島根大学医学部紀要，第31巻，1〜9頁，2008年12月

原著論文

ユニット型介護老人保健施設のケアスタッフが重要と考える認知症ケアの実践内容

(認知症ケア／高齢者／ユニット型介護老人保健施設)

原　祥子*・小野光美*・吉岡佐知子**・太湯好子***

Essential Care Provided by Nurses and Careworkers to Residents with Dementia in Unit-Type Geriatric Health Service Facility

(dementia care / elderly / unit-type geriatric health service facility)

Sachiko HARA*, Mitsumi ONO*, Sachiko YOSHIOKA** and Yoshiko FUTOYU***

The purpose of this study was to clarify care services that the care staff of unit-type geriatric health service facilities consider to be important for residents with dementia. Two focus group interviews were conducted, one with a group of nurses and the other with a group of careworkers. Statements relating to care services were categorized and then analyzed.

From the analysis of data from the interview with nurses, 27 items of care services and 11 items of major purposes/intentions were extracted, from which five [focuses of care] were identified: [health management], [helping residents maintain their individual lifestyles], [support for independent living], [nursing care for residents at the end stage of life], and [well-coordinated care services]. From the analysis of data from the interview with careworkers, 28 items of care services and 10 items of major purposes/intentions were extracted, from which five [focuses of care] were identified: [creating a better environment], [helping residents maintain their normal lives], [helping maintain and improve the lifestyle of individual residents, each with unique needs], [providing support in a way that respects each resident's unique personality], and [encouraging social interaction with others]. These results suggest that spending time together in a small-scale unit-type facility with a comfortable homelike environment can be an effective style of care that the care staff can provide for demented elderly residents.

本研究は，ユニット型介護老人保健施設のケアスタッフが重要と考える認知症ケアの実践内容を抽出することを目的とした。看護職４名，介護職４名の各グループについてフォーカスグループインタビューを実施し，提供されているケア行為に関する発言内容のカテゴリー化によって分析を行った。

看護職が重要と考える認知症ケアとして，27のケア内容と11のケアの主な目的・意図が抽出され，【健康管理】【その人らしい生活の維持】【自立生活の支援】【看取り】【統一したケア提供】の５つのケアの焦点に集約された。介護職では，28のケア内容，10のケアの主な目的・意図，【環境づくり】【普通の生活の維持】【一人ひとりに応じた生活の維持・向上の支援】【その人らしさを生かす支援】【交流支援】の５つのケアの焦点が見出された。家庭的環境の整った小規模のユニットで，入居者とともに過ごすことが有効なケアになり得ることを示唆するものであった。

緒　言

1980年代から各地で実践された宅老所やグループホームなどの小規模施設での高齢者ケアの有効性を受け，1990年代後半から従来の大規模な施設でユニットケア（小規模生活単位の導入）の取り組みが始まった。そして，2003年に高齢者介護研究会が提出した報告書「2015年の高齢者介護〜高齢者の尊厳を支えるケアの

*島根大学医学部地域看護学講座
Department of Community Health Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University
**松江市立病院看護部
Nursing Department, Matsue-city Hospital
***岡山県立大学保健福祉学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

確立に向けて～」のなかで，施設介護においては個別的ケアを実現するために個室化・ユニットケアを普及することが提唱された。同時に，認知症高齢者が今後ますます多数を占めていくことを考えれば，高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させるためには，認知症高齢者のニーズに効果的に応えることができる個別のケアサービス内容の明確化や普及のための取り組みを推進することが重要であると主張された。

大規模施設における集団ケアでは，種々の生活上の制約が加わったり，心身のストレスが高まったりすることによって，認知症高齢者が施設での生活に困難をきたしている[1]ことも多い。認知症高齢者対策として，1997年にグループホームが制度化され，2002年には全室個室・ユニットケアの小規模生活単位型特別養護老人ホームが誕生，2005年には介護老人保健施設と介護療養型医療施設のユニット型が制度化された。北欧では，個室・ユニット化といった環境の整備がすすんでおり，６～12名程度の小規模な家庭的な環境で，特別な研修を受けたスタッフにより，きめの細かいケアが行われている。その結果，認知症高齢者の継続性や自己決定を大切にした生活が実現している[2]と言われている。わが国では，医療経済研究機構による２つの報告書[3][4]において，全室個室・ユニットケアの有効性が検証されている。この２つの調査結果には，個室化・ユニット化による入居者の日常生活行動や生活面全般における質の向上，スタッフにおいては食事・入浴・排泄などのいわゆる３大介護が減少する一方で，入居者とのコミュニケーションや交流頻度が増加することが示されている。

ユニット型施設で認知症高齢者が安心して快適な生活を送っていくためには，施設の数や個室・ユニット化といったハード面での充実とともに，施設におけるケアの質が極めて重要な要素となる。しかしながら，各ユニット型施設の認知症ケアの実践や取り組みは様々であり[5]，各施設やそれぞれのスタッフの経験に基づいた試行錯誤が重ねられているのが現状である。ユニット型施設における認知症ケアの質の確保や向上が重要な課題となってきている。施設における認知症ケアでは何を実践すべきなのかについて，具体的な実践内容を明確に示したものはない。個別的ケアを実現するために導入されたユニット型施設では，どのような認知症ケアが提供されているかを具体的な行為のレベルで整理することが必要と考えられる。

