

身はやってあげてもいい」「やれることは精一杯やってあげたい」「クビになってもやってあげたい」「当然やるべきだと思う」という回答からは、介護職としての立場よりも、利用者主体の立場が強調されている様子が強くうかがえた。

「医療行為ではないので実施」

ホームヘルパーが介護行為とみなして、医療行為を実施している実態がわかった。「ヘルパーがしちゃいけないことだったっけ?」「医療行為としては頭に入ってなかった」「医療行為じゃないんじゃないのかなって思っている」「医療行為って言うふうには、受けてない」というこれらの回答からは、それらの行為を医療行為ではないとホームヘルパー自身が「見なし」ている様子がうかがわれた。一方で、同じ「見なし」でも、「口腔ケアになっちゃってますね」「身体を清潔に保つってイメージですね」という回答からは、介護業務のなかで特定の行為と同様の業務であると「見なし」て、実施していることも明らかになった。さらに「別に問題なく、やることには抵抗はないですね」「あくまでも、利用者さんにとって、どうなのかってことは中心に考える」という回答からは、介護職としての立場よりも、利用者主体の立場が強調され、医療行為であるかどうかは重要ではなく、利用者の利便性に沿って実施している様子がうかがえた。

「医療行為なので実施せず」

ホームヘルパーは、医療行為について介護職が実施するものではないという認識を持っており、医療行為を実施しないという実態があることがわかった。例えば、「我々は勝手に判断して、アズノールとか塗らない」という回答では、「軟膏塗付の判断」が医療行為であることを認識しており、実施しないと述べている。さらにより広い視点として、「やってはいけないことをやって、なにか事故があっても、責任は全部そっち(事業所)のほうになっちゃう」「責任持っていくところがなくなっちゃう」という回答が得られた。これは、医療行為を実施することを認められていない介護職が、むやみにそれを実施することにより発生するリスクを認識した回答であることがうかがえた。

これらの調査結果をまとめるとつぎのように整理することができた(表7)。

表7：医療行為に伴う状況認識(ホームヘルパー)

医療行為実施に伴う状況認識

「医療行為だが条件付で実施」

- ・ 指示がある
- ・ 記録には残さない
- ・ 一般的に家庭でも出来る範囲
- ・ 他のヘルパーも実施している
- ・ 重大な医療行為ではない
- ・ 利用者が持っている薬である
- ・ 利用者が苦しんでいる

「医療行為だが実施」

- ・ 医療行為なのかな、とは思う
- ・ 本当はしちやいけない
- ・ 悪いことしているみたい
- ・ 報告しない
- ・ 記録に制限がある
- ・ しょうがない
- ・ 出来ているつもりでいる
- ・ そう問題なく受け入れている
- ・ 経験があるから
- ・ 逆の立場に立っちゃう
- ・ ちょっとだったら良いかなってもう日常的
- ・ 実際に経験した人が「簡単よ」って言えば
- ・ やってあげたい

「医療行為ではないので実施」

- ・ ヘルパーがしちやいけないことだったっけ？
- ・ 医療行為として頭に入っていなかった
- ・ 医療行為っていうふうには受けていない
- ・ 口腔ケアになっちゃってますね
- ・ やることには抵抗はないですね
- ・ 利用者さんにとってどうなのかってことは中心に考える

「医療行為なので実施せず」

- ・ 勝手に判断しない
- ・ 責任持っていくところがなくなっちゃう

5) 介護職が医療行為に従事する要因：ホームヘルパーの視点から

本調査の中で、介護職が医療行為に従事する要因として、以下の6点が指摘された。

1. 指示

ホームヘルパーは「指示」によって、医療行為を実施することがある。それは、3つのパターンに分類できる。第1は医療従事者である医師や訪問看護師からの業務依頼である。第2はサービス利用者である本人やその家族等介護者からの依頼である。そして、第3は所属事業所の上司であるサービス提供責任者からのプランに含有されている、もしくは指示を受けることである。これらの「指示」をヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。特に、事業所の指示は、サービス提供責任者のカテゴリーにはない、ホームヘルパーの医療行為実施について特色がある部分である。

2. 代替のなさ・必要性

ホームヘルパーは「代替のなさ・必要性」によって、医療行為を実施することがある。それは、介護保険制度や医師法などでは、業務と認められないことである。その一方で、現状では、法的に医療行為のできる医療従事者や家族介護者の代替としてホームヘルパーが医療行為を行なっている。ホームヘルパーは、専門性が確立されておらず、医療従事者や家族介護者の代替としてある、という現実が指摘できる。しかし、ホームヘルパーは、「業務と認められないこと」について改善の指摘はするが、「代替とされていること」には、改善の指摘が出にくい。これは、代替として実施する中で、利用者の利便性に関与しているという満足感や利用者からの感謝があることなどから、達成感を感じているためと考えることができる。

しかし、ホームヘルパーには医療行為を提供するだけの技術や知識が圧倒的に不足しており、早急に本来業務とする医療従事者に手渡す必要がある。だが、現状ではこの「代替のなさ・必要性」をヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

3. 自主性

ホームヘルパー業務の中で「自主性」によって、医療行為を実施することがある。その状況に立たされた時に、自己の判断が最優先し、実施を決定する。相手や自己の感情に左

右される可能性もある。これらの「自主性」をヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

4. 日常性

ホームヘルパー業務の中で「日常性」によって、医療行為を実施することがある。これは、日常生活のなかで誰もが実施している行為であるから、医療行為には当たらないという解釈をしている。これらの「日常性」をヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

