

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

「ながらケア」の様態からみた
ユニットケア空間に関する研究
Architectural Space of Group Care Unit Facility
for the Elderly
for Care-Giving while Interacting

2019年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

谷本 裕香子

TANIMOTO, Yukako

研究指導教員： 佐藤 将之 准教授

目次

第1章 序論	
1節 社会的背景	・・・1
1. 高齢者人口の増加と受け皿となる住まい・施設	
2. 高齢者施策の中での施設の位置づけ	
3. 施設種別ごとの施策	
2節 ユニットケア施設の現状と課題	・・・5
1. ユニットケア施設の位置付け	
2. 入居者の重度化によるユニットケア施設内の変化	
3. ユニットケア導入後、10年における職員の介護の変化	
3節 認知症高齢者に対する環境整備の重要性	・・・7
第2章 研究の目的・方法	
1節 目的と位置づけ	・・・11
1. 研究の対象	
2. 既往研究	
3. 「ながらケア」と本研究の課題	
4. 研究の視点	
5. 位置付けと論文の構成	
2節 調査手法の概要	・・・18
第3章 「ながらケア」の構成	・・・23
第4章 I. 働きかけを増やす	
はじめに	
1節 研究の目的と方法	・・・25
1. 調査の目的	
2. 調査の方法	
3. 調査対象施設の概要	
2節 入居者の滞在場所と行為内容	・・・29

1. 特養 M 入居者の滞在場所と行為内容	
2. 特養 F 入居者の滞在場所と行為内容	
3 節 各施設の介護動作の量的比較と空間配置との関係性	・・・ 34
1. 職員の介護動作の分類	
2. 介護動作の回数の比較	
3. 介護動作と空間配置との関係性	
4 節 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性	・・・ 39
1. 「ながらケア」における介護動作の組み合わせ	
2. 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性	
5 節 職員の労働の流れと空間との関係性	・・・ 42
1. 各職員の労働の流れ	
2. 労働の流れと空間配置との関係性	
6 節 入居者からみた直接介護の量的比較	・・・ 45
7 節 まとめ	・・・ 52

第 5 章 II. 働きかけの機会を生む

はじめに	
1 節 研究の目的と方法	・・・ 56
1. 調査の目的	
2. 調査の方法	
3. 調査対象施設の概要	
2 節 発話からみた「ながらケア」の分析	・・・ 58
3 節 時間の推移から見た「ながらケア」が生まれる構造と場面	・・・ 60
1. 時間の推移から見た「ながらケア」が生まれる構造	
2. 「ながらケア」が生まれる場面	
4 節 居合わせ数、滞在頻度と「ながらケア」	・・・ 65
1. 職員の入居者との居合わせ数と「ながらケア」の関係	
2. 職員の共用空間の滞在頻度と「ながらケア」の関係	
5 節 職員のケアの流れから見た「ながらケア」の持続性	・・・ 70
1. 会話を含む「ながらケア」の持続性	
2. 声かけを含む「ながらケア」の持続性	
6 節 まとめ	・・・ 77

第6章 III. さりげない見守りを行う

はじめに

1 節	研究の目的と方法	・・・80
	1. 調査の目的	
	2. 調査の方法	
	3. 調査対象 GH の概要	
2 節	共用空間における入居者の滞在率	・・・84
3 節	見守りの区分け	・・・86
4 節	静的見守りに伴う滞在時間と可視率の区分け	・・・86
	1. 静的見守りの位置	
	2. 静的見守りにおける滞在時間とその位置での可視率	
5 節	動の見守りに伴う位置と可視率	・・・89
	1. 動の見守りの位置	
	2. 動の見守りの位置と可視率	
	3. 動の見守り図	
6 節	まとめ	・・・92

第7章 働きかけとさりげない見守りを生む空間

はじめに

1 節	研究の目的と方法	・・・95
	1. 調査の目的	
	2. 調査の方法	
	3. 調査対象施設の概要	
2 節	各ユニットにおけるチャノマの使用状況	・・・96
	1. チャノマの使用が少ない「3-2」ユニットの実態	
	2. その他ユニットにおけるチャノマの使用状況	
3 節	特養 M における見守りの評価	・・・98
4 節	まとめ	・・・99

第8章 まとめ

はじめに

1 節	「ながらケア」の様態	・・・100
2 節	「ながらケア」とユニットケア空間の総括	・・・101
	1. 「ながらケア」しやすい空間の条件	
	2. 「ながらケア」しやすい空間モデルの提案	
3 節	ユニットケア施設の試論と今後の課題	・・・108

おわりに
研究業績
図表一覧

第1章 序論

1節 社会的背景

2節 ユニットケア施設の現状と課題

3節 認知症高齢者に対する環境整備の重要性

1 節 社会的背景

本節では、日本における高齢者人口の増加とその受け皿となる住まい・施設において、入居者が重度化の傾向にあることを政府の施策を踏まえながら示す。

1. 高齢者人口の増加と受け皿となる住まい・施設

日本では、高齢化の進行が大きな社会問題になっている。2017年時点では、高齢化率は27.7%であり、今後も上昇が予想されている（図1-1）。

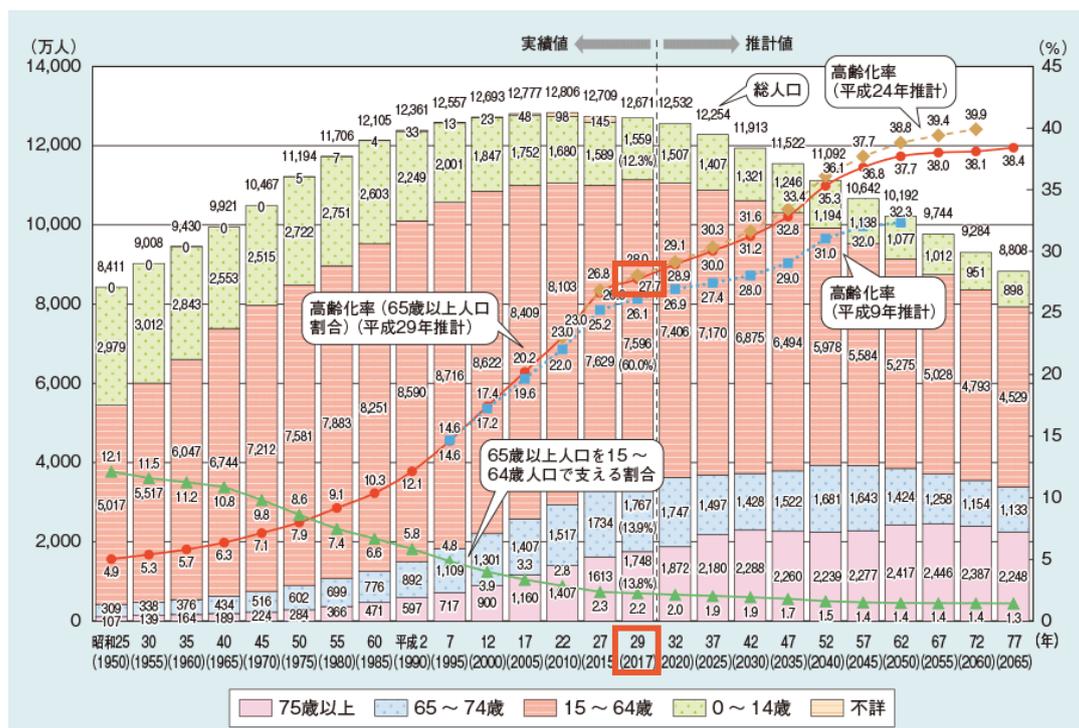


図1-1. 高齢化の推移と将来推計

出典：内閣府「平成30年版高齢者社会白書」¹⁾

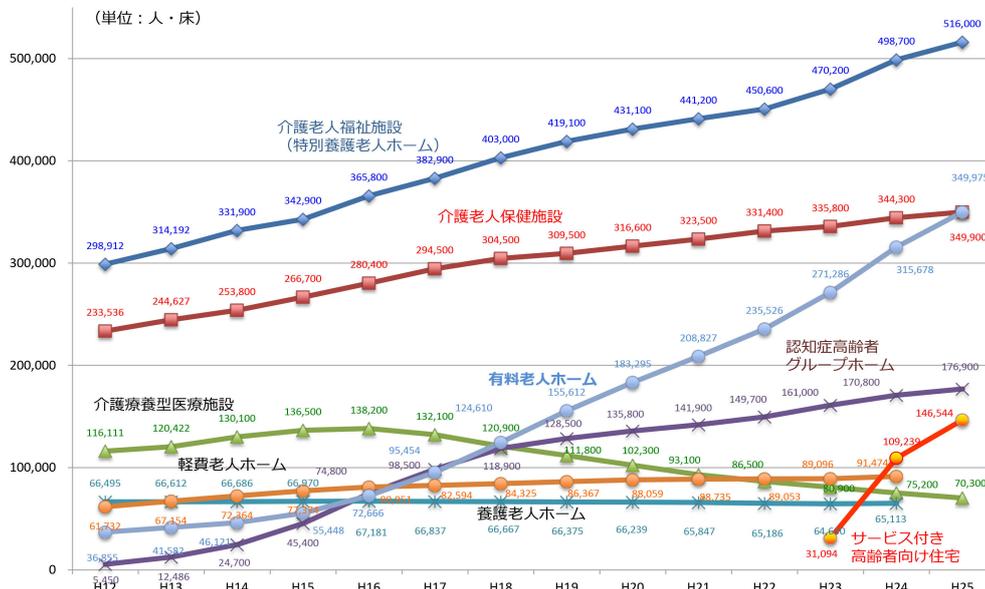
増加する高齢者の受け皿となる住まい・施設としては、特別養護老人ホーム（以下、特養）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム（以下、GH）がある（表1-1）。国は、地域包括ケアを推進すると共に、在宅ケアサービスの充実に重点を置いているが、在宅での自立的な生活が困難になった高齢者にとって、これらの住まい・施設は今後も大切な役割を担っていくと考えられる。図1-2より、特養、介護老人保健施設、有料老人ホーム、GH、サービス付き高齢者向け住宅の増加は顕著であり、中でも特養は、平成25年時点で516,000床と、高齢者向け住まい・施設の中でも定員数が多く、要介護高齢者の最も重要な受け皿となっている。

表1-1 高齢者向け住まいの概要

	①特別養護老人ホーム	②養護老人ホーム	③軽費老人ホーム	④有料老人ホーム	⑤サービス付き高齢者向け住宅	⑥認知症高齢者グループホーム
根拠法	・老人福祉法第20条の5	・老人福祉法第20条の4	・社会福祉法第65条 ・老人福祉法第20条の6	・老人福祉法第29条	・高齢者住まい法第5条	・老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	環境的、経済的に困窮した高齢者の施設	低所得高齢者のための住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	入所者を養護することを目的とする施設	入居者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設	無料又は低額な料金を、食事の提供その他日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする施設	①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかをする事業を行う施設	状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う住居共同生活の住居
利用できる介護保険	・介護福祉施設サービス		・特定施設入居者生活介護 ・訪問介護、通所介護等の居宅サービス			・認知症対応型共同生活介護
主な設置主体	・地方公共団体 ・社会福祉法人	・地方公共団体 ・社会福祉法人	・地方公共団体 ・社会福祉法人 ・知事許可を受けた法人	・限定なし (営利法人中心)	・限定なし (営利法人中心)	・限定なし (営利法人中心)
対象者	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	要介護者/要支援者であって認知症である者(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)
1人当たり面積	10.65㎡	10.65㎡	21.6㎡(単身) 31.9㎡(夫婦)など	13㎡(参考値)	25㎡ など	7.43㎡
件数※	7,865件 (H25.10)	953件 (H24.10)	2,182件 (H24.10)	8,499件 (H25.7)	4,626件 (H26.5.31)	12,124件 (H25.10)
定員数※	516,000人 (H25.10)	65,113人 (H24.10)	91,474人 (H24.10)	349,975人 (H25.7)	148,632戸 (H26.5.31)	176,900人 (H25.10)

※①・⑥→介護給付費実態調査(「定員数」の値については利用者数)、②・③→社会福祉施設等調査(基本票)、④→厚生労働省老健局調べ、⑤→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ

出典：厚生労働省「高齢者向け住まいについて」²⁾



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(101時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月調査)【H14~】」(定員数ではなく利用者数)による。
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は単身・夫婦世帯型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査(101時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(77時点)による。
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。

図1-2. 高齢者向け住まい・施設の定員数

出典：厚生労働省「施設・居住系サービスについて」³⁾

2. 高齢者施策の中での施設の位置づけ

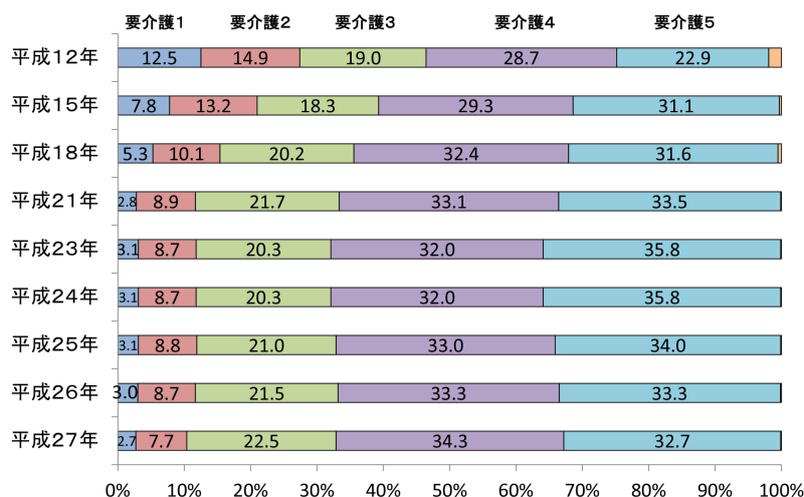
「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において、
「2(3)高齢者の尊厳を支える施設の新たな役割」の中にユニットケアの普及が明記されており、施設入居者の個別ケアを実現する手段として重要視されている。諸外国においても高齢者施設内の介護単位の小規模化は広がりつつある。特養は介護保険3施設の中で、唯一ユニットケアが制度化されており、「1人1人の個性や心身の状態に対応した生活支援を行う施設と位置付けることができる」とされている。また、「3.新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者のケア」の中に「要介護認定のデータに基づけば、要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められ、施設の入居者については、8割が痴呆の影響が認められる。このように要介護高齢者の相当部分が痴呆性高齢者であり、これからの高齢者介護を考えていく上で、痴呆性高齢者対応が行われていない施策は、施策として存在意義が大きく損なわれていると言わざるを得ない。」とされている。その上で、「痴呆性高齢者グループホームが近年実施している小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で住み慣れた地域での生活を継続しながら、1人1人のあり方を支援していく、という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである」と示されるように、GHが認知症ケアにおいて重要な役割を担っていることが示されている。

3. 施設種別ごとの施策

特養、GHといった自宅における自立した生活が困難になった高齢者や認知症高齢者の住まいにおける近年の施策と変化には以下のようなものがある。

介護保険施設の中核を担う特養においては2015年、より在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に移行するために、特養の重点化に係る省令が公布され、今後新たに入居する高齢者は要介護度3以上が条件となった。特養入居者は入居期間に重度化が進むため、施設の平均介護度は重度化の傾向があり、要介護度4以上の割合が増加している(図1-3)。

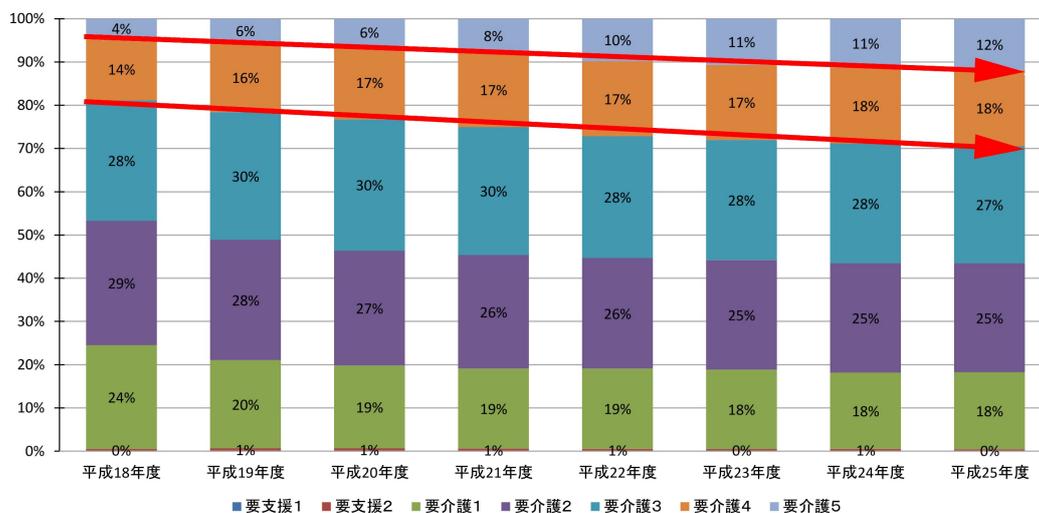
また、2030年には65歳以上の高齢者のうち5人に1人は認知症になると言われている中⁴⁾、2014年介護保険法改正において認知症施策の推進は掲げられており、国は認知症対策に力を入れている。住み慣れた地域で終末期までの継続的な支援を行うという目的から、GHの役割が病院との中間施設であることの批判もあり、2009年度(平成21年)より、認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」が創設された。それに伴い、看取りを行うGHが増加し、GH入居者の平均介護度は重度化の傾向にある(図1-4)。



注) 地域密着型介護老人福祉施設を含む。

図 1-3 特養の重点化による特養利用者の要介護度の変化

出典：厚生労働省「介護老人福祉施設」⁵⁾



注) 各年度の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の10月サービス分(11月審査分)の値としている。

図 1-4 要介護度別の GH 利用者割合の推移

出典：厚生労働省「住まい・居住系サービスについて」³⁾

2 節 ユニットケア施設の現状と課題

本節では、ユニットケア施設における意義と困難を整理した上で、1 節で示した入居者の重度化による施設内の変化と、職員の介護の変化を示す。本研究においてユニットケア施設とは、ユニットケアをハード・ソフト面から実施する施設をいい、ユニットケア空間とは、ユニットケア施設内の基本単位となる 1 ユニットの空間をいう。

1. ユニットケア施設の位置付け

ユニットケアは、集団ケアからの脱却・個別ケアの実現のために、スウェーデンを先進モデルとした個室を基本とした小規模単位のゾーニング⁶⁾と、介護現場の実践から生まれた自然発生的なグループケアの双方が出会い、もたらされた。⁷⁾

施策として、平成 14 年にユニットケア型の特養に対する施設整備費補助金が設けられたことで広がりを見せ、平成 18 年には 14.8%であった特養の個室ユニット化率は平成 27 年には 40.5%にまで上昇している⁵⁾。

ユニットケアの意義は厚生労働省によれば、以下のようにまとめられる。

- ・入居者は個室とプライバシーが確保された生活空間を持つことができる
- ・個室の近くに交流できる空間を設けることにより、他の入居者と良好な人間関係が築け、相互の交流が進む
- ・自分の生活空間ができ、少人数の入居者が交流できる空間もあることで、入居者のストレスが減る
- ・家族が周囲に気兼ねなく入居者を訪問できるようになり、家族関係が深まることにもつながる
- ・インフルエンザ等感染症の防止に効果がある

その反面、ユニットケアによりもたらされた困難も報告されている⁸⁾。

- ・ユニットを構成するために、利用者を分別することになる
- ・ユニットリーダーの養成が難しい
- ・情報の共有が困難である
- ・死角が増え、利用者を共用スペースに集めて一箇所で管理する傾向がある
- ・利用者の要求が増え、1 対 1 の関係の中で職員が精神的に追い詰められることもある

さらに、上野はユニットケアにおける大きな問題として「ひとり職場の問題点」と「労働強化」を指摘している。ひとり職場による職員の孤独については、春日⁹⁾は、「少ない人員配置のもとでの重労働、中でも大きな問題と考えられるのは、同僚との関係性におけ

る孤立の問題である。ユニットケアでは1人で判断し、対処しなければならない場面が多くなる」と記述している。

上記の施設内における側面以外に、ユニットケアは、その1ユニットをサテライト型として街の中に整備することや多機能化していくことによって、施設機能を地域へ展開させるきっかけとなりうると考えられている¹⁰⁾。サテライト化により、家族の訪問頻度が増加傾向を示すなど、施設に入居する高齢者の地域生活にプラスの影響が見られるとの研究もある¹¹⁾。

以上より、いくつかの困難の報告はあるものの、ユニットケアは自宅で自立した生活が困難な入居者の生活の質の向上や、個別ケアを実現していく上で不可欠な手法であると共に高齢者の生活を地域に展開させる可能性を持つ。

2. 入居者の重度化によるユニットケア施設内の変化

井上¹²⁾は、おらほうすというユニットケアを実施する特養において3年に渡る継続的な調査を行ったが、施設における入居者の実態を次のように記述している。「移動に介助を必要とする高齢者が増えるのに伴って、少しずつ施設から生活感が失われていることに気が付いた。中央の食堂で食事を終えたあと、それぞれのウィングの広間に場を移し、何時間もそこで過ごしている高齢者の光景をよく目にするようにもなった。なんだか彼らはポツンとそこに置かれているかのようなようであった。(中略)必要な時に職員がさっと、しかし、そっと側に行くことができるような環境が必要なのではないか、そのためには、もっとソフトに踏み込んで空間を整えなければならないのではないか、生活単位というものは介護単位を踏まえて検討する必要があるのではないか。」

このように、当初、家庭的な雰囲気の中で時間がゆったりと流れ、高齢者1人1人がその人らしい生活を再構築していく¹³⁾とされたユニットケア施設での生活が、入居者の重度化により、その有効性を発揮できなくなる場面が、多くの施設で見られるようになってきた。

3. ユニットケア導入後10年における職員の介護の変化

岡¹⁴⁾は、ユニットケアにおけるケア労働について介護保険が開始されて10年前後の時点での労働内容、労働過程の変容について明らかにした。ケア労働の変化としては、小規模化したケア現場において「擬似的家事労働」と名付けた領域の労働が誕生していた。従来型のケアにおいては、他職種によって分担されていた家事的な労働を、ユニットでは介護職員が担うようになっていたという変化である。例えば、従来型のケアであれば、個々人の名札が付けられた個別の食膳が厨房から運ばれ、食事の終了とともに厨房へ下膳されていたもの

が、ユニットでは米飯を炊き、鍋に入った状態で運ばれてくる副食を盛り付け、食後は食器を洗って収納するといったことまでが介護職員の労働として規定されていたのである。これは、ユニットケアが目指した「なじみの関係」「家庭的な雰囲気」といった小規模化された認知症ケアの核となる部分に関連しており、施設によって「擬似的家事労働」の内容に若干の違いはあるものの「ユニットごとにしつらえられたキッチンで介護職員が家事をする」といった演出は共通していた。労働の進め方からみると、ユニットに対する多人数管理が特徴的な従来型のケアにおいて、1日の生活はスケジュール化しており、食事、排泄、入浴介助時間といった「流れ作業」でケアが提供されていた。それに対してユニットでは利用者の状態や訴えに応じて介護職員の労働内容が変化する。こういった形で利用者のニーズに個別に対応しようとすることは、介護職員の労働としては非効率的な方法をとらざるを得ない。その都度の身体ケアや「擬似的家事労働」といった肉体労働・頭脳労働とコミュニケーションを伴う行為が重層的・同時並行的になされていることがユニットにおけるケア労働の特質であるといえると論じている。

以上のように、ユニットケア導入後10年時点で職員の介護は、重層的・同時並行的になりつつある。これはユニットケアという手法が職員と入居者の関係を相互作用的・文脈依存的にし、職員が重層的、同時並行的にケア（「ながらケア」）を行うことで対応しているとも考えられる。

3節 認知症高齢者に対する環境整備の重要性

はじめに

認知症の人たちが社会によってどのような眼差しを向けられ、どのように扱われるかといったことは、その社会が認知症について、どういった類型的な知識を共有しているかということに左右される。よって本節においては、まず現代社会における認知症理解の枠組みを確認し、それに伴って変化してきた認知症のケアの流れを概観、認知症高齢者に対する環境づくりに注目が集まるまでの流れを記述する。

認知症の行動・心理症状をどのように理解するか直近の10年で大きなパラダイム転換があった¹⁴⁾。1998年、介護福祉士養成のテキストでは、記憶障害、知的障害、人格的障害、感情的障害、行動面の障害全てが「ぼけ症状」とされていた。2002年には中核症状と周辺症状に分けて考えられ、中核症状が周辺症状を引き起こす原因として、内的・外的環境がある、とされた。こういった変化は疾患モデルから関係モデルへのパラダイム転換であり、環境づくりに注目したケアが始まっている。

こうした社会が認知症をどう理解するかということの変化に伴って、認知症ケアも変容し続けてきた。1970年代までは認知症は悪化するだけの不可逆的な疾患であるとみなされていたため、ケア理論は存在せず、身体拘束、言葉の暴力、過剰な薬物投与が日常的に行われることにより、認知症の症状が促進される結果に繋がっていた。1980年代には「痴呆性老人処遇技術研修事業」がスタートしたが、それは大型施設の入居者を集団として処遇する集団ケアにおける方法論であった。限られた人数で、いかに効率的に介護をこなすかといった効率化や手技の向上に職員は価値を見出していた。同時期に一部のケア現場では、認知症の人本人の言動の意味や背景を、介護者が探りながらそれに応じた個別のケアが見られるようになってきていた。認知症ケアの専門性が模索された時期でもあり、音楽療法などの一連の療法や環境づくりに注目したケアも始まった。1990年代には、大規模処遇を経験した職員や家族が認知症の人を中心に据えたケアの場づくりを行った。認知症の人本人の思いや居心地の良さに着目した関わりをすることが、結果として介護者にとって問題とされた BPSD をも軽減させることに気づかされた。建築学の研究者によって認知症の人の生活環境について実証的研究が行われ、小規模ケアの効果が示されたのもこの時期である。1996年には、日本で初のユニットケアが実現され、1997年にはGHが制度化されるに至った。2000年代には認知症の人の尊厳を支える全人的ケアとは「生活環境づくり」と「人的環境づくり」であるとされた。環境面においては、「小規模で家庭的、かつ個人の暮らしの継続性が保てること、プライバシーが確保され、刺激が調整されること、安全で地域に開かれていること」である。人的環境面においては、なじみの関係を作り、認知症の人のペースに合わせ、穏やかに待つことができ、関心と尊重、感心と賞賛を持って関わることである。2000年度から始まった介護保険制度は、高齢者の尊厳と自立を支えるためのケアを目指し、そのための認知症専用サービスとしてGHが位置づけられ、全国的に飛躍的な開設数をみることとなった。一方、大規模施設にもグループホームケアを普及させようとした試みも効果が認められ、それに対し、補助金が交付されるなど、政策的にも推し進められることとなった。この取り組みは、特養で初めて小規模ケアを試みた武田^{注1)}によって「ユニットケア」と名付けられ、当時グループホームケアの理論的推進者であった外山義^{注2)}らの協力のもと、広くアピールされることとなった。ユニットケアは構造上の小規模化だけを目指すものではなく、認知症の人の生活支援に主眼を置き、介護者と被介護者といった上下の関係ではなく、共に暮らす人・場と説明された。同時期にこうした新しいケアを担う人材を育成し、認知症ケアの質の確保と向上を推進していくための拠点として、国は認知症介護研究・研修センターを仙台、東京、大府（愛知）に設置し、人材育成システムの整備や、認知症ケアの研究を進めた。その後、2003年6月に厚生労働省労働局長の私的研究会である高齢者介護研究会から「2015年の高齢者介護-高齢者の尊厳

を支えるケアの確立に向けて」という報告書が出されることになる。ここでは、認知症ケアこそ人格を尊重し、その人らしさを支えることが必要であり、尊厳の保持をケアの基本とすることで、環境を重視しながら徹底して本人主体のアプローチを追求すること、生活そのものをケアとして組み立てること、生活の継続性を重視し、日常の生活圏域を基本としたサービスをしていくこと、認知症ケアを高年齢者ケア全体の標準として位置づけるなど、認知症ケアの指針が示された。一方、同年には、介護保険制度の見直しにあたって、全室個室・ユニットケア実施の「新型特養でなければ補助金を出さない」という強力な政策的誘導が実施された。こうした一連の流れの中で2004年にはそれまで使用してきた「痴呆」という用語が、認知症の正しい理解や本人の尊厳にそぐわないとされ、「認知症」という用語に改められている。

ここで、本研究と関連する認知症高齢者のための環境づくりに関わる研究を記す。認知症高齢者のケアについて、認知リハビリテーション分野の研究¹⁵⁾においては、障害を補償するための環境設定アプローチがあり、1つ目に代替機能の設定（例えば、低下した機能を補うために思い出ノートを用意すること等）、2つ目に多種感覚刺激の導入（例えばスヌーズレン等）がある。感覚刺激に関しては、認知症高齢者にさまざまな感覚を用いて刺激することがアクティビティ活動に劣らず効果的であることが示され、認知症高齢者、特に重度の高齢者に対する働きかけの手段として効果的であることを示唆するものとなった、と報告されている。さらに施設内で増加の傾向にある重度入居者のケアについて、松本¹⁶⁾は、精神生理学的側面からは、神経ネットワークの存在を考えると最重度の認知症であっても複数の感覚を刺激することで覚醒レベルや注意力、あるいは認知症に働きかけることの可能性を考えられるとしている。その上で、老化による感覚受容能力の低下や、認知力低下による感覚の意味づけの障害に加え、動きが少なくなり生活が受動的になることや、施設のような保護的環境での感覚制限は二次的に認知症を促しているとも言える、と論じている。

以上より、重度の入居者であっても、生活に刺激を与えることが、認知症に働きかけることにつながると考えられる。

注

- 1) 武田和典氏は、特別養護老人ホーム「シオンの園」（福島県）で50名の入居者を似た生活パターンの入居者ごとに10名前後のユニットを作り、ユニットケアを実施した。
- 2) 外山義は特養老人ホーム「おらはうす宇奈月」の設計・監修により全室個室ユニットケア施設を実現した。

参考文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢者社会白書（全体版），pp4, 2018
- 2) 厚生労働省：高齢者向け住まいについて，第102回社会保障審議会介護給付費分科会資料2, 2014
- 3) 厚生労働省：施設・居住系サービスについて，第100回社会保障審議会介護給付費分科会資料4-2, 2014
- 4) 内閣府：平成29年版高齢者社会白書（全体版），pp21, 2017
- 5) 厚生労働省：介護老人福祉施設，第143回社会保障審議会介護給付費分科会資料2, 2017
- 6) 外山義：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，医療経済研究 vol. 11, pp63-89, 2002
- 7) 上野千鶴子：ケアの社会学，太田出版，2011
- 8) 高口光子：ユニットケアという幻想，雲母書房，2004
- 9) 春日キスヨ：高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働，思想955，岩波書店，2003. 11
- 10) 厚生労働省：2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～補論 2 ユニットケアについて
- 11) 山口健太郎，井上由起子：サテライト型特別養護老人ホームの運営実態と入居者への効果に関する研究，日本建築学会計画系論文集第75巻，第649号，pp559-568, 2010. 3
- 12) 井上由起子，石井敏：施設から住まいへ—高齢期の暮らしと環境—，厚生科学研究所，2007. 3
- 13) 外山義：自宅でない在宅—高齢者の生活空間論，医学書院，2003. 7
- 14) 岡京子：ユニットケアとケアワーク，生活書院，2016. 1
- 15) 吉田甫，大川一郎，土田宣明，渡邊能行：痴呆を伴う高齢者に対する認知リハビリテーション研究の展望，立命館人間科学研究 第4号，pp77-98, 2002. 11
- 16) 松本太：最重度認知症におけるQOLとは—感覚刺激療法を通して—，四條畷学園大学リハビリテーション学部紀要第3号，pp33-42, 2007

第2章 研究の目的・方法

1節 目的と位置づけ

2節 調査手法の概要

1 節 目的と位置づけ

1. 研究の対象

第1章において、ユニットケア施設は自宅で自立した生活が困難な高齢者が入居し、個別ケアを受けることや、地域生活へ展開していくために重要であることを述べた。本研究では、その中でも特養、GHを調査対象とする。

特養は、1章でも述べたように、要介護高齢者の最も重要な受け皿であり、介護保険3施設の中で唯一ユニットケアが制度化された施設である。特養の重点化に伴い、以前よりも重度の入居者が増加している。1章の図1-3, 1-4を比較すると、特養の要介護度4以上の割合は6-7割を占めており、GHは約3割である。本研究の4,5章では、職員の入居者への働きかけを検証するものであり、入居者の重度化により自力での刺激の獲得が困難な入居者の多い特養を調査対象とすることとした(4,5章)。

GHは、平成27年1月、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)において、認知症施策の中核的役割を担い、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開していくことが期待されている。内閣府の平成28年版高齢社会白書によると、2030年時点で65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症になると言われており、日本国内の認知症の社会的コストは、2060年には24兆34億円に達する¹⁷⁾とも言われている。また、認知症対策は世界的課題にもなっている。施設入居者の8割に認知症の影響が認められる中、高齢者の住まい・施設に認知症対応は不可欠と言わざるを得ない。本研究の6章では、職員による見守りを検証するものであり、入居者が比較的軽度で自立歩行可能なことから、施設全体において見守りが求められるGHを調査対象として選定する(6章)。

2. 既往研究

2-1 入居者のための環境整備に関する研究

これまでGH、特養の建築計画に関する研究は数多く行われている。外山¹³⁾は、高齢者の生活空間論において、在宅で暮らしてきた高齢者が、生活の場を施設に移したとき経験することになる空間・時間・規則・言葉・役割の喪失などの落差を強調しており、その落差を埋めるための生活空間のあり方について、身の置き所としての個室を保障することの重要性や、居室相互間および居室と共用空間の相互間の緩衝空間である中間領域の重要性について論じている。このような高齢者の生活空間論は、外山と共同研究を行いながら、それぞれ独自性を加えていった研究者に引き継がれ、石井ら¹⁸⁾は入居者の生活行動に影響を与える環境構成要素を通じてGHのあり方を、厳ら¹⁹⁾は、生活環境になじんでゆく過程での諸空間の果たす役割を通じて、ケア環境のあり方を論じている。これらの研究の主眼

は、共同生活の有効性、居住者の生活やケア環境としての多様な共用空間計画の重要性を示しており、施設居住の有効性を活かすためにも共用空間の計画は重要である。

その一方で、ユニットケア施設における共同性だけではなく、様々な個人の生活歴を持つ高齢者にとって、自宅での生活や個性の維持は重要であり、これらを継続するためにも個人生活の拠点としての居室の役割は大きいと考えられる。このような入居者の個別性に着目している研究としては、山田ら²⁰⁾による固有の居場所という概念を用いて居住者の居場所の選択やそこでの様態に着目し、居住者個々人の生活を捉え、固有の居場所の形成を促す、個人的要素(性格や好み、入居前の生活歴、家族関係、日頃の思いや考え、認知症やADL等)に配慮することが生活の場としてのユニットケア施設の建築空間の構成に求められていると論じている²¹⁾。

入居者の視覚と行動の関係性に関する研究(6章に関連)として、黄ら²²⁾は、GHにおける入居者本人の体験的視点から可視環境の特徴を、空間と利用者行動から明らかにしようとしている。

こうした入居者を主眼とした研究の一方で、その限界を示唆する研究もある。認知症にとって望ましい特性を全て提供していると思われる7床のSCU(特別介護施設=認知症のためのグループホーム型の特別介護施設)を対象に行われた調査では、望ましい環境内でありながら入居者は、日中の12時間のうち10.5時間は非社会的に過ごし、8.5時間は物的環境とも関わっていないように見受けられた。この研究の結びにおいて「こうした研究結果を改善したいと望むならば、物的環境をさらによくすることによってではなく、スタッフによるさらなる支援に求めるべきである」と記述されている²³⁾²⁴⁾。

2-2 職員に関する研究

ユニットケア施設の職員に関する建築計画の研究として、井上²⁵⁾らは、運営方針や平面計画の違いによる介護行為の特性とそれらの介護行為と入居者の生活との関連性を施設ごとに検討している。巖ら²⁶⁾は、入居者の認知症の程度、自立度などの属性の相違による個別的ケアの様態及び職員の関わり方、勤務体制の変化が入居者に与える影響などから、入居者の生活における職員との関わりが持つ意味を分析し、認知症高齢者が新しい環境へなじんでいく過程やそこに関わる運営的な環境要素が果たす役割を解明している。さらに、巖ら²⁷⁾は、GHの生活を空間的な要素、運営・介護のあり方の両面から検討し、共用空間そのものの配置や構成について言及している。鈴木ら^{28) 29) 30) 31)}は、主に職員のケアに焦点を当て、職員の配置人数の違いなど量的な側面だけでなく、職員のケアの様態が入居者の生活に及ぼす影響を考察し、質的な分析を加えている。松原³²⁾らは、ユニットケア施設を物理的環境とケアのあり方の両面から検証するために、入居者に対する職員の関わり方

を類型化し、分析している。佐藤ら³³⁾は、ユニットケア施設における職員が捉える生活環境を職員自身が撮影する写真から考察を行っている。制度化以降の動向を捉える研究として、薫ら³⁴⁾は、ユニット型特養の平面類型を整理した上で、入居者対職員比率と平面計画との連携が十分でないことを指摘している。

2-3 入居者の重度化に関する建築計画研究

重度の入居者に焦点を当てた研究については本数が少なく、石井ら³⁵⁾は、特養を対象に「終生の間」としての特養の計画的知見を考察している。巖ら³⁶⁾はGHで住み続けることが出来なくなる状況を、他施設への環境移行とターミナルケアという視点から分析し、GHの今後のあり方を考察している。また、黒木ら³⁷⁾は重度入居者に対して有効な建築計画の条件を提示しており、共用空間については、他者の気配・賑やかさの伝わり大切さを論じている。

これらの研究の中で、入居者の重度化に対する具体的な計画的提言を行っているのは、黒木らによる研究のみであり、本研究においても計画的提言を行うため、以下に黒木らの提言を整理する。

表 2-1 既往研究³⁷⁾における入居者の重度化に対する計画的提言

重度入居者のためのGHの計画	①個室廻りの居場所の計画
	②個室の開放性や他所との連続性
	③外部空間との開放的な接続性
	④多様な設えを可能にする個室の計画
	⑤共用空間の規模
	⑥ターミナルケアに対応した共用空間や個室のつくりの充実
軽度入居者のためのGHの計画	「本研究で得られた重度入居者にとって望ましい計画的条件は軽度入居者の過ごし方を多様化させることにつながり、今後のGH計画に有用な手法といえよう」

黒木らの研究では、軽度入居者と重度入居者の比較により、重度入居者の過ごし方の特性を明らかにしようとしており、重度入居者に着目するものであるため、軽度入居者のための空間の検証は行われていない。本研究においても、4章にて軽度入居者、重度入居者の区分けを行うが、重度入居者が大半となったユニットケア空間において、重度入居者に着目した空間提案を行うことを考えている。しかしながら、調査の中で得られたデータをもとに、軽度入居者にとっての空間の整理も終章にて行う。

3. 「ながらケア」と本研究の課題

研究の背景となる第1章、入居者の重度化の傾向を受けて、ユニットケアの利点として存在した「個室の近くに交流できる空間と設けることにより、他の入居者と良好な人間関係が築け、相互の交流が進む」が、その効果を十分発揮できないという問題、また、困難として存在した「死角が増え、利用者を共用スペースに集めて一箇所で管理する傾向がある」という問題の解決を本研究の課題として据える。そのために本研究では、職員が身につけるべき重要な技術とされる「ながらケア」^{38)注3)}に着目することとした。

4章以降の調査において観察された全行為より、本研究においては、「ながらケア」を「職員が介助行為をしながら見守り・発話を行うこと」と定義する。(図2-1)

