
原 著

エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発 —地域密着型介護老人福祉施設（別養護老人ホーム）におけるケアサービスの探究—

永田千鶴*、北村育子**、本郷秀和***、東清巳*、松本佳代*、松本千晴*

Develop a care model enabling elderly people with dementia aging in familiar environment (Aging-in-place) using data from interviews for managers of community-based Nursing Homes

Chizuru Nagata*, Ikuko Kitamura**, Hidekazu Hongo***
Kiyomi Higashi*, Kayo Matumoto*, Chiharu Matumoto*

Abstract : The aim of this study is to develop a model of care enabling elderly people with dementia continue to live at home or in familiar environment (Aging-in-place) in community-based Nursing Homes.

A semi-structured interview was given to the operators of 25 community-based nursing homes to ask them about the practice of operating community-based nursing homes (differences from regular nursing homes), the practice of caring for elderly people with dementia, and the practice of end-of-life care. The data obtained from the interviews was inductively analyzed to categorize the data by similar meaning and to create a structured care model. Further, a quantitative study was conducted to verify the adequacy of the care model. The care model was composed of the 4 categories of [Functioning as a community-based nursing home], [Utilizing the characteristics of the unit type], [Supporting end-of-life care], and [Stable operation] consisting of 61 care service items, and internal consistency and factorial construct adequacy were obtained (Research period: October 26, 2010 to January 31, 2012).

To achieve end-of-life care at community-based nursing homes to provide aging-in-place for elderly people with dementia, the state of end-of-life medicine at facilities for the elderly must be clarified. In addition to improving staff qualifications, it is important to obtain the understanding of families and people in the community.

Key words : Aging-in-place, community based care services, community-based Nursing Homes, care for the elderly with dementia, end-of-life care

受付日 2012年11月16日 採択日 2013年1月25日

*熊本大学大学院生命科学研究部 **日本福祉大学社会福祉学部 ***福岡県立大学人間社会学部

投稿責任者：永田千鶴・c-nagata@kumamoto-u.ac.jp

I. はじめに

たとえ認知症になっても安心して暮らせるように、国は、2001年に全国に三か所の認知症介護研究・研修センターを設置し、認知症の知識の普及啓発ならびに援助方法やケアマネジメントに関する研究成果を介護現場に還元するための研修を行っている¹⁾。2005年からは、「認知症を知り地域を作る10カ年」構想を打ち出し、主に自治体と一緒に認知症サポーターの育成に力を入れ、地域住民が認知症に対応できる力を養っている。また、2008年度から医療や介護を支える拠点施設として「認知症疾患医療センター」²⁾を整備し、専門医療の提供をはじめとして、地域連携ネットワークを構築しつつある。この地域連携ネットワーク構築の手段としては、担当医師以外の関係機関や様々な職種が参加する事例検討会の開催、かかりつけ医の認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修が挙げられる³⁾。厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが2012年6月に出した「今後の認知症施策の方向性について」⁴⁾では、新たに「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300か所程度整備する方針が出されている。そのほか、標準的な認知症ケアパスの作成およびその普及や、「認知症初期集中支援チーム」の設置などが示されている。推計よりも10年早く300万人を超えた介護を必要とする認知症高齢者（以下、若年性認知症も含め、本稿では「認知症高齢者」と称す）の尊厳を守る施策の強化は、急務となった⁵⁾。

認知症高齢者へのケアは、精神病床⁶⁾、介護保険施設⁷⁾、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホームと称す）、および自宅⁸⁾などで提供されてきた。しかし、認知症の重度化、合併症の発症などの急変時や終末期に対応ができず、自宅からグループホーム、介護保険施設、さらに一般病院や精神科病院へと暮らしの場を変えざるを得ない状況がある。暮らしの場の変化は、認知症高齢者やその家族の意に添うことなく、認知症の進行や症状の重篤化を招くことは言うまでもな

い。認知症高齢者が、尊厳を保ちながらエイジング・イン・プレイス（高齢期になっても住み慣れた地域・自宅、あるいは施設で継続した生活を送る）⁹⁾を果たすためには、個々に応じた柔軟なサービス形態により、それぞれの地域の特性をいかした質の高いケアが求められる。

認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすとは、つまり、終末期ケア・看取りまで関わることを意味する。高齢者が最期を迎える場合は、医療機関が8割を超えるものの、多死の時代といわれる今日、多様化しつつある。超高齢社会において、医療費の高騰が進む中、医療機関以外の場所での終末期ケア・看取りへの期待は大きく、2006年度に制度化された地域密着型サービス¹⁰⁾もその選択肢の一つである。

著者らは、エイジング・イン・プレイスの実現に貢献できると期待した地域密着型サービスに着目し、まずは、小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能と称す）を中心に調査研究を行ってきた^{11)~13)}。小規模多機能は、認知症高齢者にとって、心身の状態や環境に応じ、通所、宿泊、訪問の三つの居宅サービスを柔軟に組み合わせ、環境を変えずに利用できる利点がある。これらの調査研究では、小規模多機能が認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすためのケアサービスの内容を具体的に示すとともに、指標として活用できる「ケアモデル」を開発した¹⁴⁾。終末期ケア・看取りに関わることに對し、医療の提供を想定していない小規模多機能には、予想通り様々な課題があったが、終末期ケア・看取りに積極的に取り組む事業所も複数存在していた¹⁵⁾。

