



これは、職員が意図的に、悲しんでいる状態から意識を変えようとして、隣の他の利用者に話し掛けていることによって、本人の意識が他に移り、悲哀から関心に推移したものであり、職員の直接的ではないケアによる良い影響と考えられる。

D. 考察

1) 喜びについては他者が近くに座ったり、近寄ったり、話し掛けられたり、話し掛けたり、会話をしたり、顔があつたりと職員を含めた他の高齢者との相互作用において、生起しやすいことから、痴呆性高齢者にとっての他者との交流は、どのような形態であれ、快感情を起ししやすいことが予測される。その点では小人数での暮らしや、小規模な環境は固定した居住者との接触の機会を多くし、職員を含めた居住者同士の相互作用が多い分、なじみの人間との関わりが増え、快感情が生起しやすい状態と言える。

2) 不安や抑うつのは解消については、空間が広くなく、自分の居場所が定置化しやすいため、安定化しやすいと考えられる。

不安や抑うつから喜びや満足への変化はほとんどが、居室への移動や、職員との会話や、食事のような要因によって影響されているので、個室と共有部分の使い分けによって、居住者は自分の負の感情を調整しているようである。

よって、個室とリビングが近く、家のような空間である場合は、場所を変えやすく、他の高齢者との関わりが多いため、不快感情もすぐに安定化する傾向

がある。

3) 集団が小さいため、職員の役割や高齢者にとっての職員の位置付けが、集団形成や安定化にとって非常に重要な位置をしめている。

喜びの感情の生起には職員の何らかの関与が重要な要因となっている。

職員が集団全体を把握しやすいため、不安の解消や、精神の安定化等への調整行動がとりやすく、集団全体を把握し、個々の関係や人間関係の調整役として機能しやすいということが考えられる。

4) 他者との交流については、喜びの感情が認められやすいが、主によく関わる人とあまり関わらない人が明確に分かれ、友人のような他者との交流については快感情の生起に影響しているが、あまり関係性ができていないような他者との交流は頻度としては少ないが、不快感情を生起しやすい。

つまり、高齢者同士の関係が安定化しやすいため、逆に、人間関係があまり良くない、或いは行動特性や会話パターンや相互作用が合致しないような関係も数多く生起する可能性が高く、不快感情の生起を喚起しやすい面も特性として考えられるだろう。

5) 食間での特に何もしていないような時間が多く、テレビをずっとみていたり、ただソファに数時間も過ごしているような状況が長時間つづいているような場合、安定と不安定、緊張と緩和の変動が起りやすい。

E. 今後の課題

1) 今回のQOLの指標は他者からでも測定が比較的可能な行動や表情観察を主にしており、主に、感情面の状態を指標にその影響を調査したが、特に満足や抑うつのような無表情で行動も特にしていないような状況の判断が観察者間でばらつきがあった。

今後は Lawton の Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale について事前に標準化の手続きを明確にする必要があると考えられる。

2) 本研究のテーマの性質上、仮説演繹的な方法よりも仮説的構築のための事前調査として事例をとりあげ、観察方法を主体に質的なデータによる調査を実施した。しかし普遍性や測定の妥当性という観点からは、まだ、検討の余地が多く、今後は量的な研究との関連づけをどのように行うかが課題である。

3) 今回は実態調査のような意味合いが強く、方法上、大人数で生活している痴呆性高齢者のQOLとの比較はできず、今回のデータが小人数ケアの特性としての効果を導き出せたかは疑問である。しかし、実際に小人数での日常の生活を観察し、実際に起きている事実としての傾向や様相は浮き彫りにすることができたと考えられる。

今後は大人数での痴呆性高齢者の生活におけるデータとの比較が必要である。

4) 小人数グループでの生活やケアの特性を明確にするには、これから暮らし始める高齢者を継続的に調査し、個人内での変化過程を記述し、グループにおける人間関係の形成過程とQOLとの把握も重要と考えられる。

