

## 序章 本論文のテーマと構成

### 第 1 節 研究の背景と目的

### 第 2 節 論文の構成

## 第 1 章 介護過程教育に関する先行研究

### 第 1 節 介護過程理論についての研究

### 第 2 節 介護過程教育方法・教授方法についての研究

### 第 3 節 アセスメントシートについての研究

### 第 4 節 介護過程と介護実習との関連性についての研究

## 第 2 章 介護福祉士養成教育の変遷

### 第 1 節 介護福祉士資格の創設とその背景

### 第 2 節 介護福祉士資格の取得方法と資格試験

### 第 3 節 介護福祉士資格創設時および介護保険制度導入時のカリキュラム

### 第 4 節 介護・福祉ニーズの多様化・高度化に対応した 2007 年のカリキュラム

### 第 5 節 「今後、求められる介護福祉士像」に即した 2018 年のカリキュラム

## 第 3 章 アセスメント教育に求められるもの

### 第 1 節 介護過程とは

### 第 2 節 介護過程展開に必要なアセスメント

### 第 3 節 ICF モデルを活用したアセスメント

### 第 4 節 教育目標の分類体系からみたアセスメント教育

## 第 4 章 アセスメント教育と介護実習

### 第 1 節 Y 校における介護過程教育の実際

### 第 2 節 介護実習におけるアセスメント教育

### 第 3 節 介護過程展開シートを用いたアセスメントの教授

### 第 4 節 介護実習（3 段階実習）でのアセスメントの実際

## 第 章 アセスメント教育の教育的効果の検証

第 1 節 2018 年度のアセスメント授業の振り返りと考察

第 2 節 模擬事例演習後と介護実習 終了後におけるアセスメントの理解度の比較

第 3 節 教員評価からみたアセスメント教育の教育的効果の検証

## 終章 本論文の到達点と今後の課題

第 1 節 本論文の到達点

第 2 節 今後の課題

## 参考文献・資料一覧

## 謝辞

## 序章 本論文のテーマと構成

### 第1節 研究の背景と目的

介護福祉士養成教育が始まって約30年が経過した。介護福祉士の養成教育は、今後さらに進行すると予測された高齢社会の介護問題に対応する専門能力を有する人材養成および人材確保が目的で、大学や短期大学、専門学校等で始まった。当初の養成教育は、日常生活に支障がある人々や家族に対して、社会福祉、家政、介護、医療・看護等の知識・技術を活用しながら、問題や課題の解決を図ることのできる人材の養成を目指したものであった。しかし養成教育当初の教育内容をみると、介護福祉士に必要な家政関連の知識・技術や医療・看護の知識についての教育の中身が十分議論されたとは言えず、社会福祉、家政、医療・看護関連の科目が設定され、積み上げ方式で介護福祉士養成教育が始まったものであるといえる。その後、福祉施策においては、これまでの行政主体の措置制度から利用者本位の契約制度への転換や、複雑化・多様化してきた福祉ニーズに対応できる質の高い福祉サービスの拡充に向けた改革が図られるなど、時代の流れとともに介護福祉士を取り巻く状況にも変化がみられた。

介護福祉士養成カリキュラムは、これまでには2000(平成12)年の介護保険制度の導入に向けて一部改正が行われた。また、2007(平成19)年に介護福祉士の定義規定と義務規定の見直しがされることに伴い、カリキュラムも抜本的な改正が行われ、教育内容については、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域が示された。このカリキュラム改正において注目すべきは、3領域で学習した知識や技術を統合して、実際の個々の利用者に対応した介護過程を展開していくために必要な介護過程教育が導入されたことである。そこで介護過程教育は150時間の必修科目として位置づけられ、介護福祉士養成教育において核心的位置を占めたといえる。

介護の専門職として誕生した介護福祉士の専門性について、嶋田(2015)が明らかにしたように、専門性については未だ確立されていないと問題提起し、各利用者に応じた個別ケア実践を行うためには、まず利用者の状況を多面的に捉え、情報間の関連性から現状を理解するというアセスメント力を向上させることが重要となる。また、介護過程教育においても重点的に力を入れていくことを指摘した。介護過程教育の方法については、これま

でも多くの研究者たちによって実践報告が行われているが、実際には各養成校の「介護過程」担当教員の裁量に委ねられている。筆者は新カリキュラムによって「介護過程」が必須科目として定められてから、これまで約10年間「介護過程」を担当し教授してきた。特にアセスメントの教授方法については、毎年学生の理解度等の反応をみながら指導方法について試行錯誤を繰り返し、現在の教授法を見出した。しかし、その教育的効果の検証には至っていない。

介護過程とは、利用者の自立支援に向けて専門的知識を活用した客観的で科学的な思考に基づく介護実践である。そのために一連の思考過程において、情報を解釈し関連づけて統合化し、解決すべき課題を明らかにしなければならない。これらの思考過程をアセスメントと呼び、介護を必要とする人の生活課題を把握するといった介護過程の核となる作業といえる。

専門性のある介護福祉を行うためには、「人間と社会」「こころとからだのしくみ」「介護」の3領域で学んだ知識を特定の利用者に合わせて、どのように計画を立て介護実践を行うかという基本的全体像を構築する作業が必要となる。介護の専門性の構築が議論される今日において、筋道を立てて根拠をもった介護実践を行うには、論理的な思考のプロセスを身につけることは不可欠であり、ここに介護過程教育の核心があるのではないだろうか。介護過程は介護の専門性を具現化するものであり、その中でも利用者の真のニーズを明確化するアセスメント教育は介護過程教育の核となるといえる。科学的根拠に基づく介護実践に向けて土台となるアセスメントの教授方法を見出すことは、介護福祉士の専門性の構築に貢献できるのではないかと考える。

そこで本論文では、介護福祉士教育の中心問題である介護過程教育において、利用者に適切な介護を提供するために必要となる「情報の収集」「情報の解釈・関連付け・統合化」「課題の明確化」といったアセスメントについて、筆者が介護福祉士養成校での「介護過程」の授業において、実際に教授しているアセスメントの教授方法の教育的効果を検証する。そして思考力を養うための効果的なアセスメント教育方法と方向性を究明し、今後のアセスメント教育の展開に向けて役立てたい。

## 第 2 節 論文の構成

本論文の構成は以下の通りである。

介護の専門性の構築が議論される今日において、筋道を立てて根拠をもった介護実践を行うには、論理的な思考のプロセスを身につけることは不可欠である。そのために介護過程でのアセスメントにおける思考過程の教授法を見出すことは、介護過程教育の核心となると考える。しかし嶋田(2015)で明らかにしたように、介護過程教育研究はまだ発展途上であり、教授方法に関しては各養成校において試行錯誤の中にある。そこで第 1 章では、介護過程教育のあり方についての文献を検討することによって、介護過程教育の今後の課題を明らかにすることを検討する。第 1 節では、介護過程の理論について研究を進めた先行研究の現状から、今後の課題を明らかにすることを試みる。第 2 節では、介護過程教育方法・教授方法についての研究を整理し、介護過程教育の課題について検討する。第 3 節では、介護過程の構成要素の一つであるアセスメント教育に焦点を当てた研究を整理し、介護を必要とする人の生活課題を明らかにするための思考過程の教授についての課題を検討する。第 4 節では、介護過程と関連の深い介護実習についての研究を整理し、介護過程教育と介護実習での協調学習での課題について検討する。

第 2 章では、専門性を保持した介護福祉士を養成するための教育課程ないしカリキュラムはどうあるべきなのか、専門性の構築のために中心となる科目はどのような内容であるべきなのかを検討する。また、その科目の教育はどのように実践されるべきなのかについて、介護福祉士養成教育内容の変遷から検討を進める。第 1 節では、わが国が戦後どのように高齢社会に突き進んでいったのかについて歴史的背景を整理するとともに、社会福祉士及び介護福祉士法が制定し、介護福祉士資格制度が誕生した背景を概観する。第 2 節では、介護福祉士資格取得方法と資格試験について、1987 年の社会福祉士及び介護福祉士法の制定当時の資格取得方法から、2007 年の社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正において、養成校ルート、実務経験者ルート、福祉系高校などのすべての者が国家試験を受験するかたちとなっている内容について整理する。そこで、国家試験に向けてどのような教育が必要となるのかについて考察する。第 3 節では、介護福祉士資格創設時から、介護保険制度導入に併せた介護福祉士養成カリキュラムを整理し、第 4 節では、2000 年のカリキュラム改正で初めて登場した教育内容である介護過程が、2007 年の改正において実質的な

教育内容を獲得したことを見出す。第5節では、介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて、今後の目指すべき介護福祉士像に向けて2019年に打ち出された教育内容の見直しから、アセスメント教育に求められているものについて論ずる。

第2章では、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域間での学習を統合させて、実践する能力を身につけることができるアセスメント教育に焦点を当て、アセスメント教育方法の基盤となる考え方についての検討を進める。第1節では、介護過程教育を発展させ介護福祉士の専門性を高めるための課題を検討する。第2節では、主要出版社5社から出版されている『介護過程』のテキストの内容から、介護過程におけるアセスメントについての記述および方法論について検討を進める。第3節では、ブルーム（Benjamin Samuel Bloom）や、ロバート・J・マルザーノ（Robert J Marzano）らの教育目標の分類体系から、アセスメント教育を進めていくにあたり、どのような思考のプロセスを通じた教育が必要となるのかについて考察する。第4節では、介護福祉士養成教育で推奨されているICF（国際生活機能分類）の概観を整理し、ICFモデルを取り入れることで、機能障害を中心にした援助を考えるのではなく、一人の生活者としての利用者理解に繋げるアセスメント教育の進め方についての検討を行う。

第3章では、介護福祉士養成施設Y校で約十数年教鞭を取ってきた筆者が、Y校で行っている介護過程教育内容の実際を提示する。第1節では、Y校での1年・2年次の2年間での3領域の必須科目と履修年次、1年次・2年次の「介護過程」の授業計画内容を提示する。介護過程教育のねらいは、「他の科目で学習した知識や技術を統合して、介護過程を展開し、介護計画を立案し、適切な介護サービスの提供ができる能力を養う学習とする」ことにどのように繋がっているか、アセスメントの教授方法の実際を紹介する。第2節では、アセスメント教育を進めるにあたり、重要な位置づけとなる介護過程展開シートを使ったアセスメントの教授方法を提示する。第3節では、介護過程と関連の深い科目となる介護実習教育について紹介する。介護実習は本人主体の生活と自立を支援するための介護過程を学ぶものとなりアセスメント教育との関連性は大きいものであるため、Y校における介護実習・教育をどのように展開しているかを提示する。第4節では、介護実習で学生が実際に実施した介護過程でのアセスメントシートを紹介する。

第4章では、介護過程教育の中心問題としたアセスメント教育研究の集大成として、筆者がこれまで行ってきたアセスメント教育の教育的効果について検証を行うとともに、ア

セスメント教授方法の今後取り組むべき課題と方向性について論じる。

まず第1節では、2018年度の介護過程でのアセスメント教育の学内学習において、「調査1」として模擬事例を通して思考過程を学んだ学生のアセスメントの振り返りを行い、その結果からアセスメント教育方法を検討する。第2節では「調査」として、2019年度の介護過程でのアセスメントの模擬事例演習による達成度について学生自身の自己評価を行う。また、自己評価をつけた理由の自由記述を求めた。次に「調査3」として、介護実習（3段階実習）で学生が実施したアセスメント結果について、学生自身に達成度の自己評価を行い、その理由として自由記述を求めた。これらの「調査2」と「調査3」結果を比較するとともに、それぞれの自由記述をもとにアセスメント教育方法について考察を行う。第3節では「調査4」として、第3章第4節で筆者が作成した教育目標の新分類体系を指標として作成したアセスメントの客観的評価基準を基に、教員による学生のアセスメント結果に評価をつける。そして、「調査3」で実施した介護実習（3で段階実習）の学生のアセスメント結果と、教員が行った結果から現在行っているアセスメント教育方法の教育的効果を検証し、アセスメント教育の課題と方向性について論じる。

終章では、本論文の到達点を総括しつつ、本研究での限界について達成できなかった点を確認し、介護福祉士を中心問題である介護過程教育でのアセスメント教育方法での一層の検討を進めるための諸課題を示す。

## 第 章 介護過程に関する先行研究

利用者の生活を支援する介護福祉士には、一人ひとりの利用者に対して行う日常生活の介護が専門的で根拠のある介護過程の実践が求められている。そして介護福祉士養成においては、より質の向上を目指した教育が期待されることとなり、どのように介護過程を教授していくかが、介護過程教育の課題であると思われる。そこで本章では、これまで行われてきた介護過程教育に関する先行研究をもとに文献研究を行い、介護過程教育の今後の課題を明らかにすることを試みる。

### 1. 研究方法

- (1) 研究方法：「介護過程」に関する文献研究。
- (2) 研究対象：論文検索サイト CiNii Articles を用いて「介護過程」をキーワードとして検索した結果 173 件が該当した。そのうちの 2009 年から 2019 年に発表された論文および研究ノート等 50 件を文献研究の対象とした。

### 2. 結果

50 件の先行研究での研究目的を分類した結果を、介護過程理論についての研究、教育方法・教授方法についての研究、アセスメントシートについての研究、介護過程と介護実習との関連性についての研究、の 4 つに整理した。

#### 第 1 節 介護過程理論についての研究

介護過程の理論についての研究は 7 件が確認された(表 1)。介護福祉の概念について研究を進めた杉山(2013)は、「介護過程の展開ツールは、介護福祉とは何かということをも具体化するツールである。介護福祉の概念は介護福祉の独自性であり、介護過程の展開ツールはその独自性を形にするツールである」と述べ、介護福祉の概念の確立に介護過程を重要視することを提言している。介護過程論を構築するための研究を進めた加藤(2014)は、「介護過程の定義としてそれを思考過程と規定することはできない。その理由として、



理論としての介護過程とその現実的な基礎的である実際の介護実践との対応関係が不明確になる、理論化された介護過程の構成要素として形式上は実施を位置づけているとはいえ、介護実践の展開としての実施と、介護過程全体が思考過程であるとの規定の論理的整合性が図れなくなってしまう」と問題提起し、介護過程の理論化を図るためには、介護過程を「思考と実践のプロセス」といった介護実践の一連を基礎に捉える必要があるとしている。さらに加藤（2015）は、介護過程の「思考活動」について客観的考察を試み、市販の『介護過程』テキストからアセスメント部分に焦点を当てた研究を行った。そこで「情報の分析方法について、更に掘り下げていくことが今後の課題である」と述べるとともに、「介護過程の展開に用いられている用語についても再定義することが、介護過程論を理論的に深めていく上で不可欠な課題である」と述べている。

また、川崎（2010）は、ケアワーク（介護）とその思考過程に視点を置いた研究を行い、「ケアワークを専門性や科学的であるといった視点からとらえようとすれば、介護計画に基づく支援の方向性とその展開について客観的妥当性が問われなければならない。この妥当性があるという結果を導き出すための一定の知識、技術、価値観、経験、思考方法といったものが必要となる」として、ケアワークにおける専門性を考える基本となる科学性や客観的妥当性については、まだ探究過程にあることを指摘している。介護過程の構成要素とアセスメントの概念や構造についての研究を進めた池田他（2012）は、介護過程の考え方は看護やソーシャルワークにおける社会福祉援助技術、ケアマネジメントなど他分野から考え方等を導入していることを指摘している。

介護が専門職として誕生してから、まだ約 30 年しか経っておらず、介護過程の拠り所となる介護理論についての研究は十分に開発されていない現状がある。専門性の向上が期待される介護福祉士にとって、介護に対する考え方の方向性となる理論を持つことは、介護実践を行う上で判断を裏づける根拠となるのではないかと考える。理論をもつことにより、何が重要で何を予測すればよいかを見極める力を与えてくれる<sup>1)</sup>、とあるように、専門職にとって考え方の方向性ともいえる理論を持つことは、実践を行う上において判断を裏づけることになる。したがって今後は、介護に対する考え方や見方を体系的に理論づけるための介護理論研究の充実が求められるだろう。

---

<sup>1)</sup> 小田（2013）『事例でわかる看護理論を看護過程に生かす本』照林社,p2。

(表1) 介護過程理論についての研究

	研究目的
1	「介護過程」の概念規定自体の相違の現状を踏まえ、相違の内容と相違が生み出される理論的論理的根拠を明らかにする。
2	介護が介護過程としての理解・行動になることを願い、新たな介護過程としての単一行動過程及び個別介護計画の立案・展開法について述べる。
3	介護過程に求められる学習力として何が必要なかを問いかけ、アセスメントの基本的な考え方となる問題解決法を少しでもわかり易く伝えることで、介護の分野に繋げられるようにする。
4	26年間の介護過程の研究・介護福祉教育の経験と介護福祉士の法制度を踏まえ、介護福祉の概念を介護過程の視点から考察することを目的とする
5	介護過程を取り巻くいくつかの問題について、ケアワークの専門性を考える視点から、生活支援としてのケアワークとその思考過程についての考察を行う。
6	これまでの「介護過程」をめぐる研究の中からどのように介護過程の展開の構成要素が論じられてきたのかを明らかにする。
7	市販されている4社の介護過程科目のテキストを検討し、アセスメントの論述を検討の対象とする。

## 第2節 介護過程教育方法・教授方法についての研究

授業・教授方法についての研究を表2に整理した。ここでは24件の文献が確認された。介護過程の教育方法について小車他(2010)は、教員による模擬演技授業を実施し「利用者の状態と関連づけるができる医学的な専門知識の習得、社会背景や性格、価値観や障害の受け止め方等の心理を感じ取る感性を高め、推察する洞察力を養う教育、具体的な介護方法をイメージできる教育方法の工夫が課題である」と指摘した。利用者の言動や状況についてあれこれと「気づく」ことが介護の始まりとなり、どのようなことに「気づく」ことができるかが利用者の理解を深め、生活上の解決すべき課題を明確にし、利用者に応じた介護方法を見出していく鍵となると述べている。また、介護過程の基礎的なアセスメント能力の修得につなげるための研究を行った武田(2010)は、「介護過程はひとつの思考過程であり、学習者が支援方法を判断するために、アセスメントを含む介護過程の展開能力を修得することが重要となる」と述べている。

介護過程の構成要素の中でもアセスメントの位置づけとその内容についての考察を進めた池田他（2012）は、「介護過程、アセスメントという抽象的な概念は、どうすれば実際の出来事のなかで活用・応用され、具体的に介護の対象者に対して実践化されていくことができるかが考慮されなければならない」と述べ、介護過程教育においてはアセスメント力の向上に向けての教材・教具の開発についての検討の必要性を示唆した。学生の利用者に対する気づきを分析することにより、感性と洞察力を養う教育方法の検討を行った小車他（2010）は、「食事や排泄といった生活場面で直接利用者と関わりながら、利用者の言動や状況についてあれこれと気づくことが介護の始まりとなる。つまり、どのようなことに気づくことができるかが利用者の理解を深め、生活上の解決すべき課題を明確にし、利用者に応じた介護方法を見出していく鍵となる」と述べている。

根本他（2011）は、学生の介護過程を理解するプロセスを追うことを目的として授業でいくつかの事例を使い、介護過程の流れの理解や方法の習熟などを振り返った研究を行っている。また、横尾他（2009）はペーパーシミュレーションを用いて演習を行い、これらの演習が施設実習においてどのように学生の理解につながられたかを明らかにする研究を行っている。また、介護過程という科目を通して学生の介護観構築に向けた研究を行った緒方他（2013）は、「専門職と呼ばれる職業には、いずれもその職務を遂行するための職業過程というものがある。介護過程の展開に関する記録類はまだまだ統一性もなく発展途上の段階だと考えている。今後実習施設との連携も含め、介護過程の展開法、それにまつわる記録類の統一など課題は多い」と問題提起をし、介護観構築に向けての教授法についての検討研究を行っている。

教材開発に取り組んだ研究では、実際に e-learning (electronic learning) による介護過程の学内授業と介護実習での介護過程の実際が統合できるような教材開発を目指したのが横山他（2010）である。介護過程教授のための ICT (Information and Communication(s) Technology) を活用した教育プログラムを独自に構築し、授業、評価、実習前の e-learning を活用した協調学習の教育評価の分析から、教育成果と授業改善に向けての検証を行っている。そこで教材を ICT 化することにより、介護過程の講義、演習、実習、事例研究が連動・体系化して指導できることになったことを発表している。

アセスメント力向上について横尾(2013)は、「アセスメント力を向上させるためには、専門知識の理解や、実習体験などの事例を想起させながら、解釈を深め、問題解決能力を

高めていくことが大切である」と述べている。また、稲田他（2009）は「介護過程の展開は、アセスメントシートの様式を単に埋めるという作業ではなく、学生自身が利用者のニーズにあった介護を考える過程の道筋を明文化し、実践していくことである。また、その過程が論理的で根拠があることが必要である。論理的で根拠があるためには、アセスメントできる基礎知識、視点をもつことが重要である」と述べている。アセスメントでの課題分析においては課題分析ワークシートを考案した高木（2017）は、「利用者の様々な情報を解釈・分析・統合化し、文章化していく手法を検討することは、介護過程に係る大きな課題である」と述べ、アセスメントにおける文章力向上の必要性を提言している。

社会福祉士及び介護福祉士法第 2 条第 2 項に、介護福祉士は「専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行う」と定義されているように、介護の対象となる人の心身の状況に応じた対応を行わなければならない。したがって介護過程教育では、アセスメント力を向上させる教育が必要となり、介護過程教育の最大の課題となり重点的に力を入れていく必要があると言える。また、利用者に関する多角的な情報の分析力を養うための専門的知識を身につけておくことは、アセスメントを行う上において不可欠な条件となり、ただ単なる介護過程の方法論だけの教授では介護過程教育は進まないのではないだろうか。

介護過程の教育では、学生自身が学内で学んだ知識・技術を介護実習で駆使し、そこでの利用者との関わりの中で、絶えず思考を行い判断と評価に基づいた考察ができるという課題解決能力を習得できるよう教育内容や方法を研究開発していくことが課題である。また、わが国では ICT を活用した教育の推進が図られている。ICT の特長として、時間や空間を問わずに、音声・画像・データ等を蓄積・送受信できるという時間的・空間的制約を超えること、距離に関わりなく相互に情報の発信・受信のやりとりができるという双方向性を有すること、多様で大量の情報を収集・編集・共有・分析・表示することができるなど、カスタマイズが容易であることが挙げられている。これらの ICT の特長を生かした介護過程教育プログラムの開発も進められているが、まだまだ数の上では少数であり、今後はさらに ICT の特長を生かした教育プログラムを積極的に開発し、それらの教育効果などの検証に関する研究なども進めていく必要があるだろう。

(表2) 教育方法・教授方法についての研究目的一覧

	研究目的
1	本学の修了研究を概観し介護現場で求められるアセスメントを育てるために必要なもの、あるいは現在の学生に不足がちなものについて考えていく。
2	これまでの「介護過程」の指導内容を振り返り、指導内容の課題と改良点を見直すことにより、今後の新カリキュラムへ向けて「介護過程」指導の今後の課題を見出ししていく。
3	第 1 段階実習時に行った介護過程をもとに、担当した利用者のどのような介護ニーズに着目しているのか、その着眼点に焦点を当て、その現状から今後の教育プログラムの課題について検討する。
4	これまでの「介護過程」の授業を振り返り、学生の力を引き出し伸ばすことができる授業展開を考えていく。
5	新しい介護の考え方の効果と、開講初年度の「介護過程」での教授法、1年生の介護概論での「介護過程」の教授法をそれぞれ検証し考察を行い、今後の展望とともに報告する。
6	現行の介護保険制度上での介護支援サービスの全体像としてのケアマネジメントと、介護福祉士養成教育における介護過程との関連性について明らかにする。
7	介護過程の理解度、難点、指導等についてアンケート調査を行い、それらを参考に新カリキュラムを視野に入れた「介護過程の展開」の教授法について述べていく。
8	第 2 段階と第 3 段階実習後に実施した介護過程の自己評価の分析を通して、介護過程に関する教育のあり方を考究する。
9	情報収集からアセスメント用紙、介護計画案、経過記録、評価記録を通して、学生がどのようなプロセスで介護過程を習得しているのかを明らかにし、今後の指導方略の資料とする。
10	介護過程を学習し援助計画をたてた事例をもとに、情報収集・アセスメント・介護目標にいたる経過を分析し、指導のあり方と指導上の問題を明らかにする。
11	筆者が考える介護過程の展開ツール「介護福祉ニーズに視点をおいた介護過程」の立案作成までの変遷を整理し、今日的意義を考察する。
12	学生がグループ討議の手法を身につけグループで相互学習することによりコミュニケーション能力を高め、重度の認知症高齢者への ICF の視点に立った介護過程の展開を体験できる演習方法の一つとして提示する。
13	介護過程とケアプラン、ケアマネジメントとは否たる物であることを介護福祉士の専門性と共に考察したことを報告し、介護過程の展開用紙を独自に作成し、その専門性を高くすることを目的とする。
14	今後の介護過程の演習授業をどのように展開していくか、視座を得る。
15	2 年間に行う「介護過程」の教育と実習指導について現状報告を行い、今後の課題を明らかにする。
16	科目間連携を意識するため「介護過程」をとりあげ、それが他のどの科目とどう関係しているのかについて「見える化」を通して整理し、今後の課題を検討する。
17	教育プログラムの授業、演習、評価を実践し、実習を目前に控えた現時点での e-learning を活用した協調学習の教育評価を行い、学習履歴である「ポートフォリオ」と学生アンケートの分析から教育成果と授業改善に向けての検証を行う。
18	グループワークにおいて、模擬演技とラベルワークから、学生が記述したラベルを分析し、学生の気づきの内容を検討するとともに、介護過程発表会終了後の課題レ

	ポートの自由記述から、介護過程の教育方法を再考する。
19	学生がディマンズへの疑問からニーズを明らかにし、求められる支援を導き実践する能力を高めるための効果的な教育方法の考察を行う。
20	介護過程の教育上の課題を踏まえ、新カリキュラム対応の介護過程の組み立てについての考え方、シラバス内容をたたき台として立案し、教育の資質向上の一助とする。
21	介護過程の「評価」に関する実習前教育の質の向上に繋げる基礎研究として、介護過程の「評価」の過程における『評価方法』に関する教育内容の現状を把握する。
22	介護福祉士養成が始まってから現在までの介護過程教育についての文献を収集し傾向や課題を整理することで、今後の課題を見出す。
23	アセスメントにおける課題分析の文章作成に資する補助教材として、課題分析ワークシートを考案した。
24	I C F を介護過程に取り入れた教育展開をしてきたこれまでの過程に焦点を当て、実践的な教育活動に関して考察を進めていく。

### 第3節 アセスメントシートについての研究

介護過程展開シート（以下、アセスメントシート）についての研究では、12件の文献が確認された（表3）。

介護過程の授業では、事例を用いた演習（以下、事例演習）で、実際にアセスメントを疑似体験する授業展開を行う場合が多い。事例演習では、利用者に関する多面的な情報収集からそれらの情報を整理する。次に、それぞれの情報の意味を解釈したうえで、情報を統合化していくという一連の作業を通して課題を明確化していく。そこで思考過程を進めていくツールとしてアセスメントシートを用いる。

自校で活用しているアセスメントシートについての評価を行い、介護過程教育の課題を検討した、柘崎（2009）は「アセスメントとは判断を導き出す過程である。よって、判断に至るプロセスの中に何を入れるか、どんな指標をもつかは判断の妥当性のエビデンス（根拠・明証性）を示すものである」とアセスメントシートの重要性について延べている。また、横尾他（2009）は、アセスメントシートを使って学生のアセスメント力向上を目指した「生活関連図」という教材を用いた授業を取り入れ、学生の理解度についての研究を進めた。さらに、杉山（2014）は、「情報の関連図」を考案し、前述の「生活関連図」と同様に情報を矢印や線で繋いで行き、利用者の全体像を捉えるためのツールとして用いて活用するなど、どちらも学生のアセスメント力向上には一定の効果を上げたと報告している。

「生活関連図」は、看護領域において患者の健康障害を理解し、看護の方向性を見出すために記述する病態関連図を基盤にして、介護の利用者の状況や生活環境、介護に必要な問題点についてその概念をキーワードで表示し相互関連性を線分で繋いで図式化したものである。これらの「生活関連図」「情報の関連図」は、利用者の全体像を可視化するものとなり、利用者のイメージを掴むためにも教育的効果が期待できるものであると言えるだろう。アセスメント教育を進めるにおいて、アセスメントシートは重要な位置づけであるということは全研究者の見解で一致している。アセスメントの目的は、利用者の解決すべき生活上の課題を明らかにすることであり、得られた情報をただ単につなぎ合わせるだけでは介護の根拠を示すことはできない。したがって、思考過程を展開していくツールとなるアセスメントシートを開発していくことはアセスメント教育においても重要な課題であると言える。

(表3) アセスメントシートに関する研究の目的一覧

	研究目的
1	専門的なアセスメント力の強化を図るために、「生活関連図」という教材を独自に作成し、生活上の問題点や関連性、また可能性に視点を置き、今後の方向性から教育方法を検討していく。
2	介護福祉教育の特徴をおさえ、介護福祉教育の特徴を俯瞰し、2007年の指定科目にそったテキストを編纂した人たちはどう捉えたのかといった現状を分析し、日常生活支援にバージニアヘンダーソン理論を用いたアセスメント用紙を提案する。
3	「情報の関連図」が利用者の全体像を捉えるのに有効であることを明らかにする。
4	介護過程の展開に関する記録様式が学生の思考プロセスに与える影響はかなり大きい可能性があるため、これまでの記録様式の比較し考察を行う。
5	大学独自のアセスメントシートを作成し、それを使用することが学生のアセスメント能力に対してどのような影響を及ぼしたのかを検討し、今後の課題・展望とともに報告する。
6	学生が「介護過程の事例研究」を理解し、学生自身の力ですすめていくことを促すための方法を実践した結果について整理し、介護過程の事例研究を学生が理解しながらすすめていけるような方法について研究する。
7	対象者理解を深めることを目的とした関連図の作成を授業に盛り込み、この関連図の作成について学生がどのように捉え・感想を持っているのを調査し、今後の授業展開を模索していく。
8	これまでの本校で作成した介護過程シートの変遷を整理することにより、介護過程の教育で何を課題としてきたかを振り返る。
9	アセスメントシートを使った授業展開において、介護過程の教育経験の中で得られた問題と問いに対し、解決と改善を図る。
10	情報の解釈を助けるワークシートを授業で活用し、作成したワークシートのねらいと学生の学びについて振り返ること、さらなる教授方法の改善について検討する。
11	専門的なアセスメント力の強化を図るために、「生活関連図」という教材を独自に作成し、生活上の問題点や関連性、また可能性に視点を置き、今後の方向性から教育方法を検討していく。
12	「情報の関連図」が利用者の全体像を捉えるのに有効であることを明らかにする。



#### 第4節 介護過程と介護実習との関連性についての研究

介護過程と介護実習との関連性についての研究では、表4で示したように7件の文献が確認され、学内学習と施設で行われる実習での効果等を検討する研究が行われている。

鍋島他(2011)は、介護過程の学習内容が介護実習でどれくらい実践できているかどうかを検証した結果「介護施設における介護は、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づき援助は展開されているが、さらに介護職として二次アセスメントを行い、介護計画を作成して介護を行ういわゆる介護過程の展開が実践されている施設が少ないのではなからうか。このことも介護職員の介護過程に関する理解の低さの一因ではないか」と述べ、介護過程の学内学習と介護現場での介護過程実践との乖離を問題提起している。また尾台他(2014)は、介護実習における学生の実習課題達成状況を明らかにして、実習内容を検討する基礎資料にするための研究を行った結果、学内でのペーパーシミュレーションの事例での理解が、介護実習ではさらに確実な知識にしていくことができていることを明らかにしている。

宮崎他(2015)は、介護実習後の事例研究での表題を分析し、学生がどのような傾向のプランを実施したのかを調べた結果、現場で即戦力となる学生を求めている施設と、養成校で求める学生像の齟齬を無くすためにも、養成校と施設の密接に連動した教育システムの必要性を提言している。また平野他(2019)は、養成校教員と実習指導者が共通した実習教育を行うために介護実習指導者への調査を行った結果、教員と実習指導者の連携強化、円滑な学生指導のための介護職員間の指導書共有などの必要性を提言している。

介護実習での介護過程展開は必須の教育内容となっているなど、介護実習は介護過程の実践そのものを体験できるものである。介護過程の学内学習だけでアセスメント力を向上させることには限界がある。そこで介護実習では、学内で学んだ介護過程を実習で駆使し、利用者との関わりの中で介護過程の実践を行っていく学習となる。そのために実習指導者の位置づけは重要となり、教員と実習指導者の連携のさらなる強化を図っていかなければならない。学内で学ぶ介護過程と介護実習の充実を図るために、介護過程の必要性とアセスメントの指導方法などについて、実習指導者との協調学習を進めていく必要があると考える。

(表4) 介護過程と介護実習との関連性についての研究

	研究内容
1	実習 を体験することが学生の自己効力感に影響するのか、さらにはどの構成要素に反映されるのかを検討。
2	学生の介護実習をより効果的に実施するためには、事前の指導が重要であると仮定し、介護過程に関するアンケートを実施し、その内容を分析。
3	実践している介護過程の教育方法について、実習指導者および学生に対するアンケート調査の結果から、その効果と問題点を考察。
4	実習施設の協力から実習指導の内容分析を行い、結果を今後の介護福祉実習指導および養成校と指導者の連携の資料として活かす。
5	介護実習での介護過程の内容をまとめた事例研究の表題を分析することにより、どのような傾向のプランを学生が実施したのかを調べ、その傾向を分析することにより、課題解決の道筋を探る。
6	施設介護実習において、個別ケアを実践できる利用者本位の介護への実現にどの程度効果を発揮しているかを明らかにする。
7	介護過程の教授方法に関する指導書および記録様式の活用度について、介護実習 の実習指導者を対象に現状と課題を把握する。

## 第 章 介護福祉士養成教育の変遷

本章では、まず戦後高度経済成長期を境に高齢化に向けて突き進できたわが国で、どのような経緯で社会福祉分野における介護福祉の専門職制度が法制化されるに至ったのか、その背景を整理する。また法制化とともに開始された介護福祉士を養成するための教育課程ないしカリキュラムはどうあるべきなのか、専門性の構築のために中心となる科目はどのような内容であるべきなのか、そしてその科目の教育はどのように実践されるべきなのかについて整理する。そこで 2000 年の介護福祉士養成カリキュラム改正で初めて導入され、2007 年の大幅なカリキュラム改正で実質的内容を獲得した科目である「介護過程」に焦点を合わせ、専門性の構築に向けて「介護過程」をどのような教育内容と方法によって教授していくべきなのか、その点にかかわる諸課題を明らかにしたい。

### 第 1 節 介護福祉士資格の創設とその背景

#### 1. わが国の高齢化の変遷

わが国では戦前から、主として高齢者である要介護者に対して家族による介護が中心に行われてきた。1874 年の恤救制度では、貧困者に対しては人民がお互いに救済し合うべきとし、国家による救済は廃疾者、70 歳以上の重病者もしくは老衰者、病人、13 歳以下の独身で労働能力のない者、家族や近親者に頼る者の無い者と限定し、「人民相互の情誼」が強調され、親兄弟など親族による救済や隣保による扶助を優先するとした。また、1898 年に明治政府は民法において家制度を規定した。家制度の家（イエ）<sup>2)</sup>とは先祖代々の家名・家産・家憲・家訓・家風など包括的に先祖から子孫まで連綿と続く存在であり、戦前の日本では家族のなかでお互いに世話をするのが当然のこととされてきたが、戦後になりこの家制度は廃止された。1960 年代に入りわが国は高度経済成長をみせ、高齢者を取り巻く状況にも変化が現れてきた。

まず一つ目には高齢者が急増してきたことなどの状況を受けて、高齢者の福祉を幅広く推進および発展させていくための高齢者に関する独立した制度が必要となってきた。そこで 1963 年に老人福祉法が制定され、特別養護老人ホーム等の設置、健康診査の実施、社

---

<sup>2)</sup> 山縣・柏女（2013）『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房,p8。

会参加の奨励などが盛り込まれた。二つ目には、産業構造の変化や人口の都市集中に伴う核家族化など家族形態の変化によって、その後の高齢者を取り巻く環境は大きく変化した。まず若年層の都市部への人口流出による都市集中化により、核家族や単独世帯および夫婦のみの世帯が増加した。国勢調査によると普通世帯に占める核家族世帯の割合は1955年には59.6%であったが、1980年には72.4%となった。また未婚者や離婚、配偶者との死別、子供が独立するなどして一人で生活をする単独世帯は3%から16%に増加した。単独世帯の増加に反比例し、直系三世帯で生活している三世帯世帯は30%から約20%に減少するなど、特に高度経済成長期以降では家族規模の縮小化が進み家族の生活機能を弱めることとなった。

日本人の平均余命にも大きな変化がみられた。厚生労働省「平成22年簡易生命表の概況/主な年齢の平均余命」によると、1947年に男50.06歳、女53.96歳だったが、1985年には男74.78歳、女80.48歳となり、約40年で20数年平均余命が延びている。また、高齢化が進む一方で少子化も加速度的に進行した。また、厚生労働省「平成23年人口動態統計月報年計(概数)の概況」の年次推移によると、15~49歳までの女性の合計特殊出生率は第1次ベビーブーム時の1947年には4.5人だったものが、1960年には2.0人となった。出生率低下の要因としては、女性の社会進出などによる未婚化や晩婚化などが挙げられるが、社会的構造の変化による個人のライフスタイルの変化、女性の社会的役割や意識の変化なども少子化進行の要因と考えられる。

介護という言葉が用語として広く用いられるようになったのは1970年代後半からである。この時代は65歳以上の人口の占める割合が7%を超え、わが国では高齢化社会を迎えた頃である。その後の高齢化率の推移は、1995年には14.6%となり25年間で2倍になっている。諸外国の高齢化率の推移をみると、イギリスでは1930年に高齢化率が7.4%となったが、1980年に14.93%となるまでに50年の期間を有している。ドイツでは1930年に高齢化率7.36%となり、1990年に14.89%となるまでに60年間、さらにフランスでは、1870年の7.41%から1990年に14.03%を迎えるまでに120年間を有している。このようにわが国では戦後他国では類をみないスピードで高齢化率が進行した結果、高齢者施策が追いつかないなどの問題点が浮上した。また、若者の都市進出や少子化の進行などにより核家族が増加するなど、家族形態にも変化が現れてきたことなどにより、政府も高齢者対策について何らかの検討が必要となった。

昭和 40 年代中頃には約 20～30 万人もの寝たきり高齢者が自宅での療養を余儀なくされているなど、高齢者数やその生活実態の深刻さが明らかになった。そこで、1971 年を初年度として社会福祉緊急整備 5 ヵ年計画が策定され、特別養護老人ホームをはじめとする高齢者施設の拡充と量的整備への取り組みが進められた。当時の厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設調査報告」による老人ホームの推移を見ると、1965 年から 1970 年の 5 年間で特別養護老人ホームは 27 施設から 152 施設に増加し、特別養護老人ホームの設置が急速に進んだ。この特別養護老人ホームは老人福祉法の制定によって誕生したものである。その入所要件は、65 歳以上の心身の障害が著しいため常時介護を要する者と規定されたものである。養護老人ホームにおいても、702 施設から 810 施設、軽費老人ホームでは 36 施設から 52 施設へと増加した。3 種類の老人ホーム数の合計は 765 施設から 1,014 施設となった。また 65 歳以上老人の 1,000 人あたりの定員割合も 8.94% から 10.2% に増加し、社会福祉施設緊急整備五ヵ年計画により特別養護老人ホームの数が急増した。

