

# 要介護高齢者のQOLとケアの質に関する一考察

—QOLケアモデルの介入調査をもとに—



生活研究部門・ジェロントロジーフォーラム研究員 前田展弘

maeda@nli-research.co.jp

## [要旨]

- 1** 要介護高齢者の生活の質（QOL）にとって、介護の担い手不足の問題とケアの質的向上の問題は極めて重要である。両者の問題は互いに糸を引き合う関係にあり、現場における介護の人員不足感やケアの質の低下につながり、ケアの質の定義が曖昧なことは介護職員の働きがいの低下を招く可能性がある。ケアの量と質の問題を同時に解決していくためには、要介護高齢者のQOLの維持・向上と介護職員の働きがいの両者に働きかけるケアの方法論が求められる。
- 2** そこで要介護高齢者のQOLを意識したアセスメントツールおよびケアにもとづく「QOLケアモデル」を考案した。これは要介護高齢者の特に精神面・社会面に積極的に働きかけるケアである。アセスメントツールはWHOが開発した一般生活者向けのQOLスケールWHO/QOL-26をベースとして、要介護高齢者向けにアレンジしたものである。
- 3** 特別養護老人ホームをフィールドとしたQOLケアモデルの介入調査においては、入所者・介護職員・施設のそれぞれの立場からその有効性・実効性が示唆された。入所者の多くは施設生活で陥りがちな「孤立感」「退屈感」「無力感」を抱いているが、QOLケアにより精神面での充実がはかられ、身体的健康面にもプラスの影響が期待された。介護職員は三大介助を中心に多忙を極め、ケアマネジメントによる精神的な拘束感も強い状況にあるが、QOLケアにより要介護高齢者の変化の気づきが働きがいにつながる可能性がみえた。施設においては職員教育素材としての活用が期待された。
- 4** ケアの質の向上を阻む要因としては、ケアのシステム化・業務化の傾向が挙げられる。QOLケアモデルの検証結果等からも、要介護高齢者としっかり向き合うことが結果的にケアの効率性を高める可能性が高い。逆に言えば、供給者の効率性を優先して一方的に提供されるケアは非効率になっている可能性がある。

5 入所者の笑顔や落ち着く様子など要介護高齢者の変化をみることで介護職員の働きがいとなる。“要介護高齢者から元気・活力を得るケア”を目指すことが、介護職員の働きがいと要介護高齢者のQOLの視点からも有用と考える。これはまたケアの量と質の問題に対する一つの打開策の提示でもある。

---

## 目次

|  |     |
|--|-----|
| 1—研究の背景と趣旨～ケアの量・質の問題を同時に考える時代～             | 93  |
| 1.1 日本の介護問題への対応（福祉行政の振り返り）                 | 93  |
| 1.2 長寿化・高齢化の進展と影響（ケアの量的問題）                 | 93  |
| 1.3 ケアの質的問題への波及（量⇒質）                       | 95  |
| 1.4 ケアの量的問題への波及（質⇒量）                       | 95  |
| 1.5 虚弱期を支えるケアの重要性                          | 97  |
| 1.6 ケアの質を捉える難しさ                            | 98  |
| 1.7 本研究の趣旨～要介護高齢者のQOLと介護職員の働きがいをも高める方策の検討～ | 99  |
| 2—研究フレーム～QOLケアモデルの策定～                      | 100 |
| 2.1 調査研究の目的                                | 100 |
| 2.2 調査研究の全体概要                              | 100 |
| 2.3 QOLケアモデルの策定                            | 101 |
| 2.3.1 QOLケアモデルの概念形成                        | 101 |
| 2.3.2 QOLケアモデルのツール作成                       | 103 |
| 2.4 QOLケアモデルとケアの質との関係                      | 108 |
| 3—QOLケアモデルの介入調査の概要と結果                      | 109 |
| 3.1 介入調査の概要                                | 109 |
| 3.2 介入調査の結果                                | 110 |
| 3.2.1 QOLケアモデルの実効性・有効性                     | 110 |
| 3.2.2 QOLケアモデルの実践に付随した問題                   | 114 |
| 3.2.3 介入調査におけるデータ検証・分析結果（参考）               | 116 |
| 3.2.4 介入調査後のアンケート結果（一部抜粋：参考）               | 118 |
| 3.2.5 QOLケアモデルの介入調査に対する総括                  | 121 |
| 4—考察～これからのケアのあり方を考える～                      | 123 |

### 1.1 日本の介護問題への対応（福祉行政の振り返り）

日本の福祉行政は、世界でも比類ない速いスピードで進む高齢化に対応する形で、高齢期を過ごす人々がより快適にかつ安全に暮らせるように、様々な法律の整備と施策の展開を矢継ぎ早に行ってきた。1962年の訪問介護事業創設を皮切りにまず在宅福祉の充実をはかり、1970年からは社会福祉施設の緊急整備を行った。1973年の「福祉元年」を経て、福祉サービスが徐々に社会に浸透してきたなか、1989年には施策の統合化・体系化をはかるべく「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を策定した。そのゴールドプランは福祉サービスの需要量の大幅な増加を踏まえて1994年に新ゴールドプランへ再生をはかり、その計画の終了を受けて、1999年「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）」の策定に至った。

2000年には、高齢者介護を社会全体で支える仕組みとして「介護保険制度」を導入した。介護保険制度は、介護保険という仕組み（財政システム）についてはドイツ、サービス供給の方法（ケアマネジメント）についてはイギリスを参考に創られたものであるが（ケアマネジメントの一部をなすアセスメントの方法はアメリカのMDS：Minimum Data Setを参考）、これまでの高齢者介護のあり方を措置制度から社会保険方式に転換しながら、“介護の社会化”をはかる画期的なものであった。この結果、利用者の給付と負担の関係が明確化され、利用者の選択により必要な介護サービスを総合的に受けられる"利用者本位"の仕組みが築かれた。2006年の法改正では、高齢者介護の目的を「高齢者の尊厳の保持」と明確化するとともに、「予防重視型システムへの転換」等5つの柱にもとづく制度全般の見直しを行ってきたところである。これらの制度面・ハード面の対応により、今日、多くの要介護高齢者およびその家族が安心した生活を送ることが可能となっている。

図表一1 介護保険被保険者数・要介護認定者数・利用者数

|       |    | 2000年  | 2006年  |
|-------|----|--------|--------|
| 被保険者数 |    | 2165万人 | 2579万人 |
| 認定者数  |    | 218万人  | 430万人  |
| 利用者数  | 居宅 | 97万人   | 265万人  |
|       | 施設 | 52万人   | 80万人   |

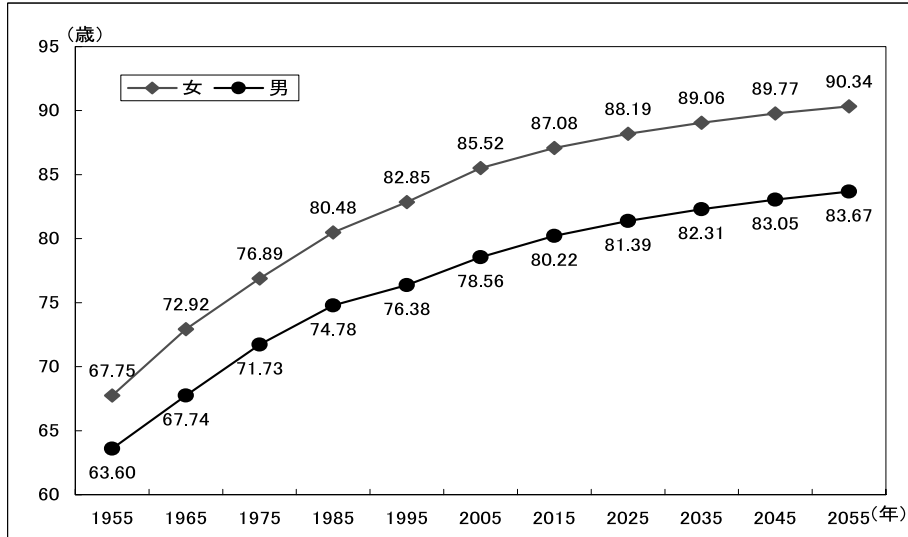
資料：厚生労働省資料（2006年度）

### 1.2 長寿化・高齢化の進展と影響（ケアの量的問題）

高齢化のスピードに対する対処は一定はかられたものの、今後はさらなる長寿化・高齢化の進展に伴う対応に迫られる。日本人の平均寿命は2006年の時点で、男性は79.00歳（世界第2位）、女性85.81歳（22年連続世界1位）であるが、今後も伸び続け2055年には男性83.67歳、女性90.34歳となることが

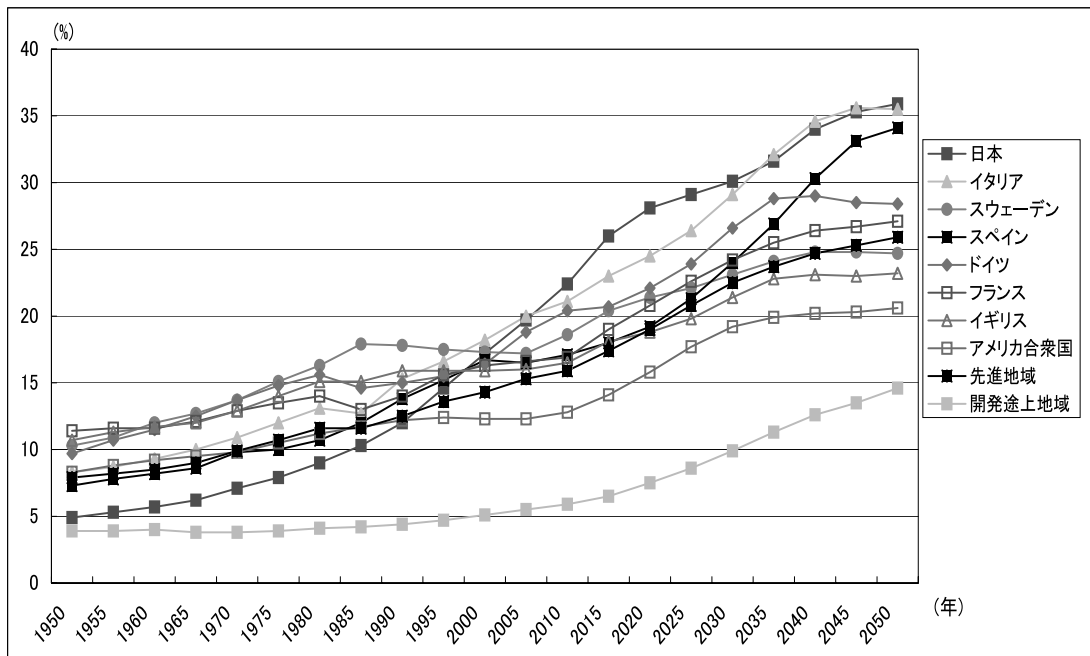
見込まれている。また日本の高齢化率は2006年の時点で20.8%、つまり5人に1人が65歳以上の社会であるが、今後も少子化の影響も相まって、2023年には30.0%、2052年には40.0%となることが見込まれている。世界各国と比べても、日本は超高齢社会の先進国である。

図表-2 平均寿命の推移と推計



資料：2005年までは厚生労働省「完全生命表」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

図表-3 世界の高齢化率の推移と推計



資料：World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database United Nations Population Division

このようなさらなる長寿化・高齢化の進展に伴い、今後は高齢者（要介護高齢者）の“数”への対応、つまり介護の担い手の確保という問題が切実となってくる。厚生労働省の推計によれば、2004年の介護職員数は100万人であるが、後期高齢者数の伸びに比例して需要が増加すると仮定した場合、2014年には140～160万人の介護職員が必要と見込まれる。これは10年間で40～60万人、年平均で4～6万人程度の職員の増が必要という見込みである。介護職員の確保に関しては、現在でも求人が少なく一方で離職者が多いという困難な事情を抱えており、今後必要な供給量を如何に確保していくかは、社会の重要課題である。

図表—4 介護サービス対象者と介護職員数の将来推計

|          |    | (万人)  |             |             |             |             |
|----------|----|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|          |    | 想定    | H16<br>2004 | H20<br>2008 | H23<br>2011 | H26<br>2014 |
| 要介護認定者数  | A  |       | 410         | 520         | 580         | 640         |
| 介護保険利用者数 | B  |       | 330         | 410         | 450         | 500         |
|          | 施設 | —     | 80          | 100         | 100         | 110         |
|          | 在宅 | —     | 250         | 310         | 350         | 390         |
| 後期高齢者数   | C  |       | 110         | 1290        | 1430        | 1530        |
| ↓        |    |       |             |             |             |             |
| 介護職員数    | A  |       |             | 127.1       | 141.7       | 156.4       |
|          | B  | 100.2 |             | 124.6       | 135.9       | 150.8       |
|          | C  |       |             | 116.4       | 129.1       | 138.1       |

