

平成 18 年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症介護の質向上のための人材育成の
方策に関する研究事業

平成 19 年 3 月

社会福祉法人 浴 風 会
認知症介護研究・研修東京センター

はじめに

介護保険が改正され、認知症高齢者の自立支援ならびに尊厳の保持がさらに重視されるケアが求められる時代になった。介護保険施設においても、生活支援の視点はさらに重要なものとなっている。

その中で、特に認知症高齢者の生活の質向上にはケアスタッフの質向上が不可欠である。さらに、高齢者への生活支援の視点に立ったケアを展開するためには、スタッフ個々の働きだけではなく、チームアプローチの視点から、ケアチームが効果的にケアを実践し展開していくことが重要になるといえる。

以上のように、介護保険事業所の認知症ケアの質向上のためには、ケアスタッフの質向上が不可欠である。そのためには、人材育成の視点から、ケアスタッフの生活支援能力向上とチームアプローチの質向上が求められる。

そこで、本事業は、認知症ケアの質向上のための人材育成に資する取り組みを行い、その成果を広めることにより、介護保険事業所の質向上に寄与することを目的としている。

上記の目的のもとに、本年度の事業は、大きく二つの取り組みを実施した。

- (1) 認知症ケアを実施していくうえで、生活支援の視点に立つと、ケア場面においても、ソーシャルワーク能力が必要となる。そこで、第一の取り組みは、ケアスタッフに求められる認知症ケアのためのソーシャルワーク能力の内容と技術を明らかにするための調査研究事業を実施した。
- (2) 介護理念を土台とし、介護理念を介護現場で具体的に展開できる介護目標として具現化していくことをチームアプローチとして取り組み、それを通してケアの質向上を図るための実践事業を実施した。さらに、組織的に人材育成に取り組んでいる介護保険事業所を調査し実践事例として提示することを目的とした調査を実施した。

本事業は、平成18年度老人保健健康増進等事業の助成を受け実施された。本事業の成果が、今後の認知症ケアの質向上に寄与する資料として活用されれば幸いである。

目次

はじめに

I 認知症介護にかかわるスタッフが行うソーシャルワーク的支援に関する研究	1
1. 研究の背景	4
2. 先行研究と研究の目的	7
3. 研究の方法	11
4. 研究結果	12
5. 考察	36
資料	47
II 環境改善を目的とした職場内研修による認知症ケアの質の向上取り組み事業	55
1. 目的と事業経過	58
2. 職場内研修の実践的取り組み	60
3. ヒアリング調査：職場内研修に取り組む事業所の事例研究	85
4. まとめ	107
委員名簿	112

認知症介護にかかわるスタッフの行う

ソーシャルワーク的支援に関する研究

- 下垣 光 日本社会事業大学 助教授
溝添 栄子 老人保健施設ひむか苑 OT
小池 智子 南陽園 相談員
工藤 章子 第二南陽園 相談員
遠藤 雅行 第二南陽園 主任ケアワーカー
安田 美弥子 第三南陽園 ケアワーカー
田中 将人 グループホームひまわり ケアワーカー
中村 考一 認知症介護研究・研修東京センター

1. 背景と目的

本研究では、昨年度整理した認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワーク的支援について、意識と実践の状況を把握するとともに、ソーシャルワーク的支援の展開の具体的な内容について現状を明らかにすること、またそれらを踏まえソーシャルワーク的支援の研究の内容を検討することを目的にアンケート調査を行った。

2. 方法

本研究の作業部会委員でソーシャルワーク的支援について意識と実践の状況を5段階で問う調査票を作成した。東京センター修了の認知症介護指導者の施設のスタッフのうち、認知症介護に関わっているスタッフを対象に調査票を配布した。調査の時期は2007年2月26日～3月7日であった。

3. 結果

1390部配布し、1119部回収した(回収率80.5%)。意識と実践の平均の差について全体でt検定を行った結果、すべての項目で有意差が見られた。また、実践しているの平均値の上位3項目は、「認知症によりの確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということ意識する」「認知症の人ができることは自分で行えるように支援する」「認知症であっても能力の可能性を探る」などであった。反対に、実践しているの平均値の低いものから順に3項目挙げると、「認知症の人と地域との関わりを積極的に構築していく」「認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく」「スタッフである自分が自分のモチベーションを保つことができる環境作りを行う」であった。

4. 考察

全体においてソーシャルワーク的支援の意識と実践の状況には差が見られた。意識を実践に移すことを阻害する要因・促進する要因を検討しながら、研修内容を明らかにしていく必要性が示唆される。また特に地域とのかかわり・認知症の人と周囲の人との関係の促進・チームアプローチを踏まえた自分自身やチームメンバーのモチベーション管理などが研修において特に重点を置いて進めていくべき項目として示唆される。

5. 研究の成果

認知症介護指導者の施設におけるソーシャルワーク的支援について実践状況が明らかとなった。また同時に現在実践されているソーシャルワーク的支援の内容について具体的に明らかになった。またソーシャルワーク的支援について効果的に現場スタッフに意識付け、実践していくための研究内容について考察した。今後は、ソーシャルワーク的支援実践の研修について実際に現場に適応し効果を確認するとともに、一般の施設・事業所でのソーシャルワーク的支援の実践状況について明らかにしていくことが求められる。

第1節 研究の背景

1. 本研究の問題意識とその背景

(1) 3大介護からの転換

公的介護保険制度が施行され、高齢者介護について利用と契約によるサービスとしての位置づけが生まれたことをきっかけに近年、高齢者の介護の質の向上が求められるようになってきている。例えば現在国会で審議されている「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案」の提出においては、「認知症の介護など従来の身体介護にとどまらない新たなサービスへの対応が求められている」ことが明確に指摘され、介護の定義について『入浴、排せつ、食事その他の介護』から『心身の状況に応じた介護』に改める介護の定義規定の見直しも見直しの大きなポイントとして位置づけられている*1。

(2) 生活支援の視点と問題点

特に高齢者の介護について生活支援の視点から見直すと、高齢者の生活ニーズを満たすためのエンパワメントや課題解決、地域の視点、本人と他者の関係形成の支援、それを実際に実現していくための多職種協働・チームアプローチが高齢者を支えるチームメンバーに共通の専門性として重要になってくる。

特に「認知症高齢者の生活支援」を考えると、行動障害等を本人の問題として捉え、本人の行動を変えることで問題を解決しようというアプローチになりがちであり、本人を取り囲む周囲の社会的・物理的・人的環境を調整することにより問題を解決しようという視点がおろそかになりやすい。例えば、「帰ります」と訴える認知症高齢者に対して、本人の気持ちを受け止め周囲を散策して、折を見て帰ってくるといったようなケアは行われるが、本人が帰りたいと思うに至った背景や影響を与えた周囲の状況などは検討されず、根本的な問題が解決に至らないため本人が不安になり、「帰りたい」という訴えを起こすこと自体はなくなるといってもいいかもしれない。

また、そのようなエンパワメントの視点や課題解決の視点、地域の視点、チームアプローチの視点、周囲の環境へのアプローチの視点など、3大介護以外の支援については、個人レベルでは意識されていてもチームで重要性が共通理解されていなかったり、無意識には実践されているが知識を基にして整理されていなかったりということがあり、業務の一環として位置づけられ、専門性として高めていく内容として共通認識されていない状況が見られる。

(3) 多職種協働と方向性の統一における問題点

また、認知症の中核症状を踏まえ、本人の自尊心を傷つけないように配慮しながら、そのときその場の認知症の人の気持ちを受け止めていくということは、確かな知識と忍耐が必要な支援であり、親身にかかわるほどストレスが溜まるということも起こる。そのため、チームメンバーや自分について、モチベーションやストレスの管理・ケアを行っていくことが重要になるが、それが業務として位置づけられる事はほとんど無い。高齢者のケアに意識が向くあまり、自分やチームメンバーのケアがおろそかになりやすく、結果ストレスが溜まり、高齢者に対するケアにゆとりが無くなり、ケアの質が低下するということが起こる。

また以上のような状況が絡んで同一職種である介護職員の中でも、3 大介護のみを業務とするのかそれ以外のどのような関わりを業務と位置づけるのかといった見解がバラバラで整理がつかなくなったり、「今までこうケアしてきたから」といった不確かな経験則に引きずられて理念の実現が目指せないということが起こったりして、結果的にメンバーの中に軋轢が生まれるということもでてくる。

同様に専門職に共通の施設・事業所の方向性が明確に位置づけられていない場合、多職種の協働においても、本来の目的としての利用者の生活ニーズの充足がわきに置かれ、目的達成の手段であるはずの「介護」「看護」「ソーシャルワーク」「リハビリ」「運営管理」等が目的化し、それぞれの専門性からの支援提供のみが重要視され、各専門職間・職位間での生活支援の方向性の落としどころが見つけられないということが起こり、職種間の軋轢へと発展し、チームケアの質に影響するという事態が起こることも多い。

2. 仮説:問題解決におけるソーシャルワーク的支援の意識付けの意義

(1) ソーシャルワークとは何か

本研究では、各専門職に共通の「ソーシャルワーク的支援」を共通認識することが上記の問題を解決・軽減するために重要であると考え。そのことを示すために、まずは、ソーシャルワークの定義について俯瞰し、本研究におけるソーシャルワーク的支援を定義づけた。

1) 岡村重夫の定義

岡村重夫はソーシャルワークの目的を「社会関係の主体的側面を自覚させ、これを意図的に実現させること(*岡村重夫、社会福祉原論)」とし、ソーシャルワークの持つ機能として以下の5つを挙げて整理している。すなわち「評価的機能」「調整的機能」「送致的機能」「開発的機能」「保護的機能」である。評価的機能とは、当事者の問題のアセスメントを行い、支援計画を立て、事後評価を行うことを示している。また当事者による問題の受容や地域資源の把握なども含まれる。調整的機能とは「個人の持つ多数

の社会関係が相互に矛盾することによって起こる生活困難を修復する機能*2)である。これについては、「社会関係を調整する力をつけるように働きかけること」と読み替えている文献も見られる*3)。送致的機能とは、「欠損した社会関係を回復させるか、あるいはそれに変わる新しい社会関係を見出すように援助する機能」である。開発的機能は「施策の開始や社会資源の開発を行う機能」であり、保護的機能は、「必要な対象者に特別の保護サービスを提供すること」といえる。

以上の整理からは、「アセスメントにより本人のニーズを浮き彫りにし、またそれを本人に自覚させた上で、社会関係を調整する力をつけるように支援し、また施策等社会の制度にも働きかけながら、場合によってはサービスを開発し、一時的に本人を保護しつつニーズを満たしていく」というような一連のプロセスが描かれる。

2) 日本社会福祉実践理論学会の定義

ソーシャルワークの機能と役割について、日本社会福祉実践理論学会は、ソーシャルワーク研究会を立ち上げ、以下の11の機能に分類している。すなわち、「仲介機能(社会資源との仲を取り持つ)」「調停機能(トラブルを治める)」「代弁機能(代弁する・権利擁護する)」「連携機能(各種サービスを結び付ける)」「処遇機能(直接の援助・支援をする)」「治療機能(カウンセラーとしてかかわる)」「教育機能(利用者に教育する)」「保護機能(利用者を不適切な環境から守る)」「組織機能(団体を組織する支援)」「ケアマネージャー機能(サービスの調整プランニング役割)」「社会変革機能(地域の変革のために働きかける)」*4)である。

3) 副田あけみの定義

副田は、ソーシャルワークを提供するソーシャルワーカーの役割という視点からソーシャルワークの役割・機能を整理している。すなわち直接的サービス提供役割としての「支援役割」「カウンセリング役割」「イネープリング役割」「教育指導役割」「グループワークサービス提供役割」「ケア提供役割」、ソーシャルネットワーク強化役割、資源システム結合諸役割としての「仲介役割」「権利擁護・代弁役割」「調停役割」「ケースマネジメント/ケアマネジメント役割」公的資源システムの改善強化役割としての「組織変革役割」「コンサルテーション役割」「ネットワーキング役割」「資源動員・開発役割」、公的施策発展の促進役割としての「新規事業の計画立案役割」「政策決定過程への参加役割」「権利擁護運動の役割」*5)である。

4) 本研究における認知症高齢者に対するソーシャルワーク的支援の定義

それぞれの定義に共通する視点としては、利用者の能力発揮のためにエンパワメントしていく視点がある。また、ニーズ発見とサービス提供の計画、サービスの改善のための「ケアマネジメントの機能」、「利用者を一時的に守る保護機能」「トラブルを治める調停機能」「権利擁護を目的とした代弁機能」なども共通する内容となっている。そして、関連する専門職の連携やネットワークを対象者のニーズ充足の大きな手段としており、同時に目的を達成するための社会への働きかけとしてのサービスの開発・組織化も位置づけられている。

これらについて、大きく分けると本人のエンパワメントを目的とした働きかけ、本人のニーズ充足を目的とした周囲の環境に対する働きかけ、本人の権利擁護を目的とした働きかけなどに整理できる。以上を踏まえ、本研究においては、認知症高齢者に対するソーシャルワーク的支援として「①認知症高齢者が持っている能力を活用し、生活できるように促すこと、②認知症高齢者主体で自己決定をサポートすること、③認知症高齢者の情緒面への働きかけを行いこと、④認知症高齢者が阻害されないように社会資源を広げていくことについて、本人に直接または本人以外の環境に対して働きかけること」をソーシャルワーク的支援として定義することにする。

なお、定義については「ケア・介護」や「リハビリテーション」との定義と重複する部分が見られるがこれらの定義とのすみわけは行わないこととする。本研究は、ソーシャルワークの視点から、3大介護以外の認知症高齢者の生活支援について捉えなおすことが方針となる。

(2) ソーシャルワーク的支援の意識付けの意義

さて、ソーシャルワークの定義について整理すると、本研究の問題点となっている「認知症介護における3大介護以外の支援の整理と専門性の向上」において「ソーシャルワーク」の視点で捉えなおす事の有効性が示唆される。一人の高齢者の生活を支えることが多様な職種(=専門性)によって行われなければならないことは明らかであるがそれを支える各専門職に共通の基本的な知識・技術としてソーシャルワーク的支援があるということを仮説的に位置づけている。

第2節 先行研究と研究の目的

1. 先行研究:介護とソーシャルワークの関係(介護におけるソーシャルワーク含む)

認知症高齢者の生活支援についてソーシャルワークの視点から捉えなおすに当たって、

これまでの研究の成果を概観しておく。まず、介護とソーシャルワークの関係についてであるが、これについて星野は、「さまざまな議論があるが、定説には至っていない。」^{*6}というのが現状であるとの見解を示している。そして、「介護福祉士がソーシャルワークと接する状況」として「①自分がケアワークをしつつも、ソーシャルワークもする」「②協働する」「③ケアワークを離れて行う」の3つの視点から整理し、①については、「仲介者・代弁者・組織者・教師・促進者」などの役割があるとしている。また、②については、介護支援専門員の意図を理解しながら介護を行うことがあるとしている。そしてそのときに大切なこととして「ソーシャルワーカーが作成したプランを理解しつつ、実際に必要な介護を行う」「日々直接的に介護してくれている介護福祉士だからこそ相談できる内容もある」「日々継続的にかかわっている介護福祉士であるからこそ、本人の状況について理解できる部分もある」ということを指摘している。また、③としては、施設の介護福祉士がケアマネージャーや相談業務をになうという場合が指摘されている。

また、京極は、ケアワーカーとソーシャルワーカーの役割について10種類の観点からケアワーカーとソーシャルワーカーの業務の比重の重さについて整理している。^{*7}それは大和田により、ソーシャルワークとケアワークの機能を評価した上で、「調査者」「仲介者」「調停者」「代弁者」「連携者」「カウンセラー」「教育者」「保護者」「オーガナイザー」「ネットワーク形成者」「ケアマネジメント実践者」「社会変革者」「コンサルタント」「スーパービジョン」「資源動員者」「情報提供者」「権利擁護者」「評価者」「開発者」「プランナー」「運営管理者」「介護提供者」の22種類の業務に再整理されているが、大和田は、「開発者」以外のすべての業務においてケアワーカーならびにソーシャルワーカー双方の関与があることを指摘し、「ケアワーク機能であれ、ソーシャルワーク機能であれ、利用者・家族の生活支援にむけて行うそれは比重の高低・軽重の差であり、濃淡の差であって、(中略)役割についても比重の高低・軽重の差や濃淡の違いがあるに過ぎない、ということではないだろうか」^{*8}と述べている。

また、成清は、ケアワークの業務内容・枠組みを「直接的・具体的サービス」「ソーシャルワーク」「関連業務」にわけ、その中でソーシャルワークについては「心理的・精神的援助」「社会的援助」「ケアマネジメント」を位置づけている^{*9}。

これら先行研究の指摘から、介護職員がソーシャルワーク的な支援を行うことの必要性は、ある程度周知の事実と判断できる。これらの先行研究は、介護福祉士がソーシャルワーク的支援を行うという視点で示唆を与えるものであるが、それらが具体的にどのような場面でのどのような支援であるかということについては触れられていない。これらについては、実際の介護福祉士による支援の展開の観察や聞き取りなどにより現状を把握し、意義を確か

めた上で具体的に内容を明らかにしていく必要がある。

また、「認知症」特有の症状を踏まえた認知症介護において得に重要となるソーシャルワーク的支援についても位置づけや定義、具体的内容を示している研究はない。しかし、認知症は、単なる身体的な障害や老化とは異なり、認知機能の能力の低下により、自分の意思を十分に伝えることが難しく、関係性の構築にも困難を抱える事が多いといったような社会関係の障害が大きく発生してくる。そういった意味で認知症だからこそ必要となるソーシャルワーク的支援について検討していくことが求められるといえるだろう。

2. 昨年度の研究成果

(1) ソーシャルワーク的支援の分類

以上を踏まえ昨年度の研究においては、専門職を対象として認知症介護に関わるスタッフに求められるソーシャルワーク的支援について明らかにするために聞き取り調査を行った。聞き取り調査は、フォーカスグループインタビューの方法を用いてワークショップ形式で行った。具体的にはソーシャルワークの定義について既存の定義を概観した後、メンバーに現在行っているソーシャルワーク的支援を議論してもらい、それらの逐語録から「ソーシャルワーク的支援と考えられるものを抽出し、KJ法的な分類によって6項目に分類した。分類結果は表1のとおりである。

表1: 認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワーク的支援

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. その人が落ち着いて安心できる働きかけを継続して行なう。2. ボランティア・散歩・外出の提案など、地域とのかかわり認知症ということで自分の主張ができない人がいるということを知り、本人家族の気持ちを分かって、代弁する3. 目の前のことにとらわれすぎずに、能力の可能性を探り、見守っていく姿勢を持ち、能力を引き出す4. 家族や本人の信頼関係に基づいたケアを行う5. スタッフ同士で、配慮できたり、話が出来たり、モチベーションを保つ事ができる環境作り6. 情報を共有したり、お互い話をしたりすることによって、統一したケアをしていく |
|---|

(2) 先行研究との比較考察

以上の結果について、既存のソーシャルワークの機能・役割の定義と比較すると、社会資

源とのネットワークや代弁・権利擁護、仲介機能、保護機能等の基本的なソーシャルワークの機能が入っていることが明らかになった。また、社会変革機能や組織化機能に関する指摘が見られなかった。これらからソーシャルワークの直接的支援の側面、マイクロ・メゾレベルでの支援において専門職間で共通認識を持つことの有効性が示唆された。

またそれらに加えて、特にエンパワメントの視点が明確に位置づけられている点、連携機能について強調され、特に統一したケアにむけた情報共有が位置づけられている点、スタッフ同士のモチベーションの配慮が位置づけられている点、認知症高齢者の情緒的な側面への働きかけが位置づけられている点等が、既存の役割・機能の定義と比較し、より強調されていることが考察される。このことから、ソーシャルワーク的支援の支援としての意識化・周知と、ソーシャルワーク的支援の知識・技術の習得が、本研究における問題状況への解決策として有効であることが示唆された。

(3) 課題

以上の結果から認知症介護において専門職に共通して必要となるソーシャルワーク的支援が明らかになった。ただし、これらの実践状況について普遍的に把握することと、位置づけられたソーシャルワーク的支援について具体的内容を整理することが課題として残された。

3. 研究の目的

(1) 研究全体の目的

以上を踏まえて、本研究全体の目的は、認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワーク的支援の必要性と内容を明らかにし、それらの教育方法を検討・構築するとともに、ソーシャルワーク的支援の意識化・共通認識の専門直チームへの効果・意義を明らかにすることとなる。

(2) 今年度の目的

本年度は昨年度の研究成果を踏まえ、認知症介護の取り組みを進めている施設の実践として、アンケート調査による認知症介護指導者の施設におけるソーシャルワーク的支援の実践状況の把握とソーシャルワーク的支援の実践の具体的内容の整理を目的とする。

また、それらの成果を受けて、ソーシャルワーク的支援について教育していく方向性や教育内容の吟味も同時に目的としてあげることとした。

第3節 研究の方法

以上を踏まえ、本年度はアンケート調査を用いて研究を進めた。以下にその方法の概要を整理する。

1. 対象

調査に許可の得られた認知症介護指導者の所属施設スタッフであり、現在認知症介護に関わっているスタッフ(条件に合えば、職種・職位は限定しない)

2. 調査の手続き

調査票の作成は、本研究の作業部会委員で行った。その際、認知症介護指導者(以下、指導者)に対し、アンケートに関連しそうな認知症介護に関連するスタッフの属性について意見収集を行い、それを参考にしながら調査票を作成し、設問の主旨に沿った回答が得られるか確認するためにプレテストを行った。プレテストの結果を受けて、記入のしやすさ、項目の分かりやすさなどを調整して、本調査を行った。

本調査の期間は平成19年2月26日～3月7日であった。本調査における標本抽出は、有意抽出法にて行った。平成13年～平成18年の東京センター修了の指導者の所属施設に対して、調査協力の依頼をし、アンケート協力について許可の返答の得られた施設に対して調査票を送付し、郵送にて回収した。回収の方法は①「センターに対して回答者が返信用封筒で直接郵送するパターン」と②「回答者が回答後、回収用封筒に調査票を入れて封をした後、指導者が一旦封をされた調査票を集め、一括して返送するパターン」を協力施設に選択してもらいそれぞれ回収した。回答者には、指導者を通じ、調査の目的と調査票の主旨、調査票の質問の意図や回答の方法について解説した記入ガイドを配布した。記入ガイドにおいては、本研究におけるソーシャルワーク的支援の定義についても分かりやすく示した。

3. 調査票の内容

調査票は、無記名とした。(具体的な内容は、資料参照)昨年度の研究により抽出された「認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワーク的支援」について16項目に分類した。そして、それら16項目について「意識しているか・意識していないか」「実践しているか・実践していないか」をそれぞれ、5段階のスケールで回答を求める内容とした。また、各ソーシャルワーク的支援の中から特に実践している3つを選び、実践している場面と実践内容について文章で回答を求めた。

第4節 研究結果

1. 配布数と回収率

調査票は、許可の得られた81施設に配布した。配布数は1390部であり、回収できた部数は1119部であった。(回収率80, 5%)

2. 回答者の属性

回答者の属性の構成比は以下の図1～12のとおりであった。

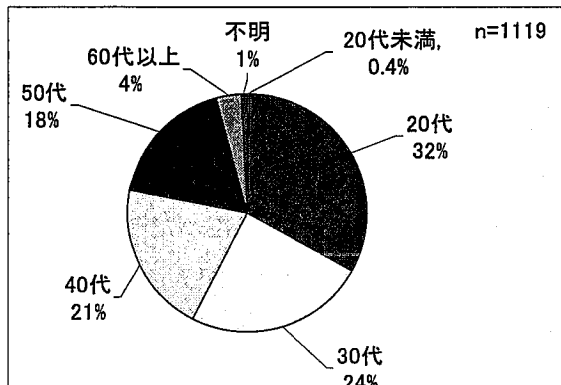


図1 回答者の年齢

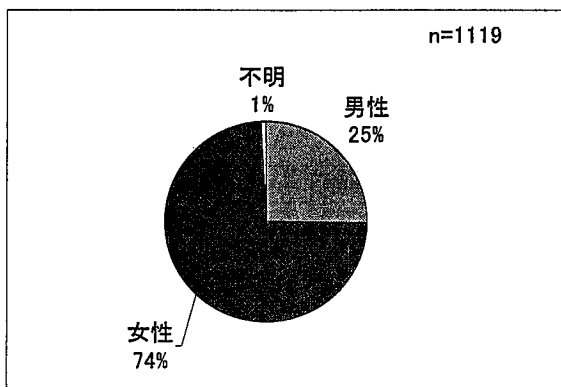


図2 回答者の性別

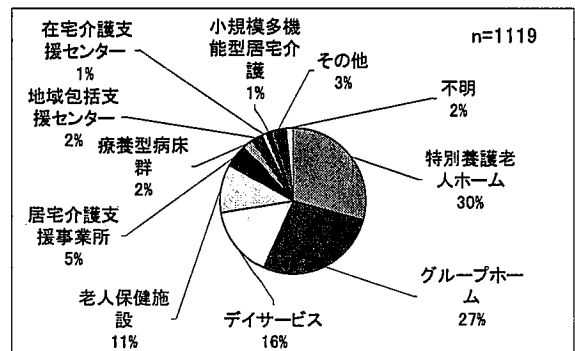


図3 回答者の所属施設種別

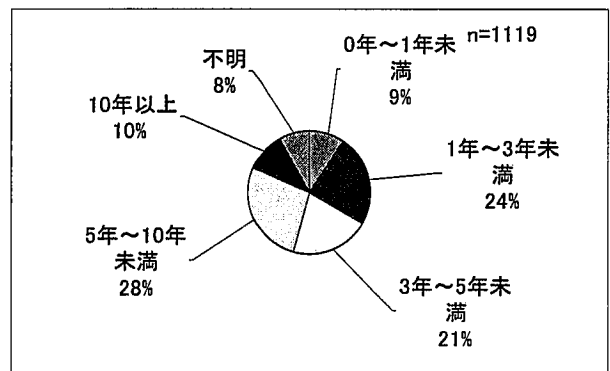


図4 回答者の高齢者介護経験年数

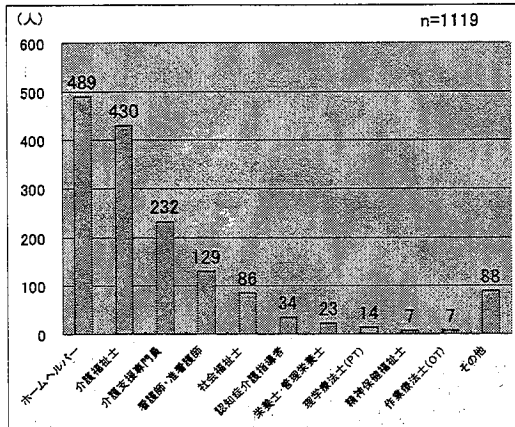


図5 回答者の保持資格(複数回答)

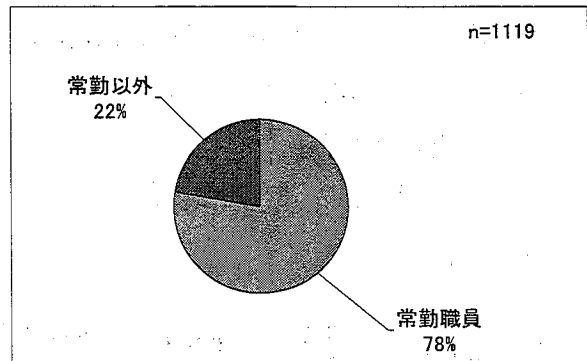


図8 回答者の常勤・非常勤の別

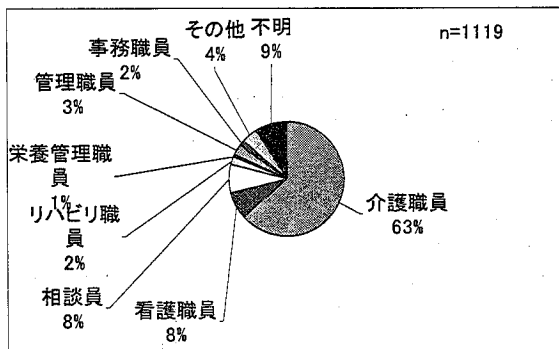


図6 回答者の職種

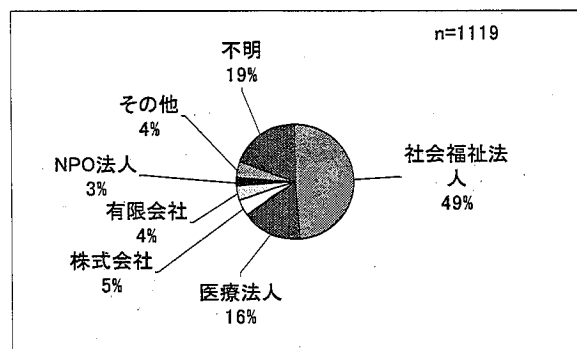


図9 回答者の最も古い職歴

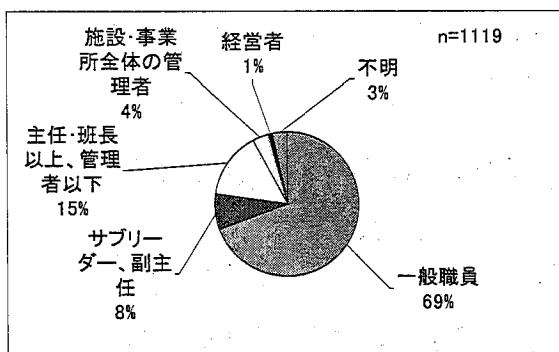


図7 回答者の職位

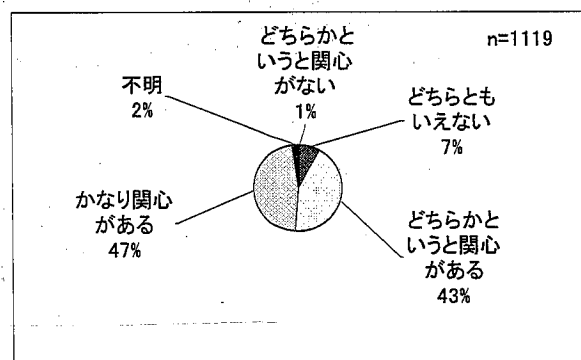


図10 回答者の認知症介護に対する関心

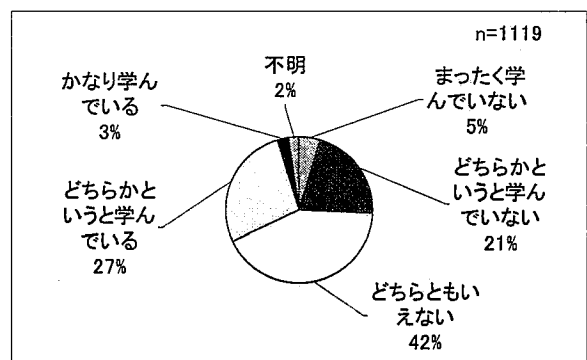
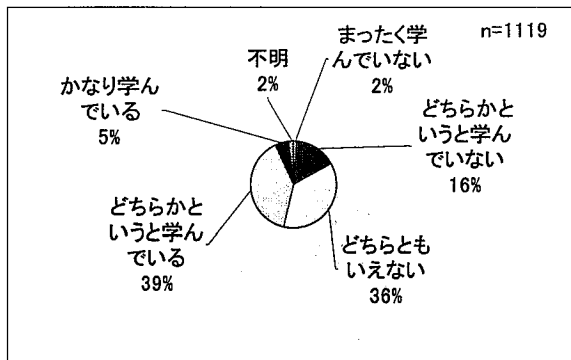
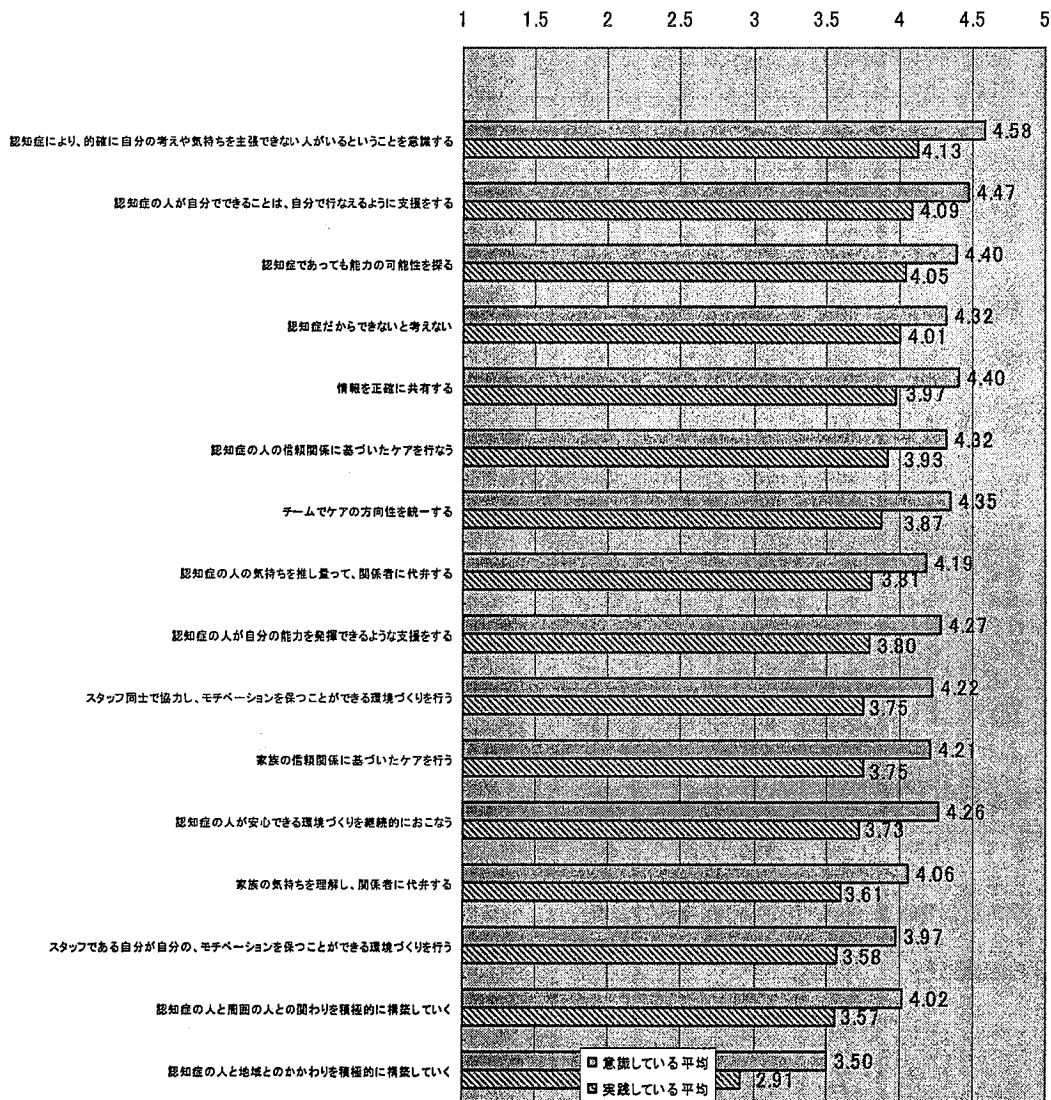


