

## ケアの質の保障－認知症高齢者ケアプロセスの質評価指標の検討を通して

永田千鶴

### Ensuring Quality of Care : Analysis of Care Processes Quality Indicators for Elderly Individuals with Dementia

Chizuru Nagata

**Abstract :** To ensure and improve the quality of care of elderly individuals with dementia, we analyzed indicators of the care process, which is one of the three major elements of quality of care ( "structure" , "process" and "outcome" ). So that care processes, which are relatively invisible, could be evaluated clearly and appropriately, we focused on "observable" indicators. The objective of research was to explore ways in which existing standards for external evaluation used in group homes for elderly individuals with dementia should be augmented.

The results indicate that the goal of improving the quality of care cannot be achieved unless the staff members continue to have awareness of and the will to improve care quality. Evaluation of observable indicators seems to be useful for facilitating continued awareness and will on the part of staff concerning improving the quality of care. However, evaluating the quality of care processes is difficult if only observable indicators are evaluated. It is also desirable to analyze the structure of the care-giving environment and to gather qualitative studies (case studies, etc.), to develop indicators that can be used in the individual cases.

**Key Words :** Quality of Care, Quality measurement, Elderly with Dementia, Care Process, Group Home for Elderly

#### I. はじめに

医療や看護の領域において、その「質」の向上が求められている。医療を選択する時代になったことや、医療の知識の普及が、質に対する関心の高まりの一因となっている<sup>1)</sup>。また、特に看護では、高齢化や慢性疾患の増加により、救命・延命目的の医療から生活の質を問うケア、すなわち、治療よりケアが重視され、これまで以上にケアの質が問われるようになった<sup>2)</sup>。

一方、社会福祉の領域においても、そのサービスの質向上は、福祉サービスを提供する仕組が原

則措置から選択による利用（契約）へと変わったことが影響し、社会的要請が高まったとされる。1997年制定の介護保険法には、介護サービス事業者に対して、高齢者介護サービスの質に関する自己評価の努力義務規定が置かれた<sup>3)</sup>。また、2000年5月29日に成立した「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」78条第1項には、社会福祉事業者に対する福祉サービスの質に関する自己評価と良質なサービス提供の努力義務規定、第2項に福祉サービスの質向上に関する国の援助措置努力義務規定が置かれた。このように、介護サービスや福祉サービスなどの

ケアの質向上は、法政面の整備が進み、社会福祉分野の中心的な概念として形成されつつある。

介護保険制度下で居宅サービスの一つとして位置づけられた指定認知症<sup>4)</sup>対応型共同生活介護(以下、グループホームと称す)においても同様に、ケア(医療・看護・介護・福祉サービスの総称として用いる)の質の高さが求められている。それは、第一に、対象とする認知症高齢者は、今後わが国において急増する<sup>5)</sup>ことが予測され、社会的な問題としての影響が強いこと、第二に、認知症高齢者はケアの影響を受けやすいこと、第三に、グループホームは、認知症高齢者にとって小規模で家庭的な環境下での効果的なケアが期待される一方で、閉鎖的な環境下でのケアの格差<sup>6)</sup>などが懸念され、後述するように2002年度より外部評価を義務付けられたことが背景にある。

さて、ケアの質を定義する際には、Donabedianによって1960年代に提唱された医療・看護の質の枠組みを、構造(Structure)、過程(Process)、結果(Outcome)の三つの側面から捉えるもの<sup>7)</sup>が土台となっている。また、ケアの質の保障というときには必ず評価という視点が必要になり<sup>8)</sup>、評価方法についてもDonabedianが体系化した三つの基本的枠組みに基づき説明されることが多い<sup>9)</sup>。たとえば、構造は施設、備品、職場、財政を評価し、過程はケア内容そのもの、結果は、患者に焦点を当てたケアの最終結果を評価する<sup>10)</sup>ものである。

社会福祉や医療・看護の領域におけるケアの質評価は、当初、構造面が中心だったと考えられる<sup>11)</sup>が、現在は、結果(成果)面が重視されている<sup>12)</sup>。一方で、看護の領域における過程(以下プロセスと称す)の評価については、測定用具の開発など研究が重ねられ、成果を出しつつある<sup>13)</sup>。しかしながら、実際のケア活動に即し、あるいは患者の個性性に即した測定方法としての適正に問題を残している<sup>14)</sup>。すなわち、直接的なケアプロセスは、提供されると同時に消費されるために見えにくく、個別的な要素が強く普遍化されにくい

ことから、その質評価が困難であると理解できる。そのためか、ケアプロセスに焦点を当てた国内の研究論文は少なく、プロセスの評価は困難を極めているといえよう。

しかしながら、ケアの質を問う際には、結果としての成果よりもプロセスが第一義的に重要である<sup>15)</sup>という立場をとる。それは、第一に意思を表明できない、または結果としての成果の見極めが困難な認知症を抱える高齢者や重度の心身障害を担う人、あるいは終末期にある人へのケアプロセスこそ、質の高さが求められる。第二に、成果が得られたからといって、ケアプロセスの質が高いとはいえない。たとえば、ケアの結果としての利用者満足度については、主観的な評価であるために、無視はできないにしても信頼性の点で問題があったり、費用対効果の研究<sup>16)</sup>が進められているが、効率性ばかりが重視されかねないからである。第三に、結果評価指標として、成果を点数で測定するもの<sup>17)</sup>があるが、人間同士のケアしケアされる相互関係の過程では、点数では認識できない、あるいはいい表せないわずかな変化も質に影響すると考えられる。そのような相互関係のプロセスについても、質評価指標に考慮されるべきである。

