

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

題目：特別養護老人ホームにおける
介護過程の展開プロセスに
関する研究
—個別ケアの支援を中心に—

平成 26 年度

保健医療学専攻・先進的ケア・ネットワーク開発研究分野・

ケアマネジメント学領域

氏名：増原 真砂子

特別養護老人ホームにおける 介護過程の展開プロセスに 関する研究 —個別ケアの支援を中心に—

<要旨>

本研究は、特養ホームにおける介護過程の展開プロセスに関する現状と課題を明らかにするため、25か所の施設の介護職員に対し、個別ケア、やりがい、担当する利用者の自立度の把握状況など質問紙調査を、また15施設の施設長に面接調査を実施した。結果、施設は排泄の自立を介護方針に挙げ【アセスメントを重視】し、【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】と捉えていた。また、利用者の自立度は排泄場所、役割の有無が関係していた。しかし、介護職員はアセスメントの不足や、支援目標とその課題の記載には課題が見られた。よって、介護過程の展開プロセスにおいて、思考過程を言語化する際に、排泄と役割の自立を基準にすることで円滑な実践が出来ると考えられる。結論、施設は介護過程を一連のプロセスとして教育することが必要であると考えられる。この達成の積み重ねが介護職員の専門性を向上させ、介護職員の地位の向上につながる事が考えられる。

<キーワード>

介護過程、個別ケア、自立支援、排泄介助、役割

Study of the development process of the care-giving procedures at special nursing homes for the aged –focusing on provision of individual care –

<Abstract>

This research aimed to clarify the current state and issue of implementing care at intensive-care nursing homes. It conducted a questionnaire survey among nursing staff at 25 homes concerning individual care, motivation and the degree of independence among residents. It also conducted an interview survey with the managers of 15 homes. It has been found as a result that these homes make it one of their policies to assist residents in discharging bodily wastes on their own, and that they think “assessment is important” and “experiences help improve skills and residents’ satisfaction”. Also, the degree of self-reliance among residents is associated with the place for waste elimination and the availability of supporting roles. However, some care staff members raise their concern about shortages of assessment and take the issue of support targets and related affairs. Therefore, when verbally describing one’s thinking in the process of implementing nursing care, it is considered possible to implement the care smoothly by making support for excretion and self-reliance as the main tasks. In conclusion, nursing homes will need to educate their staff about the nursing procedures as a seamless process. Accomplishment of this education and its repetition will upgrade the professional skills of nursing staff and eventually raise their social positions.

<Key words>

Care-giving procedures, individual care, self-reliance support, excretion assistance, role

<目次>

I. 本研究の背景

1. はじめに	1
2. 介護過程について	2
(1) 介護過程の概念	2
(2) 介護過程の目的と意義	3
(3) 介護過程の展開プロセス	3
(4) 介護過程における個別ケア	3
(5) 介護過程の教育について	4
(6) 介護過程における諸記録	4
3. 先行研究について	6
(1) 介護過程、施設の理念や方針の位置づけについて	6
(2) 施設の理念、方針に対する介護職員の認識について	7
(3) アセスメントについて	7
(4) 介護計画作成のための個別ケアの支援について	7
(5) 介護目標、計画について	8
(6) 介護計画の実施に伴うやりがいについて	8
(7) 介護計画の実施に伴うむなしさについて	8

II. 目的

1. 研究の目的	10
2. 本研究の意義	10

III. 調査計画、分析方法

1. 介護過程の現状と課題[研究1]	
(1) 調査対象、期間、方法及び内容	11
1) 調査対象	11
2) 調査期間	11
3) 調査方法及び内容	11
(2) 調査項目	12
1) 介護職員に関する項目	12
① 介護職の基本属性	12
② 個別ケアの実践について	13

③やりがいについて	13
④むなしさについて	14
2)利用者に関する項目	14
①利用者の基本属性	14
②機能的自立度評価、「F I M (Functional Independence measure)」について	14
③意欲の評価「V I (Vitality Index)」について	15
④社会的状況に関する項目について	16
(3)分析方法	21
1)分析対象	21
2)集計方法及び分析方法	21
①算出方法	21
②統計的検定	22
③相関、群間差の大きさ、または関連の強さ (effect size)	22
④統計ソフト	22
(4)分析の構成について	22
1)介護職員に関する分析 (個別ケア、やりがい、むなしさ)	22
2)介護職員の把握する利用者の状態像に関する分析 (F I M・V I・社会的状況)	22
2.施設が捉えている施設介護の現状と課題[研究 2]	23
(1)調査対象、期間、方法及び内容	23
1)調査対象	23
2)調査期間	24
3)調査方法及び内容	24
(2)分析方法	24
3.用語の定義	26
(1)介護過程	26
(2)個別ケア	26
(3)自立	26
(4)役割	26
倫理的配慮	27

IV. 結果

1. 介護過程の現状と課題 [研究 1]	28
(1) 介護職員の状況	28
1) 介護職員の基本属性	28
①性別、年齢、勤務年数、保有資格	28
②基本属性のクロス集計結果	28
③個別ケアの実施頻度	30
④やりがいを感じる頻度	31
⑤むなしさを感じる頻度	31
2) 介護職員に関する分析	32
①個別ケアとやりがいの分析	32
②個別ケアとむなしさの分析	33
③やりがいの頻度とやりがいの自由記述の分析	34
④やりがいを時々感じた人の自由記述の集計	34
⑤むなしさの頻度とむなしさの自由記述の集計	37
⑥むなしさを時々感じた人の自由記述の集計	37
(2) 介護職員の回答より得られた利用者の状態像	40
1) 利用者の基本属性	40
①性別、年齢、入居年数、要介護度、障害者自立度、 認知症自立度	40
②自立を妨げている疾患	42
③重点的に行っているケア	42
④介護過程の展開プロセスの排泄場所別比較	42
⑤認知症状の有無	45
⑥日中の排泄場所、主な移動手段	45
⑦F I M (機能別自立度評価表)	45
⑧V I (意欲)	47
⑨社会的状況	48
(3) 自立度と関連する項目の探索的分析	49
1) 身体的自立度 (F I M) と関連する項目 の探索的分析	49
①役割の有無	49

②日中の排泄場所	50
③主な移動手段	51
2) 精神的自立度（V I）と関連する項目の	
探索的分析	54
①役割の有無	54
②日中の排泄場所	55
3) 社会的自立度（社会的状況）と関連する項目の	
探索的分析	58
2. 施設が捉えている施設介護の現状と課題[研究 2]	60
(1) 介護従事者に意識してほしいこと	61
(2) 介護保険制度に対する不満	61
(3) 離職の要因	61
(4) 人材確保の問題	62
(5) 職員の意識統一を図ることが難しい	62
(6) 医療行為、体制の厳しさ	62
(7) 職場環境を整える	64
(8) 人について学び考える	64
(9) 教育を重視する	64
(10) 施設介護の質の向上のための努力	65
(11) 介護過程の展開状況	67
(12) 利用者・家族の思いを理解する	67
(13) 技術は経験、意識が重要	68
(14) 介護職員の地位の確立	69
(15) 地域との協力体制づくり	69

V. 考察

1. 介護過程の現状と課題 [研究 1]	70
(1) アセスメントについて	70
(2) 介護計画の作成について	70
(3) 実施及び実施することで感じたやりがいについて	71
(4) 介護過程の展開プロセスの現状と課題について	72
2. 施設が捉えている施設介護の現状と課題[研究 2]	73
(1) 介護過程を阻害する要因	73

(2)介護過程の展開を支える施設の取り組み	74
(3)介護過程の展開状況	75
(4)よりよい介護過程を展開するための施設介護の 今後の課題と方向性	77
3. 総合考察	80

VI. 結論

VII. 本研究の限界

謝辞

引用文献一覧	85～90
--------	-------

資料（資料の目次）

資料 1 施設長依頼文	1
資料 2 介護職依頼文	4
資料 3 介護職員の性別、年齢のクロス集計結果表	5
介護職員の年齢、勤務年数のクロス集計結果表	6
介護職員の性別、勤務年数のクロス集計結果表	6
介護職員の基本属性と個別ケアの分析結果表	7
介護職員の性別、年齢、勤務年数とやりがいの分析	7
介護職員の性別、年齢、勤務年数とむなしさの分析	7
介護職員の保有資格、その他の自由記述集計表	7
資料 4 自立を妨げている主な疾患 その他の項目の自由記述集計表	8
重点的に行っているケア、その他の項目の自由記述集計表	9
利用者の性別と年齢のクロス集計結果表	10
利用者の入居年数と年齢、入居年数と性別の分析結果表	10
資料 5 電話を使用している利用者の状況	11
手紙の作成を行っている利用者の状況	11
資料 6 やりがいの自由記述の集計表	12-17
資料 7 むなしさの自由記述の集計表	18-23
資料 8 重点的に行っているケア自由記述集計表	24-35
資料 9 面接調査分析表	36-43
資料 10 アンケート自由記述集計表	44

I. 本研究の背景

1. はじめに

人は高齢になるにつれて、個人差はあるものの日常生活に必要な様々な機能が低下し、人によっては自分自身で自立した生活を送ることができなくなってくる。そのため、特別養護老人ホーム(以下特養ホーム)への入所を余儀なくされる利用者がいる。このような状態にある高齢者は、特養ホームにおいて、介護サービスを受けることになる。終崎によれば、「介護サービスは目的を持った実践」のことであり、「実践は理論や理念を行動に移すこと」と述べている¹⁾。介護サービスの実践には、介護過程の手法を用いるが、介護過程とは理論に基づき「生活上の問題を把握し、問題解決するための過程」や「問題解決するための一つの方法」と多くのテキストでは捉えられている²⁾。また、その展開プロセスは、「アセスメント→計画の立案→(介護の)実施→評価」³⁾を繰り返す一連の行為とされる[図1-1]。

また、国は2003年に、介護サービスのあり方として、利用者の尊厳の保持、自立支援を目指すことを示し、集団ケアの反省から個別ケアを実現するその手法として、「小規模生活単位によるユニットケア」^{注1)}を推進している⁴⁾。個別ケアとは「個々人の心身の状況や生活様式・生活習慣を把握すること」により⁵⁾、「ケアの質と患者(利用者)満足度の高いレベルを達成していくプロセス」と報告される⁶⁾⁷⁾。よって、介護職員の役割とは、施設の理念に沿い理論に基づく行動を実践するために、介護過程の手法を用い自立支援介護を提供することにより、個別ケアを実現することであると考える。

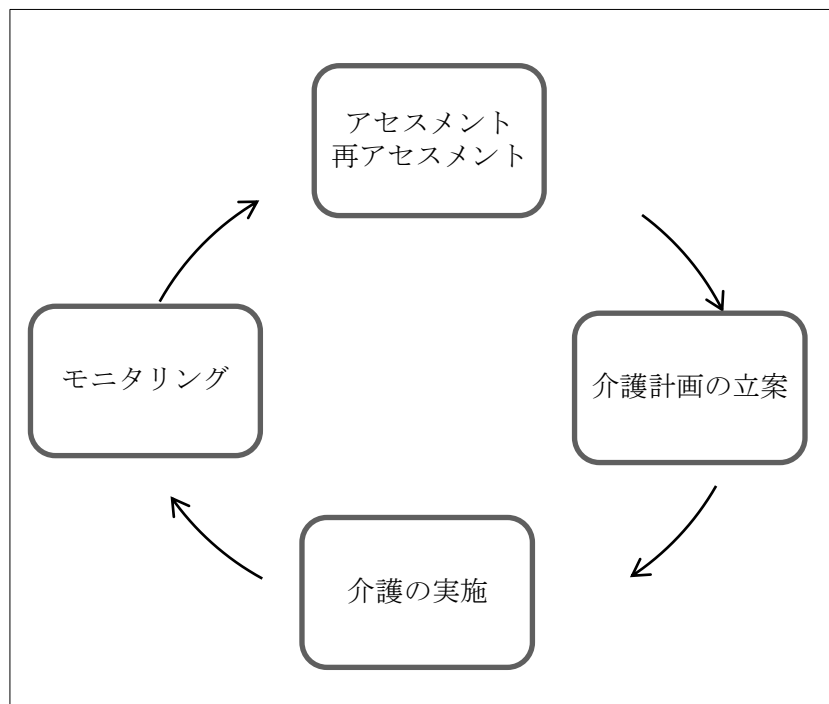
しかしながら、特養ホームで実践される個別ケアは、そのプロセスにおいて何らかの要因があり、依然として画一的になりやすいと言われている。これらの要因には、施設の環境面と介護職員の実践する施設介護が考えられる。前者においては、慢性的な人材不足による、リーダーシップの不足や、教育が行き届かないといった問題の他に、「施設の理念や方針のあいまいさ」、が挙げられている⁸⁾。しかし、特養ホームにおける施設の理念や方針については、その施設で働く全職員の施設の介護サービス(以下施設介護と呼ぶ)に対する意識や行動に影響するため様々な研究でその重要性について述べられている。このことについて高田は「目的が明確でない介護の現場では、日常の介護が定型的作業」になりがちである点について指摘している⁹⁾。

一方、後者においては、介護過程の展開プロセスにおいて、アセスメントの不備や、アセスメントで捉えたニーズが、プランの作成過程に消滅し、プロセスと連動しない結果が報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。よって、適切な介護計画が不在なまま、日々のルーティンワークが中心の介護が実践されていることが考えられる。

以上のことから、介護職員は「サービスの質の向上やケアの統一化」¹²⁾に苦慮し、施設の理念や方針と現実に行っている介護活動との間に生じる大きなずれやジレンマを感じていることが考えられる。このことが、画一的なケアになりやすい要因なのではないかと考え

る。

よって、本研究では、介護職員は介護過程を展開するそのプロセスにおいて、施設の理念や方針に対し、大きなずれやジレンマを感じているのか。また、介護過程をどのように捉え、介護を実践しているか、問題意識を持ち、調査する必要性を感じた。



〔図 1-1〕 介護過程の展開プロセス

〔出所：介護福祉士養成講座編集委員会編. 新介護福祉士養成講座 9 介護過程. 東京：中央法規出版株式会社. 第 2 版, 2009:3, 図式化したもの〕

2. 介護過程について

(1) 介護過程の概念

介護過程の概念については、様々な視点で論じられている。黒澤は介護過程の基本概念を「介護過程は老い、病、心身の障害などに起因して日常生活に支障（困難）を生じている人々への生活支援の一つの領域である。『生活支援における 1 つの役割・機能を担い、直接の人間関係を基盤として行われる介護サービス提供の全体像』」としている¹³⁾。加藤によれば、介護過程は「介護ニーズを有する要介護者に対して、その個別的な介護ニーズを把握しつつそれを実現するために、介護計画に基づいた目的意識的な介護実践」を構築する必要性について述べている¹⁴⁾。柘崎は介護過程について「介護の目的・対象・方法から見た実践構造」であると述べ、「介護過程とは、介護における支援の根拠を明確にし、客観的妥当性のある説明を導くための思考過程であり、支援をどのように行うかを示す実践過程」であると定義している¹⁵⁾。このように、介護過程は「思考過程と実践過程」が概念として

重要な要素となっており、理論的な思考を必要とすることから、目的意識を持ち実践するための手法の一つであると考えられる。

(2) 介護過程の目的と意義

介護過程の目的は、「利用者の課題の解決と自己実現を目指し続けて行く」つまり、「個別ケアの実現」を可能にすると述べられている¹⁶⁾。介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによれば、介護過程の目的は個別ケアの実践であるが「自立支援を基本理念とする介護保険では、「自立支援介護」を提供することと言い換えられます」と述べており¹⁷⁾、介護過程の目的は個別ケアの実現であり、自立支援介護の実践が中心であると言える。一方、もう1つの目的は介護過程の展開によって、「利用者にかかわるすべての関係職種が共通の目標を持ち、介護職チーム及び多職種との協働・連携を図る」こととされる¹⁸⁾。

また、介護過程の意義とは「尊厳を守るケアの実践」「個別ケアの実践」「日常生活の自立支援」「多職種協働・連携による適切な支援の提供」「根拠に基づく介護の実践と的確な記録」の実現を目指す¹⁹⁾、つまり、介護の実践により利用者の自己実現をめざし、利用者満足感を高め、介護の質を向上させることであると考えられる。

(3) 介護過程の展開プロセス

介護過程の展開プロセスは、知識や技術を根拠とし「アセスメント→計画の立案→（介護の）実施→評価」²⁰⁾を繰り返すことになるが、介護過程のテキストにおいて、アセスメントは「情報の収集、情報の解釈・関連づけ・統合化」「生活課題の明確化」²¹⁾、を挙げている。竹内はアセスメントについて「その人の自立やQOLを念頭に置いて、その人の置かれている現状との距離をはかる作業のことである」と述べている²²⁾。このように、アセスメントには課題を導き出す思考とコミュニケーション能力が求められ²³⁾、アセスメントが介護過程の達成を左右する。よって、介護過程の先行研究はアセスメントに関する文献が多数みられる。また、介護計画の立案は「目標の設定、具体的な支援内容を決定」するために作成する段階である²⁴⁾。実施は、「目標の達成度」「支援内容・方法の適切性」²⁵⁾であり、評価は「実施状況の把握」「自立支援と安全と安心・尊厳の保持」「計画に基づく実施」「利用者の可能性」「新たな課題」とされる²⁶⁾。

この一連の展開プロセスは、介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによると多職種との連携により実践されるため、「自立支援介護」に向けた目的を共有し、「介護過程を明確に示す(し)」、「根拠に基づいて検証する」ことで、「サービスの妥当性を判断する」。そして「再アセスメントし、介護計画の内容を見直す根拠になる」と示している²⁷⁾。

(4) 介護過程における個別ケア

現在介護福祉士養成のための介護過程のテキストには、基本視点として個別ケアの実践が挙げられている。黒澤はアセスメントの特性は2階建てのシステムのようなものであり、

1 階が生活上の一般のアセスメント、2 階が個別の課題に対応したアセスメントであると個別ケアの視点について述べている²⁸⁾。また、介護過程とコミュニケーションの理解のテキストにおいては、個別ケアについて「個人の尊厳」を大切にすることを踏まえて、利用者の「計画の立案」時の参画と、参画による「利用者の自己決定」としての支援が基本であると述べている²⁹⁾。

このように介護過程における個別ケアは、利用者への姿勢や態度、自己決定を含む自立支援などの様々な要素とかが関わっている。

(5) 介護過程の教育について

介護福祉士養成課程において、旧カリキュラムでの介護過程は「介護概論の中で展開方法を講義し、介護技術で事例に対する介護過程の展開が行われるように厚生労働省の規定」にあるとされたが、介護過程の教育は統一した考えがなされておらず、「教育者個々が抱く「介護過程観」に基づいた教育がなされていた現状がある」と矢部は述べている³⁰⁾。しかし、介護過程は平成 23 年 10 月 28 日付厚生労働省社会援護局長から「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令の施行について」（介護福祉士養成施設における医療的ケアの教育及び実務者研修関係）の通知により、カリキュラムが大幅に変更され、介護過程として新たに位置づけられた³¹⁾ [表 1]。この背景には、高齢者の増加に伴い、個別ケアがより重視されるようになり、また多様で複雑なニーズに対応できるより専門性の高い人材の養成として、介護福祉士の教育が見直されるようになったためである。

(6) 介護過程の諸記録

介護過程は根拠に基づいた介護実践のために、各展開プロセスにおいて「思考過程の言語化」として、記録物がある³²⁾。現在、厚労省は介護過程と介護過程に関する諸記録について以下のように述べている³³⁾。

- 「・ 利用者の心身又は家族の状況等の基本情報
 - ・ 利用者や家族の置かれている環境等の評価を通じて利用者が日常生活を営むために解決すべき課題を把握するプロセスについての記録
 - ・ 介護計画
 - ・ 介護の実施状況に関する記録
 - ・ 計画の変更や多職種との連絡調整に関する記録等」

しかし、諸記録の記載内容は明らかにはなっているものの、書式については施設ごととされており、統一性がない³⁴⁾。よって、施設独自で作成し、記述することが求められているのが現状である。

[表 1] 介護福祉士養成課程における新たな教育カリキュラム

旧カリキュラム		新カリキュラム	
科目名	時間数	教育内容	時間数
介護概論講義	60 時間	介護の基本	180 時間
介護技術演習	150 時間	コミュニケーション技術	60 時間
形態別介護技術演習	150 時間	生活支援技術	300 時間
		介護過程	150 時間
介護実習	450 時間	介護実習	450 時間
介護実習指導演習	90 時間	介護総合演習	120 時間
合計	900 時間	合計	1260 時間

〔「介護福祉士養成課程における新たな教育カリキュラム（厚生労働省）」より「介護」の項目を抜粋し、筆者が作成〕

注 1) : ユニットケアについて

(厚生労働省 .2003.2015 年の高齢者介護 - 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>, 2011. 11. 10. より抜粋)

ユニットケアの運営基準は、個室とリビング等の共用空間で構成されるハードウェアの構造が必要で、1 ユニットは 10 人以下が原則である。

ソフト面であるユニットケアの方法については、「介護」「食事」「社会生活上の便宜の提供等」の第 37～39 条に示されている。その要約を示す。

(1) 「介護」

第 37 条 「介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行われなければならない」とある。

具体的には、心身の状況等に応じ、

- ①日常生活における家事の役割を持ってもらう（食事の簡単な下準備や配膳、後片付け、清掃やゴミ出しなど）。
- ②身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう支援する（入浴の機会、やむを得ない場合には清拭の機会を提供）。
- ③排せつの自立について必要な支援を行うこと。また、おむつを使用せざるを得ない場合、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替える
- ④褥瘡を予防するための体制の整備をはじめ、入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援する。
- ⑤常時 1 人以上の常勤の介護職員を介護に従事させる。
- ⑥「入居者の負担により、当該職員以外の者による介護を受けさせてはならない。

(2) 「食事」

第 38 条 「食事は栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しなければならない」。具体的な支援については、心身の状況及び嗜好を考慮し、できる限り自立して食事を摂ることができるよう

- ①食事の自立について必要な支援を行う、
- ②生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、必要な時間を確保する。
- ③入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援する。

(3) 社会生活上の便宜の提供等

第 39 条 「入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければならない」。

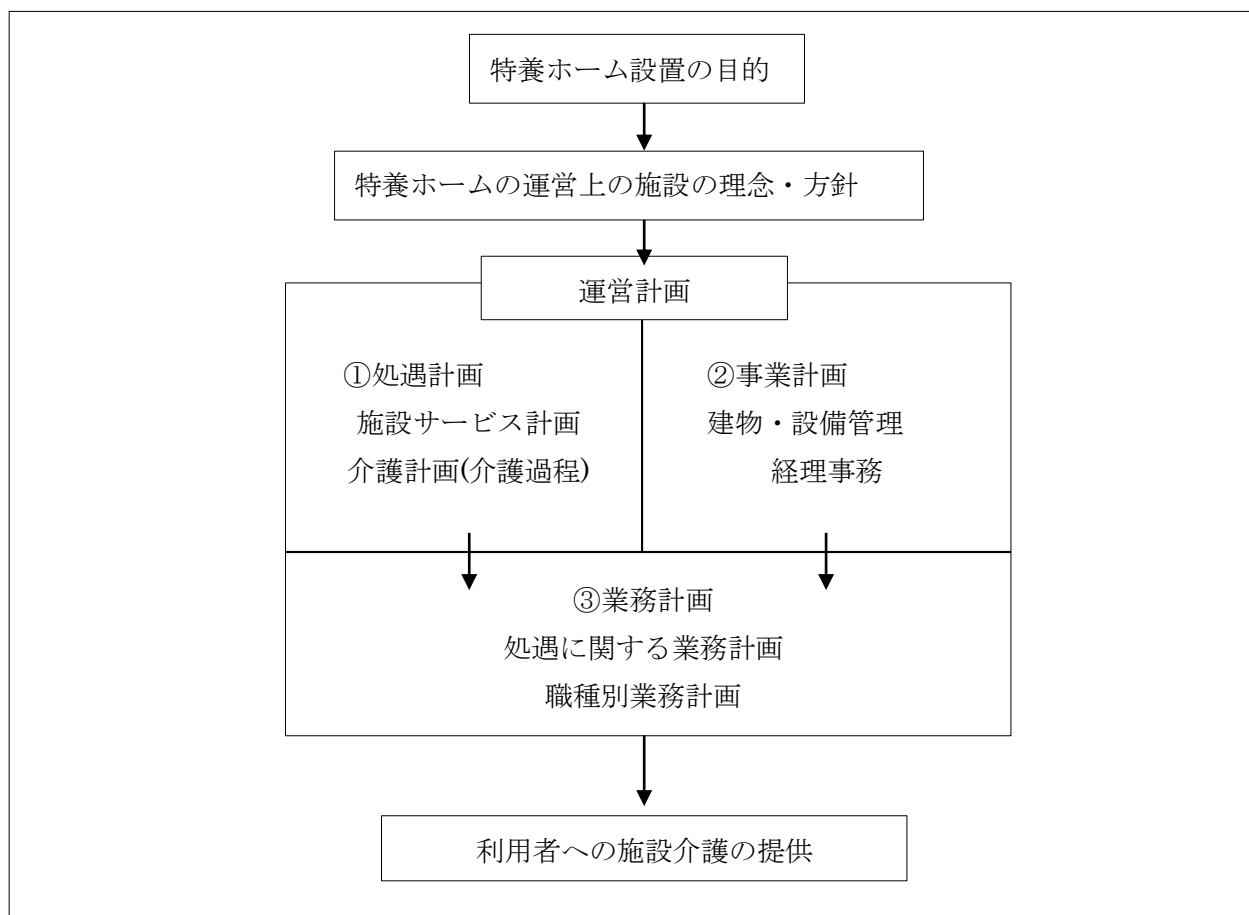
具体的な支援方法は

- ①日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、必要に応じ代行する。
- ②常に家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保する。
- ③外出の機会を確保する。

3. 先行研究について

(1) 介護過程、施設の理念や方針の位置づけについて

施設の理念や方針と介護過程の位置づけについては、倉田の運営上の構造の報告を要約すると、まず、施設の設置の目的があり、運営上の理念、目標、方針に基づき、施設全体での運営計画（一般的には事業計画と呼ばれる）が策定される。運営計画とは施設運営上におけるすべての場面を視野にいれた施設全体の計画のことであり、具体的には、①施設利用者に対する処遇計画、②処遇以外の施設管理運営上の事業計画、③職員の業務計画とされ、これらを含んだものといえる。しかしながら、これらは一定の様式に従ってまとめられていないことが報告されている³⁵⁾。これらの中で、介護過程は運営計画の①に含まれ、位置づけられる。また、施設の理念や方針については、施設長がリーダーシップをとる立場にあるが、このことについて、施設長とは「施設の目的及び運営の方針」「入所者の処遇に関する計画」などの規定を「遵守させるために必要な指揮命令を行う」³⁶⁾立場にあるとされる。したがって、介護職員は上記のように施設の運営に沿い、利用者の個々に応じた介護過程を実践することになる [図 1-2]。



[図 1-2 特養ホームの運営の展開モデル]

出所：倉田康路, 施設運営上の処遇計画の位置づけと構造に関する分析 - 特別養護老人ホームの場合 -, 社会福祉学 1999;40(1), 176, 一部改編

(2) 施設の理念、方針に対する介護職員の認識について

介護過程は施設の運営の一部であり、施設の理念や方針に沿って実践するが、倉田は「多くの施設ではサービス計画は外部から聞こえのいいような言葉で文章化し、とりあえず作っておくものという認識がある」と述べている³⁷⁾。また、田中は「多くの(新型)施設では、個別ケアと小規模の集団的処遇が混在している」ことを指摘し、この背景には、「個別支援を基本とした個室・ユニット化のサービス理念に対する理解が不十分」な点について述べ、サービス方針の明確化、安定したサービス提供体制と研修体制の整備などを課題として挙げている³⁸⁾。

施設の理念や方針の明確化については、社会福祉施設における人材の確保と育成に関する現況と提言の報告においても、「明確な方針を掲げて、職員に周知している」と回答した施設長は3.5割程度である³⁹⁾。これに対し、施設長に対する施設職員(介護職員以外を含む)による評価によれば、「施設長は理念や法律を遵守することを踏まえた判断基準を持っていると思いますか」の問いに「はい」と答えた回答は約4割であった。また「施設長はリーダーシップがあると思いますか」に対し、「はい」は約2割であった⁴⁰⁾。

その一方で、介護職員は施設の理念や方針、リーダーシップに対し、どのように思っているのか、増原による調査結果では、施設の理念や経営方針を意識している介護職員は半数程度であり、また、「あなたは上司を信頼していますか」という問いには「はい」は約7割、また、「上司は個人的な悩みや相談に関しても、よき相談相手になってくれますか」が「はい」は約5割と比較的高い得点を示していた⁴¹⁾。

(3) アセスメントについて

介護過程の展開プロセスには、アセスメント、計画の立案、実施、評価があり、その中でもアセスメントが最も重要であると報告している研究は多い。

また、介護過程に関する文献は介護学生を対象としたものが多く見られている。岩井は「学生がもっとも苦手とするものはアセスメントであることが明確になった」と述べ⁴²⁾、柴原は介護過程の教育において「問題のポイントはアセスメントである」と報告している⁴³⁾。これらを受け、柘崎は介護学生が「アセスメント様式の記入」の訓練と、アセスメントが介護計画に導かれるよう「論理的思考の訓練」のための、アセスメントシートを開発している⁴⁴⁾。杉山は介護計画につなげるための「情報の関連図」が教育的効果において有効であると述べている⁴⁵⁾。このように教育方法は養成施設に任されているという現状はあるが、介護学生はアセスメントを介護計画につなげる思考過程を養う機会を持つ。その一方で、介護の現場においては資格取得の方法はさまざまであり、アセスメントに関する教育は標準化されていないことが考えられる。

(4) 介護計画作成のための個別ケアの支援について

介護計画の作成において、援助方針の検討や決定のためには利用者への意思確認の実施、

意思決定を促すといった個別的な支援を行う。Jamesらは利用者が「入所の決定にどういった形でかかわったか」理解を深める重要性を課題として挙げているが⁴⁶⁾、これらの実態調査を実施した研究は見られなかった。また、意思確認、意思決定の研究の多くは、日常の生活支援の側面として、食事の時間や食事内容の選択、入浴時間などといった、提供されるサービスの選択内容や、生活の自由度に関する要素を探索する内容が主である。これらも個別ケアにおいては重要な要素ではあるが、介護過程における援助方針の検討や決定のための意思確認、意思決定といった個別ケアがどの程度実施され、介護計画において反映されているのか明らかにはなっていない。

(5) 介護目標、計画について

介護目標に関わる質的研究として、利用者が受けたい介護と介護職員の目指している介護について、利用者、介護職員両者に聞き取りした高田の調査がある。両者ともに、「身体・精神・社会的機能の維持向上」、役割のある日常生活といった「自立・生きがい感・社会的役割感」など【生活の質（QOL）サービス側面】を挙げている⁴⁷⁾。しかしながら、介護過程における「介護計画」の作成において、柘崎はアセスメントで捉えたニーズが、プランの作成過程に消滅し、プロセスと連動しないことについて指摘している⁴⁸⁾。

現在、介護過程に関する研究は柘崎を始め、介護福祉士養成教育の学生を対象にしたものが多数みられており、特養ホームの介護職員を対象にした介護過程に関する研究はほとんど見られなかった。しかしながら、介護福祉士は資格取得の方法がさまざまであり、日々利用者への支援が求められる現場においても介護過程の教育、サポートは必要であることが考えられる。よって、実態調査は重要であることが考えられる。

(6) 介護計画の実施に伴うやりがいについて

やりがいとは、「しがい」⁴⁹⁾があるなど言われることが多く、それは人が何かを行った時にその努力に見合う効果のことを意味している。先行研究においてもやりがいは、窪田らは「ケアの達成感が得られる」⁵⁰⁾、蘇らは「介護スタッフの仕事上の意欲」と関係していることを述べている⁵¹⁾。一方、中村らは「介護の仕事に就く動機となり、目的・役割意識を持って業務を遂行できる要因」⁵²⁾であることを示している。

このようにやりがいは介護職員と利用者との相互行為により、個別的な反応を含むものであり、離職問題にも影響をおよぼすことが考える。しかしながら、やりがいに関する研究は、やりがいという言葉を用いた研究は少なく「職務満足感」を用いて仕事に対する肯定的な感情を図っているものが多いことについて中村らは指摘している⁵³⁾。また、これらは施設単位の調査が多い。よって、支援を通じどのようにやりがいを感じたのか調査している研究は見当たらなかった。

(7)介護計画の実施に伴うむなしさについて

むなしさとは「結果が何も残らない」ことを意味し⁵⁴⁾、やりがいや努力した結果において効果があったことに対し、むなしさは努力した結果が何もない、反対の意味を示している。

高齢者介護の分野において「むなしさ」、「虚無感」、「空虚感」、「無力感」について文献検索をしてみたが、介護職員が支援を通じて感じたむなしさについて述べられた研究は見当たらなかったが、「無力感」については看護分野に窪田らの研究がある⁵⁵⁾。

また、介護に対する否定的な側面は、バーンアウトなどの研究が多数あり、しかし、それらの内容についてはバーンアウト尺度、職場への所属意識、うつ尺度など、待遇面や職場環境が議論の中心になっており、やりがいと同じように介護職員が関わっている具体的な支援そのものについてむなしさをどう感じているのか、ということについては触れられていない現状がある。

Ⅱ. 目的

1. 研究の目的

本研究では、介護過程の現状と課題を明らかにし、介護過程のあり方に 1 つの示唆を得ることを目的とした。この目的を達成させるためには、介護過程の実態と、施設介護の実態を明らかにすることが必要であると考えられ、よって、この 2 つの調査を実施することとした。

〔研究 1〕では、質問紙調査から、介護職員の実践する介護過程の展開プロセス際に、介護職員は利用者のアセスメント時、どの程度意思確認やチームアプローチなどの個別ケアを実践しているのか。また自立度の評価、目標や課題は適切であるのか。また、実践することでどのようなことにやりがい、ジレンマや疑問を感じているのか、介護過程の現状と課題を明らかにする。

〔研究 2〕では、面接調査から、施設は施設の介護方針と介護職員が実践する介護過程をどのように捉え、どのようにかかわっているのか。それを妨げる要因はどのようなものだと感じているのか。それについてどのようにしようと思っているのか施設介護の現状と課題を明らかにする。

これらの〔研究 1〕〔研究 2〕の調査結果から、特養ホームにおける介護過程を取り巻く全体像を把握する。

2. 本研究の意義

本研究において、特養ホームの介護職員が描く本来の介護を実践するために、介護過程の展開プロセスを 1 つのサイクルとして実態と課題を明らかにすることにより、新たな知見に気づくことで、より質の高い個別ケアの支援が可能になるのではないかと考える。また、介護過程の展開プロセスには介護職チームと多職種が協働・連携を図るため、円滑な介護過程の展開は、施設全体の質を向上させることが出来ると示唆する。

Ⅲ. 調査計画、方法

1. 介護過程の現状と課題 [研究 1]

(1) 調査対象、期間、方法及び内容

1) 調査対象

調査対象は特養ホーム 25 箇所勤務する介護職員、その受け持ち利用者である[表 2-1]。対象者の条件は以下とする。

- ・ 特養ホームに 1 年以上勤務している介護職員*1
- ・ 特養ホームに 1 年以上在籍している利用者*2
- ・ 老人福祉施設協議会（以下老施協）に加盟している施設*3

*1 担当している利用者の介護過程のサイクルを経験していることが望まれるため、利用者との関わりを持つ期間として 1 年以上とした。*2 も同様である。

*3 老施協は、「老人福祉及び介護に関する正しい知識の普及並びに理解の促進を図るとともに、サービスの質の向上確保に係る調査研究を行い、もって老人福祉及び介護事業の健全な発展と国民の福祉の増進に寄与することを目的とする」とあり、会員施設は、専門雑誌や本などで紹介されるなど、施設長がヴィジョンを持っている、また施設で何らかの取り組みが行われているなど、施設介護の向上に積極的である。また、会員は、① 養護老人ホーム、② 特別養護老人ホーム、③ 軽費老人ホーム（ケアハウスを含む。）、④ 老人デイサービスセンター、⑤ 老人短期入所施設であり、会員は全国に分布していること、会員数は 4,321 (内訳は不明) で多いことなどが調査対象の選考に活用した理由である⁵⁶⁾。

任意に予備調査を依頼し、実施したところ、60 票配布し、42 票回収した(0.70%)。そのうち有効回答は 22 票であり、配布数に対し約 4 割以下(0.37%)になることが判明した。このことを踏まえ、また、本研究の目的を達成するためには、任意に施設を選択し、調査を依頼することが適切であると判断した。依頼にあたり、各施設の管理者や責任者等に対し、調査の趣旨を電話及び訪問にて口頭で説明し、書面において同意を得られた 25 施設とした。

2) 調査期間

平成 23 年 2 月から 3 月にかけて配布し、平成 23 年 3 月から 7 月にかけて回収を終了した。

3) 調査方法及び内容

各施設の管理者や責任者等から、介護職員への説明と協力を要請してもらい、各施設に調査用紙を郵送する留置法とした。

具体的な手続きとしては、調査票は各施設の調査担当者より介護職員へ直接配布された。また、これらは無記名で行われ、回答後は各自が封筒に入れ封をし、調査担当者へ返却した。締切日以降、各施設の調査担当者が研究者へ返送した。本調査については、留置期間は約 3 週間とした。

調査票は①介護職員に関する項目と、②介護職員が担当している利用者に関する項目に分かれている。①の介護職員に関する項目については、基本属性、個別ケアに関する 20 項目、やりがい、むなしさである。②の利用者に関する項目については、基本属性、身体的な評価として機能的自立度評価表の F I M(Functional Independence measure)を用い、精

神的な測定として意欲の評価のV I (Vitality Index) 、社会的自立については、研究者が作成した社会的状況 6 項目を使用した。これらについては、先行研究を参考に、また特養ホームの施設長、施設関係職員など関係者に意見を求め、協議しながら設定した。回答形式には、統計指導を依頼した。多肢選択法を用い（介護職員及び利用者の基本属性、利用者に関する社会的状況以外）、回答は点数として処理することを質問票に明記した[表 2-2]。

[表 2-1] 質問紙調査、協力施設一覧

		配布数	回収数	回収率
A	青森県	84	81	0.96
B	岩手県	20	18	0.90
C	岩手県	20	17	0.85
D	群馬県	45	18	0.40
E	千葉県	10	3	0.30
F	東京都	50	47	0.94
G	東京都	10	6	0.60
H	東京都	40	45	1.13
I	東京都	40	26	0.65
J	東京都	24	7	0.29
K	東京都	60	56	0.93
L	東京都	10	2	0.20
M	東京都	35	30	0.86
N	東京都	30	24	0.80
O	東京都	60	17	0.28
P	東京都	30	10	0.33
Q	東京都	20	12	0.60
R	東京都	50	50	1.00
S	東京都	30	13	0.43
T	東京都	30	0	0 (震災の影響で辞退)
U	東京都	100	64	0.64
V	奈良県	80	63	0.79
W	富山県	40	25	0.63
X	石川県	100	40	0.40
W	福岡県	80	39	0.49
Z	鹿児島県	80	61	0.76
合計		1178	774	0.66

介護職員は担当している利用者について、利用者ごとに調査票を記載してもらう連記票であり、1人の介護職員が2~3人程度、利用者についてそれぞれ記入してもらう。

(2) 調査項目

1) 介護職員に関する項目

① 介護職の基本属性

介護職員については性別、年齢、勤務年数、保有資格((1)資格なし (2)介護福祉士 (3)ホームヘルパー2級 (4)ホームヘルパー1級 (5)ホームヘルパー3級 (6)社会福祉士 (7)介護支援専門員 (8)その他から1つ選択) について記述してもらった。

②個別ケアの実践について

個別ケアは、20 の質問項目からなり、実施しない、ごくわずかに実施している、おおむね実施している、実施している、のいずれかを選択してもらう 4 件法である(調査 2 問 3)。

以下質問項目である

1. この方のケアについて家族はどんな役割を果たしたいか、家族と話し合う
2. この方のそばに座り、不安や心配ごとを聞く
3. 申し送りでこの方の問題について話し合う
4. ケアの計画を立案するために、この方(家族)と話し合う
5. アセスメント実施後、見出した問題点についてこの方(家族)に確認する
6. ケアの計画を実行する前に、この方(家族)に確認する
7. あなたの受け持ち利用者であることを、この方(家族)は知っている
8. 受け持ち利用者のケアカンファレンスに参加する
9. 残存機能に応じて、この方(家族)に依存度および自立度を受け入れてもらう
10. この方に 1300ml 以上の水分補給と排泄のニーズを満たす対策を立てる
11. この方の歩行、身体状況に応じた用具を満たしている
12. この方の食事の意向、計画について、栄養士と話し合う
13. この方に親切でやさしく、親しみのもてる態度で接する
14. 入所がこの方の生活、家族に与えた影響についてこの方、家族と話し合う
15. この方のケアについて疑問がないか、この方(家族)に聞く
16. この方について、理解したことや事実としてあったこと、考えを記録で明瞭に伝える
17. この方のケアは適切な判断を反映して意思決定している
18. 疾患がこの方と家族にどう影響しているか、この方、家族と話し合う
19. 在宅復帰の可能性についてこの方、家族と話し合う
20. この方の最期を何処で、どう過ごすか、家族と話し合う

先行研究において、個別ケアは入所前の生活歴の把握、自己による意思決定の促しについて、利用者に対するケアの態度について、チームケアの実践について、利用者の尊厳、家族とのかかわりなど、これらが重要な要素として挙げられている。本研究では先行研究を参考に、個別ケアの実践について介護過程の展開プロセスに沿い、質問文を 20 項目作成した。その文の構成などについては Ora ら⁵⁷⁾⁵⁸⁾の調査項目を参考にした。

③やりがいについて

やりがいの質問内容は、この方のケアを通じてやりがい(ケアのしがい)を最近 3 ヶ月間に 1 回でも感じたことはありますか、という問いである(調査 2 問 2.9.)。先行研究から、利用者の QOL を高めることは、介護職員の「職務充足感」「自己効力感」などに繋がると述べられている⁵⁹⁻⁶¹⁾。これらの先行研究は、介護職員が職業として、また、組織の一員として、どのようにやりがいを感じているのか、その態度について調査している。これらの

調査の特徴は介護職員の性差や要素により、やりがいに差が見られるため、その差の要因を検討することができる。その反面、施設単位で行われる評価であり、施設の方針、形態や環境などを一介護職員の特性で判断される可能性が考える。

一方、本研究の調査は、介護職員が受け持ち利用者について回答する形式であり、利用者単位の評価であるため、その点についての要素は含んでいないと言える。介護職員が受け持ち利用者の介護過程を通じ、やりがいをどの程度感じたか、またどのようなことにやりがいを感じたのかについて、実践に対するその成果を聞いていることが特徴である。

本来は利用者に満足感、介護職員にやりがいの回答求める手続きが最も良いと考えられるが、施設関係者から、利用者に直接回答を求めなければならない質問については、実施しないよう、質問紙の作成段階で決定したため本調査においては実施に至っていない。

④むなしさについて

むなしさの質問項目は、この方のケアを通じて介護職としてむなしさを最近3ヶ月間に感じたことがありますかである（調査2問2.9.）。先行研究において介護職員が特養ホームの利用者とのかかわりにおいて感じたむなしさを扱った研究は見当たらなかった。本研究では、むなしさという言葉を用い、介護職員がどの程度むなしさを感じ、どのような施設介護の際にむなしさを感じるのか調査する必要性を感じた。また、この調査は介護職員の介護過程に対する疑問やジレンマなど、明らかになることが考えられるため、教育に関わる重要な内容であると研究者は考える。

2)利用者に関する項目

①利用者の基本属性

性別、年齢、入居年数、要介護度、障害者日常生活自立度(以下、障害自立度)、認知症生活自立度(以下、認知度)、自立を妨げる疾患((1)脳卒中 (2)骨折 (3)内科疾患 (4)認知症 (5)難病 (6)自立している (7)その他の7項目より1項目を選択)、重点的に行っているケアの有無((1)食事 (2)入浴 (3)排泄 (4)洗面 (5)移動 (6)移乗 (7)着替え (8)離床 (9)話し相手 (10)外出 (11)クラブ活動 (12)その他、13項目から1項目を選択)、認知症状の有無（調査2問1、1～7、問2、1.2.）である。その他、日中の排泄場所(ベッド、トイレ)、主な移動手段(歩行、車椅子)である（調査2問5）。

