

博士学位請求論文

指導教員 黒岩晴子 教授

介護の労働環境と専門性に関する研究

— 実践場面調査からの考察 —

佛教大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

奥野 啓子

目次

はじめに	5
1. 研究に至る問題意識	5
2. 研究の背景	7
3. 研究の目的	8
第1章 介護職員をめぐる状況	9
1 節 高齢者政策の概要と現状	9
1 項 高齢者を取り巻く環境	9
高齢化の状況／死亡率低下による平均寿命の延伸／出生率の低下／高齢者の世帯構造／高齢者を取り巻く環境から見えてくる課題	
2 項 2000年との比較からみる介護保険制度の実施状況	12
3 項 介護保険制度の最近の動向及び課題	15
2 節 介護労働の現状と課題	16
1 項 介護労働実態調査からみる特徴	16
雇用管理の状況／人材育成の取組み／運営上の課題／介護労働者の個別状況／就業実態と意識調査	
2 項 介護労働の最近の動向及び課題	19
第2章 介護福祉士は福祉専門職なのか	20
1 節 属性モデルからの検証	20
2 節 社会的要求による専門性の変化	21
3 節 福祉専門職としての介護福祉士	22
4 節 介護福祉士に求められる専門性の独自性	23
第3章 福祉専門職としての介護を支える専門教育と専門職団体	24
1 節 専門教育の経過及び課題	24
1 項 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定前における専門教育	24
2 項 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定後における専門教育の変化	25

2 節	介護福祉士の現状及び課題	26
第 4 章	本研究に至る経過	28
1 節	これまでの研究からの問題提起	28
2 節	連携の要となる「会議・記録」に求められること	30
1 項	リフレクティブな実践の共有とクリティカルシンキングによる討論	30
2 項	記録とは	34
3 項	会議とは	36
3 節	「連携ケアにおける専門性」の提起	38
4 節	本研究の意義	39
第 5 章	1 次調査	40
1 節	調査の目的	40
2 節	実践場面調査	41
1 項	調査対象	41
2 項	倫理的配慮	41
3 項	調査期間	41
4 項	調査方法	42
	施設の概括／「会議・記録」に関する施設の取り組み／会議運営の実際／専門性に裏付けされた会議の討論／記録の意識調査／事例からみる記録／労働環境からみる「会議・記録」の関係	
5 項	調査の結果及び分析	47
	施設の概観／「会議・記録」に関する施設の取り組み／会議運営の実際／専門性に裏付けされた会議の討論／「記録」の意識調査／事例からみる記録／労働調査からみる「会議・記録」	
3 節	1 次調査からの考察	84
1 項	システム外へはみ出す労働	84
2 項	記録への教育効果	84
3 項	会議運営の技巧	85
4 項	必要なクリティカルシンキング	85

5 項	連動不全	86
6 項	要となるリフレクション	86
7 項	可視化された課題	86
第 6 章	2 次調査	87
1 節	調査の目的	87
2 節	実践場面調査	87
1 項	調査の対象	87
2 項	倫理的配慮	87
3 項	調査期間	88
4 項	調査方法	88
	1 週間労働調査／アンケート調査／インタビュー調査	
5 項	調査結果及び分析	89
	記録する際の意識と実践／現在使用しているケース記録に関する介護職員の所見 ／会議におけるケース記録の活用／教育の効果／会議の実態／労働環境の実態	
3 節	2 次調査からの考察	109
1 項	職場教育の有効性	109
2 項	記録媒体について	109
3 項	会議	110
4 項	介護福祉労働における休憩・時間外勤務	111
第 7 章	総合考察	112
1 節	効率化が介護福祉労働の質と環境の低下につながる	113
2 節	介護職員がやりがいをもって働ける労働環境のために	115
3 節	ディーセント・ワークの主体としての介護職員に求められる自律性	118
おわりに		120
謝辞		123
注釈		124

引用文献	-----	126
参考文献	-----	130
資料	-----	133

はじめに

1. 研究に至る問題意識

高齢社会に伴う介護問題に対応すべく介護の社会化のもと、介護保険が2000年にスタートした。

「社会化」とは、広辞苑によると「①諸個人間の相互作用により社会が形成される過程、②個人が集団や社会の成員として適切的な行動様式を習得する過程、③私的な形態から社会的・共同的な形態に変えること」と説明されている。

介護保険でいうところの「介護の社会化」とは、③の意味合いが強い。家庭内で家族が担ってきた「介護」を広く社会共通の課題として認識し、その介護を担う社会資源（サービス）を、税と保険料を中心とした財源をもとに、「社会全体が担うもの」として開始されたのである。

介護の社会化により、表面的にはサービス利用量は増えたものの、介護職員の74%が3年以内に離職している¹という現状から、実際に「家族介護支援」としての役割を果たすことができているのか。また、法1条の「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する」といった基本理念にあるように、尊厳の保持や自立した生活を支援できるような提供する側の質はどうかという疑問が生じた。

介護保険開始から10年余りが経ち、その間に平均寿命はさらに延伸し、寝たきり老人や認知症高齢者の増加といった、医療・介護のニーズが多様化してきている現状において、介護職員の量の確保のみでなく、「介護の質の確保」が改めて問われることとなった。

そこで、筆者は実践場面から現状の介護の専門性を明らかにするという目的のもと、研究に取り組んだ^{注1}。実践場面で行われている介護の専門性とは、意識しないと陥りやすい「ケアに潜む5つの罣²」や利用者等との関係性から生じる「空転する思い³」といった<不全>に流されないように、人権や尊厳といった「価値」を持ち、そこに「知識」と「理論」が加わり介護過程を實踐し、個人の「経験の質」と組織の「共有の質」が上がることである。その結果として、「良い評価」や「やりがい」といった介護職員にとっての強みと独自性が発揮されることまでを含むことが明らかになった。

しかし、「ケアに潜む5つの罣」「空転する思い」といった<不全>に多大な影響を与える要因として、人員不足に陥った「労働環境」という問題が出てきたのである。本研究では、実践場面において、介護職員がどのような思考のもと、専門性を実践しているのかを

明らかにすることが目的であったため、「労働環境」と「専門性」との関係は、その後の継続研究にすることとした。

専門性に影響を与えると思われる「労働環境」のひとつである人員不足の要因として、早期離職者が多いことがあげられる。平成 26 年度介護労働実態調査によると、現在の仕事を選んだ理由が「働きがいのある仕事」である一方で、労働条件等の不満として、「人手が足りない」「仕事内容のわりに賃金が低い」と答えている。前者の「働きがいのある仕事」は、仕事の継続に繋がる可能性を含むのに対し、後者は離職のきっかけとなる。

さらに、介護職に対するイメージ⁴では、「社会的に意義のある仕事」といった肯定的なイメージがある一方で、「夜勤などがありきつい仕事」「給与水準が低い仕事」「将来に不安がある仕事」など、否定的なイメージが生じており、人材参入の阻害要因になっているともいえる。

また、2011 年介護保険法改正の中核となった「地域包括ケアシステム」は、医療・介護・地域住民など多様な人が「生活支援サービス」を提供するしくみになっている。多様な人が一人の利用者及びその御家族を支えるためには、各々の責務を明らかにした上で、連携するしくみが重要となる。なぜなら、ボランティアを含む多様な人々が「生活支援サービス」を提供するという事は、ともすれば「介護は誰にでもできる仕事」というイメージを持たれ兼ねないからである。介護が福祉専門職であることを他者に理解して貰うためには、「行なった介護を記録に残す」と「会議で自らの専門性に裏打ちされた意見を出すこと」のほかなのである。福祉専門職である介護福祉士は、自らの専門性を連携の仕組みの中で明らかにし発揮することで、社会的に意義のある職種となり、それは「働きがいのある仕事」に繋がっていくだろうし、反対に、そうしなければ、「誰でも出来る仕事」といった自己肯定感の低さを生み出し、「ただ忙しくてきつい仕事」といったことに繋がると考えられる。

一方で早期離職率が高いという現状は、経験を積むことと相まって専門性が育ちにくいということも忘れてはならない。このことは、介護業務の対象者である要介護者等に直接反映されてしまうことに繋がるからである。

そこで、「専門性の育成」・「専門性の発揮」と相互関係にあると思われる「介護労働環境」について、専門性との関係から現状を明らかにしたいと考えたことが本研究の動機である。

2. 研究の背景

少子・高齢化の進行による社会環境の変化と家族を含むライフスタイルの変化により、介護サービスの需要は急速に高まっており、今後さらにその需要は高まることが予想される。

厚生労働省老健局における将来推計資料によると、2012年65歳以上高齢者人口24%に対し2055年には約40%に、75歳以上人口は2012年約12%が2055年には26%と高齢者人口の占める割合が急増するとの報告がある。

また、厚生白書（平成11年度版）の「寝たきり・認知症・虚弱高齢者の将来推計」によると、2010年から2025年の推計変化では、認知症を含む寝たきり高齢者は170万人から230万人へ、認知症高齢者は30万人から40万人へ、虚弱高齢者は190万人から260万人となっており、介護が必要な高齢者は390万人から520万人との将来推計がある。

さらに後期高齢者の増加や高齢世帯の増加といった世帯構成の変化は、家族機能の脆弱化を招き、今後いっそう介護労働者への期待と需要が高まることが予測される。

介護サービスに従事する従業員の過不足状況では、財団法人介護労働人材センターが実施した「平成26年度介護労働実態調査」によると、「不足」「やや不足」をあわせると「不足感」は約60%であり、前年度と比較すると、不足感は増加しており、依然と高い状況が続いている。

以上のことから、高齢化が年々進行していくなかで、現状でも不足している介護職員が、今後どのくらい確保できるのか疑問を感じた。

また、財団法人介護労働人材センターが実施した同調査において、仕事を選んだ理由のうち、半数以上が「働きがいのある仕事だから」と答えており、「やりがい」といった心の豊かさを求めて選んだ仕事であるにもかかわらず、直前の介護の仕事をやめた理由では、「職場の人間関係に問題があったため」「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため」「収入が少なかったため」といった労働環境に起因すると思われるものが約7割を占めていた。

一方で、サービス事業者にとっての問題点に、「良質な人材の確保が難しい」「今の介護報酬では、人材の確保・定着のために十分な賃金を払えない」「経営が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくてもできない」とあげており、経営上の問題から、賃金・労働環境改善が困難な状況も伺える。

このことから、働く上での「やりがい」と労働環境との間で乖離が生じ、「やりがい」が

維持できない環境から離職といった状況を生み出し、それが人員不足に繋がっていると考える。介護職員の早期離職と採用の繰り返しは、やりがいを感じるようになる間もなく離職してしまうため、経験を積むことが出来ず、その結果、介護の質を向上させることが困難となる。介護の質が低下している環境では、「やりがい」を感じる事ができず、離職して更なる質の低下といった悪循環に陥ることが危惧される。

3. 研究の目的

修士論文研究における個人インタビューでは、「利用者との関係性」で、笑顔や感謝などといった良い関係は「やりがい」に繋がり、その反面、利用者や家族からの苦情や、暴言・暴力などといった精神的苦痛を感じたときには、仕事を継続していくことに悩み苦しむ姿があった。

しかし、利用者との関係で生じる「やりがい」は離職を留まらせる要件にはなるが、それが直接利益に繋がるとは言い難いのが現実である。

介護保険制度では、職員の賃金や人員といった労働環境は、介護報酬や人員・運営基準によって規定されているので、使用者が事実上、介護職員等の質の向上や労働環境について改善すること自体が、制度上難しいのも現状である。

介護報酬には上限が決められており、人員などの労働条件は、人員基準により最低基準が規定されている。その算定となる人員は、正規・非正規・パート労働などは問われず常勤換算方式をとっている。このことは介護人材不足を補う手段として非正規やパート労働者を生み出すことに繋がり、そのことによって細分化された介護が提供されてしまうことが危惧される。

また、2011年の介護保険法の一部改正であげられた大きな課題として地域包括ケアがある。高齢者が住みなれた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現をそのねらいとしている。

介護の推進の方向としては、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「複合型サービス」が新設され、24時間体制で地域での生活を支えることとなっている。しかし「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、短時間で必要なことのみをするといった、効率化・細分化された介護となることが否めない。総体的に生活を支えるというより、日々の生活の中でアセスメントが行われる機会や情報が共有されないままに、多数の介護者による細

分化された情報の足し算が、高齢者の生活になるのではないだろうか。そこには、高齢者と介護職員の人と人との繋がりである「心」や「価値」のやりとりや真のニーズの把握といった、本来最も重要視されなければならない「尊厳ある生活」がそぎ取られていくのではないだろうか。たとえ、最低限の人員が確保されていたとしても、それは利用者が満足を得ることができるような、十分なものではないのではないかと、といった疑問が生じた。

効率化優先と思われる介護現場、そして医療や地域諸団体との連携が求められる「地域包括ケアシステム」だからこそ、連続性のある質の高いケアを提供することが求められる。そのためには、連携の方法としての「会議・記録」の果たす役割がより重要になってくる。

介護保険制度では、介護保険サービスの原則（法 1～2 条）で、「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することを基本理念」としていることから、尊厳・自立・自己決定といった「価値」をその中心に据えているといえる。このことは、実際に現場で行なう介護において、介護保険の基本理念を介護の質に含めて実践することが求められているということである。介護労働の良し悪しが、介護保険制度の基本理念の実現を左右するといっても過言ではない。

以上のことから、現在表面化している離職の問題に対しては、賃金向上は最重要課題であるが、同時に福祉専門職である介護職員が、自ら「やりがい」を感じその専門性が発揮できるような「介護労働環境」も重要と考える。

「尊厳（利用者中心）・自立支援・自己決定」といった「価値」を欠かすことのできない原理としたうえで、介護職員が専門性を発揮し「やりがい」に繋がる「共有の質」「経験の質」を上げるための「会議・記録」について、その実践内容を明らかにしたうえで、「介護労働環境」について多角的に検討するとともに、本研究で明らかになった結果が、専門性が発揮できる「労働環境政策」への提言に繋げるための一助とすることが本研究の目的である。

第 1 章 介護職員をめぐる状況

1 節 高齢者政策の概要と現状

1 項 高齢者を取り巻く環境

1. 高齢化の状況（表 1）

大正 9（1920）年にわが国で最初の「国勢調査」が行われたとき、65 歳以上の「高齢人口」（老年人口の割合）が総人口のなかで占める割合は 5.3%であった。その後の国勢調査

の結果も、毎回5%前後の老年人口割合を示しており、昭和30（1955）年調査では大正9（1920）年とまったく同じ5.3%であった。老年人口割合が上昇し始めたのはそれ以降のことで、昭和45（1970）年に7.1%、昭和55（1980）年に9.1%、平成2（1990）年には12.0%であった。平成7（1995）年には14.5%となり、平成25（2013）年では25.1%と、国民の4人に1人が65歳以上となっている⁵。

表1 年齢3区分別人口

（各年10月1日現在）

年	人 口 (千 人)							
	総 数	年少人口	%	生 産 年 齢 人 口	%	老 年 人 口	%	
昭和25年	83,200	29,428	35.4	49,658	59.7	4,109	4.9	
昭和35年	93,419	28,067	30.0	60,002	64.2	5,350	5.7	
昭和45年	103,720	24,823	23.9	71,566	69.0	7,331	7.1	
昭和55年	117,060	27,507	23.5	78,835	67.3	10,647	9.1	
平成2年	123,611	22,486	18.2	85,904	66.5	14,895	12.0	
平成7年	125,570	20,014	15.9	87,165	69.4	18,251	14.5	
平成12年	126,926	18,472	15.3	86,220	66.2	22,005	18.2	
平成17年	127,768	17,521	13.8	84,092	66.1	25,672	20.2	
平成22年	128,057	16,803	13.2	81,032	63.8	29,246	23.0	
平成26年	127,083	16,233	12.8	77,850	61.3	33,000	26.0	

資料 総務省統計局「各年国勢調査報告」（平成26年現在人口）より一部編成

2. 死亡率低下による平均寿命の延伸

死亡率低下の要因として、経済的生活水準の向上、医学・公衆衛生技術の向上、医療保険制度による医療サービスの充実などにより生活環境が著しく進歩したことで、乳幼児や青年の死亡率が大幅に低下したことがあげられる。

死亡率の低下により、平均寿命は急速に伸びた。昭和26（1951）年に男女ともに60年を超え、46（1971）年には男女ともに70年を超え、平成6（1994）年には女は80年を超えた。平成25（2013）年には、女86.61年、男80.21年であり、日本は男女ともに世界トップクラスの長寿国となっている⁶。

一方、日常生活に制限のない期間（健康寿命）は、平成25（2013）年時点で男性が71.19年、女性が74.21年となっており、それぞれ13（2001）年から25（2013）年までの健康寿命の伸び（男性1.79年、女性1.56年）は、同期間における平均寿命の伸び（男性2.14年、女性1.68年）と比べて小さい⁷。

高齢者の受療率との関係は、厚生労働省「患者調査」によると、平成26（2014）年に

における年齢階級別受療率（高齢者人口 10 万人当たりの推計患者数の割合）では、入院は「65 歳以上」2,840、「75 歳以上」4,205、外来では「65 歳以上」10,637、「75 歳以上」11,906 となっており、入院・外来ともに他の年齢階級に比べて高い水準にある。

以上のことから、平均寿命が延び、長生きはしているものの、何らかの健康不安を抱えながら日常生活を送っている高齢者が増加しているといえる。

3. 出生率の低下

日本の人口高齢化の特徴に、そのスピードが速いことがある。その要因の一つとして、出生率の低下がある。

合計特殊出生率^{注2}の年次推移をみると、昭和 22（1947）年から 24（1949）年は、戦争直後における結婚の増加により第 1 次ベビーブームが起こった時期であり、出生数は毎年 260 万人台と多く、合計出生率も高く 4 を超えていたが、31 年には 2.22 となり人口置換水準を下回った。

その後、若干の上昇は見られたものの、平成 26（2014）年では 1.42 と低い傾向は続いている⁸。

以上のことは、出生率が低いレベルで継続していることが問題であるだけでなく、そのレベルが人口置換水準^{注3}を大きく割っていることにある。それは、「少子・高齢社会」が今後も進行することを意味しているからである。

4. 高齢者の世帯構造

平成 25 年国民生活基礎調査によると、世帯総数は 5.011 万世帯、1 世帯当たりの平均世帯人員は 2.51 人である。そのうちで、65 歳以上の者のいる世帯数をみると、平成 25（2013）年は全世帯の約 50%を占める。

65 歳以上の単独世帯は、昭和 50（1975）年には 18.2%だったのに対し、平成 25（2013）年では 25.6%となっている。65 歳以上の夫婦のみ世帯は、昭和 50（1975）年 11.8%、平成 25（2013）年 31.1%である。65 歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯を合計した構成割合は、昭和 50（1975）年 30%だったが、平成 25（2013）年では 56.7%であり、「単独世帯」、「夫婦のみ世帯」が増加傾向にあることがわかる。

さらに、要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、6 割以上が同居している人となっている。その主な内訳は、配偶者が 26.2%、子が 21.8%、子の配偶者が 11.2%とな

っている。また、性別では、男性が31.3%、女性が68.7%と女性が多くなっている。

要介護者等と同居している主な介護者の年齢についてみると、男性では69.0%、女性では68.7%が60歳以上である⁹。

以上のことから、高齢者のみ世帯や単身高齢者の増加、平均寿命の伸びと相まって、介護が必要になったときには、いわゆる「老老介護」のケースが相当数存在していることが伺える。

5. 高齢者を取り巻く環境から見えてくる課題

平均寿命が伸びたことと少子化の進行により、少子高齢社会であることはいまでもない。国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」2013年1月公表によると、2010～35年の間に世帯主が65歳以上である世帯数は1.620万世帯から2.021万世帯に、75歳以上である世帯は731万世帯から1.174万世帯に増加する。

そのうち全世帯主に占める65歳以上世帯主の割合は31.2%から40.8%に増加、また65歳以上世帯主に占める75歳以上世帯主の割合も45.1%から58.1%へと増加し、高齢世帯の高齢化も一層進行するとしている。

また、世帯主が65歳以上の世帯のうち、2010～35年の間に最も増加率が高い類型は「単独」世帯が1.53倍（493万世帯から762万世帯）、次いで「ひとり親と子」で1.52倍（133万世帯から201万世帯）となっている。75歳以上の世帯では、最も増加率が高い類型は「ひとり親と子」の1.97倍で、67万世帯から131万世帯の増加である。次いで「単独」で1.73倍（269万世帯から466万世帯）となっている。

以上のことから、高齢化は今後もますます進行することが予測されるなかで、75歳を過ぎた頃から子どもとの同居が増えているということは、元気なうちはひとりで暮らし、歳をとるに従い生活不安がその背景となって、同居せざるを得ない状況にあることが伺える。また、独居高齢者の増加、高齢化に伴う寝たきり・認知症高齢者の増加の問題は、今後もますます増加することが予測されるため、社会的に手を差し伸べる機会と場の確保を充実させることに加えて、平均寿命が伸長することによって多様化する高齢者の生活ニーズに対応できる質が、これからはより問われることになる。

2項 2000年との比較からみる介護保険制度の実施状況

利用者構成割合の推移（表2）をみると、急激な高齢化に伴い、65歳以上の第1号の被

保険者数は、制度創設当初の 2242 万人から 3302 万人と増加しており、それに伴って要介護者の数も、256 万人であったものが 606 万人と増加している。また、介護保険を利用した者の数も 149 万人から 588 万人と大きな伸びを示している¹⁰。

一方伸び率では、居宅サービスの伸び率が大きいものに対して、施設サービスは 1.50%と減少している。施設サービスの伸び率が小さいのは、将来廃止が予定されている介護療養型医療施設の利用者数の減少に加えて、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等の介護保険施設が、市町村保険者の区域内で一定数以上は設置を認めないという「総量規制」のため、増設が抑制されてきことによるものと考えられる¹¹。

ただし、居宅サービスや地域密着サービスのなかに、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）や認知症対応型共同生活介護（グループホーム）といったものが、施設サービスの代替えになっていることは否定できない。これらを加えると約 48 万人（介護給付費実態調査／26 年 5 月審査分）となり、そこに施設サービスを加えると、実質的には約 130 万人とみることができる。

表 2 利用者構成割合（単位万人）

	平成12年	平成27年	伸び率
第1号被保険者数	2,242	3,302	1.47%
要介護認定者数	256	605	2.36%
介護サービス受給者数	149	588	3.95%
居宅サービス受給者数	124	381	3.09%
地域密着サービス受給者数	16	39	2.50%
施設サービス受給者数	60	91	1.50%

資料「介護保険事業状況報告」より筆者作成

表 3 は、平成 12 年と平成 27 年 3 月の要介護度別認定者を比較したものである。被保険者数の伸び率よりも、認定者数の伸び率が高い。これは、高齢者の状態が急速に悪化したというより、要支援者の伸び率が高いことを示唆しており、制度の利用が一般化した結果を反映していると考えられる。

ところが、要介護 4・5 といった重介護を必要とする人の合計は約 63 万人から約 128 万人と約 2 倍に急増していることから、介護の重度化が進行して、居宅であれば 24 時間目を離すことができない状態であり、施設においても重介護が増えていることが伺える。

表 3 要介護度別認定者推移（単位千人）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成12年	2,162	291		551	394	317	339	290
平成27年	6,058	871	838	1,170	1,060	790	726	603
伸び率	2.80%	2.99%		2.12%	2.69%	2.49%	2.14%	2.08%

資料「介護保険事業状況報告」より筆者作成

表 4 は、平成 24 年度の認知症高齢者数の居場所別内訳であるが、認知症は、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の割合である。

内訳のうち在宅以外の居場所の合計は 160 万人であり、認知症高齢者の約 53%は在宅以外の居場所で生活しているということになる。

また社会保険審議会の介護給付費分科会の資料（第 90 回 H24.5.17）によると、介護老人福祉施設申込者は 42.1 万人おり、その待機者のうち、ただちに入所を必要とするものの、入居ができない高齢者は 4 万人いるとのことである。すなわち、それ以外の約 38 万人は、在宅介護に困難を感じているということになる。施設の代替えとして、居住系サービスを利用するのか、もしくは在宅介護を組み合わせる利用することが想定される。

特に認知症の周辺症状（BPSD）がある場合は、関わり方で症状を落ち着かせることができるため、関わりについては特別な配慮が必要である。認知症であるが故に、その尊厳を逸するような介護は、厳に慎まなければならない、そこで行われる介護はより質の高いものが求められると考える。

表 4 認知症高齢者数の居場所別内訳（万人）

認知症高齢者数の居場所別内訳		平成24年度
認知症高齢者数		305
居宅サービス	うち書規模多機能型居宅介護	149
	うち定期巡回・随時対応型サービス	5
		0
居住系サービス	特定施設入居者生活介護	28
	認知症対応型共同生活介護	11
		17
介護施設		89
医療施設	介護老人福祉施設	48
	介護老人保健施設（介護療養型医療施設を含む）	41
医療施設		38

厚生労働省「認知症施策5か年計画（オレンジプラン）」より

3 項 介護保険制度の最近の動向及び課題

2000（平成 12）年 4 月 1 日に介護保険制度が実施されて以来、本年で 15 年余りが経過し、これまでに 3 回の介護保険法の改正が行われた。

2005 年改正では、介護予防重視型システムへの転換、施設給付の居住・食費の見直しなどが行われた。

さらに独居老人や認知症高齢者の増加を背景として、地域密着型サービス・地域包括支援センターを創設し、居住系サービスの充実を図った。この地域密着型サービスが次の 2012 年改正の中核ともいえる「地域包括ケアシステム」の基盤となっている。

「地域包括ケアシステム」とは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に提供される体制」（医療介護総合確保法 2 条 1 項）をいい、その地域は「おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される圏域」として、具体的には中学校区を想定している。

「地域包括ケアシステム」を具体的に進めるためのサービス提供体制として、24 時間の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」など新たなサービスの創設や、介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施があげられる。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、日中・夜間を通じ、定期巡回と随時の対応による訪問介護・訪問看護を提供するサービスで、包括払い方式をとっている。

サービスの提供には、看護職員による定期的なアセスメントを踏まえた「定期巡回・随時対応型サービス計画」を要件としている。さらに、訪問介護や訪問看護については同時算定できないしくみとなっている。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」について、厚生労働省が行なった平成 24 年 10 月～11 月の調査¹²によると、未参入事業所（訪問介護事象者）・参入事業所ともに約三分の二が「訪問担当が変わることで利用者とのコミュニケーションが取りにくい」としている。また、未参入事業所の半数以上が「訪問時間が短くなることで利用者の生活実態が把握しにくい」と回答している一方で、参入事業所では、1 割程度となっている。その違いの理由については、本サービスは定額制につき、1 回あたりの訪問時間に制約がないため、短時間で複数回の訪問となることが多い。したがって、時間が短くなる代わりに、一日を通して生活全体をみることが可能になる側面もあるとしている。

以上のことから、1 回の訪問時間が 30 分以内で複数人が関わるサービスでは、1 日を通

して生活実態をみることができるといいうメリットがある一方で、デメリットとしてはコミュニケーション不足があげられる。しかし、生活実態がわかるということと、尊厳を保つケアの提供とは切り離して考える必要がある。コミュニケーションを十分に取り難い状況で把握した生活実態は、単に利用者の1日の生活の流れがわかるに過ぎないとも解釈できる。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、基本的に看護師が作成した計画に基づいて介護サービスを提供する仕組みをとっている。週に1回もしくは月1回程度の訪問をしている看護師が作成した計画に、利用者の真の生活ニーズがどの位反映されているのか疑問である。医療を含む生活ニーズと計画が連動するためには、介護職員が日々生活支援をしていくなかでコミュニケーションや観察を基に把握した生活ニーズを、同職種や他職種と共有し、検討した結果を反映した計画に沿って、介護実践をする必要がある。

また、営利法人の参入や、2015年に実施された介護報酬単価の引き下げは、事業の採算性が重視され、「効率化・細分化・マニュアル化」が要請されることとなった。

以上のことから、「効率化・細分化・マニュアル化」といった点で行なった介護を線にするためには、関わりの中で得た情報を振り返り共有できる「記録」と、情報の共有と討論の場としての「会議」において連携することが重要となる。その連携の要となる「会議・記録」において、介護職員は、自らの専門性に裏付けられた実践をする必要がある。そうすることが、介護の仕事を選んだ理由で述べられた「働きがいのある仕事だと思ったから」「資格・技能が活かせるから」¹³の達成感に繋がると考える。「会議・記録」といった自らの専門性を他者に発信できる場面を通して、達成感といった「やりがい」を如何に感じることができるのかが、今後の課題といえる。

2 節 介護労働の現状と課題

1 項 介護労働実態調査からみる特徴

1. 雇用管理の状況¹⁴

労働契約については労働基準法において、事業主は労働者を雇い入れるときには、賃金、労働時間などの一定の労働条件について書面で渡さなければならないとしている。この書面には、「労働条件通知書」と「雇用契約書」などがある¹⁵。非正規職員も同様である。また、労働契約法第7条^{注4}において、従業員10人以上の事業場は、就業規則を作成し労働基準監督署へ届け出なければならない¹⁶。

非正規職員の採用時の労働条件について、約 70%は雇用契約書等の書面により行っていたが、その一方で、労働基準法に抵触する「口頭のみ」16.9%、「していない」4.4%があった。

採用・離職の状況は、非正規の介護職員の採用率、離職率が高く、離職者の約 74%が勤続年数 3 年未満であった。

離職率（正規職員）をみると、産業計の 12.4%¹⁷に対し介護職員は 16.8%であり、産業計と比べるとやや高い水準となっている。介護事業所別では、民間企業の離職率が高く、事業所規模では、小規模の離職率が高かった。また、事業開始年数では、年数が経過するほど離職率が低くなっていた。事業所規模が定着率に影響を与える要因として、事業所規模が小さいと、配置転換などの人事管理を柔軟にすることが難しくなることが考えられる。

定着率向上の為の取り組みでは、「労働時間の希望を聞く」「コミュニケーションの円滑化を図る（ミーティング・チームケア・意見交換等）」「賃金・労働時間の労働条件の改善」が高かった。

従業員の過不足状況では、約 60%が不足感を持っており、前年度比では 2.8%増加していた。

2. 人材育成の取組み¹⁸

人材育成の取組みでは、約 60%が教育・研修計画を計画を立てていた。その一方で、取組みをしていないは約 3%あった。

3. 運営上の課題¹⁹

介護サービス事業を運営する上での問題点は、「良質な人材の確保が難しい」「今の介護報酬では、十分な賃金を払えない」が上位にあげられていた。

介護事業等収入に占める人件費の割合は、訪問系 71.6%、施設系（入所型）59.2%、施設系（通所型）61.9%であり、他の事業と比較すると、食堂などのサービス業は 30%台、病院は約 50%前後であり、人件費の占める割合が高いことがわかる。

4. 介護労働者の個別状況²⁰

介護労働者の属性では、女性が 78%、平均年齢は 45.7 歳であり、採用状況では、新規学卒以外が約 85%を占めていた。

所定内賃金は、労働者全体の平均月給は 215.077 円、看護職員 263.368 円、介護職員 196.131 円であった。実賃金は、労働者全体の平均労働時間は 160.5 時間で 237.785 円、介護職員は 162.7 時間 222.445 円だった。

所定労働時間については、労働基準法では休憩時間を除き原則 1 日 8 時間、1 週間で 40 時間までとなっており、一定の事業^{注5}については 1 週間で 44 時間となっている。法定労働時間を超えるときは、36 協定^{注6}を結んでおく必要がある。法定労働時間を超えた場合は 25%以上の時間外割増が必要である。時間給をみると、労働者全体 1.104 円、看護職員は 1.378 円に対し、介護職員の時間給は 918 円であることから、結果として給与水準の低さや時間外勤務をしても実賃金が低いことに繋がってしまう。介護職員の給与は、介護報酬の影響を多分に受けるため、昨今の介護報酬の引き下げによる影響は給与の低下を招くことに繋がる。一時的な交付金や加算という方法では抜本的解決には繋がらないともいえる。

5. 就業実態と意識調査

正規職員の 1 週間残業時間は、労働基準法で定められている労働時間を守るためには、1 週間 10 時間以内である必要がある。「残業なし」は約 50%であり、「残業時間 10 時間以内」は約 40%を占めており²¹、残りの 10%は違反の可能性があるということになる。

深夜勤については、施設系（入所系）の約 7 割があると答えていた²²。

現在の仕事を選んだ理由として、「働きがいのある仕事」が 52.6%であり、次いで「資格・技能が活かせるから」「今後もニーズが高まる仕事だから」だった²³。

前職のある人のうち約 4 割は「直前は介護の仕事」だったが、一方で約 6 割は介護以外の仕事ということになる²⁴。中途採用者の教育に関しては、約 380 万人²⁵が介護職員初任者研修、訪問介護員養成研修の終了者が仕事をしていることから、教育時間が少ないうえに、経験のない人が介護を担う人材になっていることは否定できない。そのため、運営上の問題点として「良質な人材の確保が難しい」とあげていたが、現実的には確保よりは、職場研修に重点を置き介護の質の向上に努める必要性を感じる。

直前の介護の仕事を辞めた理由は、「職場の人間関係に問題があったため」「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため」が上位にあった²⁶。いずれも労働環境に関することである。例えば、前者については配置転換等による環境改善、また後者については、採用時に口頭での説明を加えることで、不満を生じさせないようにする対策を早

期に講ずることが、離職を食い止める策になるのではないかと考える。

2 項 介護労働の最近の動向及び課題

2000年に介護保険制度が導入され、15年が経過したにもかかわらず、介護労働者不足の問題は解決することなく現在に至っている。

勤続年数を全産業と比較しても、産業計は13.5年であるのに対し、医療・福祉は8.3年と低い²⁷。

また、介護労働安定センターが行なった「介護労働実態調査」によると、職種別の平均勤続年数では、介護職員は4.6年、看護職員は5.4年、介護支援専門員は7.3年、生活相談員は6.3年であり²⁸、介護職員は他の職種より低いことが示されている。

労働環境に関する不満については、「人手が足りない」が約半数と多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」「有給休暇が取りにくい」が同調査で明らかになっている²⁹。

このような状況を踏まえて、介護人材の安定的確保のため「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が平成20年に成立した。

その後、介護職員の処遇改善を目的として、介護職員1人当たり月平均15,000円の賃上げに相当する支援をするため、平成21年4月～平成24年3月「介護職員処遇改善交付金」を補正予算のもと導入した。平成24年4月～平成27年3月「介護職員処遇改善加算」を創設し3年間延長したが、期限が切れる平成27年4月からは、全介護職員を対象に12,000円アップした金額の用途を全て介護職員の給与のみに限定し、その内容を変え継続することとなった³⁰。

平成27年迄の介護職員処遇改善加算に伴う経営面での対応は、一時金の支給60.4%、諸手当の導入・引き上げが46.9%であった。その一方で、教育研修の充実29.2%、昇進・昇格要件の明確化10.0%、非正規職員から正規職員への登用17.8%³¹と、専門性のモチベーションを高める用途もみられた。

しかし、平成27年から始まる「介護職員処遇改善加算」は、介護職員の賃金底上げに限定されるため、モチベーション向上に寄与できるかどうか疑問がある。なぜなら、「介護職員処遇改善交付金」が開始されて6年以上経過しているにもかかわらず、離職率に大きな変化がないということは、早期離職の要因は、賃金の問題だけではなく、それ以外の要因も大きく絡んでいるということである。直前の仕事を辞めた理由で「収入が少なかったため」は4番目となっている。早期離職防止や定着促進のための方策として、「労働時

間の希望を聞いている」「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」「賃金・労働時間等の労働条件」³²と対策はとられているものの、解決には至っていないのが現状といえる。

収入の少なさ自体が離職の原因になることは否定できないが、職場の人間関係・運営方針等その他の原因を踏まえて、具体的で抜本的な解決策を講じない限り、介護人材不足の解決には繋がらないと考える。

第2章 介護福祉士は福祉専門職なのか

1節 属性モデルからの検証

専門職の属性モデルからの先行研究³³として、フレックスナー、グリーンウッド、ミラーソン、ウィレンスキーなどがあげられる。

グリーンウッドは専門職に基本的でかつ共通する属性として、①体系的理論、②専門職の権威、③社会的承認、④倫理綱領、⑤専門的素養の五つの条件をあげ、これらの諸属性は相互に関連をもつものとして、個々に切り離してとらえるものではないとしている。

フレックスナーは、医学教育とソーシャルワーカー教育とを比較し、専門職の要件として、①個人的責任を伴う知的な労働、②科学と学習による裏づけ、③それが実際的かつ明確な目的を達成するためのものであること、④教育により伝達可能な技術、⑤自主的組織、⑥利他主義的動機をあげている。

ミラーソン³⁴は、「専門職とは、主観的にも客観的にも、相応の職業上の地位を認められ、一定の研究領域を持ち、専門的な訓練と教育とを経て、固有の職務を行なう、比較的地位が高い、非肉体的職務に属する職業をいう」と定義し、これによる属性として、①公衆の福祉という目的、②理論と技術、③教育と訓練、④テストによる能力証明、⑤専門職能団体の組織化、⑥倫理綱領の六点をあげた。

ウィレンスキー³⁵は、専門職化のプロセスについて、①本職の職業の形成、②訓練学校の設立、③専門職団体の結成、④国家免許法の成立、⑤倫理綱領の確立の五段階によって示した。また、専門職団体については、内部統制を行なうという面と、外部に向かって「圧力団体」として機能する面をもち、国や既存団体に対してどのように影響力のある発言や行動をとってきたのかに着目し、その達成度合いで、その専門職団体の自律性の高低を判断した。

以上のことから、社会福祉専門職の属性モデルからの専門性に共通することは、①専門

職教育、②国家資格等による能力証明、③専門的知識と技術、④専門職団体、⑤倫理綱領であることから、介護福祉士は専門職に分類される。

2 節 社会的要求による専門性の変化

専門職について、朴は「専門職とそれに対する社会的認定は常に変化するものでありそれぞれの時代の社会的要求や、新しい法律や制度、国家政策によって大きく変化するものである³⁶⁾」と定義している。

高齢化の進展に伴って、要介護高齢者の増加や、家族介護者の高齢化などから、老後生活への不安に対する社会的要求が高まる中、1987（昭和 62）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、介護福祉士は、専門的知識および技術をもって介護の業に従事する国家資格として制度化され、介護福祉士は専門職として認知されることになった。

2000（平成 12）年の介護保険制度の実施に伴い、介護福祉士は専門的介護を業として提供することが法の中で位置づけられた。そして介護保険制度では、利用者本位を具体的に担保する手法として、ケアマネジメントの仕組みが導入され、保健・医療・福祉にわたるサービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されなければならない³⁷⁾としている。

施行後 10 年が経過し、サービスの利用者数が約 3 倍になるとともに、重度の要介護者や医療ニーズの高い高齢者の増加、介護力の弱い単身世帯や高齢者のみ世帯の増加の対応と、介護人材の確保が緊急の課題となった。このことを背景に、2011（平成 23）年改正では、「地域包括ケアシステム」の実現を図ることとなり、「医療と介護の連携強化」「介護人材の確保とサービスの質の向上」を含む 5 項目の見直しが行われ、介護職員による痰の吸引の実施が可能になった。

2014（平成 26）年「医療介護推進法」の成立に伴い、2015（平成 27）年介護保険法改正では、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療と介護の総合的な確保を推進することとなり、在宅医療・介護の連携がより重要となった。しかし、同年に実施された「介護報酬単価引き下げ」は、事業者の採算性重視が求められ、介護現場では「効率化・細分化・マニュアル化」が進行し、提供される介護の質の低下が危惧される。

社会的背景の変化に伴い成立した新しい法や制度において、介護福祉士等の専門職は影響を受けつつも、その影響を受けない「価値」を常に中心に据えて、各々の責務を明らかにしたうえで連携する仕組みをとることが重要となる。そして、介護職員はそのような仕

組みの中で社会的認定を高めていくことが必要である。

3 節 福祉専門職としての介護福祉士

社会福祉士及び介護福祉士法において、社会福祉実践サービスを担う職種の一つに介護福祉士が法規定上明記されていることから、介護福祉士は社会福祉士と同じ価値・知識・技術など多様な基盤において共通基盤を有するということになる。介護実践とは、精神的・身体的・社会的な困難に直面している個人や家族が、自ら問題を解決できるように個別的に援助する専門技術の提供でありその過程を指す。介護実践における利用者と援助者の関係は、ソーシャルケースワークに通じるものがある。

ケースワークについて、1960年代診断派であるホリスは「個人に本来備わった価値を重視していることはきわめて重要なケースワークの基本的な特徴である³⁸⁾」と個人の価値の尊重を強調した。また、診断派の立場に立ちつつ機能派の理論を折衷的に取り入れ、体系化したパールマンは、人・問題・場所・過程をケースワークの核心とし、過程について、「ケースワーカーは彼がもつ専門的知識と価値が彼に備える問題の見通しを持たなければならないし、以下（クライアントとケースワーカーの解釈）の差異に照らして問題の意味を考慮せねばならない³⁹⁾」と述べている。

1970年代に入り、社会福祉学者バイスティックは、価値を欠くことができない原理としたうえで、対人援助にかかわる援助者の行動規範について、①個別化、②意図的な感情表出、③統制された情緒関与、④受容、⑤非審判的態度、⑥クライアントの自己決定、⑦秘密保持を7原則⁴⁰⁾とした。また、社会福祉学者バートレットは、「社会福祉実践の本質的な要素は、抽象的な価値、知識と理論および調整活動方策の総体として現れる。実践者を導くのはこれらの価値と知識であり、実践者たちがかかわっている状況に影響を与えるのはこれらの調整活動方策をとおしてである⁴¹⁾」と、本質的な要素について総体として示した。また、価値について「各個人の持っている発達への可能性を、生涯を通して最大限に実現すること（中略）ソーシャルワークは、人間のもつ潜在的可能性の達成をその究極的な価値として、その達成に向かっていく」とし、究極的な価値と手段的価値のあり方について示した⁴²⁾。

これらのことから、ケースワークにおいて共通することは、価値は欠かすことのできない原理であり、価値と知識を用いて専門的判断や技術を生み出すということになる。その後価値は、人々に対する「態度」へと移し変えられるようになり、「自己決定」「自己充足」

「自己実現」というようにソーシャルワーク思考において重要視されるようになった。また、知識は人びととそのニーズを知り、かつ理解していく仕方として表された⁴³。このことは、介護実践においても共通のことと考える。

4 節 介護福祉士に求められる専門性の独自性

専門性について、H.M.パートレットは、『専門職従事者が実践において示す真髄は、共有された専門職の価値・知識・方法から引き出さなければならない⁴⁴』という概念から出発し」と述べている。さらにその価値・知識・方法の関係について「知識と価値の方が方法よりも優位にあり、そして知識と価値が主として方法と技術を規定しているのである⁴⁵」と述べている。

大和田猛⁴⁶は、ソーシャルワークとケアワークの共通する専門性の基本属性として、①専門的知識、②専門的技術、③倫理綱領、④資格試験、⑤社会的承認、⑥専門職的権威をあげ、ワーカーに具備すべき価値は利用者の基本的人権の尊重、自己実現、主体性の尊重、守秘義務であるとし、これらはワーカーを支える専門性において保有されなければならないものである。知識や技術はこの価値の「ろ過装置」を媒介にして初めて有効的援助的手段となるのであると説明している。さらに、社会福祉実践サービスを担う職種の一つにケアワーカー（介護福祉士）が法規定上、明記されているとしたうえで、「社会福祉実践である以上、ソーシャルワーカーと同じ社会福祉の価値・倫理・知識・技術・機能など多様な側面において幾多の共通基盤を有しながら、利用者の自立生活の支援に向けて働きかける専門職としてケアワーカーが存在するといえる」と述べている。

黒川昭登⁴⁷は、ケアワークの独自性と専門性について、「専門性は個別的な判断や創造的な思考が必要であるといい、ケアワークの専門性は、利用者の自己実現や成長に役立てるよう創意工夫する過程のなかにあるといえよう（中略）ADLの援助をしながら、それと不可分のかたちで心理・社会的ニーズへも対応していくところにケアワークの独自性と専門性がある」と指摘している。

また社会福祉士及び介護福祉士法が制定された1987（昭和62）年2月に、日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会が「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」においてケアワーカーの専門性について次のように説明している。「ケアワーカーには、生命の尊厳、高齢時における生活の意味についての深い認識と、ケアワーカーとしての責任感と倫理性をともなう専門性が要求されることはい

までもない（中略）ケアワーカーの専門性はまず、社会福祉に働く者としての倫理性や、みずからの役割認識、さらに社会福祉制度への理解を前提として、現在の家政学などの成果を十分組み入れた家事援助、個々の高齢者の自立度や病状など個別の事態に対応できるような介護、さらに医療関係者とチームワークを組めるだけの教養を必要とするものである。しかも、それらが一人ひとりの個別性に応じて統合化され、総合的に活用されるという点がもっとも問われる力量であり、その意味においてそれはいわば専門分化した専門性ではなく、諸科学を応用、統合するなかで、直接、生命と生活にかかわる専門性として、位置づけられなければならない性格のものである⁴⁸⁾。この本委員会の説明は、社会福祉に働く者としての倫理性や価値を前提に、具体的に説明している点ではその内容は現在につながるものといえる。

以上のことから、ケアワークは要援護性に焦点をあわせて ADL を中心として働きかけることを業とする専門職である。その活動は、基本的人権の尊重といった倫理や価値という目的や理念を有しており、そのうえで社会制度や医療知識や、自立支援といった実践目標のもと業を行なうことが、介護職の専門性に求められるといえる。

さらに最近の政策の変化として「地域包括ケアシステム」の中で、介護福祉士は、要介護者に対する基礎的な医療的ケアにおける服薬管理・他の介護職への認知症に関するアドバイス・助言などの役割を求めている⁴⁹⁾。介護福祉士は、身体介護を中心とした業務から、対象者の重度化等から生じた社会的要求により、医療知識に留まらず、基礎的な医療技術がその専門性に加えられた。さらに 2011（平成 23）年介護保険法等の一部改正により、介護福祉士による痰の吸引や経管栄養など一部の医療行為が認められることになった。法改正により、自らの仕事の領域を広げることができることとなり、そこに独自の専門性が加わることで、社会的評価の向上に繋がるといえる。

第 3 章 福祉専門職としての介護を支える専門教育と専門職団体

1 節 専門教育の経過及び課題

1 項 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定前における専門教育

昭和 4 年に制定され、昭和 7 年に施行された救護法において、救護施設としての養老院の規定が設けられた。当時の施設内は、必ずしも衛生的な状態ではなく、シラミやダニの退治など、最低限の衛生環境をつくり、入所者の生命と健康を守ることに養老施設の職員は必死だった。

昭和 38 年に老人福祉法が制定された。それに伴い特別養護老人ホームが急増したことで、未経験職員の増加に繋がった。そのため、介護の担い手となる寮母に対して、専門的な教育や研修への要望を反映する形で、昭和 54 年に福祉寮母講習会が開催された。この講習会は全国老人福祉施設協議会が主催するもので、基礎的・実践的な講座を受講するとともに寮母たちが日頃抱えている悩みごとなどを語り合い、相互に研鑽に励む機会として、9 年間続けられた⁵⁰。

2 項 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定後における専門教育の変化

介護の専門教育は、特別養護老人ホームに勤務する介護職員から始まったが、本格的に行われるようになったのは、昭和 62 年に制定された「社会福祉士及び介護福祉士法」において、国家資格になったことにある。その背景として、高齢社会の進展に伴う寝たきり・認知症老人の増加といった社会的背景の変化により、専門的知識を備えた介護が社会的に要請されることになったことがあげられる。この時代は、主に身体介護に教育の中心が置かれたともいえる。