もちろん、プロセスがアウトカムに影響し、成果を出すべくプロセスの段階を踏むのだから、プロセスの結果、アウトカムとしての成果を導き出すことができれば、何も問題はない。しかし、アウトカムさえ良ければ、プロセスの質も高く、ケアの質が高いことを意味しないし、明らかなアウトカムとしての成果がなければ、プロセスの質は低いのかという疑問が残る。客観的に質の高いケアプロセスを提供しても、主観的な満足度が低いことや、満足度が高くても、ケアプロセスの質が低い場合があることは容易に予想できる。そのため、ケア提供者には、ケアの受け手の満足度を踏まえた上での熟考されたケアプロセスの提供が求められるのである。よって、ケアの質を向上させ、その質を適切に評価するためには、アウトカムに加えて、プロセスに焦点を当てた研究が必要であ

り、ケアプロセスの普遍化を試みながら評価項目に反映させるなど、評価の手段を考案する必要がある。

そこで、本稿では、外部評価が義務付けられたグループホームのケアプロセスの質評価指標の検討を試みた。ケアの質評価指標に関する先行研究の中から、まず、短時間の観察で質に関する複数の要素を測定できる、観察可能なナーシングホームケアの質指標ツール：Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument<sup>18)</sup>（以下OI-NHと称す）に着目した。それは、「観察できる」指標の検討により、見えにくいケアプロセスの質の枠組みを見極め、第三者がどのようなツールで、どのように評価し得るのかを明らかにすることが期待されたからである。次に、認知症高齢者対象の専門的ケアユニットにおける環境面の「観察できる」評価指標Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes（以下TESS-NHと称す）と、TESSの妥当性を検証するためにアメリカで開発されたProfessional Environmental Assessment Protocol（以下PEAPと称す）の日本版3（以下PEAP-日本版3と称す）を検討した。TESS-NHとPEAPは環境面、すなわちケアの質枠組みの「構造」に関わる評価指標であるが、観察できる評価項目として出発しているために学ぶことが多々あると考えた。そして、2004年度まで、44都道府県のグループホームの外部評価を担った、高齢者認知症介護研究・研修東京センター（以下東京センターと称す）が使用する評価基準（以下センター方式と称す）と比較検討した。

## II 「観察できる」評価指標の有効性

外部評価は、介護保険制度下で始まったものではない。措置制度下にも第三者による「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」（以下第三者評価事業と称す）が実施されていた<sup>19)</sup>。

第三者評価事業における評価方法<sup>20)</sup>は、合意を

得た施設に評価者が1日程度赴いて行う。実施施設は自己評価を終えており、評価当日まで課題となった項目について、質向上に取り組む。自己評価と第三者による評価の際に使用する評価基準は同じものであり、評価者は、自己評価結果を参考にしながら評価を行う。その際、施設の見学はするものの、多くは、別室で評価者が職員に、評価項目の実施の有無、あるいは、自己評価当時からケアの質向上に向けて取り組んできた内容を尋ね、必要時ケアマニュアルや行事予定表、委員会の議事録などの資料の提示を受けながら評価していく。よって、実際のケアを観察するわけではないので、自己評価当時と比較してのケアの質向上の有無を含めて、ケアの質を客観的に評価するのは困難であった。そのため、見えにくいケアプロセスをいかに評価するか、という課題に対して、「観察できる」という視点は大切だと考えられた。また、そもそもケアの質向上に取り組むのは、現場の職員であるから、職員にとって、分かりやすく、取り組みやすい指標が必要である。その点でも観察できる評価項目は期待される。

加えて、認知症高齢者へのケアは、「その老人の心の向き（態度）を知り、それにそって、その老人の生き方を援助してゆく<sup>21)</sup>」から、非常に個別的である。見えにくい上に個別的なケアを、分かりやすく客観的に評価できる「観察できる」評価指標を求め、この研究に取り組んだ。

## III 結果：四つの評価指標の概要

### 1. 観察可能な質指標ツール：OI-NHの概要

OI-NHは、Rantz博士を筆頭研究者として、広範囲にわたるフィールドワークで得られたデータの質的分析により明らかにした、ナーシングホームのケアの質に関する理論的なモデルに基づき作成された<sup>22)</sup>。評価<sup>23)</sup>は、ナーシングホームの生活スペース、廊下、共用スペースを、20-30分見学した後に、指標の質問に答える形で行う。見学は、たとえば午前10時～午後7時までの日勤帯に行い、

騒音、匂いの有無、入所者が大声をあげた場合の職員の対応とその際の入所者の状態など、ナーシングホームの環境や職員の対応について観察する。できれば食事時間近くに訪問し、食事や飲水のケアの観察を勧めている。1度の見学で質問に答えることが難しければ、もう1度見学し、必要時職員に質問して5段階で評価する。評価項目は、コミュニケーションに関するものが5項目、ケアに

