

ユニットケア施設管理者研修

ユニットリーダー 研修

テキスト

はじめに

「ユニットケア」は、1990年代に一部の施設で取り組みが始まり、2003年に制度化されてから今日まで、全国に広がり、多くの高齢者の尊厳ある生活の継続を支えてきました。

今後は、さらに高齢化が進み、認知症の入居者の増加や重度化に伴って、看取りへの対応や、多様化する入居者や家族のニーズへの対応が求められます。また、地域包括ケアの推進を受けて、施設に求められる社会的な役割も変化しています。

一人ひとりの意思と人格を尊重し、入居前からの生活の継続を大切にするユニットケアの理念に対する理解を広げるとともに、引き続き、定着に向けた取り組みを進めていく必要があります。こうした背景のもとで、現場でユニットケア実践の中核を担うユニットリーダーを施設全体で育成するためのカリキュラムについて、検討を重ねてきました。

ユニットリーダーは、ユニットケアの実践の場面で、深い知識と高いスキルを発揮して日々のケアにあたるだけでなく、ユニットというチームのリーダーとして、日々のケアの質を管理することや、ユニットを運営するという役割を担っています。

施設管理者は、ユニットリーダーを支え、各ユニットだけでなく、施設全体を導き、ユニットケアの理念を体現していく必要があります。

ユニットケア施設管理者研修・ユニットリーダー研修のカリキュラムおよびこのテキストでは、施設管理者・ユニットリーダーの双方に求められる上記のような知識および技能を身につけること、具体的には以下のような目標を定めています。

- ① ユニットケアの理念と意義の理解
- ② 介護施設の管理者および介護専門職としてのユニットケアの質管理（＝ケアのマネジメント）に関する知識と技能の向上
- ③ 施設管理者およびチームリーダーとしてのユニットおよび施設運営（＝ユニットのマネジメント・施設のマネジメント）に関する知識と技能の習得
- ④ 施設管理者がユニットリーダーを支え、多職種連携を進めるために必要なサポートを理解し、サポートできる体制を整える

本テキストでは、施設管理者・ユニットリーダーの双方に求められる知識や技能を理解してもらうために、それぞれが学ぶべき内容を1冊にまとめています。施設管理者はユニットリーダーが何を学び、どのような役割を果たすべきか確認してください。また、ユニットリーダーは施設管理者の視点を知り、どのような支援を受けることができるか参考にしてください。

ユニットケア施設管理者研修・ユニットリーダー研修を受講し、また、このテキストを

読むことによって、受講者のみなさんが、ご自身の施設において「ケアのマネジメント」「ユニットのマネジメント」「施設のマネジメント」の知識および技能を統合させ、日々の業務の中で展開し、実践できることを目指しています。

ユニットケアの理念を実現し、一人ひとりの入居者の尊厳ある生活を継続するためには、ユニットリーダーの役割が非常に重要です。ユニットリーダーとして現場を支えるみなさんが、意欲的に研修に臨んでいただけることを願っています。併せて、施設管理者や中間管理職には、研修終了後もユニットリーダーを支援していただくことを期待しています。

また、研修教材としてだけでなく、日々の業務の中で、迷うことやわからないことがあったときに、このテキストを開き、疑問の解消や問題の解決に役立てていただければ幸いです。

目次

1. ユニットケアを取り巻く社会的背景と展望	1
1.1 ユニットケアを取り巻く社会状況と地域社会の変化.....	2
1.1.1 高齢化の進展と介護ニーズの増大.....	2
1.1.2 要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化.....	5
1.2 社会保障制度と政策.....	7
1.2.1 介護保険制度の趣旨と概要.....	7
1.2.2 地域包括ケアシステムの構築.....	9
1.2.3 その他の主要な政策.....	10
1.3 高齢者介護施設に求められる役割.....	14
1.3.1 施設の重度化と高齢者介護施設に求められる役割.....	14
1.3.2 地域包括ケアシステムにおける施設の位置づけと地域との連携・交流の重要性	15
1.4 介護人材の担う役割.....	18
1.4.1 専門性を有する介護人材の役割の重要性.....	18
2. ユニットケアのための組織と機能	23
2.1 組織のマネジメント.....	24
2.1.1 組織化と理念の共有.....	24
2.1.2 組織図と施設マネジメント（組織階層と職務）.....	25
2.1.3 権限の委譲、報告によるフィードバック.....	27
2.1.4 マネジメントの対象：人的資源・物的資源・財的資源・情報の活用.....	28
2.1.5 PDCAサイクル.....	30
2.2 ユニットリーダーと管理者の役割.....	33
2.2.1 ユニットリーダー配置の意義.....	33
2.2.2 運営基準で規定されているユニットリーダーの配置と役割.....	34
2.2.3 実践／相談／調整／倫理的問題への対応／教育／介護の研究・事例検討.....	35
2.2.4 チームケアと多職種協働.....	37
2.2.5 ユニットケアの質管理（ケアのマネジメント）.....	38
2.2.6 ユニット運営（ユニットのマネジメント）.....	38
2.2.7 施設管理者の役割（施設のマネジメント）.....	39
2.3 リーダーシップの基礎とリーダーの機能.....	39
2.3.1 リーダーシップとは.....	39
2.3.2 リーダーシップに関する理論.....	40
2.3.3 介護現場における施設長のリーダーシップ.....	43
2.4 キャリアとキャリア形成.....	44

2.4.1	キャリアとキャリア形成.....	44
2.4.2	日々の業務の中での成長.....	44
2.4.3	介護専門職としての成長.....	45
2.4.4	施設におけるキャリアパス.....	49
3.	高齢者とその生活の理解.....	51
3.1	高齢者に対する全人的理解.....	52
3.1.1	高齢者に対する全人的理解.....	52
3.1.2	高齢者の個別性と多様性の理解.....	54
3.2	入居者を取り巻く環境・生活の理解.....	56
3.2.1	生活における自然、社会、文化的環境.....	56
3.2.2	生活歴と時代背景.....	57
3.3	高齢期の理解.....	61
3.3.1	各ライフステージにおける生理的・心理的・社会的特徴.....	61
3.3.2	人生の最終段階.....	69
4.	ユニットケアの理念と特徴.....	71
4.1	ユニットケアの理念.....	72
4.1.1	ユニットケアの理念.....	72
4.2	ユニットケアの仕組み.....	73
4.2.1	生活単位と介護単位の一致.....	73
4.2.2	介護単位と情報の関係.....	74
4.3	ケアと空間の融合.....	76
4.3.1	生活の場としての施設環境.....	76
4.3.2	個室の役割.....	76
4.3.3	空間の機能と共用する集団の規模.....	79
4.3.4	ユニット型施設の設備に関する基準.....	82
4.4	安心・快適な環境づくり.....	84
4.4.1	住まいとしてのしつらえ.....	84
4.4.2	福祉用具の活用.....	85
5.	ユニットケアにおける尊厳の保持と自立支援.....	89
5.1	ユニットケアにおける自律した日常生活の支援.....	90
5.1.1	自立支援の原則.....	90
5.1.2	自律的な日常生活を営むことの支援.....	90
5.1.3	居宅における生活の継続.....	92
5.1.4	ユニットにおける生活の流れ.....	93
5.2	ユニットケアにおける社会的関係の構築.....	97

5.2.1 社会的関係の構築.....	97
5.2.2 生きがい.....	102
5.3 権利擁護.....	106
5.3.1 人権侵害の防止.....	106
5.3.2 意思決定支援.....	108
5.3.3 プライバシーの保護.....	109
5.3.4 インフォームド・コンセント.....	110
6. ケアのマネジメント.....	113
6.1 ユニットケアにおける介護過程の展開（ケアにおけるPDCAサイクル）.....	114
6.1.1 介護過程の意義と目的.....	114
6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル.....	115
6.1.3 施設サービス計画書（ケアプラン）と介護計画（生活プラン）.....	121
6.2 チームケア、多職種との連携の実践.....	125
6.2.1 チームケアの実践.....	125
6.2.2 多職種連携の事例.....	126
6.3 重度化・認知症への対応、看取り介護.....	128
6.3.1 重度化への対応.....	128
6.3.2 認知症への対応.....	131
6.3.3 看取り介護.....	133
7. ユニットおよび施設のマネジメント.....	141
7.1 ユニットと施設のマネジメントの考え方.....	142
7.1.1 ユニットのマネジメントと施設のマネジメント.....	142
7.1.2 マネジメントの範囲.....	142
7.2 人的資源に対するマネジメント.....	144
7.2.1 業務管理.....	145
7.2.2 職員教育.....	146
7.2.3 ユニットメンバーからの相談.....	149
7.3 物的資源と財的資源のマネジメント.....	155
7.3.1 物的資源のマネジメント.....	155
7.3.2 財的資源のマネジメント.....	161
7.4 情報の活用に関するマネジメント.....	165
7.4.1 情報の種類.....	165
7.4.2 情報の伝達と共有.....	166
7.5 リスクマネジメント.....	169
7.5.1 リスクとリスクマネジメント.....	169

7.5.2 事故の防止.....	170
7.5.3 事故発生後の対応.....	173
7.5.4 非常災害時対策（火災・風水害・地震等）	177
7.5.5 感染症対策.....	178

1. ユニットケアを取り巻く社会的背景と展望

第1章では、ユニットケアを取り巻く社会的背景について確認し、これからの高齢者介護施設や介護人材に求められる役割について学びます。

1.1 ユニットケアを取り巻く社会状況と地域社会の変化

- 要介護高齢者の増加による介護ニーズの高まりや、一人暮らし高齢者の増加、老老介護、仕事と介護の両立の問題など、ユニットケアを取り巻く社会状況の変化について学びます。

1.2 社会保障制度と政策

- 2000年に介護保険制度が導入され、それまでの貧民救済政策として位置付けられていた福祉が利用者の「権利」に変わったこと、また2003年にユニットケアが制度化された経緯について学びます。
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築の推進が図られていることを学びます。

1.3 高齢者介護施設に求められる役割

- 高齢者介護施設は、要介護高齢者の尊厳ある生活を支える役割を担っています。
- 入居者の要介護度が今後ますます高まる中、高齢者介護施設では、医療ニーズ、認知症、看取り、重度化等への対応について学びます。
- 地域包括ケアシステムの中で、高齢者介護施設が果たす役割について学びます。

1.4 介護人材の担う役割

- 介護ニーズの増大に伴い、より多くの介護人材が必要とされているだけでなく、介護の重度化や認知症高齢者の増加など、より専門性を必要とするケアの提供が求められています。
- 多様化する介護ニーズに対応するためには、知識や技術のスキルアップを図り、介護の質を高めていく必要があることを学びます。

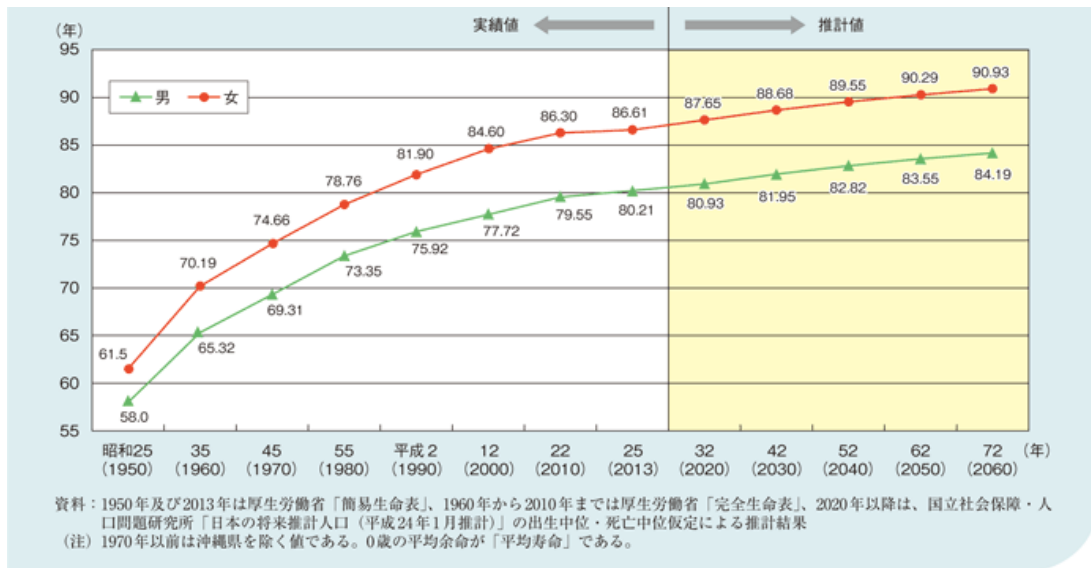
1.1 ユニットケアを取り巻く社会状況と地域社会の変化

1.1.1 高齢化の進展と介護ニーズの増大

(1) 高齢化の進展¹

戦後わが国の死亡率²は、生活環境や食生活・栄養の改善、医療技術の進歩などにより、乳幼児や青年の死亡率が大幅に低下したため、1947（昭和22）年の14.6%から約15年で半減しました。その後もなだらかに低下を続け、1979（昭和54）年には6.0%と最低を記録しました。65歳以上の高齢者の死亡率も戦後以降低下傾向が続いており、1950（昭和25）年の71.5%から、1980（昭和55）年には47.4%、2013（平成25）年には34.9%となっています。

死亡率が低下する一方で、わが国の平均寿命は大幅に伸びており、1950（昭和25）年には男性が58.0年、女性が61.5年であったものが、2013（平成25）年には男性が80.21年、女性は86.61年となっています。また、65歳時の平均余命は、1955（昭和30）年には男性が11.82年、女性が14.13年であったものが、2015（平成25）年には男性が19.08年、女性が27.72年となっており、男性、女性ともに高齢期が長くなっていることがわかります。



出典：内閣府「平成27年版高齢社会白書」

図1-1 平均寿命の推移と将来推計

¹ 参考資料 内閣府「平成27年版高齢社会白書」

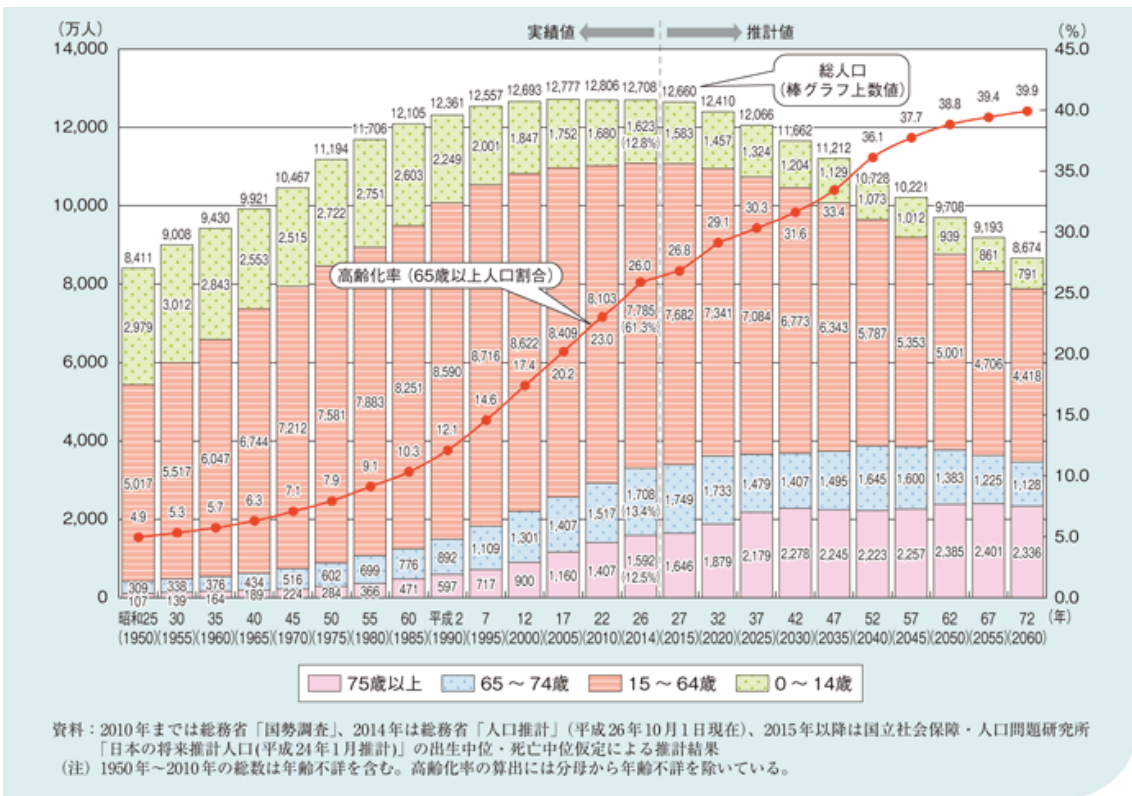
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/s1_1_3.html

² 死亡率：(年間死亡数) ÷ (10月1日現在の日本の人口) × 1,000

死亡率の低下と平均寿命の延伸により高齢者人口は増加を続ける一方、少子化の進行により若年人口が減少しています。すでにわが国の総人口は長期の人口減少過程に入っており、2011（平成23）年から2016（平成26）年まで4年連続で減少しています。

総人口が減少する中で高齢者人口が増加することにより、高齢化率は上昇を続けています。1950（昭和25）年には、65歳以上の高齢者の人口は416万人、高齢化率は4.9%でした。その後、高齢化は進行し、1970（昭和45）年には65歳以上の高齢者人口は739万人、高齢化率は7.1%となり、介護保険制度が創設された2000（平成12）年にはそれぞれ2200万人、17.3%となりました。

高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」と呼びます。「高齢化社会」から「高齢社会」を迎えるまでの期間を他の国と比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、ドイツが40年、イギリスが47年であるのに対し、わが国は1970（昭和45）年に7%を超えると、そのわずか24年後の1994（平成6）年に14%に達しました。日本がいかに短い時間で高齢社会を迎えたのかがわかります。



出典：内閣府「平成27年版高齢社会白書」

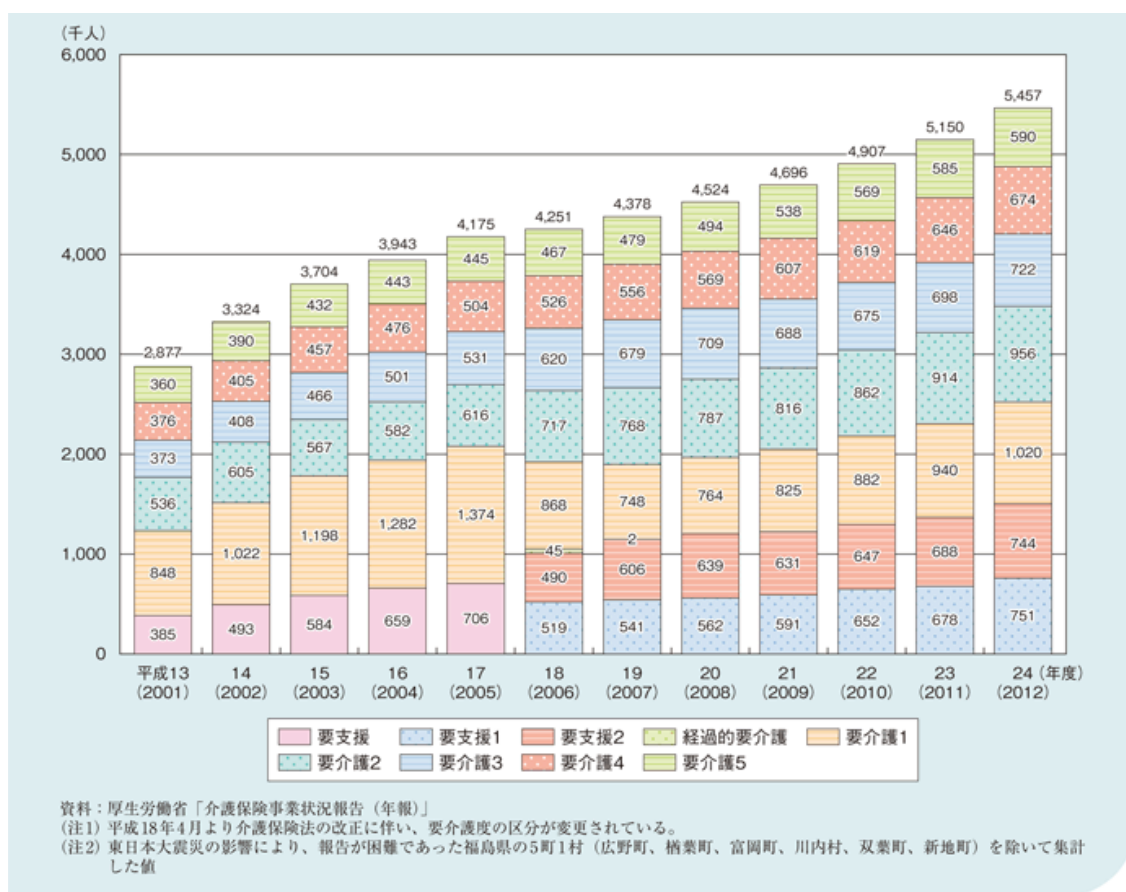
図1-2 高齢化の推移と将来推計

(2) 今後の高齢化の状況と介護ニーズ

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」によれば、今後も高齢化率は上昇を続け、2015（平成27）年には26.8%、2035（平成47）年には33.4%に達し、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という非常に高齢化の進んだ社会が到来すると予想されています。また高齢者人口のうち、特に75歳以上の後期高齢者人口は増加を続け、2017（平成29）年には前期高齢者人口を上回ると見込まれています。増加する高齢者数の中で、後期高齢者の占める割合はいつそう大きくなるとみられます。

また、介護保険制度が開始された2000（平成12）年以降、65歳以上の要介護認定者数は増加を続けており、今後もこの傾向が続くと予測されます。

さらに、これからは第1次ベビーブームの世代、いわゆる「団塊の世代」が高齢期を迎え、高齢者の生活様式や考え方、価値観はいつそう多様化すると予想されています。



出典：内閣府「平成27年版高齢社会白書」

図1-3 第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移

(3) 地域別にみた高齢化の状況

高齢化の状況やスピードは各地域によって異なります。首都圏を中心とする大都市では、高齢者人口そのものが増加していますが、地方都市では高齢者人口は減少していくと予測されています。築30年以上が経過した大規模団地を多数抱える市町村では、今後急速に高齢者の数が増えていきます。一方、地方の町や村では高齢化率は高いものの、高齢者数はなだらかに減少していく地域もあります。また、これからは全国一律ではなく、各地域の特性に応じた対応が必要となっていきます。市区町村が策定する介護保険事業計画等の情報を収集し、自分たちが住んでいる地域の特性を把握していくことが重要です。

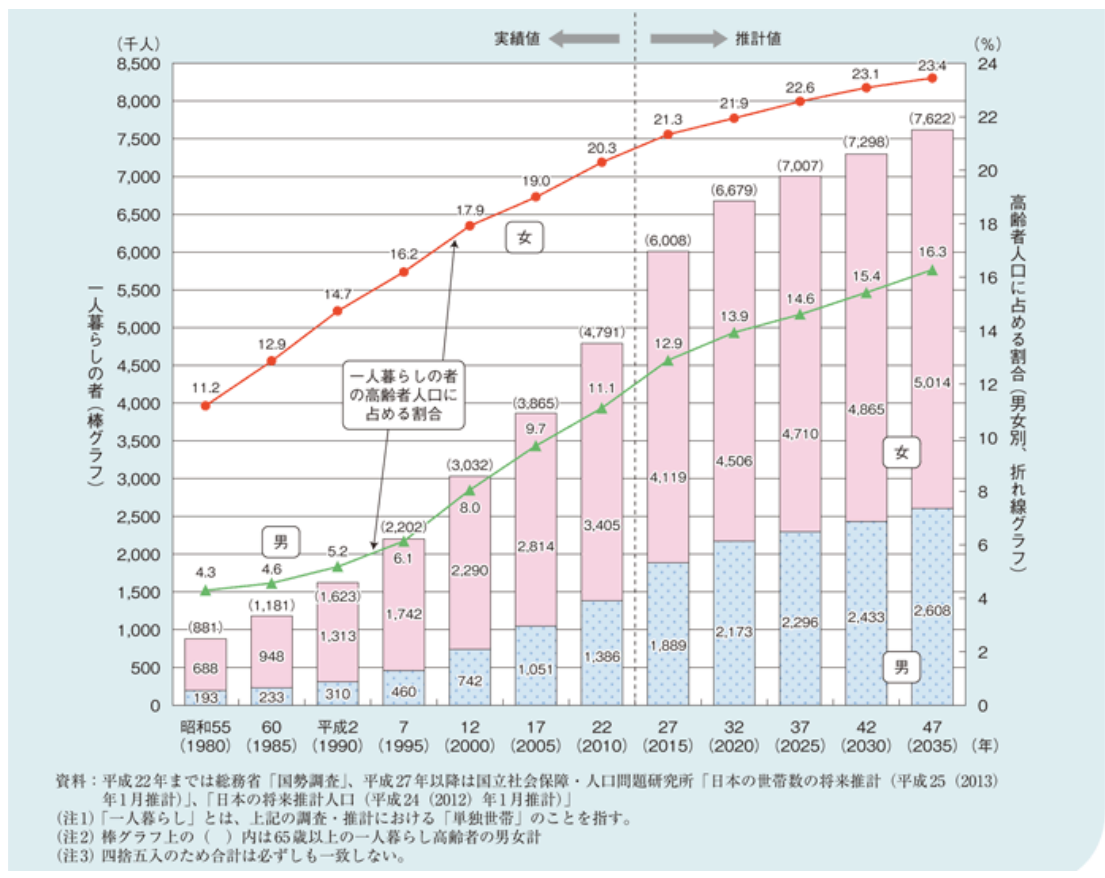
1.1.2 要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化

2013（平成25）年現在、65歳以上の高齢者がいる世帯数は2,242万世帯と全世帯の44.7%となっています。そのうち、「単独（一人暮らし）」「夫婦のみ」世帯が過半数を占めています。今後も一人暮らし高齢者数は増加し続け、2035（平成47）年には高齢者に占める一人暮らし高齢者の割合が女性で23.4%、男性で16.3%に達すると予想されています。

以前の高齢者介護は、家族に大きく依存していました。しかし、核家族化や少子化が進み、またこれまで家庭の中で介護を担っていた女性の社会進出が進んだことによって、これまでのように家族だけで要介護高齢者を支えることは難しくなっています。

子が介護を担う場合でも、介護者はまさに働き盛り世代で、企業の中核を担う労働者であることが多く、仕事と介護の両立が困難になることが問題となっています。さらに、晩婚化・晩産化の影響により、子育てと親の介護のタイミングが重なる「ダブルケア」の問題も顕在化しています。また、高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯の増加により、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」という現象が問題となっています。

こうしたことから、今後高齢者に対する介護サービスの需要はますます高まっていくものと考えられます。



出典：内閣府「平成27年版高齢社会白書」

図1-4 一人暮らし高齢者の動向

1.2 社会保障制度と政策

1.2.1 介護保険制度の趣旨と概要

(1) 高齢者保健福祉政策の変遷

わが国では1963年に「老人福祉法」が制定されました。この法律により、それまで生活保護法によって規定されていた養老施設は、措置制度による老人福祉法上の養護老人ホームとして設立されることになりました。また、在宅介護が困難な高齢者向けの特別養護老人ホームと、低額で利用可能な軽費老人ホームも創設されました。

1970年には、日本の65歳以上の人口が7%を超え、高齢化社会に突入しました。一方、1973年に導入された老人医療費の無料化を契機に、老人医療費は増大していきました。

1980年代に入ると、高齢化の進展に伴い要介護高齢者が増加する一方、核家族化や介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化していきました。その結果、社会的入院や寝たきり老人が社会問題化しました。こうした背景から、厚生省は1989年に「高齢者保健福祉推進十か年計画」（ゴールドプラン）を策定し、特別養護老人ホームなどの施設の緊急整備や、ホームヘルパー養成などの在宅福祉の推進を図りました。

1994年には「新・高齢者保健福祉推進十か年計画」（新ゴールドプラン）が策定され、さらなる在宅介護の充実を図るべく、ホームヘルパーの確保や訪問看護ステーションの設置が進められました。その後、2000年以降の高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るために「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21」が策定され、この計画を実現するために介護保険制度の整備が進められました。

表1-1 高齢者保健福祉政策の流れ

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1963年 老人福祉法制定 ◆特別養護老人ホーム創設 ◆老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973年 老人医療費無料化
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982年 老人保健法の制定 ◆老人医療費の一定額負担の導入など 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◆施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進	12.0% (1990)	1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◆在宅介護の充実
介護保険制度の導入準備	14.5% (1995)	1996年 連立与党3党政策合意 ◆介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1997年 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000年 介護保険法施行

出典：厚生労働省「介護保険とは」より¹

(2) 介護保険制度の導入

ゴールドプラン21では、基本的な目標として「活力ある高齢者像の構築」「高齢者の尊厳の確保と自立支援」「支え合う地域社会の形成」「利用者から信頼される介護サービスの確立」を掲げました。これらの目標を受け、2000年に新たな高齢者保健福祉制度である介護保険制度が導入されました。

介護保険は高齢者の介護を社会全体で支える仕組みで、「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」という3つの特徴を有しています。介護保険制度が導入されたことで利用者が自らサービスの種類や事業者を選べるほか、介護サービスの利用計画（ケアプラン）を通して医療・福祉のサービスを総合的に利用できるようになりました。また、所得にかかわらず1割の利用者負担で利用できるため²、低所得者だけでなく中高所得者にとっても介護サ

¹ <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000080254.pdf>

² 平成27年8月からは、一定以上の所得者では2割負担になりました。

ービスが利用しやすくなりました。

このように、介護保険制度によりそれまでの貧民救済政策として位置づけられてきた福祉が、利用者の「権利」に変わっていきました。

(3) ユニットケアの制度化

1972年に、当時の厚生省の諮問機関である中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会から「老人ホームのあり方」に関する中間意見が提出されました。その中で初めて「生活の場」という言葉が使われるようになりました。老人ホームを「収容の場」から「生活の場」へと高め、福祉ケアとしての老人の心身機能に応じた内容と、個人のプライバシーを重んずる一般の住居水準に劣らない内容を有するようにすべきとの意見を受け、厚生省は老人ホームの居室基準を見直し、特別養護老人ホームをそれまでの1室8人定員から4人定員に変更しました。

その後1980年代にかけて、老人ホームにおける処遇は「生活の場」へと転換されていきました。1986年には老人福祉法が改正され、これまで使用してきた「収容」という言葉を「入所」という表現に改め、高齢者の人権擁護が明確化されました。

1990年代になると、北欧で先進的に取り組まれていたグループホームケアのモデル事業やグループホームの考え方を、特別養護老人ホームなどにも取り入れようとする現場での試みが始まりました。並行して、身体拘束の廃止や虐待防止など基本的人権を守る意識が高まり、要介護状態になっても一人の人間として尊厳が保持されるケアが求められるようになりました。

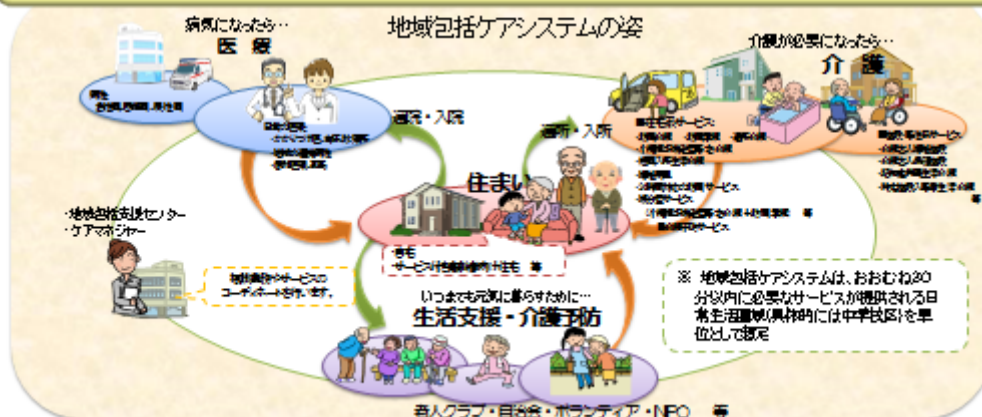
こうした流れを受け、2001年に厚生労働省は4人部屋を主体とした従来型特養を改善し、個室ユニット型のケアを行う「新型特養」の整備推進を決定しました。2002年にはユニット型施設に対する建設補助制度が開始され、2003年にはユニット型施設の運営基準に関する省令・通知が公布されました。また介護老人保健施設においてもユニットケア加算が算定されるなど、特別養護老人ホーム以外にも個室化、ユニットケアの流れが広まっていきました。

1.2.2 地域包括ケアシステムの構築

高齢化が加速する中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降、国民の医療や介護の需要がさらに増加すると見込まれています。

このため、厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。

- ### 地域包括ケアシステムの構築について
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
 - 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築について」¹

図1-5 地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアシステムでは、疾病を抱えながらも、なお自宅などの住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要であると提唱しています。

平成26年度の制度改正では、持続可能な社会保障制度の確立を図るために、効率的かつ質の高い医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築を通じた、地域における医療および介護の総合的な確保の推進が掲げられました。

1.2.3 その他の主要な政策

(1) 高齢者虐待防止に関する政策

高齢者虐待は、介護者の介護疲れなどのストレスや高齢者の認知症による言動の混乱、身体的自立度の低さ、家庭内の精神的・経済的なバランスの崩壊、当事者周辺の社会環境など、複合的な要因によって引き起こされます。高齢者虐待は、虐待をしている人に自覚があるとは限りません。ささいなことと思っけていても、積み重なることによって高齢者に

¹ http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038019_2.pdf

大きな影響を与えることがあります。

このような状況を受け、平成17年には「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」¹が制定されました。この法律では第21条で下記のとおり定めています。虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合、養介護施設従業者などは速やかに市町村に通報しなければなりません。

平成27年には、養介護施設従事者などによる深刻な高齢者虐待の事案が複数報道されています。高齢者虐待は家庭のみならず、介護施設においても発生する重大な問題です。そのため平成27年2月6日の老発0206第2号において、高齢者虐待防止の取り組み推進および市町村に対する周知徹底が依頼されています。また、高齢者介護施設においては、認知症介護研究・研修センターの「介護現場のための高齢者虐待防止教育システム【企画・運営者向け教育プログラム】」を活用した自主研修の実施が推奨されています²。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業（当該養介護施設の設置者若しくは当該養介護事業を行う者が設置する養介護施設又はこれらの者が行う養介護事業を含む。）において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。

5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。

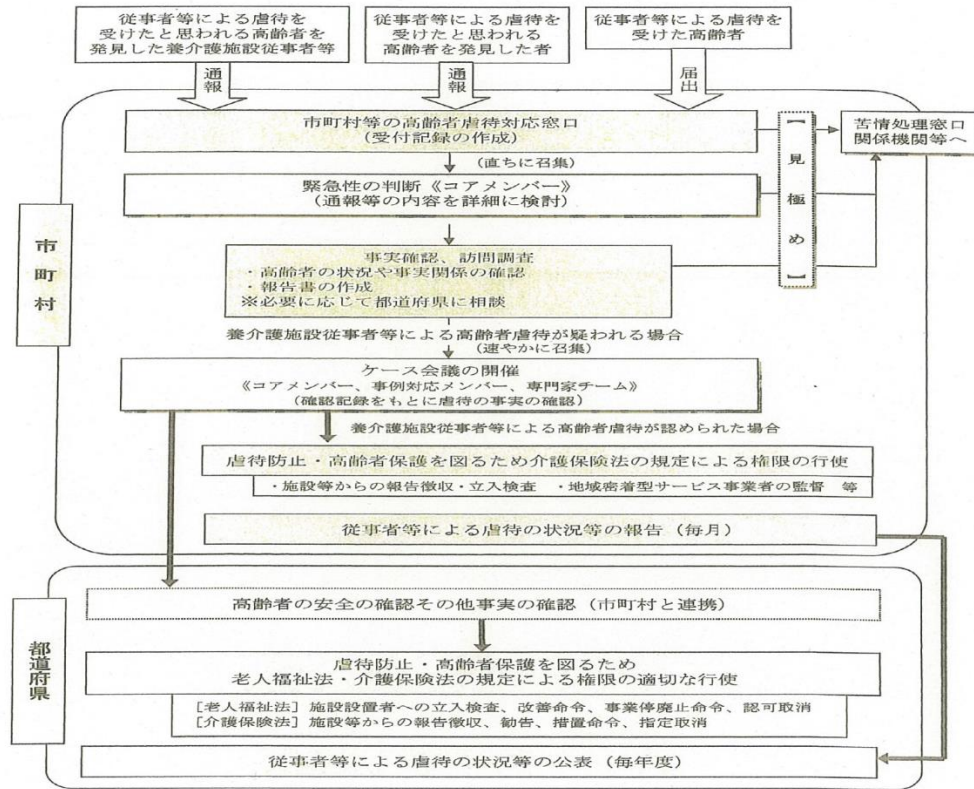
6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項から第三項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。

7 養介護施設従事者等は、第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由と

¹ http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxselect.cgi?IDX_OPT=5&H_NAME=&H_NAME_YOMI=%82%A0&H_NO_GENGO=H&H_NO_YEAR=&H_NO_TYPE=2&H_NO_NO=&H_FILE_NAME=H17HO124&H_RYAKU=1&H_CTG=1&H_YOMI_GUN=1&H_CTG_GUN=1

² <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000104374.pdf>

して、解雇その他不利益な取扱いを受けない。



出典：厚生労働省老健局長「養介護施設従事者等による高齢者虐待の再発防止及び有料老人ホームに対する指導の徹底等について（通知）」別紙3

図1-6 養介護施設などによる高齢者虐待への対応

(2) 認知症対策

高齢化の進展に伴い、今後認知症の高齢者がさらに増加していくことが見込まれています。2012（平成24）年には462万人であった認知症高齢者が、2025（平成37）年には高齢者の4人に1人となる約700万人にまで増加するとの推計結果が示されています¹。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省はそれまでの認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）に代わる新戦略として、2015（平成26年）に関係府省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定しました。新オレンジプランでは、基本的考え方として「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことが掲げられています。

新オレンジプランでは7つの柱に沿ったさまざまな施策が打ち出されています。例えば、

¹ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業 九州大学 二宮教授）

認知症への理解を深めるための普及・啓発推進を図るため「認知症サポーター」のさらなる養成と活動支援や、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供のための体制整備などが進められています。高齢者介護施設には、認知症の人々が生活していくことができる地域をつくっていくための活動の中核を担っていくことが求められています。

表1-2 新オレンジプランの7つの柱

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供③若年性認知症施策の強化④認知症の人の介護者への支援⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデルなどの研究開発及びその成果の普及の推進⑦認知症の人やその家族の視点の重視 |
|--|

1.3 高齢者介護施設に求められる役割

1.3.1 施設の重度化と高齢者介護施設に求められる役割

平成27年度の介護保険制度改正に伴い、指定介護老人福祉施設の新規入居者の要件が原則要介護3以上になりました。これまで以上に中重度者を支える機能の強化が必要とされています。今後の高齢者介護施設では、医療ニーズ、認知症、看取り、重度化へのさらなる対応が求められてきます。

(1) 医療ニーズ

疾病構造の変化や医療の発展に伴い、以前とは異なった慢性的な病気を抱えて日常生活を送るという時代になってきました。これまでは治療困難だった病気が新しい治療法によって治療されるようになり、病気を抱えつつ生活していくのが当たり前になりました。かつては脳梗塞や脳出血で死亡する事例も少なくありませんでしたが、条件（重症度や発症部位、治療開始までの時間など）によっては発症前の状態に回復することも可能です。

施設に入居している要介護者においても、胃瘻を造設している人、脳血管障害などで片マヒがある人、パーキンソン病、リウマチ、認知症のある人など、さまざまな慢性疾患や健康上の問題を抱えた入居者が多くなっています。こういった入居者を支えていくためには、配置医師や看護職員などの、多職種と協働しながら対応していかなければなりません。

また、加齢とともに老年症候群の一つである嚥下機能が低下し、それに伴って発症する誤嚥肺炎は、施設が抱える大きなリスクとなっています。自力で喀痰を出すことが困難な状態の人もおり、より高度な介護が求められる場面も出てきます。なぜ喀痰が粘っこいのか、湿度との関係はどうか、水分はしっかり摂れているか、入居者の姿勢がくずれていないか、正しいケアが行えているかといったアセスメントと改善策の検討、ケアの実施体制が施設には求められます。適切なアセスメントを行える仕組みを構築し、施設として対応していくことが重要です。

(2) 認知症

認知症とは、さまざまな原因により脳の病的変化が起こり、それにより認知機能が低下していくものです。認知機能の低下が原因で、日常生活全般に支障が出る状態が約6か月以上持続しているものを指します。

高齢者介護施設では「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクⅡ以上の入居者が9割近くを占めています（平成25年介護サービス施設・事業所調査）。ユニットケアでは、家庭的な環境の中で、少人数の入居者をユニット職員がなじみの関係を築きながら支援する体制になっています。そのため細やかな観察やコミュニケーションが可能となり、認知症高齢者にも生活しやすい環境を整えることができます。施設管理者は、高齢者が安心して生活

できる環境の整備と、認知症を職員が正しく理解できる場を提供していく必要があります。そして、介護職員は、認知症を抱えた高齢者が穏やかな毎日を過ごせるように、認知症に関する正しい知識を修得して適切なケアを提供する必要があります。

(3) 看取り

高齢者介護施設でのケアで大切なことは、入居者が施設入居後もこれまでの生活と変わらず、不当な制限なく、ひとりの人間として尊重され、その人らしく生きられるよう支援することです。それが最期の時まで継続されなければなりません。つまり看取り介護は、決して特別なことではなく、日常生活の延長線上にあるということなのです。

看取りにかかる介護報酬上の評価については、平成18年度より介護老人福祉施設において看取り介護加算が創設されました。平成21年度には、介護老人保健施設にターミナルケア加算が創設されています。施設の看取り介護に関する仕組みが整えられつつある中、高齢者介護施設での看取りも増加傾向にあります。平成27年度の介護報酬改定では、看取り介護加算の充実が行われました。

高齢者介護施設が看取りの場として位置づけられていくよう、入居者および家族の意向を尊重しながら看取りに関する理解の促進を図っていく必要があります。また、医療や看護との連携など、看取り介護の質を向上させるための体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することが要件です。

そのためにも入居後早期から段階を踏んで、入居者やその家族が人生の意味や価値を見出し、人生の最終段階を豊かに暮らせるよう介護職員が適切に働きかけることが重要です。入居者一人ひとりの尊厳ある最期と向き合うことが求められます。

(4) 重度化

今後、高齢者介護施設では中重度者を支えることが予想されます。介護職員に期待されているのは、身体介護の適切な技術だけではありません。重度化に伴い、入居者からの要望、欲求がくみとりにくくなっていきます。重度要介護者にも人としての尊厳をもって接し、その人らしく暮らしていけるよう支援する技術が求められます。

1.3.2 地域包括ケアシステムにおける施設の位置づけと地域との連携・交流の重要性

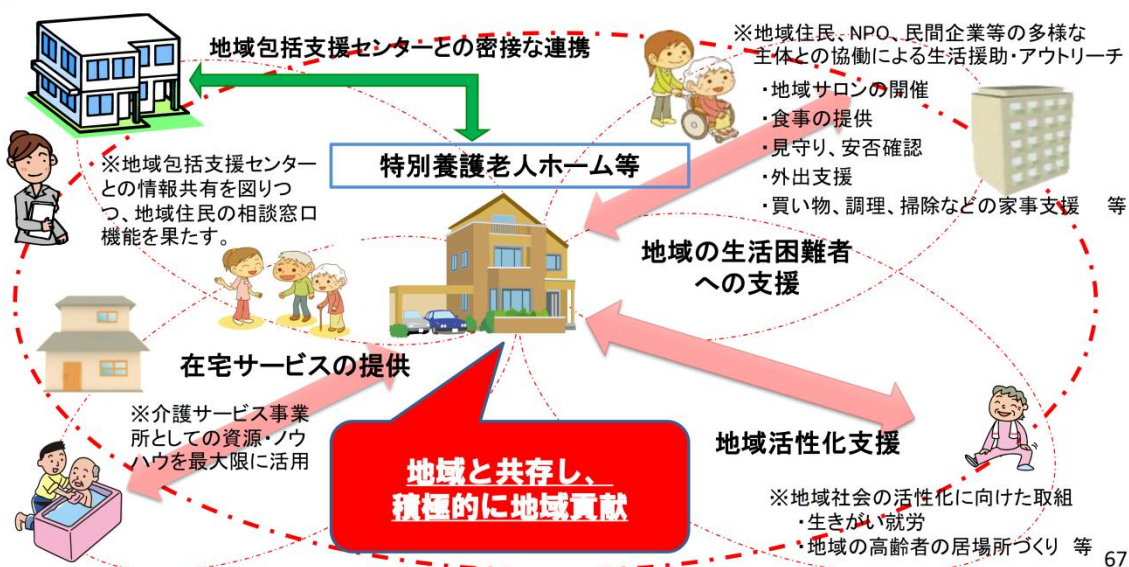
(1) 地域包括ケアシステムにおける施設の役割

高齢者介護施設では、生活相談員、介護職員、看護職員など、さまざまな専門職による多職種協働が実践されています。地域包括ケアシステムの構築に向けて医療・介護の連携や多職種協働が求められる中、高齢者介護施設で取り組んでいるケアを地域展開することにより、地域で暮らし続けたいという住民のニーズに応えていくことが求められています。

平成27年度の制度改正では、介護老人福祉施設や介護老人保健施設の職員の専従要件の緩和が明確化され、施設の介護職員が地域の中で積極的に活動できるようになりました。

特別養護老人ホームに求められる役割（地域福祉の拠点として）

○ 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特別養護老人ホームについては、様々な主体が参入する介護サービス市場にあって、重度の要介護者や低所得高齢者の「終の棲家」としての役割を一層果たしていく必要があるが、それに加えて、特別養護老人ホームは、その有する資源やノウハウを最大限に活用し、「地域の拠点」として、在宅サービスの提供、地域の生活困難者への支援、更には地域活性化にも取り組み、地域包括ケアが実現される「まちづくり」に貢献していくことを目指すべき。



出典：第104回社会保障審議会介護給付費分科会資料（平成26年7月23日）

図1-7 介護老人福祉施設に求められる役割

(2) 地域との連携・交流の重要性

今後は地域包括ケアシステムの構築が進み、在宅や施設で暮らす要介護者が増加するでしょう。高齢者介護施設には、地域に開かれた体制を整えていくことが求められています。在宅で暮らす要介護者の生活を支え、重度化が進めば施設への円滑な入居を支援したり、入居後も地域で暮らしていることを実感しながら施設で暮らせるような施設整備が求められているのです。その機能を地域の中で果たすためには、スタッフが地域の中に出て活動するなど、地域との関係づくりを積極的に行っていく必要があります。

その方法にはさまざまなものがありますが、その一つとして、地域密着型介護老人福祉施設やサテライト型施設を設置し、周辺地域を含めた支援を行う方法があります。これは平成18年度に地域密着型サービスの一つとして制度化されたものですが、介護老人福祉施設が地域に展開していく上で、有効な手段であると思われます。地域密着型の施設には、運営推進会議の設置が義務づけられています。この会議のメンバーは、当事者や家族・地

元自治会関係者や民生委員・ボランティア・地域包括支援センター・行政担当者などで構成されます。運営推進会議は、地域のさまざまなニーズを知る貴重な場です。施設サービス内容を施設側から一方的に報告するだけでなく、メンバーから施設への要望や希望を伺ったり、地域での介護や福祉の課題などに触れられることも多くあります。

地域包括ケアシステムを推進していく上で、地域のニーズを知ることはとても重要なことです。ニーズに基づいて地域の介護や福祉サービスなどの充実を図ることは、介護保険事業計画を作成する自治体の役割としても重要です。

