

盾の中で介護を实践せざるをえない危険性を施設は十分認識すべきであると述べている。その一方で、このような介護環境の変化が介護スタッフにストレスを与えてとしても、最終的には、環境配慮を計画的に実施したり、周囲のスタッフが意図的に関わることで低減できるという報告も行われており⁸⁾、田辺ほかも、既存の回廊型大規模特別養護老人ホームをユニットケアに環境移行することが介護スタッフのストレス低減につながることを示している⁹⁾が、ユニットケア体制に関しては、環境移行直後にストレス低減が実現しても、ストレスが低い状態を維持していくのは非常にむずかしいことも明らかにしている¹⁰⁾。したがって本研究においては、介護スタッフのストレス状態を確認して、個別の助言を行い、具体的にストレス低減を維持する方策を検討して、今後のユニットケア環境移行の際に参照となる提言を行うことを目的とした。

B. 対象と調査方法

1. 調査対象施設の概要

この調査は、北海道洞爺湖西南に位置するK特別養護老人ホームで行われた。ここでは、2001年10月から回廊式既存棟において中重度の認知症高齢者、臥床者を対象としてユニットケアを導入した。具体的には、ユニットケア実施前には、2生活単位（1生活単位に50人が所属し、デイ空間は1生活単位に1箇所）であったものが、最終的なユニットケア環境導入後には、7ユニット生活単位（1ユニットに18人が所属し、デイ空間は1ユニットに2箇所以上で、調査対象ユニットでは、デイ空間面積が約2倍となった）に転換された。そして、介護スタッフは、臥床利用者のユニットの場合4名、それ以外の利用者のユニットの場合6名であった。2001年よりユニットケアタイプに約1年かけて環境整備し(2001~2

002年)、その後、PEAP(The professional environmental assessment protocol)日本語版による環境改善チェック¹¹⁾(2003~2004年)を継続して行っている。

2. 調査手続き

介護スタッフの心身状態に生じるストレスの影響については、2002~2004年においては、質問紙によるバーンアウト感と面接による聴取調査結果を基に検討を行った。バーンアウトは、職場状況と個人の問題を総括的に示すストレス指標であり、下位尺度が、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3要因に分けられているため、ヒューマンサービス特有のストレスを捉えることが可能である。しかしながら、バーンアウトによるストレスのとらえ方は施設における組織体制の問題点の点検には有用であったが、介護スタッフ個人に関するストレス点検やそれに関する助言などを行うためには、ストレス内容の具体性に欠けるため日常生活に反映しにくいこともあり、2005~2006年にかけては、精神健康調査票 GHQ(General Health Questionnaire)を用いて個別のストレス・マネジメントによる助言を行うこととした。GHQは非気質性、非精神病性の精神障害のスクリーニングテストとしてGoldbergにより開発された¹²⁾が、QOL(Quality of Life)の指標としても優れていて、日本語短縮版の質問紙も因子構造が安定しているとの報告がある¹³⁾。今回はこの日本語版GHQ-28¹⁴⁾を介護スタッフのストレス指標として用いた。

C. 結果

1. 調査結果の概要

質問紙調査は、留置式で、職員研修などの機会を利用して、本人に自己記入してもらい形で、2005年8月(44名対象)、2006年1月(42名

対象)の2回にわたって、いずれも本人の記名をお願いした。対象施設では、2000年以降、ユニットケアの環境移行やPEAP環境整備という取り組みの中でなかなか若手の介護スタッフが定着せず、ユニットの介護スタッフメンバーのストレス低減は非常に重要な課題であった。したがって、さまざまなストレス低減の方策を模索する一環としてスタッフにもストレス測定の協力を求めたのである。特に1回目のストレスチェック以降、スタッフの勤務体制の変更をいくつか試みた。たとえば、ユニット主任に若手スタッフを起用し、ユニットの主任会議における意見交換の活性化やユニット同士の孤立化防止を図った。さらに、勤務日程の自主管理を促進するために、夜勤時間の設定や日程などをユニット内のスタッフ自身に調整してもらうようにした。その中で不都合が発生すれば柔軟に変更する機会も増やすようにした。また、主任よりも少し若手のスタッフをサブリーダーとして起用し、ユニットを越えて懇親やピアカウンセリング等を行う機会を設けて連携を強化し、人数の少ないユニットには比較的余裕のあるユニットから不定期ではあるがスタッフの派遣を行う等の方策を採った。

また、2回目のGHQを実施する直前にユニット主任8名を対象にして各々のユニット状況についての半構造的面接による聴き取りを行った。

2. ユニット勤務体制変更前後のGHQの変化

上記の方策の結果、GHQの評定値にも変化が生じた。GHQは継続勤務している介護スタッフ31名(男性:13名、女性:18名 平均年齢:27.4歳)を対象に分析を行った。分析にはSPS

S13.0j統計パッケージを用いた。

GHQは下位尺度として、身体的症状、不安・不眠、社会的活動障害、うつ症状の4尺度が算出される。介護スタッフの勤務体制の変更が行われる前後の評定平均値の比較は表1の通りである。この表からも明らかな通り、身体的症状はほとんど変化ないが、残りの3尺度の評定平均値は減少を示しており、中でも社会的活動障害とうつ症状は有意に低下を示した。

3. GHQ高得点群の傾向

全体的にはGHQの評定平均値は低下を示したが、介入前後で4尺度のうち2尺度以上にわたって上昇を示したものが31名中16名おり、その中でも3つ以上の尺度において高得点の者が5名いた。いずれも就職後2、3年以内の20代前半の女性であった。さらにストレスの傾向を検討するために、ユニットごとのGHQ平均得点を算出した。その結果が表2に示されている。表2からも明らかな通り、GHQの平均評定値はユニットによって異なっており、4尺度すべての評定平均値が高いのはユニットAとCで、この2つのユニットに集中していることが明らかとなった。またユニット主任に対する聴き取りにおいては、ユニット主任になって間もない者が半数を占めたため、主任業務や人数の不足がちなユニット体制に対する不安が述べられることが多かった。1回目のGHQ調査後に、より若手の主任の起用や勤務日程の柔軟化などの措置が採られたことから、新たな体制に対する不安とスタッフ自身による仕事のコントロール性の高まりによる意欲の進行の2つの面が報告されたと考えられる。

表1 GHQ下位尺度評定平均値の勤務体制変更前後比較

平均値(SD)	介入前 (05年8月)	介入前 (06年1月)	人数	t値	df	有意水準
身体的症状	16.21	16.71	28	-0.69	27	n.s
不安・不眠	17.00	16.00	26	1.18	25	n.s
社会的活動障害	16.70	15.37	27	2.79	26	**
うつ症状	13.27	12.63	30	1.17	29	*

*p<.05, **p<.01

表2 GHQ下位尺度平均値のユニット間比較

	スタッフ 人数	身体的症 状	不安・不眠	社会的活 動障害	うつ症状
ユニットA	8	17.57	19.00	16.75	14.88
ユニットB	4	13.67	14	14	9.25
ユニットC	6	18.17	18	19	16.5
ユニットD	7	14.71	13.67	15.86	10.5
ユニットE	5	15.8	18.8	14.8	11.8
ユニットF	8	14.43	14.17	15.63	11.88
ユニットG	4	14.25	15.67	16.5	10.25
全体平均		15.72	16.35	16.18	12.51

D. 考察と今後の展望

これまでの調査で、スタッフのバーンアウト得点が環境移行直後は低減しても、1年半後には上昇しており、これは環境移行直後のストレス低減状態を保つことができなかつた状況を反映して、ストレスの少ないユニットケアを維持することのむずかしさが示されているものと考えられた。

その原因として、専門職としての評価の不十分さや、利用者理解のむずかしさなどがストレスの中核となっていながら、そのストレスへの対処が、職場での問題解決システムの利用よりも個人的なストレス発散に偏っており、少ない人員での業務遂行に対する不安や、お互いの情報交換やコミュニケーションの不足が推測された。

そのため本研究ではこれらの要因を取り除いて少しでもストレスを回避する方策を検討し、職場のユニット勤務体制の変更・調整や個人別のストレス・マネジメントなどを採用することとした。その結果、GHQのほとんどの下位尺度の評定平均値が下がり、ストレス対処の方策は効果があったと考えられる。その中で身体症状は全く変化がなく、介護職の身体労働の過酷さが反映された結果かもしれない。

しかしいずれにせよ、さまざまな方策を用いたため、何がストレス低減に最も有効であったのか限定的には述べるのが困難である点が今後の課題であろう。現在取り組んでいる研究が厳密な実験ではなく、現実に勤務をしている

スタッフのストレス対策であることから研究の厳密性には自ずから限界があるのは致し方がないと考えている。

さらに今回は、個別のストレス・マネジメントが主目的であったため、ストレスの分布がどのようなものか検討したのであるが、その結果からストレスが集中しや

すいスタッフとユニットが存在することが明らかとなった。ストレスが集中しやすいのは、前述した通り、就職後2,3年以内の20代前半の女性と、比較的介護度の低い利用者の多いユニットであった。高口¹⁵⁾はユニットの閉鎖性の打破、生活空間が狭小化することを防止するための施設外での活動による気分転換、中間管理職を育成することや、リーダーの交代制、他の職員によるリーダーのバックアップなどを提案しているが、我々のストレス対処方策も基本的には同じ趣旨で実施されており、今後もストレスが集中しやすいスタッフやユニットの支援をさまざまな視点から行っていきたい。