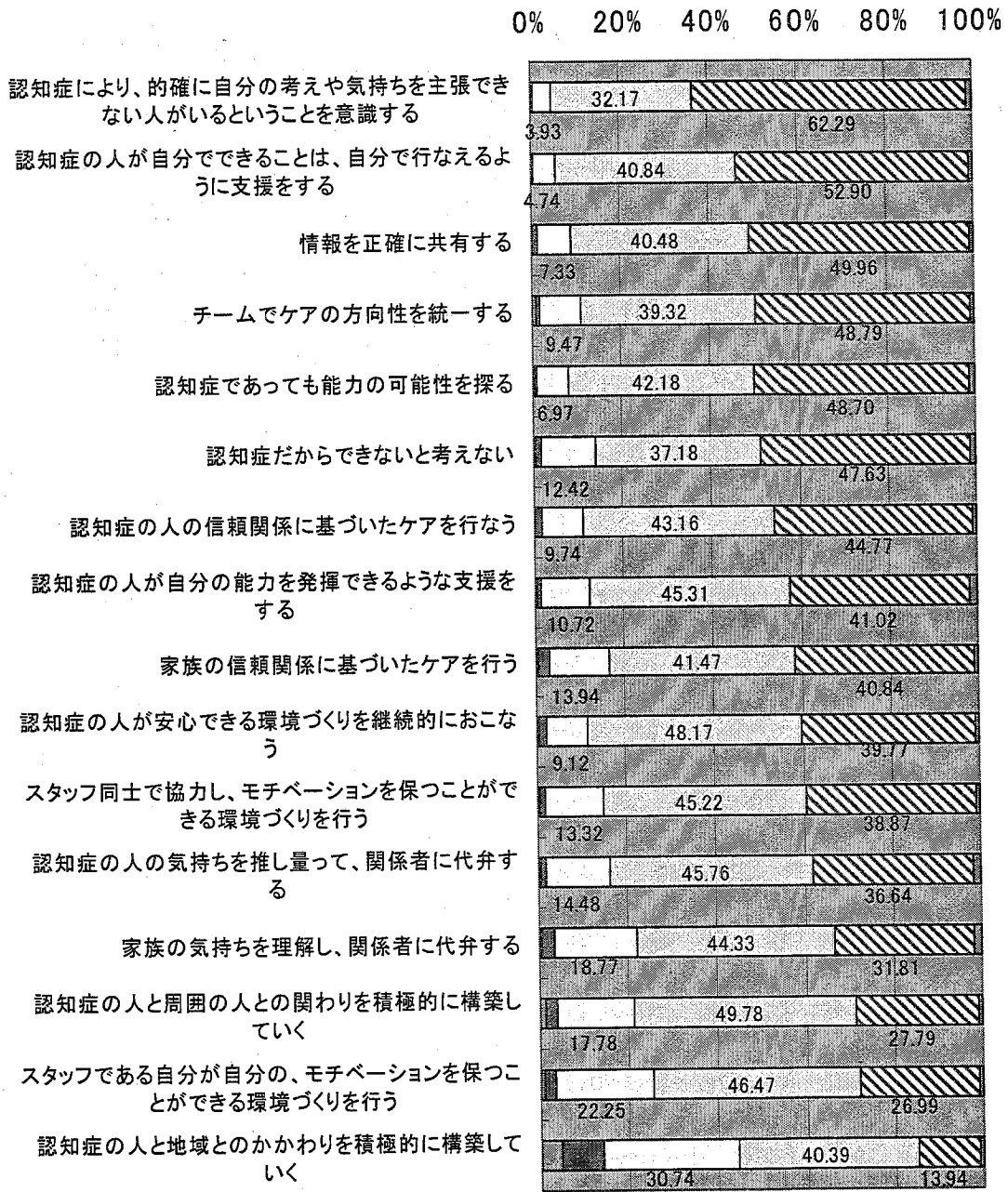
図 11 回答者の認知症介護の学び

図 12 回答者のソーシャルワーク的支援に関する学び

3. ソーシャルワーク的支援の意識と実践の平均の差(全体:N=1119)

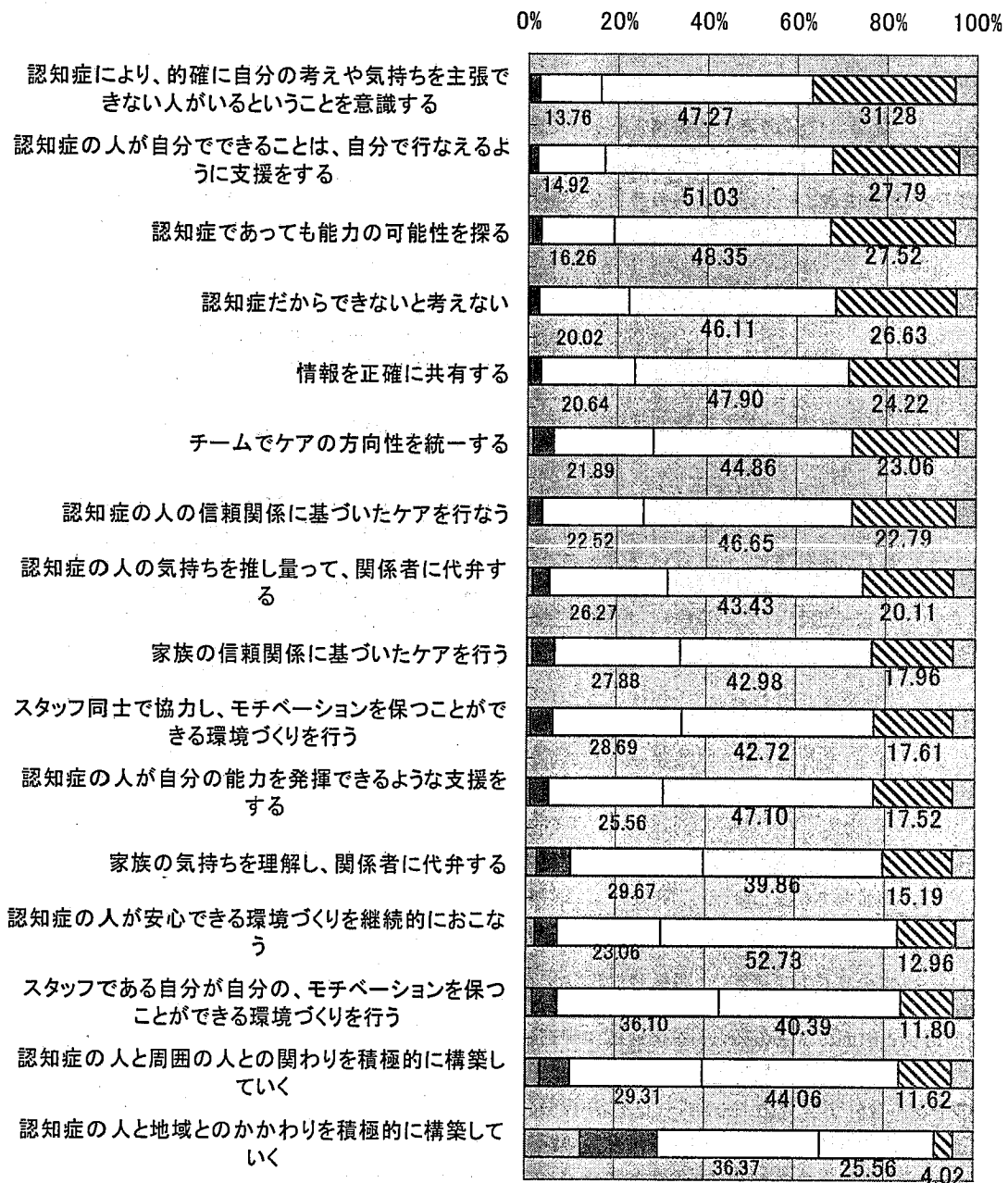


4. ソーシャルワーク的支援の意識 構成比(全体 N=1119)



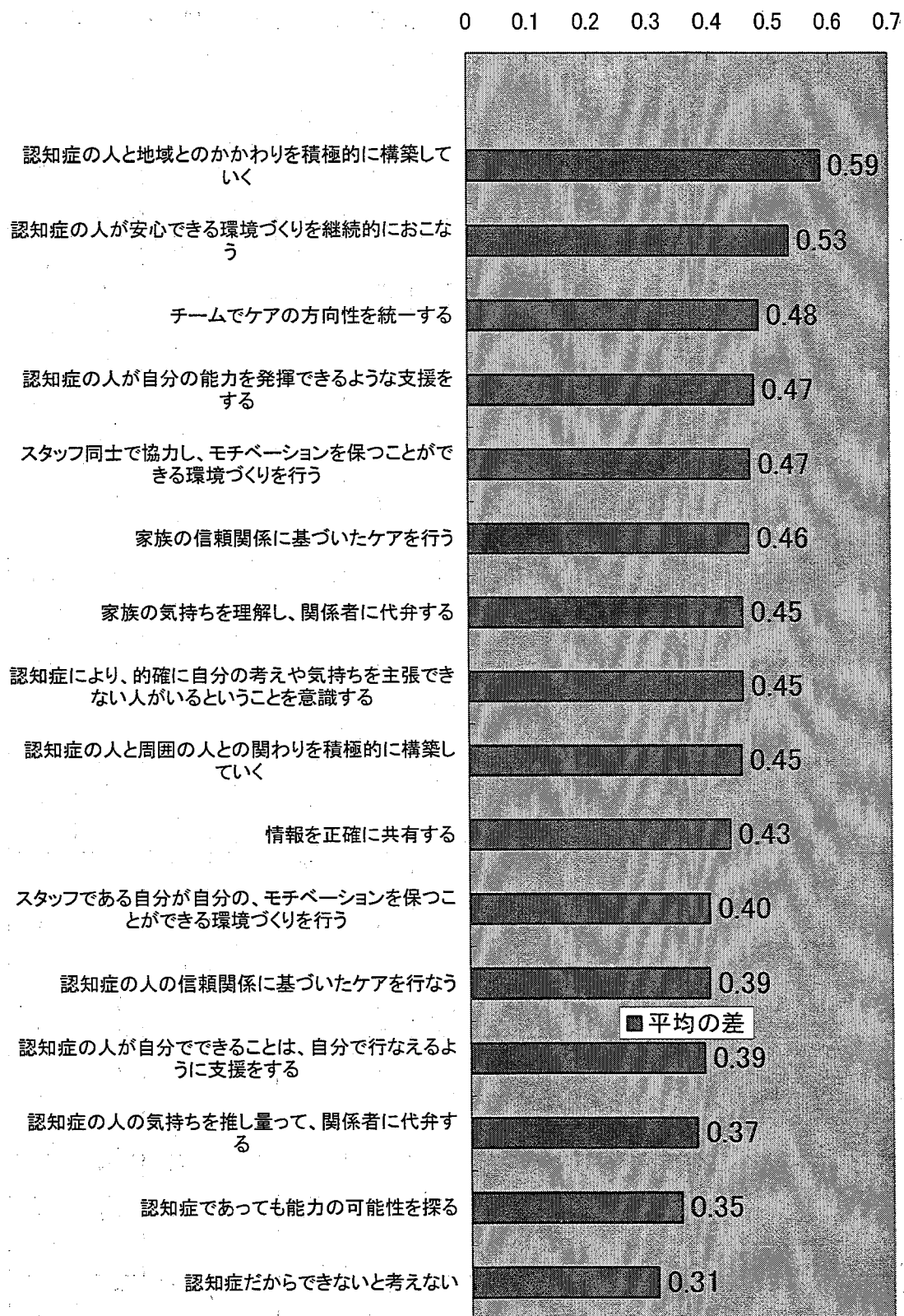
- 1 ほとんど意識していない
- 2 どちらかという意識していない
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかという意識している
- 5 かなり意識している
- 不明

5. ソーシャルワーク的支援の実践 構成比(全体 N=1119)



- 1 ほとんど実践していない
- 2 どちらかという実践していない
- 3 どちらとも言えない
- 4 どちらかという実践している
- 5 かなり実践している
- 不明

6. ソーシャルワーク的支援意識と実践の平均の差(全体 N=1119)



7. 属性によるソーシャルワーク的支援の実践の構成比

アンケートで用いた 16 項目のソーシャルワーク的支援について、属性ごとの回答の構成比を以下に示す。

(1) 認知症の人が安心できる環境作りを継続的にこなす

	サンプル数	B.実施しているかどうか							平均	標準偏差
		全くしていない	ほとんどしていない	ややしていない	ややしている	ほとんどしている	完全にしている	不明		
* 全体	1119	2.0	5.0	23.1	52.7	13.0	4.3	3.78	0.83	
施設	特別養護老人ホーム	346	2.6	7.2	27.5	49.4	9.5	3.8	3.58	0.87
	老人保健施設	125	3.2	6.4	32.8	46.4	10.4	0.8	3.55	0.89
	病院(療養型病床群)	28	3.6	7.1	25.0	57.1	3.6	3.6	3.52	0.85
	認知症対応型共同生活介護	325	0.6	0.8	15.7	56.6	20.9	5.8	4.03	0.68
	デイサービス	193	0.5	5.7	21.8	57.5	10.9	3.6	3.75	0.75
	小規模多機能型居宅介護	11	-	9.1	18.2	54.5	18.2	-	3.82	0.87
	地域包括支援センター	24	8.3	8.3	41.7	41.7	-	-	3.17	0.92
	在宅介護支援センター	16	-	-	18.8	56.3	25.0	-	4.06	0.68
	居宅介護支援事業所	60	3.3	5.0	23.3	46.7	13.3	8.3	3.67	0.92
	その他	20	5.0	5.0	10.0	70.0	10.0	-	3.75	0.91
訪問	訪問介護事業所	12	-	8.3	8.3	66.7	16.7	-	3.92	0.79
	訪問看護事業所	6	-	50.0	-	50.0	-	-	3.00	1.10
その他	7	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.69	
年齢	0年～1年未満	105	4.8	5.7	28.6	49.5	7.6	3.8	3.51	0.91
	1年～3年未満	267	2.2	6.4	25.8	49.4	12.0	4.1	3.65	0.87
	3年～5年未満	234	1.3	2.1	19.7	59.4	13.7	3.8	3.85	0.78
	5年～10年未満	305	1.0	4.9	22.6	55.4	12.5	3.6	3.76	0.78
	10年以上	117	0.9	3.4	10.3	59.8	21.4	4.3	4.02	0.75
	その他	117	0.9	3.4	10.3	59.8	21.4	4.3	4.02	0.75
職種	介護福祉士	430	0.9	5.1	23.3	55.1	12.6	3.0	3.76	0.78
	社会福祉士	86	3.5	7.0	20.9	48.8	15.1	4.7	3.68	0.95
	精神保健福祉士	7	14.3	-	28.6	42.9	14.3	-	3.43	1.27
	看護師・准看護師	129	3.9	7.0	17.1	57.4	10.9	3.9	3.67	0.92
	理学療法士(PT)	14	-	28.6	21.4	42.9	7.1	-	3.29	0.99
	作業療法士(OT)	7	-	42.9	28.6	14.3	14.3	-	3.00	1.15
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	3.4	5.2	18.0	53.2	16.7	3.4	3.77	0.92
	ホームヘルパー	489	1.6	3.3	21.5	54.8	13.5	5.3	3.79	0.79
	栄養士・管理栄養士	23	4.3	4.3	30.4	43.5	8.7	8.7	3.52	0.93
	認知症介護指導者	34	2.9	2.9	11.8	64.7	11.8	5.9	3.84	0.81
その他	108	1.9	3.7	16.7	54.6	18.5	4.6	3.88	0.83	
職種	介護職員	717	1.4	3.9	23.7	55.0	12.1	3.9	3.75	0.78
	看護職員	87	4.6	8.0	18.4	58.6	10.3	-	3.62	0.94
	相談員	97	1.0	6.2	25.8	53.6	9.3	4.1	3.67	0.78
	リハビリ職員	21	-	33.3	23.8	23.8	19.0	-	3.29	1.15
	栄養管理職員	10	10.0	-	40.0	40.0	10.0	-	3.40	1.07
	管理職員	38	-	2.6	10.5	52.6	23.7	10.5	4.09	0.71
	事務職員	21	9.5	9.5	33.3	33.3	9.5	4.8	3.25	1.12
	その他	15	6.7	6.7	26.7	33.3	13.3	13.3	3.46	1.13
	介護支援専門員	45	6.7	4.4	22.2	44.4	22.2	-	3.71	1.08
職位	一般職員	773	2.3	4.0	27.4	51.1	11.8	3.4	3.68	0.83
	サブリーダー、副主任	92	1.1	5.4	14.1	65.2	14.1	-	3.86	0.76
	主任・班長以上、管理者以下	167	1.2	8.4	12.6	55.1	14.4	8.4	3.80	0.86
	施設・事業所全体の管理者	41	-	4.9	7.3	51.2	29.3	7.3	4.13	0.77
	経営者	10	-	-	-	70.0	30.0	-	4.18	0.60
介護知識	まったく学んでいない	17	17.6	11.8	47.1	17.6	-	5.9	2.69	1.01
	どちらかというと学んでいない	176	5.1	14.2	35.2	36.4	4.5	4.5	3.22	0.94
	どちらともいえない	404	1.0	4.7	29.0	53.5	7.7	4.2	3.65	0.74
	どちらかというと学んでいる	445	0.9	2.0	14.6	60.7	18.2	3.6	3.97	0.71
かなり学んでいる	58	-	1.7	1.7	50.0	41.4	5.2	4.38	0.62	
ソフ	まったく学んでいない	53	13.2	13.2	30.2	34.0	5.7	3.8	3.06	1.14
	どちらかというと学んでいない	235	3.4	10.2	31.1	43.0	6.8	5.5	3.42	0.91
	どちらともいえない	471	0.4	3.8	24.8	58.4	8.7	3.8	3.74	0.69
	どちらかというと学んでいる	307	1.0	2.3	14.3	58.3	22.5	1.6	4.01	0.75
ル識	かなり学んでいる	28	-	-	7.1	32.1	42.9	17.9	4.43	0.66

(2) 認知症の人と地域との関わりを積極的に構築していく

		サンプル数	B.実践しているかどうか							
			全く実践していない	ほとんど実践していない	実践しているが、一部ではない	実践しているが、一部ではない	実践しているが、一部ではない	実践しているが、一部ではない	不明	平均
* 全体		1119	12.5	16.9	36.4	25.6	4.0	4.6	2.91	1.06
所属施設種別	特別養護老人ホーム	346	17.9	19.4	38.7	15.3	5.2	3.5	2.69	1.11
	老人保健施設	125	19.2	24.8	29.6	21.6	3.2	1.6	2.64	1.12
	病院(療養型病床群)	28	28.6	17.9	39.3	10.7	-	3.6	2.33	1.04
	認知症対応型共同生活介護	325	5.8	10.5	34.5	37.8	5.2	6.2	3.28	0.96
	デイサービス	193	9.8	15.5	39.4	28.0	2.6	4.7	2.98	0.99
	小規模多機能型居宅介護	11	-	27.3	36.4	18.2	18.2	-	3.27	1.10
	地域包括支援センター	24	4.2	20.8	50.0	20.8	4.2	-	3.00	0.88
	在宅介護支援センター	16	12.5	6.3	31.3	43.8	6.3	-	3.25	1.13
	居宅介護支援事業所	60	11.7	11.7	30.0	36.7	3.3	6.7	3.09	1.08
	その他	20	10.0	20.0	45.0	20.0	-	5.0	2.79	0.92
	訪問介護事業所	12	-	16.7	58.3	16.7	-	8.3	3.00	0.63
訪問看護事業所	6	-	83.3	16.7	-	-	-	2.17	0.41	
宅老所	7	-	-	57.1	28.6	14.3	-	3.57	0.79	
認知症経験年数	0年～1年未満	105	17.1	18.1	41.9	17.1	1.0	4.8	2.65	1.01
	1年～3年未満	267	14.2	16.9	39.0	21.7	3.4	4.9	2.82	1.06
	3年～5年未満	234	7.3	12.8	41.0	32.5	2.6	3.8	3.11	0.93
	5年～10年未満	305	13.8	19.3	32.1	26.9	4.3	3.6	2.88	1.10
	10年以上	117	7.7	14.5	31.6	29.9	11.1	5.1	3.23	1.10
保有資格	介護福祉士	430	13.3	18.8	35.1	25.8	3.7	3.3	2.88	1.07
	社会福祉士	86	12.8	19.8	27.9	27.9	5.8	5.8	2.94	1.14
	精神保健福祉士	7	14.3	-	42.9	42.9	-	-	3.14	1.07
	看護師・准看護師	129	14.7	15.5	34.1	27.9	3.1	4.7	2.89	1.10
	理学療法士(PT)	14	-	57.1	35.7	-	7.1	-	2.57	0.85
	作業療法士(OT)	7	28.6	28.6	42.9	-	-	-	2.14	0.90
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	12.4	19.7	28.3	30.0	6.4	3.0	2.98	1.14
	ホームヘルパー	489	11.9	13.9	38.0	26.6	4.1	5.5	2.97	1.05
	栄養士・管理栄養士	23	17.4	21.7	34.8	8.7	8.7	8.7	2.67	1.20
	認知症介護指導者	34	14.7	11.8	23.5	35.3	8.8	5.9	3.13	1.24
その他	108	13.0	9.3	38.0	30.6	4.6	4.6	3.05	1.08	
職種	介護職員	717	13.1	15.9	38.2	25.1	3.1	4.6	2.89	1.05
	看護職員	87	19.5	21.8	31.0	24.1	2.3	1.1	2.67	1.12
	相談員	97	11.3	20.6	35.1	25.8	5.2	2.1	2.93	1.07
	リハビリ職員	21	9.5	47.6	33.3	4.8	4.8	-	2.48	0.93
	栄養管理職員	10	30.0	20.0	30.0	-	20.0	-	2.60	1.51
	管理職員	38	2.6	7.9	34.2	31.6	15.8	7.9	3.54	0.98
	事務職員	21	4.8	23.8	42.9	23.8	-	4.8	2.90	0.85
	その他	15	20.0	13.3	26.7	13.3	13.3	13.3	2.85	1.41
	介護支援専門員	45	8.9	17.8	24.4	40.0	6.7	2.2	3.18	1.11
職位	一般職員	773	12.7	16.7	38.0	25.0	3.1	4.5	2.89	1.04
	サブリーダー、副主任	92	16.3	23.9	32.6	22.8	4.3	-	2.76	1.12
	主任・班長以上、管理者以下	167	12.0	16.8	35.3	22.8	6.6	6.6	2.95	1.11
	施設・事業所全体の管理者	41	2.4	12.2	24.4	48.8	7.3	4.9	3.48	0.91
	経営者	10	-	-	40.0	50.0	10.0	-	3.45	1.04
介護に関する知識	まったく学んでいない	17	58.8	5.9	29.4	5.9	-	-	1.82	1.07
	どちらかというと学んでいない	176	30.1	23.9	29.5	10.8	0.6	5.1	2.24	1.04
	どちらともいえない	404	9.2	19.3	44.8	21.0	1.2	4.5	2.85	0.92
	どちらかというと学んでいる	445	8.1	13.5	33.3	34.8	6.1	4.3	3.18	1.03
	かなり学んでいる	58	3.4	6.9	29.3	36.2	19.0	5.2	3.64	1.01
ソフトウェア知識	まったく学んでいない	53	34.0	24.5	26.4	9.4	-	5.7	2.12	1.02
	どちらかというと学んでいない	235	21.3	25.5	29.4	17.4	1.3	5.1	2.49	1.07
	どちらともいえない	471	8.1	15.5	45.0	24.0	3.2	4.2	2.99	0.94
	どちらかというと学んでいる	307	9.8	11.7	34.2	35.2	6.8	2.3	3.18	1.06
	かなり学んでいる	28	3.6	10.7	10.7	39.3	17.9	17.9	3.70	1.11

(3) 認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく

	サンプル数	B.実践しているかどうか							平均	標準偏差
		ほとんど実践していない	やや実践していない	実践していない	やや実践している	実践している	かなり実践している	不明		
* 全体	1119	3.4	6.7	29.3	44.1	11.6	4.9	3.57	0.92	
所 属 施 設 ・ 種 別	特別養護老人ホーム	346	5.8	8.1	33.5	40.8	8.1	3.8	3.39	0.97
	老人保健施設	125	2.4	6.4	32.8	44.8	11.2	2.4	3.57	0.87
	病院(療養型病床群)	28	7.1	10.7	42.9	32.1	3.6	3.6	3.15	0.95
	認知症対応型共同生活介護	325	1.2	3.4	24.6	47.4	16.9	6.5	3.81	0.82
	デイサービス	193	3.1	7.8	24.9	48.2	11.4	4.7	3.60	0.92
	小規模多機能型居宅介護	11	-	9.1	36.4	36.4	18.2	-	3.64	0.92
	地域包括支援センター	24	8.3	8.3	50.0	29.2	4.2	-	3.13	0.95
	在宅介護支援センター	16	-	-	31.3	56.3	12.5	-	3.81	0.66
	居宅介護支援事業所	60	1.7	3.3	20.0	46.7	20.0	8.3	3.87	0.86
	その他	20	-	25.0	35.0	35.0	-	5.0	3.11	0.81
認 知 症 介 年 護 数	0年～1年未満	105	4.8	5.7	39.0	41.0	3.8	5.7	3.35	0.86
	1年～3年未満	267	6.0	5.6	31.5	42.3	9.7	4.9	3.46	0.98
	3年～5年未満	234	0.9	3.0	28.2	48.7	15.0	4.3	3.77	0.78
	5年～10年未満	305	2.6	7.5	28.2	46.9	10.5	4.3	3.58	0.89
	10年以上	117	0.9	7.7	18.8	44.4	23.9	4.3	3.87	0.92
	保 有 資 格	介護福祉士	430	3.0	7.7	29.1	44.0	13.0	3.3	3.58
社会福祉士		86	4.7	4.7	19.8	50.0	16.3	4.7	3.72	0.97
精神保健福祉士		7	-	14.3	28.6	28.6	28.6	-	3.71	1.11
看護師・准看護師		129	4.7	7.0	31.0	43.4	8.5	5.4	3.47	0.94
理学療法士(PT)		14	-	21.4	28.6	42.9	7.1	-	3.36	0.93
作業療法士(OT)		7	-	14.3	14.3	71.4	-	-	3.57	0.79
医師		-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護支援専門員		233	2.1	6.9	22.3	46.4	18.0	4.3	3.74	0.92
ホームヘルパー		489	2.9	6.1	28.4	45.0	11.9	5.7	3.60	0.90
栄養士・管理栄養士		23	8.7	4.3	43.5	21.7	13.0	8.7	3.29	1.10
認知症介護指導者	34	-	5.9	17.6	58.8	11.8	5.9	3.81	0.74	
その他	108	2.8	5.6	24.1	47.2	14.8	5.6	3.70	0.91	
職 種	介護職員	717	3.5	5.9	31.0	44.5	10.6	4.6	3.55	0.90
	看護職員	87	4.6	10.3	29.9	43.7	9.2	2.3	3.44	0.97
	相談員	97	3.1	8.2	28.9	43.3	13.4	3.1	3.57	0.94
	リハビリ職員	21	-	19.0	23.8	47.6	9.5	-	3.48	0.93
	栄養管理職員	10	20.0	10.0	30.0	20.0	20.0	-	3.10	1.45
	管理職員	38	-	2.6	18.4	52.6	18.4	7.9	3.94	0.73
	事務職員	21	9.5	9.5	33.3	42.9	-	4.8	3.15	0.99
	その他	15	6.7	13.3	53.3	6.7	6.7	13.3	2.92	0.95
	介護支援専門員	45	-	4.4	26.7	51.1	15.6	2.2	3.80	0.76
職 位	一般職員	773	4.0	6.3	32.5	42.8	10.1	4.3	3.51	0.92
	サブリーダー、副主任	92	3.3	6.5	30.4	45.7	13.0	1.1	3.59	0.92
	主任・班長以上、管理者以下	167	1.2	9.0	19.8	46.1	16.2	7.8	3.73	0.91
	施設・事業所全体の管理者 経営者	41 10	- -	4.9 -	12.2 -	58.5 70.0	19.5 30.0	4.9 -	3.98 4.18	0.73 0.60
介 関 す に る 知 識	まったく学んでいない	17	5.9	11.8	47.1	35.3	-	-	3.12	0.86
	どちらかというと学んでいない	176	11.4	14.2	30.1	33.0	5.1	6.3	3.07	1.10
	どちらともいえない	404	2.2	5.0	38.1	41.3	8.4	5.0	3.51	0.82
	どちらかというと学んでいる かなり学んでいる	445 58	1.3 1.7	4.7 1.7	22.5 19.0	52.8 36.2	14.6 36.2	4.0 5.2	3.78 4.09	0.81 0.91
ソ フ ト ワ ー ル 知 識	まったく学んでいない	53	15.1	13.2	34.0	30.2	1.9	5.7	2.90	1.09
	どちらかというと学んでいない	235	4.3	11.9	33.2	37.9	7.2	5.5	3.34	0.95
	どちらともいえない	471	2.8	5.1	33.5	45.4	8.5	4.7	3.54	0.84
	どちらかというと学んでいる かなり学んでいる	307 28	2.0 -	3.3 -	21.8 14.3	51.1 25.0	19.2 42.9	2.6 17.9	3.85 4.35	0.85 0.78

(4) 認知症により、的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということを意識する

		サンプル数	B.実践しているかどうか							平均	標準偏差
			はい、常に実践している	どちらかという実践している	どちらかという実践していない	どちらかという実践していない	かなり実践していない	不明	なし		
*	全体	1119	0.4	2.1	13.8	47.3	31.3	5.2	4.13	0.77	
所 属 施 設 種 別	特別養護老人ホーム	346	0.3	3.2	19.7	46.5	26.6	3.8	4.00	0.80	
	老人保健施設	125	0.8	2.4	10.4	51.2	32.8	2.4	4.16	0.77	
	病院(療養型病床群)	28	3.6	-	10.7	42.9	35.7	7.1	4.15	0.92	
	認知症対応型共同生活介護	325	-	0.9	9.5	46.2	36.3	7.1	4.27	0.68	
	デイサービス	193	1.0	1.6	10.9	51.3	29.5	5.7	4.13	0.76	
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	36.4	45.5	-	4.27	0.79	
	地域包括支援センター	24	-	-	29.2	54.2	16.7	-	3.88	0.68	
	在宅介護支援センター	16	-	-	25.0	43.8	31.3	-	4.06	0.77	
	居宅介護支援事業所	60	-	3.3	13.3	41.7	35.0	6.7	4.16	0.80	
	その他	20	-	5.0	15.0	50.0	30.0	-	4.05	0.83	
	訪問介護事業所	12	-	-	25.0	58.3	16.7	-	3.92	0.67	
	訪問看護事業所	6	-	-	33.3	50.0	16.7	-	3.83	0.75	
	宅老所	7	-	14.3	-	42.9	42.9	-	4.14	1.07	
認 知 症 歴 介 年 護 数	0年～1年未満	105	-	2.9	14.3	52.4	21.9	8.6	4.02	0.73	
	1年～3年未満	267	0.4	3.0	16.5	46.8	29.2	4.1	4.06	0.80	
	3年～5年未満	234	-	1.3	11.1	50.0	33.8	3.8	4.21	0.69	
	5年～10年未満	305	1.0	1.3	10.8	46.9	34.4	5.6	4.19	0.77	
	10年以上	117	0.9	1.7	9.4	41.0	43.6	3.4	4.29	0.79	
保 有 資 格	介護福祉士	430	0.7	1.6	11.9	50.5	32.1	3.3	4.15	0.75	
	社会福祉士	86	-	3.5	7.0	50.0	34.9	4.7	4.22	0.74	
	精神保健福祉士	7	-	-	28.6	-	71.4	-	4.43	0.98	
	看護師・准看護師	129	1.6	3.9	15.5	45.7	27.1	6.2	3.99	0.88	
	理学療法士(PT)	14	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.73	
	作業療法士(OT)	7	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.69	
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	介護支援専門員	233	1.3	2.1	10.3	45.5	37.8	3.0	4.20	0.82	
	ホームヘルパー	489	0.6	1.6	13.3	44.8	33.5	6.1	4.16	0.78	
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	30.4	30.4	26.1	8.7	3.86	0.91	
	認知症介護指導者	34	-	-	8.8	35.3	50.0	5.9	4.44	0.67	
その他	108	-	4.6	8.3	43.5	38.0	5.6	4.22	0.80		
職 種	介護職員	717	0.4	1.4	13.9	48.5	30.4	5.3	4.13	0.74	
	看護職員	87	2.3	4.6	18.4	47.1	26.4	1.1	3.92	0.92	
	相談員	97	-	2.1	11.3	48.5	36.1	2.1	4.21	0.73	
	リハビリ職員	21	-	-	14.3	38.1	47.6	-	4.33	0.73	
	栄養管理職員	10	-	-	40.0	40.0	20.0	-	3.80	0.79	
	管理職員	38	-	2.6	5.3	52.6	31.6	7.9	4.23	0.69	
	事務職員	21	-	23.8	4.8	52.4	14.3	4.8	3.60	1.05	
	その他	15	-	-	46.7	33.3	6.7	13.3	3.54	0.66	
	介護支援専門員	45	-	-	17.8	44.4	35.6	2.2	4.18	0.72	
職 位	一般職員	773	0.5	2.5	14.7	49.4	27.9	4.9	4.07	0.77	
	サブリーダー、副主任	92	-	1.1	10.9	42.4	42.4	3.3	4.31	0.71	
	主任・班長以上、管理者以下	167	-	1.8	12.0	38.3	40.7	7.2	4.27	0.76	
	施設・事業所全体の管理者	41	-	-	4.9	43.9	46.3	4.9	4.43	0.59	
	経営者	10	-	-	-	50.0	50.0	-	4.45	0.52	
介 護 す に 関 知 識	まったく学んでいない	17	-	-	47.1	35.3	17.6	-	3.71	0.77	
	どちらかという学んでいない	176	1.7	7.4	17.6	43.8	21.0	8.5	3.82	0.94	
	どちらともいえない	404	-	1.0	16.8	53.7	23.5	5.0	4.05	0.68	
	どちらかという学んでいる	445	-	1.3	9.2	46.5	39.3	3.6	4.28	0.69	
	かなり学んでいる	58	-	-	5.2	25.9	63.8	5.2	4.62	0.59	
ソ フ ト ウ ェ ア 知 識	まったく学んでいない	53	-	11.3	22.6	45.3	17.0	3.8	3.71	0.90	
	どちらかという学んでいない	235	0.9	3.8	18.7	44.3	24.3	8.1	3.95	0.85	
	どちらともいえない	471	-	1.1	15.1	53.7	26.1	4.0	4.09	0.68	
	どちらかという学んでいる	307	0.3	1.0	7.8	43.0	45.6	2.3	4.36	0.70	
	かなり学んでいる	28	-	-	-	32.1	50.0	17.9	4.61	0.50	

(5) 認知症の人の気持ちを押し量って、関係者に代弁する

	サンプル数	日実践しているかどうか								
		ほとんど勉強して いない	ほとんど勉強して いる	勉強して いる	勉強して いる	勉強して いる	勉強して いる	勉強して いる	平均	標準偏差
* 全体	1119	1.2	4.0	26.3	43.4	20.1	5.0	3.81	0.86	
所 属 施 設 ・ 種 別	特別養護老人ホーム	346	1.7	4.9	29.2	43.1	16.8	4.3	3.71	0.88
	老人保健施設	125	-	3.2	28.8	41.6	24.8	1.6	3.89	0.82
	病院(療養型病床群)	28	3.6	3.6	28.6	60.7	-	3.6	3.52	0.75
	認知症対応型共同生活介護	325	1.2	1.8	22.5	42.8	24.6	7.1	3.94	0.84
	デイサービス	193	0.5	6.2	24.4	44.6	19.2	5.2	3.80	0.86
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	9.1	54.5	36.4	-	4.27	0.65
	地域包括支援センター	24	-	4.2	25.0	58.3	12.5	-	3.79	0.72
	在宅介護支援センター	16	-	-	18.8	50.0	31.3	-	4.13	0.72
	居宅介護支援事業所	60	-	5.0	15.0	56.7	16.7	6.7	3.91	0.75
	その他	20	5.0	5.0	30.0	50.0	10.0	-	3.55	0.94
	訪問介護事業所	12	-	8.3	41.7	16.7	33.3	-	3.75	1.06
	訪問看護事業所	6	-	16.7	50.0	16.7	16.7	-	3.33	1.03
	宅老所	7	-	14.3	14.3	42.9	28.6	-	3.86	1.07
認 知 症 介 年 履 数	0年～1年未満	105	3.8	5.7	37.1	36.2	9.5	7.6	3.45	0.91
	1年～3年未満	267	1.9	5.6	30.3	40.8	16.5	4.9	3.68	0.90
	3年～5年未満	234	0.4	3.4	21.8	45.7	23.5	5.1	3.93	0.81
	5年～10年未満	305	0.3	1.6	22.6	48.9	22.3	4.3	3.95	0.75
	10年以上	117	-	2.6	17.1	42.7	35.0	2.6	4.13	0.79
保 有 資 格	介護福祉士	430	0.9	2.8	22.8	48.4	21.9	3.3	3.90	0.81
	社会福祉士	86	1.2	2.3	18.6	46.5	26.7	4.7	4.00	0.83
	精神保健福祉士	7	-	14.3	28.6	42.9	14.3	-	3.57	0.98
	看護師・准看護師	129	-	6.2	21.7	48.8	19.4	3.9	3.85	0.82
	理学療法士(PT)	14	-	7.1	21.4	50.0	21.4	-	3.86	0.86
	作業療法士(OT)	7	-	-	57.1	28.6	14.3	-	3.57	0.79
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	-	3.4	14.2	50.6	28.8	3.0	4.08	0.76
	ホームヘルパー	489	1.2	3.7	27.4	40.1	21.1	6.5	3.81	0.87
	栄養士・管理栄養士	23	-	8.7	34.8	30.4	13.0	13.0	3.55	0.89
	認知症介護指導者	34	-	-	8.8	50.0	35.3	5.9	4.28	0.63
	その他	108	1.9	4.6	20.4	38.9	28.7	5.6	3.93	0.95
職 種	介護職員	717	1.3	3.5	29.3	41.8	19.0	5.2	3.78	0.85
	看護職員	87	-	5.7	27.6	50.6	16.1	-	3.77	0.79
	相談員	97	-	4.1	22.7	48.5	22.7	2.1	3.92	0.79
	リハビリ職員	21	-	4.8	33.3	33.3	28.6	-	3.86	0.91
	栄養管理職員	10	-	20.0	40.0	30.0	10.0	-	3.30	0.95
	管理職員	38	-	2.6	7.9	42.1	39.5	7.9	4.29	0.75
	事務職員	21	9.5	14.3	28.6	42.9	-	4.8	3.10	1.02
	その他	15	13.3	6.7	33.3	26.7	6.7	13.3	3.08	1.19
	介護支援専門員	45	-	4.4	11.1	57.8	24.4	2.2	4.05	0.75
職 位	一般職員	773	1.6	4.3	28.3	43.6	17.6	4.7	3.75	0.86
	サブリーダー、副主任	92	-	1.1	31.5	38.0	27.2	2.2	3.92	0.81
	主任・班長以上、管理者以下	167	-	4.8	16.8	45.5	26.3	6.6	4.00	0.82
	施設・事業所全体の管理者	41	-	-	14.6	46.3	34.1	4.9	4.20	0.69
	経営者	10	-	-	10.0	50.0	40.0	-	4.27	0.65
介 護 す に る 知 識	まったく学んでいない	17	23.5	5.9	58.8	11.8	-	-	2.59	1.00
	どちらかというと学んでいない	176	2.3	10.2	34.1	33.5	13.6	6.3	3.49	0.95
	どちらともいえない	404	0.7	3.0	30.2	48.3	12.9	5.0	3.73	0.76
	どちらかというかと学んでいる	445	0.2	2.7	20.9	44.9	27.2	4.0	4.00	0.80
ソク ソク	かなり学んでいる	58	-	-	10.3	37.9	46.6	5.2	4.38	0.68
ソク ソク ヤ知 ル識	まったく学んでいない	53	9.4	13.2	41.5	26.4	7.5	1.9	3.10	1.05
	どちらかというかと学んでいない	235	0.9	8.1	29.8	37.0	17.4	6.8	3.67	0.91
	どちらともいえない	471	0.8	2.3	27.2	49.7	15.3	4.7	3.80	0.76
	どちらかというかと学んでいる	307	0.3	2.0	21.8	43.0	30.9	2.0	4.04	0.81
かなり学んでいる	28	-	-	10.7	28.6	42.9	17.9	4.39	0.72	