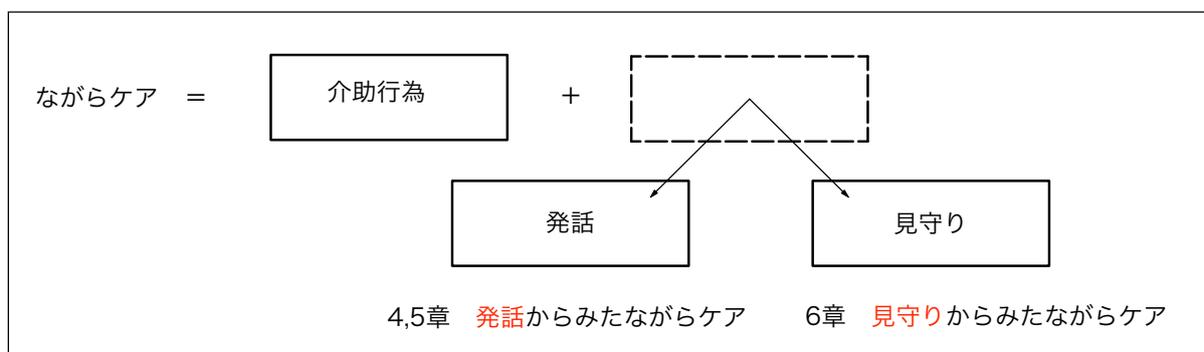


図2-1 「ながらケア」の構成

まずは4,5章において、発話からみた「ながらケア」を分析し、6章において、見守りからみた「ながらケア」を分析する。ここで「ながらケア」を行うことの利点に触れる。

「ながらケア」は「人と程よい距離感を保つ」という特徴がある。

4,5章で扱う発話を含んだ「ながらケア」は、入居者が働きかけを得る機会を増加させると考える。例えば、食事準備中の職員であっても「ながらケア」（例えば入居者との会話を同時に行う）を行うことで直接介護に移行することができる。また、食事介助中の職員であっても、他の入居者と会話を行うことで、2人の入居者に同時に直接介護を行うことができる。

さらに「ながらケア」は職員と入居者の働きかけの負荷を低減させる。ながらで会話することは、入居者に対して発話だけ行う1対1のコミュニケーションよりも、少し距離を置いたコミュニケーションとなり、程よい距離感のケアとして有効である。ながらで会話することの程良い距離感を捉えた研究として、吉田³⁹⁾は、子ども食堂活動における意味を分析しており、「子ども食堂が、貧困家庭の子どもへの食の提供の場のみならず、居場所や情緒的な交流といった機能を有している」と述べている。このように、本来

の食事をするという目的を果たすと同時に生まれる交流自体が意味を増すことがある。また、西阪⁴⁰⁾は、被災地における足湯活動の構造を分析しており、「足湯が続いている限り、構造上の複雑性は足湯活動の参加者の会話参加への負荷を下げるのに役立っている。会話が途切れても「基底的活動」であるマッサージが続いている限り、足湯活動における相互行為そのものが途切れることがない。」「初対面の会話者たちの両者に見るもの・聞こえるものは話題のための重要な題材となる」と記述している。このように、足湯+会話というながら行為であることが、両者のインタラクションの継続を支え、会話の負荷を軽減もしくは会話を促進しているといえる。

以上のように、ながらで会話することによって入居者への働きかけを増やすこと、双方の働きかけの負荷を軽減していくことが、重度化により単調になりつつある施設内の生活に変化を与えるためには有効であると考えられる。

また、6章で扱う、何か他の介助をしながら見守ることは、見守りをさりげない見守りにすると考える。職員の見守りは、入居者に対し、「安心感を与える」「主体的な行動を尊重する」などといった意味合いがあり⁴¹⁾、入居者が安心して生活するために人による見守りは重要である。一方、安否確認の意味合いからは、職員は入居者を常に見ている必要⁴²⁾がある。これは監視にもつながる可能性があることから、見守りは、入居者が受ける安心感や負担感を考慮して進められなければならない行為である⁴³⁾とされている。それに対して、ながらで見守ることは、入居者が常に見られているという意識を持ちにくく、入居者の負担感を考慮した見守りとして有効である。「ながらケア」を行う職員について、鈴木³¹⁾は、GH 3 ホームにおける行動観察調査において、職員が「GH 全体の様子を把握するために時々廊下をぐるっと一周する」「入居者の様子を見ながら移動するルートを選択し、時には遠回りをして移動する」という風に、職員が GH 内を移動しながらさりげない見守りをを行っていることを示している。

このようにさりげない見守りに有利であり、職員の一日の活動の中で長時間死角となる部分を作らないような空間を提案することは、職員の行動に変化を与え、「死角が多いがゆえに、入居者を一箇所に集める」が「移動しながら自然に見守る」に移行されうると考える。

これらを踏まえて、本研究では重度入居者への対応が問われる高齢者のためのユニットケア施設に焦点を当て、職員を対象とした行動観察データから「ながらケア」の様態を明らかにすることによって、職員から入居者への働きかけを増加すると共に、さりげない見守りが行われるユニットケア空間の条件を提示することを目的としている。そのために具体的に提示する内容としては、以下の通りである。

- ・入居者の得る働きかけを増加させるため、発話を含む「ながらケア」がしやすい空間の条件（4章）
- ・「ながらケア」を増やすため、「ながらケア」が生まれるきっかけの明示とそれを持続していくための空間条件（5章）
- ・入居者の移動の自由を守るため、見守り「ながらケア」をしやすい空間の条件（6章）

4. 研究の視点

・職員の働きかけを重視する

1章で記述した重度化した施設の現状と環境改善の研究^{23) 24)}において、職員の重要性が示されていることを受けて、本研究においては、職員の介入による入居者に対する働きかけの増加を意図し、職員から入居者に対する直接的な働きかけ（物理的な接触及び声かけ・会話などの相手に直接的に影響を与える行為）を重視する。

・職員・入居者の空間移動を重視する

本研究は、介護（「ながらケア」）と建築空間との関係性を分析するものである。よって、職員・入居者の空間移動は、介護が行われる場所と建築空間の関係性を分析する上で大きな影響を及ぼすものとして重視する。

・発話を重視する

田中⁴⁴⁾の介護施設におけるアンケート調査において、入居者が介護施設を利用することで嬉しいと感じたこととして「普段の会話」「話しかけてくれること自体」「挨拶」が多いという結果が出ている。また、認知症高齢者の会話に関わる研究⁴⁵⁾⁴⁶⁾にて、人との交流が乏しい人は、十分な人に比べて、認知症の発症率が極めて高いことが分かっている。このように会話は入居者の満足度や認知症の発症と関係するため、会話をどのように行うか、どのように増やしていくか、は重要な課題である。よって4.5章において中心的に扱っていく。

・見守りを重視する

見守りは、職員と入居者にとって多くの意味合いを持つ介護行為⁴¹⁾である。見守りは視覚と関係し、視覚は建築空間（物理的な環境）により大きく左右されるため、建築空間の研究であるがゆえに重視し、6章にて中心的に扱う。

5. 位置付けと論文の構成

本研究は、主に社会学や看護学、介護福祉学の文献、施設における聞き取り調査により、課題を見出している。建築計画学の分析の手法としては、1955年 吉武⁴⁷⁾による使われ方研究の流れを汲むが、施設環境を、環境心理学的に捉え、入居者の形成する場面において、物理的環境だけではなく、人的環境（職員）が構成要素として存在することを重視した⁴⁸⁾。ユニットケア施設は、地域に展開していくことを見据えているため、制度の区分（特養・GHの別）に囚われず、高齢者が地域で住まう場所としての理想の形を模索していくことを考えている。

研究の課題と視点に従い、以下の8章により本論文を構成している（図2-2）。

第1章では、高齢化という社会的背景をもとに、ユニットケア施設の現状と課題を説明した上で、本研究で扱う認知症高齢者に対する環境整備の重要性を示す。第2章では、第1章を受けて研究の課題と視点を抽出し、「ながらケア」に着目した分析を行うことの根拠を説明する。第3章において、「ながらケア」の構成について明記し、第4章から第6章では、具体的な調査に基づき、その結果と分析を示している。4.5章では、働きかけの増加がより求められる重度入居者が多い特養、6章では、入居者が比較的軽度で、自立歩行可能なことから、施設全体において見守りが求められるGHを対象としている。具体的には、第4章で、入居者への働きかけを増やすため、発話からみた「ながらケア」とユニットケア空間の分析、第5章では、働きかけの機会を生むため、「ながらケア」が生まれるきっかけと持続性に言及し、「ながらケア」が生まれやすく持続していくための空間について示す。第6章では、さりげない見守りを行うため、見守りからみた「ながらケア」とユニットケア空間について分析を行う。第7章では、4～6章を踏まえ、働きかけとさりげない見守りを生む空間について示す。第8章では、第4章から第7章を総括すると共に、「ながらケア」とユニットケア空間との関係を横断的に分析・考察を行う。

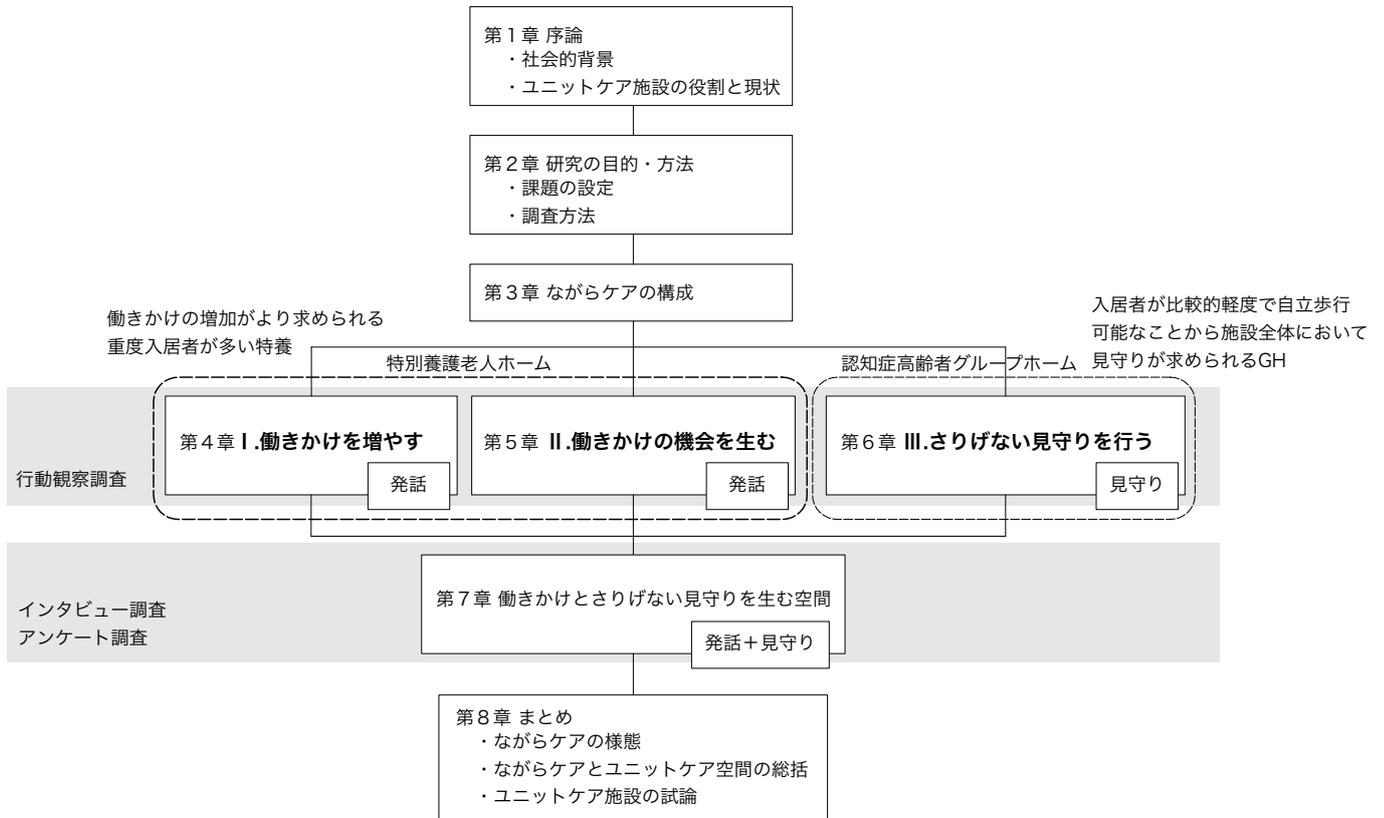


図 2-2 論文の構成

2 節 調査手法の概要

ユニットケア実施施設における職員は孤独であり、主体的に判断する場面が大半であるという特徴に着目し、各々の職員の詳細な行動観察から得られる介護動作とその空間との関係性を各々の勤務体制ごとに分析していく手法をとった。職員が主体的に判断する場面が多いという点に関しては、主に社会学を中心とした研究の蓄積があり、上野⁷⁾はユニットケアの現場での介護職員の孤立の問題を事例研究から明らかにしており、また、春日⁹⁾は、「少ない人員配置のもとでの重労働、中でも大きな問題と考えられるのは、同僚との関係性における孤立の問題である。ユニットケアでは1人で判断し、対処しなければならない場面が多くなる」と書いている。職員に焦点を当てた手法をとっているため、職員が発する行為や受けた行為については分析を行っているが、入居者同士の会話や職員が声かけを行ったことに対する波及効果（周囲の状況等）は扱っていない。

4～6章共に職員の「ながらケア」の分析のために、調査員1名が、職員の動線を記録すると共に、1分ごとの職員の滞在場所と介護内容を記録した。1分ごとの単位については、要介護認定の際に用いられる「1分間タイムスタディデータ」の算出方法を参照し

た。職員は入居者よりも動きが多く、既往研究で定点調査として行われてきた10分ごとの調査では十分とはいえない。本研究では、職員の介護動作に着目しているため、従来の調査よりも精度の高い手法を参照し、調査を行った。また、職員行動の背景にある入居者の行動を把握するために、10分ごとの入居者全員の滞在場所と行為内容を記録した。介護動作の記録では、同じ時間に2種類の介護動作が行われた場合に「ながらケア」とし、両方の介護動作を記録した。具体的な調査方法については各章を参照していただきたい。

注

- 3) 参考文献 38 において、「「ながらケア」は、一人あるいは複数の利用者を見守りながら他の介助や活動を行うことであり、(中略)職員が身につけるべき重要な技術である」と記述されている。本研究では、発話と介助を同時に行う場面が見られたため、これとは違う定義を定めることにした。

参考文献

- 17) 佐渡充洋：わが国における認知症の経済的影響に関する研究, 平成 26 年度総括・分担研究報告書, 2015. 3
- 18) 石井敏, 長澤泰: 生活行動に影響を与える環境構成要素 痴呆性高齢者のためのグループホームに関する研究 その 2, 日本建築学会計画系論文集 第 553 号, pp123-129, 2002. 3
- 19) 厳爽, 石井敏: 継続的な視点から見た痴呆性高齢者グループホームの環境とその変容に関する研究, 日本建築学会計画系論文集 第 75 巻 第 569 号, pp55-62, 2003. 7
- 20) 山田あすか, 上野淳: 痴呆性高齢者グループホームの環境および居住者の固有の居場所とその変容に関する研究, 日本建築学会計画系論文集 第 592 号, pp93-100, 2005. 6
- 21) 黄炳峻, 鈴木義弘: グループホームにおける居住者の滞在拠点形成についての基礎的考察 認知症高齢者グループホームでの生活に居室水準がもたらす影響に関する研究 第 1 報, 日本建築学会計画系論文集 第 75 巻, 第 652 号, pp1373-1379, 2010. 6
- 22) 黄文、大原一興: 認知症高齢者グループホームにおける入居者行動と「可視環境」の関連性に関する研究, 日本建築学会計画系論文集 第 622 号, p33-39, 2007. 12
- 23) C・カニンガム, M・マーシャル: 認知症にやさしい環境デザイン, 鹿島出版会, 2018. 1
- 24) Wood W, Harris S et al: Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and resident environment interaction, time use, and effect, American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 20 (2), pp105-118, 2005
- 25) 井上由起子、外山義、小滝一生、大原一興「高齢者居住施設における個別的介護に関する考察 住まいとしての特別養護老人ホームのあり方に関する研究 その 2」日本建築学会計画系論文集 第 508 号, pp83-89, 1998. 1
- 26) 厳爽、石井敏、橋弘志、外山義、長澤泰: 介護体制と入居者の生活構成の関わりに関する考察 「なじみ」からみた痴呆性高齢者のケア環境に関する研究 (その 2), 日本建築学会計画系論文集 第 528 号, pp111-117, 2000. 2
- 27) 厳爽、石井敏、菅野實: 空間と運営・介護からみた新築型および既存建物活用型痴呆

- 性高齢者グループホームの相違に関する考察, 日本建築学会計画系論文集 第 588 号, pp23-30, 2005. 2
- 28) 鈴木健二、外山義、三浦研:痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の生活の再編過程 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究(1), 日本建築学会計画系論文集 第 546 号, pp121-126, 2001. 8
- 29) 鈴木健二、外山義、三浦研:痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の生活とスタッフのケアの相互浸透 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究(2), 日本建築学会計画系論文集 第 552 号, pp125-131, 2002. 2
- 30) 鈴木健二、外山義、三浦研:痴呆性高齢者グループホームにおける空間構成と入居者の生活・スタッフのケアの展開 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究(3), 日本建築学会計画系論文集 第 556 号, pp169-176, 2002. 6
- 31) 鈴木健二、外山義、三浦研:痴呆性高齢者グループホームにおけるスタッフの空間利用とケアの質的特性 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究(4), 日本建築学会計画系論文集 第 563 号, pp163-170, 2003. 1
- 32) 松原茂樹、足立啓、植野知津子、舟橋國男、児玉桂子「入居者に対する介護職員の関わりに関する考察 ユニットケア型高齢者福祉施設における介護職員のケアのあり方に関する研究」日本建築学会計画系論文集 第 561 号、pp137-144, 2002. 11
- 33) 佐藤哲、大原一興:高齢者介護施設職員が捉える施設における日常生活環境の概念に関する考察 -写真から読み取る“家庭的な環境” “その人らしい” 概念の分析-, 日本建築学会計画系論文集, 第 616 号, pp47-54, 2007. 6
- 34) 薫恩伯、毛利志保、谷口元、井上由起子「制度化以降の平面計画の動向及びケア体制との関わりについて—ユニット型特別養護老人ホームの建築計画に関する研究 その 1—」日本建築学会計画系論文集 第 75 巻 第 649 号、pp569-577, 2010. 3
- 35) 石井敏、松本啓俊:終生(しゅうじょう)の場に関する考察-特別養護老人ホームの場合-, 日本建築学会計画系論文集, 第 477 号, pp91-100, 1995. 11
- 36) 巖爽、石井敏、長澤泰:生活環境の移行とターミナルケアの視点からみた痴呆性高齢者グループホームのあり方に関する考察, 日本建築学会計画系論文集 第 557 号, pp165-171, 2002. 7
- 37) 黒木宏一、横山俊祐:認知症高齢者グループホームにおける重度入居者の過ごし方の特性と空間の評価, 日本建築学会計画系論文集, 第 629 号. pp1449-1456, 2008. 7
- 38) 佐瀬美恵子:「このゆびと一まれ」におけるケアの技術 平野隆之編「共生ケアの営みと支援-富山型「このゆびと一まれ」調査から, 筒井書房, 2005. 4
- 39) 吉田祐一郎:子ども食堂活動の意味と構成要素の検討に向けた一考察 -地域におけ

- る子どもを主体とした居場所づくりに向けて—, 四天王寺大学紀要 第 62 号, pp355-368, 2016. 9
- 40) 西阪仰ほか4名: 共感の技法 福島県における足湯ボランティアの会話分析, 勁草書房, 2013. 7
- 41) 坂元あい、佐藤朱音、梅林秀行ほか3名: 精神科看護職員がケアとして行う見守りの実態, 看護総合科学研究会誌 Vol. 16, No. 1, pp3-12, 2015
- 42) 民法第 415 条 (安全配慮義務)
- 43) 平野隆之: 共生ケアの営みと支援 富山型「このゆびと一まれ」調査から, 全国コミュニティライフサポートセンター, pp152-154, 2005
- 44) 田中浩史: 介護施設利用者と職員間のコミュニケーション調査報告, コミュニケーション文化8号, pp56-68, 2014. 3
- 45) 大武美保子: 認知症予防回復支援サービスの開発と忘却の科学-会話における思考の状態遷移モデルと会話相互作用量計測法の開発-, 人口知能学会論文誌25巻5号 SP-F, pp662-669, 2010. 6
- 46) Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., May-tan, M., and Winblad, B.: Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study, Lancet, Vol. 355, No. 9212, pp1291-2, 2000
- 47) 吉武泰水: 建築計画の研究: 建物の使われ方に関する建築計画的な研究, 鹿島研究所出版会, 1964
- 48) 羽生和紀: 環境心理学-人間と環境の調和のために, サイエンス社, 2008. 5

第3章 「ながらケア」の構成

「ながらケア」の構成

2章1節より、本研究では「ながらケア」を「職員が介助行為をしながら見守り、発話を行うこと」と定義している。4章における調査データより「ながらケア」の全構成は、図3-1のような構成が全てであることが分かった。

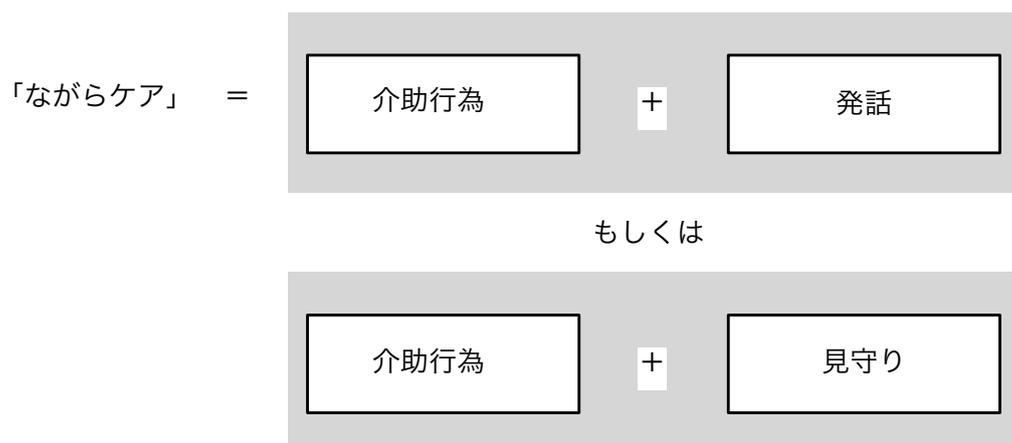


図3-1 「ながらケア」の構成

本研究の調査方法は、1分毎の瞬間に、同時に行われた介護行為を扱っているため、見る + 介助行為もしくは発話 + 介助行為の2通りしか見られない。尚、見守りは発話せずに見守っていることを意味する。「ながらケア」は、介護職員が行う技術を要する行為であり、マルチタスク (multitasking) のような複数の作業を短期間に並行して切り替えながら実行することとは別物である。本研究において、マルチタスクは単一ケアとしてカウントされている。例えば、職員が入居者2名に食事介助する場合、1人の入居者の口にスプーンを近づけた後、もう1人の入居者の口にスプーンを近づける、というふうに、順に行っているため、1分毎の調査においては単一ケアとなる。

第4章 I.働きかけを増やす

はじめに

1節 研究の目的と方法

2節 入居者の滞在場所と行為内容

3節 各施設の介護動作の量的比較と空間配置との関係性

4節 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性

5節 職員の労働の流れと空間との関係性

6節 入居者からみた直接介護の量的比較

7節 まとめ

はじめに

本章では発話からみた「ながらケア」の分析を行う。

認知症高齢者に対する会話の重要性は1970年代以降、欧米で意識され始めた⁴⁹⁾が、我が国においては、看護学や介護の領域における経験則にのっとりた方法⁵⁰⁾が多く、エビデンスはほとんど得られていなかった。2000年以降、認知症高齢者とのコミュニケーション方略に関して、認知症高齢者を介護する介護職員の発話調節とその関連要因等を明らかにするための量的・客観的研究報告が行われ始めた。

小長谷ら⁵¹⁾は、認知症高齢者においては、症状の進行に伴うコミュニケーション能力の低下がQOLや介護に大きな影響を与える要因となる、として維持される認知能力の特徴を明らかにしようとしている。この研究において、認知症が進行しても非言語性コミュニケーションは比較的残存しやすいとされている。

また、建築計画研究において、三浦ら⁵²⁾は、会話はケアの質を高める重要な要素であるとして、高齢者のグループリビングにおいて行われるケアや会話の特徴とそれらの違いが及ぼす生活展開の違いを論じている。

本研究においては、比較的重度の認知症高齢者の住まいを対象とすることから、言語性・非言語性コミュニケーションを併せて、会話していると位置づけ、一方が他方に発話をして、それに対する何らかの反応（手を上げるなど）が見られた場合を含めて会話とみなす。

会話と同時に重要であるのは、2章の研究の視点で会話と同様に取り上げた、職員の働きかけである。介護の領域で、これは直接介護と分類されるため、本研究においてもここで明確に定義しておく。入居者と直接的な働きかけ（物理的な接触及び声かけ・会話などの相手に直接的に影響を与える行為）がある介護を「直接介護」、準備・片付けなど間接的な働きかけである介護を「間接介護」と定義する。1章に示した認知リハビリテーションの既往研究においても感覚刺激が重要と位置づけられているため、直接介護を中心とした分析を行っていく。本節における「ながらケア」の詳細を図示すると、図4-1のようになる。

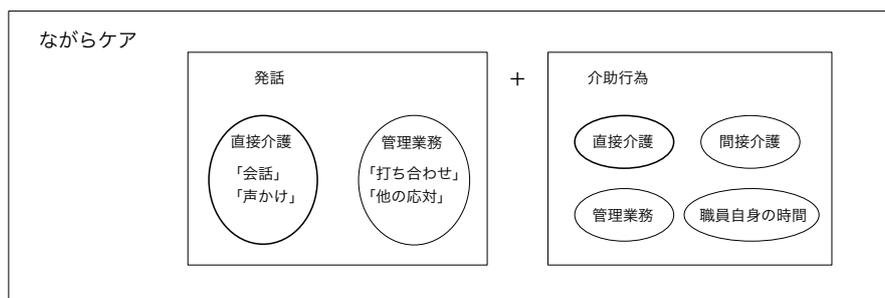


図4-1 発話からみた「ながらケア」の構成

1 節 研究の目的と方法

1. 調査の目的

本調査においては、1章2節で述べたユニットケア施設における入居者の重度化により、入居者の生活が単調になっていることを踏まえ、職員の働きかけの増加を見込める「ながらケア」^{注4)}に着目し、「ながらケア」がしやすい空間の提示を目的とする。そのために、職員行動の背景にある入居者の滞在場所や行為を捉えながら(2節)、以下の流れで介護動作と空間配置との関係性を明らかにしようとしている。

- ・ 各施設の「介護動作」の量的比較と空間配置との関係性(3節)
- ・ 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性(4節)
- ・ 職員の「労働の流れ」と空間配置との関係性(5節)

さらに6節において、入居者一人一人が調査対象職員からどのような働きかけを受けているのか、入居者からみた分析を加える。

2. 調査の方法

目的に述べたように、本研究では、職員の「ながらケア」・移動途中での「ながらケア」の増加を検証しようとしている。ゆえに動線に大きな影響を与える共用空間の配置及びその規模に着目した。そしてその要素以外の部分を統一するため、施設の運営形態と入居者の介護度が近似しており、共用空間配置及びその規模の異なる2つの特養を選定した。

まず、両施設での入居者の生活を捉えるため、入居者の行動観察調査を行う(2節)。調査員1名が2ホームの入居者全員の居場所と行為内容を10分ごとに記録した。調査員は調査日、午前8時～午後8時までホームに滞在し、毎回同じ順で入居者の記録をとった。次に、職員に対する調査として、2ホームに対し計6日間、調査員1名が職員1名(各勤務体制の時間帯の動き)を観察し、1分ごとの位置と介護動作を記入した(3-6節)。

3. 調査対象施設の概要

特養M(図4-2)の共用空間はリビング、チャノマ1、チャノマ2、チャノマ3の4箇所分散配置されており、入居者はチャノマ1、チャノマ3、リビングに分かれて日中を過ごしている。チャノマ2は、入居者の家族から預かった木箱(約1.83m×0.99m)があるため(図4-2に図示)、物置として使用され、入居者の居場所として機能していない。それに対して特養F(図4-3)は共用空間が1箇所の共同生活室で、全ての入居者がそこで大半の時間を過ごしている。

調査施設の概要は表4-1にまとめ、表4-2、4-3に入居者属性を示した。表4-1より平均介護度はほぼ同じである。

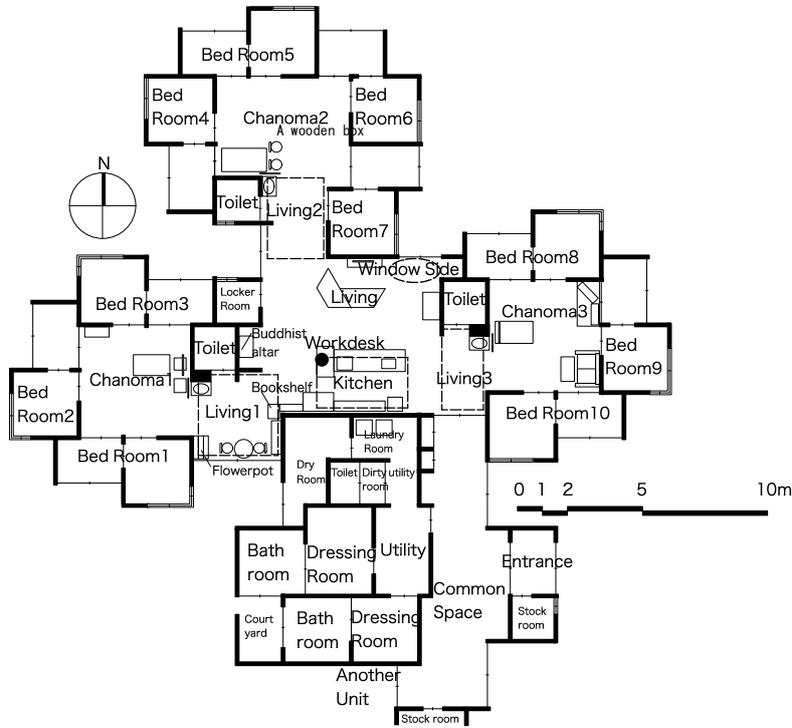


図4-2 特養 M の平面図

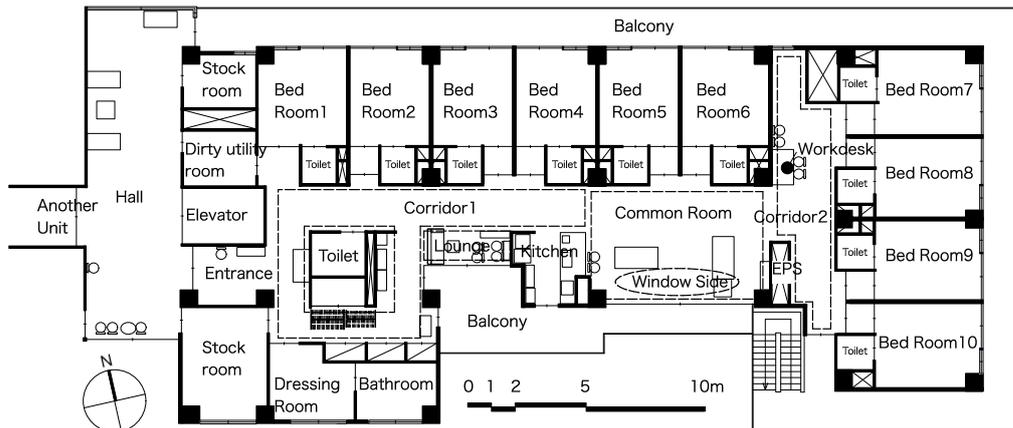


図4-3 特養 F の平面図

表 4-1 調査施設の概要

Name	Nursing Home M	Nursing Home F
Location	Shobara-shi, Hiroshima	Tachikawa-shi, Tokyo
Organization	Social Welfare Corporation	Social Welfare Corporation
Type	Nursing Home, Short Stay and Daycare Center	Nursing Home and Short Stay
Established	August, 2014	May, 2012
Capacity	10people per unit	10people per unit
Average age		91.9
Average nursing care level		3.9
Site area	13840㎡	2469㎡
Building area	4377㎡	1264㎡
Total floor area	4604㎡	4114㎡
Construction	One-stories	Five-stories

表 4-2 特養 M の入居者属性

	Resident 1	Resident 2	Resident 3	Resident 4	Resident 5	Resident 6	Resident 7	Resident 8	Resident 9	Resident 10
Type of Dementia	unknown	AD	unknown	AD	unknown	AD	No	unknown	AD	unknown
Age	101	96	91	88	90	76	82	79	96	82
ADL	C-1	B-2	C-1	B-2	C-1	A-2	B-2	C-2	B-2	C-1
Nursing Care Level of	5	3	4	4	4	4	4	4	4	5
Degree of Dementia	IIIb	IIIb	IIIb	IIIa	IIIa	IIIb	IIIb	IV	IIIa	IIIb
The way to move	On Wheelchair (Needs Assistance)	Doesn't Need Assistance	On Wheelchair (Needs Assistance)	Doesn't Need Assistance	On Wheelchair (Needs Assistance)	Need Assistance	On Wheelchair (Doesn't Need Assistance)	On Wheelchair (Needs Assistance)	On Wheelchair (Needs Assistance)	On Wheelchair (Needs Assistance)
move by oneself or not	x	○	x	○	x	x	○	x	x	x
eat by oneself or not	x	○	x	○	x	x	○	○	x	x
take a bath by oneself or not	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
defecate by oneself or not	x	○	x	○	x	x	x	x	x	x

表 4-3 特養 F の入居者属性

	Resident 1	Resident 2	Resident 3	Resident 4	Resident 5	Resident 6	Resident 7	Resident 8	Resident 9	Resident 10
Type of Dementia	AD	AD	unknown	AD	FTLD	AD	AD	VaD	AD	AD
Age	80	88	89	88	88	96	101	85	84	100
ADL	A-2	B-2	B-1	B-2	B-2	B-2	A-2	B-1	A-2	B-1
Nursing Care Level of Dementia	3	3	2	3	5	4	3	5	4	4
Degree of Dementia	IV	IV	unknown	IIIa	IV	IIIa	IIIa	IIb	IIIb	IIIa
The way to move	Needs Assistance	On Wheelchair (Needs Assistance)	Doesn't Need Assistance	On Wheelchair (Needs Assistance)	On Wheelchair (Needs Assistance)	On Wheelchair (Doesn't Need Assistance)	Needs Assistance	On Wheelchair (Doesn't Need Assistance)	Needs Assistance	On Wheelchair (Needs Assistance)
move by oneself or not	x	x	○	x	x	○	x	○	x	x
eat by oneself or not	x	x	○	x	x	○	○	○	○	○
take a bath by oneself or not	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
defecate by oneself or not	x	x	○	x	x	x	x	○	x	x

両施設の職員の勤務時間は表 4-4 のようになる。各勤務体制において担当している主な内容は同じであり、両施設とも個別ケアを尊重した運営を行なっている。

表 4-4 両施設の職員の勤務時間

Nursing Home M		Contents of Work
<p>Working Hours</p>		<p>Preparing breakfast and lunch, Bathing care, others</p> <p>Preparing lunch and dinner, Bathing care, others</p> <p>Preparing lunch and dinner, others</p>
Nursing Home F		Contents of Work
<p>Working Hours</p>		<p>Preparing breakfast and lunch, Bathing care, others</p> <p>Preparing lunch and dinner, Bathing care, others</p> <p>Preparing lunch and dinner, others</p>

日勤は特養 M においては週に 2-3 回、特養 F においては毎週火、水、木曜だけ 2 ユニットに 1 人がつく状態である。よって両特養において日勤のいない日が過半であり、実質的に日中は早番と遅番で仕事を回している。また早番と遅番が重なる時間は、午後、早番が入浴介助を行うため、ほとんどの時間は浴室・脱衣室に滞在している。このことから介護職員は日中、入居者の主な滞在空間において 1 人になるため、2 章 2 節で記述した通り、独りの判断で仕事をせざるを得なくなる。1 分ごとの単位については、要介護認定の際に用いられる「1 分間タイムスタディデータ」の算出方法を参照した。職員は入居者よりも動きが多く、既往研究で定点調査として行われてきた 10 分ごとの調査では十分とはいえない。本研究では、職員の介護動作に着目しているため、従来の調査よりも精度の高い手法を参照し、調査を行った。介護動作の記録では、同じ時間に 2 種類の介護動作が行われた場合に「ながらケア」とし、両方の介護動作を記録した。特養 M の入居者調査日は 2017 年 8 月 26 日、F は 2017 年 11 月 27 日、特養 M の職員調査日は 2017 年 8 月 23~25 日（23 日遅番、24 日日勤、25 日早番）、F は 2017 年 12 月 26~28 日（26 日遅番、27 日日勤、28 日早番）である。

2節 入居者の滞在場所と行為内容

本節では、入居者と空間配置の関係性を分析するため、入居者の移動に着目するものとし、入居者のうち自力で移動が可能な入居者を「自力移動可能者」と呼び、移動が困難な入居者を「自力移動困難者」と呼ぶ。

1. 特養M入居者の滞在場所と行為内容

図4-4に入居者の主な滞在場所を数字で図示した。主な滞在場所とは8-20時の間で最も頻繁に滞在した場所としている。図4-4より、入居者2、3、6はチャノマ1を共用空間の中の居場所としており、入居者1、4、5、7、8についてはリビング、入居者9、10はチャノマ3である。1節表4-2より、自力移動可能者は、入居者2、4、7でその他の入居者は「自力移動困難者」である。まずは自力移動可能者について考える。入居者2は、基本的にチャノマ1にいるが、14時と16時にリビングに行く姿が見られた。その際にリビングの入居者に対し、「(入居者2の名前)と申します。」とリビングに滞在している入居者に挨拶しており、自分の所属している集団と違う集団に接していることを意識している。入居者4は、自室とリビングの自席での滞在が主であるが、チャノマ2での滞在があるのは、何度も徘徊することが原因である。入居者7は最も多くの空間を利用している。特徴的なのはリビングの本棚を利用したり、仏壇で拝んだり、窓から外の花を眺めたりしている姿であった。自力移動困難者については、トイレや入浴を除くと、居室とリビングもしくはチャノマの2箇所の滞在に限られている。入居者8は、リビングに自席があるが、チャノマ3にも滞在があるのは職員の誘導によるものである。職員は入居者8の希望を聞き、別の共用空間へ誘導していた。

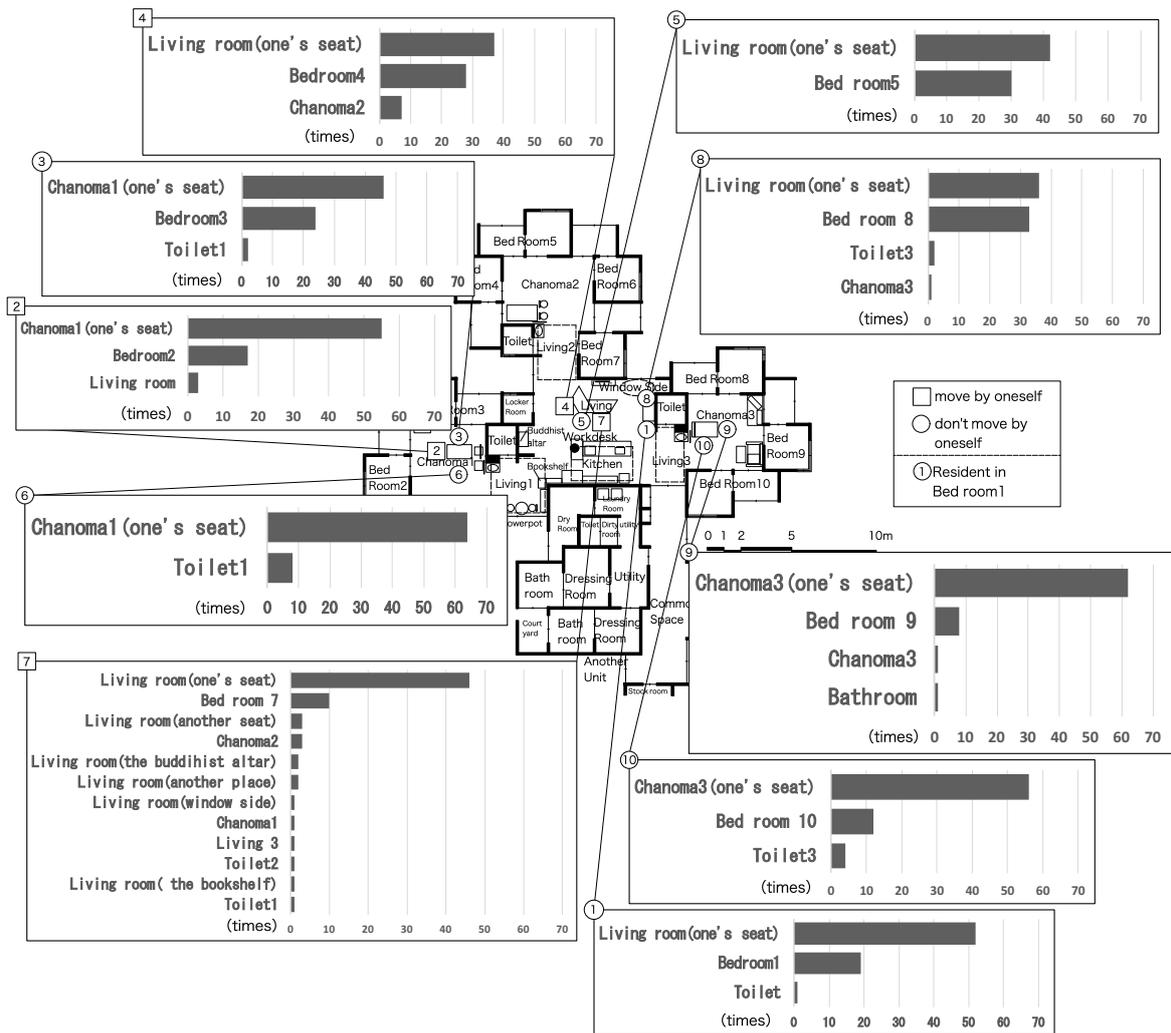


図 4-4 特養 M における入居者の主な滞在場所

図 4-5 に特養 M の入居者の主な滞在場所における行為内容を示した。共用空間では「寝る」「TV を見る」という行為が目立つ。まず自力移動可能者の行為内容を見てみると、入居者 2 は「洗濯物をたたむ」という家事手伝いを行っている。入居者 4、7 は「他の人と会話」が見られる。行為の種類は、自力移動可能者が自力移動困難者より多いというわけではない。しかし、実際に移動が多い入居者 7 は、行為の種類が他の入居者より大幅に多い (12 種類)。これは入居者 7 が自力で移動しながら、そこで得られる物的要素 (植物、仏壇、景色、本棚など) を利用し、多様な行為を生み出しているといえる。自力移動困難者の中で行為の種類が多いのは、入居者 8 (9 種類) と入居者 10 (8 種類) になる。入居者 8 は、リビングの端が自席であることから、リビング内がよく見え、他の人を見る等の行為の種類が増え、入居者 10 は、来客があり、チャノマ 3 で一緒に過ごしたことから行為の種類が増えている。