※介護職員数の推計は2004年の100.2万人をA（要介護認定者数：予防効果なし・現状維持ベース）・B（介護保険利用者数：Aの推計ベース）・C（後期高齢者数）それぞれの推計の伸び率で増加すると想定して算出  
資料：厚生労働省資料（2008年度）

### 1.3 ケアの質的問題への波及（量⇒質）

介護の担い手不足というケアの量的問題は、ケアの質的な面にも波及する。介護現場における人員不足感は現業に就く介護者の負担感を高め、身体的・精神的疲労を拡大する。時間に追われ、業務に追われながらのケアは、ゆとりがある状態に比べればどうしても乱雑となりがちでミスも増えるであろうし、要介護高齢者に対する接し方も思いやりに欠ける部分が出てくるように想像される。当然ながら要介護高齢者の生活の質（QOL）の低下にもつながりかねない。要介護高齢者を不穏な状態にすることは、認知症を患う高齢者の場合、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:認知症に伴う行動障害と精神症状）の頻度を増やすこととなり、その対応に介護者が追われるという悪循環を惹起する。このようにケアの量的問題は、ケアの質的低下とケアの悪循環を伴う問題として捉えられる。

### 1.4 ケアの量的問題への波及（質⇒量）

一方で、ケアの質の問題が量的問題に影響しているという見方もできる。量的問題は求人場面（確保の困難さ）と離職場面（育成の失敗）に分けて考えることができるが、前者は市場の問題性が大き

いのに対し、後者は個々の職場の問題またはケアという業のあり方の問題が大きいと考えられる。介護の担い手が不足しているなか、後者のせつかく介護の職を希望し一定期間ケアに携わった者が離職してしまうことは非常に残念なことであり事業者としても非効率なことである。もともと介護職員は他業態との比較においても離職率が高いが、特に1年未満の離職率が高い。そのことを単純に介護は身体的・精神的に大変だからと片付けてしまうことはやや拙速である。介護職員の離職の理由としては「自分・家庭の事情」が総じて多いが、その事情の背景をよく考える必要がある。介護職員のケアに関連した部分での不安不満要素を聞いたデータによれば、「利用者に適切なケアができていないか不安」が最も多い。つまり、日々行っているケアがどのような効果があるのか、利用者の生活にとってどれだけ貢献しているかわからないことは不安であると同時に働きがいが見出せなくなっていると推測される。ケアとは何か、ケアの目標を何におくか、ケアの効果をどのように測るか、そしてその効果をどのように評価するか、これらのケアの質的部分を明確にしていくことが、介護職員の働きがいの維持・向上（＝介護職員の確保）に寄与すると考えられる。ケアの量的問題と質的問題はこのように関連づけられる。

図表－5 介護職員の離職の現状

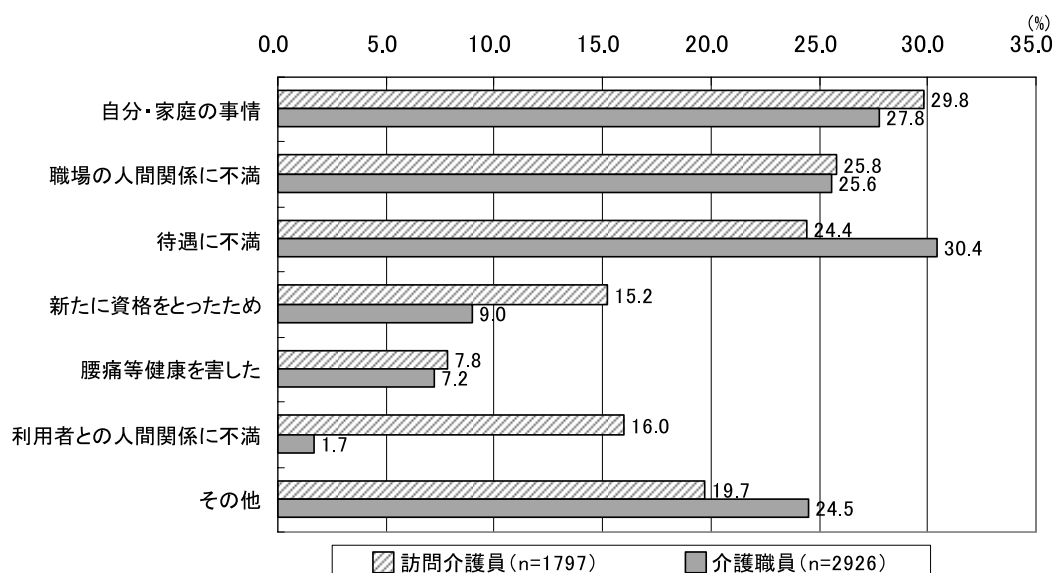
|       | 事業所全体の合計でみた<br>1年間の離職率 |       | 離職者のうち勤続1年未満<br>の者の割合 |       |
|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|
|       | 正社員                    | 非正社員  | 正社員                   | 非正社員  |
| 訪問介護員 | 19.6%                  | 14.0% | 37.0%                 | 37.0% |
| 介護職員  | 19.6%                  | 19.6% | 36.0%                 | 56.0% |

【参考】常用労働者の離職率：全産業 16.2% サービス業 21.7%

※離職率：(1年間の離職者数÷1年前の在籍者数)×100

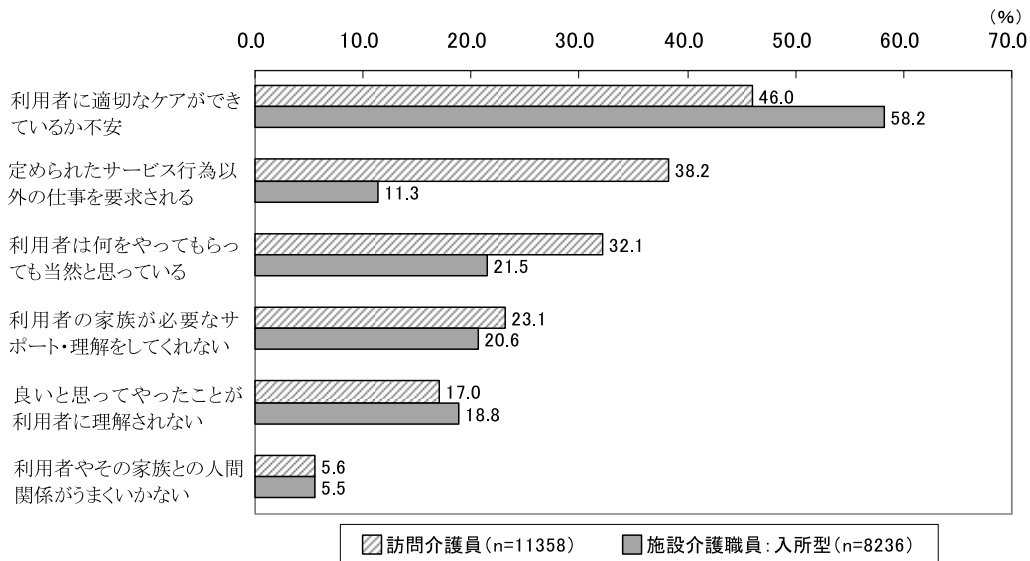
資料：厚生労働省「平成18年雇用動向調査」、財団法人介護労働安定センター「平成18年度介護労働実態調査」

図表－6 介護職員の離職の理由



資料：財団法人介護労働安定センター「平成18年度介護労働実態調査」

図表一七 介護職員の不安不満（ケア関連項目：複数回答）



資料：財団法人介護労働安定センター「平成18年度介護労働実態調査」

## 1.5 虚弱期を支えるケアの重要性

社会全体の問題としてケアの量と質の問題を述べたが、生活者個人の立場から改めてケアの重要性について確認しておきたい。

より豊かで安心した長寿を実現することは人間誰もが有する根本的な欲求である。前述のとおり、人生80-90年という長寿の可能性がある日本社会ではとりわけその関心も高い。しかし、長寿の可能性は期待と不安の両者を併せ持つ。後者については言うまでもなく晩年期に誰もが迎えるであろう身体的な虚弱期をどのように生きていけばよいかということである。今まで普通にできていたことができなくなったり、認知症により時間・空間・人すべてがわからなくなるようなことは、おそらく死を迎えるよりも脅威であり不安に違いない。PPK（ピンピンコロリ）のキーワードが注目されたことは、まさにこの虚弱期の不安に対する裏返しと言える。虚弱な期間を健康寿命<sup>1</sup>から平均寿命を引く計算から算出すると、男性で6.7年、女性で8.1年である。この期間をただ最期の時を迎えるまでの待機期間というように個人として捉える、あるいは社会がそのようにしてしまうことは、人間の“生”のあり方として、またサクセスフル・エイジングの理念<sup>2</sup>にも反することである。身体的な虚弱化が進んでも精神的には自立している場合がほとんどである。精神的虚弱化が進む原因の多くは、周囲の環境、サポート・ケアの質と量に関係する。誰もが迎えるであろう身体的虚弱期を安心して豊かなものにするか、できるかはまさに周囲の環境、サポート・ケアに委ねられる。その意味でも、ケアの量の確保と質の向上は極めて重要である。

1 WHOが算出した障害調整平均余命「DALE: Disability Adjusted Life Expectancy」(人生の中で健康で障害のない期間: 介護や介助の必要なく自立した生活を持続できる期間)

2 「幸福な老いの追求」(Havighurst, 1961)。なお、多様な概念・捉え方が存在する。

図表—8 健康寿命と虚弱期間

|    | 平均寿命<br>① | 健康寿命<br>② | 虚弱期間<br>①－② |
|----|-----------|-----------|-------------|
| 男性 | 79.00歳    | 72.3歳     | 6.7年        |
| 女性 | 85.81歳    | 77.7歳     | 8.1年        |

※平均寿命は2006年。健康寿命はWHO「The World Health Report 2004」による2002年ベースのもの（WHOによる健康寿命の試算は2002年以降データの更新はされていない）

## 1.6 ケアの質を捉える難しさ

要介護高齢者のQOLを維持・向上させるため、また介護職員の働きがいを高めるためにも（＝介護職員の確保・育成のためにも）、ケアの質の定義、同時にケアの質の効果を明らかにしていくことが求められる。しかし、ケアの質に対する統一された定義および効果測定方法は確立していないのが実情である。ケアの問題は非常に複雑で、そもそも何を以てケアというか、どこまでの範囲をケアと指すか、このあたりから議論を要する。

広井（1997）によれば、ケアは①臨床的／技術的レベル、②制度／政策的レベル、③哲学／思想的レベルに分けて考えられる。①はまさに個々の現場的な場面での「ケア」のあり方であり、技術的な側面を持つ。②は個々の現場を越えた制度やシステムに関わる次元であり、介護保険制度を含め、ケアマネジメント・システム等が該当する。③はこれらのもっと根底にある、そもそもケアとは何か、人間にとってどういう意味を持つものかといった基本的な問いに答えるものである。

①については、食事・入浴・排泄のサポートの仕方をはじめ「ケアスキル」として知識的な標準化ははかられていると捉えることができるかもしれない。しかし、その評価のあり方は依然未確立である。②については、日本の場合、介護保険制度という枠組みが構築されたものの、そのあり方（財政および運営方法等）は今後も検討を重ねる必要がある。この点、イギリスの場合、2000年にCare Standards法が成立し、高齢者ケア施設（在宅ケア事業所を含む）を一括して取り締まる新しい独立取締機関“National Care Standards Commission（NCS C）”が設立され、同時に最低限の施設ケアの質基準“National Minimum Standards（NMS）”が定められている。これはサービス評価のあり方を国レベルで明確化した点で画期的と言える。③については、個別ケア、全人的介護、パーソン・センタード・ケア、センター方式（5つの視点）といくつか代表的なものがある。2006年の介護保険法改正で高齢者介護の目的が「高齢者の尊厳の保持」と明確化されたことを踏まえても、要介護高齢者一人ひとりの“その人らしさ”を尊重し、“利用者本位”の姿勢を貫くことは共通項と考えられる。

ケアに関する研究と議論は、それぞれの次元で発展してきているが、システムにせよケアのあり方・理念にせよ、“こうすれば良いのではないか”という制度・概念づくり、提案まではできる。しかしながら、そのことが本当に要介護高齢者一人ひとりについて良いかどうかは定かでない。要介護



高齢者がどのようにケアを評価しているか、そこを正確に捉えきれないところにケアの質の難しさがある。QOL研究の議論と同義であるが、個々人で異なる主観的評価を客観的に評価することは困難である。要介護高齢者の場合、認知症等の問題も関連し、本人の意志の把握の困難さが加わる。QOLもケアも人の数だけ存在するのが正解であり、そのことを客観的にはかることは容易でない。これまでも国内外の多くの研究者・実務者がこの命題の解の提示を試みているが、標準化に至ることがないのはそのためである。しかしながら、大衆長寿社会を迎えたわが国において、これらの命題に対する解の追究は不可欠である。