## 2. 介護の専門職誕生に向けての取り組み

では、これまでは養介護施設での介護は誰が行っていたのか。直接介護にあたる人は寮母と呼ばれる職種で特に資格の規定はなく、重度の介護を必要とする入所者に対する介護についての専門的知識や技術を習得してはいなかった。また在宅介護の場合には、1956 年に長野県上田市で発足した家庭養護婦派遣事業が始まりとなり、その後現在のホームヘルプサービス事業の前身である家庭奉仕員派遣事業となった。具体的な援助内容として乳幼児の世話、医師・看護婦の指図のもとに病人の世話、産褥の世話、炊事、裁縫、洗濯、掃除など通常の家事が行われた。この事業はその後、大阪市や名古屋市、神戸市など多くの地域にも広がり、1963 年制定の老人福祉法において「老人家庭奉仕員制度」として定められた。「老人家庭奉仕員制度」による在宅支援は、簡易な家事援助が主な仕事であり、当初は女性の就労先は極めて限定されていたので、特に母子家庭の母親が従事者として当てられ、介護という仕事は家庭の主婦であれば十分に勤まる仕事と考えられていた。しかし施設において介護を担当する寮母については、1966 年全国老人福祉関係者会議において、介護の専門職としての知識や技術を有して施設等で介護実践が行えるように、寮母の資質向上に向けて相当程度の資格基準を定め、資格認定講習や寮母養成機関を設ける必要があると結論づけられた。その後、1972 年には旧厚生省中央社会福祉審議会で「老人ホームの

在り方に関する中間報告」が発表され、老人ホームを収容の場から生活の場へと新たに定義し直した。ここでは入所者の生活の質を高めるために新しいケアのあり方が模索され、直接介護に携わる介護職員の資質が厳しく問われるようになったのである。

1986年、中央社会福祉審議会等の福祉関係三審議会の合同企画分科会では、中・長期的視野に立った制度の見直しをすすめる過程で、急速な高齢化の進展に伴い増大する高齢者をはじめ利用者の福祉ニーズが複雑化し多様化してきている状況のなか、これらのニーズに対応するためには福祉サービスを担う人材の確保と資質の向上が必要と提言された。そこで、今後急増する高齢者に対する介護サービスへの民間企業等の供給も視野に入れ、サービスの倫理や質の確保、高齢者介護に対する社会的責務を果たすためにも資格制度の創設が有効であるとし、介護に従事する者の専門性と資格制度についての検討が行われるようになった。そして1987年2月25日に開催された第13期日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会で、「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」が報告された。ここではケアワーカーの専門性について、「高齢化の進行が著しいわが国において今後安心して終末期を迎えることができるかどうか、非人間的なケアをうけるかどうかはケアワーカーにかかっている。それだけに、ケアワーカーには高齢者の生活を十分に理解するとともに、高齢になっても人間としての尊厳を保持するという責任感と倫理観をともなう専門性が要求される。」と提起された。そこで介護は決して家事労働の延長ではなく、介護の科学化、社会化の傾向が強まりつつある中、その人の状況によって一人ひとりの自立を促していくケアでなくてはならないとされた。

また資格制度については、採用する前に研修すべき内容として、社会福祉の倫理性および制度・その方法、援助に必要な家政学的知識と食・衣・住生活援助のための援助技術、摂食・排泄・衣服の着脱、入浴など介護に関する理解と援助技術、保健・医療に関する理解の以上4点に関する高度の知識と実技が必要であるとし、「個々の自立度や病状に対応できるような介護、さらに医療関係者などとの連携を図れるような知識・教養を身につけ、それらが一人ひとりの個別性に応じて統合化され総合的に活用することができること。これらが介護の専門性として位置づけられるべき性格のものである」との意見が出された。この意見は、これまで認められていなかった介護という仕事の社会的評価を高め、国民が安心して老後を送ることができるようにしていくという意味では非常に重要であったといえる。そして、1987年5月21日第108回通常国会、衆議院本会議において「社会

福祉士法及び介護福祉士法」が全会一致で採択され、わが国の社会福祉分野で初めての介護福祉の専門職制度が法制化されるに至ったのである。

## 第2節 介護福祉士資格の取得方法と資格試験

### 1. 介護福祉士資格取得ルート

社会福祉士及び介護福祉士法が制定され、介護福祉士資格制度が誕生した。資格取得の方法は、介護施設等において介護業務の実務経験を3年以上有した者が国家試験を受験する実務経験ルート、福祉系高等学校にて必要科目を履修した者などが、毎年一回行われる介護福祉士国家試験に合格する福祉系高校ルート。社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等に定められた基準を充足した養成施設において、必要とされる科目を履修した者は国家試験の受験が免除となり、卒業する際に介護福祉士資格を付与される養成施設ルート、以上の3つの方法であった。しかしその後2007（平成19）年には、社会福祉士及び介護福祉士法の改正に伴い、介護福祉士の資格取得方法の見直し（案）がイメージ化された（図1）。

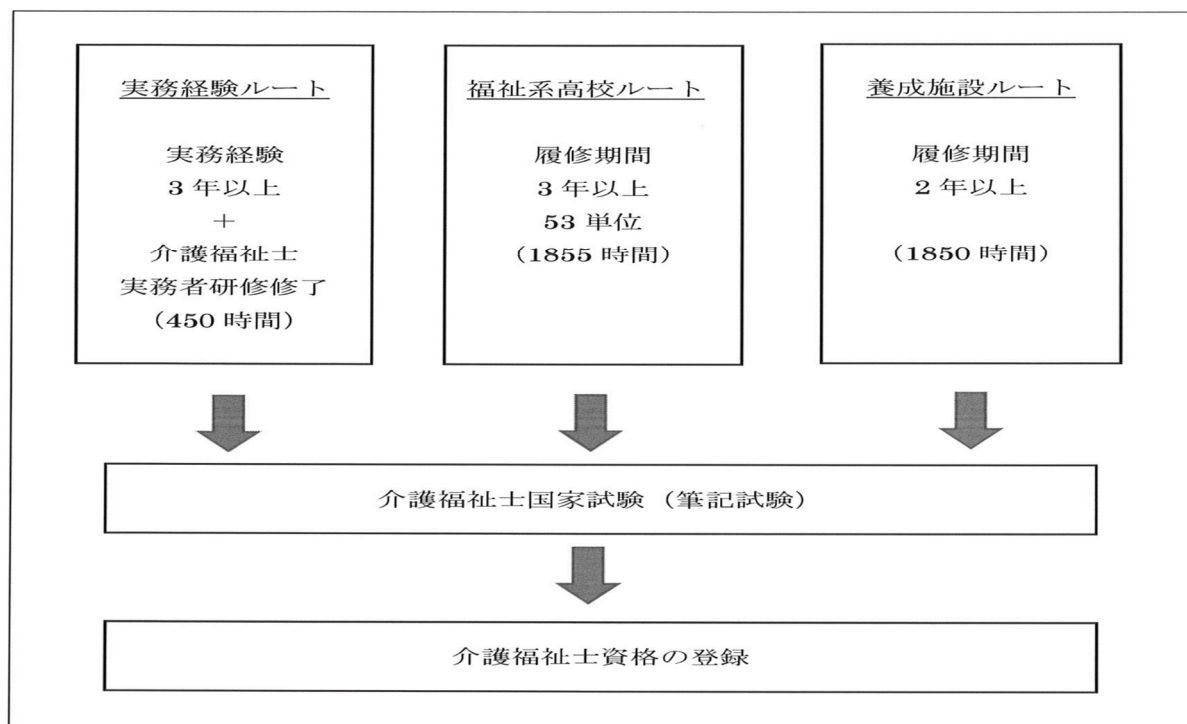
介護福祉士資格の取得方法の大きな見直しのポイントとして、実務経験ルートについては、実務経験3年に加えて介護福祉士実務者研修<sup>3)</sup>という450時間の研修を受講し終了したうえで国家試験を受験することが定められ、これまでは卒業と同時に介護福祉士資格が付与されていた養成施設ルートは、介護福祉士養成課程を修了したあと国家試験を受験する仕組みとなり、すべての者が国家試験を受験することとなった。

以上のように国家試験を受験するには、介護福祉士の質を担保するために必要な介護の理念や根拠、他の知職等との関連付けについて、介護福祉士養成施設や介護福祉士実務者研修、あるいは福祉系高校の教育課程の中で体系的に学習するといった一定の教育プロセスを経ることが必要となった。

---

<sup>3)</sup> 介護福祉士実務者研修の研修内容は、介護についての実践的な内容で、痰吸引や経管栄養などの医療的ケアについても学習する。研修時間は450時間であるが、ヘルパー1級や2級などの保有する資格によって受講内容の重複する部分による受講時間が免除となる。

(図1) 介護福祉士の資格取得方法の見直し(案)



筆者作成

## 2. 介護福祉士国家試験の出題と合格基準

介護福祉士国家試験の位置づけは、介護福祉士に必要とされる基本的知識及び技術が網羅的に備わっていることを確認・評価するものである。3つの資格取得ルートにおいて養成課程における教育内容の標準化を図るとともに、その充実を促進するといった機能を有している。2005(平成18)年12月に開催された社会保障審議会福祉部会「介護福祉士制度及び社会福祉制度の在り方に関する意見」において、単に介護に関する知識の暗記を問うだけではなく、介護に関わる理念の理解や実際の状況に応じた判断力の確認ができる問題であること、また、介護福祉士の基本となる資質となる倫理観や、介護に関する理念等についての理解を問う問題なども出題内容として位置づける必要があるとされ、出題基準は介護福祉士が介護実践を行う中で必要とする知識や技術を踏まえたものとし、定期的に検証が行われる。

表5は筆記試験の試験科目を示したもので、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」「医療的ケア」の4領域となっている。科目数では、介護が人間的・社会的な営みであるという性格上、総合的・多面的に理解されるべきものであるとして、これらの4



領域を横断する「総合問題」を含む 13 科目となっている。配点は 1 問 1 点の 125 点満点  
 で、合格基準は総得点の 60% 程度を合格基準として、問題の難易度で補正した点数以上の  
 得点を合格基準とする。また、60% 程度を満たした者のうち、 人間の尊厳と自立、介護  
 の基本、 人間関係とコミュニケーション、コミュニケーション技術、 社会の理解、  
 生活支援技術、 介護過程、 発達と老化の理解、 認知症の理解、 障害の理解、 こ  
 ころとからだのしくみ、 総合問題、 医療的ケアの 11 科目群すべてにおいて得点があ  
 った者としている。

試験形式は五肢択一マークシート方式で、1 問 1 点の合計 125 点満点である。試験問題  
 の出題形式については、タキノノミー 型（想起：recall）の単純な知識の想起によって  
 解答できる問題や、 型（解釈：interpretation）の設問文で与えられた情報を理解・解  
 釈して、その結果に基づいて解答する問題、 型（問題解決：problem solving）の理解し  
 ている知識を応用して具体的な問題解決を求める問題形式などで、短文事例問題などの出  
 題形式もみられている。近年では、単なる介護に関する知識だけを修得しているかどうか  
 を問う問題だけではなく、介護現場において実際にどのような対応が必要となるのかを考  
 える応用力を問われる問題が増えているなど、介護福祉士養成教育においては、専門的知  
 識や技術を介護現場でどのように応用するかといった教育も必要になっている。

（表 5） 国家試験出題科目

領域	科目名
人間と社会	人間の尊厳と自立
	人間関係とコミュニケーション
	社会の理解
介護	介護の基本
	コミュニケーション技術
	生活支援技術
	介護過程
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解
	認知症の理解
	障害の理解
	こころとからだのしくみ
医療的ケア	医療的ケア
総合問題	総合問題

筆者作成

### 第3節 介護福祉士資格創設時および介護保険制度導入時のカリキュラム

#### 1. 介護福祉士資格創設時のカリキュラム

社会福祉士及び介護福祉士法制定当時の介護福祉士の定義は、第二条の2において「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。」とされた。そして、創設時の介護福祉士養成カリキュラムは、表6で示すように、基礎科目、専門科目、実習に3区分され総時間数1500時間とされていた。

カリキュラムの内訳は、基礎科目120時間、実習を含む専門科目1380時間とされ、基礎科目では「人間とその生活の理解」が教育内容として定められた。専門科目では、社会福祉に関する科目として、「社会福祉概論」、「社会福祉援助技術」、「老人福祉論」、「障害者福祉論」が定められた。ここでは、社会福祉に関する基礎的知識や、高齢者や障害者福祉分野における社会の動向を理解するための基本的な社会福祉用語や、代表的な社会福祉理論、行財政の制度について学習するという体系が準備された。具体的には障害の概念と障害者の法的定義や実態、高齢者やその家族が抱えやすい生活困難を理解し、これら諸問題の緩和および改善のために利用可能な各種の老人福祉サービスや民間のシルバーサービス、老人保健サービス等について学習し理解することとした。また障害者福祉サービス体系と内容、障害者の社会復帰や社会参加を促し発展させていくための具体的な施策や援助方法、それらの福祉施策と関連する保健医療などに関して幅広く学ぶ内容となっている。また「社会福祉援助技術」では、介護を必要とする人と介護を実践する人の間において、信頼関係を構築することが重要な課題となることから、援助を具体的に展開するうえで必要な援助技術や相談援助をはじめとする知識や技術などを体系的に学習する内容とされた。

次に、介護実践の場で直接的に役立つ科目群として「介護概論」、「障害形態別介護技術」、「介護技術」の3科目が定められた。その中の「介護概論」では、介護の目的と機能について理解するとともに、介護の原則や介護従事者の倫理など介護福祉士自身のアイデンティティの確立に繋がる学習をする。また、老人や障害者の介護、日常遭遇しやすい事故や病気について対処しうる知識を学習するなど、介護の専門職として理論と技術を持って介

介護実践が行えるよう介護に関する全般的な知識を学ぶ科目とされた。介護教育の核として介護実践の場で直接的に役立つ科目群の一つとして「介護概論」では、介護の目的と機能について理解するとともに、介護の原則や介護従事者の倫理など介護福祉士自身のアイデンティティの確立に繋がる学習とする。また老人や障害者の介護、日常遭遇しやすい事故や病気について対処しうる知識を学習するなど、介護の専門職として理論と技術を身につけ、介護実践が行えるよう介護に関する全般的な知識を学ぶ科目とされた。

また「障害形態別介護技術」では、高齢者や障害者の特性、その置かれた条件や環境に対応することができる介護の知識・技術を修得するとともに、障害形態別に合わせた介護ができるような内容を学ぶ。そして「介護技術」では、介護の基本的技術の目的、原理を理解し、なぜこのような行為が必要なのかを考える能力を養い、安全安楽で的確な介護ができるように技術を習得するとともに、福祉機器、住設備機器についても正しい使用方法や考え方を身につけることなどが学習の目標として示されていた。その他、「関連知識」を修得する科目として、「リハビリテーション論」、「レクリエーション指導法」、「老人・障害者の心理」、「家政学概論」、「栄養・調理」、「医学一般」、「精神衛生」の7科目が定められた。その中でも「医学一般」では、介護の対象者となる高齢者などは慢性疾患を抱えていることが多く、重症化の予防など病気の早期発見が必要となることから、高齢者に多い代表的な疾患や障害の原因や病名などの基礎的知識を学ぶ科目となっていた。介護は直接的に人間に触れる活動であり、専門職として介護実践を行う場合には、科学的な裏づけのある的確な介護技能を身につけるための広範かつ専門的知識および技術が必要であるとして、当初の介護福祉士養成カリキュラムが構成された。このように制度創設時の教育科目は、教養を高め、介護を必要とする人々、いわゆる日常生活に支障がある人々や家族に対して、社会福祉、家政、介護、医療・看護等の知識・技術を活用しながら、ケアの最適化を図るために実践を通して、問題や課題の解決を図ることのできる人材の養成を目指したものであった。そのため科目も社会的ニーズに合わせて必要な科目が積み上げられてきたことが伺える。

(表6) 介護福祉士制度成立時の養成教育内容と時間数

教育内容		時間数
一般教養科目	人文学系、社会科学系、自然科学系、外国語または保健体育のうちから4科目	120
専門科目	社会福祉概論(講義)	60
	老人福祉論(講義)	30
	障害者福祉論(講義)	30
	リハビリテーション論(講義)	30
	社会福祉援助技術(講義)	30
	社会福祉援助技術(演習)	30
	レクリエーション指導法(演習)	30
	老人・障害者の心理(講義)	30
	家政学概論(講義)	30
	栄養・調理(講義)	30
	家政学実習(実習)	90
	医学一般(講義)	60
	精神衛生(講義)	30
	介護概論(講義)	60
	介護技術(講義)	120
	障害形態別介護技術(演習)	120
介護実習(実習)	450	
実習指導(演習)	60	
合計		1500

出典：板山・京極(1988)『社会介護福祉士への道』エイデル研究所,p259-261。

## 2. 介護保険制度創設時のカリキュラム改正

2000年度に介護保険制度が実施されることに伴い、保健・医療・福祉等、さまざまな職種が一層の連携を図っていく必要性や、介護支援サービスの実施などの新たな役割が求められるようになった。そのため、介護福祉士として自分たちの果たす役割をしっかりと押さえておくことが必要となった。そこでは介護福祉士の役割は、身の回りの世話をするだけの介護から、高齢者や障害者といった利用者の特性に配慮し、利用者の暮らしを支え、利用者や家族とともに自立に向けた実践を行っていくことへと変化していったのである。これらの動きに合わせて、2000年には介護福祉士養成カリキュラムの一部見直しを実施され、教育時間の増加（1500時間以上から1650時間）と教育内容の充実化が図られた（表7）。追加された内容としては、介護保険制度及びケアマネジメントに関する内容の追加、保健医療分野の専門職との連携に必要な医学知識の強化、人権尊重・自立支援等の社会福祉の理念・コミュニケーションに関する内容の強化、居宅介護実習の必修化、介護過程の展開方法の追加等が行われ、知的障害者や精神障害者といった対象者の拡大が図られた。特に「介護概論」においては、人権尊重、自立支援等に関する内容の追加や、介護福祉士の資質を向上させ、専門性を高めるために生活上の課題を解決する介護過程の展開方法を介護概論等に取り入れることなど、事例研究等によって研究的姿勢を涵養する内容が取り入れられた。

2000年のカリキュラム改正のポイントは、専門的な知識や技術の取得だけでなく、権利擁護に関する高い意識を持ち、豊かな感性を備えて人の心を理解し、意思疎通をうまく行い、相手から信頼される人の育成を目標にした点にあった。また、根拠をもって介護を実践できる介護福祉士を養成するために、利用者の状況を判断し、個々に応じた介護を計画的に実施していく能力を身につけることが求められた。だからこそ利用者一人ひとりの状態に応じ根拠をもった介護実践を行うための学習として、介護概論のなかに介護過程が追加されたのであった。しかし2000年の改正では、単元が追加されたのみで介護過程教育のための時間数は追加されなかった。そのため介護過程教育の展開は各養成校の裁量に委ねられ、その結果、介護過程教育は本来の目標に向けては進まなかったのではないという懸念が残された。

(表7) 2000年度(介護保険制度導入)教育内容と時間数

教育内容		時間数
基礎分野	人間とその生活の理解	120
専門分野	社会福祉概論 (講義)	60
	老人福祉論 (講義)	60
	障害者福祉論 (講義)	30
	リハビリテーション論 (講義)	30
	社会福祉援助技術 (講義)	30
	社会福祉援助技術演習 (演習)	30
	レクリエーション活動援助法 (演習)	60
	老人・障害者の心理 (講義)	60
	家政学概論 (講義)	60
	家政学実習 (実習)	90
	医学一般 (講義)	90
	精神保健 (講義)	30
	介護概論 (講義)	60
	介護技術 (演習)	150
	形態別介護技術 (演習)	150
	介護実習 (実習)	450
	介護実習指導 (演習)	90
合計		1650

出所：厚生省令「社会福祉養成施設等における授業科目の目標及び内容並びに介護福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について」1999年。

## 第4節 介護・福祉ニーズの多様化・高度化に対応した2007年のカリキュラム改正

### 1. 求められる介護福祉士像と卒業時の到達目標

2000（平成12）年4月より導入された介護保険制度の基本理念は、自立支援と尊厳の保持である。第一次ベビーブームの団塊の世代と呼ばれる人達が2015年には全員が前期高齢者（65～74歳）に到達し、その10年後には高齢者人口がピークの約3500万人を迎えることとなる。認知症高齢者においては今後急速に増加することが見込まれ、現在の150万人から2025年には250万人となると推計された。また、介護保険施行後の高齢者介護の現状では、要介護高齢者のほぼ半数は認知症の影響が認められる者であるにもかかわらず、認知症高齢者ケアはまだ発展途上であり、認知症高齢者ケアの標準化および方法論の確立が必要とされた。さらに障害者の介護サービス分野においても障害者自立支援法が制定され、知的障害、精神障害、発達障害等がある者への対応など、身体障害以外のニーズへの対応も求められてきた。このような状況から、今後さらに多様化・高度化する介護ニーズに対応できる介護従事者の確保と質の向上が必要となってきた。そして、介護保険施行後におけるサービス利用者の介護サービスに対する権利意識の変化や利用者保護の観点、利用者の権利擁護など、介護において、利用者一人ひとりに個性や生活のリズムを尊重した個別ケアの実践、認知症の増加における心理的、社会的なケアニーズを踏まえた全人的なアプローチの必要性などが求められるようになった。

2003年に公表された高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」の中では、新しいケアモデルの確立のために認知症高齢者ケアを挙げ、身体介護のみではなく認知症高齢者に対応したケアを介護の標準とするべきとされた。特に認知症高齢者は中核症状等により、急激な環境の変化が起こると心理的な不安や混乱が高まって、今までになかった認知症の症状や鬱症状が生じるなどリロケーションダメージを受けやすい。そこで、その人に合った環境を整えて的確に個別に対応し、周辺症状を改善することなど、心理的、社会的なケアニーズを踏まえた全人的なアプローチの必要性が出てきた。また、利用者の権利擁護など利用者保護の観点から、介護において利用者一人ひとりの個性や生活のリズムを尊重した個別ケアの実践が求められるようになった。こうした時代の要請を受けて、「求められる介護福祉士像」として12項目が明示され（表8）、介護福祉士は幅広い利用者に対する基本的な介護を提供できる能力を有する

資格と位置づけられた。そして、介護福祉士養成教育については、卒業時の到達目標として 11 項目が挙げられ、介護を必要とする幅広い利用者に基本的な介護を提供できる能力を兼ね備えた介護福祉士の資格取得時の到達目標が掲げられた(表 9)。この資格取得時の到達目標は、「求められる介護福祉士像」を目指すために各介護福祉士養成施設が目指すべき教育・養成の到達目標である。この到達目標では、介護に関する知識・技術のみならず、関係領域の知識を修得し、介護を必要とする幅広い利用者に対して基本的な介護が提供できる能力を十分に身につけることが目標とされた。具体的には、利用者の心身の状況に応じた介護実践が行えるよう利用者理解を深めるためのコミュニケーション術を身につけること。利用者のエンパワメントを活用し、自立支援に向けた介護を行うことができるようにすること、チームケアとして多職種連携によって介護を実践し、他の職種の専門的知識や新しい情報、考え方を知り視野を広げるように努めることなどが明示された。また、この到達目標においては介護実践の根拠を理解することが挙げられるなど、介護の必要性およびその根拠を理解するとともに言語化することができる教育が求められるようになったのである。

(表 8) 求められる介護福祉士像

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 尊厳を支えるケアの実践</li> <li>2. 現場で必要とされる実践的能力</li> <li>3. 自立支援を重視し、これからの介護ニーズ、政策にも対応できる</li> <li>4. 施設・地域(在宅)を通じた汎用性のある能力</li> <li>5. 心理的・社会的支援の重視</li> <li>6. 予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる</li> <li>7. 多職種協働によるチームケア</li> <li>8. 一人でも基本的な対応ができる</li> <li>9. 「個別ケア」の実践</li> <li>10. 利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力</li> <li>11. 関連領域の基本的な理解</li> <li>12. 高い倫理性の保持</li> </ol> |
|---|

出所：厚生労働省第 11 回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会「介護福祉士の在り方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」2006 年。



(表9) 介護福祉士資格取得時の到達目標

1. 他者に共感でき、相手の立場に立って考えられる姿勢を身につける
2. あらゆる介護場面に共通する基礎的な介護の知識・技術を習得する
3. 介護実践の根拠を理解する
4. 介護を必要とする人の潜在能力を引き出し、活用・発揮させることの意義について理解できる
5. 利用者本意のサービスを提供するために、多職種協働によるチームアプローチの必要性を理解できる
6. 介護に関する社会保障の制度、施策について基本的理解ができる
7. 他の職種の役割を理解し、チームに参画する能力を養う
8. 利用者ができるだけなじみのある環境で日常的な生活が送れるよう、利用者ひとりひとりの生活している状態を把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供できる能力を身につける
9. 円滑なコミュニケーションの取り方を身につける
10. 的確な記録・記述の方法を身につける
11. 人権擁護の視点、職業倫理を身につける

出所：厚生労働省第11回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会「介護福祉士の在り方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」2006年。

## 2. 2007年のカリキュラム改正内容

2007年11月の社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正と併せて、教育体系と教育時間数の抜本的な改正が行われた。またこの改正では、現行の科目、カリキュラム、シラバスにとらわれず、今日的視点で抜本的に見直すことが目標に掲げられた。新カリキュラムでは「人間と社会」「こころとからだのしくみ」「介護」という3つの領域区分が設けられた(表10)。それぞれの領域の関係は、「介護」を中心的な領域として、「人間と社会」「こころとからだのしくみ」がそれぞれバックアップするというものとなっている。具体的な教育内容として「人間と社会」領域では、介護を必要とする人に対する全人的な理解や尊厳の保持、介護実践の基盤となる教養、総合的な判断力及び豊かな人間性を涵養すること、また利用者に対して多職種協働で進めるチームケアに向けて、円滑なコミュニケーションをとるための基礎的なコミュニケーション能力を養うとともに、アカウンタビリティ(説明責任)や、根拠に基づく介護の実践のためのわかりやすい説明や的確な記録・記述を行う能力を養う。さらに介護実践に必要な知識を身につけるという観点から、介護保険法や障害者自立支援法(現在の障害者総合支援法)を中心に、社会保障の制度、施策について

の基礎的な知識を養う。また利用者の権利擁護の視点、職業倫理を養うなどその基盤となる教養や倫理的態度の涵養に資することが挙げられているなど、「人間の尊厳と自立」「人間関係とコミュニケーション」「社会の理解」などが強調されたのであった。

次に「介護」領域では、介護サービスを提供する対象者やその場の個別性を尊重しつつも、あらゆる介護場面に応用できる基本的な介護の知識・技術、自立支援の観点から介護実践できる能力を養う。また、利用者のみならず、家族等に対する精神的支援や援助に向けて、実践的なコミュニケーション能力を養う。さらに介護実践において多職種協働やケアマネジメントなどの制度の仕組みを踏まえ、具体的な事例について介護過程を展開できる能力を養うことが挙げられている。利用者の尊厳の保持、自立支援の考え方を踏まえた生活支援を行うための基礎的な知識や技術を学ぶために「介護の基本」「コミュニケーション技術」「生活支援技術」「介護過程」「介護総合実習」「介護実習」が設けられた。「こころとからだのしくみ」領域では、介護実践に必要な知識という観点から、基礎的な医療的知識を養い、増大している認知症や知的障害、精神障害、発達障害等の分野で必要とされる心理的社会的ケアについての基礎的知識を養うこととされた。具体的教育内容としては、「発達と老化の理解」「認知症の理解」「障害の理解」「こころとからだのしくみ」が示された。また介護保険法等一部改正により、2015年度以降は介護福祉士がその業務として喀痰吸引等を行うことが可能となったため、介護福祉士養成課程においても喀痰吸引等をはじめとする医療的ケアに関する基本研修 50 時間を行うこととなり、合計 1850 時間程度の課程となった。

(表10) 2007年新カリキュラム3領域および領域の目的

領域	領域の目的
人間と社会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護を必要とする者に対する全人的な理解や尊厳の保持、介護実践の基盤となる教養、総合的な判断力及び豊かな人間性を涵養する。</li> <li>2. 利用者に対して、あるいは多職種協働で進めるチームケアにおいて、円滑なコミュニケーションをとるための基礎的なコミュニケーション能力を養う。</li> <li>3. アカウンタビリティ（説明責任）や根拠に基づく介護の実践のための、わかりやすい説明や的確な記録・記述を行う能力を養う。</li> <li>4. 介護実践に必要な知識という観点から、介護保険や障害者自立支援法を中心に、社会保障の制度、施策についての基礎的な知識を養う。また、利用者の権利擁護の視点、職業倫理を養う。</li> </ol>
介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護サービスを提供する対象、場によらず、あらゆる介護場面に汎用できる基本的な介護の知識・技術を養う。</li> <li>2. 自立支援の観点から介護実践できる能力を養う。</li> <li>3. 利用者のみならず、家族等に対する精神的支援や援助のために、実践的なコミュニケーション能力を養う。</li> <li>4. 多職種協働やケアマネジメントなどの制度の仕組みを踏まえ、具体的な事例について介護過程を展開できる能力を養う。</li> </ol>
このところからだのしくみ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護実践に必要な知識という観点から、からだところのしくみについての知識を養う。</li> <li>2. 増大している認知症や知的障害、精神障害、発達障害等の分野で必要とされる心理的社会的ケアについての基礎的な知識を養う。</li> </ol>

出所：厚生労働省「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例(案)2007年。

2007年の新カリキュラムと時間数では、「介護」領域の内、介護過程が履修科目として150時間追加されたことが大きな特色となっている(表11)。専門性のある介護福祉を行うためには、3領域で学んだ知識を特定の利用者に合わせて、どのように計画を立て介護実践を行うかという基本的全体像を構築する作業が必要となる。そのためには人間の尊厳と自立といった介護の基本となる理念と、関連する多様な知識を身につけなければならない。介護過程はまさにそのような教育目標に向けて新たに追加された科目である。450時間の介護実習と120時間の介護総合演習を結ぶ役割を担うのが介護過程の教育であり、そのためにこそ介護過程は新たな科目として介護福祉士教育に加えられたのである。

以上のように、2007年のカリキュラム改正のポイントは、専門的な知識や技術の取得だけでなく、権利擁護に関する高い意識を持ち、豊かな感性を備えて人の心を理解し、意思疎通をうまく行い、相手から信頼される人の育成を目標にした点にあり、そのような人材育成に向けてのカリキュラム内容となったことにある。また、2000年のカリキュラム改正で初めて登場した介護過程が、2007年の改正において実質的な教育内容を獲得した。介護

過程教育の充実は介護福祉士の専門性の構築において貢献することが期待される。介護は多職種連携によるチームケアで実践するものであり、介護福祉士としての視点から「なぜこの介護が必要なのか」また、「このままではどのような状況になってしまうのか」などの、アセスメント力の向上に向けた教授が求められる。

(表 11) 2007 年の新カリキュラムと時間数

領域	教育内容	時間数
人間と社会 の 理解	人間の尊厳と自立	30 以上
	人間関係とコミュニケーション	30 以上
	社会の理解	30 以上
	上記必修科目のほか、人間と社会に関する選択科目	
	小 計	240
介護	介護の基本	180
	コミュニケーション技術	60
	生活支援技術	300
	介護過程	150
	介護総合実習	120
	介護実習	450
	小 計	1260
こころと からだのし く み	発達と老化の理解	60
	認知症の理解	60
	障害の理解	60
	こころとからだのしくみ	120
	小 計	300
合 計		1800

出所：厚生労働省「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例(案)2007年。

## 第5節 「今後、求められる介護福祉士像」に即した2018年のカリキュラム

### 1. 介護福祉士養成課程の教育内容の見直しの背景

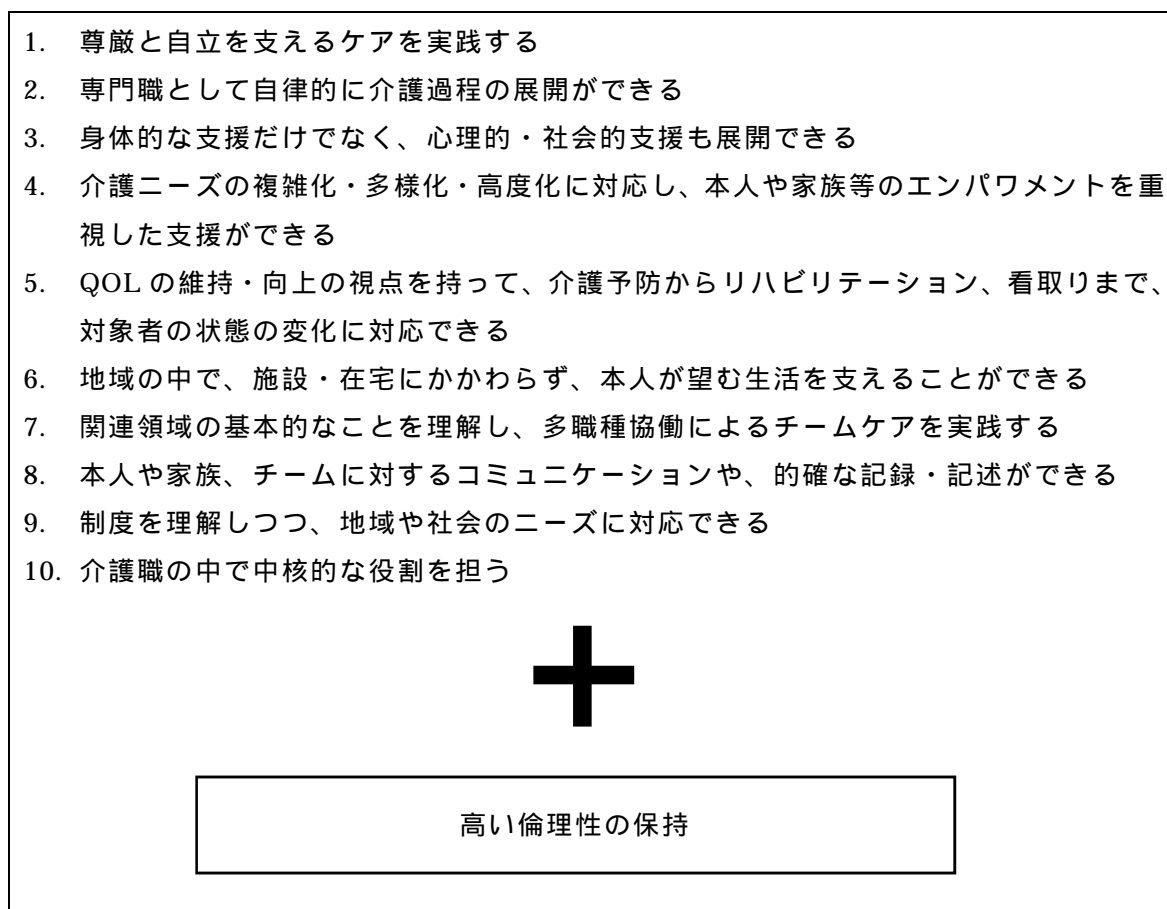
第10回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」(平成29年3月28日)において、介護職の業務実施の現状などについての検討が行われ、平成29年10月に報告書がとりまとめられた。この報告書によると、介護福祉士の有資格者と介護職員初任者研修修了者や介護に関する資格を持たない介護職との明確な業務分担がされていない。また、介護過程においてアセスメントや計画書の作成、見直しなどの業務に介護福祉士が中心的に関わっているとはいえない。介護事業所等の管理者は、介護職がチームリーダーとして十分に力を発揮できていないと感じている者が多い、などの介護現場での課題が明らかになり、今後の方向性が示された。

取り組むべき今後の方向性としては、介護サービスの質の向上を図るとともに、介護福祉士の社会的評価を高めるために、一定のキャリアを積んだ介護福祉士が介護のチームリーダーとして担っていくべき役割を明確にしていく必要がある。介護のチームリーダーとして求められる役割は次の通りである。まず、高齢者や医療的ニーズの高い利用者、終末期の看取りを含めた障害の特性に応じた対応において、より利用者の心身状況等についての観察力を深め、個々の利用者に応じた適切な対応ができる。また多職種協働においてチームケアの一員として医師・看護師・リハビリ専門職における多職種間の連携を図り、介護の業務が遂行できる。介護のチーム内では、新人職員や後輩などの介護職に対して根拠に基づいた介護技術の指導や伝達を行うなど、後世を育成していく指導力を持ち、個々の介護職の能力に応じた指導を行っていく。また介護過程の展開では、介護実践を管理し介護のチーム内で情報を共有できるよう利用者に関する情報を様々な機関から収集する役割を担う、など報告書には「今後、求められる介護福祉士像」が示された(表12)。

介護福祉士養成教育では「今後、求められる介護福祉士像」に即した介護福祉士養成に向けて養成課程の教育内容の見直しが検討された。主な事項として、領域「人間と社会」において、チームマネジメント能力を養うための教育内容の拡充、領域「人間と社会」「介護」において、対象者の生活を地域で支えるための実践力の向上、領域「介護」において、介護過程の実践力の向上、領域「こころとからだのしくみ」において、認知症

ケアの実践力の向上、領域「介護」「こころとからだのしくみ」において、介護と医療の連携を踏まえた実践力の向上、以上の5つの観点から養成課程での教育内容の見直しが行われた。チームリーダーには、高度な技術を有する介護の実践者としての役割と、介護技術の指導者としての役割、さらには介護職チーム内のサービスをマネジメントする役割が求められる。したがって介護福祉士養成教育では、チームリーダーの役割を果たす能力の育成を目指していかなければならない。

(表12) 今後、求められる介護福祉士像



出所：厚生労働省第13回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」2018年。

## 2. 2018年のカリキュラム改正内容

表 13 は、カリキュラムの全体像である。教育のねらいは、領域「人間と社会」では、福祉の理念を理解し、利用者の尊厳の保持や権利擁護の視点を持つとともに、介護の専門職としての基盤となる倫理観を養うこと、また、チームケアを遂行するために必要となるコミュニケーションや、チームマネジメントの基礎的知識を身につけること。さらには、利用者の地域での生活を支えていくことができるよう、その支援についての基礎的な知識や、制度、施策についての知識を身につけるとともに、介護実践を行うにあたり、総合的な判断力及び豊かな人間性を養うことが目的とされた。教育時間数については、教育内容の中で示されている「人間関係とコミュニケーション」の教育に含むべき事項に、チームマネジメントを 30 時間から 60 時間へと追加し、また、介護実践をマネジメントするために必要な組織の運営管理、人材の育成や活用などの人材管理、それらに必要なリーダーシップを取れる人材育成や、さらにはリーダーの指示に従って業務を遂行するだけでなく、主体的に業務を遂行できるフォロワーシップについての学習内容の充実を図ることなど、チーム運営の基本を理解する内容が含まれた。また、「社会の理解」の教育に含むべき事項に、地域共生社会を追加、地域共生社会の考え方を学習し、地域包括ケアシステムのしくみを理解し、その実現のための制度や施策を学ぶ内容が追加された。

領域「介護」での教育のねらいは、介護福祉士に求められる役割と機能を理解するとともに、介護の専門職としての態度を養うこと。介護実践の場において、様々な場面に必要とされる基礎的知識・技術を習得し、利用者本人やその家族との関係性を構築するためのコミュニケーション能力、さらには多職種連携に必要なコミュニケーション能力を習得すること。そして、利用者本人が生活の主体となって地域での生活が継続できるための介護過程展開能力を養うこと。そのために必要となる観察力や判断力、思考力を養うこととされた。具体的には、「介護過程」では、各領域で学んだ地域と技術を領域「介護」で統合し、アセスメント能力を高め実践力の向上を図る。また、「介護総合演習」では、介護実践に必要な知識や技術の統合を行い、自身の介護観を形成するとともに、専門職としての態度を養う学習とし、「介護実習」では、実習 で、地域やその他さまざまな生活の場を理解するとともに、本人やその家族とのコミュニケーションを図り、生活支援を行う基礎的な能力を習得する。また、実習 では、本人の望む生活の実現に向けて、多職種協働において介護過程の展開が行える能力を養う学習とする。

