

表2 構造的意味の抽出過程

24	日常生活行動能力と病状を総合判断し、効果的なケア方法を検討する	生活行動と症状の関係を考える  日常生活行動能力を査定し、効果的なケア方法を検討する 少ないスタッフ数でよりよく対応するために協議する	生活行動と症状の関係を考える  日常生活行動能力を査定する 日中職員が手薄な居室で臥床するためには転倒防止策が必要である
25	看護職が、効果的な医療処置の検討と決定を行う	看護職が、効果的な医療処置の検討と決定を行う	効果的なケア方法の検討と決定  看護職の判断による苦痛の緩和目的の電法処 看護職の判断による皮膚の損傷に対する消毒・軟膏の塗布 看護職の判断による催便処置 医療処置の主導権は看護職にある
26	医師との連携を緊密にした上で、適切な医療処置を施す	医師の指示に基づき、看護職が医療処置を施す  利用者の医療ニーズに対する、医師との連携(診察・処置の指示)  効率的で確実な医師への報告・連絡システムの構築  受診の要否について、看護職者と医師が協議する	処方されている定時約の与薬  指示された注射処置の実施 指示された頓服の与薬 常勤の医師がいると安心できる 常勤の医師は健康状態についてなんでも相談できる 医師に情報提供するための工夫 医師に連絡して緊急時の医療体制を準備する 病的症状の出現を医師に報告 受診の要否について医師と相談する
27	施設外組織との連絡および利用者に関する情報交換	関連病院受診のための手続き・調整を行い、付き添い、結果把握まで一貫して行う  老健施設医師以外とのやり取り(歯科医やかかりつけ医との連携)	関連病院に受診の依頼をする  患者の病状変化に応じ関連病院を受診する 関連病院に受診の付き添いをする 診療結果の把握 歯科処置の経過について情報を得て記録する 転院前の病院から情報を収集する かかりつけ医師と内服薬について相談する
28	診療補助行為としての与薬およびその管理	服薬に関して利用者に指導する  治療薬の効果、副作用について、利用者の身体の状況からアセスメントする  与薬ミスがないよう管理システムを整備する。	薬の使用目的の説明と理解力の把握  薬物の作用と日常生活の関係を考える 与薬を実施した記録 婦長を含めて内服薬をチェックして与薬している

表2 構造的意味の抽出過程

19	日常生活行動アセスメントと援助計画: 更衣	日常生活行動アセスメントと援助計画: 更衣	施設内での過ごし方を予測して着替えの保管枚数を決める
20	日常生活行動アセスメントと援助計画: 栄養摂取	日常生活行動アセスメントと援助計画: 食事内容栄養 日常生活行動アセスメントと援助計画: 食事摂取(誤嚥予防)  日常生活行動アセスメントと援助計画: 食行動(自力摂取の可否)	食事摂取の状態観察と必要に応じた変更  誤嚥の危険がある利用者の食事介助方法は細かな評価が必要 誤嚥の危険がある利用者の食事介助方法は口の中のどこにどのくらいの食べものを選ぶか難 誤嚥の危険がある利用者の食事介助は姿勢に注意が必要 自立度に応じた食事介助がなされない  疲労度を考慮した介助をする 食事の自立度に応じたテーブル配置をする 食事を摂りにくい利用者は介助が手薄になる 計画性のない食事介助 看護婦として食べさせるだけにとどまらず発展性のある食事介助をしたい
21	日常生活行動アセスメントと援助計画: 生活リズム	昼夜を通しての活動や感情表現に着目した観察により24時間継続したケアを考える	相手の活動状況や感情表現に注目する関わりをして記録に残す  夜間の状態を記録する 日中の活動状況を記録する 記録をもとに24時間のケアを考える
22	老健の利用者の医療ニーズは高くないという前提に反し、高度で多様な医療ニーズが存在する	老健の利用者の医療ニーズは高くないという前提とそれへの対応(生活中心) 利用者の医療的ニーズについて、看護職間で協議する 難病など、医療度の高い入所者が常に複数入所している現状	入所適応は健康状態が安定していることが前提とした職員配置  胸痛を訴える入所者を受診させるかどうかで看護職間で協議する 入所申請書類と異なり予想外に医療依存度の高い利用者が入所してくる 難病の指定を受けている利用者が常にいる
23	利用者の健康レベルの多様性、流動性ゆえ、健康状態把握のための観察には、予測性、判断力が求められる	新入所者の健康アセスメントの困難性  入所者は皆、病状悪化の可能性を秘めており、観察の必要性が高い  病状把握のための観察の実施  既往歴や治療の影響を予測した観察  病状の変化の原因をするために継続的に観察する	リピーターは病状変化をとらえやすい  初回利用者の病状変化はつかみにくい 利用者は何らかの病気を抱えており病状が悪化すると転院になる 入所中利用者が体調を崩さないようにケアする 健康状態を継続的に観察する 病的症状の出現、変化の観察と記録 既往歴や治療薬の影響を予測した観察 事象の記述にとどまりアセスメントが記録されな病状の変化の原因をするために継続的に観察する

表2 構造的意味の抽出過程

15	転倒防止を意図して利用者に関するが、時に過剰防衛になる	<p>転倒防止を意図した職員の関わり</p> <p>転倒事故の発生に防衛的になるため、利用者のニーズより転倒防止が優先する</p> <p>転倒防止を理由にした抑制の正当</p>	<p>転倒しそうになった利用者を助けるには複数の職員が必要である</p> <p>転倒しそうになった利用者を助けるには複数の職員が必要である利用者が驚いて他のケアに抵抗する</p> <p>転倒したことがある利用者の行動に注目する</p> <p>転倒事故の発生に対処する</p> <p>転倒事故の発生に防衛的になる</p> <p>転倒は職員にとってやっかいなことからである立ち上がり動作の意図することへの考慮なく転倒の危険に注目が集まる</p> <p>ヘルメットの固定に固着した転倒防止策の継続</p> <p>利用者のニーズより転倒防止が優先する</p> <p>転倒防止を理由にした抑制の正当化</p>
16	排便状態の観察および医療的介入を含む排便促進処置	<p>排便状態の観察とコントロール方法の検討と実践</p> <p>排便コントロール: 医療的処置</p> <p>排便コントロールの未確立</p>	<p>排便方法を検討する</p> <p>排便の状態に応じた内服薬の変更と観察</p> <p>定期的な排泄誘導</p> <p>自然排便か緩下剤の反応かの判断が不明確</p> <p>食事内容によって排便が促進される</p> <p>コントロールできない催便処置の小刻みな変更</p> <p>便通の状態に応じた内服薬の選択</p> <p>便秘にたいする浣腸の実施</p> <p>催便ケアプランの原因不明な中断</p> <p>下痢の状態のまま退所になる</p>
17	排泄物による皮膚や衣服の汚染防止を図る、汚染時には対処する	<p>排泄物で汚染された皮膚と衣服を清潔にする</p> <p>夜間の排泄物いじりをオムツの当て方や抑制衣で予防する</p>	<p>排泄物で汚染された皮膚と衣服を清潔にする</p> <p>夜間の排泄物いじりをオムツの当て方で予防する</p> <p>夜間の排泄物いじりがオムツの工夫では予防できないことの戸惑い</p> <p>抑制着で夜間の排泄物いじりを予防する</p> <p>つなぎ服の着用は精神的に状態がよくないサインである</p> <p>つなぎ服の着用は精神的に状態がよくないサインをもとにケアをする</p>
18	再検討されないままの漫然としたケア継続	<p>利用者の精神状態改善の事実を無視した対応(再検討されないままのプラン続行)</p>	<p>つなぎ服が必要な利用者であるというレッテルが貼られる</p> <p>石鹸を異食した利用者うがいをさせる</p> <p>失禁したサインをキャッチして排泄物を早く処理する</p>

