

2013 年度（平成 25 年度）

博士論文

介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究  
—認知症ケアマッピングによる介護福祉サービスの可視化を手掛かりとして—

聖隷クリストファー大学大学院  
社会福祉学研究科 介護福祉学専攻  
11DS02 下山久之

## 要 旨

### 【研究の背景】

介護福祉は実践が先立ち、理論の構築が遅れている。そのためどのようなサービスが適切かなどについて明確な基準や方法を示しきれず、方向性が見出しにくい中で実践を継続せざるを得ない状況にある。介護福祉現場では、職員が日々、多大な努力をしているものの歯車が噛み合わず、混乱した状況に陥っているケースも見られる。このような状況において、介護保険施設における介護福祉サービスの質に関する要因を整理・分析し、改善に至る道筋を明らかにすることが出来れば、介護福祉実践に寄与することが出来るだろう。

### 【目的】

本研究は、介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に至る過程を明らかにし、介護福祉サービスの質を規定する要因の構造を明らかにすることを目的とする。

### 【方法】

介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法である認知症ケアマッピングを用いて、実際の介護現場の評価を行い、その評価の後に介護現場の介護職員とともに現状の課題抽出とその改善方法を話し合う。

認知症ケアマッピングでは、連続6時間の観察時間の中で5分ごとに利用者の行動を24種類に、そしてその時の利用者の気分の状態を6段階に記録し、それらをグラフ化し、介護職員等が状況を把握しやすいように可視化する。

これをケアサマリーと言う報告書にまとめ、介護職員とともに現状の課題分析を行う。一定期間の後に再度、認知症ケアマッピングを用い介護現場の評価を行い、課題が解決されたかどうかを見て行くこととする。

調査は次の二つを行う。調査1として施設種類や規模の異なる四つの施設（A 老人保健施設、B ユニット型特別養護老人ホーム、C 認知症対応型グループホーム、D 認知症対応型デイサービス）において2回の認知症ケアマッピングを用いた評価を行う。そして施設種類や規模の違いによる介護福祉サービスの改善のプロセスの相違を比較・分析する。また調査2としてA市内の特別養護老人ホーム58施設を対象とするアンケート調査を行う。これは同じ施設種類であっても、規模や運営方針等により生じる実際の介護福祉サービスの質を比較・分析するために行う。

### 【結果】

調査1では、介護福祉の理念が確立された場合は、それを具現化するためのケア提供システムの変更や専門的生活支援者としての介護福祉職の仕事の理解も変更されて行き、そして具体的な生活支援方法が適切なものへと変更されていくことが確認された。一方、介護職員の配置が厚くても、介護福祉の理念が確立されていない場合は、一人ひとりの介護職員の努力で変更できる程度の介護福祉サービスの改善は見られても、組織的な改善の取

り組みは見られなかった。

調査2では、日中の介護職員の配置率や施設形態（従来型、ユニット型、従来型とユニット型の併設型）よりも、「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」等がより大きく、具体的な生活支援方法のあり方に影響していることが明らかとされた。ただし「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」が為されているつもりになっていても、実際には利用者と一緒に食事の準備等を行うなどの自立支援を行っていなかったり、排泄ケアの方法を定時のオムツ効果を用いている施設が見られたことから、「介護福祉の理念」をより具体的な生活支援方法に直接結びつけて理解して行かなければ、介護福祉サービスの質は改善していかないことも示された。

### 【考察】

介護福祉サービスの質を規定する要因として、「介護福祉の理念」、「専門的生活支援者」、「ケア提供システム」「具体的な生活支援方法」の四つが抽出され、それが実際の介護福祉サービスに影響を与えていることが確認された。この四つの要因の中で、「介護福祉の理念」が中核要因であり、「介護福祉の理念」を具現化しやすいように「ケア提供システム」を変更し、また「介護福祉の理念」を具現化するために「専門的生活支援者」として、適切に介護福祉職の仕事の優先順位をつけられるようになると、適切な「ケア提供システム」と適切な「専門的生活支援者」の仕事のあり方が統合され、適切な「具体的な生活支援方法」に至ることが確認された。「介護福祉の理念」が確立されていない場合には、例えユニット型施設等の好ましい居住環境を有していたり、介護職員の配置数が厚いなどの「ケア提供システム」に恵まれていても、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の優先順位の付け方が不適切になりやすく、実際の「具体的な生活支援方法」も不適切なものになることが示された。

### 【結論】

介護保険施設における介護福祉サービスの質を規定する要因には、「介護福祉の理念」「専門的生活支援者」「ケア提供システム」「具体的な生活支援方法」の四つがある。「介護福祉の理念」が最も重要な中核要因であるが、「介護福祉の理念」の確立だけでは、実際の介護福祉サービスの質が向上するとは限らない。「介護福祉の理念」を具現化するための適切な「専門的生活支援者」と適切な「ケア提供システム」を経由して、それらが統合され適切な「具体的な生活支援方法」に至るのである。この道筋を理解し、実際の介護保険施設の介護福祉サービスの状況を分析することで、課題を明確化することが出来るだろう。介護福祉サービスの質を規定する要因の構造と、介護福祉サービスの質の改善に至る道筋を明らかにしてところに本研究の独自性がある。

「介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究  
ー認知症ケアマッピングによる介護福祉サービスの可視化を手掛かりとしてー」

第1章 序章	…1
第2章 文献レビュー「文献に基づく先行研究の整理と介護福祉実践に関わるキーワード等の概念分析」	…3
(1) 「介護」とは何か	…3
(2) 「介護福祉」とは何か	…6
(3) 法における「介護」の概念	…9
(4) 「ケア」とは何か	…11
(5) 「介護」「介護福祉」「ケア」概念の関係性	…13
(6) 「介護保険施設」における介護福祉サービス	…16
(7) 「国際生活機能分類（ICF）」による生活概念と介護福祉の視点	…18
(8) 「国際生活機能分類（ICF）」による生活概念と医療・保健・福祉の専門職の役割	…20
(9) 関連領域における「日常生活」の理解	…21
(10) 総括	…22
第3章 研究方法「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践の改善」	…24
(1) 介護福祉サービスを測定する観察式評価法	…24
(2) 認知症ケアマッピング	…25
(3) 認知症ケアマッピングを用いた介護保険施設のサービス改善の取り組み	…29
(4) 総括	…39
第4章 結果「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化」	…42
(1) 介護福祉サービスの二つの側面	…42
(2) 「理念レベル」における介護福祉サービスを構成する要因	…43
(3) 「実践レベル」における介護福祉サービスを構成する要因	…45
(4) 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造	…47
(5) ケア提供システムの種別による改善のプロセスの相違	…50
調査1 「認知症ケアマッピングを用いた調査」	…50
＜A 老人保健施設における調査の概要＞	…51
＜B ユニット型特別養護老人ホームにおける調査の概要＞	…55
＜C 認知症対応型グループホームにおける調査の概要＞	…59
＜D 認知症対応型デイサービスにおける調査の概要＞	…62

「認知症ケアマッピングを用いた調査」の総括	…67
調査2「アンケート調査」	…74
アンケート調査の結果	…74
アンケート調査の質的分析	…103
アンケート調査の総括	…106
(6) 総括	…107
第5章 考察	…110
(1) 介護福祉サービスの質の改善に関する先行研究の本研究の相違点	…110
(2) 介護福祉の理念の必要性	…112
(3) 介護福祉サービスの可視化と介護福祉実践の改善	…113
(4) 施設種別による介護福祉サービスの改善のプロセスの相違	…113
(5) 介護福祉の理念の欠如	…114
(6) 介護福祉の理念の確立を経て、具体的な介護福祉サービスの改善へ	…115
(7) 介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因	…117
(8) 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造と改善の道筋	…118
(9) 本研究の限界と課題	…121
謝辞	…122
参考文献	…123
資料	…129

## 第1章 序章

介護福祉は実践が先立ち、理論の構築が遅れている。そのため、どのようなサービスが適切であるのかなどについて、明確な基準や方法を示しきれず、方向性が見出しにくい中で、実践を継続せざるを得ない状況にある。介護福祉現場では、職員が日々、多大な努力をしているものの、歯車がかみ合わず、混乱した状況に陥っているというケースも見られる。このような状況において、介護保険施設における介護福祉サービスの質に関する要因を整理・分析し、改善に至る道筋を明らかにすることが出来れば、介護福祉実践に寄与することが出来るであろう。

そのために、介護福祉実践に関わる概念を明確にする必要がある。その概念分析に基づき、介護福祉サービスの質を可視化し、介護福祉サービスの質の改善に至る過程を分析したい。また、介護福祉サービスは、介護職員個々の努力だけでは、改善出来るものではない。個々の介護職員の知識や技術の水準が高くても、勤務表や施設の運営方針等のサービス提供システムの制約を受け、十分な介護福祉サービスを提供出来ないこともあり得る。現在、介護保険施設における個室化が進められ、ユニットケアが広く取り入れられている。個室化によりケアの質が向上することを期待したものだが、実際には職員の配置人数基準が低く設定されている為、フロアの職員数が少なく、利用者との関わりが少なくなる傾向が、先行研究より明らかにされている。利用者職員との関わりが少ないことから、決して十分なサービスが提供出来ていないという現状に陥っているユニットケア型介護保険施設が見られる。介護福祉サービスの質を規定する要因は、介護職員の介護福祉に関する知識や技術の水準のみではない。そのことを明らかにするために、介護福祉サービスの質を規定する要因の関連性と構造の明確化を図りたい。これらの考察を通し、そして関連付け「介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究」にまとめ上げていきたい。

介護は、家族介護をも含む行為であるが、本研究では、研究対象を専門職が介護保険施設の中で提供する介護福祉サービスに限定したい。そのため、専門職が利用者宅において提供するホームヘルプサービスは、本研究の対象外とする。利用者宅では、利用者と家族の関係、それぞれの利用者の住宅環境等、多様な要因が専門職の介護福祉サービスの質に影響を及ぼすことが想定され、分析を進めていくことが困難になると思われる。在宅におけるホームヘルプサービスの質に関する検討も、とても重要なテーマであるが、本研究では、この部分には関与しないこととしたい。

本研究では、研究目的を、介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に至る過程を明らかにし、介護福祉サービスの質を規定する要因の構造を明確化することとしたい。そのために、初めに介護福祉に関する概念分析を行い、介護福祉に関わる概念整理をした。それが第2章の文献レビュー「文献に基づく先行研究の整理と介護福祉実践に関わるキーワード等の概念分析（文献研究）」である。次に、この介護福祉の概念分析に基づき、第3章 研究方法「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践

の改善」に関する実践を見ていきたい。ここでは、観察式評価法である認知症ケアマッピングを介護保険施設で用い、介護福祉サービスの可視化を通し、介護福祉サービスの質が改善していく過程を、実証的に明らかにしたい。なお、この研究では、観察式評価法を用いた調査のほか、介護保険施設を対象にしたアンケート調査も行いたい。次に、第4章 結果「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化」について検討していきたい。既に述べたように、一人ひとりの介護職員の介護福祉サービスの知識と技術の水準が高くても、それだけでは介護福祉サービスの質は向上しないことがあり得る。そこで、介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化を図ることで、介護福祉サービスの質を向上させるための過程を明らかにしたい。第5章 考察では第2章から第4章の総括を関連づけ「介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究」全体の考察を深めていきたい。そして最後に、本研究で明らかにしたことと課題と限界について見ていくこととする。

## 第2章 文献レビュー「文献に基づく先行研究の整理と介護福祉実践に関わるキーワード等の概念分析」

この章の目的は、介護福祉実践に関わる概念を明確にすることである。

概念分析を行うにあたり、「介護福祉学」をタイトルに含む文献を国立情報学研究所論文検索サイト CiNii の「大学図書館の本を探す」のコーナーから選び出し、28冊の図書を得た。この中から辞典、介護福祉士養成校の実習報告集等を除き、8冊を対象資料とし、更に日本介護福祉学会において理論構築に貢献してきた研究者の文献をそれに追加し、検討していくこととした。文献検索の結果、21本の論文を対象資料とした。

初めに、「介護」と「介護福祉」についての概念分析から始めたい。

### (1) 「介護」とは何か

ここでは、井上千津子、岡本民夫、西尾祐吾、奥津文子、竹内孝仁による介護の概念定義を見て行くこととする。

#### 井上千津子による「介護」の概念定義

井上千津子は、介護を「介護実践から概念規定」し、また介護の独自性を「対象との関係性」と「視点としての特徴」から説明している。

まず、介護実践から概念規定するために、井上は「生活」の定義から始めている。井上によると、生活とは人間らしく生きるための基本的欲求の充足過程である、とされる。介護の対象は、身体的精神的な機能低下を要因として、生活行為が自力では成立しない人たちであり、基本的な生活欲求の充足過程が崩れている状態にある。生理的欲求としてあげられる食事、排泄、清潔、睡眠などの行為が成立しないことは、生命維持の危険につながり、精神的欲求、社会的欲求、文化的欲求が充足されないことは、生きる意欲の喪失に結びつくことになると、井上は説明している。これらのことから、介護とは、「生活行為を成立させる援助を通して、命を護り、生きる意欲を引き出すこと」と定義される、と井上は説明している<sup>1)</sup>。

また介護は、介護をうける人と介護をする人との関係から始まる対人援助であると、井上は説明する。活動の対象は人格を持った人間であり、決して事物ではない。介護は、人格を持った相手に直接、働きかける行為である。介護をうける人と介護をする人の関係性は、人格をもった主体と主体の対等性であるが、介護をうける人は、身体的精神的な機能低下を要因とし、生活行為が成立しないことを起因とした生活障害を抱えているという特徴を持つ。介護をうける人は、身体的状況だけではなく、精神面、社会面、経済面、家族関係に至るまで生活の内面をさらけ出さなければ介護は成立しない、という側面を持つ。また介護を提供する側は、それらを知らなければ介護は成り立たないという関係にあり、



社会的責任として介護する側には守秘義務が課せられる、と井上は説明する。

介護は基本的な生活欲求を満たし、命を護り、生きる意欲を引き出すことを視点とする。介護は、医療のように、疾患に対して治療という原状回復へのアプローチではなく、リハビリテーションのように身体的な機能回復にとどまらず、生活障害に目を向け、その改善への働きかけを、介護の視点の特徴とすると、井上は説明する。疾病、障害の背景には生活基盤の脆弱化があげられ、生活障害の裏に疾病が潜んでいる。こうした相互関係の上に要介護状態が発生することから、介護は疾病や障害の状況と生活基盤との関係に視点をおかなければならない、と井上は指摘する。このことから介護は疾病の管理や身体機能の保持は不可欠であるが、ただそれだけにとどまるのではなく、介護は疾病の裏の生活基盤のあり方と、生活障害の背景としての疾病や障害に目を向け、その中から問題の所在を明らかにして介護を組み立てていかなければならないことを、井上は指摘している。

さらに井上は、介護は、介護をうける人に内在する力を引き出すための援助であると説明する。決して機能的な欠落部分を補完するだけでなく、介護を必要とする人が人生のなかで、培ってきた生き方や人生の課題を追求していくところに視点の特徴がある、と井上は説明している。

### 岡本民夫による「介護」の概念定義

岡本民夫は、介護という言葉が意味することを歴史の中から紐解いていく。「介護」という用語が使用されるようになったのは、明治中期からであるとし、したがって、すでに約1世紀の長きにわたって使用されてきたことを、岡本は指摘している。しかし、時間の長さに比して内容や性格が漠然としていて分かりにくいということも、岡本は指摘している。介護という言葉は、約1世紀に及ぶ時間のなかで必要に応じ、いろいろな意味で使用されてきたため、安定した定義はなかったと、岡本は説明している。

そのような状況にあるなかで、岡本は、狭義と広義に分け、介護の概念定義を行う。狭義の介護は、要介護者に対して提供される、食事、排泄、清拭、衣服の着脱、安楽な体位の確保、移動動作の介助、睡眠の世話などを指すという。中範囲の概念として、狭義の介護に加え、褥瘡の世話、事故防止や事故予防、心身機能の低下防止のための運動やレクリエーション、受診・受療の世話、与薬、さらには終末期ケアも含まれ、これは看護と重複する部分があるという。広義の介護は、生活機能が低下したり、不全になった時に、本人のみならず周囲の人がその低下した状態を支え、世話をし、介助して生活行為を行い、可能な限り自立した生活が出来るようにする一連の努力を指すという。ここで岡本は、広義の介護は、介護福祉という概念に通じてくと指摘する。さらに最広義には、介護保険法の給付内容のように、介護サービス全般を包括した概念であると、岡本は指摘している。岡本によると、介護は「生命体の維持」のレベルから「日常生活の維持」のレベルへ、さらには「社会生活の維持」のレベルへと広がりを見せ、その結果、昨今では身体的・精神

的な障害のために日常生活の自立援助を必要とする人々に向けられた、より質の高い、自立をめざした「生活支援活動の総体」であると広く定義されるようになった、と説明される<sup>2)</sup>。

### 西尾祐吾による「介護」の概念定義

西尾祐吾は、介護はADL（日常生活動作）と表裏一体の関係がある、と説明する。すなわち、介護は個人のADL、IADLのうち欠けている部分を補い、要介護者の日常生活上の支障を取り除くことを指す、という<sup>3)</sup>。

### 奥津文子による「介護」の概念定義

奥津文子によると、看護職が成立した初期の段階では看護と介護は未分化であり、後にそれぞれが独自性をもつものとして分化していったと考えることが出来るだろうとしている。奥津によると、日本において「介護」という言葉が使われるようになったのは、1963年に老人福祉法が制定されたことが契機となっているという。施設という閉鎖された空間の中で入所者に欠けているADLの部分を補うという「介護」の一方に、地域住民が地域社会との関係を取り結びつつ主体的に生活し続けられるよう、互いに支え合うという「介護福祉」の原型がそこに存在したことを、奥津は指摘している。奥津によれば、介護とは日常生活行為の遂行に援助を必要としている人たちを守り助けること、であると一般的には解釈されているだろうと説明される。つまり、介護という用語には、社会福祉援助技術の視点が必ずしも含まれているわけではない、と奥津は指摘しているのである<sup>4)</sup>。

### 竹内孝仁による「介護」の概念定義

竹内孝仁によると介護とは、自立とQOLの向上を目指す一連の援助の一手法である、という<sup>5)</sup>。竹内は、介護において自立とQOLの向上を目的と捉え、その手段として一連の援助の手法がある、と説明している。自立とQOLの向上を目的とするところから、竹内は生活のなかにおける選択可能性に着目している。

竹内は、利用者本人の病気や障害を見ると同時に、その家族の自立やQOL、あるいは家族の介護負担軽減を、車の両輪として見ていくのが介護活動である、としている。両者を完璧に両立させるケアプランあるいはサービスプランを立てていかなければ、介護の本来の意味は失われてしまうと、竹内は説明している。

ここで井上千津子、岡本民夫、西尾祐吾、奥津文子、竹内孝仁による「介護」の定義をみてきたが、岡本民夫による狭義の介護の定義と西尾祐吾による介護の定義、また奥津文子による施設内での介護の定義は、共通して「特定の生活行為の補完」を意味していると言えるであろう。それに対し、岡本民夫の広義の介護の定義と井上千津子による介護の定

義、奥津文子による地域社会における介護の定義、竹内孝仁による介護の定義には、ただ「特定の生活行為を補完」するのみにとどまらず、その先に自立支援や QOL 向上という目的があることが示されている。この理念を有し、目的を指向する行為として介護を捉える視点には、介護に対し社会的期待が寄せられていることがうかがえる。家族介護として家族が身内に介護する時には、「特定の生活行為の補完」で良いかもしれないが、専門職による社会的介護の場合、ただ「特定の生活行為の補完」を意味するだけではなく、その支援を通し実現すべき理念を有することが求められるといえよう。また奥津の指摘にあるように、ただ「介護」を「特定の生活行為の補完」として行う時には、そこに社会福祉の理念が含まれている訳ではない。麻痺があり自力にて食事摂取が難しい利用者に対し、ただ栄養摂取として胃袋まで食物を送り込むことを行っているだけでも「介護」であり、そこに残存能力の活用、自立支援の観点が抜け落ちていても、一応は、狭義の介護と言える、というのである。井上千津子、竹内孝仁の介護の定義には、最初から理念が含まれているが、それは井上千津子、竹内孝仁が、専門職による介護を前提として、介護を論じている点に奥津による介護の定義との相違点があるのであろう。奥津による介護は、必ずしも専門職による介護ばかりをみているのではなく、家族による介護など、介護をより一般化して論じているものと思われる。

それでは、自立支援、残存能力の活用といった理念が不可欠とされてくる視点は、どのように導き出されてくるのであろうか。その点を明らかにするために、次に「介護福祉」の概念定義を見て行くこととする。

## (2) 「介護福祉」とは何か

ここでは、黒川昭登、一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫、奥津文子による「介護福祉」の概念定義を見て行くこととする。

### 黒川昭登による「介護福祉」の概念定義

黒川昭登は、『現代介護福祉論－ケアワークの専門性－』において、介護福祉について論じている。黒川は、ケアワークと介護福祉を同義語として論じているため、ここでは黒川が「ケアワーク」と標記している概念を、介護福祉として見て行くこととする。

黒川は、現代において、家族が次第に他の社会制度にその固有の機能を譲渡していく過程の中で、家族機能の弱体化を補う形で、家族員以外の人々がそれを職務とするようになり、介護福祉という仕事が社会的に誕生してきたと説明している。黒川は、介護福祉は、身近の自立が出来ない人に対する「具体的な世話」を行うことを基本としながらも、それだけではなく、その人がより良く生きるための「支援」と「関心」を寄せ、利用者の「心理・社会的欲求の充足」をも行わなければならない、という。黒川は、介護福祉の目的を、「利用者の人間としての成長の援助」「利用者が一時的に身近自立あるいは社会的自立の能

力を失っている場合、能力回復の援助」「利用者が老化、障害その他の理由で、身辺自立の能力が減退することが避けられない場合、その能力の維持」としている<sup>6)</sup>。つまり、黒川は単なる「特定の生活行為の補完」として介護を提供するのではなく、「利用者の人間としての成長の援助」に至るように、その支援を行うことを介護福祉とする、というのである。

黒川が介護福祉の目的として、「利用者の人間としての成長の援助」「利用者が一時的に身辺自立あるいは社会的自立の能力を失っている場合、能力回復の援助」「利用者が老化、障害その他の理由で、身辺自立の能力が減退することが避けられない場合、その能力の維持」と三つの場合に区分して論じているが、これは黒川が介護福祉の対象を広く、知的障害や自閉症などを有する児童から、中途障害者、高齢者等と捉えていたことに依るのであろう。黒川は、社会福祉の視点から「利用者の人間としての成長の援助」を求めていると言えよう。そこで依存を生じさせるような援助の在り方は、介護福祉の目的に反すると指摘している。黒川は、自立支援の観点に立ち、介護福祉の支援を得ながら、それぞれの利用者は自分の有する力を活用し、自己実現を果たしていくことを介護福祉の目的としているのである。黒川による介護福祉とは、家族による介護ではなく、社会関係の中で専門職により提供される介護福祉サービスを指し、それは利用者の自己実現を指向する生活支援でなければならないという。

### 一番ヶ瀬康子による「介護福祉」の概念定義

一番ヶ瀬康子は、介護とは、一言で言うならば、援助を必要としている人への生活面からの世話、つまりケアである、と述べている。介護とは、一人ひとりの一回限りの人生、またその人にしかない可能性、さらにその人の自己実現に関わる過程を通して行われるものである。その援助を生活面で行うものこそ、介護なのである、と一番ヶ瀬は言う。介護福祉とは、介護実践をもって基本的人権としての福祉を実現するための行為としてとらえられるものである、と定義している。一番ヶ瀬が論じる介護は、家族介護よりも専門職による介護を前提としているため、「介護」という行為の中にも自己実現の支援という理念を含ませている。そして更にその介護実践を、基本的人権の保障として社会制度の中で提供していくものが介護福祉と定義しているのである<sup>7)</sup>。一番ヶ瀬によると、介護福祉には人権保障の総仕上げとしての役割があるという。

### 黒澤貞夫による「介護福祉」の概念定義

黒澤貞夫によると、介護福祉では、まず生活とは何かを解明しておく必要があるという。社会福祉法では、自立支援の基本理念を利用者主体においていることを踏まえ、自立した生活とは、利用者自らの意志に基づくサービスを選択することであると、黒澤は述べている。黒澤は、介護福祉は生活理念に基づく実践である、と述べる。また介護福祉は、利用者の心身の不可逆性の疾患や外傷に起因する生活の困難の克服に関わる業務である、とい

う。さらに黒澤は、介護福祉は、価値・知識・技術等に分類することができ、介護福祉思想は価値に該当すると説明する。価値は、生活支援のための知識と技術において生かされなければ意味がない。そこで介護福祉の知識と技術は何かをみる必要があると、黒澤は述べる。黒澤によると、介護福祉の知識と技術は、食事、入浴、排泄等だけに関わるものではなく、より広い領域に及ぶものであるとされる<sup>8)</sup>。人間がより良く生きるためには、食事、入浴、排泄等の狭い生理的欲求のみならず、心理・社会面におけるニーズをも満たしていく必要がある、と黒澤は指摘している。黒澤は、介護福祉を人間科学からみた生活支援として捉えている<sup>9)</sup>。人間科学からみた生活支援は、生活の営みにおける利用者の主体性からの自己決定を尊重して行われる。そこにはその人らしい生活の個別性からの多様な彩りがある、と黒澤は述べている。さらに、生活支援における生活は複雑性・多様性に彩られたものであり、決して単一の世界ではない、と述べている。老い、病、心身の障害等に起因する生活支障に対応する保健・医療・福祉党の連携・協働が必要となる。ここにおいてシステムは2つの視点を持つことになる、と黒澤は述べている。一つは生活の営みにおける個人と環境の相互作用であり、二つ目は生活支援の展開過程におけるシステム化である、という<sup>10)</sup>。黒澤は、介護福祉を単なる専門職による社会制度のなかでの生活支援と捉えるのではなく、そのなかで自己決定が尊重されているか、また個人と環境との相互作用等のシステムはどのようであるか、といった視点から捉えているのである。

### 奥津文子による「介護福祉」の概念定義

奥津文子によると、介護福祉は、社会福祉援助技術の価値と知識に支えられた専門的技術であり、社会福祉援助技術の実践方法の一つであるという。たとえ要介護状態になっても、地域の社会関係のなかで自らの生活習慣を継続しながら主体的に生活するために必要なのは、「介護福祉」であり、「介護」ではない、と奥津は説明する<sup>11)</sup>。奥津は、施設のなかで行われる介護は、「特定の生活行為の補完」を意味するものとして捉えているが、地域社会のなかで展開される介護は、単なる「特定の生活行為の補完」ではとどまらず、自立支援や社会関係の構築等の要素が含まれてくることから、「介護」というよりも「介護福祉」が求められてくるというのであろう。ここで奥津による「介護」と「介護福祉」の違いは、ただの「特定の生活行為の補完」であるのか、社会福祉援助技術の価値と知識に基づいた実践であるかに依るという点にある。

ここで黒川昭登、一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫、奥津文子による介護福祉の定義を見てきたが、すべてに定義に共通して言えることは、介護福祉は「自己実現」「利用者の尊重」「基本的人権の擁護」等の理念を具現化することを目的としているという点である。生活支援行為である介護は、手段としての援助法であり、目的である理念の実現に至ることを重視しているという「手段」と「目的」の関係が共通してみられる。

また介護福祉は、社会関係のなかで提供されるという枠組みも、すべての定義に共通してみられるものである。家族による介護とは異なり、社会福祉制度等の社会関係のなかで提供されるものは、介護福祉であるといえる。

他の3者に比べ、黒澤は生活支援を成立させる社会システムとして立体的に介護福祉を捉えている点に特徴があろう。黒川も一番ヶ瀬も社会制度全体のなかでの介護福祉を論じているので、決して介護福祉を狭く捉えているわけではないが、黒澤は、ICFの視点を用い、個人と環境の相互作用という側面も取り入れている点においてより具体的であり、黒川、一番ヶ瀬の論とは異なっていよう。

狭義の介護は、ただ「特定の生活行為の補完」を意味していたことに対し、介護福祉は実現すべき理念を掲げ、その目的達成のための手段として生活支援行為を提供していくという点に、明確な違いがみられる。

### (3) 法における「介護」の概念

次に、法律による「介護」の概念定義をみていくこととする。

#### 1987年「社会福祉士及び介護福祉士法」における「介護」の概念定義

1987年に制定された「社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項」において、介護福祉士は「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を業とする者をいう」と規定されている。ここでは、介護の対象者は、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とされ、介護は、入浴、排せつ、食事その他の日常生活における生活行為の補完を意味している。また要介護者並びにその介護者に対する介護の指導も含み、介護福祉士の職務は規定されている。ただし、介護そのものは、やはり特定の生活行為の補完を意味しており、介護者が要介護者に対し、直接的に行う行為を意味していると言えるだろう。家族等の介護者が介護を行う際に、より良い介護法を提供出来るように、介護福祉士が家族等の介護者に指導することも介護福祉士の職務と規定されているのである。注目すべき点は、この介護の指導は、「その者」つまり要介護者をも対象となっているという点であろう。これは要介護者が自分自身に対して行う日常生活行為を、その身体状況等に合わせて、より良い方法で行えるように助言、指導するということを意味していよう。1987年の社会福祉士及び介護福祉士法には、介護予防、自立支援という言葉は、まだ盛り込まれていないが、介護福祉の理念のなかにすでに可能な限り、自分自身のことは自分自身で行うことが望ましいと言う自立支援の考え方は含まれていたと見る事が出来るだろう。

#### 2007年改正「社会福祉士及び介護福祉士法」における「介護」の概念定義

社会福祉士及び介護福祉士法が制定されて20年経過した2007年に社会福祉士及び介護福祉士法は改正された。そこでは、介護福祉士は「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心身の状況に応じた介護を行い、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を業とする者をいう」と規定された。

1987年に規定された社会福祉士及び介護福祉士法から変更されたのは、「入浴、排せつ、食事その他の介護を行い」とされていた介護福祉士の職務が、「心身の状況に応じた介護を行い」となった点にある。1987年の社会福祉士及び介護福祉士法では、「入浴、排せつ、食事その他の介護」というように、特定の生活行為の補完を、身体介護という方法で提供することを意味していた。それが2007年改正では、認知症の人の増加等により、身体介護という方法で支援するだけでなく、心身の状況に応じた介護を行うとされたのである。

この1987年から2007年までの間に、1997年に公的介護保険法が制定され、2000年に施行された。この公的介護保険制度において、1990年代から認知症ケアの先駆的試みとして行われていた認知症対応型グループホームが、居宅サービスの中の「認知症対応型共同生活介護」という名称で制度化された<sup>17)</sup>。認知症対応型グループホームを公的介護保険法上、認知症対応型共同生活介護としているのは、アルツハイマー型認知症の人を中心とする認知症の利用者は、ADLは比較的高く保たれているものの、記憶障害等の認知機能に障害を持つ故に、一人だけでは日常生活を営むことが困難になる。しかしながら他者からの支援があれば、まだ比較的高く保たれているADLを用い、生活を継続することはできる。そこで認知症対応型共同生活介護では、介護職員は認知症の利用者が共同で生活を創り上げて行くことを支援することによって、利用者の能力を活用した生活を継続することを目的としたのである。他者からの支援という時の他者とは、介護職員だけを意味するのではなく、他の認知症の利用者をも含んでいる。そこで共同生活介護と表現されているのである。ここで注目すべき点は、介護職員は、認知症の人同士が支え合い、共同するように、その関係を支援するということを、「介護」として行っているということである。1987年の社会福祉士及び介護福祉士法では、介護とは、介護福祉士等の介護職員が要介護者に対し、直接的に身体介護を提供することを意味していた。しかし、1990年代の認知症対応型グループホームの実践を経て、1997年の公的介護保険法では、認知症対応型共同生活介護が制度化されてきた。そして2006年改正の公的介護保険法では、予防重視型に大きく転換され、介護予防給付が創設され、また介護給付としても新たに地域密着型サービスが創設された。そして2006年公的介護保険制度改正から、認知症対応型共同生活介護は、居宅サービスから地域密着型サービスへ移行された。この地域密着型サービスとして、新たに小規模多機能型居宅介護も創設された。このような経緯があり、2007年改正の社会福祉士及び介護福祉士法では、介護福祉士の職務を「心身の状況に応じた介護」と表記されるようになったのである。この2007年改正の社会福祉及び介護福祉士法では、介護とは、

介護職員が要介護者に直接的に身体介護を提供することだけを意味するのではなく、要介護者同士が支え合う力を高めることも意味している。また自立支援、介護予防の観点から当事者がセルフケア力を高めて行くことを支援することも意味するようになってきた。

社会福祉士及び介護福祉士法、並びに公的介護保険法という法律のなかに現れる介護の有り様も、この20年間の間に大きく変化してきていると言えよう。

#### (4) 「ケア」とは何か

次に、「ケア」について概念分析を行いたい。ここでは、Mayeroff, M.の『ケアの本質』と Kangas Fyhr, A.と Vilhemsson Sjoberg, O.による『スウェーデンにおけるケア概念と実践』を基に、「ケア」概念を分析し、更に根本博司による「ケアワーク」と「介護」「介護福祉」の概念の相違についての分析を検討する。

##### Mayeroff, M. の『ケアの本質』におけるケア概念

Mayeroff, M.は、『ケアの本質』において、ケアとは芸術家はその作品に打込みながら創り上げて行く過程をも含むとしている。従って、人が人に対して関心を持つことや世話をすることなど、人間関係のなかで展開されるものだけを指しているのではない、というところに Mayeroff, M.のケア概念の特徴があろう。Mayeroff, M.はそのようにより広義にケアを捉えるが、同時にケアに必要な要素を探求する過程で、ケアの特質を明らかにしている。Mayeroff, M.は、ケアとは、ケアを受ける者・物の自己実現を支援する過程に関わりながら、ケアする者の自己実現も達成された時に完成されると説明する<sup>12)</sup>。この時、Mayeroff, M.によるば、ケアとは犠牲ではない、ということである。またケアする者の欲求を満たすために他者を利用することでもない、という。ケアに関わる過程を通し、二つの自己実現が為された時に、ケアは完成するというのである。Mayeroff, M.はこの自己実現が達成される時に、自律性 (Autonomy) が重要であると唱える。自律性は、他者の支援を受け容れないことではない。また依存が全くないことでもない。他者の支援を受け容れながら、それを土台として自分自身の自己実現を為し得る時に、自律的存在であると Mayeroff, M. はとらえている。他者との交流を通し、ケアを受ける者や物も、またケアする者も、それぞれに自己実現を達成することで、自律的存在になっていくというのである。Mayeroff, M.によるば、それぞれの自己実現を支援するための関わりとして、教育、医療、看護、介護、あるいは芸術ですらケアに含まれるという。逆に、どのような実践であれ、それが対象の自己実現を支援するものではなく、その行為を行う者の一方的な関わりである時には、それをケアとは言わない、というのが Mayeroff, M.の考え方である。「ケアの本質」として、「ケアを受ける者・物の自己実現を支援する過程に関わりながら、ケアする者の自己実現も達成すること」という要素が含まれている場合、それはケアと見なされるのである。Mayeroff, M.はケアを実現するために、ケアの主な要素として「知識」「リズムを



変えること」「忍耐」「正直」「信頼」「謙遜」「希望」「勇気」をあげている。これらの要素を含む姿勢や関わり方をしている時に、単なる一方的な関わりではなく、ケアとなるというのである。

### **Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. による『スウェーデンにおけるケア概念と実践』によるケア概念**

Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. によると、ケアは「誰かのために悲しむ」ことや「世話をする」という意味に解釈できるものである、とされる。Care という言葉は、元々「思いやり」「思慮する」「指導する」「世話をやく」「対応する」などの概念を含むものである。また「思いやり」という意味から、「良心的」「入念」「注意深い」「慎重」「愛情に満ちた」「気配り」などの要素を含む行為であることも示唆される。Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. は、ケアという概念の中核には、「思いやり」という精神性があると唱える。ケアの真髄は人間関係にあり、それは人類が生きて行くために不可欠なものであり、ケアは人間が生きて行く上では無くてはならないものであったと Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. は説明する。子どもが長い間、親のケアを受けなければならないように、人間は人生のどこかの過程で他者からのケアを必要とする。このようなケアを構成する中核には、そのケアされる者とケアする者との間にある「思いやり」などの精神性である、と Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. は説明する。もし、この「思いやり」などの精神性が欠ける場合、仮に食事摂取を手伝っていようが、排泄の支援を行おうが、それは真の意味でケアとは言えない、というのである。また Kangas Fyhr, A. と Vilhemsson Sjoberg, O. は、ケアを狭く、介護に限定するものではなく、ケアとは、看護と介護に共通の土壌であると説明する<sup>13)</sup>。他者への支援のあり方としては、看護と介護では違いがあるが、その行為を行う精神性は「思いやり」であり、共通のものなのであるという。

### **根本博司による「ケアワーク」と「介護」「介護福祉」概念**

根本博司は、ケアワークを「介護」「養護」等を含む上位概念として説明している。「介護」は、高齢者・身体障害者福祉等で用いられ、児童福祉等では伝統的に「保育」「養護」「療育」という用語が用いられてきた。根本は、この両方の実践を社会福祉実践方法と技術の一領域として捉えることが出来るとし、この双方を包括する概念としてケアワークという概念を用いている。

根本は、1987年制定の社会福祉士及び介護福祉士法において、介護福祉士の職務が「入浴、排せつ、食事等の介護」と例示していることをあげ、この規定の仕方から、介護とは、高齢者や障害者の ADL 援助のことを指していると指摘している。その他の介護とは、ホームヘルパーや寮母と呼ばれていた施設介護職員が従来行ってきた掃除、洗濯、買物など

の生活援助を想定した文言と見ることは、あながち妥当性を欠く解釈ではないことから、介護はADL、IADLを援助する行為と解することができる、としている<sup>14)</sup>。

根本は、介護という行為は、家族等近親者による、高齢者・障害者の日常生活支援行為として、古くから存在してきたが、それが時代や社会の変化によって、家族等による私的介護を、何らかの形で社会的に支援する必要性が生じ、それがやがて社会福祉制度の枠組みの中でも提供されるようになった、と説明する。根本は、介護福祉とは、主として保健・福祉サービスの一環として、一定の教育・訓練を受けた専門職によって行われる実践活動である、と説明している。

根本の説明によれば、介護のうち社会制度により専門職により提供される介護を、介護福祉とし、介護はより上位概念であるケアワークの一部である、という。仕事を意味するワークという言葉を除き概念整理した場合、根本は最広義の概念として「ケア」を捉え、その中の一部として高齢者や障害者等に提供される生活支援行為を「介護」とし、更にその「介護」のうち社会制度により専門職により提供される介護を、「介護福祉」と位置付けている。

ここでは、Mayeroff,M.によるケア概念と、Kangas Fyhr,A.と Vilhemsson Sjoberg,O.によるケア概念、さらに根本によるケアワーク、介護、介護福祉の概念を見てきた。Mayeroff,M.と Kangas Fyhr,A.と Vilhemsson Sjoberg,O.は、ケアにおける「思いやり」等の精神性を重視するのに対し、根本によるケアワークの定義では、そのような精神性の強調は見られない。また Mayeroff,M.によるケア概念では、ケアとは決して一方的なものではなく、ケアを受ける者とケアする者の双方の自己実現が達成された時に、ケアとして完成するものとされる。自己実現の支援という側面が含まれているかどうかにより、同じように生活支援をしていながら、ケアとしては不適切なものと判断されることもあり得る、ということであろう。自律性 (Autonomy) を損なう時には、それはケアではない、と Mayeroff,M.は考えるのである。

#### (5) 「介護」「介護福祉」「ケア」概念の関係性

これまで介護、介護福祉、ケアのそれぞれの概念について見てきたが、ここでそれらの概念の関係性を見て行きたい。

根本博司や Mayeroff,M.が論じるように、保育や看護等を含む概念として「ケア」を最広義の概念として捉えることが出来よう。このケアの一部として、介護や看護、あるいはリハビリテーション等が位置することになる。ケアの一部であるからには、本来、Mayeroff,M.や Kangas Fyhr,A.と Vilhemsson Sjoberg,O.が指摘するように、それらの行為には、「思いやり」や「本人の自己実現を指向する」という理念が含まれているべきであ

ろう。ただ介護や看護、あるいはリハビリテーション等の行為をなぞっているだけで、「思いやり」や「本人の自己実現を指向する」という理念が抜け落ちている時には、ケアから外れかけていると言えるのではないだろうか。ケアの一部である「介護」の中の更に一部として、社会制度の中で専門職から提供される「介護福祉」が位置する。一番ケ瀬らが指摘するように、社会制度の中で介護福祉が提供される時には、自立支援、尊厳の保持等の社会理念の実現を目的とすることが求められる。それを具現化するための支援方法が、日常生活支援という方法である、ということである。