表1-3 地域のつながり、地域とのつながり活動例

<ul style="list-style-type: none">・ 地域での勉強会の開催・ 地域行事などの共同開催、支援・ 集会場（地域利用拠点）の提供・ ボランティア育成などの活動・ 孤立化防止拠点、コミュニティレストランなどの設置・ 地域交流、アクティビティ支援・ 生活相談窓口の設置・ 施設の厨房を活用した配食サービス・ 移送サービス・ 災害時の福祉避難所・ 総合事業（介護予防）との関係 <p style="text-align: right;">など</p>
--

1.4 介護人材の担う役割

1.4.1 専門性を有する介護人材の役割の重要性

(1) 介護人材が担う役割の重要性

1.1で述べたように、高齢者数・高齢化率の伸びや家族状況の変化、平均寿命の延伸から支援や介護を必要とする高齢者が増加しています。介護が必要になったとき、生活を保障するのが介護人材であり、日常生活を支援する担い手として重要な役割を担います。

今後ますます需要が高まっていく介護人材を確保、育成していくために、国や職能団体では様々な取り組みを行っています。これらの取り組みを踏まえながら、各施設においても、ユニットリーダーをはじめとする介護人材を育成するための仕組みや体制を整備していくことが重要です。

(2) 介護の質の向上と人材確保、介護人材育成の取り組み

これから高齢期を迎える団塊の世代は多様な生活様式や考え方・価値観をもっていることから、介護に対するニーズも変容していくことが予想されます。また、要介護者の重度化や認知症高齢者の増加からも、介護の質の向上や生活支援の専門的知識・技術、医療的ケア、認知症ケアや人生の最終段階におけるケアなど、幅の広い対応が求められます。今後はより多くの介護人材が必要となりますが、同時に介護の質を高めていく必要があります。

団塊の世代が介護を必要とする2025年に向け、介護人材の量と質の確保に対する今後の方向性として、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会は「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」において、4つの基本的な考え方と具体的な施策を示しています。

(1) 持続的な人材確保サイクルの確立

人材の量的確保と質的確保を両輪として、介護人材の「量」と「質」の好循環を進めるという視点に立ち、その上で、「参入促進」「労働環境・処遇の改善」「資質の向上」という3つのアプローチによる総合的な政策対応を図る。

(2) 介護人材の構造転換（「まんじゅう型」から「富士山型」へ）

若年者人口の減少、介護ニーズの高度化・多様化など、現在の介護人材にかかる課題を踏まえ、次の5つの「目指すべき姿」を見据え、介護人材について、現行の「まんじゅう型」から「富士山型」への構造転換を図ることが必要である。その際、対象とする人材のセグメント（層）に応じた、きめ細やかな方策を講じる必要がある。

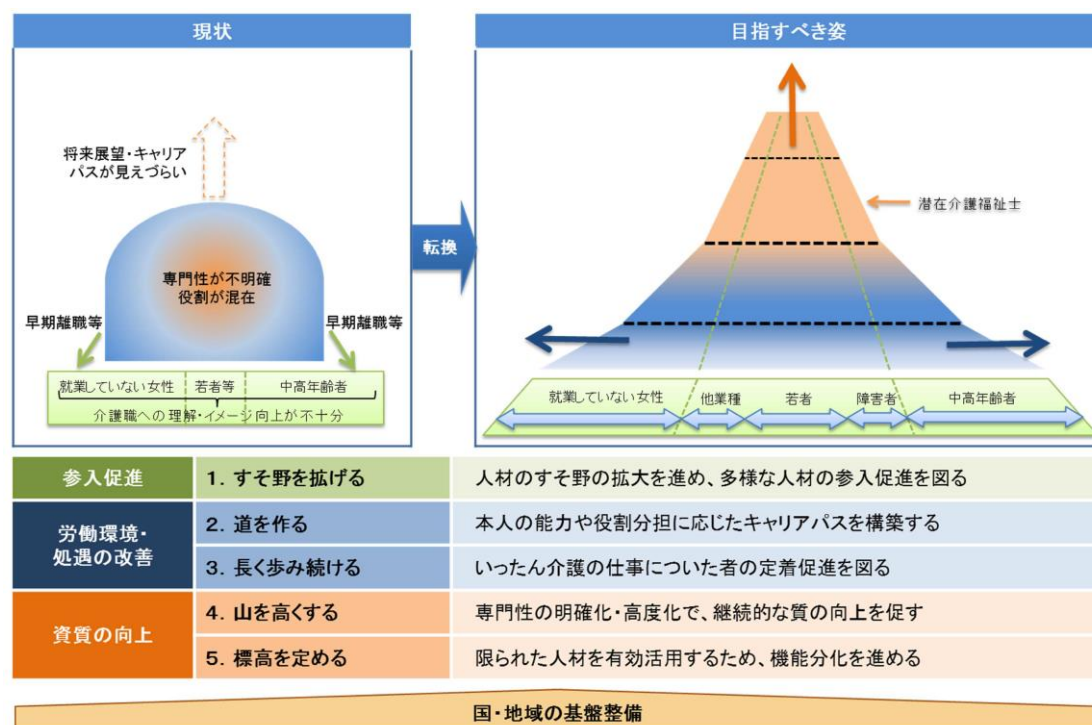
- ① 「すそ野を広げる」～人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る～
- ② 「道を作る」～本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する～
- ③ 「長く歩み続ける」～いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る～
- ④ 「山を高くする」～専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す～
- ⑤ 「標高を定める」～限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める～

(3) 地域の全ての関係主体が連携し、介護人材を育む体制の整備

政策対応に当たっては、介護事業者をはじめ、都道府県など地域の関係者の適切な役割分担のもとに、連携して取組を進めていく体制を構築することが重要である。

(4) 中長期的視点に立った計画の策定

2025（平成37）年を介護人材確保にかかる当面の目標年次とした上で、今後、戦略的に政策展開を図るために、定量的な目標を定め、時間軸に沿った対策を、計画的に講じていくことが必要である。



出典：第5回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会資料（平成27年2月25日）

図1-8 2025年に向けた介護人材の構造転換（イメージ）

1) 3つのアプローチ「参入促進」

介護の魅力やイメージアップを発信するとともに、将来の介護の担い手となり得る子どもや中高年層の介護職に対する理解の促進、潜在介護福祉士の復職を促す環境づくりなどが参入促進のための施策としてあげられています。

2) 3つのアプローチ「労働環境・処遇の改善」

早期離職防止などを目的に、エルダー制度やメンター制度の活用を含めた働きやすい職場環境の整備が提示されています。また働き続けるために育児休暇などの充実や、将来の展望が描きやすくなるキャリアパス制度・賃金体系・キャリア支援の仕組みの可視化や処遇改善策もあげられています。

キャリアパス

キャリアパスとは、どのような職務にどのような職位を経て就くか、そのために必要とされるスキルや専門性にどのようなものがあるかといった道筋のことをいいます。

事業所が提示したキャリアパスを知ることによって、仕事の内容がわかります。どの程度の習熟レベルに達すれば、どのように職位などが上がるのかもわかるため、モチベーションの向上や人材の定着につながります。

3) 3つのアプローチ「資質の向上」

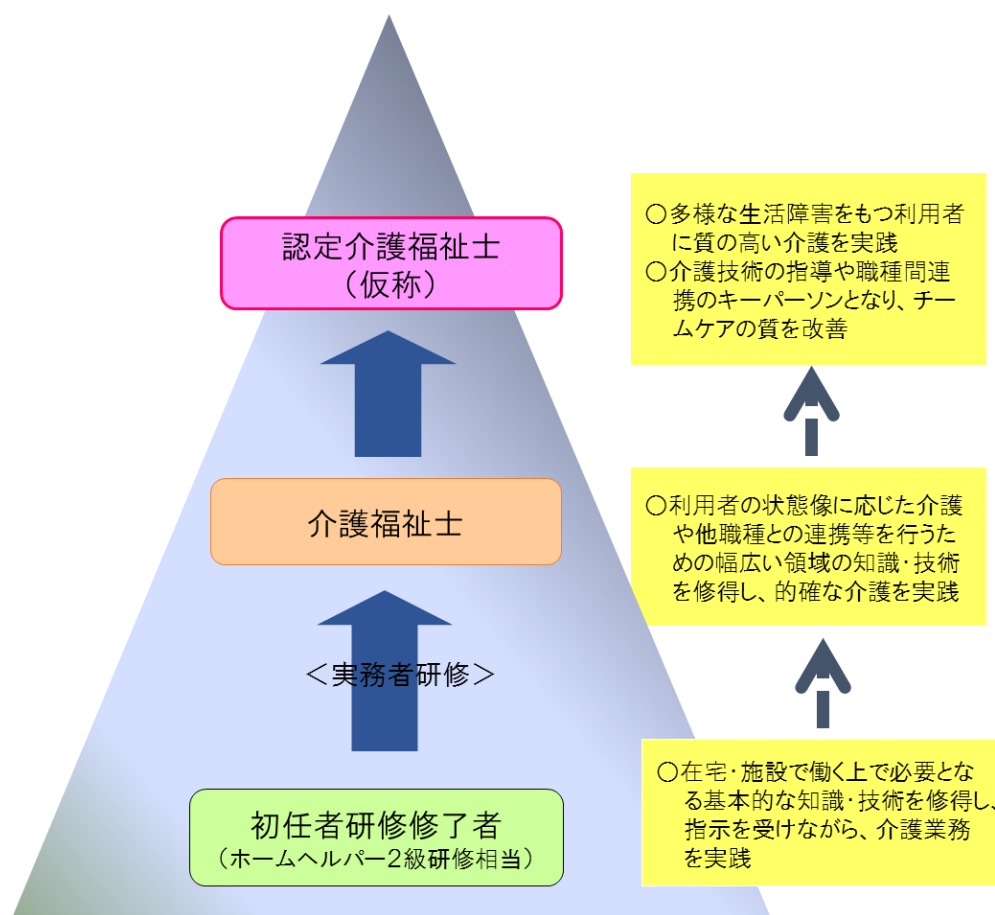
介護の質の向上、介護人材の確保、キャリアパスの確立に向けて、事業所・施設ごとに行われてきた職業能力評価に共通のものさしを導入して人材育成を目指す制度として、介護プロフェッショナルキャリア段位制度があります。介護の職業能力「わかる（知識）」「できる（実践的スキル）」について評価、認定するもので、7段階でレベル認定を行うものです。

また、職能団体が中心となり関係団体との連携のもとでつくられた一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構が行う認定介護福祉士の認証の仕組みがあります。利用者ニーズの多様化や高度化に対応する質の高い介護実践、介護職の指導・教育、医療職等との連携強化など、幅広い役割を担う介護福祉士が求められてきています。これからは、利用者の増加に伴い、介護職としての能力や知識に幅のあるメンバーをチームリーダーとして取りまとめ、サービスの質の向上のために人材育成に取り組むことが重要になってきます。さらに、地域包括ケアの推進には、利用者に寄り添う専門職として、より広い視野をもった介護福祉士が必要になってきます。介護福祉士は、資質向上の責務が課せられていることから、今後はさらに介護福祉士のキャリアパスが重要になっていきます。認定介護福祉士は、継続的な教育機会を提供し、資質を高め、社会的な要請に応えていくことを目的につくられた、介護福祉士のキャリアアップのための仕組みです。

一般社団法人日本在宅介護協会における在宅の人材育成では、4つのキャリアを設定し、4つのレベルに分けて示すなどの人材育成のためのモデルを設定しています。介護人材のレベルに応じた各種スキルアップ研修等が、各地域で行われています。

その他、限られた人材の有効活用のため、能力や役割に応じた人材の組合せや研修体制を構築する介護福祉士養成のカリキュラム改訂が行われるほか、ますますニーズが高まる認知症ケアやマネジメント力をつけるための研修など、さまざまな研修メニューが提供されています。

介護職員のキャリア形成を促すためには、上述の研修等の活用のほか、施設における日々の業務の中で、職員に成長の機会を与えていくことが必要です。そのためには、施設におけるキャリアパスを明確化し、介護職員が現場での経験を段階的に積んでステップアップしていけるような教育を行うことが重要です。



出典：平成23年1月「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」報告書

図1-9 今後の介護人材のキャリアパス（イメージ）

<参考文献>

- ・内閣府「平成27年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/s1_1_3.html
- ・厚生労働省「介護保険とは」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000080254.pdf>
- ・厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築について」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038019_2.pdf
- ・厚生労働省老健局長「養介護施設従事者等による高齢者虐待の再発防止及び有料老人ホームに対する指導の徹底等について（通知）」別紙3
- ・「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）
- ・第104回社会保障審議会介護給付費分科会資料（平成26年7月23日）
- ・第5回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会資料（平成27年2月25日）
- ・平成23年1月「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」報告書

2. ユニットケアのための組織と機能

第2章では、ユニットケア施設における組織体制や、その中でのユニットリーダーならびに管理者に求められる役割と知識・技能について学びます。

2.1 組織のマネジメント

- ユニットケアを深めていくためには、ユニットというチームを組織化していくことが重要です。ユニットリーダーにはユニットという組織をマネジメントしていくことが求められます。
- ユニットリーダーは、ケアのマネジメントとユニットのマネジメントを行う役割を担っていることを理解しましょう。
- 管理者は、ユニットリーダーの活動を支え、施設をマネジメントする役割を担っていることを理解しましょう。
- 継続的に改善を図りながらマネジメントしていくために、PDCAサイクルについて理解しましょう。

2.2 ユニットリーダーと管理者の役割

- ユニットリーダーは、チームによるサービス提供体制のもと、継続性をもって入居者一人ひとりに即した個別ケアを提供していく上で重要な役割を果たします。
- ケアのマネジメント、ユニットのマネジメントにおいてユニットリーダーが担うべき役割について理解しましょう。
- 管理者は、質の高いケアを提供できる施設を安定的に運営する役割を担います。
- ここではそのユニット型施設における管理者の関わり方のポイントを学びます。

2.3 リーダーシップの基礎とリーダーの機能

- リーダーシップとは影響力であり、組織を束ねる上で管理者が備えておくべき重要な要素です。ユニットという組織をマネジメントする上で、ユニットリーダーにもリーダーシップが求められます。
- リーダーシップ理論の変遷を学び、現代のリーダーに求められるあり方について理解しましょう。

2.4 キャリアとキャリア形成

- ユニットリーダーが介護専門職として自己研鑽していく姿勢は、ユニットメンバーの理解や信頼を得ることにつながり、それがまた自身の働く意欲の糧にもなります。
- 介護職員のキャリア形成について学びましょう。

2.1 組織のマネジメント

2.1.1 組織化と理念の共有

「組織」とは、（１）複数の個人および集団により構成されており、（２）継続を前提として、（３）分化した職能を通して合理的に調整および方向づけを行いながら、（４）ある目標や目的を達成しようとするものであり、「組織化」とは、目標の実現のために、資源（人的資源・物的資源・財的資源・情報）をどのように配置し、責任や権限をどのように配分するのか、目的達成のために有効で効果的な組織を編成することです。高齢者介護施設も、要介護高齢者の自立支援や尊厳の保持に基づいた介護サービスを提供するための組織です。

「組織化」に必要なのは、理念に基づく展望vision(目指したい未来とは何か)・使命mission (vision実現に向けて何を手がけるのか)・信条value (地域や利用者が得る価値は何か) の3つを明確にすることです。これにより高齢者介護施設の理念が組織を構成する職員や部門に共有され、生活支援の方向性や取り組みが確認でき、組織としての体制が確立されます。

組織の目的が明確化されることで、資源を最大限に活かしながら運営を行うことができます。このような一連のプロセスをマネジメントと呼びます。マネジメントをうまく進めていくためには、組織の目的を踏まえ、資源をどのように活かして成長させるのかの計画（Plan）を定め、日々の運営（Do）を進捗管理しながら（Check）推進し続ける（Action）サイクル（PDCAサイクル）を回していくことが求められます。

また、理念を共有するため、組織の体制を構築していく過程では、ユニット職員にも参画してもらうことが重要です。特に、対話を通して、仕事を通しての価値観・考え方をユニット職員に伝えていくことが求められます。施設管理者、中間管理職、ユニットリーダーには、ユニット職員に対して理念とケアの関連づけをミーティングなどで説明したり、OJTを活用しながら指導する役割が求められます。組織や仕事への情熱をもちながら仕事ができる環境を整えることで、ユニット職員が自ら進んで組織の目標や計画に取り組むようになります。全員で取り組んだ成果は達成感をもたらし、次の目標、改善へとつながります。

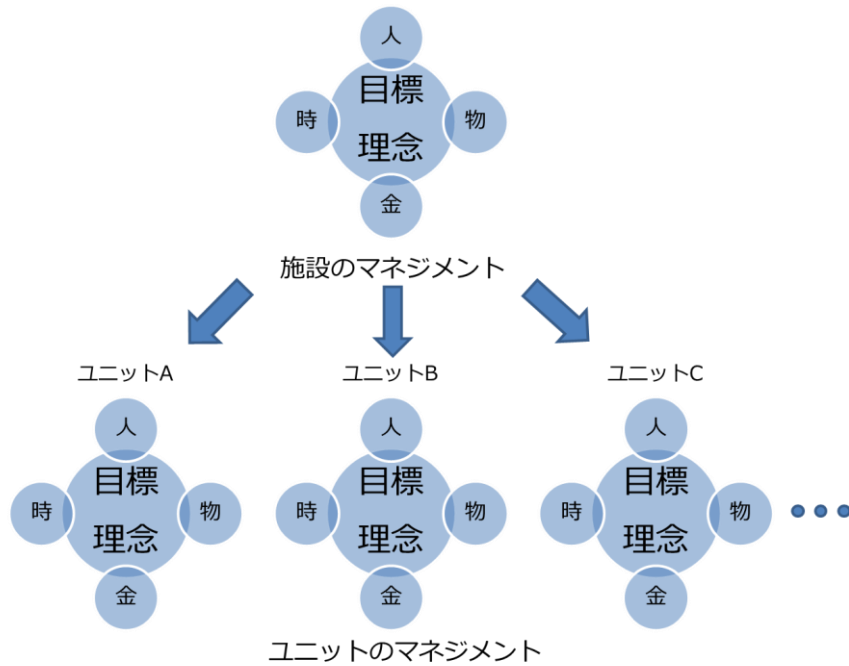


図2-1 施設におけるマネジメント

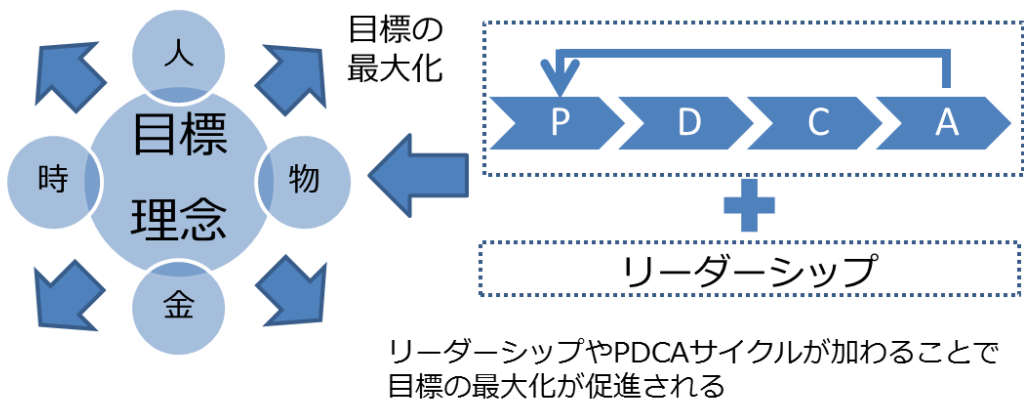


図2-2 マネジメントの概念図

2.1.2 組織図と施設マネジメント（組織階層と職務）

高齢者介護施設は、施設管理者をトップに、中間管理職（介護主任、看護部長等）、部門責任者（ユニットリーダー等）といった組織階層で構成され、部門は、各ユニットや、介護職員や看護職員等の職種ごとの部門で構成されています。¹

¹ ただし、ユニットケア施設においては、ユニットに比較的大きな権限が委譲されており、一般的な施設に比べると緩やかな階層構造となっている点が特徴です。

組織化を進めるためには、組織図をつくり、仕事の指示命令系統と責任の所在と範囲を確認、把握することが有効です。組織図により、組織全体を意識した関係部署と連携が図られ、多職種が共通の認識をもって支援できる体制づくりにも役立ちます。

ユニットケアでは、ユニット独立性が高く、ユニットが担う役割が大きくなっていきます。各ユニットではマニュアル的に定形的なケアを行うだけでなく、その場の状況に合わせた臨機応変な対応が求められていきます。

ユニットリーダーはユニットの責任者として、ユニットの運営の要となり、施設管理者、中間管理職との連携と、他部門との連携を担います。他部門との連携には、介護職員自身の業務や役割を正しく理解した上で、看護職員などの他職種の役割や業務内容についても理解し、必要な連携を図ることが求められます。

施設管理者は、施設運営の責任者として組織の理念を掲げ、その実現に向けて施設全体のマネジメントを担います。経営面での管理はもとより、施設のサービスの質管理、人材の育成と労務管理、入居者や家族への対応などの責任を負う立場です。ユニット型施設においては、特にユニットリーダーによるユニットのマネジメントを支援、促進することも重要な役割となります。

表2-1 各職種の役割

医師	入居者に対し、診断や治療、入居者の状態像の把握等の健康管理や療養上の指導を行います。
看護職員 (看護師・准看護師)	診療の補助と療養上の世話をを行い、医師と協力して入居者の健康管理を行います。常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。医学的知識や衛生管理について介護職員などへの指導・助言を行います。
管理栄養士・栄養士	入居者の栄養状態にあった栄養管理を行います。このうち、栄養ケアマネジメントや、それをもとに進める経口維持や経口移行など、多職種連携による「口から食べること」の支援については、管理栄養士が主として担います。
生活相談員 (支援相談員)	入居者や家族を対象として入居から生活に関わる相談援助を行います。主な仕事として入居者の入退所業務があります。介護老人保健施設では「支援相談員」として配置されています。
機能訓練指導員	入居者の心身の状況等に応じ、日常生活を営むのに必要な機能改善・減退防止の訓練を行います。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	施設サービス計画（ケアプラン）の作成を担当します。アセスメントの結果をもとに、施設サービスの目標およびその達成時期・施設サービスの内容・施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成します。

2.1.3 権限の委譲、報告によるフィードバック

施設運営に関する基本方針は、施設管理者の責任において、施設の職員や入居者やその家族、関係機関や地域に提示しています。しかし、全ての物事を施設管理者がそのつど意思決定しているのではなく、それぞれの部門やユニットにおける運営については、施設管理者がもつ権限を中間管理職、部門責任者やユニットリーダーに委譲しています。

ただし、最終的な責任は施設管理者にあり、それぞれの部門やユニットの運営内容、方法、入居者や職員の状況等を把握している必要があります。

権限を委譲する際には、誰にどのレベルの内容まで委譲するのか、あらかじめ明確にしておき、定期的に報告を受け、内容によっては指示を与える等のフィードバックが必要です。

①ケアのマネジメントの権限委譲

入居者の生活支援には、適時適切な判断が求められます。組織図の指示系統に沿って全ての最終判断をそのつど、施設管理者に仰ぐのではなく、事前に範囲を定めた上でユニットごとに判断して運営を行います。ユニット内で入居者の日常生活に関することを決められれば、急なニーズにも即座に対応できます。入居者の自己選択・自己決定を支援でき、自立に向けた対応が可能になります。こうした対応は入居者の生活意欲を高め、QOLを向上させます。

②ユニットのマネジメントの権限委譲

ユニットで判断してよい事項については、あらかじめ、各施設において施設長を中心に協議を行って取り決めておく必要があります。例としては入居者の外出支援、ユニット費の運用、ユニット職員の勤務表の作成や調整などが考えられます。ユニットで判断してよい範囲を定め、上司に報告が必要な事項や方法を定めるなど、一定のルールを事前に取り決めて運用する必要があります。

運用に際しては書類で明文化して、ユニット職員の共通の理解のもと実施しましょう。会議やミーティングを通じて、ユニットリーダーがユニット職員に説明します。

また、適切に執り行われたかをユニットリーダーが確認して、事前に取り決められた方法で施設管理者に報告します。報告をすることで入居者生活や職員の取り組みなどを管理者が把握でき、適切な施設運営へとつながります。

2.1.4 マネジメントの対象：人的資源・物的資源・財的資源・情報の活用

組織の理念を達成するために、人的資源・物的資源・財的資源・情報といった資源を適切にマネジメントしながら、運営を行います。施設管理者は施設運営のため、ユニットリーダーはユニット運営のために、施設やユニットの外部にある資源も有効に活用しながらマネジメントを行います。

(1) 人的資源の活用

介護は対人サービスであり、サービスの提供源はヒト（人的資源）です。組織の人的資源のマネジメントは、職員の募集・採用・評価・選考、配置・異動・昇進・教育・訓練・業績と評価・キャリア発達、退職・解雇などの人的資源の流れ（人材フロー）、人的資源の運用が中心です。

労働集約型の介護現場にとっては、人材の質を高めることは何よりも重要なテーマです。ユニット職員一人ひとりの意欲と技能が高まるように、ユニット職員と向き合って各自のレベルや状態を常時把握し、状況に合わせた対応が求められます。利用者に対する対応能力に限らず、家族や地域との関わりやコミュニケーション、職員間でのチームワークや信頼関係の高め方など、多岐にわたるテーマの教育が必要となります。

個別ケアを行っていくためには、多職種連携が欠かせません。ユニットリーダーは、各専門職がお互いを尊重し合える関係で業務に取り組み、情報共有や建設的な意見交換ができる関係を構築するために職種間の調整を図る必要があります。

(2) 物的資源の活用

施設・設備・備品などの物的資源は、入居者の暮らしの継続につながる環境づくりを提供する上で重要な要素です。必要な調整を行いながら、住みやすい環境を整える支援が求められます。

また、業務を円滑に遂行していくためには、物品の管理が重要です。施設の管理部門と連携しながら、必要な物品が必要な時に使えるよう整えましょう。

(3) 財的資源の活用

ユニットが管理する財的資源の代表は、ユニット費です。ユニット費は、ユニット運営に必要なものをユニットの判断で購入できるよう権限を委譲された費用であり、入居者の日々の生活を豊かなものにしていくための経費です。入居者の嗜好品、ユニット行事、しつらえの費用などに充てられます。それぞれのユニットで、ユニット費の適切な運用と施設管理者への収支報告が求められます。物品の購入にあたっては、ユニット管理のPDCAに沿って計画的な活用をユニット職員間で確認します。

(4) 情報資源の活用

入居者へのケアは、施設サービス計画書（ケアプラン）に沿った生活支援が基本となります。入居者のケアに携わる多職種によるチームが情報を適宜共有しながら、情報収集・アセスメント・計画・実施・記録・評価の一連の流れの中で適切なケアを実践して、生活を支援していくことが求められます。

ユニットや施設における日々の伝達事項は、伝達帳などで共有します。また、短い時間でもミーティングを行い、情報の共有を図ることが重要です。ミーティングの内容や決めたことは記録としてまとめて、いつでも閲覧可能にしておきます。

施設で取り扱う情報には、ケアを提供するために必要な入居者に関する情報のほか、組織の管理や運営に関する情報もあります。組織の管理・運営の情報には、経営情報や職員情報も含まれます。入居者に関する情報も組織の管理・運営の視点から捉える必要があります。例えば、ユニットにおける褥瘡や感染症の発生率を、ユニットのケアの質を反映した指標として活用するなどの例があげられます。

ユニットリーダーは、情報の扱い方（守秘義務、プライバシー保護、情報開示）やデータの収集・分析など、情報をどのようにマネジメントに活かすのかも検討する必要があります。

今後は、入居者の状態やケアの記録などの電子化が進み、業務の効率化やケアの質の向上に向けたより効果的に活用することが可能となると考えられます。施設においては、セキュリティへの一層の対応とともに、より有効なデータの活用が期待されます。

表2-2 マネジメントの対象

	ユニット型施設管理者	中間管理職（介護主任等）	ユニットリーダー
人的資源	職員の採用、人事評価 職員教育（施設） スーパービジョン（施設） 地域連携・地域づくり	業務管理（ユニット間の統括・調整） 職員教育（部門） スーパービジョン（部門） 部門間の連携・調整 地域連携	業務管理（ユニット職員） 職員教育（ユニットメンバー） 相談・支援（ユニットメンバー） 多職種連携 地域活動への参加
物的資源	施設の設計、修繕、改修 大型物品の購入	施設の設計、修繕、改修 物品購入（ユニット間の統括・調整）	環境整備（ユニット） 日常的な物品購入
財的資源	収支計画（施設運営費）	収支計画（部門、ユニット間の統括・調整）	収支計画（ユニット費）
情報資源	ケア情報（施設） 家族の情報 施設運営情報（施設）	ケア情報（困難事例やユニット間の調整・統括） 家族の情報 施設運営情報（部門、ユニット間の統括・調整）	ケア情報（ユニット入居者の日々のケアに関すること） 家族の情報 施設運営情報（ユニット運営）

【コラム】情報資源の活用の改善に取り組んだ事例

あるユニット型施設では、職員の勤務状況や入居者の状況などを伝達帳に記載して、情報共有を行っていましたが、確認が不十分な職員もおり、十分な情報共有ができていませんでした。

そこで、ユニット内での情報共有の方法について、ユニットリーダーを中心に検討しました。ユニット職員で検討した結果、問題点は2つあり、1つは、情報共有の重要性について共通理解がされていなかったこと、2つ目は、伝達帳の記載内容が煩雑で重要事項がわかりにくいことがあげられました。

まずは、ユニットリーダーが中心となり、コミュニケーションエラーの問題や情報共有の重要性についての勉強会を開催し、グループワークでは、伝達帳に記載すべき内容や記載方法を検討し、新しい様式を作成しました。しばらく試行的に使用したのち、使いやすさや修正案等についてのアンケートを行い、その意見を踏まえて伝達帳の様式を完成させました。

1か月後のユニットミーティングでは、「職員の勤務状況がわかり、協力体制がとりやすくなった」、「情報収集にかかる時間が短縮化した」「入居者の家族との調整など、必要事項が把握しやすくなった」等の意見が聞かれました。また、ユニット職員は情報共有の重要性を理解できるようになり、介護記録などの記録も充実してきました。

2.1.5 PDCAサイクル

PDCAサイクルとは、仕事やサービスの効率や質を高めていくための改善プロセスです。

以下の1から4までの段階を順次行い、最後のActionを次のPDCAにつなげるのがPDCAサイクルの考え方です。PDCAサイクルを繰り返すことにより、螺旋を描くように1周ごとにサイクルを向上（スパイラルアップ、spiral up）させて、継続的な業務の改善を図ります。

1. **Plan（計画）**：従来の実績や将来の予測などをもとにして業務計画を作成する
2. **Do（実施・実行）**：計画に沿って業務を行う
3. **Check（点検・評価）**：業務の実施が計画に沿っているかどうかを確認する
4. **Action（処置・改善）**：実施が計画に沿っていない部分を調べて処置をする

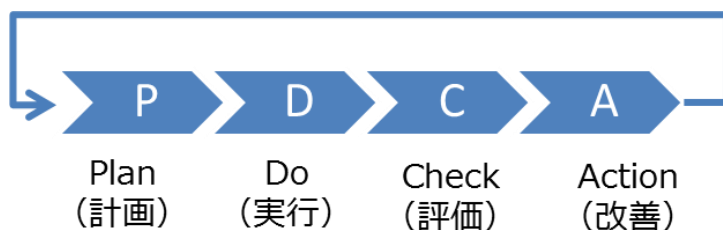


図2-3 PDCAサイクル

【コラム】ケアのマネジメントに関するPDCAサイクルの実践

Aさんは83歳の女性で、日頃は穏やかな性格です。それが、数日前から怒りっぽくなっているようで、Aさんの隣室の利用者から「Aさんが壁をドンドン叩くので、うるさくて眠れない。何とかして欲しい」とケアスタッフに相談がありました。そういえば、Aさんは、最近トイレに入っているとき、ブツブツと一人で喋っている声が外まで聞こえることがありました。Aさんに「どこか、つらいですか？」と声をかけると「うるさい！」と怒られてしまい、それ以上、当たらず触らずという感じで様子を見ている状態でした。しかし、隣室の利用者も困っているようだし、何とかしなくてはなりません。

Aさんへのケアについて、PDCAサイクルに沿って、説明すると次のようになります。

① 日常生活の場面で困った状況が発生（*何らかの事態発生）

困った状況とは、何か考えてみるのが重要です。「隣室の利用者が苦情を訴えている」「Aさん、何か辛いことがあるのかな。いつものAさんとは違うな」など、事態発生の場面に関する気づきを与えることがとても重要です。

② Aさんは、なぜ、急に怒りっぽくなったのでしょうか？（*なぜから始まる原因探索）

なぜ、普段と異なる状況が発生しているのか、情報収集をして、考えてみましょう。原因を探り、解決策を見出すためには、原因となっている状況を調べることが重要です。

- ユニットのケアスタッフに、Aさんの最近の生活状況（食事や排泄状況、バイタルサインなどの健康状態および最近、何か変わったことはなかったかなど）について確認します。
- 排泄状況は特に変化はないが、食事摂取量が減ったようでした。目に見える体重変化はありませんが、食べる様子が少し違っていました。それはいつ頃からか、バイタルサインは特に変化ないか、さらに確認をしました。
- ○月○日に姪御さんが面会に来て、そのときにAさんのお姉さんが亡くなられた話をしていたことがわかりました。その後から、Aさんがブツブツ言うようになり、怒りっぽくなったことが確認できました。

P：計画作成（原因探索→情報収集→計画作成）

思い当たる原因が見つかったら、その対処を行うための計画を立てましょう。

- 姪御さんに電話して、詳細を確認し相談します。
- 姪御さんに同意を取り、お姉さんのお墓参りに行くことをケアプランとして立案します。

D：実施

Aさんと話をし、お姉さんのお墓参りに行きました。

C：評価

お墓参り後、Aさんは、また元の穏やかな生活に戻りました。

A：改善

しばらく様子を見て、お墓参りを話題にして、お姉さんが亡くなったことをどう考えているのか聞いてみることにしています（グリーフケアの実施）。

以上のように、介護過程におけるPDCAサイクルというのは、利用者の困りごとについて、なぜ、それは発生しているのか、解決するにはどうしたらいいのかという視点で、入居者がよりよい日常生活を送ることを支援し続けるためのツールです。

適切な支援がなかったら、Aさんはストレスを抱え、イライラ感が増強し、周囲に自分の気持ちをぶつけるという行為（言動、行動など）が増え、Aさんにとって居心地のよい生活にはほど遠いものになったでしょう。

ユニット職員や多職種を含めたチーム全体でPDCAサイクルの過程を共有することで、一貫した関わりを行うことができるようになります。

「ユニットのマネジメント」に関するPDCAサイクルの実践としては、例えば、シフトの組み方、記録の取り方などが考えられます。ユニットリーダーを中心に、ユニットメンバーが参加して、現状の問題点を明らかにし、改善案を検討して計画を立て、実践をして評価というプロセスを繰り返すことにより、入居者の生活リズムに沿ったケアを無理なく提供できる体制を実現するためのシフトの組み方や、入居者の状態やケアの内容などがわかりやすく、ケアチームによる共有や、ケアの見直しに活用しやすい記録の取り方を実現する取り組みが想定されます。

「施設のマネジメント」におけるPDCAサイクルの実践例としては、施設運営に関わる事項の改善のプロセスです。例えば、研修の仕組み、利用者・家族の声（評価）を活かす仕組みなど、施設全体に関わる取り組みについても、計画⇒実行⇒評価⇒改善のプロセスによりレベルアップを図ることができます。

2.2 ユニットリーダーと管理者の役割

2.2.1 ユニットリーダー配置の意義

ユニット型施設では、入居者と職員との「なじみの関係」により、職員が一人ひとりの入居者について個性、心身の状況、入居前の生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、日常生活上の活動を適切に援助することを継続して提供していくことが求められています。

職員は、入居者とのなじみの関係を築くことができるよう配置され、交代勤務を行いながら、入居者の生活を支援しています。そのため、職員でチームを組んで、情報を共有しながら、継続性のあるケアを提供しています。このチームのリーダーがユニットリーダーであり、ユニットメンバーとの間でリーダーシップとフォロワーシップを取りながら、ユニット職員のチーム¹を形成しています。

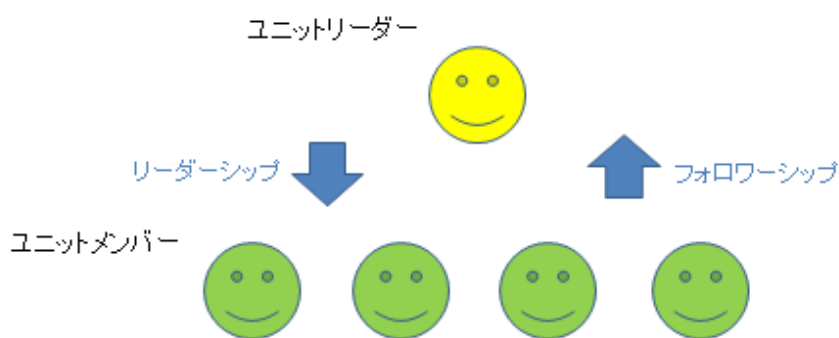


図2-4 ユニット職員によるチーム

ユニットリーダーには、施設のユニットケアの質向上の中核となることが期待されており、ユニットの入居者一人ひとりに提供されるケアに責任をもってマネジメントしていくことや、ユニットの資源を活用し、ユニットをマネジメントしていくことが任されています。

ケアのマネジメントでは、ユニットの入居者一人ひとりのケアが適切に提供されるよう、ユニットケアの特性を活かし、介護課程の展開²による質の高いケアを提供していくことにとどまらず、ときにはユニット内で複数人の入居者のケアを調整していくことを含みます。

¹ 以降、ユニットリーダーとユニットメンバーからなるチームに所属する職員を「ユニット職員」と呼びます。

² 個別ケアを実践していくためには、介護を「専門的かつ科学的な方法によって介護上の問題を明確にし、解決するための方法を計画し、実施・評価するための一連の思考課程」によって展開していく必要があります。この思考課程を介護過程といいます。（詳細は6.1参照）

ユニットのマネジメントでは、職員一人ひとりの知識や技能がチームの中でよりよく働くよう調整したり、指導教育により高めていくこと、多職種との連携を図ること、施設の環境づくりを進めたり業務が円滑に進められるよう物品を管理すること、ユニットに必要な費用を管理すること、入居者へのケア提供や施設およびユニットの運営に必要な情報を管理することです。

ユニットリーダーがケアのマネジメントとユニットのマネジメントで、ユニットの組織化を図ることで、施設のユニットケアはよりよいものとなります。

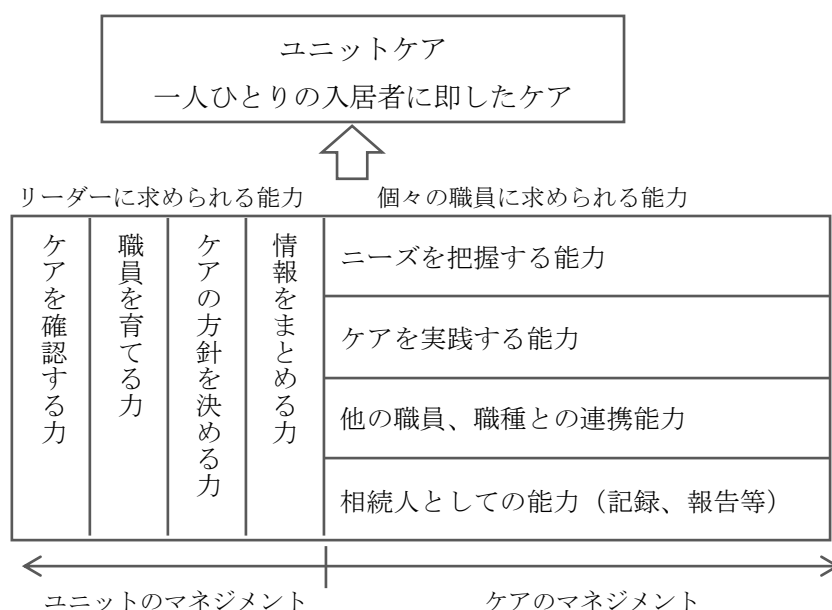


図2-5 ユニットリーダー配置の意義

2.2.2 運営基準で規定されているユニットリーダーの配置と役割

ユニットリーダーの配置については「指定介護老人福祉施設の人員、設備およ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三十九号）」などに、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置すると規定されています。ユニットリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置しなければなりません（ただし2ユニット以下の施設の場合は1名でよい）。ただし、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任をもつ（研修受講者でなくてもかまわない）従業者を決めればよいと通知に記載されています。

(勤務体制の確保等)

第四十七条 ユニット型指定介護老人福祉施設は、入居者に対し、適切な指定介護福祉施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。

一 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。

三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

3 ユニット型指定介護老人福祉施設は、当該ユニット型指定介護老人福祉施設の従業者によって指定介護福祉施設サービスを提供しなければならない。ただし、入居者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

4 ユニット型指定介護老人福祉施設は、従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。

2.2.3 実践／相談／調整／倫理的問題への対応／教育／介護の研究・事例検討

ユニットリーダーには、施設管理者、生活相談員、介護主任（部門責任者）、介護支援専門員、看護職員・准看護職員、管理栄養士・栄養士、その他の医療職・福祉職の助言や支援を受けながら協働して、ユニット職員のチームをまとめる力が求められます。

経験の少ないユニットリーダーの場合には、施設管理者、中間管理職（介護主任等）が、そうした力をもつことができるように支援し、ユニットリーダーを育てることが大切です。具体的には、次のようなスキルがユニットリーダーには求められます。

- 1) 介護の実践力を持つ（実践）
- 2) ユニット職員のチームをまとめる力、チームで実践できる力を持つ（相談、教育）
- 3) 他の部門や他職種と連携する力を持つ（調整）
- 4) 家族や地域住民と協働できる力を持つ（調整）
- 5) ケアを振り返り、ケア内容を変えることが出来る（倫理的問題への対応、研究・事例検討）

実践	<ul style="list-style-type: none"> 入居者やその家族に対して、ユニットメンバーの手本にもなるような卓越した介護を実践します。 まず一介護職員として自分自身のケアを客観視し、入居者の状況や変化を分析して、課題に対応することが求められます。
相談	<ul style="list-style-type: none"> ユニット職員は日々の業務でさまざまな悩みをもっています。その内容は介護の実践に関するだけでなく、職場の人間関係など幅広いものです。 日常的に、相談しやすい雰囲気づくりを心がけ、ユニットメンバーのよき理解者として関わり、ユニットメンバーとの信頼関係を構築します。 ユニットメンバーが悩みごとを抱えていないか、その場合は、ユニットリーダーからいつでも相談に乗ることを伝えます。 ユニットメンバーが抱えるさまざまな問題の相談に乗り、助言を行ったり、現状の整理を支援しながらユニットメンバー自らが問題解決していくのを支援します。
調整	<ul style="list-style-type: none"> ユニットケアでは複数の専門職種が関わり、ケアを実践します。入居者の生活をさまざまな視点でサポートするためには、チームとしての連携が必要です。必要なケアを円滑に行うために、携わる人々のコーディネーションを行います。 ユニット職員と多職種の連携、部署間の連絡、地域住民や家族との調整などを行います。
倫理的問題への対応	<ul style="list-style-type: none"> 介護実践の場において個人・家族および集団の権利を守るために、倫理的問題や葛藤がある場合はその解決を図らなければなりません。日頃から倫理的問題や葛藤の解決を図っていく体制を整備し、意識づけを行います。 尊厳を重視したケアを実践するため、サービス実施前に本人・家族に対して説明を行い、同意を得ます。そしてケアプランに沿ったケアを実践します。 看取り介護、介護事故発生時の対応や虐待防止など倫理的視点をもって対応します。
教育	<ul style="list-style-type: none"> ユニットリーダーはケアの質を向上させるために、ユニットメンバーへの教育的役割を担います。 仕事に対する心構えや理念の理解をはじめ、倫理的な配慮やケアの知識・技術について施設内外の研修を通して高めていきます。 ユニットメンバーの経験年数や意欲などにも配慮し、自身の経験を伝えるなどできるだけわかりやすく説明して成長を支援します。職員の人権にも配慮した姿勢で指導を行います。 ユニットリーダーは、傾聴、質問、確認などの技術を駆使しながら、ユニット職員自らが自分の内面にある答えに気づくことを促すような関わり方をする必要があります。 ユニット職員を育てながら、自分を育てます。
介護の研究・事例検討	<ul style="list-style-type: none"> 質の高いケアを提供するための研究活動（事例検討などを含む）を行うことによって、日々の気づきから意図的な観察へとつながります。このような活動によって専門的知識および技術の向上や開発を図ります。 日々の介護の中で、さまざまな問題や課題を科学的に探求・分析して解決を図ります。その過程で得られる技術と知識の普遍化に努め、全ての介護職と共有できるように蓄積していくことが求められます。

【コラム】 実際に施設で実施されている研究の事例や方法

A法人では、毎年、法人主催で研究発表会を開催しています。各施設、事業所が約1年取り組みを行った成果を発表する場です。よい取り組みには、最優秀賞・優秀賞・審査員特別賞などが与えられます。

A法人の中の、B施設は開設当初は12時間夜勤で、なかなか仮眠をとれない月日が続き職員が疲弊していました。そこで「仮眠を確保するための取り組み」をテーマに、フロアの介護職員が一丸となって取り組みました。設置しているセンサーマットの必要性を入居者一人ひとりについて分析し、センサーマット設置者の数を減らしました。夜間のセンサーマット連動によるナースコールを減らすことが仮眠を確保する成果につながったので、他のフロアにもこの取り組みを水平展開しました。この取り組みは、その年の最優秀賞を受賞しました。自主的な課題改善の取り組みが成果につながり評価を得たことは、職員のモチベーションに大きく貢献して離職率低減という効果にもつながりました。

B施設でのその後のテーマには、「Cさんの排泄自立支援の取り組み」「前年度の二次感染の反省を踏まえた感染性胃腸炎症状予防対策の取り組み」「Dさんの褥瘡治癒に向けてのチームケア」「12時間夜勤から8時間夜勤導入への取り組み」「連携ユニット強化の工夫」などがあります。これまでに最優秀賞となった発表演題は、法人の全国大会分科会などが加筆修正して、学会などで対外的にも発表しています。

日々の仕事の中での小さな気づきを課題に変えて改善に取り組むと、主体的な仕事遂行力を得られます。不平や不満を愚痴で終わらせず、課題に変えて組織的に改善に取り組む姿勢の重要性を、B施設の管理者は折に触れて職員全員に伝えています。

2.2.4 チームケアと多職種協働

高齢者介護施設では、ユニット職員や生活相談員、介護支援専門員、看護職員、管理栄養士・栄養士、配置医などが連携し、入居者の生活を支援しています。職員一人ひとりが専門的知識や技術を高め、それぞれがよりよいケアを提供していただくだけでは入居者の生活は低調なものになります。

これからの高齢者介護施設においては、中重度者を支える機能が重点化され、中重度者や看取りへの対応が求められていきます。このような中、入居者の生活を安全・安楽で、より豊かなものにしていくには、多職種によるチーム力を活かし、深みのあるケアを提供していくことが求められます。

2.2.5 ユニットケアの質管理（ケアのマネジメント）

ユニットリーダーには、入居者に提供されるケアの質を管理する役割が期待されています。ケアの考え方は、入居者の尊厳に基づいて自立支援や自律した生活を支援することです。そのために、根拠に基づくケアを実践していきます。

適切なケアを提供するためには、入居者の情報をしっかりと把握してアセスメントすることが重要です。施設サービス計画（ケアプラン）立案に際してユニット職員も積極的に必要な情報を提供し、多職種で立案・共有した計画に沿って支援を行いましょ。入居者へのケアがPDCAサイクルに沿って適切に展開されているか、ユニットリーダーは常に確認しなければなりません。

また、ユニットメンバーが提供するケアが正しい知識や技術に基づき、標準化されたものであるよう留意します。管理者はOJTや会議を通して、ユニットメンバーに適切なケア提供を提示し、ユニット職員に考える機会を提供しましょ。

