

アセッサー事前テキスト（案）

介護プロフェッショナルキャリア段位制度の評価者（アセッサー）講習のテキスト（案）

2012/11/15

目 次

はじめに	2
I. 介護キャリア段位制度について.....	3
1 介護キャリア段位制度導入の背景とねらい.....	3
2 介護キャリア段位制度のスキーム	7
3 評価者（アセッサー）の役割.....	18
II. 介護キャリア段位制度の構造と評価項目	19
1 介護技術の評価とは	19
2 介護行為の可視化.....	21
3 評価手法	28
4 介護職員の技術レベル評価	39
5 評価項目の詳解	42
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.....	87
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）	96
1 介護現場における OJT の役割と意義	96
2 OJT 指導者としての評価者（アセッサー）の役割	103
3 評価・OJT 指導計画の作成.....	105
4 内部評価の具体的な手順（期首評価と期末評価を活用した介護技術の OJT による指導）	112
5 OJT による指導方法と留意点.....	129
【参考資料 1】評価者（アセッサー）同士の評価方法の組み合わせの一例（グループワークを活用した組み合わせ）	143

はじめに

このテキスト（案）は、介護プロフェッショナルキャリア段位制度の評価者（アセッサー）講習のテキスト（案）です。

介護キャリア段位制度は、一定の実務経験等を有した者が評価者となり、介護事業所・施設内の介護職員の「できる（実践的スキル）」を内部評価する制度です。したがって、介護キャリア段位制度の評価・認定に当たって、評価者の役割は極めて重要であることから、評価者になるためには講習の受講が義務付けられているところです。

評価者の役割は大きく2つあります。1つ目は、評価基準に照らして客観的な評価を行うということです。介護キャリア段位制度では、「○・×（できる・できない）」で評価できる客観的な評価基準が作成されています。評価の適正性を担保するため、評価者には客観的で公正な評価を実施していくことが求められます。

2つ目は、OJT 指導者として被評価者へ指導を行い、被評価者のスキルを向上させることです。介護キャリア段位制度は現場のOJTを通じて評価を行う制度であり、また、介護キャリア段位制度の評価基準は、OJT ツールとして活用できる基準としています。評価者は、キャリア段位制度を活用したOJTを実施し、介護事業所・施設における介護職員のスキルを向上させていくことが求められます。

本テキストでは、第Ⅰ章で、導入の背景・ねらいや制度スキームなど、介護キャリア段位制度の概要について説明します。

第Ⅱ章で、介護キャリア段位制度の評価項目について説明します。この章では、評価者によってバラつかない客観的な評価が実施できるよう、評価項目の具体的な判定基準について説明するとともに、評価の実施に当たって、各項目で取り上げたケアや業務の意義や留意事項を理解できるよう、各評価項目の解説などを行っています。

最後に、第Ⅲ章で、内部評価の手順について説明します。前述したように、介護キャリア段位制度の内部評価はOJTの取り組みとなるので、ここでは、介護キャリア段位制度を活用して、どのようにOJTを実施していけば良いかを説明していきます。

冒頭にも申し上げましたが、評価者は、介護キャリア段位制度において非常に重要な役割を担っています。評価者講習を受講される皆様におかれましては、評価者講習や本テキストの内容を十分習得し、介護キャリア段位制度に積極的に取り組んでいただくことにより、介護職員の方々のキャリア・アップの推進にご尽力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

I. 介護キャリア段位制度について

1 介護キャリア段位制度導入の背景とねらい

(1) 実践キャリア・アップ戦略とキャリア段位制度

介護プロフェッショナルキャリア段位制度は、実践キャリア・アップ戦略に基づいて実施される制度です。

実践キャリア・アップ戦略は、平成 22 年 6 月に閣議決定された「新成長戦略」における「21の国家戦略プロジェクト」の 1 つであり、成長分野において実践的な職業能力の評価・認定制度（キャリア段位制度）を構築することにより、成長分野における人材の育成・確保を図ることを目的にしています。当面、3 分野について実施することとしており、介護プロフェッショナルもそのうちの 1 つと位置づけられています（他の 2 分野は、カーボンマネジャー（省エネ・温室効果ガス削減等人材）と食の 6 次産業化プロデューサー）。

実践キャリア・アップ戦略に基づいて実施されるキャリア段位制度のシステム・評価方法は、以下の 2 つの特徴を持っています。

- ① エントリーレベルからトップ・プロレベルまでの 7 段階で評価（下記参照）。これによって、職業全体のキャリア・パスを示す。

図表 1：キャリア段位のレベル

レベル		各レベルの特徴
プロレベル	7	・分野を代表するトップ・プロフェッショナル
	6	・プロレベルのスキル
	5	・高度な専門性、オリジナリティ
	4	・一人前の仕事ができる ・チーム内でリーダーシップ
3		・指示等がなくとも、一人前の仕事ができる
2		・一定の指示のもと、ある程度の仕事ができる
1		・職業準備教育を受けた段階

- ② 「現場で実際に何ができるか」を評価するため、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面で評価。特に、「できる（実践的スキル）」を重点的に評価。

実践キャリア・アップ戦略の具体的内容は、平成 22 年 6 月の新成長戦略を受け、「実践キャリア・アップ戦略専門タスクフォース」や「介護プロフェッショナルワーキンググループ」等の 3 分野ごとのワーキンググループにおいて検討が行われ、平成 23 年 5 月に基本方針や 3 分野ごとの論点整理がまとめられました。この後、3 分野ごとに実証

事業が実施され、その結果を受けて、平成 24 年半ばまでに制度スキームや評価基準が決定されました。介護プロフェッショナルについては、評価基準の妥当性を検証するため、福島・東京・千葉・広島 の 4 都県で 140 の施設・事業所を対象に実証事業が実施されたところです。平成 24 年後半からキャリア段位制度が立ち上げられる予定です。

(2) 介護キャリア段位制度のねらい

①介護人材を巡る現状と課題

介護分野については、高齢化の進行に伴って、人材の確保が急務になっています。2011 年現在で 140 万人だった介護職員を、2020 年には 201~211 万人にする必要があると推計されており（平成 23 年 6 月社会保障改革に関する集中検討会議「医療・介護に係る長期推計」）、将来に向けて介護職員の大幅な増加が必要です。

一方、介護分野の離職率（平成 22 年：17.8%、平成 23 年：16.1%）は、全産業平均の離職率（平成 22 年：14.5%、平成 23 年：14.4%）よりも高くなっています（（財）介護労働安定センター「介護労働実態調査」、厚生労働省「雇用動向調査」）。また、介護分野の有効求人倍率は高い水準（平成 24 年 8 月：1.72。一方、同年同月の全産業計の有効求人倍率は 0.81。）となっています（厚生労働省「職業安定業務統計」）。

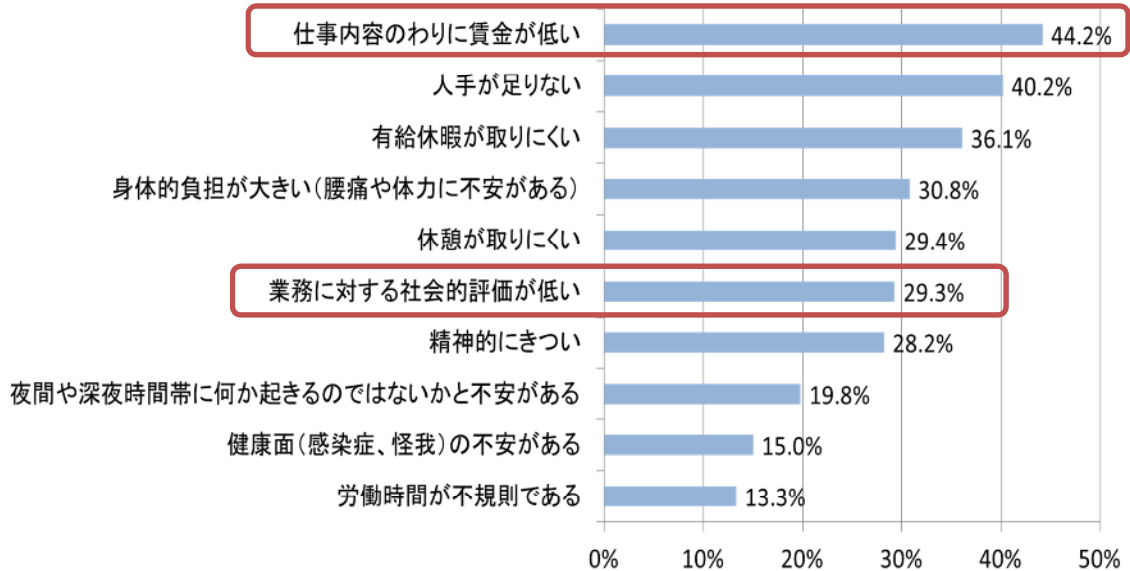
つまり、介護分野については、将来に向けて大幅な人材の増加が必要であるものの、人材の定着や新規参入が進まず、人材確保が困難な状況にあるといえます。

② 介護職員の意識

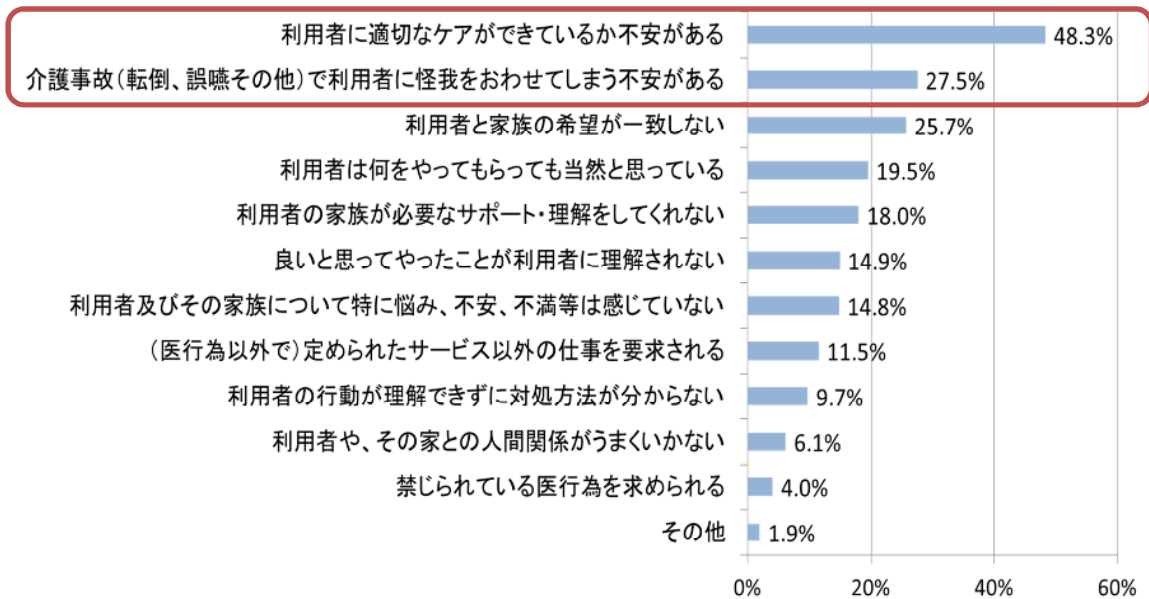
次に、介護職員の意識を見てみます。次の図表 2 のとおり、介護職員は、「仕事内容のわりに賃金が低いこと」、「業務に対する社会的評価が低いこと」など、「自らの業務に対する評価が低い」という不満を抱えています。

また、図表 2 のとおり、介護職員は、「利用者に適切にケアができているか」、「介護事故で利用者に怪我をおわせてしまうのではないか」といった「自らの介護スキルに対する不安」を感じています。

図表 2：介護職員の働く上での悩み、不安、不満等（複数回答）



図表 3：介護職員の利用者及び家族についての悩み、不安、不満等（複数回答）



以上の資料出所：「平成 23 年度介護労働実態調査」（財）介護労働安全センター）

③介護キャリア段位制度のねらい

①・②を勘案すると、介護分野において人材の定着や新規参入が進まない理由の1つとして、キャリア・アップの仕組みが構築されていないということが考えられます。

つまり、業務経験を積み重ねるごとに、スキル・やりがいが段階的に上昇し、処遇改善の材料につながっていく仕組みが構築されていないことが、介護職員の定着や新規参入が進まないことの要因の1つになっていると考えられます。

こうした事態の改善を目的として、介護キャリア段位制度は創設されます。つまり、介護キャリア段位制度は、以下のようなキャリア・アップの仕組みを構築することにより、介護職員の定着と新規参入を促進し、介護分野における人材の確保を図ることをねらいとしています。

図表 4：介護プロフェッショナルのキャリア段位の概要

レベル		分野共通	介護プロフェッショナルのレベル
プロ レ ベ ル	7	トップ・プロフェッショナル	
	6	・プロレベルのスキル ・高度な専門性・オリジナリティ	・多様な生活障害をもつ利用者に質の高い介護を実践 ・介護技術の指導や職種間連携のキーパーソンとなり、チームケアの質を改善
	5		
	4	・一人前の仕事ができる段階 ・チーム内でリーダーシップ	・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 ・本レベル以上が「アセッサー」になれる
	3	指示等がなくとも、一人前の仕事ができる	・利用者の状態像に応じた介護や他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
	2	一定の指示のもと、ある程度の仕事ができる	・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 ・基本的な知識・技術を活用し、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践
	1	エントリーレベル 職業準備教育を受けた段階	・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・技術を習得

(3) 介護キャリア段位制度の効果

介護キャリア段位制度の導入により、介護職員や介護事業所・施設にとって、以下のような効果が発生すると期待されます。

【介護職員にとっての効果】

○現場で何ができるかを証明できる

入浴・排泄介助等の介護技術、利用者・家族とのコミュニケーション、感染症・事故への対応、地域包括ケアの実践的スキルなどを現場の仕事を通じて評価する。

○スキル・やりがいの向上、処遇改善の材料につながる

- ・キャリア段位の取得を目標に、できていないことを認識して現場で取り組むことで、スキル・やりがいの向上につながる。
- ・給料や評価を決める際の重要な材料になるので、処遇改善につながることを期待される。

○一時離職などのデメリットを軽減できる

キャリア段位の認定により、一時離職（出産・子育てなど）からの復帰や転職のデメリットを軽減できる。

【介護事業所・施設にとっての効果】

○OJT を通じて職員の能力を向上できる

- ・「現場で実際に何ができるか」を測る評価基準であるため、OJT ツールとして積極的に活用できる。

- ・OJT の積極的な推進を通じて、介護職員の能力向上を図れる。

○サービス水準をアピールできる

キャリア段位を取得した介護職員が多ければ、質の高いサービスを提供していることをアピールできる。

○職員のスキル・やりがいの向上につながり、定着や新規参入を促進できる。

- ・職員のスキル・やりがいの向上につながるとともに、客観的な能力評価が行いやすくなる。

- ・これによって、介護職員の定着や新規参入を促進できる。

2 介護キャリア段位制度のスキーム

（１）評価の全体像

キャリア段位制度は、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面で評価をする制度ですが、介護キャリア段位制度においては、介護福祉士の資格取得や実務者研修・介護職員初任者研修の修了等を通じて「わかる（知識）」を評価しつつ、「できる（実践的スキル）」を重点的に評価することとしています。つまり、介護キャリア段位制度が独自に評価を行うのは、「できる（実践的スキル）」の部分になります。

なお、レベル５以上は、認定介護福祉士（仮称）の検討を踏まえて、「できる」の評価基準を検討することとしており、当面レベル５～７の認定は実施しません。

介護キャリア段位制度の評価の全体像は、以下の図表のとおりです。なお、介護キャリア段位制度では、レベル２は、レベル２①とレベル２②に分かれます。

図表 5：介護キャリア段位制度における評価の全体像

レベル	わかる(知識)	できる(実践的スキル)
7	認定介護福祉士(仮称)の検討を踏まえて、評価基準を検討 (当面、レベル5～7の認定は実施しない)	
6		
5		
4	介護福祉士であること(国家試験合格) ※ 介護福祉士養成施設卒業者について、国家試験の義務付け前においては、介護福祉士養成課程修了によりレベル4とする。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」、「地域包括ケアシステム&リーダーシップに関する評価」
3	介護福祉士養成課程又は実務者研修修了 ※ 介護職員基礎研修修了でも可。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」
2	介護職員初任者研修修了(※) ※ ホームヘルパー2級研修又は1級研修修了も含む。	【レベル2②】 「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価の一部(感染症対策・衛生管理など)」
1		【レベル2①】 「基本介護技術の評価(状況の変化に応じた対応を除く)」 * 介護福祉士養成課程において、レベル2①の評価基準を用いた実習の実施を推進

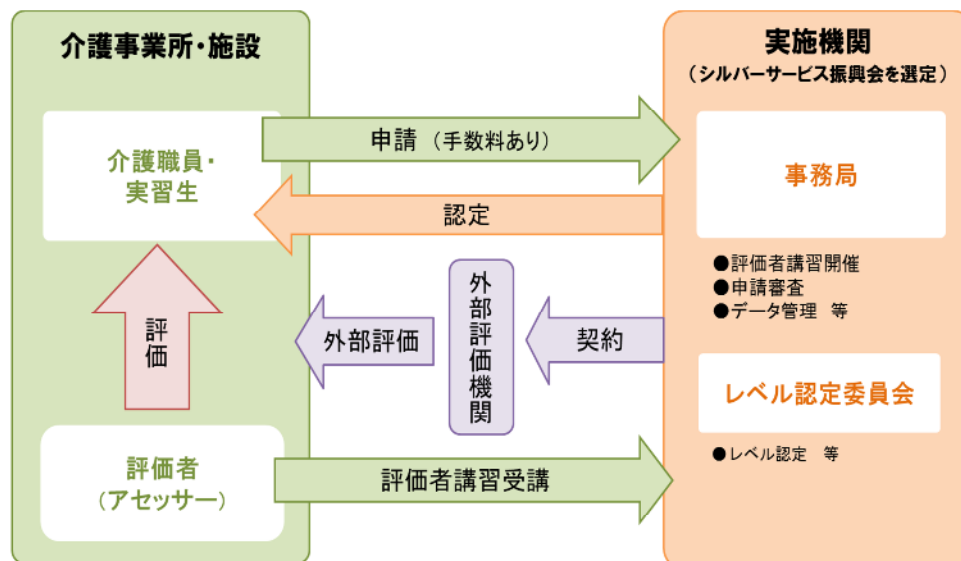
※網掛け部分は、キャリア段位制度において独自に評価を行う部分

(注) あるレベルの「わかる(知識)」の要件を満たしている場合、より下位のレベルの「わかる(知識)」の要件も満たされることとする。

(2)「できる(実践的スキル)」の評価・認定のスキーム

介護キャリア段位制度における「できる(実践的スキル)」の評価・認定のスキームは以下の図表のとおりです。

図表 6：「できる(実践的スキル)」の評価・認定のスキーム



※ 手数料の額は、実施機関が内閣府と協議して決定。介護WGでは、被災地3,400円、被災地以外6,900円を例示。

「現場で実際に何ができるか」を評価するため、「できる（実践的スキル）」の評価は、基本的には、介護事業所・施設内の評価者（アセッサー）が、共通の評価基準に基づいて介護職員の業務内容を評価（内部評価）する形で実施します。事業者や評価者ごとに評価がバラバラにならないようにし、評価・認定の客観性を確保するため、評価者には実務経験など一定の要件を課すとともに、評価者講習（アセッサー講習）の受講を義務付けています。

評価者による内部評価の結果、レベル認定の基準に到達していれば、実施機関（一般社団法人シルバーサービス振興会を選定）に対して、レベル認定の申請を行います。なお、認定申請に当たっては申請手数料の支払いが必要です。申請手数料の具体的な金額は、実施機関が内閣府と協議して決定することとされています。

実施機関が設置するレベル認定委員会において審査が行われ、レベル認定の基準を満たしたと判断されれば、レベルの認定が行われます。

介護キャリア段位制度においては、評価者による内部評価の適正性を確保するため、定期的に外部機関による外部評価を実施することとしています。外部評価の結果、内部評価が適正に行われていなかったと評価された場合は、レベル認定が取り消されることとなります。

（３）「できる（実践的スキル）」の内部評価関係

①評価者（アセッサー）

（ⅰ）評価者講習の受講要件

評価者講習の受講要件を満たすのは、以下のいずれかの者となります。

○介護キャリア段位レベル４以上の者

○以下の①～④のいずれかの要件を満たす者（制度開始から３年間程度）

- ① 介護福祉士として３年以上実務に従事した経験があり、かつ、介護福祉士実習指導者講習会を修了した者（介護福祉士養成実習施設実習指導者Ⅱの要件を満たす方）
- ② 介護福祉士等の資格を得た後１０年以上実務に従事した経験等を有する者（実技試験に係る介護福祉士試験委員の要件を満たす方）
- ③ 介護福祉士等の資格を得た後５年以上実務に従事した経験等を有し、介護技術講習指導者養成講習を修了した者（介護技術講習指導者の指導者の要件を満たす方）
- ④ サービス提供責任者、主任その他上記①～③と同等以上の経験を有する者

（ⅱ）評価者講習の内容

評価者講習は、評価者の評価技術の向上・均質化のために実施するものです。間隔を空けて２日間実施し、１日目の講習の後、自身の事業所・施設でトライアル評価の

実施又は評価を開始し、その後、2日目の講習で振り返りを行うこととしています。講習の中で確認テストを実施するとともに、修了者には修了証が交付されます。なお、評価者を更新制とするかどうかは、今後検討することとしています。

評価者講習の具体的なプログラムは、以下のとおりです。

〔1日目〕

	No.	講習の教科名	教科の内容	講習時間	
				学科	実技
講習 内 容	1	講習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、アセッサー認定方法など	10	
	2(※)	事前学習の確認 (事前学習を課していた場合)	事前学習に関するテーマの確認問題 確認問題の解答と追加の解説		
	2	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)」のレベル認定方法と事例演習	40	10
	3	アセッサー(内部評価員)の力量	アセッサーの仕事内容(計画作成、評価作業、報告事務、手続き、OJT指導) 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(評価技術、質問と不適合指摘の仕方等)	10	10
	4	評価の作業手順とその留意点	評価計画及びOJT指導計画の作成手順とその留意点 計画の作業手順と留意事項(準備段階、期首・期末などの評価段階の作業) 選定された評価項目の選定過程とその意図と理由 評価票(期首と期末のチェックシート)の使い方 評価項目と評価における留意点と具体的事例演習	60	20
	5	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、評価のポイントに関する解説		30
	6	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、評価の視点などの擦り合わせ (発表)グループごとの発表と全体による評価基準等の擦り合わせ		90 30
	7	評価の過程及び評価結果の活用	キャリア・パス要件としての介護技術の評価 期首評価と期末評価を有効に活用した介護技術のOJTによる指導 OJTによる指導方法と留意点	50	
	8	アセッサー認定	確認テスト(最終試験)	30	
	9	講習のまとめ	相談窓口、よくある質問の回答、仕上げ講習の概要説明、質疑応答など	30	
	講習時間総合計		7.5時間	(学科 4.3時間、 実技 3.2時間)	

〔2日目〕

	No.	講習の教科名	教科の内容	講習時間	
				学科	実技
講習内容	1	講習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	10	
	2	初回講習、評価作業過程のふりかえり	グループワークによる課題・問題点、不明点などの抽出とりまとめ		80
		（介護現場での評価作業、OJTの実践を踏まえて事前に自らの課題・疑問点を所定の書式に整理して持参）	① 介護人材に関するキャリア段位制度		
			② アセッサー（内部評価員）に求められる心構え・態度、力量		
			③ OJT指導		
			発表		
	3	内部評価の作業についてのふりかえり	グループワークによる課題・問題点、不明点などの抽出とりまとめ		100
			① アセッサーの仕事内容		
			② 評価票（期首と期末のチェックシート）の使い方		
			③ 評価の際の疑問点、評価のポイントなどの擦り合わせ		
			発表		
	4	講習のまとめ	講習内容の改善、今後のスケジュール、質疑応答など	20	
			（質疑の回答、改善に対する対応等は、専用サイトで後日回答という方法もある。）		
講習時間総合計		3.5時間	（学科 0.5時間、 実技 3時間）		

②「できる（実践的スキル）」の評価基準

（i）評価基準の特長

「できる（実践的スキル）」の評価基準は、「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」や、その下に設置された小委員会（有識者や介護現場の実務者で構成）で検討を行うとともに、福島・東京・千葉・広島 の 4 都県で実施された実証事業（140 の事業所・施設（843 人）を対象に実施）において妥当性を検証した上で、定められました。

この評価基準は、以下のような特徴を有しています。

- ・OJT ツールとして活用できる基準（具体的なケアや業務の内容を記載、現認を重視）
- ・サービス（在宅・施設など）ごとにバラバラではない共通の基準
- ・「適切に～できる」、「確実に～できる」といった抽象的な基準ではなく、○×（できる・できない）で評価できる客観的な基準

（ii）評価基準の編成

「できる（実践的スキル）」の内部評価は、共通の評価基準に基づいて実施します。この評価基準は、事業者や評価者（アセッサー）ごとに評価がバラバラにならず、客観的な評価が実施できるよう、○×（できる・できない）で評価できる基準としています。

評価基準は、3 つの大項目、13 個の中項目、41 個の小項目、148 個のチェック項目から構成されています。大項目は「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」、

「地域包括ケアシステム&リーダーシップ」の3つから構成されており、それぞれ、5つ、6つ、2つの中項目から構成されています。各中項目はいくつかの小項目で構成されており、各小項目はいくつかのチェック項目（最小単位）で構成されています。

「できる（実践的スキル）」の項目の具体的な編成、チェック項目の例は、以下のとおりです。

図表7：「できる（実践的スキル）」のチェック項目（合計：148項目）の編成

大項目	中項目	小項目	チェック項目数
基本介護技術の評価	1. 入浴介助	1 入浴前の確認ができる	2
		2 衣服の着脱ができる	5
		3 洗体ができる	4
		4 清拭ができる	3
	2. 食事介助	1 食事前の準備を行うことができる	6
		2 食事介助ができる	5
		3 口腔ケアができる	4
	3. 排泄介助	1 排泄の準備を行うことができる	3
		2 トイレ（ポータブルトイレ）での排泄介助ができる	6
		3 おむつ交換を行うことができる	4
	4. 移乗・移動・体位変換	1 起居の介助ができる	4
		2 一部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	5
		4 杖歩行の介助ができる	3
		5 体位変換ができる	4
	5. 状況の変化に応じた対応	1 咳やむせこみに対応ができる	3
		2 便・尿の異常に対応ができる	4
		3 皮膚の異常に対応ができる	4
		4 認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応できる	3

大項目	中項目	小項目	チェック項目数
利用者視点での評価	1. 利用者・家族とのコミュニケーション	1 相談・苦情対応ができる	5
		2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる	6
	2. 介護過程の展開	1 利用者に関する情報を収集できる	3
		2 個別介護計画を立案できる	4
		3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる	4
		4 個別介護計画の評価ができる	3
	3. 感染症対策・衛生管理	1 感染症予防対策ができる	4
		2 感染症発生時に対応できる	2
	4. 事故発生防止	1 ヒヤリハットの視点を持っている	3
		2 事故発生時の対応ができる	4
		3 事故報告書を作成できる	2
	5. 身体拘束廃止	1 身体拘束廃止に向けた対応ができる	3
		2 身体拘束を行わざるを得ない場合の手続きができる	2
地域包括ケアシステム&リーダーシップ	1. 地域包括ケアシステム	1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる	3
		2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる	3
		1 地域内の社会資源との情報共有	3
		2 地域内の社会資源との業務協力	2
	2. リーダーシップ	3 地域内の関係職種との交流	2
		4 地域包括ケアの管理業務	2
		1 現場で適切な技術指導ができる	5
		2 部下の業務支援を適切に行っている	5
		3 評価者として適切に評価できる	2

図表8：小項目→チェック項目の例

●食事介助ができる		小項目
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。		チェック項目
②利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。		
③利用者と同じ目線の高さで介助し、しっかり咀嚼して飲み込んだことを確認してから次の食事を口に運んだか。		
④自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。		
⑤食事の量や水分量の記録をしたか。		

(iii) 評価方法について

「できる(実践的スキル)」の評価は、基本的には、チェック項目ごとに、①被評価者の介護に立会い、介助の状況を実際に確認する(現認)、②書類で確認する(記録確認)、③面談で確認する項目(ヒアリング)の3つの方法のいずれかを通じて評価を行います。どの方法を通じて評価を行うかは、チェック項目ごとに評価基準に定められています。

なお、訪問介護における現認については、利用者の同意が得られにくい、1回の訪問で現認できる項目が限られる等の課題が想定されますが、利用者を含めキャリア段位制度を周知し同意を得られるように努めるとともに、評価期間を一定程度確保することによって対応することとなります。

(iv) 評価基準のレベル対応

介護キャリア段位制度においては、レベルの上昇に伴って求められる役割が大きくなっていくことに鑑み、レベルの上昇に伴って「できる(実践的スキル)」の評価対象となる項目を増大させています。具体的には、次の図表のとおりです。

図表9：「できる（実践的スキル）」の評価基準のレベル対応

大項目	中項目	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
基本介護技術の評価	入浴介助	○	○	○	○
	食事介助	○	○	○	○
	排泄介助	○	○	○	○
	移乗・移動・体位変換	○	○	○	○
	状況の変化に応じた対応	×	○	○	○
利用者視点での評価	利用者・家族とのコミュニケーション	×	一部○	○	○
	介護過程の展開	×	×	○	○
	感染症対策・衛生管理	×	○	○	○
	事故発生防止	×	一部○	○	○
	身体拘束廃止	×	×	○	○
	終末期ケア	×	×	○	○
地域包括ケアシステム&リーダーシップ	地域包括ケアシステム	×	×	×	○
	リーダーシップ	×	×	×	○

(注) レベル3又は2②の認定を受けている者がレベル4を申請する場合は、「基本介護技術の評価」を受ける必要はない。

(v) レベル認定の要件

評価項目の最小単位であるチェック項目については、「A：できる」、「B：できる場合と出来る場合があり、指導を要する」、「C：できない」、「－：実施していない」で評価を行います。

小項目は「○（できる）」「×（できない）」で評価します。小項目中のチェック項目について、8割以上が「A」であり、かつ「C」及び「－」がない場合に、当該小項目が「○」になります。

中項目も「○（できる）」「×（できない）」で評価しますが、中項目中の全ての小項目が「○」の場合に、当該中項目が「○」になります。

そして、レベルに対応する全ての中項目が「○（できる）」の場合に、当該レベルが認定されます。

③内部評価の手順等

(i) 評価手順

OJT ツールとしての活用を推進する観点から、以下の表のとおり、標準的な評価手順が示されています。評価者は、内部評価を通じて、被評価者に対してOJTを実施し、被評価者の能力を向上させる役割を担っています。

レベル認定基準をクリアするまで、第2ステップから第4ステップまでを繰り返し、

クリア後、レベル認定の申請を行うこととなります。

図表10：標準的な評価手順（OJT を通じた評価）

ステップ	標準的な評価手順
第1ステップ	① 事業所・施設でキャリア段位制度に取り組むことを決める。 ② 評価者（アセッサー）候補を決め、同候補が評価者講習を受講する。 ③ 被評価者を決める。
第2ステップ	④ 被評価者は自己評価を実施する。 ⑤ 被評価者と評価者で面談し、評価期間及び目標を設定する。
第3ステップ	⑥ 被評価者は目標達成を目指して業務を実施。被評価者が目標を達成できるよう、評価者は必要に応じて助言・指導などの支援を実施。 ⑦ 評価者が評価（他者評価）を実施する。
第4ステップ	⑧ 被評価者は自己評価を実施する。 ⑨ 評価者と被評価者で面談し、評価者は自己評価の確認、他者評価の説明を行うとともに、「できない」と評価された事項等について今後取り組むポイント等を確認する。

（ii）評価期間

OJTツールとしての活用を推進する観点から、目安となる評価期間（標準評価期間）を3ヶ月と設定しています。あわせて、適正な評価を担保する観点から、評価期間は1ヶ月以上必要です。

また、レベル認定に必要なチェック項目の評価が3ヶ月で終了しない場合等も考えられることから、6ヶ月以内であれば、3ヶ月を超えた評価期間でのレベル認定申請も認められています。

評価項目間で評価時点があまりに離れていると同一時点での能力評価とならないことから、評価期間が6ヶ月を超えた場合のレベル認定申請を認めていませんが、一方で、長期間評価できないチェック項目があるためにレベル認定申請ができない、評価したチェック項目が無駄になる、といったことがないようにする観点から、6ヶ月を経過してもレベル認定基準に必要な評価をすべて終了していない場合は、実施機関において必要事項の記入等のチェックをした上で、評価結果を登録（小項目単位で登録）し、1年以内にレベル認定申請を行えることを可能にしています。

（iii）評価者一人当たりの被評価者数

評価者（アセッサー）が評価する被評価者が多すぎると、アセッサーの負担が過重となり、適切な評価の妨げになると考えられることから、アセッサー一人当たりの被評価者数の目安が、①施設では「5人程度」、②訪問介護では「3人程度」と設定されています。

(iv) 被評価者がケアを実施する利用者

内部評価の際に被評価者がケアを実施する利用者の状態像によって評価に影響を受ける可能性があります。このため、内部評価に当たっては、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利用者のうち、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者であって、原則要介護 4 程度以上の者に対してケアを実施することとされています。

(4)「できる(実践的スキル)」の外部評価関係

①外部評価の実施頻度等

施設・事業所において、内部評価が適正に行われていることについて、原則年1回の外部評価を受けることとします。

なお、レベル認定申請者のいる事業所・施設について、原則1年に1回は外部評価を受けることとすれば、レベル認定時期と外部評価の実施時期に多少の前後があっても真正性の確保が推定されることから、認定の度に外部評価を実施することはしていません。

②外部評価機関の要件等

外部評価機関の要件は以下のとおりです。

- (i) 法人であること
- (ii) 評価者同等の人材であって、外部評価機関講習を受講している審査員（外部評価を実施する者）がいること
- (iii) 役員等の構成が外部評価の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないこと
- (iv) 外部評価する事業所・施設の介護サービスを自ら提供していないこと

③審査員講習の内容・時間等

外部評価を担う審査員は、評価者講習及び審査員講習の両方を受講することとされています。確認テストを実施し、このテストに合格した場合に修了証が交付されます。

④外部評価の実施方法

外部評価は以下の手順で実施します。

(i) 事前準備

評価者が複数いる場合は、事前に評価対象とする評価者を特定し、当該評価者に係る評価シート等について事前にチェックしておく。

(ii) 記録確認

評価者の評価根拠に関わる記録について、予め準備をしていただき、確認する。

(iii) アセッサー・被評価者ヒアリング

評価シートに記載された、アセッサーの評価根拠となった被評価者の対応に基づく等してヒアリングを実施する。

(iv) 被評価者の介護現認

現認可能な利用者について調整・選定いただき、現認必須とする。

※(ii) から(iv)の順番については、現場の状況に応じて変更可能。

(5) レベル認定申請関係

①認定手続き

実施機関の事務局が基準適合性(以下の(i)～(iv))を審査した上で、レベル認定委員会で確認・承認し、認定します。レベル認定委員会の開催頻度については、申請件数を勘案しつつ、当面、1～2カ月に1回とする予定です。

レベル認定後の外部評価でも可ですが、事後の外部評価で評価結果の真正性を覆すような事実が判明した場合は、認定が取消されます。

(i) 「できる」の評価結果が認定基準を満たしていること

(ii) 「できる」の評価結果にアセッサーの署名があること

(iii) 「わかる」に係る研修を修了していること

(iv) 外部評価が実施されていること

②認定の名称等

キャリア段位制度は資格制度ではなく、ある時点での職業能力を評価する制度であることから、認定の効果について、時間の経過で自動的に失効する扱いにはしていません。一方、いつの時点でのスキルなのかを明示し、キャリア・アップのインセンティブとする観点から、レベル認定を受けた年を明示することとしています。

(例)国家戦略・プロフェッショナル検定 介護プロフェッショナル・レベル3(2012)

また、介護福祉士等も、講習受講等による更新は行っていないことを踏まえ、「わかる(知識)について」、更新は要しないこととしています。

3 評価者（アセッサー）の役割

ここまで述べてきたとおり、評価者（アセッサー）は、主に以下の2つの役割を担っています。

- ① 評価基準に照らして、介護事業所・施設内の介護職員（被評価者）を評価（内部評価）する役割
- ② キャリア段位制度の内部評価を通じて、OJT を実施し、被評価者の能力開発を行う役割

このテキストでは、上記①・②の役割を担っていくために必要となる事項を、説明していきます。

なお、評価者がこうした役割を担っていくためには、内部評価の客観性を保つことが必要ですが、そのためには、次の4点が要求されます。

- （i）誰もが同じ評価を行えること
- （ii）評価者の価値観を排除すること
- （iii）写実に徹すること
- （iv）記録による客観性を担保すること

このことは、「同一の被評価者に対する、複数の評価者の評価が同一の結果になること」を意味しています。評価者は、「できるはずだ」という推測を行わず、目の前の事象を客観的に見て、判断を行ってください。