5) 人間性の狭さからくる、人間関係の悪化を解消し、快感情を高めたり、持続させるような技術について、小人数ケアでのデメリットをカバーするような、集団調整役としての職員の技量を調査し、専門家の資質向上のための教育技法開発が必要となる。

6) 同じ小人数ケアでも、形態はグループホームとして同様でも、設定する生活形態や、生活の中での活動形態によって、高齢者自身の性質や特性をある程度調整し、グループ化する際の基準として利用できるようなツール作りが必要となるだろう

—まとめ—

今回の主な目的は小人数グループケアの効果であるが、本研究についてはまだ、大人数ケアとの比較による効果については明確に検証されていない。

本調査については、小人数ケアを実施

しているグループホーム内において、日々生活を送っている痴呆性高齢者のQOLに影響している要因を探り、小人数ケアの特性を推測するものである。

痴呆介護の目的がQOLの向上であると仮定すれば、本研究で設定している楽しみ、関心、満足を持続、或いは促し、不安、悲哀、怒りを軽減し楽しみや関心、満足に変容させている要因は、共有部分における自分の場所の確保、いわばなじみの位置をつくり、そこが確保されていること、小人数という特性のため、他の高齢者との関係が密であり、比較的其他の高齢者との関係が作りやすく、コミュニケーション頻度が高い。同時に他の高齢者との会話ややりとりが、笑顔、微笑み、集中、関心といった反応の生起に大きく影響していることが読み取れる。

更に、小集団という密な関係における職員の役割は痴呆性高齢者にとってはより重要となっている。不安、緊張、抑うつ等の状態の改善に大きく影響していたのは職員による関わりであった。集団全体の関係性において職員は重要なリーダーとして認識されているようであり、職員の動きによって高齢者間のいざこざや、不安の解消、緊張の緩和、他高齢者との関係補助、促進等において、調整役としての位置付けが成員個々にとって認識されているようである。

引用文献

- 1) P・イマン/W・V・フリセン著、工藤力訳編「表情分析入門」誠信書房、1987

参考文献

- 1) P・イマン/W・V・フリセン著、工藤力訳編「表情分析入門」誠信書房、1987
- 2) 池田進著「人の顔または表情の識別について 中」関西大学出版部、1987
- 3) P. ブル著 市河淳章・高橋超編訳、飯塚雄一・大坊郁夫訳「姿勢としぐさの心理学」北大路書房、2001
- 4) 本間昭「痴呆性老人の QOL」、老年精神医学雑誌 Vol11、5、483-488、2000
- 5) アンソニー・D・ペレグリーニ著 大藪泰・越川

- 房子訳「子どもの行動観察法」川島書店、2000
- 6) 中澤潤、大野木裕明、南博文編著「観察法」北大路書房、1997
- 7) 石黒広昭編「A V機器をもってフィールドへ」新曜社、2001
- 8) 山田力・鶴田和美編著 心理臨床家のための『事例研究』の進め方、北大路書房、2001
- 9) 岩本隆茂、川俣甲子夫「シングルケース研究法」
- 10) W.Vaughn NcCall, Wayne Cohen, Beth Reboussin, Powell Lawton ,Effect of mood and age on quality of life in depressed inpaitients, *Journal of Affective Disorders* 55,107-109,1999
- 11) M.Powell Lawton, Marlene Ruth Devoe, and Patricia Parmelee ,Relationthip of Events and Affect in the Daily Life of an Elderly Population *Psychology and Aging* vol.10, No.3, 469-477, 1995
- 12) M.Powell Lawton, Kimberly Van Haitsma, and Jennifer Klapper, Observed Affect in Nursing Home Residents With Alzheimer's Desease, *Journal of Gerontorogy: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, vol.51B, No.1, 3-14, 1996
- 13) M.Powell Lawton, Quality of Life in Alzheimer Desease, *Alzheimer Desease and Associated Disorders* vol.8, Suppl.3, 138-150, 1994
- 14) M.Powell Lawton, Morton H.Kleban, Jennifer Dean, Doris Rajagopal, and Patricia A.Parmelee, The Factorial Generality of Brief Positive and Negative Affect Measures, *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, vol47.No.4.228-237, 1992