そこで本研究では，ユニット型介護老人保健施設の看護職および介護職が重要と考える認知症ケアの実践内容を抽出し，具体的な行為のレベルで記述することを目的とする。各職種が実践すべき認知症ケアの具体的な内容を提示することによって，個々のスタッフが日々の実践を振り返りつつ評価することが可能となり，認知症ケアの質の保証に貢献できるものと考える。また，ユニット型・従来型にかかわらず，介護老人保健施設を利用する認知症高齢者のニーズに効果的に応えることができるケアの標準化のための基礎資料になると思われる。介護老人保健施設は，平成18年度の介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）によると，利用者の93.5%に「認知症あり」と報告されている。医療と福祉の中間施設として家庭への復帰を目指したケアはもとより，質の高い認知症ケアが不可欠となっている。このような施設の現況をふまえ，本研究では介護老人保健施設に着目した。

用語の定義

ユニットケア：「居宅に近い居住環境の下で，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，すなわち，生活単位と介護単位を一致させたケア」(2003年厚生労働省令第28号）であり，個別ケアを実現するための手法である。具体的には，施設の居室を10部屋程度の個室で一つの生活単位（ユニット）として分け，食堂や談話スペースなどの共用部分を設け，利用者の自己決定を尊重しつつ，人間関係や社会関係といった生活環境を維持していくケアである。

ユニット型施設：ユニットケア体制の対応をしている事業所をユニット型施設とする。事業所としては，介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，介護療養型医療施設が含まれる。

研究方法

１．研究協力者

研究協力者は，X県内のユニット型介護老人保健施設（A施設・B施設）で働く常勤の看護職４名（各施設２名）および介護職４名（各施設２名）である。施設長または看護管理者に協力者の選定を依頼し，ユニットでリーダーシップをとりながら認知症高齢者ケアの実務に携わっている方を推薦してもらった。

ユニットケア導入施設で働くケアスタッフの適応に関する報告では，９ヶ月をかけて緩やかに環境適応していくことを示したもの[6]と，１年半後にはバーンアウト感が高まっていたという逆の経過を示したもの[7]とがある。また，身体的・精神的ストレスは１ヶ月後に増加するが，６ヵ月後には減少していたという

結果を示したもの[8]もあり，スタッフの適応について統一した見解は得られていない。これらの報告を勘案し，本研究ではユニットケア導入後２年以上経過している施設に協力を依頼した。

２．データ収集方法および期間

看護職４名を１グループ，介護職４名を１グループとし，各グループについて約３時間のフォーカスグループインタビューを実施した。実際のインタビューの様子や内容は，すべての協力者の承諾を得て録画・録音し，逐語録を作成した。

研究協力者の背景については，事前に調査用紙を配布し，記入したものをインタビュー当日に回収した。

データ収集期間は，2007年10月から11月であった。

３．データ収集内容

フォーカスグループインタビューにおける討論の主テーマとして，認知症高齢者に対する日常の仕事のなかで ⑴食事・排泄・入浴のケアをどのように行っているか，⑵意図して取り組んでいることや工夫していることは何か，⑶最期の看取りにどのように取り組んでいるか，⑷何を大切にして実践しているかを設定した。

研究協力者の背景として，年齢，主な資格，看護職または介護職の経験年数，ユニットケア経験年数を調査した。

４．分析方法

インタビュー内容を起こした逐語録を精読し，提供されているケア行為に関する発言を理解可能な最小単位で抜き出し，コード化した。コードの類似性と差異性を比較検討し，共通する意味をもつもの同士を分類して，抽象度のレベルを比較しながらサブカテゴリー化・カテゴリー化を行った。サブカテゴリーの再編を繰り返し，カテゴリー化の際には，ケアの主な目的や意図は何かという視点に基づいてカテゴリーの統合を進めた。そして，サブカテゴリーをケア内容，カテゴリーをケアの主な目的・意図として整理したうえで，ケアの焦点は何かという視点でさらに統合を進めた。

認知症ケアでは，実践の個別性がより求められる。したがって，一律にひとつのケア方法や行為を示すよりも，望ましいケアとしていくつかのバリエーションを提示する方が実践に活用できると考え，抽出されたそれぞれのケア内容には，コードおよび生データを生かした具体的な説明を記した。以下の文中表記では，ケアの焦点を【　】，ケアの主な目的・意図を《　》，ケア内容を〈　〉で示す。

分析過程においては，協力者の意図から離れた分類になっていないかを複数の研究者で確認した。また，サブカテゴリー化・カテゴリー化の再編については，分類の妥当性を研究者間で検討し，看護職と介護職のそれぞれの結果において抽象度のバラつきがないよう確認を繰り返した。

５．倫理的配慮

本研究は，島根大学看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。施設長に研究の趣旨・方法・倫理的配慮等を文書と口頭で説明し，書面によって研究協力の同意を得た。施設長または看護管理者の推薦で紹介された研究協力者に対しては，研究の趣旨・方法，研究協力の自由とそれ如何による不利益は一切ないこと，個人情報の遵守，研究中に得られたデータは厳重に保管し研究終了後に破棄すること等について文書と口頭で説明し，書面による同意を得た。

結　　果

１．研究協力者の概要

看護職４名はすべて女性で，年齢は20歳代が１名，40歳代が３名であった（表１）。２名が看護師，２名が准看護師の資格をもち，看護職の経験年数は最短６年，最長28.5年，ユニットケア経験年数は３～4.5年であった。

介護職は女性３名，男性１名で，年齢は20歳代が１名，30歳代が２名，40歳代が１名であった（表２）。主な資格としては介護福祉士が３名，ヘルパー２級が１名，介護職の経験年数は4.5年が３名，9.5年が１名であり，ユニットケア経験年数は４～4.5年であった。