5. 医療行為とは見なさない

ホームヘルパー業務の中で「医療行為とは見なさない」ことによって、医療行為を実施することがある。ある行為を介護行為と「見なし」、医療行為ではないと解釈する判断である。これらの「医療行為とは見なさない」ことをホームヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

6. 指示された自主的判断

ホームヘルパー業務の中で「指示された自主的判断」によって、医療行為を実施することがある。これは、事前に医師や訪問看護師、家族から指示を受けて、そのつどの判断はホームヘルパーに任せられるものであるから、ヘルパーの責任や技術力が問われる部分でもある。これらの「指示された自主的判断」をヘルパーは医療行為実施の判断基準のひとつとしている。サービス提供責任者のカテゴリーにはないホームヘルパーの医療行為実施について特色ある部分である。

ホームヘルパーはこのような現状に対して、「やってあげたい気持ち」を表出している。その結果、指示に従ったり、自主的な判断をしている。それが利用者にとって「気持ちよく生活できる」利便性につながるという、援助技術者の善意・喜びがあり、「仕事とかじゃなく」「クビになってもしてあげたい」という言葉にそれが表れていると推察できた。

表8：介護職が医療行為に従事する要因(ホームヘルパー)

	カテゴリー	考 察	具体例
1	指示	事業所・訪問看護師・医師・本人・ 家族などからの指示により実施	「業務内容に含まれている」
2	代替のなさ・	本来の業務ではないことを理解して	「看護師が当分来ない」

	必要性	いるが、その場にはヘルパー以外に実施者がいない	「他にやって下さる方がいればまた別」
3	自主性	ヘルパー自身の判断により実施	「他の人もやってるから」 「やってあげたい」
4	日常性	日常生活の中で誰もが実施している行為だから、ヘルパーが実施してもよい、という理解	「一般的に家庭でも出来る部分、出来る部分」
5	医療行為とはみなさない	ヘルパーの業務だと理解	「つめ切りは生活支援」 「私の意識的には医療行為ではない」
6	指示された自主的判断	指示を受けて、必要に応じて、ヘルパーが判断して実施	「度合いによって違う薬を使う」

6. 考察

1) 調査結果をふまえて

本調査では、介護職が医療行為実施において混乱している実態が明らかになった。

まず、医療行為を実施しているかどうかの質問に対して、サービス提供責任者は11名中8名が「実施していない」もしくは「原則実施していない」と回答した。その後、医療行為のリストを提示して、実施の有無を質問したところ、11名全員が何らかの医療行為を実施していると回答した。医療行為実施の実態がありながら、実施していないと回答することから、介護職が医療行為の実施者ではないことを認識しながら、やらざるを得ない状況があり、また、その表面化を避けようとする様子がうかがえた。ホームヘルパーへの同様の質問では、10名中9名が実施していると回答した。医療行為のリストを提示して、実施の有無を質問した結果、10名全員が何らかの医療行為を実施していると回答した。ホームヘルパーも、介護職が医療行為の実施者ではないことを認識していたが、実施している実態の表面化を避ける様子は見られなかった。これは、医療行為の実施に対して、利用者の求めに応じて利便性を高めているという援助技術者としての善意や喜びがあるためと考えられた。これらの状況が介護職の医療行為実施の混乱した実態を表していた。

つぎに、医療行為の実態と認識の相違が何に起因するのかを検討した。その結果、サービス提供責任者、ホームヘルパーともに介護職は医療行為を実施してはならないという認

識を持っているものの、その実態は状況や指示をもとにした自己判断の「見なし」によって医療行為を実施するという混乱を引き起こしており、認識と実態の乖離を起こしていることが明らかになった。この2点がなぜ介護職が医療行為を実施するのかの理解に結びつくと考察できた。

さらに、医療行為をせざるを得ない状況を検討した。その結果、サービス提供責任者は、「医療行為とは見なさない」「利用者の家族から協力が得られない」「利用者本人が出来ない」「今必要で他に手が無い」「訪問看護師が来ない」「医師の指示」「利用者との関係性」「本人の指示」という8つの状況により医療行為をせざるを得ないことが明らかになった。ホームヘルパーは、「医療行為とは見なさない」「今必要で他に手が無い」「訪問看護師が来ない」「利用者との関係性」「本人の指示」「放っておけない気持ち」という6つの状況により医療行為をせざるを得ないことが明らかになった。これらの状況から介護職は、「医療行為をせざるを得ない」と考えていることが明らかになった。

さらに、医療行為実施に伴う状況認識について検討した。その結果、サービス提供責任者、ホームヘルパーとも、その回答は「医療行為だが条件付で実施」「医療行為だが実施」「医療行為ではないので実施」「医療行為なので実施せず」という4つに分類することができた。しかし、介護職は医療行為を実施できないという認識のうえで「医療行為」の実施について回答がなされており、介護職の「見なし」によって医療行為が実施されている実態が明確になった。介護職が「見なし」をしてまで、医療行為をする理由としては、より良い状態で利用者が生活できるようなサービスを提供したいという利用者主体の利便性追及と、援助技術者としての善意・喜びの獲得があることがうかがえた。その一方で、記録を残さないなど、医療行為を実施することに後ろめたさや不安を感じていることも理解できた。