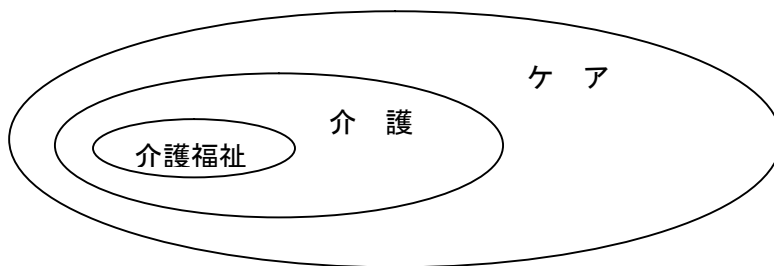


図1-1 「ケア」「介護」「介護福祉」関係性を表した概念図

このように図式化すると、最も狭い概念として「介護福祉」があるように思われるが、実際にこの介護福祉を分析する時には、黒澤が指摘するように、個人と環境との相互作用という側面からの視点をも持たねばならず、決して単純な構造ではない。

また社会の変化に伴い、介護に求められる内容が異なってくる。それに伴い、介護の一部である介護福祉の在り方も変化していくことが求められよう。家族等からの生活支援をも含む介護の在り方と、社会制度の中で専門職から提供される介護サービスでは、その行為の質と量は、同じであるとは限らない。むしろ同じであることは許されないであろう。対価の支払いを伴う社会的介護である介護福祉では、専門職から提供されるサービスとしての質と量が求められていると言えよう。

上記のように「ケア」「介護」「介護福祉」を概念整理することが出来るが、更に「介護福祉」を細分化して見ていくと、介護福祉には、直接、利用者に関わる支援と利用者には直接、関わらない支援がある。利用者に直接、関わる支援とは、入浴、排泄、食事などの身体的介護を中心とする介護であり、ここには見守りも含まれる。この支援は、介護職員と要介護者が時間と空間と行為を共にしていることに、特徴がある。介護現場では、これをケアと表現しているが、広義のケアと区別するために、ここでは「狭義のケア」と定義したい。身体拘束廃止に早くから取り組んできた上川病院の医師吉岡充は、「起きる」「食べる」「排泄」「清潔」「アクティビティ」の5つの基本的ケアを徹底することにより、身体拘束は無くすることができる、という<sup>15)</sup>。ここで吉岡のいうケアが、狭義のケアである。介護現場では、生活支援のために掃除、洗濯、買物等、日常生活を営むのに必要な様々な業

務が行われる。要介護者に直接、関わらず、利用者と時間と空間と行為を共にしない支援を、ここでは「作業」と定義したい。また専門職による支援は、通常、チームケアとして行われるため、チームの連携をスムーズにするため記録や申し送りなどを含む連絡・調整が必要となる。このように区分すると、介護福祉には、さらに「狭義のケア」「作業」「連絡・調整」が含まれることになる。介護福祉に含まれる「狭義のケア」「作業」「連絡・調整」は、すべて利用者の自己実現や尊厳の保持のために、行われることが望ましいが、その中でも、直接、利用者に関わる「狭義のケア」では、Mayeroff,M.や Kangas Fyhr,A.と Vilhemsson Sjoberg,O.が指摘するように「思いやり」などの精神性や「自立支援」などの理念を中枢とする支援であることが求められよう。

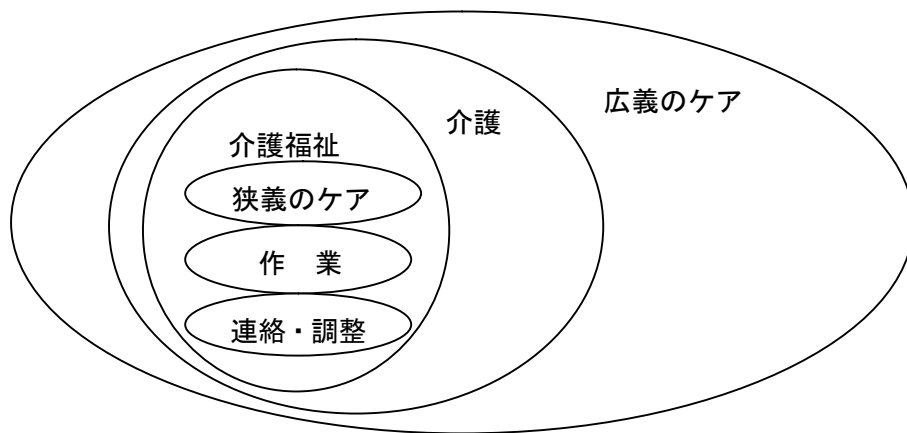


図1-2 「広義のケア」「介護」「介護福祉」「狭義のケア」の関係性を表した概念図

2009年公的介護保険制度改正により、地域包括ケアの推進が求められるようになってきた。介護保険施設内でサービスを利用するのではなく、地域在住で居宅サービスを利用している、30分以内に医療・保健・福祉サービスが提供される仕組みとして、安心して人生の最後まで住み慣れた地域で過ごすことが出来る支援の在り方として地域包括ケアが構築されようとしている。長期的な支援を継続するためには、医療・保健・福祉サービスが総合的・効率的・一体的に提供される必要があるが、この地域包括ケアの中では、福祉・介護福祉サービスをソーシャルケア、医療をメディカルケア、保健をヘルスケアとして説明している。医療・保健・福祉サービスのそれぞれを「ケア」として捉え、それぞれに形容詞としてのメディカル、ヘルス、ソーシャルをつけている。ソーシャルケアは、「身体的介護」、「家事援助、生活援助」、「外出等の社会参加促進」に区分され、さらにここに「専門的な見守り」が加えられている<sup>16)</sup>。

実際の地域包括ケアの担い手の一つである小規模多機能型居宅介護等では、専門職が要介護者に一方的に身体介護等を提供するのではなく、利用者同士の支え合いを基本とし、それが適切に継続されるように専門職は環境並びに関係を調整している。食事の準備等も利用者と共に行い、一見すると専門職が利用者に対して、身体介護等を提供している場が

少ないため、介護職員は何も介護をしていないかのように見えることがあるかもしれない。今、求められる自立支援、介護予防、地域福祉の推進を具体的に進めると、見た目上は、専門職から利用者への直接的な身体介護の比率は少なくなり、利用者同士の相互支援、関係調整、環境整備等を介護職員は行っているのである。地域包括ケアの中で提供されている介護は、専門職から利用者への直接的な身体介護のみならず、利用者同士の支え合う力を高めること、利用者自身のセルフケア能力を高めること、つまり総合的にケアをコーディネートし、ケアの量と質を高める実践を行っているのである。地域包括ケアのなかでの介護は、地域社会において日常生活の継続させるために、柔軟に内容を変え、変化を遂げて行っているのである。近い将来、地域包括ケアから、新たな介護の定義が為されてくる日が訪れるのではないだろうか。

次に、介護保険施設について概念分析を行いたい。ここでは、法律ならびに介護保険施設のサービスの質について論じた先行研究を基に検討していく。

#### **(6) 「介護保険施設」における介護福祉サービス**

公的介護保険制度では、介護保険施設とは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設の三施設のことをいう。これらの三施設には、要介護認定を受け、要介護1以上の介護度の認定を受けないと利用できない。つまり要支援1、要支援2では介護保険施設を利用することはできないのである。指定介護老人福祉施設とは、老人福祉法で定められる特別養護老人ホームのことであり、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づき、認可を取り設置され、さらにその後、公的介護保険法に基づき、都道府県知事の認可を取り、指定介護老人福祉施設となるのである。介護老人保健施設はその設置の根拠法が公的介護保険法であるため、指定介護老人福祉施設のように設置の認可と介護保険法上の指定という二重に手続きを必要としない。公的介護保険法により設置が認められればそのまま介護保険制度を利用する介護老人保健施設となる。指定介護療養型医療施設は、医療法により病院の設置許可を得て、その後、公的介護保険法に基づき、都道府県知事の認可を取り、指定介護療養型医療施設となるのである。それぞれ、指定介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設は、フロアの広さや設置すべき設備やその仕様、あるいは専門職の配置基準等が詳細に決められている。この基準をすべて満たした時に、公的介護保険制度上の介護保険施設として指定を受けられるのである。基準は最低限度を示したものに過ぎないが、公的介護保険法における収入は、公的介護保険の単位として定められているので、基準を上回る配置をした場合、介護保険施設経営者の経営努力により対処されなければならない。介護保険制度上、栄養ケア・マネジメント加算における管理栄養士の配置のように加算対象となる設置基準もあるが、そのような加算が設定されていない場合、厚めの配置をしても介護保険制度で収入増となるわけではない。そのため、

介護保険施設は、全国的にはほぼ同等程度の職員配置数により、運営されている。

介護保険制度では、有料老人ホーム、養護老人ホーム等は居宅サービスの中の特定施設に分類され、介護保険施設には含まれない。また認知症対応型グループホームである認知症対応型共同生活介護は、地域密着型サービスに括られ、施設という分類には含まれない。また通所介護、短期入所介護も在宅介護サービスの一環であり、居宅サービスとして括られる。その為、公的介護保険制度上、狭義の介護保険施設とは、指定介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の三施設のみを指す。しかし、本研究では、指定介護老人福祉施設である特別養護老人ホームの介護福祉サービスの質の変化を中心に分析を進めて行くが、施設種別ごとの影響や、規模の違いから起こる介護福祉サービスの改善に至る経緯の違いなどを分析していくことを目的とするため、介護保険制度上の狭義の介護保険施設に限定せずに、介護保険制度を利用する施設内で提供される介護福祉サービスを対象としていきたい。そのため、狭義の介護保険施設である指定介護老人福祉施設と介護老人保健施設の他に、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護における介護福祉サービスを比較対象として用い、介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究を進めていくこととする。

### 介護保険施設における介護福祉サービスの質

介護保険施設の一つである特別養護老人ホームにおける介護の特徴として、伊藤優子は、「24 時間・365 日サービスが継続されていること」「生活の場に多くの専門職が介入すること」「集団の場であるということ」をあげている<sup>17)</sup>。伊藤は、特別養護老人ホームという人為的生活集団は、「規則による行動の自由の制限」「私有物、生活領域の制限を含むプライバシーの侵害」「処遇の一律化、標準化」「他者からの様々な干渉」などの欠点を伴いやすいことも指摘している。特別養護老人ホームの介護サービスの質は、最低限度を保障するために、専門職の配置基準、設備等の基準が定められている。そのため著しくサービスの質が低いということはあるまい。そして一年に一度、都道府県からの監査を受けるため最低限度は保障され易い。しかし、介護保険制度における介護報酬の範囲内で運営されなければならないため、他の施設に比べ、何らかの特色を出していくことが困難であり、標準化されたサービスに陥り易い傾向が見られる。

現在、介護福祉の理念として求められる「個別性の尊重」「尊厳の保持」を具現化し、特別養護老人ホームを利用していながら、それぞれの個性が尊重された生活支援が為されることが望ましいが、介護報酬の低さという制約から、最低限度の保証という低い水準に多くの特別養護老人ホームは留まり易い傾向が見られる。そして画一化された介護サービスを、すべての利用者に提供し続けることとなり易い。

しかし、一方、同じ介護報酬の中で、介護サービスの質を向上させていくことに成功している施設も見られる<sup>18)</sup>。伊藤が指摘するように、特別養護老人ホームにおける利用者の

尊厳や生活の質は、そこで働く職員の質によって大きく左右される。職員の専門的知識や技術等が向上したり、介護サービスを提供するシステムが変更されることにより、特別養護老人ホームの介護サービスの質が変化することはある。決して容易ではないものの、特別養護老人ホームにおいて、実際に介護サービスの質が変化していく過程は、次の研究2において明らかにしていきたい。

次に、「生活」概念を分析していく。ここでは、「国際生活機能分類 (ICF)」を参考とし、それと介護福祉の視点について論じて行きたい。

### (7) 「国際生活機能分類 (ICF)」による生活概念と介護福祉の視点

現在、医療・保健・福祉の実践において世界保健機関が2001年に提示した「国際生活機能分類 (ICF)」の分析枠組みが広く使用されている。この国際生活機能分類 (ICF) は、1980年に世界保健機関によって提示された国際障害分類 (ICIDH) に対する批判に応え、より発展させたものとして開発された。国際障害分類 (ICIDH) では、否定的に捉えられがちであった用語を、価値中立的な用語に置き換え、また国際障害分類 (ICIDH) では各レベル間の関係が一方向であったのに対し、国際生活機能分類 (ICF) では各レベル間の関係性が双方向になっている。国際障害分類 (ICIDH) では、弱いとされていた環境からの影響も、国際生活機能分類 (ICF) では、考慮されるように変更された<sup>19)</sup>。

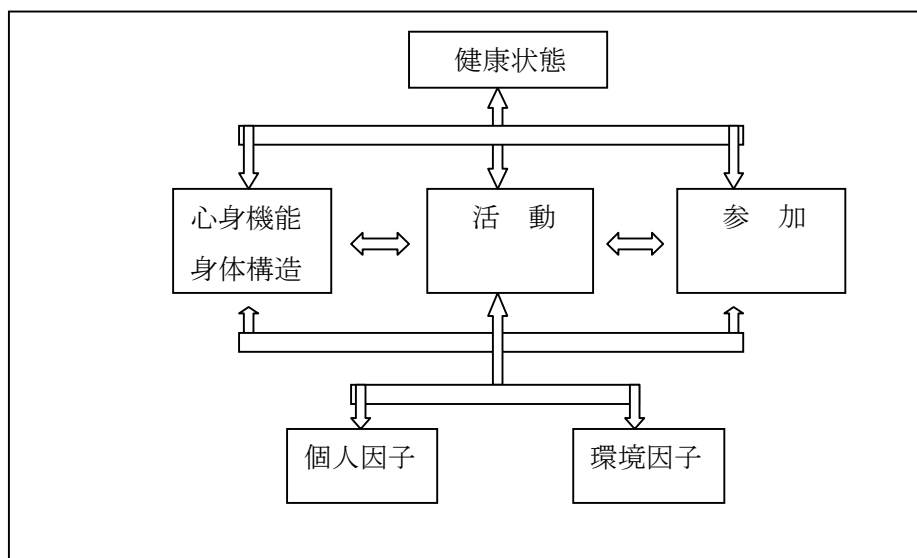


図1-3 国際生活機能分類 (ICF) モデル 出典: 国際保健機関 (WHO) 国際生活機能分類 (ICF)、2001.

国際生活機能分類 (ICF) では、生活には「心身機能・身体構造」レベル、「活動」レベル、

そして「参加」レベルがあるとされる。そしてこの「心身機能・身体構造」レベル、「活動」レベル、「参加」レベルには、それぞれ「個人因子」と「環境因子」が影響を与える。また「心身機能・身体構造」レベル、「活動」レベル、「参加」レベルから、「個人因子」や「環境因子」に影響を与えることもある。そのような観点からも、国際生活機能分類（ICF）では相互作用モデルとなっている。国際生活機能分類（ICF）の「個人因子」は、年齢、性別、民族、生活歴、価値観、ライフスタイルなどの要素を表す概念である。個人因子では、その人固有の特徴を表す。それに対し、国際生活機能分類（ICF）の「環境因子」は、物的な環境、人的な環境、社会意識としての環境、制度的な環境など、当事者を囲む幅広い要素を表す概念である<sup>20)</sup>。

この国際生活機能分類（ICF）の生活の3つのレベルを、大川弥生は、「心身機能・身体構造」レベルを「生命」、「活動」レベルを「生活」、そして「参加」レベルを「人生」として理解することができると説明している<sup>21)</sup>。当事者の生活を中心に据え、そこから見ると介護福祉サービスは、環境因子に位置する。適切なサービスを利用できる時には、当事者の生きにくさが解消されるだろうが、適切なサービスを利用できない時、あるいはサービスの質が低い時には、生活に支障を来すことがあり得る。また介護福祉の視点から国際生活機能分類（ICF）を見た場合、生活機能全般を見て全体像を捉えることはとても重要だが、日常生活の支援を行う専門職としては、「生活」レベルである「活動」レベルがどのようになっているのかを見て行くことがより重要となってくるであろう。「生活」レベルである「活動」レベルが変化することにより、「人生」レベルである「参加」レベルがどのように変化していくのかを検討していく必要があるだろう。「生命」レベルである「心身機能・身体構造」レベル、「生活」レベルである「活動」レベル、そして「人生」レベルである「参加」レベルのすべてを「環境因子」と「個人因子」の双方と関連付け、分析して行きながらも、日常生活支援を行う専門職として、支援の切り口を「生活」レベルである「活動」レベルに置くのが、介護福祉の視点と言えらるだろう。

## （8）「国際生活機能分類（ICF）」による生活概念と医療・保健・福祉の専門職



## の役割

次に、国際生活機能分類（ICF）における生活概念と、医療・保健・福祉の専門職の役割について見て行きたい。

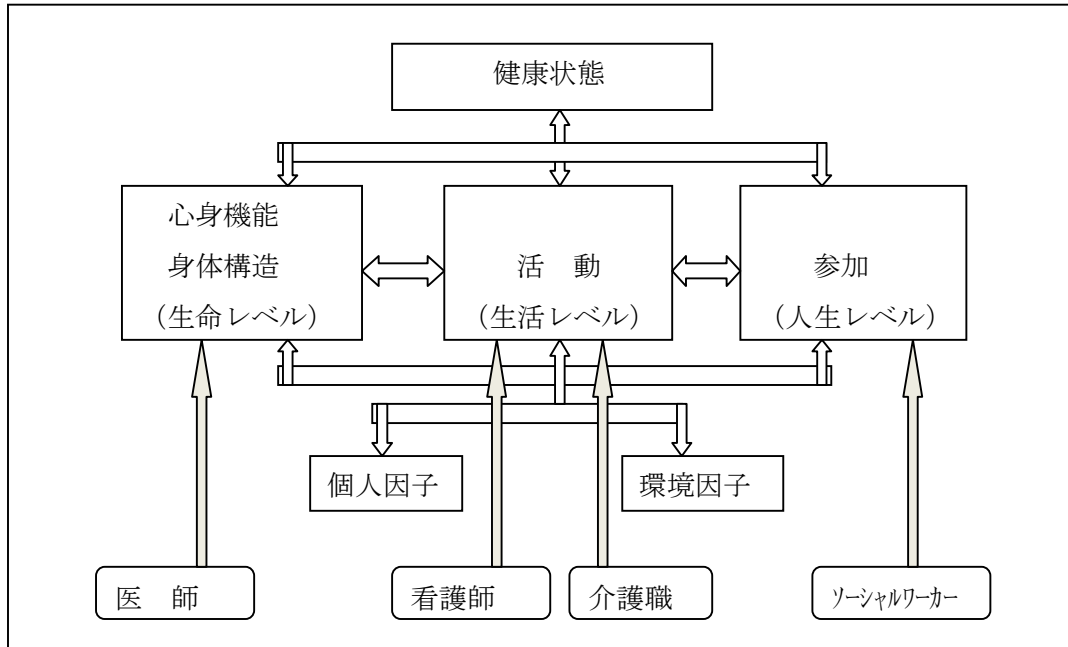


図1-4 国際生活機能分類(ICF)による生活概念と医療・保健・福祉の専門職の役割

一人の人間の生活を支えるためには、「生命」レベル、「生活」レベル、「人生」レベルで起こり得る様々な問題に対処していく必要がある。Derkheim,E. が論じるように、近代社会では、細分化の過程を経て、それぞれの専門職は専門性を確立し、分業化が進展して行った<sup>22)23)</sup>。医療・保健・福祉サービスにおいても分業化・専門化が見られる。「生命」レベルである「心身機能・身体構造」レベルで起こり得る問題については、医師が主に担うことになろう。医師と協働しながら、患者・利用者の「生活」レベルである「活動」レベルで起こり得る問題や変化に対応するのが看護師であろう。看護師は医師と協働しながら、主に患者の「心身機能・身体構造」と「活動」というレベルを複合させた側面を見て行くことになろう。それに対し、介護職は、「生活」レベルである「活動」レベルから関わり、「人生」レベルである「参加」レベルを支えるソーシャルワーカーと連携を図り、支援を展開していく。この時、介護職は、看護師と同じように「活動」レベルに関わるが、介護職が見るのは、「活動」レベルと「参加」レベルを複合させた側面であろう。看護師が、日常生活支援を通し、健康・生命を見ているのに対し、介護職は、日常生活支援を通し、人生を見ていると言えよう。ここで留意すべき点は、一人の人間の生活には、「心身機能・身体構造」レベル、「活動」レベル、「参加」レベルという側面があり、介護福祉職だけでそのすべてを網羅することはできない、ということである。その為、日本介護福祉士会が定める倫理綱領にも、多職種連携が掲げられているのである<sup>24)</sup>。また上田敏は、当事者自身

の主体的な生活の捉え方を理解し、専門職はそれぞれの専門性を発揮して行くことが重要であると唱える<sup>25)</sup>。当事者の主観的体験をも良く理解し、アセスメントを行っていく必要があるという<sup>26)</sup>。

一番ケ瀬康子が指摘したように介護福祉の実践は、学際的に為される必要がある<sup>27)</sup>。それは生活支援という行為の対象となる生活には、まさに多様な側面があり、決して単純に捉えられるものではないからである。そこで、これまで国際生活機能分類（ICF）とは異なる見方で生活を捉える学問として、文化人類学の知見を参考にしていきたい。日常生活の支援を行う介護福祉実践を見ていく時に、「日常生活」そのものが孕む特質を理解することで、介護福祉実践に求められる特質が明らかにされてくるものと思われる。

ここでは、文化人類学における「日常生活」の概念分析を見て行くこととする。

### （9）関連領域における「日常生活」の理解

文化人類学では、日常生活を「ケ」、祭りを「ハレ」として分析する視点が提示されている。

日常生活は、毎日、淡々と繰り返される。そこには安定が求められ、秩序が必要とされる。このように異変なく、毎日を過ごせるということは、とても重要なことでもあるが、同時に、それは共同体として生命力が低下していく側面がある、と文化人類学では説明される<sup>28)</sup>。日常生活に伴いやすい「けだるさ」は、安定と秩序の代償としてもたらされるものであるという。そこで、共同体では、定期的に生命力を高める機会が必要となる。その機能を担うのが、「ハレ」としての「祭り」である。祭りでは、日常生活の秩序が覆され、通常は許されないような無礼講がまかり通る。また、共同体の長が、この祭りの時には道化役になることもある。共同体の中心と周辺が逆転するのである。共同体の長が、共同体のメンバーに笑われる道化役を買って出ることにより、祭りの間は、秩序が取り壊され、混乱が生じ、そして新たな生命力が吹き込まれるというのである<sup>29)</sup>。祭りを経て、生命力が高まった共同体は、また穏やかな日常生活を送るようになっていく。そして、日常生活の連続の過程で低下した生命力を、次の祭りで盛り返すのである。このような「日常生活」と「祭り」の繰り返しにより、共同体は長らく存続していくという。

このような文化人類学から見た「日常生活」の知見を踏まえて、日常生活支援としての介護福祉を考察してみたい。

文化人類学の知見が示すように、日常生活には適度な「けだるさ」が伴いやすい。この「けだるさ」を無くすような張りつめた緊張感が続くと、日常生活を継続していくことが困難になる。秩序と安定が優先される日常生活は、それと引き換えに「けだるさ」を招きやすいということである。日常生活の支援である介護福祉が、ややもするとマンネリ化し

やすく、「けだるさ」と共に精神的にもかったるく適度に疲れも溜まり易くなってくるのは、介護福祉の仕事が単調だからではなく、日常生活が持つ特性と言えるのではないだろうか。

時々、介護現場で大らかで、ややボーっとしているようにすら見える介護職員が、高齢者から慕われ、好かれていることがある。緊張感が足りず、急変が生じた際には対応できるだろうかと心配になるぐらい大らかで、ボーっとしているように見える介護職員は、その雰囲気、日常生活に溶け込みやすく、高齢者からすると威圧感が無く、親しみやすい存在として映るのかもしれない。一方、隙が無く、敏捷でしっかり者の介護職員ばかりが勤務している介護現場は、万が一、急変が生じた際には頼りになるが、普段の日常生活では、やや緊張感を感じさせやすい可能性があるだろう。認知症対応型グループホームでは、部外者の訪問時には、スーツ着用を避けて欲しいと依頼するところもある。スーツ着用者は社会的に身なりが整っているが、その高い社会性をそのままにグループホームに持ち込まれると、グループホームの入居者が緊張してしまうことが危惧されるということであろう。今、介護現場では、介護職員が利用者と「共にあること」や「馴染みの関係」を構築することが求められる。利用者の日常生活を脅かさないように、介護職員には、適度に日常生活に溶け込む能力が求められよう。

## (10) 総括

鈴木聖子が指摘するように、研究者により介護の概念定義は異なり、まだ概念が明確に定義されているとは言えない<sup>30)</sup>。また社会の変化により、実践が変化していく過程で、その意味合いが変容していくことが確認された。ここでは、介護は身体介護を中心とする「特定の生活行為の補完」を意味するものから始まり、地域包括ケアの一環として提供される介護では、認知症の人同士が支え合い、共に生活を創り上げる関係を支援することをも含むようになってきていることを見てきた。介護を日常生活の支援と捉えるならば、介護は、医療・保健・福祉のどの領域にも融合するものと言えるだろう。しかし、敢えて社会福祉に立脚し、介護福祉という時には、それは一番ヶ瀬らが指摘するように、「尊厳の保持」「自立支援」という社会福祉の理念を具現化するための手段として、日常生活の支援を行うことを意味すると言えよう。またこの介護福祉という言葉には、社会制度の中で提供される日常生活支援という意味が込められていることを見てきた。介護は、家族による生活支援をも含む概念であるが、介護福祉は、社会制度の中で専門職により提供される日常生活の支援を意味するのである。また黒澤が指摘したように介護福祉には、生活の営みにおける個人と環境の相互作用という側面と、生活支援の展開過程におけるシステム化という側面が含まれる。

介護、介護福祉をも含むより広義の概念としてケアがあることも見てきた。Mayeroff, M.によるとケアには、「ケアを受ける者の自己実現を支援する過程に関わりながら、ケアする者の自己実現も達成する」という二つの自己実現を含むことが求められる。ケアには、教

育、医療、看護、介護など幅広い実践が含まれる。Kangas Fyhr,A.と Vilhemsson Sjoberg,O.によるとケアの概念の中枢には、「思いやり」という精神性があるとされる。本来、この思いやりを具現化する実践の在り方として、教育、医療、看護、介護等の様々な実践があり、それぞれの専門職は、当事者に対する「思いやり」を欠いた支援を行っている場合、それは表面的な技術を提供しているだけであってケアとは言わないということであろう。

国際生活機能分類（ICF）に即して介護福祉実践を見るならば、介護職は「活動」レベルに関わり、「参加」レベルに関わるソーシャルワーカーと連携を図りながら日常生活の支援を行っていくことが確認された。また国際生活機能分類（ICF）に即して、生活を捉えると、「心身機能・身体構造」レベル、「活動」レベル、「参加」レベルという次元があり、介護福祉職だけでこのすべてを支援することは出来ないことが明らかとなる。そこで介護福祉職は、医療・保健・福祉の他の専門職と連携を図り、利用者の生活を支援していく必要性があることが明らかにされた。他の専門職の支援の切り口との比較から、「活動」レベルに関わる介護福祉の視点も明確にされた。

さらに日常生活の特質を理解するために、文化人類学の知見を参考にしてきた。ここでは日常生活において安定と秩序が優先されるため、「けだるさ」が生じやすく、共同体としての生命力が低下していく側面があることが明らかとされた。この「けだるさ」から生じる生命力の回復のために、共同体では定期的に「祭り」が催される。この祭りにおいて、非日常を招き入れ、生命力を高めて行くのである。日常生活の支援である介護福祉が、ややもするとマンネリ化しやすく、「けだるさ」と共に精神的にもかたたく適度に疲れも溜まり易くなって来るのは、介護福祉の仕事が単調だからではなく、日常生活が持つ特性と言えるのだろう。また介護現場では、日常生活に溶け込みやすく、ややボーっとしているぐらいの介護職員が好まれることがある。介護職員には、利用者に緊張感を与えることなく、適度に日常生活に溶け込む能力が求められていると言えよう。

ここでは、介護福祉実践に関わるキーワード等の概念分析を通し、「介護」「介護福祉」「ケア」「介護保険施設」「国際生活機能分類（ICF）による生活概念」の意味を明らかにしてきた。特に、介護福祉の概念分析を通し、介護福祉は「尊厳の保持」「自立支援」等の社会福祉の理念の具現化を図るために、日常生活の支援を行うことであり、生活の営みにおける個人と環境の相互作用という側面と、生活支援の展開過程におけるシステム化という側面が含まれることが明らかとされた。本研究では、「利用者の自己実現という理念を、生活支援という方法を通し、具現化していくこと」を介護福祉とする。ここで明らかにされた介護福祉に含まれるべき「社会福祉の理念」の具現化という目的、「個人と環境の相互作用という側面」と「生活の支援過程におけるシステム化」等の視点を参考にし、第2章「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践の改善」と第3章「介護福祉サービスの質を規定する要因の関連性と構造の明確化」を進めて行きたい。

### 第3章 研究方法 「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護

## 福祉実践の改善」

介護福祉サービスは、生活支援である故に、その可視化が難しいという側面を持つ。それは、まず一つに、生活は連続する過程で捉えるべきことであり、断片化しては生活の総体が見えなくなることによる。生活を連続した総体として捉えるためには、連続した観察時間等、総体のままに捉える工夫が必要となる。そして、二つめとして、生活にはある程度の幅があり、その範囲内であれば、単純に第三者が良し悪しを決められるものではない、ということによる。社会通念上、明らかに不適切なことは、悪いと判断できるが、そうでない場合は、当事者の持つ文化や価値観等により形成された生活を、単純に良し悪しを判断することはできない。さらに支援には、様々な方法があり、単純に一瞬の過程を捉えて、良し悪しを判断することは適切ではないだろう。このような理由から、介護福祉サービスを、評価することには容易ではなく、可視化が難しいとされる。

それでは、介護福祉サービスに評価は不要かという、そうではないだろう。介護福祉サービスが、専門職による対人援助サービスである以上、その質が問われ、効果の検証が求められる。それ故に、介護福祉サービスの質を測定する手法は、介護福祉サービスの質を向上させていく上で不可欠なものであると言えよう。

### (1) 介護福祉サービスを測定する観察式評価法

介護福祉サービスの質を測定する方法として、サービス利用者による満足度調査という方法が考えられよう。サービス利用者には、アンケートあるいは口頭にて回答してもらう方法を用いることが考えられるが、介護福祉サービス利用者の中には、重度の認知症の人、あるいは重度の知的障害を持つ人や自閉症の人もある。これらの人々は、アンケートあるいは口頭にて回答することが困難であるかもしれない。すべての介護福祉サービス利用者が、満足度調査に答えられるわけではない。

それ故に、サービス利用者がどのように感じているのかを、その表情や仕草等から読み取る観察式評価法を用いることが必要になる。サービス利用者の表情や仕草を読み取り、そこから当事者の感情や満足度を推察していくという過程をとる<sup>31)</sup>。

介護福祉サービスのための観察式評価法では、観察対象を介護福祉サービス提供者にする場合と、介護福祉サービス利用者にする場合、あるいはその双方にする場合という三つに分類することができる。介護福祉サービス提供者を観察式評価法の観察対象とすることも可能ではあるが、サービス提供者の介護行為が必ずしも、利用者に意図した結果を与えないとは限らない。例え、他のサービス利用者に対しては、適切な介護行為であっても、今、介護福祉サービスを提供しているサービス利用者に対してはあまり効果的ではないこともあり得るのである。そのため、介護福祉サービス提供者のみを観察対象とした場合は、十分に介護福祉サービスの質を測定しているとは言い切れない。そこで、介護福祉サービス

利用者を観察対象とし、そのサービス利用者の状態から介護福祉サービスの質を測定する手法が必要とされてくる。介護福祉サービス利用者は、介護福祉サービスも環境因子として受け取りながら、生活している。もし、介護福祉サービス利用者だけを観察対象とした場合、どのような事柄がそのサービス利用者に影響を与えたのかを理解することが困難となろう。そのため、介護福祉サービス利用者を主の観察対象としながら、そのサービス利用者にどのような関わりが為されたのかを観ていくという視点が必要となる。そこで、観察対象を介護福祉サービス利用者として介護福祉サービス提供者とし、その相互作用の過程を分析対象にしていくことが必要とされてくる。

このような介護福祉サービス利用者として介護福祉サービス提供者を観察対象とする観察式評価法には、オーストラリア、ハモンド・ケア・グループの Fleming,R.により開発され、広くオーストラリアで使用されている ERIC (Emotional Response In Care) とイギリス、ブラッドフォード大学認知症ケアグループにより開発された認知症ケアマッピング (DCM : Dementia Care Mapping) がある。ERIC を活用した研究として、内出幸美がオーストラリアの ERIC における 10 種類の感情表現を、日本の文化に合わせ 17 種類の感情表現に細分化し、その中でも特に瞬きに焦点を当て、認知症高齢者の感情反応を分析している<sup>32)</sup>。瞬きに焦点化することにより、詳細な感情反応を分析した手法は参考になるが、実際の高齢者の生活全般を見る時には、瞬きに焦点化する手法は馴染みにくいと言えよう。その点に内出の研究の限界があるものと思われる。また黒田研二は、オーストラリアで開発された ERIC を日本高齢者に当てはめ分析した結果、特に肯定的感情においてオーストラリアと日本人の感情反応に高い一致率が確認されたことを報告している<sup>33)</sup>。認知症ケアマッピングは、イギリスのみならず、アメリカ、スウェーデン、デンマーク、ドイツ、スイス等、多くの国において使用されている観察式評価法である<sup>34)</sup>。

ここでは、この認知症ケアマッピングを観察式評価法として活用した介護福祉実践の評価を見ていくこととする。

## (2) 認知症ケアマッピング

初めに、認知症ケアマッピングの概要についてみていくこととする。認知症ケアマッピングは、1980 年代後半、イギリス、ブラッドフォード大学教授 Kitwood,T.がイギリス政府から、認知症デイサービス等のサービス評価ツールの開発を依頼されたことにより作成された<sup>35)</sup>。Kitwood,T.は、入所施設や通所施設における認知症の人の様子を長時間、観察し、そこから認知症の人の体験を明らかにして行った<sup>36)</sup>。Kitwood,T.の報告によると、認知症の人は、脳の疾患を持つものの、それだけが原因で混乱した行動や精神症状を呈するわけではなく、周囲からの否定的な言動が、認知症の人の混乱した行動に大きく影響を与えている可能性があるという<sup>37)</sup>。周囲からの関わり次第では、認知症の人の行動障害は著しく軽減され、落ち着きを取り戻されることも報告された<sup>38)</sup>。認知症の人の中核症状であ

る記憶障害などの認知機能障害が軽減されなくても、行動障害が軽減するという考え方から、認知症の人と周囲の相互作用に着目した認知症ケアの捉え方が注目されるようになっていった<sup>39)</sup>。認知症の人は、その人を取り巻く環境の映し鏡のようであることを、Brooker,D.は報告している。つまり、認知症の人を取り囲む環境が穏やかであり、介護者も穏やかな感情表出をしていると、そこに居住する認知症の人も穏やかであるものの、同じ認知症の人が、周囲の環境がやや荒れてきて、介護者が苛立っていると、認知症の人自身も苛立ちを示すようになるということである。このような相互作用に着目すると、やはり認知症の人の行動障害は、認知症の人の脳の疾患だけで生じるものではないと理解することが出来よう。そこで、認知症ケアマッピングでは、入所施設や通所施設のサービスの質を測定するために、認知症の人がどのように過しているのかを連続 6 時間以上に渡り、記録することとした。認知症の人が良好な状態で過していることが、その入所施設あるいは通所施設のサービスが適切であることを示しており、逆に認知症の人が混乱した状態である時にはその入所施設あるいは通所施設は、その認知症の人に相応しいサービスを提供していない可能性があると考えるのである<sup>40)</sup>。認知症ケアマッピングは、作成後、大勢の観察者で使用され、修正が重ねられて、2005 年には第八版にまで改訂を重ねられている<sup>41)</sup>。日本では、認知症介護研究・研修大府センターが 2003 年より、導入のための準備を始めている<sup>42)</sup>。2004 年には、日本の特別養護老人ホーム、老人保健施設等での実践が展開され始めた<sup>43)</sup>。また認知症高齢者ケアにおけるスーパービジョンの一部として活用する試みを始められた<sup>44)</sup>。

認知症ケアマッピングは、通所サービス、入所サービス等の介護福祉サービスで 사용되는ことを目的に開発された。そのため、在宅サービスを測定するための観察式評価法ではないが、現在、イギリスでは第八版に改良を加え在宅サービスを測定する試みも為されている。日本では、NPO シルバー総合研究所が、在宅生活を送る認知症の人の生活実態を把握するために、認知症ケアマッピングを用い、認知症の人の在宅生活の可視化を試みている<sup>45)</sup>。また牛田篤が在宅生活においてホームヘルプサービスを受ける認知症高齢者の生活状況を把握するために、認知症ケアマッピングを用いた評価に取り組んでいる<sup>46)47)</sup>。

認知症ケアマッピングは、主に介護福祉サービスのフロア、廊下等の公のスペースにサービス利用者がいる時に観察を行う。居室内、トイレ、風呂場等、プライバシーが侵害される可能性が高い場所での観察は行わないこととされる。観察は、連続 6 時間以上に渡り実施される。また信頼性、妥当性の担保という観点から、基本は 2 名の観察者で記録することとされる。6 時間という連続した時間、観察することで、認知症ケアマッピングは、限定的ではあるが、生活を連続した総体として捉えることを志向した観察式評価法であると言える。

認知症ケアマッピングでは、認知症の人がどのように行動していたのかを 24 種類の行動カテゴリーに分類し、記録していく。そしてその時の気分のよい状態・よくない状態

(Well or Ill Being : WIB 値という) を+5、+3、+1、-1、-3、-5の6段階で記録していく。この記録を5分ごとにつけていくこととなる。また認知症の人にどのような関わりがあったのかを、記録していく。これは、認知症の人を中心に据え、その人にとってどのような意味があったのかを考え、記録していくこととされる<sup>48)</sup>。例えば、介護福祉サービス提供者は、良かれと思い関わったことであっても、その関わり故に、認知症の人が不穏になったら、それは認知症の人にとっては不適切な関わりであったと記録されることになる。つまり、介護福祉サービス提供者の意図に関わらず、認知症の人にとってはどのような意味であったのかを、認知症の人の立場になって考え、記録していくという視点と方法を取るのである<sup>49)</sup>。認知症の人が、本当に何を感じ、どのように考えているのかを探ることは容易ではないが、出来るだけ本人の立場になって考えていくことに努めることが求められる。その姿勢とアプローチ法を、認知症の人のパーソン・センタード・ケアという<sup>50)51)</sup>。認知症ケアマッピングは、このパーソン・センタード・ケアの視点に立って行われることとなる。

認知症ケアマッピングの信頼性と妥当性については、イギリスでは Fossey,J.らにより確認されている<sup>52)</sup>。Fossey,J らは複数の認知症ケアマッピング評価者が記録した行動カテゴリーと気分のよい状態・よくない状態を表す WIB 値が 80%以上の割合で一致することを確認した。そこから認知症ケアマッピングの信頼性と妥当性は担保されることと、QOL 尺度として有効であることを明らかにしている。また日本では、鈴木みずえらにより、認知症病棟の患者に対し、認知症ケアマッピングを使用し、その結果の信頼性と妥当性が検証された<sup>53)54)</sup>。鈴木らは、認知症ケアマッピングの数値が複数の認知症ケアマッピング評価者間で一致することと、認知症ケアマッピングが QOL 尺度として有効であることを明らかとした。

コード	行動の内容
-----	-------



A	言語・非言語的交流
B	受け身な状態
C	自分の世界に閉じこもる
D	苦痛な状態が放置される
E	歌などの自己表現活動
F	飲食
G	ゲーム等の活動
H	手工芸等の活動
I	知的活動
J	体操などの身体活動
K	立ったり、歩いたりする
L	家事・仕事に類すること
M	メディアに接する
N	睡眠・居眠り
O	身の回りのことをする
P	ケアを受ける
R	信仰・宗教に関すること
S	性的表現に関わること
T	感覚を用いた関わり
U	一方的な会話
V	不在
W	自己刺激の反復
X	排泄に関すること
Y	独語または想像上の相手との会話
Z	上記に分類出来ない活動

図2-1 行動カテゴリーコード(BCC)