この報告は、一施設の事例検討であるが、日本の介護支援システムの将来像が不透明な部分が多い現状で、介護システムの調整や変更に対するスタッフの柔軟な対応能力の育成は、今後も重要な課題として残ると思われる。我々は、今後もこの調査を続行し、介護スタッフと共にストレス対処と支援の方策を探っていく必要があると考えている。

【引用文献】

- 1) 加藤伸司、長嶋紀一、大橋美幸ほか：痴呆高齢者のグループホーム及びケアユニット等における有効・効率的なケアのあり方に関する研究。厚生科学研究費補助金(21世紀型医療開拓推進研究事業)平成13年度総括研究報告書。1-10(2002)。
- 2) 鈴木聖子：ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程。老年社会科学。26(4)：401-411(2005)。

- 3) 城仁士: 集団ケアから個人の尊厳にもとづくユニットケアへの環境移行. 日本心理学会第69回大会発表論文集, 1416.
- 4) 大森彌 編集代表: 新型特別養護老人ホーム一個室化・ユニットケアへの転換一. 中央法規出版、東京 2-30(2002).
- 5) 足立啓、山内美保、松原茂樹ほか: 痴呆ユニットケアの導入が入居者に与える影響に関する研究一既存の特別養護老人ホームを事例として一. 高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報. 2: 63-74(2001).
- 6) 永田久雄、李善永: 特別養護老人ホームでの介護労働の実態調査と今後の高齢介護労働の検討. 労働科学. 75(12): 459-469(1999).
- 7) 佐藤眞一「施設における介護」柴田博・長田久雄 編『老いのこころを知る』. ぎょうせい. 122-135(2003).
- 8) 児玉桂子、原田奈津子、潮谷有二ほか: 痴呆性高齢者への環境配慮が特別養護老人ホームスタッフのストレス反応に及ぼす影響. 介護福祉学. 9(1): 59-70(2002).
- 9) 田辺毅彦、足立啓、田中千歳ほか: 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響一バーンアウトとストレス対処調査一. 認知症ケア学会誌. 4(1): 17-23(2005a).
- 10) 田辺毅彦、足立啓、大久保幸積: 特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討. 老年社会科学. 27(3): 339-344(2005b).
- 11) 児玉桂子、足立啓、下垣光ほか編: 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくりー実践に役立つ環境評価と整備手法一. 彰国社(2003).
- 12) Goldberg, D.P. 1972 The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monographs, 21. London: Oxford University Press. (日本語訳: 中川泰彬訳著編 1981 質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用 国立精神衛生研究所)
- 13) 成田健一: 日本版General Health Questionnaireの因子構造一28項目版を用いて一. 老年社会科学. 16: 19-28(1994b).
- 14) 中川泰彬、大坊郁夫: 日本版GHQ精神健康調査手引. 日本文化科学社(1985).
- 15) 高口光子『ユニットケアという幻想』雲母出版、東京(2004).

従来型特別養護老人ホームJ施設の事例調査
（その1）ーユニットケアの導入に伴う環境改善の経過と評価ー

研究協力者：林 悦子（東京都老人総合研究所協力研究員）

築後年数の古い従来型特養でユニットケアを先駆的に実践している施設を対象に、ユニットケアに至る取り組みと実態を調査した結果、第三者からの指摘がユニットケアを始める動機付けとなっており、その後職員の意識改革が行われ、職員による自発的な勉強会・研修、運営者と職員との共同（ボトムアップによる職員の意識反映）によるソフトからの継続的な取り組み、およびソフトから抽出された課題解決に向けたハードによる改善（家具、絵画等のしつらえ、改修工事）の積み重ねがユニットケアを実践する上で重要な要件となることが明らかになった。今後の課題として、ハード面では、通風や日照、床等の汚れや臭い、居室の洗面台不備、廊下転用による共用スペースの狭さ、個室の増設など老朽化による建物構造・設備上の問題が、ソフト面では、認知症ユニットおよびターミナルケアの必要な重介護ユニットに適応したケアと環境整備、ユニット間の協力体制など職員不足を補う効率的なケアの取り組みが挙げられている。対象施設では、現在、全面建て替えを計画しており、個別に対応しうる新たな生活環境づくりを行っていくことが期待される。

A. 研究背景、目的

高齢者介護施設では、QOL（生活の質）の向上を目標に、従来の大規模収容ケアから個別ケアへの転換が図られており、平成14年度より小規模生活単位型特別養護老人ホーム（新型特養：個室・ユニットケア）の制度化、および介護報酬が改正され、新型特養の介護報酬が設定された。今後、新設される特養については新型特養の整備が推進されており、既存施設においても一部小規模生活単位型特養の制度化や改修の特例措置が講じられている。来年度以降の介護保険制度における改革では、介護施設の個室割合の引き上げや準個室（個室的多床室）の算定導入、既存施設）におけるサテライト型特養の規制緩和などの動きもみられる。

しかし、既存する約5000施設の大部分は従

来型特養であり、小規模生活単位型特養の新築あるいは改修する場合、敷地や建物面積、老朽化による構造上の制限などからユニットケアを導入する上での課題は多い。

本研究では、先進的な施設の事例調査より、従来型特養のユニットケア導入におけるハード、ソフト面の実態、課題を明らかにし、既存施設におけるユニットケアの普及を図るための基礎資料となることを目的としている。

B. 研究方法、施設概要

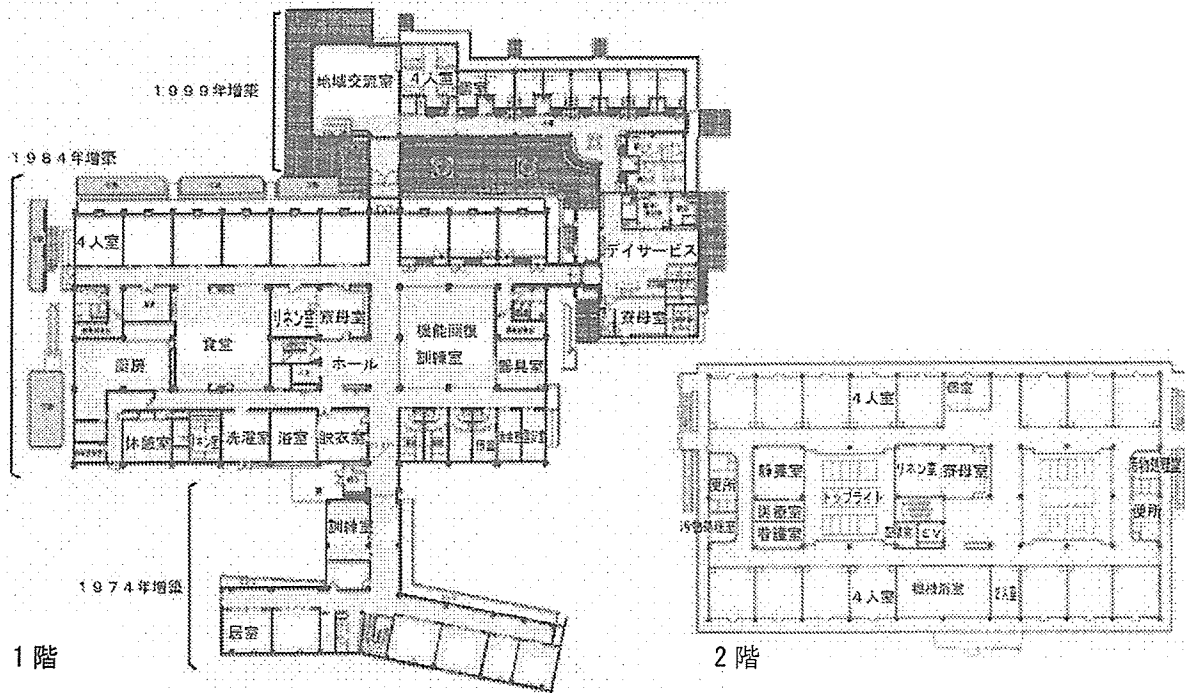
従来型特養で先進的にユニットケアを導入しているJ施設を対象に、ユニットケアを実施するまでの経過および環境改善の効果、問題点について訪問、ヒアリング調査、および認知症ユニットと重介護ユニットにおける職員の追跡

調査を実施し、今後の従来型施設に必要とされる環境改善のハード、ソフト条件について考察を行った。対象としたJ施設の概要は、図表1の通りである。後述するプロセスを経て、現在

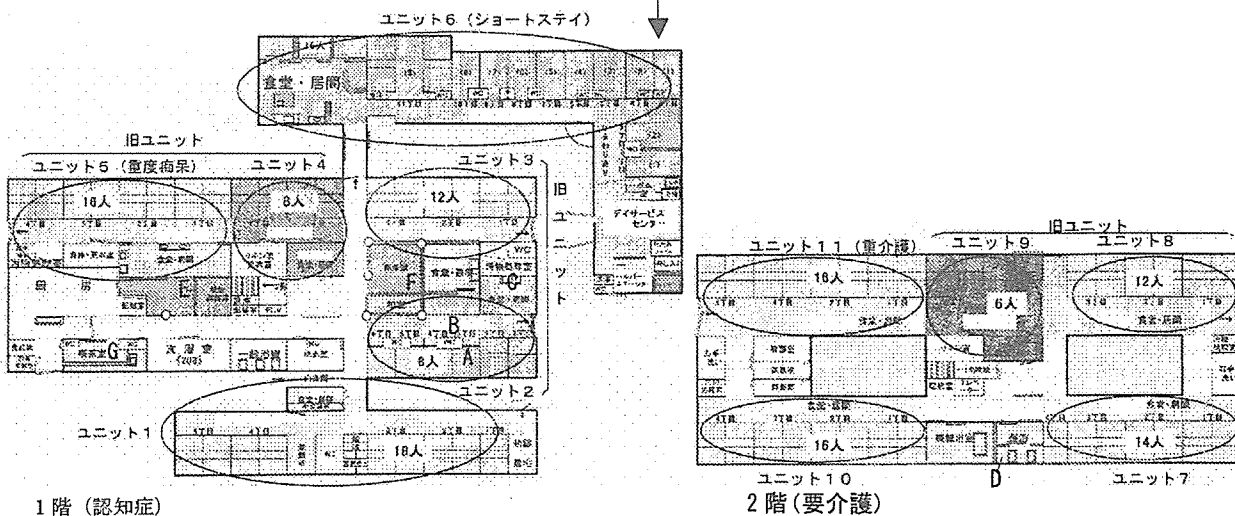
は11ユニット（8ユニットから11ユニットに再編成：ユニット2と3、4と5、8と9に細分化）でユニットケアを実践している。各ユニットの概要は表2に示す通りで、1階は、認知症はあるが