厚生科学研究費補助金（21世紀型医療開拓推進研究事業）
分担研究報告書

高齢者施設におけるユニットケアの運営に関する研究
分担研究者：高橋誠一（東北福祉大学教授）

研究要旨

ユニットケアのソフト面に焦点を当てて、ユニットケアを行っている全国20施設に聞き取り調査と情報の収集を行った。そのうち、9施設を例に、ユニットケアの経済学的属性として、

1. ユニット規模と職員配置のトレードオフ問題の存在
2. ヒューマンケアとしてのユニットケアにおけるハードとソフトの技術的補完性
3. 職員の分業体制における柔軟化の工夫のあり方などを抽出した。

痴呆ケアに関しては、今後、痴呆ケアの発達に伴って、ユニットケアにおける痴呆ケアのあり方も変わってくるというのが現状である。

A. 研究目的

高齢者施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設）における小規模ケアとして、ユニットケアが、特に痴呆性高齢者のケアの質の向上に寄与していると考えられている。しかし、ユニットケアの理念と実際のケアの間には、様々な解決しなければならない問題がたくさんある。なによりも、限られたケアワーカー、施設空間の中で、すなわち限られた資源の下で、実際には、それぞれの環境に合わせて、工夫をしていかなければならない。したがって、単に資源の数量的な面や金額では測れない要素が重要になってくる。

本研究では、ユニットケアを資源面から明らかにしていくことに留意しつつ、いわゆる非資源的要素にも関心を払い、資源制約下における効果的なユニットケアの特性を明らかにし、施設における痴呆性高齢者ケアの質を検討する。これによって、今後必要されるであろうユニットケアの評価に資することができる。

B. 研究方法

1. 調査方法

全国でユニットケアを実施している施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設）20ヵ所を選び、ユニットケアへの具体的な取り組み状況をケアと資源面を調査した。具体的には、2段階の調査方法を取った。最初に、各施設から1名、介護主任クラスの職員を集め、ユニットケアの取り組み状況、特にケア面での取り組みを議論してもらった中で、課題抽出を行った。次に、各施設に訪問調査し、管理者クラス、介護主任クラス、介護者クラスからの聞き取り調査を行った。

このような調査方法を取った理由は、ユニットケアについてはまだ、ハードに関心が高くソフトについては十分な議論が行われていないと考えられるので、ユニットケアのソフトの部分を担当していると考えられる介護主任クラスの意見を最初に整理したいと考えたからである。特に、研究者からの一方的な聞き取りでは見過ごしがちな課題を、相互に議論してもらうことで明らかにし、整理しようと考えた。その意味で

は、聞き取りの準備段階としての位置付けができよう。

また、今回訪問調査で聞き取りに焦点を絞ったのは、建築構造上のハードの性質、すなわちユニット化が自動的にケアの改善には繋がらないという仮説が存在する。すなわち、ユニットの性質を活かすソフト面との適合性がある初めてユニットケアのメリットを活かすことができるということである。従って、ユニットケアを進める上でキーとなる介護主任クラスの職員のユニットケアに対する理解度、ケア全般に対する考え方が大きく左右すると考えられる。無論、ユニットケアは、この職種のみで実現されるわけではないので、施設の方針を明確にする管理者の役割、直接ケア携わる介護職員の理解度、考え方もユニットケアの質に対する大きな人的決定要因と考えられる。