最後に、介護職が医療行為に従事する要因を検討した。その結果、サービス提供責任者の医療行為に従事する要因は、「指示」「代替のなさ・必要性」「自主性」「日常性」「医療行為とはみなさない」「制度・認可への誤解」という6つのカテゴリーに分類できた。ホームヘルパーの医療行為に従事する要因は「指示」「代替のなさ・必要性」「自主性」「日常性」「医療行為とはみなさない」「指示された自主的判断」という6つのカテゴリーに分類できた。

2) 介護現場の混乱

サービス提供責任者は各々が常識だと考えていることに基づいた根拠のない判断により、

恣意的な「見なし」により医療行為を実施していた。このことから、サービス提供責任者が事業所の指導者として合理的な説得力を持って、ホームヘルパーに医療行為の定義を提示できていない現状がみられた。だが、医療行為が違法であることに対する漠然とした不安も持っているために、実施した行為について記録を残さないというシステムも構造化されているということがわかった。

またホームヘルパーは、医療行為の定義もあいまいで、事業所やサービス提供責任者から医療行為の定義がはっきりと提示されないために、その定義と自己の援助技術者としての判断の狭間で混乱状態であることがわかった。しかし、「指示があればよい」「訪問看護師が来ない」「日常生活でやっていることは医療行為ではない」「介護業務である」などの理由から、医療行為を実施していることが理解できた。同時に、医療行為を実施することで、利用者の利便性が高まり、感謝されることから、ホームヘルパーが援助技術者としての喜びを感じていることも明らかになった。

3) 介護職による医療行為の方向性

本研究でサービス提供責任者やホームヘルパーなど介護職は、混乱状態のまま医療行為を実施していることが明らかとなった。そして、それは記録に残せないような、後ろめたい実施であり、介護事故などのリスクも負っている。今後は、社会サービスの一端を担う者として専門職間において法的に認められた適切な対応が求められる。

とくにサービス提供責任者は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(厚生省令第37号)第28条第3項に定められているように「訪問介護員等に対する技術指導等のサービス内容の管理」が業務に含有されていることから、養成や研修のあり方にも一層の検討が必要になると考えられる。サービス提供責任者ごとの「見なし」によって、医療行為があいまいに実施されるようでは、利用者が安心して、サービスを受けることができないと考える。

ここまで、介護職の医療行為をめぐって検討を重ねてきたが、本調査の限界として、量的な調査に向けての分析枠組を導き、代表性のあるサンプルを用いて結果の一般化を図ることができなかったことが挙げられる。また、サービス提供責任者とホームヘルパーのみの調査であるために、今後は看護師・ケアマネージャーその他の関連職種、利用者についても同様の関心からその関係性をもとに検討を進めたい。それにより介護職による医療行為の全体像が明らかになるであろうと考える。

7. おわりに

本調査では、介護職がなぜ医療行為を実施するのかについて検討し、つぎのことが理解できた。まず介護職は、定義のあいまいな医療行為と援助技術者としての善意・喜びの狭間であって混乱していることが明らかになった。同時にホームヘルパーは、そのあいまいな医療行為の定義よりも、利用者の利便性と援助技術者としての善意・喜びを医療行為実施の判断基準としていることが明らかになった。