気分の状態	それを現す状態
-------	---------

+ 5	例外的によい状態
+ 3	よい状態を示す兆候が相当に存在する。
+ 1	現在の状況に適応している。よくない状態を示す兆候は認められない。
- 1	軽度のよくない状態が観察される。
- 3	かなりよくない状態
- 5	最も悪化した状態。これ以上よくない状態は考えられないくらい悪い状態。

図2-2 気分のよい状態(well-being)・よくない状態(ill-being)の評価スケール

実際に、介護現場で認知症ケアマッピングを実施する際には、観察前に介護福祉サービス提供者に、パーソン・センタード・ケアの考え方と認知症ケアマッピングについての概要説明を行う。この事前説明の後に6時間の観察を実施し、観察で得られたデータを基に、観察結果を報告書にまとめる。この報告書を使用しながら、認知症ケアマッピングの観察者は、介護福祉サービス提供者と共にケア改善のための課題等について話し合う。この事後説明まで経て、認知症ケアマッピングの一連の過程は終了する。しかし、1回だけの認知症ケアマッピングでは、不十分だとされ、前回の課題が実際に改善されたかどうかを確認するために、一定期間以降に再度、認知症ケアマッピングの一連の過程を実施することが望ましいと言われる。認知症ケアマッピングの評価終了後に介護現場がどのように認知症の人への関わり方を変え、サービスの改善を行っていったのかを一定期間の後に再評価する必要があるという<sup>55)</sup>。1回のみでの評価では、実際に介護現場のサービスが改善されたかどうかは、確認できない。そこで認知症ケアマッピングの評価後、介護現場がサービス改善のための具体的な取り組みを行い、そして認知症ケアマッピングでその成果を確認するとともに、新たな課題を抽出し、さらに介護現場はサービスの改善の取り組みを行っていくという継続的な評価が必要であるというのである。イギリスでは、Brooker,D.らが3年間に渡り、同一の入所施設の評価を行い、回数を重ねるごとにサービスの改善が為されていったことを報告している<sup>56)</sup>。この認知症ケアマッピングの一連の過程を繰り返し実施することで、ケア改善に至る過程のことをブラッドフォード大学では発展的評価と表現している<sup>57)</sup>。

それでは、次に実際の介護保険施設における認知症ケアマッピングを用いて介護福祉サービスの質の改善に取り組んだ事例について見ていく。

### (3) 認知症ケアマッピングを用いた介護保険施設のサービス改善の取り組み

1) 対象: A県B町特別養護老人ホームC。この施設利用者40名の特別養護老人ホームCにおける利用者の生活状況と介護職員15名の介護福祉サービスの提供方法を、一つの組織の変化として分析対象とする。

2)調査期間:平成22年4月～平成23年11月。

3)方法:認知症ケアマッピングを用い、平成22年度に5月、9月、11月の3回評価を行う。そして認知症ケアマッピングで抽出された課題を話し合い、次回に向けて具体的な研修を行い、課題の改善に取り組んだ。平成22年度の5月の評価前には、パーソン・センタード・ケアの考え方と認知症ケアマッピングの概要説明を約2時間かけて行い、職員の理解と同意を得てから、評価を実施した。平成23年度には4月、8月、11月の3回評価を行う。そして平成22年度同様、認知症ケアマッピングで抽出された課題を話し合い、次回に向けて具体的な研修を行い、課題の改善に取り組んだ。認知症ケアマッピングの評価は、信頼性と妥当性の確保のため、評価者2名で行った。

#### 4)結果

##### <平成22年5月の観察結果>

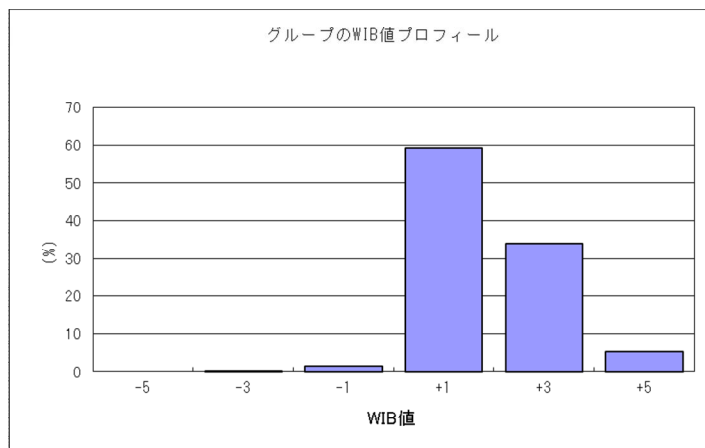


図2-3 平成22年5月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

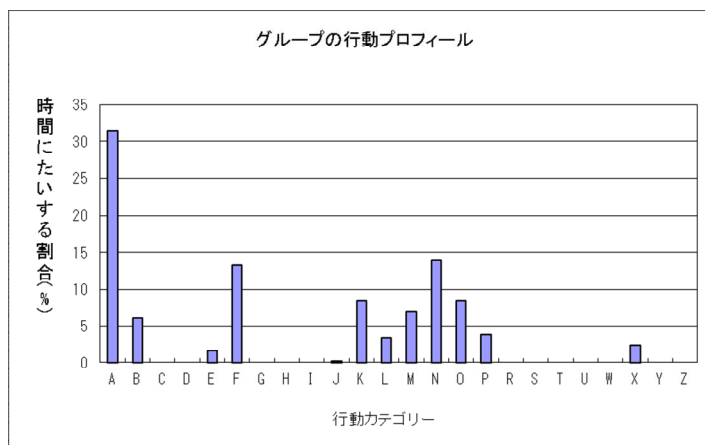


図2-4 平成22年5月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

初めての認知症ケアマッピングによる評価であったが、職員が40名の利用者の中から観察対象者として6名の利用者を選定していた。その6名は、他の利用者と口喧嘩する

利用者、帰宅願望が強く落ち着かない利用者、また逆に一日をただボーっとして過しあまり手のかからない利用者等であった。このような利用者にどのように関わればよいのかを知りたくて、認知症ケアマッピングの観察対象者に選定してきたということであった。6時間の観察の結果、6名全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は、+1.9 であり、目安として設定されている 5 段階中の 3 番目で、比較的よい状態であることが確認された。介護職員は、一人ひとりの利用者に優しさを持って接している様子が観察されていた。利用者同士の交流は少なかったが、介護職員から利用者への関わりは丁寧に行われていた。この施設は平屋建てで回廊式となっており、中庭に出て気分転換を図るなどの素晴らしいケアも、見られたが、課題も幾つか記録された。課題の一つ目が、排泄方法と換気についてであった。排泄方法が、定時のオムツ交換であり、一斉にすべての介護職員がオムツ交換に入るため、フロアが一気に慌ただしくなり、同時に他の利用者に対する見守りが薄くなっていた。また同時にトイレ誘導も行うため、この時間帯は介護職員にとっても、とても忙しい時間となっていた。そのオムツ交換の後にお茶の時間となったが、排泄ケアの後に換気をしていないため、利用者は便臭がする中でお茶を飲むこととなっていた。課題の二つ目が、移動介助の方法であった。車椅子介助と手引き歩行のスピードがかなり速いことが記録された。また、車椅子介助の時には、足が床に着いたまま介助されていたり、上着の裾が車輪に巻き込まれそうになっている場面も記録されていた。課題の三つ目として、水分摂取量の少なさがあげられた。昼食開始時の 12 時から夕食終了時の 18 時までの 6 時間を観察したが、昼食の時に、120cc 分の湯飲み一杯のお茶を飲むだけで、15 時過ぎにも同様に 120cc 分の湯飲み一杯のお茶を飲むだけであった。またこの時には、利用者はソファに座りながらお茶を飲んでいて、テーブルが無いため二杯目のお茶を飲むことなく、空になった湯飲みを介護職員に手渡していた。そして夕食時にも 120cc の湯飲み一杯分のみを飲んでいたので、食事に含まれる水分以外で約 360cc 分の水分しか摂取していない計算であった。午前中の水分摂取量はどれだけであったのか。また一日の水分摂取量の目安を定めているのかを確認する必要があった。課題の四つ目が、食事の時の利用者の姿勢が崩れていることであった。利用者の姿勢が崩れたまま介助されており、そのため食べこぼしが多く、また食物残差は、40 人の利用者で 10 リットル用バケツ一杯分となっていた。課題の五つ目が、チェック表の活用についてであった。上記の水分摂取量や飲水量、また食物残差量などを記録している様子が見られなかった。そのため、一日での食事摂取量や飲水量等が、正確な数値として記録されていない可能性があるものと思われた。課題の六つ目が、環境の見直しについてであった。お茶を飲む時にテーブルが無い為に、ゆっくりお茶を飲んだり、二杯目を飲む様子は見られなかった。テーブルの配置等の環境の見直しが必要と思われた。課題の七つ目が、スタッフ密度の高さについてであった。帰宅願望を示す一人の利用者が出ると、その一人の利用者に対し、3 人の介護職員が同時に関わるという

ように、何か気になることがあると、そこに介護職員が同時に集まってしまう傾向が見られた。その一方、回廊式の施設であるため、反対側のエリアの見守りが薄くなる時間が見られた。

以上、七点の課題を伝え、介護職員の中には「既に、出来る限りのことはしている。これ以上に仕事をするのは無理である」という意見を述べる者もいたが、「排泄ケア直後の換気は、すぐに出来ると思う。便臭のする中で、お茶を飲むのはやはりおかしいと思う。指摘されるまでは、そうは思っていなかったけど」という意見も聞かれた。B町は山間部に位置し、都市部へ研修を受けに行く機会に恵まれない為、介護職員になってから一度も外部の研修を受講したことがない職員もいた。そこで介護職員からの要望もあり、認知症ケアマッピングの後に、「基本的な生活支援技術」について2時間の研修を2回行うこととなった。そこで、車椅子介助や立ち上がり介助、また脱水症についての説明等を行った。初めて介護技術を習う職員もおり、一つ一つの生活行為を相互に関連付けて理解していくことの必要性を始めて実感したという感想も出ていた。チェック表の必要性は理解されておらず、記録をつける意味が初めて分かったという職員もいた。

#### <平成 22 年 9 月の観察結果>

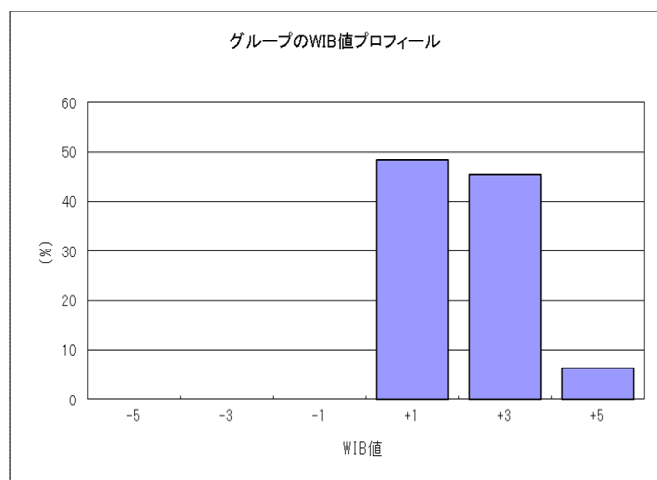


図2-5 平成 22 年 9 月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

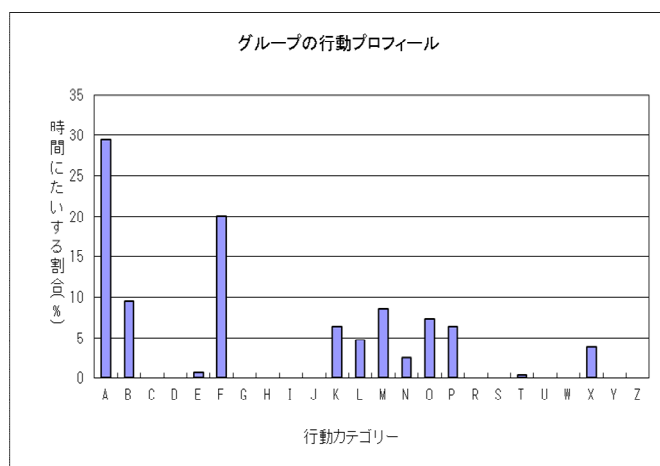


図2-6 平成22年9月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

第2回目の認知症ケアマッピングでは、まだ一斉に排泄ケアを行う様子は見られるため、排泄ケアの時には慌ただしくなるが、5月に観察された排泄ケア後の便臭がする中でお茶を飲む様子は見られなくなった。排泄ケア後にすぐに換気を行い、臭いが籠るということはなくなっていた。飲水量の増加も確認された。昼食時と夕食時に多くの利用者が二杯目のお茶を飲んでおり、また15時のお茶の時間には、テーブルが用意され、そこに湯飲みを置き、茶飲み話をしながら、にこやかに利用者同士交流の様子が観察された。利用者同士の交流の増加も確認された。5月の観察時には、観察対象者6人全体の行動のうち、居眠り(N)の割合は14%であったが(図2-4)、利用者同士の交流が増えたことにより、居眠り(N)の割合は減り3%になった(図2-6)。また食事の時の利用者の姿勢が改善されていた。足の裏が床につき、姿勢が正しく保たれて食事が取られていた。飲水量の増加と食事時の姿勢の改善も為され、食物残渣量は著しく減少した。40人の利用者の食物残渣は、10リットル用バケツの5分の1にも満たなくなっていた。また、移動介助時のスピードは改善されていた。以上のことを、介護職員に報告すると、自分たちの取り組みが成果をあげていることに喜ぶ様子が見られた。排泄ケア後の換気や、移動介助時のスピード等、すぐに変えられることもあることに気付いたという。課題としては、定時のオムツ交換利用者数を減らし、トイレ誘導へ切り替えることがあげられた。しかし、介護職員は定時のオムツ交換からどのように随時の誘導へ切り替えたらよいか分からないということであったので、認知症ケアマッピングの後に、2時間の「排泄ケア」に関する研修を行った。ここで愛知県ホームページに掲載されているマニュアルを活用し、失禁のタイプと関わり方を説明し、機能的尿失禁の可能性が高い利用者は、介護職員の関わりでオムツの使用から、トイレへの誘導に切り替えられることを説明した。この排泄管理マニュアルを用いた結果、機能的尿失禁であろう利用者が特定できそうであるということであった。前回と同様の6名を観察対象者として記録を行うが、6名

全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は、+2.2 であり前回の観察時より +0.3 の上昇が確認された。

### <平成 22 年 11 月の観察結果>

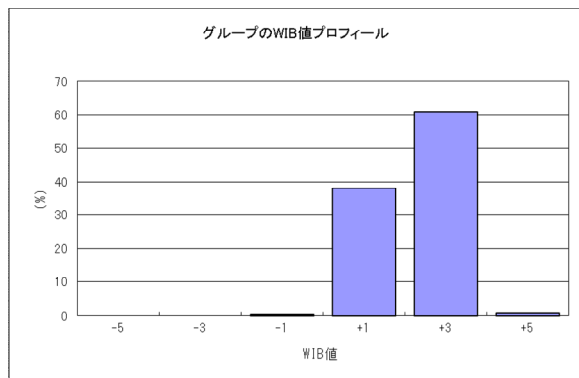


図2-7 平成 22 年 11 月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

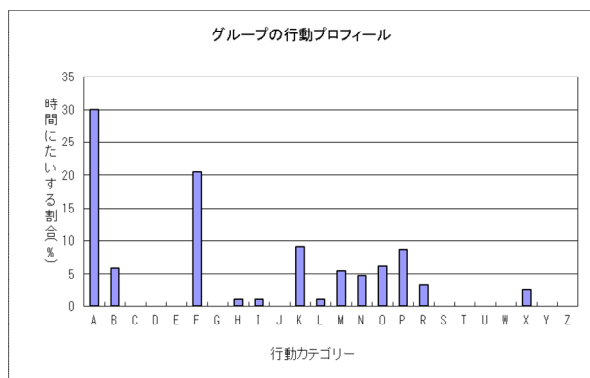


図2-8 平成 22 年 11 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

第3回目の認知症ケアマッピングでは、まだ定時のオムツ交換は為されているものの、オムツ交換から誘導へ切り替えられた利用者が増えた為、オムツ交換の利用者が減少し、オムツ交換時の慌ただしさは無くなっていた。またトイレへの誘導は、利用者の個別のリズムによって為され、オムツ交換時に合わせて行う形式ではなくなっていた。また飲水量と食事摂取量が増え、自然な排便が増えたことにより、下剤の使用料が減少したことが介護支援専門員より報告があった。そのため、オムツ交換時に便臭がすることはなくなった。施設全体の臭いが尿臭・便臭が弱くなっていった。その分、まだ尿臭がする一部の部屋が目立つことになった。その一部の部屋は、オムツ交換時以外でも臭いがする為、リネン類等にも臭いが染み込んでいる可能性があるものと思われた。

前回の観察時と同様、飲水量も増え、食物残差も40人で10リットルバケツ5分の1程度になっていた。飲水量の増加、食物残差の減少から、それまで車椅子で静かに座っていて、ほとんど立ち上がりなどが見られなかった利用者が足り上がる場面が何度か確

認められた。まだ立位が安定するまでには至らないが、活動性が増し、立ち上がる回数は増えていた。しかし、介護職員は見守りの意識が薄く、少しずつ活動性が増してきているから起こり得る転倒の危険性については気づいていない様子であった。見守りは、一人ひとりの介護職員ごとに大きく異なり、廊下を歩きながら部屋の中をそっと観察する者もいる一方、利用者がベッドから落ちかけていても気づかない者もいた。基本的な生活支援技術はよくなっていたが、見守りも大切な介護職員の仕事であることについては、周知徹底されていなかった。

### <平成 23 年 4 月の観察結果>

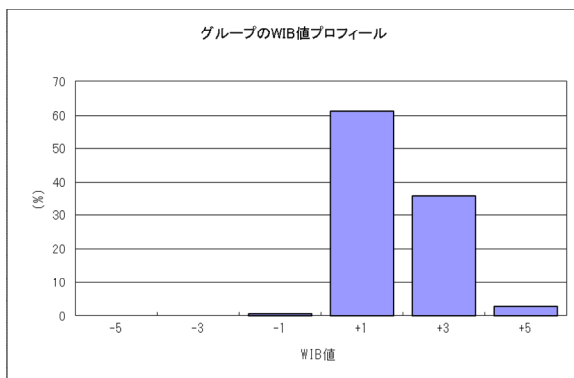


図2-9 平成 23 年 4 月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

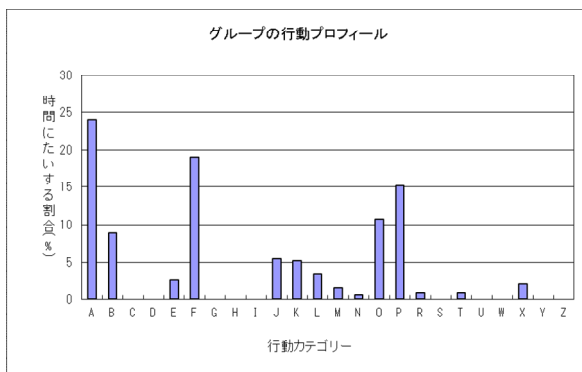


図2-10 平成 23 年 4 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

平成 23 年 4 月の認知症ケアマッピングまでの間に、特別養護老人ホーム C では一冬に数回の転倒とベッドからのずれ落ちがあった。そして 2 名の骨折もあった。その後に、初めて介護職員は見守りの意識が薄かったことに、実感をもって気づいたということであった。そのため、平成 23 年 4 月の認知症ケアマッピングの観察では、見守りが行いやすいように、回廊式の対角線上に職員を配置し、二辺ずつを担当するように役割分担が決められていた。その結果、見守りが徹底されるようになった。冬の間、2 名の利用者が亡くなられていた為、今回から新たな 2 名の観察対象者を加え、6 名の利用者を観察し



た。新たな観察対象者は、車椅子でジッとしており、活動性が低く、長時間同一姿勢が続くと苦痛で叫び出す人と、パーキンソン病が進行し、歩行が難しくなり、生活が単調になりやすい人であった。この方たちにどのように関わればよいのかを考えたいということで、新たな観察対象者に加えられた。

新しい観察対象者に対しては、比較的丁寧な関わりが示されており、生理的ニーズは満たされていることが観察された。介護職員は、一人ひとりの利用者に丁寧に基本的な生活支援技術を提供しているものの、食事や排泄等の生理的ニーズに即する生活支援技術のみを提供するだけに終わる者もいた。一方、利用者の傍らで記録を書き、利用者にお茶を勧めながら、一緒に会話している者もいた。基本的な生活支援以外で、利用者とのように関わるのかが、統一されていなかった。利用者がやや重度化したこともあって身体的ケアの提供を受ける（P）という時間の割合が全体の15%を占めていた（図4-10）。介護職員に基本的な生活支援以外で、どのように利用者に関わる必要があると思うか、尋ねたところ、「何を話していいのかわからない。間が持たない」という声も聞かれた。そこで、認知症ケアマッピングの後に、2時間の「利用者との交流：様々なアクティビティ」について研修を行った。この研修では、ちぎり絵やハンドベル等の音楽、思い出話を通じた交流、さらに中庭で出来そうな園芸等について、説明と同時に簡単な体験学習を行った。アメリカンフラワーなどの手工芸は、介護職員にとっても、とても楽しみなことであり、これを利用者と一緒にどのようにやれそうか、職員同士で話が盛り上がっていた。観察対象者6人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループWIB値は、+1.8であり、やや活動性の低い利用者も交えながらも5段階中の上から3番目を保っていた。

### <平成23年8月の観察結果>

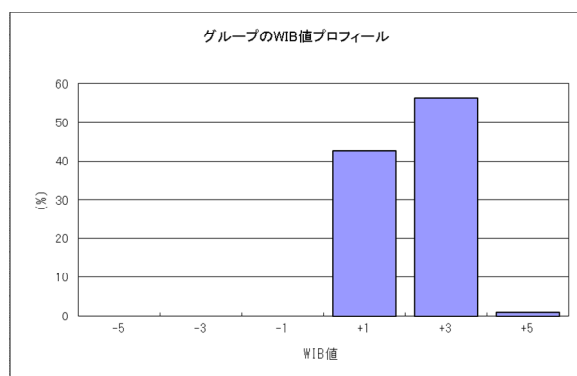


図2-11 平成23年8月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

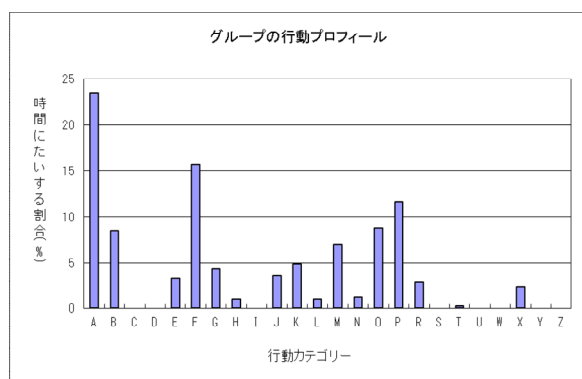


図2-12 平成23年8月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

平成23年8月の認知症ケアマッピングでは、食事や排泄等の基本的な生活支援以外では、利用者がそれぞれ小グループに分かれ、ボール遊びが好きな人たちは、ボール遊びを行い (G)、畑仕事が好きな人たちは中庭で畑仕事を行う (L)。またお経を読むのが好きな人たちは、お経を読んだりする (R) などの小グループによるアクティビティが提供されていた。あまり活動性が高くない利用者でも、参加出来るように昔話を聴くグループや、一緒に懐かしい歌を歌う (E) グループ等もあった。それぞれのアクティビティには、それを得意とする介護職員が付いていた。その小グループごとに落ち着いた雰囲気を作っており、その中で、排泄サインを示した瞬間に介護職員は随時の誘導を行うので、定時のオムツ交換の数は少なくなっていた。小グループ内での利用者同士の交流も増えていた。その為、前回と同じ6名の利用者を観察対象者としたが、6人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は、+2.2 と +0.4 上昇していた。これは目安として定められている基準で5段階中上から2番目で非常によい状態であったと言える。

<平成23年11月の観察結果>

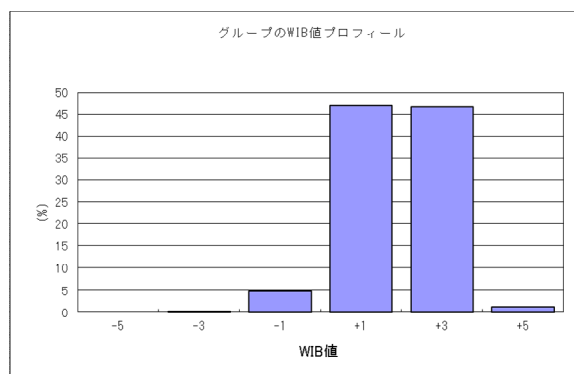


図2-13 平成23年11月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

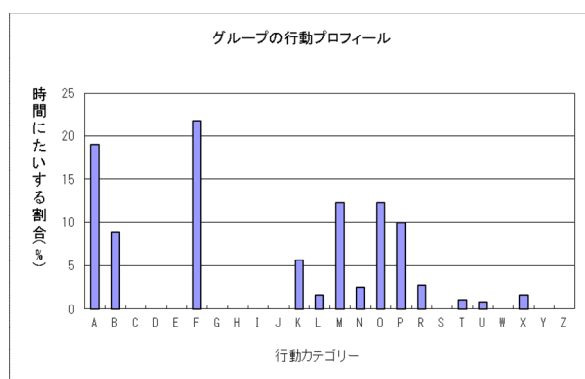


図2-14 平成23年11月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

平成23年11月の認知症ケアマッピングの観察では、定時のオムツ交換で忙しそうにしている職員は、観察されていない。ほとんどの利用者に対する排泄ケアは、随時の誘導に切り替えられていた。また平成22年5月より前には、職員は8時間の勤務時間中、記録を書く以外で、椅子に座っていられる時間はほぼ無かったが、平成23年11月の観察では、走り回る職員は見られず、利用者と一緒にソファに座わりながら関わっている場面が数多く観察されていた。介護職員の配置数は変わらないが、介護職員の動きがとてもゆったりとしていることが観察されている。このことを介護職員に尋ねると、一人ひとりの介護職員も、同様に1年半前の自分たちの仕事の仕方とは大きく異なっていることに気付いていた。生活支援技術の提供のみではなく、一緒に利用者と語り、その合間にお茶を飲んでもらったり、排泄サインに気付くとトイレへ誘導したりしているうちに、食事の時間がやってくる。そして食事も、利用者の姿勢に気をつけ、食べやすさに配慮すれば、自力で摂取する利用者が増えていることにも、職員は気づいていた。また、この頃、B町社会福祉協議会の職員からも、特別養護老人ホームCが大きく変化したと告げられたと、相談員から報告があった。B町社会福祉協議会職員は、特別養護老人ホームCでは、職員が忙しそうに走り回っており、利用者はポツンとソファに座って転寝をしている様子(N)が日常的に観察されていたし、いつも尿臭が漂っていたが、尿臭も無くなったし、走り回る介護職員もいなくなったことに気付いたという。利用者の表情も穏やかになっていることに驚いたということであった。

平成23年11月の認知症ケアマッピング後には、介護職員が将来、自分の親や自分がこの施設に入るとしたら、ということについて具体的にイメージを持ち、語り合えるようになっていた。B町は人口3000人であり、特別養護老人ホームCは町にある唯一つの介護保険施設であるため、将来、介護が必要になった場合は、特別養護老人ホームCを利用するだろうというのは、当然のことでもある。しかし、それを否定的に語り合うのではなく、今の特別養護老人ホームCならば親を入れてもいいと思えるし、自分にとっても心地よい場所だと思えるようになったということが、とても大きな変化だと相談員

が語っていた。

#### (4)総括

平成22年5月の第1回目の認知症ケアマッピングでは、これまでの自分たちの介護サービスを否定されるように感じ、「既に、出来る限りのことはしている。これ以上に仕事をするのは無理である」という反発の声も聞かれた。しかし、便臭のする中で、お茶を飲むのはおかしいと思い、排泄ケア後の換気はすぐに出来ることだと考える介護職員もいた。また山間部の施設である為に、都市部へ研修を受けに行く機会に恵まれず、それまで一度も外部の研修を受講したことがない職員もいた。そこで介護職員からの要望もあり、認知症ケアマッピングの後に「基本的な生活支援技術」の研修を行った。具体的な技法を学ぶことにより、一人ひとりの介護職員の技術は向上して行った。またそこから「変えられそうな気がする。サービス改善が出来るように思われる」という意識が芽生えてきたものと思われる。そして9月の第2回目の認知症ケアマッピングにおいて、介護職員の介護サービス改善の取り組みにより、排泄後の便臭がする中でお茶を飲む様子は見られなくなった。また利用者の飲水量の増加も確認された。飲水量の増加と、食事の時の利用者の姿勢の改善により、食物残渣も著しく減少していた。5月の観察時には、10リットル用バケツに一杯分であった食物残渣が、5分の1にまで減少していた。第2回目の認知症ケアマッピングのフィードバックで改善点を介護職員に報告すると、成功体験を得て、喜ぶ介護職員の姿が見られた。認知症ケアマッピングのフィードバックの場が、介護職員にとっての「ハレ」の場になった瞬間であった。「ハレ」の場で、介護職員は自分自身の仕事の遣り甲斐や専門職としての生命力を、文化人類学が明らかにしたように高めて行ったように思われる。ここから介護職員の主体性が増していったものと思われる。適切な評価を得ることにより、自らの専門職としての成長を実感した時に、更なる工夫をしたいという欲求が介護職員自ら感じるようになっていったものと思われる。評価されることに対して、最初は警戒心を抱いた介護職員もいたが、評価を得ることにより、自分たちの施設の状況や利用者の状態を可視化することが出来、そこから改善の糸口が見つかることを実感して行ったものと思われる。これは職業人の成長に評価が必要であることを説く橋本論の見解は、介護現場にも当てはまることを示していると言えるだろう<sup>58)</sup>。ただ日々の介護サービスを提供するに留まらず、仕事の中に遣り甲斐を見出した時、介護職員は専門職として成長して行く努力を、自ら行うようになっていった。最初は数人の介護職員が努力を始めたただけであったが、やがてそれは他の職員を巻き込み、やがて多くの介護職員が同じ方向を目指すようになっていった。これは松尾睦が、人が育つことにより、職場が生きるようになってくると説明する現象が、この特別養護老人ホームCにおいても見られたということであろう<sup>59)</sup>。研修を受ける機会に恵まれず、何をどのように改善したらよいのかもわからなかった時には、取り組むべき方向性や指針が見いだせなかった。その状況の中に居ることにより、

無力感を感じる職員もいたようである。しかし、具体的な指針と方向性が見出せると、介護職員はその状況に対するコントロール可能感を高めて行った。この介護職員が前向きになっていく過程で、介護職員は外部からの評価である認知症ケアマッピングの結果を、主体的に活用するようになっていった。介護職員が一人ひとりの利用者に対し、提供するケアプランに従った介護サービスと、認知症ケアマッピングによる評価を連動させていった。これを図式化すると図2-15のようになる。

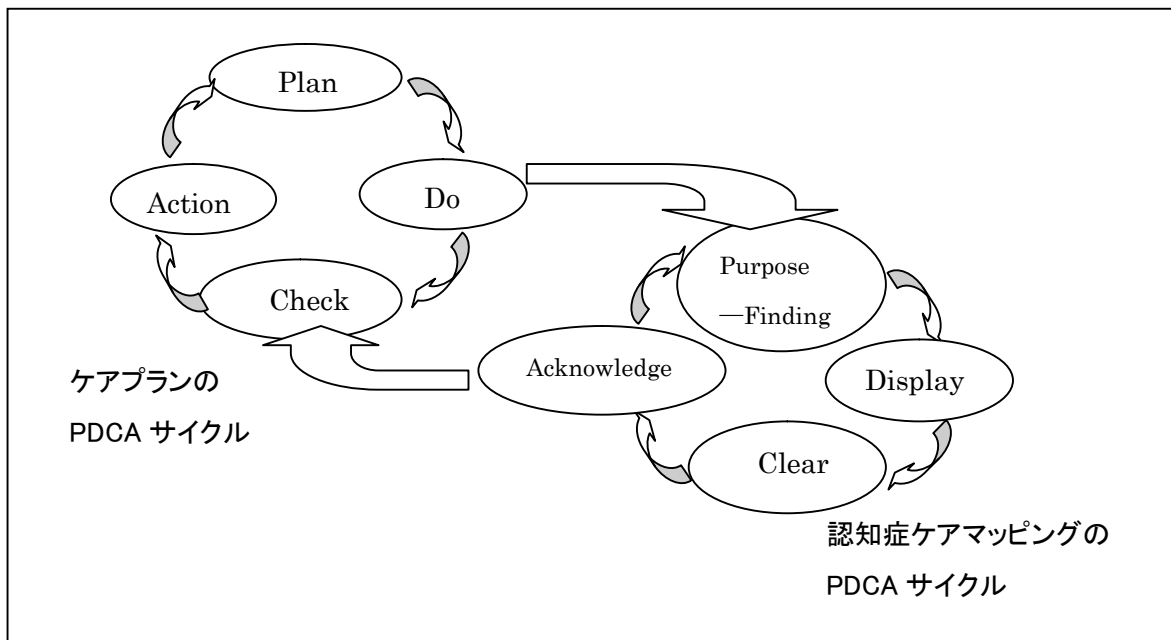


図2-15 ケアプランのPDCAサイクルと認知症ケアマッピングのPDCAサイクル

認知症ケアマッピングは、外部の評価者が来て実施するが、その結果をただ受け身の姿勢で待っているのではなく、介護職員は自分たちの介護福祉サービスがどのような成果をあげているのか、またはある認知症の人が急に不穏になる様子がよく理解出来ず、その理由を知るために認知症ケアマッピングを利用するなど、主体的に認知症ケアマッピングを活用する様子が確認された。認知症ケアマッピングで明らかにされた課題

(Purpose-Finding) として示されたもの (Display) を、外部評価者と一緒に考え、その課題を解決するための方法 (Clear) を考え出し、そしてそれを実施し、解決を確認して行く (Acknowledge) という認知症ケアマッピングのPDCAサイクルと、ケアプランにおける Plan、Do、Check、Action の二つのPDCAサイクルを連動させ、これを主体的に考えて行くことにより、介護職員は自らの職場の介護サービスの質を向上させることに成功して行ったものと思われる<sup>60)61)</sup>。特に具体的に課題を抽出し、それを可視化したことは意味が大きいと言えるだろう。

しかし、この二つのPDCAサイクルを連動させることにより、すべての課題を解決出来た

わけではなく、飲水量の増加と食事摂取量の増加により、高齢者が活動性を高めたことにより、次の現象として起きてくる転倒の可能性ということは、介護職員自身が実感を持って理解することが出来ていなかった為、実際に骨折者が出た後に、見守り体制を強化していくこととなった。また、その課題を解決するための方法（Clear）は、自分たちだけで見出せるものではなく、研修を提供することにより、新たな解決手法を手に入れ、解決に至るということも確認された。そこから認知症ケアマッピングで複数回、評価を繰り返せば、自動的に介護福祉サービスの質が向上すると言うことはあり得ず、職場の状況から抽出された課題を解決するための研修が提供された時に、具体的に解決の道筋が示されるということであった。

また認知症ケアマッピングのフィードバックでは、他の介護職員の気づきを知り、そこからチーム全体で気づきを共有して行く場面が見られた。認知症ケアマッピングのフィードバックは、施設の理念を共有化し、そして現場の中にある実践力を他の職員と共に共有する機会となっていた。このような理念と体験を共有する機会をシステムとして組み込むことが、理念を具現化する組織になるために不可欠なのであろう<sup>62)</sup>。認知症ケアマッピングを導入する前から、この施設では全体会議が開かれていたが、具体的なサービス改善の糸口に焦点化して話し合われることが少なかった為、なかなか改善に至ることは無かったという。一人の介護職員の努力だけでは変えきれないことが、介護職員で揃って方向性を定めることにより、環境の整備等、施設内のシステムが具体的に変動して行った。そのことにより、具体的な生活支援技術を提供することが容易にも成っていった。「介護福祉の理念」「法人の理念」を共有し、具体的な生活支援技術を身につけ、そして環境整備等、ケア提供システムも変動して行くことにより、それらが連動して行き、具体的な介護福祉サービスの改善に繋がっていった。一人ひとりの介護職員の個人的努力に頼るだけではなく、介護職員が働きやすい環境や、新しい知識や技術を手に入れる機会となる研修を提供するなどのシステムも整えることが重要であることが確認された。また個々の具体的な生活支援技術と施設全体との関連性を思い描ける全体像の把握が、認知症ケアマッピングを通して為されるようになっていった。それまで一つ一つの生活支援技術がバラバラに捉えられがちであったが、生活の全体像をつかむ視点を共有することにより、一人ひとりの介護職員が主任等の管理者の意図することが理解しやすくなっていったという。全体と部分に関連付けるシステム思考を共有できたことにより、2年間で計6回の認知症ケアマッピングの評価の間に具体的な介護福祉サービスの質を改善させることが出来たものと思われる。

具体的な課題の抽出、そしてその可視化、それを解決するための具体的な手法を手に入れることにより、発展的評価のサイクルは螺旋を描きながら向上して行ったことが確認された。

## 第4章 結果「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化」

介護福祉サービスを提供する社会福祉施設あるいは介護サービス事業所は、法人理念や事業の理念を掲げ、その実現のために様々な取り組みをしている。しかし、その掲げられた理念通りの素晴らしいサービスを提供している施設や事業もあれば、その理念からは大きくかけ離れたサービスを提供している施設や事業所もある。このように、介護福祉サービスは、適切な理念を掲げれば、自動的に適切なサービスの提供に至るという程、単純なものではない。介護福祉サービスの質を高めていくためには、そのサービスの質を規定する要因と構造について明らかにしていく必要がある。

第4章では、介護福祉サービスの質を規定する要因として四つを取り上げる。介護福祉サービスの質を規定する要因は、大きく分けて「理念レベル」と「実践レベル」があり、「理念レベル」には、その下位区分として「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者である介護福祉職の仕事の理解」がある。

「実践レベル」には、その下位区分として「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」がある。ここでは、ケア提供システムとは、居住環境などのハード面や介護職員のシフトや、介護福祉サービスに関する記録類など、具体的な介護福祉サービスを提供して行く際のシステムのことを指す。具体的な生活支援方法とは、食事、排泄、活動、清潔、睡眠・休養などの具体的な生活支援の方法を指す。

この四つの要因が相互に影響し合い、効果的な介護福祉サービスを作り上げたり、あるいは介護福祉サービスの質の低下に影響を与えたりする関係性を、構造として抽出していきたい。

### (1) 介護福祉サービスの二つの側面

介護福祉サービスには、どのような方針でサービスを提供するかを定めた法人理念や経営理念等という次元と、実際のサービスをどのように提供しているかという次元がある。前者を「理念レベル」、後者を「実践レベル」と呼ぶこととする。

理念レベルは、介護福祉サービスはどのような理念に基づき提供されるべきかを規定する機能を果たす。また生活支援者の仕事に対する理解も、この理念レベルに含まれる。専門的な生活支援者である介護福祉職が、その仕事をどのように理解するかにより、提供されるサービスは大きく異なってくる。

一方、幾ら「理念レベル」において適切に介護福祉サービスを規定していても、その理念のままに介護福祉サービスが提供されるとは限らない。実際のサービスがどのように提供されているのかを表すのが実践レベルである。実践レベルを規定する要素としては、生活支援技術に関する知識・技術がある。実際のサービスは、専門職からの具体的な技術として提供される。それ故に、その生活支援技術に関する知識・技術の水準が、実際のサービ

スの質を規定することとなる。また実際の生活支援技術は、住まいなどの居住環境や複数の職員により提供される場合は、その勤務状況等により制約を受けることとなる。さらに生活支援サービスに関するチェック表がどのようになっているのかにより、サービスの質は影響を受けることもある。このような環境、スタッフの勤務状況、介護福祉サービスのチェック表等の記録類などの、サービス提供システムが実践レベルに制約を与えることとなる。

## (2) 「理念レベル」における介護福祉サービスを構成する要因

理念レベルには、法人理念や事業所の経営理念等に掲げられている「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」である介護福祉職の仕事の理解という構成要因がある。

介護福祉サービスは、どのようであるべきかを定める「介護福祉の理念」には、今日、介護福祉で重要だとされる以下のような理念がある。

- ① サービス利用者を中心としたサービスの提供：パーソン・センタード・ケアの実現
- ② 尊厳を大切にされたケア
- ③ 個別性の尊重
- ④ 自立支援

かつて、措置制度の下、介護福祉サービスが提供されている時代には、サービス利用者に必要なサービスを行政側が判断し、提供されていた。またサービス提供者側の制約から、そのサービスの枠組みに、利用者が合わせることを求められていた。しかし、このようなサービス提供者側の造る枠組みに利用者の生活をおさめるのではなく、サービス利用者のニーズに即し、サービスを提供していくように方向性を逆にすることが求められている。