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

評価の意味、介護サービスと家族介護の違い

介護技術の評価とはなにかを考える際に、介護保険制度の下で事業者が提供する介護サービスと家族等が行う介護が違うものであるということを、理解しておく必要があります。

この章では、家族の介護ではなく、介護保険制度の下で提供されている介護サービスを扱います。そして、これらの介護サービスを提供する際の技術とその評価について学びます。

介護保険制度の下では、介護サービスはあらかじめサービスを評価する基準が想定されており、この基準を前提にして、介護サービス提供者と利用者は契約をするかどうかを決定するという手続きが取られます。したがって、利用者は、想定された基準に達しない介護サービスが提供された場合には、サービス基準に達しなかった事実を明らかにすることで、当初の契約を破棄する権利を持ちます。

あるいは、この基準に満たないことを利用者が表明できない可能性を考慮し、介護支援専門員や外部評価機関による評価が行われ、利用者を代行し、契約を破棄する仕組みが整備されています。

これに対し、家族が提供する介護には、原則として、その家族の介護技術の評価する仕組みはなく、介護を提供する側と受ける側の契約関係もありませんので、虐待が発生しているような事例等を除けば、提供されている介護技術が一定の基準に満たないことを理由に介護をやめさせる権能を、特に第三者が行行使することは難しいといえます。

これらのことから、介護保険制度の下では、介護サービスは、基本的には介護を業とする専門家によって提供されることが前提となっており、その技術の稚拙さは許されず、一定の技術レベルが担保されることが求められています。

このような前提はあるものの、いわゆる介護サービスの基準について、この技術的なレベルを明文化したものはありません。これは、介護や看護をはじめとする、対人援助サービスにおける技術の評価方法が確立していないことが理由です（筒井、2003：35）。

このように、介護だけでなく、看護や医療、教育といったいわゆる対人援助サービスの評価の難しさは、物（goods）と比較するとよくわかります。まず、サービスは無形で、その生産と受け渡しが一瞬で終わってしまうという同時性を特性としています。このため、サービスにおいては、実際に利用者に提供される際の無数の瞬間をどのような方法で評価するかが課題となります。

サービスと顧客満足度

例えば、これまでもサービスの成果を評価することについて多くの試みがなされてきま

した。比較的よく用いられてきたものに「顧客満足度」という評価があります。しかし、これも評価の客観性や、その再現性が低く、信頼できる評価指標としては、疑問視されてきました。

介護サービスもいわゆる一般的なサービスと同様で、顧客である高齢者やその家族らにとっては、みずからが望むことをすべてやってもらえる事業者等であった方が、その満足度は高くなります。けれども、例えば、自立支援のため、あるいは要介護度を悪化させないために、あえて高齢者に負荷をかけ、高齢者自身が望まないような、日常生活動作訓練等を行う介護サービス計画を提案する介護支援専門員に対する顧客満足度は低いことが知られています。

これは、利用者や家族等の顧客のが、自立ではなく、当面の安楽を優先している場合に起きる問題ですが、前述の例から明らかなように、顧客満足度という尺度には多面的な側面があると考えられ、結果の解釈には、慎重が必要とされたと考えられています。

介護サービスの水準

介護サービスにおいて、その水準を客観的に評価することは困難と捉えられてきました。

これは、例えば、同じ身体への援助を行う医療や看護分野におけるサービス提供と比較しても、介護分野のサービス提供の目的が生理学的な指標の改善よりも、むしろ生活全般の向上をめざすことに重きが置かれてきたためでしょう。

医療では、ある特定の治療や薬の投与による効果はおおむね標準化されていますので、治療結果を評価することが一定程度可能ですが、介護の領域では、効果があるかどうかの評価を行うには、介護サービスを受ける利用者がサービスを受ける時点での状態像を効果との関連性でどのように評価すべきかや、利用者にとっての効果とは何かといった、基本的な問題に立ち返る必要があります。

前述したように、利用者の自立生活の向上という観点から評価するといっても、当該利用者の状態像は多様です。例えば、「まったく起き上がることができなかった利用者が、介護サービスを受けることによって椅子に座ることができるようになった」、つまり「椅子に座って食事を食べることができるようになった」とすると、この現象は利用者の機能が介護サービスによって向上しているので効果といえそうですが、「利用者が、椅子に座って食べることは苦痛で、寝たままでも食べさせてもらえたほうがよかった」と評価してしまえば、利用者の満足度は低くなります。

介護サービスというのは、医療や看護よりも利用者固有の価値観が大きく反映されますし、これによって、大きく介護サービスの提供の効果の判定が大きく異なってしまう可能性が常にあります。とりわけ QOL（Quality of life：生活の質）の向上といった目標は、これが達成されたかを客観的に判断することは難しいとされています。

運営基準、苦情対応等

現行の介護保険法では、サービスの質を評価するため、「構造」部分の基準を定めています。「構造」の基準とは、当該事業者が満たさなければならない人員・設備・運営上の基準です。

事業者が都道府県知事から介護事業所として指定を受けるための人員、構造上の要件等、最低限クリアしなければならない明確な数値が規定されています。これを違反したままでは指定が下りませんし、虚偽の申請がなされた場合には、指定の取消が行われます。

また、提供されている介護サービスへの苦情は、市町村や国民健康保険団体連合会に受けつける窓口があり、市町村や国民健康保険団体連合会は、この苦情申立てに応じて調査を実施し、この結果に応じて事業者に指導・助言を行う仕組みを持っています。

しかしながら、介護サービスを提供している職員の介護技術のレベルの評価については、職員を雇用する個々の事業者にゆだねられており、これに関する明文化した基準は存在していません。

介護技術内容の可視化

今後の要介護高齢者の増加を考慮すると、介護を担う人々に対する需要は増大していくわけであり、これらの職員全体の質を担保しつつ量を確保するためには、介護従事者一人ひとりがどのようなことが「できる」という「技術を可視化して評価していくこと」が必要とされています。

これは、どのようなことが「できる」かがわかることで、初めて「できない」ことが明確化されることになるからです。つまり、介護技術の内容を可視化することになります。

また、評価が適切に行われるためには、日々の介護業務のなかで、「できない」ことを明確にできる仕組みが必要であるとともに、この「できなかったこと」が「できる」ようになるためには、OJT（On the Job Training：職場内で行われる教育・訓練）やOff-JT（Off the Job Training：社外での研修などによる技術や業務遂行能力に関するトレーニング）という職業訓練体系が構築されていくことが必要となります。

2 介護行為の可視化

介護サービスは介護行為によって構成される

「よい介護サービス」が提供されるようにするためには、「よいサービス」とはどのようなサービスをいうのか、すなわち、よいサービスの基準を明らかにし、これに達するのに必要とされる介護技術の評価しなければなりません。

ここでいう介護技術とは、サービス提供側が利用者に対してサービスを行使する際に具備すべき技術です。

それでは、一般に介護サービスといわれているのは、具体的にはどのような行為を指しているのでしょうか。例えば、1人で風呂に入るのが難しい高齢者の方に対して、現場の介護職員 X さんは、「A さんの入浴のお世話をしています」という表現をすることは少なくありません。これは、X さんが、介護サービスの中でも、入浴サービスというサービスを提供していることを示しています。

しかし、この入浴サービスは、図表 10 に示した入浴介助のフローチャートが明示するように、実は、かなり多くの介護行為から構成されていることがわかります。

例えば、先の X さんは、利用者 A さんへの入浴介助として、この図 1 の「浴室用車いすへの移乗」をしましたが、利用者 B さんには、「ストレッチャーへの移乗」「衣服を脱がす」「機械浴への移乗」「機械浴操作」をしたと回答されたとします。この回答からは、X さんは、入浴という介護サービスの中の一部の介護行為を担当したということがわかります。

この入浴サービスの場合と同様に、介護サービスは、提供する利用者の状態像によって、どの行為をするかが異なることが多いですし、職員が複数で A さんの入浴サービスを実施する場合も少なくありません。たまたま、X さんが担当した介護は、移乗という行為だけだったのではないかと想像もできます。

提供する介護行為によって、必要な技術は異なる

このようなことから明らかにされたことは、入浴サービスといっても、提供される介護行為の範囲がかなり広く、その提供する介護行為によって、介護職が持たなければならない技術は異なってくるということです。

また、提供する相手によって技術が異なることは、介護職がどの入浴介助方法を選択するかに依存します。現在、こういった方法については、サービスを利用する側というよりは、提供者側の暗黙知によって決定されることが多いようです。

つまり、これらの技術提供をするかしないかの判断も現場での臨機応変の対応によるものとされており、この状態像の方にはこの方法がされるべきだというような標準化に基づく明文化されたマニュアルを整備し、それに対する利用者側の了解を得て実施するということを実行しているような事業者はそれほど多くないようです。

このことは、第三者が介護技術の評価をする際に大きな課題となります。こういった技術の評価すべきかの選択は、提供される側の状態像に依存するのですが、その提供される側の状態像のバリエーションによって、提供技術のバリエーションもまた、細かい点を含めれば無数といえるほどあることになるからです。

評価すべき技術の項目

本来、技術の評価するためには、どのような利用者であるかを想定するかについても一定の基準が決められなければなりません。また、介護サービスの中でも、特に入浴サービスのように多くの介護行為で構成されている場合は、複数人数で実施することが一般的で

すので、担当する範囲で評価すべき技術の基準を決めることが求められます。

しかし、こうした方法ではあまりに繁雑さを伴う評価方式となり、現実的ではないことから、多くの介護サービスの技術方法の選択に際しては、職員の暗黙知として継承され、明文化はされてきませんでした。

結果として、これまでこうした技術を明確化し、技術の明文化を進めようといった研究はほとんどされてきませんでした。このため、1990 年代の初めから、介護サービスといわれる介護職の業務の内容を専門職以外が観察しても記述できるようにするために、介護職が提供した行為ごとに、これを明文化し、分類することができる「トータル・ケア・コード：T.C.C.」が開発されてきました（Tsutsui、2011）。

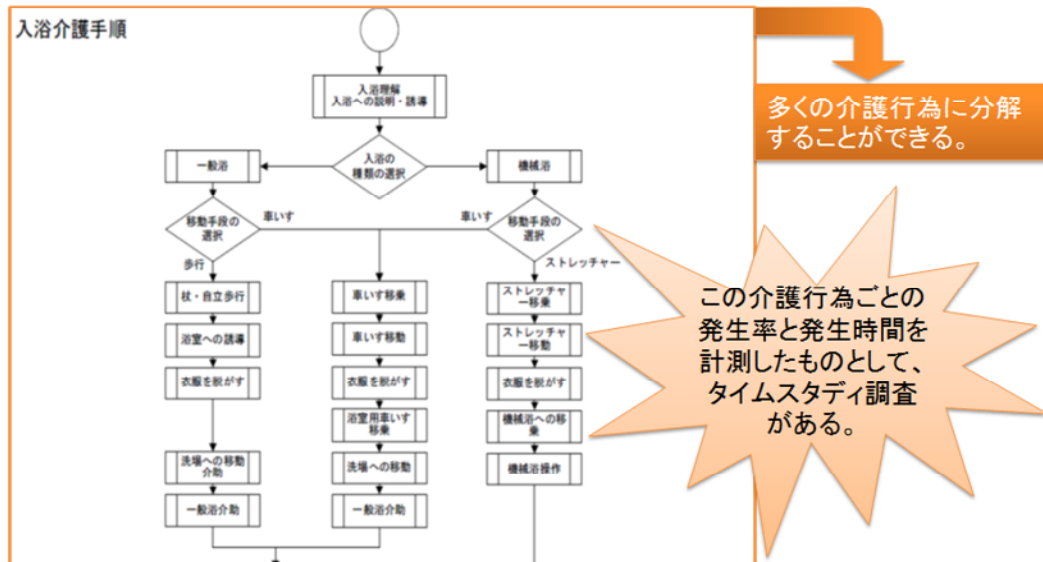
介護行為の組み合わせ（入浴介助を例に）による評価

このコードの開発によって、先に述べた高齢者の状態像別に「入浴介助」サービスを 1 つのユニット化された介護行為の組み合わせとして示すことができるようになりました。基本的には、この T.C.C.を組み合わせれば、提供者は、例えばどのような行為の組み合わせで入浴介助をしたかを明示できるようになりました。また、提供者がサービスを提供した利用者側の状態像のデータが示されれば、それぞれの行為の難しさについても、おおむね臨床的に評価できるようになりました。

具体的には、図表 10 で入浴サービスの介護行為を少し詳しく見ていくと、まず、提供側の職員は利用者に対して、「入浴時間となっていますが、今、入浴しますか」ということを伝え、この行為を理解してもらってから、介助をしてもよいかを確認するというコミュニケーションが必須となります。これは、たとえ利用者がどのような状態であっても、介護職員は「入浴をするか、しないか」の利用者の意向を確認してからサービスを提供すべきだからです。

図表 1 1：入浴介助の手順

たとえば、入浴介助と言っても・・・



この利用者への確認という介護行為はとても重要であり、難しい技術を伴う内容ともいえます。例えば、認知症の方の中には、入浴をするという意味を理解できない方もいらっしゃいます。とりわけ、認知症の方々にとってこの意向確認という介護行為は重要で、高度な技術を要する行為であるといえます。例えば、認知症の方の意向を確認しないまま浴室に移動させようとしても、激しい行動・心理症状（BPSD）が発現してほとんどケアをできなくなってしまうこともあります。したがって、この介護行為には、認知症ケアにおける技術が必要とされることになるのです。

しかし、たとえ利用者から「入浴したい」という希望が示されたとしても、発熱や当日の利用者の状況によっては入浴をできないと判断する場合があります。この判断ができるかどうか介護職にとっては重要であり、これは介護技能における「わかる」に相当する能力、すなわち知識を評価する 1 つの指標となります。

このように、浴室に移動する前に、入浴介護というサービスは始まっているわけですが、例えば、ベッドに完全に臥床していた利用者に入浴サービスを提供するという場合には、「身体を起こす」、そして、ベッドから離れる場合に少しだけ「体を支える」といった介護行為も発生します。

次に、その浴室までの移動に際しては、利用者がみずから浴室に移動する場合もあれば、介護者が一緒に「付き添う」場合もあります。付き添う場合であっても、「車いすで移動介助」されながらという場合もあれば、「ストレッチャーで移動」する場合もあります。

このように移動方法だけでも、利用者の状態やその特徴によってかなり多様な方法があ

ります。介護職の技術としては、こういった多様な方法の中からもっとも適切な方法を選んで安全に実施するという技術が求められているのです。

さらに、利用者が生活する環境によっても介護技術が必要な場合とそうでない場合もあるかもしれません。居室内に浴室がある場合や別の階の大浴場に移動する場合では、介護行為の組み合わせも大きく異なります。

例えば、車いすで浴室に移動する際、利用者が自分で車いすを操作する場合もあれば、介護職員が操作する場合もあり、両方が組み合わせられる場合もあります。歩行可能でも「歩行器や杖を準備する」という介護行為が発生する場合もあれば、歩行器への乗り移りが必要なこともあるわけです。

次に、入浴の直前に「衣服の着脱の介助」が必要となる人もいれば、必要でない人もいます。入浴終了後も、褥瘡の有無によっては、「薬の塗布」というような医療的な介護行為もあり得るので、その組み合わせとして想定しておくべきですから、介護職にとり一定の技術を必要とする行為となります。

このように入浴サービスだけに絞っても、用いられる介護技術は住環境や利用者によって、さらにはその日の利用者の体調によっても異なりますので、その組み合わせは無数というくらいの多さとなるでしょう。そのうえ、施設であれば、多くの利用者の入浴を終了するまでにかかわる介護職員は 1 人である場合はほとんどないことも、さらに複雑にする条件となります。

介護行為を可視化するための介護業務分類コード

このような多様な条件が重なることになるわけですから、入浴サービスの技術を臨床現場で評価するための評価方法を明示したとしても、すべての介護技術を網羅的に評価していくことは難しいといわれてきました。

しかし、現在、介護業務分類コード（T.C.C）が開発されていますので、抽象的な「お世話」や「介助」として捉えなくても、ユニット化された入浴や食事、排せつの中での個々の介護行為を可視化できます。これを利用することによって、個々にコード化された介護行為の中から、利用者の状態像によって大きく異なった方法が必要になるようなコードを抽出し、これに付随する技術を明示し、評価することは可能と考えられます。

さらに、コードごとに提供された時間を計測することによって、ケア内容をそれぞれの量として捉えることが可能になるので、技術の評価に際して所要時間を利用することも可能です。より利用者の苦痛が少ない、提供時間を基礎として手際のよいサービスの提供を評価することもできるかもしれません。

このほかにも、従来から社会福祉領域で重視されてきたケアとして、利用者に対する心理社会的援助というのがありますが、精神的安定を図るための対人援助サービスの内容を時間で捉えることは難しく、これを評価することもかなりの困難が伴うとされてきました。

「精神的安定を図るサービスである」と抽象化した表現のままでは、到底、評価はできま

せんが、その利用者の精神的安定を図るために職員が「どのような行為」をどのくらい行っているのかと考えれば、その量を時間として示すことは可能です。

よい施設といわれている施設で働く介護職員の方々は、利用者、特に認知症の方々に対して、頻繁な声かけをしていることが知られていますが、これは、先に示した開発された T.C.C コードの 1 つに示されている介護行為であり、その内容や回数を明確にすることは、観察者が訓練された調査員であれば可能ですし、適切な声かけであったかどうかという、技術としての判断も同時にできるのです。

技術の理論体系構築への可能性

介護技術の教科書には、例えば、「適切な体位変換の方法・歩行の介助や高齢者の負担が少ない抱きかかえ方」といった技術については、詳細で網羅的な記述はありますし、また、解説書や論文には、高齢者が適切な介護サービスを提供されているかどうかを検討する方法として、高齢者の ADL の状態、身体機能・病気の種類等や高齢者自身の認知機能やコミュニケーションの円滑さに関する能力を専門家が把握し、ニーズを適切に測ることで介護を行うべきであるという記述はなされています。

つまり、ADL 等の状況、認知機能、コミュニケーション能力、BPSD の種類やその程度といった多様な状況を把握して、サービスを提供すべきであることは示されていますが、その具体的な方法としてどのような介護方法が適切で、それにはどのような技術が必要かといった内容は示されていないことが多くなっています。

そして、現場の実習では、「先輩の介護職員が行っている介護内容を見て覚える」、あるいは「経験的にこの高齢者とあの高齢者は同じようだから」といった経験主義的な方法によって、介護技術の伝達がなされていることが多いようです。

このように、現状では、現場の優れたケアを理論として体系化することは不可能でしょう。「どういう状態」の高齢者に「どのようなケア」を「どのくらい」すべきかといった内容を論理的に説明することができなければ、理論として体系化していくことはできません。例えば、片まひの高齢者の事例といった内容が詳細に示されているだけでは、技術の理論体系を確立することはできないのです。

これまで述べてきたように、質的な内容も含めて、介護サービスについては、数量化しにくく測定できないと諦めるのではなく、測定できるのはどこまでかということを明らかにすることが大事です。

この測定できる技術を一定の方法によって測定し、測定できない技術を明らかにすることが、介護技術の評価においての基本となります。これらがなされることが、介護の可視化、すなわち、今日的な言葉で表現すると「見える化」であるといえます。

コード化によって明らかになった「見える化」の成果

1988 年（昭和 63）から開発されてきた T.C.C.（介護業務分類コード）を用いた他計

式のタイムスタディ調査は、介護・看護領域だけでなく、要保護児童が生活する社会的養護施設や保育園等の子育て支援施設においても実施されてきました。現在もこのコードは改定を続けていますが、その構造は、最も大きな分類で 5 つの分類（身の回りの世話、専門的な治療・処置、リハビリテーション関連、ケアシステム関連、在宅ケア関連）があります（Tsutsui, 2011）。

例えば、「介護関連施設で最も多く提供されている介護行為は何か」と問われれば、「身の回りの世話」という大分類で表現される行為の集積であり、これは入所施設で提供されている時間の 71.3%を占めています。この割合は在宅では 67.8%で、グループホーム（以下「GH」という。）では 56.2%と低い割合となる、といったエビデンスがすでに示されています。

このほかにも、GH では介護サービスの総体としての「ケアシステム関連」が全体の 33.1%も占めているのに対して、在宅では「ケアシステム関連」は 0.5%程度しか占めていないことや、リハビリテーションに関する行為は、施設は 6.7%だけれども、在宅は 2.4%、GH は 0.6%と低い割合であり、リハビリテーションは在宅や GH ではほとんど行われていない、といったことも徐々にわかってきています。

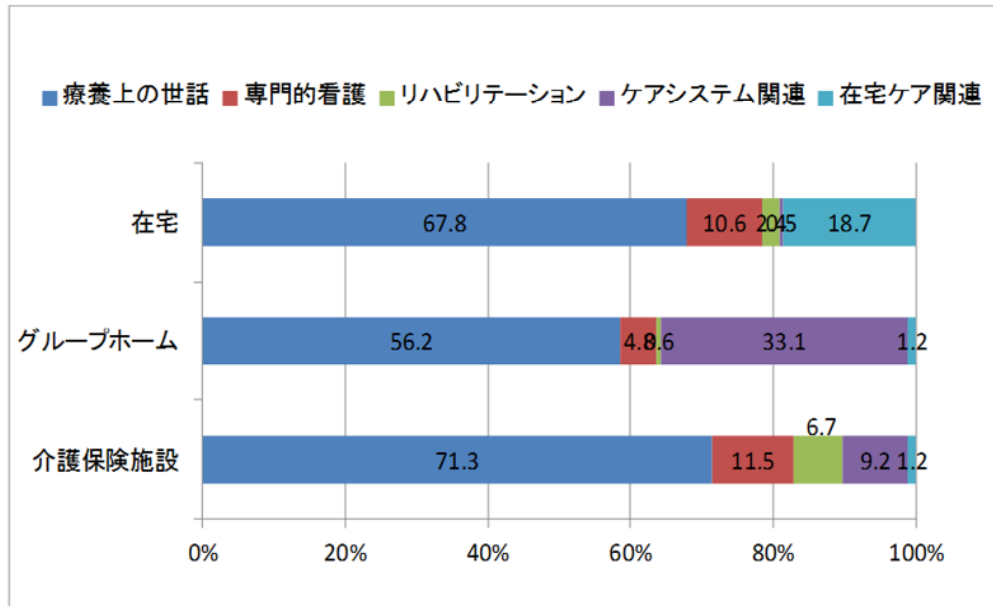
このような提供場所だけでなく、介護を提供していた機関別の介護サービスの分析もすでにエビデンスが示されています。例えば、急性期病院では、専門的な治療・処置が 21.4%と介護事業所・施設より高く、またケアシステム関連も 40.3%と示されていて、介護事業所・施設よりも専門的な治療や処置、ケアシステムにかかる時間が長いことがわかっています（図表 12）。

このように、介護サービスを提供する場によって介護サービスが異なっていること、さらに、その量はどのくらい違うかについても T.C.C.を使うことで、介護現場におけるエビデンスが示されるようになっていきます。

すなわち、介護行為をコード化し、提供されている介護サービスを行為別にするすることで、それぞれのサービスでどのような行為が提供されているかの「見える化」を進めることができました。これにより、介護関連施設の中でも介護の方法が異なっていることや、急性期病院とはサービス提供の仕組みが違うことを明らかにできたということです。

また、当然の結果として、サービス提供機関によって、要求される職員の技術には違いがあることも示してきました。

図表 1 2：施設別業務提供割合



データ出所) 平成20年厚生労働科学研究費補助金(長寿総合科学研究事業)
「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究」

3 評価手法

実践キャリア・アップ戦略

これまで述べてきたように、日本の臨床現場では T.C.C.を用いた「介護の見える化」の成果が発表され、介護技術の評価方法が模索される一方で、国家戦略プロジェクトの一環として、介護技術进行评估することが求められました。

今までの日本の職場は、部長や課長という役職での評価が一般的でしたが、実践キャリア・アップ戦略（図表 1 3）においては、キャリアや能力で評価される社会を目指しています。そして、この戦略を進めるため、「キャリア段位制度」という新しい制度が位置づけられました（図表 1 4、1 5 参照）。

この実践キャリア・アップ戦略では、成長分野の産業において、その職業能力を評価することとされており、この成長分野の1つとして選定されたのが、「介護・ライフケア分野」でした。このほかの分野は、「環境・エネルギー分野」及び「食・観光分野」となっています。実践キャリア・アップ戦略では、これらの成長分野で個々の能力を評価し、人材を育成して、これらの成長分野へ労働移動を促すことを目的としています。

そして、この成長分野での新しい職業能力を評価する仕組みが「キャリア段位制度」で

す。このキャリア・段位制度では、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面で評価を行うこととされており、このために、知識や実践的スキルの標準化が必須であり、この知識や実践的スキルの標準化については、従来の教育プログラム、大学や専門学校の教育システムと連携して、養成することもねらいとなっています。

「わかる」と「できる」

さて、戦略として示されている「わかる」という知識と、「できる」という実践的技術の評価ですが、「わかる」については、既存の介護福祉士の養成課程や初任者研修・実務者研修があります。このため、キャリア段位制度では「できる」、すなわち実践的スキルを重点的に評価をすることになりました。

また、キャリア段位のレベルの構成は、成長産業における各職種と共通のレベル構成とすることが前提とされていますので、ほかのカーボンマネジャー（省エネ・温室効果ガス削減等に関わる人材）や、食の6次産業化プロデューサーのレベル感との整合性が求められています。

国家戦略上の統一的な考え方としては、職業能力の共通言語化、労働力の移動を容易にするという目的のために、使いやすい汎用性のある基準とするための技術の評価とその基準が求められています。

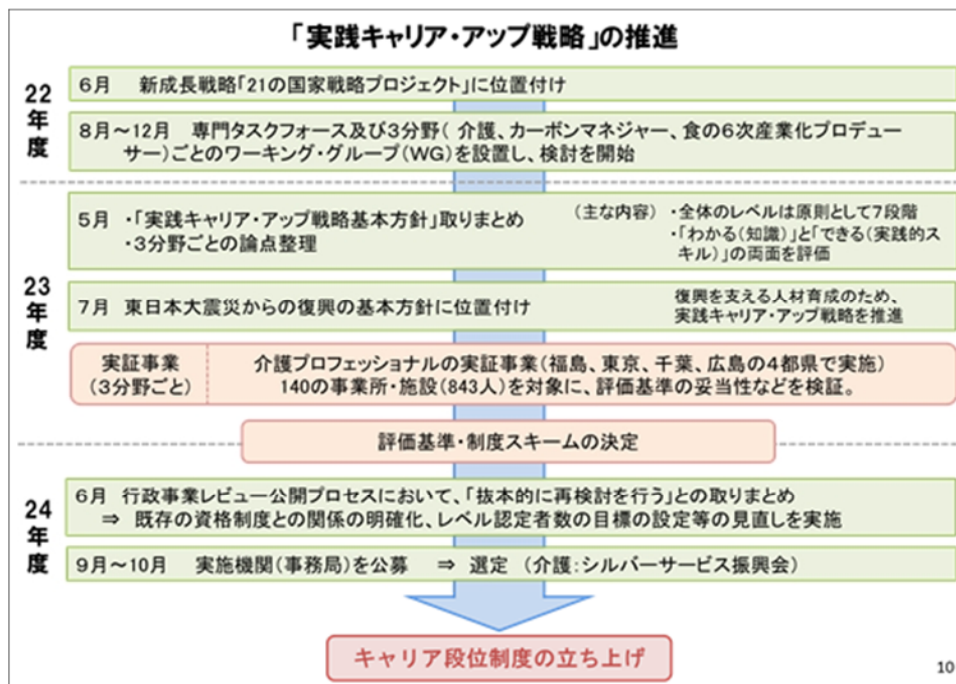
職業能力の基準の設定

このことは、今回の介護技術の評価をするにあたって、例えば、訪問介護や通所介護、特別養護老人ホームといったサービスごとの評価ではなく、介護職として働いていく上で共通して必要とされる職業能力の基準を設定しなければならないことを意味しています。

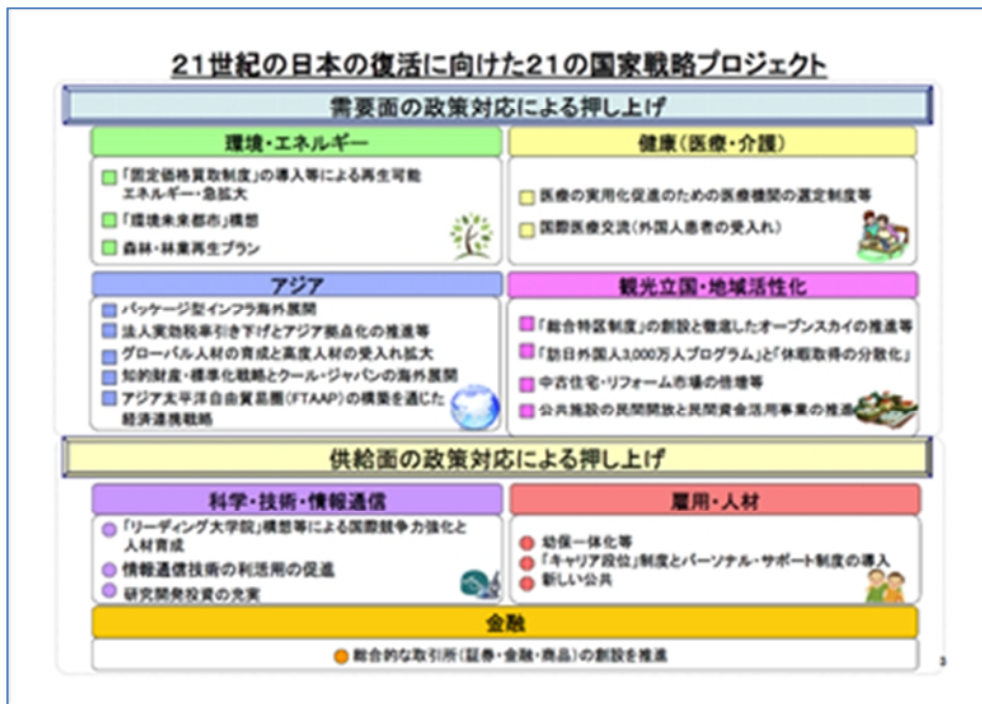
すなわち、在宅・施設で共通の代表的な介護技術としては、「移動・移乗介助」「食事介助」「排泄介助」「入浴介助」といったものがありますが、これらのサービスを実施する際の介護技術について、汎用性を持った評価方法等が議論されてきました。

そして、介護キャリア段位制度を検討する「実践キャリア・アップ戦略 介護人材ワーキング・グループ」（以下「介護WG」という。）に、評価すべき介護技術の採用にあたって資料として提出されたのが、図表16に示したT.C.C.を用いたタイムスタディ調査の結果から示された介護現場のコード別の提供実態の分析結果でした。

図表13：実践キャリアアップ戦略の推進について



図表14：新成長戦略における実践キャリアアップ戦略について



出所：国家戦略室ホームページより

図表15：実践キャリアアップ戦略の検討内容およびその進め方について

別紙3

実践キャリア・アップ戦略 介護人材分野の今後の検討事項（案）		
	ワーキング・グループで検討すべき事項	小委員会で検討すべき事項
実践事業開始前に検討すべき事項	○実践事業の進め方の見直し ○評価基準原案の見直し	○実践事業の進め方 ・実施事業所（施設類型、数、地域） ・被評価者（対象者、人数） ・評価（要件） ・評価手続 など ○評価基準原案の作成 ・「できる（実践的スキル）」部分の原案策定
実践事業を行いつつ、平成23年度中に検討すべき事項	○評価基準原案等の見直し ○評価の実施体制の検討（例） （事業所・施設内部での「できる」評価） ・評価の資格要件、事前講習（養成講習）、適切な評価期間 など （教育・訓練機関での「わかる」評価） ・育成アセスメント（評価） など （外部評価機関） ・外部評価の体制、方法、精度 など ○運営体制の検討（例） ・被評価者のレベル認定の手続き ・運営の実施機関 ⇒ 育成アセスメント（評価）の認定 ⇒ 取得者等に関するデータ管理 ・介護人材に関するキャリア開発制度の普及推進方法 など	○実践事業のねらい ・評価基準原案におけるレベル感の妥当性、評価の項目や方法の妥当性などを検証するため、アンケートや聞き取り調査の実施等、実践事業の進捗管理を行う。 ○評価基準原案等の策定 ・「わかる（知識）」部分 ・「できる（実践的スキル）」部分 ・育成アセスメント（評価）
平成24年度以降に検討すべき事項	○レベル5以上の評価基準等の作成 ○能力評価基準・育成アセスメント（評価）の一定期間後の見直しの仕組みの検討 など	

出所：官邸ホームページより

図表16：入浴介助に含まれる介護行為の発生率

タイムスタディ調査による入浴に関わる介護行為の発生率
(調査対象施設の職員の60%以上に発生)

特養の介護職員			GHの職員		
	発生率	度数		発生率	度数
衣服の着脱	96.8	30	衣服の着脱	100.0	5
移乗の介助	96.8	30	排便維持・回復、排便機能の維持・回復	100.0	5
移動の介助（入浴時の脱衣所から浴室へや排便時の 浴室からトイレへの移動の支えり・介助を含む）	96.8	30	おむつ	100.0	5
声かけ	96.8	30	食事動作・栄養・水分摂取への援助（朝・昼・夕）	100.0	5
職員間の連絡・指示・調整、記録の確認	96.8	30	食間食・分割食	100.0	5
食事動作・栄養・水分摂取への援助（朝・昼・夕）	93.5	29	水分	100.0	5
ニーズの把握	93.5	29	移乗の介助	100.0	5
排便維持・回復、排便機能の維持・回復	87.1	27	移動の介助（入浴時の脱衣所から浴室へや排便時の 浴室からトイレへの移動の支えり・介助を含む）	100.0	5
おむつ	87.1	27	声かけ	100.0	5
起居の援助	87.1	27	職員間の連絡・指示・調整、記録の確認	100.0	5
移動・移乗	83.9	26	記録	100.0	5
記録	83.9	26	洗濯	80.0	4
体位変換・患肢位の維持	80.6	25	口腔の清掃維持	80.0	4
与薬（経口薬・坐薬）	80.6	25	移動・移乗	80.0	4
口腔の清掃維持	77.4	24	排便維持・回復、排便機能の維持・回復	80.0	4
食間食・分割食	74.2	23	排泄・観察	80.0	4
寝具・リネンの交換	67.7	21	施設内整備	80.0	4
病室内整備	67.7	21	洗濯	80.0	4
感染防止	67.7	21	与薬（経口薬・坐薬）	80.0	4
排便維持・回復、排便機能の維持・回復	64.5	20	おむつ・保護	80.0	4
体の清掃維持	61.3	19	感染症止	80.0	4
整容	61.3	19	体の清掃維持	60.0	3
水分	58.1	18	治療的栄養・水分補給	60.0	3
			起居の援助	60.0	3
			ニーズの把握	60.0	3
			寝具・リネンの交換	60.0	3
			感染管理	60.0	3
			職員間の連絡・指示・調整、記録の確認	60.0	3

入浴介助の一つの介助で、多くの介護行為を網羅している。

データ出所)平成20年厚生労働科学研究費補助金(長寿総合科学研究事業)
「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究」

出所：官邸ホームページより

図表17：実践キャリアアップ戦略



出所：内閣府ホームページより

実証事業に向けた検討

キャリア段位制度の立ち上げに当たっては、事前に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りました。これを実施するために計画されたのが、後述する実証事業です。この実証事業の内容については、介護WGの下に設けられた小委員会で議論が行われました。

まず、実証事業については、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ました。

これらの条件の中でも、特に③は重要であることから、これに参加する職員の方になるべく労力をかけないようにするために、評価ユニットを最小限とすることが検討されました。

過去のタイムスタディによって示されたデータで、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て、どのような行為が共通して実施されていたかを示したデータを図表 16 に示しました。