②機能的自立度評価、「FIM(Functional Independence measure)」について

FIM はセルフケア(食事、整容、清拭、更衣(上半身)、更衣(下半身)、トイレ動作)、排泄コントロール(排尿コントロール、排便コントロール)、移乗(ベッド、椅子、車椅子、トイレ、浴槽、シャワー)、移動(歩行、車椅子、階段)、コミュニケーション(理解、表出)、社会的認知(社会的交流、問題解決、記憶)の5項目で構成されている（調査2問5）。

身体的自立についての評価は、さまざまな評価表が開発されており、多種多様である。

介護保険の認定調査でも使用される障害別日常生活自立度、認知症日常生活自立度、その結果である要介護度、ADL評価表、バーセルインデックス (Barthel index)、口腔ケアアセスメント、栄養アセスメントなど多数の評価表がある。アセスメントしたい項目ごとに評価表を使用する。

FIMは主に介護負担度の評価で、数あるADL評価の中でも最も信頼性と妥当性があると言われている。リハビリだけでなく、看護や介護分野でも、FIMを取り入れることで、入所や入院されている患者および利用者のADLに関する情報を、素早く正確に状態把握することが可能であり、幅広く使われている。ADLには、実際に行っている状態を測定する「しているADL」と、促せばできる内容を測定する「できるADLがある。FIMは、介護量を測定すると明示されており、「しているADL」の測定法としても捉えることが可能である。

また、FIMは医学的な知識は特に必要とせず、誰にでも採点可能であるという特色も持つ。また、評価は7段階で設定されており一部介助、全介助のような大まかな評価に比べ、身体レベルがより明確になるためチーム間で介護量を共有しやすいと言える。

また介護量の評価としてFIMは点数と介護時間の関連が報告されていること⁶²⁾⁶³⁾、身体機能評価のほかにコミュニケーション、社会的認知も含まれていることも特徴の1つである。

これらの理由により、本研究では身体的自立の他に、高齢者のケアに重要なコミュニケーションや社会的認知を含む、FIMを使用することとした。

また身体的状況の経過の測定として、1年前(平成22年4月の状況)と現在(平成23年3月の状況)について記載する設定とした。

③意欲の評価「VI (Vitality Index)」について

VIは、高齢者の日常生活動作に関連した意欲を測定する指標として1998年鳥羽らにより開発されたが、この質問票の特徴は1.起床、2.意思疎通、3.食事、4.排泄、5.リハビリ、活動、外出の5項目からなり(調査2問4)、「介護者の観察法で評価する」ため回答の有効性が高く⁶⁴⁾、認知症を合併した高齢者の意欲の測定能力についても容易に評価できることにある。精神的自立度については、先行研究では認知度や、精神的自立性尺度、PGCモラールスケール、WHO健康に対する意識調査、鬱の状態などを図ることが多くみられ、これらは直接本人に回答を求める質問票である。

また、人々の行動は動作する意欲に基づき行動するものであり、「意欲の向上が活動力を上げる」⁶⁵⁾ことになるといわれている。つまり、身体的自立性の回復においては意欲が関係し、このことは精神的自立性の向上、維持に重要であることが考えられる。そのために本研究では意欲に着目し、「精神的自立度」の尺度としてVIを使用することとした。

④社会的状況に関する項目について

社会的状況については、「認知症の予防」、「進行防止の実践の有無」、「クラブ以外のレクリエーションや運動の有無」、「外部との通信の有無」、「ふれあいの促進と1人時間の確保の有無」、「役割の有無」、「必要に応じ側にいる、そうでないときは見守ることの有無」の6項目からなっている（調査2問2.3～7）。

社会的状況には様々な評価指標があり、幸福感の指標としてのPGCモラル、社会的な側面を含みADLより複雑で高次の動作の指標であるIADL、社会的な機能を評価する社会機能不全評価スケールなどがある⁶⁶⁾。しかしこれらの評価表は、ある程度機能が保たれている高齢者が対象であり、特養ホームに入所している高齢者には適さない内容が多い。そのため、先行研究から特養ホームでの調査に必要性があると思われる項目を選択し、施設関係者と議論した上で6項目を作成した。

それぞれの参考文献は「外部との通信」、「1人時間の確保」については、アランら⁶⁷⁾、Jamesら⁶⁸⁾、永田⁶⁹⁾などである。「レクリエーションや運動の有無」、「役割の有無」については、介護福祉士養成テキスト⁷⁰⁾、長嶋らによる「痴呆高齢者ケアの全国実態調査報告書」、「Life-Quality Score」⁷¹⁾、「ユニットケアの運営基準」⁷²⁾、竹内⁷³⁾、永田⁷⁴⁾についての報告より設問を採りあげた。また、「必要に応じ側にいる、そうでないときは見守る」については、室伏の「孤独にしない」⁷⁵⁾、Tomの「たずさわること」⁷⁶⁾を参考に作成した。

この中でも役割については、ユニットケアの基準にもあるように、特に大きな意義を持つと考える。社会学者であるジョナサンは、役割の力について、「…団体単位に組み込まれているほど、この単位の文化と分業によって特定される参加者は役割を手に入れやすい」、「個人が自分の役割を作ることに成功し、また同時に他者の役割をうまく検証できるほど、彼らは相互交流の欲求を実現しやすく、肯定的感情を経験しやすい」と述べている⁷⁷⁾。このことは、特養ホームで暮らす高齢者は家庭とは異なり、集団単位での生活であるため、役割を持ちやすいのではないかと考える。

このように、役割についてはその支援を推進されているものの、先行研究がほとんど見当たらず、どの程度行われているのか、実態把握がなされていない。よって、本研究において、実態把握をすることはとても重要であると考えられる。

[表 2-2] 質問紙調査票

特別養護老人ホームにおける利用者の自立性に関する調査
調査 1

問 1 介護職の方について伺います。下の項目につきまして該当する選択肢の番号および項目に○をつけてください。下線部の空欄及び()には、数字または該当する文章または言葉をご記入ください。

1. 性別：(1) 男 (2)女
2. 年齢：満_____歳
3. 現在の職場での勤続年数：_____年 _____ヵ月
4. 保有資格：(1)資格なし (2)介護福祉士 (3)ホームヘルパー2級 (4)ホームヘルパー1級
(5)ホームヘルパー3級 (6)社会福祉士 (7)介護支援専門員
(8)その他(_____)

調査 2

介護職の方の受け持ち利用者についてお聞きします。利用者 1 人に対し、1 部の記入になります。問 1～5 については、利用者の方の状況について介護職の方が判断し記入してください。

問 1 各項目については該当する選択肢の番号および項目に○をつけてください。下線部の空欄及び()には、数字または該当する文章または言葉をご記入ください。

1. 性別：(1) 男 (2)女
2. 年齢：満_____歳
3. 入居期間：_____年 _____ヵ月(昭和・平成 _____年 _____月でも可)
4. 要介護度：1・2・3・4・5
5. 障害者日常生活自立度(例 A2)：_____
6. 認知症日常生活自立度(例 III a)：_____
7. 疾患について、自立を妨げている主な病気について 1 つ○を付けてください。
(1)脳卒中 (2)骨折 (3)内科疾患 (4)認知症 (5)難病 (6)自立している (7)その他_____

問 2 各項目については該当する選択肢の番号および項目に○をつけてください。下線部の空欄及び[]には、数字または該当する文章または言葉をご記入ください。

1. この方に対し自立性の向上として、現在重点的に行っているケアについて、1 つ○をつけてください。そのケアの課題、工夫していること、目標について記入して下さい
(1)食事 (2)入浴 (3)排泄 (4)洗面 (5)移動 (6)移乗 (7)着替え (8)離床 (9)話し相手
(10)外出 (11)クラブ活動 (12)その他(_____)

課題など
目標

2. この方の認知症状がありますか
(1)はい
(2)いいえ

3. この方の認知症の予防、認知症の場合は進行予防、軽減として行っていることがありますか

- (1)はい
- (2)いいえ

4. この方はクラブ活動等とは別に、レクリエーション等の体を動かす活動の参加はしていますか

- (1)はい
- (2)いいえ

5. この方の外部への通信支援の状況と頻度について教えてください

- (1)電話 (自分で行える・掛ける動作は出来ない) 1年に _____ 回
- (2)手紙 (自分で行える・代筆が必要) 1年に _____ 回
- (3)その他の通信支援 (_____) (自立・支援要) 1年に _____ 回
- (4)行っていない

6. この方がふれあいの促進とともに1人になれる、時間・場所はありますか

- (1)はい
- (2)いいえ

7. 最近3ヶ月間にこの方には何か「役割」はありましたか

- (1)あり
- (2)なし

8. この方が必要とする時は側にいて、そうでない時には見守ることができますか

- (1)はい
- (2)いいえ

9. この方のケアを通じてやりがい(ケアのしがい)を最近3ヶ月間に1回でも感じたことはありますか

- (1)頻繁に感じた
- (2)よく感じた
- (3)時々感じられた
- (4)1回は感じられた
- (5)まったく感じられなかった

それはどんなことでしたか、どんなことでも構いませんので自由に記入してください

10. この方のケアを通じて介護職としてむなしさを最近3ヶ月間に感じたことがありますか

- (1)頻繁に感じた
- (2)よく感じた
- (3)時々感じられた
- (4)1回は感じられた
- (5)まったく感じられなかった

それはどんなことでしたか、どんなことでも構いませんので自由に記入してください

問3 利用者のケアについてあてはまる番号に1つ○をつけてください。各回答は、1点・2点・3点・4点の点数として処理いたしますので、そのつもりでお答え下さい		実施しない	実施している ごくわずかに	実施している おおむね	実施している
1.	この方のケアについて家族はどんな役割を果たしたいか、家族と話し合う	1	2	3	4
2.	この方のそばに座り、不安や心配ごとを聞く	1	2	3	4
3.	申し送りでこの方の問題について話し合う	1	2	3	4
4.	ケアの計画を立案するために、この方(家族)と話し合う	1	2	3	4
5.	アセスメント実施後、見出した問題点についてこの方(家族)に確認する	1	2	3	4
6.	ケアの計画を実行する前に、この方(家族)に確認する	1	2	3	4
7.	あなたの受け持ち利用者であることを、この方(家族)は知っている	1	2	3	4
8.	受け持ち利用者のケアカンファレンスに参加する	1	2	3	4
9.	残存機能応じて、この方(家族)に依存度および自立度を受け入れてもらう	1	2	3	4
10.	この方に1300ml以上の水分補給と排泄のニーズを満たす対策を立てる	1	2	3	4
11.	この方の歩行、身体状況に応じた用具を満たしている	1	2	3	4
12.	この方の食事の意向、計画について、栄養士と話し合う	1	2	3	4
13.	この方に親切でやさしく、親しみのもてる態度で接する	1	2	3	4
14.	入所がこの方の生活、家族に与えた影響についてこの方、家族と話し合う	1	2	3	4
15.	この方のケアについて疑問がないか、この方(家族)に聞く	1	2	3	4
16.	この方について、理解したことや事実としてあったこと、考えを記録で明瞭に伝える	1	2	3	4
17.	この方のケアは適切な判断を反映して意思決定している	1	2	3	4
18.	疾患がこの方と家族にどう影響しているか、この方、家族と話し合う	1	2	3	4
19.	在宅復帰の可能性についてこの方、家族と話し合う	1	2	3	4
20.	この方の最期を何処で、どう過ごすか、家族と話し合う	1	2	3	4

問4 利用者についてお聞きします。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1.起床	いつも起床している	2
	起こさないと起床しないことがある	1
	自分から起床することはない	0
2.意思疎通	自分から挨拶する、話しかける	2
	挨拶や呼びかけに対して返答や笑顔が見られる	1
	反応がない	0
3.食事	自分から進んで食べようとする	2
	促されると食べようとする	1
	食事に関心がない	0
4.排泄	いつも自ら尿意便意を訴える	2
	ときどき尿意便意を訴える	1
	排泄に全く関心がない	0
5.リハビリ 活動 外出	自らリハ・レク・外出に積極的に向かうことを始める	2
	促されて向かう	1
	拒否・無関心	0

問5 利用者の方についてお聞きします。下の各項目にレベルの1～7で該当する数字を記入してください。リスクのため検査不能な場合は1とします。小さな□は、あてはまる方にレ点を記入してください。

レベル				
自立	7 完全自立（時間、安全性含めて） 6 修正自立（補助具使用）	介助なし		
部分介助	5 監視 4 最小介助（患者自身で75%以上） 3 中等度介助（50%以上）	介助あり		
完全介助	2 最大介助（25%以上） 1 全介助（25%未満）			
項目	内容	レベル	レベル	評価内容
		平成22年4月	現在	
セルフケア	食事			咀嚼、嚥下を含めた食事動作
	整容			口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔など
	清拭			風呂、シャワーなどで首から下（背中以外）を洗う
	更衣（上半身）			腰より上の更衣および義肢装具の装着
	更衣（下半身）			腰より下の更衣および義肢装具の装着
	トイレ動作			衣服の着脱、排泄後の清潔、生理用具の使用
排泄コントロール	排尿コントロール			排尿の管理、器具や薬剤の使用を含む
	排便コントロール			排便の管理、器具や薬剤の使用を含む
移乗	ベッド、椅子、車椅子			それぞれの間の移乗、起立動作を含む
	トイレ			便器へ（から）の移乗
	浴槽、シャワー			浴槽、シャワー室へ（から）の移乗
	日中の排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド	
移動	歩行			屋内での歩行
	車椅子			屋内での車椅子移動、使用しない場合は7を記入
	主な移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	階段			12～14段の階段昇降
コミュニケーション	理解			聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解
	表出			言語的または非言語的表現
社会的認知	社会的交流			他患、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応
	問題解決			日常生活上での問題解決、適切な決断能力
	記憶			日常生活に必要な情報の記憶

○アンケート調査についてお聞きします。

今回のアンケート調査について、その他何かご意見があればご自由にお書きください。

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

(3)分析方法

質問紙の作成から、配布数、分析の手法、分析の終了に至るまで、統計指導を求め、指導教員と面談を繰り返し、分析を行った。

1)分析対象

配布数 1178 票に対し、774 票の回収であり(回収率 66%)、有効回答である 550 票を分析対象とした。調査2の問5のFIMは全項目の回答が必要であったが、欠如が見られているものが多くみられ、そのため有効回答が減少している(回収結果の内 224 票が無効回答)。また、調査票は介護職員が担当している利用者ごとに調査票を記載してもらった連記票であり、1人の介護職員が概ね2人程度(平均 1.85人)の利用者についてそれぞれ記入している。よって、調査対象の介護職員は298名であるが、利用者に関する記述については550名分の調査結果があることになる。また、介護職員の属性については実人数を示し、分析には延べ人数を用いている。しかし、集計時に一部において介護職員が利用者を5~10名程度記載しているものがみられたため、本研究に影響を及ぼす可能性を考え、分析対象から除外し再度分析した。しかし、除外前後の差が認められず、影響を及ぼさなかったため、使用することとした。

2)集計及び分析方法

①算出方法

介護職員に関する項目については、性別は2区分し、勤務年数については「 $((年 \times 12) + 月) / 12$ 」で年換算した。保有資格については「ある・なし」で2区分した。個別ケアについては「実施していない」1点、「ごくわずかに実施している」2点、「ある程度実施している」3点、「実施している」4点とし、点数とみなすことを調査票に記入し記述してもらった。やりがいとむなしさについては、それぞれは5段階評価とし、「頻繁に感じた」、「よく感じた」、「数回は感じた」、「1回は感じた」、「全く感じなかった」である。重点的に行っているケアの目標、その課題についての自由記述欄は、目標と課題の文章を要約し表にまとめた。また、やりがい、むなしさの各自由記述欄については、面接調査の分析方法と同様に行い、表にまとめた[資料8~9]。サブカテゴリーは〈 〉、コードは〔 〕で示した。

利用者の性別は2区分し、入居年数については「 $((年 \times 12) + 月) / 12$ 」で年換算した。「要介護度」については「要介護1・2」=1、「要介護3」=2、「要介護4」=3、「要介護5」=4とした。「障害自立度」においては「J2・A1・A2」=1、「B1・B2」=2、「C1・C2」=3と、3区分した。「認知度」においても、「IV・M」=1、「II・III」=2、「自立・I」=3と、3区分した。「自立を妨げる疾患」、「重点的に行っているケア」、「社会的状況」の6項目は、それぞれ「ある・なし」、もしくは「行っている、行っていない」で2区分した。FIMは、合計点を使用した(階段の項目は解釈が難しいと回答者から多数声があ

ったため分析から除外した)。VI は合計点を使用した。また、社会的状況の 6 項目は「なし・行っていない」1 点、「あり・行っている」2 点の量的変数に換算し合計点を算出した。

②統計的検定

本研究では相関係数(r もしくは ρ)、一元配置分散分析(相関比 η (イータ))はそれぞれ r を算出し評価した。また、独立係数(Cramer's V)は rc で評価を行った。

③相関、群間差の大きさ、または関連の強さ (effect size)

相関係数、相関比、独立係数により、相関、群間差の大きさ、関連の強さそれぞれを評価した。相関比は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、群間比較と考える場合は群間差の大きさを示す。独立係数は質的データと質的データの相関 (0~1) であり、関連の強さを示すものである。

④統計ソフト

「SPSS 15.0J for Windows」、「JMP6」、「よくわかる！すぐ使える統計学—検定 CD 版」⁷⁸⁾を使用した。

(4)分析の構成について

1)介護職員に関する分析 (個別ケア、やりがい、むなしさ)

- ・個別ケアとやりがいについて一元配置分散分析を行った。
- ・個別ケアとむなしさについて一元配置分散分析を行った。

2)介護職員の把握する利用者の状態像に関する分析 (FIM・VI・社会的状況)

- ・FIMを目的変数とする相関、一元配置分散分析を行った [図 2-1]。
- ・VIを目的変数とする相関、一元配置分散分析を行った [図 2-1]。
- ・社会的状況を目的変数とする相関、一元配置分散分析を行った [図 2-1]。

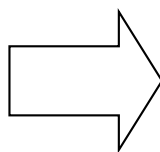
説明変数

○介護職員関連

- ・基本属性
年齢、性別、資格、勤務年数など
- ・個別ケア 20 項目
- ・やりがい、むなしさ

○利用者関連

- ・基本属性
年齢、性別、入居年数、要介護度など
- ・社会的状況 6 項目



目的変数

- FIM・VI・
社会的状況
との
相関・一元配
置分散分析
(相関比)

[図 2-1] 分析 2 の分析の手順について、
分析 2 については、利用者の身体・精神・社会的自立度をそれぞれ目的変数とし、分析を行う

2. 施設が捉えている施設介護の現状と課題 [研究 2]

(1) 調査対象、期間、方法及び内容

1) 調査対象

対象者の条件は以下とする。

- ・ 特養ホームの施設長（「施設の目的及び運営の方針」「入所者の処遇に関する計画」などの規定を「遵守させるために必要な指揮命令を行う」立場にあるため）
- ・ 専門雑誌や本などで紹介されるなど、何らかの特色ある取り組みが行われている施設
- ・ 老人福祉施設協議会（以下老施協）に加盟している施設*1

*1 施設の選択にはⅢ. 調査計画、分析方法の 1. 介護過程に関する現状と課題と同様の方法を使用し、選択した (P. 13 を参照)。

予備調査を実施したところ、対象者は任意に選択することが本研究の目的をより達成できると思われた。各施設の施設長に、調査の趣旨を、電話にて口頭で説明し、同意を得られた 15 施設とした。面接調査協力者の概要は以下のとおりである[表 2-3]。協力者が所属する施設はすべて社会福祉法人である。協力者は 15 名（男性 11 名、女 4 名）。

[表 2-3] 面接調査の協力者一覧

施設名	面接場所	面接対応者
A	東京都	施設長
B	東京都	施設長
C	東京都	施設長
D	東京都	施設長
E	東京都	施設長
F	東京都	施設長
G	東京都	施設長
H	東京都	施設長
I	東京都	施設長
J	東京都	施設長
K	東京都	施設長
L	東京都	施設長
M	東京都	施設長
Q	東京都	施設長
R	東京都	施設長

〔面接調査、協力者一覧表〕

2) 調査期間

平成 22 年 4 月～平成 22 年 5 月である。

3) 調査方法及び内容

面接方式で、半構造化面接を行った。インタビューガイドの作成にあたり、15 施設以外に、施設長らに事前に面談を実施したところ、施設が力を入れている事業や経営面についての語りが主になりやすいことが分かった。よって、施設が捉えている施設介護について触れられるよう、「介護職員」の言葉を質問項目に入れ調査する内容とし 3 項目設定した。その 1 つ目は、施設介護を把握するため、「介護職員に関してご苦労されている点について」、2 つ目は施設の介護方針と実践している介護の関係を把握し、介護職員実践する介護過程はどのような点に配慮することで、向上すると考えられるのか、「介護職員の専門性について」であり、3 つめは「今後高齢化社会が進む状況で特養ホームの姿はどうなっていくか」という内容で、介護職員にどのような姿になってほしいと感じているのかということを含め調査した [表 2-4]。これらを自由に語ってもらい、調査終了後、逐語録を作成した。

(2) 分析方法

- 1) 面接内容を録音し、逐語録を作成し、意味のまとまりごとに区切りデータとした。
- 2) データを繰り返し読み、関連ある文脈に着目し、その内容を要約しコード化した。
- 3) コード化したものを比較検討し、類似性を考えながら分類、整理し、サブカテゴリーを明らかにした。
- 4) サブカテゴリーの特性を検討し、さらにサブカテゴリーの類似性と相違性に留意しながら、カテゴリー化した。

[表 2-4] インタビューガイド

施設	(施設長:)
アポイント日時:平成 年 月 日		
実施日時:平成 年 月 日 (場所:		
)		
1. 現在、施設で働く介護職員に関して、ご苦勞されている点など、お話しください。 (世間で話題になった人手の問題や、離職、教育など)		
2. 介護職員の専門性は何だと思われませんか。 (誰にでも、素人でもできる仕事だといわれるような現状について、専門性はあるのか、 ないのか、あるとすればそれはどういったことなのか)		
3. 今後高齢化社会が進む状況で、特養ホームはどのような姿になっていくと思いますか? (今抱えている課題の見通し、今後の政策・方向性など)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">特記事項</div>		

3. 用語の定義

(1) 介護過程

介護過程とは、利用者のよりよい生活を目指すための継続的な支援の手法であり、理論的、かつ根拠に基づいた分析を必要とする。介護過程とは、「自立度、個別ケアなどからアセスメントを行い、介護計画を作成し、支援目標に向かい実践する。また目標の達成度を評価し、今後の方向性を判断する過程を繰り返す一連のサイクル」とする。

(2) 個別ケア

個別ケアとは、「利用者一人一人の個性と生活リズムを尊重した介護」により⁷⁹⁾、「個人としての自立やQOL」と「生活共同体としての自立やQOL」を、バランスをとっていくことであると竹内は述べている⁸⁰⁾。つまり個として尊重する個別ケア、集団の中の一人として尊重する個別ケアとしての意味がある。

これらから本研究では個別ケアを次のように定義する。「個として、また集団の中の1人として尊重され、より自立性が向上するよう個別的な配慮」とする。

(3) 自立

一般的に自立とは、「他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすること」⁸¹⁾である。これらは身体・精神・社会的に自立している状態にあることをいう。

本研究における自立とは「①身体に障害があり支援を受けた状態でも日常生活を継続できるよう、利用者の尊厳を保持すること、②利用者の意思決定を促す機会をできるだけ持つよう支援を行うこと、③集団生活の中で、社会交流や活動、役割を持つことでそこに自分の居場所があること、これらの状態がより良い状態であり、安全で安心した生活を送れること」と定義する。

また、一般的に言われる「自律」とは「他からの支配や助力を受けず、自分の行動を自分の立てた規律に従って正しく規制すること」とあり⁸²⁾、「自立」が行動や自己による意思決定をすることに対し、「自律」はそれらを管理する精神的な側面を意味している。

しかし、特養ホームの利用者は身体の障害、認知症状によりすでに何らかの自立性が損なわれているため、自律することが難しい状態といえる。よって、本研究の精神的側面の「自律」においては、「自立」を用いることとする。

(4) 役割

人は役割を持ち、成長に伴い役割行動を拡大させ、社会とのつながりのなかで人の役に立ち、自分の安定した居場所を得たいという思いがある。竹内は「役割は現実世界のものであり、同時に人と人を結ぶものである。(略)この世界に生きている実感を確認なものとする」と述べている⁸³⁾。よって、役割行動は、安心した生活の継続に重要な意味を持つことであると考えられる。したがって、役割とは「社会（利用者同士、職員、家族など）とのつ

ながりのなかで、安心した居場所があること」と定義する。

倫理的配慮

国際医療福祉大学倫理審査委員会を通じ承認を得た。本研究に協力を得られた施設長に研究の主旨を説明し、「同意書」の署名を依頼した。その後施設長より質問紙調査を介護職員に依頼、実施とする。また今回の研究に当たり、調査対象施設の名称を記入時点でコード化し、プライバシーに関する項目が公表されないことを告げ、実施に配慮した（承認番号 10-102）。

IV. 結果

1. 介護過程の現状と課題 [研究 1]

(1) 介護職員の状況

1) 介護職員の基本属性

① 性別、年齢、勤務年数、保有資格

介護職員は実人数 298 名で、男性 123 名 (41.28%)、女性 171 名 (57.38%) であった。介護職員の年齢は 20 歳未満が 5 名 (1.68%)、20 歳以上 30 歳未満が 132 名 (44.30%)、30 歳以上 40 歳未満 91 名 (30.53%) である。40 歳以上 50 歳未満は 39 名 (13.09%)、50 歳以上は 26 名 (8.72%) であった。勤務年数は 1 年未満が 20 名 (6.71%)、1 年以上 4 年未満が 145 名 (48.66%)、4 年以上 7 年未満が 74 名 (24.83%)、7 年以上 10 年未満が 27 名 (9.06%)、10 年以上 26 名 (8.73%) であった。保有資格は、介護福祉士が 178 名 (59.73%)、ホームヘルパー 2 級が 130 名 (43.62%)、介護支援専門員が 26 名 (8.72%)、ホームヘルパー 1 級が 14 名 (4.70%)、社会福祉士が 10 名 (3.36%)、ホームヘルパー 3 級が 3 名 (1.01%) である。

また、分析で用いる延べ人数は、介護職員は男性 249 名 (45.27%)、女性 296 名 (53.82%) であった。介護職員の年齢は 20 歳未満が最も少なく 13 名 (2.36%)、20 歳以上 30 歳未満が 258 名 (46.91%)、30 歳以上 40 歳未満 179 名 (32.55%)、40 歳以上 50 歳未満は 55 名 (10.00%)、50 歳以上 39 名 (7.09%) である。勤務年数は 1 年未満が 41 名 (7.45%)、1 年以上 4 年未満が 239 名 (43.45%)、4 年以上 7 年未満が 152 名 (27.64%)、7 年以上 10 年未満が 67 名 (12.18%)、10 年以上 44 名 (8.00%) であった。保有資格は、介護福祉士が 353 名 (64.18%)、ホームヘルパー 2 級 237 名 (43.09%)、介護支援専門員が 53 名 (9.64%)、ホームヘルパー 1 級が 20 名 (3.64%)、社会福祉士が 19 名 (3.45%)、ホームヘルパー 3 級が 9 名 (1.64%) である [表 3-1]。その他の資格の詳細については [資料 3-7] を参照。

介護職員の基本属性については (財) 介護労働安定センター、平成 24 年度 介護労働実態調査結果と比較したが、介護労働者全体の調査であり、事業所別の結果はないため、本研究の人数と比較すると、ばらつきがみられている。

② 基本属性のクロス集計

介護職員の基本属性のクロス集計結果は、性別と年齢において、女性は 20 代 (56.12%) が最も多く、男性は 30 代 (51.41%) の割合が多かった ($r=0.39$ 、 $\chi^2(4)=83.21a$ 、 $p<0.05$) [資料 3-1]。年齢と勤務年数のクロス集計結果では、20 歳未満で 1 年未満 (31.71%) が、次に 20 代の 1 年以上 4 年未満 (60.50%)、30 代 10 年以上 (59.09%) であった ($r=0.34$ 、 $\chi^2(16)=250.13a$ 、 $p<0.05$) [資料 3-2]。その他の性別と勤務年数のクロス集計は [資料 3-3] を参照。

[表 3-1]介護職員の基本属性の集計表(性別、年齢、勤務年数、保有資格)

N=550(実人数 298 人)

		実人数		延べ人数		全国平均※1
		度数	%	度数	%	
性別	男	123	41.28	249	45.27	31.2
	女	171	57.38	296	53.82	68.5
	NA	4	1.34	5	0.91	0.3
介・年齢	20歳未満	5	1.68	13	2.36	0.5
	20歳以上30歳未満	132	44.30	258	46.91	23.2
	30歳以上40歳未満	91	30.53	179	32.55	29.0
	40歳以上50歳未満	39	13.09	55	10.00	24.7
	50歳以上	26	8.72	39	7.09	22.1
	NA	5	1.68	6	1.09	
		平均 32.61	SD 9.86	平均 31.62	SD 9.42	平均 39.5
勤務年数	1年未満	20	6.71	41	7.45	
	1年以上4年未満	145	48.66	239	43.45	
	4年以上7年未満	74	24.83	152	27.64	
	7年以上10年未満	27	9.06	67	12.18	
	10年以上	26	8.73	44	8.00	
	NA	6	2.01	7	1.28	
		平均 4.51	SD 4.16	平均 4.71	SD 4.01	平均 6.4
介護福祉士	あり	178	59.73	353	64.18	
	なし	117	39.26	193	35.09	
	NA	3	1.01	4	0.73	
ホームヘルパー3級	あり	3	1.01	9	1.64	
	なし	292	97.98	537	97.63	
	NA	3	1.01	4	0.73	
ホームヘルパー2級	あり	130	43.62	237	43.09	
	なし	165	55.37	309	56.18	
	NA	3	1.01	4	0.73	
ホームヘルパー1級	あり	14	4.70	20	3.64	
	なし	281	94.29	526	95.63	
	NA	3	1.01	4	0.73	
社会福祉士	あり	10	3.36	19	3.45	
	なし	285	95.63	527	95.82	
	NA	3	1.01	4	0.73	
介護支援専門員	あり	26	8.72	53	9.64	
	なし	269	90.27	493	89.63	
	NA	3	1.01	4	0.73	

※1 介護職員の基本属性について、性別、年齢、勤務年数を全国平均と比較した。

出所:財介護労働安定センター、平成24年度 介護労働実態調査結果である。また、この調査結果は小数点以下第1で表示されておりそのまま引用する。

③個別ケアの実施頻度

個別ケアの実施頻度においては、合計の平均値 45.15±7.48 である。20 項目の中でもっとも平均点が高かった項目は優しく親しみのもてる態度で接する 3.58±0.57、食事の意向・計画を栄養士と話し合う 3.46±0.78、利用者の情報や考えを記録しているが 3.34±0.78 であった。さらに歩行、身体状況に応じた用具を満たす 3.24±0.95、ケアカンファレンスへの参加で 3.23±1.13、ケア計画実行前の確認 3.11±0.98、ケアの適切な判断と意思決定 3.09±0.86 であった。最も平均値が低かった項目は在宅復帰の可能性について話し合う 1.70±1.05、最期をどこでどう過ごすか話し合う 2.25±1.17、入所が与えた影響について本人や家族と話し合う 2.54±1.09 である。疾患が与えている影響について本人や家族と話し合う 2.58±1.05、家族の役割について話し合う 2.66±1.02 と続いた。

この 20 項目の内容に応じ、4 分類し集計した結果「プラン作成のためのケア」平均の平均値 2.86、「継続的ケア」平均の平均値 3.18、「チームケア」平均の平均値 3.23、「生活を支えるケア」平均の平均値 2.20 であった [表 3-2]。個別ケア 4 分類について、性別、年齢、勤務年数による違いがあるのかどうか分析してみたが、これらにおいては、統計的な有意差は見られなかった。また、相関関係等においても関連は見られなかった [資料 3-4]。

[表 3-2]個別ケアの実践頻度の集計表 N=550(実人数 298 人)

		実施しない		ごくわずかに実施		おおむね実施		実施している		平均値	標準偏差	4 分類平均値	4 分類標準偏差	4 分類平均の平均値
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%					
プラン作成のためのケア	入所が与えた影響について話し合う	117	21.27	156	28.36	138	25.09	139	25.27	2.54	1.09			
	疾患が与えている影響を話し合う	103	18.73	161	29.27	151	27.45	135	24.55	2.58	1.05			
	ケアについて疑問がないか	73	13.27	127	23.09	164	29.82	186	33.82	2.84	1.04			
	アセスメント後の問題点の確認	58	10.55	105	19.09	151	27.45	236	42.91	3.03	1.02	20.00	5.72	2.86
	ケアの計画を立案のための話し合い	56	10.18	142	25.82	152	27.64	200	36.36	2.90	1.01			
	ケア計画の実行前の確認	51	9.27	82	14.91	171	31.09	246	44.73	3.11	0.98			
	残存機能に応じた、依存・自立度の理解	45	8.18	112	20.36	196	35.64	197	35.82	2.99	0.94			
継続的ケア	担当者であることを知ってもらう	91	16.55	65	11.82	106	19.27	288	52.36	3.07	1.14			
	この方の不安や心配ごとを聞く	59	10.73	139	25.27	179	32.55	173	31.45	2.85	0.99			
	水分補給と排泄のニーズを満たす計画	51	9.27	69	12.55	163	29.64	267	48.55	3.17	0.98	15.91	2.79	3.18
	歩行、身体状況に応じた用具を満たす	46	8.36	57	10.36	166	30.18	281	51.09	3.24	0.95			
	やさしく、親しみのもてる態度	1	0.18	20	3.64	189	34.36	340	61.82	3.58	0.57			
チームケア	ケアカンファレンスへの参加	85	15.45	44	8.00	81	14.73	340	61.82	3.23	1.13			
	申し送りでこの方の問題点を話し合う	31	5.64	125	22.73	182	33.09	212	38.55	3.05	0.92			
	ケアの適切な判断と意思決定	30	5.45	89	16.18	234	42.55	197	35.82	3.09	0.86	16.16	3.12	3.23
	食事の意向・計画を栄養士と話し合う 情報や考えを記録している	16 13	2.91 2.36	51 66	9.27 12.00	146 193	26.55 35.09	278	50.55	3.46 3.34	0.78 0.78			
生活を支えるケア	在宅復帰の可能性を話し合う	342	62.18	97	17.64	45	8.18	66	12.00	1.70	1.05			
	最期をどこでどう過ごすか話し合う	202	36.73	129	23.45	97	17.64	122	22.18	2.25	1.17	6.61	2.54	2.20
	家族の役割についての話し合い	82	14.91	167	30.36	158	28.73	143	26.00	2.66	1.02			
合計	1552	282.18	2003	364.18	3062	556.73	4383	796.91	45.15	7.48				

〔介護職員による個別ケアの実践頻度の単純集計、及び記述統計表〕

④ やりがいを感じる頻度

介護職員がこの方のケアを通じてここ 3 か月の間で感じたやりがいと、むなしさについての問いは、やりがいは、時々感じられた 273 名 (49.64%)、よく感じた 131 名 (23.82%)、頻繁に感じた 58 名 (10.55%)、1 回は感じられた 42 名 (7.64%)、全く感じられなかった 38 名 (6.91%) であった[表 3-3]。

やりがい、性別、年齢、勤務年数による違いがあるのかどうか分析した。いずれも相関関係、関連は見られなかった[資料 3-5]。

⑤ むなしさを感じる頻度

むなしさについては、時々感じられた 199 名 (36.18%)、全く感じられなかった 189 名 (34.36%)、よく感じた 70 名 (12.73%)、1 回は感じられた 53 名 (9.64%)、頻繁に感じた 30 名 (5.45%) であった[表 3-4]。

むなしさにおいて性別、年齢、勤務年数による違いがあるのかどうか分析した。これらにおいては、むなしさと勤務年数に統計的な有意差が見られたが関連は小さかった。その他においては、相関関係、関連は見られなかった[資料 3-6]。

[表 3-3] やりがいを感じる頻度 N=550(実人数 298 人)

		度数	%
やりがい	頻繁に感じた	58	10.55
	よく感じた	131	23.82
	時々感じられた	273	49.64
	1 回は感じられた	42	7.64
	まったく感じられなかった	38	6.91
	NA	8	1.45

〔介護職員が利用者のケアを通じて感じたやりがいの頻度の集計表〕

[表 3-4] むなしさを感じる頻度 N=550(実人数 298 人)

		度数	%
むなしさ	頻繁に感じた	30	5.45
	よく感じた	70	12.73
	時々感じられた	199	36.18
	1 回は感じられた	53	9.64
	まったく感じられなかった	189	34.36
	NA	9	1.64

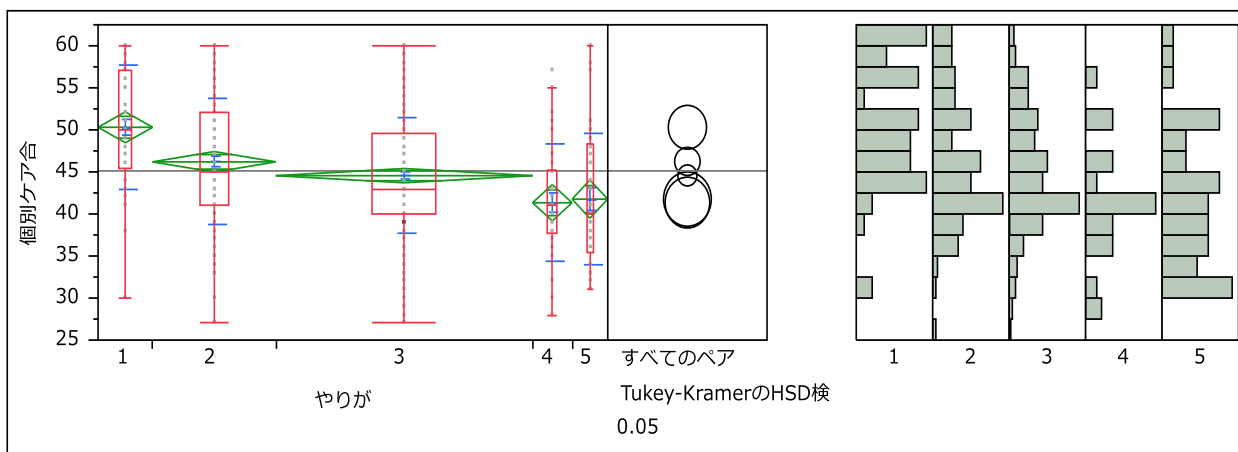
〔介護職員が利用者のケアを通じて感じたむなしさの頻度の集計表〕

2) 介護職員に関する分析

① 個別ケアとやりがいの分析

利用者に実践される個別ケアについて、やりがいの頻度（1～5群）の群間比較を行った。その結果、1のやりがいを頻繁に感じられた群の平均値が最も高く、 50.31 ± 7.37 、2のよく感じられた群の平均値 46.20 ± 44.90 、3の時々感じられた群の平均値 44.56 ± 6.81 、5の全く感じられなかった群の平均値 41.76 ± 7.89 、4の1回は感じられた群が平均値 41.33 ± 7.01 の順であり、これら5群の差のばらつきは、わずかである（ $r=0.29$ 、 $F(4)=13.90$ 、 $P=0.00$ 、 $P<0.05$ ）。

また、各群をSteel-Dwass検定で多重比較した結果、5と1の群（ $r=-0.48$ 、 $P=0.00$ 、 $P<0.05$ ）、4と1の群の比較において（ $r=-0.56$ 、 $P=0.00$ 、 $P<0.05$ ）、それぞれ各両群にやや大きめの差のばらつきが認められた。また、3と1の群の比較においては、わずかに差のばらつきが見られた（ $r=-0.31$ 、 $P=0.00$ 、 $P<0.05$ ）。しかし、5と2の群、4と2の群、2と1の群においては、各両群のばらつきは、ごくごくわずかであった。その他5と4の群、3と2の群、5と3の群、4と3の群の比較において、差のばらつきは認められなかった。よって、やりがいを頻繁に感じられた1群は、1回は感じられた4群、全く感じられなかった5群と比べ、個別ケアの頻度が高い傾向が見られた [図3-1]。



[図3-1] 個別ケアとやりがいの分析

1の群＝頻繁に感じられた (N=58)

2の群＝よく感じられた (N=131)

3の群＝時々感じられた (N=273)

4の群＝1回は感じられた (N=42)

5の群＝まったく感じられなかった (N=38)

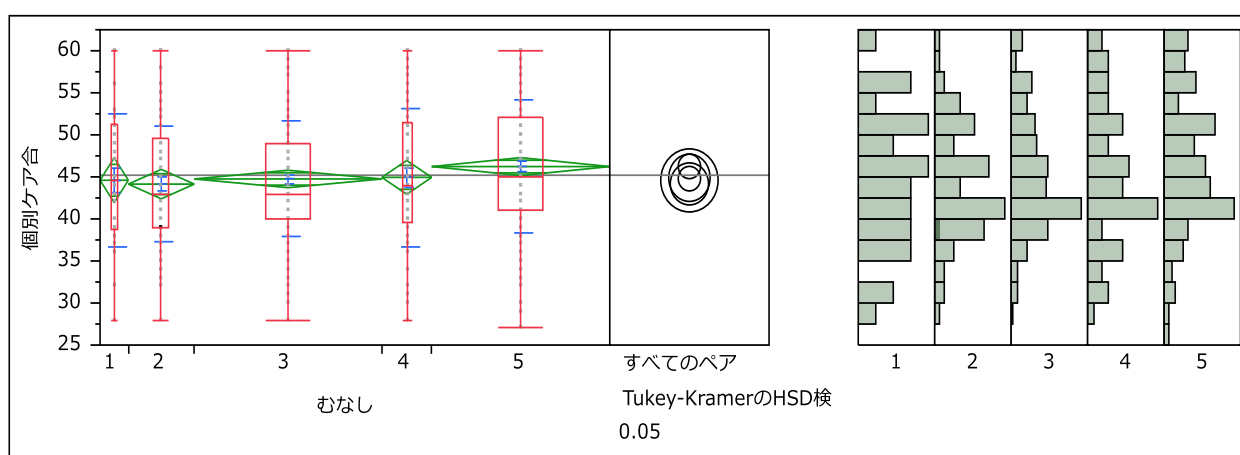
個別ケアの合計点とやりがいの頻度1から5の群間比較、及びヒストグラムの図、やりがいを頻繁に感じる群は、1回は感じた群、全く感じなかった群と比べ、個別ケアの頻度が高い傾向が見られた。

注1 多重比較については、各群をSteel-Dwassにて検定

②個別ケアとむなしさの分析

利用者に実践される個別ケアについて、むなしさの頻度 1 から5群の群間比較を行った。その結果、5の全く感じられなかった群の平均値が最も高く46.23±7.96、4群の1回は感じられたが平均値44.94±8.24、3の時々感じられた群の平均値44.75±6.83、1の頻繁に感じられた群の平均値44.60±7.97、2のよく感じられた群の平均値44.14±6.87で、これらの5群には差のばらつきは見られなかった ($r=0.06$ 、 $F(4)=1.49$ 、 $P=0.20$ 、 $P<0.05$)。

また、各群をSteel-Dwass検定で多重比較した結果、各群間比較においても差のばらつきは見られなかった [図3-2]。



[図3-2] 個別ケアとむなしさの分析

1の群=頻繁に感じられた (N=58)

2の群=よく感じられた (N=131)

3の群=時々感じられた (N=273)

4の群=1回は感じられた (N=42)

5の群=まったく感じられなかった (N=38)

個別ケアの合計点とむなしさの頻度1から5の群間比較、及びヒストグラムの図、むなしさを感じることで個別ケアの頻度に関係はみられなかった

注1 多重比較については、各群をSteel-Dwassにて検定

③ やりがいの頻度とやりがいの自由記述の集計

「やりがいをどんなことに感じたか」についての自由記述は、11 項目のサブカテゴリーに整理され、これらは「利用者関連」「介護職員関連」「家族関連」の 3 つのカテゴリーに分類された。やりがいを時々感じる人の頻度が高く、サブカテゴリーは利用者の〈ADL の回復〉47.83%、〈意欲の向上・主体的な行動〉60.00%、〈コミュニケーション・心の交流〉53.25%、〈病気の回復〉44.45%、〈笑顔を見せてくれた〉39.39%、〈感謝の言葉〉55.81%、〈満足感・安心感を持っている様子〉82.50%、〈ケアがうまくいったとき〉51.92%、〈ケアを行っているとき〉51.61%、〈家族とのやりとり〉42.86%、〈その他〉18.18%であった。50%以上見られた箇所に、下線を引いた[表 3-5]。やりがいの自由記述の詳細は[資料 6-1~6-4]を参照。