表2 構造的意味の抽出過程

10	利用者間のトラブルを防ぎ、相互の関わりを促進する	利用者同士が、関係性を見出し、その構築を促進するように関わる  利用者間で発生するのトラブルを未然に防ぐ	痴呆の利用者同士の関わりに意味を見つける  テーブル配置により利用者同士が関わりをもてるような集団づくりをする 利用者が利用者をさとす 他の利用者からの脅かしから守る関係調整  他の利用者へのトラブル防止を目的とした夜間対応 痴呆がある利用者の集団で私物管理は難しい
11	利用者に対する家族の関わりを見守る	利用者に対する家族の関わりを見守る	家族の関わりを見守る  家族の努力を認める
12	夜間の環境を整えたり利用者へ働きかけることで睡眠を保证する	夜間の睡眠を保证するための働きかけ(環境調整)  夜間の睡眠を保证するための働きかけ(本人の気持ちを落ち着かせる、生活リズムを整える)	夜間、眠れない原因となる気がかりを減少させるような環境整備 夜間のナースコールを適切に使用できるか査定する 夜間のナースコールを無用な遊びとして抑制す 夜間不眠状態に対して時間感覚をもたせる  夜間に大声で言う希望をかなえると落ち着く 夜間騒ぐ利用者に大声を出さないように言う 夜眠れるように日中の過ごし方を決める
13	利用者個々の生活リズムを把握し、それを整える働きかけ	利用者の状況から日常生活様方法の適否を検討する  利用者の生活リズムの観察とアセスメント	日中座位を取ることで臀部の皮膚への悪影響を予測する 日中座位保持による疲労 下肢の浮腫の改善策として日中に臥床させる 危険な立ち上がり動作が頻繁になる時間帯を探 薬物の作用と日常生活の関係を考える
14	転倒事故発生予防にむけて発生要因や個別のリスクを査定し、方策を練る	第一義的な重要なケアである転倒防止策を検討  転倒事故の発生要因を探り、個別的なリスクを査定する	転倒の防止は利用者にとって第一義的な重要なケアである  日中職員が手薄な居室で臥床するためには転倒防止策が必要である 本人と家族の同意がなければ抑制ができない 自宅と施設の環境の差をさぐり転倒の原因を考える 経験から危うい歩行機能の利用者が最も転倒しやすいという予測をもつ

表2 構造的意味の抽出過程

<p>7</p>	<p>利用者の背景や心身のあらゆる側面を察知し、その変化をから意思や行動の意味を見通してケアをする</p>	<p>利用者の背景から意志の尊重方法をみとおす</p> <p>利用者の行動の意味を身体的・心情的側面から判断する</p> <p>利用者の感情の変化を察知し、受け止める</p> <p>利用者の行動特性について理解する</p> <p>痴呆があり、時折感情の沈みがある利用者への理解と関わり</p>	<p>かつての職業的背景から意志の尊重方法をみとおす</p> <p>利用者の個性や生活層から意志の尊重方法をみとおす</p> <p>利用者の行動の意味を病状から判断する</p> <p>利用者の行動の意味を心情的に理解する</p> <p>奇異行動の中から利用者の健康な側面を見出す</p> <p>相手の感情表現に注目する関わりをして記録に残す</p> <p>利用者が自分の状態を情けないと思っていることを受け止める</p> <p>つなぎ服の着用は精神的に状態がよくないサインである</p> <p>つなぎ服の着用は精神的に状態がよくないサインをもとにケアをする</p> <p>職員の多忙を配慮し遠慮しながら生きている利用者</p> <p>施設で暮らすすべてを利用者が身につけさせていることを悔やむ</p> <p>痴呆老人は予想外の行動をする</p> <p>危険な行動をとる利用者の意図を尋ねる</p> <p>利用者の理解力を洞察する</p> <p>ハブニングは特に夜勤帯に発生する</p> <p>痴呆のある利用者へ関わるとき、明るく振る舞う。</p> <p>気持ちが沈んでいる利用者に関わる</p> <p>痴呆のある利用者の沈んだ気持ちを理解する。</p>
<p>8</p>	<p>利用者にケア提供者の気持ちを素直に表現したり、一緒に行動する、会話する、そばにいる、接触するなど日常的な関わることで関係性を深</p>	<p>職員が自分の考えや感情を素直に表現することで、関係性が深まる</p> <p>一緒に活動することで徘徊を活動に変える</p> <p>身体的接触で親しみの関係をつくる</p> <p>「傍に居る」という、利用者の情緒的安定を目指したかかわりをする</p> <p>利用者の話し相手になることで、利用者の安堵感や快の感情を湧き立</p>	<p>利用者に、職員の気持ちを聞いてもらう</p> <p>職員の利用者の感情を率直に表現する</p> <p>痴呆老人との相互作用により活力をもらう</p> <p>一緒に活動することで徘徊を活動に変える</p> <p>身体的接触で親しみの関係をつくる</p> <p>そばにいて利用者の情緒的安定を目指したかかわりをする</p> <p>利用者の誰かにそばにいてほしい気持ちを察したかかわりで利用者の危険な起きあがり動作が安定する</p> <p>利用者がそこにいると気づいていることを知らせるかかわり</p> <p>瞬間的で一方的な声かけ、心を通わせることができない関わり</p> <p>意味が通じなくても話し相手がいることで利用者の安堵感が生まれる</p> <p>話し相手になる</p> <p>楽しいことを話題にして気持ちを盛りたてる</p>
<p>9</p>	<p>行事やボランティア、利用者同士の円滑な交流を支援し、楽しみが増すよう援助する</p>	<p>レクリエーション等、利用者の楽しみを創る、あるいはそれを増すように関わる、または外部者の調整をする</p>	<p>はっきりと拒否しないときにはレクリエーションに誘導する</p> <p>レクリエーションに誘導することで気分転換をはかる</p> <p>テレビの野球観戦を楽しむ利用者を見守る</p> <p>ボランティアとのかかわりを促進して非日常的な感動の体験を提供する</p> <p>さまざまなボランティアを受け入れている</p>