関する12項目、職員に関する6項目、環境に関する14項目、家庭や家族に関する10項目の47項目である。さらに環境に関しては、空間に関する5項目、匂い・清潔・状態に関する5項目、騒音・採光に関する4項目に分類されている。

評価項目中ケアプロセスに関わると捉えたコミュニケーションに関するもの5項目、ケアに関する12項目は図表1の通りである。

図表1

Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument : Nursing Home Version  
(Version 7) ; OI-NHよりCommunication, Care, Staffの一部の項目を抜き出したもの(日本語訳永田)

1. Were the conversations between staff and residents friendly? (Communication) 入居者と職員は親しく話していましたか  

1 Most were not	2 A few were	3 Some were	4 Many were	5 Most were
めったにしていなかった	あまりしていなかった	一部していた	しばしばしていた	いつもしていた

以下回答項目は全て5段階評価
2. When staff talked to residents, did they call them by name? (Communication) 職員が入居者に話しかける時、名前で呼んでいましたか
3. Did residents and staff acknowledge each other and seem comfortable with each other (for example, smile, eye contact, touch, etc.)? (Communication) 入居者と職員は挨拶を交わし心地よさそうでしたか(笑顔、視線、触れ合いなど)
4. Did residents and staff interact with each other in positive ways (for example, conversation, humor, touch, eye contact, etc.)? (Communication) 入居者と職員はお互いに積極的に交流していましたか
5. Other than at naptime or bedtime, were residents up and out of bed? (Care) 入居者は午睡や就寝時以外は、起きて離床していましたか
6. Were residents dressed and clean? (Care) 入居者の衣服は整い清潔でしたか
7. Were residents well groomed (shaved, hair combed, nails clean and trimmed)? (Care) 入居者の身だしなみは整っていましたか(髭剃り、髪がとかれている、爪が清潔で切っただか)
9. Were staff seen actively caring for residents? (Staff) 職員は積極的に入居者のケアをしていましたか
13. Did staff appear caring (compassionate, warm, kind)? (Staff) 職員は情緒的で、温かく、親切にケアをしていましたか
14. Did staff treat residents as individuals with dignity and respect? (Care) 職員は、入居者を個人として尊敬と敬意をもって対応してましたか
15. Were a variety of activities available for residents (Look for posted schedules, calendars, group meetings, etc.)? (Care) 入居者にとって適切で豊富な活動がなされてましたか(掲示してある予定表やカレンダー、グループミーティングで確認する)
16. Were there activities involving children (Look for posted activity schedules, calendars)? (Care) 子どもを含めた活動がありましたか(掲示してある予定表やカレンダーで確認する)
17. Did staff help residents with food or fluids? (Care) 職員は入居者の食事や飲水の介助をしていましたか
18. Did residents have a variety of foods to choose from at mealtime (Look for posted meal plans; may need to ask staff)? (Care) 入居者は、食事の際、豊富なメニューのなかから選ぶことができましたか(掲示してあるメニューや職員に確認する)
19. Did residents have access to snacks and other foods at any time (Look for posted signs about access to snacks; may need to ask staff)? (Care) 入居者は、いつでもスナックや他の食べ物を得る機会がありますか(掲示や職員に確認する)
20. Were residents walking or independently moving about the facility with or without assistive devices such as canes, walkers, wheelchairs? (Care) 入居者は施設内を歩いたり、杖や歩行器、車椅子を使う場合も自由に移動していましたか
21. Were staff helping some residents walk or move about the facility? (Care) 職員は、施設内を入居者が歩いたり移動するのを助けていましたか
22. Were therapy staff (physical, occupational, speech, restorative assistants) actively working with residents to improve or restore function? (Care) (May need to ask staff) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士は入居者の失われた機能を元に戻したり向上させるために積極的に実践していましたか(必要時職員に確認)
23. Did staff communicate with confused residents in positive ways (for example, talk, touch, sit with, etc.)? (Communication) 職員は混乱している入居者を受け入れながら話していましたか(触れながら、ともに座って、他)

## 2. 治療的環境スクリーニング調査：TESS－NHの概要

TESS－NH<sup>20</sup>は、長期療養施設の物理的環境を系統的に集めた観察指標であり、アルツハイマー型認知症や混乱している人にとって重要だとされる80以上の個々の環境特性を含んでいる。TESS－NHは、アメリカのSloane博士を責任者とした研究チームが、10年以上かけて作成した。評価は、ユニットを15-40分かけてゆっくりと歩き、施設の構造を識別した後に、環境の特徴に注目する。そして、チェックリストを完成させるが、直接観察できなかった項目は職員に尋ねてもよい。見学は、食事時間を除いた平日の午前9時から午後5時の間に行う。

評価項目の構成は、目標領域とその質問項目に分類される。すなわち、①安全性・安心・健康、②オリエンテーション、③プライバシー・管理・サービス構造、④社会的環境の4つの目標領域があり、たとえば①の領域の「出口の統制」に対する質問項目として、ドアの偽装、出口の数、施錠、アラームの4つがある。質問項目は12次元の46項目であり、質問によって3段階、2段階の評価や、下位項目を加えて質問を重ねる項目もある。