(6) 家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する

		サンプル数	B.実践しているかどうか							平均	標準偏差
			ほとんど実践していない	実践していない	実践している	実践している	実践している	実践している	実践している		
* 全体		1119	2.6	7.5	29.7	39.9	15.2	5.2	3.61	0.94	
所 属 施 設 種 別	特別養護老人ホーム	346	4.0	9.0	34.1	36.1	12.4	4.3	3.46	0.98	
	老人保健施設	125	1.6	9.6	25.6	43.2	16.8	3.2	3.66	0.94	
	病院(療養型病床群)	28	7.1	10.7	32.1	39.3	7.1	3.6	3.30	1.03	
	認知症対応型共同生活介護	325	1.2	6.2	31.7	38.2	16.6	6.2	3.67	0.89	
	デイサービス	193	3.1	7.3	24.9	38.3	21.8	4.7	3.72	1.01	
	小規模多機能型居宅介護	11	9.1	18.2	18.2	36.4	18.2	-	3.36	1.29	
	地域包括支援センター	24	-	4.2	20.8	66.7	8.3	-	3.79	0.66	
	在宅介護支援センター	16	-	-	25.0	31.3	37.5	6.3	4.13	0.83	
	居宅介護支援事業所	60	-	1.7	16.7	50.0	25.0	6.7	4.05	0.72	
	その他	20	5.0	5.0	40.0	50.0	-	-	3.35	0.81	
認 知 経 験 介 年 種 数	0年～1年未満	105	6.7	17.1	39.0	20.0	8.6	8.6	3.07	1.04	
	1年～3年未満	267	3.0	9.0	32.6	38.2	12.4	4.9	3.50	0.94	
	3年～5年未満	234	1.3	3.8	31.2	44.4	14.5	4.7	3.70	0.82	
	5年～10年未満	305	1.3	7.2	25.9	43.6	17.7	4.3	3.72	0.90	
	10年以上	117	0.9	2.6	19.7	46.2	27.4	3.4	4.00	0.82	
	保 有 資 格	介護福祉士	430	2.6	6.3	29.3	43.0	15.3	3.5	3.65	0.92
		社会福祉士	86	1.2	7.0	20.9	38.4	26.7	5.8	3.88	0.95
精神保健福祉士		7	-	14.3	28.6	28.6	28.6	-	3.71	1.11	
看護師・准看護師		129	2.3	7.0	19.4	48.1	18.6	4.7	3.77	0.93	
理学療法士(PT)		14	-	21.4	35.7	42.9	-	-	3.21	0.80	
作業療法士(OT)		7	14.3	14.3	42.9	28.6	-	-	2.86	1.07	
医師		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
介護支援専門員		233	-	3.9	18.9	49.8	23.6	3.9	3.97	0.78	
ホームヘルパー		489	2.5	6.7	32.3	38.0	13.7	6.7	3.58	0.92	
栄養士・管理栄養士		23	8.7	4.3	39.1	34.8	4.3	8.7	3.24	1.00	
認知症介護指導者		34	-	2.9	20.6	47.1	23.5	5.9	3.97	0.78	
その他	108	1.9	6.5	22.2	43.5	18.5	7.4	3.76	0.92		
職 種	介護職員	717	2.6	9.1	33.3	38.8	11.0	5.2	3.49	0.92	
	看護職員	87	2.3	9.2	21.8	51.7	13.8	1.1	3.66	0.92	
	相談員	97	1.0	2.1	16.5	45.4	30.9	4.1	4.08	0.82	
	リハビリ職員	21	4.8	19.0	33.3	33.3	9.5	-	3.24	1.04	
	栄養管理職員	10	20.0	10.0	50.0	10.0	10.0	-	2.80	1.23	
	管理職員	38	-	-	26.3	28.9	36.8	7.9	4.11	0.83	
	事務職員	21	9.5	4.8	47.6	33.3	-	4.8	3.10	0.91	
	その他	15	13.3	-	26.7	40.0	6.7	13.3	3.31	1.18	
	介護支援専門員	45	-	2.2	13.3	57.8	24.4	2.2	4.07	0.70	
	職 位	一般職員	773	2.7	8.0	32.1	40.2	12.3	4.7	3.54	0.92
サブリーダー、副主任		92	2.2	8.7	28.3	39.1	18.5	3.3	3.64	0.96	
主任・班長以上、管理者以下		167	1.8	7.2	22.8	43.1	19.2	6.0	3.75	0.93	
施設・事業所全体の管理者 経営者		41 10	- -	- -	12.2 30.0	31.7 50.0	48.8 20.0	7.3 -	4.36 3.82	0.74 0.75	
介 関 す る 知 識	まったく学んでいない	17	41.2	-	41.2	17.6	-	-	2.35	1.22	
	どちらかという学んでいない	176	5.1	16.5	30.7	30.1	10.8	6.8	3.27	1.06	
	どちらともいえない	404	1.2	7.4	35.6	39.6	10.9	5.2	3.54	0.85	
	どちらかという学んでいる かなり学んでいる	445 58	1.3 1.7	4.7 1.7	24.5 20.7	46.3 32.8	18.9 37.9	4.3 5.2	3.80 4.09	0.86 0.93	
ソ フ ト ウ ェ ア 知 識	まったく学んでいない	53	15.1	11.3	45.3	18.9	7.5	1.9	2.92	1.12	
	どちらかという学んでいない	235	3.4	13.6	33.2	32.3	9.8	7.7	3.34	0.98	
	どちらともいえない	471	1.3	7.6	32.7	41.8	12.3	4.2	3.59	0.86	
	どちらかという学んでいる かなり学んでいる	307 28	1.6 -	2.3 -	20.8 21.4	49.8 10.7	22.1 50.0	3.3 17.9	3.92 4.35	0.83 0.88	

(7) 認知症だからできないと考えない

	サンプル数	B.実践しているかどうか								
		ほとんど実践していない	どちらかといえば実践していない	どちらかといえば実践している	実践している	分からない	不明	平均	標準偏差	
* 全体	1119	0.5	2.1	20.0	46.1	26.6	4.6	4.01	0.79	
所属施設の種類	特別養護老人ホーム	346	0.3	3.8	25.1	43.4	24.0	3.5	3.90	0.83
	老人保健施設	125	0.8	0.8	24.0	44.8	27.2	2.4	3.99	0.80
	病院(療養型病床群)	28	3.6	-	21.4	42.9	28.6	3.6	3.96	0.94
	認知症対応型共同生活介護	325	0.3	0.6	16.0	48.0	28.6	6.5	4.11	0.72
	デイサービス	193	0.5	2.6	18.1	46.6	28.0	4.1	4.03	0.80
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	36.4	36.4	9.1	4.20	0.79
	地域包括支援センター	24	4.2	4.2	25.0	58.3	8.3	-	3.63	0.88
	在宅介護支援センター	16	-	-	25.0	31.3	43.8	-	4.19	0.83
	居宅介護支援事業所	60	-	1.7	18.3	50.0	23.3	6.7	4.02	0.73
	その他	20	-	5.0	30.0	20.0	45.0	-	4.05	1.00
	訪問介護事業所	12	-	-	33.3	25.0	41.7	-	4.08	0.90
	訪問看護事業所	6	-	-	33.3	50.0	16.7	-	3.83	0.75
	宅老所	7	-	-	14.3	28.6	57.1	-	4.43	0.79
認知症経験年数	0年～1年未満	105	-	3.8	24.8	47.6	19.0	4.8	3.86	0.78
	1年～3年未満	267	0.7	2.2	21.3	47.6	23.6	4.5	3.95	0.80
	3年～5年未満	234	-	0.9	19.2	43.6	31.6	4.7	4.11	0.75
	5年～10年未満	305	1.0	2.0	16.1	47.9	29.2	3.9	4.06	0.80
	10年以上	117	0.9	2.6	12.0	47.0	34.2	3.4	4.15	0.80
保有資格	介護福祉士	430	0.2	3.0	16.7	48.4	28.6	3.0	4.05	0.78
	社会福祉士	86	-	2.3	17.4	43.0	32.6	4.7	4.11	0.79
	精神保健福祉士	7	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.76
	看護師・准看護師	129	2.3	1.6	23.3	45.0	24.0	3.9	3.90	0.88
	理学療法士(PT)	14	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.66
	作業療法士(OT)	7	-	-	14.3	28.6	57.1	-	4.43	0.79
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	0.9	1.7	18.9	44.6	30.5	3.4	4.06	0.81
	ホームヘルパー	489	0.6	1.6	17.0	44.8	30.1	5.9	4.08	0.79
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	17.4	43.5	26.1	8.7	4.00	0.84
認知症介護指導者	34	-	-	5.9	32.4	55.9	5.9	4.53	0.62	
その他	108	-	4.6	16.7	38.9	33.3	6.5	4.08	0.86	
職種	介護職員	717	0.6	2.1	19.1	47.8	25.8	4.6	4.01	0.78
	看護職員	87	1.1	2.3	27.6	50.6	18.4	-	3.83	0.80
	相談員	97	-	4.1	21.6	40.2	32.0	2.1	4.02	0.85
	リハビリ職員	21	-	-	14.3	38.1	47.6	-	4.33	0.73
	栄養管理職員	10	-	10.0	30.0	30.0	30.0	-	3.80	1.03
	管理職員	38	-	2.6	13.2	34.2	39.5	10.5	4.24	0.82
	事務職員	21	-	-	52.4	42.9	-	4.8	3.45	0.51
	その他	15	-	-	46.7	26.7	13.3	13.3	3.62	0.77
介護支援専門員	45	2.2	-	17.8	46.7	28.9	4.4	4.05	0.84	
職位	一般職員	773	0.5	1.8	20.8	47.3	25.4	4.1	3.99	0.78
	サブリーダー、副主任	92	1.1	2.2	19.6	43.5	32.6	1.1	4.04	0.85
	主任・班長以上、管理者以下	167	-	3.0	18.0	43.7	27.5	7.8	4.04	0.79
	施設・事業所全体の管理者 経営者	41 10	- -	4.9 -	9.8 10.0	43.9 30.0	36.6 60.0	4.9 -	4.18 4.36	0.81 0.81
介護に関する知識	まったく学んでいない	17	-	-	58.8	29.4	11.8	-	3.53	0.72
	どちらかというと学んでいない	176	1.1	6.3	29.5	43.2	14.2	5.7	3.67	0.86
	どちらともいえない	404	0.2	2.2	24.0	49.3	19.8	4.5	3.90	0.75
	どちらかというと学んでいる	445	0.2	0.7	13.0	47.2	34.8	4.0	4.21	0.71
かなり学んでいる	58	-	-	3.4	34.5	56.9	5.2	4.56	0.57	
ソフトスキル	まったく学んでいない	53	-	-	50.9	34.0	13.2	1.9	3.62	0.72
	どちらかというと学んでいない	235	0.9	3.4	24.7	47.7	16.6	6.8	3.81	0.80
	どちらともいえない	471	0.2	2.3	18.9	48.8	25.9	3.8	4.02	0.76
	どちらかというと学んでいる	307	0.3	1.3	13.7	45.6	36.8	2.3	4.20	0.75
ハードスキル	28	-	-	10.7	28.6	42.9	17.9	4.39	0.72	

(8) 認知症であっても能力の可能性を探る

	サンプル数	B.実践しているかどうか								
		ほとんど実践していない	ほとんど実践している	実践していない	実践している	実践していない	実践している	不明	合計	可能性
* 全体	1119	0.6	2.3	16.3	48.3	27.5	4.9	4.05	0.78	
所属施設	特別養護老人ホーム	346	0.9	3.8	23.7	47.1	20.8	3.8	3.86	0.83
	老人保健施設	125	0.8	2.4	19.2	48.8	26.4	2.4	4.00	0.80
	病院(療養型病床群)	28	-	3.6	17.9	46.4	21.4	10.7	3.96	0.79
	認知症対応型共同生活介護	325	-	0.3	11.1	49.2	32.9	6.5	4.23	0.66
	デイサービス	193	1.0	3.1	14.5	43.5	33.2	4.7	4.10	0.85
	小規模多機能型居宅介護	11	-	9.1	27.3	36.4	27.3	-	3.82	0.98
	地域包括支援センター	24	4.2	-	16.7	62.5	16.7	-	3.88	0.85
	在宅介護支援センター	16	-	-	12.5	43.8	43.8	-	4.31	0.70
	居宅介護支援事業所	60	-	1.7	16.7	55.0	20.0	6.7	4.00	0.69
	その他	20	-	10.0	10.0	45.0	35.0	-	4.05	0.94
	訪問介護事業所	12	-	-	16.7	58.3	25.0	-	4.08	0.67
	訪問看護事業所	6	-	-	-	83.3	16.7	-	4.17	0.41
宅老所	7	-	14.3	14.3	28.6	42.9	-	4.00	1.15	
認知経年	0年～1年未満	105	1.0	2.9	24.8	48.6	18.1	4.8	3.84	0.80
	1年～3年未満	267	0.7	2.2	15.0	51.3	26.6	4.1	4.05	0.77
	3年～5年未満	234	-	-	14.5	52.6	28.6	4.3	4.15	0.66
	5年～10年未満	305	0.3	2.6	15.1	47.5	28.5	5.9	4.08	0.78
	10年以上	117	0.9	3.4	10.3	40.2	41.9	3.4	4.23	0.85
保有資格	介護福祉士	430	0.2	2.8	15.3	47.9	30.2	3.5	4.09	0.78
	社会福祉士	86	-	2.3	18.6	46.5	26.7	5.8	4.04	0.77
	精神保健福祉士	7	-	-	-	85.7	14.3	-	4.14	0.38
	看護師・准看護師	129	2.3	2.3	13.2	51.9	24.0	6.2	3.99	0.85
	理学療法士(PT)	14	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.66
	作業療法士(OT)	7	-	-	-	14.3	85.7	-	4.86	0.38
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	1.3	1.3	14.6	47.2	30.9	4.7	4.10	0.80
	ホームヘルパー	489	0.6	2.0	14.9	47.9	28.8	5.7	4.08	0.78
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	26.1	30.4	30.4	8.7	3.95	0.92
	認知症介護指導者	34	-	5.9	8.8	26.5	52.9	5.9	4.34	0.90
その他	108	0.9	3.7	13.9	43.5	31.5	6.5	4.08	0.86	
職種	介護職員	717	0.3	2.6	15.3	49.9	27.2	4.6	4.06	0.76
	看護職員	87	2.3	2.3	13.8	59.8	19.5	2.3	3.94	0.81
	相談員	97	-	1.0	19.6	44.3	32.0	3.1	4.11	0.75
	リハビリ職員	21	-	-	9.5	33.3	57.1	-	4.48	0.68
	栄養管理職員	10	-	10.0	50.0	20.0	20.0	-	3.50	0.97
	管理職員	38	-	-	18.4	31.6	42.1	7.9	4.26	0.78
	事務職員	21	9.5	4.8	33.3	47.6	-	4.8	3.25	0.97
	その他	15	-	6.7	40.0	33.3	6.7	13.3	3.46	0.78
	介護支援専門員	45	2.2	-	24.4	42.2	26.7	4.4	3.95	0.87
職位	一般職員	773	0.8	1.9	16.2	51.1	25.4	4.7	4.03	0.77
	サブリーダー、副主任	92	-	2.2	17.4	41.3	37.0	2.2	4.15	0.79
	主任・班長以上、管理者以下	167	-	4.8	16.2	43.7	28.7	6.6	4.03	0.83
	施設・事業所全体の管理者	41	-	2.4	9.8	41.5	41.5	4.9	4.28	0.75
	経営者	10	-	-	10.0	30.0	60.0	-	4.36	0.81
介護に関する知識	まったく学んでいない	17	5.9	11.8	52.9	17.6	11.8	-	3.18	1.01
	どちらかという学んでいない	176	1.7	5.7	23.3	49.4	14.8	5.1	3.74	0.86
	どちらともいえない	404	0.5	2.2	21.3	52.5	18.3	5.2	3.91	0.74
	どちらかという学んでいる	445	-	0.7	9.4	49.0	36.9	4.0	4.27	0.66
	かなり学んでいる	58	-	-	5.2	20.7	69.0	5.2	4.67	0.58
ソワシクヤル知識	まったく学んでいない	53	5.7	5.7	32.1	39.6	15.1	1.9	3.54	1.02
	どちらかという学んでいない	235	0.4	3.8	21.7	50.6	17.0	6.4	3.85	0.77
	どちらともいえない	471	0.4	2.1	15.9	53.7	23.1	4.7	4.02	0.73
	どちらかという学んでいる	307	-	0.7	11.1	42.3	43.6	2.3	4.32	0.70
かなり学んでいる	28	-	-	7.1	25.0	50.0	17.9	4.52	0.67	

(9) 認知症の人が自分でできることは、自分で行なえるように支援をする

	サ ム ル 数	B実践しているかどうか							
		ほとんど できない	ほとんど できないが 一部は実 践している	ほとんど できないが 一部は実 践している	ほとんど できないが 一部は実 践している	ほとんど できないが 一部は実 践している	かなり 実践してい る	不明	平均
* 全体	1119	0.4	1.6	14.9	51.0	27.6	4.2	4.09	0.74
所 属 施 設 種 別									
特別養護老人ホーム	346	0.3	2.6	24.3	46.0	23.4	3.5	3.93	0.79
老人保健施設	125	1.6	1.6	19.2	49.6	26.4	1.6	3.99	0.82
病院(療養型病床群)	28	-	3.6	10.7	60.7	21.4	3.6	4.04	0.71
認知症対応型共同生活介護	325	-	-	7.4	53.5	33.8	5.2	4.28	0.60
デイサービス	193	0.5	2.6	10.4	53.9	28.0	4.7	4.11	0.74
小規模多機能型居宅介護	11	-	-	-	54.5	45.5	-	4.45	0.52
地域包括支援センター	24	4.2	4.2	25.0	54.2	12.5	-	3.67	0.92
在宅介護支援センター	16	-	-	25.0	43.8	31.3	-	4.06	0.77
居宅介護支援事業所	60	-	1.7	16.7	58.3	16.7	6.7	3.96	0.66
その他	20	-	5.0	10.0	50.0	35.0	-	4.15	0.81
訪問介護事業所	12	-	-	8.3	50.0	41.7	-	4.33	0.65
訪問看護事業所	6	-	-	-	66.7	33.3	-	4.33	0.52
宅老所	7	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.69
認 知 症 経 験 年 数									
0年～1年未満	105	-	2.9	20.0	52.4	20.0	4.8	3.94	0.74
1年～3年未満	267	-	-	17.6	50.9	27.0	4.5	4.10	0.68
3年～5年未満	234	0.4	0.4	9.8	51.7	34.2	3.4	4.23	0.68
5年～10年未満	305	0.7	2.3	13.4	51.5	28.5	3.6	4.09	0.77
10年以上	117	-	3.4	14.5	46.2	33.3	2.6	4.12	0.79
保 有 資 格									
介護福祉士	430	0.5	1.9	14.9	51.4	28.6	2.8	4.09	0.75
社会福祉士	86	-	-	23.3	50.0	22.1	4.7	3.99	0.69
精神保健福祉士	7	-	-	42.9	42.9	14.3	-	3.71	0.76
看護師・准看護師	129	1.6	3.1	11.6	50.4	29.5	3.9	4.07	0.84
理学療法士(PT)	14	-	-	21.4	57.1	21.4	-	4.00	0.68
作業療法士(OT)	7	-	-	-	42.9	57.1	-	4.57	0.53
医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護支援専門員	293	1.7	2.1	15.0	52.8	24.9	3.4	4.00	0.82
ホームヘルパー	489	0.6	1.0	12.5	50.3	30.5	5.1	4.15	0.73
栄養士・管理栄養士	23	-	-	26.1	43.5	21.7	8.7	3.95	0.74
認知症介護指導者	34	-	2.9	14.7	52.9	23.5	5.9	4.03	0.74
その他	108	0.9	2.8	10.2	51.9	28.7	5.6	4.11	0.78
職 種									
介護職員	717	0.3	1.3	13.9	51.3	29.1	4.0	4.12	0.72
看護職員	87	1.1	3.4	11.5	55.2	28.7	-	4.07	0.80
相談員	97	-	2.1	16.5	55.7	23.7	2.1	4.03	0.71
リハビリ職員	21	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.72
栄養管理職員	10	-	-	20.0	60.0	20.0	-	4.00	0.67
管理職員	38	-	2.6	10.5	50.0	28.9	7.9	4.14	0.73
事務職員	21	4.8	9.5	19.0	57.1	4.8	4.8	3.50	0.95
その他	15	-	-	40.0	33.3	13.3	13.3	3.69	0.75
介護支援専門員	45	2.2	2.2	26.7	46.7	17.8	4.4	3.79	0.86
職 位									
一般職員	773	0.4	1.0	14.9	51.5	28.5	3.8	4.11	0.72
サブリーダー、副主任	92	-	-	19.6	46.7	32.6	1.1	4.13	0.71
主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	4.2	15.6	50.9	22.2	6.6	3.96	0.80
施設・事業所全体の管理者	41	-	2.4	9.8	48.8	34.1	4.9	4.20	0.72
経営者	10	-	-	-	60.0	40.0	-	4.18	0.87
介 関 す る 知 識									
まったく学んでいない	17	-	5.9	41.2	35.3	11.8	5.9	3.56	0.81
どちらかというと学んでいない	176	1.1	2.8	20.5	50.6	18.8	6.3	3.88	0.80
どちらともいえない	404	0.5	2.0	19.6	54.2	20.3	3.5	3.95	0.73
どちらかというと学んでいる	445	-	0.7	9.0	50.6	36.4	3.4	4.27	0.65
かなり学んでいる	58	-	-	5.2	37.9	51.7	5.2	4.49	0.60
ソ ワ シ ヤ ル 知 識									
まったく学んでいない	53	3.8	3.8	35.8	35.8	18.9	1.9	3.63	0.97
どちらかというと学んでいない	235	-	2.6	15.7	52.3	23.8	5.5	4.03	0.73
どちらともいえない	471	0.2	1.5	16.3	54.8	23.6	3.6	4.04	0.70
どちらかというと学んでいる	307	0.3	0.7	10.4	48.5	38.1	2.0	4.26	0.70
かなり学んでいる	28	-	-	-	39.3	42.9	17.9	4.52	0.51

(10) 認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする

	サンプル数	B.実践しているかどうか								
		全く実践していない	ほとんど実践していない	実践しているが、一部ではない	実践しているが、一部ではない	実践しているが、一部ではない	かなり実践している	不明	平均	標準偏差
* 全体	1119	1.0	3.9	25.6	47.1	17.5	4.9	3.80	0.82	
所	特別養護老人ホーム	346	1.4	6.6	34.7	41.0	12.1	4.0	3.58	0.85
属	老人保健施設	125	0.8	4.0	26.4	48.0	16.0	4.8	3.78	0.80
施	病院(療養型病床群)	28	-	3.6	46.4	39.3	7.1	3.6	3.52	0.70
設	認知症対応型共同生活介護	325	-	1.5	18.5	50.2	24.0	5.8	4.03	0.72
・	デイサービス	193	1.6	4.1	20.7	47.7	21.8	4.1	3.88	0.87
種	小規模多機能型居宅介護	11	9.1	-	-	63.6	27.3	-	4.00	1.10
別	地域包括支援センター	24	8.3	-	33.3	54.2	4.2	-	3.46	0.93
	在宅介護支援センター	16	-	-	25.0	56.3	18.8	-	3.94	0.68
	居宅介護支援事業所	60	-	3.3	21.7	53.3	13.3	8.3	3.84	0.71
	その他	20	-	5.0	20.0	55.0	20.0	-	3.90	0.79
	訪問介護事業所	12	-	-	50.0	25.0	25.0	-	3.75	0.87
	訪問看護事業所	6	-	-	-	100.0	-	-	4.00	0.00
	宅老所	7	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.69
認	0年～1年未満	105	1.0	5.7	38.1	35.2	14.3	5.7	3.60	0.86
知	1年～3年未満	267	0.4	4.1	26.2	48.3	16.5	4.5	3.80	0.79
経	3年～5年未満	234	0.4	1.7	20.5	49.6	23.1	4.7	3.98	0.76
験	5年～10年未満	305	1.6	4.3	24.3	50.5	15.1	4.3	3.76	0.83
介	10年以上	117	0.9	5.1	17.9	47.9	25.6	2.6	3.95	0.86
年	介護福祉士	430	0.5	5.1	26.5	47.0	17.4	3.5	3.79	0.82
護	社会福祉士	86	-	2.3	29.1	51.2	11.6	5.8	3.77	0.69
数	精神保健福祉士	7	-	14.3	42.9	28.6	14.3	-	3.43	0.98
保	看護師・准看護師	129	3.9	3.9	17.8	49.6	20.2	4.7	3.82	0.95
有	理学療法士(PT)	14	-	-	28.6	42.9	28.6	-	4.00	0.78
資	作業療法士(OT)	7	-	14.3	42.9	14.3	28.6	-	3.57	1.13
格	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	2.1	3.0	22.7	49.4	18.5	4.3	3.83	0.85
	ホームヘルパー	489	0.8	3.3	24.1	47.9	18.2	5.7	3.84	0.80
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	39.1	26.1	21.7	8.7	3.71	0.90
	認知症介護指導者	34	2.9	2.9	14.7	50.0	23.5	5.9	3.94	0.91
	その他	108	0.9	5.6	19.4	49.1	18.5	6.5	3.84	0.85
職	介護職員	717	0.6	4.2	24.8	48.8	16.9	4.7	3.81	0.79
種	看護職員	87	3.4	5.7	18.4	56.3	14.9	1.1	3.74	0.91
	相談員	97	-	5.2	26.8	50.5	15.5	2.1	3.78	0.77
	リハビリ職員	21	-	4.8	33.3	28.6	33.3	-	3.90	0.94
	栄養管理職員	10	-	10.0	50.0	20.0	20.0	-	3.50	0.97
	管理職員	38	2.6	-	28.9	31.6	26.3	10.5	3.88	0.95
	事務職員	21	4.8	9.5	42.9	33.3	4.8	4.8	3.25	0.91
	その他	15	-	-	46.7	33.3	6.7	13.3	3.54	0.66
	介護支援専門員	45	4.4	-	28.9	51.1	11.1	4.4	3.67	0.87
職	一般職員	773	0.8	3.8	26.0	47.6	17.6	4.3	3.81	0.81
位	サブリーダー、副主任	92	1.1	4.3	28.3	46.7	16.3	3.3	3.74	0.83
	主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	5.4	26.9	44.3	16.2	6.6	3.75	0.83
	施設・事業所全体の管理者	41	-	2.4	17.1	51.2	24.4	4.9	4.03	0.73
	経営者	10	-	-	-	60.0	40.0	-	4.09	1.14
介	まったく学んでいない	17	5.9	17.6	41.2	35.3	-	-	3.06	0.90
護	どちらかというと学んでいない	176	1.1	8.5	36.9	35.8	10.8	6.8	3.50	0.86
す	どちらともいえない	404	1.0	3.5	33.4	46.5	10.9	4.7	3.66	0.77
に	どちらかというと学んでいる	445	0.7	2.5	15.5	53.0	24.3	4.0	4.02	0.76
る	かなり学んでいる	58	-	-	5.2	48.3	41.4	5.2	4.38	0.59
知	まったく学んでいない	53	5.7	11.3	37.7	32.1	11.3	1.9	3.33	1.02
識	どちらかというと学んでいない	235	0.9	6.4	32.3	40.4	11.9	8.1	3.61	0.83
ソ	どちらともいえない	471	0.6	4.0	26.1	51.0	14.2	4.0	3.77	0.77
ワ	どちらかというと学んでいる	307	0.7	0.7	18.6	51.5	26.4	2.3	4.05	0.74
シ	かなり学んでいる	28	-	3.6	10.7	32.1	35.7	17.9	4.22	0.85

(11) 認知症の人の信頼関係に基づいたケアを行なう

	サンプル数	自実践しているかどうか								
		ほとんど実践していない	実践していない	どちらかといえば実践していない	どちらかといえば実践している	実践している	かなり実践している	不明	平均	標準偏差
* 全体	1119	0.5	2.9	22.5	46.6	22.8	4.6	3.93	0.80	
所 属 施 設 ・ 種 別	特別養護老人ホーム	346	0.6	4.0	31.5	42.2	17.9	3.8	3.76	0.82
	老人保健施設	125	-	2.4	30.4	41.6	23.2	2.4	3.88	0.80
	病院(療養型病床群)	28	-	3.6	28.6	42.9	21.4	3.6	3.85	0.82
	認知症対応型共同生活介護	325	-	2.5	13.2	46.8	31.4	6.2	4.14	0.75
	デイサービス	193	0.5	2.6	17.6	50.3	24.9	4.1	4.01	0.78
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	27.3	45.5	27.3	-	4.00	0.77
	地域包括支援センター	24	8.3	-	29.2	58.3	4.2	-	3.50	0.93
	在宅介護支援センター	16	-	-	12.5	62.5	25.0	-	4.13	0.62
	居宅介護支援事業所	60	1.7	3.3	15.0	56.7	15.0	8.3	3.87	0.79
	その他	20	-	-	15.0	75.0	10.0	-	3.95	0.51
	訪問介護事業所	12	-	-	41.7	33.3	25.0	-	3.83	0.83
	訪問看護事業所	6	-	-	33.3	66.7	-	-	3.67	0.52
	宅老所	7	-	14.3	-	71.4	14.3	-	3.86	0.90
認 知 症 歴 年 数	0年～1年未満	105	1.9	1.9	23.8	48.6	18.1	5.7	3.84	0.83
	1年～3年未満	267	-	5.2	20.2	48.7	21.7	4.1	3.91	0.81
	3年～5年未満	234	0.4	1.3	22.6	45.7	25.2	4.7	3.99	0.77
	5年～10年未満	305	-	2.6	23.0	48.5	21.3	4.6	3.93	0.76
	10年以上	117	0.9	2.6	12.8	46.2	35.0	2.6	4.15	0.81
保 有 資 格	介護福祉士	430	0.5	2.8	23.0	47.7	22.8	3.3	3.93	0.79
	社会福祉士	86	-	5.8	22.1	46.5	20.9	4.7	3.87	0.83
	精神保健福祉士	7	-	14.3	-	57.1	28.6	-	4.00	1.00
	看護師・准看護師	129	1.6	3.9	24.0	47.3	18.6	4.7	3.81	0.85
	理学療法士(P.T)	14	-	7.1	21.4	57.1	14.3	-	3.79	0.80
	作業療法士(O.T)	7	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.76
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	1.3	2.6	18.0	52.4	22.3	3.4	3.95	0.80
	ホームヘルパー	489	0.2	2.9	21.9	43.6	25.8	5.7	3.97	0.80
	栄養士・管理栄養士	23	-	-	30.4	39.1	17.4	13.0	3.85	0.75
	認知症介護指導者	34	-	-	8.8	64.7	20.6	5.9	4.13	0.55
その他	108	0.9	0.9	17.6	48.1	25.9	6.5	4.04	0.77	
職 種	介護職員	717	0.1	2.9	22.3	46.4	23.6	4.6	3.95	0.78
	看護職員	87	-	4.6	27.6	50.6	16.1	1.1	3.79	0.77
	相談員	97	-	3.1	27.8	48.5	18.6	2.1	3.84	0.76
	リハビリ職員	21	-	4.8	19.0	42.9	33.3	-	4.05	0.86
	栄養管理職員	10	-	-	50.0	40.0	10.0	-	3.60	0.70
	管理職員	38	-	-	15.8	50.0	26.3	7.9	4.11	0.68
	事務職員	21	4.8	9.5	42.9	23.8	14.3	4.8	3.35	1.04
	その他	15	13.3	-	40.0	26.7	6.7	13.3	3.15	1.14
	介護支援専門員	45	4.4	-	11.1	62.2	20.0	2.2	3.95	0.86
職 位	一般職員	773	0.6	3.2	23.3	46.6	21.9	4.4	3.90	0.81
	サブリーダー、副主任	92	-	1.1	23.9	41.3	32.6	1.1	4.07	0.78
	主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	2.4	22.8	48.5	19.8	6.0	3.90	0.78
	施設・事業所全体の管理者	41	-	2.4	12.2	48.8	31.7	4.9	4.15	0.74
	経営者	10	-	-	-	60.0	40.0	-	4.36	0.50
介 護 す に る 知 識	まったく学んでいない	17	11.8	-	41.2	41.2	5.9	-	3.29	1.05
	どちらかというと学んでいない	176	0.6	9.1	31.3	39.8	13.6	5.7	3.60	0.87
	どちらともいえない	404	0.7	1.7	29.2	48.5	15.3	4.5	3.80	0.75
	どちらかというと学んでいる	445	-	1.6	14.4	49.9	30.1	4.0	4.13	0.72
	かなり学んでいる	58	-	-	10.3	27.6	56.9	5.2	4.49	0.69
ソ フ ト ウ ェ ア 的 知 識	まったく学んでいない	53	5.7	11.3	28.3	39.6	13.2	1.9	3.44	1.06
	どちらかというと学んでいない	235	0.4	2.6	32.8	39.6	18.3	6.4	3.78	0.81
	どちらともいえない	471	0.4	2.8	22.1	52.0	18.0	4.7	3.89	0.75
	どちらかというと学んでいる	307	-	1.3	16.3	46.6	34.2	1.6	4.16	0.74
	かなり学んでいる	28	-	3.6	10.7	32.1	35.7	17.9	4.22	0.85