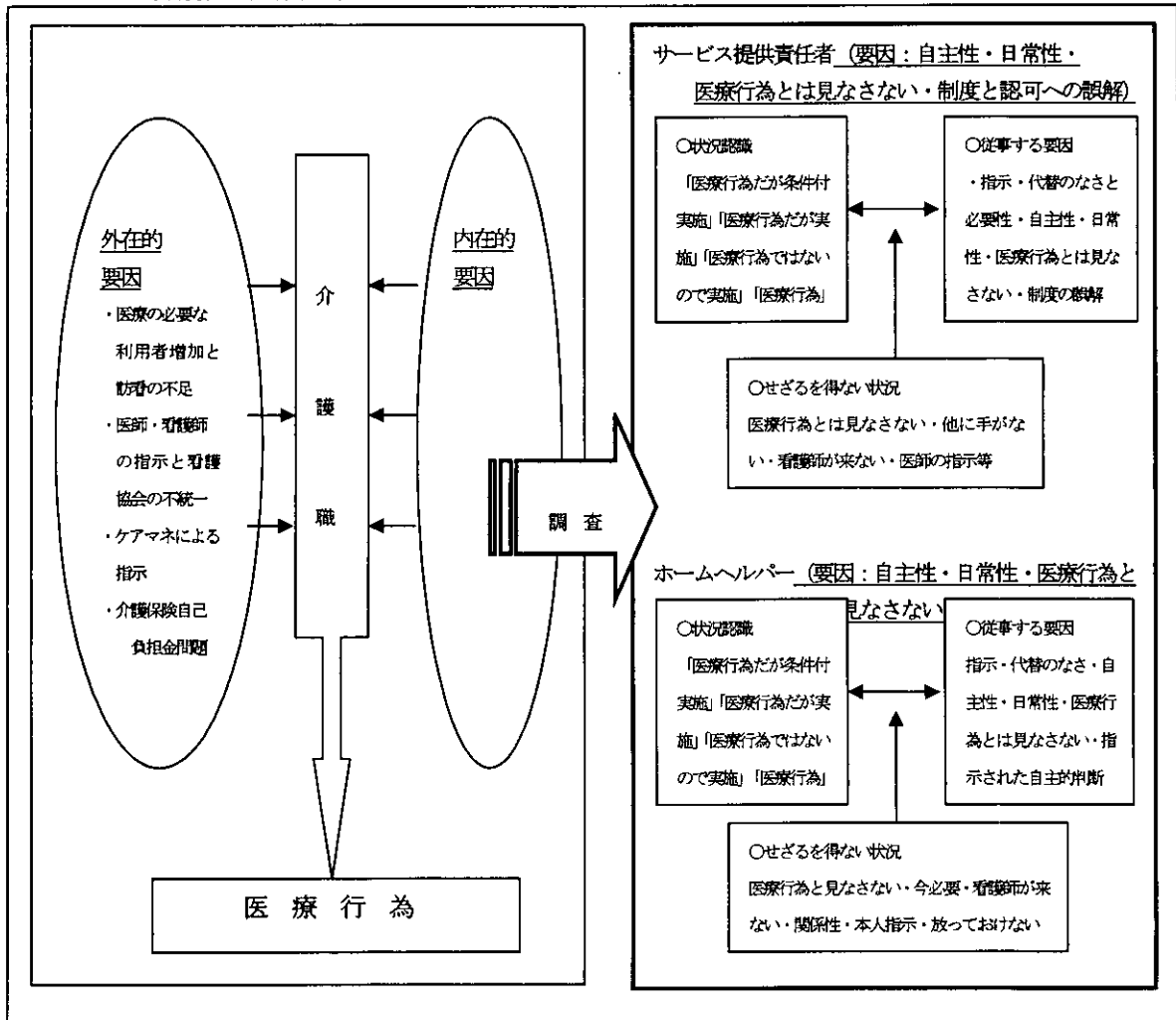
この2点から、介護職は利用者や他職種との関係性によって医療行為を実施しており、その実施の判断基準は介護職各自があいまいなまま備えていることと、関係性や状況判断によって、その実施が左右されていることが理解できた。専門職としての「医療行為をしてはいけない」という意識よりも、利用者やその家族、ケアマネージャーや看護師との関係性(せざるを得ない要因)から、介護職が医療行為を実施していることが明らかになった。

また一方で、介護職の医療行為が違法行為であるという漠然とした不安が、サービス提供責任者とホームヘルパーに共有されており、実際には医療行為に従事しながらも、それを否認したり、実施した医療行為を記録しないシステムがあるという実態も明らかとなった。

このような混乱のなかで、最もないがしろにされているのは、利用者の安全への配慮であると言える。そこで、介護職が「見なし」判断を行い、医療行為を実施する実態は、必ずしも利用者には有益な状態ではないことを強調したい。利用者にとって一番身近な専門職としてある介護職だからこそ、利用者の利便性だけにとらわれず、安全性も重視できることが望まれる。

今後は、適切な社会サービス提供と専門職間の連携により、利用者の利便性と安全性が両立して確保、向上されるように、各方面からの真摯な取り組みが期待される。

図1：介護職の医療行為をめぐる要因



添付資料

介護領域のリスクマネジメントにおける苦情解決の現状と課題

研究協力者：植村 由香

1. はじめに

介護分野にもリスクマネジメントが導入されるようになった。その背景には3つの要因がある。第1に社会福祉法の成立により、福祉サービスの主たる提供方法がそれまでの行政（提供主体）を中心とした「措置制度」から、サービス利用者（利用主体）を中心とする「契約制度」へと変更されたことが挙げられる。第2に、医療からの影響が挙げられる。利用事故が社会問題となり、国民の意識が向上した。そして、介護分野においても死亡にまで至る介護事故を招くおそれがある点など医療分野と同様の状況にあるとされている。第3に、身体拘束における社会的な影響が挙げられる。

2000年4月、介護保険制度が開始され、「措置から契約へ」に変化を通じて行政処分から自己への意思と責任による決定へと制度利用が変わった。それに伴い、社会福祉法第24条において、「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上及び事業経営の透明性の確保を図らなければならない」とされ、社会福祉法人の経営課題が浮上した。その課題として、サービスの開発・拡大、サービスを実践する人材の育成・確保、サービス品質の維持向上、サービス継続性、経営の透明性を保障する情報開示、などが挙げられる。

そのような変化に伴い、利用者と事業者双方の権利・義務関係が明確化するとともに、利用者の権利意識の高揚によりさまざまな問題が顕在化してきた。そのため、サービスの質の向上と安全確保が求められ、福祉分野におけるリスクマネジメントが注目されるようになってきた。

同時に、介護分野におけるリスクマネジメントの特殊性として、利用者との信頼関係に一層の配慮が必要なことが推察される。事業者が行うリスク予防としての最大の手段は、身体拘束などを行うことが考えられる。しかしそれは介護の本質とは矛盾することとなる。そのため、介護分野におけるリスクマネジメントは、事故予防とともに利用者の視点が重要となる。そして、利用者の安全を最大の着眼としたサービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す活動として、苦情対策、ケアマネジメント、事故対策、施設評価の4つが

急を要する課題として挙げられている。

一方利用者にとっては、サービスを選択できるようになったとされてはいるものの、現実にはまだ選択が出来るほどの体制は整えられてはいない現状にある。その中で利用者は、介護保険開始以前と同様、事業者に苦情対策が課題とされながらも、利用者自身が抱える問題に対し苦情を申し立てるといった問題解決策を取る人はまだ少ない現状がある。実際の苦情件数は少なく、利用者からの苦情表出の方法についてもその取り組みは著についたばかりで、資料の蓄積も十分ではない。しかし、その中でも共通の課題として、利用者の意思表示の問題があることが分かった。