表2 構造的意味の抽出過程

<p>5</p>	<p>綿密な情報収集をして利用者を理解したうえで、利用者を尊重して関</p>	<p>家族やその代替者との情報交換</p> <p>利用者を理解し、ニーズに合わせた関わりをする。</p> <p>利用者を尊重した関わり(自尊心を守る、敬語を使う等)をすることで、反応を引き出す。</p>	<p>家族が不在な場合はヘルパーなどが代替となる</p> <p>家族と電話連絡で予定を確認する</p> <p>ステーションとの連携・情報交換</p> <p>老健の職員は利用者の孫にも先生にもなり役割は七変化する</p> <p>ケアの原則はその人を知ることであるという暗黙の原則を守る</p> <p>利用者を平等に扱うという原則を守る</p> <p>利用者の自尊心を守るかかわり</p> <p>痴呆があっても尊敬語を使うことで大人の反応を引き出すことができる</p> <p>常に丁寧語で話さなくてはいけないと思うと窮屈である</p> <p>意思を尊重してかかわる職員とおだやかな関係が形成される</p>
<p>6</p>	<p>利用者は、ケアに抵抗することがあるので、気持ちを理解し、説明したり方法を工夫していく</p>	<p>ケアを受け入れにくい利用者に目的を話す、方法を変えるなど工夫して関わる</p> <p>ケアを受け入れにくい利用者の気持ちを理解する</p>	<p>ケアへの抵抗を受けながら必要な清潔ケアを終了する</p> <p>ケアを受け入れにくい利用者により返し目的を伝えながらケアをする</p> <p>ケアに抵抗していた利用者が説明を聞きケアを受け入れる</p> <p>抵抗が予測されるケアの説明に日常生活習慣を考慮した理由付けをする</p> <p>ケアの抵抗は誰にとっても嫌なことだからである</p> <p>ケアに抵抗する利用者にとまどう</p> <p>ケアに抵抗する利用者により方法を変更する</p> <p>リハビリからの指示に抵抗や怒りを示す利用者</p> <p>ケア計画と異なる自分の意思を職員に伝えつづける利用者</p>

表2 構造的意味の抽出過程

	構造的意味	中心的意味	場面の説明
1	職員が、利用者の健康レベルの向上を願う	利用者の健康レベルの向上をねがう	利用者の健康レベルの向上をねがう
2	利用者の健康レベルは、在宅で低下し、入所で増進する	老健の利用で健康レベルが向上する  在宅療養で健康レベルが低下する	老健施設の長期利用により病状が安定する  老健施設のケアは利用者の身体的精神的回復を促す実感  入所することで症状が安定する 退所・在宅療養への移行に利用者が不安を感じ退所すると不穏や体力低下がおきる 退所後に利用者の活動レベルが低下して落胆する
3	老健施設は家族と協議して在宅療養の方向性を探るところ	老健の存在意義は過ごしやすい在宅療養を実現することにある  在宅療養の状況や家族の介護力を把握して老健のケアを近づける  在宅療養の方法と老健でのケアが異なることを知っている	老健に入所する事が、今後どう生活していくか家族と本人の折り合いをつける機会となっている  在宅を居心地よくさせるために老健を利用す老健での生活は、本人の意向と家族の意向とのギャップを埋めていくことが重要視される 在宅療養の情報を収集する  家族からの情報は価値がある 在宅での家族介護力にみあった介護方法をチームで検討 在宅介護の方法に施設ケアを近づける 施設内の状態と自宅の状態が異なるとケアの方法について家族と理解しあうのは難しい 施設内と家庭内のケア方法の差異を前提とした対処 在宅療養の日課と施設の日課がずれる 在宅ケアのシステムが整っていれば介護の基本は在宅である
4	老健職員は、家族とのやり取りのなかで困難やジレンマを克服しながら家族の意向を最優先しようとする風土がある。	困難感やジレンマを感じながらも家族の意向を尊重しようとする  家族の意向を実現するには困難が伴う  治療的側面で家族の納得・信頼を得ることも不満をぶつけられることもあ  家族とのやり取りでマイナスに評価されたり、誤解されたり、又それが解消する	老健において家族の意向が最優先されることには意味がある  家族と利用者の自立の狭間でジレンマを感じる 家族の意向を重視する意味に気づくまで葛藤がある 家族の意向を記録して共有しないと信頼関係が崩れる 利用者の意志を尊重して欲しいと願う家族の意向に無関心な家族に落胆する 複雑な業務を行いながら家族の要望を満たすことは難しい 利用者の機能維持・向上とは異なる家族の意向 急変時に複数の家族が納得のいく対応をするのは難しい 病院と比較して十分な医療が受けられないという家族の不満がある 治療的側面で家族の信頼を得る 親しみをこめた言葉かけのつもりでも家族が誤解する場合がある  ある一場で家族が職員の評価をする 家族がその場で不満を言えば誤解は解ける

表1 対象者属性

対象者	職種	経験年数	施設勤務年数	インタビュー時間
N1	看護婦(婦長)	25年	4年	3時間40分
O1	看護婦	10年	4年	2時間
S1	准看護婦	22年	5年	1時間30分
I	介護福祉士	病院助手	6年	4時間
M	介護福祉士	6年	5年	2時間
T	介護福祉士	6年	5年	2時間



厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
分担研究報告書

老人保健施設における介護・看護スタッフの高齢者の自立を促す  
教育的関わりに関する研究  
－高齢者自立支援のためのスタッフ研修評価－

分担研究者 河口てる子（日本赤十字看護大学 教授）

研究要旨：今年度は、前年度の面接調査に基づき研修プログラムを作成し、研修プログラムを実際に実施、3ヵ月が経過した時点での評価を行なった。研修プログラムは、全6回シリーズ（6ヵ月）1回の時間は90分、討議やロールプレイなどの演習を中心とし、研修参加者の自己効力を考慮したステップ・バイ・ステップ法による研修内容である。対象施設は、入所定員120名の郊外型老人保健施設。対象者は看護・介護スタッフ57名であり、そのうち評価研究参加者は21名である。研究デザインは、対象者57名を対象とした相関関係検証型研究、および準実験スタイルの教育評価研究（21名対象）である。2000年12月に57名の対象者に質問紙調査（事前調査）を実施し、3回（同じ内容を2回ずつ行ない全6回）の研修を終了した時点で事後調査を実施した。質問紙の内容は、高齢者・老化に対する意識、良質なケアの意識、ケア実施状況、高齢者の自立に関する意識、高齢者の変化状況および対象者の属性で全133項目である。

研究結果は、対象者の看護・介護スタッフに良質なケアの意識はあるものの、実践には直接つながっておらず、特に高齢者の個別性や自己決定（選択）、意思の尊重を必要とするような項目の実践頻度が少なかった。看護職は、高齢者の自立に対する意識に関して介護職よりもより柔軟な考えを持っており、良質なケアの実践内容に関しては看護職の方が介護職より、スタッフのケアができていないとより厳しく評価していた。研修評価研究では、高齢者の自立に関する考えに関して、研修前に比較し研修後の方がより肯定的、柔軟な考えの方向に変化していた。良質なケア実践への変化に関しては、実践内容に有意な変化は認められなかったが、意識面での変化があったため、今後も演習を中心とした研修を続けることにより実践面でも変化の可能性があると考えられた。

KEY WORD

老人保健施設、高齢者の自立、自己決定、教育的関わり、研修プログラム

A. はじめに  
超高齢社会の到来にあわせ、介護保険

を始めとする高齢者支援システムが急  
ピッチで進められている。高齢者ケア施

設では、高齢に伴う身体・精神機能、社会的役割の低下などの状態に応じ、その回復や維持を目的としたケア実践が行われている。

一般に高齢期は、衰退や喪失の時期ととらえられており、衰退の時期にある高齢者を如何にサポートしていくかが問われている。一方、この消極的捉え方とは別に、高齢期を可能性を秘めたライフサイクルの一時期として考えようとする動きがある<sup>1) 2)</sup>。高齢者の衰退的側面に焦点をあてた捉え方とそれに基づいた援助では、ケアが提供者からの一方的なものとなり、高齢者にとっては押しつけの援助になりかねない。痴呆を抱えた高齢者のように他者に依存せざるを得ない状況にある場合でも、自己決定感覚を提供することで、その人らしく主体的に生きていくこともでき、高齢者の潜在能力を引き出し主体性や自立を促進するような介護・看護スタッフの関わりが求められている<sup>3)</sup>。

しかし、高齢者に対しその主体性や自立を促すよう関わろうとすると様々な問題が発生することが予測される。例えば、スタッフはその教育背景が様々であり、そのほとんどが高齢者の主体性や自立能力をアセスメントできる教育を受けていないことが挙げられる<sup>4)</sup>。また、米国においてはPBLを用いた教育により看護スタッフが自らの高齢者ケアを見直し変化するという報告<sup>5)</sup>などがみられるが、日本においては高齢者ケア施設で働く介護・看護スタッフに対し、どのように教育し

ていけばよいのかについては研究がすすんでいない。

高齢者の潜在能力を引き出したり、主体性や自立を考えた生活援助が行われるためには、介護・看護スタッフにどのような研修を提供していけばよいのであろうか。本研究は特に、高齢者ケアの重要な概念である「自立」に注目し、高齢者の自立を促進するための介護・看護スタッフへの研修プログラムの開発とその効果測定することを目的としている。前年度は、老人保健施設で働く介護・看護スタッフが高齢者の自立やケアについてどのように理解し行動しているのか、その特徴を質的研究方法によって明らかにしてきた。

## B. 研究目的

今年度の目的は、前年度の基礎的資料をもとに①研修プログラムの開発を行ない、②研修施設の介護・看護スタッフにおける高齢者の自立、良質なケアに対する認識とケア行動の関係を明らかにし、その後③開発した研修プログラムを実施しその効果測定を行なうことである。

### 用語の操作的定義

高齢者への教育的関わり：高齢者に関わるスタッフが、その人の自立を促す援助を行うこと

高齢者の自立：障害のレベルに応じて、自分の身の回りのことができる程度でき、できない部分については自分の意思を主張することで、家族や地域のサービスに

支えられながらで生活すること

## 研究の枠組み

図1を参照

研究目的③の研修プログラム効果を明らかにすることでは、その効果として、まず第1に看護・介護スタッフへの教育的関わりに関する研修プログラムは、看護・介護スタッフの意識の変容（教育的関わりをしなくてはいけないという考えに変わる）をもたらすことが必要であり、次いで介護・看護スタッフの行動変容（看護婦らが教育的関わりをするようになる）をもたらし、第3段階は、研修を受けたスタッフの看護・介護（教育的関わり）が高齢者の自立を促し、高齢者の生活意欲を高めることである。

しかし、研修が数カ月にわたるため、単年度では研修効果のうちスタッフの行動変容および高齢者（入所者）の自立意識・生活意欲を高めるまでに至ることは難しいと考えられる。したがって今年度の研修効果は、主として介護・看護スタッフの意識の変容（高齢者の自立に関して、障害に応じたゆるやかで柔軟な自立の考えに変わり、高齢者の自己決定・意思の尊重をした教育的関わりをしなくてはいけないという考えに変わることを）を中心に明らかにする。

## C. 研究方法

### 1. 研究デザイン

準実験スタイルの教育評価研究、および相関関係検証型調査研究とする。

## 2. 対象

調査研究対象者は、老人保健施設Cの介護・看護スタッフ全員 57名、その内教育評価研究協力者は21名である。

対象施設は、入所定員120名、通所定員20名（ナイトケア20名）で東京郊外に2000年4月に開設し、調査時点で開設後8カ月であった。

## 3. 方法

1) 準実験スタイルの教育評価研究では、実験刺激（教育研修プログラム実施）の前後、および研修プログラム中間時点、研修終了後3カ月の4時点で教育的関わりに関する知識・態度・行動の測定（質問紙調査）を行なう。今年度は、研修プログラム前と中間時点の調査を事後調査として実施する。対照群はなし。