(12) 家族の信頼関係に基づいたケアを行う

	サ レ ル 数	B.実践しているかどうか								
		介護職員 の 実 施 率	介護職員 の 実 施 率	介護職員 の 実 施 率	介護職員 の 実 施 率	介護職員 の 実 施 率	介護職員 の 実 施 率	不明	平均	標準 偏差
* 全体	1119	1.4	4.9	27.9	43.0	18.0	4.8	3.75	0.87	
所 属 施 設 種 別	特別養護老人ホーム	346	2.0	6.9	35.0	37.9	15.0	3.2	3.59	0.91
	老人保健施設	125	1.6	8.8	23.2	43.2	20.8	2.4	3.75	0.95
	病院(療養型病床群)	28	-	7.1	42.9	32.1	14.3	3.6	3.56	0.85
	認知症対応型共同生活介護	325	0.6	2.8	25.2	42.5	22.5	6.5	3.89	0.82
	デイサービス	193	1.0	3.6	22.3	48.7	19.2	5.2	3.86	0.82
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	63.6	18.2	-	4.00	0.63
	地域包括支援センター	24	8.3	-	37.5	50.0	4.2	-	3.42	0.93
	在宅介護支援センター	16	-	-	31.3	31.3	37.5	-	4.06	0.85
	居宅介護支援事業所	60	1.7	1.7	20.0	51.7	15.0	10.0	3.85	0.79
	その他	20	-	10.0	35.0	40.0	15.0	-	3.60	0.88
	訪問介護事業所	12	-	-	33.3	33.3	33.3	-	4.00	0.85
	訪問看護事業所	6	-	-	33.3	50.0	16.7	-	3.83	0.75
	宅老所	7	-	14.3	28.6	42.9	14.3	-	3.57	0.98
認 知 経 験 介 年 数	0年～1年未満	105	1.9	8.6	35.2	39.0	8.6	6.7	3.47	0.86
	1年～3年未満	267	1.9	5.6	29.2	42.7	16.1	4.5	3.69	0.89
	3年～5年未満	234	0.9	3.4	27.4	41.0	23.5	3.8	3.86	0.86
	5年～10年未満	305	-	3.3	27.2	48.5	15.7	5.2	3.81	0.75
	10年以上	117	1.7	6.0	12.8	45.3	31.6	2.6	4.02	0.93
保 有 資 格	介護福祉士	430	1.2	4.9	26.0	46.3	17.9	3.7	3.78	0.85
	社会福祉士	86	3.5	1.2	26.7	40.7	22.1	5.8	3.81	0.94
	精神保健福祉士	7	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.76
	看護師・准看護師	129	3.1	6.2	22.5	44.2	19.4	4.7	3.74	0.97
	理学療法士(PT)	14	-	21.4	21.4	50.0	7.1	-	3.43	0.94
	作業療法士(OT)	7	-	42.9	14.3	28.6	14.3	-	3.14	1.21
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	1.7	2.6	20.2	48.5	22.3	4.7	3.91	0.84
	ホームヘルパー	489	1.2	3.1	28.4	43.8	17.8	5.7	3.78	0.83
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	30.4	34.8	21.7	8.7	3.81	0.87
	認知症介護指導者	34	-	2.9	17.6	50.0	23.5	5.9	4.00	0.76
その他	108	0.9	3.7	26.9	44.4	17.6	6.5	3.79	0.83	
職 種	介護職員	717	1.1	4.7	29.8	43.2	16.6	4.5	3.73	0.85
	看護職員	87	2.3	6.9	27.6	42.5	19.5	1.1	3.71	0.94
	相談員	97	-	2.1	28.9	46.4	19.6	3.1	3.86	0.76
	リハビリ職員	21	-	28.6	19.0	33.3	19.0	-	3.43	1.12
	栄養管理職員	10	-	10.0	40.0	30.0	20.0	-	3.60	0.97
	管理職員	38	-	-	21.1	42.1	28.9	7.9	4.09	0.74
	事務職員	21	4.8	9.5	38.1	38.1	4.8	4.8	3.30	0.92
	その他	15	20.0	13.3	26.7	20.0	6.7	13.3	2.77	1.30
	介護支援専門員	45	4.4	-	15.6	53.3	20.0	6.7	3.90	0.91
	職 位	一般職員	773	1.6	4.5	30.8	42.6	16.4	4.1	3.71
サブリーダー、副主任		92	-	5.4	21.7	51.1	18.5	3.3	3.84	0.79
主任・班長以上、管理者以下		167	1.2	7.2	21.0	41.3	22.2	7.2	3.82	0.93
施設・事業所全体の管理者 経営者		41 10	- -	2.4 -	17.1 10.0	41.5 60.0	34.1 30.0	4.9 -	4.13 4.18	0.79 0.60
介 関 す る 知 識	まったく学んでいない	17	11.8	5.9	41.2	41.2	-	-	3.12	0.89
	どちらかというと学んでいない	176	3.4	9.7	33.5	35.8	10.2	7.4	3.43	0.95
	どちらともいえない	404	1.7	5.2	34.4	41.8	12.9	4.0	3.61	0.85
	どちらかというと学んでいる	445	0.2	3.1	21.1	48.1	23.1	4.3	3.95	0.78
	かなり学んでいる	58	-	-	13.8	34.5	46.6	5.2	4.35	0.73
ソ フ ト ウ ア レ ア の 知 識	まったく学んでいない	53	7.5	9.4	32.1	39.6	9.4	1.9	3.35	1.05
	どちらかというと学んでいない	235	1.7	7.2	34.0	37.4	12.8	6.8	3.56	0.89
	どちらともいえない	471	1.3	5.1	30.8	43.5	14.6	4.7	3.68	0.84
	どちらかというと学んでいる	307	0.3	2.3	20.5	47.9	27.0	2.0	4.01	0.78
かなり学んでいる	28	3.6	-	7.1	32.1	39.3	17.9	4.26	0.96	

(13) スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う

		サンプル数	B.実践しているかどうか							平均	標準偏差
			ほとんど実践していない	実践していない	やや実践している	実践している	かなり実践している	不明			
* 全体		1119	0.6	5.3	28.7	42.7	17.6	5.1	3.75	0.84	
所属施設・種別	特別養護老人ホーム	346	0.9	7.5	33.5	39.9	14.2	4.0	3.61	0.86	
	老人保健施設	125	0.8	7.2	28.8	47.2	13.6	2.4	3.67	0.84	
	病院(療養型病床群)	28	-	3.6	39.3	46.4	3.6	7.1	3.54	0.65	
	認知症対応型共同生活介護	325	-	2.2	22.2	44.6	23.7	7.4	3.97	0.77	
	デイサービス	193	0.5	5.2	25.4	41.5	23.8	3.6	3.86	0.87	
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	45.5	27.3	9.1	4.10	0.74	
	地域包括支援センター	24	4.2	12.5	50.0	33.3	-	-	3.13	0.80	
	在宅介護支援センター	16	-	12.5	18.8	43.8	25.0	-	3.81	0.98	
	居宅介護支援事業所	60	1.7	5.0	31.7	48.3	6.7	6.7	3.57	0.78	
	その他	20	-	5.0	45.0	45.0	5.0	-	3.50	0.69	
	訪問介護事業所	12	-	-	25.0	58.3	16.7	-	3.92	0.67	
	訪問看護事業所	6	-	-	33.3	50.0	16.7	-	3.83	0.75	
宅老所	7	-	14.3	28.6	14.3	42.9	-	3.86	1.21		
認知経験年数	0年～1年未満	105	1.0	4.8	35.2	35.2	19.0	4.8	3.70	0.88	
	1年～3年未満	267	0.4	6.0	28.5	41.2	18.7	5.2	3.76	0.86	
	3年～5年未満	234	0.4	5.1	26.1	46.6	18.4	3.4	3.80	0.82	
	5年～10年未満	305	0.7	5.9	27.2	45.9	14.8	5.6	3.72	0.83	
	10年以上	117	-	4.3	23.9	41.0	26.5	4.3	3.94	0.84	
保有資格	介護福祉士	430	0.7	6.3	28.8	45.8	14.9	3.5	3.70	0.83	
	社会福祉士	86	1.2	11.6	32.6	33.7	16.3	4.7	3.55	0.96	
	精神保健福祉士	7	-	-	57.1	28.6	14.3	-	3.57	0.79	
	看護師・准看護師	129	1.6	3.1	32.6	39.5	17.1	6.2	3.72	0.86	
	理学療法士(PT)	14	-	7.1	42.9	42.9	7.1	-	3.50	0.76	
	作業療法士(OT)	7	-	-	71.4	28.6	-	-	3.29	0.49	
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	介護支援専門員	233	1.3	5.6	27.0	46.4	15.9	3.9	3.73	0.85	
	ホームヘルパー	489	0.4	4.1	25.2	42.3	21.9	6.1	3.86	0.84	
	栄養士・管理栄養士	23	-	8.7	34.8	39.1	8.7	8.7	3.52	0.81	
認知症介護指導者	34	-	8.8	11.8	50.0	23.5	5.9	3.94	0.88		
その他	108	0.9	4.6	27.8	43.5	17.6	5.6	3.76	0.85		
職種	介護職員	717	0.3	5.0	25.9	43.9	19.8	5.0	3.82	0.83	
	看護職員	87	1.1	3.4	40.2	35.6	17.2	2.3	3.66	0.85	
	相談員	97	-	11.3	42.3	33.0	11.3	2.1	3.45	0.85	
	リハビリ職員	21	-	4.8	52.4	28.6	14.3	-	3.52	0.81	
	栄養管理職員	10	-	10.0	30.0	50.0	10.0	-	3.60	0.84	
	管理職員	38	-	2.6	15.8	55.3	18.4	7.9	3.97	0.71	
	事務職員	21	4.8	4.8	33.3	38.1	14.3	4.8	3.55	1.00	
	その他	15	13.3	-	33.3	40.0	-	13.3	3.15	1.07	
	介護支援専門員	45	2.2	4.4	28.9	53.3	8.9	2.2	3.64	0.81	
職位	一般職員	773	0.5	4.3	29.4	42.0	19.1	4.7	3.79	0.83	
	サブリーダー、副主任	92	-	8.7	33.7	41.3	13.0	3.3	3.61	0.83	
	主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	9.0	27.5	45.5	10.8	6.6	3.61	0.84	
	施設・事業所全体の管理者	41	-	2.4	19.5	48.8	24.4	4.9	4.00	0.75	
	経営者	10	-	-	-	50.0	50.0	-	4.27	0.90	
介護に関する知識	まったく学んでいない	17	5.9	-	52.9	41.2	-	-	3.29	0.77	
	どちらかというと学んでいない	176	2.3	13.6	34.7	33.5	10.8	5.1	3.39	0.95	
	どちらともいえない	404	0.2	3.5	34.7	45.3	11.1	5.2	3.67	0.74	
	どちらかというかと学んでいる	445	-	4.0	23.1	44.3	24.0	4.5	3.92	0.81	
ソフトスキル	まったく学んでいない	53	3.8	9.4	45.3	34.0	5.7	1.9	3.29	0.87	
	どちらかというかと学んでいない	235	0.9	8.9	31.1	41.7	11.1	6.4	3.57	0.85	
	どちらともいえない	471	0.4	3.2	31.6	43.7	16.6	4.5	3.76	0.79	
	どちらかというかと学んでいる	307	-	5.5	21.8	45.0	24.4	3.3	3.91	0.84	
ハードスキル	かなり学んでいる	28	-	-	10.7	35.7	35.7	17.9	4.30	0.70	

(14) スタッフである自分が自分の、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う

	人数	B.実践しているかどうか							
		全く実践していない	ほとんど実践していない	実践している	ほとんど実践している	完全に実践している	不明	平均	標準偏差
* 全体	1119	1.7	5.5	36.1	40.4	11.8	4.5	3.58	0.85
所属施設	346	2.6	7.8	37.6	36.7	12.1	3.2	3.50	0.91
特別養護老人ホーム	125	3.2	8.0	40.0	40.0	8.0	0.8	3.42	0.88
老人保健施設	28	-	7.1	35.7	46.4	3.6	7.1	3.50	0.71
病院(療養型病床群)	325	0.6	2.8	32.6	42.5	14.8	6.8	3.73	0.78
認知症対応型共同生活介護	193	0.5	4.1	31.6	45.6	14.5	3.6	3.72	0.79
デイサービス	11	-	-	45.5	36.4	9.1	9.1	3.60	0.70
小規模多機能型居宅介護	24	4.2	4.2	62.5	29.2	-	-	3.17	0.70
地域包括支援センター	16	-	6.3	18.8	62.5	12.5	-	3.81	0.75
在宅介護支援センター	60	1.7	6.7	41.7	40.0	3.3	6.7	3.39	0.76
居宅介護支援事業所	20	10.0	5.0	40.0	35.0	10.0	-	3.30	1.08
その他	12	-	-	58.3	25.0	16.7	-	3.58	0.79
訪問介護事業所	6	-	-	50.0	50.0	-	-	3.50	0.55
訪問看護事業所	7	-	14.3	28.6	42.9	14.3	-	3.57	0.98
在宅老所	105	1.9	3.8	41.0	37.1	12.4	3.8	3.56	0.84
認知経	267	1.9	6.0	37.5	41.6	9.0	4.1	3.52	0.83
験	234	1.7	3.4	33.3	43.6	14.5	3.4	3.68	0.84
介年	305	1.3	7.2	35.1	38.7	12.1	5.6	3.56	0.86
護数	117	0.9	5.1	29.1	46.2	16.2	2.6	3.74	0.83
保	430	2.3	5.8	34.2	43.3	11.6	2.8	3.58	0.87
有	86	1.2	12.8	36.0	29.1	16.3	4.7	3.49	0.97
資格	7	-	14.3	14.3	57.1	14.3	-	3.71	0.95
介護福祉士	129	1.6	7.0	36.4	39.5	10.1	5.4	3.52	0.85
社会福祉士	14	-	7.1	42.9	42.9	7.1	-	3.50	0.76
精神保健福祉士	7	-	28.6	42.9	28.6	-	-	3.00	0.82
看護師・准看護師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
理学療法士(PT)	233	1.3	6.9	30.5	45.9	12.0	3.4	3.63	0.84
作業療法士(OT)	489	2.0	3.5	34.8	40.5	14.1	5.1	3.64	0.85
医師	23	-	8.7	39.1	34.8	8.7	8.7	3.48	0.81
介護支援専門員	34	-	8.8	20.6	44.1	20.6	5.9	3.81	0.90
ホームヘルパー	108	3.7	5.6	34.3	45.4	5.6	5.6	3.46	0.85
栄養士・管理栄養士	717	1.8	4.2	35.7	41.4	12.8	4.0	3.62	0.84
認知症介護指導者	87	1.1	8.0	40.2	39.1	9.2	2.3	3.48	0.83
その他	97	1.0	11.3	43.3	36.1	6.2	2.1	3.36	0.81
介護職員	21	-	14.3	38.1	33.3	14.3	-	3.48	0.93
看護職員	10	-	20.0	50.0	20.0	10.0	-	3.20	0.92
相談員	38	-	2.6	23.7	47.4	15.8	10.5	3.85	0.74
リハビリ職員	21	4.8	4.8	42.9	42.9	-	4.8	3.30	0.80
栄養管理職員	15	6.7	6.7	40.0	20.0	13.3	13.3	3.31	1.11
管理職員	45	2.2	6.7	33.3	42.2	13.3	2.2	3.59	0.90
事務職員	773	1.7	4.9	36.7	41.0	11.8	3.9	3.59	0.83
その他	92	2.2	5.4	34.8	40.2	15.2	2.2	3.63	0.89
介護支援専門員	167	1.8	8.4	37.1	36.5	10.2	6.0	3.48	0.87
施設・事業所全体の管理者	41	-	7.3	29.3	46.3	9.8	7.3	3.62	0.78
経営者	10	-	-	10.0	60.0	30.0	-	4.09	0.70
介護	17	5.9	23.5	47.1	17.6	5.9	-	2.94	0.97
する	176	6.3	10.8	41.5	29.0	8.0	4.5	3.23	0.98
に	404	1.2	4.7	44.6	39.4	5.9	4.2	3.46	0.74
知	445	0.4	3.6	28.8	48.1	15.1	4.0	3.77	0.77
識	58	-	3.4	15.5	31.0	43.1	6.9	4.22	0.86
ソワ	53	9.4	11.3	37.7	32.1	7.5	1.9	3.17	1.06
シク	235	3.4	6.4	44.3	32.8	7.2	6.0	3.36	0.86
ヤ知	471	0.8	5.3	39.7	40.8	9.3	4.0	3.55	0.78
ル識	307	0.3	4.6	27.7	46.9	18.2	2.3	3.80	0.81
	28	3.6	-	7.1	32.1	35.7	21.4	4.23	0.97

(15) 情報を正確に共有する

	サンプル数	B.実践しているかどうか								
		ほとんど実践していない	ほとんど実践している	どちらかといえば実践していない	どちらかといえば実践している	かなり実践している	不明	平均	標準偏差	
* 全体	1119	0.4	2.6	20.6	47.9	24.2	4.2	3.97	0.79	
所	特別養護老人ホーム	346	0.6	2.9	26.6	44.2	22.5	3.2	3.88	0.82
属	老人保健施設	125	-	3.2	18.4	48.0	28.0	2.4	4.03	0.78
施	病院(療養型病床群)	28	-	-	25.0	57.1	14.3	3.6	3.89	0.64
設	認知症対応型共同生活介護	325	-	1.5	18.2	49.5	24.9	5.8	4.04	0.72
・	デイサービス	193	0.5	4.1	18.7	45.6	27.5	3.6	3.99	0.84
種	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	45.5	36.4	-	4.18	0.75
別	地域包括支援センター	24	4.2	-	33.3	58.3	4.2	-	3.58	0.78
	在宅介護支援センター	16	-	-	6.3	43.8	50.0	-	4.44	0.63
	居宅介護支援事業所	60	-	3.3	16.7	55.0	18.3	6.7	3.95	0.72
	その他	20	5.0	5.0	15.0	50.0	25.0	-	3.85	1.04
	訪問介護事業所	12	-	-	33.3	16.7	50.0	-	4.17	0.94
	訪問看護事業所	6	-	-	16.7	83.3	-	-	3.83	0.41
	宅老所	7	-	-	14.3	28.6	57.1	-	4.43	0.79
認	0年～1年未満	105	1.0	-	23.8	55.2	15.2	4.8	3.88	0.70
知	1年～3年未満	267	-	3.7	21.3	49.4	21.3	4.1	3.92	0.77
症	3年～5年未満	234	0.4	2.6	16.7	46.6	30.8	3.0	4.08	0.79
験	5年～10年未満	305	0.3	2.0	21.3	49.8	22.0	4.6	3.96	0.75
介	10年以上	117	-	1.7	16.2	41.0	38.5	2.6	4.19	0.77
年	介護福祉士	430	-	3.0	22.3	48.4	23.0	3.3	3.94	0.77
有	社会福祉士	86	-	2.3	20.9	46.5	25.6	4.7	4.00	0.77
資	精神保健福祉士	7	-	-	14.3	57.1	28.6	-	4.14	0.69
格	看護師・准看護師	129	1.6	1.6	20.2	50.4	22.5	3.9	3.94	0.81
	理学療法士(PT)	14	-	7.1	21.4	50.0	21.4	-	3.86	0.86
	作業療法士(OT)	7	-	14.3	14.3	57.1	14.3	-	3.71	0.95
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	介護支援専門員	233	0.9	3.0	19.7	45.9	27.5	3.0	3.99	0.83
	ホームヘルパー	489	0.4	2.0	20.4	45.6	26.8	4.7	4.01	0.79
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	8.7	47.8	30.4	8.7	4.14	0.79
	認知症介護指導者	34	-	-	17.6	44.1	32.4	5.9	4.16	0.72
	その他	108	0.9	1.9	16.7	48.1	26.9	5.6	4.04	0.80
職	介護職員	717	-	2.5	20.8	48.7	24.0	4.0	3.98	0.76
種	看護職員	87	1.1	2.3	24.1	50.6	21.8	-	3.90	0.81
	相談員	97	-	3.1	20.6	47.4	26.8	2.1	4.00	0.79
	リハビリ職員	21	-	9.5	19.0	42.9	28.6	-	3.90	0.94
	栄養管理職員	10	-	10.0	10.0	40.0	40.0	-	4.10	0.99
	管理職員	38	-	2.6	18.4	44.7	26.3	7.9	4.03	0.79
	事務職員	21	4.8	4.8	14.3	57.1	14.3	4.8	3.75	0.97
	その他	15	13.3	-	33.3	40.0	-	13.3	3.15	1.07
	介護支援専門員	45	2.2	2.2	20.0	46.7	26.7	2.2	3.95	0.89
職	一般職員	773	0.3	1.9	20.8	49.5	23.7	3.8	3.98	0.75
位	サプリーダー、副主任	92	-	7.6	21.7	47.8	21.7	1.1	3.85	0.85
	主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	2.4	19.2	43.1	28.1	6.6	4.03	0.82
	施設・事業所全体の管理者	41	-	4.9	24.4	39.0	26.8	4.9	3.93	0.86
	経営者	10	-	-	20.0	40.0	40.0	-	4.18	0.75
介	まったく学んでいない	17	11.8	5.9	17.6	52.9	11.8	-	3.47	1.18
関	どちらかという学んでいない	176	0.6	5.7	26.7	44.9	17.0	5.1	3.76	0.84
に	どちらともいえない	404	0.2	2.0	23.5	52.2	18.1	4.0	3.89	0.73
る	どちらかという学んでいる	445	-	2.2	16.6	47.4	30.1	3.6	4.09	0.76
知	かなり学んでいる	58	-	-	13.8	31.0	50.0	5.2	4.38	0.73
識	まったく学んでいない	53	5.7	1.9	26.4	54.7	9.4	1.9	3.62	0.91
ソ	どちらかという学んでいない	235	-	4.3	20.4	49.8	20.0	5.5	3.91	0.78
フ	どちらともいえない	471	0.2	2.1	23.8	48.8	21.0	4.0	3.92	0.76
シ	どちらかという学んでいる	307	-	2.6	16.0	47.9	31.9	1.6	4.11	0.76
ク	かなり学んでいる	28	-	-	14.3	21.4	46.4	17.9	4.39	0.78

(16) チームでケアの方向性を統一する

		サンプル数	B.実践しているかどうか							資料	評価指標
			全く実践していない	ほとんど実践していない	実践していない	実践している	ほとんど実践している	完全に実践している	不明		
* 全体		1119	1.4	4.5	21.9	44.9	23.1	4.3	3.87	0.88	
所属施設	特別養護老人ホーム	346	2.3	6.1	28.9	41.9	17.3	3.5	3.68	0.92	
	老人保健施設	125	1.6	7.2	16.8	47.2	25.6	1.6	3.89	0.93	
	病院(療養型病床群)	28	-	3.6	32.1	42.9	17.9	3.6	3.78	0.80	
	認知症対応型共同生活介護	325	0.6	2.5	16.3	45.2	29.5	5.8	4.07	0.80	
	デイサービス	193	1.0	4.1	19.7	44.6	26.4	4.1	3.95	0.87	
	小規模多機能型居宅介護	11	-	-	18.2	36.4	45.5	-	4.27	0.79	
	地域包括支援センター	24	4.2	4.2	33.3	58.3	-	-	3.46	0.78	
	在宅介護支援センター	16	-	-	6.3	62.5	31.3	-	4.25	0.58	
	居宅介護支援事業所	60	1.7	6.7	20.0	53.3	11.7	6.7	3.71	0.85	
	その他	20	-	5.0	40.0	50.0	5.0	-	3.55	0.69	
種別	訪問介護事業所	12	-	-	25.0	33.3	41.7	-	4.17	0.83	
	訪問看護事業所	6	-	-	16.7	83.3	-	-	3.83	0.41	
	宅老所	7	-	-	14.3	42.9	42.9	-	4.29	0.76	
認知経験年数	0年～1年未満	105	2.9	1.0	29.5	49.5	13.3	3.8	3.72	0.83	
	1年～3年未満	267	-	5.6	21.0	46.1	22.8	4.5	3.90	0.83	
	3年～5年未満	234	1.3	4.3	19.7	44.0	27.4	3.4	3.95	0.89	
	5年～10年未満	305	1.3	5.2	21.0	46.2	21.6	4.6	3.86	0.88	
	10年以上	117	-	1.7	16.2	42.7	36.8	2.6	4.18	0.77	
保有資格	介護福祉士	430	1.2	5.3	23.5	44.7	21.9	3.5	3.84	0.88	
	社会福祉士	86	-	8.1	18.6	50.0	18.6	4.7	3.83	0.84	
	精神保健福祉士	7	-	14.3	-	57.1	28.6	-	4.00	1.00	
	看護師・准看護師	129	3.1	2.3	22.5	45.7	22.5	3.9	3.85	0.92	
	理学療法士(PT)	14	-	7.1	28.6	42.9	21.4	-	3.79	0.89	
	作業療法士(OT)	7	-	-	42.9	42.9	14.3	-	3.71	0.76	
	医師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	介護支援専門員	233	1.7	5.6	18.5	48.9	22.3	3.0	3.87	0.89	
	ホームヘルパー	489	1.2	3.3	18.8	43.6	28.0	5.1	3.99	0.87	
	栄養士・管理栄養士	23	-	4.3	13.0	43.5	26.1	13.0	4.05	0.83	
	認知症介護指導者	34	-	5.9	23.5	44.1	20.6	5.9	3.84	0.85	
	その他	108	1.9	3.7	22.2	48.1	17.6	6.5	3.81	0.86	
職種	介護職員	717	1.0	4.5	20.9	44.5	25.1	4.0	3.92	0.87	
	看護職員	87	3.4	3.4	23.0	49.4	20.7	-	3.80	0.93	
	相談員	97	-	6.2	21.6	52.6	17.5	2.1	3.83	0.79	
	リハビリ職員	21	-	4.8	38.1	33.3	23.8	-	3.76	0.89	
	栄養管理職員	10	-	10.0	20.0	40.0	30.0	-	3.90	0.99	
	管理職員	38	-	5.3	15.8	47.4	21.1	10.5	3.94	0.81	
	事務職員	21	9.5	9.5	33.3	42.9	-	4.8	3.15	0.99	
	その他	15	20.0	6.7	40.0	13.3	6.7	13.3	2.77	1.24	
	介護支援専門員	45	2.2	4.4	22.2	48.9	20.0	2.2	3.82	0.90	
職位	一般職員	773	1.4	4.1	22.8	44.0	23.8	3.9	3.88	0.88	
	サブリーダー、副主任	92	1.1	6.5	30.4	40.2	20.7	1.1	3.74	0.90	
	主任・班長以上、管理者以下	167	0.6	5.4	15.6	51.5	21.0	6.0	3.92	0.82	
	施設・事業所全体の管理者	41	-	4.9	19.5	41.5	26.8	7.3	3.97	0.84	
	経営者	10	-	-	20.0	40.0	40.0	-	4.00	1.00	
介護に関する知識	まったく学んでいない	17	11.8	5.9	47.1	35.3	-	-	3.06	0.97	
	どちらかというと学んでいない	176	3.4	10.2	31.8	35.2	14.2	5.1	3.49	0.99	
	どちらともいえない	404	1.5	3.2	23.0	51.2	16.8	4.2	3.82	0.81	
	どちらかというと学んでいる	445	0.2	3.8	18.0	44.5	29.9	3.6	4.04	0.82	
	かなり学んでいる	58	-	-	10.3	32.8	51.7	5.2	4.44	0.69	
ソフ	まったく学んでいない	53	11.3	3.8	30.2	37.7	15.1	1.9	3.42	1.16	
	どちらかというと学んでいない	235	1.3	8.9	24.7	43.4	16.2	5.5	3.68	0.91	
	どちらともいえない	471	0.8	3.8	23.4	49.5	18.5	4.0	3.84	0.81	
	どちらかというと学んでいる	307	0.7	2.6	17.9	41.4	35.2	2.3	4.10	0.84	
	かなり学んでいる	28	-	-	10.7	28.6	42.9	17.9	4.39	0.72	

8. 因子分析

16 項目のソーシャルワーク的支援の意識について、因子分析を用いて共通因子を検討した(主因子法)。因子数は、初期解において固有値が1以上である事を条件とし、3因子とした。これらの因子に対して、バリマックス回転を行った。第一因子には、項目内容から見ると「認知症の人と周囲の人との関係を積極的に構築していく」「認知症の人の気持ちを推し量って代弁する」「家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する」「家族の信頼関係に基づいたケアを行う」などに0.5以上の因子負荷量が付与された。ただし、「家族の信頼関係に基づいたケアを行う」については、第三因子における因子負荷量も、0.495と高く、2重の付加とみなし項目としては除外した。以上を踏まえ、この因子を「関係性の構築の支援」と命名した。第二因子には、「認知症だからできないと考えない」「認知症であっても能力の可能性を探る」「認知症の人が自分でできることは自分で行えるような支援をする」「認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする」などに0.5以上の因子負荷量が付与された。そこでこの因子を「エンパワメント的支援」と命名した。更に第三因子には、「スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つ事ができる環境作りを行う」「スタッフである自分が自分のモチベーションを保つ事ができる環境作りを行う」「情報を正確に共有する」「チームでケアの方向性を共有する」などの項目に、0.5以上の因子負荷量が付与された。そこでこの因子を「チームアプローチ」と命名した。同様に、16項目のソーシャルワーク的支援の実践についても、因子分析を用いて共通因子を検討した(主因子法)。第一因子には、「関係性の構築の支援」と命名した。第二因子には、「認知症だからできないと考えない」「認知症であっても能力の可能性を探る」「認知症の人が自分でできることは自分で行えるような支援をする」「認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする」などに0.5以上の因子負荷量が付与された。これは、意識の因子項目と全く同様の項目であった。そこでこの因子を「エンパワメント的支援」と命名した。また更に第三因子についても、「スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つ事ができる環境作りを行う」「スタッフである自分が自分のモチベーションを保つ事ができる環境作りを行う」「情報を正確に共有する」「チームでケアの方向性を共有する」などの項目に、0.5以上の因子負荷量が付与され、これらも意識の項目と全く同様であった。そこでこの因子を「チームアプローチ」と命名した。意識・実践それぞれの項目ともにほぼ同等の因子が抽出される結果となった。

(1) ソーシャルワーク的支援の意識 (因子分析)

	記述統計量			共通性		因子行列			回転後の因子行列		
	平均値	標準偏差	分析 N	初期	抽出後	1	2	3	1	2	3
1 認知症の人が安心できる環境づくりを継続的に起こそう	4.258	0.729	1052	0.426	0.434	0.648	0.012	0.115	0.475	0.322	0.323
2 認知症の人と地域とのかかわりを積極的に構築していく	3.510	0.999	1052	0.391	0.327	0.529	0.058	0.209	0.485	0.236	0.190
3 認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく	4.018	0.813	1052	0.462	0.44	0.639	0.057	0.174	0.521	0.317	0.264
4 認知症により、的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということ意識する	4.580	0.598	1052	0.393	0.371	0.588	0.136	0.079	0.423	0.387	0.206
5 認知症の人の気持ちを推し量って、関係者に代弁する	4.193	0.755	1052	0.501	0.54	0.659	0.150	0.290	0.635	0.329	0.169
6 家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する	4.065	0.823	1052	0.522	0.533	0.631	-0.025	0.367	0.663	0.162	0.261
7 認知症だからできないと考えない	4.328	0.759	1052	0.419	0.433	0.595	0.250	-0.129	0.273	0.568	0.189
8 認知症であっても能力の可能性を探る	4.399	0.686	1052	0.556	0.640	0.718	0.304	-0.180	0.310	0.700	0.235
9 認知症の人が自分でできることは、自分で行なえるように支援をする	4.467	0.627	1052	0.537	0.601	0.692	0.228	-0.265	0.219	0.678	0.305
10 認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする	4.271	0.735	1052	0.587	0.639	0.743	0.203	-0.216	0.285	0.667	0.337
11 認知症の人の信頼関係に基づいたケアを行なう	4.323	0.721	1052	0.590	0.565	0.750	-0.030	-0.028	0.416	0.426	0.458
12 家族の信頼関係に基づいたケアを行う	4.202	0.813	1052	0.603	0.586	0.718	-0.192	0.185	0.550	0.196	0.495
13 スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	4.224	0.746	1052	0.540	0.662	0.674	-0.407	-0.206	0.188	0.231	0.757
14 スタッフである自分が自分の、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	3.978	0.826	1052	0.437	0.445	0.594	-0.281	-0.114	0.228	0.219	0.587
15 情報を正確に共有する	4.399	0.695	1052	0.525	0.504	0.683	-0.187	-0.051	0.342	0.298	0.546
16 チームでケアの方向性を統一する	4.353	0.754	1052	0.567	0.580	0.705	-0.261	-0.121	0.290	0.299	0.637

(2) ソーシャルワーク的支援の実践 (因子分析)

	記述統計量			共通性		因子行列			回転後の因子行列		
	平均値	標準偏差	分析 N	初期	抽出後	1	2	3	1	2	3
1 認知症の人が安心できる環境づくりを継続的に起こそう	3.729	0.828	978	0.493	0.515	0.685	0.069	0.203	0.566	0.253	0.362
2 認知症の人と地域とのかかわりを積極的に構築していく	2.929	1.051	978	0.325	0.272	0.450	0.055	0.257	0.471	0.104	0.197
3 認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく	3.586	0.907	978	0.446	0.475	0.627	0.023	0.284	0.599	0.215	0.264
4 認知症により、的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということ意識する	4.138	0.760	978	0.465	0.451	0.650	-0.141	0.091	0.463	0.428	0.231
5 認知症の人の気持ちを推し量って、関係者に代弁する	3.813	0.853	978	0.530	0.549	0.675	-0.188	0.241	0.601	0.406	0.154
6 家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する	3.609	0.931	978	0.494	0.457	0.608	-0.062	0.290	0.596	0.259	0.189
7 認知症だからできないと考えない	4.027	0.788	978	0.490	0.546	0.648	-0.327	-0.138	0.285	0.657	0.181
8 認知症であっても能力の可能性を探る	4.050	0.792	978	0.584	0.701	0.712	-0.369	-0.240	0.243	0.769	0.226
9 認知症の人が自分でできることは、自分で行なえるように支援をする	4.088	0.746	978	0.505	0.557	0.674	-0.215	-0.237	0.216	0.640	0.316
10 認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする	3.803	0.817	978	0.569	0.585	0.737	-0.128	-0.160	0.313	0.582	0.386
11 認知症の人の信頼関係に基づいたケアを行なう	3.931	0.799	978	0.549	0.527	0.726	0.028	-0.005	0.425	0.399	0.434
12 家族の信頼関係に基づいたケアを行う	3.739	0.874	978	0.563	0.528	0.706	0.130	0.111	0.502	0.265	0.453
13 スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	3.760	0.837	978	0.517	0.636	0.662	0.411	-0.171	0.238	0.176	0.741
14 スタッフである自分が自分の、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	3.581	0.853	978	0.441	0.479	0.607	0.263	-0.205	0.184	0.261	0.614
15 情報を正確に共有する	3.968	0.788	978	0.461	0.447	0.629	0.215	-0.069	0.308	0.245	0.540
16 チームでケアの方向性を統一する	3.870	0.878	978	0.535	0.573	0.682	0.303	-0.128	0.289	0.242	0.656

第5節 考察

1. 各委員の考察

(1) アンケート集計結果を踏まえての感想 ひむか苑 溝添栄子 委員(OT)

前年度の研究により、認知症介護にかかわるスタッフのソーシャルワーク的支援というのが、本人直接、あるいは本人を取り囲む環境に働きかけることにより本人が自分自身で生活の中での希望や課題を達成、解決していくプロセスをサポートしていくことという共通認識を得、認知症高齢者の生活を支援することを捉えたとき、ケアスタッフが行っているケアとソーシャルワークの機能との間に多くの共通点があることが分かった。

今回の研究では大規模なアンケート調査によりソーシャルワーク的支援の実践状況の現状把握と実際の実践のための課題分析を行い、認知症介護におけるケアワークとソーシャルワークの共通点と独自性の検討を行いその中でも「専門職間の連携」「チームアプローチ」においても認知症のひとの生活支援において各専門職に共通なスキルであり、特に認知症介護にかかわった経験年数による意識の違いや実践できているか等に着目し、具体的な協働のあり方の検討を行いたいと考えた。

アンケート調査のチームケアに関する項目では、13:「スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことが出来る環境作りを行う」、14:「スタッフである自分自身のモチベーションを保つことが出来る環境作りを行う」、15:「情報を正確に共有する」16:「チームでケアの方向性を統一する」の4項目であり、その分析結果から自分の役割として意識しているかどうか、実践しているかどうかに関しても、認知症介護の経験年数が10年以上のスタッフがもつとも認知症介護の重要なスキルのひとつとして捉えていることが分かった。新人は特に認知症のひとへ直接働きかけること、介護技術を習得しようとする事に対し、経験年数を経るごとに認知症のひと本人だけではなく、その周囲を取り巻くケアスタッフの存在やチームとしての役割が重要であると認識し、実際にケアに活かしていく技術を習得していると考えられる。

もうひとつ着目したいことに、次に高い意識を持っているのが3年以上5年未満の認知症介護の経験年数をもつスタッフである。

この時期になると介護技術を習得したという自信と本来の認知症介護におけるケアの目的、手段を明確に出来始め、問題解決までは出来なくとも1人の認知症の人にかかわる全ての人たちとチームでアプローチしていくことの重要性、問題解決をするためにチームで共有していくことの必要性を感じ始める時期なのではないかと考えられる。