④ やりがいを時々感じた人の自由記述の集計

やりがいを時々感じる人が多い結果から[表 3-5]、やりがいを時々感じた人のコード(その内容について)を示す[表 3-6-1, 3-6-2]。介護職員のやりがいは、〈コミュニケーション・心の交流〉は[会話]や(10/41 人)、[発語]に繋がった時(14/41 人)に多く見られた。〈満足感・安心感を持っている様子〉、[活動]時(13/33 人)また〈ケアがうまくいったとき〉は[排泄](7/31 人)、〈感謝の言葉〉は何気ない[日常生活](13/24 人)の中にみられているが多かった。利用者の〈意欲の向上・主体的な行動〉で[活動]している姿に(10/21 人)、〈ADL の回復〉[歩行](7/22 人)、[排泄](6/22 人)に対し、〈ケアを行っているときは〉[日常のケア](8/16 人)を行っているときに感じていた。また[声掛け]により〈笑顔が見られたとき〉(6/13 人)、〈病気の回復〉[清潔の保持]ができていないこと(2/4 人)、〈家族とのやりとり〉は[ねぎらい](2/3 人)の言葉をかけてくれたことにやりがいを感じていた。

[表 3-5] やりがいの頻度とやりがいの自由記述の集計表 N=385/550(実人数 298 人)

		頻繁に合った		よく感じた		時々感じた		1回は感じた		まったく感じなかった	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
利用者関連	ADL の回復	3	6.52	18	39.13	22	47.83	3	6.52	0	0.00
	意欲の向上・主体的な行動	2	5.71	10	28.58	21	<u>60.00</u>	2	5.71	0	0.00
	コミュニケーション・交流が図れたとき	6	7.79	22	28.57	41	<u>53.25</u>	8	10.39	0	0.00
	病気の回復	1	11.11	2	22.22	4	44.45	2	22.22	0	0.00
	笑顔を見せてくれた	6	18.18	12	36.36	13	39.39	2	6.06	0	0.00
	感謝の言葉	4	9.30	13	30.23	24	<u>55.81</u>	2	4.65	0	0.00
	満足感・安心感	2	5.00	4	10.00	33	<u>82.50</u>	1	2.50	0	0.00
介護職員関連	ケアがうまくいったときに	5	9.62	16	30.77	27	<u>51.92</u>	4	7.69	0	0.00
	ケアを行っている時に	4	12.90	8	25.81	16	51.61	2	6.45	1	3.23
家族関連	家族とのやりとり	2	28.57	1	14.29	3	42.86	0	0.00	1	14.29
その他	その他	1	9.09	2	18.18	2	18.18	1	9.09	5	45.45
	合計	37	9.61	108	28.05	206	53.51	27	7.01	7	1.82

[やりがい頻度 1 から 5 群とやりがいの自由記述 11 項目のサブカテゴリーのクロス集計表]

[表 3-6-1] やりがいを時々感じた人の自由記述の集計

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
時々感じた	ADL の回復	ADL	1	22	206
		食事 自力摂取動作(2)、水分(摂取量)(1)	3		
		排泄 トイレ内排泄(2)、Pトイレへ(3)	6		
		歩行 安定(1)、機能(1) 距離(4)、歩行器(1)	7		
		立位 動作(1)、保持(1)	2		
		問題行動の軽減 帰宅願望(1)、拒否(1)、不穩(1)	3		
	意欲の向上・主体的な行動	食事 自力摂取(1)、入れ歯の使用(1)	2	21	
		車椅子(自走)	2		
		排泄(訴え)	1		
		歩行 歩行器(1)、歩行練習(1)	3		
		日常生活(カーテン閉め)(1)	2		
		清潔の保持	1		
		活動 運動(1)、リハビリ(2) 作業療法(1)、 飾り作り(1)、編み物(1) 食器拭き(1)、テーブル拭き(1) 料理(1)、洗濯干し(1) 散歩(1)、テレビ観戦(1)	10		
	コミュニケーション・心の交流が図れたとき	コミュニケーション・心の交流 自発的な(2)、会話(10)、意思疎通(8)、 発語(4)、カードを使い発語(1) 反応がある(2)、表情(1)、笑顔(3) 体動(1)、覚醒(2) 職員との関係づくり(1) 一緒に歌う(1) スキンシップ(ハグ)(2)	41	41	
	病気の回復	清潔の保持	2	4	
		体調の安定	1		
		体調管理	1		
	笑顔が見られたとき	コミュニケーション	1	13	
		不安の軽減	1		
		日常のケア(声掛け)(6)	7		
		日常の生活	4		
	感謝の言葉	日常のケア 排泄(2)、歩行(1)、声掛け(2)	10	24	
		日常の生活	13		
		名前を呼ばれる	1		

やりがいを時々感じた人の、自由記述の集計結果表 1

コードに示されている()の数字は、文章が、例:食事摂取量と歩行状態が日に日によくなった。という場合、サブカテゴリーは〈ADLの回復〉、コードは〔ADL〕で度数1とし、食事摂取量(1)、歩行(1)と分類しているため、合計は()の総数と同じではない場合がある。

[資料 3-6-2] やりがいを時々感じた人の自由記述の集計続き

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計		
時々感じた(続き)	満足感・安心感を持っている様子	日常のケア 食事(2)、入浴(3)、 排泄(3)、リハビリ(1)	6	33	(206)		
		活動 レク(1)、アクティビティ(1) 音楽(1)、クラブ(2)、墨絵(1) 外出(6)、外食(1)、 バスハイク(1) 歌を歌う(2)、DVD鑑賞(1)	13				
		日常のケア 声掛け(1)、身だしなみ(1)	2				
		日常生活	1				
		不安の軽減	1				
		一緒に過ごす	1				
		頼りにされている	7				
		介護者の顔を見て	1				
		ケアがうまくいったとき	食事 摂取量(4)、水分摂取量(1)			6	31
			排泄 トイレ排泄(6)、おむつ外し(1)			7	
	良座位、口腔ケア		1				
	ストレスの軽減		1				
	意思の確認		1				
	認知症状の軽減		1				
	問題行動への対応 拒否(1)、不穏(3)		4				
	活動 音楽鑑賞(1)、麻雀(1) 食器拭き(1)		3				
	ケアプランの達成		1				
	迅速に対応		1				
	退院後の自立支援の徹底		1				
	ケアを行っているとき		日常のケア 食事(3)、入浴(1) 排泄(2)、歩行(1)	8		16	
		生活のケア 環境整備(1)、買物(1)	2				
		活動 外出(2)、外部のクラブ(1)	3				
		介護の必要性を感じた	3				
	家族とのやり取り	ねぎらい	2	3			
		家族の面会	1				
	その他	バルーンをいじっている姿 (どのような部分にやりがいを感じているのか判断できない)	1	2			
		マンパワー不足	1				

やりがいを感じた人の、自由記述の集計結果表1の続き
コードに示されている()の数字は、文章が、例:食事摂取量と歩行状態が日に日によくなった。という場合、サブカテゴリーは〈ADLの回復〉、コードは〔ADL〕で度数1とし、食事摂取量(1)、歩行(1)と分類しているため、合計は()の総数と同じではない場合がある。

⑤むなしさの頻度とむなしさの自由記述の集計

「むなしさをどんなことに感じたか」について自由記述は、11 のサブカテゴリーに分類され、これらは「利用者関連」「介護職員関連」「家族関連」の 3 つのカテゴリーに分類された。最も多かった、時々感じた人のサブカテゴリーは〈問題行動〉69.23%、〈やる気のない様子〉63.64%、〈状態の改善が見られないとき〉54.29%、〈暴言・暴行・拒否〉68.97%、〈反応がない、コミュニケーションが取れない〉47.37%、〈病気の悪化〉53.85%、〈適切なケアができない〉45.24%、〈分かってもらえない〉52.38%、〈どう対応していいのかわからない・無力感〉51.43%、〈家族とのやりとり〉25.00%、〈その他〉9.09%であった〔表 3-7〕。むなしさの自由記述の詳細は〔資料 7-1~7-4〕を参照。

⑥むなしさを時々感じた人の自由記述の集計

むなしさについては時々感じる人が多い結果から〔表 3-7〕、むなしさを時々感じる人のコードを示す〔表 3-8-1、3-8-2〕。介護職員がむなしさを時々感じるのは〈暴言・暴行・拒否〉は〔拒否〕が見られた時であった（12/20 人）、〈適切なケアができない〉は〔時間がなく〕に対し感じていた（13/19 人）、〈状態の改善が見られないとき〉（7/19 人）、〈問題行動〉で、利用者の〔不穏〕な様子に感じていた（5/18 人）。〈反応がない・コミュニケーションが取れない〉〔反応がない〕（8/18 人）からであり、〈どう対応していいのかわからない・無力感〉については〔打開策のなさ〕（8/18 人）であった。〈分かってもらえない〉は、〔話を聞かない〕（3/11 人）であり、〈やる気のない様子〉は〔依存傾向〕（4/7 人）、〈病気の悪化〉は〔褥瘡〕（3/7 人）に対して、〈家族との関わり〉は〔家族と疎遠〕（1/1 人）に対し感じていた。

〔表 3-7〕 むなしさの頻度とむなしさの自由記述の集計表 N=262/550(実人数 298 人)

		頻繁に合った		よく感じた		時々感じた		1回は感じた		まったく感じなかった	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
利用者関連	問題行動	3	11.54	2	7.69	<u>18</u>	<u>69.23</u>	2	7.69	1	3.85
	やる気のない様子	1	9.09	2	18.18	<u>7</u>	<u>63.64</u>	1	9.09	0	0.00
	状態の改善が見られないとき	1	2.86	9	25.71	19	<u>54.29</u>	3	8.57	3	8.57
	暴言・暴行・拒否	1	3.45	5	17.24	<u>20</u>	<u>68.97</u>	2	6.90	1	3.45
	反応がない、コミュニケーションが取れない	3	7.89	4	10.53	18	47.37	11	28.95	2	5.26
	病気の悪化	2	15.38	1	7.69	<u>7</u>	<u>53.85</u>	3	23.08	0	0.00
	適切なケアができない	3	7.14	16	38.10	<u>19</u>	<u>45.24</u>	3	7.14	1	2.38
介護職員関連	分かってもらえない	4	19.05	2	9.52	<u>11</u>	<u>52.38</u>	4	19.05	0	0.00
	どう対応していいのかわからない・無力感	3	8.57	8	22.86	<u>18</u>	<u>51.43</u>	4	11.43	2	5.71
家族関連	家族とのかかわり	1	25.00	2	50.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00
その他	その他	1	9.09	5	45.45	1	9.09	0	0.00	4	36.37
	合計	23	8.78	53	20.23	139	53.05	33	12.60	14	5.34

むなしさの頻度 1 から 5 群とむなしさ自由記述 11 項目のサブカテゴリーのクロス集計

[表 3-8-1] むなしさを時々感じた人の自由記述の集計

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計		
時々感じた	問題行動	不穩	5	18	139		
		物取られ	2				
		夜間不眠	2				
		不衛生	1				
		帰宅願望	1				
		指示が入らない	1				
		同じ訴え	1				
		被害妄想	1				
		不安感	1				
		不機嫌	1				
		物忘れ	1				
		弄便	1				
		やる気のない様子	依存傾向			拒否	4
リハビリ(1)、離床(1)、無関心(1)	3						
状態の改善が見られないとき	身体機能 歩行(1)	食事	7	19			
		摂取量(2)、嚥下動作(2) 水分摂取量(1)	5				
	傾眠	1					
	排泄	3					
	自然排便(1)、失禁(2)						
	頻回な衣類交換	1					
	同じ反応しか見られない	1					
	認知力の低下	1					
暴言・暴行・拒否	拒否	入浴(1)、排泄(1) 歩行(1)、リハビリ(1) 自立支援(1)、声掛け(2) 男性職員への(1)	12	20			
		粗暴行為 他利用者への(2)	2				
		大声 拒否(1)	2				
		暴言 職員に対し(1)	4				
		意思疎通困難	18			18	
		認知症(1) 言語不明瞭(1) 難聴(1)、傾眠(1) 反応がない(8) 思いが分からない(2)					
病気の悪化	リウマチ	誤嚥性肺炎	1	7			
		身体機能の低下	1				
		体調不良	1				
		褥瘡	3				
		悪化(1)、再発(1)					

むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表

コードに示されている()の数字は、文章が、例:食事摂取量と歩行状態が日に日によくなった。という場合、サブカテゴリーは〈ADLの回復〉、コードは〔ADL〕で度数1とし、食事摂取量(1)、歩行(1)と分類しているため、合計は()の総数と同じではない場合がある。

[表 3-8-2] むなしさを時々感じた人の自由記述の集計続き

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
時々感じた	適切なケアができない	時間がなく 身体機能に応じた(1) 失禁(訴え時)(2) 歩行練習(1) 外出(1) チームケア(1) 個別援助ができない(3) 人手不足(2)、介護負担が多い(2)	13	19	
		不用意な安静	1		
		問題行動への対応	1		
		利用者への気遣い	1		
		希望に添えない 家族の面会(1) 友人との再会(1)	3		
	分かってもらえない	話を聞かない	3	11	
		こちらの話を理解してくれない	2		
		繰り返し訴えられる	1		
		職員を覚えていない	1		
		入れ歯をいじる	1		
		頻回なナースコール	1		
		他者とのトラブル	2		
	どう対応していいのかわからない・無力感	打開策のなさ 食事摂取困難(1) 便失禁(1)、不穏(2) 生活の不満(1)	8	18	
		対応できない お寿司が食べたい 利用者が孤立している姿	2		
		思いが分からない	3		
無力感 不穏(1)、感情失禁(1) 帰宅願望(1) ケアが利用者に無力感を与えてしまう(1)		5			
家族とのかかわり	家族と疎遠	1	1		
その他	利用者のお金の遣い方	1	1		

むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表 1 の続き

コードに示されている()の数字は、文章が、例:食事摂取量と歩行状態が日に日によくなった。という場合、サブカテゴリーは〈ADLの回復〉、コードは〔ADL〕で度数1とし、食事摂取量(1)、歩行(1)と分類しているため、合計は()の総数と同じではない場合がある。

(2)介護職員の回答より得られた利用者の状態像

1)利用者の基本属性

①性別、年齢、入居年数、要介護度、障害者自立度、認知症自立度

利用者は550名で、男性144名(26.18%)、女性398名(72.36%)である。平均年齢は85.11歳(標準偏差8.62、範囲55~103)、入居年数は月換算平均5.32年(標準偏差3.74、範囲1~23)である。平均要介護度は3.96(標準偏差1.00)で、5が195名(35.45%)で最も多い。障害自立度はB2が135名(24.55%)と最も多く、次にC2が63名(11.45%)、A2が56名(10.18%)、A1が49名(8.91%)である。B1が45名(8.18%)、C1が15名(2.73%)、J2は8名(1.45%)であった。認知症自立度はⅢが178名(32.36%)と最も多く、Ⅳが99名(18.00%)、Ⅱが72名(13.09%)、Mが17名(3.09%)、Ⅰが11名(2.00%)であった[表4-1]。

利用者の基本属性は厚労省の調査、平成25年介護サービス施設・事業所調査結果と比較したところ、大きな差は見られなかった。利用者の性別と年齢をクロス集計すると、男女ともに80代が最も多く、(男:43.57%、女:45.41%)、70歳未満、70歳未満80歳以上、90歳以上において性差が認められた。女性の方が男性よりも70歳未満、70歳未満80歳以上は割合が少なく、90歳以上の割合が多かった。全体的には、ごくわずかに関連が見られた($r=0.31$ 、 $\chi^2(3)=50.68$ 、 $p<0.05$) [資料4-3]。

利用者の年齢と入居年数、性別と入居年数はクロス集計を行ったがほとんど関連が見られなかった[資料4-4]。

[表 4-1]利用者の基本属性の集計表

(性別、年齢、入居年数、要介護度、障害者自立度、認知症自立度) N=550

		度数	%	全国平均※1
性別	男	144	26.18	20.0
	女	398	72.36	80.0
	NA	8	1.46	
年齢	70歳未満	30	5.45	3.0
	70歳以上80歳未満	92	16.73	14.9
	80歳以上90歳未満	243	44.18	44.9
	90歳以上	174	31.64	36.9
	NA	11	2.00	
		平均	85.11	SD 範囲
入居年数	1年以上4年未満	254	46.18	
	4年以上7年未満	127	23.09	
	7年以上10年未満	72	13.09	
	10年以上	69	12.55	
	NA	28	5.09	
		平均	5.32	SD 範囲
要介護度	1	12	2.18	3.1
	2	32	5.82	8.7
	3	117	21.27	20.8
	4	174	31.64	33.0
	5	195	35.45	34.3
	要支援	1	0.18	0.1
	NA	19	3.46	
		平均	3.96	SD
障害者自立度	J2	8	1.45	
	A1	49	8.91	
	A2	56	10.18	
	B1	45	8.18	
	B2	135	24.55	
	C1	15	2.73	
	C2	63	11.45	
	NA	179	32.55	
	認知症自立度	自立	7	1.27
I		11	2.00	4.7
II		72	13.09	19.5
III		178	32.36	41.9
IV		99	18.00	26.6
M		17	3.09	4.5
NA		166	30.19	

※1 利用者の基本属性については、性別、年齢、入居年数、要介護度について、全国平均値と比較、出所：厚生労働省 平成25年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より、この調査結果は小数点第一位で示しているため、そのまま記載する。

②自立を妨げている疾患

自立を妨げている疾患は認知症が 268 名 (48.73%) と最も多く、脳卒中(脳梗塞、脳梗塞による後遺症である麻痺を含む)が 128 名 (23.27%)、続いて内科疾患 52 名 (9.45%)、骨折 44 名 (8.00%)、難病 32 名 (5.82%)、自立を妨げる疾患なし 10 名 (1.82%) であった[表 4-2]。その他の疾患が 52 名 (9.45%) であり、この内容の詳細については[資料 4-1]を参照。

③重点的に行っているケア

受け持ち利用者の自立性の向上のために、現在重点的に行っているケアに対する問いについては、食事が 125 名 (22.73%) と最も多く、排泄が 81 名 (14.73%)、話し相手 79 名 (14.36%)、移動 73 名 (13.27%)、離床が 69 名 (12.55%)、クラブ活動 27 名 (4.91%)、移乗 20 名 (3.64%)、外出が 20 名 (3.64%) となっている。入浴は 9 名 (1.64%)、着替え 5 名 (0.91%)、洗面は 3 名 (0.55%) であった。重点的に行っているケアは、なしが 35 名 (6.36%)。その他においては 45 名 (8.18%) である(この詳細については[資料 4-2]を参照)。重点的に行っているケアの目標と課題については、食事が 125 名中 98 名 (78.4%) [資料 8-2-1, 8-2-2]、排泄は 89 名中 39 名 (43.8%) [資料 8-3]の記述がそれぞれに見られた。

④介護過程の展開プロセスに関する排泄場所別比較

質問紙調査の中に、利用者への自立性の向上として、重点的に行っているケアの目標と課題について自由記述欄を設けた ([表 2-2] 質問紙調査票調査 2 問 2, 1.)。この自由記述欄はそれぞれ内容を要約し、集計した [資料 8-1~8-11]。その集計表から排泄の項目を取り上げ、さらに FIM の平均点の 1 点台のみを抜粋し、排泄場所別にベッド、トイレに分け表にまとめた。結果、ベッドの表においては[表 4-4]、目標の記述を中心にみていくと「目標がなく、課題が排泄に関する事でない」「目標が問題点である」「目標が課題である」というように、目標が適切に記述されていない傾向が見られる。この表の上から 1 段目は、目標は記述がなく、課題は「自己にて食事が出来るようになった」とあり、やりがいについては「コミュニケーション・交流が図れたとき」と記述されていた。よって、介護過程としての連動性はみられていないことが伺える。また、3 段目は、目標に「長時間の立位が難しい」で、その課題は「トイレ誘導時に立位が保て、トイレでの排泄が出来る」とあり、「目標と課題が逆」になっており、記述が適切でないことが伺えた。また、それに対するやりがいは「ケアがうまく行ったときに」が多く、介護過程の連動性が見られていると捉えることが出来る。その他の段において、目標や課題は適切な記述ではなく、実践後のやりがいにおいても「ケアを行っているときに」が多く、「笑顔が見られた」「ねぎらいの言葉をかけられた」などその場その場の対応による反応に対し、やりがいを感じている傾向が見られた。

一方、排泄場所別のトイレの[表 4-5]においても「目標が問題点である」、「目標が課題である」、「目標と課題が逆」であるといった、ベッドの表とほぼ同様の結果を示していた。

しかし、やりがいの記述には「ADL の回復」、「(利用者の) 意欲の向上・主体的な行動」が挙げられており、トイレ介助を行っていることに対する成果を感じている傾向が見られた。またむなしさにおいては「どう対応していいのかわからない・無力感」により、よいケアを行えないジレンマを感じている傾向が見られた。

これらのことから、身体機能のレベルに近い利用者の排泄場所別の比較では、目標や課題は記載に対する課題がある。しかしながらその実践後のやりがいにおいてはトイレ介助の方がベッドで介助している職員より「ADL の回復」、「(利用者の) 意欲の向上・主体的な行動」といった利用者の変化にやりがいを感じていることが分かった。むなしさにおいてはベッドの方が「反応がない、コミュニケーションが取れない」が挙げられており、トイレの方が「どう対応していいのかわからない・無力感」にむなしさを感じていた。しかし、どちらも、むなしさを感じる場面は多くないようで記述は半数程度であった。

[表 4-2] 利用者の自立を妨げている主な疾患（複数回答有）

N=550		
	度数	パーセント
認知症	268	48.73
脳卒中	128	23.27
内科疾患	52	9.45
その他	52	9.45
骨折	44	8.00
難病	32	5.82
自立を妨げる疾患なし	10	1.82

[利用者の自立を妨げている疾患についての集計表]

[表 4-3] 利用者に対し重点的に行っているケアの集計表（複数回答有）

N=550		
	度数	パーセント
食事	125	22.73
排泄	81	14.73
話し相手	79	14.36
移動	73	13.27
離床	69	12.55
クラブ活動	27	4.91
移乗	20	3.64
外出	20	3.64
入浴	9	1.64
着替え	5	0.91
洗面	3	0.55
その他	45	8.18
重点的に行っているケアなし	35	6.36

[利用者への自立性の向上として、重点的に行っているケアの集計表]

[表 4-4] 排泄場所別 (ベッド)、介護過程の展開プロセスの集計結果表

N=550

研究者の評価	F I M現在平均点	V I 平均点	個別ケア平均点	目標	課題	やりがい	むなしさ
排泄に対する課題ではない	1.00	1.80	3.20		自己にて食事が出来るようになった。	コミュニケーション・交流が図れたとき	
目標が問題である	1.00	1.00	1.80	皮膚が傷つきやすく便や尿による感染症、蜂か織炎の恐れあり。	1日1度排泄援助時に皮膚の清潔、保護を行う。	笑顔が見られたとき	反応がない、コミュニケーションが取れない
	1.00	2.00	2.55	長時間の立位が難しい。	トイレ誘導時に立位が保て、トイレでの排泄が出来る。	ケアがうまくいったときに	
目標が課題である	1.00	1.00	1.60	衣類汚染多くみられるため早めの誘導を促す。	排泄パターンの見直し、把握。	ケアを行っている時に	
	1.00	1.80	1.90	以前は陰部、臀部の赤み・ただれの予防。	清潔の保持。	ケアを行っている時に	やる気のない様子
目標と課題が逆である	1.00	0.80	2.65	排便時のポータブル使用。	下剤の撤廃。	ケアを行っている時に	適切なケアができない
内容が具体的でない	1.11	1.80	2.45	既往歴の再発防止。	現状を維持していくこと。	ケアがうまくいったときに	反応がない、コミュニケーションが取れない
	1.17	1.60	3.80	衣類汚染が多くみられるため、清潔保持が出来る。	衣類汚染なく過ごして頂く。衣類汚染等速やかに行為を行う。	ねぎらいの言葉をかけられた	
目標が問題である	1.72	1.40	2.80	排便困難。	毎日の排便。	ケアがうまくいったときに	反応がない、コミュニケーションが取れない

〔 排泄介助を重点的に行っている人の介護過程の展開プロセスの現状について、排泄場所別 (ベッド)、F I Mの平均点が1点台の人の集計表 〕

[表 4-5] 排泄場所別 (トイレ)、介護過程の展開プロセス集計結果表

N=550

研究者の評価	F I M現在平均点	V I 平均点	個別ケア平均点	目標	課題	やりがい	むなしさ
記載に問題はない	1.00	0.80	2.95	下剤の撤廃、排便コントロール。	1日1回ポータブル介助、水分1500ml。	意欲の向上・主体的な行動	どう対応していいのかわからない・無力感
	1.00	1.60	3.85	排便をトイレで出来るようになる。	便失禁を防ぐ。	意欲の向上・主体的な行動	どう対応していいのかわからない・無力感
目標が問題である	1.00	0.60	3.95	水溶性が多い。	水溶性改善。	ADLの回復	問題行動
	1.00	0.40	1.50	排便コントロールが上手く出来ていない。	日中トイレ誘導を通して、トイレへの確実な排便。コンスタントな離床により、他の利用者との触れあり。コミュニケーション時、修理屋さんで。	ケアを行っている時に	
目標は留意点である	1.00	0.80	2.90	高齢であるため、あまり無理は出来ない。	本人の体に負担のかからない程度に離床・排泄・間接可動域訓練等行い、機能低下を防ぐ。	ADLの回復	反応がない、コミュニケーションが取れない
目標と課題が逆である	1.11	1.20	2.60	トイレ介助にて定期的な排泄。	失禁がなくなる。	ADLの回復	状態の改善が見られないとき
	1.11	1.40	2.30	ベッド上での排泄。	ポータブルトイレ排泄。	意欲の向上・主体的な行動	
課題が目標である	1.28	1.20	4.00	座位保持が出来るようになる。	毎回トイレで排便ができるようにする。		
目標が課題である	1.50	1.60	2.70	トイレ介助の回数を増やす。	トイレ介助の回数を増やす。	家族とのやり取り	
目標が問題である	1.50	1.80	3.05	衣類汚染が多くみられる。	排泄パターンの把握に努め、衣類汚染を減らす。		
	1.72	1.20	2.00	尿路感染になりやすい。	毎食事400ccの水分摂取。	意欲の向上・主体的な行動	
	1.72	0.20	1.80	時間により既に排尿が出ている。	本人にあった誘導。	ケアを行っている時に	
	1.83	1.60	4.00	バット内への失禁、下位交換が頻回	ポータブル誘導で、排泄が行えるようにする。	意欲の向上・主体的な行動	家族とのやり取り

〔 排泄介助を重点的に行っている人の介護過程の展開プロセスの現状について、排泄場所別 (トイレ)、F I Mの平均点が1点台の人の集計表 〕

⑤認知症状の有無

この方には認知症状がありますかという問いに、ありが 464 名 (84.36%)、なしが 74 名 (13.46%) であった[表 4-6]。

[表 4-6]認知症状の有無の集計表 N=550

		度数	パーセント
この方には認知症状がありますか	あり	464	84.36
	なし	74	13.46
	NA	12	2.18

[認知症状の有無についての集計表]

⑥日中の排泄場所、主な移動手段

日中の排泄居場所について 1 年前の結果は、ベッドが 149 名 (27.09%)、トイレが 400 名 (72.73%) であった。現在の排泄場所はベッドが 156 名 (28.36%) で、トイレが 393 名 (71.46%) で 1 年前より 7 名で 1.20%ほど増減が見られた。移動手段については 1 年前が車いすで移動 408 名 (74.18%)、歩行は 142 名 (25.82%)、現在に至っては車いすが 423 名 (76.91%) と 15 名増加した。歩行は 127 名 (23.09%) と減少している。よって、移動手段は 2.70%の増減が見られている[表 4-7]。

[表 4-7] 日中の排泄場所、移動手段の集計表 N=550

1 年前		度数	パーセント	現在		度数	パーセント	1 年間の%の差
日中排泄場所	ベッド	149	27.09	ベッド	156	28.36		1.20
	トイレ	400	72.73	トイレ	393	71.46		-1.20
	NA	1	0.18	NA	1	0.18		
主な移動手段	車いす	408	74.18	車いす	423	76.91		2.70
	歩行	142	25.82	歩行	127	23.09		-2.70

[日中の排泄場所と主な移動手段について 1 年間の比較、集計表]

⑦F I M (機能別自立度評価表)

F I Mは合計の平均値が現在 51.94±31.41、1 年前 53.89±32.09 (範囲 18~126)、1 年間の平均値の差は-1.95 ポイント低下している。F I Mの平均の平均値は現在 2.89±1.75、1 年前 2.99±1.78、1 年間の差は-0.10 ポイント低下していた。F I M現在で得点が最も高い項目は食事で、4.25±2.50 である。次に意思の表出 3.72±2.28、次に理解 3.61±2.24、車椅子での移動 3.38±2.60 と続いた。最も得点が低かった項目は更衣(下半身)2.29±1.92、歩行 2.34±2.08、浴槽・シャワーへの移乗 2.35±1.85 と続いた。1 年間の差において最も得点が減少した項目は食事-0.19、表出-0.07、ベッド・椅子・車椅子、トイレへの移乗、車椅子がそれぞれ-0.14、トイレが-0.13 と得点が減少している。1 年間の差が少ない項目は、社会的交流-0.06、問題解決・記憶がそれぞれ-0.06、という結果であった [表 4-8]。

[表 4-8] F I M (機能別自立度評価表) の集計結果表

N=550

	FIM 1 年前 平均値	標準偏差	FIM 現在 平均値	標準偏差	1 年間の 平均差	標準偏差
食事	4.44	2.48	4.25	2.50	-0.19	0.92
表出	3.79	2.28	3.72	2.28	-0.07	0.51
理解	3.71	2.24	3.61	2.24	-0.10	0.53
車椅子	3.55	2.62	3.38	2.60	-0.17	0.91
社会的交流	3.35	2.19	3.29	2.17	-0.05	0.51
整容	3.35	2.30	3.26	2.28	-0.09	0.54
ベッド、椅子、車いす	3.03	2.25	2.89	2.21	-0.14	0.74
トイレ	2.95	2.19	2.82	2.17	-0.13	0.66
更衣(上半身)	2.84	2.11	2.75	2.06	-0.09	0.54
排尿	2.76	2.28	2.63	2.20	-0.14	0.65
記憶	2.63	1.84	2.56	1.83	-0.06	0.43
問題解決	2.59	1.89	2.53	1.86	-0.06	0.41
排便	2.55	2.09	2.45	2.04	-0.09	0.68
トイレ動作	2.54	1.98	2.42	1.91	-0.12	0.69
清拭	2.49	1.97	2.40	1.91	-0.09	0.48
浴槽、シャワー	2.46	1.9	2.35	1.85	-0.11	0.59
歩行	2.48	2.18	2.34	2.08	-0.14	0.95
更衣(下半身)	2.40	1.99	2.29	1.92	-0.11	0.56
平均の平均値	2.99	1.78	2.89	1.75	-0.10	
合計の平均値	53.89	32.09	51.94	31.41	-1.95	

F I Mは機能別自立度の評価であり 1 点から 7 点で評価する)

注 1 評価基準を以下の表で示す。

レベル		
自立	7 完全自立 (時間、安全性含めて)	介助なし
	6 修正自立 (補助具使用)	
部分介助	5 監視	介助あり
	4 最小介助 (患者自身で 75%以上)	
	3 中等度介助 (50%以上)	
完全介助	2 最大介助 (25%以上)	
	1 全介助 (25%未満)	

注 2 得点が高い項目については、太字で示した。

⑧V I（意欲）

V Iにおいては、合計の平均値 5.16 ± 3.05 、V Iの平均の平均点は 1.03 ± 0.61 である。各項目では食事が最も高く 1.39 ± 0.78 、意思の疎通が 1.22 ± 0.65 、排泄 0.89 ± 0.83 、起床 0.87 ± 0.83 、リハビリ、活動、外出は 0.78 ± 0.69 の順であった[表 4-9]。

[表 4-9] V I（意欲）の集計結果表 N=550

	平均値	標準偏差
食事	1.39	0.78
意思疎通	1.22	0.65
排泄	0.89	0.83
起床	0.87	0.83
リハビリ、活動、外出	0.78	0.69
平均値	1.03	0.61
合計の平均値	5.16	3.05

V Iは意欲の評価で、介護職員の観察法で行う
注1 利用者の状態を0～2点評価する。

⑨社会的状況

社会的状況においては、合計の平均値が9.24±1.38、平均の平均値が1.56±0.42である。必要な時は側にいる、そうでない時は見守るについてはありが458名(83.27%)、一人時間の確保についてはありが457名(83.09%)、認知症の予防・軽減認知症の軽減・予防は行っているのはありが345名(62.73%)、クラブ以外のレクや運動を行っていますかについては、ありが322名(58.55%)、利用者の役割についてはありが157名(28.55%)、外部との通信支援・頻度については、ありが76名(13.82%)であった。[表4-10]。外部との通信あり内容、支援の状況、実施頻度の詳細は[資料5-1, 5-2]を参照。

[表4-10]社会的状況の集計結果表

N=550

		度数	パーセント	平均値	標準偏差
側にいる、見守る	あり	458	83.27	1.84	0.36
	なし	90	16.36		
	NA	2	0.37		
一人時間の確保	あり	457	83.09	1.82	0.36
	なし	87	15.82		
	NA	6	1.09		
認知症の予防・軽減	あり	345	62.73	1.64	0.48
	なし	191	34.73		
	NA	14	2.54		
クラブ以外のレクや運動	あり	322	58.55	1.59	0.49
	なし	226	41.09		
	NA	2	0.36		
利用者の役割	あり	157	28.55	1.29	0.29
	なし	390	70.91		
	NA	3	0.54		
外部との通信支援	あり	76	13.82	1.14	0.36
	なし	464	84.36		
	NA	10	1.82		
平均の平均値				1.56	0.42
合計の平均値				9.24	1.38

施設内での社会交流についての評価表であり、先行研究、施設長らとの事前訪問にて作成している

注1 支援ありを2点、なしを1点で算出

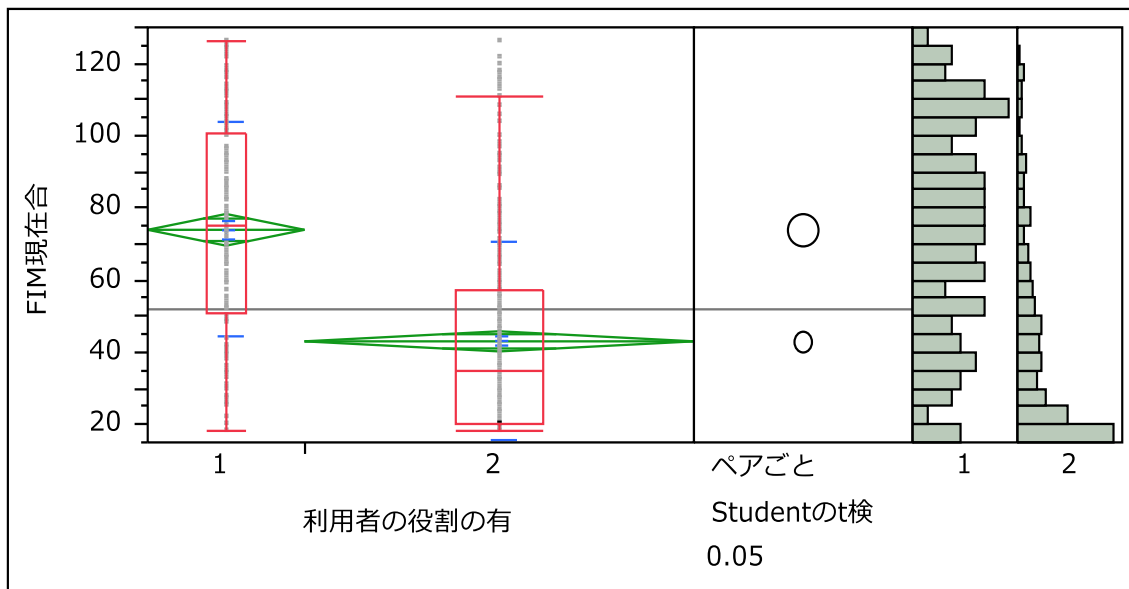
(3) 自立度と関連する項目の探索的分析

1) 身体的自立度 (FIM) と関連する項目の探索的分析

身体的自立度の評価にはFIMを用い関連する項目の探索を行い、集計表にまとめた [表 5-1-1, 5-1-2]。①役割の有無、②日中の排泄場所、③主な移動手段において関係が見られたためそれぞれ図に示す [図 4-1~4-3]。また、個別ケアの実践頻度については、「この方の不安や心配事を聞く」 ($r=0.36$) において関係が見られたが、個別ケアは合計と4分類を用い分析したため、省略する。

①役割の有無

FIMに影響を与える項目は「利用者の役割の有無」で、役割ありの群が、なしの群より有意に平均点が高く、やや大きめの差のばらつきが見られた ($r=0.45$ 、 $t(267.50)=-11.20$ 、 $P=0.00$ 、 $P<0.05$) [図 4-1]。ヒストグラムから、役割のある群に、自立度が低い利用者がある。その一方で、役割のない群に自立度が高い利用者がわずかにみられている。



[図 4-1] FIMと利用者の役割の有無による分析

※1=役割あり (N=157) 2=役割なし (N=390)
FIMの合計点と利用者の役割の有無による群間比較、及びヒストグラムの図

②日中の排泄場所

F I Mに影響を与える項目とは「日中の排泄場所」において、トイレの群が、ベッドの群より有意に平均点が高く、やや大きめの差のばらつきが見られた ($r = 0.42$, $t(425.28) = 12.80$, $P = 0.00$, $P < 0.05$) [図 4-2]。ヒストグラムからトイレで排泄する利用者の中に自立度が低い利用者がある。その一方で、ベッドで排泄する利用者の中に自立度が高い利用者がわずかにみられている。

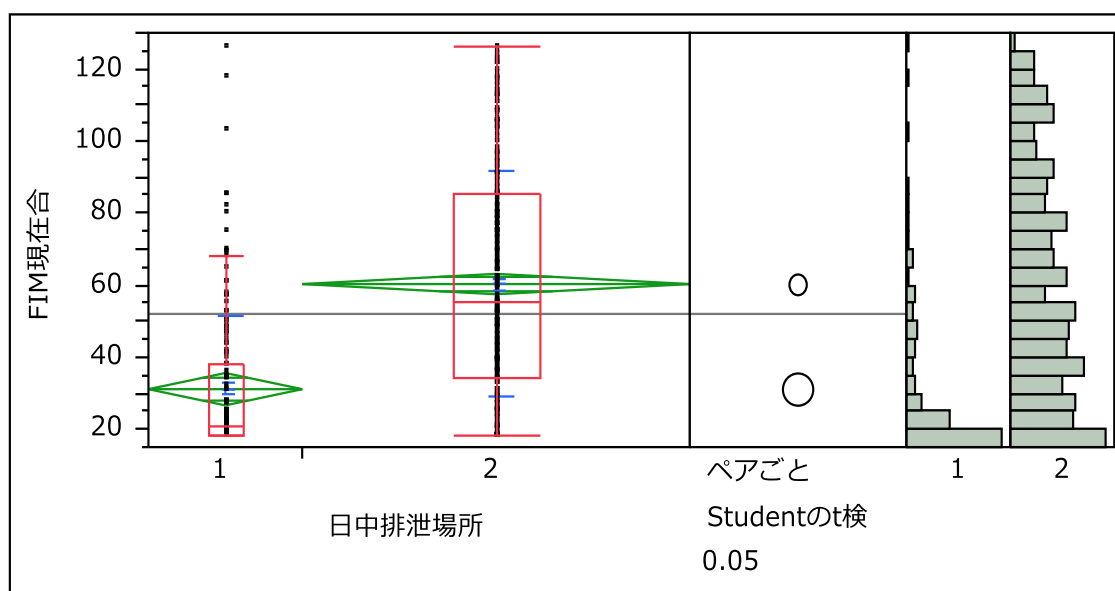
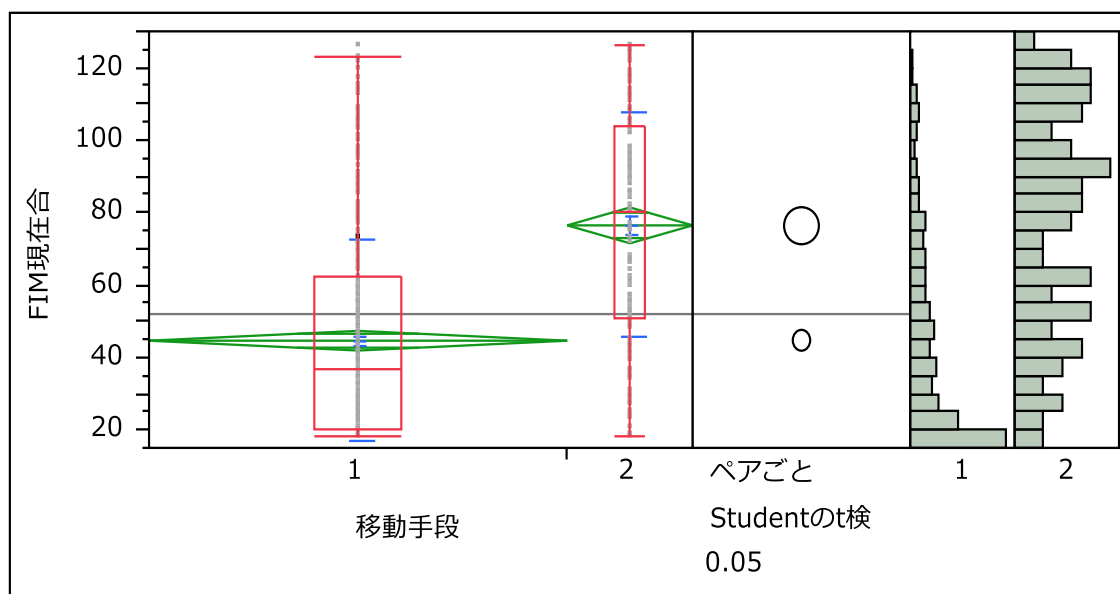


図 4-2] F I Mと排泄場所別による分析

※1=ベッド (N=156) 2=トイレ (N=393)
 F I Mの合計点と利用者の日中の排泄場所よる群間比較、及びヒストグラムの図

③主な移動手段

F I Mに影響を与える項目は「主な移動手段」において、歩行の群が、車いすの群より有意に平均点が高く、やや大きめの差のばらつきが見られた ($r=0.43$, $t(548.00)=11.07$, $P=0.00$, $P<0.05$) [図 4-3]。ヒストグラムより、歩行で移動する利用者の中に自立度が低い利用者が見られている。その一方で、車椅子で移動する利用者の中に自立度が高い利用者がわずかにみられている。



[図 4-3] F I Mと移動手段別による分析

※1=車椅子 (N=423) 2=歩行 (N=127)
 F I Mの合計点と利用者の主な移動手段による群間比較、及びヒストグラムの図

[表 5-1-1] F I Mと関連する項目の探索的分析結果集計表 1

N=550

	項 目	r 値	相関の種類
利用者関連	性別(男・女)	0.05	相関比
	年齢	0.13	相関比
	入居年数	0.15	相関比
	要介護度	0.63	相関比
	障害者日常生活自立度	0.55	相関比
	認知症日常生活自立度	0.47	相関比
	自立を妨げる疾患(あり・なし)	0.20	相関比
	1脳卒中(あり・なし)	0.08	相関比
	2骨折(あり・なし)	0.03	相関比
	3内科疾患(あり・なし)	0.05	相関比
	4認知症(あり・なし)	0.13	相関比
	5難病(あり・なし)	0.01	相関比
	6自立している(あり・なし)	0.20	相関比
	7 その他(あり・なし)	0.08	相関比
	重点的に行っているケア(あり・なし)	0.01	相関比
	1食事(あり・なし)	0.23	相関比
	2入浴(あり・なし)	0.07	相関比
	3排泄(あり・なし)	0.03	相関比
	4洗面(あり・なし)	0.01	相関比
	5移動(あり・なし)	0.13	相関比
	6移乗(あり・なし)	0.01	相関比
	7着替え(あり・なし)	0.02	相関比
	8離床(あり・なし)	0.21	相関比
	9話し相手(あり・なし)	0.13	相関比
	10 外出(あり・なし)	0.14	相関比
	11 クラブ活動(あり・なし)	0.07	相関比
	12 その他(あり・なし)	0.12	相関比
	認知症状(あり・なし)	0.23	相関比
	日中の排泄場所(ベッド・トイレ)	0.42	相関比
	主な移動手段(車椅子・歩行)	0.43	相関比
	認知症の予防・軽減(あり・なし)	0.11	相関比
	クラブ以外のレクや運動(あり・なし)	0.25	相関比
	外部との通信支援(あり・なし)	0.18	相関比
一人時間の確保(あり・なし)	0.11	相関比	
利用者の役割(あり・なし)	0.45	相関比	
側にいる、見守る(あり・なし)	0.03	相関比	