表１　研究協力者（看護職）の概要

	勤務施設	年齢	性別	主な資格	看護職経験年数（年）	ユニットケア経験年数（年）
a	A施設	20代	女性	看護師	8.0	4.0
b	A施設	40代	女性	准看護師	28.5	4.5
c	B施設	40代	女性	看護師	24.0	3.0
d	B施設	40代	女性	准看護師	6.0	4.5

表２　研究協力者（介護職）の概要

	勤務施設	年齢	性別	主な資格	介護職経験年数(年)	ユニットケア経験年数(年)
e	A施設	40代	女性	ヘルパー２級	4.5	4.5
f	A施設	20代	女性	介護福祉士	4.5	4.5
g	B施設	30代	女性	介護福祉士	9.5	4.5
h	B施設	30代	男性	介護福祉士	4.5	4.0

２．看護職が重要と考える認知症ケアの実践内容（表３）

ユニット型介護老人保健施設で働く看護職が重要と考える認知症ケアとして，27のケア内容からなる11のケアの主な目的・意図と５つのケアの焦点が見出された。

看護職は,〈個々の入居者の普段の生活を継続的にみる〉ことと同時に〈介護職と密に連絡・連携する〉ことによって,《健康上の異常を早期に発見する》ことにつなげていた。また,〈医療的な処置を行う〉,〈内服薬が入居者の生活に及ぼす影響を見極める〉,〈健康保持のために必要な生活制限と楽しみの調整方法を考えて実践する〉,〈入居者の医療面に関する家族の相談に応じる〉ことによる《認知症以外の疾患等による症状も含めた医療的な処置・管理を行う》ことを重要なケアと認識していた。さらに,〈入居者の排泄パターンをつかむ〉,〈便秘にならないよう排便コントロールをする〉ことによる《排泄をコントロールして不穏状態にさせない》ケア,〈入所時に転倒リスクのアセスメントを行う〉,〈食事摂取時の状況を観察する〉,〈適切な食事形態等について介護職からの相談に応じる〉ことによる《危険を予測し安全を確保する》ケアが大切であると考えていた。これらは，認知症高齢者の【健康管理】に焦点を当てたケアであった。

また,〈入居者の言動や反応からその人の希望や思いを汲み取る〉ことや〈入居者の行動を尊重しその人らしさとして見守る〉ことによる《その人らしさを維持する》ケア,〈家庭的な雰囲気で落ち着いて過ごせる環境を作る〉,〈入居者のこれまでの生活環境を施設の中に取り入れる〉,〈入居者が「自分の居場所」として認識できるプライベートな空間を確保する〉,〈落ち着かない入居者に付き添い一緒に行動する〉ことによる《毎日穏やかに落ち着いて過ごせるよう支援する》ことを重要と考えていた。これらのケアの焦点は【その人らしい生活の維持】であった。

看護職は,《健康維持のための生活習慣をつける》ために,〈メリハリのある個々の生活リズムをつくる〉,〈食欲がわくような適度な活動を支援する〉,〈退所後も継続可能な生活習慣をつける〉ことを大事にしていた。そして,《日常生活行動（ADL）の維持・自立を支援し生活意欲を引き出す》ために,〈自宅の状況を把握する〉ことをしたうえで〈ADL自立支援の具体的方法についてスタッフと知恵を出し合う〉,〈意欲と安心感をもって歩けるように段階的に歩行を促す〉,〈退所後も継続可能なリハビリテーションを普段の生活の中に組み込んで実施する〉ことを重要と考えており,《退所後の社会資源の活用を支援する》ために〈退所後に利用するサービスを調整する〉役割をとっていた。これらは，認知症高齢者の【自立生活の支援】に焦点を当てたケアであった。

【看取り】に焦点を当てると,《看取りの時期の身体介護を引き受ける》ために〈最期の看取りの時期に清潔ケアなどの身体介護を行う〉ことが看護職の重要なケアであると認識していた。さらに,〈日々のケアについてスタッフ同士で話し合いながらズレがないかを確認する〉ことを通して《入居者主体のケアを統一して提供できているかを振り返る》ことを重要と考えており，認知症高齢者に対する【統一したケア提供】に焦点が当てられていた。

３．介護職が重要と考える認知症ケアの実践内容（表４）

介護職が重要と考える認知症ケアでは，28のケア内容からなる10のケアの主な目的・意図と５つのケアの焦点が見出された。

介護職は，認知症高齢者の【環境づくり】に焦点を当て,《今までの暮らしに添った家庭的な環境づくりをする》ために，入居者の〈家庭の風景を取り入れる〉ことや〈その人らしい部屋づくりを支援する〉ことを大切なケアと考えていた。また,《安全な暮らしを継続させるための環境調整をする》ためには,〈自宅の状況を把握する〉ことを通して〈自宅の物理的環境に近づける〉ことや〈施設内の物理的環境を見直して家具等の配置を工夫する〉ことが大切であると認識していた。さらに,《入居者が持ち続けている能力やその世代の雰囲気を生かした環境をつくる》ために,〈過去の職業で培われた能力や特技を発揮する機会をつくる〉ことや〈昔の暮らしを醸し出す懐かしい雰囲気をつくりだす〉ことが重要なケアとして挙げられた。