新人に関してはまずはケア技術を習得することが優先される。対象者にとっても安全にケアしてくれる存在は重要であり、新人が一日でも早く対象者個々の支援方法を覚え、安全

にケアできるようになることは対象者の方に安心感を与えることにもつながる。しかし新人は自分で考え行動するまでには至らないため、指示中心の指導を行う、いわゆるティーチングの時期ではないかと考える。3年以上経つと、意見は言えるようになって問題解決への支援はまだ必要などころはあり、指示を出さずにチームで問題を共有し、問題方法のための方法を引き出しながら問題能力を高めていくという、いわゆるコーチングの時期ではないかと考えられる。

今回のアンケートの認知症介護に携わっている年数に着目したことで経験年数、新人から成長過程に合わせた指導、教育の方法が見出せるのではないかと考える。

認知症介護の現場において認知症のひと本人を支える職員の存在はとても重要であり、チームでアプローチすることはもちろん、職員一人ひとりのモチベーションを保つことは認知症ケアの質を高めるためにも重要な要素のひとつである。いつまでも認知症ケアに対する気持ちを失わせないためにも成長過程に合わせた教育プログラムの構築は重要であると考えた。

(2) 南陽園 小池智子 委員 (相談員)

私は、このソーシャルワーク的支援のアンケート結果を見て、職位の違いによる考察していきたいと思う。全体のアンケート結果を見て着目したのが、介護経験年数と職位のクロス集計の形がほぼ同じだということだ。ちょうど項目の中心にあたる、介護経験年数で言えば「5～10年以下」、職位で言えば「主任・班長等」のフロアのリーダーに関し、⑦⑧⑨⑩⑪⑬⑭の項目が数値的に低い、グラフで言えば、真ん中がへこんだ形をとっている。これは、福祉の現場で介護経験年数が5～10年になるとフロアのリーダーを任される人が多いという背景があると考えられる。そこで、介護経験年数の5～10年をリーダー層だと仮定して、現場の主軸であるフロアリーダーが他の職位に比べ、ソーシャルワーク的支援の意識・実践ともに低い項目があるのかを私自身の経験も踏まえ、考察していく。

以下、施設長クラスの管理者、フロアのリーダー、サブリーダー以下の一般職員というように3つの層に大きく分けて考えていく。私自身、職位のクロス集計を見た時、管理者は、世間の評価などの世間の価値観、リーダーはフロア全体の価値観、一般職員は、純粋に自分の価値観に支配され仕事をしており、それぞれの視点が異なってアンケートに答えたことがこのような結果になったと感じた。リーダー層を見る限り、苦勞がうかがえる。

リーダーが⑦⑧⑨⑩⑪⑬⑭の項目が低い背景を検討する。施設全体との調整、フロアの調整、家族・地域との調整役として、フロアでのサービス・活動を円滑に勧めるため、現場に入ることの他にリーダーの仕事は膨大にある。それに加えて、現在どこの施設でも直面し

ている職員の人手不足と介護の質の低下に悩まされ、目先のこと、業務をやり遂げるで精一杯という方が多いと考えられる。フロアをまとめなくてはいけない重圧もあるであろう。認知症の方との関わり、モチベーションの低さはリーダーたちの悲鳴を感じる。しかしながら、管理者のデータを見ると、リーダーの苦勞を知ってか知らずか、すべての項目について、他の職位より数値が高い。よく現場の職員がそろえて言う言葉がある。「理想だけうたってそれっきり」理想と現実のギャップというものだろうか…。このまま単純にソーシャルワーク的支援をすすめるにはリーダーの負担が大きく、フロアが崩壊しかねない。リーダーの負担をどう他の職位に分担させ、ソーシャルワーク的支援を効率的に行っていく必要があるかを改めて考え直した方がよいと考える。

例えば認知症のケアは、利用者一人一人の個別性がケアに求められるため、認知症の方と多く関われる一般職員の力は重要となる。一般職員に、ソーシャルワーク的支援のあり方・重要性を伝え、自由にアイデアを出してもらい、一般職員には利用者・家族との距離が近いからこそできる役割があることを自覚して働いていく必要がある。現場で主軸のリーダーが福祉業界の荒波にのまれ、モチベーションも下がり、認知症利用者のソーシャルワーク的支援の実現が踏みとどまっているように感じる。フロアのリーダーの働き次第で、フロアの雰囲気もよくなり、自分のモチベーションも上がり、それが結果的によりよいケアにつながる。これは、現場で経験していると痛感することだ。リーダーはそのような重要なポストだからこそ、このアンケート結果のリーダー層に着目して分析をしていくことは、ソーシャルワーク的支援の重要な鍵となると思われる。リーダーを盛り上げサポートしていくシステムづくりが必要であり、それには、管理者・リーダー・一般職員が自分の役割を自覚し、担って協力しあっていくことが重要である。今後職位をこえての認知症高齢者へのチームケアに期待していきたいと思う。

(3) 第二南陽園 遠藤雅行 委員(主任)

アンケート16項目の中の「認知症の人と地域とのかかわりを積極的に構築していく」の項目について、介護職の視点から考える。

『自分の役割として意識しているかどうか』では、「とても意識している」・「どちらかといえば意識している」が、他のアンケート項目と比べ低い結果になっている(意識が低い)。また「意識していない」・「どちらかといえば意識していない」が高い結果になっている(意識が高い)。このことは、認知症の人と直接かかわりを持つ介護職員が、「認知症の人と地域とのかかわりの構築について」の意識が低いことを意味している。

特別養護老人ホーム、老人保健施設からの回答が多いことを考えると、他の項目について

は、施設内での取り組み、実践がすぐにできることによる意識づけが出来ていることが考えられるが、介護業務に追われる施設職員にとっては、「認知症の人と地域とのかかわりの構築について」まで、取り組むゆとりが無いのではないかと・職種間での協力が得られないのではないかとなど色々と考えられる。実際にアンケート結果を見ると、「かなり実践している」・「どちらかといえば実践している」が他の項目の「実践している」に比べ低い結果になっていることから言える。

アンケートによる認知症介護の経験年数を見ると、5年未満が半数を占め(自身の介護能力や課題が見えてくる頃でもあると思われる)職位についても一般職が7割弱を占めている。「ソーシャルワーク的支援について学んでいることが必要だと思いますか?」のアンケートに対し、8割以上の人が必要と感じると答えているが、実際に系統立てて学んでいる人は少ない結果になっている。

このことは、「ソーシャルワーク的支援についての学びの必要性を感じつつも、学びきれていないことを浮きぼりにしている。経験年数の浅い介護職員が、ソーシャルワークの知識・技術を学ぶことにより、認知症の人と地域とのかかわりの重要性が認識されれば、施設内でかかわる介護職員の意識の変化にも期待できる。その結果認知症の人の、生活の質的向上にもつながると考えられる。

(4) 第二南陽園 工藤章子 委員(相談員)

《アンケート調査からの考察》

アンケートの結果から、

設問④の「認知症により的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということを意識する。」設問⑧「能力の可能性を探る。」設問⑨「自分でできることは自分で行えるよう支援する。」設問⑮「情報を共有する。」

上記の設問に対する解答について実践している内容は不明だが意識されているという結果になった。認知症指導者研修の施設にアンケートを送付したということ、アンケートで「意識していない」と書きにくい状況が一部分でもあったという反省はあるものの、ケアに関わる職員が上記を意識している割合が高いということは認知症ケアというものを理解し、専門的に関わっている・ソーシャルワーク的支援が必要であると言えるであろう。

アンケートの作成段階(インタビュー)にて、設問⑮の情報共有・連携(link-age)についてはどの施設のケアワーカーの間でも討議されていた。意識されているという数値は高いが、実際にどのようにして連携をはかっているのか、情報共有をしているのか。実践レベルについての設問の具体的解答が少ない状況だったため、具体的内容について検討していく必

要がある。⑮については今後どの職場においても必要であり、質の高いサービスを提供する為に検討・改善していく必要があるだろう。

逆に認知症の人々・地域とのかかわりを積極的に構築していくというのは低い結果であった。この背景について私なりに考察を述べたい。

直接介護に関わる職員が地域を知らない、地域の活動や、社会資源、つまり自分の住んでいる地域の特性や育ってきた環境・年代もひとつの要因であろう。結果を見ると0～1年未満・3年未満の経験年数別のデータを見ると意識・実践とも低い数値になっている。また、認知症の方が望んでいることや、好きなことのアセスメントに問題があると考えられる。

認知症の症状、その個人が望むものは様々であり、おしゃべりをすることが好きだった、お買い物が好きだった、等の情報は集めていても、細かい内容が分からない、ご家族からの情報収集ができないなどの理由から、必要な情報が得られないこと、つまり、生活歴と生活習慣の把握がされていない。さらにどのような方法で実践していくか、地域・個人両者のアセスメントをしていくことが意識だけではなく実践の向上につながると考えられる。

認知症介護の基本である「利用者の人生を支えていく」という視点から、介護上の問題だけではなく関わりを広げていくこと—つまりSW支援の技術が不可欠である。

《今後の課題》

今回のアンケートから実践できていないものもあるが、全体的に意識されていることが多く、今後ケアワーカーのソーシャルワーク的支援・役割は認知症ケアに必要であり、求められるという結果になったのではないかな。

私自身、生活相談員として働く中で意識はしているが実践できていないことも多い。例えば、本人の同意よりもご家族に同意を求めてしまうこと、自分の目と耳に自信が持てずに決め付けてしまっていることがある。直接介護にかかわっている職員も同じ思いを抱えている人は少なくない。地域へのかかわりについても、情報の共有が私自身も難しいと感じている。今回のアンケートの結果から、意識していることは考察できたが、実践している内容に焦点をあて、自身の職場で生かしていくことが必要であり、具体的内容についての分析、職種間のそれに対する意識について検討していきたい。また、自身の課題とともに、他職場でも悩まされている職員のモチベーションを保つ為の環境について、今後は研修等について検討していきたい。認知症介護に関わるスタッフは様々な事でストレスや精神的ダメージを受けている。心がつらくなったり、自分の提供しているケアに自信がなくなったりしている。私自身が考えるスタッフのモチベーション向上における環境についていくつか検討してみた。

- ・ トライしたことに対し、しっかりとスーパービジョンを受けられる環境

- ・ 成功したことのフィードバックとそれを継続する為の環境
- ・ より良い人間環境

これらが、アンケートから見えた①関係性②エンパワメント③チームアプローチを実施していく中で必要な環境ではないだろうか。

《今後やっていきたい研修として》

認知症ケアの中で「現実を知らせていくこと」「コミュニケーション」を全ての職種で行っていく。認知症ケアのスキル向上にも繋がり、モチベーションの向上にもつながるのではないだろうか。

(5) 第三南陽園 安田美弥子 委員(ケアワーカー)

今回、アンケート結果を職種や職位、経験や資格別に分けて分析するという事で、わたしが興味をもったのは所属施設別に見た結果でした。

なかでも、認知症の人と地域とのかかわり、周囲の人との関わりについて、働く施設が違うことで、職員の意識にどのような差がでるのだろうか、ということに特に興味をもちました。

というのも、現在特別養護老人ホームで働く中で、お年寄りと地域との関わりが極端に少ないように感じていたからです。

なかには、近所の方や地域の婦人部などの方が尋ねてこられる利用者もいますが、ほとんどの方はご家族以外の面会がなく、施設に入所されるまでの人間関係が途絶えてしまったかのようです。

そして、施設の中だけで人間関係が完結してしまっているように感じるのです。

そんな普段からの思いもあり、先に述べた部分に注目して今回の結果を見てみることにしました。

すると、特別養護老人ホームや老人保健施設では、地域との関わりを【意識している】(どちらかといえば意識している・とても意識している)と答えた職員よりも【意識していない】(どちらかといえば意識していない・ほとんど意識していない)、どちらとも言えないと答えた職員の方が多く、病院ではその差がもっと大きく出ています。

グループホームや地域包括支援センターでは、意識していると答えた職員の割合の方がかなり大きくなっています。

これは、入院・入所されている方の状況を思うと、ある程度予測できたことでした。

一方、周囲の人との関わりについては、特別養護老人ホームや老人保健施設、病院でも【意識している】の割合が高くなっていて、これらの施設の職員の意識が周囲の人＝施設の中の人というように固まってしまっているのかもしれないという風に思いました。

施設に入った時点で今までの人間関係が途切れてしまう、地域との関わりがなくなっていく、というのは、かなり寂しいことだと思います。

利用者やご家族の考え方もあると思いますが、職員の意識が変わることで、少しずつでも地域や施設の外の人々との関わりを増やすことができるのではないのでしょうか。

今回の結果をきっかけに、利用者の世界を少しでも広げられるような考えを持った職員になれるよう努力していこうと思いました。

(6) グループホームひまわり 田中将人 委員(ケアワーカー)

今回のアンケート結果をもとに、意識と実践のデータを見てみると、認知症の方々にとって自分の役割的な部分が非常に高いことが分かった。しかし、それが本当にその方が求め、そして地域が必要としているものなのか疑問に思われる。それが分かるのが地域とのかかわりにおいて認知症高齢者の生活を支援するときのソーシャルワーク的支援について系統立てて学んでいることが必要だと思うかどうかに対して、そのことについて自分なりに学び、知識を取り入れている数値があまりに低いということである。「何をどこから学ぶべきか…」それを素直に私たちが受け入れるべき現状であると考えられる。どれだけの研修に参加して、幾つの施設を見学に行き、どんな本を読んだのか…。又、それがどういった形となり、現場に取り入れられているのか。

現場で働く私にとって、変化はしてきているがやはりまだ認知症高齢者福祉施設自体が閉鎖的な空間であって、地域とのかかわりに結びつきにくいものだと考えられる。又、業務に追われる等、様々な要因からスタッフ間でのゆとりが持てず、これまでの取り組みの成果を具体的に確認していく機会が少なく、計画と実施(試行)の繰り返し。出てくるものは批評のみで「やりっぱなし」からはその後何も生まれず(活かされず)消えていく環境にどうモチベーションを維持すればいいのか。能動的で積極的なものが消えていかないよう計画(PPLAN)、実施(DO)、評価(CHECK)、改善(ACTION)のサイクルを本当のサイクルとして機能出来るかどうかで現場が変わっていくのではないか。見るべきものを見ずに見えないものを追い求める現場の意識の改革が必要なのである。専門性を主張し、押し付け合うだけでなく、望まれたニーズにこたえるための支援をもう一度考え直すべきである。地域にある解決策を考える糸口としてある『ハード、ソフト、ハート』これを現実的に活かすには今までやってきたことをいい意味でひっくり返す発想が必要であると考え。その方のために…とと思っているものが、実際は、ただ私たちのためになりがちであり、それは『ベター』であって『ベスト』でない。全てをマニュアル化することによって依存(固執)しがちな今日の現場にもっと外部の目を与え、柔軟な発想を活かせるチーム作りを今後の研修に組み込め

ばと考える。それが基盤となり、閉じこもりから一步開かれた地域との間にどんなニーズがあるのかを見つめ、そこから可能性を広げていく積み重ねこそが地域とのかかわりのきっかけになるのではないか。

2. 総合考察:下垣光委員

「ソーシャルワークの視点によるケアの展開」

認知症のある高齢者へのソーシャルワーク的支援において、我々が最も関心をもったことのひとつが、多くの介護現場で三大介護中心の視点から、利用者主体の生活介護へと認知症介護大きく変わりつつある点にある。その視点の変化は、社会福祉における、医学モデルや診断モデルに比較した、ストレングスモデルやエコロジカルモデルのソーシャルワークの視点に近いものといえる。これらの視点は、援助が症状の改善や問題の解決を図ることだけでなく、その利用者のもっている「強さ」や生活を巡る人的・社会的環境の影響に注目した支援がおこなうことに特徴がある。認知症のある高齢者へのケアの視点の基本がここにあるといえる。

「ストレングスモデルの定着」

「主張や意見があること」への意識やそれを考えた実践が目立つことは、認知症介護が身体介護中心から、認知症の「ある人」の抱える基本的な問題に介護の焦点が当てられていることを示唆している。認知症が認知機能の低下という中心症状の出現には、コミュニケーションに障害を来たすものであり、その結果、意思や意見を述べることをできないことを「意識した」対応が、実践の中で定着しつつあるといえよう。これは、そこに「意思がなく」、「できない」人がいるのではなく、その人のもつ「固有の力」を信じていて、それをくみ取ることが大切にしているという点において、ストレングスモデルにもつながるソーシャルワークの視点が込められた援助が展開していることが介護現場で展開しているといえる。認知症であることで、出来ないと決めつけない視点は、ソーシャルワーク固有の大切な視点である。

「エコロジカルモデルの課題」

しかしながら、この調査においてあきらかになったことは、エコロジカルモデルが、その意識や実践においてまだ不十分な点にあるといえる。人的環境としての、チームにおける情報の共有や、チームケアにおける方向性、スタッフのモチベーションなどは、認知症介護を支える重要な環境要素として意識されているが、その実践との間にはややずれがある結果といえる。重要であることが認識されているが、その実践における展開にはまだ方法論

的には十分な確立されていない領域であるとも考えられる。

また「地域への働きかけ」については、実践の低さだけでなく、意識においても低い結果となった。これは本研究そのものが施設介護を中心としておこなった調査であることを考慮する必要はあるが、それはまた、「地域生活者」として、認知症のある施設入所者を考えることの困難さを示しているといえよう。

エコロジカルモデルの考える生態的な環境とは、その人の心理的社会的な環境として、地域社会の意味を強調している。様々な心身機能な低下を伴う施設生活者におけるこれらの環境を取り戻す援助を展開するには、介護者がまず介護の中で意識することから始まるといえる。しかしそれはまた、それを技術的、方法論的にはどのような実践から可能なのであるかについてさらに論議されることが求められる。

3. 今後の課題: 中村委員

アンケートの成果から、認知症ケアの質向上に取り組んでいる施設・事業所における認知症高齢者に対するソーシャルワーク的支援の実践について状況が整理された。その中で、実践状況の平均値が4以下の項目が12項目を数え、認知症の人と地域や周囲の人との関係構築や代弁といった関係形成の支援、情報の正確な共有や方向性の統一といったチームアプローチに関する項目について意識しながらも実践に結びつかない状況が明らかとなった。特に地域とのかかわりの構築に関しては、他の項目と比較しても極端に実践状況が低く、これらの支援に関する具体的な定着のための取り組みの必要性が示唆されたといえる。

意識と実践のギャップを埋めるという支援から考えるとギャップの要因の分析とそれを基にしたスタッフの教育が今後の課題として上がるが、特に教育ということに関しては、意識していても実践に結びつかないという現状が示すとおり、単にOff-JTを構築するという事ではなく、OJTを軸とした現場の行動変容を促す取り組みモデルの構築が不可欠となるだろう。以上を踏まえると認知症高齢者の外出支援等の具体的な支援の実現を切り口として定着するための条件整備を行いながら効果的な実践へと昇華していくというような取り組みが検討される可能性もあるだろう。

また、ソーシャルワーク的支援について具体的な現場の実践が質的なデータをして蓄積された事を踏まえそれらの整理を行い、普遍的な知識として活用を模索することも大きな課題である。この点については、たとえば支援の場面ごとに、具体的に挙げられた各支援を一連の支援のプロセスとして整理・統合することが検討されても良いだろう。

4. まとめ

東京センター修了の認知症介護指導者所属施設の職員に対し、認知症介護の質向上の取り組みを具体的に進めている施設事業所におけるソーシャルワーク的支援の実践状況の把握を目的にアンケート調査を行った。調査票は1390部配布し、1119部回収した(回収率80.5%)。ソーシャルワーク的支援を16項目に整理し、それらの認知症介護現場での意識と実践について1～5までの数値で評価を求め、それらの平均の差について全体でt検定を行った結果、すべての項目で有意差が見られた。また、実践しているの平均値の上位3項目は、「認知症により的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということを意識する」「認知症の人ができることは自分で行えるように支援する」「認知症であっても能力の可能性を探る」などであった。反対に、実践しているの平均値の低いものから順に3項目挙げると、「認知症の人と地域との関わりを積極的に構築していく」「認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく」「スタッフである自分が自分のモチベーションを保つことができる環境作りを行う」であった。意識を実践に移すことを阻害する要因・促進する要因を検討しながら、研修内容を明らかにしていく必要性が示唆された。また特に地域とのかかわり・認知症の人と周囲の人との関係の促進・チームアプローチを踏まえた自分自身やチームメンバーのモチベーション管理などが研修において特に重点を置いて進めていくべき項目として示唆された。

— 資料 —

アンケート調査票

1 以下の項目は、認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワーク的支援としてインタビューで出された内容です。

以下の内容について自分自身^A、自分の役割として意識しているかどうか、又実際にB.実践しているかどうかの程度について、当てはまるものに丸をつけてください。*1~16の各項目の内容を詳しく知りたい場合は、「アンケート調査票記入ガイド」をご参照ください。

	A.自分の役割として意識しているかどうか					B.実践しているかどうか					コメント 具体的内容や記入して思ったこと、補足説明等何かコメントがあれば記入してください。
	とても意識している	どちらか意識している	どちらともいえない	どちらか意識していない	ほとんど意識していない	かなり実践している	どちらか実践している	どちらともいえない	どちらか実践していない	ほとんど実践していない	
1 認知症の人が安心できる環境づくりを継続的に起こす	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 認知症の人と地域とのかわりを積極的に構築していく	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 認知症により、的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいるということに意識する	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 認知症の人の気持ちを推し量って、関係者に代弁する	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
6 家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
7 認知症だからできないと考えない	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
8 認知症であっても能力の可能性を探る	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
9 認知症の人が自分で行なえることは、自分で行なえるように支援をする	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
10 認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
11 認知症の人の信頼関係に基づいたケアを行なう	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
12 家族の信頼関係に基づいたケアを行う	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
13 スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
14 スタッフである自分が自分の、モチベーションを保つことができる環境づくりを行う	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
15 情報を正しく共有する	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
16 チームでケアの方向性を統一する	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

2. 下記 1～16は、インタビュー調査により、認知症介護に関わるスタッフが行うべきソーシャルワーク的支援として指摘された項目です。これらについて、自分が実際にを行っている具体例があれば、どんな場面でどんな事を行っているかについて、その番号とともに教えてください。

* 各項目の詳しい説明については、アンケート記入ガイドをご参照下さい。

* 以下の16項目以外であるがソーシャルワーク的支援として当てはまり、かつ実践している支援がある場合は、17その他としてご記入下さい。

* 1～16の2つ以上に重複する支援であると考えられる場合は、内容として最も近いと思うものの番号を「番号」の欄に記入してください。

* 些細な細かい内容と思うことでも、貴重な価値のある意見となります。是非、遠慮せずにお書きください。

<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症の人が安心できる環境づくりを継続的に起こす 2 認知症の人と地域とのかかわりを積極的に構築していく 3 認知症の人と周囲の人との関わりを積極的に構築していく 4 認知症により、的確に自分の考えや気持ちを主張できない人がいる ということを意識する 5 認知症の人の気持ちを推し量って、関係者に代弁する 6 家族の気持ちを理解し、関係者に代弁する 7 認知症だからできないと考えない 8 認知症であっても能力の可能性を探る 	<ol style="list-style-type: none"> 9 認知症の人が自分でできることは、自分で行えるように支援をする 10 認知症の人が自分の能力を発揮できるような支援をする 11 認知症の人の信頼関係に基づいたケアを行なう 12 家族の信頼関係に基づいたケアを行う 13 スタッフ同士で協力し、モチベーションを保つことができる環境づく りを行う 14 スタッフである自分が自分の、モチベーションを保つことができる環 境づくりを行う 15 情報を正確に共有する 16 チームでケアの方向性を統一する 17 その他
---	--

番号	どんな場面で	どんなことをしているか
例) 2	認知症の人とのスーパーでの買い物の中で	レジの人が困らないように事前に認知症の説明をしている

3 最後に記入者であるあなた自身のことについて伺います。以下の質問にお答えください。

3.1 次のア～カについてあなたの年齢として、当てはまる選択肢に丸をつけてください。

ア 20代未満
 イ 20代
 ウ 30代
 エ 40代
 オ 50代
 カ 60代以上

3.2 あなたの性別として当てはまるものに丸をつけてください。

ア 男性
 イ 女性

3.3 あなたが現在、所属している施設種別として当てはまるものに丸をつけてください。
 (複合型施設の管理者等の場合は、当てはまるものすべてに丸をつけてください。)

ア 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
 イ 老人保健施設 (介護老人保健施設)
 ウ 病院 (療養型病床群)
 エ 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
 オ デイサービス
 カ 小規模多機能型居宅介護
 キ 地域包括支援センター
 ク 在宅介護支援センター
 ケ 居宅介護支援事業所
 コ その他 ()

3.4 あなたの福祉分野での経験年数を教えてください 年 月

3.5 あなたの高齢者福祉分野での経験年数を教えてください 年 月

3.6 あなたの認知症介護の経験年数を教えてください。
 (ただし、家族介護の期間は含みません)

年 月

3.7 あなたの持っている資格として当てはまるものに丸をつけてください。(複数可)

ア 介護福祉士
 イ 社会福祉士
 ウ 精神保健福祉士
 エ 看護師・准看護師
 オ 理学療法士 (PT)
 カ 作業療法士 (OT)
 キ 医師
 ク 介護支援専門員
 ケ ホームヘルパー
 コ 栄養士・管理栄養士
 サ 認知症介護指導者
 シ その他 ()

3.8 あなたの職種として当てはまるものに丸をつけてください。

ア 介護職員
 イ 看護職員
 ウ 相談員
 エ リハビリ職員
 オ 栄養管理職員
 カ 管理職員
 キ 事務職員
 ク その他 ()

3.9 あなたの職位として当てはまるものに丸をつけてください。

*管理者兼経営者の場合は経営者に丸をつけてください。

ア 一般職員
 イ サブリーダー、副主任
 ウ 主任・班長以上、管理者以下
 エ 施設・事業所全体の管理者
 オ 経営者

3.10 あなたの雇用状況について当てはまるものに丸をつけてください

ア 常勤職員
 イ 非常勤職員
 ウ 短縮勤務 (パート・アルバイト)
 エ 派遣社員

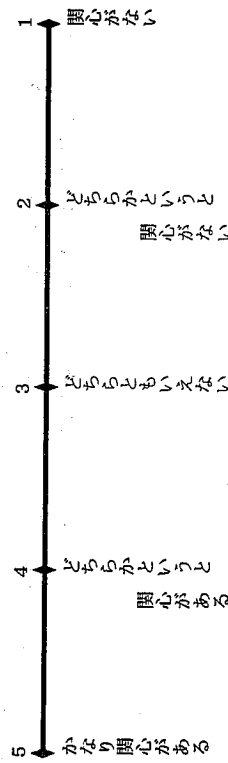
3.11 あなたの福祉分野における最も古い職歴として当てはまるものの番号に丸を付けてください。またその期間を教えてください。その他の場合は、具体的に教えてください。

期間	法人種別	施設種別
年	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 株式会社 4. 有限会社 5. NPO 法人 6. その他	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 病院 (療養型病床群) 4. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 5. デイサービス 6. その他
ヶ月	()	()

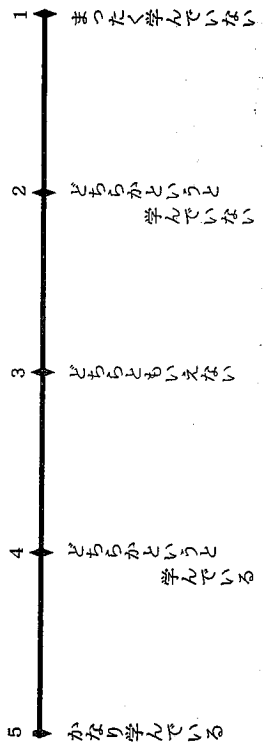
3.12 以下の研修のうち受講経験のある研修に丸を付けてください。(複数可)

- 7 認知症介護実践者研修
- イ 認知症介護実践リーダー研修
- ウ 痴呆介護実務者養成研修 (基礎課程)
- エ 痴呆介護実務者養成研修 (専門課程)
- オ 認知症介護指導者養成研修

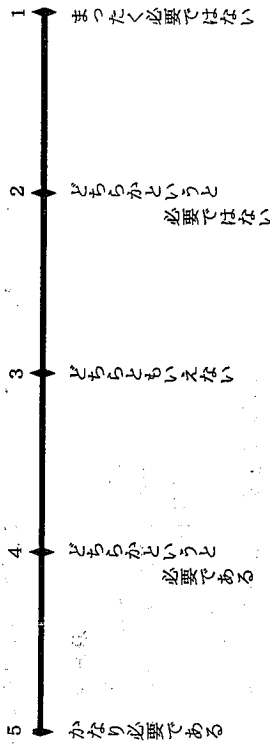
3.13 あなたの認知症介護に対する関心の程度について当てはまる番号に丸を付けて下さい。



3.14 あなたは認知症高齢者の介護に関する知識を幅広く系統立てて学んでいると思いますか？当てはまる番号に丸を付けてください。

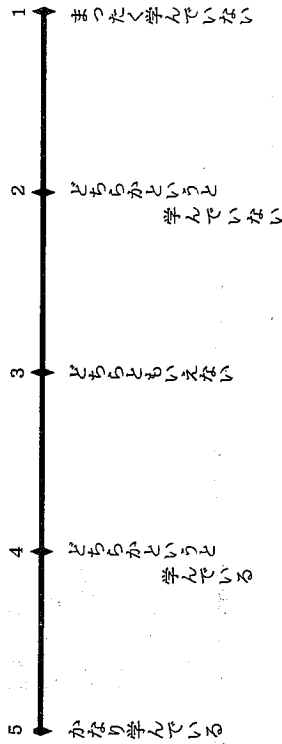


3.15 あなたは認知症高齢者の生活支援をするときソーシャルワーク的支援について系統立てて学んでいることが必要だと思いますか？自分自身の考えに当てはまる項目の番号に丸を付けてください。



コメント ()

3.16 あなたは自分自身がソーシャルワークについて系統立てて学んでいると思いますか？当てはまる番号に丸を付けてください。



コメント ()

3.17 最後にアンケートを記入してみたの感想や、研究に対する意見などを自由にお書き下さい

ご協力ありがとうございました。

引用・参考文献

- * 1 平成19年3月29日社会保障審議会福祉部会資料1
- * 2 岡村重夫、社会福祉原論p120
- * 3 黒木保博・山辺朗子・倉石哲也編著「福祉キーワードシリーズソーシャルワーク」中央法規(2002)p22
- * 4 黒木保博・山辺朗子・倉石哲也編著「福祉キーワードシリーズソーシャルワーク」中央法規(2002)p23-24
- * 5 北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編著「ソーシャルワーク実践の基礎理論<社会福祉基礎シリーズ②>」有斐閣(2002)p228-252
- * 6 星野晴彦編著「介護福祉士のためのソーシャルワーク」久美株式会社(2006)p14
- * 7 京極高宣「ソーシャルワーカーの国際比較に関する覚え書」『月刊介護福祉士』第60号(1987)p26。
- * 8 大和田猛「ソーシャルワークとケアワーク」中央法規(2004)
- * 9 成清美治「新・ケアワーク論」学文社(2003)p18-21

環境改善を目的とした職場内研修による 認知症ケアの質の向上取り組み事業

山中 克夫 筑波大学
松浦 美知代 老人保健施設 なのはな苑
入江 里美 南陽園
木下 高義 第二南陽園
橋谷 トミ 第三南陽園
清水 秀則 グループホームひまわり
影山 優子 日本社会事業大学大学院
小野寺 敦志 認知症介護研究・研修東京センター

事業概要

【目的】 本事業は、「介護サービス指針」をもとに介護の質の向上に取り組む過程を仮説モデルとして提示し、それに基づいて職場内研修を実践し、その効果を検証すること、ならびに、認知症介護の質の向上に関して、職場内研修による人材育成を中心にした取り組みを行っている介護保険事業所をヒアリング調査し、実践事例として資料提示することを目的とした。

【方法】

1) 職場内研修実践の取り組み：5介護保険事業所において実施した。実施期間は、準備期間を含め平成18年7月～平成19年3月であった。実施の手続きは、①介護サービス指針をもとに、1年単位程度の短期介護目標をフロアごとに設定し、②その短期目標に従い、フロアの職員が自身の行動目標を設定し、③その行動目標を実行し、実行の有無を自己評価し、④モニタリングによりその効果を検証する、であった。

2) ヒアリング調査：介護専門雑誌等の情報に基づき、予備調査として20箇所の介護保険事業所を選出し調査を実施した。予備調査からヒアリング調査の協力を得た7事業所を対象とした。調査期間は平成18年12月～平成19年3月であった。調査方法は、介護保険事業所の担当者に対するヒアリング調査であった。調査項目は職場内研修の考え方としくみ、集合研修・個別研修(OJT)について、研修の効果測定についてなどであった。

【結果とまとめ】

1) 職場内研修実践の取り組みについて：目標設定をして取り組みを実施した。目標設定の具体性にバラつきがあり、取り組みが十分に実施できたところと取り組みが不十分であったところが認められた。取り組みの結果から、目標設定に際しては、日々の取り組みとして、何を実施していくのかを具体的に示していく必要が示された。

2) ヒアリング調査について：調査対象事業所に共通した結果として、人材育成について、事業所の確固とした考えと期待される職員像を具体的に持っていた。そして年度計画と時事的話題を取り入れた研修を適宜組み合わせ、考える力を育てる研修方式を採用していた。調査から認められた課題として、OJTを進めるジョブトレーナーの支援の必要性がうかがわれた。

【研究の成果】 職場内研修実践の取り組み、人材育成のヒアリング調査を事例として提示することで、介護保険事業所の今後の取り組みの資料に資するものになると考える。

1. 目的と事業経過

1) 目的

平成 17 年度の事業として、協力事業所で職場内研修事業をモデル運営し、その効果を検証した。具体的には、4 施設において、介護理念を元にした「介護サービス指針」の作成を行った。事業所ごとに職員参加による作成を実施し、介護の方向性を職員が共有することを副次的な効果として、介護理念に基づいた事業所の「介護サービス指針」を作成した。

この作成過程をまとめ、作成過程のモデルとして提示した。

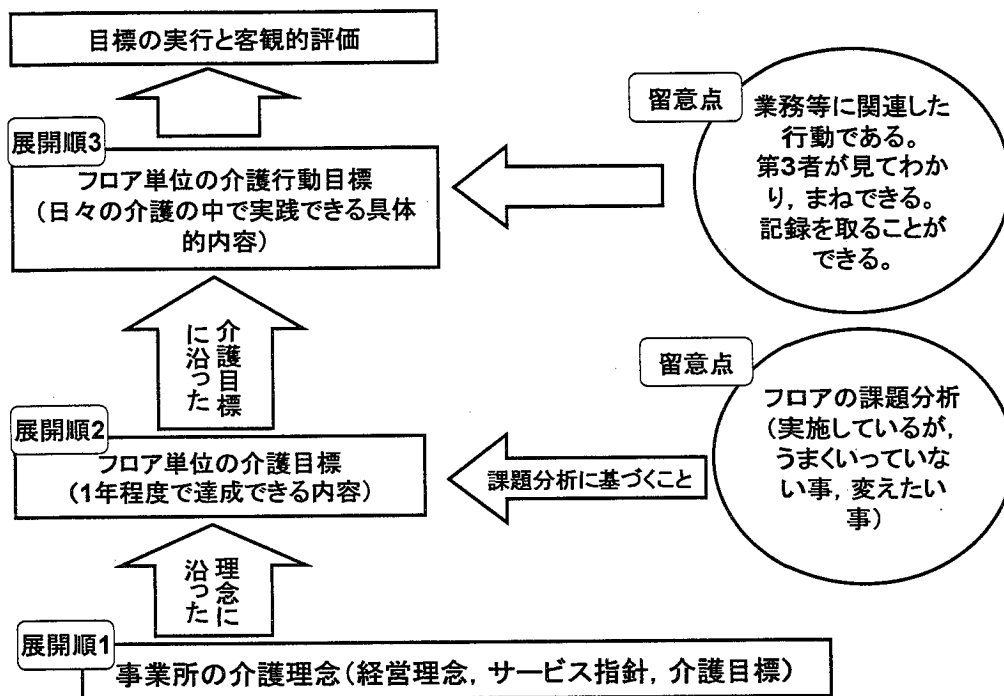
この取り組みは、近年高齢者福祉現場で取り入れられている人事考課の取り組みの考え方に通じるものである。人事考課は、給与査定や昇進等に用いられているため、考課を受ける職員側からするとあまり好ましい印象を持たない人もいるだろう。しかし、本来の人事考課は、業務改善、資質向上も目的としており、それが総合されて事業所全体の質の向上、経営向上につながるものである。