F I Mの合計得点と関連する項目の探索、集計表 1。集計表 2 に続く

注 1 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

[表 5-1-2] F I Mと関連する項目の探索的分析結果集計表 2

N=550

	項 目	r 値	相関の種類
介護職員関連	性別(男・女)	0.03	相関比
	年齢	0.10	相関比
	勤続年数	0.07	相関比
	保有資格(複数回答)		
	1 介護福祉士(あり・なし)	0.15	相関比
	2 ヘルパー3 級(あり・なし)	0.08	相関比
	3 ヘルパー2 級(あり・なし)	0.04	相関比
	4 ヘルパー1 級(あり・なし)	0.03	相関比
	5 社会福祉士(あり・なし)	0.12	相関比
	6 介護支援専門員(あり・なし)	0.04	相関比
	やりがい(頻繁に感じた～全く感じなかった 5 段階)	0.02	相関比
	むなしさ(頻繁に感じた～全く感じなかった 5 段階)	0.11	相関比
	個別ケアの合計 平均値 注 2	0.04	相関
	1 家族の役割についての話し合い	-0.08	相関
	2 この方の不安や心配ごとを聞く	0.36	相関
	3 申し送りでのこの方の問題点を話し合う	0.02	相関
	4 ケアの計画を立案のための話し合い	0.01	相関
	5 アセスメント後の問題点の確認	0.00	相関
	6 ケア計画の実行前確認	-0.01	相関
	7 担当者であることを知ってもらう	0.08	相関
8 ケアカンファレンスへの参加	-0.04	相関	
9 残存機能に応じた、依存・自立度の理解	0.11	相関	
10 水分補給と排泄のニーズを満たす計画	0.10	相関	
11 歩行、身体状況に応じた用具を満たす	0.20	相関	
12 食事の意向・計画を栄養士と話し合う	-0.02	相関	
13 やさしく、親しみもてる態度	-0.01	相関	
14 入所が与えた影響について話し合う	0.01	相関	
15 ケアについて疑問がないか	-0.03	相関	
16 情報や考えを記録している	-0.02	相関	
17 ケアの適切な判断と意思決定	0.12	相関	
18 疾患が与えている影響を話し合う	0.04	相関	
19 在宅復帰の可能性を話し合う	0.03	相関	
20 最期をどこでどう過ごすか話し合う	-0.11	相関	
全体 注 3	調整済み	r = 0.80	r ² 乗 = 0.63

F I Mの合計得点と関連する項目の探索、集計表 2

注 1 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

注 2 個別ケアは実施していない～実施している、について1~4 点で回答を求めた。

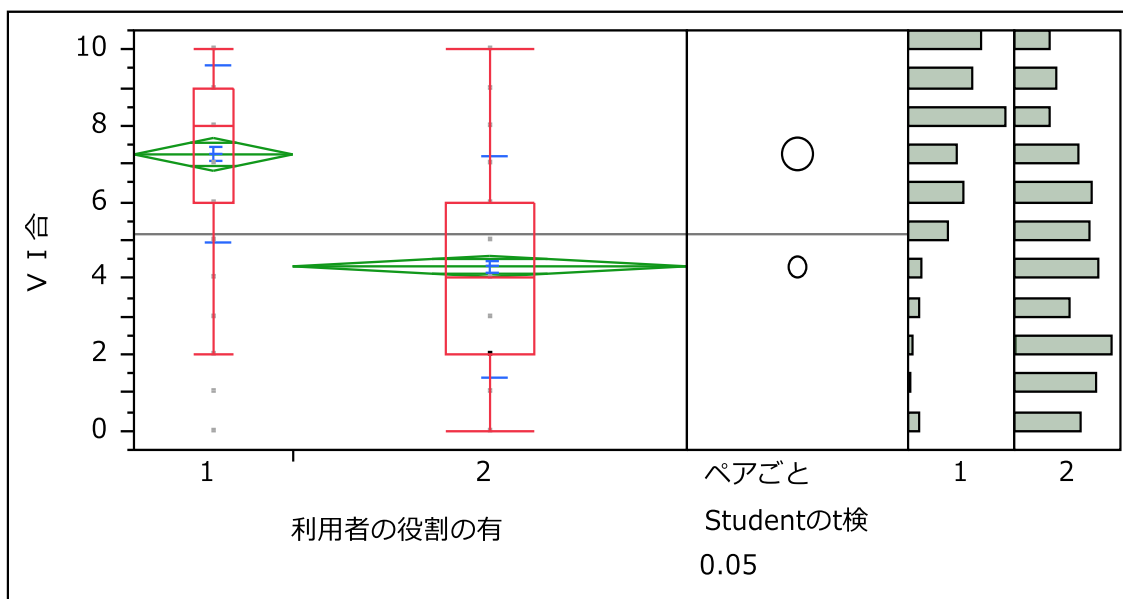
注 3 全体の集計には、個別ケアの下位尺度は含まず、個別ケア合計で分析している。

2)精神的自立度（V I）と関連する項目の探索的分析

V I と関連する項目の探索では、関連する項目の探索を行い、集計表にまとめた [表 5-2-1, 5-2-2]。①役割の有無、②日中の排泄場所において関係が見られたため、それぞれ図に示す [図 4-4, 4-5]。また、個別ケアの実践頻度については、「この方の不安や心配事を聞く」($r=0.40$)において関係が見られたが、個別ケアは合計と4分類を用い分析したため、省略する。

①役割の有無

V I において、「利用者の役割の有無」で、役割ありの群がなしの群より有意に得点が高く、やや大きい差のばらつきが見られている ($r=0.44$, $t(358.01)=-12.40$, $P=0.00$, $P<0.05$) [図 4-4]。ヒストグラムより、役割を持っていない利用者の中に意欲が高い利用者がわずかにみられている。

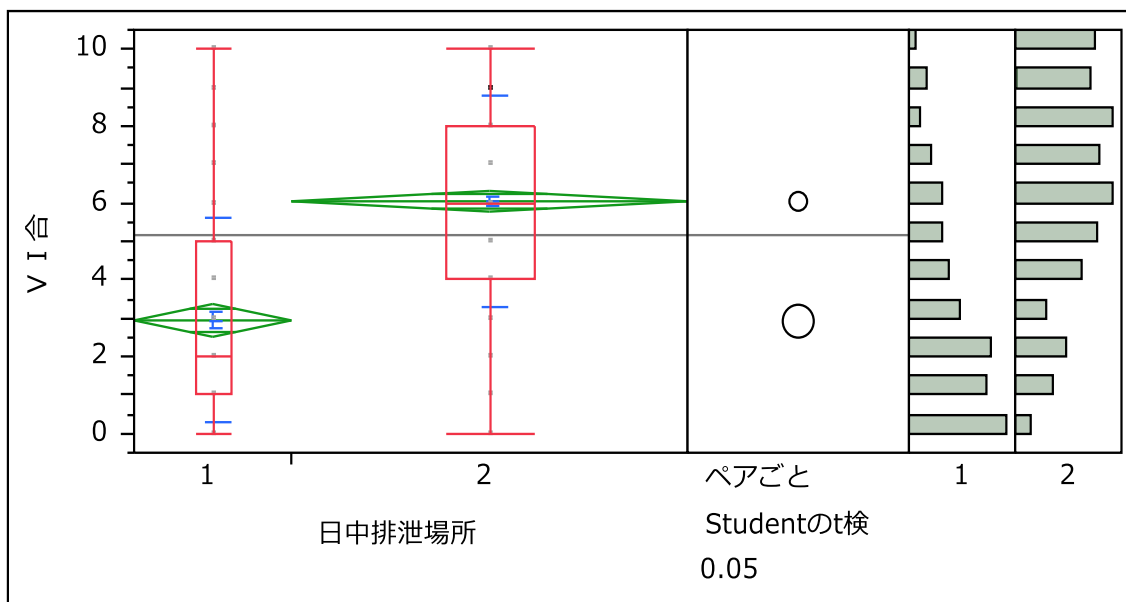


[図 4-4] V I と利用者の役割の有無による分析

※1=役割あり (N=157) 2=役割なし (N=390)
 V I の合計点と役割の有無の群間比較及び、ヒストグラムの図

②日中の排泄場所

VIにおいて、「日中の排泄場所」で、トイレの群がベッドの群より有意に得点が高く、やや大きい差のばらつきが見られている ($r=0.46$, $t(291.82)=12.19$, $P=0.00$, $P<0.05$) [図4-5]。ヒストグラムからベッドの群の利用者の中に意欲が高い利用者がわずかにみられている。



[図4-5] VI と利用者の排泄場所別による分析

※1=ベッド (N=156) 2=トイレ (N=393)

VI の合計点と日中の排泄場所の有無の群間比較及び、ヒストグラムの図

[表 5-2-1] V I と関連する項目の探索的分析結果集計表 1

N=550

	項 目	r値	相関の種類
利用者関連	性別(男・女)	0.00	相関比
	年齢	-0.02	相関比
	入居年数	-0.03	相関比
	要介護度	0.63	相関比
	障害者日常生活自立度	0.58	相関比
	認知症日常生活自立度	0.51	相関比
	自立を妨げる疾患(あり・なし)	0.14	相関比
	1 脳卒中(あり・なし)	0.05	相関比
	2 骨折(あり・なし)	0.02	相関比
	3 内科疾患(あり・なし)	0.04	相関比
	4 認知症(あり・なし)	0.07	相関比
	5 難病(あり・なし)	0.04	相関比
	6 自立している(あり・なし)	0.14	相関比
	7 その他(あり・なし)	0.06	相関比
	重点的に行っているケア(あり・なし)	0.01	相関比
	1 食事(あり・なし)	0.19	相関比
	2 入浴(あり・なし)	0.05	相関比
	3 排泄(あり・なし)	0.07	相関比
	4 洗面(あり・なし)	0.04	相関比
	5 移動(あり・なし)	0.13	相関比
	6 移乗(あり・なし)	0.01	相関比
	7 着替え(あり・なし)	0.00	相関比
	8 離床(あり・なし)	0.25	相関比
	9 話し相手(あり・なし)	0.13	相関比
	10 外出(あり・なし)	0.14	相関比
	11 クラブ活動(あり・なし)	0.12	相関比
	12 その他(あり・なし)	0.12	相関比
	日中の排泄場所	0.46	相関比
	主な移動手段	0.27	相関比
	認知症の予防・軽減(あり・なし)	0.18	相関比
	クラブ以外のレクや運動(あり・なし)	0.31	相関比
	外部との通信支援(あり・なし)	0.18	相関比
	一人時間の確保(あり・なし)	0.13	相関比
	利用者の役割(あり・なし)	0.48	相関比
側にいる、見守る(あり・なし)	0.04	相関比	

V I の合計得点と関連する項目の探索、集計表 1。集計表 2 に続く

注 1 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

[表 5-2-2] V I と関連する項目の探索的分析結果集計表 2

N=550

	項目	r値	相関の種類
介護職員関連	性別(男・女)	0.02	相関比
	年齢	0.11	相関比
	勤続年数	0.04	相関比
	保有資格(複数回答)		
	1 介護福祉士(あり・なし)	0.07	相関比
	2 ヘルパー3 級(あり・なし)	0.07	相関比
	3 ヘルパー2 級(あり・なし)	0.02	相関比
	4 ヘルパー1 級(あり・なし)	0.00	相関比
	5 社会福祉士(あり・なし)	0.15	相関比
	6 介護支援専門員(あり・なし)	0.02	相関比
	やりがい	0.05	相関比
	むなしさ	0.08	相関比
	個別ケアの合計	0.06	相関
	1 家族の役割についての話し合い	-0.08	相関
	2 この方の不安や心配ごとを聞く	0.40	相関
	3 申し送りでこの方の問題点を話し合う	0.08	相関
	4 ケアの計画を立案のための話し合い	0.03	相関
	5 アセスメント後の問題点の確認	0.01	相関
	6 ケア計画の実行前確認	-0.01	相関
	7 担当者であることを知ってもらう	0.08	相関
	8 ケアカンファレンスへの参加	-0.03	相関
	9 残存機能に応じた、依存・自立度の理解	0.12	相関
	10 水分補給と排泄のニーズを満たす計画	0.12	相関
	11 歩行、身体状況に応じた用具を満たす	0.16	相関
	12 食事の意向・計画を栄養士と話し合う	-0.02	相関
	13 やさしく、親しみのもてる態度	0.01	相関
14 入所が与えた影響について話し合う	0.02	相関	
15 ケアについて疑問がないか	-0.02	相関	
16 情報や考えを記録している	0.02	相関	
17 ケアの適切な判断と意思決定	0.14	相関	
18 疾患が与えている影響を話し合う	0.02	相関	
19 在宅復帰の可能性を話し合う	0.05	相関	
20 最期をどこでどう過ごすか話し合う	-0.08	相関	
全体 注3	調整済み	r = 0.77	r2 乗 = 0.60

V I の合計得点と関連する項目の探索、集計表 2

注1 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

注2 個別ケアは実施していない~実施している、について1~4 点で回答を求めた。

注3 全体の集計には、個別ケアの下位尺度は含まず、個別ケア合計で分析している。

3) 社会的自立度（社会的状況）と関連する項目の探索的分析

社会的自立度の評価には社会的状況の6項目を点数化し、関連する項目の探索を行った。しかし、どの項目においても関連が見られなかった [表 5-3-1, 5-3-2]。

[表 5-3-1] 社会的自立度に関連する項目の探索的分析結果集計表 1 N=550

	項目	r 値	相関の種類
利用者 関連	性別(男・女)	0.13	相関比
	年齢	0.00	相関比
	入居年数	0.00	相関比
	要介護度	0.23	相関比
	障害者日常生活自立度	0.16	相関比
	認知症日常生活自立度	0.25	相関比
	自立を妨げる疾患(あり・なし)	0.08	相関比
	1脳卒中(あり・なし)	0.01	相関比
	2骨折(あり・なし)	0.10	相関比
	3内科疾患(あり・なし)	0.05	相関比
	4認知症(あり・なし)	0.06	相関比
	5難病(あり・なし)	0.02	相関比
	7 その他(あり・なし)	0.02	相関比
	重点的に行っているケア(あり・なし)	0.17	相関比
	1食事(あり・なし)	0.03	相関比
	2入浴(あり・なし)	0.01	相関比
	3排泄(あり・なし)	0.03	相関比
	4洗面(あり・なし)	0.02	相関比
	5移動(あり・なし)	0.10	相関比
	6移乗(あり・なし)	0.01	相関比
	7着替え(あり・なし)	0.01	相関比
	8離床(あり・なし)	0.12	相関比
	9話し相手(あり・なし)	0.03	相関比
	10 外出(あり・なし)	0.03	相関比
	11 クラブ活動(あり・なし)	0.01	相関比
	12 その他(あり・なし)	0.11	相関比
	認知症状(あり・なし)	0.08	相関比
	日中の排泄場所	0.17	相関比
	主な移動手段	0.11	相関比

社会的状況の合計点と関連する項目の探索、集計表 1、集計表 2 に続く

注 1 社会的状況の計算方法は、あり 2 点、なし 1 点で計算している。

注 2 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関 (0~1) であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

[表 5-3-2] 社会的自立度と関連する項目の探索的分析結果集計表 2 N=550

	項 目	r値	相関の種類
介護職員関連	性別(男・女)	0.01	相関比
	年齢	0.07	相関比
	勤続年数	0.09	相関比
	保有資格(複数回答)		
	1 介護福祉士(あり・なし)	0.02	相関比
	2 ヘルパー3級(あり・なし)	0.04	相関比
	3 ヘルパー2級(あり・なし)	0.04	相関比
	4 ヘルパー1級(あり・なし)	0.07	相関比
	5 社会福祉士(あり・なし)	0.05	相関比
	6 介護支援専門員(あり・なし)	0.04	相関比
	やりがい(頻繁に感じた～全く感じなかった 5段階)	0.15	相関比
	むなしさ(頻繁に感じた～全く感じなかった 5段階)	0.11	相関比
	個別ケアの合計 平均値	0.29	相関
	1 家族の役割についての話し合い	0.04	相関
	2 この方の不安や心配ごとを聞く	0.00	相関
	3 申し送りでこの方の問題点を話し合う	0.05	相関
	4 ケアの計画を立案のための話し合い	0.00	相関
	5 アセスメント後の問題点の確認	0.00	相関
	6 ケア計画の実行前の確認	0.00	相関
	7 担当者であることを知ってもらう	-0.02	相関
	8 ケアカンファレンスへの参加	0.03	相関
	9 残存機能に応じた、依存・自立度の理解	-0.03	相関
	10 水分補給と排泄のニーズを満たす計画	0.03	相関
	11 歩行、身体状況に応じた用具を満たす	0.01	相関
	12 食事の意向・計画を栄養士と話し合う	0.01	相関
	13 やさしく、親しみのもてる態度	0.02	相関
	14 入所が与えた影響について話し合う	-0.06	相関
	15 ケアについて疑問がないか	0.00	相関
	16 情報や考えを記録している	0.02	相関
	17 ケアの適切な判断と意思決定	0.06	相関
18 疾患が与えている影響を話し合う	-0.06	相関	
19 在宅復帰の可能性を話し合う	-0.03	相関	
20 最期をどこでどう過ごすか話し合う	-0.03	相関	
全体 注3	調整済み	R=0.48	R ² 乗 = 0.23

社会的状況の合計点と関連する項目の探索、集計表 2

注1 社会的状況の計算方法は、あり2点、なし1点で計算している。

注2 「相関比 η 」は質的データと量的データの相関(0~1)であり、この場合、質的データの選択肢別の平均値の差の大きさを示す。

注3 全体の集計には、個別ケアの下位尺度は含まず、個別ケア合計で分析している。

2. 施設が捉えている施設介護の現状と課題 [研究 2]

協力者が所属する施設は 15 施設であり、すべて社会福祉法人である。調査は、1 人 41 分～122 分、平均 74.67 分で、施設の会議室、施設長室、面接室などで行った。また、結果は 15 上位カテゴリー、53 中位カテゴリー、114 下位カテゴリーがあり、その結果を示す。以下は 1)～5) の共通事項である [表 6-1]。面接者により語られた言葉は[資料 9-1～9-8] にその詳細を示す。

《 》は上位カテゴリー、【 】は中位カテゴリー、[] は下位カテゴリー、「 」は調査で語られた言葉である。また、語りはそのままの形で挿入した。また、わかりにくいと思われる文章には()内に言葉を補い、…は中略し、直接関係のないと思われる箇所は省いた。語りの文末に書かれた () 内の記号は施設名と対応している。

[表 6-1] 面接調査の協力者一覧

施設名	面接場所	面接対応者	現在の施設での施設長 (現職)としての勤続年数	面接時間
A	東京都	施設長	3 年	104 分
B	東京都	施設長	4 年	65 分
C	東京都	施設長	11 年	80 分
D	東京都	施設長	2 年	58 分
E	東京都	施設長	11 年	41 分
F	東京都	施設長	7 年	70 分
G	東京都	施設長	6 年	122 分
H	東京都	施設長	6 年	52 分
I	東京都	施設長	4 年	108 分
J	東京都	施設長	1 年	57 分
K	東京都	施設長	2 年	62 分
L	東京都	施設長	4 年	70 分
M	東京都	施設長	1 年	71 分
N	東京都	施設長	9 年	118 分
O	東京都	施設長	12 年	42 分
平均値			5.53 年	74.67 分

[面接調査、協力者一覧表]

(1) 介護従事者に意識してほしいこと

《介護従事者として意識してほしいこと》こととして、は7上位カテゴリー、8下位カテゴリーで構成されていた。施設は施設介護を提供する上で、「国の求める介護は高水準だが、目標にはなっている」と感じており〔国の求める介護を目指す〕ことを介護職員に求めている。しかしながら、施設は介護職員が〔日常のケアと記録を生活支援より重視している〕現状があり、【生活支援の視点を持ってほしい】と感じていた。また、〔介護は一つの可能性を追求する仕事〕で、〔介護は専門性がある〕と捉えていた。また、収入を得ている時点で〔職業として行っていることを意識する〕また、〔考えるだけでなく、意欲を持ち行動する〕ことや、本来〔ユニットは個別ケアが求められるため、自分の介護論が必要〕であり、〔利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動〕を望んでいた[表 6-2]。

(2) 介護保険制度に対する不満

《介護保険制度に対する不満》については、2中位カテゴリー、6下位カテゴリーで構成されていた。施設は介護保険以降、【介護報酬の低さ】から、〔国が求める介護レベルは介護報酬に見合わない〕。つまり、〔自立支援は介護報酬とのバランスが取れない〕ことから、施設では寝たきりほうが経営は楽だし、仕事も楽であると感じている。しかしながら、「収入をとれば福祉理念として利用者本位のケアではなくなっていくという…」ことから自立支援を実践していることが語られた。また、度重なる〔制度の改正により、経営が安定しない〕ことや、【介護報酬の低さ】は、〔人件費に左右され無資格者を採用せざるを得ない〕状況を生んでいた。また、〔経営体制により補助金、措置に差がある〕ことから、〔施設の修繕時は（利用者の受け入れ場所の提供など）自治体の協力が必要〕であり、10 数年経過している施設は、このことが最も大変であると捉えていた[表 6-2]。

(3) 離職の要因

《離職の要因》は、7中位カテゴリー、9下位カテゴリーで構成されていた。介護保険制度が施行され、〔サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失〕から介護職員の離職が相次ぎ、大きな社会問題にもなる。また、離職には〔報道の影響による男性の寿退社〕など【待遇への不安を感じ離職する】介護職員が多くいた。よって、施設は人材不足に苦慮した。このような人手不足の状況は、「休みの日(土日、祝日など)には休みたい」といった〔ローテーション勤務がやりきれない、リセットしたい〕思いを持つ職員の離職意向に拍車をかけ、また、身体介護により、介護職員の肉体的な負担も多くなり〔腰痛による離職〕があることが語られた。一方では、施設に慣れ、〔パターン化された業務、環境に飽きてしまい離職する〕場合や、ここでは自分の思うような介護が行えないと感じた介護職員の〔現場の介護に対する価値観の相違〕もしくは、【環境の変化を求め(る)】〔キャリアアップによる離職〕など、介護職員は〔長期定着、役職志向の低さ〕があると施設は捉えていた。

しかし、施設は介護職員が「離職しても同じ仕事に戻る人が多い」現状から、介護にとどまらず【人と接する仕事の(は)魅力】があると捉えていた [表 6-2]。

(4)人材確保の問題

《人材確保の問題》は4中位カテゴリー、5下位カテゴリーで構成されていた。施設は介護保険以後、【介護報酬の低さ】や介護に楽しさを見出しにくい環境から、離職が相次ぎ、施設は人材確保に苦慮した。しかしながら、報道の影響から「社会情勢として介護職を希望する新卒者がいない」「非常勤・夜勤パートは人材が集まらない」ことなどから、施設は「適材な人材を採用できないジレンマ」が生じていると捉えていた。また、施設は「パソコンによる記録の管理」により、【介護以外にも能力が必要】であることが最近の傾向として語られた。しかしながら、介護職員の確保に比べ「看護職は確保が困難なため、定年を延ばし継続してもらう」など、人手に関しては良くはなりつつあるものの、十分ではない現状があった[表 6-2]。

(5)職員の意識の統一を図ることが難しい

《職員の意識の統一を図ることが難しい》は、2中位カテゴリー、5下位カテゴリーで構成されていた。施設では離職、社会情勢による《人材確保の問題》を抱え、「ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい」環境は、連絡の伝達や「周知に時間がかかる」ため、施設は【リーダーシップが取りにくい】と捉えていた。よって、「施設の理念に少数でも賛同者が必要」であり、「管理職と連携しながらリーダーシップを図る」努力をしてきた。しかしながら、《人材確保の問題》の影響は管理者の候補の教育が行えず、「適材な管理者、管理者候補がいない」状況を生むことになる。したがって《職員の意識の統一を図ることが難しい》と捉えていた [表 6-2]。

(6)医療行為、体制の難しさ

《医療行為、体制の難しさ》は、1中位カテゴリー、2下位カテゴリーで構成されていた。現在医療行為は、「法律と医療行為に対する制度がかみ合っていない」ため、法律に基づき判断しているが、例えば「医師の判断が必要な医療行為は体制を整えるのが困難」であるため、【医療行為は体制を整えることが難しい】と捉えていた。また、医療ニーズの高い方の受け入れについては、介護職員の介護のレベル、負担など考慮しながら検討しており「胃薬の対応には人数に制限(を決め、受け入れている現状)がある」施設が多数みられた [表 6-2]。

[表 6-2] 面接調査結果分析表 1

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
《介護従事者として意識してほしいこと》	【介護は一つの可能性を追求する仕事】	〔介護は一つの可能性を追求する仕事〕
	【国の求める介護を目指す】	〔国の求める介護を目指す〕
	【職業として行っていることを意識する】	〔職業として行っていることを意識する〕 〔介護は専門性がある〕
	【利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動】	〔利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動〕
	【考えるだけでなく、意欲を持ち行動する】	〔考えるだけでなく、意欲を持ち行動する〕
	【介護論を持ってほしい】	〔ユニットは個別ケアが求められるため、自分の介護論が必要〕
	【生活支援の視点を持ってほしい】	〔日常のケアと記録を生活支援より重視している〕 〔国が求める介護レベルは介護報酬に見合わない〕 〔自立支援は介護報酬による収入とのバランスが取れない〕 〔制度の改正により、経営が安定しない〕 〔人件費に左右され無資格者を採用せざるを得ない〕
《介護保険制度に対する不満》	【介護報酬の低さ】	〔経営体制により補助金、措置に差がある〕 〔施設の修繕時は自治体の協力が必要〕
	【経営体制により補助金、措置に差がある】	〔施設は修繕時は自治体の協力が必要〕
《離職の要因》	【サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失】	〔サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失〕 〔長期定着、役職志向の低さ〕 〔パターン化された業務、環境に飽きてしまう〕
	【長期定着、役職志向の低さ】	〔長期定着、役職志向の低さ〕 〔パターン化された業務、環境に飽きてしまう〕
	【待遇への不安による離職】	〔報道の影響による男性の寿退社〕
	【腰痛による離職】	〔腰痛による離職〕
	【環境の変化を求める】	〔ローテーション勤務がやりきれない、リセットしたい〕 〔キャリアアップによる離職〕
	【ステップアップのための離職】	〔現場の介護に対する価値観の相違〕
	【人と接する仕事の魅力】	〔離職しても同じ仕事に戻る人が多い〕
《人材確保の問題》	【非常勤・夜勤パートは人材が集まらない】	〔非常勤・夜勤パートは人材が集まらない〕
	【適材な人材を採用できないジレンマ】	〔社会情勢として介護職を希望する新卒者がいない〕 〔適材な人材を採用できないジレンマ〕
	【看護職の確保は困難】	〔看護職は確保が困難なため、定年を延ばし継続してもらう〕
	【介護以外にも能力が必要】	〔パソコンによる記録の管理〕 〔周知に時間がかかる〕
《職員の意識の統一を図ることが難しい》	【リーダーシップが取りにくい】	〔管理職と連携しながらリーダーシップを図る〕 〔施設の理念に少数でも賛同者が必要〕 〔適材な管理者、管理者候補がいない〕
	【ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい】	〔ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい〕
	【医療行為は体制を整えることが難しい】	〔医師の判断が必要な医療行為は体制を整えるのが困難〕 〔胃薬の対応は人数に制限がある〕
《医療行為、体制の難しさ》	【医療行為は体制を整えることが難しい】	〔医師の判断が必要な医療行為は体制を整えるのが困難〕 〔胃薬の対応は人数に制限がある〕
6 上位カテゴリー	23 中位カテゴリー	35 下位カテゴリー

[面接調査結果分析表 1]

(7) 職場環境を整える

《職場環境を整える》は、5 中位カテゴリー、13 下位カテゴリーで構成されていた。施設は国の方針を目標に施設介護を進めているが、施設は〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕現在の特養ホームでは、【個別ケアを実践することの難しさ】があると感じていた。しかしながら、このような状況を改善できるよう、施設は介護職員への職場環境に配慮していた。具体的には〔介護職員を中心に、専門職がサポートする体制を明確にしている〕、〔夜間の看護職の体制と、連携の工夫〕、〔看取りには家族と病院の協力体制が重要〕などである。また、〔人員の確保は介護職員の意欲が向上〕する一方で、〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕介護職員の精神面にあまりにも負荷がかかると、利用者へのケアに影響するため、〔介護職員が安定したケアが提供できるよう、苦情処理など管理職が行う〕ことにしていた。また、〔ユニットは教育時に人手が必要〕になることや、〔ユニットは個別ケアを実施している分、非効率で情報交換が難しい〕など【ユニットの構造の問題】があるため、研修を実施するなど、対応していた。その他には、介護職員は腰痛による離職も多いため、〔腰痛を軽減するための案を模索〕していた。

待遇に関しては、〔介護職員の給与は高くはないが低いとは言えない〕し、【待遇の改善】を図っていると捉えている施設が多く見られた。しかしながら、〔長期定着のための給与体系が課題〕であると考えており、〔資格取得者の手当てを厚くする〕、〔資格取得のための助成制度を設けている〕など、【介護職員の長期定着のための配慮】を検討していることが語られた〔表 6-3〕。

(8) 人について学び考える

《人について学び考える》は、2 中位カテゴリー、4 下位カテゴリーで構成されていた。施設は〔感染症など対応が大変な時期がある〕ことや、〔高齢者は病気と常に隣り合わせである〕環境面を整備することと並行し、その教育についても行っていた。また、【利用者は常に死に向かっている】ことから、〔死に向かう人とかかわることの重さ〕を介護職員が感じながら実践していることに対して、認知症など自分で判断することが難しい人を含め、終末期をどう過ごすのか、〔社会全体の自然死についての考え方を知る〕ことが必要であると捉えていたことが必要であると捉えていた〔表 6-3〕。

(9) 教育を重視する

《教育を重視する》は、2 中位カテゴリー、9 下位カテゴリーで構成されていた。離職から、資格取得の方法が異なることや、人手不足の問題が影響し教育面はなかなか行き届いていない施設が多いことが語られた。また、人手不足の解消のためにやむを得ず、【適材な人材を採用できないジレンマ】を抱える中、年代のばらつき、特に〔未経験で年齢の高い人への教育の大変さ〕が見られるなど【職員の特性を考慮し、教育する】ことが大変であると捉えていた。また、介護は〔プライドがあったらできない仕事〕であり、前職が役職

であった人などの教育が難しいことが語られた。その他に、やる気があるのか、ないのか〔介護職員が何を考えているのかわからない〕、〔若い世代は目立つことを嫌い個性を發揮しない〕ため、成長がなかなか見られないことや、ことを行っていた。また、人手不足の中で教育を行うことが難しい現状の中で、看護職員の確保は時に難しくいため、〔看護職は確保してから理念を少しずつ教育する〕ことや、介護職員が〔組織の経営理念を遵守した行動が取れるための工夫〕としてマニュアルを作成したり、〔慣習として自然に学べるように体制を整える〕など努力していた。また、長期定着のためには〔若い世代への教育は指導力が今後の課題〕、〔指導者の教えきろうとする意欲が必要〕であると捉えていることが分かった〔表 6-3〕。

(10) 施設介護の質の向上のための努力

《施設介護の質の向上のための努力》は2 中位カテゴリー、3 下位カテゴリーで構成されていた。施設は利用者への安定したサービスの提供には《施設介護の質の向上のための努力》が必要であると捉えていた。よって、【介護の質を保持するための工夫】として〔ISOを取得する〕、〔サービス向上のための委員会活動〕を実施し、〔教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない〕と施設は感じており、質の向上が課題であると感じていた〔表 6-3〕。

[表 6-3] 面接調査結果分析表 2

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	
《職場環境を整える》	【介護職員が働きやすいよう配慮する】	[介護職員を中心に、専門職がサポートする体制づくり]	
		[夜間の看護職の体制と、連携の工夫]	
		[看取りには家族と病院の協力体制が重要]	
		[介護職員が安定したケアが提供できるよう、苦情処理など管理職が行う]	
	【待遇の改善】	[人員の確保は介護職員の意欲が向上]	
		[長期定着のための給与体系が課題]	
		[介護職員の給与は高くはないが低いとは言えない]	
		[資格取得者の手当てを厚くする]	
	【介護職員の長期定着のための配慮】	[資格取得のための助成制度を設けている]	
		[腰痛を軽減するための案を模索]	
【ユニットの構造の問題】	[ユニットは教育時に人手が必要]		
	[ユニットは個別ケアを実施している分、非効率で情報交換が難しい]		
	[個別ケアを実践することの難しさ]		
《人について学び考える》	【利用者は常に死に向かっている】	[多様で複雑なニーズへの対応が求められる]	
		[感染症など対応が大変な時期がある]	
		[高齢者は病気と常に隣り合わせである]	
	【施設における自然死の捉え方を考える】	[死に向かう人とかわる重さ]	
《教育を重視する》	【施設における自然死の捉え方を考える】	[社会全体の自然死についての考え方を知る]	
		【職員の特性を考慮し、教育する】	[未経験で年齢の高い人への教育の大変さ]
			[若い世代は目立つことを嫌い個性を發揮しない]
			[若い世代への教育は指導力が今後の課題]
	【慣習として自然に学べるように体制を整える】	[プライドがあつたらできない仕事]	
		[指導者の教えきろうとする意欲が必要]	
		[看護職は確保してから理念を少しずつ教育する]	
		[慣習として自然に学べるように体制を整える]	
		[組織の経営理念を遵守した行動が取れるための工夫]	
		[教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない]	
【教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない】	[教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない]		
	[ISOを取得する]		
【介護の質を保持するための工夫】	[サービス向上のための委員会活動]		
4 上位カテゴリー	11 中位カテゴリー	29 下位カテゴリー	

面接調査結果分析表 2

(11) 介護過程の展開状況

《介護過程の展開状況》は7中位カテゴリー、22下位カテゴリーで構成されていた。介護職員が介護過程を実践しやすいよう、施設は環境を整え、教育に配慮していた。そして、《介護過程に関連する要素》として施設は〔アセスメントが重要〕であり、アセスメント時には〔自立を理論的に考える能力が必要〕であり、〔残存機能は細分化し分析する〕、〔現状維持のリハビリを見直す〕など、【機能の評価は丁寧に行う】必要があると捉えていた。また、〔利用者を尊重しつつ対等な関係を築く〕ための指導が必要であると捉えており、〔コミュニケーション技術を向上させる〕ことでよりアセスメント、実施に成果を見いだせると捉えていた。また、【介護過程を展開する上での思考過程】として、〔利用者主体の生活支援〕、〔入所以前の生活に近づけられる支援〕、また、〔生活の豊かさ〕を考えることが重要であると捉えていた。またこれには、〔普通の暮らしに近づけられるための思考力〕、〔技術、経験、気配り〕などにより〔個々を考えられる能力〕を持つ必要があると感じていた。実施には〔介護技術、知識を生かしていく〕こと、〔利用者の動きを制限することは拘束〕になることから、利用者の状態を捉えることが重要であることが語られた。

一方、介護過程の展開時には【チームワーク、連携を充実させてほしい】と捉えており、介護職員は〔支援の実施時、異常や変化を捉え、報告、連携が出来ること〕、〔介護技術の指導など看護職員が介護職員を支える〕ことで、〔医療と介護は協力し合う〕、〔チームワークの重要性〕に気づくことを望んでいた。また、チームワークは重要であるがそれ以前に、チームで1人前ではなく、〔個々の介護職員が独立して判断できる能力が必要〕であると捉えていた[表6-4]。

(12) 利用者・家族の思いを理解する

《利用者・家族の思いを理解する》は4中位カテゴリー、9下位カテゴリーで構成されていた。介護過程の展開は、利用者を主体として実施されるため、《利用者・家族の思いを理解する》ことが重要となる。施設は〔施設の入所自体が拘束〕であると捉えており、利用者も在宅復帰を希望される場合が多いが、〔利用者の状態が回復しても家族は在宅復帰を望まない〕といった現状がある。これらに加え、〔家族は利用者に怪我をしてほしくないと思っている〕ため、自立支援に対し、消極的であり、ここ最近の傾向として〔介護に不満を言う家族が増えている〕、または〔権利を主張する家族が増えている〕。このことから、施設は【家族の思い、意識の変化】が見られていると捉えていた。

一方、施設介護においては、自立をあきらめた利用者に対し〔車いす生活を選択することができる〕ことや、終末期については、尊厳の尊重、保持として、〔利用者が最後まで生き抜くための支援体制づくり〕を実施していた。さらに、〔死について家族と本音で話し合える時代〕になったと施設は感じており、人間の身体の仕組みを理解し、〔自然な死を尊重する〕など、【意思、尊厳を尊重する】ことを重視していた[表6-4]。

(13) 技術は経験、意識が重要

《技術は経験、意識が重要》は2 中位カテゴリー、7 下位カテゴリーで構成されていた。施設は介護過程を展開し、〔経験により状況の判断力が向上〕することや、〔おむつ外しは利用者、職員の満足度が向上〕するなど、【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】ことを介護職員は身を以て実感していると施設は捉えていた。また、介護職員は〔困難ケースを受け入れ自信を得る〕ようになり、施設は〔介護の力量の向上は利用者の QOL の意識の向上に繋がる〕と感じていた。しかしながら、〔資格制度の問題による力量のばらつき〕、〔仕事に対する意識の違いによる力量のばらつき〕がみられるため、まずは〔介護職員の技術の標準化が課題〕であると感じていた〔表 6-4〕。

〔表 6-4〕 面接調査結果分析表 3

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
《介護過程の展開状況》	【アセスメントが重要】	〔アセスメントが重要〕
	【機能の評価は丁寧に行う】	〔残存機能は細分化し分析する〕
	【現状維持のリハビリを見直す】	〔現状維持のリハビリを見直す〕
	【利用者を尊重しつつ対等な利用者との関係づくり】	〔コミュニケーション技術を向上〕
		〔利用者を尊重しつつ対等な関係を築く〕
	【介護過程を展開する上での思考過程】	〔自立を理論的に考える能力が必要〕
		〔利用者主体の生活支援〕
		〔入所以前の生活に近づけられる支援〕
		〔生活の豊かさ〕
		〔普通の暮らしに近づけられるための思考力〕
		〔個々を考えられる能力〕
		〔介護技術、知識を生かしていく〕
		〔技術、経験、気配り〕
		〔利用者の動きを制限することは拘束〕
〔個々の介護職員が独立して判断できる能力が必要〕		
【チームワーク、連携を充実させる】	〔チームワークづくりの重要性〕	
	〔医療と介護は協力し合う〕	
	〔介護技術の指導など看護職員が介護職員を支える〕	
	〔支援の実施時、異常や変化を捉え、報告、連携が出来ること〕	
【意思、尊厳を尊重する】	〔利用者が最後まで生き抜くための支援体制づくり〕	
	〔自然な死を尊重する〕	
	〔車いす生活を選択することができる〕	
《利用者・家族の思いを理解する》	【家族の思い、意識の変化】	〔死について家族と本音で話し合える時代〕
	【介護に不満を言う家族の増加】	〔家族は利用者に怪我をしてほしくない〕
		〔介護に不満を言う家族の増加〕
	【施設入所することになった利用者の思いを理解する】	〔権利を主張する家族が増えている〕
《技術は経験、意識が重要》	【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】	〔利用者の状態が回復しても家族は在宅復帰を望まない〕
		〔施設の入所自体が拘束〕
		〔困難ケースを受け入れ自信を得る〕
	【介護職員の技術の標準化が課題】	〔経験により状況の判断力が向上〕
		〔おむつ外しは利用者、職員の満足度が向上〕
		〔介護の力量の向上は利用者の QOL の意識の向上に繋がる〕
		〔資格制度の問題による力量のばらつき〕
	〔仕事に対する意識の違いによる力量のばらつき〕	
	〔介護職員の技術の標準化が課題〕	
3 上位カテゴリー	12 中位カテゴリー	35 下位カテゴリー

〔 面接調査結果分析表 3 〕

(14) 介護職員の地位の確立

《介護職員の地位の確立》は、4 中位カテゴリー、9 下位カテゴリーで構成されていた。介護福祉士の資格は【社会から専門職として認知されていない】が、この経緯には〔介護の歴史の浅さ〕、〔ナースの助手的な仕事として評価〕され、〔報道の影響による社会から煽り〕があり、また【ケアの質は評価の基準がない】ため、〔資格の有無に差が感じられない〕、〔資格があっても誰にでもできる仕事と言う認識〕が払拭できないことにあると施設は捉えていた。

このことについて、施設は〔社会からの認知には介護の自立が必要〕であり、このことが〔介護福祉士の専門性の向上〕に繋がると捉えていた。また施設はここ 1 年ぐらいで介護職員の意識が向上し、やりがいを感じた介護職員が自ら〔自立支援の成果を発表する〕ことを実施するようになっており、介護職員の地位が確立する日も近いのではないかと施設は捉えていた。また、施設は「自分達の特養 1 つが良くなったとしても意味がない」と捉えており、〔施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す〕ことに取り組んでいた [表 6-5]。

(15) 地域との協力体制づくり

《地域との協力体制づくり》3 中位カテゴリー、6 下位カテゴリーで構成されていた。施設は、〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕思いを持ち、〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕ことや、〔世代間交流により利用者と地域住民が互いに支えあう関係づくり〕、〔シルバー派遣、障害者雇用など共助体制の必要性〕を感じ、実践を始めた施設も見られた。また、将来的には〔地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する〕など、新たな社会資源の生産とその活用についての構想が語られた [表 6-5]。

[表 6-5] 面接調査結果分析表 4

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
《介護職員の地位の確立》	【社会から専門職として認知されていない】	〔報道の影響による社会から煽り〕
		〔ナースの助手的な仕事として評価〕
	【ケアの質は評価の基準がない】	〔介護の歴史の浅さ〕
		〔資格の有無に差が感じられない〕
	【社会から認知されるには介護の自立が必要】	〔資格があっても誰にでもできる仕事と言う認識〕
【施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す】	〔介護福祉士の専門性の向上〕	
《地域の協力体制づくり》	【社会から認知されるには介護の自立が必要】	〔社会からの認知には介護の自立が必要〕
		〔自立支援の成果を発表する〕
	【施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す】	〔施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す〕
		〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕
	【地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する】	〔地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する〕
【地域と協力し合う】	〔シルバー派遣、障害者雇用など共助体制の必要性〕	
	〔世代間交流により利用者と地域住民が互いに支えあう関係づくり実施〕	
	〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕	
2 下位カテゴリー	7 中位カテゴリー	15 下位カテゴリー
合計 15 上位カテゴリー	53 中位カテゴリー	114 下位サブカテゴリー

[面接調査結果分析表 4]

V. 考察

1. 介護過程の現状と課題[研究1]

本研究は介護過程に関する研究であり、質問紙調査では多角的に設問を設定しており、介護過程の展開プロセスに沿って考察することで、内容がより深まると考える。よって、(1)アセスメントについて、(2)介護計画の作成について、(3)実施及び実施することで感じたやりがいについて、(4)介護過程の展開プロセスの現状と課題について、この順に沿って考察する。

(1)アセスメントについて

身体的な自立度を測定するため機能的評価であるFIMを用いた。その結果、食事の機能は得点が高いが、排泄に関わる動作は点数が低い傾向であり、身体的な側面は介助を要する利用者が概ねであった。このような状況の中、多くはないがFIMの平均点がわずかに1点台で、ほぼ全介助を要する利用者がトイレで排泄していることが確認できた。その一方で、FIMの得点が比較的高い利用者がベッド上で排泄している現状も見られた。後者のように身体機能が高い場合においてもトイレで排泄できない要因としては、認知症が大きく影響しているのかもしれないが、アセスメントすることが難しい現状や、介護職員の技術の問題によることも考えられる。よって、どこに問題点があり、なぜ排泄が自立できないのか、といった点について、利用者の状態を見極めて判断することが重要なのではないかと考えられる。

また、個別ケアの実践頻度の状況は、「チームケア」の頻度が他の項目より高く、「プラン作成のためのケア」「生活を支えるケア」が低い傾向であった。この結果は、先行研究において、渡辺らと⁸⁴⁾、片桐の「(同僚に迷惑をかけないために)利用者ではなく同僚にしか目配りしないかたちでチーム介護が実践されている」⁸⁵⁾との指摘と同様の傾向を示していることが考えられる。しかしながら、「プラン作成のためのケア」「生活を支えるケア」は、自己決定や自己選択に関する内容も含まれ、介護方針を利用者と作り上げる過程であり、介護計画やその目標に大きく影響することが考えられる。

このように同僚との関係性を重視し、また介護職員は時間的な余裕がない状況から、利用者との関係が希薄になっていることが、アセスメント不足の要因なのではないかと考えられる。