制度が大きく変わり行く中ではあるが、現状としては制度変化に伴った利用者側の大きな変化は見られていないようにも感じる。これは、利用者の視点に立ったとき、利用者は何らかの我慢を強いられた生活を送っているのではないかと考える。介護分野ではさまざまな理由で苦情を声に出せない人や状況がある。しかし、施設側が苦情に適切に対応することや対策の検討をすることは、より良い施設へとむすびつくのではないかと考える。そして、利用者にとってもそれはその取り組みは、利用者が感じる心地よい生活にも結びつくのではないかと推察される。

そこで本研究では、リスクマネジメントのための有効な方策として苦情解決に着目し、介護サービスの質の維持・向上をはかるための指針を得ることを目的とした。

2. 調査目的

介護分野におけるリスクマネジメントを考える際には、利用者の視点がとりわけ重要となる。そして、制度的にも苦情を受け入れる体制整備は整えられつつある。しかし、実際の苦情件数はまだまだ少ない現状がある。その要因は、利用者が苦情を言えないという問題点が挙げられる。このような状況の中、施設によっては独自の方法で先進的な取り組みを行っている施設がある。そこで、本論文では、介護老人福祉施設における苦情解決において、先進的な取り組みを行っている施設の実践的な方策の特徴を明らかにする。

3. 調査方法

1) 調査対象の選定

施設選定に当たっては、老人福祉関係の資料やインターネットなどにより検索を行い、施設での苦情解決について先進的な取り組みを行っている3施設を選出し、調査協力を依

頼した結果、すべての施設から了解を得た。表1は、調査対象施設の概要をまとめたものである。

表1 調査対象施設の概要

	A施設	B施設	C施設
所在地	長野県小県郡	大阪府港区	岩手県盛岡市
開設年月日	1997年4月1日	1983年4月1日	1997年10月1日
定員	50名	140名	80名
ショートステイ	10名	8名	30名
平均年齢	88歳	82.11歳	81.5歳
平均要介護度	3.8	3.07	3.7
利用者と職員の比率	2:1	3:1	3:1
介護職	常勤24名 非常勤9名	常勤36名 非常勤17名	常勤27名 非常勤21名
看護職	5名	常勤3名 非常勤4名	7名
相談員	2名	2名	3名
職員平均年齢	30代後半	35.4歳	32.9歳

2) 調査方法

訪問による観察と施設長へのインタビューを実施した。インタビューに要した時間はそれぞれ、1時間半から2時間であった。また、A施設では利用者と看護主任、B施設では介護支援専門員と介護スタッフへの聞き取り、C施設ではオンブズマン会議と家族交流会への観察を行った。

3) 調査時期

調査は、2003年12月に行った。

4. 介護老人福祉施設における苦情解決に関わる実践事例

1) 特別養護老人ホームA

①概要

入所定員は50名で、ショートティは10名となっている。入所者の平均要介護度は、3.8。平均年齢は、88歳である。入所者に対しての職員数は2：1の割合で、介護職常勤24名、非常勤9名、看護職5名、相談員2名、となっている。施設における介護方針では、「ゆっくり、いっしょ、わがまま」という方針が出されている。

②苦情解決に関する主な取り組み

ショッピングセンターに介護相談室を開設

この社会福祉法人では、居宅介護支援事業を2001年（平成13年）6月、ショッピングセンター内に「介護なんでも相談室」として開設された。ショッピングセンター内に設けることとなったきっかけは、気軽に立ち寄れる雰囲気を出出するためであった。こうして、ショッピングセンター内ということだけに、買い物帰りの人が気軽に立ち寄ることが出来る。また、公的な相談場所としての在宅介護支援センターなど、どこにあるのか分からなかったり、介護のことについてはどの相談窓口に行けばよいのか分からないという人たちも、立ち寄ることが出来ている。相談できる日時は、365日（ショッピングセンターの開店日はいつでも）10時～19時となっているため、仕事帰りや祝祭日といった日時の相談対応も可能となっている。相談の多い時間帯は、16時前後や18時ごろである。また、ゴールデンウィークや年末年始などの連休と一緒に暮らしていない家族が帰郷し、状況をみて介護の手を借りたほうが良いと思った家族が相談に来るといったケースもある。

ここでの相談担当者は、法人の各事業所（ケアマネジャー、ヘルパー、相談員、管理栄養士、事務、看護師、デイサービス、特養スタッフ、法人本部など）の職員が交代で担当している。そして、「デイサービスの施設長に直接話が聞きたいけど、何時に来られるのか」などの問い合わせがあったため、希望の担当者が何日に来るかひとめで分かるように日程表を作成し、掲示をしている。相談室内には、福祉用具商品が展示されており、手にとって見ることや商品を使いながらの説明も可能となっているため、利用者が分かりやすい環境が整えられている。

このような取り組みを行っている中で、この相談室における相談件数は、半年で600件にも及んでおり、その数は増加傾向にある。実際の相談内容としては、福祉用具につい

ての問い合わせや、ヘルパー、ケアマネジャーの問い合わせが多くなっている。しかし、中には他事業所を利用しての苦情が挙がることや、同法人であることを知らずに施設に面会に来られた帰りに立ち寄った利用者家族が、食事のことなどについての話をしていたというケースもある。