【普通の生活の維持】に焦点を当てたケアには,〈一

表３　ユニット型介護老人保健施設の看護職が重要と考える認知症ケアの実践内容

ケアの焦点	ケアの主な目的・意図	ケア内容	説明
健康管理	健康上の異常を早期に発見する	個々の入居者の普段の生活を継続的にみる	ユニットの中で介護職と同じように食事介助などの直接生活介助を行い，入居者と生活を共にしながら普段の生活を継続的に看護の視点でみることによって，体調の変化を自ら訴えることが難しい認知症の人のいつもと違う状態やちょっとした変化に早く気づく。
		介護職と密に連絡・連携する	介護記録を介して入居者の健康状態の変化や介護方法の変化を把握する。介護職と共にケアしながら，入居者の健康状態に関わる介護職の気づきや発見の報告を受けとめてタイムリーに医療につなぐ。
	認知症以外の疾患等による症状も含めた医療的な処置・管理を行う	医療的な処置を行う	受診の継続，服薬管理，認知症以外の疾患を合わせ持つ人に対する症状コントロール，褥瘡の処置などの医療的な処置を行う。
		内服薬が入居者の生活に及ぼす影響を見極める	薬物の作用・副作用の有無をアセスメントし，その人の生活にどう影響しているのかを見極める。必要に応じて主治医に連絡・相談し，内服薬の調整をする。
		健康保持のために必要な生活制限と楽しみの調整方法を考えて実践する	認知症以外の慢性病管理のために必要な生活制限（カロリー制限，運動制限など）と入居者が生活の楽しみとしていること（間食，買い物など）とのバランスを調整するための具体的方法（例えば，摂取カロリー超過の場合には運動を促すなど）について提案し実行する。
		入居者の医療面に関する家族の相談に応じる	入居者の医療面の心配事に関する家族の相談に応じる。
	排泄をコントロールして不穏状態にさせない	入居者の排泄パターンをつかむ	排泄チェック表などを活用したり，介護職からの情報を得たりして，入居者の排泄パターンをつかみ，ケアプランに生かす。
		便秘にならないよう排便コントロールをする	下剤の調整等によって排便コントロールをし便秘を予防する。下剤によるコントロール以外の方法（水分補給，食事内容の検討，適度な運動など）について介護職と話し合う。
	危険を予測し安全を確保する	入所時に転倒リスクのアセスメントを行う	入所時に転倒リスクのスコアシートを使用するなどして，転倒リスクをアセスメントする。
		食事摂取時の状況を観察する	食事形態がその人に合っているか，むせの有無など，食事の際に誤嚥や窒息の危険性を視野に入れて観察する。
		適切な食事形態等について介護職からの相談に応じる	入居者の適切な食事形態等について介護職からの相談に応じ，助言する。
その人らしい生活の維持	その人らしさを維持する	入居者の言動や反応からその人の希望や思いを汲み取る	入居者の言動や反応をスタッフで共有し，その人の希望や思い，何をしたいのかを汲み取る。
		入居者の行動を尊重しその人らしさとして見守る	周辺症状など一見意味不明な行動を問題行動と決めつけず，生活歴と関わりがないか観察・想像し，その人らしさとして認識する。危険が及ばない範囲で，本人が納得するまでその人らしい行動を見守る。
	毎日穏やかに落ち着いて過ごせるよう支援する	家庭的な雰囲気で落ち着いて過ごせる環境を作る	こたつやソファを置くなど，入居者が家族のように集まって団欒できる家庭的な雰囲気のある場所を設定し，施設に慣れて混乱を起こさずに落ち着いて過ごせる環境を作る。その場にお連れして，入居者同士をつなぐ役割をする。
		入居者のこれまでの生活環境を施設の中に取り入れる	その人が家で使っていたなじみのあるものを居室に置くなど，その人らしい部屋作りをする。
		入居者が「自分の居場所」として認識できるプライベートな空間を確保する	常に誰かに見られているという感覚のない個室を確保し，自室に目印をつけるなど，「自分の居場所」として認識しやすいような配慮をする。
		落ち着かない入居者に付き添い一緒に行動する	行動を否定したり抑止したりせずに，一緒に行動するなどの対応をする。
自立生活の支援	健康維持のための生活習慣をつける	メリハリのある個々の生活リズムをつくる	その人の家での生活パターンや日課を取り入れたり，個々の生活リズムを介護職と一緒に模索したりしながら，日々の生活にリズムをつけることによって，ユニットでも退所後の家でも穏やかに落ち着いて過ごせるようにする。
		食欲がわくような適度な活動を支援する	体を動かす（例えば，散歩・外出ができるようにするなど）ことで食欲をわかせ，必要十分な食事摂取量を維持する。良好な栄養状態を保ち，体力低下を防ぐ。
		退所後も継続可能な生活習慣をつける	その人の健康維持のために有効で，退所後も家で継続できるような生活習慣をつける。例えば，便通のために毎朝コップ１杯の水を飲む，散歩を続けるなど。
	日常生活行動（ADL）の維持・自立を支援し生活意欲を引き出す	自宅の状況を把握する	どのような環境で生活をしているのかを把握し，自宅環境に近いユニットや居室の環境設定をする。退所後の生活や家に合ったリハになっているかを確認する。そのために自宅訪問する，あるいは訪問したスタッフとの情報交換を行う。
		ADL自立支援の具体的方法についてスタッフと知恵を出し合う	その人の持てる力を引き出し，自分でできることは自分で行えるような工夫や具体的方法について，リハスタッフや介護職と一緒に考え知恵を出していく。
		意欲と安心感をもって歩けるように段階的に歩行を促す	はじめは歩行補助具（歩行器等）を活用する，徐々に歩行距離を伸ばすなど，安心して歩けるような配慮をし，段階的な促しをする。それによって自分の足で歩く意欲を引き出す。
		退所後も継続可能なリハビリテーションを普段の生活の中に組み込んで実施する	ユニットでの普段の生活の中に家でも続けられるリハを取り入れ，退所後もリハを続けてADLを維持し，「何かしようかな」という気持ちを持てるようにする。例えば，食堂への移動・排泄時に移乗・立ち上がり・歩行の回数や時間を増やす，散歩をするなど。
	退所後の社会資源の活用を支援する	退所後に利用するサービスを調整する	退所後にその人の望む生活ができるように必要な社会資源を調整する。
看取り	看取りの時期の身体介護を引き受ける	最期の看取りの時期に清潔ケアなどの身体介護を行う	看取りの時期の清潔ケアや体位変換などは，看護職が主になって行う。身体状況を見極めながらできるだけ入浴できるように介助する。あるいは少しでも経口摂取できるように援助する。
統一したケア提供	入居者主体のケアを統一して提供できているかを振り返る	日々のケアについてスタッフ同士で話し合いながらズレがないかを確認する	入居者の反応に関する情報をスタッフで共有し，その人の思いを汲み取った入居者主体のケアになっているか，統一したケアが提供できているかをユニット内で確認する。