2) 高齢者の自立、良質なケアに対する認識とケア行動の関係を明らかにするための研究方法は質問紙調査とする。

## 4. 研究プロセス・手順

2000年4月～10月に、前年度に行なった面接調査内容を分析・考察し、面接内容から得られた知見と先行研究等からの理論等を総合して教育的関わりに関する質問紙（教育効果測定尺度）と研修プログラムの作成を行なった。2000年12月に研修プログラム実施前に教育的関わり・ケアに関する質問紙調査を行ない（調査研究および教育評価研究の事前調査）、同月研修を実施した。研修プログラムは、

月2回、各90分程度の研修を6回行なった（全員が研修を受けられるようにするため同じ内容を2回続けて行なった）。研修は、各テーマに従い講義・小グループ討議・ロールプレイを組み合わせた演習中心の内容となっている。今年度の研究では、研修を6回行なった時点で2回目の質問紙調査を実施し、中間時点での教育評価を事後調査として行なった。

なお、質問紙への回答は無記名とし、実験研究スタイルの評価研究に必要な研修前後でのマッチングには、各自パスワードを質問紙に記載するよう依頼した。

## 5. 質問紙（測定用具）

質問紙の作成は、前年度に行なった面接調査結果を研究者3名で分析、検討し、文献レビューの結果を加えて行なわれた。抽出された概念・カテゴリーと下位項目は資料1の通りである。

質問紙は、資料1に基づいて老化・高齢者に対する意識や感情、高齢者の自立に対する意識、高齢者ケアに対する意識と行動について質問紙の素案を作成した。質問紙は数回のプレテストや研究者の意見交換によって肯定的質問と否定的質問がバランスよく混じるように修正され、構成された。

質問紙の項目は、最終的に(1)高齢者についての意識や感情-12項目、(2)自分が老化することに対する意識-11項目、(3)当該施設の介護状況-36項目、(4)高齢者への良質なケアとは何か-36項目、(5)高齢者の自立についての考え-18項目、(6)

当該施設の高齢者の状態-24項目、(7)対象者の基本属性等-7項目、合計133項目となった（質問紙参照）。

属性を除く126項目では、意識を問うものは「全くそう思う」「そう思う」「どちらとも言えない」「そう思わない」「全くそう思わない」、頻度を問うものは「いつもある」「しばしばある」「ときどきある」「たまにある」「ない」の5段階の順序尺度で構成されている。

## 6) 高齢者の自立に対する柔軟な考え尺度の検討

高齢者の自立に関する意識では、高齢者の自立とは何かとの設問に対して、対象者が壮年期とは異なるゆるやかな自立の考えを受け入れ、その自立へ向かってケアをすることが、良質なケアであるとの考えに基づいている。通常の自立の考えでは、自立とは身体的・精神的・社会的・経済的自立に独立して活動できるものとして定義されているが、もし障害を持つ高齢者にもそれを適応すれば、非可逆的障害を持つ高齢者には自立はあり得なくなる。高齢者の生活の質を高めるための援助では、高齢者が援助されるだけの存在ではなく、身体的・認知能力等の障害があつたとしても成長する可能性を持つ存在、生活の質を求める権利を有する存在として受け入れられ、受け身ではなく能動的に生きることをよしとする考えが必要である。そういう意味で介護にあたるスタッフに、青年・壮年期の人のた

めの固定化した自立概念ではなく、高齢者のためのゆるやかで柔軟な自立の考えを受け入れることが重要であり、またこの自立の考え方を測定する尺度が必要である。

質問紙の中で、この高齢者の自立に対する柔軟な考え尺度を検討した結果、18項目の尺度項目が用意された。18項目は、高齢者の自立の概念に関して面接や文献検討の結果抽出され、研究者間でも妥当であると判断されたものである（内容妥当性）。この項目をリッカート尺度として「全くそう思う」に5点、「そう思う」に4点、「どちらとも言えない」に3点、「そう思わない」に2点、「全くそう思わない」に1点を与え、合計したものを高齢者の自立に対する柔軟な考え尺度として予備調査段階で尺度の信頼性と妥当性を検討してみた。

尺度の信頼性検討では、内的整合性に関して1回目調査のクロンバックの $\alpha$ 係数が0.73、2回目調査では0.74であった。安定性では再検査法を行ない、1回目調査と2回目調査の信頼性係数が、0.65（21名、2カ月間隔）であった。この結果は、予備調査段階の検討であるので、完成されたものではない。また、いずれの値も信頼性が高いという値ではなく、個人の評価をするには不十分であるが、同一集団の傾向性を測定する尺度としては使用が可能、あるいは予備的な結果を得るためには十分な結果であると判断できたため、仮の尺度として分析を行うこととした。

## 7. 分析方法

準実験スタイルの教育評価研究では、教育研修プログラム実施前、および研修プログラム3カ月の2時点での（対応ある） $t$ 検定、Wilcoxonの対比された対の符号化順位検定を行なう。

相関関係検証スタイルの調査研究では、Mann-WhitneyのU検定、Kendallの順位相関係数を用い、有意水準は5%を採用した。

## 8. 研修プログラム内容

研修のテーマは、①高齢者の自立をどう考えるか、②高齢者の自己決定（選択肢）に基づくケアとは、③高齢者の意欲の向上と行動変容のための行動療法から「ほめる」について、④高齢者の痴呆の理解（理解の仕方によりケアの意味が変わる）、⑤痴呆の対応、⑥排泄ケアを考える、である。1カ月に2回（2回同じ内容が続く）、全12回（6×2回づつ）6回シリーズで行なう。1回は90分であり、研修方法は、講義は1/4程度と少なく（痴呆をどう考えるかは2/3）、小グループでのグループワーク（討議・事例検討・ロールプレイ）を中心にし、具体的にどうしたらいいかを考え、ロールプレイ等で演習を行ない、行動化を強化する方法とした。また、研修参加者の自己効力を考慮したステップ・バイ・ステップ法、スモールステップ法を行なった。プログラム内容の詳細は、資料2の通りである。

## D. 結果

### 1. 対象者の老化・介護の意識に関する調査

#### (1)対象施設の介護・看護スタッフ属性

対象者の性別は男性が 11 名 (19.3%)、女性 45 名 (78.9%) で平均年齢は、38.1 歳 (SD±13.6) であった。雇用形態では、常勤勤務者が 32 名 (56.1%)、非常勤勤務者 23 名 (40.4%) であり、非常勤勤務者の約半数が週 5 日の勤務をしていた。