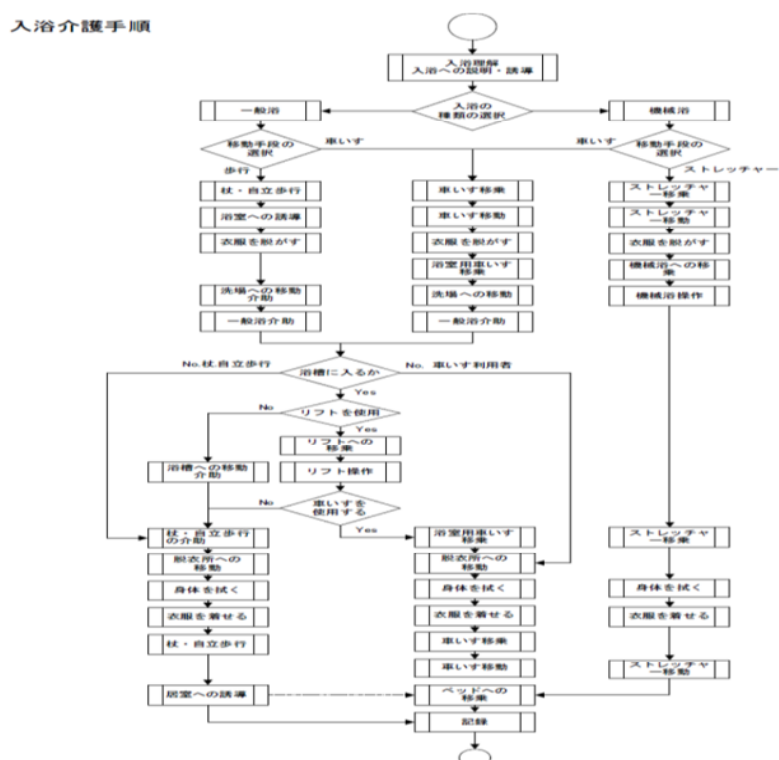
この図表 16 には、在宅で訪問介護職員が提供した介護サービスの中で、よく提供されていた介護サービスの内容が示されていますが、在宅では、利用者のニーズによって、提供するサービスの内容は大きく異なっています。

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ました。

一方、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 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した。

つまり、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課業とされ、これに伴う技術があることが示されたといえます。

図表18：入浴介護手順とケアコードの対応



小委員会での議論の結果、基本介護技術の評価については、タイムスタディ調査による介護行為の発生率の高いものを評価することとし、具体的には、「入浴介助」、「食事介助」、「排泄介助」を評価するとされました。これに、介護現場からのニーズに応じて、「状況の変化に応じた対応」も評価項目に追加されました。

また、介護技術が高いサービスであることが、利用者の視点からわかることも重要であるということから、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ました（図表18参照）。

さらに、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、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りました。

この連携能力については、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、これらの項目を活用して実証事業で評価することになりました。

このほか、レベル4のスキルである「リーダーシップ、部下への指導・指示」についても評価することとされました。

図表19：期首評価票（小項目での評価）

	中項目		小項目	自己 評価	他者 評価
Ⅰ 基本 介護 技術 の 評価	1入浴介助	1	入浴前の確認ができる		
		2	衣服の着脱ができる		
		3	洗髪ができる		
		4	清拭ができる		
	2食事介助	1	食事前の準備を行うことができる		
		2	食事介助ができる		
		3	口腔ケアができる		
	3排泄介助	1	排泄の準備を行うことができる		
		2	トイレでの排泄介助ができる		
		3	おむつ交換を行うことができる		
	4移乗・移動・体位変換	1	起居の介助ができる		
		2	一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		
		3	全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		
		4	杖歩行の介助ができる		
		5	体位変換ができる		
	5状況変化に応じた対応	1	咳やむせこみに対応ができる		
		2	便・尿の異常に対応ができる		
		3	皮膚の異常に対応ができる		
		4	認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応ができる		
Ⅱ 利用者 視点 での 評価	1コミュニケーション	1	相談・苦情に対応ができる		
		2	利用者特性に応じたコミュニケーションができる		
	2介護過程の展開	1	利用者に関する情報を収集できる		
		2	個別のケア計画を立案できる		
		3	個別ケア計画に基づく支援の実施・モニタリングができる		
		4	個別ケア計画の評価ができる		
	3感染症対策・衛生管理	1	感染症予防対策ができる		
		2	感染症発生時に対応できる		
	4事故発生防止	1	セカリハットの視点を持っている		
		2	事故発生時の対応ができる		
		3	事故報告書を作成できる		
	5身体拘束廃止	1	身体拘束廃止に向けた対応ができる		
		2	身体拘束を行わずに済まない場合の手続きができる		
	6終末期ケア	1	終末期の利用者や家族の状況を把握できる		
		2	終末期に医療機関または医療職との連携ができる		
Ⅲ 地域 包括 ケアシステム ＆リーダー シップ	1地域包括ケアシステム	1	地域内の社会資源との情報共有		
		2	地域内の社会資源との連携協力		
		3	地域内の関係職種との交流		
		4	地域包括ケアの管理業務		
	2リーダーシップ	1	現場で適切な指導指導ができる		
Ⅳ 段級制度		2	部下の業務支援を適切に行っている		
		3	評価者として適切に評価できる		
		1	介護支援センターやケアマネジメントの概要を理解している		
		2	キャリア段級制度の内容を理解している		

この結果、実証事業で調査するチェック項目は合計 228 項目となりました。期末の評価に際しては、相当数のチェック項目の評価を行うことになりました（図表21参照）。

図表20：期末評価票（チェック項目での評価）（一部抜粋）

I. 基本介護技術の評価					
※ レベル3又は2②の認定を受けている者がレベル4を申請する場合は、「基本介護技術の評価」を受ける必要はない。					
1. 入浴介助					
No	小項目	チェック項目	評価結果に○ A:できる B:できる場合とできない場合がある(要指導) C:できない -:実施していない (評価なし、未実施)	評価方法	備考
1	入浴前の確認ができる				
		① バイタルサインの測定や利用者へのヒアリング等による体調確認、意向確認を行い、入浴の可否について確認したか。	A B C -	現認	
		② バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた入浴方法が選択できたか。	A B C -	現認 (必要に応じて被評価者へのヒアリング)	
2	衣服の着脱ができる				
		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。	A B C -	現認	
		② スクリーンやバスタオルを使い、プライバシーに配慮したか。	A B C -		
		③ 脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	A B C -		
		④ ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。	A B C -		
		⑤ しわやたるみがないか確認したか。	A B C -		
3	洗体ができる(浴槽に入ることを含む。)				
		① 末梢から中枢の順番で洗い、脇腹は健側の手で洗ってもらったか。	A B C -	現認	
		② 浴槽に入る時は、利用者に手すりや浴槽の縁をつかんでもらうとともに、バランスを崩さないよう身体を支え、入浴できたか。	A B C -		
		③ 簡易リフト等、入浴機器を用いて入浴した場合、利用者の身体の位置を確認し、手が挟まれる等の事故に注意して、安全に入浴できたか。【訪問介護等は除く。】	A B C -		
		④ 入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。	A B C -		
4	清拭ができる				
		① バイタルサインの測定、利用者へのヒアリング、医療職の指示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。	A B C -	現認	
		② スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーや保温に配慮したか。	A B C -		
		③ 末梢から中枢の順番で洗うなど、適切な手順でできたか。	A B C -		

図表21：実証事業用の章項目・チェック項目・評価方法（一部抜粋）

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. 状態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

実証事業を踏まえた評価基準の見直し（項目の整理・統合）

実証事業の結果を踏まえて、介護WG・小委員会において、評価の適正性を確保しつつ、評価項目の整理・統合等が行われました。具体的には、以下のような観点等に立って見直しが行われました。こうした見直しの結果、チェック項目の総数は、228 項目から 148 項目へと約3分の2に減少しました。この見直しにより、評価の適正性を担保しつつ、介護現場の負担を可能な限り軽減することが可能になりました。

①「被評価者の多くができる項目」の削除

（例）おむつ・パッドを尿漏れしない位置に装着したか（チェック項目）

爪は短くしているか（チェック項目）

車いすの移動ができる（小項目）

②「実施していない被評価者が特に多く、評価者からも評価できない可能性があるとの意見があった項目」の削除

（例）緊急時対応（中項目）

③「相関が高いチェック項目」を整理（原則として、相関係数 0.85 以上の場合）

（例）

- ・「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」と「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」の相関係数が 0.99 であるため、後者を削除し、前者のみ存置。
- ・「感染症発生時に対応できる」（小項目）の4つのチェック項目はいずれも相関係数が 0.85 以上であったため、通過率（実施した者のうち「A（できる）」の者の比率）が低い（i）と（iv）を存置。

（i）感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対し、マスクの着用を促す、医療職の指示に従い他の利用者と別室に待機させる等の対応をとったか。

（ii）速やかに医療職に報告したか。

（iii）マスク、感染予防着、手袋を着用し対処したか。

（iv）利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。

チェック項目選定の考え方

これまでキャリア段位制度で評価されることとされた項目の選定の経緯を説明してきました。

この選定に際しては、選定された行為が介護そのものを網羅していないため問題であるとの意見もありました。これは、このチェック項目に含まれなかった介護行為の中にも重要なものがたくさんあるのだから、チェック項目に付随する技術の評価をもっと行うべきではないかという意見であると考えられます。

しかし、評価とは、ある事象における多面的な側面を、特定の目的の下に基準に照らし合わせて、その状態が基準以下か、あるいは以上であるかといったようなことを測定する際に用いられる言葉です。ですから、介護技術の評価もすべての介護行為を評価の対象とすることは不可能であることを前提にしなければなりません。このため、今回の介護技術の評価にあたっては、介護サービスをユニット化できるケアコードを使って、介護行為を限定することにしました。

キャリア段位制度の評価対象となる行為の選定にあたっては、発生頻度が高い介護行為が抽出されており、一定の科学的な手続きがとられたといえます。

4 介護職員の技術レベル評価

レベルの考え方

前述したように、キャリア段位制度については、他の分野（カーボンマネジャーや食の6次産業化プロデューサー）との間で横断的なレベル感をそろえることが必要でした。

このため、レベル 1 というのは、導入研修を終えた程度の能力の者と設定されていましたので、介護人材分野においては、ヘルパー2 級研修修了者をレベル 1 と位置づけるものと考えられました。

レベル 2 は、介護人材分野ではさらに 2 つに分類されることになりました。レベルの 2 の下位の方（レベル 2①）が、「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」と位置づけられました。そして、レベル 2 の上位の方（レベル 2②）は、「一定の範囲で、利用者の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」できるレベルとされました。レベル 2 は、現在の介護人材の多くが含まれることになると予想されることから、細分化されました。

レベル 3 は、「指示等がなくとも、一人前の仕事ができる」レベルであり、「利用者の状態像に応じた介護や他職種との連携等を行うための幅広い知識・技術を習得し、的確な介護が実践」できるレベルであるとされています。

そして、レベル 4 以上はプロレベルと設定されています。レベル 4 は、チームの中でリーダーシップが発揮でき、チームのメンバーに対して適切な指示や指導ができるレベルであるとされました。

「わかる（知識）」については、資格の取得状況や研修の修了状況に応じて、レベルの確認を行うこととされています。

レベル 1・2 については、介護職員初任者研修の修了者（当面は、ホームヘルパー2 級研修又は 1 級研修の修了者）とされました。なお、「実践キャリア・アップ戦略 介護人材WGにおける論点整理」（平成 23 年 4 月 22 日）においては、「中長期的には、諸外国における保健・医療・福祉の基礎資格の共通化の取組みを参考に、それを視野に入れ、エントリーレベルの養成課程について検討を行うべき」とされています。レベル 3 については「介護福祉士養成過程又は実務者研修修了」とするとともに、レベル 4 については「介護福祉士であること（国家試験合格）」とされています。

レベル 5 以上については、認定介護福祉士の（仮称）の検討を踏まえて、「できる」の評価基準の検討等を行うこととしており、当面、レベル認定を実施しない予定です。

図表 22：介護人材に係るレベルについて

介護人材に係るレベルについて			※今後実証事業等で検証	
レベル	基本方針案	求められる能力等	(参考) 既存資格制度との関係	養成課程等 （「わかる（知識）」の評価）
ブ ロ レ ベ ル	7 「分野を代表するトップ・プロフェッショナル」			
	6 「プロレベルのスキル」+			
	5 「特定の専門分野・業種におけるさらに高度な専門性、又は、その人の独自の方法（オリジナリティ）が顧客等から認知・評価される」	○ 多様な生活障害をもつ利用者に質の高い介護を実践 ○ 介護技術の指導や職種間連携のキーパーソンとなり、チームケアの質を改善	認定介護福祉士（仮称）	具体的な養成課程等は、認定介護福祉士の具体化等を踏まえて検討
	4 「一人前の仕事ができる」+	○ 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	介護福祉士 （レベル4については、原則一定の実務経験を有する者）	介護福祉士養成施設課程（2 年間） 講義 1230 時間 演習 120 時間 実習 450 時間 I 300 時間＋II 150 時間※ 実務経験 3 年＋実務者研修 450 時間
3	「指示等がなくても、一人前の仕事ができる」	○ 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（例：施設の主たる夜勤者、夜間の訪問介護に対応できる）		
2	「一定の指示があれば、ある程度の仕事ができる」	○ 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 ○ 基本的な知識・技術を活用し、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践（例：施設において「夜勤」に従事することができる）		
1 （エントリー）	「一定期間の教育・訓練を受け、導入研修を終えた程度の能力である」 「職業準備教育を受けた段階」	○ 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	介護初任者研修修了者相当	現行のヘルパー2 級研修 講義 130 時間 演習 42 時間 実習 30 時間

※介護実習Ⅰ：利用者・家族とのコミュニケーションの実践、介護技術の確認、他職種等との連携の実践

※介護実習Ⅱ：介護計画の作成・評価・修正等の介護過程の展開

実習施設等：介護福祉士 3 割以上、マニュアル・介護過程の記録等の整備等を満たす実習施設、介護福祉士として 3 年以上勤務し、実習指導者講習会を受けた者

図表23：介護プロフェッショナルのキャリア段位制度と既存の資格等との整理

介護プロフェッショナルのキャリア段位制度と既存の資格等との整理（案） 資料3

- 介護福祉士の資格取得や実務者研修・介護職員初任者研修の修了等を通じて「わかる(知識)」を評価しつつ、資格制度では弱い「できる(実践的スキル)」を重点的に評価。
- あわせて、介護福祉士養成課程での「できる(実践的スキル)」の評価を推進し、介護福祉士等の「できる(実践的スキル)」の向上を推進。

レベル	わかる(知識)	できる(実践的スキル)
7	認定介護福祉士(仮称)の検討を踏まえて、評価基準を検討 (当面、レベル5～7の認定は実施しない)	
6		
5		
4	介護福祉士であること(国家試験合格) ※ 介護福祉士養成施設卒業生について、国家試験の義務付け前においては、介護福祉士養成課程修了によりレベル4とする。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」、「地域包括ケアシステム&リーダーシップに関する評価」を実施 ※ レベル3又は2②の認定を受けている場合は、「基本介護技術の評価」は不要。
3	介護福祉士養成課程又は実務者研修修了 ※ 介護職員基礎研修修了でも可。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」を実施。
2	介護職員初任者研修修了(※) ※ ホームヘルパー2級研修又は1級研修修了も含む。	【レベル2②】 「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価の一部(感染症対策・衛生管理など)」を実施。
1		【レベル2①】 「基本介護技術の評価(状況の変化に応じた対応を除く)」を実施。 * 介護福祉士養成課程において、レベル2①の評価基準を用いた実習の実施を推進

※ 網掛け部分は、キャリア段位制度において独自に評価を行う部分。

(注)あるレベルの「わかる(知識)」の要件を満たしている場合、より下位のレベルの「わかる(知識)」の要件も満たされることとする。

1

5 評価項目の詳解

評価項目は以下のとおりです。各項目についての詳細は、次頁以降に示します。

I. 基本介護技術の詳細

1. 入浴介助
2. 食事介助
3. 排泄介助
4. 移乗・移動・体位変換
5. 状況の変化に応じた対応

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. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

(1) 入浴前の確認ができる

項目の定義

- 入浴の可否を確認するための観察及び情報把握ができるか、また利用者の状態に応じた入浴方法を選択できるかを確認する。

評価方法

- ① 現認
- ② 現認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	バイタルサインの測定や利用者へのヒアリング等による体調確認、意向確認を行い、入浴の可否について確認したか。	✓ バイタルサインの測定結果を確認していない。 ✓ 利用者に体調を確認していない。 ✓ 利用者に意向を確認していない。 ✓ 入浴の可否について確認していない。
②	バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた入浴方法が選択できたか。	✓ 既往歴を把握していない。 ✓ バイタルサインの測定結果を確認していない。 ✓ 医療職の指示を確認していない。 ✓ 利用者の状態にあった入浴方法を選択していない。

解説

- 入浴の可否は医療職が行いますが、この判断のためには、利用者の状態を把握する必要があります。
- その際、利用者の体調や入浴の意向の把握についての業務は、主に介護職が担っていますので、この情報を正確に収集し、伝達することは、とても重要です。
- 利用者は常に入浴ができる状態にあるとは限りません。介護職はバイタルサインの測定結果を確認し、バイタルサインを念頭にヒアリングにより意向の確認を行い、利用者の身体の状態及び気持ちの両面から状態を把握することが必要です。また、介護職の情報等を基に、医療職は入浴の可否を判断するため、介護職は利用者の状態を収集だけでなく、医療職に、的確に情報を伝えることも求められます。
- 入浴が可能と判断された場合、次に、適切な入浴方法を選択することが求められます。通常、入浴方法の選択は、医療職の指示や個別介護計画に則って行いますが、日々の利用者の状態を踏まえることが、安全・安心な入浴を行う上で重要です。

I. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

(2) 衣服の着脱ができる

項目の定義

・室温やプライバシーなど、周囲の環境に応じて、適切な時間内に着脱ができる。その際、本人の能力に合わせた介助量・方法を選択できる

評価方法

①～⑤ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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。	✓ 体調や気候に適していない。 ✓ 利用者に意向を確認していない。
②	スクリーンやバスタオルを使い、プライバシーに配慮したか。	✓ 着脱の様子が、第三者から容易に見える。 ✓ スクリーンまたはバスタオル等の準備・確認をしていない。
③	脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	✓ 脱衣を健側から患側の順で行っていない。
④	ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。	✓ 動作ごとの声掛けを行っていない。 ✓ 次の動作についての声掛けを行い、自分で行うよう促していない。
⑤	しわやたるみがないか確認したか。	✓ しわやたるみの確認をしていない。

解説

・入浴前後の着脱は、①脱衣による体調への影響と、②プライバシーへの配慮を重要視する必要があります。

①着脱時は、室温によっては、心肺機能への影響が考えられます。また、自立動作の促しは、もちろんですが、適切な時間内で、実施が可能かについても判断が必要になります。

②プライバシーについては、本人の様子や、専門職とはいえ自分を含めた介護者の視線を含めた配慮を行う必要があります。

I. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

(3) 洗体ができる(浴槽に入ることを含む。)

項目の定義

- ・利用者の状況に応じて、介助する部分を適切に選択し、介助が行える。

評価方法

①～④現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準(1つでも該当すればC)
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。	✓ 末梢から中枢の順番で洗っていない。 ✓ 陰部などについて、健側の手で自分で洗うように促さなかった。
②	浴槽に入る時は、利用者に手すりや浴槽の縁をつかんでもらうとともに、バランスを崩さないよう身体を支え、入浴できたか。	✓ 声掛けを行っていない(入浴前)。 ✓ 常に意識状態を確認していない。 ✓ 手すりや浴槽の縁を確実につかんでいるか確認していない。 ✓ 利用者が自ら身体を支えられるか確認していない。 ✓ 利用者が自ら身体を支えられない場合に、バランスを崩さないよう利用者の身体を支えていない。
③	簡易リフト等、入浴機器を用いて入浴した場合、利用者の身体的位置を確認し、手が挟まれる等の事故に注意して、安全に入浴できたか。【訪問介護等は除く。】	✓ 介助前に、機器の作動確認(安全確認)をしていない。 ✓ 不適切な手順での操作が行われた。 ✓ 手足の位置が機械から離れているか確認していない。 ✓ 動作中、利用者から目を離している。
④	入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。	✓ 入浴後、意識状態の確認をしていない。 ✓ 水分補給を行っていない。

解説

- ・入浴は、単に身体の清潔を保つだけでなく、心身ともにリラックスする効果もあります。そのため、湯の温度や時間には個人の意向も事前確認しておくといでしょう。同時に、基礎疾患や血圧など心肺機能の影響や浮力の影響も考慮し、安全に行うことが重要です。

I. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

(4) 清拭ができる

項目の定義

- ・何らかの事情で、入浴できない場合、タオルなどで身体表面の清潔を保ち、表面の循環の改善にも配慮しながら清拭を行う。

評価方法

①～③ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	バイタルサインの測定、利用者へのヒアリング、医療職の指示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。	✓ バイタルサインの測定結果を確認していない。 ✓ 利用者に体調を確認していない。 ✓ 利用者に意向を確認していない。 ✓ 清拭の可否を確認しない。
②	スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーや保温に配慮したか。	✓ スクリーンまたはバスタオル等の準備・確認をしていない。 ✓ 清拭時に、肌の露出した部分を最小限にするなどの工夫を行わない。 ✓ タオルの温度を確認していない。
③	末梢から中枢の順番で洗うなど、適切な手順でできたか。	✓ 利用者の状態にあった方法を選択していない。 ✓ 上肢から下肢、末梢から中枢の順番で洗っていない。 ✓ 陰部を含め、自分で拭くように促さなかった。

解説

- ・清拭は、浴室と違い室温によっては、寒さを感じることもあります。部分的な露出にて介護を行うと同時に、プライバシーにも配慮が必要です。
- ・本人の意向を踏まえ、能力に応じ、自ら行える部分を、実施可能な方法を選択し促すことも必要です。

I. 基本介護技術の評価

2. 食事介助

(1) 食事前の準備を行うことができる

項目の定義

- 安全な食事介助を行うためには、食べる意欲を促進し、利用者の状況に応じた準備が適切にできているかを確認する。

評価方法

①～⑥ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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。	✓ 利用者の覚醒状態を確認していない。
②	嚥下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか。	✓ 適切なとろみをつけない。
③	禁忌食の確認をしたか。	✓ 禁忌食の確認をしていない。
④	飲み込むことができる食べ物の形態かどうかを確認したか。	✓ 食の形態や量を確認していない。
⑤	食べやすい座位の位置や体幹の傾きはないか等座位の安定を確認したか。	✓ 利用者の状態（麻痺の状態を含む）を確認していない。 ✓ 坐位姿勢の確認をしていない。
⑥	顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。	✓ 摂食姿勢を確認していない。 ✓ 適切な姿勢に調整をしていない。

解説

- 食事を安全に行うためには、利用者の状態の確認、適切な食器の選択とその配置、食物の形態の選択と誤嚥を防ぐ座位姿勢、意識状態・意欲の確認のための声掛け等の準備が必要不可欠です。
- 食事動作の自立に向けた介護には、他職種との連携が重要です。リハビリテーション職種では、坐位姿勢の調整は理学療法士、食器・自助具等の選択は作業療法士、摂食に関しては言語療法士などからの協力が有効です。

I. 基本介護技術の評価

2. 食事介助

(2) 食事介助ができる

項目の定義

- ・利用者の状態に応じ、出来る限り主体的に「食事を楽しむ」ことができるよう介助を行う。

評価方法

①～⑤ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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。	✓ 食事の献立の特徴や中身について説明をしていない。
②	利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。	✓ 食べる順序、一口の量を利用者に確認していない。
③	利用者と同じ目線の高さで介助し、しっかり咀嚼して飲み込んだことを確認してから次の食事を口に運んだか。	✓ 同じ目線の高さで介助を行っていない。 ✓ 嚥下の状況を確認していない。
④	自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。	✓ 利用者に自力での摂食を促していない。 ✓ 利用者の状態に応じた自力摂取用の自助具を用意していない。
⑤	食事の量や水分量の記録をしたか。	✓ 食事量や水分量を正確に記録していない。

解説

- ・食事は、栄養を摂取する行為だけではなく、人間の尊厳として、食を楽しむ大切な行為です。そのため「食べたい」という意欲が湧く声掛けや、内容の説明、利用者の主体性を発揮できる、食事形態や用具の選択や工夫も重要となります。
- ・食事の時間が長くなりすぎると、利用者が疲労することも考慮し、適切な時間を考えたうえで、自立援助を行う必要があります。
- ・介助を行う際は、本人の表情や目線に対し注意を払い、声掛けや意向の確認を行いながら、実施することが重要です。

I. 基本介護技術の評価

2. 食事介助

(3) 口腔ケアができる

項目の定義

- ・口腔ケアは、義歯のケアと歯・歯茎・舌など口腔全体の清潔を保つことが重要です。
- ・口腔内の状態は、健康状態にも関連するため、観察して変化があれば、医療職へ報告するなどの適切な対応ができることを確認する。

評価方法

①～④ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	出来る利用者には、義歯の着脱、自分で磨ける部分のブラッシング、その後のうがいを促したか。	✓ 食事後、義歯の着脱を促していない。 ✓ ブラッシングやうがいを促していない。 ✓ 意識状態を確認せず、安全な方法を選択していない。
②	義歯の着脱の際、利用者に着脱を理解してもらい、口を大きく開けて口腔内に傷をつけないよう配慮しながら、無理なく行ったか。	✓ 利用者の状態に応じた着脱方法を選択していない。 ✓ 着脱の際、声掛けをしていない。 ✓ 無理やり、あるいは力任せに介助をしている。
③	スポンジブラシやガーゼ等を用いた清拭について、速やかに行い、利用者に不快感を与えなかったか。	✓ 声掛けや意識状態の確認をしていない。 ✓ 嗚咽などの不快感を与えている。
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。	✓ 歯磨きや清拭の後、仕上がりについて確認をしていない。 ✓ 口腔周囲の衛生を確認していない。 ✓ 歯茎の腫れや出血がないか確認していない。

解説

- ・口腔ケアは、エチケットの問題だけでなく、口腔内を清潔に保つことにより、雑菌の侵入を防ぎ、健康を保つためにも重要な介助行為です。
- ・口腔への刺激は、唾液の分泌を促進し、食機能を改善させます。また口腔内の確認は、義歯であっても歯周病をはじめとする疾患や、義歯の調整の必要性を確認することができ、効率の良い食事動作の獲得につながります。

I. 基本介護技術の評価

3. 排泄介助

(1) 排泄の準備を行うことができる

項目の定義

- ・排泄の準備を十分に行うことにより、介助を効率よく実施でき、利用者の不快感や羞恥心の軽減につながるができる。また、排泄介助時に健康状態の確認や立ち上がりなどの動作機能の確認も合わせて実施できる。

評価方法

- ① 現認（必要に応じ記録確認）
- ②～③ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	排泄の間隔を確認したか。	✓ 排泄動作やパターンを確認していない。
②	排泄介助に当たり、介助内容を伝え、利用者の同意を得たか。	✓ 声掛けをしていない。 ✓ 介助内容を伝え、利用者の意向を確認していない。
③	利用者のADLを把握し、排泄する上で、できる部分は利用者にやってもらうようにしたか。	✓ 利用者に応じた排泄方法を選択していない。 ✓ 利用者ができる部分は、自らが行うように促していない。

解説

- ・排泄は、人間のプライドや羞恥心にかかわる介助であると同時に、介助回数も多く、利用者だけでなく介助者にとっても負担の大きい介助です。準備を十分に行うことで、安全に素早く介助を行うことは、利用者の不快感を軽減できます。
- ・利用者の状態に合わせ、環境を整備することで、利用者自身の能力の活用も進み、利用者のみならず介助者の負担軽減にもつながる。

I. 基本介護技術の評価

3. 排泄介助

(2) トイレ（ポータブルトイレ）での排泄介助ができる

項目の定義

- ・排泄介助が安全かつ清潔にできるか、また利用者の状況に応じて、介助方法を選択し、対応できるかを確認する。

評価方法

- ①～④・⑥ 現認
⑤ 記録確認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	トイレ（ポータブルトイレ）で、利用者の足底がついているか、前屈姿勢がとれているか等座位の安定を確認したか。	✓ 利用者の足底の接地状況を確認していない。 ✓ 利用者の座位の安定性を確認していない。
②	トイレ（ポータブルトイレ）での排泄の際、カーテンやスクリーンを使用したり、排泄時にはその場を離れ、排泄終了時には教えてくださいと説明する等してプライバシーに配慮したか。	✓ カーテンやスクリーンを使用する等の他者の視線を遮る工夫をしていない。 ✓ 利用者の状況に応じて、その場を離れる等のプライバシーへの配慮を行っていない。 ✓ その場を離れた後、再び、介助者を呼ぶ方法を具体的に指示していない。
③	ズボン、下着を下ろす了承を得て、支えながら下ろしたか。	✓ 下衣を下す際、声掛けおよび承認を得ない。 ✓ 体幹を支えるなど、転倒防止を行いつつ行わない。
④	排泄後、利用者にトイレトペーパー等で拭いてもらい、拭き残しがあれば清拭を行うとともに、利用者の手洗いを見守る等により清潔保持をしたか。	✓ 排泄後のふき取りを、自分で行うように促さない。 ✓ 拭き残しがあつた場合に清拭を行わない。 ✓ 手洗いを促さない。
⑤	失禁かトイレでの排泄か、排泄物の量や性状について記録をしたか。	✓ 下着等から失禁の有無の確認を行わない。 ✓ 排泄物の量や性状を確認しない。
⑥	排泄後、利用者の体調確認を行ったか。	✓ 利用者の表情の確認を行わない。 ✓ 利用者に気分の確認を行わない。

解説

- ・排泄は、人間の尊厳にかかわる行為であり、一見、介護慣れをしているような利用者であっても羞恥心があり、我慢していることを常に心に留めながら介助を行う必要があります。
- ・排泄中のプライバシーの保護は、周囲だけでなく、介助者自身の視線も同様に配慮すべきです。そのため、安定座位が可能な場合は、いつでも利用者が必要な時に介助者が呼び出せる環境整備を行ったうえで、適切な距離を取るようにしましょう。

I. 基本介護技術の評価

3. 排泄介助

(3) おむつ交換を行うことができる

項目の定義

- ・おむつ交換時、利用者がどこまで対応できるかなどの状態に応じた、適切な介助を選択できるかを確認する。

評価方法

- ①～③ 現認
- ④ 記録確認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者に尿意、便意の有無、排泄した感じの有無を聞き、おむつ・パッドを換えることなどの介助内容を伝え、承諾を得ているか。	✓ 尿意、便意、排泄した感じの有無を聞いていない。 ✓ 介助内容を説明しない。 ✓ 介助の承諾を得ずに、介助を始める。
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。	✓ カーテンやスクリーンを使用する等の他者の視線を遮る工夫を行わない。
③	おむつ・パッドを装着後、衣服、寝具等にしわがないように整えたか。	✓ 衣服、寝具等のしわに注意せず、丁寧に整えない。
④	排泄時刻、排泄物の量・性状の異常について記録をしたか。	✓ 排泄時刻、排泄物の量・性状の異常について観察し、記録しない。

解説

- ・おむつの介助は、主に排泄後に実施されることから、できる限り迅速に行われることが大切です。
- ・また、おむつを介して、臀部や背部に便や尿が広がる可能性があるため、排泄後の清拭の範囲も、十分観察したうえで丁寧に行う必要があります。
- ・声かけなどにより、利用者に動作を促すことは、たとえわずかであっても利用者と介助者が意識を合わせることができ、お互いの負担が軽減します。全介助であっても同様です。

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

(1) 起居の介助ができる

項目の定義

- ・起居に際し、起居に入る前から起居にいたるまでの利用者の状態把握、意思確認や動機付け及び動作への一連の介助ができているかを確認する。

評価方法

①～④ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	起きる前に、利用者の疾病等に応じて、体調や顔色を確認をしたか。	✓ 起きる前に、利用者の疾病等に応じた体調を確認していない。 ✓ 起きる前に、顔色を確認していない。
②	全介助が必要な利用者の上体がカーブを描くように起こしたか。	✓ （全介助の場合）上体がカーブを描くように起こしていない。
③	一部介助が必要な利用者について、足を曲げてもらう、柵をつかんでもらう等利用者の残存機能を活かしながら起居の支援を行ったか。	✓ （一部介助の場合）利用者の残存機能を生かす工夫が見られない。 例えば、 ・「足を曲げられますか」等といった声かけをしていない。 ・「柵をつかめますか」等の声かけをしていない。
④	利用者を側臥位にし、テコの原理を活用しながら、無理のない起居の介助を行ったか。	✓ 利用者を側臥位にしていない。 ✓ テコの原理を活用していない。 ✓ 利用者がムリをしているように見受けられる。

解説

- ・利用者は常に起居できる状態にあるとは限りません。当日の身体などの状態を確認し、起居ができるかどうか判断するための情報を把握します。
- ・ただし、いきなり介助を始めると利用者に不安を与える恐れがあります。介助の始めに「何のための起居」であるかを説明し、利用者の不安の軽減を図るとともに、反応を見て、起居が可能かを判断します。
- ・ケアの実施に当っては、利用者自身の主体性の尊重、QOLの向上などを図るため、残存機能・能力の活用を目指します。
- ・「テコの原理」を適応するなど、自然な動きの中で利用者の負担を軽減したケアを提供することが求められます。
- ・ボディメカニクスを実践することは介助者自身の負担軽減にもつながります。

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

(2) 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる

項目の定義

- ・利用者の動作能力を見極め、過介助ではなく、一部介助を実施し、自立に向けた支援ができる。

評価方法

①～④ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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。	✓ 車いすのフットレストやブレーキに動作不良がないかを予め確認していない。 ✓ 車いすのフットレストをあげ、ブレーキをかけるなど準備を行っていない。 ✓ タイヤの空気圧が十分であることを予め確認していない。
②	利用者に健側の手でベッドから遠い方のアームレスト（アームサポート）をつかんでもらい、患側を保護しながら前傾姿勢で立ちあがるよう、声かけ、介助を行ったか。	✓ アームレストを自らがつかむよう促さない。 ✓ 立ち上がりの方法を、具体的に指示しない。 ✓ 患側から介助をしない。
③	利用者の健側の足を軸にして体を回転させて、車いすに移乗することができたか。	✓ 健側下肢を軸にして体を回転させていない。
④	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。	✓ 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適切に選択しない。 ✓ あらかじめ定められた手順・方法に沿って福祉用具を使用していない。 ※使用しておらず評価できない場合は小項目評価の要件としない。

解説

- ・「一部介助が必要」とは、全介助は、必要ないということです。利用者の状況を確認しながら、必要な動作のみ介助することが、自立支援につながります。
- ・本人の残存能力を十分活かすには、声かけや事前説明にて、利用者と介護者がタイミングをあわせることも必要です。
- ・福祉用具の活用も、利用者だけでなく介護者の負担も軽減することができます。

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

(3) 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる

項目の定義

- ・利用者の全介助に至った理由（現病歴など）を把握し、利用者の状態に応じた、適切な声かけを行いながら、介助ができる。

評価方法

①～⑤ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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。	✓ 車いすのフットレストやブレーキに動作不良がないかを予め確認していない。 ✓ 車いすのフットレストをあげ、ブレーキをかけるなど準備を行っていない。 ✓ タイヤの空気圧が十分あるかを予め確認していない。
②	移乗がしやすいよう、ベッドの高さを調整するとともに、利用者の足底がついた状態で介助を行ったか。	✓ 移乗しやすいようにベッドの高さを調整しない。 ✓ 利用者の足底が床についていない。
③	利用者の体と密着させる、利用者の腰に手を回す、利用者に介護者の肩に手をまわしてもらう等、移乗がしやすい体勢をとったか。	✓ 利用者の体を密着させる等ボディメカニクスを考慮した介助方法を選択していない。
④	利用者の体をゆっくりと回転させ、車いすに深く座らせることができたか。	✓ 利用者の回転動作が不適切である。 ✓ 介助後、車いすに深く座っていない。
⑤	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。	✓ 移乗用リフトの手順・方法に沿った適切な使用ができない。 ※使用しておらず評価できない場合は小項目評価の要件としない。

解説

- ・全介助にて車いすへの移動動作を行うことは、非常に介護負担もおおく、利用者の転倒の危険性も高くなる。少しでも安全に移乗するには、福祉用具の活用も積極的に取り入れることも必要です。
- ・また、全介助であっても、頭を動かす、足に力を入れてみるなど声掛けと指示により利用者が動作すべきことの指示を行うことにより、介助者の介護負担も軽減できます。

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

(4) 杖歩行の介助ができる

項目の定義

- ・杖歩行の介助に当たっては、本人の能力を活用しながらも安全性にも配慮し、また、転倒の危険性を考慮した介助ができる。

評価方法

①～③ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	✓ 利用者の杖を持つ手の反対側に立って介助していない。 ✓ 利用者の進行方向を遮るように介助している。
②	二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。	✓ 歩行開始時や歩行中に、利用者の次の動作を見越した声かけを行わない。
③	急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	✓ 介助者のペースで介助誘導を行っている。

解説

- ・杖歩行は、利用者の状態によって介助量が大きく異なります。このうち一部介助が必要なものでも、日常生活において、介助歩行の機会が増えることにより活動性が向上し、歩行能力も改善します。そのため、適切な介助量にて、歩行の機会を提供することにより、利用者の今後の能力が大きく違ってきます。より安全で適切な介護の提供が求められています。
- ・杖歩行は、転倒リスクも高く、介助の方法によっては、骨折などの重要な事故につながりかねません。
- ・介助の基本にあるのは、利用者の残存能力と本人の能力の開発により自立生活を営む支援です。そのため、正しい介護技術の選択と事故防止が重要な介護行為であるといえます。