表４　ユニット型介護老人保健施設の介護職が重要と考える認知症ケアの実践内容

ケアの焦点	ケアの主な目的・意図	ケア内容	説明
環境づくり	今までの暮らしに添った家庭的な環境づくりをする	家庭の風景を取り入れる	家庭での生活状況をできるだけ再現する。例えば，普通の家庭で使うような調理器具を使用したり，台所での調理や食卓での盛り付けを入居者が行ったりして，家庭での食事風景に近づけるなど。
		その人らしい部屋づくりを支援する	家で使い慣れた家具を持ち込むなどして，その人らしい自分の部屋をつくる。
	安全な暮らしを継続させるための環境調整をする	自宅の状況を把握する	家の状況を把握して，居室やユニット内の環境をできるだけ入居者の自宅の状況に合わせ，その人がやり慣れた動作をとることができたり，安全な動作を身につけることができたりするように整える。そのためにリハスタッフとともに自宅を訪問する，あるいは訪問したスタッフとの情報交換を行う。
		自宅の物理的環境に近づける	居室やユニット内の環境をできるだけ入居者の自宅の状況に合わせ，その人が家でやっていたのと同じ動作がとれるような環境を整えることによって，その人が慣れた環境の中で過ごせるようにする。また，自宅の物理的環境にできるだけ近づけたうえで安全な日常生活行動を身につけることによって，退所後に自宅においても安全な動作をとることができるようにする。
		施設内の物理的環境を見直して家具等の配置を工夫する	転倒防止のために，居室内・ユニット内の家具等の配置を調整する。危険なものを除去する，安全な動作のために家具等を活用するなど。
	入居者が持ち続けている能力やその世代の雰囲気を生かした環境をつくる	過去の職業で培われた能力や特技を発揮する機会をつくる	過去の職業を生かして特技をユニット内で披露してもらい，その人の能力を発揮できる機会をつくる。また，その機会に他の入居者も参加して楽しい時間をつくる。例えば，ピアノ演奏の得意な入居者の伴奏で一緒に昔の流行歌を歌うなど。
		昔の暮らしを醸し出す懐かしい雰囲気をつくりだす	昔の文化や入居者の世代に合った懐かしい雰囲気づくりをする。例えば，昔の曲や歌をユニット内に流したり，入居者とともに歌うなど。
普通の生活の維持	入居者と普通の生活をともにする	一緒に暮らす家族のように日常生活をともにする	入居者と一緒に日常生活を営む。例えば，ユニット内の台所で一緒に調理をする，同じ食卓について一緒に食事をする，入居者とともに畑で野菜や果物をつくるなど。
		入居者の集まりや視野内に滞在し自然に見守る	入居者が集まっているとき（クラブ活動など）にはその中に滞在しつつ見守る。常に入居者のそばに付き添うだけでなく，生活基本行為に対する準備や片付け（家事）などをしながらでも視野内で入居者の様子が把握できるような状況で見守る。
		季節を感じられる旬のものを生活に取り入れる	季節に合った野菜や果物をつくったり，畑でとれた旬のものを食材にして料理する，ユニット内で調理をして季節の香りを感じてもらうなど。
		五感を刺激する	入居者とスタッフが畑でつくった野菜や果物を自分で収穫し，それを食材として一緒に料理をして盛り付けるなど，調理中の匂いや音，温かい料理，旬の味わいなどで五感を刺激する。
一人ひとりに応じた生活の維持・向上の支援	入居者ペースでの行動を支援する	日常生活行動の無理強いはしない	日常生活行動が容易にすすまないときや行動することを嫌がられたり拒否されるような場合には，いったん間をおいてから誘導したり介助したりするなどして無理強いをしない。
		入居者が今まで自分でしてきたことをできるように支える	今まで習慣としてやってこられたことは，声をかけて行動を促したり，その人のペースに合わせるように時間をかけたり，その人なりのやり方を把握してそれがスムーズにできるように周辺を整えたりする（用具を工夫する，物品の置き場所を工夫するなど）ことによって，その人が自分でできるように間接的に支援する。
		入居者一人ひとりの個性に合った援助を徹底する	生活をともにしながら，またスタッフ間で情報を交換しながら，入居者一人一人の行動の癖や個性といった細かい部分まで把握し，それぞれの個性に合った援助方法の徹底をする。例えば，その人の食べ方の癖をつかんで介助のタイミングを工夫する，その人の排泄パターンや体型等に合わせたオムツの交換方法を徹底するなど。
		マンツーマン方式での入浴介助をする	一人の入居者に対して一人のなじみのスタッフが誘導・着脱・入浴といった一連の入浴の流れにかかわる。なじみの関係に基づく安心感のある入浴になるようにする。
		介入のタイミングやケア方法に変化をつけて試行錯誤する	同じような状況における介入のタイミングや声のかけ方に変化をつけながら，入居者の反応を上手く得ることができ，その人の持てる力を引き出せるタイミングを見計らう。例えば，帰宅願望のある人に対して，声をかけるタイミングやかける言葉の内容に変化をつけながら試行錯誤し，どの時点でどのような声をかけるかを模索するなど。
		入居者自身が次の動作や解決の方向性を見出すための時間を確保する	すぐに介入せずに状況を見守りながらちょっと待ってみる。時間をかけて自分で解決する場合や入居者同士のつながりによって場面が展開されて落ち着きを取り戻す場合などが含まれる。
	入居者個々の生活リズムをつくる	家での生活リズムを継続させる	家では毎日をどのように過ごしていたのかを入居者や家族から情報収集し，その人の家での生活リズムを継続させた１日のスケジュールで過ごせるよう支援する。例えば，入浴の時間帯は入居者の希望を尊重する，食事や就寝の時間をその人の生活リズムに合わせるなど，融通性をもって対応する。
		ユニットの集団的な生活リズムを活用する	個別の生活リズムをつくるためにも，ユニットでの集団的な生活リズムを活用してメリハリのある１日を過ごせるようにする。例えば，一緒に体操する時間を個別の生活リズムに取り入れるなど。
	生活機能の向上を支援する	個別リハビリテーションを入居者の日課に取り入れる	個別のリハビリテーションメニューを日課の中に取り入れて，習慣としてやっていただくようにかかわる。
その人らしさを生かす支援	どう暮らしたいかという入居者の意向を尊重する	入居者の傍にいる時間をつくる	一緒に座って会話をする，一緒にお茶をのむ，一緒に歩くことをしながら，スタッフ自身が気持ちを落ち着けて入居者の思いや考えに寄り添う。
		暮らしについて入居者の希望を聞く	一緒に座って会話をするなどのコミュニケーションをとりながら，入居者自身が今そして今後どのように暮らしたいと考えているのかを尋ねて把握する。
交流支援	社会生活を支える	ユニット内の入居者同士が交流する場をつくる	ユニット内の入居者が気軽に参加できて一緒に楽しめる場をつくる。例えば，ユニット内で歌の集まりができれば入居者が自然に入れるように誘ったり入居者同士を紹介してつないだりするなど。
		他ユニットの入居者との交流をはかる	他のユニットの入居者との交流を妨げない。他のユニットや施設内を自由に散歩してもらい入居者同士が交友関係を作れるようにするなど。
		施設外の人々と触れ合う機会をつくる	入居者が施設の中だけで過ごすことがないように，一緒に買い物に出かけたり，散歩に出かけたりするなど，近所に出かけて楽しめるような雰囲気や機会をつくる。
	入居者と家族をつなぐ	入居者の家族と馴染みの関係を築く	家族と顔見知りになり，家族の方からスタッフに話しかけやすい関係をつくる。
		入居者の生活状況やケアについて家族と情報交換する	施設・自宅におけるそれぞれの生活状況について家族と情報を交換し，共有する。入居者ができるようになった活動，ケアのコツになるような入居者の細かいしぐさやサイン等，入居者の思いや考えを家族に伝えるなど。
		入居者家族の状況を把握し変化をつかむ	在宅介護をする家族の不安を受けとめ，家族の疲労状態の変化を把握する。