(表 1 参照)

資格の種類では、社会福祉士 1 名 (介護福祉士の資格を持つ)、介護福祉士 11 名、看護婦 (士) 5 名、准看護婦 (士) 7 名、レクリエーションワーカー 2 名 (2 名ともホームヘルパー 1 級の資格を持つ)、ケアマネージャー 1 名、ホームヘルパー 1 級 2 名、ホームヘルパー 2 級 16 名、事務職 3 名、介護助手 (資格なし) 2 名、その他 1 名、不明者 5 名であった。(表 2 参照)

対象者の学歴は、高等学校卒 10 名 (17.5%)、福祉専門学校卒 17 名 (29.8%)、福祉系短大卒 1 名 (1.8%)、福祉系大学卒 1 名 (1.8%)、准看護婦学校卒 6 名 (10.5%)、看護婦学校卒 5 名 (8.8%)、一般短大卒 3 名 (5.3%)、一般大学卒 9 名 (15.8%) その他 3 名 (5.3%)、不明 2 名 (3.5%) であった。福祉専門学校卒の内 1 名は一般短大卒、1 名は一般大学卒であった。(表 2 参照)

介護経験年数は経験なしから 30 年と幅が広く、平均年数は 3 年 7 ヶ月 (SD±7 年

1 ヶ月) であった。介護経験が 1 年未満は 29 名 (50.9%)、2 年未満 5 名 (8.8%)、3 年未満 4 名 (7.0%)、5 年未満 3 名 (5.3%)、10 年未満 3 名 (5.3%)、10 年以上は 6 名 (10.5%) であった。当該施設での経験は、施設が開設して間もないため、1 月から 12 ヶ月であった。

高齢者との同居経験については、経験者が 25 名 (43.9%)、経験のないものが 31 名 (54.4%) であった。

#### (2)良質なケアの意識

ケア内容は 36 項目 (その内良質なケアとして用意したケア項目 23 項目、良くないまたは効率を優先させたケア項目 13 項目) を用意した (表 3-3)。対象者の考える良質なケアでは、良質なケアとして用意したケア項目 23 項目のうち 1 項目を除いて、80%以上の対象者がそのケアを「よいと思う」「全くそう思う」と回答していた。残りの 1 項目は、「入浴は満足のいく十分な時間をとる」であり、回答結果は「よいケアと思う」「全くそう思う」が 36 名 (69.2%)、「どちらとも言えない」が 14 名 (26.9%) であった。

良くないまたは効率を優先させたケア項目 13 項目は回答が分かれたが、「早く終わることを目標に食事介助をする」「排泄に失敗するといやな顔をする」「思い出話は長いのであまり聞かないようにする」「後ろから話しかけてケアする」「自分でできることでもすべて介護者が行う」の 5 項目に関しては、80%以上の対象者がそのケアを「よいと思わ

ない」「全く思わない」と回答していた。しかし「自力排泄を望んでも、汚すのですべて介助する」「決まった時間にだけおむつ交換をする」の2項目に対して「よいと思わない」「全く思わない」と回答した者はそれぞれ41名(71.9%)、44名(77.2%)の7割台であり、「どちらとも言えない」がそれぞれ10名(17.5%)、11名(19.3%)あった。

また、良くないまたは効率を優先させたケア項目のうち「声をかけると同時にケアを行う」「同じ話を何度もするときには適当に相づちを打つ」「きれいなレクリエーションでも参加してもらおう」であり、「よいと思わない」「全く思わない」が29名(51.8%)、28名(49.1%)、23名(40.4%)であった。同項目において「どちらとも言えない」と回答した者はそれぞれ11名(19.3%)、20名(35.1%)、27名(47.4%)あり、「よいと思う」「全くよいと思う」は、16名(28.1%)、9名(15.8%)、7名(12.3%)であった。

### (3)良質なケアの実施状況

ケアの実施状況は、全36項目を用意し「いつもしている」から「しばしばそうしている」「ときどき」「あまりしていない」「全くしていない」の5段階の回答を求めた(表3-2)。良質なケアと了解できる項目の内、「いつもしている」と回答した者が最も多い項目は「トイレまでの移動や自力排泄を望んでいる場合はトイレに誘導する」で42名

(75.0%)、次いで「排泄に失敗してもあたたかくケアする」41名(73.2%)、「話したことや聞いたことを忘れても責めない」39名(69.6%)、「できたことをほめている」31名(55.4%)、「嚥下を確認し、高齢者のリズムに合わせて介助している」27名(48.2%)、「高齢者の言動から意思の把握に努めている」27名(48.2%)である。逆に実施率の低い項目は、「いつもしている」「しばしばしている」の両方の回答を合計しても「入浴は満足いく十分な時間をとっている」が22名(21.4%)、「自分で食べたいという高齢者に自助具で工夫している」20名(35.7%)、「本人とコミュニケーションをとり食べたい物から順に運ぶ」22名(39.3%)、「静かな雰囲気ですら食事をした高齢者に環境を考慮している」25名(43.9%)、「カルテや家族の話から、高齢者の背景を把握している」28名(49.2%)であった。

良質でないケアまたは効率を優先したケアと解される項目で実施頻度が高いものは、「声をかけると同時にケアを行っている」で「いつもしている」が10名(17.9%)、「しばしば」11名(19.6%)、「ときどき」25名(44.6%)の46名(82.1%)であった。それ以外の項目では「いつもしている」が多いものはないが、「いつも」「しばしば」「ときどき」しているを合計すると、「作業効率を第一に入浴介助を行っている」40名(72.6%)、「同じ話を何度もするので、適当に相づちを打っている」35名(63.6%)、「自力排

泄を望んでも、汚すので介助する」34名(60.7%)、「きれいなレクリエーションでも参加してもらっている」29名(50.9%)、「自分でできることでも介護者が行っている」28名(49.1%)、「決まった時間にだけおむつ交換をしている」27名(48.2%)、「早く終わることを目標に食事介助をしている」22名(39.3%)であった。