平成 12 年に制定された介護保険制度により、自立支援・自己決定・尊厳の保持といった理念に加え、ケアマネジメントやサービス担当者会議といった、医療・保健など他の専門職と連携・協働が求められる時代となった。介護も社会保険として位置づけられたことで、記録・計画・会議などといった業務が加わり、専門教育においてもその技法が求められるようになった。

平成 17 年には、介護予防システムへの転換が提唱され、今までの身体介護中心から、予防を視野にいれる介護へと介護教育の範囲が広がった。

平成 23 年「介護保険法の一部を改正する法律」により、医療的ケアが業務に加えられ、専門教育に医療的ケアが加えられた。

このように、高齢化・在宅化といった社会環境の変化は、介護の量・質ともに社会的要求を高め、それに伴い新しい制度ができ、制度や法に規制される形で介護職に求められるものが量・質ともに変化してきた。そして、その変化に対応すべき教育内容も変化していくこととなった。

現在、介護職員の資格には、介護福祉士のほか介護職員初任者研修と実務者研究がある。介護職員初任者研修とは、在宅・施設を問わず、介護に従事する者が行なう業務全般に必要な知識・技術の習得を目指し、130 時間受講する必要がある。介護職員実務者研修は、

幅広い利用者に対する基本的な介護提供能力の習得を目的に、未資格者の場合は 450 時間受講する必要がある。いずれも、通信・読み替えなどが可能であり、修了証明書の交付を受ける必要がある⁵¹。

厚生労働省は、介護人材の今後のキャリアパスについて、「初任者研修修了者⇒介護福祉士⇒認定介護福祉士を基本とする」と示している。平成 19 年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、介護人材の資質向上を図る視点から、資格取得方法の見直しが行われた。現在、介護福祉士の資格取得方法は、実務経験ルート・養成施設ルート・福祉系高校ルートの 3 つのルートがある⁵²。

実務経験ルートとは、3 年以上の介護等の業務に関する実務経験を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法であり、2016 年度介護福祉士国家試験（第 29 回）からは、実務者研修（6 月以上／450 時間）の受講が義務づけられている⁵³。現在、累計約 88.3 万人が資格を取得している。

養成施設ルートは、介護福祉士養成施設等において必要な知識及び技能を習得する方法である。履修期間は 2 年以上（1.850 時間）であり、現在約 31.3 万人が資格を取得している。2022（平成 33）年からは、国家試験の受験が義務化されるが、2017（平成 29）～2021（平成 33）年度は移行期間で、卒業後 5 年以内に国家試験に合格するか、卒業後 5 年間継続して実務に従事した場合に、介護福祉士資格を取得することになる。

福祉系高校ルートは、福祉系高校において必要な知識及び技能を修得した後に、国家試験に合格して資格を取得する方法である。履修期間は 3 年以上（1.855 時間）必要である。

前述したように、平成 33 年度からは、介護福祉士資格を取得するためには、どのルートにおいても国家試験を受ける必要がある。養成施設ルート 1.850 時間・福祉系高校ルート 1.855 時間に比べて、実務経験ルートでは 450 時間と少なく約 4 分の 1 の教育期間で、十分な質が確保されるのか疑問を感じる。しかし、専門職教育は 2 年間なり 4 年間の養成施設における教育によって完結するものでなく、介護サービス従事者には生涯にわたって研修体制が準備されなければならない。専門職教育と研修体制があって初めて、介護サービスの専門性は成熟し、進化していくものである⁵⁴。介護福祉士資格の取得方法が多様化している現在においては、専門職としての質を向上するためには、継続した職場研修（教育）が重要と考える。

2 節 介護福祉士会の現状及び課題

専門職団体いわゆる職能団体とは、法律や医療などの専門的資格を持つ専門職従事者らが、自己の専門性の維持・向上や、専門職としての待遇や利益を保持・改善するための組織である。同時に、研究発表会、講演会、親睦会の開催や、会報、広報誌などの発行を通して、会員同士の交流などの役目を果たす機関でもある⁵⁵。

日本介護福祉士会⁵⁶は、介護福祉士によって構成される社団法人であり、設立は1994（平成6）年で、入会は各介護福祉士の任意である。

目的は、介護福祉士の職業倫理及び専門性の確立、介護福祉に関する専門的教育及び研究の推進並びに介護に関する知識の普及を図り、介護福祉士の資質及び社会的地位の向上に資するとともに、国民の福祉の増進に寄与することである。

事業内容は、調査、研修、普及啓発活動、ロビー活動などを行っている。

「社会福祉士及び介護福祉士法」が1987（昭和62）年に制定され29年が経ち、介護福祉士の登録者数⁵⁷も2.631人（平成元年）から1.183.979人（平成25年）と急増しているにもかかわらず、介護福祉士会の組織率は5%と低い。代表的な職能団体の組織率をみると、日本医師会は約55%（平成25年）、日本看護師協会は約50%（平成25年）、日本理学療法士協会は80%（平成24年）、日本社会福祉士会は約20%（平成25年）である。弁護士は団体への登録制度を強制的に位置づけているため、日本弁護士連合会は100%である。組織率が低いということは、現場の意見を汲み上げ、政策主体に対し働きかけることができる運動主体が不在であるため、福祉政策を決定する政策過程に介入する力が弱く、ソーシャルアクションの実行が難しい状況にあることを意味する。現に、医師会、看護協会、日弁連、リハビリ分野などの職能団体は、政治介入を進めている。

介護福祉士会は、低組織率であることから、かつて民主党政権時代の事業仕分けの対象になっていた。省内事業仕分け室作成資料にとると、「研修内容やその他の事業内容がより介護福祉のニーズと合致するような取り組みを進めるべきではないか」と指摘されているにもかかわらず、改善はみられず、現在も低組織率のままである。

創立20周年記念事業で日本全国の介護従事者に行なった調査⁵⁸によると、日本介護福祉士会の認知は、活動内容を知っている9.4%、名前は知っている（聞いたことがある）44.9%、知らない45.7%であった。90%以上が介護福祉士会の活動について認知していないといえる。また、介護福祉士会に入会したいかの質問については、入会したい4.1%、入会したいと思うが判断するには情報が足りない14.8%、検討はしたいと思う27.6%、入会したいとは思わない23.2%、わからない30.3%であった。このことは、活動内容に関する

情報を発信し、福祉ニーズに見合った魅力ある活動をすることで約 50%は加入する可能性があるということである。さらに、介護福祉士資格取得時に受けたい支援として、フォローアップやスキルアップの研修 52.8%、最新情報の提供 42.1%をあげていた。

このような調査結果を踏まえて、フォローアップ研修などをより充実させ、最新情報を積極的に発信することで、魅力ある活動にすることは可能ではないかと思う。

また、職能団体の目的の一つとして、処遇改善などの政策提言がある。地域特性を踏まえた処遇改善への取り組みの調査などを、会員以外の介護職員も含めて行い、その結果については、外部への発信や、圧力団体としての取り組みを、目に見える形で公表していくことも重要である。

特に処遇改善については、現職の介護職員も関心のある事項である。まず認知度をあげるための広報活動と活動方法については、関心の高いことから具体的に活動していくことにより、職能団体としての介護福祉士会が行なうソーシャルアクションの必要性について、知って貰うことから始める必要があると考える。

第4章 本研究に至る経過

1節 これまでの研究からの問題提起

筆者はこれまで、組織として取り組んでいる会議と、個人インタビュー調査をすることで、実践場面における介護職員の専門性を明らかにするという目的のもと研究に取り組んできた。

調査は、介護老人福祉施設に勤務する介護職員を対象に、グループ会議（4回）と個人インタビュー（6名）から取材し、KJ法で分析した。分析結果について、「介護の専門性（資料1）」を考察で示した。

『ケアに潜む5つの罠』とは、「体調不良者が多い時」「イベント」など非日常の業務が増えたときは、忙しさに引きずられ事故報告件数が増えたり、職員中心の目線の介護になりやすくなるといった『①非日常』、「思い込み」や「自分の勝手な判断」といったことが、誤った判断に繋がるという『②思い込み』、日々繰り返される介護は、慣れてくるに従って注意が散漫になりやすくなり、うっかりしたことから事故が発生する『③日常の介護に潜む（危険）』、施設ということから、日々決められたスケジュールのもと多数の職員が関わる中でも「大声を出さない」などの気配りと、利用者目線での環境づくりをしていくことが大切といった『④施設という空間に潜む（配慮）』、日々のスケジュールに追われ忙し

くなると『⑤職員目線』で介護が行われてしまうの 5 点が、『ケアに潜む 5 つの罨』として浮上した。この『非日常』『思い込み』『日常』『施設』『職員目線』は、常日頃しっかり意識して排除することで、人本来の尊厳を大切に寄りそった介護を可能にすることに繋がるのである。

『空転する思い』は、あるべき介護への思いが強くても、利用者の老いや認知症が進行して、介護の手ごたえやコミュニケーション不全が生じることからくるやり場の無さを抱えてしまう。プロでありたい思いも、お年寄りが好きという気持ちも空転し、自身の専門性への疑いを増幅させてしまうことである。

その一方で、会議では、家族情報や場面情報を多角的に出し合い、現実的な視点で検討したり、曖昧な情報については試行期間を設けて具体的なものとして再検討するといった、共有の質を高める場として活用していた。また、気持ちの空転から自身の専門性に疑問を抱いている状況であっても、価値を大切にしたいあるべき介護にこだわり、利用者を全体として把握し、経験の内容を理知的に検討して質を高め、緩やかに寄り添う介護が行われていた。このような専門性の実践は、周囲と気持ちを分かち合い、協力することで強化され、ネガティブな疑念を乗り越えていた。

このことから、『ケアに潜む 5 つの罨』に陥らないようにするため、そして、気持ちを分かち合いサポートを受け『空転する思い』を払拭する場として、「会議」が重要ということが明らかになった。

「会議」を活用することで、『ケアに潜む 5 つの罨』『空転する思い』といった不全に流されず、人権や尊厳といった価値への思いを持ち、そこに知識・理論と経験が加わり、総体としての介護過程を実践し、「経験の質」「共有の質」を上げることが可能となる。その結果として、良い評価ややりがいといった介護職員にとっての強みと独自性が発揮されることまでが「介護の専門性」に含まれることが明らかになった。

また、調査施設の記録は、ICT を活用しており、内容を充実させることで、口頭の申し送りを省略していることも特徴といえる。口頭で全体の申し送りを受けるのは、その日のリーダーのみで、担当者は自分がその日に担当する利用者のケース記録を読み、不明な点は記載者に直接確認してから、その日の業務にあたる。ケース記録には状況などが詳細に書かれているため、口頭による申し送りがなくても、業務に支障はないとのことだった。さらに、場面状況などが具体的に書いてある「ケース記録」が、会議の情報共有の前提となっていた。

以上のことから、介護の専門性を高め、介護職員がやりがいを持って仕事をするためには、「会議・記録」の果たす役割が大きいことが示唆された。

しかし、労働環境に関するものが、多数含まれていたことも忘れてはならない。そこには、専門性と労働環境との因果関係、すなわち人手不足といった忙しさから専門性が発揮し難い現状があった。

本研究は、社会福祉実践の共通基盤からの分析の限りにおいて研究を進めたため、現場の介護職員といったマイクロレベル・施設の取り組みの一つである会議といったメゾレベルからの研究であったにもかかわらず、制度や政策といったマクロレベルの問題が浮かび上がってきたのである。

そこで、「労働環境」との関係からも「会議・記録」を捉えなおす必要性を感じ、今後の継続研究とした。

2 節 連携の要となる「会議・記録」に求められること

1 項 リフレクティブな実践の共有とクリティカルシンキングによる討論

介護の専門性には、「経験の質」「共有の質」の向上が重要ということが、先の研究⁵⁹で示された。「経験の質」と「共有の質」の向上のためには、情報の共有と討論の場として組織として取り組む「会議」、個人が実践の思考過程でおこなう「行為の中の省察」と、実践後の振り返りとしての「行為についての省察」を行い、実践経験の根拠を共有することができる「記録」が重要となる。

組織と個人の関係について、ダニエル・キムは、管理者と社員との関係性から「成功の循環⁶⁰」(図1)として説明している。

「関係の質」は、仲間や上司といった社会情緒的サポートを得ることである。「関係の質」が上がることで、価値や思いといった内発的動機づけが起こる。それに伴い「思考の質」が上がり、観察や情報収集や検討といった行動を起こし、そこから得た情報から緻密な計画を立て、それを共有して尊厳を大切にしたい介護を行なうといった「行動の質」を上げる。

「行動の質」が上がった結果、個人の経験の質や職員の共有の質が上がり、利用者にとって、価値が反映された介護が提供されるといった「結果の質」を上げることに繋がる。このような「よい結果」は、その経験を継承し発展させることで、さらに「関係の質」が良くなることに繋がる。

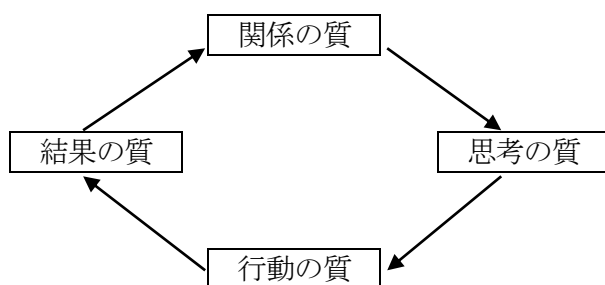


図1 成功の循環

そこで、「成功の循環」で「よい結果」に繋げるためには、観察・情報収集・分析といった「思考の質」が重要となる。

介護職員は、利用者との直接的な関わりの中で、様々な思考をし、その状況にあった介護方法を柔軟に決めて、即座に対応することが求められる。

経験の中で思考を行なうことについては、ジョン・デューイ⁶¹の教育の「再構成理論」がある。それは、「子どもの個人的経験の知的・道徳的発展を通して、個人的価値と社会的価値との調停をはかることができ、しかも子ども自身の経験の反省的思考による再構成をとおして、より高次の創造的知性が一元的に生成される」という理論である。経験による熟慮(リフレクション)をすることによって、知識は実践からうまれるということである。

介護職員は、自ら思考して行動したことについて、その方法は適切なのかについて、行動しながら評価する。適切でないとされる時には、その場で再度変更していくこととなる。それは、その場で個人が行なった介護の結果に対する評価であり、次の思考や行動の足掛かりとなっていくものである。

個々の専門家教育についてドナルド・ショーン⁶²は「行為の中の省察」に基づく「反省的实践家」として提示し、リフレクションの概念は広められた。「反省的实践家」とは「クライアントが抱える複雑で複合的な問題に、『状況との対話』に基づく『行為の中の省察』と呼ばれる特有の『実践的認識論』によって対処し、クライアントとともに、より本質的でより複合的な問題に立ち向かう実践を遂行している」と説明している。ショーンは、リフレクションを2つのタイプに区別している。それは、「行為の中のリフレクション」と「行為についてのリフレクション」である。行為の中のリフレクションは実践中に起こり、意思決定ならびにケアの提供に影響を与え、一方、行為についてのリフレクションは出来事の後には起こり、それは実践スキルの育成に寄与する⁶³。

介護職員の実践場面では、利用者の状況に応じて分析しその時の介護方法を定める。そ

して、実践しながら利用者の反応などから得た情報を基に実践方法を評価し、次の自分の行動の手がかりをみつけることが「行為の中のリフレクション」といえる。また、「行為についてのリフレクション」は、「行為の中のリフレクション」を行いながら実践した結果について、その過程を振り返ることである。

このことからリフレクションは、「思考の質」「行動の質」「結果の質」の根幹をなすものであり、「行為についてのリフレクション」については、他の介護職員とその情報を共有するための具体的実践方法として、「会議・記録」があると考えた。

「リフレクティブな実践」とは、記述し、分析、評価するために実践経験を振り返る過程であり、実践から学びを構築すること⁶⁴である。「リフレクティブな実践」には、先述した通り、介護職員個人と利用者間の実践場面の思考過程で行なう「行為の中のリフレクション」と、実践結果を振り返る「行為についてのリフレクション」の2つの過程を含む。

リフレクティブな実践の過程として、「リフレクティブサイクル」がある。

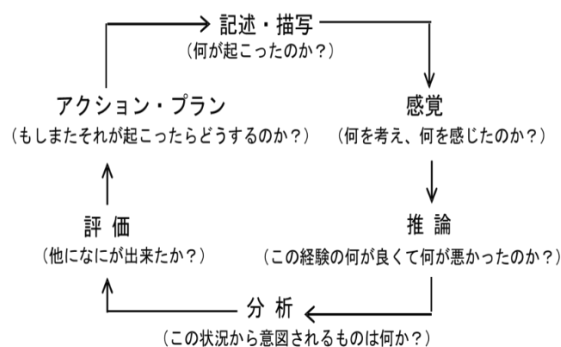


図2 リフレクティブサイクル

「リフレクティブサイクル」とは、「記述・描写 (何が起きたか)」「感覚 (何を考え、何を感じたのか)」「推論 (この経験の何が良くて何が悪かったのか)」「分析 (この状況から意図されるものは何か)」「評価 (他に何ができたか)」「アクション・プラン (もしまたそれが起こったらどうするのか)」の過程であり、この過程は循環されて実践されるというものである。

リフレクティブサイクル (Gibbs 1988) は、個人がその思考過程において行なうことで、個人の学びを構築することができる⁶⁵。そして、その個人の中で起こったものを、記録や会議を通して組織として共有することで、組織としての学びの構築に繋がり、より質の高

い介護過程を展開することが可能になる。

介護過程では、アセスメント（情報の収集及び分析）に基づいて計画を立てることになるが、情報を収集してく中では、利用者の態度やコミュニケーションからの「気づき」が重要と考える。この「気づき」をするためには、細やかな観察・態度・コミュニケーション等から、感じる事（感覚・推論）ができるかがポイントとなる。分析では、気づいた情報も含めて、価値を土台に知識・実践可能な技術・予測性など多方面から考えていく。そして、分析した結果から計画を立て、その計画に基づいて実践をし、実践した結果について評価をして次の支援に繋げていく。このような過程の中で、直接対象者にかかわることとして計画があるが、適切な計画作成のためには、実践の中でアセスメントが如何に行われたのかにより、計画の良し悪しが決まるといっても過言ではない。

また、情報を収集し分析するためには、「良質な思考」をすることが求められる。換言すればクリティカルな思考（以下、クリティカルシンキング）をすることである。クリティカルシンキングとは、適切な基準や根拠に基づく、論理的で、偏りのない思考⁶⁶を示す。

クリティカルシンキングには次の三つの主要な要素が含まれているといわれている⁶⁷。

- ① 問題に対して注意深く観察し、じっくり考えようとする**態度**
- ② 論理的な探求法や推論の方法に関する**知識**
- ③ それらの方法を適用する**技術**

この中で最も重要なのは、①の態度である。リフレクティブサイクルでいうところの「推論」「分析」の方法を知っていることは、次の「実践」に進むためには大切だが、いくら知識を使って分析したとしても、注意深く観察し、じっくり考えようとする態度や習慣がなければ、利用者のニーズや変化に気づくことができず、不十分な情報での分析や技術の提供となり、有効なものとはなり得ないのである。

クリティカルシンキングは、リフレクティブな実践過程で行われ、介護過程では主にアセスメントにおいて重要となる。つまり利用者と直接関わる介護職員は、実践について「行為の中のリフレクション」と「行為についてのリフレクション」を行い、その思考過程では「クリティカルシンキング」をするということになる。

個人が行なったリフレクションは「記録」に残すことで、個人の思考過程が整理される。また、その思考過程を記録に残すことで、行なった介護の根拠や過程を含めた情報を共有することが可能になる。残された「記録」から、その後生じた新たな経験も含めてリフレクションを行なうことで、段階的に思考過程も含めた分析・評価へと繋げていくことが可

能になる。

さらに、個人のリフレクティブな実践を「記録」や「会議」でメンバーと共有し、組織としてクリティカルシンキングを行なうことで、根拠のある介護過程を組織として提供することも可能となる。このような思考や実践の過程を踏むことが、「連携ケアにおける介護の専門性」ではないかと考えた。

2項 記録とは

介護記録とは、介護サービスの一連の過程を記述したものである。援助者にとっては、自身の専門性を第三者に伝えることができる唯一のサービス実施の証明である。援助者のサービスは目に見えないものであり、行なった援助の証拠として残せるものは、自らの「記録」のみである。

例えば、「入浴介助」といった「事実行為」のみの記録では、誰でもが行える行為とも解釈できる。その記録からは専門性を読み取ることはできない。しかし、その日の状況から入浴するに至った根拠・入浴時個別に配慮した内容・入浴時の利用者の反応・入浴後の評価等を記録することで、単なる「入浴介助をした」のではなく、専門職としての知見に裏付けされた援助になるのである。このように、提供したサービスが、専門職として適切な内容のものであったかどうかを残すのは、記録するしかないのである。「生活支援」という介護の専門性を確立していくことは容易ではないため、何をもって専門性というのかについて、記録を通して証明し、社会に発信していかなければならないのである⁶⁸。

元来介護記録は、時代が求める内容によって、記録を必要とする状況、介護行為の質、社会的責任、役割などを表すものである。過去の記録の歴史を見ると、支給した用品の記録や、特に問題となった行動について、また、特別に指導した事柄について、記載されていけばそれでよかった。

しかし、これからの記録においては、各種の専門職がコミュニケーションをとりながら連携し、総合的な判断のもと、計画性をもち、質の高い技術によって介護を提供し、それを記録として残していかなければならなくなっている。また、今日では、対人援助サービスで行われる、介護者と被介護者との相互作用によって形成される対人関係についても検討し、記録することが必要になっている⁶⁹。このような記録をするためには、現行の介護職員養成教育で行われている「5W1H」の技法中心では限界があるため、養成教育における記録の教育内容の再検討も必要と考える。

介護記録委員会の「介護記録基準」（2012年）では、介護記録には以下のような目的があると述べている。

①事実を残す、②「利用者の生活の証」と「提供者の支援の証」を残す、③利用者の状態や心理面、生活環境を把握する。（利用者個別理解）、④職員間の情報の共有とケアの継続性や統一性を確保する、⑤ケアプランの立案・見直し・評価の貴重な資料となる、⑥日々の業務を振り返り、より質の高いケアを目指す、⑦リスクマネジメントに繋がる、⑧適切に業務を果たしている事を残す証拠（法的証拠）となる。

上記の目的は大きく3項目に分類することができる、①②⑦⑧は証拠、④は情報共有、③⑤⑥⑦はケアの質に関する目的となっている。

また、「記録の種類（資料2）」は介護現場の記録の種類を、『個々の利用者の心身の状態とケアの内容』『介護サービスごとの記録』『業務の実行の記録』『マネジメントの記録』に大別して例示したものである⁷⁰。このように、介護現場では数多くの記録が存在しているが、報告書の一部を除き、そのほとんどについて、担当の介護職員が記載している。

しかし、介護の現場では、「記録」は利用者の日々の心身や生活の様子とケアの内容を記した「ケース記録」を指すことが多いため、本論文においても、「ケース記録」を「記録」と表示することとした。

記録は書くこと自体が目的なのではなく、書かれた内容を他者に伝え、あるいはデータを蓄積・分析し、それを活用してよりよいケアにつなげることが目的である。実践で活用できる記録のフォーマットとして、SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) ・POR (Problem-Oriented Recording) ・DAP (Data, Assessment, Plan) 等がある。

1例をとってみると、SOAPは医療や介護現場で広く用いられている形式である。S (Subjective) は、利用者からみでの主観的情報である。O (Objective) は、援助者自身が観察して得た情報など利用者以外からの情報であるため、利用者からみて客観的情報となる。A (Assessment) は、援助者が問題をどうとらえるかを言語化したものである。P (Plan) は支援計画のことを示す⁷¹。

記録する過程では、「行為についてのリフレクション」を行い、その内容で他者に伝える必要がある場合には、Sにはリフレクティブサイクルで言うところの「利用者の記述・描写」・Oには「利用者以外の記述・描写」・Aには「感覚・推論・分析・評価」を記載し、そして計画・実践・結果を記録に残すことで、実践した介護の根拠も含めて他者に伝えることができ、より良いケアに繋げることも可能になると考える。

3項 会議とは

「忙しい」「会議は時間のムダ」ということばがしばしば聞かれるが、先の研究により、会議は「専門性」の手段として必要だということが明らかになっている。

それにもかかわらず上記のように言われ続ける理由として、問題点をまずあげてみる必要がある。

①会議の目的がはっきりしていない、②メモで十分な内容なのに、わざわざ会議で報告している、③会議に出席すべきメンバーが吟味されていない、④予定されている時間に始まらない。終わらない。遅く来る人や、早く帰る人がいる、⑤少数の人が会議を独占している、⑥発言しない人、私語をする人、批判だけする人、人を笑いものにする人がいる、⑦会議の持ち方が形式的で柔軟性がなく、創造性を駆り立てる形態になっていない、⑧しっかりした進行が行われていないため、話しが横道にそれることが多い、⑨物事の決定の仕方がはっきりしない。確認がとられず、何が決まったのか分からないこともある、⑩前回の会議の議事録が確認されない、⑪一方通行の会議が多く、議論に発展しない、⑫出席メンバーの当事者意識が低い。意見を求められても、建設的な意見が出ない、⑬会議での結論が現場に速やかに周知されず、その結果実践に移されることが少ない、などの問題点が考えられる。

これに対して、成功する会議の条件は以下の通りである⁷²。

①会議の5W1Hを押えて、しっかり準備する。5WとはWhy（目的の明確化）、What（議案の設定）、Who（出席メンバーの選定）、Where（開催場所の決定）、When（開催日時の決定）、How（運営の段取り）を指す⁷²、②出席者がねらいと討論すべき内容を共通認識する、③出席者が進め方についてもしっかり合意する、④安心して、誰もが発言できる雰囲気をつくる、⑤会議の進行役を含めて、出席者各自の役割を明確にする、⑥出席者は、発表するときのコツを把握する、⑦進行役は、さまざまな会議の運営方法を身につける、⑧出席者が積極的に参加・発言をする、⑨合意事項の確認と会議の反省を行なう、⑩会議の終了イコール次のステップのはじまりということを自覚する、⑪会議に必要なスキル（技術）をたえず磨く。

つまり、求められていることは、一人ないし数人の人に独占される会議から、みんなで作り出す会議への移行のほかないのである。

福祉・介護の職場で行われている会議やミーティングは、その目的によって2つに分類される⁷³。一つは、利用者に良質なサービスを提供するために行われる申し送りやケース

カンファレンス会議、リスクマネジメント委員会といったもので、いわゆる「利用者のための会議」である。もう一つは、リーダー会議や職員会議といった、スタッフ間の情報共有や現場の業務改善、組織の効率的運営のために行われるもので、「自分たちの組織のための会議」である。具体的には、①情報交換をする、②問題を解決する、③計画をつくる、④アイデアを募る、⑤関係者の合意を形成して物事を決定する、⑥出席者相互の関係をつくる、⑦組織の決定や報告事項を伝達し、それを関係者に周知する、⑧出席者の報告に対して上の立場から、または出席者同士で質疑応答を行なう、などがあげられる。

以上の目的は、「情報伝達型」「関係部署調整型」「問題解決・意思決定型」に整理することができる⁷⁴。「情報伝達型」とは、一人もしくは一部の人が一方的に情報を伝達する型で、朝礼や申し送りなどがある。「関係部署調整型」は、関係部署や関係職種間の連絡調整を行なうもので、職員会議や運営会議などがある。「問題解決・意思決定型」は、主に経営上あるいは組織運営上の重要な問題解決や意思決定を行なうもので、経営会議・リーダー会議・業務改善委員会・リスクマネジメント委員会などがある。スタッフ会議のように利用者の処遇について検討する会議は、「関係部署調整型」「問題解決・意思決定型」両方の目的を持つと考える。

介護の現場では、「問題解決・意思決定型」会議が多くみられるが、その場合の会議は、討論内容が経営に直結することが多く、また時間を要することも多い。また、直ぐ実践に反映されることから、「PDCA マネジメントサイクル」で設計・監理・運営し、目的に沿った討論が保証されることが大切である。

「PDCA マネジメントサイクル⁷⁵」とは、Plan（計画）、Do（実施・実行）、Check（評価・分析）、Action（見直し・改善）を指す。Plan では、従来の実績や現状の問題点、将来の予測性などをもとにして、会議運営の計画を作成する。Do は、計画に沿って実践する。Check は、計画が実践できたかどうかを確認することであるが、ここでは企画者と参加者双方の確認が必要である。Action では、Check を参考に実践が計画に沿っていない部分を調べて、改善策を講じて次の計画に反映させる。

以上のことから、「会議」の生産性を高めるためには、5W1H を踏まえた準備をし、運営に関しては、現場の実態を踏まえたうえで、改善のための計画を作成し、その計画によって実践、さらに計画が実践できたかどうかを確認し、次の計画に反映させるといったPDCA マネジメントを行なうことが重要と考える。

3節 「連携ケアにおける専門性」の提起

利用者の高齢化に伴い多様化するニーズへの対応、政策面では「地域包括ケアシステム」により、連携するシステムが社会的に求められ、介護は自らの領域を広げるとともに、そこには独自の専門性が問われることとなった。

このような社会的背景や制度・政策などの変動により、求められる専門性も変動するものであるとした上で、現在求められている「介護独自の専門性の確立」と「連携ケア」について、「介護福祉士に求められる専門性の独自性」で「専門性」について整理した。

その結果、介護の専門性の基盤に、「価値(自立支援・自己決定・利用者中心)」を据えた上で、連携の要としてリフレクティブな実践をし、それを伝える「記録」、PDCA サイクルによる適切な運営のもとで行われる「会議」と、会議の質では、行われたリフレクティブな実践の共有とクリティカルシンキングによる討論をすることが、「専門職としての独自性と連携ケア」には不可欠であると考え、「図3 会議・記録の関係図」を提起した。

「会議・記録の関係図」は、介護職員^{註8}が「専門性」を発揮するための全体像である。介護職員は、社会的要求の影響を受けながらも、価値に根ざした介護過程を展開する。その質の担保として、個人の思考の質を上げる「記録」、共有の質を上げる「会議」といった「個人」と「全体」から成り立っている。

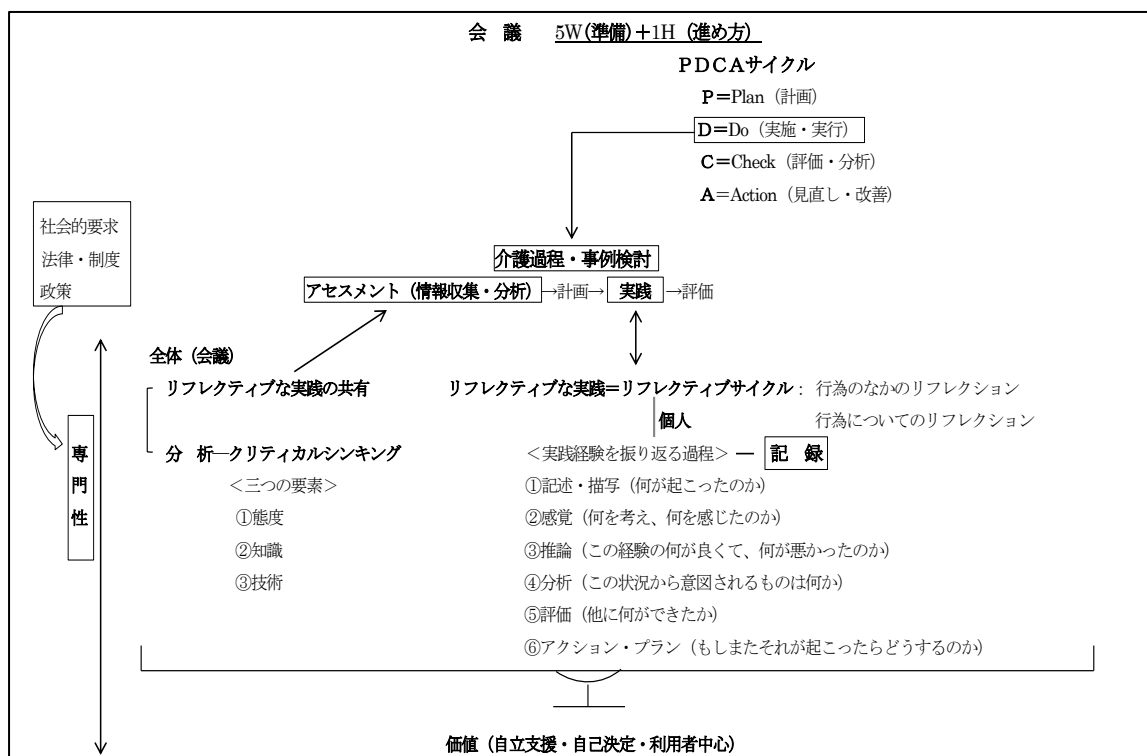
個々の介護職員は利用者との関わりの中で、「行為の中のリフレクション」を行いながら実践し、関わりの後では「行為についてのリフレクション」で実践経験を振り返る。振り返る過程として、「リフレクティブサイクル(①記述・描写、②感覚、③推論、④分析、⑤評価、⑥アクション・プラン)」を意識し、それを「記録」に残すことで客観的に振り返ることができる。「行為の中のリフレクション」と「行為についてのリフレクション」は、実践過程で個人の思考の中で行なうことで、個人の学びを構築することにも繋がる。

「リフレクティブな実践の共有」とは、個人が行なった実践過程を振り返る過程について、記録・会議で共有することである。「会議」では、個人が行なったリフレクティブな実践についてその過程を共有し、多角的に意見を出し合い分析を行なう。分析を行なう際には、「クリティカルシンキング」いわゆる①態度、②知識、③技術の三つの要素で思考し討論することで、論理的な思考が可能となる。

「リフレクティブな実践の共有」と「クリティカルシンキング」は、介護過程の「アセスメント」「評価」に関係し、「計画」「実践」へと繋がっていく。それゆえに質を伴う討論を行なう機会を保障する必要がある。それは「会議運営」が適切になされることである。一

一般的に会議は職場のスケジュールの中に取り組みられていることが多く、業務として日常になっていることが多い。日常になっていることを可視化し、「PDCA サイクル」に則り見直し・改善を行なうことで、より良い会議運営が可能になる。適切な会議運営は、建設的な討論を保障することにつながる。

図3 会議・記録の関係



筆者作成

4 節 本研究の意義

介護保険法では、介護報酬による介護の「単位化(点数化)」、画一的サービスを提供するための「マニュアル化」が行われている。提供されるサービスは、身体介護を中心に、時間単位で個別化された介護労働であり、「細切れ型」の限定的な労働にならざるを得ない状況にあるといえる。また、営利法人の参入や介護報酬の引き下げと相まって、事業の採算性やコストが重視されるようになり、効率的な介護が要請されることとなった。

限定的介護労働や効率化優先の結果、十分なコミュニケーションのもとでの利用者との関係性の構築や、実践場面で生じた新たな情報や変化について、その場で判断し根拠を伴った介護実践をするといった、専門職として業務を遂行することが困難な状況にあると思

われる。このような状況を解決する方法のひとつとして、情報を共有した上で、チームで介護を行なうための連携があげられる。介護の専門性と大きく関係する連携の具体的実践方法として、筆者の研究でも「会議・記録」が重要であることが明らかになっている⁷⁶。

しかし、重要だと理解していてもスケジュールに追われると、十分な時間が取れないことから、記録は後回しになり簡略化されやすく、会議は連絡の場で終わり、振り返りや評価まで到達することが困難であることも十分考えられる。

先行研究では、「専門性」「労働環境」といったそれぞれ別の領域での研究は多くみられた。本研究は、「会議・記録」の実践場面において、リフレクティブな実践の思考過程及び共有・討論過程におけるクリティカルシンキングといった実践過程から、現状の連携における介護の「専門性」を具体的に明らかにしたうえで、労働環境との関係で考察することに意義があると考えられる。

第5章 1次調査

1節 調査の目的

「会議・記録」は、ともに業務の中で日常的に行われている。それ故に、日常的に流されて会議の企画者や参加者及び記録をする者には見えていない事が存在する。日常的に行われ不可視になっている事を可視化し、評価・検討をしたうえで如何に現場に還元することができるかが課題である。それは、項目やマニュアル作成では見えないものである。なぜなら、項目やマニュアルがあったとしても、それを意識しないで日常のこととして行っていることだからこそ、可視化が困難な状況になっているのである。

「記録」は、書くという作業があり残るものがあるため可視化しやすいと思われる。しかし、そのためには記載する内容の目的が曖昧でないことや、記録されたことに対して何が問題なのかを見極める能力が問題となる。

「会議」は、討論が行われるためその時の流れで進みやすい。流れで進行していった場合、多角的に検討が行われているか否かがわかりにくい。さらにその会議で結論が出たとしても、多角的な検討の下で出された結論なのか否かがわからないまま実践に移されてしまう可能性がある。

このように、「会議・記録」は利用者の生活支援をするうえで重要であるにもかかわらず、その情報が曖昧なまま認識されてしまう可能性を含んでいるともいえる。

そこで筆者のこれまでの研究から解明できなかった、①会議運営の実際、②記録に関する

る個人の意識と実際の記録、③専門性に裏づけされた会議の討論、④労働環境における記録と会議の位置づけ、の四点について、「図3 会議・記録の関係図」を基に、実践場面調査をして現状を可視化したうえで検証することが目的である。

2節 実践場面調査

1項 調査の対象

K市に所在するA社会福祉法人の認知症グループホーム（以下、認知症GH）と小規模多機能型居宅介護事業所（以下、小規模）に所属する介護職員を対象に行なった。調査は、会議・記録・労働の質について、その関係性も含み実践場面から明らかにする必要がある。調査に必要な介護記録の開示・会議の公開・インタビュー及びアンケート調査について、業務内容が外部に公開されることと、全ての調査を1施設の中で行なうことに対する負担感などから、研究に対して理解を示す施設は少なかった。筆者と信頼関係にある施設にも当たったが、承諾を得られたのは1か所のみであり、その後も対象施設を広げる努力をしたものの、協力を得るには至らず、結果として1か所の研究となった。

認知症高齢者の増加、地域包括ケアシステムでいうところの地域化・在宅化が進むなかで、今後更に期待されると思われるのが認知症GHと小規模である。当該施設は、開設が2012年4月1日で、調査時において3年未満の施設であることから、新規にすべてのことに取り組んだ施設であった。それゆえに、施設や介護職員の姿勢がその取り組みの中から把握できると考え調査対象とした。

なお、会議・記録のアンケート調査および労働調査は、認知症GHと小規模の介護職員を対象としたが、記録内容、会議と記録との関係、会議事例検討については、「会議前実践記録→会議の議案書・討論内容・会議録→会議後実践記録」といった一連の流れでの把握が必要と考え、認知症GHの介護職員を対象とした。

2項 倫理的配慮

本研究のための調査は、佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会の承認（平成26年5月13日）を得て実施した（承認番号H26-2）。

3項 調査期間

平成26年7月28日～9月12日

4 項 調査の方法

管理者^{注9}に本調査の目的と方法について説明し同意を得た。その後開催された職員会議の参加者を対象に、会議は IC レコーダーによる録音を行なうこと、記録はコピーをすること、アンケート調査に関しては任意であることなどを説明したうえで、本調査についての協力依頼および具体的方法について説明した。

最初に施設の概観を管理者のインタビューから把握し、次に開設当初から勤務している介護リーダーのインタビュー調査から、「記録」「会議」について統合化をした。

その上で、①「会議」の運営については、会議の 5W1H^{注10}をもとにアンケート調査、②記録における個人の意識と実際の記録は、アンケート調査とケース記録の閲覧、③専門性に裏付けされた会議の討論は、アンケート調査と討論内容の分析、④労働環境における記録と会議の位置づけは 1 週間の労働調査を実施した。

1. 施設の概観

施設の概観に関しては、管理者の半構造化インタビュー調査を実施した。半構造化インタビューは「ガイド付きのインタビュー」とも呼ばれ、構造化インタビューと非構造化インタビューの中間に位置するものである。一連の質問から構成されるインタビュー・ガイドを用意して行なう。ただし、インタビュー・ガイドを使うときでも、インタビューのなかで調査者が興味をもった部分を追求するために新たな質問を出すことができる⁷⁷。

以上の理由から、施設概観と組織の取り組みの内容に焦点を合わせたインタビューをするため、半構造化インタビューを採用した。

「インタビューガイドは、①勤務体制、②利用者の状況、③記録の種類・媒体など、④会議の種類など、⑤管理者にとっての思いの 5 項目を用意した。その内容は IC レコーダーで録音した。録音した内容について、逐語録を作成し、項目ごとにその要点を整理した。

また、施設保管資料の閲覧許可をもらい、職員・利用者の情報を収集した。

2. 「会議・記録」に関する施設の取り組み

施設の取り組みの実際については、開設当初から勤務し現場の経過を知っている介護職員（現リーダー）の非構造化インタビュー調査をした。非構造化インタビューは、「インフォーマルな会話的インタビュー」とも呼ばれ、あらかじめ決まった質問はせず、その代わ

り調査者と対象者が自由に語り合う⁷⁸。調査対象者の「記録」「会議」の取り組みの中で生じた思いや葛藤なども含めて「現場の生の声」に焦点を当てたかったため、非構造化インタビューを採用した。

インタビューの冒頭で、「記録や会議の取り組みの経過などについてお話しください。」とのみ伝え、その後は会話を交えながら自由の語りとした。インタビュー結果は、KJ法を用いて統合化し、その構造を明らかにした。

介護福祉学は実践学であるため、実際に直面している実践の中での問題解決学として、改めて展開していくことが求められる。そのためには、改めて仮説を明快にしていく帰納法や演繹法ではなく、具体的な事実「経験則」に基づいてそれぞれの現象の意味関係をとらえながら、あらためて仮説を明快にしていくという発想法⁷⁹が適していると考えた。

KJ法の根本精神は、「判断は、あくまでデータをして語らしめるものでなくてはならない⁸⁰」というところがあり、また「データをして語らしめて、よりよき判断を渾沌の中から取り出す方法⁸¹」である。そして「渾沌とした現実のなかから、何かの秩序を見出して、体系づけることが可能となる⁸²」の3点から方法的適合性として合致しているためKJ法を活用することにした。

3. 会議運営の実際

「職員会議」と「ユニット会議」について、企画者と参加者を対象にアンケート調査を実施した。企画者と参加者といった立場の違いからの比較、「職員会議」と「ユニット会議」といった種類の異なる会議からの比較、この2点の結果について、比較検討することが目的である。

会議運営に関しては、「振り返るチェックシート（資料3）」を用いて、会議終了後に会議の企画者を対象に行なった。項目は、準備に関しては5Wについて、運営内容については1Hを中心にチェックした。チェックシートは、大坪信義著『会議・ミーティングを見直す』の例⁸³をもとに作成した。集計結果については単純集計表を作成した。調査対象が、1施設の職員と企画者に限定しているため、小規模な施設であることから収集データ数に限界があることから、単純集計をすることにした。

また参加者は、会議終了直後に「会議の満足度チェックシート（資料4）」にチェックした。チェックシートは、同書の参考例⁸⁴をもとに作成した。

集計結果は、記憶が残っている会議当日に研究協力者に報告することで可視化を図った。

4. 専門性に裏付けされた会議の討論

(1) アンケート調査

ユニット会議終了後に、GH 会議と小規模会議の参加者を対象に、専門性に関するアンケート調査をした。調査票は「会議満足度調査」と「専門性について（資料 5）」の 2 枚を同時に配布した。

介護実践の要となる介護過程の討論は、主としてユニット会議で行われるため、専門性に関する調査票を追加することで、討論中の思考過程について把握することが目的である。

集計結果については、「図 3 会議・記録の関係」から、①情報の共有、クリティカルシンキングの構成要素である②態度・③知識・④技術、専門性の土台となる⑤価値（自立支援・自己決定・利用者中心）の 5 項目について、収集データ数に限界があることから単純集計表を作成し、自由記載も含めて分析を加えた。

(2) 討論内容の検証

会議で話し合われた内容を分析するため、GH 会議に参加し、IC レコーダーによる録音及び観察を行なった。

本調査は、「図 3 会議・記録の関係」の「会議」の内容に関するものである。そのため、「リフレクティブな実践の共有」と「クリティカルシンキング」で小分けした部分について如何におこなわれているのかを明らかにすることが目的である。

質的データを分析する方法として、質的コーディング、内容分析（量的内容分析）、テキストマイニング、KJ 法などがある。「質的コーディング」は文書で書かれた内容をいくつかのカテゴリーに分けて数値コードを割り振るという方法をとる⁸⁵。「内容分析」は、主にコミュニケーション研究などで使われてきた手法で、キーワードの出現頻度を手がかりとする⁸⁶方法である。「テキストマイニング」は、自然言語処理のために開発された専用のコンピュータプログラムを使って、単語や文節の出現頻度や相関関係などを中心に分析を行なうため、形式的・構造的側面を主な手がかりにして文字テキストデータの内容を分析する⁸⁷方法である。「KJ 法」は、発想法の一つとして考案されたものであるため、新たな発想をうみだすところに特徴がある。以上のことから、本研究は「リフレクティブな実践の共有」「クリティカルシンキング」といった仮説に基づいて分析を加えるため、量的内容分析や「帰納法」ではなく、「演繹法」が適していると考えた。演繹法では、既存の理論

的枠組みやそれまでの調査結果などをもとにして、最初に大まかなデータ分析のためのアウトラインを示す図式とそれに対応する一群のコードをあらかじめつくっておいた上で作業をすすめる。仮説の検証や先行研究の妥当性について検証する場合などに用いられる⁸⁸。

そこで、録音した内容から逐語録を作成し、意味内容別に文章をセグメント化し、「リフレクティブな実践の共有」と「クリティカルシンキング」を中心に、カテゴリーを作成した。

カテゴリーによる統合化作業は、全体の流れ、会話の流れから、語られた意味内容について、メモした表情や間などを参考に分類した。文章セグメント化においては、意味内容が変わらないよう、語られた言葉を使うよう心掛けた。

なお、文章セグメント化・データ分析の結果は、調査対象者に内容について確認することで、分析結果の妥当性に努めた。

さらに、討論中の会話で「価値」と思われる箇所に下線をつけることで、カテゴリーにおいて「価値」が反映されている場面の把握をした。

5. 記録の意識調査

全職員を対象にアンケート調査による意識調査を実施した。記載方法は、職員会議で説明した。用紙の配布と回収は、職員の勤務が不規則なことから管理者の協力のもと行なった。

年齢・資格・経験・勤務形態との関係からも分析する必要があると考え、調査票には記入欄を設けた（資料6）。

意識調査に関しては、記録する際に意識している事項の優先順位をつけ、同時に自分が実際に記録している事項に○をつけた。項目は、「リフレクティブな実践過程」である「記述」「感覚」「推論」「分析」「評価」「アクション・プラン」と「目的」「内容」「結果」の9項目である。

さらに、記録と会議との関係について、「記録が会議に活用されていると思いますか」の質問の中で、理由の自由記載から情報の共有に関する意識と実際を把握した。

調査用紙は勤務が不規則なことから、介護職員の出勤日に調査協力者から渡してもらい、回収は受け取った日から1週間後とした。

6. 事例からみる記録

GH 会議で討論された A さんを事例とし、A さんのケース記録を通して、勉強会前後の記録の変化と、会議に議題として取り上げた内容と記録との関係性について、分析することが目的である。

記録の変化は、平成 24 年 4 月～25 年 12 月の各月 1 日～10 日の記録を対象とした。「記録の勉強会」が行われたのは、平成 25 年 5 月 30 日である。記録用紙の「項目」に入浴と書かれている記録から、「入浴時の声かけ」について抜粋した。記載がない時は、前月末の記録から抜粋した。「入浴時の声かけ」を選定した理由は、準備などが必要であるため、必ず声かけをする場面があると考えたからである。