質の向上、経営向上については、産業分野では、応用行動分析学の知見に基づくパフォーマンス・マネジメントが展開されている。パフォーマンス・マネジメントとは、「個人や企業、社会が抱える行動的問題を行動分析学にも基づいて解決する方法」である¹⁾。これは一種の行動契約であり、実行すべき内容を文書化し実行していくことでその成果をあげるものといえる¹⁾。人事考課はまさにこの業務における個人の行動契約に類するものであるといえよう。

平成 17 年度からの事業の取り組みは、特に後者のパフォーマンス・マネジメントの考えを土台に展開してきた。

本年度は、昨年度の成果をふまえ「介護サービス指針」をもとに介護の質の向上に取り組む過程を仮説モデルとして提示し、それに基づいて職場内研修を実践し、その効果を検証することを目的の第 1 とした。

職場内研修展開方法の仮説モデルを図 1 に示した。昨年度は展開順 1 を実施した。本年度は展開順 2, 3 の展開を試み、その内容を検証した。



目的の第2は、認知症介護の質の向上に関して、職場内研修による人材育成を中心にした取り組みを行っている介護保険事業所を調査し、実践事例としてまとめ、資料として提示することとした。

2) 事業の経過

(1) 作業部会の設置

8名の学識経験者、介護専門職からなる作業部会を設置し、合計4回の作業部会を開催し、2つの目的に沿った事業を展開するための検討を行った。

(2) 職場内研修のためのケアのあり方委員会の設置

協力施設である介護老人福祉施設ならびに認知症高齢者グループホームの職員からなる「ケアのあり方」委員会を設置し、月1回の勉強ならびに情報交換の会を実施した。

引用文献

- 1) 杉山尚子, 島宗理, 佐藤方哉, リチャード・W・マロット, マリア・E・マロット (1998) 行動分析学入門, p309-325, 産業図書 (東京)

2. 職場内研修の実践的取り組み

3) 職場内研修の実践的取り組みのねらい

各事業所の介護理念(介護サービス指針)に基づき、介護の質向上のために、フロア単位もしくはユニット単位で介護目標を設定し、その目標を達成するための取り組みを行う実践取り組み手順案(図2-1)に従い、職場内研修を実践し、その実践の過程と取り組みの効果を検証することを目的とした。

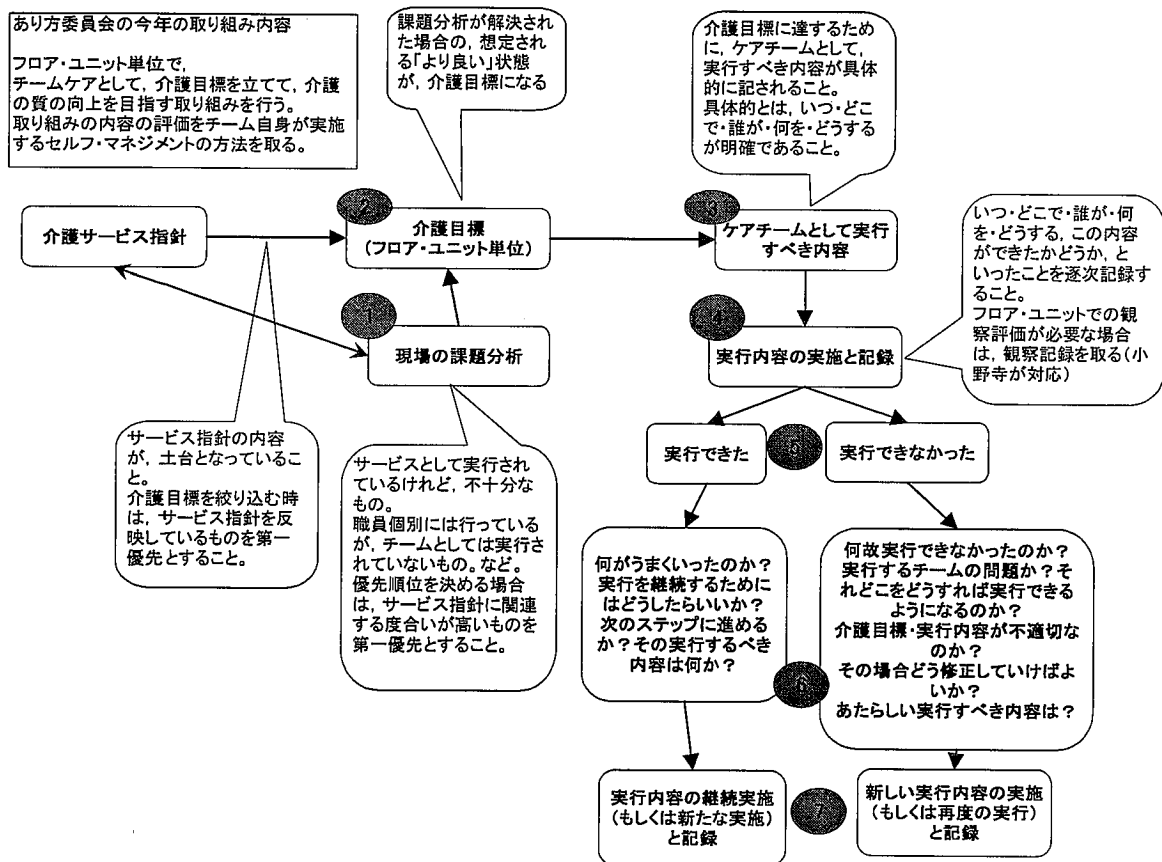


図2-1 取り組み手順案

4) 取り組みの方法

実施手順案に従い、

- (1)介護サービス指針をもとに、1年単位程度の短期介護目標をフロアごとに設定し、
- (2)その短期目標に従い、フロアの職員が自身の行動目標を設定し、
- (3)その行動目標を実行し、実行の有無を自己評価する
- (4)そしてモニタリング等によりその効果を検証する。

5) 職場内研修取り組み対象事業所

同一法人が経営する4つの介護保険事業所ならびに別法人の老人保健施設1事業所を対象とした。

A 事業所：介護老人福祉施設。利用者定員 254 名（うち、ショートステイ 12 名を含む）。職員数 133 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。フロア数 4 フロア。デイサービスの利用者定員 20 名、職員数 10 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。

B 事業所：介護老人福祉施設。利用定員 156 名（うち、ショートステイ 6 名を含む）。職員数 78 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。フロア数 3 フロア。デイサービスの利用者定員 55 名、職員数 13 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。

C 事業所：介護老人福祉施設。利用定員 222 名（うち、ショートステイ 15 名を含む）。職員数 110 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。フロア数 4 フロア。

D 事業所：認知症高齢者グループホーム。利用定員 1 ユニット 8 名、2 ユニット合計 16 名。職員数 16 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。

E 事業所：介護保健施設。利用定員 100 名。改装型のユニットケア 10 ユニット。1 ユニット 8~12 名。職員数 67 名（管理職、事務職、非常勤等を含む）。

4) 取り組み期間

取り組み期間は、準備期間も含め、平成 18 年 7 月～平成 19 年 3 月までであった。

5) 取り組み結果

A から E 事業所まで 5 つの事業の取り組みについて、以下に事業所ごとにその取り組みの経過と結果を示した。

A 事業所から D 事業所までは、同一法人の事業所であり「職場内研修のためのケアのあり方」委員会のメンバーに各事業所の職員が参加していた。

実施状況の報告と意見討論をこの「あり方」委員会で行い、取り組みを進めていった。

A 事業所の取り組み

A 事業所の介護サービス指針

「利用者の方が自分らしい生活を送り、自然に笑顔があふれる環境をつくります。」

上記のサービス指針に沿って、それぞれのフロアで介護目標を設定した。

フロア1の介護目標は、

「利用者の生活習慣や生活環境の把握と、安心できる自分の居場所や馴染みの環境を作ること」であった。

フロア2の介護目標は、

「利用者が少しでも落ち着いて入浴できるように、入浴までの待ち時間を利用者の好きな音楽を聴いてリラックスできるようにすること」であった。

フロア3の介護目標は、

「利用者が安心感を持って過ごしていただけるよう、暖かい家庭的な雰囲気を作ること」「少人数で生活していただくことにより、職員と利用者のより一層密な関係を築くこと。」であった。

フロア4の介護目標は、

「お一人お一人に楽しんで頂くにはどうしたらよいのか」であった。

この介護目標を達成するために、以下の取り組みを実施した。

フロア1の取り組み:コミュニケーションのあり方から介護サービス指針に取り組む

(背景・目的)

介護サービス指針の「利用者の方が自分らしい生活を送り、自然に笑顔あふれる環境をつくります」をフロアとしてどのように実践して行くか。フロア1ではフロアリーダーとサブリーダーで協議し、「利用者の方が自分らしい生活を送る」ためには、利用者の生活習慣や生活環境を把握することが必要であり、「自然に笑顔あふれる環境をつくる」ためには、安心できる自分の居場所や馴染みの環境を作ることが必要であると考えた。事業所内の人事異動を機に、もう一度利用者と向き合って行こうと考え「出勤したら担当居室に出向き、利用者に笑顔で挨拶をします」をフロア目標として掲げた。目標はフロア内の班ごとの会議で各職員に伝えた。

(実践経過)

実践の開始当初、目標の伝達と実施は、職員の病欠や退職など相次いだこと、具

体的な実践方法が定まらなかったことから、取り組みが十分にできなかった。実施から3ヶ月後の9月に、フロアの目標が実行されているか各職員の目標の受け止め方について調査を実施し、「早番、夜勤を問わず、フロアに利用者が居たらそこでもかまわないので目標を実践していますか？」という質問をした。全員が一度に集まることができないシフト勤務のため、職員間の連絡簿を用いて調査を行った。

その結果、対象者は18名（常勤13名、非常勤5名）で、①（10日出勤のうち）8～10回している（常勤1名、非常勤2名）②5～7回はしている（常勤6名、非常勤2名）③3～4回している（非常勤1名）④1～2回はしている（0名）⑤一度もしていない（常勤1名）⑥未記入または回数記載なし（常勤5名）であった。

この結果を「あり方委員会」に報告し検討を行い、日々取り組んでいくための意識作りを行う、実施記録は毎日の表にし、その日の業務として記入する。表は月日、○×による実施の有無、出勤の有無にし、職員個々が挨拶をすることに自分なりの意味（たとえば「その日の調子を聴く」「昨夜は眠れたか、調子はどうかを聴く」）を目標のような形で追加しておくことの意味をえた。この意見をもとに、目標の達成率は80%と定め、表を作成し、12月より上記の方法で取り組みを再開した（表2-1）。

表2-1

氏名 ○○ ○○		
挨拶時の目標「*****」		
月 日	実施の有無	出勤の有無

有=○
無=×

実施に際しては、リーダーからの実施の強制はせず、月末に2回連絡簿で実施表の回収を行った。その結果10名から回収した。結果は、常勤7名、内80%以上実施が6名、62%が1名、非常勤3名は全員80%以上実施であった。

（実践のまとめ）

目標を実施し回答を得た職員からは、挨拶による高齢者の反応や体調を観察していた、気持ち良く感じて頂けるよう心がけたという意見があった。未回答であった職員からは、記入に手間がかかり面倒くさい、用紙を居室に貼っておけばよかった、などの意見があった。介護サービス指針を踏まえたフロア目標を立てて取り組んだが、職員に十分な動機づけを行うことができなかった。しかし、目標実施の意識作りは始ま

ったばかりである。表に頼らず実践できるよう次に繋げて行きたい。

フロア2の取り組み:入浴の待ち時間の工夫

(背景・目的)

利用者は、日中フロアで過ごしているときは、テレビを見たり、利用者様同士で会話をしたりと生活の様子は様々である。また、フロア内は有線放送の音楽が流れ穏やかな時間が保たれている。しかし、入浴時間は慌ただしい時間帯となり、とても穏やかとはいえない。業務改善会議においても「このフロアには華やかさが無い」と意見が出た。そのため、普段の利用者の生活を振り返り、介護職が出来ることから考えて実行していくことにした。そこで、利用者が少しでも落ち着いて入浴できるように、入浴までの待ち時間を利用者の好きな音楽を聴いてリラックスできることで自然に笑顔が見られることを目的とした。

(実践の経過)

取り組みは、入浴時間帯に入浴の順番を待っている利用者を楽しんでもらうため、音楽を流して聴いてもらう、さらに、入浴時にも音楽を流し、入浴中の利用者も同時に楽しんでもらうこととした。

選曲のために、好きな音楽についての聞き取りを利用者に実施した。

男性利用者3名、女性利用者8名から聞き取りを行った。その結果、童謡4名、演歌3名、歌謡曲2名、クラシック2名という回答であった。また、入浴時には、静かな落ち着いた曲が良いと、聞いた方全員同じ答えであった。

取り組みの結果、利用者によっては、知っている曲が流れると、自然に口ずさみ、職員も一緒に口ずさめることができた。しかし、入浴時は、カセットテープを使用していたため、業務が慌ただしいと、カセットテープが一度終了すると、そのままになり、入浴時間の後半は音楽が流がれず入浴をしている状況もあった。また曲目も限られ、毎日同じ曲の繰り返しとなっていた。そのため、季節にふさわしくない曲が流れ、入浴にふさわしい曲が少ない結果となった。

(実践のまとめ)

入浴時に音楽を流す取り組みを実施した。しかし職員によっては、入浴中に音楽をかけると、うるさくて集中出来ないという意見もあり、取り組みの後半は音楽を流す機会が減少していた。利用者においても、音楽が好きな人は、音楽が流れると一緒に何曲も歌っている人、歌詞を覚えており、楽譜を見ないで歌う人もいた。いっぽうで、音楽をうるさいと感じている人もいた。すべての利用者に同じように音楽を提供する

ことは、難しいことが示された。

しかし、利用者の表情や様子は、大きな変化は見られなかったが、一日の中で音楽を流している時の方が、穏やかに過ごせているのではないかと感じられる。

今後は、浴室（一般浴室、特殊浴室）の脱衣場には、常時CDを流せるリピート機能付きのプレーヤーを設置し、利用者全員が入浴時にリラックスできる癒し系の曲を選曲していきたい。また、職員にとっても利用者と一緒に静かな音楽を聞くことは、入浴時のコミュニケーションにもつながり、話題も増えるのではないかと考えられる。介護サービス指針の「自然に笑顔があふれる環境をつくります」という目標に近づくために、当フロアでも今までの業務の見直しを行い、利用者に喜んでもらえるように努力していきたい。

フロア3の取り組み:グループケアの取り組み

(背景・目的)

サービス向上を目標として平成18年10月より「業務改善研修」を重ね、ユニットケアのあり方について学んできた。しかし、研修を重ねても、職員はグループケアを取り入れて、どのようなメリットがあるか理解できないのが現状であった。以前、同様の取り組みを行ったとき、転倒事故が増え、日中の利用者の状態把握もできず夜勤業務に不安が生じ、取り組みを中止した経緯があった。そのため同じ繰り返しを懸念し、多くの職員から反対意見が出た。

しかし先の取り組みは目標を立てずに取り組み失敗したと考えられた。そこで今回は介護サービス指針を目標に取り組んだ。しかし課題が漠然とし、何から始めればいいのか分からない状態だったため、フロア内で介護サービス指針を元に「利用者が安心感を持って過ごしていただけるよう、暖かい家庭的な雰囲気を作ること」「少人数で生活していただくことにより、職員と利用者のより一層密な関係を築くこと」というフロア目標を立て直して取り組みを実施した。

(実践の経過)

平成19年2月の半ばに、4グループのリーダーを決め、職員をグループ分けした。各グループで話をする前に、リーダー層で利用者のグループ分けについて話し合いを行った。利用者の人数はショートステイも含め72名利用しており、利用者の介護度の違いをどのように捉えていくかが議論の中心になった。現状の居室のままでグループ分けを行うと、援助業務内容が、あるグループは食事介助が少なく、あるグループは一般浴の入浴者が多いという偏りが認められた。そこで、グループケアを始めるに

あたり、家族・利用者の承諾を得て、利用者 23 名の居室移動を行った。居室移動を行ったことで、グループの利用者の介護度のバランスはほぼ一定になった。

次に、職員の業務について話し合いを行った。グループケアを実施すると経験年数等による職員一人一人の介護力の違いがはっきりしてくると考えられた。その状況で「グループ内で、それぞれグループでケアを行ってください」と言っても、職員はどう業務を進めていいか困惑することが予想された。そのため、おおまかな業務分担表を作成した。以上の準備が整ったあとで、利用者の一斉居室移動を行い、その翌日から食事・おやつを中心にグループケアを開始した。

(実践のまとめ)

グループケア実践 10 日後の振り返りでは、職員の意識づけができていないことが指摘された。新しい取り組みの理解を得ることはとても難しく、職員は自分の業務で手いっぱいとなり、利用者自身に目が行き届かない状況であった。職員同士の声掛けも十分に出来ておらず、そのため今までのケアのほうが良かったという意見も多く出された。また、利用者からも、狭い空間に押し込まれたという意見が寄せられた。現段階では、職員が環境に慣れていないせいか、目標にはほど遠い状況である。まずは、職員一人ひとりの意識づけ、介護力の向上を目指す必要があると思われる。

その一方で、家族のかかわりに変化が見られた。たとえば、ある家族から「グループでお食事をするのなら、父のお湯のみを持ってきていいですか」と問いかけがあり、湯飲み茶碗を持参してもらった。これまであまり水分も取れなかった利用者が、そのお寿司屋さんで出されるような大きい湯のみでごくごくお茶を飲み、水分補給も自ら摂るようになった。このような変化が、今後の職員の原動力に繋がることを期待して、A 事業所の理念に向かって前進したいと考えている。

フロア 4 の取り組み: 個別の情報収集

(背景・目的)

フロア 4 では、毎月 1 回班会議と、リーダー会議を行なっている。ある月の班会議で、「毎日のレクリエーションを充実させたい」「もっと一人一人のお好きなことができるように援助したい」という意見がでた。普段やっていることといえば、散歩や歌、風船バレーなど確かに代わり映えしない内容であり、職員誰もが感じている問題であった。その背景の一つとして、レクリエーションを行なう時間帯に、職員数が少なく、見守りを行ないながら十分に利用者にかかわることができない現状が上げられる。

そこで、その時間帯に職員数が手厚くなるよう、業務の見直しを行い、常に 4 人の

職員が配置できるように調整した。その結果、以前より穏やかとなり改善はしたものの、充実したレクリエーションが出来ているとはいいいがたい毎日が続いた。そこで、利用者一人ひとりに楽しんでもらうにはどうしたらよいかをさらに会議で話し合った。

その結果、利用者の好きなことを知るということから始めなくてはいけないのではないかと話し合われ、ADL 情報だけではなく、その人の生い立ちや趣味、好きなことなど「その方自身をもっと深く知ろう」という結論に達し「より深い情報収集」を取り組みのテーマに始めていくこととした。

(実践の経過)

フロア 4 の利用者 36 名（全員認知症を有する利用者）を対象に、班リーダーが情報収集用紙の雛形を作成し、各居室担当に配布（ワーカー 1 名に対し、利用者 4 名分）し、期間を 1 ヶ月と決めて情報収集を行った。項目は、ADL 情報のほか、生い立ち・出身・趣味・好きな食べ物や嫌いな食べ物・生活への希望など 20 項目とした。情報収集方法は、利用者台帳を参考にしながら、利用者とのコミュニケーションを大切に、本人からの聞き取りを行い、不明の点は家族に情報提供を依頼した。

普段の業務の中で、深くコミュニケーションを図り、その方を知るということはとても大変で、簡単にできるものではなかった。本人と会話ができたとしても、時間が足りず、深い内容にまでなかなか入っていきなかつたり、その時々でコミュニケーションさえできなかつたりと困難を極めた。また家族からの情報提供も、聞き取りを中心にしたため家族の面会日と担当者の出勤が合わず、聞き取りを行う機会がとりづらかった。電話連絡も不在等でつながらないこともあり、十分に行なうことができなかった。そのため情報収集期間をさらに 1 ヶ月延長した。回収後、班リーダーが入力作業を行った。情報整理ののち、職員全員で情報を共有し、さらに知っている情報はないか話し合いを行ない、利用者全員の情報収集を完了した。

(実践のまとめ)

今回の取り組みの結果、今までは現在の利用者の姿しか知らずに接してきた部分が大きかったように思われた。その人が歩んできた人生、本人にまつわる細かな事柄を改めて知ること、今までとは少し違った視点で利用者を見ることができ、以前に増して相手を敬う気持ちが強くなったように感じられた。

職員側の意識が少しずつ変化していくことで、利用者の方々の自然な笑顔へとつながっていくケアが提供できるようにしていきたい。

今後は、この情報を活かして今までよりも一歩進んだコミュニケーションを行い、さらに深い情報を得て、利用者の方が本当に望んでいることを日々取り組んでいきたい

い。一人ひとりの生活に潤いが持てる支援を提供できるよう努力したい。

B 事業所の取組み

B 事業所の介護サービス指針

「笑顔でおもいやりを持って、利用者の心に寄り添うサービスを提供します」

「心穏やかに、笑顔で過ごせる暮らしを提供します」

上記の介護サービス指針に沿って、それぞれのフロアで介護目標を設定した。

フロア 1 の介護目標は、

「各職員に目標意識を持たせ、ケアプラン・機能訓練・口腔ケアを実践していく」であった。

フロア 2 の介護目標は、

「個別外出支援」であった。

フロア 3 の介護目標は、

「より良い生活環境のための改善」であった。

この介護目標を達成するために、以下の取組みを実施した。

フロア 1 の取組み:『一歩前への気持ち』～目標設定によるモチベーションの向上～

(背景・目的)

B 事業所フロア 1 は、認知症の利用者が 52 名生活している。開設して 20 年になり、当初は自立歩行ができ活動的な利用者が多く、毎日が「運動会」のようだったと当時の職員は話している。

現在、利用者の年齢は、58 歳から 97 歳と年齢の幅が広い。90 歳以上が 16 名、平均年齢が 84.9 歳、平均要介護度は 3.86 である。以前に比べ、自分で歩くことが困難な利用者や、転倒のリスクの高い利用者が増え、安全面に対する配慮がいつそう強く求められるようになってきた。これにより、提供すべきサービスに要する人員に不足が生じ、利用者へ個別にゆったりと接する時間が少なくなった。また、ケアプラン作成やそれに基づく個別支援、家族との連絡調整などの業務量も増えた。

このような状況の中で、B 事業所の介護サービス指針を実現することが難しくなってきたと感じ始めていた。サービス指針の実現が難しくなってきた原因をあ

げればきりが無いが、もう一度「利用者の心に寄り添うサービス」をしていくためにはどうしたら良いかと考え、不満を持つよりも、

「一歩前への気持ちで、現状を打開しよう！」

と考えた。利用者個々の思いを生活の中に取り入れ、小さなことでも一つ一つ実現することで、満足感や達成感を得ることができ、それによって、個々の職員のモチベーションが上がり、サービスの質をあげていくことができるのではないかと考えた。

(実践の経過)

取り組みの手順は、①職員一人ひとり目標を設定する②朝のミーティングで発表する。③各自で実行する。④夕方のミーティングで目標が達成できたかを確認する、であった。開始当初は、口頭のみで実施した。

12月中旬より、目標、実施日、実施率などを記録用紙に記入を開始した。備考欄には、利用者の反応や様子、実施できなかった理由などを記録した。職員が掲げる目標は、様々であった。実践例を以下に示した。取り組み期間は約2週間であった。

B 事業所 実践例

【例 1】 A様は以前、ご自分で歩かれておりましたが、最近はお自分から歩かれることはなく、ご家族も下肢筋力の低下を心配されておりました。初めは腰がひけた状態で、すり足で歩かれておりましたが練習をしていくうちに、以前より腰が伸び、すり足歩行ではなくなりました。中庭を散歩した際、周りの景色を見て楽しまれている様子でありました。今後は、ご本人が楽しみながら歩けるよう、場所や環境も考えたい。

【例 2】 B様は、右手ではスプーンを持ったり、物をつかんだりできるが、左手には拘縮があり、何かを持ったりつかんだりすることが難しい状態でありました。マッサージ開始時は痛みの訴えありましたが、やっていくうちに痛みの訴えはなくなりました。ご本人より「気持ちが良い」との言葉が増え、リラックスした様子で居眠りをしてしまうこともありました。また、食事時、食べこぼしも少なくなり、左手でコップを持つことができるようになりました。

フロア 1 の職員 21 名が取り組んだ。その取り組みの結果、実施した目標の平均目標達成率は、65%であった。実施できなかった主な理由として、利用者の体調や気分がすぐれなかった、職員間の連携不足、行事やクラブ活動による時間不足、勤務体制上の理由（入浴当番など）、実施中職員が手薄になることがあったためなどであった。

フロア、職員間の変化は、

○1日の目標を持つことにより、時間を有効に使う意識が出て来た。

○お互いの職員が何をしようとしているのかが分かり、他の職員がフォローに入るなど以前に比べ

連携が上手く取れるようになった。

○利用者の思いや気持ちを感じ取ろうとする意識が高まった。

○目標を発表することが、他職員への意識づけにつながった。

○利用者に喜んで頂けることにより、満足感や達成感を得ることができた。

○目標の結果を伝え合うことで、他職員もたくさんの利用者の反応や新しい発見を知ることができ、利用者への理解につながった。

○利用者とのコミュニケーションをとる時間が増え、喜んで頂いた利用者が多かった。○目標があることによって、目的意識が生まれ、やりがいを感じられるようになった。

などであり、フロアの変化、職員の変化は『一步前への気持ち』という職員の「モチベーションの向上」につながる変化であったと考える。

(実践のまとめ)

以上から、目標を設定し実行することで職員に満足感や達成感が生まれ、モチベーションの向上につながった。また、以前に比べ利用者とのコミュニケーションの時間や利用者の笑顔も増え、利用者のケアの向上にもつながった。

ここでなぜ目標が達成できなかったのかを省みて、それらをどう次につなげるかを考える必要がある。利用者の体調の理由で実施できなかったことは仕方ないが、その他で改善できる部分はある。

今回の実践は、目標を設定することで個々のモチベーションを向上させようという、職員の立場からの取り組みであった。今後は、利用者が何を望んでいるのか、何がその利用者にとって必要なことなのか、どうすれば喜んでもらえるのかなど、利用者のニーズを考慮し、利用者の声に耳を傾けた上で、目標を設定していきたい。実際に次の段階として、今回の取り組みの翌月から、勤務時間の変更、畳スペースの活用を行い、安全面にも配慮することで転倒事故が減少した。今後も利用者の笑顔が増え続けるよう、利用者に寄り添うケア、利用者に喜んでもらえるケアを目指していきたい。

フロア2の取り組み:個別外出支援

(背景・目的)

介護サービス指針の具体的な展開として、笑顔を見せられるサービスと笑顔で接するサービスの実践を職員間で検討した。その結果、普段、なかなか外出する機会もなく施設生活が単調になりがちである現状を少しでも変えていくために、今年度の目標として①利用者の意向に添った外出を行う②近隣への散歩、買い物、外食等を兼ねた外出を積極的に行う、に決定し企画、実行することとした(ただし、要介護度が高い

利用者については体調面などの理由から外出が厳しいため、今年度は外出可能な利用者から行うこととした。

(実践の経過)

今までフロア2の職員のほとんどが外出に付き添った経験が少なく、どのように進めてよいか分からないという声が多くあったため、外出委員を中心に、以下に示した「外出支援マニュアル」を作成した。

『外出支援マニュアル』

2ヶ月前までの準備

- ①企画:日付・時間・場所・目的・内容・利用者・ワーカーの人数
- ②自動車の手配(送迎車輛利用申し込み書):デイサービスの事務へ希望日の連絡
- ③ボランティアを集う(実習生・ボランティア委員にも連絡):協力の連絡は企画担当者が行う。
*ボランティアには食事全額負担とする。
- ④プログラムの作成:当日の流れ、御家族への対応、当日バス使用不可や雨天等の中止を考え別プランも作成しておく。
- ⑤行き先の下見
 - ・車椅子が使用可能か確認
 - ・トイレの有無(車椅子対応のトイレかどうか?)の確認
 - ・坂道等の確認
 - ・マイクロバスなどの車の駐車場所について許可の有無確認

1ヶ月前までの準備

- ①参加利用者の人数の最終決定
- ②タイムスケジュール・バスの座席配置表の作成
- ③送迎車輛利用申込書をデイサービス事務所に提出する。
*その際、停留所の情報として外出先付近の地図もつける。
- ④家族への連絡
 - ・外出の趣旨説明(自己負担になる為に預かり金の引き出しなど)
 - ・家族同伴の有無についての確認、家族の負担額について
- ⑤ボランティアへの確認:日時、時間、場所、目的、内容、集合時間等
- ⑥金銭が必要な場合について:事務所へ預かり金の引き出しを依頼する。
 - *火・水・木曜日に外出の場合は前の週の木曜日までに**出金伝票**を提出。
 - *金・土・日・翌週の月曜日は前の週の月曜日までに**出金伝票**を提出。
 - *外出当日までに金銭管理が困難な利用者については、事務所金庫に預けるよう依頼する。

前日までの準備

- ① 車椅子の点検(ブレーキの効き具合、タイヤの空気確認、代替品の確認)
- ② 必要な物品のリストアップと準備
- ③ 外出届け、食事箋、当日の下剤やテレミン坐薬の禁止指示、排便調整

ボランティアに関して

3週間前に連絡し参加確認をする。キャンセル等あった場合は早急に代替者の補充が可能か確認し人員を確保する。また、1週間前から前日までの間にボランティア向け説明会を開き情報を提供する。当日、ボランティアにかかった飲食代等は領収書を持ち帰り事務所に提出する。

外出先での怪我・病気などの緊急時について

施設長に連絡し、指示を仰ぎ施設から御家族へ連絡してもらう。

* 状態の重い場合については付き添いワーカーが救急車を手配し、その後施設に連絡する。

持ち物

救急セット・衣類一式(当日の天候にて対応)・排泄用品(紙パンツ、パット等)

清拭、ウエットティッシュ、移動時用の飲み物、雨具(傘、レインコート等)

車椅子、クッション、緊急連絡用携帯電話、家族の連絡先、地図、現金

定時薬(酔い止めや胃腸薬などは看護師に相談のこと)

上記のマニュアルを踏まえて企画し実行した。

その結果、個別の外出支援を行った利用者数は延べ14名であった。

* 平成18年5月には事業所全体の外出支援(バスハイキング)も実施した。

(実践のまとめ)

付き添った職員の声として

・食事をして領収書をもらうのに非常に時間がかかった。あまり良い顔されなかった。

下見の段階で予約が出来ないと言われていた。

・もう少し時間にゆとりを持った計画を立てれば落ち着いて買物が出来た。利用者が時間を気にする事が多く申し訳なく感じた。

・喫茶のカウンターでいつもと違う雰囲気では食べられた事は良かった。

などがあげられた。

その他、支援を実行していく上で、まだまだ問題点や検討事項が多くあると思われるが、今回実施した外出支援が無駄にならない様、新年度も利用者の笑顔が数多く見られる様に、担当の外出委員、その他の職員とともに外出支援を継続していきたいと考えている。

フロア3の取り組み:より良い生活環境のための改善

(背景・目的)

デイルーム内での食事の席が、エレベーターを降りて目の前の場所に、重度の利用者が並ぶように座る配置であった。ショートステイ利用者など、外部から訪問した人に重度の利用者だけが利用しているという印象を与えてしまっていた。また、ショートステイを利用した人の中から「ある利用者が怖くてあのフロアにはいけない」「睨まれた」「意地悪を言われた」などの声も聞かれた。すべてが事実ではないが、食事の席のとり方によって、ショートステイなどで利用する人に、不安を与える可能性があると考えられた。そこで、介護サービス指針にある『心穏やかに、笑顔で過ごせる暮らしを提供する』の実現のために、デイルーム内の雰囲気を変える必要があり、テーブルの位置や座席の変更、パーティションの撤去・追加などを行なった。

(実践の経過)

取り組みは、職員全員で話し合い、食事委員と相談の上改善が必要であるとの意見でまとめ、以下の手順で進めていった。

①事前に図面を作成し、イメージを職員全体に伝え、夜間、利用者がいない時間帯にデイルーム内でテーブルの配置を変更し、実際にイメージを確認した。②パーティションを撤去し、テーブルの配置変えを実行した。(図2-2参照)③配置変え後、不都合な点など意見を出しあった。④夕方のパート職員に、テーブルの座席・利用者の名前入りの配置図を渡し、配膳時などに確認しながら配膳を行ってもらった。

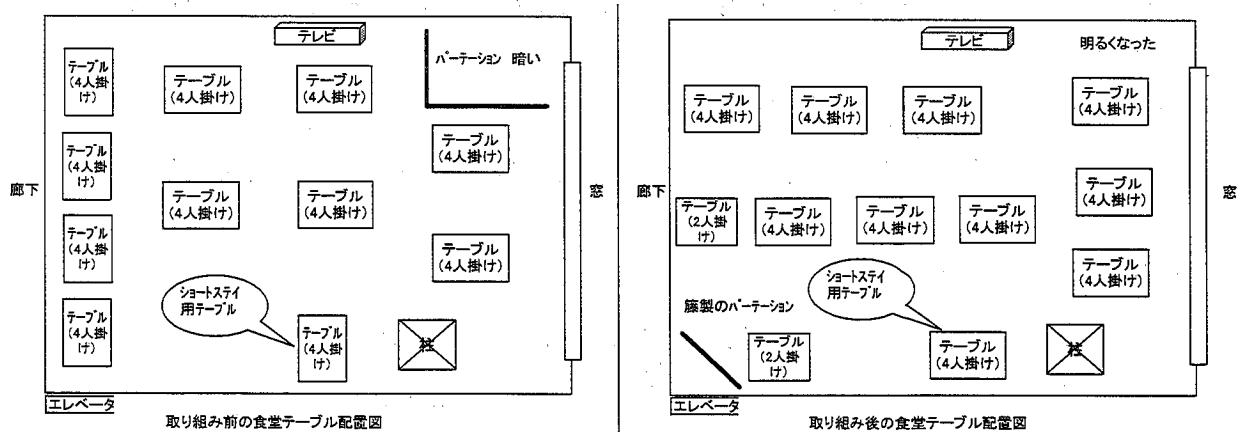


図2-2 取り組み前後の食堂テーブル配置図の比較

その結果、フロア以外の職員からも、「雰囲気・印象が良くなった」との意見があった。テーブルの配置を変更したことにより、ショートステイ利用者から「怖い」

などの声が聞かれなくなった。そして、トラブルやクレームの件数が減少した。

(実践のまとめ)

実際に取り組んでみて、職員からも「明るく広くなり、有効活用できるようになった」との意見が出た。フロアの玄関ともいえるエレベーター前やデイルームの環境改善を行なうことにより、フロア全体の雰囲気向上したと思われる。以上から、今回の実践は一定の成果を得られたと考えられる。

C 事業所の取り組み

C 事業所の介護サービス指針

「笑顔のある、あたたかく穏やかにすごせる我が家」

「心安らぎ、寄り添い助け合える我が家」

上記のサービス指針に沿って、それぞれのフロアで介護目標を設定した。

フロア1の介護目標は、

「事故防止および早期発見の実践」であった。

フロア2の介護目標は、

「①歩行困難などにより外出が困難な方でも職員の付き添いにより外出を可能にする。
②虚弱のため外出が困難な方でもレストランを利用することにより気分転換を図る」であった。

フロア3の介護目標は、

「身体拘束解除！のみの考え方ではなく、生活動作と環境を中心としての解除方法を考える」であった。

フロア4の介護目標は、

「穏やかに過ごせるよう寄り添い転倒の防止を図る」であった。

この介護目標を達成するために、以下の取り組みを実施した。

フロア1の取り組み:再発事故防止カンファレンスの実践

(背景・目的)

フロア1は、利用定員62名(入所58名、ショート4名)の利用となっている。利用者が穏やかに過ごせるように、利用者の要求にすぐ応えられるよう3グループに分

かれてのグループケアを実践している。勤務は 24 時間利用者の要求に対応できるように、早勤、遅勤、日勤、夜勤、の変則勤務および朝の短時間勤務、入浴のみの勤務、清掃担当等の勤務体制とし、基本的に職員はグループに配属され、利用者と馴染みの関係が保たれるようにしている。

しかしフロアで発生する事故とヒヤリハット件数の中で打撲痕、表皮剥離、裂傷等が多かったため、今回介護サービス指針の「笑顔のある、あたたかく穏やかにすごせる我が家」の視点から、事故防止に、何故ヒヤリハットが必要であるのかを職員全員で再考することとした。

(実践の経過)

最初に、職員の中にあつた「ヒヤリハットを発生させる職員は未熟でダメな職員である」という考え方を訂正した。そして事故を発生させたが気がつかず、気がついた職員がヒヤリハット報告を提出することになるが、その時、誰がやったかという様な犯人探しはしないことを職員に周知した。