領域「こころとからだのしくみ」の教育のねらいは、介護実践に必要な知識として認知症に関する知識や、知的障害、精神障害、発達障害の分野で必要とされる心理的社会的ケアについての基礎的知識を養うところにある。特に認知症ケアの実践力の向上を目指すため、教育内容の一つである「認知症の理解」の教育に含むべき事項として、認知症の心理的側面の理解を追加し、医学的・心理的側面から、認知症の原因となる疾患及び段階に応じた心身の変化や心理症状を理解し、生活支援を行うための根拠となる知識を理解する内容とする。また、「こころとからだのしくみ」の教育は、介護技術の根拠となる人体の構造や機能を理解するために必要な基礎的な知識の習得と、介護サービスにおける安全への留意点や心理的側面への配慮について理解ができるよう、生活支援の場面に応じた心身への影響といった学習内容に大別される。「発達と老化の理解」の教育では、人間が成長し、発達していく過程の基本的な考え方を基に、人間の発達の観点から老化を理解できる基礎的な学習内容とする。さらに、「障害の理解」の教育においては、障害のある人の心理および身体機能に関する基礎的知識を習得し、本人やその家族などを含む周囲の環境にも配慮した介護の視点を学習する内容とされた。

以上のように、2018年度の介護福祉士養成課程の教育内容の見直しでは、介護福祉士養成教育での人材育成においては専門性の明確化・高度化を目指したものが求められるものとなっている。そのためにも介護過程におけるアセスメント力の教育は、介護福祉士の実践力に繋がるものであり、チームケア実践において介護福祉士の視点を介護職や他職種に介護の必要性や根拠を伝えることができる介護福祉士養成に向けたアセスメント教育を行っていかなければならない。



(表 13) カリキュラムの全体像

領域	目 的
人間と社会の理解	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 福祉の理念を理解し、尊厳の保持や権利擁護の視点及び専門職としての基盤となる倫理観を養う。</li> <li>2. 人間関係の形成やチーム働く力を養うための、コミュニケーションやチームマネジメントの基礎的な知識を身につける。</li> <li>3. 対象者の生活を地域の中で支えていく観点から、地域社会における生活とその支援についての基礎的な知識を身につける。</li> <li>4. 介護実践に必要な知識という観点から、社会保障の制度、施策についての基礎的な知識を身につける。</li> <li>5. 介護実践を支える教養を高め、総合的な判断力及び豊かな人間性を養う。</li> </ol>
介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護福祉士に求められる役割と機能を理解し、専門職としての制度を養う。</li> <li>2. 介護を実践する対象、場によらず、様々な場面に必要とされる介護の基礎的な知識・技術を習得する。</li> <li>3. 本人、家族等との関係性の構築やチームケアを実践するための、コミュニケーションの基礎的な知識・技術を習得する。</li> <li>4. 対象となる人の能力を引き出し、本人主体の生活を地域で継続するための介護過程を展開できる能力を養う。</li> <li>5. 介護実践における安全を管理するための基礎的な知識・技術を習得する。</li> <li>6. 各領域での学びを統合し、介護実践に必要な観察力・判断量及び思考力を養う。</li> </ol>
こころとからだのしくみ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護実践に必要な根拠となる、新進の構造や機能及び発達段階とその課題について理解し、対象者の生活を支援するという観点から、身体的・心理的・社会的側面を統合的に捉えるための知識を身につける。</li> <li>2. 認知症や障害のある人の生活をさせるという視点から、医療関連職種と連携支援を行うための、心身の機能及び関連する障害や疾病の基礎的な知識を身につける。</li> <li>3. 各領域での学びを統合し、介護実践に必要な観察力・判断力及び思考力を養う。</li> </ol>
医療的ケア	<p>医療的ケアが必要な人の安全で安楽な生活を支えるという観点から、医療職との連携のもとで医療的ケアを安全・適切に実施できるよう、必要な知識・技術を習得する。</p>

出所：厚生労働省第 13 回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」2019 年。

## 第 章 アセスメント教育に求められるもの

個々の利用者に対応した介護過程を展開していくためには、介護を必要とする人の多角的な情報を収集し、これらの情報を解釈・分析し、統合化して利用者の解決すべき課題を明確にし、生活者としての全体像を把握するといった介護過程の核となる作業が必要となる。介護過程は介護の専門性を具現化するものであり、2007年の新カリキュラムにおいて核心的位置を占めた。また、その中でも介護を要する利用者の解決すべき課題を明確化するアセスメント教育は、介護過程教育の核となる。

本章では、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域間での学習を統合させて、実践させる能力を身につける学習を目標とするアセスメント教育に焦点を合わせ、アセスメント教育方法の基盤となる考え方についての検討を進めたい。

### 第 1 節 介護過程とは

2007年のカリキュラム改正に先立って、介護福祉について検討を深めていたのが西村(2005)<sup>4)</sup>である。西村は「介護福祉とは、高齢者および障害者・児等で、日常生活を営むのに支障がある人びとが、自立した生活を営み、自己実現が図れるように、対人援助、身体的・社会的・文化的な生活援助、生活環境の整備等を専門的知識と技術を用いて行うところの包括的(総合的)日常生活援助のことである」と述べている。介護は実践の科学であり、専門性を存在させるためには介護実践の根拠が必要となる。科学的とは考え方や行動の仕方が論理的かつ実証的で系統立っており、普遍性および客観性を維持するための仕組みが整備されていること。そこで介護の科学化を目指すためには、介護の必要性について思考しなければならない。すなわち、思考とは「思考者が思考対象に関して何らかの意味合いを得るために頭の中で情報と知識を加工すること」<sup>5)</sup>であり、外から得られた情報と頭の中にすでに保有している情報を加工するという作業を行い、そこにどのような意味合いがあるのかを解釈することである。

また、介護福祉士が行う介護は、介護の重度化を防止するなど予測性をもった視点が求

4) 西村(2005)『介護概論』メジカルフレンド社,p.73。

5) 波頭(2004)『思考・論理・分析』産業能率大学出版部,p.16。

められる。さらに、利用者それぞれがもつ残存能力および潜在能力を活用することは、利用者のできないことに対して全面的に介護を提供するのではないという点を認識する必要がある。すなわち専門職が行う介護は、利用者の自立支援に向けて専門的知識を活用した客観的で科学的な思考に基づく介護実践である。

横尾(2007)<sup>6)</sup>は介護過程について「 職業倫理を基盤にして、利用者を主体者とし専門的にかかわり、利用者の生活の質を向上させるための技法である。 提供する介護が専門性の高いものであるためには、表面的でその場しのぎの介護であってはならない。 介護過程は、個々の介護ニーズを的確に把握し、計画的に介護を実践し、評価していく科学的な問題解決法である。 利用者にとって人的環境となる介護従事者の自己覚知の必要性を考える機会である」と述べている。さらに石野(2008)<sup>7)</sup>は、「介護過程とは、利用者一人ひとりが望む生活を実現するために、多角的な情報収集を行い、生活上のニーズや解決すべき課題を明確にし、介護計画を立案、実施、評価する一連の思考と実践の過程である。この過程は、利用者との関係が続く限り継続するものである」と指摘している。

以上のように、一連の思考過程を通じた介護実践が介護過程であり、介護過程を展開するためには、一部の偏った情報では利用者の生活の全体像をとらえることができず、逆効果をもたらす危険性がある。また介護福祉士の独断と恣意的な考えで実施されるのものであってはならない。筆者はこれまで進めてきた介護過程の研究で、利用者の状況を多面的に捉え、その捉えた情報間の関連性から現状を理解するというアセスメント力を向上させることが重要となると主張してきた(嶋田、2015、2016)。アセスメント教育では「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域の各科目で学習した知識や技術を基に、適切に利用者の生活上の課題を導き出すことができるアセスメント力を養う教育を目指していかなければならない。

---

6) 建部(2007)『臨床に必要な介護概論』所収の横尾英子「第6章介護過程の理論と実践」弘文社,p113。

7) 石野(2008)『介護過程』メジカルフレンド社,p13。

## 第2節 介護過程展開に必要なアセスメント

### 1. アセスメントとは

アセスメントには、事前評価や課題分析といった意味がある。介護過程に必要なアセスメントは、観察という方法を用い、多角的な視点で情報を収集し、対象者の全体像を把握し、さらに総合的な判断をもって課題を明らかにすること<sup>8)</sup>である。また、主要出版社から出版されている『介護過程』テキストでアセスメントについての記述を見ると、黒澤貞夫編著による建帛社のテキストでは、「生活困難を生じている利用者に対し、必要な情報を収集し、ニーズを把握して、自立支援やQOLの向上を目指したケアプランにつなげていく重要な位置を占めるものである」<sup>9)</sup>。介護福祉士養成講座編集委員会編集による中央法規のテキストでは「生活支援をするうえで特に重要な部分であり、アセスメント段階で必要な支援とその理由を明確にし、利用者にかかわる介護職で共有する」<sup>10)</sup>として、アセスメントはチームケア実践においても重要であるとしている。また、日本介護福祉士養成施設協会編集によるテキストでは「介護援助の方向性を総合的に判断するため、情報を収集しながら分析・統合等を行い情報の意味を解釈すること」<sup>11)</sup>。石野育子編著によるメジカルフレンド社のテキストでも「情報収集とニーズおよび解決すべき把握の段階」<sup>12)</sup>として、介護を必要とする人の生活ニーズを明らかにする過程であるとしている。さらに澤田・石井・鈴木監修によるミネルヴァ書房のテキストは、アセスメントとは「本人自身が満たすことのできる能力を見定め、本人を取り巻く環境の力を把握した上で、支援計画策定にこれらの情報を利用できるよう加工する作業である」<sup>13)</sup>と、具体的に説明している。以上の記述からアセスメント過程は、情報収集、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、の3つのプロセスから成り立っている。また介護過程におけるアセスメントの目的は、介護を必要とする人の生活全体をさまざまな視点から把握し、生活全体の事象を成立させている要因や背景を探りだし、解決すべき課題を明確にすることである。すなわちアセスメントは、介護過程の中核的な作業であり、介護の目的を達成するために行う介護

8) 六角(2008)『アセスメントからはじまる高齢者ケア』医学書院,序。

9) 黒澤貞夫編著(2007)『ICFを取り入れた介護過程の展開』建帛社,p58。

10) 介護福祉士養成講座編集委員会(2011)『介護過程』中央法規,p18。

11) 川井・野中(2014)『介護の基本/介護過程』日本介護福祉士養成施設協会,p202。

12) 石野(2008)『介護過程』メジカルフレンド社,p60。

13) 澤田・石井・鈴木(2009)『介護過程』ミネルヴァ書房,p80。

や医療などの専門的知識を活用した客観的で科学的な思考過程であると言える。

## 2. アセスメントシートを用いたアセスメント教育

アセスメントの教育方法では、ひとつの模擬事例を使いアセスメントを進め、介護過程を展開していく教授方法が一般的である。模擬事例を用いて利用者に関する多面的な情報収集から始まり、それらの情報を整理し、それぞれの情報の意味を解釈したうえで、情報を統合化していくという一連の作業を通して課題を明確化していく。事例検討の効果については、「事例を繰り返し読み込むことにより、同じようにみえていた利用者でもその思いは一人ひとり全く異なること、同じ課題を抱えた利用者でも、専門職のかかわり方によって、全く違う効果が得られることなどが理解できる」<sup>14)</sup>と記述されているように、事例を読み利用者像をイメージしていきながら実際に介護過程を展開していくことで、思考力や情報の解釈力を上げる効果が期待できる。

介護過程でのアセスメントに活用されるのが介護過程展開シートまたはアセスメントシート（以下、アセスメントシート）と呼ばれる書式である。第1章でも論じたように、アセスメントシートは思考過程を進めていくツールとなり、アセスメント教育を進めていく上で重要な位置を占め、利用者の性別・氏名などの基本情報や、身体的状況、精神的状況、心理的状況、社会的状況など多面的な情報を記載する。しかし、どのような情報を収集するかについては、各養成校の裁量に委ねられている現状がある。そこで先述した主要出版社のうち、4社の『介護過程』テキストに掲載されているアセスメントシートの情報項目とその内容を整理した（表14）。

情報項目では、中央法規、日本介護福祉士養成施設協会は、「現在の状況」「本人の思い」などで、メヂカルフレンドとミネルヴァは、具体的に「本人からの情報」「観察した情報」、「利用者との関わりからの情報」「その他から得られた情報」などの項目となっている。情報とは受け手に対して、状況という事実を丸ごと伝達するものではなく、その状況についての知識や判断を生じさせる材料を伝達するものとなる。また、介護福祉士が事実をありのままに観察した客観的情報と、利用者自身が思っていることや考えている主観的情報、さらには他者から報告を受けた情報や記録物などからの情報など多種多様である。偏った情報収集にならないように、また先入観や偏見をもたずに情報収集するために、情報の出

<sup>14)</sup> 介護福祉士養成講座編集委員会（2011）『介護過程』中央法規,p122。

所を明らかにして情報収集を行うことは必要と言えるだろう。情報の内容では、表現方法には各社により相違があるものの、利用者に関する ADL 状況や健康状態、利用者自身の思いや要望、利用者を取り巻く環境など、多面的な情報を収集する内容となっている。

アセスメントシートでは、情報収集の次に収集した情報を解釈していく作業を行う。中央法規、ミネルヴァ書房、情報の解釈・分析・統合化をまとめて行うようになっている。また、日本介護福祉士養成施設協会、メヂカルフレンド社では、情報の解釈・分析を行い、情報を統合化し、課題の明確化に繋いでいる。さらに全社テキストのアセスメントシートでは記述式形式を掲載しており、情報収集で利用者の情報を記入した後に情報の解釈や分析を文章で記述している。しかし実際の介護現場ではこのような文章化したアセスメントシートはあまり活用されず、簡素化されているケースが多い。但し、アセスメント教育では思考を言語化する教育は不可欠であり、繰り返しの学習が必要となるだろう。思考を言語化できる学習を続けることで、介護方法のみを考えるのではなく、常に頭の中で「なぜこのような状態になったのだろうか」といった思考の習慣を養うことができるのではないだろうか。このようにアセスメント教育に活用するアセスメントシートでは、思考を明確な言葉で記述できる能力を養うことを可能にするシートの開発も必要であると考えられる。

(表 14) 出版社別『介護過程』テキストの情報項目内容

出版社等	情報項目	内 容
中央法規出版 『介護過程』 介護福祉士養成講座編集委員会編集	現在の状況  本人の思い 環境等	起居・移動（寝たきり、座位、立位、歩行）、口腔（義歯・歯の衛生状態）整容活動（身づくろい、着脱）、入浴・清潔保持、身支度、排泄活動・排泄手段、食事・食欲、対人関係、特別食（治療食、経管栄養、胃瘻）、家事、役割遂行（家庭内、地域） 喜び、楽しみ、希望、自尊感情 家族関係、インフォーマルサービス、介護者の状況・介護力、キーパーソン、虐待の有無、金銭管理（年金、その他の収入）、住宅改修、生活に必要な用具、フォーマルサービス、福祉用具、成年後見人
日本介護福祉士養成施設協会 『介護の基本/介護過程』 川井太加子・野中ますみ編著	現在の状況  本人の思い 環境等 健康状態	運動・移動、更衣、排泄、食事、対人関係、学習と知識の応用、健康に関する認識等、余暇の過ごし方、趣味、信仰・宗教等、意欲・関心ごと、家族の思い、家族の状態、家庭生活 現在行われている治療・処置、BMI、症状・訴え等、体重、認知症の程度（中核症状、BPSD等） 現在の生活で注意していること
メヂカルフレンド社 『介護過程』 石野育子編著	本人からの情報 観察した情報  他者・記録からの情報	コミュニケーション能力、食事および水分摂取量、清潔保持、ADL IADL、他者との交流、要望、自己決定できる機会、生活の満足度や活気の様子、生活用品購入状況、家族関係・家族構成、家族の介護力、権利擁護、困った時の支援、自己決定への支援 処置、治療、薬物、現病歴、睡眠状態、危険な症状、口腔衛生 バイタルサインの異常、排尿排便の健康、皮膚粘膜の状態、誤嚥の危険、認知症状態と適切な対応、事故の危機、精神的な安定 障害状況、障害者手帳、福祉サービスの利用、生活歴（経済状況を含む）、苦情
ミネルヴァ書房 『介護過程』 井上千寿子・澤田信子・白澤正和・本間昭監修	利用者との関わりから情報  その他から得られた情報	コミュニケーション能力（意思疎通）、排泄（尿意・便意、失禁状態） 食事活動（自助具）、感覚・機能（拘縮、麻痺、補聴器、眼鏡） 既往歴・現病歴、栄養状態（肥満、やせ）、呼吸、身長、体温、平常時のバイタル、受診・服薬（かかりつけ医、服薬管理、リハビリテーション、宗教、アクティビティ（レクリエーション、外出） 価値観・習慣、生涯学習への参加、特技、現在の生活で注意していること、趣味・娯楽・嗜好（喫煙習慣、飲酒）、安心、安寧、意欲・生きがい、終末期への希望、役割（家庭・社会）、苦痛・不安、不満 認知障害、憂鬱・気分の落ち込み、ストレス、行動障害、障害の状況（身体・知的・精神） 入所における本人・家族の要望、居住環境（家屋の環境、住居周辺環境）、経済状況（被扶養者、扶養者）、家族構成および家族関係 サービス（制度）の利用状況、要介護状態区分・障害程度等級 施設に入所に至るまでの経緯、性格（個性）、生活歴・出身地 入所してからの経緯、入所に至った理由、入所前の生活状況

主要出版社4社の『介護過程』テキストを参考に筆者作成

### 第3節 ICEモデルを活用したアセスメント

#### 1. ICFの概観と構造

専門職が行う介護には思考過程を通じた介護実践が求められる。そこで利用者理解に向けて活用されるツールとして、世界保健機関( WHO )が 2001 年に ICIDH を改訂した ICF ( International Classification of Functioning, Disability and Health; 国際生活機能分類 ) がある。

ICF は人間の生活機能と障害とを判断するために、健康領域と健康関連領域を系統的にグループ化したものであり、生活機能が何らかの理由で制限されている状況を障害と捉える。本来 ICF の目的は、健康状況と健康関連状況の相互作用の結果や、それらの決定因子を理解し研究するための科学的基盤の提供など、保健医療職種や福祉職種、さらには研究者や政策立案者などを含むさまざまな専門分野の人々の共通理解として役立つことである。

ICF が扱う範囲は、人の健康すべての側面と健康に関する構成要素のいくつかで、それらは健康領域および健康関連領域として構成されている。また ICF は、障害の対処として治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目標とした医学モデルと、障害は主としてその多くは社会環境として作り出されたものであり、社会変化を求めるべきであるとした、社会モデルとの統合に基づいている。

ICF の構成要素は、その定義に示されている。すなわち「健康との関連において、心身機能 ( body functions ) とは、身体系の生理的機能 ( 心理的機能を含む )。身体構造 ( body structures ) とは、器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分と、著しい変異や喪失などといった心身機能または身体構造の問題を示す機能障害 ( impairments ) ( 構造障害を含む )。活動 ( activity ) とは、課題や行為の個人による遂行。参加 ( participation ) とは、生活・人生場面 ( life situation ) への関わり。また、活動制限 ( activity limitation ) とは、個人が活動を行うときに生じる難しさのこと、参加制約 ( participation restrictions ) とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ。環境因子 ( environmental factors ) とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子」<sup>15)</sup>と定義されている。

ICF の構造には 2 つの部門があり、第 1 部は生活機能と障害の部門、第 2 部はその背景

<sup>15)</sup> 世界保健機関 ( 2003 ) 『国際生活機能分類』 p9。



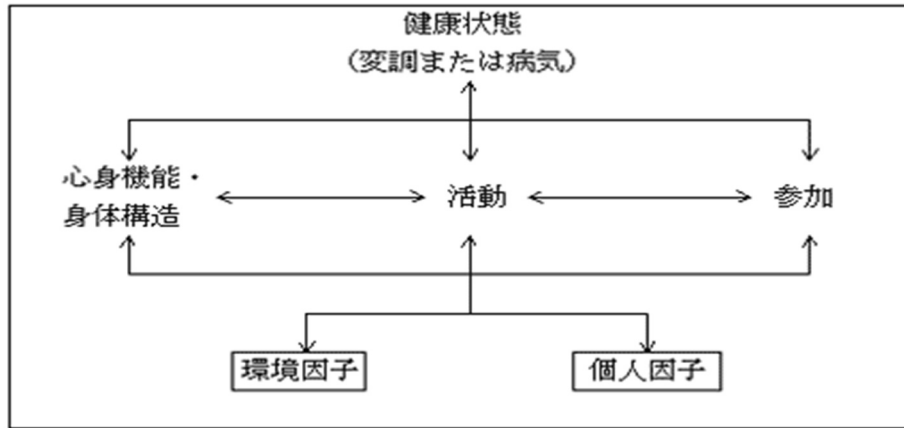
因子 ( contextual factors ) となる環境因子と個人因子 ( personal factors ) の部門である。第 1 部の生活機能 ( functioning ) とは、心身機能・身体構造、活動と参加の包括用語で、障害とは機能障害を含む活動制限と参加制約の包括用語である。

生活機能と障害は、個人とその人の背景因子との相互作用のうちの肯定的側面と否定的側面を表すものである。心身機能と身体構造の構成概念は、心身機能の変化および身体構造の変化で、それぞれ 8 つにカテゴリー化されている。また、活動と参加の構成概念は能力と実行状況に分けられ、9 つにカテゴリー化されている。第 2 部の背景因子の構成要素は、環境因子と個人因子の 2 つで、環境因子は人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことで、促進因子と障害因子といった構成概念となっている。個人因子は、個人の人生や生活の特別な背景として、性別、人種、体力、ライフスタイル、習慣、成育歴、困難への対象方法や、教育歴、職業、過去および現在の経験など社会的背景などが含まれる。

また ICF では、急性や慢性疾患、変調、傷害、ケガ ( 外傷 ) の包括的用語として健康状態 ( health condition ) と表現している。これは病気などの疾患だけではなく、妊娠や加齢、ストレスや先天性異常、遺伝的素質なども含んでいる。ICF における障害のとらえ方は、個人の身体的・精神的な客観的な事実だけで障害をとらえるのではなく、個人の生活機能は、健康状態とその背景にある環境因子と個人因子との間の相互作用、あるいは複合的な関係で生活上における障害が生じている状態、とみなされることに特徴がある ( 図 2 )。

ICF の分類コードには評価点基準があり、心身機能・身体構造の評価点、活動と参加の実行状況と能力の評価点、環境因子の評価点が健康のレベルの大きさや問題の重大さを表すものとなる。活動と参加を評価する目的およびその活用の在り方については、生活機能に生じる障害を明らかにする材料のみならず、健康状態の予後予測を考えるものとしても活用し、それぞれの相互作用による障害を理解することに繋げていく視点が重要である。

(図2) ICFの構成要素間の相互作用



出典：世界保健機関（2003）『国際生活機能分類』p17。

## 2. 心身機能・身体構造領域のカテゴリー

生活機能において、身体の構成要素は心身機能と身体構造の2つの領域に分類されている。表15で示すように、心身機能は身体系の心理的機能を含む生理的機能で、8つの領域に分類されている。その1つ目として、意識状態や覚醒度、周囲への認識性の質などの意識機能や、外向性・内向性、協調性、誠実性といった一般的には性格を表すものが含まれる。また、睡眠の量や質、レム睡眠やノンレム睡眠などの睡眠機能が含まれる。さらには、物事の抽象化、時間管理、洞察、判断、問題解決などの高次認知機能など脳機能および一般的な精神機能となっている。2つ目の感覚機能は、視力、視野、視覚の質に関する機能で、近視や遠視、乱視、視野狭窄などは機能障害となる。また、痛みの感覚については、全身的な痛みや局所的な痛み、鈍痛や刺すような痛みなど、痛みの感じ方が含まれる。3つ目の音声と発話の機能については、発生や音声の質、発話の流暢性、歌唱、詠唱、喃語、ハミングなど代替性音声機能などが含まれている。4つ目には、心機能、血管・血圧の機能、感染を含む異物に対する免疫機能などが含まれる。また、呼吸のリズムや深さなどの呼吸機能、全身の持久力、有酸素能力などがこの領域となっている。5つ目は、消化器系に関するもので、咀嚼、唾液分泌、嚥下などの摂食機能や、胃腸管での食物の移動や分解、栄養素の吸引などである。さらには、排便、便の固さ、排便の頻度、排便の抑制などの排便機能は心身機能として分類されている。6つ目の尿路・性・生殖の機能については、尿の濾過や集尿する機能、排尿、排尿回数、排尿の抑制に関することであり、女性の場合は、

月経の規則性や月経の量などの月経の機能が含まれる。7 つ目には、運動と可動性の機能が扱われ、筋力の機能や筋緊張の状態、筋の持続性機能などが含まれる。また、「歩く」などの歩行パターンに関連する機能などの、全身運動に関連したものが含まれる。8 つ目の皮膚関連については、身体を保護するための皮膚の機能全般と、発汗や皮脂分泌、体臭などの機能などが含まれる。

身体構造は、各器官や肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分で、8 つの領域に分類されている。1 つ目の神経系構造については、前頭葉、側頭葉、頭頂葉、後頭葉など、さらには小脳や脳幹といった脳の構造全般が含まれる。また、脊髄全般の構造と脊髄神経、さらには、交感神経系・副交感神経系の構造も含まれる。2 つ目の目・耳の関連部位の構造については、結膜・強膜・脈絡膜、水晶体や硝子体などの眼球の構造と、まぶたやまゆげ、外眼筋などが含まれる。3 つ目の音声と発話に関わる構造では、鼻の構造、歯や歯肉、舌、口唇の構造、鼻咽頭、口腔咽頭などが含まれる。4 つ目の心血管系・免疫系・呼吸器系の構造では、心房・心室といった心臓の構造、動脈・静脈などの構造が含まれる。リンパ管や骨髄など免疫系の構造が含まれる。また、器官や肺、胸郭、呼吸筋など呼吸器系の構造が含まれる。5 つ目の消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造では、胃や腸、膵臓、肝臓、胆嚢、胆管など消化器系に関する器官の構造が含まれる。6 つ目には尿路系の構造で、腎臓、尿管、膀胱、尿道など排尿に関する器官と、卵巣や子宮、精巣や陰茎の構造などである。7 つ目は、運動に関連した構造で、頭蓋や顔面の骨、肩部の骨・関節・筋肉など。また、上肢・下肢の構造、体幹機能に関連した頸部・胸部・腰部脊柱などが含まれる。8 つ目の構造には、皮膚などの関連部位が含まれ、頭頸部や上肢・下肢などの皮膚の各部の構造や、汗腺や脂腺などの皮膚の腺の構造、さらには手指・足趾の爪や毛の構造が含まれる。

(表 15) 心身機能・身体構造領域のカテゴリー

分 類		内 容
心身機能	1.精神機能	脳の機能、意識、活力、欲動などの全般的精神的機能、記憶、言語、計算などの個別的精神機能
	2.感覚機能と痛み	視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚、痛みの感覚
	3.音声と発話の機能	音声、構音、発話の機能
	4.心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能	心臓および血管、造血および免疫、呼吸と運動耐容能に関する機能
	5.消化器系・代謝系・内分泌系の機能	食物摂取、消化、排泄に関する機能、代謝に関する機能および内分泌線に関する機能
	6.尿路・性・生殖の機能	排尿機能と性機能、生殖機能を含む生殖器の機能
	7.神経筋骨格と運動に関する機能	運動と可動性の機能、関節、骨、反射、筋の機能
	8.皮膚および関連する構造の機能	皮膚の保護・修復、毛、爪の機能
身体構造	1.神経系の構造	脳、脊髄と関連部位、交感神経・副交感神経等の構造
	2.目・耳および関連部位の構造	眼窩、眼球、眼の周囲の構造、外耳・中耳・内耳の構造三半規管等の構造
	3.音声と発話に係る構造	鼻、口、咽頭、その他音声と発話に係る構造
	4.心血管系・免疫系・呼吸器系の構造	心臓、リンパ管の構造、肺、胸郭、呼吸筋等の構造
	5.消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造	唾液腺・食道・胃・腸・膵臓・肝臓・胆嚢等の構造
	6.尿路性器系および生殖系に関連した構造	腎臓・尿管・膀胱・尿道等の構造、卵巣・子宮、精巣・陰茎の構造
	7.運動に関連した構造	頭頸部、肩、上下肢、骨盤部、体幹の構造
	8.皮膚および関連部位の構造	皮膚、爪、毛等の構造

世界保健機関(2003)『国際生活機能分類』を基に筆者作成

### 3. 活動・参加領域のカテゴリー

表 16 は生活機能に含まれる活動と参加領域の分類を示したものである。活動とは、課題や行為の個人による遂行のことで、9 項目の領域に分類され、思考や問題解決、意思決定といった学習と知識の応用から、対人関係や社会生活や市民生活など、生活のすべての領域を網羅している。

1 つ目の学習と知識の応用については、注意して視ることや注意して聞くこと、質感を感じる、甘みを味わうなどの目的をもった感覚的経験や、模倣・反復、読む・書く・計算などの学習や技能の習得などが含まれる。さらには、思考や問題解決などの知識を応用するなどにも含まれる。2 つ目の一般的な課題と要求では、空間や材料の調整といった単一課題や複数課題の遂行、計画・管理、達成などの日課の遂行、ストレスを感じた時の対処が含まれる。3 つ目のコミュニケーションでは、話し言葉や非言語的メッセージの理解や、絵や写真を見てその表現について理解する一対一のみならず多人数でのディスカッションができることなどが含まれる。4 つ目の運動・移動については、横たわる、しゃがみ込む、ひざまずくなどの基本的姿勢を保ったり、やめたりすること、また、座位や臥位での乗り移りについて、短距離歩行や長距離歩行など一步一步、足を動かして移動すること、さらには、車を操作して移動したり、交通機関や手段を用いて移動することなどが含まれる。5 つ目のセルフケアでは、食事や排泄、更衣、洗身・洗髪などといった日常生活動作や、予防接種を受けることなど、自分自身の健康管理について注意することなどが含まれる。6 つ目の家庭生活については、買い物、調理、掃除、洗濯などの手段的日常生活動作が含まれる。7 つ目の対人関係では、知り合いや知り合いではない人との人間関係を作るための行為などが含まれる。8 つ目の主要な生活領域では、通勤、通学などの教育、仕事と雇用といった報酬を伴う仕事、伴わない仕事への従事など、社会参加に必要なさまざまな生活活動・行為なども活動に含まれる。9 つ目のコミュニティライフ・社会生活・市民生活については、結婚式や葬式などに関与することや、趣味やレクリエーション、さらには娯楽や旅行といったことへの関与が含まれる。

(表 16) 活動・参加領域の内容

分類	内容
1.学習と知識の応用	学習、学習した知識の応用、思考、問題解決、意思決定
2.一般的な課題と要求	単一のあるいは多数の課題の遂行、日課の調整、ストレスへの対処についての一般的な側面
3.コミュニケーション	メッセージを受け取ることや生み出すこと、会話の遂行、コミュニケーション器具や技術の使用を含む
4.運動・移動	姿勢あるいは位置を変化させることや、ある場所から他の場所へと移乗すること、物を運び、動かし、操作すること、歩き、走り、昇降すること、さまざまな交通手段を用いること
5.セルフケア	自分の身体をケアすること、自分の身体を洗って拭き乾かすこと、自分の全身や身体各部の手入れをすること、更衣、食べる、飲むなど、自分の健康管理に注意すること
6.家庭生活	家庭における日々の活動や課題（住居、食料、衣服、その他の必需品を入手したり、掃除や修繕をしたり、個人的にその他の家庭用品を手入れすること、他者を支援することを含む
7.対人関係	状況に見合った社会的に適切な方法を用いて、よく知らない人、友人、親類、家族、恋人など、基本的で複雑な相互関係をもつために必要とされる行為や課題の遂行
8.主要な生活領域	教育、仕事と雇用に伴い、経済的取引を行うために必要とされる課題や行為に従事したり、遂行すること
9.コミュニティライフ 社会生活・市民生活	家族外での組織化された社会生活、コミュニティライフ、社会生活や市民生活の種々の分野に従事するのに必要な行為や課題

世界保健機関（2003）『国際生活機能分類』を基に筆者作成

#### 4. 背景因子のカテゴリー

ICFにおける背景因子とは、個人の生活・人生に関する背景全体を構成する因子のことで、環境因子と個人因子から成っている。環境因子は、人々が生活し、人生を送っているさまざまな物的環境と社会的環境、人々の社会的な態度といった人的環境などを含み、生活機能と障害への外的影響を与えるものである（表 17）。分類 1 については、食品や薬、衣服、家具など日常生活における個人用の生活用品や福祉用具などが含まれる。また、分類 2 は、山間部や河川地区といった自然地理や、気温や湿度などの気候が含まれる。また、日照時間、騒音なども物的な環境因子となる。分類 3 は、人との関係性や人の態度といった人的環境で、身体的あるいは心情的な支援の分量を示す。分類 4 には、家族や親族、友人などの態度、さらには道徳、宗教的行動や礼儀作法に関する社会的規範が含まれる。分

類5については、社会的な政策や制度、教育機関や交通機関などが含まれる。

環境因子には肯定的側面となる促進因子と、否定的側面となる阻害因子の2つの要素がある。促進因子とは、その物的環境や人的環境が、生活機能に影響して改善または障害が軽減される因子である。環境因子についての評価を行うに当たっては、心身機能・身体構造、活動・参加といった生活機能との相互作用について考える必要があり、特に阻害因子となるものについては、人の生活機能にどのくらいの頻度で影響を与えているのか、その困難さが大きいものなのか小さいものなのかを考えること、または、避けられるか否かについても考えていく必要がある。人の生活機能は物的環境や人的環境といった背景因子がどのように影響しているのかを考えることで予後予測に繋がる。

また、背景因子の一つである個人因子は、年齢、性別、職業歴、個人体験などの個人に関連した背景因子で、生活機能と障害への内的影響を与えるものであるが、個々の社会的な背景や文化的な価値観の違いなどがあるためICFでは含まれていない。しかし、これまでの生活歴を知ることは、本人の思いや意向を知る手がかりともなり得るので、生きる全体像を捉えるためにも個人因子は重要な情報といえる。

(表17) 環境因子のカテゴリー

分類	内容
1.生産品と用具	創作、生産、製造された、自然あるいは人工的な生産品や装置、器具
2.自然環境と人間がもたらした環境変化	自然地理などの生物的な環境や気候や自然災害、また、人口や住民などの環境における人々の特徴
3.支援と関係	身体的あるいは心情的に人間関係を結ぶ家族や親族、友人、さらには動物など
4.態度	人々の態度、社会的規範・慣行・イデオロギー
5.サービス・制度・政策	公的・私的、ボランティアなど任意的な形態をとったサービスや組織、機関、政府などによって成立した制度など

世界保健機関(2003)『国際生活機能分類』を基に筆者作成

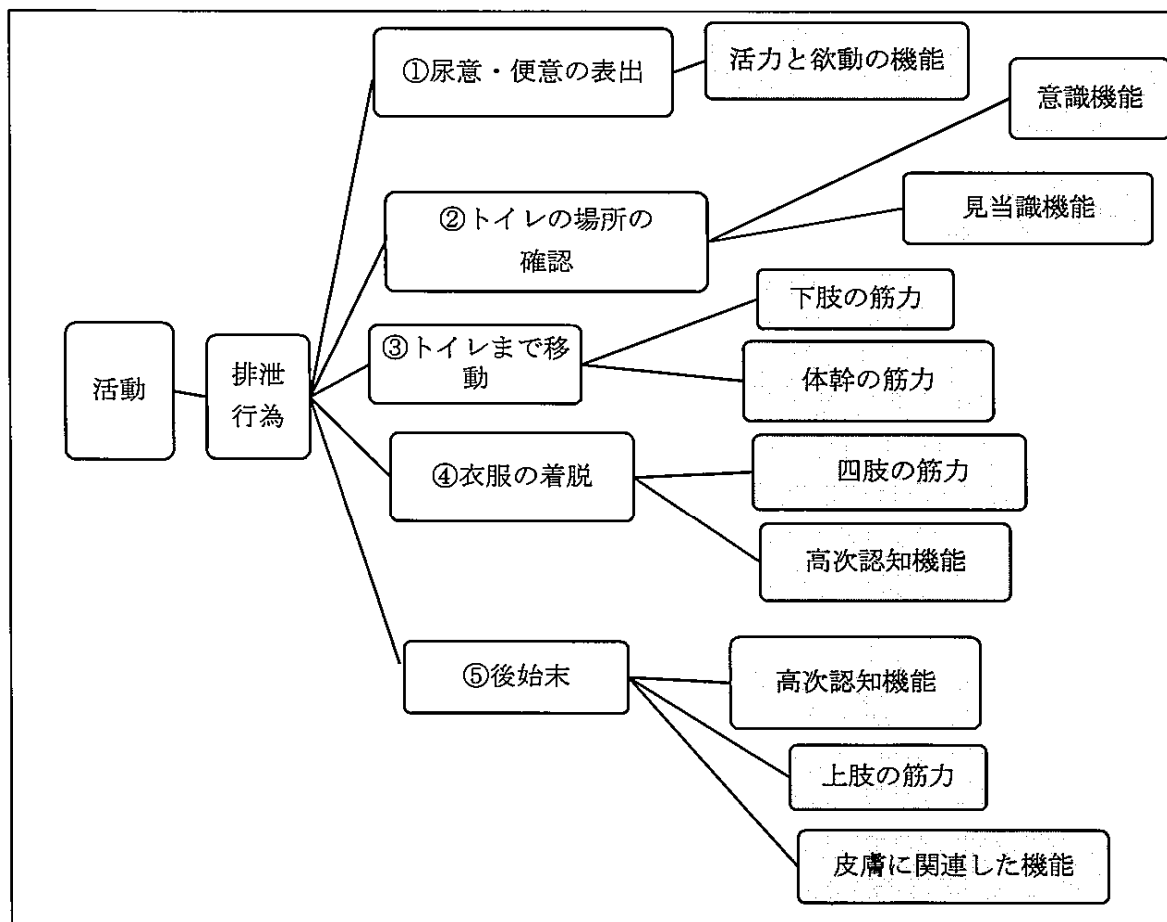
図3は、排泄行為に必要な心身機能・身体構造機能の関係についての考え方を示したものである。尿意・便意を表出する、では「トイレに行きたい」「トイレで排泄したい」といった活力と欲動の機能が働く。次に、排尿に適した場所を選ぶ、またはトイレがどこにあるのかを認識という場所に関する見当識機能が働く。そして、トイレの場所まで移動するための下肢筋力、身体を支えるための体幹機能が働く。トイレまで移動した次には、

排尿前後に衣服を着脱する行為が必要となる。ここでは排泄するにあたってズボンや下着を下すために、四肢の筋力や衣服を汚さないよう気を付ける高次認知機能が働く。そして排泄後には、排尿後に身体をきれいにすることを認識するために高次認知機能が働き、上肢の筋力を使って後始末を行う。そして皮膚が濡れていないか、下着が濡れていないかを皮膚を通して感じるといった一連の排泄行為を行う。

このように排泄の一連の行為については、トイレまでの移動を行うことや衣服着脱行為を行う際に必要とする身体構造の上肢・下肢の運動に関連するについての情報も必要となる。また心身機能・身体構造については、活動のように観察では得られない情報となる。したがって活動領域での移動や、排泄、食事などのセルフケアにおいて、それらの行為を行うためにはどのような心身機能・身体構造を活用しているのかについて検討する必要がある。情報収集はアセスメントを進めるにあたり重要であり、利用者の実行状況を正確に捉えることが必要となる。情報収集を行うにはICFの構成要素である活動や参加、心身機能・身体構造が何を扱っているのかの理解が必要となる。そこで活動についての情報では、実行状況の評価として個人が現在の環境で行っているものについて把握すること、また、心身機能・身体構造の情報については、身体系の生理的機能や心理的機能および器官・肢体の機能障害の存在と、障害の程度が活動にどのように影響しているのかを結び付けて把握することが重要となる。