会議との関係については、帰設当日の会議に問題提起されていたことから、帰設時の記録・会議の討論内容・会議録・決定事項に関する実践記録について分析した。ケース記録に書かれている内容について、「図 2 リフレクティブサイクル」の項目が如何に書かれているのかについて分析を加えた。

A さんを事例とした理由は、当該認知症 GH の開設時から入所されており、現在に至るまでの記録が存在するからである。A さんは前頭葉側頭葉型認知症である。前頭葉側頭葉型認知症は、脳の前頭葉と側頭葉の委縮があるため、人格・性格の変化が特徴で反社会的行動・異常なこだわり・常同行動などがみられる。しかしこのような行動を制止すると、興奮や暴力といった BPSD^{注1}が初期から目立つようになる。そのため職員の関わりが重要となり、おのずと会議で話し合われる機会も多くなる。さらに A さんは、薬の調整のため入退院を繰り返している所以他職種との連携が必須な状況にあったため、それが記録や会議でどのような形で行われているのかが、現在進行中の会議との関係からも分析が可能ではないかと考え選定した。

A さん本人の同意は困難であるため、家族の面会時に管理者から調査について説明し家族の同意のもと研究をすすめた。

7. 労働調査からみる「会議・記録」の関係

意識調査は全職員を対象に行なうので、同時に労働調査表の記載も依頼した（資料 7）。

記載方法は職員会議で説明したが、欠席者に配慮し、記載の具体例を添付した。

労働調査は、調査表を受け取った日から 1 週間を期間として、介護職員の 1 週間の業務内容を把握した上で、介護職員 1 名当たりの記録する利用者数と要する時間・休憩時間・時間外勤務の時間と内容を把握した。

5 項 調査の結果及び分析

1. 施設の概括

管理者のインタビューは、平成 26 年 7 月 28 日 13:55～14:30 グループホームの食堂で行なった。食堂は日中人の出入りが少なく静かな環境であることから、調査対象者である管理者が指定した。最初に誓約書と同意書を交わした後、インタビューは IC レコーダーで録音をしながら行なった。録音した内容は、逐語録を作成し、項目ごとに整理した。整理した内容は「管理者インタビューからみる施設概要（資料 8）」である。

専門性に係ることとして「勉強会」がある。調査施設では、勉強会で取り上げたいことについて、職員全員からアンケートで希望を募り、それを基に年間計画を立てる。そのうえで、それぞれの項目について職員の希望から勉強会委員を決めて計画的に取り組んでいる。このように当該施設は職員が主体性をもって関わることを可能とする施設である。

また介護職員が主体性をもって行っていることとして、「ユニット会議」がある。「ユニット会議」では介護過程について討論される。企画運営は、各ユニットリーダーが行っている。

調査施設の記録について、「記録の種類（資料 2）」の項目に従って、照らし合わせ作業をした。その結果は「一般的な記録の種類との比較（資料 9）」である。調査施設では、「記録の種類」の「介護サービスごとの記録」は「ケース記録」に一括していた。

また、調査施設では一般的な記録の他に、各委員会の会議録、行事企画報告書、研修報告書、年 1 回ご家族を対象に行っている満足度調査、施設設備点検記録、外部評価結果、消防点検表、検便結果、年 2 回行っている避難訓練、家族との連絡便り、運営推進会議報告書などがある。以上の記録の一部は、認知症対応型共同生活介護の設備基準・運営基準により定められていることの記録物でもある。

職員と利用者の概要については、当該施設に保管されている平成 26 年度の一覧表により把握した。「グループホーム職員・利用者の概要（資料 10）」は、平成 26 年 8 月時の介護職員と利用者についてである。表中の全国事業所平均は、全国のグループホーム事業所を対象とした悉皆調査（平成 24 年度）⁸⁹の結果からの抜粋である。

全国と比較すると、介護従事者については、平均年齢は 5 歳ほど若く、また介護福祉士資格保有率、常勤率ともに高いことから、施設全体としては高い水準にあるといえる。

GH 利用者については、要介護度・障害高齢者日常生活自立度・認知症高齢者日常生活

自立度ともに大差はなかった。

以上のことから、介護職員の水準は全国と比べると高いものにはなっているが、利用者の概況が、全国調査と大差がないことから、本調査の結果は一般化して考察することは可能と考える。

2. 「会議・記録」に関する施設の取り組み

介護職員（現リーダー）のインタビュー調査は、平成26年6月19日9:00～9:55、グループホーム食堂で行なった。

インタビュー内容は、ICレコーダーに録音し、後日逐語録を作成した。作成した逐語録をもとに、ラベル化をした。作成されたラベルは96枚であった。

その後多段ピックアップを行い、48枚の元ラベルが扱われた。48枚のラベルをもとに、KJ法で統合化した。（資料11 インデックス図解、資料12 細部図解）

なお本文中で使用している【 】はラベル集合体のシンボルマーク、「 」はラベル、〈 〉は第一段階表札、《 》は第二段階表札、《《 》》は第三段階表札を示す。

(1) 構造

【余裕が無い！】は多忙な勤務や知識不足などにより、自覚的実践が困難な状況が表れている。しかし、【余裕が無い】といった現実には流されず、“勉強会”の取り組みをすることで、質の向上のために努力する姿が表れているのが【フィードバック】である。

勉強会をし、個々のケアワーカーがそれを意識することで、具体的で人に伝わる【臨場感】ある記録を書くことが可能となる。そのような記録が共有されるとき、現場に効力をもたらす。多様な視点や情報を共有することができ、利用者をより深く全体として理解することが可能となり、よりよいケアの実践に繋がるという【共有の効用】が見出される。

また、共有が効力を発揮するためには、他者に伝わる書き方が必要となる。そこで、個々の職員の記録の際には、ただそのままの状況を書くのではなく、【集中】して頭の中を整理しながら書くことで、効果的な記録を書くことができる。【集中】【臨場感】【共有の効用】という三つの集合体の間に、相互関係を把握できる。

施設としての記録の不全とそれに対する自覚的な取り組み、そして職員と利用者の関わり・職員個人の記録・職員間の共有という三つの場面相互の循環がもたらす記録の質の向

上によって、ケア実践の質もまた向上してゆくことが把握できる。

(2) 各島の詳細

1) 【余裕が無い！】

「目の離せない利用者の記録は充実する」が、そちらに時間が取られて〈落ち着いている人の記録は簡単に終わってしまう〉。また〈日中バタバタしている〉といった《余裕のない勤務状況》は記録する時間を確保することが難しく、簡単に終わってしまいがちである。このような余裕の無さは、《記録とその共有の質を高める》ことが困難な状況にあるともいえる。

「新人の職員は、どう書いたらよいかわからない」といったふうに〈そもそも記録の書き方がわからない〉といった問題が存在する。その一方で、〈経験の長い職員であっても、職場の慣例に流されがち〉な記録であったりすることがある。

以上のことから、多忙やわからないといったことは、《記録とその共有の質を高めるための自覚的実践が困難な状況》にあることが伺える。

2) 【フィードバック】

「入浴拒否」「迷惑行為」といった曖昧な記録は、本人の思いが伝わり難い。このような記録がきっかけとなり、同時に〈本人の思いが伝わる良い記録〉を書きたいといった職員の意識と思いがあったこと、さらに新しい施設なのでスタートが切りやすかったことから、『記録の勉強会』の取り組みをすることになった。

勉強会をするにあたっては、「勉強会担当者が資料」を作り具体的に説明した。更に「用語集」も作成することで「共通用語」として活用している。

〈経験が長くて自分の流れができている人〉にとっては、新しい方法に疑問もあったと思うが、「決定事項」として落していったため、「新しい記録の方法の周知」はスムーズであった。

勉強会の後は、実践のなかで指導が必要であると感じたときには、個別に行っている。そのときには、〈時間が経ってからではなくその都度〉行なうことで理解しやすいよう配慮している。また、移動してきたスタッフに関しては〈直接指導〉をすることで（当施設の方法を）理解してもらい、現在においても継続はできていると考える。

以上のことから、開設当初みられていた『あいまいな記録』は、勉強会をすることで改

善され、現在は《《個々の実践とのフィードバックで記録の質の向上を図っている》》ことで、継続されていることがわかる。

3) 【臨場感】

「本人の人生における今の辛さについての思い」といった〈具体的な感情〉を把握できるような記録は利用者を深いところで理解することができる。また、その時の〈言葉や会話〉を具体的に書くことで、そのときの《臨場感》が伝わる。

記録を書くときには、利用者のあるがままを書くことが大切となるが、そのためにはケアワーカー自身の〈《感性・関心を能動的に働かせて》》記録する必要がある。

最近ではPCによる記録が増えているが、手書きの記録は、「書いた人の字の特徴」からその時の状況がイメージできるため、《手書きの記録だからこそ》伝わるものがたくさんあることを大切にしている。

以上のことから、ケアワーカー自身の感性や関心を能動的に働かせ、《《職員・利用者双方の生きた関わりを臨場感ある記録》》として書くことが重要ということがわかる。このことは、記録に求められるのは『量』ではなく、状況が具体的に他者に伝わる記録といった『質』がポイントになってくるということを示している。

4) 【集中】

バタバタした環境で書く記録は、後で読み直した時『自分でも何を書いているのかわからない』ことがある。可能な限り「一人で頭の中を整理しながら」集中することで、効果的な記録が書ける。

頭の中で整理しながら書くことは、ただそのままの状況を書くのではなく、人に伝えたいと感じた利用者の状況や自身の思いを、具体的に整理して書くことを可能にする。そうすることで、変則勤務といった状況においても、【臨場感】をもって情報を伝え共有することができ、【共有の効用】に繋げることができる。

5) 【共有の効用】

臨場感が伝わる効果的な記録は、自分が関わっていない時間帯のことであっても、《情報を共有》でき、その時の利用者の状況を把握することができる。

また、経験などで〈情報や視点の異なる人〉の情報や、家族の思いなどが書かれた「家

族カンファレンス記録」のように《多様な角度からの情報》は、《対象者のより深い理解》に繋がる。

記録から共有した情報に、多角的な視点からの情報が加わったときに、具体的で実践的な、利用者中心のケアプランを作成することができる。

施設ではカンファレンスのような『会議』が多く開かれる。会議では、情報の提供や共有、また方向性などが話し合われる。そのなかでも、「看取りのカンファレンス記録」や、「ミニカンファレンス記録」など特別な記録は、〈別枠で管理することで、職員全員の周知〉がしやすい工夫をしている。

《記録を活用》し《多角的な視点・情報を共有》すること、また、『会議』などの場でそれを更に深め、方向性の決定などを行なうことで、利用者中心で実践的なケアプランを作成し、《よりよいケアの実現》に繋げていることがわかる。

(3)「施設の取り組み」小察

開設当初見られていた入浴拒否といった一文だけの記録が危機感となり、記録の勉強会を行なうことになった。取り組みの過程では、勉強会担当者である介護職員を中心に資料を作成し、その資料を用いて勉強会で具体的に説明した。導入は、「決定事項」としたため、比較的スムーズであった。

調査施設における「良い記録」とは、状況がありのままに伝わる臨場感のある記録である。記録から共有した情報を基に、カンファレンスや会議などで、多角的な視点からの情報が加わったときに、実践の質が上がることに繋がる。

現場に変化が必要なときは、組織で取り組む必要がある。きっかけは「危機感」であることが多い。「計画的な準備」をしたうえで、会議（勉強会）で「職員に伝達」し、周知を図る。その後は、勤務移動者や新入職員を含めて、継続的に「個別指導」をすることで「現場が変わる」ことが可能になったといえる。

現在介護の質の向上をめざして、様々な勉強会や研修会が開催されているが、そのほとんどは「施設が設定したテーマ」であったり、市町村や専門部会主催の研修会であることが多い。

今回の調査で明らかになったような「現場が変わる」取り組みをするためには、職員全員の意識変容が必要である。調査対象施設は、勉強会の題材について事前に職員の希望を聞いて行っており、記録の勉強会に関してもボトムアップ方式ができる環境だった。その

ため既存のトップダウン方式ではなく、現場の危機感からスタートするボトムアップ方式を採ることができた。そして実践現場の介護職員が自主的に企画運営をしたことで記録に関する意識変容がおこり、その後の継続にも繋がったといえる。

自主的に行なった現場教育が全介護職員の意識と実践の変化に繋がったことから、介護のさまざまな場面における質の向上のためには、介護職員が現場のニーズに即して自主的に取り組む教育が重要ということである。

3. 会議運営の実際

会議は、原則全員参加の方針である。夜勤などの勤務者は、後日「会議録」で話し合われた内容を確認することになっている。また、私事でやむを得ない事情で欠席の場合は、事前にその旨を連絡することになっている。

調査施設において、介護職員が企画運営をする会議は、「職員会議」と「ユニット会議」である。

(1) 職員会議

職員会議は、1月に1回行われる。準備は1か月前から始め、1週間前に班長会議をもつ。職員会議のときに、勉強会が同時に行われるが、その内容は施設の各委員会が企画する。

職員会議調査日（平成26年7月28日）は、①GH・小規模各部署からの報告、②行事連絡、③各委員会報告、④事故報告の共有、⑤人事連絡、⑥佛大の研究について、⑦所長連絡、⑧ターミナルについて考える、⑨勉強会「障がい者の就労支援について」であった。

前半は報告がほとんどを占めていた。「⑧ターミナルについて考える」では、参加者全員の考えを順に述べた。

職員会議終了後に、「会議を振り返るチェックシート」を企画したリーダーを対象に配布した（資料7）。

同時に参加者（14名）を対象に「会議満足度調査（資料8）」を行なった。回収は13名（回収率93%）だった。

実際会議時間は17:10～19:30（予定は17:00～19:00）であり、参加人数は14名だった。開始時（17:10）は9名、その後1人2人と加わり、14名全員が揃ったのは予定時間より30分遅れ17:30だった。途中退席は、電話で2名（約2分）だった。

調査施設は、小規模でありかつ職員は変則勤務であることから、企画者は6名、参加者は14名と少人数の結果となった。そのため、アンケート結果は単純集計をし、それに自由記載部分と参与観察の結果を参考に分析をした。

なお、会議の参加者については、勤務外手当の対象となっている。終了後に管理者から記載時間の確認が行われた。

1) 企画者アンケート調査結果（資料 13）

i) Why（目的）

「①会議目的の浸透」「②目的の達成」とともに6名中6名がチェックしており、目的はほぼ達成していると自覚していた。

ii) What（議題）

「①会議の議題」については、全員が適切としていた。「②予定していた議題の効率よい処理」は6名中5名が適切としていた。用意した議題と効率よい処理に関しては適切だったと判断してた。

iii) Who（出席者）

「①出席者の選定」「②欠席及び遅刻者」「③途中退席者」の項目では、出席者の選定で1名、途中退席者で2名がチェックしていたのみで、ほとんどがチェックされていず低い評価だった。自由記載に書かれている理由では、「会議目的に合わせたシフト作成ができていなかった」「欠席者の中には勤務以外の用事での欠席者がいた」「GHの日勤は17:30迄なので遅刻は必然になってしまう」とあげていた。また「④出席者のモラル」については、6名中4名が高かったとしていたが、チェックしていない人は「ただ出席している人もいる」ことを理由としていた。「⑤司会進行役」については、全員が適任としていた。

iv) Where（会場）

「①目的に合った会場」「②集中できる環境」「③備品」いずれも高い評価だった。

v) When（開催日時）

「①開催時期」「②時間帯」とともに6名中5名が適切としていた。「③予定通りの開催」で

は、6名中チェックしていたのは半数の3名だった。筆者の観察では、17時10分開始時には9名で、全員がそろったのは30分が経過していた。「④終了時間」は予定時間を30分超えていたこともあり、全員がチェックしていなかった。終了時間の延長については、その理由として「明確に終了時間を決めていなかった」ことをあげていた。

vi) How (運営の段取り)

「①資料の内容、配布時期」について、6名中5名が適切としていた。「②議題からの逸脱」「③出席者の参画意欲」「④意見の集約」については、いずれも高い評価だった。F氏のみが、①③ともにチェックしていず、レジュメが当日だったことから配布時期を適切でないとしていた。また「出席者の参画意欲」については、順番に意見を聞かないと出ない雰囲気だったことをあげていた。

全体としてみたとき、出席者に関することと、時間に関するものの評価が低かった。参加者全員が揃ったのは予定より30分遅れ、途中退席が電話で2名、勤務以外の欠席者が9名といった筆者の観察と同様の結果といえる。

2) 出席者の会議満足度調査結果 (資料14)

i) 今日の会議に出席した価値がありましたか。(資料14-1)

全員が「とても有効」「有効」としていた。その理由は、ターミナルケアについて順番に一人ずつ意見を聞いたことで情報交換・共有ができたことを3名があげていた。「情報交換」「共有」を理由としていた者は自由記載に記入のあった12名中7名であった。また職員会議と同時に行われた勉強会では、「役立つ内容だった」「今後に活かせる」などの理由から「有効」としていた。

ii) 進行役は役割をはたしていましたか。(資料14-2)

「わかりやすかった」「スムーズな進行だった」などの理由から「とても」と「まあまあ」を合わせると全員が、進行役の役割を高く評価していた。

iii) あなたはどのくらい会議に貢献することができましたか。(資料14-3)

「発言は考慮されなかった」が2名いたが、そのうち1名は電話で途中退席があったこ

とを理由としていた。また 8 名が「発言が考慮に活かされた」としており、その理由として「思いや意見など伝えたいことが言えた」「一人ずつ意見を聞いてくれた」と記載していたことから、自分の伝えたいことが言えるかどうかが会議の貢献に繋がるといえる。

iv) 決定されたことに満足していますか。(資料 14-4)

「とても満足」「満足」を加えると、無記入者 2 名以外全員 10 名が決定されたことに満足していた。

v) 次の会議を改善するために、提案があれば是非お願いします。(資料 14-5)

記載者 7 名中 4 名が、「事前に話し合う内容を知りたい」といった準備に関する提案をあげていた。しかし、企画者アンケートの「資料の内容および配布時期について」では、6 名中 5 名が適切と答えており、資料配布の時期については、企画者と参加者の間で差異がみられた。

会議前の資料配布以外の準備として、7 名中 4 名が内容の希望を聞いて欲しいとの意見があった。

時間については、1 名が開始時間に集合し、速やかな開始を希望していた。

また委員会報告について、「発表内容がかなり難しい」との意見があった。専門的な事項が含まれていたため、資料作成など携わっていない職員にも理解しやすい工夫が必要である。

企画者と参加者のアンケート結果に差異があったため、職員会議の記憶が新しいうちに、集計結果を調査当日にメールで本研究協力者にフィードバックした。

(2) ユニット会議

ユニット会議は、GH と小規模が別会場で行われる。討論内容は、介護過程・事例検討に関することである。前回調査した職員会議の次に開かれた会議であるユニット会議(平成 26 年 8 月 6 日)で、アンケート調査を企画者・参加者ともに職員会議と同様の項目および方法で実施した。

なお、GH 会議の所要時間は、17:15~19:00 で参加人数は 9 名(出席率 60%)であり、小規模多能会議の所要時間は、17:30~18:45 で参加人数は 7 名(出席率 70%)だ

った。

筆者はGH会議に参加したため、GHのみの観察となった。会議開始時間は予定より15分遅れだった。開始時は6名で、10分後には9名全員がそろった。

1) 企画者アンケート結果（資料15）：GH 2名、小規模 3名

i) Why（目的）

「①会議の目的の浸透」については、GH 2名はチェックがなかったが、小規模は3名全員が浸透していたとしていた。

「②目的の達成」は、GH・小規模ともに全員がチェックしており、職員会議と同様の結果だった。

ii) What（議題）

「①会議の議題の設定」については全員が適切としており職員会議と同様の結果だった。

「②予定していた議題の効率よい処理」については5名中3名が適切としていたが、チェックしていない2名については理由の記載はなかった。

iii) Who（出席者）

職員会議と同様に、「①出席者の選定」と「②欠席者・遅刻者」については、全員がチェックしていなかった。その理由として、「体調不良や休む人が多かった」ことをあげていた。

「③途中退席者」「④出席者のモラル」「⑤司会進行役」については、5名中3名が適切としていた。職員会議の結果と比べるとやや厳しい評価といえる。

iv) Where（会場）

「①目的に合った会場」「②集中できる環境」「③備品」いずれも職員会議と同様高い評価だった。ユニット会議は各ユニットで分かれて別会場で行なうため、こじんまりとしたスペースが話しやすかったことの理由としていた。

v) When（開催日時）

「①開催時期」は5名中4名、「②時間帯」は5名中3名が適切としていた。チェックしていない人の理由として、日勤業務が長引いたこと、翌日の準備で開始時間が遅れたこ

とをあげていた。「③予定通りの開催」はGH・小規模がともに1名、「④終了時間」はGHが1名・小規模が2名のみチェックしていた。チェックがなかった「③予定通りの開催」3名、「④終了時間」2名については、その理由の記載はなかった。

vi) How (運営の段取り)

「①資料の内容・配布時期」について、職員会議では資料配布が当日であったにもかかわらず、6名中5名が適切としていた。ユニット会議においても資料配布は前回同様会議開始時であったが、「ギリギリだった」という理由から適切とした者は1名のみだった。「②議題からの逸脱」は職員会議では6名中5名・ユニット会議では5名中3名、「③出席者の参加意欲」は職員会議6名中5名・ユニット会議全員、「④意見の集約」は職員会議全員・ユニット会議5名中3名であった。

全体として職員会議のアンケート結果と比較すると、職員会議のアンケート結果を知っていたこともあり、評価は厳しいものになっていた。今まで不可視な状態で日常となっていた行っていた会議が、参加者のアンケートにより可視化されたことで、意識化された結果といえる。

2) 出席者の会議満足度調査結果 (資料 16)

i) 今日の会議に出席した価値がありましたか。(資料 16-1)

「とても有効」GH 3名、「有効」GH 5名・小規模 7名であり、殆どどの参加者は有効としていた。その理由では、5名が「情報の共有」「ケアの共有」をあげていた。その一方で、GH 1名が「あまり有効でない」としていた。「結局あまり決まっていない」ことをその理由にあげていた。このことは1議案毎に決定事項の確認が行われていないことによる影響が考えられる。その他として、有効としているものの「出席者にとっては、情報共有の意味があまりない (GH)」「出席者が少なかったので、欠席者に必ず伝える必要あり (小規模)」といった、欠席者に対する意見も出されていた。

ii) 進行役は役割を果していましたか。(資料 16-2)

「とても良く役割を果していた」GH 5名・小規模 5名、「まあまあ役割を果していた」GH 3名・小規模 1名だった。「とても良く」と「まあまあ」を合わせると14名が進行に関して「流れがスムーズ」という理由から、役割を果していたと評価していた。GH 1名

が「ほとんど役割を果たしていなかった」としていたが、その理由の記載はなかった。

iii) あなたはどのくらい会議に貢献することができましたか。(資料 16-3)

「自分の発言が結果に活かされた」は GH 3 名・小規模 5 名であり、その自由記載では「現状報告ができた」「思っていることを提案できた」「自分の対応を発言できた」をあげていた。

「考慮されなかった」が小規模で 1 名いたが、「そもそも発言していない」ことをその理由としていた。

「その他」は GH 4 名いたが、「発言する機会がなかった」ことを 2 名がその理由としていた。全体の自由記載をみた時、「発言していない」GH 2 名・小規模 1 名が記載していたが、「無記入者」GH 2 名・小規模 1 名を加えると、もう少し増えることが予想される。

iv) 決定されたことに満足していますか。(資料 16-4)

「とても満足」「満足」「まあまあ満足」を加えると GH 9 名・小規模 7 名全員がチェックしており、「決定されたことに満足している」といえる。その一方で「少し不満あり」が GH 1 名おり、「まあまあ満足」とはしているものの自由記載では「最善ではない」を含めると、結果に関しては不満が残っていることが考えられる。

また「まあまあ満足 (GH)」とはしているものの「やってみないとわからない」、「とても満足 (小規模)」だが「とりあえず行ってみて次に繋げていく」との記載から、今回の決定事項が実践場面に反映され評価まで繋げていく必要がある。そのためには実践可能な方法と期限を決めるといった「決定事項」の確認が必要である。

v) 次の会議を改善するために、提案があれば是非お願いします。(資料 16-5)

「個々で提案を持ってくる」「必要なことを事前に各自で考えてくる」「レジュメを 1 週間前に配る」といった事前準備に関することを記載者 6 名中 5 名が提案していた。

また「開始時間が 17 時からとなっていたにもかかわらず、30 分遅れになった(小規模)」と開始時間の遅れを問題視していると思われる記述もあった。

職員会議と同様に、ユニット会議のアンケート集計結果は会議当日に研究協力者にフィードバックすることで、会議運営の可視化を図った。

(3) 「職員会議」と「ユニット会議」からの小察

筆者は、「職員会議」「ユニット会議」の集計結果を、会議当日中にフィードバックした。その影響か、「職員会議」と「ユニット会議」で、企画者側のアンケートの結果に相違がみられた。その中でも違いが大きく見られた項目は、How（運営の段取り）で、特に「資料配布」だった。資料配布は、両会議共に会議開始時に配布していたにもかかわらず、企画者のチェックは異なっていた。職員会議のアンケート結果を事前に知っていたこともあり、ユニット会議では「配布時間」の評価に変化が生じたと思われる。

また参加者の要望として、「職員会議」「ユニット会議」共に、「事前に会議の内容を知る」「時間厳守」が出されていた。会議の準備については、「職員会議」においては、企画者と参加者の認識が異なっていたことが明らかになり、それを受けてか「ユニット会議」では企画者5名中4名が「適切でない」としていた。事前に会議のレジュメを配り会議の内容を知らせることで、参加者は会議の前に情報を収集することができ、自分の考えを整理して会議に臨むことが可能となる。

会議の開始時間に関しては、企画者と参加者共に問題視していた。特に開始時間の遅れは常態化している可能性があるため、業務の遅れなどの理由の如何にかかわらず厳守する必要がある。

その後、「班長会議（8月19日）」の議案として、本調査の結果が取り上げられた。そこで決定されたことは、①会議レジュメを早めに配布し会議に臨む、②会議の開始時間を厳守するとなった。また、次回の職員会議の勉強会は、「顧問によるターミナルケア」を予定していたので、テーマを事前に職員に知らせ講師に聞きたいことのアンケートをとり、会議前に講師に渡しておいたとの報告があった。

班長会議から3か月後の変化として、会議1週間前にリーダー・サブリーダーで会議を行い会議の内容を決め、3日前には全職員にレジュメと意見を聞きたい旨を伝えたり、アンケートをとっている。また、職員会議の司会者はリーダー5人で輪番している。そのリーダー達には、参加者のコンセンサスを得ること、モチベーションを上げる言葉を最後に入れるように伝えているとのことだった。

また、参加者に会議で聞きたいことなどを事前に伝えたことで、意見が以前より出し易くなったとの感想も聞かれた。

会議運営が適切に行われることは、会議への参加意欲の高まりに繋がり、討論において

は「思考の質」が高くなる可能性を含む。

介護の現場では、施設内で行われる職員会議・ユニット会議のほかにも、地域ケア会議やサービス担当者会議など多種多様な会議が存在する。既存の研究では、一般企業の会議運営に関する PDCA サイクルであったり、介護に絞った場合は事例研究に関するものがほとんどだった。本調査では介護現場の会議に焦点を当てた。それは情報の共有と連携のためには必要条件だからである。介護現場における会議は、カンファレンスを含めると数が多く、多忙な日常業務の中で行われている。それ故に、日常的に行われている会議の不可視になっている部分を可視化することで現状の改善に繋げ、討論が充実するための環境を整えることが本調査の目的である。なぜなら、専門職の会議では、その専門性に裏付けされた討論が求められるため、適切な会議運営をすることは、その専門性に基づく討論を保障する前提となるからである。

アンケートの集計結果を記憶が薄れないうちにフィードバックし現状を可視化したことで、先行研究の「失敗する会議」の、①目的がはっきりしない、④予定時間に始まらない、⑥発言をしない人がいる、⑧話しが横道にそれることが多い、⑨確認がとられず何が決まったのかわからない、がその後の会議で改善された。

企画者が意識して準備段階から、5W1H と PDCA サイクルに則って会議運営をすることが、連携の要として機能する会議に繋がることが示された。

あらゆる場面で行われている会議であるが、本調査の結果、会議が日常業務となることで、当然できているはずのことができていないことが明らかになった。ただ、「遅刻をしない」といったようなことは、当事者のモラルの問題だけとは言い難い。会議の開始時間が業務終了 30 分前であるため、遅刻や途中退席は「止むを得ない事象」となり、それが常態化したとも考えられる。実際、会議で参加者が全員揃ったのは、職員会議が開始 30 分後で、ユニット会議では 15 分後であり、会議後の「会議を振り返るチェックシート」でも、両会議共にチェックしている企画者は一人も居なかったにもかかわらず、改善策が講じられていなかった。

このことから、「当然のこと」若しくは「やむを得ないこと」として常態化されてしまうので、どうしても不可視になりやすいということである。今回は筆者が参与観察をしたことで可視化することになったが、会議が日常業務となり当然すべきことができていないといった現状が明らかになったことで、可視化することが業務改善には大切といえる。

今後の課題として、組織が「振り返り委員会」などを作り、自主的に振り返りの機会を

設け現状を可視化することを提案したい。その上で PDCA サイクルを活用することを提案する。現状を可視化し PDCA サイクルを活用することは、「良い会議運営」→「充実した討論」→「的確な介護計画」→「介護過程の展開」→「評価」に繋がると考える。

4. 専門性に裏付けされた会議の討論

アンケート調査と討論内容分析の 2 種類の調査をすることで、会議に参加している介護職員自身の思考過程における主観と、実際に行われている討論内容を比較検討することが目的である。

(1) アンケート調査

ユニット会議終了後に、GH 会議と小規模会議の会議参加者（GH 9 名、小規模 7 名）を対象に、専門性に関するアンケート調査をした。回収率は 100%だった。調査票は「会議満足度調査」と「専門性について」の 2 枚を同時に配布した。

専門性について：介護過程・事例検討（資料 17）

1) 情報共有：実践経験を振り返ることの過程は共有できましたか。（資料 17-1）

「できた」（GH 4 名・小規模 1 名）「まあまあできた」（GH 3 名・小規模 3 名）「少しできた」（GH 2 名・小規模 3 名）であり、GH・小規模ともに結果に散らばりが見られた。

「まあまあできた」「少しできた」の回答者では、その理由を「自分の勤務と異なる時間帯の情報が共有できた」「他のスタッフの意見を聞いて考えを共有した」と記載していた。情報共有の内容については、利用者情報と他職員の考えがポイントとなっていた。

また、「経験が少ない（のでわからない）」といった記載が 2 名あった。

2) 態度：問題に対して、じっくり考えることができましたか。（資料 17-2）

「できた」（GH 3 名・小規模 2 名）「まあまあできた」（GH 4 名・小規模 4 名）に「少しできた」（GH 2 名・小規模 1 名）を加えると、GH・小規模ともに散らばりはあるものの全員がじっくり考えて参加していたといえる。その理由として「自分なりに考えた」「利用者目線で考えた」と記載していた。このことは、クリティカルシンキングの重要要素である「態度」を持って会議に参加していたということである。

また「問題に対して考える時間が持てた」との記載から、会議がじっくり考える場にな

っているともいえる。その一方で、「時間のくくりがあるのでじっくり考えることは難しい」との意見もあった。

3) 知識：思考過程で知識をもとに考えることができましたか。(資料 17-3)

「できた」(GH 4 名)「まあまあできた」(GH 2 名・小規模 4 名)「少しできた」(GH 3 名・小規模 1 名)であり、「態度」と同様に散らばりが見られた。「少しできた」を加えると回答者全員が「知識」をもとに思考していたといえる。

「少しできた」(4 名)といった消極的回答者の理由では、「スタッフの知識が出て話合いができた」と観察からの判断が見られた。

「できた」「まあまあ」の回答者の自由記載では、「今までの知識の活用」「今までの経験を伝えた」「利用者の立場で考えた」ことを理由としており、「知識」の解釈に個々人で違いが見られたことから、回答する際に迷いが生じ、その結果として抽象的な回答に繋がったと思われる。

4) 技術：実践方法の結論は、満足のもの了吗。(資料 17-4)

会議で討論された実践方法の結論は、「満足」(GH 1 名・小規模 1 名)「まあまあ満足」(GH 6 名・小規模 5 名)であり、ほとんどの参加者は満足していた。「まあまあ満足」の回答者の自由記載では、「皆で話し合った」「利用者目線の反映」「次のステップにつながる」を理由としていた。個々の介護職員によって、満足をもたらす理由は異なっていた。

その一方で「納得していない」(GH 1 名)がいたが、理由の記載はなかった。

5) 価値：自立支援の視点で考えることができましたか。(資料 17-5)

「できた」(GH 4 名・小規模 2 名)「まあまあできた」(小規模 3 名)「少しできた」(GH 4 名・小規模 1 名)を加えると 16 名中 14 名が「自立支援」の視点を持って思考していたといえる。

しかし「できなかった」(GH 1 名)は、その理由を「関わり方のみで考えていた」と記載していた。GH 利用者の特性として認知障害があることから意思伝達が困難な場合がある。このような状況で行なう介護は介護者主体となりがちである。そのため「できなかった」に「少しできた」を加えると、消極的な意見が半数を占める結果になったと察する。

6) 価値：自己決定の視点で考えることができましたか。(資料 17-6)

GH と小規模で回答に違いが見られた。小規模は「無記入」(3名)「まあまあできた」(3名)だった。一方 GH では「できた」(2名)「まあまあできた」(2名)「少しできた」(2名)「できなかった」(2名)と回答に散らばりが見られた。その理由として、GH では介護の対象者に認知障害があることから、「自己決定」に迷いが生じたのではないかと察する。また「できなかった」(GH 2名・小規模 1名)は、その理由として「自分の経験の浅さ」「関わり方のみで考えていた」「自己決定の話しはでなかった」と記載していた。経験が浅いからできなかった(理由は自分にある)・関わり方のみ(介護者サイドからの討論)・自己決定の話しはなかった(討論の流れからの判断)といった「価値」の判断の視点の多様性がみられた。

7) 価値：利用者中心の視点で考えることができましたか。(資料 17-7)

「できなかった」(GH 1名)は、その理由を「関わり方のみで考えていた」ことをあげていた。その一方で、「できた」(GH 5名・小規模 3名)と「まあまあできた」(GH 3名・小規模 4名)を合わせると、15名全員が利用者中心の視点で思考していた。自由記載では、「ご本人の意思の尊重」「利用者の状態に合わせて話しをすすめた」(3名)「利用者様の気持ちになって考えた」「心配なのでとの意見が聞かれた」を理由としてあげていた。そのように判断した背景として、介護の対象者に認知障害があるため利用者の具体的な言動や行動を根拠にしてというよりも、利用者のその時々状況について、「心配」「利用者の気持ち」といった利用者の「描写」から、介護職員の「感覚」「推論」が起こり、それが実践の根拠となっていたと考える。

8) 価値：自立支援・自己決定・利用者中心が反映された結論だと思いますか。(資料 17-8)

「反映されている」(GH2名・小規模 1名)「まあまあ反映されている」(GH4名・小規模 5名)「少し反映されている」(GH2名・小規模 1名)「反映されていない」(GH1名)だった。「反映されている」「まあまあ反映」の合計は 12名だったことから、ほとんどの参加者にとって「価値」が反映された結果と判断していた。自由記載では、具体的にその理由に繋がる記載は見られなかったものの、その他の意見として「複合要因が絡む」「利用者の状況を見極めベストな方法が見い出された」「利用者中心が第一」が記載されていた。

一方で、GH 1 名が「反映されていない」と「価値」項目全てで回答しており、その理由も一貫して「GH では環境（介護者の関わり）が多かった」とあげていた。関わり方を共有することは重要であるが、出された情報について「感覚」「推論」「分析」を出し合い、その経過を共有した上で結論に繋げることで、「環境（介護者の関わり方）に関する情報＝介護者の描写のみ」といった利用者不在の情報共有のみで終わったという思いは軽減されると考える。

(2) 会議の討論内容分析

会議で取り上げた事例は、8 事例だった。そのうち討論時間が 5 分以下の事例については、通院などの連絡がほとんどだったため、本研究では 5 事例について分析した（資料 19・20・21・22・23）。

なお、事例の概要は資料 18 に示した。表中の「要介護度」とは介護保険の認定結果、「寝たきり度」は障害高齢者の日常生活自立度、「認知度」は認知症高齢者の日常生活自立度のことである。「診断名」は認知症専門医による診断名である。E さんは認知症外来を受診していないため、カルテ上「詳細不明」と記載してあった。

<A さん>資料 19

A さんの対応について情報を出し合い、対応策を検討した。A さんは、薬の調節のため入院していた。退院後はいったん自宅に戻り、ユニット会議当日に帰設した。

話し合いは、薬の変化や病院での状況など担当者からの報告から始まった。その後 A さんとその他の利用者との関係に着目し討論が行われた。討論の中では、「入院前に見られていた激しい感情はないが、不穏や依存については変化がない」といった<感覚>から、その原因として、<分析>では、他の利用者との関係の悪さ「わざと無視する態度」などが誘因となっているのではないかということになった。それを裏付けることとして、【他からの情報】として、病院では「色塗りなどができていた」といった比較的落ち着いていたという情報から、施設に帰ってきてから「不穏」が始まったのではないかということになった。また、様々な角度から A さんと他の利用者について観察したことを出し合い【現状の確認】を行なった結果、他の利用者の A さんに対する不満の原因を共通理解することはできたが、確定するまでには至らなかった。

そんな中、「自分から見て A さんの否定的な言葉は減ってきているように思える」「7 週

間以上病院に居たので、帰ってきて落ち着かないとしても誰にでもあること」「入院前後で変わらないと思う」「職員の少ないときには、環境を変えるととっても難しい」といった【別角度からの情報】もあったが、話し合いの中では、特にその根拠などが取り上げられることはなく、【技術】として、「他の利用者のストレスをレクなどで緩和することで、Aさんのストレス緩和に努める」ということに方向性が決まった。

また、薬の具体的な内容変化の状況やそのことによる影響、認知症に関する病態的变化などについては特に情報提供や話し合いはなかった。

「価値」が反映される発言は、「感覚」「分析」で多くみられた。

Aさんに関する会議録記載内容は以下の通りであった。

今朝、帰設される。薬の調整をしてもらっていて、こだわりの部分は穏やかになっておられる。1つ1つ確認され、トイレも「連れて行って」など、依存される事があり本当に介助が必要かどうか、まずは見守りながら、本人の今の状態を観察する。周りのご利用者との人間関係など、環境面で気を配る
--

討論では、周りの入居者との関係性について時間を多くとっていたが、会議録ではその内容については全く触れられていなかった。また、こだわりについては「変化していない」との意見がありその状況を参加者が出し合い共有していたが、会議録では病院での穏やかな状態についてのみ記されていた。

また不穏の対応に関する「他の利用者のストレスをレクなどで緩和する」といった決定事項の具体的内容については触れられていなかった。

<Bさん>資料 20

Bさんの失禁対策について討論が行われた。Bさんはリハビリパンツ（リハパン）をはいているが、尿失禁後、「リハパンのポリマーを自分で出してしまう」「手で直接汚染をさわるので、サポーターも手も汚れるが、交換の場所がわからない」ことがあるため、清潔が保てない状況にあり、その対応について検討をした。「(ポリマーを) むしらないことからすると、失禁パンツの方が良いかも知れない」「濡れていたら更衣ができるので、清潔を保つことができる」といった<推論>から、「むしる行為は、汚染を(自分で) 取ろうとした行為ではないか」というふうにも多角的に<分析>を出し合った。しかし、「入浴時には自分からリハパンを用意してくる」「かつてはリハパンを拒否してノーパンのこともあったが、

今はそういうことはない」「夜間のみリハパンでも良いのではないか」といった【別角度からの情報】もあったが、特にそのことには触れることなく、議題の内容は、失禁パンツを用意する枚数へと移っていった。5枚ということで、数人から「足りる」「足りない」といった意見があったが、決定には至らなかった。

Bさんの対応については、現状の確認について情報を出し合いその共有はできたが、具体的に出された内容の解決策の決定に至ることはなく、また今後の課題や共有内容の確認などはなかった。

Bさんの会議録記載内容は以下の通りであった。

リハパンに尿汚染があり、触られるので、手のサポーターも汚れるが、交換のサポーターの場所もわからない。娘様も気にされている。外出の時はリハパン、普段は失禁用の布パンにしてはどうか？

会議録記載内容からは、娘さんが何を気にされているのかが具体的に伝わらない。また、「？」で終わる記録では、何を意味しているのかが伝わらない。例えば「外出の時はリハパン、普段は失禁用の布パンで次のGH会議迄施行し会議で意見を出し合う」というふう

に施行するの否か、施行するとしたらその期間などの記載が必要である。

<Cさん>資料 21

Cさんの嘔吐と体位の関係について討論が行われた。「食事の摂取量は少ない」「月水金の点滴は継続している」などの情報を共有した。その後「ギャッジアップした後に頭だけがずり落ちた状態になっていた」「2時間もしたら赤くなっている」といった情報から、「Cさんは褥瘡がしやすい状態である」「長時間のギャッジアップは褥瘡の原因となり得る」と<分析>され、ギャッジアップの角度と時間について話し合われた。またGH看護師から「嘔吐が問題なのではなく、誤嚥が問題」「誤嚥防止のために、ギャッジアップを下げる時は顔を横に向ける必要がある」との情報があったが、周知などの確認はなかった。

嘔吐の予防として、「除圧」の必要性と方法を共有することで、今後は「ギャッジアップの時には除圧する」こととなった。

「パッドがそのままになっている」「右足に軽く拘縮がある」といった日常で気付いた情報から、「環境整備」と「観察とマッサージ」が導き出された。

しかし、個々の決定事項については、確認作業が行われていないため、参加者にとって

具体的な方向性のイメージがどの程度できていたのかが懸念される。

Cさんの会議録記載内容は以下の通りだった。

食事は、あまり入っておられない。嘔吐も定期的にある。点滴は(月)(水)(金)で継続中。嘔吐自体は問題ないが、嘔吐による誤嚥に注意！食後は様子を見に行く！褥瘡が出来やすいので→家族様にお願ひし、クッションを買って頂くことになった。ギャジアップした後は、少しベッドから離して除圧する。ギャジアップしたままになっていた時があるので、注意する！また、ベッド脇にパッドを置きっぱなしにしない。ひざ、かかとの拘縮が見られるので、少しでもマッサージするよう、心がける。

GH 看護師から提案された、「食後は落ち着くまでそばに居て様子みる」「ギャジアップを下げる時には顔を横に向ける」ことについて、記載漏れがある。

また、クッションについては、既に注文して貰っているとの報告があったこと、更に GH 会議では右膝の拘縮が問題になっていたのも、ここでも会議録との差異が生じている。

Cさんのように自分で訴えることと動くことが困難な利用者にとっては、日常的に介護者の観察と判断が重要となる。介護の個々の場面で介護者が観察し判断をするときには、その根拠には会議で討論された内容が反映される。このような事例に関しては、討論された内容が正確に伝わる必要があるため、情報や決定事項についてその都度確認をしながら進めていくことが重要である。確認をすることは、実際の討論内容と会議録の差異の縮小にも繋がる。

<Dさん>資料 22

Dさんの不穏について、担当者の関わり方や考えを中心に皆で多角的に意見を出し合った。「職員の入れ替わり」「便の調整が、最近では酵素ジュースの効果がみられない」「音に敏感」など考えられることを出して、他の人の意見なども聞いたが、関わり方の結論に結びつくものはなかった。そこで、「落ち着く場所」をつくってみることとなり、椅子とテーブルについての意見交換となったが、置き場所の話合いに時間がかなり費やされた割には、雑談のようになり、ダラダラ感を感じる討論だった。〈描写〉〈感覚〉に終始する討論内容になっていたが、その要因として、〈推論〉〈分析〉に関して、ひとつひとつについて追及し確認するといった作業が抜けていたことが考えられる。例えば、「職員の入れ替わり」が原因と最初に考えた場合、その根拠を討論することで、それが違うといった場合の根拠も明らかにすることができる。「酵素ジュースと便の関係」については、便が出ないときと

不穏との関係を示すことで客観的にその関係性を明らかにすることができる。また、不穏の原因はメモリーからデパスの頓服になったことをあげているが、以前はメモリーを飲んでいたので、まずメモリーを使わない理由を主治医に確認し、その上で今回のような話を再度持つことにより、討論内容を意義あるものにすることができる。

Dさんの会議録記載内容は以下の通りだった。

最近、不穏になられる事が多い。以前の、メモリーを飲まれる前の状態に戻りつつあるように思われる。義歯による不快感や、ケアでカバーできる事など、環境、関わりで、改善できるところは実践してみる。それでも思わしくない時は、薬の調整など、Drに相談。目の前で職員同士で話したり、大声で話したりするとき、気になられる事がない様、気をつける。

かなりの時間を費やして落ち着く場所をつくるための椅子とテーブルについて討論されたが、会議録での記載はなかった。

<Eさん>資料 23

「最近自室に閉じこもりがち」「自室内をシルバーカーに座って移動している」といった「横着」と取られがちな行動であっても、看護師から医療面からの情報を得ることで、その行動の原因は「熱中症による脱水」かも知れないことに気づく。このことは、【技術】として「部屋の中で過ごす人については、室温管理をする必要がある」ということに繋がった。

Eさんの会議録記載内容は以下の通りだった。

居室でシルバーカーに座っておられた、注意する（ヒヤリ）。最近、「だるい」脱水と思われる。室温の管理にも気を配る。

全体的に粗雑な記載になっている。これでは会議の討論に参加している人は会議録に書かれている内容を理解できても、欠席者や経験が浅い介護職員の場合は理解することが難しい。

また、結論について「室温の管理」といった一般的なことではなく、看護師からの脱水に関する情報も含めて記載することで、室温管理の必要性を共有することができ、全ての職員に、方法としての<技術（室温管理）>を周知することができる。

(3) 「会議」小察

1) 会議の有効性

会議の有効性に関しては、「出席した価値」について有効と回答している人が職員会議 100%・ユニット会議 94%であり、「決定されたことに関する満足度」については、「とても満足」「満足」「まあまあ満足」の合計は、職員会議 77%・ユニット会議 94%であった。職員会議では無記入者 3 名を除くと 100%になる。ユニット会議では、不満が残っている者や実際にしてみないとわからないといった意見があり、一部の参加者にとっては不満や疑問が残る結果になっていた。職員会議とユニット会議の差異については、職員会議では順番に全員の意見を聞いていたことを参加者は評価していたことから、自分の意見が言えるか否かがポイントになるのかも知れない。会議が有効に作用するためには、司会者は全員に目を配り、参加者全員の意見が言える環境に配慮しながら進行していくことが必要である。

2) 事例の取り上げ方

個々の事例に要した時間は、①21分(A事例)、②2分、③9分(B事例)、④4分、⑤10分(C事例)、⑥6分、⑦13分(D事例)、⑧7分(E事例)だった。1ユニット4事例ずつ取り上げており、話し合いに要した時間は、各ユニット36分と同じだった。緊急性・重要性を感じている事例については、最初に提起し、多く時間をとっていた。事例①と⑤は、各ユニットで最初に提起した事例である。なお②④⑥は報告事項である。⑦については、討論内容が雑談的になっており時間が長くなったと思われる。⑧は会議開始から1時間半が過ぎやや時間を気にしているようだった。