図表1 J施設の概要

所在地	静岡県引佐郡細江町	併設施設	デイサービス 18名、訪問介護事業、居宅介護支援事業
開設年	1964年2月	建物総床面積	4017.32㎡
定員	特別養護老人ホーム 120名、ショートステイ 20名	建物面積	3667.52㎡(2階、一部3階)



ユニットケア実施前



ユニットケア実施後

表2 各ユニットの概要（2004年6月現在）*の値は長期入所のみ。↓は対昨年減、↑は対昨年増。

	ユニット番号	定員 (ショート ステイ)	平均 要介護 度*	痴呆性高齢者日常生活自立 (自立, I 該当無)				食事			排泄			入浴			職員		
				II	III	IV	M	自立	半介 助	全介 助	自立	半介 助	全介 助	自立	半介 助	全介 助	介護 (A ⁺ -)	看護	
1階 痴呆	ユニット1 (軽度 痴呆・自立)	18	3.3	2	11	5		10	4	4	2	4	11		2	16	7(1) ↑	3	
	ユニット2 (軽度 痴呆・自立)	8	1.9	2	5			7	1		4		4		6	2	3		
	ユニット3 (軽度 痴呆・介護)	11 (1)	4.5		3	8			3	1	5		2	7		1	8		5(1)
	ユニット4 (比較 的自立)	8	3.8		6	2			5	1		2	12		5	2	3		
	ユニット5 (重度痴呆)	15(3)	3.8		8	6			2	4	7	1	4	9		4	9		5
	ユニット6 (ショートステイ)	16 (15)	3		3							3			1	2			6(1)
計	76 (19)	3.5		4	36	21		32	16	13	15	15	31	1	24	28	28(5)	5	
2階 要介護	ユニット7 (介護)	14	3.1	1	5	3	3	7	3	4 (1)	3	8	3		4	10	6(1)	3	
	ユニット8	12	3.6	2	7	2	1	8	4		2	6	4		2	10	4↓		
	ユニット9	6 (1)	4		1	3	2	3	2	1		4	1		1	5	3(1)		
	ユニット10 (介護)	16	4.2	2	7	3	2	7	1	8 (2)	1	3	12		1	15	6(1)		
	ユニット11 (重介護)	16	4.9	3	12					15 (9)		1	14			15	7(2) ↑		
	計	64 (1)	4.1		8	32	11	8	25	6	25	9	10	40	1	19	39		26(5)
合計		140 (20)	3.8		12	68	32	8	57	22	38	24	25	71	2	43	67	54(10)	8

比較的身体機能が自立するユニットが多く、ショートステイ専用のユニット6がある。2階は、身体的に介護の必要なユニットが多く、経管栄養の必要な重介護ユニット11も含まれている。

C. 経過

J施設は、1961年に生活保護法による養老施設（30床）として認可された後、老人福祉法の施行により、全国で最初に特別養護老人ホームとして設立された最も歴史の古い施設である。その後、定員増に伴い第1期定員30名から第2期50名（1963年）、第3期100名（1964年）、第4期120名（1974年）、ユニットケアの導入を实践し、全面建て替え工事を計画している。以下にユニットケアへ至るまでのプロセスについて、ソフト、ハード面より述べる（表3）。

1. ソフト面

(1) 第1時期

（施設、サービス、職員の質の総点検）

生活の場としてより良い施設づくりを目指す一方で、社会と施設における生活との隔たりを感じる中、実習生から大規模集団ケアに対する指摘を受けたのをきっかけに、職員の意識革命を行い、施設・サービス・職員の質の向上を目指して、生活や介護方法（職員の言動、入浴専用職員の導入、グループケア等）について総点検を行った。

(2) 第2時期（ユニットケアの試行）

ユニットケアの用語が広まる頃、運営の組織改革（職員全員に運営理念が浸透し、職員の意見も運営に反映するボトムアップの組織づくり）を行い、職員と利用者を小グループに分けるユニットケアを試行し、ユニットのリーダーの育成を開始した。

(3) 第3時期（施設、職員の意識改革）

外部講師を招き、年5回の研修を企画し、内部研修、施設見学、自主的な勉強会を行った。外部講師による勉強会では、歴史ある施設とし

て伝統を守るためには、社会的ニーズに適応し、常に先駆的な取り組みを行うことが必要であるとの指摘を受け、施設の改革（ユニフォームの廃止、サービス基準指針の作成、ユニット毎の生活・勤務シフトの変更）、利用者主体の生活

の場づくりに取り組んだ。これにより、職員の意識改革がもたらされた。

(4) 第4時期（ユニットケアの導入）

サービスや生活環境の改善に向けて、ソフト（運営理念、サービス基準指針、介護のプロジ

表3 ユニットケアに至るまでの経過プロセス(改修場所は、図表1のA～G部分を参照)

年月		ソフト面	ハード面
1960年12月		社会福祉法人設立	
1961年1月		養老施設（生活保護法）として許可	第1期 養老施設 建設 定員30名 (2人室、平屋、自立と要介護に分離)
1963年3月		(老人福祉法施行)	第2期 増築 (20床増床→定員50名)
1964年7月		全国初の特別養護老人ホームとして許可	第3期 増築 (50床増床→定員100名)
1974年7月			第4期 増築 (20床増床→定員120名) (ユニット1部分)、管理棟増築
1984年4月		ショートステイ事業開始	全面建て替え工事(改築)(ユニット2～5部分) ショートステイ専用個室(4室)増築
1998年6月～ 1999年3月	第1時期	今まで常識としていた施設における利用者の生活、職員の言動など介護を総点検する。	
1999年4月～ 2000年3月	第2時期	・ショートステイ(20床)、デイサービスセンター、ヘルパーステーション開設。 ①ユニットケアを試行し(ユニットケアの用語が使われ始めた時期)、運営の組織改革、リーダーの育成を行う(1999年4月)。	ショートステイ専用個室(16室)増築 (ユニット6部分)
2000年4月～ 2001年4月	第3時期	①年5回の研修(外部研修、内部研修、施設見学、自主的勉強会)を企画し、「生活の場」として職員の意識改革を行う(2000年6月)。勉強会(大学の先生を講師に招く)の時に、伝統に固守しては社会環境のニーズに対応できないことを指摘され、社会のニーズに対応した施設づくりに取り組む。 ②ユニフォームを廃止(2001年1月)。 ③サービス基準指針を作成。勤務時間を変更(2001年6月)。 ④身体拘束の全面廃止(2001年10月)。	<家具などのしつらえ> ①居室の出入口等に暖簾(のれん)を設置し(2001年4月)。 ②家庭的な家具等を入れ替える(同上)。 ③絵画を借りて展示。
2001年5月～ 2002年9月	第4時期	①ユニットケアの本格的な実施(ソフト、ハードの整備)。 ②毎月ユニットケアの勉強会(ユニットケアを考える会)を開始し、サービス(理念とサービス基準指針の勉強、介護プロジェクトチームの立ち上げなど)、生活環境の改善(備品整備、改修)を行う。	<改修工事> -第1期工事(居室、便所)- ①ユニット2(痴呆軽度・自立)の個室、2人室を改修(2002年9月)。(図表1 A部分) ②ユニット2の便所を車いす用に改修(同上)。(B)
2002年10月～ 2003年	第5時期	①ユニットを再編成(8ユニットから11ユニットへ、ユニット定員最大24名から16名へ)し、利用者個々における生活の質的向上を図る。 ②ショートステイの単独ユニットを構成(在宅部門と一体化し2003年4月に組織変更)。 ③重看護の単独ユニット(経管栄養など医療、看護を必要とする)を構成(2003年10月)。	-第2期工事(浴室など)- ③機能回復訓練室を移動し(ユニット2から5へ)、ユニット2の食堂に転用(2003年2月)。(C) ④2階の浴室を機械浴室、個別浴室(2槽)に改修。個浴に手すり等設置(2003年3月)。(D) -第3期工事(台所、食堂、居間など)- ⑤ユニット2に台所と洗面台を設置し、家庭的な内装に改修(2003年10月)。(C) ⑥ユニット5(重度痴呆)の食堂と機能回復訓練室にパーティションを設け空間を分離(2003年10月)。(E) ⑦集会室を4つに仕切り、ユニット3(軽度痴呆・介護)の食堂兼居間、ユニット2の居間、施設全体の和室、集会室に改修(2003年10月)。(F) ⑧職員休憩室を喫茶室に改修(2003年11月)。(G)
2004年		ユニットケアの勉強会を継続 業務改善、施設見学の報告会、改修計画、2階ユニットの再編について話し合う。	