(図3) 活動における排泄行為に必要な心身機能・身体構造機能



出典：島崎・小田・嶋田（2019）：「介護過程における情報収集に関する研究」  
第26回日本介護福祉教育学会発表分に加筆。

以上のように情報の解釈・関連づけでは、ICFの構成要素の生活機能やその背景因子となる環境因子、個人因子の情報を多面的に捉え、生活障害となっている要因がそれぞれの相互作用から起こっていると把握する必要がある。したがってICFの各構成要素についての理解を深めておく必要がある。特に心身機能・身体構造内容について正しく理解することは、情報の解釈・関連付け・統合化で、情報を詳細に分析することに繋がり、「している活動」のみならず、「できない活動」についての理由を考えることができる。

また、活動は生活全般における領域となっており、家庭内および地域社会への参加について、どのように関与しているのかを知る手掛かりとなる。人間は家庭や仕事場、地域社会における役割を果たしながら活動を行っており、個々の活動は自らの生活や人生場面において多様な要因に関与しつつ遂行されている。実際にはICFの分類においては、活動と参加領域についての明確な区分はされていないが、生活機能の中でも中心となる活

動・参加領域の内容を理解することで、必要な情報を収集することができるだろう。

生活支援を専門とする介護福祉士のアセスメントの視点では、情報項目となる活動や参加など、それぞれ独立した情報として捉えるだけではなく、その活動の中には利用者自身の何らかの役割や関与といった考えや思いが存在していると考えが必要がある。したがって活動の評価だけを行うのではなく、健康状態が影響する心身機能・身体構造の機能障害や形態障害が活動に支障をきたしているのか、また、人的環境や物的環境などの背景因子がどのように影響しているのか、情報間の相互作用を考えなければならない。

このように「人が生きることの全体像」を捉えることが ICF モデルであり、障害のとらえ方については、障害を個人の属性としてとらえるのではなく、「人が生きる」こと全体の中に位置づけて、生活の全体像を分析的かつ総合的にみていこうとするものである。介護過程の展開では、まずアセスメントにより利用者が抱えている生活上の「生きづらさ」を把握し、その原因や要因の因果関係を考えていく作業が必要となる。これまでの介護では、介護を要する人を「手間のかかる人」「問題を抱えている人」ととらえてしまう傾向があった。その結果、問題点をどう解決するかといった対応策に視点を置いてしまい、真のニーズを解決するに至らないという危険性が生じてしまう。そこで ICF の視点を介護過程に取り入れることで、生活機能の 3 つのレベルの相互作用、また生活機能に影響を及ぼしている健康状態や背景因子といった生活の全体像をとらえることができる。したがって、アセスメント教育に ICF の視点を取り入れることによって、利用者を「生きづらさ」を抱えている一人の生活者としてとらえる視点をもつことが可能となる。ICF の課題と功績について考察した中俣（2011）が、「個人の有する生活状況の実態把握のための視点（地図）」として ICF の各領域 を活用し、それを手がかりにそれぞれの領域の事実をとらえ、その人の生活を解釈するためのひとつの材料 として用いることが望ましいのではないだろうか」と述べているように、アセスメント教育においては、ICF モデルの視点を取り入れ、機能障害を中心にした援助を考えるのではなく、一人の生活者としての利用者理解に繋げることができるように教育していく必要があるだろう。

## 第4節 教育目標の分類体系からみたアセスメント教育

### 1. ブルームらの教育目標

教育目標とは、教育を受ける者が教育活動を通して実現および達成しようとするものであり、教育の内容や目指す結果など示される。教育目標については、1956年にブルーム（Benjamin Samuel Bloom）らは、「教育目標の分類体系（taxonomy of educational objectives）」において、「認知的領域」における教育目標の分類体系を示し、指導と評価の目標の具体的な水準とその体系を設定するための理論的枠組みを明らかにした。

「認知的領域」は、1.0 知識（知識の再生や再認）2.0 理解（情報の転換、解釈、外挿）3.0 応用（情報を適切に抽象化する）4.0 分析（要素や要素間の関係、その組織形態を明らかにする）5.0 総合（要素や部分を組み合わせて全体にする）6.0 評価（素材や方法の価値を目的に照らして判断する）、といった6つの認知プロセスに分類され、難易度の低い「知識」から難易度の高い「評価」へと、認知プロセスを階層構造化している。また、1964年にはブルームやクラスウォール（David R. Krathwohl）、メイシア（Bertram B. Masia）ら、によって「情意的領域」の目標分類が発表された。「情意的領域」は学習に対する「態度」に関わるものである。この領域は学習する上において重要さやその大切さについて自ら気づき、学習することへの態度や学習する意味などが定着していく過程を示す。その目標の分類体系は、1.0 受入れ/注意すること（特定の現象や刺激の存在に対して受け入れたり、注意を払う）2.0 反応（現象に対して何らかの反応を示す）3.0 価値づけ（ある価値を持っていることに気づく）4.0 組織化（価値の組織化、相互関係の明確化、価値の確立）5.0 価値あるいは価値複合体による個性化（価値の記述、特徴づけ、信念・観念・態度の統合）、といった5つから成る。さらにその後は、技能の獲得などの目標分類体系の試案が発表され、ブルームの弟子であるダーベ（Dave, R, H）らによって「精神運動的領域」の教育目標が発表された。「精神運動的領域」の教育目標は、示された動作の模倣から、繰り返し模倣することで次第にその動作を行うことができること。また、技能や動作がある程度の速度によって行うことができ、習慣的動作として身につくといった技能の獲得に関わるものである。具体的には、1.0 模倣（筋肉の反復練習から一連の繰り返し行動ができる）2.0 操作（指示通りの実施から特定の操作ができる）3.0 精確化（速く正確、洗練された形でできる）4.0 分節化（適切な順序で活動できる）5.0 自然化（意識す

ることなくスムーズにできる)の5つの「技能」獲得レベルとなっている(表18)。

以上のように、ブルームらによる教育目標の分類体系では、学習成果について何をどのように判断するのかについて、認知プロセス面でその評価について定義づけるなど、教育評価に対して影響を与えてきた。

(表18) 教育目標のタキソノミーの全体的構成

6.0	評	価							
5.0	総	合	個	性	化	自	然	化	
4.0	分	析	組	織	化	分	節	化	
3.0	応	用	価	値	づ	け	精	密	化
2.0	理	解	反			応	巧	妙	化
1.0	知	識	受	入	れ	模		倣	
	認知的領域		情意的領域			精神運動的領域*			

\*ブルームの弟子であるダーベが、1971年夏スウェーデンで開かれた「カリキュラム改革に関する国際セミナー」において示したもの。

引用：梶田(2010) p128。

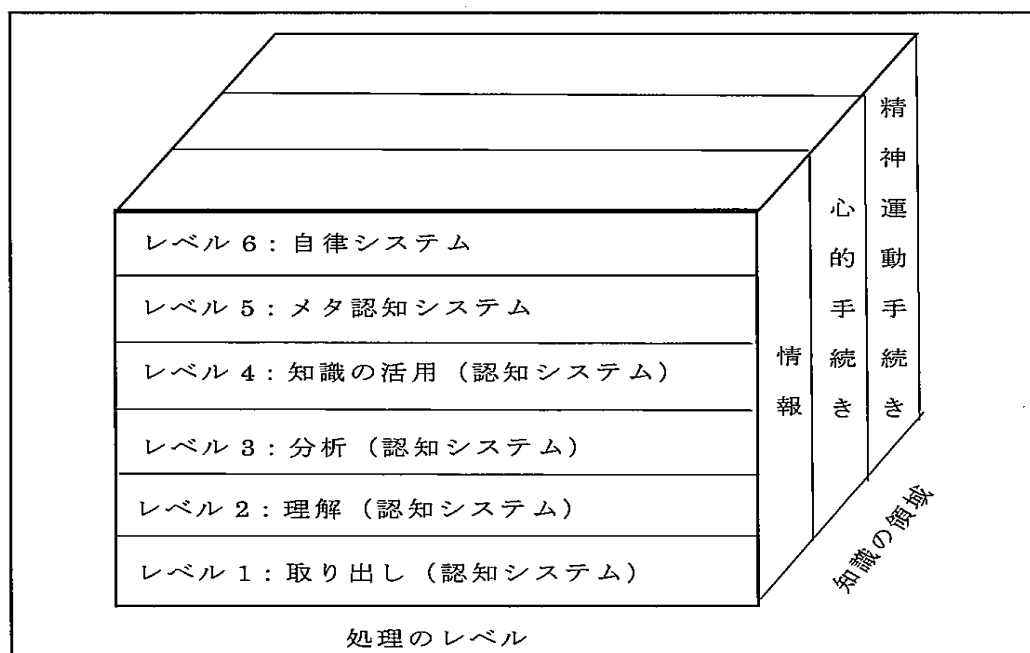
## 2. 教育目標の新分類体系

ブルームの教育目標は、それまで教員によって恣意的に行なわれていた評価の比較的を可能にするツールとして教育現場において活用されてきた。しかし思考と学習との関係が単純化し過ぎている、あるレベルを他のレベルのものと区別する難易度が単純すぎる、ブルームの分類体系の階層構造は論理的知見にも実験的知見にも簡単に一致しない、といった問題点が指摘された。そこで近年においては、多数の教育研究者により新しい分類体系の改訂が試みられてきた。そのような中、R・J・マルザーノ(Robert J Marzano)らは、ブルームの分類体系では知識とそれを処理する知的操作が混在していた弱点を整理し、新しい分類体系の開発に向けた『新しい教育目標分類体系をつくる』を2001年に出版した。その後、改訂版として2013年には『教育目標をデザインする - 授業設計のための新しい分類体系』(以下、新分類体系)を完成版として出版した。

新分類体系は、「知識」の領域と「処理」に関するカテゴリーで構成された2次元モデル(図4)で、処理レベルと知識の領域が交差し、それぞれの処理レベルと3つの知識領域がどのように関わるのかを示している。新分類体系の特徴の1つ目は、思考の処理のレ

ベルを、自律システム、メタ認知システム、認知システム、の3つの思考システムに分けている。また認知システムは、取り出し、理解、分析、知識の活用、の4つの処理レベルに分けられ、併せて6つの行動モデルとなっている。また2つ目は、新しい課題の達成には必要不可欠となる知識の領域を、情報、心的手続き、精神運動手続き、といった3つの領域に分けている。これらの知識の領域内容は、情報領域の詳細事項となる語彙、事実、またその枠組みとなる原理や一般概念といった知識、心的手続き領域では、「何」を知っているのかに関する宣言的知識や、「どのように」という形で表される手続き的知識、また、精神運動手続きの領域については、日常生活の中での活動や身体を動かす手続きに関する知識となり、学習者は自らの知識を活用し、思考システムと知識の相互作用によって学習が進められる。

(図4) 新分類体系の2次元モデル



引用 R.Marzano,(2013)p63

自律システムは、重要性の検討（ある知識がどれくらい重視すべきか分析的に考えることができる）、有効性の検討（知識の諸側面に関連する理解力や能力をどれくらい向上できると信じるか検証することができる）、感情状態の検討（ある知識に対して、どのような感情を持っているか、どうしてそのような感情をもつのかを自覚することができる）、意欲の検討（ある知識についての理解や能力を改善、向上させようとする自らの意欲について検討することができる）、といった4つの要素が含まれている。したがって、アセスメント教育を進めるに当たっては、介護福祉士としてなぜ専門的かつ科学的な介護が必要となるのかといった必要性を理解するなど、いかに学生に学習の興味を持たせるかが教育の重要なポイントとなる。新分類体系の教育目標をアセスメント教育に活用する場合、介護の専門職としての介護過程の意義や目的を理解し、学生自身が介護過程を学ぶ動機づけや価値づけといった自律システムでの教育目標を掲げることができる。自律システムで、新しい課題に取り組むといった学習意欲が出ることで、次のステップのメタ認知システムに連動していくこととなる。

メタ認知システムでは、目標の具体化（知識の諸側面についての理解やスキルに関する目標を設定し、それを達成する計画を立てることができる）、プロセスモニタリング（ある手順や目標が実際にどれくらい効率的に実行されているか見極めることができる）、明瞭性のモニタリング（知識の諸側面について、どれくらいはっきりわかっていると思うかをモニタリングすることができる）、正確性のモニタリング（対象となる知識をどれくらい正確に理解しているかを見極めることができる）、の4つの機能が示されている。

認知システムでは、処理レベル1：取り出し（情報・知識の再認、再生、実行）において、用語や事実、時間関係について、正確な文言かどうか見極め、情報を再認するだけでなく、情報を作り出し、大きなエラーをすることなく手順を実行する。処理レベル2：理解（統合、象徴化）では、対象となる知識にとって何が主要な要素化を示し、非言語などの抽象的な形で表現することができる。処理レベル3：分析（比較、分類、エラー分析、一般化、具体化）において、詳細事項や一般概念について共通点と相違点を明確にすることができ、知識を整理して上位・下位のカテゴリーに分類する。さらに、知識と論理についての誤りや知識を実行する際の誤りを見つけ出し、知っている情報から新しい一般概念や原理を推量したり、明示された状況で起こりそうなことなどを予想し、その根拠を示す。

知識の活用（意思決定、問題解決、実験、調査）では、一般概念や原理についての知識

について、選択肢の中から1つを選ぶ。また、問題や課題について自分の持っている知識をそれらの問題解決に用いたりする。さらには、物理現象や心理的現象に関する仮説を検証することができる、といった4つの思考の処理レベルとなる。

アセスメント教育では、知識の修得だけに留まらず、利用者の課題を明確にすることができるといったアセスメント力を養うことが求められる。認知システムは、利用者の解決すべき生活課題を明確にするといったアセスメントの核となる作業に発動させる重要な働きとなる。介護過程は思考のプロセスであり、専門職として場当たりの介護を避けるためにも、頭の中で常に思考を行いながら介護実践を行う必要がある。そこで如何に思考の習慣をつけていくかといったことがアセスメント教育の課題の一つとなる。利用者の真のニーズを明確にしていくために、具体的に思考のプロセスを習熟し、複雑化し多様化している個々のケースに対し、適切なアセスメントができる技術を身につけるよう教授し評価する必要がある。また、アセスメント教育においては、学生の理解度や達成度について評価をしなければならない。学生が行ったアセスメント結果に対して客観的な評価基準を設け評価をすることで、アセスメントのどの項目が修得できているのか、修得できていないのかについて明らかにすることができる。その評価結果から、学生の個々の苦手とする項目について指導を行うことができる効果をねらうものとなる。そこで、先述した新分類体系の各実行課題に基づいて、アセスメントの各項目の到達目標を定める。

### 3. 新分類体系に基づいた介護過程アセスメントの評価基準

表 19 は、教育目標の新分類体系で示された課題の処理レベルでの実行課題を指標に作成した介護過程アセスメントの評価基準である。情報収集の評価項目は、健康状態：疾病や既往歴（発症年月日）などを正確に把握する。心身機能・身体構造：身体系の心理的・生理的機能と身体の解剖学的部分の情報を把握する。活動：日常生活上での課題や個人による遂行について実行状況と能力を正確に把握する。参加：利用者本人が感じている生活・人生場面に関わる思いや役割を把握する。環境因子：利用者が生活を送っている物的環境・社会的環境、人々の社会的な態度などの人的環境を把握する。個人因子：社会的状況、人生体験などの個人に関係した背景を把握する。情報の解釈・関連づけ・統合化：情報間の関係性を関連づけて今後の見通しを考える。課題の明確化：情報の解釈・関連づけ・統合化から起こりそうなことを予測し、関連図の作成：情報間のつなが

りを正確に矢印で繋ぎあわせ全体像を描写できる。

(表 19) 介護過程アセスメントの評価基準

アセスメント		処 理 レ ベ ル	評 価 項 目	評 価
情報収集	健康状態	1. 取り出し	再認 (ア) 疾病を把握している (イ) 既往歴を把握している (ウ) 発症年月日を把握している (エ) 医療的処置を把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
	心身機能 身体構造		再認 再生 (ア) 身体系の認知的機能を把握している (イ) 身体系の心理的機能を把握している (ウ) 身体系の生理的機能を把握している (エ) 機能障害(構造障害)を把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
	活動		再認 再生 (ア) 移動に関する実行状況を把握している (イ) 移動に関する能力を把握している (ウ) セルフケアの実行状況を把握している (エ) 対人関係についての実行状況を把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
	参加		再認 再生 (ア) 本人の言葉を抽出している (イ) 本人の思いを把握している (ウ) 本人の役割を把握している (エ) 本人の社会に対する関わりを把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
	環境因子		再認 再生 (ア) 家族構成を把握している (イ) 人的環境での促進因子・阻害因子を把握している (ウ) 物的環境での促進因子・阻害因子を把握している (エ) 具体的な介護内容(福祉用具を含む)を把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
	個人因子		再認 再生 (ア) 生活歴を把握している (イ) 職業歴を把握している (ウ) 趣味や特技を把握している (エ) 価値観等を把握している	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E
情報の解釈 関連づけ 統合化	3. 分析	一般化 具体化 (ア) 一つひとつの情報の意味を考えている (イ) 情報間の関係性を関連づけている (ウ) 今後の予測や見通しを考えている (エ) 根拠づけた記述ができている	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E	
課題の明確化	3. 分析	具体化 (ア) 明確に課題を把握できている (イ) 本人主体の文章で課題を記述できている (ウ) 複数の課題を導き出せている (エ) 課題の優先順位を考えている	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E	
関連図の作成	2. 理解	象徴化 (ア) 情報間の関連づけが明確に矢印で繋がっている (イ) 情報の解釈・関連づけが明確に矢印で繋がっている (ウ) 情報から情報の解釈・関連づけが課題に矢印で繋がっている (エ) 利用者の全体像を把握できている	(各1点) 4点:A 3点:B 2点:C 1点:E	

新分類体系を基に筆者作成



この評価基準は、学生が課題に取り組む際にどのように情報を処理するのかを示す、自律システム、メタ認知システム、認知システムの3つの心的システムのうち、課題を進めるために必要となる情報を効果的に処理する役割を担う認知システムを取り上げ、その中の処理レベル1「取り出し」、処理レベル2「理解」、処理レベル3「分析」を指標として筆者が作成した。また、アセスメントの各項目での評価項目（ア～エ）の4つを設け、それぞれ各1点として、4点：A、3点：B、2点：C、1点：E、といった評価をつける。情報収集の評価では、認知システムの処理レベル1「取り出し」を指標とした。この処理レベル1「取り出し」は、外界から入力された情報を瞬間的に保持する感覚記憶、会話や読み書き、計算などの基礎となる作業記憶、何らかのやり方について理解している永続記憶といった3つの記憶に関係する。具体的には、用語や事実について見極める「再認」と、正確な情報を作り出す「再生」処理を行うものとなる。情報収集では、これまでの学習で学んだ専門的知識についての理解を基に利用者に関する情報を収集し、収集した情報を取捨選択し必要な情報を見極めるといった作業が必要となる。

まず、健康状態の情報収集では、「再認」を評価の指標として、利用者の病名のみを収集するのではなく、現在の疾病や既往歴などの状態を正確に把握することができているかどうかを評価するために、発症年月日などについての情報も収集できているかどうかを評価の基準とした。また、心身機能・身体構造の情報収集では、「再認」「再生」といった2項目の処理レベルを評価の指標とした。心身機能・身体構造での情報収集に際しては、人間が活動を行うに当たりどのような心身機能や身体構造を活用するのかを考えなければならない。また、生活障害の要因の一つと考えられる心身機能障害や身体構造障害についての判断をしなければならない。そこで評価項目として、身体の解剖学的部分についての機能の把握、または機能障害について把握できているかどうかを評価項目とした。

活動の情報収集は「再認」「再生」を評価の指標とした。「活動」には「している活動」と「できる活動」の2つの活動がある。そこで、実行状況となる「している活動」の把握と、現在はしていないが潜在的な能力としての「できる活動」の2つについて把握しなければならない。また、活動の基本は移動であり、まず移動状況を把握することで生活活動やセルフケアについての状況が判断できることから、評価項目を設定した。また、状況に見合った適切な方法を用いて対人関係を保つために必要とされる行為や課題の遂行が出来るかどうかについての実行状況の把握についての評価項目を設定した。参加の情報では、

生活や人生場面への関わりに関する情報となり、それらを把握するためには、本人の言葉や思い、さらには自分自身の役割意識や社会に対する関わりについての情報が把握できているかどうかといった評価項目とした。

背景因子となる環境因子の情報では、人間が生活し人生を送っている人的・物的環境などの促進因子や阻害因子となるすべての環境について把握できているかどうかを評価項目とした。また、個人因子の情報については、利用者がこれまでどのような生活歴を辿ってきたのかを知るための情報として生活歴や職業歴など、個人に関する情報の把握を評価項目とした。

情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化の評価項目は、認知システムのレベル 3「分析」の処理レベルの実行課題を指標とした。レベル 3「分析」で必要とする処理のレベルは、知識を細部にわたって検討し、その結果から結論を導き出すことである。レベル 3「分析」には、共通点と相違点を明確にする「比較」、知識の各カテゴリー別に分ける「分類」、知識や論理の誤りなどを見つけ出す「エラー分析」、既に知っている事柄から新たに一般的な概念や原理を推量する「一般化」、提示された状況からどのようなことが起こりそうかを予想し、根拠を示す「具体化」の 5 つのプロセスがある。情報の解釈・関連づけ・統合化では、レベル 3「分析」の中で「一般化」と「具体化」の 2 つのプロセスを指標として評価の基準を示した。そこで評価項目の内容では、情報間に関係性があるものについて関連づけて今後の予測を立てること、根拠づけが文章で明確に記述できていることを評価項目とした。『課題の明確化』については、情報の解釈・関連づけ・統合化の作業から、明確に課題を把握できているかどうか、本人主体の文章で表現できているかどうか、さらには課題の優先順位が明確であるかどうかを評価項目とした。

関連図の作成での評価項目は、認知システム処理レベル 2「理解」を基に評価の視点を示した。レベル 2「理解」は、知識の重要な事柄とそうでない事柄を区別して、知識を「統合」または「象徴化」したりする。関連図の作成の評価では、レベル 2「理解」での「象徴化」を取り上げた。「象徴化」は、非言語などの抽象的な形で表現することであり、6 領域の情報や情報の解釈・関連づけ・統合化で見出した課題が、矢印を使って明確に結び合わせているかどうか、また関連図の描写から利用者の全体像が把握できているかどうかを評価項目とした。この評価基準を活用して介護実習（3 段階実習）で各学生が作成する介護過程展開シートを、実習終了後に教員が評価をする。

## 第 章 アセスメント教育と介護実習

介護福祉士養成カリキュラムにおける介護過程教育のねらいは、「他の科目で学習した知識や技術を統合して、介護過程を展開し、介護計画を立案し、適切なサービスの提供ができる能力を養う学習とする」とされている。また介護実習においても、実際の介護現場において介護過程の展開を実践体験するといった教育のねらいが示されている。したがって、介護過程教育と介護実習での連動した教育が必要となる。各利用者に応じた個別ケア実践を行うためには、まず利用者の状況を多側面から捉え、情報間の関連性から現状を理解するアセスメント力を向上させることが重要となり、介護過程教育においても重点的に力を入れていかなければならない。

本章では、これまで約十数年間介護福祉士養成教育を行ってきた筆者の勤務する介護福祉士養成施設 Y 校 2 年課程（以下、Y 校）でのカリキュラムと介護過程教育内容、さらには介護実習教育内容を振り返り、介護過程でのアセスメント教育の指導方法を探求したい。

### 第 1 節 Y 校における介護過程教育の実際

#### 1. 1 年次・2 年次の必須科目

介護福祉士養成カリキュラムでの介護過程教育の学習のねらいは、「人間と社会」、「介護」、「こころとからだのしくみ」といった各領域で学習した知識や技術を統合して、介護過程を展開し、利用者に対して適切な介護サービスの提供ができる能力を養う学習とすると示されている。表 20 は、2017 年度の Y 校の必須科目としている 3 領域の主科目と介護実習および介護過程履修年次を示したもので、介護過程教育は 1 年次後期から実施している。介護過程教育のねらいは、社会福祉士及び介護福祉士法第 39 条第 1 号に示されているように、「他の科目で学習した知識や技術を統合して介護過程を展開し、介護計画を立案し適切な介護サービスの提供ができる能力を養う学習とする」とされている。つまり介護過程を展開するためには、「3 領域で学ぶ知識が必要となり、利用者の状況に応じて多角的な視点で情報の分析を行うために必要な知識となる。特に「発達と老化の理解」「こころとからだのしくみ」や「認知症の理解」といった「こころとからだのしくみ」領域での知識

は、アセスメントを進めていくにあたり必要不可欠な知識となるため、1年次前期から履修するように組み込んでいる。そこで、1年次前期で3領域での基礎的な知識を学習したうえで「介護過程」の学習に繋がられるように履修年次を定めている。

(表 20) 2018 年度 1 年次・2 年次の必須科目

領 域	1 年次	
	前期履修科目	後期履修科目
人間と社会	人間の尊厳と自立 社会福祉援助技術 社会の理解	
介 護	介護概論 生活支援技術 介護実技 実習指導	介護概論 生活支援技術 介護実技 実習指導 介護過程 介護実習
こころと からだのしくみ	発達と老化の理解 認知症の理解 障害の理解 医学概論 こころとからだのしくみ	発達と老化の理解 認知症の理解 障害の理解 医学概論 こころとからだのしくみ
領域	2 年次	
	前期履修科目	後期履修科目
人間と社会		
介 護	介護概論 コミュニケーション技術 生活支援技術 実習指導 介護実技 介護過程 介護実習	介護概論 コミュニケーション技術 生活支援技術 実習指導 介護実技 介護過程 介護実習
こころと からだのしくみ	発達と老化の理解 認知症の理解 障害の理解 医学概論 こころとからだのしくみ	発達と老化の理解 認知症の理解 障害の理解 医学概論 こころとからだのしくみ

筆者作成

## 2. 1年次の「介護過程」の授業内容

「介護過程」の授業計画は表 21 で示すように、後期 15 回の授業を行う。授業の概要および到達目標は、「介護過程は個々の介護ニーズを的確に把握し、計画的に介護を実践・評価していく科学的な課題解決法であることを理解する。また、情報収集、課題の明確化、介護計画、実施、評価といった介護過程の一連のプロセスを理解するとともに、介護過程を適切に展開する能力の基礎を身につける」とし講義と演習による授業展開としている。

(表 21) Y 校における「介護過程」授業計画

授業の内容	
第 1 回	介護過程の意義と目的
第 2 回	生活支援の考え方と介護過程の必要性
第 3 回	具体的な場面から必要な支援を考える
第 4 回	科学的な介護、根拠に基づく介護過程の展開
第 5 回	ICF に基づくアセスメント
第 6 回	アセスメントに必要な情報（事実のとらえ方）
第 7 回	一つひとつの情報の意味を考える
第 8 回	情報間の相互作用、関連付けについて考える
第 9 回	介護を要する人の全体像をとらえる
第 10 回	解決すべき課題の明確化
第 11 回	介護計画書の意義と目的
第 12 回	介護計画の立案
第 13 回	実施内容、自立支援の内容、多職種協働・連携の内容
第 14 回	実施後の記録の意義と留意点
第 15 回	評価の意義と目的、書き方

筆者作成

「介護過程」では、まずは介護の専門職としての介護過程の意義や目的を理解し、学生自身が介護過程を学ぶ動機づけや価値づけといった、第 4 章第 4 節で述べた自律システムの構築を教育目標に掲げている。そして介護福祉士として専門的かつ科学的な介護を行う必要性を認識させ、学習の興味を持たせるといったことを意識した授業計画としている。また、アセスメント教育では、状況を把握し観察力を養うために、まず、イラストで描かれた利用者像を用いて状況を把握するといった視覚化学習を実施する。具体的には、イラストに描かれている高齢者を見て、現在どのような状況が考えられるかというテーマを与え、できる限り多くの情報を拾い出していくといった観察力を養っていく学習である。

さらに次の段階では、簡易な文章による模擬事例を提示し、その文面から利用者に関する必要な情報を拾い出して整理し、アセスメントに繋がられる学習を行う。特に1年次では、後期で「介護過程」を学ぶまでに前期で「介護実習」において施設実習を経験しているが、利用者に関する深い情報を知るといった学習までには至っていない。そこで模擬事例文の中に本人の言動や疾病（既往歴）、身体状況、精神状況、人的環境、物的環境といった多面的な情報を入れ、アセスメントに必要な情報が拾い出せるような文章事例を提示している。また、情報には客観的情報といった介護福祉士が見たままの情報と、利用者の言動といった主観的情報があり、両者の情報を見落とすことなく拾い出すことができることを目的とした学習ができるよう意識している。専門的な介護には思考過程を通じた介護が必要であり、「介護過程」では介護福祉士が行う介護は介護過程によって成り立っていることを学習する。また、介護を必要とする人にどのような課題があるのかを明確にし、目指すべき生活に向けての目標を定めた介護実践が必要となることを理解する。さらに、介護の主体は利用者であることを認識し、利用者にとっての自立とは何かについての考察を行いながら、介護過程展開を進めていくことが理解できるよう教授する。

また介護過程の構成要素の一つであるアセスメントは、一般的には査定や評価といった意味があるが、介護におけるアセスメントとは情報収集、解釈・分析・統合化といった過程を通して利用者の解決すべき課題（ニーズ）を明確にするための一連の作業であり、介護過程の核とも言える。したがって学生のアセスメント力を養うことは、介護過程教育において極めて重要となる。介護福祉士としての専門性を高めるためには、客観的で科学的な根拠に基づいた介護実践を可能にすること、利用者を主体とした個別ケアの実践を可能にすること、さらには、多職種協働・連携により適切な介護サービスの提供が必要となることが理解できるように導かなければならない。

専門性のある介護実践を行うには、アセスメント作業を通し、利用者の解決すべき課題を明確にした上で介護の目標を設定するために、利用者に関する多面的な情報が必要となる。情報収集の方法には、利用者の観察や他職種や家族、記録物などさまざまな方法があるが、直接的援助を実施する介護福祉士は、利用者の状況を観察し情報収集をしていく必要がある。観察とは、自分の目の前にあるものに対し、それが表現していることをありのままに見て、真意を素早く察知することであり、介護福祉士として日々の利用者の変化や言動から、どのような状況なのかを読み取る観察力は利用者の状況を把握するためにも非

常に重要となる。このように、「介護過程」では、思考を通じた介護実践を行うといった新しい課題に取り組む学習意欲を引き出すとともに、「介護過程」で活用するメタ認知に連動できる学習としている。

### 3. 2年次の「介護過程」の授業内容

「介護過程」の学習では、学生のメタ認知に働きかけるために、模擬事例を用いて、情報収集、情報の解釈・関連づけ、課題の明確化、介護計画立案、評価といった具体的な介護過程展開を修得する学習としている。表 22 は 2 年次で履修する「介護過程」の前期 15 回、後期 15 回の計 30 回の授業計画である。授業の概要および到達目標は、「人間と社会、介護、こころとからだのしくみの領域で学んだ知識・技術を統合し、利用者の生活の質の向上に向けて必要な介護のあり方を個別に考察し、計画を立て適切な介護サービスの提供ができる能力を、演習を通して養うことができる」としている。1 年次の「介護過程」の学習でも、紙上による簡易な模擬事例課題から情報の振り分け学習を実施しているが、「介護過程」では紙上による具体的な模擬事例課題を用いるため、ICF の概念を用いて、その文面から ICF の構成要素に基づいた情報を拾い出しアセスメントシートに振り分け、一つひとつの情報の意味を解釈するといった作業を通して学びを深められるようにしている。

「介護過程」では、「介護過程」で学習した個別ケアに向けての介護過程の意義と目的を理解した上で、紙上模擬事例と同じ事例の DVD を用いた 4~5 人のグループワーク演習で介護過程展開を実施する。ここでは紙上での模擬事例を授業に取り入れ、学生が利用者の生活側面についてのイメージの具体化ができるように指導し、また、アセスメントを進め利用者の全体像を捉えるまでの過程を学習する。アセスメントの進め方については、「現段階でどのような状況があるのか」、「その状況を作り出している要因にはどのようなものがあるのか」を総合的に判断し、利用者の全体像や生活課題を導くことに繋がることを理解する。さらに、利用者の現在の状況や状況を作り出している要因を理解することによって、生活障害や本人の生き辛さについて思考し、改善を図ることにつなげられるよう指導を行う。1 年次の「介護過程」での演習では、学生たちは模擬事例課題から「見守りが必要である」「一部介助が必要である」といった介護の方法をすぐに考えがちであったため、収集した情報の関係性について考え、整理し、統合化するといった一連の思考過程

を進めた結果から、生活課題を導き出すといった演習を通した教育を行っている。

演習の流れとしては、紙上模擬事例の読み込み、情報の拾い出し、情報の整理、情報の解釈・関連付け、情報の統合化、利用者の全体像の描写、課題の抽出、介護計画作成、模擬事例演習の振り返り、といった順序で授業を展開する。～ はアセスメント段階となり、Y校独自のアセスメントシート（以下、介護過程展開シート）を活用して行う。介護過程展開シートで利用者の「健康状態」や「個人因子」など、いわゆる基本情報をまとめる。介護過程展開シートでは、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」の内容に沿って収集した情報を整理し、情報の解釈・関連づけ、統合化を行う。次に、それぞれ導き出された課題に基づいて、情報とのつながりを確認しながら関連図を作成して、利用者の全体像をとらえる作業を行う。ここまでの作業がアセスメント段階となり、学生達は事例課題を読み取り利用者像を想起し、必要な情報を拾い出しそれぞれの情報を解釈・分析し、統合化し、利用者の全体像把握に繋げるための一連の思考過程を学習する。

以上が「介護過程」で行う模擬事例演習でのアセスメント授業の流れで、一つの事例課題を基にシート介護過程展開シートを使ってアセスメントの一連の思考過程を演習する。模擬事例を用いて介護過程を学ぶ目的は、介護過程の思考過程の追体験を行い、介護過程展開の実践的能力を養い、アセスメントを通して根拠ある介護実践の意味を理解するものとしている。また、「介護過程」は「介護実習」と連動する科目であり、2年次の「介護実習」では学生個々の受け持ち利用者を決定し、学内学習で学んだアセスメント力を駆使し、介護に必要な情報収集から、情報の分析・解釈、統合化、課題の明確化といったアセスメントを通した作業を進め、受け持ち利用者の個別介護計画書の作成を行う。実習終了後には、「介護過程」の授業で、学生が「介護実習」で実践した介護過程展開事例をグループ間でそれぞれ1事例を取り上げ、再度アセスメントから介護計画書の作成までを実施するといったグループでの演習を行う。グループ演習では、取り上げた事例に対して、事例提供をした学生がメンバーに対して情報を提供する。足りない情報など質問を繰り返しながらグループ間で情報収集の作業を行い、メンバー全員で情報の解釈・関連づけ・統合化を行い、課題を導き出していく。これは、グループ間で話し合いアセスメントを行っていくことで、情報提供を行った学生のみならず、メンバー間がそれぞれアセスメントに対する新たな考え方や介護の方向性などを学ぶ演習となり、「介護過程」の授業では重要



な位置づけとなっている。

(表 22) Y 校における「介護過程」の授業計画

前期授業の内容	
第 1 回	情報に必要な高齢者に多い疾病
第 2 回	情報に必要な認知症の中核症状・周辺症状
第 3 回	模擬事例演習 (情報の拾い出し・整理)
第 4 回	模擬事例演習 (情報の整理・解釈)
第 5 回	模擬事例演習 (情報の統合化、関連付け)
第 6 回	模擬事例演習 (関連図による利用者の全体像の描写、全体像の把握)
第 7 回	模擬事例演習 (課題の優先順位の考え方、目標設定、援助方法の検討)
第 8 回	模擬事例演習 (計画書の作成)
第 9 回	模擬事例の振り返り
第 10 回	介護過程実践的展開 (2 段階実習で体験した介護過程展開の再検討)
第 11 回	介護過程実践的展開 (情報の整理)
第 12 回	介護過程実践的展開 (情報の解釈、関連付け、統合化)
第 13 回	介護過程実践的展開 (利用者の全体像の描写、全体像の把握)
第 14 回	介護過程実践的展開 (介護計画書の作成)
第 15 回	介護過程実践的展開 (事例検討の介護過程発表)

後期授業の内容	
第 1 回	介護保険制度における介護計画の位置づけについて
第 2 回	ケアプランの意義と目的
第 3 回	安全・安楽な実施にむけての留意点、自立支援にむけた実施
第 4 回	短期目標について達成できたかどうかの観察、現状把握
第 5 回	介護過程実践的展開 (3 段階実習で体験した介護過程展開の再検討)
第 6 回	介護過程実践的展開 (情報の整理)
第 7 回	介護過程実践的展開 (情報の解釈、関連付け、統合化)
第 8 回	介護過程実践的展開 (利用者の全体像の描写、全体像の把握)
第 9 回	介護過程実践的展開 (介護計画書の作成)
第 10 回	介護過程実践的展開 (事例検討の介護過程発表)
第 11 回	介護における記録の意義
第 12 回	多職種連携における情報共有の必要性
第 13 回	守秘義務および個人情報保護
第 14 回	ケアの標準化と個別化の考え方
第 15 回	介護過程展開におけるまとめ (グループワーク)

筆者作成

## 第2節 介護実習におけるアセスメント教育

介護福祉士養成教育において、介護実習の位置づけは大きく重要な科目である。介護実習では、学内で学んだ知識や技術を介護実習で統合させ、介護の実践を学習させる。

2018年度より改正された介護福祉士養成カリキュラムでの介護実習の教育に含むべき事項として、介護過程の実践的展開、多職種協働の実践、地域における生活支援の実践の3つの項目が追加された。したがって介護実習で行う介護過程の実践的展開では、実際に介護過程の展開を通して介護を必要とする利用者を理解し、本人主体の生活と自立を支援するための介護過程を実践的に学ぶものとしなければならない。そこで本節では、介護過程教育と関連の深い介護実習について、Y校における介護実習の実際を提示する。

### 1. 介護実習

介護福祉士養成課程における介護実習の教育内容のねらいは、「利用者の生活の場である多様な介護現場において、利用者の理解を中心とし、これに合わせて利用者・家族との関わりを通じたコミュニケーションの実践、多職種協働の実践、介護技術の確認等を行うこと」と示されている。介護実習の実習先の基準<sup>16)</sup>は、厚生労働大臣が別に定めるものであって、介護保険法その他の関係法令に基づく職員の配置に係る要件を満たしていることが選定の条件となる。したがって介護実習では、介護を必要とする人の理解および介護過程展開を行うに当たっての基礎となるさまざまな生活の場を理解することなどを学習する。Y校では表23で示すように、1年次の9月、11月、12月の3期間に渡り、介護実習（以下、1段階実習）を体験する。実習日数は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などの介護保険施設や、認知症対応型共同生活介護等、訪問介護などの介護保険制度で定められた施設・事業所と、障害者総合支援法で定められた施設・事業所等へ5日間ずつの実習を行い、訪問介護については1日間の実習を行う。1段階実習の目的は、学内で学んだ知識に基づいて利用者との人間的な関わりを深め、利用者が求めている介護の

---

<sup>16)</sup> 短期間であっても、訪問介護等の利用者の居宅を訪問して行うサービスや小規模多機能型居宅介護等のサービスを含む居宅サービスを実習施設・事業等として確保することにより、利用者の生活の場である多様な介護現場において個別ケアを体験・学習できるよう配慮すること。

需要に関する理解力や判断力を養う。介護現場におけるチームワークの重要性を理解する実習とする。また、1段階実習での目標としては、実習先となる高齢者施設や障害者施設等において、機能や関連職種を含めた職員の役割等について理解するとともに、利用者のさまざまな暮らしの場を理解し、利用者個々の思いや願いにふれる。そこで、多くの利用者との人間関係に深め、観察やコミュニケーションを通して利用者の個別性を理解する。また、学内で学んだ介護技術を踏まえて、初歩的な日常生活援助を見学・実践し、利用者の自己決定や尊重がどのように体现されているのかを理解する。さらには、チームワークの重要性を理解し、介護チームの一員として介護を遂行する能力を養う実習とするなど、1段階実習では、介護過程展開においての基礎となる学習を期待するものとしている。