## 3. 環境評価尺度；PEAP－日本版3の概要

TESSの評価項目の妥当性を検証する基準として開発され、観察による評価では不十分な点が補われたPEAPについて、日本で児玉らが研究を積み重ね<sup>25</sup>、日本版1～3が作成された。PEAP－日本版1は、評価尺度であり各項目を5段階で評価するが、評価者や評価時間などの取り決めはない。PEAP－日本版2および3は、評価尺度ではなく、環境づくりの指針として位置づけられている。

ここでは、PEAP－日本版3の特性を先行研究<sup>26</sup>に学びながら述べる。PEAP－日本版3は、①見当識への支援、②機能的な能力への支援、③環境における刺激の質と調整、④安心と安全への配慮、⑤生活の継続性への支援、⑥自己選択への支援、⑦プライバシーの確保、⑧入居者とのふれあいの促進の8領域があり、①～④は物理的環境

の整備が中心であり、⑤～⑧はケア、人間関係、社会的活動、施設の運営方針などの要素が含まれている。8領域には、31の中項目、111の下位項目がある。この指標を活用する場合の留意点として、i グループホームなどに適用する場合には、項目がグループホームの形態にそぐわない場合があるので、状況に合わせて可能な援助を行うこと、ii ケアと物理的な環境づくりを切り離して考えないこと、iii “Personalization”～その人らしさ～を意識すること、iv 融通性が挙げられている。

PEAP－日本版3のケアプロセスと深く関わる、⑤生活の継続性への支援の「慣れ親しんだ行動様式とライフスタイルの継続への支援、⑥自己選択への支援の「入居者への柔軟な対応」、⑦プライバシーの確保の「プライバシーに関する施設の方針」、⑧入居者とのふれあいの促進の「社会生活を支える」の13項目を図表2に示す。

## 4. グループホーム外部評価基準：センター方式の概要

### (1) グループホームに対する外部評価の背景

介護保険法に基づく居宅サービスとして位置づけられたことを契機に急増したグループホームに対し、国は、2001年度から自己評価を、2002年度からは外部評価を義務付けている<sup>27</sup>。2002年7月26日に出された通知「指定痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者グループホーム）が提供するサービスの外部評価の実施について」（老計発第0726002号）において、「外部評価項目の参考例」を含み、外部評価の概要が示されている。すなわち、評価機関は都道府県が選定すること、結果は社会福祉・医療事業団（2003年10月1日より独立行政法人福祉医療機構に変更）が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」を利用して公開されること、事業者は結果の詳細版（評価調査員のコメントが付されたもの）を重要事項説明書に添付して利用申込者および家族に説明すること、また、グループホーム内の見やすい場所に提示するほか、入居者の家族に送付することなども提示している。外部評価の頻度は、少

なくとも年1回とし、経過措置として2004年度末までに1回受けることとなった。2004年度末までに外部評価の実施体制が整わない都道府県は、厚生労働省が選定した外部評価モデル事業実施の経験の有る東京センターに依頼し、実施された。

## (2)センター方式評価指標

センター方式<sup>28)</sup>は、先駆的なグループホームを主体としたチームにより、まず、「グループホームのサービスの質の要素」が抽出された。これは、本人に関するサービスの質、家族に関するサービスの質、地域に関するサービスの三つの領域で構成され、以下の13の要素が抽出されている。すな

わち、本人に関するサービスの質の要素には、①安らかさ、心地よさ、②身体の安全、③プライバシーの保護、④触れ合い・交流、⑤力の発揮・自立、⑥生き方の継続、⑦自己決定・自由、⑧達成感のある暮らし、それら全てにより確立される⑨尊厳・誇りの9つの要素がある。家族に関するサービスの質の要素には、⑩家族との交流・協働、⑪家族の力の伸長、地域に関するサービスの質には、⑫地域との交流・協働、⑬地域痴呆ケア向上への貢献性が挙げられている。そして、これらの要素の評価領域は、運営理念、生活空間作り、ケアサービス、運営体制の4分野で構成されている。

図表2

## PEAP-日本版3 (ケアプロセス)

### V. 「生活の継続性への支援」

#### 1) 慣れ親しんだ行動様式とライフスタイルの継続への支援

：入居者ができる限り慣れ親しんだ活動に参加しつづけることができるように、また、入居者の能力を最大限引き出すように、環境と施設方針の両側面から支援をする。

- ① 入居者自身やあるいは家族から、好みや生活様式などの情報を十分に仕入れ、把握する。
- ② 入居者に応じて、食事の時間に融通をもたせることができる。
- ③ 入居者に応じて、入浴方法(家庭的な浴槽など)や時間、温度などに融通が利く。
- ④ 入居者自ら部屋の掃除ができるように、道具や機器を用意したりするなどの支援を行う。
- ⑤ 園芸などの趣味を楽しむ場所や機会を提供する。
- ⑥ 入居者が以前行っていた仕事などに応じて役割を担えるようにする。
- ⑦ 世話をする役割を継続できる機会を設ける(たとえばペットや植物の世話など)

#### VI. 「自己選択への支援」

##### 1) 入居者への柔軟な対応

：入居者が居場所や空間を選択することや入居者の行動に対して柔軟に対応する。

- ① 入居者がさまざまな活動への参加を選択できるように配慮する(たとえばスケジュール表をわかりやすい場所に提示するなど)
- ② 就寝、食事、入浴時間などを入居者の状況に合わせて対応させる融通性がある。
- ③ 入居者が個室か相部屋、または同室者を選ぶ融通性がある。
- ④ 食事の献立に対して意見を出したり選択することができる。
- ⑤ 入居者の行動を制限する手段として、薬物、ベルト、いすの傾きなどを使用しない。