ユニット内のサービスが適切か、個人の考えで行われていないか、常に状況を把握して管理することがユニットリーダーや管理者には求められます。

2.2.6 ユニット運営（ユニットのマネジメント）

ユニットリーダーには、ユニットの円滑な運営が期待されています。具体的にはユニット内の業務管理や人材育成などがあり、それらは入居者生活に直結することを認識しなければなりません。また、管理者はユニットリーダーが適切にマネジメントを行っているか確認し、円滑なマネジメントが実施されるよう支援しなければいけません。

ユニット職員間の良好な関係や情報共有が成り立つように、チームとして取り組むことをユニットメンバーに周知して環境を整える必要があります。ユニット内の状況は、適宜上司に報告しましょ。施設管理者はユニットリーダーの求めに応じ、施設一体となってケアの改善に取り組むことが求められます。特に業務に支障があるような精神面の不安は、日頃から職員の状況を把握していないと対応できない面もあります。ユニットリーダーがユニットメンバーをサポートすることも期待されますが、全てをユニットリーダーだけで対応することは難しいのが実情です。そういった場合は上司に相談することも適切な対応といえます。

また、ユニットリーダー自身にかかる負担もあります。常に他のユニットリーダーと意見交換したり、上司に報告して方針を確認し、不安を減少させることが重要です。心身ともにリフレッシュできるように休暇を取得したり、アクティビティに施設全体で取り組むことも必要です。

2.2.7 施設管理者の役割（施設のマネジメント）

施設管理者は、施設の責任者として施設を運営する役割を担います。適切かつ安定的に経営管理をするだけでなく、施設が目指す理念を打ち立て、価値観や行動規範を共有し、これらに基づいてケアを実践することにより、入居者の生活の質や満足度を高め、職員が誇りをもって働くことができる職場をつくるのが施設管理者の重要な役割となります。

特にユニットケア施設では、ユニットという小規模の介護単位の中で質の高いケアを提供するために、人材の確保と育成が重要となります。ユニットケア施設ではユニット内で勤務者が一人になる場合もあり、従来型に比べると、直接的な指導が難しい面もあります。とりわけ経験の浅い職員への直接的・間接的な指導が重要になります。そのためには、介護単位の責任者であるユニットリーダーや、ユニットリーダーの活動を統括する介護主任等の中間管理職にあたる職員の機能と役割を明確にすること、そしてその役割、機能が円滑に遂行できるような体制整備、ルール等の仕組みづくり、権限委譲や支援を行い、各職層が連携して組織を運営するという考え方が必要となります。

多職種協働の推進においては、各職種の専門性を活かした役割や連携・協働のためのルールを明確にすること、いかなるときも個々の職種の専門性を尊重して公平な立場で関わることが求められます。

2.3 リーダーシップの基礎とリーダーの機能

2.3.1 リーダーシップとは

リーダーシップとは、部下一人ひとりや職場全体の感情や姿勢、態度に影響を与えるもので、組織を束ねる上で管理者が備えておくべき重要な要素と言えます。

リーダーシップをよりよいものにするためには、①リーダーとしての責任を自覚していること、②自分の信条を明らかにすること、の2点が求められます。①について、リーダーは自分目線から自分たち目線へと視点を切り替える必要があります。部下の成長やチームの目標達成に責任をもつことが必要です。②については、リーダーの気持ちの中にぶれない軸をつくることが重要です。リーダーが何をしていきたいのか、部下一人ひとりに求めるものが何かといった信条や期待を明確にしておかないと、受身になってしまい自ら変化を起こせません。そのため、リーダーは自分の内なる軸をつくるための内省の機会をもつことが重要です。

また、メンバーにはフォロワーシップが求められます。フォロワーシップとは、フォロワーの立場から周囲に関わるもので、例えば①従うだけの人、②聞かれたら答える人、③周囲が動きやすいように自らサポートしたり助言したりする人、などさまざまな形があります。もちろん、③が最も望まれるフォロワーシップです。メンバーには、フォロワーの立場で組織をよりよくしていくための行動が期待されています。まず一人ひとりが自ら考

え、行動するフォロワーになります。そしてメンバーの困っていることや悩みに対して同じ目線で考え、頑張ったことやできていることを賞賛・承認するのです。

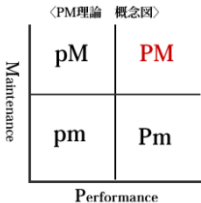
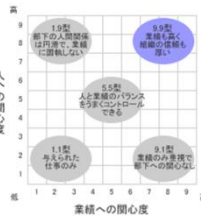
2.3.2 リーダーシップに関する理論

リーダーシップについては、代表的な理論を紹介します。リーダーシップ理論の歴史を振り返ると、特性論（1940年以前）、行動論（1950～1960年代）、条件（状況）適応理論（1960年後半～1970年代）、変革論（1980年代）と続き、現在も次の理論展開に向けて研究が進められています。ここでは、行動論以降の代表的なものをあげます。

(1) 行動論：リーダーの有効性はどのような行動をするかで決まるものであり、育成可能

リーダーとしての資質を類型化し、目指すべきリーダー像を定めたものです。リーダーとはこうあるべきだという理論に基づきます。

表2-3 リーダーシップに関する理論：行動論

<p>PM理論 (三隅二不二)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーが組織に影響を与える機能をP機能（Performance function）とM機能（Maintenance function：集団維持機能）の2つに整理した行動論 ・P機能はTask志向ともいわれ、成果を重視する厳しいリーダー。一方でM機能はRelation志向ともいわれ、関係性を重視する優しいリーダー <ol style="list-style-type: none"> 1 PM型（Pが大きくMも大きい）理想リーダー 2 Pm型（Pが大きくMが小さい）成果重視リーダー 3 pM型（Pが小さくMが大きい）人望リーダー 4 pm型（Pが小さくMも小さい）リーダー失格タイプ
<p>マネジアル・グリッド (R.R.Blake、J.S.Mouton)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップの行動スタイルを「人への関心（人間重視の程度）」と「業績への関心（生産性重視の程度）」という2つの側面から捉えた行動論 ・リーダーの自己評価と部下の評価を総合し、あるべきリーダー像になるには、どのような自己革新が必要であるかを理解し実践していくことを目的にしている <ol style="list-style-type: none"> 1・1型：放任型リーダー（おそまつ型） 1・9型：人情型リーダー（和気あいあい型） 9・1型：権力型リーダー（黙って俺についてこい型） 9・9型：理想型リーダー（理想型リーダー（チームワーク型）） 5・5型：妥協型リーダー（妥協型）

出典：上段図：オンラインジャーナル リーダーシップの身に付け方

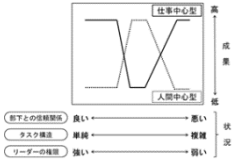
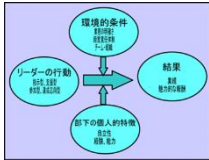
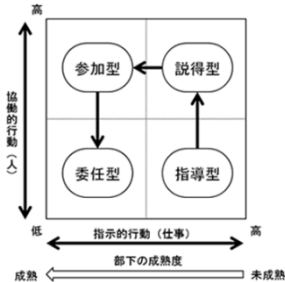
http://www.pmaj.or.jp/online/1209/pmp_bukai.html

下段図：GLOBIS MANAGEMENT SCHOOL <http://gms.globis.co.jp/dic/00320.php>

(2) 条件（状況）適応理論：リーダーシップは、集団がおかれている状況で発揮されるべき行動は異なるもの

状況に応じて、リーダーとして振る舞うべき行動規範を明文化したものです。

表2-4 リーダーシップに関する理論：条件（状況）適応理論

<p>フィドラーの理論 (F.Fiedler)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップは、その時の状況とリーダーのパーソナリティによって変化するという理論 ・その状況とは「リーダーと部下との関係性」、「タスク構造」、「リーダーの権限の強さ」の3つ。状況が良い状態あるいは悪い状態の際は仕事中心型リーダーが高い成果を上げやすく、状況が中程度であれば人間中心型リーダーが成果を上げやすいといわれている
<p>パス・ゴール理論 (R.House)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・メンバーが目標（ゴール）を達成するためには、どのような道筋（パス）を通れば良いのかリーダーが示すことであるという考えに基づいた理論 ・リーダーシップスタイルには、さまざまなものがある。各スタイルを状況に応じて使い分ける <ol style="list-style-type: none"> 1 指示型リーダーシップ 2 支援型リーダーシップ 3 参加型リーダーシップ 4 達成志向型リーダーシップ
<p>SL理論 (P.Hersey、K.H.Blanchard)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップは、部下の成熟度により変化させるという理論 ・この理論では、成熟度によって業務指示の強さと部下との距離感を変えることが望ましいとされている <ol style="list-style-type: none"> 1 教示（指導）リーダーシップ（成熟が低い） 2 説得（コーチ）リーダーシップ（少し高めてきた） 3 参加（カウンセリング）リーダーシップ（さらに高めてきた） 4 委任（エンパワーメント）リーダーシップ（完全な自立状態）

出典：上段図：オンラインジャーナル リーダーシップの身に付け方

http://www.pmaj.or.jp/online/1209/pmp_bukai.html

中段図：マーケティング・データベース <http://uri.sub.jp/m/?p=2350>

下段図：オンラインジャーナル リーダーシップの身に付け方

http://www.pmaj.or.jp/online/1209/pmp_bukai.html

(3) 変革論：市場変化などの不確実な状況の際に変革を起こすためのリーダーの行動

<p>企業変革ノート (ジョン・コッター)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 危機意識を高める2. 変革推進チームを作る3. 適切なビジョンを掲げる4. ビジョンを周知徹底する5. 自発的な行動を促す6. 短期的な成果を重視する7. 気を緩めない8. 変革を根付かせる	<ul style="list-style-type: none">・組織が直面する課題に対し、小さな改善ではなく抜本的な組織変革を通して取り組むためには、どうすれば成功を遂げられるかをステップ別に整理した理論・新しいものを否定したがる人間の心理的な問題をいかに克服するかがテーマとして取りあげられる。一般的なフローでいわれる分析→課題整理→対策ではなく、現場が問題意識をもち、行動したいと思わせるアプローチが整理されている
---	---

(4) 現代のリーダーシップ

これまでのリーダーシップ論ではリーダーとしての「型」や「振る舞い」を追求するあまり、実際の現場との不整合や、自らのパーソナリティとのギャップを抱えやすいという問題をもっていました。そこで現在のリーダー論は「自分らしさ」や職場のメンバーの「自分たらしさ」を追求するという点に特徴があります。その一つに「オーセンティック・リーダーシップ」（ビル・ジョージ氏提唱）があります。特定の理論にとらわれたり誰かを真似るのではなく、その場の空気や状況を洞察した上で自分が真に進むべき道を見出し、活力を生み出していくというものです。

自分らしさを通して貢献するリーダーシップ論のうち、代表的なものが「U理論」です。まず直感を通して自分や周囲・その場とつながり、その状況の中から生み出されるアイデアを確認します。そして直面する課題が何で、どう立ち向かっていくのかを明確にする理論です。

これまでは論理的・分析的な左脳を中心とする理論が多かったのですが、最近は右脳や直感を重視するリーダーシップの研究が進められています。大手企業がマインドフルネス（瞑想）を取り入れ始めていますが、これも時代背景から重視されています。これからの時代は、リーダーの働きかけを通じて職員の感情を高めたり、仕事にわくわくしたり、仲間を心から信頼できるようになるリーダーシップが重要といえます。

2.3.3 介護現場における施設長のリーダーシップ

施設長の言動や行動は、職員や組織に大きな影響を与えます。だからと言って何も言えない、行動できない管理者では職員からの信頼を勝ち得ることはできないでしょう。

施設長として理念、ケアに対する方向性を明確にもち、職員に考えてもらいたいことを意識しながら、行動や問題提起などで、職員にメッセージを伝えたいものです。

「施設長が言っていたのはこれか！ このことか！」と、日常の仕事の中で「理念」とつなぎ合わせることでできる働きかけが必要なのではないのでしょうか。

以下に事例を紹介いたします。

- ・施設長が施設の中を毎日ラウンドして歩くことはとても重要です。入居者、職員の様子を観察でき、頻回にラウンドを実施すれば、日々の違いもわかるようになります。「記録」や「申し送り」を確認するなどして必要に応じて、その変化を職員に直接質問することで、施設管理者も入居者、職員の情報を共有しているというメッセージにもなり、協働意識を高めることとなります。また、施設長が職員に対する「共感」・「尊敬の念」をもち、それを職員に伝える機会となります。
- ・困難事例や終末期に職員とともに関わることも重要です。この関わりは施設理念や方針の実践であり、管理者が関わることで入居者・家族との信頼関係の構築に寄与し、職員の指導、育成、教育にも実践的行動として示すこととなります。理念に基づき、根拠のある解決策を導き出す、あるいは決断する時を共有することは、職員にとって活きた勉強と言えます。
- ・施設長がどのように施設や施設理念を語っているのか、地域施設懇談会や家族会に職員を同席させることも重要です。またその中で出される意見、お願い、苦情はとても貴重であり、直接に職員が聞くことは管理者が言うよりも何倍もの効果があります。また施設長がどのような立場で日々ご家族に接し、地域でどのような役割を果たしているのか認識できる機会ともなります。施設、管理者の果たしている役割が見えてくる機会をつくりましょう。
- ・施設によっては、「理念」を徹底的に研修する機会を設けているところもあります。ケアや業務が理念と整合性がとれているのか、とれていないのか、具体的事例をあげながら施設長が講義し、それをまたラウンドしながら確認している施設もあります。理念を柱に、施設長が具体的ビジョンとして提供、確認している事例と言えるでしょう。これを進めるには管理者だけでなく、中間管理職の意思統一や、組織ラインの役割も明確にする必要があります。

2.4 キャリアとキャリア形成

2.4.1 キャリアとキャリア形成

キャリアとは、経験の中で培う能力です。職員がどのようなキャリアを積むかは、管理者が何を求めるかということと、職員個人が何を身につけたいかによって変わります。ここでぶれが生じると、職員の中には、管理者の期待に反する行動や抵抗を示すものもいるでしょう。これを回避するためには、職員に次なるステップへの方向性を示すとともに、一方的ではなく双方向の意思疎通を通じて一致させる場が必要です¹。

また、キャリアで積む能力には、専門性（テクニカルスキル）に加えて利用者に対する姿勢や仲間に対する思いやりといった人間性（ヒューマンスキル）、またヒューマンスキルの内訳として職場をまとめたり部下を育成する能力（マネジメントスキル）、さらに管理職には未来を描き組織を発展させる能力（コンセプチュアルスキル）などがあげられます。これらを階層別・職種別など職員の成長段階に応じて基準を整理し、育てていくことが求められます。

2.4.2 日々の業務の中での成長

人材の能力開発に影響を与える要素のうち、最も影響を与えるのが「経験」といわれています。その経験の質を高めるために研究された理論が「経験学習」です。経験学習とは以下のようなサイクルで能力開発を進めるもので、一つひとつの経験を自らの知識・知恵・実践力に結び付けていく流れです。

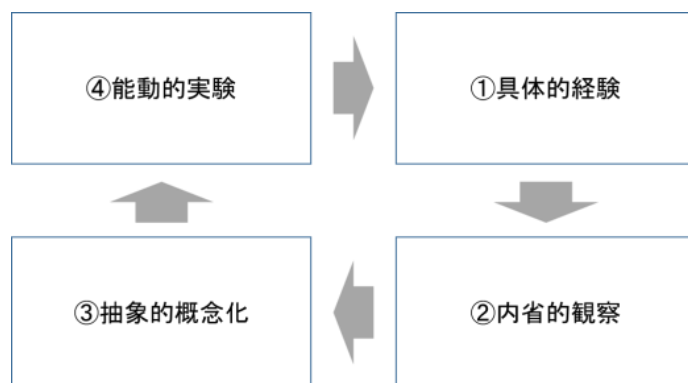


図2-6 コルブの経験学習サイクル

¹ 管理者の役割としては、人事制度や教育研修などを通じて各階層・職種の職員に何を期待するのかを明らかにすることや、各職員の考えるキャリアが何かを確認し、管理者側と職員の方向性を統合していく対話（面談）の場を設けることなどがあります。

具体的には、①経験したことを②内省を通じて振り返り、そこから③教訓を見出し、④明日の行動に活かすというものです。内省（リフレクション）とは、実践の中で生じる、気にかかる現象をきっかけに、自身のこれまでの経験や知識を振り返ることです。行動の行き詰まりを感じたときに、介護過程を振り返ることや、入居者の新たな側面を発見して介護を行うことで、新たな介護の可能性に気づくことができます。そして、その気づきが自己成長、自己実現、自信ややりがいにつながっていきます。

人は多くの場合、失敗した後は落ち込んで終わり、成功しても喜んで終わりです。経験から学びを得て、次に活かすということができていません。失敗や成功を明日の発展・成長に結び付けるには、経験から学習することが大切です。ところが熟練者でないこの経験学習を一人で回すことは困難です。そのため上司が部下に介入してこのサイクルを回していくことが大切です。部下に内省を求めるときはコーチングスタイル¹で質問を投げかけ、その後は対話を通してともに考えて次の教訓を見出し、目標につなげていくのです。

このサイクルを回しやすくするためには、半年に1回程度の面談の機会を設けることが重要です。面談では経験学習の確認に加えて、心のケアも重要です。仕事が順風満帆に進むはずはなく、段階的に壁にぶつかり解決できない悩みを抱えることも多くあります。思うように知識や技術が向上しなかったり、職員間でのトラブルも発生したりします。そうした状況を放置しておく、問題は悪化し続けます。面談でしっかりと心境を確認し、フォローしておく必要があります。

心のケアは、日々のOJTでもしっかりと行うことが重要です。ユニット職員は1人で業務を遂行することが多く、なかなか日頃の悩みや不安を伝えられません。誰かが気にかけてくれば、気分が楽になります。精神的な不安の軽減が離職や意欲低下を予防し、職務を継続して遂行できます。

2.4.3 介護専門職としての成長

ユニットリーダーも介護職員として入居者生活の支援にあたります。介護職員が知識・技術を習得して熟練していくには、現場での経験を段階的に積む必要があります。

キャリア形成モデルの代表的なものに「ドレイファスモデル」があり、これを看護に応用したものにベナーの「臨床技術習得の段階」があります。学んだり伝えたりする際の考え方として有効で、自分がどの位置にいてどれほどの知識があるかなどを判断する基準になります。自分のレベルがどの程度で、求められるものはどのような内容か、何ができて何が不足しているかなどを、キャリア形成モデルで確認して自分自身を成長させましょう。それぞれの成長過程が段階的に示され、目標となる位置づけが示されています。これらはすべて入居

¹ コーチングとは、相手が状況に応じて自ら考え、行動した実感から学ぶことを支援し、相手が本来持っている力や可能性を最大限に発揮できるようサポートするためのコミュニケーション技術を指す（一般社団法人日本コーチ連盟の定義による）。<http://www.coachfederation.jp/ca/coaching/>

者にとって良好なサービスを提供するためであり、組織内での成長を促す手段です。

ユニットリーダーとして入居者生活を支援するということは、ケアの全体的な管理やユニット職員への指導・育成を担うことでもあります。施設から求められ、期待されている役割をしっかりと確認しましょう。苦勞しながらも自己研鑽する姿勢は、ユニット職員の理解や信頼につながります。施設やユニット職員からの期待は、施設にとって重要な役割を担ってもらいたいという気持ちの現れであり、働く意欲の糧にもなるでしょう。そして自分が歩んできた過程をユニット職員に伝えることで、組織としての機能や職員の成長過程に重要な道筋をつけることにもなります。

(参考) ドレイファスモデルの5段階

ドレイファス兄弟が、飛行機のパイロットやチェスの名人など、さまざまな分野の技術に極めて高いレベルで習熟した人を対象に研究してまとめたもので、人間が技能を修得し極めるためにどのような過程をたどって成長していくのかについてモデル化したものです。

第1段階 (初心者)	状況に左右されないルールを与えれば、それなりに仕事ができる。しかし知識も経験も不足しているため、想定外のことが起きるとパニックを起こして全く対処できなくなる。
第2段階 (中級者)	ほんの少しだけ決まったルールから離れられるようになる。目の前の問題を処理するための、実践的な情報を取得することには興味がある。しかし細かな理論的説明を読んだり、基本から学び直すようなことは望んでいない。全体的な理解はしておらず、理解したいとも思っていない。
第3段階 (上級者)	問題領域の概念モデル(基本型)を発展させて、効果的に作業ができるようになる。また問題を解決できるようになる。しかし問題解決する際に、うまく問題に焦点を当てられないこともよくある。 このレベルの人を形容する言葉として「指導力がある」「臨機応変な対応が可能」などがある。
第4段階 (熟練者)	技能を取り巻くさらに大きな概念の全体像を理解する。 自らを振り返って取り組みを修正し、次回のパフォーマンスを改善できる(この段階に達するまでは、この種の行いは全く不可能)。 他人の経験や格言からも学ぶ事ができる。十分な経験により、特定の状況(コンテキスト)から、何が起きるかが予測できる。もしそうならなかった場合、何を変えなくてはいけないかが分かる。ソフトウェアパターンも効果的に適用できる。そしてリフレクション(振り返り)とフィードバックを目一杯活用する。
第5段階 (達人)	常により良い方法を模索する。 膨大な経験から、状況にピッタリな方法を引き出せる。経験と知識に裏打ちされた情報を基に、直感で行動する。その行動の理由を説明するのは容易ではなく、達人自身にもうまく説明ができない(教える技能によるが)。

(参考) 臨床技術習得の段階

ドレイファスモデルの5段階に基づいて、看護の現場ではベナー (Benner、P) が臨床技術習得段階に関する理論を構築しました。ベナー (Benner、P.) は、看護職員の技能と技術について研究しました。

第1段階 (初心者)	実践経験の豊富な看護職員も、未経験の科で適確な実践ができなければ初心者レベルに分類される。体重・体温・血圧・脈拍・血液データなど客観的で測定可能な情報を把握し、患者の状態を理解できる。状況に応じた行動ができないため、異なる属性に対応できるように実践の原則を学ぶ必要がある。
第2段階 (新人)	何とか合格点の業務をこなすことができる。繰り返し起きる重要な状況に自分で気づいたり、指導者の指摘を理解できる。初心者にありがちなマニュアル的な行動ではなく、その場の状況を理解して判断できる。これまでの看護実践が活かせる。
第3段階 (一人前)	同じ環境で、2～3年働いたことがある。長期的な目標や計画を踏まえて看護実践を行える。ある技能レベルに達している自信と、不測の事態に対応する能力をもっている。長期的な計画立案は、現状だけではなく将来の予測や優先順位を踏まえて判断できる。意識的で理論的かつ分析的な看護実践は、中堅レベルの看護職員のようなスピードと柔軟性には欠けるが、段取りがよく効率的に業務が行える。指示されて行動することから、計画を立てて看護を行えるようになる。
第4段階 (中堅)	一時的な視点ではなく、全体的な視点で捉えて格率を基に実践できる。格率とは行為や論理の規則を意味する。このレベルの看護職員は長期目標を踏まえて状況を認識している。考え抜いて得るものではなく、経験や状況から判断して実践できる。選択肢を少数に絞って問題の核心に焦点を当て、目の前の状況が重要か、あまり重要でないかを即座に判断できる。
第5段階 (達人)	規則・マニュアル・格率などの分析的な原則には頼らず、直観的に状況を把握・判断し、看護実践を行う。達人の看護実践の説明を理解するのは難しい。状況を広く・深い視野で理解し、行動する。達人レベルの業務評価には、通常の数量的な業務評価基準以外に、看護業務を記述する解釈的アプローチと質的評価法を加える必要がある。卓越した経験知があり、この経験知を記述していくことが重要である。

2.4.4 施設におけるキャリアパス

急速に高齢化が進む中で介護の需要は増大し、さまざまなニーズも見込まれています。しかし施設で働く職員は全国的に定着しない状況にあります。政府も介護職員不足の解消に向け取り組んでおり、施設の人材育成課題は急務です。

施設は人材定着と介護力の向上、入居者のQOL向上を求め、職員は仕事のやりがいや安定した収入を求めています。双方の目標と将来像を共有することで、やりがいのある職場が実現します。施設に入社した職員が将来の展望をもって働き続けられるような過程をしっかりと構築し、施設全体で人材定着に取り組むことが必要です。施設のキャリアパスは、職員が成長するための知識や技術、考える力などを経験年数に応じて段階的に示して明確化したものであり、職員が将来の目標に意欲的に取り組むことを可能とするものです。

下図は、初任者から経験年数を積み、段階的に知識・技術や資格を取得してステップを積み重ねることで、介護職から管理者まで成長していく過程を示した一例です。

表2-5 介護職員のキャリアパスモデルの一例

ステップ3 3年目～5年目	社会力	・組織人としての自覚を持ち、初任者等の模範となる行動ができる
	介護力	・一般的介護知識・技術と職業倫理をもって、チームケアが形成できる
	情熱	・自らの役割、責任をもって遂行できる ・チームメンバーへ働きかけて、意欲を引き出すことができる
	着眼点	・スキル・介護力
	推奨研修	・介護力や社会力に関する専門的な研修 - より専門的な介護に関する研修 - リーダーシップに関する研修
	目標資格	・介護福祉士／社会福祉士／介護支援専門員
ステップ2 1年目～3年目	社会力	・利用者・職員に対して、良好な人間関係を保てる
	介護力	・自立して日常業務ができる
	情熱	・規律性、協調性をもって業務を遂行できる
	着眼点	・スキル・社会力
	推奨研修	・介護力や社会力を養う発展的な研修 - 認知症ケアに関する研修 - 医学的知識に関する研修等 - コミュニケーションに関する研修等
	目標資格	・介護福祉士／社会福祉主事
ステップ1 1年目	社会力	・良好な人間関係を築く基礎力を養う
	介護力	・指導を受けながら日常的な業務ができる
	情熱	・積極性をもった行動ができる
	着眼点	・情意（やる気・意欲）
	推奨研修	・介護力や社会力を養う基礎的な研修 - 基礎的な介護技術の研修 - 社会人として基礎的な研修等
	目標資格	・ヘルパー2級

出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会資料

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/10/dl/tp1023-1f.pdf>) に基づき作成

<参考文献>

- ・働きやすい職場をつくる-社会福祉法人・施設における人材マネジメント（社会福祉法人全国社会福祉協議会 社会福祉制度・予算対策委員会施設部会）
- ・今日からできるユニットリーダーの教科書（MCメディカ出版）
- ・「介護保険事業を運営する社会福祉法人における職員のキャリアパスの構築にむけて～キャリアパスガイドライン～」（最終報告）（全国社会福祉施設経営者協議会介護保険事業経営委員会 平成22年3月9日）
- ・産業看護を支える基礎概念—ベナー看護理論臨床技能習得の段階に関する理論（東京慈恵会医科大学講師 久保善子）
- ・個別ケア研修ノート（一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会）
- ・オンラインジャーナル リーダーシップの身に付け方
http://www.pmaj.or.jp/online/1209/pmp_bukai.htm
- ・GLOBIS MANAGEMENT SCHOOL <http://gms.globis.co.jp/dic/00320.php>
- ・マーケティング・データベース <http://uri.sub.jp/m/?p=2350>
- ・公益社団法人全国老人福祉施設協議会資料
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/10/dl/tp1023-1f.pdf>

3. 高齢者とその生活の理解

第二部（3章～5章）では、ユニットケアの理念と意義について学びます。

ユニットケアが目指す理念やユニットケアを行う意義について、あらためて確認して理解を深め、日々の実践やユニット運営を通してユニット職員にわかりやすく伝えましょう。

3章では、ユニットケアにおいて一人ひとりの入居者の自律した生活を支援するために、高齢者の特性とその生活について学習します。

3.1 高齢者に対する全人的理解

- ▶ 一人ひとりの入居者について理解しようとするとき、身体状況など一面的な捉え方だけではなく、一人の人間としてあらゆる側面から理解する＝全人的に理解することが重要です。

ここでは、全人的理解の重要性を知るとともに、全人的理解をするために必要な視点について学びます。また、その一つの捉え方として、ICFの考え方について理解します。

3.2 入居者を取り巻く環境・生活の理解

- ▶ 入居者を理解するためには、入居者自身についての理解と同様に、入居者が生活を営む環境に目を向ける必要があります。
- ▶ ここでは、入居者を取り巻く環境を捉える視点や、入居者の入居前の生活歴や過ごしてきた時代背景を理解することの重要性を学びます。

3.3 高齢期の理解

- ▶ 加齢による心身の状態の変化など、高齢期の身体的な特徴と、発達課題について学び、尊厳を維持した生活を支援することに活かします。
- ▶ また、入居者が人生の最終段階を生きることを支援するために必要な知識を学びます。

3.1 高齢者に対する全人的理解

3.1.1 高齢者に対する全人的理解

施設の理念の実現、高齢者介護において最も重要なことは、人間の尊厳を保つことです。そのためには、入居者をあらゆる側面から理解することが重要です。

高齢者の現在の生き方は、長い人生に基づいています。そのため高齢者の真のニーズを把握するためには、ケア提供者がその高齢者を「全人的に理解する」ことが重要です。

全人的理解とは、一人の人として「身体的」「心理・精神的」「社会的」な側面を統合して理解することです。すなわち、入居者を理解するには、体と心の面だけではなく、暮らしの側面から見るのが大切です。現在に至るまでの体験、触れてきた文化、人格や社会における立場など、さまざまな側面から理解することが必要となります。

そして、過去や現在を理解しても、人の気持ちは変化するものです。関わり続け、理解を深めようと努力し続けなければ全人的理解は得られません。

また、理解を進める介護職員の経験や性格・個性によっても見えてくるもの、理解の幅や深さは違ってきます。人材の採用や育成に関わり、ユニットリーダーを支える立場である管理者には介護職員の理解も不可欠です。介護職員の入居者に対するの全人的理解が促されるよう、ユニットリーダーや介護職員の特性を理解し、入居者の情報共有のための職場環境整備やバラエティに富んだ研修企画などをしていく必要があります。

(1) 身体的理解

身体的理解では、高齢者の疾患と治療状況、生活リズムや日常生活の過ごし方、ADL・IADLといった日常生活の自立度などを身体面から理解します。

介護職員は専門的知識をもち、生活をともにする中で気づいた入居者のささやかな変化（つま先の上がり具合や嚥下の様子）を見逃さないようにしなければなりません。そういった変化に気づくための専門的な知識の確認、情報の挙げ方や情報共有の方法等、ユニットリーダーとともに管理者が意識し確認をしていくことは、介護職員の入居者を理解し続ける姿勢につながります。

(2) 心理・精神的理解

心理・精神的理解では、生活意欲、生活への満足感、生活への意向、生活への適応状態、性格傾向、うつ状態、認知症の状態などを理解します。また高齢者には老いの自覚、老いへの葛藤、老いの受容・適応などの心理的・精神的な課題もあります。健康状態や置かれている環境・性格傾向によっては不安や孤独、うつ、無力感に陥ることもあります。心理・精神的な理解では、特に日々の関わりが重要となります。関わりの中で得た小さな気づきなどを職員間で共有できているか、日課や介護計画に反映できているかなど、ユニットリ

ーダーからの報告に応じて見直しておくことも大切です。

(3) 社会的理解

社会的理解では生活歴、家族関係、仕事、経済的要因、社会的活動、他者との交流、住環境、地域環境などを理解します。長い人生における職業経験、人間関係の経験、生活環境などは、人間の心理や行動に影響を及ぼしています。

一個人の理解だけでなく、ユニット内での入居者同士の人間関係を見る時や、入居者の生きがい・自己有用感を高めるためのヒントになる場合があります。それぞれがたどった人生で培われた社会性や家族関係、さまざまな体験等が入居者の個性をつくりだしています。社会的理解が高齢者を全人的に理解する上では一番難しく、多くのことに影響があると思われます。ユニット内での情報共有がされ、日課や介護計画に反映されているかを見て行くこと、さらに今後、地域との連携を考える上では、高齢者の社会的理解は重要となります。

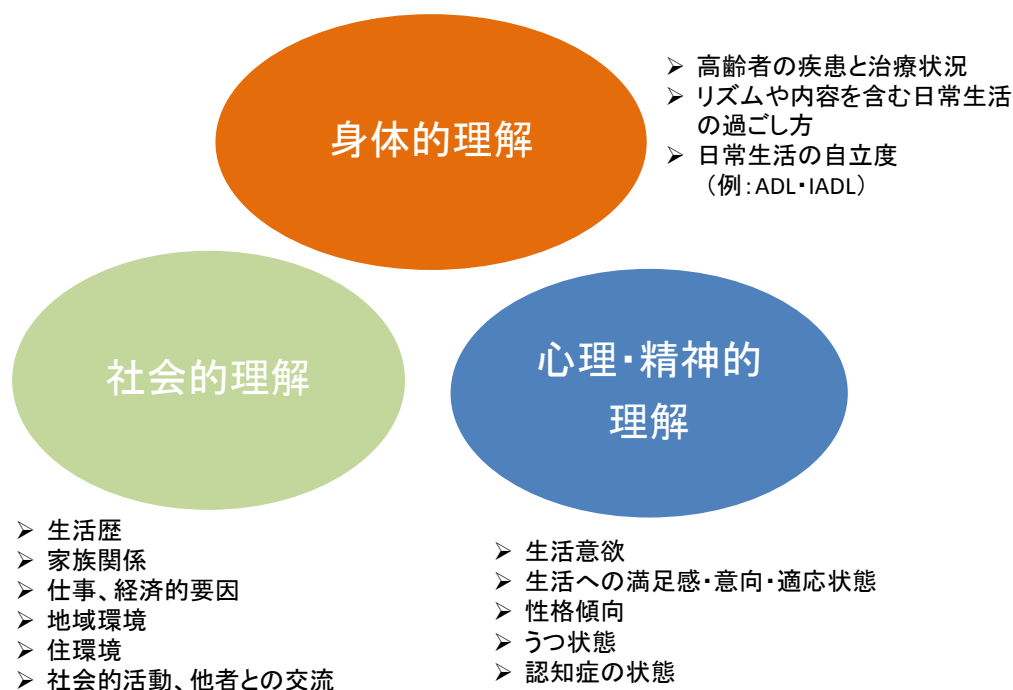


図3-1 全人的理解のイメージ

3.1.2 高齢者の個別性と多様性の理解

(1) 個別性と多様性

日常生活はこれまでの生活の積み重ねであり、日々の何気ない生活ほど、個別性が現れます。どのように育ち、どのような人生を歩み、体験をし、出会いがあったかなどで価値観や個々のライフスタイルは異なってきます。そのため、高齢期では「個人差」が広がってきます。

入居者の生活を支えるには、個人差、個性への対応が必要であり、高齢者を見るということではなく、一人の人として見ていくことが重要です。

高齢者介護施設においては、このような個々に違う入居者に対して個別ケアを実践するとともに、入居者同士の人間関係についてもよりよい関係となるよう配慮していくことが必要です。また、入居者に対して個別性のあるケアを展開しているかということだけでなく、個性を引き出すことも求められます。

今後、団塊の世代の入居も増える中で、高齢者の個別性、多様性はますます広がりが見られると思われれます。施設理念の実現、円滑な運営のためには、ユニットリーダーとともに、入居者の時代の変化にも敏感であることや、介護職員の個別性、多様性にも着目して理解を深める必要があります。

(2) 国際生活機能分類（ICF）の視点

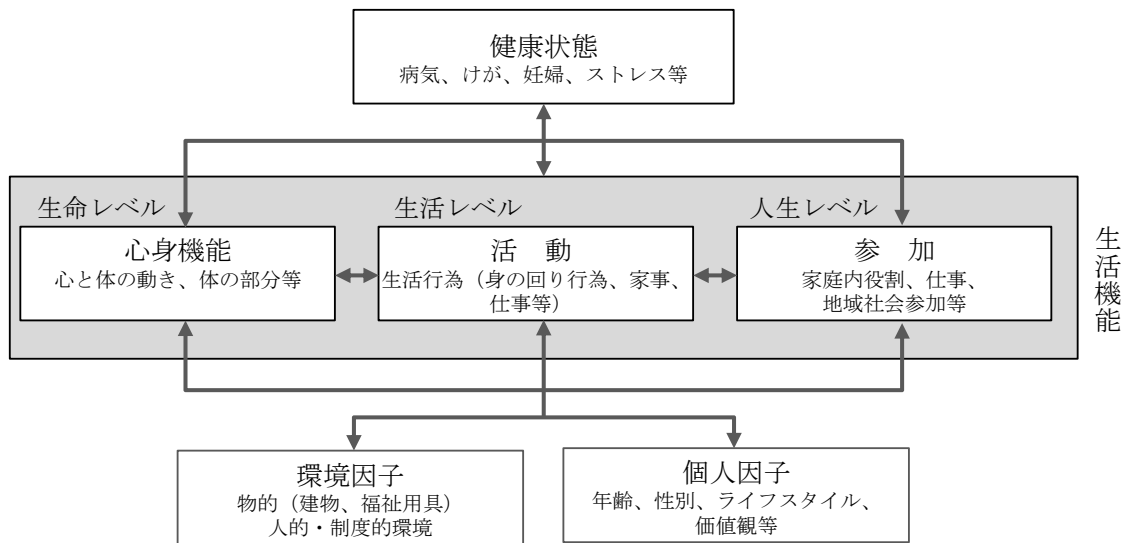
高齢期の人々の支援を考える際には、その人の全体像を捉えて考えていく必要があります。その人が必要とする望む生活を考えるためのツールとして国際機能分類（ICF）があります。

人が生きることを3つのレベル、「心身機能・構造」「活動」「参加」を1つにまとめた概念が「生活機能」です。この3つのレベルの因子の関係を示すのが「生活機能モデル」であり、生きることの全体像を示しています。

また、その中の「活動」について、ICFでは「している活動」と「できる活動」に区別しています。

入居者の個別性を踏まえ、今までの入居者の歴史、今の状況や立場、願いや望むことなどを入居者の全体像から理解し、本人の望むことの実現ではなく、専門職としての判断や妥当性、科学的な根拠に基づき、支援することが求められます。

このような全体像を捉えるツールなどを利用することにより、偏った見方や考えになることなく柔軟な考え方や発想ができるよう、管理者として人間関係のサポートや情報共有ができていくかなど、定期的に目標の確認等をしていきます。



出典：仲村栄一ほか「「生活機能」向上をめざして－ICFの保健・医療・介護・福祉・行政での活用－」より転載 http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/icf/nakamura/checklist.html#zu_02

図3-2 ICFの視点による生活機能モデル

【コラム】ICFの視点に立ったアセスメント

ICFの視点に立ったアセスメントで重要なことは、単に利用者のできないことなど問題点のみに焦点を当てて指摘するのではなく、利用者個人のストレングス（強さ）と環境のもつストレングスを介護職がしっかりと把握すること、また、利用者自身がストレングスを自覚し、自分の望む生活を捉えることです。その人らしい生活を送りたいと望む利用者の思いを実現するためにも、利用者一人ひとりのストレングスを介護者はしっかりとアセスメントして、ケアにどのように活かせるのかを考え、実践につなげていく必要があります。

そのためにも利用者の生活の中で起きている課題を把握して、その原因は何なのか、どのような背景があるのかなどを分析します。さらに、悪化の危険性が予測される場合は「そのようにならないために何が必要なのか」を、改善の可能性が予測される場合は「そのようになるためには何が必要なのか」といった課題を明確化します。アセスメントの質は、いかに必要な情報が収集できるか、また情報のもっている意味を正しく解釈し関連づけることができるかにかかっており、深い洞察力と分析力によって左右されます。

ICFの視点に立ったアセスメントでは、利用者の意向や希望をしっかりと反映させることが大切です。また、留意すべき点として利用者の主訴がそのままニーズになるのではなく、生活の不自由さを訴えるその言葉の奥に秘められた、本当の思いや希望を見極める必要があります。ICFの6つの構成要素相互の関連性を考えながらアセスメントすることで、利用者の生活課題を明確に捉えることができます。介護の実践の場においては、ICFの概念や視点を積極的に取り入れながら、利用者を「ケアを受ける受動的立場」から「能動的で主体的な生活者」に転換していくことが求められます。

3.2 入居者を取り巻く環境・生活の理解

3.2.1 生活における自然、社会、文化的環境

入居者やその生活を理解するためには、入居者が生活を営んでいた環境への理解が欠かせません。生まれ育った場所・暮らしてきた場所の気候や風土は、日々の生活や考え方、生き方に大きく影響しています。入居者とその生活の背景にある「自然環境」「社会的環境」「文化的環境」を理解し、尊重して、入居者に応じた支援やユニットにおける特色ある取り組みを考えることもユニットリーダーには期待されます。

(1) 自然環境

人の暮らしは、土地や水、気候、動植物などの自然環境とつながる中で成り立っています。地域の気候や風土に合った伝統的な暮らしを知ることは、入居者の個別性の理解に役立ちます。また、入居者の生活への意欲を向上させることや、生活習慣を守ることもつながります。

ユニットに入居することで長年生活してきた場所から離れたとしても、現在の環境において四季折々の自然を感じながら生活を楽しむことは生活の質を向上させます。

ユニットケアに関わる職員は、施設内の環境だけに着目するのではなく、その土地の風土や気候にも関心をもち、地域をよく知る人々のサポートも積極的に受け入れて活用していくことが大切です。

(2) 社会的環境

人々は、社会の中でさまざまな環境に囲まれ生活しています。近年の高齢者を取り巻く社会的環境は目まぐるしく変化しました。インターネットや携帯電話の普及、24時間営業の店舗が増えました。手軽になった分、新しいことを覚えにくい高齢者にとっては、複雑でわかりにくいものが多くなったとも言えます。入居してきた高齢者は、そのような環境の変化の中で自分なりに適応しながら自分の生活をされていたはずです。

入居後のユニットの入居者を取り巻く社会的環境として、住んでいる建物の構造、ユニットの設備やしつらえなどの「物的環境」、ユニット職員や他の入居者、ボランティア、地域の人々との関係などの「人的環境」、施設の理念や運営方針などの「運営環境」などがあります。

入居者の個別性、多様性を理解するためには、このような入居前の社会的環境や、入居後の社会的環境の変化を把握することは必要不可欠となります。

(3) 文化的環境

日本の古くからの習わしや地域の食、言語、生まれ育った家庭の考え方などは、人の暮らし方、生き方にも影響しています。入居者が生きてきた時代の文化、地域の文化などの理解は、各入居者への理解を深めるとともに生きがいの支援にもつながります。

入居者の生活習慣や芸術への興味・関心、受けてきた教育や宗教などは、入居者の考え方や価値観に関係します。入居者の個別性の理解を深め、よりよい自立支援を考えていく上で、文化的環境の理解は欠かせません。ユニットに関わる職員が入居者との関係を構築するには、それらを理解することが大切です。

3.2.2 生活歴と時代背景

一人ひとりの暮らしは、それぞれに違います。背景も異なり一人として同じではありません。ユニットリーダーの仕事は、入居者の支援において、まず一人ひとりの違いが当たり前であり、尊いということを理解することから始まります。入居者にも子ども時代や青春時代があり、会社や家庭や地域においても、さまざまな役割を果たしてきた人生があります。現在だけでなく、歩んできた人生の各時期を（時間軸に沿って）捉えることが、入居者の理解につながります。人生を把握することで、憶測や思い込みではなく、多面的にその人を理解することができます。

生活歴（ライフヒストリー）を知る上で、高齢者が生きてきた時代背景を知ることも必要です。その時代における価値観や社会情勢を知ることで、世代の異なる入居者の理解につながります。時代背景を知った上で、入居者個々に違う生育歴、生活歴などから個々の理解につなげ、一人ひとり違った価値観、特性をもつ個人として捉えることが大切です。さまざまな年代の職員がいる場合には、どのような時代をどのように生きたかを職員同士で話す機会をもつことも、介護職員としての学習になるでしょう。

このように生活歴は、入居者を知って個別ケアを提供するための重要な情報です。介護職員が収集する情報は既往歴や現在のADL、問題点が中心になりがちで、生活歴に関する情報は少ないのが現状です。また、入居者が認知症で聞き取りが困難な場合も、生活歴を知るのは難しいといえます。

しかし、家族や親戚、友人、また本人の以前からの持ち物や日常の生活の仕方や好みなどからも入居者の人生を窺うことはできます。こうした理解が深まることにより、適切な個別ケアにつながります。

【事例1】 生活歴をケアに活かした事例

入居者Aさんは、在宅から施設に入居しましたが、毎日夕方になると徘徊行動が見られました。生活歴に着目し、その言動の意味を探り対応した事例です。

【入居者の状況】

A氏 68歳 男性 要介護度3

障害高齢者の日常生活自立度：A1 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

【生活歴】

Aさんは県内にて出生。結婚しましたが子供はなく、奥様との二人暮らしでした。職業は警備会社社員。定年まで勤めて60歳で定年退職し、奥様との年金暮らしでした。

65歳の時に脳梗塞を起こし入院しました。治療を受けましたが、左半身に麻痺が残りました。奥様以外に介護に当たれる方がなく、奥様も病弱なため自宅での生活が困難になり、施設入居となりました。

【施設での生活及び支援過程】

施設では右麻痺があったが、器用に車いすを操作して移動していました。しかし失語があり、自分の思いをうまく伝えることができずに他の方とトラブルになることがたまに見受けられました。

また入居後しばらくすると、昼間は比較的落ち着いていても、夕方暗くなると車いすに乗ってあちこち徘徊し始めました。たまに外に出ていく行動も見られました。

この行動を危険だと思ったスタッフは当初、Aさんに「外に出ては危ないですよ。皆が心配していますから、外には出ないでくださいね」などと言いつけていました。しかしこのような行動は一向になくなりませんでした。

そこで本人の生活歴に着目し、Aさんの奥様などに本人の生活歴・職業・仕事内容・趣味を細かく尋ねてみたところ、「趣味は特にないが几帳面な性格で、定年まで勤めた警備会社では、主にビルの守衛をしていた。夜間の勤務も多かった。家でも就寝前には家中の戸締りをして回っていた」という情報がありました。

この情報をもとに、スタッフ皆で話し合いました。Aさんの行動を振り返ってみると、施設内を順にくまなく車いすで回っていることがわかりました。先の情報と照らし合わせてみると、施設内の見回りをしているのではないかということがわかったのです。

そこでAさんの行動を制限するのではなく、こちらから安全に配慮して見回るコースを決めて、夕方に見回りをしてもらってはどうかという案が出されました。

Aさんは、この提案に対してまんざらでもない様子でした。スタッフがお願いしたコースを巡回し、今ではセミパブリックスペースなどの照明の消灯や、カーテンを閉める作業なども手伝ってくれるようになったのです。それが終わると自らユニットに戻って来て、スタッフに異常なしと報告をするしぐさをしてから自分の居室に戻るようになりました。

【事例2】 生活歴を踏まえた物理的環境のしつらえ

入居者Bさんは、脳梗塞により病院や老人保健施設での生活を経て施設に入居することになりました。これまでの生活歴を活かした居室のしつらえや役割の創出により、生活に対する意欲が活発になった事例です。

【入居者の状況】

B氏 85歳 女性 要介護4

障害高齢者の日常生活自立度：B2からB1に改善 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

【生活歴】

Bさんは古い団地の中にある一戸建てに住んでいました。主婦として3人の子供を育て、家の家事を全て担ってきました。趣味はガーデニングで、毎日欠かさず花の世話をしていました。ご主人が亡くなられてからは一人暮らしでしたが、日々の生活は自立していました。そのような中、脳梗塞による片半身不随により病院から自宅へ戻るができなくなってしまいました。

【施設での生活及び支援の過程】

Bさんの入居に際して、施設では入居前調査を行いました。老人保健施設に入居されているBさんのところに伺い、心身機能について確認しました。さらに、同席していた家族にこれまで住んでいた自宅を見せてもらえるようお願いしました。自宅では、家族にこれまでの1日の生活や人生歴、思い出のある品物などについて話を聞きました。その中でガーデニングが趣味であることを聞き、家族に家具だけではなく鉢植えの花なども施設にもって来てもらってよいことを伝えました。家族も施設に何をもらっていいかわからず悩んでいたところでしたので、家具などを目の前にして直接、職員と話をすることで施設での生活を理解しやすくなりました。