(表 23) 1年次介護実習 の実施計画

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実習先						特別養護老人ホーム 介護老人保健施設		認知症対応型共同生活介護等 障害者支援施設・事業所	訪問介護			
実習日数						各5日間		各5日間	1日間			

筆者作成

## 2. 介護実習

介護福祉士養成課程における介護実習での教育内容のねらいは、「1つの実習施設や事業所において一定期間以上継続して実習を行う中で、利用者ごとの介護計画の作成、実施後の評価やこれを踏まえた計画の修正といった一連の介護過程のすべてを継続的に実践すること」と示されている。したがって介護実習においては、1段階実習での体験を踏まえ、学生個々が実際の利用者に対して、介護過程の一連を実践する実習となる。そこで、2段階実習、3段階実習の目的は、利用者の生活のニーズを理解し、適切な介護を展開する能力を養うとともに、自己の介護福祉観を深める実習とする。

実習の目標としては、1段階実習における実践を基盤として、利用者の生活ニーズを明確にし、介護計画を作成し実践する。実施後の評価をし、介護計画の妥当性およびその介護実践の過程全体について考察する。介護職のみならず、医療関係職などケアチーム各部門の役割とチームケアのための連携の場所や方法の実際を学ぶ。心身機能の障害をもつ利用者の自立支援や生きがいのために介護場面を通して、生活の中のリハビリテーションや心身の活性化の技法を学ぶ。施設利用者の生きがいや生活の資質向上についての施設の取り組みを知り、自己の介護のあり方を考察する実習とする。具体的な実習内容は、第1週目は、施設全体を知り、第1週目後半に受け持ち利用者を決定し、情報収集およびアセスメントを行う。第2週目、3週目、4週目は、受け持ち利用者についての情報収集・アセスメントおよび介護計画書の立案を行う。第5週目は、介護計画の実施と評価を行い、必要ならば介護計画書の修正を行う。

表24は2年次に実施している介護実習の実施計画である。6月の4週間（以下、2段階実習という）と10月の5週間（以下、3段階実習という）の2期間に亘り、特別養護老人ホームまたは介護老人保健施設において継続した実習を行い、介護過程の展開を実践する。2段階実習および3段階実習では、学生個々が実習先において「受持ち利用者」を選定させてもらい、2段階実習では介護過程展開におけるアセスメントから介護計画の作成までの実習とする。また、3段階実習では、アセスメントから介護計画の作成、さらには実施・評価といった介護過程を実践する。2段階実習、3段階実習の2つの実習ともに1週目は、さまざまな利用者とのコミュニケーションを図り、学生自らが「受持ち利用者」を選定する。この時点で、学生自身が気になる利用者の情報を集め始め、2週目には本格的に情報収集開始となる。情報源は、利用者とのコミュニケーションからの情報や本人への

観察、利用者の家族や多職種からの情報、介護記録等からの情報など情報源は多岐に渡り収集するように指導している。3週目にかけては、これまでに収集した情報の解釈・関連づけ・統合化を行い、移動やセルフケア、コミュニケーションなどの課題を明確にする。3週目から4週目にかけては、これまでの情報の関連づけ・統合化を基に関連図の作成により利用者の全体像を可視化する。そこで、課題を明確化したうえで介護計画書を作成する。また、3段階実習では5週目は介護計画の実施・評価を行い、必要ならば介護計画書の修正等を行う実習とする。

以上のように、介護実習での2段階実習、3段階実習では、高齢者施設において長期間継続した実習で介護過程の展開を実践する実習となる。この実習ではこれまで学内での模擬事例を通じたアセスメントの演習体験を、実際の介護現場でアセスメントを通じた介護過程の展開により、利用者の生活の場において個別ケアをどのように実践していくのか、思考過程を通して理解を深めるものとなる。また、介護過程の展開において多職種協働は必要不可欠であるため、実習の中で多職種と直接的に関わることで、それぞれの職種の役割を理解する。さらには介護福祉士としてどのような役割があるのかについて理解する実習となる。

(表 24) 2年次介護実習 の実施計画

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実習先				特別養護老人ホームまたは 介護老人保健施設			特別養護老人ホームまたは 介護老人保健施設					
実習日数				20日間			25日間					

筆者作成

### 第3節 介護過程展開シートを用いたアセスメントの教授方法

介護過程を展開するために介護過程展開シートは、思考の手順や判断の指標を導きだすものであり、アセスメント教育での位置づけは重要なものである。介護過程展開シートについては、各養成校により多種多様であり、介護過程担当教員の教育方法の有効性や妥当性が試されるところだと言える。本節ではY校で活用している独自の介護過程展開シートを提示するとともに、アセスメントの教授の実際について検討する。

#### 1. 情報収集

アセスメントでは、意図的な観察により利用者の「生きることの全体像」をとらえるための情報収集が必要となる<sup>17)</sup>。ICFの視点に基づく情報収集では、生命レベルの心身機能・身体構造、生活レベルの活動、人生レベルの参加、の3つを包括した生活機能と、健康状態、さらに背景因子となる環境因子と個人因子といった6領域の情報を収集するよう指導している。

図5は、Y校で使用している介護過程展開シートの概略で、この介護過程展開シートの情報内容に沿った情報を収集する。受け持ち利用者介護過程展開シート図5-には、利用者の基本的な情報として、氏名、性別、生年月日・年齢、障害高齢者の日常生活自立度<sup>18)</sup>(表25)、認知症高齢者の日常生活自立度<sup>19)</sup>(表26)などを記入する。障害高齢者の日常生活自立度判定基準を記入する目的は、高齢者への介護過程展開においては、寝たきり度や認知症度を客観的な基準で判定することで、現在どのような心身状態であるかを把握するための判定基準となり、学生達が利用者のイメージを持ちやすくするためである。

<sup>17)</sup> 介護福祉士養成講座編集委員会編集(2019)『介護過程』p25。

<sup>18)</sup> 地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知。

<sup>19)</sup> 高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すもの。介護保険制度の要介護認定では認定調査や主治医意見書でこの指標が用いられており、要介護認定における、コンピュータによる一次判定や介護認定審査会における審査判定の際の参考として利用されている。平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知。

(表 25) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもしていない

(表 26) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	II a 家庭外で上記 II の状態が見られる II b 家庭内でも上記 II の状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする
	III a 日中を中心として上記 III の状態が見られる III b 夜間を中心として上記 III の状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

健康状態については、現在の状態に影響している疾病や変調についての情報を捉えること、また、疾病については発症年月日や既往歴や処方等を含む医療的な処置についての情報も収集するよう指導している。健康状態の把握で、利用者がどのような疾病や既往歴を抱えているのかを理解しておくことで、現在の生活状態に影響を与えた要因の一つとして考えることに繋がる。また、健康管理については、適切な体温を保持することができることや、体調不良時に無理をしない、など自身の健康管理に注意することができるかどうかの情報となる。また個人因子については、利用者の性格や価値観などを理解するために、

生活歴に関する情報は重要であると指導している。さらに、これまでの在宅生活での状況を理解するためには、現在入所に至った経緯についての理解も必要であると指導している。

介護過程展開シート図5 - 1では、ADLをはじめとした生活活動の実行状況を「どのように行っているか、おこなっていないか」について、本人の状況について具体的に記入する。活動については、まずは生活の基本動作となる立位や歩行など活動中の移動動作での潜在能力となる「できる活動」と、実行状況の「している活動」についての情報を収集する。移動は生活を送る基本となる動作であり、特に「できる活動」を把握することは、移乗や歩行状況などの実行状況の解釈・分析と、今後の見通しに繋がられる。移動状況を把握した次には、セルフケアとなる排泄や食事、身体保清、更衣などの実行状況を把握する。健康管理についての状況では、気温に適した衣服を自ら選択することができるかどうか、体調不良時に必要な服薬を行うことができるかどうかの判断を行う上で必要となる情報となるため収集する。

セルフケアでの排泄については、尿意・便意の表出、トイレの場所の把握、トイレまでの移動、排泄前後の衣服の着脱、排泄後の後始末、について、排泄の～の一連の動作を一人で行っているか否か、実行状況を正確に捉えるよう指導している。

参加は、「トイレは自分の力でやりたい」「トイレは人に手伝ってもらいたくない」など、利用者自身の思いや役割などを指している。したがって参加の情報を得るには活動を送る上でどのような思いや気持ちを持っているのか、利用者と十分なコミュニケーションなどを通して、利用者自身が発した言葉等を収集するように指導している。

ICFでの心身機能・身体構造は身体系の心理的機能と器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分、また機能・形態障害を含んでいる。したがって、活動での「している活動」を把握し、一人で出来ていない場合には、利用者に認知機能の低下、両下肢筋力の低下、片麻痺などの心身機能・身体構造での機能・形態障害が起こっていないかどうかを考えなければならない。心身機能・身体構造の情報は、利用者の活動制限の要因を考える上で重要な情報となるため、観察やリハビリ職などの多職種からの情報を収集するよう指導している。環境因子については、利用者以外はすべて環境となり、居室環境といった物的環境や周りの他の利用者、介護スタッフや医療系スタッフなどの人的環境についての情報を捉える必要がある。また、現在提供されている介護も環境に含まれることを指導し、どのような介護が提供されているのかを把握するよう指導している。



(図5) Y校の介護過程展開シートの概略

介護過程展開シート①

学生氏名：

利用者氏名	様						性別		年齢	歳
障害高齢者自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
認知症高齢者自立度	正常	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M		
健康状態	現在の状態に影響している主な疾病及び変調									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
	(発症年月日： )									
医療的な処置 (服薬を含む)										
個人因子等	(性格・価値観、これまでの生活歴)									
環境因子	家族構成 (ジェノグラム)					入所に至った理由				

和歌山 YMCA 国際福祉専門学校

介護過程展開シート② 学生氏名：

ADLをはじめとした生活活動の実行状況 (どのように行っているか、行っていないか) 【立位】 立位になったり、立った姿勢から臥位や座位などの 他の姿勢に変わること (何秒立位できるか等) 姿勢の保持	心身機能・身体構造 (体・精神の働き、感覚機能等) 肩下段の筋力 麻痺の有無 知的機能 (認知・判断等)	生活・人生場面への関わり等 (本人の言葉・思い)	環境因子 (介護内容を含む) 人々が生活し、人生を送っ ている物的な環境や社会 的環境 本人を取り巻く人的環境 福祉用具 介護職員等	情報の解釈・分析・統合化 (見直し) (~のために、~の可能性がある)
移動 【移乗】 ベッドから椅子への移動等				
【排泄】 原意や便意を表出すること 排泄に適した場所を選び、そこに行き、排泄に適し た姿勢をとる 排泄前後の衣服の着脱 排泄後の後始末 【食事】 提供された食べ物を手際よく口に運び食べること はしやフォークを使って食べる	肩下段の筋力 麻痺の有無 知的機能 (認知・判断・見当識等)  咀嚼状態 嚥下状態 味覚・嗅覚 麻痺の有無		人々が生活し、人生を送っ ている物的な環境や社会 的環境 本人を取り巻く人的環境 福祉用具 介護職員等	

介護過程展開シート③ 学生氏名：

ADLをはじめとした生活活動の実行状況 (どのように行っているか、行っていないか)	心身機能・身体構造 (体・精神の働き、感覚機能等)	生活・人生場面への関わり等 (本人の言葉・思い)	環境因子 (介護内容を含む)	情報の解釈・分析・統合化(見直し) (～のために、～の可能性がある)
<p>【身体保障】</p> <p>全身や身体の一部を洗って拭き乾かすこと</p> <p>肌や顔、首、爪など身体部位に対して、洗って乾かすこと</p> <p>【更衣】</p> <p>順序立った衣服などの着脱を手際よく行うこと</p> <p>適切な衣服の選択</p>	<p>両下肢の筋力</p> <p>麻痺の有無</p> <p>知的機能(認知・判断等)</p>		<p>人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境</p> <p>本人を取り巻く人的環境</p> <p>福祉用具</p> <p>介護職員等</p>	
セル	【睡眠】			
フ	睡眠の量			
ケ	入眠			
ア	睡眠の質			
	睡眠の維持			
対人関係等	意識機能			
	見当識			
	音声と発話機能			
	状況に合った社会的に適切な方法を用いて、人々とコミュニケーションをとる			
	家族や友人との関係の形成			

## 2. 情報の解釈・関連づけ・統合化による課題の明確化

情報収集の次のステップとなる情報の解釈・関連づけ・統合化では、健康状態や心身機能・身体構造、活動、背景因子となる環境因子、個人因子について詳細な情報を収集した上で、日常生活動作で収集した情報間の関連性を考える。情報の解釈では、疾病や加齢などの健康状態が要因となり、心身機能・身体構造での機能障害や形態障害が生じているのかを考える。そして、その機能障害や形態障害が活動の実行状況にどのような影響が出ているのかについて関連付けていく場合と、環境因子が要因で実行状況での活動制限や参加制約が起きている場合など、情報間の因果関係を考え、「～のために、～の可能性がある」といった表現で記述するよう指導している。情報の解釈・関連づけ・統合化は、今後の見通しや予測を示すものとなり、解決すべき課題（以下、課題）を明らかにするための思考過程となるアセスメントでは重要な作業となる。

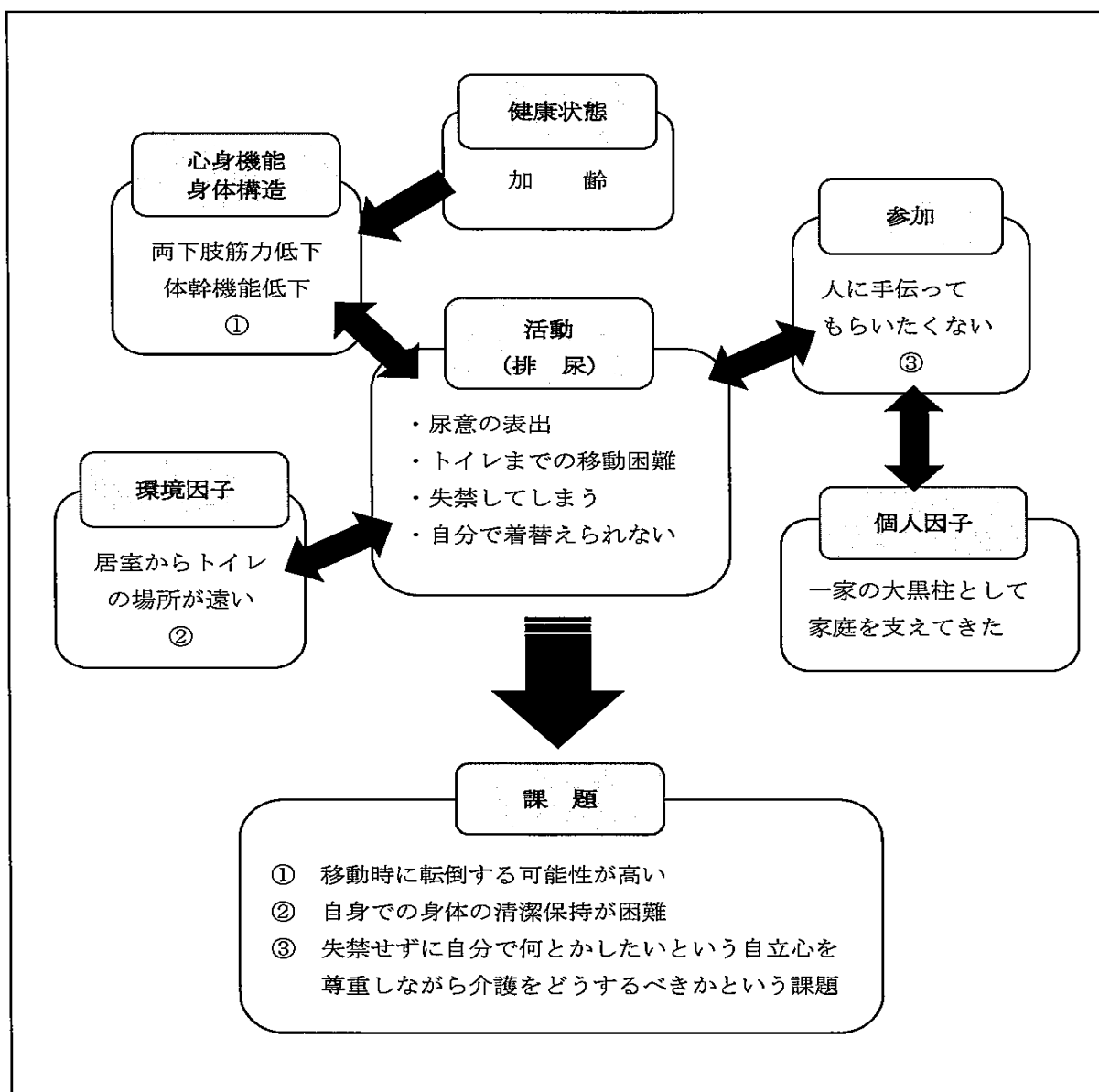
図 6 は、排尿における情報と情報の解釈・関連づけ・統合化の例を示したものである。健康状態は加齢により、心身機能・身体構造の機能・形態障害として、両下肢筋力低下と体幹機能の低下がある。活動の排尿での実行状況では、尿意の表出は可能だが、トイレまでの移動が困難で、移動時に転倒の可能性が高い。また、失禁しても自分で着替えることができず、清潔の保持ができない。参加は、トイレは人に手伝ってもらいたくない、自分で何とかしたいという思いが強い。この思いは、個人因子の、これまでは一家の大黒柱で家庭を支えてきた、という自負があり、まだまだ人には頼りたくないといった自立心の表れと考えられる。また、背景因子となる環境因子は、居室からトイレまで遠く、このことが活動の参加制限に繋がっているなど、情報間で捉えられた諸要因のさまざまな相互作用によって生活上の障害が起きていることを把握できるよう思考を導いていく。

以上の思考過程をまとめ上げたものが課題となり、ここで導き出される課題は、「加齢による両下肢筋力低下がみられ、立位時などにふらつきが生じる。また、体幹機能の低下も加わりバランスを崩しやすく、歩行などの移動動作時には転倒の可能性が高い」、課題の「尿意の表出は可能だが、失禁する可能性が高く、自ら下着の交換ができず清潔の保持ができない」、課題の「身の回りのことはできるだけ一人で行い、人に頼りたくないという自立心がある」等を導き出すことができる。課題の明確化での留意点としては、想像や学生自身の勝手な思い込みが入らないように指導している。そこで情報を解釈しそれぞれの情報間を関連付けし、課題に導いていけるよう、演繹法での「A であるという前

提から、Bである」と表現するように指導し、「一部介助が必要である」などと介助方法を考えるのではなく、「～のために、～の可能性がある」または、「～の危険性がある」といった見通しや今後の予測を記述するように指導している。

アセスメントの目的は、思考過程を通して利用者の解決すべき課題を明らかにすることである。したがって、利用者の現在の生活状況について今後の予測を明らかにするためには、情報の解釈・関連づけ・統合化の作業は介護の根拠を示す中核な作業となり、記述力を含め、指導には十分な時間をかける必要があると考える。

(図6) 排尿における情報と情報の解釈・関連づけ・統合化



筆者作成

### 3. 関連図による全体像の把握

アセスメントによって利用者の課題を明らかにすることだけではなく、生活者としての全体像を把握する。全体像とは、一つのまとまりとして捉えた物事の形や姿を表すものであり、これまで行った情報の解釈・関連づけ・統合化により部分的に導き出された課題をまとめて、利用者の全体像を捉える。その方法としてアセスメントの整理・関連図シート（図7）を用いて関連図を作成する。

関連図とはコンセプトマッピングとも呼ばれ「受け持ち患者の病気を理解するために、病気の原因、器質的变化、機能的变化、症状、生活行動の低下などを、矢印を論理的に使って書く概念の網の目を指すツール」<sup>20)</sup>であり、看護過程教育や介護過程教育にも用いられている。関連図を作成する効果としては、情報と解釈した結果を矢印で繋いでいくことにより、情報間の関係性や解釈の矛盾点が明らかになる。図6で示したように、生活障害となっている要因を健康状態から派生している心身機能・身体構造の機能・形態障害だけではなく、環境因子や個人因子など、さまざまな相互作用から引き起こされた結果であるというように因果関係が可視化できる。さらに関連図を作成することで利用者の全体像をイメージしやすくなる。情報や解釈した内容が繋がらない場合には、情報の解釈にズレがないか、関連づけるために足りない情報がないかなど、再度情報収集に戻るなど思考の見直しを行うよう指導する。また、関連図により利用者の全体像が作成できたら、最後にアセスメントで導き出した課題をまとめた利用者の全体像を文章化する作業を行う。学生が記述した全体像の文章を繰り返し添削し、生活者としての全体像がイメージできるような文章になるように指導を行う。これは多職種協働において介護福祉士がアセスメントにより導き出した利用者の全体像から、どのような課題があるのか、またそれに対してどのような介護が必要であるかなどについて説明でき、根拠のある介護実践が行える能力を養うためである。

---

<sup>20)</sup> ナーシングカレッジ編集部（2004）『関連図の書き方をマスターしよう』医学芸術社 p10。

# (図7) アセスメントの整理・関連図シート

介護過程展開シート④

学生氏名：

【アセスメントの整理・関連図】	【受持ち利用者の全体像】
	【解決すべき生活上の課題】
	① _____
	② _____
	③ _____
	④ _____
	【特記事項】

和歌山 YMCA 国際福祉専門学校

## 第4節 介護実習（3段階実習）でのアセスメントの実際

介護実習（3段階実習）では、実際に特別養護老人ホームまたは介護老人保健施設で実施した5週間に亘る介護実習において、介護過程展開シートを用いて、学生自身が決めた受け持ち利用者に対する介護過程の展開を実践する。本節では、学生が介護実習で行ったアセスメントの2事例を紹介し、どのようにアセスメントを進めていったのかを提示する。

倫理的配慮：事例の紹介については、3段階実習での実習先に研究の目的を説明し、事例を用いることについての承諾を得た。また、これらの事例を担当した2名の学生には、その目的を説明し、事例紹介については匿名化し、成績には関係しないことを口頭で伝え、事例を用いることについての承諾を得た。

### 1. 学生Kが行ったアセスメント事例

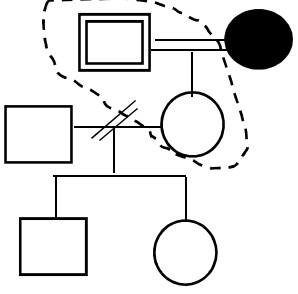
脳内出血後に入所に至った高齢男性の事例。

仕事をリタイアした後は、自宅にて野菜作りなどを楽しみに生活をしてきたが、脳内出血を起こし、これまでの自宅での生活が困難になった。健康状態、個人因子、環境因子での家族構成などの情報については、施設の相談員や介護支援専門員、実習指導者などから収集した（表27）。活動での実行状況（表28）は、学生自身の受け持ち利用者に対する観察と、職員等からの聞き取りなどから情報を収集した。受け持ち利用者の状況は、日常的に歩行はできず車いすで移動をしている。また、立位は何か掴まれば約30秒できる。これらの情報から、心身機能・身体構造については、どのような機能障害が起こっているのかを考えた。情報の解釈・関連づけ・統合化（表29）については、判断力低下や実行機能障害の影響により、移乗などの方法がわからない、また、両下肢筋力が低下しているにもかかわらず、立ち上がろうとしたりするため、転倒につながる可能性が高い状態であると判断し、転倒する可能性、失禁に対する清潔保持、身体の清潔保持、対人関係でのトラブル、人との関わり、の5項目の課題を抽出した。次に、これまでの情報と5項目の課題を関連図にて繋ぎ合わせ、受け持ち利用者の全体像の描写（図8）をし、受け持ち利用者の全体像を記述した。



受け持ち利用者の全体像は、「認知症による判断力の低下や、両下肢筋力低下により、立位時にふらつき転倒する可能性が高い。衛生面では、判断力低下や実行機能障害により、失禁時や排泄後の後始末ができず、清潔を保持できない。食事面では、判断力の低下により、自分の食事と他の人の食事の区別ができず、他の人の食事を食べてしまうなど対人関係でトラブルになる可能性が高い。心理面では、自ら人との会話を求めるなど不安や寂しさを抱えている。しかし、他人に対して感謝の気持ちを忘れず必ず伝えたりするなど、社会的規範を心得ている人である」。以上の全体像から、受け持ち利用者の解決すべき課題として、転倒を防ぎ、安全に生活を送りたい、身体の清潔を保持し、気持ちよく生活したい、不安や寂しさを無くし、楽しく生活を送りたい、人との関わりを持ち、楽しく生活したい、といった4項目の課題を明らかにした。この学生Kの介護過程展開において、アセスメントでの情報収集で一番難しかったことは、利用者との何気ない会話から本人の想いをどう汲み取るかなど、参加に関する情報収集の難しさが挙げられた。しかし、利用者本人との関わりの中で「ありがとう」など感謝を表す言動が多いことの気づき、カラオケや法要への参加など、人との交流の機会を積極的に求めている背景にある寂しさや一人きりになる不安などを把握することができた。

(表 27) 実習中に収集した情報

<p>健康状態</p>	<p>【障害高齢者自立度】B1                      【認知症高齢者自立度】 b</p> <p>【現在の状態に影響している主な疾病及び変調】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症</li> <li>・前立腺肥大</li> <li>・右前頭葉皮質下出血</li> </ul> <p>【医療的な処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レボフロキサシン、ピオフェルミン、抑肝散、プロチゾラム</li> </ul>	
<p>個人因子</p>	<p>生まれは〇〇市で、5人兄弟の長男</p> <p>〇歳の頃に結婚し、〇〇職人として仕事をし、老後は趣味の野菜作りをしていた。性格は短期な一面があり、おしゃべりである。食べ物に対して好き嫌いはないが、甘いものは特に好んで食べる。</p>	
<p>環境因子</p>	<p>【家族構成】</p> 	<p>【入所に至った理由】</p> <p>脳内出血をして入院していたが、長女が自宅隣に居住しているが、就労しており、介護は困難な状態。</p>

(表 28) 実習中に収集した情報

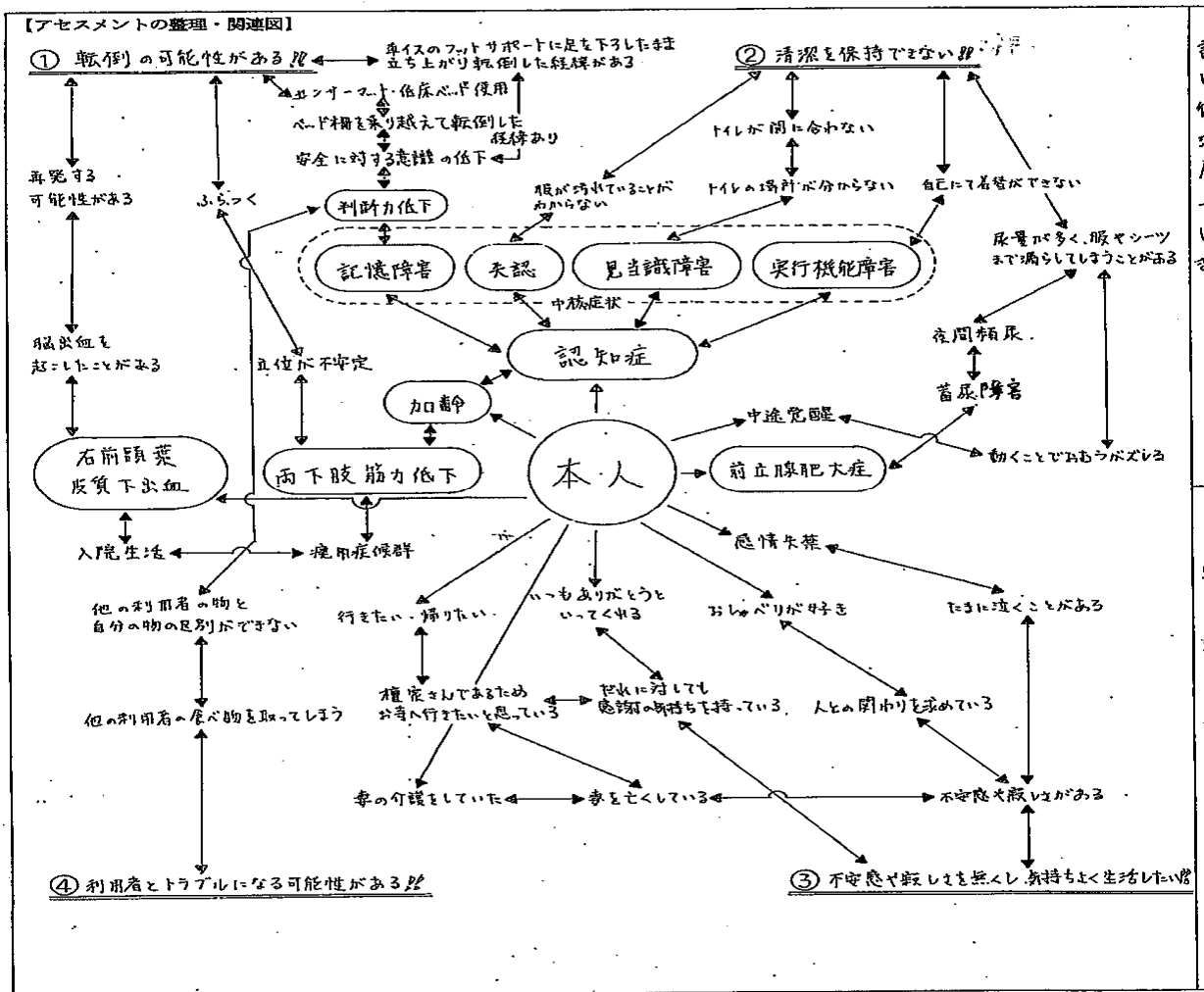
活動の実行状況	心身機能・身体構造	参加	環境因子
<p>【移動】</p> <p>立位</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・テーブルまたは手摺りをもって約 30 秒立位ができる</li> </ul> <p>歩行</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行はしていない</li> </ul> <p>移乗</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら移乗行為はしていない</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>判断力低下</p> <p>実行機能障害</p> <p>短期記憶障害</p> <p>【身体構造】</p> <p>両下肢筋力低下</p>	<p>ありがとう</p>	<p>車いすを押してくれる職員がいる</p>
<p>【セルフケア】</p> <p>排泄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・尿意・便意を表出するが、すでに失禁していることが多い</li> </ul> <p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分で全量摂取している</li> <li>・食事ペースが速い</li> <li>・食べこぼしがある</li> <li>・水分での咽込みはない</li> <li>・他の利用者の食事を食べてしまうことがある</li> </ul> <p>身体保清</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら体を洗うことや口腔ケアをしていない</li> </ul> <p>更衣</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一人で衣服の着脱を行うことができない</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>判断力低下</p> <p>実行機能障害</p> <p>短期記憶障害</p> <p>【身体構造】</p> <p>両下肢筋力低下</p> <p>蓄尿障害</p> <p>【睡眠】</p> <p>夜間に中途覚醒をすることがある</p>	<p>ありがとう</p> <p>便が出る</p> <p>ありがとう</p> <p>コーヒー美味しい</p> <p>おなかすいた</p>	<p>同じテーブルで食事を食べる利用者がいる</p> <p>更衣を手伝ってくれる職員がいる</p> <p>眠前薬</p> <p>低床ベッド</p> <p>センサーマット</p>
<p>【対人関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誰とでもコミュニケーションをとっている</li> <li>・時々泣いている</li> <li>・挨拶には必ず答える</li> <li>・月 1 回の法要には必ず参加</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>判断力低下</p> <p>実行機能障害</p> <p>短期記憶障害</p> <p>被害妄想</p> <p>感情失禁</p>	<p>ありがとう</p> <p>お寺に行きたい</p> <p>家に帰りたい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話を聴いてくれる職員がいる</li> <li>・娘が時々面会に来る</li> </ul>

(表 29) 情報の解釈・分析・統合化

活動区分	情報の解釈・分析・統合化
移動	・両下肢筋力の低下による立位時のふらつきにより転倒する可能性がある。また、認知症による判断力低下や実行機能障害により、転倒などの危険予測ができず転倒する可能性が高い。
セルフケア	・尿意・便意は曖昧で失禁しても、実行機能障害により自らパンツを履き替えるなどの更衣ができず、 <u>失禁に対する清潔が保てない</u> 。 ・洗身・洗髪・口腔ケアなどの清潔行為について、実行機能障害により自ら行うことができないため、 <u>身体の清潔保持ができない</u> 。 ・食事ペースが速く、あまり噛まずに飲み込んでしまうことにより誤嚥する可能性がある
対人関係	・人の食事まで手を伸ばして食べてしまうなど、 <u>対人関係でのトラブルが発生する可能性がある</u> ・対人関係では、自ら積極的なコミュニケーションがみられるなど、 <u>人との関わりを求めている</u> のではないかと考える。

(図 8) アセスメントの整理・関連図

受け持ち利用者介護過程展開シート④



## 2. 学生 Y が行ったアセスメント事例

全盲の高齢女性の事例。

個人因子は、全盲のため、生まれてから現在に至るまで施設での暮らしが長い利用者である。健康状態、個人因子、環境因子、の家族構成についての情報は表 30 で示すように、転倒をきっかけにこれまで長期間生活をしてきた救護施設での生活が困難となり、特別養護老人ホームへの入所となった。表 31 で示すように、活動の実行状況、心身機能・身体構造についての情報は、利用者に対する観察や職員等からの聞き取りから情報を得た。また、参加についての情報は、受け持ち利用者本人との関わりの中から、言動を観察して情報を得た。さらに、環境因子については、人的環境として職員がどのように受け持ち利用者に関わっているのかなど、実際の介護を見学するなどして情報を得た。

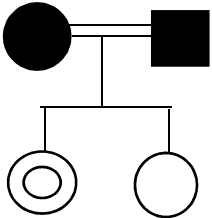
情報の解釈・関連づけ・統合化（表 32）では、「移動」動作での実行状況と心身機能・身体構造障害から、廃用症候群による両下肢筋力低下や、全盲によって状況判断ができず、転倒に繋がる危険性が高い状態である。また、排泄については、尿意がなくオムツにて排泄をしているが、全盲や判断力の低下により陰部の清潔が保持できない状態である。また、全盲により洗身などの確認ができないなど、身体の清潔が保持できない。食事については、自己摂取を行っているが、全盲により食事の確認ができないことや、食べこぼしが多くなり、食事量が減少するなど栄養不足に繋がる可能性がある。対人関係については、全盲により周囲の状況把握ができないことが、物音に対して敏感になるなど不安を感じることに繋がる。本人の個人因子から小さい頃より施設に入所するなど家族との関わりが希薄となっているが、自分の家族の話をよくするなど、寂しさを感じ、人との会話を楽しみたいという思いは強く、人との繋がりを求めている。これらの情報の解釈・関連づけ・統合化および本人に関する情報の整理によって関連図を作成し全体像の描写を行った（図 9）。

受け持ち利用者の全体像の文章化では、「身体面では廃用症候群による両下肢筋力低下や、全盲による視覚障害から、移動時など立位不安定となり転倒する危険性が高い。また、これまでも転倒し骨折の既往歴もあることから、本人は転倒に対して不安を抱えている。清潔面では、尿意・便意の訴えがなく、全盲や両下肢筋力低下により失禁しても自己にてオムツの交換ができないなど、清潔の保持ができない。食事面では、全盲の影響により食べこぼしの量が多くなることから、食事摂取量が減少し栄養不足になる可能性がある。対人関係としては、周囲の状況把握ができず不安や、家族との疎遠状態などにより寂しさを

感じている。しかし、人と話すことが好きで、人との関わりを持つことで生活面での充実感や楽しさを感じている。また、できることは自分で行いたいと強く思うなど、自立心旺盛の人である。解決すべき課題は、転倒せず、安心して生活を送りたい、食べこぼしを減らし、健康状態を維持したい、身体の清潔を保持し、快適に生活を送りたい、会話の機会を増やし、人とのつながりを持ちたい、以上の4つの課題を明らかにした。

この事例では、情報収集が不十分で解釈に繋げるための情報が足りなかった。学生自身、ICFの構成要素の内容と意味を理解し、過不足なく情報を収集することの必要性を痛感したと語っている。また、全盲の利用者との関わりでは、視覚からの情報提供ができないため、頻繁な声かけやボディタッチなどを通して意思疎通を図り、実習期間中に受け持ち利用者との信頼関係を築くに至ったと振り返っている。

(表 30) 実習中に収集した情報

健康状態	<p>【障害高齢者自立度】B2                      【認知症高齢者自立度】 a</p> <p>【現在の状態に影響している主な疾病及び変調】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 右大腿骨頸部骨折    ・ 慢性心不全            ・ 高血圧</li> <li>・ 認知症                      ・ 逆流性食道炎</li> </ul> <p>【医療的な処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スピロラクトン、ラベプラゾール、アムロジピン、ロキソプロフェン レバミピド、マグミット、アトルバスタチン</li> </ul>	
個人因子	<p>先天性の視覚障害により、生まれてすぐに乳児院に入所し、その後は養護施設に入所となる。20歳前後で救護施設に入所し生活をしてきたが、68歳の時に転倒し左大腿骨頸部骨折となる。病院へ搬送され入院となるが、その後救護施設に戻ることなく、現在の特別養護老人ホームへの入所となる。</p> <p>趣味は音楽やラジオを聴くことと、カラオケが好き。性格は昔から自己主張が強く、何事にも口出しすることがあり、他人との口論が多々あったが、人との関わりは嫌いではない。</p>	
環境因子	<p>【家族構成】</p> 	<p>【入所に至った理由】</p> <p>転倒し左大腿骨頸部骨折となる。病院へ搬送され入院となるが、その後救護施設に戻ることなく、現在の特別養護老人ホームへの入所となる</p>