## 1.7 本研究の趣旨～要介護高齢者のQOLと介護職員の働きがいを高める方策の検討～

今後見通される高齢者（要介護高齢者）の増加に対し、ケアの供給量の確保は重要な社会的課題であると同時に、ケアの質的問題は介護職員の働きがい、要介護高齢者にとってのQOL（生きがい等）に欠かせない重要な問題である。ケアの質的向上の議論は、とかく知識面（ケアスキル）が強調され、また現場の施設および個々の介護職員の資質や力量に委ねられる（押し付けられる）傾向が強い。しかし、それは言い過ぎかもしれないが非常に短絡的な対応と受け止められる。ケアの質的向上をはかるには、現場にその責任を押し付けるのではなく、介護職員の働きがいを留意した上で、要介護高齢者のQOLに貢献する形を提示することが望まれる。ビジネスの世界で言うES（従業員満足度）の向上を通じたCS（顧客満足度）の向上を目指す方法論が求められていると考える。

そこで本研究では、人（マンパワー）を単純に増やせない時代であることを念頭に置きながら、そのなかにあってもケアの質的向上をはかる方法を次の3点に留意した形で策定し検証を行う。本研究を前述のケアの質の議論（領域）にあてはめれば、臨床的レベル（前記①）に位置づけられるであろうが、技術的な要素というよりはケアの理念（前記③）の具現化・可視化を試みるものであるため、その趣旨からすれば臨床と理念の両領域に位置づけられるものとも考えられる。

### 〈新たなケアモデル策定にあたっての留意点〉

- ①要介護高齢者のQOLの維持・向上に寄与するケアであること
- ②介護職員の負荷を最大限考慮した上で働きがいにつながるケアであること
- ③理想論ではなく、実効性・実現性を伴うケアであること

なお、本研究は一つのケアモデル（方法論）の策定と検証までを行ったものであり、本来追究すべき客観的科学的なケアの質の定義およびケアの効果性の検証までは及んでいない。また、本論の主張の根拠となる介入調査（後述）については、期間や条件など一定の制約のもと行った定性的調査であり、定量的な検証は決して十分とはいえない。介入調査後のアンケート・ヒアリング調査を通じ得ら

れた「傾向」にもとづき筆者の解釈を加えて本稿を論じている点、先に申し上げる。さらに、本稿の中でケアのあり方論に触れる部分があるが、介護従事者の立場からすると当然すぎることや事実誤認している部分があるかもしれない。その点についてもあくまで筆者の主観的見解でありご容赦願いたく先に申し上げる。

また、本研究内容は、社団法人 全国老人福祉施設協議会における平成17～19年度「特養入所者の経年変化に関する調査研究事業～特養入所者のQOL変化に関する調査研究」を基礎としている。

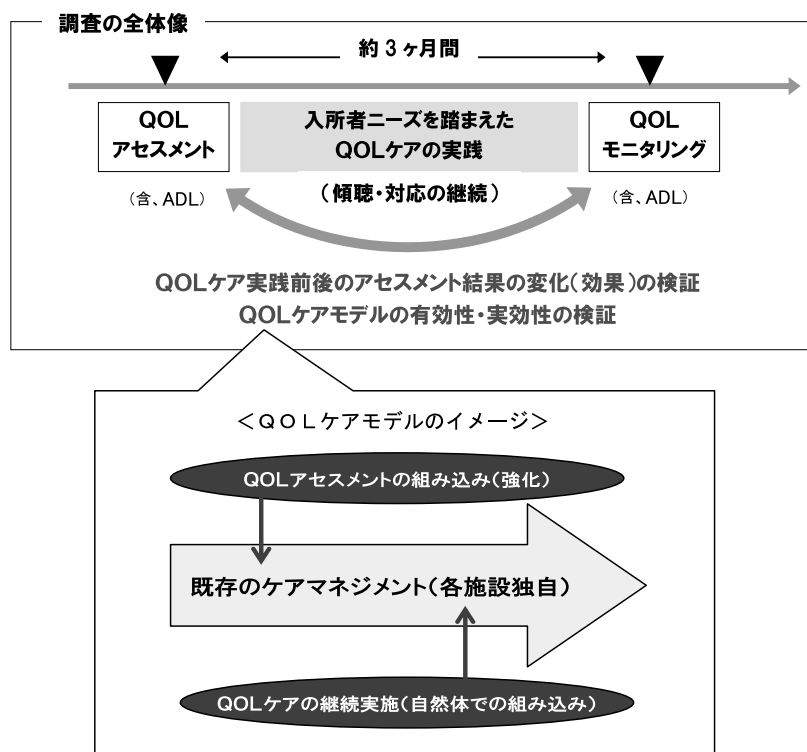
## 2—— 研究フレーム ～QOLケアモデルの策定～

### 2.1 調査研究の目的

“ケアの質とその評価のあり方”は社会的に重要な検討テーマであり、要介護高齢者のQOLに大きな影響を与えるとともに、介護職員としての働きがいにも影響することを先に述べた。そのことを踏まえ、本調査研究は要介護高齢者のQOLの維持・向上に寄与するケア、介護職員の負荷を最大限考慮した上で働きがいにつながるケア、理想論ではなく実効性・実現性を伴うケアの3点を考慮した独自のケアモデル(⇒QOLケアモデル)を策定し、その有効性・実効性を検証することを目的とする。

### 2.2 調査研究の全体概要

調査研究のフィールドは特別養護老人ホーム（以下、特養）とする。要介護高齢者は特養入所者、介護職員は特養の介護職員をベースに考える。調査研究は、特養における入所者および介護職員の実態と課題を踏まえながら上述のQOLケアモデルを策定して、その介入効果を入所者、介護職員および施設の三者の視点から検証する。



## 2.3 QOLケアモデルの策定

調査研究のコアとなるQOLケアモデルは、一言で言えば、入所者に対するアセスメントから日常のケアに至るまで、入所者のQOLをより意識する一連のケアと行うことができる。全く新たなケア方式を策定するのではなく、既存のケアシステム（ケアマネジメント）の中にQOLの要素を組み込む、または強化することを企図している。そのために必要なアセスメントツールとケア内容を提示するにすぎない。これまでの既存のケア（日常活動）に比べ、僅かな変化をもたらすにすぎないモデルであるが、入所者のQOL、また介護職員の働きがいにおいては、一定の効果を期待するものである。

### 2.3.1 QOLケアモデルの概念形成

QOLケアモデルの策定にあたっては、まず特養入所者と介護職員の実態および課題を把握した上で、概念の明確化をはかる必要がある。実態と課題の把握については、本調査に先立つ事前施設訪問調査および先行研究レビューにもとづき行った。

#### 1 | 特養入所者の実態と課題

特養入所者は、当然ながら要介護という障害を抱え、その多くは認知症を患っている。身体面の特徴としては以上になるが、精神面・社会面などQOLの視点から捉えると次の特徴が挙げられる。それは潜在的な「寂しさ」「退屈感」「孤立感」「共同生活の苦悩」を抱えていることである。これは、エデン・オルタナティブ<sup>3</sup>の中でも、施設入所者の陥りやすい「3つの伝染病」として挙げられる「孤立」「無力感」「退屈」とも合致する。これは限られた空間、また身体的な行動の制御により、社会性が著しく低下することに起因する。また、他の先行研究によれば、施設入所者の一般的傾向として、「依存化」、「孤立化」、「学習性無力感<sup>4</sup>」、「意思決定能力の低下」の4つが指摘されている<sup>5</sup>。施設入所者は、身体的な面での安心を得る一方で、望みを自制する態度・行動に及ぶ。そのことで精神的安定を確保するが、結果的に生活に対する自己コントロール感を失い、他人への依存化を高め、学習無力感が強まり意思決定能力を低下させる。このようにして何とか施設生活に良くも悪くも“適応”しているのである。事前の訪問調査で、寝たきりの入所者本人と話す機会があったが、“死ねない悩み”ということを知った。早く迎えに来て欲しいが来てくれない、自決する勇気はないという話であった。身体的安心感の引き換えに失う刺激・交流といった社会性の低下は入所者のQOLにとって大きな問題である。

#### 2 | 介護職員の実態と課題

一方、介護職員は三大介助（食事・入浴・排泄）を中心とした身体的介護に多忙を極め、身体的疲労・精神的ストレスは非常に高い。入所者との関係においては、日常会話を楽しむような時間は僅少

3 米国医師ビルトーマス氏が1991年に始めた老人施設ケアの改革運動

4 自分の力ではどうすることもできない不快なできごとを繰り返し経験することで、何もしたからなくなる行動障害

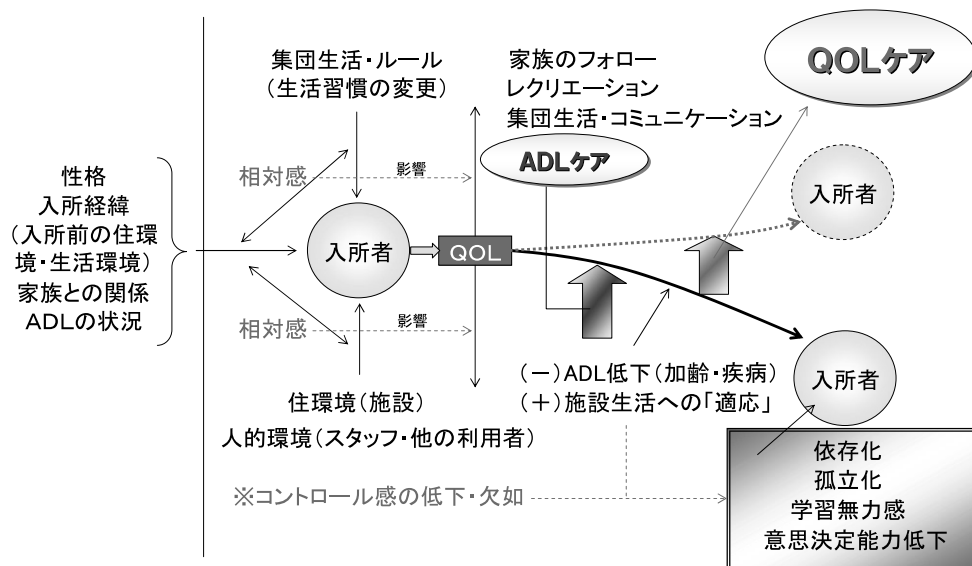
5 Goffman,1958;Sommer&Osmond1961;Teitelman&Priddy,1988／三谷嘉明他訳「虚弱な高齢者のQOL」(医歯薬出版、1998)

であるのが実情である。ケアマネジメントの強化・徹底により、身体的介護は質・量ともかなり充実したものの、その他の精神的・社会的なサポートの面ではやや滞りがちと推察される。しかし、このような実態は介護職員が望んだ結果ではない。むしろ本来入所者ともっと深くゆとりをもって接したいがそのことができない、そうしたジレンマを多くの介護職員が抱えながら日常のケアを行っているのが実態と考えられる。

### 3 | QOLケアモデルのコンセプト

特養入所者および介護職員の実態を踏まえれば、入所者の“社会性の確保”が一つのポイントとして考えられる。身体的介護を中心とした生活は、入所者の安心・安全には寄与するが、いわゆる他人との心の通う交流や社会的刺激という面では希薄となりがちである。また介護職員は入所者に対して身体的介護だけではない精神面を含めた総合的なサポートをしたいと望んでいる。以上のことからイメージするQOLケアは、本人の声（声なき声）にもとづき、本人の希望や生きがいに応じてどれだけ応えるかを主眼に置いた日常的なふれあい・サポートとなる。本研究において、敢えてQOLケアモデルのコンセプトを定義すれば「要介護高齢者の求める声なき声を洞察した上で、精神面・社会面に積極的に働きかけるケア」となる。

図表一9 一般的な入所者のQOLの推移とQOLの関係（イメージ）



※ADLケアとは三大介助を中心とした身体的介護を指す

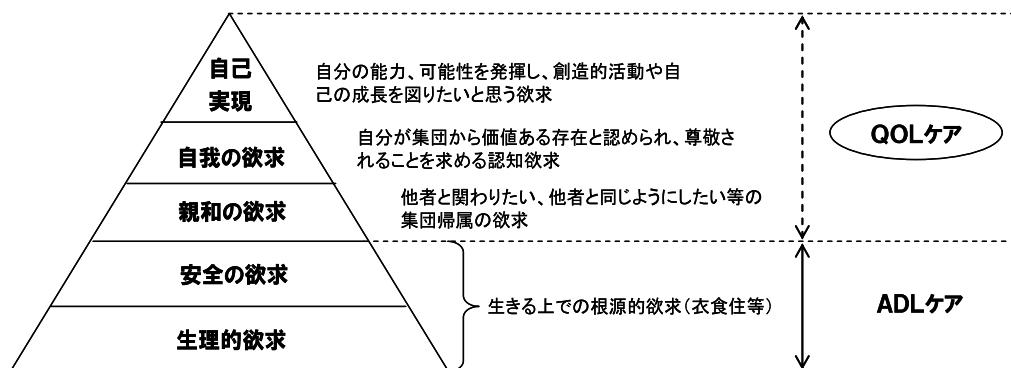
資料：ニッセイ基礎研究所作成

主旨からすれば、前述の個別ケア、全人的ケア、センター方式（5つの視点）、パーソン・センタード・ケア、エデン・オルタナティブ等の理念に包含される内容と考えられるが、理念の具現化・可視化を試みる点では新規性（差別化）があると考えられる。