2. 分析の全体フレームワーク

しかし、分析の全体フレームワークは、ナップ、デービス（イギリスセント大学 PSSRU）が開発した福祉の生産アプローチを用いる。福祉施設をサービス生産主体として捉え、投入－産出関係を軸にデータを整理する。投入は、直接資源投入である物的資本と労働が基本要素である中間投入、それと、非資源的投入に分けられる。産出については、直接産出としての福祉サービス、最終産出としての well-being が区別される。今回は、投入と直接産出の関係を中心にし、そのなかで特に、投入について、資源投入と非資源投入を明確に考慮するという形で課題の整理を行う。今回の調査は、必ずしも数量化することに主眼をおかず、質的な評価を積極的に取り入れていく。その意味で、必ずしも相関関係等の数量的な傾向を導き出そうと言うことではなく、質的なばらつき、変動のあり方を調査するこ

とに主眼がおかれる。このような研究があって、意味のある規格化、標準化が可能となり、数量分析へ視点を移すことができるものとする。しかし、ユニットケアにおける職員配置の問題、人件費等の問題、さらに人的資本投資の問題、運営課題などを明らかにすることはある程度可能であり重要であるとする。

3. 聞き取り調査の内容

各施設への訪問調査を基本とし、管理者クラス、介護主任クラス、介護者クラスからの次の項目を中心に聞き取りを行った。

1. 管理者クラス：ユニットケアの取り組みの全体的な計画とその自己評価、組織体制と権限、職務内容のあり方、理念の共有方法、ユニットケアを運営する点での施設全体から見たメリットと課題、解決された問題と未解決問題の整理。

2. 介護主任クラス：各ユニットの特性、ケア方針における意思決定、権限のあり方、夜勤体制、スーパーバイズ方法、職員の研修体制、チームの活性化方法、ミーティング、解決された問題と未解決問題の整理。

3. 介護者クラス：ユニットケアの理解、ユニットでの利用者の生活内容、ケアプランの実施方法、ユニットケアによる介護の質の変化、申し送り、解決された問題と未解決問題の整理。

さらに、次のデータについても調査を行った。

4. 資源面の調査：施設のフロープラン、勤務シフト表、組織図、事業報告書、会計データ。

5. 職員のデータ：職員の性別、職種、職位、職務内容、年齢、経験年数、資格、常勤非常勤の有無。

6. 施設の建物面におけるデータ：

建設年、建設費、面積、立地、設備。
既築の場合には、ユニット改修、増築
費とその内容。

7. その他：ユニットケアを始めた
時期と変遷。ボランティアの受け入れ。
その他、施設サービス向上に向けた取
り組み等。

C. 研究結果

まず、詳細に調査した9施設についてユ
ニットケアの視点から、概要をまとめる。
ここで、9施設に限定した理由は、ユニッ
トケアの新しさと相まって、その他の施設
はきわめて新しい施設が多いということだ
る。それに対して、これらの9施設は介
護保険実施以前あるいは同時に運営を始め
ている施設であり、現時点で、施設の事業
報告書など、単年度で比較可能なある程度
の資料を入手することができた。従って、
これらの施設を含め継続的に追跡していく
ことで研究の精度を高めることができると
考える。以下では、人的面、物理環境の機
能面、そして、人員配置を中心に、ユニッ
トケアを分析する視角を明らかにする。特
に、資源と非資源的要素の相互関係に焦点
を絞る。

1. ユニットの人的面

簡単に、9施設について、ユニットの状
況を、ユニットの平均利用者と平均職員(介
護職と看護職)数を中心に見てみよう。表
1において、定員は、入居者及び短期入居
者の合計である。施設Gは新築であるが、
施設の構造としては、従来型の施設であり、
ユニットの単位もかなり大きい。それと対
照的なのが、施設F、Iである。人的面で見
ても、各ユニットは単独のグループホーム
と変わらないユニットになっている。施設
Cは、8ユニットが可能な施設構造だが、
現状で8ユニットにしても、施設Bと変わ

らない人的構成となる。平均的に見ると、
およそ定員80人に対して、ユニット数が
6から7、1ユニットの利用者が15人、
そのユニットに対して、職員が6人配置さ
れている施設像を一つの目安と考えること
にしよう。