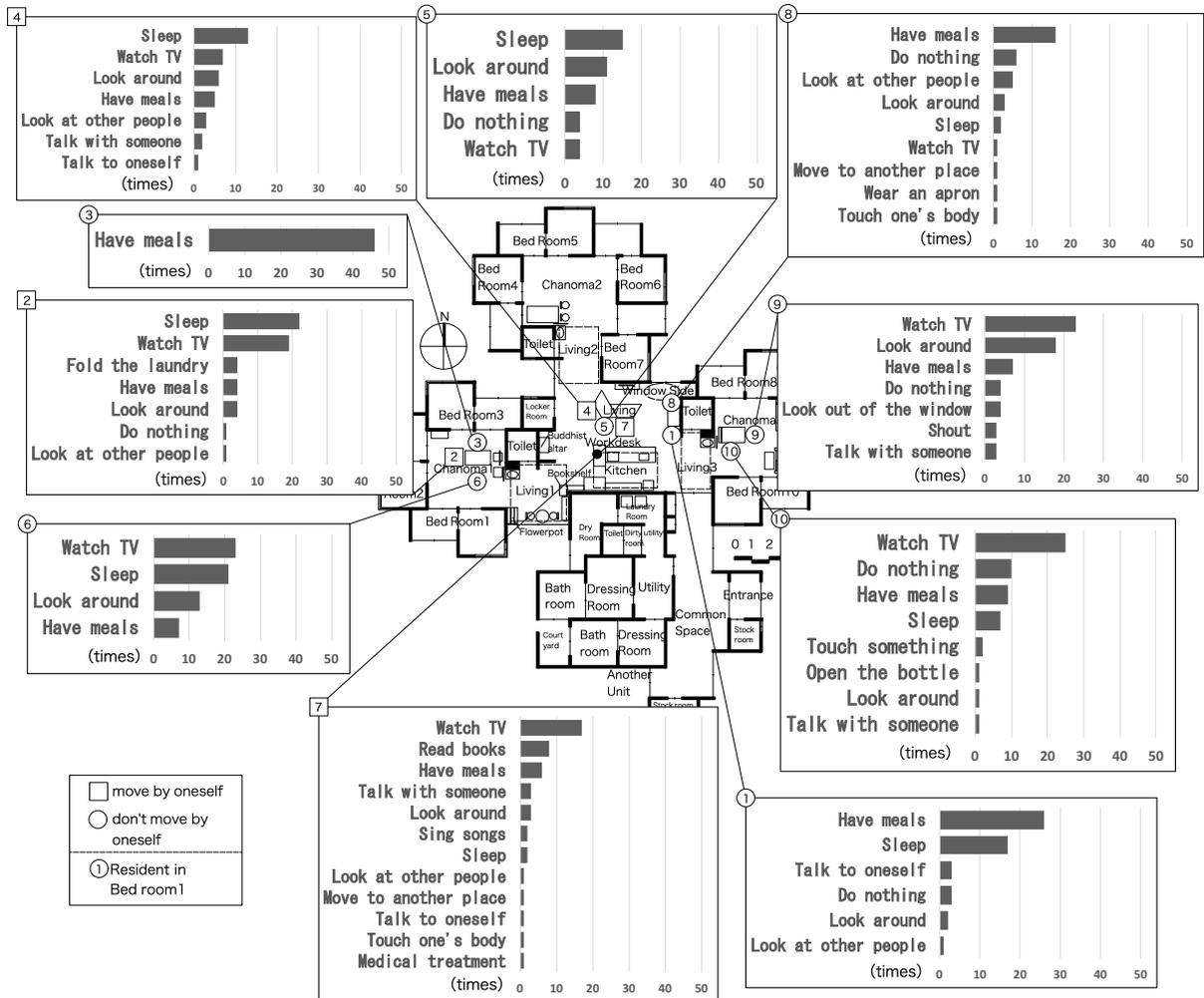


図 4-5 特養 M における入居者の主な滞在場所における行為内容

2. 特養 F 入居者の滞在場所と行為内容

図 4-6 に入居者の主な滞在場所を数字で図示した。1 節表 4-3 より、自力移動可能者は、入居者 3、6、8 でその他の入居者は自力移動困難者である。まずは自力移動可能者について考える。入居者 3 は、認知症がないので、他の入居者と交流することを好まず、1 日を自室で過ごしている。入居者 6 は、食事の際に共同生活室を利用するが、それ以外は居室のベッドで過ごす。時々食事以外の時間に自室より出て、共同生活室の窓際から外を眺めている姿が見られた。窓際は日当たりが良く、景色が良いため、入居者 6 がわざわざ足を運ぶ場所となっている。このようにある入居者にとっては、外を眺められる場所は移動の動機になる。入居者 8 は自室と共同生活室の自席以外の滞在はあまりない。自力移動困難者については、特養 M と同様、トイレや浴室を除くと居室と共同生活室の 2 箇所の滞在が多い。入居者 5、10 は、共同生活室の窓際でも滞在が見られるが、職員が意図的に誘導していることから、窓際は、入居者の第 2 の滞在場所として職員によって選ばれていることが分かる。

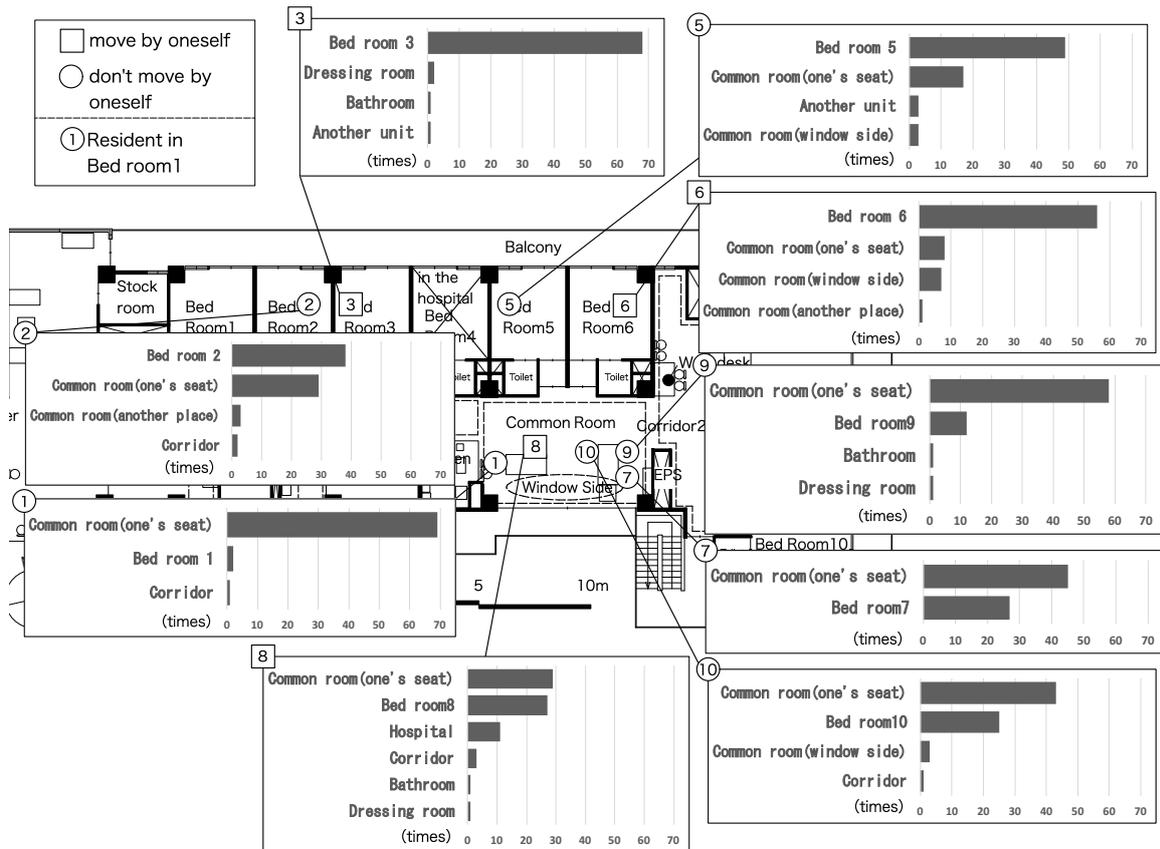


図 4-6 特養 F における入居者の主な滞在場所

図4-7に特養Fの入居者の主な滞在場所における行為内容を示した。「寝る」「何もしない」「見回す」という行為が目立つ。まず自力移動可能者の行為内容を見てみると、入居者3は自室で過ごしているが、施設の方針で職員はできるだけ入居者3に声かけすることが共有されている。よって職員との会話の割合が多く、入居者3は一定の刺激にある生活が保たれている。入居者6は寝ていることが多い。入居者8は、他の入居者から好意をもたれていないことから、入居者との会話はなく、職員との会話であった。自力移動困難者について、行為の種類が多いのは、入居者1、7、9である。入居者1は共同生活室を見渡せる位置に自席があることから、他者を見たり、見渡したりする行為が多い。入居者7と9は仲がよく、頻繁に会話をする姿が見られた。移動困難者は特に相性の良い入居者と席を近くすることで、歌を歌う、新聞を読む等、多様な行為が促進される。



図4-7 特養Fにおける入居者の主な滞在場所における行為内容

以上より、特養Mにおける多様な空間や特養Fにおける景色という要素を利用しながら生活している入居者は存在し、自力移動可能者にとってそうした空間の価値は感じられる。自力移動困難者は、自力での移動が困難なことから自室と共用空間の2箇所の滞在が主であったが、職員による共用空間（リビングからチャノマ）への誘導(特養M)や職員による共同生活室での窓際への誘導(特養F)が見られた。ヒアリング調査からそれらの行為の背景には、入居者による要望や、職員が入居者を気分転換させる目的があった。このように職員が入居者の複数箇所の滞在を誘導したり、声かけや会話を行うなどの働きかけを行ったりすることで入居者の生活に刺激を与えていることが分かる。

3節 各施設の介護動作の量的比較と空間配置との関係性

1. 職員の介護動作の分類

介護職員の介護内容の分類に関しては、要介護認定の際に用いられる「1分間タイムスタディデータ」の介護動作の分類を参照した。直接介護と間接介護の分類はそれほど明瞭ではなく、「個人を対象とするかー集団を対象とするか」「入居者との直接的な接触かー間接的な接触（準備や片付け）か」という2つの次元が含まれる⁵³⁾。本研究においては、直接的な働きかけを重視するため、1分間タイムスタディデータの介護動作の分類を以下の3点を修正して用いた。

- ・間接介護の中に職員の「移動」（入居者に関わることなく移動している場合）を追加した。
- ・直接介護の中の「その他の身のまわりの世話」の中に「身辺整理、衣類入れ替え・補修」があるが、入居者に直接的に働きかける介護に当たらないため、間接介護の「その他」に変更した。
- ・直接介護の中の「声かけ・見守り」をより詳細な3項目に分け、「会話」を、発話の1往復以上のもの、「声かけ」を一方的な話しかけで主に働きかけの前に行われるもの、「見守り」は、常時実施しているもの（第6章にて詳述）として扱い、削除した。

変更後の表の中分類までを表4-5として以下に示す。

表 4-5 介護動作の分類

Upper Classification	Middle Classification	Upper Classification	Middle Classification
Direct Contact Care	Transfer	Non-contact Care	Carry items
	Sanitation		Rotation
	Bathing		Bathing
	Change of Clothes		Meal
	Meal		Drink Water
	Assistance in Drinking Water		Toilet
	Toilet Duty		Laundry
	Lead Residents		Clean Rooms
	Nurse Routine		Others
	Talk with Residents		Management
Staff's Free Time	Speak to Residents		Meeting
	Others		Deal with Visitors
	Take a Rest		Repair and Maintenance
	Others		

2. 介護動作の回数の比較

職員の行動観察調査において、職員が同じ時間に2種類の介護動作を行っている場面が見られた。よって、表4-6のように1種類の動作を行った場面を単一ケア、2種類の動作を行った場面を「ながらケア」とし、回数のカウント方法については、勤務時間内の1分ごとの介護動作1回を1とカウントし、「ながらケア」が見られた場合には、2種類の介護動作を1ずつカウントした。「ながらケア」が多い職員ほど1日の介護動作の合計は多くなる。

表 4-6 介護動作の回数のカウント方法

	Staff's Care	Care Style	Count
9:00	Transfer+Speak to Residents	Concurrent Care	2
9:01	Transfer	Single Care	1
9:02	Bathing+Talk with Residents	Concurrent Care	2
	:	:	:

表4-7に1項で分類した介護動作が、職員の各勤務時間内の1分ごとの調査において何回見られたかを示した。直接介護の内容としては食事介護、排泄介助、入浴介助、声かけが多い。直接介護において、特養F早番の直接介護-会話が64回と多いのは、入浴介助の時に職員と入居者の会話が続いていたためである。間接介護においては食事準備が大半であり、全介護動作の中で最も多かった。それに伴い、職員はキッチンでの滞在が長くなる。職員の6人中5人、直接介護が間接介護を上回っていた。管理業務では事務作業、連絡・打ち合わせが大半を占めており、内容としては申し送りと施設での行事の相談、入居者についての相談である。特養Mは3勤務体制とも一定の会話が行われているが、特養Fは個人差がある。声かけの回数に大きな違いはなかった。

表 4-7 介護動作の回数

Upper Classification	Middle Classification	Nursing Home M			Nursing Home F		
		Early Shift	Late Shift	Day Shift	Early Shift	Late Shift	Day Shift
Direct Contact Care	Transfer	12	17	3	11	9	21
	Sanitation	4	7	8	0	1	0
	Bathing	25	0	0	74	0	0
	Change of Clothes	27	0	0	0	0	1
	Meal	43	62	73	32	47	20
	Assistance in Drinking Water	1	22	6	15	0	14
	Toilet Duty	18	61	35	52	81	27
	Lead Residents	12	3	18	23	15	13
	Nurse Routine	0	0	0	1	0	9
	Talk with Residents	46	49	39	64	18	39
	Speak to Residents	54	41	43	57	44	41
Others	2	6	5	3	3	2	
Sub-Total		244	268	230	332	218	187
Non-contact Care	Carry items	9	10	6	12	3	2
	Rotation	6	3	2	11	15	11
	Bathing	0	0	0	4	0	0
	Meal	137	149	165	64	123	180
	Drink Water	16	7	7	5	0	5
	Toilet	0	0	0	0	0	0
	Laundry	5	17	6	0	10	1
	Clean Rooms	9	9	4	9	3	3
Others	3	3	6	61	34	18	
Sub-Total		185	198	196	166	188	220
Management	Office Work	22	85	86	26	24	7
	Meeting	135	72	48	71	139	28
	Deal with Visitors	11	2	0	9	3	4
	Repair and Maintenance	1	0	0	0	0	0
Sub-Total		169	159	134	106	166	39
Staff's Free Time	Take a Rest	19	25	50	60	60	60
	Others	19	3	6	7	1	0
Sub-Total		38	28	56	67	61	60
Total		636	653	616	671	633	506

*n>50 times : light gray n>100 times : dark gray

**The Details of Others in Non-contact Care:Wash one's hands,Close a door, Close the curtains,Decorate a room, Change sheet, Prepare hot water bottle, Set the temperature of the air conditioner, Pick up or put on something,Hand out something

表 4-8 に、同じ勤務体制ごとと比較し、3 勤務体制においていずれももう一方の施設の回数を上回っている行為を示した。ただし特養 F の日勤は他の職員より 2 時間勤務時間が短い。よって比較のため、全て 1 時間あたりの回数の表記とした。

直接介護-食事については食事介助を意味するが、特養 F より特養 M の方が多い。特養 F は共用空間が一まとまりになっているため、2 名同時に食事介助する場面が多く、食事介助が短時間で済むことから回数が少ない。間接介護-移動について、特養 M は廊下^{注5)}のない作りになっているが、特養 F は共同生活室と各居室を廊下で繋いでいるため、移動しているのみという動作が多く見られた。

表 4-8 両施設の介護動作の回数の比較（1時間あたり）

		Nursing Home M			Nursing Home F		
Upper Classification	Middle Classification	Early Shift	Late Shift	Day Shift	Early Shift	Late Shift	Day Shift
Direct Contact Care	Meal	4.8	6.9	8.1	3.6	5.2	2.9
	Rotation	0.7	0.3	0.2	1.2	1.7	1.6
Non-contact Care	Drink Water	1.8	0.8	0.8	0.6	0.0	0.7
	Laundry	0.6	1.9	0.7	0.0	1.1	0.1
	Others	0.3	0.3	0.7	6.8	3.8	2.6

The greater number of times are shaded in gray

3. 介護動作と空間配置との関係性

本研究では、入居者への直接的な働きかけを重視しているため、介護動作の中でも、直接介護が行われる場所に絞って考察を行う。

図 4-8 に特養 M の各職員の一泊あたりの直接介護量を行われる場所ごとに示した。

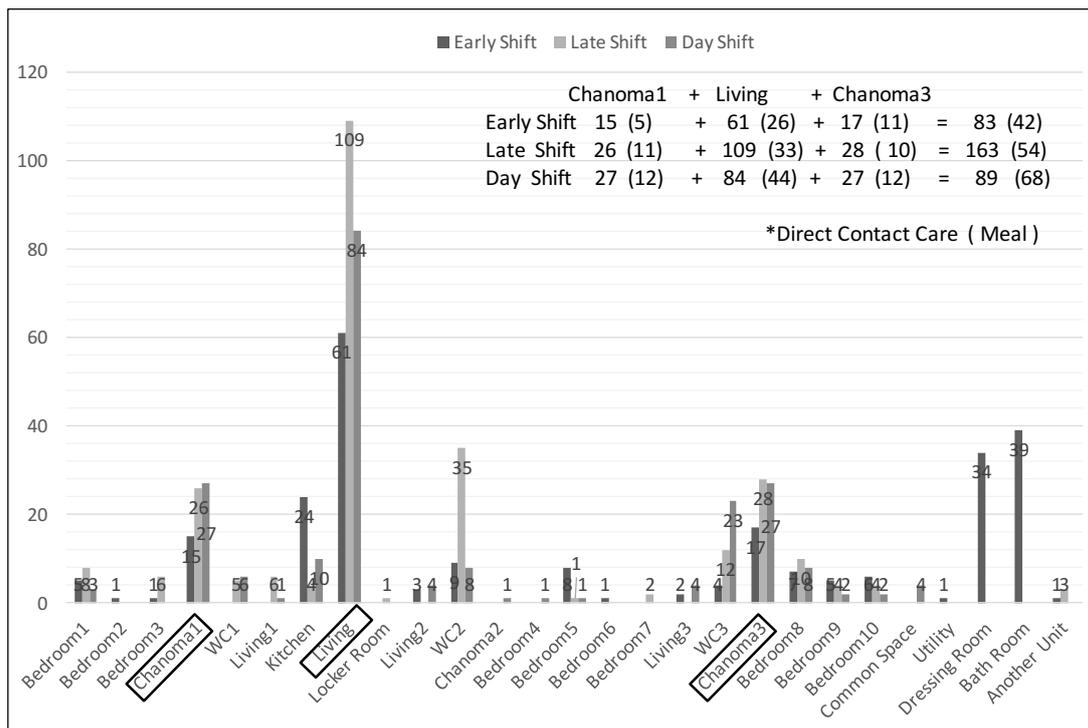


図 4-8 特養 M の共用空間における直接介護量

入居者の主な滞在場所であるリビング、チャノマ 1、3 においては、3 勤務体制共、リビングでの直接介護量が多かった。これはリビングに食事介助や見守りの必要性の高い入居者、職員と交流を持ちたい入居者が居場所としていることによる。キッチンではリビングの入居者と会話をする職員としない職員が存在した。

図4-9に特養Fの各職員の1日あたりの直接介護量を動作が行われる場所ごとに示した。

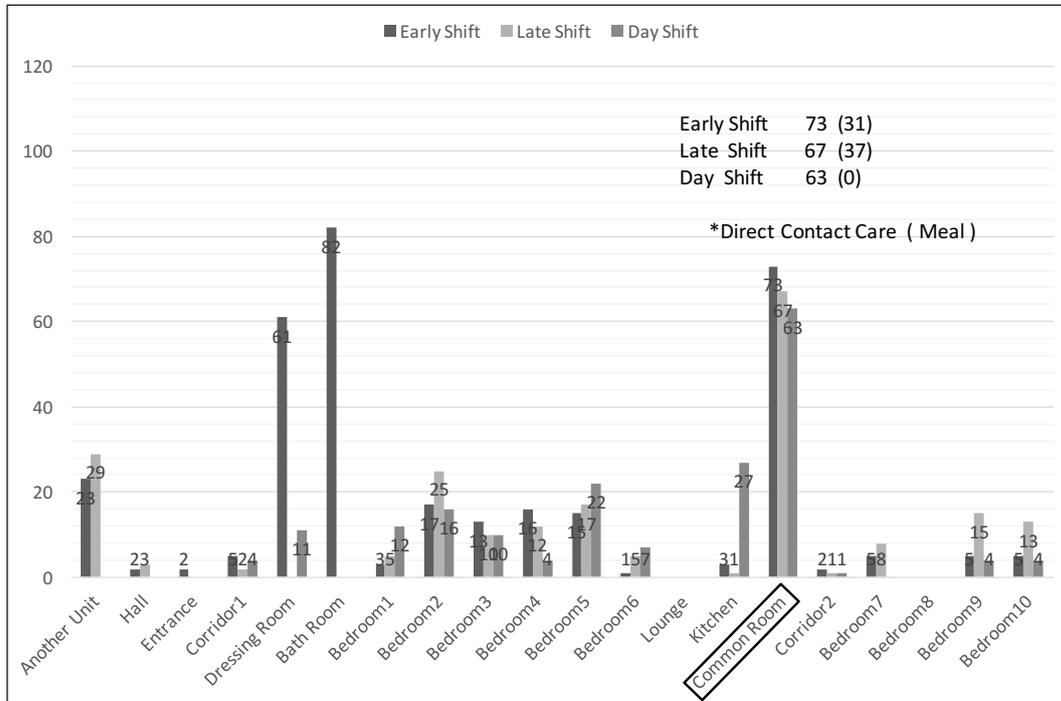


図4-9 特養Fの共用空間における直接介護量

3勤務体制において、共同生活室における直接介護量が多い。キッチンについては特養Mと同様、共同生活室にいる入居者と会話する職員としない職員がいた。また、早番職員は入浴中に入居者と会話をしていたため、浴室、脱衣室での会話が多い。

図4-8、4-9を比較してリビング1、2、3(位置は1節図4-2参照)は特養Mにおける廊下の役割を担っていると考えられるが、洗面台があることから、手を洗う、歯磨きをする、という行為が見られた。場所ごとの直接介護量を比較すると、特養Mのリビングと特養Fの共同生活室では総量に大きな違いはない。よって共用空間の人数が多ければ直接介護が増えるわけではない。また、特養Mのチャノマ+リビングの直接介護量と特養Fの共同生活室の直接介護量を比較すると、図4-8,4-9の右上の数字のように、早番83回>73回、遅番163回>67回、日勤89回>63回となり、特養Mの方が全勤務体制において多い。よって共用空間を分散している特養Mの方が職員から入居者への直接介護量は増えている。その要因としては、図4-8,4-9右上の()内に示した数字のように食事介助の回数の違いによる。特養Fでは早番職員が入居者1と5、遅番職員が入居者2と5を同時に食事介助

している場面が見られ、2名同時の食事介助が一般的になっていた。それに対して特養Mは食事介助の必要のある人はチャノマ1、3、リビングに分散し、1名ごとであり、回数の違いに影響を与えた。

以上より、入居者の居場所となる共用空間において特養Mの直接介護量は、全勤務体制において特養Fよりも多いことが分かった。その要因としては、共用空間の分散配置により職員の食事介助の実施場所が分散したこと、それに伴って食事介助を一度に行う人数に影響を与えたことが考えられる。

4節 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性

1. 「ながらケア」における介護動作の組み合わせ

表4-9に両施設の「ながらケア」と単一ケアの回数を示した。「ながらケア」はどの勤務体制においても20-30%見られる。職員の勤務時間中に見られた会話の中で、会話単独で起こる回数は全ての職員において10回以下である。「会話のみ+会話を含む「ながらケア」のうち、「会話を含む「ながらケア」の割合は、80%以上であった。特養Mの早番、遅番においては100%が「ながらケア」の中で行われていた。声かけについても75~95%であり、「ながらケア」は会話・声かけを生み出すための重要な行為であると考えられる。

表4-9 「ながらケア」と単一ケアの回数

		特養M			特養F		
		早番	遅番	日勤	早番	遅番	日勤
単一ケア(回)	声かけ(A)	6	7	9	4	3	7
	会話(B)	0	0	5	5	3	8
	連絡・打ち合わせ	126	38	34	52	106	5
	他の応対	10	2	0	7	3	4
	上記以外	212	289	302	208	208	189
合計(回)		354	336	350	276	323	213
ながらケア(回)	声かけ+介助行為(AA)	54	34	32	53	40	33
	会話+介助行為(BB)	40	49	34	59	15	32
	連絡+介助行為	13	36	14	30	38	22
	他の応対+介助行為	0	0	0	2	4	0
	合計(回)		107(23%)	119(26%)	80(19%)	144(34%)	97(23%)
一日のケアの総数(回)		461	455	430	420	420	300
声かけを伴うながらの割合	AA/(A+AA)×100	90	83	78	93	93	83
会話を伴うながらの割合	BB/(B+BB)×100	100	100	87	92	83	80

()内は一日のケアの総数に対して、ながらケアが行われる割合である

表 4-10 に、「ながらケア」の全組み合わせを示した。最上段 声かけ (Speak to Residents) を含む「ながらケア」は、声かけが直接介護なので、全て、直接介護を含む「ながらケア」(計 282 回)であり、その下の会話 (Talk to Residents) も同様である(計 250 回)。連絡・打ち合わせ (Meeting) を含む「ながらケア」は、介護行為 12 項目中 7 項目は直接介護が行われている(計 40 回、他 113 回)。最下段の他の応対 (Deal with Visitors) を含む「ながらケア」のみ、直接介護を含まない(計 6 回)。これらについて、直接介護を含むかどうかで分けて合計すると、「ながらケア」691 回中、572 回が直接介護を含んでいることから、「ながらケア」を増やすことは、声かけや会話のみならず直接介護を増やすことにつながる。

「ながらケア」において、会話と同時に行われる行為は何かをしてみる。表 4-10 の中段 Sub-Total において、直接介護-食事介助は 66 回、間接介護-食事準備は 56 回と他の介護行為よりも多い。入浴介助を行う早番において、直接介護-入浴介助が 26 回と、多いことから、入浴時は会話のきっかけになっている。声かけについては、直接介護-食事介助が 82 回で多い。キッチンで行われる介護動作が多いのは会話と同様である。誘導の際にも声かけが行われているが、これは入居者に対する行為への前置きであると考えられる。

表4-10 「ながらケア」の全組み合わせ

				Nursing Home M			Nursing Home F			Sub-Total	Total		
				Early Shift	Late Shift	Day Shift	Early Shift	Late Shift	Day Shift				
Direct Contact Care	Speak to Residents	+	Direct Contact Care	Transfer	2	0	1	3	2	1	9	282	
				Sanitation	0	2	0	0	0	0	2		
				Bathing	12	0	0	15	0	0	27		
				Change of Clothes	8	0	0	9	0	0	17		
				Meal	10	16	22	13	21	0	82		
				Assistance in Drinking Water	2	1	1	0	0	12	16		
				Toilet Duty	9	9	3	0	6	3	30		
				Lead Residents	0	2	2	5	11	2	22		
				Nurse Routine	0	0	0	0	0	7	7		
				Non-contact Care	Meal	11	4	0	6	0	8		29
				Others	0	0	0	1	0	0	1		
				Management	Office Work	0	0	3	1	0	4		
Total				60	41	41	57	43	40				
Direct Contact Care	Talk with Residents	+	Direct Contact Care	Sanitation	0	0	1	0	1	0	2	250	
				Bathing	0	0	0	26	0	0	26		
				Change of Clothes	0	0	0	19	0	1	20		
				Meal	18	23	20	2	3	0	66		
				Assistance in Drinking Water	0	15	5	1	1	0	22		
				Toilet Duty	0	0	3	0	5	0	8		
				Lead Residents	0	0	0	0	0	1	1		
				Nurse Routine	0	0	0	1	0	2	3		
				Others	0	4	0	0	0	0	4		
				Non-contact Care	Rotation	0	0	0	0	0	2		2
				Meal	19	2	4	0	5	26	56		
				Others	0	0	1	8	0	0	9		
Management	Office Work	3	5	0	2	0	10						
Total				40	49	39	64	18	40				
Management	Meeting	+	Direct Contact Care	Transfer	0	0	0	0	3	3	6	40	
				Change of Clothes	0	0	0	6	0	0	6		
				Meal	2	2	0	1	0	0	5		
				Assistance in Drinking Water	0	1	0	0	0	0	1		
				Toilet Duty	0	1	0	2	8	3	14		
				Lead Residents	0	0	0	3	1	2	6		
				Carry items	0	2	0	0	0	0	2		
				Non-contact Care	Rotation	0	0	0	0	1	0		1
				Meal	7	14	14	5	16	14	70		
				Drink Water	3	0	0	0	0	0	3		
				Others	0	0	0	7	2	0	9		
				Management	Office Work	1	16	0	6	7	30		
Total													
Management	Deal with Visitors	+	Non-contact Care	Rotation	0	0	0	1	0	0	1	6	
				Others	0	0	0	1	4	0	5		

2. 「ながらケア」における介護動作と空間との関係性

1項より、「ながらケア」を増やすことが直接介護量の増加につながると考えられること、そして、「ながらケア」は職員が身につけるべき重要な技術である³⁸⁾という前提の下、「ながらケア」が行われやすい空間について検討する。食事準備しながらの会話・声かけは特養Mの方が多く起こっていた。特養Mのキッチンは、リビングの長辺方向に接している(1節図4-2参照)ため、キッチンにいる職員と入居者の距離が近い。リビングを主な滞在所にしている入居者1、4、5、7、8とキッチンに職員が立つ位置との距離は3m、4m、2.5m、2.5m、4.5mである。特養Fのキッチンは共同生活室の短辺方向に接し(図4-3参照)、入居者と職員の距離は2m、8m、4m、8m、6mである。西出⁵⁴⁾の距離帯から見ると3m以内が、会話が起る限界の距離帯とされるため、その範囲内に入居者が多い方が会話につながりやすい。よってキッチンとリビングの距離が近い配置に配慮すべきである。食事介助しながらの会話については、食事介助をする入居者とではなく、別の近くの食事が自立している入居者と話をする場合が多かった。例として、特養Mにおいては、入居者3を食事介助するときに入居者2と、入居者5を食事介助中に入居者4、7と話をする場面が度々見られた。特養Fにおいては、入居者1や2、5に食事介助するときに入居者8と話をしていた。よって、職員は食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置を検討すべきである。事務作業をしながらの会話については、特養Mにおいては作業デスクがリビングの一角にあることから、入居者から職員へ話しかける場面が全てであった。それに対し、特養Fは共同生活室から死角となる位置に作業デスクがあるため会話が生まれにくかった(図4-2、4-3参照)。数回見られる事務作業をしながらの会話は、共同生活室のテーブルで職員が事務作業をしていた際のものである。職員の集中できる環境も大切ではあるが、入居者が会話できるという観点からは作業デスクはリビングの一角の方が望ましい。

以上より、職員が「ながらケア」に移行しやすい空間については、キッチンとリビング(共同生活室)の距離が近い配置であること、食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置であること、作業デスクはリビング(共同生活室)の一角に設けること、が考えられる。

5節 職員の労働の流れと空間配置との関係性

3節において介護動作の種類、4節において、「ながらケア」の組み合わせについて示してきた。本節では、これらの1日の流れを記述すると共に、空間配置との関係性を分析する。その際にも本研究において重要な視点である「直接介護」を含むケアを中心に扱う。

1. 各職員の労働の流れ

図4-10、4-11に特養M、Fにおける職員の1日の滞在場所（入居者の主な滞在場所である共用空間のみ）を示した。網かけは直接介護を含む「ながらケア」であり、濃い網かけは直接介護（単一ケア）を示している。共用空間内においては「ながらケア」の割合が多い。これは入居者が大半の時間、共用空間に滞在し、4節表4-10に示したような「ながらケア」が起こりやすいためである。その他の室での直接介護（単一ケア）は、多くが居室における移乗や誘導、もしくは排泄介助のためであった。排泄介助は入居者の訴えがあればすぐに対応するため、勤務時間内は頻繁であった。主な1日の介護の流れは両施設において同じである。早番は朝食準備・介助の後、入浴介助をする。遅番は昼食介助、おやつ、夕食準備・介助、就寝介助で、日勤は朝食介助、昼食準備・介助、おやつである。

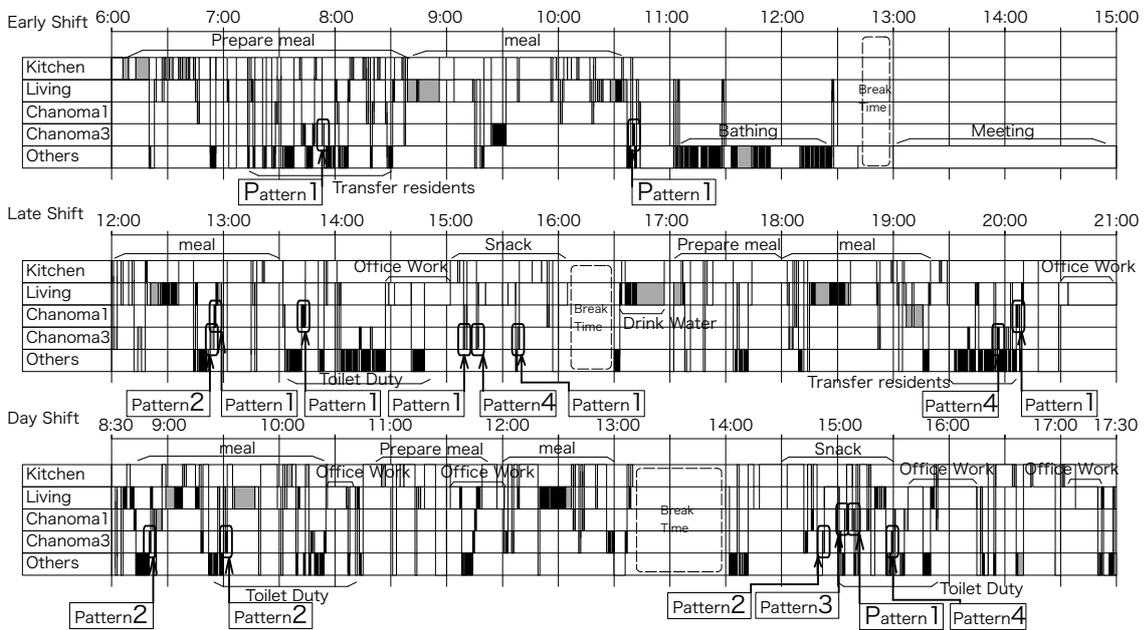


図4-10 特養Mにおける職員のケアの流れ

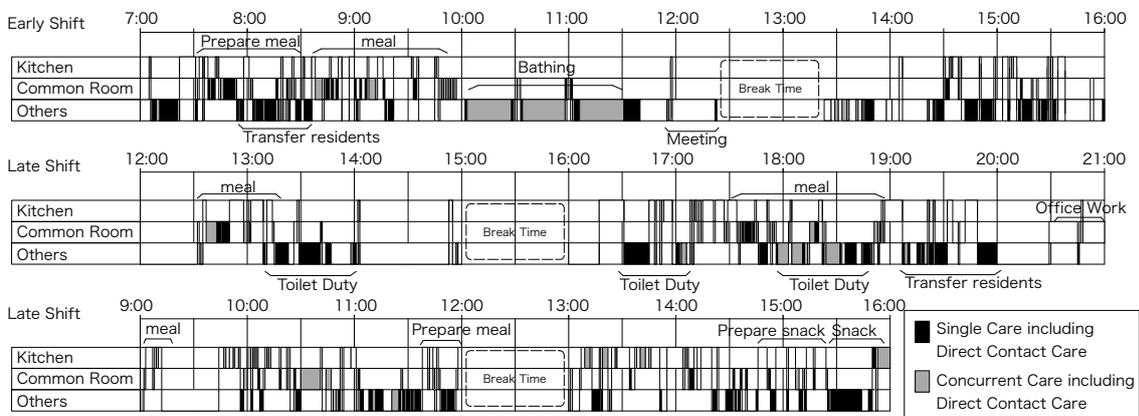


図4-11 特養Fにおける職員のケアの流れ

2. 労働の流れと空間配置との関係性

職員は、特養Mのリビングや特養Fの共同生活室においては数十分に及ぶ滞在があるが、特養Mのチャノマ1、3では数分以内に必ず移動している。これは職員の食事準備や事務作業を行う場所が、リビング、共同生活室に集中しているからである。特養Mのチャノマ1、3はおおよそ1時間に1回は何らかの直接介護が提供されている。職員によるとチャノマはキッチンから死角となるが、音と目視により安否確認は可能だとのことであった。チャノマ1、3への滞在の背景を細かく分析していくと、別の用事の前後における滞在看られた。以下の4種類が見られ、図4-12に事例の場면을図示した。

また、図4-10の該当する場面に記号を記入した。

- ・職員が入居者の居室に行く前後-Pattern 1
- ・職員がチャノマ付近の洗面所で手を洗った後-Pattern 2
- ・チャノマ付近の便所で他の入居者の排泄介助をした直後-Pattern 3
- ・ユニット外から職員が戻った後-Pattern 4

図4-10よりPattern 1は、早番、遅番、日勤合わせて8回と、他のパターン（2は4回、3は1回、4は3回）よりも多く見られた。

3節において特養Mの共用空間の直接介護量が増加していることを示したが、その要因としてさらに、チャノマの空間配置による影響が考えられた。1つ目にチャノマが入居者の居室に行く経路に近いこと、2つ目にチャノマの近くに便所や洗面所という職員が頻繁に利用する設備が備えられていることである。