(2)介護計画の作成について

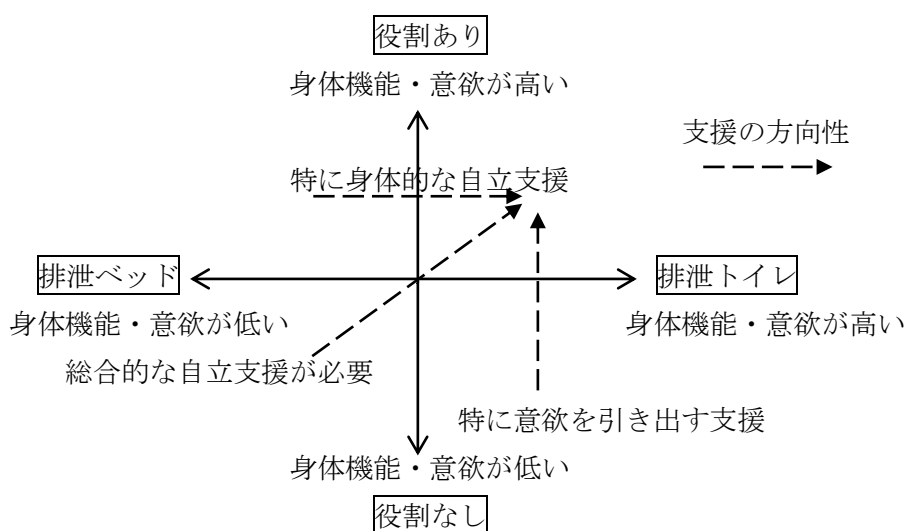
介護計画の作成については、重点的に行っているケアの排泄場所別の比較結果を取り上げる。排泄介助の支援目標と課題の記載状況の結果は、目標の記載箇所に問題点あるいは課題の記載がみられ、また課題の記載箇所に目標や問題点が記載されていたことから、プランニングに対する課題があると考えられる。つまり、介護職員にとってアセスメントした内

内容を介護計画書に記載する際、つまり「思考過程を言語化し記録する」⁸⁶⁾という作業に対し、苦手意識や、疑問を抱え、戸惑っていることが考えられる。このことは、計画書の内容の適切さに対する基準や方法論が確立していないことが⁸⁷⁾、先行研究より指摘されており、このことが要因の一つとして考えられる。

(3)実施及び実施することで感じたやりがいについて

実施については、介護職員による利用者の身体・精神的自立度と支援の分析結果及び [図 4-1~4-5]、排泄場所別の比較について用いる [表 4-4, 4-5]。介護職員による利用者の身体・精神的自立度と支援の分析については、排泄場所と役割の有無の2項目が関連しており、トイレで排泄し、役割を持っている人が最も自立度が高い傾向にある。特に排泄の自立は個別的な要素が多く含まれることから、これに挑むことは利用者の個別性を高められる。その上、理論や知識、技術が求められることから、専門性が向上することが考えられる。

また、役割においても役割がある方がない方より、自立度が高い傾向が見られた。よって、介護職員は排泄の自立と役割づくりをどのように支援していくのか、その視点から介護過程を展開することで、支援の方向性と実施に対する評価が明確になるのではないかと考えられる [図 5-1]。また、国の方針及び、先行研究において役割は重視されているものの、役割の自立度の評価については明らかにされていなかった。また排泄と役割の関係を示したものは見当たらないため、このことについては新しい知見であると言える。



[図 5-1] 排泄と役割における自立性の向上のための支援について

(F I M, V I において関係の見られた排泄と役割について、自立性の向上のための支援の方向性について示したもの)

また、身体機能が似通っている群における、排泄場所別の比較においては、トイレ介助を実施している介護職員の方が、利用者の〈ADLの回復〉〈意欲の向上・主体的な行動〉など利用者の状態の変化に、やりがいを感じている傾向が見られた。これに対し、ベッドで

の排泄介助の方は、計画の達成によるやりがいではなく、その場その場のケアに対しやりがいを感じる内容が多い傾向であった [表 4-4, 4-5]。これらのことから、やりがいの感じ方には質があり、ベッド上での排泄介助より、より自立支援が求められるトイレ介助の方が、介護職員は実施した介護に対する評価として、やりがいを感じていることが考えられる。また、むなしさにおいてはベッド上での排泄介助は〈反応がない、コミュニケーションが取れない〉が挙げられ、トイレ介助では〈どう対応していいのかわからない・無力感〉が挙げられており、トイレ介助の方がよりよいケアを行いたいという意思が伝わってきた。

よって、利用者への個別性と自立に向けた丁寧なアセスメントに基づく計画を実施することにより介護過程が達成することは、介護職員のやりがいに繋がり⁸⁸⁾、介護の質、専門性に対する意識が向上すると考えられる。

(4) 介護過程の展開プロセスの現状と課題について

これまでの考察から、利用者との関係が希薄になっていることにより、アセスメントが不足していることが考えられるが、その一方で〈どう対応していいのかわからない・無力感〉が挙げられており、介護過程が機能していないことが考えられる。この現状に対する先行研究の課題として、小櫃らは介護経験などに問われず、「客観的な測定が行われる科学的で共通の尺度の必要性」について述べている⁸⁹⁾。このことについて、青柳らは介護の目的に合わせた観察視点のためのアセスメントツールの開発にかかわる要素を抽出した⁹⁰⁾。一方、藤尾らは、自立支援介護につながるためのニーズがプランニングに連動するための「アセスメントツール」を開発している⁹¹⁾。このように、アセスメントに関する研究は、日々進歩が見られている。しかしながら、アセスメントツールに関しては、特養ホームでの実証はなされていないため効果は明らかになっていないが、介護職員はこれらを参考にしつつ、施設独自のツールの開発が重要であると考えられる。

他方、本研究の調査票の全体の自由記述欄（調査票は [表 2-2] 調査 2 問 5 を参照）を集計した結果 [資料 10]、以下のような記述がみられた。「(調査 2) 個別ケアに関する質問の) 問 3 は (一般介護職員というよりは) 介護支援専門員の仕事内容では (ないでしょうか?) (() 内は研究者が補足)」という回答である。この回答は、現在の特養ホームにおける介護過程の位置づけの曖昧さを推測させる。本来、特養ホームにおいては介護支援専門員がケアマネジメントを用い作成する「施設サービス計画」をもとに、介護職員は受け持ち利用者の「介護計画」を介護過程の手法を用い作成する。この過程は、在宅サービスについても同様に実施され、事業者ごとに「介護計画」が作成されている。しかし、施設は在宅と違い、包括的にサービスが行われることから、この双方の違いが分かりづらいため、先行研究では、この現状について、一般の介護職員が受け持ち利用者の「施設サービス計画」を作成し、介護支援専門員が清書している⁹²⁾ことが指摘されている。このことから、介護職員は、手法が異なる「施設サービス計画」と「介護計画」をどのように扱うのか、疑問や戸惑いなどジレンマを感じ、戸惑っていることが考えられる。よって、施設におけ

る介護計画の位置づけを明確にし、介護職員が受け持ち利用者の介護過程に向き合えるような環境を作らなければならないだろう。

このように、介護過程のそれぞれの展開プロセスの言葉の意味や計画書の書き方の知識や方法を研修で行うことが優先課題ではあるが、矢部らは介護過程における「思考過程は思考する者が繰り返し主体的に考えることを繰り返さない限り得られる能力ではない」ことを主張している⁹³⁾。よって、介護職員が受け持ち利用者について、介護過程を意識し、理論的に考えることを日常的に行うことが重要になると考える。

2. 施設が捉えている施設介護の現状と課題[研究 2]

本研究では、施設が捉えている施設介護の現状と課題については、(1)介護過程を阻害する要因、(2)介護過程を実施するための体制づくり、(3)介護過程の展開状況、(4)施設介護の今後の課題の 4 項目が関係し、介護過程の現状と課題を形成している。よって、これに沿い、考察を進める。

(1)介護過程を阻害する要因

本研究では介護過程の現状と課題について、15 上位カテゴリー、53 中位カテゴリー、114 下位サブカテゴリーが抽出された。施設は介護職員が「日常のケアと記録を生活支援より重視している」傾向があると捉えており、【生活支援の視点を持ってほしい】と感じていた。また、「介護は一つの可能性を追求する仕事」で、「介護は専門性がある」と捉えており、「職業として行っていることを意識する」ことを望んでいた。また、施設は「ユニットは個別ケアが求められるため、自分の介護論が必要」であり、介護職員に「考えるだけでなく、意欲を持ち行動する」こと、「利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動」をしてほしいという理想を持っていた。また、施設は「国が施設に求めているものは、大きい」と感じながらも施設介護の向上において「国の求める介護を目指す」必要があると捉えていた。このことについて、黒澤は、介護過程は国の社会福祉法における理念と目的を思想的基盤として展開されると述べている⁹⁴⁾。したがって、本研究において施設は「国の求める介護を目指す」ために、施設の理念や方針を掲げ、努力している様子が伺えるこの結果は、黒澤の指摘と同様の内容を目指していることが考えられる。

しかしながら、施設は「国が求める介護レベルは介護報酬に見合わない」、「経営体制により補助金、措置に差がある」、「制度の改正により、経営が安定しない」など《介護保険制度に対する不満》を持っており、今後予想される「施設の修繕時は自治体の協力が必要」であることが語られた。また、介護保険以後の介護職員の職業意識として、「長期定着、役職志向の低さ」や、「サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失」、また「パターン化された業務、環境に飽きてしまう」、「ローテーション勤務がやりきれない、リセットしたい」など、離職の現状が語られた。また、「報道の影響による男性の寿退社」、「キャリアアップによる離職」、「現場の介護に対する価値観の相違」【腰痛による離職】など、

離職にも様々な要因があることが語られた。その一方では、〔離職しても同じ仕事に戻る人が多い〕傾向が見られていた。

離職者の増加による現状に加え〔社会情勢として介護職を希望する新卒者がいない〕、〔非常勤・夜勤パートは人材が集まらない〕、〔看護職は確保が困難なため、定年を延ばし継続してもらう〕など人材の確保に苦慮していたが、〔パソコンによる記録の管理〕など【介護以外にも能力が必要】であることが最近の傾向として見られていることが語られた。

また、施設は〔ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい〕環境の上に、人材不足が影響し、介護職員のための会議、研修や連絡伝達への参加が困難となり〔周知に時間がかかる〕と捉えていた。そのため、〔施設の理念に少数でも賛同者が必要〕であり、〔管理職と連携しながらリーダーシップを図る〕など努力しているが、教育の不足が影響し、〔適材な管理者、管理者候補がいない〕状況を抱えている施設もあり、【リーダーシップが取りにくい】状況へと発展していた。これらの状況は、職員の育成のための理念や方針の浸透を妨げている要因であると考えられる。先行研究においても、施設が明確な方針を掲げ、周知できている施設は多くなく⁹⁵⁾、特養ホームにおいて、職員の周知は困難である現状が伺える。このように、現在の施設は《人材確保の問題》による影響に苦慮している。

本研究の離職の要因にも挙げられている〔長期定着、役職志向の低さ〕については、「若年層の定着率が低く、リーダー層の育成も難しい」⁹⁶⁾、また、「リーダーとして育成しがいのある人材が少ない」現状が先行研究においても挙げられている⁹⁷⁾。また、介護職員は将来も「直接サービスを担いたい」という希望が多く、「マネジメントや経営の業務に魅力を感じていない」ことが報告されている⁹⁸⁾。先行研究によれば「スーパービジョンの体制はマネジメント業務体制に含まれ」、「日常業務を遂行する中で、職員を育てていることを意識化すること」が重要であるとされる⁹⁹⁾。よって、施設は管理者、管理者候補の人材に対し、マネジメント能力を育成する一方、介護職員へのスーパービジョンを管理者へ促す必要があると考える。

(2) 介護過程の展開を支える施設の取り組み

施設は、〔高齢者は病気と常に隣り合わせである〕〔感染症など対応が大変な時期がある〕など健康管理に追われ、重度者の入所が増加したことから、医療行為など〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕ため、介護職員は「利用者との信頼関係を築けていない」と捉えていた。また〔介護に不満を言う家族が増えている〕、〔権利を主張する家族が増えている〕。このことは先行研究においても「複雑化する利用者ニーズ、多様化する家族からの要望への対応に苦慮している」と報告されている¹⁰⁰⁾。また、介護職員は利用者や家族の様々な思いに向き合わなければならない状況の中で、介護本来の楽しさや、やりがいを見いだせず、目標を持ちにくい思いを抱えていることが考えられる。このことから施設は〔介護職員が安定したケアが提供できるよう、苦情処理など管理職が行う〕、〔介護職員を中心

に、専門職がサポートする体制づくり]、[夜間の看護職の体制と、連携の工夫]、[腰痛を軽減するための案を模索] するなど《職場環境を整える》ことを重視していた。

その一方で、待遇の改善として[介護職員の給与は高くはないが低いとは言えない] 現状を理解して欲しい思いを持ち、[長期定着のための給与体系が課題] であると捉えていた。また、介護職員がやりがいを持てるよう、[資格取得者の手当を厚くする]、[資格取得のための助成制度を設けている] など体制面を整える一方で、施設は[適材な人材を採用できないジレンマ] を抱えている現状から、《教育を重視する》ようになる。しかし、施設は、[ユニットは個別ケアを実施している分、非効率で情報交換が難しい]、[ユニットは教育時に人手が必要] など、構造上の問題を抱えていた。また、介護職員にも個々に特性があるため[未経験で年齢の高い人への教育の大変さ] として、[プライドがあったらできない仕事] であると捉えており、また、[若い世代は目立つことを嫌い個性を發揮しない] ため、[介護職員が何を考えているのかわからない] と捉えていた。これらの現状に対し、[教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない] が、[指導者の教えきろうとする意欲が必要] であり、[若い世代への教育は指導力が今後の課題]、[看護職は確保してから理念を少しずつ教育する] など【職員の特性を考慮し、教育する】必要があると捉えていた。その他、教育においては、全て人を介して教育するのではなく[組織の経営理念を遵守した行動が取れるための工夫] や、[ISO を取得する] ためにマニュアル作りを行ったり、[慣習として自然に学べるように体制を整える]、[サービス向上のための委員会活動] を実施するなど教育面を重視しつつも、そのことによる成果はまだ見えにくいと施設は捉えていた。

また、現在、特養ホームでは、ターミナルケアが日常的に行われるようになってきており、施設は[死に向かう人とかかわることの重さ] がある中で、[看取りには家族と病院の協力体制が重要] で、[利用者が最期まで生き抜くための支援体制づくり] が重要であると捉えていた。このことについて鈴木は「上田は「人が生きる」ことを包括的・総合的に捉える見方・考え方を共通に持つことが重要」であることを述べている¹⁰⁾。また、施設は、人間の身体の仕組みから[自然な死を尊重する] ことが利用者、家族の双方に最善な方法であると捉えている。さらに、今後の課題として[社会全体の自然死についての考え方を知る] ことを挙げていることから、施設と社会全体との考え方を含みつつ、ターミナルケアを確立していきたいという施設の思いが推測できる。

(3) 介護過程の展開状況

《介護過程の展開状況》については、3 上位カテゴリー、11 中位カテゴリー、35 下位カテゴリーで構成されていた。施設は排泄の自立として「おむつ外し」を介護方針に掲げ、介護過程を展開している施設が多く見られた。展開プロセスにおいては[アセスメントが重要] であり、[現状維持のリハビリを見直す]、[残存機能は細分化し分析する] など【機能の評価は丁寧に行う】必要があると捉えていた。また[コミュニケーション技術の向上]

を図り、〔利用者を尊重しつつ対等な関係を築く〕ことが重要であると捉えており、先行研究においても、このことに関する文献が多数見られている¹⁰²⁾¹⁰³⁾。また、介護福祉士養成過程の新カリキュラムにおいて「介護過程とコミュニケーション」が加えられていることから、重視されていると言える¹⁰⁴⁾。白澤は、自立支援としての介護過程において、「利用者の「有する力」にはどのようなものがあるのか明らかにし、それをどのような方法で高めていくのかの議論が必要である」と述べている¹⁰⁵⁾。このことは、アセスメント時に自立支援という明確な目的を持ち実施する重要性を述べており、〔現状維持のリハビリを見直す〕、〔残存機能は細分化し分析する〕など【機能の評価は丁寧に行う】という本研究結果と同様の内容を示している。丁寧なアセスメント（情報収集による事前評価）により、介護計画の作成時に活発な議論を導くことが考えられる。

また【介護過程を展開する上での思考過程】として〔施設の入所自体が拘束〕であり、入所することになった利用者の思いを理解すること、〔自立を理論的に考える能力が必要〕、〔個々を考えられる能力〕〔介護技術、知識を生かしていく〕、〔技術、経験、気配り〕などを挙げていた。また、利用者への個別ケアの支援としては、〔入所以前の生活に近づけられる支援〕、〔普通の暮らしに近づけられるための思考力〕〔利用者主体の生活支援〕〔生活の豊かさ〕を踏まえ、〔利用者の動きを制限することは拘束〕であると捉えていた。その一方で、リハビリはしないで穏やかに暮らしたいという思いについて〔車いす生活を選択することができる〕ことや、尊厳の尊重として〔利用者が最後まで生き抜くための支援体制づくり〕、〔自然な死を尊重する〕など、利用者の【意思、尊厳を尊重する】ことを挙げていた。以上のことからアセスメント、思考過程を反映した計画の作成が求められると考えられる。

実施に関しては〔おむつ外しは利用者、職員の満足度が上がる〕、〔困難ケースを受け入れ自信を得る〕ことにより、〔介護の力量の向上は、利用者のQOLの意識の向上につながる〕と捉えており、〔経験により状況の判断力が向上〕するとともに、【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】ことを施設は実感していた。

しかしながら、施設は「専門的な仕事出来る職員が約1割、それについていこうとしている職員が約3割、このままでいい、頑張りたくないが6割」と語られたように、〔介護職員の技術の標準化が課題〕として挙げられており、この要因には〔資格制度の問題により力量はバラついている〕、〔仕事に対する意識の違い、力量のばらつき〕が見られることから、技術と意識の向上に対する課題は大きいといえる。

また、実施に関して自立支援を妨げる要因としては〔介護に不満を言う家族の増加〕、〔権利を主張する家族が増えている〕ことから、〔家族は利用者に怪我をしてほしくないと思っている〕ことが現状として語られた。また、〔利用者の状態が回復しても家族は在宅復帰を望まない〕家族もいることから、介護職員にとって、目標を持ちづらい環境にあることが伺える。家族の意向により安全面を重視した支援に関して村岡は「安全と称した行動範囲の制限」¹⁰⁶⁾を利用者に強いる可能性を指摘している。よって、「必要な身体介護が提供され

ていれば利用者の最低生活は維持される」¹⁰⁷⁾、といった介護に陥る危険性が考えられる。しかしながら、施設では怪我については「人間だから生きていれば怪我の一つもするんですけどね。動けば動くほど、怪我はします。」と肯定的に捉える一方で、「転倒して怪我してしまうと、介護者もショックを受けてしまいますし、…」と【家族の思い、意識の変化】を受け止めつつ、怪我をすることによる影響は大きいと感じていた。また、自立支援による要介護度の向上は、施設にとって収入が減額になる。よって、収入を取れば福祉の理念とはかけ離れてしまうことから、介護を行う難しさがあると捉えていた。

《介護過程の展開状況》には〔チームワークづくりの重要性〕についても語られた。介護職員は、夜勤帯は看護職員はおらず、少ない人数体制で業務をこなすことから「総合判断する知識」〔支援の実施時、異常や変化を捉え、報告、連携が出来ること〕が求められる。この能力を標準化するためには〔個々の介護職員が独立して判断できる能力が必要〕となるが、この標準化により看護職員と介護職員が肩を並べ、〔医療と介護は協力し合う〕こと、また、【チームワーク、連携を充実させる】ことが意識できるのではないかと考えられる。しかしながら、看護職員は様々な技術を持っていることから、〔介護技術の指導など看護職員が介護職員を支え(る)〕ことを施設は望んでいることについても語られた。

これらのことから、《介護過程の展開状況》については、自立支援の視点を持ち【アセスメントを重視】し、利用者の状態像を把握する。また、利用者の【思い、尊厳を尊重する】【家族の思い、意識の変化】を捉えながら、【介護過程を展開する上での思考過程】を留意しつつ、計画を立案する。展開時には【チームワーク、連携を充実させる】こと、実施には【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】こと、介護職員の意識の向上につながる事が導き出された。

(4) よりよい介護過程を展開するための施設介護の今後の課題と方向性

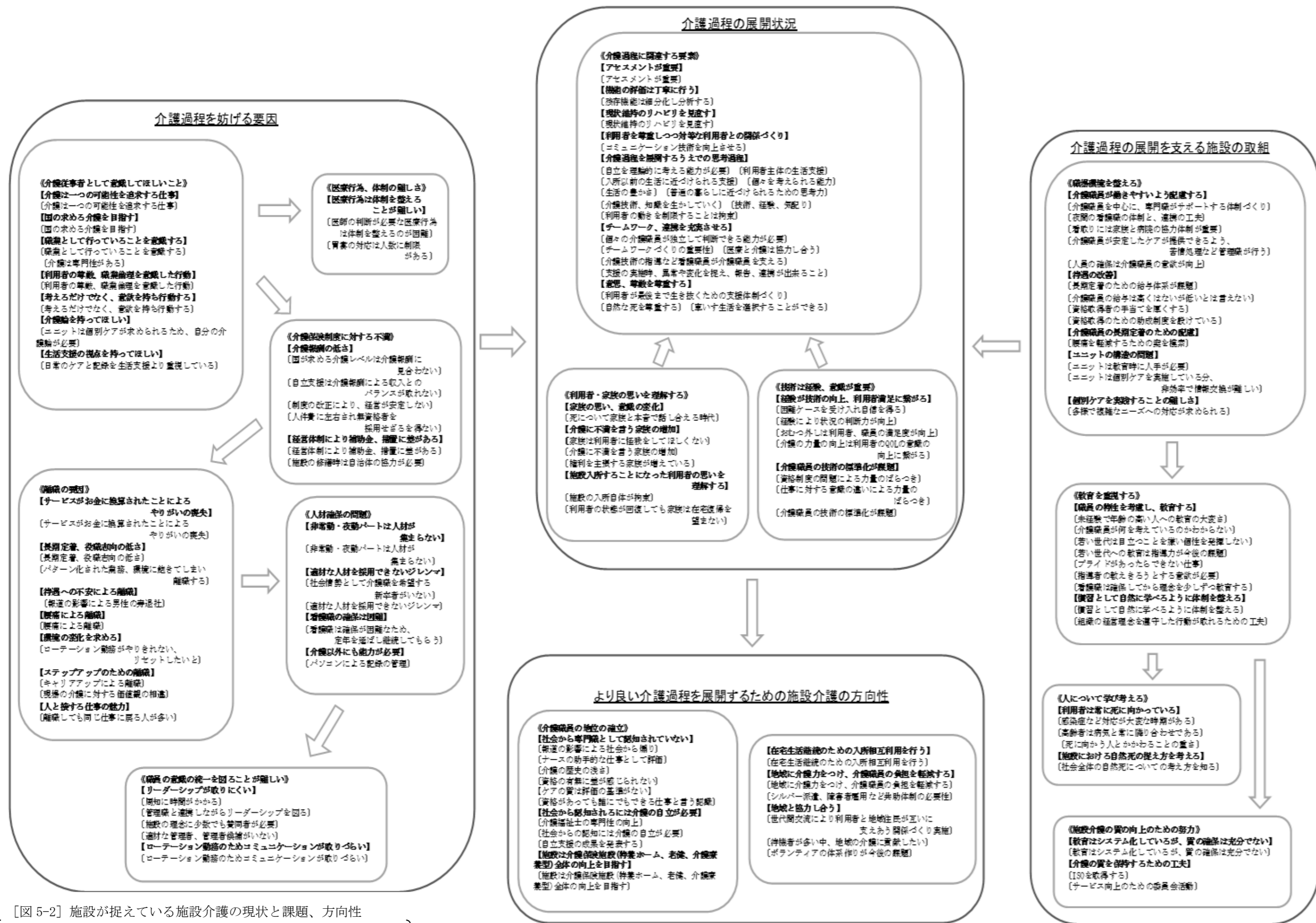
施設介護は社会から〔ナースの助手的な仕事として評価〕されることに対し、〔介護の歴史の浅さ〕、〔報道による社会から煽り〕が影響していると捉えていた。また、〔資格の有無に差が感じられない〕、〔資格があっても誰にでもできる仕事と言う認識〕を払拭し、〔社会からの認知には介護の自立が必要〕と捉えていた。

そのためには、施設は排泄の自立支援、つまり「おむつ外し」を介護方針に掲げ、介護過程を実践することを望んでいた。このことにより、〔介護職員の力量が上がり、QOLの向上へ意識が高まる〕こととなる。そして介護職員は「おむつ外し」による〔成果を発表する〕、〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕という意欲を持つことに繋がったことが語られている。これらのことは介護過程の展開プロセスが円滑であることを表しており、成果の発表などはプロセスの過程を改めて確認していることになり、気づきがより深まることが考えられる。このことについて、谷口らは「職場や組織の管理体制の要である介護方針が介護職の介護観とも一致すると、介護力を発揮でき、ひいては利用者のQOLの向上につながり、仕事の手ごたえをつかむことができる」可能性を述べている¹⁰⁸⁾。よって、

本研究結果において、施設の介護方針が排泄の自立支援を掲げ、介護職員が介護過程の成果を感じ、積極的な行動へと導いていることから、谷口の主張と同様の内容を示していることが考えられる。

また、〔世代間交流により利用者と地域住民が互いに支えあう関係づくりを実施〕しており、そのための〔ボランティアの体系作りが今後の課題〕として語られた。将来的には〔シルバー派遣、障害者雇用など共助体制が必要〕であり、これらにより、【地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する】ことや、〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕など、【地域と協力し合う】ことを挙げ、さらに、〔施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す〕ことが今後の課題であることが語られた。このことについて黒澤は「個人の生活上の課題は、社会の態度、思想に関わるものであり、人権問題として法制度や施策の問題として考えることを示していることである。したがって、介護過程の基盤と思想についても、自助・共助・公助の思想的な体系のなかで個人の問題を解決していることになる」と述べている¹⁰⁹⁾。このことは、本研究結果の施設は国の方針や介護保険制度に従い《利用者・家族の思いを理解(する)》しつつ、個別性を重視した介護過程を展開する。そして、〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕、【地域と協力し合う】、〔社会全体の自然死についての考え方を知る〕などの要素が挙げられており、先の黒澤の意見と同様の内容を示していることが考えられる。このように、個々の利用者への施設介護の提供のみならず様々な要素含みつつ展開されている介護過程は、施設介護において、重要な役割を果たすための手段であることが考えられる。

以上のことを踏まえ、特養ホームの介護過程を取り巻く現状と課題現状と課題の構造図を示す [図 5-2]。



〔図 5-2〕施設が捉えている施設介護の現状と課題、方向性
施設が捉えている施設介護の現状と課題、方向性の全体像の構造図

3. 総合考察

特養ホームにおける介護過程の展開プロセスに関する現状と課題を明らかにすることを目的に本研究は進めてきた。

介護過程は国の理念や法制度を根拠とし、施設はこれに倣い独自で理念や方針を掲げ、個々の利用者へのサービスを提供するにとどまらず、施設全体で取り組む必要がある。施設は《介護従事者として意識してほしい（こと）》理想像を持ちながらも、重度の利用者の増加による《医療行為、体制の難しさ》、また【介護報酬の低さ】、《人材確保の問題》には、〔適切な人材を採用できないジレンマ〕を抱えており、〔リーダーシップが取りづらい〕環境から《職員の意識統一を図ることが難しい》状況や、「教育の不足」などの問題に発展していた。このような現状に加えて、〔高齢者は病気と常に隣り合わせである〕ことや、利用者の重度化してからの入所は〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕ことが多く、また、〔死に向かう人とかかわることの重さ〕を感じる場面もあり、これらのことからあるため、介護職員が介護目標を持ちづらいと施設は捉えていた。このことから、施設は介護職員が働きやすいよう〔介護職員を中心に、専門職がサポートする体制づくり〕をはじめ、〔長期定着、役職志向の低さ〕の解消として【待遇の改善】を図り、《職場環境を整える》ことに、努力していることが語られた。

教育に関しては〔未経験で年齢の高い人への教育の大変さ〕といった現状や、〔若い世代への教育は指導力が今後の課題〕であることが語られた。このように年代などの【職員の特性を考慮し、教育する】難しさや、時間のなさから〔慣習として自然に学べるように体制を整える〕ことにより学んでほしい思いが語られた。また、施設は《施設介護の質の向上のための努力》として、〔サービス向上のための委員会活動〕や、〔ISOを取得する〕ことにより〔教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない〕などの問題はあるものの、施設は排泄の自立を介護方針に挙げ取り組んでおり、少しずつ成果が見られていることが語られた。

《介護過程の展開状況》については、【アセスメントが重要】であり、〔自立を理論的に考える能力が必要〕、〔普通の暮らしに近づけられるための思考力〕、〔個々を考えられる能力〕など、介護過程の展開プロセス時の思考過程に触れつつ、〔技術、経験、気配り〕、〔現状維持のリハビリを見直す〕、〔コミュニケーション技術の向上〕を図り、〔利用者を尊重しつつ対等な関係を築く〕などのさまざまな要素が多く挙げられた。また、〔自然な死を尊重する〕、〔利用者が最後まで生き抜くための支援体制づくり〕には【チームワーク、連携を充実させる】ことが重要であると捉えていた。特に、【仕事に対する意識の違い、力量の差が見られる】など技術に関する語りは複数の施設が挙げており、【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】と捉えていた。

これに対し、介護職員は施設の介護方針に沿い、排泄の自立支援を実践しており、重度な利用者をトイレ介助している現状も見られた。しかし、個別ケアの実践頻度の状況においては「チームケア」の頻度が他の項目より高い傾向が見られている。このことからアセ

メントの不足が考えられる。また、排泄場所別の介護過程の展開プロセスの現状から、介護目標や課題など介護計画の作成に課題が見られており、介護職員は排泄の自立支援を意識しているものの、アセスメント、介護目標や課題を言語化する過程にジレンマを感じていることが考えられる。

この背景には、介護職員はアセスメントより、「チームケア」を重視している傾向であり、本研究の「(略)今の若い人が、全部そうかなっていう、皆横並びで安定されるんですよ。そうです、叩かれるってことには、極端に臆病ですよ、(略)」と語られ、「若い世代は目立つことを嫌い個性を発揮しない」と施設は捉えていた。このことは「…同僚にしか目配りしないかたちでチーム介護が実践されている」と述べる片桐と¹¹⁰⁾、同様の傾向を示していることが考えられる。このことから、介護職員は利用者との関係が希薄になっていることが考えられ、アセスメントが不足していることが考えられる。

アセスメントについて黒澤は介護職員の判断基準が重要であると述べており¹¹¹⁾、本研究の「研究2」の結果において、施設は【ケアの質は評価の基準がない】と捉えていた。この要因について藤尾は現段階では理念としての「自立支援の教育が主体であり、方法論が確立していない」ことから、「基準値、基準となる状態像に対する教育の不足」を挙げている¹¹²⁾。その他には、施設の「施設サービス計画」と「介護計画」の位置づけの曖昧さと、介護計画をどのように扱うのか戸惑っていることが要因であるように思われる。

よって、介護過程の展開時に「トイレで排泄する、役割を持つ」ことがもっとも自立性が高まる傾向から、この2項目を基準にすることで、展開プロセス時の思考過程を言語化する作業がより実践しやすくなることが考えられる。また、この教育においては、アセスメントの視点や、計画に対し、焦点を当てた研修や教育と並行し、現段階では看護職員は看護過程の経験から、介護過程、[介護技術の指導など看護職員が介護職員を支える]ことがチームワークを含め、職員の意識が向上するのではないかと考えられる。矢部らは「介護職が介護支援専門員となり、ケアマネジメント過程を展開するには、介護過程によって培われてきた思考力と実践力がその基礎にある」¹¹³⁾と述べ、介護過程の重要性について指摘している。

その一方で、「施設サービス計画」と「介護計画」の現状については、介護計画の位置づけの明確化、それに伴う役割分担を早急に実践しなければならないであろう。

したがって本研究より、介護過程におけるアセスメント、介護計画の作成などの課題はありつつも、介護職員は、その方の支援を通じたやりがいとして、利用者の〈ADLの回復〉、〈意欲の向上・主体的な行動〉が見られること、つまり利用者の自立性の向上や行動変容が見られることにやりがいを感じる傾向が見られた。このことは、[研究2]においても、[おむつ外しは利用者、職員の満足度が向上]すると感じており、利用者の変化を感じられることの積み重ねは、介護職員の介護に対する意識に与える影響は大きいことから、介護観を確立することに繋がることが考えられる。一方、むなしさにおいてはベッドの方は〈反応がない、コミュニケーションが取れない〉が挙げられ、トイレでは〈どう対応して

いいのかわからない・無力感)が挙げられていた。「無力感」について窪田らは、患者に対するむなしさを感じる状況においては「無力感、やりがいのなさからその場にいることが辛くなり、患者への肯定できない感情」に繋がることを報告している¹¹⁴⁾。よって、特にむなしさについては、その感情を溜め込まないよう、施設による生活相談員、介護スタッフのリーダーによる、継続したスーパービジョンを実践し、介護職員に寄り添うことが重要であることが考えられる。

介護過程を展開するための施設介護の方向性としては、〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕、〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕など【地域と協力し合う】ことが、より介護過程を達成させることに繋がると考えられる。よって、本研究結果から介護過程は利用者への支援のみならず、様々な要素とかがかわることから、〔介護福祉士の専門性の向上〕が見られると言える。またこのことが、《介護職員の地位の確立》につながるということが考えられる。

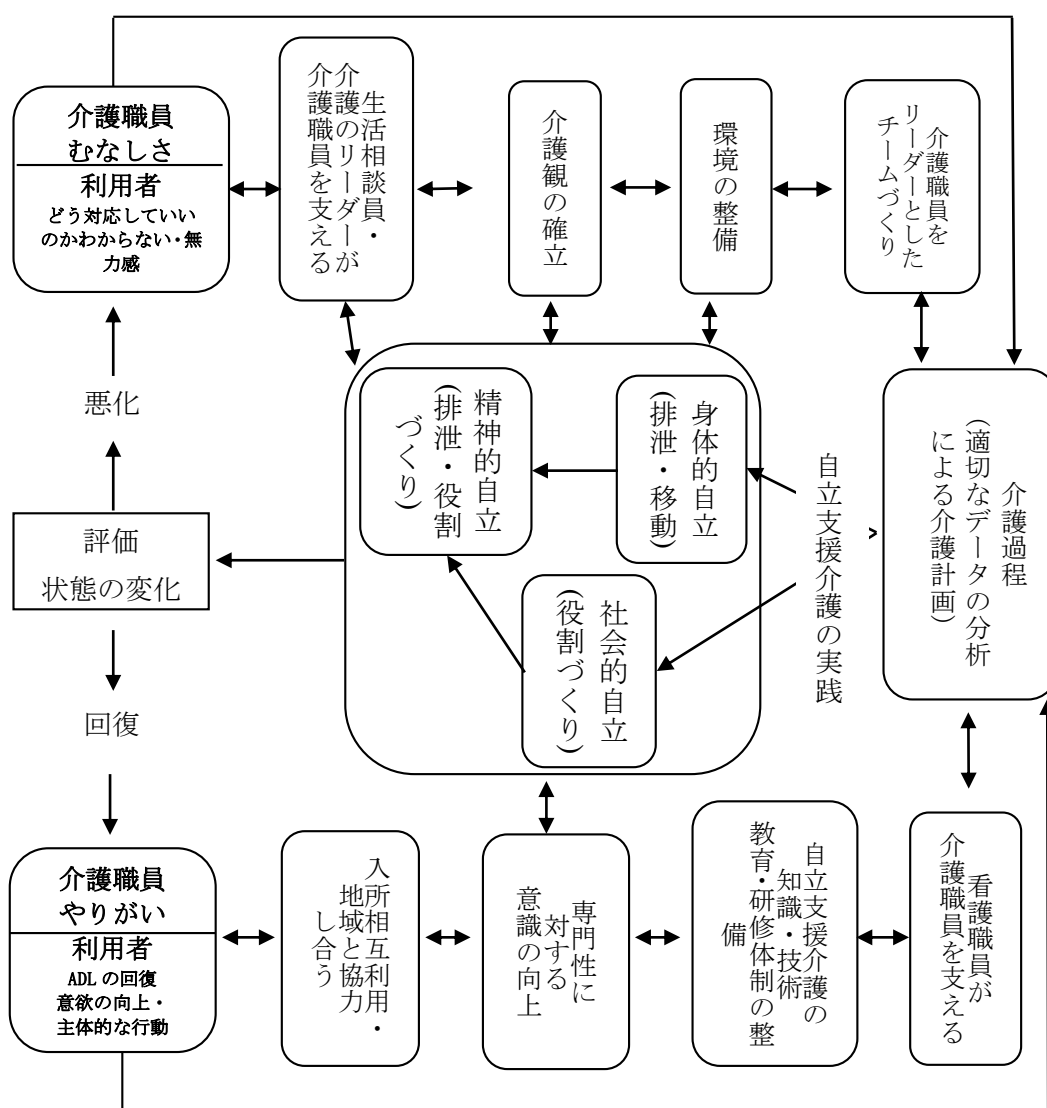
介護過程の現状と課題の全体像の考察から得られた介護過程のあり方については、排泄の自立を目指しつつ、日常生活においては役割が行えるよう、アセスメントによる適切なデータの分析により、目標と課題をチームで検討し、これに沿って実施することが重要であると考えられる。利用者の身体的自立性を高めることは意欲が向上し、全体的なADLが回復、向上することは、利用者に満足感がもたらされ、QOLが向上する。そして利用者のQOLの向上は介護職員のやりがいにつながる。それと並行し、自立支援介護の知識・技術を学び、理論的に考え、分析することが出来るよう教育・研修の整備を行うことで、介護観の確立、専門性の意識の向上につながると思える。

その一方で、コミュニケーションが困難な重度の認知症者、ターミナルケア期においても利用者が生きる尊厳を保持できるよう配慮しなければならない。その際、利用者を弱い立場の人として扱わないよう、また介護職員がむなしさといった否定的な感情を溜め込まないよう、利用者との健全で対等な関係づくりのために、生活相談員、介護スタッフのリーダーによる、継続したスーパービジョンを実践し、介護職員に寄り添うことが重要であると考えられる。その過程に、〔介護技術の指導など看護職員が介護職員を支える〕、「介護職員がチームの中心」となり多職種と協働することにより、「介護観を確立」することに結びつくことが考えられる。また、施設は【地域と協力し合う】ことが今後の課題と感じており、待機者に対する配慮や、地域住民が社会資源となるよう〔地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する〕ことも今後必要であると捉えていた。入所相互利用についてもその一助をなすと捉えており、これらの実践は、施設全体の質の向上に繋がることが考えられる。このことから、介護職員は施設の理念や方針を理解し、自立支援、個別ケアに基づく介護過程に挑むことになる。しかし、施設の理念や方針は施設全体の利用者を指すため、利用者の個別性が重視されるほど、理念や方針とはかけ離れることになる。しかし、地域と協力し合うことなど、施設利用者、地域に暮らす高齢者に目を向けることでより施設の目的や理念や方針に近づくことが考えられる。よって、施設の理念や方針と介護過程は介護の

専門性の向上が中間に位置することにより、双方の繋がりがより明確になることが考えられる。

介護過程は、1つ1つのプロセスを理論的に進めていかなければならないため、アセスメントで捉えたニーズを分析し、介護計画を立案し、カンファレンスにより設定された目標を実施するまでのプロセスに対し、知識や技術を教えていかなければならない。介護職員は介護過程のどの部分を難しいと感じているのかを見極めた教育、研修が今後求められることになるだろう。

この一連の過程が本研究で得られた、介護過程の展開プロセスのあり方である。本研究で得られた介護過程のあり方について示す [図 5-3]。



[図 5-3] 介護過程の展開プロセスの全体像本研究結果から得られた介護過程の展開プロセスの全体像示す

VI. 結論

介護職員は、利用者の個別ケアの実現を目指すその手法として介護過程を行うが、本研究では、この現状と課題を明らかにし、介護過程のあり方に1つの示唆を得ることを目的とした。介護過程の展開プロセスにおいては、目標及び課題の記述に課題がみられた。しかし、施設は〔介護職員の技術の標準化が課題〕であると捉えており、教育や研修に力を入れていた。この現状が介護職員のジレンマを生んでいることが考えられる。介護過程は1つ1つのプロセスを理論的に進めていかなければならないため、達成の積み重ねが介護職員の専門性を向上させ、この両者が向上することが今後の課題であると考えられる。

VII. 本研究の限界

本研究では、特養ホームにおける介護過程の展開プロセスの実態を明らかにし、介護過程の在り方を検討した。しかし、介護過程の展開プロセスの全体像を表現するには限界があるのではないかと考える。また、施設介護における個別ケアの尺度や、利用者への支援に対する思いのすべてを表現するには限界があると考えられる。また、調査票は一介護職員からみた一利用者の状態像を記述する調査票である点についても、一利用者に対する支援はチームで行われるため、介護職員ごとに、ばらつきや思いに差があるのかどうかは明らかにされていない。また、利用者による利用者満足度、利用者の精神及び心理状態に関する測定は、実施されていない。この点については考慮したものの、施設側の対応が困難である状況から実施には至らなかった。

そして、介護過程の展開プロセス全体を測定できる評価表が必要である。これらの点に配慮した調査について、今後実施していくことが重要であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただいた特別養護老人ホームの施設長、関係者の方々並びに介護職員の皆様には、心より感謝申し上げます。

また本研究を進めるにあたり、ご指導を賜りました国際医療福祉大学大学院竹内孝仁教授、並びに同大学院井上善行准教授、小平めぐみ講師には深謝申し上げます。そして、審査をしてくださった谷口敬道先生、聖隷クリストファー大学教授横尾恵美子先生、鈴木孝治先生、山本康弘先生、東畠弘子先生におかれましてはご多忙の中、また大変貴重なご意見を頂くとともに、励まし、支えて頂きました。ここに心から感謝の意を表し、謝辞とさせていただきます。

引用文献一覧

- 1) 柗崎京子. 介護過程のアセスメントシートの作成ーアセスメントシート段階における理解を高めるための2つのアセスメントシートー. 共栄学園短期大学研究紀要 2010;26:1-27
- 2) 三好明夫. シリーズ社会福祉の探求介護福祉学ー介護福祉士の専門性と独自性の探求ー. 第一版第一刷. 東京:学分社, 2006:86
- 3) 介護福祉士養成講座編集委員会編. 新介護福祉士養成講座9 介護過程. 東京:中央法規出版株式会社. 第2版, 2009:2-3
- 4) 厚生労働省. 2003. 2015 年の高齢者介護ー高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>, 2011. 11. 10.
- 5) 厚生労働省. 2003. 活力ある高齢者像と世代間の新たな関係の構築, 厚生労働白書平成15年版 . www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/03/dl/1-1n.pdf. 2014. 4. 4
- 6) Ora lea Strickland, Colleen Dilorio (ed). 中岡ひさ子(訳), 井部俊子(監). 看護アウトカムの測定ー患者満足とケアの質の指標. 東京:エルビゼア・ジャパン, 2006:312-313
- 7) C.F.Waltz, Ora lea Strickland (Eds.) Measurement of nursing outcomes: Vol.1: measuring client outcomes :New York:Springer Publishing CO, 1988:499-502
- 8) 地域福祉推進委員会社会福祉事業の人材確保に関する調査研究委員会. 社会福祉施設における人材の確保と育成に関する現況と提言. 東京:東京都社会福祉協議会, 2007:141
- 9) 高田明美. 高齢者介護の現場における介護目標の検討と課題. 日本看護研究学会雑誌 2010;33(4):59-71
- 10) 1)前掲
- 11) 藤尾裕子, 小平めぐみ, 井上善行ら. 介護施設での「自立支援介護」のためのアセスメントツール作成とその効果に関する研究. 自立支援介護学. 日本自立支援学会 2013;7(1):10-20
- 12) 8)前掲, 141
- 13) 黒澤貞夫(編). ICF を取り入れた介護過程の展開. 第3版. 東京:建帛社. 2010:3
- 14) 加藤 直英. 「介護過程」の理論的枠組みに関する基礎的研究, 目白大学短期大学部研究紀要 2014;50:43-54
- 15) 1)前掲
- 16) 3)前掲, 2-3
- 17) 介護職員関係養成研修テキスト作成委員会編. 介護福祉士養成実務者研修テキスト第5巻介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ, 東京:一般財団法人長寿社会開発センター. 初版第2刷, 2014:12