当然、この9施設の平均が日本でユニッ
トケアに取り組んでいる施設を平均的に表
しているわけではない。しかし、まだユニ
ットケアの標準が確立していない段階では、
基準を厳しくし、施設Fや施設Iのような
ユニットを持っている施設しか認めないと
言うことも考えられる。すなわち、統計学
的に言えば、標本の代表性の問題以前に、
母集団の確定の問題がある。ここでの分析
の意図は、ユニットケアの基準を見出すこ
とよりは、ユニットケアの取り組みの現状
から、ユニットケアの質を考察することに
あるので、先の平均像は、現状把握の点か
ら暫定的な目安としての意味を持つことが
できると考える。

現実には、ユニットの利用者の人数を
少なくするためには、ユニット数を増やさ
なければならず、それによって、今度はユ
ニット当たりの職員が少なくなるという関
係が存在する。例えば、施設F、Iでは、
平均ユニット人数7人を達成しているが、
平均ユニット職員数は4人ほどになってい
ることに顕著に現れている。それに対して、
施設Cは実質2ユニットを1単位としてユ
ニットの構成しているが、規模が一挙に倍
にならざるをえない。ある意味で、ユニッ
トが任意に規模を変えられないという規模
の離散性が存在する。

	定員	ユニット数	平均ユニット人数	平均ユニット職員数	施設種別	建物	開設年
A	70	4	17.5	6.3	特養	既存	1993
B	70	5	14.0	5.8	特養	既存	1996
C	100	4	25.0	10.4	特養	新築	1997
D	70	4	17.5	6.5	特養	新築	1998
E	90	9	10.0	3.4	特養	新築	2000
F	57	8	7.1	4.1	特養	新築	2000
G	60	2	30.0	9.5	特養	新築	2000
H	80	8	10.0	5.1	老健	新築	1996
I	110	15	7.3	4.4	老健	新築	1999
平均	78.6	6.6	15.4	6.2			

表1 ユニットの人的面

2. ユニットの物理的機能面

本研究では物理的な建物構造が即ユニットケアの質の向上に繋がらないという仮説を出発点としているものの、物理的な機能面での構造がケアに与える影響を否定しているわけではない。そこで、表2ユニットの物理的機能面から、ユニット内の利用者の生活とケアに影響を与える変数として、施設内における食事場所数、キッチンの数、浴室の数をユニット数と比較してみることにしよう。

概ね、ユニット数と食事の場所数は一致しているが、施設B、Cは構造上2ユニットを1ユニットとしてケアしている。ユニットケアに関して、(職員から見た)介護単位と(利用者から見た)生活単位という区別が行われるが、現実上の両者の区別は複雑である。この場合、構造上2ユニットを1ユニットとしてケアしていることが、両者の不一致とは限らない。利用者が2ユニットで日中を過ごせば、介護単位と生活単位は一致する。また、職員のローテーションのあり方でも変わってくるし、さらに、ほとんどのユニットケアを行っている施設で、夜間は一人の職員が複数のユニットを

見ているので、ユニットケアと言っても夜間は介護単位と生活単位が一致していないことは当然と考えられている。介護単位と生活単位の区別は、抽象的にはわかりやすいが、以上のことからわかるように現実の中では混乱を招く言葉であり、分析概念としては注意を要する。

キッチンの数とユニットの数を比較すると、既存の施設では、改修や改築をしない限りキッチンユニットに作るできない場合が多いので、キッチンは少なくなる。しかし、施設Bは、改修によってユニット毎にキッチンを備える計画を持っている。改修改築型でユニットケアを行う施設では、時間が経つにつれてキッチンが増えていく可能性があるであろう。それに比べ、浴室は完全な個室が必要になるので容易に新しく作ることはできない。かなり充実したユニットを持っている施設Iでも、浴室の数は少ない。新築では、施設E、Cがほぼ各ユニットに個浴を備えている。入浴は日本の介護環境の中で、大きなウェイトを占めており、ケアのあり方、むしろ利用者の生活に大きな影響を与えるものと考えられる。今回の調査では、その点までは