緒に暮らす家族のように日常生活をともにする〉ことと同時に〈入居者の集まりや視野内に滞在し自然に見守る〉ことや,〈季節を感じられる旬のものを生活に取り入れる〉,〈五感を刺激する〉ケアが含まれ,《入居者と普通の生活をともにする》ことを大事にしていた。

また，認知症高齢者に対して〈日常生活行動の無理強いはしない〉,〈入居者が今まで自分でしてきたことをできるように支える〉,〈入居者一人ひとりの個性に合った援助を徹底する〉,〈マンツーマン方式での入浴介助をする〉,〈介入のタイミングやケア方法に変化をつけて試行錯誤する〉,〈入居者自身が次の動作や解決の方向性を見出すための時間を確保する〉ことによる《入居者ペースでの行動を支援する》ことが重要なケアであると認識されていた。さらに,〈家での生活リズムを継続させる〉とともに〈ユニットの集団的な生活リズムを活用する〉ことによる《入居者個々の生活リズムをつくる》ケア,〈個別リハビリテーションを入居者の日課に取り入れる〉ことによる《生活機能の向上を支援する》ケアが大切であると考えていた。これらは,【一人ひとりに応じた生活の維持・向上の支援】に焦点を当てたケアであった。

【その人らしさを生かす支援】に焦点を当てたケアでは,《どう暮らしたいかという入居者の意向を尊重する》ために〈入居者の傍にいる時間をつくる〉ことや〈暮らしについて入居者の希望を聞く〉ことが重要な認知症ケアであると捉えていた。

そして，介護職は認知症高齢者の【交流支援】に焦点を当て,〈ユニット内の入居者同士が交流する場をつくる〉,〈他ユニットの入居者との交流をはかる〉,〈施設外の人々と触れ合う機会をつくる〉ことによって《社会生活を支える》ことを大切と考え，さらに〈入居者の家族と馴染みの関係を築く〉ことや〈入居者の生活状況やケアについて家族と情報交換する〉ことに加えて〈入居者家族の状況を把握し変化をつかむ〉ことによる《入居者と家族をつなぐ》ケアを介護職の重要な役割として認識していた。