### VII. 「プライバシーの確保」

#### 1) プライバシーに関する施設の方針

：施設環境におけるプライバシーの確保には、スタッフの努力だけでなく施設全体の方針が大きく影響する。プライバシーの確保の考え方には、入居者のニーズに対応して、1人になれるだけでなく、ほかとの交流が選択的に図れることも含まれる。

- ① 居室に入る際に、ノックや声かけをする。
- ② 入居者は、部屋のドアを閉めることは自由である。
- ③ ほかの入居者と交流を図るために、一日のうち何度か居室から出るように働きかけている。
- ④ 入浴、排泄、衣服着脱に関して、羞恥心に配慮した方針がある。

### VIII 「入居者とのふれあいの促進」

#### 4) 社会生活を支える

：入居者の社会生活を支えるには、ふれあいの促進とともに1人でのいる場所を確保することも大切である。

- ① 入居者どうしの関係づくりに、配慮をする。
- ② 地域へ出て行き、施設以外の人とふれあえる機会づくりをする。
- ③ ふれあいの場面とともに、1人になれる時間も配慮する。

\* 児玉桂子・足立啓・下垣光・潮谷有二編(2003)『痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり 実践に役立つ環境評価と整備方法』pp75-77の表3 痴呆性高齢者への環境支援のための指針(PEAP改訂版3)よりケアプロセスに関する項目を抜き出したもの

さらに、下位領域と評価項目数（()内に示す）は、運営理念(4)、生活空間づくりの2領域「家庭的な生活環境づくり(4)」「心身の状態に合わせた生活空間づくり(6)」、ケアサービスの7領域「ケアマネジメント(7)」「介護の基本の実行(8)」「日常生活行為の支援(10)」「生活支援(2)」「医療・健康支援(9)」「地域生活(1)」「家族との交流支援(1)」、運営体制の4領域「内部の運営体制(10)」「情報・相談・苦情(2)」「ホームと家族との交流(3)」「ホームと地域との交流(4)」となっている。

項目数は総計71項目であり、「できている」「要改善」の2段階評価と、その他「評価不能」が設けられている。また、全体を通しての総合的な評価と4分野を1分野づつ、記述式で評価している。

東京センターが発行している「痴呆性高齢者グループホーム評価調査員研修テキスト～外部評価に向けて～2004年度版」によれば、評価は、①事前にグループホームの自己評価結果と利用者家族アンケートを資料として提出してもらい、事前書面調査を行う。②研修を受けた評価調査員が2人1組で訪問調査（観察、ヒアリング、書類点検）を実施し、主な調査結果についてグループホーム管理者と話し合う。③調査員2人が調査結果を合意したうえ、調査報告書・調査報告概要表を評価機関に提出する。④評価機関は調査結果の内容を確認し、グループホームに通知する。⑤調査結果に対してグループホームから意見を求め、意見が出されなかった場合は評価機関による評価が確定し、評価結果が公開される。意見が出された場合は、必要時評価委員会で審査・再調査が行われる場合もある。評価時間の目安としては、管理者からのグループホームの概要の説明など：30分、書類点検：30分、ホーム内観察：90分、調査員から管理者への質疑：30分、職員へのヒヤリング：30分、調査員のみですぐれている点、改善を要する点の記入：30分、調査報告書に基づき管理者と話し合い：60分、調査員同士で調査結果をまとめる：60分と、全体で6時間30分となっている。

## IV 考察

### 1. 三つの評価指標の比較

#### (1) 「OI-NH」の検討

「OI-NH」は、「観察できる評価指標」として、20-30分という短い時間での見学で観察できる内容としているために、非常に簡単な項目で構成されている。しかし、観察だけでは評価できない場合には、職員に質問して確認する項目が9項目ある。また、1度のラウンド（見学）で評価できない場合には、再度ラウンドして評価項目全てを評価するように指示している。

「OI-NH」のケアプロセス評価指標としての適正は、まず、「OI-NH」のケアプロセスに関する評価項目は、「care」12項目に「communication」5項目を加えた17項目と少なく、「care」12項目の内訳は、観察した時点で、入居者が起きているか、清潔であるか、身なりが整っているか、尊重した態度か、適切な活動があるか、食事や飲水のケアをしているか、自由に移動しているか、移動の介助をしているか、専門家による訓練を受けているかなどであり、入浴や排泄などの直接的なケアには全く触れられていない。また、ケアの結果として入居者が起きたり移動したり、清潔で身なりが整っていると考えられ、食事や飲水、移動のケア、専門家による訓練がどのようになされているかというケアプロセスの評価は難しい。一方で、尊重した態度か否か、自由に移動しているか否かについては観察可能であり、グループホームケアの全体の雰囲気把握するには、妥当な項目だと考えられた。

以上のことから、「OI-NH」は、「観察できる」単純な評価項目で構成され、わかりやすいために評価が容易である。しかし、「OI-NH」だけでは評価できないケアの側面がある。よって、「OI-NH」は、短時間で観察できるケアの構造面、あるいは結果面の評価には有効だが、ケアプロセスの評価指標として単独で使用するには、項目数の少なさ、ケアプロセスの捉え方に課題があると考