- 18) 3)前掲, 2-3
- 19) 同上, 2-3
- 20) 同上, 2-3
- 21) 青木宏心, 関好博, 石橋郁子ら. 介護福祉士国家試験対策基本テキスト第 4 巻介護過程とコミュニケーション理解. 東京:日本医療企画. 第 1 版第 1 刷, 2012: 7,
- 22) 竹内孝仁. 介護基礎学. 東京:医歯薬出版, 1998:20
- 23) 17)前掲, 39
- 24) 21)前掲, 3-5
- 25) 21)前掲, 5
- 26) 21)前掲, 5
- 27) 17)前掲, 14
- 28) 黒澤貞夫. 生活支援学の構想. 第 1 版. 東京:川島書店. 2006:164
- 29) 21)前掲, 128-133
- 30) 矢部弘子, 小林朋美, 寺嶋洋恵. 介護概論における介護過程の概念に関する諸説の検討. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要 2005;3:35-47
- 31) 厚生労働省. 2011. 社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について〔第 1 次改正〕
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/care/dl/care_7.pdf, 2014. 4. 4.
- 32) 3)前掲, 9
- 33) 厚生労働省社会・援護局社会福祉基盤課. 2012. 福祉士養成課程及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しに関する Q & A
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei12.pdf>, 2014. 4. 4.
- 34) 1)前掲
- 35) 倉田康路, 施設運営上の処遇計画の位置づけと構造に関する分析 - 特別養護老人ホームの場合 -, 社会福祉学 1999;40(1), 172-189
- 36) 厚生労働省.特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第四十六号)
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000046.html>, 23. 11. 10
- 37) 倉田康路, 施設におけるサービス計画を実現するための条件と方策—介護老人福祉施設職員による自由回答の内容分析から—, 社会福祉学. 日本社会福祉学会 2001;42(1):101-113
- 38) 田中昌美. ユニット型特別養護老人ホームにおける介護職員の日常生活支援実践に影響する要因の分析. 愛知県新城大谷大学研究紀要 2007;4:17-33
- 39) 8)前掲, 80

- 40) 特定非営利活動法人特養ホームをよくする市民の会. 職員による施設長調査. NPO
法人特養ホームをよくする市民の会 2007:1-8
- 41) 増原真砂子. 特別養護老人ホームにおける介護職員の職場環境について—コンピタンス心理学の視点から—. 自立支援介護学. 日本介護自立支援
2011;4(2):174-180
- 42) 岩井恵子. 本学における「介護過程」の教授法 2. 大阪体育大学短期大学部研究紀要
2006;7:1-17,
- 43) 柴原君江. 生活機能向上の目標に視点をのいた介護過程教育の試論. 田園調布学園大
学紀要 2007;1:1-15
- 44) 1) 前掲
- 45) 杉山せつ子. 介護過程の展開における「情報の関連図」の教育的効果に関する研究—
全体像の把握に焦点を当てて—. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要
2014;12
- 46) James E. Brrien, James E. Lubben, Janice Cichowlas Rowe, D (ed). 三谷嘉明(訳). 虚弱
な高齢者のQOL—その概念と測定. 東京:医歯薬出版, 1998:49,
353-369
- 47) 9) 前掲
- 48) 1) 前掲
- 49) 三省堂編修所. 松村明(編). 大辞林. 第3版. 東京:三省堂, 2006:2572
- 50) 窪田博美, 菅沼千晶, 辛島奈津子ら. 患者に対し肯定できない感情を抱いた場面における
看護師の感情の分析—プロセスレコードから—. 第38回日本看護学会論文集
成人看護Ⅱ. 社団法人日本看護協会 2007;38:365-367
- 51) 蘇珍伊, 岡田進一, 白澤政和. 特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感に
関連する要因—利用者との関係と職場内の人間関係に焦点を当てて. 社会福祉
学 2007;47(4):124-135
- 52) 中村房代, 久田はづき, 本名靖. 特別養護老人ホーム介護職員のやりがいとその関連要
因に関する研究. 東洋大学ライフデザイン学部研究 2009;5:137-156
- 53) 同上
- 54) 49) 前掲, 2482
- 55) 50) 前掲
- 56) 老人福祉施設協議会. <http://www.roushikyo.or.jp/download/articles.pdf>, 2016.
8. 10
- 57) 6) 前掲, 324-327, 339
- 58) 7) 前掲, 519-522
- 59) 41) 前掲
- 60) 50) 前掲

- 61) 原野かおり, 桐野匡史, 藤井保人ら. 介護福祉職が仕事を継続する肯定的要因. 介護福祉学 2009;16(2):163-168
- 62) KeioUniversity Tsukigase Rehabilitation Center. FIMによる評価マニュアル. http://www.keio-reha.com/ADL/fim_hayami_top.html, 2014. 4. 4
- 63) 医療法人昭和会グループ. 4-2. FIMの資料. http://syowakai.org/?page_id=2943, 2014. 4. 4
- 64) 鳥羽研二(監), 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 第1版. 東京:厚生科学研究所, 2003:107-114, 123-127
- 65) 小沢利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎(編). 高齢者生活機能ガイド. 第1版. 東京:医歯薬出版, 1999:33-42
- 66) Joseph J. Gallo, William Reichel. 岡元祐三監(訳). 高齢者機能評価ハンドブック. 第1版第2刷. 東京:医学書院, 1998:96-99, 142-144
- 67) アラン・ウォーカー, キャサリン・ヘイガン・ヘネシー, 山田三知子(訳). 高齢期における生活の質の探究ーイギリス高齢者の実相. 初版第1刷. 京都:ミネルヴァ書房, 2009:218-221
- 68) 46) 前掲
- 69) 永田千鶴. ケアの質の保証:認知症高齢者ケアプロセスの質評価指標の検討を通して. 熊本大学医学部保健学科紀要 2006;2:7-18
- 70) 3) 前掲, 22
- 71) 長嶋紀一, 本間昭, 今井幸充ら. 施設介護の実践とその評価ー痴呆性高齢者のロングタームケア. 第1版第3刷, 東京:ワールドプランニング, 1998:77-78, 81-82, 138
- 72) 4) 前掲
- 73) 竹内孝仁. 完全版ケアマネジメントの職人. 東京:年友企画出版, 2007:227
- 74) 69) 前掲
- 75) 室伏君士. 痴呆老人の理解とケア. 東京:金剛出版, 1985:44
- 76) トム・キットウッド. 認知症のパーソンセンタードケアー新しいケアの文化へ. 東京:筒井書房, 2005:141-147
- 77) ジョナサン・H・ターナー, 正岡寛司(訳). 出会いの社会学ー対人相互作用の理論展開ー. 初版第1刷. 東京:明石書店, 2010:308-316
- 78) 兵頭明和. よくわかる!すぐ使える統計学ー検定 CD版. 東京:厚生統計協会, 2008
- 79) 片桐資津子. 介護労働とユニット志向ケア導入プロセスー従来型特養における個別ケアの可能性と限界ー. 福祉社会学研究 2010;7:162-181
- 80) 22) 前掲, 11
- 81) 福祉社会辞典. 庄司洋子, 武川正吾(編). 第2版. 東京:弘文堂, 1999:520-521
- 82) 49) 前掲, 1272

- 83) 22)前掲, 165
- 84) 渡辺修宏, 森山哲美. 利用者主体の福祉サービスに対する職員と利用者の認識の乖離. 厚生の指標 2008 ; 5(1) : 16-22
- 85) 79)前掲
- 86) 3)前掲, 9
- 87) 棟近雅彦ら. 福祉サービスの質保障—職員の質を高めて利用者満足を獲得する. 東京: 社会福祉法人全国社会福祉協議会, 2009:49-77
- 88) 谷口敏代, 原野かおり, 桐野匡史ら. 介護職の仕事継続の動機と関連要因. 介護福祉学 2010;17(1) :55-65
- 89) 小櫃俊介, 綿祐二. 特別養護老人ホームにおける主観的 QOL の縦断的測定法と個別ケアへの適応. 文京学院大学人間学部研究紀要 2010;12:237-255
- 90) 青柳佳子, 浦和和江, 是枝祥子ら. 特別養護老人ホームの介護の目的に合わせたアセスメントとアセスメントツールの開発:特別養護老人ホームの介護職員が導き出す観視点D.R. I P 自立支援介護学 2007;2(1) :159-165
- 91) 11)前掲
- 92) 38)前掲
- 93) 30)前掲
- 94) 黒澤貞夫. 介護過程の基盤の思想について. 介護福祉 2014;96:7-16
- 95) 8)前掲, 11
- 96) 同上, 4
- 97) 特定非営利活動法人NPO人材開発機構. 福祉サービス事業の経営幹部ニーズ調査, 東京:特定非営利活動法人NPO人材開発機構, 2007:30
- 98) 8)前掲, 6
- 99) 同上, 29
- 100) 同上, 12
- 101) 鈴木聖子. ICF を取り入れた介護過程. 介護福祉 2014;96:17-27
- 102) 1)前掲
- 103) 42)前掲
- 104) 21)前掲
- 105) 白澤政和. 施設系サービスにおける介護過程の展開と課題. 2014;96:47-58
- 106) 村岡美幸, 北島英治, 本名靖. 高齢者福祉施設の形態とケア理念の変遷—大集団ケアから小集団ケアへ—, 東海大学健康科学部紀要 2003;9:89-95
- 107) 種橋征子. 個別ケアを阻害する要因に関する研究:特別養護老人ホームにおける認知症高齢者担当介護職員の個別ケアの実践と仕事上の負荷の現状. 介護福祉学 2007;14(1) :46-64
- 108) 88)前掲

- 109) 94) 前掲
- 110) 79) 前掲
- 111) 94) 前掲
- 112) 11) 前掲
- 113) 30) 前掲
- 114) 50) 前掲

資 料

[資料 1] 施設長依頼文

特別養護老人ホーム ○○○ホーム
施設長 ○○ ○○様へ

特別養護老人ホームで働く介護職の方へアンケート調査のお願い

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

以前、介護職として十数年働いた私ですが、介護に対する学びを深めたいと大学院に在籍しております。現在、特別養護老人ホームで働く介護職のケアについて調査・研究をさせていただいております。この度は特別養護老人ホームで日ごろご活躍をされている介護職の皆様へアンケート調査をお願いしたくお手紙を差し上げました。

少子高齢化の進行、長寿社会の実現に伴い高齢者の介護の必要性が年々高まってきました。しかし、特別養護老人ホームでは、重症な利用者様が増加していますが、バーニアウト等による慢性的な人材不足も聞かれ、利用者様へのケアに戸惑いを抱えている職員も多く人材の確保は深刻な問題です。そこで、介護施設で現在ケアに取り組む介護職の方々はケアについてどのように感じているのかを検討していきたいと思っております。そして介護職の方々がやりがいを持って働ける環境を介護の現場で働く皆様とともに考えていきたいと思っておりました。今後、介護職の方々が専門職として社会から認知され、専門性が確立されることを願っております。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご協力をよろしくお願ひいたします。

研究題目：(仮)特別養護老人ホームにおける利用者の自立性の実態

対象・人数

特別養護老人ホームで働いている介護職、雇用形態・経験年数は問いません。研究の主旨を理解し、協力していただける方。介護職 1 名につき、受け持ち利用者様の人数分になります。

調査方法

アンケート調査はすべて記述式です。**調査1**は介護職の方への質問です。**調査2**については受け持ちの利用者様について質問になりますが、すべて介護職の方の記入になります。また、施設への情報提供はいたしませんので、ご了承ください。

調査期間

平成 23 年 3 月末まで

個人情報の保護について

個人情報の守秘に細心の注意を払い、施設名、介護職方のお名前、利用者の方のお名前、身元、所属等のプライバシーに関することは一切発表いたしません。

調査に関してご質問がありましたら遠慮なくお尋ねください。以上のことをご理解いただき研究協力を同意していただける場合は、「研究協力承諾書」に御署名のうえ、研究者にお渡しくださいますようよろしくお願い申し上げます。

平成23年2月

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 教授 竹内 孝仁

連絡先：03-6406-8629

東京都港区南青山1-3-3 青山1丁目タワー4階

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 博士課程在籍

増原 真砂子

連絡先：090-5991-1848

e-mail：machamachako_ko@yahoo.co.jp

同意書

研究者 増原 真砂子 殿

私は「特別養護老人ホームにおける利用者の自立性の実態」について、国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の増原 真砂子から別紙の説明書に基づき、次の事項について詳しい説明を受け、十分理解し納得できましたので、研究に参加することを同意します。

説明事項

1. 研究実施計画
2. 研究に関する資料
3. プライバシーおよび個人情報の保護
4. この研究に参加した場合に受ける利益、不利益、危険性
5. 研究結果のお知らせ
6. 費用
7. 同意及びその撤回

平成 年 月 日

施設名 _____

住所 _____

施設長(サイン) _____

[資料 2] 介護職依頼文

アンケート調査への協力をお願い

私は、14 年間特別養護老人ホームの介護職として勤務してまいりましたが、「ケアの質」の向上についてどのようにしたら、介護職の方々がやりがいを持ち、また利用者の方々が生き生きとした生活が送れるのか考えてきました。現在の特養では、重症な利用者様が増加し、さらにバーンアウト等による慢性的な人材不足も聞かれ、利用者様へのケアに戸惑いを抱えている職員も多く、人材の確保は深刻な問題です。そこで、介護施設で働く介護職の方々は日常のケアのについてどのように感じているのか、そして利用者様が日ごろ、生活についてどのように感じているかを検討していきたいと思います。そして介護職の方々がやりがいを持って働ける環境を介護の現場で働く皆様とともに考えていきたいと思いました。今後介護職の方々が専門職として社会から認知され、専門性が確立されることを願っています。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご協力をよろしくお願いいたします。

対象・人数

介護職の方 1 名につき、受け持ち利用者様の人数分の記述になります。

アンケート調査はすべて記述式です。**調査 1**については介護職の方への質問になります。**調査 2**受け持ちの利用者様についての質問で、介護職の方の記入となります。

なお、封筒は介護職の方 1 名につき 1 枚になります。**調査 1**については、利用者様 2 名以上記入いただく場合は 1 部の記入で、構いません。

※ 平成 22 年 4 月以前の入所された利用者様が対象となります。

個人情報の保護について

個人情報の守秘に細心の注意を払い、施設名、介護職の方及び利用者様の身元、所属等のプライバシーに関することは一切発表いたしません。

研究題目：(仮)特別養護老人ホームにおける利用者の自立性の実態

研究者名： 増原 真砂子

所属：国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科

調査に関してご質問がありましたら遠慮なくお尋ねください。

連絡先：090-5991-1848

e-mail：machamachako_ko@yahoo.co.jp

[資料 3-1] 介護職員の性別、年齢のクロス集計結果表 N=550(実人数 298 人)

介年齢/性別 全体% 列% 行% 期待値 調整済み残差			合計
	男	女	
20 歳未満	0	13	13
	0.00%	2.39%	2.39%
	0.00%	4.42%	
	0.00%	100.00%	
	5.96	7.04	
	-3.36**	3.36**	
20 歳以上 30 歳未満	93	165	258
	17.13%	30.39%	47.51%
	37.35%	<u>56.12%</u>	
	36.05%	63.95%	
	118.31	139.69	
	-4.37**	4.37**	
30 歳以上 40 歳未満	128	50	178
	23.57%	9.21%	32.78%
	<u>51.41%</u>	17.01%	
	71.91%	28.09%	
	81.62	96.38	
	8.51**	-8.51**	
40 歳以上 50 歳未満	21	34	55
	3.87%	6.26%	10.13%
	8.43%	11.56%	
	38.18%	61.82%	
	25.22	29.78	
	-1.21	1.21	
50 歳以上	7	32	39
	1.29%	5.89%	7.18%
	2.81%	10.88%	
	17.95%	82.05%	
	17.88	21.12	
	-3.63**	3.63**	
合計	249	294	543
	100.00%	100.00%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	249.00	294.00	249.00

*p<0.05、**p<0.01 (rc=0.39、 $\chi^2(4)=83.21$ 、p<0.01)

[介護職員の性別と年齢によるクロス集計結果表]

[資料 3-2] 介護職員の年齢、勤務年数のクロス集計結果表 N=550(実人数 298 人)

年齢/勤務年数	1年未満	1年以上4年未満	4年以上7年未満	7年以上10年未満	10年以上	合計
全体%						
列%						
行%						
期待値						
調整済み残差						
20歳未満	13 2.40% <u>31.71%</u> 100.00% 0.98 12.76**	0 0.00% 0.00% 0.00% 5.71 -3.23**	0 0.00% 0.00% 0.00% 3.65 -2.28*	0 0.00% 0.00% 0.00% 1.61 -1.37	0 0.00% 0.00% 0.00% 1.06 -1.08	13 2.40%
20歳以上30歳未満	21 3.87% 51.22% 8.20% 19.37 0.53	144 26.57% <u>60.50%</u> 56.25% 112.41 5.48**	66 12.18% 43.42% 25.78% 71.79 -1.11	25 4.61% 37.31% 9.77% 31.65 -1.74	0 0.00% 0.00% 0.00% 20.78 -6.55**	256 47.23%
30歳以上40歳未満	7 1.29% 17.07% 3.91% 13.54 -2.26*	50 9.23% 21.01% 27.93% 78.6 -5.26**	68 12.55% 44.74% 37.99% 50.2 3.62**	28 5.17% 41.79% 15.64% 22.13 1.63	26 4.80% <u>59.09%</u> 14.53% 14.53 3.84**	179 33.03%
40歳以上50歳未満	0 0.00% 0.00% 0.00% 4.16 -2.24*	29 5.35% 12.18% 52.73% 24.15 1.39	10 1.85% 6.58% 18.18% 15.42 -1.72	8 1.48% 11.94% 14.55% 6.8 0.52	8 1.48% <u>18.18%</u> 14.55% 4.46 1.84	55 12.40%
50歳以上	0 0.00% 0.00% 0.00% 2.95 -1.85	15 2.77% 6.30% 38.46% 17.13 -0.71	8 1.48% 5.26% 20.51% 10.94 -1.09	6 1.11% 8.96% 15.38% 4.82 0.6	10 1.85% <u>22.73%</u> 25.64% 3.17 4.16**	39 8.10%
合計	41 7.56% 0.01% 7.56% 41.00	238 43.91% 0.08% 43.91% 238.00	152 28.04% 0.05% 28.04% 152.00	67 12.36% 0.02% 12.36% 67.00	44 8.12% 0.01% 8.12% 44.00	542 100.00% 0.18% 100.00% 542.00

*p<0.05、**p<0.01 (rc=0.34、 $\chi^2(16)=250.13a$ 、p<0.05)

[介護職員の年齢、勤務年数のクロス集計結果表]

[資料 3-3] 介護職員の性別、勤務年数のクロス集計結果表 N=550(実人数 298 人)

	Cramer's V	χ^2	P<
性別と勤務年数	0.19	(16) 18.61	0.05

[介護職員の性別、勤務年数のクロス集計結果表]

[資料 3-4] 介護職員の基本属性と個別ケアの分析結果表

N=550 (実人数 298 人)

	性別		年齢		勤務年数	
	r	p	r	p	r	p
プラン作成のためのケア	0.03	0.15	0.01	0.28	0.08	0.07
継続的ケア	-0.01	0.94	0.03	0.48	0.09	0.01
チームワーク	-0.01	0.69	-0.02	0.43	0.06	0.08
生活を支えるケア	0.02	0.25	-0.04	0.80	-0.03	0.50
	NA	5	NA	7	NA	6

〔介護職員の性別と個別ケア 4 分類、年齢と個別ケア 4 分類、勤務年数と個別ケア 4 分類のそれぞれの分析結果の集計表〕

[資料 3-5] 介護職員の性別、年齢、勤務年数とやりがいの分析結果表

N=550 (実人数 298 人)

性別			年齢			勤務年数		
r	χ^2	p	r	χ^2	p	r	χ^2	p
0.04	(1) 3.59	0.47	0.06	(1) 2.45	0.12	0.00	(1) 0.00	0.95
NA	13		NA	14		NA	6	

*p<0.05

〔介護職員が利用者へのケアを通じて感じたやりがいの頻度と介護職員の基本属性（性別、年齢、勤務年数それぞれ）との分析結果表〕

[資料 3-6] 介護職員の性別、年齢、勤務年数とむなしさの分析結果表

N=550 (実人数 298 人)

性別			年齢			勤務年数		
r	χ^2	p	r	χ^2	p	p	r	
0.07	(1) 6.77	0.15	0.00	(1) 0.00	0.92	0.11	(1) 4.60	0.02*
NA	14		NA	14		NA	6	

*p<0.05

〔介護職員が利用者へのケアを通じて感じたやりがいの頻度と介護職員の基本属性（性別、年齢、勤務年数それぞれ）との分析結果表〕

[資料 3-7] 介護職員の保有資格、その他の自由記述集計表 N=550 (実人数 298 人)

資格 その他	度数	資格 その他	度数
介護予防運動指導員	2	レクリエーションインストラクター	1
保育士	19	学習療法	1
幼稚園教諭	11	認知症ケア専門士	1
社会福祉主事	39	福祉レクリエーションワーカー	4
児童福祉主事	1	調理師	3
精神保健福祉士	1	全身視覚性移動介助従事者	2
介護職員基礎研修	1	メンタルヘルスアドバイザー	1
口腔ケア実務介護者	1	サービス介助士	1
介護事務	5	福祉用具専門相談員	1
福祉住環境	1	オムツフィッター3級	1
栄養士	1		
		総計	98

〔介護職員の保有資格、その他の項目の自由記述集計表〕

[資料 4-1] 自立を妨げている主な疾患 その他の項目の自由記述集計表 N=550

自立を妨げる疾患	その他	度数	度数
重症大動脈弁閉鎖不全		1	
下肢閉塞性動脈硬化症		1	
閉塞性動脈硬化症		1	
慢性硬膜下血腫		1	
脳性麻痺		1	
頸椎性脊髄症		1	
パーキンソン		6	
リウマチ		6	
若年性アルツハイマー		1	
アルツハイマー		5	
ピック病		1	
精神疾患		7	
癌		1	
高脂血症		1	
骨粗鬆症		2	
前立腺肥大		1	
糖尿病		2	
下肢不全麻痺		1	
四肢拘縮		1	
拘縮		1	
左麻痺		1	
腰痛		1	
両変形性膝関節症		1	
膝関節症		1	
ADL の低下		1	
足の痛み		1	
言語障害		1	
失明		1	
弱視		1	
難聴		3	
全身の火傷		1	
抹消循環不全		1	
くも膜下出血	高次機能障害	3	1 ※1
知的障害	身体状態の低下	2	1 ※2
高血圧	右片麻痺	1	1 ※3
喘息	肥満	1	1 ※3

自立を妨げている主な疾患について その他の項目の自由記述の集計表)

※1～3 については、複数の記述があり、※1 はくも膜下出血は全体で 3 名であるがそのうちの 1 人に高次機能障害がある。※2 は知的障害は 2 名の記述があり、そのうち 1 名は身体状態の低下の記載があった。※3 は 1 名に対し、合併する疾患が記載されていた。

[資料 4-2] 重点的に行っているケア、その他の項目の自由記述集計表

N=550

身体面など	度数	社会交流など	度数
ADLの現状維持	2	環境整備	1
座位	1	家事支援	2
水分摂取量の増加	3	生活全般の自立支援	1
歩行訓練	2	役割づくり	2
寝たきり	1	対外交流	2
拘縮予防	2	日常の作業・手伝い	2
誤嚥の危険	1	日常の余暇の過ごし方	1
健康管理	1	クラブ以外の活動	1
痛みの緩和	4	レクリエーション参加	1
肥満の改善	2	歌を歌う	2
		趣味の編物	1
精神、問題行動など	度数	その他	度数
精神的ケア	3	特にどれと言えない	1
ストレス	2		
不安感	1		
帰宅願望	1		
弱者を悪く言ったりする	1		
本人の希望は呆けたくない	1		
弄便	1		
見守り	2		
合計		48	

重点的に行っているケアは何ですか その他の項目の自由記述であるが、左上が身体に関する記述、左下が精神、問題行動に関する記述、右上が社会交流などの記述、右下その他の記述である。

[資料 4-3]利用者の性別と年齢のクロス集計結果表 N=550

度数 全体% 列% 行% 期待値 調整済み残差	男	女	
	12	4	16
	2.26	0.75	3.01
70 歳未満	8.57	1.02	
	75.00	25.00	
	4.21	11.78	
	4.49**	-4.49**	
70 歳未満 80 歳以上	45	60	105
	8.46	11.28	19.74
	<u>32.14</u>	15.31	
	42.86	57.14	
	27.63	77.37	
	4.30**	-4.30**	
80 歳以上 90 歳未満	61	178	239
	11.47	33.46	44.92
	43.57	<u>45.41</u>	
	25.52	74.48	
	62.90	176.11	
	-0.38	0.38	
90 歳以上	22	150	172
	4.14	28.20	32.33
	15.71	<u>38.27</u>	
	12.79	87.21	
	45.26	126.74	
	-4.90**	4.90**	
合計	140	392	532
	26.32	73.68	100.00
	100.00	100.00	100.00
	26.32	73.68	100.00
	140.00	392.00	532.00

**p<0.01、*p<0.05 (rc=0.31、 $\chi^2(3)=50.68$ 、p<0.05)

[利用者の性別と年齢のクロス集計結果表]

[資料 4-4]利用者の入居年数と年齢、入居年数と性別の分析結果表 N=550

	rc	χ^2	P
入居年数と年齢	0.12	(9) 22.28	P<0.05
入居年数と性別	0.03	(3) 1.09	P>0.05

[利用者の入居年数と年齢、入居年数と性別の分析結果表]

[資料 5-1] 電話を使用している利用者の状況

支援の状況	1年の実施回数	度数
自立	1	1
	2	1
	10	1
	12	1
	15	1
	20	1
	36	1
	50	1
	60	1
	365	1
	NA	3
介助	2	4
	3	4
	4	5
	5	3
	6	2
	10	1
	12	2
	48	1
	50	1
	NA	1
NA	5	1
	10	1
	30	1
合計		40

電話を使用している利用者の状況、自立している人は13人おり、1年の実施回数は1～365回と、人それぞれである、介助により電話を掛ける人は24人で、回数は2～50で自立より少ない)

※携帯電話の保持者1名を含む。

[資料 5-2] 手紙の作成を行っている利用者の状況

支援の状況	1年の実施回数	度数
自立	3	1
	NA	1
介助	2	1
	NA	1 ※
NA	24	1
合計		5

手紙の作成を行っている利用者の状況の集計表 ※FAXの使用者1名を含む。

[資料 6-1] やりがいが頻繁に見られた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
頻繁に合った	ADLの回復	ADL トイレ内排泄(1)、車椅子(自操)(1)	3	3	37
	意欲の向上・主体的な行動	活動 家事支援(1)、計算ドリル(1)、お手伝い(1)	2	2	
	コミュニケーション・心の交流が図れたとき	会話(2)、意思疎通(2) 発語(2)、反応がある(1)	7	7	
	病気の回復	褥瘡(治癒・改善)	1	1	
	笑顔が見られたとき	介護職員にお礼を言った時	1	6	
		自力動作ができた時	1		
		日常のケア(声掛け)	3		
		日常の生活で	1		
	感謝の言葉	日常のケア	1	4	
		日常の生活 買物代行(1)	2		
		名前を呼ばれる	1		
	満足感・安心感を持っている様子	活動(買物)	1	2	
		昔話	1		
	ケアがうまくいったとき	食事(摂取良好)	1	5	
		問題行動の軽減 不穏(1)、チューブの自己抜去(1)	3		
		観察力	1		
	ケアを行っているとき	介助量が多い(支援の必要性を感じる時)	2	4	
活動(介護者と一緒に食器拭き)		1			
訴えが多い		1			
家族とのやり取り	信頼関係の構築	1	2		
	旅行の計画	1			
その他	その人が大好き	1	1		

やりがいが頻繁に見られた人の、自由記述の集計結果表

注 ADLなどはコード内容が多種あり、その内容を記述し()に度数を入れている。しかし、[資料 7-1~5]のすべての表において、コードに示されている()の数字は、文章が、例：食事摂取量と歩行状態が日に日によくなった。という場合、サブカテゴリーは〈ADLの回復〉コードは〔ADL〕で度数1とし、食事摂取量(1)、歩行(1)と分類しているため、()の総数と度数が同じではない場合がある。

[資料 6-2-1] やりがいを良く感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
よく感じた	ADL の回復	ADL	18	18	108
		食事摂取量(2)、水分摂取量(1)、食種(2)			
		歩行(1)、歩行の安定(3)、歩行器(1)			
		排泄(3)、着衣(1)			
		離床・覚醒(2)、寝返り(1)			
		発語(3)、表情がよい(3)			
		口腔ケア(1)			
		痺れの改善(1)			
		靴を履く(1)			
	意欲の向上・主体的な行動	残存機能の活用 立位(1)、車椅子の自走(2) 歩行(練習)(1)、排泄(訴え)(1)	5	10	
			日常生活		1
			活動 お手伝い(1)、タオルたたみ(1)、 外出・外泊時のトイレ動作(1)		3
		車椅子の購入を希望されたとき	1		
	コミュニケーション・心の交流 が図れたとき	コミュニケーション 意思疎通(1)、会話(4) 発語(7)、反応がある(3) 挨拶(1)、自発的な(2)	18	22	
			覚醒水準の向上		1
		不安の緩和	3		
	病気の回復	褥瘡(治癒・改善)	2	2	
笑顔が見られたとき	コミュニケーション	1	12		
	日常のケア 起床時(1)、声掛け(3)	7			
	日常の生活	4			
感謝の言葉	介護職員に対して	1	13		
	日常のケア 食事(1)、移乗(1)、 排泄(3)、声掛け(1)	8			
	日常の生活	4			
満足感・安心感を持っている様子	活動 クラブ(1)、歌を歌う(1)	2	4		
	昔の写真	1			
	入浴	1			

やりがいをよく感じた人の、自由記述の集計結果表 1

注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 6-2-2] やりがいを良く感じた人の自由記述の集計表続き

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計				
	ケアがうまくいったとき	食事 経口摂取(1)、摂取量(2)	3	16					
		排泄 トイレ内排泄(2)、おむつ外し(1)	3						
		歩行(1)、離床(1)	2						
		不穩の軽減	1						
		活動 布たたみ(1)、お手伝い(1)	2						
		意思の確認	3						
		利用者に頼りにされている	1						
		丁寧なアセスメント	1						
		ケアを行っているとき				食事(1)、体位交換(1)	2	8	
						日常のケア (声掛け)	1		
不穩への対応	1								
意思の確認	1								
介助量が多い (支援の必要性を感じる)	3								
家族とのやり取り		ねぎらい	1	1					
その他		意思疎通不可	1	2					
		利用者のたたずまいをみて	1						

やりがいがを良く感じた人の、自由記述の集計結果表 1 の続き
 注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 6-3-1] やりがいを時々感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
時々感じた	ADL の回復	ADL	1	22	206
		食事 自力摂取動作(2)、水分(摂取量)(1)	3		
		排泄 トイレ内排泄(2)、Pトイレへ(3)	6		
		歩行 安定(1)、機能(1) 距離(4)、歩行器(1)	7		
		立位 動作(1)、保持(1)	2		
		問題行動の軽減 帰宅願望(1)、拒否(1)、不穩(1)	3		
	意欲の向上・主体的な行動	食事 自力摂取(1)、入れ歯の使用(1)	2	21	
		車椅子(自走)	2		
		排泄(訴え)	1		
		歩行 歩行器(1)、歩行練習(1)	3		
		日常生活(カーテン閉め)(1)	2		
		清潔の保持	1		
		活動 運動(1)、リハビリ(2) 作業療法(1)、 飾り作り(1)、編み物(1) 食器拭き(1)、テーブル拭き(1) 料理(1)、洗濯干し(1) 散歩(1)、テレビ観戦(1)	10		
	コミュニケーション・心の交流が図れたとき	コミュニケーション・心の交流 自発的な(2)、会話(10)、意思疎通(8)、 発語(14)、カードを使い発語(1) 反応がある(2)、表情(1)、笑顔(3) 体動(1)、覚醒(2) 職員との関係づくり(1) 一緒に歌う(1) スキンシップ(ハグ)(2)	41	41	
	病気の回復	清潔の保持	2	4	
		体調の安定	1		
		体調管理	1		
	笑顔が見られたとき	コミュニケーション	1	13	
		不安の軽減	1		
		日常のケア(声掛け)(6)	7		
		日常の生活	4		
感謝の言葉	日常のケア 排泄(2)、歩行(1)、声掛け(2)	10	24		
	日常の生活	13			
	名前を呼ばれる	1			

やりがいを感じた人の、自由記述の集計結果表 1
 注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 6-3-2] やりがいを時々感じた人の自由記述の集計表続き

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計		
時々感じた(続き)	満足感・安心感を持っている様子	日常のケア 食事(2)、入浴(3)、 排泄(3)、リハビリ(1)	6	33	(206)		
		活動 レク(1)、アクティビティ(1) 音楽(1)、クラブ(2)、墨絵(1) 外出(6)、外食(1)、 バスハイク(1) 歌を歌う(2)、DVD鑑賞(1)	13				
		日常のケア 声掛け(1)、身だしなみ(1)	2				
		日常生活	1				
		不安の軽減	1				
		一緒に過ごす	1				
		頼りにされている	7				
		介護者の顔を見て	1				
		ケアがうまくいったとき	食事 摂取量(4)、水分摂取量(1)			6	31
			排泄 トイレ排泄(6)、おむつ外し(1)			7	
	良座位、口腔ケア		1				
	ストレスの軽減		1				
	意思の確認		1				
	認知症状の軽減		1				
	問題行動への対応 拒否(1)、不穏(3)		4				
	活動 音楽鑑賞(1)、麻雀(1) 食器拭き(1)		3				
	ケアプランの達成		1				
	迅速に対応		1				
	退院後の自立支援の徹底		1				
	ケアを行っているとき		日常のケア 食事(3)、入浴(1) 排泄(2)、歩行(1)	8		16	
		生活のケア 環境整備(1)、買物(1)	2				
		活動 外出(2)、外部のクラブ(1)	3				
		介護の必要性を感じた	3				
	家族とのやり取り	ねぎらい	2	3			
		家族の面会	1				
	その他	バルーンをいじっている姿 (どのような部分にやりがいを感じているのか判断できない)	1	2			
		マンパワー不足	1				

やりがいを時々感じた人の、自由記述の集計結果表 1 の続き
注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 6-4] やりがいを 1 回は感じた、まったく感じられなかった人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
一回は感じられた	ADL の回復	食事 (摂取量)	2	3	27
		離床 (時間)	1		
	意欲の向上・主体的な行動	活動 (活字の大きな本)	1	2	
		日常生活	1		
	コミュニケーション・心の交流が 図れたとき	コミュニケーション 利用者間(1)、声掛け(1)、 傾聴(1)、発語(2)、覚醒(2)。 反応がある(1)	8	8	
	病気の回復	体調管理	1	2	
		浮腫の軽減	1		
	笑顔が見られたとき	日常の生活	2	2	
	感謝の言葉	日常の生活	2	2	
	満足感・安心感を持っている様子	食事	1	1	
	ケアがうまくいったとき	トイレ内排泄	1	4	
		移乗 (痛みの軽減)	2		
		口腔ケア	1		
ケアを行っているとき	更衣	1	2		
	活動 (歌を歌う)	1			
その他	アセスメント立案	1	1		
まったく感じなかった	ケアを行っているとき	歩行 (見守り)	1	5	7
		かかわることがない	1		
		ケアの仕方が分からない	1		
		わかってもらえない	1		
		反応がない	1		
	家族とのやり取り	クレーム	1	1	
	その他	余裕がない	1	1	
総計					385

〔 やりがいがを 1 回は感じた人、全く感じなかった人の、自由記述の集計結果表
注 [資料 6-1] の注と同様である。 〕

[資料 7-1] むなしさを頻繁に感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
頻繁に合った	問題行動	不穏	2	3	23
		徘徊	1		
	やる気のない様子	もう出来ないという思い込み	1	1	
	状態の改善が見られないとき	傾眠	1	1	
	暴言・暴行・拒否	暴言 他利用者への	1	1	
	反応がない、コミュニケーションが取れない	意思疎通困難	1	3	
		思いが分からない	2		
	病気の悪化	疼痛の軽減	1	2	
		褥瘡	1		
	適切なケアができない	チームケアが行えない	1	3	
		外出が行えていない	1		
		負担のない介助 疼痛部位に	1		
	分かってもらえない	こちらの話を理解してくれない	1	4	
		思いが伝わらない	1		
		職員の名前を覚えていない	1		
		話を聞かない	1		
どう対応していいのか	打開策のなさ 認知症のケア	1	3		
わからない・無力感	認知症状を受け入れられない	2			
家族とのかかわり	クレームと要望	1	1		
その他	介護・福祉に偽善的なものを感じた	1	1		

むなしさを頻繁に感じた人の自由記述の集計表

注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 7-2] むなしさを良く感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
よく感じた	問題行動	自傷行為	1	2	53
		不穏	1		
	やる気のない様子	臥床	1	2	
		拒否（離床）	1		
	状態の改善が見られないとき	身体機能	4	9	
		食事摂取量の低下	1		
		経口摂取不良	1		
		頻回な衣類交換	1		
		拘縮	1		
		認知力の低下	1		
	暴言・暴行・拒否	拒否 意欲低下(1)、不機嫌(1)	2	5	
		粗暴行為 ケアの時に(1)、不穏(1) 職員に対し(1)	3		
	反応がない、 コミュニケーションが取れない	意思疎通困難 認知症(1)	2	4	
		思いが分からない	1		
		反応がない	1		
	病気の悪化	表皮剥離	1	1	
	適切なケアができない	すぐに対応できない 失禁	2	16	
		チームケアが行えない	1		
		寄り添えない	1		
		時間がなく個別援助ができない	7		
		人手不足	1		
		促しの失敗	1		
		他の職員の対応の悪さ	3		
	分かってもらえない	繰り返し訴えられる	1	2	
		思いが伝わらない	1		
	どう対応していいのかわからない・無力感	かかわりがない	1	8	
打開策のなさ 活動範囲(1)、不穏(1)		6			
対応できない		1			
家族とのかかわり	家族とのやりとり	1	2		
	理解してもらえていない	1			
その他	食事に対する満足感	1	2		
	同じことの繰り返し	1			

むなしさをよく感じた人の自由記述の集計表

注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 7-3-1] むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計					
時々感じた	問題行動	不穩	5	18	139					
		物取られ	2							
		夜間不眠	2							
		不衛生	1							
		帰宅願望	1							
		指示が入らない	1							
		同じ訴え	1							
		被害妄想	1							
		不安感	1							
		不機嫌	1							
		物忘れ	1							
		弄便	1							
		やる気のない様子				依存傾向	4	7		
拒否	3									
リハビリ(1)、離床(1)、無関心(1)										
状態の改善が見られないとき		身体機能 歩行(1)	7	19						
		食事 摂取量(2)、嚥下動作(2) 水分摂取量(1)	5							
		傾眠	1							
		排泄 自然排便(1)、失禁(2)	3							
		頻回な衣類交換	1							
		同じ反応しか見られない	1							
		認知力の低下	1							
		暴言・暴行・拒否			拒否 入浴(1)、排泄(1) 歩行(1)、リハビリ(1) 自立支援(1)、声掛け(2) 男性職員への(1)	12	20			
粗暴行為 他利用者への(2)	2									
大声 拒否(1)	2									
暴言 職員に対し(1)	4									
反応がない、コミュニケーションが取れない				意思疎通困難 認知症(1) 言語不明瞭(1) 難聴(1)、傾眠(1) 反応がない(8) 思いが分からない(2)	18	18				
				病気の悪化				リウマチ	1	7
								誤嚥性肺炎	1	
		身体機能の低下	1							
		体調不良	1							
褥瘡 悪化(1)、再発(1)	3									

〔 むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表 1 〕
 注 [資料 6-1] の注と同様である。

[資料 7-3-2] むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表続き

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
時々感じた	適切なケアができない	時間がなく 身体機能に応じた(1) 失禁(訴え時)(2) 歩行練習(1) 外出(1) チームケア(1) 個別援助ができない(3) 人手不足(2)、介護負担が多い(2)	13	19	
		不用意な安静	1		
		問題行動への対応	1		
		利用者への気遣い	1		
		希望に添えない 家族の面会(1) 友人との再会(1)	3		
	分かってもらえない	話を聞かない	3	11	
		こちらの話を理解してくれない	2		
		繰り返し訴えられる	1		
		職員を覚えていない	1		
		入れ歯をいじる	1		
		頻回なナースコール	1		
		他者とのトラブル	2		
	どう対応していいのかわからない・無力感	打開策のなさ 食事摂取困難(1) 便失禁(1)、不穏(2) 生活の不満(1)	8	18	
対応できない お寿司が食べたい 利用者が孤立している姿		2			
思いが分からない		3			
無力感 不穏(1)、感情失禁(1) 帰宅願望(1) ケアが利用者に無力感を与えてしまう(1)		5			
家族とのかかわり	家族と疎遠	1	1		
その他	利用者のお金の遣い方	1	1		

〔むなしさを時々感じた人の自由記述の集計表 1 の続き〕
注 [資料 6-1] の注と同様である

[資料 7-4] むなしさを 1 回は感じた人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
一回は感じた	問題行動	感情失禁(1)、夜間不眠(1)	2	2	33
	やる気のない様子	傾眠	1	1	
	状態の改善が見られないとき	食事(1)、水分摂取量(1)、傾眠(1)	3	3	
	暴言・暴行・拒否	拒否	1	2	
		立腹 声掛けの時	1		
	反応がない、コミュニケーションが取れない	意思疎通困難 認知症による(1)	6	11	
		反応がない	1		
		言語不明瞭	1		
		思いが分からない	3		
	病気の悪化	腎炎(1)、肺炎(1) 褥瘡の再発(1)	3	3	
	適切なケアができない	時間がない 外出が行えていない(1) 寄り添えない(1)	2	3	
		水分摂取量の確保	1		
分かってもらえない		話を聞かない 問題行動のある利用者 思いが伝わらない 他者とのトラブル	1 1 1 1		
どう対応していいのかわからない・無力感	打開策のなさ 頻繁な嘔吐(1) 問題行動の理解(2)	3	4		
	無力感	1			

〔 むなしさを 1 回は感じた人の自由記述の集計表
注 [資料 6-1] の注と同様である 〕

[資料 7-5] むなしさをまったく感じなかった人の自由記述の集計表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	度数	小計	合計
まったく感じなかった	問題行動	不穏	1	1	14
	状態の改善が見られないとき	食事 摂取動作(1) 経口摂取(1)	2	3	
		拘縮	1		
	暴言・暴行・拒否	拒否	1	1	
	反応がない、コミュニケーションが取れない	意思疎通困難	1	2	
		思いが分からない	1		
	適切なケアができない	失禁	1	1	
	どう対応していいのかわからない・無力感	打開策のなさ 生活の不満(1) 話を聞くことしかできなかった(1)	2	2	
	その他	職員への配慮が感じられる	1	4	
		機能の維持ができています	1		
状況把握している		1			
目的を持って働いている		1			
総計					262

むなしさを全く感じなかった人の自由記述の集計表

注 [資料 6-1] の注と同様である

[資料 8-1] 重点的に行っているケア自由記述の集計表 (ADL)

項目	目標	課題	計	合計
ADL	身体のコわばり	筋緊張の緩和	1	22
	機能維持	機能維持	1	
		自立性の回復	1	
		歩行力維持	1	
		自力摂取	1	
		トイレの使用の継続	1	
		ゆったりと過ごす	1	
	機能低下による転倒の危険	ADLの回復により自力動作をおこなえるように	1	
	機能低下	音楽に関する参加の促し	1	
	残存機能の活用	本人の意欲低下	1	
		ボタンがかけられるように	1	
	体力低下	離床時間の拡大	1	
		食事・水分摂取量の維持	1	
	自力動作の促し	機能の維持	1	
	自力動作の安全の確保	自力動作の安全の確保	2	
	顎関節の脱臼、再発防止	食事動作の促進	1	
	座位・立位保持の低下、下肢拘縮の進行	座位・立位保持の維持、下肢拘縮の緩和	1	
	両膝の可動域制限	拘縮進行を予防する	1	
体幹バランスが悪く、転倒の危険	生活空間の提供	1		
リウマチにより可動域の制限	痛みを緩和し、レクなど参加を促す	1		
活動力の低下	自立性の維持	1		