また、ADLケア（身体的介護）とQOLケアの関係を、「マズローの欲求段階説」から説明すれ

ば、ADLケアは人が生きていく上で欠かせない「生理的欲求」「安全の欲求」を満たすものである。一方、QOLケアはADLの部分を含むものの、生活者が生きる意味・価値を実感するために必要な上位概念の「親和の欲求」「自我の欲求」「自己実現」を満たすものである。

図表-10 マズローの欲求段階説からみたQOLケアの位置づけ (イメージ)

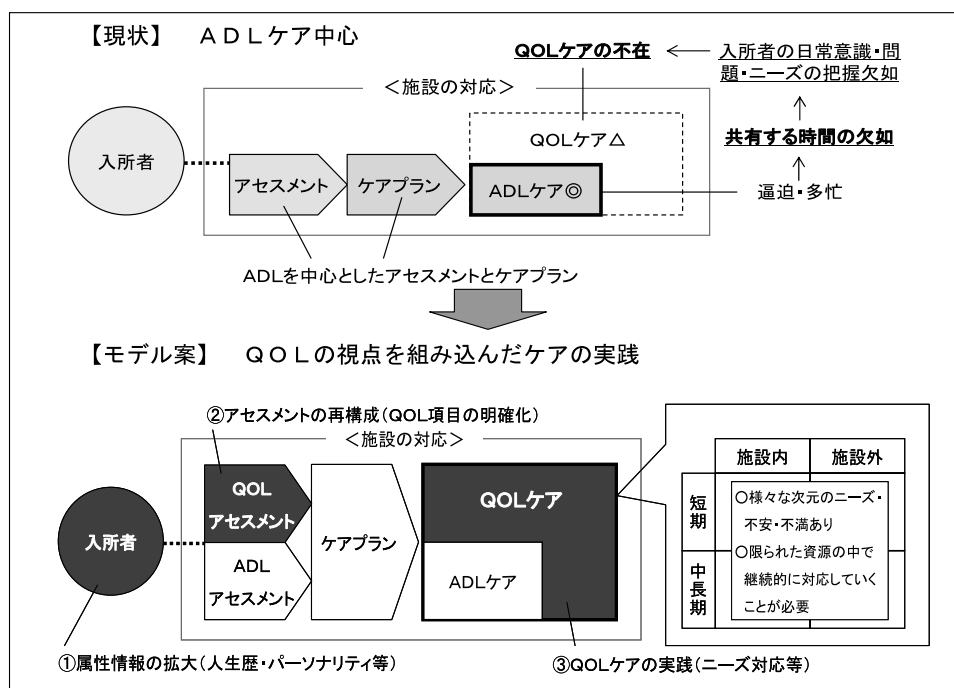


資料：ニッセイ基礎研究所作成

### 2.3.2 QOLケアモデルのツール作成

QOLケアモデルの特徴は、QOLの視点にもとづくアセスメントを行うこと、また入所者のQOL向上に資するケアを行うところにある。このことが、先に述べた理念の具現化・可視化を試みるという点である。極端な例示ではあるが、これまでのアセスメントおよびケアはADLケアが中心であったが(と仮定する)、QOLケアは身体面以外の部分をアセスメントおよびケアにおいて補完することになる。

図表-11 ADLケアとQOLケアの対比 (イメージ)



資料：ニッセイ基礎研究所作成

## ①QOLアセスメントツールの策定

QOLアセスメントツールは、通常のアセスメントに加えて介護者が入所者の状態をQOLの視点から洞察するために用いる参考補助ツールとする。要介護高齢者に対するQOL評価スケールは、様々な研究者・実務者が開発・提案しているが、標準化されたものはない。この点は、ケアの質の論議と同義であり、主観的評価を客観視すること、また対象が要介護高齢者（認知症高齢者）であることによる難しさを表している。

そこで本研究では、WHO（世界保健機構）が一般生活者のQOLを測定するために開発したスケール「WHO/QOL-26」（以下、QOL26）をアセスメントツール策定の基礎とした。なお、WHOでは高齢者向けのQOLスケール「WHO/QOL-OLD」を現在開発中であるが、完成（発表）のタイミングは数年後の状況であったため本調査研究に参考することはできなかった。

具体的な評価項目は、QOL26のQOLを評価する26項目について、特養入所者の実態・特徴を勘案し熟考した上で、項目の追加・修正・削除を行った。最終的にQOLを構成する身体（4項目）・心理（5項目）・社会（6項目）・環境（2項目）の計17項目から入所者のQOLを評価することとした（図表-12）。通常のアセスメント項目（図表-13）が客観的事実を網羅する内容であるのに対し、当アセスメントツールは前者を補完しながら入所者の状態を具にみる（洞察する）内容であると言える。前者を静態（一時点）のツールとすれば、当アセスメントツールは入所者を動態で捉えるためのツールと言える。ただ、参考補助ツールと位置づけたとおり、当ツールで必ずしも入所者のQOLを評価できるものではない。あくまで介護職員がこのような視点で入所者を捉える（考える・洞察する）こと、そして継続的に使用したときに介護職員の視点から入所者の変化に気づくきっかけづくりを促すことに意味がある。したがって、当ツールの活用にあたっては、担当の介護職員が基本的に2週間程度の入所者の様子を観察し（意思疎通可能な方についてはヒアリングも実施）、17のQOL項目を主観的に5段階評価することとしている。

図表-12 QOL アセスメントツール

| No. | 領域 | QOLアセスメント[モニタリング]調査項目<br>(観察(客観)・ヒアリング(主観)評価 兼用)<br>※5段階評価 |                                   |
|-----|----|--|-----------------------------------|
|     |    | 項目   | 評価                                |
| 1   | 身体 | 意欲・元気度   | 元気・意欲的～元気がない・意欲がない                |
| 2   | 身体 | 行動制限   | 寝たきり～特に行動制限はみられない                 |
| 3   | 身体 | 睡眠   | 熟睡できている～不眠・昼夜逆転                   |
| 4   | 身体 | 食事(満足度)  | 楽しそうに見える～不満そうに見える・無反応             |
| 5   | 心理 | 自信・自分に対する満足感   | 自信あり・自己に対して肯定的～自信なし・否定的           |
| 6   | 心理 | 楽しさ・笑い   | 楽しそう・よく笑う～つまらなそう・無表情              |
| 7   | 心理 | 寂しさ・悲しさ  | 寂しそう・悲しそう～特にみられない                 |
| 8   | 心理 | 不安・心配  | 不安・心配ごとが多い～特にない                   |
| 9   | 心理 | イライラ   | イライラすることが多い～特にみられない               |
| 10  | 社会 | スタッフとの関係   | 満足しているよう見える～大変不満そうに見える※そのような要因がある |
| 11  | 社会 | 他の入所者との関係  | 満足しているよう見える～大変不満そうに見える※そのような要因がある |
| 12  | 社会 | 家族との関係   | 大変良好と思われる～非常に問題がある※そのような要因がある     |
| 13  | 社会 | 友人・地域との関係<br>(接触頻度)  | 月1回以上接触あり～全く接触なし                  |
| 14  | 社会 | サポート満足度  | 満足しているよう見える～大変不満そうに見える※そのような要因がある |
| 15  | 社会 | 医療的ケアの満足度  | 満足しているよう見える～大変不満そうに見える※そのような要因がある |
| 16  | 環境 | 余暇活動(機会)   | 週に1回以上～全くなし                       |
| 17  | 環境 | 安心感・環境(危険箇所)   | 危険と思われる箇所がある～特にない                 |

図表-13 アセスメント表に記載されるべき事項(一般モデル)

1. 基本的情報
  - 1) 氏名、性、生年月日(入所時年齢)、入所前住所、電話番号等
  - 2) 認定機関、要介護と所見、担当者
  - 3) 家族構成、身元引受人、家族構成図
  - 4) 緊急時連絡場所、人、電話番号
  - 5) 生活歴(学歴、職歴等の概略)
  - 6) 生活習慣(飲酒、喫煙等)
  - 7) 既往病歴
2. 入所者前のサービス利用状況
3. 入所者前の身体・精神・社会的問題
  - 1) 健康上の問題、医学的管理の内容、改善の見込み
  - 2) ADL、IADLの程度と見込み
  - 3) 精神的機能上の問題と改善の見込み
  - 4) 生活上の問題と改善の見込み
  - 5) 家族介護者との関係上の問題と解決の見込み
  - 6) その他の問題と解決の見込み
4. 地域社会へ復帰の見通しと地域保健・福祉機関との連携
5. サービスの目標と達成時期(総合的、領域別、長期的、短期的)
6. 具体的サービスの内容、提供期間・場所・担当者、留意点
7. 入所者と家族の施設介護に対する希望と承諾
8. 施設内のケアマネージャー
9. 記載の年月日、記載者
10. その他特記事項

資料：長嶋紀一他「施設介護の実践とその評価」、株式会社ワールドプランニング(2002)

図表—14 WHO/QOL-26を構成する領域と下位項目（参考）

|   |
|---|
| <b>1. 身体的領域 (Physical Domain)</b>   |
| 痛みと不快 (Pain and discomfort)   |
| 活力と疲労 (Energy and fatigue)  |
| 睡眠と休養 (Sleep and rest)  |
| <b>2. 心理的領域 (Psychological Domain)</b>  |
| 肯定的感覚 (Positive thinking)   |
| 思考、学習、記憶、集中 (Thinking, learning, memory and concentration)                      |
| 自己評価 (Self-esteem)  |
| ボディイメージ (Bodily image and appearance)   |
| 否定的感情 (Negative feelings)   |
| <b>3. 自立のレベル (Level of independence)</b>  |
| 移動能力 (Mobility)   |
| 日常生活動作 (Activities of daily living, ADL)  |
| 医薬品と医療機器への依存 (Dependence on medical substances and medical aids)                |
| 仕事の能力 (Work capacity)   |
| <b>4. 社会的関係 (Social relationships)</b>  |
| 人間関係 (Personal relations)   |
| 実際あてにできる援助 (Practical social support)   |
| 性行為 (Sexual activity)   |
| <b>5. 生活圏の環境 (Environment)</b>  |
| 安全と治安 (Physical safety and security)  |
| 居住環境 (Home environment)   |
| 金銭関係 (Financial resources)  |
| 保健医療福祉サービスの利用しやすさ (Health and social care: accessibility and quality)           |
| 新しい情報と技術を得る機会 (Opportunities for acquiring new information and skills)          |
| 余暇活動への参加 (Participation in and opportunities for recreation/leisure activities) |
| 生活環境 (公害・騒音・交通・天候) (Physical environment: pollution/noise/traffic/climate)      |
| 交通機関 (Transport)  |
| <b>6. 精神性／宗教／信条 (Spirituality/Religion/Personal beliefs)</b>                    |

資料：世界保健機関（WHO）・精神保健と薬物乱用予防部：「WHO/QOL26手引」、金子書房（2005）

## ② QOLケア項目の策定

QOLケア項目、つまり具体的にどのような行動が入所者のQOLの維持・向上に資するかは入所者ごとに異なるであろうし、可能なレベルも施設ごとに入所者ごとに異なる。したがって、実際の取り組みは、各施設個々入所者の状況（ケアプラン等）に応じた内容とすることを前提としながら、施設入所者のQOLに影響する“社会性の確保”を主眼に置いて、次の8つの項目を提示した。



図表-15 QOLケア項目

| 大項目                 | 下位項目（取組み視点）                        |
|---------------------|------------------------------------|
| 1. 環境整備             | ①PEAP基準にもとづく整備の実施                  |
| 2. 定期的な日常会話（施設内）    | ②スタッフによる日常的声かけ・会話<br>③施設内での会話相手の設定 |
| 3. 定期的な外出（近隣）＋日常会話  | ④定期的な施設周辺の散歩<br>⑤定期的な買物同行          |
| 4. 外出（遠出・イベント参加）＋刺激 | ⑥家族との接触機会の充実<br>⑦社会接点、自然享受の充実      |
| 5. 意欲向上             | ⑧目標設定・サポート                         |

なお、この項目の策定にあたっては、事前調査において“寄り添う人と共有する時間の長さ”がQOLに寄与する可能性が高いという結果を踏まえている。事前調査の内容については、ここでは割愛する。また、実際のQOLケア項目の選定時に使用するツールとして、入所者のタイプとケアの目標の確認欄、QOLケアの具体イメージを併記したものを作成した（図表-16）。