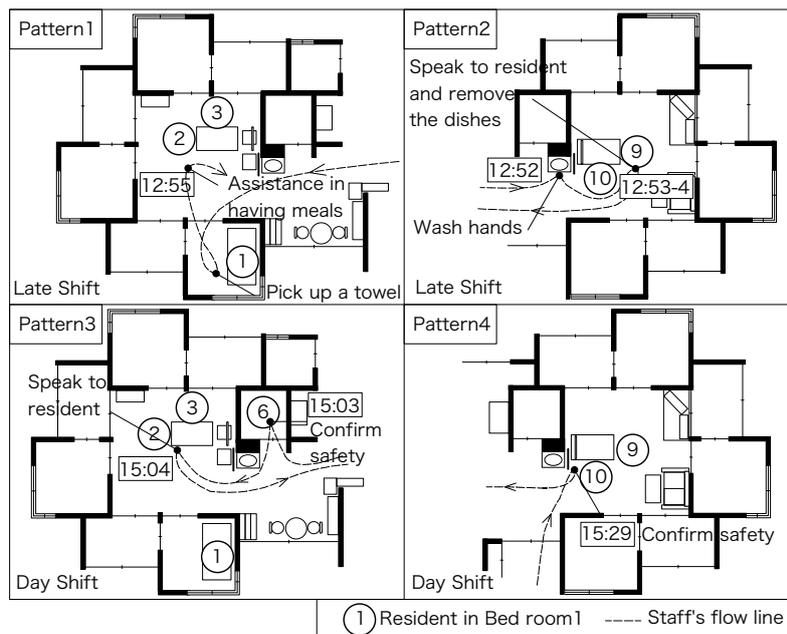


図4-12 別の用事の前後における滞在の4パターン

6節 入居者からみた直接介護の量的比較

これまでの節において、職員からみた入居者への働きかけを分析してきた。本節では、入居者一人一人が調査対象となった各勤務体制の職員からどのような働きかけを受けているのか入居者からみた分析を加える。

図4-13に調査対象の特養M早番職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

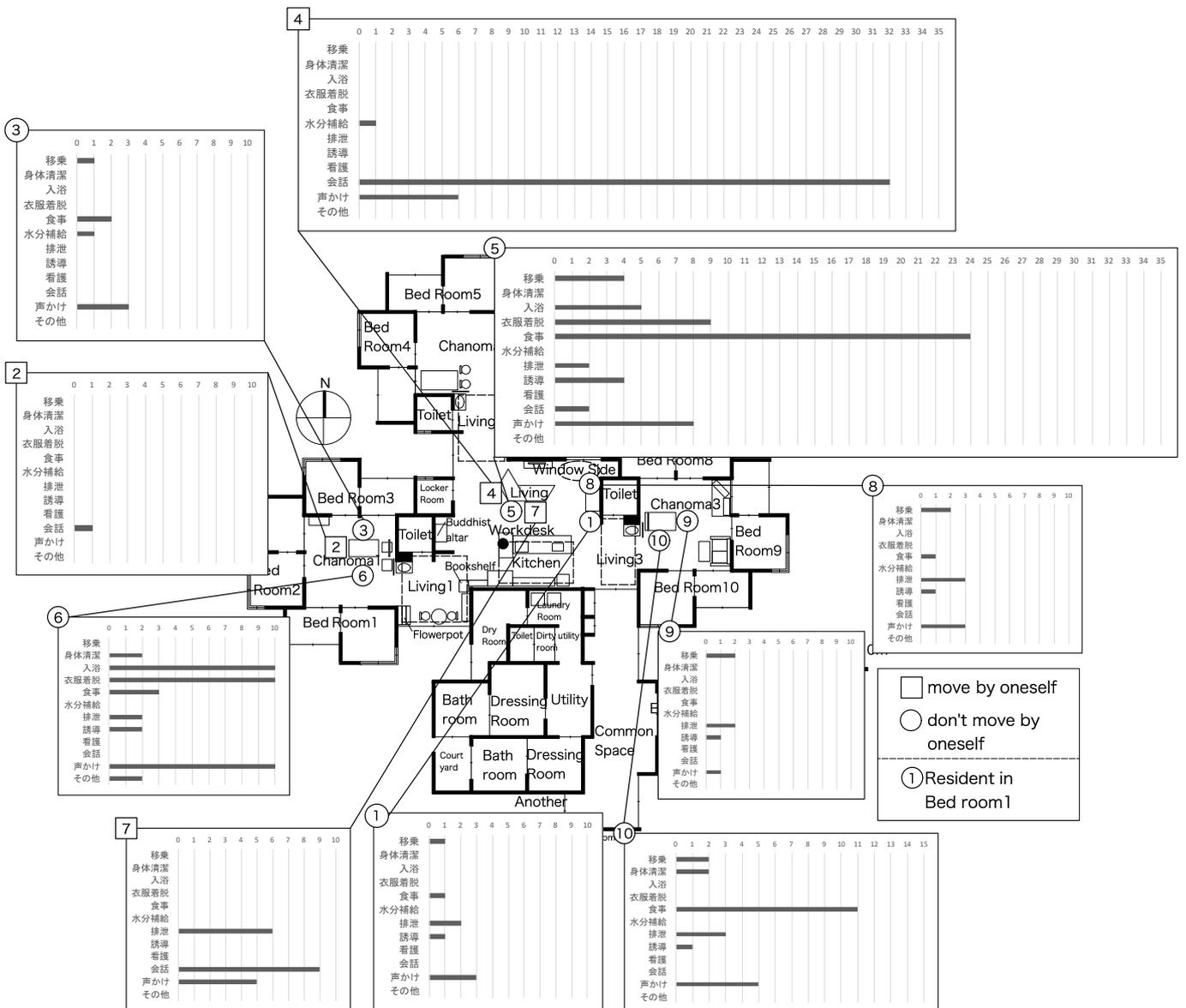


図4-13 特養Mにおける早番職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者は、他の働きかけと比較すると、会話、声かけを受ける回数が多い。入居者4、7はリビングを居場所としていて、会話がそれぞれ32回、9回あるのに対し、入居者2はチャノマ1を居場所としていて、会話が1回と極端に少ない。しかし、2節図4-4, 4-5を見ると、入居者2は入居者4と比較して、滞在場所や行為内容の多様性に大きな違いはない。また、入居者2は時々リビングに移動して、リビングの入居者と交流する場面が見られたため、入居者2は、交流の仕方を場所移動によって選択している。よって入居者2は職員から受ける働きかけは少ないものの、自力移動できることで一定の刺激のある生活を送っているといえる。自力移動困難者は、会話より声かけが多く、身体介助の割合が多い。声かけの量はチャノマ1、3、リビングを比較して、個人差はあるものの場所による傾向は見られない。

図4-14に調査対象の特養M遅番職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

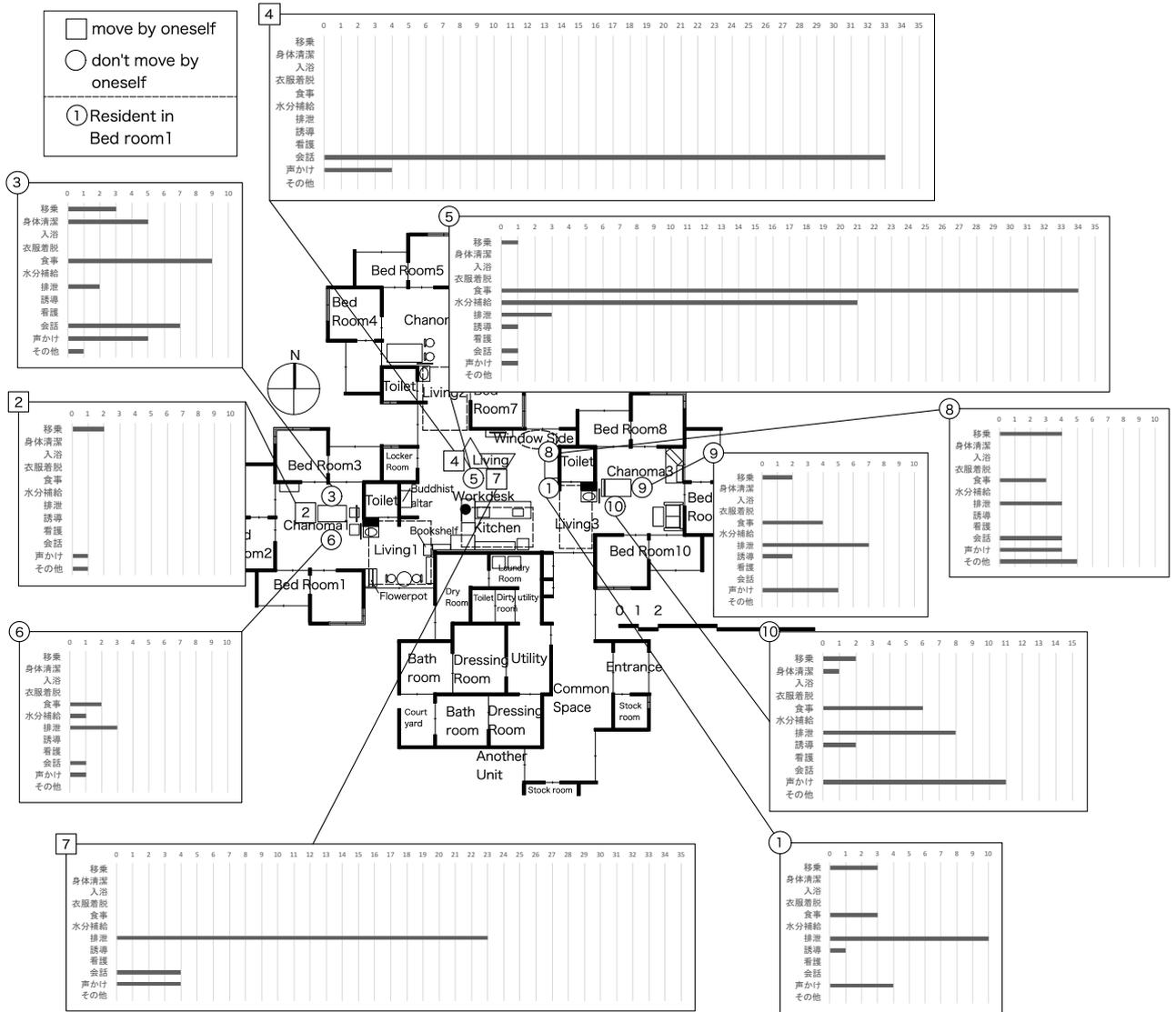


図4-14 特養Mにおける遅番職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者については、入居者4は、早番と同様、会話が33回であり多い。入居者4は職員に頻繁に話しかけるため、職員からの働きかけに関わらず一定の会話が生まれている。リビングを居場所とする入居者4、7への会話は入居者5の食事介助中に行われることが多く、入居者5との会話、声かけは少ない。自力移動困難者については、身体介助の割合が多いが、会話が行われている入居者も多い。入居者3は、会話が成立しにくい入居者であるが、食事介助中の職員による日常会話にうなずくといった反応が見られた。入居者8は、洗濯物を一緒にたたむ等の家事に参加することで会話が引き出されていた。

図4-15に調査対象の特養M日勤職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

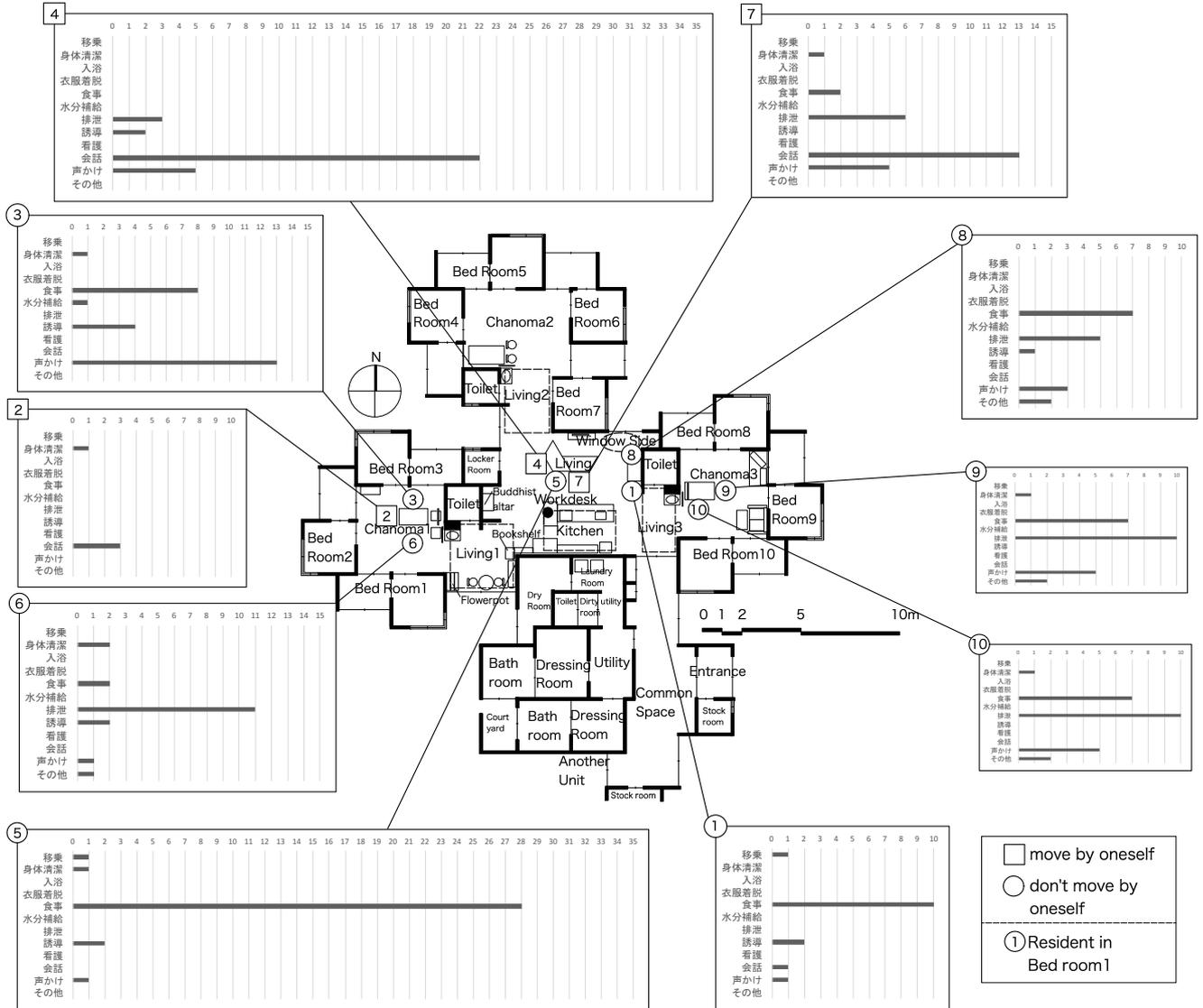


図4-15 特養Mにおける日勤職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者については、早番と同様、会話、声かけが多く、チャノマ1の入居者は会話の回数が少ない傾向があった。自力移動困難者については、会話より声かけが多く、声かけは、チャノマ1、3、リビングの場所による傾向は見られなかった。

図4-16に調査対象の特養F早番職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

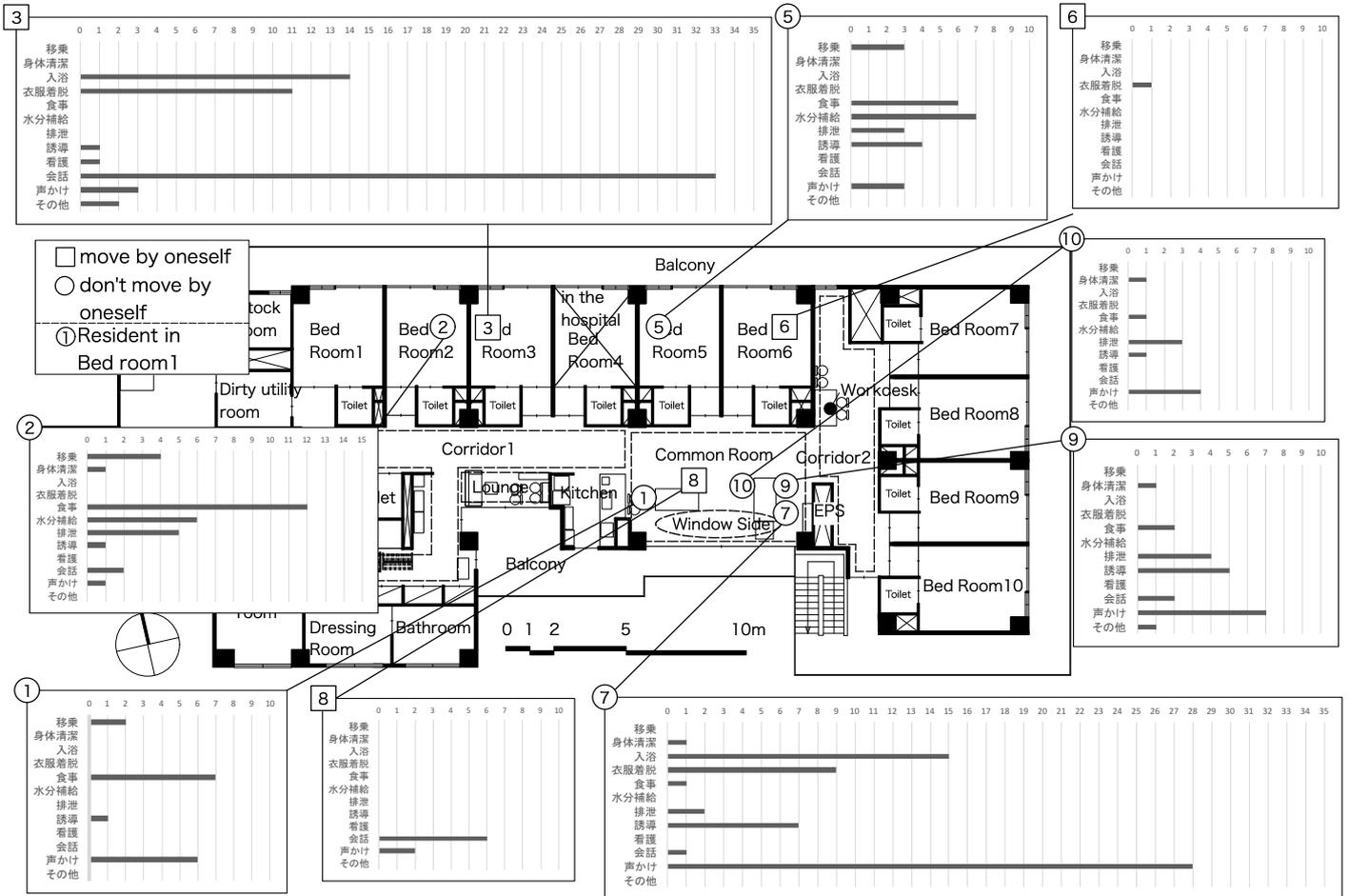


図4-16 特養Fにおける早番職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者は、職員から個別のケアの提供がみられた。入居者3は、居室を居場所としているが、職員の度々の訪問により、会話が多いこと、またこの日は入浴日であったため、入浴介助中の会話により一日の会話の回数が極端に増えた。入居者6は積極的に人と交流をせず、時々個室から共同生活室に移動するが、そこでも交流はなかった。2節図4-7の行為内容を確認しても移動か寝るかの2パターンであったため、刺激の量としては少ないと考えられる。自力移動困難者は、居室で一日の過半を過ごす入居者2、5と比べ、共用空間で過ごす入居者1、7、9、10の方が声かけの回数は多い。入居者7はこの日が入浴日であったため、声かけの回数が極端に多くなった。

図4-17に調査対象の特養F遅番職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

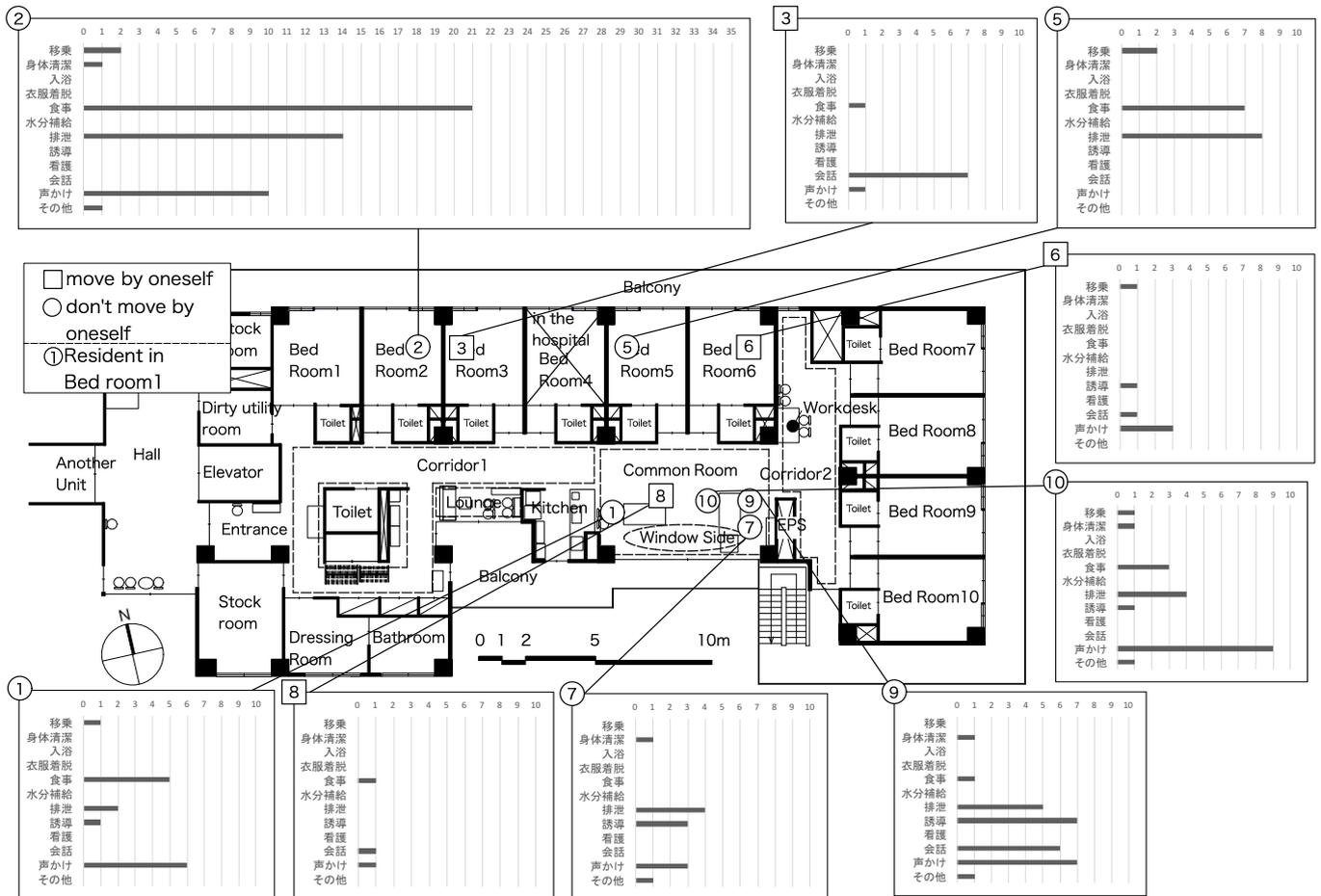


図4-17 特養Fにおける遅番職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者は、入居者8は共同生活室で過ごす時間が長いにも関わらず、この日の会話が少ない。職員による個人差によるものと考えられるが、この入居者は他の入居者と交流はほぼないため、刺激は職員との会話に依存する。入居者3は早番と同様、一定の会話が見られ、入居者6は他の入居者と比較して受ける働きかけが少ない。自力移動困難者については、居室の滞在が長い入居者2は声かけが10回と多いが、入居者5は0回と偏りが見られる。共用空間で過ごす入居者は、全員一定数の声かけが見られる。

図4-18に調査対象の特養F日勤職員から入居者への働きかけの回数を入居者ごとに示した。

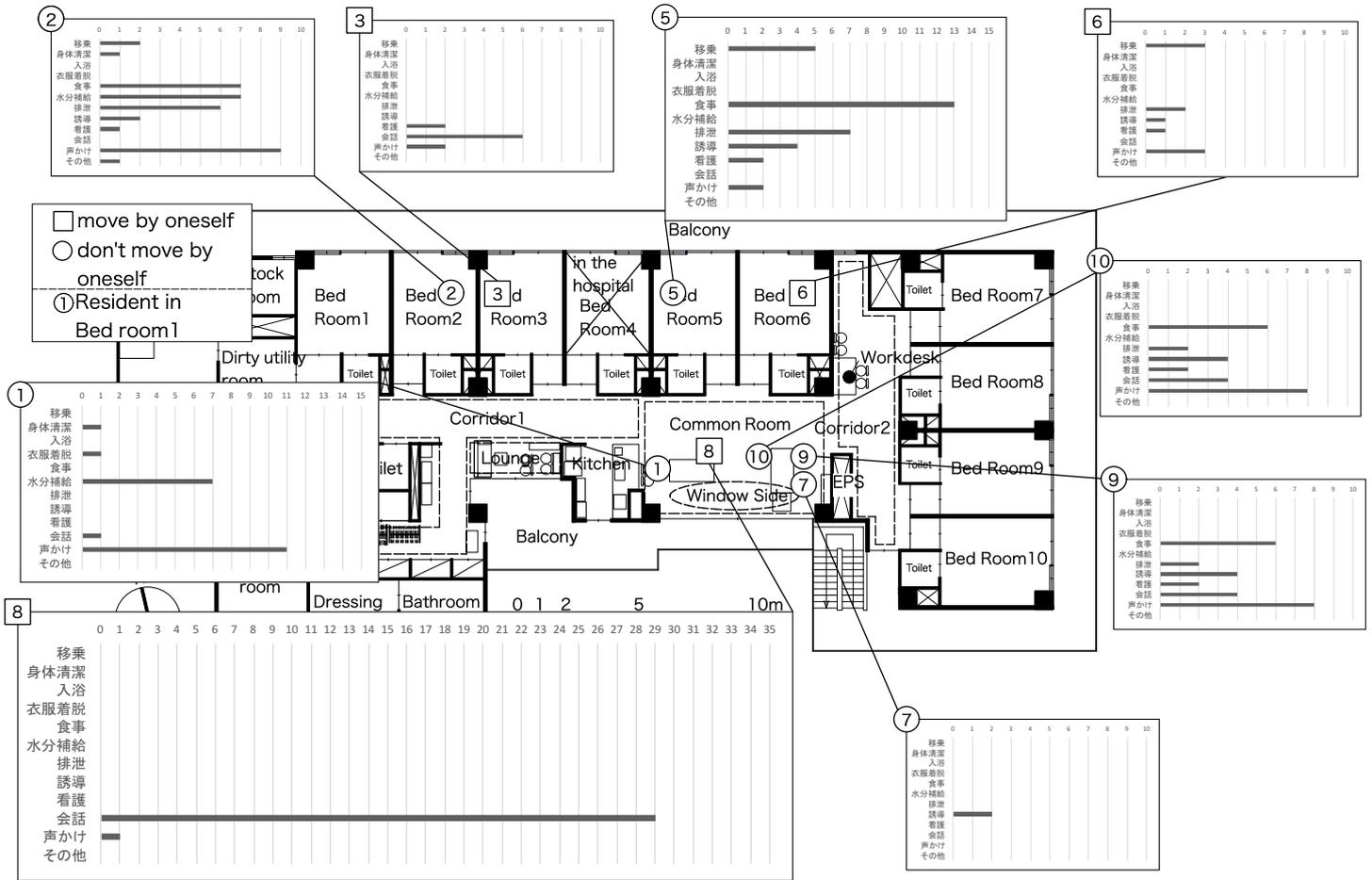


図4-18 特養Fにおける日勤職員から入居者が受ける直接介護の回数

自力移動可能者について、入居者8の会話が29回と、極端に多い。これは個人差によるものと考えられ、日勤職員が入居者8に対し、食事準備中などの間接介護中に積極的に話しかけていたことが原因である。図4-17と比べても大きな差があることから、入居者8は刺激を職員に依存していることがわかる。自力移動困難者について、居室で長時間の滞在がある入居者2,5の声かけには偏りが見られる。また、入居者7は共同生活室にしながら、声かけが0回である。これは、職員と入居者8の会話が盛んであったことに加え、入居者7は、会話に積極的に参加しない人物であるため、職員による声かけも見られなかった。

以上より、特養MとFの入居者の受ける直接介護量を比較検討したところ、特養Mでは、分散された共用空間において、自力移動可能者については会話・声かけに偏りが見られる。しかし、会話が少ない入居者は、自力で移動し、場所を選択しながら過ごしている入居者で

あった。自力移動困難者については比較的平等な声かけがなされていることが分かった。特養Fでは、自力移動可能者について、入居者の嗜好に合わせて、職員の個別の対応がなされていたが、自力移動困難者について、居室で長時間の滞在がある入居者に対する声かけには偏りが見られた。これは、居室にいる入居者への平等な配慮が職員の裁量に依存するためであると考えられる。特養Mの職員によると、特養Mでは入居者の自室と日中の居場所となるチャノマが近いことから、自室から共用空間への誘導に負担が少ないと考えられ、本来居室で過ごすような重度の入居者であってもチャノマに誘導しているとのことであった。さらに職員と入居者の居合わせが起りやすい構造であることから、ケアに偏りが生まれにくいものと考えられる。

7節 まとめ

平均介護度が4という高い介護度の施設であっても自力移動可能者の中には、複数箇所の共用空間を行き来しながら生活している入居者や景色や植物等、移動途中の環境要素で動きを止めたり、眺めたり、触ったりしながら嗜好しているように見受けられる入居者がいた。自力移動可能者には共用空間の移動は身体能力維持にとって重要であるが、その移動に伴う多様な環境は移動の動機付けや移動を嗜好する心理に影響を与えていることが考えられる。一方、自力移動困難者の多くは、居室と共用空間の自席が滞り場所になっており、それに伴った「寝る」「TVを見る」といった行為が1日の多くを占めていた。ゆえに自力移動困難者にとっては、職員による直接介護は、このような単調な行為の中でのアクセントとして位置付けることができる。また、職員が入居者の複数箇所の滞在を図ることも同様である(2節)。

介護動作と空間配置の関係性については、入居者の居場所となる共用空間を複数配置している特養の方が1箇所の特養よりも共用空間での直接介護量が増えていることが明らかになった。その要因として、共用空間の分散配置により職員の食事介助の実施場所が分散したこと、それに伴って食事介助を一度に行う人数に影響を与えたことが考えられた(3節)。

「ながらケア」における介護動作と空間との関係性については、「ながらケア」は、声かけや会話等の直接介護を含んでいることが多かった。つまり「ながらケア」が多ければ、直接介護量が増えると言える。職員が「ながらケア」に移行しやすい空間の要素として、キッチンとリビング(共同生活室)の距離が近い配置であること、食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置であること、作業デスクはリビング(共同生活室)の一角に設けること、がある(4節)。

職員の労働の流れと空間配置との関係性については、複数の共用空間の直接介護量が1箇所の場合より増加する要因を、労働の流れから明らかにした。普段キッチンでの滞在が多い職員がチャノマを訪れ、直接介護がなされやすくなるための空間の条件として、チャノマが入居者の居室に行く経路に近いこと、チャノマの近くに便所や洗面所という職員が頻繁に利用する設備が備えられていることが考えられる(5節)。

入居者からみた直接介護の量的比較については、複数の共用空間において、自力移動可能者については会話・声かけに偏りが見られた。しかし、会話が少ない入居者は、自力で移動し、場所を選択しながら過ごしている入居者であった。自力移動困難者については比較的平等な声かけがなされていることが分かった。一箇所の共用空間では、自力移動困難者について、居室で長時間の滞在がある入居者に対する声かけには偏りが見られた。その原因として、居室にいる入居者への平等な配慮が職員の裁量に依存することが考えられる(6節)。

以上より、共用空間を複数設けている本稿の事例では、直接介護量が増えていた。また、入居者にとっても比較的平等な声かけがなされていた。職員が入居者への直接介護に移行しやすく、もしくは作業を継続しながら「ながらケア」を行うための空間は、共用空間の特性ごと(下記【】で記す)に下記の具体的な環境を含んでいることがわかった。

【キッチンを伴う】共用空間では、a)キッチンとリビングの距離が近いb)食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置であることc)作業デスクがリビング(共同生活室)の一角にあること、【キッチンのない(特養Mのチャノマのような)】共用空間では、a)共用空間が入居者の居室に行く経路に近いb)近くに便所や洗面所という職員が頻繁に利用する設備があること、であった。

注

注4) 食事準備中の職員であっても「ながらケア」(例えば入居者との会話を同時に行う)を行うことで直接介護に移行することができる。また、食事介助中の職員であっても、他の入居者と会話を行うことで、2人の入居者に同時に直接介護を行うことができる。

注5) 廊下と判断するに当たっては、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号)より廊下の幅は1.8m以上とあるのでそれを参考に、1.8m程度の幅の通路であり、まとまった空間ではなく、移動以外の用途に使うことが想定できない空間とした(廊下の位置は図4-2, 4-3に図示)

参考文献

- 49) 山田 紀代美、西田 公昭：介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法の特徴とその関連要因，日本看護研究学会雑誌Vol. 30 No. 4, pp85-91, 2007.6
- 50) 中島紀恵子 ほか：系統別看護学講座 専門20：老年看護学，pp272-273, 医学書院, 2006
- 51) 認知症介護研究・研修大府センター，：認知症における知的機能とコミュニケーション機能-言語性、及び非言語コミュニケーション情報認知機能-に関する研究，認知症介護研究報告書<認知症介護におけるコミュニケーションに関する研究事業>，平成19年度
- 52) 三浦研、外山義、阪上由香子、和渕大、小林正美：ケアおよび会話分析に基づく入居者—職員の関係性と生活展開 小規模グループリビングに関する研究(その1)，日本建築学会計画系論文集 第535号, pp91-97, 2000.9
- 53) 渡邊裕子：社会福祉における介護時間の研究 タイムスタディ調査の応用，東信堂，2010.1
- 54) 高橋鷹志+チームEBS：環境行動のデータファイル，彰国社，2003.9

第5章 II.働きかけの機会を生む

はじめに

1節 研究の目的と方法

2節 発話からみた「ながらケア」の分析

3節 時間の推移から見た「ながらケア」が生まれる構造と場面

4節 居合わせ数、滞在頻度と「ながらケア」

5節 職員のケアの流れからみた「ながらケア」の持続性

6節 まとめ

はじめに

1章「入居者の重度化によるユニットケア施設内の変化」において、入居者が共用空間に置き去りにされる現状を述べた。こうした現状を客観的に示したデータとして東京大学社会学研究室・建築学研究室が「ケアタウンたかのす」で行った調査がある⁷⁾。施設内で9～18時の間、共用スペースにおけるケア行為の回数、時間、行為者、用いられる空間、用具、器具などを10分間隔で観察し、記録紙にプロットしたものを行為種別にカウントし、利用者、職員、その他という3種類に分類して集計した。そして、時間ごとの行為数の変化をグラフにしたものが、図5-1である。人数の変動を見ると、共用空間に職員がゼロの時間帯が多い。そして次のように報告がされている。「スタッフの姿が見られない時間が多い。もちろん個室あるいはユニットケア外でケアを行っているためであるが、その間は共同生活室にいる利用者を介助する人はいない。スタッフ不在の時間帯が見られないユニットはない。」

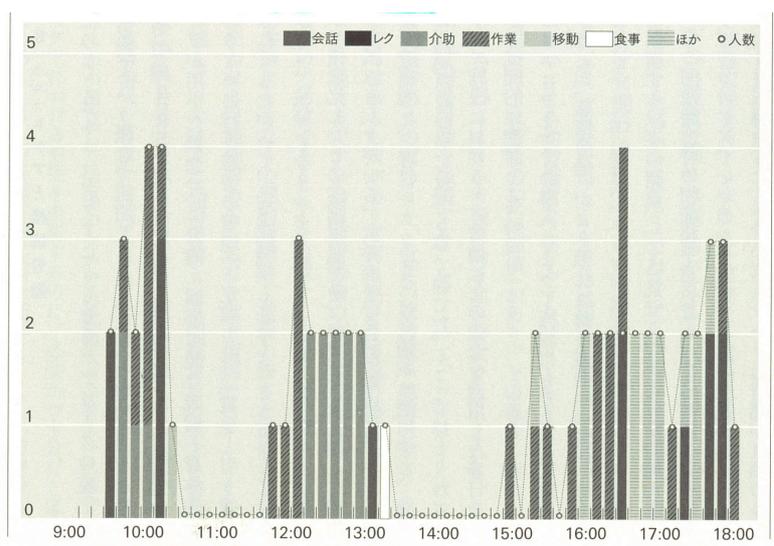


図5-1 スタッフの行為と人数⁷⁾

上記の実情を踏まえ、共用空間における働きかけを増加させるために、5章においては、4章における「ながらケア」の量的分析に加え、質的な分析も行う。「ながらケア」が起こる前後に焦点を当て、「ながらケア」がどのような構造や場面で生まれるのか、またその継続性を検証する。そのために、職員と入居者が共用空間で居合わせる回数、職員が共用空間で滞在する頻度は「ながらケア」と関わると考え、共用空間配置の異なる2施設において分析を行う。

1 節 研究の目的と方法

1. 調査の目的

本調査では、「ながらケア」が生まれるきっかけと持続性や職員・入居者との居合わせ数、職員の滞在頻度の関わりを分析することで、「ながらケア」が生まれやすく持続していくための条件を提示する。

そのために、まず、「ながらケア」を発話から分析し（2 節）、「ながらケア」が生まれる構造と場面を整理（3 節）、居合わせ数、滞在頻度との関係を分析し（4 節）、さらに職員のケアの流れから持続性の検証（5 節）を行う。

2. 調査の方法

4 章に引き続き、共用空間配置が異なるが、施設の運営形態と入居者の介護度が近似している 2 施設を対象とした。2 ホームに対し計 6 日間、調査員 1 名が職員 1 名（各勤務体制の時間帯の動き）を観察し、1 分ごとの位置と介護動作（発話の内容を含む）を記入した。介護動作の中の会話については、言語性・非言語性コミュニケーションを併せて、会話していると位置づけ、一方が他方に発話をして、それに対する何らかの反応（手を上げるなど）が見られた場合を含めて会話とみなす。

3. 調査対象施設の概要

4 章と同じく、特養 M（図 5-2）では、入居者はチャノマ 1、チャノマ 3、リビングに分かれて過ごしている。特養 F（図 5-3）は全ての入居者が 1 箇所の共用空間で過ごしている。調査施設の概要は表 5-1 である。特養 M の職員調査日は 2017 年 8 月 23～25 日（23 日遅番、24 日日勤、25 日早番）、F は 2017 年 12 月 26～28 日（26 日遅番、27 日日勤、28 日早番）である。本調査では、日勤は他の勤務体制と比較し、勤務時間が短いため、分析から省いている。

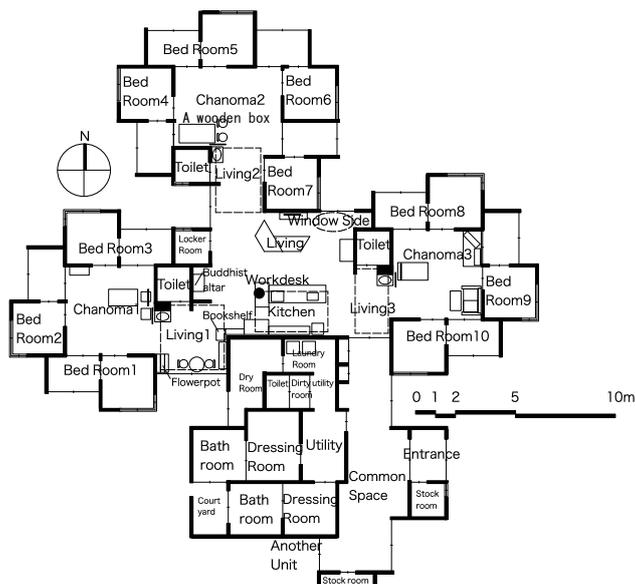


図 5-2 特養 M 平面図

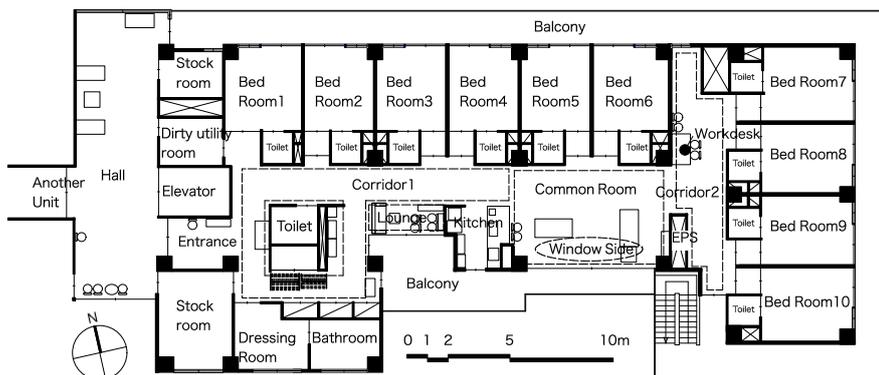


図 5-3 特養 F 平面図

表 5-1 調査施設の概要

Name	Nursing Home M	Nursing Home F
Location	Shobara-shi, Hiroshima	Tachikawa-shi, Tokyo
Organization	Social Welfare Corporation	Social Welfare Corporation
Type	Nursing Home, Short Stay and Daycare Center	Nursing Home and Short Stay
Established	August, 2014	May, 2012
Capacity	10people per unit	10people per unit
Average age	91.9	89.9
Average nursing care level	3.9	4
Site area	13840㎡	2469㎡
Building area	4377㎡	1264㎡
Total floor area	4604㎡	4114㎡
Construction	One-stories	Five-stories