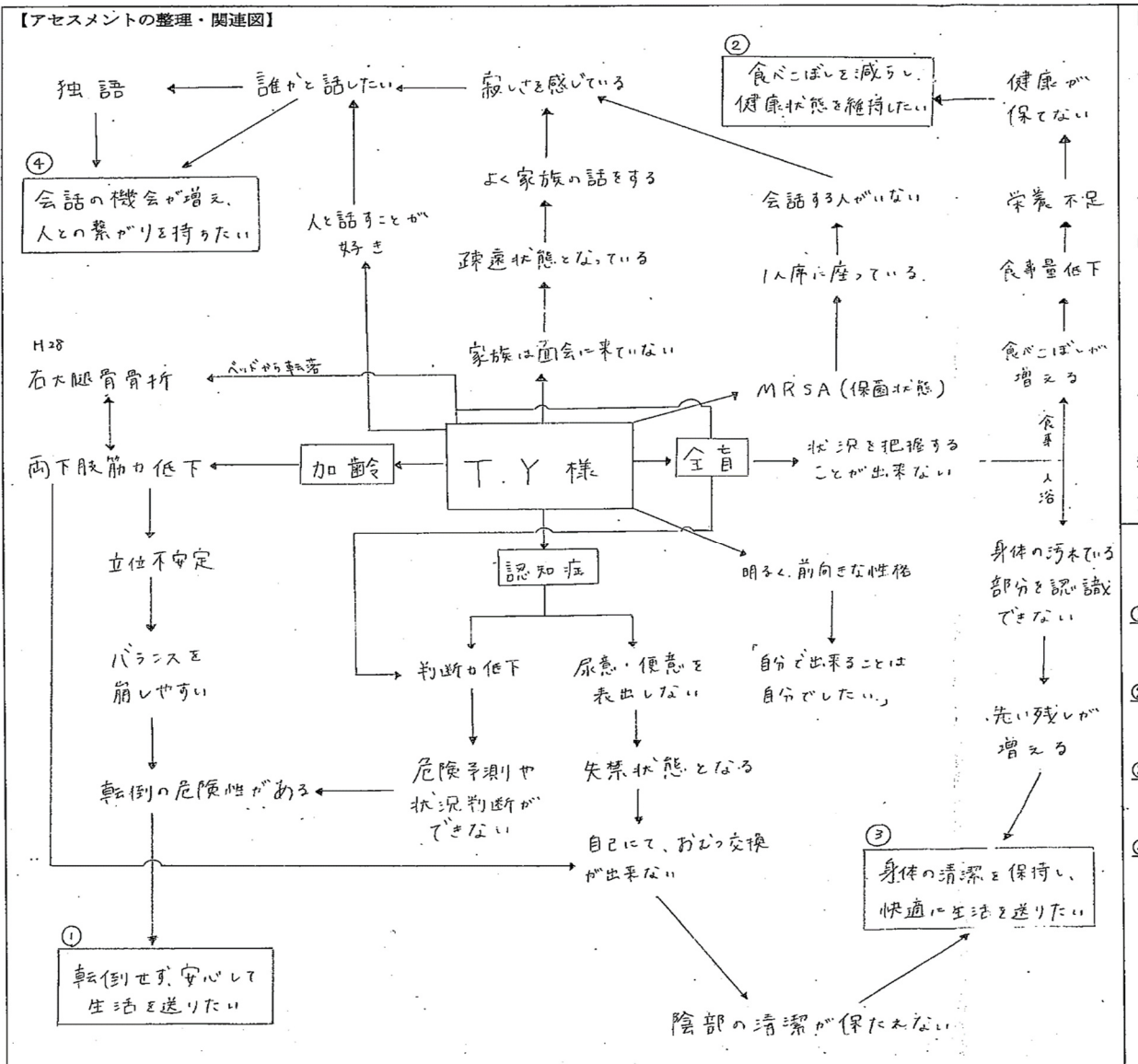
(表 31) 実習中に収集した情報

活動の実行状況	心身機能・身体構造	参加	環境因子
<p>【移動】</p> <p>立位</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何かに掴まれば立位をとることができる</li> <li>・何かに掴まりながら方向転換ができる</li> </ul> <p>歩行</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行はしていない</li> </ul> <p>移乗</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッド柵に掴まりながら一人で移乗している</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>判断力低下</p> <p>【身体構造】</p> <p>両下肢筋力低下 全盲による視覚障害</p>	<p>自分でできることは自分でしたい</p>	<p>動作や回りの状況などについて声をかけてくれる職員がいる</p> <p>車いすでの移動時にブレーキをかけてくれる職員がいる</p>
<p>【セルフケア】</p> <p>排泄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・尿意、便意の表出はない</li> <li>・尿量が多い</li> </ul> <p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スプーンを使って自己摂取している</li> <li>・食べこぼしがある</li> <li>・咽込みはない</li> </ul> <p>身体保清</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手の届くところは自分で洗っている</li> <li>・口腔ケアは自ら行わない</li> </ul> <p>更衣</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・オムツ交換時など、自らズボンを下ろしている</li> <li>・自分で靴を履くことができる</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>判断力低下</p> <p>【身体構造】</p> <p>両下肢筋力低下 全盲による視覚障害</p> <p>この服かわいいでしょ？〇〇さんが買ってきてくれたの</p> <p>今日はいい天気なのでこの服がいいわ</p>	<p>自分でできることは自分でしたい</p> <p>今日のご飯は好きな物ばかり</p>	<p>オムツ交換をしてくれる職員がいる</p> <p>食事時にメニューを教えてくれる職員がいる</p>
<p>【対人関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中も独語が多い</li> <li>・ちょっとした衝撃に敏感</li> <li>・誰が話しているのか声で判断している</li> <li>・話しかけられても最後まで聞き取ることができず、会話が続かないことが多い</li> </ul>	<p>【心身機能】</p> <p>記憶障害 判断力低下</p> <p>【身体構造】</p> <p>全盲による視覚障害</p>	<p>私のお母さんが今、家でご飯を作って待っているよ</p>	<p>周りの状況などについて説明してくれる職員がいる</p>

(表 32) 情報の解釈・分析・統合化

活動区分	情報の解釈・分析・統合化
移動	廃用症候群による両下肢筋力低下や、全盲による状況判断ができず、 <u>転倒に繋がる危険性が高い</u> 。
セルフケア	尿意がなくオムツにて排泄をしているが、全盲や判断力の低下により <u>陰部の清潔が保持できない</u> 。また、全盲により洗身などの確認ができないなど、 <u>身体の清潔が保持できない</u> 。 全盲により食べこぼしが多くなり、食事量が減少するなど <u>栄養不足</u> に繋がる可能性がある。
対人関係	全盲により周囲の状況把握ができず、 <u>不安を感じている</u> 。さらに、小さい頃より施設に入所するなど家族との関わりが希薄となっているが、自分の家族の話をよくするなど、寂しさを感じ、人との会話を楽しみたいという思いは強く、 <u>人との繋がりを求めている</u> 。

(図 9) アセスメントの整理・関連図





## 第 章 アセスメント教育の教育的効果の検証

本章では、「介護過程」の授業での学内学習終了後および介護実習（3段階実習）終了後に実施した4つの調査について、「調査1」は2018年度の模擬事例を使った演習を通して思考過程を学んだ学生のアセスメントの振り返り、「調査2」は2019年度の模擬事例を使った演習終了後に実施したアセスメント達成度調査と、「調査3」は介護実習（3段階実習）の終了後でのアセスメントの達成度の調査を行った。「調査4」は介護実習（3段階実習）で実施した学生のアセスメント結果に対する教員による評価を行った。これらの調査結果から、これまで行ってきたアセスメント教育についての検証を行い、今後のアセスメントの教授方法を検討する。

### 第1節 2018年度のアセスメント授業での振り返りと考察

#### 1. 調査方法

「介護過程」の授業で講義と紙上による模擬事例を使つてのグループ演習を通して学んできた、アセスメント（情報収集、情報の解釈・分析、統合化）の第8回目の授業が終了した時点で、「調査1」としてアセスメントにおいて「理解できたこと」「理解が難しかったこと」の2点について自由記述を求めた。そして自由記述の結果を、情報収集、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成、その他に分けて内容を整理した。

#### 2. 対象者

2018年度Y校介護福祉士科2年生の学生13名

#### 3. 倫理的配慮

アンケートに参加する学生に対して本研究の目的を書面で説明し、アンケート結果を本論文に用いることについての承諾を得た。また、アンケート結果については匿名化し、成績には関係しないことを伝えた。

#### 4. 結果

表 33 は、アセスメントの振り返りについての自由記述結果を、情報収集、情報の解釈・関連づけ・統合化、全体像の把握、課題の明確化、その他、の 4 項目に分け、「理解できたこと」「理解が難しかったこと」の 2 つに整理したものである。

情報収集での「理解できたこと」についての意見では、模擬事例課題の読み直しの必要性や、情報の必要性についての理解に繋がったという。また、一人の考えでアセスメントを進めるのではなく、グループのみんなで意見を出し合うことで、考えをまとめることができたなどの意見があった。「理解が難しかった」という意見では、情報の取捨選択の困難さや必要な情報を読み取れない、さらには学生自身の介護の経験不足から利用者のイメージがつかめないといった意見もあった。

情報の解釈・関連づけ・統合化についての「理解できた」ことについては、医学的知識の必要性を認識することに繋がったといった意見や、いかに根拠を述べる必要があることがわかったといった意見などが挙げられた。「理解が難しかった」ことでは、情報の解釈などでの記述力不足を痛感する意見があった。さらに、情報を解釈するにあたっては、推測を膨らませ過ぎないようにしなければならないといった意見や、自分達の考えが狭い視野にとらわれてしまっていたかといった反省もあった。

課題の明確化については、「理解できた」という意見では、情報の解釈や分析が不十分であれば利用者の全体像に繋がらず、その後の介護計画書に影響してしまうといった意見などが挙げられている。さらに、利用者の課題を明確にすることは、自分達のやりがいにも繋がるといった建設的な意見もあった。「理解が難しかった」ことについては、知識と五感を使って得た情報から、根拠をもった筋道の通った説明の文章が書けないといった意見が挙げられた。

(表 33) 事例検討でのアセスメントの振り返り(人数)

1. 情報収集	
理解できたこと	理解が難しかったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の大切さと、そこから意味を読み取る知識の必要性が理解できた(3)</li> <li>・事例課題を何度も読み直し、重要な情報に気づくことができた(3)</li> <li>・必要な情報と不必要な情報を整理し、キーワードをピックアップした(4)</li> <li>・その他(3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な情報と不必要な情報の取捨選択が難しかった(4)</li> <li>・事例課題から情報をしっかりと読み取れていなかった(4)</li> <li>・経験や知識がないため、その時の状態などイメージができず戸惑った(3)</li> </ul>

2. 情報の解釈・関連づけ・統合化/課題の明確化	
理解できたこと	理解が難しかったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学、認知症、障害の理解、こころとからだの仕組み、人体の仕組みなどの知識を活用することで対応の方法がわかるために必要な知識であることがわかった(2)</li> <li>・関連教科書(医療系・認知症等)の知識を活用し疾患理解から情報解釈ができた(1)</li> <li>・想像ではなく、根拠で考えることの重要さと、人に説明できる力が必要だと痛感した(3)</li> <li>・利用者自身の問題なのか、職員の問題なのかを含め、先入観や偏見を持たずに整理することが大切であることが理解できた(2)</li> <li>・情報の関連付け、統合化することで課題がより明確になり、利用者の生活課題や全体像を把握することができた(2)</li> <li>・アセスメントが不十分であれば利用者の全体像理解につながらず、解決すべき課題が明らかにされず介護計画作成時には違った方向に進んでしまうことが理解できた(1)</li> <li>・利用者の課題を明確にすることで、その人のQOLの向上につながり、自分達のやりがいにもつながるのだと思った(1)</li> <li>・マズローの欲求階層説は、頭を整理するときに役立った(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭の中ではわかっているが、情報の解釈など言葉や文章での表現ができず難しかった(5)</li> <li>・課題や分析を行う際に根拠を踏まえて考えることが難しい(2)</li> <li>・推測を膨らませ過ぎないように、適切な考え方をすることが難しかった(1)</li> <li>・情報の解釈では、自分達の視野が狭いことを実感した(1)</li> <li>・なぜ今その状況になっているのかを考えること</li> <li>・知識があってもさまざまな視点から考えられなかった(2)</li> </ul>

3. 関連図の作成	
理解できたこと	理解が難しかったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の解釈をしっかりと行くと、関連図はスムーズに出来上がった(3)</li> <li>・多くの情報を関連図に落とし込むことで、情報関連性が明確となり、利用者の全体像を把握する上で、どのように組み立てるかが理解できた(1)</li> <li>・関連図で統合化していくことで、原因と結果を明確にすることができた(2)</li> <li>・身体機能やしている活動などの情報を元に関連図を作成することができたので、全体像を把握して課題を出すことができた(3)</li> <li>・関連図にて情報を繋げていくことで、繋がらないと思っていた情報も繋がることに気づいた(3)</li> <li>・分析した内容を関連図にて繋げていくことにより、全体像がつかみやすくなることを学んだ(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の解釈・関連づけから関連図に繋がらなかった(2)</li> <li>・全体像や課題を文章化する際、人に説明ができる文章を書くことが難しかった(4)</li> <li>・利用者の全体像を文章化する際、情報そのものを書いてしまった(3)</li> <li>・全体像をまとめるための文章力がなかった(3)</li> <li>・適切な言葉を探すことができず、歯がゆく感じた(1)</li> </ul>

4. その他	
理解できたこと	理解が難しかったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他のグループの意見を参考にすることで新たな視点に気づくことができた(5)</li> <li>・利用者の課題や介護内容を個別に考えることは大変なことだが、その過程が面白く、楽しかった(3)</li> <li>・説明のできる文章を書くために記入例が書かれた参考資料を用いたり、話し言葉を使用しないように気がつけた(3)</li> <li>・想像ではなく、根拠で考えることの大事さと人に説明できる力が必要だと痛感した(2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のあるがままの事実だけを伝えることは意外に難しかった(4)</li> </ul>

## 5. 考察

介護実習 に向けての介護過程教育では、概念や方法論の講義に続いて、模擬事例を使って演習を行い、アセスメントに必要な思考力を養う教育を行ってきた。情報収集については、今回の学生達の意見をみると「紙上による模擬事例」の提示だけでは、利用者を取り巻く環境をイメージ化させることや、利用者の表面的反応の深さにある意味を学生に解読させるには十分とは言えないことが示唆された。模擬事例を使って演習を行う際には、その事例からどのように利用者のイメージを持たせることができるかが模擬事例作成の課題となる。情報収集の方法には、 かかわりの中での観察・考察、 コミュニケーションを通じた情報収集、 検査値・測定値等による情報収集、 記録による情報収集、といった4つの方法があるが、ペーパーシミュレーションでは、実際に、 のコミュニケーションを通じた情報収集は行えない。したがって模擬事例課題を作成する際には、情報収集方法の の3つに関する情報を盛り込んでおく必要がある。さらには、DVDなどの動画を用いて模擬事例を視聴する方法も考えられる。日本介護福祉士養成施設協会近畿ブロック会が平成28年度から実施している介護過程展開のコンテスト<sup>21)</sup>では、事例動画を作成し紙面情報と併せて用いるなど、より利用者のイメージを浮かび上がらせやすくなるような工夫を行っている。事例としての動画が少ないといった現状もあるが、映像による事例を用いたアセスメント教育は、利用者をイメージする力を要請する効果が期待できるのではないだろうか。

情報の解釈・関連付け・統合化/課題の明確化の作業では、一つひとつの情報について部分的な解釈を行い、それぞれの情報の関連性を考えてかなければならない。活動での活動制限や参加での参加制約が起こっている要因を考えるためには、学生自身が「こころとからだのしくみ」領域の知識を活用することの必要性を感じている。したがって情報の解釈

---

<sup>21)</sup> 日本介護福祉士養成施設協会近畿ブロック会主催「介護創造力コンテスト～介護過程の展開～」。

コンテストの目的は、介護福祉士養成校で学ぶ学生が、介護を「創造」する力、介護過程のアセスメント力・計画作成力・プレゼンテーション力を競うコンテストで、以下の3つの目的をもっている。

(1) 社会に対して、介護福祉士養成校の存在意義を発信する。「コンテスト」という形で、介護福祉士養成校の教育レベル、学生レベルの高さを社会に発信する。

(2) コンテストを通して、学校を超えて教員同士が切磋琢磨し、教育力を向上させる。また、教育内容・方法の標準化を推進する。これにより介護福祉士養成校教育全体の質の向上を図る。

(3) コンテストを通して、学生の学習全般に対するモチベーションを上げ、介護を「創造」する力、介護過程のアセスメント力・計画作成力・プレゼンテーション力の向上を図る。

を行う際には、「発達と老化の理解」「認知症の理解」「障害の理解」の授業で活用したテキストを「介護過程」の授業にも持ち込み、確認しながら情報の解釈を進めることは必要だと考える。

また情報の解釈は、利用者にとっての情報の意味を考え理解することであり、Aに起因するBといった因果関係を明らかにし、利用者像を頭の中でイメージしていく作業となる。情報の解釈では視野が狭いことを感じていた学生がいたように、経験的観察の少ない学生が情報を解釈しそれぞれの情報間を関連付けていくためには、持っている知識と五感を使って得た情報から根拠をもって説明ができるよう指導していく必要があると考える。そして安易に介護方法を考えることを避け、何のためにこの援助を行うのかを明確にし、それを基に介護計画書の作成へと繋いでいけるよう教授をしなければならない。導き出された課題が複数ある場合は優先順位を考える際の判断基準として、マズローの欲求階層説が挙げられる。これは米国の心理学者 A・マズロー (Abraham Harold Maslow) が「人間は自己実現に向かって絶えず成長する生きものである」と仮定し、人間の基本的欲求の階層を示した学説である。まず、食欲や排泄、睡眠など生命を維持するために必要な生理的欲求、次に安心・安全な暮らしへの欲求となる安全の欲求、友人が欲しい、家族と会いたいなどの所属・愛情の欲求、他者から尊敬され、認められたいといった承認の欲求、最後には、自分のあるべき姿を目指す自己実現となる。介護を必要とする利用者にとっては、基本的欲求、安全の欲求、所属・愛情の欲求、承認の欲求といったいわゆる欠乏欲求が課題となることが多い。そこで導き出した各課題がマズローの欲求階層説のどの欲求に当てはまるのかを考えることで、学生にとっては優先順位を考えるためのわかりやすい指標となり、今後もその活用が期待できる。

関連図の作成では、学生自身も情報の解釈がしっかりとできていないと利用者の全体像に繋がらないことを痛感している。関連図は情報や情報を解釈した内容を統合化して導き出された課題について、矢印を使って繋ぎ合わせ、情報間のつながりを確認しながら利用者の全体像を捉える作業である。したがって、情報の解釈・関連づけ・統合化の作業が十分にできていないと、関連図の作成に繋がられない。関連図が繋がらない場合には、再度情報収集に戻り、改めて情報の解釈・関連づけ・統合化を行うなど繰り返しの指導が必要となる。

## 第2節 2019年度模擬事例演習後と介護実習（3段階実習）終了後におけるアセスメントの理解度の比較

2018年度のアセスメント授業の結果を踏まえて、2019年度での「介護過程」のアセスメントの演習では、「紙面情報とDVD」<sup>22)</sup>による両面からの事例提供を行い、グループワークによるアセスメントの展開を実施した。そこで2年次前期「介護過程」の授業の第1回から第8回の介護過程の授業が終わった時点で、「調査2」としてアセスメントの理解度に対するアンケートを行った。また、2019年度2年次の介護実習の3段階実習（5週間）終了後に実習中に介護過程の展開を実践したアセスメントの達成度について、「調査3」として学生個々に対して自己評価のアンケートを実施した。その結果から、アセスメント教育方法についての教育的効果の考察を行う。

### 1. 調査方法

#### （1）模擬事例演習後

学内での模擬事例を用いて実施したアセスメント演習が終了した時点で、ICFの構成要素での健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子、の6領域についての情報収集の達成度と、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成の達成度について、「調査2」として「できた」、「まあまあできた」、「あまりできなかった」、「できなかった」、の4肢択一の自己評価と、自己評価した理由についての自由記述を求めた。

#### （2）介護実習（3段階実習）終了後

介護実習（3段階実習）の5週間が終了した時点で、「調査3」として学生に上記と同じアンケートを実施した。

---

<sup>22)</sup> 平成29年11月19日、大阪城南女子短期大学において開催された「第2回介護創造力コンテスト～介護過程の展開コンテスト」で使用された事例を用いた。

## 2. 分析方法

模擬事例演習後と介護実習（3段階実習）終了後のアンケート結果をそれぞれ集計し、それらを基に比較した。また、情報収集、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成、についての達成度の度数結果を出しクロス集計を行った。その結果については、カイ二乗検定を用いて検定した。統計解析にはIBM SPSS Vr.25を使用して分析した。また情報収集の達成度と、情報の解釈・関連連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成の達成度について自己評価した理由についての自由記述を求め、記述内容を整理した。

## 3. 対象者

2019年度Y校介護福祉士科2年生の学生

(1) 模擬事例検討終了後 23名

(2) 3段階実習終了後 24名

## 4. 倫理的配慮

アンケートに参加する学生には本研究の目的を書面で説明し、アンケート結果を用いることについての承諾を得た。また、アンケート結果については、匿名化し成績には関係しないことを伝えた。

## 5. 結果

### (1) アセスメントの自己評価

6領域の情報収集項目について、健康状態の情報収集達成度（図10）では、事例演習後での「できた」は34.8%で、「まあまあできた」の回答は56.5%であった。「あまりできなかった」は8.7%となっている。3段階実習後では「できた」の回答は75%であり、評価を上げた学生が多かったが、「あまりできなかった」は12.5%となった。

心身機能・身体構造（図11）では、模擬事例演習後の「できた」26.1%、「まあまあできた」は69.6%で、「あまりできなかった」が4.3%であった。3段階実習後には「できた」66.7%、「まあまあできた」が33.3%となり、100%の学生が「できた・まあまあできた」回答した。

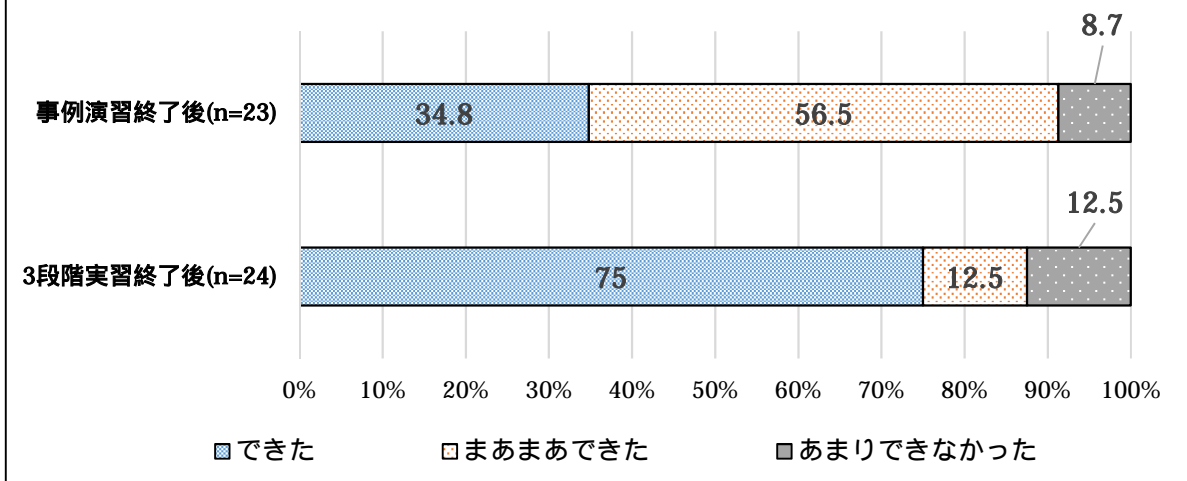


活動(図12)については模擬事例演習後での「できた」30.4%、「まあまあできた」、「あまりできなかった」が17.4%であったが、3段階実習後では「できた」は70.8%、「まあまあできた」20.8%となり、「あまりできなかった」「できなかった」がそれぞれ4.2%となっている。参加(図13)の「できた」は21.7%、「まあまあできた」47.8%、「あまりできなかった」が26.1%であった。3段階実習後では「できた」の回答は62.5%、「まあまあできた」29.2%となり、「あまりできなかった」8.3%と模擬事例演習後よりも減少している。

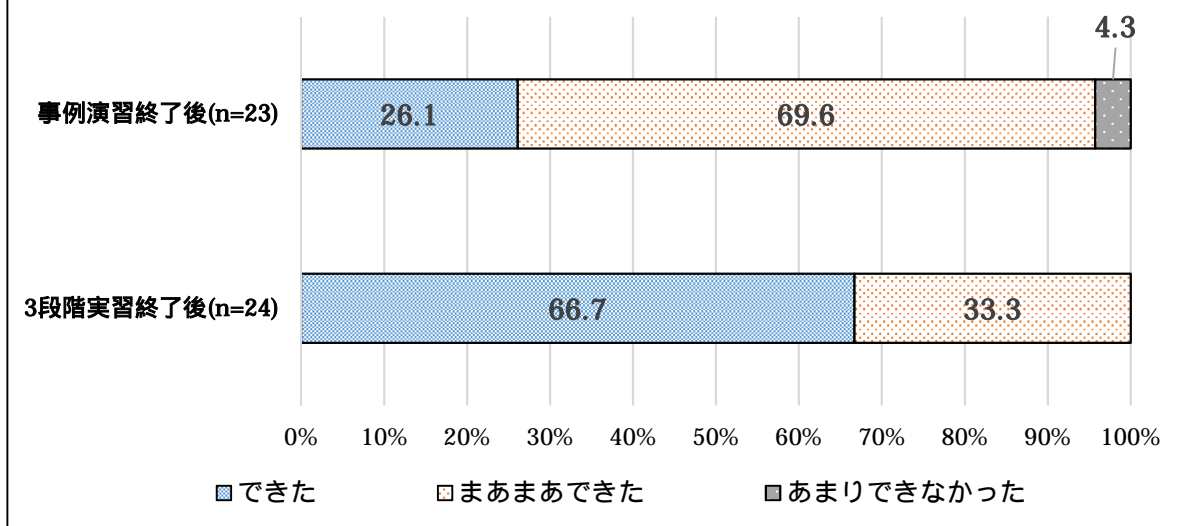
背景因子となる環境因子(図14)の模擬事例演習後で「できた」は39.1%で、「まあまあできた」は34.8%、「あまりできなかった」が21.7%と多かった。3段階実習後では「できた」58.3%、「まあまあできた」33.3%、「あまりできなかった」4.2%と減少している。また、個人因子(図15)について模擬事例演習後での「できた」は39.1%、「まあまあできた」の回答は30.4%、「あまりできなかった」が26.1%であった。3段階実習後での「できた」62.5%、「まあまあできた」29.2%の回答となり、「あまりできなかった」4.2%と減少し、模擬事例演習後よりも3段階実習後での「できた・まあまあできた」の自己評価が増えている。

図16は、模擬事例演習後と3段階実習後のアセスメントの学生自身の達成度について「できた・まあまあできた」の自己評価結果を比較したものである。結果をみると6領域の情報収集のうち、健康状態以外の情報収集では模擬事例演習後よりも3段階実習の方が「できた・まあまあできた」の自己評価が高い。また情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成、についても、模擬事例演習後より、3段階実習後の方が「できた・まあまあできた」の自己評価結果は高い結果となった。

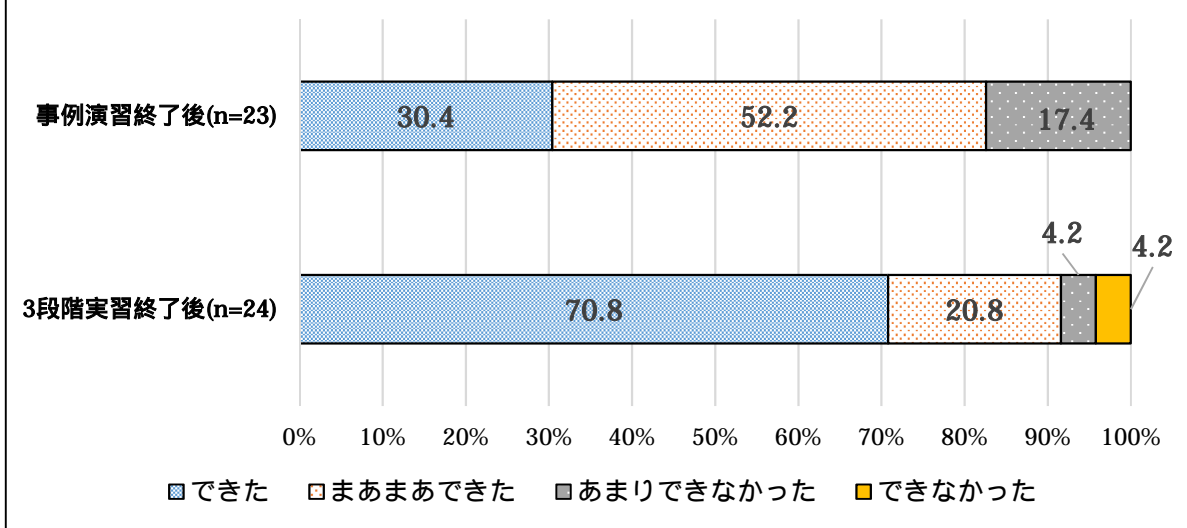
(図10) 健康状態情報の収集達成度



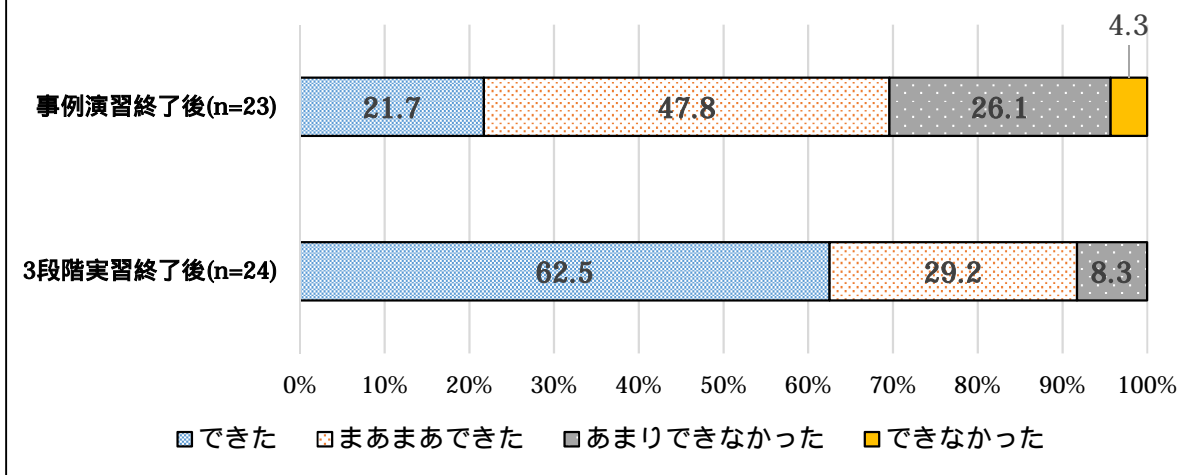
(図11) 心身機能・身体構造情報の収集達成度



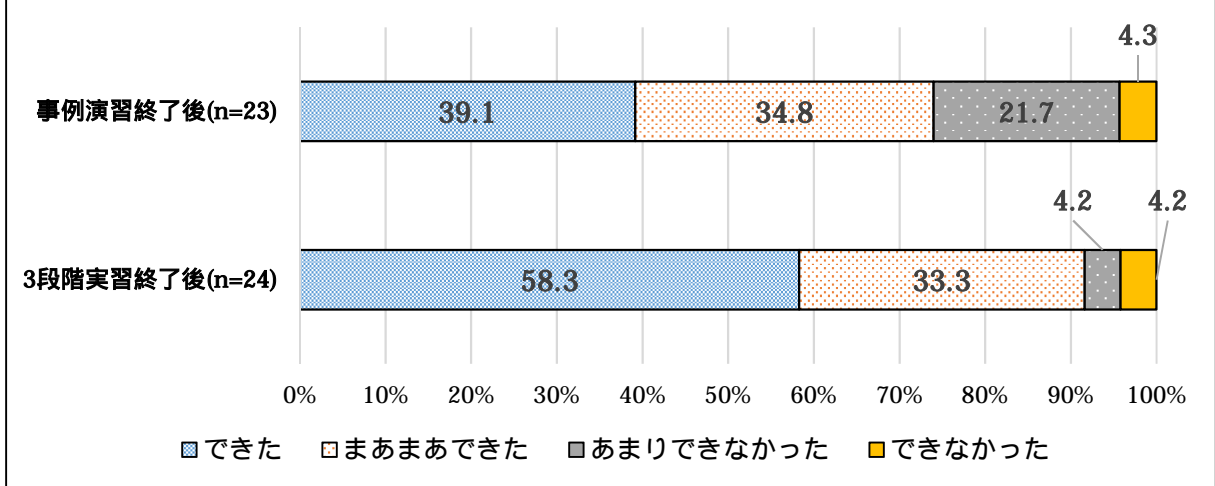
(図12) 活動情報の収集達成度



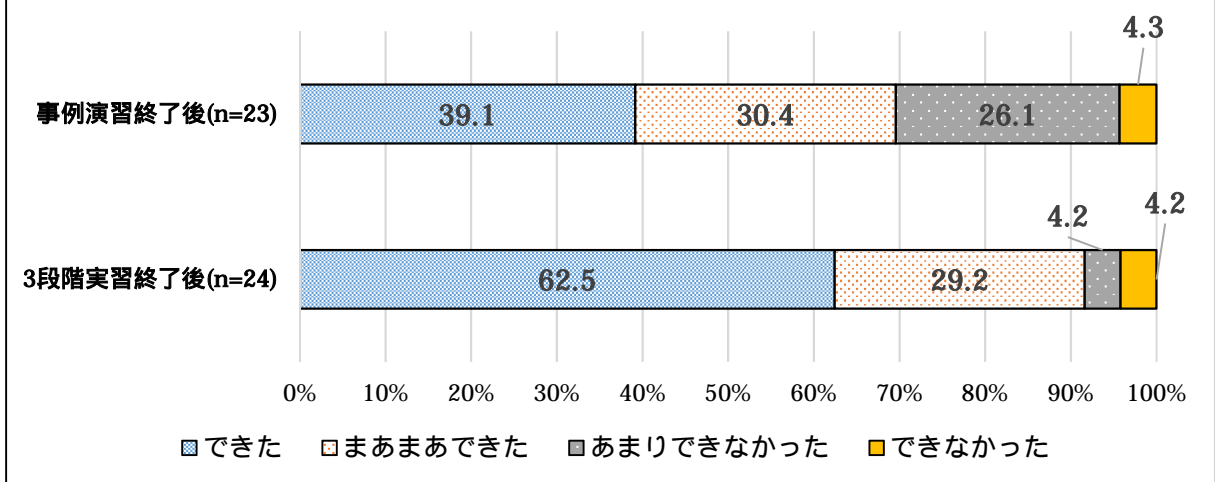
(図13) 参加情報の収集達成度



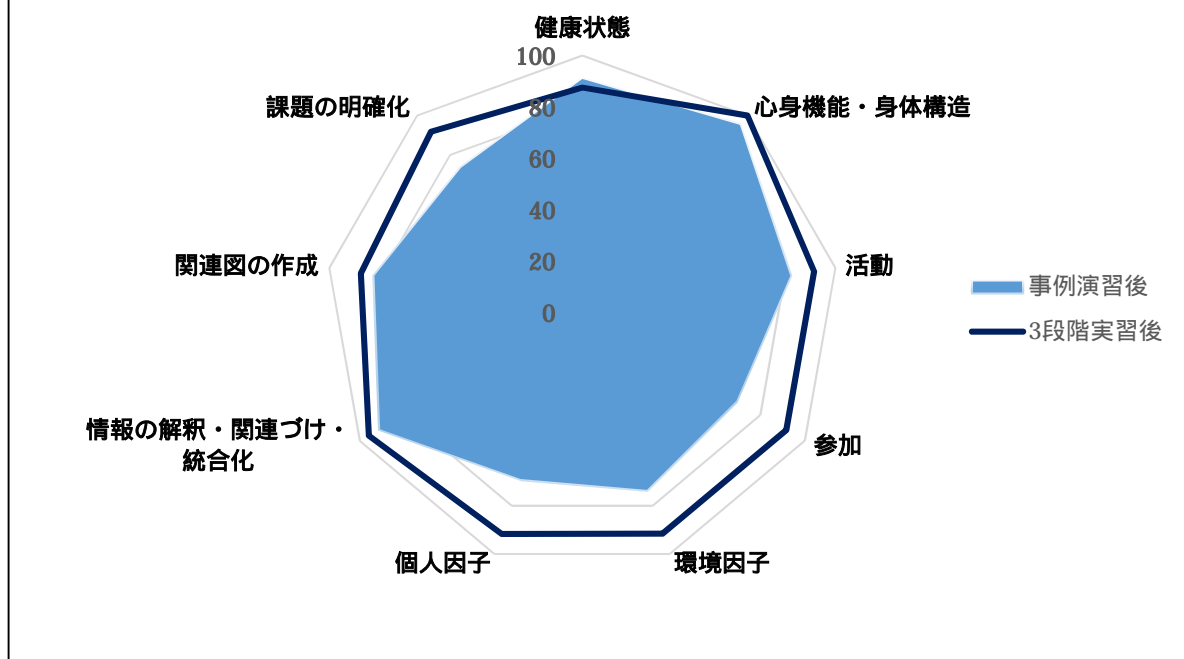
(図14) 環境因子情報の収集達成度



(図15) 個人因子情報の収集達成度



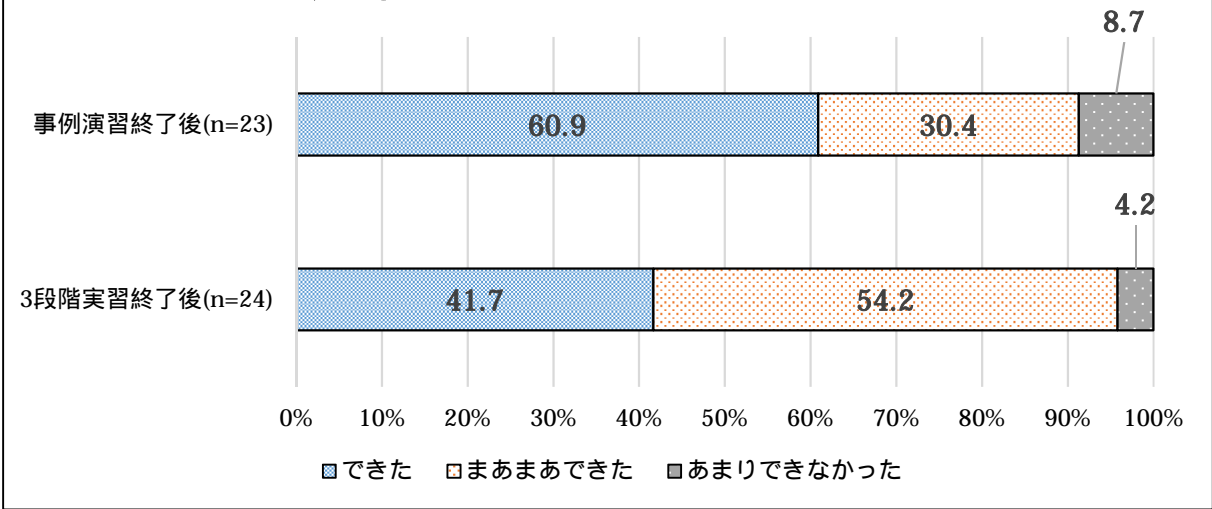
(図16) 模擬事例演習と3段階実習でのアセスメント達成度  
「できた・まあまあできた」の比較(%)



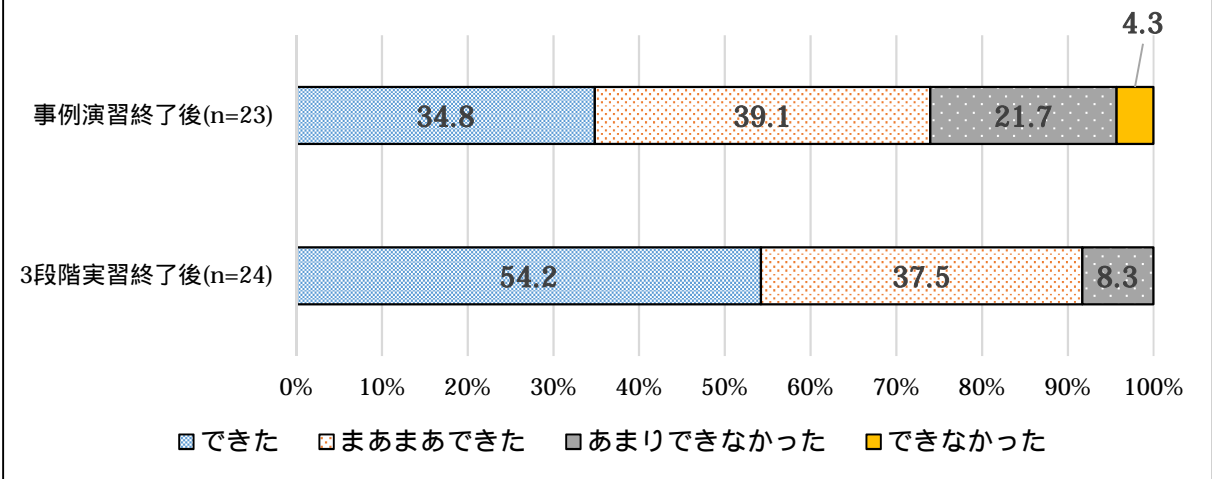
情報の解釈・関連づけ・統合化の達成度(図17)についての回答では、事例演習後は「できた」は60.9%、「まあまあできた」30.4%、「あまりできなかった」は8.7%で、3段階実習後は「できた」は41.7%、「まあまあできた」54.2%で、「あまりできなかった」4.2%と減少し、「できた」の回答は模擬事例演習後の方が多かった。