以上のことから、緊急性のあるものから取り上げ、その後に他の事例について時間の許す限り話し合うという方法は合理的と考える。

より効率的に会議を進行するためには、準備の段階で、会議で取り上げる事例と時間配分を決め、そのうえで取り上げる事例の担当者が、現状と検討したいこと等の議案書を個別に作成し、会議の数日前に職員に配布しておくことが望ましい。そうすることで、会議前に討論内容を知ることができ、事前準備が可能となる。

また、更に会議開始時におおまかな時間配分と終了時間を参加者に知らせることで、⑦(D事例)に見られたダラダラ感や、⑧(E事例)の時間を気にしつつ出された結論ということは回避することができると思う。

3) 討論の流れと内容

i) 討論の流れと「価値」の反映

GH 会議の討論の流れは、問題提起→現状の確認（共有）→検討→方向性の決定という流れの「型」があった。現状の確認については、「行為についてのリフレクション」を参加者が行いながら発言していた。その中では<描写>に関することが多く、次に<分析>となっていた。

また、アンケート調査の結果では、「価値」について散らばりが見られたが、討論では<感覚><分析>で「価値」の反映と思われる発言が多く聞かれた。このことは、介護職員が「価値」を意識して実践方法を導くというよりも、決定された実践方法は、介護職員個々に本来具備されている「価値」から導き出されたものと察する。

ii) 別角度からの情報

流れの「型」で進んでいるとき、【別角度からの情報】については、追論せずそのまま議論が進められる場面が多くみられた。発言者とアンケート結果にあった「(結論に) 納得していない」との関連性は不明だが、発言した人にとっては不快感が残るのではないかと思われた。また【別角度からの情報】は、多角的に検討する際には重要なことが含まれていることがある。そのため、【別角度からの情報】について<感覚><推論>を明らかにする必要がある。討論の際には、話しの流れで出された情報のみではなく、【別角度からの情報】をチェックしていく必要がある。

iii) 他からの情報

8 事例全体としてみたとき【他からの情報】が少なかった。環境への関わりは、介護の視点として大切ではあるが、現在の問題になっていることについて多角的に原因を検討するためには、医療などの情報も重要である。高齢・認知症といった入居者の特徴から、会議に参加している看護師からの医療情報は【現状の確認】をする上で、参考になると考える。また A さんは帰設当日にユニット会議で取り上げられている。退院時に得た病院からの情報についてケース記録には書かれていたが、病院からの情報内容が他の職員に共有されていない中での討論になってしまったのではないかと考える。討論の流れの中で、担当者から病院での状況「薬の調整後、こだわりは穏やかになっている」「薬の調整の結果、眠前は増えたが全体的には減っている」「病院では色塗りをしていた」と報告されていたが、多角

的に検討するための重要な要素であると思われるので、討論開始時に病院からの情報として参加者に伝える必要があったと考える。

iv) 確認

討論のなかでは、出された意見や決定事項の確認がなかった。会議で決定したことは、後日「会議録」で確認することになる。しかし、アンケート調査で、「納得していない」「最善ではない」などの意見があったことから、1事例ごとの確認作業は必要である。また、確認がないことは、討論内容や結論についての捉え方が人によって異なることが危惧される。それは会議録の内容にも影響し、その後の支援方法の違いに繋がり、連携を困難にする要因ともなり兼ねない。

更に発言をしていない人については、意見が言える環境、例えば発言の少ない人については、司会者が意見を求めるなどの配慮が必要と考える。

v) 会議録

欠席者が GH7 名・小規模 5 名だったことから、会議録は詳細にかつ正確に記載する必要がある。討論内容と会議録にいくつかの不一致がみられたが、確認作業を入れることで、それらを減らすことは可能である。また、会議録を回覧する前に、参加者に確認して貰うことも必要と考える。

会議録の体裁については、調査施設では A4 用紙に記載者の裁量で書くようになっている。これは記載者によって会議で討論された内容の集約方法が異なるということである。

会議録は全員に回覧し、見たら押印することになっている。参加者にとっては確認であり、欠席者にとっては討論内容の共有の手段である。そのため、討論の過程・結論・課題が具体的に共有できるような工夫も必要である。

(4) 課題への解決例

調査の結果可視化された課題は、①予定時間を超えた討論、②事例による討論時間の偏り、③発言しない人の存在、④【別角度からの情報】についての関心不足、⑤【他からの情報】の少なさ、⑥討論内容と「会議録」の差異があげられる。なお会議開始時間の遅れについてはすでに解決しているため省略した。

その解決策として、事前準備としての「事例検討シート」・「会議進行チェックシート」・

「ホワイトボード」・「会議録体裁」の活用の例を示す。

1) 事前準備としての「事例検討シート」

会議の日程が決まったら、事例として取り上げる利用者を決定する。出された事例の内容によっておおまかな時間配分を決めることで、課題「①予定時間を超えた討論」「②事例による討論時間の偏り」は解決できる。

事前準備として、事例の担当者は検討する利用者のシートを作成し、会議前に全職員に配布する。事前準備の必要性について、川口は会議運営において正確に議論するためには、「原則、資料のない議題は認めるべきでない⁹⁰」としている。「検討シート」は、①利用者氏名、②担当者、③対象者の現在の状態、④対象者の実践上の課題、⑤対象者に関連して知識として知りたいこと、⑥会議で検討したいこと等を含むことで、参加者の事前準備ができるため課題「③意見を出さない人の存在」の解決に繋がり、効率的な会議運営が可能になる。また、会議の欠席予定者から事前に意見を聞いておくことも可能である。

2) 討論充実のためのホワイトボード活用

会議の進行中に、参加者が討論内容の確認ができ、積極的に参加するための方法としてホワイトボードの活用を提案する。「人の話しは7%しかその内容は伝わらない^{注12}」と言われるが、それは会議で人の説明や意見を耳から聞いただけでは、この程度の理解に留まっているということである。視覚化のツールとして、訂正することができ繰り返し使えることから、ホワイトボードが適していると考えた。

ホワイトボードによる視覚化のメリットとして次のことがある⁹¹。①文字だけでなく、図やイラストなども使ってわかりやすく視覚に訴えることができる、②自分の発言やアイデアが記録されるので、議論への参加意識が高まる、③記録された内容は、全員が聞いた証拠となる、④堂々巡りの議論を避けることができ、話し合いの焦点が明確になる、⑤発言やアイデアどうしの類似性や関係性が明確になり、議論を積み上げていける、⑥休憩や中断などの後に、どこまで話し合ったかを思い出すのに役立つ、⑦議論のプロセスを追っていけるので、会議の達成感を味わうことができる。

発言内容を、ホワイトボードに記載するためには、それ相応のテクニックが必要になる。そのため、記載者を固定せず交代制を採ることで、自分が発言する時には、発言内容を記載し易いように意見を集約したり、重複した意見を避けることも期待できる。

「思考過程で知識を基に考えることができましたか」では、「少しできた」も加えるとGH・小規模ともに全員が【知識】を基に思考していたことなるが、討論の中ではなく推論の根拠となる【知識】が語られたのは事例Cさんのみだった。ホワイトボードを活用することで討論内容が視覚を通して明確になるため、視野が広がり課題「④別角度からの情報についての関心不足」「⑤他からの情報の少なさ」の解決に繋がるとともに、その結果として論理的な討論が可能になると考える。

さらに参加意欲の高まりは、じっくり考えようとする「態度」、論理的に多角的な検討をする「知識」、そこから導き出された根拠のある介護過程を実践できる「技術」が可能となる。このことは、「クリティカルシンキング」に繋がる思考過程といえる。

3) 会議進行チェック表

会議の司会者は、多角的に討論ができているのかをチェックしながら進行することで、討論内容の漏れを防ぐことができる。討論内容のチェック項目として、リフレクティブな実践とクリティカルシンキングの項目を組み込んだフレームワークを使うことで、視点の抜けや漏れがなくなるメリットがある。ただここで注意しなくてはならないのは、「出た、出ない」といったチェックのみ行なうのではなく、その内容の要約もメモしておくことである。メモを残しておくことで、後から討論内容の振り返りが可能となる。また異なる角度からの情報について、「ユニット会議」で見られたように追論されず単発的な意見として終わることなく、意味内容を深めた討論に発展させることも可能となる。更に司会者が交代した場合でも、フレームワークを活用することで、客観性を確保した討論を保障することが可能となる。

そこで「会議進行チェック表（資料 24）」のフレームワークを例示する。チェックは事例毎に行なう。「会議進行チェック表」はあくまでも司会者が進行の目安にするためのものであるため、きれいに書く必要はない。

ホワイトボードと進行チェック表により、司会者・参加者共に会議の進行中にチェックができるため、課題「②事例による討論時間の偏り」「④別角度からの情報についての関心不足」「⑤他からの情報の少なさ」「⑥討論内容と会議録の差異」の解決に繋がると考える。

4) 正確な伝達のための「会議録」体裁

変則勤務のある職場の会議は、全員が参加することは困難である。会議で決定した情報

を共有し組織で実践するためには、討論の過程を含む具体的な内容や導き出された結論が正確に伝達する仕組みが必要である。

そこで課題「⑥討論内容と会議録の差異」の解決案として、議題ごとに結論の確認をすることが必須と考える。更に、討論の経過が把握し易い方法として、会議録体裁の一例を示す（資料 25）。なお記載している事例は、GH 会議の A 事例の逐語録を基に作成した。

5. 「記録」の意識調査

全職員を対象にアンケート調査をした。質問紙の配布と回収は職員の出勤日に調査協力者に依頼した。回収率は約 75%だった。

回収した 19 名についての結果は資料 26・27 であり、表中の番号はリンクしている。

「意識調査」では、記録を書く際に意識していることを優先順位順に並べてある。自分が実際に記載している事項はその横に○で示している。

資料 26・27 で記している略語は次の通りである。HH=ホームヘルパー、CM=介護支援専門員、SW=社会福祉士、記述=記述・描写（何が起こったか）、感覚（そのとき、何を考え、何を感じたか）、推論（何が良くて、何が悪かったか）、分析（他に何ができたか）、A・P=アクション・プラン（もしそれが起こったらどうするのか）、目的=実践の目的（何のために行なうのか）、内容=実践内容（どのような方法で何をしたのか）、結果=実践結果（実践した結果、対象者の反応など）。また、「活用」項目は、「記録は会議などで活用されていると思いますか」の質問である。やや=やや思う、概ね=概ね思う、を略して記載してある。その理由（自由記載）については、資料 28 に項目毎に記した。

(1) 属性との関係

資料 26 と資料 27 から属性と記録の比較をした。

比較に用いた属性区分は次の通りである。①年齢（20～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50 歳以上）、②資格（HH2 級または初任者研修、養成校卒介護福祉士、実務 3 年以上介護福祉士）、③経験（5 年未満、10 年未満、11 年以上）。

細分化したときの人数が少なくなり比較検討は困難な状況であったが、意識調査で記入のあった 16 名は、散らばりがみられた。属性と記録との関係を示唆するような所見は得られなかった。

(2) 意識と実践との関係

記録の意識調査については、記入のあった者は16名だった。「意識している項目」の上位(5位以内)については実践も伴っていた。優先順位1位では、15名が「記述・描写(何がおこったか)」を選び実践していた。「記述・描写」を一番意識していることについては、施設の方針として利用者に何があったのかを具体的に書くことを最優先にしていること、また勉強会でもその書き方を取り上げていたことによると推察できる。介護職員個人インタビューの統合図解で見られた【フィードバック】【臨場感】の中でも、利用者の状態の書き方に関することが多く語られていたことから、施設の方針と勉強会の効果は、「意識調査」の結果に表れているといえる。年齢・経験年数・資格よりも職場教育の成果が、今回のアンケート調査の結果に結びついていた。

筆者の先の研究では、介護の専門性のためには、行なったケアに対して「行為の中の省察」を日常的に行なうこと、そして会議を活用しチーム学習をして個人の成長とチームの成長に繋げることで、より質の高い介護の実践が可能になると考察した⁹²。本調査の結果を踏まえて言い換えるなら、職場における教育の有り様が「専門性」に大きく関与してくるということになる。

2位以下については、散らばりがみられたが、上位5位以内をみると、「実践内容」10名、「実践結果」9名が意識しているとあげ、全員が実際に記録していた。

一方「分析」は6名中3名、「目的」は8名中4名が実践していた。「評価」については4名があげているものの1名のみが実践していた。「感覚」は7名中実践している者は2名、「推論」は5名中2名であった。

以上のことから、ほとんどの介護職員は、「記述」→「実践内容」→「実践結果」という流れで日々の記録を意識して実践していた。

多少の散らばりはあるものの、意識はしているが実際には書いていないこととして、「感覚」「推論」「分析」「目的」「評価」がある。いわゆる実践の根拠となる部分でもあり、今後に繋がる部分である。

(3) 会議と記録の関係

「記録は会議などで活用されていますか」という質問について、思わない(5名)、やや思う(3名)、概ね思う(5名)、無記入(1名)の結果だった。資料28は、その理由の自由記載である。「思わない」理由としては、「口頭で直接伝えている」が多かった。「会議で

記録を見てはいない」といった現況からの回答もみられた。しかし、多かった「口頭で直接伝えている」ことに関しては、「人の話しは7%しかその内容は伝わらない」と言われていることから、情報の正確さと全職員の共有という目的のためにまず記録に残す必要がある。

その一方で、約半数が「思う」「概ね思う」としており、その理由として「ケース検討」「事故報告書」「プラン作成」といった分析を要する作業の際に活用していた。

(4) 「意識調査」小察

日常のケース記録において、教育の効果は表れており、それは利用者の「描写」を中心に記載されていた。その一方で「感覚」「推論」「分析」「評価」の記載がないことは、行なった介護の根拠の共有を困難にする。いわゆる記載されている内容をどう感受するのかが、人により異なるということである。認知症のある人との関わりでは、BPSDへの介護の関わりが重要となる。それは、利用者の表出されている状態に対し、介護者がどのように感じて判断したかといった介護の根拠を共有し多角的に検討することで可能となる。その根拠が記録されていないと、「情報の共有」と「ケアの質の向上」のための記録とは言い難い。この場合の情報とは、利用者の情報のみではなく行なった介護の情報も含むからである。

「情報の共有」「ケアの質の向上」に繋がる記録をするためには、その前提となる「行為の中のリフレクション」が如何に行われ、記録に反映されているのかが重要であり、今後の課題として浮上したともいえる。

6. 事例からみる記録

(1) 調査施設の記録

調査施設は、手書きによる記録である。記録用紙は利用者の共有スペースの片隅にあり、業務の合間や、利用者とは話しながら記載をしている。年度毎に利用者別にまとめ、事務室で保管している。調査対象施設のケース記録は、図4である。

図4 ケース記録用紙

本人					家族・介護者・地域		
①日付	②項目	③	④記入者	⑤ケアプラン	⑥項目	⑦	⑧記入者

ケース記録に記載する内容は次のように決まっている。①記入した日付、②体調・昼食・様子・排泄・転倒・起床・入床など記載する内容についての大きな項目、③記録、④書いた人（担当者）の名前、⑤書いた内容がケアプランと関係するときは、居宅サービス計画(2)の番号を入れる、⑥家族・主治医・看護師などの情報源や、内容のおおまかな項目、⑦その内容、⑧は⑦について記載した人の名前を記載することになっている。

また月末には、担当者が、②項目に「評価」と記入し、居宅サービス計画の番号順にモニタリングの結果を書くことになっている。

(2) 事例 A の記録

A さんの概要

88 歳 女性 平成 24 年 4 月 8 日入所

要介護 4 障害高齢者日常生活自立度 A₂、認知症高齢者日常生活自立度 M

前頭葉側頭葉型認知症 HDS-R 13/30 (H25.1.23)

<経過>

入所後 8 月頃より転倒が多く見られる。

H25.1.23. 専門医受診

同年 11 月 意識レベル低下により、緊急搬送し 2 日から 17 日迄入院。狭心症及び甲状腺機能低下症の診断あり内服薬開始。

行動性制御障害、情動性強迫症状、頻尿など落ち着かない状態が持続したため、薬の調整の目的で H26.6.18.～8.5.入院となった。

退院後は自宅で 1 泊し、翌 6 日に帰設した。

(3) 記録の勉強会前後の記録

平成 24～25 年の各月 1～10 日前後の A さんの記録から、「入浴時の声かけ」を抜粋した(資料 29)。記入者 I は看護師の記載である。I 以外は介護職員の記録である。

平成 24 年 4 月～25 年 4 月までは、「入浴の声かけをした」のみの記載が多かった。また、勉強会のきっかけとなったのは、「拒否」「入浴拒否」の記載である。勉強会までの準備期間は、気づいた職員が個別に指導していたため、徐々に変化が見られ始めていた。更に、「前もって知らせておく」といった気づいたことを記録に残すことで、実践の継続にも繋がっていた。

勉強会は、平成 25 年 5 月 30 日に行なわれた。勉強会後の大きな変化として、声かけ時の A さんの様子と言葉が具体的に記されていること、声をかけた介護職員の行動と声かけの言葉が具体的に記載されていることである。このことによって、入浴前の状況がより他者に伝わる記録となっていた。

(4) 記録と会議の関係

GH 会議では、帰設時（8 月 6 日）の様子が論点になっていたため、帰設時から会議開始迄の記録を抜粋した（資料 30）。

帰設当日ということもあり、帰設時の利用者の様子である〈描写〉と、家族と病院からの【他からの情報】に関する記録から始まっていた。

他の利用者との関係性に関して記載していたのは、介護職員 D・E だった。D の記録から、A さんの返答に対する利用者 T の反応が記載されていないため、関係性に影響があったかどうかについて読み取ることはできない。E の記録では、「少し反発されるが、すぐに落ち着かれる」と記載されており、特に問題視していないような記録となっていた。

GH 会議は、A さんの帰設当日に開催されており、利用者との関係性についてが焦点となっていたが、記録と他の利用者の「冷たい態度」の関連は見い出せなかった。

(5) 「記録の実際」小察

「記録の勉強会」の効果は、「記述・描写」「感覚」「A・P」として表れていた。特に、利用者と介護者の関わりの描写については、言葉をそのまま記載したり、介護者の声かけ後の利用者の反応や行動を具体的に記載することで、記録を読むだけで、状況場面がイメージできる記録となっていた。また、「前もって声かけをしておくスムーズ」といった記録は、実践の継続を意識したものではないかと察する。

GH 会議で話し合われた議題内容と、実際の記録には共通点が見出されなかった。GH 会議で話し合われたことは、A さんに対する他者との関係の中で、介護職員が感じた〈感覚〉ということになる。どういう場面で感じたのかといった具体的な記録は、介護職員 C と D が記載しているが、状況記録のみなので、記録から問題と感じた根拠が伝わり難い。

また、会議の討論では特に問題としていない職員がいたことから、より詳細な状況と、〈感覚〉〈推論〉を含む記載が必要だったのではないかと考える。

そのため、議論の中心が他者との関係性といった環境に中心が置かれていたにもかかわ

らず、Aさんと他者との間で介護職員が感じた<描写><感覚><推論><分析>といった流れの記録がないため、記録と会議が乖離したものとなったのではないかと。

また、会議翌日からの記録にも目を通したが、Aさんについて、行動や観察したこと、いわゆる状態については、具体的にかつ詳細に記載されていたが、会議の決定事項に関する「他の利用者のストレスをレク等で緩和する」について、日々実践している事項についての<感覚><推論><分析><評価>の記載は見られなかった。ただ、数日後に他の利用者を公園に連れて行ったことは、会議の決定事項を受けてのことと思われるが、そのことによるAさんへの影響を具体的に記載した記録は見当たらなかった。

施設の方針や勉強会の方針では、言葉などを使って状況を具体的に書くことになっている。観察したこと・関わりの反応を具体的に書くという面では、勉強会の効果は確実にできている。そこで一歩進んだ記録の必要性を感じた。それは「情報の連携」のための記録であり、「行為の中のリフレクション」がわかる記録である。例えば、日中Aさんと関わった介護職員は、他の入居者との関係について問題があると感じたのであるから、その場面を具体的に記し、他の人が記録に目を通した時に、「そこが問題だと思うし、何とか対応を考えないといけないところなんだ」と、記載者の訴えたいことを読み取ることができる記録である。具体的には、<記述>を受けて介護職員の<感覚><推論>を記載することで、根拠を他者に伝えることが可能となる。また、会議の後には、決定事項を実践したことについて、行為の中のリフレクションを行い、<感覚><推論><分析><評価>がわかる記録をすることである。介護職員が日々考えて行っている介護実践について、行為の中のリフレクションを記録に残すことで、実践者は客観的に振り返ることが可能となり、また記録を読んだ人には、行なった介護の根拠を伝えることが可能になると考える。

入所時から現在に至るまでの全ての記録において、介護職員の感性や観察は優れているものであった。また勉強会の効果もあつてか、開設当初見られていた「不穏」「入浴拒否」「トイレに行かれる」といった一文だけの記録は使われなくなっており、利用者の言葉を大切にしている具体的な記録になっていた。

以上のことから筆者は、調査対象施設においては、次のステージ（行為の中のリフレクションが伝わる記録）に進む段階にきていると考える。

(6) 行なったケアが共有できる記録用紙の一案

調査対象施設における「ケース記録」はケアプランとの関係がわかるといったメリット

がある一方で、デメリットとして、行なったケアの根拠に関する記載がほとんどないためケアの共有には繋がりにくいという側面がある。

「ケース記録」以外の利用者理解と共有のための方法として、「24 時間生活変化シート」「樹木図」「認知症ケア実施計画」「認知症ケア実施表」などの方法がとられている。しかし、そのような記録は事務所に保管され別管理になっているため、日々の業務の中でいつでも見られるわけではない。

本来記録は、情報に対して行なった介護が根拠（判断）に基づくか否かが客観的に把握できるものでなくてはならないと考える。そこには情報→判断→実践といった一定の思考回路が存在する。よって「ケース記録」は利用者情報のほかに、行なった介護の根拠を含む情報が必要である。特に、対象者に認知障害がある場合は、判断した根拠を伝えることが重要と考える。そこで利用者の様子から、介護職員が＜感覚＞＜推論＞＜分析＞をし、行なった介護内容、その介護の＜評価＞を記入できる流れが読みとれる「ケース記録」の体裁の一案を提案する（資料 31）。この場合最初に来るのは、介護職員の行動である。焦点は「介護実践の共有」である。「記録」をすることで、介護実践をした個人は自分が行った介護の振り返りができ「行為の中のリフレクション」を行なうことにも繋がる。更にこのような記録は、最初に「介護者の行動」が他の介護職員の目に触れるため、情報の共有のみならず多角的検討の素材にも成り得ると考える。

7. 労働調査からみる「記録」「会議」

資料 32 は、利用者一人当たりによする記録の時間である。表中の番号は「職員の概要（資料 26）」とリンクしている。

1～7 は小規模、8～19 は認知症 GH の職員である。回収率は 75%であるが、3 名は利用者数の記載がなかったため不明とした。

(1) 記録によする時間

小規模の一人当たりの記録によする時間は、全体平均時間は約 10 分、日勤約 9 分、夜勤は約 12 分だった。夜勤時の担当利用者平均は 4 名だった。

認知症 GH では、全体平均時間は約 9 分、日勤約 9 分、夜勤は約 6 分だった。担当利用者数は、夜勤は平均 9 人がほとんどだが、17 名の時には 1 人当たりによする時間は 2 分だった。

日勤では、小規模・認知症 GH ともに担当利用者数に散らばりがみられたが、平均値をみると両者ともに約 9 分と概ね一致していた。

介護職員の資格・経験年数と記録に要する時間に関連はみられなかった。夜勤時の担当する利用者数と記録に要する時間では、担当する利用者数の影響を受けており担当者が増えるに従い記録時間が少なくなる傾向がみられた。

(2) 会議に要する時間

「会議」に関しては、申し送り、ミニカンファレンスなどの記載漏れを除き、実際に記入があるものについて整理した。

申し送り時間は、小規模は勤務の初めに平均 9 分、勤務終わりに平均 12 分費やされていた。認知症 GH では、勤務の初めは日勤約 15 分、夜勤は 40～45 分、勤務の終わりは 10～15 分であった。

勤務中の会議は 1 回あり 60 分であった。会議の内容は不明である。また、7 月 31 日は、盆踊り実行委員会があり、3 名が参加していた。勤務中の者も参加していたため、勤務中の会議に要した時間の平均は 2 時間 30 分となった。

(3) 時間外勤務との関係

「時間外勤務」は、小規模については、1 週間のうち、7 名中 4 名が時間外勤務をしていた。平均出勤数は、約 5 日で時間外勤務の平均は 3.8 日だった。勤務前には、9 回で平均 12 分、勤務後は 10 回で平均 22 分だった。勤務後の時間外勤務のトータル時間は 215 分だったが、内訳で記載があったものの合計では、記録 3 回 90 分、会議 1 回 15 分、食事介助 1 回 30 分だった。盆踊り実行委員会参加者 1 名 2 時間 30 分は休日出勤だった。

認知症 GH では、1 週間のうち、12 名中 9 名が時間外勤務をしていた。平均出勤日は 4.5 日で時間外勤務の平均は 1.4 日だった。勤務前は、5 回で平均 11 分、勤務後では 7 回で平均 26 分だった。勤務後の時間外勤務のトータル時間は 180 分だったが、その内訳は、記録が 150 分と 83%を占めていた。盆踊り実行委員会参加者は 3 名おり、休日出勤者は 2 時間 30 分、勤務者は 60 分の時間外勤務だった。

また、時間外勤務では、パート労働者が、小規模は 3 名中 2 名（勤務前に 5 日合計 70 分、勤務後 3 回 90 分記録）、認知症 GH では 2 名中 1 名（勤務後 1 回 60 分記録）と高めとなっていた。筆者の観察によると、常勤職員は、勤務時間内に利用者の横で会話をしな

から記録している姿が多くみられたが、パート労働者の場合は、勤務時間内に行なう業務がその日により決められているため、記録が後回しになっていることが考えられる。

(4) 休憩時間との関係

「休憩時間」については、日勤時は昼食を利用者と一緒に食べ、その前後に交代で 30 分ずつとることになっている。小規模・認知症 GH ともに、日勤者は 30 分、夜勤者は 2 時間の休憩を全員がとれていた。

「食事介助」「入浴介助」に係る時間は、1 日当たり一人の介護職員がかかわる平均値である。

「食事介助」は、小規模は平均 32 分、認知症 GH の平均は 1 時間 40 分だった。各ユニットで調理はしている。小規模は、全員が一定時間（利用者の食事時間）にほぼ 30 分となっていることから、調理時間は算入されておらず、利用者と一緒に食事をする時間のみを食事介助にしていると考えられる。認知症 GH では、調理と別項目を設けて記入している者、またはその合計時間を記入している者、小規模と同じく 30 分であったり、「休憩」としている者、または調理は書いているが食事をしている時間は無記入であったりと散らばりが見られたことから、「食事介助」の定義をしなかったことで、個々の取り方に違いが生じた結果となった。

(5) 入浴介助

「入浴介助」は、小規模は平均 2 時間 10 分、認知症 GH の平均は 1 時間 10 分だった。認知症 GH は 1 つの浴槽を 2 ユニットで使い、1 日当たりの入浴者は 2 ユニット合わせて 5 名ほどである。小規模は、午前中に約 10 人程度の利用者を 2～3 の浴槽を使って入浴介助をしていた。

(6) 「労働調査」小察

記録に要する時間では、夜勤時に担当する利用者数と所要時間から、担当する利用者数に影響を受けていた。もちろん記録に要する時間と記録の質が比例するわけではないが、介護職員（リーダー）のインタビューの結果でも、「バタバタした環境で書く記録は、後で読み直した時『自分でも何を書いているのかわからないことがある。』『可能な限り、一人で頭の中を整理しながら集中することで、効果的な記録が書ける』」と述べていることから、

時間と記録の質について否定することはできない。

休憩時間について注目すべきは、「食事介助」に調理が加わるか否かという点と、利用者と一緒に食事をする時間は休憩時間なのか業務なのかの取り方に違いが生じたことである。この違いは、労働時間内に取得する休憩時間にも関係してくる。

アンケート結果からは、小規模は7名中3名、認知症GHは12名中2名のみが利用者と一緒に食事をする時間を休憩時間と捉えており、その他の職員は食事介助と捉えていたことになる。そうであるならば、取得している休憩時間は30分ということになる。施設としての休憩時間の捉えは、「12:00からの利用者と一緒に摂る食事時間30分」に「交代の30分休憩」を足して、合計1時間としている。

労働基準法^{注13}では、「休憩時間三原則^{注14}」が定められている。第3項では「職員が休憩時間を自由につかえること」の保障を定めている。これは、休憩時間に仕事の待機や電話にでることなどは、すべて業務になるということである。

また、「休憩時間三原則」に違反した場合は、6か月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処せられる⁹³。

実際のところ、小規模や認知症GHといった家庭的雰囲気大切にすることが機能に含まれている場合、休憩時間（食事時間）には、利用者と一緒に食べる形態をとっている事業所が多い。そこには、利用者とのコミュニケーション・食事のアセスメント・配膳下膳といった業務に分類されるようなことが含まれており、現実的には曖昧になっている。ただ、「権利として労働から離れることを保障されているか」ということが問題となってくる。それは、①業務命令としてシフトに組み込まれているか、②利用者と一緒に食事を摂ることを拒否できるか、③一緒に食事をする際にどれほどの介助が必要か、といったことを総合的に判断して「労働から離れることを保障されている」と判断することになる。

たとえ契約書に記載してあり同意があったとしても、労働基準法13条^{注15}により無効となる。

以上のことから、介護職員が利用者と一緒に食事をする時間が、「食事介助（業務）」なのか「休憩時間内の昼食」かの判断による違いが、今回のアンケート結果に表れたと察する。

しかし、介護の対象は「人」であり、労働内容が不確実性・無定量性を持つことから、労働時間管理に馴染まない性質を内包している⁹⁴。ただこのような場合においては「業種による適用除外⁹⁵」の適用を受けるが、気をつけなければならないことは、あくまでも34

条第2項（休憩時間を一斉に取得）に関してのみである。

労働基準法によれば、利用者と一緒に摂る食事の他に、勤務時間の途中で1時間の休憩時間を確保しなければならないということになる。人数の関係で難しい場合は、「権利として利用者と一緒に食事をしなくても良い」ことを明示するなど、「昼食時間と休憩時間」の扱いについては、雇用する側と介護職員が共通認識のもと、合意をしておく必要があるのではないかと。

3節 1次調査からの考察

1次調査では、「会議・記録の関係図」をもとに7種類の調査を行なった。調査は、「関係図」を細分化して行なったため、調査が終了した段階で、全体について構造的に把握する必要があった。そのため、質と量の両方から考察して浮かび上がってきたことについて、KJ法を用いて統合化した結果、介護の現場において、組織全体としても介護職員個人においても、日常となっている現状を可視化し、そこから得た情報について、活用する能力を向上させることの重要性が構造化され、具体的に課題が可視化された。

1項 システム外へはみ出す労働

「利用者と一緒に食べる昼食は、労働か休憩か」という労使の認識の違いの存在が浮上した。このように管理に馴染まず、曖昧になっている介護内容が現場には存在する。

また、時間外勤務のほとんどが、「記録」に要していること、「バタバタした環境で書く記録は、後で読み直した時、自分でもわからないことがある」といったことから、「記録」することが困難な、ギリギリの勤務状況であり、労働環境ともいえる。

介護のように労働管理に馴染まない性質を有している職種では、その質と効率を両立させることが難しい現場であるといえる。

2項 記録への教育効果

労働管理に馴染まないような現場であっても、介護の質の向上が目指されており、記録の質の向上に努めていることが示された。

開設当初見られていた「入浴拒否」といった一文だけの記録が危機感となり、勉強会を行なうことになった。調査の結果、現在ほとんどの介護職員は、記述（描写）を意識して記録しており、実際の記録の変化として現れていた。その内容は、勉強会の趣旨と実際の

記録の関連性が高いことから、記録の勉強会の効果が現れているといえる。

また、勉強会が終了した後も個別指導を継続したことが、「現場が変わる」ことに繋がったともいえる。

職場教育が意識と実践の変化に繋がったことから、介護のさまざまな場面における質の向上のためには、職場教育が重要ということである。

3項 会議運営の技巧

情報の共有と討論の場として会議が定期的に行われているが、企画者と参加者の認識と課題などが浮上した。会議の討論の質が充実するためには、会議運営が効率的に行われる必要がある。

調査の結果、会議の企画者と参加者間の意識の差異がアンケート調査により可視化されたことで、「時間厳守」「事前に会議の内容を知る」といった準備に関する課題が明らかになった。「時間厳守」「事前に会議内容を知る」といったニーズに気づき、リーダー会議で分析・討論し、「資料は3日前に配布」「開始時間の厳守」が実践の場に還元されたことで、効率的な会議運営に繋がったのである。

以上のことから、会議のPDCAサイクルを活用し、可視化されたことについて討論し、現場に還元し改善に繋がったといった、情報活用能力を向上させることは、現状の改善のみならず、地域ケア会議など様々な会議の応用へと繋げることも可能と考える。

4項 必要なクリティカルシンキング

会議の調査の結果、それぞれの議題について、「問題提起→現状の確認→検討→方向性の決定」といった一定の流れで進んでいた。

また、ほとんどの介護職員は「会議は有効」と自覚しているものの、討論の流れのなかで、「納得していない」「最善ではない」といった決定事項に対する不満、医療情報や別角度からの情報といった多角性のある情報の少なさ、発言の根拠が少ないこと、が明らかになった。このことは、会議が表面だけで流れていると、このような不全感などの問題が潜むこととなり、今回調査を行ったことで、それが可視化されたともいえる。

看護師などからの医療情報や別角度からの情報といった多角的な視点、決定事項に関する十分な合意形成・確認作業、実践の根拠となる感覚・推論・分析・評価に裏づけされた討論、いわゆる専門性・知識・論理といった根拠が保証された「クリティカルシンキング」

を行なった上で、介護過程を展開し、より良い実践に繋げていくことの必要性が、今後の課題として示唆された。

5項 連動不全

情報の共有と連携の手段として、「会議・記録」がある。しかし、会議で話し合われた内容と、実際のケース記録の関連は見出せなかった。描写に中心を置いた記録であるが故に、会議の議案として取り上げた根拠や、実践の根拠となる会議の決定に基づいて行なった介護の「感覚・推論・分析・評価」の記載はみられず、連動不全の状況であるといえる。

6項 要となるリフレクション

情報の共有と連携のためには、利用者の「描写」中心の記録では、正確に情報を共有することは困難ともいえる。介護の根拠が共有できること、すなわち思考過程に関する記述と共有がポイントとなり、リフレクションは記録と会議の前提になるともいえる。

特に介護の対象者に認知障害があり意思疎通が困難な場合は、介護者主体と成らざるを得ない状況もある。このような場合、自分の行なった介護について、客観的に振り返ることができるか否かが大切である。調査の結果でも、「自己決定」では約半数が消極的の回答しており、「利用者中心」でみられた回答の散らばりは、回答する際に迷いが生じた結果と思われる。

調査施設の日常の記録においては、確実に教育の効果は出ており、利用者の「描写」を中心に具体的に記載されてはいたが、「感覚・推論・分析・評価」の記載がないことは、記載されている内容をどう感受するかは人によって異なるため、行なった介護の根拠を共有することを困難にする。

情報の共有と連携ができる記録をするためには、その前提となる「行為の中のリフレクション」「行為のついでのリフレクション」が行われ、その内容が記録に反映されていることが重要であり、今後の課題として挙げられる。

7項 可視化された課題

介護は、管理には馴染まない性質を有しており、質と効率を両立させることが困難な現場といえる。質と効率といったジレンマの中で、個々の介護職員は時間外勤務を余儀なくされたり、業務をこなすことのみ専念することになる。このように、「システム外へはみ

出す労働」であるからこそ、質の低下を招きやすいともいえる。たとえ「システム外へはみ出す労働」をまねく環境であっても、全体としての管理（労働管理、会議運営上の管理、記録様式による管理など）と個人の情報活用能力を向上させることで、現場の質と効率の向上に繋げることが可能と考える。

以上のことから、次の8点が具体的に可視化された。それは、①職場教育は有効である、②「記述・描写」中心の記録は、行なった介護の根拠が曖昧となる、③記録と会議が連動しているとは言い難い現状にある、④会議の討論の質と効率をあげるために、適切な運営が必要である、⑤対象者に認知障害がある場合、「価値」を反映した介護の判断が困難である、⑥「価値・知識・技術」が保障されたクリティカルシンキングを行なうことで、より良い実践に繋ぐ必要がある、⑦労働基準法が労使双方に曖昧である、⑧「記録」に費やす時間がないギリギリの労働環境である。

第6章 2次調査

1節 調査の目的

先の調査では、8点が具体的に可視化されたが、1法人における限定的な調査だった。そのため、調査施設の種類と量を拡大する必要があった。

2次調査の目的は、①職場教育の前後における記録の意識と実践の変化から、職場教育の有効性の再検討、②記録の意識と実践について、使用媒体による違いと資格による違いの検討、③会議の企画・運営を中心とした再検討、④労働環境における休憩・時間外勤務を中心とした現状の再検討の4点である。

2節 実践場面調査

1項 調査の対象

特別養護老人ホーム（A・B・C）、認知症GH（D・E・F・G・H・I）、小規模多機能型居宅介護事業所（J・K）、訪問介護事業所（L）、短期入所生活介護（M）、通所介護（N）に勤務する介護職員233名を対象に調査をした。調査対象施設の介護職員と利用者の概要（資料33）のうち、AとH、BとKとM、CとIとN、DとJは、同じ法人の施設である。

2項 倫理的配慮

佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号 H27-16・H27-51)

3 項 調査期間

平成 27 年 7 月 4 日～平成 28 年 3 月 9 日

4 項 調査方法

1. 1 週間労働調査

筆者に研修依頼のあった認知症 GH 3 か所と訪問介護事業所 1 か所で、1 週間労働調査の承諾を得られたため実施した。調査表は前回の調査と同様の内容(資料 7)で行なった。研修時に記入方法の説明をし、研修 1 か月後に、研修後アンケート用紙と一緒に回収した。

2. アンケート調査

記録に関する意識と実際の記述についてアンケート調査を実施した。1 週間労働調査をした施設は、前回用いたアンケート用紙と同様の内容(資料 6)にした。また、労働調査をしなかった施設については、前回用いたアンケート用紙に労働に関する項目を追加した(資料 34)。

研修依頼のあった 3 施設(認知症 GH 2 か所・訪問介護事業所 1 か所)については、研修前後の変化をみるため、研修前と研修 1 か月後に同じ内容でアンケート調査をした。アンケート内容に、研修前は「研修に期待すること」、研修後は「(関わり方・記録について)研修後に変化がありましたか」項目を追加した(資料 35・36)。研修内容は「認知症ケアについて」である(研修内容の概要は資料 37 参照)。

用紙の配布は調査協力者に依頼し、回収は封筒に入れたアンケート回答用紙を回収ボックスに入れてもらい、後日筆者がボックスを回収した。また、調査施設が遠方の 4 施設については、回収後の郵送を調査協力者にお願いした。

3. インタビュー調査

インタビューは、承諾を得られた 8 施設(A・B・C・D・H・I・K・M)において、調査協力者によって依頼された 24 名を対象に、半構造化個人インタビューを実施した。

調査対象者選定の際には、年齢・経験・資格など多様になるよう依頼した。

インタビューを始める前に、本調査の目的と、IC レコーダーに録音することを説明し、誓約書と同意書を交わした。

本調査におけるインタビュー調査の目的は、アンケート調査の内容を中心に、思いも含めて具体的に把握することである。インタビューは半構造化インタビューのため、事前に質問紙を用意しておき、話しの流れの中で聞いていった。インタビューに要した時間は、一人あたり 30 分～120 分だった。

半構造化インタビューの主な質問項目

1. 記録

①記録する際に大切にしていること、②他の人の記録を見て、行った介護の根拠がわかるか、③記録するにあたって困っていること

2. 会議

①会議の目的は何と考えているか、②その目的が達成される内容か、③参加者は積極的に意見がでてきているか、④意見が特定の人に偏っていないか、⑤決定事項の確認方法、⑥議案書の配布時期とそれは適切と思うか、⑦議事録は皆がチェックしているか。

3. 環境

①日勤・夜勤ともに休憩時間は 1 時間とれているか、②入浴・食事介助の他に時間が多くとられる業務は何か、③ボランティア労働を含む時間外の頻度と内容、④今の自分の職場環境で改善点など希望はあるか。

5 項 調査結果及び分析

1. 記録する際の意識と実践

アンケート用紙の回収は 214 例（回収率 92%）だった。「記録」が明記されていた 192 例（回収率 82.4%）を分析対象とした。分析は、リフレクティブな実践過程である「記述・描写」「感覚」「推論」「分析」「評価」「アクション・プラン（A・P）」6 過程に、「目的」「内容」「結果」3 項目を加えた 9 項目について行なった。

意識調査は、ヒストグラムから 2 群とも正規分布の仮定ができなかったため、対応のない 2 群間の差の検定として、ノンパラメトリック検定である Wilcoxon 順位和検定⁹⁶を用いた。Wilcoxon 順位和検定では、観測値を順位に置き換える順位尺度を利用するため、外れ値の影響を受けにくいという利点がある。有意水準は両側 5%とした。また、9 項目ごとに、順位の分布をみるため棒グラフを作成した。棒グラフの縦軸は%、横軸は 1 位～9 位を示している。

実践している記録内容については、実際に記録している人の差をみるため、カイ 2 乗検定をした。有意水準は 5%とした。

2 群間の比較検討は、資格による比較として「介護福祉士とその他」、記録媒体による比較として「パーソナル・コンピューター（以下、PC）と手書き」について行なった。

また、「PC と手書き」のように、入力する手段や場所などの環境により結果の差異が予想される事項については、個人インタビューから得た情報も参考にした。

(1) 介護福祉士とその他の比較

アンケート調査の結果から、国家資格である介護福祉士とその他で比較検討した。その他とは、初任者研修（ホームヘルパー2 級）・実務者研修（ホームヘルパー1 級）・無資格者など介護福祉士以外の全ての介護職員のことである。

1) 記録する際に意識していること（資料 38・39）

記録する際、「記述・描写（以下記述）」「内容」については、有意差はみられず、分布においても 2 群とも上位に位置しており、資格にかかわらず意識している職員が多かった。

「目的」「内容」「結果」は、介護福祉士が多く意識しており、上位に分布していた。

「評価」「結果」では、介護福祉士が有意に多かったが、「評価」は下位に多く分布しており、「結果」では上位に分布が見られた。

「記述」「感覚」「推論」「分析」「A・P」「目的」「内容」には有意差はなかった。

しかし、「感覚」「分析」では有意差はないものの、分布の上位において、その他が介護福祉士より多かった。

2) 実践している記録内容（資料 40・41）

「結果」の記載で、介護福祉士が優位に多かった。

結果以外では有意差はなかったが、「記述」の記載は、資格に関係なく約 9 割が実践していた。また「目的」の記載は、介護福祉士に多くみられた。

3) 記録する時に意識していることと実践との関係

「記述」「内容」「結果」については、2 群とも意識しており実践に移されていたが、そのなかでも「結果」では、介護福祉士が意識・実践ともに有意差がみられた。また、「目的」

でも介護福祉士の意識は上位に多くみられ、かつそれを実践に移してしていたことから、介護福祉士は意識して目的ある介護を行い、行なった介護の結果について確認していることがわかる。

「感覚」「分析」について記録する際の意識では、その他が介護福祉士より多くみられた。その他は認知症 GH に多かったことから、彼らは、関わりの中で感じたことに基づいて行動しているとも推察された。しかし、記録への記載については実践には移されていなかった。

(2) PC と手書きの比較

ケース記録の媒体として PC 入力と手書き入力の際の意識と実践について比較した。PC を使っている施設は、A・B・G・H・I であり、その他は紙媒体の手書きである。

A と H は同じ法人である。

1) 個人インタビューから

PC は機種や導入方法により、介護職員個々の作業が異なるため、インタビューで得た情報から記録媒体に関する内容を抜粋した。

A・G は、各階に 1 台ありタブレット（手帳型）が 3 台ある。PC は、スタッフルームに設置されている。ケース記録の文章入力は、入力専用の職員（パート）の「入力係」が担当している。入力係は、「日誌（手書きのメモのようなもの）」の文章を入力している。入力係を設けた理由は、PC が苦手な職員は入力に時間がかかるため、その時間を利用者サイドの業務に回して欲しいとの理由からである。排泄・飲水などチェック項目は、介護職員が手帳からチェック表に入力する。手帳でも文章入力是可以するが、手帳を開いて書くより手書きのほうが時間的に早いので使うことはほとんどない。その日の変化など伝達事項は、「日誌（手書き）」に記入しており、すぐに書けて見ることができるといった利便性から、日々の業務については、日誌で十分に事が足りているというのが現状であり、PC はデータ保存と監査対策のためと考えている職員が多かった。また、PC 入力が出来上がるのが翌日以降なので、入力係が入力した内容の確認には至っていない。PC 入力が得意であっても、作業をスタッフルームで行なう必要があり、その間利用者の見守りができなくなるため、「入力係」に任せているのが現状である。PC は、担当者が月 1 回プリントアウトする時と、事故報告書作成時に開く程度で、日々の業務で活用されているとは言い難

い。本調査においても、「日誌」を「ケース記録」と思っている職員が多く、アンケート調査では、年齢・経験に関係なく「日誌」について回答した者が55%いた。

Bは、4ユニットで1台を交代で使用している。詰所にも1台あり使うことはできるが、行きにくいとの理由から、1台を譲り合いながら使用していた。ケース記録の記入は、3時間以上空けないという決まりがある。日常の介護や申し送りは、「申し送り簿（手書きのメモのようなもの）」が中心になっていた。詳しく知りたいときに、後からPCを開いて見る職員がいる一方で、起動に時間がかかるとの理由から全く開かない職員もいた。ケース記録を見なくても業務に支障がないため、「申し送り簿」のみで介護業務を行っている。申し送り簿に書かれていることが、「ケース記録」に反映されておらず、必要なことが抜けていることがある。また、コピー・貼り付けが多く、状況が分かり難い記録がある。B施設では、各ユニットに「記録係」がいて定期的にチェックしている。必要時は指導が入る。「ケース記録」に状況を細かく書くと、「ヒヤリハットじゃないか」と言われ、別の用紙（インシデント記録）が増えるので、さらっと書いてしまうことが多くなる。記録が増えるということは、定時でタイムカードに打刻することになっているので、ボランティア労働が増える結果になるからである。PC入力では、3行（120字程度）以上になると別操作が必要になるため、3行でおさまるように簡単に書いているのが現状である。他職種の記録については開いて見ることはほとんどない。

Gはエクセルを使用し、介護職員がその日にあったことをメモして管理者に渡し、管理者が「ケース記録」への入力を全てしていた。

Iは職員が作成したエクセルを使用している。日々の業務は担当者が「雑記帳（手書きのメモのようなもの）」に書くことになっているが、抜けていることが多い。雑記帳に記載してあることを、「日誌係」が日誌（PC）に書き写す。日誌係は16:30～17:15に入力することになっており、その間は介護業務をしなくても良いことになっている。ケース担当者は、毎月10日迄に日誌からケース記録（手書き）に写し変える。結果として同じ内容を3回（雑記帳・日誌・ケース記録）写し替えていることになる。

PCを使用している5施設全てにおいて、手書きのメモのようなものが存在し、日々の業務はこの手書きのもので行っていた。また5施設のうち4施設が、入力する人が別に存在していた。

2) 記録する際に意識していること（資料42・43）

「記述」では、PC 入力と手書きともに意識している者が上位に多く見られ有意差はなかった。「感覚」「推論」「分析」では有意差はなかったものの、手書きが上位に多く分布していた。「内容」「結果」は、有意差はなかったものの上位で PC 入力が多く分布していた。「目的」「評価」については、PC 入力が優位に多かった。「記述」「感覚」「推論」「A・P」「結果」には PC 入力と手書きで有意差は認められなかった。