次に著者らは、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下、地域密着型特養と称す）の調査研究を行った。地域密着型特養は、小規模多機能と同様、2006年度に制度化された地域密着型サービスの一つである。地域密着型特養の定員は29人以下であり、ユニット型で居室は個室であることを原則としており、従来型の特別養護老人ホームとの違いを明らかにするためにも調査研究を行

う必要性が見出された。そこで、本研究では、地域密着型特養が認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすためのケアサービスの内容を具体的に示す「ケアモデル」を作成し、その妥当性を検証することを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象

地域密着型特養の概要調査は、4つの県の51事業所（2010年10月1日現在）に電話で研究協力を依頼し、研究への承諾が得られた26事業所の責任者を対象とした。地域密着型特養のケアサービスの内容に関する半構成的面接は、先の26事業所のうち承諾が得られた25事業所の責任者を対象とした。ケアモデルの妥当性を検証するための量的調査は、2011年8月24日現在、全国の地域密着型特養557事業所の責任者を対象とした。

2. 調査および分析方法

事前に26事業所の概要調査を郵送により責任者に対して行った上で、(1)地域密着型としての実践（従来型特養との違い）、(2)認知症高齢者ケアの実践、(3)看取りの実践内容の3点を中心に、承諾を得た25事業所の責任者に対して訪問調査による半構成的面接を行った（2010年10月26日～2011年1月27日）。半構成的面接の結果は、得られたデータの逐語録を地域密着型特養としてのケアサービスのあり方に着目して熟読し、帰納的に分析した。分析過程は、ケアサービスに関する語りをローデータから抽出し、要約したものを「変換1」とした。「変換1」をケアサービスの具体的内容に集約して「変換2」とし、「変換2」を意味の類似性に沿って抽象化し、分類したものをサブカテゴリー、さらに抽象度を上げてケアサービスの本質と捉えられたものをカテゴリーとした。そして、サブカテゴリー、カテゴリーを構造化してケアモデルを作成した。帰納的分析からケアモデルの作成過程では、分析を担当した5名の研究

者間の意見の一致をみるまで合議を重ね、ケアモデルの精錬化を図った（2011年2月1日～9月15日）。さらに、構造化されたケアモデルの妥当性を検証するために量的調査を行い、統計分析を行った（2011年9月15日～2012年1月31日）。量的調査は、全国にある地域密着型特養557事業所にケアモデルの70項目について重要性と活用性、および回答者のプロフィールと提供しているケアサービスに対する満足度を問う調査票を郵送した。得られた5段階評価による重要性の回答を、エクセル統計for Windows 2008を用いてクロンバック α 信頼性係数の測定によるケアモデルの内的整合性と、主因子法プロマックス回転での因子分析による因子的構成概念妥当性を確認した¹⁶⁾。因子分析の結果は、固有値1.0以上、因子負荷量0.3以上を基準に検討した。

III. 倫理的配慮

訪問調査に当たっては、地域密着型特養の責任者に対して、あらかじめ電話とFAXで研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究への協力は自由意志であること、承諾した後であっても協力を中止できること、また、調査に当たっての匿名性、得られたデータを研究以外に使用しないことやデータの事後処理、研究結果の公表などに関する内容が記載された研究協力依頼書を提示して説明し、後日出向いて研究協力への承諾書を受領した。量的調査は、研究協力依頼書とともに調査用紙を郵送し、返信があった場合に研究への同意が得られたものとした（2010年8月26日付第374号、同2011年8月3日付第448号熊本大学大学院生命科学研究部一般研究倫理委員会の承認を得た）。

IV. 研究結果

1. 地域密着型特養の概要

26事業所の概要は表1のとおりであった。事業

表1 地域密着型特養26事業所の概要

責任者（管理者・協力者）の保持する資格（重複あり）とその資格での経験年数	介護福祉士資格13名（平均14.2年／9人） 看護師資格3名（平均26.0年） 社会福祉士4名（平均5.8年） 介護支援専門員13名（介護福祉士で介護支援専門員5名、社会福祉士・介護福祉士で介護支援専門員3名） その他：薬剤師、社会福祉主事 など
責任者（管理者・協力者）の性別	女性12名、男性14名
責任者（管理者・協力者）の年齢	20代2名、30代8名、40代5名、50代9名、60代2名
事業所の建物形態	新築2階建て以上19か所で全てにエレベーター設置 新築1階建て6か所、既存施設改修型1か所
開設期間（2010年10月現在）	6か月未満2か所、6か月～1年未満3か所、1年～1.6年未満6か所、1.6年～2年未満2か所、2年～2.6年未満8か所、2.6年～3年未満2か所、3年以上3か所
併設事業	無7か所、有：特別養護老人ホーム、ショートステイ、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症通所介護、通所介護、訪問看護、訪問介護、介護老人保健施設、診療所 など
法人・企業として運営している事業（上記以外）	従来型特養のサテライト型としての開設8か所 病院、介護老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、知的障害者施設、障害者グループホーム、夜間対応型訪問介護、配食サービスなど
1日の食費	1380円23か所、1510円1か所、1800円2か所
1日の居室料	1970円14か所、320円～2850円（平均2081円／日）
職員の雇用形態	常勤8割以上11か所、7割以上6か所、5割以上8か所、5割未満1か所
常勤の看護師の数	1名9か所、2名13か所、3名2か所、4名2か所
定員	29人17か所、20人8か所、26人1か所
看取りの可否	可 12か所 状況によっては可 12か所 不可 2か所
看取り実績のある事業所	10か所（九州6か所）
収支	黒字16か所 赤字4か所 無回答6か所