入居の際には、引っ越し用のトラックで自宅から思い出のあるタンス、机、洋服、小物などが数多く持ち込まれ、その日のうちにBさんらしい部屋ができました。また、担当ユニットの職員はBさんの入居前日に集まり、自宅の写真やこれまでの生活歴を記したフェイスシートを用いたケアカンファレンスを行っていました。担当ユニットの全職員がBさんの趣味や生活歴を把握しており、入居当日は施設に飾っている花の話をするなど、Bさんの不安を少しでも取り除けるように工夫しました。

入居後は、個室のベランダに置いてある植木への水やりをお願いするなど、Bさんの自宅での生活を取り戻せるように工夫しました。はじめは職員が付き添い水やりを行っていましたが、数日後にはBさん自身が車いすで水やりをやるようになりました。その後は、施設の共用空間にある花の世話もお願いするようになり、Bさんは車いすで花の水やりをして回るのが日課となりました。Bさんはとても活発な人でしたが、脳梗塞を患ってからは気分の

落ち込みが大きく、受け身の生活になっていました。施設に入ってから、自ら自立した生活を望むようになり、着替えや排泄も徐々に自分でできるようになりました。また、施設の見学者に対するガイド役を担うなど、本来の社交的なBさんの性格や生活を取り戻すことができるようになったのです。

Bさんの事例から、なじみの家具やこれまでの生活歴を踏まえた物の持ち込みといった環境セッティングが、入居者の心身機能を改善し、自立した生活の再構成につながる事がわかります。

3.3 高齢期の理解

人はこの世に生を受けてから死ぬまで、成長し発達を続けます。ユニットで生活する入居者も、入居する際の環境の変化、加齢や老化に伴う心身の変化に対応し、今いる場所で日々発達を遂げています。

ここでは発達段階の視点で、高齢期の心身の変化などを確認していきます。高齢期といっても、全ての人に同じ程度の変化が訪れるとは限りません。高齢期に起こる心身の変化について確認し、個人差についても考えていきましょう。

3.3.1 各ライフステージにおける生理的・心理的・社会的特徴

人間は誕生から年齢を重ね、成長・発達・老化の経過をたどります。それぞれに各ライフステージを送り、生理的・心理的・社会的な特徴を示します。個人差はあるものの、おおそ一定の決まりで進行していきます。

ライフステージとは、誕生から成長していく過程をいくつかの段階に区切ったものです。就学や就職、結婚、育児の生活スタイルや家族構成の変化などにより、課題が発生します。

誕生から幼年期・学童期・思春期は心身ともに発達する時期です。壮年期は社会人として職につき、結婚や子育てなどの時期になります。その後老年期に入り、身体的な課題も表出する時期になります。

入居者がもっている価値観や行動の意味を深く理解するには、これらのステージでの課題から見直してみることも必要です。

表3-1 ライフステージにおける身体的特徴および心理・社会的特徴

	身体的特徴	心理・社会的特徴
幼年期	<ul style="list-style-type: none"> ・体型の変化が激しい ・事故の危険性大 ・運動機能の発達と身体自立 ・機能の発達 	<ul style="list-style-type: none"> ・概念の形成 ・言語発達（会話） ・社会性の発達（反抗期） ・集団生活 ・生活習慣の定着
学童期	<ul style="list-style-type: none"> ・成長の性差 ・体型の変化 ・機能発達の量的変化 ・事故が多い ・全体として病気が少ない時期 	<ul style="list-style-type: none"> ・情緒、社会性の発達 ・性の社会的役割の学習 ・読み書き算数の基本能力獲得
思春期	<ul style="list-style-type: none"> ・第二性徴 ・身体的成熟（第2発育急進期） ・運動機能の発達 	<ul style="list-style-type: none"> ・自我の発達 ・思考、知的発達 ・社会性の発達（両親からの心理的独立） ・人間関係の複雑化などストレスの増加

壮年前期	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能最高「若さ」と「活力」 ・機能の低下始まる 	<ul style="list-style-type: none"> ・経済的自立 ・個人のライフスタイルの定着 ・新しい配偶者や職場など人間関係が始まる ・新しい目標（仕事など）に向けて打ち込む
壮年後期	<ul style="list-style-type: none"> ・成人病多くなる ・彼に伴う身体機能の低下（閉経） 	<ul style="list-style-type: none"> ・人生経験深刻 ・仕事上重要な地位につく、働きざかり ・子どもと別れ、夫婦だけの生活

老年期	<ul style="list-style-type: none"> ・形態的、機能的にも低下 ・個人差が大きい ・病気に対する抵抗力減少 ・病気にかかりやすい ・予備能力の減少 ・適応力の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・退職 ・配偶者との死別 ・社会的保護 ・老人気質が出現することあり （頑固、自己中心的、保守的） ・ライフスタイルを変えることは困難
-----	---	---

出典：波多野梗子「系統看護学講座 専門1 基礎看護学1」をもとに作成

(1) 身体的特徴（加齢による身体的変化と老年期の特徴）

加齢により生理機能に変化が起こると、身体機能の低下につながります。免疫力が低下して体を守る力が弱くなるだけでなく、回復力も低下してきます。

また生理機能や体液の成分バランス、体温などの恒常性の維持が難しくなります。入居者の変化が疾患によるものなのか、生理機能の低下からなのかを見極めるのは大変難しいことです。その両方であることも多々あります。

加齢による身体的な変化を理解した上で、高齢者の疾病の特徴なども確認します。

1) 加齢による変化

加齢による変化（皮膚の変化、毛髪・爪の変化、姿勢の変化等）や老化現象は同じ年齢で比較しても個人差があります。また個々の理解はもとより、ユニットケアでは、この個人差から生じる入居者同士の間関係にも配慮する必要があります。

老化に伴う入居者の変化や思いに職員が気づき、支援の工夫・改善や配慮につながる発想をもてるよう、生理的な変化について基本的事項についてもケアチーム内で研修をするなど定期的に確認することが大切です。

皮膚の変化	皮膚は3つの層（表面から表皮、真皮、皮下組織）から構成されています。刺激から体を守ったり、体温調節をしたりします。老化に伴って表皮が生まれ変わる速度は遅くなり、水分や皮脂も減ります。また紫外線から皮膚を保護するメラニンの分解も、加齢とともに遅くなります。これらがシミやシワ、タルミ、かゆみ（老人性掻痒症など）の原因になります。
毛髪、爪の変化	毛髪や爪も加齢によって変化します。毛髪の色をつくるメラニンという色素が減少するため、白髪が増えます。髪の毛が細くなり、コシや艶がなくなります。本数も減ってきます。女性ホルモンのエストロゲンは毛髪の成長を助けるホルモンなので、女性は閉経前後から毛髪が抜けやすくなったり、細くなったりします。 爪は縦しわが増え、変形や変色が発生します。固くなったり、もろくなったりしてきます。白癬菌などによって厚くなることもあります。爪は指先に力を入れる際の支えになっているので、爪に問題が起こると、歩行や細かい作業に影響が出る可能性も考えられます。また爪の色や形で血液の状態、体の不調がわかることもあります。
姿勢の変化	加齢とともに姿勢は前かがみになりがちです。脊柱が曲がって円背になったり、腰が湾曲したり、膝がまっすぐ伸びなくなるなどの変化が現れます。 また、姿勢が悪くなると視野が狭くなるなどの影響も現れます。

2) 加齢による身体的機能の変化

加齢による身体的機能の変化として、以下のようなことがあります。基本的な知識として理解しておくことが望まれます。

免疫機能	年齢を重ねるごとに、免疫機能は低下します。皮膚や粘液の機能低下は、免疫力の低下を招きます。低栄養の状態や低体温も免疫力低下を促進させます。感染しやすく治りにくい状態、重篤化しやすい状態をつくってしまうのです。 また低体温の状態は、感染症などに対する抵抗力を弱くします。感染症に対しては予防が重要です。睡眠・運動・過労・栄養・気温や環境に配慮して、感染症を出さない、増やさないように備えることが必要です。
------	--

感覚機能	聴覚機能と平衡機能	<p>老化により、耳小骨が固くなり、鼓膜から内耳への振動が伝わりにくくなります。内耳の蝸牛の中のコルチ器も委縮し、機能が低下して老人性難聴が起きます。高い音が聞こえづらかったり、小さく聞こえたりします。音の区別がつきにくくなるため、さまざまな音がする場所では聞き取りづらくなります。</p> <p>また内耳は平衡器としての機能をもっています。音を聞くだけでなく、バランス感覚にも影響します。</p>
	視覚機能	<p>加齢によって水晶体に弾力がなくなり、毛様体筋が委縮して焦点を合わせる調節機能が衰えます。水晶体が白濁して白内障が起こることもあります。白内障の場合はまぶしさを感じるため、光の種類についても考慮する必要があります。老眼鏡の使用以外にも検討することがあるということです。</p>
	味覚・嗅覚	<p>老化により味蕾（味を感じる感覚器細胞）が少なくなり、味覚が低下します。特に塩味を感じにくくなります。</p> <p>また嗅覚も、個人差はありますが老化により衰えます。味がわからなくなったり、ガスの匂いや食べ物の腐敗臭に鈍くなったりします。</p>
	皮膚感覚	<p>皮膚感覚には温覚・冷覚・触覚・圧覚・痛覚などがあり、ます。これらの機能が老化により低下することで、外からの刺激に対する反応が鈍くなります。発汗が少なく暑さに対する感覚が鈍っている場合は、脱水症状に注意が必要です。また血管が縮まって体内から熱を逃がさなくする体の仕組みも鈍くなるため、低体温になりやすくなります。</p>
咀嚼機能、消化機能	<p>加齢により顎の筋力が低下する場合があります。噛む力が衰えたり、歯周病などで歯が欠けると咀嚼機能が低下します。</p> <p>また唾液の減少、喉頭や咽頭の反射の低下は誤嚥を招きます。このような状況にならないためには、口腔ケアが有効です。口腔ケアは感染予防、認知機能の向上、口臭を減らすなど生活の質の向上にも欠かせません。</p> <p>また、加齢により消化液の分泌は減少し、胃腸の動きも衰えます。これらの消化に関する衰え、腹筋の衰えは便秘にもつながります。</p>	
循環器の機能	<p>加齢による心臓血管系の変化としては、心筋の収縮力低下による心拍出量の減少、赤血球の減少、血管の弾力性の低下、収縮期血圧の上昇などがあります。貧血やだるさの訴え、起立性低血圧などへの配慮が必要になります。</p>	
呼吸器の機能	<p>肺活量の低下や最大換気量の減少により、残気量が増加します。胸郭運動も減少するため、体内に取り込む酸素が少なくなり持久力が低下します。</p> <p>咳嗽反射・嚥下反射も低下することから、誤嚥性肺炎を起こしやすくなります。</p>	

筋・骨・関節の機能	筋繊維が細くなり筋肉の萎縮が進むため、歩行や階段昇降などに支障が出やすくなります。また女性ホルモンの減少や運動不足などにより、骨代謝バランスが崩れます。骨粗鬆症を発症して、骨折などを招くことがあります。また滑液の減少や関節軟骨の老化により、変形性関節症が起こりやすくなります。関節痛などから可動域に制限が発生します。
泌尿器・生殖機能	腎臓の糸球体は、加齢とともに壊れて再生しません。また膀胱も萎縮するため尿の濃縮力が減り、1回の尿量が少なくなって排尿の回数が増えます。男性は前立腺肥大で排尿困難が起こったり、女性は外尿道括約筋の筋力低下に伴い、尿失禁などが起きやすくなったりします。また女性の場合、閉経が全身に変化をもたらします。更年期障害は60代になると落ち着きますが、エストロゲンの低下で骨粗鬆症や心臓・血管の疾患にかかる危険が増えます。男性は女性ほど性ホルモンの影響を受けませんが、男性ホルモンの減少は前立腺肥大を起こすことがあります。頻尿や微量の尿漏れなどが起こります。
体温保持機能	加齢により基礎代謝量が減少します。さらに体温調節中枢の反応も低下するので、発熱が起こりづらいという特徴もあります。

3) 認知の機能の変化

外部からの情報を認識する、話す、計算する、記憶するなどの、処理、加工、判断することの総称を認知機能といいます。生育歴やさまざまな生活環境などが影響しており、個人差が大きいものです。また認知機能は生活のリズムとも関係しています。認知機能に関する心理学的な実験において、午前中の方がよい結果を出していることなどがわかってきています。

認知症の具体的症状

認知症はその「症状」から、「中核症状」と「BPSD（行動心理症状）」の2つに分類することができます。

○中核症状

脳の障害から直接生じる進行性の症状で、認知症の診断基準となるものです。薬剤では治すことはできず、進行を抑えるだけになります。中核症状は、認知症の人に共通する症状で、誰にでも出る症状です。具体的には、記憶障害、見当識障害、判断力低下、行為遂行能力障害、失算、失効、構成失効等があります。

○BPSD（行動心理症状）

脳の障害である中核症状が原因で不安となり、出現する症状で、現れる人も現れない人もいます。症状の程度も認知症の重症度とは関連しないことが多いと言われています。

BPSDは、その人特有の人生歴、職歴、生活環境、ケア環境、現在の健康状態に関連して出現する症状です。具体的には、妄想、幻覚、徘徊、失禁、不潔行為、暴力暴言、もの集め等ですが、これらの症状は特にケアの仕方で悪化、改善、消失があります。適切なケアにより、BPSDが治り、記憶障害がありながらも穏やかな生活を送ることが可能になります。

4 大疾患による認知症の特徴的症状

「アルツハイマー型認知症」、「脳血管性認知症」、「レビー小体型認知症」、「前頭側頭型認知症（ピック病による認知症）」は、認知症の4大疾患と言われ、認知症の90%を占めます。これらの特徴的症状を知ることは、認知症のある入居者を理解することにつながり、入居者同士の関係性、ユニットの生活環境を考えていくためにも必要な知識です。特徴的症状とともに注意すべきこと、対応方法なども確認しておくことが大切です。

(2) 高齢者の発達段階と課題

人はこの世に誕生してから成長・発達を続け、成熟していきます。やがて老化を重ねて衰退し、死に至ります。老化・衰退は起こりますが、人は生涯を通じ成長・発達する存在だとも言えます。発達段階や発達課題を理解すれば、各入居者の現状に対する理解が深まります。そして共感とともに尊厳のある支援を深く追求する姿勢へと結びつきます。

また、高齢期はさまざまな喪失に着目してしまいがちです。生涯発達し続けるという視点で支援することが、入居者の尊厳の保持、身体的・精神的・社会的自立や豊かな暮らしの実現につながります。

1) 発達段階と発達課題

a. エリクソンによる発達課題の整理

発達はそのそれぞれの時期に特徴的な変化を伴います。それを段階化したものを発達段階と言います。発達の段階により習得しておくことが望ましい課題を、エリクソン（Erikson、E. H）は8段階に分けて示しています。

表3-2 エリクソンによる発達段階と発達課題

段階 (年齢の目安)	発達課題	概要
① 乳児期 (0～1歳頃)	信頼感の獲得 「信頼」対「不信」	母親（養育者）との関係を通じて、自分を取り巻く社会が信頼できることを感じる段階
② 幼児期前期 (1～3歳頃)	自立感の獲得 「自立性」対「恥・疑惑」	基本的なしつけを通して、自分自身の体をコントロールすることを学習する段階
③ 幼児期後期 (3～6歳頃)	自発性の獲得（積極性の獲得） 「積極性」対「罪悪感」	自発的に行動することを通して、社会に関与していく主体性の感覚を学習する段階
④ 児童期 (7～11歳頃)	勤勉性の獲得 「勤勉性」対「劣等感」	学校や家庭でのさまざまな活動の課題を達成する努力を通して、勤勉性あるいは有能感を獲得する段階
⑤ 青年期 (12～20歳頃)	同一性の獲得 「同一性」対「同一性拡散」	身体的・精神的に自己を統合し、「自分とはこういう人間だ」というアイデンティティを確立する段階
⑥ 成年期初期 (20～30歳頃)	親密性の獲得 「親密性」対「孤立」	結婚や家族の形成に代表される親密な人間関係を築き、人と関わり、愛する能力を育み、連帯感を獲得する段階
⑦ 成年期中期 (30～65歳頃)	生殖性の獲得 「生殖性」対「停滞」	家庭での子育てや社会の仕事を通して、社会に意味や価値のあるものを生み出し、次の世代を育てていく段階
⑧ 成年期後期 (65歳頃～)	統合感の獲得（自我の統合） 「自我統合」対「絶望」	これまでの自分の人生の意味や価値、そして、新たな方向性を見出す段階

出典：中央法規「発達と老化の理解」P14より転載

b. ペックによる老年期の課題

ペック（Peck、R. C）は、エリクソンの老年期の課題を3段階に分けました。

① 引退の危機、役割の喪失」対「自我の分化」	定年退職すると収入が減少したり、それまでの人間関係・社会的地位や役割が終了または変化したりします。子育ての終了も同じです。役割の喪失と捉えて不安になるのではなく、役割を果たしながら培った経験を活かす機会と捉えましょう。新しい役割や人間関係、価値を幅広く探して見つけ出し、新しい自己像をつくる必要があります。
------------------------	---

②「身体的老化、 疾病などの健康 の危機」対「身 体の超越」	老化による身体の変化や疾病がもたらす体の不調など、老年期には身体的な自己像の大きな変化を受け止めなければなりません。身体に関心を集中させてしまうと不安になります。身体的な変化と上手に付き合いながら、趣味や人間関係などに人生の楽しみ・幸せを感じることで適応していきます。
③「死の予感、死 への危機感」対 「自我の超越」	老年期の最後の課題は「死」です。高齢になると「死」を若い時以上に感じるようになります。しかし子どもや孫・社会・文化のために自分を役立てようとするすることで、自己実現につながります。

c. ハヴィガーストによる発達課題の整理

ハヴィガースト (Havighurst, R. J) は発達の過程を幼児期、児童期、青年期、壮年初期、中年期、老年期に分けて、それぞれに発達課題があることを示しました。

表3-3 ハヴィガーストによる発達段階と発達課題

発達段階	発達課題
乳幼児期	歩行の獲得、話すことの習得、排泄のコントロールの習得、社会的・物理的現実についての単純な概念の形成、両親兄弟の人間関係の学習、善悪の区別、良心の学習など
児童期	日常の遊びに必要な身体的技能の学習、男子・女子の区別の学習とその社会的役割の適切な認識、読み・書き・計算の基礎的学力の習得と発達、日常生活に必要な概念の発達、良心・道徳性・価値観の適応的な発達、個人的独立の段階的な達成・母子分離など
青年期	両性の友人との交流と新しい成熟した人間関係をもつ対人関係スキルの習得、両親や他の大人からの情緒的独立、職業選択とそれへの準備、結婚と家庭生活への準備、社会的に責任のある行動をとる、行動を導く価値観や倫理体系の形成など
壮年期	配偶者の選択、配偶者との生活の学習、第一子を家庭に加えること、家庭の心理的・経済的・社会的な管理、職業に就くこと、市民的責任を負うことなど
中年期	市民的・社会的責任の達成、経済力の確保と維持、配偶者と人間として信頼関係で結びつくこと、中年の生理的変化の受け入れと対応、年老いた両親の世話と適応など
老年期	肉体的な力、健康の衰退への適応、引退と収入減少への適応、同年代の人と明るい親密な関係を結ぶこと、社会的・市民的義務の引き受け、死の到来への準備と受容など

出典：中央法規「発達と老化の理解」P15より転載

2) 高齢期の課題 「統合性」対「絶望」

先に述べたエリクソン (Erikson, E. H) は、8つの発達段階における最終段階での高齢期の心理的課題を「統合性」対「絶望」としています。

高齢期には役割の変化、配偶者の他界など喪失体験を味わうことも多く、残された時間を意識せざるを得ない時期です。しかし、人生への後悔や失望による絶望感、焦燥感や不安ばかり感じるのではなく、今までの人生を受け入れて肯定的に統合するという課題があります。

3.3.2 人生の最終段階

高齢者介護施設に入居する高齢者は、人生の最終段階にあります。中には自宅に戻る人もいますが、最期の時を迎えるまで入居を予定している人もいます。いずれにせよ、最期の時を迎える段階にあります。その時に向けて人生を振り返り、残りの人生をいかに充実させて生きていくのかを考える時期なのです。それぞれにさまざまな死生観があり、入居者と介護職員との考え方も異なって当然です。しかし、入居者が人生の最終段階を生きるにあたってそれを支援することも、介護職員に求められる重要な役割です。

(1) 「統合」への支援

前述のとおり高齢期の発達課題は、死を意識して人生を振り返り、自分の人生に意味づけを行うことで死を受け入れる「統合」とされています（エリクソン）。残された時間を意識した時、自分の人生の統合がうまくいかないと、絶望感などに襲われます。

入居者のこれまでの話を日頃から聞くという支援は、信頼関係の構築につながったり各入居者の情報収集に役立ちます。このような回想法（思い出や人生の節目にまつわる記憶を話すこと）をケアに取り入れることは、「統合」に必要な人生の意味付けにも通じます。

さりげないやりとりや入居者が何度もする話をよく聞いてその意味を確認することは、入居者を尊重した人生の最終段階の支援の一つになります。

(2) Total Pain（全人的苦痛）

死を前にして体験する苦痛として、シシリー・ソンドース（Cicely Saunders, M.S）はトータルペインという概念を提唱しています。「身体的苦痛」「心理的苦痛」「社会的苦痛」「スピリチュアルペイン」がそれぞれ深く影響し合って、死を前にする人の苦痛になっているという概念です。つまり、これら4つの要素を総体的に捉える必要があるのです。

死に直面している人のすべての苦痛を除くことは、非常に難しいことです。しかし何が苦痛かを統合的にアセスメントして、言葉にならない希望を汲み取ることで取り除ける苦痛もあります。最期まで生きる力を支えられるのが、ケアチームです。

身近な人の死や職務としての看取り経験だけに頼らず、人生の最終段階における支援についての研修を定期的に行うことは、ケアの充実にも介護職員自身のメンタルヘルスにも必要です。

<参考資料>

- ・波多野穂子「系統看護学講座 専門1 基礎看護学1」
- ・中央法規「発達と老化の理解」P14、P15

4. ユニットケアの理念と特徴

4章では、ユニットケアが目指す理念と、それを実現するためのユニットケアの特徴について学びます。

4.1 ユニットケアの理念

- ▶ ユニットケアの基本的な理念である、一人ひとりの高齢者に対して個別のケア（個別ケア）を提供し、その人らしい生活を営めるように支援することの意義について、あらためて理解します。

4.2 ユニットケアの仕組み

- ▶ 上記の理念を実現するために「介護単位と生活単位を一致させる」ことを目指したユニットケアの仕組みについて学びます。

4.3 ケアと空間の融合

- ▶ ユニットケア施設では、居宅から継続する生活の場として居住環境を整えることを重視しています。個室と住宅スケールの小規模な共用空間が分散して配置されていることが特徴です。
- ▶ ここでは、ユニットケア施設の空間的な特徴とその意義について学び、その特徴を有効に活かしたケアを提供するための基礎知識としましょう。

4.4 安心・快適な環境づくり

- ▶ ここでは、入居者が安心して快適に生活できる環境づくりのために必要な知識について学びます。
- ▶ （ユニットケア施設に特有ではありませんが）入居者が自律した生活を営むことや、職員が安全に介護を行うことに役立つ環境整備の一つの要素として、福祉用具を取り入れる考え方についても紹介します。

4.1 ユニットケアの理念

4.1.1 ユニットケアの理念

ユニットケアでは、一人ひとりの高齢者に対して個別のケア（個別ケア）を提供し、その人らしい生活を営めるように支援します。「その人らしい生活」とは、一人ひとりの個性が生き、それぞれの生活リズムに沿って営まれる生活を指します。また社会の中に自分が位置づけられ、他の人との人間関係の中で営まれる生活のことでもあります。

高齢者介護施設における「その人らしい生活」とは、これまで入居者が営んできた自宅での生活の継続を中心に据えながら、施設という専門性と共同生活の中でつくられる新しい価値を加えたものです。つまり、介護・看護等の専門職によるケアを受けながら、入居者が元気だった頃の生活を継続でき、他の入居者や職員との交流を楽しめる生活が「その人らしい生活」となります。

入居者にとって、他の入居者は同じ境遇にある隣人であり、職員は自らのことを考えてくれる良き理解者です。人生の最期をともに過ごす人々との交流は、高齢者施設に転居してきたからこそ得られる価値であるといえます。そのため職員には、入居者同士をつなぐ媒介者や、全体の雰囲気とを和ませるコーディネーターとしての役割が求められています。

ユニットケアの理念は、ユニット型施設の運営基準に基本方針の条項として謳われています。当該条項では、ユニットケアとは「入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したもの」を目指していることが示されています。

※ ここでは指定介護老人福祉施設を例としてあげています。介護老人保健施設、（介護療養型医療施設）のそれぞれの運営基準にも同様の規定があります。

（基本方針）

第三十九条 ユニット型指定介護老人福祉施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、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しなければならない。

2 ユニット型指定介護老人福祉施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

4.2 ユニットケアの仕組み

4.2.1 生活単位と介護単位の一致

ユニットケアは、「居宅に近い居住環境のもとで、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと」、つまり、「生活単位と介護単位を一致させたケア」を言います。介護が必要となって施設に入居しても、これまでの生活に近い環境で暮らし続けることを意味しています。

また、ユニット型施設は「入居者一人ひとりの意思と人格を尊重し、施設サービス計画書（ケアプラン）に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、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しなければならない」とされています。そのため、入居者へのサービスは、「入居者がその有する能力に応じて自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画書（ケアプラン）に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するもの」でなければなりません。「入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要であり、このため職員は、一人ひとりの入居者の個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴、培われてきた生活様式や習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助しなければならない」とされています。

また、「従業者が、一人ひとりの入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「なじみの関係」が求められる」ため、従業者の勤務体制を定めるにあたっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならず、次のことが定められています。

- ① 昼間については、ユニット毎に常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ② 夜間及び深夜については、2ユニット毎に一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- ③ ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを配置すること。

このように、昼間は必ずユニット毎に1人以上のユニット職員が配置され、特に、夜間および深夜に配置される上述の規定に該当して配置される職員においては、2ユニット分の入居者について必要な情報を把握し、対応できることが求められます。また、ユニットリーダーには、施設のユニットケアの質向上の中核となることが求められています。

表4-1は、高齢者介護施設における上記のようなサービス提供の基盤となる施設環境やケ

アに関する基準について整理したものです。

表4-1 高齢者介護施設の設備基準と運営基準の整理

基準等		従来型	ユニット型
設 備	居室等	居室 定員4人以下（介護老人福祉施設では1人（経過措置あり））、 1人当たり床面積 10.65㎡以上	ユニット（入居定員おおむね10人以下） 居室（複数） 定員1人（または2人）、床面積10.65㎡ （または21.3㎡）以上 共同生活室 各ユニットに1室ずつ、床面積2㎡×（ユ ニットの定員）以上
	洗面設備・便所	居室のある階ごとに 設置	居室ごと、または共同生活室ごとに適当数設置
運 営	食事	・適時に提供 ・できるだけ離床して、食堂で摂るよう 支援	・入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供し、必要な時間を確保 ・入居者の意思を尊重しつつ、できるだけ離床して、共同生活室で摂るよう支援
	入浴	・1週間に2回以上の 入浴または清拭	・個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけ の入浴機会を設ける（やむを得ない場合は清拭）
	その他	—	・日常生活における家事を、心身の状況に応じて各人の役割をもって行うよう支援

出典：介護保険制度の解説（平成27年8月版）、P373より引用 社会保険研究所、2015.11

4.2.2 介護単位と情報の関係

ユニットケアでは、介護単位が小規模であることにより、一人ひとりの入居者の情報を把握しやすくなります。ケア提供の対象を狭く限定することで、深い情報を把握しやすくなります。

図4-1は、集団的なケアとユニットケアにおける1人の介護職員が把握できる情報量の比較です。例えば、1人の介護職員が1日に把握できる情報量を500と仮定します。この職員が50人の入居者に対してケアを実施していると1人あたりの入居者に対する情報量は10

($500/50=10$) となります。ユニットケアの場合は、10人に対してケアを実施するため1人あたりの入居者に対する情報量は50 ($500/10=50$) となります。この式によるとユニットケアは集団ケアに比べて入居者1人あたり5倍の情報量を把握できることとなります。集団ケアでは、50人の名前、要介護度、身体機能を把握しているが、ユニットケアでは10人の名前、要介護度、身体機能、性格、好み、家族の状況までわかるとイメージすれば理解しやすいのではないのでしょうか。

このように、対象を限定したケア提供体制を工夫することは、ケアの充実に有効と考えられます。

集団的なケア

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{把握できる情報量} \\ \hline 500 \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{把握しなければならない} \\ \text{集団の規模} \\ \hline 50\text{個 (人)} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{一つ (一人) 当たりの} \\ \text{情報量} \\ \hline 10\text{個} \\ \hline \end{array}$$

ユニットケア

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{把握できる情報量} \\ \hline 500 \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{把握しなければならない} \\ \text{集団の規模} \\ \hline 10\text{個 (人)} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{一つ (一人) 当たりの} \\ \text{情報量} \\ \hline 50\text{個} \\ \hline \end{array}$$

出典：ユニットケア研修テキスト 施設運営の4つのポイント、P.178より引用、（一般）日本ユニットケア推進センター、中央法規出版、2012.6

図4-1 集団的なケアとユニットケアにおける情報の把握量の違い

4.3 ケアと空間の融合

4.3.1 生活の場としての施設環境

ユニット型施設では、ユニットケアの理念を踏まえ、居宅に近い居住環境を整えることが必要です。ただし、施設を建てれば環境が整うのではなく、入居者に合わせて、住まいにふさわしい環境をしつらえていくのは、ユニット職員の役割です。

例えば、認知症の入居者は、短期の記憶がほとんど失われている場合でも、経験や慣習のような長期記憶や身体的記憶が、しばしば明瞭に残されています。使い慣れたものや、体で覚えた生活動作を通して、会話の糸口をつくり出し、行為を引き出すことができます。自宅で使い込んだ家具や懐かしい日用品などのなじみ深い「しつらえ」が、認知症高齢者の生活の安定につながります。

4.3.2 個室の役割

自宅と施設の落差が小さく、一人ひとりの高齢者が自分らしく生活していくためには、身の置き所（生活の拠点）としての個室が必要です。介護職員は家族にも協力を求めながら、入居者が暮らしやすい個室をつくっていく必要があります。

個室に使い慣れた家具を持ち込むことが許されず、ドアが開け放たれ、ロックもなく職員が入室し、プライバシーを尊重しているとはいえない対応がなされるのであれば、それは単なる一人部屋にすぎません。入居者自身が環境をコントロールできてこそ、居室が個室の意味を成します。

1) プライバシーの概念

プライバシーとは、「個人的な日常生活や社会行動を他人に興味本位にみられたり・干渉されたりすることなく、安心して過ごすことができること（広辞苑）」として定義されています。この定義から、プライバシーには、私生活をみだりに公開されない権利と、一人になりたい欲求（孤独の欲求）を含んでいることがわかります。前者の意味はプライバシーの侵害を防ぐという観点から定義づけられていますが、自らの情報を公開する権利という概念を加えると、プライバシーとは「自らの情報をコントロールできる過程」として捉えることができます。つまり、入居者が自ら個室の扉を開けているのは、プライバシーの侵害に該当しませんが、職員が入居者への確認を行うことなく扉を開けているのはプライバシーの侵害となります。

個室は、プライバシーの確保という根源的な権利を満たす環境要素となりますが、個室であればプライバシーが確保されるわけではありません。運用によってはプライバシーが侵害されることがあります。

2) テリトリーの概念

高齢者介護施設における個室の役割には、プライバシーの確保に加えて、個人領域の形成という側面があります。個人領域とは「テリトリー（なわばり）」とほぼ同意義で使用されています。動物には他の個体の侵入を阻止しようとする排他的なテリトリーがあり、人間も動物と同じようにテリトリーをもっています。人間は動物よりも社会性があるためにテリトリーは一次的ではなく重層的になり、社会心理学者であるアルトマンは人間のテリトリーを次の3つに分類しています。

表4-2 テリトリーの概念

1 次的テリトリー	寝室・居間など	場所への強いコントロールがみられ、占有者の心理的な重要性が高い
2 次的テリトリー	住居まわり 行きつけのレストランなど	他者と空間を共有する
公的テリトリー	公園、ホテルのロビーなど	誰でもオープンな場所

出典：川口孝泰、ベッドまわりの環境学、医学書院、1998.6

テリトリー形成の行動の一つがパーソナライゼーション（占有化、個性化）です。パーソナライゼーションとは、住戸の前に表札を掲げる、家の外に植物を飾るなどの行為や、居室にお気に入りの写真やポスターを飾るなど、そこが自分のテリトリーであることを他者に知らせる行為です。つまり、環境に対して働きかけ、自分にとって過ごしやすい場所を構築していくことで、領域を形成しているのです。

このテリトリーの概念を高齢者介護施設に当てはめると、居室が1次的テリトリー、ユニットが2次的テリトリーとなります。自宅から施設への転居に伴い喪失したテリトリーを再構築することが重要です。この時、使い慣れてきた家具や愛着のあるものの持ち込みは、生活の継続につながります。嫁入り道具のタンスや、旅行の土産、家族の写真は、生活習慣や生活の記憶をつなげてくれます。個室であれば他人に気兼ねせずものを持ち込むことができ、四方が壁に囲まれているため、家具のレイアウトやものの飾りつけの自由度が高くなります。

さらに整備された環境の中であれば、入居後も自発的な行為を促しやすくなります。例えば、ペンと便箋を買い、孫に手紙を書く。このような何気ない行為の背景には、居室に机が置いてあり、書くことができる環境が整っていることが前提となります。何気ない日常の出来事を少し家族に伝えたいといった行為を誘発するためには、それを支える環境のセッティングが必要となります。

また、単に個室をつくれれば、重層的にテリトリーが存在するわけではありません。個室の

外にも広がるテリトリーを形成していくためには、そこに使い慣れたものがあり、安心して
きる人々がいることが重要です。ユニットとは、個室の外に広がる入居者の2次的テリトリ
ーとしての役割をもちます。

4.3.3 空間の機能と共用する集団の規模

1) グループホームケア

「グループホーム」は北欧において発展してきた仕組みです。少人数の家庭的な環境が行動障害のある認知症高齢者の症状を緩和させることが、北欧では示されてきました。

そこで、このような仕組みを取り入れようと日本においても1990年代後半から認知症高齢者グループホームが試みられるようになりました。認知症高齢者グループホームでは、住宅的な空間スケールが入居者の落ち着きをもたらし、キッチンや洗濯室・物干し場という環境要素が、これまで見失われてきた高齢者の残存機能を呼び起こすことを明らかにしてきました。さらに、キッチンや浴室が小規模な範囲に収まることで、介護動線が短く、介護の効率化が図れることも見えてきました。



出典：外山義編著 グループホーム読本、P71より引用 ミネルヴァ書房、2000.3

図4-2 グループホームケア施設の図面例

2) ユニットケア（ユニット型施設）における空間構成

段階構成理論とグループホームケアを融合させてできたのが、ユニットケア（ユニット型施設）の空間構成です。

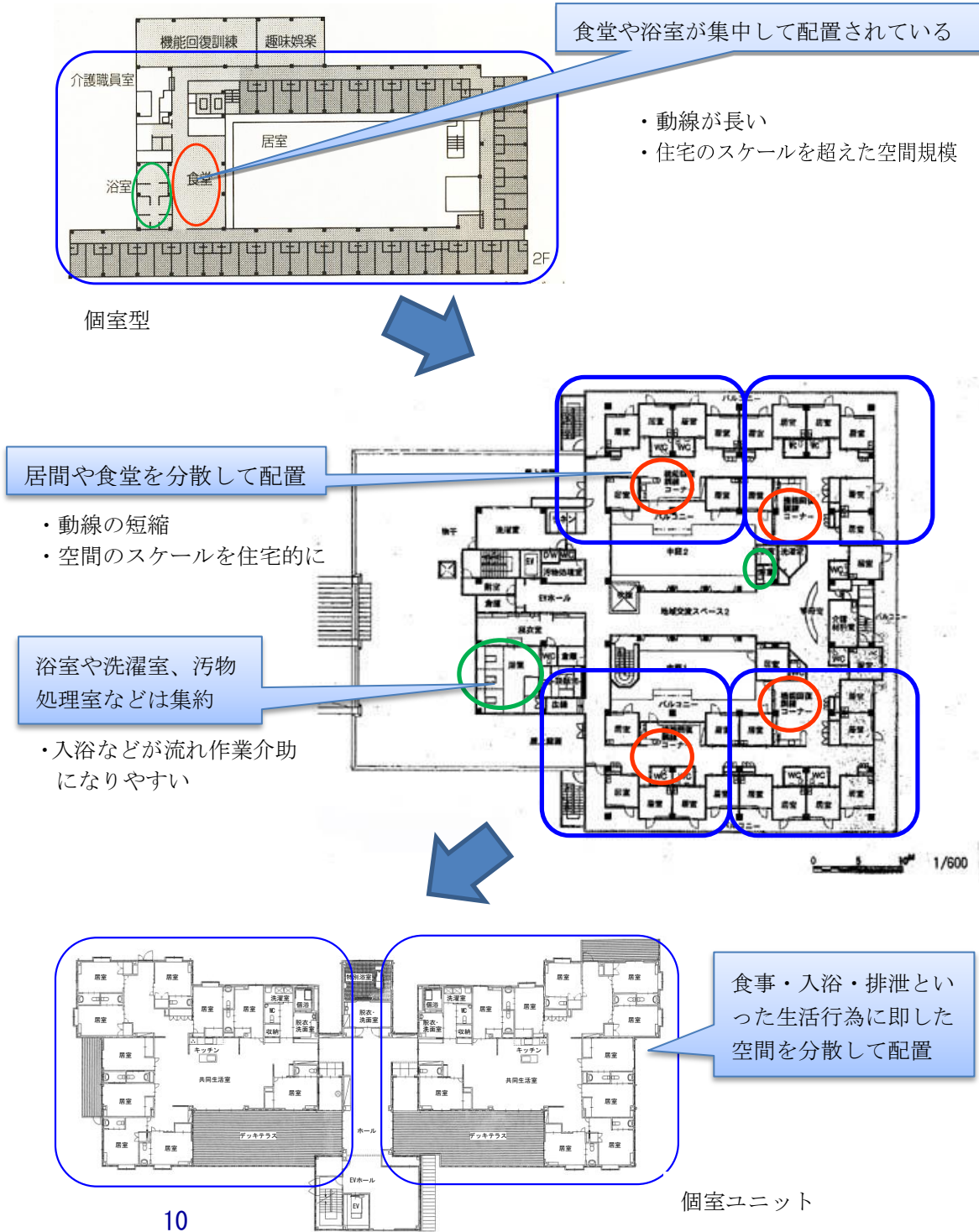


図4-3 「個室型」の施設から「個室ユニット型」への変遷

図4-3は、「個室型」の施設から「個室ユニット型」への変遷です。最初の個室型施設では、大規模な食堂や浴室が集中して配置されていました。そのため動線も長く、空間の規模も住宅としてのスケール感を逸脱していました。その後動線の短縮や、空間のスケールを住宅的にするため、食堂や居間の分散が行われます。しかし、まだ浴室や洗濯室、汚物処理室などは集約されていました。そのため、入浴などが流れ作業介助になりやすいという問題を抱えていました。

そこで食事・入浴・排泄といった生活行為に即した空間を分散して配置したのがユニット型の空間構成です。つまりユニット型とは、10人程度の入居者の日常生活が営まれる場であり、その生活を支援する職員が働く場となります。

ユニット型施設の空間構成とは、身の置きどころとしての個室をプライベートスペースとし、居室と一体的に配置された食堂やリビングを中心とする空間をセミプライベートスペースに加えて、クラブ活動や親しい人同士でのちょっとしたおしゃべりなど他ユニットの入居者とかかわることができるセミパブリックスペースと、地域に暮らしていることを実感できるパブリックスペースにより構成されています。重要なことは、スペースを確保することよりも、むしろそこで何をするかというプログラムをしっかりと計画することです。

ユニット内で生活が完結してしまうのではなく、さまざまな活動を通して、ユニットを越えた社会関係を築き、暮らしの場がユニットの外へと広がるような配慮が大切です。また、地域の中にパブリックスペースを見つけることもできます。なじみの喫茶店や理髪店、子ども達が遊ぶ公園など、外出支援により、地域に出ていくことも必要です。家族やボランティア、介護職員以外の施設職員などさまざまな人々の力を活用しながら、地域に出ていくことを試みてください。

表4-3 段階的空間構成の定義

領域名	定義	領域のコントローラー
プライベートスペース	入居者個人の所有物を持ち込み管理する領域	入居者
セミプライベートスペース	プライベートゾーンの外部にあつて複数の利用者により自発的に利用される領域	複数の入居者
セミパブリックスペース	基本的に集団的かつ規律的行為が行われる領域。(プログラム間の空白時間には個人の自発的行為も行われる)	職員
パブリックスペース	内部居住者と外部社会の双方に開かれた施設内領域	職員(管理スタッフ)および地域住民

【コラム】

居室にどのくらい滞在するかは、その外側に広がる共用空間とのバランスによって決まります。過去の調査では、個室と豊かな共用空間があることでリビングの滞在率が上がっていきことや、多人数居室における交流は同室者よりもほかの居室者との間に発生することが明らかになっています。

ひとは、自分が自分らしくいられる場所（テリトリー）が確保されることで、ようやく外の世界へと関心が向き、他者との交流に関心が向きます。

引用1：一般社団法人日本ユニットケア推進センター「ユニットケア研修テキスト」

4.3.4 ユニット型施設の設備に関する基準

ユニット型指定介護老人福祉施設の設備の基準は次のとおり規定されています。

表4-4 ユニット型介護保険施設の施設・設備基準

ユニット	(1) 居室・療養室・病室	①定員：1人（サービス提供上必要と認められる場合は2人） ②いずれかのユニットに属し、ユニットの共同生活室に近接して一体的に設ける ③ユニットの定員：おおむね10人以下 ④床面積◆：10.65㎡（定員2人21.3㎡）以上 ⑤ユニット型準個室：10.65㎡（2人室21.3㎡）以上、入居者同士の視線の遮断確保を前提に、居室等を隔てる壁が天井と一定の隙間が生じていてもよい ⑥ブザーやナースコールを設ける
	(2) 共同生活室	①いずれかのユニットに属し、そのユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有する ②床面積：「2㎡×その共同生活室のユニット入居定員」以上を標準 ③必要な設備・備品を備える
	(3) 洗面設備・洗面所	①居室ごと、または共同生活室ごとに適当数設ける ②要介護者・身体の不自由な者の使用に適したもの
	(4) 便所	①居室ごと、または共同生活室ごとに適当数設ける ②ブザー等を設けるとともに、要介護者・身体の不自由な者の使用に適したもの ※介護老人保健施設においては、このほか、常夜灯を設けること
(5) 機能訓練室 【介護老人保健施設・介護療養型医療施設】	①◆介護老人保健施設：「1㎡×入居定員数」以上（ユニット型サテライト型小規模・ユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設においては、40㎡以上） ②療養病床を有する病院：40㎡以上（内測法） ③療養病床を有する診療所：機能訓練を行うために十分な広さ ④必要な器械・器具を備える	

(6)浴室	要介護者・身体の不自由な者等が入浴するのに適したもの ※介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟を有する病院） においては、入院患者の入浴の介助を考慮してできるだけ広いもの
(7)医務室 【介護老人福祉施設】	診療所／入居者を診療するために必要な医薬品と医療機器を備える ほか、必要に応じて臨床検査設備を設ける
(8)生活機能回復訓練室	床面積：60㎡以上／専用の器械・器具【老人性認知症疾患療養病棟】
(9)廊下幅	1.8m（中廊下2.7m）以上／【介護老人福祉施設・介護老人保健施設】 廊下の一部幅拡張で円滑な往来に支障が生じない場合は1.5m以上 （中廊下1.8m）以上で可
(10)消火設備	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設ける
(5)～(10)の設備は、ユニット型介護保険施設専用とする（専用となる設備はサービスごとに異なる。また、サービス提供に支障がない場合は専用でなくてよい） ◆は「従うべき基準」	

出典：介護保険制度の解説（平成27年8月版）、P375より引用 社会保険研究所、2015.11

4.4 安心・快適な環境づくり

4.4.1 住まいとしてのしつらえ

(1) 生活空間としてのスケール感

ユニットにおける食堂や居間は、入居者の生活の場であり、安心して過ごすことができる場ではなければなりません。食堂の広さが住宅スケールでも、食堂と廊下の間に壁がなく空間として連続していれば大空間に感じます。住宅的な空間スケールとするためには、壁や家具、格子などで空間を分ける必要があります。この空間の区分の程度は、内部で営まれる行為との関係性により決まります。昼寝など無防備になる行為には、壁など完全に区切られた境界が必要であり、ゆっくりとテレビを見るなどくつろぐ行為には、目線が隠れる程度の境界が必要となります。そして、食事などの行為の場合は、低い棚など視線が抜ける家具でも問題ないでしょう。



図4-4 生活空間としてのスケール感を示す例

4.4.2 福祉用具の活用

(1) 入居者の自立を支える福祉用具

生活を送る上で何らかの障害があったとしても、現在の身体機能を上手に利用する体の使い方を考えることが大切です。福祉用具はこのような目的で活用することができます。

そのためには、入居者のしている活動やできる活動を把握しましょう。それらを安全に活用するための環境づくりが必要です。



図4-5 安定した座位の確保は食事の基本

例えば自力で食事をとるためには、嚥下や上肢の可動域の把握とともに、安定した座位の確保が必要です。情報を把握して、ケアチームで支援します。安定した座位の確保は、食事の基本と考えられています。嚥下機能の改善に対する効果も高く、廃用性症候群の改善が結果的に自立度を高め、介護負担の軽減につながります。入居者の身体機能に即した調整機能付き車いすは、移動能力の向上、座位保持機能の向上という観点からも有効です。

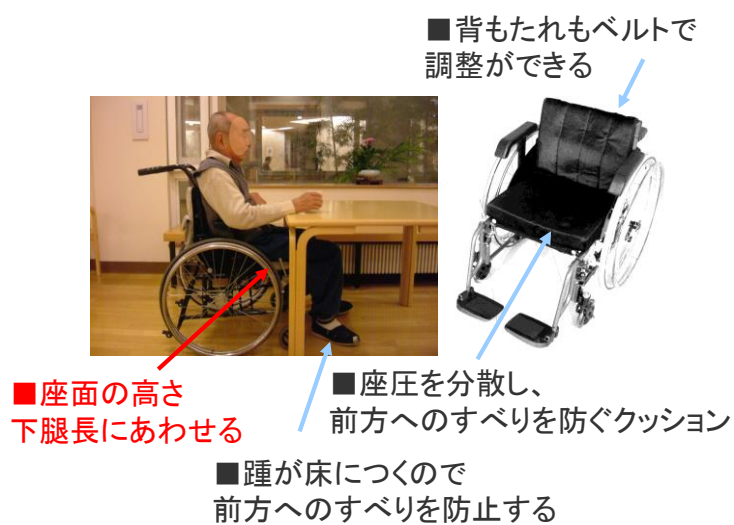


図4-6 体にあったいすと車いす

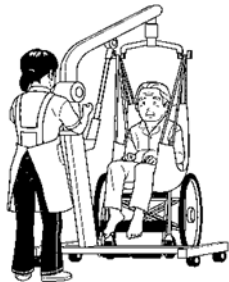
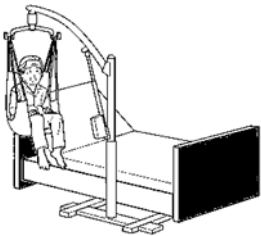
介護においては「できることは自分でしてもらって、必要なところを介助する」ことが望ましいと言えます。さらに言えば「できるようにになりたい」「やっていきたい」と思えるような意欲を、入居者から引き出していくことも大切な支援の視点となります。入居者自身も、ほんの些細なことでも自分の可能性に気づくと、次に何ができるか試したくなり、暮らしの中の些細なきっかけが生活の変化につながります。