両施設の職員の勤務時間は表 5-2 のようになる。各勤務体制において担当している主な内容は同じであり、両施設とも個別ケアを尊重した運営を行なっている。

表 5-2 職員の勤務体制と介護内容

Nursing Home M		Contents of Work
Working Hours 6:00 8:30 12:00 15:00 17:30 21:00 9hours Early Shift Lunch 9hours Late Shift 9hours Day Shift		Preparing breakfast and lunch, Bathing care,others Preparing lunch and dinner, Bathing care,others Preparing lunch and dinner, others
Nursing Home F		Contents of Work
Working Hours 7:00 9:00 11:00 16:00 20:00 9hours Early Shift Lunch 9hours Late Shift 7hours Day Shift		Preparing breakfast and lunch, Bathing care,others Preparing lunch and dinner, Bathing care,others Preparing lunch and dinner, others

2 節 発話からみた「ながらケア」の分析

4 章においては、直接介護を中心に「ながらケア」を量的に分析した。本調査では、4 章の介護動作の分類（表 4-5）を用いながら、「ながらケア」のきっかけは発話と関係すると考え、発話を中心に分析する。「ながらケア」は、3 章より「職員が介助行為をしながらか見守り、発話を行うこと」と定義した(図 5-4)。

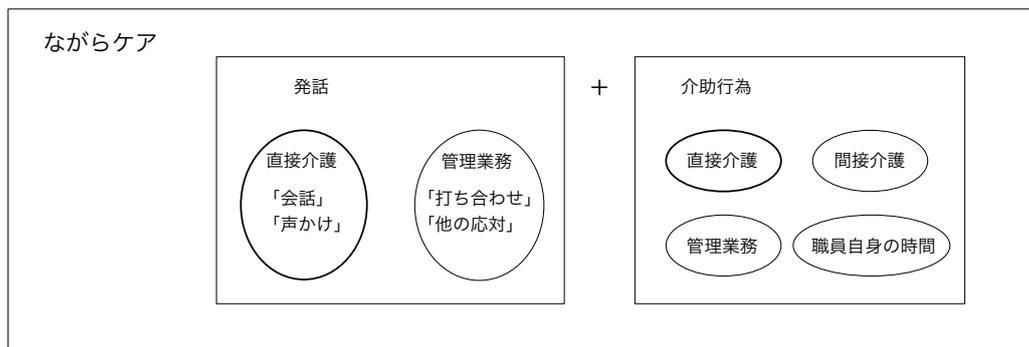


図 5-4 「ながらケア」の構造

会話と声かけの違いについては 4 章と同様、「会話」を、発話の 1 往復以上のもの、「声かけ」を一方的な話しかけで主に働きかけの前に行われるものとしている。

4章における分類より発話の中には、「会話」、「声かけ」、「職員との打ち合わせ」、「他の対応（訪問者の対応等）」がある。図5-5に両施設で行われた1日の「ながらケア」の中でこれらの4種類の発話が見られた割合を示した。その割合はどの職員も声かけ、会話を合わせて約6~9割を占めるが、会話が少ない職員（特養F遅番）も見られる。「職員との打ち合わせ」、「他の対応（訪問者の対応等）」は管理業務に該当し、入居者に対する直接的な働きかけではない。一方、会話と声かけは、直接的な働きかけであるが、これらの違いについて、既往研究がある。大武⁴⁵⁾は、認知症高齢者の会話援助に関わる研究において「一方の入力のみで到達できる領域には制約があり、思考空間内の到達可能領域の拡張には双方向の会話が有効であることが示唆される」と記述している。よって、声かけも重要な介護行為であるが、会話はより有効な刺激を認知症高齢者に与える可能性があると考えられる。

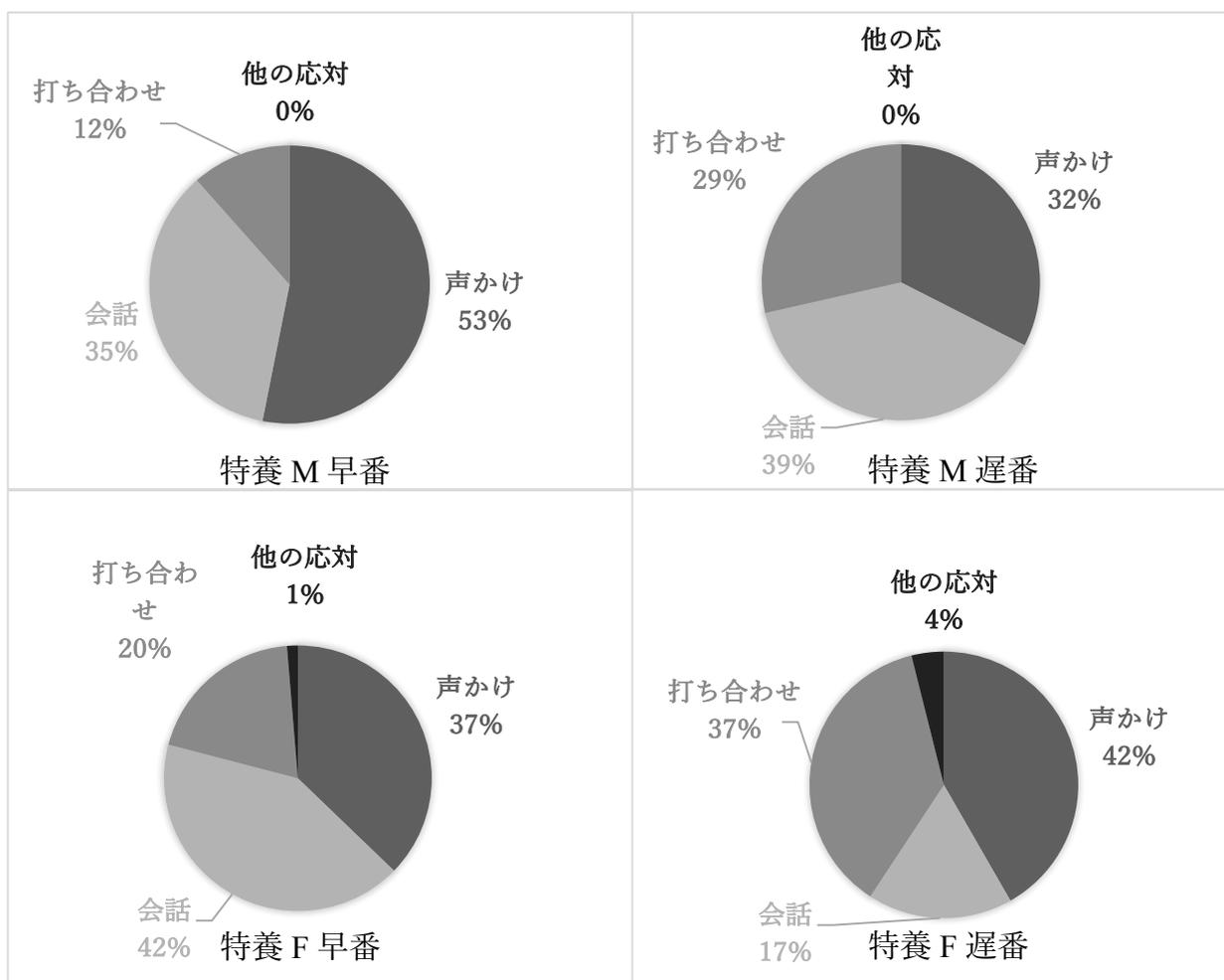


図5-5 「ながらケア」の中の発話の割合

3節 時間の推移から見た「ながらケア」が生まれる構造と場面

本節では、「ながらケア」が生まれる構造からそのきっかけと場面を各々整理し、それらの関連性を明らかにする。

1. 時間の推移から見た「ながらケア」が生まれる構造

表5-3は、2施設における職員の勤務時間内に見られた「ながらケア」(4章表4-10)の回数を抜き出したものである。これを時間の推移からタイプ分けしたものが、表5-4である。

表5-3 「ながらケア」の全数

	特養M		特養F	
	早番	遅番	早番	遅番
会話を含むながらケア(回)	40	49	59	15
声かけを含むながらケア(回)	54(24)	34(22)	53(42)	40(35)
連絡・打ち合わせを含むながらケア(回)	13	36	30	38
他の対応を含むながらケア(回)	0	0	2	4

()内は声かけを含むながらの総数の中の同時タイプ・発話先行タイプの回数

表5-4 時間の推移から見た「ながらケア」の構造

【ながらケアの生まれる構造】

行為先行タイプ	同時タイプ	発話先行タイプ
<p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が何らかの介護行為をして一定時間その場に留まっていて、入居者が視界に入り話しかける ・職員が移動をしている途中に入居者に遭遇して話しかける 	<p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が話しかけながら何らかの直接介護をする 	<p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が事前に話しかけつつ何らかの直接介護をする

行為先行タイプは、例えば、職員が何らかの介護行為をしていて、入居者が視界に入り話しかけるといものである。単一ケアが「ながらケア」に移行するきっかけとして、図5-6のような構造をとり、発話を発生させる何らかの「きっかけ」があることで「ながらケア」となっている。

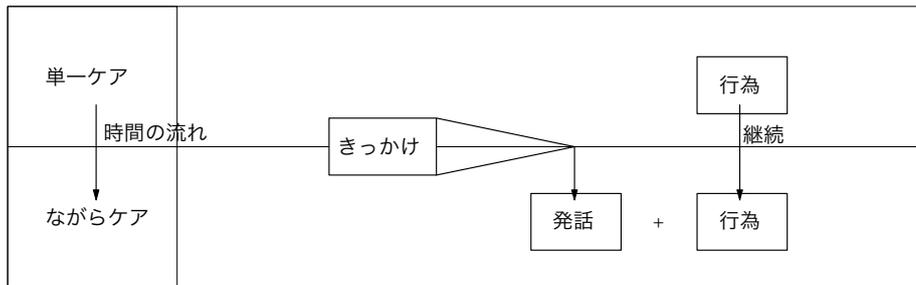


図5-6 「ながらケア」のきっかけ

同時タイプと発話先行タイプに関しては、きっかけがあって生まれるのではなく、職員は何らかの直接介護をする目的があり、その介護を行う合図や前触れとして発話を行なっている。よって本研究では、きっかけの存在する行為先行タイプを中心に扱う。

発話のきっかけが何であるかについては、話の文脈や、発話内容の中のキーワードから、調査員が場面ごとに判断した。全場面より、発話のきっかけには、人的要因、物的要因、周囲の環境以外の3パターンがあることがわかった（図5-7）。本研究では、「ながらケア」に移行する発話のきっかけを明らかにするため、周囲の環境からの発話と考えられる、人的要因と物的要因を扱う。ここで、人的要因と物的要因の例を記す。人的要因については、他のユニットから職員が来て、その職員を見ながら入居者が「イケメンが来た」と言った場合、イケメンが人に関係するため、人的要因であると判断した。物的要因については、職員が正月飾りを飾っていて入居者に「この飾りはここでいいかな」などと話しかけた場合、飾りという物がきっかけとなり生まれた会話であるため、物的要因と判断した。

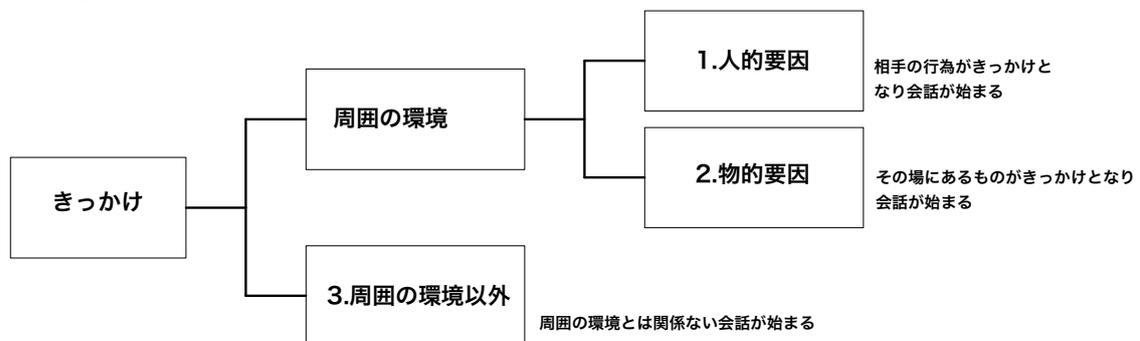


図5-7 発話のきっかけ

2. 「ながらケア」が生まれる場面

会話を含む「ながらケア」の場面として、以下の4通りが見られた（図5-8）。

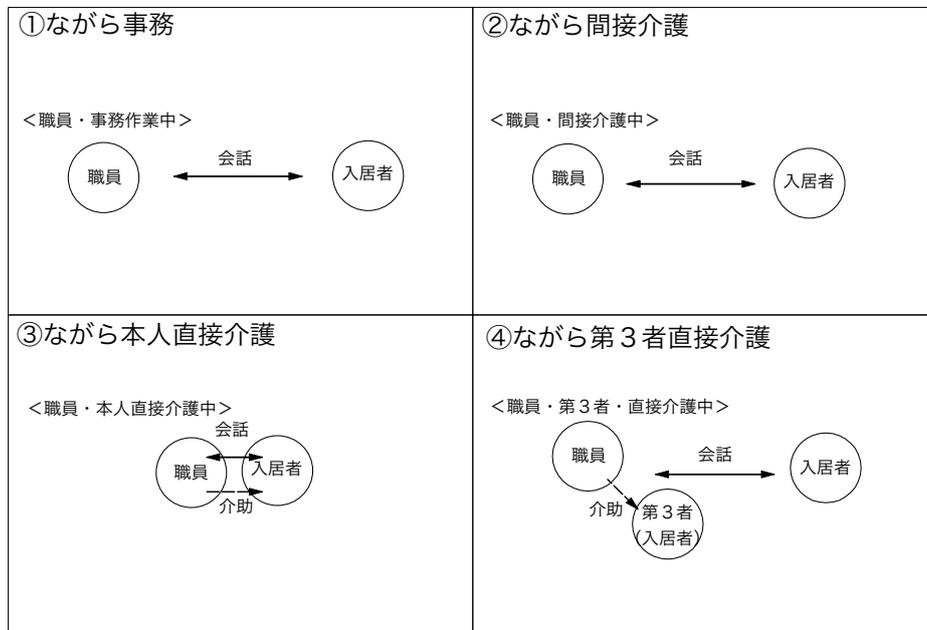


図5-8 会話を含む「ながらケア」の場面

声かけを含む「ながらケア」の場面としては、以下の3種類が見られた（図5-9）。会話に比べて、④が見られなかったのは、第3者の食事介助中は、周囲に多くの入居者がおり、職員が同じ空間に長時間滞在することから、声かけよりも会話が多くなる。

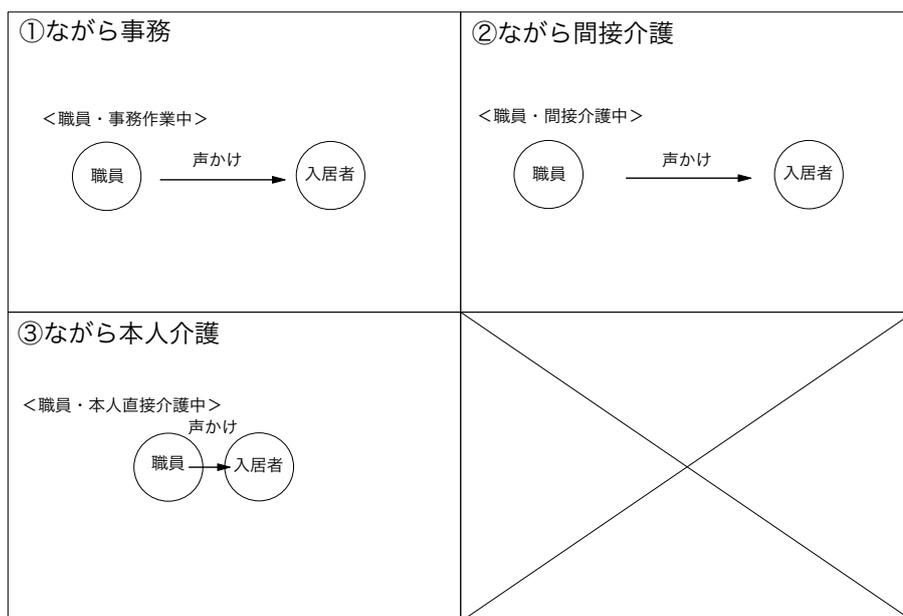


図5-9 声かけを含む「ながらケア」の場面

図5-8, 5-9の場面が職員の勤務時間内に見られた回数と発話のきっかけの内訳を表5-5に示す(1日の勤務時間中)。会話を含むながら①ながら事務において、人的要因、物的要因がないのは、事務作業は入居者に関する記録であるため、話題になりにくいためである。それに対して、声かけを含むながら①ながら事務は、職員は事務作業中も見守りを実施していることから、入居者がトイレに行こうとして声を掛けたり、食事が進んでいないのを見て声を掛けたりなど、人的要因による声かけが多少見られた。次に会話を含むながら②ながら間接介護は、職員によって差はあるものの、人的要因、物的要因による会話が見られ、特に食事準備中に、職員が副食など取り分けていることが話題にされる場面が度々見られた。食事は、料理が見えること以外に匂いも入居者の関心を引きつける要因となっている。特養Fの物的要因は、調査日に正月飾りの飾り付けが行われており、これをきっかけに会話が生まれていた。声かけを含むながら②ながら間接介護は①ながら事務と同様、入居者への注意喚起の声かけであった。会話を含むながら③ながら本人直接介護は「食事をしている」ということが職員と入居者の共通行為として存在することから、自然に食事の話題につながっていた。特養F早番は、入浴時の会話が多かった。声かけを含むながら③ながら本人直接介護は、本人の食事介助中に本人の食事の進行が遅く、声を掛ける場面である。会話を含むながら④ながら第3者直接介護は、人的要因、物的要因による会話が多い。ある入居者を食事介助している間にその周囲の入居者と話すというものがほとんどであるが、食事介助される入居者は重度であることが多いため、職員は長時間、食堂に滞在することになり、会話が生まれる。人的要因としては食事介助される入居者が話題になる場合が多く、物的要因としてはTVの内容について話をすることが多い。また、周囲の環境以外の話としては、昔話や季節の話題が持ち出されていた。

表5-5 「ながらケア」の場面の回数ときっかけの内訳

場面		特養M				特養F			
		早番		遅番		早番		遅番	
		回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳
会話を含むながら	①ながら事務	2	(思2)	5	(思5)	2	(思2)	0	
	②ながら間接介護	22	人8+物2+(思12)	0		6	物6	2	人2
	→移動がきっかけ	0		13	人(13)	8	人(8)	7	人(7)
	③ながら本人直接介護	0		0		0		9	人3+(思6)
	④ながら第3者直接介護	18	人3+(思15)	29	人5+物4+(思20)	2	(思2)	0	
合計		42		47		18		18	
声かけを含むながら【行為先行タイプのみ】	①ながら事務	1	人1	0		1	人1	0	
	②ながら間接介護	1	人1	1	人1	3	人3	0	
	→移動がきっかけ	31	人(31)	20	人(20)	11	人(11)	6	人(6)
	③ながら本人直接介護	2	人2	4	人1+物1+(思2)	1	人1	2	人2
合計		35		25		16		8	

以上より、「見るもの聞こえるものが話題になっている」ことが2施設において把握できた。その特徴的な場面を表5-6に整理する。

表5-6 見るものが会話の話題になっている場面

ながらの間接介護が話題になっている場面	ながらの直接介護が話題になっている場面
<p>早番6:36 食事の準備の内容が話題になっている</p>	<p>早番8:45 第3者の食事介助が話題になっている</p>
<p>早番13:29 正月飾りを飾るという職員の行為が話題になっている</p>	<p>遅番18:15 本人の食事介助が話題になっている</p>

(S) 職員 (R) 入居者

表5-6の左上の場面は、職員が食事準備のために料理を器に取り分けている際に、食堂にいる入居者が、「味噌汁美味しくできた?」と話しかけている。職員が家事労働としての食事準備を行っているからこそ生まれた会話であるため、間接介護が話題になったと言える。左下の場面は、職員が正月飾りを飾っている途中、近くにいる入居者に、「おもちゃどこに置こうか?ここかな?」と話しかけている。これも同様、正月飾り(物的要因)を飾るといふ行為が話題になっている。右上の場面は、職員が第3者の食事介助をしていると、近くにいる入居者が「少しずつおばあちゃんにあげたほうがいいで」とアドバイスをしている。これは、誰かの食事介助をしているところが話題になっている。右下の場面では、職員が本人を食事介助中に、今食べている料理に対して「煮物美味しかった?」と話しかけている。

外出の時間以外は特養という限られた空間内で過ごす入居者にとって、必然的に話題になるものは限られてくる。その中で、発話を生むには、あるゆる人、物が会話の助けとなる必要がある。2施設で得られたデータから、間接介護中、直接介護中に発話が多く生まれており、人的要因、物的要因を利用している。これは逆にいうと、間接介護、直接介護

中の人、物的要因がなければ生まれなかった発話であると考えられるため、発話と同時の行為が発話の負荷を下げ、増加に寄与しているといえる。そして、「ながらケア」をさらに増やすためには、間接介護の過程を入居者の見える場所で行う、一緒に行くことにより話題を積極的に作る必要があると考える。また、直接介護中は、入居者と話をする貴重な時間となるため、TV以外にも話題にできるような物的要素を配置したり、食事のメニューを事前に把握したり、昔話ができるように入居者のライフストーリーを把握したりするなど、話題を用意しておく必要がある。

4節 居合わせ数、滞在頻度と「ながらケア」

1. 声かけと会話の関係性

声かけすることが、会話を含む「ながらケア」を生むきっかけとなっている場面が多く見られたため、声かけと会話を含む「ながらケア」の関係性を表5-7に示す。

表5-7 会話を含む「ながらケア」のきっかけが声かけである割合

		特養M		特養F	
		早番	遅番	早番	遅番
会話を含むながらケア(回)	きっかけが声かけ	5	40	31	8
	その他	35	9	28	7
計		40	49	59	15
	きっかけが声かけの割合(%)	13	82	53	53

このように勤務体制によって割合に幅があるが、会話を含む「ながらケア」のうち、82%が声かけをきっかけとしている職員がいることを考えると、声かけを生むことは重要である。特養M早番の割合が低いのは、入居者から話かけられる場面が多かったからである。次に、移動することが「ながらケア」を生むきっかけとなっている場面が多く見られたため、次項にて分析を行う。

2. 職員の入居者との居合わせ数と「ながらケア」の関係

行為先行タイプにおける職員の行為の中で、「移動」について取り上げる。職員が移動することにより、入居者に居合わせ、発話につながった場面は表5-8の通りである（1日の勤務時間中）。そこで居合わせる回数と発話との関係を示すことで、「ながらケア」を増加させる空間の知見が得られないかと考えた。

表5-8 移動をきっかけとしたながら場面の回数

場面		みやびら				フェローホームズ			
		早番		遅番		早番		遅番	
		回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳	回数	きっかけの内訳
会話を含むながら	ながら移動	0		13	人(13)	8	人(8)	7	人(7)
声かけを含むながら	ながら移動	31	人(31)	20	人(20)	11	人(11)	6	人(6)

居合わせ数とは、「職員が移動することにより、入居者と居合わせる回数」である。職員と入居者が「居合わせること」は視覚的コミュニケーションとなる。「居合わせ」が増加すれば、本章「はじめに」で記した、入居者が共用空間に置き去りにされるといった状況は減ることが予想される。居合わせ数をカウントする方法は、図5-10の通りである。1つの空間内に入ってから出るまでを1回とカウントする。これは職員が入居者と居合わせた、ということのカウントするためであり、1つの空間は、図5-2, 5-3に示す室名を付けて記した範囲である。ただし、特養Mのリビングとキッチン、特養Fの共同生活室（Common Room）とキッチンは、仕切りのない一体空間であるため、1つの空間とする。

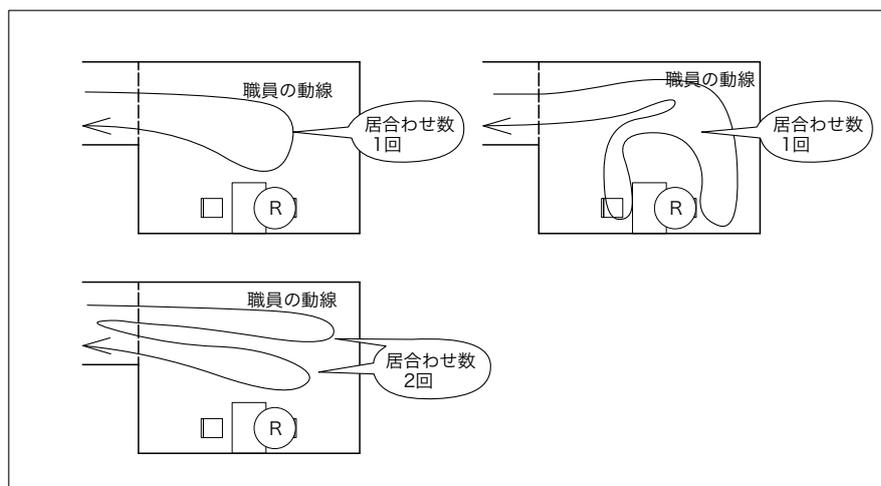


図5-10 居合わせ数のカウント方法

表5-9に、特養MとSの入居者の主な滞在場所となる共用空間の居合わせ数とそこで行われる声かけを含む「ながらケア」の回数を示した。キッチンのある共用空間における居合わせ数は、キッチンのない共用空間（チャノマ）に比べて回数が多い。しかし、特養Mの声かけを含む「ながらケア」の回数を見ると、キッチンのある共用空間は、居合わせ数が多い割には、声かけの回数が少ない。これは、共用空間に滞在する入居者の人数が関係していると考えられる。

表5-9 声かけを含む「ながらケア」と居合わせ数

	特養M				特養F					
	早番	遅番	早番	遅番						
	リビング+キッチン	チャノマ1	チャノマ3	共用空間の合計	リビング+キッチン	チャノマ1	チャノマ3	共用空間の合計	共同生活室+キッチン	共同生活室+キッチン
居合わせ数(回)	71	27	33	131	48	23	19	90	65	82
声かけを含むながら(回)	12	7	4	23	18	7	14	39	30	26

図5-11は表5-9をグラフにし、声かけを含む「ながらケア」と居合わせ数の関係を分析したものである。

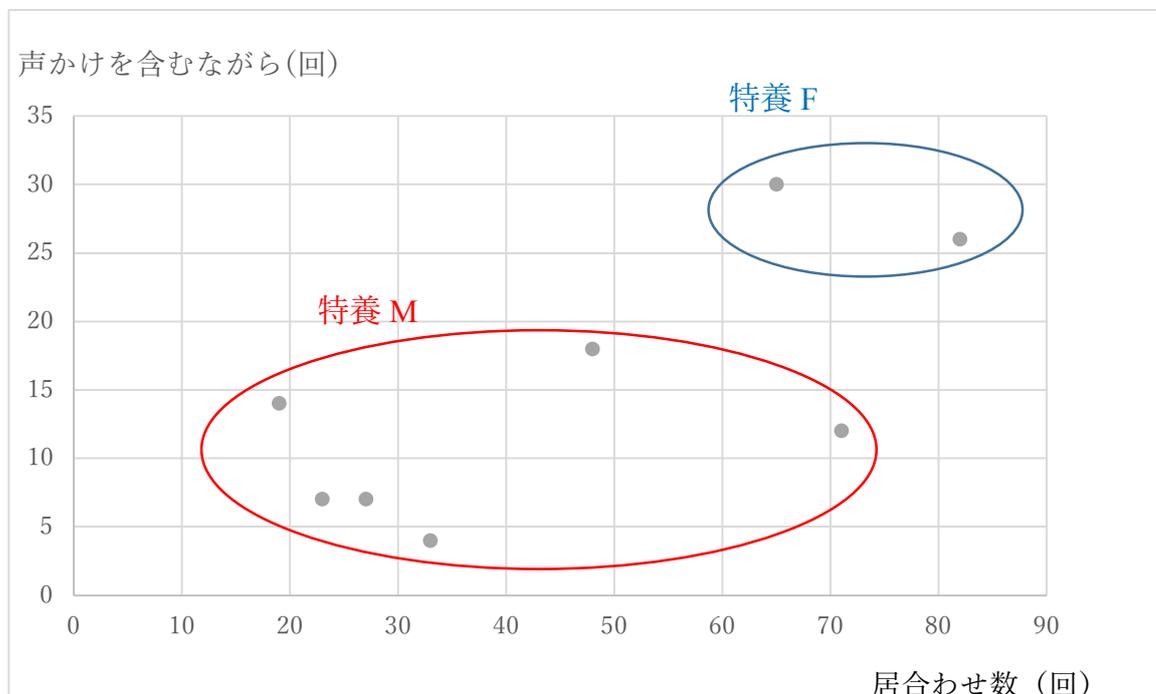


図5-11 声かけを含む「ながらケア」と居合わせ数との関係

声かけを含む「ながらケア」はおおよそ居合わせ数の増加に伴い、上昇する傾向にある。特養MとFの居合わせ数の合計を比較すると、早番は90回>82回、遅番は131回>65回と、特養Mの居合わせ数の方が多い。これは、平面計画が関係し、特養Mの場合は、職員がキッチンから居室へ行く経路、居室から洗面所、浴室へ行く経路で必ず入居者のいる共用空間を通る必要がある。それに対して特養Fは居室から居室への移動をする場合（例えば居室1から2）や居室（例えば居室1）から洗面所、浴室、汚物室に移動する際、共同生活室の入居者との居合わせはない（図5-12）。特養Mのように、居合わせ数が多いことは、特養Fよりも視覚的コミュニケーションが多いことを意味する。本章における「はじめに」でも述べたが、共用空間において職員がゼロである状況からすると、特養Mのように、職員と入居者が居合わせる空間構成は入居者が得る働きかけを増加する構成であると考えられる。

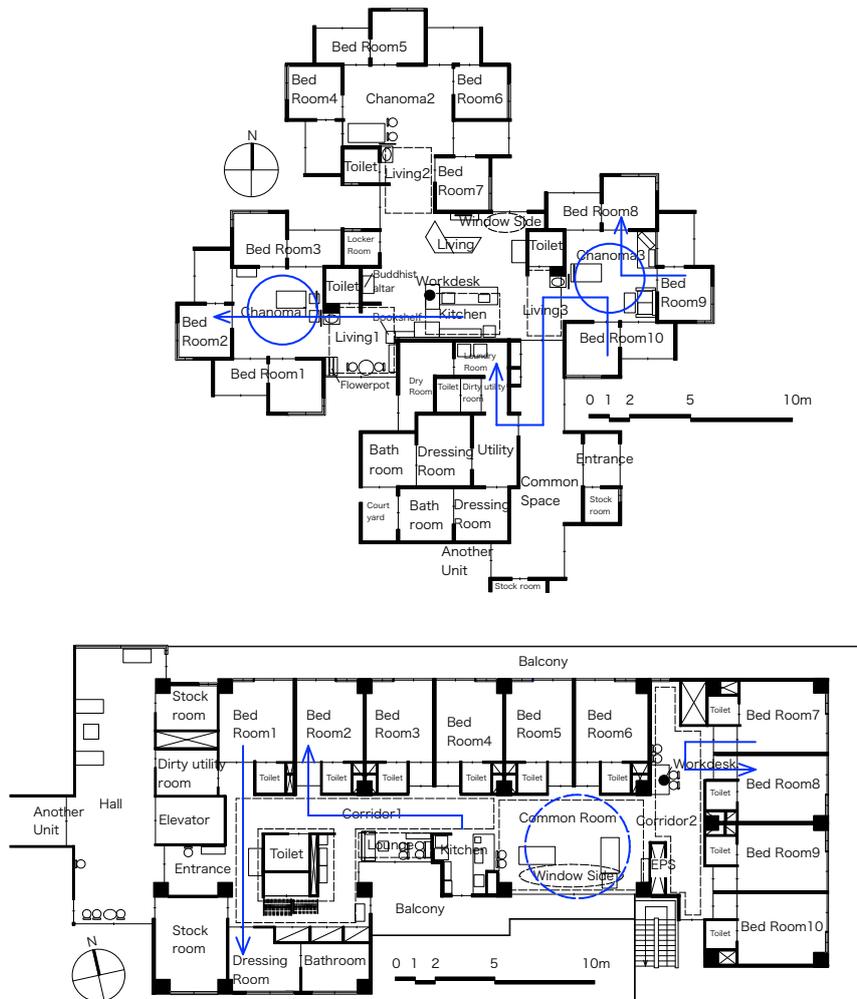


図5-12 2施設における職員の移動経路の例

3. 職員の共用空間の滞在頻度と「ながらケア」の関係

声かけを含む「ながらケア」において、会話を含む「ながらケア」は滞在時間に関係すると推測されたため、会話を含む「ながらケア」の回数と滞在頻度の割合を表5-10に示した。滞在頻度の割合は、職員の勤務時間内の滞在を100%としたとき、該当する共用空間に対し、何%滞在するかの値である。これは、職員の1分ごとの行動観察調査において得られたデータから頻度として算出している。特養Mをみると明らかであるが、滞在頻度は、キッチンのある共用空間が、チャノマ1、3と比較して、圧倒的に高い。また、それに伴って会話を含む「ながらケア」の回数も多くなっている。

表5-10 会話を含む「ながらケア」と滞在頻度

	特養M				特養F					
	早番				遅番				早番	遅番
	リビング+キッチン	チャノマ1	チャノマ3	共用空間の合計	リビング+キッチン	チャノマ1	チャノマ3	共用空間の合計	共同生活室+キッチン	共同生活室+キッチン
滞在頻度 (%)	63	3	3	69	40	2	3	45	24	28
会話を含むながら(回)	41	1	0	42	25	8	0	33	10	5

図5-13は表5-10をグラフにし、会話を含む「ながらケア」と職員の滞在頻度の関係进行分析したものである。

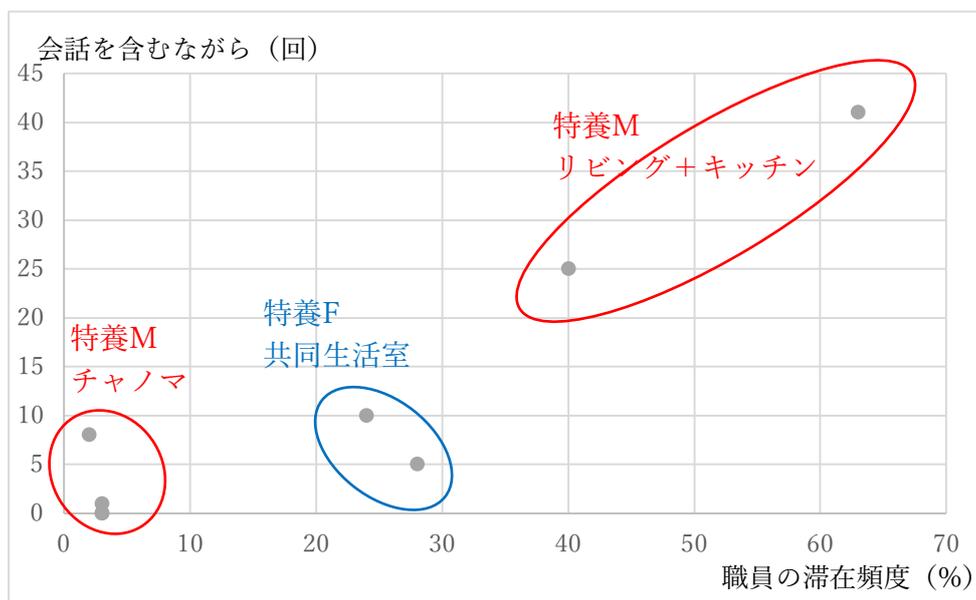


図5-13 会話を含む「ながらケア」と職員の滞在頻度との関係

会話を含む「ながらケア」は、職員の滞在頻度に比例している。これは職員がキッチンのある共用空間において、長時間滞在することから、表5-6で示したような、両者が一定時間同じ空間にいる状態になり、お互いに話題を見つけ、会話に発展していると考えられる。特養Mの会話を含む「ながらケア」が多い要因としては、共用空間におけるキッチンとリビングの近さが考えられる（4章）。

以上より、声かけを含む「ながらケア」は居合わせ数に伴い上昇傾向にあり、会話を含む「ながらケア」は滞在頻度に比例することが分かった。共用空間を複数設ける場合には、自ずとキッチンのある共用空間に職員の滞在が偏るため、会話が生まれやすく、その他の共用空間では、会話が生まれにくくなる。しかし、特養Mのチャノマのように、動線の工夫により、居合わせ数が保たれるようであれば、視覚的コミュニケーションは見込めるため、入居者に対する働きかけを期待できる。分散された共用空間の全てにおいて、会話を増加させるためには、家事労働を意図的に分散させる必要があると考えられる。

5節 職員のケアの流れから見た「ながらケア」の持続性

1. 会話を含む「ながらケア」の持続性

特養MとFの早番、遅番のケアの流れを図5-14, 5-15, 5-16, 5-17に示した。そして、「ながらケア」において重要な声かけと会話の流れを点線で囲った。また1分以上持続した声かけ、会話を含む「ながらケア」を斜線で示した。持続した「ながらケア」は、各勤務体制において5場面、4場面、7場面、2場面と1名の職員の勤務時間内で数回見られる程度である。そのきっかけとしては、特養M早番は、人的要因4場面、周囲の環境以外1場面である。もっとも長いのは8:45から始まった食事介助しながらの会話である。きっかけは、職員が第三者に食事介助しているところを、周囲の入居者が話題にして始まった会話であるが、話が進展して、入居者の家族の話につながっている。10:28から始まった会話も同じようなきっかけで始まり、入居者の昔話に繋がっている。食事介助中の「ながらケア」がもっとも長い。特養F早番は、人的要因1場面、物的要因2場面、周囲の環境以外1場面である。物的要因2場面は、正月飾りの飾りつけを職員が入居者に相談しながら進めていることから、会話が持続されている。特養M遅番は、人的要因4場面、物的要因2場面、周囲の環境以外1場面である。16:42から始まる会話は、別のユニットから人がきたことがきっかけで始まっている。物的要因として2場面見られたのは、TVを見ながら話していたり、洗濯物を一緒に畳んだりしながら話す場面であった。18:18からの会話も長い。昔話であった。20:29からの会話は、眠れず寂しがる入居者を励ます会話であった。特養Fの遅番は、人的要因1場面、周囲の環境以外1場面であった。

以上より、持続する会話でみられた場面は次の通りである。会話の始まりは第3者の行為で、自然と入居者の昔話や家族の話につながる場面、職員が正月飾りについて入居者に相談している場面、職員と入居者が洗濯物を一緒に畳んでいる場面、である。