えられた。しかし、一般人でも評価可能なことや、頻繁に短時間で評価できる利点をいかした活用の機会が望まれる。

(2) 「TESS-NH」「PEAP-日本版3」「センター方式」の検討と試案

認知症高齢者を対象とした「TESS-NH」「PEAP-日本版3」「センター方式」は、詳細で具体的であり、評価に時間がかかると予測された。また、「TESS-NH」は観察を主として評価するが、「PEAP-日本版3」と「センター方式」は観察だけで評価することは困難である。しかし、「センター方式」は、ケアプロセスの項目が71項目中38項目あり、「OI-NH」の47項目中17項目に比較しても、ケアプロセスを重視していると捉えられた。また、「センター方式」は、ある程度観察可能な項目や、職員・入居者への簡単な質問により客観的に評価できる項目、入浴・排泄などの直接的なケアに踏み込んだ項目が複数存在し、他の指標との比較からよく検討されていると理解された。

そこで、「センター方式」に「観察できる」視点を強化、あるいは加えることで、見えにくいケアプロセスの質向上に取り組む職員の意識や意欲の継続に有効な評価指標の作成が可能ではないかと考えた。試みとして、ケアプロセスに関わるO

I-NHの17項目、PEAP-日本版3の19項目、センター方式の38項目のうち、「観察可能」な項目に注目し、センター方式の評価項目のなかで、表現や追加し得る項目を検討して修正し、ゴシックで表した。図表3は、修正した項目だけを表にしたものである。

(3) ケアの構造面の評価

今回は検討しなかった、ケアの質枠組みの一つ「構造」に関する環境面の評価であるが、認知症高齢者グループホームにおける評価項目として、重要な位置を占めると考えられた。認知症高齢者を対象とした環境面の評価指標である「TESS-NH」と「PEAP-日本版3」を概観したところ、「センター方式」の「ケアサービス」の項目の中に「TESS-NH」と「PEAP-日本版3」の環境の評価指標と重なるものがあり、ケアの質枠組みにおける「構造」と「プロセス」の密接なつながりを認識させられた。実際、「センター方式」の中でケアプロセスと捉えた「ケアサービス」の評価項目に、明らかに環境面の評価項目が含まれていた。一方で、「TESS-NH」と「PEAP-日本版3」の環境面の評価項目の中には、「センター方式」の環境面の評価項目に十分応用できるものが認められた。

図表3

項目番号	項目	備考
	Ⅲ ケアサービス 2, ホーム内でのくらしの支援 (1) 介護の基本の実行	
22	○入居者一人ひとりの尊重 職員は、常に入居者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、名前と呼ぶ、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等)	OI-NHの項目2を加えた。項目14は含まれる。
23	○入居者と職員の穏やかな関係 職員の言葉かけや態度はゆったりしており、情緒的でやさしい雰囲気であり、職員と入居者は相互に交流し、共に心地よさそうである。(笑顔、視線、ふれあいなど)	OI-NHの項目3、4、9、13を加えた表現にした。
新	○職員の入居者との積極的な交流 職員は、混乱している入居者にその人にとって適切な方法で常に関わっていましたか。(適度な距離を保って、触れながら、共に座って、共に同じような行動をとって、他)	OI-NHの項目23の職員と入居者間の積極的な交流について新たに作成した。



25	○入居者のペースの尊重 職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていく態度ではなく、入居者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように、就寝、食事、入浴時間などを入居者の状況に合わせて対応する融通性をもっている。	PEAP-日本版3のV-1)③、VI-1)②を加えた表現にした。
新	○入居者の生活のリズム 入居者は、好みに応じた様々な活動への参加を選択できるように配慮されているなど、適度な刺激を受けながら生活のリズムは保たれており、午睡や就寝時以外は、起きて離床している。	PEAP-日本版3のVI-1)①、OI-NHの項目5の入居者の生活のリズムに関して新たに作成した。
28	○身体拘束のないケアの実践 身体拘束は行わないということをすべての職員が認識しており、薬物、ベルト、いすの傾きなども含めて身体拘束のないケアを実践している。	PEAP-日本版3のVI-1)⑤を加えた表現にした
29	○鍵をかけない工夫－環境面－ 入居者の自由な暮らしを支え、入居者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関や外部につながる出入り口は、目立たない方法で見守られており、鍵をかけなくてもすむような配慮がある。やむを得ず鍵をかける場合は、その根拠が明白で、その理由を家族に説明している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)	これは、環境に関する評価である。PEAP-日本版3のIV-1)② <sup>1</sup> 、TESS-NHの項目5 <sup>2</sup> 、6 <sup>3</sup> の内容を加えた表現にした。
新	○プライバシーの尊重 職員が入居者の居室に入る際にはノックや声をかけをし、入浴・排泄・衣服の着脱などケア提供時には羞恥心に配慮している。入居者は、居室のドアを自由に閉めることができる。	PEAP-日本版3のVII-1)①、②、④のプライバシーの尊重に関して新たに作成した。
	(2)日常生活行為の支援 1)食事	
新	○食事の選択 入居者は、食事の献立に対して意見を出したり、食材やメニューを選ぶことができる。	PEAP-日本版3のVI-1)④、OI-NHの項目18のメニュー選択の可能性を新たに作成した。
新	○間食を楽しむ 入居者は、いつでも間食を楽しむ機会をもてる。(好きなものを食べてもらう機会をつくる、酒たばこなどの嗜好品への希望に対応できている)	OI-NHの項目19の間食を楽しむことを新たに作成した。
	4)整容	
38	○プライドを大切にされた整容の支援 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさげなくカバーしている。(髭、髪が整っている、爪は清潔で切つてある、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	OI-NHの項目7を加えた表現にした。
	(4) ホーム内生活拡充支援	
41	○ホーム内の役割・楽しみごとの支援 ホーム内で入居者一人ひとりが楽しみごとや出番(役割)を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯たたみ、小動物の世話、新聞取り、地域の子どもの活動等)	PEAP-日本版3のV-1)⑤、⑧、OI-NHの項目15、16を加えた表現にした。
	(6) 心身の機能回復に向けた支援	