この発想の転換は、頭では理解できても、実際のサービスをサービス利用者中心にするのは容易なことではない。また認知症等の疾患からサービス利用者の行動を理解し、特に認知症の人が呈する周囲に迷惑をかける行為を、「問題行動」として捉えていた視点から、認知症の人がどのように感じ、なぜそのような行動を取るのかを、出来る限り当事者の立場になる努力をしながら理解していこうとする視点に変わりつつある。このような視点に立つとき、認知症の人の行動は、「行動障害」「BPSD (Behavior and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理症状)」と表現される。当事者の立場になって、考えていこうとする手法は、パーソン・センタード・アプローチと呼ばれる。介護福祉サービスを、このパーソン・センタード・アプローチに従ったパーソン・センタード・ケアにしていくことが求められるようになってきたといえよう<sup>63)</sup>。

また、かつては認知症の人や重度の知的障害を有する利用者等は、なかなかその当事者の意志を確認することが難しいことも手伝い、生理的欲求や安全の確保に重点化された生活支援が為される傾向にあった。しかし、このような意志の表明が難しい利用者であって



も、サービス利用者の尊厳を守るサービスを提供していくことが求められている<sup>64)</sup>。

さらに措置制度の下では、集団処遇的な色彩が強く見られたが、そのような中で行われていた画一的な処遇ではなく、一人ひとりの利用者ごとに保持している能力を把握し、本人の持つ能力や可能性、あるいは本人が望む生活支援の有り様等を考慮して介護福祉サービスを提供することが求められている。ここで「個別性」と「自立支援」が強く求められることになる<sup>65)</sup>。

このような介護福祉の理念は、サービス提供者側の都合ではなく、サービス利用者側の求めることや状況に応じ、サービスを提供していくことを定めたものであると言えよう<sup>66)</sup>。しかし、このような視座の転換は、必ずしも徹底されているとは限らない。また、幾つかの介護福祉の理念が一つひとつの事例ごとに、具体的に当てはめ考えていくことが必要であろうが、理念が掲げられただけで終わり、実際のサービスと理念が結びつくことがない、という状況も見られる。

続いて、「専門的生活支援者」である介護福祉職の仕事の理解について見ていきたい。

身体拘束廃止の実践では、利用者に直接関わる仕事をケアとし、ケアを中心に介護福祉サービスを組み立てて行くと身体拘束は必要なくなってくることを明らかにしている<sup>67)</sup>。第1章で明らかにしたように、ここでは狭義のケアとして理解することとしたい。また身体拘束廃止の実践では、利用者と直接、関わらずケアに付随して生じてくる仕事を、作業としている。このケアと作業以外に、介護福祉職は、同職種や多職種、あるいは家族などの連絡・調整という仕事も行う。介護福祉職の仕事には、このようにケア、作業、連絡・調整という三つのタイプの仕事がある<sup>68)</sup>。介護福祉職の仕事の優先順位でいうと、ケアと作業では、ケアが優先されるべきだが、安易にオムツを使用した時には排泄ケアが後回しになり、作業である皿洗いが優先されるという現象も起きてくる。また作業は、どれだけ片付いたかが目に見えやすいが、ケアは丁寧な関わりをしたものの、必ずしも量として蓄積されないところがある。そのため、片付けなどの作業を優先してしまう介護職員も見られる。

また従来型の特別養護老人ホームや老人保健施設などで、定時のオムツ交換を行っている施設は、その排泄ケアがいつの間にか、作業化していくことがある。本来、排泄ケアは利用者に直接関わることであるため、ケアであるはずだが、オムツ交換という単純作業化されてしまうことにより、「ケアの作業化」が起きてくることがある。このようになってくると、利用者を見ながらケアを行っているのではなく、オムツに焦点が当たった作業を行っている状態と言えよう。

現在、介護福祉サービスの中で、「ケア」「作業」「連絡・調整」という仕事の区分が明確に意識されているとは限らず、またその優先順位も明確になっていない状況にある。それ故、作業優先で介護福祉サービスを行っている施設も見られることとなる。

### (3) 「実践レベル」における介護福祉サービスを構成する要因

続いて、実践レベルにおける介護福祉サービスを構成する要素を見て行く。実践レベルにおける介護福祉サービスを構成要素としては、「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」がある。

「ケア提供システム」には、居住環境、介護職員のシフト、食事・排泄等のチェック表、提供プログラムなどがある。一人ひとりの介護職員は、このケア提供システムという制約の中で仕事をするため、介護福祉サービスの質を向上させていくためには、一人ひとりの介護職員の知識や技術力の向上のみならず、居住環境、介護職員のシフト等、様々なケア提供システムも同時に、変更して行くことが必要となる。2000年以降に、このケア提供システムが大きく変更されてきた取り組みとして、特別養護老人ホーム等の個室化があげられる。個室化と共に、居住単位をユニットとし、10人以内の利用者が一つの居住単位であるユニットに暮らし、共同生活を形成するという取り組みである。このユニット化が進められた一つのきっかけとして、外山義の従来型の特別養護老人ホームの利用者とユニット型特別養護老人ホームの利用者とのコミュニケーションの相違に関する研究がある<sup>69)</sup>。従来型の多床室に住む利用者は、実は同室の者同士のコミュニケーションは少なく、肯定的な交流よりも、お互いに生活音を騒音に感じ、不快に思しやすい傾向があり、一方、個室を持つユニット型の利用者は、自室に籠るばかりではなく、フロアに出てきて従来型の利用者よりもむしろ多くのコミュニケーションを取っていたという報告が為された。この報告以降、個別性の尊重、利用者の尊厳保持という理念の下、特別養護老人ホームの個室化を推進すべきだという声が大きくなっていった。記憶障害のある認知症の人は、不特定多数の人間関係を苦手とするが、10人程度の小グループであれば馴染みの関係が形成されやすいことが知られている<sup>70)</sup>。この馴染みの関係を形成しやすい居住単位を創り上げ、一緒に食事作りなどを行えるようにしたのが、ユニットケアであった。このようにケア提供システムが大きく変更されることに伴い、それまでのケア提供方法が大きく変わってくることもある。従来型では、食事は、厨房で栄養士や調理師等の専門職により作られ、出来上がった食事が配膳されるまで、利用者はただ座って待っているという時間を過ごしていたのが、ユニットケアでは、食事の準備、食事後の皿洗い等の仕事を、利用者と共に行うことがスタッフの仕事とされてきたのである。皿洗い等、出来る仕事があると自信を持ち、落ち着いていられる認知症の人が、手伝う仕事の少ない従来型の施設に居る時には、行うことが見つからず、ただ徘徊を続けるだけになってしまう、ということもある。このようにケア提供システムは、利用者の生活と介護職員の仕事に対し、大きな制約を与えることとなる。

「具体的な生活支援方法」として、身体拘束廃止の実践を主導してきた田中とも江が提唱する5つの基本的ケア（起きる、食べる、排泄、清潔、アクティビティ）を相互に関連

付けて、生活リズムを整えることが、介護福祉職の仕事であるという考え方について考察していく。田中は、この5つの基本的ケアを相互に関連付けて、生活リズムを整えるという発想ではない時には、容易に身体拘束に結びつくという<sup>71)</sup>。食べられない理由を、他の生活要素と関連付けて分析することなく、安易に経管栄養補給を行った場合は、利用者は鼻もしくは胃などに直接、取り付けられた管の存在を不快に思い、外そうとすることが多い。管を抜くことが出来るぐらいの力が保持されているならば、経口摂取を考える方が適切であろうが、管を抜かないように手指を縛られることがある。これは身体拘束に該当する行為である。同様に、便秘の理由を他の生活行為と関連付けて分析することなく、排泄だけを切り分けて捉える時に、すぐに下剤の使用と成り易い。下剤により強制的に排泄した後、そのオムツを外そうとすると本人がオムツを外すことが出来ないように、自分では自由に脱ぐことが出来ないつなぎ服を着用させられることがある。これも身体拘束に該当する行為である。このような専門職からの視点から、不都合なことを起こさせないように抑制、あるいは身体拘束を行うという発想ではなく、生活者としての当事者の視点に立ち、その人自身の保持する力を活用しながら、生活リズムを整えて行くのが、介護福祉職の仕事である<sup>72)</sup>。これを介護過程の展開として、支援を行っていくのである。介護過程は、「アセスメント」「計画の立案」「介護福祉サービスの実施」「評価・修正」の四つの過程を循環しながら展開して行く。この「アセスメント」の過程において生活者である当事者を中心に据えて情報を解釈出来るかどうかにより、具体的な生活支援方法は大きく異なってくる。田中と同様に、生活行為を相互に関連付けて支援して行くことを提唱しているのが、竹内孝仁である。竹内は、「水分摂取」「食べる」「排泄」「歩く」を相互に関連付けて、支援して行くことを提唱している<sup>73)74)75)</sup>。竹内は、高齢者の中に保持されている力を十分に活用し、生活リズムを整えることを通し、自立支援を行っていくのが、介護福祉職の仕事であると説明する<sup>76)</sup>。

しかし、実際には生活支援の中には、家事援助や身体介護等、多くの要素が含まれる。介護福祉職の仕事とは何であるのかを明確に示されないままに、認知症対応型グループホームに採用された人は、認知症の人と共に食事を作ることを介護福祉職の仕事とは考えずに、自分が利用者のために食事づくりをすることが仕事だと理解するであろう。認知症対応型グループホームでは、認知症の人の保持されている力を活用しながら、共同生活を創り上げて行くことにその専門性を置く<sup>77)</sup>。そのために敢えて、台所が作られてもいるのである<sup>78)</sup>。しかしながら、実際には利用者はフロアに座ったままで、パートの職員同士楽しそうにお喋りしながら、食事作りを行っているというグループホームが一般的である。介護福祉職の仕事は、何を目的とするのかという理念が忘れられている時、介護職員にとって負担の少ない仕事の仕方にすり替わっていくことがある。認知症の人とコミュニケーションを図りながら、本人の出来ることを活かし、失敗しないように一緒に食事作りをするためには、専門的なアセスメント能力が必要となる。またコミュニケーション能力も必要

となる。しかし、そのような苦勞をすることなく、自分一人で食事作りをするか、あるいはパート同士お喋りをしながら食事作りをする方が、よっぽど負担が少なく、また楽しくもある。だからこそ、つつい利用者に直接、関わる仕事ではなく、利用者には直接、関わらずに行える食事作りや、清掃等の作業的な仕事に逃げる傾向があるのではないだろうか。

#### (4) 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造

介護福祉サービスには、「理念レベル」と「実践レベル」という二つの側面がある。この「理念レベル」には、「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」である介護福祉職の仕事の理解という構成要因がある。「実践レベル」には、「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」という構成要因がある。介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造を図示化すると、次の図3-1ようになる。

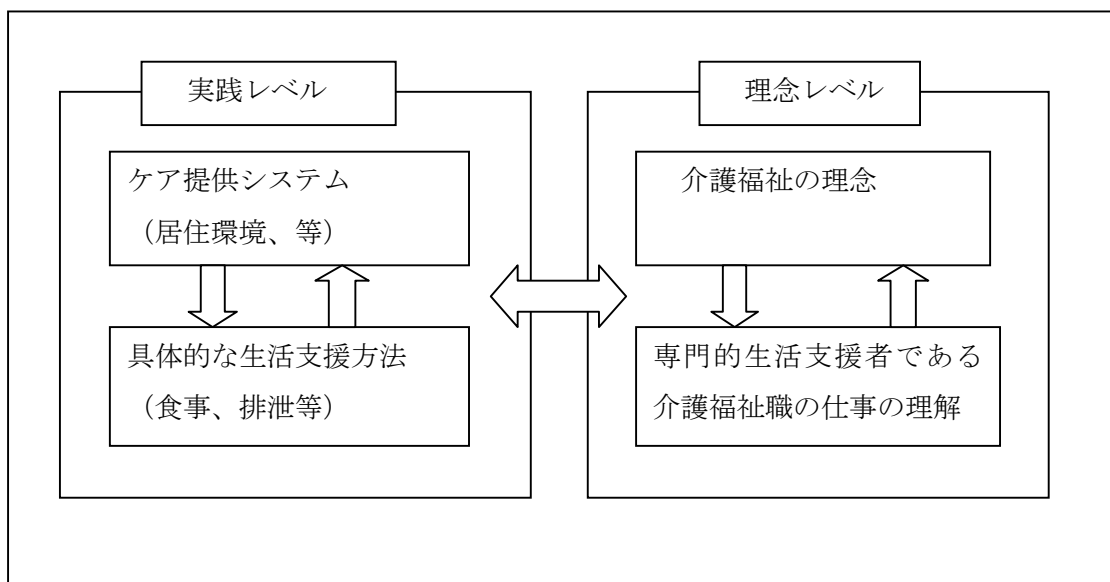


図3-1 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造

実践レベルの下に「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」があり、そして理念レベルの下に「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」である介護福祉職の仕事の理解がある。

「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」では、「ケア提供システム」をハード、そして「具体的な生活支援方法」をソフトとして理解することも出来るだろう。ハードである「ケア提供システム」が大きな骨組みを規定するので、「具体的な生活支援方法」はその下で制約を受けることとなる。例えば、ユニットケアで台所があるケア提供システムを持つ施設の場合、利用者と共に食事の準備をしたり、食べ終わった後の皿洗い等を一緒に行うという自立支援の在り方が容易に行いやすい。このように考えると「ケア提供システ

ム」から「具体的な生活支援方法」が規定されるだけ的一方からの影響だけかと思われるが、「具体的な生活支援方法」から「ケア提供システム」が規定されてくることもある。1980年代後半から1990年代、認知症の人に自由に歩き回ってもらうことが出来るように、回廊式の施設が作られた。これは先に「具体的な生活支援方法」が想定され、それが実現され易い形としての「ケア提供システム」が採択された例である。同様に、1980年代半ば以降、介護福祉施設における寝かせきりを避けるために、寝食分離が進められ、基本的にはベッド上での食事を避け、食堂へ移動することとした。そしてその際、敢えて食堂を別のフロアに作り、食堂まで移動するようなフロアでないと認可が下りないという時期があった。そのため、今でも食事の前後は、食堂まで移動せねばならず、一日に2時間から3時間かけて食堂と居室の移動を繰り返す施設も見られる。これも寝食分離という具体的な生活支援方法を想定した上で、それを具現化するための環境として、別のフロアの食堂という形が取られたのである。現在は、生活単位の縮小化の流れの中で、ユニット化が推進されている。これも生活を共同して行い、自立支援を目指すという具体的な生活支援の方法からハード面が規定されてきたものである。

「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」は、「ケア提供システム」から「具体的な生活支援方法」を規定してくる方向性の方が強いが、相互に影響し合うものである。個人の介護職員が一人で行う移乗介助や食事介助等の技法は、その介護職員一人の知識や技術が向上すれば、より適切な支援を行えるようになるが、排泄ケアの方法を定時のオムツ交換から随時の誘導へ切り替えるような場合は、一人の介護職員の努力だけでは変えにくいものである。ケア提供システムとして、勤務表を変え、その施設としてどのようなケア方法で排泄ケアを行うのかを検討しない限り、定時のオムツ交換は継続されることになる。

続いて、理念レベルの下の「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解であるが、これは「介護福祉の理念」がより上位の概念であり、そして「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解は、より具体的な次元における概念である。本来、「介護福祉の理念」が理解されていれば、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解は為されるだろうと思われるが、実際には「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が自動的に連動することはない。その理由の一つとして、「介護福祉の理念」には、幾つかの理念があり、常にそれらが整合性を持って理解しやすいとは限らないことによる。一つひとつの事例ごとに、この場面ではどの理念を優先させるべきかを、その都度、検討していかなければならない。その為、介護福祉の理念は、「自立支援」「尊厳の保持」「個別性の尊重」等の理念は、それぞれの内容を理解することはそれ程、難しくないが、介護現場で常に「介護福祉の理念」を守り続けることは容易ではないだろう。また、理念は、抽象化された概念であるから、それを具

体化する過程において生活支援場面では、介護職員の捉え方により、必ずしも同一の支援の在り方になるとは限らない。この事例では、どのように支援することが「個別性の尊重」に繋がるのか、またそれは「自立支援」に反していないか、などを「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解で行きつ戻りつしながら、考えて行く必要があるだろう。

また「介護福祉の理念」は、「ケア提供システム」や「具体的な生活支援方法」に影響を与える。しかしながら、必ずしも、素晴らしい理念を掲げれば、自動的に素晴らしい生活支援方法が提供されるとは限らない。「介護福祉の理念」の一つとして「個別性の尊重」があるが、排泄ケアで最も個別性を尊重した方法は、それぞれの利用者の排泄間隔に合わせて随時の誘導をすることであるが、「介護福祉の理念」である「個別性の尊重」を掲げておきながら、「定時のオムツ交換」を行っている施設は珍しくない。これは介護職員の配置数が設置基準ぎりぎりである場合や、そもそも排泄ケアを随時の誘導で行う方法について知らなければ、「定時のオムツ交換」という生活支援方法を取る以外にないのであろう。しかし、定時のオムツ交換を行っているからこそ、実は介護現場はとても忙しくなり、介護職員は常に時間に追われることとなる。具体的な生活支援方法の在り方を検討しないと、介護福祉の理念の具現化は、程遠くなる。

また「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が十分為されていない時には、「具体的な生活支援方法」である食事、排泄、活動、清潔、睡眠・休養等の支援は、個々バラバラに提供され、利用者の生活リズムは整いにくくなる。

「ケア提供システム」として台所等があるユニットケアであっても、そこで「介護福祉の理念」である「自立支援」の考え方が無い時には、利用者と一緒に食事作りや食器洗いなどを行うことはない。そこで働く介護職員が、皿洗いは自分の仕事だと考えている時には、利用者と共にいう発想は生まれてこない<sup>79)</sup>。介護福祉職が、医療・保健・福祉の専門職の一員として、利用者のニーズ把握をし、そのニーズに沿った支援を行うということを「介護福祉の理念」として理解していなければ、何時しか、家政婦との違いが無くなっていくであろう<sup>80)</sup>。

また「具体的な生活支援方法」として、食事、排泄、活動、清潔、睡眠・休養等を相互に関連付け分析し、生活リズムを整える力量がない時には、「介護福祉の理念」を具現化することは出来ない。その介護職員が提供出来る範囲内の「自立支援」等の提供に留まることとなる。その為、介護過程の展開等、十分な知識を持って、この具体的な生活支援方法の技量を高めて行く努力を怠らないようにしなければならないだろう。

介護福祉の在り方を規定する「介護福祉の理念」がこの四つの構成要因の中の中核となるものであるが、「介護福祉の理念」が掲げられれば自動的に適切な「具体的な生活支援方

法」が提供されるとは限らないことは既に、見てきた通りである。介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要素は、相互に影響し合うものであり、どれが欠けても、他の構成要素に否定的な影響を与えることとなる。黒澤が指摘した通り、介護福祉を見て行く時には、個人と環境の相互作用、生活支援の展開過程におけるシステム化という視点を持つ必要がある<sup>81)</sup>。またここでいう個人とは、利用者のみならず介護職員をも含むものと言えるのではないだろうか。介護職員も手を抜いている訳ではなく、十分に力が発揮できないケア提供システムである可能性もあろう。介護福祉サービスの質を見て行く時には、この四つの要素を相互に関連付けて分析する視点を持つことが重要になるものと思われる。

### (5) ケア提供システムの種別による改善のプロセスの相違

それでは、ここで二つの調査を行う。一つ目が、実際の施設種類や規模の違いから生じる介護福祉サービス改善の過程の違いを分析するために、平成19年4月から平成21年10月までの間に認知症ケアマッピングを用い、介護福祉サービスの改善に取り組んだ老人保健施設、ユニット型特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム、認知症対応型デイサービスの四施設を分析対象とした調査である。これを調査1とし、ケア提供システムの種別による改善のプロセスの相違を明らかにしたい。二つ目が、A市内の特別養護老人ホーム58施設全数を対象に行ったアンケート調査である。これを調査2とし、同じ施設種類であっても、その施設の「介護福祉の理念」の理解の状態、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解の状態、「ケア提供システム」の状態、そして実際の「具体的な生活支援の方法」を調べ、その構造を明らかとしたい。

#### 調査1「認知症ケアマッピングを用いた調査」

**5-1)調査の目的:**施設種類や規模の違いから生じる介護福祉サービス改善の過程の違いを明らかにすること。

**5-2)調査の方法:**平成19年4月から平成21年10月までの間に認知症ケアマッピングを用い、介護福祉サービスに取り組んだ老人保健施設、ユニット型特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム、認知症対応型デイサービスで、それぞれ2回の認知症ケアマッピングによる観察を行い、計8回分をデータとする。利用者の行動種類や気分の状態、利用者に対する関わりを統計的に処理するとともに、職員の発言をデータとし質的に分析も行っていく。この4施設の実践を研究成果にまとめていくことは、各施設の管理者により承諾を得ている。研究成果報告に際しては、固有名詞は使用せず、利用者の行動種類・気分の状態を数値化し、統計処理し分析する。

**5-3)調査の対象:**A老人保健施設の2階の入所者60名とスタッフ8名、Bユニット型特別養護老人ホームの中の一つのユニットの利用者9名とスタッフ5名、C認知症対応型グループホームの利用者9名とスタッフ8名、D認知症対応型デイサービスの利用者6名とス

スタッフ 4 名をそれぞれ一つの単位として、それぞれ組織単位の変化を分析対象とする。

### ＜A 老人保健施設における調査の概要＞

入所定員 100 名、通所定員 60 名の老人保健施設の 2 階のフロアで認知症ケアマッピングを行うこととなった。2 階、3 階に入所者 100 名が居住している。2 階の入所定員は 60 名で、それに対し日中は介護職・看護職合わせて 8 名でケアを行っている。従来型の多床室であり、回廊式のフロアとなっている。自ら移動が可能な利用者は、1 階の食堂にて食事を取っている。残りの半分の利用者が 2 階にて食事を取っている。2 階の食堂部分は、十分なスペースは無く、利用者の力だけではテーブルの間を移動することが出来ないのも、食事の前後には介護職員が移動介助とテーブル移動を行うことになる。また排泄ケアは、定時のオムツ交換を行っており、定期的の下剤を使用しているためオムツ交換の時にはフロア中に便臭が漂うこととなる。排泄ケアを中心とする身体介護に追われ、利用者との交流場面は限られる傾向にある。

### ＜平成 19 年 11 月の A 老人保健施設の観察結果＞

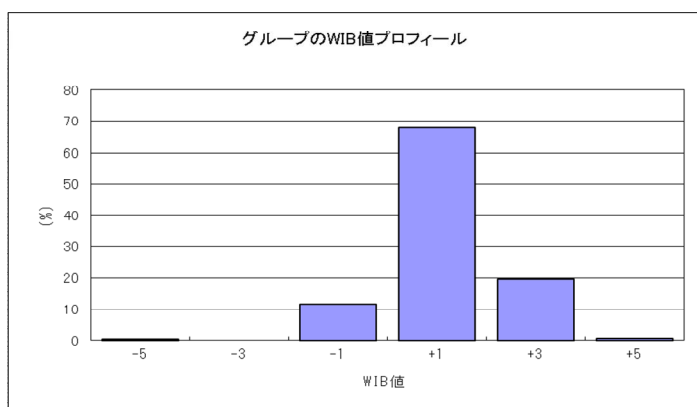


図3-2 A 老人保健施設平成 19 年 11 月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

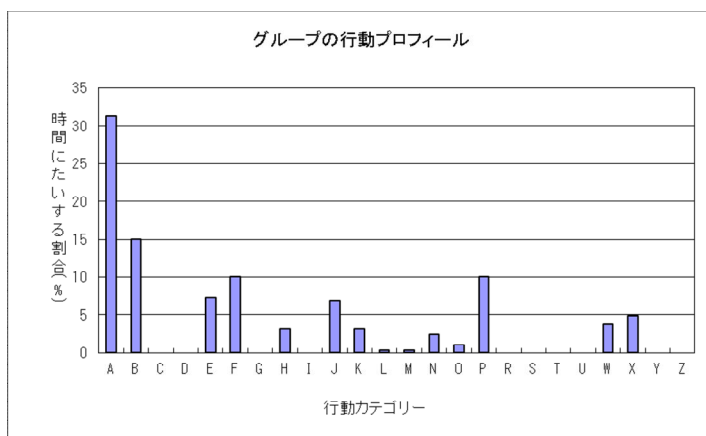


図3-3 A 老人保健施設平成 19 年 11 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合



この時、T.H氏（女性、82歳）、Y.K氏（女性、86歳）、T.M氏（女性、85歳）、O.Y氏（女性、82歳）、O.K氏（女性、88歳）の5名を対象に認知症ケアマッピングの観察を行った。この5名は、2階に残り食事を取る利用者であった。5名全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は、+1.2であった。この数値は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の従来型のフロアで、介護職員が定時の身体介護に追われ、その間、多くの利用者がフロアでややボーっとしながら静かに過ごしている時にみられるものである。まさにA老人保健施設は、定時の身体介護に追われ、介護職員は忙しく走り回りながら仕事をしていた。廊下を通り過ぎる時に、利用者から呼び止められても、それに応えることはなく、小走りに横を過ぎて行く場面が多々見られた。フロア全体は、常にザワザワしており騒がしかった。これはテレビがつけっ放しになっていることと、職員の出す物音が大きすぎることで、更に音楽も掛けっ放しになっているなどが重なっているために起きていた。フロアが騒がしいので、利用者同士の会話の妨げになっていた。昼食前にフロアで簡単な体操を行ったが、そのような集団で行うプログラムはあるが、個々の利用者が好きな活動を行えるような場面は見られなかった。観察対象者の中の一人であるT.H氏は、定時のオムツ交換以外にも、1時間のうちに10回以上「トイレへ連れて行って！」と繰り返し、訴えていた。しかし、職員は「さっき行ったばかりだから、少し我慢していて」と答えていた。この日もT.H氏の要望に応え、トイレへ誘導しても実際には、排尿が見られないことが多かったという。このT.H氏への対応について、職員間で統一した関わりはなく、依頼があるとすぐにトイレへ誘導する介護職員と「さっき行ったばかりだから、少し我慢していて」という対応となる介護職員が見られた。昼食の前後には、利用者はテーブルに着くために、介護職員の手を借りなければならなかった。テーブルの間が狭い為、利用者の方だけでは移動が困難であった。その為、毎日、食事の前後に介護職員は、利用者の移動介助を行う。食事の前に15分間、食事の後も15分間かかり、1回の食事当たり30分の時間をこの移動介助に費やすこととなっていた。

定時の身体介護に追われているが、チェック表にすぐ記入していないため、トイレ誘導が終わったばかりの利用者を再度、他の介護職員が誘導しかけている場面も見られた。また同様に15時のおやつ時間にどの利用者に配ったのかが分からなくなり、観察対象者であるT.M氏は、他の利用者に配られてからも30分以上待たされることとなった。最後の一個がT.M氏のだと分かり、配られた時には、T.M氏は、「もう食べない！」と激しく怒り、この日、一番の不機嫌な状態（-5）を記録することとなった。

この日、観察されたことを報告する際、T.H氏に対する排泄ケアについてと、身体介護に追われる余りに目の前の利用者とのコミュニケーションが大きく不足している点と、チェック表が活用されていない為、無駄が多くなっていることを伝えた。また食事の前後に移動介助をしなければならない点についても、改善の余地があるのではないかと提案した。

フロアの物音についても改善出来るのではないかと提案した。T.H氏は飲水量が少なく、実際にはトイレへ行っても排尿が見られないことから、尿路感染にかかっている可能性が高いと思われた。その点を指摘したが、介護職員は、T.H氏はオムツを使用しているので、特に問題はないのではないかと考えていた。1時間に10回以上、繰り返しトイレへ連れて行って欲しいと要望を訴えられても、介護職員は「何時ものことだから」と聞き流しているという。介護職員は、利用者は何度も訴えるが、認知症のためきっと忘れてしまい繰り返すのだから、放っておくしかないとも考えていたという。身体介護のチェック表の活用については、指摘されるとすぐに自分たちの無駄な動きを自覚することが出来た。後でまとめて記録すれば良いと考えていた介護職員がほとんどであった。これをフロア全員ですぐに記録をつけるよう改善することとなった。食事の前後の移動介助については、何人かの介護職員は2階の廊下や食堂の使い方を変更していけば改善の余地があるだろうと考えたが、すぐに良いアイデアは浮かばないということであった。物音については、テレビは見ない時には消しておくこととし、介護職員の出す物音についてもお互い注意し合うこととなった。

#### <平成20年1月のA老人保健施設の観察結果>

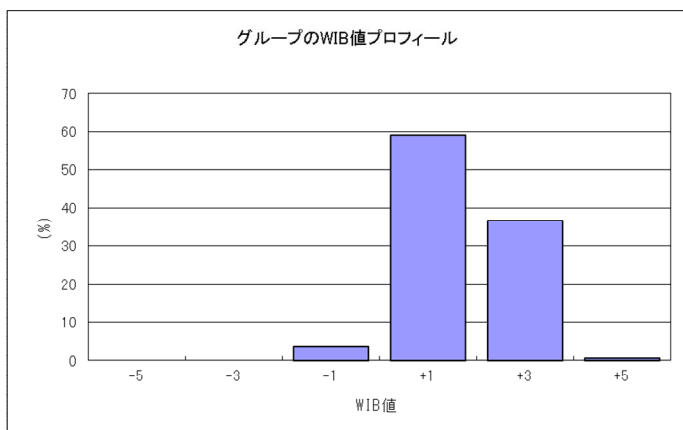


図3-4 A老人保健施設平成20年1月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

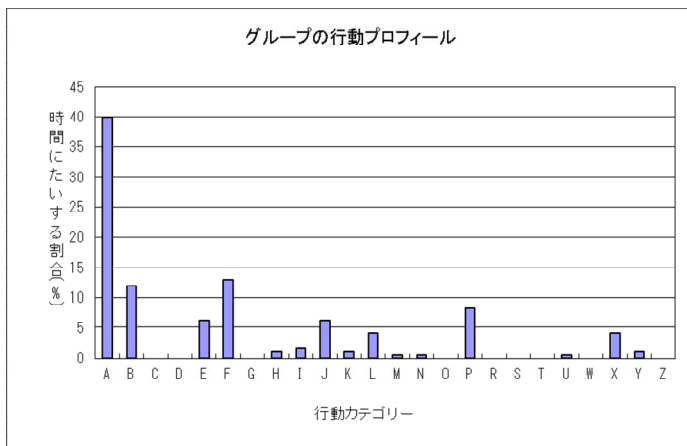


図3-5 A 老人保健施設平成 20 年 1 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日は、T.H氏（女性、82歳）、Y.K氏（女性、86歳）、O.Y氏（女性、82歳）の3名を対象に認知症ケアマッピングの観察を行った。前回、観察対象者となったT.M氏（女性85歳）、O.K氏（女性、88歳）は、体調不良のため病院へ入院しているとのことであった。3人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループWIB値は、+1.7であった。前回は5人を対象とし、今回はその中から3人を対象とする為、単純に比較は出来ないが、T.H氏、Y.K氏、O.Y氏それぞれの数値も上昇していた。T.H氏は、+1.2から+1.4へ、Y.K氏は、+1.7から+2.0へ、O.Y氏は+1.6から+1.7となっていた。今回の観察では、定時の身体介護のやり方自体は変わっていなかったが、身体介護の最中や廊下を歩いている時にも、利用者から声をかけられたら、介護職員は介護の手を止めることなく、笑顔で対応するように心がけていた。その為、前回よりも会話の占める割合が高くなった。またフロアの物音が減り、利用者同士の会話が増えていた。行動カテゴリーA（会話、積極的な交流）が31%から40%へと増加した。身体介護を提供した後は、すぐにチェック表に記入された為、前回見られた同じ利用者に対し再度、排泄の誘導をするような無駄な場面は見られなくなった。

しかし、T.H氏の1時間のうちに10回以上も「トイレへ連れて行って！」という訴えと、それを無視する対応を取る介護職員と、繰り返し何度もトイレは誘導する介護職員がいるという点は変わらなかった。また食事の前と後にそれぞれ15分ずつ移動介助をする様子も、前回と同じであった。1回の食事につき30分、1日の中で1時間半はこの移動介助に費やされるという点は変わらなかった。

### <B ユニット型特別養護老人ホームにおける調査の概要>

B ユニット型特別養護老人ホームは、1 ユニット 9 名で 6 つのユニットを持つ定員 54 名の施設である。B ユニット型特別養護老人ホームは、同一法人が運営する従来型の入所定員 50 名の特別養護老人ホームに併設され、後から開設されたものである。その為、ユニット型であるが、従来型の特別養護老人ホームにおける運営方針がそのまま持ち込まれたところがある。従来型では、食事はすべて厨房で作るため、同様に B ユニット型特別養護老人ホームでも食事は厨房で作られた物が運び込まれ、皿洗いだけユニットの中で行われていた。また排泄ケアの方法は、従来型の特別養護老人ホームでは定時のオムツ交換を行っていた為、B ユニット型特別養護老人ホームも、そのまま定時のオムツ交換を排泄ケアの方法として導入していた。1 ユニット 9 名の利用者に対し、5 名の介護職員が配置されており、日中は 2 名の介護職員で支援を行っていた。介護職員の休憩時間など、手が足りなくなる時には、同じ階にある 2 つのユニットが 1 つのチームとなり、お互いにサポートし合う体制が作られていた。1 ユニットに 1 人ずつの介護職員となる時間帯には、2 つのユニットを掛け持ちするもう 1 人の介護職員がおり、計 3 人で 18 人の利用者を支援するという形態を取っていた。

### <平成 19 年 4 月における B ユニット型特別養護老人ホームの観察結果>

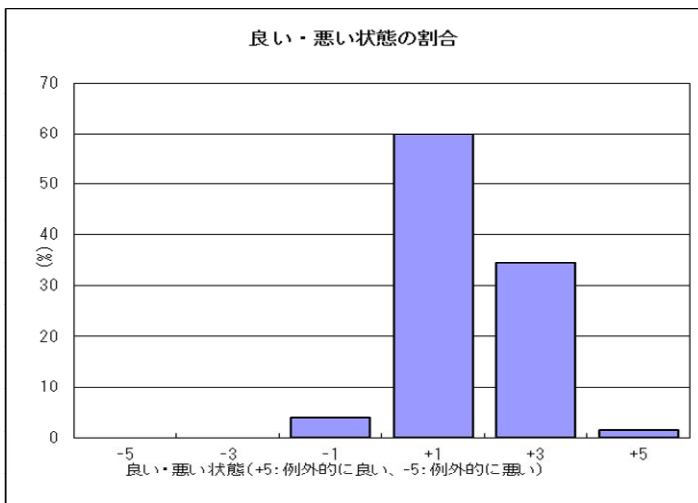


図3-6 B ユニット型特別養護老人ホーム平成 19 年 4 月におけるグループ全体での気分の良い状態・よくない状態の割合

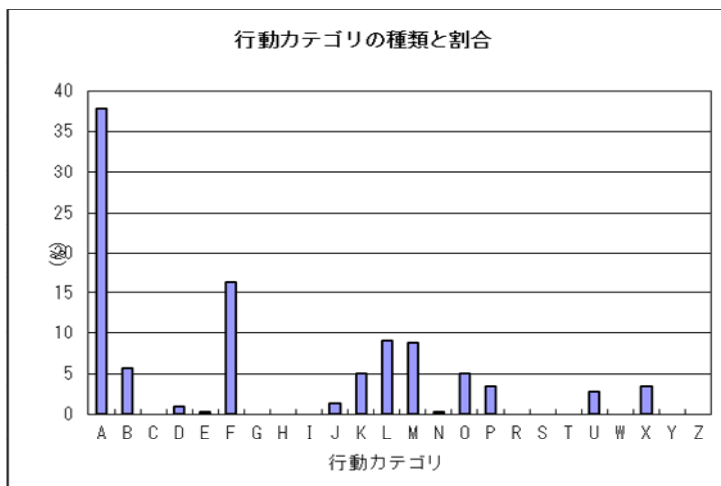


図3-7 Bユニット型特別養護老人ホーム平成19年4月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日は、A.E氏（男性、76歳）、A.M氏（女性、72歳）、I.H氏（女性、82歳）、H.Y氏（女性、78歳）、S.M氏（男性、84歳）、S.Y氏（男性85歳）の6名を対象に、認知症ケアマッピングの観察を行った。5人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループWIB値は、+1.7であった。昼食までの時間は、それぞれの利用者はフロアでただジッと座っているか、居室に戻りベッドで横になるかであった。この時間帯には、2つのユニットを3人の介護職員で支援している為、このユニット専属の介護職員は1人のみであった。この時間帯に、介護職員は定時のオムツ交換で出た汚物処理の運搬を行ったり、備品の整備を行うなどの仕事をしていた。その為、利用者との交流はほとんど見られなかった。昼食時間の少し前から介護職員2人体制となった。昼食後には、皿洗いを行う利用者や洗濯物干しを行う利用者、その後、洗濯物たたみを行う利用者などユニット内の家事を行う様子が、観察された。その為、5人全体での主な行動カテゴリーは、A（会話するなど他者と積極的に交流する）が38%、F（飲食）が16%、L（家事、仕事）が9%、M（テレビ等のメディアに接する）が9%であった。午前中にややボーッと受け身で過ごす時間が多かったため、5番目に多い行動カテゴリーはB（受け身な状態でジッとしている）が6%であった。昼過ぎは、介護職員を交え、複数名の利用者がフロアでお茶を飲みながら、楽しく談笑する場面が多くなった。

この日の観察対象者の一人であるA.E氏は、認知症と糖尿病を併せ持ち、食事療法を行っている為、空腹であることを繰り返し介護職員に訴えていた。次の食事までの時間や、それまでの間に出前を取って欲しいなど食事に関する要望を繰り返す為、介護職員はA.E氏への対応を負担に感じている様子だった。介護職員は、横をA.E氏が通る時に、目をそらす場面が繰り返し、観察された。A.E氏は見当識障害もある為、すぐにトイレの場所が分からなくなり、長い廊下を端から端まで足早に歩きまわっている様子が繰り返し観察さ

れた。A.E氏は繰り返し「家に帰りたい」と言うので、他の利用者から「子どもみたいだな」と言われると、「違うんだよ。家に帰ったら、腹いっぱい食べられるだろ」と返答する場面も見られた。A.E氏は、身長180センチメートルで歩行可能であった。食事療法の為に、食事量の制限があるということであったが、ほとんど活動量の無い身長150センチメートル未満の女性と同量の食事であることから、この食事量がA.E氏に相応しいものであるのかを検討する必要があるように思われた。

この日の観察結果を踏まえ、フロアの介護職員には、午前中の人手が足りない時にしなければならない仕事と、人手が増えてから行えば良い仕事の整理を行ってみてはどうかということ提案した。また人手が少ないなりに利用者と交流が持てるような方法を探ってみてはどうかということと、A.E氏の栄養管理は今ままで適切であるかどうかを医師などにも相談してはどうかということ提案した。

<平成19年9月におけるBユニット型特別養護老人ホームの観察結果>

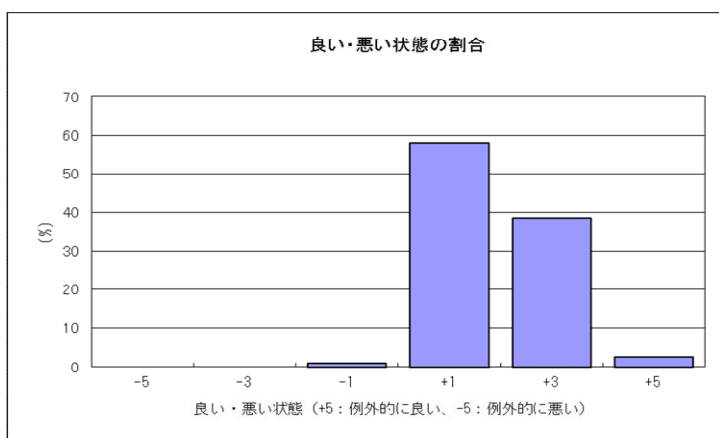


図3-8 Bユニット型特別養護老人ホーム平成19年9月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

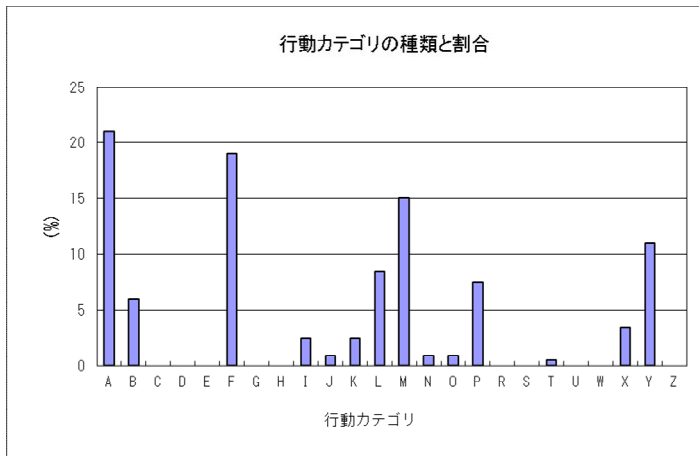


図3-9 B ユニット型特別養護老人ホーム平成 19 年 9 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日、A.M 氏（女性、72 歳）、I.H 氏（女性、82 歳）、H.Y 氏（女性、78 歳）、それに新たに Y.S 氏（女性、76 歳）を加え、4 名を対象者とし、認知症ケアマッピングの観察を行った。この日は、A.E 氏（男性、76 歳）は、体調不良のため入院しており、S.M 氏（男性、84 歳）、S.Y 氏（男性、85 歳）は、体調を崩され、長時間、居室にて臥床されていたので観察対象者からは外した。A.E 氏は入院していた為、栄養管理等の改善については確認することが出来なかった。