### (3)高齢者の自立に対する意識

高齢者の自立に対する考え方では、通常の自立の考え方である「自分の身の回りのことができる」は、「全くそう思う」「そう思う」と回答した者が47名(82.5%)、「一人でも暮らせるということ」は26名(45.6%)、「自分ですべて行っていること」22名(38.6%)であった。高齢者の自立概念により相応しいと思われる項目のうち、半数以上の対象者が「全くそう思う」「そう思う」と回答していたのは、「自分の意見があり、家族の意見も受け入れられること」53名(93.0%)、「できるところは自分で行い、できないところは助けを求められること」52名(91.3%)、「自分の意思で何か行っている」48名(84.2%)、「車椅子でも日常生活が自分でできる」43名(75.5%)、「自分で物事を決めていること」31名(55.3%)、「サービスの利用を選択していること」30名(53.6%)であった(表3-4)。

### (4)性別による意識比較

高齢者に対する意識、介護実践状況、良質なケアに関する意識、高齢者の自立に対する意識等に関して、性別による有意な差はあまりなかった。介護実践項目では「単調なりハビリをしている時にも声かけをしている」に関して女性の方が男性より、スタッフがよく声をかけていると回答していた( $z=-2.17, p<0.05$ )。良質なケアに関する意識項目では、女性の方が男性より「本人が何をどうしたいのかをよく聞く」「目の高さが同じになるようにして話しかける」に関してよいケアだと認識していた( $z=-2.20, p<0.05; z=-2.14, p<0.05$ )。

### (5)看護職・介護職の意識比較

看護職(看護婦・准看護婦)と介護職(介護福祉士・ホームヘルパー・レクリエーションワーカー等)の比較を行なった。スタッフのケア実施状況では、「自分で食べたいという高齢者に自助具で工夫している」「カーテンをせずに排泄介助をしている」「声をかけないでケアをしている」「思い出話は長いのであまり聞かないようにしている」「後ろから話しかけてケアしている」の項目に関して、看護職の方が介護職よりスタッフの実施レベルの評価が辛く、スタッフは自助具での工夫をしておらず( $z=-2.35, p<0.05$ )、カーテンをせずに排泄介助をしており( $z=-2.19, p<0.05$ )、声をかけないでケアをしていたり( $z=-2.90, p<0.01$ )、思い出話をあまり聞かず( $z=-2.17, p<0.05$ )、後ろから話しかけ



てケアしている ( $z=-2.06, p<0.05$ ) と回答していた。

良質なケアの意識では、「排泄に失敗するといやな顔をする」「声をかけないでケアをする」「思い出話は長いのであまり聞かないようにする」項目に関して、看護職の方が介護職より良質なケアの意識が低く、「排泄に失敗するといやな顔をする」や「声をかけないでケアをする」、「思い出話は長いのであまり聞かないようにする」等のよくないケアに対して、介護職より悪いという意識が少なかった ( $z=-2.34, p<0.05; z=-2.10, p<0.05; z=-1.97, p<0.05$ )。

一方、高齢者の自立に対する考えでは、「家族が介護できる ADL レベルにあること」「身の回りのことは介助者がいればできるということ」「経済的にゆとりをもって生活していること」の項目に関して、看護職の方が介護職よりより柔軟な自立意識を持っており、「家族が介護できる ADL レベルにある」や「身の回りのことは介助者がいればできる」、「経済的にゆとりをもって生活している」をもって自立と考えてもよいと回答している者が介護職より多かった ( $z=-3.02, p<0.01; z=-1.98, p<0.05; z=-3.17, p<0.01$ )。

#### (6)良質なケアの意識と実践の関係

良質なケアの意識とその実践の相関関係は、表4の相関マトリックスにあるように弱い正の相関を持つ項目が36項目のうち14項目 ( $\tau=0.21\sim 0.38$ , 有意でな

い4項目含む)、かなりの正の相関をもつ項目が9項目 ( $\tau=0.41\sim 0.56$ )、強い正の相関をもつ項目が1項目 ( $\tau=0.60$ )、ほとんど相関関係のない項目が12項目 ( $\tau=0.02\sim 0.19$ ) あった。

すなわち、対象者が良質と思っているケアと実際に行なわれているケアにはあまり関係がなく、特に「高齢者の食べたいペースに合わせている」「本人とコミュニケーションをとり、食べたい物から順に運ぶ」「その人の理解力に応じた説明をしている」「ケアを行ってもいいか返事を聞いてから行っている」「カルテや家族の話から、高齢者の背景を把握している」「静かな雰囲気ですごしたい高齢者に環境を考慮している」「入浴は満足のいく十分な時間をとっている」「その高齢者の障害のレベルに合わせたケアを行っている」は、よいケアだと思っても実践とはほとんど関係がなく、実際に行なえていなかった。

逆に、良質なケアの意識と実践がかなり一致しているものは、「トイレまでの移動や自力排泄を望んでいる場合は、トイレに誘導する」 ( $\tau=0.51$ ) 「できたことをほめている」 ( $\tau=0.50$ ) 「目の高さが同じになるようにして話しかける」 ( $\tau=0.48$ ) 「(逆転項目) 思い出話は長いのであまり聞かないようにしている」 ( $\tau=0.48$ ) 「(逆転項目) 声をかけないでケアをしている」 ( $\tau=0.43$ ) であった。

## 2. 研修プログラム評価研究

### (1)対象者の属性

協力の得られた対象者 21 名の内訳は男性 5 名 (23.8%)、女性 16 名 (76.2%)、年齢の平均は、41.6 歳 (±15.2) であった。

#### (2) 良質なケアに対する意識の変化

良質なケアに関する意識の事前調査と事後調査の比較では、統計的に有意な差となった項目は 36 項目中 1 項目であり、35 項目には有意な差がでなかった。差があったのは「早く終わることを目標に食事介助をする」( $z=-2.36, p<0.05$ ) であり、良質なケアに対する意識は事後調査の方が値が高かった。36 項目の良質なケア意識への変化の方向は (大部分が有意な差でないので信頼性はないが)、16 項目は良質なケア意識が向上し、4 項目は変化がなく、16 項目が低くなった (表 5-3)。

#### (3) 高齢者の自立に関する意識の変化

用意した全 18 項目に関して、研修前より研修後の方が値 (ゆるやかな自立の考えにそう思うと回答したこと) が大きくなっていたが、その差が有意であったものは、「車椅子でも日常生活が自分でできる」( $t=-2.24, p<0.05$ )、「自分の意思で何か行っている」( $t=3.94, p<0.01$ )、「自分で物事を決めていること」( $t=-3.28, p<0.01$ )、「身の回りのことは介助者がいればできるということ」( $t=-2.24, p<0.05$ )、「周りから頼りにされていること」( $t=2.15, p<0.05$ ) の 5 項目であった (表 5-