ェクトチーム)、ハード(生活感のある備品の整備、建物改修)の整備を行い、ユニットケアの本格的な取り組みが実行された。毎月ユニットケアの勉強会を実施し、現状把握を行った。

(5) 第5時期 (ユニットの再編成)

当初の8ユニット(定員最大24名)から11ユニット(定員最大18名～最小6名)へとユニットを細分化し、利用者の個別性を尊重し、QOLの向上を図る。ショートステイ専用のユニット、経管栄養(鼻腔など)や医療・看護の必要な重介護ユニットを分離した。

2. ハード面

ハードに関わる取り組みは、第3時期より始められ、居室の出入口等にのれん(写真1)、浴室にカーテンを設置する、家庭用の家具(テーブル、椅子、ソファ、衝立、タンス等)の入れ替えや植木鉢を置く、美術協会等から絵画を借りて展示する簡易なしつらえ(写真2)から取り組んでいる。改修工事などの大規模な居住環境の改善は、ユニットケアの勉強会が始まった第4時期以降、以下に渡って実施している。

(1) 第1期工事 (居室の改修)

ユニット2(軽度認知症・自立)の個室・2人室において、①重度の認知症高齢者専用の個室を明るい和風に改修し、個室の洗面台を低くした(写真3)、②個室付設の便所の車いす用に

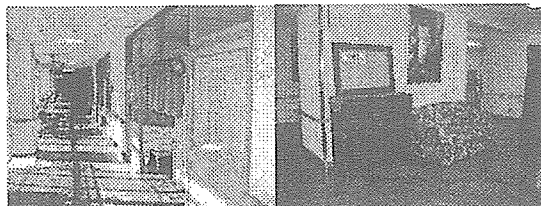


写真1 居室出入口

写真2 絵画等を設置

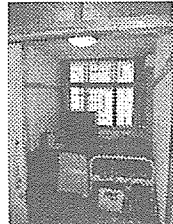


写真3 個室を和風に改修

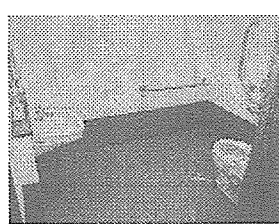


写真4 車いす用便所に

改修し、出入口を廊下側に設け、自動照明にし、使用しやすい位置に洗面台を設置した(写真4)、③2人室の扉を木製に改修する工事を行った。

(2) 第2期工事 (食堂、浴室の改修)

ユニット2にあった機能回復訓練室をユニット5へ移し、ユニット2に食堂を設けた。2階の機械浴室を仕切り、個別浴室(2槽)(写真5)、脱衣室を設けた。

(3) 第3期工事

(台所、食堂・居間、集会室等改修)

①第2期工事では、ユニット2に台所がなく不便していることが問題となっていたため(表4)、第3期改修工事では、ユニット2に台所と洗面台を設置し、壁、天井なども家庭的な内装の改修を行った(写真6)。

②ユニット5では、落ち着いた食事行為が行えるよう、機能回復訓練室と食堂をパーティションで分離し、廊下に格子を設置した。

③ユニット2とユニット3の間にある集会室を4部屋にパーティションで仕切り、ユニット2

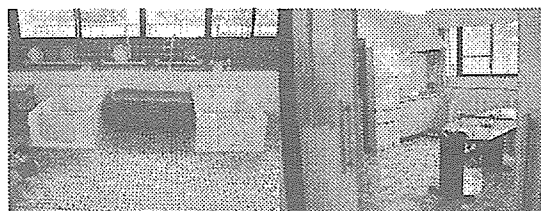


写真5 個浴を設置

写真6 台所、洗面台設置

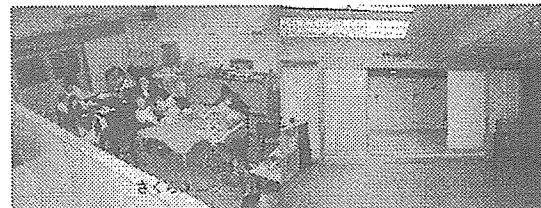


写真7 ユニット3の食堂・居間

写真8 和室

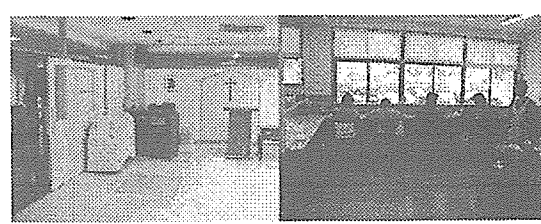


写真9 集会室

写真10 職員休憩室→喫茶

の居間、ユニット3の食堂・居間（写真7）、多目的に使用する和室（写真8）、集会室（写真9）を設けた。

④職員休憩室を喫茶室に改修した（写真10）。

D. 環境改善の実態

1. 居住環境改善（ハード面）の効果、問題

表4に、表3における経過のうちハード面の内容、効果、問題点について整理したものを示す。改修予算は職員が5, 6人集まって、施設長に要望し、予算内で補助をしてもらっている。

①第1期（居室の改修）

個室の内装を和風へ、2人室を木製扉に替えるなど内装を整備したことで、明るく生活感のある雰囲気をもたらされている。設備について

は、個室に付設していた便所の出入口を廊下側に設置したことにより、共用で使用できるようになった。一方、2人室における洗面台設置の要望が出されており、居室全体の設備整備は不十分となっている。

②第2期（浴室の改修）

職員も浴室の改修工事の設計に関わったことで、入浴ケアに対する理解がより深まり、1, 2階あるいはユニット毎に入浴が行えるようになった。機械浴室を使用していた利用者も、個別浴室を利用するようになり、少人数でゆっくり入浴できるようになった。1対1（職員と利用者）での入浴ケアも行われるようになり、夜間入浴を希望する利用者は不眠が改善されている。

表4 居住環境改善（ハード面）の内容と効果、問題点

時期		内容	面積	費用	効果	問題点→改善（★整備前の問題）
しつらえ	2001年4月	①居室入口に暖簾（のれん）、浴室にかたを設置。 ②廊下に家庭的な家具等の入替え（不要品、リサイクルを活用）。			廊下のソファで休むようになり徘徊が落ち着く。	
改修工事	第1期 2002年9.1 ～9.30	<居室、便所（ユニット2）> ①個室（4室）を和風にし、鍵を設置。洗面台を低くする。（図表1 A部分）	14.9㎡ （1室当）	483万	ユニット2のショート利用者をユニット6（ショート専用ユニット）に移動することができた。	出入口が集会室に面していて落ち着かない。
		②2人室（2室）の扉を木製に改修。	33.0㎡	63万	木製扉に改修したことで生活感が向上。	洗面台がなく男性利用者が不便している。
		③個室の便所を準いす用に改修。自動照明にする。（図表1 B）	6.6㎡	231万	廊下側から便所が使用できるようになった。	出入口が集会室に面していて落ち着かない
	第2期 2003年2月 2003年3.1 ～3.30	<食堂・居間> ③機能回復訓練室を移動し（ユニット2から5へ）、食堂に転用（ユニット2）。（図表1 C）			明るい生活の場ができた	・草いす利用者が多く（5/7名）、移動・介護スペースの確保が必要。 ・殺風景で生活感がなく、利用者の滞在時間も短い→食堂の模様替え（居間のスペース）を計画。 ・洗面所が小さく、台所がほしい（★台所設置する前）。 ・出入口が集会室に面していて落ち着かない（★集会室の間仕切りを設置する前）。 ・廊下と食堂の照明が暗い
		<浴室> ④機械浴室を仕切り、個別浴室（2階）、脱衣室を設置（2階） ⑤個別に手すり、マット、カーテン設置（2階）。（図表1 D）	④66.0㎡	④241.5万 ⑤22万	・個別浴槽の設置により、各階・ユニットで入浴が行えるようになった。 ・機械浴室の利用者が個別浴室を利用ようになる。 ・1体1の入浴が、夜間入浴の実施により不眠者が減る	・安心して気持ちよく入浴できる基本的な入浴のマニュアル作成する。
	第3期 2003年9.25 ～10.25	<台所、食堂・居間など> ⑥台所と洗面台を設置、壁・天井・電気を家庭的な内装に改修（ユニット2）。（図表1 C）	43.2㎡	168.3万	・生活の場ができた。 ・ユニット3との協力体制がとりやすくなった。	
⑦食堂と機能回復訓練室にパーティションを設ける。廊下に格子を設置（ユニット5）。（図表1 E）		108㎡	112.5万	・食堂と訓練室の生活行為が分離でき、落ち着く。 ・廊下に格子を設置することで生活感がでる。 ・給食の配膳動線が確保。	・食堂にくつろげるスペースがない。→テーブルの数を減らし空間をつくる。廊下から直接見えないよう工夫。 ・食堂の照明が暗く、通風が悪い。	
⑧集会室にパーティションを設置し、食堂・居間（ユニット3）、居間（ユニット2）、和室、娯楽・集会室の4つに分割。内装も改修。（図表1 F）		132㎡	445.2万	・ユニット3の生活の場が確保される。 ・和室、集会室が分離され、公共の場が確保される。		
	⑨職員休憩室を喫茶室に改修（1階）。（図表1 G）	108㎡	670.5万	・利用者、職員、ボランティア等が利用できる公共の場ができ、生活範囲が広がる。		

③第2期、第3期

(食堂・居間、台所、集会室の改修)