この日は、ユニット内に介護職員が一人しかいない午前中にもクイズの本を見ながら、介護職員が利用者同士が交流できるきっかけを作ったりする様子が観察された。一人しかいない時間に、汚物処理等の作業を行うのではなく、一人しかいないからこそフロアで利用者と交流するというように仕事の行い方を変えていた。前回は観察されなかった I（知的活動）や T（五感を使った活動）などの新しい行動カテゴリーも観察された。皿洗い、洗濯物干し、洗濯物たたみなどの家事は、今回も利用者にお申し、効果的に行っていた。

ただ、A.E 氏の妻である A.M 氏は夫が入院し不在である為、やや不穏になり独り言を繰り返すが、それに対し、介護職員が支援に入る場面は見られなかった。A.E 氏と A.M 氏は夫婦であることから、二人のことには余計な口をはさまないようにしていたつもりだろうが、夫の A.E 氏が不在となり、やや落ち着きを失った妻の A.M 氏に関わることをしないのは、検討し直す必要があるように思われた。この点については介護職員に提案を行った。また、体調不良もあろうが長時間、居室に籠り易くなる利用者に対し、ただ放置しておくのではなく、何か本人が関心を持って行うことを提供するとか、何らかの働きかけを考えて行く必要があるように思われた。

### <C グループホームにおける調査の概要>

特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人が、その特別養護老人ホームの横に併設する形で運営しているグループホームである。1ユニット利用者定員9人に対し、介護職員8人で運営されている。利用者9人に対し、日中、常に3人の介護職員がいる体制が取られている。元々、特別養護老人ホームに併設されていたデイサービスがあった1階平屋建ての建物をグループホームに転換し、開設されたという経緯を持つ。建物の周囲には、とても広い敷地があり、裏庭にはゲートボール場も作られている。この時、グループホームが開設され、1年が経過した頃であった。人口3000人の山間部の町に唯一ある特別養護老人ホームとそこに併設されたグループホームであるため、他の施設のケア方法を学ぶ機会が無く、どのようにグループホームケアを行うべきかが分からず模索している段階であった。家庭的な雰囲気を出すために、このグループホームでは室内で飼う小型犬を1匹飼育している。しかし、この時点では犬の世話は、全面的に介護職員がしており、介護職員は9人に利用者に加えて、犬の世話をすることになっていた。このグループホームの管理者は、同じ法人内の特別養護老人ホームで10年以上介護職員として勤務してきた経験を持つ。介護職員は、全員、この町で生活をする地域在住の方である。介護福祉士養成校等で、介護福祉の知識や技術を習得したことのある者はいない。管理者以外は、認知症ケアは初めてという介護職員であり、認知症の人が「同じことを何度も言うので困る。どのように対応したら良いのだろうか」という悩みを抱えている状況であった。また「家に帰る！」と興奮される利用者への対応にも苦慮しているということであった。9人の利用者は、この町で生まれ育った人たちであった。

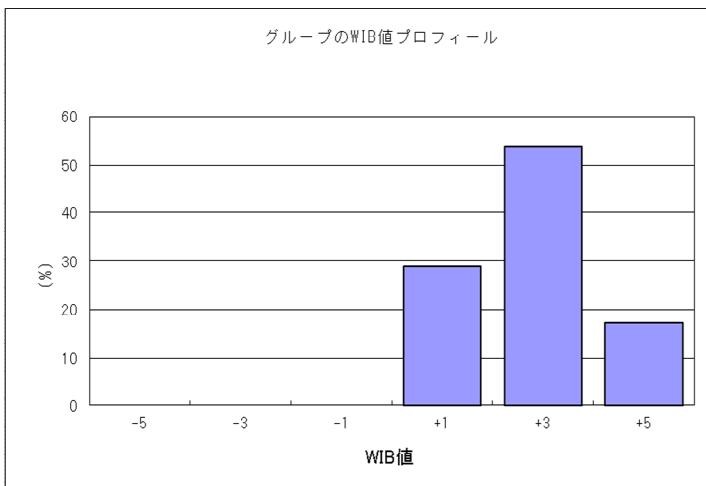


図3-10 Cグループホーム平成21年6月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合



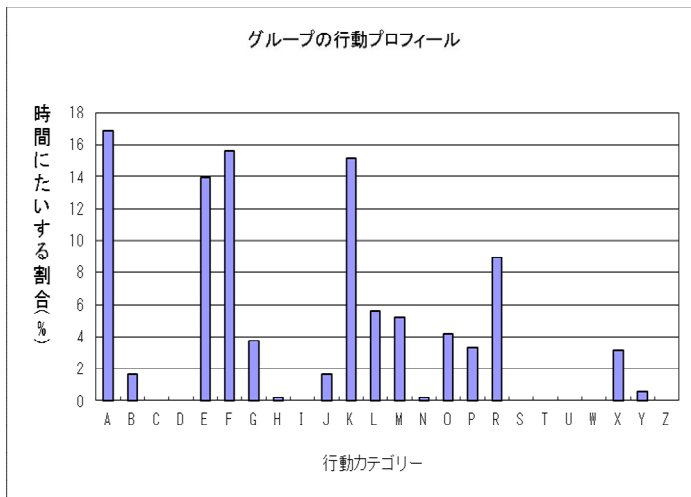


図3-11 Cグループホーム平成21年6月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日、9人全員を対象に、観察を行った。U.T氏(男性、88歳)、U.F氏(女性、86歳)、N.S氏(女性、86歳)、Y.K氏(女性、83歳)、O.S氏(男性、88歳)、H.G氏(男性、90歳)、Y.K氏(男性、86歳)、I.M氏(女性、88歳)、H.W氏(男性、90歳)であった。実際には、H.W氏は終末期にあり、ほとんどを居室で過されていたため、十分な観察記録を取ることが出来なかった。またこの日、I.M氏は観察時間6時間のうち、4時間半外出しており、最後の1時間半を他の利用者と共にグループホーム内で過していた。H.W氏を除く8人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループWIB値は、+2.3であり、これは目安として定められる5段階中、上から2番目で「非常によい」状態であった。それぞれの利用者の身体能力は、比較的高く、まだ出来ることが多いようであった。9人全体での主な行動カテゴリーは、言語的・非言語的交流(A)が17%、立ったり、歩いたりする(K)が15%、歌を歌うなどの自己表現活動をする(E)が14%、信仰・宗教に関すること(R)が9%であった。利用者8人と介護職員で歌を歌う時には、気分の状態はこの上なく良好な状態(+5)であったが、アクティビティ活動や全員でお経を唱える時間以外は、やや手持無沙汰な時間が続いていた。

3人の介護職員は、昼食作りや夕食作りなどの調理にかなりの時間を取られていた。この調理は、2人の介護職員だけで行っており、もう一人の介護職員は洗濯や掃除、またその間に一人ひとりの利用者に排泄ケア等を行っていた。食事が完全に出来上がってから、利用者は声をかけられるため、フロアに居る時間は長くない。U.T氏は、観察時間6時間のうち、食事時間以外の4時間半を居室にて過されていた。U.T氏とU.F氏は夫婦であり、二人でグループホームに入居しているが、妻のU.F氏が食後に自分たちが食べた食器を下膳し、周囲の様子を見ながらそれを洗おうとすると、夫のU.T氏から「職員さんの邪魔になる。余計なことをするな」とたしなめられていた。N.S氏は、観察時間6時間のうち約3時間、廊下を行ったり来たりすることを繰り返していた。この廊下を行ったり来たりする

間、度々、食堂を覗き、介護職員が皿洗いや料理の準備をしている様子をチラチラと見ていた。特に悪い兆候までは認められない為に、気分の状態は+1であったが、表情はあまり優れず、手持無沙汰になっている様子がうかがえた。この日、夕食前にN.S氏は、「私、食券を無くしてしまったんだけど…」と発言されていた。それに対し、介護職員は「お食事代はもう頂いていますから、遠慮ならさずに召し上がってください」と返答していた。それを聞き、安心し、N.S氏は食事を召し上がった。この日の観察結果を踏まえ、介護職員には、利用者と一緒に食事作りを行うことを提案した。介護職員は、それまで食事作りは自分たちの仕事であり、利用者に手伝ってもらうことは自分たちの仕事を押し付けているようで適切ではないのかと考えていたという。利用者の保持されている能力を活かし、自立支援を行うのが介護福祉職の仕事であるということを全く理解していなかった、ということであった。可能な限り、食事作りや洗濯物たたみや犬の世話など利用者と共に行うことを提案した。

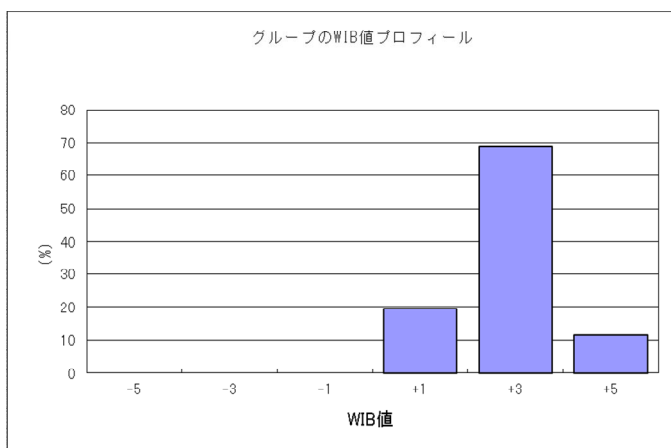


図3-12 Cグループホーム平成21年10月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

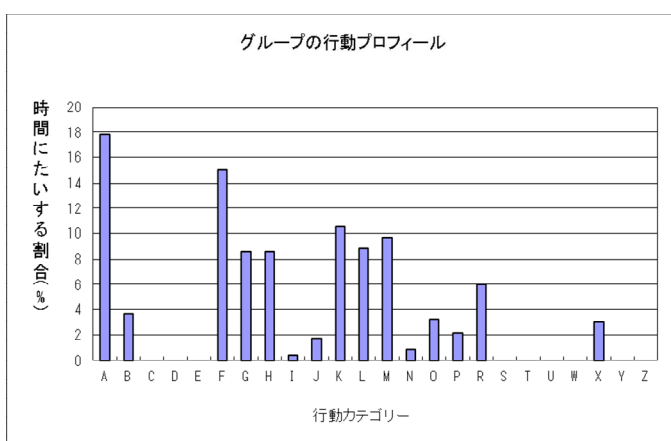


図3-13 Cグループホーム平成21年10月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日、8人を対象に、観察を行った。U.T氏（男性、88歳）、U.F氏（女性、86歳）、

N.S 氏（女性、86 歳）、Y.K 氏（女性、83 歳）、O.S 氏（男性、88 歳）、H.G 氏（男性、90 歳）、Y.K 氏（男性、86 歳）、I.M 氏（女性、88 歳）であった。H.W 氏（男性、90 歳）は、体調不良により入院されていた。

8 人全体での主な行動カテゴリーは、言語的・非言語的交流（A）が 18%、飲食が 15%、立ったり、歩いたりする（K）が 11%、テレビ等のメディアに接する（M）が 10%、家事・仕事に類することをを行う（L）が 9%であった（図 5-13）。6 月の結果と比較すると、家事・仕事に類することが、主要なカテゴリーに入ってきたことに変化が表れている。この日、U.F 氏と N.S 氏は、介護職員とともに食事作りを行い、そして食事後には皿洗いを行っていた。前回、夕食前に「私、食券を無くしてしまったんだけど…」と発言されていた N.S 氏は、そのような発言をすることなく、笑顔で介護職員と共に食事を作り、そして U.F 氏とも交流を深めていた。前回の観察時には、U.F 氏は、夫の U.T 氏とだけ会話をしており、他の利用者と交流する様子は見られなかったが、この日は、家事の最中に N.S 氏と談笑したり、他の利用者との交流が数多く見られ、夫婦のみの閉ざされた関係から、他の利用者も交えた開かれた関係に広がっている様子が観察された。10 月には裏庭の畑に行き、利用者全員と介護職員で芋掘りをする場面も見られた。6 月の観察時には、介護職員と利用者が交流するのは、一緒に歌を歌う時や、お経を唱えに行く時などに限定されていたが、今回は、食事作りや片付けだけではなく、6 時間を通して、ほぼ一緒に過していた。そして利用者同士の交流を促進する支援を行っていた。6 月の観察時と 10 月の観察時では、介護職員の仕事の仕方に大きな変化が見られた。食事作りなどは、介護職員が中心になって行うのではなく、利用者が中心となり、利用者が行いやすいように支援するのが介護職員の仕事となっていた。また他の利用者との交流に合流しにくい利用者の仲立ちをすることを介護職員の仕事としていた。10 月には、利用者が「家に帰る！」と興奮される様子は見られなくなったということであった。

#### <D 認知症対応型デイサービスにおける調査の概要>

D 認知症対応型デイサービスは、特別養護老人ホーム、ケアハウスを同じ敷地内で運営する社会福祉法人が、高齢者総合福祉施設の一環として運営するものである。またすぐ横には、定員 30 名の一般のデイサービスが運営されている。この認知症対応型デイサービスは、定員 10 名であるが定員いっぱいになることはなく、毎日 5、6 名の利用者が通われている。その 5、6 名の利用者に対し、毎日 4 名の介護職員が配置されている。D 認知症対応型デイサービスだけでは、採算が合わないが、認知症の人が地域での生活を継続できるようにする大切なサービスであると位置づけ、社会福祉法人全体で D 認知症対応型デイサービスの赤字分を補填することとし、手厚い介護職員の配置人数により運営されている。一般のデイサービスは活気に満ちているが、そのような賑やかな雰囲気にならず、穏やかに過ごしたい認知症の人も居るため、D 認知症対応型デイサービスは、すぐ横ながら別の

小さな部屋を利用し、利用者 5, 6 名と介護職員 4 名で過している。D 認知症対応型デイサービスの介護職員は、認知症の人への対応に苦慮しており、この社会福祉法人の中で最も対応の難しい利用者を押し付けられている、とやや被害者意識を抱いている。そのため、毎日 5, 6 名の利用者に対し、介護職員 4 名を配置することも当然のことであると考えている。

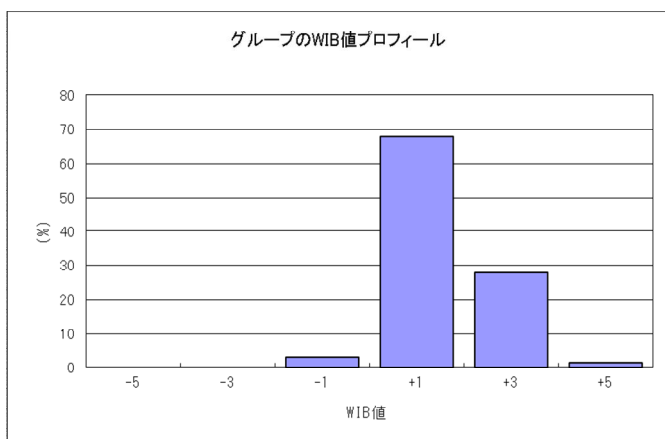


図3-14 D 認知症対応型通所介護平成 19 年 11 月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

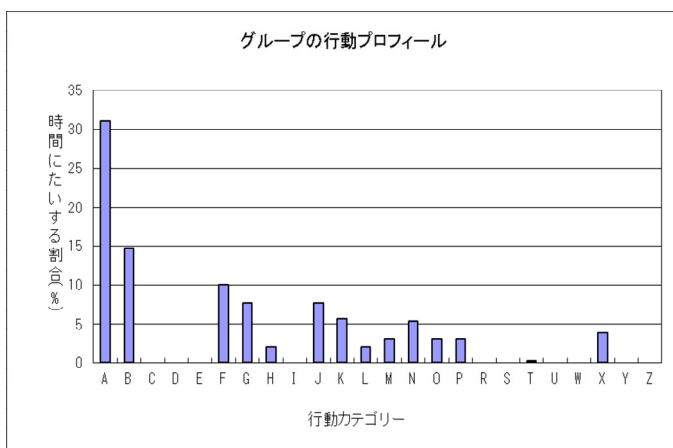


図3-15 D 認知症対応型通所介護平成 19 年 11 月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日、K.T氏（女性、84歳）、E.Y氏（女性、82歳）、H.S氏（男性、82歳）、M.T氏（男性、86歳）、C.K氏（男性、77歳）、K.M氏（男性、76歳）の6名の利用者全員を対象に、観察を行った。6名全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は、+1.6 であり 5 段階中の上から 4 番目で「普通」の状態であると評価された。利用者 6 名に対し、介護職員は 4 名であった。その為、6 名に対し、塗り絵、体操、テレビを見たい人にはテレビ等、個別対応でアクティビティを提供していた。6 人全体でのこの日の主要な行動カテゴリーは、言語・非言語的交流 (A) が 31%、受け身な状態でジッとしている (B)

が15%、飲食（F）が10%、ゲーム（G）が8%、体操（J）が8%であった（図3-15）。

昼食前の午前中にゲームや体操などの活動を主に提供し、その間に何人かずつ入浴へ行かれていた。昼食前に全員入浴を終えていた。そして昼食を食べ終わるまでは、介護職員4人体制であったが、利用者が昼食を食べ終わると、1名の介護職員を除き、3人は昼食休憩に入った。それから1時間の間は、6名に対し、1名の介護職員で対応していた。その時間帯に、この1名の介護職員は記録書きをしていた。また6名の利用者に対し、テーブルを2つ使用し、利用者同士の間隔がやや広めにしてあった為、利用者同士の自発的な交流は、ほぼ見られなかった。そこで午前中の活動的な時間と異なり、この時間帯は利用者は、受け身な状態でジッとしている（B）か、居眠り（N）をしている状態となっていた。そして昼食後、約1時間経つと、M.T氏は「風呂も入ったし、食事も済み、用は済んだので帰る」と仰り出した。その時間には、4名の介護職員の体制に戻っていたが、少しずつ興奮している状態が増しているM.T氏に対し、職員一人が付添い、一緒に建物内を散歩するなど、何とかM.T氏の気を紛らわしてもらおうと苦慮していた。午後にも簡単なゲームを行っていたが、M.T氏はその輪には加わらなかった。午後3時になるとお茶とおやつが配られ、4時になると利用者は帰宅する時間となった。一人ひとりの介護職員は、それぞれの利用者に対し、とても穏やかに丁寧な関わりをしていたが、すべて介護職員と利用者の一対一の関わりであった。そこで観察結果を踏まえ、一対一の関わりだけではなく、1人の介護職員が複数の利用者に関わる集団援助技術を活用してはどうかと提案した。また、昼食時に1人の介護職員を残し、3人が一斉に居なくなるのではなく、少しずつずらして休憩時間を取ることは出来ないかと提案した。利用者の中には、ここに入浴と昼食のために来たと考えている人も居るため、昼食後には全ての用が済んだので、「もう帰る」と考えているのではないかと、ということ伝え、午後にもプログラムがあり、それを楽しんでから帰ることになっていることが可視化されるように、一日の流れを示す掲示物を示すことを提案した。

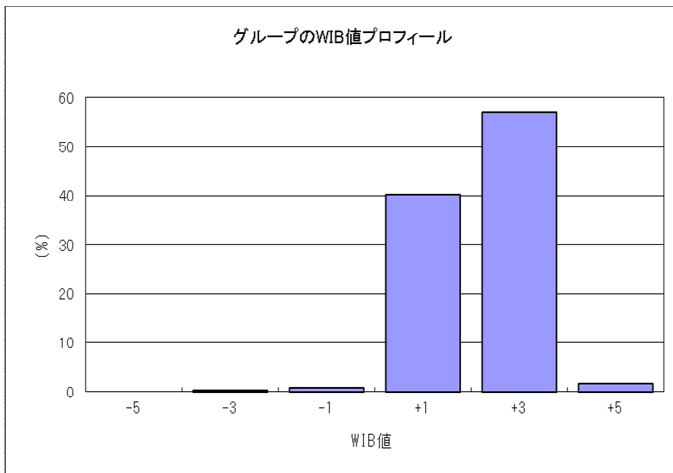


図3-16 D 認知症対応型通所介護平成20年1月におけるグループ全体での気分のよい状態・よくない状態の割合

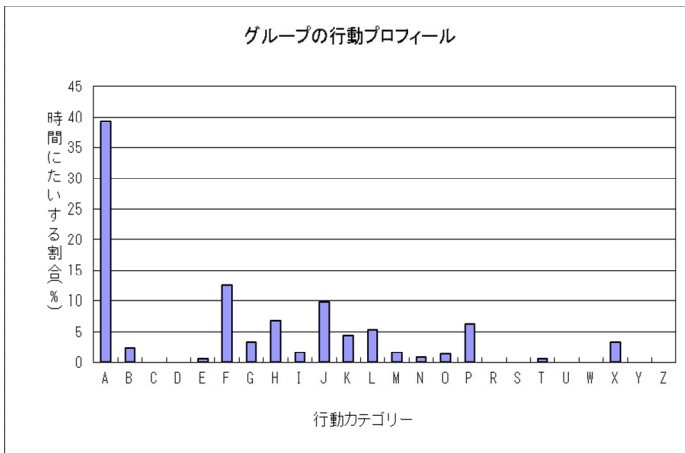


図3-17 D 認知症対応型通所介護平成20年1月におけるグループ全体での行動カテゴリーの割合

この日、K.T氏（女性、84歳）、E.Y氏（女性、82歳）、S.S氏（女性、80歳）、M.T氏（男性、86歳）、T.M氏（男性、80歳）、K.M氏（男性、76歳）の6名の利用者全員を対象に、観察を行った。今回、新たに観察対象となったのは、S.S氏とT.M氏の2名であった。

この日、6人全体での気分のよい状態・よくない状態を表すグループ WIB 値は+2.2 であり、前回の+1.6 から+0.6 上昇していた。この数値は5段階中の上から3番目であり「よい」状態であると評価された。6人全体での主要な行動カテゴリーは、言語・非言語的交流（A）が39%、飲食（F）が13%、体操（J）が10%、手工芸（H）が7%、身体的なケアを受ける（P）が6%であった（図5-17）。前回の観察時と比べ、昼食後の介護職員の休憩時間を1人を残し、3人が一斉に取るのではなく、2人ずつ休憩を取るように変更されていた。その為、利用者が昼食後の時間帯にも2人の介護職員が居るため、この時間帯に利用者が受け身な状態でジッとしている（B）時間の割合は3%となり、前回の15%から著しく減少し

ていた。また1人の介護職員が複数の利用者と交流する集団援助技術を活用することが出来ていた為、利用者同士の交流が増加していた。11月時には、言語的・非言語的交流(A)の時間割合が31%であったが、1月時には39%に増加していた。しかし、一日のプログラムが掲示されることは無かった為、M.T氏は、この日も昼食後に「風呂に入って、食事も済んだので帰る」と仰って、家に帰ろうとされていた。そこで、また1人の介護職員が個別に付き添い、建物内を散歩し、気を紛らわしてもらうように対応していた。しかし、M.T氏の「帰りたい」という意思是、そう簡単にならず、対応する介護職員は苦慮することとなっていた。午後2時半になり、介護職員が仲介役になりながら会話をしていた時に、喫茶店の話となり、盛り上がってきた。利用者は若い頃に喫茶店に行ったことを懐かしみ、「美味しいコーヒーが飲みたいね」と口々に仰っていた。その日は、コーヒーを出すことになっていたが、職員はお茶とおやつ時間は3時と考えていた為、あと30分間何とか会話を持たせて、3時になってからコーヒーを出そうとしていた。しかし、利用者はそのような時間の決まりを理解していなかった為、繰り返し、コーヒーを飲みたいと訴えていた。繰り返し、伝えてもコーヒーは出てこない為、利用者の会話は何時しか、終了して行った。そして3時になりコーヒーが提供された時には、全く会話は盛り上がりせず、ただの水分補給の時間となっていた。介護職員は、一日の流れを理解しており、その時間通りに予定をこなしていたが、今、目の前に居る利用者の心情に合わせ、臨機応変に対応することは出来なかった。その為、せっかく喫茶店の話で盛り上がった雰囲気を活かして、コーヒーを楽しむということは実現されなかったのである。利用者6人に対し、介護職員4人と手厚い人数配置であるし、利用者数も6人であるので決められた時間通り、規則通りに一日を過すのではなく、臨機応変に対応すれば良いよう思えるが、すぐ横の一般のデイサービスの時間の流れも意識し、組織全体としてのタイムスケジュールに縛られた発想からは抜け出せなかったようである。

#### 5-4)「認知症ケアマッピングを用いた調査」の総括

A 老人保健施設は、多床室の従来型老人保健施設である。2階では60名の利用者に対し、8名の職員で支援を行っている。最初、定時の身体介護に追われる状態であった為、全員揃って体操などを行う時間以外は、利用者との介護職員との関わりは少なかった。その為、利用者は、受け身な状態でジッとしている(B)時間の割合が15%程度と高かった。また、60名の利用者のうち半数の30名は、1階の食堂で食事を取るようになっていた。残りの30名は2階で食事を取っていたが、このスペースは30名で食事を取るには狭い為、テーブルとテーブルの間が狭く、利用者自身が車椅子操作をして席に着くことは出来なかった。その為、食事の前後に何時も、介護職員は利用者が席に着けるように移動の支援を行わなければならなかった。それから食事、排泄などのチェック表を活用していなかった為、同じ利用者を他の職員が排泄介助しそうになる場面が繰り返し、見られた。1時間に10回以上もトイレへ連れて行くように求める利用者に対しては、見て見ぬふりをするという関わり方が取られていた。この状態を、介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因に照らし合わせ分析すると、A老人保健施設は、「介護福祉の理念」である自立支援という考え方や「利用者の尊厳の保持」という考え方を十分に浸透させているとは言えない状態であった。全員に一律同じように身体介護を行う為、「個別性の支援」や「自立支援」を指向する生活支援とはかけ離れたものとなっていた。また介護職員は利用者の横を通る際に利用者から声をかけられても、それを無視する場面も見られた。これは「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が為されていないと言えよう。身体介護をルーティンワーク化し、作業的に行っており、一人ひとりの利用者からの声に反応することをしていなかったのである。また食事、排泄などのチェック表を活用していなかったのは、「ケア提供システム」における不備と言えるだろう。もう一つ、ケア提供システムからの制約として、狭いフロアで30名の利用者が食事を取るために、一回の食事の前後に約30分の移動介助を介護職員が行わなければならなかった。これは移動能力がある高齢者であっても、その環境から自力にて行うことが出来ないものである為、「介護福祉の理念」にも反するし、介護職員に余計な介助量を増加させるという意味で、マイナスの具体的な生活支援方法であると言えよう。さらにフロアではテレビがつけっ放しになっており、音がうるさい為、利用者同士の会話は少なかった。これも環境という「ケア提供システム」からの制約であった。これが約2カ月後には、テレビの音を消した為、フロアは静かになり、利用者同士の会話は増加していた。これは「ケア提供システム」の見直しが効果をあげたものである。また同様に食事、排泄等のチェック表を活用するようになった為、同じ利用者に対し、重複した介護を行う場面が見られなくなったことにより無駄が見られなくなった。これもチェック表の活用という「ケア提供システム」の見直しによる効果と言える。そして利用者の横を通る介護職員は、利用者とアイコンタクトを交わしたり、ちょっとした会話をするなど、利用者との交流が増えていた。これは介護職員の「専門的



生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が変化したことによる生活支援の在り方の変容と言えるだろう。このように介護福祉サービスの改善が為された部分もあるが、食事の環境は大きく変えることが出来ていなかったため、一回の食事の前後、合わせて約 30 分間の移動介助は相変わらず行われることとなっていた。これは一日で約 1 時間半であり、毎日、行われることであった。これは従来型老人保健施設の食堂というように建物を変えることは容易ではない為、すぐに改善出来ることではなかった。その為、無駄と分かっているにもかかわらず、狭いスペースで無理やり移動介助を毎日、1 時間半行っているのである。また、従来型老人保健施設は、利用者人数が多く、またその支援を行う介護職員も多数である為、一度、作られた定時のオムツ交換という支援方法を取る、身体介護中心のタイムスケジュールを容易に変更することは出来なかった。その為、そのタイムスケジュールに縛られた中で、利用者との関わりを見つけて行かなければならなかった。また介護職員が多数であることから、全員揃って、一度に「介護福祉の理念」を変更することは出来なかった。その為、自立支援、個別性の尊重等の「介護福祉の理念」は、未だ不明確なままであった。

B ユニット型特別養護老人ホームは、1 ユニット 9 名に対し、日中 1.5 人の介護職員で生活支援をするという体制であった。この施設はユニット型であるが、元々、従来型の特別養護老人ホームを持つ社会福祉法人がその従来型の特別養護老人ホームの横に建築したものであった為、ハード面はユニット型であるが、生活支援方法は従来型の発想がそのまま持ち込まれていた。その為、排泄ケアは定時のオムツ交換であった。また食事は厨房で作られた物が、ワゴン車に乗せられ運ばれてきて、食後、皿洗いの一部をユニット内で行うだけであった。B ユニット型特別養護老人ホームでは、最初、午前中に介護職員 1 人しかいない時間帯に、オムツ交換後の汚物処理などを忙しく行う様子が観察されていた。その為、利用者はフロアでただ座り、ボーっとしているか転寝をしていることが多かった。昼食後に介護職員 2 人体制になってからは、利用者との交流は増え、利用者の生活が活性化されたことが記録されていた。この B ユニット型特別養護老人ホームを介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因に即して分析すると、「ケア提供システム」がせっかくユニット型であっても、「介護福祉の理念」である自立支援や個別性の尊重等が確立されていない時には、その環境を活かし、一緒に食事作りなどをする様子は見られなかった。また「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解も為されていない為、1 人しか介護職員がいない時に、利用者には直接、関わらない作業を行っていた。その間、利用者はボーっとして過していることになった。約 5 カ月後、B ユニット型特別養護老人ホームでは、午前中の介護職員が 1 人しかいない時に、汚物処理などの作業を行うのではなく、利用者とともにフロアに居て、利用者同士の交流を促進する働きかけが出来ていた。その為、午前中から利用者は活性化された生活を送ることが出来ていた。しかし、一方、ユニット型特別養護老人ホームである為、各利用者は個室を持っており、9 名のうち 4 名の利用

者のみがフロアで楽しく交流しており、それ以外の5名の利用者は食事の時間以外はほとんどを居室で過ごされていた。認知症を持つ、多くの利用者は居室で過ごすだけでありテレビを見る以外は、ほとんどの時間を寝てしまうことになる。自分自身では生活リズムを作りやすく、活性化した生活を過しにくいために特別養護老人ホームのサービスを利用するのであるが、居室で過される時間がかかり多くても、それを「自己決定」と理解し、そのまま関わらないでいることは、介護福祉の理念が適切に理解されていないことの表れであろう。台所や個室を持つユニット型特別養護老人ホームという環境を、効果的に活用し、個別性を尊重した介護福祉サービスや、自立支援を指向した介護福祉サービスを目指すのか、あるいは各利用者があまり交流することなく、居室に籠りっ放しになるのかは、「介護福祉の理念」が確立されているかどうかによると言えよう。B ユニット型特別養護老人ホームには、「介護福祉の理念」が欠けたままであったと言える。

C 認知症対応型グループホームは、同じ敷地内の特別養護老人ホームを営む社会福祉法人により運営されている。9名の利用者に対し、日中3名の介護職員で支援を行っているが、当初、同じことを繰り返し言う認知症の人や、帰宅願望が激しい認知症の人への対応などに苦慮し、認知症ケアをどのように行っていけば良いのかが全く分からない状態であった。山間部に位置するため、外部の研修を受ける機会も得られなかった。その為、当初は介護職員2人で食事作りをし、後の1人は洗濯物や掃除などの家事を行っており、全員揃って歌を歌ったり、お経を読んだりする時間以外は、利用者と交流する時間を持たずにいた。その介護職員が忙しそうに食事作りをしたり、洗濯、掃除をしている間、居室で過ごす利用者や何もすることが無い為、廊下を行ったり来たり何度も往復する利用者が見られた。何も手伝うことなく夕食を食べることから、ここを自分の居場所と思えず、食券が必要だと考え「食券を無くした」という利用者も見られた。C 認知症対応型グループホームを、介護福祉サービスを規定する四つの構成要因に即して分析すると、自立支援や個別性の尊重などの「介護福祉の理念」は全く理解されておらず、また「専門的生活支援者」である介護福祉職の仕事の理解も全く為されていなかった。C 認知症対応型特別養護老人ホームでは、介護職員と家政婦の違いを理解していなかったと言えよう。台所があり、グループホームの周辺には畑もあるという恵まれた環境を持っているにも関わらず、これらを活用することはなかった。その為、いくら「ケア提供システム」が整っていても、「介護福祉の理念」や「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が為されていない時には、具体的な生活支援方法は、断片的な食事、排泄、入浴の介護を行うのみであった。何もすることが無い為に、手持無沙汰になり、やがて家に帰りたくなるという認知症の人の気持ちを全く理解していなかった。4カ月後、食事作りは2名の利用者を中心とし、それを支援する形で1名の介護職員が関わり、他の2名の介護職員はそれぞれ他の利用者と一緒に洗濯物を畳んだり、簡単なゲームをするなどの交流を持っていた。一日のほとんど

を介護職員は、利用者と共に何らかの活動を行っていた。裏庭に芋掘りに行く様子も観察された。台所や裏庭など、恵まれた環境を活かし、活動種類も非常に多く、極めて活性化された生活となっていた。また介護職員が常に、利用者と共に過ごしている為、利用者のちょっとした気分の変化を適切に捉え、その瞬間を活かしながら、次の活動を行っていた。スケジュールに縛られることなく、利用者と共に臨機応変に生活リズムを創り上げ、楽しんでいる様子が観察されている。4 カ月後の C 認知症対応型グループホームでは、利用者の個別性を尊重する、自立支援を指向する介護福祉サービスを提供するなどの「介護福祉の理念」が確立されていた。利用者も全員、この町で生まれた人であると同時に、介護職員も全員、この町で生まれた人であることから、一度話し合いを行い、共通理念を定めると、それが確立されるのも早かった。当初、認知症ケアを全く理解していなかったものの、認知症ケアマッピングのフィードバックでどのように認知症の人に関わると良いのかを、評価者と共に介護職員が話し合うと、すぐにそれを統一したケア方針として採用していた。これは C 認知症対応型グループホームが存在する地域社会が持つ特殊性と同時に、このグループホームが 1 ユニットの小さな組織であることにもよるだろう。C 認知症対応型グループホームは、すぐ横に特別養護老人ホームがあるが、そこから食事を運ぶこともなく、特別養護老人ホームの方針に縛られることなく、自由に自分たちのグループホームを創り上げて行った。グループホームは小さな単位である為、その介護職員が、「介護福祉の理念」を確立し共有すると、それはすぐに「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解に繋がり、ケアを優先した仕事の仕方に変わっていった。そして台所や裏庭などの恵まれた「ケア提供システム」を活用し、活性化された生活を創り上げることが出来ていた。個別性を尊重し、自立支援を活かした関わりの中で、常に同じ空間と行為を共にしていることから、小さな排泄サインにも気付ける為、オムツを着用していてもオムツの中に排泄をすることなく、9 人全員がトイレ誘導で排泄を行っていた。「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解も為され、「ケア提供システム」にも恵まれていた為、個別性を尊重し、自立支援を指向した具体的な生活支援方法が、適切に為されるようになっていった。介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因が、介護福祉の理念を中心に相互に関連し合い、4 カ月後には介護福祉サービスの質を著しく向上させていった。

D 認知症対応型デイサービスは、特別養護老人ホーム、ケアハウス、一般のデイサービスなどを持つ高齢者総合施設の一環として運営されている。そして法人の方針として、地域で生活する認知症の人の生活を継続させる為に、D 認知症対応型デイサービスは採算が合わなくても、毎日 5、6 名の利用者に対し、介護職員 4 名を配置するという手厚い支援体制が取られている。しかし、D 認知症対応型デイサービスの介護職員は、法人の中で最も対応の難しい利用者を担当していると考え、やや被害者意識を持つ者も見られた。当初よ

りD認知症対応型デイサービスは、手厚い人数配置ということもあり、各利用者に対し、個別に丁寧に対応する様子が観察されている。特に午前中は、体操やゲームなども行い、比較的、活性化された生活を送っていた。また午前中に入浴も行われていた。しかし、利用者と共に、ここのサービスを利用する目的を共有していない為、昼食を食べ終わると、「風呂に入って、食事も済んだので家に帰る」という利用者が現れた。その利用者に対し、一対一で個別対応をし、建物内を一緒に散歩しながら気を紛らわしてもらうようにするが、それは優しい対応ではあるが、利用者と共になぜこのサービスを利用するのかを考え、自立支援、自己決定を支援する考え方にはなっていない、と言えよう。その利用者はやがて興奮が増していき、対応に介護職員は対応に苦慮することとなるが、これは一日の生活の流れが共有されていないことによるものと思われる為、一日の生活の流れを示した掲示物を掲げるよう提案したが、それは為されないままであった。また利用者の昼食後には、4人の介護職員のうち3人が一斉に食事休憩に入っていた。1人残った介護職員は、この時間に記録書きをするので、昼食後の時間は、利用者はややボーっとして過すか転寝をする時間となっていた。このD認知症対応型デイサービスを、介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因に即して分析すると、利用者6人に対し、介護職員4人配置されているという恵まれた「ケア提供システム」を持っており、そして一人ひとりの介護職員は、利用者との関わりを優先するという「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解も出来ているようでありながら、自立支援や自己決定の尊重などの「介護福祉の理念」の理解が不十分である為、午後になると家に帰りたいと要望される利用者に対し、適切に関わることが出来ずにいた。6人の利用者に対し、やや大きめのテーブルを2つ利用しているため、利用者同士の距離が少しある為、利用者同士の交流はほとんど見られなかった。また介護職員が1人で複数の利用者に関わる集団援助技術を活用する場面は見られなかった。2カ月後、昼食後の介護職員の休憩時間の取り方を2名ずつとした為、この時間も利用者との交流は継続し、利用者がボーっとしたり転寝する割合は、著しく低下した。また、利用者同士の席を近づけたことと、介護職員が複数の利用者に関係づける集団援助技術の技法を取り入れることが出来た為、利用者同士の交流が増加した。「具体的な生活支援方法」は一部改善されたと言えるだろう。その交流から喫茶店の思い出話で盛り上がり、コーヒーを飲みたいという声が上がったが、デイサービスで決めている3時まで、あと30分間あった為、何とかその時間を持たせようとしていたが、結局、利用者はコーヒーに対する関心を下げて行ってしまった。介護職員は、決められたスケジュールに従わなければならないと頑なに思い込んでいる為、臨機応変にお茶とおやつを提供することが出来ていなかった。C認知症対応型グループホームが、その日の状況に応じて、臨機応変に予定を変えて行くのに対し、D認知症対応型デイサービスは、決められたスケジュール通りに動こうとしていた。これは介護職員一人ひとりがスケジュールという「ケア提供システム」に縛られているということであろう。また、2カ月後にも午後に、家に帰りたい