図表-16 QOLケア項目選定ツール

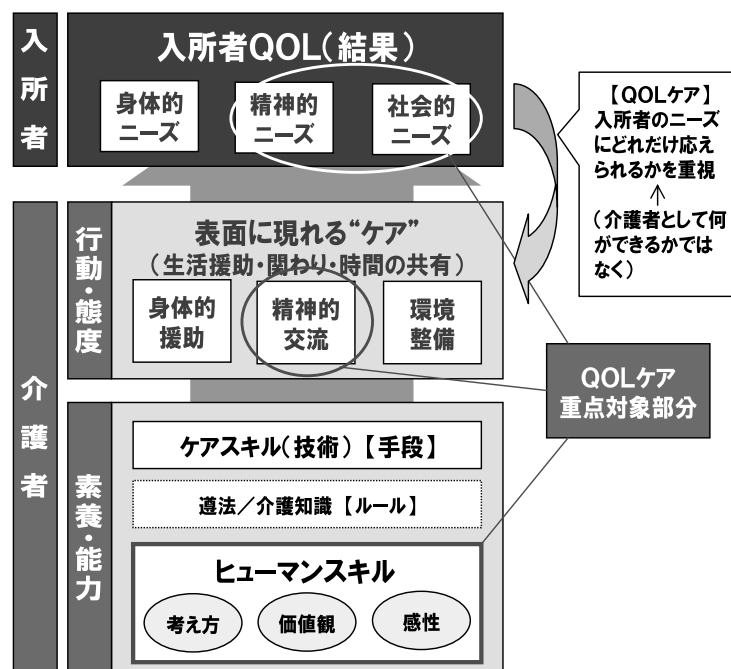
| タイプ・状態<br>↓<br>いずれかにチェック<br>(複数可)                  | 目標<br>↓<br>いずれかにチェック<br>(複数可)                             | 必要要素  | QOLケア項目<br>(取組み視点)   |   | 具体イメージ                        |
|--|---|---|--|---|-------------------------------|
|  |   |   | ↓ ①～⑧について2項目以上を選択  |   | ※実際の実施内容は施設の状況、入所者ニーズにより個別に設定 |
| 意思疎通困難<br><br><input type="checkbox"/>             | 安心の提供<br><br><input type="checkbox"/>                     | 安心な環境づくり<br>共有時間（拡大）<br>-積極的声かけ、働きかけ                          | <b>1. 環境整備</b>   |   |                               |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> ①PEAP基準にもとづく整備の実施   | 別紙「認知症高齢者環境配慮尺度測定項目」(50項目)にもとづく環境づくりを推進   |                               |
| 不満<br>苛立ちやすい<br><br><input type="checkbox"/>       | 不の解消<br><br><input type="checkbox"/>                      | 傾聴<br>-不満・不安の発散<br>-ニーズの汲み取り                                  | <b>2. 定期的な日常会話（施設内）</b>  |   |                               |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> ②スタッフによる日常的声かけ&会話<br><input type="checkbox"/> ③施設内での会話相手の設定 | 入所者の気分・希望を「傾聴」することを目的に、介助時のみならず意識的な声かけと日常会話(10分以上)を週1回以上のペースで行う<br>特定の会話相手を意識的にマッチングする、あるいは入所者同士の座談会・サークル活動を定期的に行う(1週間に1回以上)。※必要に応じて可能であれば居室移動も検討 |                               |
| 寂しい・孤立感<br><br><input type="checkbox"/>            | 交流促進<br><br><input type="checkbox"/>                      | 会話・コミュニケーション<br>-スタッフとの交流拡大<br>-日常的な話相手の確保<br>(入所者同士、きっかけづくり) | <b>3. 定期的な外出（近隣）＋日常会話</b>  |   |                               |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> ④定期的な施設周辺の散歩<br><input type="checkbox"/> ⑤定期的な買物同行          | 入所者の状態・希望を考慮しつつ、週に1回など定期的な施設周辺の散歩と傾聴(気分・希望)を基本とした日常会話を実施<br>施設の業務としての買物、または入所者本人の希望による買物、いずれに関わらず定期的な買物同行を実施                                      |                               |
| 退屈・楽しみなし<br>生きがいレス<br><br><input type="checkbox"/> | 生きがいづくり<br>生活目標設定<br>意欲向上<br><br><input type="checkbox"/> | 刺激<br>-意欲喚起<br>-意識変革<br>-残存能力での自己実現                           | <b>4. 外出（遠出・イベント参加）＋刺激</b>   |   |                               |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> ⑥家族との接触機会の充実<br><input type="checkbox"/> ⑦社会接点、自然享受の充実      | 家族のもとへの訪問機会の増加、家族による施設への訪問機会の増加(家族協力要)を試みる。<br>地域イベントへの参加、観光的ドライブ、映画鑑賞、または本人の希望するところへの旅行の実施。またはそれらを家族(地域協力者)とともにサポートする。                           |                               |
|  |   |   | <b>5. 意欲向上</b>   |   |                               |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> ⑧目標設定&サポート  | 趣味・娯楽、本人の得意なことの推奨(発表機会の設定他)、施設内における役割付与など、本人の目標観の明確化をはかりつつ、その実施をサポートする  |                               |

## 2.4 QOLケアモデルとケアの質との関係

「QOLアセスメント」および「QOLケア」の実施を通じて、入所者のQOLの維持・向上ならびに介護職員の働きがいの向上を目指すのがQOLケアモデルとなるが、このことがどのようにケアの質の向上に寄与するのか、ここで整理しておきたい。

臨床的ケアの論議において、ケアは技術的な「ケアスキル」と理念・資質的な「ヒューマンスキル」に大別される。このQOLケアモデルは、QOLアセスメントにより、入所者の状態を深く洞察する視点を養い、QOLケアの実践を通じて入所者との関りを深めることで入所者のニーズ（声なき声）を汲み取るきっかけをつくる。これらを通じて「ヒューマンスキル」の向上が期待されるとともに、入所者のとりわけ精神的・社会的ニーズへの対応がはかられることにより、結果として入所者のQOLは向上する、つまりケアの質が向上すると考える。

図表一16 QOLケアとケアの質との関係（イメージ）



資料：ニッセイ基礎研究所作成

### 3——QOLケアモデルの介入調査の概要と結果

#### 3.1 介入調査の概要

QOLケアモデルの有効性・実効性を実際の現場で検証することを目的に、11の施設47名の入所者を対象にQOLケアモデルを試行する介入調査を行った。本調査は介入施設が主体的に、①対象入所者に対するQOLアセスメント、②QOLケア目標と具体QOLケアの選定を行った上で、③QOLケアを実践し、約2～3カ月（QOLケアの継続）を経て、改めて①のQOLアセスメントを行い、入所者の変化を検証するものである。そうしたQOLケアの取組状況（プロセス）は調査経過記録表から掌握し、QOLケアモデルに対する様々な視点による評価は、介入調査後の介護職員および施設管理者等に対するアンケート・ヒアリングから確認する。調査の主眼は、QOLケアを行う前後およびその過程を通じて、QOLケアを実践した介護職員がQOLケアをどのように受け止め、またどのような気づきがあったかにある。

なお、本調査は定性的調査（介入効果を調査協力関係者からアンケート・ヒアリングの形で確認する）を基本としており、実施可能限度があるため調査規模は小さい。また調査期間が短期間であるなど一定の制約があることを前提としている。さらにQOLケアモデルに対する評価（効果性）の検証にあたっては、定量的アプローチに限界があることから、定性的な検証に止まっている。

##### ①調査目的

QOLケアモデルの有効性・実効性の検証

##### ②調査方法

介入調査（特養におけるQOLケアモデルの試行）

アンケート・ヒアリング調査（施設長ならびにスタッフ関係者向け）

##### ③調査全体の流れ

i) 「QOLアセスメントツール」「QOLケアの具体選択内容」の策定

ii) 調査協力対象施設におけるQOLケアモデル（介入調査）の実践

a: QOLアセスメントの実施

b: QOLケア目標と具体ケアの選定

c: QOLケアの実践

d: QOLモニタリングの実施

iii) QOLケアモデル実践結果の確認と調査協力関係者に対するアンケート・ヒアリング調査の実施

##### ④調査実施状況

調査期間 1次調査：平成19年11～12月

2次調査：平成20年2～3月

調査協力施設 11施設（すべて特養）

調査対象入所者 計47名

### 【アンケート調査項目】（n=65）

| A：本調査（QOLケアモデル）について  | B：普段の働き方・意識について        |
|----------------------|------------------------|
| ①QOLケアモデルに対する満足感     | ⑧業務の多忙さ要因              |
| ②QOLケアモデルに対する負荷感     | ⑨一日における業務時間の内訳         |
| ③QOLケアモデルの効果性に対する評価  | ⑩入所者の生きがいに対する意識・考え方    |
| ④QOLアセスメント調査票の評価     | ⑪職員の働きがいを高めていくために必要なこと |
| ⑤QOLケア項目（調査票）の評価     |                        |
| ⑥QOLケアモデルと職員の働きがいの関係 |                        |
| ⑦入所者のQOL向上のために必要なこと  |                        |

### 【ヒアリング調査項目】（n=36）

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 本調査に対する全体的な評価  |
| <input type="checkbox"/> 本調査（QOLケアモデル）に対する職員の満足感・負荷感                              |
| <input type="checkbox"/> 今回使用したツール（QOLアセスメント／QOLケア項目）の評価                          |
| <input type="checkbox"/> 本調査が企図する「QOLを意識したケアの実践・浸透」を施設が主体的に実践していくことの可能性・効果性・課題と条件 |
| <input type="checkbox"/> QOLケアの時間確保に向けた業務再構築の可能性                                  |
| <input type="checkbox"/> 入所者の生きがいとは（参考）   |

## 3.2 介入調査の結果

介入調査から得られた結論は、アンケート・ヒアリング調査にもとづく定性的な検証によるものであるが、「QOLケアモデルはケアのあり方を考える（再確認する）良いきっかけとなる」、「QOLケアモデルは入所者の生きがいおよび介護職員に働きがいにプラスの影響が期待される」、「ケアの質的向上に向けては、5つの問題（後述）の改善が望まれる」の3点に集約される。

### 3.2.1 QOLケアモデルの実効性・有効性

QOLケアモデルは、運営面でも特段支障はなく、QOLケアモデルの考え方については全施設から賛同を得られた。「いいきっかけになった」または「再認識できた」という意見が全施設から寄せられたことは特徴的であった。「いいきっかけになった」と言われる施設においては、実際、入所者と深くかかわることがしたくてもなかなかできない状況において一つの有効な機会になった様子である。以下、介護職員、入所者、施設のそれぞれの立場から、QOLケアモデルの有効性・実効性を概説する。

## I | 介護職員にとってのQOLケアモデル

### “入所者の変化の気づきが働きがいにつながる可能性が高い”

入所者の重度化や施設全体のマンパワー不足の影響等により、介護職員の多くは身体的・精神的負荷を抱えている。食事・入浴・排泄の三大介助を中心としたケア、記録業務、カンファレンス参加といった業務で日々時間に追われ、時間的にも精神的にも余裕がないのが実情である。こうした状況下であったもののアンケート・ヒアリング調査によれば、QOLケアの取組み自体は精神的な負荷はない、むしろよかった（楽しかった）と肯定的な意見が多数を占めた。この背景には、お年寄りの世話をする、話をする、喜んでもらえることが本来好きでこの職に就いたにも関わらず、そのような時間がとれないもどかしさ・不満が見え隠れする。本調査をきっかけに堂々と僅かながらもゆとりをもって入所者と接することができたことが満足感に繋がったと考えられる。

また、そのような時間を確保できただけでなく、入所者の表情や言動の変化が見られた場合、自分のケアのやりがい感を体感できたことも非常に大きい。経過記録からもそれらが読み取れる。入所者の身体的な変化は、基本的に短期間で変化が見られるものではない。身体機能はなだらかに低下していくのは避けられない。しかし、入所者の気持ちの部分（≒QOLの部分）は、まわりの環境や関わり方等によって十分変化の可能性はある。自分が入所者に関わり、笑顔が増える、視線を合わせてくれるようになった、名前を呼んでもらった、などの変化はささやかな変化ではあるが、介護職員にとっては明日からの活力に繋がる大きな変化になりえる。

以上のことから、QOLケアモデルは介護職員にとって有効性・実効性があったものとする。

### 【アンケート調査結果より（抜粋）】（n=65）

#### ①QOLケアモデルに対する満足感

- |                |                |               |
|----------------|----------------|---------------|
| 1 大変満足 (0%)    | 2 やや満足 (34.4%) | 3 ふつう (60.9%) |
| 4 やや不満足 (4.7%) | 5 大変不満足 (0%)   |               |

#### ②QOLを意識したケアの効果性

（QOLを意識したケアの効果性についてどのように考えるか）

##### 【意思疎通可能な入所者の場合】

- |                    |                   |                  |
|--------------------|-------------------|------------------|
| 1 とても影響がある (37.1%) | 2 やや影響がある (58.1%) | 3 特に影響はない (4.8%) |
|--------------------|-------------------|------------------|

##### 【意思疎通が困難な入所者の場合】

- |                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| 1 とても影響がある (12.5%) | 2 やや影響がある (70.8%) | 3 特に影響はない (16.7%) |
|--------------------|-------------------|-------------------|