考　　察

特別養護老人ホームで働くケアスタッフの認知症高齢者に対するケア技術の重要性認識と実践頻度について調査・分析した先行研究[9]では，ケアスタッフが重要と認識するケア技術として15項目４因子，実践しているケア技術として17項目５因子が抽出されている。因子分析の結果,「季節感や生活感を大切にする」,「事故（転倒含む）を予防して危険を回避」といった項目は，重要と認識するケア技術，実践しているケア技術の双方で削除されている。対象者の職種を区別することなく分析した結果であり，その85.7%が看護職以外の資格をもったケアスタッフであったことや，特別養護老人ホームであることを考慮すると，本研究結果と単純に比較することはできない。しかし，本研究のインタビューによって見出された介護職の〈季節を感じられる旬のものを生活に取り入れる〉や〈家庭の風景を取り入れる〉，看護職の〈家庭的な雰囲気で落ち着いて過ごせる環境をつくる〉は，先行研究では削除された「季節感や生活感を大切にする」に相当するケア内容である。一般に終の棲家としての役割を担ってはいない介護老人保健施設において，介護職および看護職が重要と考えて実践している認知症ケアとしてこれらのケア内容が挙げられたことは注目に値すると思われる。また，本研究では,「事故（転倒含む）を予防して危険を回避」に類似したケア内容として，介護職の《安全な暮らしを継続させるための環境づくり》，看護職の《危険を予測し安全を確保する》ためのケアも抽出されている。介護職が居室やユニット内の環境を入居者の〈自宅の物理的環境に近づける〉のは，入居者が慣れ親しんだ環境の中で過ごせることがユニットでの安全な日常生活の確保になり，退所後の自宅での安全生活にもつながるという，主に《安全な暮らしを継続させるための環境調整をする》ことを意図した実践であった。在宅復帰を支援する介護老人保健施設におけるケアの特徴を反映したものと言えるだろう。

さらに，先行研究では,「生活援助場面で注意深く観察」,「ペースをあわせる」という項目が重要と認識するケア技術としては採用されているが，実践しているケア技術からは削除されている。一方で,「必要なケアは，なかば強制的にでも手早く行う」や「業務スケジュールに従ってケアを遂行」といった業務優先のケアは，重要と認識するケア技術，実践しているケア技術の双方に取り上げられていた。本研究では，看護職が〈個々の入居者の普段の生活を継続的にみる〉ことを重要と考え，入居者と生活を共にしながら普段の生活を継続的に看護の視点でみることによって，体調の変化を自ら訴えることが難しい認知症高齢者の変化を見極めようとしていることが明らかになっている。介護職では,〈日常生活行動の無理強いはしない〉など,《入居者ペースでの行動を支援する》ことを大切に考えて実践していることが挙げられていた。このことは，ユニット型介護老人保健施設においては，認知症ケアとして重要と認識しながらも実践に至らないといったケアスタッフの仕事上のストレスを緩和する一方で，

仕事の満足感や達成感を高めることにつながることを示唆するものと考える。

従来の効率重視の集団処遇では，本研究で見出された介護職の《入居者ペースでの行動を支援する》や《入居者個々の生活リズムをつくる》ケアは困難なことが多いが，小規模のユニットケアではそのような実践を可能にしていることがうかがえる。〈日常生活行動の無理強いはしない〉,〈入居者自身が次の動作や解決の方向性を見出すための時間を確保する〉ことによって，業務優先ではない《入居者ペースでの行動を支援する》ことができ，認知症高齢者の自発的な言動を引き出すことにもつながることが期待できるだろう。米国の認知症高齢者のためのSpecialized Care Unit (SCU) において，入居者に肯定的な変化をもたらすSCUの特徴をスタッフや入居者家族がどのように捉えているのかについて質的に調査・分析した結果[10]では，「プライバシーが確保される空間があるという感覚をもてること」,「その人らしくあることを促進すること」,「ルーチンを強制しないこと」の３つの主要な特徴が抽出されている。米国のSCUは，アルツハイマー病を中心とした認知症高齢者のケアニーズに応えるために，ナーシングホーム等の長期ケア施設のなかに設けられるケアユニット[11]で，安全な環境と訓練されたスタッフの援助を提供している[12~14]。SCUの１ユニットの定員は平均30人程度で，ほとんどのユニットが２～３人部屋で構成[15]されている点については，生活単位の小規模化を意図した日本のユニットケアとは施設の特性を異にしている。しかし，認知症高齢者によい効果をもたらすケアとして，入浴・食事・睡眠などの日常生活のスケジュールについて個々の入居者が自分で選択する権利を尊重すること，つまり「ルーチンを強制しないこと」が抽出されていることは，本研究において介護職の《入居者ペースでの行動を支援する》や《入居者個々の生活リズムをつくる》ケアが見出されたことと一致している。本研究では，さらに具体的な行為のレベルでケア内容を整理できたという点で意義があり，「ルーチンを強制しないこと」，換言すれば《入居者ペースでの行動を支援する》ことや《入居者個々の生活リズムをつくる》ことが，具体的なケア行為としてどのように提供されているかを示すことができたと考える。

従来型の大規模施設では，介護職が《入居者と普通の生活をともにする》ことは困難であり，家庭的環境の整ったユニットでこそ実践できるものと考えられる。介護職が〈入居者の集まりや視野内に滞在し自然に見守る〉ケアでは，スタッフは入居者の集まりなどから離れた場所に滞在するが，リビング等に滞在する入居者を見渡すことができる。これは，入居者が困った様子や混乱した場合にはすぐに対応できる位置での見守りを可能にし，かつ，入居者にはスタッフが見えることによって安心するという意味もあると推察される。スタッフが入居者と直接的なかかわりをもたなくても，同じ空間で過ごすことが有効なケアになり得る[16]というユニットケアの特徴を示唆するものと言えよう。