重点的に行っているケア自由記述においてADLが目標、課題として挙げられているもの

[資料 8-2-1]重点的に行っているケア自由記述の集計表（食事）

項目	目標	課題	計	合計	
食事	嗜好品は常時提供できない	嗜好品は常時提供	1	77	
	好む食事が提供できない	満足感が得られる工夫	1		
	自力摂取が進まない	自力摂取の促し、完食、安全の確保	4		
	自力摂取促し	自力摂取促し	摂取動作の見守り、安全の確保		2
			声かけにより自力摂取		2
	摂取動作の低下（手が止まる）	摂取動作の低下	完全な自力摂取		3
			自力摂取促し		6
	摂取動作、摂取量の低下	自力摂取促し	1		
	摂取動作、嚥下の低下		2		
	摂取動作の低下（てづかみ、スプーンを使用を嫌がる）	スプーンの使用ができるように	5		
	摂取動作の低下	活動性の向上、離床時間の増加	1		
		自力摂取維持	1		
	摂取量、摂取動作の低下（食べこぼし、食べ残し）	自立摂取、量の確保	2		
	右手におにぎりを持っていただく、軽い食器を使用する	自力摂取	2		
	咀嚼動作の低下	楽しんで頂きたい	1		
		安全な摂取と摂取量の安定	2		
	義歯作成	軟菜食から常食へと移行	1		
	嚥下機能低下（摂取量にむら、咽、ごろつき）	むせやゴロツキなく安心して食べて頂く	5		
	嚥下機能低下	誤嚥予防、誤嚥性肺炎に注意	5		
		食前体操や口腔内を刺激し、嚥下を促す	1		
		安定したペースで介助を行う	1		
		体調見ながら摂取を促す	1		
		良座位で誤嚥を予防	1		
	摂取量、嚥下機能の低下	常食への移行	2		
	誤嚥予防	食事全量、水分 1500CC 摂取	1		
	摂取のスピードが早い	自力摂取維持	1		
	嚥下機能低下	出来る限り経口でおいしく食事をする	2		
	咽の予防に食前体操や水分にとろみ	1日 1500ml の水分摂取	1		
	嚥下機能の低下	リハビリによる機能向上	1		
	誤嚥の予防のトロミと口腔清拭に抵抗	誤嚥予防への理解とリハビリの参加促し	1		
	誤嚥による肺炎の危険性	体調、体重の維持	1		
	むせ誤嚥なく飲食できる	食前の吸引、口腔ケアの取組で咽を減らす	1		
	摂取量が少ない	栄養状態の確保	1		
摂取量の確保	経口摂取の維持	1			
摂取量にむら	摂取量の確保、把握、安定、促し	4			
ほぼ介助での摂取、口の空きにむらがある	活動性と自力摂取の向上	1			
カロリー制限、体重の低下	食事形態の変更	1			
栄養状態の低下	食事水分量の確保	1			
水分ともに摂取量の減少	食事全量、水分 1500CC 摂取	1			
副食も召し上がっていただく	副食の摂取量の増加	1			
食事・水分を出来るだけ摂ってもらう	摂取量の低下	1			
摂取にムラが多く、水分は摂取量が少ない	水分摂取量の向上	1			
食事量・水分摂取量が少ない	食事量・水分量の増加	1			
摂取量のむら	褥瘡の完治	1			

〔 重点的に行っているケア自由記述において食事が目標、課題として挙げられているもの 〕

[資料 8-2-2] 重点的に行っているケア自由記述の集計表の続き (食事)

項目	目標	課題	計	合計
食事	常食にする	スプーンの使用ができるように	1	21
		口腔内ケア	1	
		安全な摂取	1	
	食形態の見直し、向上	柔らかいものが食べれるよう	1	
	刻み食から軟菜食へ	満足感の確保	1	
	拒否がある	毎食安定した食事摂取	1	
	捕食拒否	摂取量の安定	1	
	食事制限、誤嚥に注意する	水分制限等あり、安全に摂取する	1	
	食前のケアによる安全の確保	摂取量の安定	1	
	ご飯だけ残したり周りの利用者へあげよ うとされる	自力摂取促し	1	
	舌根沈下している	自立摂取、量の確保	1	
	鼻の管の抜去	栄養状態の確保	1	
	摂取時のむせ臥床時間が長い	形態の向上、活動の促し	1	
	水分拒否、食事量維持。	食事全量摂取。水分 1500CC 摂取	1	
	経管栄養安全な注入	ベッドアップを行い、逆流や嘔吐に注意	1	
	水分量の向上(摂取量 1500ml 以上の確保)	認知力の向上・改善不穏状態をなくす	2	
	水分摂取量の確保	摂取量の維持(食事 1/2 以上、水分 1000ml)	1	
	声かけによる水分強化	失禁を少なくする	1	
摂取量の確保		1		
水分に時々むせる	口腔ケア等で維持したい	1		

〔 重点的に行っているケア自由記述において食事が目標、課題として挙げられているもの 〕

[資料 8-3] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（排泄）

項目	目標	課題	計	合計
入浴	個別入浴の継続	拘縮の進行	1	4
	拒否見られる	週 2 回を確実に実施	3	
排泄	失禁が見られる	失禁を減らす	1	39
		現状維持にて、清潔を保持する	1	
		本人にあった誘導	1	
		水分強化、排泄リズムをつかむ	1	
		衣類汚染を減少	1	
		トイレ使用の実施	1	
	まれに失禁あり	日夜トイレ排泄の継続	1	
	1日に数回の失禁	パターンの把握による失禁の軽減	1	
	拒否があり失禁がある	失禁の軽減	1	
	失禁による衣類汚染	失禁を減らす	4	
		ポータブル誘導で便器内の排泄	1	
	ベッドでの排泄	ポータブルでの排泄へ	1	
	ベッドでの失禁	失禁の原因を本人と模索	1	
	希望時にすぐ誘導できず汚染がある	トイレでの排泄	1	
	誘導回数を増やす	トイレ介助を増やす	1	
	トイレが頻回	排泄動作の工夫	1	
	排泄動作の回復	失禁の軽減	3	
	自己動作の安全性	自己動作による安全性	1	
	定期的な排泄	失禁の軽減	1	
	排便時のポータブル使用	下剤の撤廃	1	
	便器内に排便	便失禁を防ぐ	1	
	便器内の排便で失禁の軽減	便器内の排便で失禁の軽減	1	
	夜間帯自力動作ない場合、誘導を実施	便器内で排泄できるように	1	
	尿意がなく失禁が多い	パターンの把握による失禁の軽減	1	
	便・尿意が曖昧なため失禁あり	便尿意の確立	1	
	排便コントロールが上手く出来ていない	便器内に排便	1	
	排便コントロール	定期的な誘導で失禁の減少	1	
		薬、食物繊維などで調整	1	
	水溶便が多い	水溶便改善。	1	
	下剤の撤廃、排便コントロール	1日1回ポータブル介助、水分 1500ml	1	
	自然排便を促し	状況に応じてトイレ誘導	1	
	排泄動作時衣類汚染あり	自力での排泄動作の回復	1	
	排便困難	毎日の排便	1	
便秘	自然排便が出来るようになる	1		

〔重点的に行っているケア自由記述において排泄が目標、課題として挙げられているもの〕

[資料 8-4] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（移乗、移動）

項目	目標	課題	計	合計
移乗	下肢筋力の維持	歩行器の使用の拡大	1	6
	立位保持	歩行器の使用	1	
	下肢の痛みとブレーキのかけ忘れによる転倒の危険	安全の確保	1	
	夜間とブレーキのかけ忘れによる転倒の危険	操作の習得とマットコールの除去	1	
	自力動作では転倒の危険	見守り等安全の確保	1	
	転倒の危険	安全な動作を習得	1	
移動	筋力の向上	杖歩行ができるように	1	14
	食堂まで車椅子自操	身体機能の維持	1	
	車椅子使用の自立	車椅子使用の自立	1	
	車椅子での移動	自立性の回復(シルバーカーへ)	1	
	自力動作の低下	自力動作の低下	1	
	自力動作の維持	自力での移動	1	
	自発的に行動する	車椅子自操の拡大	1	
	見守りの上、行動範囲の拡大	落ち着ける場所、空間を見つけ	1	
	骨折しやすい	2人対応にて行い、骨折リスクの軽減	1	
	転倒・骨折の繰り返し	転倒注意し、機能の維持	1	
	転倒注意		歩行の安定	
		歩行器の使用で自力歩行ができるように	2	

（重点的に行っているケア自由記述において移乗、移動が目標、課題として挙げられているもの）

[資料 8-5] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（歩行）

項目	目標	課題	計	合計
歩行	歩行できない	歩行器歩行が出来るように	1	48
	脚力低下	自立性の回復	1	
	機能低下	状態の改善	1	
		外出の促進	1	
	筋力の低下	安定性の確保	1	
		独歩にて行う	1	
	脚力低下	トイレ使用の継続	1	
	歩行不安定	短距離歩行を促し	1	
	状態の維持	歩行器使用の現状維持	1	
	ADL の維持	ADL 全般の機能維持	1	
	歩行状態維持	毎日運動する	1	
	安定性の確保	介助の継続	2	
	独歩への援助	独歩の援助	1	
	杖歩行	杖歩行	1	
	歩行器歩行	見守りにて長距離は歩行器を使用	1	
	歩行器の継続	自立性の回復	1	
	歩行器歩行、立位保持	毎日の歩行器歩行の練習、トイレでの立位	1	
	歩行器での歩行練習	歩行器使用にて、1人で歩行できるように	2	
		歩行の維持	1	
	活動量アップ	自立性の回復	1	
	自力歩行の回復	安定した歩行が出来るようにする	3	
	歩行器で安定性の確保	距離を伸ばす	1	
	歩行距離を延ばす。	屋外歩行へ	1	
	歩行訓練するも気分がむらがある	歩行器使用による室内の移動	1	
	歩行訓練	毎日 3~5 メートルの手引き歩行	2	
	歩行時膝折れあり	短距離での歩行器歩行	1	
	歩行に意欲を持って出来るようにする	杖歩行で出来るように	1	
	歩行機会を増やす	転倒によるけがの防止	1	
	歩行の自立、転倒注意	歩行器歩行	1	
	歩行練習を継続	日常動作において歩行移動の自立を可能にする	1	
	体調によって誘導時立位の訓練をする	立位歩行能力の維持	1	
	立位歩行能力の向上	歩行器での歩行	1	
	骨折後、歩行立位困難	脚力向上と排泄の自立	1	
	骨折後、歩行困難	自立性の回復	1	
現状維持		1		
転倒の危険	自力歩行の継続	1		
	安全の確保	1		
めまいがあり付添必要	転倒に注意	1		
骨折による自立性の低下	自力歩行、転倒防止	1		
視界不良、歩行時転倒注意	杖歩行維持	1		
体調によって歩行不安定、転倒の危険がある	リハビリなどに参加、安定した歩行を目指す	1		
散歩の促進	歩行訓練、毎日 20m を 2~3 回	1		
足指切断、大腿頸部骨折	離床、歩行練習	1		

〔重点的に行っているケア自由記述において歩行が目標、課題として挙げられているもの〕

[資料 8-6] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（着替え、座位、立位、離床）

項目	目標	課題	計	合計
着替え	可動域の制限がある	拘縮の進行を予防	1	3
	自力動作の低下(ボタンかけ)	トイレの自力使用	1	
	着衣の乱れ	身だしなみの自立	1	
座位	転落の危険	座位姿勢保持	1	3
	座位バランスが悪い	P Tへ相談し、シーティング	1	
	座位保持訓練	毎回トイレで排泄ができるように	1	
立位	立位保持不安定	リハビリの促し	1	6
	機能低下	足をあげる	1	
	筋力の維持	トイレ使用の継続	1	
	立ち上がり5秒以上	トイレで立位することができる	1	
	立位保持の安定	立位の安定によるトイレ排泄の確立	1	
	リハビリにより立位の安定	立位保持の安定	1	
離床	臥床することを好む	寝かせきりにしない	2	41
		リハビリや活動の促し	3	
	横になって過ごされることが多い	離床時間、回数を増やす	1	
	数年間寝たきりの生活	毎日6~8h離床の実施	1	
	寝ていることが多い	デイサービス等を利用し、離床を促す	1	
		生活リズム	1	
	食事時間のみの離床	活動性の向上、離床時間の増加	1	
	食事がベッド上なので離床する機会が少ない	機能低下予防	1	
	骨折により、臥床安静時間多い	目的のある離床、余暇	1	
	ターミナルにより離床の減少	体調を見ながら散歩などしたい	1	
	熱発多く、離床が少ない	食事時は離床	1	
		離床時間の確保	1	
	離床時間の増加	離床時間の拡大	6	
	離床時間を確保	コミュニケーションを図る	1	
	離床時間が少ない	活動性の向上、離床時間の増加	2	
	離床時間の増加	他者との交流、活動の増加	1	
		アクティビティの参加を促す	1	
	椅子での離床時間の拡大	傾眠を減らす	1	
	座位保持時間の拡大	車椅子から椅子へ	1	
	良肢位の保持	拘縮予防	1	
	拒否が強い	毎日の離床の促し	1	
	時々拒否あり	体調を見ながら離床を促す	1	
	拒否	意欲向上へのアプローチ	1	
	覚醒状況	覚醒状況により実施	1	
	意識レベルの低下	1日8時間以上	1	
	発語、離床時間の減少	積極的な声掛け	1	
	覚醒、活動への参加促し	楽しみを見つける	1	
	活動量の増加	毎日の歩行器使用で散歩を実施	1	
		昼夜逆転の予防	1	
	他の利用者と交流を持つ	朝・昼時の離床、外気浴等行う	1	
体調管理と離床の確保	他の利用者との交流、	1		
体力低下を防ぐ、他者との交流を増やす	体力の維持、他者との交流、生活にメリハリ	1		

（重点的に行っているケア自由記述において着替え、座位、立位、離床が目標、課題として挙げられているもの）

[資料 8-7] 重点的に行っているケア自由記述の集計表

(傾眠、意識レベル、精神面のケア、コミュニケーション、孤立)

項目	目標	課題	計	合計
傾眠	自力摂取困難	自力摂取の促し	1	4
	食事摂取量にむら	アクティビティの参加を促し、昼夜逆転傾向の改善	1	
	活動にむらがある	覚醒時間の確保	1	
意識レベル	意識レベルの向上	能力の回復	1	
精神面のケア	依存的である	かわりを持ち、自立動作の促し	2	22
	意欲減退	意欲向上へのアプローチ	1	
		活気を今以上に引き出していく	レクの参加を促す	
	気持ちに波がある	感情に沿ったケア	1	
		笑いのある生活	1	
	ストレスの解消	ストレスの解消	2	
	他居室の方との不協和	訴えの傾聴、入所の方の調整	1	
	ふさぎこんでしまうことがよくある	不安を和らげ、声掛けを実施	1	
	不安感が常時ある	レクなど楽しみの参加を促す	1	
	統合失調症のため不安定になる	不安の解消	1	
	受身になりやすい	失敗しても大丈夫だと思える環境	1	
	職員に対して、おびえる	信頼を得る	1	
	本人の誤解や思いこみ	職員対応の統一	1	
	感情失禁	穏やかに過ごす	1	
	孤独の解消	安心して過ごす	2	
	不機嫌、介護拒否	楽しい生活	1	
	認知症者への暴言	ストレスの解消、楽しみづくり	1	
他の利用者とのトラブル	トラブルの軽減	1		
コミュニケーション	言語不明瞭、他者と交流しづらい	クラブ活動等への参加の促し	1	26
		他の利用者への声掛けの役割を实践	1	
	言語不明瞭	発語、笑顔を引き出す	1	
	失語症の緩和	発語の促し	1	
	発語がほとんど見られない	発語の促し	5	
	自発的な会話なく無表情	感情を引き出し	1	
	感情を表せない	会話・発語を増やす	1	
	思いがくみ取れない	ストレスの軽減	1	
	コミュニケーション	信頼関係づくり、孤独にしない	2	
		楽しく生活できる	1	
	難聴で他者と交流しにくい	専属のボランティアのようなものがあるとよい	1	
歌を歌うと発語はないが口を動かす	歌うことで発語を引き出す	1		
他者との交流	外出、交流の機会、歌ったり、楽しむ	2		
孤立	孤立	自発性を増やす	1	
	生活に張りがない	コミュニケーションの促し	1	
	ストレスがたまりやすい	他者との交流の機会の促進	1	
	落ち着きなく徘徊、這うことあり		1	
	他者と交流がない	ショートスティ利用の方と交流する機会を作る	1	
	なるべく1人にしない	積極的な声掛けで信頼関係づくり	1	
	年齢が若く、仲間がいない	他者との交流、楽しみを見つける	1	

重点的に行っているケア自由記述において傾眠、意識レベル、精神面のケア、コミュニケーション、孤立が目標、課題として挙げられているもの

[資料 8-8] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（認知症状、問題行動）

項目	目標	課題	計	合計
認知症 状	コミュニケーションの確保	機能維持	1	33
	食事摂取、動作の認知力低下(遊びが見られる)	意識への働きかけ自己摂取の促し	3	
	胃婁の抜去行為	離床と排泄の自立性の向上	1	
	加齢により進行		1	
	認知症状の進行予防	役割を持つ、手作業や散歩、レクを提供、生活にメリハリ	2	
	活動の参加により緩和	余暇の充実	1	
	生活動作の認知力低下	精神的安定、不安感の生じない生活	1	
	転倒の危険	過ごし方を工夫	1	
	他者との交流ができない	毎日起こるせん妄、混乱状態の解消	1	
	会話の不成立によるストレス	ゆったりとした雰囲気での対話	1	
問題行 動	パットを外し、衣類汚染	衣類汚染を減らす	1	
	排便困難時興奮する	生理的な排便ができるように	1	
	弄便	不潔行為の予防	1	
	不穏(子どもを探して歩く、幻覚や幻聴)	摂取量 2000ml の確保		1
		声掛けや、傾聴、手伝いなどで落ち着かされる		2
		精神的安定を図る		1
		落ち着いて生活できる		1
		声掛けにて精神不安定に努める		1
	不穏時、暴力行為、介助拒否あり、精神的に不安定	不穏時、暴力行為、介助拒否あり、精神的に不安定		1
	幻聴、幻覚から、他者とトラブルあり	役割づくり		1
	昼夜逆転	生活リズムの確立		1
	帰宅願望	話に耳を傾け、不安の解消		2
		充実した生活を送ってもらう		1
	暴言をなくす	暴言のないスムーズな会話		1
	暴言、減少を維持	発語を引き出す		1
職員・利用者に暴言	環境整備		1	
痰をどこにでも吐く	身の回りの清潔に気を配り		1	
徘徊、同じ動作の繰り返し	寂しい思いをくみ取る		1	

重点的に行っているケア自由記述において認知症上、問題行動が目標、課題として挙げられているもの

[資料 8-9] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（健康管理、疾患、痛みの緩和）

項目	目標	課題	計	合計
健康管 理	疾患の予防	穏やかにできるだけ長生きする	1	26
	肺炎予防	肺炎予防。	1	
	尿路感染になりやすい	毎食事 400 c c の水分摂取	1	
	カテーテル使用による尿路感染の恐れあり	カテーテルの高さ、ねじれ調整、定時確認する	1	
	カテーテルの管理	認知症による事故の防止	1	
	感染症、蜂か織炎の予防	1 日 1 度皮膚の清潔、保護を実施	1	
	意識レベルの低下	メリハリのある生活	1	
	体重管理	ポケットに手を入れるため転倒注意	1	
	体重、皮膚等の状態把握	栄養管理	1	
	体重増加に様子観察	減量を目指していく	1	
	肥満、楽しみの少ない生活	体調管理、外出の促進	1	
	体重増加防止	車椅子での散歩やビーチバレー	1	
	長時間の離床による顔色不良	可能な動作の維持	1	
	胃婁の衛生保持	健康管理	2	
腰痛	腰痛予防	1		
疾患	再発の可能性	トイレでの排尿・排便	1	
	糖尿病、腎不全、胃婁ケア	経口摂取の取り組み、コミュニケーション	1	
	再発防止	現状維持	1	
	陰部、臀部の赤み・ただれの予防	清潔の保持	2	
	褥瘡の悪化予防	褥瘡の完治	2	
痛みの 緩和	膝痛時、車椅子使用	安全な移動と週 3 回のホットパック	1	
	長時間同一姿勢による痛み	運動や歩行の実施	1	
	膝痛あり	毎日の散歩	1	

重点的に行っているケア自由記述において健康管理、疾患、痛みの緩和が目標、課題として挙げられているもの

[資料 8-10] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（活動、生活）

項目	目標	課題	計	合計
活動	なかなか参加できない	参加の促し	1	26
	クラブ活動に拒否	参加の促しと参加後のコミュニケーションの確保	1	
	活動量が少ない	わずかな距離で促す	1	
	活動参加の継続	離床時間の確保	1	
		参加の促し	1	
		充実した生活継続	1	
	活動の機会の増加	自身で行っている	1	
	活動する機会、覚醒時間の増加	覚醒時間の増加	1	
	活動参加の促し	意欲向上へのアプローチ	1	
		楽しい生活、他者との交流の機会	2	
	じゃんけんボール遊びをしている	覚醒のための声かけ	1	
	役割づくり	活動の継続	1	
	食事作りの際、一緒に行く	楽しく過ごして頂くよう援助	1	
	エプロンやおしぼりをたたみ	周囲の方と一緒に楽しみながら進めていただく	1	
	パソコン、ビーズ絵の実施	パソコン、ビーズ絵の実施	1	
	一人で作業に取り組む	クラブへの促し、楽しんで過ごす	1	
	コップ拭きやタオルたたみ	食後の食器拭き	1	
	レクの参加の促し、コミュニケーションの確保	楽しい生活の支援	1	
	月1回の自宅外出の継続	生きがいを持っていただく	1	
	外出希望あり	環境整備	1	
リハビリ以外外出が少ない	ドライブや買い物等、外出を増やす	1		
外出と外食	外出と外食の実施	1		
自力外出の機会が減っている	外出機会を増やす	1		
外出機会の減少	機会の確保	2		
生活	穏やかに過ごす	自力動作の維持	1	19
	無理はできない	ADL 全般の機能維持	1	
	活動量を増やす	歩行器歩行の距離を伸ばす	1	
	生活リズムの調整	離床時間の拡大	1	
	楽しめること	離床時間の拡大	1	
	経管栄養なので臥床がち	音楽、スキンシップ、発語	1	
	排泄を気にしている生活	信頼関係づくり	1	
	メリハリのある生活	離床、レクの促し	1	
	楽しく過ごしていただく	昔住んでいた場所への個別外出	1	
	夜間不眠	活動の促し、不安の解消	1	
	本人の希望は呆けたくない	脳の活性化、記憶力低下を防止	1	
	ベッドで過ごすことが多く、参加が少ない	クラブ参加の促し	1	
	テレビをぼーっとみている	楽しみな時間を増やす	1	
	居室にこもりがち	気分転換、ユニットでの時間を増やす	2	
	ここで暮らしたい	活動的に暮らしたい	1	
	生活感のある1日を過ごして頂く	楽しく過ごして頂く	1	
	体調良く過ごす	健康的な生活ができるようになる	1	
	外的刺激に触れて頂く	現状維持	1	

重点的に行っているケア自由記述において活動、生活が目標、課題として挙げられているもの

[資料 8-11] 重点的に行っているケア自由記述の集計表（環境整備、関係調整）

項目	目標	課題	計	合計
環境整備	穏やかな生活	不安要素の解消	1	6
		外出	1	
		日内変動に注意	1	
	衣類整理	気持ちよく生活	1	
関係調整	息子の虐待で措置入所、息子との関係づくり	役割づくり	1	
その他	転落、滑落する	事故を防ぐ	1	

重点的に行っているケア自由記述において環境整備、環境調整、その他が目標、課題として挙げられているもの

[資料 9-1] 面接調査分析表 1

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り		
(1)「介護従事者として意識してほしいこと」	【介護は一つの可能性を追求する仕事】	【介護は一つの可能性を追求する仕事】	・1つの可能性を追求するのが介護の仕事ですから、…。	C氏	
	【国の求める介護を目指す】	【国の求める介護を目指す】	・国が我々に求めているものは、大きいと思うんですがね、まあそれを、国に言われているから仕方がないけど、やるのか、国が求めるんなら頑張ってみようかって、いずれにしてもどっちとも言われるとね、こちらとしては(介護職に指示するだけで、実践をやる立場ではない側からすれば)難しいですけど、まあ良くはなりませんし、目標にはなりませんよ。	E氏	
	【職業として行っていることを意識する】	【職業として行っていることを意識する】	・お金を得て仕事をしているという意味では、家庭の介護と同じではないですよ。人対人であり、人によっては対応が、それはもう、大変な人もいますよね。	K氏	
			・やはりうちでは普通の生活の中に、病院では一時的に治療のために身体拘束を何でもかんでもはじめる…、あくまでも暮らしの場ですから、そういう施設であって施設でないサービスを、普通にしていけるのが支援だから、…。	C氏	
			・今は取り組んでいるので問題視ではないんですけど、福祉全体の倫理観を、もうちょっと上がらないのかって言うのが悩みではないんですけど、声が上がってきています。…志が無くなってしまうたら、人は離れていく、尊敬って言葉を理解できなかったら、この業界から足を洗ってもらいたい。	C氏	
			・職員行動指針を作成したんです。外部からコンサルタントを呼んで理念から見直して、ポケットブックにして職員は携帯しています。いいこととして感謝されるから福祉じゃなくて、サービス業なんだってことを理解して欲しいと思っています。	N氏	
			・うちの理念に共感している方が職員として入ってくださるんですけど、私も人のためにになりたい、お役にたちたいって、ここで働きたいんですけど、入職の時は皆さんそうおっしゃるんですけど、だんだん、その日常が当たり前になってくるので、そういう理念を職員が共感して、常に初心を忘れないでやっていくことは難しい、どこの施設もどこの職場であっても、サラリーマンであっても同じだと思いますよね。最初の時の気持ちを忘れずに、やってもらいたいと思いますよね。そういう意味で、繰り返し、そういう風な形で研修とか含めてね。	E氏	
		【介護は専門性がある】	・例えば、私たちが力を入れている介護技術で、移乗のトランスですね。非常に技術なんかで訓練しないとできませんし、後観察力ですね。経験としてしないと出来ないですし、トイレの排泄介助とか、うちが取り組んでいるおむつからトイレへっていうことで、極力トイレで排泄して、気持ち良くしていただくためには、その方の排泄パターン歴とか、知らなければいけない。そういうのをどうやって調べるんだと云っても、素人には分からないでしょうけど、介護職はわかるんですね。食事介助のタイミングとか、そういうのも、誤嚥しないようにとか、そういった知識とか、技術とか、すごい専門性はあると思いますよ。	M氏	
			・こういう仕事って言うのは職がないからどうぞってわけにはいかないし、やはり人って言うのは、ものすごく大切ですよ。物が相手じゃないから…。	A氏	
		【利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動】	【利用者の尊厳、職業倫理を意識した行動】	・医者や看護師と肩を並べる職業なんです。人の命に携わっている仕事なので「自分たちはうんこ取りだ」と、どうせって、劣等感もって…、対等に関わろうとしない。誇りや職業倫理を持っていないんですよ。そのことを伝えてはいるけれど…、介護職達の力量に差がありすぎるんですよ。	I氏
			・専門性については、介護技術だけでなく、人権、尊厳を含め理念に沿った行動が出来るかどうかだと思います。自立支援、認知症など指導することの難しさはありますけどね。	J氏	
	【考えるだけでなく、意欲を持ち行動する】	【考えるだけでなく、意欲を持ち行動する】	・質をそれなりに認めてもらえるために上げようって。それは頭で考えるだけで、行動が先に出たからいいんであって、重要な点はいいか悪いではなくて、意欲を持ってもらいたいと思っています。	C氏	
	【介護論を持ってほしい】	【ユニットは個別ケアが求められるため、自分の介護論が必要】	・ユニットやろうと思うと、自分の介護論がないと、自分がこうってものがないとできないんですよ。本来は…。	A氏	
	【生活支援の視点を持ってほしい】	【日常のケアと記録を生活支援より重視している】	・(人手不足により、適切な判断による採用ができない状況が多かった現状から)介護保険以降に採用した職員の傾向としてね、日常の決められた支援の実践と、その記録が主な業務になってるんですよ。生活支援を考える視点が重視されにくくなったというか。	I氏	
(2)「介護保険制度に対する不満」	【介護報酬の低さ】	【国が求める介護レベルは介護報酬に見合わない】	・介護保険は介護職に対して国が求めるレベルの高さを考えると、どうも業務内容の割りにペイが低い。介護報酬は見合わないし、赤字ですよ。	J氏	
		【自立支援は介護報酬による収入とのバランスが取れない】	・実際、介護職の給料が安いと言われてます。ただ、この不況の中、定期的な収入を職員は確保できている。社会全体で考えるとね、一概に給料が安いとは言えないと思います。ただ、生活として見たときに給料が十分かどうかは地域差もあって、福祉のみならず社会全体で考える必要はあるんじゃないかって。介護職の給料を上げるには、介護報酬のシステムを包括的にする必要はあるんですよ。介護保険制度はいい制度であることは間違いありませんけど、施設の在り方として介護保険制度、厚労省の指針などで定められている自立支援が、実際今の制度では介護度5の人に対して自立支援を行って、介護度が低くなったとする。その分の手間と労力と人件費がかかっているにもかかわらず、介護報酬の収入は減額になる。そうすると寝たきり施設のほうが経営は楽だし、仕事も楽です。だからといって、収入をとれば福祉理念として利用者本位のケアではなくっていきっていく…。与えられた収入は住民のために使うお金と考えて、自立支援を優先して経営は行っています。はっきり言って大変です。	N氏	
		【制度の改正により、経営が安定しない】	・制度が、なかなかこう変わるの、よく変わるのが定款なんですけど細かくてよくわからなかつたり、振り回されたりとかですね、補助金が減ってきているとか、介護報酬も波がありますけども、上がってきているわけではないので…。	M氏	
		【人件費に左右され無資格者を採用せざるを得ない】	・介護保険の収支的に先行きが不安ですよ、必然的に人件費を抑えないとならないから、無資格者を採用せざるを得ない状況です…。採用に関して余裕がないのでとどろき不安があっても採用してしま…。	F氏	
		【経営体制により補助金、措置に差がある】	【経営体制により補助金、措置に差がある】	・今は、(検討しているのが)施設の整備ですね。介護報酬の中でやらなくてはいけないわけですよ。(略)自治体関係の事業所なんかは自治体の施設ってことですから、こういうビル(施設のこと)のメンテナンスみたいなものは、自治体がやるわけですよ。その辺でいいのになって。これを介護報酬の中から出すのですね、自治体が出してくれるとは大分違うんじゃないですか…。だから、今(複数ある)自治体の施設は全部、いったん受け入れを停止しているってことで、民間の施設に受け入れが全部回ってきている。だから、うちらがビルの建て替えるって時は、改修するときはどうするんだろうって…。	A氏
		【施設の修繕時は自治体の協力が要】	【施設の修繕時は自治体の協力が要】	・国が、介護費用を削減で、在宅介護を進めますけど、安心して生活していくためのスペースとして 特養は必要ですよ。ここの自治体(民間)の特養は、10年を越えている施設が増えているので改修をすれば、入居者の行きどころが無いのが現状としてあるわけで、場所の確保も必要になってくる。その為には学校の空き教室の開放を活用させてもらえるとか。	F氏

[面接調査分析表 1]

[資料 9-2] 面接調査分析表 2

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り	
(3)《離職の要因》	【サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失】	〔サービスがお金に換算されたことによるやりがいの喪失〕	・介護職が定着しないのは、介護保険で介護サービスがお金に換算されるようになったからでしょうね、やりがいを失わせたことが大きな理由だと思います。	J氏
	【長期定着、役職志向の低さ】	〔長期定着、役職志向の低さ〕	・やっぱりこの施設では、長期定着、役職志向が極めて低い。それは倫理管理とか、そういうものを進める上で、非常に困りますね。	N氏
		〔パターン化された業務、環境に飽きてしまう〕	・最近の職員の傾向として、慣れるとすぐ飽きてしまい辞めてしまう。こらえようがないですね。	I氏
	【待遇への不安による離職】	〔報道の影響による男性の寿退職〕	・笑っちゃうような話なんですけど、男性職員の寿退職が一時期報道されたじゃないですか、結婚するんで、家族を養えないから辞めますって。子どもが出来た、彼女が出来たなどがきっかけで、経済的な理由で辞めていく。実際にあるんですよ。	I氏
	【腰痛による離職】	〔腰痛による離職〕	・離職率は低いです。…(略)。後は(離職は)、腰を痛める…。	A氏
	【環境の変化を求める】	〔ローテーション勤務がやりきれない、リセットしたい〕	・もう、こういう仕事を経験した人でないとわからないと思うんですけど、ローテーションの仕事ですよ、365日。これがやりきれないんですよ。先のことは考えずに、一旦休みたい、区切りをつけたいという気持ちはあります…。これはもう、普通の生活をした人には分からない心情的じゃないかと思います。日曜日も祝日も正月もお盆もない…。(略)みんなが休める時に休んでみたいとか、日曜日に休んでみたいとかそういう気持ちは絶対あると思うんですよ。	A氏
			・こういう仕事は大変でしてね。24時間365日かかわりあう仕事ですからね。ある意味、勤務もローテーションでやらざるを得ないし、この仕事に入った以上しようがないんですよ。好きじゃないと続かないし、好きでも続かない、嫌いなお続かないですよ。	E氏
			・…(略)デイサービスに勤めている人は、今日も一日も休んだら、さようならって言うのと、ありがたうってみんな帰っていくんですよ。それで、そのデイサービスの職員の人はそれで1日が完結するわけですよ。ありがたうって言われて…。(略)特養はそうじゃないんです。ありがたうって言葉に出せる人は少ないんです。認知症だったり、なんだからするとこに、バカヤローだの、コノヤローだの、時にはもう本当に汚いおしこの交換ばかりで、叩かれたり、引っかけられたりしながら、こらえるわけですよ。そこへ持ってきて家族にあーだの、こーだの言われたり、そして自分はもう正月が来て、年が変わってもそれは関係ないんですよ。今日は夜勤、今日は早番、明日は遅番、っていう…そういう時に働く人のメンタルなんですよ。それが一番大きいと思っています。	A氏
			・離職については、そこそこ、世間並です。理由は、リセットしたい。惜しいなって子はそう言いますね。	G氏
	【ステップアップのための離職】	〔現場の介護に対する価値観の相違〕	〔キャリアアップによる離職〕	・特養で、同じ利用者も変わらない、同じ人間関係で、同じ職場で、5年6年って、経っていくと、(略)キャリアアップしたくなりますよね。資格取って、希望を持ってやめられる方多いですよ。しょうがないんじゃないですかね。
・今の主任のやり方は許せないから、これは勉強して、彼なり、彼女たちと介護論を戦わせて、そして、自分の思う介護を実現したいとか、そういうことをやらないんですよ。…ここは俺がいてもやりたいことが出来ない、辞める、とかね。安易にそういう。どこ行ったってそんなことはないのよ、って言うんですけどね。だから私たちの頃と、そういう基本的なものが変わってきているってことですよ。			A氏	
・自分の施設で言うと介護職が、2、3年全体でいうと、全体的にもここ1、2年じゃないかな、凄く意識が変わってきているんです。すごいプライドを持って、プロ意識を持って働く者が増えていると思いますので…、その中で自分がこう介護を目指したいとか、自分の目指すべきものにあったところで働きたいって言うものが増えてきていると思います…。			M氏	
・私も経験がありますが、(略)…退職したあくる日は、もう自分が10年、20年勉強してきたものを段ボールに詰めて…全部あの一、ゴミに出しました。もう、専門書から何からか、全部出して、あー清々したと思ったら、やっぱりこの仕事って言うのは人が相手の仕事って言うのは魅力があるんです。また戻ってくる…。また戻ってきて、あーあの時捨ててしまったって言う資料も、初めてまたそこで後悔して、また最初から積み上げていく…うん。人を相手にする仕事って言うのは、こんなもんです…。			A氏	
(4)《人材確保の問題》	【非常勤・夜勤パートは人材が集まらない】	〔非常勤・夜勤パートは人材が集まらない〕	・非常勤は苦労しています。登録ホームヘルパーですね、なかなか集まらないですし、夜勤専門の非常勤も募集していますけど、なかなかそれは集まらないです。常勤は前に比べると、来やすくなりました。	M氏
	【適材な人材を採用できないジレンマ】	〔社会情勢として介護職を希望する新卒者がいない〕	・新卒とかそういう(人を探る)のが、最近はなかなか難しいんですよ、資格を持っている方が、新卒っていうのが…。子どもも少なくなってきたし…。介護の専門学校が全部つぶれてますよね。ご存知ですか？それで新卒で、介護職をやりたいって若い、フレッシュで、信念持った方を法人は欲しいんですけど、そういう方がなかなかいらっしゃらない…。	E氏
		〔適材な人材を採用できない〕	・(介護の仕事)やったこともないような…、前の会社で部長、課長をやっていたような人がいますし、いわゆるリストラですか、やりたいと言って来られると困りますよね…。	M氏
	【看護職の確保は困難】	〔看護職は確保が困難なため、定年を延ばし継続してもらう〕	・必要な人を、必要なだけ取りにくい、社会情勢ですね。介護職を希望する人が極めて少ない。採用が非常に困難だったりします。	G氏
		〔看護職は確保が大変なので、定年を伸ばして、正規職員としてやってもらう方もいます。〕	・看護職は確保が大変なので、定年を伸ばして、正規職員としてやってもらう方もいます。	G氏
【介護以外にも能力が必要】	〔パソコンによる記録の管理〕	・お茶碗洗ったり、服を脱がしたり、飲ませてあげたり、今までやってたじゃないちゃん、ばあちゃんにやっていたことはそこそこできるの。だけど正規職員となるとそれじゃダメ。何が求められるかって言うと、まずはパソコンが出来ないという人は、今はとにかくあらゆる利用者さんの個人情報全部パソコンに打って、翌日私が全部前日の様子を見ますから。一定の時間帯に自分のやった介護の状況をきちっとしないといけない。	G氏	

[面接調査分析表 2]

[資料 9-3] 面接調査分析表 3

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り		
(5)《職員の意識の統一を図ることが難しい》	【リーダーシップが取りにくい】	〔周知に時間がかかる〕	・人の配置の関係もあり、周知するためには、まとめて出来ないで回数が必要になってくる。 ・組織の運営がようやくよちよち歩きできたかなって段階くらいですので、なので私がちょっと手を挙げれば、さきと組織が動くというのがベストだと思ってきたけど、そこに行くにはもう少し時間がかかるかな。漸く本当の草創期、拡充期を経て、これからが本当の利用者満足度、向上期だというのが、私の事業計画だと思っているんです。	D 氏 G 氏	
		〔管理職と連携しながらリーダーシップを図る〕	・施設の規模により、リーダーシップのとり方が変わることが分かったんですよ。60 定員の施設は見渡せば、ある程度周りが見えて、職員とのコミュニケーションも取りやすかった。リーダーシップが発揮しやすかったですけど。大規模施設は非常にリーダーシップを發揮しづらい。なかなか職員が動いてくれないですね。管理職と、連携をしながら時間を掛けて行ってますけど。	I 氏	
	【ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい】	〔施設の理念に少数でも賛同者が必要〕	・こちらに(施設として)理念があっても、旗を振った時に、一緒に小旗を振ってくれる人が 3 人ぐらいはいないと…。	A 氏	
		〔適切な管理者、管理者候補がない〕	・今まで、私が 6 年間で苦労したのは、やっぱりその、主任というまず第一歩の現場監督者を探すのに苦労しました。無理無理もう、誰でもいいわけではないですよ、本当にもう苦労です。管理監督者を確保するのが…、でも、絶対必要な。でもそれが難しい。それに追われたなって。	G 氏	
		〔ローテーション勤務のためコミュニケーションが取りづらい〕	・今、利用者で認知症とか、精神疾患等でその関係の中で悩む職員が多くてですね。例えば、利用者が集団生活になじめなくて、逸脱した行為をしてしまうとかで、振り回されたりとかですね。すごいこう、悩みを打ち明けられて、悩みをこう聞いてあげる時間がなくて、心が引き裂かれる、そういう時間的な余裕、心の余裕がない中でのストレスを(介護職が)かかえている状況ですね。	M 氏	
(6)《医療行為、体制の難しさ》	【医療行為は体制を整えることが難しい】	〔医師の判断が必要な医療行為は体制を整えるのが困難〕	・うちは法律に乗った形で指導していますけど、やっぱり、急変時とか蘇生術で行うものは法律で認められていない部分に関しては、認めていません。その判断は医師しかできないから、悩ましい。だから制度が壊れている…。蘇生術と、定義づける線が、介護職にはないのに、なぜできるのかって言う疑問はあります。 ・看護師の確保が難しい現状だから、(医療的なニーズを介護職がやること)はやむを得ないことだと思う。介護職が行う条件に医師の承諾を得なければならぬとあるが、医師が(緊急時にその可・否を)判断することが現実難しいでしょう。(その中で)、体制を整えて行うことが現実的に難しい。研修を行うことが大切だが、これ以上は(医療的ニーズの高い人は)受けられないですね。	C 氏 D 氏	
		〔胃薬の対応は人数に制限がある〕	・胃薬について、ニーズがあれば受け入れていく必要があると思います。相談員の時に仮に決めたのが、定員に対して 1 割ぐらいは受け入れよう。際限なく受け入れるのはちょっと難しいし、危険なので仮に決めたのが 1 割ぐらいと。	M 氏	
		【介護職員が働きやすいよう配慮する】	〔介護職員を中心に、専門職がサポートする体制づくり〕	・介護職が中心となって、他の専門職がサポートする存在として機能するようにしてます。そのことが介護職を専門職として育てていると思いますから。	N 氏
		(7)《職場環境を整える》	〔夜間の看護職の体制と、連携の工夫〕	・今看護師には全員に携帯を持たしている。当番を決めているんですよ。いつでも電話していいのよって、軽んだ滑った何でも電話しなさいってね。でも 1 人なんですよ当番は。でも、その人がトイレだ、風呂だって電話にすぐ出れないときがある。そういう時は、すぐ次の人にかけなさいって言ってあるんです。そういうところは(看護職に)苦労を掛けしている。で、看護師が状況はどうだったどうだったって聞いたりするでしょ。臨時の状況位は頭に入れて看護師に電話しないと、あんた何のために電話したのって、看護師に怒られちゃうでしょ。これなくしてはやれませんから。	G 氏
〔看取りには家族と病院の協力体制が重要〕	・ターミナル等の際に利用者を(個室や静養室に)移動して、家族が泊まれる部屋を設けています。看取りに関しては家族の協力が得られている方、協力病院の体制があるので多く行うことができた。		D 氏		
〔介護職員が安定したケアが提供できるよう、苦情処理など管理職が行う〕	・対人援助なんて、苦情対応、問題の処理などは管理職が行うようにはしています。介護職には高齢者のケアに集中してほしいと思っていますね。こういうことで負荷をかけるのと介護職の心が壊れてしまうことがあるんですよ。そうすると高齢者に対して、対応が悪くなるんですよ。こういうことから虐待につながっていくんじゃないかと。		I 氏		
〔人員の確保は介護職員の意欲が向上〕	・一時激しい時期があったんですけど、その時よりは人数のほうもこう、少し増えてきて、もってこれやりたい、あれやりたいって、いろんなことが出来てきているんですよ。外出に行きたい…、でっ、行けたりとか、そういう部分で喜び感じている部分もあるのかな、それは全職員…。 ・トップになるとどの位の給料で、ということ考えないと展望が見えないからでしょうかね。(略)給与が決して低いわけではないですけど、やっぱり、働く人の生きるサイクルを作れるような状況を作っていくと…、と思っています。		C 氏 I 氏		
【待遇の改善】	〔長期定着のための給与体系が課題〕	・(私自身が)高い給与で働いたことがないんで、一般的にどうって比べることが分らないんですよ。それなりにみんな生活していけるから、ここにいるんだと思いますが、ただ、私も反省で、子どもが産まれたりしたとか、そういう面が出てくると、共働きとかいろいろな条件が整っていかないと…、そういうのが難しい職員が辞めていくのかもしれない。	M 氏		
	【資格取得者の手当を厚くする】 〔資格取得のための助成制度を設けている〕	〔長期定着のための給与体系が課題〕	・3 年前に、給与制度を変えましたけど、でもあんまりねドラスティックな役職制度にはできないですよ。でもやっぱりそういう役職者にならないと、なった方がはるかに報酬がいいという状況を作っていくと、頑張った人は賞与もいいと、いう状況に作っていくとなかなか、みんなそこそこ、肩書きだけで大した違いはない、やりたくない人の方が多いわけです。	G 氏	
		〔介護職員の給与は高くはないが低いとは言えない〕	・何を基準に給与が低いというのがよくわからないですけど、他業種と比べるとね、残業もなし、休みも保障され、ノルマもない。その上、1ヶ月 10 日の休みがあり、年休も 10 日ぐらい取れるんですよ。年間に 130~135 日ぐらい休みが保障されている。実際に一般企業の現状はどうなんでしょうか。年功序列の時代を経てから、給与体制を改正して、約 3 年計画で圧縮したんですよ。責任を果たしている人に給与を上げたいじゃないですか。役割等級にして、人事評価制度を導入してようやく 3 年目に入りました。	I 氏	
		〔資格取得者の手当を厚くする〕	・介護職員の給与は一般的に、介護職と一般の人と比べて、給与が低いというのは、あれ見るときに、気にしなくちゃいけないのは学歴、勤務年数、勤務年数は圧倒的に少ないですよ。そう思うと、低くないのかなと思います。採用するときに、〇〇商事と比べてほしくないんですよ。確かにきつい、汚い、そういうことをする人たちをどう評価するか。例えば、パイロットと、比較するとどっちが大変かって。そういうものも含めてどうあるべきかって思いますけど。	N 氏	
		〔資格取得のための助成制度を設けている〕	・給与は低くないですよ。マスコミの報道が対象を一流企業と比較しているという事実が分かればねえ…。 ・報道でやったからじゃないんですよ。社会福祉法人ですと、給与規定がちゃんとしているんですけど、…。	K 氏 E 氏	
〔資格取得のための助成制度を設けている〕	・介護職の底上げをしないと資格取得者には国家資格なので専門性を持たせていい、手当を厚くしている。地位を上げ、業界全体を考えていかないといけない。	B 氏			
		〔資格取得のための助成制度を設けている〕	・介護職員の資質の向上や自己懸念のために、資格取得にむけて助成制度を設けています。	F 氏	