3) 実践している記録内容

カイ 2 乗検定の結果、「記述」「感覚」「推論」「分析」「評価」「A・P」「目的」「内容」「結果」すべてにおいて、PC 入力と手書きで有意差はなかったが、「感覚」「推論」「評価」「A・P」といった介護の根拠になる項目については、手書きが PC より多い傾向にあった、

4) 記録する時に意識していることと実践との関係 (資料 44)

記録する際に「評価」「目的」の意識が PC で有意差があったにもかかわらず、記録では実践されていなかった。

介護職員が日常意識していて実践していることは「記述」「内容」「結果」であり、特に利用者の状況といえる「記述」については意識・実践ともに 9 割を占めていた。個人インタビューの中でも「利用者の状況は細かく書くようにしている」「その時の状況がわかるように利用者の言葉・表情を具体的に書くようにしている」との言葉が多数聞かれたことから、介護職員の伝えたい情報は利用者の状態（記述）であり、そのために他者に情報が正しく伝わる工夫を日常的にしていることが伺える。

また、意識と実践の有意差はみられなかったが、手書きでは「感覚」「推論」「分析」が PC 入力より多く意識されており、また実践においても「感覚」「推論」「評価」「A・P」が若干ではあるが PC より多く実践されていた。この「感覚」「推論」「分析」「評価」「A・P」は、介護の根拠ともいえる部分である。先に述べたが PC 入力の 5 施設のうち 4 施設が入力を別の人が行っていた。担当者はノートやメモのようなものに必要事項を簡略化して書いたり渡したりする。その書かれたものを見て、別の人が PC のケース記録に入力する。また自分で PC に入力したとしても字数との関係から簡略化して入力しているといった現状から、実践の根拠を記載する環境にないことが伺える。一方手書き記録をしている施設職員のインタビューの中で、「文章を書きながら振り返ることができる」との言葉が聞かれたことから、手書きの記録では、「考えながら書く」「書きながら考える」といった思

考力を高めることに繋がり、手書きにおける「感覚」「推論」「分析」が PC より意識・実践ともに多い結果に繋がったのではないかと考える。

2. 現在使用しているケース記録に関する介護職員の所見

A・B・C・H・I・K・M で行なった調査の結果である。A・B・H・I は PC 入力によるケース記録、C・K・M は紙媒体の手書き入力である。アンケート調査の項目は、①記録に要する時間、②ケース記録の媒体、③現在使用しているケース記録について、良いと思うところ・不便と思うところ・ケース記録に望むことについて聞いた。①記録に要する時間については、ケース記録を日誌・雑記帳と思って記入していた職員数が多かったため、有効回答にすることはできなかったため、インタビューで語られたことを参考にした。調査結果は、ケース記録の媒体を PC と手書きに分けて、それぞれについて、良いと思うところ・不便と思うところ・ケース記録に望むことについて記した。また、意味内容で重複しているところは一括した。

(1) PC 入力のケース記録

ケース記録は PC を使用しているが、アンケート回答の内容が、手書きのもの（日誌・雑記帳など）について記載してあるものは除外した。

1) 良いと思うところ

「どのユニットでも使用でき、他のユニット情報を把握できる」が、ユニットケアを実施している施設で 22 名いた (B)。その他として、すぐに情報の入力・確認ができる (B)。時系列で比較しやすい (B)。改めて現在の介護・利用者の状況を見直し、次の目的を考えることができる (A・H) があつた。

2) 不便と思うところ

他の人が使っている時は入力できない (B)。起動に時間がかかるので、ほとんど開いて見ることはない (B)。保存期間が決まっている (B)。場所が固定されているのですぐには使用できない (B)。台数が少ない (B)。たくさん書き難い (B)。タイトルと様子が分かれていないので見にくい (A)。PC の内容はタイムリーに確認できない (A)。同じことを何度も書かなければいけないので時間が採られる 10 名 (I)。業務の負担になっている (I)

だった。

3) ケース記録に望むこと

PCに関することと、記録内容に関することがあげられていた。PCに関することは、入所者のデータベース化ができるツール・同時入力できる・PC台数を増やす(B)、すぐ確認できる・PCのタブレット化・確認しやすいよう見やすいほうが良い(A・H)、PCに入力したことは1度で済ませたい・チェック項目を増やして時間短縮(I)だった。

記載内容に関することは、誰がみてもわかる書き方の工夫(A・B・H・I)と全ての施設で記載されていた。

その他の希望として、記録で残るときの時間外手当の保障(B)があげられていた。

(2) 手書きのケース記録

1) 良いと思うところ

紙なので、いつでも見られる・いつでも書ける・利用者を見守りながら書けるという意見が多かった。また「手書き」ということから、書きながら振り返ることができる・書くことで覚える・書いた字からその時の職員の気持ちかわかる・記録を書いた達成感がある・ご家族が見た時に、機械的なものより気持ち的に違う気がするなど、思考や感情に関する有効性があげられていた。

2) 不便と思うところ

読みにくい字・誤字・脱字があり読みにくい。文章力の問題・回りくどい言い方から理解しにくい。間違いが多いと印鑑だらけになってしまう。書くのに時間がかかる。量が多い時は大変。紙の量が多くて整理するのが大変。利用者の状態を書くことに追われて、振り返りまでいっていない。が主な内容だった。

3) ケース記録に望むこと

「特にない」が多かったが、次に多かったのは「他の人が読んでわかるように書く」だった。書くものが多いので、PCで一元管理にして欲しいとの意見も聞かれた。また、ケース記録での残業は、時間外手当を請求したい(C)といった意見もあった。

(3) PC入力と手書きの比較

利便性は、PCの機種にもよるが、情報の共有がしやすいことにあるといえる。手書きはいつでも書けることと、「書きながら考える」「考えながら書く」といった思考・感情と連動していることがあげられる。

不便なこととして、PCについては起動時間がかかる・台数不足・設置場所などであり、手書きは読みにくい字や文章だった。

望むことは、PC・手書きともに「誰がよんでもわかりやすい記録」が多かった。また、記録の時間外請求がしにくい現状にあることも示唆された。

3. 会議におけるケース記録の活用

事例検討のための会議（以下、ケース会議）については、アンケート調査とインタビュー調査の記録部分の抜粋を加えた結果となっている。

調査施設におけるケース会議は、日勤時間帯で時間を決めて（30分）行なう会議と日勤終了後に行なう会議（2時間程度）の2種類があった。いずれも月1回行われている。

アンケート回収は214例(92%)で、記録の活用について明記されている192例(82.4%)を対象とし、「思う」「概ね思う」「やや思う」「思わない」の占める割合をグラフで示した（資料45）。また、自由記載の記入は103例（48%）あったが、重複している内容については一括して項目ごとに整理した（資料46）。

「思う」「概ね思う」は60%あり、そう判断した理由として「問題点の把握」「事故対策・議案書・プランなどの書類作成」をあげていた。その一方で「記録が充実していれば活用できる」といった意見も数名あった。

約40%が「やや思う」「思わない」としており、その理由として「会議の時間が短い」「会議では、口頭で把握している」「記録は日々のカンファレンスで活用している」「記録の内容からは活用し難い」とあげていたが、「記録を充実させて活用すべき」との意見もあった。

「やや思う」「思わない」の合計は78名いたが、そのうち会議が日勤時間帯で30分といった短時間で行っている2施設の職員が約半数を占めていた。「思う」と回答した人数は全体で42名いたが、この2施設では12人だった。その理由として「会議で使うための資料作成時」をあげていた。インタビューでは、各担当者が作成するケース記録（会議用）を基に会議の討論が行われるが、ケース記録が細かく書かれているといった理由から、質問や意見が出されることは少なく、また時間に限りがあるため、ほぼ担当者が作成したケ

ース記録通りになっている現状にあった。

4. 教育の効果

筆者に研修依頼のあった E・F・M について、研修前と研修 1 か月後に同じ内容でアンケート調査を行い、意識と実践の変化について比較検討をした、

次に研修委員会が中心となって取り組んでいる施設 (A・H) の研修内容から、高校を卒業した新人 (無資格) を計画的な研修で時間をかけて取り組んでいる実態について、研修担当者・本人及び他介護職員のインタビュー結果から検討した。A・H は同じ法人である。

(1) 研修前と研修後のアンケート調査から

アンケート結果の分析は、研修前 43 例 (回収率 81%)・研修後 38 例 (回収率 72%) で行なった。リフレクティブな実践過程である「記述・描写」「感覚」「推論」「分析」「評価」「A・P」6 過程に「目的」「内容」「結果」3 項目を加えた 9 項目について分析した。

意識調査は、ヒストグラムから 2 群とも正規分布の仮定ができなかったため、対応のない 2 群間の差の検定として、Wilcoxon 順位和検定を用いた。有意水準は両側 5%とした。また、9 項目ごとに、順位分布をみるため棒グラフを作成した。棒グラフの縦軸は%、横軸は 1 位～9 位を示している。

実践している記録内容については、実際に記録している人の差をみるため、カイ 2 乗検定をした。有意水準は 5%とした。

1) 研修前と研修後 (資料 47・48)

研修前と研修後における記録する際に意識している事では、研修後に「感覚」が優位に多かった。「記述」「推論」「分析」「評価」「A・P」「目的」「内容」「結果」では有意差は認めなかった。分布では、「感覚」の意識が 2 位・3 位に多くなったこともあり、「目的」「内容」「結果」が後方に移動することとなった。

認知症 GH の研修だったため、介護者に対応の困難を招く BPSD の場合、現在表出している症状を、その場で関わっている介護職員がどのように感受して判断したのかといった、行なった介護の根拠を共有する必要がある。なぜなら、同じような症状であっても、「いつものこと」と受け取るのか、もしくは「今回の症状が起こる理由があったのか」「いつもの

症状だが、なんだかいつもとは違う気がする」のように、「症状の捉え方」が、関わっている介護職員個々により異なる可能性があるからである。その時に感じたことや考えたことは、その後の介護行為に直接反映されてしまうため、介護の根拠となった「感覚」「推論」「分析」を他の介護職員に伝える必要性を研修に取り込んだことが、研修後に「感覚」が有意に多い結果に繋がったと考える。

2) 実践している記録の内容 (資料 49)

カイ 2 乗検定の結果、「記述」「感覚」「推論」「分析」「評価」「A・P」「目的」「内容」「結果」すべてにおいて、研修前と研修後で有意差はなかった。しかし、実践の割合をみると、記録する際の意識で有意差がみられた「感覚」は、約 15%が研修前より多く記録が行われていた。また、僅かではあるが、「分析」「評価」の記載にも変化がみられた。

3) 研修後アンケート自由記載より (資料 50)

研修終了 1 か月後のアンケートでは、「関わり方と記録について、研修後変化がありましたか」とその理由の自由記載を用紙に組み込んだ。研修後アンケート回収は 38 例 (72%) だった。その中で変化の記載のあったのは 25 例 (65%) で、内訳は、思う (7 例)、概ね思う (7 例)、やや思う (9 例) 思わない (2 例) で、理由の記載があったのは 11 例だった。

内容が重複しているものは一括してある。また、表中の文章は、記載者の表現をそのまま使用した。

研修の効果として、自分の現状に関する気づき・新たな知識の気づきがあることが示唆された。日常となっている介護行為が、自分の中で可視化され、そこに新たな知識が導入されたことで、次の行為の変化に繋がったといえる。

(2) 職場における研修の取り組み

1) 研修担当者のインタビュー

研修委員が年間計画をたて、計画表を 3 月中旬に全職員に配布している。内容は介護技術・J 学習会・その他のテーマが毎月組み込まれている。介護技術はバイタル測定・移乗・食事介助・入浴介助などである。その他のテーマとは、年度により大切と思われることをあげている。因みに H27 年度は、食中毒予防・熱中症予防・虐待防止・セクハラ防止・看取り介護・感染症予防・危機管理・褥瘡予防だった。J 学習会とは、高校を卒業した新人

介護職員が対象で、対人マナー・電話の取り方・休みの取り方・連絡方法・目標の立て方など全て1から教育している。この取り組みは7年前から始まった。いずれは介護職員不足がくることを予測し、無資格の高校卒業者を採用し、施設内での教育に取り組んでいる。夜勤に入るまでは、月単位（1か月後・2か月後・3か月後）で、効果測定（評価項目にチェック）し、次の段階（夜勤）に入れるか否かを評価している。夜勤は、ベテランまたは教育担当者と一緒にいる。ほぼ半年は、つきっきりで指導をしている。3年後の介護福祉士国家試験の受験を目標としており、実技試験の前には実技指導なども行っている。

2) J学習会を経験した介護職員のインタビュー

以下は、ICレコーダーに録音されている内容からJ学習会に関する会話の抜粋である。高校を卒業後、介護の資格がない状況ですぐに就職した場合、知識と技術不足は否めない。

研修担当者が作成した計画に則り、1年間計画的に接遇から始まり知識・技術の習得に至るきめ細かな教育を、職場全体の協力のもと行っている。目に見えて成長していく様は、本人のみならず周囲の者も感じている状況がインタビューの中で語られた。

また、不安のある中で就職活動をする者にとっても、教育期間の長さはAさんが語ったように、就職を決める要因にもなっている。昨今の介護職員不足問題の解決の一助になるのかも知れない。

Aさん

高校を卒業して、すぐ働いて技術を習得することができた。ここは6か月間びっしりと指導者がついて教えてもらえると聞いていたので、何もわからなくても大変だと思ったことはなかった。全く知らないので、見て覚えることは無理だと思った。まず細かいことまで教えてもらって、その後から先輩の技術を盗んで身に付けた。教育期間が長いことと、たくさんある施設の中で離職率が低かったことが、就職を決めた理由だった。

Bさん

接遇などを教えてもらって、考え方とかがわかってくると、高校とは全然違うと思った。自分は技術研修は最近出ていないが、新人で研修を受けた人達をみていると、現場としてはやりやすくなったと思う。

Cさん

技術研修は、ここに来た当初は受けていたが、最近は受けていない。新人の子が多く受けている。食中毒などテーマのあるものは、全員が受けていて学ぶことも多い。

新人の子（高校卒業後就職した新人職員）が、研修を受けた後、オムツの当て方がグチャグチャだった子がきれいになっていたのは、目に見える変化として感じた。

産休明けで1年後に見ると、技術は勿論だが接遇も含めてすごく変化していた。

Dさん

リーダーとして研修を受けた人たちをみると、現場業務全体がやりやすくなった。

3) アンケート調査とインタビュー調査から

勉強会で記録の取り組みをした認知症 GH・研修前後における記録の意識および実践調査・J 学習会の変化から、職場教育の効果があることが示唆された。職場教育は、職場もしくは本人のニーズに応じて行われること、研修内容が現場に即して行われること、個々の経験により段階的な研修が用意されていること、がその要因と考える。J 学習会については、本人だけでなく周囲がその効果を認識していた。

5. 会議の実態

先にも述べたが、開催時間で2種類の会議が存在した。「日勤中に30分で行われる会議」と「日勤終了後に行われる会議」である。其々について、「議案書」「会議録（議事録）」「討論の参加状況」を中心に、アンケート調査とインタビュー調査から得た結果である。

(1) 日勤時間帯で行われる会議

日勤時間帯での会議は特別養護老人ホーム（A・B）で行われている。会議の行われる時間は、午後から30分程度であるが、時には40分位になることもある。参加者は、いずれの施設も日勤者であり、勤務外の職員は任意での参加となっているため、参加している職員はほとんどいない。また、A施設は契約・パート職員は参加しない仕組みだが、B施設は全員が参加している。

管理者のインタビューでは、日勤時間帯で会議を行なう理由について、「職員が参加しやすい（負担が少ない）」「時間に限りがあるためダラダラしない」、30分という時間につ

いては、「会議の前にカンファレンスなどで状況は把握しているので、30分で十分」と語られた。

1) 「議案書」について

A 施設は介護支援専門員が立てたケアプランで討論を行なうため、事前配布はないことが多く、当日口頭で知らされる。B 施設は、各担当者が個別ケースの経過を記した資料を作成し、基本は1週間前に事前配布することになっているが、3日前になることもある。

インタビューでは、A 施設介護職員からは「事前に話し合う内容を知りたい」「事前にわかることで、記録に目を通すなど事前準備ができる」の意見が聞かれた。また B 施設介護職員からは、「1週間前の資料配布は準備ができるので適切だと思う」といった意見があった一方で「資料は事前に配布されているが、目を通して人はほとんど居ないと思う」といった意見も聞かれた。また、会議の目的については、「情報の共有」「色々な意見を出し結論を導き出すところ」と A・B 施設ともに語られた。

2) 「討論」について

日勤時間帯 30 分といった限られた時間であることから、「意見はほとんど出ない」「これで良いですかといった流れで進行している」「一部の人の意見で決まってしまうが、時間が足りないから仕方ない」「話し合う事例は問題のあった人についてのみで、後は書類で各自が確認することになっているが、これで良いのか疑問が残る」「会議が表面で流れているので、もっと深めた討論が必要」「時間の関係上結論まで話し合うことができず、後日会議録などで確認することになっている」「進行が速く、意見を出す雰囲気がない」「確認だけで終わることが多い」といった、討論時間の少なさについて全てのインタビュー対象者から聞かれた。その一方で「討論できるできないは別として、自分としては負担が少ないからこの方法に満足している」が1名いた。

B 施設の小規模では、インタビューした2名が共に活発に意見が出ているとしていた。同じ法人ではあるが、小規模では、会議開始時間が14時からというのが決まっているだけで、終了時間の設定がないため、15時過ぎになることもある。しかし、業務の関係からほぼ1時間位で終了するようにしているとのことだった。

会議時間と関係がないと思われるその他の意見として、「経験ある人の意見は参考になる」と数名があげていた一方で、「参加している（座っている）だけの人がいる」「経験のある

人の意見の後では、意見を出し難い」「皆の前で意見を言うのは苦手だから言わない」「資料と一部の人の強い意見で決まってしまう」といったことも聞かれた。

いずれの施設も、ケース会議は短時間で行われているが、常に情報交換はしているとのことだった。申し送り後のカンファレンスなどで、その都度話し合いは行われていた。そこで話し合い決定したことは、手書きの「申し送り簿」「日誌」などに残している。しかし、残されたものが後々まで周知されているかといえ、疑問が残るとの言葉もあった。

3) 「会議録」について

いずれの施設も見たらチェックすることになっている。しかし、「チェックのみして見ていない人も」「全員は見えていない」「いつまでもチェックがされていないことがある」といった言葉がほぼ全員から聞かれた。

決定事項の確認の有無は「していないように思う」「していたと思う」と不確かな状況だったが、討論内容と会議録内容の差異については一致していると全員から話された。

しかし、会議録のフォーマットは両施設ともないため、書く人によって内容や量が異なるとのことだった。

(2) 日勤終了後に行われる会議

インタビューをしたのは、C施設（特別養護老人ホーム）とI施設（認知症GH）である。C施設とI施設は同じ法人である。ケース会議は、月1回18:30から2時間の予定で行っている。時間外手当の対象になっている。

1) 「議案書」について

C施設では、担当者が作成した「ケース記録」が会議の資料となるが、事前配布はあったり、なかったり様々であるが、当日配布が多い。「ケース記録」は、会議前に時間外で各担当者が作成するが、その作業時間の時間外手当は請求していない。I施設では事前配布はしておらず、当日、介護支援専門員が立てたケアプランを1人ずつ読み上げた後、モニタリング中心の討論に入る。以前は1週間前に配布していたが、結局会議当日に読み上げるので、事前配布は辞めたとのことだった。

C施設・I施設ともに、議案書の当日配布、若しくは配布をしないことについて、「普通、会議の前に配ることになっているんですか？」と疑問すら抱いていないと思われる質問も

あったが、現行で特に問題はないとのことだった。

2) 「討論」について

C施設・I施設ともに、6名中5名が、活発に意見が出ているとしていた。またC施設では、会議運営がフロアーにより異なっている。2階フロアーでは全員が輪になって討論する。休みの人は出席しなくてよい。議題によっては、発言しない人もいるが、皆の意見を聞きたい時はあてると意見を出している。3階フロアーは3つの小グループに分かれて討論し、最後に発表する方法をとっている。休みの人も出席することになっている。小グループなので、意見が出しやすく討論は活発に行われている。

3) 「会議録」について

C施設2階フロアーでは、話しの中では介護の方向性は出ているが、決定事項の確認はしていない。しかし、話し合った内容と会議録との差異は特にないとのことだった。3階フロアーは、グループで発表したことが会議録に書かれるため、内容は一致しているとのことだった。

I施設では、決定事項はそのつど確認をとり、ケアプランのモニタリング表に後日入力している。変更点は、赤字にして変更部分がわかるようにしている。そのため会議録は簡単にしか書かれていず、詳しい内容はモニタリング表で確認することになっている。

会議録は、休憩室にファイルに閉じて保管しており、読んだら印鑑を押すことになっているが、読み忘れて時間が経ってしまった時には、読まずに印鑑のみ押すこともある。また、読まずに印鑑のみ押す人もいるとのことだった。

(3) 会議の開催時間の違いによる比較

日勤時間帯と就業後に行なう会議について、インタビューの結果から、行なう時間帯が問題なのではなく、30分という短時間で行なう会議について疑問視している意見が多く聞かれた。

効率良い会議運営のため、事前に資料は用意してあるものの、意見はほとんど出ないという実態があった。また、参加者からは、もっと掘り下げた討論をしたいといった希望も聞かれた。時間の関係上、討論に取り上げる事例に限界があり、取り上げなかった事例については、資料を読むことで情報を共有することになる。

B 施設では、会議を日勤時間帯で行っているが、特別養護老人ホームは 30 分、認知症 GH では時間設定はないが 1 時間程度と会議に要する時間に違いがあった。活発な討論については、特別養護老人ホームの方はほとんど意見が出ないのに対して、認知症 GH では活発に討論が行われていた。

日勤後に行われる会議については、意見を言わない人も時にはいるが、当てるなどして全員の意見を吸い上げていることがわかった。

いずれの施設も企画者・参加者共に会議の目的は、情報共有と色々な人の意見を聞くということがあげられていたが、短時間で行なう会議では、後者の目的について疑問が残る結果となった。

「議案書」は、短時間会議では必須であり、事前に目を通しておく必要がある。B 施設では 3 日前には配布していたが、A 施設では当日口頭で行われていた。事前配布をしていた B 施設であっても、会議に要する時間が短いことから意見があまり出ていなかった。「議案書」そのものが存在しない施設においては、無いことについて、参加者は疑問すら感じていなかった。また、会議の資料として事前に用意するケース記録などは、担当者によって作成されるが、無償の時間外労働で作成しており、かなりの時間を要していた。「資料の通りです」と淡々と会議が進められることが多いといったことから、この資料が討論の代役になっていることは否定できない。

「会議録」は、いずれの施設もフォーマットは存在せず、書記の裁量に任されているため、記載されている内容は書く人により異なっていた。また、全ての施設において、読み忘れ、読まずにチェックのみする人が存在した。

6. 労働環境の実態

1 週間労働調査 D・E・F・G・J・K・L (70 例・回収率 81%)、アンケートによる労働調査 A・B・C・H・I・K・M・N (143 例・回収率 89%)、インタビュー調査 A・B・C・D・H・I・K・M (24 名) からの結果である。

(1) 勤務体制など

入所型施設では、いずれも日勤は休憩時間 1 時間を除く 8 時間、夜勤は 2 勤務分である。夜勤では、施設によって 14 時間～18 時間といった幅が見られた。休憩室がない F は、休憩時間 1 時間を引いた勤務の対応をとっていた。

正職員の比率は、A (75%)・B (95%)・C (85%)・D (87%)・E (0)・F (33%)・G (87%)・H (87%)・I (78%)・J (80%)・L (17%) だった。E は全員が契約職員だった。法人別では、E (医療法人)・F (民間)・G (民間)・L (民間)・A・B・C・D・H・I・J (社会福祉法人) であり、経営主体が異なっているものの、全体として見た時、社会福祉法人に正職員率が高かった。

介護福祉士資格所有率は、A (44%)・B (70%)・C (76%)・D (66%)・E(5%)・F (2%)・G (60%)・H (60%)・I (66%)・J (80%)・K (28%)・L (53%)・M (37%)・N (71%) だった。A は、高校卒業後の無資格者の教育をしている関係から低い結果になったと思われる。全体でみたとき、社会福祉法人に介護福祉士資格保有率が高い傾向にあった。

(2) 休憩について

各施設とも、日勤時間帯の休憩時間は1時間と設定していた。しかし、認知症 GH である D・F・G と小規模 J は、利用者と一緒に食べる食事時間を差し引いた時間を休憩時間と計算しており、D・J は食事時間 30 分を引いた 30 分が休憩時間、G は食事時間 15 分を引いた 45 分を休憩時間としていた。また、F は休憩場所がないことから、休憩時間分の 1 時間を短縮勤務としていた。

日勤時間帯に1時間連続で取れている介護職員は次の通りだった。分母はアンケート項目の回答者数、分子は取れている人数である。A (38/43)・B (10/41)、C (20/26)・H (3/6)、I (3/11)・K (1/6)・M (2/4)・N (3/6) だった。1時間連続で休憩時間が確保されている介護職員は 56% だった。ただ、その中には、休憩場所がなく休憩時間に業務をしているといった、休憩とは思われない項目も含まれていた。

休憩場所については、ほとんどの施設は確保されており、利用者と別空間で自由に過ごすことが保障されていた。休憩室がない F は、先に述べたように1時間の勤務時間短縮の対応をしていた。小規模 K と短期入所 M も休憩室がなく、休憩場所として自家用車通勤の人は自分の車の中で過ごしていた。それ以外の職員は、利用者と一緒に過ごすこととなり、休憩時間に利用者対応や電話対応をしていた。

1時間取れていないと回答した職員の理由は、電話対応、館内待機、業務、業務の後片付け、打ち合わせ、記録があげられており、特に多かったのは電話対応と業務及び記録だった。

夜勤については、2勤務分なので本来2時間の休憩が必要である。1時間以上休憩がと

れている施設は、A（特別養護老人ホーム）・C（特別養護老人ホーム）・E（認知症 GH）・H（認知症 GH）のみだった。A と H は同じ法人である。A・H は、遅出が帰る 21 時迄に夜勤者は 1 時間の休憩をとることになっており、それ以降は状況に応じて休憩をとることになっている。C は約半数が交代で 1 時間の仮眠がとれていた。E は、以前は曖昧な状況だったが、医療法人である本部の指導が入ったため、0 時～2 時の 2 時間休憩をとることになっており、その間に仮眠をとっていた。その一方で、「夜勤の仮眠は禁止している」といった施設もあった。

他の施設は、小刻みの休憩を合計したら 1 時間位が約半数、取れない・約 30 分が約半数という結果になった。

以上のことから、夜勤時の休憩は、施設で何らかの取り決めをしている場合、取得率が高いことが示された。

(3) 時間外勤務について

1) アンケート調査から

A・B・C・H・I・K・M・N のアンケート調査の結果である。直近 1 週間の時間外勤務記載者は 77 例（53%）、時間外手当請求の記載者は 117 例（81%）だった。

直近 1 週間の時間外勤務の時間の内訳は、30 分以内（8 例）・30 分～1 時間（10 例）・1～2 時間（12 例）・2～3 時間（12 例）・3～4 時間（8 例）・4～5 時間（4 例）・5～8 時間（17 例）・9～10 時間（5 例）・15 時間（1 例）だった。

時間外手当の請求については、請求する（44 例）・請求しない（38 例）・請求する環境にない（35 例）だった。約 6 割が請求していない結果だった。請求すると記載してあった職員のうち、30 分以上で請求（12 例）・1 時間以上で請求（5 名）と書かれていたが、請求内容は、決められた会議や施設から時間外勤務の要求があった時がほとんどだった。また、事前に申し出ることになっている 2 か所の法人では、請求しない・請求する環境にないが回答者の 9 割を占めていた。

時間外勤務の内容（複数回答）では、記録（99 例）・後片付け（90 例）・会議・打ち合わせ（50 例）・業務（19 例）・掃除（2 例）だった。

2) インタビュー調査から

直近 1 週間の時間外勤務時間については、時間外請求をしている時間の記入と解釈した

職員もおり、実際にはかなりの人数が時間外勤務をしていることが判明した。調査対象者にボランティア労働も含むことを説明し、一部訂正が行われた。また、定時になったらタイムカードに打刻することになっている施設では、ほとんどの職員が残っているにもかかわらず、帰っていることになっているため、記載すること自体に迷いが生じ、そのため無記入者が増えたとのことであった。また、業務であるにもかかわらず、「皆がしているから」と疑問も抱いていない職員も数名いた。例えば、職場から日にち指定で言われる利用者の日用品（衣服など）やお誕生会のプレゼント等の買い物は、通勤時や休日に行っていた。買い物に要する時間は1~2時間だった。

時間外手当の請求について、「請求しない」主な理由として、「皆がしていないから」「事前に紙に書いて申し出るのが面倒だから」「担当の記録とかは自分の問題だから」「早く帰るよう言われている」「時間外というのは急にでるので事前請求はできない」「事故報告書の作成は自分がしたことだから」「今までしていないので、請求の仕方がわからない」だった。「請求する環境にない」の理由は、「請求できる雰囲気でない」「事前に申し出ても認められないと思う」「以前に請求したら、他の人は時間内に終わっているのにとわれ、それ以降は請求するのをやめた」「パートなので、請求することで上限枠を超えてしまう（この方は週10時間以上時間外勤務をしていた）」「終わらないのは個人の能力の問題とされてしまう」「タイムカードをきってしまうので意味がない」だった。

時間外勤務の内容では記録が多かったが、その中でも会議のための「ケース記録」作成と、毎月締切日が決まっている施設のケース記録作成が特に多かった。次に多かったのは「事故報告書」の作成だった。勤務時間内では作成する時間の確保が難しいため、時間外で作成するしかない現状にあるが、いずれも時間外手当の請求をしている職員は皆無だった。日々の業務に追われ、記録の記載・後片づけ・翌日の準備は後回しになり、勤務後に行なう職員が多かった。

また、「1日の中で、入浴介助・食事介助の他で時間が取られる業務」を聞いたところ、「利用者の居室やトイレの掃除」「利用者が持参している食器洗い」「洗濯」と、質問した12名中8名があげていた。その他として、排泄介助（5名）・雪かき（1名）がいた。掃除等は手の空いた時にすることが多いが、全てに要する時間は合計すると概ね1時間位とのことだった。また、「掃除等は業務の合間にすることが多いので、時間がとれないときには、休憩時間を使うこともある」「自分の家だったら忙しいときは手抜きもできるが、利用者の居室は少しでも汚れていると注意されるから、ピカピカにしなければならないから時

間がかかる」とのことだった。排泄介助は、時間を決めて行っているところが多かった。

「時間で行なうトイレ誘導の他にも希望があれば連れていくので、特に夜勤時には大変で休憩する時間もとれない」とのことだった。入浴・食事・排泄といった3大介護のみならず、掃除などにも時間を取られて、記録や後片付けが後回しになっている現状が浮き彫りにされた。

(4) 労働時間3原則の認知度

アンケートによる労働調査 A・B・C・H・I・K・M・N (143例・回収率 89%)のうち、「労働時間3原則」項目記載者 130例 (89.6%)の結果である。

労働時間3原則について、「知っている」は 32例 (約 25%)、「知らない」は 98例 (約 75%)だった。Aは職場研修の効果か、「知っている」23例 (56%)「知らない」18例 (44%)だった。その他の施設では 85%の職員が「知らない」と回答していた。

また、管理者が認識していない事例も数例みられた。管理者インタビューでは、「利用者と一緒に食べる食事は昼食なのだから、当然休憩時間である。」「利用者と一緒に食べる食事は業務なんですか?」「休憩場所がないため、1時間短縮勤務で対応しているので休憩は取っていることになる」といった意見が聞かれた。また、1時間休憩が取れている施設においても、1時間短縮勤務について聞いてみたところ、「そういうのも良いかもしれない」「効率的にはそのほうが良いかも・・・」といった感想が聞かれた。

以上のことから、労働基準法で定められている労働時間について、管理者も含めて曖昧な現状にあることが示された。

(5) その他

施設と連携している医療機関の保育所が利用できる、敷地内にある保育所を職員は 5000円で利用できるといった2施設については、保育所があることから、子育て世代にある 20~30代の女性職員が他の施設に比べると多い傾向にあった。「施設の敷地内に保育所があるので便利なのと、利用料が安いので、通勤に時間がかかってもここにしようと思った」「保育所があるから、ここに決めた人もけっこういる」と、インタビューでも語られた。

また、介護職員の給料について、インタビューの際に手取り額について質問したところ、地域差はあるものの、夜勤月 4~6回・経験年数平均 5年で、手取り 12~16万円だった。家族のある職員のほとんどは、生活のため妻も仕事をしていた。独身であっても、「家賃や

車のローンなどを払うと、手元にはほとんど残らない」「洋服を買ったり、友達と遊びに行ったりするとなくなる」「貯金は全くできない」「アルバイトの子より少ない」といった、最低限の生活状況にあることが伺える。「仕事がきついのに、認められることもなく給料も安いから、この業界が嫌になって辞めた子が相当数いる」「自分は、月平均2万円位だが、職場に内緒で夜の飲食業で副業（月1~2回）をしている。それでも辞めないのは、この仕事が好きだからだ」「夜の飲食業のアルバイトは、介護・保育関係が多い。最近は保育の子が急激に増えている」といった、給料の低さを補うアルバイトとして、効率の良いホスト・ホステスをしてでも、好きな仕事を続けている若者がいること、夫婦でフルタイムの仕事をして子育てをしながらギリギリの生活をしている、といった実態があった。

3節 2次調査からの考察

2次調査では、1次調査の結果明らかになった課題（職場教育の有効性、記録媒体・資格による意識と実践調査の差異、会議の効率化と質の問題、介護労働環境における休憩・時間外勤務）について、対象施設を広げて調査を進めた。

1項 職場教育の有効性

研修の前後で、「感覚」の意識に変化がみられ、実際に記録に反映している者も約15%上昇していた。研修を行なった施設が認知症GHであったことから、「感覚・分析」を他者に伝える必要性を研修に組み込んだ結果といえる。日常となっていて行っている介護について、研修が個々の介護職員に振り返るきっかけを与え、その結果として自分が今まで行ってきた介護実践が可視化され、そこに研修による新たな知識が導入されたことで、実際の行動の変化に繋がったともいえる。

また、新人職員に対する年間計画に則った教育では、本人のみならず周囲の職員も成長の変化として感じていた。施設が計画的に「人を育てる」ことの必要性とその効果が実証されたともいえる。

2項 記録媒体について

ICT化が進んでいる昨今であるが、その活用の仕方に疑問が残る結果となった。PCによる記録のメリットは、効率化と情報の共有にあるといえるが、監査対策の一貫として存在していることが否めない現状にあった。調査から明らかになったことは、①直接介護実

践をした人とは異なる人が作成する記録といった下請化、②情報共有は手書きの紙媒体のみで行い、ケース記録を見ることもなく業務をしていた現状、③PCを開くことが面倒・PCの場所や数の問題から、記録を見ない・最低限のことだけを簡単に書くといった現状、④2重3重に同じ記録を書くといった重複化による業務の煩雑さであった。

色々な記録のソフトが開発されているものの、そもそもPCを開いて見ないという現状は、活用以前の問題を感じる。そういう意味では、本論文 P29 で記した調査施設の、「言葉による申し送りはリーダーのみが受けて、担当者は自分の担当する利用者の記録を読む時間に充てる」という方法も、「読まない」という問題を解決する一法になるかも知れない。

一方、手書きの記録は、いつでも書けるということと、書くという作業を通して、「振り返る」「考える」ことが同時に行われていることが、調査の結果明らかになった。

手で文字を書くことの意義について、全国大学書写書道学会では「思考力を高める、理解力・認識力を高める、記憶力を高める、表現力を高める、脳の働きを活性化する⁹⁷」と述べている。また、タイピングと手書きの研究では、「筆記体で書いた子供達の脳では、記憶関連の脳神経の働きがより活発だった⁹⁸」、行動プロセスからの研究では、「タイピングよりも手書きのほうが、安定した記憶が得られる⁹⁹」との報告があったことから、手で文字を書くことは、脳を活性化することが明らかになっている。

「手書きは書くのに時間がかかる」とよく言われるが、「タブレットPCへの手書き入力とPCタイピングでは、ほとんど差はなかった¹⁰⁰」との報告から、要する時間について問題視する必要がないことも明らかになっている。

本来、記録はより良いケアを行なうためのものであり、行なった介護の証明となるものである。それは、「人権」といった「価値」に基づいた介護実践をし、それを記録に残す作業を通して自己の振り返りをするとともに、自らの専門性を他者に発信するものでもある。これは、介護実践を実際に行なった介護職員が本来もっている「人権意識」や「価値」が反映されるものであり、他者が代弁（代書き）できるものではないと考える。

今後は、PCと手書きの長所を融合した「手書きの出来るタブレット」など、現場のニーズに見合った、扱いやすい記録媒体の活用を検討することも必要である。

3項 会議

勤務時間内に30分程度で行われるものと、勤務後に行われる会議の2種類が存在していた。勤務時間内に短時間で行われる会議では、休みの人が出てくる必要がなく、事前に

資料が用意されているため効率的であるが、ほとんどが資料の通りに決定するといった伝達型になってしまっており、資料による情報共有はできたとしても、会議の目的の一つである「多角的視点による討論」については疑問が残る結果となった。たとえ日々のカンファレンスで話し合っていたとしても、討論は当日の勤務者による限定的な意見となる。また、決定事項があったとしても、その内容は、会議録といった全員が目を通すものには残されず、ケース記録の一端であったり、手書きの用紙等に残されるに留まるため、継続性が確保されていない現状も明らかになったからである。

さらに、会議運営にとって本来重要視しなければならない「議案書」がなかったり、「会議録」を見ない人の存在といったことから、会議運営がなおざりにされている現状もみられた。

会議の目的について、インタビューの調査対象者全員が「情報共有」をあげていた。しかし、情報共有はあくまでも「手段」であって、最終的な目的ではない。なぜなら、「より良い介護を提供するため」といった専門性を伴う目的のための一手段が情報共有であり、その場として「会議」が存在するからである。

より良い介護を提供するために討論する場としての会議について、短時間会議では、討論時間の少なさを問題視している意見が多数聞かれた。それは、「意見を言えない」もしくは「発言する環境にない」といった「討論過程の情報共有」ができないことから、あるべき会議の姿と現状との差異に疑問を感じる結果に繋がったともいえる。

4 項 介護福祉労働における休憩・時間外勤務

休憩については、その取得方法に労使ともに曖昧な認識であることが明らかになった。「利用者と一緒に摂る食事は休憩時間に包含」「休憩場所がないため電話や利用者対応などをしながら取る休憩」「休憩時間の分を勤務時間の短縮で対応」といった、いずれも労働基準法に抵触すると思われる事柄が、労使ともに違反という認識もないままに行われていた。夜勤については、ほとんどの介護職員は取れていない現状にあった。そんな中、施設として取り決めをしている場合は、夜勤であっても休憩や仮眠はとれていた。このことは、今後の休憩時間の取り方に示唆を与えていると考える。

直近1週間における時間外勤務は、アンケート回答者の約70%が時間外勤務をしていたが、そのうち約30%が1日平均1時間以上だった。サービス残業を時間外勤務として記載していない職員もいたため、その数は更に多いと思われる。この結果は、H27年介護労働

実態調査の「約半数が残業なし」とは異なる結果だった。時間外勤務の内容は約 90%が、記録と業務の後片付けだったことから、日々の決められた業務に追われ、記録や後片付けは後回しにならざるを得ないギリギリの労働環境にある現状といえる。時間外勤務の請求は約 60%が請求していない実態があった。そのうちの 9 割が事前申し出の必要な施設であった。

また、業務が残っていても、定時になったら全員がタイムカードに打刻することになっているといった、明らかに労働基準法違反であるにもかかわらず、その認識がない施設も存在していた。書類上は時間外勤務をしていないことになるので、監査で問題になることもないのである。

「休憩時間」「時間外勤務」について、違反の認識がないまま行われている現状は、そもそも認識されていない訳だから、可視化されることもなく日常になってしまうことが危惧される。

施設の管理者若しくは経営者に、業務を行なう上で不都合なことを述べる場を設けている施設もあったが、その内容は自販機の場所や食器洗い機の購入といったものであり、介護職員の処遇に関することを述べることはほとんどなかった。

以上のことから、施設個々では、労働環境の取り組みは行われていた。それは、研修の実施や保育所の整備などである。その一方で、記録媒体を含む記録のあり方・会議運営・休憩・時間外勤務といった、専門性を発揮するための根源となる労働環境について、労使ともに曖昧な認識や、疑問を抱きつつもそのまま業務を遂行している現状が、2 次調査の結果示された。

第 7 章 総合考察

約 2 年間に渡り、「会議・記録の関係図」に基づき調査を行なった。調査から明らかになったことは、専門知識や技術を発揮する前提として、人と人の相互関係における「心」「価値」のやりとりが重要であるにもかかわらず、「介護労働環境」は、効率化・細分化・マニュアル化・下請化が展開しており、疑問が残る結果となった。さらに、労使ともに「労働基準法違反」の認識すらされていない現状にあった。そのような環境のなかで、介護職員は、精神的ストレスの中での業務遂行を余儀なくされていた。その一方で、保育所の整備や高校卒業者の施設内教育など介護職員確保のための取り組みや、記録の勉強会や計画的

職場内研修といった職場教育における専門性向上への取り組みなど、職場改善の取り組みも見られた。

1 節 効率化が介護福祉労働の質と環境の低下につながる

介護保険では、規制緩和を促進し、市場原理・競争原理の導入により、介護事業は、社会福祉法人でなくても参入できようになった。医療法人・NPO 法人といった非営利法人をはじめ、営利法人の参入ができるようになったのである。それは、自己責任原則を重視し、社会福祉の民営化・営利化・商品化を押し進め、収入と効率重視の事業となったともいえる。

介護労働実態調査によると、「経営主体構成比率」では、民間企業 52.2%、社会福祉法人は 18.3%であり、「離職率について法人格・種類別の事業所割合」では、民間企業の割合が高かった¹⁰¹ことから、介護職員の離職率と経営主体の関係性は否定できない。

厚生労働省が、介護報酬設定のための基礎資料を得るために行なった、「平成 26 年度介護事業経営実態調査」では、経営主体別集計のあった認知症対応型共同生活介護では、社会福祉法人の収支差率 9.0%に対して、営利法人は 11.6%、収入に対する給与費の比率では、社会福祉法人 61.6%に対して、営利法人は 52.5%だった¹⁰²。平均値では、社会福祉法人の収支差率 9.9%に対して、営利法人は、12.9%、収入に対する給与費の比率では、社会福祉法人が 58.3%に対して、営利法人は 50.0%との報告がある¹⁰³。営利法人が、職員の人件費を抑え、非正規化を押し進めながら出した収支差率が、介護報酬のマイナス査定に繋がったのみならず、営利の追求が介護労働環境の低下に繋がり、それが離職率の増加に繋がったともいえる。

また、高齢化に伴う寝たきり老人の増加や認知症老人の増加、高齢者のみ世帯の増加といった変化は、老人福祉法制定（1963 年）から 50 年以上、そして介護保険法成立（2000 年）から 15 年以上経過し、社会環境が明らかに変化しているにもかかわらず、介護保険施設の人員基準は 3:1 のままである。財団福祉協会が平成 23 年度に行なった調査¹⁰⁴によると、介護保険施設の現状は、「概ね 1.5 : 1 の手厚い介護が行われている」との報告があった。しかし、現状は限られた介護報酬の中で、倍以上の人員確保をしているにもかかわらず、昨今の介護報酬改定（平成 27 年）による介護報酬の引下げは、より効率的な運営が求められることとなったのである。それと相まって、書類の増加など多様な業務の増加は、介護職員の約 60%が「不足感」を抱くことに繋がり、それは手厚い介護とは言い難い

現状に繋がっているといえる。

本研究においても、例えば PC の記録では、情報共有のしやすさ・記載しやすさといった効率化がその目的にあるが、実際は、実践者が書いたメモのようなものを基に他者がまとめて入力をしてきたこと、直接関わった介護職員が、記載された内容の確認をしない若しくは日数が経ってから時間のあるときに確認していること、監査資料としての役割と認識している職員が多かったこと、PC 記録そのものを開いて見ることがあまりなく、実際は手書きのノートやメモのみで業務をしていることなど、効率化が介護の質の低下に繋がるような実態が明らかになった。

介護職員が作成する個別援助計画（介護計画）については、介護支援専門員が作成するケアプラン（施設サービス計画・介護サービス計画）を個別援助計画の代替えにしている施設が約 3 分の 1 に見られた。介護過程における介護計画は、ケアマネジメント過程におけるケアプラン（介護サービス計画）と同一のものではなく、介護計画は、介護支援専門員が立てたケアプランに従って、介護職員の立場から利用者の生活課題を解決する具体的方法を示したものである¹⁰⁵。「ケアプラン＝介護計画＝個別援助計画」ではないのである。ケアプランと介護計画の認識が曖昧なのか、もしくは効率化のため介護計画を省略しているのかは定かではないが、自ら行なった介護を振り返るためにも、今一度その必要性を見直す必要を感じる。

また、「会議」については、事前資料を充実させることで、日勤時間帯に短時間で会議を行なうといった効率化が見られた。「会議」の目的は、情報の共有と多角的な意見を聞くことにあると、インタビューを受けた介護職員全員から聞かれた。担当者が作成した充実した資料で情報の共有は確かに可能と考える。しかし、「会議」の目的は、「専門性の高いより良い介護を提供するため」のものであり、「情報共有」はそのための手段の一つに過ぎないのだから、情報共有をするのみでは不十分である。調査結果では、日中 30 分会議については、短時間で必要があることから、討論ではほとんど意見が出ることもなく流れで進行していることや時間が短いので意見を出す環境にないといった現状について疑問を持っており、「もっと掘り下げた討論がしたい」と個々の介護職員は考えていたことなどが明らかになっている。しかし、会議は開催時間そのものが問題なのではなく、重要なのは会議の中で多角的な意見を出せる環境にあるかどうかということである。再度、会議運営の仕方も含めて検討する必要があるのではないかと。

また、会議で使う資料作成のため、無償で時間外労働が行われていることについては、

「皆が請求していないから自分だけができない」と考えている一方で、「資料作成や記録は、時間外手当が欲しい」といった意見も聞かれた。

「時間外勤務」については、ほとんどの介護職員が連日1時間以上行っていた。そのうち事前届出が必要な施設では、約90%が無償の時間外勤務だった。事前届け出についての管理者サイドの意見としては、介護職員の疲労の関係から極力時間外勤務を少なくするという「健康面」での目的と、ダラダラ残らない為に時間外勤務の「内容の必要性」が認められた時といった目的があったが、介護職員の認識としては、請求する環境にないといった理由から、無償の時間外労働をしていたことが明らかになった。管理者サイドでは労働者の健康面への配慮から時間外労働を少なくする目的での事前申し出だったが、労働者サイドでは時間外勤務の請求は、上司から言われた時以外は認められないと思っており、両者の見解に相違がみられた。また、タイムカードの定時の打刻は、時間外手当請求の抑制と、監査時の事実隠しのためではないかと疑念を抱いてしまうことも歪めない。