第2期に改修された食堂では、車いすのためのスペースが足りない、照明が暗いなどの問題が生じている。しつらえに生活感がなく人が集まらない、台所がない、集会室に面していて落ち着かないなどの問題点に対しては、第3期工事で、壁と出入口の模様替えを行い、台所と洗面所を設置、集会室に間仕切りと壁を設置することで改善している。

第3期の食堂と訓練室の分離工事では、生活が分離され、落ち着いて生活できようになったが、食堂に居間のスペースがないため、テーブルを減らしてスペースを広くとるなど工夫している。廊下には格子を設けたことで落ち着いた雰囲気となっているが、その後、さらに直接見えないようする整備を行っている。他には、食堂の照明が暗い、通風が良くないことが問題となっている。

集会室や喫茶室の増設については、職員、利用者だけでなくボランティアなども利用でき、生活の幅が広まるなどの効果がもたらされている。

2. ハード、ソフト面の問題、改善点、課題(ユニット別)

(1) ハード面

①建物の老朽化など

老朽化の進んだユニット1(第4期(1974年)に増築)では、汚れや臭いが問題になっており、収納スペースもないが、タンスを置いたり、収納場所をつくるなどして改善している。収納不足についてはユニット2でも問題となっている。

②食堂・居間

食堂・居間については、介護用から家庭的な家具・備品への変更や配置を替えるなどして、生活感をもたらすよう改善している(ユニット1、3、4、9)。ユニット2では、食堂の照明を明るくし、リビングへの模様替えを計画してい

る。一方、重介護ユニット11では、家庭的なしつらえが課題に挙げられている。

食堂スペースの問題については、テーブルの数を減らしスペースを確保するなど改善している(ユニット5)が、廊下に位置するためには台所がなく、スペースの確保が難しい問題もみられる(ユニット11)(写真11)。

要介護ユニットでは、食堂・居間の有効利用が課題となっている(ユニット8)。

③プライバシーへの配慮

排泄用品などは見えないようにするなどプライバシーへも配慮している(ユニット1)。食堂が廊下に面していて落ち着かない問題に対しては、のれんやカーテンで目隠しするなど工夫している(ユニット4、5)(写真12)。

④設備関係

洗面台など設備の使い勝手が問題となっており(ユニット8では車いすでの使用)、設備交換を行う、整備を目標に挙げている(ユニット5、7、8)。

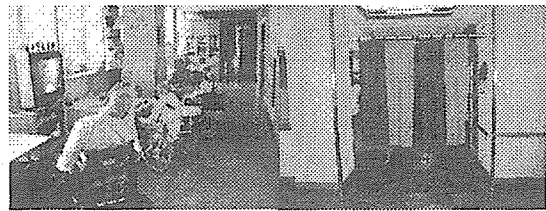


写真11 廊下を食堂に転用 写真12 のれんの設置

(2) ソフト面

①個別ニーズへの対応

多くのユニットで、買い物や外出、外食、散歩など個々の利用者ニーズ・希望に応じたサービス提供が課題に挙げられ(ユニット1、2、6、10、11)、利用者の希望に応じるため職員がフリーの日をつくる(ユニット4、5、11)、買い物や外食、掃除、花壇の管理などはボランティア、実習生の協力を得ることなどが今後の課題となっている(ユニット1、5、10)。

表5 各ユニットにおける課題、改善点(・は2003年6月、◎は2004年6月時に出された内容)

		問題点	改善点	課題(目標)
ユニット1	ハード	・老朽化による床の汚れ、便所・居室の臭い。 ◎食堂・居間、廊下に生活感がない(介護用テーブル・絵柄のプラスチック製容器の使用、テーブル上の食器、不要物の放置など)。 ◎便所、汚物処理室の暖房(のれん)が不潔、暖房が長すぎたり、ない居室がある。 ◎オムツなど排泄用品が見えるところに放置。 ◎収納スペースがない。	→◎ケア・環境整備の担当者を決め、期日、方法を設定する(介護用テーブル変更、絵柄のプラスチック製容器廃止、戸間位置変更) →◎同上(新しい、季節感のある暖房に交換)	→頻りに掃除。
	ソフト	・自立した利用者が大きく、トラブルが多い。	→◎同上(排泄用品の使用、バケツの置き場所等を工夫)。 →◎タンスを置く、布閉の収納場所を作る。	→ユニット職員のチームワークで問題解決、利用者全員の外出希望を叶える。
ユニット2	ハード	・2人室に洗面所がない ・食堂は車いす利用者のためのスペースが不足、殺風景で人が集まらない(通り道になっている)。 ・食堂に台所がなく、食器洗いはユニット4の洗い場を借りている。 ・近くに収納がない。	→・集食室を仕切って、居間スペースを設置。出入口、壁、天井を改修。 →・食堂に台所、洗面台を設置。	→2人室の洗面所の設置 →暖かみ・生活感があり、気楽に集まってくる空間づくり。 ◎廊下、食堂の照明を明るくし、有効利用のためリビングへの模様替を計画。 →シーツ等を収納できる収納家具を廊下に設置。
	ソフト	・男性利用者の余暇の時間が長い。 ・外出希望に対応仕切れない。 ・信頼関係の形成が不十分。	→◎ユニット3の間にある引き戸を開放することで、苦情が減り、利用者の安心感が高まる。 →◎家庭用のテーブルを購入(介護用の波形テーブル廃止、色も他のものとコーディネート)。	→◎月1回の外食、電磁調理器による料理づくりなどを実施 ◎台所(炊飯器、電磁調理器)を活用し、主食・汁物を盛りつけを行う(現在は昼食のみ行う)。 →◎留守の間、テレビやラジオがかかればなしになっていることがある。
ユニット3	ハード	・個々の身体状況に合った、落ち着いた過ごせる場所づくり。	→◎設置した台所で、おやつづくり等を企画。 ◎妻たきりの利用者には喫茶室の利用、散歩等を実施。	→家具や飾り物を工夫する、飾りばなしのものを整理し、季節や希望に合った空間づくりをしていく。
	ソフト	・日常生活介護に追われ、生活に変化がない(高齢者高齢者、寝たきりの利用者も多く、炊飯は実施してない)。	→◎ユニット4(介護度高い)の利用者は当ユニットに移動し、生活を分離する。同時に、2ユニット合同の活動も行う。	→ユニット内での炊飯を計画する。 →入浴事故の防止(1体1で入浴7を行う)。 ◎他ユニットとの協力時には利用者の情報交換を行う。
ユニット4	ハード	・ユニット化しただけで、食堂はまだ落ち着ける場所ではな ・食堂の周囲3面は廊下に囲い、落ち着かない。		→テレビ、家具などの配置替えによって家庭的雰囲気になり、のれん、カーテン等で目隠しする →◎座本の手入れが行き届かない。
	ソフト	・見守りが不十分(事故への対応)。	→◎職員が少ないとき(入浴時)は、利用者へのユニット5へ移動してもらう。	→利用者の要望に応じて1対1で自由に過ごせる日をつくる(月2回の職員がフリーの日)、入浴日以外は、買い物、おかし作りなどを企画。 ◎炊飯は利用者と一緒に炊く。 →◎家族との関わりを保つ。
ユニット5	ハード	・ベッド周囲の整頓(吸引器使用) ・食堂の照明が暗く、通風が悪く、くつろぐスペースがない。 ◎洗面所が破損し、使い勝手が悪い。	→◎テーブルを減らしスペースを広く、廊下から直接見えない工 →◎下部を空けやすい仕様にする。	→心よく休める居室づくり。 →閉らなを楽しめる食堂づくり。
	ソフト	・徘徊の多い利用者への対応が不十分。 ◎食事の場を中心に、利用者のペースに合わせた生活。	→◎食事時間をずらすことでトラブルが改善。 ◎ユニット4(介護度高い)の利用者は当ユニットに移動し、生活を分離する。同時に、2ユニット合同の活動も行う。	→◎案に使用できるよう整備する。 →利用者の要望に応じて1対1で自由に過ごせる日をつくる ◎要望のない利用者へのケアプランによる支援。 ◎ボランティアの協力(掃除、花壇の管理等)。
ユニット6	ハード	・居室や便所が汚れることがある。		→コーナーのスペースを談話室、応接間など過ごしやすいよう模様替えする。
	ソフト	・ショートステイ利用者が多く、外出やレクが少なく、業務に追われる。		→レクの日をもうけ、外出、料理、買い物などを企画、ゆとりある生活、ケアに心がける。 →食器棚等を設置し、ゆとりつづけるよう生活環境を整備する。
ユニット7	ハード	・廊下に食堂・居間がある。 ◎洗面所が使いにくい。	→◎長い蛇口に交換。 →◎喫茶に行く。	→ゆとりをもって関わることができるようにする。
	ソフト	・利用者との関わりが少ない。 ・利用者同士の交流が不足 ・テーブルが点状でまとまりがない。 ◎材料、道具の準備ができていないのですぐ活動できない ◎生活支援担当(早番)を毎日実施は困難。	◎月ごとの行事担当を決める。	→◎材料、道具を準備しておく。
ユニット8	ハード	・廊下の食堂・居間、テラスの利用が不十分。 ◎居室の洗面台が重いので使用困難		→有効利用する。 →◎重い洗面台で使えるように改修。
	ソフト	・利用者との関わりが少ない。 ・ユニットの細分化、浴室の改修により、個々の職員の行動が把握できない。 ◎お茶のサービスは、おやつ時、希望時のみ実施。台所は使用していない。 ◎転倒事故が起きる(朝食後、夕方)。		→個々の利用者のケアプランを作成。 ①行事、散歩などの参加計画の作成。 ◎職員シフト表を作成し、1日の行動を把握する(関わりを増やす)。 →食事のグループ分けをし、各グループに配置する。 →◎転倒事故防止の為、見守り体制を整備(他部門の協力、実習生受入れ)。
ユニット9	ハード	・最初のユニットからさらに分離したため、食堂・居間のスペースが確保・整備されていない。	◎食器等は利用者にもってきてもらったり、買いに行き行って揃えた。	→整備していく。
	ソフト	・最初のユニットからさらに分離したため、隣のユニット8(分離元のユニット)の協力が必要。◎関わりの中で不十分。 ・妻たきりが多い。	◎外出の要望に少しずつ対応している。	→ユニット8との情報交換、話し合いを密に実施。◎関わり時間をもち。
ユニット10	ハード	・生活の時間が業務中心の流れになっている。 ・個々のニーズに対応できていない。	→◎買い物、ドライブなど個別に実施できた。他、行事も実習生の協力実施。	→利用者中心の生活時間に改善。 ・浴室の改修に伴い入浴時間、回数を増やす。 ◎暖房(のれん)を洗濯(月1回)。 ◎吸引器を掃除(毎日)、消毒(週1回)。
	ソフト	・居室・居間は廊下に位置、スペース不足。 ◎4人室で、冷暖房がない ◎家庭的な環境づくり。 ・介護度の高い人が多く、ベッド上の同じ生活が多い。居室から出る機会が少ない。楽しい表情が乏しい。 ◎食事、おやつに変化がない。		→有効利用する。 →◎思い出す写真、タンス、布巾かご、家族に使用物を持ってきてもらう(職員の声かけの不足、家族の遠慮が課題)。 ◎天井、壁紙を改修し心地よい環境に。 →レク、散歩、話しをする時間をつくる。家族とのつながりを強化(外出時の家族による参加を計画)。 ◎昼食後は寄り添う時間をつくる。選べるフリーにし、声かけ等にあてる。 ◎1日1回意見交換の会議を実施。 →◎ユニット内で1品、おやつをつくる(当初は実施、現在は実施してない)。