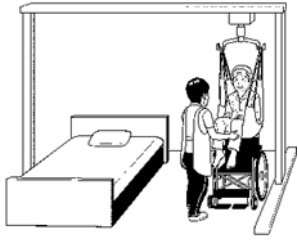

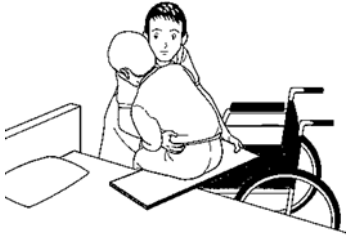

ユニット職員は、常に入居者と暮らしをともにする中で気づいた入居者の可能性や残存機能をユニット職員や他職種連携のチームで共有し、自立支援につなげていくことが重要です。

(2) 入居者に安全・安心・安楽を提供し、職員の介護負担を軽減する福祉用具

厚生労働省では、パンフレット「社会福祉施設における安全衛生対策～腰痛対策・KY活動～」を作成し、社会福祉施設における腰痛予防の取り組みがなされるよう、わかりやすく進め方や具体的な取り組み事例を紹介しています。腰痛予防に有効な福祉用具としては、リフト、スライディングボード、スライディングシート、スタンディングマシーン等があげられます。これらの福祉用具は、対象者の状態や協力の程度によって使い分けます。

表4-5 福祉機器の種類

名称	説明
 <p>移動式リフト</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移動式リフトはタイヤが付いているため、自由に移動ができます。1台で何人もの利用者を移乗介助できる。 ・ 少し不安定なため、利用者の安全性を考慮して使用する必要があります。 ・ 利用者を吊したまま、長い距離を移動するようにはつくられていません。
 <p>設置式リフト</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ わが国固有のもので、ベッドや浴槽に設置して使用します。 ・ 移乗以外の介助を行う時には邪魔になる場合がありますが、設置式のため比較的安定しています。

名称	説明
 <p data-bbox="256 577 507 607">レール走行式リフト</p>	<ul style="list-style-type: none"> • やぐらを組むか、または天井にレールを設置して使用します。 • 一度設置するとなかなか変更はできないが、最も安定しています。
 <p data-bbox="256 920 564 949">スタンディングマシーン</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 残存能力のある利用者の立位を補助するのに使用します。 • トイレ介助で使用すると、ズボンや下着の脱着が容易にできます。
 <p data-bbox="256 1361 539 1391">スライディングボード</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 移乗介助時に利用者を抱え上げるのではなく、ボードの上を滑らせて移乗するのに使用します。 • 当初は板に滑りやすい布を巻いたものだったが、最近では滑りやすい硬質なプラスチック製のものが多くなっています。介護作業の中では、ベッドと車いす間の移乗介助に多く使用されています。しかしこのボードを使用するには、ベッドと車いすの高さを合わせることで、車いすの肘掛けを外せることが必要です。このことからボードを使用する場合には、原則、昇降機能のついたベッド（電動昇降ベッドなど）と肘掛けの外せる車いす（モジュラー型車いすなど）を併せて用意する必要があります。
 <p data-bbox="256 1809 539 1839">スライディングシート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 滑りやすい布状のもので、ベッドや布団に寝ている利用者の下に敷き、位置を移動させたり、褥瘡（じょくそう）予防のための体位変換に使用したりします。 • シートの利用の際は、利用者の残存能力を生かして移動や体位変換を行うことで、さらに介護者の作業負担を軽減できます。

出典：厚生労働省・中央労働災害防止協会「社会福祉施設における安全衛生対策マニュアル ～腰痛対策とKY活動～」36、37、38頁、一部改変。）

<参考資料>

- ・介護保険制度の解説（平成27年8月版）、P373 社会保険研究所、2015.11
- ・ユニットケア研修テキスト 施設運営の4つのポイント、P.178、（一般）日本ユニットケア推進センター、中央法規出版、2012.6
- ・川口孝泰、ベッドまわりの環境学、医学書院、1998.6
- ・外山義編著 グループホーム読本、P71より引用 ミネルヴァ書房、2000.3
- ・介護保険制度の解説（平成27年8月版）、P375より引用 社会保険研究所、2015.11
- ・厚生労働省・中央労働災害防止協会「社会福祉施設における安全衛生対策マニュアル ～腰痛対策とKY活動～」36～38頁
- ・「高齢者居住施設における入居者の個人的領域形成に関する考察」井上由起子、外山義、小滝一正、大原一興（日本建築学会計画系論文集 第501号109-115、1997年11月）
- ・一般社団法人日本ユニットケア推進センター 「ユニットケア」研修テキスト

5. ユニットケアにおける尊厳の保持と自立支援

5章では、ユニットケアにおける尊厳の保持と自立支援の実現に向けて、その基本となる考え方について学びます。

5.1 ユニットケアにおける自律した日常生活の支援

- 自立支援の考え方と、入居者が自律な日常生活を営むことの支援の考え方について学びます。
- ユニットケアにおいて個別ケアを実践するためには、一人ひとりの入居者とその生活について理解し、個別のニーズに即して生活リズムに沿って、ケアを展開することが重要であることを理解します。
- できる限り居宅における生活を継続するためには、入居時に環境が変化することに配慮し新しい生活づくりを支援することが重要であることを学びます。
- さらに、一人ひとりの入居者の生活習慣や生活リズムに沿って、ユニットにおけるその人らしい生活を支援するためのポイントを学びます。

5.2 ユニットケアにおける社会的関係の構築

- 入居者が自分の意思で意欲的に生活を営むためには、他の入居者や家族、地域との交流を通して社会的関係を維持すること、ユニットの中で役割をもつことが重要であることを学びます。
- また、生きがいをもつことの重要性やそのための支援の考え方について学びます。

5.3 権利擁護

- ユニットケアにおける権利擁護について学びます。

5.1 ユニットケアにおける自律した日常生活の支援

ユニットケアでは、一人ひとりの入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、日常生活を適切に援助すること、つまり、個別ケアを実践していくことが求められています。個別ケアを行うためには、一人ひとりの入居者に対する十分な情報収集と、アセスメントに基づく計画の立案と実践、そして評価を行うことが重要です。

個別ケアとは、一人ひとりの生活リズムに沿ったケアの実践です。起床時間から就寝時間まで在宅で生活していた頃と同じように一人ひとりの状況に即したケアを提供していきます。また、一人ひとりの生活リズムに沿ったケアを行っていくためには食事・排泄・入浴などの介助を個別のニーズに即して展開していくことが重要です。

こうしたケアの実践が、自律した日常生活を営むことの支援になります。

5.1.1 自立支援の原則

高齢者介護の原則は、自立支援であり、要介護者の残存能力を見極めながら、その人がもっている力を引き出し、少しでも自立につながるように介護職員が支援することが大切です。できない部分だけに着目するのではなく、できる力を見過ごさないことも介護職員の大事な役割です。できる力は一日の中でも、体調により変化します。一度できなかったから「できない」と決めつけるのではなく、丁寧な観察と判断に基づく援助が求められます。自立支援においては、入居者本人ができることを正しく把握し、必要な援助を行うことが重要です。

また、介護を必要とする高齢者は、加齢による身体機能の低下などにより、日常生活で困難を感じ、自分自身でできない苛立ちや腹立たしさ、情けないといった思いや葛藤などを抱えていることもあります。このような要介護高齢者の想いに配慮した対応が求められます。

5.1.2 自律的な日常生活を営むことの支援

入居後の生活においても、入居前同様、自分なりの生活を、自分の意思・責任で組み立てることが自律した生活と言えます。普段、私たちは、「食事をする」という行為一つ取っても、今日は何を食べようか、味付けはどうしようか、誰と食べようか、どこで食べようかなどと考え、選択をしながら生活をしています。自律した生活を営むには、生活の目標や生活様式を選択を自ら行う「自己選択」、自らの人生や生活のあり方を決定する「自己決定」が重要になります。要介護高齢者が自分の意思に基づいて、日常生活を営んでいくためには、物的環境や人的環境の整備、特に職員による支援のあり方が重要な役割を担います。

また、高齢者が何らかの支援が必要になった場合、自律した生活を諦めてしまったり、

支援してくれる存在に依存的になることもあります。自分でできていたことに支援を受けなければならなくなったことを、情けなく悔しい気持ちになることもあります。入居者が生きがいをもって意欲的に生活できるよう、入居者の心理にも配慮した対応が求められます。

(1) 入居者一人ひとりを知るための情報収集

個別ケアを提供するには、まずは介護の対象となる入居者についてよく知ることから始めます。表面的な介護上の問題だけに目を向けるのではなく、全人的な理解が求められ、現在だけでなく、これまでの暮らしやこれからの希望といった過去や未来に関する情報も必要です。

(2) 入居者の生活を知るための情報収集

入居者が主体的に生活することを支えるためには、業務上の効率性を優先した日課でケアを提供するのではなく、その都度入居者に希望を確認したり、事前に入居者の生活上の意向やこれまでの生活習慣を把握することが求められます。また、少人数のユニット職員でユニットで生活する入居者の生活を支援するためにも、事前に入居者毎の生活を把握しておき、ある程度予測を立てた中で生活支援を展開する必要があります。

排泄のリズムを把握、日常の観察ができていれば、たとえ、尿意がない、トイレに行きたいという明確な意思表示がない場合であっても、入居者の行動、しぐさにも関心が払われ、入居者が困らないよう言葉かけができたり、予測に基づいた的確な対応ができます。

また、個々の理解をした上でユニット全体の生活の流れ、業務の流れを理解することは、ケアの優先度が考慮された、ユニット全体の効果的なケアの提供につながります。

5.1.3 居宅における生活の継続

ユニットケアでは、入居者へのサービスの提供にあたって、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要です。

(1) 高齢者介護施設への入居とその支援

1) 入居後の状況と支援

高齢者介護施設への入居は、専門的な介護が受けられるとの安心感を抱いて入居する高齢者もいますが、加齢や疾病による心身機能の低下などにより、入居を決めた人もいます。

入居者は、心身機能の低下という喪失感に加えて、大きな環境の変化というストレスを感じるようになります。入居して介護や支援を受けるということへの葛藤、帰宅願望や不安など、どんなによい施設環境でよいケアが展開されているとしても、新しい場所での生活には、それ相応に適応するまでの時間が必要となります。

2) 入居時の対応

転居の際、人はこれまでの環境を喪失し、新たな環境との関係を構築していかななくてはなりません。施設入居の際には、住み慣れた家から別れ、新たな場所において新たな関係を築いていくことになります。若く希望に満ちた人であれば新しい環境にも直ぐに適応できますが、適応能力の低下した高齢者であれば苦勞を要します。高齢期における環境移行は、高齢者に多大な心身面でのストレスを与えることから、できる限り環境の変化を小さくすることが望ましいと言えます。

個別ケアが提供される施設であっても、入居者のそれまでの生活をそのままを再現することは大変難しいことです。入居者は、場所に慣れ、人に慣れ、物や生活自体に慣れ適応しながら、新たな場所での自分なりの生活を再構築していきます。

入居時には、入居者にとって今すぐ解消すべき不安や課題は何かをアセスメントし、個々に合わせた対応を行う必要があります。

3) 新たな生活づくりへの支援

生活をする場で、一から人間関係をつくることは、非常に大変です。ユニットには、職員の外に共有スペースで顔を合わせる他の入居者もいます。中には介護度の高い他の入居者に対して、嫌悪感のようなものを感じたり、自分の将来を重ねて落ち込んだりする方もいます。介護職員は、そういった不安や他の入居者への気持ちなどを察し、入居者とのなじみの関係をつくることはもとより、入居者同士をつなぐ役割も担います。

また、個室を入居者が落ち着く住まいとしてしつらえる支援、さらには個室の他の落ち

着く場所、共有スペースでの居場所についても入居者とともにつくっていくことが望まれます。

5.1.4 ユニットにおける生活の流れ

ユニットケアにおける日常生活援助について、いくつかポイントをあげて、考え方を提示します。ここで提示するのは一般的な考え方であり、各施設においては、施設やユニットの状況、入居者のニーズ等を踏まえてよりよい方法を検討していくことが大切です。

(1) 起床

高齢者介護施設は生活の場であり、入居者は自身の生活のリズムで生活をしています。このため、施設やユニットで一律の起床時間を設けることは適切ではありません。起床は生活リズムをつくるための重要な行為であることから、個別のニーズに添って入居者毎に起床時間を設定し、生活リズムが乱れないように促していくことが必要です。

また、イベントなどの生活の変化や健康状態によって、その日の対応を変えることは必要です。

(2) 身だしなみ、着替え

身だしなみや着替えは、その人の生活習慣を把握した上で実施します。着替えについては、室温や体調に考慮し、その人の生活習慣や好みを大事にし、可能な限り入居者と相談しながら援助します。また、共同生活であることも考え、性別や生活習慣の違う他の入居者への配慮についても考える必要があります。

洗面や整容は、居宅のように誰にも気兼ねせずにゆっくりと、いつでもできるように、設備や支援方法の工夫が必要です。

(3) 排泄

入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な支援を行います。おむつを使用せざるを得ない入居者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えなければなりません。

また、排泄は最もプライベートで、羞恥心を伴う行為です。要介護となっても、排泄だけは自身で行いたいと考えている人も多く、介護職員は、入居者の尊厳を守るという視点を常に意識しながらケアにあたる必要があります。

(4) バイタルサインズの測定

介護職員には、入居者の日常生活援助の中で、例えば起床時の顔色や入浴時の皮膚の色などから、体調の変化に気づくことが求められます。平常時における体温、血圧、体重等を把握しておき、日常の健康管理に役立てるようにします。まずは入居直後から一定期間の測定を行い、標準的なデータを把握します。

また、各施設において、気付いた内容について看護職員等へと連絡する必要性、定期的な連絡方法の確認、報告の結果や対応についても事前に取り決めておくことが重要です。介護職員と配置医師や看護職員等との話し合いの場や、小規模の職員の学習の機会をもてるよう調整します。

(5) 食事

1) 食事に関する家事

食事には食べるという行為だけではなく、何を食べるかつくるかを考える、買い物をする、つくる、盛りつける、片づけるといった一連の流れがあります。ユニットケアでは、食事の簡単な下準備や配膳、後片づけなど、入居者の心身の状況に応じた日常生活上の家事行為を、それぞれが役割をもって行えるよう適切に支援していきます。簡易な流し・調理設備を利用し、長年、主婦として家族の食事を準備してきたなどの入居者の生活習慣、心身の状況や本人の意向を踏まえた支援をします。入居前の生活を考慮し、要介護状態等に応じて必要な援助を行いながら、入居後の自立を支援します。

また、調理に伴うにおいや音のある生活は、五感を刺激する楽しみであり、入居前の生活に近い生活と言えます。ユニット型施設の特徴を活かしながら、それぞれの施設において対応可能なサービス提供のあり方を検討します。

2) 食べる

食事についても、施設側の業務を優先させるのではなく、入居者一人ひとりの生活習慣に配慮した提供が望ましいと言えます。例えば、朝食の提供時間に合わせるために入居者を起床させるのではなく、本人の希望も汲んで提供時間の調整を行います。常備食や遅出し等の食事の準備をするなどの工夫も考えられます。また、おいしく食べていただくためには、電子レンジ等を使用して適温での提供を心がけます。

個人的な疾患等による食事に関する課題のほか、全ての入居者に対して、老化による口腔機能の低下にも配慮し、食事提供の際には誤嚥等の危険性がないか十分に観察をします。また、食事に適した姿勢の保持、入居者の体格に合わせた椅子やテーブルの用意が必要です。

そして、共同生活室での食事は、ユニット内での人間関係の構築に有効です。入居者同

士の人間関係などに配慮しながら、楽しい時間を過ごせるよう仲介します。共同生活室のテーブルは、人間関係の調整が可能な4人くらいの少人数で囲める食卓を複数用意します。

(6) 入浴

入居者の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、適切な方法により、入居者に入浴の機会、場合によっては清拭などを提供しなければなりません。入浴についても、これまでの生活習慣に配慮しながら個別に対応したサービス提供のあり方を検討します。好みの温度や入浴剤等の使用等のほかに、入浴回数や時間などについても入居者の意向、入居者の心身の状態からの専門職としての検討も必要となります。

事故防止につとめ、安全安楽な入浴のための人員体制や設備、用具の工夫を行うこと、入浴にまつわる一連の支援を一人の職員が担当すること、さらに同性介助の実施などの羞恥心への配慮も必要です。

また、介護職員の負担、不安の軽減のためにリフトなどの適切な用具の活用も重要です。

(7) 昼間の過ごし方

食事や入浴といった日常生活行為を行う時間以外の過ごし方も、入居者それぞれの意向を大切にします。入居者の身体状況や今までの暮らし方などを十分にアセスメントし、それに沿ってさまざまな準備をし、支援をしていきます。個人の希望や状況に合わせた余暇支援、習い事や体を動かすレクリエーションであったり、ユニット内での家事などの役割について考えていきます。

また過度の臥床は、体力の低下につながりますが、状態を見て休憩をとってもらようよう言葉をかけるなど、活動と休息のバランスについても考慮していきます。

(8) 就寝

就寝についても、入居者のこれまでの生活習慣を踏まえて、健康状態等に配慮しながら支援します。夕食の後も共同生活室で入居者同士がおしゃべりをしたり、お茶やテレビを見るなどのくつろぐ時間の過ごし方や、居室に戻ってから就寝するまでの時間の過ごし方も入居者によってさまざまです。入居前の生活を考慮しながら、現在の心身の状態に合わせた支援ができる人員配置を整えることも大切です。

(9) 夜間の見守り

夜間の見守りについては、入居者一人ひとりの要望や家族からの要望を踏まえ、心身の状態等を考慮して対応します。入居者が内鍵をかけることについては、緊急の場合や必要なときはマスターキーで開けることをあらかじめ約束した上での対応が必要です。

なお、夜間および深夜の職員配置については、2ユニット毎に1人以上のユニット職員又は看護職員を夜間および深夜の勤務に従事する職員として配置します。

5.2 ユニットケアにおける社会的関係の構築

5.2.1 社会的関係の構築

(1) 職員、入居者、家族、地域との交流

入居者が最期まで地域の一員として暮らし続けるために、他の入居者や家族、地域との交流など、社会的関係を構築することを支援します。

1) 職員

ユニット職員も、入居者にとって社会的関係を築くための要員です。また、特に重度の要介護者の場合、最も日常的に交流するのはユニット職員になります。たとえ重度の要介護状態となっても、最期まで社会性を保ち、尊厳が保持された生活を送れるよう関わります。ユニット職員にとって、入居者との何でもないような会話も重要な意味のある業務になります。

2) 入居者との交流

居室と一体的に配置された食堂やリビングでは、他の入居者とおしゃべりをしたり、ともに時間を過ごすことができます。さらに、その外側に他ユニットの入居者と関わることができるセミパブリックゾーンが配置されていると、クラブ活動や親しい人同士でのちょっとしたおしゃべりなどが可能となります。

他の入居者との交流は、入居者の生活の楽しみとなりQOLを高めます。新しく入居者を迎えた場合などでは、自然な交流を促すよう、職員による働きかけも重要です。

【事例1】入居後間もない頃に、入居者との交流をユニット職員が支援した事例

新規に入居してきた入居者Aさん。共同生活室ではいつもうつむき加減で、ぶつぶつと独り言を発して他の入居者と関わりをもとうとしませんでした。職員の働きかけで既存グループの輪に入って話をし、笑顔をみせるようになりました。

【入居者の状況】

Aさん 90歳 女性 要介護度4

障害高齢者の日常生活自立度：B2 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

【生活歴】

Aさんは、他県にて出生。女学校を卒業後に難しい就職試験に合格し、大手百貨店に就職。知人の紹介で結婚し、2男3女をもうけました。その後当市に引越し、飲食店を経営。夫が

他界してからは一人暮らしをしていましたが、数年前から家にこもることが増えました。足腰も弱くなって認知症も進行し、食事や排泄など生活全般に介助が必要になったため、施設への入居となりました。

【施設での生活及び支援過程】

入居してきた当初は、環境になじめませんでした。職員の問いかけには返事しても、同じテーブルの利用者とは会話せず、ほとんど黙っていました。ただ時間帯によっては口を開き、ぶつぶつと独り言を始める場面もありました。

それに気づいたユニット職員は、Aさんを長く入居している女性3人グループのところに連れて行き、Aさんと3人グループの双方を紹介した後「仲良くしてあげてくださいね」と言い、ユニット職員はその場を去りました。グループの中心的存在の入居者Bさんは穏やかで心も広く、だれに対しても優しい入居者で、Aさんを快く受け入れ、やさしく接してくれました。しかしAさんは緊張と戸惑いを隠せず、相手の話をほぼ無視して近くを通りかかるユニット職員を目で追っていました。それに気づいたユニット職員は、間に入ってタオルや衣類などの洗濯物を畳む作業を4人で一緒にしてほしいと頼みました。

作業を通して少しずつ会話が弾み始め、それぞれ昔話などをしていました。その後も、タオルたたみや簡単な手伝いを4人に頼みました。

そのうちにAさんは徐々にグループに溶け込んでいきました。最初にみせた緊張や戸惑いはなくなり、表情も明るくなりました。相手の利用者の話に対しても、穏やかに聞き、時にはうなずく場面も見られるようになりました。さらに、しばらく経つと一緒にテレビを見て過ごしたり、おやつを分け合って食べたりする仲良し4人組となりました。

加齢や認知症などにより、新しい環境になじむのが困難な場合があります。そのため専門職がなじみの関係を築くきっかけづくりや、その後のサポートを行うことが重要になります。本事例のAさんも当初はなかなか周囲の利用者と打ち解けず、一人で過ごすことが多かった方でした。しかし職員が意図的に関わることにより、他の入居者と仲良く過ごせるようになりました。職員の働きかけにより施設での生活が楽しくなり、本人のQOL向上にもつながったと考えられます。

3) 家族との交流

地域には、人々の暮らしを豊かにするための社会資源がそろっています。町内会・ボランティア組織・民生委員・他の事業所・学校・公園・幼稚園・保育園・買い物施設など、入居者の入居後の生活においても、地域の社会資源を活用することができるよう支援することが求められます。入居者の心身の状態を考慮し、パブリックスペースの活用や外出の機会により、地域に暮らしていることを実感することができるようにしましょう。

【事例2】

施設にある花壇での庭仕事を通して、本人と家族がゆっくり過ごせる時間と空間をつくり、本人と家族の関係のみならず、施設のスタッフとも良好な関係づくりができました。

【入居者の状況】

Aさん 84歳 女性 要介護度4

障害高齢者の日常生活自立度：C1 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

【生活歴】

Aさんは、県内にて出生。結婚して2人の娘をもうけました。夫が亡くなってからは長女夫婦と暮らしていましたが、庭の手入れをしていたところ転倒して大腿骨を骨折。それ以降歩行できなくなり、介護が必要になりました。しばらくは長女が自宅で介護していましたが、ほぼ寝たきりで常時介護が必要な状態になり、自宅での介護が続けられず施設に入居しました。

【施設での生活及び支援過程】

施設ではほぼ寝たきりの状態ですから、自然とユニット内だけで過ごしがちになりました。長女は時間を見つけては頻りに面会にきていましたが、あまり会話も続かず、短時間で帰ることが多かったようです。

そんな中スタッフは、長女がよく花を持参して面会に来ているのに気付きました。Aさんについて長女と話していた中で「元気なころは、2人で自宅の庭にたくさんの花を育てていました。咲いた花を近所の人にあげるのが楽しみだったんです。ここにもってくる花は、自宅の庭で咲いたものですよ」という話を伺いました。さらに「母が入居してからは私一人の仕事になり、咲いた花をもってきて居室に飾っても母の反応もあまりなく、少しさみしいです」と話されました。

そこでスタッフ皆で話し合い、長女に「厚かましいお願いですが、施設の中庭の花壇を使ってAさんが自宅で楽しんでいた花と一緒に育ててもらって、そのお花をユニット内や施設でも飾らせてもらえないでしょうか」と申し出てみました。

当初長女は「かえってご迷惑をおかけするのではないですか」としりごみしていましたが、「Aさんにとっても楽しみになると思います」と真意を伝えることで快諾していただきました。こうして、Aさんと長女による施設での花づくりが始まりました。

長女は以前にも増して面会にこられるようになり、Aさんとともに施設で過ごす時間も長くなりました。Aさんの嬉しそうな笑顔がいつも見られるようになりました。中庭に咲いた花は見た目もきれいで、施設内にも飾っていただきました。

この花壇がきれいだったので、中庭が見える場所に他の入居者や家族も一緒にくつろげる喫茶コーナーを設置しました。すると飲み物や軽食を楽しみながら風景を眺めて過ごし

たり、他の入居者の家族も手伝う光景も見られるようになりました。面会にこられて、施設で過ごす時間が長くなっていきました。

このことにより、スタッフが利用者を交えて家族と話す時間ができました。施設での様子を家族に伝えたり、家族から情報を得る機会が増えました。

その後、残念ながらAさんは亡くなりましたが、Aさんの長女は今でも施設を訪れて花の世話をし、施設に花を飾ってくださっています。

4) 地域との交流

地域には、人々の暮らしを豊かにするための社会資源がそろっています。町内会・ボランティア組織・民生委員・他の事業所・学校・公園・幼稚園・保育園・買い物施設など、入居者の入居後の生活においても、地域の社会資源を活用することができるよう支援することが求められます。

入居者の心身の状態を考慮し、パブリックスペースの活用や外出の機会により、地域に暮らしていることを実感するような支援を心がけます。

(2) 役割をもつこと

ユニットに入居し、何かしらの支援を受けるようになって、人は誰かに必要とされている、人との関わりや生活の中で役立っているという自己有用感をもちたいものです。高齢期における喪失感に加え、施設での支援を受ける立場となり、生きることへの虚無感なるべく感じないように、楽しむという視点だけでなく、誰かの役に立っている、役割があり、感謝される存在として自己有用感がもてるような支援が望まれます。

しかし、心身の状態の変化やユニットに入居することでさまざまに変わってしまった環境下では、それまでと同じような役割を担うことには限度があります。

一般的な家庭生活では各人の役割が明確になっているのに比べ、ユニットを構成している人々の役割は「存在」そのものであることから始まります。無理に「家庭」を意識して、さまざまな家事や人間関係における役割を担うよう強要する必要はありませんが、自発的にできることをしたいと思える工夫や、それができる環境づくりをすることが重要です。入居者が自分の価値に気づき、ユニットの生活の中で新しい自画像を描けるよう支援していきます。

そして、高齢者は「統合」の発達段階にあり、自分の知識や経験を評価され利用してほしいという思いをもっています。ユニットという暮らしの場で、入居者が役割をもつことは、自尊心を高め、生きがいにつながります。単に入居者が家事の中で役割をもつことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することも重要です。

【事例3】

在宅から施設に入居して、自分の居場所を見つけられず帰宅願望が強く不安な状態が続く利用者が、ユニット内で役割を見つけた事例です。故郷で行っていた野菜づくりを通して自信を取り戻し、落ち着いた施設生活が送れるようになりました。

【入居者の状況】

Aさん 77歳 女性 要介護度3

障害高齢者の日常生活自立度：A1 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

【生活歴】

Aさんは、県内の農村部にて出生。結婚して2男3女をもうけました。外に勤めに出たことはなく、夫と農業を営んでいました。子供がそれぞれ結婚して独立した後は、夫と2人で畑仕事をしながら暮らしていました。夫が死亡し、それ以降は一人暮らしになりました。

その後、物忘れや見当識の障害が見られるようになり、独居生活が困難になってきたので、長女と同居することになりました。しかし長女宅での生活は、家に帰るといっては外へ出て、戻って来られなくなるようなことが繰り返されました。何度も警察沙汰になったため、長女も精神的にまいってしまいました。自宅で介護し続けるのが困難になり、施設に入居することとなりました。

【施設での生活及び支援過程】

施設入居後も帰宅願望があり、精神的に不安定になることがありました。職員は本人の話に耳を傾け、理解するよう努めました。役割を見つけるなどして精神面での安定を図り、穏やかな生活ができるよう援助しました。しかし施設入居により生活上の行動範囲が狭くなり、体をもてあましている様子でした。

ある日Aさんとの会話から「家にいた頃は畑仕事をして過ごしており、いろいろな野菜をつくっては近所に配っていました。あの頃が懐かしい。今は毎日体をもてあましています」という話しを聞き出しました。ユニット職員で検討した結果、施設の中庭の花壇の一部を畑にして、野菜をつくってみることになりました。

しかし若いユニット職員が多く、野菜を育てた経験のある者がほとんどいませんでした。畑のつくり方さえわからず、野菜が本当に育つのか半信半疑でした。また毎日の水まきなど、ユニット職員の新たな負担が増えるのではないかという心配も多く出されました。

そんな中、ユニット職員が率先してつくるのではなく、畑づくりの経験のあるAさんから、畑や野菜のつくり方を教わりながらつくるのが大切ではないかという意見が出されました。そこでAさんに教わりながら畑づくりを行っていくことにしました。

Aさんも最初は不安げで面倒くさそうにされる場面も見られましたが、少しずつ昔を思い出していかれたようでした。無事畑を耕して、キュウリやトマト・なす・とうもろこしの苗

を植えることができました。この時、畑を耕す作業には男性の利用者が大活躍され、皆で昔話に花を咲かせている光景も見られました。

また当初はユニット職員の仕事になってしまうのではないかと心配していた畑への水撒きも、Aさんが毎日バケツをもってユニット職員を水撒きに急き立てるような場面が見られるほどになりました。草取りと併せて、Aさんの日課となっていきました。

その後、皆の世話の甲斐あって順調に育ち、たくさんの野菜が見事に実りました。Aさんはそれを持ち帰って、ユニット内のキッチンでキュウリを刻んで塩もみにし、トマトは皮が固いからと皮をむいて切り、その日の昼食時に皆に配って回っていました。

これらの経験を通し、Aさんはこの施設での生活に張りができたようでした。帰宅願望や不穏な状態もほとんど見られなくなり、他の人と談笑する場面もよく見られるようになりました。

当初はAさんに対する情報不足や信頼関係の不足などにより、対症療法的なケアプランから始めざるを得ませんでした。徐々にAさんの生活歴や性格・思い（希望）などを導き出し、役割をもてるような援助を行いました。過去の生活歴をできる限り重視し、施設で安定した生活を送れるよう支援することが重要です。

5.2.2 生きがい

アメリカの心理学者マズローが提唱した、欲求5段階説はよく知られています。人間の欲求は図5-1のように5段階で構成されていて、低階層の欲求が満たされると、より高次の階層の欲求を欲するというものです。

「生理的欲求」は、生きていくための基本的・本能的な欲求、「安全欲求」は、危機を回避し、安全・安心を求めるものです。これらが満たされると、集団への所属や周囲との関わりを求める「社会的欲求」の段階となります。さらに、他者から認められたい、尊敬されたいという「尊厳欲求（承認欲求）」が芽生え、最後に自分の能力を引き出し創造的活動がしたいなど「自己実現欲求」が生まれます。

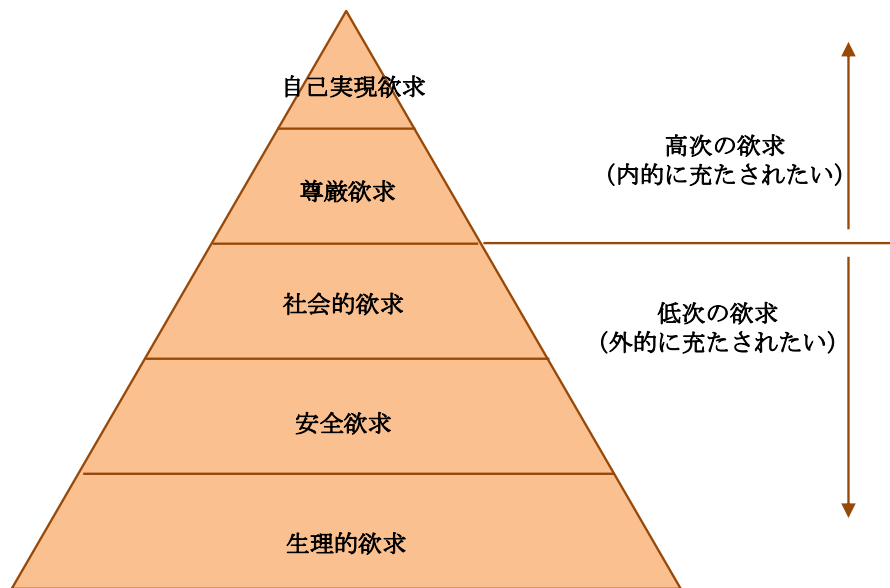


図5-1 マズローの欲求5段階説

高齢者介護施設における生活では、生理的欲求、安全欲求は当然のこと、周囲との関わりの中で、社会的欲求、尊厳欲求が十分に満たされなければなりません。さらには一人ひとりの入居者の自己実現欲求を満たす「生きがい」をもって生活することを支援することが重要となります。そのためには、一人ひとりの入居者を心理的側面、身体的側面、社会的側面から全人的に理解し、発達段階を考慮して、「生きがい」について考えることが必要です。

生きがいとは「生きる目的」とも言えるものです。何を生きがいと感じるかは人それぞれで、一概に定義づけられるものではありません。例えば、書道や絵画・手芸・フラワーアレンジメントなどの趣味活動が続けられることや、外出や買い物ができること、好きな音楽が聞けること。その他にも孫の成長や家族の幸せを見守ること、健康で暮らせること、職員を気遣うことなど多岐にわたると考えられます。誰かの役に立っていると思えることや、認められる、気づかれるといったことが生きがいにつながります。

ユニットで生きがいを支援する場合、利用者自身のもっている最大限の力を発揮して、主体的に生きようとする気持ちを引き出せるよう、入居者を十分にアセスメントします。今までの経験を活かす、またはまったく初めての経験が生きがいになることもあることをケアチームで認識し、さまざまな情報や体験の提供、環境整備を考えていきます。

参考：

生きがい支援の10か条

- 第1条 生きがいは 楽しく暮らす原動力
- 第2条 思い出も ^{いま}現在を支える生きがいに
- 第3条 やがてくる 老いの理解が第一歩
- 第4条 ゆっくりと リズムに合わせ寄り添って
- 第5条 向き合って よさをさがして新発見
- 第6条 回復の 望みは捨てず捨てさせず
- 第7条 協力と 笑顔と感謝を忘れずに
- 第8条 居場所・役割それぞれに 能力・才能だれにでも
- 第9条 人にふれ 自然にふれていきいきと
- 第10か条 割り切って 臆することなくSOS

出典：在宅介護者のための生きがいハンドブック 発行：財団法人健康・生きがい開発財団 平成16年3月)

【事例4】

在宅から施設に入居したが、やることもなく毎日の生活に張りを失っていた入居者がいました。ユニット職員とのふとした会話から絵を描くことに興味をもち、その後たくさんの作品を描き、生きがいをもって張りのある施設生活が送れるようになりました。

【入居者の状況】

Aさん 82歳 女性 要介護度4

障害高齢者の日常生活自立度：B1 認知症高齢者の日常生活自立度：Ia

【生活歴】

Aさんは軽い脳梗塞を患い、入院治療していた。自宅では一人暮らしだったため、在宅復帰が困難となり、施設へ入居することになった。

【施設での生活及び支援過程】

施設での生活は比較的安定していましたが、集団でのアクティビティには参加しませんでした。食事以外の時間は居室で雑誌などを見て過ごすことが多く、単調な毎日を送っていました。

ユニット職員がAさんに、趣味ややりたいことはないですかと尋ねてみたところ「貧しく一生懸命働き続けてきたので、特に趣味はありません」という返答でした。

しかしAさんに関わるユニット職員が、施設にある写真集などを見て「この写真、綺麗で

すね」とAさんがよく話していることに気づきました。手先の運動も兼ねて、写真を真似てクレパスで絵を描いてみたらどうかと勧めてみました。「絵なんか小さい時から描いたことないし、下手だから自信がないです」と言いながらも、描き始めました。写真を見ながら描かれた絵はとても丁寧で、多彩な色づかいも相まって、勧めたユニット職員も驚くほどでした。

Aさん自身も思ったよりもきれいに描けたことから、それ以降雑誌の写真などを真似て、風景画から静物・動物などさまざまな絵を描かれるようになりました。絵を描く道具も施設のクレパスではなく自分専用のパステルのセットを買って描くまでになったのです。

描かれた絵は、最初居室やユニット内に飾っていました。その後たくさんの絵が溜まったので、ユニット職員のアイデアにより施設で展覧会を行う計画を立てて、家族や近隣の人に案内することにしました。展覧会当日は多くの方が見に来られ、家族や来所者から自分が描いた絵を評価され、とても嬉しそうでした。

その後は単に雑誌などの写真を真似て描くだけでなく、ユニット職員と一緒に外に散歩に出かけ、自分の目で直接見たものを描くようになりました。絵を描くことを楽しみに毎日を送っています。

当初Aさんは居室で過ごすことが多く、単調な毎日を送っていました。何気ないAさんの日常生活の様子や会話から、絵を描くことを職員が思いつきました。思いつきから絵を描くことが趣味になり、張りのある毎日を過ごせるようになったのです。入居者の何気ない生活の様子や会話から、生きがいになるようなことを見つけて実施できるよう支援することが重要です。

5.3 権利擁護

5.3.1 人権侵害の防止

高齢者介護施設は、入居者が自由に日常生活を送る場であると同時に、集団生活による我慢などを強いられる可能性を併せもっています。また、身体拘束、言葉や態度による人権侵害が起こらないよう施設全体で取り組んでいかなければなりません。

(1) 身体拘束の廃止

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、例えば、身体拘束によって高齢者の身体機能は低下し、寝たきりにつながるおそれがあり、高齢者のQOL（生活の質）に直結することを認識しなければなりません。関係者が一致協力して身体拘束を廃止しようとする取り組みが求められます。

また、もしもほかに方法がなく家族の同意により実施したとしても、その同意は家族にとっては、ほかに方法のないやむを得ない選択であって、縛られている親や配偶者を見て混乱し、苦悩し、後悔していることを真剣に受け止めなければなりません。

○介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為があげられる。

1. 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
4. 点滴、経管栄養などのチューブを抜かないように、四肢をひもなどで縛る。
5. 点滴、経管栄養などのチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋などをつける。
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
9. 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひもなどで縛る。
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
11. 自分の意思で開けることのできない居室などに隔離する。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）では、次のように定めています。

(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第十一条

第四項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

ここでの「緊急やむを得ない場合」とは、次の3つの要件をすべて満たす場合に限定されています。

1. 切迫性	利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
2. 非代替性	身体拘束以外に代替する介護方法がないこと
3. 一時性	身体拘束は一時的なものであること

なお、「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断する必要があります。また、身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要です。さらに、介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成が義務づけられています。

(2) 虐待の防止

高齢者の権利を侵さないよう虐待の防止、被害者の保護などを目的として、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」（平成17法124）が制定されました。このうち高齢者虐待防止法は、虐待を受けた高齢者の保護措置のみならず、要親者の負担の軽減など虐待の防止のための支援措置をも定めています。保護を受ける者については、65歳以上の高齢者とされ、虐待を行う者については現に高齢者を養護している者および養介護施設、養介護事業に従事している介護職員・ホームヘルパーなどを主たる対象としています。

虐待とされる行為は、①身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行（身体的虐待）、②著しい減食または長時間の放置など養護を著しく怠ること（介護・世話の放棄・放任）、③著しい暴言、著しく拒絶的な反応、その他心理的外傷を与える言動（心理的虐待）、④わいせつな行為をすること、またはさせること（性的虐待）、および⑤高齢者の財産を不当に処分すること、その他不正に財産上の利益を得ること（経済的虐待）です。

なお、ここで重要なのは、施設における身体拘束は原則としてすべて虐待にあたりと解されています。身体拘束をゼロにしなければ、高い理念を掲げても高齢者の人権は守られません。

5.3.2 意思決定支援

自律した生活を営む上では、入居者自らが意思決定することが重要です。入居者の意思・意向に耳を傾け、入居者の意思による自己決定を尊重します。決定権をもてるようにすることは、人権を尊重し、守ることです。

(1) 自己決定

人はさまざまなことを自分で選択し、決定して生活をしています。無意識にしていること、意識的に選択をしていることなど、日常には選択と決定があふれています。たくさんの選択と決定で一人ひとり違った日常生活が送られています。

自分の生活の中のさまざまなことを自分で決めることは、介護が必要になったとしても大切です。入居者が自分で選択、決定することは入居者個人の尊厳を守ることになります。

ユニットにおいても、多様な価値観、生活歴をもった入居者一人ひとりに対して、生活のあらゆる場面で入居者の意思が尊重された支援が求められます。そのつど自己決定の意思表示が難しい入居者もいます。生活習慣に関わるサービス提供に関しては、事前に情報収集し、その人の習慣等に沿ったサービス提供となるよう調整しておく必要があります。

またユニットでは、入居者同士の間関係にも考慮しながら、必要以上に入居者同士が干渉されることのないよう、一人ひとりの意思を尊重し、自己決定を引き出す支援が求められます。

(2) 自己決定の支援に必要なこと

入居者の希望、選択、決定をそのまま実施することは、入居者にとって不利益となる場合があります。認知症などによって判断力等が低下してしまっている場合には、安全面にも配慮する等、ケアを行う職員の専門的判断が必要になります。

(3) 代理意思決定の考え方

高齢者介護においては、自己決定が原則ではありますが、認知症、脳梗塞の後遺症や看取り期等のさまざまな理由により、自身で判断することが難しかったり、自身の意思を伝えることが難しい入居者に対し、代理意思決定が必要となることがあります。介護職員は、入居者に寄り添い、その日常生活を支える立場にあり、入居者の代弁者としての役割も期

待されます。入居者の本当の想いや意思を汲み取り、施設での生活やケアのあり方に活かしていくことが求められます。

本人の意思が確認できない場合においては、家族とともに本人の今までの生活の中での、ものごとを選択する傾向、生き方、価値観などを考慮し、入居者本人にかかわる多職種で話し合いながら、最善の選択ができるよう個別の支援を考えていきます。

そのためにも、日頃から入居者を全人的に捉え、日々情報収集を行い、記録すること、家族と連携できる関係をつくっておくこと、他職種との情報交換などを考えていくことが必要です。

5.3.3 プライバシーの保護

(1) ケアに伴うプライバシーの配慮

プライバシー保護とは、入居者個人の私的領域に干渉せず、入居者一人ひとりが侮辱や屈辱、羞恥心を感じないように配慮することです。

自宅ではなく、高齢者介護施設で集団生活をし、介護職員など他人から生活支援を受けるということは、プライバシー侵害のリスクが高くなります。身体的にプライバシーの侵害となるのは、例えば排泄・更衣・入浴などの介助です。また、その人らしい生活を支援するためには、その人の信念などに直結した個人情報を得る必要があります。介護職員は日常の友人関係などでは踏み込めない私的な領域にまで関わりをもっていることに留意し、プライバシーに対して十分に配慮することが求められます。

「排泄・更衣・入浴の介助中に、入居者に恥ずかしい思いをさせていないか」、「入室する際はノックをし、返答を待ってから入室しているか」、「排泄介助の際、部屋にこもる臭いを避けるため、扉や窓を開けたままでオムツ交換していないか」、「入居者の同性介助の希望に応えているか」、「入居者の皮膚の状態などの健康観察はさりげなくしているか」、「衣服着脱の際、露出部分や露出時間が多くないか」など、介護職員は自身の行動に気を留めるようにしましょう。

(2) 入居者とその家族に関する個人情報の取り扱いにおける配慮

介護サービスにおける個人情報は多岐に渡り、その利用目的もさまざまです。

よりよい介護サービスを提供するためには、入居者の身体状況や疾病歴、人生歴、生活歴、経済状況に至るまで、さまざまな個人情報が必要になります。

そのため、施設は個人情報保護規定を定め、個人情報を取得するには、入居者とその家族に個人情報の利用目的と情報管理体制を十分に説明し、「自分の個人情報を預けても大丈夫」という安心感をもってもらうことが大切であり、取得した個人情報を管理する体

制を整備しておくことが重要です。

2005年、個人情報を取り扱う事業者の遵守すべき義務などを定め、個人の権利利益を保護することを目的とした「個人情報保護法」が施行されました。

その中で、個人情報取扱事業者は、個人情報保護体制を確立することが求められています。そのため、「不正アクセス・盗難・持ち出しなどによる紛失・破壊・改ざん・漏えいなどの予防処置を講じる」、「個人情報をもとに、業務を外部に委託する場合は、その業者と個人情報取扱契約書を締結し、適正な管理が行われるよう管理・監督する」、「個人情報の本人による開示・訂正・利用停止などの問合せに適切に対応する」、「個人情報の漏えいなどの問題が発生した場合の報告・連絡体制を整備する」などの体制を整えることが重要です。

パソコンでデータを管理する場合は、「ウィルス対策・スパイウェア対策を行う」、「ログインパスワードの設定・パスワード付きのスクリーンセーバーの利用」、「個人情報にアクセスできる人を限定し、IDやパスワードで管理する」、「ノート型パソコンは、施錠できる場所に保管する」などの対策を講じることも必要になります。

また日常業務の中でも、個人情報を取り扱う際には、「第三者に聞こえるような場所で個人情報を話さない」、「個人情報を関係者以外の友人や知人などに話さない」、「個人情報に関する書類やデータを関係者以外の他者に見られないように管理する」など、細心の注意が必要になります。さらに、入社・入職の時に、“知り得た個人情報について、在職中はもちろん、退職後も守秘義務を負う”などの誓約書を提出する（させる）ことも大切です。

このように、個人情報を取り扱う際には、管理体制の構築と日常の細心の注意、個人情報保護意識の周知徹底が重要となります。

ユニットリーダーとともに管理者は、定期的に個人情報を保護する大切さ、問題が起こった時の対応方法などを施設全体として考えていくことが必要です。

5.3.4 インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントとは、約20年以上前に「説明と同意」と訳され、患者の自己決定権を実現するシステムあるいは一連のプロセスであると説明されています。1997年には、医療法が改正され「説明と同意」を行う義務が、法律として明文化されました。その法律（医療法第1条の4第2項）では、「医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と定められています。つまり、患者が医師などから診療内容などについて十分な説明を受け理解した上で、患者自身はその診療に同意し、最終的な治療方法を選択する、ということです。

このような考え方は、医療分野だけで求められるものではなく、介護分野においても必要な概念です。

例えば、居宅介護支援事業者が居宅介護サービス計画を作成する際には、本人の心身の状況、環境、本人および家族の希望などを勘案して作成することが義務づけられており、本人の意思が尊重されなければなりません。本人は十分な説明を受けた上で選択する権利が保障されています。（介保2条3項・8条23項、社福5条76条、「指定居宅介護支援事業などの事業の人員及び運営に関する基準」（平成11厚令38）4条など）。

介護保健施設への入居や在宅サービスの利用に関しては、必ず事業者はサービスに関する説明を行い、本人や家族の入居や利用契約に対する同意と、それに基づいて行われる個々の援助内容に対するの同意が必要となります。

また、入居や利用契約の同意があったとしても、日常生活の中での援助の際にはそのつど介護職員が説明を行い、同意を得ることが必要です。

<参考文献>

- ・『高齢者のこころとからだ事典』日本老年行動学会監修、大川一郎編集代表、中央法規出版株式会社、2014
- ・『エピソードでつかむ老年心理学』大川一郎、土田宜明、宇都宮博、日下菜穂子、奥村由美子編、株式会社ミネルヴァ書房、2011
- ・『介護職員基礎研修テキスト3 老人、障害者等の疾病、障害等に関する理解』『介護職員基礎研修テキスト』編集委員会、社会福祉法人全国社会福祉協議会、2007
- ・『「よくする介護」を实践するためのICFの理論と活用 目標志向的介護にたつて』大川弥生著、中央法規出版株式会社、2009
- ・『看護師・介護士が知っておきたい高齢者の解剖生理学』野溝明子著、株式会社秀和システム、2015
- ・「高齢者ケアにおけるアセスメント：心理社会的側面一人の環境と相互作用一」佃志津子、高齢者のケアと行動科学、第16巻、42-52、2011
- ・在宅介護者のための生きがいハンドブック 財団法人健康・生きがい開発財団 平成16年3月