このように、社会福祉の民営化・営利化・商品化といった社会福祉政策の動向は、非正規職員の増加や低賃金といった労働環境の劣悪さに拍車をかけた。さらに本研究の結果から、記録のICTを活用することができないことからくる専門性の低下、十分な討論のない会議、手当が請求できない時間外労働、休憩時間や休憩場所の不備などの問題が具体的に浮上した。これらのことは、労働法に関する認識や理解不足と相まって、社会福祉政策が、人権・生存権保障としての福祉労働の環境を大きく変え、介護福祉労働そのものも変質させた結果でもある。

福祉労働の効率化は、労働者自身の精神的ゆとりを奪い、時として利用者への人間的で豊かな共感力や受容力を衰退させてしまうことによって、利用者との関係から得られる「やりがい」を自覚する機会をも減らしてしまう。

2節 介護職員がやりがいをもって働ける労働環境のために

インタビュー調査の結果、介護職員が労働環境で疑問に思っていることは、①定時でのタイムカードの打刻、②休憩場所がないことによる休憩時間内での業務、③記録・後片付けなどに費やす時間外労働に対する皮肉、④時間外手当請求の困難さ、⑤生活ギリギリの賃金、⑥討論のない形式的な会議、⑦記録の煩雑さであった。介護職員がこのように問題と感じている内容は、人間としての尊厳に関わる部分ともいえる。

また、問題と感じてもアクションを起こさない理由では、①声をあげたくても同調する

仲間がいない、②目立つことはしたくない、誰かがしてくれるのが一番良い、③応援はするが行動はしたくない、④皆がしない（時間外手当請求など）のに、自分だけがすることはできない、⑤我慢しようと思えばできる、⑥最後は辞めればよい、などであった。

現状に問題を感じつつも、それを施設管理者に伝える行動を起こすことに抵抗があり、「最後は辞める」といった切り札のもと、そのままになっているというのが現状だった。

このように、職場への不満や疑問を持ちながら行なう労働から、やりがいを感じる事ができるのかが疑問である。

ILO（国際労働機関）の活動の主目標に、「ディーセント・ワーク」が位置づけられている。「ディーセント・ワーク」とは、その実質内容からすれば、「働きがいのある人間らしい仕事」と訳するのがよいと思われる¹⁰⁶。すなわち、人間としての尊厳を保てる生産的な仕事のことといえる。

厚生労働省は、このILOの考えるディーセント・ワークの概念を次のように整理している。「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）とは、人々が働きながら生活している間に抱く願望、すなわち、①働く機会があり、持続可能な生計に足る収入が得られること、②労働三権^{注16}などの働く上での権利が確保され、職場で発言が行いやすく、それが認められること、③家庭生活と職業生活が両立でき、安全な職場環境や雇用保険、医療・年金制度などのセーフティーネットが確保され、自己の鍛錬もできること、④公正な扱い、男女平等な扱いを受けること、といった願望が集大成されたものである¹⁰⁷」。

厚生労働省の概念とインタビュー調査から得られた現状を比較してみると、「①持続可能な生計に足る収入が得られること」については、生活するのにやっとで、貯金することはもちろん洋服を購入したり、友達と遊びに行く余裕がない、夫婦でフルタイムで働いても、生活費はギリギリにしかならない、給料だけでは足りないので副業をすることで補っている、といったことから、持続可能な生計に足る収入とはいえない現状にあるといえる。「②働く上での権利が保障され、職場で発言が行いやすく、それが認められること」は、先にも述べたように、職場改善に関する意見を発すること自体が困難な状況にあった。「③安全な職場環境や雇用保険、医療・年金制度などのセーフティーネットの確保」は、非正規雇用を雇わざるを得ない状況から、セーフティーネットが確保されているとは言い難い。「④公正な扱い、男女平等な扱いを受けること」については、パート労働者は会議に参加することができない、社会保険料の関係から、扶養する配偶者や子供が増える可能性がある独身男性より、扶養の範囲で働きたい、もしくは女性を採用したいといった事業所があった。

以上のことからみても、介護職員が置かれている職場環境の現状は、ディーセント・ワークとはかけ離れたものになっていた。

その一方で、労働は労働者の経済生活を支えるほかに、仕事の面白さを味あわせ、労働の社会的有用性の意識や社会との繋がりや感覚の源泉となり、労働者に生きがいを与えるという側面も持っている。特に介護や看護のような「感情労働」においては、対象者との人間関係が労働の本質的要素をなしており、それが労働の喜びの源泉になるのである。

しかし、「働く喜び」を感じつつも、低賃金・過重労働から離職を余儀なくされた人が多いのも事実であり、労働環境が職場定着や専門的人材育成に与える影響は大きいといえる。

また、日本の労働において遵守しなければならない法律として、「労働基準法」がある。「労働基準法」は、労働者を保護することを目的に、労働条件の最低基準を定めた法律である。この法律に反する契約は無効になるという強制力を持つ法律でもある。

しかし、調査を進めていく中で、「法定労働時間と時間外勤務及び手当の請求」「休憩時間及びその取得方法」について、かなりの施設で疑問を感じる結果となり、それが労使ともに「労働基準法違反」であることの認識すらされていない現状にあった。

休憩については、利用者と一緒に食べる食事時間が休憩時間に包含されていること、休憩場所がないため休憩時間に業務をしていること、休憩時間を時間短縮で対応していること等について、介護職員は疑問を抱きつつも仕方ないことと諦めていた。

退社時間になったらタイムカードに打刻することについては、調査対象者全員が疑問を抱いているにもかかわらず、言われた通りに打刻してから無償の時間外勤務をしていた。

時間外勤務の請求については、「どうせ認められないから」といった諦めの気持ち、「皆が請求していないから」といった同調性、「事故報告書作成は自分がしたことだから」「自分だけが時間内に終わらないのは能力不足と思われる」といった時間外になった理由が自分にあると考え請求に至らない本人起因性、業務と思われる利用者の買い物などについて、自分の担当者のことは当たり前と思っている合理化、などから無償労働の現実があるにもかかわらず、ほとんどの介護職員が請求をしていない実態があった。

自分達の労働者としての権利を守る労働基準法などに関する「知識不足」に加え、介護職員の心に生じている、「仕方ない」といった諦め、「皆もそうだから」といった同調性、「原因は自分にある」といった本人起因性、「当たり前」といった合理化」とが相まって、職場の労働環境改善へのアクションを取ることを困難にしていると考えられる。

本来、労働三権が保障され、働きやすい人間らしい仕事ができる職場環境があつて始め

て、介護職員も人間としての尊厳を保てる生産的な仕事が可能になり、専門職はその専門性を発揮することができるのである。

しかし、「諦め」「同調性」「本人起因性」「合理化」を持ちながらも仕事を続け、それに耐えられなくなったら辞めるといったことが現実ではないだろうか。介護労働安定センターが行なった調査のなかで、「直前の介護の仕事をやめた理由」でも、職場の人間関係・職場の理念や運営のあり方に不満・収入が少ないといった職場環境が7割を占めており、それらが早期離職の要因になっていることは否めない。

労働者がディーセント・ワークの主体となり、より良い環境の基で労働をするためには、まず労働や労働法に関する基本的な知識を身に付けることが必要である¹⁰⁸。本調査においても、「労働時間3原則」について、アンケート回答者の85%が知らなかった。また、管理者自身も知らなかった施設もあった。その意味で、社会に出る前の高校や大学等における労働法教育は、「教育の職業的意義」の重要な内容をなしているといえる。まず労働に関する知識をもつことが必須であり、そのうえで労働環境改善のための意見が言えること、そして話し合いの機会を持てる環境があることによって、介護職員がディーセント・ワークの主体となることが可能になる。働きやすい良い労働環境が保障されるということは、専門性を発揮することに繋がり、そこから「やりがい」といった働きがいのある仕事に繋がるのではないかと考える。

3節 ディーセント・ワークの主体としての介護職員に求められる自律性

「自律」について、広辞苑では次のように説明している。「①自分の行為を主体的に規制すること。外部からの支配や制御から脱して、自身の立てた規範に従って行動すること。②〔哲〕⑦カントの倫理学において根本をなす概念。すなわち実践理性が理性以外の外的権威や自然的欲望には拘束されず、自ら普遍的道德法則をたててこれに従うこと。⑧一般に、何らかの文化的領域が他のものの手段ではなく、それ自体のうちに独立の目的・意義・価値を持つこと。」

介護職員が問題と感じてはいるものの、アクションを起こさない理由の根底にあるのは、「仕方ないといった諦め」「皆もそうだからといった同調性」「原因は自分にあるといった本人起因性」「当たり前といった合理化」があった。

文化人類学者ルース・ベネディクトは日本人の性格傾向について、「一般に自らの性格の中にゲシュタルトを作り上げる。それが人間生活に秩序をもたらす¹⁰⁹」「日本の倫理基

準は形式的であり、善悪は周囲の状況に左右される¹¹⁰⁾と述べている。それは、道徳的には正しくなくても、日本人にとっては、それは善にも悪にも用いることができるということである。また、権力者との上下関係について、日本人の人生観を「忠・孝・義理・仁・人情・恩¹¹¹⁾」などの概念と行為の結びつきによって行われているとした。このことは、「目上の人」「雇主」に対して「迷惑」のかかるようなことは言うてはならないし、してはならないことを意味している。

社会人類学者中根千恵によると、「日本人の集団意識は『場』におかれており、個人が社会に向かって自分を位置づける時に、自分の持つ『資格』よりも『場』を重視している」としたうえで、場について、「集団が資格の共通性によって構成される場合には、その同質性によって、何らかの方法を加えなくても、集団が構成されうるものであり、それ自体明確な排他性をもちうるものである¹¹²⁾」と、集団の同質性により強化されることを示している。また、「枠」の中だけが生活の全部になることについて、「個人の行動ばかりでなく、思想、考え方にまで、集団の力が入り込んでくる¹¹³⁾」と、人間関係に情的な結びつきが入り込んでくる可能性を指摘している。

文化人類学者青木保は、「日本文化論の大きな特徴として、常に『外部』の目を意識することがあげられる¹¹⁴⁾」とし、作田啓一による「再考」から、「われわれが恥を感ずるのは、他人の拒否に出あった場合だけではない。拒否であろうと受容であろうと、われわれは他人の一種特別の注視のもとにおかれたときに恥じる¹¹⁵⁾」と、自己と他者の間に「志向のくい違い」が生じる時「羞恥」がおこるとした。「志向のくい違い」からくる不安が生じ、行動の抑制に繋がるのではないかと考える。

また、社会心理学者ギュスターヴ・ル・ボン¹¹⁶⁾は、群衆心理の特性について「意識的な個性が消え失せて、あらゆる個人の感情や観念が、同一の方向に向けられるのである。これは、恐らく一時的なものであろうが、非常にはっきりした集団精神を示す¹¹⁶⁾」とした。

以上のことから、介護職員が、職場の矛盾に対して同僚との間で批判的吟味をしないことについて、次のように説明できるのではないか。日本人は「場」としての職場を重視し、雇主に対する忠義をつくすことを善とする傾向がある。「場」の中で矛盾が生じたときには、仲間との情緒的な結びつきのもと批判的吟味をすることはあっても、行動を起こすことには抵抗がある。それは、自分が注視されることを嫌い、その結果、先に述べた「仕方ないといった諦め」「皆もそうだからといった同調性」「原因は自分にあるといった本人起因性」「当たり前といった合理化」に置き換えることで、個人の内面で処理しようとする。そし

て、内面での処理が限界に達した時、その職場を去るといった選択肢が選ばれてしまうのである。

それでは、介護職員がディーセント・ワークの主体として自律的に行動をとるためにはどうしたら良いのかということである。

集団心理学者吉田道夫は、組織活性化（グループ・ダイナミックス）について、『組織活性化』のキーワードは『変化』である¹¹⁷⁾としたうえで、「組織には適度の『危機意識』が必要（中略）メンバー全員が、『現状のままではいけないという気持ちでいてほしい』（中略）『どこが、どのように問題なのか』が明らかにされている必要がある¹¹⁸⁾』と述べている。これは、先の調査で明らかになった、危機感から記録の勉強会をしたことが、記録の変化につながった認知症 GH を例にみることができる。

ギュスターヴ・ル・ボンの群衆心理の特性である「意識的な個性が消え失せて、あらゆる個人の感情や観念が、同一の方向に向けられるのである」については、吉田の「人は『味方』がいれば、集団圧力から影響を受けにくくなるのである（中略）自分の理解者、同じ考えの人が1人でもいることが重要なのだ。そうすると、自分が正しいと思う行動をとることができるようになる¹¹⁹⁾」が解決へのヒントになると考える。本研究の個人インタビューでタイムカードの打刻について、「一人でも自分と同じ考え（この方法は変だ）で、一緒に意見を言ってくれる人が居たら、自分はいくらでも行動をおこせる」と語った介護職員がいたことから、「理解者」「支持者」が居ることが、組織活性化の基本的条件になるのではないか。

介護職員が自律的にディーセント・ワークの主体となるためには、①メンバー全員が現状について、「変化」が必要と感じている事、②「理解者」「支持者」が存在すること、③連帯できる仲間を持っていることが重要となる。このことは、会議を活用することで実現できる。会議を活用するためには、介護職員自らが一日の業務を見直すことにより、「会議・記録」に充てる時間を確保できるよう努めることが求められる。その結果、今まで介護職員一人一人が内面で処理していた疑問が、集団の大きな力となり、組織の活性化に繋がる。組織の活性化は、介護職員が自律性をもってディーセント・ワークの主体となることを可能とし、さらに自らの専門性を発揮できる職場環境を創り上げていくことも可能とする。

おわりに

調査を進めていくなかで、筆者は「何かが本質からずれている」といった違和感をずっ

と持っていた。個々の介護職員は一生懸命業務に取り組んでいるし、職員には笑顔が見られているし、そこには生き生きと仕事をしている姿があるのに、何か理由のない違和感を持ったのである。

それは、効率化優先から生じると考えられる、「会議・記録」を含む介護労働環境の形骸化から来る専門性低下への懸念であった。しかし、現場の職員は気づいていないか、気づいていても状況に流されたまま働いていた。

今回、調査に協力し、結果の公表にも同意をして頂いた施設は、いずれの施設も業務向上に先駆的に努力をしている施設であった。14施設と限られているので普遍化はできないが、そこですら筆者が懸念を持つに至ったことは、多くの日本の福祉施設が同じような状況にあることを示唆しているのではないだろうか。さらに言及すれば、他の職種も含めて、現在の日本の労働環境における労働者の状態に共通しているのかも知れない。

特に介護労働環境についての処遇面が、ずっと劣悪と言われていても改善に至らない所以は、それに関して、労使ともに現状の可視化が行われず、気づくこともなく置き去りにされてきたことが要因の一つと考える。

もう一つの要因として、福祉は国の政策の影響を多分に受けることである。介護報酬の引き下げによる事業収入の減少とそれに伴う低賃金、事業者の事業収入を国がコントロールする手段としての加算措置、利潤をあげる必要性から、本来「問題を持ちより、議論し、検証する」といった生き生きとした現場であるはずが、行き過ぎた効率化故に、職員相互の関係すら崩壊してくるのである。

昨今、報道などで目にすることが多くなった高齢者虐待について、日本介護クラフトユニオンが行なった調査¹²⁰によると、高齢者虐待の原因について、「業務の負担が大きい」54.3%、「仕事上のストレス」48.9%、「人員不足」42.8%が上位を占めていたことは、虐待をした本人のみに原因があるのではなく、人員不足や多忙な業務といった環境要因によるものが複雑に絡み合っていると考える。

また、人員不足の問題は、三大（入浴・排泄・食事）介護のやりくりで四苦八苦し、その内容はマニュアル通りに業務をこなすことに精一杯となり、その結果、機械だけが動いている工場のような現場と化してしまうのである。

このように、介護福祉労働は政策の影響を受けていることは確かであるが、それに対して、現場で働いている介護職員が団結してソーシャル・アクションを起こさない限り、現状を打破することは困難と考える。

労働者が主体となって、自主的に労働条件の維持改善その他の経済的地位の向上を図ることを目的とした組織として「労働組合」がある。厚生労働省の報告¹²¹によると、労働組合の推定組織率は年々低下し、平成22年18.8%が平成27年では17.4%である。産業別推定組織率の「医療・福祉」は6.5%であり、他産業に比べるとかなり低い現状にある。

日本の労働組合は企業別組合であることが多く、加入者の多くは正規職員である。よって介護事業所のように小規模であったり非正規職員が多い職場では労働組合が存在しないことが多い。その場合は、個人で日本医療労働組合連合会の組織の中の「医療・介護・福祉ユニオン」や「日本介護クラウドユニオン」等に参加し、同じ悩みをもつ仲間を作ったり、疑問について相談し情報を得ることは可能である。

しかしながら、まず身近な問題として、自分達が不利益と思われる職場環境について、アクションを起こすことは可能と考える。しかし、他の専門職団体に比べると、目に見えるアクションが少ないのは何故なのか。日本人の特徴なのか、集団というものに起因しているのか、介護職員の特徴なのか、など色々な要因が考えられるが、先にも述べた通り、日本人の気質と集団が関係していることは想像に難くない。それについては、日本のことわざに「出る杭（釘）は打たれる」というのがある。出過ぎた振る舞いをすると、非難されて制裁をうけることを意味する。例え違反が明らかな場合であっても、自分が行動を起こすのはしんどいし、後から嫌な思いをして働き難くなる位なら、敢えてことを荒立てることなく、このまま見て見ぬふりをしたほうが楽であるということだろうか。

しかし、絶えず専門性とは何かを問い直し、その専門性が活かされる職場環境を作っていくことが、現場で働く者の務めであり、そして、生き生きと働ける福祉労働環境を構築し、カスタマイズしていくことは、社会福祉の大きな課題であると共に、それを後押しする国の政策を強く求めたい。

また、本研究では、「進行チェック表（資料24）」「会議録体裁（資料25）」「ケース記録（資料31）」を一例として示した。論文中であげている表は、本調査を進めて行くなかで可視化された課題から導き出されたものである。そのため、実践現場で応用し活用することは可能と考えている。既に筆者は、介護教育の中で、介護の質の向上と自分達の専門性を外部に発信し、やりがいにつながる仕事をするためには、「会議・記録」の果たす役割が重要であること及びその具体的方法を教育の中に取り込んでいる。

さらに、労働法に関する知識については、医療・福祉専門職の教育で入れている。現在筆者が取り組んでいる、専門性を上げるための「会議・記録」、働きやすい労働環境を

構築するための「労働法」の教育については、今後、専門職教育研究へ繋げたいと考えている。

謝 辞

本論文は、筆者が佛教大学社会福祉学研究科の博士後期課程、並びに佛教大学研究員において行なった研究成果をまとめたものです。

また本研究は、多くの方のご協力なくしてはできませんでした。事例のA氏ご家族様には事例提供のご了解をいただきました。インタビュー調査では、14施設の管理者の皆様および9施設26名の介護職員の皆様にご協力をいただきました。アンケート調査では、14施設233人の介護職員のご協力をいただきました。調査協力者の皆様には、インタビュー調査対象者の選定・時間の調整・部屋の確保・アンケート用紙の配布および回収などをさせていただきました。KJ法活用に関しては、霧芯館の川喜田晶子先生に助言指導をいただきました。日本介護クラウドユニオンからはデータ提供のご了解をいただきました。21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会（21・老福連）は、福祉労働環境に関する文献の紹介をしていただきました。日本生活支援学会・日本福祉介護情報学会・日本介護福祉学会の皆様からは、調査及び考察について助言をいただきました。心より感謝いたします。

遠方からの通学と研究活動に関しては、資金面で行き詰ることもありましたが、渡辺千寿子奨学金の奨学生として採用していただいたことで、研究に専念することができました。厚くお礼申し上げます。

本研究に関して、研究上のご指導をいただいた佛教大学大学院黒岩晴子教授はじめ諸先生方、遅々として進まず落ち込みがちな筆者を支えてくれた研究員の皆様、本大学院の先輩や同輩、後輩の皆様にご心より感謝しております。ありがとうございました。

2016年11月
奥野 啓子

注 釈

- 注1 佛教大学大学院（通信制）社会福祉学研究科に提出した修士論文（2013年3月）「ケアワーカーの専門性に関する研究—社会福祉実践の共通基盤からの探索—」のことである。
- 注2 合計特殊出生率とは、その年次の15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当するとしている。
- 注3 人口統計資料集（2014）国立社会保障・人口問題研究所
人口置換水準とは、人口が増加も減少もしない均衡した状態となる水準のこと。現在の日本の人口置換水準は、2.07である。
- 注4 労働契約法第7条：労働者及び使用者が労働契約を締結する場合において、使用者が合理的な労働条件が定められている就業規則を労働者に周知させていた場合には、労働契約の内容は、その就業規則で定める労働条件によるものとする。ただし、労働契約において、労働者及び使用者が就業規則の内容と異なる労働条件を合意していた部分については、第12条（就労規則違反の労働契約）に該当する場合を除き、この限りではない。
- 注5 吉田秀子著（2014）『労働基準法の基本と常識』P54～55
1週間の法定時間が44時間となる特例措置対象事業場とは、商業、映画・演劇業、保健衛生業、接客娯楽業のうち、常時使用する労働者数が10人未満の事業所をさす。
- 注6 吉田秀子著（2014）『労働基準法の基本と常識』P78
36協定とは、1日8時間、1週40時間を超えて、もしくは法定休日に労働させる場合、労働者と使用者との間で協定し、労基署に届け出る必要がある。この場合でも限度時間があり、一般的には1か月45時間、1年360時間を超えてはならないとされている。
- 注7 大坪信喜著（2013）『会議・ミーティングを見直す』において、「5W1Hを明確にすることで目的や議案がはっきりし、会議の落としどころが見えてきます。また、たとえ会議の成果が上げられなくても、何が悪かったのか、その原因を探るのが容易になります」と述べている。このことから重要な指針となると考えた。
- 注8 本論文における先行研究での介護職員は、国家資格である介護福祉士に限定したものであったが、介護職員に占める介護福祉士の割合は、約30～35%という低い状態で推移しており、今回調査した施設でも介護福祉士以外の職員が、多くの介護業務を担っていた。従って、本調査では介護福祉士に限定せず、ホームヘルパー2級・1級、介護職員初任者研修修了者、実務者研修修了者、無資格者、並びに、常勤・契約・パート労働者を含めて、直接介護業務に携わる者はすべて「介護職員」として調査の対象に含めた。
- 注9 施設形態によって、所長・施設長・管理者などの呼び方があるが、管理的業務に携わる者という意味であることから、本論文では「管理者」として統一した。
- 注10 会議の5W1Hとは、Why（目的の明確化）、What（議案の設定）、Who（出席メンバーの選定）、Where（開催場所の決定）、When（開催日時の決定）、How（運営の段取り）のことである。
- 注11 杉山孝博（2015）『よくわかる認知症ケア』主婦の友社 P34～35 より
BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は行動・心理症状と訳されている。BPSDは脳の機能障害からくる日常生活の混乱から生じる興奮・

不安・抑うつ・弄便・徘徊などがあるが、対象者を理解し介護することで減らすことができる。

注 12 人の行動が他人にどのように影響を及ぼすかを判断するアルバート・メラビアンが行なった実験の結果、言語情報 7%、口調や話しの速さなどの聴覚情報 38%、見た目などの視覚情報 55%の割合だった（メラビアンの法則）

注 13 労働基準法 34 条 1 項：使用者は、労働者に対して労働時間が 6 時間を超え 8 時間以内の場合は少なくとも 45 分、8 時間を超える場合は少なくとも 1 時間の休憩時間を労働時間の中に与える義務を負っているとしている。この場合、労働基準法上の休憩時間とは、労働時間の途中に置かれた、労働者が権利として労働から離れることを保障された時間をいう。

注 14 「労働時間三原則」

1. 労働基準法第 34 条 1 項

使用者は、労働時間が 6 時間を超える場合においては少なくとも 45 分、8 時間を超える場合においては少なくとも 1 時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。

2. 労働基準法第 34 条 2 項

前項の休憩時間は、一斉に与えなければならない。ただし、当該事業場に、労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においてはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては労働者の過半数を代表する者との書面による協定があるときは、この限りではない。

3. 労働基準法第 34 条 3 項

使用者は、第 1 項の休憩時間を自由に利用させなければならない。

注 15 労働基準法 13 条：この法律による基準に達しない労働条件を定める労働契約は、その部分については無効とする。この場合において、無効となった部分は、この法律で定める基準による

注 16 労働三権とは、労働基本権ともいい、団結権・団体交渉権・団体行動権のことである。

引用文献

はじめに

- 1 介護労働安定センター：介護労働者の現状について 平成 26 年度介護労働実態調査 (H27.8.7) P16
- 2 奥野啓子 (2014) 『ケアワーカーの専門性に関する研究－社会福祉実践の共通基盤からの探索－』 佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科編 第 42 号 P21
- 3 前掲 2) P23
- 4 内閣府「介護保険制度に関する世論調査」(平成 22 年)

第 1 章

- 5 一般財団法人 厚生労働統計協会「国民衛生の動向 2015/2016」P341
- 6 前掲 5) P342
- 7 内閣府『平成 27 年版 高齢社会白書』P21～22
- 8 厚生労働省「平成 27 (2015) 人口動態統計の年間推計」
- 9 前掲 7) P25
- 10 前掲 7) P25
- 11 公益社団法人 全国老人保健協会編『平成 25 年版 介護白書』TAC 出版 P46
- 12 厚生労働省 老人保健健康増進等事業『アンケートからみる定期巡回・随時対応サービス』P25～26
- 13 前掲 1) P48
- 14 前掲 1) P14～24
- 15 吉田秀子著 (2014) 『労働基準法の基本と常識』フォレスト出版 P36
- 16 前掲 15) P180
- 17 厚生労働省「雇用動向調査」
- 18 前掲 1) P25,54
- 19 前掲 1) P27～31
- 20 前掲 1) P32～42
- 21 前掲 1) P45
- 22 前掲 1) P47
- 23 前掲 1) P48
- 24 前掲 1) P52
- 25 厚生労働省 (2014) 「介護人材の確保について」
www.mhlw.go.jp/file/05-shingikai.../0000062879.pdf
- 26 前掲 1) P53
- 27 厚生労働省 (2014) 「平成 26 年 賃金構造基本統計調査」
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/toukei/
- 28 前掲 1) P36
- 29 前掲 1) P52
- 30 前掲 25)
- 31 前掲 1) P28、29
- 32 前掲 1) P22

第 2 章

- 33 仲村優一・秋山智久編著 (1988) 『福祉のマンパワー』中央法規 P60～61
- 34 前掲 33) P86～87

- 35 Wilensky,H,L,1964 “The Professionalization of Everyone?” American Journal of No70,pp,137-158
- 36 朴光駿著 (2007) 「イギリスにおける福祉専門主義の発展と 1980 年代以降の動向」社会福祉の新しい潮流、中村英司教授 3 周年忌論文集、中村永史教授 3 周年忌論文集刊行委員会
- 37 社団法人日本介護福祉士養成施設協会 (2012) 『創立 20 周年記念誌 介護福祉士養成の歩み』社団法人日本介護福祉士養成施設協会 P51
- 38 フローレンス・ホリス著／本出祐之・黒川昭人・森野郁子訳 (1966) 『ケースワーク 心理社会療法』岩崎学術出版社 P10・11
- 39 ヘレン・H・パールマン／松本武子訳 (第 5 刷 1982) 『ソーシャル・ケースワーク 問題解決の過程』全国社会福祉協議会 P151
- 40 F.P.バイスティック／田代不二男・村越芳男訳 (1978) 『ケースワークの原則 よりよき援助を与えるために』誠信書房
- 41 H・M・バートレット著／小松源助訳 (2009) 『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房 P80・81
- 42 前掲 41) P62～66
- 43 前掲 41) P189
- 44 前掲 41) P56
- 45 前掲 41) P59
- 46 大和田猛編著 (2009) 『ソーシャルワークとケアワーク』中央法規 P275
- 47 黒川昭登著 (1985) 『現代介護福祉論』誠信書房 P12～16
- 48 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会 (1987 年 2 月 25 日) 「社会福祉におけるケアワーカー (介護職員) の専門性と資格制度について (意見)」
- 49 太田貞司著 (2012) 『地域包括支援システムーその考え方と課題』光生館 P25

第 3 章

- 50 前掲 37) P9
- 51 厚生労働省 介護保障審議会福祉部会 (平成 26) 「介護人材の確保について」 P6
www.mhlw.go.jp/file/05-Shngikai.../0000075028.pdf
- 52 前掲 51) P36
- 53 前掲 51) P39
- 54 古川孝順・佐藤豊道編 (2001) 『介護福祉[改訂版]』有斐閣 P270
- 55 「ウィキペディア」 <http://ja.wikipedia.org/>
- 56 「日本介護福祉士会」 <http://www.jaccw.or.jp/about/gaiyo.php>
- 57 「厚生労働省『介護福祉士の登録者数の推移』」 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 58 創立 20 周年記念事業 (2014) 「介護福祉士を取り巻く環境とニーズに関する調査」公益社団法人日本介護福祉士会

第 4 章

- 59 前掲 2) P29
- 60 高間郁夫著 (2011) 『学習する組織 現場に変化のタネをまく』光文社新書 P161
- 61 ジョン・デューイ著／市村尚久訳 (2012 第 15 版) 『経験と教育』講談社学術文庫 P106～108,P151
- 62 ドナルド・ショーン著／佐藤学・秋田喜代美訳 (2012 第 5 版) 『専門家の知恵ー反省的实践家は行為しながら考える』ゆるみ出版 P7～8、P78
- 63 サラ・バーンズ、クリス・バルマン編／中田由美他訳 (2009 第 2 版) 『看護における

- 反省的实践—専門的プラクティショナーの成長—』ゆるみ出版 P5
- 64 前掲 62) P53
- 65 前掲 62) P123
- 66 E.B.ゼックミスタ, J.E.ジョンソン著／宮元博章他訳 (2003)『クリティカルシンキング』北大路書房 P4
- 67 前掲 66) P5
- 68 本間郁子・高橋好美他著 (2010)『介護記録の書き方・読み方・活かし方』中央法規 P13
- 69 前掲 54) P170・171
- 70 「介護マネジメント」http://www.kaigomanagement.com/contents/07_kiroku.php
- 71 八木亜紀子著 (2013)『相談援助職の記録の書き方』中央法規 P108～110
- 72 吉田新一郎著 (2006)『会議の技法』中公新書 P9～10
- 73 大坪信喜著 (2013)『会議・ミーティングを見直す』実務教育出版 P10～11、P13、P66～67
- 74 前掲 73) P69
- 75 前掲 73) P25
- 76 前掲 2) P22

第5章

- 77 久田則夫編 (2003)『社会福祉の研究入門』中央法規 P125
- 78 前掲 77) P124
- 79 一番ヶ瀬康子 (2003)『介護福祉学の探求』有斐閣 P2
- 80 川喜田二郎 (1986)『KJ法—渾沌をして語らしめる』中央公社 P15
- 81 前掲 80) P16
- 82 川喜田二郎著 (2010)『続・発想法 KJの展開と応用』中央新書 P16
- 83 前掲 73) P92～93
- 84 前掲 73) P95
- 85 佐藤郁哉著 (2013)『質的データ分析法』新曜社 P53
- 86 前掲 85) P54
- 87 前掲 85) P55
- 88 前掲 85) P104
- 89 老人保健健康増進等事業 (2013)「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」株式会社 富士通総研
- 90 川口啓子 (2013)『職場づくりと民主主義』文理閣 P122
- 91 前掲 73) P120
- 92 前掲 2) P31
- 93 労働基準法第 119 条
- 94 水谷英夫 (2012)『感情労働と法』信山社 P179
- 95 労働基準法別表第 1 第 13 号の事業「病者又は虚弱者の治療、看護その他保健衛生の事業」

第6章

- 96 丹後俊郎著 (1987)『統計ライブラリー 医学への統計学』朝倉書房 P142
- 97 全国大学書写書道教育学会編 (第 3 版 2006)『新編 書写指導』萱原書房 P5
- 98 Virginia Berninger (2009)「Learning Disability Quarterly」

- 99 白坂隆平他 (2007) 「ノートテイキングにおける手書きとワープロの質的な差に関する検討」 情報処理学会第 69 回大会稿集
- 100 森本壮平 (2007) 「手書き情報入力速度の面からみたタブレット PC の評価」

第 7 章

- 101 前掲 1) P2、18
- 102 厚生労働省老健局老人保険課「平成 26 年介護事業経営実態調査」2014.12.9.公表
www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000061288.pdf
- 103 21 世紀・老人福祉の向上をめざす施設協議会 (2016) 『福祉・介護現場からの報告』
- 104 社団法人財形福祉協会「平成 23 年度 介護保険施設等における職員人員配置基準に関する調査研究事業 調査結果報告書」
- 105 介護福祉士養成講座編集委員会編 (2015) 『新・介護福祉士養成講座⑨介護過程 (第 3 版)』中央法規出版 P54
- 106 西谷敏著(2011) 『人権としてのディーセント・ワーク』旬報社 P40
- 107 厚生労働省「ディーセント・ワーク (働きがいのある人間らしい仕事) について」
www.mhlw.go.jp
- 108 前掲 106) P338
- 109 ルース・ベネディクト著／長谷川松治訳 (第 11 版 2007) 『菊と刀』講談社 P240
- 110 ルース・ベネディクト著／福井七子訳 (1997) 『日本人の行動パターン』日本放送出版協会 P158
- 111 前掲 109) P242
- 112 中根千秋著 (第 105 版 2001) 『タテ社会の人間関係』講談社現代新書 P36
- 113 前掲 112) P37
- 114 青木保著 (1999) 『「日本文化論」の変容』中央文庫 P84
- 115 前掲 114) P97～98
- 116 ギュスターヴ・ル・ボン著／櫻井成夫訳 (第 14 版 2010) 『群集心理』講談社学術文庫 P25～26
- 117 吉田道夫 (第 4 版 2004) 『人間理解のグループ・ダイナミックス』ナカニシヤ出版 P83
- 118 前掲 117) P90
- 119 前掲 117) P46

おわりに

- 120 日本クラフトユニオン (2016 年 8 月公表) 「高齢者虐待防止に関するアンケート」
info@nccu.gr.jp
- 121 厚生労働省 (2015) 「平成 27 年労働組合基礎調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/13-23c.html>

参考文献

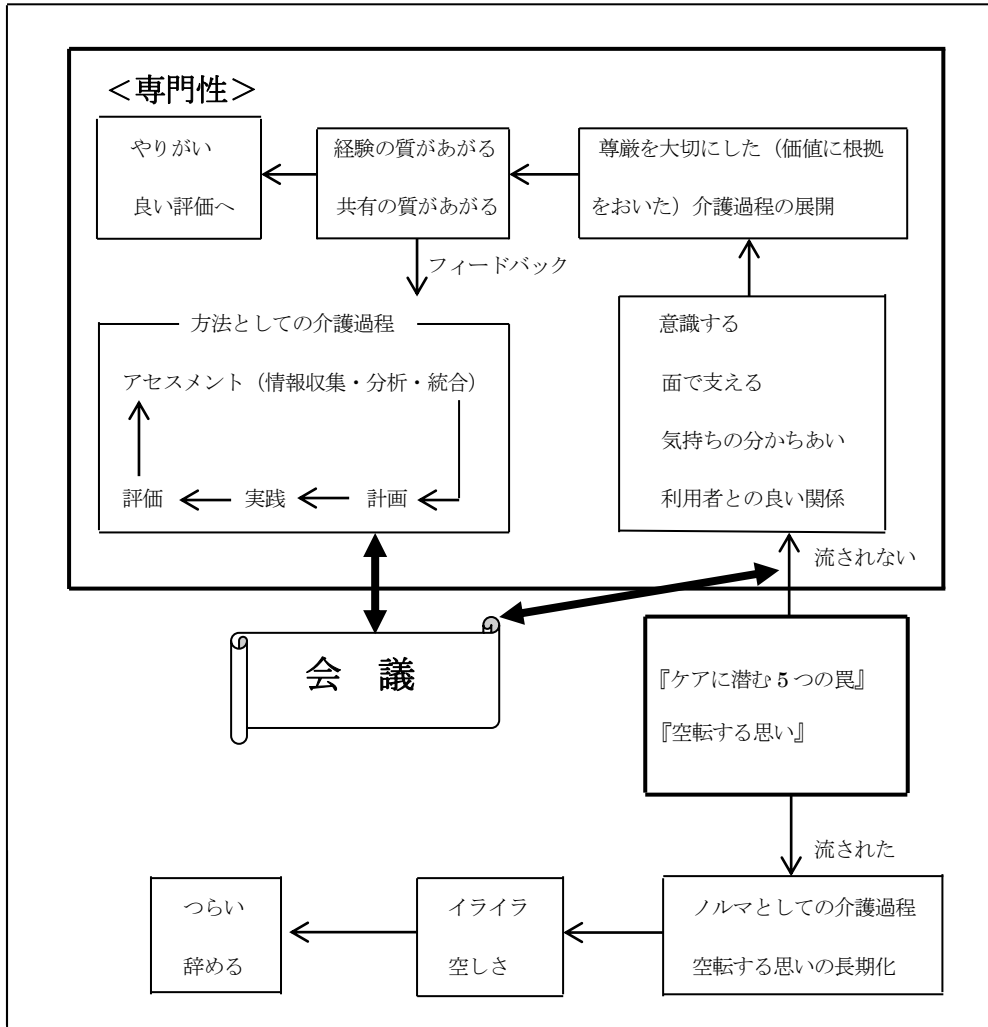
- ・青木保著（1999）『「日本文化論」の変容』中央文庫
- ・東めぐみ著（2013）『看護リフレクション入門』ライフサポート社
- ・一番ヶ瀬康子（2003）『介護福祉学の探求』有斐閣
- ・一般財団法人 厚生労働統計協会「国民衛生の動向 2015/2016」
- ・E.B.ゼックミスタ, J.E.ジョンソン著／宮元博章他訳（2003）『クリティカルシンキング』北大路書房
- ・E.T.ストリンガー著／目黒輝美・磯部卓三監訳（2012）『アクション・リサーチ』フィリア
- ・Wilensky,H,L,1964 “The Professionalization of Everyone?” American Journal of No70
- ・H.H.クラーク著／堀口俊一監訳（1984）『言語と心理 聞くこと・話すことのメカニズム』桐原書店
- ・H・M・バートレット著／小松源助訳（2009）『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房
- ・A.H.マズロー著／小口忠彦訳（14版 2000）『人間性の心理学』産能大学出版部刊
- ・F.P.バイスティック著／田代不二男・村越芳男訳（1978）『ケースワークの原則 よりよき援助を与えるために』誠信書房
- ・太田貞司著（2012）『地域包括支援システム—その考え方と課題』光生館
- ・大坪信喜著（2013）『会議・ミーティングを見直す』実務教育出版
- ・大和田猛編著（2009）『ソーシャルワークとケアワーク』中央法規
- ・岡本浩一他（2006）『会議の科学』新曜社
- ・奥野啓子著（2014）『ケアワーカーの専門性に関する研究—社会福祉実践の共通基盤からの探索—』佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科編 第42号
- ・奥野啓子著（2015）『連携ケアにおける専門性—連携の要としての「会議」「記録」—』地域福祉総合研究センター 地域福祉サイエンス第2号
- ・奥野啓子著（2016）『介護記録の意識に関する一考察—自主的勉強会の取り組みを通して—』佛教大学大学院紀要 社会福祉学研究科編第44号
- ・奥野啓子著（2016）『連携ケアにおける介護の専門性—「会議」の実態調査からの考察—』社会福祉科学研究所 社会福祉学研究（第5号）
- ・尾崎新著（1999）『対人援助の技法』誠信書房
- ・介護福祉士養成講座編集委員会編（2015）『新・介護福祉士養成講座⑨介護過程（第3版）』中央法規出版
- ・「介護マネジメント」http://www.kaigomanagement.com/contents/07_kiroku.php
- ・介護労働安定センター：介護労働者の現状について 平成26年度介護労働実態調査（H27.8.7）
- ・川喜田二郎（1986）『KJ法—渾沌をして語らしめる』中央公社
- ・川喜田二郎著（2010）『続・発想法 KJの展開と応用』
- ・川口啓子著（2013）『職場づくりと民主主義』文理閣
- ・川島みどり・杉野元子著（2008）『看護カンファレンス』医学書院
- ・ギュスターヴ・ル・ボン著／櫻井成夫訳（第14版 2010）『群集心理』講談社学術文庫
- ・日下部雅喜著（2014）『介護保険は詐欺である』三一書房
- ・黒岩晴子著（2012）『被爆者を援助しつつける医療ソーシャルワーカーたち』本の泉社
- ・黒川昭登著（1985）『現代介護福祉論』誠信書房

- ・公益社団法人 全国老人保健協会編『平成 25 年版 介護白書』TAC 出版
- ・厚生労働省「平成 27 (2015) 人口動態統計の年間推計」
- ・厚生労働省「雇用動向調査」
- ・厚生労働省 介護保障審議会福祉部会 (2014)「介護人材の確保について」
www.mhlw.go.jp/file/05-shingikai.../0000062879.pdf
- ・厚生労働省老人保健健康増進等事業「アンケートからみる定期巡回・随時対応サービス」
- ・厚生労働省老健局老人保険課「平成 26 年介護事業経営実態調査」2014.12.9.公表
www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000061288.pdf
- ・厚生労働省「ディーセント・ワーク (働きがいのある人間らしい仕事) について」
www.mhlw.go.jp
- ・厚生労働省「介護福祉士の登録者数の推移」<http://www.mhlw.go.jp/>
- ・厚生労働省 (2015)「平成 27 年労働組合基礎調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/13-23c.html>
- ・是枝祥子他編著 (2006)『介護職のための 根拠に基づいた記録の書き方—観察・判断を踏まえて—』エルゼビア・ジャパン
- ・齊藤勇編著 (1987)『感情と人間関係の心理』川島書房
- ・サラ・バーンズ, クリス・バルマン編/中田由美他訳 (2009 第 2 版)『看護における反省的实践—専門的プラクティショナーの成長—』ゆるみ出版
- ・白坂隆平他 (2007)「ノートテイキングにおける手書きとワープロの質的な差に関する検討」情報処理学会第 69 回大会稿集
- ・社団法人日本介護福祉士養成施設協会 (2012)『創立 20 周年記念誌 介護福祉士養成の歩み』社団法人日本介護福祉士養成施設協会
- ・社団法人財形福祉協会「平成 23 年度 介護保険施設等における職員人員配置基準に関する調査研究事業 調査結果報告書」
- ・ジョン・デューイ著/市村尚久訳 (2012 第 15 版)『経験と教育』講談社学術文庫
- ・杉山孝博 (2015)『よくわかる認知症ケア』主婦の友社
- ・全国大学書写書道教育学会編 (第 3 版 2006)『新編 書写指導』萱原書房
- ・創立 20 周年記念事業 (2014)「介護福祉士を取り巻く環境とニーズに関する調査」公益社団法人日本介護福祉士会
- ・ゾフィア・T・ブトゥリム著/川田誉音訳 (第 5 版 2004)『ソーシャルワークとは何か』川島書店
- ・高橋順一・渡辺文夫・大淵憲一編著 (2007)『人間科学 研究法ハンドブック』ナカニシヤ出版
- ・高間郁夫著 (2011)『学習する組織 現場に変化のタネをまく』光文社新書
- ・ダニエル・キム他著/宮川雅明他訳 (2002)『システム・シンキング トレーニングブック』日本能率協会マネジメントセンター
- ・ドナルド・ショーン著/佐藤学・秋田喜代美訳 (2012 第 5 版)『専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える』ゆるみ出版
- ・丹後俊郎著 (1987)『統計ライブラリー 医学への統計学』朝倉書房
- ・筒井真優美編著 (2014)『研究と実践をつなぐ アクションリサーチ入門 看護研究の新たなステージへ』ライフサポート社
- ・富川雅美著 (2009)『よくわかる 介護記録の書き方』メチカルフレンド社
- ・内閣府「介護保険制度に関する世論調査」(平成 22 年)
- ・内閣府『平成 27 年版 高齢社会白書』
- ・中根千秋著 (第 105 版 2001)『タテ社会の人間関係』講談社現代新書
- ・中村淳彦著 (2013)『崩壊する介護現場』ベスト新書

- ・仲村優一・秋山智久編著（1988）『福祉のマンパワー』中央法規
- ・西谷敏著（2011）『人権としてのディーセント・ワーク』旬報社
- ・21世紀・老人福祉の向上をめざす施設協議会（2016）『福祉・介護現場からの報告』
- ・「日本介護福祉士会」 <http://www.jaccw.or.jp/about/gaiyo.php>
- ・日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会（1987年2月25日）「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」
- ・日本クラフトユニオン（2016年8月公表）「高齢者虐待防止に関するアンケート」
info@nccu.gr.jp
- ・日本福祉介護情報学会編（2009）『福祉・介護の情報学』オーム社
- ・Virginia Berninger（2009）「Learning Disability Quarterly」
- ・朴光駿著（2007）「イギリスにおける福祉専門主義の発展と1980年代以降の動向」社会福祉の新しい潮流、中村英司教授3周年忌論文集、中村永史教授3周年忌論文集刊行委員会
- ・濱口桂一郎著（2011）『日本の雇用と労働法』日本経済新聞出版社
- ・林宅男編著（2008）『談話分析のアプローチ』研究社
- ・久田則夫編（2003）『社会福祉の研究入門』中央法規
- ・ピーター・M・セング／枝廣順子他訳（2012）『学習する組織 システム思考で未来を創造する』英治出版
- ・船曳建夫著（2014）『「日本人論」再考』講談社文庫
- ・古川孝順・佐藤豊道編（2001）『介護福祉[改訂版]』有斐閣
- ・古川孝順・岩崎晋也他編（2002）『援助するということ』有斐閣
- ・フローレンス・ホリス著／本出祐之・黒川昭人・森野郁子訳（1966）『ケースワーク 心理社会療法』岩崎学術出版社
- ・ヘレン・H・パールマン／松本武子訳（第5刷1982）『ソーシャル・ケースワーク 問題解決の過程』全国社会福祉協議会
- ・本間郁子・高橋好美・飯村史恵著（2010）『介護記録の書き方・読み方・活かし方』中央法規
- ・松尾睦著（2012）『職場が生きる人が育つ 「経験学習」入門』ダイヤモンド社
- ・水谷英夫著（2012）『感情労働と法』信山社
- ・宮本恭子著（2012）『介護現場における人材の確保と定着』学術出版会
- ・森本壮平著（2007）「手書き情報入力速度の面からみたタブレットPCの評価」
- ・八木亜紀子著（2013）『相談援助職の記録の書き方』中央法規
- ・八幡紘芦史著（1998）『ミーティング・マネジメント 効果的会議の効率的実践』生産性出版
- ・矢守克也著（2014）『アクションリサーチ』新曜社
- ・ヤングハズバンド編／小島蓉子・山崎道子訳（1973）『社会福祉と価値』誠信書房
- ・吉田新一郎著（2006）『会議の技法』中公新書
- ・吉田秀子著（2014）『労働基準法の基本と常識』フォレスト出版
- ・吉田道夫著（第4版2004）『人間理解のグループ・ダイナミックス』ナカニシヤ出版
- ・ルース・ベネディクト著／長谷川松治訳（第11版2007）『菊と刀』講談社
- ・ルース・ベネディクト著／福井七子訳（1997）『日本人の行動パターン』日本放送出版協会
- ・老人保健健康増進等事業（2013）「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」株式会社 富士通総研

資料

資料1 介護の専門性



資料 2 記録の種類

記録の種類	記録名
個々の利用者の心身の状態とケアの記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース記録 ・看護記録 ・相談記録
介護サービスごとの記録	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄状況記録 ・水分摂取表 ・入浴記録表 ・リハビリ記録 ・余暇活動記録 ・検食簿 ・体位交換表 ・理美容チェック表
業務の実行の記録	<ul style="list-style-type: none"> ・浴室点検表 ・居室環境チェック表 ・温湿度表 ・業務日誌 ・会議事録 ・車いす点検記録
マネジメントの記録	<ul style="list-style-type: none"> ・教育訓練記録 ・事故報告書 ・苦情対応報告書