#### ③QOLケアモデルと職員の働きがいの関係

（本調査を通じて、あなたの『働きがい』という点では何か影響があったか）

- |                           |
|---------------------------|
| 1 実際、働きがいを感じるがあった (18.8%) |
|---------------------------|

- 2 今回は特に感じることはなかったが、入所者の改善変化がみられた場合は、働きがいに繋がると思う (76.6%)
- 3 今回も今後もQOLケアに取り組むことで働きがいに繋がるとは思わない (0%)
- 4 その他 (4.7%)

### 【ヒアリング調査より (主な意見)】

- 入所者の表情が変わっていく様子、元気になられている様子を感じるとうれしい。
- スタッフのマンパワー的には非常に厳しい体制下だったがとても楽しみながら取組めた。ぜひ今後も継続していきたい。
- 職員としては入所者が元気になる、表情がよくなるとやる気・モチベーションに繋がる。
- 入所者が元気になってくれる、表情が豊かになる (穏やかになる) 姿をみることは、職員にとってもうれしいこと、働きがいにもなると思う。
- こういう話・対応すると喜ばれる (笑う)、こうしたことを見つけていくのは入所者および職員にも有効。
- 新しい試みと感じた。入所者自身の変化はみられないが、職員には非常に影響があった (入所者のQOLをより意識するようになった)。
- この調査のおかげで入所者とゆっくり時間をとることができた。
- この調査に対して最初はどうかと思ったが、無理のない設定 (内容) で問題なくできた。しかし時間をつくることは確かに大変ではある (10分もつくれそうでつけれないのが現実)。
- 基本的にマンツーマンでの対応としたが、できればもっと多くの人を巻き込んで取組めばよかったと今となって思う (チームでやれば一体感づくりにもなる)。
- どうしてもADLよりのケアプランを作成しがちであったが、これを機にQOLを意識したプランを積極的に取り入れていきたいと思う (⇒ケアマネジメント・行動計画へ反映)。
- 入所者の表情変化をみると、精神的なケアの継続がやがてADLの面にも反映 (良い影響) してくるのではないかと感じた。
- QOL向上という言葉はよくみるが、具体的にはイメージしづらかった。QOLという抽象的なものがこうして目に見える形 (何をすればよいか) となっていることで職員にもわかりやすく良かったと思う。
- 個別ケアが何かということを感じた。
- 年間を通して取組めば、もっといろんなことができるような気がする。
- QOLケアは、結果を求めるのではなくあくまでプロセスに価値がある。

## 2 | 入所者にとってのQOLケアモデル

### “社会性の確保 (=QOL向上) が身体的健康面にも影響する可能性がある”

施設入所者のQOL変化の一般的傾向として、前述のとおり、「依存化」、「孤立化」、「学習性無力感」、「意思決定能力の低下」の4つが指摘されている。施設入所者は、身体的な面での安心が得られる一方、どうしても社会性が低下しがちなため、そのような事象が起こり易い。QOLケアモデルの目指すところは、施設入所者特有のQOL低下要素を可能な限り払拭し、在宅では不安が大きい身体的ケアの面で安心を提供し、これに加え入所者の生きがいの継続・向上をはかるところにある。

本調査を通じ入所者がQOLケアに対してどのように感じたかは正確には測りえない。しかし、介護職員による経過記録等からは表情が豊かになった、笑顔が増えた、心の落ち着きが見られた、会話の量が増えた、行動が活発化した等、QOL的な評価としては確実に好転しているケースが多かったと推察される。高齢期は心身相関が強いだけにこうしたケースにおいては、心の健康度が高まることで身体面にもプラスの効果をもたらされた可能性は高いと考えられる。

## 3 | 施設にとってのQOLケアモデル

### “職員教育 (学習) 素材としての活用が期待される”

特養の役割は、介護保険法1条(目的)では「加齢に生じる心身の疾病等による要介護状態に対し、能力に応じて自立した生活を営むことができるようサービス給付を行う」(平成18年4月の法改正により「高齢者の尊厳の保持」が明記された)、老人福祉法20条の5(特別養護老人ホーム)では「入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、健康管理および療養上の世話をを行うことを目的とする施設」とある。以上のことからすると、QOLケアモデルは過剰サービスとも受け止められかねない。しかし、QOLケアモデル(特にその理念・考え方)の必要性についてはすべての調査協力施設の賛同が得られたように、QOLを意識したケアは特養にとって重要かつ必要な視点と考えられる。しかしながら、近年の傾向として、ADLの維持改善、身体的ケアに価値の重きが移りすぎてしまった面も否定できない。その結果、目の前の入所者が誰だかわからない、食事の対応、服薬管理はできるが、その人を語れないといった職員が増えてきている現実もある。それだけに施設においてもQOLケアモデルの意義が認められたと考えられる。

具体的にQOLケアモデルの活用の視点として意見が多かったことは、職員のケアに対する意識改革のきっかけ、職員教育の素材としての活用がある。教育場面で「自立と尊厳を守る」等の理念は伝えられるが、それを具体的に行動に移す場面で、言葉として伝えきれない部分があったのに対し、QOLという抽象概念をこのように目で見える形にしたことは有用であったとの評価がある。なお、実際QOLケアモデルに関わった職員の変化として、入所者の前を素通りしなくなった、よく入所者を見るようになった、調査関係者以外も入所者とよく話すようになったといったことが挙げられる。経

過記録に「入所者の表情の変化が見られた」との記述が多数あったが、これは確かに調査の関係で意識した面であろうが、今まで目の前を通り過ぎてばかりいたのが、入所者の姿をしっかりと見るようになった証左とも言えよう。

### 3.2.2 QOLケアモデルの実践に付随した問題

QOLケアモデルの実践を通じて、施設ケアに潜在する次の5つの問題が顕在化した。これらは入所者の生きがいや職員の働きがいにも関わる問題として、その改善・克服が求められる。

#### 1 | 声かけの「質」の問題

入所者にとって他者との交流は生活の刺激になり安心感にもつながる。声かけもQOLにとって重要な要素である。しかし、声かけの実態は「トイレに行きましょう」「入浴しましょう」など、確かに声はかけているが、案内的・指示的な内容がほとんどである。忙しいから、聞いてもわからないだろうから余計なことは聞かない、業務遂行に必要最低限の言葉に止まる、このような実態が少なからずあるように見受けられる。しかし、ともに時間と空間を共有する人間関係において、これでは非常に寂しい。声かけの質の問題は、つきつめれば職員の意識の問題（現れ）とも考えられる。

#### 2 | ラベリング行為（先入観）の問題

ラベリング行為（先入観）は、単純に見た目で判断してしまったものと、他人のラベリングされた情報を鵜呑みにしてしまったものがある。話かけるのは苦手だけど話しかけてくれたら話せる人（話が好きな人）が、勘違いされたまま寡黙な生活を余儀なくしてしまったらそれは不幸なことである。見た目だけでなく、他人の情報だけでなく、自らの経験（接触）を通してその人を理解したかどうか、先入観を持つ前に一度でもしっかり交流（会話等）する意識・態度を養うことが重要である。

#### 3 | 平等感・公平感の問題

平等・公平と聞こえはよいが、その意識が時として誤った行動・判断を起こしてしまう懸念がある。常に入所者全員に等しく対応する（時間を費やす）、逆に言えば特定の人に必要以上の時間を費やさないというスタンスは一見正しいのかもしれないが、これらはあくまで供給者側の論である。入所者の側からすれば、深い対応を望む時とそうでない時はあり、一人ひとりの入所者のサポートニーズは量・質ともに常に流動的である。流動的なニーズに対して一定のサポートを供給した場合、常に不足を感じている人が発生しているということになる。



#### 4 | ゆっくり入所者とかかわれない問題

時間的な要因もあるが、周りの職員の日を意識した心理的影響によるケースも少なからず見受けられる。「入所者と世間話している暇があれば、おむつ交換の1枚でもやりなさい」といった声なき声を意識してしまう。業務優先主義の一つの弊害と考えられる。

#### 5 | 時間・多忙の問題

マンパワー不足の解消が一つの解であることは確かであろう。しかし、物理的な業務逼迫の問題はあるにせよ、業務の質あるいは組織の質によって、必要以上に負担感・多忙感が募る場合も多い。

上記3～5の問題は組織風土であったり組織が共有する価値観に依拠するところが多い。三介助をはじめとした必要なケアの量がかつてより増えていることも確かなのであろうが、ケアを提供する側に心のゆとりがなく業務優先の価値観が根付いてしまっていることに起因するように考えられる。職員の精神的なゆとりを確保するために必要なことは、施設における「チーム力・サポート体制」であろうし、その前提となる職員間での意識の共有化であろう。アンケート調査の中でも、「働きがいを高めるために何が必要か」の問いに対して、入所者の笑顔・反応という意見の次に多くみられたのは「チームワークや職場の雰囲気」である。入所者のQOLを高めるためには職員のQOLの向上が不可欠であり、両者に働きかける取組みが求められる。

### 3.2.3 介入調査におけるデータ検証・分析結果（参考）

介入調査におけるQOLアセスメント評価結果（介入調査前後：1次・2次調査）については、介護職員の主観的評価の結果であることから、本稿では参考的な扱いとする。ただ、これらの結果はQOLケアモデルを施設で主体的に行う場合の傾向がわかる。調査対象入所者の属性、QOLケア項目の設定状況、1次調査から2次調査への入所者のADL・QOL評価の変化の状況は以下のとおりである。

#### 1 | 調査対象者属性

##### ①性別・年齢

男性 11名（23%） 女性 36名（77%）

70歳代 11名（23%） 80歳代 23名（49%） 90歳代 13名（28%） [70～99歳／平均85.2歳]

##### ②要介護度・日常生活自立度

要介護度 （⇒平均要介護度 3.34）

| 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|------|------|------|------|------|
| 1名   | 3名   | 6名   | 14名  | 16名  | 7名   |

自立度 (名)

| 寝たきり | 自立 | J1 | J2   | A1   | A2    | B1    | B2 | C1 | C2 |
|------|----|----|------|------|-------|-------|----|----|----|
|      | 2  | 3  |      | 8    | 6     | 8     | 17 | 2  | 1  |
| 認知症  | 自立 | I  | II a | II b | III a | III b | IV | M  |    |
|      | 2  | 5  | 8    | 9    | 17    | 3     | 2  | 1  |    |

#### 2 | QOLケア項目設定状況

1人の入所者に対し2項目以上の設定を依頼した結果、調査対象の47名全体では、「声かけ」がほぼ全員に設定され、次いで「目標設定」が多い結果であった。

| PEAP |      | 声かけ  |     | 会話相手 |      | 散歩   |      |
|------|------|------|-----|------|------|------|------|
| あり   | なし   | あり   | なし  | あり   | なし   | あり   | なし   |
| 8.5  | 91.5 | 93.6 | 6.4 | 27.7 | 72.3 | 31.9 | 68.1 |

(%)

| 買物同行 |      | 家族接触 |      | 社会接点 |      | 目標設定 |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| あり   | なし   | あり   | なし   | あり   | なし   | あり   | なし   |
| 4.3  | 95.7 | 14.9 | 85.1 | 4.3  | 95.7 | 46.8 | 53.2 |

(%)

#### 3 | 1次⇒2次調査における変化の検証・分析

##### ①ADL変化（単純集計）

要介護認定1次判定の基準時間で比べた結果、基準時間（≡要介護度）が軽減したのは2名、増加したのは5名で、大層は変化なしの状況であった。

## ② QOL変化（単純集計）

評価者の主観的評価の変化ではあるものの、平均QOL評価は27名（57%）がUP、3名（6%）がDOWNの評価（変化）であった。

## ③ QOLアセスメント項目の変化順位

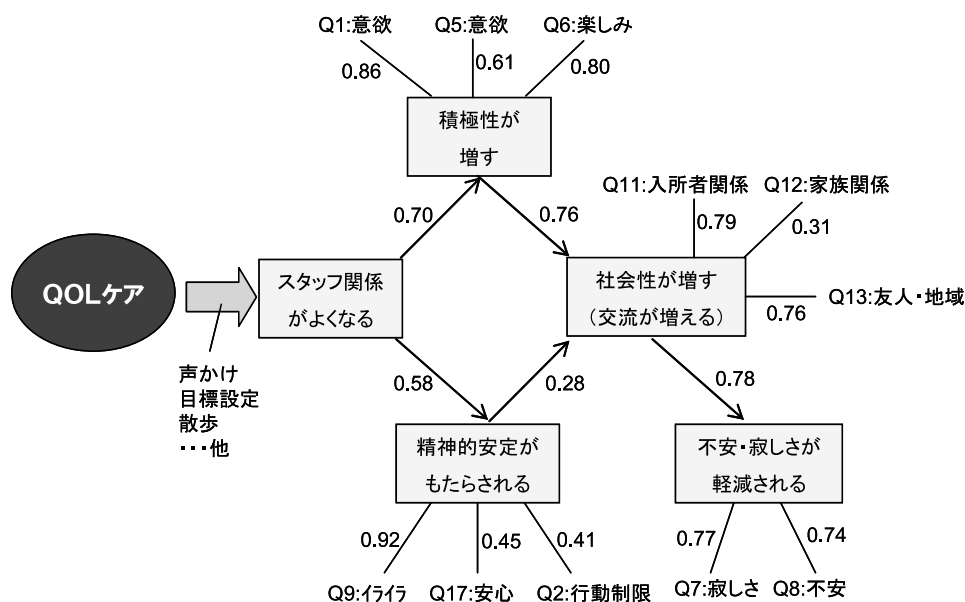
QOLアセスメント項目別にどの項目がUPしたかその割合をみると「スタッフ関係」「楽しさ」がトップとなっている。

| QOL項目         | 上昇割合(%) |
|---------------|---------|
| Q10 スタッフとの関係  | 22.4    |
| Q6 楽しさ・笑い     | 22.4    |
| Q5 自信         | 16.3    |
| Q11 他の入所者との関係 | 16.3    |
| Q1 意欲・元気度     | 12.2    |
| Q7 寂しさ・悲しさ    | 12.2    |
| Q8 不安・心配      | 12.2    |
| Q9 イライラ       | 12.2    |
| Q4 食事(満足度)    | 10.2    |
| Q14 サポート満足度   | 10.2    |
| Q16 余暇活動(機会)  | 10.2    |
| Q2 行動制限       | 8.2     |
| Q12 家族との関係    | 6.1     |
| Q3 睡眠         | 4.1     |
| Q15 医療的ケアの満足度 | 4.1     |
| Q17 安心感・環境    | 4.1     |
| Q13 友人・地域との関係 | 2.0     |