介護老人福祉施設内での取り組み

一方、特別養護老人ホーム内での取り組みとしては、制度的に言われている取り組みのほか、苦情受けつけに関して1998年（平成10年）よりホットラインを設置している。また、利用者アンケートの実施、ポスターを貼るなどの形は整えられている。しかし、利用者やその家族によるアンケートの記入や問い合わせなど、なかなか効果は上がっていない現状がある。

しかし、施設長は広報紙の紙面上において、「ご意見・苦情は言っていただくことから、聴きにうかがうことのほうが大切である。対等な関係とは、施設というところに電話するという時点で早くも崩れ去っていることに気づいた。どうされましたか、という言葉が追い討ちをかけてしまうかもしれない。そんなことに気づく感性が必要だ」と書かれている。また、「今までの福祉は制度を見て、人を見ていなかった。制度ばかり見ていては、感性が働かなくなる。苦情解決制度という取り組みである窓口を作つてということではなく、それよりも職員が利用者や家族との信頼関係を作る中で話を聞くことが大切である」と述べている。

利用者と一緒に食事

食事について特別養護老人ホーム A では、「食事はコミュニケーション」という介護方針のもと、利用者と職員と一緒に食事を摂るようにしている。そして職員は、食後30分は動かないというルールがあり、それによって落ち着いて利用者とコミュニケーションを図る機会を具体的に確保している。また、昼、夕の食事の際、各ユニットで利用者と一緒に職員がお味噌汁などの調理を行っている。おやつづくりも職員が利用者と一緒につくる。これは、利用者に役割を持ってもらうための取り組みである。

これらの形式について施設長は、「自分の家で家族との食事の時間は一番大切にする。生活の場とっておきながらご飯も一緒に食べないで、どこで一体コミュニケーションをとるのか。仕事として考えたら、食事は『食事介助業務』となる。しかし、食事は本来そう

いうものではない。向かい合って食べることでお互いの信頼関係が出来、初めて信頼関係がとれる。来客の接待をするとき、必ず食べることを媒介とする。人との付き合いの中で極めて基本的なことである。その極めて基本的なことを全て排除してコミュニケーションをとれと言っても無理である」と語った。

利用者やその家族も参加の職員全体会の開催

施設長は、利用者家族と立ち話をしていた際、家族より「施設では何が行われているのか、どういう組織で運営されているのか分かりにくいですね」と言われた。それに対し施設長は、ユニットケアと言われても、どこの職員がどこのユニットにいるのか分からない、主任は誰かが分からない。つまり、その人が言いたいことは、組織が分かりにくいというよりは、誰に自分の思いを言ったら上手く対処してもらえるのかが分かりにくい、と解釈し、まずスタッフの名札にキャリアによって別の色を付けた。これは、誰が責任ある立場で、誰に言えば、責任もって対応してくれるかを利用者が見て分かりやすくしようとする試みの現われである。

次に、現在はユニットケアとなったため中断しているが、施設内で行われていた職員全体会の開催の際、利用者や家族の参加も求めていた。利用者や家族が参加することで、施設が何をしているのかなどが見えてくると考えたためである。

不満が出ない環境づくり

このように既存の体制や環境を変えていく中で、施設長はスタッフが働きやすい環境を心がけている。たとえ施設での取り組みが変わり、負担に思うことがあったとしても、その後やって良かったと思える環境を作ることが必要という考えを持っている。そして、この環境を整えるということは、スタッフに限ったことではなく、利用者においても同じである。

特別養護老人ホーム A では、年に1度スタッフの中から「笑顔大賞」を決めたり、2ヶ月に1回フリーの日を設けるなど、スタッフの士気を高めるための取り組みを行っている。そのうち、フリーの日とは、スタッフが自分のためでも、人のためにでも何をして構わない日がある。過去には、一日身体拘束体験をしたり、年間1万円の予算を利用し、利用者が行きたと言っていたところへ一緒に行ったり、利用者とお寿司を食べに行った、などがあった。その際、特定の利用者が、お寿司を食べたり、行きたいと思っていたところへ

出かけられたりしているが、そのほかの利用者から不満が出てこないような環境を考え、整える必要はあり、全ての人に平等に機会を与えるようにしている。逆に、「不満が出てくるかもしれないということを考えては何も出来なくなってしまう」と施設長は述べている。

常勤職員を増加

特養ホーム A では、常勤職員を増やす方向をとっている。それは、「職員が流動的になればなるほど、利用者の状況を把握できる職員が減ってしまう。そして、何かいつもと違うという直感が働かなくなるのが一番怖い。本当にスタッフを非常勤にしていくことで何がメリットなのかを問いかける必要がある。雇用が流動化し短期労働者が増えている中で、どこかのお店に入ったとき店員に何かを聞こうとは思えないことがある。それと同じで、家族が来た時に、普段の様子を的確に説明できれば、家族が安心と思ってくれば、仮に事故があったとしても、普段ちゃんと見てくれているから何かあったのだろう、と思ってくるはずである。それが出来ていなければ、普段もちゃんとみてくれないに違いないと思われる。良く知っている職員が多ければ多いほど、的確に対応することも可能となる。だから、職員には長く働いてもらいたい。そのため常勤職員を増やしていつている。しかし、公務員の給料体系に準じていたら運営は厳しくなる。高齢者分野は、補助金が減らされて今までのような運営資金はなくなった。しかし、一般企業との相対的な比較をしていない」と述べ、D 社会福祉法人では独自の給料体系をとり常勤職員を増やす方向をとり運営を行っている。