ユニット型介護老人保健施設の看護職および介護職が重要と考える認知症ケアの実践内容を概観すると，《退所後の社会資源の活用を支援する》と《看取りの時期の身体介護を引き受ける》については看護職のみで挙げられ,《入居者と家族をつなぐ》ためのケアは介護職のみで挙げられた。看護職が重要と考える認知症ケアとして介護職の《入居者と家族をつなぐ》ケアに相当する内容が抽出されなかったことについては，さらにデータを蓄積して検討をする必要があると考える。本研究の結果は，認知症の人をひとくくりにした対応や，目先のことに追われたその場しのぎの支援ではなく，長い認知症の経過とともに暮らす本人と家族の経過全体を見据えて，その時々のステージで本人と家族に応じた支援を継続的に展開する「ステージ・アプローチ」[17]の一部分であり，介護老人保健施設という場あるいは自宅への移行期というステージで展開される具体的なケア方法と言うこともできるのではないかと考える。

結　　論

ユニット型介護老人保健施設の看護職が重要と考える認知症ケアとして，27のケア内容からなる11のケアの主な目的・意図が見出された。さらに，それらは【健康管理】【その人らしい生活の維持】【自立生活の支援】【看取り】【統一したケア提供】の５つのケアの焦点に集約された。介護職では，28のケア内容からなる10のケアの主な目的・意図が見出され，【環境づくり】【普通の生活の維持】【一人ひとりに応じた生活の維持・向上の支援】【その人らしさを生かす支援】【交流支援】の５つのケアの焦点に集約された。

介護職が《入居者ペースでの行動を支援する》,《入居者個々の生活リズムをつくる》,《入居者と普通の生活をともにする》ことは，家庭的環境の整った小規模のユニットでこそ実践できることと考えられた。また，介護職の〈入居者の集まりや視野内に滞在し自然に見守る〉ケアは，スタッフが入居者と直接的なかかわりをもたなくても，同じ空間で過ごすことが有効なケア

になり得るというユニットケアの特徴を示唆するものであった。

《退所後の社会資源の活用を支援する》と《看取りの時期の身体介護を引き受ける》については看護職のみ,《入居者と家族をつなぐ》ためのケアは介護職のみに見出された。看護職が重要と考える認知症ケアとして介護職の《入居者と家族をつなぐ》ためのケアに相当する内容が抽出されなかったことについては，さらにデータを蓄積して検討をする必要がある。

謝　辞

本研究に快くご協力いただきました介護老人保健施設のケアスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

なお，本研究は木村看護教育振興財団の平成19年度看護研究助成を受けて実施したものの一部である。

文　献

1）宮島　渡：地域分散型ケアは家族・スタッフの介護負担軽減に役立つか，老年精神医学雑誌，15(8)，929-935，2004.

2）痴呆性高齢者の環境とケア研究会：デンマーク研修報告書 デンマークにおける痴呆性高齢者のケアと環境，日本社会事業大学，2000.

3）医療経済研究機構：介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究報告書，2001.

4）医療経済研究機構：普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書，2002.

5）柴尾慶次：施設サービスの質をめぐる研究・政策・実践の動向 質的評価について，社会福祉学，48(1)，185-188，2007.

6）鈴木聖子：ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程，老年社会科学，26(4)，401-411，2005.

7）田辺毅彦，足立　啓，田中千歳，大久保幸積，松原茂樹：特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響－バーンアウトとストレス対処調査－，日本認知症ケア学会誌，4(1)，17-23，2005.

8）渡邉啓子，村山憲男，松尾絵美，八木範子，田道智治：既存の老人性認知症疾患治療病棟へのユニットケア方式導入による看護師と看護補助者のストレス変化，日本認知症ケア学会誌，7(1)，107-118，2008.

9）小松光代：認知症高齢者のケア技術に関するケアスタッフの重要性認識・実践頻度および家族が希望するケアの比較，介護福祉学，13(2)，136-146，2006.

10）Donovan C and Dupuis M: Specialized care unit: family and staff perceptions of significant elements, Geriatric Nursing, 21(1), 30-33, 2000.

11）Leon J, Cheng C-K and Alvarez RJ: Trends in special care: changes in SCU from 1991 to 1995, Journal of Mental Health and Aging, 3(2), 149-168, 1997.

12）Mistretta EF and Kee CC: Caring for Alzheimer's residents in dedicated units: developing and using expertise, Journal of Gerontological Nursing, 23(2), 41-46, 1997.

13）Sloane PD, Lindeman DA, Phillips C, Moritz DJ and Koch G: Evaluating Alzheimer's special care units: reviewing the evidence and identifying potential sources of study bias, The Gerontologist, 35(1), 103-111, 1995.

14）Maslow K: Current knowledge about special care units: findings of a study by the U.S. office of technology assessment, Alzheimer Disease and Associated Disorders, 8(1), S14-S40, 1994.

15）Ohta RJ and Ohta BM: Special units for Alzheimer's disease patients: a critical look, The Gerontologist, 28(6), 803-808, 1988.

16）松原茂樹，足立　啓：ユニットケア施設が痴呆性高齢者・職員に及ぼす影響，児玉桂子他３名編著，痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり，彰国社，東京，133-141，1993.

17）永田久美子監修：認知症の人の地域包括ケアー他職種で取り組むステージ・アプローチ，日本看護協会出版会，東京，2006.

（受付 2008年８月28日）