6. ケアのマネジメント

6章では、ケアのマネジメントについて学びます。

ユニットにおいて質の高いケアを提供していくためには、一人ひとりのユニットメンバーが個別ケアを実践できる能力を養っていることに加えて、ユニットリーダーがケアの質を確保・向上させるマネジメント力をもっていることが必要です。一人ひとりの入居者に対するケアのマネジメントの大切さについて学びます。

6.1 ユニットケアにおける介護過程の展開（ケアにおけるPDCAサイクル）

- 施設という仕組みの中で個別ケアを実践していくためには、一人ひとりの入居者の情報を収集し、ニーズを把握する力（アセスメント）と、アセスメントに基づき計画立案する力、そして、それを実行、評価する力、さらに、計画案を見直し、改善を加えていく力が必要です。このような一連の流れを「介護過程の展開」と言います。
- ここでは、「介護過程の展開」を意識したケアにおけるPDCAサイクルの実施方法について学びます。

6.2 チームケア、他職種との連携の実践

- ユニットケアでは、介護職員一人が努力しても、入居者の方に質の高いケアを提供することにはつながりません。同じユニットの介護職員同士に加え、医師や看護職員、歯科衛生士などさまざまな職種との連携ができてこそ、入居者の求めるものに近づき、入居者の満足を得ることができると同時に、介護職員の負担を分散することもできます。
- ここでは、チームケアや、他職種との連携が求められる場面において、ケアのマネジメントの実践方法について学びます。

6.3 重度化・認知症への対応、看取り介護

- 2章で学んだとおり、ユニットケアを取り巻く環境は、重度化・認知症への対応、看取り介護など刻々と変化しています。
- 重度化・認知症への対応、看取り介護などユニットで発生しうる課題に対し、各場面の事例を用いて、ユニットリーダーとして求められるマネジメント能力を身につけます。

6.1 ユニットケアにおける介護過程の展開（ケアにおけるPDCAサイクル）

6.1.1 介護過程の意義と目的

ユニットケアの目標は、一人ひとりの入居者に対する個別ケアの実践です。

個別ケアを実践していくためには、介護を「専門的かつ科学的な方法によって介護上の問題を明確にし、解決するための方法を計画し、実施・評価するための一連の思考課程」¹によって展開していく必要があります、この思考課程を介護過程といいます。

介護職員は、介護過程を理解することで、入居者の介護について主体的に考え、積極的に取り組むことができるようになります。そのことにより入居者への関心がますます高くなり、正確で深みのあるアセスメントの実施から真のニーズを把握することができ、的確な介護計画（生活プラン）の立案、実践にもつながります。

さらに、介護過程の展開により、客観的で科学的根拠に基づいた介護を実践できるようになります。また、介護過程の情報をチームで共有化するとともに、日々の業務の中で得られた気づきを記録して実践内容を振り返り、課題を抽出することで改善してより質の高い介護実践へとつなげていくことができます。

また、なぜその支援が必要なのか、科学的な根拠に基づき、介護職員が実践しているケアを意義あることとして、入居者や家族、また多職種にもしっかりと説明することができるようになります。

施設で行うケアのマネジメントとして、以下の内容があげられます。

表7-1 施設でのケアマネジメント

課題分析の実施（面接によるアセスメント）	入所者（入院患者）の日常生活上の能力や環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を適切な方法で把握する（アセスメントは、本人・家族に面接して行う）
計画原案の作成	入所者（入院患者）の希望・アセスメント結果等に基づき、家族の希望を勘案して、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、各種サービス（機能訓練・医療・リハビリテーション、看護、介護、食事等）の目標等を具体的に設定し記載する
サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	サービス担当者会議や担当者に対する照会等により、計画原案の内容について担当者から専門的な見地からの意見を求める

¹ 出典：介護福祉用語研究会編（1995）「必携介護福祉用語の解説：建帛社

計画原案の説明・同意	計画原案の内容を入所者（入院患者）・家族に説明し、文書により 入所者（入院患者）の同意を得る
計画の交付	作成した施設サービス計画を遅滞なく入所者（入院患者）に交付す る
実施状況の把握（面接に 基づくモニタリング）	計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）を行い、必 要に応じて計画の変更を行う。モニタリングにあたっては、入所者 （入院患者）・家族・担当者との連絡を継続的に行う（定期的に入 所者（入院患者）に面接し、結果を記録する）
計画の変更についての 専門的意見の聴取	更新認定や変更認定の場合、サービス担当者会議や担当者に対する 照会等により、計画変更の必要性について担当者から専門的な見地 からの意見を求める
計画の変更	変更にあたっては、作成時と同様の一連の業務を行う

出典：川上雪彦（2015）「介護保険制度の解説（平成27年8月版）」社会保険研究所369

6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル

介護過程の思考過程は、2.1の組織のマネジメントで学んだPDCAサイクルと同じです。入居者が望む「よりよい生活」「よりよい人生」を実現するという目的を達成するために、「（アセスメント→）計画の立案（P）→実施（D）→評価（C）→改善・見直し（A）」の流れを系統的に捉え、根拠に基づく介護を実践していきます。



図6-1 介護過程におけるPDCAサイクル

(1) 介護過程のプロセス

介護過程は、計画の立案→実施→評価→改善・見直しといった流れで構成されています。それぞれの内容や留意すべき点を理解し、介護職員がどのように個別ケアを構成し、実践しているかを知ることが、介護の質を確保するためには重要です。

また、入居者個々に作成される介護計画に活かされているか、入居者の自立支援、尊厳の保持のために役立っているかなど、意識して確認して行くことが大切です。

1) 計画の立案 (P)

a. アセスメント (情報収集・分析・課題の明確化)

入居者が望む生活の実現にとってどのような介護が必要であるかを判断するため、入居者に関するさまざまな情報を集め、各情報がどのように関連しているかなど、介護の視点と専門的知識で分析、解釈、統合し、生活の課題を明確にしていきます。分析、解釈、統合には自分自身の人生観や価値観などの主観が入りやすいため注意が必要です。

ア) 情報収集

入居者の生活を支援するためには、入居者について理解することが必要です。入居者の情報収集は個別ケアを実践する第一歩となります。日常生活や趣味、大切にしているもの、家族の関わりなど、その人を特徴づけるさまざまな情報を得られるよう、意図的な情報収集を行います。情報には、疾病の状況や身体機能など入居者の身体に関する情報と、生活歴など個人を特徴づける情報、そして、家族などの情報があります。

体の情報については、診療記録、主治医の意見書、介護記録、介護支援専門員の記録などから把握することができます。適宜、医師や看護職員等の医療専門職とも連携するようにします。

個人の情報については、入居者がこれまで営んできた生活歴を把握し、時間軸表でまとめることも個々の生活の理解、情報整理になります。また、施設に入居する前に住んでいた自宅や地域の情報が有力な手がかりとなります。自宅を訪問して写真などの映像を記録しておく、一度に多くの情報を入手することができます。

そして、家族から入居者の情報を得ることも大切です。家族の知り得る入居者のさまざまな情報を聞くこと、入居者と家族の関係性について時間軸で捉えてみることで人との関わりからわかる生活のニーズや支援のヒントが見えてくる場合があります。その他にキーパーソンの確認や連絡体制等も確認しておきます。

個人の情報や家族の情報については入居時に集中的に集めることが望ましいと言えます。家族へのヒアリングや自宅への訪問などを通して情報を収集していきます。施設で統一した書式を設けておく等の工夫も必要です。また、入居後の生活の中でも入居者の情報を収

集することができます。

介護職員は常に五感（視覚・聴覚・触覚・味覚・嗅覚）を働かせ、入居者から発信されるサインを見逃さないことが重要です。観察の視点や、記録の方法、どのような視点で入居者に向き合うかを介護記録等を通して定期的に確認します。

イ) 分析：情報の解釈、関連づけ、統合化

収集した情報は、その意味や内容を関連づけながら、介護の方向性、見通しを立てます。ICFは、身体状況や個人の情報、環境などを総合的に関連づけ、整理することができるツールです。ICFの概念に基づき、健康状態、心身機能、身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子という観点から利用者の情報を整理することで、利用者の状況を総合的に捉えることができます。その際には、生活機能の「活動」「参加」に目を向け、入居者のプラス面も見つけていきます。

ウ) 課題の明確化

課題とは、入居者の望む生活を実現または継続するために、取り組まなければならないことを指します。複数の課題がある場合は、優先順位についても判断します。

介護職員が利用者個々の課題と優先順位を理解し支援を展開しているか、介護職員の日々の支援からの気づきや意見を吸い上げて支援につなげられているか、管理者は、ユニットリーダーの役割を理解した上でサポートしていきます。

b. 計画立案（目標の設定・具体的な支援内容・方法の決定）

介護計画は、入居者の日常生活動作（ADL）の自立だけでなく生活の質（QOL）を含めた視点が重要です。また、ケアの統一化を図る観点から、具体的に、いつ、誰が、何を、どのように行うのか、どの介護職員が実施しても同じ介護行為が可能となるように表現する必要があります。観察の視点、入居者の何を観て、何を記録に残すのかについても、ユニット職員で共有し、適正な評価ができるようにします。統一した用紙に記入しておくことでより客観的な評価が可能となります。

ケアプランとの整合性があるか、継続可能な計画であるか、入居者本人の意思や他職種の意見の反映がされているかなども含めてユニットリーダーが確認していきます。介護の質の向上、入居者やその家族の満足度といった面でもユニットリーダーと連携し、支援します。

表6-1 介護課程の構成要素とその留意点

<p>優先順位をつけた生活全般のニーズ(解決すべき課題)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入居者が望む暮らしを実現または継続するために、解決しなければならない困りごとなどを言う。 入居者を主語にした「～したい」「～できるようになりたい」と表されるもの。
<p>全体的な援助の方針と期間</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入居者が望む生活の全体像を簡潔に箇条書きにするなどして介護者を主体にして「(入居者が)～になるように援助する」または「～になるように援助したい」と表す。
<p>長期目標と期間</p>	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標は、ニーズが満たされた状態、課題が解決した状態を、入居者を主語にして「(入居者が)～する」「(入居者が)～できるようになる」「(入居者が)～の状態になる」と表す。 入居者の「いつまでに、こうなりたい」という希望を明確に表現する。 期間は6か月から1年くらいで設定し、入居者が最終的に目指す状態像を表す。
<p>短期目標と期間</p>	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標(最終ゴール)に行き着くまでには段階的な目標が必要であり、到達に要する時間の長さや解決に至る困難性、見通しの度合いに応じて、一定期間に実現できることを段階的に設定するのが短期目標である。 期間は数週間から数か月で設定し、いつまでにどのような状態になっているか、期間を区切った段階的な目標である。 目標の達成状況や適切性の評価を可能にするために、目標の期間を区切って設定する。
<p>援助方法(介護内容)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 援助の内容や方法は、だれが見ても同じ介助ができることが重要である。複数の介護職員が1人の入居者に関わるため、共通認識ができていなければ、ケアの統一化が保たれない。 介護計画の中には、介助方法、頻度、留意事項などを記入し、介護職同士が共有できるようにする。入居者や家族に十分な説明を行い、内容について同意を得て、入居者が主体となって実施できるような援助の内容と方法を考えなければならない。 ➤いつ、どこで、だれが、何のために、どのように行うのかを明確にする ➤個別性を尊重し、時間や頻度など、入居者の状況に合わせる ➤目標と援助内容・方法の一貫性を確認する ➤計画書にはわかりやすい表現で記述する

支援内容の決定条件	<ul style="list-style-type: none"> • 入居者の自己決定や家族の考えを尊重し、個別的な ニーズを満たすような活動であること • 介護職の業務範囲内の活動であること • 原因・誘因が明らかな課題の場合はそれを除去、軽減、緩和する活動であること • 介護の理論、過去の研究結果、介護者の経験などを活かしていること • 危険がなく、効率的、経済的であること
-----------	---

2) 実施 (D)

介護計画の実施に当たっては、ユニット職員全員が、その意味と目的、目標を正しく理解しておくことが大切です。また、支援状況、入居者の変化の有無やその際の支援者の行動などを記録し、情報の共有を図ります。

a. 安全と安心、尊厳の保持

介護の実践は、しっかりとした事前準備と入居者の安全と安心、尊厳の保持が保たれた状況で実施しなければなりません。計画に基づいて実施する場合にも、説明を行って、同意を得ながら実施します。実施状況については、実施の有無だけでなく、効果や入居者の反応（表情・動作・言葉など）についても確認し、記録します。日々、実践していく中でも、常に計画の継続について妥当性をアセスメントする必要があります。適切でない介護を実践し続けることは、入居者に苦痛や危険を及ぼす可能性があるからです。そのため、ユニット職員は一人ひとりが介護計画を正しく理解し、適切に実施することに責任をもちなければなりません。

入居者に対する支援が適切に実施されているのかを把握するとともに、介護職員が適切にケアを実施できる状況にあるのか、管理者は、ユニットリーダー等と連携しながら、介護職員の安全や心身の健康管理にも気を配る必要があります。

また、管理者は計画が適切に実施されているかについて、各ユニットを回り、適宜確認しておく必要があります。

ア) 自立支援、入居者の可能性、新たな課題の発見

介護を実施した際に、入居者のさらなる自立に関する可能性に気づくことも大切なことです。「できた・できなかった」といった結果に限らず、入居者の動きや様子、介護者の働きかけ方、動きなどの過程にも留意し、次の支援の見直し、工夫に役立てます。

イ) 記録

実施状況をチームで共有し、今後の評価に生かすため、介護の実施前の入居者の状態、実施した内容、それに対する入居者の反応、職員の判断等、結果として目標に対する到達度（何がどこまでできたか・できなかったか）、実施方法の適否等や、残された課題、新たな可能性などについて、必ず記録に残します。

3) 評価 (C)

a. 評価の時期 (タイミング)

計画立案の際には、短期目標や長期目標それぞれに期限を設け、その時期が来たら評価を行います。3か月、半年、1年など定期的な確認を行います。

また、計画を実施していく中で、変化を見逃さないよう継続的にモニタリングしていくことが重要です。「健康状態に変化はないか」などの確認が必要です。また、入居者の現在の状態像を把握するだけでなく、アセスメントの段階で把握していたニーズが現在も適切かを吟味します。目標が達成度合い、よりよい支援の可能性、計画が適切かどうかなど、入居者の状況を確認しながら、計画の見直しが必要かどうかといった視点をもつことも必要です。

b. 評価

評価は、多面的な角度から客観的に行います。そのため、担当職員が一人で評価を行うのではなく、介護計画の立案者、介護計画の実施に携わった介護職員や多職種の意見を確認することが望ましいと言えます。入居者本人や家族の意見を聞くことも評価をするには大切です。

ア) 評価の視点

評価は、単純に「できた・できなかった」だけではなく、どの程度なのか具体的な内容で分析します。また、入居者の表情の変化や身体状況の変化、数値の変化、何がどのように変化したか、変化しなかったのかを評価します。介護職員等の人的物的環境や支援内容や方法、安全性や効率、入居者や家族の満足度も含めて分析していきます。

4) 改善、見直し (A)

a. 必要に応じた計画の修正

評価結果に応じて、計画の修正を行います。計画が入居者の状況やニーズに適していな

かったということであれば、改善策で対応し、そもそも計画の方針が適切でなかったということであれば、再度情報収集やアセスメントを行い、適切な計画を立案します。

なぜ、効果的な結果が得られたのか・得られなかったのか、なぜ入居者の状況やニーズに適していなかったのかなどを十分に分析することで、改善策や新たな可能性を見出すことができます。改善策が見つからない場合は、再度評価に戻ります。

b. 今後の方針の検討

介護計画の目標の達成、入居者の変化、新たなニーズ、優先される課題の出現などがあった場合にもケアマネジャーに報告し、施設介護サービス計画（ケアプラン）への反映や修正につなげます。このように、適宜、介護計画と施設介護サービス計画（ケアプラン）との整合性を図る必要があります。

(2) 介護過程の展開におけるユニットリーダー、管理者の役割

ユニットリーダーは、多職種との連携も図りつつ、ユニットを巻き込みながら、入居所の介護過程の展開を主導します。介護過程が適切に展開できているのかの確認は、以下のような視点で進めます。

- ① 専門的な知識、視点に基づく分析となっているか。
- ② 誰にもわかる、説明できるよう言語化されているか。
- ③ 情報や分析の視点に偏りがいないか。
- ④ 継続可能な取り組み、評価できる内容となっているか。
- ⑤ ケアプランとの整合性、的確性はあるか。
- ⑥ 介護行為の根拠についてユニットメンバーが理解して実施しているか。
- ⑦ 意図したとおりに計画が実施できているか。
- ⑧ 実践結果について他職種に情報提供できているか。
- ⑨ ケアプランの内容の検証にもつながっているか。
- ⑩ 入居者の変化を捉え、変化に応じた見直しがされているか。

6.1.3 施設サービス計画書（ケアプラン）と介護計画（生活プラン）

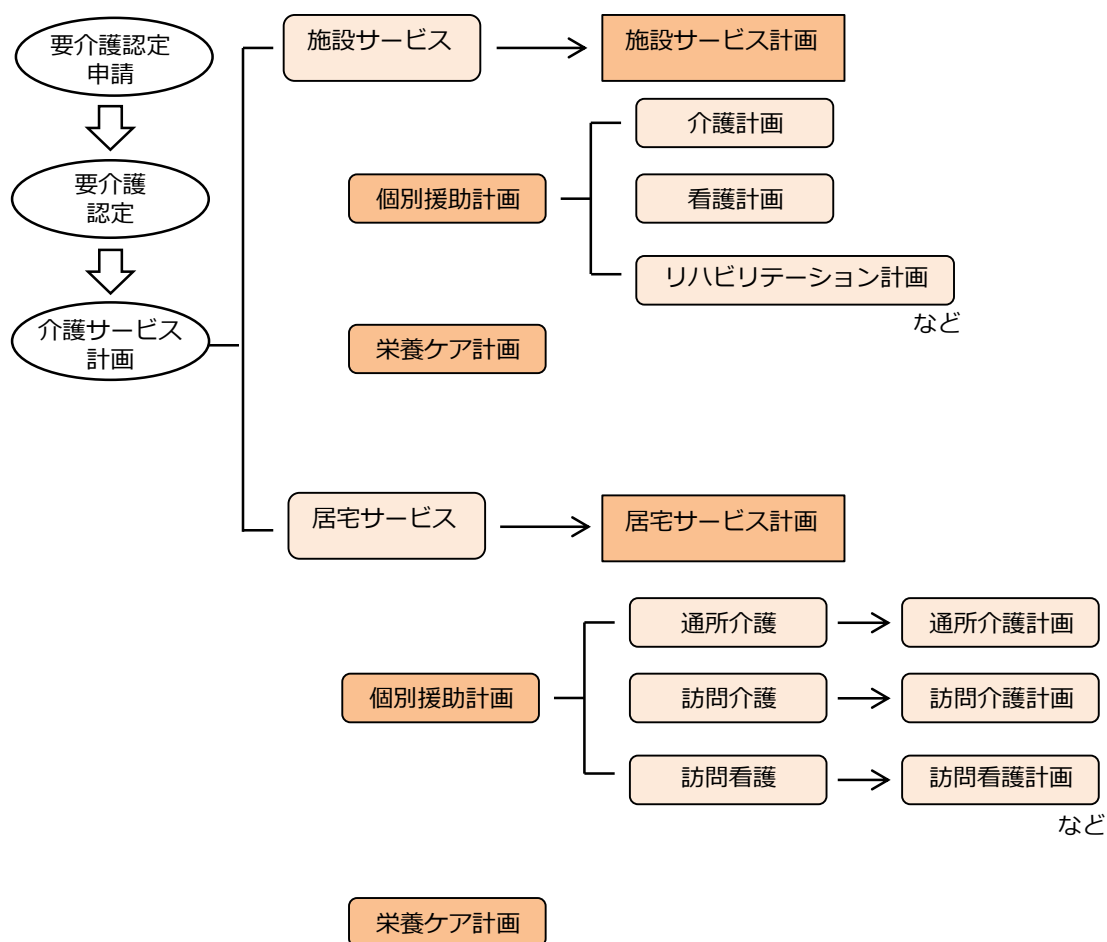
(1) 施設サービス計画書（ケアプラン）

2000（平成12）年の介護保険制度導入に伴い、介護サービスを利用する際には介護サービス計画書（ケアプラン）を作成し、それに基づいてサービスを提供することが義務づけられました。計画書作成には、その人がどのような生活を送りたいと思っているのかを把

握し、総合的な支援の方向性と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）や目標を決めます。そして目標を達成するための期間・サービス内容や具体的な方法・担当職種（担当者）・頻度などを踏まえて計画します。

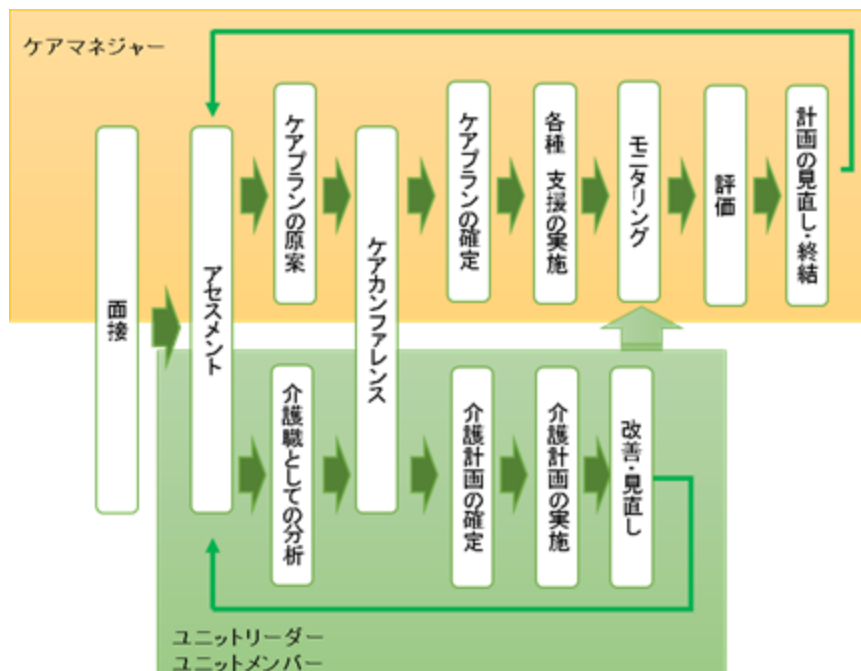
それぞれの専門職は、ケアプランに基づいてそれぞれの専門的な視点で個別の計画を立案し、サービスを提供します。このうち介護職員が担うものが介護計画であり、それは介護過程の展開によって作成されるものです。

施設サービス計画書が大きな歯車であり、これに対し、介護計画を含む個別の介護計画は小さな歯車として位置づけられ、マスタープランである施設サービス計画書が動くと、それぞれの個別の介護計画も連動して動く流れになっています。ケアマネジメントの視点と、それぞれの専門職の視点を共有しながら、お互いフィードバックすることで連携が図れ、利用者の自己実現に向けた支援につながります。



出典：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 介護過程第2版」中央法規出版 P50を一部改変

図6-2 介護保険制度におけるサービス計画の位置づけ



出典：森繁樹編『事例で読み解く介護過程の展開 根拠に基づく「生活支援」を実践するために』11
 ページ図1-2を一部改変

図6-3 ユニットの介護過程の展開の流れ

(2) 入居者一人ひとりの生活と生活支援

ユニットケアでは、1ユニットに概ね10人以下の入居者が暮らしています。その一人ひとりの生活があり、ユニット職員は、その生活を支援するために介護過程によって介護を展開していきます。日々の生活の中で、必要なところを補い、支援することで自立を促し、また、中長期的な視点で関わっていくことで、入居者が望む生活の実現を支援していきます。

このため、生活習慣の再現性のある単位として1日単位と、家族や地域との交流や施設の行事等を利用しやすい1週間単位で入居者の生活の流れを把握し、それに即した介護計画を作成するのが、よりよいケア提供につながります。計画を作成する際には「介助」のみを記載するのではなく「個々の生活」、「支援」の内容を記載する視点を持ちましょう。

介護職員は、作成された1日単位（施設サービス計画書の第4表：日課計画表のような形式）、1週間単位（施設サービス計画書の第3表：週間サービス計画表のような形式）等の日課表や計画表を用いて、入居者一人ひとりの生活を把握した上で必要なケアを提供し、例えば、複数人の入居者に対して同時にケアを提供する必要性が生じた場合には、緊急性やリスク等から優先度を判断しながら対応していきます。

(3) 1日の生活の流れと介護計画の作成

1日の生活の流れや支援内容をわかりやすくする介護計画には、一人ひとりの入居者の生活を朝から晩までの時間軸で作成していくものもあります。計画作成時には、施設の日課に合わせて食事や入浴、排泄などの行為を記入し、残りの時間をどのように過ごすかという視点で記入するのではなく、入居前の生活習慣についての情報、心身機能・疾病の状況、家族の意向を整理した上で、1日の入居者の行為、職員の介助を含めた関わりを記入していきます。また、看護や医療など他部門におけるケアのあり方も同時に記載していくと、記録の一元化がなされ連携がとりやすくなります。さらに、他の入居者との関わりや、家族、地域との関わりなども記載していく事が望まれます。

また、日課表・計画表の作成にあたっては、介護に関わる者全員にわかりやすく記入することが重要です。

日課表・計画表作成の手順例

手順1 入居者の情報を集める。

(生活歴、入居前の生活習慣、本人・家族の意向、ケア記録、疾病状態など)

※情報が多いほど、詳細な計画が作成できる。日々、情報の更新に留意する。

手順2 本人・家族の意向に沿った1日の生活の流れを記入する。

手順3 本人の「できること」を中心に記入する。

手順4 自立支援や自律した日常生活の支援の内容を記入する。

支援の内容は、入居者や家族の意向を踏まえ、詳細に記入する。

手順5 他部門の支援の内容を記載する。

他の入居者や家族、地域住民との関わりを記入する

(4) 管理者の関わり

管理者は、ユニットリーダーが回しているPDCAサイクルを確認することで、施設のサービスの質を管理します。個別の入居者の施設サービス計画書（ケアプラン）を見ることもその方法の一つです。また、日ごろから現場に出て、入居者のことを把握することや日報で利用者の状況やケアの内容を確認すること、リーダー会議等でケアプランが作成、修正される状況を見ること、困難事例のケーススタディに参加することなどにより、施設におけるケアのマネジメントの質を把握し、向上に向けた働きかけをすることが重要です。

6.2 チームケア、多職種との連携の実践

6.2.1 チームケアの実践

ユニットを動かしていくにはユニット職員が適切な視点をもって記録が記入できているのか、計画が立案できているのかを指導、助言していく必要があります。

【事例1】

テーマ：記録や計画の内容が乏しく、十分な計画を作成できない問題

担当者：新人職員

経過：入社後半年が経過したため新人職員にも担当者をもってもらうことになりました。

ユニットの中でも意思疎通が可能な入居者の担当者になってもらったのですが、入居者の情報収集がうまくいっておらず、計画を立案できなくて悩んでいます。

↓

新人職員は記録などの文字情報から入居者のニーズを読みとることが苦手でした。

↓

ユニットリーダーは家族の来訪時に担当業務から離れ家族への聞き取りを行う時間をとること、また、日常の業務の中でも担当入居者に対して話しかけ、さまざまな情報を直接聞くように指示しました。さらに、他のユニットメンバーに対しては、担当者の情報収集に協力してもらえるように声掛けを行いました。

↓

ユニットリーダーは、入居者からの聞き取りや会話の中から得られた情報について箇条書きにして整理するように促しました。そして、今一番に大事だと思うことを少しでもいいので計画に反映させるように指示しました。

↓

ユニット会議では、計画案の変更についてメンバーで議論し、先輩職員からアドバイスをを行いました。

↓

新人職員の提案に従って計画を変更し、実施する事になりました。新人職員には、日頃の業務の中で少しずつでもよいので情報を集めて記録しておくことの重要性を指摘しました。

【事例のポイント】

生活の中の介護計画を立案するためには、情報収集→計画案の検討→実施→確認というプロセスをたどりますが、新人職員は情報の収集というスタートラインに気づかないこともあります。ユニットリーダーは答えを出すのではなく、何に困っているのかを観察し、

自発的に情報収集ができるよう働きかけ、また、他のユニット職員への声掛けなど環境整備を行っています。さらに、新人職員が自信をもてるように、提案をできる限り採用していただけるように支援しています。そして、会議の終了時には、情報収集の重要性などこれまでのプロセスを新人職員に再認識させる取り組みを行っています。

6.2.2 多職種連携の事例

計画の変更はユニットメンバーだけではなく、多職種との連携が必要な場合が多々出てきます。ユニット会議には多職種の職員にも参加してもらい、解決策を一緒に考えてもらうことが大切です。

【事例2】

テーマ：入居者の心理的な負担を解消する手段が見つからず、どのように計画を変更すればいいのかわからない問題

担当者：新人職員

経過：心不全のあるAさんは、支援を受けながらの入浴でしたが、何より入浴を楽しみにしていました。ある日の午後の入浴時、本人の意思とは関係なく、浴槽につかっている際に排便してしまい、それ以後入浴を拒否する日々が続いていました。

↓

ユニットリーダーから他の職員にも指示を出し、記録の見直し、気になる情報の洗い出しを行いました。

↓

情報収集の結果、下記の関連する情報が集まりました。

便秘で服薬し、前の晩に便が出ていた。

入れ歯が合わず、少し口臭もするようになっていた。

入れ歯を外していることが多い。

排泄の失敗は今までほとんどなかった。

水分摂取量は十分であった。

↓

ユニットにおける定期的なケース会議でAさんの事例を取り上げるようリーダーから担当者に促し、薬や食事に関係していることもあるため看護職員や管理栄養士・栄養士にもケース会議に参加してもらえるように依頼しました。

↓

情報をもとにした検討により浴室内での排便の原因が抽出されました。

便失禁の理由：下剤の効果、入浴により腸の動きが活発になり、筋力も緩んだことからの便失禁であった。

便秘の理由：咀嚼が不十分なまま呑み込んでいる可能性がある。便秘薬の量の調整が必要。

↓

浴室の中で排便してしまうのではないかと不安を取り除くために、各職種が意見を出し合い下記のことを決定しました。

やわらかめの食事を提供する。（管理栄養士・栄養士）

便秘薬の量について調整する。（看護職員）

歯科医師の診察を受けるように勧める。（担当介護職）

時間をかけて食べるよう言葉をかける。（担当介護職）

↓

失敗に対する不安を軽減するとともに入浴拒否に対する改善策も検討していきました。

清拭等で身体の清潔を保ちながら足浴や手浴を行う。

気持ちよさを実感してもらい入浴につなげる。（担当介護職）

他の入居者や職員の動きが昼間より落ち着いている夜間の入浴を促す。

↓

ユニットメンバーで協議し、遅出の勤務時間を変更することにより夜間帯の入浴を行うことが決まりました。ゆっくりと時間をかけて入浴を行う事で、入居者の精神的な負担が取り除かれ、元のようにゆったりと入浴してもらうことができました。

【事例のポイント】

このような羞恥心に関わる問題を解決していくのは難しいことです。この事例では、ユニット職員と多職種が連携して根本的な原因を究明し、改善策を講じています。根本的な問題を解決することで入居者の「なぜあんなことになったのだろう」という不安や疑問を取り除いています。また、入浴拒否という課題に対しては、夜間浴により気分を変えてもらうなど正面から対策するのではなく、少し方向を変えることで入居者に対して新しい気持ちをもってもらえるように働きかけています。

6.3 重度化・認知症への対応、看取り介護

認知症の進行や脳卒中などの後遺症により意思疎通が難しい入居者、また拘縮などにより座位が取れない入居者、生活意欲や希望を訴えるだけの力がもてない重度の入居者への対応、看取り介護は、今後も増加するとされています。

認知症や、看取り介護の際の留意点を知ること、尊厳が保たれた質の高い介護を実践することはもとより、介護職員やユニットリーダーに予想される仕事内容、仕事量、業務を遂行する上での不安などを察し、適切に対応することが管理者には望まれます。

6.3.1 重度化への対応

特別養護老人ホームでは要介護3以上が入居基準となり、施設内での重度化が進むと予想されます。重度者への対応には廃用症候群に留意する必要があります。廃用症候群とは、体を動かさないことにより生じる心身機能の低下です。特に重度の方は体を動かさないと、急激な身体機能の低下や関節の拘縮を引き起こします。医師、看護職員、リハビリ職員（理学療法士等）と連携しながら、重度の人の日中活動を、ケアの内容や福祉用具、空間の観点から計画していく必要があります。

【事例3】

テーマ：ベッド上での生活時間が長い人（いわゆる寝たきり状態にある人）の離床の促進

関係者：ユニット職員、看護職員、リハビリ職員（理学療法士）

経過：Aさんはベッド上での生活時間が長く、関節の拘縮も進んでいました。本人の意思疎通も困難になってきており、家族の来訪も減りつつありました。介護の面でも車いすからズレ落ちるなど目が離せない状態であり、離床が行われていませんでした。

↓

施設での全体会議にて重度者への対応が議論されました。「寝かせきり」や「（車いす）に座らせきり」にさせることが廃用症候群につながることを確認され、各ユニットで対策を講じていくように管理者から指示がありました。

↓

車いす上で生活してもらうことが関節の拘縮や筋肉の萎縮軽減にもつながり、また、対象者の生活のメリハリをつけるのにも役立つことから、離床時間を促進していくことをユニット職員と確認しました。

↓

看護職員または医師に相談し、Aさんの離床が身体的に可能であるか確認しました。Aさんは離床が可能であることから、少しずつ離床時間を増やしていくことが確認されました。

↓

離床時間を増やしていくためには、Aさんの身体状況に合わせて調整できる車いすが必要であることから、家族に対して離床に関する説明と車イスの必要性について話しました。車いすを変えることで状況が改善している事例や対象者の状況などについて、医師や看護職員、リハビリ職員の見解も含めて説明しました。その結果、家族は、調整機能付きの車いすの購入を選択しました。

↓

ユニット職員全員が集まり、車いすメーカーの人から調整機能付き車いすの機能について学びました。

↓

看護職員と連携をとり、1日の離床時間の目安を決めました。離床前には血圧の記録を確認し異常がないか調べるようにしました、離床時には拘縮の状況を見ながら背もたれの角度やチルトの傾きを調整し、少しずつ背もたれの角度を上げるようにしました。

↓

3か月程度の期間をかけて少しずつ離床時間を伸ばし、車いすを調整していきました。最終的にはほぼ背もたれが直角の角度でも座位が保てるようになりました。以前よりも意思表示がはっきりと表れ、家族の来訪も増えました。

【事例のポイント】

重度という状態になった背景には、本人の疾病による問題と、施設側が「寝かせきり」「座らせきり」にしているという2つの問題があります。疾病による問題は施設で解決することが難しいと言えますが、後者についてはケアの問題であり、解決していかねばなりません。重度者への対応については、介護職員だけではわからないことが多く、改善案を出しにくいという側面があります。ここでは看護職員や医師、リハビリ職員（理学療法士）との連携をとり離床時間を増やす取り組みを進めました。

【事例4】

テーマ：経管栄養の処置方法についての勉強会

担当：ユニット職員、看護職員

経過：A施設は開設当初より、食道ろう・胃ろうなどの経管栄養の入居者が入居していました。A施設では、歯科医、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士などと相談し、食べることの支援を検討するとともに、経管栄養への対応として、看護職員は朝の経管栄養の開始時と、夕方の終了時間に合わせて勤務体制をとっていました。その他にも膀胱留置カテーテルや人工肛門の人もいました。

看護職員がいない緊急時の対応や看護職員のサポートが必要であり、施設全体で勉強会を開催してきました。勉強会では、法律上医療行為にならない範囲で医療職と連携をとりながら、経管栄養、吸引、膀胱留置カテーテル、在宅酸素、ストーマ管理などの取り扱いについて学んできました。

↓

ユニット職員に不安な点が生じた場合には、ユニットリーダーが中心となり看護職員と話し合い、必要に応じて再度勉強会を開催しました。

↓

法改正により、A施設の中堅ユニット職員は喀痰吸引などの研修を受講しました。A施設のユニット職員約半数が認定特定行為従事者として、医師の指示のもと、看護職員と連携を取り計画に基づいて必要時に対象の入居者に対して実施可能な範囲の喀痰吸引など（胃ろうの準備・後片づけ含む）を行えるようになりました。

↓

ユニット職員が安全に医療行為を実施できるように、毎月医療的ケア安全対策委員会（参加：医師・伝達講師有資格看護職員・施設長・各フロアのユニットリーダー代表者）を開催しています。ユニットリーダーが不安要素を委員会で述べ、仕組みの見直しや夜間のフロア連携状況を報告しています。さらに研修修了者が夜勤時に不在とならないように、シフト作成時に研修修了者の配置調整を行っています。

【事例のポイント】

特別養護老人ホームでは医師や看護職員が24時間常駐していないために、緊急時は初期対応をユニット職員が担わなければなりません。ユニット職員が慌てず適切な対応をとれるよう、日頃からの勉強会は重要です。また法改正により、認定特定行為従事者という資格ができました。この事例では、重度者が多いという施設の状況と職員のスキルアップを兼ねて、半数の職員が資格を取得しています。

6.3.2 認知症への対応

認知症については、認知症を一括りで見のではなく、認知症による「病気」やその人の性格、経歴によっても、出現する「行動と心理」は異なることを理解しましょう。介護職として最も意識しなければならないことは、ケアの方法により出現する「行動と心理」は、改善もするが悪化もするということです。

現在、認知症を治療する決定的な方法はなく、医療だけで認知症を治すことはできません。認知症高齢者の行動はケアや生活環境により大きく左右されます。ケアについては介護過程の観点から認知症の人の「行動と心理」の背景を追求していきましょう。また、環境については次章にて詳細に記載しますが、安心して過ごすことができる場所をつくることで不安が解消されていきます。認知症症状については、ケアと環境の両面から何が問題で、何ができるのかを論理的に考えていくプロセスが重要です。

【事例5】

テーマ：入居してから1か月間の新規の認知症高齢者への対応（帰宅願望があり、時折、暴力もある）

担当：ユニット職員全員

経過：Aさんは妻を3年前に無くし、娘と同居していましたが、昼夜逆転と暴言、暴力などのため入居となりました。入居後は朝食後、夕食前に落ち着かなくなりました。ユニットを出ていかないよう声をかけると、他の入居者の部屋に入ろうとします。止めようとするとうるさく出したり、ユニット職員に手を出したりすることもあります。

↓

入居1か月のケース会議をユニット会議の中で実施。落ち着いて生活してもらえよう、情報を出し合い、行動の意味や対応策についてユニット職員全員で考えました。

職業や家庭生活の中で担っていた役割、家族関係、手を出す時の細かい状況などの情報が出され、支援方法や介護の見直しに対して、さまざまな意見が出されました。

↓

男性の認知症高齢者は仕事に対する意識が強いなどの傾向があることから、朝食後は仕事（以前は路線バスの運転手をしていた）に行くつもりで出ようとするのではないかと考えました。止めるのではなく、ユニット内の簡単な作業（古新聞の片づけ等）をしてもらうのがよいのではないかと意見があり、実施してもらうことになりました。

↓

朝食後には、後片付けや古新聞の片付けなど声掛けを行い、リビングで作業をしてもらうようにしました。数日は変わらずに出て行こうとしましたが、始末しかけた古新聞を見せて、古新聞の始末をお願いしたところ、新聞と広告を丁寧に分け、落ち着いて昼まで過ごせていました。

しかし、夕方になると家に帰ると言って落ち着かない様子を見せ、会話の中で、亡くなった奥さんの話が頻繁に出てきました。運転手として家を空けることが多く、不憫だったと何度も言っておられました。

↓

朝については落ち着きが見られてきましたが、夕方になると落ち着かなくなることから、夕方にも何か手伝ってもらうようにユニット内で検討しました。また、娘さんに連絡し、なじみの日用品等をもってきてもらい、環境を整えるように依頼しました。その後、奥さんの遺影や、使い慣れた日用品を持参してもらい、夕食前に遺影の前の水を変えてもらうなどしたところ、少しずつ落ち着いてきました。

【事例のポイント】

帰宅願望の背景には、「ここは自分の居場所でない」という思いが少なからずあります。役割の創出は、その場の一時しのぎではなく、役割を担ってもらうことで「ここには自分

が必要である」ということを認識してもらい、生きがいを見つけてもらうことにあります。職員は役割を担ってもらうとともに、「あなたが必要です」ということを入居者に伝えることも重要です。また、ここが自分の居場所だと思ってもらうためには、環境づくりも大切です。この事例では、なじみの家具を持ち込み、その人らしい居室をつくり上げています。

また、ユニットリーダーは、各職員の日常の中での気づきを収集し、それを会議の場で議論する事で、改善案の実施に結び付けます。入居者の状態に合わせ、介護職員の経験や知識に基づきさまざまな対応を試していく必要があります。介護職員やユニットリーダーが一人で抱え込み、身体的・精神的に消耗しないようにし、解決策について模索していくことが重要です。

6.3.3 看取り介護

(1) 看取り介護を実施するための体制

看取り介護は、日常的なケアの延長線上にあります。しかし看取り期には身体の衰弱に伴い、機能低下に対応したより手厚い介護・頻回な訪室・こまめな言葉かけ・状態観察・衛生管理などが必要になります。状態に応じて食事や水分摂取、入浴介助や清拭など、より個別の時間を要するため、施設全体やユニット間の連携がますます重要になります。また看取り期には多職種連携がさらに求められます。介護職員・看護職員・管理栄養士・栄養士・医師・相談員・機能訓練指導員・介護支援専門員・調理員など、それぞれの専門性と役割を強化した密なチームアプローチが大切です。どのような体制でどのようなケアをすればよいのかについて、職員全員が共通理解をもって支援体制を構築する必要があります。

また、医師や医療機関との連携体制を、入居者本人や家族に十分説明しておくことが重要です。家族・職員双方にとっての安心が、看取り期においても最も重要になります。

(2) 入居から看取り期に入るまで

入居の際、施設で定めた看取り介護指針を本人と家族に説明します。入居を機に、今後予測される生活状況の変化や身体機能の変化、さらにはやがて訪れる看取り期について考えてもらうことはとても重要です。機会のあるごとに施設における看取りに関する考え方や対応可能な医療行為の選択肢、医師・医療機関との連携、職員の具体的対応、施設での看取りの実情を説明しましょう。説明はあくまでも看取りについて考えるきっかけであり、結論や決定を求めないようにします。施設での暮らしの中で徐々に信頼関係を構築しつつ、状態変化や機能低下について今後予測される経過を織り込みながら、丁寧に説明します。

同時に終末期医療のあり方についての情報提供や、高齢者の心と体の変化、尊厳ある死とはどういうものかという側面も含めて、一人ひとりの死生観（自分らしく生き、自分らしく最期を迎えること）の醸成に向けたアプローチに努めなければなりません。

(3) 看取り期

回復が望めないと判断された時には、医師から丁寧に説明してもらうことが大切です。その際にはできるだけ多くの家族に同席を依頼し、改めて看取り介護について詳しく説明します。施設でできること・できないこと、医療の可能な範囲や職員の体制など、入居者本人と家族の自己決定を促すことが重要です。看取り介護に同意して一度決定されたことでも、最愛の家族の死を目前にすると、日々不安の連続の中にある家族の心が揺れたり迷ったりするのは当然のことです。そのつど適宜丁寧に向き合い、傾聴することが求められます。

このように最期の段階では、家族の限られた時間が迫る中、入居者の状態が変わるたびに不安を抱いて一喜一憂し、さらに動揺することも考えられます。家族が落ち着いて最後の時間を過せるようにしましょう。死亡直前に出る症状や呼吸の変化などをわかりやすく説明して自然な経過であることを伝え、安心できる声かけや寄り添う支援が専門職には求められます。また当然のことながら、入居者が安らかな最期を迎えられるよう安楽な体位や衛生状態、空調管理などの周辺環境に至るまで細かく支援することが大切です。

(4) 看取り後のケアカンファレンス

生活をともにしていた人が亡くなるということは、家族同様、看取り介護に関わった職員や他の入居者もさまざまな思いを抱きます。特に職員は精神的にも身体的にも緊張状態が続き「これでよかったのだろうか」「もっとこうしてあげればよかったのではないか」など不安や後悔を感じていることもあります。そのような時には、ねぎらいの言葉をかけ合ったり、その方を偲んで思い出話をするなど、看取り介護を振り返りながら看取り後のカンファレンスを開催することは極めて重要です。

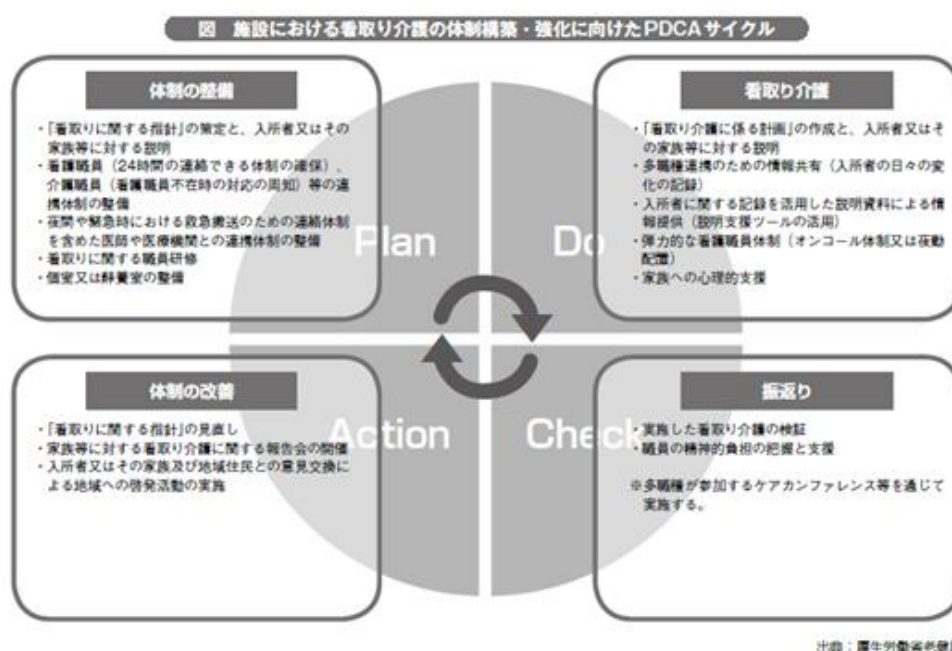
またその経験を次につなげることで、さらに前向きな経験を携えて看取り介護に携わることができるように、家族や職員同士で感謝の言葉を伝え合うことが大切です。

看取りケアは決して特別なケアではなく、高齢者介護施設という生活空間の暮らしの中で個別ケアを実践していけば必ずたどり着くものです。看取り介護という言葉は死にゆく人のためにように思いがちですが、命の最期まで生きている人のケアです。最期まで精一杯生きている「今」、大切なこの時の「個別ケア」であることを理解しなければなりません。

また、個室ユニットケアの環境は、看取りに最もふさわしい生活空間と言えます。ユニットではなじみの関係の中での暮らしが可能となり、家族と職員との関係性も深くなりま

す。また個室であることは、入居者はもちろん家族にとっても、何ら遠慮のいない家族の温かな空間をもたらしてくれます。

看取り介護に求められるのは、これまでの暮らしの中で入居者一人ひとりがもち続けた価値観・嗜好・経験・こだわりなどの固有の性質を理解した上で援助することです。死に至る経過の中で家族や職員をはじめ関係をもつ人々とともに、これまで提供してきたケアの連続性を断ち切らずに行わなければなりません。入居者本人と家族の望みを叶え、安らかな最期を迎えることができるよう、その思いを受けとめましょう。日々の生活を支えることは、高齢者介護施設の大切な役割です。