2) 特別養護老人ホーム B

①概要

入所定員は、140名で、ショートステイ 8名となっている。入所利用者に対しての職員数は 3 : 1 の割合で、介護職常勤 36名、非常勤 17名、看護職 7名、相談員 2名、となっている。B 施設は、21 年目を迎えるに当たり、21 世紀に通じる介護サービスのコンセプトを提起している。1. 当たり前の生活から、心地よい生活へ、2. 提供するケアサービスの質の永続的改善を、3. 笑顔で支援。優しさと明るさのケアサービス、4. 誰にでも分かるケアシステムの構築、5. ネットワークによる利用者情報の共有と活用、6. ホームページ等を活用した情報の完全公開、7. グループケア、ユニットケアの早期導入と意

識改革、8. ケアマネジメントとリスクマネジメントの確立、9. 魅力のある介護サービスの提供とブランド化、10. 差別と偏見のない社会をめざした人権尊重のサービス提供、と10項目挙げている。建物は古いが、介護保険というサービスの競合の中でどのようにサービスの質で地域の方々に応えていけることが出来るのかという中で、施設の姿勢についてまとめられている。

②苦情解決に関する施設での取り組み

特別養護老人ホーム B は、20年の歴史を持ち、建物は古く職員も長年働いているスタッフの多い施設である。施設長は介護保険が始まり、他の施設と違う独自性は何かを考えた。その結果、「情報」をキーワードに施設での取り組みなどを発信していく方法を検討した。

施設長は、「制度的にも情報公開を求められ、財務諸表のようなものを公開することを義務付けられている。そして、さまざまな施設では、パンフレットやホームページ上において、財務諸表や施設の考えや理念などが書かれているものが多い。しかし、それは国が求めている情報公開だとは思えず、また利用する側が求めている情報公開だとは思えなかった。現在施設に入所したら簡単に他の施設へ変えることが出来る状況ではない。だからこそ、利用者が施設を選ぶ際に必要な情報を提示していくことが必要である。その必要な情報とは、どのような食事が出されているのか、入浴はどのような形で入れるのか、など施設では実際どのようなケアが日常的に行われているのかということを利用する側は求めている」と述べた。

施設を選ぶ際に利用者が必要な情報が提供されていない現状がある中で、特別養護老人ホーム B ではどこの施設でも公開していない施設の情報を公開し、利用する本人や家族が選べるような情報の公開を検討した。特別養護老人ホームでは、本人のみが参加するということは難しく、家族も含めてのコミュニケーションが必要であるため、それを可能にする形態が必要と考え、ホームページを活用している。内容は、施設の全般的なシステム紹介はもちろん、「介護の現場より」というコーナーでは、毎日提供している介護サービスの様子について写真と文章で紹介をし、連日更新されている。さらに、利用者の生活状況、毎日の献立、教示、施設職員の研修・会議報告、施設長の日記、実習生の体験感想文、事故・苦情報告、利用者からの要望や Q&A、掲示板、施設運営費の決算報告書、財務諸表など、さまざまな情報を文章や写真、図表を用いて完全公開している。

この取り組みを実施するに当たり、当初スタッフからは、「介護の現場を毎日紹介と言わ

れても紹介できることはない、毎日の状況を載せる意味が分からない」という声が挙がっていた。写真を掲載する「献立紹介」においても、家族が見ることはもちろん、他の施設や一般の人、これから施設を利用したいと考えている人などさまざまな人の目に触れるため、献立内容に変化をもたせなければならず、週2回の更新も出来ないこともあった。

その一方で、ホームページを見ている人から、「いつも楽しみにしている」「役に立っている」といった内容や、遠方にいる家族からは写真で利用者の姿が見られることに対し「元気な姿をホームページで見れてうれしかった」というメールが届いていた。このような反響を受け、現在では「介護の現場から」や「献立紹介」などは、連日更新をしている状況にある。そして、ホームページも見てもらえるような努力として、写真ひとつにしても、照明を工夫するなどのことを行っている。

このように、毎日新しい情報を発信しようと思うことで、職員側も意識的にさまざまなサービスメニューを考案するようになった。また、利用者家族と職員間とのコミュニケーションの広がりが出てきて、日常の連絡事項などにおいても、ホームページ宛にメールで送ってこられる家族がいたり、「写真だけではなく動画を取り入れてほしい」といった要望も出てきている。

このようにホームページを活用して施設での取り組みを発信することで、現場スタッフは外部の目を意識しはじめるようになった。たとえば施設内で今まで普通に使っていた言葉や行動において、外部の人や家族がどのように受け止めるか、といったことについて意識をし、ホームページ上の「介護の現場から」を作成する際にも、「これを見た利用者家族や第三者がどのように感じるか」ということを考えるようになり、日常的なケアにおいての見直しをする機会ともなっている。「福祉は、世間の常識と違う点もある。そのため、第三者の視点を取り入れていくことが大切である。そのためには、第三者評価を取り入れることも必要である。しかし、もっと大切なことは、現場を全面公開していくことが必要である」と施設長は述べている。そして、これらの情報を活用することで、施設に想像力を重視したケアを持ち込み、現状のケアに満足しない、継続的なケア改善の努力を通して、既存の枠組みを超える方向性を考えている。