資料3 会議を振り返るチェックシート

1. Why【目的】

- 会議の目的が出席者全員に浸透していたか？
- 会議を行って目的が達成されたか？

2. What【議題】

- 設定した議題は適切なものだったか？
- 予定していた議題を効率よく処理できたか？

3. who【出席者】

- 会議の目的に合った出席者を選んだか？
- 欠席者、遅刻者はいなかったか？
- 途中で席をはずす人はいなかったか？
- 出席者のモラルは高かったか？
- 司会進行役は適任だったか？

4. Where【会場】

- 会議の目的に合った会場だったか？
- 出席者が会議に集中できる環境だったか？
- 会議に必要な備品がそろっていたか？

5. When【開催日時】

- 会議の目的に合った開催時期だったか？
- 他の仕事に支障のない時間帯に開催できたか？
- 予定通りの時間に開催できたか？
- 終了時間が守られたか？

6. How【運営の段取り】

- 資料の内容、配布時期は適切だったか？
- 予定していた議題から議論が逸れなかったか？
- 出席者の参画意識が高く、意見が十分出されたか？
- 意見の集約がうまくできたか？

なお Who（出席者）の項目で用いられている「モラル」は、会議に参加している時の姿勢（倫理感・道德感）という意味である。

資料4 会議満足度

1 今日会議に出席した価値がありましたか？ 時間のムダ あまり有効でない 有効 とても有効	
[]
2 進行役は役割を果たしていましたか？ 全く役割を果たしていなかった ほとんど役割を果たしていなかった まあまあ役割を果たしていた とてもよく役割を果たしていた	
[]
3 あなたはどのくらい会議に貢献することができましたか？ 自分の発言は考慮されなかった 自分の発言が結果に生かされた	
[]
4 決定されたことに満足していますか まったく不満 少し不満 まあまあ 満足 とても満足	
[]
* 次の会議を改善するために、提案があれば是非お願いします。	
[]

資料 5 専門性について (介護過程・事例検討)

1 検討内容について				
実践経験を振り返ることの過程は共有できましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
2 態度 (専門職の価値)				
①問題に対して、じっくり考えることができましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
②「自立支援」の視点で考えることができましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
③「自己決定」の視点で考えることができましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
④「利用者中心」の視点で考えることができましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
3 知識				
思考の過程で「知識」をもとに考えることができましたか？				
できなかった	少しできた	まあまあできた	できた	
[]
4 技術 (実践)				
①実践方法の結論は、満足いくものでしたか？				
納得していない	まあまあ満足	満足している		
[]
②価値 (自立支援・自己決定・利用者中心) が反映された結論だと思いますか？				
反映されていない	少し反映されている	まあまあ反映されている	反映されている	
[]

資料6 記録と会議

1 属性について

以下の設問に対する答えを1つ選んで○をつけてください。

- | | | | | |
|----------------|--------|-----------|-----------|---------|
| ①性別 | 男性 | 女性 | | |
| ②年齢 | 20歳未満 | 20～29年 | 30～39歳 | |
| | 50～59歳 | 60歳以上 | | |
| ③保有資格
(複数可) | 介護福祉士 | ホームヘルパー1級 | ホームヘルパー2級 | |
| | 初任者研修 | 実務者研修 | 看護師 | 介護支援専門員 |
| | 保育士 | 社会福祉士 | 精神保健福祉士 | |
| | その他() | | | |
| ④現職経験年数 | 1年未満 | 1～2年 | 3～4年 | 5～6年 |
| | 7～8年 | 9～10年 | 11年以上 | |
| ⑤勤務形態 | 正規 | 契約 | パート(勤務時間 |) |

2 「記録」(ケース記録)について

記録する際に、意識している事項について、優先順位をつけてください (A)

自分が実際に記録している事項に○をつけてください (B)

- | | | |
|-----|-----|-----------------------------|
| A | B | |
| () | () | 記述(何がおこったか) |
| () | () | 感覚(そのとき、何を考え、何を感じたか) |
| () | () | 推論(何が良くて、何が悪かったか) |
| () | () | 分析(この状況から意図されるものは何か) |
| () | () | 評価(他に何ができたか) |
| () | () | アクション・プラン(もしそれが起こったらどうするのか) |
| () | () | 実践の目的(何のために行うのか) |
| () | () | 実践内容(どのような方法で何をしたのか) |
| () | () | 実践結果(実践した結果、対象者の反応など) |

「記録」は、会議などで活用されていると思いますか？

思わない やや思う おおむね思う 思う

[理由

資料 7 労働調査

労働調査表(1週間)

時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	記録した人数 記録に要した総時間
1日目 /																										
2日目 /																										
3日目 /																										
4日目 /																										
5日目 /																										
6日目 /																										
7日目 /																										

- ①勤務 ← → ②時間外勤務 ③休憩 ④記録 ⑤打ち合わせ(会議含む) ⑥入浴介助 ⑦食事介助 ⑧その他

資料 8 管理者インタビューからみる施設概要

勤務	日勤	GH:9:00~17:30 小規模:8:30~17:00
	休憩	12:00 利用者と一緒に昼食 交代で30分休憩をとる
	体制	基本2交代(早出・遅出を入れると4交代)
	人数	小規模:利用者3人に対し1人+1人 GH:早出から遅出の終わりまでに職員3人
	当直	GH:当直(2勤務分)、各ユニット1名 小規模:泊りのある日のみ1名(現在は水曜日のみない)
利用者		GH:各ユニット9名で計18名 小規模:現在登録者22名
記録	媒体	紙、手書き ケアプランはソフト使用
勉強会		職員アンケートをとり、年間の計画を建てる⇒貼りだす 職員会議の日に合わせて、各委員会が企画する(委員会主催で行う)
職員会議	準備	1か月位前から準備する 1週間前に、班長会議をもつ=運営会議
会議	種類	・職員会議 ・ユニット会議(合同・こぶし・あんず) ・小規模会議、小規模カンファレンス ・家族会議
	時間	17:00~19:00(GHは勤務が17:30までなので、終わってから参加)
	参加者	基本は全員参加 夜勤・遅出は欠席 用事のある人は事前に連絡入れる
	準備資料	職員会議はレジメ作成
	欠席者対応	議事録を作成し回覧する ・読んだら氏名・日付記入
	急ぐ内容	連絡ノートに書く⇒出勤時必ず見て、見たらサインをするようになっている
記録	種類	ケース記録(カルテ) 連絡ノート ケアプラン 事務連絡ノート 生活チェック用紙(トイレ・水分など) 業務日誌(おおまかな一日の流れ) カンファレンスシート(家族カンファレンス・ターミナルカンファレンスなど)
	活用	会議で記録を読み直すことはしていない 日々関わっているので、CWは利用者の状況がわかっている 難しいような場合の変化の表を作ったり、グラフにしたりするときに、記録を活用している
	勉強会その後	勉強会を一度してからは、流れができたので継続できている 前の人がこう書いていた、私もこう書こうっていう感じで継続できている
施設長にとって	記録とは	ケアの統一 細かく書くことで質の向上につなげる
	会議とは	議論をし、たくさんある答えから、議論という作業を通して、考えていく 職員が中心になって作っていくのがGH会議 施設長は、おおきく本質からずれるようなときに、ちょっと修正をかける役

資料9 一般的な記録の種類との比較

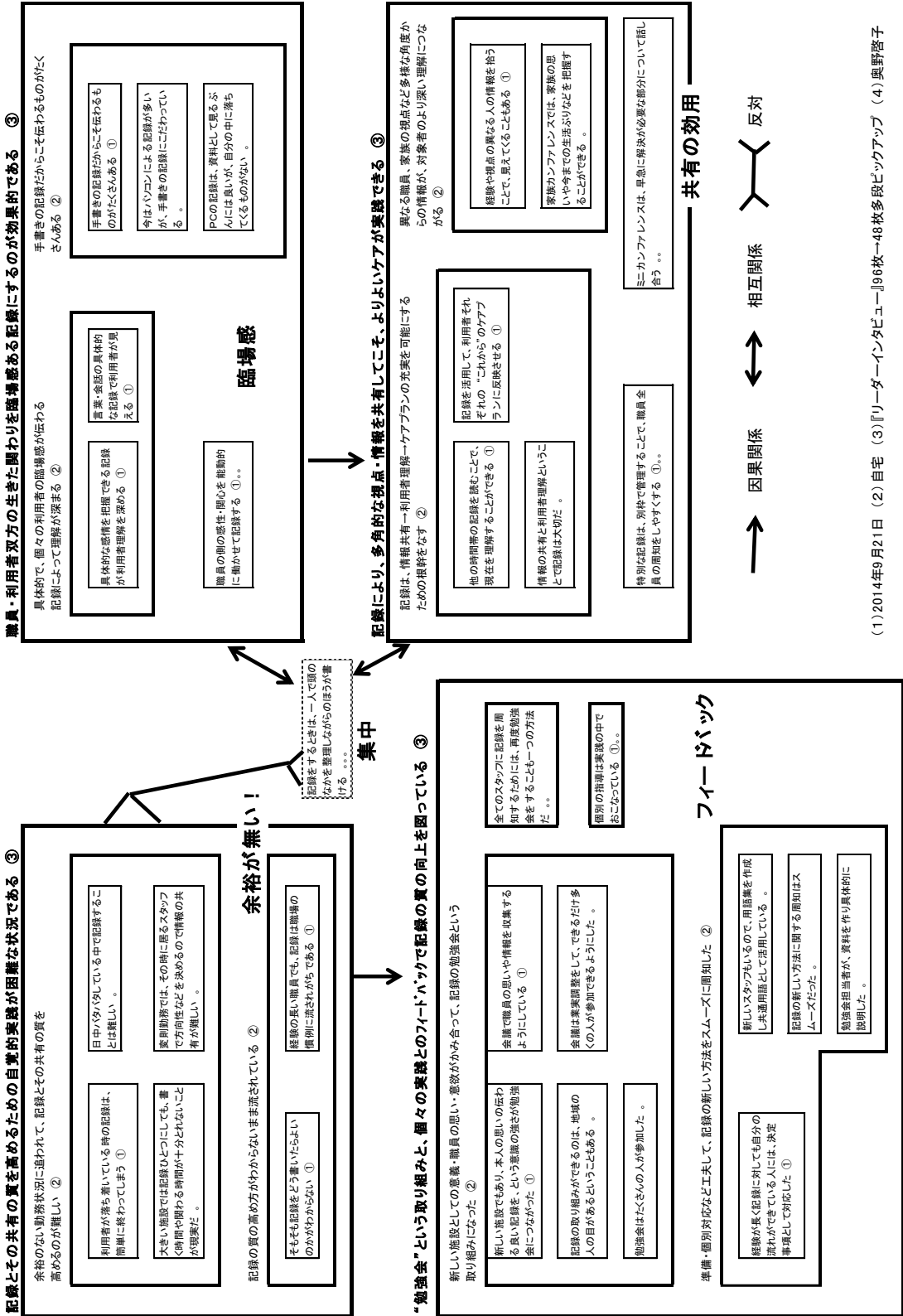
記録の種類	記録名	当該施設
個々の利用者の心身の状態とケアの記録	・ケース記録	○
	・看護記録	看護日誌
	・相談記録	カンファレンス記録
介護サービスごとの記録	・排泄状況記録	○
	・水分摂取表	必要な人のみ
	・入浴記録表	ケース記録に記載
	・リハビリ記録	ケース記録に記載
	・余暇活動記録	ケース記録に記載
	・検食簿	×
	・体位交換表	ケース記録に記載
	・理美容チェック表	ケース記録に記載
業務の実行の記録	・浴室点検表	○
	・居室環境チェック表	×
	・温湿度表	×
	・業務日誌	○
	・会議事録	○
	・車いす点検記録	×
マネジメントの記録	・教育訓練記録	職場研修記録
	・事故報告書	○
	・苦情対応報告書	○

*○×は有・無を表している。名称が異なる場合は、当該施設における記録の名称を記載している。

資料10 グループホーム職員・利用者の概要

	調査対象施設（平成26年8月）	全国事業所平均（平成24年度）	
介護従事者	職員数	25名（GH15名、小規模10名）	
	職員内訳	常勤21名（84%）：GH13名、小規模名 非常勤4名	常勤率66.6%
	資格（重複あり）	介護福祉士18名（75%）：GH10名、小規模8名	介護福祉士資格保有率32.9%
		ヘルパー2級または初任者研修7名	
		認知症実務者研修修了者16名	
		認知症リーダー研修修了者2名	
	介護支援専門員3名		
年齢	平均40.2歳：20～29歳（3名）、30～39歳（8名）、40～49歳（7名）、50～59歳（7名）	平均年齢45.8歳	
平均勤続年数（資格取得後）	9.9年		
開設時からの継続勤務者数	14名（所長1名、看護師1名含む）		
GH利用者	利用者数	18名（2ユニット）	
	年齢	平均86歳	
	要介護度	平均要介護度2.4：要介護1（4名）、要介護2（6名）、要介護3（5名）、要介護4（3名）	平均要介護度2.79
	障害高齢者日常生活自立度	平均はA1とA2の間：J1（1名）、J2（3名）、A1（5名）、A2（6名）、B1（1名）、B2（2名）	平均はAとBの間
	認知症高齢者日常生活自立度	平均はIIbとIIIaの間：I（1名）、IIa（6名）、IIb（1名）、IIIa（4名）、IV（5名）、M（1名）	IIbとIIIaの間

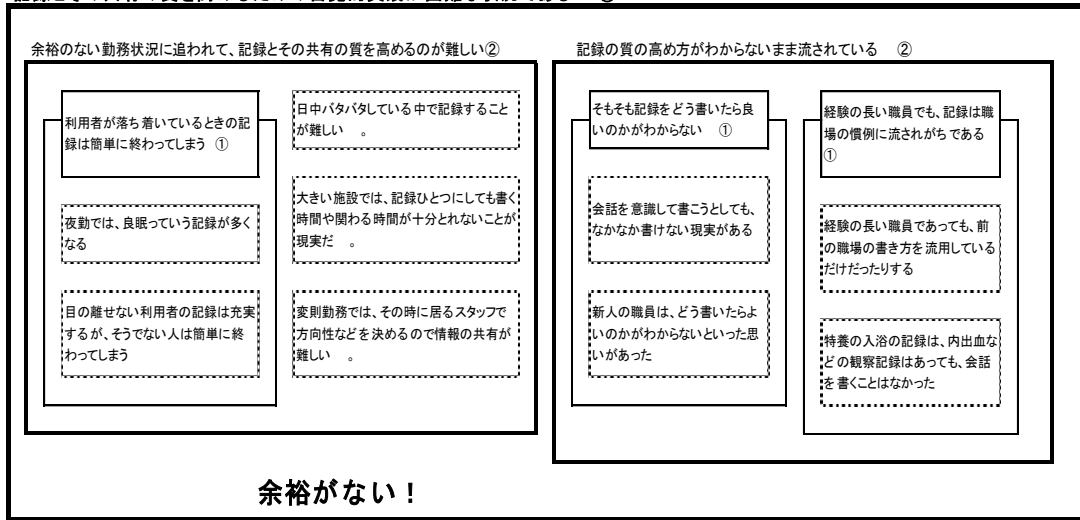
【効果的な記録で実践の質をあげる】



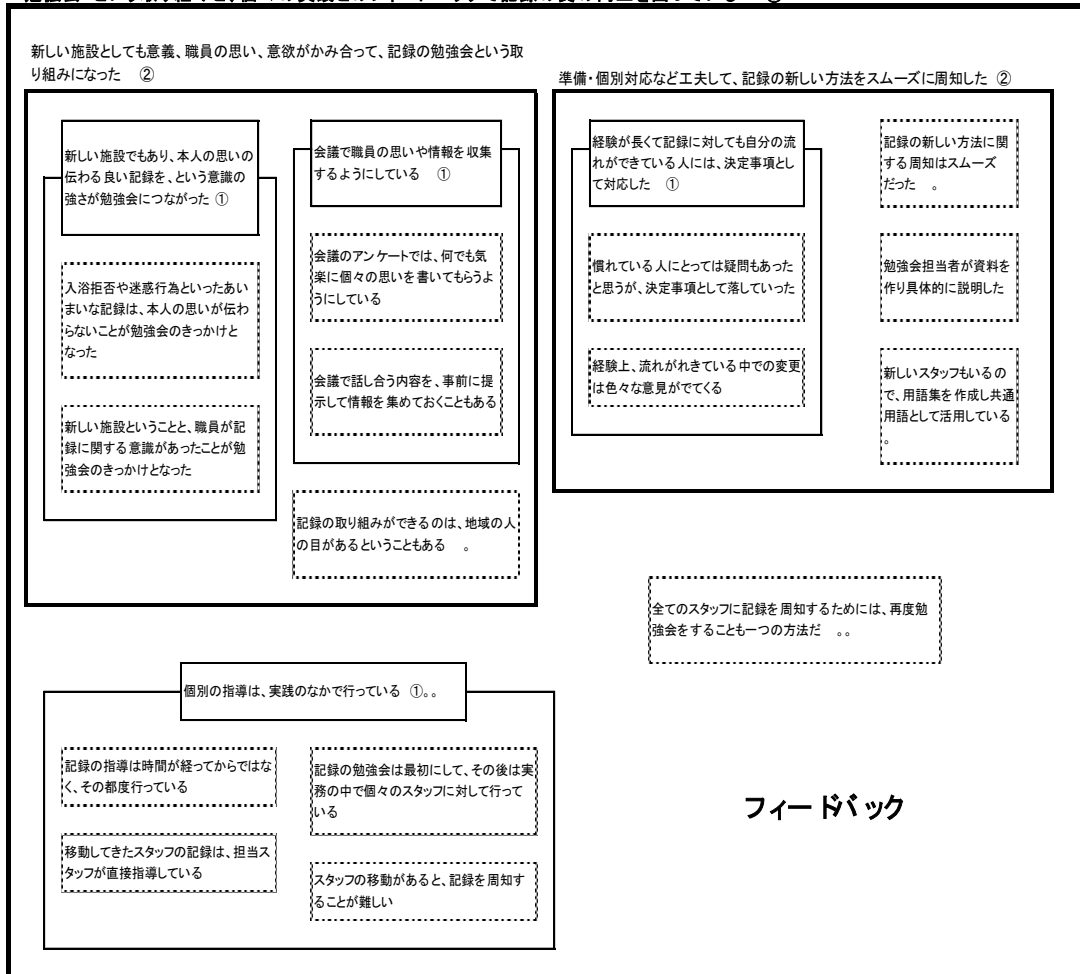
(1) 2014年9月21日 (2) 自宅 (3) 『リーダー・インターン・デビュー』96枚→48枚多段ピックアップ (4) 奥野啓子

資料 12 細部図解

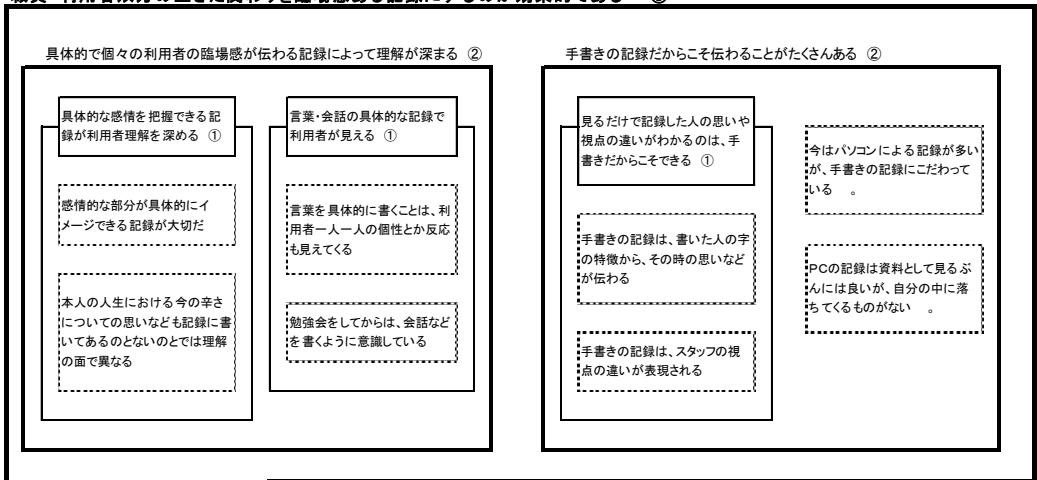
記録とその共有の質を高めるための自覚的実践が困難な状況である ③



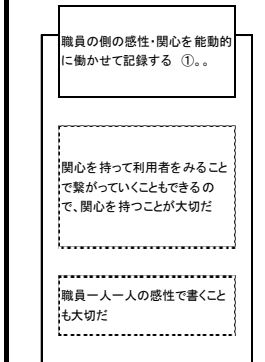
“勉強会”という取り組みと、個々の実践とのフィードバックで記録の質の向上を図っている ③



職員・利用者双方の生きた関わりを臨場感ある記録にするのが効果的である ③



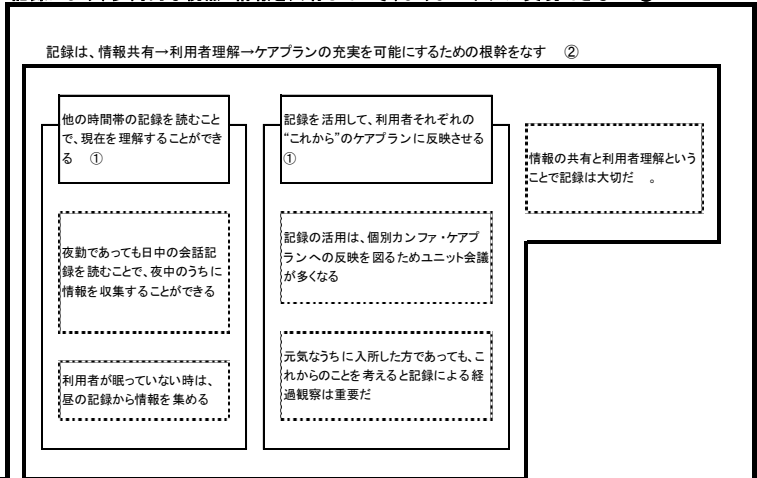
臨場感



記録をするときは、一人で頭をなかを整理しながらのほうが書ける。。。

集中

記録により、多角的な視点・情報を共有してこそ、よりよいケアが実現できる ③

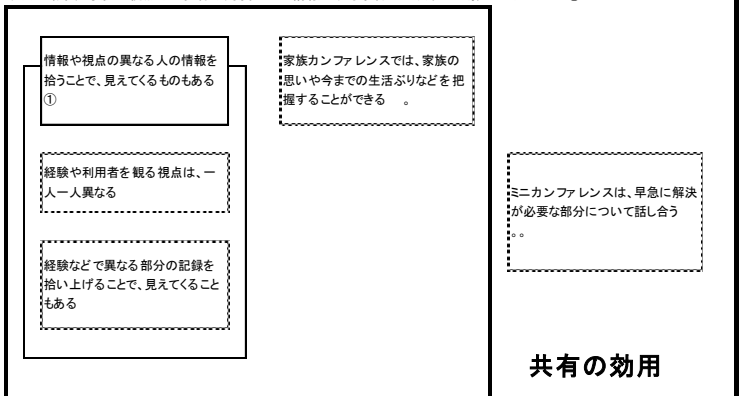


特別な記録は別枠で管理することで、職員全員の周知をしやすくする ①。。

看取りのカンファレンス記録では、参加者や家族の思い・医師の指示・今後の方針などを別枠できちんと落としている

ミニカンファの記録は目立つようにカルルの別枠に赤で書き、目に触れるようにしている

異なる職員・家族の視点など多様な角度からの情報が、対象者のより深い理解につながる ②



共有の効用

資料 13 「職員会議」 企画者アンケート結果

			A	B	C	D	E	F
1	Why (目的)	1 会議の目的が出席者全員に浸透していたか	○		○	○	○	○
		2 会議を行って目的が達成されたか	○	○	○		○	○
2	What (議題)	1 設定した議題は適切なものだったか	○	○	○	○	○	○
		2 予定していた議題を効率よく処理できたか	○	○	○	○		○
3	Who (出席者)	1 会議の目的に合った出席者を選んだか		○				
		2 欠席者、遅刻者はいなかったか						
		3 途中で席をはずす人はいなかったか			○		○	
		4 出席者のモラルは高かったか	○		○	○	○	
		5 司会進行役は適任だったか	○	○	○	○	○	○
4	Where (会場)	1 会議の目的に合った会場だったか		○	○	○	○	○
		2 出席者が会議に集中できる環境だったか	○	○	○	○	○	○
		3 会議に必要な備品がそろっていたか		○		○	○	○
5	When (開催日時)	1 会議の目的に合った開催時期だったか		○	○	○	○	○
		2 他の仕事に支障のない時間帯に開催できたか	○	○	○	○		○
		3 予定通りの時間に開催できたか	○	○	○			
		4 終了時間が守られたか						
6	How (運営の段取り)	1 資料の内容、配布時期は適切だったか	○	○	○	○	○	
		2 予定していた議題から議論が逸でなかったか	○	○	○		○	○
		3 出席者の参画意識が高く、意見が十分出されたか	○	○	○	○	○	
		4 意見の集約がうまくできたか	○	○	○	○	○	○
自由記載								
3-1: シフト作成時、細かい目的に合わせて出席者を選べていなかった								
3-2: 家族の都合で欠席者がいた。GH日勤が17:30までなので、途中参加となってしまった								
3-3: 電話で席をはずした								
3-4: 人それぞれで、ただ出席しているだけというような者もいたように思う								
5-3: 少し長かったと思う								
5-4: 明確に終了時間を決めていなかった								
6-1: レジュメが当日になってしまった								
6-3: 順番に意見を聞かないと、出ない様子だったと思う								

資料 14 「職員会議」 出席者の会議満足度

14-1

1 今日の会議に出席した価値がありましたか

①1時間のムダ	0
②あまり有効でない	0
③有効	8
④とても有効	5

自由記載

- ③・ターミナルについて色々話せた
- ・ターミナルについて皆様の意見が聞けて良かった
 - ・情報の交換ができた
 - ・勉強会もあり、少し時間が長いと思うが、色んなことを学ぶ機会になるので良かった
 - ・普段話しあう機会が無いので
 - ・勉強会はとても役にたった。会議については勤務時間の関係であまり聞けていない
 - ・勉強会は今後に生かせるので良かった
- ④・大切な連絡事項や役立つ勉強会などもあったため
- ・介護で得るものは多く、出席して勉強になった
 - ・ターミナルケアについて、皆の考えを共有できた
 - ・月1回の職員会議は、施設全体の情報交換の場なので、重要だと思う。障害者の就労支援についての勉強会も為になった
 - ・GH・小規模共の内容が良くわかった

14-2

2 進行役は役割を果たしていましたか

①全く役割を果たしていなかった	0
②ほとんど役割を果たしていなかった	0
③まあまあ役割を果たしていた	1
④とても役割を果たしていた	12

自由記載

とても役割を果たしていた

- ・わかりやすく進めてくださった
- ・時間もムダにせず進行できていると思う×2
- ・ポイントを押さえわかりやすかった
- ・進行役は会議をスムーズにするために必要
- ・意見をよく聞き、話しやすい雰囲気・間の取り方を考えて行っていた
- ・適切な進行だった
- ・スムーズな進行だった

14-3

3 あなたはどのくらい会議に貢献することができましたか

①自分の発言は考慮されなかった	2
②自分の発言が考慮に活かされた	8
③その他	1
④無記入	2

自由記載

- ①・途中電話が入ることがあったり、あまり貢献できていなかったように思う
- ②・自分の伝えたい事は伝えることが出来たので満足している
 - ・自分のケアに対する思いを伝えることができ、少しでも心に響いていうくれたら嬉しいと思う
 - ・一人ずつの意見を聞いて頂いた
 - ・皆それぞれの思いは今後活かされていくと思う
 - ・委員会の内容、思いが話しあいできた
 - ・それぞれの意見が活かされる場であった
- ③・自分の発言が活かされたら良いと思う

14-4

4 決定されたことに満足していますか

①全く不満	0
②少し不満	0
③まあまあ	0
④満足	5
⑤とても満足	5
⑥その他	0
⑦無記入	3

自由記載

- ⑤・納得することが多かった
 - ・統一したケアを行うために、気持ちを分かち合えたと思う
 - ・しっかりと守っていきたい
 - ・ターミナルについて良い方向に向いたと思う

14-5

* 次の会議を改善するために、提案があれば是非お願いします。

- ・事前に内容を知らせておく
- ・職員会議で話したいことを、職員からも提案していただければ良いと感じた
- ・今回はこの内容でどうしても勉強会をして欲しいとか、色々意見が出せるようにしてほしいと思う
- ・前もって何について話合いたいのか、何を考えて欲しいのかを提案し、自分の考えをまとめておいてもらい、会議に望めるよう準備を行う
- ・以前もしていた会議の前に話し合いたい事などのアンケートに記入して提出していた方法は、話し合う時間が無いので 良いと思う
- ・開始時間には、皆集合し、速やかに開始したい
- ・いつも委員会の発表内容がなかり難い。携わっていない人にもわかり易い説明をしてほしいと思う

資料 15 「ユニット会議」 振り返るチェックシート

			GH		小規模			
			A	B	C	D	E	
1	Why (目的)	1	会議の目的が出席者全員に浸透していたか			○	○	○
		2	会議を行って目的が達成されたか	○	○	○	○	○
2	What (議題)	1	設定した議題は適切なものだったか	○	○	○	○	○
		2	予定していた議題を効率よく処理できたか		○	○		○
3	Who (出席者)	1	会議の目的に合った出席者を選んだか					
		2	欠席者、遅刻者はいなかったか					
		3	途中で席をはずす人はいなかったか		○	○		○
		4	出席者のモラルは高かったか	○	○		○	
		5	司会進行役は適任だったか		○	○	○	
4	Where (会場)	1	会議の目的に合った会場だったか	○	○		○	○
		2	出席者が会議に集中できる環境だったか	○	○	○	○	○
		3	会議に必要な備品がそろっていたか		○	○	○	○
5	When (開催日時)	1	会議の目的に合った開催時期だったか	○	○	○		○
		2	他の仕事に支障のない時間帯に開催できたか		○	○		○
		3	予定通りの時間に開催できたか	○		○		
		4	終了時間が守られたか	○		○		○
6	How (運営の段取り)	1	資料の内容、配布時期は適切だったか		○			
		2	予定していた議題から議論が逸でなかったか	○		○		○
		3	出席者の参画意識が高く、意見が十分出されたか	○	○	○	○	○
		4	意見の集約がうまくできたか		○	○		○
自由記載 (小規模)								
3-1・2 : 体調不良や用事などで休む人が多かった								
4-1 : こじんまりとしたスペースで話しやすかった								
5-3 : 17時の開催予定だったが、日勤業務が押ししたり翌日の行事準備があり30分遅れた								
6-1 : ギリギリになってしまった								

資料 16 「ユニット会議」出席者の会議満足度

16-1

1 今日の会議に出席した価値がありましたか

	GH(会議)	小規模(会議)
①時間のムダ	0	0
②あまり有効でない	1	0
③有効	5	7
④とても有効	3	0

自由記載

GH(会議)

- ②・情報の共有はできるが、結局あまり決まっていない
- ③・個別のカンファレンスがあり、ケアの統一に向けて行えたと思う
 - ・自分の思いや考えが発言できた
 - ・出席者にとっては、情報共有の意味があまりない
 - ・ご利用者個別の情報を色々知ることができた
- ④・いろいろな情報を知ることができた
 - ・現在の問題点について深く話し合うことができた

小規模(会議)

- ③・初めての会議出席だったのでわからないことも多かったが、今後の参考になった
 - ・日々の利用者の対応についてなので、出席しないと明日からの対応がわからない
 - ・職員間で共有。話し合いができた
 - ・利用者様の状態把握ができた
 - ・御利用者情報の共有、評価について話しあうことができた
 - ・出席者が少なかったので、欠席者に必ず伝える必要あり
 - ・今後の業務に必要

16-2

2 進行役は役割を果たしていましたか

※小規模無記入 1

	GH(会議)	小規模(会議)
①全く役割を果たしていなかった	0	0
②ほとんど役割を果たしていなかった	1	0
③まあまあ役割を果たしていた	3	1
④とてもよく役割を果たしていた	5	5

自由記載

GH(会議)

- ③・特に問題なし
- ④・現状を理解しているため、話がスムーズに進んだ
 - ・レジュメに沿って、進行されていた
 - ・段取り良く進めていった

小規模(会議)

- ④・流れもスムーズで、雑談などで中断することもなかった
 - ・ご利用者のことなどわかりやすく説明してくれた
 - ・脱線しそうになりかけたところを、本線に戻していた

16-3

3 あなたはどのくらい会議に貢献することができましたか

	GH(会議)	小規模(会議)
①自分の発言は考慮されなかった	0	1
②自分の発言が結果に活かされた	3	5
③その他	4	0
④無記入	2	1

自由記載

GH(会議)

- ②・現状報告により、今後の対応を考えることができた
 - ・皆の意見が活かされた
- ③・発言する機会はなかったが、発言されたスタッフの意見は考慮されていた
 - ・特に発言しておりません
 - ・発言はしたが、結果にいかされるかまだわからない
 - ・決定的なことは話していない

小規模(会議)

- ①・そもそも発言していない
- ②・思っていることは提案できた
 - ・ご利用者の個別のケアについて提案できた
 - ・利用者へ対応した事を発表するだけで、意味がある事なので活かされている
 - ・皆で考え進めていくことになった
 - ・判断の参考にされた

16-4

4 決定されたことに満足していますか

	GH(会議)	小規模(会議)
①全く不満	0	0
②少し不満	1	0
③まあまあ満足	3	2
④満足	3	5
⑤とても満足	2	0
⑥その他	0	0
⑦無記入	0	0

自由記載

GH(会議)

- ②・一部不満あり
- ③・やってみないとわからないので
- ④・今できる事をするという意味で、いろんな方向から考えることができた
 - ・私はまだGHでの日が浅いのですが、今後のこともだんだんわかってきました
- ⑤・今までのプロセスを経て決定されたものだと感じています

小規模(会議)

- ③・最善ではない
- ④・皆で決めることができたので
 - ・利用者様目線での決定となった
 - ・今後の参考となった
 - ・とりあえず行ってみて、また次回につなげていく

16-5

* 次の会議を改善するために、提案があれば是非お願いします。

<p>GH(会議)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々で提案を持ってくれば良いと思う ・スタッフ全員が現状把握するため、記録に目を通しておくなど、口頭での情報も含め、積極的に収集する <p>小規模(会議)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間をダラダラ使わず、必要な所(話し合いで)を事前に各自考えてくる ・前もってカンファの内容を各自考えて臨む ・1週間前にレジュメを配る必要があった。 ・17時からとなっていたが、明日の行事準備や残務をしていて30分遅れでの開始となった
--

資料 17 専門性について (介護過程・事例検討)

17-1 「情報共有」

1 検討内容について

実践経験を振り返ることの過程は共有できましたか

	GH	小規模
①出来なかった	0	0
②少しできた	2	3
③まあまあ	3	3
④できた	4	1

自由記載

GH(専門性)

- ②・報連相があまりできていない(参加していない人に)
- ④・経験が少ないので、わからない部分もあった

小規模(専門性)

- ②・日々の様子について振り返ることができた
 - ・他のスタッフの意見を共有できた
 - ・日勤のみの人に夜勤の事を伝えられた
- ③・それぞれの意見を聞いて考えを共有できた
 - ・実践経験はないが、一人ひとりの方に対しての対応などを役立てていけそう

17-2 「態度」

問題に対して、じっくり考えることができましたか

	G H	小規模
①できなかった	0	0
②少しできた	2	1
③まあまあ	4	4
④できた	3	2

自由記載

G H(専門性)

- ②・自分なりに考えることができた
- ③・時間のくくりがあるので、じっくりは難しい
- ④・出来る限り理解するよう努めた

小規模(専門性)

- ②・大きな問題は起こっていない
- ③・問題に対して考える時間が持てた
 - ・利用者様の目線で考えられた
 - ・現状の課題について話し合うことができた
- ④・ご本人の立場になって考え話し合いができた

17-3 「知識」

3 知識

思考過程で「知識」をもとに考えることができましたか

※小規模無記入2

	G H	小規模
①できなかった	0	0
②少しできた	3	1
③まあまあ	2	4
④できた	4	0

G H(専門性)

- ④・今ある知識を活用した

小規模(専門性)

- ②・スタッフの知識が出て話し合いができた
- ③・今までの経験を伝えることができた
 - ・利用者様の立場を考えられた

17-4 「技術」

4 技術

実践方法の結論は、満足のものでしたか

※GH・小規模無記入1ずつ

	GH	小規模
① 納得していない	1	0
② まあまあ満足	6	5
③ 満足	1	1

自由記載

GH(専門性)

無し

小規模(専門性)

- ②・皆で話し合ったので
 - ・利用者様の目線が反映できた
 - ・納得のできる結論で、それを踏まえて次のステップに続けられる結論だった

17-5 「価値」: 自立支援

「自立支援」の視点で考えることができましたか

※小規模無記入1

	GH	小規模
① できなかった	1	0
② 少しできた	4	1
③ まあまあ	0	3
④ できた	4	2

自由記載

GH(専門性)

- ①・関わり方のみで考えていた
- ④・利用者様に対して常に自立支援を前提としている
 - ・できるだけ独力でということがわかった

小規模(専門性)

- ②・出来る方には今までの視点、介護の高い方でも自立支援での考慮で話し合えた
- ③・利用者本位の視点で考えられた

17-6 「価値」: 自己決定

「自己決定」の視点で考えることができましたか

※小規模無記入3

	GH	小規模
① できなかった	2	1
② 少しできた	2	0
③ まあまあ	2	3
④ できた	2	0

自由記載

GH(専門性)

- ①・GHでの経験が浅いので
 - ・関わり方のみで考えていた
- ④・意志の尊重がわかった

小規模(専門性)

- ①・自己決定の話はなかった(出なかった)
- ③・自己決定することが出来た

17-7 「価値」：利用者中心

「利用者中心」の視点で考えることができましたか

	G H	小規模
①できなかつた	1	0
②少しできた	0	0
③まあまあ	3	4
④できた	5	3

自由記載

G H(専門性)

①・関わり方のみで考えていた

④・ご本人の意思の尊重

小規模(専門性)

③・一人ひとりの状態や所有物をスタッフが共有し、利用者のことを考え話をすすめられた

・利用者様の状態に合わせて考えることができた

・話し合いの中では、皆さん利用者中心で考えて下さっていると思う

・暑い時期、Dパンをはいている利用者に対して、ムレ等あり心配なのでとの意見がでた

④・ご利用者様の気持ちになって考える事ができた

・利用者様のことを第一に考えられた

17-8 「価値」：価値の反映

価値(自立支援・自己決定・利用者中心)が反映された結論だと思いますか

	G H	小規模
①反映されていない	1	0
②少し	2	1
③まあまあ	4	5
④反映されている	2	1

自由記載

G H(専門性)

①・環境についての話しが多かった

④・複合要因が絡むと思う

小規模(専門性)

②・具体的にはあまり出ていないように思う

③・スタッフ間で話し合い、利用者の気持ちになって学ぶことができた

・反映されていた話し合いであった

・利用者様の状態を見極め、今のベストな方法が見いだされた

・利用者中心に考えるのが第一

資料 18 事例の概要

	性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知度	診断名
A	女	88歳	4	A2	M	前頭葉側頭葉型認知症
B	女	86歳	3	J2	IIa	アルツハイマー型認知症
C	女	83歳	3	A2	IV	アルツハイマー型認知症
D	女	79歳	3	A1	IIIa	アルツハイマー型認知症
E	女	91歳	2	B1	I	詳細不明

資料 19 Aさん

Aさん (21分)		
現状の 確認	描写	●入院前に見られていた激しい感情はないが、不穏や依存については変化ない●退院時にはフラフラしていたが、今日の日中は普通に歩いていた●退院時はGH職員のことを忘れていて、自分はどこにきたのかという表情をしていた●Aさんが帰ってきてても他の利用者は無視していた●Tさんは社交辞令であいさつしたが、その後はあしらっていた●周りの人はAさんのことを覚えているのに、わざと無視する態度をとっていた●訴えは夕方が多い●入院して薬の調節をした後もお茶へのこだわりはみられた●今日Mさんが体操から帰ってきたら穏やかになっていた●朝方に頻回にトイレに行く●AさんがGHに居ると家族は楽になるが、その分自分達がしんどくなると利用者が言っていた●集中して何かをしている時には、トイレに行っていない
	感覚	●TさんはMさんの影響を受けてAさんに対して発言している●Aさんに対する面白くない思いがきつ発言になっている●Aさんの退院時のスタッフの態度がチヤホヤしているように感じて気に入らないのかも知れない●MさんはAさんへのイライラを他の利用者につつ当たりしているようだ●Mさんは嫌いとも言わず、居ないこととして無視している態度に見える●病院で色塗りができたのは、誰かがきっちり付いて居たからかも知れない●Aさんが病院で落ち着いていたのは、他の人の干渉がないせいかも知れない●朝方に頻回にトイレに行くので、不眠感があるかも知れない●Aさんの入院について、他の利用者はGHが気にいらなくて家に帰ったと思っていることが問題だ
	推論	●入居者の誤解について、Aさんの入院目的を説明したとしても、言いくるめようとしているといった発言が聞かれたので難しい
	分析	●Tさんは自分が作った良い環境なのに、Aさんが否定的なことを言ったのが気に入らないのではないかと●薬の調整をしてもAさんが変わらないのは環境が原因ではないかと●Aさんが落ち着くためには、他の利用者のストレスを緩和する必要がある●Mさんを他に連れ出すことで環境を変える必要があるのではないかと●スタッフから見たら何ともないことでも、他の利用者にとっては違う風によってAさんを攻撃するので、環境を変えることが解決策だと思う●Aさんに何かをするから他の4人が不満になるから、4人に働きかける方法を提案した
別角度からの情報	●自分から見てAさんの否定的な言葉は減ってきているように思える●Aさんが否定的な言葉を発するというより、取り方の問題ではないかと●気を紛らわすためにMさんを体操に誘ったら機嫌が直った●自分はAさんは入院前後で変わらないと思う●Aさんは7週間以上病院に居たので、帰ってきて落ち着かないとしてもそれは誰にでもあることだ●Aさんのために環境を変えようとしても、職員の人数が少ないときには難しい	
他からの情報	●退院後自宅では、環境の変化もあり眠れなかったと家族から報告があった●薬の調整後は、「こだわり」はおだやかになっていると病院から報告があった●薬の調整の結果、眠前は増えたが、全体的にはかなり減っている●病院では、色塗りなどができていた	
知識		
技術	●他の入居者のストレスをレクなどで緩和することで、Aさんのストレス緩和に努める	

資料 20 B さん

B さん (9分)		
現状の 確認	描写	●尿失禁後にリハパンのポリマーを自分で出してしまう状況がある●汚染したリハパンを手で触ってしまうので、手のサポーターも手もよごれるが、交換するサポーターの場所がわからない状態である●Bさんは夜サポーターを洗濯しているというが、洗っているところを見たことがない●パンツ交換を促しても、その気がなく置きっぱなしになっている●夜にリハパンを渡してもギャーギャー言っはかないことがある●何回も促してようやくリハパンをはくが、ノーパンのことも結構ある
	感覚	●むしろしないことからすると、失禁パンツの方が良いかも知れない●Bさんは更衣は自分でできるので、濡れるの覚悟で失禁パンツでもよいのではないかと●パンツが布になったらBさんは喜ぶと思う
	推論	●失禁パンツの方が良いと思うが、濡れてもはき替えないかも知れない●もし濡れていたら更衣もできるので、清潔を保つという意味では失禁パンツでも良いように思う
	分析	●リハパンをむしる行為は、汚染したから汚いと思い、汚いところを取ろうとしているからではないか●Bさんの失禁について、何を重視すべきかを出し合った結果、清潔重視でいくことにした●失禁パンツは、自分で濡れていることを自覚でき、濡れていたら自分ではき替えることができることが良い●Bさんの現在の汚染状況から、用意する失禁パンツの量を検討した●他の利用者の失禁パンツの状況を出し合い、用意する失禁パンツの量を検討した
知識		
別角度からの情報	●入浴時には、自分でリハパンも含めて用意してくる●かつてはリハパンを拒否してノーパンのこともあったが、今はそういうことはない●全て失禁パンツではなく、夜間はリハパンでも良いのでは	
他からの情報	●娘さんが失禁に関する情報を知りたがっていることを伝えた	
技術	●尿失禁については、清潔重視で支援する	

資料 21 C さん

C さん (10分)		
現状の 確認	描写	●アイスクリームなどは好んで食べるが、摂取量としては少ない●嘔吐が定期的にみられる●点滴は月水金で継続している●Cさんのパッドがそのままになっていることがある●2時間位同じ位置を圧迫していると赤くなっていることが多い●長時間ギャッジアップしていると頭が下がっていたことがあった●Cさんの右膝が拘縮してきている
	感覚	●姿勢保持ができない状況で、ギャッジアップしたまま離れようとしたこと自体が変だ●置きっぱなしになっているパッドに対して、面会に来た家族の思いになったら環境をきちんと整備する必要がある
	推論	●ギャッジアップは45°位でも良いのでは●挙げている時間も10~15分でなくても良いのではないかと
	分析	●Cさんは褥瘡ができやすい状態にある●ギャッジアップしたまま長時間そのままでは、褥瘡の要因にもなる●ギャッジアップした後は、時間が経つと頭が下がってくるので、まめに見る必要がある●Cさんの嘔吐は今後も続くことになるので、ポイントは安楽な姿勢であることだ●吐いたらこわいので10分位は部屋にいるようにしている●右足の拘縮を観察しながら、伸ばすようなマッサージに心がける必要がある
知識	●ギャッジアップの角度や時間について具体的に意見をだした●食べる時には、クッションなどを利用して気道に入らないように顎をひくような感じにしている●食事は解剖学的に右側臥位が基本姿勢である●ギャッジアップの時は、除圧が必要	
別角度からの情報	●頭がずり落ちるので、食事のときに90°までギャッジアップする必要はないのではないかと●ちょっと見に行くっていうのが出来ないこともある	
他からの情報	●嘔吐が問題なのではなく、嘔吐したものを誤嚥することが問題なので、絶対ないようにする必要はある。そのためには、落ち着くまでは一緒にいる。ギャッジアップを下げる時は顔を横にむけるくらいはしておく。たぶんもう吐きだす力はないと思うので・・・(GH看護師)	
技術	●Cさんのギャッジアップした人が責任を持って後で見に行く●Cさんの食事の後は、落ち着くまで一緒にいて、その後ギャッジを下げて横向いてもらう●ギャッジアップの時に除圧する●拘縮してきている右足を、観察しながら撫でるようにしてマッサージに心がける	