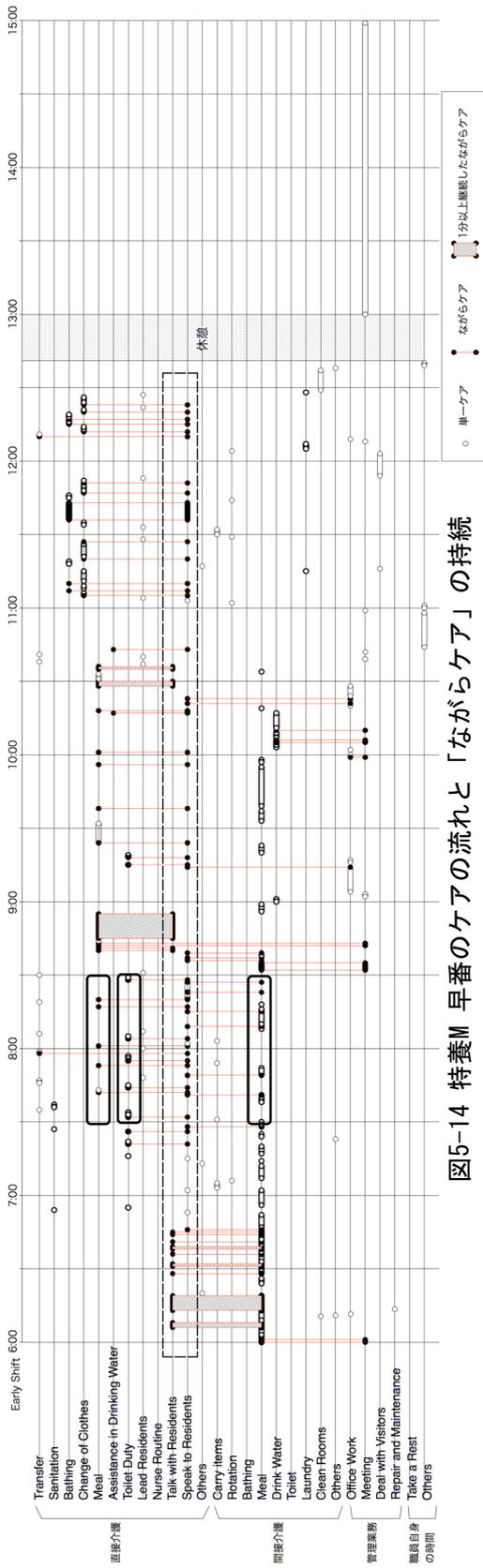


図5-14 特養Ⅲ 早番のケアの流れと「ながらケア」の持続

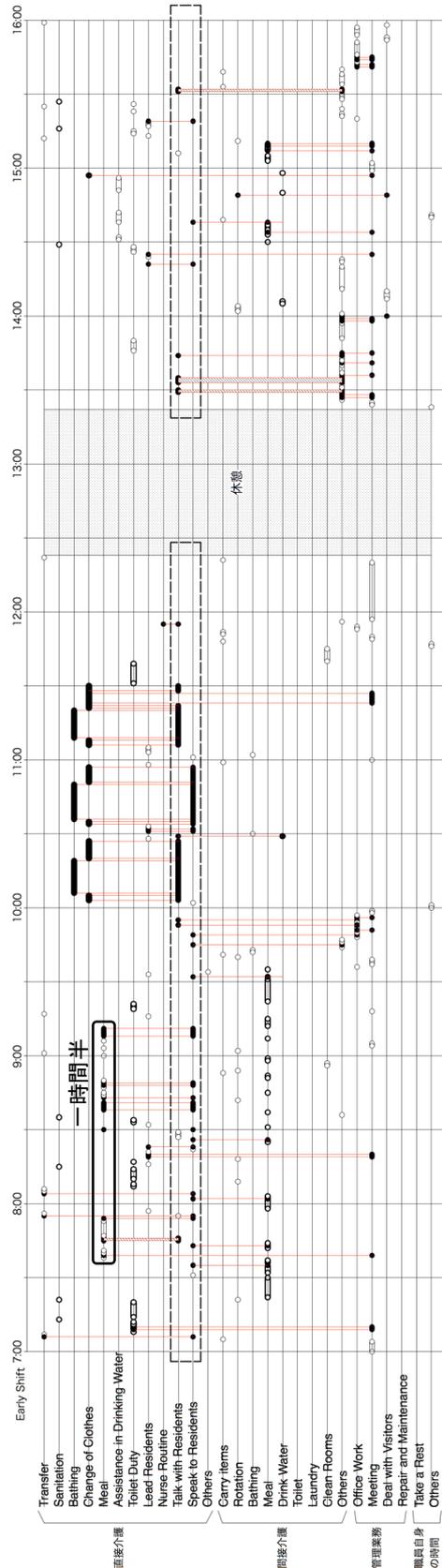


図5-15 特養F 早番のケアの流れと「ながらケア」の持続

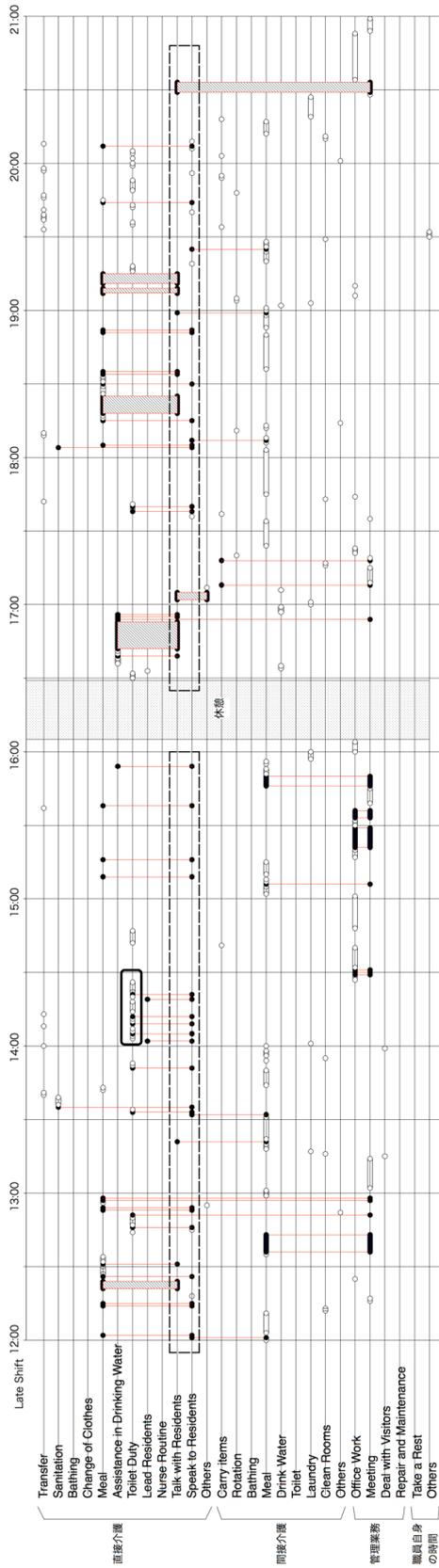


図5-16 特養M 選番のケアの流れと「ながらケア」の持続

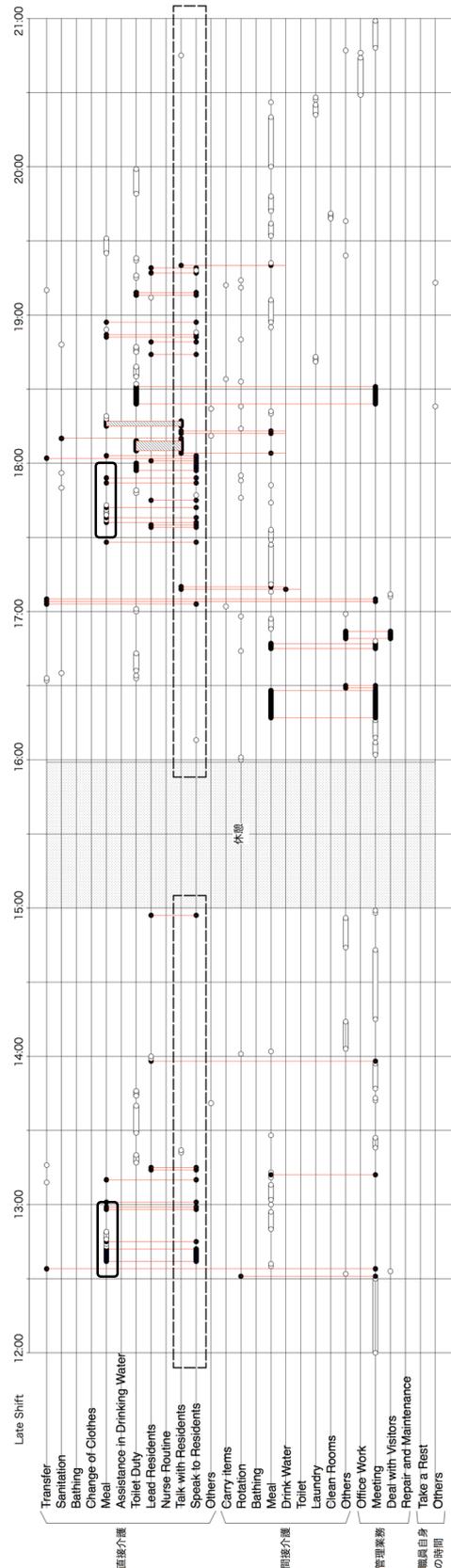


図5-17 特養F 選番のケアの流れと「ながらケア」の持続

2. 声かけを含む「ながらケア」の持続性

声かけは一方的な話しかけであるため、長時間続くことはないが、一定時間内の頻度が多いか少ないかにより、継続的な声かけが行われているかを検証することができる。よって、特養M、Fの4勤務体制において、30分ごとに何回の声かけを含む「ながらケア」が行われたかを算出した。

図5-18より、特養M早番では、7:30～8:30と11:30～12:00の回数が多い。7:30～8:30は、入居者の食事介助、トイレ介助、片付けが同時並行して行われており、図5-14を見ても声かけと同時に3つの介護が交互に行われていることが分かる。11:30～12:00は入浴介助が行われ、職員が入居者に小まめに声かけしながら対応している。

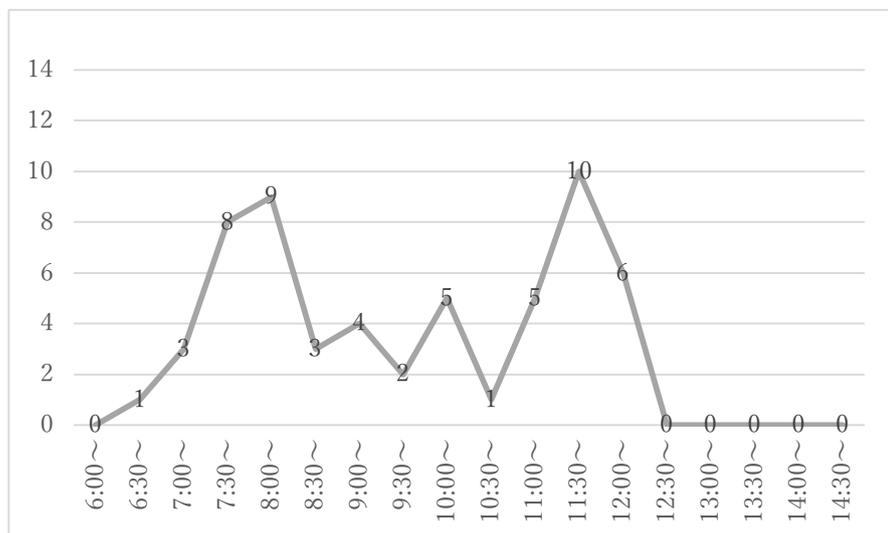


図5-18 特養M 早番の声かけを含む「ながらケア」の回数（30分ごと）

図5-19より、特養F早番では、8:30～9:00、10:30～11:00の回数が多い。8:30～9:00は、食事介助をしながら入居者に継続的に声かけを行なっている。その前後でも回数が多いのは、この職員が朝食を入居者のタイミングに合わせているため、図5-15の約7:40～9:10（直接介護 Meal）を見ると分かるが、朝食時間は1時間半続いた。10:30～11:00は、計26回であるが、これも入浴しながらの声かけである。

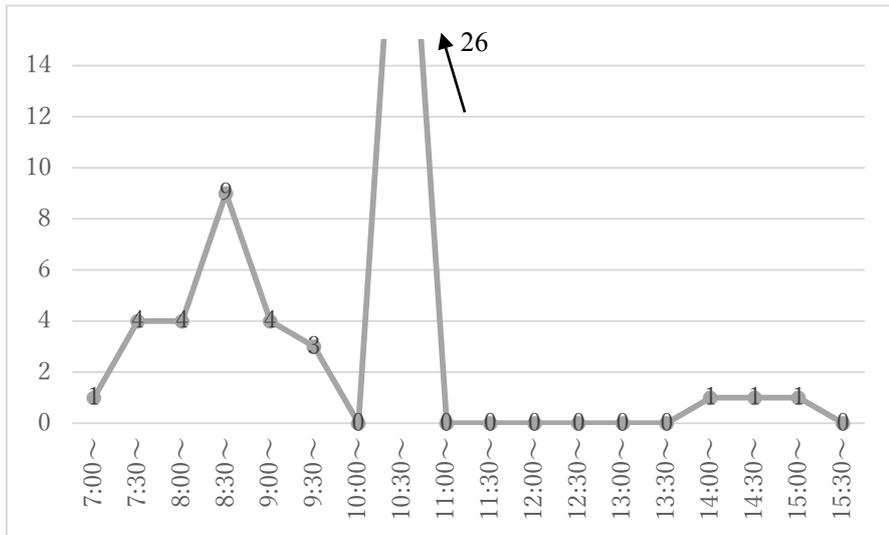


図 5-19 特養F 早番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30分ごと)

図 5-20 より、特養M 遅番では、14:00~14:30、18:00~18:30 に増加が見られる。

図 5-16 より、14:00~14:30 は、トイレに行く入居者が多く回数が増加している。18:00~18:30 は夕食の介助のためである。

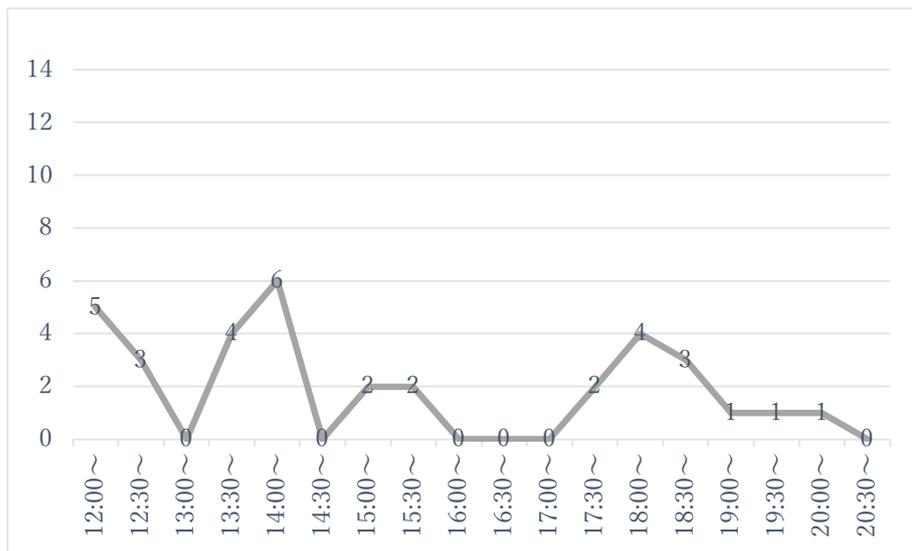


図 5-20 特養M 遅番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30分ごと)

図 5-21 より、特養F 遅番では、12:30~13:00、17:30~18:00 が多い。図 5-17 よりこれらは昼食と夕食介助のためである。

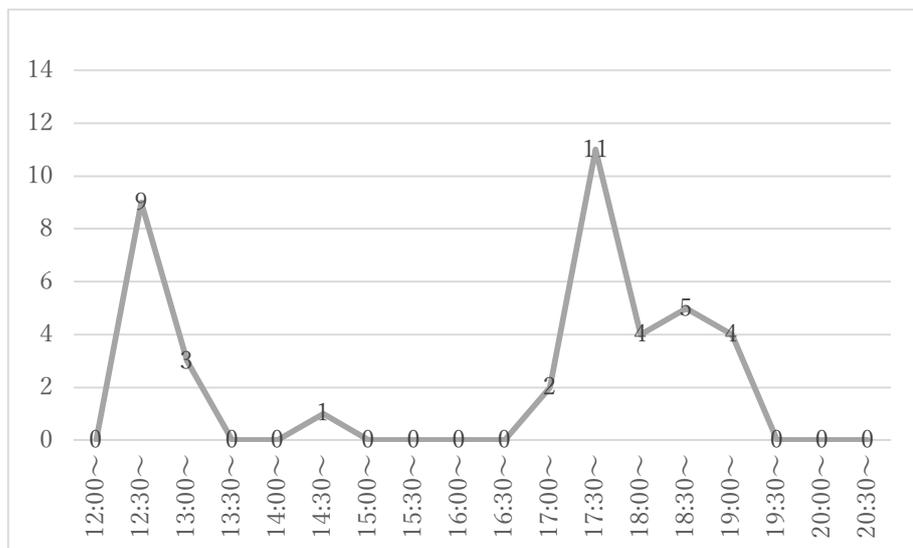


図 5-21 特養 F 遅番の声かけを含む「ながらケア」の回数（30分ごと）

図 5-18～図 5-21 を見比べると、特養 F はケアが集中する食事時間に一気に声かけの回数が上昇し、それ以外は 0 のことが多い。特養 M の場合もケアが集中する時間に上昇するものの、緩やかな上昇になっており、特養 F の方が特養 M より上昇が急であるといえる。これは、入居者の食事介助の場所がリビング、チャノマ 1、チャノマ 3 に分散されており、声かけを含む「ながらケア」がばらついたことが要因と考えられる。声かけを含む「ながらケア」が、集中的に行われることは、入居者の日常生活行為を集中的にこなそうとする介護行為にもつながるので、注意が必要である。

以上より、「ながらケア」の持続性を高めるためには、まず会話が長く続くように配慮すべきであり、職員が施設のしつらえなど入居者に相談しながら行う、一緒に洗濯物をたたんだり食器をふいたりする、というふうに、入居者を巻き込みながら進めるケアが長時間の「ながらケア」につながる。長時間続く会話の内容としては、入居者の長期記憶に残されている昔話や家族の話など入居者が主体的に話せる内容であり、場面としては食事介助中に見られた。また、声かけが集中的に行われることは、入居者の生活を集中的にこなすことにもつながるため、特養 F 早番職員に見られるように、その人のタイミングに合わせた介助を提供するように徹底するか、特養 M のように入居者の食事場所を分散させることが対策として考えられる。

6節 まとめ

2節より、「ながらケア」について発話を中心に分析すると、声かけ、会話を含む「ながらケア」の割合は約6~9割を占めるが、会話が少ない職員もあり、思考空間内の到達可能領域の拡張のためには、会話をより増やしていく必要がある。

3節1より、「ながらケア」が生まれる構造には「行為先行タイプ」「同時タイプ」「発話先行タイプ」の3タイプがあり、行為先行タイプは、発話を生む何らかのきっかけを持つことが分かった。そのきっかけについては人的要因、物的要因、周囲の環境以外に分けられる。

3節2より、「ながらケア」が生まれる場面として、会話を含む「ながらケア」は、①ながら事務、②ながら間接介護、③ながら本人直接介護、④ながら第三者直接介護の4場面があり、声かけを含む「ながらケア」は、会話の4場面のうち、①、②、③の3場面が見られた。これらの場面と3節1項のきっかけの関連性を量的、質的に分析したところ、間接介護中、直接介護中に発話が多く生まれており、人的要因、物的要因を利用していた。これは逆にいうと、間接介護、直接介護の中の人、物的要因がなければ生まれなかった発話であると考えられるため、発話と同時の行為が発話の負荷を下げ、増加に寄与しているといえる。そして、「ながらケア」をさらに増やすためには、職員が間接介護の過程を入居者の見える場所で行う、一緒に行くことにより話題を積極的に作る必要があると考える。また、直接介護中は、入居者と話をする貴重な時間となるため、職員はTV以外にも話題にできるような物的要素を配置したり、食事のメニューを事前に把握したり、昔話ができるように入居者のライフストーリーを把握したりするなど、話題を用意しておく必要がある。

4節1では、職員が入居者に声かけすることが、会話を含む「ながらケア」に繋がる割合を分析したところ、高い割合となる職員が存在した。声かけは会話を生むきっかけになりうると考えられる。

4節2では、職員と入居者との居合わせ数と「ながらケア」との関係性を分析したところ、声かけを含む「ながらケア」は居合わせ数の増加に伴って上昇傾向にあることが分かった。居合わせは入居者と職員の視覚的コミュニケーションにつながる。居合わせ数は職員が移動する際、入居者の居場所となる共用空間を通過しなければいけない平面計画となっているか否かに関係することが明らかになった。

4節3では、職員の滞在頻度と「ながらケア」との関係性を分析したところ、会話を含む「ながらケア」と職員の同じ空間での滞在頻度は比例していることが分かった。これは職員と入居者が同じ空間に長時間滞在することから、3節に示したような話題を見つけ、会話に発展していると考えられる。

5節1より、会話を含む「ながらケア」の持続性のためには、まず会話が長く続くように配慮すべきであり、職員が施設のしつらえなど入居者に相談しながら行う、一緒に洗濯物をたたんだり食器をふいたりする、というふうに、入居者を巻き込みながら進めるケアが長時間の「ながらケア」につながっていた。長時間続く会話の内容としては、入居者の長期記憶に残されている昔話や家族の話など入居者が主体的に話せる内容であり、場面としては食事介助中に見られた。

5節2より、声かけを含む「ながらケア」が継続的に行われるためには、特養F早番職員に見られるように、職員がその人のタイミングに合わせた介助を提供するように徹底するか、特養Mのように食事場所を分散させたり、居合わせ数が増えるような動線計画としたりすることが考えられる。

第6章 III.さりげない見守りを行う

はじめに

1節 研究の目的と方法

2節 共用空間における入居者の滞在率

3節 見守りの区分け

4節 静的見守りに伴う滞在時間と可視率の区分け

5節 動の見守りに伴う位置と可視率

6節 まとめ

はじめに

「ながらケア」を分析するに当たり、見守りの捉え方がポイントになる。

職員からすると、安全面から入居者を常に視界に入れておきたいが、それは入居者にとって安心感につながるか、プライバシーの侵害と感ずるかは受け手によって違う。このことから、職員は、入居者が負担に感じないような見守りの手法をとる必要がある。

見守りは、入居者、職員にとって多くの意味合いを持つ介護行為⁴¹⁾である。

具体的には、入居者の安全確保、安否確認、精神的サポート、行動のサポート、その人らしさの尊重、ケアのタイミングの判断、その他、である。

佐瀬³⁸⁾は、見守りは、「その状態を承認していること、直接手を出さないが気にかけている状態」とし、見守りケアは「ながらケア」であるとしている。また、見守りのポイントとして以下の3点を挙げている。

- ①態度（例えば「心配しています」という態度なのか「あなたなら大丈夫」という態度なのか、気づかれぬように見守るのか）
- ②距離（例えば、すぐに手を出せる距離で見守るのか、離れて見守るのか、利用者の能力や危険度により判断する必要がある）
- ③行動（仕事をしながら見守るのか、時々声かけしながら見守るのか、行動を共にしながら見守るのか）

本研究では、③の行動面に着目する。

3章にて、「ながらケア」を「職員が介助行為をしながら見守り、発話を行うこと」と定義した。また、2章1節の研究の視点において、記述したように、職員の空間移動を重視し、移動しながら見守ることを捉えるため、職員が移動しているか否かによって、見守りを、「静的見守り」「動の見守り」と2分して分析することにした（図6-1）。

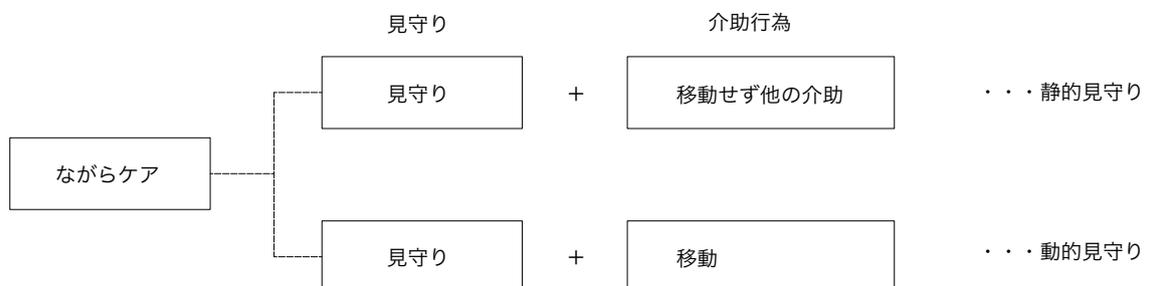


図6-1 見守りの構成

動の見守りについては、既往研究³¹⁾において示されているように、さりげない見守りである。静的見守りに関しては、他の介助と同時に行っていることが重要であり、同時の行為を重視し、その内容を分析する。

ここで問題になるのは、職員の見守りの実施をどのように測るかであるが、本研究では、見守りは職員が勤務時間内に常に行う義務（安全配慮義務⁴²⁾）があり、職員が入居者の活動と安全を両立したケアを行うために、入居者の居場所を常に把握している⁵⁵⁾と考え、勤務時間内は常に見守りを実施しているとする。活動と安全を両立したケアの実現のために、表6-1の項目が挙げられている。

表6-1 活動と安全を両立したケア⁵⁵⁾

安全と生活のバランスを考えた見守りを行う	継続した見守りを行う	多動で落ち着かないときには職員間で声かけをして（その人が）今どこにいるか常に把握する〈看〉
	身体拘束をしないで済む、余裕のある見守りを行う	立つことまで筋力的にもできない人、私たちが追いかければ、視界に入る所にいるなら、動きたいように自由に動いていいですよという声掛けをしている〈看〉
	関係性を築いた上で見守りを行う	人と人（施設高齢者と職員）との関わりのなかで、そっと思守っているという関係〈介・管〉

1 節 研究の目的と方法

1. 調査の目的

本調査は、ユニットケア施設において、ケアが重層的・同時並行的になりつつあることを踏まえ、他の介助をしながらの見守り、移動しながらの見守りがしやすいユニットケア空間の条件を提示することを目的とする。

建築計画につながる結果を得るため、見守りを静的なものと同動的なものに2分し（3節）、静的見守りと空間との関係（4節）、動の見守りと空間との関係（5節）を明らかにしていく。

2. 調査の方法

本調査では、職員の見守りに影響を及ぼす入居者の居場所となる共用空間の構成が異なる2つのGHを選定した。入居者の共用空間内の居場所が居間・食堂、一体となり1箇所であるものと、分離されており2箇所であるものを選定し、職員の「ながらケア」とユニットケア空間の関係性を分析しようとした。

まず職員行動の背景にある入居者の居場所等の把握のために、2ホームに対し、計2日間、午前8～午後8時の間、10分ごとに入居者の居場所を調査した（2節）。次に、2ホームに対し計5日間、調査員1名が職員1名（各勤務体制の時間帯の動き）を観察し、1分ごとの位置と作業内容を記入した。1分ごとの単位については、要介護認定の際に用いられる「1分

間タイムスタディデータ」の算出方法を参照した。調査員は調査日、午前8時～午後8時までホームに滞在し、職員にインタビューを行いながら、日々の生活の様子を聞き取った。8時より前の時間の動きについては職員から聞き取り記録した。職員行動の分析に当たっては、本章の「はじめに」で述べたように、職員は勤務時間中、常に見守りを実施していると考えられる。静的見守り（同じ位置で移動せずに行う見守り）と動の見守り（移動しながらの見守り）に職員の場所移動によって区分けして、それぞれの勤務時間内の総数をカウントする（図6-2）（3.4節）。

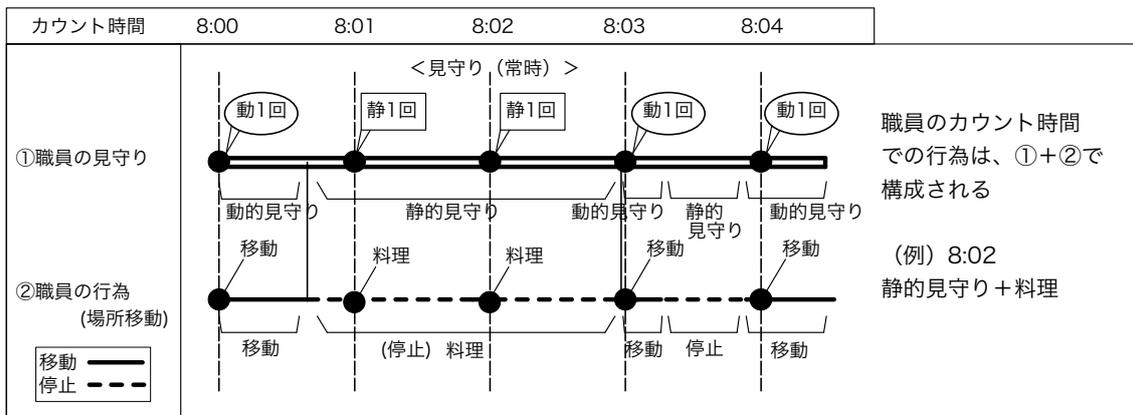


図 6-2 見守りのカウント方法

動の見守りの分析に当たっては、各勤務体制の一日の動きを累積した（図6-3）（5節）。

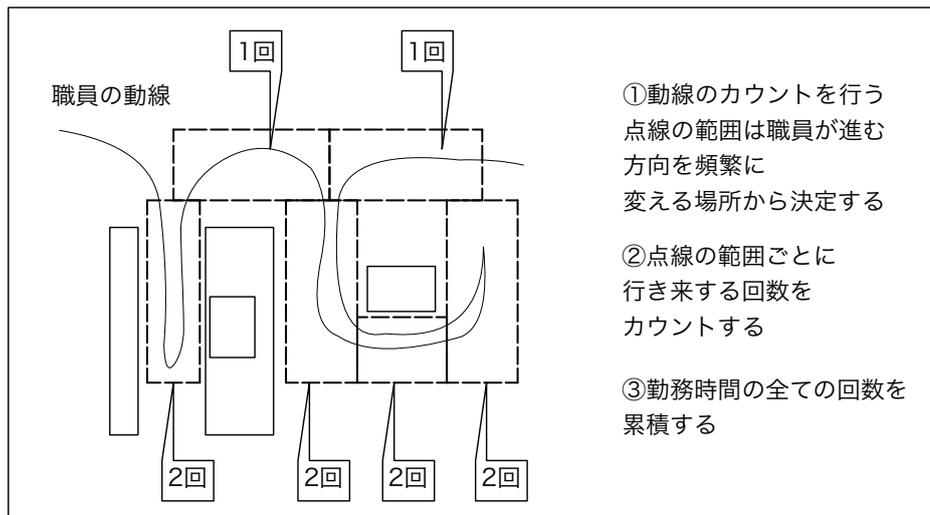
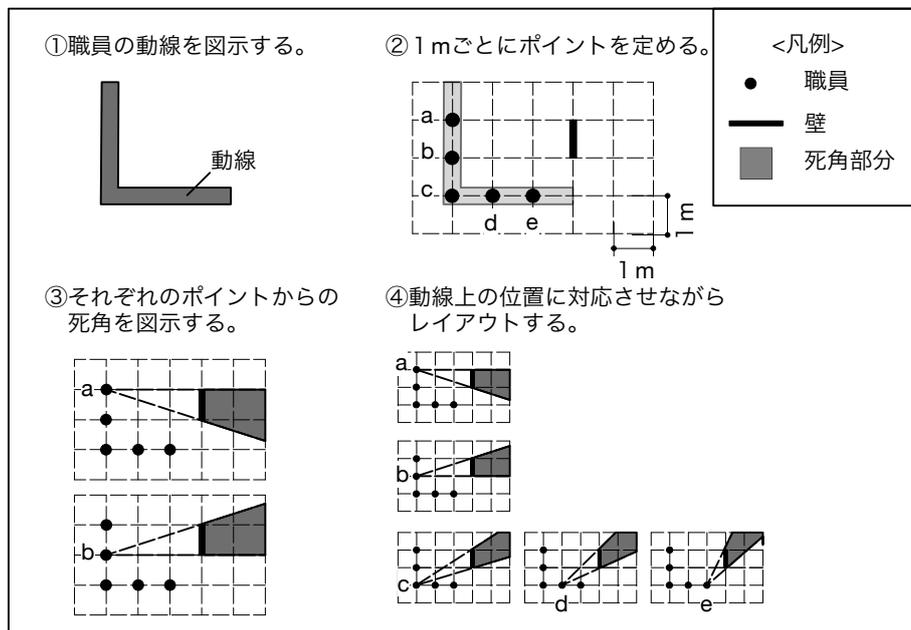


図 6-3 動線のカウント方法

さらに、GH から提供された図面をもとに、介護職員の動線上のポイントからの可視領域を調査し、可視率(=共用空間内の可視領域の面積/共用空間の面積×100) (%)を算出した。本研究においては、物理的な関係を重視するものとし、人が特定の場所に立ち、首を回す、体の向きを変える等により見える可能性がある場所を可視領域と判断している。このことから可視率の高い場所を通過していることと、利用者の見守りができていることは同等ではない。参考文献 56 では、小規模多機能ホームにおいて職員がどれだけ利用者の把握ができるかを「スタッフの活動起点(キッチン)及び活動範囲(通所スペース)から見える廊下・ホールの面積の割合」(キッチンと通所スペースから見える廊下・ホールの面積と全部の廊下・ホールの面積で割る値)で示している。これを参考に、本研究においては「共用空間内の可視領域の面積/共用空間の面積×100」(%)を可視率と呼ぶこととする。介護職員の動的見守りについては、職員の移動1mごとにそこからの可視領域を図に示し(以下、「動的見守り図」と呼ぶ)、職員の動きながらの可視領域がどう変化していくか把握を試みた。動的見守り図の作成の手順については、参考文献 57 を参考に、図 6-4 のように定めた。まず、職員の動線を平面図上に記載し①、その動線上に1mごとにポイントをうつ②。それらのポイントから死角の範囲を図示したものを作成し③、配置していく④手順になる。



※「死角」は完全に視界に入らない(様子を一切窺うことができない)部分を意味している。よってガラスの向こう側は見通せると考える。

図 6-4 動的見守り図作成の手順

3. 調査対象 GH の概要

調査対象ホームの概要は表 6-2 にまとめた。勤務体制は 2 ホームにおいて、平日・休日共大きな差は見られなかった。一日の職員のスケジュールは、申し送り→起床ケア→朝食準備、片付け→掃除、洗濯→お茶→入居者の外出（買い物）→昼食準備、片付け→入浴→おやつ→夕食準備、片付け→就寝ケアの流れであり（記録は適宜）、2 ホーム共に共通している。入居者の生活の場であることを基本として、入居者の希望を聞きながら、外出、入浴、掃除の時間を午前や午後に変更しつつ、入居者は柔軟性の高いスケジュールとなっている。グループホーム K(以下、GH-K)は、居間と食堂が隣接して配置されている。グループホーム S(以下、GH-S)は居間と食堂が廊下を介して離れて配置されている。GH-K の調査日は 2017 年 1 月 13～14 日（職員）2015 年 10 月 24 日（入居者）、S は 2016 年 9 月 8～10 日（職員）2015 年 6 月 8 日（入居者）である。研究においては、以下の点に配慮して実施した。

- ・ 個人情報を取り扱わない
- ・ 事前に職員に調査目的・調査手順の説明を行い、対象者の心理に影響を与えないような記録方法を相談の上、決定した
- ・ 採取するデータは、居場所や行為に限定し、侵襲性がないように配慮した

表 6-2 調査対象 GH の概要

施設名	GH-K	GH-S
所在地	千葉県成田市	東京都足立区
運営主体	民間	社会福祉法人
運営形態	GHのみ	隣接して特別養護老人ホーム、デイサービス
開所	2014年2月1日	2006年7月1日
定員	9人(1階、2階共)	9人(1階、2階共)
平均年齢	83.8歳	84.0歳
平均介護度	2.2	3.2
敷地面積	498.31㎡	923.35㎡
建築面積	245.98㎡	429.44㎡
延床面積	462.93㎡	746.20㎡
建物構造	木造2階	RC造2階
分類	中廊下型	L型
職員の勤務体制と作業内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 早番 8:30-18:00 <調査対象者:常勤職員・ユニット経験8年> >(昼食、買い物、他) ● 遅番 10:00-19:00 <調査対象者:常勤職員・ユニット経験3年> >(夕食、入浴、他) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日勤1 9:30-18:30<調査対象者:非常勤職員・ユニット経験3年>(入浴、他) ● 日勤2 9:30-18:30<調査対象者:非常勤職員・ユニット経験10年>(昼食、他) ● 遅番 11:00-20:00<調査対象者:非常勤職員・ユニット経験2年>(夕食、他)
平面図	 <p>調査対象 1階平面図</p>	 <p>調査対象 1階平面図</p>

2節 共用空間における入居者の滞在率

本研究は、職員の「ながらケア」に関わる研究であるが、職員行動の背景にある入居者の基本属性や日中の滞在場所を捉えた上で論を展開する。

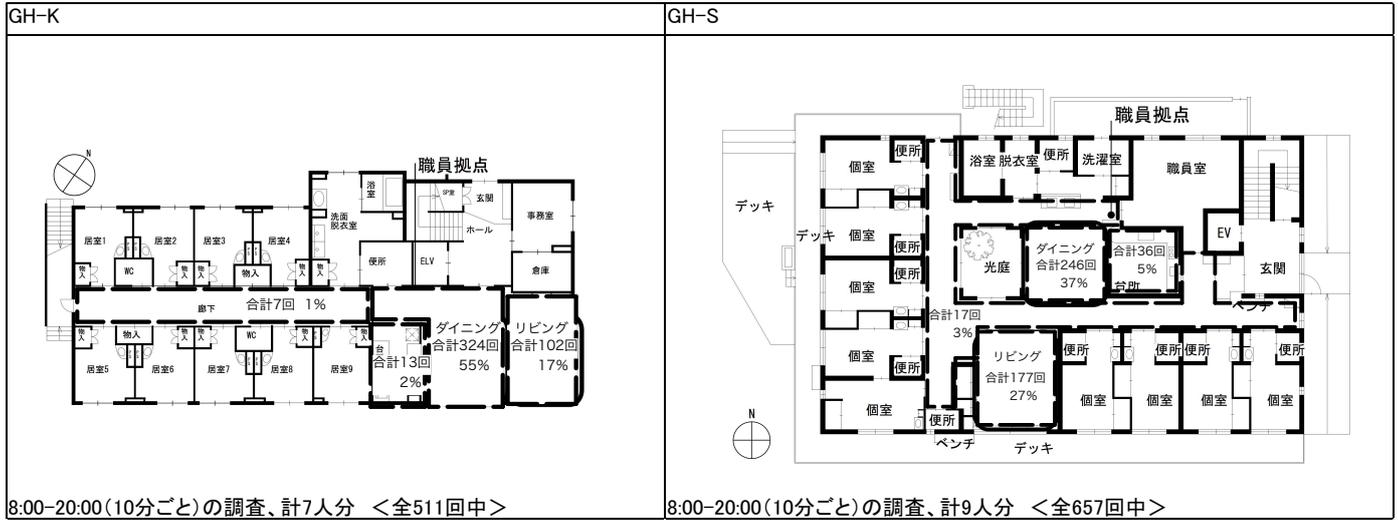
表6-3は両ホームの入居者の基本属性である。GH-Kにおいては、入居者6、GH-Sにおいては入居者2が日中頻繁に徘徊をしていた。また、見守りの必要性の高い入居者として、GH-Kにおいては入居者3が自立歩行の際に転倒の危険性が高く、入居者3が立ち上がるとすぐに職員が駆け寄り、誘導する姿が見られた。GH-Sにおいては、入居者5が食事の際の飲み込みの危険性が高いので、キッチンカウンターで食事や水分を摂る姿が見られた。両ホーム共、ユニット出入り口は施錠されており、入居者が自由に出入りすることができない。

表6-4は表6-3の入居者全員が調査時間、12時間の10分ごとの調査で共用空間のどの空間（表6-4の平面図の点線で分けした空間）にいるかをカウントした。そして、全カウント数に対して、共用空間の滞在回数がどれくらいの割合なのかを示した。GH-Kは7人、GH-Sは9人分を示してある。この結果、GH-Kは、入居者の食堂での滞在率が高く、55%と約半数を占める。それに対し、廊下や台所は1%とほとんど滞在がない。GH-Sは、入居者の滞在が食堂37%、居間27%とGH-Kより分散している。それに対し、廊下は3%と低い滞在率になる。

表6-3 入居者の基本属性

GH-K	入居者1	入居者2	入居者3	入居者4	入居者5	入居者6	入居者7	入居者8	入居者9
年齢	87	88	89	空き室	88	75	82	入院中	102
介護度	3	2	1		3	2	2		3
ADL	B2	J2	J2		J2	A2	J2		C2
日常生活自立度	Ⅲa	Ⅲa	Ⅲb		Ⅲb	Ⅳ	Ⅲa		Ⅲb
認知症の種類	アルツハイマー	アルツハイマー	アルツハイマー		アルツハイマー	重度アルツハイマー	混合型		脳血管性
GH-S	入居者1	入居者2	入居者3	入居者4	入居者5	入居者6	入居者7	入居者8	入居者9
年齢	88	85	64	94	70	77	86	87	89
介護度	3	2	3	4	5	1	3	5	3
ADL	A1	A2	A1	C1	C2	A1	A1	C2	A1
日常生活自立度	Ⅲa	Ⅲa	M	Ⅳ	Ⅳ	Ⅱb	Ⅳ	Ⅳ	Ⅱb
認知症の種類	アルツハイマー	混合型	若年性認知症	アルツハイマー	若年性認知症	アルツハイマー	アルツハイマー	アルツハイマー	アルツハイマー