②生活リズムの確保

利用者主体の生活リズムに改善することが課題として挙がっており（ユニット10）、食事の時間をずらし、個々の生活ペースに合わせるなどの工夫もしているが（ユニット5）、改修した浴室を活用して入浴時間・回数を増すなどの課題も示されている（ユニット10）。

③自立ユニット、要介護ユニットでの課題

自立度の高いユニットでは、人間関係のトラブルが課題に挙げられ、チームワークでの解消が課題となっている（ユニット1）。一方、寝たきりの利用者が多いユニットでは生活の変化が課題となっており（ユニット3、11）、活動をすぐ実施できるよう材料や道具の準備（ユニット7）や、職員が1日1回意見交換会議を行うことを課題としている（ユニット11）。要介護ユニットでは、医療機器（吸引器等）の管理も課題になっている（ユニット10）。

④設備の有効利用

台所で毎食盛りつけを行う、炊飯、おやつ、おかずの調理を利用者で行うなど、台所の有効活用が課題として挙がっている（ユニット2、3、4、11）

⑤ユニット間の協力体制など

職員が不足するユニットへ協力する場合、情報交換を行うことが課題となっており（ユニット5）、連携をとりやすくするため、ユニット間の仕切りを開放するなど、ハード面による改善が効果を上げている（ユニット2）。反面、手薄になる時間帯の、環境の管理（テレビの音など）が不十分になる、転倒事故など発生防止に関する課題がみられる（ユニット2、3、8）。事故の防止策として、職員の少ない時は隣のユニットへ移動してもらうなど対応している（ユニット4）。

ユニットの細分化により、職員の行動が把握できない問題も生じており、シフト表を作成する、隣のユニットとの協力体制・情報交換の強

化が課題となっている（ユニット8、9）。ユニット4と5では、要介護の利用者をユニット5に分けると同時に、2ユニット合同の活動も行っている（ユニット5）。

⑥利用者、家族との関わり

利用者との関わりが少ないため、食事のグループ分けをし、職員を配置するなどケアプランを作成することが課題となっており（ユニット8）、関わるきっかけづくりとして喫茶室を利用して改善を図っている（ユニット7）。他に、家族との関わりを強化し、生活に変化をもたらす機会を増やすなどの課題も挙がっている（ユニット4、11）。

⑦リーダーなど担当者の設定

生活の質の向上（ハード、ソフト）に向けて、担当者を決め、期日・方法を設定して環境改善を行っている（ユニット1）。

E. ケアの実態—認知症ユニット、重介護ユニットにおける定点観察より

1. 調査概要

2004年10月1日、2日に、1階の重度認知症ユニット4、重介護ユニット11において、早番（7:00～16:30）、遅番（11:15～20:15）の職員1名ずつを対象に、ケア行為を15分おきに記録する定点観察調査を行った。表6は、2つのユニットのケア行為とその回数についてまとめたものである。

2. 結果

表6より、認知症ユニットと重介護ユニットでは、ケア行為が異なり、身体的に自立している認知症ユニットでは多様な行為に及んでいる。認知症ユニットでは、食事の準備や片づけの行為が多く（写真13）、レクの準備なども行われている。食器の配膳は、近くの配膳室で行っているので、そのための往来が多い。食堂で食事をとる人が多く（写真14、15）、ベッドへの誘導

行為も多くなっている。隣のユニット4は比較的身体的に自立し、グループホームに適した利用者（集団行動を得意としない）が多く、昼食後職員のいない時間帯があり（写真16）、ユニット4の職員が隣のユニットの居室や食堂に行き、サブ的なケアを支援していることが観察された。一方、重介護ユニットでは、医療を必要とする利用者が多いため行為内容が少なく、オムツ交換や吸引器を用いた吸引ケア、体位交換などが多い。食事は経管栄養でとる人が多く（写真17）、居室での食事ケアが多い特徴がみられ

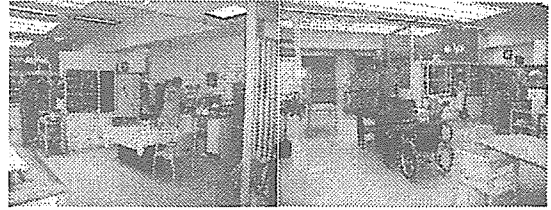


写真13 台所の作業

写真14 配膳回数が多い



写真15 食事介助

写真16 職員のいない食堂

表6 ケア行為(回数)

①重度認知症ユニット(ユニット4) *は隣のユニット5(認知症・比較的自立)

		食事ケア	食事誘導	食事準備	おやつ準備	食器洗い	食事配膳	水分補給	経管栄養	排泄ケア	排泄誘導	オムツ交換	汚物処理	誘導	エプロン洗濯	衣服配布	レク準備	ミーティング	日誌書く	行事参加	電話する	
早番	居室	2	1					1	4		1		7									
	隣の居室*							1					1									
	廊下		1					1														
	食堂	8	1	1	5												1	2	5			
	隣の食堂*																				1	
	台所					3									2							
	共用便所									2	1											
遅番	居室	2										2										
	廊下																					
	食堂	5		1														2	2			
	隣の食堂*	2														2						
	台所					1																
	共用便所									2												
	汚物処理室												1									
集会室																				1		

②重介護ユニット(ユニット11)

		食事ケア	食事誘導	経管栄養の準備	排泄誘導	オムツ交換	汚物処理	居室誘導	入浴誘導	吸引器	洗面所で洗う	体位交換	会話	テーブル配置替	ミーティング	日誌書く
早番	居室	5				5	1		4	5	1					
	廊下						1						2			
	食堂			3									2	2	6	
	共用便所				1											
遅番	居室	5				4					1	3				
	廊下		4				1	1								
	食堂	4											1	4		
	汚物処理室						1									

る（写真

18）。食堂は廊下を転用しており、台所がないため、コップや経管栄養のチューブを洗浄する際は、居室の洗面所を使用している（写真19）。廊下に食堂があるためスペースが狭いため、ミーティングの時はテーブルを移動している（写真20）。



写真17 朝食は経管栄養



写真18 居室で食事



写真19 居室の洗面所

写真20 テーブルを移動

F. まとめ今後の課題

1. ユニットケアの動機付けとプロセス

築後年数の古いJ施設では、過去に受け継いできた運営理念・思想を大切にしながら、同時に常に社会のニーズと照らし合わせて生活環境を改善しており、第三者（実習生や専門家）の指摘をきっかけに入浴ケアの見直し、グループケアの取り組みを経て、ユニットケアを実施している。ユニットケアを実践する過程では、サービス・職員の質的向上、職員の自発的な勉強会・研修などソフトづくりから始められたが、ソフトの整備だけでは限界を感じ、改修などのハードによる改善が試行されている。このように、ユニットケアの実施には職員の意識改革が重要であり、施設改革において、ソフトとハードの両面からのアプローチは不可欠であるといえる。

2. 居住環境の改善

①段階的な環境改善の積み重ね

居住改善は、生活ニーズに応じて、家具などの簡易なしつらえから、居室、浴室、食堂・居間、パブリックスペースの改修工事へと段階的な改善が行われており、さらに改修の必要な場所（台所の設置、集会室の仕切りなど）については、ユニットケアの勉強会で検討し、改修の積み重ねにより不備な箇所を改善している。

②改善の効果

居室の出入口や廊下にのれんを飾ったり、浴室の出入口周囲をカーテンで仕切る、集会室に仕切りを設置し目隠しする、排泄用品の管理など簡易なしつらえ・工夫が利用者のプライバシー確保に効果を上げている。