45	<p>○身体機能の維持 認知症の人の身体面の機能低下の特徴（筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥下機能の低下等）を理解し、屋内を杖や車椅子を使う場合も自由に移動することができ、買い物や散歩など外出する機会が多く、調理、楽しみごと等の日常生活の中で自然に維持・向上するように取り組んでいる。</p>	<p>OI-NHの項目20、22、26'を参考にして表現した。</p>
<p>3. 入居者の地域での生活支援</p>		
51	<p>○ホームに閉じこもらない生活の支援 入居者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気や機会を作っている。（買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等）</p>	<p>PEAP-日本版3のⅧ-4)②を加えた表現にした。</p>
新	<p>○入居者間の関係作り 入居者同士の関係づくりに配慮し、居室から出てふれあう場面とともに、1人になれる時間や場所も配慮する。</p>	<p>PEAP-日本版3のⅧ-①、③の入居者間の関係作りについて新たに作成した。</p>

- 1 外部につながる出入り口は、目立たない方法で見守られている（騒々しいアラームや驚かすような光は使わない）
- 2 Does the physical layout or the decoration of the exits of this disguise the presence of a door from residents?  
入居者からドアの存在を偽る工夫として出口の装飾やレイアウトがなされていますか
- 3 How is unauthorized resident exit from this unit controlled? 無断で出て行ってしまう入居者をどのようにして管理していますか
- 4 Did confused residents have access to outdoor spaces?(Environment) 混乱している入居者は屋外に出る機会がありましたか

## V まとめにかえて—今後の課題

ケアの質は、外圧的に指摘しても向上しない。また、ケアの質の評価結果が優秀であったとしても、ケアの質の向上に対する職員の意識や意欲が継続されなければ、ケアの質を維持できずに短期間で質が低下する怖さがある。詳細で具体的なPEAP-日本版3が、評価尺度ではなく、環境づくりの指針として位置づけられたのは、職員の意識や意欲の向上を目指したものと理解できる。よって、ケアの質向上に対して、職員が積極的に取り組むことができる評価指標を検討することが必要である。

今回は、先行研究による評価指標の検討から、「センター方式」に「観察できる」視点を強化、あるいは加えることで、ケアプロセスの評価に有効な指標の作成が可能ではないかと考えた。しかしながら、ケアプロセスの評価には課題が多く、更なる検証が必要であることはいうまでもない。

今後は、グループホームケアの当事者であるケア提供者および利用者家族へのインタビューやアンケート調査を踏まえ、評価すべき質の要素の検証をはじめとして、個別の事例にも耐えうる評価指標の作成を目指す。そのためには、評価活動の実施や、「構造」面の評価を視野に入れ、追究していきたい。

謝辞：本研究は、三井住友海上福祉財団の研究助成を受けて実施したものの一部であり、感謝申し上げます。

### 註

- 1) 島田陽子：看護ケア評価の経緯と今後の課題，看護管理6(1); 4-9, 1996.
- 2) 看護QA (Quality Assurance of Nursing care) 研究会：看護ケアの質の測定用具の開発(1),看護管理3(3); 188-192, 1993, 島田陽子 (1996) 前掲書.
- 3) 介護保険法73条第1項、80条第1項、87条第1項、96条第1項、109条第1項に規定されている。
- 4) 厚生労働省が2004年12月24日に「痴呆」に替わる用語に関する検討会が出した「痴呆」に替わる用語に関する検討会