出典：厚生労働省老健局

図6-1 施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

【事例6】

テーマ：余命2か月。施設における看取りの検討

担当：ユニット職員、看護職員

経過：肺炎で入院後、他の疾病もあり、医師より余命2か月との診断がなされました。医師、家族、施設職員（看護職員、入居部門責任者）が協議し、本人の希望である施設での看取りを行うことが決まりました。現状では、受け答えはできるが昼夜問わず傾眠が続いている状態となっています。

↓

本人と家族の意向を伺い、家族としてどのように関わりたいのか、本人がどのように過ごしたいのかを確認しました。

食事摂取量、水分摂取量については医師・看護職員から指示を受けて介助を行いました。体位交換など必要な介助をユニット職員で共有し実施しました。

↓

本人は安楽な状態で過ごしたいと希望していることから、安心して生活できる環境を整えました。また、体位交換などは痛みが伴わないように配慮しました。

娘は、泊まりで一緒に過ごしたいと希望しており、簡易ベッドを貸し出し、部屋に設置しました。簡易ベッドを設置できるスペースを確保するために部屋にあったタンスや物は職員と家族と一緒に倉庫に運び、一時的に保管しました。

↓

家族が介護に関わりたいとの意思をもっていることから、家族ができることを職員で考え、足浴のケアをしてもらうようにしました。

↓

看護職員への申し送り回数を増やし、水分摂取量、尿量などを定期的に看護職員に報告するようにしました。

↓

傾眠状態であることが日に日に長くなり、言葉をかけても反応が少なくなりました。

娘さんとともに毎日、定時に足浴をすると覚醒することが多いのですが、娘さんは「なにもしない」と漏らすことが多々ありました。ユニット職員は家族の意向を少しでも叶えるために足浴のほかに一緒にできることを検討しました。看護職員にも相談し、顔を拭いたり、髭剃りをするなど家族とともにケアをする時間を増やすことにしました。

【事例のポイント】

この事例では、本人や家族の意向の確認（情報収集）→家族の意向を踏まえたケアの創出（計画）→家族の意向の確認（チェック）→再検討によるケアの提案（アクション）という過程を踏まえて改善を行っています。看取り期には、本人の希望もさることながら、家族の気持ちも考慮した支援が必要となります。ユニットリーダーは、家族の思いに耳を傾け対応していくことが求められます。

【事例7】

テーマ：ユニット職員が入居者の変化に気づき、看取りへと移行した事例

担当：ユニット職員、看護職員、管理栄養士・栄養士

経過：92歳、要介護度4の入居者。入居して3年を過ぎた頃から食事摂取量が徐々に低下し、これまで楽しみにしていた活動にも参加する機会が減ってきました。ベッドに横になる時間が増え、体重も僅かに減少しているなど、明らかにこれまでと違うことをユニットリーダーは感じていました。これまでも時折、食事の量が減り、活気が見られないこともしばしばありましたが、今回はいつもと様子が違うことに気づきました。

↓

ユニットリーダーは看護職員や管理栄養士・栄養士にAさんの状態をすぐに相談するとともに、家族に様子を報告しました。また、看護職員から嘱託医に報告がなされ、その後、嘱託医よりこれまでの経過と現在の状態説明、看取りについての家族の意思確認の機会がもたれることとなりました。

↓

家族は、これまでの生活の中でユニットリーダーから常に報告を受け、入居者の状況を理解しており、施設が開催する看取りケアの勉強会にも参加していました。看取りについて考える機会があり、同ユニットでの他の入居者の看取りの状況も把握していたことから、嘱託医の説明を落ち着いて受け止めることができました。その後、他の家族とも相談の上、馴染みのある暮らしの中での看取りを希望されました。

↓

看取り期に入ったことはユニット職員や他ユニットにも周知し、緊急時には協力することを確認しました。さらに、家族やユニット職員の不安を軽減するために、これから予測される体の変化やケアの方法など具体的に詳しく説明しました。

↓

ユニットリーダーは家族へ最期の衣類を依頼するなど、死を受け入れるための心の準備を自然な形で促しました。

↓

Aさんは家族やスタッフに見守られ、安らかに死を迎えました。エンゼルケアは家族の意向を聞き、一緒に行いました。

↓

看取りケア終了後は、Aさんを偲び思い出話を行うなど、互いに感謝の言葉をかけ合ってケアを振り返りました。関わった職員全員がよかったこと、反省点などの気づきを共有し、ユニットリーダーが取りまとめ、カンファレンスを実施しました。その後必要に応じて看取り介護指針の改訂を行うなど、事例をもとに次の看取りケアに活かしました。

【事例のポイント】

看取りへの取り組みは、家族、職員に不安をもたらすものでもあります。この事例では、

状況の「説明」が不安を取り除く有用な方法であることを示しています。日常的な家族との情報交換、勉強会など施設全体での取り組み、看取りの各段階における適切な情報提供により、家族とユニットの職員が看取りに対して取り組みやすい環境を整えています。

【コラム】看取り時に管理者ができること

多くの施設で看取り介護を実施しているものと思います。

どのような最期を迎えたいのか、本人、ご家族の意思を確認しましょう。職員、施設と共同の営みとし意向を十分に聴き取りながら、その人らしい最期をともに迎えたいものです。

一方で、実際に死期に近づいている方への具体的援助を通して、最期を受け止めていく職員には相当な心理的負荷がかかっていることを理解しましょう。

核家族の進行の中で「死」を身近に経験した職員も少なくなっており、看取り経験のない職員への配慮が必要になってきています。

ユニットケアはユニットに職員が固定配置されていることから、入居者への関わりも親密です。親密な分心理的ダメージも大きくなっていきます。職員が生活歴シートに基づいて介護を提供するとともに、看取りにあたっては不安を取り除くシステムの構築で職員がともに、よい最期を迎える努力を管理者もしなければなりません。管理者が職員に対してできる、具体的な援助事例について記載します。参考にしてください。

- ・新人職員、看取り経験のない職員が夜勤等にあたる場合には、遠慮なく不安なことを相談、連絡できるシステムを構築しておく必要があります。具体的にはオンコールで上司や看護師にいつでもつながる体制をとっておく必要があります。また「今日がその日」と思われる日には、夜勤とは別に管理者などによって特別な当直体制を敷き、夜勤者を援助するなどの対応も考えられます。そのことで幾らかでも心理的負担を取り除いてあげましょう。
- ・一般的に医療職と介護職では、「死」に対する考えや構えが違うものと思います。大事なのは、職種の垣根を越えて「その人らしい最期」をどのように迎えていただくかです。看取りの方針が医療職と介護職の意見が相違し、職種間のトラブルに発展し、十分なケアが提供できない場合もあります。お互いの職種の専門性を十分に理解させる仕事も管理者の責務です。看取りが医療と介護の連携で良質な状態であるかを把握するには、頻回にお部屋を訪問するなどして、本人、家族の意向を汲んでいるか確認する必要があります。いつでも中心にいるのは「入居者・家族」でなければなりません。そのことを職員に理解させる努力が管理者には必要です。
- ・最期には「看取りのカンファレンス」を開催し「その人らしい最期」をしめくくりましょう。参加者は看取りにたずさわった職員ですが、管理者も積極的に参加しましょう。職員は「あれもできた。こうすればよかった」という反省の言葉になりがちですが、今

後への決意の表れでもあり、このような職員の生の声を聞いておくことは大切です。そして必ず労いの言葉を忘れずに。

- ・施設によっては入居者、職員への負担をなくすために、薬物等を使用する「緩和ケア」の導入をお願いしています。ご家族様同様、職員も苦しかったり、痛がったり姿を見ることが辛いこと等お話しし、ご理解をいただきましょう。このことが職員の心理的負担を軽減することをしっかりとご家族に伝え、その上でご家族と施設が一緒になって入居者の最期を迎えることを確認し合しましょう。これは管理者の役割です。

<参考文献>

- ・大川弥生著『目標指向的介護の理論と実際—本当のリハビリテーションとともに築く介護』中央法規出版、2000年
- ・大川弥生著『「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用—目標指向的介護に立って』中央法規出版、2009年
- ・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（第3版）』中央法規出版、2015年
- ・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3 介護の基本I（第2版）』中央法規出版、2013年
- ・社団法人日本介護福祉士会編『介護実習指導者テキスト』社会福祉法人全国社会福祉協議会、2012年
- ・黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編集『介護職員等実務者研修テキスト（450時間研修）第3巻 介護Ⅱ～介護過程～ 第2版』中央法規出版、2014年。
- ・日本介護福祉士養成協会編『介護福祉士養成テキスト第2巻 介護の基本・介護過程』法律文化社、2014年
- ・中央法規出版編集部『介護福祉士用語辞典』六訂版、中央法規出版、2014年（第3刷）
- ・介護福祉研究会編『改訂第2版 楽しく学ぶ介護過程』、久美株式会社、2015年
- ・森繁樹編『事例で読み解く 介護過程の展開 根拠に基づく「生活支援」を実践するために』、中央法規出版、2015年
- ・個別ケア研修ノート 「一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会」
- ・特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック ～家族とともに考えるために～（株）三菱総合研究所
- ・看取り介護指針・説明支援ツール 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
- ・介護福祉用語研究会編（1995）「必携介護福祉用語の解説：建帛社
- ・川上雪彦（2015）「介護保険制度の解説（平成27年8月版）」社会保険研究所369
- ・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 介護過程第2版」中央法規出版 P50
- ・森繁樹編『事例で読み解く介護過程の展開 根拠に基づく「生活支援」を実践するために』P11 図1-2
- ・厚生労働省老健局

7. ユニットおよび施設のマネジメント

7章では、ユニットおよび施設のマネジメントについて学びます。

ユニットリーダーは、チームのリーダーとして必要なユニット運営（ユニットのマネジメント）に関する知識および技能を習得し、ユニットケア実践の場に生かしましょう。

施設管理者の立場からは、ユニット型施設のマネジメントにおいて特に重要な点を理解しましょう。

7.1 ユニットのマネジメントの考え方

- チームが円滑に効率的に機能するためにも、ユニットリーダーにはチームをマネジメントしていく力が必要とされます。
- ユニット型施設の施設管理者は、施設全体の人材の確保と育成や、サービスの質の向上等の役割が特に重要です。
- ここでは、「人、物、財、情報」という観点からマネジメントの仕方について学びます。

7.2 人材資源に対するマネジメント

- 入居者の方に質の高い介護を提供するためには、職員一人ひとりが仕事に対するモチベーションをもち、入居者の方としっかりと向き合うことが必要です。
- ここでは、人材資源に対するマネジメントとして、「シフトの作成、調整」「職員教育」「職員に対する相談・援助」「介護事故防止対策」についてユニットリーダーならびに施設管理者として求められる役割と実践方法を学びます。

7.3 物的資源と財的資源のマネジメント

- 入居者の方によりよい環境で生活をしてもらうためには、ニーズに合ったケアを提供するために必要な生活環境を整えることが必要です。
- ここでは、物的資源と財的資源のマネジメントとして、物的資源と財的資源の活用方法や環境整備におけるPDCAサイクルについて学びます。

7.4 情報活用に関するマネジメント

- ケア情報（入居者の情報）や家族の情報を通じて入居者の方のニーズを把握したり、どのようなケアが求められているかを正しく知ることができるようになります。
- ここでは、情報活用に関するマネジメントとして、記録の活用方法と情報共有の仕方について学びます。

7.5 リスクマネジメント

- 入居者の方の生活の場である施設では事故や感染症などさまざまなリスクが存在しています。
- 施設に求められるリスクマネジメントに対する対応を学ぶことを通して、ユニットリーダーに求められる役割を理解しましょう。

7.1 ユニットと施設のマネジメントの考え方

7.1.1 ユニットのマネジメントと施設のマネジメント

ユニットケアでは、ユニットリーダーがユニットをマネジメント（管理）するために各ユニットに配置されています。ユニットリーダーは、ユニットで入居者に提供されるケアをマネジメントし（6章を参照）、ユニットの組織をマネジメントします。7章では、このユニットのマネジメントについて学びます。

2章で詳しく学んできたように、マネジメントとは「人的資源、物的資源、財的資源、情報」を最大限活用し、目標を達成することを指します。この概念をユニットに当てはめると、ユニットにおける上位の目標とは入居者一人ひとりに対する「個別ケアの実践」であり、その目標達成のために各資源を最大限活用していきます。また、目標は上位目標だけではなく、下位に各ユニットが直面している個別課題があり、環境整備や記録・会議の行い方など下位の目標を一つひとつ達成していくことで個別ケアという上位の目標達成につながります。本章では、「人的資源、物的資源、財的資源、情報」という観点からマネジメントの仕方について学んでいきます。

ユニット型施設管理者は、各ユニットをユニットリーダーがマネジメントするのを支援していきます。ユニットリーダーに対する助言、提案、指導などユニットリーダーが円滑にユニットをコントロールできるよう支援していきます。また、各ユニットを束ね、施設全体をマネジメントするのも管理者の重要な役割です。

7.1.2 マネジメントの範囲

施設のマネジメントについて、職位による責任の範囲の一例を示したのが表7-1です。例えば、人的資源に関しては、ユニットメンバーの業務管理（勤務シフトの調整等）等、ユニットメンバーの教育、相談・支援等があります。物的資源に関しては、環境整備や日用品の管理等があります。財的資源に関してはユニット費の活用、情報に関しては記録や会議による情報管理等があります。詳細については、それぞれの施設で協議の上、決定し、それぞれの職位のマネジメント範囲を確認しましょう。

ユニットリーダーは自身の配置されているユニットのマネジメントに責任をもち、それを統括・調整するのが介護主任等の中間管理職の役割です。中間管理職は、各ユニットの困難事例に対するスーパービジョンを提示したり、ユニット間で必要な連携が図れるよう支援を行ったりします。ユニット型施設管理者は、中間管理職とともに各ユニットや施設全体を管理します。中間管理職や施設管理者の役割は、施設規模や法人の方針によっても異なります。小規模な地域密着型施設では、管理者が現場に入りユニットリーダーの役割を兼ねる場合もあります。

ユニットリーダーには、ユニットにおけるマネジメントに責任をもって実行することが求められていますが、いずれの業務もユニットリーダーが独断で実施するのではなく、ユニットメンバーの意見を反映しながら、中間管理職やユニット型施設管理者と連携して実施し、施設内での意思統一を図ることが重要です。

表7-1 高齢者入居施設におけるマネジメント範囲の一例

(広域型施設の場合、詳細は各施設の規定による)

	ユニット型施設管理者	中間管理職（介護主任等）	ユニットリーダー
人的資源	職員の採用、人事評価 職員教育（施設） スーパービジョン（施設） 地域連携・地域づくり	業務管理（ユニット間の統括・調整） 職員教育（部門） スーパービジョン（部門） 部門間の連携・調整 地域連携	業務管理（ユニット職員） 職員教育（ユニット職員） 相談・支援（ユニット職員） 多職種連携 地域活動への参加
物的資源	施設の設計、修繕、改修 大型物品の購入	施設の設計、修繕、改修 物品購入（ユニット間の統括・調整）	環境整備（ユニット） 日常的な物品購入
財的資源	収支計画（施設運営費）	収支計画（部門、ユニット間の統括・調整）	収支計画（ユニット費）
情報	ケア情報（施設） 家族の情報 施設運営情報（施設）	ケア情報（困難事例やユニット間の調整・統括） 家族の情報 施設運営情報（部門、ユニット間の統括・調整）	ケア情報（ユニット入居者の日々のケアに関すること） 家族の情報 施設運営情報（ユニット運営）

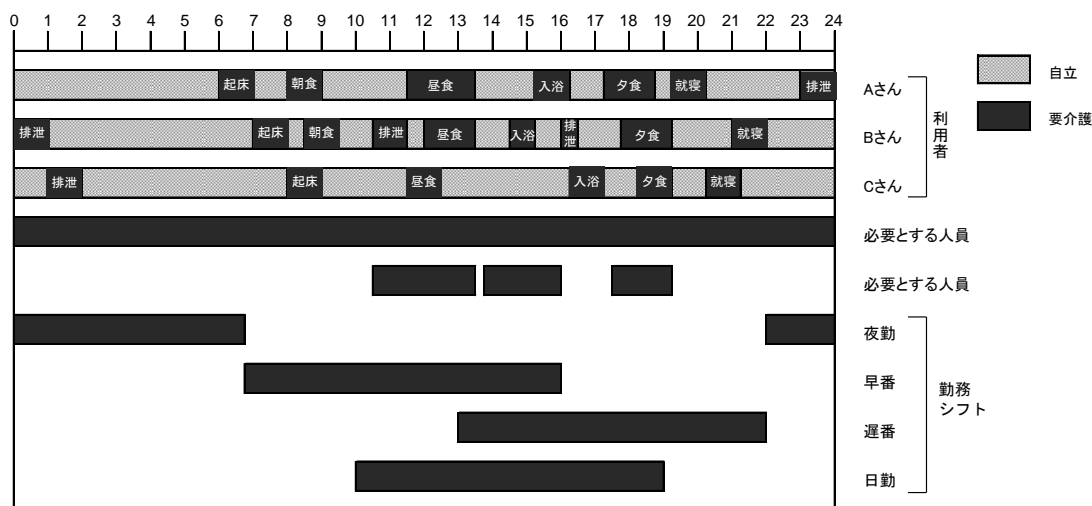
7.2 人的資源に対するマネジメント

ユニットケアは少人数でチームを組み、ケアを行う仕組みです。よりよいケアを提供していくためにはチームで協力し合い、時には施設管理者や中間管理職の人の力を借りてケアを行う必要があります。このチームの力を最大限発揮できるよう、ユニットリーダーはチーム内外の人に対しマネジメントを行う必要があります。

ユニットケアが目指す個別ケアの実践では、一人ひとりの生活プログラムが異なるため、入居者の生活プログラムに合わせると、結果として勤務シフトはユニット毎に異なってきます。ユニットリーダーは、担当しているユニットの入居者の生活を十分に把握し、どの時間帯にどのような介護が生じ、どれくらいの職員数が必要であるかを理解し、それを管理者等に説明できるようにしておく必要があります。

また、ユニットケアは個別ケアを実践する有効的な手法ですが、少人数のチームであるため、勤務時間中に1人でユニットの入居者全員を担当する時間も生じてくることから、不安を感じる職員が出てくることもあります。

ユニットにおいて良質なケアを持続的に提供していくためには、各職員の介護技術のスキルアップや、新人研修、悩みを抱えている職員に対するサポート体制などが必要となります。ユニットリーダーには、これらの職員に対する教育や相談・支援などの業務も求められています。



出典：（一般）日本ユニットケア推進センター,ユニットケア研修テキストより作成

図7-1 利用者の生活に合わせたシフト

7.2.1 業務管理

ユニットケアをはじめ、個別ケアを実施している施設では、機能別の介護提供体制に比べ、個々の介護職員の動きが一定していません。チームで業務を遂行していくために、ユニットリーダーはチームに課せられた業務を的確に判断する役割、ユニットメンバーにその内容を適切に分担する役割、そしてメンバーのフォローをする役割を担っています。

勤務シフトは、それぞれのユニットにおいて、入居者全員に必要な介護量を確認し、入居者への介護が適切に実施できるように、ユニット職員の経験年数や能力を踏まえて決定していきます。勤務シフトの作成は、ユニットリーダーが行っている施設もあれば、中間管理職等が行っている場合もあります、いずれの場合においてもユニットリーダーは担当ユニットの入居者や職員の状況を把握し、適切なシフトが組める情報を収集しておく必要があります。

ユニットリーダーは、ユニットにおける1日単位、1週間単位、1か月単位等での業務量を確認し、ユニット型施設管理者や中間管理職とともに、各ユニット職員の業務管理を行います。例えば、1日の中での入居者の食事介助が重なる時間、1週間の中でのユニットの行事で多数の職員が必要な曜日、1か月の中での職員研修の日時等があります。

ユニットリーダーは、いつ、どれくらいの業務が必要となるのかを把握し、調整が必要な場合には、施設管理者や中間管理職に報告・連絡・相談を行い、ユニット職員の業務について、出勤時間や休憩時間を調整します。

勤務体制は、三交替制や二交替制等があり、夜勤も一労働夜勤や二労働夜勤等があります。勤務体制については、それぞれの長短を見きわめ、施設ごとの状況に応じて決定していきます。全員がフルタイムである必要はなく、短時間労働者を雇用するなどの工夫も重要です。職員の負担感を減らすためには、福祉用具の活用やICT化の推進、さらに介護職員が担っている事務業務を見直し、事務職員に担ってもらおう等、業務の効率化を図る必要があります。

各ユニットに対する人員配置はケアの質の保障や、安定的な経営に影響を与える大きな要因となります。施設管理者は、各ユニットに必要な介護量や、それに伴う人員について把握しておく必要があります。慢性的な人員の不足やシフトの不整合は職員の離職につながり、それが、ケアの質の低下やさらなる離職につながるという負の循環をひきおこします。施設管理者は、常に適切な人員配置がなされているか確認しておく必要があります。

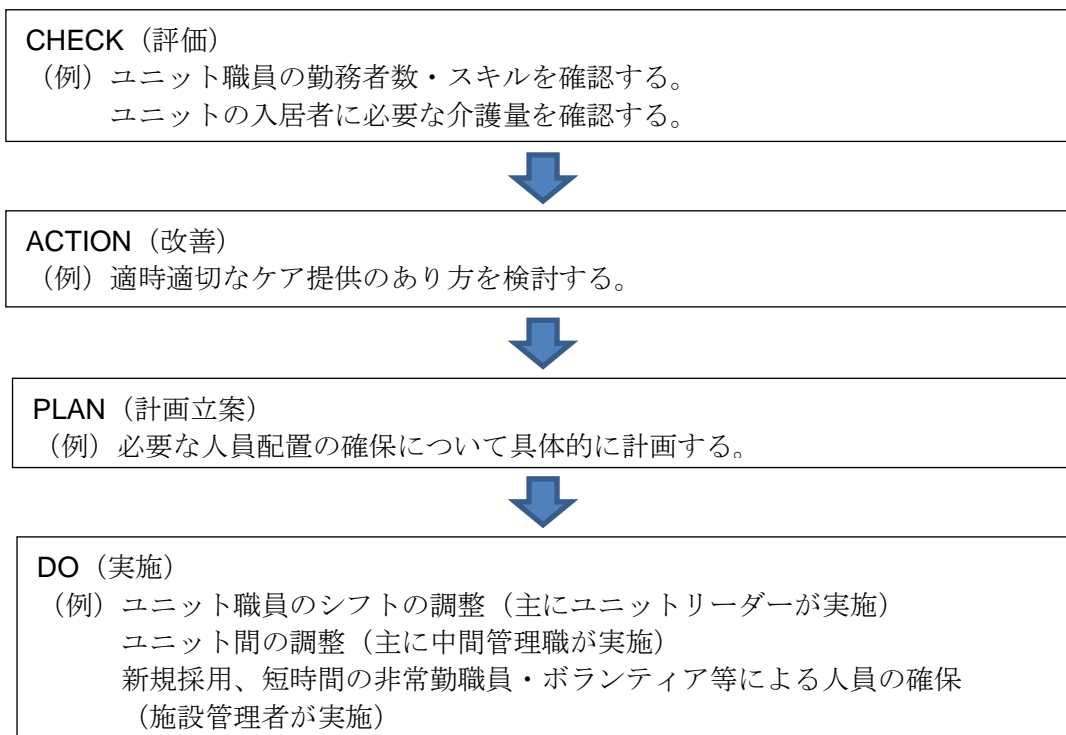


図7-2 改善案の検討プロセス

7.2.2 職員教育

良質なケアを継続的に提供していくためには、ユニットメンバー一人ひとりが必要な知識と技能を獲得していくことが求められます。そのために、施設では職員教育を実施しており、管理者には中長期的な人材確保やサービスの質の向上の観点から、計画的に人材育成を行うことが求められます。具体的には、施設におけるキャリアパスおよび人材育成の体系を構築し、人材育成に関わる体制（組織）を整備します。そして、人材育成に関わる組織を中心に進められる研修計画の作成、周知、実施、評価、見直しといった一連のプロセスを管理、支援します。

ユニットリーダーは、管理職と連携し、日々の業務の中でユニットメンバーの知識と技能を確認しながら、ユニットメンバーの教育や相談・支援などを担います。介護職員として必要な教育の内容は、介護技術に関する知識や技能に限らず、自己表現、コミュニケーション能力、リーダーシップ、問題解決能力、後輩への教育的関わりなど、介護職員としての成長に必要な内容を指し、ユニットリーダーは、施設管理者や中間管理職とともに、施設の職員の教育に携わります。そうする中で、ユニットリーダー自身も成長することができます。

ユニットリーダーがユニットメンバーの教育に携わる際に留意しておくことは、ユニットメンバーもともに介護に携わる職業人であり、自立した社会人として対応することです。ユニットメンバー個々の考え方をむやみに否定するのではなく、お互いの成長を目標にしましょう。そのためにも、上から押し付けるような指導ではなく、メンバー自身が学習の必要性を感じ、自ら目標を掲げながら積極的に参加できるように促します。メンバー自身の困っていることや課題を取り上げるようにし、ポジティブなフィードバックを行いながら、自己の成長を感じ、満足感が得られるよう導きます。ユニットリーダーには、メンバーとともに課題に取り組む姿勢が期待されます。

職員教育には、実務を通して行う職場研修（OJT：on the job training）と、実務の外で行う研修（OFF-JT：off the job training）があり、OJTには「日常のOJT」と「意図的OJT」があります。職員研修は、これらのプログラムを効果的に組み合わせて実施します。

(1) 日常のOJT

日常のOJTとは、職場における先輩からの仕事を通しての直接的間接的指導で、経験を積み重ねる機会を与えることで、介護職としての成長を期待するものです。ユニットリーダーは「何か困っていることはありませんか？」という開かれた質問の仕方だけでなく、時には、具体的に「Aさんの……の介助の際に困っていることはありませんか？」という閉じた質問の方法を駆使しながら、職員の抱える課題や問題にできるだけ早く対応して指示していけるよう配慮する必要があります。

(2) 意図的OJT

職場研修では、日常のOJTのように経験を積み重ねることで学ぶ方法のほか、意図的・系統的な教育プログラムに基づいて教育を行うことも重要です。代表的なOJTプログラムには、「プリセプターシップ」、「メンターシップ」、「チューター制度」等があります。

新人職員の離職を防止するためには、意図的な精神的支援の仕組みが必要とされています。プリセプターシップとは、ある期間、新人（プリセプティ）に先輩（プリセプター）が付いて行うマンツーマン指導をいい、新人のリアリティショックの予防や職場への適応を促進するのに有効です。

プリセプターはプリセプティにとっての指導者、助言者、役割モデル、相談役、仲間等の多様な役割を担います。その新人にとって必要な役割に重きを置き、指導者としての役割が必要な場合には、経験が豊富で指導力のある先輩を充て、相談役が必要な場合には年齢も近い先輩を充てます。

いずれにせよ、2人をサポートする体制を整えておく必要があり、お互いの相互作用が効果的に働くよう支援を行います。

また、新人職員の精神的サポートと技術的サポートの全てをユニットリーダーが担うとすれば、負担が大きくなってしまいます。ユニットリーダーは、管理職とも連携し、適宜、新人に必要な支援を適切な人から受けられるよう、役割が分担できるよう調整を行います。

【事例1】ユニットケアにおけるプリセプターシップの具体例

A施設では、ユニットリーダーによるプリセプターシップで新人教育を実施しています。

新人職員の入職後1か月間は、新人職員とユニットリーダーが同じ勤務帯で勤務します。まずは、ユニットリーダーに付き添い、ユニットリーダーの業務を「見る」ことから始めます。入職後1週間程度して慣れてきた頃、新人職員にもユニットリーダーの業務を手伝うようにしながら業務に携わってもらいます。この段階では、「体験」することが目的です。入職後2週間程度してから、少しずつユニットリーダーに代わって介助を行い、ユニットリーダーはそれを見守るようにします。またその際には、食事介助、移乗介助、排泄介助、入浴介助というように負荷の軽い介助から担ってもらいます。また、この頃には1日の業務の流れも把握してもらうようにします。一つひとつの介助だけではなく、一連の流れを知ることで次の介助の準備が行いやすくなります。入職後4週目の最終週には、個々の利用者の特性を踏まえた個別ケアについても助言していきます。このように、少しずつ段階を経て伝えていくことが大切であり、初めから多くのことを伝え過ぎてしまい、新人職員が消化することができずに悩んでしまうことのないよう教育していきます。また、早出、日勤、遅出、夜勤など、勤務を予定している全ての勤務帯で経験できるよう調整します。

約1か月間のユニットリーダーによる付き添い期間が終了すると、他の職員との勤務を開始しますが、入職後1年間は、ユニットリーダーによるプリセプターシップを継続します。ユニットリーダーはユニットメンバーから新人職員の状況を確認したり、定期的に同じ勤務帯で勤務できるよう調整をして、新人職員の介護技術、言動や表情から不安を感じていないかを確認しながら、コミュニケーションをとることでフォローしたり、継続的には交換日記によるフォローを行っていきます。

交換日記には、新人職員が業務上の疑問、悩み等を書き、ユニットリーダーとの共用の引き出しに入れておきます。食事介助、排せつ介助などで悩んだ場面について記述することで事象を整理でき、また、悩みを相談できることで不安の解消につながります。新人職員は、利用者の言動に悩んだり、家族の苦情につらくなったり、同僚との関係性であったり、あるいは全く個人的な問題に悩んでいることもあり、些細なこととして相談できずにため込んでしまわないよう、なんでも困ったことがあったら相談していいよという態度を提示しておくことが重要です。ユニットリーダーは、出勤した際には必ず交換日記を確認し、その返信を書きます。この時、内容を見て直接面談の方がよいと感じたら、できる限り直接会って、コミュニケーションをとります。そうすることで、記述できていない事も会話によって引き出すことができ、新人職員の課題解決に役立てることができ、

このようなプリセプターシップの中で、新人の抱えている課題について情報収集を行い、具体的な解説策を計画する（P）→新人とともに解決策を実施する（D）→実施して課題が解決したか評価する（C）→さらに改善策を検討する（A）といったPDCAサイクルによる職員教育を継続していきます。

(3) 介護の研究

介護福祉士の資格は1987年「社会福祉及び介護福祉法」により、国家資格として位置づけられました。急激な少子高齢化が進展する中で、介護福祉士は社会的にも重要な資格です。介護職は介護の専門職として、医療・看護など他の専門職と連携・協働しなければなりません。また経済的評価・労働環境の整備・キャリアアップの仕組みの構築のためにも、介護の専門職としてのアイデンティティを確立する必要があります。そのためにも質の高いケアを追求する研究活動が重要となります。よりよい介護技術やケア提供方法を追求するために、事例検討や調査・検証を行います。

研究を行った成果については、同様の課題に取り組んでいる介護職員やケアを受けている人々に貢献するため、研究報告を行い、公表するようにします。

7.2.3 ユニットメンバーからの相談

(1) 相談の最終目標

介護職員は日々の業務の中で様々な悩みをもっています。ユニットリーダーは、ユニットメンバーの相談役割を担います。相談を受ける際の最終的な目標は、相談者自身がその悩みごとを解決していけるようにしていくことであり、ときには役割モデルとしてユニットリーダーの卓越した実践を見せることも行いますが、リーダーが代行することで問題を解決していくような方法は望ましくなく、その状況を改善していくため、相談者が自分自身で状況を整理し、問題を解決していけるように相談者の知識と技術を助長するよう側面的な支援を行います。まずは、相談者自身が自身の抱える課題に気づき、ユニットリーダーに相談できたということは課題解決の第一歩になりますが、ユニットリーダーの助言を受けたり、リーダーから技術を学んで実践することにとどめず、同様の課題を抱えた場合に、今度は自分で事例を整理したり文献を調べたりして、課題を解決できることが最終地点となります。

管理者は、ユニットリーダーの相談を受けることが役割となります。ユニットリーダーが上記のような役割を果たす上で、直面する悩みを受け止め、助言することで、ユニットリーダーの問題解決や成長を支援します。また、ユニット職員がユニットリーダーに相談しにくい問題などがある場合には、管理者が直接対応することも必要となります。

(2) 相談の開始

一般に、悩みや不安を誰かに話すことに抵抗をもつ人は多いものです。仲間に言えることも、上司となると言いにくいこともあります。ユニットリーダーは、ユニットメンバーに対し、できるだけ相談しやすい雰囲気づくりを心がけることが必要です。日頃から受容と共感の態度でユニットメンバーに接し、傾聴を心がけます。

また、ユニットメンバーから相談をもちかけられることを期待するだけでなく、悩みごとを抱えたユニットメンバーがいないか、相談を受けることで解決できそうな課題はないか、ユニットリーダーが積極的に、相談役割を担っていくことが期待されます。

(3) 相談者との関係性

ユニットリーダーとして相談者に接するときには、相手の相談内容をしっかりと聞いた上で、自分なりの考えを示すことにより、相談者と円滑なコミュニケーションをとる必要があります。

自分の考えや気持ちを大切にしながら、相手の考えや気持ちも尊重するという自己表現をアサーションと言い、そのような状態をアサーティブと言います。アサーションでは、お互いを尊重しながら、素直に意見を表現します。お互いを大切にするために物ごとを柔軟に捉えたり、お互いの意見が異なるのは当然と考えるため、攻撃的（アグレッシブ）になったり、非主張的（ノンアサーティブ）になったりすることなく、正直な自分の考えを伝え、相手の意見を聞く中で、ゆっくりと結論を導くことができます。そうすることで、相互理解が進み、一人では生み出せなかった発想や工夫を得ることができ、お互いの自信につながります。

アサーティブな自己表現は、自分を大切にしながらも他人への気遣いがある表現様式です。「私はOK。あなたもOK」という態度で人に接します。

これに対し攻撃的な自己表現は、自分のことだけ考え、他人のことをかまわない表現様式です。つまり「私はOK。あなたはOKではない」という態度です。一見すると、このような人は堂々としています。自己表現ができている人で、リーダーとして力を発揮しているように見えます。違いや葛藤は認めないで「私が正しい。わからないあなた、できないあなたはおかしい」という問題解決の仕方をしています。一緒にいると煙たがられることがあり、周囲が反発心を抱くこともあります。

非主張的な自己表現は、常に他人を立てて自分を後回しにする表現様式で「自分はOKではない。あなたはOK」という態度で人と接します。自分の言いたいことはほとんど表現しません。表現してもすぐに引っ込めたり、自分で否定したりします。他者を大切に、自分と一緒にいて他者が不快にならないように気を配って、相手に合わせようとします。このような状態が極端な形で常態化すると、うつ病や胃潰瘍などの心身症になってしまうことがあります。

アサーションができるようになるためには、自身の考え方を整理した上で、自己開示に基づいたコミュニケーションを図ることと、一方で、相手の話を傾聴し、正しく理解するために閉じた質問（closed question）や開いた質問（open question）の特徴を活かしたコミュニケーションを行うことが有効です。

開いた質問（open question）と閉じた質問（closed question）

開いた質問（open question）：

答えの内容を相手に委ねる質問形式で、以下のようなタイプがあります。

- ・ 導入のための質問（「どうしましたか？」など）
- ・ 具体例を引き出す質問（「具体的にはどういうことですか？」など）
- ・ 経過を聞く質問（「それでどうなりましたか？」など）
- ・ 感情を聞く質問（「どのように感じましたか？」など）

質問された側は、質問に答えるために考える必要が生じるので、負担感を与える場合があります。一方で、答えの内容は広がりがあるため、会話を深めることができるという利点があります。

閉じた質問（closed question）：

「はい」「いいえ」のいずれか、あるいは答えが特定できる質問形式です。

- ・ 「はい」「いいえ」で答える質問（「昨日はお休みでしたか？」など）
- ・ 答えが特定できるもの（「朝食は何を食べましたか？」など）。

質問された側にとっては、答えが定まっているため答えやすい質問です。テンポよく対話することができますが、開かれた質問のようにコミュニケーションを深めることはできません。

【事例2】辞めたいという職員に対する相談の事例

「私、辞めたいです」とユニットの職員から相談を受けるときが、ユニットリーダーとして、一番つらい思いをする場面かと思います。一人の職員が辞めてしまうと、他の職員にも大きな負担が生じてしまいますし、自分に責任があるのではないかと悩むリーダーもいます。「辞めたい」という相談を受けると「どうしてなの」「辞めないで、もう少し頑張ろう」と相手を説得しようとしてしまいますが、自分の考えを一方向的に伝えることは逆効果となってしまいます。

このような相談に対する答えはありません。「辞める・辞めない」という選択や判断は職員個人の問題であり、また、それを承認するのは管理者の役割です。ユニットリーダーは、結論を急がずに、じっくりと話を何度でも聴いてあげることが大切です。相手の話を聴きながら、表面的な部分だけではなく、深層に隠されている部分を引き出していきます。決して相手を否定せず、相手の話を共感するような態度で聴いていきます。一度相談を受けただけで終わらせるのではなく、「また、相談してください」と時間を置くことも必要です。話すことや、時間を置くことで気持ちが落ち着き、思い詰めていた感情を解きほぐすこともできます。円滑なコミュニケーションが成立するかどうかは、日ごろからの関係性によります。日ごろから職員の個性等を把握し、個々の職員の強み・弱みを踏まえた指導・助言が求められます。

この事例におけるユニットリーダーの対応の一例をPDCAで整理すると、次のようになります。

相談者の訴えから課題を把握し、解決策を検討する（P）。

→相談者の訴えを傾聴し、相談者自身が問題解決していくのを支援する（D）。

→支援が相談者の問題解決につながったか評価する（C）。

→さらに必要な支援やよりよい支援を検討する（A）。

なお、結果的に退職になったとしても、自身の行った支援をきちんと検証・評価し、今後のリーダー役割の遂行に活かしていくことが重要です。

(4) モチベーション（動機づけ）

リーダーシップとは、ある目的のために集まった人々がその目的達成のための過程を、意欲的かつ効率的に取り組むことができるよう援助する役割であり、このメンバーの「意欲的」な姿勢こそが、モチベーションです。仕事に対するモチベーションは、処遇のみによらず、個人の興味、成長、他者からの評価、環境等が複雑に絡み合って形成されます。

マズローの欲求体系理論では、内的な欲求を「生理的欲求」「安全の欲求」「社会的欲求」「自我の欲求」「自己実現の欲求」の5段階に分け、人間行動の動機となる欲求を一定の順序として体系化したものです。人間は欲望を常にもち、より多くを求め、一度満たさ

れた欲望やある程度満たされた欲望は行動の動機にはならず、常により高い次元の欲望を求めていく一方で、自己実現の欲求の段階にあっても、下位の欲求がある程度満たされている必要があります。

また、ハーツバーグは二要因理論を提唱しています。給料、労働条件、上司の管理等の環境要因は不満足に関係するが、満たされた場合は満足ではなく、「不満足ではない」という状態でしかなく、例えば、給料をいくら高くしても、満足して仕事ができるということではありません。満足に関係するのは、仕事内容、昇進、達成感等の動機要因であり、これらが直接動機づけとなって意欲的に仕事に向かうようになる一方で、これらが満たされない場合は不満足ではなく「不満足はない」状態と言えます。つまり、環境要因の不満は職務不満足に影響を与え、動機要因の充実が職務満足に強く影響を与えます。

職員のモチベーションを維持するには、労働条件を整え、賃金によって職員の生活を保障するほか、職員が介護の魅力を感じられるよう支援していくことが求められます。労働条件を適切に設定することは施設管理者の役割です。介護職員のやりがいとしては、入居者や家族からの感謝の言葉や笑顔、日常的な介助技術のスキルアップ、入居者の生きがい支援、看取りのような尊厳あるケアが提供できることがあげられます。これらは施設管理者にも、ユニットリーダーにも関わることができます。仕事のやりがいや魅力について語り合い、日々の業務の中の喜びに気づくことも有効です。

(5) エンパワーメント

エンパワーメントとは、力をつけることを意味し、組織においては、役割を与えること、権限を共有したり委譲したりすること、意思決定に参画させること等によって、個人がパワーを自覚し、パワーを活用できるようになることです。

個人にパワーの自覚がないと、自分には何もできないと思いがちです。個人は他者との交流の中で認められたり、感情を受け止められたり、逆に他者を支える経験をする中で、安心感を得て、自己効力感、有能感、自尊感情、意欲などが高められ、エンパワーメントされていきます。

ユニットメンバーに委員会の業務を任せてみることやユニットリーダー自身がリーダーの役割を担うことは、組織の中で地位や権限を与えられ、負担も大きくなりますが、自身をエンパワーメントしていけるよい機会になります。ユニットメンバーが適切に役割を担っていくことができるよう支えていくことも、リーダーや管理職の役割です。

(6) メンタルヘルスケア

ストレスの原因となる要因は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在しています。心の健康づくりは、職員自身がストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要です。

しかし、職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあることから、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、職場環境の改善を含め、事業者によるメンタルヘルスキアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策の実施は、大きな役割を果たすものです。

事業者はメンタルヘルスキアを積極的に推進することを表明し、法人全体で組織的に取り組む責務があります。職員に対して心の健康づくりの啓発を行い、セルフケアの重要性を説きます。ユニットリーダーや管理職などのラインによるケアにより、自分で不調に気づいていない職員へのアプローチを行い、メンタルヘルス不調者へ早期対応・原因除去の流れを取る仕組みづくりが必要になります。法人としては、制度に沿って「心の健康づくり計画」「メンタルヘルス休職・復職規程」などを整備し、衛生委員会が中心となって、セルフケア、ラインによるケア、事業所内の相談先（産業保健スタッフ等）によるケア、事業所外資源によるケアの道筋を示すこととなります。

ストレスの要因となるのは身内の不幸・病気・降格・試験不合格などのマイナスなことばかりではありません。昇進・結婚・出産などの本来ならめでたいイベントも、環境の変化に伴いストレスとなりやすいものです。

また、介護現場でも多く見られるのが、バーンアウト（燃え尽き症候群）です。これはものごとに意欲的に取り組んだ結果、身体的に極度に疲労するとともに精神的エネルギーが枯渇してしまい、もはや以前のように意欲的に取り組めなくなってしまうものです。まじめで責任感が強く、意欲の高い人ほど燃え尽きを経験しやすいことが指摘されています。症状として心身の消耗感の増大・本人の達成感の低下・脱人格化傾向の増大（例えば、入居者の人格を無視した対応をしてしまうなど）があげられます。こういった状況を未然に防ぐためにも、メンタルヘルスキアは重要です。

施設管理者はユニットリーダーと連携をとり、職員がストレスを感じているかどうか、日ごろの表情や言動から推し量るようにしましょう。遅刻が目立つ、集中力がない、提出物の遅れが目立つようになったなど、ささいなサインを見逃さないようにしましょう。もしストレスを抱えているようだったら、ストレスが頂点に達しないうちに原因を調べて、早期に解決するように注意を払います。深刻なストレスであれば、一人で支援しようとするのではなく上司に相談し、専門家のカウンセリングを受けられるように指導することが望まれます。

また、平成26年6月の労働安全衛生法の改正により、平成27年12月から、常時使用する労働者に対して、医師、保健師等による心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）の実施することが事業者の義務となりました（労働者数50人未満の事業所は当分の間努力義務）。これは一次予防（労働者のメンタルヘルス不調の未然防止）を主な目的とし、労働者自身のストレスへの気づきを促し、ストレスの原因となる職場環境の改善につなげることを目的としています。

7.3 物的資源と財的資源のマネジメント

7.3.1 物的資源のマネジメント

施設・設備・備品などの物的資源は、ケア提供においても重要な環境を形づくる資源です。物的資源のマネジメントには、建物や設備環境の整備（環境づくり）と物品の管理があります。

施設や設備はその利用者のためにあり、ユニット型施設の利用者とは入居者とその家族、地域住民、そして施設の職員です。職員は施設や設備の利用者であり、保守点検を担う立場にもあります。すべての利用者にとって、安全、安楽、効率的であることが求められます。

また、物的資源は、必要な時に必要なものが、適切な状態で必要な数量あることが基本であり、数量の管理と信頼性の管理を行うことが目的です。物品の供給に関しては、物品の購入、保管・管理、搬送、処理等の管理が必要です。

(1) 施設・設備整備

建物は、建設後何十年も固定されてしまい、改修には多大な費用が伴います。このため、新しい建物を建設する際には設計の段階から、介護職員も設計過程に参画し、建築の専門家や地方自治体の担当者とも十分に意見交換を行い、多様な角度から検証を行うことが望ましいでしょう。

入居者の利用に配慮した場合、重要な視点は、①適切な住環境の確保、②安全性（転倒・転落防止、感染対策、災害対策等）、③人権尊重、④社会性への配慮、⑤心身機能の低下への配慮などがあげられます。

また、職員の労働環境としての整備も重要です。作業台の高さを調整したり動線を考慮して配置すること、リフト等の補助具を活用したりICT化を図ることは、職員の腰痛予防等の健康管理や入居者への効果的効率的なケア提供にもつながります。

(2) ユニットの環境づくり

カーテン、照明器具、家具など、建物の中にさまざまな物品を配置し、環境をつくり上げていくことで、生活が構成され、場所に対する愛着が生まれてきます。

また、入居前の居宅での生活に近い生活ができるよう、入居者が長年使い慣れた家具を持ち込むことも、入居者の安心感や生活のしやすさにつながります。

1) 認知症高齢者への環境支援指針PEAP日本版

高齢者の認知症や老化による心身機能の低下は、日常生活においても、適応困難な状況

を生み出していることがあります。そのような場合にも、住環境を整えることで、症状を緩和したり心身機能の低下を補い、残された能力を発揮して豊かに暮らし続けることができるようになります。

「認知症高齢者への環境支援指針」PEAP（Professional Environmental Assessment Protocol）日本版3は、支援のための視点や具体的な手法を示しています（表7-2）。

表7-2 PEAPの8つの次元

<p>I 見当識への支援</p>	<p>利用者（入居者と同様にスタッフや訪問者）が、環境の物理的・社会的・時間的次元の効果が、利用者の見当識を最大限に引き出すような環境支援についての指針です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境における情報の活用（例）浴室ののれん 2. 時間・空間の認知に対する支援（例）カレンダー、調理風景 3. 空間や居場所のわかりやすさ 4. 視界の確保
<p>II 機能的な能力への支援</p>	<p>日常生活動作（移動、整容、排泄など）への援助において、入居者の日常生活上の自立活動を支え、さらに継続していくための環境支援についての指針です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 食事が自立できるための支援 2. 調理、洗濯、買い物などの活動の支援
<p>III 環境における刺激の質と調整</p>	<p>入居者のストレスにならない刺激の質や、その調整についての指針です。この次元は、「環境における刺激の質」と「環境における刺激の調整」の2つに分かれています。</p> <p>a 入居者の適応や五感に働きかける豊かな刺激を提供する「環境における刺激の質」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 意味のある良質な音の提供（例）会話、食事の準備 2. 視覚的刺激による環境への適応 3. 香りによる感性への働きかけ 4. 柔らかな素材の提供 <p>b ストレスにならないように刺激を調整する「環境における刺激の調整」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 生活の妨げとなる騒音の調整（例）カーターの音、アラーム音 2. 不適切な視覚的刺激の調整（例）強い日差し、過剰な装飾

	<p>3. 不快な臭いの調整 (例) 排泄臭</p> <p>4. 床などの材質の変化による危険への配慮</p>
IV 安全と安心への支援	<p>入居者の安全を脅かすものを最小限にするとともに、入居者はじめ、スタッフや家族の安心を最大限に高めるような環境支援についての指針です。</p> <p>1. 入居者の見守りのしやすさ (例) 小規模であること</p> <p>2. 安全な日常生活の確保</p>
V 生活の継続性への支援	<p>入居者それぞれが慣れ親しんだ環境と生活様式を ①個人的なものの所有、②非施設的环境づくりの2つの側面から実現することについての指針です。</p> <p>1. 慣れ親しんだ行動とライフスタイルの継続への支援</p> <p>2. その人らしさの表現 (例) 家具などの自宅からの持ち込み</p> <p>3. 家庭的な環境づくり</p>
VI 自己選択への支援	<p>物理的環境や環境の調整に関する施設方針が、個人的な好みやどこで何をするというような、入居者の自己選択が図られるような環境支援についての指針です。</p> <p>1. 入居者への柔軟な対応</p> <p>2. 空間や居場所の選択</p> <p>3. いすや多くの小道具の存在</p> <p>4. 居室での選択の余地</p>
VII プライバシーの確保	<p>入居者のニーズに対応して、一人になれるだけでなく、他との交流が選択的に図れるような環境支援についての指針です。</p> <p>1. プライバシーに関する施設の方針 (例) 部屋の扉を閉める</p> <p>2. 居室におけるプライバシーの確保</p> <p>3. プライバシー確保のための空間の選択</p>
VIII 入居者とのふれあいの促進	<p>入居者の社会的接触と相互作用を促進する、環境支援と施設方針についての指針です。</p> <p>1. ふれあいを引き出す空間の提供 (例) ラウンジ</p> <p>2. ふれあいを促進する家具やその配置</p> <p>3. ふれあいのきっかけとなる小道具の提供</p> <p>4. 社会生活を支える</p>