〔 面接調査分析表 3 《職場環境を整える》については次頁に続く 〕

[資料 9-4] 面接調査分析表 4

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り	
(7)《職場環境を整える》	【介護職員の長期定着のための配慮】	〔腰痛を軽減するための案を模索〕	・介護は肉体労働の部分が多いので、腰痛と向き合っていかなければならないですね。だから介護職を使い捨てたみたいに扱うことはしたくないし、それは介護職の虐待になっていると思っています。外国では人が抱える重さを何キロまでと制限する法律が出来ましたよね。将来、人を抱えたりすることはできなくなるかもしれない、リフトを使うなど法律が変わるかもしれませんよね。	I 氏
		〔ユニットは教育時に人手が必要〕	・特にユニット型って言うのは1人を雇用すると一期間、1人減るんですね。だから2人減るわけですよ。だから業務が回らなくなる。そうすると教える時間がない。出来て当たり前って言う、その施設になじんでない人に、もう100%出来るんだとよ、どうもみなさん、そういう手法をどこも使っているみたいで…	C 氏
	【ユニットの構造の問題】	〔ユニットは個別ケアを実施している分、非効率で情報交換が難しい〕	・業務の効率は圧倒的に悪いですね、個別ケアをする分、職員同士の技術の情報交換ができていない。学ぶ機会が少なくなってしまう。職員同士の目がないので、やる気があればいいケアができるんですが、そうでない人たちがいると職員の目がない分、正直危険な面もある。利用者、家族の満足度から考えるとユニットは最適だと思いますけど、ユニットの場合建て方で死角ができてたり、悪い面もありますよね。動線が悪いユニットもありますし。	D 氏
		〔個別ケアを実践することの難しさ〕	・今の特養では無理だと思います。なかなかね、自立支援で、その人その人のレベルもあるんですけど、混在しているんですね。だから、自立支援もしろ、おむつを外せ、看取りをしろって言うんですね。今の介護施設の能力をちょっともう超えているんですね。それはね、…(略)…外国のあちこちから人が足りないからって寄せといて、そこまでね、要求するのはいって…。認知症だって見なきゃいけない、歩き回らるんですよ、どこでも行っちゃいますよ、管も抜いてくれますよね。それを混在してはちょっと…。だから機能別に施設を作ってもらわないとね、医療介助が必要な人は介護職、看護職を一杯入れて…。点数高くていいじゃないですか。そういううばっかりを見ると、認知症の方がね、もう自由に徘徊できるところ、棲み分けはしてほしいなと思います。ちょっと危険だな、よちよち歩いている人がボンとやられるわけですよ…	A 氏
	【個別ケアを実践することの難しさ】	〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕	・もっと特養もそれぞれの特徴をもてるようになると思いますよ。入所が出来るのが宝くじがあつたみたいに言われるんですけど…、もっと選べるようになればいいなと思います。	E 氏
		〔多様で複雑なニーズへの対応が求められる〕	・措置の方(その当時入所した利用者)は今ほど重度ではない方が入所していたんじゃないかって…、かえて新しい特養さんの方が重度の方が多くて、来たら寝たきりみたいな状況で…	A 氏
(8)《人について学び考える》	【利用者は常に死に向かっている】	〔感染症など対応が大変な時期がある〕	・まあ同じように言えるのは感染症もありますよね、やっとなつたので、ちょっと一安心ですが、新型インフルエンザや、ノロウィルスだの、普段の生活がしなくなってしまうですね。	M 氏
		〔高齢者は病気で常に隣り合わせである〕	・高齢者って言うのはいろいろな病気をもって本当にこう、平均台の上を生の世界と死の世界を、細い平均台の上をこうバランスを取りながら、歩いているのが高齢者だと思うんですね。だから一つ、骨折だつていろいろなところがアンバランスになっていんですよ。(略)そういう世界を毎日生活している人達…	A 氏
		〔死に向かう人とかかわることの重さ〕	・私たちは治って人を見ていくことは、私たちは精神的なケアを受けてることですよ、ところが死に行く人の面倒を見るって言うのは、これはもっとも精神的に、自分が傷ついたり、それからモチベーション上げろって言われたって…ね…。この仕事のテーマは重いと思うんですね。	A 氏
	【施設における自然死の捉え方を考える】	〔死に向かう人とかかわることの重さ〕	・なかなか仕事そのものが単純そうに見えてそうでもないですし、日々利用者の方だって変化してますしね…。人生の終わりに向かって行かれる方だから、それだけ子ども相手と違うから、その辺のところ、重さっていうかね…	E 氏
		〔社会全体の自然死についての考え方を考える〕	・社会がどれだけ抱えられるか、社会全体がどう考えているか、人間の死をどう考えている、自然死を受け入れられるか、ということだと思う。	L 氏
(9)《教育を重視する》	【未経験で年齢の高い人への教育の大変さ】	〔未経験で年齢の高い人への教育の大変さ〕	・まだ(施設が新しく)未経験(者)が多いので、正直男性の年齢(がある程度)いって人って、プライドが高いので…。やっぱりいやじゃないですか、自分の娘ぐらいに指導受けるって。大丈夫って言いながら、それで時間がかかったりね、そういう問題はあります。	E 氏
		〔介護職員が何を考えているのかわからない〕	・それがこういう仕事について勉強する、スキルアップ、あるいはいろいろな制度が変わった時の切り替えとかって言う時に、手ごたえがなくなってくるんですよ。あんまり勉強しろって編ってもいないですよ。みんな、しら一つとして。あんまり主張しないです。何言っても、怒るかなーと思っても怒らないし、やれて言ってもやらないし…。(施設長になって)3年なりですけど(介護職が)何を考えているかわからないです	A 氏
	【職員の特性を考慮し、教育する】	〔若い世代は目立つことを嫌い個性を發揮しない〕	・そう…、それは介護の世界だけじゃないと思うんですけど、今の若い人が、全部そうかという、皆横並びで安定されるんですよ。そうです、叩かれるってことには、極端に臆病ですよ、これは介護だけとは思わないですけど、今の若者が全部そうです。	A 氏
		〔若い世代への教育は指導力が今後の課題〕	・業務なのか、遊びなのか分からないという、今の若い人をどう教えていって言うのが今後の課題です。ポイントになってくるんじゃないでしょうかね。若い中で、そういう人が一人違ってくるだけで違いますし、口で言う人に限って、なかなかそれがうまく出来ないとかね、行動で示す人間の方が伸びていきますね。その辺をどう指導していくかって言う。指導力って言うのが今後の課題になることは間違いない…	E 氏
		〔プライドがあつたらできない仕事〕	・それは固定概念を如何に捨てるかってこと。先入観を捨てなければ、この職についてはいけない、(その)資格はないと思ってるんですよ。やっぱりプライドがあつたらできない仕事だというのは痛感しています。	C 氏
	【慣習として自然に学べるように体制を整える】	〔指導者の教えきろうとする意欲が必要〕	・結局みんな志は、入り口は高く来るとですけど、教えきろうって言う意欲だと思っています。証明はできませんけど、今回初めて一流企業並みの就職時の初任者研修を、初めて体制取れたんでやってみたんですけど、退職した理由の中に、教えるって言って教えないから辞めていくということが記憶の中にあつたもんですから、(略)そこをよくみてみたら、教えてもらえたら頑張りましたって言う声がある、実際何人か聞いたことがあるんですけども、そこを評価して、もしかしたらそういうところに理由があるのかもしれない。(後輩に指導する時)私の実体験という話を聞くと、居眠りしていた人(職員)が目、開いたりね、食いつくって言う。指導する人達も楽しみになりますし、期待値も上がりますし、…	C 氏
		〔看護職は確保してから理念を少しずつ教育する〕	・…ただ看護職の確保は本当に難しいです。最初からうちの理念に共鳴してって人はたくさんはいないですから、多少は柔軟性のある考え方、もってそうだと思った人に入ってもらうって、ここで、変わってらつていて…	M 氏
〔組織の経営理念を遵守した行動が取れるための工夫〕		・何も言わなくてもそれぞれの部門で、自分たちの目標を掲げて部門でこうやっていける、年度末になったら自分たちの計画はどうだったのか総括してちゃんと施設長に出せる、そこまで行ってほしいなと思っています。今フォーマットを作ったり、形を整えたり、5、6年かかりましたよね。知識や組織が昔からあつて、ここに入ってきたときから先輩たちにそういうことを言われていけば、出来るんですよ。古い自治体で作った特養なんかは組織図ができていたと思う。だから、新人が入ってきたときに、自分がどういう役割があつて、副主任はなつたら何をやる、主任なら何をやっているんだろ、って言うのが見えると思うんですよ、段々に。ところがここはないから、ダーッと入ってきて、どんぐりの背比べみたいになってる。自分たちがどう風動いて行っているか多分わからない。何かやる時には、起案をして、決裁を受けてやるもんだということがようやく根付いてきたし、それまでどうしていたかという、それぞれがやっちゃ、待つてられないから。	G 氏	
〔組織の経営理念を遵守した行動が取れるための工夫〕	・経営理念を目標とし、具体的に部門別に事業計画を立て、実践するためのマニュアル作りをしている。このことが安定した経営につながるかと考えている。	B 氏		

〔 面接調査分析表 4 《職場環境を整える》については本ページからの続き 〕

[資料 9-5] 面接調査分析表 5

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り		
(I)《施設介護の質の向上のための努力》	【教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない】	【教育はシステム化しているが、質の確保は充分でない】	・職員の教育が大きいですね。教育システムが ISO の中にあるって、例えば新人職員については何日間か本部の方で外部講師を招いて新人研修会をしたり、何年間かいる職員に対しては、現任研修をしているし、新人が入った職員には人をつけて、その場で評価してという働きかけをしていますが、なかなか。これが…、人が取れなくなってきたときから崩れてきて、上がりきれいでないですね。今は大分いいですが、派遣職員はまだいますよね。	H 氏	
		【ISO を取得する】	・ISO9001 を取ったんですね。標準化と文書化、事故対策…、品質保持ですね、法人で協力して取ったのは(法人内の全ての事業所が取得したこと)日本で初めてです。介護は経験の壁だって言うじゃないですか、何が悪いのかさっぱり見えなくて…。勤どか、経験どか見える化してという…。事故に対して、手順をシステム化したものから、災害防止がちゃんと出来ているとは思わないですけど、そこに結び付けられる形のものが出て来ていると思います。ヒヤリハットを含めてですね。手順書があるんですけど、なかなか新人職員がその手順書通りに行けるかって言うと、ある程度基本的なことが出来るようになるのが手順書なんですけど、まだ生かされていないのが現状ですね。	H 氏	
		【サービス向上のための委員会活動】	・特養は正規の比率が高いです。じゃないと今度は委員会活動をやってもらおう。委員会活動は昔 QC って言っていた排泄委員会、接遇委員会、入浴委員会、サービス委員会、どれかにちゃんと所属して月に1回会議をやって、そこで意見を出して改善していくわけですから。そういうこと出来ないってやってはだめですよ。専門性が求められるし、専門性がないと出来ないですからね。施設長が一人でやれないわけですよ。旗振りは出来ますけど、一人一人がやってもらわないと。	G 氏	
(II)《介護過程の展開状況》	【アセスメントが重要】	【アセスメントが重要】	・国、都道府県、自治体というのが準公共的のものとして管理しているでしょ、管理するためには管理できるツールってあるんですよ。報告書だったりなんだったり、記録だったりするわけですよ。栄養ケアマネー・ジメン・ケアプランとか様々なものがあるわけ。さっき介護職の専門性の中でも落としましたけど、介護職の正規の職員はアセスメントが出来ないといけない。利用者の。アセスメントしてそれに基づいてみんなで入ってケアプランを作るわけですから、まさに介護の専門性ですよ。だから、そういうものを整えなきゃいけないわけ、いつでもチェックしますよ国側が、さっと出せるように作らなきゃならないでしょ。そういうことって膨大なエネルギーがいるんです。実はそのエネルギーをやらなくていいとなると、そうなるって何を管理するのかって。	G 氏	
		【機能の評価は丁寧に行う】	【残存機能は細分化し分析する】	・本来病気にかからなければ普通に健常者として、生活できる。例えば、一人で上着を着る、脱ぐでも、袖は通せないけど、ボタン、ジッパーかけられるとか、着替えが出来ないイコールすべてにしちゃうんですよ。ばらせばばらせば、出来ることって増えるんです。それが違うんです。我々は何をやっているのかって言えば、出来ない部分だけを介護している。これを一部出来るのに 100%出来ないってレッテルを張るって言うのは、虐待防止法に抵触しますよって言う言い方をしています。	C 氏
		【現状維持のリハビリを見直す】	【現状維持のリハビリを見直す】	・リハビリについて現状維持が多くなってしまうのが療養型介護、老健、特養は見直しをしていく必要がある。	B 氏
		【利用者尊重しつつ対等な利用者との関係づくり】	【コミュニケーション技術の向上】	・人としてやはりコミュニケーションっていうのをもち勉強して、磨いてほしい感性ですよ。	A 氏
			【利用者尊重しつつ対等な関係を築く】	・特定疾病の利用者(50代)もいるので、年齢の幅がありコミュニケーションが難しい。	K 氏
			【自立を理論的に考える能力が必要】	・ある時期に、利用者をお客様としてね、お客様は神様と扱うこともしたんです。対等な関係ではないですから、神様には何でも従わざるをえないでしょう。そうすると介護職は心が壊れてしまう。だから、そういうことはやめて、利用者の人権を尊重しつつ、こちらの思いは伝えることが大切なんじゃないかって今はそういう風に指導しています。	I 氏
		【介護過程を展開する上での思考過程】	【利用者主体の生活支援】	・だから車椅子はそもそも移動するための道具であって椅子ではないわけですよ。椅子に見えるから椅子として腰かけさせているわけ…。	C 氏
			【利用者主体の生活支援】	・今まで、介護職って言うのは医療から来た、医療モデルからきた介護があったので、それはそれでよかったんですけど、その反省としてあるんですよ。それが、医療モデルから生活モデルに今替わってきているので、(略)どうしても医療モデルだと、(略)…キウアがあり、治療していきますよって言う、それが出発点で、こっち(介護する側)が主体なんですよ。生活モデルだと、その方がどう主体的に活気をもって生活していくかって言うことが、これが出発点なので、それをどう支援していくかって言うことが私たちの側ですから。私たちは支えていく側だし、主体はご利用者なんですよ。その主体性もモデルって言うか、ゴールって言うんですかね、その人それぞれなんで、全然違ってくるっていう。	M 氏
			【入所以前の生活に近づけられる支援】	・今自治体から(依頼され)の地域で昔ながらの暮らした方が入所したんですけど、私なんかはもう少し一人暮らしが、出来るんじゃないかって。思うような人なんですよ。で、ここへ来て、つまらない、やっぱりお家に帰りたいって言うんですよ。(略)ほんのちよっとの見守りがあれば、一人暮らしをもう少し、出来たんじゃないかって。朝職員がその人にお弁当を持たせて、夕方迎えに行くんですよ。でも、お弁当なんかいらない、自分でコンビニで好きなおにぎり買うからって言うんですよ。じゃあって言うんで、こちらが夕方のお迎えを忘れてると、電話がかかってくるって、お迎えお願いしますって。	G 氏
			【生活の豊かさ】	・介護度の高い人が増えていますよね。生活の豊かさをどう考えていくのか、職員だけでなく、従来型に比べると家族の来訪が頻繁な方なので…(そこで、家族も一緒に考えていける)。	D 氏
			【普通の暮らしに近づけられるための思考力】	・おむつは付けられないのが当たり前だし、お風呂は機械じゃなくて、ふつうのお風呂にはいるのが当たり前だし、車椅子は移動であって、普通ご飯は椅子に替わるよね。それをどうするかって、考えていくのが専門性だよって話しています。	C 氏
			【個々を考えられる能力】	・今、そういう個々を考えられる能力ってものがなければ、私は本当は究極、そこが専門性になって思うんですよ。	A 氏
【介護技術、知識を生かしている】	【介護技術、知識を生かしている】	・介護の技術に対するものもそうですし、特養の施設で排泄と、食事と入浴と基本的な生活だけに追われてしまったら、そこに専門性がないですよ。だからもう、安全で、利用者さんが快適に過ごせるように知恵を使う、いろんな習ってきた、勉強してきたことを使っていくことが専門性に繋がっていくと思いますけど…。	E 氏		
	【技術、経験、気配り】	・技術や経験が必要であるが、人間に対する気配りだったりあると思う。	K 氏		
	【利用者の動きを制限することは拘束】	・一見見ていると、床をいざって這って歩くような人がいると、そうじゃなくても、ちゃんとしたきれいなソファに腰かけさせてあげたら、最初思いましたけど、でも本当は動きたいんだよねって、そうすると長年(勤務している)の職員の方が、そうすることは縛るってことですよ。床を這っているより、ソファに腰かけさせてあげた方が確かに見た目は小奇麗だけど、決していいことではないのかもかもしれません。	G 氏		

〔 面接調査分析表 5 《介護過程の展開状況》については次頁に続く 〕

[資料 9-6] 面接調査分析表 6

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り		
①《介護過程の展開状況》	【チームワーク、連携を充実させる】	〔個々の介護職員が独立して判断できる能力が必要〕	・去年で言えば、あまりにも、(正職の)希望者がいなかったんで、無理するでしょ、転職の人を無理してとって、正職でつくれるんですよ、やっぱり駄目でしたね。それは本人が辞めるというよりも、辞めてもらわなくてはならないくらい駄目でしたね。夜勤をやるって言うことは、少なくとも半年で独立立ちしてもらわなくちゃいけない。記録書いてもらったり…。だけど難しいですね。(略)一見話していると、面談とか見ると申し分ないように思うんですけど、去年は割と多かったです。非常時にどのように判断するか、家族に連絡したりとかそういうことをちゃんとできるか、総合判断する知識がないとダメです。正規になりたくても慣れない人は、どうしてもその部分が出来なくて、正規になれない人がいる。そういう人が一人ぐらいいてもいいじゃないかって言うと、夜勤分かりますかって言われちゃう。昼間は何かカバーできるけれど、一人、二人で連携を取ってやるってことになるけど総合能力、専門性がないと業の知識や吸引でしょ。そうするとね、独立して判断出来る能力がないと。	G 氏	
		〔チームワークづくりの重要性〕	・派遣っていうのは1年って契約しても1年いませんし、そういう苦労を分かち合ったから、きちんと教えること教えて、仲良くやっていこうってのが、知らない間に身についたのかもしれないし、…。	O 氏	
	〔医療と介護は協力し合う〕	・医療と別に離れてる必要もないし、すごい連携していかなくちゃいけないんですけども、(医療から)介護は自立していかなくてはならないと思います。(略)ただ誤解されると困るのが、介護と看護が、介護と医療が相反するものなんだ、敵対するものなんだという困るんで、この特養とか、特養を併設している定義とかみるとそれは全部生活モデルなんですけど、それも全部そうで、そこに看護職、リハビリのものとか医療職がいるわけですが、全然違うことをやるのかと言えはそうではなくて、…。	M 氏		
	〔介護技術の指導など看護職員が介護職員を支える〕	・看護職はもともと、そういう介護もできるものですから、よりスーパーなものなので、看護職はすごい私たちは思ってますし、それだけ期待してリーダーシップ発揮してくださいって言うてるんで、ただ、なかなか、病院で育ててきた看護職はそこが切り替えられなくて、自分たちは偉いんだとか、自分たちは特別な技術を持っているから、おむつ交換はしなくていいんだかと思っちゃう。でもうちはそうじゃないですよって、看護職でしかできないことで忙しいのは仕方ないですけど、時間があるなら食事介助、排泄介助、歯磨き介助も一緒に当然やるでしょ。看護師が、それが出来なくてどうするって。それを逆に教える立場でしようって言うてる。そこは説明してますけど。	M 氏		
	〔支援の実施時、異常や変化を捉え、報告、連携が出来ること〕	・…知識が求められる。食事介助のタイミングとか、そういうのも、誤解しないようにとか、そういう知識とか、技術とか、すごい専門性はあると思いますよ。移乗にしても、お風呂に入るにしても、おしめを替えるにしても。ただおしめを替えるんじゃないかと、鼠蹊部に何かないかとか、バットの中身がどうだったのか、鮮血があったら誰にどのように伝えるのか、看護師との連携はどうなのか？すごい専門性なの。うちに来て介護職で、うちに合わないって、辞める人は、その専門性のレベルが出来ていない人は務まらないの、だけどほかの施設はうまく使っているのかもしれないですね。そこをもっといわゆる面倒みるところは非常勤さんをお願いして、他のところは少なくするとか…。	N 氏		
	【意思、尊厳を尊重する】	〔利用者が最後まで生き抜くための支援体制づくり〕	・施設では利用者の方に人生の最期まで人として生き抜くことができるよう、自立支援をしますけどね。死期については概ね予測ができるため、ターミナルライフを家族の方で支える。死期が迫ってきたら出来るだけ家族の方と一緒に過ごしていただいて、家族に見守られながら死を迎えられるように体制を整えてはいます。	N 氏	
	〔自然な死を尊重する〕	・嚥下機能の低下は医学的には回復する術がなく死への準備なんです。胃腸・経管栄養は医療行為であって生かしている対応だから。実際(胃腸、経管栄養にすると)長生きする方が多いんですが、結局、何年にもわたって医療費が家族を圧迫するんですよ。胃腸・経管栄養は、人の本来の生きる姿ではないから、介護施設として機能している〇〇施設では行わない方針にしています。嚥下機能が低下した利用者は、栄養士とよく相談して、食べやすいよう、飲みやすいように工夫してね、自然な死を迎えていただく。ただ、その中でも胃腸・経管栄養を家族が希望し、施設を退所する利用者も中にはいますよ。その後、家族から連絡があって、施設長さんの言うとおりにすればよかった、施設長さんの言っている通りになったって言われます(医療費が圧迫し、本人・家族ともによくない状況にあって、自然死を選択するほうが良かったかもしれない)。	N 氏		
	〔車いす生活を選択することができる〕	・病院でリハビリしても、リハビリ病院に行かされて、もう病院はいやだって、もうみんな歩けなくても、長い時間の葛藤の末に諦めて(特養ホームに)入ったんだら、いいじゃないかって。どうですか、ご自分がそういう風になった時に、もういい車椅子でもいいよって思う時ってあるんじゃないかって。わたしは諦めがいいからそう思うんですよ。	A 氏		
	②《利用者・家族の思いを理解する》	【家族の思い、意識の変化】	〔死について家族と本音で話し合える時代〕	・病院で、胃薬にしてくるパターンが多いんですね。しかし、ここ最近では、胃薬は少なくなったと思います。胃薬にすることは生かされていることと私は考えていて、本人はどうしたいのか、というところが今までは優先されなかった。病院や家族の都合とか、周囲の希望だった。国のすべての財産を打ったとしても、3人に1人の高齢者を支えることはできないじゃないですか、1つの終末としての看取りについて、倫理観も一般的に、普通化できていなかった時代だったと思うんですよ、今までは。長生きすることはいいことなんですけど、本人は(どう生きること)望んでいるのかということ優先し、家族と話し合いをするようにしているんですが、食べれないまま自然に生きることを見守るのか、胃薬にするのか選択してもらいます。死についてはタブーなところがあって、こちらなかなか触れられなかったんですけどね、時代が変わってきたこともあり、ここ最近家族と本音で話し合うことができています。難しい問題ではあるけれど、時代とともに変わっていくんじゃないでしょうか。その人にとっての寿命を考える、簡単に病院に送らない、家族に看取られながら亡くなっていくことが、自然な流れになってきています。	I 氏
			〔家族は利用者に怪我をしてほしくない〕	・後は事故ですかね。やっぱり利用者を拘束したからって安全ではないんですけど、身体拘束はしない方針ですし、ご利用者のご自由な生活を守りつつ、転倒とかを防ぐって言う。転倒して怪我してしまうと、介護者もショックを受けてしまいますし、(家族から)責められることもありますし、そこら辺の部分がありますね。	M 氏
〔介護に不満を言う家族の増加〕		・(他の利用者から故意でなくても)突き飛ばされるとかいろいろありますからね。それで、家族は何を恐れるかっていうと保守的ですよ。にわかには元気になるって言うよりは、とにかく怪我をさせないでって、言いますよね。人間だから生きていけば怪我の一つもするんですけどね。動けば動くほど、怪我はします。	G 氏		
〔介護に不満を言う家族の増加〕		・家族は、介護施設に預けてしまえば、後はお任せという態度。だけど、施設に対しては、なんでこんな介護なのかという不満を言われるケースが多いですよ。医師に対しては、こうした態度はしない。医師の言うことに納得するケースがほとんど…。	A 氏		
〔介護に不満を言う家族の増加〕		・…もうこう…特養ってものを理解して下さっている方はいいと思うんですけど、いわゆるモンスターみたいな権利意識ばっかりの方(家族)は、ずっとこう見ていて職員のアラ探しなんです。	L 氏		
〔介護に不満を言う家族の増加〕	・自分の母親とか、父親を介護してきた娘とかが、すごい思い入れがあるときに入所したんだけど、なかなか切り替えられなくて、自分だったこうするのとか、自分だったらこう看れるのとか、こっちに期待されてしまうって…、そこは任してほしいと、今まで私たちは家族と(共に)やってきたと思うんですけど、そこが理解しえない部分があるとつらいですね。	M 氏			

〔 面接調査分析表 6 《介護過程の展開状況》については全頁からの続き、《利用者・家族の思いを理解する》については次頁に続く 〕

[資料 9-7] 面接調査分析表 7

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り	
(12)《利用者・家族の思いを理解する》	【介護に不満を言う家族の増加】	〔権利を主張する家族が増えている〕	・利用者の家族の意識の変化ですかね。権利主張する家族が増えてきた事ですかね(特にショートステイ利用の家族)。	F 氏
		〔利用者の状態が回復しても家族は在宅復帰を望まない〕	・自立支援をすることで在宅復帰が可能な入居者はいるんですが、だいたい入所してから3か月が経つと、家族が在宅復帰は希望しないケースがほとんどなんですよ。	L 氏
	【施設入所することになった利用者の思いを理解する】	〔施設の入所自体が拘束〕	・入所は本人が望んでいないことも多いです。家族の意向や、家族と一緒に居たいが迷惑をかけたくない思いなどが入所を決めることもあります。今まで、60-70年間生きてきた生活を捨ててくることの思いを考えるようにしています。施設に入所する、そのこと自体が身体拘束であると私は考えていますので。だって、家の生活とは全然自由が違うでしょう	N 氏
(13)《技術は経験、意識が重要》	【経験が技術の向上、利用者満足に繋がる】	〔困難ケースを受け入れ自信を得る〕	・地域の信頼を2年前前から基本理念の中に新たに入れたんですよ。このことを朝の朝礼で言って、そうしたら職員も、困難ケースの受け入れにも批判が少なくなった。あの人は大変だから受けないとか、やっぱりそういうところで今本当に、そういう発想が無くなりましたね。それは私としても嬉しいことです。地域で待っている人(待機者)が一杯、いるって言うのに。特に、ショートは家族が切実な問題なんです。うちに来て大変な人が、家族の人が見てるって言うのは大変なことですよ。本当に、敬意を払いますよね。	N 氏
		〔経験により状況の判断力の向上〕	・自分が認知機能が落ちてきた時に、どっちのサービスを選びますか、って言うだけのことなんです。車椅子便利だからって座ってれば、褥瘡が出来た出来たって、大騒ぎする、右往左往して、自分たち作った人間が右往左往しているだけで、われわれ一緒に働いている職員がそれに気付いているから、頭で気づいているんじゃないんですよ。体で覚えているから、こういうことやると、後でお釣りが大きいよなって、だから今の苦労先におこらうって。	C 氏
	〔おむつ外しは利用者、職員の満足度が向上〕	・じゃあ何でうちはおむつゼロになるのかって、職員が勝手にやったとはいえ、満足度って言うのはぐんっと上がるわけですよ、どっちがいいのかわかるわけですよ。どんな状態でも、みんなそうなんです。だから自分達では利便性を考えたり、効率を考えたおむつにするって言うその考えは反対だっているだけで、だからうちも体調不良や、夜はおむつしますし、日中は100%ゼロだと言って言うのは自信を持って言えます。でもその人の状況がおむつを要求するべき状態だったら、ちゃんと使いますし…	C 氏	
	【介護職員の力量と利用者へのQOLの意識が向上】	・デイで求められる介護の内容と、特養で求められる介護の内容は違うんですよ。こっちはねプログラムの改革能力がないとダメ、特養は基本的には生活の場ですから、家にいるように穏やかに暮らしてもらって支援を考えられる能力がないとダメ。ただ、こうしてやってきて、特養では外出が年に2回定着してきた。こういうことが職員の力量が上がってきたと思っています。	N 氏	
	【介護職員の技術の標準化が課題】	〔資格制度の問題により力量はバラついている〕	・介護の専門学校ってありますよね。高校を出て2年間っていうカリキュラム、それから介護職を経験して3年経てば介護福祉士の試験を受けられますよね。(略)…あとは通信、夜間、高校の介護福祉科って言うのもあるところもあります。で、(略)…入口試験がない、出口試験は一応統一されましたけれども、(略)ただ国家資格って言うのも国家試験って言うのは、非常にあいまいな線引きでなっているわけですよ。(略)…医療における専門職って言うのは全部国家試験ですから、(略)全国どこへ行ってもやることは同じなわけなんですけど、福祉はそれが…バラバラ	A 氏
		〔介護職員の技術の標準化が課題〕	・いろいろな施設があって、いろいろな特徴があって、その生活が多様になるって言うのはいいですけども、技術のバラバラは非常に難しいんじゃないかって言う気がします	A 氏
	【仕事に対する意識の違い、力量のばらつき】	〔仕事に対する意識の違い、力量のばらつき〕	・うーん、スキルを標準化することが、今のところ難しいですかね。この仕事を崇高な仕事としてね、志す人が少なくなった気がします。	J 氏
			・知識や技術は充分あって、専門的な仕事ができる職員が約1割、それについていこうとしている職員が約3割、このままでいい、頑張りたいくないのが6割。色々な仕事に対する考え方があり、仕事にばかり比重が置けない人もいますよね。家庭の事情とか。この1割から3割の職員が夢を持ってやるような仕事ができるようになるにはどうすればよいか、常々頭を抱えていますからね。	I 氏
・…それに自分で調べて、資格でも取ってくるような人は伸びますよね。それで、格差が出ますよね。(略)自発的な人はどんどん伸びていくけども、それに疲れて伸び悩む、そういう現象は起きている。		C 氏		
(14)《介護職員の地位の確立》	【社会から専門職として認知されていない】	〔報道により社会から煽り〕	・一番怖いのは政府とか、メディアがそういうふうと言うと、市民団体ですらそういう気持ちになっちゃうんですよ。すっごい期待をされるのが一番うちらは迷惑ですよ。煽られるとね。	A 氏
		〔ナースの助手的な仕事として評価〕	・医療の下請けとか、医療から来たものではなくてっていう考え方…、	M 氏
	【ケアの質は評価の基準がない】	〔ナースの助手的な仕事から始まった介護の歴史があることが評価を下げているんじゃないでしょうかね。〕	・ナースの助手的な仕事から始まった介護の歴史があることが評価を下げているんじゃないでしょうかね。	B 氏
		〔介護の歴史の浅さ〕	・そうですね、看護師の100年以上の歴史があるのと違って…、新しいからじゃないですかね。看護師さんも昔は地位が低かったですよ。今はもう、専門職としてすごく地位が高くなって、看護師さん自身も研修会をして、勉強会をして、そういう意味では専門性を高めていますよね。(略)介護保険もできたし、介護福祉士もそうですし、社会福祉士、ケアマネージャー、色々な職種が出てきましたので、これからだと思います。	E 氏
		〔資格の有無に差が感じられない〕	・看護師さんだと、独占資格じゃないですか、介護職は資格が確立されていないですし、悪い言い方をすればだれでもできる。で、その方と資格を持った介護福祉士の差というものがあまり見えてこないし。	H 氏
	【ケアの質は評価の基準がない】	〔資格があっても誰にでもできる仕事と言う認識〕	・介護職は本来では高尚な仕事ですけど、給料が上がらないんですよ。なぜかって言うと「政治家と国民が悪いんであって、双方がお金を出したがないことに問題がある。実際介護の仕事はオムツ交換、食事介助など家族でもできる仕事ですよ。現在、ケアの質の定義は明確に打ち出されていないんですが、評価の基準がない。施設で行っているケアは見えにくいんですよ。専門性を持って自立支援を行っている「家族でもできるようなことだろう」と言う認識です。そこにお金を払うことを政治家も国民もしたがない。ここに問題があるんじゃないかって考えてます。(Q 氏)	N 氏

〔面接調査分析表 7 《利用者・家族の思いを理解する》については前頁からの続き、《介護職員の地位の確立》については次頁に続く〕

[資料 9-8] 面接調査分析表 8

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	語り	
(14) 介護職員の地位の確立		〔介護福祉士の専門性の向上〕	・看護師さんは3年やらなければ、少なくとも2年やらなければ、看護師になれないですから。そこの関係だと私は思いますね。少なくとも、嫌顔でも専門知識というものをきちんと学んだ人しかたないですね。ただ介護職はとにかく何もなくても入ってきて、自分で勉強して、最低で3年で介護福祉士にはなれますから。今度、いろいろ講習会くっつけたりして、介護福祉士のハードルを上げようとしているでしょ。反対が起きてますけど。それでなくても人が少ないのに。ますますハードルが高くなったら来ないんじゃないかって。上げようとしているのはそこの兼ね合いだと思うんですよ。看護師がなぜステータスが高いのかって、やっぱりそういうのを受けてきているからでしょ。だから介護士も社会が認めるには、隣の人でもやってたという想いを払拭しなければならなくて。	G氏
	〔社会から認知されるには介護の自立が必要〕	〔社会からの認知には介護の自立が必要〕	・介護は自立していかなければいけないと思います。そういう意味で日本における介護も社会に知らされて行けば、公衆とか権限とかいう意味でもいけばいいなと思いますけどね。まあ10年20年と日本でも時間がかかるんじゃないでしょうか、切り替わっていくというのは…。ここ1、2年切り替わってきましたけど。介護保険が始まって、ご利用者の主体性をという部分が理念として大きく掲げられた。だんだんだんだん、ユニットケアが始まって、変わってきていると思います。	M氏
		〔自立支援の成果を発表する〕	・自立支援を頑張ってるって、要介護度5の人が1になったケースもあり。また、ここでは、自治体の歯科医師会と連携をとり、摂食嚥下障害の利用者の機能回復を積極的に行っている。歯科医師会の専門の先生が定期的に来てくれて、摂食嚥下の機能評価を行い、胃ろうの利用者が経口摂食できるように取り組んでいる。他の系列の特養でも経口摂食に取り組んでいる。(略)この自治体は、東京都の中でもこうした活動に積極的ということで有名で、外部からの見学や学会発表を実施している。口腔ケアが充実していることがこの施設の売り。	L氏
	〔施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す〕	〔施設は介護保険施設(特養ホーム、老健、介護療養型)全体の向上を目指す〕	・自分達の特養1つが良くなったとしても意味がない、老健、介護療養型、特養の3施設で自連協(自立支援連絡協議会)を設立して、今様々な内容を検討しているんですよ。	I氏
			・本来は在宅で生活することを望んでいる利用者が多いですよ。介護度5の利用者を特養に入所してもらい介護度3にして在宅に返す。そこに介護の専門性があるということになります。本人も生きる意欲が湧いて、自分の身の回りが出来るようになって…。家族も介護負担が減ります…。その後、自分のことが出来なくなれば、また施設に、再入所して以前のように身の回りが出来るようにして在宅に返す。これが入所相互利用で、…利用者が3カ月で入れ替わりで利用していられています。おじいちゃん(おばあちゃん)が自分のことを自分で出来ればね、別に家で暮らしたって問題ないし。	N氏
(15) 地域の協力体制づくり	〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕	〔在宅生活継続のための入所相互利用を行う〕	・これからは、施設を社会資源で補っていくが必要になってくると思いますよ。地域との共生としてボランティアの意識付けが大切、そのためには施設と地域を結ぶ中核となるコーディネーター必要なんですよ。ボランティアの体系作りも重要でしょうね。900万人の高齢者に対し10%でも社会貢献があればどれだけ助かるか。福祉の軽減には、今後の団塊の世代の社会貢献に対する意識付けがまず、必要になってくるんじゃないかと。	J氏
		〔地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する〕	・まあ、在宅目指すべきだと思いますよ、地域が介護力をつけて、お互いを支えあう、家族だけに任せるとなると、地域住民とかこういうプロの手(介護サービスや介護従事者)を借りても住み慣れたお家で生活し続けるっていうのは理想だと思います。実現すべきだと思いますが、やっぱりそれだけでは受け皿としては足りないと思いますので、そういう意味では特養も必要だと思います。	M氏
	〔地域に介護力をつけ、介護職員の負担を軽減する〕		・ボランティアコーディネーションが必要でしょうね、介護に特化した部分は準施設職員として、生きがいづくりも含めて整備することとか。	J氏
		〔シルバー派遣、障害者雇用など共助体制が必要〕	・4月から募集を行う予定で、特定高齢者一歩手前のシルバー世代の方々に10時くらいから1日1〜2名程度来てもらい女性には食事を作っていたり、男性にはペンキ塗りなどをお願いする。介護予防的な意味もあるんじゃないかと…。後、職業訓練の一環として、障害者就労支援センターより数名、指導者とともに派遣してもらっています。…1時間100円程度で雇用して。活動内容はトイレ清掃、洗濯、清掃、観葉植物の世話などしてもらって、実働は3時間で、お年寄り関わってもらったり1日6時間くらい施設で過ごしているかな。障害者雇用の申請をして、今後雇用につなげたいと考えています。月3〜4万の収入が確保できると、グループホームなどで自立して生活できるし…。	O氏
		〔世代間交流により利用者との地域住民が互いに支えあう関係づくり実施〕	・マニュアルを作り、ボランティアコーディネーターが対応している。近隣の高校は、授業の一環として交流をもっている	K氏
	〔待機者が多い中、地域の介護に貢献したい〕	・それと、(地域に住んでいる)引きこもりの人にボランティアに来てもらって、利用者や交流などしてもらっている。なかなか家に帰らないので、なんでって。促しが必要だけれどなかなか帰ってくれないんですよ、これが…介護職苦労してます。それに、子育て中のお母さんから、子どもに手料理を食べさせたいんだけど、どうやっていいかわからないという相談を受けたんです。それで特養で料理教室を開いたんですよ。お母さん方は高齢者と触れあうことで子育ての先輩から子育てのコツを学んだり、世代間交流が自然と行われている感じがいいと思っています。	O氏	
〔地域と協力し合う〕		・国でも、自治体でも中々、費用が掛かるもんだから、積極的に(新しい特養ホームを)作らないですよ。そうすると、これからは在宅中心の介護っていう形にはなるとは思いますんで…。施設に入れるかっていうとなかなか入れないんですよ、ですから、もっともって待機者は増えるわけですよ。入りたいていの方が多くなるわけですからね。入れる人は限られた人になりますよ。そういう意味では、地域で面倒見ているといけないのかと、まあそういう中で我々が出来たらリーダーシップをとって、地域の介護に貢献できればなっている風…。	E氏	
		・法人単位で地域に対して喜ばれる組織でありたい。	I氏	
		・モデル事業として、昨年度7月から介護サポーター事業が始まったんですよ。研修を受けてもらい、時間や仕事など、施設側の要望にあわせ、役割と責任を持って来てもらってます。1日5人2時間位、交通費を支給して。他にも(自治体から)補助が出ていて、職員の中からコーディネーターを配置して、(1W/3回の人件費)、業務で行ってもらっています。コーディネーターと情報を共有できるようになっているんで、楽しくできるように要望を聞いて、形にできるようにしています。介護サポーターとボランティアと仕事の内容は今のところは同じにしていますが、無償のボランティアとのその棲み分けが難しいところなんです。ただ、こういった事業やボランティアにしたらって、こういうことは行う場所があって、初めて役に立つことができる存在なんですよ(介護サポーターの導入は自治体が7カ所実施。自治体により報酬内容は違う。活動時間によっては、食事をつける)。	I氏	

〔 面接調査分析表 8 《介護職員の地位の確立》 については前頁からの続き 〕

内容
1 1人1人の1年間の身体状況等が明確に把握することが出来た。正直今までは何となくその1年間での変化を把握していた部分があったので、改めて「1年間の変化」を実感することが出来た。今まで、お一人の利用者に対し、このような分析をしたことがなかったので、担当利用者をより知り、振り返る機会となった。
2 今回のアンケート調査の結果が出れば今後の参考に拝見したい。
3 失語症のため、言語で意思表示はできないが動作や行動などで理解できる時がある。
4 今現在行っているケアは、自立に向けてのケアと言うよりは、今の現状を維持しようというケアが中心です。
5 この方の担当になってから日が浅く、内容が希薄になってしまったかと思えます。
6 職員の思い入れが強すぎると強制的な態度になる可能性を秘めている。バランス感覚を忘れないようにして、良い関係を保つ大切さを痛感している。
7 介助者不足で手が回っていない事柄ばかりです。
8 家族の面会がなく、家族と話し合えません。
9 家族の要望が多く、こちらの自立支援を受け入れていただけないことが多い。説明しても陰でうるさい。
10 ご家族が施設へ来訪されることがあまりないので、話し合う機会がなかなか作れない。
11 起立と移乗を同じ項目にすると起立は出来るが、移乗は介助が必要である場合など評価しにくい。失語症や、視力障害を持つ方のコミュニケーションはとれる場合の評価も難しいです。
12 質問内容が分かりづらかった。
13 問5 (FIM の) コミュニケーションをレベルで表現しにくい。
14 問5の質問内容(FIM)が分かりづらかった。
15 (FIM の) 監視と言う言葉は普通使うべきではないのですが、いかがなものなのでしょうか。
16 (FIM の) 修正自立をどう考えるかなど、設問によっては評価がしにくい。
17 問5(FIM の)が回答しにくかった。
18 問5(FIM の)の質問が答えにくかった、社会的認知に対してどうあてはめてよいのか分かりにくかった。
19 はい、いいえのどちらかだけでは、回答できない答えがある為、詳しく書けるような部分を設けたほうがいいのでは、分かりやすいように回答例を設けたほうがよいのでは(経管の場合など)。
20 廃用症候群、拘縮などの項目があればよい。
21 複合の疾患を持つ方や自立の向上として行うケアは多角的に様々な事に重点を置いてケアを行うので、アンケートの調査項目では答えにくい点がありました。
22 問題の内容が難しかった。問3(個別ケア)はケアマネージャーの仕事内容では、他の職員と設問内容や回答の方法を尋ねることもしばしばありました。
23 調査の目的が知りたい。
24 アンケート、文章では表現しづらい部分もあった。
25 書き方がよくわからない
26 答えにくいものもあった。
27 特養を対象にしているとは思えない質問がいくつか見られ回答に困ってしまった。
28 内容が難しい
29 表記方法が理解できなかった。簡素化してほしい。
30 わかりづらい

〔 アンケート自由記述欄集計結果表、31名の記載があった 〕