と言う利用者が現れた。この時の対応も2か月前のままであった。やはり利用者となぜこのサービスを利用するのかという目的を共有していないことと、一日の生活の流れを共有していないことにより、「風呂に入って、食事を食べたから、すべての用事は済んだ。だから家に帰る」という利用者の気持ちを落ち着けることは出来なかった。利用者自身に、なぜこのサービスを利用するのかを理解して貰い、そして自立支援と自己決定などの「介護福祉の理念」を、きちんと確立していれば対応法は変わってきたであろう。環境や厚い人数配置などの「ケア提供システム」は整っており、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解はある程度出来ていても、「介護福祉の理念」が確立されていないと、介護福祉サービスの質を改善していくことは出来なかった。小規模であり、人数配置も厚いD認知症対応型デイサービスが介護福祉サービスの質を向上させていくには、「介護福祉の理念」を確立していくことが必要なのである。また、せっかく小さな規模で臨機応変に介護福祉サービスを提供することが出来るにも関わらず、介護職員が自らスケジュールに縛られた発想をしている限り、柔軟な対応は出来ない。

ここでは、A 老人保健施設、B ユニット型特別養護老人ホーム、C 認知症対応型グループホーム、D 認知症対応型デイサービスの介護福祉サービスの介護福祉サービス改善のプロセスを見てきたが、大型施設であるA 老人保健施設は多数の利用者と職員が関わるサービスであるということから、身体介護を中心とする生活支援方法を簡単に組み替えることは出来なかった。また食堂の狭さなどの環境などの「ケア提供システム」の制約を容易に変更することは出来なかった。しかし、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解はある程度、理解され、その結果、利用者と介護職員の交流は増加していた。またテレビをつけっ放しにしないなどすぐに変更できる環境の見直しは為されていた。大型施設がシステム全体を組み替えて行くには、組織的に段階を踏んで行っていく必要があるだろう。また「介護福祉の理念」を全員で共有するには、研修の徹底なども必要となろう。B ユニット型特別養護老人ホーム、D 認知症対応型デイサービスは、二つとも小規模単位のサービスであるが、母体となる法人の他のサービスの方法などにも縛られ、小規模単位で柔軟に介護福祉サービスを変更して行くことが出来ていなかった。一部分、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解や「具体的な生活支援方法」の改善などが出来、小さな改善は見られるものの、「介護福祉の理念」が確立され統一されない限り、小規模単位という利点を活かすことは出来なかった。C 認知症対応型グループホームは、当初は「介護福祉の理念」も確立されておらず、グループホームケアから大きくかけ離れていたが、認知症ケアの理念や「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が為されると、小規模単位であることと台所や裏庭があるという恵まれた環境である「ケア提供システム」を活かし、「具体的な生活支援方法」を改善していった。介護職員が中心になって食事作りなどを行うのではなく、利用者が中心となり食事作りをし、介護職員はそれを支援すると

言う位置づけに変わっていった。このような介護福祉サービスの質の改善は、「介護福祉の理念」を中心とし、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解と台所や裏庭などの恵まれた環境という「ケア提供システム」と「具体的な生活支援方法」が相互に関連し合い、実現して行った。「介護福祉の理念」が確立されないことには、この介護福祉サービスの質の改善は見られなかったであろう。やはり、介護福祉サービスの質の向上に、最も影響を与える構成要因は、「介護福祉の理念」であると言えよう。そしてその理念を具現化するための、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解と「ケア提供システム」があり、それらが融合して適切な「具体的な生活支援方法」に至るのである。

## 調査2「アンケート調査」

5-5)調査の目的:介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因の構造を明らかにすること。

5-6)調査の対象と方法:アンケート調査を行う。A市老人福祉施設協議会加盟の58施設すべてに対し、アンケート用紙を郵送し、施設長に対し、施設の介護主任にアンケート調査用紙の配布を依頼する。依頼期間は4週間とし、記入後、郵送にてアンケート用紙を回収する。アンケート用紙は、自記式・無記名とし、調査に同意する場合は、アンケート調査用紙の返送をもって同意されたものとする。

アンケート用紙配布期間:平成25年6月15日～。

5-7)調査の分析方法:アンケート調査用紙の質問項目について集計、統計処理を行う。分析にはIBM SPSS Statisticsを使用する。

5-8)倫理的配慮:調査に先立ち、聖隷クリストファー大学倫理委員会にて審査を受け、承認を得た。認証番号13008。

## 5-9)アンケート調査の結果

配布数58通に対し、回収25通(有効回答25)、回収率43.1%。

問1. 施設の形態と規模についてお聞きします。(通所事業等を行っていても、特別養護老人ホームについてのみお答えください。)形態については、該当するものに○を、人数は数値をご記入ください。

形態	利用者人数	介護職員数	介護職員人数内訳
1. 従来型	人	人	常勤 人
			パート等 人
2. ユニット型	人	人	常勤 人
			パート等 人

<回答>

施設形態

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	従来型	10	40.0	40.0	40.0
	ユニット型	11	44.0	44.0	84.0
	併設型	4	16.0	16.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-1 施設形態

回答のあった25施設は、従来型の特別養護老人ホームが10施設、ユニット型特別養護老人ホームが11施設、従来型とユニット型を併設する特別養護老人ホームが4施設であった。これをそれぞれ「従来型」「ユニット型」「併設型」と呼ぶこととする。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
規模	25	20.00	220.00	93.8000	40.79828
有効なケースの数 (リストごと)	25				

表3-2 施設の規模

施設の規模は、最小値は地域密着型特別養護老人ホームをユニット型で運営する定員20人で、最大値は定員総数220名の併設型であった。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
比率	25	.32	.80	.4832	.10796
有効なケースの数 (リストごと)	25				

表3-3 利用者に対する介護職員の配置率

<介護職員数/利用者数=配置率>

介護職員数を利用者数で割った数字を、介護職員配置率とすると、25施設の配置率は0.32~0.8であった。平均値は0.4832であった。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
常勤比率	25	.62	1.00	.8076	.11620
有効なケースの数 (リストごと)	25				

表3-4 全介護職員に対する常勤職員の比率

<常勤職員/全介護職員数=常勤率>

常勤職員数を介護職員数で割った数字を常勤率とすると、常勤率の最小値は0.62で最大値は1.0であった。平均値は、0.8076であった。



問2. 介護職員のシフト(勤務時間形態)についてお聞きます。それぞれの勤務時間をご記入ください。

- ・日勤： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・早番： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・遅番： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・夜勤： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・その他：

<回答>

問2では、夜勤の形態により、大きく二つのタイプに分けられた。一回の夜勤で二日分の勤務とする16時間夜勤と、一回の夜勤で一日分の勤務とする8時間夜勤である。16時間夜勤は19施設で76%、8時間夜勤は6施設で24%であった。

夜勤形態

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	16時間夜勤務	19	76.0	76.0	76.0
	8時間夜勤	6	24.0	24.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-5 夜勤のタイプによる分類とその比率

施設形態 と 夜勤形態 のクロス表

度数

		夜勤形態		合計
		16時間夜勤務	8時間夜勤	
施設形態	従来型	10	0	10
	ユニット型	6	5	11
	併設型	3	1	4
合計		19	6	25

表3-6 施設形態と夜勤形態のクロス表

8時間夜勤の勤務形態を取る6施設の内訳は、ユニット型が5施設、併設型が1施設であった。

問3. 日中(10時、12時、14時、16時、18時)と夜間帯における利用者人数と介護職員数の比率についてお聞きします。

- ・日中(10時)は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(12時)は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(14時)は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(16時)は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(18時)は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。
- ・夜間帯は、利用者\_\_人に対し、介護職員\_\_人でケアを行っている。

<回答>

問3では、日中の利用者数と介護職員数の比率を見ることとした。介護職員数を利用者数で割った数値を、日中の介護職員の配置率とすると最小値は、0.10で、最大値は0.40、平均値は0.1900であった。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
日中のスタッフ配置比率	25	.10	.40	.1900	.07821
有効なケースの数 (リストごと)	25				

表3-7 日中の介護職員の配置率

ここでは、日中の職員配置率が介護福祉サービスの質に及ぼす影響を見るために、日中の介護職員配置率の低い施設として0.10以下の5施設と、日中の介護職員配置率の高い施設として0.20以上の10施設を比較することとした。

0.10以下の低施設は5施設で内訳は従来型2施設、ユニット型2施設、併設型1施設であった。

0.20以上の高施設は10施設で内訳は従来型1施設、ユニット型6施設、併設型3施設であった。

低施設群と高施設群の間で、「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤使用率」の有意な差異は認められなかった。

問4. 施設の基本理念についてお聞きします。介護職員は、施設の基本理念を意識して介護福祉サービスを行っていると思われますか。該当する数字に○をつけてください。

1. まったくその通りである。
2. 基本理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
3. 基本理念を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
4. 基本理念を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
5. 基本理念を、ほとんど意識していない。

<回答>

問4では、施設における基本理念の理解の程度を見た。

基本理念の理解

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	まったくその通りである	2	8.0	8.0	8.0
	基本理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる	5	20.0	20.0	28.0
	基本理念を意識している職員とそうでないものは半々である	10	40.0	40.0	68.0
	基本理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	6	24.0	24.0	92.0
	基本理念をほとんど意識していない	2	8.0	8.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-8 基本理念の理解

施設形態 と 基本理念の理解 のクロス表

度数

		基本理念の理解					合計
		まったくその通りである	基本理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる	基本理念を意識している職員とそうでないものは半々である	基本理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	基本理念をほとんど意識していない	
施設形態	従来型	2	2	3	2	1	10
	ユニット型	0	1	6	3	1	11
	併設型	0	2	1	1	0	4
合計		2	5	10	6	2	25

表3-9 施設形態と基本理念の理解のクロス表

「理念が浸透している施設」（「まったくその通りである」と「基本理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる」に該当する施設）は7施設であった。内訳は、従来型が4施設、ユニット型が1施設、併設型が2施設であった。

「理念が浸透していない施設」（「基本理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している」と「基本理念をほとんど意識していない」に該当する施設）は、8施設であった。内訳は、従来型3施設、ユニット型4施設、併設型1施設であった。

「基本理念の理解」の状態は、「排泄ケアの方法」「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤の使用率」等、介護福祉サービスの質に大きく影響を与えていた。「理念が浸透している施設」群では、「排泄ケアの方法」は随時の誘導であり、「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤の使用率」が低い傾向にあった。「理念が浸透していない施設」群では、「排泄ケアの方法」は、定時のオムツ交換であり、「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤の使用率」が高い傾向にあった。

問5. 自立支援の状態についてお聞きします。介護職員は、自立支援に基づき支援を行っていますか。該当する数字に○をつけてください。

1. まったくその通りである。
2. 自立支援を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
3. 自立支援を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
4. 自立支援を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
5. 自立支援を、ほとんど意識していない。

<回答>

問5では、施設における自立支援の状態を見た。

自立支援の状態

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	まったくその通りである	1	4.0	4.0	4.0
	自立支援を意識している職員が多いがそうでない職員も少しいる	10	40.0	40.0	44.0
	自立支援を意識している職員とそうでないものは半々である	8	32.0	32.0	76.0
	自立支援を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	6	24.0	24.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-10 自立支援の状態

施設形態 と 自立支援の状態 のクロス表

度数

		自立支援の状態				合計
		まったくその通りである	自立支援を意識している職員が多いがそうでない職員も少しいる	自立支援を意識している職員とそうでないものは半々である	自立支援を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	
施設形態	従来型	1	3	4	2	10
	ユニット型	0	3	4	4	11
	併設型	0	4	0	0	4
合計		1	10	8	6	25

表3-11 施設形態と自立支援の状態のクロス表

「自立支援に基づいている施設」（「まったくその通りである」と「自立支援を意識している職員が多いが、そうでない職員も少数いる」に該当する施設）は11施設であった。内訳は、従来型4施設、ユニット型3施設、併設型4施設であった。

「自立支援に基づいていない施設」（「自立支援を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している」に該当する施設。問5では「自立支援をほとんど意識していない」と答えた施設は見られなかった）は6施設であった。内訳は、従来型2施設、ユニット型4施設であった。

問6. 利用者中心の理念の実現状態についてお聞きします。介護職員は、利用者中心の理念に基づき支援を行っていますか。該当する数字に○をつけてください。

1. まったくその通りである。
2. 利用者中心の理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
3. 利用者中心の理念を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
4. 利用者中心の理念を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
5. 利用者中心の理念を、ほとんど意識していない。

<回答>

問6では、施設における利用者中心の理念の理解をみた。

利用者中心の理念の理解

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	まったくその通りである	1	4.0	4.0	4.0
	利用者中心の理念を意識している職員が多いがそうでない職員も少しいる	9	36.0	36.0	40.0
	利用者中心の理念を意識している職員とそうでないものは半々である	13	52.0	52.0	92.0
	利用者中心の理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	2	8.0	8.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-12 利用者中心の理念の理解

施設形態 と 利用者中心の理念の理解 のクロス表

度数

		利用者中心の理念の理解				合計
		まったくその通りである	利用者中心の理念を意識している職員が多いがそうでない職員も少しいる	利用者中心の理念を意識している職員とそうでないものは半々である	利用者中心の理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	
施設形態	従来型	1	3	5	1	10
	ユニット型	0	2	8	1	11
	併設型	0	4	0	0	4
合計		1	9	13	2	25

表3-13 施設形態と利用者中心の理念の理解

「利用者中心の理念が実現している施設」（「まったくその通りである」と「利用者中心の理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少数いる」に該当する施設）は10施設であった。内訳は、従来型4施設、ユニット型2施設、併設型4施設であった。

「利用者中心の理念が実現されていない施設」（「利用者中心の理念を意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している」に該当する施設。問6では「利用者中心の理念をほとんど意識していない」と答えた施設は見られなかった）は2施設であった。内訳は、従来型1施設、ユニット型1施設であった。

問7. 施設の基本理念や自立支援、または利用者中心の理念から乖離している状態にある職員がいる場合、その原因となるものは、次のうちのどれだと思われますか。該当する数字に○をつけてください。その他の場合、カッコの中に理由をお書きください。

1. 研修などを受けておらず、知識が不足しているため。
2. 職員数が不足、忙しいため。
3. その他( )

<回答>

問7では、「基本理念」「自立支援」「利用者中心の理念」等の理念からの解離理由を見た。

理念からの解離理由

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	研修などを受けておらず知識が不足するため	12	48.0	50.0	50.0
	職員数が不足忙しい為	7	28.0	29.2	79.2
	その他	5	20.0	20.8	100.0
	合計	24	96.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	4.0		
合計		25	100.0		

表3-14 理念からの解離の理由

「研修などを受けておらず知識が不足するため」を選んだのが12施設であった。「職員数が不足忙しい為」を選んだ施設が7施設であった。その他を選んだ施設は5施設であった。

その他の具体的記述として、下記の回答があった。

- ・ 人格。意識の低さ。
- ・ 職員中心の考え方になっている。
- ・ 人が人を想う心が不足している為。どれだけ基礎介護の研修を行っても、なかなか「人間性」を高めるまでには至っていない。
- ・ 根本的に介護の仕事の大切さを理解していない職員が多く、意識が低い。
- ・ 研修などは受けているが、利用者様の細部まで理解する能力が身につけていない。

問8. 施設における研修の実施状況についてお聞きします。該当する数字に○をつけてください。

1. 施設外の研修へ定期的に、介護職員を参加させている。
2. 施設内で定期的に、研修会を開催している。
3. 勉強したい職員は、自分の休みとお金を使い、勉強しに行っている。施設からの支援は無い。
4. ほとんどの職員は、研修会等に参加していない。

<回答>

問8では、施設における研修の実施状況を見た。

研修の実施状況

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	施設外の研修へ定期的に介護職員を参加させている	5	20.0	20.0	20.0
	施設内で定期的に研修会を開催している	18	72.0	72.0	92.0
	勉強したい職員は自分の休みとお金を使い勉強しに行く。施設からの支援は無い。	2	8.0	8.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-15 研修の実施状況

「施設外の研修へ定期的に介護職員を参加させている」と答えたのが5施設であった。「施設内で定期的に研修会を開催している」と答えたのが18施設であった。「勉強したい職員は自分の休みとお金を使い勉強しに行く。施設からの支援は無い」と答えたのは、2施設であった。「ほとんどの職員は、研修会等に参加していない」と答えた施設は見られなかった。

問9. 介護職員のうち、介護福祉士資格取得者の割合をお聞きします。当てはまる数字をご記入ください。

全職員数(常勤、パート等含む) \_\_\_\_\_ 人のうち、介護福祉士は \_\_\_\_\_ 人である。



<回答>

問9では、介護職員数に占める介護福祉士の割合を見た。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
介護福祉士比率	25	.09	.82	.4992	.15607
有効なケースの数 (リストごと)	25				

表3-16 介護職員総数に占める介護福祉士の割合

介護職員総数に占める介護福祉士の割合の最小値は0.09であり、最大値は0.82であった。平均値は、0.4992であった。約50%の介護福祉士が働いていることが分かった。

問10. 次の場面で、介護職員はどのように対応すると思われますか。該当する数字に○をつけてください。

「オムツを着用している利用者が、皿洗いをしている介護職員に対し、『お姉さん、ちょっと。悪いけど、トイレに連れて行って』とお願いをした」

1. ほとんどの職員は、皿洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。
2. 多くの職員はトイレへお連れするが、少数の職員は皿洗いを優先し、後でオムツを交換することを伝え、オムツの中に排泄してもらうように利用者をお願いする。
3. トイレへお連れする職員と、皿洗いを優先する職員は、半々である。
4. 多くの職員は後でオムツの交換をすることを伝え、オムツの中に排泄してもらうように利用者をお願いする。少数の職員は、皿洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。
5. ほとんどの職員が皿洗いを優先する。

<回答>

問10では、施設における介護福祉職の仕事の理解を見た。

介護福祉職の仕事の理解

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	ほとんどの職員は皿洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。	12	48.0	48.0	48.0
	多くの職員はトイレへお連れするが、少数の職員は皿洗いを優先し、後でオムツ交換をする。	5	20.0	20.0	68.0
	トイレへお連れする職員と皿洗いを優先する職員が半々である。	4	16.0	16.0	84.0
	多くの職員は皿洗いを優先し、少数の職員はトイレへお連れする。	4	16.0	16.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-17 介護福祉職の仕事の理解

施設形態 と 介護福祉職の仕事の理解 のクロス表

度数

		介護福祉職の仕事の理解				合計
		ほとんどの職員は皿洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。	多くの職員はトイレへお連れするが、少数の職員は皿洗いを優先し、後でオムツ交換をする。	トイレへお連れする職員と皿洗いを優先する職員が半々である。	多くの職員は皿洗いを優先し、少数の職員はトイレへお連れする。	
施設形態	従来型	6	1	1	2	10
	ユニット型	4	2	3	2	11
	併設型	2	2	0	0	4
合計		12	5	4	4	25

表3-18 施設形態と介護福祉職の仕事の理解のクロス表

「介護職の仕事の理解が得られている施設」（「ほとんどの職員が皿洗いを止め、利用者をトイレへお連れする」に該当する施設）は、12施設であった。内訳は、従来型6施設、ユニット型4施設、併設型2施設であった。

「介護職の仕事の理解が得られていない施設」（「多くの職員は皿洗いを優先し、少数の職員はトイレへお連れする」に該当する施設。問10では、「ほとんどの職員が皿洗いを優先する」と答えた施設は見られなかった）は、4施設であった。内訳は従来型2施設、ユニット型2施設であった。

問11. 利用者の要介護状態について教えてください。

・全利用者のうち、要介護1 人、要介護2 人、要介護3 人、要介護4 人、  
要介護5 人

<回答>

問11では、施設の利用者の要介護度を見た。すべての利用者の要介護度を合計し、人数分で割り、平均要介護度とした。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
平均要介護度	24	3.30	4.17	3.6242	.21603
有効なケースの数 (リストごと)	24				

表3-19 平均要介護度

平均要介護度は最小値が3.30であり、最大値は4.17であった。平均値は3.6242であった。今回の調査では、「排泄ケアの方法」「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤の使用率」「身体拘束の状況」等において、要介護度の違いによる介護サービスの質の違いは確認されなかった。

問12. ケアプランの実施状況についてお聞きします。介護職員は、施設の利用者個々のケアプランを意識して介護福祉サービスを行っていると思われますか。該当する数字に○をつけてください。

1. まったくその通りである。
2. ケアプランを意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
3. ケアプランを意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
4. ケアプランを意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
5. ケアプランを、ほとんど意識していない。

<回答>

問12では、施設におけるケアプランの実施状況を見た。

ケアプランの実施状況

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	まったくその通りである	2	8.0	8.0	8.0
	ケアプランを意識している職員が多いが、そうでない職員も少数いる。	11	44.0	44.0	52.0
	ケアプランを意識している職員とそうでないものは半々である	9	36.0	36.0	88.0
	ケアプランを意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している。	2	8.0	8.0	96.0
	ケアプランをほとんどの職員は意識していない。	1	4.0	4.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-20 ケアプランの実施状況

施設形態 と ケアプランの実施状況 のクロス表

度数

		ケアプランの実施状況					合計
		まったくその通りである	ケアプランを意識している職員が多いが、そうでない職員も少数いる。	ケアプランを意識している職員とそうでないものは半々である	ケアプランを意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している	ケアプランをほとんどの職員は意識していない。	
施設形態	従来型	2	6	1	0	1	10
	ユニット型	0	2	7	2	0	11
	併設型	0	3	1	0	0	4
合計		2	11	9	2	1	25

表3-21 施設形態とケアプランの実施状況のクロス表

「ケアプランに基づいている施設」（「まったくその通りである」と「ケアプランを意識している職員が多いが、そうでない職員も少数いる」に該当する施設）が 12 施設であった。内訳は、従来型 8 施設、ユニット型 2 施設、併設型 3 施設であった。

「ケアプランに基づいていない施設」（「ケアプランを意識していない職員が多いものの少数の職員は意識している」と「ケアプランをほとんどの職員は意識していない」に該当する施設）は、3 施設であった。内訳は、従来型 1 施設、ユニット型 2 施設であった。

問13. ケアプランから逸脱した介護福祉サービスを提供している職員がいる場合、その原因となるものは、次のうちのどれだと思われますか。該当する数字に○をつけてください。その他の場合、カッコの中に理由をお書きください。

1. 研修などを受けておらず、知識が不足しているため。
2. 自分のやり方が正しいと信じているため。
3. その他

( )

<回答>

問13では、ケアプランからの逸脱理由を見た。

ケアプランからの逸脱理由

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	研修などを受けておらず、知識が不足しているため	9	36.0	37.5	37.5
	自分のやり方が正しいと信じているため	8	32.0	33.3	70.8
	その他	7	28.0	29.2	100.0
	合計	24	96.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	4.0		
合計		25	100.0		

表3-22 ケアプランからの逸脱理由

「研修などを受けておらず、知識が不足しているため」を選んだのは、9施設であった。

「自分のやり方が正しいと信じているため」を選んだのは、8施設であった。その他を選んだ施設は、7施設であった。

その他の具体的記述として、下記の回答があった。

- ・担当以外のケアプランを見ていない。
- ・日々の業務を優先させてしまい、出来る事をこちらで介助してしまう等。待てない。
- ・効率性を求めてしまう。
- ・各入居者のケアプランをしっかりと把握していない為。
- ・ケアプランが現状に伴っていない為。
- ・ケアプランの内容を確認するのが、手間と感じている部分がある。

問14. 定期的にケアカンファレンスが開催されていますか。一人の利用者につき、その頻度はどの程度ですか。

1. 定期的に開催されている。→ 一人の利用者に対し、\_\_\_ヶ月に1回
2. 特に定められていないが、必要に応じ、行っている。
3. ほとんど開催されていない。

<回答>

問14では、施設におけるカンファレンスの開催状況を見た。

カンファレンスの開催状況

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	定期的に開催されている	17	68.0	68.0	68.0
	特に定められていないが、必要に応じ、行っている。	6	24.0	24.0	92.0
	ほとんど開催されていない。	2	8.0	8.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-23 カンファレンスの開催状況

施設形態とカンファレンスの開催状況のクロス表

度数

		カンファレンスの開催状況			合計
		定期的に開催されている	特に定められていないが、必要に応じ、行っている。	ほとんど開催されていない。	
施設形態	従来型	7	2	1	10
	ユニット型	8	2	1	11
	併設型	2	2	0	4
合計		17	6	2	25

表3-24 施設形態とカンファレンスの開催状況のクロス表

「定期的にカンファレンスが行われている施設」（「定期的に開催されている」に該当する施設は、17施設であった。内訳は、従来型7施設、ユニット型8施設、併設型2施設であった。

「定期的にはカンファレンスが行われていない施設」（「特に定められていないが、必要に応じて行っている」と「ほとんど開催されていない」に該当する施設）は8施設であった。内訳は、従来型3施設、ユニット型3施設、併設型2施設であった。

問15. 排泄ケアについてお聞きします。排泄ケアを、どの方法で行っていますか。

1. ほとんどの利用者に対し、随時の誘導で、トイレで排泄してもらっている。
2. オムツ使用者に対しては、定時のオムツ交換をしている。

※定時のオムツ交換の場合、オムツ交換の時間をお書きください。

( )

<回答>

問15では、施設における排泄ケアの方法を見た。

排泄ケアの方法

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	ほとんどの利用者に対し、随時の誘導で、トイレで排泄してもらっている。	5	20.0	20.0	20.0
	オムツ使用者に対しては、定時のオムツ交換をしている。	20	80.0	80.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-25 排泄ケアの方法

施設形態 と 排泄ケアの方法 のクロス表

度数

		排泄ケアの方法		合計
		ほとんどの利用者に対し、随時の誘導で、トイレで排泄してもらっている。	オムツ使用者に対しては、定時のオムツ交換をしている。	
施設形態	従来型	1	9	10
	ユニット型	3	8	11
	併設型	1	3	4
合計		5	20	25

表3-26 施設形態と排泄ケアの方法のクロス表

「随時の誘導で排泄ケアを行っている施設」は、5施設であった。内訳は、従来型1施設、ユニット型3施設、併設型1施設であった。

「定時のオムツ交換を行っている施設（夜間のみも含む）」は、20施設であった。内訳は、従来型8施設、ユニット型9施設、併設型3施設であった。

問16. 排泄ケアの実施状況についてお聞きします。全利用者のうち、オムツ使用者は、何人いますか。

オムツ使用者数 \_\_\_\_\_ 人、うち夜間のみオムツを使用している人は \_\_\_\_\_ 人である。

<回答>

問16では、施設におけるオムツ使用率を見た。問1から利用者総数を把握し、オムツ使用者を利用者総数で割り、オムツ使用率を出した。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
日中のオムツ使用率	23	.00	1.00	.2874	.27973
有効なケースの数 (リストごと)	23				

表3-27 日中のオムツ使用率

「日中オムツ使用率：(オムツ使用者数—夜間のみオムツ使用者数) / 全利用者数」の最小値は0、つまりオムツ使用者はなしで、最大値は1.0、つまり全員オムツ使用であった。

施設形態 と 日中のオムツ使用率 のクロス表

度数

		日中のオムツ使用率																	合計	
		.00	.08	.10	.11	.12	.17	.18	.22	.30	.36	.37	.39	.42	.54	.59	.65	.83		1.00
施設 形態	従来型	3	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	10
	ユニット型	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	11
	併設型	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
合計		5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23

表3-28 施設形態と日中のオムツ利用率のクロス表

「日中オムツ使用率0.10以下の施設」は、7施設であった。内訳は、従来型3施設、ユニット型3施設、併設型1施設であった。

「日中オムツ使用率0.35以上の施設」は、9施設であった。内訳は、従来型3施設、ユニット型5施設、併設型1施設であった。

「日中オムツ使用率0.10以下の施設」では、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念」の理解が、それぞれ高い傾向が見られた。逆に「日中オムツ使用率0.35以上の施設」においては、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者の理念」の理解が、それぞれ低い傾向が見られた。



記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
夜間のオムツ使用率	23	.01	1.00	.5165	.29403
有効なケースの数 (リストごと)	23				

表3-29 夜間のオムツ使用率

「夜間オムツ使用率：オムツ使用者数/全利用者数」の最小値は、0.01 であり、最大値は 1.00、つまり全員オムツ使用であった。平均値は、0.5165 であった。

施設形態 と 夜間のオムツ使用率 のクロス表

度数

		夜間のオムツ使用率																			合計		
		.01	.18	.20	.22	.25	.26	.32	.33	.42	.45	.47	.52	.55	.75	.78	.80	.88	.89	.90		.93	1.00
施設 形態	従来型	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	10
	ユニット型	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	11
	併設型	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
合計		1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	23

表3-30 施設形態と夜間のオムツ使用率のクロス表

「夜間オムツ使用率 0.29 以下の施設」は 7 施設であった。内訳は、従来型 2 施設、ユニット型 4 施設、併設型 1 施設であった。

「夜間オムツ使用率 0.45 以上の施設」は 10 施設であった。内訳は、従来型 3 施設、ユニット型 7 施設であった。

「夜間オムツ使用率 0.29 以下の施設」では、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念」の理解が、それぞれ高い傾向が見られた。逆に「夜間オムツ使用率 0.45 以上の施設」においては、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者の理念」の理解が、それぞれ低い傾向が見られた。

問17. 排泄ケアについてお聞きします。便秘のため、常時、下剤をしようしている利用者は、何人いますか。

下剤使用者 \_\_\_\_\_ 人

<回答>

問17では、施設における下剤使用率を見た。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
下剤使用率	21	.10	1.00	.5648	.27660
有効なケースの数 (リストごと)	21				

表3-31 下剤使用率

「下剤使用率：下剤使用者数/全利用者数」の最小値は0.10であり、最大値は1.0、つまり全員下剤使用であった。

施設形態 と 下剤使用率 のクロス表

度数

		下剤使用率																合計	
		.10	.17	.18	.30	.33	.44	.51	.60	.62	.65	.72	.75	.77	.80	.86	.91		1.00
施設 形態	従来型	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	8
	ユニット型	1	1	1	0	0	1	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	11
	併設型	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
合計		2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	21

表3-32 施設形態と下剤使用率のクロス表

「下剤使用率 0.19 以下の施設」は、4 施設であった。内訳は、従来型 1 施設、ユニット型 3 施設であった。

「下剤使用率 0.70 以上の施設」は、9 施設であった。内訳は、従来型 4 施設、ユニット型 3 施設、併設型 2 施設であった。

「下剤使用率 0.19 以下の施設」では、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念」の理解が、それぞれ高い傾向が見られた。逆に「下剤使用率 0.70 以上の施設」においては、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者の理念」の理解が、それぞれ低い傾向が見られた。

問18. 入浴ケアについてお聞きします。入浴回数は、週何回ですか。該当する数字に○をつけてください。

1. 2回
2. 希望する回数（何回でも可能）

<回答>

問18では、施設における入浴回数について見た。

入浴回数

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	2回	23	92.0	92.0	92.0
	希望する回数	2	8.0	8.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-33 入浴回数

「週に2回の施設」が23施設であった。希望する回数入浴できる施設は、2施設であった。内訳は、ユニット型が2施設であった。

問19. 入浴ケアの方法についてお聞きします。入浴ケアを行う職員は、誘導する係、着脱を担当する係、風呂場で介助する係の役割分担する形態をとっていますか。それとも同一の職員が、一連の介助を行うようになっていますか。

1. 役割分担して行っている。
2. 一連の介助を同一の職員が行っている。

<回答>

問19では、施設における入浴介助方法について見た。

入浴介助方法

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	役割分担して行っている	10	40.0	40.0	40.0
	一連の介助を同一の職員が行っている	15	60.0	60.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-34 入浴介助方法

施設形態 と 入浴介助方法 のクロス表

度数

		入浴介助方法		合計
		役割分担して行っている	一連の介助を同一の職員が行っている	
施設形態	従来型	8	2	10
	ユニット型	0	11	11
	併設型	2	2	4
合計		10	15	25

表3-35 施設形態と入浴介助方法のクロス表

「役割分担方法（流れ作業的入浴方法）」で入浴介助を行う施設は、10 施設であった。内訳は、従来型 8 施設、併設型 2 施設であった。

「一連の介助を同一職員が行う方法」で入浴介助を行う施設は、15 施設であった。内訳は、従来型 1 施設、ユニット型 12 施設、併設型 2 施設であった。

問20. 食事のケアについてお聞きします。利用者の食事形態は、嚥下状態によって介護食、高齢者ソフト食等の特別な食事が提供されていますか。あるいは刻み食、ミキサー食などの細かく粉砕する方法を用いて提供されていますか。

1. 介護食、高齢者ソフト食等を提供している。
2. 粉砕した食事(刻み食、ミキサー食等)を提供している。

<回答>

問20では、施設における食事形態を見た。

食事形態

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	介護食、高齢者ソフト食等を提供している	10	40.0	40.0	40.0
	粉砕した食事(刻み食、ミキサー食等)を提供している	15	60.0	60.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-36 食事形態

「介護食、高齢者ソフト食等を提供している」と回答した施設は 10 であり、「粉砕した食事(刻み食、ミキサー食等)を提供している」と回答した施設は 15 であった。

問21. 食事の準備や片付けについてお聞きします。調理等の食事の準備や皿洗いなどの片付けが出来る利用者と一緒に、準備や片付けを行っていますか。

1. フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを、利用者と一緒にやっている。
2. フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを行うが、介護職員のみで行っている。
3. フロアでは、調理等の準備や皿洗いなどの片付けを行っていない。

<回答>

問21は、施設における食事の準備等について見た。

#### 食事の準備

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを利用者と一緒に行っている	11	44.0	44.0	44.0
	フロアで調理や皿洗いなどを介護職員のみで行っている	5	20.0	20.0	64.0
	フロアでは調理や皿洗いなどの片付けを行っていない	9	36.0	36.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-37 食事の準備等

#### 施設形態 と 食事の準備 のクロス表

度数

		食事の準備			合計
		フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを利用者と一緒に行っている	フロアで調理や皿洗いなどを介護職員のみで行っている	フロアでは調理や皿洗いなどの片付けを行っていない	
施設形態	従来型	3	0	7	10
	ユニット型	6	4	1	11
	併設型	2	1	1	4
合計		11	5	9	25

表3-38 施設形態と食事の準備等のクロス表

「利用者と一緒に行っている」と回答したのは11施設であった。内訳は、従来型2施設、ユニット型7施設、併設型2施設であった。

「介護職員のみで行っている」と回答したのは、5施設であった。内訳は、ユニット型4施設、併設型1施設であった。

「フロアでは調理等を行っていない」と回答したのは、9施設であった。内訳は、すべて従来型であった。

問22. 水分補給の状態についてお聞きします。一日に目標とされる水分摂取量が定められていますか。

1. 定められている。→ 一日に、約 \_\_\_\_\_ ml
2. 特に定められていない。

<回答>

問22では、施設における水分補給の状態について見た。

#### 水分摂取

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	定められている	15	60.0	62.5	62.5
	特に定められていない	9	36.0	37.5	100.0
	合計	24	96.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	4.0		
合計		25	100.0		

表3-39 水分摂取

#### 水分摂取量

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1000.00	8	32.0	50.0	50.0
	1200.00	4	16.0	25.0	75.0
	1500.00	4	16.0	25.0	100.0
	合計	16	64.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	9	36.0		
合計		25	100.0		

表3-40 水分摂取量

#### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
水分摂取量	16	1000.00	1500.00	1175.0000	211.34490
有効なケースの数 (リストごと)	16				

表3-41 水分摂取量(平均値・標準偏差)

水分摂取量を「定めている施設」は、15 施設であった。

水分摂取量を「特に定めていない施設」は、9 施設であった。欠損値 1。

問23. 水分補給は、利用者が飲みたい物を選べるように配慮されていますか。

1. 温かい飲み物と、冷たい飲み物から選べるようにしている。
2. 冷たい飲み物で、複数種類の中から選べるようにしている。
3. 飲み物の選択はなく、職員が用意したものを飲んでもらっている。
4. その他 ( )

<回答>

問23では、施設で提供している飲み物の種類について見た。

飲み物の種類

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	温かい飲み物と冷たい飲み物から選べるようにしている	23	92.0	92.0	92.0
	冷たい飲み物で複数種類から選べるようにしている	1	4.0	4.0	96.0
	その他	1	4.0	4.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-42 飲み物の種類

「温かい飲み物と、冷たい飲み物から選べる施設」は、23 施設であった。

「冷たい飲み物で、複数種類から選べる施設」は、1 施設であった。

その他として、「利用者ごとに決める」施設が、1 施設であった。

問24. 日中の活動についてお聞きします。利用者が日中、好きな活動に参加できるようなプログラムが用意されていますか。

1. 定期的にクラブ活動（書道クラブ、体操クラブ等）が提供されている。
2. 職員に時間がある時に、レクリエーションなどを提供している。
3. 利用者個々の自主性に任せている。施設では特にプログラムを用意していない。
4. その他（ ）

<回答>

問24では、施設における日中の活動について見た。

日中の活動

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	定期的なクラブ活動（書道クラブ、体操クラブ等）が提供されている	6	24.0	24.0	24.0
	職員に時間がある時に、レクリエーションなどを提供している	13	52.0	52.0	76.0
	利用者の自主性に任せている。施設では特にプログラムを用意していない。	3	12.0	12.0	88.0
	その他	3	12.0	12.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-43 日中の活動

「定期的にクラブ活動（書道クラブ、体操クラブ等）が提供されている」と回答した施設は、6施設であった。

「職員に時間がある時に、レクリエーションなどを提供している」と回答した施設は、13施設であった。

「利用者の自主性に任せている。施設では特にプログラムを用意していない」と回答した施設は、3施設であった。

「その他」と答えた施設は、3施設であった。

その他の具体的記述は、下記の回答であった。

- ・ 集合行事、個別行事を企画している。
- ・ 状況に応じて行っている。
- ・ 記述なし



問25. 外出頻度についてお聞きします。施設外へ出かける頻度はどの程度ですか。

1. 定期的に買い物や、食事会等に外出している。
2. 利用者が希望する場合、利用者の家族とともに外出してもらっている。
3. ほとんど外出する機会はない。
4. その他 ( )

<回答>

問25では、施設における外出の頻度について見た。

外出頻度

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	定期的に買物や、食事会等に外出している	7	28.0	28.0	28.0
	利用者が希望する場合、利用者の家族とともに外出してもらっている	9	36.0	36.0	64.0
	ほとんど外出する機会はない	4	16.0	16.0	80.0
	その他	5	20.0	20.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-44 外出頻度

「定期的に買物や、食事会等に外出している」と回答した施設は、7施設であった。

「利用者が希望する場合、利用者の家族とともに外出してもらっている」と回答した施設は、9施設であった。

「ほとんど外出する機会はない」と回答した施設は、4施設であった。

「その他」と回答した施設は、5施設であった。

その他の具体的記述として、下記の回答があった。

- ・行事や希望がある時に、不定期で外出している。
- ・利用者一人ごとに1年に1回、希望する場所に個別外出している。
- ・ニーズに沿って実施している。
- ・利用者が希望する場合、可能な範囲で出かけている。
- ・誕生日や利用者の希望に合わせて、家族の都合も調整した上で外出している。

問26. 身体拘束の状況についてお聞きします。身体拘束に該当する次の11項目のうち、行っているものはありますか。身体拘束とは、四角の枠内に記述した事項を指します。

1. 対応しきれない場合に限り、検討した上で実施している。
2. 常時、身体拘束に該当する利用者がいる。→ \_\_\_\_\_人  
(身体拘束の何番に該当するか: \_\_\_\_\_)
3. 身体拘束は、行っていない。

- ① 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（ベッドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等の管を抜かないように、四肢等をひもなどで縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等の管を抜いたり、皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
- ⑥ 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着させる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

<回答>

問26では、施設における身体拘束の状況について見た。

身体拘束の状況

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	常時、身体拘束に該当する利用者がいる	5	20.0	20.0	20.0
	身体拘束を行っていない	20	80.0	80.0	100.0
	合計	25	100.0	100.0	