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

(5) 体位変換ができる

項目の定義

- ・利用者の状態や程度に応じて、効果的な声かけや利用者自身の残存能力を活かした自立支援に向けた介助ができる。

評価方法

①～④ 現認

評価対象となるレベル

2・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者の膝を立て、テコの原理を活用しながら、体位変換したか。	✓ 利用者の膝を立てるなど、接地面積を減少する工夫を行わない。 ✓ 「テコの原理」などを活用せず力任せに行っている。
②	横向きになることができる人には自力で横になってもらったり、膝を自分で曲げられる人には自分で曲げてもらうなど、利用者の残存機能を活かしながら体位変換したか。	✓ 利用者の残存能力を活かすように「横になれますか」等の具体的な指示の声かけを行わない。
③	ベッドの下の方にずり落ちた場合には姿勢を正すなど、身体に摩擦を与えないように体位変換したか。	✓ ベッド上での位置を直す際、身体に摩擦を与えた。
④	体位変換後、クッションやタオルなどを使用し、安楽な体位保持への介助を行ったか。	✓ 体位変換後、クッションやタオルなどで安楽な体位保持への調整を行わない。

解説

- ・体位変換は、寝返り・起き上がりなど、次の動作に進むための基本の動作にあたります。そのため、体位変換の能力の向上は、利用者の動作能力の可能性を高めます。
- ・また、体位変換は、排泄介助の際にも、利用者の能力が発揮できるよう、日常の介助の中で、少しでも動作を積み重ねることが重要です。

I. 基本介護技術の評価

5. 状況の変化に応じた対応

(1) 咳やむせこみに対応ができる

項目の定義

- ・咳やむせこみなど誤嚥の兆候に気づき、素早く適切に介助が行えるかを確認する。

評価方法

①～③ 状況の変化が起こった場合に現認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	咳の強さ、顔色等の観察をしたか。	✓ 咳の強さや、顔色を確認しない。
②	次の順で適切な対応ができたか。 ・ 強い咳をするように声かけをしたか。 ・ 背中を強く叩いたか（タッピング）。 ・ （それでも改善しない場合）医療職に連絡したか。	✓ 以下の区分に応じて、適切な対応ができたか。 (i) 呼吸器系に何らかの異常が見られた場合 ・ 医療職に連絡し、確認を依頼しない。 (ii) (i) 以外の場合 次の順で適切な対応ができたか。 ・ 「強い咳をするように」など、具体的な指示を行わない。 ・ 利用者をやや前傾姿勢にし、背中を強くたたかない。 ・ （それでも改善しない場合）医療職に連絡し、確認を依頼しない。
③	記録をしたか。	✓ 記録をしていない。

解説

- ・ 高齢者は、嚥下機能障害があることが多く、緊急時の対応については、日頃から手順等を確認しておくことにより、いざというとき落ち着いて対応できます。
- ・ 食事中、咳やむせこみが起こった場合、顔色が変わるといった、窒息の症状についても把握しておくといでしょう。また、呼吸音なども注意し、食物が残留していないか、観察することも大切です。
- ・ 何でも一人で対応しようとせず、周りにいる人に助けを求め、複数で対応できる体制を作ることも危機管理上重要です。
- ・ 呼吸器系に何らかの異常が見られた場合は、まず医療職へ連絡することが重要です。

I. 基本介護技術の評価

5. 状況の変化に応じた対応

(2) 便・尿の異常（血便・血尿、バイタル、ショック状態など）に対応ができる

項目の定義

- ・排泄介助の際に、排泄物の性状だけでなく、血液混入の有無やバイタルなど、健康上、異常と思われる兆候を確認する視点をもっているか確認する。また、兆候が発見された際は、適切な対応ができるか確認する。

評価方法

- ①～③ 状況の変化が起こった場合に現認
④ 記録確認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	本人の様子（バイタル、ショック状態等）や便、尿（色やにおい、血液が混入していないかどうか等）を観察・確認をしたか。	✓ 排泄後の本人の様子（バイタル、ショック状態等）を確認しない。 ✓ 排泄物の観察（色やにおい、血液が混入していないかどうか等）をしていない。
②	原因の探索と確認をしたか。	✓ 兆候が見られた際、その原因を探索していない。
③	（血液の混入、悪臭、バイタル値の異常やショック状態が観察された場合等）医療職に連絡したか。	✓ 兆候を確認しても、医療職に連絡しない。
④	記録をしたか。	✓ 兆候を記録していない。

解説

- ・排泄物からは、多くの健康上の情報が得られます。特に、病気の早期発見・治療という視点において、排泄物に含まれる血液の混入や色の変化は、重要な兆候になります。
- ・排泄介助は、その排泄物の状態を確認できる唯一のチャンスといってよいでしょう。その場面で常に健康を確認するという心づもりが必要です。発見後は、自分だけで判断せず、医療職に的確に報告し、その原因を探究することも大切です。
- ・排泄行為は、いきみなどによる血圧の上昇、排便後の血圧の低下など、バイタルに影響を与えることがあります。常に、利用者の顔色や発汗の状態などを確認し、必要性に応じてバイタルを測定します。
- ・利用者の日常に深くかわかる介護職だからこそ、小さな変化に気づくことができるといえます。

I. 基本介護技術の評価

5. 状況の変化に応じた対応

(3) 皮膚の異常（炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍等）に対応ができる

項目の定義

・皮膚の観察にて異常を発見することができる。また、適切に対応することができる。

評価方法

①～③ 状況の変化が起こった場合に現認
④ 記録確認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	皮膚の症状（大きさ、深さ、出血・浸出液・臭気の有無等）や本人の様子（痛みやかゆみの有無等）の観察をしたか。	✓ 皮膚の症状として、炎症などの大きさ、深さ、出血・浸出液・臭気の有無等の情報を観察していない。 ✓ 本人の様子として、痛みやかゆみの有無等の観察をしていない。
②	原因の探索と確認をしたか。	✓ 原因の探索と確認をしていない。
③	（かゆがっていたり、炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍が観察された場合等）医療職に連絡したか。	✓ 観察結果を踏まえて、必要な場合に簡潔に医療職に報告していない。
④	記録をしたか。	✓ 観察結果について、記録をしていない。

解説

・利用者は、皮膚の異常があっても、認知症などの理由により正確な訴えができない場合が多くみられます。入浴や更衣介助の際、細かく観察することは、大切な介護の視点です。また、わずかな変化であっても、適切にまとめ、医療職への報告や記録に残すなど情報共有を行うことが重要です。

I. 基本介護技術の評価

5. 状況の変化に応じた対応

- (4) 認知症の方がいつもと違う行動（攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動等）を行った場合に対応できる

項目の定義

・認知症の方のいつもと違う行動のその背景にある原因を追究し、必要な対応を行うことができる。

評価方法

- ①～② 状況の変化が起こった場合に現認
③ 記録確認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	✓ いつもと違う行動がみられる利用者に対し、脅威や不安を感じさせないように対応しようとしなない。 ✓ 声かけなどの不安・不快感を軽減させるような対応を行わない。
②	いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。	✓ いつもと違う行動の背景について、職員対応について確認し、その結果を記録していない。 ✓ いつもと違う行動の背景について、本人の生活環境の変化について確認し、その結果を記録していない。
③	いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。	✓ いつもと違う行動の背景について、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、その結果を記録していない。

解説

- ・認知症の方の場合、何かがあった時や訴えがあるとき、言語ではなく、行動に現れることが多々あります。その場合、「認知症だから」と、簡単にかたづけず、その背景にある原因について、丁寧に観察や情報収集することが大切です。
- ・また、認知症の方は、環境の変化により、容易にいつもと違う行動や症状が出やすい事を確認しておくことも大切です。

Ⅱ. 利用者視点での評価

1. 利用者・家族とのコミュニケーション

(1) 相談・苦情対応ができる

項目の定義

・利用者・家族の相談や苦情に対し、誠意ある態度で対応し、適切な部署へつなぐことができる

評価方法

①・④ 対応すべき事態が起こった場合に現認
②・③・⑤ 記録確認

評価対象となるレベル

① : 2②・3・4
②～⑤ : 3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	（自分で対応できない場合）相談・苦情の内容について、上司に報告し、対応を依頼することができたか。	✓ 相談・苦情の内容を上司に報告し、対応を求めている。
②	相談・苦情の内容及び関連情報を正確に把握・収集し、わかりやすく整理することができたか。	✓ 相談・苦情の内容及び関連情報を正確に把握・収集し、その内容を整理できていない。
③	苦情の要因を特定し、解決策及び再発防止策を考えることができたか。	✓ 苦情の要因を特定し、解決策及び再発防止策を考えていない。
④	苦情に対する解決策及び再発防止策を利用者や家族に説明し、納得してもらえたか。	✓ 苦情に対する解決策及び再発防止策を利用者や家族が納得するよう工夫し説明していない。
⑤	相談・苦情に対する解決策について、チームメンバーと共有し、解決策が継続的に実践されるよう働きかけを行ったか。	✓ 相談・苦情に対する解決策について、チームメンバーと共有し、実践できるよう働きかけていない。

解説

・対人援助業務は、身近な存在である介護者に相談や苦情が寄せられることがあります。相談は、自分の専門以外のことは、一人で対応しようとせず、必要な情報収集を行い、適切な部署につなぐことが大切です。特に苦情は、お互いに情報共有を行い、チームで対応し、統一して改善に取り組むことで、利用者や家族からの信頼を得ることができます。

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) 利用者特性に応じたコミュニケーションができる

項目の定義

- ・利用者の個性や疾患に応じたコミュニケーションを選択し、良好な信頼関係が形成できるか確認する。

評価方法

①～⑥ 日頃の対応を観察（必要に応じて被評価者へのヒアリング。利用者意見により補足）

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	家族に利用者の日頃の様子などの情報を積極的に伝えることができたか。	✓ 家族に利用者の様子などを積極的に伝えようとしていない。
②	利用者が興味関心を持てるような話題を取り上げ、コミュニケーションをとったか。	✓ 利用者が興味関心を持てるような話題を提供していない。
③	利用者の話に耳を貸し、意思表示を把握し、理解することができたか。	✓ 利用者の意向を確認する工夫や態度が見られない。
④	認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	✓ 認知症の特性に応じた介護内容の説明などを工夫しない。 ✓ 利用者の意向を確認しようとしていない。
⑤	視覚障害の利用者に対し、その特性に応じた声かけをし、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	✓ 視覚障害の特性に応じた（上下・左右など空間的な用語を取り入れる等）介護内容の説明などを工夫していない。 ✓ 利用者の意向を確認しようとしていない。
⑥	聴覚障害・難聴の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	✓ 聴覚障害・難聴の特性に応じた介護内容の説明などを工夫していない。 ✓ 利用者の意向を確認しようとしていない。

解説

- ・認知症などの理由で、コミュニケーションが取りにくい利用者に対しては、介護行為の伝え方などの特性に合わせた工夫を行うことが大切です。また、意向を確認することは、介護者主導になることを予防できます。
- ・認知症の方や聴覚障害・難聴の方には、長々と説明するより非言語コミュニケーションを用いたり、視覚障害の方には、上下・左右・距離など空間的な用語を取り入れる工夫が重要です。

Ⅱ. 利用者視点での評価

2. 介護過程の展開

(1) 利用者に関する情報を収集できる

項目の定義

- ・業務中に知り得た情報を共有できる。また、必要に応じて利用者・家族や他職種からの情報を収集できる。

評価方法

①～③ 直近の介護過程の記録確認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

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

解説

- ・利用者の生活は、様々な要素の関連性の中で成り立っています。WHOのICFの構成要素を活用することにより、利用者の取り巻く環境の情報収集を、それぞれの関係性も考慮しながら可能とすることができます。
- ・また、「行為・活動」に関しては、「できる行為・活動」と「している行為・活動」それぞれについて把握することが大切です。

Ⅱ. 利用者視点での評価

2. 介護過程の展開

(2) 個別介護計画を立案できる

項目の定義

- ・自立支援に向けた視点で、個別介護計画を立案できるか確認する。

評価方法

- ①・④ 直近の介護過程の記録確認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）
②・③ 直近の介護過程の記録確認・ヒアリング

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	得られた情報を整理、統合することができたか。	✓ 得られた情報が整理、統合できていない。
②	課題を明確にすることができたか。	✓ 課題が明確になっていない。
③	個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。	✓ 利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標設定になっていない。 ✓ 心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標設定になっていない。 ✓ 目的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）が明記されていない。
④	個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	✓ 利用者や家族に個別介護計画を説明できない。 ✓ 利用者や家族から同意を得ていない。

解説

- ・ICFを活用したアセスメントを行った結果に基づき、個別介護計画を立案し、その内容を利用者・家族に説明したうえで、同意を得て実施することが大切です。

Ⅱ. 利用者視点での評価

2. 介護過程の展開

(3) 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる

項目の定義

- ・個別介護計画に基づいた実践ができるか。また、実践中のモニタリングができ、記録として残しているかを確認する。

評価方法

①～④ 直近の介護過程の記録確認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	✓ ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明できない。 ✓ 自分の役割が理解できていない（していない） ✓ プラン内容が継続的に実践される働きかけを行っていない。
②	チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	✓ チームにおける個別介護計画の実施状況を把握していない。
③	個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	✓ 利用者・家族の満足度や意向を把握していない。
④	個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	✓ 支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握していない。

解説

- ・個別介護計画は、計画に基づいた実施によってはじめて効果が出ます。自立支援に向けて実践し、その過程や結果を記録することが課題解決のために重要といえます。また、同僚を含めたチーム全体で取り組むことが必要です。

Ⅱ. 利用者視点での評価

2. 介護過程の展開

(4) 個別介護計画の評価ができる

項目の定義

- ・実践した介護が個別介護計画に基づいたものであったか確認する。また、今回の個別介護計画が適切なものであったか、今後の課題について検討するための評価を行うことができるか確認する。

評価方法

①～③ 直近の介護過程の記録確認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	✓ 個別介護計画の目標に対する到達度を評価していない。
②	個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	✓ 個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を確認していない。
③	個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	✓ 具体的な代替案を設定していない。

解説

- ・計画を立案しても、利用者の状態や環境などの要因によって設定した目標が達成できないことがあります。重要なのは、その場合に、目標が高すぎただけでなく、その取り組みの方法に課題があった可能性の検討を重視し、安易に目標を下げないようにしましょう。
- ・計画の評価は、これまで記録に残してきたモニタリングの結果を丁寧に検討し、具体的な課題を明らかにして次の計画に活かすことが大切です。また、達成できた課題に対しての評価も重要であり、達成できた要因を検討することで、他の課題解決のための参考とすることができます。

Ⅱ. 利用者視点での評価

3. 感染症対策・衛生管理

(1) 感染症予防対策ができる

項目の定義

- ・感染や感染症予防の具体策について理解しているか、また、実際のケアの中で、感染症予防に対する衛生管理ができているかを確認する。

評価方法

- ①～③ 対応すべき事態が起こった場合に現認
- ④ 日頃の対応を観察

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
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、または手袋の交換をしたか。	✓ 利用者の血液、分泌物、排泄物、障害のある皮膚、粘膜に素手で接触した場合に、手洗い及び消毒をしていない。 ✓ 利用者の血液、分泌物、排泄物、障害のある皮膚、粘膜に手袋で接触した場合に、手袋を交換していない。
②	オムツ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。	✓ オムツ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いている。
③	嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。	✓ 嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所に印をつけるなどしておらず、消毒を確実にしていない。
④	利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	✓ 利用者に、どのような感染症の既往があるか確認していない。

解説

- ・感染は感染源（病原微生物）、感染経路（侵入）、感受性（抵抗力）の3要因がそろった場合に起こりますが、必ずしも発病するとは限りません。そのため、感染が疑われるか否かではなく、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は、手洗い及び消毒を行う必要があります。また、手袋装着をしてケアを行うことも必要とされます。日常のかかわりの中で手袋の装着に関しては賛否あるところですが、このことは、結果として介護職が利用者間の感染の媒介にならないという対応の一つでもありますので、利用者の心理面に十分配慮しながら行うことが求められています。
- ・利用者の既往歴の確認を行う上で、介護職として感染症についても十分理解していくことが求められています。

Ⅱ. 利用者視点での評価

3. 感染症対策・衛生管理

(2) 感染症発生時に対応できる

項目の定義

- ・感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスクの着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応を行ったかや、利用者の状態・感染症発生状況を正確に記録しているかを確認する。

評価方法

- ① 対応すべき事態が起こった場合に現認
- ② 記録確認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスクの着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。	✓ 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスクを着用していない。 ✓ ケア前後の手洗いを行っていない。 ✓ 消毒等感染拡大防止のための対応をとっていない。
②	利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。	✓ 利用者の状態を記録していない。 ✓ 感染症発生状況を正確に記録をしていない。

解説

- ・感染は一定の条件が揃わなければ成立しませんので、感染予防の原則としては「病原体の感染経路の遮断」、「病原体の除去」、「生体の防護能力（免疫など）の増強」があります。
- ・感染の中で多いのは接触感染（皮膚・粘膜等が直接接触）、飛沫感染（保菌者の咳、くしゃみなどの飛沫を吸ってしまう）、空気感染（飛沫よりも小さな粒子が空気中を漂いそれを吸ってしまう）ですが、これらの効果的な予防方法は「うがい」「手洗い」「防護具（手袋、エプロン、マスク、ゴーグル等）の着用」になりますので、感染症が疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスクの着用、ケア前後の手洗い・消毒等の対応をとることは根拠ある対策といえることになります。また、利用者の状態を始め、感染症発生状況を正確に記録することは、その後の対策を考える上でも重要ですので、介護職もそのことを十分認識し対応することが求められます。

Ⅱ. 利用者視点での評価

4. 事故発生防止

(1) ヒヤリハットの視点を持っている

項目の定義

- ・「ヒヤリハット」を意識してとり上げ、記録に残し、その対応策（予防策）を講じることができるか、分析した情報について、ケアチームで情報共有し、対応策を継続的に実践することができているかを確認する。

評価方法

- ① 記録確認
- ②・③ 対応すべき事態が起こった場合に現認（必要に応じ記録確認）

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	「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」を意識してとり上げ、記録に残すことができたか。	✓ 「ヒヤリハット」を意識してとり上げ、「ヒヤリハット」の事実を記録に残していない。
②	ヒヤリハットの対応策（予防策）を講じることができたか。	✓ ヒヤリハットの対応策（予防策）を講じていない。
③	分析した情報について、事業所・施設内の会議で報告する等ケアチームで情報共有し、対応策を継続的に実践することができたか。	✓ 分析した情報について、事業所・施設内の会議で報告するなどのケアチーム内での情報共有が行われていない。 ✓ ヒヤリハットへの対応策を継続的に実践していない。

解説

- ・「事故には至らなかったがヒヤッとした」「ハッとした気づき」は意識しなければ気づかないまま見過ごしてしまうことがあります。事故発生防止のためには、日々の事故防止に関する小さな気づきとそれを記録に残すことが大切です。
- ・事故発生は、介護の現場でしばしば起こりうることです。介護職が「ヒヤリハット」したことを、たとえ小さなことでも情報収集し、明確に記録に残し関係者間で共有することは、結果として事故発生を防ぐ最大の予防策になります。また、分析した情報をケアチームで共有し対応策を継続的に実践することは、利用者の安全を確保するという点において、介護職の専門職がその役割を担うことになります。その点からも、対応すべき事態が起こった時の現場の確認と事実の記録の保存は重要ということになります。

Ⅱ. 利用者視点での評価

4. 事故発生防止

(2) 事故発生時の対応ができる

項目の定義

- 施設等の内部ルールに従い事故発生時に報告すべき者に対して、事故発生時の状況について明確に伝えているか、家族に連絡し、利用者・家族が理解できるように説明しているか、施設等の内外の関係者と情報を共有し、再発防止策を継続的に実践しているかを確認する。

評価方法

- ①・③ 対応すべき事態が起こった場合に現認
- ②・④ 記録確認

評価対象となるレベル

2②・3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	事故発生時の事業所・施設内のルールに従って報告すべき者に対して、事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えることができたか。	✓ 施設等の内部のルールに従って報告すべき者に対して、事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えている。
②	事故の再発予防策を講じることができたか。	✓ 事故の再発予防策を講じていない。
③	家族に連絡し、発生原因、再発予防策を利用者・家族が理解できるように説明できたか。	✓ 家族に連絡していない。 ✓ 発生原因を利用者・家族に理解できるように説明していない。 ✓ 再発予防策を利用者・家族に理解できるように説明していない。
④	事故の発生から再発予防策までを事業所・施設内外の関係者と共有し、再発防止策を継続的に実践することができたか。	✓ 事故の発生から再発予防策までを事業所・施設内外の関係者と共有していない。 ✓ 再発防止策を継続的に実践していない。

解説

- 事故に関する説明は、利用者の状況により家族が同席して実施できない場合がありますが、ここでは原則として利用者と家族が同席の上で行うという前提で評価します。
- 介護現場において「事故には至らなかったが“ヒヤリ”、“ハッ”とした経験」は介護現場におけるいわゆる「インシデント（ヒヤリ・ハット）」になります。利用者に危険を及ぼすものではなくとも、ヒヤリ・ハットに気づき、その後の適切な対応を行うことでアクシデント（事故）は防ぐことができます。
- 事故発生時の利用者および家族への説明は、利用者や家族が理解できる言葉で、その状況を丁寧に説明し、理解（同意）を得ることが必要です。これは医療現場で実施されている「インフォームド・コンセント（説明と同意）」と同様のことになりますが、介護現場においても、ますます重要視されます。また、専門職としての自覚と責任が求められる介護職全体に定着できるよう努めなければなりません。

Ⅱ. 利用者視点での評価

4. 事故発生防止

(3) 事故報告書を作成できる

項目の定義

- ・事故の発生状況を的確に把握し、その対応について明確に報告書に記載することができるか、保険者に対する報告方法とその様式について理解し記載することができるかを確認する。

評価方法

①・② 記録確認

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	事故報告書に、5W1Hを明瞭にした発生状況とその対応を記載ができたか。	✓ 事故報告書に、5W1Hを明瞭にした発生状況を記載していない。 ✓ 事故報告書に、5W1Hをもとにした対応状況を記載していない。
②	保険者に対する報告について、その定める方法・様式に沿って記載することができたか。	✓ 保険者に対する報告について、その定める方法に沿って記載していない。 ✓ 保険者に対する報告について、様式に沿って記載していない。

解説

- ・事故発生防止のためには、ヒヤリ・ハットの記録を「5W1H（誰が〈who〉、いつ〈when〉、どこで〈where〉、何を〈what〉、なぜ〈why〉、どのように〈how〉）」で正確に記録し、施設等内外の関係者が情報共有できるようにしながら、記録を根拠とし再発防止策を考えておかねばなりません。継続的にそれらを心掛けることが最終的には利用者の安全へと繋がります。記録には、必ず記録者のサインをすることを忘れないようにします。
- ・事故発生防止に関する報告書には、事故に至る前に気づいた事例を報告する「ヒヤリ・ハット報告書（インシデントレポート）」と事故が起きてしまった場合の「事故報告書」があります。これらの報告書の記載上の注意点は、「事故の実態を明らかにする」「原因が究明できる」「詳細については時間を追って記述する」「改善策や事故後の対処方法」等があり、記録者は客観的記載になるように努める必要があります。

Ⅱ. 利用者視点での評価

5. 身体拘束廃止

(1) 身体拘束廃止に向けた対応ができる

項目の定義

- 身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確に把握できているか、また、身体拘束をなくすための対応策を提示し、対応策についてチームメンバーと共有しながら、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行っているかを確認する。

評価方法

①～③ 記録確認
(必要に応じて被評価者へのヒアリング)

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確にすることができたか。	✓ 身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集していない。 ✓ 背景や原因に関する情報を整理していない。 ✓ 身体拘束に至る背景や原因について、問題点を明確にしていない。
②	身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。	✓ 身体拘束をなくしていくための対応策を提示していない。
③	ケアカンファレンス等を開催し、身体拘束をなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有し、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行ったか。	✓ 身体拘束廃止に向けた対応策を議論するためのケアカンファレンス等を開催していない。 ✓ 身体拘束をなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有していない。 ✓ 対応策が継続的に行われるよう働きかけていない。

解説

- 身体拘束の問題点として精神的・心理的問題（利用者の自尊心が傷つけられる、拘束が原因で不穏（落ち着きがない）になる、回復意欲の減退、気力の低下等）と、身体的問題（筋力低下、関節拘縮、体力低下、褥瘡の発生等）が挙げられます。このことから身体拘束が利用者の心身に及ぼす影響は計り知れないため、その実施については、慎重に行わなければなりません。身体拘束に至る背景や原因、情報の整理、問題点の明確化、対応策の提示は重要になります。それを踏まえて、チームで対応することが大切です。
- 身体拘束の代替策として、①利用者を一人にしない、②介護者の視野に利用者が入るようにする、③コミュニケーションを工夫する、④落ち着ける環境を提供する、⑤家族との面会を増やす等がありますが、利用者の状況に合わせ常に工夫する必要があります。

Ⅱ. 利用者視点での評価

5. 身体拘束廃止

(2) 身体拘束を行わざるを得ない場合の手続きができる

項目の定義

- ・特養・老健・グループホーム等における緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合の判断がどのような手続きの中で行われなければならないかを理解できているか、また、身体拘束に至る理由等の記録を正確にできるかを確認する。

評価方法

- ① 対応すべき事態が起こった場合に現認
- ② 記録確認

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	【特養・老健・グループホーム等のみ】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。	✓ 緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合に、事業所・施設内の「身体拘束廃止委員会」において検討するなど、事業所・施設全体として判断する手続きを行っていない。
②	【特養・老健・グループホーム等のみ】緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録したか。	✓ 緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、その態様を記録していない。 ✓ 身体拘束時の日時を記録していない。 ✓ 利用者の心身の状況を記録していない。 ✓ 緊急やむを得なかった理由の事実関係を具体的に記録していない。

解説

- ・身体拘束は人権侵害にも当たりますので、やむを得ず行わなければならない場合は、関係者が「身体拘束廃止委員会」等を通して検討し判断する手続きを経なければなりません。その時に判断で重要になるのが、背景・原因に関する詳細な利用者に関する記録です。それを基に「例外的な緊急対応措置」に該当するかどうかを判断することになります。
- ・身体拘束が緊急やむを得ず行われる場合には、切迫性（利用者本人または他の利用者等の生命または身体に危険がさらされる可能性が著しく高い）、非代替性（身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替える介護方法がない）、一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的なものである）の3要件がすべて満たされなければなりません。一つでも要件を満たさなければ指定基準違反となります。この緊急やむを得ない場合は、あくまでも例外的な緊急対応措置ですので、要件に該当しなくなった場合にはただちに拘束をやめなければなりません。

Ⅱ. 利用者視点での評価

6. 終末期ケア

(1) 終末期の利用者や家族の状況を把握できる

項目の定義

- ・ 利用者が終末期において身体の状態や病気に対し説明を受けているか等の情報を把握しているか、また、看取りの場所について利用者や家族の意向を把握できているか、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を確認する。

評価方法

①～③ 対応すべき事態が起こった場合に現認
(必要に応じ記録確認)

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	✓ 利用者のADLを把握していない。 ✓ 利用者の余命を把握していない。 ✓ 利用者の告知または無告知の把握をしていない。
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。	✓ 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ない。
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。	✓ 利用者の自己決定を最大限尊重していない。 ✓ 利用者の家族の希望を最大限尊重していない。

解説

- ・ 終末期介護における基本視点として「終末期における尊厳の保持」「利用者本人に対する事前の意思確認とニーズの把握」「家族のニーズの把握」が挙げられます。終末期においては、様々な理由で利用者の尊厳が損なわれやすい状況が出現することが多く、それだけに尊厳の保持の重要性が増します。そのため、利用者のADLの把握や余命、疾患の告知等について把握しておく必要があります。また、看取りの場所も含め、利用者が何を望み、どのように残りの人生を生きたいのかを理解し、その希望に向けて、本人も家族も納得した、満足した最期であるよう家族とともに支援していくことが求められています。
- ・ 終末期において利用者が最期まで尊厳を持って生きていくことを支援する、利用者の望む生活の質（Quality of life）を保障するように努めることが、介護職の責務であり役割であることを十分認識する必要があります。

Ⅱ. 利用者視点での評価

6. 終末期ケア

(2) 終末期に医療機関または医療職との連携ができる

項目の定義

- ・終末期における利用者の症状やその変化を把握できるか、その対応について、医療機関や医療職との打ち合わせができているか、利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有しているかを確認する。

評価方法

- ①・② 対応すべき事態が起こった場合に現認（必要に応じ記録確認）
- ③ 記録確認

評価対象となるレベル

3・4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者の痛みやその他の不快な身体症状の変化があった場合に備え、その際の対応について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせしているか。	✓ 利用者の痛みやその他の不快な身体症状があった場合の対応について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせしていない。
②	利用者の痛みやその他の不快な身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	✓ 利用者の痛みの変化を捉えていない。 ✓ 痛み以外の不快な身体症状の変化を捉えていない。 ✓ 利用者の痛みやその他の不快な身体症状の変化について、医療機関または医療職に連絡をしていない。
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。	✓ 利用者の状態の変化を正確に記録していない。 ✓ 利用者の状態の変化を他職種と共有していない。

解説

- ・「終末期ケア」と「終末期の介護」は同義語として受け止められることがありますが、むしろ、利用者の人生の終末期における生活の質（Quality of life）を改善するためのアプローチとして保健・医療・福祉関係者、宗教関係者等の多くの専門職の連携による総合的な支援や活動として広く捉えられることが大切です。
- ・利用者の状況について、医療関係者から情報収集し、身体症状の変化が起きた場合に関係職種とスムーズに連携がとれるようにしておかなくてはなりません。そのためにも、日頃から医療機関や医療職と打ち合わせ等において情報交換をしておく必要があります。このことは利用者の尊厳を守るうえでも大切なことです。関係者が情報を共有するためには利用者の状態を正確に伝える記録が必要です。介護職は情報共有できる記録の書き方にも工夫と配慮が求められています。

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

- ・地域包括ケアシステムにおいては、専門的機関である介護事業所・施設や介護事業所の職員は、地域の社会資源の一員としての意識を持ち、自らの関わる利用者のためのみならず、地域の社会資源と協力して、地域住民や地域内医療・介護事業所・施設・事業所を利用する者の心身機能や QOL の向上のために取り組むことが重要です。（※ここでの地域とは、日常生活圏域（市町村で定める中学校区程度の圏域）を想定しています。）
- ・とりわけ、この地域包括ケアシステム&リーダーシップの項目については、レベル 4 以上が評価対象であり、実際には主任やサービス提供責任者クラスが評価対象となるものですが、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、ここであげられているような地域の社会資源の一員としての意識や業務協力・交流は、いずれの職員においても共有していく必要があります。

（１）地域内の社会資源との情報共有

項目の定義

- ・地域内の社会資源と情報を共有するため、関係する他機関の職員に情報提供を行いながら、利用者が利用している制度・資源・サービスを把握しているかや、サービスを実施する際に必要な知識や情報を他の機関等から収集していたかを確認する。

評価方法

①～③ 期末までにヒアリング

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（１つでも該当すればC）
①	関連する関係機関で情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときに進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。	✓ 利用者へのサービス提供の状況を関連する他機関の職員または自身が所属する機関の窓口職員に伝達していなかった。
②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	✓ 利用者の新規受け入れの際や定期的に催されるミーティングにおいて、自らの施設・事業所以外の医療・介護サービス利用の有無や今後の利用可能性、利用者の家族・親類・知人のネットワークの状況について、担当者からのヒアリングが行われていない。 ✓ 「年金」の種類と支給額、生活保護受給の有無等、国・市町村等から交付される公的な各種手当の状況を把握していない。
③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関係する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。	✓ 当該期間内に、関係する他の機関等（医療機関の医師・看護師、行政や地域包括支援センターの職員等）から、必要に応じてサービスの実施に係る情報収集を行っていない。 ✓ インフォーマルな関係機関（住民組織や各種団体）や個人（利用者の知人等）から、必要に応じてサービスの実施に係る情報収集を行っていない。

解説

- 地域内の社会資源と関係を構築するにあたって、介護事業所・施設・事業所にまず求められることは、他機関の職員と適切な関係性を築いた上で、利用者へのサービス提供の状況を伝達することです。
- 地域内の社会資源等と関係を構築するにあたって必要と考えられる情報として、利用者の家族や親類・知人のネットワークの状況や公的な各種手当の受給の有無、自らの施設・事業所以外の医療・介護サービス利用の有無や今後の利用可能性を把握し、利用可能であるかの判断をしているかが重要です。
- また、地域の社会資源を活用する方が効果的であると判断するためには、自施設・事業所以外の多様な他機関から情報収集を積極的に行うことが求められます。

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) 地域内の社会資源との業務協力

項目の定義

- ・利用者等からの相談や問題の解決にあたって、地域内の社会資源と業務協力していたかを判断するため、これらのサービスを文章で提案したかを記録から確認するとともに、他機関に協力を要請したかをヒヤリングで確認する。

評価方法

- ① 評価期間中に記録確認
- ② 期末までにヒヤリング

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関係する他の部門や関係する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	✓ 当該期間内に、一度以上、関係する他の部門や他の機関（医師、看護師、住民組織等を含む）に対して、必要とされるサービスを文書化して提案をしたことが記録に残されていない（状態変化に対する対応としてのサービス変更を含む）。
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。	✓ 当該期間内に、一度も、利用者等からの相談や問題状況について、関連する他のフォーマルな関係機関（医療機関の医師・看護師、行政や地域包括支援センターの職員等）に対して自ら連絡を取り、協力を要請をしていない。 ✓ インフォーマルな関係機関（住民組織や各種団体）や個人（利用者の知人等）に対して必要に応じて自ら連絡を取り、協力を要請していない。

解説

- ・地域内の社会資源と関係を構築し、業務協力をするためには、利用者が必要とされるサービスを選定し、これらに協力を要請することや、そのプロセスを文章として残していることが必要です。これらのプロセスが文章として伝達されることで、情報を蓄積し、こういった問題への対応の定型化や標準化が進みます。こうした文章のやり取りやその記録を、介護施設・事業所に蓄積することが重要です。
- ・また、利用者等からの相談や問題状況に応じて、利用者へよりよいサービスを提供するためには、活用可能な地域内の社会資源である、関連する他のフォーマルな関係機関（医療機関、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等）のみならず、インフォーマルな関係機関（住民組織や各種団体）、さらには、利用者の知人等にも、日ごろから協力を要請できる関係を築いていく視点が必要とされます。

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

(3) 地域内の関係職種との交流

項目の定義

- ・利用者へのよりよいサービス提供にあたって、活用可能な地域内の社会資源との協力体制を築くために、地域内にどのような職種、あるいはこういった専門職がいるかを把握しているか、あるいは、そうした自分と関連する専門職種と交流しているかを、ヒアリングを通じて確認する。

評価方法

①・② 期末までにヒアリング

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	✓ 当該期間内に、一度も、自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）に参加した記録がない。
②	関連する他の機関にどういう専門職がいるか、把握しているか。	✓ 利用者・家族に対して、関連する他の機関（市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医療機関、他の施設・事業所）の相談窓口担当者や担当となる専門職を、的確に紹介または説明することができない。

解説

- ・地域内の社会資源と業務協力のための関係を構築するため、自らの施設・事業所でのサービス提供に関連する他機関の専門職を把握し、交流することが求められます。
- ・こうした地域内の専門職種の把握にあたっては、地域の行政職員等の主催する会議や他の職種・専門職との集まり（勉強会や懇親会）に参加することが活動の第一歩となります。
- ・地域内の専門職種と協働できるよう、このような会議・勉強会・懇親会といった集まりへの参加を通して、いわゆる顔の見える関係性を日ごろから構築しておくことが求められます。
- ・また、関連する他の機関の相談窓口担当者や担当となる専門職については、把握しておく必要があります。

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

(4) 地域包括ケアの管理業務

項目の定義

- ・利用者の抱える具体的な問題の解決にあたって、地域の社会資源と連携・協力しながらアプローチを行うために、複数の機関の関係者に対して、自分の属する機関または自らの提供する介護業務の情報を適切に提供しているか、またこれを適切に管理しているかを記録から確認する。

評価方法

①・② 記録確認

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	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。	✓ ケース(事例)に関連する他の機関（住民組織を含む）に対し、本人・家族の同意の下、何らかの手段で情報提供を行っている旨の記録がない。
③	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	✓ 複数の関連する他の機関の専門職が集めた利用者の情報を、適正に管理していない。 ✓ 複数の関連する他の機関の専門職が集めた利用者の情報を、他の関係者が出席する会議等において、提出していない。