ヒヤリハット報告を提出することを重視し1ヶ月間様子をみた。

その結果、事故報告とヒヤリハット報告の件数が合致し、事故の件数が減少する様子はみられなかった。そこで職員グループの再編成を行い、ヒヤリハットの原因を話し合った。そして、移動援助技術の見直し、自助具の使用法の熟知、同じ部位を何度も痛める利用者への事故防止の方法などを話し合うこととした。カンファレンスに関しても一週間にまとめて実施する方法ではなく、毎朝の引継ぎ後に、その都度再発防止カンファレンスを開催することにした。

その結果をグループ毎にヒヤリハット報告をまとめることとした。さらに、各職員が他のグループで何が起きているか、何件ヒヤリハットが発生しているかが一目で分かるようにケアステーションに掲示した。

取り組みの経過とともにヒヤリハットの件数も減少したが、原因不明またはおかしいと思われるヒヤリハットに関しては、発見した時点より発生したと思われる時点までさかのぼりどこに原因があつたのかを考察するために記録をとり、再発防止に努めるようにした。

(実践のまとめ)

変則勤務のため全員が集まるのが難しいので、記録がまとまるまで時間がかかったが、記録することによって自分のケアを見直すきっかけになった。介護を意識することによって、事故の件数も減り記録する時間の減少にもつながった。さらに利用者との信頼関係も深くなり、利用者の笑顔も増えた。

今後の再発防止カンファレンスは、居室担当の意見を反映させて欲しいとの職員の意見から、居室担当職員から同意の得られた防止策は実行することとし、居室担当職員が意見や他の対応策がある場合は再度カンファレンスを開催する方法を考えている。なおカンファレンスの時間帯と進め方の方法は変えず、居室担当職員がカンファレンスに参加できなかった場合は、カンファレンス結果を確認させ、後日意見反映される仕組みを考えている。

フロア2の取り組み:外出支援

(背景・目的)

- ①歩行困難などにより外出が困難な方でも職員の付き添いにより外出し我が家から出かけて地域社会にふれ季節や外出気分の気分転換を行う。
- ②虚弱のため外出が困難な方でもレストランを利用することにより気分転換や、地域住民との交流を楽しむ。

(実践の経過)

以下の手順で「外出」支援を実施した。

「外出の際の手順」

- ① 参加者の選出:希望、身体状況の安定している方。
- ② 家族の承諾・参加確認:参加利用者が決まり次第連絡し、承諾・家族参加の有無を確認する。
- ③ 外出手段の確保:デイサービスのバスを使用する際は申し込みをする。
- ④ 下見
 - ・ 事前に現地へ行き、場所・トイレ・駐車場を確認する。
 - ・ 写真を撮り、パンフレットを入手する。
- ⑤ 自助具整備:車椅子、歩行器の点検を行う。
- ⑥ お弁当:昼食をどのように摂るか検討する。お弁当を持って行く際は栄養士と相談する。
- ⑦ タイムスケジュール・荷物表作成
 - ・ タイムスケジュールを作成し、参加者・家族・各部署へ配布。
 - ・ 持ち物チェック表を作成する。

「レストラン利用の際の手順」

- ① レストラン利用について家族から同意書をとる。
- ② 昼食・おやつの時間など利用して行く。

上記の手順に従い、外出支援の取り組みを実施した。

その結果、「外出支援」では、公園へ外出した。昼食にお弁当をもって行き池のほ

とりで食べた。参加者は、食欲も出た様子で笑顔も多くみられた。バスの利用もスムーズにでき、また参加したいと声が参加者より聞かれた。参加者は7名であった。

「レストラン利用」支援では、おやつの時間を利用してレストランを利用した。利用者だけでなく、職員の気分転換にもなった。もっと利用したいとの声が利用者より聞かれた。実施回数は3回、参加者は26名であった。

(実践のまとめ)

実施当初、職員は、ほとんどの利用者が要介護度5の方のため、環境変化や外出など不可能と思っていたが、家族の要望や利用者の希望を叶えてあげるために、思い切って計画を立て、家族の協力を得て実施した。介護度5のため食事が一番気を使ったが、栄養士、厨房の協力を得て、ミキサー食の方も外出することが出来た。利用者本人も家族も外出し、色々見ることが出来たと喜んでいて。職員も普段聞かれない昔の話を利用者や家族からたくさん聴くことができ、より一層の親近感を味わえた。

フロア3の取り組み:生活を意識したケア

(背景・目的)

サービス指針にある、笑顔で暖かく穏やかに過ごせるとは裏腹に、ケアプランも介護(生活)動作も、リスクマネジメントを中心とした環境に慣れてしまっていた。ベルトをしていれば安心して業務を遂行でき、悪く表現すると放置しておける。個別ケアを考えず、集団ケアのみの安全、安心の生活支援に慣れすぎていたといえる。

しかし「利用者本位の生活の居場所作りとは?」、介護者である私たちが自ら感じ、考え、相談し、統一した介護を行わなければ、危険が伴う身体拘束解除を行うことになる。そこで「身体拘束解除のみの考え方ではなく、笑顔を多く、できるだけ利用者に寄り添うこと、生活動作と環境を中心としての解除方法を考える」こととした。

(実践の経過)

以下の手順で取り組んでいった。

①個々の利用者の行動予測を行った。②行動の安全を守るには、どんな精神的ケアと物質的ケアが必要かを検討した。③見守り方の統一と、時間帯について検討した。

そして、利用者の体調を考慮しつついつの時期から始めるかを検討した。

以上の準備のあとに、カンファレンス会議での利用者の家族に内容を説明し承諾をとり、必要物品の整備、開始日、様子観察の報告方法や内容と観察期間を決め、相談や変更の仕方を決めた。

取り組みの結果、拘束をしていた利用者の人数、拘束数が減少した(図2-3参照)。

また、利用者一人一人に対する行動観察の幅が広がった。そして利用者さんの新しい一面についての情報交換が盛んになった。また、小さな気づきを相談し合い、早期に取り組む、グループの困った事を皆で話し合い統一して実施する、気づくことが多くなり居室担当から取り組み案の提出が増えたなどの職員側の変化が認められた。

取り組みの事例が積み重ねられることで、他の利用者を支援するときに、その解決方法（失敗も、成功も含めて）が考えやすくなり、早期に取り組めるようになった。どこを視点に考えて観察していけば良いのかが理解できるようになってきた。

気づき、コミュニケーションとはなにか、統一した介護を行う理由はなにかを職員が自然に身につけることできてきた。一つ一つ実行する手順をクリアにすることにより、次の課題を考えていくことができるようになった。そして利用者の笑顔が増え、笑顔の大切さを再確認できた。

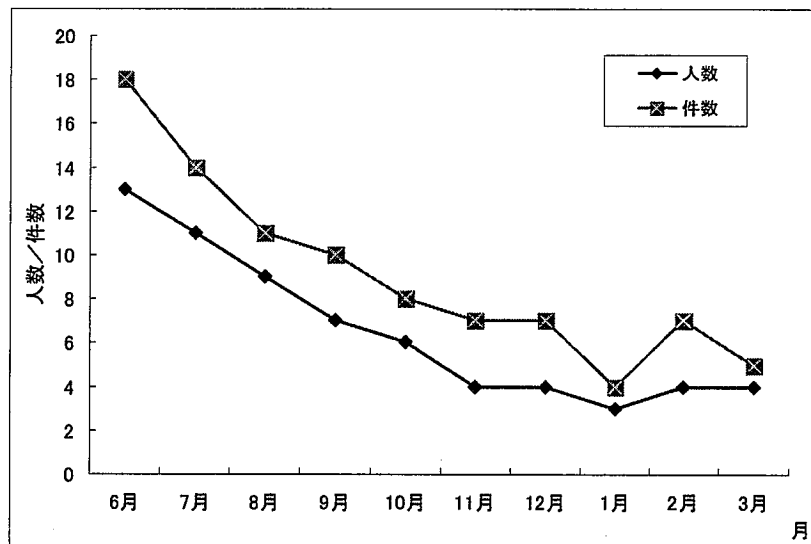


図 2-3 拘束者数と拘束数の推移

(実践のまとめ)

今後の課題として、拘束解除後、利用者によっては体調不良があり、拘束の環境に戻ってしまった事例があった。体調には異常がなかったが、頑固に拘束して欲しいと希望される家族もいた。その家族に対しては今後のカンファレスで拘束解除の必要性を改めて働きかけていく予定である。ケアの現場においては、「絶対！事故は起きない！」とは言い切れない。それは自宅で生活していても怪我等しない生活はありえないこと同じである。しかし、ケアを提供する以上、その点をどのように説明し、家族に理解してもらうかが今後の課題である。

拘束廃止に取り組んでいくためには、施設が初めから毅然として「身体拘束はいたしません！」という姿勢と、万が一の際の早期対応（各関係職種の連携による）が大

切である。そして、自信を持って実践していくことができる体制であることが重要である

フロア4の取り組み：(穏やかに過ごせるよう寄り添い転倒の防止)

(背景・目的)

フロア4は、認知症のために徘徊する利用者の多いフロアである。そして元気に活発に行動する利用者、少しふらつきのある利用者が一緒に生活している。施設環境は死角が多く、利用者が転倒しても気づきにくい構造である。そこでフロア内を活発に行動する利用者とは行動が緩慢で転倒しやすい利用者とは2つのグループに分けて、転倒予防と異常についての早期発見、利用者に寄り添った見守りを強化した。勤務時間も、早出勤、早勤務、日勤、遅勤務、遅遅勤務、夜勤と六段階に分け常に利用者に寄り添うことが可能な勤務体制に変更した。

(実践の経過)

歩行が不安定な方や、落ち着きなく歩き常に見守りの必要な利用者のグループ「竹とんぼ」と、比較的自立度が高くレクリエーションなどで一日を自分のペースで過ごしている利用者のグループ「手まり」の2つのグループに分けケアを実施した。

「竹とんぼ」グループでは、座椅子やソファに職員と一緒に座ってテレビを見たり、歌を歌ったり、折り紙を折りながらおしゃべりをしたり、職員と一緒に散歩をするなど、利用者がゆったりとした雰囲気の中で一日を落ち着いて過ごせるように、常に寄り添いながらのケアを実践した。

「手まり」グループでは、書道・書画・「あんでるせん」手芸等のクラブ活動や音楽リハビリ、カラオケ、ボランティアによる三味線やアニマルセラピー等の余暇活動を利用者の方達同士で楽しみながら行っていた。

グループケアを行なうことで、「竹とんぼ」グループでは、常に利用者の見守りが可能な環境が作られた。利用者も落ち着いた環境の中で穏やかに生活できるようになり、転倒事故も減少した（H14年度は116件であった。グループケア後は40～50件に減少し骨折等もなくなった）。「手まり」グループでは、利用者同士の仲間意識やなじみの関係ができ、楽しく余暇の時間を過ごすことができるようになった。

(実践のまとめ)

グループケアを実践したことで、見守りが必要なグループについては、一人ひとりの行動にゆとりを持って付き添えるため職員も精神的にゆとりのある介護ができるようになった。活動的な利用者のグループでは、クラブ活動やレク活動、自主活動がで

き、笑顔が増えたといえる。グループケアが展開されるようになったが、さらに利用者一人ひとりのニーズに合わせたケアを行わなければいけないと考える。その人らしい生活をサポート出来るように努力することが今後の課題である。

D 事業所の取り組み:理念に基づいたケアの拡大

D 事業所の介護サービス指針

- 1 生活の豊かさを高めつつ その人らしい暮らしを継続できること
- 2 快適な居住環境の中で 仲間と共に尊厳のある暮らしができること

上記の介護サービス指針をもとに、以下の取り組みを実践した。

(背景・目的)

D 事業所では、理念に基づき、入居者の皆様の活動を拡大していくことより、より充実した生活を送っていただくことを目的とした。

(実践の経過)

D 事業所では、開設時に作成された介護理念があった。それをわかりやすく 4つの内容から 2つの内容にまとめ、スタッフ全員にその理念を浸透させるために、朝のミーティング時にそれを読み上げ復唱することを始めた。

毎日の繰り返しは効果的で、自然と頭に入ると同時に、理念に基づいたケアの実践にも繋がっているように感じた。

次のステップとして、この2つの理念に基づく具体的なケアを実践していくために、スタッフ全員にアンケートを実施した。アンケート内容と回答の抜粋は以下のとおりである。

【アンケート内容と回答の抜粋】

- ① D事業所の介護理念の冒頭にある“生活の豊かさを高めつつ”に着目し、入居者の生活の豊かさを高める為に、実際に行っていると思うことは何ですか？

<回答>

- ・ 料理・おやつを入居者の方と一緒に作っている。
- ・ レクリエーション活動が多く、コミュニケーションをとる為の時間を大切にしている。
- ・ ほぼ毎日入浴されている。

- ・ 悪天候でないかぎり、出来るだけ外出・散歩するようにしている。
- ・ 季節の行事や、日本の伝統(梅干しや干し柿)を取り入れている。
- ・ 呼べばすぐ近くにスタッフがおり、寂しさや不安等を取り除ける環境作りが整っている。
- ・ アートセラピーやフラワーセラピー等の活動も行っている。
- ・ 花壇の手入れを入居者の方にもしていただいている。
- ・ 普段の生活の雰囲気作り、大笑いしても遠慮しなくて良い環境作り。

② 入居者の生活を豊かにする為に、あなたがやってみたいと思うことを自由に挙げてください。

<回答>

- ・ 外出支援のような個別の外出を、その方のニーズに合わせて計画し実践したい。(4票)
- ・ 卓球場を借りて、卓球大会を行いたい。(2票)
- ・ 入居者の方との食事の買い物をしたい。(4票)
- ・ 日常的にメイクやおしゃれをしていただく。(2票)
- ・ 外でのゲートボール大会をしてみたい。
- ・ マッサージやアロマセラピーのボランティアさんを招きやっていただく。
- ・ 入居者の方に楽器もしくは音楽のアンサンブルしていただき、発表の機会を用意する。

このアンケート結果を踏まえ、地域との関わりを充実させていくために、3月より個別の外出支援をスタートした。

第1回目は、入居者2名と付き添いのスタッフ2名で実施し、G市の市街地に電車で外出した。参加した入居者にとっては、久しぶりの長時間の外出であったにも関わらず、混乱や疲れのご様子がほとんどみられず、とても生き生きとした表情と会話が多くみられた。今後も月に1~2組ずつ実施していく予定である。

(実践のまとめ)

外出支援は今回のねらいに沿っており、実際に行ってみて良い手応えを感じた。その他の活動も視野に入れながら、来年度も継続していきたい。

今回の取り組みは、スタッフ全員が毎朝D事業所の介護理念を復唱し、アンケートという形で参加することにより、自然な形で理念に対する意識が高まったように感じられる。

今後は、外出支援等の活動を定期的に行うことにより、理念に基づく充実したケアの拡大に繋がっていくのではないかと手ごたえを感じている。

E 事業所の取り組み:

介護職員のパフォーマンス・マネジメントの手法による職場内研修

E 事業所の介護方針

「E 事業所では、利用者の方々が“今”この時間を大切に、一生懸命に生きられるよう支援します。

人としての誇りを持ちながら“つながり”を大切に、充実した日々が過ごせるようユニットケアの提供をします。」

上記の介護サービス指針を踏まえ、以下の取り組みを実践した。

(背景・目的)

フロアの課題を介護サービス指針に照らして明らかにし、課題解決の手法としてパフォーマンスマネジメント（以下PMと記す）を用いた職場内研修を実践し、その効果を評価することを目的とした。

(実践の経過)

取り組みの対象者は、認知症高齢者が入所する3フロアに所属する介護職員40名であった。うち、フロア主任3名は、介護職員のPMを支援する役（コーチング役）を行った。看護管理者と本研究者がフロア主任のサポート役を行った。

【フロア目標の設定】

業務時間中に、他のフロアの協力を得てフロア職員全員参加によるグループワークを実施した。手法はブレインストーミング法を用いた。テーマは、「スタッフの立場から見たフロアのケア現状の課題」とした。「〇〇したい」「〇〇は問題だ」という形式で付箋紙に記述し、意見として出し合い、フロアの課題を抽出した。さらに、抽出されたフロアの課題が解決された場合のあるべきフロアの姿をイメージし、それをフロアの介護目標として設定した。

【PMの目標設定】フロアの介護目標に基づき、職員それぞれの個人行動目標を設定した。行動目標は約3週間で達成できるものとした。

【PMの実施手順と期間】 月ごとに3週間を行動目標に沿って介護を行う期間とし、その後の1週間は振り返りと次の目標を設定する期間とした。このようなスケジュールで、9月から12月までの4ヶ月間実施した。この間に各フロアの主任は、フロア職員の行動目標の実施状況を確認し、支持、賞賛し、動機づけを高める役割を担った。

【取り組みの結果】フロアごとのグループワークから、忙しそうにしている他の職員

を気かけつつも、自分にもゆとりがない状態であること、ザワザワした落ちつきのないフロア環境、利用者の身だしなみを整えられないこと、目の前にある課題解決に振り回されその場しのぎで利用者の思いに反した介護をしていること、などが課題としてあがった。これらの課題をふまえて設定されたフロアの介護目標は

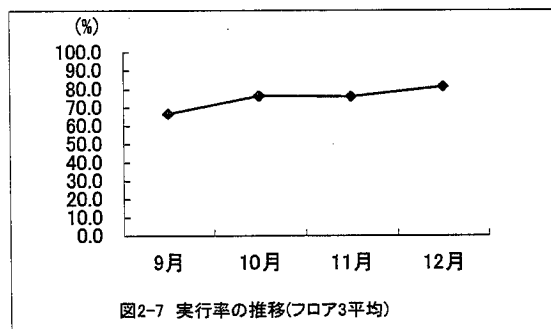
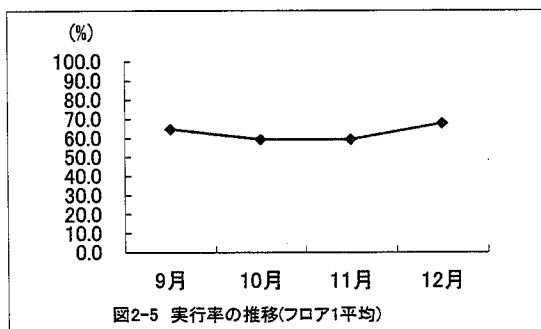
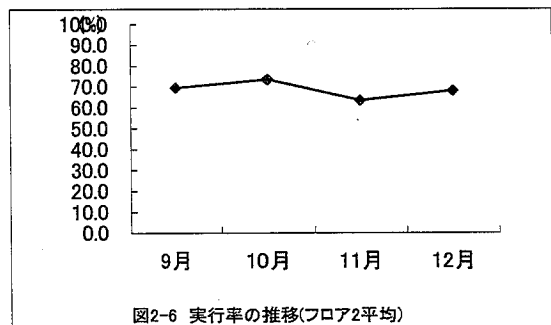
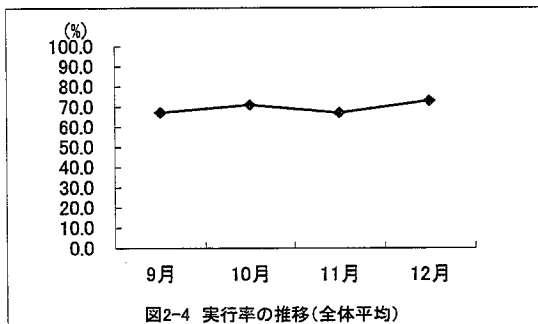
1 階フロアは「利用者が今持っている力を活かして生活できるフロア」

2 階フロアは「アセスメントの徹底を通して利用者の気持ちを受け止め、お互いに笑えるフロア」

3 階フロアは「利用者・スタッフ双方が心地よさを感じられるフロア」であった。

各フロアの目標に沿って、介護職員は各自の具体的な行動目標を立て実行した。

その結果、3 階フロアにパフォーマンスの向上が認められた。図 2-4 から 2-7 に、フロア全体とフロアごとの介護職員のパフォーマンスの実行率の平均の推移を示した。フロア 1、2 には統計結果からはパフォーマンス向上の効果は認められなかった。しかし 7 割程度の実行率が保たれていることから、PM による OJT（職場内研修）の結果は評価できる内容であったといえる。



(実践のまとめ)

看護管理者の役割機能として大切なことは、介護ビジョンの明示とビジョンの実践プロセスの評価であると考えられる。評価の対象は利用者と職員であり、その両者が困らずに時間が過ごせるようさまざまな環境調整を図る必要がある。

看護管理者とスタッフの課題認識にズレがないかをタイムリーに把握すること、職員一人ひとりが現場の課題認識を表出できる「場」を設定すること、認識のズレを埋める OJT を柔軟に企画し実践していくことなどは環境調整要因の一つとして大切である。そのような観点から、PM を用いた OJT は、介護現場の職員ひとりひとりの課題認識を表出させる参加型研修であり、職員相互に影響しあいながらの自己トレーニングの機会になっていると実感している。フロア目標達成に向けて自己の行動を評価し、次の行動目標を設定する作業の繰り返しは、介護理念を意識した行動につながると考える。そして、その積み重ねが職員の動機づけを高め、その成果として介護理念の具現化へとつながるといえる。実際、E 事業所では PM による OJT を 3 年間連続実施しており、職員間のチームワーク力の向上を実感している。

3. ヒアリング調査：職場内研修に取り組む介護保険事業所の事例研究

1) 調査目的

認知症介護の質の向上に関して、職場内研修による人材育成を中心にした取り組みを組織的に行っている介護保険事業所を調査し、実践事例としてその研修内容の取り組みをまとめ、資料として提示することである。

2) 調査方法

(1) 予備調査：介護専門雑誌ならびにインターネット情報から事業所内の人材育成の研修に積極的に取り組んでいる介護保険事業所を選出し予備調査を実施した。

調査対象は20事業所であった。

調査期間は、平成18年9月であった。

調査項目は、職場内研修の実施の有無、実施担当者の有無、研修対象者について、平成18年度の実施状況について、本調査協力の有無であった。

(2) 予備調査の結果：13箇所から回答があり、10箇所から調査協力の意向をえた。

(3) 本調査：予備調査で協力の意向を得た10箇所に対して、日程調整を行い調査依頼し、最終的に調査協力を得た事業所に対してヒアリング調査を実施した。

調査対象は、7事業所であった。

調査期間は、平成18年12月～平成19年3月であった。

調査項目は、以下のとおりであった。

- ・ 職場内研修の考え方としくみ（ねらい、人材像、しくみ等）
- ・ 集合研修について（位置づけ、企画立案、内容、工夫、実施時間帯、講師選定等）
- ・ 個別研修（OJT）について（位置づけ、対象者、内容、担当者等）
- ・ 研修内容の共有と役立て方（記録、共有、活用の方法等）
- ・ 研修の効果測定について（効果の考え方、方法等）
- ・ その他（年間の予算、自己開発制度等）

3) 調査結果：事例として、以下に調査結果を示した。

事例1

特別養護老人ホーム ひのでホーム（東京都西多摩郡）

設置主体: 社会福祉法人芳洋会

設立: 1983年(その後、数回にわたる大規模改修工事などを経て現在に至る)

職員数: 155名(2006年12月現在)

主なサービス内容: 特別養護老人ホーム(200床)、在宅サービス、ショートステイ、訪問介護、居宅介護支援

I. 職場内研修についての考え方やしきみについて

■人材育成に対する考え方: 直接介護に携わる人の育成に力を入れ、職種間で共通した集合研修を実施している。

■育成によって期待される職員像: 研修で得た知識をどのように活かすかが大事だと考え、具体的には、人の話が素直に聞けるなどの人材を育てたいと考えている。

■人材育成のための職場内研修のしきみ: 「成果行動(能力)」等級基準書を作成している(図3-1参照)。

II. 集合研修について

■直近の集合研修について: 座学だけの研修は出来るだけせずに、グループワークなどを取り入れた研修を行っている。

■研修内容の企画立案のしきみ、講師選定について: 研修企画担当者が実際に外部研修を受講し、講義内容を確認し、法人の研修方針に沿った講師に直接交渉している。

■研修の継続的な実施についての工夫: 経営者の意識改革が必要と考えている。人材育成にはコストをかける必要があることを認識することからはじめる。

■研修内容についての職員からの要望: 職員からの要望を吸い上げる仕組みがある。

■集合研修を行なう時間帯について: 前もって勤務表に研修予定が組み込まれている。勤務時間内に業務の一環として実施している。

■参加を促すための工夫: 法人として研修に対するやる気を見せる。時間外ではなく、業務中で行う。長時間必要であれば9:30~17:00まで一日実施する場合もある。受講履歴をパソコン上で管理している。受講報告書はパソコンへ入力する。職員全員が閲覧可能になっている。

III. 個人別研修(OJT)について

■個人別研修の位置づけについて: 目標管理シートを使って管理している。

■OJTの対象となる職員: 各キャリアの職員がそれぞれ対象となる。

■トレーニング内容について: 新入職員は一ヶ月現場に入らずに座学や勉強を行う。

その後、現場に入って3ヶ月間OJTを実施する。2～3年目以降の職員は、口腔ケアや認知症ケアなどの専門的内容について学ぶ。

■トレーニングする側の職員について：主任クラス2人が指導に当たる。主任はコーチングに関する研修を受け、OJTに役立てている。

IV.研修内容の共有や役立て方について

■研修内容の記録の方法：パソコン上に設定されている研修報告書に個人ごとに記録する（研修を受けて自分がどう思い、どうしようと思ったかを記入する）

V.研修の効果測定について

■研修の「効果」の考え方や方法：年間での人事考課に関連させて育成面接時に確認する。一方で、研修を受けたからといってすぐに効果が出るものではないと考えている。

■研修で学んだことの成果発表の方法：内容によっては成果発表会があり、パワーポイントを使用して発表する。発表内容はパワーポイントで管理している。

VI.その他

■研修に関する年度の予算：年間1000万～500万程度（売り上げの1%を研修費用に当てようと考えている）

■自己開発制度について：SDS（self development system）を実施している。自発性を尊重しているため、自己申告を基本にケースバイケースで支援している。

		職群		モデル年数
期待役割	等級	Manager Group	Expert Group	モデル年数
		求められる成果行動(能力)	求められる成果行動(能力)	
M_4 E_4	8	介護福祉士。介護支援専門員。社会福祉士。状況によりさまざまな対人影響の手法を使い分ける。将来のニーズやチャンスを先立って考え、先取りしようとする行動を起こす。	介護福祉士。介護支援専門員。社会福祉士。自分の専門分野を超えて、探求し続ける。リスクの高い仕事に挑戦したり、チャレンジングな仕事を心から楽しんだりして、社会的使命にコミットしている。	8年
	7	介護福祉士。介護支援専門員。他人の資質を長期的に育成しようとする。組織に影響を及ぼしている表に出ている問題を理解し、対応する。	介護福祉士。介護支援専門員。有用な新しい専門知識・スキルを習得し、ビジネスに生かす。	7年
	6	介護福祉士。介護支援専門員。原因と結果の因果関係を突き止め、対応策を練る。建設的なフィードバックを与える。	介護福祉士。介護支援専門員。スキルと知識を最新に保つよう努め、部門での教育者としての役割を果たす。	6年
	5	M_3 E_3 介護福祉士。同僚、部下に対して教育的なアプローチを取る。言葉で表現されなくても、相手の思考や感情を察知する。	介護福祉士。介護支援専門員。利用者のニーズを常に求め、カスタマイズしたサービスを提供する。	5年
期待役割	P_2	Pool Group	求められる成果行動(能力)	モデル年数
		4	介護福祉士。ほかのメンバーを評価し、グループ、役割リーダーとして組織の円滑な運営を促進するよう行動する。	4年
	3	介護福祉士。目標達成のために必要なことを分析する。メンバーを効果的に共に働くように導き、動機づける。	3年	
	2	社会福祉関係の何らかの資格。チームワークと協調を重視し、情報の共有を努め、信頼を築く。	2年	
	1	社会福祉関係の何らかの資格。「信用してもらおうこと」「自身のスキルを信頼されること」を目標に行動する。	1年	

図 3-1 「成果行動(能力)」等級基準書

事例2

幸豊ハイツ（北海道虻田郡）

設置主体：社会福祉法人 幸清会

設立：1985年

職員数：約 66人(2007年1月現在)

主なサービス内容：特別養護老人ホーム(100床)、ショートステイ(6床)、
デイサービス、グループホーム

I. 職場内研修についての考え方やしきみ

- 人材育成に対する考え方：『組織は人なり』という言葉を実践を第一に考え、重要視している。人材育成こそが法人としての力を伸ばす最良の方法だと位置づけている。平成19年度は各事業所単位の研修のみではなく、法人として研修を企画、運営していく計画となっている。
- 育成によって期待される職員像：福祉そのものをしっかりと理解し、倫理・理念・価値観を身につけ、そして法人のケア理念にもある、「専門的な知識と技術」を身につけること。チームワーク（協働）・リーダーシップを理解し、ストレスへの対処・コントロールが自分自身でもできるよう期待している。
- 人材育成のための職場内研修のしくみ：研修・連絡・報告会（通称：「30分間研修」）を毎日開催している。会議開催日、他の研修実施日以外は、土・日曜日も含めて開催。一人ひとりの職員に情報を直接伝達する場を毎日設定することが大切だと考えている。講師は、おもに施設長代理、主任相談員、ケアマネージャー、主任クラス以上の担当者が実施している。

II. 集合研修について

- 集合研修の位置づけ：ユニットケアを実践することで、スタッフのシフトが細かな変則となり、一斉に全てのスタッフが集まることは難しくなっているため、研修や情報の伝達・法改正等を周知するうえでも30分間という短い時間で研修を行っている。多くの職員が参加できる条件を整えることが大切だと考えている。最近実施した研修内容は「ノロウイルスやインフルエンザの研修」（どういう処理をするか・対応はどうしたらいいか、自分が感染したらどうしたらいいかなど基本的なことも含め、知識の確認を行った）
- 研修内容の企画立案のしくみ：年度始めに年間で企画立案をしている。研修委員会を置き、月に1回話し合いをもち、スケジュールを決定している。
- 年間スケジュールの組み立て方のポイント：感染症（ノロウイルス、インフルエ

ンザなど)は、適切な時期(全国的に多発する時期等)に変更する場合もあり、毎月ある研修委員会で話し合い、都度変更する。地域の特性か、夏は外部の研修の企画も多いが、冬は研修の案内も少なく、頻回な参加は望めないため、法人内にて適切な講師を選定し、研修を実施することも多い。

- 研修の継続的な実施についての工夫：業務時間内での30分間研修を行っている。聴講するだけでなく、参加職員が資料を音読したり、意見を求めたり、グループワークなど、参加型の研修を実施している。その場合、少人数で、業務時間内でポイントを押さえて実施している。
- 研修内容についての職員からの要望：希望する研修テーマ・進め方についてアンケートをとっている。またスタッフが集まりやすい時間ということでスタッフの希望をとり13:00と13:30の2回に設定した。これは研修に出たくても「入居者の対応のため、参加できない」との声を取り入れた結果である。同日に同じテーマで、2ヶ所で行っている。
- 講師選定と講師料についての考え方：講師は法人や施設の専門職から選定している、また大学や研究機関の調査・研究を積極的に受け入れ、その際に先方に講師を依頼することで先進的な質の高い研修を受けることができ、なおかつ講師料が発生しないこともある。法人内で講師を担当する場合は、勤務時間内で担当するため講師料は発生していない。
- 参加できなかった人への伝達や情報共有について：同じ内容の連絡を3~4日連続して実施することで伝達もれを少なくするようにしている。研修実施記録に自筆で名前を記録するので、「受講していない」、「連絡をうけていない」、などという発言が少なくなった。
- 集合研修を行う時間帯：30分研修は13:00と13:30の2回(各30分)、その他に1~2時間の研修も行っているが、これは自主的な勉強会として希望者のみで実施している。また施設として、緊急に周知する必要がある場合は夕方などの勤務時間外に実施することもある。その際は、業務として捉え、手当てを支給している。
- 参加を促すための工夫：多くの職員が参加できる条件を整えることが大切であるため、勤務時間内に研修を行っている。

Ⅲ. 個人別研修(OJT)について

- 個人別研修の位置づけ：OJTの対象となる職員は、新人職員ならびに中堅職員に対する研修としている。(次年度はリーダー、指導員対象のものも計画している。)
- OJTの内容：担当職員がスーパーバイザーとしての役割を担い、共に成長する形

で実施している。トレーニングする側の職員は、施設長代理、ケアマネージャー、主任相談員、ユニット主任が担当している。

IV. 研修内容の共有や役立て方

- 研修内容の記録の方法：30分間研修は、受講記録に自筆で名前をサインする。この方法で受講漏れを少なくしていることと、連絡事項については参加したスタッフが自ユニットに記録として残すことを約束事としている。

V. 研修の効果測定について

- 研修の「効果」の考え方や方法：勤務時間内に研修することによって、参加率と伝達率が上がる。研修の効果は今のところ検証できていないが、勤務時間内でしかも日常は30分という短い時間帯で実施するため、研修の目的は伝わりやすいと考えている。

また定期的に研修内容についてはアンケートを行い、スタッフがどのような研修を望んでいるのか、といった意見を取り入れ月次の研修スケジュールに反映している。

- 研修で学んだことの成果発表の方法：外部研修に参加したあとは、30分間研修で講師として発表する。最初は話すときに声が震えていたが、人前で話すことは大切であると考え、「伝える」トレーニングも目的としている。

VI. その他

- 研修に関する年度の予算：年間の研修費として、毎年施設収入の約1%を研修費にあてている。またその研修費とは別に施設外研修費として、職員の人数×1万円を毎年予算化している。これは自主的な研修参加など自己開発にも使用することが出来る。また直接、業務に関係ない研修であっても施設外研修費の利用を推進している。

- 自己開発制度について：施設で案内する研修以外に自分自身のための研修を見つけ、申請するよう仕組みを採用している。これは自らが学ぶ機会を探し、あくまで自分のための研修だという意識の向上にもつながっている。また公休で参加する研修についても施設車両の使用を許可し、個人負担が少なくなるよう支援している。

事例3

サンビレッジ新生苑（岐阜県揖斐郡）

設置主体：社会福祉法人 新生会

設立：1976年

職員数：264名（2007年2月現在）

主なサービス内容：特別養護老人ホーム（160床）、在宅支援センター、訪問看護、ショートステイ、デイサービス、有料老人ホーム、専門職養成校

I. 職場内研修についての考え方やしぐみについて

■人材育成に対する考え方について：「福祉は人なり」との理念の下、開設当初より人材育成に力を入れている。特に、すべての職員の採用試験に現場実習を取り入れ、「適性」を自ら判断し双方で採否を決定し、理念の共有を重視している。

■育成によって期待される職員像：自らの役割を明確に認識し、役割に応じた課題を解決するため、自分で考えることのできる職員。また、基本的なスキルを身につけたのち、それぞれの方向性に従って専門性を深められる職員。

■人材育成のための職場内研修のしぐみ：階層別研修という捉え方をしているが、実質的には個々の役割・意欲・能力に応じた個別研修になっている。

II. 集合研修について

■集合研修の位置づけについて：研修を受けて終わりではなく、実際の業務につながる形を目指している。研修の際に寄せられた質問などの情報はチーフ職員に伝えられ、職員の問題意識・課題についてOJTに生かすようにしている。

■研修内容の企画立案のしぐみ：研修部が年度ごとに研修の内容を検討・立案している。構成員は専従ではなく、施設長など他の業務をこなしながら、研修部としての仕事を行っている。研修のテーマが決まれば、事前に質問を出してもらい、それを参考に研修内容を考え、課題解決方式としている。

■年間スケジュールの組み立て方のポイント：階層別の体系だったプログラムが作られ、年間を通して実施している。2年間はベーシックな技術・知識の習得、その後は中堅職員研修、リーダー研修、チーフ研究、管理者研修などもある。経験3年目以上のスタッフは、各ケア向上委員会に所属することで、介護専門職としてスキルアップを図っている。

■研修の継続的な実施についての工夫：各研修は業務時間内に実施している。また研修は必修とし、非常勤職員は単位取得制になっている。体系的なプログラムで受講に伴い専門性が向上するように実施している。

■研修内容についての職員からの要望：研修部に所属する職員が、それぞれの職場において、研修に関する要望を吸い上げるようにしている。

■講師選定の考え方：外部研修(Off-JT)を受講した管理者やチーフ等の法人内部の職員が講師を務めることが多い。人に教えること、人に分かるように表現することにより自分の考えを整理し、一層の成長が促されると期待されるためである。