十分に踏み込めなかったが、今後の研究の焦点になりうるものとする。

ここでは、細かな点について考察したが、利用者の生活空間における機能性としてのユニットの重要性を強調するためであった。すなわち、ハードとソフト間の技術的補完性の存在である。それと関連して最後に、利用者のうち個室を利用している人の割合を示す個室化率であるが、近年、急速に福祉施設における個室化が話題になっている。このデータではどちらかというと完全個室

を持つ施設と3割にも満たない施設と二極化している。当然、古い施設では個室化率は低い場合がほとんどであるが、新しい施設でもそれほど個室化が進んでいないように見える。しかし、全国的に見ると、個室化傾向ははっきりと現れている1)。問題は、ユニットケアと個室化の関係であるが、これまでユニットケアの議論の中ではそれほど個室化のことは問題にされなかったが、個室化の議論の中では、ユニットケアが必須であるというのが最近の議論である2)。

	ユニット数	食事場所数	キッチン数	浴室数	個室化率	建物
A	4	4	2	5	0.3	既存
B	5	4	0	3	0.2	既存
C	4	8	8	7	0.7	新築
D	4	4	4	1	0.2	新築
E	9	9	10	8	0.3	新築
F	8	9	8	4	1.0	新築
G	2	4	4	1	0.2	新築
H	8	8	8	2	0.2	新築
I	15	6	15	2	1.0	新築

表2 ユニットの物理的機能面

3. 職員配置

介護職員一人当たりに対する利用者の人数を表す「定員：介護職」は、施設Gを除いて概ね3人強を下回っている。特に、施設F、Iはほぼ2人を実現している。看護職を含めてその比率を見た「定員：介護・看護職」では、概ね3人を確実に下回り、施設F、Iは2人を確実に下回る。介護保険後、介護保険福祉施設は3：1の職員配置が最低基準となったが、ユニットケアを行っている施設では、2：1前後が、現実の職員配置であると言えよう。現行の労働基準法を満たしつつ、常時1人の職員がユニットにいるためには、最低4.5人ぐらいの職員が必要になる。ユニットケアを行っている施設では、夜間は複数ユニットで

ケアをすることになるので、それほどの人数は必要としないが、これは、あくまでも1人だけいるとしたときの人数である。当然、日中に何人かの職員を配置しようとしたときには、それ以上の職員が必要になる。とりわけ、施設Fが特徴的なのは、非正職員の割合が4割にも及ぶと言うことであろう。単に職員の多さだけでケアの質を論じることはできない。職員の資質や研修の問題も重要だが、非正職員の多さが、長期的に見て、職員の意欲に大きく影響する可能性は否定できない。ユニットケアが、職員と利用者の継続的な関係を基本として考えると、これはケアの質に関しては重要な問題であろう。利用者との安定的長期関係は、職員と施設との安定的長

期関係と無縁ではないと考えられるからである。

ユニットケアを行っている施設では、ケアは介護職だけの仕事とせず、看護職、栄養士、厨房の職員なども同じように行うところが多い。これは、ユニットケアが介護を中心としたケアの場ではなく、利用者の生活の場として考えられているからこそ可能となる仕事のあり方である。従来の介

護を中心とした施設業務による分業体制は、ケアの質の観点からも、職員配置の点からも柔軟化する必要があるということであろう。また、外部への委託に関しても、施設運営だけではなく、ケアの体制の観点からも考えられなければならない。ユニットケアにおいては、外部委託は必ずしも効率化に寄与しない場合も起こる可能性があるだろう。

	定員：介護職	定員：介護・看護職	非正職員の割合	施設種別
A	3.18	2.80	0.04	特養
B	2.80	2.41	0.00	特養
C	2.65	2.40	0.26	特養
D	3.18	2.69	0.27	特養
E	3.33	2.92	0.03	特養
F	1.97	1.75	0.42	特養
G	3.75	3.16	0.27	特養
H	2.42	1.95	0.00	老健
I	2.16	1.67	0.02	老健
平均	2.83	2.42	0.15	