解説

- ・地域内の社会資源と業務協力関係を構築し、利用者等からの相談や問題状況に対して、地域の社会資源と連携・協力しながらアプローチを行うこと（チームアプローチ）が重要であり、このためには、本人・家族の同意の下、資料・文書を適正に管理し、状況に応じて、センターとして、もしくはチームとして情報を提供する必要があります。
- ・このためには、自分の属する機関の概要、職員の状況、利用者の状況についての資料を整えるとともに、日々の介護業務の内容についても、個人情報保護法に配慮した上で、他機関と共有するために文章化し、共有できる記録として保存しておく必要があります。
- ・また、チームアプローチにおいては、ケース（事例）に対して情報提供を求められた場合、自分自身が整理した情報を、関係者に対して、適切に提供できているかどうか重要です。このためには、自らの所属する機関の情報や利用者の個々の介護業務の情報等について、情報の重要度に応じてレベルを設定し、誰がどのように管理しているか、あるいは、これをチームとして扱う場合の情報の責任所在は誰にあるのかを明示した文書が必要になります。

Ⅲ. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ

2. リーダーシップ

(1) 現場で適切な技術指導ができる

項目の定義

- ・介護の現場で行う技術指導の“適切さ”を確認するため、スタッフの介護技術や、日頃利用者に接する際の対応状況等、スタッフの仕事に対する取組み意識や取組み状況の記録を把握しながら、育成計画に基づいてスタッフを指導しているかを確認する。
- ・スタッフへの技術指導は、利用者への不信感等を招かない言葉遣いや態度で指導・助言を行っているか、またその後に指導・助言に関する振り返りを行っているかを確認する。

評価方法

- ① 日頃の対応を観察
(必要に応じ記録確認、被評価者へのヒアリング)
- ②～④ 日頃の対応を観察
(必要に応じて被評価者へのヒアリング)
- ⑤ ヒアリング

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	個々のスキルや仕事に対する取組みの意識を把握し、スタッフのレベルやキャリア・プランに応じて育成計画を立案して指導しているか。	✓ 個々のスキルや仕事に対する取組みの意識を把握していない。 ✓ スタッフのレベルやキャリア・プランを把握していない。 ✓ スタッフのレベルやキャリア・プランに応じた育成計画を作成していない。 ✓ 育成計画に基づいた指導をしていない。
②	介護の現場で、スタッフのスキルや利用者とのコミュニケーションの取り方等について、具体的な指導・助言を行っているか。	✓ 介護の現場で、スタッフのスキルについて、具体的な指導・助言を行っていない。 ✓ 利用者とのコミュニケーションの取り方について、具体的な指導・助言を行っていない。
③	利用者の不信感やスタッフのモチベーションの低下を招かないように、介護の現場でスタッフに指導・助言を行う場合は、利用者の前でスタッフを注意したり叱ったりせず、後で声を掛けるなどしているか。	✓ 介護の現場でスタッフに指導・助言を行う場合に、後で声を掛けて指導・助言をしないで、利用者の前でスタッフを注意したり叱ったりしている。
④	スタッフに指導した後は、振り返りを行ない、スタッフの疑問の解消や注意すべき点等について確認しているか。	✓ スタッフに指導・助言を行った後に、振り返りを行っていない。 ✓ スタッフの疑問の解消や注意すべき点等について確認していない。
⑤	自己のスキルアップのために、研修を受講する等により研鑽しているか。	✓ 研修の受講等による自己研鑽をしていない。

- ・介護現場のリーダーが行うOJTは、とても大切な業務の一つです。スタッフ間の仕事に対する意識の差、スキルの違いなどによって、各々のスタッフによって判断基準や価値基準等は異なっています。そのためにOJTによって効果・効率的な人材育成を行う必要があります。
- ・効果・効率的な人材育成の推進は、スタッフ個々の意識やスキル等を的確に把握しておき、スタッフごとに適切な人材育成目標の設定を行います。そして、OJTによる育成によって、スタッフ全員の力量の向上だけではなく、スタッフ間の力量格差を少なくします。
- ・また、様々な業務の円滑な運営と効率化のためには、スタッフ個々の力量だけに依存するのではなく、スタッフの総合力による介護サービスの提供のためにスタッフ間で補完しあうチーム作りも大切です。
- ・そのために、リーダーの重要なスキルの一つとして、「適切な技術指導ができる」ことが求められます。ここでいう“適切さ”の基本は、感情的な対応ではなく、日頃のスタッフの仕事に対する取組み意識やスタッフ個々の力量を把握して、冷静かつ客観的に対応することであり、そのためには客観的な記録が必要になります。その記録のためには、組織内で統一した価値基準や判断基準となるよう統一した書式の活用、項目あたりの記録量の目安など、標準化した作業方法や作業ルールを決めておく必要があります。その結果、記録の有無や記録状況を確認することで「適切さ」に対する客観的な判断ができます。
- ・スタッフの育成にあたっては、スタッフのレベルや力量、スタッフごとに設定された目標、キャリア・プラン等に応じて作成した育成計画に基づいた指導が行われているかを確認します。その際の判断は、「育成計画に記載されている育成すべき項目の習得・習熟状況」と、「いつ頃習得・習熟したかという育成された時期」の両面で確認します。
- ・介護現場でスタッフへの指導・助言を行う場合、まず、スタッフが利用者に接する際の態度等、日頃の対応状況を観察し、変化を捉えることが重要なポイントです。そして、その対応に不具合又は改善の必要性が認められる場合は、利用者への不信感やスタッフのモチベーションの低下を招かないような言葉遣いや態度で簡潔かつ明瞭な言葉を用いて指導・助言を行います。必要に応じて指導・助言した状況を簡潔に記録します。
- ・スタッフへの指導・助言後は、スタッフに対して指導・助言した内容の振り返りを行い、必要に応じて、指導・助言した理由の説明、スタッフの疑問の解消、注意すべき点等について、スタッフとの個別面談又はチームによるミーティングを行って追指導を行います。

Ⅲ. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ

2. リーダーシップ

(2) 部下の業務支援を適切に行っている

項目の定義

- ・利用者の要望に応じつつ、部下の業務が円滑に遂行できるよう、ローテーションを組んでいるかを確認する。
- ・事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等の定期的な開催、スタッフへの参加勧奨を行っているかを確認する。
- ・スタッフに対する声かけ、観察、スタッフごとの面談の機会設定により、スタッフの要望や悩みを把握・助言しているかを確認する。

評価方法

- ①、③～⑤ 日頃の対応を観察
(必要に応じて被評価者へのヒアリング)
- ② 記録確認 (必要に応じて被評価者へのヒアリング)

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準 (1つでも該当すればC)
①	スタッフの休暇予定や利用者のキャンセルを把握し、誤り無くローテーション(シフト)を組むことができるか。	✓ スタッフの休暇予定を把握していない。 ✓ 利用者のキャンセルを把握していない。 ✓ 指定基準や労働法規を遵守し、業務を適切に実施できるローテーションを組んでいない。
②	事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的に開催しているか。	✓ 事業所・施設内において、スタッフの業務支援の機会となる研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的に開催していない。
③	各スタッフとの面談の機会をつくり、スタッフの要望や悩みを聞き取り、把握・助言をしているか。	✓ スタッフとの面談の機会をつくっていない。 ✓ スタッフの要望や悩みを把握していない。 ✓ スタッフに対して助言をしていない。
④	事業所・施設内外の研修、勉強会等について、個別に声を掛ける等してスタッフに参加させているか。	✓ 研修、勉強会等に、個別に声を掛ける等してスタッフに参加勧奨をしていない。
⑤	スタッフの体調を把握するために声かけや観察を行なっているか。	✓ スタッフの体調を把握するために声かけをしていない。 ✓ スタッフの体調を把握するために観察をしていない。

- スタッフの要望（休暇予定や予定変更等）、利用者の要望（予約変更、キャンセル等）を把握し、双方の要望を調整して勤務日程及び勤務時間を編成し、誤りの無いローテーション（シフト）を組んでいきます。やむをえない理由等によるローテーションの変更にも対応しつつ、介護サービスの低下を招かないよう配慮してローテーションの調整を行います。
- 事業所・施設内における共通の問題・課題、及び個別の問題・課題に対して的確かつ計画的に対応するために、事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的に開催する機会を設け、スタッフの参加を勧奨します。
研修、会議等の開催の際には、研修、会議等が単なる報告会や形式的な開催とならないよう研修又は会議ごとの目的・目標を明確にし、それぞれの研修、会議等の終了時には、参加者ごとに翌日からの具体的な行動目標と役割分担等が明らかにできる運営方法の工夫が必要です。
- 日頃からスタッフに対して声かけを行い、表情、態度、行動の観察をしてスタッフの体調を把握しておきます。変化に気づいた場合は、必要に応じて記録し、個別面談の機会を設け、スタッフの要望や悩みを聞き取り、アドバイスを行います。アドバイスを行う際には、コーチングやカウンセリングの基本知識と基本技術を習得しておくことで対応しやすくなります。

Ⅲ. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ

2. リーダーシップ

(3) 評価者として適切に評価できる

項目の定義

- ・適切に評価するために、期首面談を行い、スタッフと上司の両方で目標を確認・調整して、スタッフごとの期首目標を設定しているか、また客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているかを確認する。

評価方法

- ① 記録確認（必要に応じて被評価者へのヒアリング）
- ② 日頃の対応を観察（必要に応じて被評価者へのヒアリング）

評価対象となるレベル

4

判断基準

	チェック項目	判定基準（1つでも該当すればC）
①	期首にスタッフと面談の機会を持ち、スタッフの希望する目標、上司として期待する目標を相互に確認した上で、スタッフとともにその期の目標を設定しているか。	✓ 期首にスタッフと面談の機会を持っていない。 ✓ スタッフの希望する目標、上司として期待する目標を相互に確認していない。 ✓ スタッフとともにその期の目標を設定していない。
②	自己の利益や好みによらず、客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているか。	✓ 自己の利益や好みによらない方法で評価していない。 ✓ 客観的評価基準に基づいて評価していない。

解説

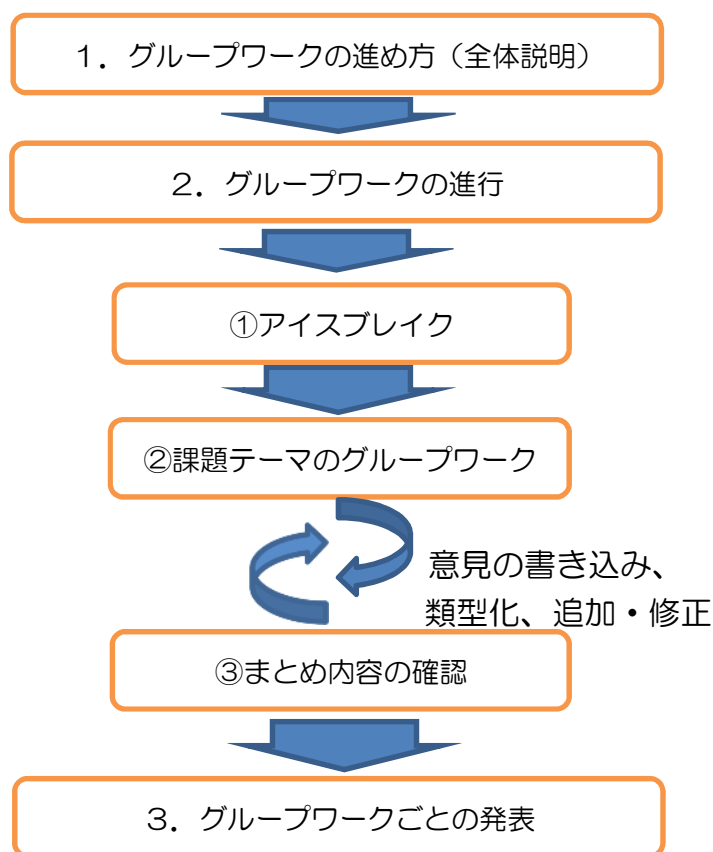
- ・適切な評価を行うためには、まず、期首に面談を行い、スタッフが要望する目標と上司が期待する目標を確認し、摺り合わせて調整の後、上司が独断で設定せずに、スタッフと上司が一緒になってその期の目標を設定します。上司とスタッフは、設定した目標ごとに同じ認識と価値基準によって目標を共有します。
- ・評価は、期末だけではなく、必要に応じて期中に行い、評価期間中に行う適切なOJTの指導・助言を行いながら、スタッフごとの目標を達成又は到達できるようスタッフの力量が向上できる支援をします。
- ・期中に行うスタッフの態度や行動の観察には、それらの変化を把握し、必要に応じて記録することが重要です。
- ・評価の際には、評価基準として定められている評価項目ごとの行動を観察して評価しますから、評価に必要な評価情報、すなわち、客観的評価基準ごとに観察した記録等を準備する必要があります。
- ・誤った評価をしないように、評価者が陥りやすい主な評価傾向として、ハロー効果、寛大化・厳格化傾向、中心化傾向、二極化傾向、論理誤差、対比誤差、自己投影効果があり、それらについて事前に学ぶ必要があります。
- ・評価の判断に迷いが生じた場合は、必要に応じて事業所・施設内外にいる同レベルの評価者との判断基準の摺り合わせや話し合いの機会を設定したり、キャリア段位制度の介護職の相談窓口を確認しておくことが望ましい対応です。
- ・評価者は、単に評価するだけではなく、仕事の進捗とともに、部下の行動、態度の変化に関心を示し、暖かく見守る姿勢が必要です。

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

介護キャリア段位制度の評価を適正に実施するためには、評価者（アセッサー）相互の介護技術に関するレベル感・評価基準の視点・理解の仕方及びチェック項目ごとの判定基準に対する視点・判断の仕方についての摺り合わせが必要です。

このため、評価者講習においては、個々の評価者（アセッサー）の判断の摺り合わせのために、グループワークを行います。その手順は、下図「グループワークの進め方（基本手順）」を参考にしてください。

図表24：「グループワークの進め方（基本手順）」



（1）グループワークの課題・スケジュール等

① グループワークの課題テーマ

1. グループワークの材料

材料は、「介護プロフェッショナル・キャリア段位制度トライアル調査票」（以下「トライアル調査票」という。）によって試行したトライアル評価結果です。

ロ. グループワークの目的

トライアル評価結果を活用して、評価者（アセッサー）個々の評価基準に対する評価の視点、判定方法、判定の考え方、不安要素、疑問点などをメンバー間で摺り合わせながら明らかにし、本格的に開始される介護プロフェッショナル・キャリア段位制度の評価者（アセッサー）講習に反映することを目的とします。

ハ. グループワークの課題テーマ

グループワークでは、トライアル調査票の「ご意見ご要望欄」に記載された内容とトライアルに参加した方々が、評価者（アセッサー）として評価を行う際に事前にアセッサー講習中に摺り合わせを要すると思われる以下の項目について討議を行います。

a. 課題A

- ・ 判定に迷いやすい評価項目、判定がしやすい評価項目とチェック項目など
- ・ やりにくい判定方法、やりやすい判定方法（現認のやりやすい方法など）
- ・ 解消すべき不安要素・疑問点

b. 課題B

- ・ 事務局から提示されたアセッサー講習の内容で修正または追加した方がよいと思われる項目

② グループワークのスケジュール

グループワークの進行予定は、以下を参考にしてください。

図表25：グループワークのスケジュール

0	13:20 -	グループワークの進め方（全体説明）	
	13:30 -	グループワーク開始	（各グループ）
1		アイスブレイク （2分）グループごとに、ペアになってインタビュー （3分）他者紹介	座長
2		課題テーマ、進め方の確認 （2分）討議の進め方（コメントカードの使い方、まとめシートなど） グループ討議用ツール（ポストイット（タックメモ）、マジック、模造紙、用紙、ポッチキス、セロハンテープ、ダブルクリップなど	座長
3		課題Aの討議開始 （6分）全員でコメントカードによる意見等の書き込み（課題Aの細目ごとに） （27分）書記による貼り付け、類型化等、平行してメンバーからの質問・追加意見を促す。 追加・修正意見は、コメントカードによって書き込み書記に渡す。 まとめ作成	座長
小計	（40分）		
	14:10 -		
4		課題Bの討議開始 （2分）コメントカードによる意見等の書き込み （28分）書記による貼り付け、類型化等、平行してメンバーからの質問・追加意見を促す。 追加・修正意見は、コメントカードによって書き込み書記に渡す。 まとめ作成	座長
小計	（30分）		
	14:40 -		
5		（20分）課題テーマごとの「まとめ作成」と内容の確認 グループごとにまとめシートを作成し、グループ内で確認 確認後、事務局へ報告	（各グループ）
	15:00 -		
6		（12分）発表会 まとめシートの提示 発表するグループごとに整理してまとめた模造紙を講習会場 の見やすい位置に貼りだす。 発表時間は、1グループ3分。座長は、制限時間内に発表できるよう要点を絞って 簡潔に発表する。	（事務局）
7		（18分）グループ全体に関する質疑応答	
小計	（30分）		
	15:30 -	グループワーク終了	

③グループの座長・書記・メンバーの役割

(i) 座長の役割

座長の主な役割は、以下の通りです。オープクエスチョンによる問いかけがポイントです。

イ. 進行のリード

- a. 意見を出すメンバーが片寄らないよう公平・平等な意見を誘導するなど、適切な問いかけで引き出す。
- b. 順番で意見を引き出すのではなく、用意されたコメントカードを有効に活用し、多くの意見が出せるようにリードする。
- c. 座長の解説や説明が中心にならないようメンバーに問いかける。
- d. 議論の発散、意見の連鎖の断裂、焦点ぼけなど、討議状況に応じて流れを調整し、討議が円滑に進むように配慮する。
- e. 議論が停滞した場合は、座長は書記に現状のまとめを報告してもらい、その結果を利用して新たな論点・視点を見つけて誘導する。あるいは、書記の意見を求めながらリードする。

ロ. 意見のとりまとめ及び調整

- a. 議論の過程で、グループ共通の意見、その場で解決できない事案など、書記の手助けを得ながら意見をグルーピングして整理する。
- b. 共通認識が得られない意見は、その違いを明確にして、別途新たな課題として整理する。
- c. テーマの制限時間が迫ってきたらメンバーにも働きかけ、グループ共通の意見、その他の意見、その場で解決できない事案など、意見をグルーピングしながら整理し、結論を文章で整理し、発表に備える。

ハ. 時間管理

- a. 限られた時間内に結論を導くため時間配分に気を配る。
- b. 1時間程度で休憩（10分程度）を入れて、休憩後の開始時刻をメンバーに連絡する。そして、休憩中は必要に応じて、グループワークの最初に行ったアイスブレイクでインタビューした内容などを使って、テーマ以外の話などによって気分をほぐす。
- c. 事務局から配布された「まとめシート（提出用）」があれば、その作成を事務局から指示された時間内に終えるよう時間を調整する。

(ii) 書記の役割

書記の主な役割は以下の通りです。ヒアリング、聞き取った内容からキーワードの抽出と書き取り、まとめる力がポイントです。

I. ヒアリング

- a. メンバーの出された意見を聞いているが、メンバーの発言に感心して書き取りをせずに、ただ聞いているだけでは、書記のヒアリングとして不適切である。書記のヒアリングは、聞き取った内容からキーワードを切り出して要点を簡潔な文で書き取ることである。
- b. メンバーが提案した内容を確認し、不明確な場合は、提案内容を確認する。
- c. 座長が中心になった議論を支援するため、不明点や修正点に気を配ってメモしておく。
- d. ヒアリングだけが書記の役割ではなく、気づいた点があれば、書記自らも意見を述べて提案する。

II. 整理・分類

- a. 提案された意見は、ホワイトボード等、参加者全員が見える場所に問題・課題、原因・要因、手段・方法、解決・改善策、仕組みなどに類型化しながら掲示する。
- b. 意見の中で重要と思われるものやキーワードには、下線や付箋を付けて強調する。
- c. 意見は、関連または類似した意見をまとめて、それらの表題を簡潔な短文で表現し、遠近の関連度、時系列などの視点で整理・分類する。
- d. 必要に応じてホワイトボード等に類型化した意見のイメージ化のために、討議の流れや内容を図解する。
- e. 意見・提案の追加・修正は、提案者に確認して付箋などを利用して見やすく掲示する。
- f. 議論が停滞した場合は、座長に現状のまとめの報告を行うとともに、新たな論点または視点への誘導を支援する。

III. 発表支援

- a. 発表のために、ホワイトボード等に整理・分類した意見等を、別途新しい模造紙に発表の順序に並べ直して、再整理を行うとともに発表のための説明文を追記する。
- b. 発表に使用する表題が適切かどうか確認する。
- c. 要点を押さえた簡潔な発表のために、発表資料を整理する。
- d. 発表後に発表で使ったまとめ資料を事務局の指示に基づいて提出する。

(iii) メンバーの役割

メンバーの主な役割は、以下の通りです。積極的な提案がポイントです。

I. 課題テーマに沿った積極的な提案

- a. 座長から指示されたテーマについて、自らの体験や考え方に基づいた率直な意見を提案し、コメントカードを使用する場合は、後で誰が書いたか特定できる印を付けて書記に手渡す。
- b. 発言を行う際はポイントを押さえて分かりやすく、できる限り簡潔に述べ、コメントカードの場合は、キーワードや要点を記した簡潔な文にして書き込む。
- c. 他のメンバーが提案した意見やコメントカードの内容に対して「難しい」、「現実的ではない」、「意味がない」などの否定的な発言は厳禁である。批判をするだけの意見や問題点の指摘だけの意見は控え、必ず肯定的に受け止めて「それも1つのよい方法かもしれないが、〇〇のような方法だとうまくいきそうですね」などのような前向きな改善案を加えて提案するよう努める。
- d. テーマに関して実用的なアイデアや意見を提案し、他のメンバーに対する否定・批判は厳禁。アイデアの結合・融合は自由及び実務中心で現実的かつ具体的な改善・工夫の意識をもって提案する。
- e. 他のメンバーから出された意見を聞きながら関連する質問、連想、便乗、改善・修正及び組み合わせなど発展させた提案を行い、メンバー間の相乗効果を促進する。

II. 座長・書記に対する支援

- a. 座長が行う時間管理を一緒になって支援する。
- b. 書記が行うまとめ作業や発表の準備は、メンバーも当事者意識を持って積極的に支援する。

④グループワークの方法

「グループ内で出された意見を書き留めるためのカードを使った方法（以下「コメントカード」という。）」によって討議し、議論したことを整理します。

(2) グループワークの進行

座長が中心となって行うグループワークの開始からまとめ作成までの具体的な進行手順は、以下のとおりです。

① グループワーク開始時のアイスブレイク

事務局から提示された方法でアイスブレイクを行います。座長を中心にして、知らない同士が隣り合わせになるよう座り直し、座長から始めて時計回りの順番に隣

同士でそれぞれペアを組みます。奇数メンバーの場合は、3人で行います。

Ⅰ. 座長による概要説明

座長は、簡単な自己紹介を行い、事務局が説明した以下のアイスブレイク手順とペア構成を確認し、手順の概要を繰り返します。

Ⅱ. インタビュー開始

ペアになったメンバーは、相互に以下の項目についてインタビューし、要点をメモします。時間は、ペアメンバー全体で2分間です。座長の合図で開始します。

- a. 氏名、生まれた季節、好きな食べ物
- b. 現在担当している職務と仕事内容、およその経験年数
- c. 過去に経験した職務
- d. 施設において、利用者を観察する際には、動作、表情など利用者の観察するポイント
- e. 最近あった面白い体験、または珍しい体験

Ⅲ. メンバー紹介

座長からインタビューした相手の紹介（上記 a～e）をグループのメンバー全員に行います。その後、時計回りの順番でメンバーの紹介を繰り返します。（紹介例）

- a. 佐藤さんです。秋に生まれ、栗が好きです。
- b. 佐藤さんです。認知症の方を専門に介護しています。
- c. 佐藤さんです。訪問介護の実務経験があります。
- d. 佐藤さんです。利用者の目元と目線を中心に観察します。
- e. 佐藤さんです。消臭繊維のシーツを使っています。

② 課題テーマのグループワーク

進行表に従って、座長はグループワークを進めます。その手順は、以下のとおりです。

Ⅰ. グループワークの課題テーマの確認

事務局から説明された課題テーマについて、再度確認します。

Ⅱ. 進め方の確認

座長は、最初のテーマをホワイトボードまたは模造紙に書いて、事務局から示された進行表に沿ってテーマごとのおおよその討議時間を活用して討議を開始する準備をします。

グループワークは、コメントカードを使った方法で行います。その他の必要な道具はグループごとに用意しています。具体的な手順は、以下のとおりです。

- a. 課題テーマ、おおよそのテーマごとの討議時間及びまとめに要する時間をメンバーに説明する。
- b. 座長、書記を含めてグループ全員で2分～3分という時間枠を設けて、一つの討議項目（テーマ）ごとに、メンバー個々のアイデアや意見を事務局から配布された粘着性ノートまたはメモ用紙を1枚のコメントカードとして書き込み書記へ手渡す。（1枚のコメントカードには一つのアイデアや意見を書くこと）

なお、コメントカードには、カードの隅にメンバーがわかる印又は短縮した名前を小さく記しておく。

- c. 所定の時間の経過後、書記は、代表してそれらのコメントカードをホワイトボード（無ければ模造紙、壁等）に貼り付ける。最初は、バラバラに貼ってもよい。
- d. 座長は、貼りつけたコメントカードについてメンバーからの質問や追加の意見を受けて討議を活発化させる。メンバーは、討議の中で追加の意見等を思いついたら、新たなコメントカードに書き込み書記に手渡す。

書記は、貼りつけたコメントカードの中から、類似するものを集めて類型化し、書記の役割に従ってまとめる。作業の途中で気付いた点や意見があれば、コメントカードに書き込み他のメンバーと同様に議論に参加する。

- e. 上記a～dを繰り返しながら、与えられたテーマごとの討議を行い、グループとしての意見や改善案を所定の時間内に取りまとめる。

Ⅱ. グループワークの進行上の留意点

以下に留意し、グループワークを行います。

- a. コメントカードへの書き込みは、1枚1つの意見を簡潔に記載する。
- b. 発言を行う際はポイントを押さえて分かりやすく、出来る限り簡潔に述べる。
- c. テーマに関して実用的なアイデアや意見を引き出すため、否定・批判は厳禁とし、アイデアの結合・融合は自由、実務中心で現実的かつ具体的な改善・工夫を意識することを進行上のルールとする。
- d. とりわけ発言する際は、問題点の指摘のみで終わらず、改善案も一緒に提案できるよう努める。
- e. グループメンバーの意見等（コメントカードへの書き出し）を整理、分類、統合することにより、問題の原因分析や解決策、新たな方策等の検討を行い、共通する項目等を抽出し、グルーピングする。
- f. 優先順位の高い内容があれば配慮した進行を行う。
- g. 限られた時間の有効活用、円滑な運営のためにメンバー全員での時間管理を心掛ける。

③ まとめ内容の確認

「(3) グループワークの進め方(全体説明) ⑥ 発表の方法」のとおり、課題テーマごとに新しい模造紙にコメントカードを貼り直し、整理・分類したものを発表用提示資料として準備します。発表する項目は以下の3つです。

I. グループワークの状況説明

討議した内容の全体像がわかるように、討議したコメントカードを貼り直して、分類ごとに適切な表題を付けて、結論を簡潔な文にして書き込みます。類型化したコメントカードや相互の関連性がわかるようにするとともに、必要に応じて関連性を図解します。

II. 評価方法に対する提案

討議の結果、分類された項目ごとに、評価方法についての具体的な提案や、アセッサー講習についての具体的な改善方法を提案します。

III. 今後の課題

制限時間内に討議できなかった点や議論が不十分な点を、今後の課題として整理します。

(3) グループごとの発表

整理してまとめた模造紙を使って、各グループの座長が発表します。その主な手順は以下のとおりです。

① まとめシートの提示

発表するグループごとに整理してまとめた模造紙を講習会場の見やすい位置に貼り出します。

② 座長による発表

発表時間は、1グループ3分とします。座長は、制限時間内に発表できるよう要点を絞って簡潔に発表します。

③ 質疑応答と評価基準等の摺り合わせ

他のグループや参加した講師またはアドバイザーから発表したグループに対して質疑応答を行います。

時間に余裕がない場合は、質疑応答はグループ全ての発表後にまとめて行います。

講師またはアドバイザーが中心となって、全体での評価基準等の摺り合わせが必要と思われる項目を指摘し、各グループに確認して摺り合わせを行います。

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）

学習のポイント

第Ⅰ章で説明したように、介護キャリア段位制度の内部評価は、OJT を通じて介護技術の評価を行う仕組みです。介護現場における OJT の推進は、介護職員の実践的スキルを向上させサービスの向上に資するとともに、介護職員の定着にもつながるものであり、極めて重要な取り組みであると言えます。

このため、この章では、介護現場での OJT の取り組み方法などを含めて、内部評価の作業手順を説明していきます。

1 介護現場における OJT の役割と意義

OJT とは何か

職場における教育訓練の方法として最も一般的なものとしては、OJT（on the job training：職場での仕事の経験を通じた職業訓練）と Off-JT（off the job training：職場での仕事を離れての職業訓練）があります。

OJT は、仕事に必要な専門的な知識や技能・技術などを、職場における日常業務の経験を通じて計画的に養成していく教育訓練の手法です。OJT による教育訓練の基本は個別指導であり、指導する立場にいる上司または先輩が、これを受ける新規採用者、または初任者と 1 対 1 で行います。

OJT の実践の機会、業務時間の作業中や報告・連絡の機会などさまざまな場面にあり、OJT の機会、仕事内容によっては、介護サービスの専門的な知識や技能・技術だけでなく、一般的な仕事に必要な情報収集力、問題解決能力、態度やふるまい、マナーなども習得します。

OJT は、職場内で行うグループ活動（勉強会、研究会）、外部で実施される研修などを併用することでその効果はさらに高まります。

図表26：＜OJT と Off-JT＞

	OJT	Off-JT
長所	・個人の能力や仕事内容に応じて柔軟に指導できる。 ・日常的に実施できる。 ・効果の即時的な把握ができ、仕事への即効性が高い。 ・別途の費用は不要。 ・指導を担当する職員の指導スキルの向上が図れる。	・大人数が参加できる。 ・職場を離れているため、参加している研修に専念できる。 ・一定水準での指導が期待できる。 ・多種多様な研修メニューから選択できる。 ・参加者間の価値観の平準化や相乗効果が期待できる。
短所	・指導者の指導能力、意欲等に影響される。 ・指導される側から指導者を選べない。 ・個別指導のため、指導内容を確認しにくい。	・参加者の業務の肩代わりが必要になる。 ・参加する際の学習能力の違いで効果が異なる。 ・別途費用を要する。 ・受身での受講となりやすい。

介護現場における OJT の役割と現状の課題

職場における教育訓練は、全ての業種とその職場において、何らかの方法で実施されていますが、それぞれの職場に課せられている業務目標を達成するために、必要とされる新たなスキルの付与または向上を目指した効果・効率的な方法です。

ほとんどの職場では、OJT（On-the-Job Training）によって、職場内のメンバーの仕事・作業ごとに必要とされる個々の力量を高め、全体的な職場内の職務遂行能力を高めています。

OJT は、仕事・作業ごとに必要とされるレベルの態度、専門知識、技能・技術を有した職場の上司、先輩が、それらのレベルに達していない職場内の職員に対し、日常の具体的な仕事・作業の協働をとおして、仕事・作業に必要な力量を習得できるよう確たる意図を持って、計画的かつ継続的に指導します。

しかし、OJT が円滑に行われているかといえは、うまくいっていない職場もあるようです。うまくいっていない職場では「職場における教育訓練は、OJT でやっています」という言葉で、人材の育成を現場に任せてしまって、組織としては関与していないことが多いようです。これでは OJT による教育訓練は行われていないに等しく、配属された職場の先輩が行う作業方法を理由もわからないまま、そのままトレースするなど、“あいまいな OJT” が行われている職場が少なくないようです。

このような OJT では、特に何らかの作業標準書やスキルの基準を取り決めているわけではなく、職場の上司又は先輩の流儀によって、職場で必要とされる職場内のメンバーの仕事・作業ごとに必要とされる態度、専門知識、技能・技術を伝達しているだけにとどま

っており、OJT の効果は不明確となっています。

その結果、職場の管理者または経営者が「もう 3 ヶ月も経ったのにぜんぜん育ってないじゃないか」、「何回教えたらできるんだ」、「教えたはずなのに失敗して大きな損害が出た」などの愚痴をこぼすようになっていきます。

反対に OJT を受ける職員からは、「誰が OJT 担当者かわからない」、「指導する人によって、やり方が違うのでその時の指導者に合わせて手順を変えなきゃだめ」、「昨日の手順と今日の手順が違う」、「OJT 担当者である上司そのものが基準になった作業手順であり、教えられたとおり作業を行うと利用者から苦情が来て自己流でやるようになった」、「OJT 担当者の教え方がヘタだから理解できない」といった不満があがります。

整理すると、介護現場においては、OJT に関して以下のような問題が生じている場合があります。

- ① そもそも人材の育成計画が無く、OJT 担当者が決まっていないので、指導内容にバラツキがあり、職員間のスキル、成長速度に大きな格差を生じている。
- ② 頻繁に職員が入れ替わるので、施設の方針（経営理念（介護サービスの基本方針）、経営方針）が浸透せず、利用者に対する介護サービスがちぐはぐになっている。
- ③ OJT 担当者の人材育成に対する意識が希薄であり、“指導者”としての認識が不足しているとともに、指導スキルを有していないため、非効率な教育訓練が行われている。
- ④ 経営者及び管理者が施設内の職員のスキルを把握していないため、肝心の仕事の質にもバラツキが生じ、利用者の苦情や職員の不満が多い。
- ⑤ 期待している期日までに仕事ができない。
- ⑥ 教えたつもりでいたら、教えたことができていなくて、大きな損害を出した。
- ⑦ 利用者に説明した内容のサービスが提供できていない部分が多い。
- ⑧ 利用者に対する職員の態度にばらつきが多い。
- ⑨ 職場のどの人が指導者かわからない。
- ⑩ あまり熟練度の高くない同僚から指導を受けることがあり不安である。
- ⑪ 作業の指導者ごとに作業手順や作業内容が異なる。
- ⑫ 納得できる作業方法や作業内容の理屈や理由等を説明してくれない。
- ⑬ 指導した者が作業の失敗をしても曖昧にしてごまかすが、指導された側が失敗すると強く叱責されたり、小言を言われる。

これらの問題を放置すると、職員の離職率が高くなり、作業効率も落ち、最終的には利用者の不満が多くなり介護サービスの低下を招いてしまい、施設の運営管理が困難になります。その根源は、そもそも OJT を理解していないことから生じていると考えられます。

OJT と計画的な OJT

厚生労働省が毎年行っている「能力開発基本調査」では、以下のように、OJT の区別をしています。

厚生労働省「能力開発基本調査」における定義

【OJT】

日常の業務に就きながら行われる教育訓練のことをいう。直接の上司が、業務の中で作業方法等について、部下に指導することなどがこれにあたる。

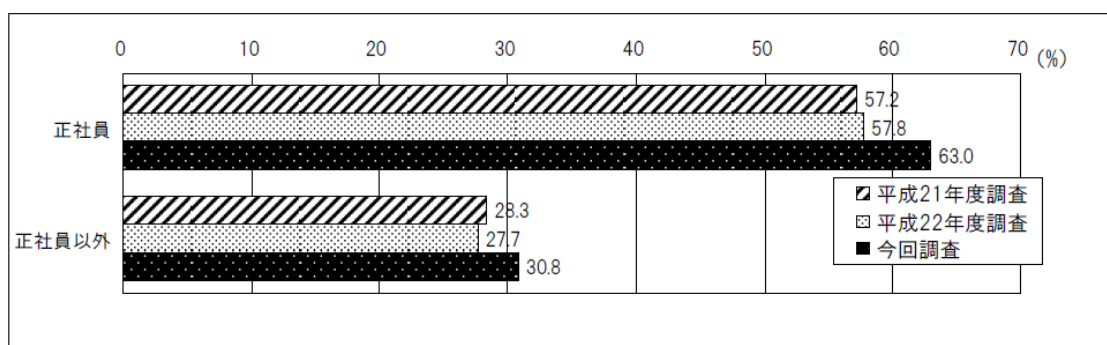
【計画的な OJT】

日常の業務に就きながら行われる教育訓練のことをいい、教育訓練に関する計画書を作成するなどして教育担当者、対象者、期間、内容などを具体的に定めて、段階的・継続的に教育訓練を実施することをいう。例えば、教育訓練計画に基づき、ライン長などが教育訓練担当者として作業方法等について部下に指導することなどが、これに含まれる。