浴室の改修により、個別ケアが行えるようになり、集会室の分離、喫茶室の設置により、生活の行動範囲が広まり、第三者と交流する機会が増した。

③老朽化による課題

建物が古く、床の汚れや臭いが残る、収納スペースが不足、洗面台が使用しにくい（居室に洗面台がない）、廊下（改修した食堂も含む）の照明が暗く、通風が悪いなど建物の構造・設計上の問題も多く、今後は4人室の個室化、老朽化部分の全室個室ユニットへの建て替えなどが課題に挙がっていた。

④改修後の課題

2階では廊下スペースを食堂・居間に転用しているためスペースが狭く、車いすでの移動がしにくいなどの問題も生じている。

⑤改修費用

改修費用は職員が積極的に要望を運営者に出して、限られた予算内で工夫している。環境整備を円滑に行うためにも、職員と運営者が共通の目標をもち、協力しながら進めることが重要である。

3. ユニットのニーズと環境整備

認知症高齢者と重介護の利用者が混在する

と、ケアに偏り生じるため、J 施設では、高度な医療が必要な重介護ユニットを編成している。

重介護ユニットの食堂・居間は廊下部分に設けられているため、狭く、台所もないため、生活に広がりがない（定点観察調査より）。一方、食堂・居間が分離し台所のあるユニットでは有効利用されていない問題が生じている。重介護ユニットでは、生活が単調になりがちであるが、過剰な刺激は必要かどうか、反面、自立度の高いユニットでは設備を有効利用し調理、娯楽やレクなどの活動を増やして生活に変化をもたらすなど、各ユニットのニーズに応じた環境整備・サービスの提供が課題として挙がっている。

4. ケアの効率化

①ユニット間の協力体制

ユニットの数を増やし細分化した分、ユニット毎の職員数に偏りができ、職員数が不足する、職員の行動範囲が把握できない、事故の見守りが不十分などの課題が生じている。この解決策として、人手が不足する時間帯は隣のユニットに行き、職員が協力しながら調整する（定点観察調査より）、隣のユニットに利用者を移動するなどして工夫している。限られた職員数でユニットケアを行うには課題は多いが、常にユニット相互の情報交換しながらユニット間の協力体制を整えていくことも、サービスの質を確保するために必要とされる。

②物品購入の管理

ユニットで購入した備品などを物品購入管理帳に記録し会議で報告して、効率化を図っている。

5. サービスの質の確保

①生活環境（ハード、ソフト）を改善する担当者を決める、②ユニットで調理をする時に事後チェック表を作成し栄養管理を行うなど、ユニット毎のサービスの質を確保するため様々な取り組みを行っている。

以上、従来型特養でユニットケアを先駆的に

実践している施設のユニットケアに至るまでの取り組みと実態、課題をまとめた。この事例にみるように、ユニットケアを始める前には、確固とした動機付けがあり、その後も常に問題意識を持ちながら、利用者を主体とした生活の質の向上に向けてソフト、ハードの両面から生活環境を改善していくことが、結果的にユニットケアへの取り組みにつながっているといえる。

J 施設では、現在、全面建て替えを計画しており、ユニットケアを超えた、施設ではない生活型の環境づくりが望まれる。

参考文献

- 1) 日本医療福祉建築協会 平成 14 年度課題研究 特別養護老人ホームにおける居住環境の改善ならびに改修に関する研究、2003.3
- 2) ユニットケアで職員が変わる、施設が変わる、ミス・コミュニテイ VOL26、2002
- 3) 高齢者認知症介護研究・研修東京センター、日本医療福祉建築協会編集 ユニットケア導入のための施設改修の手引き、2004.3

従来型特別養護老人ホームJ施設の事例調査
(その2) 一心身機能別にみるユニットの環境改善と生活、ケア行為の実態、課題

分担研究者：林 悦子（東京都老人総合研究所協力研究員）

築年数が古く、ユニットケアを先駆的に実施している従来型特別養護老人ホームを対象に、高齢者の心身機能別にみたユニットの環境改善、生活およびケア行為の実態を把握した結果、①各ユニットに共通した課題として、改修した食堂や居間、廊下における生活感のある家庭的な生活空間づくり、②重度認知症ユニット、重介護（ターミナルケア）ユニットにおける変化の富む生活をもたらす空間（台所や喫茶室など）や仕掛け・仕組み（レクなどの活動、外出や散歩、フリーな勤務時間の設定など）の創出、③自立ユニット、認知症ユニットにおける個別ニーズへの対応（人間関係上のトラブルなどを回避）、④プライバシーの確保とコミュニケーションを図るための設備・空間（パーティション、引き戸の設置など）、⑤シーツや布団、オムツなどの収納スペースの確保、⑥ターミナルケアに対応できる空間・設備（経管栄養、吸引装置などを置くスペースと洗浄・消毒するための洗面所）、介護体制（ユニットに医務室や看護室が隣接、経管栄養による食事時間を共有）、⑦ケアの効率化（ユニット間でのケアの協力体制、汚物処理室・リネン室などの分散設置）の必要性が示唆された。以上から、高齢者の生活を中心とした環境を整えるためには、個別ケアを実現できる環境づくりを基本に、心身機能に対応したハード（物、設備、空間）とソフト（人、仕組み）の改善を行うことが重要である。

A. 研究目的

平成14年度より小規模生活単位型特別養護老人ホーム（個室・ユニット化）が制度化され、平成18年度の介護保険制度の改革では、施設における居室（個室、準個室、多床室）費用の見直し、特別養護老人ホームにおける従来型施設の個室・ユニット化に対する施設環境改善交付金などが盛り込まれている。全国5000を超える従来型施設において、今後どのような施設環境改善を行うべきか、ユニットケアを実施する際に、個室やユニット化に伴う改修などについての課題は多い。

本研究では、従来型施設でユニットケアを先

進的に導入している施設を取り上げ、高齢者の心身機能における相違とユニットでの生活、ケア行為の実態、課題を捉え、今後増加する認知症高齢者からターミナルケアを必要とする重度介護高齢者まで、多様な高齢者像に適応するケア環境の必要条件の基礎資料となることを目的とした。

B. 研究方法

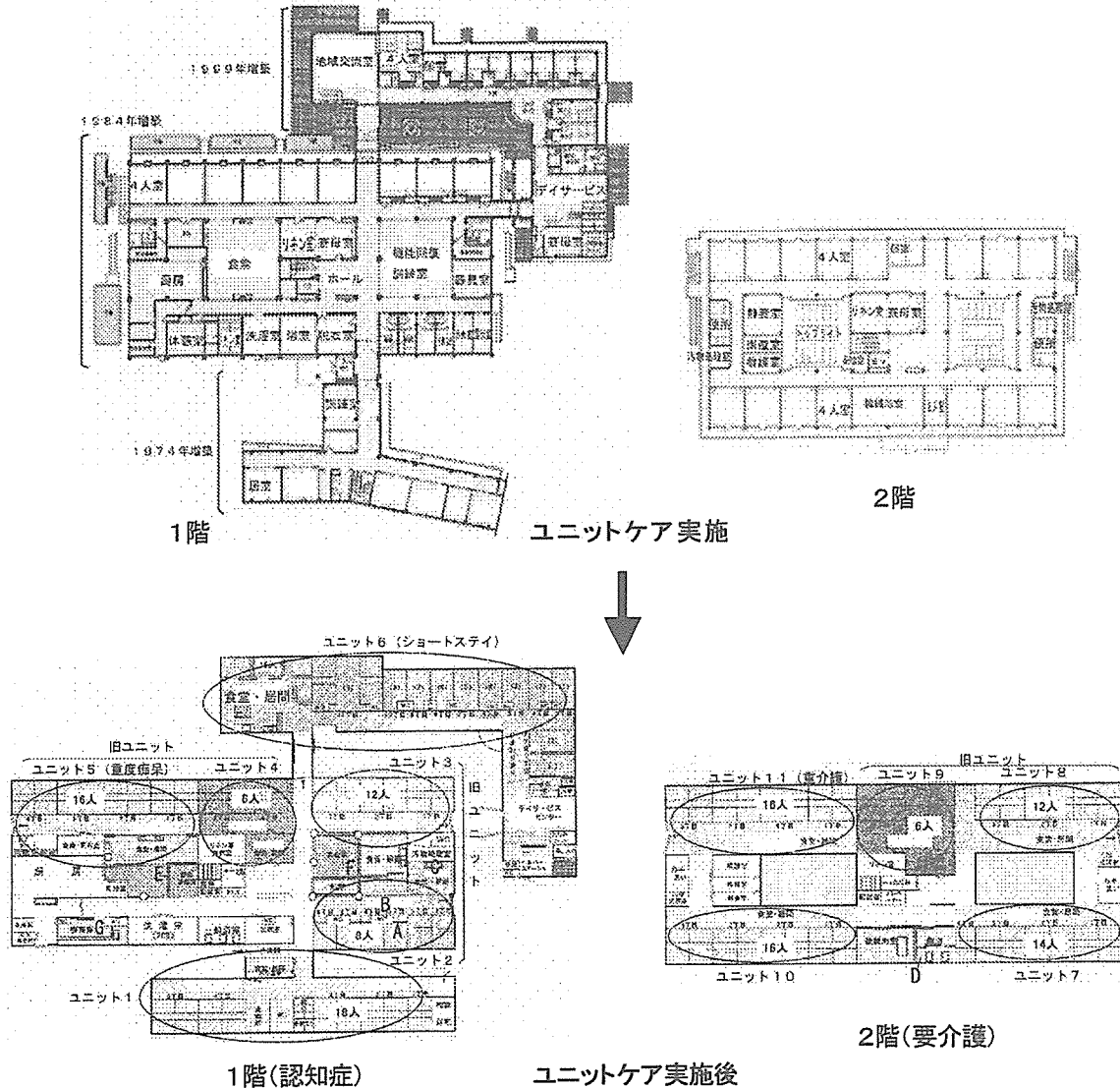
1999年より、先進的にユニットケアを実施している従来型の特別養護老人ホームJ施設を対象に、各ユニットにおけるユニットケアに至るまでの経過および環境改善に関わる問題点、改