表3 職員配置

4. 痴呆介護とユニットケア

痴呆介護を専門としている施設においては、グループホームケアとして、ユニットケアは積極的に考えられるようになってきた。しかし、多くの福祉施設の利用者はすべてが痴呆性高齢者ではないし、痴呆の状態も同じであるわけでもない。施設Iは痴呆介護を専門としているが、施設Fは、痴呆に関係なくユニットに入居してもらうという方針を取っている。近年の痴呆介護の進展に伴って、個別ケアが痴呆介護では重要であるということは明らかになってきた³⁾。その点で、ユニットケアは個別ケアの方法として考えることができる。しかし、ユニットをどのような利用者で構成するのがいいのかについて有力な考えがあるわけ

ではない。利用者にとって継続的なケアをどのように実現していくのかという問題で考えると、ユニットの構成を論じるよりも、個別ケアの有効性、そして利用者にとっての生活の継続性から論じるべき問題であろう。従って、単にユニットケアの問題であると言うよりは、福祉サービスのあり方全体にわたる問題であろう。

D. 考察

本研究のベースには、ユニットケアは作っていくものである、という考えがあり、当然、そこにはユニットケアに関わる人々の目標や目的、インセンティブが重要になる。特に、既存施設では、当初予定していた利用の仕方とは違う方法でハードを用い、

さらには、ハードを改修して行き、効果的なケアをソフトで生み出していくという目的性が重要になる。従って、最適な資源の組み合わせが白紙状態で作られるという考えで分析することはできない。実は、ユニットケアを目指した新築の施設においても同様のことが言える。というのは、ハードが決まっていたとしても、ソフトの自由度は無限大と言っていいほどの可能性を持っているからである。そこに、ハードにソフトが付いて行けないと言われることが起こったりすることになるし、そもそも完璧なハードはなく、予期しない不都合に対応して行く工夫が必要になるのである。

今回の研究では、ユニットケアの暫定的な平均像を描きながら、現実の多様さを限られた局面であったが、見る事ができた。その際に、聞き取りによって得たそれぞれの施設のユニットケアに対する目標を重ね合わせることで、ユニットケアをどのように作り、運営しているのかを見た。ここでは、資源の配分を与件として、非資源的要素がどのようにユニットケアに影響を与えるかを見たのである。通常、経済学では、非資源的要素を固定し、最適な資源配分を分析するが、これとは全く双対的な方法で、福祉の生産アプローチのフレームワークを用いたと解釈できるであろう。

E. 結論

本研究では、経済学における生産アプローチを応用し、人的な面における資源の問題に関して、ユニットケアの構造を見たが、全体として経済学はフレームワークとしての域を出ないものであった。しかし今後、具体的な費用計算が形式的な計算に終わらないための質的な考察を深めることができた。特に、

・ユニット規模と職員配置のトレードオフ問題の存在

・ヒューマンケアとしてのユニットケアにおけるハードとソフトの技術的補完性

・職員の分業体制における柔軟化の工夫のあり方

が重要であると考えている。

痴呆ケアに関しては、ユニットケアが有効と考えられているが、個別ケアの重要性に言及しながらも、痴呆ケアの考え方は必ずしも一様ではない。今後、痴呆ケアの発達に伴って、ユニットケアにおける痴呆ケアも変わってくるというのが現状であろう。そして、それをどのように有効にするかは資源、非資源両面にわたる問題も大きい。

注：

1) 「第2章 高齢者施設（特養・老健）居住環境の現状」、医療経済研究機構『介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究』平成12年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、2001年3月

2) 「第1章 個室化・ユニット化に関わる基本的考え方」、前掲書

3) Kitwood, T (1997) *Dementia Reconsidered*, Open University.