- 報告書」を踏まえ、通知（老発第1224001号）により行政用語としての「痴呆」を「認知症」とすることを決定した。また、「介護保険法等の一部を改正する法律」の成立・施行により、2005年6月29日より法令上の用語も「認知症」となった。医学上の用語としては引き続き「痴呆」が使用される予定であるが、本稿においては法令、引用を除いて「認知症」とする。
- 5) 厚生労働白書平成16年版(207)によれば、我が国で、何らかの介護・支援を必要とする認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の数は、2002年には約150万人と推計されているが、2015年には250万人に、2025年には323万人に達するものと推計されている。
- 6) 日本痴呆ケア学会:痴呆ケアにおける社会資源, 58.ワールドプランニング, 2004
- 7) Donabedian, Avedis: Part II - Some issues in evaluating the quality of nursing care. American Journal of Public Health.59 (10): 1833-1836, 1969.
- 8) 岡谷恵子:看護ケアの質評価の日本的展開, インターナショナル ナーシング レビュー. 18(3); 6-14, 1995.
- 9) 島田陽子(1996) 前掲書、長谷川敏彦:福祉サービス評価システム構築への課題－医療サービス評価に学ぶもの, 月間福祉. 9月号; 52-57, 1999、松本勝明:介護サービスの質の確保－ドイツの介護保険法, 海外社会保障研究. 131; 37-46, 2000、筒井孝子:介護サービス論 ケアの標準化と家族介護のゆくえ, 有斐閣, 2001
- 10) Underwood, Patricia. R.:質の研究:米国のヘルスケアにおける質の評価の発展. インターナショナルナーシングレビュー. 18(3):16-28, 1995.
- 11) Underwood, Patricia. R. (1995) 前掲書
- 12) 村嶋幸代他:焦点 在宅ケアのアウトカム, 看護研究. 30(5); 2, 1997.
- 13) 山本あい子他:看護ケア過程指の開発 看護ケア過程指標の検証, 看護研究. 31(2); 29-35; 37-57, 1998.
- 14) 近澤範子他:看護ケアの質の評価に関する文献検討, 看護研究. 27(4); 70-79, 1994.
- 15) Mayeroff, Milton: ON CARING, 1971.=田村真他訳:ケアの本質 生きることの意味, ゆみる出版, 1987
- 16) 内田陽子他:訪問看護のアウトカム評価と費用対効果に関する研究, 日本看護学会誌, 21(1), 9-17, 2001.
- 17) 島内節 [主任研究者]:ケアの効果からみた在宅ケア機関の評価方法とケアの質改善への行動計画 在宅ケアの効果評価と質改善実践マニュアル, 平成12年度厚生省老人保健推進事業等補助金(老人保健健康増進等事業) 日本訪問看護振興財団, 2001
- 18) Rantz, Marilyn. J.:International field test results of the Observable Indicators of Nursing Home Care Quality instrument International Nursing Review, 49, 234-242, 2002.
- 19) 1993年度から当時の厚生省が国の補助事業として都道府県を実施主体に開始した。1994年には、老人福祉法、および老人保健法にサービスの自己評価の努力義務規定が設けられた。
- 20) 第三者評価事業は、老人保健福祉局老人福祉計画課長:老人保健課長通知:特別養護老人ホーム・老人福祉施設サービス評価事業の実施について(老計第102号, 1995年7月23日)に基づき実施された。筆者は2年間評価委員として携わった。
- 21) 室伏君士:痴呆老人の理解とケア, 32. 金剛出版, 1985
- 22) Rantz, Marilyn. J. (2002): 前掲書
- 23) 指標の検討は、Professor Rantzに直接問い合わせ提供された、2003年改訂のVersion 7について実施する。なお、提供された資料のマニュアルについても、検討する際に参照した。
- 24) [http://www.unc.edu/depts/tessnh/tess\\_info.htm](http://www.unc.edu/depts/tessnh/tess_info.htm) より入手。評価指標とともにマニュアルが存在する。
- 25) 児玉桂子 [研究代表者] (2001a) 『痴呆性高齢者環境配慮尺度(住宅版・施設版)の開発と有効性に関する長期的評価研究』平成11年度～12年度科学研究成果報告書, 児玉桂子 [主任研究者] (2001b・2002a・2003a) 『在宅痴呆性高齢者の環境適応の円滑化と介護負担軽減のための居住支援プログラムの開発に関する研究』厚生科学研究長寿科学総合研究事業研究報告書, 児玉桂子 [主任研究者] (2002b・2003b・2004) 『痴呆性高齢者にふさわしい生活環境に関する研究』厚生科学研究21世紀型医療開拓推進研究事業研究報告書, 児玉桂子他 (2003c) 『高齢者が自立できる住まいづくり 安心生活を支援する住宅改造と工夫』, 児玉桂子他 (2003d) 『痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり 実践に役立つ環境評価と整備手法』 彰国社
- 26) 児玉桂子他 (2003d) 前掲書
- 27) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第163条(指定痴呆対応型共同生活介護の取り扱い方針)第6項「指定痴呆対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定痴呆対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない」という自己評価の義務規定が、2001年3月26日厚生労働省令第36号改正により、第7項として「指定痴呆対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定痴呆対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、常にその改善を図らなければならない」と自己評価に外部評価を加えた規定に改正された。また、2001年3月12日に出された通知(老発第83号)「指定痴呆対応型共同生活介護(痴呆性高齢者グループホーム)の適正な普及について」により、サービス評価について、先の基準第163条第6項の質の評価実施を担保するために、一定の評価基準による評価を行った上で、結果を公表するように義務付けている。評価基準については、同日に出された通知(老計発第13号)「痴呆性高齢者グループホームの適正な普及について」により、都道府県が策定することとし、評価項目内容の概略を示している。さらに、2002年1月28日に出された通知(老計発第3号)「痴呆性高齢者グループホーム自己評価項目の参考例等について」により自己評価項目の考え方が示されている。
- 28) 永田久美子他:痴呆性高齢者グループホームにおける外部

評価(東京センター方式)の目指すものと課題, 日本痴呆ケア学会誌. 2(2):262-268, 2003.