課題の明確化の達成度(図18)については、「できた」は34.8%、「まあまあできた」は39.1%、「あまりできなかった」21.7%となっている。3段階実習終了では「できた」は54.5%、「まあまあできた」37.5%、「あまりできなかった」8.3%と減少している。また、関連図の作成の達成度(図19)では、「できた」は17.4%で「まあまあできた」は65.2%、「あまりできなかった」17.4%であったが、3段階実習後の「できた」は75%、「まあまあできた」12.5%となり、「あまりできなかった」が12.5%となり、「できた」の回答については約4倍増となっている。

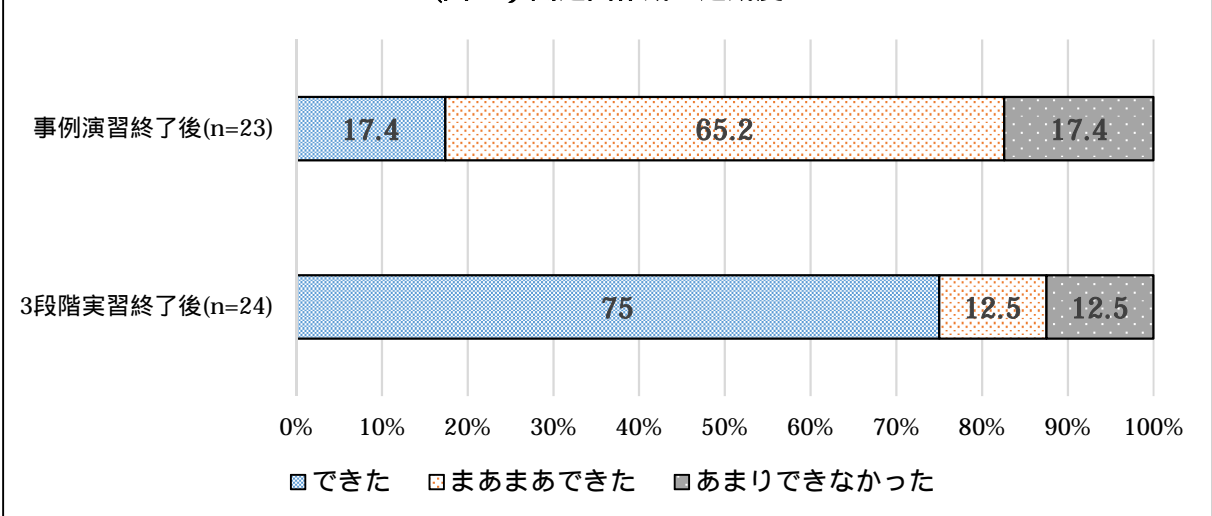
(図17) 情報の解釈・関連づけ・統合化の達成度



(図18) 課題の明確化の達成度



(図19) 関連図作成の達成度



## (2) アセスメントの各項目間の関係性について

表 34、表 35 は、情報収集達成度と情報の解釈・関連付け・統合化の達成度についての関連性をみたものである。6 領域の情報項目と情報の解釈・関連づけ・統合化のそれぞれ単純集計したものをクロス集計し、カイ二乗検定を用いて検定を行った。模擬事例演習終了後では、個人因子 ( $p<.001$ ) に有意差が認められたが、他の情報項目には有意差は認められなかった。また、3 段階実習終了後では、参加 ( $p<.001$ )、環境因子 ( $p<.001$ )、個人因子 ( $p<.001$ ) の 3 項目の有意差が認められた。

また、表 36、表 37 は情報の解釈・関連づけ・統合化の達成度と、『課題の明確化、関連図の作成の達成度についてのカイ二乗検定の結果である。模擬事例演習終了後にはどちらも有意差が認められなかった。また、3 段階実習終了後には関連図の作成 ( $p>.01$ ) には有意差は認められなかったが、課題の明確化 ( $p<.001$ ) に有意差が認められた。

(表 34) 6 領域の情報収集と情報の解釈・関連づけ・統合化の達成度  
(模擬事例演習終了後)

項 目	情報の解釈・関連付け・統合化				$\chi^2$ 検定 <i>p</i>
	できた	まあまあできた	あまりできなかった	できなかった	
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
健康状態	8(34.8)	13(56.5)	2(8.7)	0(0.0)	.090
心身機能・身体構造	6(26.1)	16(69.6)	1(4.3)	0(0.0)	.137
活動	7(30.4)	12(52.2)	4(17.4)	1(4.2)	.407
参加	5(21.7)	11(47.8)	6(26.1)	1(4.3)	.018
環境因子	9(39.1)	8(34.8)	5(21.7)	1(4.3)	.026
個人因子	9(39.1)	7(30.4)	6(26.1)	1(4.3)	.000***

$\chi^2$  検定 : \*\*\*  $p<.001$  \*\*  $p<.005$  \*  $p<.01$

(表 35) 6 領域の情報収集達成度と情報の解釈・関連づけ・統合化の達成度  
(3 段階実習終了後)

n=24

項目	情報の解釈・関連付け・統合化				$\chi^2$ 検定
	できた	まあまあできた	あまりできなかった	できなかった	
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	p
健康状態	18(75.0)	3(12.5)	3(12.5)	0(0.0)	.039
心身機能・身体構造	16(66.7)	8(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	.067
活動	17(70.8)	5(20.8)	1(4.2)	1(4.2)	.643
参加	15(62.5)	7(29.2)	2(8.3)	0(0.0)	.000***
環境因子	14(58.3)	8(33.3)	1(4.2)	1(4.2)	.000***
個人因子	15(62.5)	7(29.2)	1(4.2)	1(4.2)	.000***

$\chi^2$  検定 : \*\*\*p<.001 \*\*p<.005 \*p<.01

(表 36) 情報の解釈・関連付け・統合化と課題の明確化、関連図作成の達成度  
(模擬事例演習終了後)

n=23

項目	情報の解釈・関連付け・統合化				$\chi^2$ 検定
	できた	まあまあできた	あまりできなかった	できなかった	
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	p
課題の明確化	8(34.8)	9(39.1)	5(21.7)	1(4.3)	.348
関連図の作成	4(17.4)	15(65.2)	4(17.4)	0(0.0)	.741

$\chi^2$  検定 : \*\*\*p<.001 \*\*p<.005 \*p<.01

(表 37) 情報の解釈・関連付け・統合化と課題の明確化、関連図作成の達成度  
(3段階実習終了後)

n=24

項目	情報の解釈・関連付け・統合化				$\chi^2$ 検定
	できた	まあまあできた	あまりできなかった	できなかった	
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	p
課題の明確化	13(54.2)	9(37.5)	2(8.3)	0(0.0)	.001***
関連図の作成	18(75.0)	3(12.5)	3(12.5)	0(0.0)	.018

$\chi^2$  検定: \*\*\*p<.001 \*\*p<.005 \*p<.01

### (3) アセスメント達成度の自由記述

表 38 は、事例演習終了後と 3 段階実習終了後のアセスメント達成度に対する自由記述結果を整理したものである。健康状態の情報収集については、事例演習では紙面情報や DVD から情報を得ていると記述している学生が多いが、3 段階実習では介護職員や看護職員から情報を得たと記述した学生が多かった。心身機能・身体構造についての情報収集では、事例演習では DVD の映像から心身機能・身体構造の状態を把握したといった記述が多くみられ、3 段階実習では利用者本人への観察から状態を理解したといった記述が多くみられた。活動、参加についても模擬事例演習では DVD を通して利用者の思いを理解したといった記述が多くみられたが、活動と参加の違いが曖昧で、情報収集が難しかったといった記述もあった。また、3 段階実習では、受持ち利用者との毎日の関わりの中での観察やコミュニケーションを通して、利用者の日常生活状況やその思いを把握したとの記述が多かった。

背景因子となる環境因子では、模擬事例演習では紙面情報からの情報収集となるが、環境因子とは何かを理解していないと情報収集できないといった記述もあった。3 段階実習では、実際に利用者を取り巻く物的環境や人的環境について観察を行い、情報を得たといった記述が多くみられたが、ここでも環境因子の理解不足を痛感する声があった。個人因子については、模擬事例演習では紙面情報から情報を得たとの記述が多かったが、利用者



の性格面やこれまでの生活についての詳細が理解できなかったといった記述があった。3段階実習では、コミュニケーションを通じた直接的な関わりの中で性格やこれまでの生活歴についての情報を得ることができたとの記述が多かった。

次に、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化についての自由記述をみると、「情報の解釈・関連づけ・統合化から部分的な課題が明確になった」といった記述が多く、学生は情報の解釈・関連づけ・統合化の作業において、課題を明らかにすることに繋がっていると示唆される。しかし模擬事例演習では、頭の中で情報の解釈や関連づけをして統合化できても文章で記述することが不十分であったとの記述が最も多く、3段階実習でも文章での記述の困難さについての記述が多くみられた。しかし3段階実習では、健康状態や心身機能・身体構造についての情報を十分に得たので情報の解釈・関連づけ・統合化に結びつけることができたとの記述も多くみられた。また、これまでに学内での事例演習や2段階実習でのアセスメントの実施など、何度もおこなってきたので3段階実習では思考をスムーズに進めることができたとの記述も多くみられた。関連図の作成については、模擬事例演習と3段階実習の両方において、情報の解釈・関連づけ・統合化が理解できていたことが関連図の描写に繋がり、利用者の全体像を把握することができたのであろう。

(表 38) アセスメント達成度に対する自由記述 (人数)

1.健康状態	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紙面情報から病気や服薬状況を理解した(12)</li> <li>・ 紙面情報とDVDから健康状態を把握した(3)</li> <li>・ DVDの一場面から健康状態を把握した(1)</li> <li>・ 一つの症状から情報を広げて収集することができた(1)</li> <li>・ 健康状態の内容が理解できていたので理解できた(2)</li> <li>・ 病名と症状の区別がわからない(1)</li> <li>・ 病気や障害の情報が多過ぎてわかりにくかった(1)</li> <li>・ 健康状態と心身機能・身体構造の違いがわかりにくい(1)</li> <li>・ 病気の内容があまり理解できていなかった(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護職員や看護師から健康状態に関する情報を得ることができた(14)</li> <li>・ 疾病や既往歴についての情報を職員から聞き、どのような病気なのかを自分で調べて理解した(4)</li> <li>・ 本人のカルテをみせてもらい情報を得ることができた(4)</li> <li>・ 毎日のバイタルや観察などから健康状態について把握した(3)</li> </ul>

2.心身機能・身体構造	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DVDから本人の状態をみて、障害となっている部位を見つけることができた(12)</li> <li>・ 病気からどのような障害があるのかを考えた(7)</li> <li>・ 精神面について情報を捉えるのが難しかった(1)</li> <li>・ 理解できた部分とできなかった部分があった(1)</li> <li>・ 頭の中でわかってても言葉で書き表すことが難しかった(1)</li> </ul> <p>その他(1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師やPT、介護職などから情報を得て理解した(11)</li> <li>・ 日常生活動作を観察し、どのような部分に障害があるのかを理解した(10)</li> <li>・ 疾病を参考に利用者の身体機能などの観察を行い理解した(3)</li> </ul>

3. 活動	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DVD から本人がどのような状態で生活を送っているのかを理解した(9)</li> <li>・ 紙面情報とDVDの両方から本人の生活の状態を把握し、わかりやすかった(5)</li> <li>・ 紙面情報から本人の活動を理解した(1)</li> <li>・ できる活動としている活動に関する情報を理解していたのでわかりやすかった(1)</li> <li>・ 活動の内容があまり理解できていなかった(3)</li> <li>・ 参加と活動の区別がついていなかった(1)</li> <li>・ 頭の中でわかっていても活動状況の表現に迷った(2)</li> <li>・ 紙面情報やDVDでもわからない情報があり、全てを把握したとは言えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の日常生活を観察して情報を得た(16)</li> <li>・ 介護職員や看護職員から情報を得た(5)</li> <li>・ できる活動についての情報把握が不十分だった(1)</li> <li>・ 活動の理解が曖昧であったので情報を不十分だった(1)</li> <li>・ 寝たきりの利用者での活動状況は情報が少なかった(1)</li> </ul>

4. 参加	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DVD から本人の思いや役割意識などを理解できた(4)</li> <li>・ 紙面情報とDVDの両方から本人の思いなどを把握することができた(5)</li> <li>・ 個人因子から現在の思いについて理解し把握した(1)</li> <li>・ 参加の内容が理解できていなかった(3)</li> <li>・ 参加と活動の区別が曖昧でわかりにくかった(6)</li> <li>・ 本人の思いや役割などをくみとるのは難しい(4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人とコミュニケーションをとり、どのような思いを持っているのかなどを理解した(8)</li> <li>・ リハビリやレクリエーションなどへの参加を観察して本人の思いを理解することができた(8)</li> <li>・ どのようなイベントを好んで参加しているのかを観察して情報を得た(7)</li> <li>・ 活動と参加の区別が曖昧で情報収集が難しかった(1)</li> </ul>

5. 環境因子	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紙面情報から把握することができた(3)</li> <li>・ 紙面情報とDVDから環境因子を捉えることができた(7)</li> <li>・ DVDからどのような物的環境や人的環境があるのかを把握できた(2)</li> <li>・ 生活面でどのようなことに影響を受けているのかを考えた(1)</li> <li>・ 環境因子について理解ができていなかったなので把握が不十分になった(3)</li> <li>・ 環境因子についての情報が多過ぎて、何をまとめてよいのか迷った(2)</li> <li>・ 紙面やDVDからも環境因子について得られない情報があったと思う(2)</li> <li>・ グループのみんなと話し合っ理解できた(2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の周りにどのような人的・物的環境があるのかを観察して理解した(14)</li> <li>・ 毎日の生活の観察から、どのような環境が本人に影響を与えているのかを理解した。(3)</li> <li>・ 家族などの人的環境について職員から教えてもらい情報を得ることができた(3)</li> <li>・ その他(4)</li> </ul>

6. 個人因子	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紙面情報から本人のこれまでの生活歴や趣味などの情報を収集できた(11)</li> <li>・ DVDから本人の性格などを理解することができた(3)</li> <li>・ 利用者の性格など紙面情報やDVDでも理解ができなかった(3)</li> <li>・ 性格面の理解が不十分であったため、本人の人間性までは理解ができなかった(2)</li> <li>・ 個人因子について理解が足りず、情報収集に迷った(3)</li> <li>・ 個人因子について文章でまとめるのができなかった(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人とコミュニケーションを通して性格や趣味などを把握することができた(12)</li> <li>・ 本人との会話の中からどのような生活習慣をもち生活してきたのかなどを理解できた(5)</li> <li>・ 認知症の影響により本人とあまりコミュニケーションが取れなかったため、情報が不十分となった(4)</li> <li>・ その他(3)</li> </ul>

7. 情報の解釈・関連づけ・統合化	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不足する部分があったので、何度も紙面情報を確認しながら理解できた(1)</li> <li>・ 頭の中で情報の解釈や関連づけをして統合化できても文章で記述することが不十分(16)</li> <li>・ グループで相談しながら情報を解釈し関連づけることができた(4)</li> <li>・ 今後どのような状態が予測できるのか考えるのが難しかった(2)</li> <li>・ 専門的な知識を使わないとうまく解釈できないと感じた(1)</li> <li>・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ これまでに事例検討や2段階実習でアセスメントを行ったので、今回はスムーズに行うことができた(6)</li> <li>・ たくさんの情報を得ることができたので、それぞれの解釈が進めやすかった(4)</li> <li>・ 活動の実行状況など、どのような心身機能・身体構造障害が影響しているのかを解釈して判断することができた(2)</li> <li>・ 健康状態や心身機能・身体構造をしっかりと把握できたので解釈に繋がられた(1)</li> <li>・ 情報の解釈や関連づけはできたが、何度も修正するなどした(2)</li> <li>・ 頭の中では情報の解釈・関連づけ・統合化ができたが、うまく文章で表現することに悩んだ(8)</li> <li>・ 集めた情報を解釈・分析したが、足りない部分もあり不十分な解釈となった(3)</li> </ul>

8. 課題の明確化	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関連図を作成し、課題を明確にすることができた（9）</li> <li>・ 今後の予測として解釈できていたので課題を明らかにできた（3）</li> <li>・ 何度も情報の解釈を見直しながら課題を把握できた（1）</li> <li>・ 利用者の全体像からどのような課題があるのかを把握できた（1）</li> <li>・ 課題の明確化はできたが、不十分な部分もあると思う（1）</li> <li>・ グループのみんなで相談しながら把握することができた（1）</li> <li>・ 課題が出てそれぞれ適切な文章で表現するのが難しい（5）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報の解釈・関連づけ・統合化から部分的な課題が明確になった（15）</li> <li>・ 情報をたくさん収集することができたので、解釈して課題を導き出すことに繋がられた（1）</li> <li>・ 今後どのような可能性があるのかなどについて考えることで課題を導き出した（2）</li> <li>・ 全体像を考えたとうえで、課題を導き出した（1）</li> <li>・ 日頃の利用者の様子をもとに課題に優先順位をつけた（1）</li> <li>・ 関連図から課題を導き出したが不十分だったと思う（2）</li> <li>・ その他（3）</li> </ul>

9. 関連図の作成	
事例演習終了後	3段階実習終了後
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭の中で情報の解釈・関連づけができていたので関連図はスムーズにできた（7）</li> <li>・ 情報がたくさんあると関連図は作成しやすい（1）</li> <li>・ 関連図の記入例をみながら参考にして描くことができた（2）</li> <li>・ 主な疾病などの理解ができていれば、さらに情報間の繋がりを考えることができたのではないかと思う（1）</li> <li>・ 情報の解釈がしっかりとできていないと関連図は繋がりにくい（2）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報の解釈・関連づけ・統合化した課題を基に、これまでの情報をつなぎ合わせて関連図を作成できた（14）</li> <li>・ 情報を整理し、関連図を描くことでこれまで見えなかった情報間の繋がりに気づくことができた（1）</li> <li>・ 利用者の思いや気持ちを関連図に入れたので、心理面での課題を含めた利用者の全体像を描くことができた（1）</li> <li>・ 頭の中では課題が理解できていたので、関連図をスムーズに描けた（2）</li> <li>・ これまでに事例などで何度もアセスメントを経験したので、今回はスムーズに関連図の作成もできた（1）</li> <li>・ 情報収集に時間がかかり、関連図を作成する時間が足りなかった（1）</li> <li>・ 関連図を何度も修正して情報を繋げた（1）</li> </ul>

## 6. 考察

今回の模擬事例演習終了後と3段階実習終了後の、学生自身の達成度の比較では、3段階実習終了後で「できた・まあまあできた」が多く、模擬事例終了後に比べて評価が上がっている。その理由として考えられることは、Y校では2年次の前期に学内での模擬事例演習でアセスメントの追体験をした後に介護実習（2段階実習）で介護過程の実際を体験し実習終了後には、学生が2段階実習で体験した事例を基に再度アセスメントを実施するなど、3段階実習までに2回のアセスメント体験を行うこととなる。思考過程のトレーニングについては、何度も繰り返すことにより、どのような利用者に対しても適切に介護過程を展開できるようになる<sup>23)</sup>、と先行研究でも示されているように、アセスメントを繰り返し経験することが学生自身のアセスメントに対する達成感に繋がったことが推測される。

### (1) 6 領域の情報収集について

ICFにおいては、介護を必要とする利用者の生活機能が何らかの原因で制限されている状況を障害と捉える。そこで生活機能に制限を起こしている原因の一つとして疾病や既往歴などの健康状態を押さえることは重要となる。今回のアンケート結果では、両者とも約9割の学生が「できた・まあまあできた」と回答している。しかし疾病名や既往歴についての情報を得るだけでは生活機能との相互作用について関連性を考えることに繋がらない危険性がある。少数意見であるが「どのような病気なのかを自分で調べて理解した」といった記述もあり、健康状態の情報収集においては、疾病名や既往歴の収集だけではなく、どのような症状があり、どのような障害が残るのかなど、疾病についての理解をしておかなければ情報の解釈に繋ぐことができない。

心身機能・身体構造は、身体系の心理的機能を含む生理的機能および各器官や肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分を学び、疾病の理解の基礎となる。アンケート結果では、模擬事例演習や3段階実習の両者ともに「できた・まあまあできた」の回答が高いが、特に3段階実習終了後の自由記述では「利用者を観察した」、「疾病を参考に利用者の身体機能を理解した」といった記述がある。このことから学生は疾病を把握し、どのような心身機能・身体構造の機能障害や形態障害が生じているのかを判断できたようだ。したがって、健康状態と心身機能・身体構造の情報収集については、疾病と心身機能・身体構

<sup>23)</sup> 介護福祉士養成講座編集委員会（2018）『介護過程』中央法規,p123。

造の機能障害と形態障害の相互の関連性を十分に理解できるよう教授することが求められる。

活動の情報では、「できた」の回答だけをみると、模擬事例演習での30.4%から3段階実習では70.8%と約2.3倍となっている。この結果から言えることは、3段階実習では5週間といった長期間の実習で、利用者との毎日の関わりから日常生活を観察し、利用者の活動での実行状況の把握が可能になったと思われる。特に活動の情報収集では観察が重要となり、日々利用者の変化に気づく観察力が必要となる。活動の情報収集では、実行状況での「している活動」と「できる活動」についての違いを理解し、利用者の顕在化している能力と潜在化している能力の見極めができる、「見る」「聞く」「感じる」といった観察力が求められる。

参加については、6領域の情報項目の中で「できた・まあまあできた」の達成度は低い評価となっている。また自由記述の理由として、模擬事例演習では「活動と参加の違いについての理解が不十分であったと」の記述がみられた。しかし3段階実習では、利用者との積極的な関わりや毎日の観察の中から、利用者本人の思いを理解するなど、コミュニケーションの効果を挙げている記述が多い。日常生活におけるさまざまな活動には、その人の思いや役割など参加との相互作用があり、そこにその人らしさが存在する。参加の情報は生活におけるQOLにも関わる項目であり、コミュニケーションを通し利用者の言葉の中から不安感や満足感などを含め、どのような思いをもっているのか、その思いを理解するために利用者の言動を丁寧に収集していくことは重要である。

背景因子となる環境因子については、模擬事例演習での紙面情報だけでは詳細を記述するには限界がある。しかし今回の模擬事例演習後の自由記述結果には、DVDから利用者本人を取り巻く人的環境や物的環境などの映像情報を得たとの記述が多くみられるなど、模擬事例提供でのDVDの活用には一定の効果が期待できる。また3段階実習では「どのような人的環境や物的環境があるのかを観察して理解した」といった記述から、介護実習でのアセスメントでは観察の重要性について認識することができたと言える。環境因子の範囲は、利用者の居室や福祉用具といった物的環境、利用者の家族、職員や他の利用者といった人的環境など、本人以外のすべてとなる。これらは利用者の生活に対しての外的要因となるものであり、どの程度の促進因子となるのか阻害因子となるのかを見極めなければならない。



また個人因子は、利用者本人との会話などコミュニケーションを通して情報を収集したといった記述も多く、この情報についても利用者との直接的な関わりの中から学生は利用者の背景を理解したと言える。個人因子は、個人のこれまでの体験など、生活機能と障害への内的影響を与えるものであり、利用者の価値観や習慣などを理解するための重要な情報となる。これまでの生活歴を知ることは、本人の思いや意向を知る手がかりともなり、情報を得るためには積極的なコミュニケーションが求められる。そのために利用者にとどのような心身機能・身体構造での機能・形態障害があるのか、十分に把握したうえでコミュニケーションを図り、個人因子や参加といった内面的な情報を得ることが重要である。

## (2) 情報の解釈・関連づけ・統合化/課題の明確化について

情報の解釈・関連づけ・統合化は、6領域の情報収集を行った次のステップとなる。一つひとつの情報の意味を解釈し、得られた諸要因の相互作用を考え統合化するといった思考を通し、利用者の課題を明確化する中核的作業となる。模擬事例演習と3段階実習での達成度では両者とも約90%が「できた・まあまあできた」と評価するなど、両者とも高い結果となっている。3段階実習では、「たくさんの情報を集めることができたので、情報の解釈・関連づけ・統合化に繋がられた」、「健康状態や心身機能・身体構造をしっかりと把握できたので解釈に繋がられた」といった自由記述から、情報の解釈・関連づけ・統合化を行うためには、6領域の情報量が情報の解釈・関連づけ・統合化に影響したと考える。

柘崎(2010)は「情報のもつ意味の分析・解釈についての妥当性は、生活課題の妥当性の根拠でもある」と述べているように、一つひとつの情報の持つ意味を解釈し、関連づけ、統合化といった作業を通して明らかになった課題が介護の根拠となる。情報の解釈・関連づけ・統合化の作業は、生活機能の一つである活動において、「している活動」の実行状況に対して、何ができないのか、実行するにはどのような支障があるのか等について支障となっている要因の分析や、今後の見通しといった予測、さらには潜在化している「できる活動」を判断するといった一連の思考過程が必要となる。しかし、模擬事例演習や3段階実習での自由記述では、「統合化できても文章で記述することが不十分だった」といった記述力不足についての記述が多く見られる。したがってアセスメント教育には、記述力を向上させるために十分に時間をかけて繰り返し添削を行う指導を行わなければならない。

### (3) 関連図作成について

関連図の作成についての自由記述では、模擬事例演習終了後には「情報の解釈・関連づけができていたので関連図はスムーズに描けた」、3段階実習終了後には「情報を整理し、関連図を描くことでこれまで見えなかった情報間の繋がりに気づくことができた」、「頭の中では課題が理解できていたので、関連図をスムーズに描けた」といった記述がみられた。このことは、新分類体系における処理レベル3「分析」が十分にできているため、処理レベル2「理解」で線分を用いた関連図によって利用者の全体像を容易に表現することが可能になったと考えられる。

関連図作成の目的は、情報の解釈・関連づけ・統合化の作業で明らかにした課題をまとめ上げ、利用者の全体像を捉えることである。また、関連図の作成の効果について杉山(2014)は、「情報の関連図で可視化することは、頭の中で考えるだけでは、わからないことに気づいたり、発見したり、構造化が容易になる」と述べているように、情報の解釈・関連づけ・統合化によって複数の課題を抽出し、さらに相互の関連性を線分で繋いでいくことにより、利用者の全体像を可視化することができ、さらには足りない情報などにも気づくことができる。

### (4) アセスメントの各項目間の関係性について

アセスメントでは収集した6領域の各情報の一つひとつを解釈し、関連づけして統合化を行い、課題を明らかにしていく。ICFでのアセスメントの視点では、人が生きることを全体としてとらえる。そこで、疾病などの健康状態での影響による心身機能・身体構造障害だけではなく、どのような物的環境や人的環境などが活動や参加に影響を及ぼしているのか明らかにするために情報の解釈・関連づけ・統合化を行う。今回のカイ二乗検定では、生活機能の参加や、背景因子となる個人因子、環境因子との情報に有意差が認められた。参加や個人因子の情報は、利用者の生活や人生への関わりや役割、これまでの生活歴や職業歴といった社会的状況、人生体験や価値観など個人に関係した情報であり、より利用者理解に繋がるのではないかと考えられる。また環境因子についても、現在の利用者の生活状況に影響を与える要因の一つとなり、利用者のより良い生活環境を作り出すための方法を模索する情報となるために関連がある情報と言えるだろう。情報の解釈・関連づけ・統合化と課題の明確化、関連図の作成については、課題の明確化に有意差があり、関連性が認められた。

したがって情報の解釈・関連づけ・統合化において「できた・まあまあできた」と回答した学生は、その時点で利用者の課題を抽出し、明らかにすることができていたのであろう。

### 第3節 教員評価からみたアセスメント教育の教育的効果の検証

介護実習（3段階実習）終了後での学生のアセスメントに対して、第 4 章第3節第3項で新分類体系を基に筆者が作成したアセスメントの評価基準（表19）を用いて、「調査4」として教員による評価を行った。本節ではその評価結果と、学生自身の介護実習（3段階実習）でのアセスメント達成度の自己評価との比較から、アセスメントの教育効果の検証を行い、今後、進めていくべきアセスメントの教授方法について述べる。

#### 1. 調査方法

2019年度介護実習（3段階実習）で、学生が実習で作成したアセスメントシートについて、実習終了後に指導教員1名が24名の各学生のアセスメントシートの内容確認を行い、表19の評価基準を基に評価をつけた。評価内容は、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子、情報の解釈・関連づけ・統合化、課題の明確化、関連図の作成、以上の各項目別に、A：できた、B:まあまあできた、C:あまりできていない、E:できていない、の4つのいずれかで評価を行った。そして、本章第2節で実施した「調査3」での学生自身のアセスメントの達成度自己評価結果との比較を行った。

#### 2. 結果

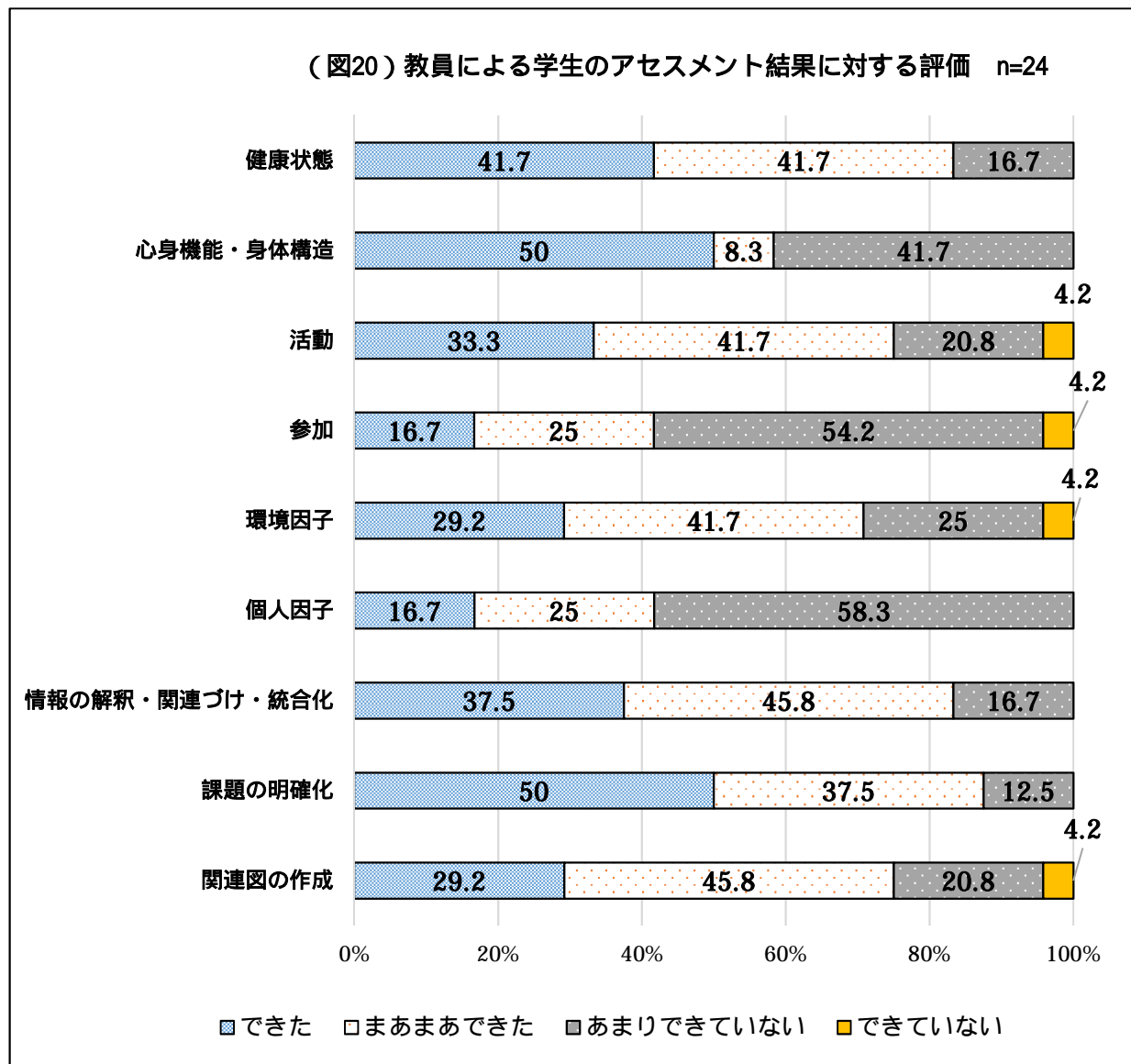
##### （1）教員による学生のアセスメント結果に対する評価

図 20 は、教員による学生のアセスメント結果に対する評価である。6領域の情報収集達成度での健康状態については、「できた」が 41.7%、「まあまあできた」は 41.7%と約 8割の学生に対して「できた・まあまあできている」と評価できた。心身機能・身体構造では、「できた」は 50%、「まあまあできた」は 8.3%で全体の約 6割となり、「あまりできていない」は 41.7%となった。また、活動については、「できた」が 33.3%、「まあまあできた」は 41.7%、参加では「できた」の評価は 16.7%、「まあまあできた」は 54.2%であっ

た。

背景因子の環境因子については、「できた」が29.2%、「まあまあできた」は41.7%であったが、個人因子については「できた」は16.7%、「まあまあできた」25%で、「あまりできていない」は58.3%となり低い評価の方が多かった。

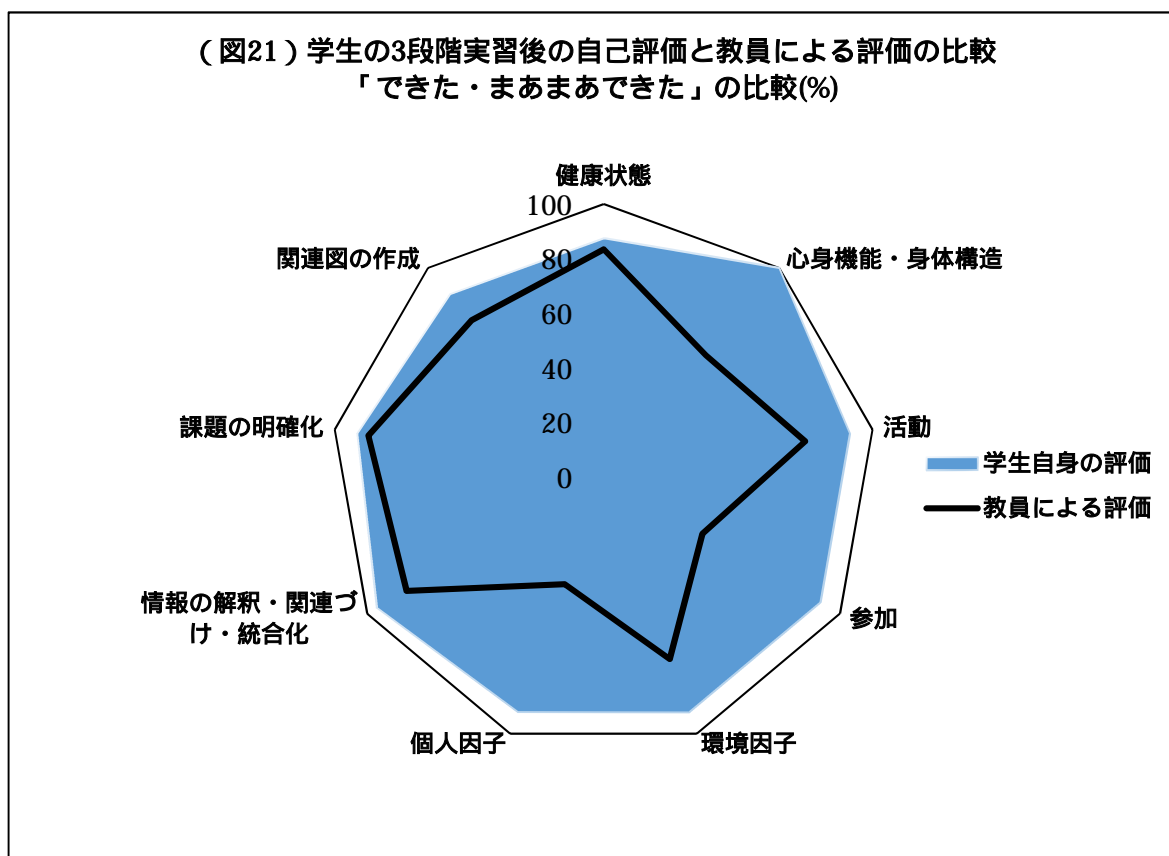
情報の解釈・関連付け・統合化では「できた」は37.5%、「まあまあできた」は45.8%となった。課題の明確化では、「できた」は50%、「まあまあできた」は37.5%となった。また関連図の作成の評価では、「できた」が29.2%、「まあまあできた」は45.8%であった。



## (2) 学生による3段階実習後の自己評価と教員による評価の比較

図21は、「調査3」の学生による3段階実習終了後の自己評価「できた・まあまあできた」と、「調査4」の教員による評価「できた・まあまあできている」の比較をしたものである。

6領域の情報収集について、「健康状態」の情報収集では、「できた・まあまあできた」と回答している学生は87.5%、教員は83.4%の評価である。心身機能・身体構造について、「できた・まあまあできた」と回答した学生は100%、教員は58.3%、活動での「できた・まあまあできた」の回答は、学生は91.6%、教員は75%、参加について「できた・まあまあできた」は、学生は91.7%、教員は41.7%となった。背景因子となる環境因子での「できた・まあまあできた」は、学生は91.6%、教員は70.9%、個人因子の「できた・まあまあできた」の回答では、学生は91.7%、教員は41.7%となった。また、情報の解釈・関連づけ・統合化については、「できた・まあまあできた」と回答した学生は95.9%、教員は83.3%、関連図の作成では、「できた・まあまあできた」の回答した学生は87.5%、教員は75%、課題の明確化では、「できた・まあまあできた」と回答した学生は91.7%、教員は87.5%となった。



### 3. 考察

#### (1) 6領域の情報収集について

健康状態の情報収集では、約80%の学生が「できた・まあまあできた」と高い評価となり、教員の評価でも「できた・まあまあできた」は83.4%が高い評価となった。学生個々の介護過程展開シートをみると、疾病や既往歴などの記載と、それぞれの病気の発症年月日を記載していた学生が多かった。この結果から言えることは、健康状態の情報を収集する際の指導として、発症年月日の把握は急性期であるのか慢性期であるのかといった判断や、利用者自身の病気に対する不安感などを考察することに繋がる情報であること、予後予測を判断する材料になることの重要性が学生に伝えられていた結果であると考えられる。

健康状態の情報収集では、処理レベル1：取り出しの「再認」において、用語や事実、時間関係などについて正確な情報であるかどうかといった見極めを行う。そこで、利用者が罹患している病名や医療的処置などを把握し、どのような病態なのか理解するよう指導する。また、利用者の現病名や既往歴についての発症年月日を正確に把握し、急性期疾患であるのか慢性期疾患であるのかを考え、予後予測の判断材料に繋げるよう指導していかなければならない。さらに処方内容などを含む医療的処置についての情報も把握し、薬の作用や副作用などの知識が深められるように指導しなければならない。また、利用者が自身の疾病に対して不安感を含め、どのような思いを持っているのかなどの心理状態などを考察することに繋いでいくよう教授する必要がある。

心身機能・身体構造の情報収集については、100%の学生が「できた・まあまあできた」と自己評価し、その理由として「日常生活動作を観察し、どのような部分に障害があるのかを理解した」との記述が多かった。教員による評価では、介護過程展開シートに心身機能・身体構造の情報記載が不足していたため、学生自身の評価よりも低い評価となった。このことから考えられることは、学生は介護過程展開シートへの記載はしていなかったが、利用者の動きや日々の様子を観察し、どのような心身機能・身体構造の機能障害や形態障害があるのか頭の中では理解していたと考えられる。心身機能・身体構造の情報収集では、処理レベル1:取り出しの「再認・再生」において、身体系の認知的機能や心理的機能、生理的機能などの医学的知識を用いて、移動やセルフケアを行う際にどのような心身機能や身体構造を活用しているかを考える。したがって今後は、介護過程展開シートに記載されていない場合は、学生に内容の確認を行うなど、より丁寧な指導を行っていかねばな