## ④ 介入調査結果のデータから導き出される仮説モデル（共分散構造方程式モデル分析）

あくまで参考であるが、調査結果のデータを構造的に分析すると、次のような仮説が統計分析上成立する。

《仮説》主に「声かけ」を中心としたQOLケアを行うと、「スタッフ関係」が良好となり、入所者の積極性や精神面での安定につながる。その結果、交流の面でも活性化され不安・寂しさの解消につながる。



※図の中の数値は個々の事象間での関係性の強さを表す（1.00が最大）

### 3.2.4 介入調査後のアンケート結果（一部抜粋：参考）

調査協力関係者に対して介入調査後にアンケート調査を行った。その中には「入所者のQOL向上のために必要なこと」等の設問を設けた。QOLケアモデルの検証にあたって非常に参考となる数多くの意見を確認することができた。

#### 1 | 入所者のQOL向上のために必要なこと

入所者のQOL向上のために必要なことを聞いた設問（自由回答）では、介護職員として入所者をしっかり理解すること、そのためにも入所者とゆっくり向き合う時間をつくることに資する回答が大半を占めた。

（具体回答内容・抜粋）

- ・業務に追われる日々ではなく、利用者と向き合える時間、ゆとりが必要。職員一人ひとりが同じ思いで、個々に合った統一したケアを行うこと。家族との交流（利用者、職員共にも必要）。
- ・入所者と会話をすることによって、今抱えている不安や思いが開かれるため、会話する時間は必要である。
- ・利用者と職員との時間を増やすことも大切だが、職員一人ひとりが一人の利用者に同じ思いで対応、接することが、利用者のQOLを高めていくと考える。
- ・その人を知ること（生活歴や今の思い等）。それからでないと本当の心のケアはできない。とってつけたような会話の時間より、さり気なくあたたかさを感じて頂けるような関わりを探っていきたい。
- ・入居者の側によりそい、生活の中でコミュニケーションをはかることが一番必要だと思う。また、本人がやりたいこと、興味を持っていることなどに着目し、さまざまなサービスを提供すること、そして、その中でも本人にとって一番合っていることを探し入居者と一緒に職員も楽しみながら実施することが効果的。
- ・入居者の生活歴や趣味を知り、本人の興味を持っていることを提供できる機会をつくる。本人の意思を確認した上で行事への参加を促す。ドクターストップや他の入居者に悪影響が及ぶ場合は難しいが、なるべく制限を作らず、入居者の思いに応じていく。
- ・入居者の思いや、生きがいになる物等を把握すること。業務に追われるのではなく、もっと入居者との関わる時間をつくること。
- ・コミュニケーションの時間を増やす。気の合う入居者同士の交流を行える場をつくる。

- ・入居者の性格、人生歴等の把握と入所者間の接し方を検証し、日々の生活の中での声かけ・会話を心掛ける。
- ・意思疎通可能な入所者に対しては、コミュニケーションを通し、その人の生きがいと感ずることを見出してやり、充実した生活が送れるよう努めてあげる。寝たきりや意思疎通ができない入所者に対しては、表情や状態などからできるだけ本人の思いをくみ取ってあげる介助が必要。
- ・お年寄りとの交流の時間がほとんどない。会話とかしたいと思うが、その時間がない。1時間でも良いので、ゆっくり過ごせる時間が欲しい。

## 2 | 入所者の生きがいに対する意識・考え方

入所者の生きがいに対する意識・考え方について聞いた設問（複数回答）では、約8割が「入所者の生きがいを必ずしも把握できているとはいえない」と回答した一方で、「今回の調査をきっかけに入所者の生きがいに対する関心・意識が高まった」と5割強の回答があった。

〈設問と回答割合〉（n=65）

- 1 担当する入所者（かつ意思疎通可能者）であれば、だいたい彼ら・彼女らの生きがいは把握している（11.1%）
- 2 意思疎通困難な入所者に対しても、様々な情報をもとに「生きがい」を把握しようと努めている（65.1%）
- 3 日常的なケアのニーズは把握しているが、生きがいといった内面的・潜在的ニーズについては必ずしも把握しているとはいえない（79.4%）
- 4 生きがいは個人差が大きく、なかなか他人が理解できるものとは思わない（25.4%）
- 5 今回の調査をきっかけに入所者の生きがいに対する関心・意識が高まった（54.0%）
- 6 その他（3.2%）

## 3 | 働きがいを高めていくために必要なこと

介護職員として「働きがい」を高めていくためにはどのようなことが必要か（望むことは何か）を聞いた設問（自由回答）では、入所者との関りや表情の変化に関する回答が最も多く、次に職員同士のコミュニケーションの充実など職場環境に関する回答がみられた。その他、処遇やキャリアパスに関する意見もみられた。

(具体回答内容・抜粋)

- ・入所者の笑顔を引き出すこと、入所者から信頼を得ること。
- ・入所者と関わっている中で、喜んでもらえたり、「ありがとう」という言葉をもたらした時はこの仕事をしていて良かった、また頑張ろうという気持ちになる。
- ・利用者の方に、笑顔で話しかけて頂けたり、「ありがとう」と感謝の言葉を言われた時、この仕事をしていてよかったと思います。利用者の方に満足して頂けるケアを提供していくには、一人ひとりの方と向き合い、会話をし、今望んでいることは何かについて理解していくことが大切だと思う。業務に追われてしまいがちだが、利用者と一緒に話す時間をつくっていくことが大事と思う。
- ・もっと利用者一人ひとりと深く関わり、それぞれのニーズを理解していくことで利用者の笑顔を多く引き出すことができれば、「働きがい」をさらに高めていくことができると思う。
- ・介護という職が好きであること、人が好きであること、社会的に認められること。
- ・職員同士が、お互いを認め合い協力できる環境、自分達が何をすべきかを考え実行できること。利用者を第一に考えた介護の実践ができること。
- ・スタッフ同士のコミュニケーションの充実を図ることにより、情報も深まり、同じケアを目指し働けることで、働きがい生まれると思う。
- ・ケアの多様化とともに個別ケアを実践できる時間だけでなく関わりが短くなりつつある。他の業種との関係とともにケアスタッフが1人の利用者にとりだけ約束しケアを提供できているかが働きがいにもつながるのではないかと思う。
- ・自分自身が心身ともに満たされた状態でなければ、なかなか「働きがい」は見つけれない(公・私ともに充実していること)。もちろん利用者の笑顔は働きがいにつながるが、自分の心身がある程度、整った状態でなければ、利用者の笑顔は引き出せない。
- ・研修等を受け介護に対する知識を高め、やりがいを見つけることが大切である。
- ・どのぐらい仕事をすれば評価に値するのか、基準をつくることにより仕事への労働意欲を向上させる一つとなると考える。
- ・利用者とともに日々楽しみ、喜び、笑っていけることを望む。
- ・成功体験をすること。入所者と一緒に楽しむこと。忙しくても入所者の望むことを実行していったとき、働きがいを感じる。
- ・入居者のADLが少しでも上がること(自力でトイレまで行けるようになる。紙オムツ→失禁パンツへ変わるなど)。精神面でのケアになるが、暗い表情の入居者に笑顔が見られた

- とき。行事などの装飾、イベントの準備をして、イベント自体に入居者が楽しんでいるとき。
- ・利用者の方より笑顔がみられると働きがいを感じられるので、もう少し接する時間があればと思う。
  - ・仕事を任されたり、他者から仕事をした分認められること。利用者の何気ない言葉や笑顔でやる気をもったり働きがいを感じられる為、もう少し利用者に関われる時間があればと思う。
  - ・入居者との関わりをもつことで、その人にとって何が一番大切か、どんなことが生きがいなのかをもっと把握し、援助できればと思う。決められた業務で1日が終わるのではなく、入居者との関わりをもっと増やしたい。
  - ・入居者と一緒になって、目標をもって取り組み（車椅子の人が歩行器になるなど）その人らしく生活できるように支援できればいいと思う。同じ空間で時を過ごしているので、喜怒哀楽を色々と分かち合うことで互い刺激になって働きがい（職員）、生きがい（入居者）になりそうである。
  - ・入所者の変化を感じた時、いろいろなこと（散歩やレク）を一緒に行って変化が見られた時などに働きがいを感じる。
  - ・施設全体が一つになり取り組む体制づくり、目標に向かった動きが全体として現れていればおのずと職員の中に何かしてあげたいと思い、それが「働きがい」につながると思う。実務に追われていると心に余裕がなくなり考えられない。

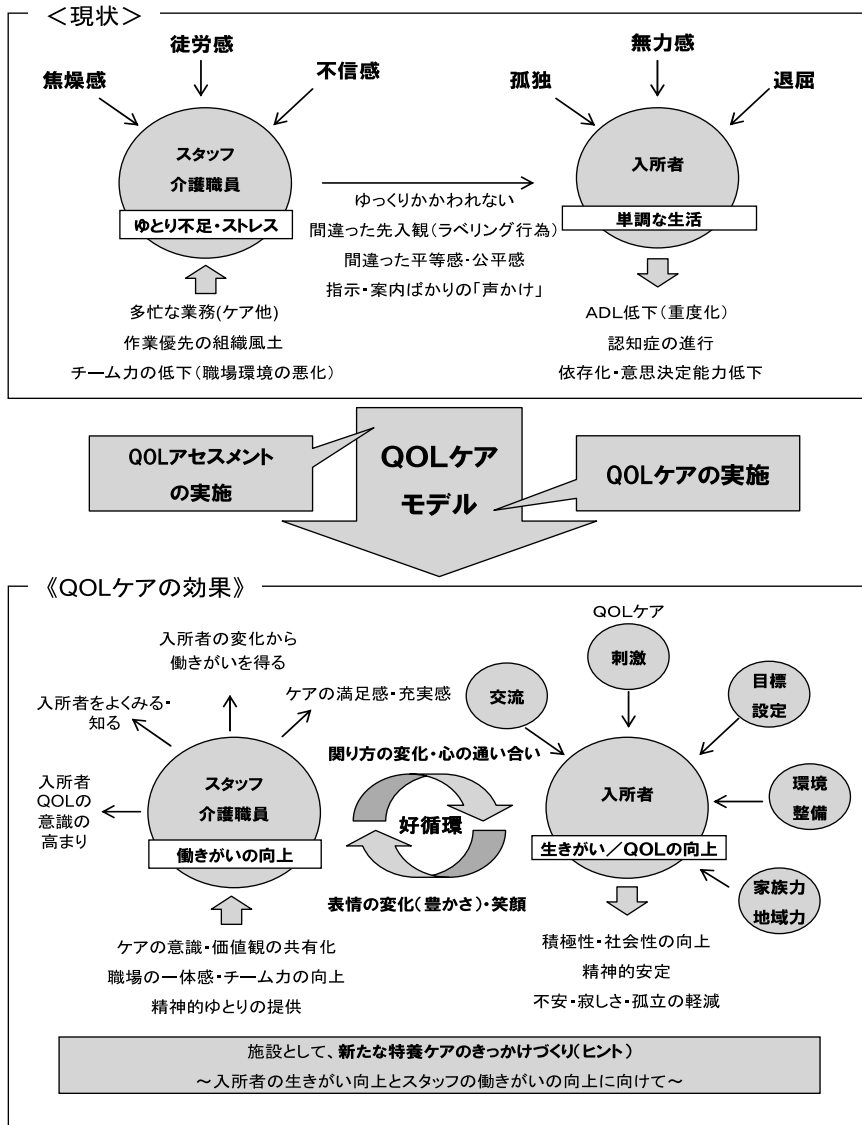
### 3.2.5 QOLケアモデルの介入調査に対する総括

入所者への安心の提供と生きがいのサポート、介護職員に対するケアの魅力づくりを通じた働きがいづくりは、施設経営にとって欠かせない重要なテーマである。しかしながら、必ずしも両者が満たされているとは言い難い現状がある。介護職員は、ケア・業務の多忙さからいつの間にか業務優先の価値観・態度・行動が常態化してしまい、入所者との関りも希薄化・形骸化することによって、ケアそのものに対する魅力が失われがちとなる。そのような現状に対して、徒労感や焦燥感、あるいは不信心というものを募らせてしまう。一方、入所者は施設生活特有の社会性の低下による「孤独感」「無力感」「退屈感」あるいは共同生活の悩み等により、心の健康が失われ易くQOLが低下してしまう傾向も否めない。特養入所者の重度化は確実に今後も進行していくことが予測されるなか、今後も三大介護に追われ、ケアの業務化が一層進行し、殺伐とした特養生活、施設内の人間関係に陥ることが懸念される。このままの状況を放置していくことは、入所者にとっても介護職員にとっても、決し