出典：「児玉桂子,古賀誉章,沼田恭子,下垣光 (2010) ,PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル,中央法規出版株式会社。」をもとに作成

2) 環境づくりにおけるPDCAサイクル

環境づくりも、PDCA サイクルで進めていくことができます。

まずは、現状の環境を把握することから始めます。ふだんの環境の中で業務を行い、生活していると、慣れてしまったり漠然ととらえてしまったりして、何の疑問ももたなくなっていることもあります。そのため、環境づくりの視点で、環境を見直すことを業務の一環と位置づけて取り組むことも必要です。キャプション評価法という手法があり、気になる環境を写真に撮り、その写真にキャプション（説明文）をつけます。そうすることで、日常的になっている風景を切り取って評価し、課題を発見することができるようになります。また、この作業は一人で実施するのではなく、多職種による複数人で確認し合ったほうが、多角的な検討ができます。

具体的には、「良いと感じる場面」「悪いと感じる場面」を写真にとり、その場所をなぜそのように感じたのかを写真に付随して記述していきます。評価のコメントについては、漠然とした内容から徐々に掘り下げ、課題を導き出すことが重要です。

例えば、悪いと感じる場面（写真1）について、最初は「広くてさみしい感じ」と直観によるイメージが記述され、その後、「照明が暗い」、「部屋が広すぎる」、「暗い色調の素材や家具が多い」といった原因の抽出を行い、課題を導き出します。また、良いと感じる場面（写真2）について、「入居者が外を見てくつろいでいる」と気づいた事実が記述され、その後、「一人でのんびりできている」、「角で落ち着くことができる」、「囲われている」といったように、徐々にその理由を探っていきます。



写真1 照明が暗く、大規模に感じる食堂



写真2 一人で過ごすことができる居場所

図7-3 「良いと感じる場面」「悪いと感じる場面」

その後、各人の写真を集め、場所毎や関連するテーマ毎にグルーピングします。そして、グループディスカッションを行いながら、優先順位の高い内容を抽出し、改善場所を決めます。

課題が明確になったら、課題解決のための計画を立案します (P)。間仕切り壁をつくる、大きな家具を買うなどの場合には、建具や家具の寸法が重要となるため平面図上に家具や間仕切りを落とし込み、問題が生じないか検討するとよいでしょう。大規模になる場合には、建築士などの専門家と相談することが望ましいと言えます。花瓶や小物を購入する場合には、購入リストを作成し、可能であれば簡単なスケッチを作成しましょう。これらの作業については絵を描くのが好きな人など、ユニット職員の特性を見極め、役割を与えていくこともユニットリーダーの仕事です。物品購入については、雑誌などでイメージを膨らまし、実物を家具・雑貨店で確認しておく、より満足度の高い環境づくりとなります。

生活支援の正解は一つには限定されず、さまざまな取り組みが効果的に働きます。できる限り入居者や家族、建築などの専門家にも意見を求め、多職種で問題解決のための方策を検討します。計画には、いつまでにそうするか、評価の期限を設けた目標を設定するようにします。

計画が立案できれば、環境づくりを実施していきます (D)。取り組みには、ユニット職員の工夫で実施できる小さなものから、専門家による改修工事が必要な大がかりなものまであります。内容によっては、費用を準備したり、工事の時期の調整が必要になったりしますし、管理者の承認が必要なものもあります。ユニットリーダーは、計画の実施状況について進捗管理を行いながら、計画の遂行を管理します。

環境づくりの実施後、新しい環境の中での生活が始まります。環境づくりが効果的であったのか、計画に定めた期間を置いて、評価を行います (C)。

その後、新しい環境をさらに有効に活用していけるよう、改善策を検討します (A)。心身機能の低下や認知症のある高齢者では、一人で環境を活用していくことが難しい場合もあります。その場合には、入居者が新しい環境を活用していけるようユニット職員が関わっていくことが重要です。また、支援を継続的に実施していくには、ケアプランに計画することも有効です。

【事例6】環境改善の実践例

事例：ある新築のユニット型施設では、入居者の個室での滞在時間が長く共用空間の充実が課題でした。食堂や談話室があるものの、くつろいだり談笑したりする雰囲気ではなく、何か手を加えたいと考えていました。そこで、近隣の大学で建築を学ぶ学生とともに談話室の環境改善に取り組みました。

手順1 PDCAサイクルの準備段階：現状の確認とニーズの把握

現状の談話室の使い方や入居者の要望について、職員と学生がヒアリングを行いました。談話室は男性入居者の将棋や囲碁の場として利用されており、それ以外の人を利用しにくい状況にあることがわかりました。また、入居者の中には、「おしゃべりをしたいけど部屋以外にする場所がない。部屋に他人を招くのには抵抗がある」、「相撲など一緒にテレビを見ることができると盛り上がれて楽しい」、「談話室にコタツ等があってもよい」、「部屋以外に一人で過ごせる場所が欲しい」、「少し体を動かすことができる場所が欲しい」などの要望があることがわかりました。

手順2 計画（P）：イメージスケッチの作成・具体案の検討・予算額との調整

学生が利用者の要望をまとめて、それを実現するための簡単なスケッチを描きました。その後、施設管理者、中間管理職、ユニット職員で、スケッチをもとに使用する素材の検討や予算について具体的な検討を重ね、たくさんの検討案の中から一案を最終案として選びました。最終案のイメージをもとに、インターネットやカタログを参照しながら、具体的な家具の型番や色、値段を書き出し、予算額の中で収まるか検討しました。

手順3 実施（D）：物品の購入、組立、検証

購入物品が決まると、職員が車で家具店に赴き、一つひとつの家具を確認しながら購入しました。そして組み立てを行い、計画していたとおりの配置を行いました。

手順4 評価（C）：

完成後は、入居者の使い方を定期的に観察し、意図通りの使われ方がなされているか、不具合はないかを確認しました。その結果、談話室の利用者数も増え、男性も女性も一緒に使える部屋となったことがわかりました。

手順5 改善（A）：

今後さらにでき上がった環境が有効に活用されるよう、入居者のケアプランに談話室での暮らし方を提案していくこととしました。



写真3 環境改善前の談話室



写真4 環境改善後の談話室

図7-4 環境改善前後の談話室

7.3.2 財的資源のマネジメント

ユニットにおける財的資源に関しては、ユニット費の活用等があります。ユニット費は、施設の運営費からまかなわれており、施設の運営は介護報酬（介護保険、入居者の自己負担等）を財源としています。

(1) 介護報酬

介護サービスの費用のうち、原則9割が介護保険から給付され、残り1割は利用者が負担します。なお、平成27年8月から、65歳以上の一定以上所得者については、負担割合が1割から2割に引き上げられています（保険給付率8割）。ただし、施設サービス等の食費・居住費（短期入所の滞在費）、日常生活費（理美容代、身の回り品の費用や教養娯楽費等。ただし、おむつ代は施設サービスと短期入所サービスでは保険給付の対象）、特別なサービス（特別な居室や食事等）の費用は保険給付の対象外で、入居者は施設との契約により、施設がガイドラインに従って定めた額を全額負担します。

介護報酬は、サービス毎に設定されており、各サービスの基本的なサービス提供にかかる費用（要介護度別に設定された基本報酬）に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっています。看取り介護加算など質の高いケアを実施している施設を正しく評価するという考えに基づいています。

(2) 施設運営とユニットのマネジメント

施設は、施設管理者により、中・長期、年間事業計画に基づいて施設事業運営をしています。ユニットリーダーが行うユニットのマネジメントはその一端を担うものであり、ユ

ユニットリーダーは施設の運営についても理解した上でユニットを管理する必要があるとともに、施設管理者や中間管理職は全体を把握しながら各ユニットのマネジメントをユニットリーダーとともに行っていきます。

財的資源のマネジメントにおいても、P（予算作成）・D（適正な執行、収支管理）・C（評価）・A（修正予算の作成など）から成るPDCAサイクルの手法で取り組みます。

(3) ユニットの運営に必要となる費用

施設で入居者に提供されるサービスを、入居者一人ひとりのその人らしさに対応させ、ユニットの共同生活を充実させていくためには、入居者の生活するユニットにおいて、独自に、そのつど必要とされるサービスを提供していくことが求められます。

この費用は、施設全体の経費からそのつど支出する方法もありますが、手続きの簡略化やユニット間での公平性を確保するために、「ユニット費」という仕組みを導入し、あらかじめ施設の運営費から一部を預かり、ユニットで管理している施設もあります。

ユニット費の使用用途はユニット職員に委ねられ、その金額は概ね1月当たり5,000円～2万円までが多いようです。ユニット費の主な使途は、ユニットで企画運営するイベント（お菓子作り、外出支援等）、環境づくりの費用等があげられます。

もちろん、ユニット費は施設運営費の一部であることから、その金額や主な使途等については、事前の取り決めに従って管理し、定期的に報告や確認を受け、施設全体として管理できる体制を整えます。支出項目についての自由度がありますが、必ず月毎、または、年毎にユニット費の使用用途や使用実績を金銭出納帳管理などで報告することが求められます。法人・施設の会計組織と連携をとり、ユニット費の管理を行います。

【事例7】 ユニット独自の取り組みにより共同生活を充実させた事例

事例：この事例は、取り組みのきっかけとなった入居者Bさんへの支援を通じて、ユニットの環境づくりに取り組んでいます。ユニット費の活用により、入居者の個別支援が円滑に実践でき、ユニットの共同生活の充実が図られた事例です。

きっかけ：ある日、職員Aさんがいつもどおり食事の準備をすすめていると、入居者Bさんが「このごろテーブルが殺風景で寂しいね」と何気なく話されました。この言葉をきっかけに、職員は食堂の環境づくりが十分にできていないことに気づきました。職員Aさんは、このことをユニットリーダーに伝えるとともに、伝達ノートに記録してユニットメンバーにも伝えました。ユニットメンバーからも、食堂の環境づくりという視点をこれまで十分に検討できていなかったとの意見が聞かれました。

計画 (P) : ユニットリーダーは、食堂の環境づくりに取り組むことにしました。まずは、ユニットメンバーに対して、「Bさんの思いを形にして、ユニット全体を暮らしやすくしていこう」と提言しました。ユニットリーダーは、ミーティングで話し合うことを決め、職員に改善策を考えてくるよう依頼しました。ミーティングでは職員からさまざまな意見が出て、まずは入居者の意見を取り入れて、進めていくことになりました。

実施 (D) : 早速、ユニットの入居者に意見を聞いたところ、どの入居者からも「職員さんにお任せします」との声が聞かれました。

評価 (C) : ユニット職員は、入居者から積極的に意見が聞かれるのではないかと考えていたので戸惑いましたが、入居者たちも職員同様に、環境づくりとなるとこれまで考えたことがなく、特に意見がなかったのではないかと考えました。

改善 (A) : まずは取り組みのきっかけとなった入居者Bさんの、今までの暮らしを確認することから始めることとしました。入居者Bさんは、若いころから花を育てることが好きで、1年中花のある生活を送っていたことがわかりました。

計画 (P) : ミーティングで検討した結果、テーブルには季節の花を定期的に飾ることにしました。実施方法としては、花の準備は、Bさんの外出支援の中で職員と花屋に行って飾る花を選んでもらうことにし、費用は、年間購入費の目安を決めて、ユニット費でまかなうこととしました。

実施 (D) : ユニット職員が今までの暮らしや花を育てる楽しみ・苦勞などについて話題を提供して、Bさんとの会話を進めたところ、Bさんはとても嬉しそうに話してくれました。職員が「テーブルに飾る花はどんなものがいいですかね」と尋ねると、Bさんは「そうね、小さくてかわいらしい花があるといいわね。食堂が華やかになるわよ」と話してくれました。その後、職員はBさんと花屋に行き、切り花を購入し、食堂に活けました。

評価 (C) : 花を飾るようになってからは食堂の雰囲気がよくなりました。また、Bさんはこのことをきっかけに、積極的にさまざまな思い出話を語ってくれるようになり、表情も穏やかになりました。

(4) 賃金

賃金は、施設の職員がその労働の代償として受ける報酬です。賃金は、基本給、勤務手当、生活手当、通勤手当などの所定内賃金と残業手当（超過勤務手当）などの所定外賃金で構成されます。

賃金は労働の対価であり、労働意欲の動機づけや生活の保障でもあるため、労働者の仕事の価値を反映した給与構造とすることが望ましいと言えます。そのために仕事の価値を公正・公平に評価されることが必要であり、マネジメントにおいては、ふだんから職員の勤務の状態、態度、業務遂行能力、仕事の成果等を適切に評価していかなければなりません。

また、労働の対価としては、賃金だけに限らず、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備することも重要です。定期的な健康診断や休養等の有事の対応を含め、職員の健康状態への配慮も行われるべきです。

7.4 情報の活用に関するマネジメント

7.4.1 情報の種類

ユニット職員が把握すべき情報には、入居者に関する情報と、施設運営に関する情報の2種類があります。

入居者に関する情報には、水分摂取量、食事摂取量、排泄の状況などの「生理的情報」、日々の出来事や外出の状況などの「生活の情報」、ADLや拘縮、残存機能の程度などの「心身の情報」、入居者の性格や好みといった「個人特性の情報」、そして、入居者の「家族の情報」があります(表7-3)。生理的情報や生活の情報は日々記録しながら活用していく情報であり、心身の情報、個人特性の情報、家族の情報は定期的に記録・更新していく情報となります。

表7-3 ケア提供に必要な情報

情報の種類	具体例	記録上の留意点
生理的情報	日常：水分摂取量、食事摂取量、排泄の状況 看取り期：上記に加えて血圧、血中酸素濃度 等 ※ただし、個人の状態による	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア提供後に随時記録 ・業務開始時、終了時に確認 ・留意点については申し送り
生活の情報	日々の出来事や外出の状況 活動と休息・睡眠の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・業務終了時に記録 ・業務開始時に確認
心身の情報	ADL、IADL、関節の拘縮の程度、残存機能 疾患の有無とその治療状況 メンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ・入居の際に一括把握 ・随時、日誌に記入 ・個人記録を定期的に更新
個人特性の情報	性格、好み 生活習慣 価値観・信念	<ul style="list-style-type: none"> ・入居の際に一括把握 ・随時、日誌に記入 ・個人記録を定期的に更新
家族の情報	家族構成、緊急連絡先、家族の要望	<ul style="list-style-type: none"> ・入居の際に一括把握 ・随時、日誌に記入 ・個人記録を定期的に更新

施設運営に関する情報は、収益や生産性を分析するための経営情報や職員の経歴、配置・移動の経過、業績・評価、処遇実績等の職員情報等があります。入居者に関する情報も、組織の管理・運営の視点からとらえる必要があります。例えば、ユニットにおける褥瘡や感染症の発生率等の統計情報があげられます。

7.4.2 情報の伝達と共有

(1) 記録

入居者のケアに関する記録は、入居者の状態や職員の行為の目的や必要性の判断、実施した内容を表したものです。情報をユニット職員や多職種で共有し、ケアの継続性を図り、評価をしながらケアの質を維持向上させるための重要なツールとなります。また、記録を活用することで、入居者やその家族に、入居者の状態や提供しているサービスについて、適切に情報提供することもできます。

そのためには、記録が正確であることが重要です。あとからまとめて記録するようにすると、記録の正確性が損なわれるばかりか記録漏れの原因となります。正確な情報を記録するためにも、即時記録をすることが望ましいと言えます。携帯用のノートや小型端末器の利用で、ユニットのどこにいても記録の入力ができるようにするなどの工夫を行いましょう。

入居者に関する情報は、ユニットの職員や多職種によるチームメンバーで共有されることで有効に活用されます。判断した内容を理論的に記載し、実施した内容を客観的に記載するようにし、誰が見ても正しく伝わるようにしなければなりません。

また、記録作成の効率化を進めるため、記録の内容を整理したり、ICT化を進めることも有効です。記録をICT化すると、施設内のどこからでも記録が確認できたり、多職種間の情報の共有が進んだりするほか、グラフによる時系列データの確認が容易となり、変化に気づきやすくなります。機器の保守点検、災害時の対策等は必要となりますが、記録物の保管も容易です。

ICTの導入に際しては、ICT導入検討委員会などをつくり、長期的な視点に立って機器導入の効果や、職員への説明・訓練の方法、機器導入後のアフターフォロー体制などについて協議しましょう。

(2) 申し送り

申し送りとは、交代勤務における日勤者から夜勤者へ、または、夜勤者から日勤者等への「情報伝達」の方法です。情報伝達としては、ノートや電子媒体などの記録を用いて間接的に伝えることも可能ですが、申し送りでは、直接会って伝えることで双方向のコミュニケーションが成立するため、確実に伝えることができ、正しく伝わったのか確認しながら、受け手からも疑問に感じたことを具体的に確認してもらうことができます。

一方で、記録にもあることを重複してそのまま伝えるのは、業務のムダ・ムラ・ムリであり、相手の理解度等を確認しながら、補足を加えつつ、記録にあることは簡略化して説明するようにします。記録による確認を補う形で、緊急性や重要性の高い内容に限って伝える等、効果的効率的な実施ができるよう工夫しましょう。

(3) 会議 (meeting／conference)

ユニットリーダーが参加する会議には、ユニット職員会議、ユニットリーダー会議、施設運営会議の3段階があります。ユニット職員会議では、ユニットリーダーが司会進行役を務め、自ユニットの課題解決に向けて意見交換していくことが求められます。ユニットリーダー会議や施設運営会議においては、ユニットのリーダーとして現場の状況を運営者側に伝えるとともに、会議で決められたことをユニットの職員に説明する役割があります。

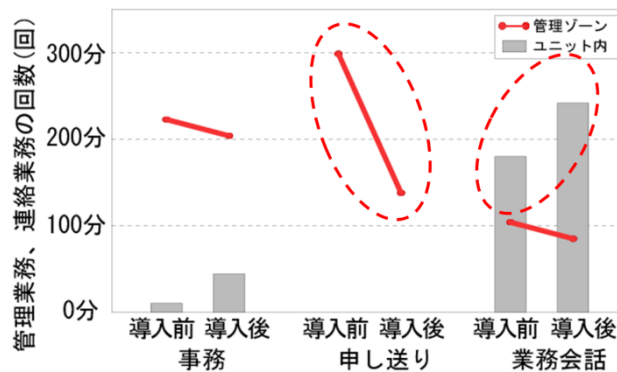
ユニット職員会議では、個別の利用者に対するケア方針やユニット費の活用方法などについて議論していくこととなります。会議に際しては、当日の議題がPDCAサイクルのどの段階に相当する内容であるかを事前に把握しておく必要があります。計画（P）の段階に該当する会議であれば、各職員からの意見が数多く抽出できるよう、グループワークなどを用いるのも効果的です。評価（C）の段階に該当する会議であれば、評価項目に従い「できていること・できていないこと」を客観的に確認したり、現状を多角的に検討したりします。改善（A）の段階に該当する会議であれば、評価の結果、残された課題に対する改善策を具体的に検討していく必要があります。

会議の運営もユニットリーダーの重要なマネジメント業務です。マネジメントの基本に則り、一つひとつの会議にも明確な目標（議題）を設定し、効果的・効率的な運営が求められます。

一方、管理者には、会議における議長役としての進行や施設運営における意思決定権を有する参加者として決済を行うなどの役割が想定されます。

【事例8】

従来型施設であっても、介護単位と生活単位の小規模化を実施することは可能です。下図は、ユニットケアが制度化される前の2002年に70人の生活単位・介護単位を22人、22人、26人という3つの単位に分けた施設の事例です。現行制度と比べてユニットの規模が大きくなりますが、この施設では、介護単位と生活単位の小規模化により、申し送りや記録の取り方が大きく変わりました。集団ケアの時には、朝夕の2回に全職員で申し送りを行っており、全職員の1日の会議時間を累計すると300分にもなりました。1日の業務の中でも申し送りが多くの時間を占めていたことがわかります。介護単位の小規模化後は、各ユニットから1名のみが全体会議に参加し、その他の職員はユニット内で申し送りを行うことになりました。すると1日の申し送り時間が130分になり、170分は直接介助時間を増やすことができるようになりました。また、ユニット内での業務会話は増え、担当ユニットの入居者に対して個別ケアを実践しやすい体制を整えることができました。



出典：山口健太郎、山田雅之、三浦研、高田光雄：介護単位の小規模化が個別ケアに与える効果 既存特別養護老人ホームのユニット化に関する研究(その1) 日本建築学会計画系論文集、No.587,pp.33-40,2005.01

7.5 リスクマネジメント

7.5.1 リスクとリスクマネジメント

(1) 施設におけるリスクとリスクマネジメント

リスクとは、一般的にある行動に伴って、または行動しないことによって、危険に遭う可能性や損をする可能性を意味します。

介護施設には、利用者の身体の状態や認知症の有無、生活習慣に応じた転倒、外傷、打撲、転落、ずり落ち、表皮剥離、誤薬など、介護事故につながるさまざまなリスクが潜んでいます。また、施設では、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者が、集団で生活しているため、感染症が発生するリスクもあります。さらに近年、大規模な自然災害が多発しています。その被害は想定を超える甚大なもので、未曾有の災害となっています。ひとたび災害に見舞われれば、重度者を多く抱える施設の影響は図り知れません。

このように、高齢者の生活の場面には、さまざまな事故が発生するリスクがあることを認識し、予測されるリスクに対して「備え」、万一事故が発生したとしても被害を最小化させるための対策をとることが必要になります。利用者の生活リスクは身体の状態・認知症の有無・生活習慣などでそれぞれに異なるため、個人の状況に応じて、アセスメントシートやケアプランの情報をもとに、介護職員が個別のリスク対応を行うことが、リスクマネジメントの基本行動となります。

万一、事故等が発生した場合には、管理者はその責任を負うことにも留意が必要です。管理者には、利用者の安全・安心な生活を守るための施設の方針を明確に示すこと、そして必要な体制や仕組みの整備、事故の予防や発生時の対応マニュアルの作成、職員教育の実施、事故防止のための対策に必要となる予算の確保などを計画的に進め、継続的に運用することが求められます。

(2) ヒヤリハット

甚大な事故の発生の前には、多くのヒヤリハットが存在すると言われています。ヒヤリハットとは、ヒヤリとしたりハッとしたりするようなニアミス（あわや事故を起こす寸前）の場面で、結果として事故に至らなかった事例のことです。見過ごされてしまうことが多く、すぐに忘れてしまいがちですが、結果的に同様の事故を起こすことになりかねません。一方、ヒヤリハット事例を漏らさず集め、それに対する適切な対策を講じることができれば、重大事故の予防につながります。

そこで、各職員が経験したヒヤリハットの情報を共有して、重大な事故の発生を未然に防止する行動を現場で行うことが重要です。ユニットリーダーは積極的にユニット職員にヒヤリハットの情報を共有するよう働きかけを行い、一緒に対策を考える場を設けること

が重要です。

また、ヒヤリハットの内容を施設管理者が把握する仕組みも必要です。例えば、定期的
にリスクマネジメントに関する会議や委員会等を開催し、ヒヤリハットの情報や分析結果、
対応策などを共有することなどが考えられます。

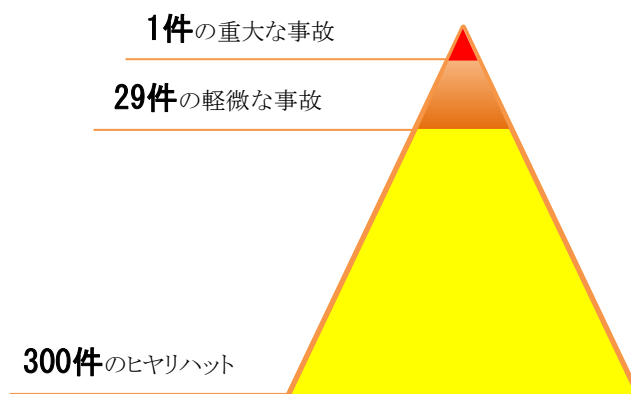


図7-5 事故や災害とヒヤリハットの数の法則（ハインリッヒの法則）1：29：300の法則

7.5.2 事故の防止

(1) 事故予防の必要性

高齢者介護施設ではその運営基準において、事故発生の防止および発生時の対応が規定
されています。

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令
第39号）

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第三十五条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各
号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の
防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が
報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事
故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な
措置を講じなければならない。

- 3 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

また、上記の省令に対する解釈通知においては、指針や報告書に盛り込むべき項目や委員会の役割、研修の内容などが規定され、施設における体制を整備することで介護事故予防を図ることが義務づけられています。施設で介護事故予防に取り組むことにより、介護サービスの改善やケアの質向上につなげていくことが求められます。

表7-4 施設に求められる義務と責任

結果の予見可能性と結果の回避義務	法的には、介護事故が発生した場合の法的責任の有無は、「結果の予見可能性」と「結果の回避義務」をもとに判断されます。介護サービス提供にあたっては、高齢者が生活する際にあらかじめ予想されるリスクの有無や程度等を利用者ごとに評価し、介護事故予防措置を講じておく必要があります。リスクを認識している場合（事故の発生が予想される場合）に、危険回避のための行動をとらなければ、施設管理者はその管理責任を問われることとなります ¹ 。
適切な介護サービスを提供する義務	介護サービス事業者には契約・ケアプランに盛り込まれた介護サービスについて「適切な介護サービスを提供する」義務があり、これを果たせなかったために事故が起きた場合などは、事業者側の注意義務違反等により債務不履行責任が認められることもあります。
説明責任	施設には、予想されるリスクについて事前に説明し理解してもらう「リスクの説明責任」、事故発生時に利用者本人または家族に対して迅速に事実を報告する「事故発生時の説明責任」なども求められます。説明と理解こそが、利用者と施設の信頼を高める要諦です。

出典：平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）株式会社三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」

(2) 事故予防のための体制整備の在り方

施設における事故予防を適切に実施するためには、「組織の体制づくり」、「指針・業務手順書の意義」、「介護事故発生予防のための委員会の設置」が求められています。それぞれに必要となる事項について、平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保

¹予測不可能な事態が生じた際には、労働安全衛生法第24条および指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準に基づいて、施設の対応の適切さや責任の有無を判断されます。

健健康増進等事業分) 株式会社三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」に詳細が記載されているので、あらかじめ内容の確認を行う必要があります。

(3) ユニットで実施する事故の予防に対する取り組み

施設管理者は、図7-6に示すような、リスクマネジメントの体制を構築し、適切に運用されるよう管理する役割を担います。

ユニットリーダーは、ユニットで起こるさまざまなリスクを把握した上で、ユニット職員とそのリスクを共有しなければなりません。ユニットリーダーが一人で抱え込まないためにも、上司との「報・連・相」が重要になります。

事故・苦情が発生した場合は速やかにその原因を分析し、再発しないよう対策を立てる必要があります。特に重大事故の発生の前には、多くのヒヤリハットが潜在すると言われています。そのためヒヤリハット事例を漏らさず集め予防を図ることも、事故防止対策の仕組みとしては重要となります。また日頃から家族とコミュニケーションを図ることは、入居者の情報を得るだけでなく、クレームや苦情の予防にもつながります。事故防止の仕組みづくりは以下の通りです。

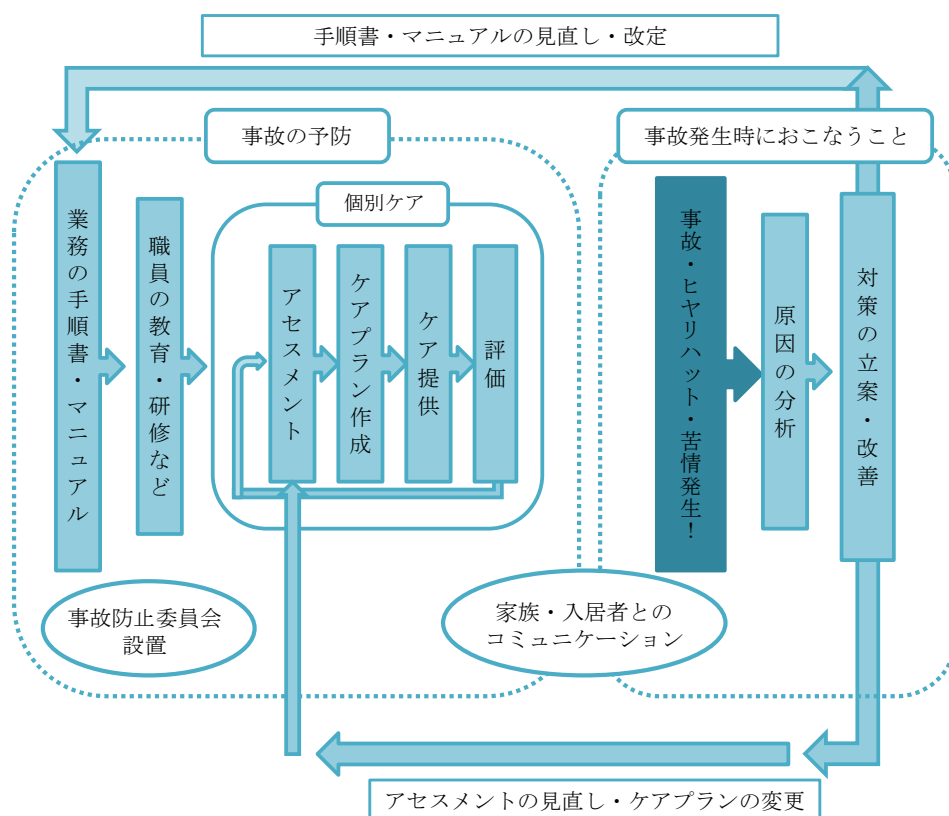


図7-6 リスクマネジメントの仕組み

また、ユニットリーダーは事故防止のために、ユニットメンバーが安全規則を順守しているかをチェックしましょう。安全規則の違反行為を確認したら、ユニットメンバーに対して厳正な対処ならびに指導が求められます。安全に対する意識を高めるためにも、研修への参加やユニットメンバー同士の情報共有、良好なコミュニケーションが図れる環境づくりもユニットリーダーの重要な役割です。

またユニット内に隠れている危険を見つけ出し、改善することも介護事故予防に向けた活動です。その点をユニットメンバーと共有し、車いすやベッドは安全に使用できるかなど、常に点検して安全に使用できるようメンテナンスする意識づけをユニットメンバーに浸透させることも、ユニットリーダーには期待されます。

管理者には、リスクマネジメントの仕組みを構築し、適切に運用されていることを管理する役割が求められます。個々の機能を果たすための組織体制の構築やルール策定、記録や報告のフォーマットの整備などの役割が想定されます。

7.5.3 事故発生後の対応

(1) 問題発生時の対応

問題発生後の利用者・家族への対応では、誠実な責任ある姿勢で丁寧な説明を心がけなくてはなりません。介護職員には、家族に対する対処義務・説明責任があります。

問題発生後、家族に対して行う説明は大きく分けて2回あるといわれます。1回目は問題発生直後です。問題発生状況と施設の対応状況、けがなどの被害状況を迅速に説明します。2回目は事故後1週間くらいを目安に、事故状況の詳細・事故原因と再発防止策・法的な責任について説明します。その際、説明が家族にとって理解・納得いくものになるような対応が説明側（施設側）には求められます。問題発生後、速やかに（24時間以内）問題状況の報告書を、問題を発見した職員・関わりのある職員で作成します。この時点では、事実を正確に伝えることが求められます。問題発生状況が不明な場合は、考えられる可能性を推論し迅速に家族に説明します。「原因がわからない」だけの説明では、家族は納得しません。介護に対する不信感を抱くことにつながってしまいます。施設全体に対する信頼感も崩れ、大きなトラブルに発展し、訴訟問題や賠償問題にまで至ってしまうケースもあります。客観的事実に基づき、誠意をもって説明する姿勢が何より求められます。その場凌ぎの場当たりの説明では、かえって家族の心証を悪くしてしまう可能性もあります。適切な対応が求められます。

問題発生後、なぜそのような状況になったのか、事実について家族から説明を求められてはじめて、問題の状況や対処を説明するケースもあるでしょう。家族からの問い合わせや質問がなければ、そのまま見過ごされてしまうこともあるのではないのでしょうか。家族が説明を求める・求めないにかかわらず、管理者やユニットリーダーは迅速に事実確認を実施します。発生状況・その原因・対応策などについて誠意をもって説明する責任（アカ

ウンタビリティ) を、義務と認識しなくてはなりません。そのために施設内でリスクマネジメント委員会など設置しましょう。家族対応なども含めマニュアル化し、職員全員で共有しなければなりません。またマニュアルは、必要に応じて改正していくことも必要です。その観点からも、自己の施設に適したマニュアルを作成することが大切です。さらに作成したマニュアルは、介護に携わるすべての職員が同じような対応や判断が実践可能な状態にしなくてはなりません。

(2) ユニットにおける検討内容

問題が発生した場合は、利用者・家族に速やかに報告や連絡を行うことが必要です。

問題発生時の対応について、あらかじめ家族や上司への連絡体制の標準化とクレームや事故発生時の家族への報告方法について、家族連絡時の優先順位や留意点をユニットで共有しておくことが有効です。事故の第一報の報告遅れは、家族の心証や信頼関係に影響を及ぼします。

また、新規入居者に関しては、リスクアセスメントが不十分である場合が多く見受けられます。危険が察知されたらユニット職員間で検討して、事故を未然に防ぐように取り組みましょう。事故やクレームも検証して原因を究明し、再発防止の取り組みをケアプランに反映して実行していきましょう。

1) 被害状況の確認と医師との打ち合わせ

受傷の程度など被害状況を確認し、治癒までに要する期間（見込み）や治療方針などの所見を医師から聞き、その内容を家族に説明します。入院の場合は、退院後再入居の可否についての説明を行います。

2) 本人の生活の再構築に向けた支援

本人の生活が、問題発生前の生活に戻れるよう最善を尽くします。医療機関・医療の専門職のみが関わるのではなく、家族をはじめ多職種連携のもと、利用者が安心して生活を送れるよう最善の方法を皆で考えて支援を実践していきます。

3) 自治体への報告

自治体への報告は速やかに提出します。まずは、問題発生時に作成する事故報告書を提出します。その後、問題発生の原因・再発防止策などを記入した報告書を提出します。

4) 施設の責任判断

事故防止の可能性や発生時の対処状況から施設の法的責任について判断し、書類にまと

めます。

5) 保険代理店への連絡

保険代理店には問題発生後すぐに書面で事故報告を行い、後で保険を適用しない場合は取り下げるようにします。

6) 家族との面談

基本的には施設管理者が家族を訪問して行います。

7) 問題発生時の報告

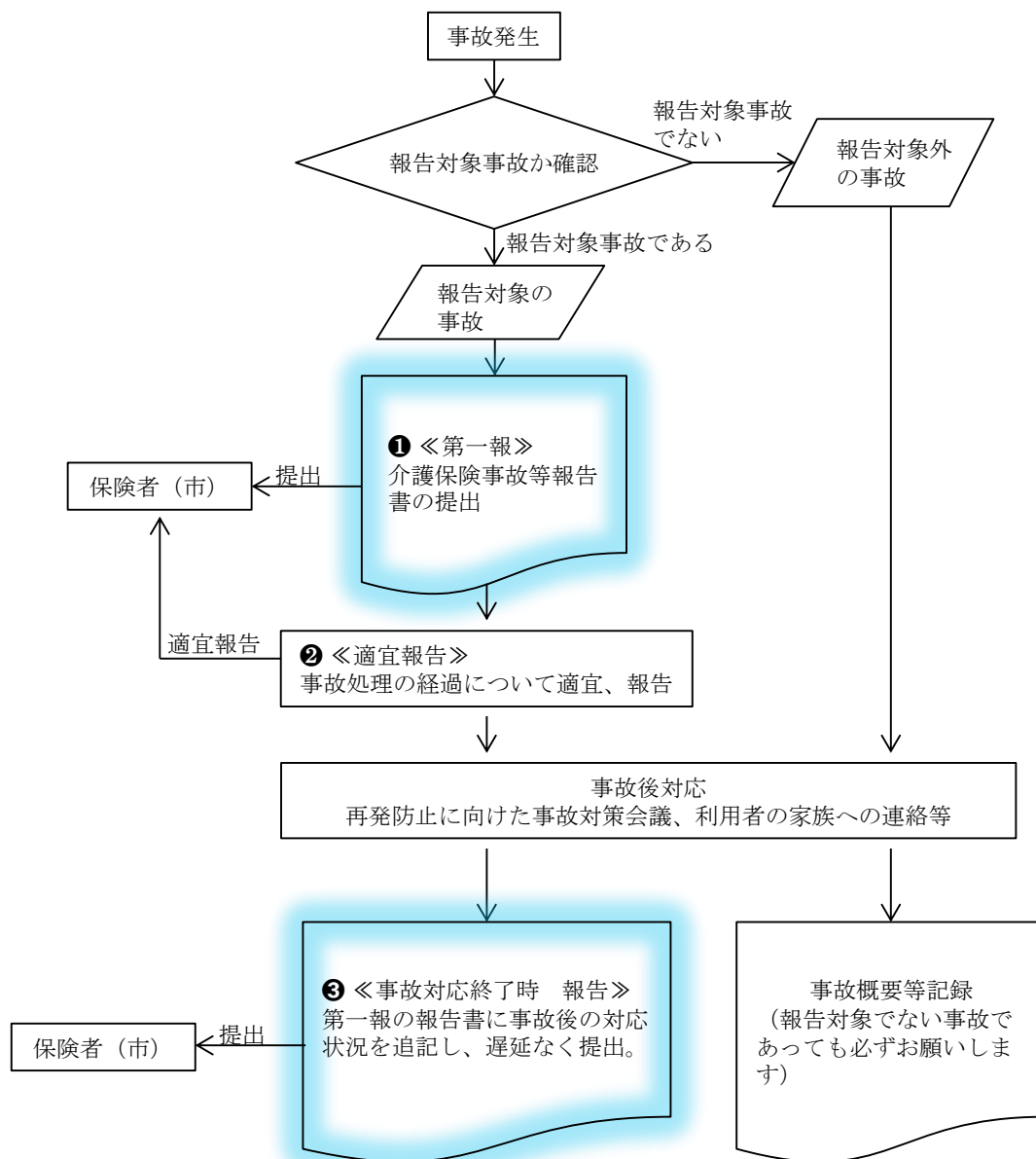
現場職員から相談員や施設管理者（施設長）に対して問題発生時の状況と、どのような対応をしたのかを早急に報告します。

8) 家族への連絡

相談員や施設管理者（施設長）は問題の状況・程度などについて、家族と施設間で入居時に確認してある事項・条件などに従って、速やかに連絡を入れます。

9) 事故報告書の作成

24時間以内（可能な限り早期に）問題発生状況と対応状況の報告書（事故報告書）を作成し、施設管理者（施設長）に提出します。



- ①事故報告書が提出された際に、利用者ご本人やご家族に事実確認をする場合があります。
- ②介護保険サービスの質の向上のため、事業者の介護事故等について、利用者のご家族及び市民の皆様からの情報提供を受け付けています。
- ③必要に応じて事業者への調査及び指導を行います。
- ④報告対象とならない事故等についても、必ず貴事業所内で、事故概要等記録を残して下さい。

出典：「近江八幡市介護保険事業者における事故発生時の報告フロー図 H25.7.19作成」より作成

図7-7 事故発生時の報告フロー

(3) 「事故発生の防止のための検討委員会（以下、「事故防止検討委員会」という）」を開催するメリット

提出された事故報告書をもとに、事故防止検討委員会を開催します。委員会を設置する

目的は、発生した問題・事故の原因を究明して再発防止策を立案し、同じ事故を二度と繰り返さないことです。さらに発生した問題・事故に対して、対処と家族対応が適切であったかどうか、の検証を行います。

委員会は幅広い職種、例えば、施設管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員により構成します。構成メンバーの責務と役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておきます。また、事故防止検討委員会に、施設外の安全対策の専門家を参加させ、委員として積極的に活用することが望まれます。

(4) 事故検討委員会での検討内容

事故検討委員会では、以下の内容について検討する必要があります。

- ① この問題・事故に関して施設に過失があったか（賠償責任判断）
- ② 事故の原因は究明したか それほ的確であったか
- ③ 再発防止策を講じたか その防止策は適切であったか
- ④ 事故発生時の対処は適切であったか
- ⑤ 事故後の家族への対応は適切であったか

特に、標準化されて安全な業務プロセスどおりに行ったにもかかわらずエラーが生じた場合は、これをチームとともに分析し、新しい安全な業務プロセスを設計しなければなりません。

分析には、事例分析による定性的な方法と、数値化したものを集積して分析する定量的な方法があります。分析をPDCAサイクルに活用して、①事実を明らかにする、②特定した要因・誘発した原因を明確化する、③要因をもとに対策を立案する（Plan）、④対策を評価する（Check）、⑤改善策（Action）に取り組むことで施設のリスクマネジメントを遂行していきましょう。事故後の十分な情報収集が重要です。事故当事者を含む関係者のさまざまな行動・情報伝達・考えたことなどを時系列に沿って全て拾い上げるようにすると、もれなく情報を拾い上げることができ、時間と業務との関係が明確になります。

分析方法には、4M4E・SHELモデル・RCAなどの方法があります。施設やユニットでの検討に活用するとよいでしょう。

7.5.4 非常災害時対策（火災・風水害・地震等）

高齢者介護施設は、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」において、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必

要な訓練を行うことが定められています。また、非常時に備え、他の施設との協力体制を構築しておくことも重要です。

(非常災害対策)

第二十六条 指定介護老人福祉施設は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

7.5.5 感染症対策

高齢者介護施設は、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者が集団で生活する場です。このため、高齢者介護施設は感染が広がりやすい状況にあることを認識し、感染の被害を最小限にすることが求められます。高齢者介護施設は感染症を予防する体制を整備し、平常時から対策を実施するとともに、感染症発生時には感染の拡大防止のため迅速で適切な対応を図ることが必要です。「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」を参考にして、各施設・各ユニットでの実情を踏まえ、独自の指針とマニュアルを検討しておくことが必要です。

また、感染対策を効果的に実施するためには、職員一人ひとりが自ら考え実践することが重要です。ユニットリーダーには、ユニット職員がマニュアルに基づいて行動できるよう支援することが求められます。施設管理者、中間管理職、医師や看護職員、感染対策委員会とも連携しながら、ユニットをマネジメントします。

表7-5 感染対策のために必要なこと

施設長	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解 • 感染症対策に対する正しい知識（予防、発生時の対応）の習得 • 施設内活動の着実な実施（感染対策委員会の設置、指針とマニュアルの策定、職員などを対象とした研修の実施、設備整備など） • 関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政への届出など） • 職員の労務管理（職員の健康管理、職員が罹患したときに療養に専念できる人的環境の整備など）
職員	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解 • 感染症に対する基本的な知識（予防、発生時の対応、高齢者が罹患しやすい代表的な感染症についての正しい知識）の習得と日常業務における実践 • 自身の健康管理（感染源・媒介者にならないことなど）

出典：平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」より作成

<参考文献>

- ・一般社団法人日本ユニットケア推進センター（2012）、ユニットケア研修テキスト 施設運営の4つのポイント,中央法規出版
- ・井部俊子編（2012）、プリセプターシップ 育てること育つこと、株式会社ライフサポート社
- ・Kolb（1984）,D.:Experimental Learning:Experience as a Source of Learning and Development.,Englewood Cliffs,NJ:prentice Hall.
- ・精神看護スペシャリストに必要な理論と技法：日本専門看護職員協議会監修、宇佐美しおり、野末聖香（編）、日本看護協会出版会、2009
- ・麻原きよみ（2006）、高齢者のエンパワーメントー文化的見地からのアプローチー、老年看護学、5,20-25.
- ・児玉桂子、古賀誉章、沼田恭子、下垣光（2010）、PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル、中央法規出版株式会社
- ・厚生労働省HP「ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/>
- ・「児玉桂子,古賀誉章,沼田恭子,下垣光（2010）,PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル,中央法規出版株式会社。」
- ・山口健太郎、山田雅之、三浦研、高田光雄：介護単位の小規模化が個別ケアに与える効果 既存特別養護老人ホームのユニット化に関する研究(その1) 日本建築学会計画系論文集、No.587,pp.33-40,2005.01
- ・平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）株式会社三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」
- ・近江八幡市介護保険事業者における事故発生時の報告フロー図 H25.7.19作成
- ・平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」
- ・一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会発行 個別ケア研修ノート2015
- ・P.F.ドラッカー著 マネジメント【エッセンシャル版】2014.7.31 第52刷発行
- ・全社協編 社会福祉学習双書 学びを深める福祉キーワード集 2014
- ・全社協編 福祉職員キャリアパス対応生涯研修テキスト管理職編 2013
- ・全社協編 福祉職員キャリアパス対応生涯研修テキスト中堅、チームリーダー編 2013
- ・全社協編 社会福祉学習双書 社会福祉相談援助技術 2014
- ・一般社団法人シルバーサービス振興会 介護プロフェッショナルキャリア段位制度平成27年度版

本テキストは、「平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）新カリキュラムによるユニットリーダー研修に関する調査研究事業」ならびに、「平成28年度同補助金 ユニット型施設等における人材育成に関する調査研究事業」において作成されたものです。

テキスト執筆者・協力者一覧

（五十音順、敬称略 / 所属は2017年3月時点）

■平成28年度 「ユニット型施設等における人材育成に関する調査研究事業 委員会」

<委員長>

太田 貞司 京都女子大学家政学部 教授
一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構 副理事長

<委員>

江畑 直樹 株式会社日本経営 戦略人事コンサルティング 次長
海和 隆樹 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 理事
佐々木 亀一郎 一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会 理事
奈良 環 文京学院大学 人間学部人間福祉学科 准教授
山口 健太郎 近畿大学 建築学部 准教授
若山 宏 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 研修委員会 委員長

（五十音順、敬称略 / 所属は2016年3月時点）

■平成27年度 「新カリキュラムによるユニットリーダー研修に関する調査研究 委員会」

<委員長>

太田 貞司 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部・大学院社会福祉学研究科 教授

<委員>

井手 明利 一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会
ユニットケア研修事業推進室 室長
江畑 直樹 株式会社日本経営 戦略人事コンサルティング 次長
海和 隆樹 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 理事
近藤 辰比古 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 幹事
田中 涼子 高齢者福祉総合施設ももやま 前園長
奈良 環 文京学院大学 人間学部人間福祉学科 准教授
山口 健太郎 近畿大学 建築学部 准教授

■平成27年度 「試行研修準備のための作業部会」

<メンバー（委員を除く）>

一般社団法人日本ユニットケア推進センター

秋葉 都子 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター センター長
丸田 礼子 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 指導者
藪中 富子 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 指導者
吉田 秀博 一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 常務理事

一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会

池原 香 社会福祉法人のぞみ会特別養護老人ホームのぞみの杜 施設長
生方 薫 関東福祉専門学校 専任講師
尾島 朱美 関東福祉専門学校 教務主任
阪田 震一 関東福祉専門学校 校長
佐藤 理絵 一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会 事務局
高橋 良亘 社会福祉法人元気村介護老人福祉施設こうのすたんぽぽ翔裕園
副施設長代理
野方 美香 社会福祉法人天寿会 特別養護老人ホーム梅光園 施設長
古川 伸子 社会福祉法人天寿会 特別養護老人ホーム玄海園 施設長

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