■参加を促すための工夫：業務時間外に参加を義務付けられている研修に関しては時間外手当の支給を行っている。個別面接による促しもする。

Ⅲ.個人別研修(OJT)について

■個人別研修の位置づけについて：エルダー制を採用し、年2回技術評価を実施している。業務一般について、法人の目標に基づいた部署ごとの行動計画を作成している。そこで業務分掌に関する意識が明確に打ち出され、職員はそれを普段から意識することにより自身の業務や上司・同僚の業務を理解するようになっている。さらに、上司との面接を経て年度ごとに自己目標を各職員が設定し、業務の中でスキルを伸ばしていく仕組みが作られている。

■OJTの対象となる職員：新人・中途採用・非常勤、現場で困難を抱えている職員など。業務の中で職員を育てる、育ってもらう、ということを考えれば、全職員が対象ともいえる。役割に応じた業務分掌の中で目標の設定、それに対する評価が行われており、自己研鑽を常に意識する仕組みを作っている。

■トレーニングの内容について：1ヶ月半はマンツーマンでの指導。その後は部署全体で育てていく、という形になる。実習生への指導を通じて、自らの実践を見直す契機も持たせている。ケアプランの作成、ケアカンファレンスへの参加(他職種、家族、本人の前で発言することにより、社会に対する責任感、ケアに対する主体性を持たせる。)などを通じて職員を育てている。

■トレーニングする側の職員について：リーダーがエルダーとなっている。リーダーは「部署におけるケアの質を保証する」という役割を担っている。それは介護に関する技術や知識や倫理観を部下に考えさせ伝達することでもある。年度で異なるが、多い場合1人のエルダーが3人の新人職員を担当することもある。人数が多い場合は、その部署で役職のついていない総合職がマンツーマンで担当し、リーダーを補佐する形をとっている。人数が少ない場合はリーダーが直轄して指導に当たる。

V.研修の効果測定について

■研修の「効果」の考え方や方法：人事考課とリンクさせているため、上司との面接において研修の効果が確認される。以前はアンケートを実施したこともあったが、現

在はしていない。効果測定の手法としてアンケートの信用性が低いと考えている。研修の評価については、研修後のヒアリングと研修部からのオブザーバーの出席による評価、研修後のレポート評価、現場評価を実施している。

■研修で学んだことの成果発表の方法：毎年、総合職は業務の一環として、一般職・非常勤は任意で、各部署において事例発表を行う。また、学会や研修会への参加を奨励している。

VI.その他

■勤務外での参加の際の手当等について：自主的な勉強会など、任意参加の研修や勉強会には手当が支給されない。海外研修も含め外部への研修については個人が 1/3 負担することになっている。

■自主的な勉強会等の実施状況とサポート体制：基本的に資格取得は個人の課題と捉えているが、一方、資格取得に向けた自主勉強会を奨励している。勤務表や法人の備品、研修室の活用、資格者の指導等に配慮しサポートしている。取得後は資格手当支給等の処遇をしている。資格取得後の処遇に配慮することを中心にサポートしている。

■スタッフと理事長の面談、非常勤スタッフと施設長の面談など、現場スタッフの思いや、トップの考えを理解しあうミーティングを月 1 回開催している。行為の根拠を理解し、考え、応用の効く力量を育成することを目的としている。

事例4

アザレアンさなだ（長野県上田市）

設置主体：社会福祉法人 恵仁福祉協会

設立：1993年

職員数：常勤81名、非常勤138名（2007年2月現在）

主なサービス内容：特別養護老人ホーム（42床）、デイサービス、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、グループホーム、宅老所、サテライトデイサービス（町内3カ所）

I. 職場内研修についての考え方やしぐみについて

■人材育成に対する考え方について：職場内研修を大変重要と考え、委員会組織で運営している。

■育成によって期待される職員像：アザレアンの理念は「人を大事にする」こと。介護の仕事や業務ができることももちろん大切だが、「すべての前に人と人が出会うことから始まる」、そのことを業務に入る前に伝える。目の前のお年寄りを大事にして本当に関わって行くようになることを期待する。

■人材育成のための職場内研修のしぐみ：育成では、見極めが難しいが、すぐにできる方と馴染むまで時間がかかる人を1～3ヶ月で見極めて、法人全体の研修をその時点で実施する。（表3-1：アザレアンさなだの宣言）

II. 集合研修について

■集合研修の位置づけについて：各事業所の育成プログラムで行う。1ヶ月～3ヶ月でリーダーが見極め、法人全体の研修を行う。以前は、数ヶ月掛けて各部署についての研修を行っていたが、現在は1つの部署で数ヶ月行い、その後、他の部署での研修を行っている。

■研修内容の企画立案のしぐみ：中途採用者は、入職3ヶ月のとき副施設長が研修を組む。研修委員は各部署のリーダーが1名ずつ、規模の大きい部署では2～3名を選出している（委員長・副委員長は施設長が任命）

■年間スケジュールの組み立て方のポイント：毎月職員研修を部署別に行っている。

■研修の継続的な実施についての工夫：リーダー会議とは別に、中堅職員（3年～5年）の思い等を話す機会を設けている（1日かけて）。職員研修は全員が受講できる工夫をしており、部署の古い順番の職員から毎月実施している。

■研修内容についての職員からの要望：基本的にはリーダーが要望を取り上げる担当を行っている。

■講師の選定と講師料についての考え方：外部講師が多い。施設長が依頼する。施設

長のネットワークで探し、来年から予算化の予定である。外部研修では、費用がかかるため、講師を呼ぶ方向で考えている。

■参加できなかった人への伝達や情報共有について：勤務上参加出来ない職員はビデオを見る。参加者は全員レポートを提出する。

■参加を促すための工夫：各リーダーに知らせる。回覧やビデオ、ポスターで知らせる。

「高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ」の宣言

私達、高齢者総合福祉施設アザレアンさなだの運営理念は、「人として、幸せに、安心して生きる日々を大切にする」です。これは施設でも在宅でも、その人らしく幸福に、不安を覚えずに過ごせる日々（暮らし）を実現するという意味です。
この理念に基づき、私達は様々な福祉サービスを総合的に提供することを使命と考え、アザレアンさなだに関わるすべての者は、以下のことを宣言します。これは地域の皆さまと一緒に歩む私達の約束であり、誓いです。

介護に関する宣言

- 一、私達は、日々研鑽し、理念に添った質の良い介護を提供し続けます。
- 一、私達は、利用者の心身を拘束いたしません。
- 一、私達は、利用者の行動を抑制するような言動はいたしません。
- 一、私達は、事故が起きないように目配り、心配りを怠りません。

利用者の個人情報保護に関する宣言

- 一、利用者に関する個人情報（身体状況や家庭環境など）は漏らしません。
- 一、利用者のプライバシーを守るため、情報の管理を徹底します。職員は退職後も知り得た情報は口外しません。
- 一、入浴、トイレ、衣服の着脱など、利用者のプライバシーに関する援助に携わる場合、不快感を感じないように配慮をします。

苦情等に関する宣言

- 一、どのような意見、要望、苦情にも誠意を持ってお応えします。
- 一、問題が発生した場合、それから目を背けることなく、真正面から問題に向き合い、以後のサービス向上に努めます。
- 一、第三者による「苦情受付制度」などを導入し、意見や苦情を寄せて頂きやすい環境づくりに取り組めます。

表 3-1 アザレアンさなだの宣言

Ⅲ.個人別研修(OJT)について

■個人別研修の位置づけについて：各部署で行っている。業務だけを覚えるのではなくケアプランにそって「1人の利用者の24時間を知る」事を教えている。職員1人1人のやり方が違うため、新人は迷ってしまう。その方のケアを基本に、その方らしいケアプランをしっかりと認識していく。

■OJTの対象となる職員：新人～中堅。新人はマンツーマンで常勤職員が1ヶ月間指

導する。

■トレーニングの内容について：各部署のリーダーが決めて行う。職員は半期と後期で面接する。新人は入って1ヶ月で面接する。

■トレーニングする側の職員について：管理職か生活相談員またはユニットチーフ、ユニットリーダー、その日のフロア責任者が行う。トレーニングする側の職員に対しては、責任者が面接等でフォローしている。

IV.研修内容の共有や役立て方について

■研修内容の記録の方法：目標を持ってもらうためにもトレーニング表に記録する。

■研修内容の活用について：研修後にレポートを提出する。レポートは、常勤・非常勤用とある。新人は1ヶ月間毎日統括者・リーダーとの面接を20分程度行っている。新人の声・気づき・質問・悩みは、文書にしてリーダーや本人と共有出来るようにしている。レポートの記載は「何をして」「何を得て」「どうすればいいか」を記入する形式である。

V.研修の効果測定について

■研修の「効果」の考え方や方法：常勤、非常勤それぞれ自分で課題を持ち、目標を立て、半期で達成し、どうであったかを＋、±、－で評価し提出する。また、気づいたことなど職員本人が書いてきたことに対しては、指導する側がコメントを書いて返却する。面接も実施している。時間は5分の設定であるが、実際は30分程度を要する。1時間近くかかる人もいる。

■研修で学んだことの成果発表の方法：個々の研修は、その都度レポートを提出する。研修から何を感じ、何を得たかを振り返り、自己の課題などを明確にする。そのほか毎月2回の全体会議で研修内容を取り上げる。年に2回、部署ごとに発表の場を設けている。さらに業務命令として研修に参加した場合は、個々の事業所内で研修報告会をおこなう。

VI.その他

■勤務外での参加の際の手当等について：「ケアケア交流会」は勤務内で行われる。「学ぼう会」（下記参照）は自主参加のため手当はつかない。

■自主的な勉強会等の実施状況とサポート体制：19時から20時30分まで。「学ぼう会」という名称で自主勉強会を開催している。本当に学びたい人たちが集まって学ぶ場である。常勤が81名、非常勤が138名のうち、徐々に参加人数が増えて一番多い時で78名参加した。これまで6回開催し延べ340名が参加した。

■自己開発制度について：能力開発シートを活用して実施している。

事例 5

依田窪特別養護老人ホーム「ともしび」（長野県上田市）

設置主体：社会福祉法人 依田窪福祉会

設立：1997 年

職員数：約 43 人（2007 年 3 月現在）

主なサービス内容：特別養護老人ホーム（50 床）、ホームヘルプサービス、配食サービス

I. 職場内研修についての考え方やしぐみについて

■人材育成に対する考え方について：教育と訓練の繰り返し、業務マニュアルの徹底、理念に添った行動ができるように育成する。責任者が変わっても育成の方向性、教育方法が変わらず実践していく。

■育成によって期待される職員像：社会人としての人間性を育てる。

■人材育成のための職場内研修のしぐみ：新人研修は入職 2～3 日前に行う。勤務外で行うこともある。おなじ研修を繰り返し行う。

II. 集合研修について

■集合研修の位置づけについて：事業所がサテライトになっているため勤務時間内での実施は難しい。勤務時間外または自主勉強となる。

■直近の集合研修について：12 月にケアマネジメント研修を行った。業務時間外に実施した。

■研修の継続的な実施についての工夫：同じ内容を繰り返し行う。しかし、法人の事業所が離れているため集まりにくい。

■研修内容についての職員からの要望：要望はあまり無いが資格試験の前になるとそのための研修の希望がある。

■講師選定についての考え方：管理者クラスが外部研修を受け、法人の研修に沿っている講師に直接交渉することが多い。最近では、体験型のワークショップをする講師を選ぶようにしている。一方的な講義ではないものを企画している。

■参加できなかった人への伝達や情報共有について：同じ内容を繰り返し行うようにしている。

■集合研修を行なう時間帯について：事業所が散在しているため、集合時間を考慮して 18:30 分から実施している。

■参加を促すための工夫：勤務体制が決まる前に、日程を決めて周知している。

■参加を促すための工夫：5 段階の等級制があり、等級と資格によって昇給がある。施設の制度として、職員で笑顔の一番良かった人を推薦し賞金を出している。（表

3-2：昇級試験問題例)

全職種共通昇級試験問題（ 1等級 ⇒ 2等級 ）

1. 法人の理念を暗唱し、説明してください。
2. 介護方針を暗唱し、説明してください。
3. 依田窪福祉会品質マニュアルに定める行動方針19項目を暗唱して答え
てください。
4. 私たちの仕事为主にどんな法律の下に行われているのか。また、具体的
なサービス提供は何に基づくのか答えてください。
5. 禁止されている身体拘束の事項を挙げてください。
6. 誤嚥の徴候を4つ挙げてください。
7. 脱水の徴候を4つ挙げてください。
8. 当法人で特に予防策を講じている感染症を5つ挙げてください。
9. 事故発生時の報告方法の第1報から第3報、それぞれについて記入し
てください。
第1報
第2報
第3報
10. 安全な食事提供に必要な食中毒予防の三原則を答えてください。
11. 守秘義務について答えてください
12. 依田窪福祉会設立の経緯について答えてください。
13. 現在の依田窪福祉会の事業の概要について答えてください。

表 3-2 昇給試験問題例

Ⅲ.個人別研修(OJT)について

- 個人別研修の位置づけについて：基礎（技術・行動）の自己申告を含め繰り返す。
繰り返しと見直しを行う。
- トレーニングの内容について：介護と対応などそれぞれの項目別にマニュアルがあ
りマニュアルに添って指導していく。
- トレーニングする側の職員について：5段階の等級があり、3等級クラスのリーダ

一が主に行う。

VI.その他

■勤務外での参加の際の手当等について：時間外の手当は出さない。海外研修などは法人の規則があり、それにしたがっている。

■研修に関する年度の予算：年間予算の1%を当てている。

事例 6

特別養護老人ホーム 大阪老人ホーム（大阪府松原市）

設置主体：社会福祉法人 聖徳会

設立：1902年

職員数：約 160名（2007年3月現在）

主なサービス内容：特別養護老人ホーム（184床）、ショートステイ（24床）、
デイサービス、ヘルパーステーション、ケアプランセンター、無料低額診療所、
ケアハウス

I. 職場内研修についての考え方やしきみについて

■人材育成に対する考え方について：大阪老人ホームの職員として、サービスの質の向上を図るために研修を計画的に実施している。全て自主参加で、自己研鑽に役立つ。参加者を指定していない研修以外は、全職員（パート含む）対象とする。

■人材育成によって期待される職員像：100年という長い歴史の中で培われてきた理念を実践するための人材育成が必要と考える。

II. 集合研修について

■集合研修の位置づけについて：基本的な事については、業務内で学び、その他、個々のレベルアップのために研修を行っている。

■研修内容の企画立案のしきみ：年度はじめに職員からアンケート（どのようなことをしたいのか・昨年度を振り返りどうであったか等）を実施し、研修の議題を決定している。研修委員を置き、年間スケジュールの作成など管理全般を担っている（表3-3 H18年度スケジュール例）。

■講師選定についての考え方：一定の能力のある職員同士が講師を行うこともある。外部講師として、法人役員の医師（四天王寺国際仏教大学教員）等にも依頼している。外部講師の選定は、部長、施設長等が事前に講義の内容を聞いてから講師の依頼をする。

IV. 研修内容の共有や役立て方について

■参加できなかった人への伝達や情報共有について：研修の資料をわたす。

■集合研修を行なう時間帯について：19:30～21:00、同じ内容で2回実施している。

■参加を促すための工夫：年間スケジュールを事前に用意し、周知している。

V. 研修の効果測定について

■研修の「効果」の考え方や方法：今年度、施設内でアンケート調査を行い、大阪府下のケアワーカー3000人を対象としたアンケート結果と比較している。

VI.その他

- 勤務外での参加の際の手当等について：手当はつけていない。
- 研修に関する年度の予算：人件費その他の費用を含め約 300 万円。
- 自主的な勉強会等の実施状況とサポート体制：半期（9 月ごろ）に報告書を作成し、反省点を具体的に確認している。一人一研究（グループも可）を計画し、実践での研究報告を行っている。法人の支援体制として、役職者は、社会福祉士・介護福祉士・看護師等のいずれかの国家資格を有することとしている。そのため、役職を考慮し、勤務時間のフレックス化・研究費の支給・休日の優遇などを次年度予定している。

18年度研修スケジュール

基本方針

大阪老人ホームの職員として、サービスの質の向上を図るために研修を計画的に実施する。

※全て自主参加で、自己研鑽に役立てる。

参加者を指定していない研修以外は、全職員（パート含む）対象とする。

介護技術研修も1ヶ月1回実施予定。

その他必要に応じて研修を行う。その際は事前に連絡する。

研修アンケートを（年間研修前、中間、最終）記入し提出する。

4月	4/11.18(20)	グループ事例研究に向けて(各フロア2研究)レポートの書き方	印
	全体研修	発表の仕方について ◎講師 先生(4/20. 施設長)	
	4/28.5/1	聖徳会の歴史	印
	全体研修	◎ 会長	
	看護部	事例検討会①	印
5月	5/3	リーダーとしてのあり方	印
	指名者研修	◎講師 施設長	
	5/12. 6/16	介護概論	印
	全体研修	◎講師 先生 大学短期大学部	
	5/17	高齢者の終末期の精神的ケアの実際	印
	全体研修	◎講師 先生 HP ホスピス担当医	
5/	記録のあり方	印	
全体研修	◎講師 先生		
5/23. 25	ケアプラン策定	印	
全体研修	◎講師 (施設職員)		

氏名 _____

表 3-3 H18 年度スケジュール例

事例7

介護老人保健施設 あやめの里（福岡県北九州市）

設置主体：医療法人 共愛会

設立：1996年

職員数：93名（2007年3月現在）

主なサービス内容：老人保健施設（100床）、ショートステイ、通所リハビリテーション、
介護予防事業

I. 職場内研修についての考え方やしぐみについて

■人材育成に対する考え方について：人材育成の重要性を認識し、職員個人の「人」を最重視している。

■育成によって期待される職員像：あらゆるサービスにおいて安心・安全を提供でき、怪我がない、苦痛を与えない介護を目指している。

■人材育成のための職場内研修のしぐみ：介護福祉士有資格者を積極的に採用している。資格取得の支援を行っている。多職種間で連携して仕事をしていくことの重要性の理解を促している。

II. 集合研修について

■集合研修の位置づけについて：1年目研修、2年目研修と伝達講習会がある。伝達講習会が集合研修中心となる。3年目以降は特に計画せず、各部署の責任者に任せている。その代わりに、外部研修には必ず1年に1回は参加するように促している（その際は「伝達講習会」にて皆の前で成果を発表する）。

■研修内容の企画立案のしぐみ：教育委員会（介護職・看護職が中心メンバー）で内容を決定する。職員からニーズ調査などを行う。

■年間スケジュールの組み立て方のポイント：年度計画のほかに、個人情報保護、倫理教育などのスポット的に勉強会を入れている。（参考資料：図3-2：平成17年度新人研修日程表）

■講師の選定と講師料についての考え方：施設内研修においては、外部講師はほとんど呼ばない。法人全体研修の際には、外部講師を呼ぶことが多い（接遇など）

III. 個人別研修(OJT)について

■トレーニングする側の職員について：部長職と一般職の間に「コーチャー」（3年以上の職員）を置く。コーチャーは部署長が任命するが、向き不向きがあるので誰もがコーチャーになるわけではない。コーチャーのバックアップは部署長がおこなう。

3月28日(月)			3月29日(火)			3月30日(水)		
時間	内容	講師	時間	内容	講師	時間	内容	講師
8:30	朝礼		8:30	当施設の利用手続きなど	支援相談員	8:30	高齢者の特徴	看護主任
8:45	事務手続き	事務職員						
9:00	オリエンテーション	事務長						
9:30	介護老人保健施設とは 当施設の理念・方針	施設長	9:30	接遇	接遇委員長	9:30	介護老人保健施設における医療	医師
10:30	ISOとは	副施設長	10:30	リハビリテーションと介助方法のポイント	リハビリ主任	11:00	口腔ケア	介護主任
						11:45	排泄介助	介護主任
11:30	デイケア紹介	デイケア主任	11:30	ケアプラン	介護主任	12:30	休憩	
12:30	休憩		12:30	休憩		12:30	検診	副施設長
13:30	リスクマネジメント	事務長	13:30	感染症について	看護師長	13:30	グループ討議	
14:30	食事と栄養 食事介助	管理栄養士 介護主任	14:30	認知症の方へのケア	介護主任	14:30	グループ討議	
15:30	緊急時の対応	副施設長	15:30	入浴介助	介護主任			
16:30	身体拘束について	副施設長	16:30	個人情報保護	事務長			

図 3-2 平成 17 年度新人研修日程表

IV.研修内容の共有や役立て方について

- 参加できなかった人への伝達や情報共有について：資料を配付するなど対応している
- 参加を促すための工夫：人事考課と連動させている。

V.研修の効果測定について

- 研修の「効果」の考え方や方法：効果的に研修が行われているかどうかの検証はしておらず、今後の課題である。
- 研修で学んだことの成果発表の方法：外部研修で学んだことは、職員全員の前で発表してもらう。

VI.その他

- 研修に関する年度の予算：施設内、施設外合わせて一人年間 4000 円である。

4) 調査結果のまとめ

本調査は、7事業所に対し、職場内研修に関するヒアリング調査を実施した。いずれの事業所においても、職場内研修に対して独自の取り組みが実施されていた。以下に、7事例に共通している点を述べたい。

・人材育成について、事業所の確固とした考えと期待される職員像を具体的に持っている

施設にとって人材育成が重要な課題であることは当然といえるが、各事業所ともに、その事業所の考え方、期待される職員像が「具体的に」示されていた。特に、期待される職員像が明快であることは、現場職員にとって目指すべきゴールが見えるという点で、職員自身のモチベーションの維持・向上にもつながるものであると考えられる。

・年度計画と時事的話題を取り入れた研修を適宜組み合わせている

集合研修は、ほとんどの事業所において年間計画が立てられていると同時に、その時期に必要な研修（例：流行する感染症対策、個人情報保護法などの制度に関する学習など）が組み合わせて実施されていた。年間計画に沿い、基本的な技術や知識を計画的に研修する一方で、現状の課題に対応した研修を取り入れる二段階の方法は、基礎力と即戦力を育てるうえで有効であると考えられる。

・考える力を育てる研修方式を採用している

いわゆる座学形式の講師の話聞く講義だけでなく、ワークショップ形式（演習や自己学習型）の研修を多く取り入れていた。ワークショップ形式は、共同作業を通してチームワークを身につける効果や、自分で物事を考えて取り組む自主性を育てることが期待される。一方で、演習などは「やった気」になるだけで終わってしまう危険性もあるため、研修効果をどのように測定するかという課題も合わせて考えてゆく必要性が指摘される。

・ジョブトレーナーの支援の必要性

OJTに関しては、先輩あるいは管理職がトレーナーとなり、新人だけでなく、中堅職員や課題を抱えた職員までを対象にしていた。OJTに関しては、その内容はもちろんのこと、トレーニングを行う職員への支援も重要な課題である。調査対象事業所は、ジョブトレーナーの上の管理職が支援にあたっていると回答していた。ジョブトレーナーとしての技術的な教育に加え、マンツーマン指導から生じる対人関係面のストレ

ス等のメンタルケアも重要であることが示唆された。しかし、この点についての取り組みは今後の課題といえる。

・研修を業務と位置づけ、未受講者をなくす工夫の必要性

各事業所とも、集合研修においては、研修できない人を作らない工夫を凝らしていた。業務との関係で十分に達成されていない面もあったが、職員全員が受講できる工夫を、管理者側が計画的に実施していくことが必要であるといえる。

・人が育つ研修効果測定の必要性

人事考課と研修を連動させることにより、研修の効果を面接を通じて実施していた事業所があった。人事考課における査定だけではない、職員の自己成長を確認する面接が行われていたといえる。事業所全体の研修効果測定のためには、数値的な研修効果の測定も必要であろうが、職員個々人の研修の成果、有用な人材としての成長を確認していくうえでは、人事考課と連動させた面接評価などは、職員のやる気や動機づけを引き出すことも可能であり、有用な手段であるといえよう。

・職場内研修にかかる費用について

年間売り上げの1%を事業所の研修予算としているところから、年間ひとりいくらかという事業所まで研修費用については多様性が認められた。

金額の多寡は、人材育成の本質的な問題とはいえない。事実、本調査対象の事業所は、研修費が異なっていたにもかかわらず、それぞれに工夫をした研修を展開していた。事業所の工夫によって、人材育成を展開できる例であるといえよう。

そのためか、業務時間外の研修の手当に関する考え方や業務外の自主勉強会の支援のあり方も、事業所により対応が異なることが示された。自主的な活動はともかく、事業所が主体で実施する研修は業務の一環となるのかどうかという議論を踏まえると、業務時間外の研修のあり方は今後さらに検討されるべき課題といえよう。

しかしながら、ケアの質向上のためには、第一に事業所主体による人材育成を計画的に推進していくことが求められているといえる。そのためには費用対効果を踏まえつつ、計画に応じ、相応の研修費用の支出が求められると考えられる。

4. まとめ

1) 職場内研修の実践的取り組みの成果を踏まえての提言

筑波大学 山中克夫

今日の介護保険制度では「ケアの質の向上」が重要な課題とされているが、その一方でバーンアウトや人材の確保が問題となっている昨今、研修のあり方がますます重要となってきているのではないだろうか。新たに加わった職員は貴重な存在であり、生きがいとまでいかなくとも、仕事になんらかのおもしろみ・やりがいを感じてもらえるようになってもらえることが「ケアの質の向上」につながるのではないかと思われる。今回の研究では探索的ではあるものの、①「施設→フロア→個人」という流れにより目標を立て、実行すること、②可能ならばパフォーマンスマネジメント (PM) を用いて (今回は「E 事業所」が) 個人のサービスを管理することを試みた。

最初の点について、今回、各フロアの職員が話し合い一つの目標を決め、一定期間そのことについて取り組んでみた。ここにおいてまず重要な点と思われるのは、話し合っただけで目標を決めたことが、職員全体の士気を高めることにつながっていたかどうかである。そして目標を実行する際には、あまり目標が抽象的なものであると各自が具体的に何をしたらよいかわからなくなってしまうので注意する必要がある。表 4-1 は、今回研究に参加した施設、フロアの各目標を整理したものである。この中で、施設全体の目標はいわば理念の部分でありモットーを表している。すなわち、常に職員が心がけるべきゴールのない果てしない目標なのである。しかし、フロア単位での目標は一定期間で達成可能な、具体的で明確なものにすべきであろう。たとえば A 事業所のフロア 3 の目標は「利用者が安心感を持って過ごしていただけるよう、暖かい家庭的な雰囲気を作る」「少人数で生活していただくことにより、職員と利用者のより一層密な関係を築く」であった。確かに重要な目標ではあるが、フロア 2 の「利用者が少しでも落ち着いて入浴できるように、待ち時間に利用者の好きな音楽を聴いてリラックスできるようにする」やフロア 4 の「利用者を深く知るために、ADL 情報だけでなく、その人の生い立ちや趣味、好きなことなど、より詳細な情報収集を行う」の方がより具体的であり達成すべきゴールを設定しやすい。「家庭的な雰囲気を作る」ために具体的に何をすべきか決めておかないと職員も実行しにくい、利用者の好きな音楽を調べて入浴前に流すという目標は計画的に実行しやすいからである。

しかし、実行しやすい目標であったとしてもこのことが施設の全体の目標である

「自分らしい生活を送れること」や「自然に笑顔あふれる環境を作る」ことにつながったどうかを検証しておく必要がある。たとえば、音楽を流すことで笑顔はみられないにせよ、とても表情がいつもよりも落ち着くようになったとか、楽しそうになったとかを簡単でもよいので記録する必要があるだろう。中には音楽よりも入浴中の職員とのコミュニケーションの方が好む人もいるかもしれない。そこまで個別性に応じた対応がされるようになれば、その施設の取り組みはトリプル A に徐々に近づいていると言えよう。それでもさらに職員全体の技術レベルを上げるためには、もう少し工夫する必要があるのではないだろうか。先ほどの利用者の好きな音楽の探し方を例に挙げれば、この点についてはまず本人に聞くのが一番いいと思われるが、意外となかなか思いつかない利用者も少なくないであろう。そのような場合、一案として、普段からデイ活動場面等で音楽を流したり、音楽活動を行ったりし、その時の様子などからどの利用者がどのような音楽を好んでいるのかを把握しておくといわれる。そしてそのような CD をいつでも準備しておく、オリジナル CD を作るとよい。

そんなことを聞くと、日頃の介護に追われている職員にとって、ちょっと大変そうに思えるかもしれない。しかし、あるグループホームを訪れたときの話だが、どの利用者がどのような歌を好んでいるのかを職員が把握しており、100 曲ほど集めたオリジナルの歌集を用意していて、しかも職員全員がすべての曲を歌えるというのでびっくりさせられたことがあった。実際、利用者と職員でこたつと囲み少しでも機会ができると、すぐみんな意気投合して自然に歌い出すのである。職員もとても楽しそうであった。その地域で特に評価が高い施設というわけではなかったのだが、利用者の人々のとても落ち着いていて楽しそうな表情をみているうちに、私はこの取り組みがこのグループホームの個性ともいべき点であり、質のよいケアと呼ぶにふさわしいものなのではないかと感じた。「あそこの施設ではいつも歌声があふれているだって」「こちらの施設ではとてもゲーム遊びが充実していると聞いたよ」といった利用者の声が聞こえるようになれば、我が国の認知症ケアの質も相当に向上した状態になったと言えるのではないだろう。

以上のことから、ケアの質を高めるために OJT でまずなすべきことは施設の理念やモットーにそったフロアごとの具体的な目標設定であり、次にその方法、工夫すべき点、さらに分析の視点を考えることであろうが、これは何も難しく考える必要はないと思われる。先に示したあるグループホームの実践をヒントに考えれば、どんなことをしたら利用者も楽しんでくれるだろうかという点だけではなく、こたつを囲んで歌ったり、歌集をつくってみたりと自分たち職員も楽しくなることを考えればよいの

ではないだろうか。

さて、2点目に挙げたパフォーマンスマネジメント（PM）については、「個人や企業、社会が抱える行動的問題を行動分析学に基づいて解決する方法」であり、一種の行動契約であり、実行すべき内容を文書化し実行していくことで成果を挙げるものと冒頭で述べた。これは生産性を念頭に置いた企業の方略であり、契約した内容を実行し成果が得られればなんらかの報酬が与えられることにより成り立っているものなのではなかろうか。成果によって報酬を与えるシステムも余裕もない介護現場に、PMがなじむかどうかの保証はなく、PMの介護現場への導入はそれ自体、相当なチャレンジと言えよう。そのようなことから通常の方法になんらかの工夫を加えることが必要となるわけである。今回の研究では、「なのはな苑」がもともとのPMに改良を加え、自らの技術の向上を目的として定期的に短期間実施し、そのことにより自分自身にどのようなプラスの効果がみられたのかについて検討した。このようにPMだけではなく、近接領域におけるさまざまな手法を現場にうまく活用・応用することで、より多くの質の向上がもたらされると考えられる。そのような開発的な役割を今後も継続的に行っていきたい。

表 4-1 各事業所、フロアの目標

施設	フロア	目 標	目標の 具体性
A 事業所	全体	利用者の方が自分らしい生活を送り、自然に笑顔あふれる環境を作ります。	
	フロア1	出勤したら担当居室に出向き、利用者に笑顔で挨拶をします。	○
	フロア2	利用者が少しでも落ち着いて入浴できるように、入浴までの待ち時間を利用者の好きな音楽を聴いてリラックスできるようにする。	○
	フロア3	利用者が安心感を持って過ごしていただけるよう、暖かい家庭的な雰囲気を作る 少人数で生活していただくことにより、職員と利用者のより一層密な関係を築くこと。	
	フロア4	利用者を深く知るために、ADL情報だけではなく、その人の生い立ちや趣味、好きなことなど、より詳細な情報収集を行う	○
B 事業所	全体	笑顔でおもいやりを持って、利用者の心に寄り添うサービスを提供します 心穏やかに、笑顔で過ごせる暮らしを提供します	
	フロア1	お一人お一人の利用者の思いを生活の中に取り入れ、小さなことでも一つ一つ実現することで、満足感や達成感を得ることができ、それによって、個々の職員のモチベーションが上がり、サービスの質をあげていくことができる	
	フロア2	利用者の意向に添った外出を行う 近隣への散歩、買い物、外食等を兼ねた外出を積極的に行う。 に決定し企画、実行する。	△
	フロア3	「心穏やかに、笑顔で過ごせる暮らしを提供する」の実現のために、ダイルーム内の雰囲気を変える。 具体的にはテーブルの位置や座席の変更、パーテーションの撤去・追加などを行う	△
C 事業所	フロア1	フロアで発生する事故、ヒヤリハット件数の中で打撲痕、表皮剥離、裂傷等が多いため、事故防止にヒヤリハットが何故必要かを職員全員で再考すること	
	フロア2	歩行困難などにより外出が困難な方でも職員の付き添いにより外出を可能にする。 虚弱のため外出が困難な方でもレストランを利用することにより気分転換を図る。	△
	フロア3	身体拘束解除！のみの考え方ではなく、生活動作と環境を中心としての解除方法を考える	
	フロア4	フロアを活発に行動する利用者と行動が緩慢で転倒しやすい利用者と2つのグループに分けて、転倒予防と異常についての早期発見、利用者に寄り添った見守りを強化した。	
D 事業所		(職員のアンケートをもとに) 個別の外出支援を行う	△
E 事業所		フロアの課題を介護指針に照らして明らかにし、課題解決の手法としてパフォーマンス・マネジメントを用いた職場内研修を実践し、その効果を評価すること	○

2) 職場内研修に取り組む事業所の事例研究の結果を踏まえての提言

認知症介護研究・研修東京センター 小野寺敦志

高齢者福祉の現場において、認知症ケアに関する知識や技術学習の研修機会の要望は高い。認知症とは何か、認知症に伴う行動と心理症状とはどういうものか、という知識学習は講義形式の研修会で学ぶことは可能である。要望にこたえるくらいの回数かどうかは不明であるが、実際にいろいろな団体がその機会を提供している。しかし認知症ケアの「ケア」の部分はこれらの研修で学ぶことは難しいといえる。それは、介護現場で実践を通して学ぶものといえる。では、介護現場で認知症高齢者に接していれば認知症ケアの「ケア」の部分の研修ができ、技術が向上するのであろうか。それはそうともいえるであろうし、そうでないともいえるであろう。経験則によるケアや対症療法的ケアであった場合は技術の向上は難しいといえる。必要なことは、本事業のヒアリング調査で示されたように、職場内において計画的系統的に研修として組み立てられて、業務と一体になりながら人材育成が意識的になられていくことである。それがケア技術の向上につながるといえる。

本調査先の事業所はそれぞれに個性ある取り組みを実施していた。しかしその研修体系が完成系ではないこと、課題がまだまだある。その点は、各事業所の担当者諸氏が何よりも自覚していたことである。だからこそよりよい研修、よりよい人材育成に日々取り組んでいるのだと調査を通じて感じた。そして、強調されるべきことは、その事業所の上層部が、人材育成の必要性を自覚しリーダーシップをとって実行していることである。これは、身体拘束廃止が実践され、実績を上げている施設は、施設の管理者が率先して身体拘束廃止に邁進している施設であるという話にも通じるものであるといえよう。トップとして果たすべき責務を果たすことにより、成果が目に見えたものになってくるのであろうといえる。

また、研修と人事考課が、人材育成の手法としてシステム化され、職員の研修意欲や動機づけを高める機会として効果的に活用されていたことが特徴として指摘できる。ともすると人事考課の査定側面が強調され、職員から否定的に受け取られがちである。しかし、上記のように職員の意欲を引き出す機会として活用することで、査定だけではなく、より効果的な人事考課が展開される例が示されたといえる。

最後に、本事業の調査事例が、職場内研修実践の参考となり、各事業所の質の向上に寄与できれば幸いである。それが最終的に、認知症高齢者を含めた利用者の生活の質向上に還元されることを願うものである。

委員名簿

認知症にかかわるスタッフが行うソーシャルワーク的支援に関する研究

作業部会委員

下垣 光	日本社会事業大学
溝添 栄子	老人保健施設 ひむか苑
小池 智子	南陽園
工藤 章子	第二南陽園
遠藤雅行	第二南陽園
安田 美弥子	第三南陽園
田中 将人	グループホームひまわり
中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター

環境改善を目的とした職場内研修による認知症ケアの質向上取り組み事業

作業部会委員

山中 克夫	筑波大学
松浦 美知代	老人保健施設 なのはな苑
入江 里美	南陽園
木下 高義	第二南陽園
橋谷 トミ	第三南陽園
清水 秀則	グループホームひまわり
影山 優子	日本社会事業大学大学院
小野寺 敦志	認知症介護研究・研修東京センター

報告書名

平成 18 年度老人保健健康増進等事業報告書
「認知症介護の質向上のための人材育成の方策に関する研究事業」

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話 : 03(3334)2173 Fax : 03(3334)2718
URL <http://www.dcnnet.gr.jp>

発行年月

平成 19 年 (2007 年) 3 月