資料 22 D さん

D さん (13分)		
現状の 確認	描写	●急に走り出したり、怒りだしたりといった不穏になることが最近多い●調子の悪い朝にデパスを内服させることになっている●酵素ジュースを飲み始めた時は自然排便があったが、最近はその効果がみられていない●Dさんは音に対してはかなり敏感である●☆さんをこぶしに送り込んだが、Dさんはすぐ戻ってきてうまくいかなかった
	感覚	●不穏の原因として職員の入れ替わりがあるのかも知れないと考えたが、原因は他にあるようにも思う●メモリーの調整を他の先生に相談してみてもどうか●歯の他に便のほうはどうだろうか●不穏と周囲の音との関係はどうだろうか●Dさんは音に敏感なので、職員の話し声とかにも反応している●落ち着く場所として玄関のところに椅子とテーブルを用意してみてもどうか
	推論	●Dさんの不穏に対し、関わり方とか頑張ってみたが、やっぱり違う気がした●歯の痛みも考えたが、もう治ったはずだ●メモリーの調整は主治医を通す必要がある●送りこまれた☆さんにとっても落ち着く場所がなくなって悪循環になっている
	分析	●調子の悪い時に、デパスを頓服で飲ますことは難しいし、朝に飲むと眠気とかも来て、出来ることもできなくなってしまう●Dさんの不穏には薬の調整が一番良いように思えるが、そこに持っていくためには色々できることをしてみる必要がある
知識		
別角度からの情報		●★さんのうなり声がDさんにとって不穏な音になっているようだ●Dさんが落ち着く場所を作ってみてはどうか
他からの情報		●主治医は不穏に対し、デパスを使い、メモリーを使わない方針だ●歯科受診をし相談した結果、体調の変化によって痛みが出る場合もあると言われた
技術		

資料 23 E さん

E さん (9分)		
現状の 確認	描写	●最近自室でシルバーカーに坐り、移動も座ったまましている●最近自室に引きこもり気味●Hさんは、風邪をひいているとか、体がだるいとか言っていて自室に居る
	感覚	●最近横着が目立つような気がする●本日もEさんはテレビの前でボーとして座っていたので、室温の管理が重要だ
	推論	
	分析	●Eさんのように部屋で過ごすことが多くなると、熱中症の問題などもあり、悪循環になっているのかもしれない
知識		
別角度からの情報		
他からの情報		●Eさんが自室にいる原因は、本人は風邪というが、最近では血圧が低くなっていて、心音も捉えにくく、利尿剤も飲んでいたので脱水が原因かも知れない。血圧が低いと体がしんどくなり、トイレとかも面倒になる。熱中症のひとつに体がだるいということがある（GH看護師より）
技術		●部屋の中で日中過ごす人については、室温管理をする必要がある

資料 24 進行チェック表 (例)

(1)事例紹介 (事例検討シートから)
(2)討論
1) <input type="checkbox"/> 現状の確認 (個々の発言者)
<input type="checkbox"/> 状況が具体的に述べられているか
<input type="checkbox"/> 状況について何を考えたか
<input type="checkbox"/> その結果から予測されることは何か
<input type="checkbox"/> どうなったら良いと思うのか
<input type="checkbox"/> 何が悪かったのか (良かったのか)
<input type="checkbox"/> 同じ状況がおきたらどうしたいのか
<input type="checkbox"/> 異なる角度からの意見はでたか
<input type="checkbox"/> 家族や医療など他からの情報はでたか
<input type="checkbox"/> 医療・制度など必要な知識はでたか
2) <input type="checkbox"/> 全体から分析はしたか
3) <input type="checkbox"/> 実践可能な技術か
(3)決定事項・未決事項の確認

資料 25 会議録体裁例

会議名	ユニット会議 (GH会議)		
日時	平成26年8月6日	場所	食堂
出席者	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇・・・・		
進行	〇〇〇〇	記録	〇〇〇〇
議題	①Aさん	⑥	
	②Bさん	⑦	
	③Cさん	⑧	
	④Dさん	⑨	
	⑤Eさん	⑩	
内容	<p>議題① < 討論の焦点 > 薬の調整のため入院していたが、本日帰設した。他の入居者の否定的態度が見られ、そのせいか落ち着きがない状態が続いているため情報の共有と対応について検討する。</p> <p>< 経過 > 病院では塗り絵などして落ち着いていた。しかし、帰設後に不穏が続いているのは、他の入居者などの環境が原因かも知れない。と言った意見が出された一方で、「自分からみたら否定的な言葉は減ってきている」「退院直後だから誰にでもあること」といった意見もでた。</p> <p>< 決定事項 > 依存が多く見られるときは、本当に介護が必要な状態か、見守りながら状態を観察する。他の利用者との関係については、まずは他の利用者のストレスを、レクなどで緩和する。</p> <p>< 未決・課題 > 上記方法で様子を見て再検討</p>		

資料 26 職員の概要

No.	性別	年齢	属性	保有資格			経験年数	勤務形態
				初任者研修	介護福祉士	その他		
1	女	30～39	小規模	初任者研修			1年未満	パート
2	女	50～59	小規模	介護福祉士	HH2級		9～10年	正規
3	女	40～49	小規模	介護福祉士	HH2級		11年以上	パート
4	女	40～49	小規模	介護福祉士	HH2級	保育士	9～10年	正規
5	男	30～39	小規模	介護福祉士			5～6年	正規
6	女	40～49	小規模	HH2級	保育士		3～4年	パート
7	女	40～49	小規模	介護福祉士	CM		11年以上	正規
8	男	20～29	GH	介護福祉士	HH2級		7～8年	正規
9	女	20～29	GH	介護福祉士			1～2年	正規
10	女	20～29	GH	介護福祉士	HH2級	SW	1～2年	正規
11	女	30～39	GH	介護福祉士			11年以上	正規
12	女	50～59	GH	介護福祉士	HH1級	HH2級	9～10年	正規
13	女	30～39	GH	介護福祉士	HH2級	実務者研修	11年以上	正規
14	女	30～39	GH	介護福祉士	HH2級		11年以上	正規
15	女	30～39	GH	HH2級			1～2年	正規
16	女	40～49	GH	HH2級			1～2年	パート
17	女	50～59	GH	介護福祉士	CM	栄養士	11年以上	パート
18	女	40～49	GH	介護福祉士			11年以上	正規
19	女	50～59	GH	HH2級			1～2年	

資料 27 意識調査

No.	記録を書く際に意識している優先順位										活用								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
1	記述	○	内容	○	感覚	○	推論	○	評価	○	分析	○	A・P	○	目的	○	結果	○	やや
2	記述		内容		感覚		分析		目的		評価		推論		A・P		結果		概ね
3	記述	○																	思う
4	記述	○	結果	○	内容	○	目的	○											概ね
5	記述	○	結果	○	推論		評価		内容	○	感覚		目的		A・P		分析		思う
6	記述	○																	思わない
7	記述	○	目的		結果	○	推論		評価	○	A・P		内容	○	感覚		分析	○	思う
8																			概ね
9	記述	○	感覚	○	内容	○	結果	○											思わない
10	内容	○	結果	○	記述	○	目的		分析		評価		推論		A・P		感覚		思わない
11																			思わない
12																			
13	記述	○	内容	○	結果	○	目的	○	感覚		分析	○	評価		推論		A・P	○	概ね
14	記述	○	内容	○	結果	○	目的	○	分析	○	推論	○	評価	○	A・P		感覚		思う
15	(記述)	○																	やや
16	記述	○	分析	○	推論	○	感覚	○	評価	○	A・P	○	目的						やや
17	記述	○	感覚		分析		(内容)	○	(結果)	○									思わない
18	記述	○	感覚	○	分析	○	推論	○	A・P	○	目的	○	内容	○	結果	○	評価	○	思う
19	記述	○																	概ね

資料 28 記録の活用自由記載

思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・皆が記録の意味・意義をあまり考えず、意識していないので、読み返し参考にしていることはあまりない。 ・記録はあまり活用されていない。ご利用者の状況などは口頭で申し送ったり話しあっている。記録を見て会議は行っていない。 ・記録を活用というよりは、実際にどんな事があったか等の内容を直接伝えた事の内容が会議に使われていいると思う。 ・（会議で）記録を使用していない。問題があった時、その内容について話し合いをしているから。
やや思う	<ul style="list-style-type: none"> ・時々活用されている。
おおむね思う	<ul style="list-style-type: none"> ・記録から拾ったリスクや問題点、改善点等ケース検討するため用いられていると思う。日々の関わりやケアが映し出されているのが記録だから、活用はされていると思う。 ・会議などでは事故報告等の内容は、活用されているが、その他は記録より日々のカンファレンス等での申し送りや検討事項についての話し合いが多いように思う。
思う	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者様の様子や変化を記録から、カンファレンスにて検討し、ケアプランや対応に活かしているし、活かせる。
思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭での申し送りで把握している方が多いと思う。
やや思う	<ul style="list-style-type: none"> ・朝終札や申し送りノートでも確認している。
おおむね思う	<ul style="list-style-type: none"> ・わからない事や知らない事を聞いたり、自分自身のスキルアップにもつながることがある。 ・「記録」で残す。会議で話し合い共有する。
思う	<ul style="list-style-type: none"> ・何事も職員間での周知は大切だと思います。 ・記録された事実内容より今後のプランを建てるから。 ・日々の記録より、改善点などを見出せるため。

資料 29 「記録の勉強会」前後の記録

日付	項目	本人	記入者
平成24年			
4月5日	入浴	14' フロアにて「花は咲く」の歌を歌われ穏やか。入浴の声かけにて「行こか！」と笑顔で言っている。	A
5月2日	入浴	午後から声かけする。ご自分で着替えをタオルにくるんでセットしてくださる。	B
6月1日	入浴	午前中入浴実施。	C
7月3日	入浴	個浴にて入浴される。	D
8月2日	入浴	9' 30 入浴の予定伝えると、すぐにつもりされる。	B
9月3日	入浴	10' 15 体操中入浴の声かけすると喜ばれ大きな声で笑ったりする。	B
11月3日	入浴	声かけするとお風呂？と喜ばれる。	E
12月1日	入浴	10' 体操始まるが、入浴の声かけにすぐに反応され、浴室へ移動される。	B
12月27日	入浴	スタッフの促しに拒否があることもなく「あらそうなの」と応じて下さっています。	F
平成25年			
1月25日	入浴	10' 入浴お誘いすると「ふん。行こうか」と、トイレ後すぐ浴室へ移動される。	B
2月1日	入浴	10' 体操始まり、手足を動かし皆さんと体操されるが、入浴の声かけに「行こ！」と反応早く機嫌よく浴室へ移動。	B
3月1日	入浴	10' 20 帰り支度を何度もされ落ち着かれなかったが、体操は皆さんと一緒にされてお入り、入浴の声かけに「あっそう？行こか」と喜ばれる。	B
4月23日	入浴	声かけすると「今朝入ったからもうええわ」と言われる。「今日は暑くて汗をかいたから皆さん順番に汗流しますよ」と声かけすると、納得され「気持ちいいわ」と入浴される。	B
4月26日	入浴	入浴の声かけを前もってしておく、それから、入浴を待たれ、何度も聞かれ、入浴すると納得される。	B
4月30日	入浴拒否 拒否	入浴勧めるが嫌がられる。 入浴お誘いするも「今日は入らないわ」と、強くおっしゃられる。	D B
5月2日	入浴	10' 30 「お風呂の用意ができましたけどどうされますか」と小声で聞くと、「あっ行くわ」と言って席を立たれる。 朝の居室掃除の際、カレンダーを持ってこられたので、2日の所に「フロ」と書き込んでいただく。前もって声かけておく、とスムーズ。	B
5月5日	入浴	浴室に案内すると“わからない”と不安が大きくなる。入浴中も部屋に連れて行ってほしいと心配ばかりされていた。	G
5月7日	入浴拒否	入浴のお誘いするも、「今日は入らない」と拒否される。	H
5月8日	入浴	10' 朝の掃除の際、「今日はお風呂の日」と伝えていたため、声かけした時スムーズに浴室に行かれる。	B
5月28日	入浴	10' 朝のシーツ交換の際、お風呂の日と伝え準備する。入浴中おだやか。	B
5月30日「記録の勉強会」			
6月8日	入浴	「今日はカレンダーに印ついていますか？」と尋ねると、ご自分から「あらっ、オフロ？」と言われつもりをされる。	B
7月2日	入浴	9' 30 掃除後、眠そうにしていたが、入浴の声かけをされると「行くよ、用意してちょうだい。メガネケースはどこかね」など意欲的。	B
8月22日	様子 入浴	朝食後フロアに居られるも、ずっと下を向き、だまったままじっとされている。トイレへも杖を使わず行かれる時もあり。入浴の声かけすると、「お風呂入って大丈夫かね？」と小声で聞かれるが、「お風呂で腰あたためましょうか」と言うと、「うんうん」とうなずかれるも、入浴中も発言少ないが笑顔あり。足の浮腫目立つ。腰の湿布は、ナース不在のため貼っておらず、後でナースに報告。	B
9月1日	入浴	10' 「腰をあたためるため、お湯入れてきましたよ」と声かけすると、「うんうん、もう行くの？」と言われる。準備しもう一度声かけすると、すぐ立たれ歩かれる。	B
9月30日	入浴	9' 50 掃除の時、居室に入るタイミングで、入浴促し、着替えの準備し、また後で声をかけると伝えると、「あとで言ってくださいよ」と言われる。	B
11月1日	入浴	体操後ココアを飲まれ、落ち着いて過ごされ、入浴の準備ができたと言われ「あっできた？行こうか」とスムーズに移動される。	B
12月18日	入浴前観察 入浴	腹部に入院前よりも腹部膨満強く、緊張している。又、左膝裏側に検査・処置後のサーजनパッドが貼ってあるが、そこを中心に広範囲に皮下出血跡認める。(処置時のものと思われる) 10' 15 ベッドで横になっておられ、入浴のお誘いすると、「そうやな、もういいの？」と言われ、スタッフが着替えの準備すると、起き上がり浴室へ移動される。	I B

資料 30 グループホーム会議当日の記録

本人			家族・介護者・地域		
日付	項目	記入者	ケアプラン	項目	記入者
8月6日	<p>帰設 10:30 8/5に自宅に戻られ（R病院退院され）、本日帰設される。昨日自宅ではトイレ頻回（ポータブルトイレ使用）で、ほとんど眠っておられないと嬢様より。自宅のベッドは低床でないため、昇り降りが上手くできず、一度落ちられることがあったと。</p> <p>体調 「別に調子悪いことはないです。よろしくお願ひします。とにこやかに話される。</p> <p>様子 「おかえりなさい」と言うと「はい。お願ひします」と家族様が帰ってから、気にされることはないが、周り（スタッフ）の方を良く見ておられる。表情は穏やかではあるが少し硬くも感じる。特に訴えはなく過ごされる。トイレの時は訴え（+）。シルパーカーでゆっくり歩行される。ふらつきはない。</p> <p>昼食 かゆ、おかずはきざみにて提供する。かゆは熱いと訴えなく召し上がる。肉のかたい部分は吐き出しあるも、ほぼ召し上がっている。</p> <p>様子 昼食後より「ここに居たらいいの？」と確認頻回。スタッフに依存強い。少し距離を置き見守りする。静かに座っておられる時もあり、その時はポーツと目線を落とし、うつろな目をしておられる。</p> <p>交流 他者との関わりない。T様に話しかけられるも、「そうね～」と返事され、会話続かず。</p> <p>排泄 トイレ頻回。しっかりと尿意確認できる。病院にてRパンであったとのこと。引き続きRパンで対応とする。トイレ使用時も「これでいいの？」と確認続く。</p> <p>様子 夕食前、他の利用者の方から、「自分でしなさいや！」「何でも頼みなや！」等言われ、少し反発されるが、すぐに落ち着かれる。</p>	A		<p>家族様より 退院証明書、看護サマー、内服薬持参される。病院では、はくタイプの紙パンツを使用していたと、（パットは使用せず）持参される。「良いように使ってください」と嬢様より。次回受診8/28</p>	A

資料 31 ケース記録案体裁一案

月日	行動	利用者の様子	分析(感じたこと・判断)	評価	サイン

資料 32 利用者一人当たりの記録に要する時間

利用者一人当たりの平均値	
1	7分（日勤）
2	8分（日勤6分、夜勤11分）
3	7分（日勤）
4	9分（日勤）
5	6分（日勤3分、夜勤7分）
6	15分（日勤）
7	18分（日勤15分、夜勤19分）
8	8分（日勤8分、夜勤9分）
9	不明
10	5分（日勤7分、夜勤4分）
11	9分（日勤11分、夜勤4分）
12	不明
13	4分（日勤5分、夜勤3分）
14	5分（日勤5分、夜勤5分）
15	10分（日勤）
16	不明
17	16分（日勤）
18	14分（日勤15分、夜勤13分）
19	10分（日勤）

資料 33 調査施設概要

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
調査年	2016年	2016年	2016年	2015年	2015年	2015年	2014年	2016年	2016年	2014年	2016年	2015年	2016年	2016年
人数	特養 36人	特養 41人	特養 34人	GH 15人	GH 22人	GH 9人	GH 8人	GH 8	GH 18人	小規模 10人	小規模 7人	2015年 17人	短期入所 8人	2016年 7人
男・女	男(13)女(23)	男(16)女(25)	男(12)女(22)	男(2)女(13)	男(4)女(18)	女(9)	男(1)女(7)	男(2)女(6)	男(6)女(12)	男(1)女(9)	男(4)女(3)	男(2)女(15)	男(2)女(6)	男(2)女(6)
介護福祉士	16人	29人	26人	10人	1人	2人	5人	5人	12人	8人	2人	9人	3人	5人
正職員	27人	39人	29人	13人	なし	3人	7人	7人	14人	8人		3人		5人
年齢	35歳	36.8歳	50歳	42歳	43.45歳	43.1人	38歳	37.5歳	46.5歳	44歳	40.7歳	54.8歳	38.3歳	35.2歳
勤続年数	5年	3.3年	8.1年	8.2年	5.3年	8年	7.9年	8.6年	8.1年	8.8年	3年	8.5年	3.9年	6.8年
調査年	2016年	2016年	2016年	2015年	2015年	2015年	2014年	2015年公表	2016年	2015年公表	2015年公表	2015年公表	2015年公表	2011年公表
人数	50人	79人	79人	18人	18人	9人	9人	9人	18人	25人(登)	21人(登)	49人	30人(登)	25人(登)
男女別人数	男(4)女(46)	男(10)女(69)	男(27)女(69)		男(3)女(15)	女(9)	男(3)女(6)	男(1)女(8)	女(18)	男(8)女(17)	男(7)女(14)			
平均年齢	87.7歳	87歳	87歳	86歳	94.53歳	86.4歳	85.4歳	88.1歳	90.7歳	82.9歳	85歳			
要介護度	3.9	3.3	3.7	2.4	2.7	2.3	2.8	3.2	4.1	2.7	1.5	1	2.2	2.9
(障)自立度	B2~C1			A1~A2	B	A1~A2	A1~A2							
(認)自立度	IIIb~IV	IIIa~IIIb	IIIa	IIb~IIIa	IIIa	IIb~IIIa	IIIa~IIIb		IIIb~IV					

表中の年齢・勤続年数は平均値である。またデータが明らかでない事項については、厚生労働省『介護サービス情報公開システム 平成28年1月28日掲載』に加筆した数値を記載してある。(登)は、登録利用者のことである。

資料 34 アンケート調査用紙

1 属性	男性	女性	
1) 性別			
2) 年齢	20歳未満 40～49歳	20～29年 50～59歳	30～39歳 60歳以上
3) 保有資格 (複数選択可)	介護福祉士 初任者研修 保育士 その他 ()	ホームヘルパー1級 実務者研修 社会福祉士 ()	ホームヘルパー2級 介護支援専門員 看護師 精神保健福祉士
4) 現職経歴年数	1年未満 7～8年	1～2年 9～10年	3～4年 11年以上 5～6年
5) 勤務形態	正規	契約	パート (勤務時間)

3) 1日 (日勤) に自分が記録する人数

4) 1日 (日勤・夜勤) で記録に要する総時間

5) ケース記録の媒体 () 例) PC、手書き、報告など

6) 現在使用しているケース記録について

①良いと思うこと

②不便と思うこと

③ケース記録に望むこと

3 職場について

1) 休憩時間について

①休憩時間 日勤: () 分 夜勤: () 分

②夜勤時に仮眠はとれていますか、 はい () 分位 いいえ

③休憩は1時間連続とれますか、 はい
いいえ ()

④休憩時間を自由に利用することができですか、 はい
いいえ ()

例) 利用者の食事時間を除き30分を交代・・・等

⑤休憩室はありますか? はい
いいえ (休憩場所:)

⑥「労働時間三原則」はご存じですか? はい
いいえ ()

例) 電話待機・・・等

2) 時間外勤務について

①1週間の時間外勤務時間 (就業前の準備・就業後の後片付け含む) 約 ()

②時間外手当の請求 全て請求する () 分以上で請求
請求しない 請求する環境にない

③時間外勤務の主な業務 (多い順に番号も入れてください) 例) ①記録、打ち合わせ、準備、②後片付け

3) 会議について

①介護職員全体で行う会議の時間帯 例) 日勤終了後、18時から2時間位など

②時間外の場合、手当の対象になりますか、 はい
いいえ

③参加について 義務 個人の意思

*御協力ありがとうございました。

2 「記録」について

1) ケース記録

記録する際に、**意識している事項**について、**優先順位**をつけてください (A)

自分が**実際に記録**している事項に○をつけてください (B)

A (順位)	B (○)
()	() 記述 (何が起ったか)
()	() 感覚 (そのとき、何を考え、何を感じたか)
()	() 推論 (何が良くて、何が悪かったか)
()	() 分析 (この状況から意図されるものは何か)
()	() 評価 (他に何ができたか)
()	() アクション・プラン (もしそれが起こったらどうするか)
()	() 実践の目的 (何のために行うのか)
()	() 実践内容 (どのような方法で何をしたのか)
()	() 実践結果 (実践した結果、対象者の反応など)

2) 「ケース記録」は、会議などで活用されていると思いますか?

思わない やや思ふ おおむね思ふ 思ふ

理由

資料 35 研修前アンケート

研修の事前資料です。ご協力をお願いします。

1 属性について

①性別 男性 女性 奥野 啓子

②年齢 20歳未満 20～29歳 30～39歳
40～49歳 50～59歳 60歳以上

③保有資格 (複数可) ホームヘルパー1級 ホームヘルパー2級
実務者研修 看護師 介護支援専門員
保育士 社会福祉士 精神保健福祉士
その他 ()

④現職経過年数 1年未満 1～2年 3～4年 5～6年
7～8年 9～10年 11年以上

⑤勤務形態 正規 契約 パート (勤務時間)

2 「記録」(ケース記録)について
記録する際に、意識している事項について、優先順位をつけてください (A)
自分が実際に記録している事項に○をつけてください (B)

() ()	() 記述 (何がおこったか)
() ()	() 感覚 (そのとき、何を考え、何を感じたか)
() ()	() 推論 (何が良くて、何が悪かったか)
() ()	() 分析 (この状況から意図されるものは何か)
() ()	() 評価 (他に何ができたか)
() ()	() アクション・プラン (もしそれが起こったらどうするのか)
() ()	() 実践の目的 (何のために行うのか)
() ()	() 実践内容 (どのような方法で何をしたのか)
() ()	() 実践結果 (実践した結果、対象者の反応など)

「記録」は、会議などで活用されていると思いますか?
思わない やや思う おおむね思う 思う
理由

3 研修に期待すること

資料 36 研修後アンケート

1 属性について

以下の設問に対する答えを1つ選んで○をつけてください。

①性別 男性 女性

②年齢 20歳未満 20～29歳 30～39歳
40～49歳 50～59歳 60歳以上

③保有資格 (複数可) ホームヘルパー1級 ホームヘルパー2級
実務者研修 看護師 介護支援専門員
保育士 社会福祉士 精神保健福祉士
その他 ()

④現職経過年数 1年未満 1～2年 3～4年 5～6年
7～8年 9～10年 11年以上

⑤勤務形態 正規 契約 パート (勤務時間)

2 「記録」(ケース記録)について
記録する際に、意識している事項について、優先順位をつけてください (A)
自分が実際に記録している事項に○をつけてください (B)

() ()	() 記述 (何がおこったか)
() ()	() 感覚 (そのとき、何を考え、何を感じたか)
() ()	() 推論 (何が良くて、何が悪かったか)
() ()	() 分析 (この状況から意図されるものは何か)
() ()	() 評価 (他に何ができたか)
() ()	() アクション・プラン (もしそれが起こったらどうするのか)
() ()	() 実践の目的 (何のために行うのか)
() ()	() 実践内容 (どのような方法で何をしたのか)
() ()	() 実践結果 (実践した結果、対象者の反応など)

「間わりのかた」 「記録」について、研修後に変化がありましたか?
思わない やや思う おおむね思う 思う
理由

資料 37 認知症ケア研修 (2 時間) 概要

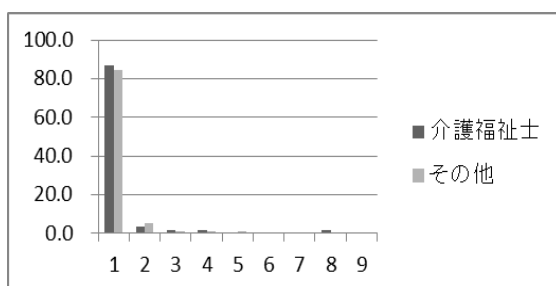
1. 認知症の医学的知識 (主な病気・薬物療法・脳)
2. 認知症のある人の症状の特徴 (中核症状・BPSD)
3. 関わりの原則 (8 原則を中心に)
4. 利用者理解の取り組みの実際 (他施設の取り組みの紹介)
5. 介護スキルの向上をめざして (リフレクティブな実践と記録、会議におけるリフレクティブな実践の共有とクリティカルシンキング)
6. 研修前アンケートから (不穏・興奮時の対応など)
7. 他施設との比較からみる職員・入所者の概要
8. 調査について

資料 38 介護福祉士とその他 (Wilcoxon 順位和検定)

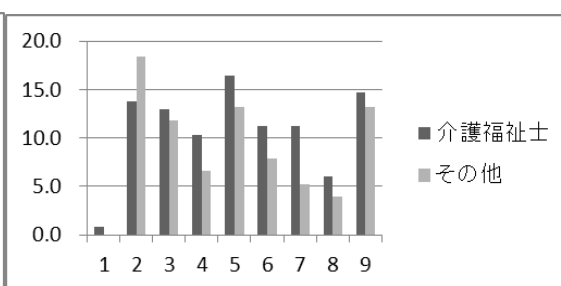
	記述	感覚	推論	分析	評価	A・P	目的	内容	結果
p値	NS	NS	NS	NS	0.04	NS	NS	0.06	<0.01

資料 39 介護福祉士とその他 (1 位から 9 位の分布グラフ)

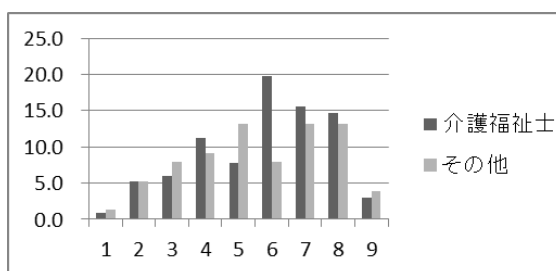
記述



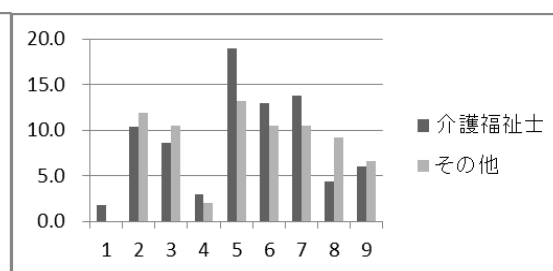
感覚



推論

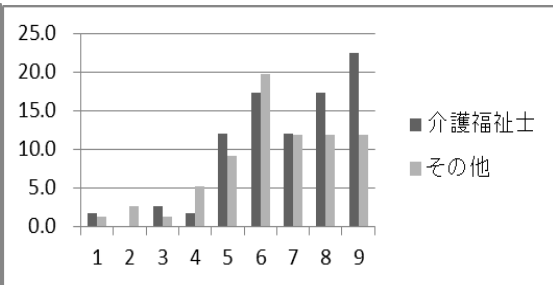
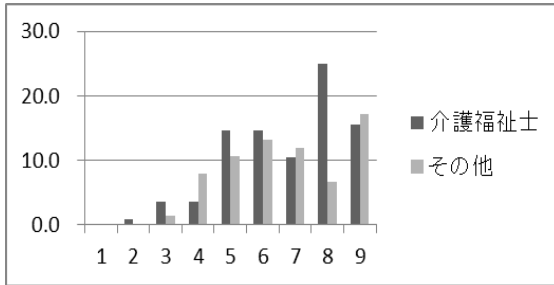


分析



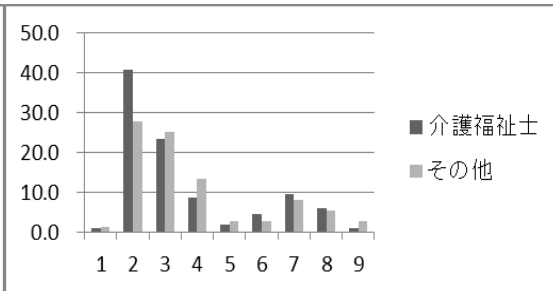
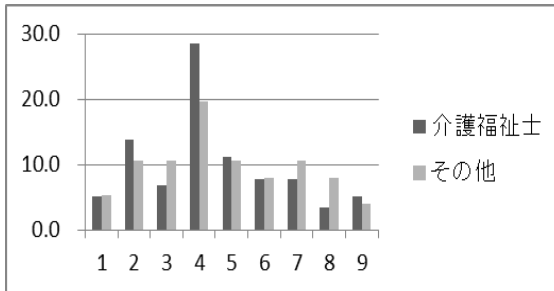
評価

A・P

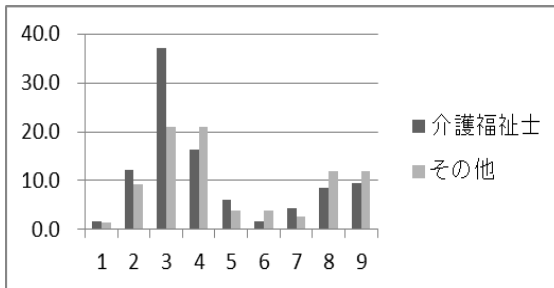


目的

内容



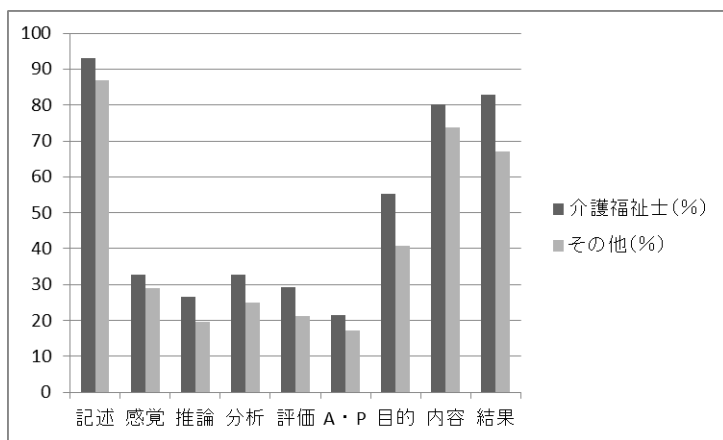
結果



資料 40 介護福祉士とその他 (カイ 2 乗検定)

カイ2乗検定	記述	感覚	推論	分析	評価	A・P	目的	内容	結果
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	<0.05

資料 41 介護福祉士とその他（実践の割合）

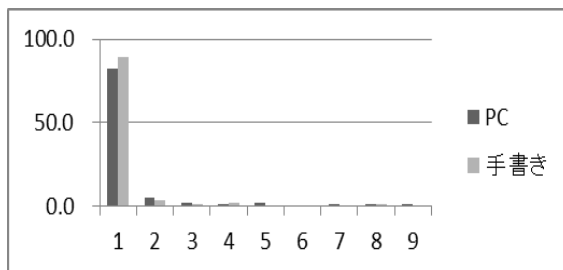


資料 42 PC と手書き（Wilcoxon 順位和検定）

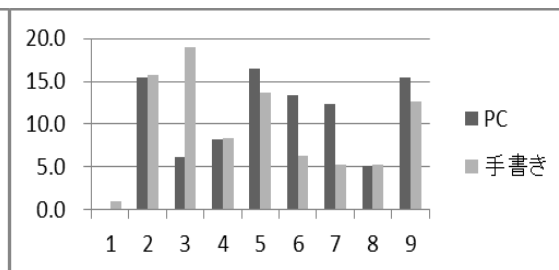
	記述	感覚	推論	分析	評価	A・P	目的	内容	結果
p値	NS	NS	NS	0.05	<0.01	NS	0.02	0.05	NS

資料 43 PC と手書き（1 位～9 位の分布グラフ）

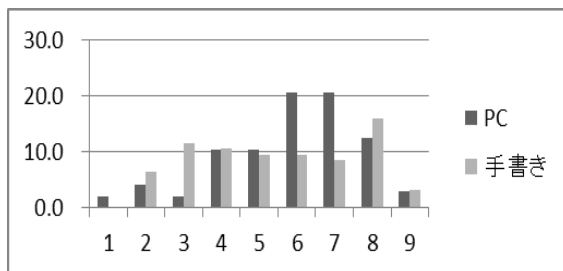
記述



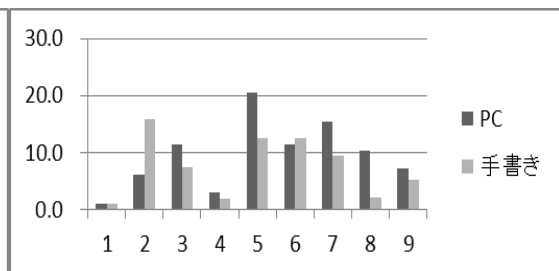
感覚



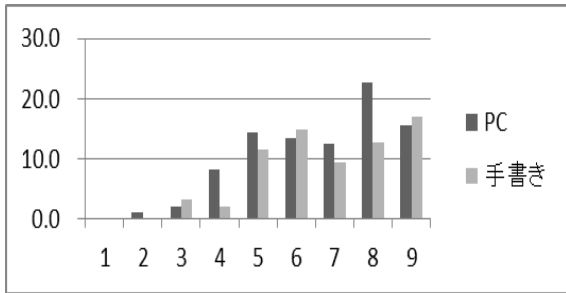
推論



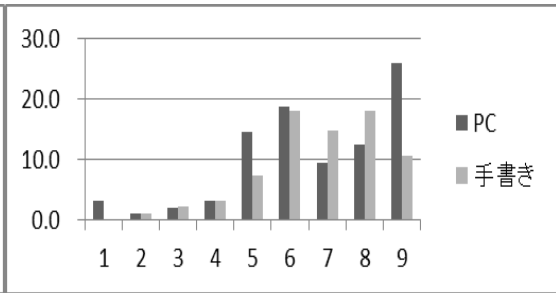
分析



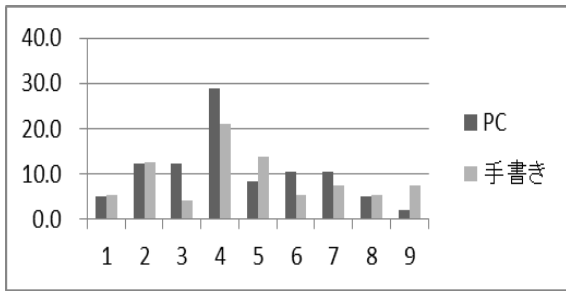
評価



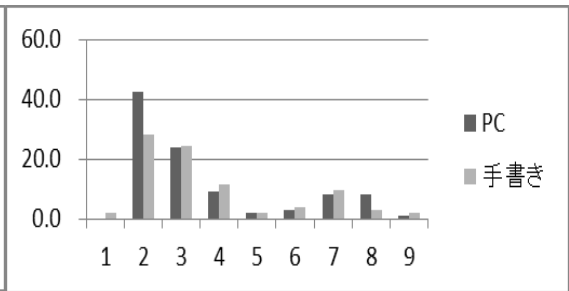
A・P



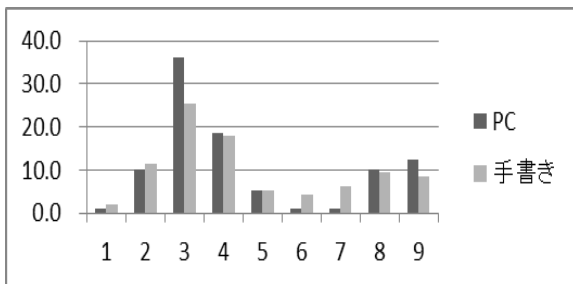
目的



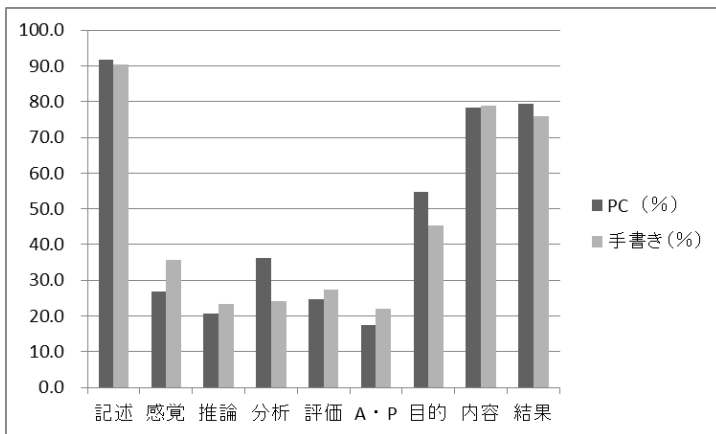
内容



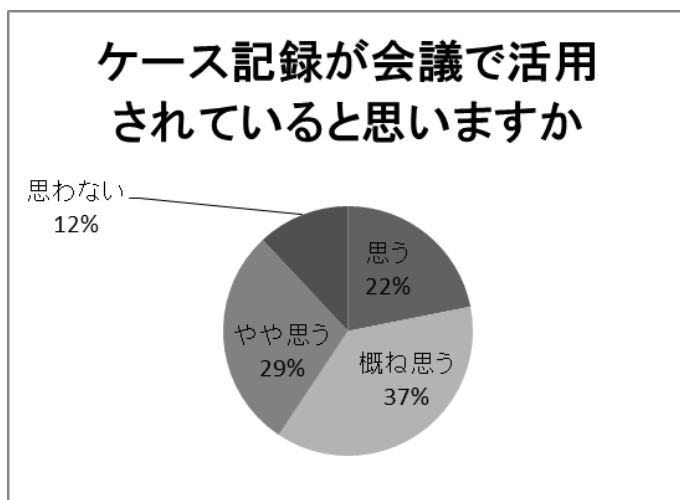
結果



資料 44 PC とその他 (実践の割合)



資料 45 ケース記録の会議等での活用



資料 46 活用に関する自由記載

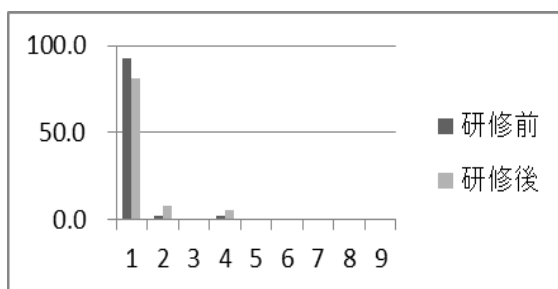
思う	<ul style="list-style-type: none"> ・行動の原因を考えるのに必要 ・プランとケース記録をもとに会議を行う ・事故対策を考えるときに活用している ・記録から利用者の状態や変化を把握して、検討している ・記録されている事実内容からプランを作成している ・ケース記録の内容を分析して状態を把握して次につなげている ・会議のテーマには、記録からの問題点が活用されている
概ね思う	<ul style="list-style-type: none"> ・記録から拾ったリスクや問題点等を検討するために用いている ・記録があれば話題になる ・夜間や日中の状況を基に話し合いができる ・日々の記録から生活リズムや状態を理解しやすい ・記録を基に会議で支援の方向性が話される ・記録の情報を基に議案書を作る ・記録が不明瞭や不十分な時は完全には活用されていないと思う
やや思う	<ul style="list-style-type: none"> ・活用されているのは時々 ・活用されていることはあまりない ・会議の時間内で個別ケースに時間を十分使うことができない ・全利用者のケース記録内容が把握できていないのが現状 ・カンファレンス以外では活用されていない ・活用はされているが、個別的なものではない ・特記事項しか書かないので普段がわからず活用に至っていない ・ケース記録の内容が充実していれば活用できると思う ・生活記録表は評価しやすいので活用することがある ・記録を基に会議で評価や対応の検討をしている
思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭での申し送りで把握している ・実際に活用したことが殆んどない ・ケース記録は残すためのもので、何かあった時に見返す位 ・会議で話しを聞いたことがない ・カンファレンスのみに使用 ・会議では現在の状況について話すので活用はされていない ・会議で活用すべきだし、ある程度頭に入れておくことが前提と思う

資料 47 研修前と研修後 (Wilcoxon 順位和検定)

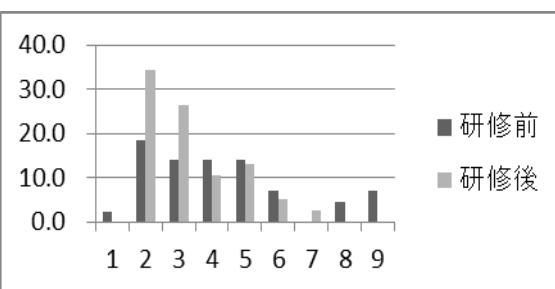
	記述	感覚	推論	分析	評価	A・P	目的	内容	結果
p値	NS	<0.01	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

資料 48 研修前と研修後 (1 位～9 位の分布グラフ)

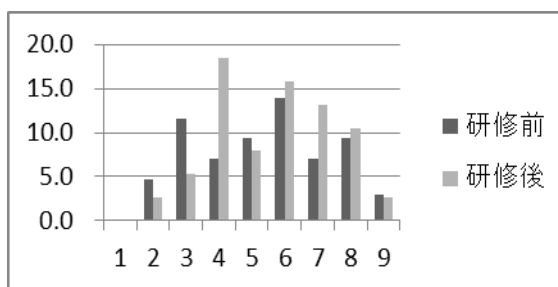
記述



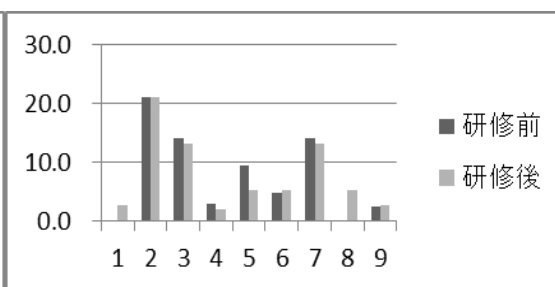
感覚



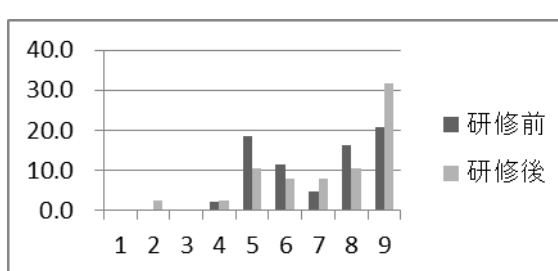
推論



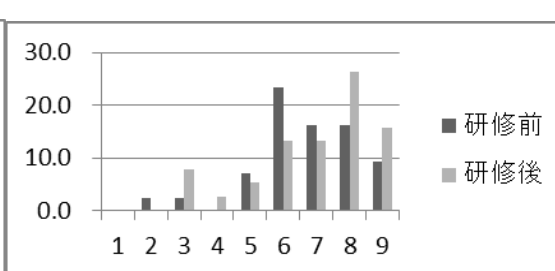
分析



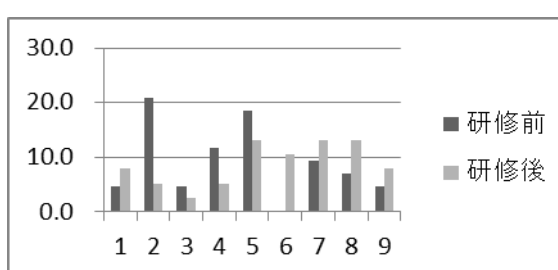
評価



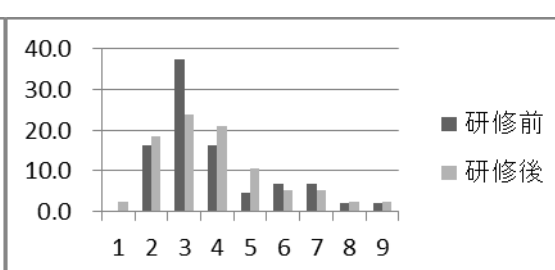
A・P



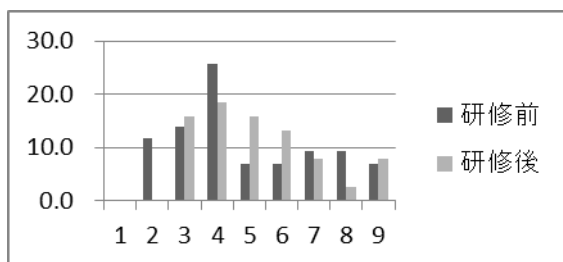
目的



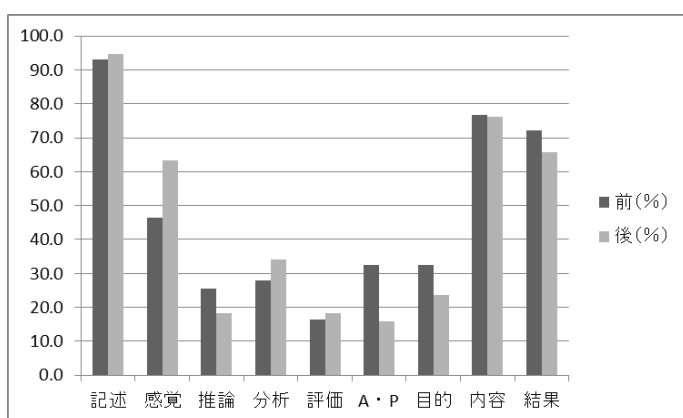
内容



結果



資料 49 研修前と研修後（実践の割合）



資料 50 自由記載

思う	<p>関わりかたでは、一人一人の中核症状・周辺症状を理解していくことが、介護していく上で落ち着いた生活が送れる、また記録は介護者全員が共有しチームとして行っていく事の方が良いケアに繋がると思った。</p> <p>まだ勤務経験が浅く時間も短いので、それほど深く掘り下げた記録は書いておりませんが、その場の状況によって事実の記述や分析・対応だけでなく、もっと多様な考え方ができるようになりたいと思いました。</p> <p>学習したはずの事がいつの間にか頭の隅の方に行ってしまいます。講師の言葉により引き戻され意識して仕事を行う確認ができました。記録については、今あった事を記録に残す・・・それだけに届かっていました。</p>
概ね思う	<p>研修後意識するようになりました。</p> <p>記録について細かく記述するようになりました。又本人について内面をみることに（思いなど）も時間を使うようになりました。</p>
やや思う	<p>研修後意識するようになったと思う。</p> <p>関わり方については、認知症の病気の種類によって特徴があるため、その辺を理解して対応しなければならぬと思いました。記録については、特に身体的な状態や事故が発生した時は、継続的にその状況がわかるように記入していかなければならず、個人では限界があるのでチームで取り組もうと思う。</p> <p>記録の重要性に気がついた事で、何を記録に残せばこれからのケアにつながるのか考えるようになった。</p> <p>特記の時間は細かく記入するようになりました。関わり方については、講義を聞いて、一人一人の利用者様の事をまだわかっていないのに、「こうであろう」という今までの介護仕方を自分流でやっている事に気付き、改めて初心に戻り、認知症の方の気持ちをその場面その場面を考えて行かなければならぬと思いました。</p>