表3-45 身体拘束の状況

「身体拘束を行っていない」のは、20施設であった。

「身体拘束を行っている」のは、5施設であった。

行われている身体拘束の種類：③4施設、⑤1施設、⑥1施設、⑧1施設であった。

表 3-46 <アンケート集計結果一覧表 問1~問10>

	問 1-1	問 1-2	問 1-3	問 1-4	問 1-5	問 2	問 3	問 4	問 5	問 6	問 7	問 8	問 9	問 10
No1	1	100	54	0.54	0.74	1	0.22	4	3	3	1	2	0.55	1
No2	2	20	16	0.8	0.62	2	0.4	3	2	2	1	2	0.68	1
No3	2	80	40	0.5	0.8	2	0.3	3	2	2	2	2	0.65	3
No4	3	220	90	0.41	0.76	2	0.3	4	2	2	1	2	0.66	2
No5	2	30	15	0.5	1.0	1	0.2	3	3	3	1	1	0.33	1
No6	3	119	65	0.54	0.83	1	0.2	3	2	2	1	2	0.44	2
No7	1	100	32	0.32	0.68	1	0.14	4	3	3	2	1	0.59	4
No8	1	120	48	0.4	0.91	1	0.16	3	3	3	2	2	0.37	3
No9	2	90	53	0.58	0.62	2	0.3	4	4	3	1	2	0.52	3
No10	1	100	35	0.35	0.88	1	0.1	2	2	2	1	1	0.82	1
No11	2	100	42	0.42	0.95	1	0.1	5	2	3	2	2	0.33	1
No12	1	102	34	0.33	0.73	1	0.13	1	2	2	1	1	0.67	2
No13	3	80	39	0.48	0.76	1	0.22	2	2	2	1	3	0.61	1
No14	2	90	43	0.47	0.9	1	0.15	3	4	4	3	2	0.48	4
No15	1	90	43	0.47	0.62	1	0.15	3	4	3	2	2	0.44	4
No16	1	100	44	0.44	0.86	1	0.1	3	2	2	1	2	0.09	1
No17	2	80	39	0.48	0.82	1	0.1	1	1	1	※	2	0.53	1
No18	2	100	45	0.45	0.88	1	0.15	3	3	3	3	2	0.44	3
No19	2	80	37	0.46	0.86	1	0.15	3	3	3	2	2	0.67	2
No20	2	160	80	0.5	0.95	1	0.2	4	4	3	3	2	0.33	4
No21	2	54	36	0.66	0.75	2	0.27	4	4	3	1	2	0.33	2
No22	1	58	25	0.43	0.88	1	0.17	5	4	4	3	3	0.48	1
No23	2	90	49	0.54	0.79	2	0.25	2	3	3	2	2	0.53	1
No24	1	42	27	0.64	0.62	1	0.19	2	3	3	1	1	0.52	1
No25	3	140	53	0.37	0.98	1	0.1	2	2	2	3	2	0.42	1

表 3-47 <アンケート集計結果一覧表 問 11~問 22>

	問 11	問 12	問 13	問 14	問 15	問 16-1	問 16-2	問 17	問 18	問 19	問 20	問 21	問 22
No1	3.6	3	2	2	2	0.18	0.33	0.30	1	2	2	3	2
No2	3.45	3	2	1	2	0.10	0.20	0.10	1	2	2	1	1
No3	3.71	2	2	1	2	0.22	0.55	0.18	1	2	2	1	2
No4	3.91	2	2	2	2	0.36	0.52	0.77	1	1	2	3	2
No5	3.30	3	1	2	2	1.0	1.0	0.17	2	2	1	3	2
No6	3.40	2	1	1	2	※	※	※	1	2	2	1	1
No7	3.75	2	3	1	2	0.18	0.26	※	1	1	2	3	2
No8	3.76	2	3	1	2	0.30	0.55	※	1	1	1	3	1
No9	3.33	4	1	1	1	0.42	0.75	0.51	1	2	1	1	1
No10	※	2	1	1	2	0.39	0.45	0.80	1	1	1	1	1
No11	3.55	3	1	1	1	0.0	0.01	0.44	1	2	1	1	2
No12	3.81	2	2	1	2	0.59	0.89	0.91	1	1	2	3	2
No13	3.36	3	2	2	2	0.0	0.18	0.75	1	1	2	2	1
No14	4.17	3	3	1	2	0.54	0.80	0.77	1	2	2	2	1
No15	3.78	2	3	1	2	0.37	0.42	0.77	1	1	2	3	1
No16	3.75	1	1	1	2	0.0	0.90	0.60	1	1	2	1	1
No17	3.68	1	※	1	2	0.0	0.93	0.33	2	2	1	1	1
No18	3.40	4	1	1	2	0.83	0.88	0.62	1	2	1	1	2
No19	3.97	2	1	1	1	0.65	0.78	0.72	1	2	1	2	1
No20	3.50	3	2	1	2	0.17	0.47	0.65	1	2	1	2	1
No21	3.57	3	2	3	2	0.11	0.22	1.0	1	2	2	1	1
No22	3.63	5	1	3	1	0.08	0.22	0.86	1	1	2	3	2
No23	3.59	3	3	2	2	0.12	0.25	0.51	1	2	2	2	1
No24	3.57	2	3	2	2	0.0	0.32	0.10	1	1	2	3	1
No25	3.44	2	3	1	1	※	※	※	1	2	1	1	※

表 3-48 <アンケート集計結果一覧表 問 23～問 26>

	問23	問 24	問 25	問 26-1	問 26-2
No1	1	2	1	3	
No2	1	2	4	3	
No3	1	1	1	3	
No4	1	2	2	3	
No5	1	2	3	2	5
No6	1	2	2	3	
No7	1	1	4	3	
No8	1	2	2	3	
No9	1	1	1	3	
No10	2	2	1	2	3
No11	1	4	4	3	
No12	4	1	1	3	
No13	1	2	2	3	
No14	1	2	2	3	
No15	1	3	3	3	
No16	1	1	1	3	
No17	1	4	4	3	
No18	1	4	4	3	
No19	1	2	2	3	
No20	1	1	1	2	3, 6, 8
No21	1	3	3	3	
No22	1	3	3	2	3
No23	1	2	2	2	3
No24	1	2	2	3	
No25	1	2	2	3	

## ＜アンケート調査＞の質的分析

施設を No1 から No25 までコード化し、表 3-46、表 3-47、表 3-48 のアンケート結果一覧表を参照し、質的に分析を行うと No2 は、日中のスタッフ配置率が 0.4 と他の施設に比べ、高く配置されており、尚且つ「自立支援の状態」「利用者中心の理念の実現状態」が良い状態となっている。また日中のオムツ使用率は 0.10 で夜間のオムツ使用率も 0.20 であり、他の施設に比べ低い数値となっている。下剤使用率も 0.10 と低くなっている。この施設はユニット型であり、食事の準備は利用者と共に行っている。クラブ等が定期的に関われ、外出も定期的に行えていることが分かる。理念に従った望ましい介護福祉サービスが提供されていることが分かる。

一方、No9 は、日中のスタッフ配置率は 0.3 と他の施設に比べ高く配置されているものの、「利用者中心の理念」「自立支援の状態」等が悪く、ケアプランをほとんど意識していない状態にあるという。日中のオムツ使用率は 0.42 であり、夜間のオムツ使用率は 0.75 となっており他の施設に比べ高い数値になっている。下剤使用率も 0.51 と高い数値となっている。スタッフの配置を厚くすれば自動的に介護福祉サービスの質が向上するわけではないことが示されていると言えよう。

No17 は、日中のスタッフ配置率が 0.1 と低い水準になっているが、「施設の基本理念」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の実現状態」が高く、日中のオムツ使用率は 0 となっている。ただし夜間のオムツ使用率は 0.93 であり、これは利用者の必要性から生じた状態ではなく、夜間はオムツを使用するという施設の方針から来るものであろう。

No13 は、日中のスタッフ配置率は 0.22 であり、「施設の基本理念」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の実現状態」が高く、「介護福祉職の仕事の理解」も良いように見えるが、実際の生活支援の中では、ユニット内で食事の準備等を行う際に、介護職員だけで行っていることが分かる。「介護福祉の理念」として自立支援を頭では理解しているようでありながら、実践レベルでは利用者の力を活かした支援にはなっていないようである。No13 は「理念レベル」と「実践レベル」が解離している状況にあると言えよう。

No20 は、日中のスタッフ配置率は 0.2 であり、「施設の基本理念」「自立支援の状態」の悪く、「介護福祉職の仕事の理解」も悪い状態である。ユニット内で食事の準備等を行うが介護職員だけで行っている。また「ベッド柵で囲む」「車椅子から落ちないように Y 字帯等を使用する」「つなぎ服を使用する」という身体拘束も行っている。日中のスタッフ配置率が 0.2 ということは、利用者 10 人につきスタッフ 2 人が配置されていることであるが、スタッフ配置率 0.1 で利用者 10 人につきスタッフ 1 人しか配置されていない施設よりも、介護福祉サービスの質は低い状態にあると言えよう。

## 5-10)アンケート調査の総括

25 施設からのアンケート結果であり、更にその中で施設形態ごとに区分して比較分析した為に、統計的に十分な有意差を確認できるレベルにまでは検証できなかった。それが本調査の限界である。しかし、統計的な有意差を確認することは出来なかったが、それぞれの傾向は確認することが出来た。まず、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の理解」等の介護福祉の理念に関わる質問項目は、同じ施設では「高い」か「低い」かどちらかに偏る傾向が見られた。つまり「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の理解」は相関関係が認められた。これは、施設形態ごとの偏りは無く、「基本理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の理解」が高い群には、従来型、ユニット型、併設型のそれぞれが含まれていた。

「日中の介護職員配置率」やユニット型特別養護老人ホームであること、つまり台所を持つことなどは、「ケア提供システム」に関わるが、これと「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤使用率」は、関連が認められなかった。日中の介護職員配置率が、最小値の 0.10 であるにも関わらず、排泄ケアの方法として「随時の誘導」を行っている施設も見られる一方、0.20 以上であっても「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤使用率」の違いは見られなかった。「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤使用率」と関連が認められたのは、「基本理念の理解」「自立支援の状態」「利用者中心の理念の理解」「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解の項目であった。「介護福祉の理念」が理解されており、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が為されている場合は、「日中のオムツ使用率」「夜間のオムツ使用率」「下剤使用率」が低い傾向にあった。「日中の介護職員配置率」よりも「介護福祉の理念」や「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解の項目の方が、「具体的な生活支援の方法」に影響を及ぼすことが確認された。ユニット型であり、台所があり、日中の介護職員配置率が 0.20 以上であっても、利用者と共に食事等の準備を行わず、介護職員だけで準備を行う施設が複数見られた。これは「介護福祉の理念」や「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が為されていない時には、介護職員の人数によらず自立支援を指向した生活支援は為されないということを示していると言えよう。また「自立支援の状態」は理解されているものとされながら、利用者と一緒に食事の準備を行っていなかったり、排泄ケアの方法が随時の誘導ではなく、定時のオムツ交換である施設も複数見られる。これは、「介護福祉の理念」を理解しているつもりになっていても、それと「具体的な生活支援方法」とが繋がっていない時には、理念から解離した生活支援方法に陥っていることに、現場の介護福祉職は無自覚であるものと考えられる。「介護福祉の理念」レベルだけではなく、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解や「具体的な生活支援方法」にも目を向け、それと理念を統合して行く必要があるものと思われる。また「ケアプラン」や「カンファレンス」などの「ケア提供システム」を確立し、それを通して統一した生活支援方法を具

現化していく必要がある。これが連動していない時には、「介護福祉の理念」が理解出来ていないとされても、実際の具体的な生活支援方法は定時のオムツ交換や、介護職員だけで食事の準備をするなどの状況になっていた。

## (6) 総括

調査1では、A 老人保健施設、B ユニット型特別養護老人ホーム、C 認知症対応型グループホーム、D 認知症対応型デイサービスでそれぞれ2回の認知症ケアマッピングによる評価を受けて、介護福祉サービスの質を改善して行く過程を、ケア提供システムの種別による改善のプロセスの相違を比較分析した。それぞれ1回目の認知症ケアマッピングにおいて抽出された課題を改善していくことが出来ていたが、それは主に一人ひとりの介護職員が、自分が提供する具体的な生活支援方法をより適切な方法を用いるなど、一人の努力により改善出来る内容であった。またA 老人保健施設では、テレビの音を消し、フロアを静かにするなどの比較的容易に出来る環境改善も出来ており、効果をあげていた。A 老人保健施設では、食事、排泄等のチェック表を活用することにより、同じ利用者に重複して身体介護を行う無駄を無くすことが出来ていた。またD 認知症対応型デイサービスでは、介護職員が集団援助技術を活用し、利用者同士の席を近づけるなどのテーブル使用法を工夫することにより、利用者同士の交流が増えたことが確認された。しかし、A 老人保健施設では、狭いフロアで30名の利用者が食事をする為、テーブルとテーブルの間が狭く、利用者自身が自分の力を用いて、移動することが出来ない為、毎回、食事の度に食事の前後に30分かけて職員が移動介助を行っていた。これは、フロアでの食事の仕方を大きく変更しない限り、変わらないことであり、ケア提供システムから起こる制約であった。2回目の認知症ケアマッピングにおいてもこの点は変更されておらず、食事の前後に30分かけて介護職員が移動介助を行っていた。そしてこれは利用者の自立支援に反する支援の在り方を継続することを意味していた。ケア提供システムからの制約がとても大きい、それと同様に、利用者中心の理念や自立支援といった介護福祉の理念が、十分に理解されておらず、介護福祉の理念が具体的な生活支援方法と結びついていないことを表していると言えよう。同様に、D 認知症対応型デイサービスは、小規模であり、6人の利用者に対し4人の介護職員が配置されているという恵まれた条件でありながら、一日のプログラムを柔軟に組み替え、対応することが出来ないことが観察されている。この介護職員の配置率については、調査2で日中の介護職員の配置率の高さが、必ずしも、「具体的な生活支援方法」をより良いものにしていないという結果にも表れている。日中の介護職員の配置率が、0.10という最小値の施設で排泄ケアの方法として、随時のトイレ誘導を行っている一方、倍の人数である0.20以上の配置率であっても排泄ケアの方法として定時のオムツ交換を行っている施設が見られた。介護現場では、十分な介護福祉サービスを提供出来ない理由として、「人手不足」をあげるが、D 認知症対応型デイサービスの例では、介護職員の配置率が高くて



も、その介護職員が十分に介護福祉の理念を理解し、自立支援に基づいた「具体的な生活支援方法」を行うよう努めない限り、介護福祉サービスは著しく変化しないことが明らかとなっている。同様に、日中の介護職員の配置率が高い施設であっても、排泄ケアの方法を定時のオムツ交換で行っていると、その定時のオムツ交換というスケジュールに追われ、逆説的に介護現場はとて忙しくなっていき、人手が足りないから忙しいかのように捉えられていく。利用者個々の個別性に最も反する定時のオムツ交換という「具体的な生活支援方法」の為に、時間に追われ介護現場は非常に忙しくなり、余計、一人ひとりの利用者の個別理解が出来なくなっていく。そして介護職員は忙しさから、状況を柔軟に捉え直すことが出来ず、毎日の定時のオムツ交換という生活支援方法に縛られていくこととなる。負のスパイラルから抜け出すことが出来ず、自分たちばかりが忙しいと被害者意識を持つようになる介護職員も見られる。ここで、最も欠けているのは、やはり「介護福祉の理念」なのであろう。Bユニット型特別養護老人ホームでも、ユニット型という環境の利点を持ちながらも、利用者と共に食事の準備や片付けを行うなどの自立支援は行われていなかった。逆に、個室がある為に、居室に戻り、日中に長時間寝たままでいる利用者に対し自分たちは「自己決定の尊重」をしていると理解していた。ケア提供システムからの制約があるのは確かであるが、幾ら「ケア提供システム」が恵まれていても、何を実現するのかという「介護福祉の理念」が欠けている時には、環境等の「ケア提供システム」を十分に活用することはない。C認知症対応型グループホームが、最も介護福祉サービスの質を著しく向上させることが出来たのは、当初は「介護福祉の理念」も「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解も為されていなかったが、利用者中心の「介護福祉の理念」を受け容れ、「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の捉え方を大きく変更していった点にあると言えよう。当初、自分たちで食事作りをしていたのに対し、2回目には利用者が中心となり食事作りを行い、介護職員はそれを支援するという立ち位置に変更されていた。また台所だけではなく、裏庭も活用し芋掘りを行い、利用者同士交流を深めることも出来ていた。これは恵まれた環境という「ケア提供システム」を持っていることだけによらず、それを十分に活用できる介護職員一人ひとりの「介護福祉の理念」と、「専門的生活支援者」としての介護福祉職としての仕事の捉え方が確立されたことによる。調査2でも、日中の介護職員の配置率や施設形態の種別よりも、「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」等がより大きく、「具体的な生活支援方法」の在り方に影響していることが明らかとされた。ただし、「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」が為されているつもりになっけていても、実際には利用者と一緒に食事の準備等を行うなどの自立支援を行っていなかったり、排泄ケアの方法を定時のオムツ交換を用いている施設も見られたことから、「介護福祉の理念」を、より「具体的な生活支援方法」に直接結びつけて理解を進めて行かなければ、介護福祉サービスの質は改善されていなかであろう。介護福祉の理念が中核となり、ここから「専門的生活支援者」としての介護福祉

職の仕事の理解に繋げ、そして「介護福祉の理念」を実現しやすい「ケア提供システム」を整えて行くことにより、「具体的な生活支援方法」はより質の高いものに改善されていくであろう。

## 第5章 考察

### (1)介護福祉サービスの質の改善に関する先行研究と本研究の相違点

介護福祉サービスの質の改善に関する先行研究には大きく分けると5類型ある。一つが医療の質の研究手法を介護福祉サービスに当てはめようとする研究で、Donabedianモデルを介護福祉サービスに適用する試みが見られる<sup>82)</sup>。二つ目が、介護福祉サービスの質の保証をするための外部評価機構やオンブズマン制度等の在り方に関する研究である<sup>83)</sup>。これは苦情を解決する機構を整えることにより、介護福祉サービスの質を保証しようとする考え方であって、介護福祉サービスの質そのものを定義することはしていない<sup>84)</sup>。三つ目が、本来、あってはならない事故を起こさないようにするのが、介護福祉サービスの質の保証をするという介護事故予防に関連する研究である<sup>85)</sup>。社団法人日本介護福祉士会も、この介護事故等に関する実態把握と分析に関する研究手法を取り入れている<sup>86)</sup>。これは最悪の事態を避けるという発想であろうが、介護事故が無いことが必ずしも、介護福祉サービスの質が高いものであることを保証はしていない。四つ目が、人員配置や運営基準等に照らし合わせ、介護福祉サービス提供の在り方を見て行く研究である<sup>87)</sup>。この手法では、主にケア提供システムに着目し、その構造を分析する<sup>88)</sup>。しかし、この研究ではケア提供システムが、必ずしも具体的な生活支援方法に繋がっているか、あるいは利用者の生活の質が向上しているかが明らかにされない。サービス提供のための最低基準を保障するという観点に立つ研究で、監査の視点に通じるものである。五つ目が、認知症ケアマッピングやERICを活用した観察式評価法である。これは利用者の生活の様子や表情を観察することによって、利用者の生活の質を測ろうとするものである。この研究は、介護福祉サービスの結果である生活の質を測定することは出来るが、評価者の視点によってはせいぜい利用者に直接関わる介護者の関わり技法との関連で利用者の生活の質を捉える程度に留まることがある。これをケア提供システムにまで結びつけて分析して行く枠組みを、Brooker, D. が提示しているが<sup>89)</sup>、国内の認知症ケアマッピングを活用した研究の多くは、利用者の生活の質とそこに直接関わった介護者の支援や姿勢の在り方に、留まっている。これまでの認知症ケアマッピングやERICを活用した研究では、ケア提供システムに結び付け、分析して行く視点は十分あったとは言えない。本研究は、この五つ目の研究手法に立ちながら、ケア提供システムにも関連付けて行く視点を取り入れることを試みたものである。本研究では、そこから介護福祉サービスの質を規定する構成要素の関連性と構造を明らかにすることを目的とした。

本研究の位置づけを明らかにするために一つ目の研究手法である Donabedian モデルの分析枠組みと対比させて考察する。

Donabedian モデルとは、医療の質の定義と評価方法を Donabedian, A が、「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」の三つの構成要素にまとめ、分析す

るための枠組みを示したものである<sup>90)</sup>。聖路加国際病院では、この Donabedian モデルに当てはめ、「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」に該当する様々な指標を Quality Indicator として測り、医療の質を向上させようとしている<sup>91)</sup>。看護では、早くからこの Donabedian モデルが取り入れられ、看護研究のための枠組みとして、また看護管理のための枠組みとして活用されてきた<sup>92)</sup>。その Donabedian モデルが介護福祉サービスにも取り入れられつつある。介護保険制度における要介護認定の仕組みを創り上げた筒井孝子らは、この Donabedian モデルを活用し、介護福祉サービスの評価法を構築しようと試みている<sup>93)</sup>。内閣府を中心に、介護プロフェッショナルキャリア段位制度が構築されようとしているが、これは介護職のキャリアを7段で示し、その違いを介護技術に着目したものである。筒井は、生活支援技術の可視化を目指したと述べている。この生活支援技術は、Donabedian モデルでいうと「過程 (Process)」に該当する。これまでの介護福祉研究の類型を、この Donabedian モデルに当てはめ分析すると、二つ目の外部評価機構やオンブズマン制度に関する研究は、そもそもサービスの質の最低限を保証するためのものであり、Donabedian モデルの「構造 (Structure)」を外から保障する仕組みを研究するものであると言えよう<sup>94)</sup>。三つ目の介護事故予防に関連する研究は、あってはならない「結果 (Outcome)」に着目し、そこから「構造 (Structure)」と「過程 (Process)」を点検するものである。しかし、先ほども述べたがこの研究の視点では、質の高い「結果 (Outcome)」を生み出すことに繋がるとは限らない。四つ目が、人員配置や運営基準等に照らし合わせ、介護福祉サービス提供の在り方を見て行く研究は、Donabedian モデルでは、「構造 (Structure)」に焦点を当てた研究であると言えよう。この研究の限界は、「構造 (Structure)」を保証すれば、自動的に「過程 (Process)」の質も高まるとは限らない点にあると言える。そして、さらに「結果 (Outcome)」の質を高める保証は無いと言えよう。毎年、監査を受けても著しく介護福祉サービスの質が改善しないのは、この「構造 (Structure)」に着目した評価であることに原因があろう。同様に、第三者評価の視点も、この「構造 (Structure)」に着目したものである<sup>95)</sup>。グループホームの第三者評価などでは、「構造 (Structure)」のみならず「過程 (Process)」にも着目しているが、「結果 (Outcome)」までをも十分に含むものではない<sup>96)</sup>。

それでは、直接、Donabedian モデルを介護福祉サービスの質の評価に取り入れた研究は、成果をあげているだろうか。残念ながら、今のところ十分な成果をあげていないと言えまい。伊藤美智子は、要介護認定データの「要介護維持改善率」「寝たきり度維持改善率」「認知症維持改善率」「拘束部位の維持減少率」「歩行維持改善率」「移乗維持改善率」「食事摂取維持改善率」「排尿・排便維持改善率」「認知症問題行動の維持減少率」「褥瘡2時点でなしの割合」という11指標群を用いた施設ケアの結果 (Outcome) 評価を試みるが、これは医療の質を測定するには良いだろうが、介護福祉サービスの質を測定する視点としては妥当なものであるとは言えまい<sup>97)98)99)</sup>。介護福祉サービスの「結果 (Outcome)」には、「生活

の質」に関連する項目を見ていく必要がある。確かに、「生活の質」の可視化は容易ではないが、認知症ケアマッピングやERICは、観察式評価法として利用者の表情や言動から、その生活の質の状態を把握するのに有効であることは既に明らかにされている。この認知症ケアマッピングやERICを活用したり、さらに他の生活の質に関連する項目を取り入れて行かなければ、Donabedianモデルを介護福祉サービスの質を測定するツールとして活用して行くことは出来ないだろう。介護福祉サービスでは、「医療」「保健」とは求められる結果(Outcome)が異なるのである。

## (2) 介護福祉の理念の必要性

本研究では、第2章 文献プレビューにおいて「文献に基づく先行研究の整理と介護福祉実践に関わるキーワード等の概念分析」において、介護、介護福祉、ケア、生活機能等について見てきた。

介護の概念は、「特定の生活行為の補完」を意味する身体介護を中心とする生活支援の在り方から、現在では、利用者自身がセルフケアする力を高めたり、地域包括ケアの中で利用者同士の支え合う力を高めることも意味するようになってきている。ここでは、専門職が直接、利用者に対して生活支援を行うというだけではなく、支え合う力を高め合っていくことが求められていると言えよう。このような支援では、従来の介護福祉援助技術だけでは不十分であり、社会福祉援助技術の視点をも取り入れて行く必要がある<sup>100)</sup>。

介護は、家族が行う生活支援をも含む概念であるが、専門職が社会制度の中で行う生活支援は、介護福祉であると言えよう。一番ヶ瀬が指摘するように、介護福祉には「利用者の尊厳の保持」「自立支援」等の社会福祉の理念が不可欠である。生活支援という方法を通して、社会福祉の理念を実現することも目的とするのが、介護福祉である。その為、「社会福祉の理念」あるいは「介護福祉の理念」は不可欠なのである。

ケアには、Mayeroff, M. が指摘するように「思いやり」などの精神性が中核にあるという。またMayeroff, M. は、「ケアされる者の自己実現を達成する過程に関わりながら、ケアする者の自己実現も達成される時に、ケアは完成する」という。つまり、ケアはただ相手に関心を払ったり、世話をするというだけではなく、相手の自己実現を支援する過程に関わりながら、自らの自己実現をも達成させていくという視点が必要なのだという。本来、ケアが最も広義の概念であり、その一部として介護があり、さらに介護の一部として、専門職による介護福祉がある。ケアの一部であるからこそ、相手を思い遣る精神性が不可欠であるし、相手の自己実現のみならず、自分自身の自己実現も達成することが重要となるが、分業制の進展の中で確立していった専門職は、生き方そのものとしてのケア、あるいは介護福祉ではなく、職業として自分自身の生活時間の一部を介護福祉に充てているのかもしれない。その為、Mayeroff, M. が言うような思い遣りや自分自身の自己実現と言う部分が、抜け落ちて行ってしまったのではないだろうか。

### (3) 介護福祉サービスの可視化と介護福祉実践の改善

このような第2章を踏まえ、続いて第3章に進んだ。第3章 研究方法は「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践の改善」である。ここでは、介護福祉サービスを測定する観察式評価法が必要な理由を見た上で、認知症ケアマッピングを用いた特別養護老人ホームの介護福祉サービス改善の取り組みを見てきた。当初、幾つもの課題を抱えた特別養護老人ホームであったが、排泄ケア直後の便臭がする中でお茶を飲むことはおかしいなどと変えて行くべき点や、すぐに変えられる点から介護職員は手をつけて行った。また、認知症ケアマッピングを通して抽出された課題に対し、その解決法を手にするための具体的な研修も行われた。何を知りたいのか、何を学ぶべきかは介護職員との話し合いの中で決定して行った。2回目の認知症ケアマッピングでは、介護職員の取り組み成果が表れ、幾つもの改善が見られた。これが認知症ケアマッピングを通して介護福祉サービスが可視化され、成功体験を得ることで、介護職員は専門職としての遣り甲斐や成長を感じたようである。まさに自己実現を求め始めた瞬間であった。これ以降、介護職員は、認知症ケアマッピングの機会を、自分たちの「ハレ」の場と感じるようになっていった。日頃の成果を確認し、専門職としての成長を感じることが出来るようになっていった。

ここでは、介護職員はケアプランのPDCAサイクルと、認知症ケアマッピングで示されるPDCAサイクルを自らの頭で連動させ、考えて行くようになった。Donabedianモデルに当てはめると、ケアプランのPDCAサイクルは「過程 (Process)」に該当し、認知症ケアマッピングのPDCAサイクルは「結果 (Outcome)」に該当する。この「過程 (Process)」と「結果 (Outcome)」を連動させ、必要に応じ、見守り体制の強化のために机の配置位置の変更等、「構造 (Structure)」も変更させていった。介護福祉の理念は、Donabedianモデルに当てはめると「構造 (Structure)」に該当するが、回を増すごとに介護福祉の理念は確かなものになっていった。しかし、水分摂取量の増加や食事摂取量の増加等により、その後起きてくる可能性がある転倒リスクについては、実際に起こる前に説明されていても実感が持たず、腑に落ちていなかった。これは実際の骨折事故を体験し、見守りの必要性が意識化された。このようにケアプランのPDCAサイクルと認知症ケアマッピングのPDCAサイクルと言う二つのPDCAサイクルを連動させて回していけばすべてが上手く行くというわけではなく、介護職員が気づき、意識化され、変更して行くまでには時間がかかることもあった。その過程において他の介護職員と何度も話し合っていく過程で、学ぶ組織の風土は作られていった。そしてこれがMayeroff, M.のケアの本質である介護福祉サービスに関わる過程において、介護職員自身の自己実現が具現化されてくるものであった。そして介護福祉の理念もより確かなものになっていった。

### (4) 施設種別による介護福祉サービスの改善のプロセスの相違

このような第3章を踏まえ、次の第4章に進んだ。第4章 結果は「介護福祉サービスの質を規定する要因の関連性と構造の明確化」である。ここでは、二つの調査を行い、調査1としてA 老人保健施設、B ユニット型特別養護老人ホーム、C 認知症対応型グループホーム、D 認知症対応型デイサービスの四種類の異なるケア提供システムによる介護福祉サービスの質の改善のプロセスの相違を見て行った。介護福祉サービスの質を規定する要因としてまず初めに理念レベルと実践レベルという二つの次元に区分した。さらに理念レベルには「介護福祉の理念」「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解が含まれ、実践レベルには「ケア提供システム」「具体的な生活支援方法」が含まれ、四つの構成要因が示された。四種類の施設種別では、それぞれ1回目の認知症ケアマッピングで指摘された課題の中で、一人ひとりの介護職員が気をつければすぐに出来るところの改善は見られた。テレビの音をつけっ放しにしないことや、食事や排泄等のチェック表を活用することや、通りがかった時に利用者アイコンタクトを取るなどはすぐに出来ることであり、改善されていった。その結果、利用者の行動種類のうち、他者との言語的・非言語的交流が増えていった。また気分の状態もやや良好になっていった。しかし、A 老人保健施設では食事を取るフロアが狭く、そこで食事を取ることを変更しなかった為、2回目の認知症ケアマッピング観察時にも食事の前後の移動介助が確認された。これは一日に約1時間半行っている計算となる。これを毎日、行っているのである。それは同時に利用者の自立支援の理念に反するものであった。A 老人保健施設はフロア的环境という「ケア提供システム」の制約もあったが、「介護福祉の理念」が十分に確立されていないという課題を抱えていた。この「介護福祉の理念」が十分に確立されていない時には、著しい介護福祉サービスの質の改善は見られなかった。B ユニット型特別養護老人ホームは、ユニットという利点がありながらも、従来型の特別養護老人ホームに併設されたこともあり、定時のオムツ交換や厨房で食事を作るなどの従来型の集団的生活支援方法をそのまま導入していた。その為、利用者と共に食事の準備や片付けをすることは無かった。1回目の認知症ケアマッピングで指摘された午前中に一人しか介護職員がいない時間に、利用者に関わらず汚物処理などの作業的なことに時間を費やすのではなく、フロアで利用者に関わることを提案したら、2回目にはそれが実践されていた。その結果、フロアに居た利用者の状態は良好であった。ただし、2回目の認知症ケアマッピングでは体調不良等もあり、居室で過す利用者が多かった。また本人の希望ということで一日のほとんどの時間を居室で過される利用者もいるということであった。しかし、B ユニット型特別養護老人ホームでは、それを「本人の自己決定」の尊重と理解していた。その生活が続くことによる生じる弊害はあまり意識されていなかった。また「介護福祉の理念」は、曖昧に、そして自分たちに都合よく理解されていた。そのため、やはり著しく介護福祉サービスの質が改善することはなかった。

#### (5) 介護福祉の理念の欠如

D 認知症対応型デイサービスは、一日 5, 6 人の利用者に対し、4 人の介護職員が配置されているというとても恵まれた条件の中で介護福祉サービスを提供していた。介護職員の配置人数が多い為、個別に丁寧な関わり方が出来ていたが、大きなテーブルを 2 つ使っていて利用者同士の席がやや離れていることもあって、利用者同士の交流は見られなかった。また利用者の昼食後の介護職員の昼食時には、4 人の介護職員のうち 1 人を残して 3 人が一斉に休憩に入ってしまった。また残りの 1 人もその時間を記録に当てていた為、その時間に利用者は、受け身な状態でジッとしているか、居眠りを始めていた。そして午後になると午前中に入浴を済ませ、昼食も済んだので、用は済んだから家に帰りたという利用者が現れた。この施設に来ている目的を利用者と介護職員は共通認識していないので、午後には、その利用者はここに居る意味は無いと考えていたのである。一日のプログラムもその利用者は理解していない様子であった。そこで一日のプログラムを掲示することと、ここのサービスを利用する目的を利用者と確認することを提案したが、それらはどちらも為されなかった。テーブルの配置と介護職員が集団援助技術を使って複数の利用者と共に関わったらどうかという提案は受け容れられ、2 回目の認知症ケアマッピングではその点の改善が見られた。しかし、D 認知症対応型デイサービスは、高齢者複合施設の一環として運営されている為、すぐ横にある一般のデイサービスや特別養護老人ホームと同じように時間ごとに決められたタイムスケジュールで動くことに、介護職員は慣れていた。その為、喫茶店の話で盛り上がり、その瞬間にコーヒーを飲みたがっていた利用者に対し、コーヒーを提供することはせず、30 分後にお茶の時間になった時にコーヒーを提供したが、既に盛り上がることはなくなっていた。D 認知症対応型デイサービスは、小規模で介護職員の配置人数も厚いという利点がありながら、その恵まれたケア提供システムを活かすことが出来ずにいた。その為、2 回目の認知症ケアマッピングでも午後に帰りたくなる利用者は、再び、「家に帰る！」とやや興奮されていた。D 認知症対応型デイサービスでもやはり欠けていたのは、介護福祉の理念である。この理念が欠けていると、幾ら恵まれたケア提供システムであっても、それを十分に活かすことは出来なかった。

## (6) 介護福祉の理念の確立を経て、具体的な介護福祉サービスの改善へ

C 認知症対応型グループホームは、当初、認知症ケアは何をするべきかも分からず、認知症の人が繰り返し同じ訴えをすることをどのように理解し、対応すれば良いのかも分からずにいた。食事は介護職員 2 人で作り、掃除や洗濯は他のもう 1 人の介護職員が行っていた。C 認知症対応型グループホームは犬を飼っていたが、この犬に餌を遣り、散歩に連れて行くのも介護職員の仕事となっていた。その為、利用者は多くの時間を持て余し、全員で歌を歌ったり、お経を読んだりする時は、とても気分の良い状態が見られたが、他の時間には廊下と居室を行ったり来たりを繰り返す利用者も見られた。何も準備をすることもなく食事を頂くにはお金の支払いが必要と考えた利用者は、夕食前に「食券を無くして



しまったんだけど…」と心配そうに仰る方もいた。介護職員は丁寧に対応するが、自分たちがすべて食事作り、掃除、洗濯などを行うことで却って利用者の能力は奪われ、役割が無くなり、ここを自分の居場所だと思えずに、自宅に戻りたいという気持ちが強くなるという認知症の人の気持ちを理解はしていなかった。しかし、1回目の認知症ケアマッピングのフィードバックの後、介護職員は自分たちの仕事の本当の意味を考え直すべきだと考え、さらに介護職員の全体会議を開き、今後の方針について話し合ったと言う。そして今後は、介護職員だけで食事作りや洗濯、掃除等を行わないこととし、利用者に来るだけ行って貰い、それを介護職員は失敗しないように支援することとした。2回目の認知症ケアマッピングでは、介護職員の仕事の仕方が大きく変化していた。利用者の表情は生き活きとし、利用者同士の交流は著しく増加していた。また台所だけではなく、裏庭を使い畑づくりも行われるようになっていた。2回目の認知症ケアマッピングでは芋掘りが行われ、大変、盛り上がっていた。C 認知症対応型グループホームでは、当初は介護福祉の理念も専門的生活支援者としての介護福祉職の仕事の理解も為されていなかったが、認知症ケアマッピングのフィードバックの結果、自分たちの仕事の意味を考え直す機会となったという。そして、この仕事を通し、同じ地域社会に住む利用者が健やかに最後までその人らしく過されることを支援したいと願うようになったと言う。当初は、職員だけで使っていた台所も利用者の能力を発揮する場所と変わり、グループホームの周りの庭も利用者の散歩道になっていった。環境等のケア提供システムを有効に活用するようになっていった。このC 認知症対応型グループホームでも、Mayeroff, M. がいうケアを受ける者の自己実現を達成する過程に関わる中で、ケアする者の自己実現も達成されるという二つの自己実現がループを描き繋がっていった。その結果、C 認知症対応型グループホームは、介護職員にとっても掛け替えのない場所となっていった。Donabedian モデルの結果 (Outcome) には、利用者の生活の質のみならず、介護職員の生活の質と自己実現が含まれることが確認された。単なる職業として割り切って生活支援を行う者は、介護福祉の仕事に自己実現を求めないだろう。しかしながらそれでは、恵まれないケア提供システムであったとしてもそれをどのように変更して行くか、何をどのように変更できる可能性があるのかを探求し続けるまでには至らないであろう。介護福祉サービスが、介護職員の遣り甲斐、自己実現を達成するものに成り得るからこそ、介護福祉サービスの質は著しく変化もしていくのであった。C 認知症対応型グループホームでは、介護福祉サービスが介護職員にとっての遣り甲斐、自己実現を達成するための大切な仕事となり、その為、介護福祉の理念は確かなものになっていった。そしてその結果、専門的生活支援者としての介護福祉職の仕事の理解は徹底され、仕事の仕方が大きく変更されていった。C 認知症対応型グループホームは、元々、環境に恵まれていたがそれを利用者の能力を引き出す為に活用するようになっていった。小規模であるという利点、環境というケア提供システムに恵まれていると利点を活かし、具体的な生活援助方法は利用者の能力を活かし、それぞれの生活構成要素は関連性を見出され、

連続する生活の一連を支援するように変更されていった。四つの施設形態という違いがあるが、最も重要なのは介護福祉の理念がどの程度、確立されているかという点にあるものと思われる。その程度により、現状の課題をどの程度に改善して行く熱意や創意工夫が為されるかが変わってくるからである。D 認知症対応型デイサービスのように、幾ら厚い職員配置が為され、小規模単位で恵まれた環境を持っていても、介護職員が一番、大変な利用者を押し付けられているという否定的感情を抱き、被害者意識を抱えている時には、その恵まれた環境を十分に活かすことが出来ずにいた。この負のスパイラルから抜け出す為には、介護職員自身が自分たちの仕事の意味を見出し、仕事と自分たち自信を大切にすることから始めなければならないのだろう。その為には介護職員を支援する研修等のシステムも重要となる。

### (7) 介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因

このような調査1を踏まえ、次に特別養護老人ホームを対象に行ったアンケート調査である調査2に進んだ。調査2では58の特別養護老人ホームを対象にアンケート用紙を配布し、25のアンケート用紙を回収した。この25通を対象に分析を行った。25の施設は、従来型が10施設、ユニット型が11施設、従来型にユニット型が併設されたものを併設型とするが、これが4施設であった。アンケートでは、施設規模、日中の介護職員の配置率、基本理念の理解、自立支援の状態、利用者中心の理念の理解、介護職の仕事の理解、実際の具体的生活支援方法としての排泄ケア、食事の準備や片付けなどを利用者で行っているか、日中のオムツ使用率、夜間のオムツ使用率、下剤使用率、身体拘束の状況等を聞き、それらを単純集計並びに施設種類や介護福祉の理念の理解などとクロス集計し、分析を行った。その結果、台所などの環境があっても、介護福祉の理念や介護福祉職の仕事の理解が為されていない時には、介護職員だけで食事の準備や片付けを行っていた。また日中の介護職員の配置率の低い施設と高い施設を比較した結果、具体的な生活支援方法である排泄ケアや日中のオムツ使用率、夜間のオムツ使用率、下剤使用率等に、差異は見られなかった。これは日中の介護職員の比率を高めることには意味が無いということではなく、介護福祉の理念や介護福祉職の仕事の理解が為されていない時には、介護職員の配置率を高めても、具体的な生活支援方法が利用者の自立支援を実現するものやより適切な方法になっていく可能性は低いということを意味しているのであろう。介護福祉の理念や介護福祉職の仕事の理解が為されている介護職員の配置率が高まれば、より介護福祉サービスの質が高まっていくことは予測されよう。やはりここでも介護福祉の理念の理解がどの程度であるのが重要であることが明らかとされた。ただし、介護福祉の理念や自立支援を行っていると考えている施設においても、実際には排泄ケアの方法として定時のオムツ交換を行っていたり、台所があっても介護職員だけで食事作りや片付けを行う施設も見られた。そのことから、介護福祉の理念を具体的な生活支援方法に結び付け、どのような生活支援

方法がなぜ望ましいのかを考えさせる機会が無い限り、介護福祉の理念を理解したつもりになっているだけの可能性があることがうかがえた。その為、介護福祉の理念を、実際の生活支援場面に結び付け、思考する過程が重要となってくるのであろう。

### (8) 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造と改善の道筋

アンケート調査からも、介護福祉サービスの質を規定する四つの構成要因の関連性ならびに構造として、「介護福祉の理念」が中核的構成要因であり、そこから「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解と介護福祉の理念を具現化しやすいように「ケア提供システム」を変更して行くという過程を経て、実際の「具体的な生活支援方法」に結びついていくことが明らかとなった。