2)。

高齢者の自立に関する 18 意識項目の合計得点である高齢者の自立に対する柔軟な考え尺度の事前調査の得点は、平均 60.8 点 (SD±7.5) であり、事後調査は、平均 65.5 点 (SD±7.0) であった。事後の方が事前調査のより有意に柔軟で広いものと変化していた ( $t=-3.28, p<0.01$ )

#### (4) ケア実践に関する変化

ケア実践に関する項目の事前調査と事後調査の比較では、統計的に有意な差となった項目は 36 項目中 2 項目であり、34 項目には有意な差がでなかった (表 5-4)。差があったのは「高齢者の食べたいペースに合わせている」および「その人の理解力に応じた説明をしている」( $z=-2.89, p<0.01; z=-2.21, p<0.05$ ) であり、いずれも実践頻度は事後調査の方が値が低かった。36 項目の良質なケア実践への変化の方向は (ほとんどが有意な差でないので信頼性はないが)、11 項目が良質なケアの実践頻度の値が増し、25 項目は実践頻度が低くなった。

### E. 考察

#### 1. 良質なケアの意識と実践状況

対象者は、良質なケアとして用意したケアに関しては、良質なケアとして認識していたが、良くないまたは効率を優先させたケアに関しては、必ずしもよくないとは認識していなかった。特に、高齢者の意思や意欲を阻害させかねないケア、たとえば「自力排泄を望んでも、汚すの

ですべて介助する」「決まった時間にだけおむつ交換をする」に関して、よくないと認識する者が多くはなかった。また、高齢者の自己決定や意思の尊重に配慮していないと思われるケアである「声をかけると同時にケアを行う」「きれいなレクリエーションでも参加してもらおう」に対しても、「よいと思わない」者が半数から4割程度しかいなかった。

これらは、良質なケアとはなにかの認識不足や効率よく業務をこなすことのみに関心がいき、良質なケアを考えなくなってしまった結果ではないかと思われる。

良質なケアの実施状況では、明快に良質なケアと了解できるケア、たとえば「トイレまでの移動や自力排泄を望んでいる場合はトイレに誘導する」や「排泄に失敗してもあたたかくケアする」、「できたことをほめている」は、比較的实施されている。しかし、「入浴は満足のいく十分な時間をとっている」、「自分で食べたいという高齢者に自助具で工夫している」、「本人とコミュニケーションをとり食べたい物から順に運ぶ」、「静かな雰囲気です食事をしたい高齢者に環境を考慮している」、「カルテや家族の話から、高齢者の背景を把握している」など、実践に特別な努力を必要とするものや高齢者の意思を尊重するものは、実施されていない。

「声をかけると同時にケアを行っている」、「作業効率を第一に入浴介助を行っている」、「自力排泄を望んでも、

汚すので介助する」、「きれいなレクリエーションでも参加してもらっている」、「自分でできることでも介護者が行っている」、「決まった時間にだけおむつ交換をしている」、「早く終わることを目標に食事介助をしている」などの良質でないケア、または効率を優先したケアが実際にはかなり行なわれていた。このことから、現場では高齢者の意思や意欲を低下させるようなケアが日常的に行なわれていることが明らかになったと思われる。

良質なケアの意識とその実践はあまり関係がなかった。特に高齢者の意思を確認する必要があるものや高齢者の理解力を判断して適切な対応をするといった高度な能力を必要とするもの、実施に努力を必要とするケアに関しては、ほとんど関係がなく、実際に行なえていなかった。

## 2. 高齢者の自立に対する意識

高齢者ケアの前提として、高齢者の自己決定や本人の意思の尊重をはかることなどの良質なケアをすることにより高齢者が自立に向けて変化すると考えられている。この考え方や、高齢者の成長や変化する可能性を信じる考え方からすると、高齢者の自立に関する考え方は、よりゆるやかで柔軟なものがふさわしい。青年期・壮年期と同じ自立の定義、すなわち身体的・精神的・社会的・経済的に完全な自立概念を高齢者に持ち込めば、障害をもつ老人保健施設の高齢者では、ほとんどその適応にならないであろう。

高齢者の自立に対する考え方では、通常の自立の考え方の1つである「自分の身の回りのことができる」には同意する者が多いものの、その他の通常の自立概念にはあまり同意していない。また、高齢者の自立概念により相応しいと思われる項目、たとえば「自分の意見があり、家族の意見も受け入れられること」、「できるところは自分で行い、できないところは助けを求められること」、「自分の意思で何か行っている」、「自分で物事を決めていること」が高い比率で同意されており、高齢者の自立に対する意識は、比較的妥当だと思われた。

### 3. 高齢者の自立を支援する研修プログラムの評価

良質なケアに対する意識の変化は、統計的に有意な差とならず、現時点では効果があるとは言えない。良質なケア意識への変化の方向も一定していないため、継続的な評価が必要である。

高齢者の自立に関する意識の変化では、研修前より研修後の方が値が大きくなっており、対象者は研修により高齢者の自立に相応しいゆるやかで柔軟な考えに変化していったと考えられる。

ケア実践に関する変化は、統計的に有意な差とならなかった。しかし、通常このような研修を行なうと対象者の良質なケアに対する感受性が高まり、自分たちの行なっているケアに対して、より厳密に厳しく評価する傾向がある。すなわち、このような質問紙調査では、研修を行

なっても、対象者の評価基準が厳しくなるために、逆に得点が下がるということがしばしば見受けられる。このことを考慮に入れると、統計的に有意な差をもって得点が上がらなかったこと、イコール研修効果がないということではないと考えられる。継続的な評価と観察等の客観的な研修効果の評価方法の追加が必要ではないかと考えられる。

### F. 結論

1. 良質なケアの意識は、実践には直接つながっておらず、特に高齢者の個別性や自己決定（選択）、意思の尊重を必要とするような項目の実践頻度が少なかった。

2. 研修の中間時点での研修評価は、高齢者の自立に関して研修前に比較し研修後の方が肯定的、柔軟、可能性のある考えの方向に変化していた。

3. 研修の良質なケア実践に関する評価では、実践への有意な変化は認められなかったが、意識面での変化があったため、今後も演習を中心とした研修を続けることにより実践面でも変化の可能性があると考えられた。

### 【文献】

1 ) Erikson, E.H., Erikson, J.M., & Kivnick, H.Q.: Vital Involvement in Old Age, 1986, 朝長正徳・朝長梨枝子訳, 老年期—生き生きしたかかわりあい、みず書房、1990.