厚生労働省が毎年行っている「能力開発基本調査」における企業の OJT の取り組み結果は、以下のようになっています。

まず、正社員に対して、平成 22 年度に計画的な OJT を実施した事業所は 63.0%となっています。これは、調査開始以来最高割合となっています。一方、正社員以外に対して計画的な OJT を実施した事業所は低い水準となっています。

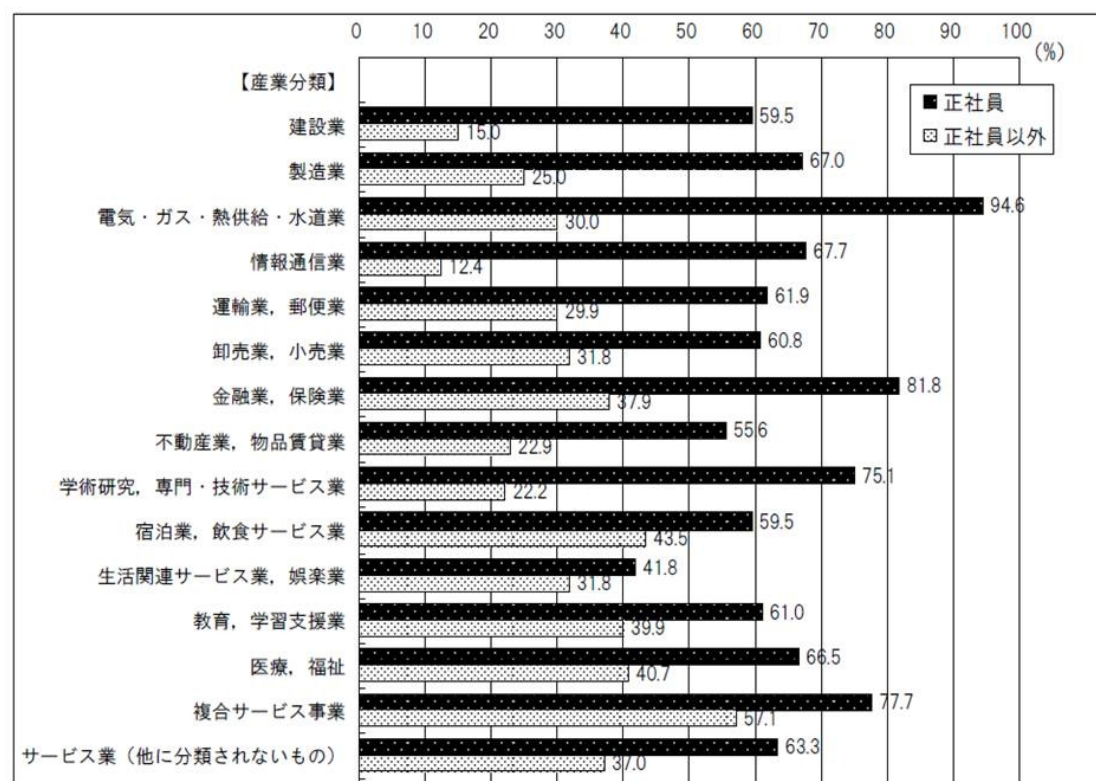
図表 27：計画的な OJT を実施した事業所(総数)



出所：「H23 能力開発基本調査」(1)教育訓練の実施状況 ② 計画的な OJT の実施状況(図 15)

図表 33 で、正社員を産業別に見ると、電気・ガス・熱供給・水道等(94.6%)、金融業・保険業(81.8%)、複合サービス事業(77.7%)などで高くなっていて、正社員以外は総じて低くなっています。また、企業規模別に見ると、規模が大きいほど実施率は高くなっています。

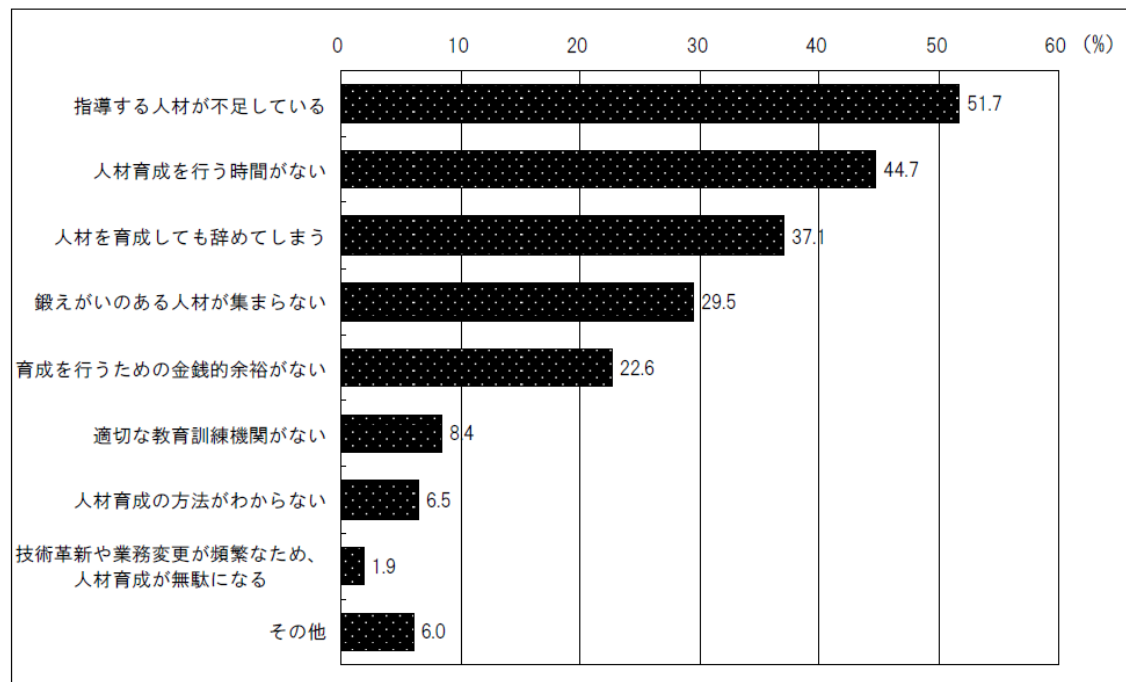
図表２８：計画的な OJT を実施した事業所（産業・規模別）



出所：「H23 能力開発基本調査」(1)教育訓練の実施状況 ② 計画的な OJT の実施状況（図 16）

次に、図表２９で、能力開発や人材育成に関して何らかの「問題がある」とする事業所は 67.8%（前回 67.5%）となっており、問題点の内容（複数回答）は、「指導する人材が不足している」（51.7%（前回 48.1%））が最も高く、以下、「人材育成を行う時間がない」（44.7%（前回 46.6%））、「人材を育成しても辞めてしまう」（37.1%（前回 35.8%））、「鍛えがよいのある人材が集まらない」（29.5%（前回 27.4%））、「育成を行うための金銭的余裕がない」（22.6%（前回 26.3%））と続いています。

図表２９：人材育成に関する問題点の内訳（複数回答）



出所：「H23 能力開発基本調査」(2) 人材育成について ①人材育成に関する問題点（図 18）

また、介護キャリア段位制度の実証事業のアセッサー講習に参加した 173 名のアンケート結果（平成 23 年 12 月実施）では、以下のとおりとなっていました。

- ① 回答者の約半数が OJT 研修受講経験者であった。
- ② 回答者の 6 割の施設が OJT に組織的に取り組んでいる。
- ③ 現在取り組んでいる OJT の効果は、回答者の 2 割弱が「非常に効果がある」、5 割が「効果がある」とし、全体で 7 割が効果があると回答している。
- ④ 回答者の 8 割以上が OJT に取り組む必要性を感じている。

育成の課題として上げられたコメントは、以下の表のとおりです。

図表３０：介護従事者の育成にどのような問題点があると感じているか

問題点	回答数	%
育成のための時間確保が困難	13	19
モチベーション・意識	10	14
教育体制の整備	8	11
業務環境	7	10
指導者の育成・教育	6	9
人材（育成者）不足	4	6
すぐ退職してしまう	4	6
基礎学力の欠如	4	6
新人のレベルが低い	3	4
将来性・処遇に希望を持ってない	2	3
資格者の処遇	2	3
その他	7	10
計	70	100

注：四捨五入の関係で合計が 100%にならない

以上のように、人材育成に関する問題点を解決するためには、職場における OJT は計画的な OJT の取り組みが重要であり、その役割と意義は大きいものがあります。しかし、介護現場では、OJT 担当者となってもなかなか忙しく日々の業務で精一杯という状況があります。計画的な OJT を導入する当初は、大変な手間隙がかかるかもしれませんが、その労力を惜しまずかつ効率的な仕組みと工夫で、計画的に、継続的に、意識的に行い、介護現場の仕組みとして定着できれば、繰り返される様々な問題が解決できます。

また、計画的な OJT は、これまでのような“OJT 担当者”が行うのではなく、一定の指導スキルを有した“OJT 指導者”が担当することで、職場における円滑な業務の遂行、職務を遂行するための良好な職場環境が培われます。さらには、OJT 指導者は、OJT 対象者に指導する機会を得ることで、自らの指導スキルが向上するとともに、自らの仕事の考え方や方法などの見直しができる良い機会となり、相互の成長を促す効果があります。

さて、介護現場で行う本来の OJT の意義を３つにまとめるとすると、以下のとおりです。

- ① 職員の介護業務に関する力量の維持・向上（力量の向上）
- ② 利用者の満足度の向上、利用者の感動（サービスの質の向上）
- ③ 組織力（チーム力の強化）

2 OJT 指導者としての評価者（アセッサー）の役割

OJT 指導者の選任と育成

OJT 指導者は、業種や職場環境によって異なりますが、主に以下の者が担っているようです。

- ① 一定のスキルと実務経験を有する職場の上司（職位に置いて上位の者）
- ② 一定のスキルと実務経験を有する職場の先輩（職位に置いて同位の者）

しかし、ほとんどの場合、OJT の指導を受ける側（以下「OJT 対象者」という。）は、OJT 指導者を選択または希望（指名）することはできません。職場の教育訓練制度や人事制度であらかじめ決められている場合がほとんどです。中には、職場の慣習として配属された職場の中で適当とされる担当者が決められたり、そのまま職場のリーダーが担当したり、リーダーが担当者を決めたりする場合があります。

日常業務で忙しい介護現場で適切な OJT 指導者を選任することは、比較的難しい状況にあります。また、OJT 指導者の育成については、現状では、まず職場内で OJT 担当者を決め、OJT を担当しながら OJT 指導者として育成するための外部研修の受講、あるいは内部での指導方法の勉強会への参加を通じて指導スキルの向上を図っている場合が多いようです。

キャリア段位制度における役割

これまで述べてきたように、キャリア段位制度は OJT を通じて評価を行う制度になりますので、キャリア段位制度においては、評価者（アセッサー）が OJT 指導者となります。つまり、評価者は、被評価者である介護職員の「できる（実践的スキル）」の到達度を評価（アセスメント）する役割とともに、事業所・施設内において介護職員のキャリア・アップを推進・支援していく役割を有しています。

OJT 指導者としての評価者（アセッサー）具体的な役割

計画的な OJT を行う評価者の具体的な役割は、主に以下の 8 つです。

- ① 計画的な OJT を行うために、OJT 対象者の育成目標を設定し、所定の期限内に習得できるよう OJT 計画を作成する。
- ② OJT 対象者の育成として、利用者から信頼される力量を有するよう指導する。
そのポイントには、主に以下の 5 つがあります。
 - 1. 必要とされる一定レベルの専門知識、技能・技術を習得できるよう指導する。
指導に当たっては、介護サービス特有の問題である直接介護を受ける利用者は、その状態像と生活上の習慣、価値観が個々に異なるため、サービスの提供内容を利用者ごとに変えて対応することが求められている。

- ロ. 利用者には、直接介護を受ける利用者以外に施設外にいる親族等の関係者も利用者であり、介護事業所・施設外にいる親族等の満足度にも考慮した対応ができるよう指導する。
 - ハ. 職員間の力量のばらつきに配慮する。
 - ニ. 利用者の安心につながる態度で接することができる。
 - ホ. 問題解決能力が養われる。
- ③ これまでに生じていた過去の失敗事案を繰り返さないよう指導する。
 - ④ OJT を実施した後の振り返りとその記録を行う。
 - ⑤ 職員間の円滑な連携・協力によりチームとしての総合力が発揮できる環境を整える。
 - ⑥ 介護事業所・施設ごとに提唱している介護の理念など、その介護事業所・施設で培われた仕事に向かう意識や考え方、価値観（価値基準）に沿ったサービスの提供ができるよう指導する。
 - ⑦ OJT の進捗状況を把握・記録し、定期的に管理者へ報告する。
 - ⑧ OJT 対象者からの提案などを積極的に受け入れ、OJT 指導方法の改善を行う。

これらの主な役割を果たし、OJT の目的を達成することによって、最終的には、介護事業所・施設全体の価値の向上、離職率の低減などの効果により、安定した施設運営に貢献することになります。

評価者の自己診断

OJT 指導者である評価者として、現在の職場における OJT 環境、実態を把握しておきましょう。

以下の図表 3 1（職場の OJT 簡易自己診断表）によって、皆さんの職場における OJT の診断を試みてください。

表中の 10 項目の考え方に同意できますか。同意できると思われたら回答欄「1 はい」を、同意できないと思われたら回答欄「3 いいえ」を、判断できないまたはわからない場合は、「2 わからない」を○（丸）で囲んでください。自分の考え方をチェックして OJT に対する考え方を整理しましょう。

図表 31 : 「職場の OJT 簡易自己診断表 (OJT 環境)」

No.	チェック項目	回答欄		
		1	2	3
1	あなたは、今までに OJT に関する研修を受講したことがある。	はい	わからない	いいえ
2	現在、あなたの事業所・施設では、OJT に組織的に取り組んでいる。	はい	わからない	いいえ
3	OJT 指導者の選任方法は、きまりがある。	はい	わからない	いいえ
4	OJT の際に、日常的に使用しているツール（シートやマニュアル等）がある。	はい	わからない	いいえ
5	現在取り組んでいる OJT は、職員を育成する上で、効果があると思う。	はい	わからない	いいえ
6	あなたの事業所・施設において計画的な OJT の仕組みがある。	はい	わからない	いいえ
7	あなたの事業所・施設において、組織的かつ計画的な OJT の取り組みは、必要だと思う。	はい	わからない	いいえ
8	業務の改善活動である PDCA のプロセス管理の一つとして OJT があると思っている。	はい	わからない	いいえ
9	OJT は、Off-JT と組み合わせて実施すると効果が高いと思う。	はい	わからない	いいえ
10	OJT 対象者は、OJT 指導者を選択できない場合が多く、それだけ責任が重いため、OJT 指導者の育成も重要だと思う。	はい	わからない	いいえ

さて、診断結果はいかがでしたか。あなたは、OJT 指導者として、どのようなことに心がける必要があるでしょうか。あなたが OJT 対象者であれば、どのようなことを組織または OJT 指導者に求めますか。OJT 指導者としての役割をあらためて明確にしておきましょう。

3 評価・OJT 指導計画の作成

評価・OJT 指導計画

内部評価の実施に当たっては、スケジュール等を定めた評価計画の作成が必要です。介護キャリア段位制度の場合、OJT を通じて評価を行いますが、OJT の実施に当たっては、スケジュール等を定めた OJT 指導計画を作成することが必要です。その OJT 指導計画は、OJT 対象者が

- ① 「どのような能力」を
- ② 「いつまで」に
習得するのかという育成目標を定め、
- ③ 「どのような方法」で

具体的に指導し、目標に到達できているのかを見える化し、

- ④ OJT 指導の進捗を記録・管理することです。

キャリア段位制度では、キャリア段位のレベルごとに ①「どのような能力」に相当する評価基準が用意されており、その評価基準をクリアできる指導が目標となります。

また、②「いつまで」は、キャリア段位制度の標準評価期間（3 ヶ月）を参考にして OJT 指導を行う期間を設定します。

次に、③「どのような方法」は、施設内の職員でキャリア段位制度のアセッサー講習を受講・認定された評価者（アセッサー）による内部評価で OJT の仕上がりを評価します。その指導方法については、評価基準の「Ⅲ. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ 2. リーダーシップ （1）現場で適切な技術指導ができる」の中に5つのチェック項目が示されていますが、具体的かつ詳細な方法は、特にキャリア段位制度では決められていないので、施設ごとに定められた方法で指導することになります。

施設内で統一した指導方法を定められていない場合は、本章の「5 OJT による指導方法と留意点」を参照して、施設内で指導する際の標準的な指導方法などを取り決めておくことが望ましい方法です。

最後の④「進捗管理」ですが、キャリア段位制度の中では、キャリア段位制度の標準評価期間における期首（期間の最初の時期）に OJT 対象者の現状のスキル等について、評価基準を基にして把握しておく必要があります。そして、不足する部分のスキルを OJT で指導し、その都度振り返りながら OJT 対象者の力量を磨いていきます。その指導の過程における成長ぶりを確認するために、期中（期間の途中）にも必要に応じて評価します。期中には、レベル認定のための評価基準をクリアするまで OJT 指導と評価を繰り返して、期末までにレベル認定のための評価基準の全てをクリアできるよう指導します。従って、評価計画も OJT 指導計画と一緒に作成して見える化をします。

評価・OJT 指導計画作成上の留意点

評価・OJT 指導計画を作成する上での留意点は以下のとおりです。

- ① キャリア段位制度では、特に計画を作成するための書式を決めていません。既に施設ごとに使っていた従来の OJT 指導計画書の様式を活用し、必要に応じて様式を修正します。従来の様式が合わず、最初から作り直す場合は、あまり複雑にせず、できる限り後の手間を省き、簡素で作成しやすい工夫が必要です。介護の参考例として図表 3 2（評価・OJT 指導計画）を参考にしてください。
- ② 評価・OJT 指導計画は、原則として評価者（アセッサー）が作成し、介護事業所・施設内の管理者が内容を点検します。管理者と評価者が同じ者の場合は、施設長が内容を点検します。必ず、評価・OJT 指導計画を作成した者以外の者で

点検するようにします。

- ③ 評価・OJT 指導計画は、キャリア段位制度の評価基準の中項目ごとに評価する日を OJT 指導計画の中に盛り込んだ方が使いやすくなります。評価を行う際の利用者の状況によっては、中項目を一度に評価できない場合があります。その際は、いくつかの小項目に分けて評価日程を分散して別途計画します。
- ④ 評価・OJT 指導計画は、職場内に掲示するなど常日頃からメンバー全員に見えるようにし、中項目ごとの評価結果が目標に達した場合は、メンバー全員で拍手とともに賛辞を贈るなどして到達感を共有化し、プラス指向の OJT 指導の雰囲気づくりを行うことも大切な取り組みです。OJT 指導の見える化は、職場の雰囲気明るくし、効率的かつ高い効果が期待できます。

図表32 評価・OJT 指導計画（介護参考例）

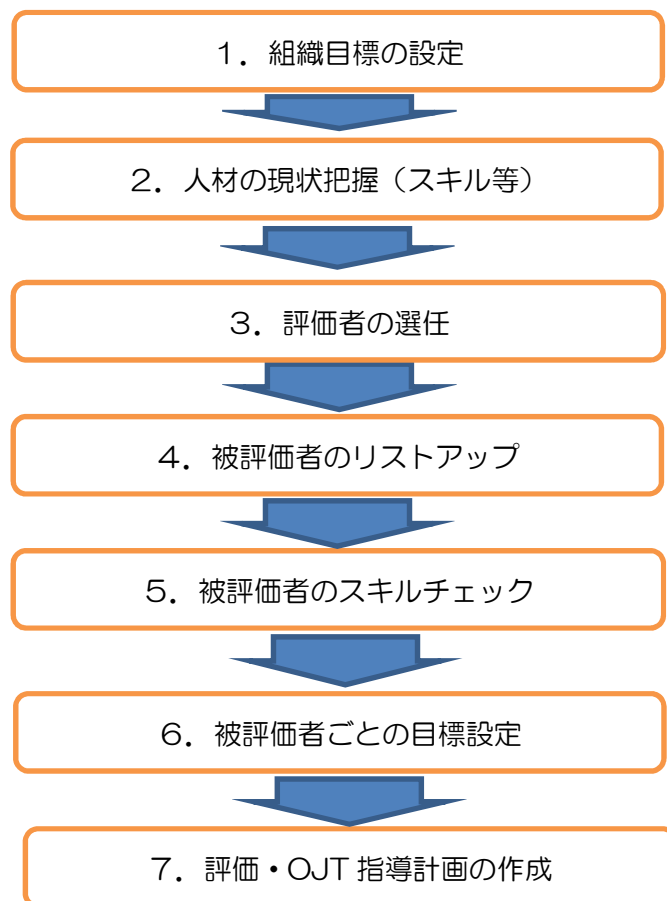
被評価者:	介護 一郎	評価・OJT指導計画(参考例)	キャリア段位 レベル2①
被評価者の所属	〇〇部	評価者の氏名・所属	山田太郎 △△部
評価期間	24 年 5 月 1 日 ~ 24 年 7 月 31 日	期首面談	4/22(4/25)
期末面談	8/2(8/7)	報告書作成	8月中旬
レベル認定申請	8月中旬		
凡例 ①:1回日の評価 ②:2回日の評価 支:助言・指導等の支援		4月	5月
		上 中 下	上 中 下
1-1 入浴介助	期首		
1 入浴前の確認ができる	B		① ②
2 衣服の着脱ができる	B	支	① ②
3 洗体ができる(浴槽に入ることを含む。)	C	支	① ②
4 清拭ができる	C	支	① ②
1-2 食事介助	期首		
1 食事前の準備を行うことができる	A		① ②
2 食事介助ができる	A	支	① ②
3 口腔ケアができる	B		① ②
1-3 排泄介助	期首		
1 排泄の準備を行うことができる	B		① ②
2 トイレ(ボ・タブルイ)での排泄介助ができる	C	支	① ②
3 おむつ交換を行うことができる	B	支	① ②
1-4 移乗・移動・体位変換	期首		
1 起居の介助ができる	A		① ②
2 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	B	支	① ②
3 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	C	支	① ②
4 杖歩行の介助ができる	C	支	① ②
5 体位変換ができる	B	支	① ②
■〇〇〇△△(独自目標)	期首		
①			
②			
③			

評価・OJT 指導計画の作成手順とその留意点

評価・OJT 指導計画の主な作成手順は、以下のとおりです。キャリア段位制度に基づき評価・OJT 指導計画の作成は、キャリア段位制度で準備された評価基準などのツールが揃っていますから、実際の準備に係る労力はかなり省力化できます。

また、従来から取り組んできた OJT 指導の実務経験と OJT 指導計画や施設で働く職員のスキルを把握した記録データがある場合は、手順2「人材の現状把握（スキル等）」は省いて、手順3「評価者（OJT 指導者）の選任」から行います。

図表33 評価・OJT 指導計画の主な作成手順



図表33について解説します。

① 組織目標の設定

一般的には、介護事業所・施設ごとに介護サービスの経営ビジョン、経営理念、事業所・施設の運営方針などがあり、それらに基づいて、利用者に対するサービ

スの考え方と行動基準（規範）を定め、全ての職員の仕事に対する姿勢や考え方の価値基準が共有化されていることが望ましい経営であり、強い組織運営が可能となります。介護事業所・施設の経営者、組織の管理者、チームリーダー、チームの構成員たちが一丸となって、どのような職場づくりをするのか、そこで働く人材の育成はどうするのかなどの方針を定めて共有化し、組織的な人材育成の目標を明確にして、職場内での見える化に向けた工夫をします。

キャリア段位制度に取り組むことをきっかけにして、はじめて人材育成の組織目標を設定する介護事業所・施設があるかもしれません。ほとんどの介護事業所・施設は、従来の組織的な人材育成の組織目標に、キャリア段位制度のレベル認定を追加するということになります。いずれにしても、人材育成の組織目標を整理し、明確化して職員に提示できるように準備します。

② 人材の現状把握（スキル等の把握）

通常、OJTを実施する場合、事業所・施設内の仕事を分析し、事業所・施設内全般の仕事マップ（仕事の体系）を作成した上で、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の評価基準に照らして、職員のスキルレベルを確認することが必要になります。

キャリア段位制度の場合、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の評価基準が決められていますので、この基準に沿って介護職員のレベルを把握します。具体的には、「わかる（知識）」は介護福祉士の資格取得状況や介護職員初任者研修等の修了状況で確認するとともに、「できる（実践的スキル）」については、レベルごとの評価基準を活用して確認します。

キャリア段位制度の評価基準で取り上げられた業務以外の業務について、事業所・施設ごとの独自の評価を行いたい場合は、仕事のスキルマップ等を作成した上で、評価基準を作成します。

③ 評価者（アセッサー）の選任

事業所・施設の管理者または管理者相当の者が、上記②の結果とこれまでの観察結果を参考に評価者を選任します。ただし、指導スキルの現状把握が不十分な場合や、日常業務の観察結果から未熟と判断された場合は、外部の研修の受講など、一定の条件の下に選任します。選任する場合の主なポイントは、以下の4つです。

- イ. キャリア段位制度の評価者の要件を満たしている。
- ロ. 介護サービスに関するスキルと実務経験を有し、職場の中で模範となっている。
- ハ. 一定の指導スキルを有していると認められ、さらに指導スキルの向上を目指そうとしている。

二、利用者及び職員との接し方など、信頼感がある。

④ 被評価者のリストアップ

介護事業所・施設では、慢性的な人材不足のため必要とする人材確保は難しく、新規採用者、中途採用者、職場間の移動など、様々なルートから人材の確保を行っています。そのためにそれぞれの保有資格、介護のスキル及び実務経験などが異なり、人材の多様性は広く、せっかく確保できたとしても短期間で人材の移動が繰り返される場合があります。このような中からキャリア段位制度に基づく計画的なOJTを行う対象者（被評価者）を選ぶことは、事業所・施設運営にとっても大事な手順となります。

その主なポイントは、以下のとおりです。

- イ. 現場に一任するなど、やみくもにリストアップしない。
- ロ. 全職員に対して公平にOJTの機会を提供する。その際に、被評価者として選ぶ基準を準備し、職員に周知する。
- ハ. 全職員に希望調査を行い、その結果を基に個人面談を通して選出するための検討材料を準備する。人事評価制度があれば、その中で組織目標と摺り合わせながら個人の業務目標の1つとして設定する。
- ニ. 選ばれた被評価者は全職員の前で発表する。（キャリア段位制度のレベル認定に挑戦することについて、職員の理解を得るため）

⑤ 被評価者のスキルチェック

キャリア段位制度では、定められた標準評価期間の期首評価をすることとされています。その結果と手順2の「人材の現状把握（スキル等）」で把握した結果を併せて、中項目ごとの到達度を確認します。

キャリア段位の評価基準以外に、事業所・施設ごとに定められた独自基準があれば、その基準に基づいたスキルチェックも併せて行います。

⑥ 被評価者ごとの目標設定

手順5「被評価者のスキルチェック」で把握した被評価者のスキルとキャリア段位制度の評価基準及び事業所・施設内の独自基準と比較して不足している部分がOJTで育成する目標となります。

「評価基準等で示された能力」－「現在保有している能力」＝「OJTの目標」

目標は、被評価者と個別面談を行いながら、一緒にキャリア段位制度の評価基準に記載されている中項目ごとに小項目程度の具体的な目標を整理して設定します。

また、せっかくの OJT 指導の機会ですから、キャリア段位制度に関する目標以外にも施設ごとに目標を追加して OJT 指導を行うこともできます。さらには、評価期間中は、評価者も OJT 指導を行うことによって自らのスキルを向上する良い機会となりますから、評価者の目標を設定してもよいでしょう。

⑦ 評価・OJT 指導計画の作成

キャリア段位制度における評価には、期首評価、期中評価、期末評価の3つがあります。期首と期末評価は1回ですが、期末評価時には目標が到達できるよう期中の習得状況の確認が必要です。そのため、期中評価は、必要に応じて複数回設定します。評価は、設定した目標ごとに現場で確認（現認）することが基本です。評価に必要な時間を見積もり、実際に評価作業を行う時期（日程）の目安をつけておきます。OJT 指導の進捗状況に合わせて評価期間中に具体的な評価日程を決定し、評価・OJT 指導計画に追記します。

評価・OJT 指導計画は、キャリア段位制度で決められた標準評価期間（3 ヶ月）を参考に OJT 指導期間で計画し、介護事業所・施設で用意されている所定の様式に記入し作成します。

その主な作成ポイントは、以下のとおりです。

- イ. キャリア段位制度のレベルについての目標を記入する。
- ロ. 設定した目標と被評価者の現有スキルを考慮し、標準評価期間内で評価計画及び OJT 指導計画を立てるか、標準評価期間を超えた計画を立てるかを検討する。
- ハ. 設定した目標ごとに、標準評価期間の期首評価を行う日程を具体的に記載する。そして、期中評価、期末評価の時期（上旬、中旬、下旬など）を設定する。OJT 指導の進捗状況に基づいて期中評価、期末評価の具体的な日程を追記する。期末評価は OJT 目標を達成できるゴールの時期であり、OJT 指導の結果を最終的に評価することになる。
- ニ. 作成した評価・OJT 指導計画と併せて評価者と被評価者が個別面談により確認し、調整・修正を行い、管理職の確認を経て決定する。
- ホ. 標準評価期間内にキャリア段位のレベル認定に必要な評価結果が得られるよう、期中評価の結果を見ながら必要に応じて評価・OJT 指導計画を修正する。
- ヘ. OJT 指導期間中に使用する教材、ツールを検討する。
- ト. OJT 指導の効率や効果に配慮し、必要に応じて Off-JT との組み合わせ、外部研修の受講など、指導方法を検討する。
- チ. 作成した評価・OJT 指導計画の進捗管理のしやすさに配慮する。
- リ. 常に PDCA サイクルを意識し、OJT 指導の振り返りを行い、評価・OJT 指導計画の見直しを行う。

OJT 指導の場合、指導方法は、基本的に全て OJT で行うものと考えがちですが、効率性と効果を考えれば、職場内で仕事を離れたグループ活動、すなわち、QCサークル、問題解決のためのケース会議、特定のテーマに関する勉強会など、短時間で行う Off-JT との組み合わせの方が効果を発揮する場合があります。指導内容によって Off-JT を組み合わせた方が効率的または効果的と判断できる場合は、柔軟に対応して評価・OJT 指導計画を修正します。

4 内部評価の具体的な手順（期首評価と期末評価を活用した介護技術の OJT による指導）

ここでは、キャリア段位制度のレベル（段位）認定に向けた評価の作業手順・留意事項と評価結果を活用した OJT 指導方法を中心に説明します。キャリア段位制度における評価には、「3. 評価・OJT 指導計画の作成」で示したように、期首評価、期中評価、期末評価の3つがあります。それらの作業手順と留意事項は、次のとおりです。

評価の準備

評価の準備は、評価・OJT 指導計画で設定した評価期間外で行います。評価期間を3ヶ月に設定した以下の図表34（評価・OJT 指導計画）の参考例では、5月から OJT 指導とキャリア段位制度の評価基準による評価が始まりますので4月までに準備します。

図表34：評価・OJT 指導計画（評価期間の参考例）

◆キャリア段位 レベル2の評価期間					
4月	5月	6月	7月	8月	9月
	期首 ▲	期中 ▲	期末 ▲	報告書作成	
	5月10日	6月13日	7月30日		

① 被評価者への説明

評価者は、キャリア段位制度の被評価者の「被評価者手順書」をキャリア段位制度の実施機関（事務局）から入手し、被評価者に対し、本実証事業の概要、評価者による評価の進め方、被評価者の自己評価の方法などについて、「被評価者手順書」を基に説明します。

「被評価者手順書」に記載されている内容は、以下の図表35（被評価者手順書の主な内容）のとおりです。

図表35：被評価者手順書の主な内容

1. キャリア段位制度について
 - 1) キャリア段位制度の目的、2) キャリア段位制度の概要、3) キャリア段位制度による評価・認定の流れ
2. 自己評価の実施について
 - 1) 評価の準備、2) 期首自己評価の実施、3) 目標設定面談の実施、4) 期中～期末自己評価の実施、5) 期末面談の実施
3. 評価項目の解説（別紙参照）
4. 自己評価結果及びアンケートの提出について

② 評価スケジュールの調整

評価者は評価・OJT 指導計画に、期首評価、目標設定面談、期中～期末評価及び期末面談の日程について被評価者や職場の業務スケジュール等との調整を行ってから記入します。期中～期末評価及び期末面談の日程は、準備期間中に具体的な日を決められない場合があるので、週単位の目安を付けておきます。

目標設定面談は期首評価終了後に設定します。目標設定にかかる時間としては、15分程度を想定していますが、慣れるまでは30分程度を見込みます。また、期末

面談は期末評価終了後に実施しますので、目標設定面談の際に実施日を仮置きしておきます。

訪問介護の場合は、評価者が被評価者に同行し、訪問先で評価を行います。期中～期末評価については、評価者が被評価者に同行できるよう調整をします。なお、期末評価結果は、キャリア段位制度の運営事務局から指示される期日までに提出します。

③ 利用者の同意書の入手（訪問介護のみ）

事前に訪問介護の評価対象利用者（評価対象となる介護サービスを受ける利用者をいう。以下同じ。）に対し、キャリア段位制度について説明を行い、協力への承諾を得ます。

同意書の標準様式は、キャリア段位制度の実施機関（事務局）から提示されるものを使います。同意書は、期中～期末評価を実施するまでに、必ず受領しておきます。

期首評価の実施

OJT 指導は期首評価がスタートとなります。OJT 指導とともに評価スケジュールに基づいて計画的に評価を実施します。事前に評価者（アセッサー）としての心構えや評価者の役割等も復習しておきましょう。

① 期首評価の進め方

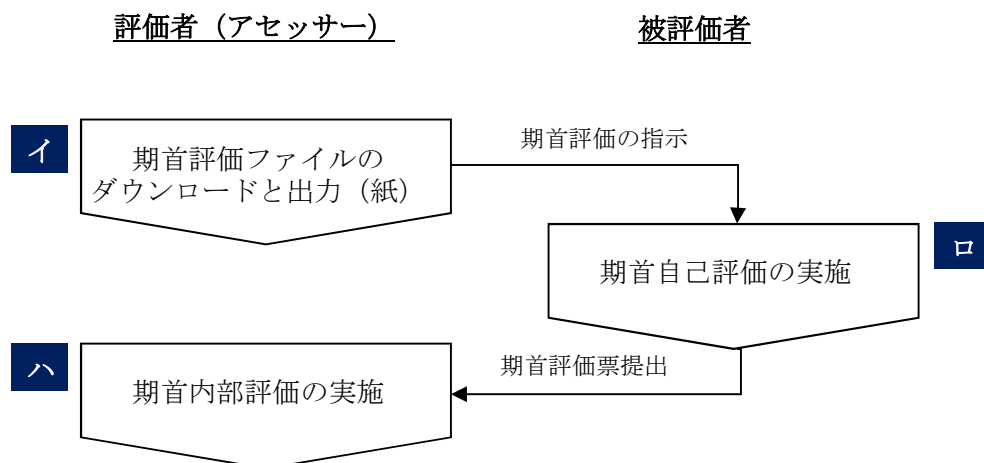
期首の評価には、キャリア段位制度の実施機関（事務局）から示される図表36（期首評価表）に示した期首評価票（チェックシート）を使います。評価にかかる時間は、評価票1枚あたり15分程度が目安です。なお、キャリア段位制度の実施機関への期首評価票の提出は不要となっています。

図表36：期首評価表（チェックシート）

	中項目		小項目	自己 評価	他者 評価
Ⅰ 基本 介護 技術 の 評価	1.入浴介助	1	入浴前の確認ができる		
		2	衣服の着脱ができる		
		3	洗体ができる		
		4	清拭ができる		
	2.食事介助	1	食事前の準備を行うことができる		
		2	食事介助ができる		
		3	口腔ケアができる		
	3.排泄介助	1	排泄の準備を行うことができる		
		2	トイレでの排泄介助ができる		
		3	おむつ交換を行うことができる		
	4.移乗・移動・体位変換	1	起居の介助ができる		
		2	一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		
		3	全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		
		4	杖歩行の介助ができる		
		5	体位変換ができる		
	5.状況変化に応じた対応	1	咳やむせこみに対応ができる		
2		便・尿の異常に対応ができる			
3		皮膚の異常に対応ができる			
4		認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応ができる			
Ⅱ 利用者 視点 での 評価	1.コミュニケーション	1	相談・苦情に対応ができる		
		2	利用者特性に応じたコミュニケーションができる		
	2.介護過程の展開	1	利用者に関する情報を収集できる		
		2	個別介護計画を立案できる		
		3	個別支援計画に基づく支援の実践・モニタリングができる		
		4	個別介護計画の評価ができる		
	3.感染症対策・衛生管理	1	感染症予防対策ができる		
		2	感染症発生時に対応できる		
	4.事故発生防止	1	ヒヤリハットの視点を持っている		
		2	事故発生時の対応ができる		
		3	事故報告書を作成できる		
	5.身体拘束廃止	1	身体拘束廃止に向けた対応ができる		
		2	身体拘束を行わざるを得ない場合の手続きができる		
	6.終末期ケア	1	終末期の利用者や家族の状況を把握できる		
		2	終末期に医療機関または医療職との連携ができる		
	Ⅲ 地域 包括 ケアシステム ＆リーダー シップ	1.地域包括ケアシステム	1	地域内の社会資源との情報共有	
2			地域内の社会資源との業務協力		
3			地域内の関係職種との交流		
4			地域包括ケアの管理業務		
2.リーダーシップ		1	現場で適切な技術指導ができる		
		2	部下の業務支援を適切に行っている		
		3	評価者として適切に評価できる		
Ⅳ 段位制度		1	介護7段階のキャリア段位制度の概要を理解している		
		2	キャリア段位制度の内容を理解している		