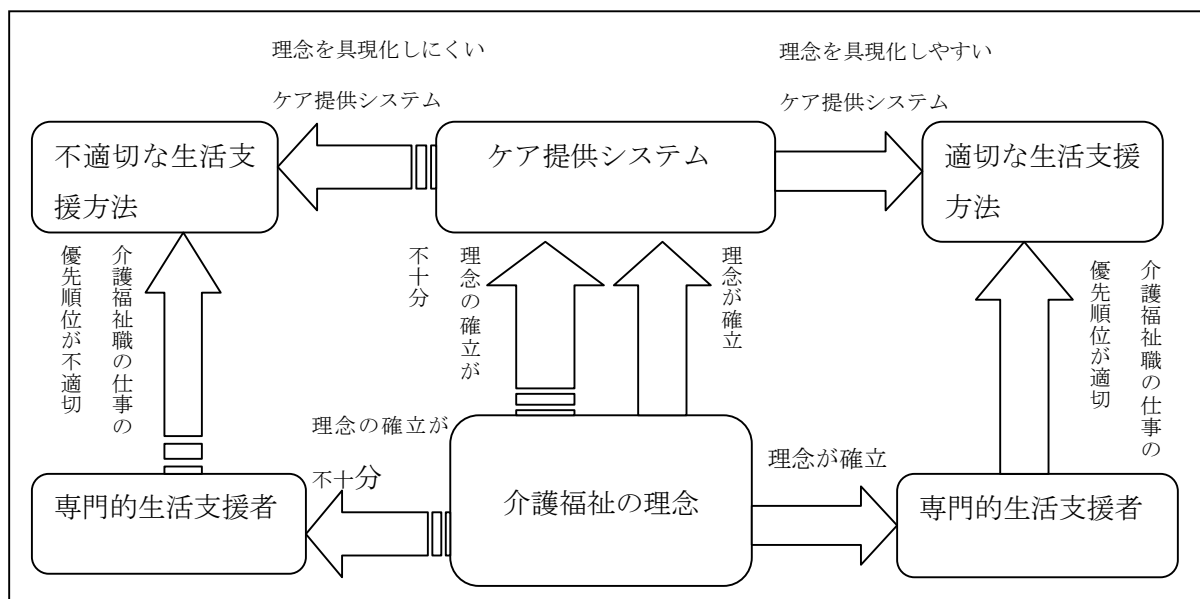


図 4 - 1 介護福祉サービスの質を規定する四つの要因の構造と改善の道筋

Donabedian モデルに当てはめると、「介護福祉の理念」と「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解と「ケア提供システム」が Donabedian モデルの「構造 (Structure)」に該当する。そして「具体的な生活支援方法」が Donabedian モデルの「過程 (Process)」に該当する。認知症ケアマッピングの結果や介護職員の遣り甲斐や QOL は、Donabedian モデルの「結果 (Outcome)」に該当する。この 3つの次元を介護職員自身が、自らの頭を使い連動させ介護福祉サービスを捉えて行かないと、介護福祉サービスの質は改善されていきにくいものと思われる。医療サービスの質の評価や看護評価では、それぞれの要素を別々の担当者が切り分けて分析しているが、介護福祉サービスでは生活単位であるユニットやフロアを一つの基軸とし、その構成単位に関わる「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」をその構成単位で働く介護職員が自ら分析していくことが必要であろう。その際に、認知症ケアマッピング等の可視化出来る手法を用い第三者が、

介護職員が状況を捉えやすいように支援する必要がある。また介護福祉サービスでは、「結果 (Outcome)」として生活の質に関連する要素を見て行く必要がある。またそこには介護職員の遣り甲斐や、介護職員の仕事を通じた生活の質も見て行く必要がある。これは Mayeroff, M. が指摘するように、「ケアされる者の自己実現を達成する過程に関わる中で、ケアする者の自己実現も達成された時、ケアは完成する」とされるからである。介護職員の自己実現を支援する為の研修等は、Donabedian モデルの「構造 (Structure)」に該当する。これらが一連の物として、有機的に連動し始めた時に、介護福祉サービスの質は改善の道を辿り始めるのであろう。

この道筋を理解し、実践に適応するならば介護福祉サービスの質を改善していくことが可能となろう。ここに本研究が介護福祉実践に貢献しうる臨床性がある。

本研究は、介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に至る過程を明らかにし、介護福祉サービスの質を規定する要因の構造を明らかにすることを目的して行ってきた。

その為、第2章 文献レビューにおいて介護福祉実践に関わる概念として「介護福祉」に対する概念定義を行った。本研究において介護福祉は、「利用者の自己実現という理念を、生活支援という方法を通し、具現化していくこと」とであると定義した。

それを踏まえて第3章 研究方法で「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践の改善」を見てきた。実際の特別養護老人ホームで介護福祉サービスの質を改善していった事例を通し、分析を試みた。ここでは、認知症ケアマッピングという手法を通し、介護福祉サービスが可視化されると、その評価を得ることにより、介護職員が自分たちの施設の状況や利用者の状態を把握することが出来、そこから介護福祉サービス改善の糸口が見つかることを実感して行くことが確認された。日々の介護福祉サービスを提供するに留まらず、仕事のやりがいを見出した時、介護職員は専門職として成長して行く努力を、自ら行うようになって行った。具体的な指針と方向性を見出せると、介護職員はその状況に対するコントロール可能感を高めて行った。この介護職員が前向きになっていく過程で、介護職員は外部からの評価である認知症ケアマッピングの結果を、主体的に活用するようになっていった。認知症ケアマッピングのフィードバックでは、他の介護職員の気づきを知り、そこからチーム全体で気づきを共有していく場面が見られた。認知症ケアマッピングのフィードバックは、施設の理念を共有し、そして現場の中にある実践力を他の職員と共有する機会となっていた。このような理念と体験を共有する機会をシステムとして施設内に組み込むことが、理念を具現化するために不可欠であらう。一人の介護職員の努力だけでは変えきれないことが、介護職員で揃って方向性を定めることにより、環境の整備等、施設内のケア提供システムが具体的に変動していった。そのことにより、具体的な生活支援技術を提供することが容易にもなって行った。「介護福祉の理念」「法人の理念」を共有し、具体的な生活支援技術を身につけ、そして環境整備等、ケア手

依拠システムも変動して行くことにより、それらが連動して行き、具体的な介護福祉サービスの質の改善に繋がって行ったことが確認された。

そして第4章では「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化」のために、二つの調査を行い、調査1として「ケア提供システムの種別による改善のプロセスの相違」を老人保健施設、ユニット型特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム、認知症対応型デイサービスで、それぞれ2回、認知症ケアマッピングを用いた評価を行い、そこからどのように介護福祉サービスを改善していくのか、あるいは改善されないのかを比較分析することとした。また調査2では「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造」を明らかにするために特別養護老人ホームを対象にアンケート調査を行った。調査1では、「介護福祉の理念」が確立された場合は、それを具現化するための「ケア提供システム」の変更や「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解も変更されて行き、そして「具体的な生活支援方法」が適切なものへ変更されていくことが確認された。一方、介護職員の配置等が厚くても、「介護福祉の理念」が確立されていない場合は、一人ひとりの介護職員の努力で変更できる程度の介護福祉サービスの改善は見られても、組織的な改善の取り組みは見られなかった。その為、介護福祉サービスの質は著しい変化を見せることは無かった。調査2では、日中の介護職員の配置率や施設形態の種別よりも、「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」等がより大きく、「具体的な生活支援方法」の在り方に影響していることが明らかとされた。ただし「基本理念の理解」「自立支援の実現」「利用者中心の理念の理解」が為されているつもりになっていても、実際には利用者と一緒に食事の準備等を行うなどの自立支援を行っていなかったり、排泄ケアの方法を定時のオムツ交換を用いている施設が見られたことから、「介護福祉の理念」をより「具体的な生活支援方法」に直接結びつけて理解して行かなければ、介護福祉サービスの質は改善して行かないことも示された。「介護福祉の理念」が中核となり、ここから「専門的生活支援者」としての介護福祉職の仕事の理解に繋げ、そして「介護福祉の理念」を実現しやすい「ケア提供システム」を整えて行くことにより、「具体的な生活支援方法」はより質の高いものに改善されていくことが明らかとなった。

第5章では、「介護福祉実践に関わる概念」と「介護福祉サービスの質を測定する観察式評価法を用いた介護福祉実践の改善」と「介護福祉サービスの質を規定する要因の構造の明確化」を統合させ、本研究の考察を行った。本研究では、介護福祉サービスの質を規定する要因として「介護福祉の理念」「専門的生活支援者」「ケア提供システム」「具体的な生活支援方法」の四つが抽出され、またそれが実際に介護福祉サービスに影響を与えていることが確認された。またこの四つの要因の中で「介護福祉の理念」が中核要因であり、介護福祉の理念を具現化しやすくなるように「ケア提供システム」を変更し、また介護福祉の理念を具現化するために「専門的生活支援者」に繋げて行くと、適切な「ケア提供システム」と適切な「専門的生活支援者」が統合され、適切な「具体的な生活支援方法」の実

現に至ることが確認された。介護福祉サービスの質を規定する要因の構造、ならびに介護福祉サービスの質の改善に至るまでの道筋を明らかにしたところに本研究の独自性がある。

最後に介護福祉サービスの質を研究する5類型と比較分析し、さらに本研究の独自性を明らかにした。そのための分析枠組みとして Donabedian モデルを参考にした。Donabedian モデルを参考にした介護福祉サービスの質の先行研究は、Donabedian モデルを介護福祉サービスの質の研究に用いる際に「結果 (Outcome)」を何に指標とすべきかの重要性には気付いていたが、選んだ指標が直接、生活の質を表すものではなく、医療の質の研究の範疇に留まっていることが明らかとなった。介護福祉サービスは、「結果 (Outcome)」は利用者の生活の質を表す指標を持つてくることが望ましく、利用者の生活の質を可視化する為の一手法である認知症ケアマッピング等を用いることが出来よう。また「結果 (Outcome)」には、利用者の生活の質のみならず、介護職員の遣り甲斐、介護職員の仕事を通じた生活の質など、介護職員に関する指標も見て行く必要が明らかとされた。そしてさらに Donabedian モデルの「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」の三つを有機的に連動させ、一連のものとして分析して行く必要性を明らかにしたのが、本研究のもう一つの独自性である。医療、看護研究では、これらは必ずしも連動させる必要はなく、それぞれ「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」に指標を設け、それぞれの担当部署が自ら関わる指標の管理を行うようになっている。これは、医療、看護では研究の枠組みを、病院というシステムにおいている点から生じるのであろう。病院というシステムでは、必ずしも全体を連動させ分析して行くことは必要ないのだろう。しかし、生活の支援システムでは、生活要素をここバラバラに切り分けるのではなく、統合させ一体のものとして分析して行く必要がある。また国際生活機能分類 (ICF) が示すように、生活機能は「心身機能、身体構造」「活動」「参加」が相互に影響し合い、さらにこの三つのレベルに環境要因と個人要因が影響を及ぼすのである。それらを統合化し、一体のものとして分析して行くことにより、初めて生活の全体像が見えてくるのである。これを介護職員がすべて自分たちだけで行うことは容易ではない。そこで第三者の協力を得て、生活の質の可視化などの支援を得て、それぞれの部分を有機的に連動させ、一連のものとして分析していく必要がある。それが為されると、介護職員は自らの状況を掌握出来るというコントロール可能感が増し、その状況を主体的に捉えることが出来てこよう。そして各部分に働きかけ、連動させ、実際の利用者の生活の質を高めて行く道筋を辿っていくことが可能になろう。それを行うことは、決して容易ではないが、道筋を明らかにすることで介護福祉サービスの質の改善に至る可能性があることを示すことには意義があろう。ここに本研究の臨床性がある。

## (9) 本研究の限界と課題

ここで、本研究の限界について述べておきたい。本研究はあくまでも介護保険施設の中

の特別養護老人ホームを中心に、数事例ずつを見てきたに過ぎない。この理論をすべての介護保険施設にすぐに適用し、介護福祉サービスの質を向上させていけるとは限らない。またアンケート調査も25通という少数での分析に留まるため、あくまでも傾向を示しているに過ぎない。アンケートの質問内容を精査し、より規模を拡大し、特別養護老人ホーム、老人保健施設等、施設形態の違いによる介護福祉サービスの質の改善に至る過程の相違を探求することは、今後の課題としたい。

また本研究の限界として、あくまでも今、現在の社会システムの中での介護保険施設における介護福祉サービスの質を分析対象としたに過ぎず、介護保険制度などの政策との関連からの分析は行われていない。実際に、今後、要支援に対する介護予防サービスの変更や、特別養護老人ホーム入所条件の変更等も検討され始めている。その結果、新たな視点を加え、分析してくる必要性が生じてくるかもしれない。今回は政策からの影響と言う視点は、十分に検討していないことは本研究の限界である<sup>101)102)</sup>。また同様に介護福祉サービスを市場におけるサービスの一つとして分析する視点は持ち得ていない<sup>103)</sup>。介護福祉サービスを他のサービスと同様に検討することの妥当性すらも検証して行かなければならないだろう。本研究はその点については、全く触れていない。それも本研究の限界である。

## 謝辞

最後に、本研究の取り組みに貴重な示唆を頂き、また辛抱強くご指導頂いた聖隷クリストファー大学大学院社会福祉学研究所奈倉道隆教授に感謝申し上げたい。奈倉教授の御指導が無ければ、今回、この論文は決して完成することはなかった。一つ一つの事例を、研究という域に持っていくまでの過程を示して頂き、まだ十分に道の定まらない介護福祉サービスに関する研究の道筋を示して頂いたことにより、不十分ながらも今回、論文としてまとめていくことが出来た。奈倉教授には、ケアの在り方を、教育・指導という形態を通して、身を持って御教授頂いたことと感じている。まだその貴重な御指導をすべて自分のものとしていない点は、私の力不足によるものである。特に宗教と介護福祉の精神の関連性は、とても意味深いものであることは感じていながら、今回はその点には触れることが出来なかった。今後の課題として学ばせて頂きたいと思う。

また、この論文の事例に出てくる介護現場の利用者ならびに介護職員の皆さまにも深く、感謝申し上げたい。日々、道筋の見えない中でも実践を継続され、その一部分であれ胸襟を開き、お見せ頂き、そして一緒に話し合っただことにより、この論文は出来上がったものである。私という媒体を通して、介護現場の魅力や苦悩をダイナミックに捉えきれず、やや矮小化してしまっているとしたら、それも私の力不足である。介護現場のダイナミックさをありのままに捉え、そして介護現場の利用者と介護職員の皆さまの生き甲斐が増し、そして今を生きる力を向上させられる力をつけて行く努力を続けて行くことをお約束し、感謝の言葉としたい。

(参考文献)

- 1) 井上千津子：介護とは. 新・介護福祉学とは何か（一番ヶ瀬康子監修、日本介護福祉学会編）、ミネルヴァ書房、東京、2000.
- 2) 岡本民夫：介護福祉とは何か. 介護福祉入門（岡本民夫、井上千津子編）、有斐閣アルマ、東京、1999.
- 3) 西尾祐吾：介護の概念. 介護福祉学（介護福祉学研究会監修）、中央法規、東京、2002.
- 4) 奥津文子：介護福祉の概念. 介護福祉学－介護福祉の専門性と独自性の探求（三好明夫編著）、学文社、東京、2006.
- 5) 竹内孝仁：介護基礎学、医歯薬出版、東京、1998.
- 6) 黒川昭登：現代介護福祉論－ケアワークの専門性－、誠心書房、東京、1989.
- 7) 一番ヶ瀬康子：介護福祉学の探求、有斐閣、東京、2003.
- 8) 黒澤貞夫：人間科学としての介護福祉の専門性 日本介護福祉士養成施設協会創立 20周年記念論文集、社団法人日本介護福祉士養成施設協会、東京、2011.
- 9) 黒澤貞夫：介護福祉の専門性の原点. 介護福祉 2013 春季号、2013.
- 10) 黒澤貞夫：現代の介護福祉を考える. 介護福祉思想の探求 介護の心のあり方を考える（一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫監修、介護福祉思想研究会編、太田貞司、住居広士、田路慧、古瀬徹）、ミネルヴァ書房、東京、2006.
- 11) 奥津文子：前掲書
- 12) Mayeroff, M. : ケアの本質（田村真、向野宣之訳）ゆみる出版、東京、2000.
- 13) Anita Kangas Fyhr, Olga Vilhemsson Sjoberg : スウェーデンにおけるケア概念と実践（古橋エツ子監修、ハンソン友子、日比野茜、楠野透子訳）、ノルディック出版、東京、2012.
- 14) 根本博司：ケアワークの概念規定. 新・介護福祉学とは何か（一番ヶ瀬康子監修、日本介護福祉学会編）、ミネルヴァ書房、東京、2000.
- 15) 吉岡充：なぜ老人を縛らないのか. 縛らない看護（吉岡充、田中とも江編著）、医学書院、東京、1999.
- 16) 太田貞司：地域社会を支える「地域ケアシステム」、地域包括ケアシステム その考え方と課題（太田貞司編集代表、太田貞司、森本佳樹編著）、光生館、東京、2011.
- 17) 伊藤優子：特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）における介護の専門性. 介護福祉 2013 春季号、2013.
- 18) 下山久之：Dementia Care Mapping 法を用いたフロアの課題抽出と改善の取り組み. 介護福祉教育 24 第 13 巻第 1 号、東京、2007.
- 19) 大川弥生：「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用－目標指向的介護に立って. 中央法規、2009.
- 20) 世界保健機関：ICF 国際生活機能分類－国際生活機能分類改訂版. 中央法規、東京、



2002.

- 21) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーションーICF の視点に立った自立支援の理念と技法. 中央法規、東京、2004.
- 22) Derkheim,E.：社会分業論（上）（井伊玄太郎訳）、講談社学術文庫、東京、1989.
- 23) Derkheim,E.：社会分業論（下）（井伊玄太郎訳）、講談社学術文庫、東京、1989.
- 24)日本介護福祉士会：日本介護福祉士会倫理綱領
- 25) 上田敏：ICF の理解と活用 人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか. 萌文社、東京、2005.
- 26) 鶴見和子、上田敏、大川弥生：回生を生きるー本当のリハビリテーションに出会って（増補版）ー. 三輪書店、東京、2007.
- 27) 一番ヶ瀬康子：前掲書
- 28) 山口昌男：文化人類学への招待. 岩波新書、東京、1982.
- 29) 山口昌男：道化の民俗学. 岩波現代文庫、東京、2007.
- 30) 鈴木聖子：介護の専門性についての学術研究. 介護福祉 2013 春季号、2013.
- 31)宮崎崇文、賀馨、三浦研：認知症高齢者の表情と行為に関する研究 認知症グループホームを対象として. 生活科学研究誌 Vol.11、2012.
- 32)内出幸美：痴呆性高齢者における感情反応の非言語的モニター法に関する研究.（博士学位請求論文）宮城、2005.
- 33)黒田研二：痴呆性高齢者の感情表出反応評価方法の開発および感情表出に影響を与える因子に関する研究. 大阪、2004.
- 34)下山久之：イギリスにおける認知症高齢者介護③ パーソン・センタード・ケアと DCM、今後の展望. 月刊福祉 December2008, 全国社会福祉協議会、東京、2008.
- 35)Kitwood,T.：認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ（高橋誠一訳）、筒井書房、東京、2005.
- 36) Kitwood,T.：A new approach to the evaluation of dementia care. Journal of Advances in Health and Nursing Care,1(5):41-60,1992.
- 37)Kitwood,T.：Studies in person centred care ; building up the mosaic of good practice. Journal of Dementia Care,3(5):12-13, 1995.
- 38)Kitwood,T.：The experience of dementia. Aging and Mental Health,1,13-22,1997.
- 39)Kitwood,T.、Bredin,K.：Person to Person; A guide to the care of those with failing mental powers.Essex: Gale Center Publications,UK,1992.
- 40)Evaluating Dementia Care The DCM Method Seventh Edition, Bradford Dementia Group,1997.
- 41)下山久之：イギリスにおける認知症高齢者介護② パーソン・センタード・ケアと DCM が誕生した経緯、概要と特徴. 月刊福祉 November2008, 全国社会福祉協議会、東京、

2008.

- 42) 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター：平成 14 年度高齢者痴呆介護研究報告書；DCM 法（痴呆介護マッピング）導入に向けての準備事業－「パーソン・センタード・ケア」を実践するために－、社会福祉法人仁至会、愛知、2003.
- 43) 特定非営利活動法人シルバー総合研究所：平成 16 年度老人保健健康増進事業報告書；痴呆介護へのパーソンセンタードケアの導入と普及に関する調査研究事業、シルバー総合研究所、東京、2005
- 44) 下山久之：認知症高齢者ケアのためのスーパービジョンへの DCM 法の導入について－DCM 法の教育効果についての検証－、研究助成論文集 第 40 号 2004 年度、財団法人明治安田こころの健康財団、東京、2005.
- 45) NPO シルバー総合研究所：平成 22 年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業 「DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」報告書、NPO シルバー総合研究所、東京、2011.
- 46) 牛田篤：認知症高齢者に対するホームヘルプサービスの質の確保と向上のための DCM 法を活用した一施行一福井県池田町の訪問調査とフィードバック会議から－、愛知淑徳大学論集 福祉貢献学部編 第 2 号、2012.
- 47) 牛田篤：一人暮らし認知症高齢者に対するホームヘルプサービスの可視化の重要性の検討－日本の DCM を在宅活用した研究とイギリスの DCM-SL に関する報告からの考察－、愛知淑徳大学論集 福祉貢献学部編 第 3 号、2013.
- 48) 水野裕：実践パーソン・センタード・ケアー認知症をもつ人たちの支援のために、ワールドプランニング社、東京、2008.
- 49) Brooker,D. : Looking at them, looking at me. A review of observational studies into the quality of institutional care for elderly people with dementia. *Journal of Mental Health*,4:145-156,1995.
- 50) 認知症介護研究・研修大府センター：平成 17 年度老人保健健康増進推進事業による研究報告書；パーソン・センタード・ケアと DCM（認知症ケアマッピング）法」の研修およびネットワーク作りに関する研究事業、社会福祉法人仁至会、愛知、2006.
- 51) Benson,S. : 介護職のための実践！パーソンセンタードケア、筒井書房、東京、2007.
- 52) Fossey,J.,Lee,L.,&Ballard,C. : Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: Psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,17,2002.
- 53) 鈴木みずえ、水野裕、グライナー智恵子、深堀敦子、磯和勅子、坂本涼子、宮園美沙子、出口克巳、金森雅夫、ドーン・ブルッカー：重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケアに関する介入の効果、*老年精神医学雑誌*、20-6：668-680, 2009.

- 54) 鈴木みずえ、水野裕、ドーン・ブルッカー、住垣千恵子、坂本涼子、グライナー智恵子、大城一、金森雅夫：Quality of Life 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping :DCM) の検討—well-being and ill-being Value (WIB 値) に関する信頼性・妥当性. 日本老年医学会誌、45-1 : 68-76、2008.
- 55) Brooker,D. : VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア (水野裕監修、村田康子、鈴木みずえ、中村裕子、内田達二訳)、クリエイツかもがわ、京都、2010.
- 56) Brooker,D.,Forster,N.,Banner,A., Payne,M., &Jackson,L.: The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool; Report of a 3-year British NHS evaluation. Aging & Mental Health,1998.
- 57) Evaluating Dementia Care The DCM Method Seventh Edition, Bradford Dementia Group,1997.
- 58) 橋本論：評価はなぜ必要なのか. 企業内人材育成入門、ダイヤモンド社、東京、2006.
- 59) 松尾睦：職場が生きる 人が育つ 「経験学習」入門. ダイヤモンド社、東京、2011.
- 60) 遠藤功：見える化 強い企業をつくる「見える」仕組み. 東洋経済新報社、東京、2005.
- 61) 遠藤功：現場力を鍛える 「強い現場」をつくる7つの条件. 東洋経済新報社、東京、2004.
- 62) 松尾睦：学習する病院組織 患者志向の構造化とリーダーシップ、同文館出版、東京、2009.
- 63) 佐々木健：痴呆性高齢者のケアの理念. 新・痴呆性高齢者の理解とケア (江草安彦監修、今井幸充、佐々木健、末光茂、高崎絹子、竹中麻由美、野川とも江編集)、メディカルレビュー社、東京、2004.
- 64) 藤原芳朗：介護福祉思想と介護福祉の専門性. 介護福祉思想の探求 介護の心のあり方を考える (一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫監修、介護福祉思想研究会編、太田貞司、住居広士、田路慧、古瀬徹)、ミネルヴァ書房、東京、2006.
- 65) 藤原芳朗：介護福祉思想と介護福祉の専門性. 介護福祉思想の探求 介護の心のあり方を考える (一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫監修、介護福祉思想研究会編、太田貞司、住居広士、田路慧、古瀬徹)、ミネルヴァ書房、東京、2006.
- 66) 田中安平：介護現場からの介護福祉思想. 介護福祉思想の探求 介護の心のあり方を考える (一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫監修、介護福祉思想研究会編、太田貞司、住居広士、田路慧、古瀬徹)、ミネルヴァ書房、東京、2006.
- 67) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」：身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に、東京、2001.
- 68) 下山久之：介護福祉サービスにおける業務中心の支援から利用者中心の支援への転換. 聖隷クリストファー大学社会福祉学会、静岡、2012.
- 69) 外山義：介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究. 医療経済研究、

11,2002.

70) 溝田順子、横山正博：認知症高齢者グループホームにおける生活共有の有用性。日本認知症ケア学会誌 Vol.5-3、2004.

71) 田中とも江：こうすれば抑制はいらない。縛らない看護（吉岡充、田中とも江編著）、医学書院、東京、1999.

72) Kitwood, T.：認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ（高橋誠一訳）、筒井書房、東京、2005.

73) 竹内孝仁：自立支援介護ブックレット①水。筒井書房、東京、2013.

74) 竹内孝仁：自立支援介護ブックレット②歩行と排泄、筒井書房、東京、2013.

75) 竹内孝仁：自立支援介護ブックレット④食事。筒井書房、東京、2013.

76) 竹内孝仁：自立支援介護と生理学。介護の生理学（竹内孝仁監修、小平めぐみ、井上善行、野村晴美、藤尾祐子、古川和稔著）、秀和システム、東京、2013.

77) 浪花美穂子、横山正博：認知症高齢者のグループホームにおける「なじみの環境」形成の影響に関する検討。日本認知症ケア学会誌 Vol.11-2、2012.

78) 鈴木みな子：高齢者施設での環境づくり。老年精神医学雑誌、18-2、2007.

79) 認知症介護研究・研修東京センター監修：グループホームの質確保ガイドブック—サービス評価の徹底活用のすすめ。社会福祉法人浴風会、東京、2006.

80) 田中安平：介護現場からの介護福祉思想。介護福祉思想の探求 介護の心のあり方を考える（一番ヶ瀬康子、黒澤貞夫監修、介護福祉思想研究会編、太田貞司、住居広士、田路慧、古瀬徹）、ミネルヴァ書房、東京、2006.

81) 黒澤貞夫：人間科学としての介護福祉の専門性 日本介護福祉士養成施設協会創立 20周年記念論文集、社団法人日本介護福祉士養成施設協会、東京、2011.

82) 財団法人日本公衆衛生協会：平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業 介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書。財団法人日本公衆衛生協会、2010.

83) 北村育子：特別養護老人ホームにおける生活の質向上のとりくみ—介護保険施設における O-ネット活動をもとに—。日本福祉大学社会福祉論集 第 11 号、2004.

84) 岡本仁宏：高齢者介護施設におけるサービスの質評価基準および評価方法の開発に関する研究—サービスの質の評価を通じたアクションリサーチ—。2003.

85) 三菱総合研究所：平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護施設における介護サービスに関連する事故防止体制に関する調査研究事業報告書。株式会社三菱総合研究所、東京、2012.

86) 社団法人日本介護福祉士会：介護現場におけるサービスの質の確保に関する調査研究報告書—介護事故等に関する実態把握及び分析をとおして—。社団法人日本介護福祉士会、東京、2009.

- 87)小笠原祐次：特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準．老年精神医学雑誌 8(9)、1997.
- 88)小笠原祐次：高齢者福祉におけるサービス評価の視点と課題．月刊福祉 9月号、全国社会福祉協議会、東京、1999.
- 89)Brooker,D.：VIPS すすめるパーソン・センタード・ケア（水野裕監修、村田康子、鈴木みずえ、中村裕子、内田達二訳）、クリエイツかもがわ、京都、2010.
- 90)Donabedian,A.：医療の質の定義と評価方法（東尚弘訳）．認定 NPO 法人健康医療評価機構、東京、2007.
- 91)福井次矢監修：Quality Indicator 2012 [医療の質]を測り改善する 聖路加国際病院の先駆的試み．インターメディカ、東京、2012.
- 92)Stricland,O,L., Dilorio,C.、井部俊子監修：看護アウトカムの測定－患者満足とケアの質指標．エルゼビア・ジャパン、東京、2006.
- 93)一般社団法人シルバーサービス振興会：介護プロフェッショナルキャリア段位制度．東京、2013.
- 94)岩間大和子：介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開と課題－監査、第三者評価及び情報開示を中心に－．レファレンス 2005.4、2005.
- 95)東京都福祉サービス評価推進機構：平成 18 年度東京都福祉サービス第三者評価ガイドブック、財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団、東京、2006.
- 96)認知症介護研究・研修東京センター監修：グループホームの質確保ガイドブック－サービス評価の徹底活用のすすめ．社会福祉法人浴風会、東京、2006.
- 97)伊藤美智予、近藤克則：要介護認定データを用いた施設ケアのアウトカム評価の試み－要介護度維持・改善率の施設間比較．社会政策研究、8、2008.
- 98)伊藤美智予、近藤克則：ケアの質評価の到達点と課題－特別養護老人ホームにおける評価を中心に－．季刊・社会保障研究 Vol.48 No.2、2012.
- 99)伊藤美智予、近藤克則、泉真奈美、藤田欽也：要介護認定データを用いた特別養護老人ホームにおけるケアの質評価の試み－11 指標群の作成と施設間比較－．厚生学の指標、Vol.60.No.5、2013.
- 100)大和田猛：ソーシャルワークとケアワーク．ソーシャルワークとケアワーク（大和田猛編著）、中央法規、東京、2004.
- 101)中澤克佳：介護サービスの実証研究－制度変化と政策対応．財団法人三菱経済研究所、東京、2010.
- 102)結城康博：日本の介護システム 政策決定過程と現場ニーズの分析．岩波書店、東京、2011.
- 103)佐藤卓利：介護サービス市場の管理と調整．ミネルヴァ書房、京都、2008.

## 「介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究」

この度、「介護保険施設における介護福祉サービスの質の改善に関する研究」を行うことになりました。介護福祉サービスは、実践が先立ち、理論の構築が遅れる傾向にあります。どのようなサービスが適切であるのか、なかなか基準や方法が示されず、方向性が見出しにくい中で、実践を継続せざるを得ない状況にあることと思われます。

そこで、本研究では、実際の介護保険施設における介護福祉サービスの状況を、アンケート調査により明らかにし、介護福祉サービスの質を規定する要因の関連性と構造を明らかにすることを計画いたしました。

つきましては、添付の説明書をご一読頂き、本研究が介護保険施設の今後の介護福祉サービスの質の改善に寄与できるか、協力を値するかどうかのご判断を賜りたく存じます。

本研究へのご協力の有無につきましては、アンケート調査用紙にご記入頂き、返送されたことで同意頂けた（返送がない場合は同意しない）と判断させていただきます。

ご多忙中とは存じますが、趣旨をご理解頂き、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研究に関するお問い合わせは、下山までお願いいたします。

【連絡先】 下山 久之

聖隷クリストファー大学大学院

社会福祉学研究科 博士後期課程

〒433-8558

静岡県浜松市北区三方原町 3453 番地

携帯番号：090-2654-4705

メールアドレス：[11DS02@g.seirei.ac.jp](mailto:11DS02@g.seirei.ac.jp)

返信は、7月15日(月)までに、お願いいたします。

問1. 施設の形態と規模についてお聞きします。(通所事業等を行っていても、特別養護老人ホームについてのみお答えください。)形態については、該当するものに○を、人数は数値をご記入ください。

形態	利用者人数	介護職員数	介護職員人数内訳
1. 従来型	人	人	常勤 人
			パート等 人
2. ユニット型	人	人	常勤 人
			パート等 人

問2. 介護職員のシフト(勤務時間形態)についてお聞きします。それぞれの勤務時間をご記入ください。

- ・日勤： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・早番： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・遅番： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・夜勤： 開始時間 : ~ 終了時間 :
- ・その他：

問3. 日中(10時、12時、14時、16時、18時)と夜間帯における利用者人数と介護職員数の比率についてお聞きします。

- ・日中(10時)は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(12時)は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(14時)は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(16時)は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。
- ・日中(18時)は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。
- ・夜間帯は、利用者\_\_\_\_\_人に対し、介護職員\_\_\_\_\_人でケアを行っている。

- 問4. 施設の基本理念についてお聞きします。介護職員は、施設の基本理念を意識して介護福祉サービスを行っていると思われませんか。該当する数字に○をつけてください。
1. まったくその通りである。
  2. 基本理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
  3. 基本理念を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
  4. 基本理念を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
  5. 基本理念を、ほとんど意識していない。
- 問5. 自立支援の状態についてお聞きします。介護職員は、自立支援に基づき支援を行っていますか。該当する数字に○をつけてください。
1. まったくその通りである。
  2. 自立支援を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
  3. 自立支援を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
  4. 自立支援を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
  5. 自立支援を、ほとんど意識していない。
- 問6. 利用者中心の理念の実現状態についてお聞きします。介護職員は、利用者中心の理念に基づき支援を行っていますか。該当する数字に○をつけてください。
1. まったくその通りである。
  2. 利用者中心の理念を意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
  3. 利用者中心の理念を意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
  4. 利用者中心の理念を意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
  5. 利用者中心の理念を、ほとんど意識していない。
- 問7. 施設の基本理念や自立支援、または利用者中心の理念から乖離している状態にある職員がいる場合、その原因となるものは、次のうちのどれだと思われませんか。該当する数字に○をつけてください。その他の場合、カッコの中に理由をお書きください。
1. 研修などを受けておらず、知識が不足しているため。
  2. 職員数が不足、忙しいため。
  3. その他( )
- 問8. 施設における研修の実施状況についてお聞きします。該当する数字に○をつけてください。
1. 施設外の研修へ定期的に、介護職員を参加させている。
  2. 施設内で定期的に、研修会を開催している。
  3. 勉強したい職員は、自分の休みとお金を使い、勉強しに行っている。施設からの支援は無い。
  4. ほとんどの職員は、研修会等に参加していない。
- 問9. 介護職員のうち、介護福祉士資格取得者の割合をお聞きします。当てはまる数字をご記入ください。  
全職員数(常勤、パート等含む) \_\_\_\_\_ 人のうち、介護福祉士は \_\_\_\_\_ 人である。
- 問10. 次の場面で、介護職員はどのように対応すると思われませんか。該当する数字に○をつけてください。  
「オムツを着用している利用者が、血洗いをしている介護職員に対し、『お姉さん、ちょっと。悪いけど、トイレに連れて行って』とお願いをした」
1. ほとんどの職員は、血洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。
  2. 多くの職員はトイレへお連れするが、少数の職員は血洗いを優先し、後でオムツを交換することを伝え、オムツの中に排泄してもらうように利用者へお願いする。
  3. トイレへお連れする職員と、血洗いを優先する職員は、半々である。
  4. 多くの職員は後でオムツの交換をすることを伝え、オムツの中に排泄してもらうように利用者へお願いする。少数の職員は、血洗いを止め、利用者をトイレへお連れする。
  5. ほとんどの職員が血洗いを優先する。

問11. 利用者の要介護状態について教えてください。

・全利用者のうち、要介護1 人、要介護2 人、要介護3 人、要介護4 人、要介護5 人

問12. ケアプランの実施状況についてお聞きします。介護職員は、施設の利用者個々のケアプランを意識して介護福祉サービスを行っていると思われますか。該当する数字に○をつけてください。

1. まったくその通りである。
2. ケアプランを意識している職員が多いが、そうでない職員も少しいる。
3. ケアプランを意識している職員とそうでないものは、半々程度である。
4. ケアプランを意識していない職員が多いものの、少数の職員は意識している。
5. ケアプランを、ほとんど意識していない。

問13. ケアプランから逸脱した介護福祉サービスを提供している職員がいる場合、その原因となるものは、次のうちのどれだと思われますか。該当する数字に○をつけてください。その他の場合、カッコの中に理由をお書きください。

1. 研修などを受けておらず、知識が不足しているため。
2. 自分のやり方が正しいと信じているため。
3. その他 ( )

問14. 定期的にケアカンファレンスが開催されていますか。一人の利用者につき、その頻度はどの程度ですか。

1. 定期的に開催されている。→ 一人の利用者に対し、  月に  回
2. 特に定められていないが、必要に応じ、行っている。
3. ほとんど開催されていない。

問15. 排泄ケアについてお聞きします。排泄ケアを、どの方法で行っていますか。

1. ほとんどの利用者に対し、随時の誘導で、トイレで排泄してもらっている。
2. オムツ使用者に対しては、定時のオムツ交換をしている。  
※定時のオムツ交換の場合、オムツ交換の時間をお書きください。

( )

問16. 排泄ケアの実施状況についてお聞きします。全利用者のうち、オムツ使用者は、何人いますか。

オムツ使用者数   人、うち夜間のみオムツを使用している人は   人である。

問17. 排泄ケアについてお聞きします。便秘のため、常時、下剤をしようしている利用者は、何人いますか。

下剤使用者   人

問18. 入浴ケアについてお聞きします。入浴回数は、週何回ですか。該当する数字に○をつけてください。

1. 2回
2. 希望する回数 (何回でも可能)

問19. 入浴ケアの方法についてお聞きします。入浴ケアを行う職員は、誘導する係、着脱を担当する係、風呂場で介助する係の役割分担する形態をとっていますか。それとも同一の職員が、一連の介助を行うようになっていきますか。

1. 役割分担して行っている。
2. 一連の介助を同一の職員が行っている。

問20. 食事のケアについてお聞きします。利用者の食事形態は、嚥下状態によって介護食、高齢者ソフト食等の特別な食事が提供されていますか。あるいは刻み食、ミキサー食などの細かく粉砕する方法を用いて提供されていますか。

1. 介護食、高齢者ソフト食等を提供している。
2. 粉砕した食事 (刻み食、ミキサー食等) を提供している。



問21. 食事の準備や片付けについてお聞きします。調理等の食事の準備や皿洗いなどの片付けが出来る利用者と一緒に、準備や片付けを行っていますか。

1. フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを、利用者と一緒に行っている。
2. フロアで調理等の準備や皿洗いなどの片付けを行うが、介護職員のみで行っている。
3. フロアでは、調理等の準備や皿洗いなどの片付けを行っていない。

問22. 水分補給の状態についてお聞きします。一日に目標とされる水分摂取量が定められていますか。

1. 定められている。→ 一日に、約 \_\_\_\_\_ ml
2. 特に定められていない。

問23. 水分補給は、利用者が飲みたい物を選べるように配慮されていますか。

1. 温かい飲み物と、冷たい飲み物から選べるようにしている。
2. 冷たい飲み物で、複数種類の中から選べるようにしている。
3. 飲み物の選択はなく、職員が用意したものを飲んでもらっている。
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

問24. 日中の活動についてお聞きします。利用者が日中、好きな活動に参加できるようなプログラムが用意されていますか。

1. 定期的にクラブ活動（書道クラブ、体操クラブ等）が提供されている。
2. 職員に時間がある時に、レクリエーションなどを提供している。
3. 利用者個々の自主性に任せている。施設では特にプログラムを用意していない。
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

問25. 外出頻度についてお聞きします。施設外へ出かける頻度はどの程度ですか。

1. 定期的買い物や、食事会等に外出している。
2. 利用者が希望する場合、利用者の家族とともに外出してもらっている。
3. ほとんど外出する機会はない。
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

問26. 身体拘束の状況についてお聞きします。身体拘束に該当する次の 11 項目のうち、行っているものはありますか。身体拘束とは、四角の枠内に記述した事項を指します。

1. 対応しきれない場合に限り、検討した上で実施している。
2. 常時、身体拘束に該当する利用者がある。→ \_\_\_\_\_ 人 (身体拘束の何番に該当するか: \_\_\_\_\_ )
3. 身体拘束は、行っていない。

- ① 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（ベッドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等の管を抜かないように、四肢等をひもなどで縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等の管を抜いたり、皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
- ⑥ 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着させる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

アンケートへのご協力、ありがとうございました。