表 6-4 共用空間における入居者の滞在率



老人施設における事故発生割合は、廊下と食堂に大きな差はなく、入居者が移動中に発生する割合が高い (図 6-5)。

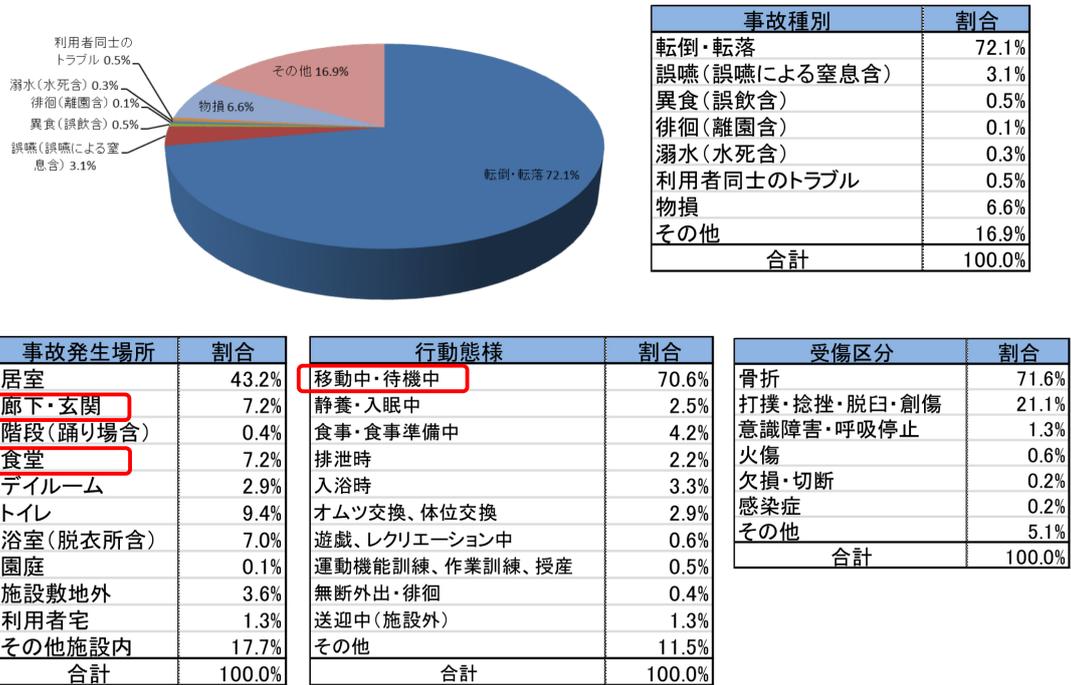


図 6-5 老人施設における事故発生状況

出典：全国社会福祉協議会「福祉施設における事故対応ハンドブック」⁵⁸⁾

廊下は主に入居者の移動が行われ、食堂や居間は座っていることが大半であり、滞在率が低いからといって危険性が低いとは限らない。一方、安心感を与えるという視点からは、入居者が高い頻度で滞在する食堂や居間において、見守れるような可視環境が必要である。これらの滞在率を踏まえて次節の分析を行う。

3節 見守りの区分け

本研究においては、職員は勤務時間内、常に入居者に対し見守りの義務があると考え、職員が勤務時間中、常に見守りを行っているとし、その上で職員の見守りを場所移動により以下の2種類に分けて分析する。

静的見守り：同じ位置に職員の腰の位置を水平方向に対して維持しながらの見守り

動の見守り：職員の腰の位置を水平方向に対して移動しながらの見守り

2種類の見守りが両ホームにおいて1日にどのくらい行われているかをカウントし、動の見守りの割合を計算すると、GH-Kでは約45～50%、GH-Sでは約35～45%であった。これは、GH-Kが日中2人の勤務体制であるために、動き回る時間が増えたと考えられる。動の見守り・静的見守りの回数は、それぞれGH-Kの早番は280回(49%)・290回(51%)、遅番は232回(45%)・283回(55%)、GH-Sの日勤1は、233回(46%)・277回(54%)、日勤2は212回(42%)・298回(58%)、遅番は171回(34%)・339回(66%)であった(表6-5)。1日の見守りの中で、動の見守りが約半数を占める職員がGH-Sの遅番以外であり、5人中4人を占めるため、動の見守りは見守りを行う上で、職員が多く時間を割いていることが分かる。

表6-5 静的・動の見守りの割合

GH-K	早番	遅番	GH-S	日勤1	日勤2	遅番
動の見守り	280(49%)	232(45%)	動の見守り	233(46%)	212(42%)	171(34%)
静的見守り	290(51%)	283(55%)	静的見守り	277(54%)	298(58%)	339(66%)
計	570(100%)	515(100%)	計	510(100%)	510(100%)	510(100%)

4節 静的見守りに伴う滞在時間と可視率【分析方法 図6-2】

この章においては、静的見守りがどこでどのくらいどのような介護行為と共に行われているか分析し、それらと可視率との関係性を示す。

1. 静的見守りの位置

表6-6は、3節で区分けした静的見守りが高い頻度で行われた場所を頻度の高い場所から順に示している。

表 6-6 静的見守りが行われる位置での滞在回数

滞在回数が多い順	GH-K				GH-S					
	早番(全290回中)		遅番(全283回中)		日勤1(全277回中)		日勤2(全298回中)		遅番(全339回中)	
1	62回	台所1 料理	43回	台所1 料理	90回	職員拠点 記録・送り	87回	職員拠点 記録・送り	171回	台所3 料理
2	41回	台所2 料理	36回	台所2 料理	33回	台所1 料理	48回	台所1 料理	24回	台所2 料理
3	39回	職員拠点 記録	18回	居間 入居者ケア	21回	食堂1 入居者ケア	43回	台所2 料理	20回	食堂6 入居者ケア
4	20回	食堂1 入居者ケア	17回	職員拠点 記録	18回	食堂2 入居者ケア	32回	食堂3 入居者ケア	17回	食堂4 入居者ケア
5	14回	食堂2 送り	10回	食堂1 入居者ケア	13回	台所2 料理	11回	食堂4 入居者ケア	16回	職員拠点 記録
6					12回	居間 入居者ケア	11回	食堂5 入居者ケア	15回	食堂7 入居者ケア
7							10回	食堂2 入居者ケア		

※同じ台所内の滞在だったとしても位置が違う場合は、台所1,台所2のように分けて示している

○の大きさは各勤務時間内の滞在回数（10回以上）、その右上段に場所名、右下に主な介護内容を示した。GH-Kにおいては、台所は最も職員の滞在回数が多く、介護内容としては料理の回数が多いという結果となった。よって静的見守りにおいては、料理しながら見守りしやすいことの優先順位が高い。GH-Kはキッチンが対面向きであるため、料理中の見守りは容易であると考えられる。それに対して、GH-Sはキッチンが壁向きであり、職員によると、料理中に見守るためには、振り返る必要があり、見守りが難しいとの話があった。よって、キッチンの向きは対面向きが望ましいと言える。GH-Sにおいては、日勤1、2の職員拠点（入居者に関する資料の保管・入居者の記録帳の記入を行う場所）の滞在回数が多いが、申し送りを職員拠点で行なっていることが要因と考えられる。記録帳は職員が共有しているために、記録の際の滞在場所は1箇所になる。職員拠点は、両ホーム共、入居者の主な滞在場所（食堂・居間）を見通せる位置に設置されており、入居者に安心感を与える意味では適切な位置と言える。しかし、図6-5の事故の発生状況からみると、移動空間の危険性は高いため、GH-Kのような廊下と食堂・居間を見渡せる場所が望ましい。GH-Sは、食事介助の必要性のある入居者が多いため、職員の食堂内の滞在場所が数カ所見られる。食事時間は、入居者が食堂に集まっていることが多いため、家具配置に配慮すれば食事介助しながら見守ることは、容易と考えられる。

以上より、台所における「ながらケア」が最も頻度が高く、料理しながら見守れるようにするためには、キッチン是对面向きが望ましい。次に職員拠点においては、入居者の安心感と安全性を考慮すると、GH-Kのような、廊下・食堂、居間を見守れる位置が適切である。そして、食堂において食事介助しながら見守る時間も長いため、スムーズに行える家具配置に配慮すべきである。

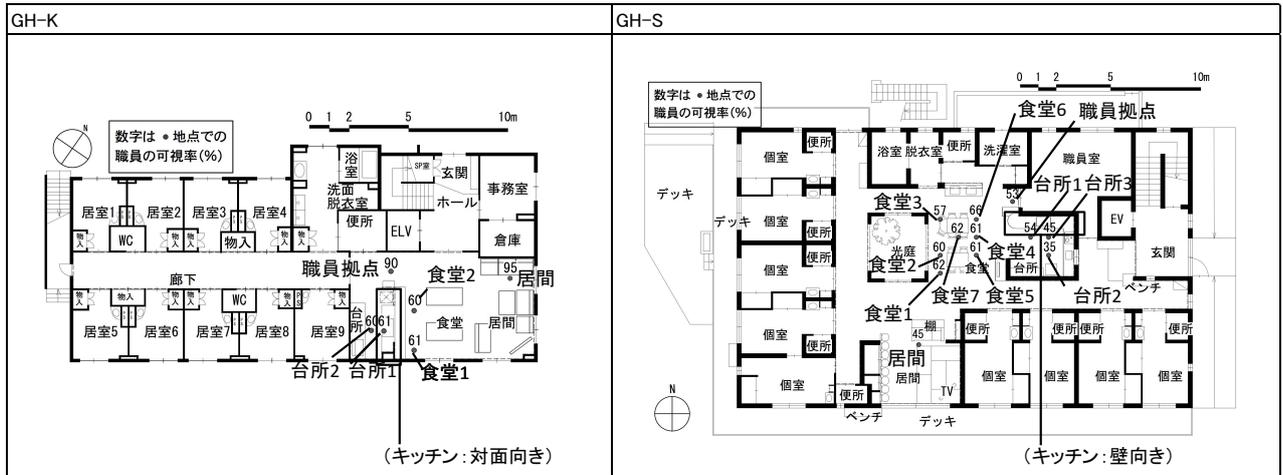
一方、静的見守りが長く行われる、台所、職員拠点、食堂における可視率が高いと、入居者の居場所に関わらず安否確認が可能であり、職員が「ながらケア」を行いやすいと考えられる。よって次項では、可視率について分析する。また、2節より、入居者は共用空間内の食堂・居間に滞在する頻度が高いので、入居者に安心感を与える意味で、これらのポイントから食堂・居間が可視領域に入るように検討することが必要である。

2. 静的見守りにおける滞在時間とその位置での可視率

表 6-6 の静的見守りの位置における可視率を算出したのが表 6-7 である。GH-K は台所が 60%、職員拠点は 90%、食堂は約 60% である。滞在時間と可視率の関係性については、GH-K の職員拠点は可視率が高いが、表 6-6 より GH-S ほど滞在回数は多くない。GH-S は台所が 30~60%、職員拠点は約 50%、食堂約 60% である。表 6-6 より、台所は滞在回数が多いのにも関わらず可視率が 35% と低い場所がある。よって静的見守りにおける可視率が高い位置に必ずしも高い頻度で滞在するわけではない。

本節をまとめると、静的見守りが行われる位置として、台所、職員拠点、食堂が導かれた。台所に関しては「ながらケア」がしやすいように、対面向きキッチンが良いこと、職員拠点については、廊下・食堂、居間を見守れる位置にすること、食堂については食事介助しながら見守れる家具配置にすることが求められる。また、台所、職員拠点、食堂における可視率が低い位置の特徴として GH-K より、廊下の延長上から外れた空間であること、GH-S より台所の奥であり 4 方を囲うように壁が配置されている空間であることが分かった。

表 6-7 静的見守りにおいて重要となる可視率



5 節 動的見守りに伴う位置と可視率【分析方法 図 6-3】

この節においては、動的見守りがさりげない見守りであるという前提に立ち、「ながらケア」である動的見守りがしやすい（「ながらケア」中に常に可視率が高い）空間の条件を示す。そのために動的見守りがどこでどのくらい行われているか分析し、それらと可視率との関係性を示す。また、動的見守り図を作成することで、職員の可視領域の変化を明らかにし、職員の動きに対し、常時死角となる位置と要因を明らかにする。

1. 動的見守りの位置

表 6-8、表 6-9 に GH-K と S の各勤務体制の動線を示した。また、50 回以上の移動については図面上に数字を記入した。

表 6-8 GH-K における勤務体制ごとの動線

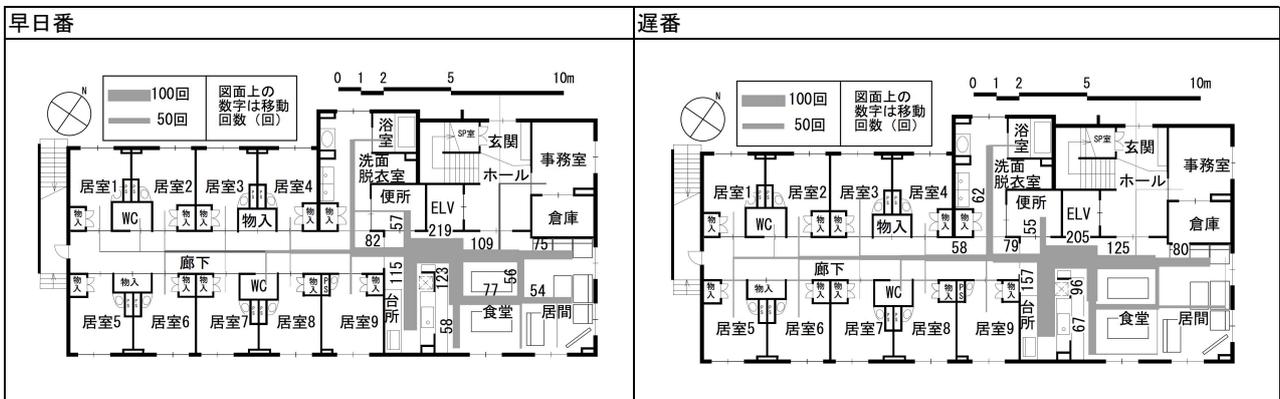
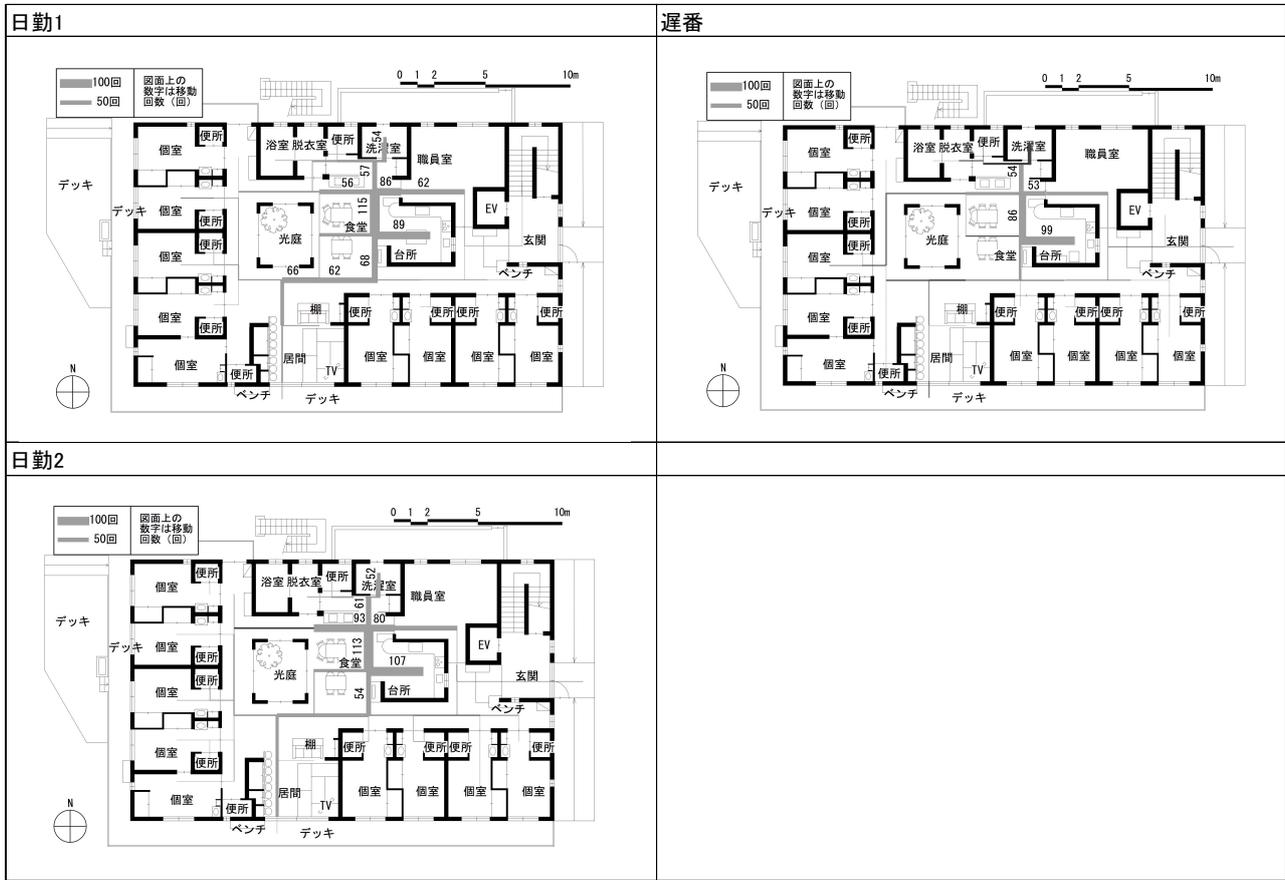


表 6-9 GH-S における勤務体制ごとの動線



GH-K の早日番、遅番の動線については、台所-職員拠点-食堂の動線が多く、早日番は 219 回、遅番は 205 回であった。両勤務体制の動きは大きくは変わらないが、遅番は入浴介助を担当するため、早日番より若干洗面所への動線が多い。GH-S の日勤 1、2、遅番の動線については、台所-食堂の動線が多く、おおよそ 100 回である。日勤 1 は入浴を行うため、浴室への動線が見られる。日勤 2 は、入居者の動きが多い日中の勤務であり、昼食を担当することから、食堂、台所、居間での動線が他の勤務より多い。遅番は夕食を担当するため、台所の動線が多いが日勤 2 と比べて全体的に動きが少ない。

2. 動の見守りの位置と可視率

動の見守りにおいては、職員の 1 日の勤務の中で多く行き来する場所からの見守りが重要になると考える。表 6-10. 6-11 左に各ホームの勤務体制において 50 回以上の行き来があったポイントを●で示し、可視率を示した。両ホームにおける 50 回以上行き来がある位置の違いは、GH-K において、共用空間の便所付近のポイント、居間のポイントがあることである。GH-K では職員が入居者を共用空間の便所へ度々誘導する姿が見られたが、GH-S

では共用空間の便所が入居者用として利用されていないため、ここへの動線が少ない。また、GH-Kでは、食堂と居間が一体となり、台所から近いため重度の入居者が居間に滞在しており、職員の居間への動線が多くなった。

両ホームが各勤務体制において50回以上の行き来があるのは、台所-食堂-洗面-職員拠点であった。GH-Kの台所での可視率が33%と最低となるのは、台所と食堂間の間仕切壁が影響している。表6-8、表6-10左を見比べると、職員は可視率の高い動線上を多く行き来するわけではなく、表6-9、表6-11左を見比べても、同様のことがいえる。

このことから2ホーム共に、職員が多く行き来する区間（台所-食堂-洗面-職員拠点）において可視率が低い位置が存在することが明らかになり、この区間の可視率を連続的に上げることが動の見守りしやすい空間につながる。また、2節より、職員の洗面所へ至る動線上（廊下）は入居者の滞在率が低いが、移動空間であり、食堂と同等の危険性があるため、可視率に配慮する必要がある。

3. 動の見守り図【分析方法 図6-4】

表6-10、6-11右に両ホームの勤務体制において50回以上行き来があるポイント（表6-10、6-11左のポイント）からの可視領域の変化を示した。表6-10abより図面南東方向に動くほど廊下が死角になることが分かる。また表6-10cより台所と食堂の間仕切壁によって生じる死角部分が広い。表6-11aより光庭を囲む壁や台所を囲む壁によって、廊下が常に死角になっている。また、表6-11bより台所と食堂の間に間仕切りがあり、これによって台所から居間への見通しが悪くなっている。GH-Sのように、職員の多く行き来する場所から居間が離れており、そこが死角になると、安全性への配慮が優先され、重度の入居者の誘導が難しくなる。

本節をまとめると、動の見守りが行われるのは、台所-食堂-洗面所-職員拠点であり、その区間において可視率の低い位置が存在した。よってこの区間の可視率を連続的に上げることが、動の見守りしやすい空間につながる。また動の見守り図により、台所・食堂等、職員が多く行き来する空間の周辺の間仕切壁が広い死角を生み出していることが明らかになった。加えて、職員の動きに対して変化せず、常時死角となる部分（GH-Kの台所の間仕切り付近、GH-Sの廊下の端）が常時職員の視界に入らないと考えられる。このような部分を可能な限り設けないように、職員が常時行き来する場所近くに部屋を間仕切るような長い壁を設けないこと、職員の視線が常に届かないような複雑な廊下形状を避けることが考えられる。

表 6-10 GH-K の動的見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化

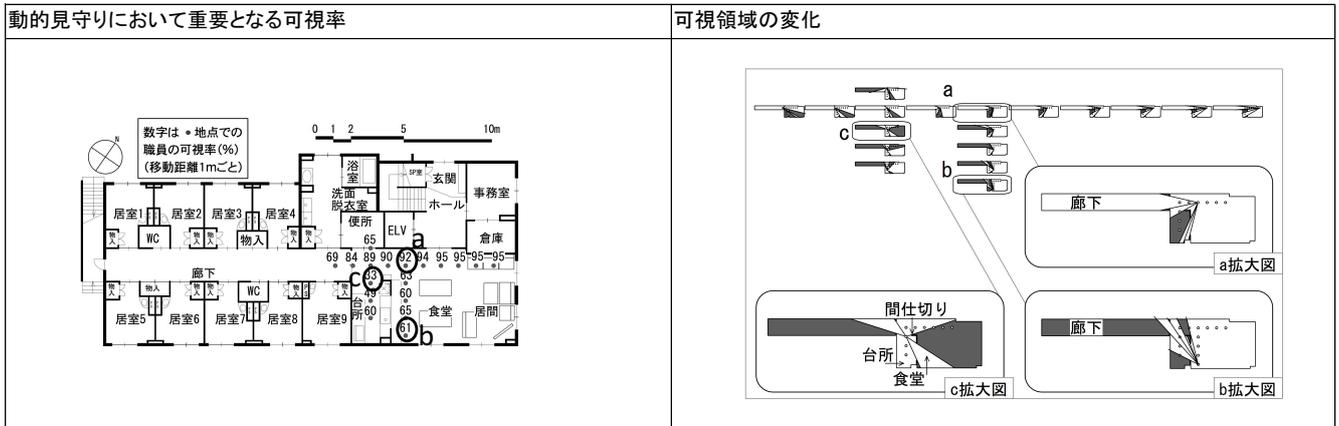
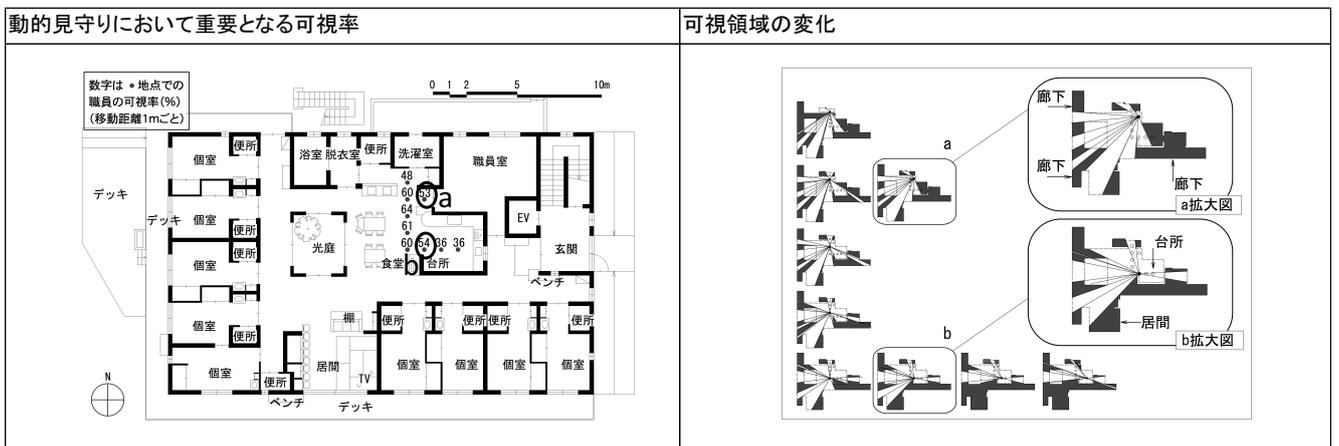


表 6-11 GH-S の動的見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化



6 節 まとめ

4 節 1 より、1 分ごとの行動観察調査を行うことで静的見守りが長時間行われる位置は台所、職員拠点、食堂であることが明らかになり、「ながらケア」をしやすい空間のためには、これらの位置の可視率を上げる必要がある。その際に重要な同時の行為については、台所で料理しながらが最も頻度が高く、そのためにはキッチン是对面向きが望ましい。次に職員拠点においては、入居者の安心感と安全性を考慮すると、GH-K のような、廊下・食堂、居間を見守れる位置が適切である。そして、食堂において食事介助しながら見守る時間も長いので、スムーズに行える家具配置に配慮すべきである。

4 節 2 より両ホームの可視率を示すことで、静的見守りが行われる位置の中には、可視率が低い位置が存在することが明らかになり、その位置の特徴として、中廊下の延長上から外れた空間であったり、4 方を囲うように壁が配置されている空間であったりすることが分かった。これらの特徴に留意して計画を進めるべきである。

5節1より動の見守りが行われる位置は台所-食堂-洗面所-職員拠点が多く、動の見守りに配慮した空間の実現のためには、この区間の可視率を連続的に上げる必要がある。

5節2より両ホームの可視率を示すことで、動の見守りが多く行われる位置には低い可視率の位置があることが明らかになった。

5節3より職員が多く行き来するポイントの可視率の変化を示すことで、死角を生み出す物理的要因を明らかにした。台所や食堂等、職員が多く行き来する空間の周辺の間仕切りが広い死角を生み出す大きな要因となっているため、これらを配置する際には十分な検討が必要である。加えて、職員の動きに対して変化せず、常時死角となる部分を可能な限り設けないような工夫が必要であり、職員が常時行き来する場所近くに部屋を間仕切るような長い壁を設けないこと、職員の視線が常に届かないような複雑な廊下形状を避けることを検討すべきである。

可視率が高いことによる入居者の安心感や負担感を踏まえ、静の見守りにおいては「ながらケア」としての他の介助がしやすく、動の見守りにおいては動きながら職員がさりげなく見守れるように、設計段階より、共用空間の構成や間仕切りの配置を工夫し、可視率が常時低いことによって、入居者の居場所が限定されないような空間を検討することが重要であると考ええる。

参考文献

- 55) 小山晶子、征矢野あや子、小山智史ほか3名：介護保険施設における認知症高齢者への身体拘束しない転倒予防ケア, 日本転倒予防学会誌 Vol. 2, No. 3, pp11-21, 2016. 1
- 56) 谷口元、李莉、太幡英亮ほか3名：介護とプライバシーの両面からみた小規模多機能ホームの平面計画に関する研究 その1, 日本建築学会大会学術講演梗概集, pp557-558, 2013. 8
- 57) 川上喜嗣、デロンカー・バート：室内窓が居住空間及び家族間の繋がりに与える影響に関する研究, 日本建築学会九州支部研究報告第50号, pp129-132, 2011. 3
- 58) 全国社会福祉協議会：福祉施設における事故対応ハンドブック, pp6, 2012

第7章 働きかけとさりげない見守りを生む空間

はじめに

1節 研究の目的と方法

2節 各ユニットにおけるチャノマの使用状況

3節 特養Mにおける見守りの評価

4節 まとめ

はじめに

4.5章において取り上げた特養Mにおいては、全体で計7ユニット、ショートステイが3ユニット存在するが、チャノマ（キッチンのない共用空間）が使われてないユニットが存在した。それは6章で取り上げた職員の見守りが関係することが推察された。そこで本章では、4,5章における調査ユニット（図7-1における「2-2」）を含めた全ユニットでのチャノマ使用の実態を明らかにし、共用空間を分散配置することに対する職員の意識を示すと同時に特養Mを見守りの点から評価する。

1 節 研究の目的と方法

1. 調査の目的

本調査は、特養Mを含む全10ユニット内のチャノマ（キッチンのない共用空間）使用の実態や使用用途を明らかにし、共用空間を分散配置することに対する職員の意識を示すと同時に、特養Mを見守りの観点から評価することを目的とする。

2. 調査の方法

まず、チャノマが日常的に使用されていないユニットである「3-2」において、職員3名に対し、インタビュー調査(2017年3月7日に実施)を行った上で、その他のユニットで1,2名ずつ、計20名に対し、アンケート調査を行った。調査内容は、①配属ユニットと役職②チャノマの使用の有無と使用頻度、使用目的（自由記述）③死角に対する不安感の有無、不安感に対する対応方法（自由記述）、とした。回収率は20名中20名（100%）であり、配布日は、2017年3月7日、回収日は2017年3月13日である。インタビュー調査の内容はアンケート調査と同じである。

3. 調査対象施設の概要

特養Mを含む全ユニットを対象とする。ただし、「4-1」、「5-1」、「5-2」はショートステイであり、その他は特養ユニットである。平面図は図7-1に示した。調査対象者は、各ユニット1,2名ずつとし、調査時点で介護職員として勤務することがある者に限定した。

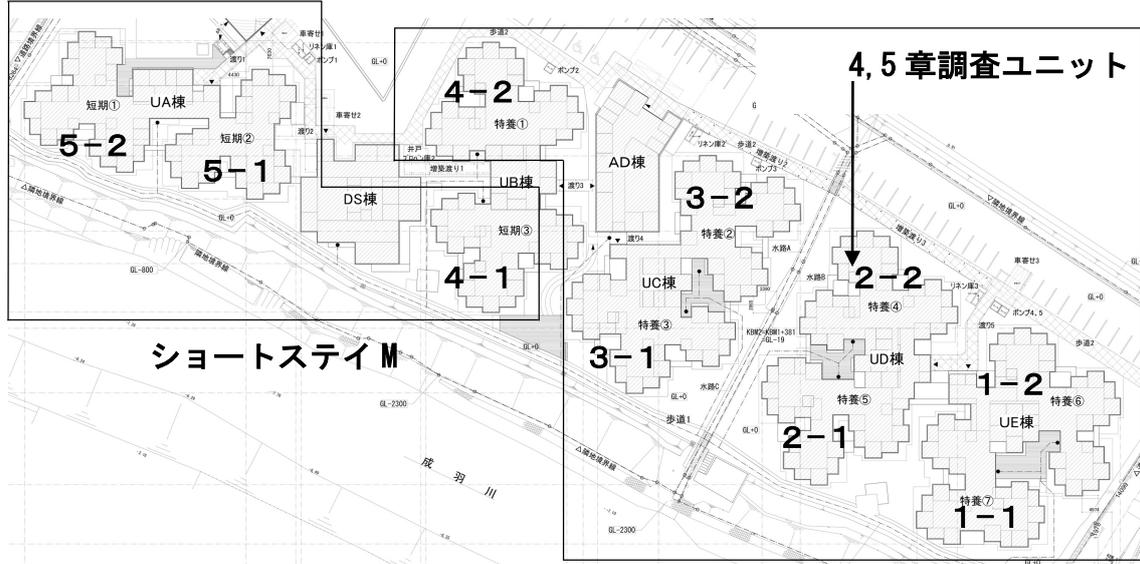


図 7-1 施設全体の平面図 (出典：設計事務所 CAn より提供)

特養 M

2 節 各ユニットにおけるチャノマの使用状況

1. チャノマの使用が少ない「3-2」ユニットの実態【インタビュー調査】

表 7-1 に、インタビュー内容と回答を示した。このユニットでは、チャノマは入居者の日常的な居場所とはしておらず、1ヶ月に多くて数回、家族が来たときや職員の打ち合わせ時に使われていた。その理由として、係長の話から、職員の死角が怖いとの意識が原因であると分かった。また、入居者が死角にいることを職員が怖いと思わないことは、安全性への意識の低下につながるのではないかと懸念も語られた。

表 7-1 「3-2」ユニットにおけるインタビュー内容と回答

		インタビュー内容											
		チャノマに入居者を誘導するか			チャノマを職員が使うか			チャノマは誰の場所か		死角に入居者を誘導するのは怖い		入居者が見えないと不安か	
		YES/NO	頻度	理由	YES/NO	頻度	理由	↓	YES/NO	YES/NO	対策		
配属 役職	1	3-2	リーダー	YES	1回/1ヶ月	・家族が来たとき ・具合が悪い人がいる場合	YES	1回/1ヶ月	・職員研修 ・打ち合わせ	家族	YES	YES	・見える場所に誘導 (風邪のとき)
	2	3-2	介護職員	YES	4.5回/1ヶ月	・家族が来たとき	YES	1回/1年	・ユニットリーダーの打ち合わせ	他のユニットだと一人で食事したいという人がいるのでそういう入居者のため、職員のため	YES：不穏になった入居者が特に	YES	・声掛け ・動いて確認しに行く
	3	3	丁目 係長	YES	1回/2、3ヶ月	・家族が来たとき(半分隠れているため、ほどよい距離感をとれる、差し入れを家族だけにしたいときに良い)	YES	1回/1、2ヶ月	・ケアプランの変更等スタッフと家族が個人的な話をするとき	死角になるためあまり使われていない、人間関係調整のためにチャノマに入居者を誘導しては？と提案しているが、死角が怖いと思う職員が多いため使われない。	YES	YES	・こまめに巡視 ・耳を傾ける

※役職に関わらず全員が介護職員として現場でケアを行う ※係長は管理業務の他、2ユニットに交互に勤務する 例) 3丁目係長は3-1,3-2を交互に勤務する

2. その他ユニットにおけるチャノマの使用状況【アンケート調査】

表 7-2 に、アンケート内容と回答を示した。

表 7-2 その他ユニットにおけるアンケート内容と回答

		インタビュー内容												
		チャノマに入居者を誘導するか			チャノマを職員が使うか			チャノマは誰の場所か	死角に入居者を誘導するのは怖い	入居者が見えないと不安か				
		YES/NO	頻度	理由	YES/NO	頻度	理由	1	YES/NO	YES/NO	対策			
配属と 役割	1	1-1	リーダー	NO	無回答	見守りができず誘導することに不安を感じる	NO	無回答	無回答	入居者、家族	YES	YES	・コールを持ってもらう	
	2	1-1	介護職員	NO	無回答	死角になるため、見守りができないので誘導はできない！！	NO	無回答	無回答	入居者、家族	YES	YES	・コールを持ってもらう	
	3	1-2	リーダー	YES	5回/1日	・食事 ・お茶 ・テレビ鑑賞	YES	2、3回/1日	・食事介助 ・定例会議 ・入居者との会話	入居者、家族、面会に来られた方、職員	YES	YES	・こまめに巡視 ・耳を傾ける	
	4	1-2	介護職員	YES	3回/1日	・食事	YES	1回/月	・会議	入居者、家族	YES	YES	・常に気をつけて仕事する	
	5	2-1	リーダー	YES	6回/1日	・食事 ・お茶	NO			入居者、家族	YES	YES	・入居者の特徴、行動をよく見る	
	6	2-1	介護職員	YES	1回/1日	・洗濯物をたたむ	YES	1回/1日	・洗濯物をたたむ	入居者	YES	YES	・こまめに巡視	
	7	2-2	リーダー	YES	3回/1日	・食事	YES	1回/1日	・休憩	入居者	YES	YES	・入居者同士の会話に注意を払う	
	8	2-2	介護職員	YES	3回/1日	・食事 ・TV ・音楽療法 ・イベント	YES	2回/1日	・食事 ・休憩	入居者、職員	YES	YES	・こまめに巡視	
	9	2	丁目 係長	YES	1回/1日	入居者が落ち着く場所だから	YES	1回/1日	・休憩 ・話し合い ・面接	使いたいひと	YES	YES	・こまめに巡視	
	10	3-1	リーダー	YES	1、2回/月	・家族の面会 ・散髪するとき	NO	無回答	無回答	家族	YES	YES	・勤務体制が悪いときにチャノマを無理に利用しない ・こまめに巡視	
	11	3-1	介護職員	YES	1、2回/月	・家族の面会 ・散髪するとき	NO	無回答	無回答	入居者、家族	YES	YES	・こまめな巡視、声かけ ・動きまわる方にはお茶や作業の提供により集中してもらう	
	12	4	丁目 係長	YES	5回/1日	・食事 ・水分補給他	YES	回答なし	・家族の面会	入居者、家族	YES	YES	・物音がしたときの巡視、居場所の確認	
	13	4-1	リーダー	YES	20回/1日	・食事 ・水分補給	YES	2回/1日	・休憩 ・食事介助	利用者	YES	YES	・こまめに见に行く	
	14	4-1	介護職員	YES	5回/1日	・食事 ・水分補給(10時と15時)	NO	無回答	無回答	利用者、家族、職員	YES	YES	・利用者の場所を把握する ・耳をすませる	
	15	4-2	介護職員	YES	5回/1日	部屋に閉じこもらずに歩くため	NO	無回答	無回答	入居者	YES	YES	・時間を決めて巡視する	
	16	5	丁目 係長	NO	特養と少し違いはあるがうまく利用したい	無回答	無回答	YES	1、2回/月	・研修 ・家族との会議	利用者	YES	YES	・声かけ
	17	5-1	リーダー	YES	無回答	家族や知人がきたとき	YES	無回答	・会議	皆	YES	YES	・こまめに见に行く	
	18	5-1	介護職員	NO	無回答	無回答	YES	無回答	・会議	利用者	YES	YES	・こまめに见に行く	
	19	5-2	リーダー	NO	無回答	無回答	YES	1回/週	・会議 ・家族の面会 ・職員研修		NO	NO		
	20	5-2	職員	NO	無回答	無回答	YES	1回/週	・研修 ・会議	利用者、家族、職員、	YES	YES	・死角になる場所を少なくする	

※役割に関わらず全員が介護職員として現場でケアを行う ※係長は管理業務の他、2ユニットに交互に勤務する 例) 3丁目係長は3-1,3-2を交互に勤務する

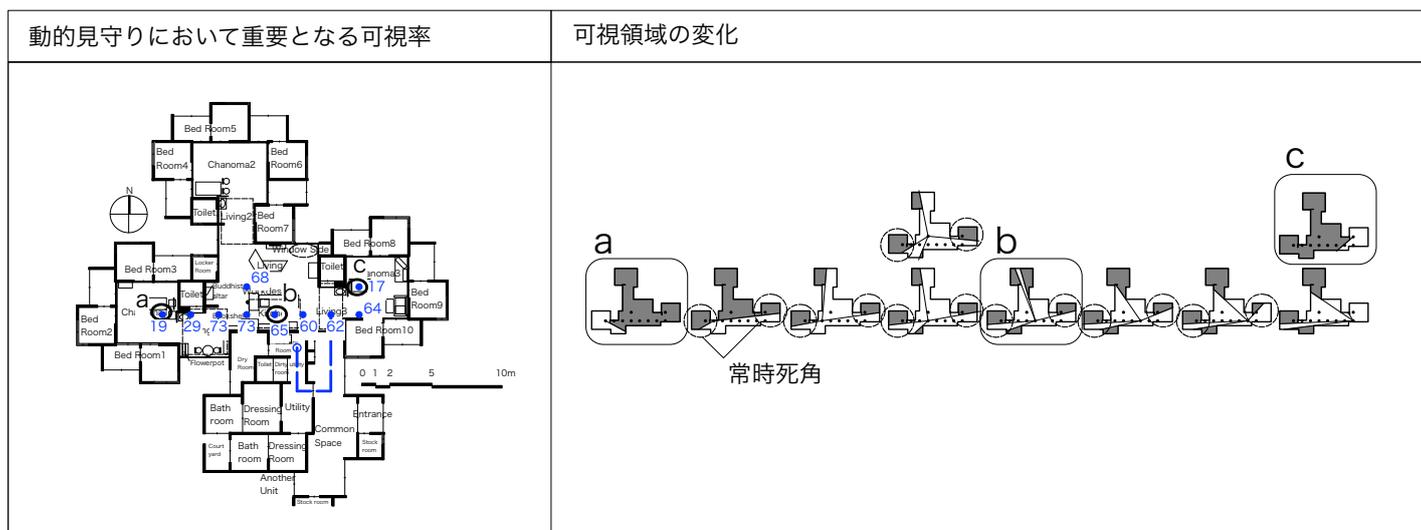
「チャノマを日常的に使うこと=1日1回以上使うこと」とした場合、前項の結果も含めて、23名中11名が、チャノマに入居者を日常的に誘導していることが分かった。一方、23名中6名は全く誘導することはないと答えた。日常的に使っている場合は、入居者が食事をチャノマで摂っている場合が多く、その他にテレビや音楽鑑賞などの娯楽行為、歩行する場所として使われていた。チャノマに入居者を誘導しない職員は、死角に対する不安を強く感じている場合であった。また、チャノマを職員が使うかについては、23名中16名が使うと答えた。用途として、入居者の介助のためや職員の打ち合わせ、休憩、家族との面会があり、多様な用途として使われていた。チャノマは誰の場所かという質問には、多くが入居者と答え、それに加え、その家族や職員と答える職員がいた。死角に対しては、23名中22名が怖いと答えており、入居者が死角にいる場合の対策として、コールを持ってもらう、こまめに巡視する、耳を傾ける、といったことが挙げられた。