らない。日々の移動やセルフケアの実行状況について観察し、活動制限が起こっている場合、その要因が利用者自身にある場合には、心身機能・身体構造の機能障害や形態障害を把握し、活動制限となっている要因の一つとして考え、正確に記述できるような指導を行っていかなければならない。

活動の情報については、学生自身の評価では70.8%が「できた」と評価したが、実際には「できる活動」についての情報が少なく、教員による評価で「できた」は約30%となった。介護過程展開シートでの記載では、利用者への観察を通して顕在化している「している活動」の情報を中心に収集し、潜在化している「できる活動」の情報不足なところが多かった。活動の情報は、移動やセルフケア、対人関係など広範囲の領域となる。これらの情報収集については、介護実習では利用者との毎日の関わりの中から情報を得ることとなる。しかし利用者の実行状況を観察するにとどまり、「現在はしていないが、どのような能力を保持しているのか」といった利用者の能力に対する視点が不足していたのではないかと考えられる。活動の情報収集では、処理レベル1：取り出しの「再認・再生」において、移動やセルフケアの実行状況となる「している活動」や能力となる「できる活動」を正確に把握する。したがって活動の情報収集については、「している活動」の実行状況だけでなく、「できる活動」を見極める観察力を養い、利用者の持っているストレングスや可能性を引き出し、自立支援に繋いでいくよう教授していかなければならない。

参加の情報については、利用者本人が生活や人生に対してどのような思いや役割をもっているのかを把握することを評価基準としている。参加についての学生の自己評価では「できた」は62.5%であったが、教員の「できた」評価は16.7%、「まあまあできた」25%と合わせても約40%に留まった。この参加の情報については、3段階実習後の学生の自由記述にもみられたように、利用者との直接的なコミュニケーションや観察から、利用者の思いを把握したといった記述が多かった。しかし、介護過程展開シートへの参加の情報の記載は少なく、情報の解釈・関連づけ・統合化に繋げるだけの情報量とは言い難い結果であった。参加の情報収集では、処理レベル1:取り出しの「再認・再生」において、利用者の生活や人生に対する思いや役割、社会に対する関わりなどの情報から、利用者の内面を理解する。情報には介護職や多職種が利用者をありのまま観察した客観的情報と、利用者自身の思いや考えなどの主観的情報の2つがある。そのなかで利用者の主観的情報を収集するためには、コミュニケーションや観察を通して、利用者の発した言葉や感想などを丁寧

に収集し、十分な情報量から利用者の生活や人生に対する思いや役割を理解できるよう教授することが必要となる。したがって、利用者自身の思いや考えなどの主観的情報の収集では、利用者との直接的な関わりやコミュニケーションを通して観察を行い、利用者の発した言葉や思いなどを丁寧に収集するよう指導を行っていかなければならない。

また、背景因子の一つである環境因子の情報については、福祉用具や施設内での居室の位置などの物的環境や、介護スタッフや多職種、さらには他の利用者やその人達の態度も含め人的環境を把握する必要がある。環境因子の情報収集では、処理レベル 1:取り出しの「再認・再生」において、利用者の活動制限が利用者以外に要因がある場合、人的環境や物的環境などを含め、生活上で何が阻害因子となっているか判断しなければならない。具体的には面会に来られる家族や仲の良い友人がいるのか、または仲の悪い人がいるのかなど、利用者にとって促進因子だけではなく阻害因子となる背景因子についての情報も把握することが求められる。また、利用者はどのような福祉用具を利用しているのか、介護職員が日々どのような介護を行っているのかについての把握も必要となる。しかし、ここでも環境因子に関する記載不足により、教員の評価は低いものとなったが、学生の自由記述でも観察を通して情報を得たとの記述も多く、日々の観察から、どのような物的環境や人的環境があるのかについて把握できたのではないと思われる。そこで、環境因子の情報収集の教授では、利用者の人的環境となる家族構成や、スタッフや他の利用者、さらには、居室状況や福祉用具などの物的環境を把握するよう指導が必要となる。また、反対に利用者の活動において促進因子となっている情報も収集しなければならない。したがって、日々の観察からどのような人的環境や物的環境が存在しているのか、十分に把握するよう指導が必要となる。

また、もう一つの背景因子となる個人因子の情報収集では、処理レベル 1:取り出しの「再認・再生」において、利用者の性格や、価値観などが形成された生活歴などの背景に関する情報が必要となる。個人因子の情報は、介護施設などではフェイスシートなどの書式に記載されていることが多いが、3 段階実習では利用者との関わりの中から、職歴や生活歴を直接的に聞き出し、学生は約 60%が「できた」と自己評価した。しかし、教員の評価は介護過程展開シートの記載状況から「できた・まあまあできた」の両者を合わせても約 40%となっている。個人因子の情報については、介護過程展開シートへの記載は少なく、十分な情報量を収集したとは言い難い現状があった。しかし、学生の自由記述からは、「本人と



コミュニケーションを通して性格や趣味などを把握することができた」本人との会話の中からどのような生活習慣をもち生活してきたのかなどを理解できた」などの意見が多くみられるなど、長期間の介護実習において学生が受持ち利用者との毎日の関わりの中から観察を行い、信頼関係を築きながら十分な情報量を得ることができたと思われる。したがって、個人因子の情報収集の教授では、利用者のこれまでの生活歴や職歴、趣味や特技などに関する十分な量の情報を把握するよう指導する必要がある。また、個人因子の情報については、関係職種からの情報収集だけではなく、本人の表情や言動についての観察を通じた情報収集ができるよう指導する。そのために利用者との毎日の関わりやコミュニケーションを重ね、信頼関係を築いていくことが重要であると考えられる。

## (2) 情報の解釈・関連づけ・統合化による課題の明確化について

学生の自己評価での「できた・まあまあできた」は約96%となり、学生達はある程度の根拠を明らかにすることができていたと考えられる。教員による評価でも、わかりやすい文章で根拠を記述できていた学生が多く、「できた・まあまあできた」の評価は83.3%で、差異はあまりなかった。これは3段階実習では週1~2回担当教員による施設巡回を実施し、学生のアセスメントの進捗状況を確認するとともに、介護過程展開シートの記述添削を数回行った結果であり、このことから記述については繰り返しの指導が必要なことは明らかである。情報の解釈・関連づけ・統合化では、処理レベル3:分析の「一般化・具体化」において、医学的知識や介護に関する知識を用いて細部にわたって今後の予測を検討し、その根拠を明らかにして課題を導き出していく。

情報の解釈・関連づけ・統合化について、柘崎(2010)は「情報のもつ意味の分析・解釈についての妥当性は、生活課題の妥当性の根拠でもある」と指摘し、統合化については情報を全体的にとらえ、とらえたことをまとめることである」と定義している。筆者もこれまでも述べてきたように、情報の解釈・関連づけ・統合化は課題を明らかにするためのアセスメントの中核的な作業となり、それは介護実践の根拠を明確にすることと考えている。情報の解釈・関連づけ・統合化の作業を行うためには、活動における実行状況の障害となっている心身機能・身体構造の機能・形態障害についての的確に把握しなければ、実行状況の評価に繋げることができない。したがって、心身機能・身体構造に関する情報は、情報の解釈・関連づけ・統合化の中核となる情報となるため、活動などの動作分

析の理解ができるように指導していかなければならない。さらに利用者の課題を明らかにするためには、6 領域での各情報の一つひとつを丁寧に解釈し、現在の状態および生活状況についての意味づけをし、解釈した情報を関連づけてまとめあげることが求められる。したがって今後起こり得る危険予測などの見通しや、それらを明確に言語化できる指導を行っていかねばならない。健康状態に起因する心身機能・身体構造、活動、参加といった生活機能が相互作用し、どのような生活上での支障を引き起こしているかを考えられる指導が必要となる。そして、今後どのような可能性や危険性が生じるのかなど、介護の必要性についての根拠を示し、生活課題の妥当性を言語化にて証明できるよう繰り返しの添削指導を行っていかねばならない。さらに、情報の解釈についての記載が介護過程展開シートに記載されていない場合には、学生に確認を行い、より丁寧な指導を行っていかねばならない。

### (3) 関連図の作成について

3 段階実習での学生の自由記述にも「関連図の描写により情報間の繋がりが明確になった」、「足りない情報などに気づくことができた」などの記述が多くみられたように、多くの情報を関連図に落とし込むことで、情報の関連性が明確となり、利用者の全体像を把握することに繋がったと考える。関連図の作成については、処理レベル2:理解の「象徴化」において、健康状態、心身機能・身体構造や活動、参加、環境因子、個人因子といった各情報と、解釈した結果について矢印を用いて繋ぎ合わせた図形を作成するよう指導を行う。情報の解釈・関連づけ・統合化作業から、関連図を作成していくことで情報間の因果関係が明らかになり、利用者に今なにが起こっているのか、何が生活障害の要因となっているのかが明確になる。関連図は利用者の全体像を可視化するものとなる。そこで、情報間の関連づけを矢印で繋ぎ、情報の解釈・関連づけを行った結果を、導き出された課題に繋げていくよう指導する。矢印を繋ぎ合わせていくことで、利用者の全体像を把握することと同時に、足りない情報に気づくことができる。矢印が繋がらない場合には、情報不足が考えられるため、再度情報を収集するよう指導を行い、教員は学生が描いた関連図を何度も確認するなどの指導を行っていかねばならない。

ICF では人の生活機能と障害は、疾病や傷害、変調などの健康状態と背景因子との相互作用であると考えられている。したがって、片麻痺や筋力低下などの個人に属する客観的

な事実だけをみるのではなく、その人を取り巻く生活や社会との関係性のなかで生活課題を相対的に考える必要がある。また、関連図で生活機能と障害の因果関係が可視化できることは課題がより明確になり、利用者の生活課題をもう一度確認することに繋がる。これらのことからアセスメント過程で関連図を用いることは、利用者の全体像を捉えることに繋がるなど一定の教育効果が期待できるが、関連図の作成自体が目的にならないよう留意する必要がある。

また、アセスメント教育においては、学生の理解度や達成度について評価をしなければならない。学生が行ったアセスメント結果に対して客観的な評価基準を設け評価をすることで、アセスメント過程でのどの項目が修得できているのか、修得できていないのかについて明らかにすることができる。その評価結果から、学生の個々の苦手とする項目について指導を行うことができる効果をねらうものとなる。そこで、「調査 4」で筆者が作成して活用した介護過程アセスメントの評価基準を学生に開示することで、学生は自己のアセスメントの到達度を把握し、足りない部分について自ら学習することに繋がれると考える。

#### 4. 結論

本論文では、介護過程教育の中心問題であるアセスメント教育の展開に向けて、アセスメントの教育方法と方向性を探求してきた。その結果、模擬事例を使つての演習では、紙面情報や DVD を使つての情報から、学生にいかに関者のイメージを作らせるかが重要となる。そして、さまざまな事例を繰り返してアセスメント体験していくことが、アセスメント力の向上に向けては効果的である。また、表 19 で提示したアセスメントの評価基準を作成したことで、アセスメントの各項目における教授方法を示すことに繋がった。今回は、学生に評価基準を開示するまでは至らなかったが、今後は、その評価基準を学生に開示することで、学生は自己のアセスメント力の到達度が明確になり、不十分な点について学生自身が気づき自己学習することに繋がることが期待できる。

## 終章 本論文の到達点と今後の課題

### 第1節 本論文の到達点

第 章「介護過程に関する先行研究の動向」では、これまで行われてきた介護過程教育に関する先行研究文献を検討することによって、介護過程教育の今後の課題を明らかにすることを試みた。新カリキュラムが実施された 2009 年度以降に発表された介護過程に関する先行研究を対象として、これまで行われている介護過程に関する研究の内容別に整理し、介護過程理論についての研究、介護過程教育方法・教授方法に関する研究、アセスメント教育に関する研究、介護過程と介護実習との関連性に関する研究、の 4 つの研究テーマに分類し、今後の介護過程教育の課題を明らかにすることができた。

まず 1 つ目の課題として、理論に基づいた介護過程展開を行うことで介護の根拠および妥当性を証明することができ、このことが介護の専門性の構築に繋がるものとなると言える。そのためにも介護福祉の基盤となる介護理論研究を充実させる必要性を明らかにした。2 つ目、介護過程の教育方法については、各養成校とも未だ試行錯誤の中であると思われる。しかし各領域間でのそれぞれの科目の関連づけを意識した教育を行うことは不可欠であり、論理的思考の修得を目指さずアセスメント力の教育方法については、今後もさらなる研究開発が求められることを明らかにした。3 つ目の課題は、効果的なアセスメント教育を行うためには、思考過程を展開していくアセスメントシートの位置づけが重要となる。したがって効果的に学生の思考を導き出すことができるアセスメントシートの開発は、アセスメント教育の重要な課題であることを明らかにすることができた。4 つ目の課題では、介護実習 での介護過程展開は必須の教育内容となっているが、介護過程と介護実習との関連性についての研究は少ないことが明らかになった。介護実習 では実際の介護現場で学生個々が介護過程の展開を実践する場となる。したがって介護過程教育の教育的評価を行うためにも、今後はさらに介護過程と介護実習に関連した研究を進めていく必要性を提言した。

第 章「介護福祉士養成教育内容の変遷」では、介護福祉士養成教育の展開の歴史をカリキュラム改正の変遷をたどることによって概観した。そして、社会福祉士及び介護福祉士法の法制化とともに開始された介護福祉士を養成するための教育課程ないしカリキュラ

ムはどうあるべきなのか、専門性の構築のために中心となる科目はどのような内容であるべきなのか、そしてその科目の教育はどのように実践されるべきなのかについて論じた。

そこで、2000年のカリキュラム改正で初めて登場した教育内容である介護過程が、2007年の改正において実質的な教育内容を獲得したことを見出し、介護福祉士の専門性構築の中心問題が、介護過程教育の十分な展開がいかに重要であるかという観点を獲得することができた。また2018年には、介護サービスの質の向上を図るとともに、介護福祉士の社会的評価を高めるために、一定のキャリアを積んだ介護福祉士がチームリーダーとして担っていくべき役割を明確にすること。介護福祉士養成教育において、チームマネジメント能力についての教育内容の拡充や、介護を必要とする人を地域で支えるための実践力や認知症ケアの実践力の向上、さらには医療との連携の充実を図る。介護過程の実践力向上において、介護実践を管理しチーム内で情報を共有できるよう利用者に関する情報を様々な機関から収集する役割を担うこと等、が求められる。したがって、今後の介護福祉士養成教育では、専門性の明確化・高度化を目指したものとならなければならない。また多職種連携を実践していくためには、介護の必要性や根拠を伝える能力を養う教育を行っていかなければならないことを明らかにすることができた。

第 章「アセスメント教育に求められるもの」では、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域間での学習を統合させて、実践させる能力を身につける学習を目標とするアセスメント教育に焦点を当てた。そして、アセスメント教育方法の基盤となる考え方についての検討を進めた。また介護福祉士養成カリキュラムで取り上げられているICFの視点を活用することについて、ICFの目的や特性を整理し、ICFモデルの視点を取り入れることで、アセスメントでは機能障害を中心にした援助を考えるのではなく、一人の生活者としての利用者理解に繋げていく考え方の導入の必要性に言及した。

また、アセスメント教育の評価方法について、教育目標の分類体系を指標に検討を行った。教育目標の分類体系は、教員による恣意的な評価ではなく、学習成果について客観的基準を定める指標となる。そこで新分類体系の教育目標を指標にし、アセスメント教育での学生個々の学習達成度を評価する視点としての客観的評価基準(表19)を設定した。

第 章では、介護福祉士養成教育に約十数年携わってきた筆者が、実際に教授している介護過程教育と介護実習についての実際を紹介した。介護過程の教育方法については、これまでにアセスメントの進め方や、アセスメント結果に対する学生の理解度や意見を参考

に、教授方法の思考錯誤を繰り返してきた。そこで本章では、アセスメント教育では重要な位置づけとなる Y 校独自の介護過程展開シートを開発し、ICF の 6 領域での情報収集と、情報の解釈・関連づけ・統合化の考え方の教授方法、さらには利用者の全体像を把握するための関連図の作成など、アセスメントの教授方法について一定の方向性を明らかにした。また介護実習 で実践した学生によるアセスメントの実際の事例を紹介し、学生の振り返りからアセスメント教育の効果について、情報の解釈・関連づけ・統合化がアセスメントの中核となることと、関連図の作成によりアセスメント教授についての効果を解明することができた。

第 章では、介護過程の演習授業で、模擬事例演習後に行ったアセスメントの理解度についての振り返りから、アセスメント演習の持ち方についての課題を考察した。その結果、映像による模擬事例活用での利用者のイメージを把握する効果の立証、思考過程での論理的に一定の規則に従って推論する演繹法や、ある事実や事例から一般的または普遍的な規則や法則を見出していく帰納法などの論理的思考を繰り返していく教育の必要性を明らかにした。また、介護実習（3 段階実習）終了後に行ったアセスメントの学生の自己評価、アセスメントの客観的評価基準を設け、教員による学生の介護実習（3 段階実習）でのアセスメント結果の評価を比較検討し、アセスメント教授の教育的効果についての検証を行った。その結果、アセスメントの基本は情報収集であり、その情報量が情報の解釈・関連づけ・統合化に影響することを明らかにすることができた。

ICF の視点を持ち、情報の解釈・関連づけ・統合化をしていく目的は、利用者に生じている生活障害の要因を考える際、6 領域の情報間が相互に関連し合った結果であると考えられるためである。これらの情報の一つひとつを解釈し、関連づけていくことで現在の状態の要因を明確にし、リスクを含めた今後の予測や見通しを導き出すことができる。そして本論文では、情報の解釈・関連づけ・統合化は、課題の明確化、関連図の作成の達成度にも影響するといった因果関係を究明するに至った。さらにアセスメント過程で関連図を用いることで、健康状態や心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子などの相互作用を可視化でき、利用者の全体像を捉える効果があること、そして利用者のイメージを掴むためにも教育的効果が期待できることを明らかにすることができた。

また、アセスメント力の向上については、幾つもの事例を用いたアセスメントを繰り返して体験していくことが、学生の思考過程を養うためには効果的であることを明らかにする

ことができた。しかし学生自身によるアセスメントの自己評価と教員による評価には差があり、学生のアセスメント力は教員が示したアセスメントの到達度に達しているとは言い難い現状も明らかになった。その結果、今後はアセスメント過程での各項目の到達目標を学生にも開示し、学生自身が自分の行ったアセスメントでの達成状況について、到達しているかどうかを把握できるよう教育を進めていくことに言及した。

アセスメントの教育方法には、ICFの視点に基づいたアセスメントや、komi<sup>24)</sup>理論など様々な考え方がある。筆者はこれまでICFの視点に基づいたアセスメント教育を進め、教授方法の検討やアセスメントシートの開発など、試行錯誤を行いながら現在の教育方法を見出してきた。先述したように、アセスメント力の向上に向けては幾つもの事例を用いて、アセスメントを繰り返し行うことが、学生の思考過程を養うためには効果的である。このことから「介護過程」という科目の性質上、座学だけでアセスメント力を修得できるものではないといえる。

また、アセスメントシートについては、各養成校の裁量に委ねられている現状があり、どのような情報を収集し、情報の解釈・関連づけ・統合化に繋ぐことができるか悩むところである。情報項目の妥当性の検証を試みた、島崎他(2019)は「心身機能・身体構造情報は、情報の解釈・関連づけ・統合化にとって必要不可欠な情報である。また背景因子である環境因子や個人因子についても、それぞれが人の生活や人生に及ぼす影響は複雑であり、背景因子をとらえる視点も重要視しなければならない」と述べている。学生は、どうしても活動に着目しがちであると考えられるが、生活機能は心身機能・身体構造を使って、日常生活での活動を行い、そこには生活や人生に対する思いや役割といった参加が存在している。また、疾病や傷害、背景因子などの影響にも視点を持たなければならない。したがってアセスメントの教授では、人間の生活は、ICFの構成要素となる、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子、といった6つの領域の相互作用により行われていることについて、十分な理解ができるように繰り返し教授していかなければならない。そして、アセスメントの客観的な評価基準を設け、学生にその評価基準を開示し、学生自身が自己のアセスメントの到達度について把握していけるよう教育を進めてい

---

<sup>24)</sup> ナイチンゲール看護思想を基盤とし、看護と介護を統合した思想体系を持つ看護・介護原論。「KOMI」とは、「KOMI ケア理論」を構築した金井一薫氏の名前にちなんで、「Kanai Original Modern Innovation」の頭文字を取ってつけられた呼称。「NPO 法人ナイチンゲール KOMI ケア学会」<http://komi.or.jp/riron.html> (検索日：2020.1.8)

くことが重要であることに言及した。

以上が、本論文の到達点である。介護過程教育において中核となるアセスメント教育については、アセスメントシートの開発など、今後もさらなる研究を続けていかなければならない。また、利用者の生活課題を明確にして根拠を持った介護実践を行うことは、利用者の QOL の向上に繋がり、さらには介護福祉士自身のやりがいにも繋がることを学生達に伝えていく事が、アセスメントの教育には必要であると考えられる。

## 第 2 節 今後の課題

本論文では、介護過程教育が介護の専門性を具現化するものとして、根拠をもった介護実践を行うための思考のプロセスを身につける方法の検討から、具体的にどのようにアセスメント教育を進めていくかについて論じてきた。しかし、本論文で十分に検証できなかった点は多く、今後さらに研究を進め効果的に学生の思考過程を養うことができるアセスメントの教授方法を見出していかなければならない。そこで本節では、介護過程教育に残された諸課題について提示する。

### 1. 介護過程教育方法について

介護過程教育方法を見出すことは、介護福祉士養成校で「介護過程」を教授している教員の最大のテーマであり、教育方法についての検討を繰り返している現状がある。今回は筆者がこれまで思考錯誤し見出してきた介護過程教育におけるアセスメントの教授方法についての教育的効果についての検証を行った。しかし研究対象とした学生は 20 数名であり、教育的効果をみるための十分な結果とは言えない。今後は介護福祉士養成校の学生のみならず、実務者研修の受講生など研究対象者の幅を拡げ、介護過程展開のスクーリング時に、アセスメント力向上に向けての教育的効果を検証していく必要があると考える。また介護過程の展開では、若年の障害者も対象となる。今回は高齢者への介護過程展開が研究の対象となったが、今後は高齢者のみならず、障害者への介護過程の展開についてのアセスメント教育に向けても研究を進めていきたい。



## 2. 介護過程の実践能力を養う介護施設との協働連携について

専門的な介護実践に必要なものは、専門的な知識と的確な状況判断、自立支援を目指した介護技術の提供である。専門的な介護福祉士を養成するためにこれまでも数回の介護福祉士養成カリキュラムの見直しが行われてきた。2019年の見直しの中に、介護過程の実践的展開、多職種協働の実践、地域における生活支援の実践、の3点が含まれた。これらの3点を学ぶ場として介護実習では、地域における様々な場での利用者理解や、多職種協働による介護過程の実践能力を養う学習を目指すものでなければならない。そこで重要なことは、教育の現場と実習施設の現場が協働連携していきながら介護福祉士を育成するといった意識が必要となる。そのために教員と介護実習先との協調学習の場を設け、介護過程指導の充実に貢献していきたい。

## 3. 外国人留学生に対する介護過程教育

わが国の社会的問題の一つとなっている慢性的な介護人材不足を、解消するための施策の一環として、政府は2016(平成28)年11月に外国人介護士を認める法案を成立させた。そこで介護現場で就労できる新たな在留資格として、「介護ビザ」が創設され、2017年9月より本格的な運用となった。この「介護ビザ」の取得については、外国人が留学生として日本に来日し、大学や短期大学、専門学校といった介護福祉士養成校で学んだ後、介護福祉士の国家資格を取得し、介護ビザの申請を行うという流れとなっている。近年では、介護福祉士養成校においては6人に1人が外国人留学生となるなど、今後も外国人留学生の入学についての増加が見込まれている。しかし、在留資格「介護」についての外国人留学生に対する介護福祉士養成教育は、単なる介護人材不足を解消するための施策にはならない。外国人留学生が介護福祉士養成校で1,850時間を学び、資格を取得することについての意義は高いものであり、介護過程の展開ができる専門性の高い介護人材養成を目指した教育を行っていく必要がある。日本語修得といった難易度の高いハードルを越えて介護福祉を学ぶ外国人留学生の負担は大きいですが、今後は外国人留学生への介護過程教育を進めていく課題についての検討も探求していかなければならない。

## 参考・引用文献一覧

赤門会日本語学校「外国人日本語学習の介護分野への就業を促進する教育プログラムの開発事業」2019年2月。

池田明子・住野好久(2012)「介護過程における構成要素とアセスメントの位置づけに関する研究」『新見公立大学紀要』第33巻109-113。

石野育子編著(2008)『介護過程』メヂカルフレンド社。

一番ヶ瀬康子監修日本介護福祉学会編(2000)『新・介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房。

石田路子(2014)「これからの東アジア諸国における高齢者ケアについて」『城西国際大学紀要』第22号17-40。

板山賢治・京極高宣編(1988)『社会介護福祉士への道』エイデル研究所。

伊藤希久美(2010)「教育事例・介護過程授業展開に関する一考察」『信州短期大学紀要』第22巻45-48。

一般社団法人職業教育・キャリア教育財団(2016)「介護福祉分野専門学校における留学生受入れ事例集」。

一般社団法人職業教育・キャリア教育財団(2017)「専門学校留学生の戦略的受け入れ推進事業成果報告書」。

稲田弘子・渡邊一平・栗栖照雄(2009)「アセスメントに重点を置いた介護過程の教授法の検討」,『介護福祉学』第16巻第1号105-114。

井上千津子・澤田信子・白澤政和・本間昭監修(2009)『介護過程』ミネルヴァ書房。

井上理絵・石橋郁子・松居紀久子・西井啓子(2015)「ICFモデルとアセスメントの一考察」,『富山短期大学紀要』第50巻79-92。

上田敏著(2010)『ICFの理解と活用』きょうされん。

NPO法人ナイチンゲール KOMI ケア学会 <http://komi.or.jp/riron.htm>(検索日:2020.1.8)。

浦秀美(2015)「介護過程の教育方法に関する課題」,『長崎国際大学論叢』第15巻85-94。

大川弥生(2006)「ICF(国際生活機能分類)生きることの全体像についての共通言語」第1回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会参考資料3,資料2-2。

大津悦夫(2018)「教育目標分類学におけるメタ認知の検討」,『立正大学心理学研究所紀要』第16号43-511。

- 大森六郎・齋藤富美子(2010)「介護保険制度におけるケアマネジメントと介護過程の関連性について」、『旭川大学女子短期大学部紀要』第40号1-22。
- 緒方まゆみ・相川正江(2013)「介護過程の展開の教授法に関する一考察」、『精華女子短期大学研究紀要』第39号73-82。
- 小田正枝(2008)『事例でわかる看護理論を看護過程に生かす本』照林社。
- 小車淑子・木村裕子・吉村小百合(2010)「介護過程の習得における課題」、『九州生活福祉支援研究会研究論文集』第4巻1号6-13。
- 尾台安子・赤沢昌子・丸山順子(2014)「介護過程展開における実習課題の達成度と実習の充実感との関係 個別援助技術実習と介護総合実習の比較検討」、『松本短期大学研究紀要』第23号29-21。
- 奥田いさよ(1992)『社会福祉専門職性の研究』川島書店。
- 奥野啓子(2014)「ケアワーカーの専門性に関する研究」、『佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇』第42号17-33。
- 介護過程事例研究会(1997)『介護過程事例集 実践的ケアプラン』建帛社。
- 介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会(2006)『新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発』法研。
- 介護福祉士養成講座編集委員会(2011)『介護過程』中央法規。
- 梶田叡一著(2010)『教育評価』有斐閣双書。
- 加藤直英(2014)「介護過程の理論的枠組みに関する基礎的研究」、『目白大学短期大学部研究紀要』第50号43-54。
- 加藤直秀(2015)「介護過程の認識的考察」、『目白大学短期大学部研究紀要』第51巻31-41。
- 金井一薫著(2004)『KOMI理論』現代社。
- 川井太加子・野中ますみ編者(2014)『介護の基本/介護過程』日本介護福祉士養成施設協会編。
- 川崎昭博(2010)「生活支援としてのケアワークとその思考過程について 介護過程についての一考察」、『龍谷大学論集』第474号323-339。
- 川延宗之(1997)『社会福祉教授法 - 介護福祉士・社会福祉士・保母養成教育の授業展開』。
- 川延宗之編(2008)『介護教育方法論』弘文堂。
- 学術の動向編集委員会(1996)『学術の動向』日本学術協力財団。

教育課程研究会編著（2017）『アクティブ・ラーニングを考える』東洋館出版社。

熊谷佳余子・山田順子・川邊聡子・三宅美智子・居村貴子・辻真美（2018）「介護福祉士養成における在宅介護実習の位置づけ」『川崎医療短期大学紀要』第38号49-54。

黒澤貞夫編著：小櫃芳江・鈴木聖子・関根良子・吉賀成子共著（2007）『ICFを取り入れた介護過程の展開』建帛社。

黒澤貞夫（2013）『福祉に学び，福祉に尽くす』中央法規。

黒田裕子（1998）『わかりやすい看護過程』照林社。

公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会（2017）「外国人留学生受入れに関するガイドライン（留意事項）」。

公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会（2019）「介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き」。

公益社団法人日本介護福祉士会（2013）「介護福祉士を取り巻く環境とニーズに関する調査」。

厚生省令（1999）「社会福祉士介護福祉士学校職業能力開発校等養成施設指定規則の一部改正」。

厚生省令（1999）「社会福祉養成施設等における授業科目の目標及び内容並びに介護福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について」。

厚生省社会・援護局企画課（1999）『福祉専門職の教育課程等に関する検討会報告書』。

厚生労働省社会保障審議会・福祉部会（2004）「介護福祉士試験の在り方等介護福祉の質の向上に関する検討会報告書」。

厚生労働省第11回社会保障審議会福祉部会人材確保専門委員会（2006）「介護福祉士の在り方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」。

厚生労働省（2007）「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例（案）」。

厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課（2011）「平成22年簡易生命表の概況」。

厚生労働省（2012）「平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況」。

厚生労働省（2016）「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討報告書」。

厚生労働省老健局高齢者支援課（2019）「より良い職場・サービスのために今日からでき

ること（業務改善の手引き）」。

厚生労働省第13回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会（2019）「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」。

佐藤真・中澤秀一（2009）「介護過程における論理的な思考スキルの育成を目指した教材開発 ロジカルシンキングに基づくワークシートの活用」『兵庫教育大学研究紀要』第35号15-23。

澤田信子，石井享子，鈴木知佐子（2009）『介護過程』ミネルヴァ書房。

三宮真智子（2019）『メタ認知＜学ぶ力＞を高める』北大路書房。

社会保障審議会介護保険部会（第46回）「介護保険を取り巻く状況等」，2013年。

社団法人日本介護福祉士養成施設協会（2008）『介護福祉士法等の一部改正に伴う介護福祉士養成課程の見直しについての説明会資料』。

嶋田直美（2015）「介護福祉士養成教育の中心問題」，『桃山学院大学社会学論集』第48巻第2号157-182。

嶋田直美（2016）「介護過程教育の課題」『桃山学院大学社会学論集』第49巻第2号177-193。

嶋田直美（2017）「介護過程教育の方法」『桃山学院大学社会学論集』第51巻第2号347-268。

島崎将巨・小田栄子・嶋田直美（2019）「介護過程における情報収集に関する研究」『第26回日本介護福祉教育学会要旨集』p79,日本介護福祉教育学会。

白旗希実子（2011）『介護職の誕生』東北大学出版会。

柴原君江（2000）「介護と看護の概念をめぐる動向」人間福祉研究第3号19-30。

清水裕士（2016）「フリーの統計分析ソフト HAD:機能の紹介と統計学習・教育、研究実践における利用方法の提案」メディア・情報・コミュニケーション研究,1,59-73。

杉山せつ子（2013）「介護福祉の概念に関する研究 介護過程に焦点をあてて」，『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』第11号65-77。

杉山せつ子（2014）「介護過程の展開における情報の関連図の教育的効果に関する研究 全体像の把握に焦点を当てて」，『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』第12号11-28。

杉山せつ子（2016）「介護過程の展開における情報の関連図の教育的効果に関する研究その2」，『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』第14巻61-81。

杉山貴要江（2000）『社会福祉と専門性』税務経理協会。

- 世界保健機関（2003）『国際生活機能分類』中央法規。
- 全国専修学校各種学校総連合会「専門学校留学生受入れに関する自主規約」2013年。
- 高橋洸治（2001）「教育目標の新しい分類法」『静岡大学教育学部研究報告/人文・社会科学篇』第51号203-220。
- 高木剛（2017）「介護過程における課題分析の文章作成に資するワークシートの考案」『社会事業研究』第56号42-51。
- 武田啓子（2010）「介護過程授業実践 アセスメントの修得過程」『日本認知科学会第27回大会発表論文集』第27巻1-44。
- 建部久美子責任編集（2007）『臨床に必要な介護概論』弘文社。
- 富田川智志・武田卓也（2018）「介護福祉士養成課程における介護過程の評価に関する実習前教育の検討」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』第13号25-30。
- 中央教育審議会（2012）「新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて（答申）」。
- 仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵（2007）『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版。
- ナーシングカレッジ編集部（2004）『関連図の書き方をマスターしよう』医学芸術社。
- 中俣恵美（2011）「国際生活機能分類 ICF における生活機能をめぐる課題」『総合福祉科学研究』第2号103-114。
- 中村純子（2017）「介護におけるアセスメントの方法」『青森中央短期大学研究紀要』第30号95-104。
- 中川健司・中村英三・角南北斗・齊藤真美（2011）「二漢字語を介した介護専門用語学習について」『日本語教育方法研究会誌 vol.18 No.2』30-31。
- 鍋島恵美子・光野裕美子・馬場由美子・小川智子（2011）「介護実習における介護過程の展開」『永原学園西九州大学短期大学部紀要』第42号37-47。
- 西岡加名恵・石井英真・田中耕治（2015）『新しい教育評価入門』有斐閣。
- 西村洋子責任編集（2005）『介護概論』メヂカルフレンド社。
- 西村洋子・太田貞司編著（2008）『介護福祉士教育の展望』光生館。
- 日本福祉教育専門学校（2018）「国際通用性と地域性を踏まえた介護人材養成プログラムのモジュール開発プロジェクト」。
- 丹羽國子（2003）『専門的介護支援』アリスト。

- 根本曜子・古川繁子（2011）「介護過程授業研究（2年目の取り組み）リアクションペーパーから見る学生の理解過程」『植草学園短期大学紀要』第12号53-57。
- 波頭 亮（2004）『思考・論理・分析』産業能率大学出版部。
- 平野啓介・芦原直子・岩村学・佐藤恵・田中尉誉・長屋敦志・本間美幸・宮下文恵（2019）「介護過程の教授方法に関する指導書の活用について」『旭川大学短期大学部紀要』第49号27-35。
- 柘崎京子（2009）「介護過程シートの変遷 1990～2008年介護過程の導入から，思考過程を一引き・実践方法を根拠づけるアセスメントシートの検討まで」『共栄学園短期大学研究紀要』第25号37-66。
- 柘崎京子（2010）「介護過程のアセスメントシートの作成：アセスメント段階における理解を高めるための2つのアセスメントシート」『共栄学園短期大学研究紀要』第26巻1-27。
- 福祉士養成講座編集委員会編集（1997）『介護概論』中央法規。
- 福祉士養成講座編集委員会編集（1988）『介護概論』中央法規。
- 堀井恵子（2012）『日本語教育への扉』凡人社。
- 松村真宏・三浦麻子（2009）『人文・社会科学のためのテキストマイニング』誠信書房。
- 三上ゆみ・久保田トミ子・ファハルドニコル（2012）「介護福祉士養成校における外国人留学性の受入れの現状と課題」新見公立大学紀要第33巻37-42。
- 宮崎恭子・山本永人・前田崇博・緒方都・多田鈴子・瀬志保・長橋幸恵（2015）「介護過程の教育方法」『大阪城南女子短期大学研究紀要』第49号177-192。
- 百瀬 孝著（1998）『日本福祉制度史』ミネルヴァ書房。
- 元木佳江（2013）「EPA 介護福祉士就学生に対する実習記録を書く指導に関する日本語教育の試み」鳴門教育大学国語教育学会『語文と教育』第27号85-102。
- 森繁樹（2015）『事例を読み解く介護過程の展開』中央法規。
- 森和子（2009）「介護過程の教育方法・モデルを活用した授業展開」『高田短期大学紀要』第27号49-58。
- 山縣文治・柏女靈峰（2013）『社会福祉用語辞典第9版』ミネルヴァ書房。
- 横尾成美・橋本美香（2009）「生活関連図を用いた介護過程の取り組み 生活関連図の理解度」『山形短期大学教育研究』第3号63-68。
- 横尾成美（2013）「介護過程におけるアセスメント力向上を目指した教育の方法に関する

考察 教育目標の分類体系（タクソノミー）と介護過程の展開 』『東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要』第 3 号 73-88。

横山正子・木村あい・西田実継・黒田しづえ・藤本悦子（2010）「e-learning を活用した介護過程教授のための授業改善の成果」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』第 2 巻 57-71。

R.J.マザーノ・J.S.ケンドール著：黒上晴夫・泰山 裕訳（2013）『教育目標をデザインする』北大路書房。

六角僚子（2008）『アセスメントからはじまる高齢者ケア』医学書院。



<参考資料1>

学生の皆様へ

介護過程のアンケート調査のお願い

アセスメントの効果的な教育方法を検討するために、今回この授業を受講されている皆さんに「授業の理解度」等についてのアンケート調査を行うことになりました。尚、この調査結果は匿名化するとともに、成績には一切関係しません。

皆さんのご協力をお願いするとともに、どうかよろしくお願い致します。

和歌山 YMCA 国際福祉専門学校

教員 嶋田 直美

## < 参考資料 2 >

### 模擬事例検討介護過程アンケート

各設問を読んで、一番自分に近いものを選んでください。

#### 1. 情報収集について

##### 1) 健康状態に関する情報の収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

##### 2) 心身機能・身体構造に関する情報収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

##### 3) 活動に関する情報の収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

##### 4) 参加に関する情報の収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

##### 5) 環境因子に関する情報の収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

6) 個人因子に関する情報の収集はできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

2. 情報の解釈・関連付けができましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

3. 課題を明確にできましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

4. 関連図を作成することができましたか

①できた	②まあまあできた	③あまりできなかった	④できなかった
------	----------	------------	---------

(答えた理由)

## 謝 辞

学位論文を作成するにあたり、指導教授である川井太加子教授には、大学院修士課程での2年間と博士課程での6年間、本研究を進めてきた長期間に亘り、研究に対する姿勢、研究の方法、論文作成など様々なご指導を賜りました。介護福祉士養成教育のフィールドと研究の両立は難しく、研究に行き詰ったことも多々ありました。しかし、その都度先生には励ましのお言葉とご指導を頂きました。そして、先生の介護福祉士養成教育に対する深い信念と、精通した知識により、研究の道筋をお示し頂き、拙文を仕上げることができました。これも一重に川井先生のおかげだと心より感謝申し上げます。

また、本論文を提出するにあたり、宮本幸二教授にはこれまでも常々、研究の進捗具合について気にかけていただき、有益なご指摘とご助言、心温まる励ましを頂きました。また、冷水啓子教授には学位論文審査において、貴重なご指導とご助言を頂きましたこと、両先生に心より感謝申し上げます。

最後に、桃山学院大学大学院社会学研究科の先生方、長い間、本当にありがとうございました。本研究に協力して下さった実習先施設の職員の方々や利用者の皆様方、ありがとうございました。また、和歌山 YMCA 国際福祉専門学校の学生の皆様のご協力にも感謝いたします。

2020年1月9日

嶋田 直美