また、これらの働きと連動して、クロス・ファンクショナルチームがある。この中には、マナー向上委員会、リスクマネジメント委員会（施設事故予防対策）、サービス改善委員会（サービス評価、マニュアル作成）、ケアマネジメント委員会（ケアプラン作成、三団体版PR）、身体拘束廃止委員会（身体拘束ゼロ作戦、人権意識向上）、苦情解決委員会（利用者

の苦情処理、サービスの質の向上)、といった委員会がある。この形式に取り組もうと思ったきっかけは、施設が開設20年を経る中で職員間のつながりが硬直化し、新しい職員の意見がなかなか出にくい雰囲気があった。そこで年齢、経験年数などを考慮せずに意欲のあるメンバーで小回りのきく小集団を作り、特定の領域での権限を持たすことにした。そして、企画をしたのは2年前(2001年)であるが、実際に動き出したのは今年(2003年)になってからである。当初現場スタッフからは抵抗があり、初の試みとあってどのように動かしてよいのか戸惑いがあった。そのため、グループリーダーを中心に、施設長、事務長、主任と話し合いを持ちながら大まかな方向性を決め、具体的な部分に関しては各委員会で検討を行って進めてきた。

この効果としては、「まだ有効に稼働されていない部分もあるため、利用者やその家族からの直接的な意見などは出てはいないが、今までは時間のかかっていたサービスの変更についての決裁が短い時間でできるようになったことや、若い職員が自分のアイデアが生かせるので意欲的になり、しかも責任感を持つことで仕事に対する姿勢が変わってきた。また、人間関係的にもいろいろな要素が混じり合うことで相互に影響を及ぼしている。さらに、いろいろな検討事項が具体的に実施されており、サービスの向上につながっている」と施設長は述べている。たとえば、「事故・苦情報告」についてホームページでの公開を行っているが、この取り組みにおいても現場のスタッフは猛反対であった。「なぜそんなことを公表するのか理解できない」と批判され、自分たちのマイナス面を公表することに意義があるとは誰も考えていなかった。しかし、この公開を始めてまだ2ヶ月ぐらいではあるが、ここまでやっていることに対する評価の言葉や、施設の中のことが分かる、というような、公表する姿勢に対してプラスの評価の反響が来ている。

また、このような情報提供の中で、入所にあたり待機の順番をプライバシーに配慮をし、公開を行っている。これは、以前の申し込み順での入所から優先順位を考慮しての入所へ変更となったためである。以前は、申し込みさえすれば順番が回ってきて入所が出来た。しかし、現在はその都度順位が変わった。申し込みはしたがいつでもどこでも待てば入所できるのか、また他にどのような人が待機をしているのか分かりにくくなった。利用者にとっては入所の順番は大変重要な問題である。制度が変わり、待っていれば順番が回ってきて入所できるという状況で無くなった以上、施設は何らかの形で申込者に伝えていく義務があると考えた。そのため、特別養護老人ホームBでは申し込みをした待機者が今どれぐらいの順位になっているのかをホームページ上で公開することとした。これに対し、

申し込みをしている家族からは、待機している順位が分かりやすい、という反響が挙がっている。また、場合によっては入所順位が他の人が申し込みをした関係で順位が入れ替わることもある。その際、他の申し込みをしている方の情報も載っているため、何故順位が入れ替わったのかも、読み取ることが出来る。そのためか、順位が入れ替わったことに対しての苦情や問い合わせは挙がってきてはいない。

そして、年末年始、施設長のアイディアで施設の外壁にイルミネーションが飾られる。利用者は、喜びながらその光景を見に外に出てくる。施設の建物とは思わせない雰囲気を出している。

このような取り組みに対して施設長は、「さまざまな良いコンセプトや理論より、まずは利用者に喜んでもらうためにはどのようにしたら良いのかを考え、現場主義の発想をしていきたい。そして、特に福祉は情報に弱く、認識が薄く、閉ざされた空間である。その中で、情報はいろいろな形で使えば、利用者に対するサービスの質の向上にもつながっていく」と語った。

3) 特別養護老人ホームC

①概要

入所定員は、80名で、ショートステイ30名となっている。入所者の平均要介護度は、3.7。平均年齢は、81.5歳である。入所者に対しての職員数は3:1の割合で、介護職常勤22名、非常勤13名、看護職5名、相談員2名、短期入所者においては、介護職常勤5名、非常勤8名、看護職2名、相談員1名となっている。その他、同施設では、居宅介護保険6事業、盛岡市委託4事業、身障・知的・児童障害者3事業を同一の建物内で運営する総合支援施設でもある。

②苦情解決に関する主な取り組み

特別養護老人ホームCは、生活モデルの追及にこだわりを持ち、利用者のためのさまざまな権利擁護活動を進めている。それは、社会福祉法で謳われている苦情解決やサービス評価、情報開示などを一体として行われているシステムである。この取り組みが行われている理由は、苦情解決が必要から苦情解決システムを、サービス評価が必要だから評価事業を、と言うやり方では委員会などの組織も増やさなければならない。それにつれ、現場での業務も増えてしまう。本来利用者の利用者本位のサービスのための活動の趣旨を考え