以上より、チャノマは多様な使われ方がされ、職員にとっても入居者にとっても多様な場を提供するのに役立っている。しかし、チャノマが入居者の場所と認識されながらも、そこへ誘導することに対し、職員は大きな不安を感じていることがわかる。よって死角に対し、何らかの対応が必要であるため、次節において特養Mの見守りの評価を行い、空間的な課題を示す。

3節 特養Mにおける見守りの評価

表7-3に、第6章の手法を用いて、動の見守り図を作成した。

表7-3 特養Mの動の見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化



チャノマ1における可視率は、19% (a)、キッチンの可視率は、65% (b)、チャノマ3の可視率は17% (c)であった。第6章の調査対象ホームと比較して、チャノマ1と3の可視率は極端に低い。また、動の見守り図より、チャノマ1、3はその場所以外の場所からは常時死角となる。第4章5節2において記述したように、職員のチャノマ1、3における滞在時間は短く、数分以内には必ず移動を行っていることが分かっている。これは、チャノマにキッチンや職員拠点がないことに加え、キッチンからの可視率が低く、長く留まることに職員が不安を感じるからではないかと考えられる。

さらに、動の見守りの区間（台所-食堂-洗面所-職員拠点）において、洗面所がユニット内から遠く、この長い動線上において見守りは行えない。洗面所はユニットから近い位置に設けるべきである。

4節 まとめ

2節より、インタビュー調査、アンケート調査により、計10ユニットで働く職員23名のチャノマ使用の実態を明らかにしたところ、入居者をチャノマへ日常的に誘導する職員と誘導しない職員が約半数ずつであることが分かった。誘導しない理由としては、職員の死角に対する強い不安があった。

3節より、特養Mの動の見守り図を作成することで、チャノマの可視率が20%以下で極端に低く、動の見守りの点からもチャノマが常に死角になっていることが分かった。常時死角になる場所は職員の負担感につながり、約半数のユニットがチャノマを利用しない原因となっていたため、動きながら入居者の居場所が可視領域に入るような計画とする必要がある。これを踏まえた上で、終章にて最適モデルを提示する。

第8章 まとめ

はじめに

1節 「ながらケア」の様態

2節 「ながらケア」とユニットケア空間の総括

3節 ユニットケア施設の試論と今後の課題

はじめに

2章で記述したように、本研究は、重度入居者への対応が問われる高齢者のためのユニットケア施設に焦点を当て、職員を対象とした行動観察データから「ながらケア」の様態を明らかにすることによって、職員から入居者への働きかけを増加すると共に、さりげない見守りが行われるユニットケア空間の条件を提示することを目的としている。そのために具体的に提示する内容としては、以下の通りである。

- ・入居者の働きかけを増加させるため、会話を含む「ながらケア」がしやすい空間の条件
- ・「ながらケア」を増やすため、「ながらケア」が生まれるきっかけの明示とそれを持続していくための空間条件
- ・入居者の移動の自由を守るため、「ながらケア」をしやすい空間の条件

よって本章では、まず4～6章における調査をもとに、1節にて「ながらケア」の様態を整理し、2節にて、7章を踏まえながら、「ながらケア」の特性を最大限に利用できるユニットケア空間について総括する。最後にユニットケア施設のあり方と今後の課題を述べている。

1節 「ながらケア」の様態

4～6章の調査から、明らかになった「ながらケア」の様態として「介助行為＋見守り、介助行為＋発話」の構成要素があり（4章）、補完関係があることが分かった（図8-1）。単一ケアの見守りは、入居者に見られているという意識を与え、関係が直接的になりすぎ、プライバシーの侵害につながる可能性がある。しかし「ながらケア」であれば、同時に行う他の介助が見守りをさりげない見守りにする手助けをする。また、単一ケアの会話は、関係が1対1になり、話題が見つからない、会話が続かないということも起こりうる。5章3節より、「ながらケア」であれば、会話に対して、他の介助が話題の提供や会話の負荷の低減する役割を持つことが分かった。さらに「ながらケア」自体を行うことが入居者への働きかけを増加させることが4章4節において分かった。

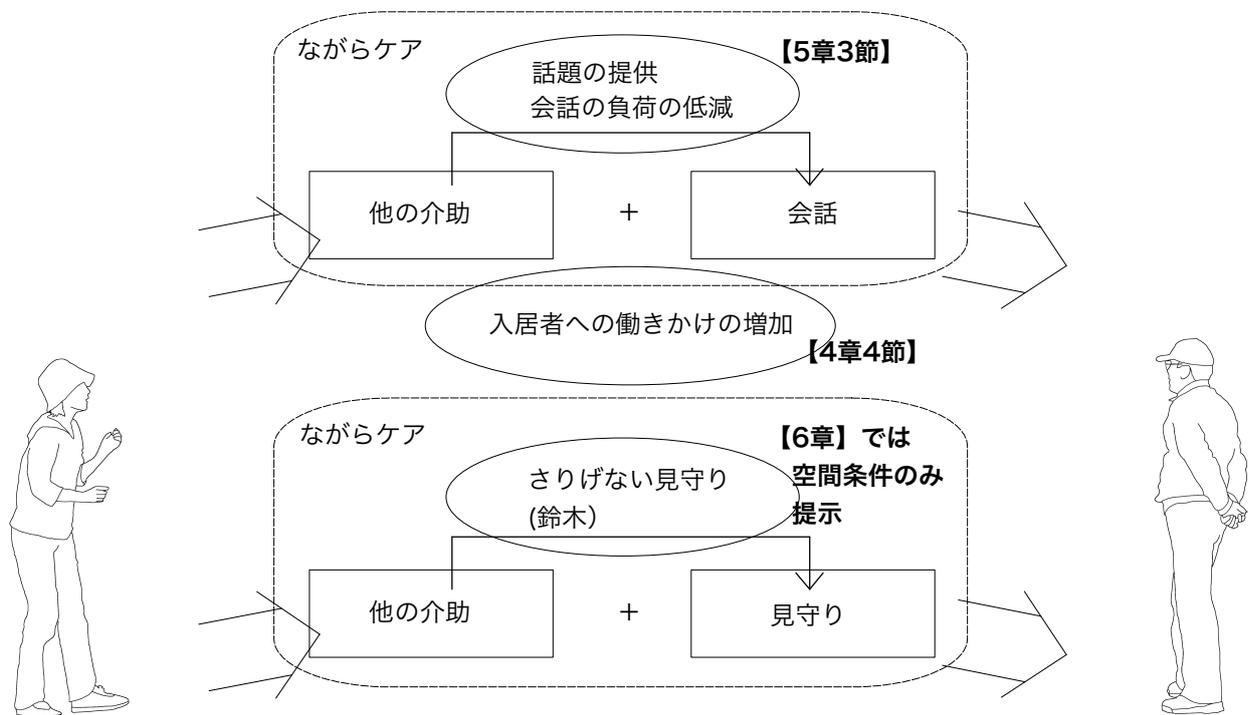


図 8-1 「ながらケア」の構成要素の補完関係

2節 「ながらケア」とユニットケア空間の総括

本節では、1節で示した「ながらケア」の特性を最大限に利用できるユニットケア空間の条件と空間モデルの提案を行う。

1. 「ながらケア」しやすい空間の条件

入居者の働きかけを増加させるため、発話を含む「ながらケア」がしやすい空間の条件として

- ①キッチンとリビング（共同生活室）の距離が近い配置であること、食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置であること、作業デスクはリビング（共同生活室）の一角に設けること
- ②分散された共用空間（特養Mにおけるチャノマ）が入居者の居室に行く経路に近いこと、チャノマの近くに便所や洗面所という職員が頻繁に利用する設備が備えられていること

「ながらケア」が生まれ、それを持続していくための条件と空間的配慮として

- ①発話と同時に行われる行為は、発話の負荷を下げたり、話題に利用されたりしている場

面が見られたため、「ながらケア」を生みやすくするために、間接介護の過程を入居者の見える場所で行う、一緒に行くことにより話題を積極的に作る必要がある。

- ②「居合わせること」は、声かけを生み「ながらケア」につながるため、職員と入居者の居合わせに配慮した共用空間配置とする
- ③共用空間における職員の滞在頻度は、会話を含む「ながらケア」の持続と関係するため、周囲の人的・物的要因を利用しながら、入居者に相談しながら設えを決めたり、一緒に家事を行ったりすることが長時間の「ながらケア」につながる

入居者の移動の自由を守るため、「ながらケア」をしやすい空間の条件として

①静的見守りについては、台所で食事準備しながらの見守り、職員拠点で記録をとりながらの見守り、食堂で入居者に食事介助しながらの見守りをしやすくするために、以下のような空間の配慮が必要である。

- ・廊下の延長上から外れた空間や、4方を囲うように壁が配置されている空間を作らない配慮が必要である
- ・キッチンは対面向きが望ましい
- ・職員拠点は、廊下・食堂、居間を見守れる位置が適切である。
- ・食堂において食事介助しながら見守ることができる家具配置に配慮すべきである。

②動の見守りは、台所-食堂-洗面所-職員拠点の区間で連続的に見守りがしやすい必要があるため、以下のような空間の配慮が必要である。

- ・広い死角を生み出す台所や食堂等、職員が多く行き来する空間の周辺の間仕切りの配置には注意する
- ・常時死角となる部分を可能な限り設けないために、職員が常時行き来する場所近くに部屋を間仕切るような長い壁を設けないこと、職員の視線が常に届かないような複雑な廊下形状を避けることが必要である

以上をもとに、表 8-1 に新築時配慮すべき項目と即実施可能な項目を区分けして整理することで知見の実用につなげたい。

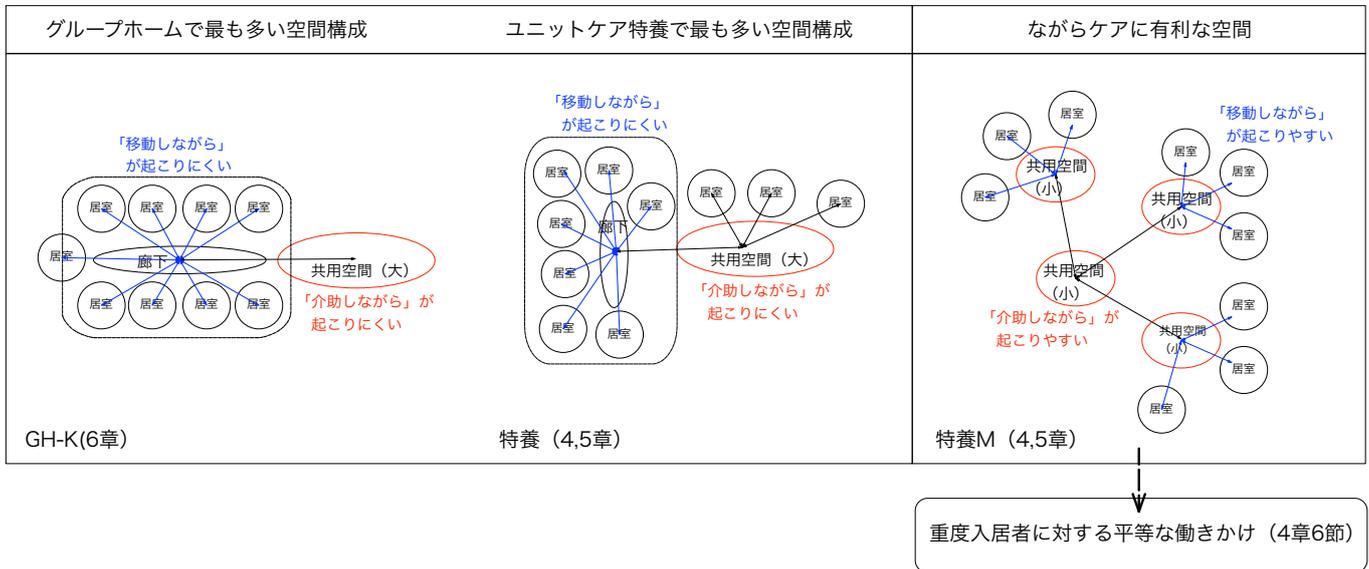
表 8-1 「ながらケア」しやすい空間条件の整理

	新築時	即実施可能
ハード面	・【キッチンのない共用空間】を居室への経路の近くとする	・食事の自立度の異なる入居者を混在させた座席配置とする
	・【キッチンのない共用空間】の近くに便所や洗面所を設ける	・職員拠点の作業デスクはリビングの一角に設ける
	・【キッチンのある共用空間】キッチンとリビングの距離を近くする	・食事介助しながら見守れる家具配置とする
	・職員拠点の作業デスクはリビングの一角に設ける	・職員拠点は廊下、食堂、居間を見守れる位置とする
	・職員が多く行き来する台所－食堂－洗面所－職員拠点の周辺の間仕切りの配置に注意する	・常時死角を生む間仕切り壁等を取り除く
	・常時死角を生み出す長い壁を設けない	
	・複雑な廊下形状、四方を囲うような壁を作らない	
	・対面向きキッチンとする	
	・職員拠点は廊下、食堂、居間を見守れる位置とする	
	・入居者の居場所で職員の可視率20%以下の場所を作らない	
・洗面所はユニットケア空間から近い場所とする		
ソフト面	・常時死角となる場所を入居者の居場所とする場合は、職員の理解が不可欠である	・間接介護は、入居者から見える場所で行う、もしくは一緒に行う

2. 「ながらケア」しやすい空間モデルの提案

これまで調査してきた空間構成を図式化すると、表 8-2 のようになる。GH において、最も多い空間構成は、左側に図示したような中廊下型(28%)であり、廊下の両端に居室が向かいあっている形態である(第6章 GH-K)⁵⁹⁾。ユニット型特養においては、中央に図示したような「L字型」(28%)であり、LD に対し、居室が L字型に配置されている形態である(第4章 特養 F)³⁴⁾。そして特養 M は右側に図示した構成である。共用空間が広いと、職員の「介護しながら」が生まれにくいため、特養 M のように小規模な空間とする必要がある(第4章)。また「移動しながら」を生むためには、GH-K や特養 F のように居室から共用空間への経路で、長い廊下を経由させず、特養 M のように小規模な共用空間を経由させることが効果的である(第4,5章)。以上のことから、「ながらケア」からみた空間のポイントは「共用空間の規模」と「職員の移動経路」であると言える。この「ながらケア」からみた空間は、重度入居者への平等な働きかけにつながることも示されている(4章6節)。

表 8-2 「ながらケア」からみた空間構成



さらに、7章において、この「「ながらケア」に有利な空間」を見守りの観点からの検証し、以下の課題を明らかにした。

- ・分散された共用空間（チャノマ）が職員の多く行き来する動線上から常時死角となり、チャノマが使われない原因となっている
- ・チャノマからの可視率が低く、職員が長く滞在できないことから、ケアの偏りが生まれる

よって本研究においては、見守りのしやすさに偏りを生まないために、キッチンのある共用空間とキッチンのない共用空間が同等の空間計画となるよう、表 8-3 の右側のような2箇所共用空間とすることを提案する。4箇所共用空間では、職員がキッチンのない共用空間に移動した際に、キッチンのある共用空間以外の空間が死角になりやすいためである。

表 8-3 見守りからみた共用空間の数

	共用空間が4箇所（特養M）	共用空間が2箇所<提案>
キッチンのある 共用空間からの 見守り		
キッチンのない 共用空間からの 見守り		

共用空間の見守りのしやすさに格差あり

共用空間の見守りのしやすさに格差なし

そしてこの、廊下がなく、職員動線を考慮した2箇所の共用空間のモデル（図8-2）とこれまでの建築計画との違いを整理しながら、以下にまとめる。

これまで、職員動線は職員自身の労働軽減のために短縮していく方向であった。しかし、重度の入居者の生活に変化を求めるには、職員による働きかけが求められる。本研究において提案するモデルでは、職員の単なる移動を0とし、職員が頻繁に移動する経路と入居者の居場所を近づける。このことにより、単なる移動は「ながらケア」へと移行する可能性を持つ。小規模な共用の諸室を、職員動線を考慮しながらつなぎ、共用空間全体を構成することにより、職員の見守りながらのケアや移動しながらのケアを誘発し、職員から入居者への働きかけを増加させることを意図した。

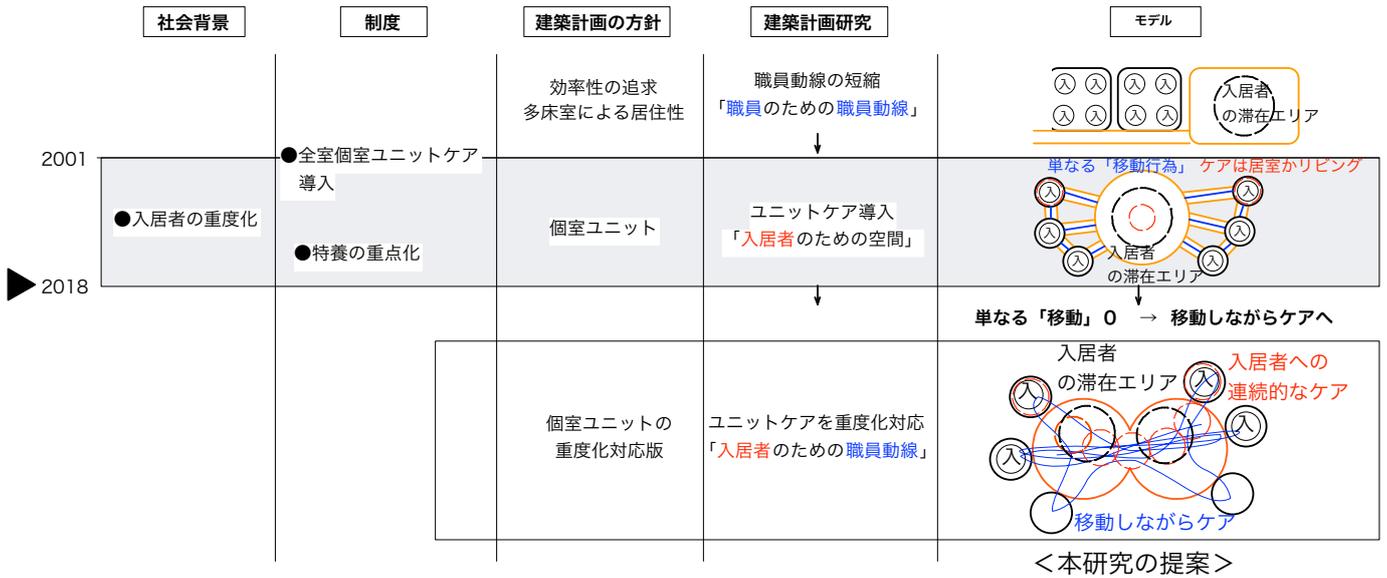


図 8-2 社会の流れからみたユニットケア空間の重度化対応版

さらに職員の移動に対しては、これまで職員動線は短い方が職員の労働負担が少ないため、多くの施設で動線を短くする検討がなされてきたが、本研究では、単純な移動を0とすることで「移動した方がきっかけを誘発する」という価値観を提示したい（図 8-3）。

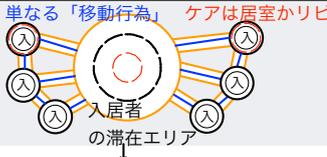
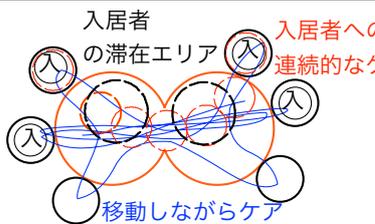
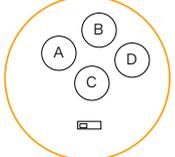
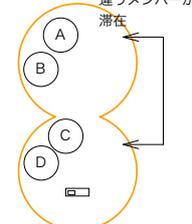
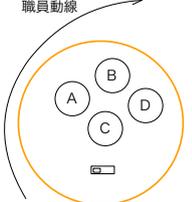
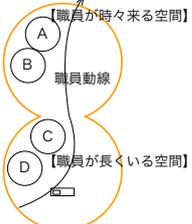
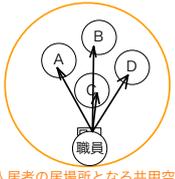
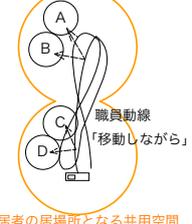
モデル	共用空間	居室	動線	職員の単純な移動行為	職員の移動に対する考え方
	施設全体用	多床室	長い廊下あり	多い	移動は短い方が負担がない
	約10人用	1人部屋	短い廊下あり	少ない	移動は短い方が負担がない
	さらに小さく	1人部屋	廊下なし	なし	移動はした方がきっかけを誘発
<本研究の提案>					

図 8-3 ユニットケア空間の重度化対応版の整理

最後に、本研究は、重度入居者に焦点を当てた研究であり、共用空間が2箇所であるモデルを提示しているが、この重度入居者のための空間が、軽度入居者にとってどのような特徴を持つのか、これまで得られたデータから表8-4に整理する。「居場所となる共用空間の選択肢の増加」については、ユニットケア空間は、入居者の居場所となる共用空間が1箇所であるため、重度入居者・軽度入居者共に、入居者全員と交流することになる。居場所となる共用空間を2箇所とすることで、4章で見られたような、不穏になった重度入居者の対応に利用できたり、軽度入居者自身が交流する人を選びとったりすることができる。「職員による働きかけの増加」については、重度入居者を対象としたものであるが、ユニットケア空間では、重度入居者が共用空間に取り残され、職員による働きかけが少なかったが、共用空間を2箇所とし、職員動線を考慮することで、働きかけの増加が見込める。軽度入居者については、働きかけを望まない入居者は、ユニットケア空間と同様、居室に移動が可能である。また、共用空間が2箇所あれば、自ずとキッチンのない共用空間では、職員の滞在頻度が低くなるため、そちらを居場所とすることもできる。特養Mにおいても、キッチンのある共用空間には、積極的に交流を持ちたい入居者や、人と一緒にいたい入居者が居場所としていた。「見守り」については、プライバシーの観点から、重度・軽度に関わらず、さりげない見守りは求められるため、移動しながら見守りがしやすい職員動線を考慮した2箇所の共用空間が望ましいといえる。

以上より、本研究では、重度入居者に着目した空間モデルを提示したが、主要な効果として示される表8-4の項目において、軽度入居者にとって有効に働くと考えられる。

表 8-4 重度、軽度入居者にとっての空間

	ユニットケア空間	共用空間が2箇所<提案>		ユニットケア空間	共用空間が2箇所<提案>
共用空間の 選択肢の増加 (4章2節)	 入居者の居場所となる共用空間	 入居者の居場所となる共用空間	職員による 働きかけの 増加 (4,5章)	 入居者の居場所となる共用空間	 入居者の居場所となる共用空間
重度入居者 (自立移動困難者)	職員が誘導する共用空間を選べない	入居者が不穏になった際、職員が別の空間に誘導できる		重度入居者	職員による働きかけの機会が少ない共用空間に取り残される
軽度入居者 (自立移動可能者)	全員と交流 もしくは居室	一緒にいる人を選べる もしくは居室	軽度入居者	居室に移動可能	居室に移動可能 キッチンのない共用空間に移動可能
見守り (6章)	 入居者の居場所となる共用空間	 入居者の居場所となる共用空間	※「居場所となる空間」とは そこで食事を摂る等をして 日常的な滞在が見られる空間のことを指す		
重度入居者	直接的な見守り	さりげない見守り			
軽度入居者	直接的な見守り	さりげない見守り			

3 節 ユニットケア施設の試論と今後の課題

ユニットケアが入居者の重度化をどう乗り越えられるのかが大きな課題である。1章に記述したように、認知症ケアにおいては、入居者の尊厳の保持をケアの基本とし、環境を重視しながら徹底して本人主体のアプローチを追求していくことが理想である。そういった観点から、重度入居者においても本人の残存能力をできる限り維持するため、働きかけを保持することが望まれる。主体的に行動することができない入居者が増加していくということは、積極的に働きかけを増加させていく必要がある。

その上で、本研究は、働きかけの増加はもちろん、ユニットケア空間は職員1人とケアする入居者の関係性の仕組みであり、入居者の生活を職員と入居者の関係性から考察し直し組み立てていく必要があると考え、「ながらケア」に着目してきた。3章にも記載したが、本研究で扱う「ながらケア」は、multitaskingとは別物であり、職員の高い技術と考える。本研究がこの技術に着目することで、介護現場で行われるケアに一層注目がいき、それをサポートする空間づくりが進むことを期待している。職員側も「ながらケア」が介

護職員の持つ特別な技術であると意識し、積極的に話題になる物的要素を配置したり、入居者を巻き込みながら介助を行うことで技術に磨きをかけてもらいたい。一方、「ながらケア」の職員に対する影響については未着手である。ここに考える職員にとっての利点、難点を整理する。利点として考えられるのは、介護技術の向上、職員の働き甲斐やモチベーションの向上がある。一方、困難として考えられる項目として、「ながらケア」のスキルが身につけていない職員の仕事の効率の低下、職員負担の増加が考えられる。仕事の効率については、介護技術を身につけてもらうことで向上できると考えられるが、職員負担については、会話をすることが負担の増加になるのか、充実感につながるのかは個人差がある。「ながらケア」を行うことによる職員への影響については今後、適切な評価指標を定めるとともに研究課題としていきたい。

現在、各地に建つユニットケア施設や、GHの平面は、多様性に乏しいように感じられる。ユニットケアの平面タイプでもっとも割合の多いタイプ^{注6)34)}は、4,5章で取り上げた特養Fであるが、調査をしていくうちに、共用空間における職員の滞在頻度、入居者との居合わせ数は、特養Mより低いことが分かっている。介護老人福祉施設の設備基準⁶⁰⁾にユニット型特養は「居室を共同生活室に近接して一体的に配置」とある。この意味は、設計者や建築主によって判断が分かれるが、一箇所の共同生活室では、近接するにも物理的に限界がある。共同生活室が2つ、3つあっても問題ないのではないかと考える。4,5章で取り上げた特養Mにおいては、分散された共用空間（チャノマ）それぞれで、常に職員や入居者が滞在し、たとえ居室で寝たきりになる入居者がいたとしても、共用空間からの気配を感じられる作りになっている。今後、居室で大半の時間過ごすという入居者が増える可能性があるが、そういった入居者も孤独を感じないようなユニットケア空間もあるべきではないだろうか。さらに、職員にとっても共用空間が複数存在することには利点があるように見受けられた。例えば、複数の共用空間のうち、空いている場所があれば、家族との面談に使ったり、休憩に使ったりできるからだ。また、不穏になった入居者をもう一方の共用空間に誘導することで入居者が落ち着きを取り戻すケースもあった。一律に同じ平面でなく多様性のあるユニットケア施設ができることで、選択肢が増し、職員にとっても入居者にとっても望ましい環境となるのではないだろうか。

最後にユニットケア空間の地域への展開についても、共同生活室の分散化によってより住宅スケールの空間が町に増えることにつながるのではないかと考える。自宅での生活が困難になり、施設に移住したとしても、家庭的な単位で、地域がすぐ近くに感じられるようなハードのあり方を考えていく必要がある。そのためにも、地域に近く、広がりのある共用空間の中で、職員と入居者が“ながら”でゆるく結びついている環境を作ることが、入居者が地域にアプローチできることの一步になりうるのではないかと考えている。ユニ

ットケアが職員と入居者間の仕組みであると記述したが、今後は入居者と職員との関係性だけでなく、入居者と地域が関わっているといえるような人と人の関係性とハードのあり方を検討すべきであり、引き続き研究を進めていきたい。

注)

- 6) 参考文献 34 では、居室と LD の位置関係で、ユニット型特養を類型化している。7 類型のうち、LD の独立性が低く、居室の配置が L 字型になっている「L 字型」タイプが 2006 年時点で 28% と最も多い。特養 F もこのタイプに該当する。

参考文献

- 59) 厳爽、米内千織：平面分析による空間構成に関する考察 全国調査を通してみた認知症高齢者グループホームの現状に関する基礎的研究 その 1, 日本建築学会計画系論文集 第 73 巻 第 624 号, pp271-278, 2008. 2
- 60) 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第46号)

おわりに

高齢者に対する興味は、大学入学時からあり、始まりは祖父が車椅子利用者でありバリアフリーに興味を持ったことがきっかけでした。学部の際は、アルバイトで、障害者のホームヘルパーとして働きました。初めて高齢者施設を見学したのも学生時代で、暗く巨大な共同生活室で多くの高齢者が、力なく笑っているのを見てぞっとした覚えがあります。

大学を卒業してからは設計事務所に勤めましたが、6年間住宅やマンションに関わったあと、やはり高齢者に関わりたいたいと思い直し、修士課程に進学しました。そこで今の研究につながる「入居者の生活の質と職員の労働負担のバランスを取った施設を実現したい」という思いに駆られ、研究をスタートさせました。修士の間には、デイサービスや特養で働く経験をし、特に重度入居者の生活の質向上の必要性を感じました。またこの頃、故・外山義先生の「自宅のない在宅」を読み、感激し、外山先生が関わられた建物の大半を見て回りました。また働いた特養も先生が設計監修された特養でした。

博士課程では、高齢者の住まいの中でも自宅で自立した生活が維持できなくなった高齢者の住まいをどう計画すべきかを追求していきました。自身が介護の仕事をしてきた経験を大切に入居者だけではなく職員がどう考えるかも大切にしながら研究を進めてきました。

論文をまとめる上では多くの方々からご指導をいただきました。主査の佐藤将之先生には、細やかな指導をいただき、壁にぶつかった時には強く励ましていただきました。また、先走りする私を静かに見守っていただいたことから、自分の心の底からやりたい研究を自由にやらせていただきました。また、水村容子先生には、論文の的確なアドバイスに加え、高齢者分野に関わるさまざまな機会を与えていただきました。副査の佐野友紀先生、小島隆矢先生には、学内における度々の研究発表の際に、さまざまな視点からの助言をいただきました。外部副査の大原一興先生には、数少ない研究発表の際には、多くのコメントと進むべき方向を明快な言葉でアドバイスくださいました。また、研究室での相談の時に稲葉直樹さん、熊谷綜一郎さんも積極的に助言くださいました。

そして、何よりも感謝を伝えたいのは、調査に協力してくださった職員の皆様、入居者の方々です。職員の方々には、常に温かく迎えてくださり、勤務時間前後のインタビューでも、毎回貴重なアイデアをいただきました。時々、職員の方々とお酒の席で語りあったりしながら、高齢者と向き合う仕事の素晴らしさを改めて認識させていただきました。入居者の方々からもいつも温かい言葉をいただいていた気がします。

この論文を出発点に、今後も、職員の視点を大切に、自宅で自立した生活が維持できなくなった高齢者の生活が、地域に開かれながら質の高いものになるように、それに資するような研究を続けていければ幸いです。

2018年 10月 15日

谷本 裕香子

研究業績

学術論文

1. 谷本裕香子 : 2015 グループホームにおける介護職員及び入居者の生活の合理性に資する建築空間の研究. ライフデザイン学研究, 第11号, 157-173頁.
2. Yukako Tanimoto : 2016 STUDY ON ARCHITECTURAL LAYOUT IN ITS CONTRIBUTION TO THE EFFICIENCY OF GROUP HOME STAFF AND RESIDENTS' LIFE STYLE. iaps24, 2016 (DESIGN AND LAYOUT) , 346-347頁
3. Yukako Tanimoto : 2018 A study on architectural space of group homes for people with dementia focusing on the oversight of care staff while in motion and not in motion. edra49
4. Yukako Tanimoto : 2018 Architectural Space of Group Homes for People with Dementia: Oversight of Care Staff while in Motion and not in Motion. Aging & Society Eighth Interdisciplinary Conference, 55頁
5. 谷本裕香子, 佐藤将之, 水村容子 : 2018 認知症高齢者グループホームにおける職員の静的・動的見守りからみた建築空間に関する研究. 老年社会科学, 40-4号, 1-12頁.
6. 谷本裕香子, 佐藤将之 : 2018 特別養護老人ホームにおける重度入居者への対応に伴う直接介護と共用空間との関係. 日本建築学会計画系論文集, 第84巻第755号, 23-32頁.

著書

1. 谷本裕香子 : 2006 JIHa190号「高齢者に寄り添うディテール」. 一般社団法人 日本医療福祉建築協会2016. 1 , 34頁(水村容子他13名と分担執筆)

その他

《学会発表》

1. 谷本裕香子 : 2014 介護の効率性とプライバシーからみた特別養護老人ホームの平面計画に関する研究その1. 日本建築学会学術講演梗概集, 2014(建築計画) , 213-214頁.
2. 谷本裕香子 : 2015 介護の合理性とプライバシーからみた福祉施設計画に関する研究. 日本建築学会学術講演梗概集, 2015(建築計画), 59-60頁.
3. 谷本裕香子, 水村容子, 佐藤将之 : 2015 見守りとプライバシーを考慮したグループホームの平面計画に関する研究. 日本建築学会学術講演梗概集, 2016(建築計画), 301-302頁

図表一覧

【第1章】

図1-1 高齢化の推移と将来推計	・・・1
図1-2 高齢者向け住まい・施設の定員数	・・・2
図1-3 特養の重点化による特養利用者の要介護度の変化	・・・4
図1-4 要介護度別のGH利用者割合の推移	・・・4

表1-1 高齢者向け住まいの概要	・・・2
------------------	------

【第2章】

図2-1 「ながらケア」の構成	・・・14
図2-2 論文の構成	・・・18

表2-1 既往研究における入居者の重度化に対する計画的提言	・・・13
-------------------------------	-------

【第3章】

図3-1 「ながらケア」の構成	・・・23
-----------------	-------

【第4章】

図4-1 発話からみた「ながらケア」の構成	・・・24
図4-2 特養Mの平面図	・・・26
図4-3 特養Fの平面図	・・・26
図4-4 特養Mにおける入居者の主な滞在場所	・・・30
図4-5 特養Mにおける入居者の主な滞在場所における行為内容	・・・31
図4-6 特養Fにおける入居者の主な滞在場所	・・・32
図4-7 特養Fにおける入居者の主な滞在場所における行為内容	・・・33
図4-8 特養Mの共用空間における直接介護量	・・・37
図4-9 特養Fの共用空間における直接介護量	・・・38
図4-10 特養Mにおける職員のケアの流れ	・・・43
図4-11 特養Fにおける職員のケアの流れ	・・・43

図 4-12 別の用事の前後における滞在の 4 パターン	・・・ 44
図 4-13 特養 M における早番職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 45
図 4-14 特養 M における遅番職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 47
図 4-15 特養 M における日勤職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 48
図 4-16 特養 F における早番職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 49
図 4-17 特養 F における遅番職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 50
図 4-18 特養 F における日勤職員から入居者が受ける直接介護の回数	・・・ 51

表4-1 調査施設の概要	・・・ 27
表4-2 特養Mの入居者属性	・・・ 27
表4-3 特養Fの入居者属性	・・・ 27
表4-4 両施設の職員の勤務時間	・・・ 28
表4-5 介護動作の分類	・・・ 35
表4-6 介護動作の回数のカウント方法	・・・ 35
表4-7 介護動作の回数	・・・ 36
表 4-8 両施設の介護動作の回数の比較（1 時間あたり）	・・・ 37
表 4-9 「ながらケア」と単一ケアの回数	・・・ 39
表 4-10 「ながらケア」の全組み合わせ	・・・ 41

【第5章】

図5-1 スタッフの行為と人数	・・・ 55
図5-2 特養M平面図	・・・ 57
図5-3 特養F平面図	・・・ 57
図5-4 「ながらケア」の構造	・・・ 58
図 5-5 「ながらケア」の中の発話の割合	・・・ 59
図 5-6 「ながらケア」のきっかけ	・・・ 61
図 5-7 発話のきっかけ	・・・ 61
図 5-8 会話を含む「ながらケア」の場面	・・・ 62
図 5-9 声かけを含む「ながらケア」の場面	・・・ 62
図 5-10 居合わせ数のカウント方法	・・・ 66
図 5-11 声かけを含む「ながらケア」と居合わせ数との関係	・・・ 67

図 5-12 2 施設における職員の移動経路の例	・・・ 68
図 5-13 会話を含む「ながらケア」と職員の滞在頻度との関係	・・・ 69
図 5-14 特養 M 早番のケアの流れと「ながらケア」の持続	・・・ 72
図 5-15 特養 F 早番のケアの流れと「ながらケア」の持続	・・・ 72
図 5-16 特養 M 遅番のケアの流れと「ながらケア」の持続	・・・ 73
図 5-17 特養 F 遅番のケアの流れと「ながらケア」の持続	・・・ 73
図 5-18 特養 M 早番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30 分ごと)	・・・ 74
図 5-19 特養 F 早番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30 分ごと)	・・・ 75
図 5-20 特養 M 遅番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30 分ごと)	・・・ 75
図 5-21 特養 F 遅番の声かけを含む「ながらケア」の回数 (30 分ごと)	・・・ 76

表5-1 調査施設の概要	・・・ 57
表5-2 職員の勤務体制と介護内容	・・・ 58
表5-3 「ながらケア」の全数	・・・ 60
表5-4 時間の推移から見た「ながらケア」の構造	・・・ 60
表5-5 「ながらケア」の場面の回数ときっかけの内訳	・・・ 63
表5-6 見るものが会話の話題になっている場面	・・・ 64
表5-7 会話を含む「ながらケア」のきっかけが声かけである割合	・・・ 65
表5-8 移動をきっかけとしたながら場面の回数	・・・ 66
表5-9 声かけを含む「ながらケア」と居合わせ数	・・・ 67
表5-10 会話を含む「ながらケア」と滞在頻度	・・・ 69

【第6章】

図6-1 見守りの構成	・・・ 79
図6-2 見守りのカウント方法	・・・ 81
図6-3 動線のカウント方法	・・・ 81
図6-4 動的見守り図作成の手順	・・・ 82
図6-5 老人施設における事故発生状況	・・・ 85
表6-1 活動と安全を両立したケア	・・・ 80
表6-2 調査対象GHの概要	・・・ 83
表6-3 入居者の基本属性	・・・ 84
表6-4 共用空間における入居者の滞在率	・・・ 85

表6-5 静的・動の見守りの割合	・・・86
表6-6 静的見守りが行われる位置での滞在回数	・・・87
表6-7 静的見守りにおいて重要となる可視率	・・・89
表6-8 GH-Kにおける勤務体制ごとの動線	・・・89
表6-9 GH-Sにおける勤務体制ごとの動線	・・・90
表6-10 GH-Kの動の見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化	・・・92
表6-11 GH-Sの動の見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化	・・・92

【第7章】

図7-1 施設全体の平面図	・・・96
表7-1 「3-2」ユニットにおけるインタビュー内容と回答	・・・96
表7-2 その他ユニットにおけるアンケート内容と回答	・・・97
表7-3 特養Mの動の見守りにおいて重要となる可視率と可視領域の変化	・・・98

【第8章】

図8-1 「ながらケア」の構成要素の補完関係	・・・101
図8-2 社会の流れからみたユニットケア空間の重度化対応版	・・・106
図8-3 ユニットケア空間の重度化対応版の整理	・・・106
表8-1 「ながらケア」しやすい空間条件の整理	・・・103
表8-2 「ながらケア」からみた空間構成	・・・104
表8-3 見守りからみた共用空間の数	・・・105
表8-4 重度、軽度入居者にとっての空間	・・・108