期首評価の進め方は、下図（期首評価の進め方）を参考にしてください。

図表37：期首評価の進め方



1. 評価者は、キャリア段位制度の実施機関から期首評価票（チェックシート）を入手します。期首評価票を被評価者に渡し、自己評価に着手するよう指示します。なお、その際、資格の取得状況や研修の修了状況から、被評価者の「わかる（知識）」のレベルを確認し、認定可能なキャリア段位のレベルを被評価者に伝えます。
0. 被評価者は、自ら認定を受けたいレベルについての期首評価票に沿って自己評価を行います。自ら記入した期首評価票を 1 部コピーして所持し、原票を評価者に提出します。
- ハ. 評価者は、期首評価票に沿って内部評価を実施します。なお、自己評価と内部評価を同じ日に実施する必要はありません。

② 期首評価の留意点

1. 期首評価は、チェック項目を参照しながら期首評価票の小項目レベルで評価します。
0. 各小項目について、「できる」場合は「○」を、「できない」場合は「×」を小項目評価の欄に記入します。
- ハ. 期首評価では立会いや同行をする必要はありません。被評価者の日頃のケアの実施状況を振り返って評価します。
- ニ. レベル 4 に相当すると考えられる被評価者を評価する評価者は、職責・経験においてより上位に位置する介護部門の者が望ましいです。
- ホ. 目標設定面談は、期首評価を行った評価者が行います。

③ 目標設定面談の留意事項

期首評価終了後、評価者と被評価者の個別面談により、被評価者の目標設定を行

います。

目標設定における評価者の役割は、目標を指示・命令することではなく、被評価者の力量を見極め、被評価者が自己評価と評価者が行う内部評価による評価の違いに納得した上で、被評価者自らが目標を設定するよう被評価者の自主性を尊重して支援します。

1. 用意するもの

- a. 被評価者：期首評価票（自己評価のみが記入されているシート）
- b. 評価者：評価・OJT 指導計画、期首評価票（自己評価及び内部評価が記入されているシート）、キャリア段位制度の実施機関から示される介護技術に関する面談シート（以下「面談シート」という。）

0. 個別面談の進め方

- a. 評価者は、自己評価が終了した被評価者と目標設定面談を行う日程を確認します。なお、目標設定面談は、面談に集中できる環境に留意します。
- b. 目標設定面談の最初に、評価者は面談の趣旨、評価・OJT 指導計画及び面談シートを説明します。
- c. 評価者は、被評価者の自己評価結果について確認します。
- d. 評価者が評価した内部評価結果と自己評価結果が異なっている場合、評価者はその理由等について被評価者に説明し、相互で納得できるよう摺り合わせを行います。

なお、目標設定面談の際に、被評価者に指導・助言した内容や被評価者からの意見・要望は、簡潔に記録しておきます。

- e. 被評価者が内部評価に合意した上で、被評価者の目標を検討します。
 - ・目標とするキャリア段位のレベルを決定します。
 - ・目標とするレベルの評価基準のうち、評価票で「×（できない）」が付いた項目があれば、その項目について「○（できる）」にすることが当面の目標です。「×（できない）」が複数個ある場合には、被評価者と話し合って優先順位を付けます。
 - ・全ての項目が「○（できる）」場合は、「○（できる）」の質をより高めるための目標を設定します。同様に優先順位を付けます。
 - ・キャリア段位制度の評価基準以外にも施設・事業所で取り組んでいた目標があれば、同様に設定します。
- f. 目標決定後、面談シートを記入し、OJT 指導方法について検討し、その結果を評価・OJT 指導計画及び面談シートに記入します。

④ 実施機関（事務局）への評価開始の届け出

評価の開始に当たっては、実施機関（事務局）に対し、被評価者名・評価者名・目標とするキャリア段位のレベル・想定する評価期間等を、専用WEB等を通じ

て、届け出ることが必要です。

期中～期末評価の実施

評価は、期末だけではなく期中の適切な時期に評価を行い、期首で設定した被評価者の目標の達成状況を確認・振り返りを行いながら、確実に目標の達成と力量の向上ができるよう評価期間中に計画的な OJT の指導・助言を行います。

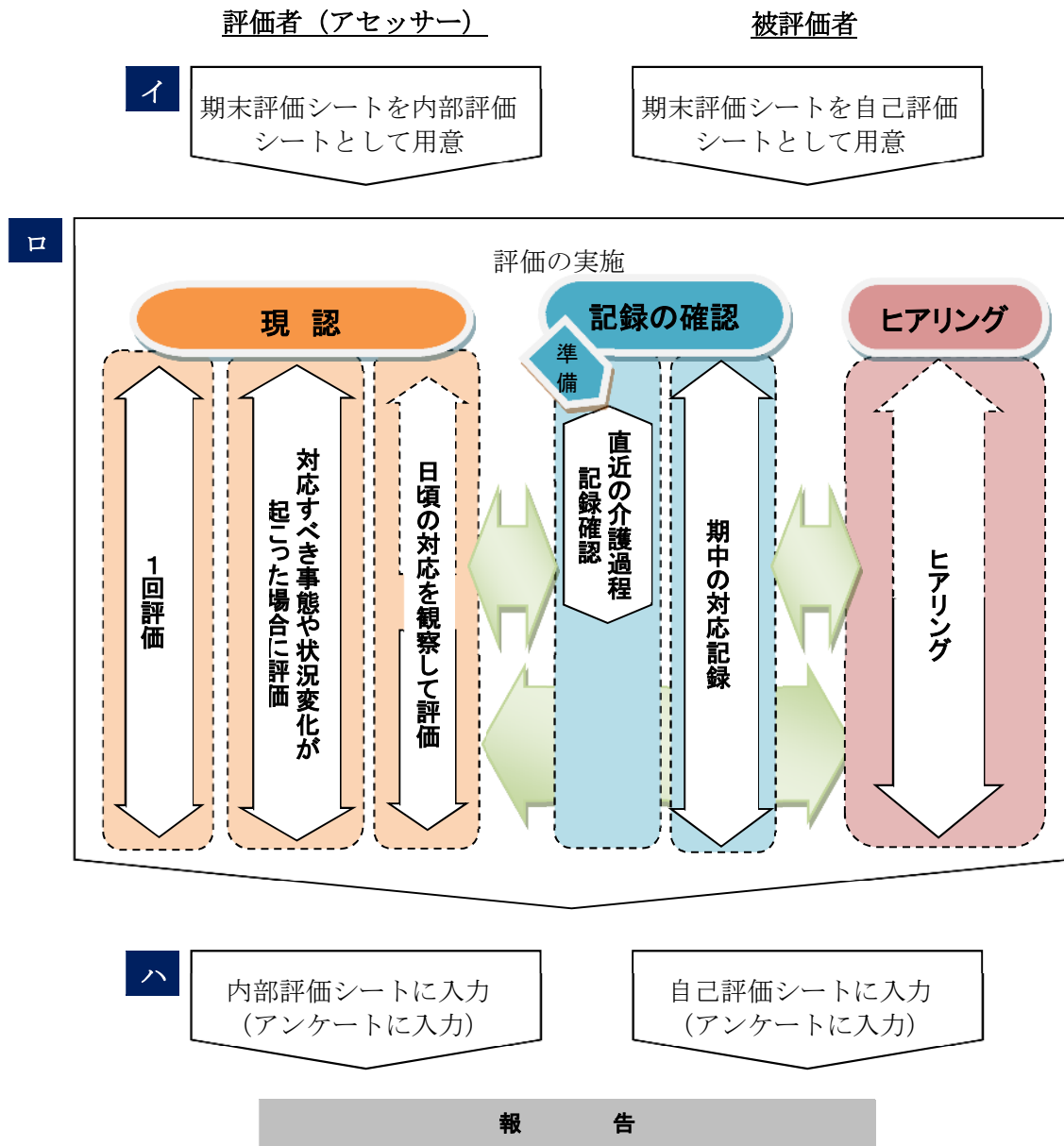
評価者は、単に評価するだけではなく、仕事の進捗とともに部下の行動、態度の変化に関心を示し、暖かく見守る姿勢が必要です。期中では、被評価者の態度や行動の観察によりこうした変化を把握し、必要に応じて記録することがポイントです。

期中～期末評価は、キャリア段位制度の運営事務局から入手した期末評価シートを使用して評価します。（評価基準表は別紙参照）

① 期中～期末評価の流れ

図表 38（期中～期末評価の進め方）を参考に期中～期末評価を行います。

図表38：期中～期末評価の進め方



1. 用意するもの

- 被評価者：期末評価シート（自己評価シートとして利用）、OJT 日誌（日々どんなことを学び、気づきがあったのかを記載）
- 評価者：評価・OJT 指導計画、期末評価シート（内部評価シートとして利用）

0. 期中～期末評価の実施

- 評価者は、被評価者に対し、評価・OJT 指導計画で設定した期中～期末の評価の日程を確認します。
- 評価者（または被評価者）は上記期末評価シートを必要部数コピーし、用意

します。

c. 期中～期末の評価日に評価を実施します。

なお、被評価者の自己評価では、利用者を特定せず、日頃の介護の取り組みを自分自身で振り返りチェックします。また、評価対象利用者が特定して内部評価する場合であっても、自己評価については、利用者を特定せず日頃の介護全般を想定して行います。

ハ. 期中～期末評価シートの記入

お互いに評価結果を記入し、結果を摺り合わせ、必要に応じて評価・OJT 指導計画や OJT 指導方法などを見直します。なお、キャリア段位制度の実施機関からアンケートの依頼がある場合は、提示された方法でのアンケートへの回答にご協力をお願いします。

② 期中～期末評価の小項目ごとの判定方法

1. 期中～期末評価は、評価基準表のチェック項目を用いて被評価者の介護技術の評価を行います。それぞれのチェック項目について、図表39（チェック項目の評価基準）に沿って「A」、「B」、「C」、「-」のいずれかを一つ選び、チェックを付けます。

図表39：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」※1	→「B」
「できない」	→「C」
「実施していない」	→「-」

※1：実施させればできるが、日常的には実施していない場合を含む

0. なお、キャリア段位制度の運営事務局から示される判定基準によって小項目ごとに「できる（O）」「できない（X）」を評価することになります。小項目評価の基準は、小項目中のチェック項目について、8割以上が「A」であり、かつ「C」及び「-」がない場合に、当該小項目が「O」になります。

③ 期中～期末評価のチェック項目ごとの判定方法

チェック項目の評価方法には、「イ. 被評価者が行う作業の立会いによる介助の状況を実際に観察する項目（現認）」、「ロ. 書類で確認する項目（記録確認）」、「ハ. 面談で確認する項目（ヒアリング）」の3つの方法があります。

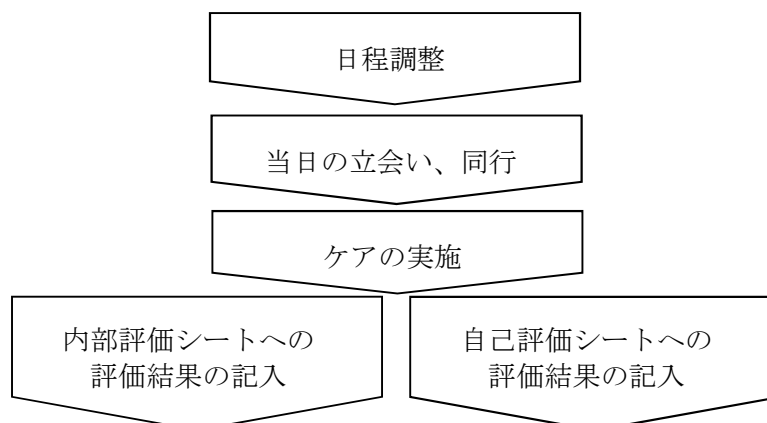
ここでは、3つの方法について評価の流れと留意点を説明します。

イ. 立会いによる介助の状況を実際に観察する項目（現認）

（i）通常の「現認」の評価の流れと留意点

現認は、評価期間の期中から期末の間に2回以上評価を行います。なお、訪問介護については、評価回数が1回であっても、レベル認定の申請を排除しません。OJT 指導を行うためには、必ず期中評価を行い必要とする指導・助言を行います。その際の一般的な留意事項は、以下の図表40（現認の進め方）のとおりです。

図表40：現認の進め方

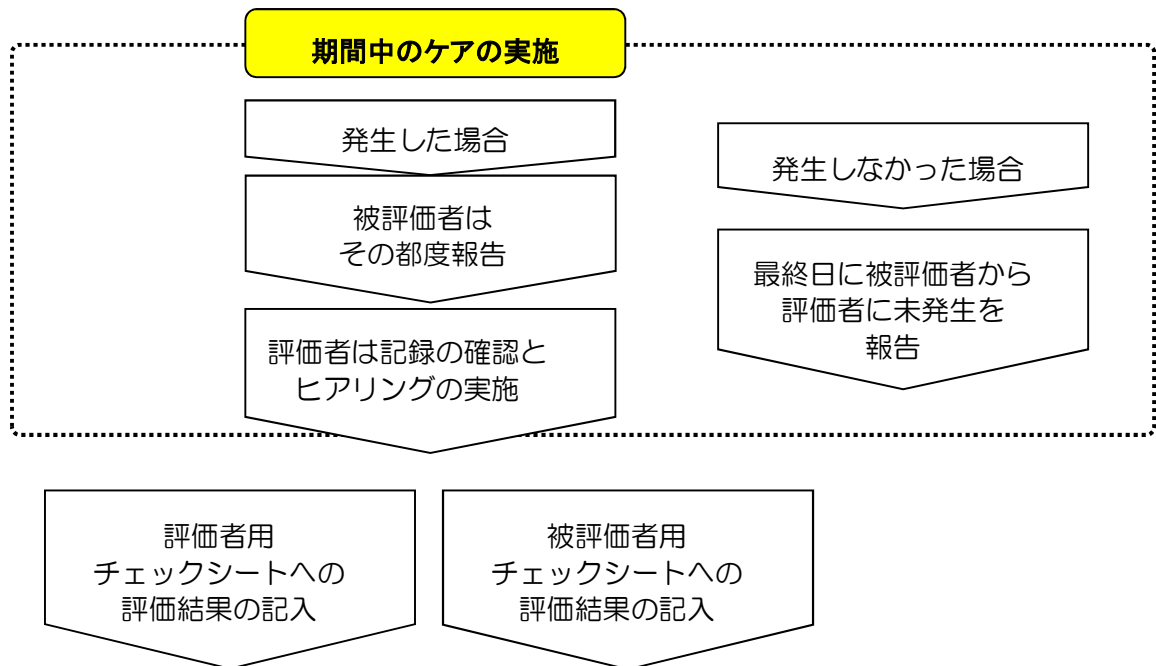


- a. 評価者と被評価者で、評価する日程と評価対象利用者の介護記録などを基に実施の時間を定めて評価します。
- b. 被評価者が介護を行う際、評価者に連絡し、現場を確認してもらいます。ただし、「技能を持っている」と「実際にやっている」（例：評価者の現認時にできるが、普段はできないまたは作業をしていない）を区別して評価することも重要であるため、評価者の被評価者に対する日頃の評価も併せて確かに行えることを評価します。
- c. 評価者は、内部評価を行うに先立ち、評価対象利用者（必要に応じて関係する親族）に対し、評価を行うための立会い・同行訪問（とりわけ訪問介護の場合）について説明を行い、内部評価終了後は、評価対象利用者（必要に応じて関係する親族）に評価終了の挨拶を行います。
- d. 評価の参考として、利用者の意見についても必要に応じて補足的に確認します。

（ii）「状況の変化が起こった場合に現認」と「対応すべき事態が起こった場合に現認」の評価の流れと留意事項

状況の変化が起こった場合や、対応すべき事態が起こった場合に行う「現認」の実施方法及び留意事項は、以下の図表41（状況の変化に対応した進め方）のとおりです。

図表4 1： 状況の変化に対応した進め方



- a. 評価期間中に対応すべき事態が起こった場合には、被評価者が介護を行う際または直後に評価者に連絡し、どのような対応を行ったか確認します。この評価は、特定の期間に限らず、評価期間中に該当する対応が発生した場合に評価を行います。評価期間中に該当する対応が発生しなかった場合は、「実施していない（－）」と評価してください。
- b. 「状況の変化に応じた対応」を評価する場合、評価者と被評価者で、評価する日程（1 週間以上）を定め、その間に「状況の変化」が起こった場合に評価します。その特定の期間の中で、該当する対応が発生した場合、被評価者は規定されている介護や対応の手順に則って実施します。
- c. 訪問介護の場合は、被評価者が、対応すべき事態や「状況の変化」に対応した場合に、被評価者に連絡し、どのような対応を採ったか報告し確認してもらいます。評価者は必要に応じて利用者や家族に対応を確認して評価します。
- d. 評価者は、被評価者より後刻、発生を報告を受け、「発生状況を記録する」ことが定められているものについては規定された様式に記述された「記録の内容」を確認します。それ以外の「記録する」ことが定められていないものについては、被評価者自身の「記録（メモ）」に基づいて評価します。また、必要に応じて対応状況のヒアリングを行います。
- e. 評価者は、期末評価票の「評価の参考とした記録や OJT 対象者の対応等」の欄に、評価の対象となった、対応すべき事態・「状況の変化」や被評価者の対応の具体的な内容、発生した事態を記録した文書名を記入します。

(iii)「日頃の対応を観察」の評価の流れと留意事項

- OJT 指導者は、OJT 対象者の日頃の対応の様子を観察し、必要に応じて OJT 対象者へのヒアリングも実施して評価します。
- 訪問介護の場合は、必要に応じて利用者や家族からのヒアリングによって対応を確認して評価します。
- 評価者は、期末評価票の「評価の参考とした記録や OJT 対象者の対応等」の欄に、被評価者からのヒアリング内容を記入します。

□. 書類で確認する項目（記録確認）

- a. 「記録確認」の方法（評価期間中の被評価者の実際の対応等に係る記録を確認）
- 評価者は、被評価者の実際の対応等に係る記録を確認し、必要に応じて被評価者へのヒアリングも併用して、評価を行います。
 - 事業所・施設において記録することになっていない内容については、チェック項目にある対応を行った際に、被評価者が自分で記録するよう指導・助言をします。
 - 評価者は、期末評価票の「評価の参考とした記録や被評価者の対応等」の欄に、「身体拘束廃止に向けた対応」に係る記録の名前や被評価者からのヒアリングの内容を記入します。
- b. 「直近の介護過程の記録確認」の方法（評価期間の直近の介護過程の流れを確認できる記録を確認して評価）
- 被評価者が担当する2名以上の利用者（直近半年以内に施設・事業所内でカンファレンスを行った人※）について、直近の介護過程の流れ（利用者に関する情報収集、個別介護計画の立案、モニタリング、評価）を確認できる記録により評価します。
※半年以内にカンファレンスを行った利用者を担当していない場合は、直近で個別介護計画を作成している利用者を対象にして、評価項目「介護過程の展開（中項目）」のうち、「利用者に関する情報を収集できる」及び「個別介護計画を立案できる」についてチェックをします。
 - 評価者は、期末評価票の「評価の参考とした記録や被評価者の対応等」の欄に、評価の対象となった個別介護計画の利用者名を記入してください。

ハ. 面談で確認する項目（ヒアリング）

- 評価者は、被評価者に対して必要な対応を行っているかをヒアリングに基づいて評価します。

④ 期末評価票への記録

評価者及び被評価者は、個別に評価結果を内部評価シート、自己評価シートそれぞれに入力します。また、実施後のアンケートも記載します。

被評価者が行う自己評価の実施時期については、図表42のとおりです。

図表４２：想定される評価方法・その実施時期

	主な評価方法		該当する中項目	自己評価の実施時期
現認	○評価者（アセッサー）が被評価者の実際の介護や対応を見ることによる評価			
	(1) 「現認」	評価期間の期中から期末の間に２回以上評価 ※訪問介護については、評価が１回であっても申請は妨げない	・入浴介助 ・食事介助 ・排泄介助 ・移乗・移動・体位変換	評価者（アセッサー）の評価後、できるだけすみやかに実施※
	(2) 「状況の変化が起こった場合に現認」 「対応すべき事態が起こった場合に現認」	評価期間中に、「状況の変化」や対応すべき事態が起こった場合に評価 ※「状況の変化に応じた対応」については、評価期間中の特定の１週間を設定 ※発生した事態を記録することになっている場合については、記録を行ったかについても評価	・状況の変化に応じた対応 ・利用者・家族とのコミュニケーション ・感染症対策・衛生管理 ・事故発生防止 ・身体拘束廃止 ・終末期ケア	評価者（アセッサー）の評価後、できるだけすみやかに実施※
	(3) 「日頃の対応を観察」	評価期間中に、日頃の対応を観察して期末までに評価 （必要に応じて被評価者へのヒアリングも実施）	・利用者特性に応じたコミュニケーション ・感染症対策・衛生管理 ・リーダーシップ	期末までに実施
記録確認	(1) 「記録確認」	(2) 評価期間中の被評価者の実際の対応等に係る記録を確認することによる評価 （必要に応じて被評価者へのヒアリングも実施）	・排泄介助 ・状況の変化に応じた対応 ・利用者・家族とのコミュニケーション ・感染症対策・衛生管理 ・事故発生防止 ・身体拘束廃止 ・終末期ケア ・地域包括ケアシステム ・リーダーシップ	それぞれに対応し、記録後、できるだけ速やかに実施
	(2) 「直近の介護過程の記録確認」	直近の介護過程の流れを確認できる記録を確認することによる評価 （必要に応じて被評価者へのヒアリングも実施）	・介護過程の展開	期末までに実施
ヒアリング	○被評価者に対する内部評価者によるヒアリングによる評価 ・評価期間の期末までに実施し、適宜被評価者による記録で補完* *事業所・施設において記録が求められていないものについて、被評価者がチェック項目にある対応を行った場合、被評価者自身で記録（メモ）してもらう		・地域包括ケアシステム ・リーダーシップ	評価者（アセッサー）のヒアリングまでに実施

※ 被評価者の自己評価については、利用者を特定せず、日頃の介護の取組を自分自身で振り返ってもらい、チェックを行ってください。

評価の際の留意事項

- Ⅰ. ここでの評価は被評価者のやる気や意欲を奪う序列化のためでも、見下すためでもありません。被評価者の育成のために行うものです。そして、評価とともに行う OJT 指導を通じて評価者と被評価者相互、あるいはメンバー間の信頼関係を築き、円滑な業務遂行を可能にすることが目的であることを忘れてはなりません。
- Ⅱ. 評価の際には、評価基準として定められている評価項目ごとの行動を観察して評価しますから、評価に必要な評価情報（材料）、すなわち、客観的評価基準ごとに観察することや、客観的評価基準に対応した記録等を準備する必要があります。
- Ⅲ. 評価の判断に迷いが生じた場合は、必要に応じて事業所・施設内外にいる内部評価者（アセッサー）との判断基準のすり合わせや話し合いの機会の設定やキャリア段位制度の実施機関の窓口を確認しておくことが望ましい対応です。
- Ⅳ. 評価者（アセッサー）が誤った評価をする個人的要因には、評価者の知識と評価に関するスキル不足、評価情報（材料）の不足及び評価者の感情（好み、思惑など）があります。組織的な要因として、説明不足、トレーニング不足が上げられます。内部評価者（アセッサー）が陥りやすい主な評価傾向は以下のとおりです。これらの傾向に陥らないよう、注意しながら評価を行いましょう。
 - a. 中心化傾向／二極化傾向
中心化傾向とは、評価段階の中間のレベルに偏って評価するという傾向です。そのため、評価結果は、事実と反して被評価者間に優劣の差がない評価をしています。メンバーに関する評価情報（材料）の不足、評価の迷い、評価基準の理解不足などの場合にこれらの傾向が見られます。その逆が二極化傾向です。
 - b. 寛大化／厳格化傾向
寛大化傾向は、評価者の主観的な側面が強く、評価基準と異なった評価者の独自の基準で一律に甘く評価する傾向です。例えば、評価者の直属のメンバーには甘く評価する例があります。その逆が厳格化傾向です。評価者によっては、評価者と被評価者の人間関係を評価基準にして極端な評価をする例も見られます。
 - c. 自己投影効果
自己投影効果は、評価者と近い意見や価値観を持っているメンバーを高く評価する傾向です。その逆は低く評価することになります。
 - d. ハロー効果
ハロー効果は、評価者が被評価者の特定の優れている行動、または劣っている行動など、部分的な印象によって評価が眩惑され、被評価者に対する先入観によりその他の評価項目にも影響を与える効果のことです。
 - e. 論理誤差

論理誤差とは、他の関連する評価項目と同じような評価をしてしまう傾向です。例えば、利用者との会話が上手であれば、介護技術も上手であると評価してしまうようなことです。

f. 対比誤差

対比誤差は、評価者の専門的事項は、評価基準を高くして厳しくなり、専門外の事項は、評価基準を低くして甘くなることです。

評価は、事実を積み上げた評価情報（材料）により客観的な評価をすることです。以上のような傾向や誤差を出さないように注意して、評価を行う必要があります。

期末面談の実施

期中～期末の評価終了後に、被評価者の目標への取り組み成果について、期末面談を実施します。期末面談の進め方は以下のとおりです。

Ⅰ. 用意するもの

- a. 被評価者：期末評価シート（自己評価の結果記載）、OJT 日誌、OJT 面談シート
- b. 評価者：評価・OJT 指導計画書、期末評価シート（内部評価の結果記載）、OJT 面談シート

Ⅱ. 期中～期末評価終了後、期末面談のための具体的な日程を確認・調整します。

Ⅲ. 評価者は、被評価者の期中～期末の自己評価結果と内部評価の結果と目標の達成を確認します。自己評価と内部評価の結果が異なる場合は、その理由を説明し、今後の取り組みを指導・助言します。

Ⅳ. 当初設定した目標の未達成、スキルの変化（向上または低下）またはスキルに変化が見られない目標を1つずつ確認し、それぞれの原因や背景を十分に検討します。目標が達成した項目であっても、達成できた理由（本人の工夫、OJT の指導方法など）を明らかにし、次回に活かせるよう記録しておくことも重要です。

ここでの検討結果を精査し、標準的な業務プロセスに整理できる場合は、施設・事業所全体で共通の仕組みとして広く利用することを考えます。

Ⅴ. 変化が見られない目標や逆に低下した目標については、評価・OJT 指導計画や指導方法などを振り返って次回のキャリア段位の評価と OJT 指導に備えて見直しを行います。

計画的な OJT 指導のまとめ

期末面談を終了すると OJT の結果をとりまとめ、キャリア段位制度のレベル認定申請等が行われます。具体的な手続きについては、キャリア段位制度の手順書を参照してください。

ださい。ここでは、OJT 指導の結果のまとめ方のポイントを以下に紹介します。

1. OJT 指導の振り返り

OJT 指導の振り返りは、主に以下の3つの方法があります。

a. 評価結果に至るプロセス（過程）の確認

期中に実施した評価基準による評価結果の状況を確認し、期末で行った評価結果に至るプロセス（過程）を確認します。中項目ごとの「できる」または「できない」は、評価結果によって明らかになっていますが、OJT 指導の問題は、その指導過程に潜んでおり、その過程の振り返りの主なポイントは、以下のとおりです。期中に必要な回数を繰り返します。

- ・期首評価結果と期中及び期末評価結果との差（変化量の少ない項目など）
- ・指導・助言のタイミング
- ・指導方法（著しく効果のあった方法、見直すべき方法など）
- ・評価者と被評価者の態度またはふるまい
- ・評価・OJT 指導計画の進捗管理状況

指導の後に被評価者に対して1枚程度の中項目ごとのアンケートまたは標準化した項目による個別ヒアリングを行うと精度の高い評価ができます。

b. 利用者へのアンケートまたはヒアリング

期末評価後に、利用者へのアンケートまたはヒアリングを行い、被評価者が行ったサービスの利用者に対する影響を確認します。聞き取る項目は評価者とともに検討します。

c. 評価結果の記録内容

評価者が記録した内容を確認し、記録の仕方、文章表現などを点検します。

2. 報告書の作成

報告書は、被評価者が評価・OJT 指導計画書、期首評価票、期末評価シート、面談シートを参考にして、所定の報告様式に記入します。報告様式の記載する主な項目は、以下を参考にしてください。

- a. 評価者、被評価者氏名、ID など
- b. 評価期間（〇ヶ月）、期首及び期末面談日、面談シートへの記入日、期首に設定した目標とその達成状況、達成した理由
- c. 目標を達成するために行った行動

期首評価結果と目標設定面談等を通じて意識した項目について、被評価者が目標を達成するために行う行動（“どうやって”にあたる部分）を具体的に記

載します。

- ・体の姿勢・体勢の向き、手足の動作とその速度
- ・目線の向け方
- ・話す言葉遣い（口調、表情等）
- ・作業手順とその留意点
- ・タイミング
- ・その他の工夫した行動（自己啓発、Off-JT の参加など）

- d. 目標を達成するために評価者に依頼した指導・助言内容
- e. 改善項目（評価・OJT 指導計画、指導方法、被評価者の行動計画など）
- f. 新たに発見または工夫した項目（例：Off-JT の併用により効果があったなど）
- g. 新たに見いだした目標（評価基準または設定目標になかった目標など）

ハ. 事業所・施設内の報告・発表

報告書に基づいて、事業所・施設内の管理・監督者へ報告します。報告の仕方は、評価者と被評価者の二人で報告する方法と、個別に報告を求める方法があります。

その後、評価者と被評価者の二人で事業所・施設内の職員全員の前で発表する機会を与えます。発表時間は 5 分から 10 分以内が適切です。

その際に、改善点の確認と対策、追指導の項目を確認します。必要に応じて OJT 指導方法の検討を行います。

5 OJT による指導方法と留意点

キャリア段位制度の中での位置づけ

OJT による指導方法は、キャリア段位制度の評価基準の「Ⅲ. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ 2. リーダーシップ」の以下の3つの小項目に関係しています。

- ① 現場で適切な技術指導ができる
 - イ. 介護の現場で行う技術指導の“適切さ”を確認するため、日頃スタッフが利用者に接する際の態度、対応状況、自己研鑽等、仕事に対する取組み意識や取組み状況の記録を把握しながら、スタッフの育成計画に基づいた指導を行っているかを確認する。
 - ロ. スタッフへの技術指導は、利用者への不信感等を招かない言葉遣いや態度で指導・助言を行っているか、またその後に指導・助言に関する振り返りを行っているかを確認する。
- ② 部下の業務支援を適切に行っている
 - イ. 事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等の定期的な開催、スタッフへの参加勧奨を行っているかを確認する。
 - ロ. スタッフに対する声かけ、観察、スタッフごとの面談の機会設定により、ス

スタッフの要望や悩みを把握・助言しているかを確認する。

③ 評価者として適切に評価できる

1. 適切に評価するために、期首面談を行い、スタッフごとの期首目標をスタッフと上司の両方で目標を確認・調整して、その期の目標を設定しているかを確認する。
2. 評価にあたっては、客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているかを確認する。

OJT 指導の意識チェック

具体的な指導方法に入る前に、OJT 指導に関する評価者（OJT 指導者）としての意識について自己診断をしてみましょう。

図表43（OJT 簡易自己診断表）表中の16項目の考え方に同意できますか。同意できると思われたら回答欄「1 はい」を、同意できないと思われたら回答欄「3 いいえ」を、判断できないまたはわからない場合は、「2 わからない」を○（丸）で囲んでください。自分の考え方をチェックして OJT 指導に対する考え方を整理しましょう。

図表43：職場のOJT 簡易自己診断表（OJT 指導）

No.	チェック項目	回答欄		
		1	2	3
1	OJTとは、職場における上位の職位の者だけが、仕事の仕方などを部下に教えることだと思う。	はい	わからない	いいえ
2	OJTで指導するのは、指導する自らの過去の経験や自分が理解している専門知識であると思っている。	はい	わからない	いいえ
3	OJTの職務を遂行するためには、担当業務に必要な仕事ごとに作業項目や必要とされる能力要件のリストアップなどは特に作成しなくともできると思う。	はい	わからない	いいえ
4	OJTを行う際に、特に被評価者（OJT 対象者）の現有能力を把握していなくともできると思う。	はい	わからない	いいえ
5	被評価者（OJT 対象者）の介護に関するスキルだけ把握していれば、自分の仕事と思う関心の度合いや自らやってみようと思う前向きな気持ちまで把握しなくとも指導できると思う。	はい	わからない	いいえ
6	評価計画（OJT 指導計画）まで作成する必要はないと思っている。	はい	わからない	いいえ
7	OJTを始めるときには、特に期間を限定したり、OJT開始時や期中、期末を意識しなくとも人材育成対象者の能力が向上すればよいと思う。	はい	わからない	いいえ
8	OJTで必要なのは、個々の専門知識と介護に関する技能・技術を向上させることだと思う。	はい	わからない	いいえ
9	OJT 期間中に、途中でフォローアップやふりかえりは、特に必要ないと思う。	はい	わからない	いいえ
10	業務が忙しかったり、変化が激しくて、能力要件も変化するので、被評価者（OJT 対象者）に具体的にどのようなレベルで何を指導したらよいかわからなくなっていると思う。	はい	わからない	いいえ
11	被評価者（OJT 対象者）の学びたい部分を聞き取ってから指導する必要はないと思う。	はい	わからない	いいえ
12	自らも介護サービスを担当しながら指導しなければならないので、忙しくてひとりひとりに丁寧に指導するための時間がないと思っている。	はい	わからない	いいえ
13	評価者（OJT 指導者）は、自らが日常で行っている仕事ぶりや業務上の指示や注意など、日常行動を示せば、OJTになっており、特に、ふりかえって被評価者（OJT 対象者）の状況を確認する必要はないと思う。	はい	わからない	いいえ
14	OJT を始める前に、被評価者（OJT 対象者）に対して、仕事や作業の役割を明確にしなくとも指導する過程で教えていけばよいと思う。	はい	わからない	いいえ
15	OJT 指導中に気がついたことがあれば、利用者がいても、その場で厳しく指摘して改善させることを優先した方がよいと思う。	はい	わからない	いいえ
16	仕事の教え方の原則である「仕事の教え方4段階法」は、理解していなくとも相手が上手にできればよいと思う。	はい	わからない	いいえ

さて、診断結果はいかがでしたか。評価者（OJT 指導者）として、どのようなことに心がける必要があるでしょうか。あなたが被評価者（OJT 対象者）であれば、どのようなことをOJTの指導に求めますか。評価者（OJT 指導者）としての意識をあらためて確認しておきましょう。

OJT 指導のための準備

一般的には、OJT 指導を行う前に以下のような道具や資料の準備をします。

- ① OJT 指導計画書
- ② 標準作業書

- ③ 標準作業指導書
- ④ スキルマップ（個人）
- ⑤ スキルマップ（部門または組織）
- ⑥ OJT 日誌

この中で、②「標準作業書」とは、標準的な作業手順、作業に要する時間、作業手順ごとのカン、コツ、急所を整理したものです。また、③「標準作業指導書」とは、標準作業を指導する際のマニュアル的位置づけのものです。指導内容のカン、コツ、急所を記載しているものを指します。介護分野では、専門書や国の事業により取り組んだ報告書が数多くありますので、その中から適切なものを選択します。キャリア段位制度の評価基準を解説した資料の活用も有効です。

また、従来から取り組んでいた OJT に関するノウハウを積極的に活用して、準備に要する時間と労力を省くことを考えます。

キャリア段位制度に基づく道具や資料は、そのルールに沿って、キャリア段位制度の運営事務局より入手しましょう。

キャリア段位制度を実施する場合、これまで述べてきた評価計画が①「OJT 指導計画書」に、キャリア段位制度の評価基準が②「標準作業書」に、本テキストが③「標準作業指導書」に、期首評価シートが④・⑤「スキルマップ」に、それぞれ該当すると考えられます。

OJT による“適切な”指導方法

ここでは、主にキャリア段位制度の評価基準のチェック項目に関する指導方法とその留意点について説明します。評価者の重要なスキルの一つとして、“適切な”技術指導ができることが求められ、この“適切な”にあたる具体的なポイントが以下の①～⑧になります。