て好ましくはない。ケアの魅力づくりを通じて、介護職員の働きがいを支援し、そして入所者の安心と生きがいをサポートする、このようなケアづくりに向け、さらなる検討と実行が必要である。

この点、QOLケアモデルは定性的な検証によるものの、入所者の表情の変化（豊かさ・笑顔）に繋がること、またその入所者の変化によって介護職員も元気づけられ、ケアに対する満足感・充実感、引いては働きがいにも寄与する可能性がある。また実際の運用面で特段の支障もなく、介護職員の負荷も記録的作業を除けばない、むしろ精神的にはプラスの効果が期待される。以上のことから、QOLを意識したケアの実践、QOLケアモデルは新たな施設ケアのあり方のヒントとして推奨される。

図表-17 QOLケアモデルの効果性の概要（イメージ）



資料：ニッセイ基礎研究所作成



## 4—— 考察～これからのケアのあり方を考える～

本調査研究は、介護の担い手確保とさらなるケアの質の向上が求められる時代において、要介護高齢者のQOLと介護職員の働きがいの両者に働きかけるQOLケアモデルを策定し、その有効性と実効性を定性的に検証したものである。

その検証結果については、前述のとおり、介護職員にとっては「入所者の変化の気づきが働きがいにつながる可能性が高い」、入所者については「社会性の確保（＝QOL向上）が身体的健康面にも影響する可能性がある」、施設にとっては「職員教育素材としての活用が期待される」ことから、総じて実効性と有効性は傾向として確認できたと考える。

ケアの質的向上に向けてはとかく知識面の強化や理念の提供により個々職員の資質と力量に委ねられがちであるなかで、このように質的向上の前提として働きがいという側面を視野に入れながら具体的な方法論を提示し、またその有効性・実効性を確認できたことは意義深いものであったと考える。

本調査研究は一つの方法論の提示と検証にすぎないが、本調査研究を通じて明らかとなった、入所者の社会性の低下による「依存化」「孤立化」「学習無力感」「意思決定能力の低下」の実態、また時間的制約や組織の風土・価値観等により入所者とじっくり向き合えないまま身体的疲労・精神的ストレスを抱え続ける介護職員の実態は、このまま放置しておくべきでない喫緊の問題として改めて認識される。

このような実態を招いた一つの原因としては、これまでの福祉行政の功績である制度面・ハード面の強化が、ケアを極めてシステムティックに変容させてしまったという弊害が考えられる。介護職員の行動は、ケアマネジメントおよび組織行動計画に沿う。時間的な自由度は一定確保されているであろうが、精神的な拘束力が強い。またケアマネジメントの意識が強まるほど、入所者に対して如何に効果的かつ効率的にケアができるかという視点が強まる。そのこと自体は否定すべきではないが、入所者が何を望んでいるのか、声なき声に対する傾聴の意識が弱まる懸念がある。ケアのシステム化がケアの業務化を招き、入所者のQOLおよび介護職員の働きがいにマイナスな影響を与えているのではないかと考える。

この点、先行研究によれば、入所者の個別的ニーズに即したケアを実践している施設は、その介護組織の理念や方法が介護職員に受け入れられ、介護職員と上司や同僚との間に生じる葛藤が少ない。また、入所者のニーズにあったケアが行われるために入所者との葛藤が当然少なく、さらに自立を援助するケアが行われるために、その結果として職員の介護上の負担も軽減する方向にあるとの報告がある<sup>6</sup>。一般に、入所者のニーズにあったケアや自立を援助するケアは、より多くのマンパワーを必要とし、職員の介護負担も大きいと考えられる。しかし、このようなケアの供給は、入所者の生活満足度を高め、職員への攻撃的行動などの行動を減らす効果があり、また入所者の自立能力を高め、長期

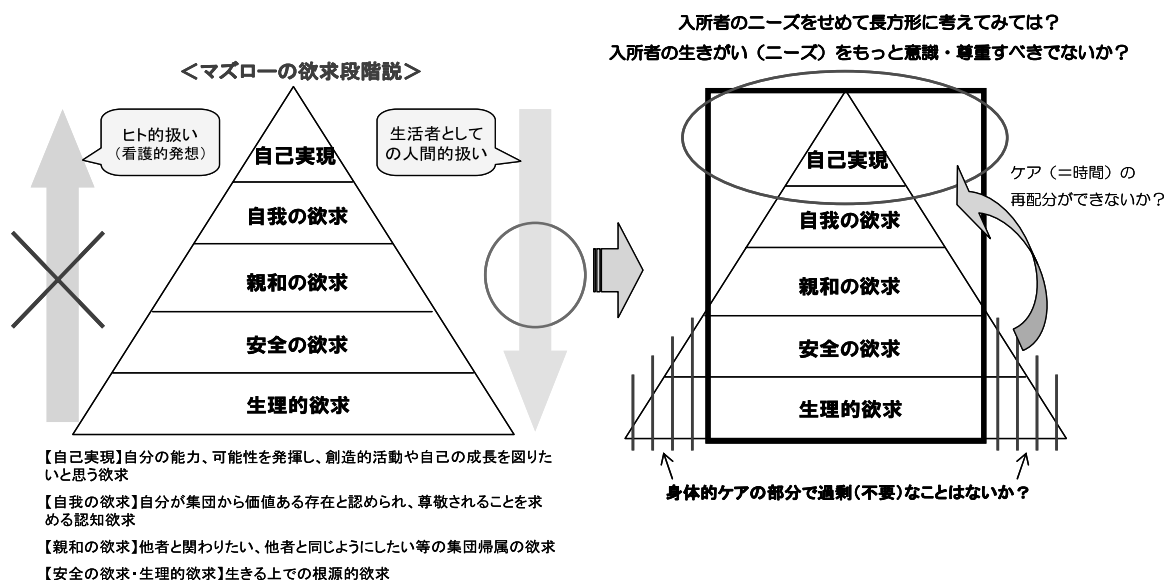
6 長嶋紀一他「施設介護の実践とその評価」、株式会社ワールドプランニング（1998）

的な集積によって結局介護者に負担の少ないケアを実現していくことにつながると結論づけられている。また、認知症ユニットにコンタクトパーソン（入所者とのコミュニケーションを主な役割とする職員）を常時配置することで、入所者の自発的行動が増え全般的に活性化がはかられたといった報告もある<sup>7</sup>。

QOLケアモデルの介入結果も然りこれらの報告を合わせ考えると、入所者と深く向き合うことが結果的にケアの効率性を高める可能性が高く、供給者の効率性を優先して一方的に提供されるケアは結果的に非効率になっている可能性がある。これからのケアの形を今一度考えていく際には、自ら提供するケアがすべて良いと過信せずに、“要介護高齢者としっかり向き合う”ということを改めて検証すべきではないかと考える。

そこで一つ提案するとすれば、“要介護高齢者から元気・活力を得るケア”ということを経験の目標に添えてはどうかと考える。要介護高齢者に対して何を効率的にできるかではなく、入所者が何を求めているか、心のニーズに応えることを最優先の価値として、入所者の笑顔なり落ち着く様子なり、QOL的な変化を得ることを具体目的とするケアである。その変化こそが本調査研究でも確認できたようにケアの一つの達成感・充実感であり、介護職員にとっての働きがいに繋がるものである。介護職員の働きがいが高まることは、すなわち入所者のQOLにプラスの影響をもたらすと考えられるだけに、“要介護高齢者から元気・活力を得るケア”という発想・視点は、当たり前のようなことではあるが、前述の実態と課題を踏まえれば、意味を持つ有効なものと考えられる。

マズローの欲求段階説からそのケアを説明すれば、生理的欲求・安全の欲求の下位レベルから上位レベルを目指すのではなく、上位レベルから要介護高齢者が何を欲しているかを汲み取って対応するケアである。結果として、下位レベルの対応に追われていた時間の短縮がはかれる可能性があるのではないかと考える。



7 上田宣子他：“認知症ユニットにおけるコンタクトパーソンの有効性：ケアの質的向上と人員削減の両立の可能性を目指して”、日本認知症ケア学会、第6巻、第1号、pp.29-37（2007）

今日的には要介護認定調査項目の見直しの検討方向をみても、ケアの科学性の確保・強化をはかるために、定性的要素が除かれていく方向にある。要介護認定の客観性強化のためには止むを得ないと考える一方で、その人の健康の状態を身体面だけではかるべきではないことも事実である。要介護認定項目には組み込めなくとも、新たなケアのガイドライン策定等、何らかの場面においてQOL的な見方にもとづく定性的要素の重要性に焦点があたることを望む。

さいごになるが、安心して豊かな超高齢社会を築いていくためには、ケアの質的向上は欠かせない。要介護高齢者の声（声なき声）はなかなか社会全体まで届くことは少ない。それだけに次代の高齢者（要介護高齢者）である我々が、それぞれの立場で制度のあり方・ケアの細かな方法論までさらなる見直しと改善を続けていく必要がある。そのために本稿およびQOLケアモデル・要介護高齢者から元気・活力を得るケアの視点がその一助になれば幸いである。

～高齢期を輝かしい“幸齢期”にしていくために～

## 参考文献

- [1] 広井良典：「ケアを問いなおす」、ちくま新書（1997）
- [2] 三谷嘉明他 [訳]：「虚弱な高齢者のQOL」、医歯薬出版（1998）
- [3] 小田利勝：「サクセスフル・エイジングの研究」、学文社（2004）
- [4] 萬代隆：「QOL評価法マニュアル ～評価の現状と展望」、インターメディカ（2004）
- [5] 福原俊一、数間恵子 [監訳]：「QOL評価学 ～測定、解析、解釈のすべて」、中山書店（2005）
- [6] 世界保健機関（WHO）・精神保健と薬物乱用予防部：「WHO/QOL26手引」、金子書房（2005）
- [7] 社会政策研究編集委員会：「生活の質研究（QOL）と社会政策」、東信堂（2002）
- [8] 長嶋紀一他：「施設介護の実践とその評価」、株式会社ワールドプランニング（2002）
- [9] 水野裕：「実践パーソン・センタード・ケア」、株式会社ワールドプランニング（2008）
- [10] 認知症介護研究・研修東京センター他：「センター方式の使い方・活かし方」、認知症介護研究・研修東京センター（2005）
- [11] 小池妙子他：「人間福祉とケアの世界」、三和書籍（2005）
- [12] 冷水豊：“高齢者保健福祉サービス評価研究の動向と課題”、老年社会科学、第27巻第1号、pp.55-64（2005）
- [13] 山下昭美他：“施設高齢者の生きがい感とQOLとの関連について”、厚生指標、第48巻第4号、pp.12-19（2001）
- [14] 田崎美弥子他：“高齢者のQuality of Life（QOL）調査票開発プロジェクトにおける予備調査結果”、老年精神医学雑誌、第16巻第2号、pp.221-226（2005）
- [15] 東京都老人総合研究所：「高齢者のQOL（生活の質）—指標の開発と活用—」（1995）
- [16] 前田大作：“高齢者の生活の質—社会・行動科学的側面についての縦断的研究—”、社会老年学、』28、pp.3-18（1988）
- [17] 日野原重明：“加齢とQOL”、日本老年医学会誌、第39巻、pp.590-597（2002）
- [18] 柴田博：“サクセスフル・エイジングの条件”、日本老年医学会誌、第39巻、第2号、pp.152-154（2002）
- [19] 武藤正樹、今中雄一：“QOLの概念とその評価方法について”、老年精神医学会誌、第4巻、第9号、pp.969-975（1993）
- [20] 村田久・阿部崇：“ケアマネジメントにおける業務プロセスの測定と評価”、ニッセイ基礎研究所・所報vol.40、pp.31-54（2006）
- [21] 前田展弘：“QOL（人生の質）とパーソナリティに関する一考察～中高齢者に対する遡及（回想）調査を通じた構造分析をもとに～”、ニッセイ基礎研究所・所報vol.45、pp.47-83（2007）