善点、課題について訪問ヒアリング調査、資料分析、および各ユニットにおける職員の定点観

察調査を行い、心身機能の相違によるユニットのケア環境について考察を行った。

表1 J施設の概要

所在地	静岡県引佐郡細江町	併設施設	デイサービス 18名、訪問介護事業、居宅介護支援事業
開設年	1964年2月	建物総床面積	4017.32㎡
定員	特別養護老人ホーム 120名、ショートステイ 20名	建物面積	3667.52㎡(2階、一部3階)



C. 施設概要 (表1)

J施設は、1964年に全国で最初に特別養護老人ホームとして設立された施設で、定員増に伴い、第1期定員30名から第2期50名(1963年)、第3期100名(1964年)、第4期120名(1974年)へと増員し、ユニットケアの実施後、全面建て替えの計画を予定している。

ユニットケアは、第1時期 (施設、サービス、職員の質の総点検) から、第2時期 (ユニットケアの試行)、第3時期 (施設、職員の意識改革、家具やのれん、絵画などのしつらえく写真1、2>)、第4時期 (ユニットケアの導入、居室・便所の改修工事<写真3、4>)、第5時期 (8ユニットから11ユニットへ再

編成、浴室や台所・食堂・居間<写真5、6、7>、和室、集会室、喫茶室<写真8、9、10>の改修)のプロセスを経て実施に至っている(表2)。

現在は、8つのユニット(定員最大24名)

から、ショートステイ専用、および経管栄養(鼻腔チューブの使用など)や医療・看護の必要な重介護ユニットを増やし、11のユニット(定員最大18名~最小6名)に細分化して、ケアを行っている。

表2 ユニットケアに至るまでの組織改革、改修などの経過プロセス (改修場所は、図表1のA~G部分を参照)

年月	ソフト面	ハード面
1960年12月	社会福祉法人設立	
1961年1月	養老施設(生活保護法)として許可	第1期 養老施設 建設 定員30名 (2人室、平屋、自立と要介護に分離)
1963年3月	(老人福祉法施行)	第2期 増築 (20床増床→定員50名)
1964年7月	全国初の特別養護老人ホームとして許可	第3期 増築 (50床増床→定員100名)
1974年7月		第4期 増築 (20床増床→定員120名) (ユニット1部分)、管理棟増築
1984年4月	ショートステイ事業開始	全面建て替え工事(改築)(ユニット2~5部分) ショートステイ専用個室(4室)増築
1998年6月 ~1999年3月	第1 今まで常職としていた施設における利用者の生活、職員の言動など、介護方法を総点検する。	
1999年4月 ~2000年3月	第2 時期 ・ショートステイ(20床)、デイサービスセンター、ヘルパーステーション開設。 ①ユニットケアを試行し(ユニットケアの用語が使われ始めた時期)、運営の組織改革、リーダーの育成を行う(1999年4月)。	ショートステイ専用個室(16室)増築(ユニット6部分)
2000年4月 ~2001年4月	第3 時期 ①年5回の研修(外部研修、内部研修、施設見学、自主的勉強会)を企画し、「生活の場」として職員の意識改革を行う(2000年6月)。勉強会(大学の先生を講師に招く)の時に、伝統に固守している社会環境のニーズに対応できないことを指摘され、社会のニーズに対応した施設づくりに取り組む。 ②ユニフォームを廃止(2001年1月)。 ③サービス基準指針を作成。勤務時間を変更(2001年6月)。 ④身体拘束の全面廃止(2001年10月)。	<家具などのしつらえ> ①居室の出入口等に暖簾(のれん)を設置(2001年4月)。 ②家庭的な家具等を入れ替える(同上)。 ③絵画を借りて展示。
2001年5月 ~2002年9月	第4 時期 ①ユニットケアの本格的な実施(ソフト、ハードの整備)。 ②毎月ユニットケアの勉強会(ユニットケアを考える会)を開始し、サービス(理念とサービス基準指針の勉強、介護プロジェクトチームの立ち上げなど)、生活環境の改善(備品整備、改修)を行う。	<改修工事> 第1期工事(居室、便所) ①ユニット2(認知症軽度・自立)の個室、2人室を改修(2002年9月)。(図表1 A部分) ②ユニット2の便所を車いす用に改修(同上)。(B)
2002年10月 ~2003年	第5 時期 ①ユニットを再編成(8ユニットから11ユニットへ、ユニット定員最大24名から16名へ)し、利用者個々における生活の質的向上を図る。 ②ショートステイの単独ユニットを構成(在宅部門と一体化し2003年4月に組織変更)。 ④重看護の単独ユニット(経管栄養など医療、看護を必要とする)を構成(2003年10月)。	第2期工事(浴室など) ③機能回復訓練室を移動し(ユニット2から5へ)、ユニット2の食堂に転用(2003年2月)。(C) ④2階の浴室を機械浴室、個別浴室(2槽)に改修。個別に手すり等設置(2003年3月)。(D) 第3期工事(台所、食堂、居間など) ⑤ユニット2に台所と洗面台を設置し、家庭的な内装に改修(2003年10月)。(C) ⑥ユニット5(重度認知症)の食堂と機能回復訓練室にパーティションを設け空間を分離(2003年10月)(E) ⑦集会室を4つに仕切り、ユニット3(軽度認知症・介護)の食堂兼居間、ユニット2の居間、施設全体の和室、集会室に改修(2003年10月)。(F) ⑧職員休憩室を喫茶室に改修(2003年11月)。(G)
2004年	ユニットケアの勉強会を継続 業務改善、施設見学の報告会、改修計画、2階ユニットの再編について話し合う。	

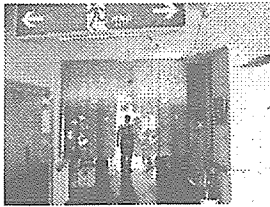


写真1 廊下にのれん



写真2 絵画等を設置

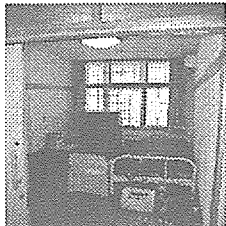


写真3 個室を和風に改修



写真4 車いす用便所に改修

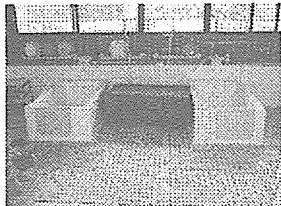


写真5 機械浴室を仕切り
個別浴室(2槽)を設置

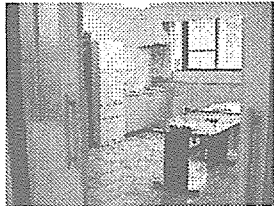


写真6 台所と洗面台を設け、
壁・天井を改装



写真7 ユニット3の食堂・居間

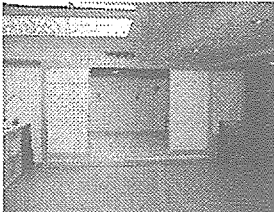


写真8 和室

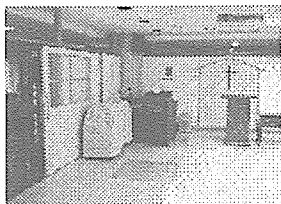


写真9 集会室集会室をユニット
2の居間ユニット3の食堂・居間、
和室集会室の4つに仕切る

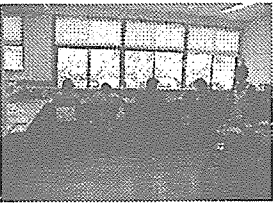


写真10 職員休憩室を
喫茶室にする

D. ユニット別 (心身機能の相違) にみる ハード、ソフト面の問題と改善点と課題

J施設では、現在は11のユニットに分けて、ユニットケアを行っている。各ユニットにおける定員、高齢者の心身機能、職員数などは表3に示す通りである。

1階のユニット1～6は、認知症を伴うが比較的身体機能は自立しているユニットが多い。一部、ユニット5のように重度認知症で介護が必要な高齢者が多いユニットもある。ユニット6は、ショートステイ専用となっている。

2階は、身体的に介護の必要なユニットが多くなっているが、ユニット7、10は身体機能は低下しているが、外出なども行える。重介護ユニット11は経管栄養を必要とする高齢者が多く、ターミナルケアも想定した重介護ユニットとして看護室、医務室の一番近い場所に位置している。

J施設では、ユニットケアを実施するなかで、段階的に生活空間の改修などを実施しており、ユニット毎に、改善すべき問題点、および今後の目標について話し合い・報告を行っている。

表4は、2003年～2004年に出された各ユニットにおける問題点、改善点、今後の目標(課題)について、ハード、ソフト別にまとめたものである。

表5より、各ユニットを、1. 自立高齢者の多いユニット、2. 認知症性高齢者・車いす利用者の多いユニット、3. 要介護の多いユニットに分けて、各々の問題点、改善点および課題について以下に考察する(以下では、ユニットをUと略す)。