① 作業状況の観察・確認

被評価者の作業状況の観察・確認に当たっては、以下のような日頃の態度や対応状況を観察し、変化を捉えることが重要なポイントです。

- イ. 利用者の状態像に合わせた作業手順、作業速度、作業方法
- ロ. 被評価者が利用者に接する際の態度

具体的には、体の姿勢・体勢、手足の動作とその速度、目線の向け方、話す言葉遣い等を指します。

態度の指導としてよく用いられている主なキーワードは、次のようなものです。

- a. 挨拶
- b. 4 S 運動または 5 S 運動（整理・整頓・清掃・清潔・躰（しつけ））

- c. コミュニケーション（話し方・口調、表情、しぐさ、報告・連絡・相談等）
 - d. 安全衛生
 - e. サービスの質改善（改善活動）
 - f. 介護事業所・施設のルール
- ハ. 利用者などへの対応の仕方
利用者や他の職員に対する依頼・問題提起、問いかけなどへの対応の仕方

こうした作業状況の観察・確認を的確に行うためには観察スキルが必要です。日頃から以下に留意すると観察のスキルが向上します。

- a. 知識と経験の獲得による気づきの基準の積み重ね
例えば、最初は意味のわからない絵でも、その絵の歴史、画家の経歴、画家の絵に対する思い、第三者の絵の専門家の解説を聞くと、その絵の見方が変わります。介護の専門知識や他者の考え方や経験談でも気づきのレベルが向上します。すなわち、被評価者に関する保有スキル等に関する情報の把握、観察した経験の積み重ねによって観察力が向上します。
- b. 「良いところは何か」という長所に対する思考の繰り返し
欠点や不具合は、気づきやすいものです。反対に長所に対する気づきを訓練します。例えば、ポスターなどを掲示板に留める際に使用するプッシュピンを見て 10 個以上の長所を見つけるとか、身近な物を見て良いところを 5 個から 10 個見つけるという方法があります。
- c. 自らの問題・課題としての役割・関わり意識
他人のことと見て見ぬ振りをしないで、自分の役割、自分の問題として捉えて考える練習をします。
例えば、関連会社・機関との他者との会話で不快感が起これば、相手がどのように話せば不快感が湧かなかったのかを考える練習をします。

② 作業のための OJT の指導方法

作業には、主として直接利用者に対して行う介護サービスの作業とその作業に関係する文書作成作業（計画書・企画書、記録、報告書（日報、週報、月報）の作成）があります。このような作業を指導するには、単に「仕事をさせる」、「指示する」だけではよりよい OJT の指導とは言えません。正しい OJT の指導方法で指導・助言することにより、効果・効率的な人材育成が可能となり、被評価者（OJT 対象者）のみならず、評価者（OJT 指導者）についても成長を実感できます。ここでは、作業のための指導方法を 3 つ紹介します。

1. 【OJT 指導 1：作業観察による OJT】

OJT 指導は、作業手順を教えるだけではなく、他者の作業を観察する中で、

観察力を養いながら作業のカン・コツ・急所を指導する場合があります。例えば、ある条件を提示し、1つの作業を観察させて、被評価者（OJT 対象者）自らが作業のカン・コツ・急所を考える、または作業の判断基準や価値基準を考える場を提供します。そして、他者の作業を見て疑問点や良いところを発見するなどによって、事後の評価者（OJT 指導者）との意見交換の場で評価者との違いまたは共感する部分を摺り合わせます。当然、知識と実務経験の差による違いがあり、その違いが指導する材料となります。

同じ作業観察でもベテランの介護職員と協働して、その模範的な作業を“見習う”という機会を提供する方法もあります。その際の見習う主な作業等は、以下のとおりです。

- a. 日常の介護サービスに関する各種作業
- b. 利用者とのコミュニケーション（挨拶・接し方、案内・説明・ヒアリング等の会話方法、表情・姿勢・態度等）
- c. 利用者の状態像の変化や要望に応じた対応の仕方

④. 【OJT 指導2：山本五十六の指導の急所】

山本五十六の指導の急所として広く知られている方法が、『やってみせ、言って聞かせて、させてみて、褒めてやらねば人は動かじ』です。

これは、指導する者が自ら仕事や作業を模範として“やってみせ”、作業のカン・コツ・急所を“言って聞かせて”、作業理解のための「指示・指導」を行い、最後に本人に“させてみて”、作業の進行状況を観察し、作業ができるまでアドバイスを行います。そして最後に、“褒める”ことによって相手の気持ちとその行動（目標）に向かうように働きかけるというものです。厳しい態度で指導・助言することも必要な場合があるかもしれませんが、効果的な指導手順としてよく紹介されています。

しかし、ここで、この名言の使い方を勘違いして使っている場合があります。よく見られるOJTの失敗例の原因は、OJT指導者が“言って聞かせて”まで指導して“させてみて”の段階を曖昧にして作業を指示・指導したまま、OJTを行ったつもりでいるということです。この方法では、繰り返し同じ失敗をして、結果的に人間関係がぎくしゃくしたり、相互に不信感を抱いたり、大きな損害につながる場合があります。

“させてみて”の段階では、評価者は、必ずその場で被評価者が行っている行動状況を観察して、確かに“言って聞かせて”の指示・指導通りにできたことを確認しなければ意味がありません。この確認という手順を飛ばして指導したと勘違いしている場合が少なくありません。

確認の結果、なかなか指示・指導したとおりにできない場合は、支障のない

レベルまでできるように最初の手順から繰り返し指導することです。繰り返し指導を要した作業は、被評価者にそのできなかった作業部分を他の人と比較・観察させて、その違いやできなかった理由を OJT 日誌に整理させるなど、自ら考える機会を与えます。

ハ. 【OJT 指導 3：TWI 仕事の教え方 4 段階法】

TWI (Training Within Industry for supervisors) とは、戦後にアメリカからもたらされた技法で監督者訓練とも呼ばれ、次の種類があります。

- ・JI (Job In-struction) 仕事の教え方
- ・JM (Job Methods) 改善の仕方
- ・JR (Job Relations) 人の扱い方
- ・JS (Job Safety) 安全作業のやりかた

この中の仕事の教え方の手順とポイントを紹介します。まず基本的な手順は、第1段階（導入：習う準備をする）

- a. 緊張をほぐす。
- b. これから行う作業を説明する。
- c. その作業の知識について確かめる。
- d. 作業を覚えたい気持ちにさせる（作業の目的・役割、仕事の貢献度、チーム全体への影響などの重要性）
- e. 正しい立ち位置・姿勢にさせる。

第2段階（提示：やって見せ、説明する）

- f. 主な手順を1つずつ、やって見せる。
- g. 急所（不具合にならないためのコツ、不具合が発生したときの対処方法など、作業のポイント）を強調する。
- h. はっきりと、ぬかりなく、根気よく説明する。
- i. 理解できる以上に強制しない。

第3段階（実習：やらせてみる）

- j. やらせてみて観察し、間違い指摘し、修正する。
- k. やらせながら、作業を説明させる。
- l. もう一度やらせながら、急所を言わせる。
- m. “わかった”、“できた” となるまで繰り返す。

第4段階（総括：ふりかえる）

- n. 仕事につかせる。
- o. わからないときに聞く人を決めておく。
- p. たびたび観察する。

- q. 問いかけを行い、不明点をあぶり出す。
- r. 指導・助言を徐々に減らしていく。

（コラム）上杉鷹山（ようざん）と山本五十六

上杉鷹山(米沢藩第九代藩主)は、人の動かし方について、「してみせて、言ってみせて、させてみよ」と説き、それに山本五十六（連合艦隊司令長官）が褒めて嬉しがるという感情論を加え「やってみせ、言ってみせて、させてみせ、ほめてやらねば、人は動かじ」という名言につながったと言われています。理屈だけでは人は動かない、理屈と感情が一致して人は動くという「理感一致の法則」を説いたそうです。

介護現場でもリーダーとなる評価者（OJT 指導者）が、先ずやってみせること。何より先に、評価者が動くことです。完璧な模範指導でなくとも自らの体を動かして作業手順を示すことで、自らの行動変容に結びつき、周囲にもその良い影響を与えます。

③ 仕事の考え方と判断基準のための OJT の指導方法

仕事の考え方や判断基準は、事業所・施設の運営方針や価値基準、行動規範が事前に明確化されていることが前提となります。そして、仕事に対するこれらの基準は、様々な作業に影響を及ぼします。そのために様々な機会を通じて評価者（OJT 指導者）は、管理・監督者層の職員、被評価（OJT 対象者）者等との考え方の摺り合わせを繰り返し行います。評価者の考え方として、「被評価者に一度説明したからわかっているはず」とか、「あの時に一緒に仕事をしたから理解しているはず」は通用しません。以下の主な機会を通じて繰り返し指導・助言を行います。

- イ. 打ち合わせ
- ロ. 報告・連絡・相談
- ハ. 文書等の書き方
- ニ. 車や交通機関での移動中
- ホ. 振り返りの時間

仕事の考え方や判断基準に関する指導・助言のポイントは、まず相手を尊重し、決して職員の性格や人間性について陰口を言わないことです。その上で、少し時間を要するかもしれませんが、仕事上の作業や行動した結果の事実を基にして振り返りながら十分に話し合って相互理解を深めることです。

④ 指導・助言の態度

指導・助言はコミュニケーションの1つとも考えられます。コミュニケーションは、話した内容以上に、しぐさ・表情と口調で被評価者（OJT 対象者）に影響を

与えます。一言で言えば、親身になった指導に心がけることです。

基本は、感情的な対応ではなく、冷静かつ客観的に変化を捉えた観察結果を基にして、被評価者が行う作業で不具合または改善の必要性が認められる場合は、指導・助言を行います。指導者の態度として気をつけなければならない主なポイントは、以下のとおりです。

- イ. 利用者への不信感やスタッフのモチベーションの低下を招かないような言葉遣い・口調、しぐさ、及び表情で簡潔かつ明瞭な言葉をかけて指導・助言を行う。
- ロ. 利用者の前でスタッフを注意したり叱ったりせず、後で声を掛ける。
- ハ. スタッフに指導した後は、振り返りを行い、スタッフの疑問の解消や注意すべき点等について確認する。
- ニ. 評価者（OJT 指導者）から被評価者に対する問いかけの仕方は、Yes/No で答えられるクローズドクエスションではなく、5W1Hによるオープンクエスションで行う。すなわち、相手に対して事実を説明する機会を与え、それらの考え方や判断基準について無理強いするような言い聞かせの方法ではなく、被評価者が適切な考え方や判断基準を理解して説明ができるよう話し合いながら指導・助言する。
- ホ. 必要に応じて簡潔に指導・助言した状況を記録する。
- ヘ. 指導・助言後は、被評価者に対して指導・助言した内容の振り返りを行う。
- ト. 必要に応じて、指導・助言した理由の説明、被評価者の疑問の解消、注意すべき点等について、スタッフとの個別面談またはチームによるミーティングを行って追指導を行う。
- チ. 被評価者からの提案を無視しないで誠意を持って聞き取る。

適切な指導・助言方法を早く習得するコツは、本テキストで習得した知識を背景にして、先にあれこれと考えないで、まず指導・助言してみることです。その後に自らの指導・助言を振り返り、指導・助言のタイミングの取り方、話し方など、見直しながら試行錯誤し、習得する方法が早道です。

⑤ 指導の振り返り

適切に指導がなされたかどうかの判断は、評価基準に基づき、評価者が判断することになります。すなわち、評価・OJT 指導計画に記載されている育成すべき項目の習得・習熟の程度に併せて、いつ頃習得・習熟したかという時期の両面で確認します。このため、振り返りは指導の都度行い、日常の業務プロセスの中に組み込むため、被評価者に対して OJT 日誌の記載を義務づけ、必然的に振り返りができる仕事の仕組みづくりが大切です。

評価者が確認したいことを日誌に記載するよう様式を定め、振り返りと必要な追指導を行うと効果・効率的です。そして、タイミングを見計らって評価者により利用者からの反応を確認します。

最も大事なポイントは、多忙な中でも効率的な方法によって振り返りが継続して行われる仕組みづくりです。

（推奨例）

OJT 日誌は、1 日半ページでもよいので、被評価者がその日の作業で自分では上手にできなかった作業とその理由、改善した方がよいと思った点をそれぞれ2つずつ日誌に記載してもらいます。最初は、長々と理由を書いた場合は、3行以内でまとめるよう指導します。このことによって、被評価者の要点の把握力、観察力が養われます。OJT 指導に慣れてくれば、OJT 日誌の内容に、評価者の簡潔なアドバイス・コメントの追記や必要に応じた短時間の意見交換を行います。

このやり方であれば、評価者の確認する労力も省力化できます。

⑥ OJT 指導の進捗管理と指導記録

これまでの説明のとおり、評価・OJT 指導計画に基づいて、OJT 指導を行います。「④指導の振り返り」のとおり、適切な指導が行われたかどうかの判断結果と習得・習熟した時期などを評価・OJT 指導計画に記録します。

また、日頃の被評価者の仕事に対する取組み意識などの記録も必要になる場合があります。その記録方法は、組織内で統一した価値基準や判断基準となるよう統一した書式の活用、項目あたりの記録量の目安など、標準化した作業方法や作業ルールを決めておく必要があります。

以下は、OJT 対象者から寄せられる主な意見です。

- イ. OJT 指導者ごとに教え方が違い、ある OJT 指導者から教えてもらった方が早くできるようになった。
- ロ. 忙しくて OJT 日誌が書けない。
- ハ. OJT 指導計画通りに、進まない。
- ニ. あの OJT 指導者は、作業のポイント（カン、コツ、急所）を教えてくれないので、指示されたとおりにやるだけになり、他の作業への応用が利かない。
- ホ. OJT 日誌を書いても OJT 指導者のからのコメントがなく、指導されているという気になれない。
- ヘ. OJT 指導者の判断や評価結果に納得ができない。

このような意見と進捗管理と指導記録を参考にして、評価者間で同様の作業に関する進捗管理と指導記録を比較し、評価・OJT 指導計画の修正または指導方法の見直しなど、よりよい指導となるための改善・工夫に活かすことが大切なポイント

です。そして、これらの記録の有無や記録状況、改善状況を確認することで「適切な指導」に対する客観的な判断ができます。

（コラム）OJT 指導者が自らを振り返っての主な意見

OJT の試行の機会でも OJT 指導者が振り返った際の意見を整理しました。皆さんとの共感度はいかがですか。

（良かった指導）

- ① 親身に接した指導
- ② 理由とともに順序立てての説明
- ③ 「やってみせて」の模範指導
- ④ OJT 指導者としての姿勢・態度
- ⑤ 業務の観察指導
- ⑥ 指導することで OJT 対象者から教えられたという意識強く、自ら学ぶことを再認識

（改善したい指導）

- ① 多忙な業務のために継続的フォローの中断
- ② 教えることからの逃避行動
（教える方法がわからない、自分がやった方が早い、という理由で教えることが面倒という意識）
- ③ 相談に来た時だけのピンポイント指導
- ④ プロセスの評価無しの結果評価
- ⑤ 欠点だけの指摘・注意（褒めない）
- ⑥ OJT 指導者の経験と価値観による指導方法のバラツキ
（組織としての基準ではなく、個人の基準）
- ⑦ 仕事を指示するだけで振り返り無し
- ⑧ カン、コツ、急所の説明無し

⑦ Off-JT の場づくり

職員の人材育成は、OJT だけでは十分とは言えません。そこで、Off-JT との組み合わせで相互に補完するとさらに効果的です。

施設・事業所内における共通の問題・課題、及び個別の問題・課題に対して的確かつ計画的に対応するために、事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的に行う機会を設け、スタッフの参加を勧奨します。

研修、会議等の開催の際には、研修、会議等が単なる報告会や形式的な開催とならないよう、研修または会議ごとの目的・目標を明確にし、それぞれの研修、会議等の終了時には、参加者ごとに翌日からの具体的な行動目標と役割分担等を明らかにできる運営方法の工夫が必要です。

研修・会議等に参加できなかった者に対しても情報提供する体制づくりが必要です。

⑧ チームづくり

評価者は、職場のチームリーダーでもあります。その主な役割は、以下のようなものですが、各々の職場環境の変化に応じた対応が求められています。

Ⅰ. 職場環境の整備

介護現場におけるチームづくりは介護サービスを提供するための働く場の基盤づくりともいえます。そこでの基本となる大事なスキルは、コミュニケーションスキルとカウンセリングマインドを持ち、チームの総合力が発揮しやすい職場の一体感が出る雰囲気づくりです。

そのためには、まず、事業所・施設の運営ビジョンや目的・目標について、メンバーとの間で共感・共有化を図ることが必要であり、メンバーの意見・知恵を集約して、問題解決にあたる意識を育み、リーダーが対応策を全て考えて指示するようなことはせずに、メンバー全員で考えて対処する場づくりに努めます。

こうした場づくりのためには、受容と共感という謙虚な態度が必要です。メンバーから情報・報告・アイデアなどの提案があれば、「ありがとう」という感謝の気持ちで受け止めます。そして、リーダー自らが間違いや過ちをした場合は、「ごめんね、間違っていた」、「ちょっと教えてもらえない」というように、認める素直さと勇気を持つとともに、職位や役割を超えて共に学ぼうとする真摯な意識の醸成が求められます。

Ⅱ. メンバーへの気遣い・配慮

日頃からメンバーに対して声かけを行い、表情、態度、行動の観察をしてスタッフの体調を把握しておきます。変化に気づいた場合は、必要に応じて記録し、個別面談の機会を設け、メンバーの要望や悩みを聞き取り、親身になったサポートを行います。アドバイスを行う際には、コーチングやカウンセリングの基本知識と基本技術を習得しておくことで対応しやすくなります。

「④ 指導・助言の態度」で述べたように、人格否定・陰口は厳禁です。むしろ良いところを見つける前向き（プラス）な思考が必要です。良いところの発見や感心することがあれば、惜しみない賛辞を送ることです。

メンバーに対しては、「Yes」、「No」で答えられるような行動の是非を問いかけるのではなく、5W1Hによる行動の内容を“見える化”する問いかけを心がけましょう。

Ⅲ. 仕事の仕方（態度、業務プロセス、職場の活性化）

メンバーとの行動に関する価値基準や判断基準の摺り合わせを繰り返して、仕事の仕方を標準化していきます。リーダーは、新しい取り組みなど、率先垂範して具体的な行動を行うことによってメンバーからの信頼が得られます。

チームバランス（優先順位、スケジュール、期限、逸脱、ムリ・ムダ・ムラ、協働等）にも留意する必要があります。

ニ. チームの学習と成長、メンバーの自立を促す育成

通常の OJT では、新人や初心者といった、まだ業務、仕事に不慣れな職員が職場に入ってきます。こうした職員が感じている不安を軽減するように、職場の他の職員も OJT の内容を把握し、声をかけたりして、学びやすい環境をつくることが望めます。メンバーの自助努力（調査、試行、工夫、改善等）に向けた行動となる支援が求められます。お互いに学習のための課題テーマを設定し、そのための手短な発表会を行うと効果的です。

例：毎週月曜日の朝礼時にメンバーが調べた課題テーマ（例：認知症の利用者対応など）を 2 分間で発表 など

ホ. 仕組みづくり

OJT による適切な指導のためには、職場の中で継続して OJT が行われ、その指導方法に磨きがかかるような仕組みが必要です。また、ベテランのノウハウが組織のノウハウとなるためにも職場の中に引き継がれていく仕組みも必要です。さらに、普通の職員なら誰がやっても一定レベルの仕事ができる成功業務プロセスともいべき標準的な仕組みづくりを心がけておく必要があります。

ごく一部のカリスマ的職員が評価者を担当した場合に限定して人材が育つということでは、仕組みがあるとはいえません。誰もがその仕組みに沿って行動すれば、一定のレベルまで成長する仕組みに日々改善する必要があります。

1 つの簡単な仕組みの例として、定時を過ぎて毎朝 5 分から 10 分遅刻する職員がいて利用者へ迷惑をかけているとします。改善するためには、どのような仕組みが考えられるでしょうか。遅刻する職員の考え方や意識にもよりますが、通常は、朝礼またはシフトの交代時間に立ったままのミーティングを設定し、全員またはチームのメンバーの前で本日の予定、その他連絡事項等の伝達及び 1 分間スピーチなどを組み込んだ業務プロセスを定着させると改善することが多いようです。

このような仕組みづくりによって、評価者や事業所・施設の管理・監督者が口頭で注意をしなくとも、職員全員が同じ価値基準で行動することが可能となります。すなわち、介護職員であれば、誰でもこのような 1 つの仕組みに沿って行動すれば、大きなミスもなく利用者に喜ばれるサービスが提供できるとともに、一定の業務成果が表れるというような業務プロセスを構築することが望めます。

OJT のために備えておくスキル

OJT の指導スキルを磨きたい場合は、以下のスキルを習得しておく効果的です。

① カウンセリング

さまざまな問題や課題を抱え、その解決を求めようとする個人（client クライアント）に対して心理的援助を行う行為で、専門的な知識や技術を用いて行われる相談援助の際に必要とされる技術です。

② コーチング

コーチングとは、対話を通じて「対象となる本人の個性的な感情や思考の働き」を、「本人の自己実現や業務目標の達成に向けて自分自身が答えを出し、自立していく原動力」に変える、継続的な支援のための専門的なコミュニケーション技術です。

③ スーパービジョン

平成 18 年度の介護保険制度改正によって主任介護支援専門員が創設され、厚生労働省が示した主任介護支援専門員研修の大事な研修項目としてスーパービジョンが位置づけられています。理由は、「他の介護支援専門員に対する助言・指導」の手段として、スーパービジョンが推奨されているためです。

一言でいえば、主任介護支援専門員に要求されるスーパーバイザーとしての役割として、担当者（スーパーバイザー）に対してよりよい支援を行い、担当者が自立することを目的としています。

いろいろな定義がありますが、主には、スーパービジョンの目的とスーパーバイザーの役割を担う者の定義に加え、スーパーバイザーが担う役割として、計画的な OJT 指導と同様の内容が定義されています。そして、最終的にはスーパーバイザーの役割により、利用者へのサービスが質的に向上するように取り組むことが提唱されています。

④ ファシリテーション

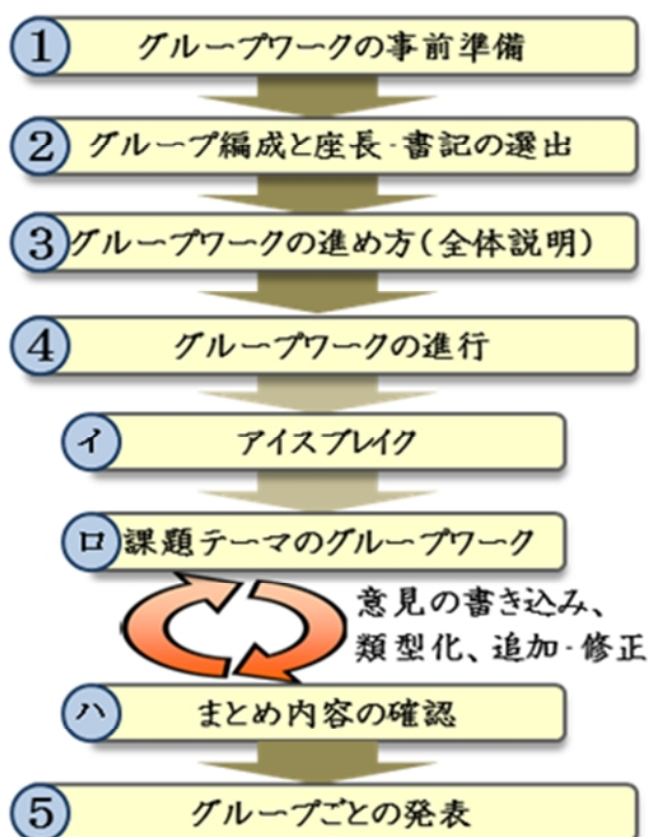
複数のメンバーによるミーティング等の場で、単なる進行役ではなく、参加者の相互作用がおこるような和みの場づくりの演出、参加者の発言の導出、積極的参加意識の高揚、話の流れと大きさの調整、合意形成や相互理解の支援、効果・効率的な進行などの舵取りをするためのスキルです。

【参考資料1】評価者（アセッサー）同士の評価方法の組み合わせの一例 （グループワークを活用した組み合わせ）

評価者（アセッサー）は、施設又は事業所ごとに複数名存在している場合があります。このため、施設・事業所内で均質な評価を行おうとする場合、施設又は事業所ごとに評価者（アセッサー）が持つ個々の判断を組み合わせることが必要です。

ここでは、その組み合わせのために行うグループワークの進め方を紹介します。その手順は、以下の「グループワークの進め方（基本手順）」を参考にしてください。

「グループワークの進め方（基本手順）」



(1) グループワークの事前準備

グループワークでは、最も簡単で一般的なグループ内で出された意見を書き留めるためのカードを使った方法（以下「コメントカード」という。）によって討議し、議論したことを整理します。主に以下の項目を参考にして、事前準備を行います。

① コメントカードのグループワークとは

グループワークの手法として、ホワイトボードまたは模造紙を用意し、メンバーから順番に意見を1人ずつ述べてもらい、その意見を書記が書き込んでいくというオーソドックスな方法がありますが、この方法は極めて非効率です。1人の意見の提案がシーケンシャルだから1分間に2人の意見を聞くことができれば、上出来という実状があります。最も非効率な意見の出し方は、1人で3分以上の時間をかけて意見を述べることです。この方法だと他の人の意見を聞く時間が無くなってしまいます。例えば、5人のグループで30分かけてメンバー1人あたりの意見が2つから3つというさみしい討議内容に終わってしまい、時間がかかった割にまとめた内容が不十分で次の行動に結びつかない無意味な討議となっています。

最近では、カードを利用したグループワークが主流になってきました。この方法は、参加メンバーが同時にコメントカードに自らの意見を簡潔に書き出して提案するため、意見を述べる時間帯がそのままメンバーごとに割り当てられた時間となり、時間の有効活用ができます。このカードは、裏に粘着性のあるノートやメモ用紙だけでなく、1枚の紙切れ（裏紙も使用可能）があればできます。

また、1枚のカードに1つの意見を書き出し、メンバーが見える場所に貼り付けますから、メンバー全員の意見を眺めながら追加・修正提案も容易にでき、同じ意見の繰り返し発言もなくなります。さらに、カードは、何回も貼り付け直すことができますから整理・分類も素早くできます。

② グループワークの部屋と機器等

基本的には、以下の設備機器等があればやりやすくなります。

I. 参加者数（メンバー・講師・関係者）が着席できる椅子と3人掛けまたは2人掛けの机の数

II. プレゼンテーション用パソコン＋液晶プロジェクター

通常は、会場で1台準備できれば、十分ですが、もし、グループごとに準備できれば、参加者の持参資料、事務局が準備した資料などを投影できるので、グループの議論やまとめなどの作業が、効果・効率的に進めることが可能となります。

III. スクリーン

白色のものが用意できれば、見やすいですが、無ければ、白色系の壁面で代用することが可能です。

IV. ホワイトボード及び黒・赤・青のホワイトボード用マーカー（グループ数＋1）

ホワイトボードが用意できなければ、模造紙を代用品として利用し、壁面または机を利用します。

ホワイトボードについては、板書したものを印刷することができるものがあるので、これがあれば、書いたり消したりする時に前のものを記録として残して

置くことができるので便利です。

③ グループワークの道具

イ. 粘着性ノートまたはメモ用紙

グループメンバーから出された意見やアイデアの要点を書きとめるコメントカードとして使用します。市販の粘着性ノートまたはメモ用紙は、剥がれやすい糊が使われており、何回も貼り直しができるので、意見のとりまとめや類似した複数意見にラベリング（題名）を付けたりする時に使用します。

サイズは少し大きめの 150*100mm が使いやすいです。さらに、カラーバリエーションタイプの 45 枚から 50 枚で 1 冊になっている物が用意できれば、意見を整理する際に便利です。使用量は、だいたい討議テーマ 2 つで 1 冊程度となります。

専用の物を購入する予算が確保できない場合は、A 4 判または B 5 判用紙で使用済みの裏紙を利用し、セロハンテープで紙の上部を仮付けする方法もあります。

ロ. 模造紙 枚数は用途に依存

枚数は用途に依存しますが、通常は、グループワークの最後の発表用と途中のテーマごとのまとめ作成用として必要枚数を準備します。

ハ. マジック色セット（グループ数）

3 色以上を使って意見やアイデアの内容によって書き分けができるようにします。

ニ. 付箋（通常使用する小型のもの。グループ数）

意見やアイデアの要点を書きとめたコメントカードに、目印替わりや強調する場合または追加の意見を追加するなどの際に使用します。

ホ. 指示棒、ホッチキス、セロハンテープなど（グループ数）

指示棒は、グループ内でのメンバーの説明やまとめの議論の際に利用します。資料の整理等に使います。

ヘ. その他、白紙（裏紙使用可）、ダブルクリップなどを必要数

④ 参加者リスト

座長、書記を選任する際の参考情報（個人情報なので取り扱いには十分留意する。原則として事務局用データ）

イ. 氏名、年齢、所属施設・部署

ロ. 経験職務と年数

ハ. グループワークの経験等

⑤ 配布物の準備

イ. 事前通知課題など

トライアル評価結果やその他事務局から事前に参加者に通知していた課題等を整理し、当日参加者全員に配布できるよう印刷して準備します。事務局体制にもよりますが、まとめた方がよい資料は、当日のグループワークを効率的に進めるために事務局で整理したものを配布します。

ロ. グループごとのメンバー表

メンバー表は、番号、氏名（ふりがな）、所属施設・部署を記載し、必要に応じて所屬地域（地名）等を追加します。

ハ. グループワークのテーマと進行表の準備

グループワークのテーマとまとめ方、発表の仕方などを記した進行表を作成します。この準備は、重要なポイントです。事務局は、事前にグループワークの進行表（進行スケジュール）を作成し、事務局側も含めて座長及び書記に配布しておきます。当日は、事務局側と座長・書記による簡単なミーティングを行い、その事前に配布した進行表に基づいて進め方を確認し、必要に応じて進行表の加除修正を行います。

この手法は、プロセス管理の基本であり、円滑なグループワークの進行を行うために、事務局側と座長及び書記の意思統一とグループワークの考え方を共有化しておきます。

⑥ グループワーク開始時のアイスブレイクの準備

グループワークを始める際には、グループ内の緊張をほぐすため、自己紹介を盛り込んだアイスブレイクを行います。アイスブレイクには、様々なものが考案されています。グループワークの目的に応じて選択します。ここでのアイスブレイクの主な意義は、以下のものを想定しています。

- ・メンバーの不安感や抵抗感を和らげ、グループワークを円滑にスタートできるよう誘導する。
- ・メンバー同士の相互理解により、親しみを感じることで活発な意見交換ができる。
- ・メンバー同士の相互作用による連帯感や一体感が生まれる。
- ・テーマに対する関心を高め、討議への積極的参加を促すことができる。

様々なアイスブレイクの方法の中からグループワークのために使いやすい方法を3つ紹介します。この中からグループワークに使用するアイスブレイクを選択します。選択した方法の具体的な手順は、事務局がグループワークの目的に合わせてアレンジを行い、文書化した物を座長に手渡せるように準備します。

1. インタビュー

グループ内でペアを組んで、それぞれに3～5つ程度の質問を用意し、5分

程度の時間で相互にインタビューします。ペアが組めない場合は、3人の組でも可能です。インタビューした結果は、記録してもかまいません。インタビュー後にインタビューしたメンバーそれぞれがグループ内のメンバー全員に順番に、インタビューの結果を使って紹介します。

0. 名前の足し算

グループの座長から、「私は〇〇です」と自己紹介する。その左の人から「私は〇〇さんの隣の△△です」と名前を足していって、自分を紹介することを繰り返していきます。時間があれば、名前に好きな食べ物を付加して紹介するなど、任意に紹介する項目を付け足していくと相互理解が深まります。

ハ. 回答コメントカード

座長が出す1つから2つ程度の質問にメンバーがコメントカードに回答します。そのコメントカードは、書記に渡して、整理してもらいます。座長は、コメントカードをどれからでもよいので、順番に指して回答したメンバーに説明してもらいます。その際に、名前を言ってから説明し、最後は名前で終わります。

(質問例)

「二度と出たくない会議とは」、「意味のない研修とは」、「介護で楽しいと感じたこととは」、「最近の面白い経験は」、「落ち葉のよいところは」、などなど、身近で関心を引くような質問を用意します。

(2) グループ編成と座長・書記の選出

① グループ編成

事務局側で参加者の年齢、所属施設・部署、経験職務と年数などを検討し、グループが十分な議論ができるようバランスの良いメンバー構成となるよう調整します。

1つのグループのメンバー数は、グループ討議の参加者総数、グループ討議に割り当てられた時間及びグループ討議を行う部屋の大きさによって調整します。可能であれば、グループのメンバー数は、4名から5名程度に編成した方が効果的です。例えば、参加者総数が20名で、発表時間を含めたグループ討議に要する時間を少し短くしたい場合は、4グループとします。

② 座長・書記の選出

選出方法には、以下の2つがあります。

1. その場でグループのメンバーに選出させる方法

0. あらかじめ事務局で選出しておく方法

グループワークの目的の1つにグループワークのスキル向上を優先する場合は

前者で行い、討議結果の質を優先する場合は後者で行います。前者より後者の方法で選出する場合のもう1つの理由に、グループのメンバーに選出させた場合、その選出に要する譲り合いまたはお見合いの時間がかかるため、それらの時間が省力化できます。

③ 座長・書記・メンバーの役割

「Ⅱ. 6 (1) ③」のとおりです。

(3) グループワークの進め方（全体説明）

グループワークを運営する事務局は、以下の項目に沿ってグループワークの進め方について説明します。

① グループワークの課題テーマの提示

グループワークの最終ゴールとして、グループワークの発表時に事務局が期待する討議内容とまとめ方について提示します。

I. グループワークの材料

材料は、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対する評価の視点、判定方法、判定の考え方、不安要素、疑問点などです。

II. グループワークの目的

評価者（アセッサー）個々の評価基準に対する評価の視点、判定方法、判定の考え方、不安要素、疑問点などをメンバー間で摺り合わせながら明らかにし、介護事業所・施設内での評価の摺合せを行うことを目的とします。

III. グループワークの課題テーマ

介護事業所・施設内の評価者同士が摺り合わせを行う必要があると思われる以下の項目について討議を行います。

- ・判定に迷いやすい評価項目、判定がしやすい評価項目とチェック項目など
- ・やりにくい判定方法、やりやすい判定方法（現認のやりやすい方法など）
- ・解消すべき不安要素・疑問点

② グループワークのスケジュール

グループワークの進行予定の例は、「Ⅱ. 6 図表25」を参考にしてください。

③ グループ構成と座長・書記

グループ編成について、事前に配布したグループごとのメンバー表で概要を説明します。あらかじめ依頼した座長と書記を紹介します。

④ グループワーク開始時のアイスブレイク

今回のグループワークのアイスブレイクは、次の目的を設定しています。

- イ. メンバーの自己紹介
- ロ. 個々のパーソナリティ及び価値基準の違いの相互認識

グループ内の緊張をほぐすため、自己紹介を兼ねたアイスブレイクを行います。
事務局は、全体に対してアイスブレイクの方法を説明します。

⑤ グループワークの方法

コメントカードによる方法の概要を説明します。

⑥ 発表の方法

- イ. まとめシートの掲示

発表するグループごとに整理してまとめた模造紙を講習会場の見やすい位置に貼りだします。

- ロ. 座長による発表

発表時間は、1 グループ3分とします。座長は、制限時間内に発表できるよう要点を絞って簡潔に発表します。

- ハ. 質疑応答と評価基準等の摺り合わせ

他のグループや参加した講師またはアドバイザーから発表したグループに対して質疑応答を行います。

(4) グループワークの進行

「Ⅱ. 6 (2)」のとおりです。

(5) グループごとの発表

「Ⅱ. 6 (3)」のとおりです。

本「アセッサー事前テキスト（案）」は平成24年度厚生労働省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』により作成しています。

●委員会メンバー

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（初台リハビリテーション病院 理事長）
委員：大島 恵子（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（藤本クリニック デイサービスセンター所長・看護師）
委員：田中 雅子（日本介護福祉士協会 名誉会長）
委員：筒井 澄栄（国立リハ・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 青森校 校長）
委員：藤本 直規（藤本クリニック 理事長・院長）

●執筆および監修担当

委員長：筒井 孝子（国立保健医療科学院 統括研究官）
委員：大島 恵子（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（藤本クリニック デイサービスセンター所長・看護師）
委員：田中 雅子（日本介護福祉士協会 名誉会長）
委員：筒井 澄栄（国立リハ・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）

●事務局 （株）日本能率協会総合研究所