所の概要調査は、回答者に施設長や管理者を想定したが、実際は介護支援専門員など、現場を熟知している者が答えている場合もあった（以下、回答者を調査協力者と称す）。

調査協力者は、介護福祉士資格保持者が最も多く、社会福祉士のうちの3名が介護福祉士、1名が看護師の資格を併せ持っていた。看護師3名の看護師としての経験年数は18年～30年であった。1事業所以外は建物を新築しており、従来型特養のサテライト型としての運営が8か所あった。ショートステイサービスの併設は15か所、地域密着型サービスの併設は7か所であった。また、事業所は全て社会福祉法人立であり、その法人や法人グループは、全て他の介護保険事業や障害者福祉事業を運営し、赤字と答えた事業所は4か所であった。

看取りについて、「不可能」と答えた事業所は2か所のみであったが、看取りの実績がある事業所は10か所にとどまった。看取りを不可能とした理由には、「看取る方針が施設で定まっていない」、

「医師が来られずに検視になる」があった。看取りは「状況に応じて可能」とした理由には、「医療処置が常態化すると医療機関へ搬送するため看取ることができない」、「正看護師が配置されれば可能」、「医師との連携などの体制が整備されれば可能」、「看護・介護職員の資質の向上が必要」などがあり、主に医療の提供や医療との連携体制に関する課題が挙げられた。看取りの実績がある10事業所の看護師の配置は、常勤1名（1か所）、常勤1名＋非常勤1名（1か所）、常勤1名＋非常勤2名（1か所）、常勤2名（3か所）、常勤2名＋非常勤2名（1か所）、常勤3名（2か所）、常勤4名（2か所）であった。常勤看護師が2名以上配置されていても、10事業所は看取りの実績がなかった。

2. 地域密着型特養における認知症高齢者ケアモデルの作成

データの帰納的分析過程を抜粋して表2に示す。

以下、カテゴリー【 】,サブカテゴリー< >として示す。ケアモデルは【地域密着型としての機能を果たす】【ユニット型の特徴をいかす】【終末期ケア・看取りを支える】【安定した運営をする】の4つのカテゴリー、15のサブカテゴリー、70のケアサービス項目で構成された。

3. 地域密着型特養におけるケアサービス項目の重要性と活用性

量的調査では、全国の地域密着型特養557か所のうち182事業所から回答を得た（回収率32.7%）。70のケアサービス項目の5段階評価による平均値

は、重要性4.17 (SD=0.40)、活用性3.17 (SD=0.52)であり、2群の平均値のt検定による有意差は明らかであった。すなわち、重要だと評価したケアサービス項目を活用しての実践の評価が低い傾向にあった。

カテゴリー別では、【地域密着型としての機能を果たす】のケアサービス20項目の平均値は、重要性3.92、活用性2.99、【ユニット型の特徴をいかにす】19項目は重要性4.29、活用性3.34、【終末期ケア・看取りを支える】23項目は重要性4.34、活用性3.26、【安定した運営をする】8項目は重要性4.00、活用性2.97であった。

表2 地域密着型特養におけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス（抜粋）

ローデータ	変換 1	変換 2	サブ カテゴリー	カテゴリー
こちらの場合は、やはり夜遅くでも、ちょくちょく皆さん、8時半でも、過ぎたら、会社が終わった後にお孫さんがみえたりとか、土日のところで、お休みをぬってきていただいたりとかいう感じも、(略)。(N-②)	密着型特養では家族の面会時間を長くしており、家族が足を運ぶ回数も多い	家族の面会が多いことをいかし、信頼関係を築いて家族の意向を見極める	家族とつながる	地域・住民としての機能を果たす
家族はお客さんじゃないと。家族の目を気にする傾向が多いんですけど、そんなことをやっていたらいつまでたっても、その人の生活空間なんかできるかわけない。(略)家族さんは一緒にやっていく仲間だと思っているので、言いたいことを言いますよ。(略)(O-③)	家族は我々の仲間であり、家族と一緒にになって利用者の生活空間をプロデュースする必要がある	家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える		
行事、従来型の場合だったら、全体的なそのまじょうという(施設全体でまじょうという)、夏祭りまじょうとか何とかまじょうなつて、じゃあドライブを年に何回か行きましょうかとか、違う所(地域)ですよね。こちらの場合だったらいろんな行事、運動会、文化祭、学校の文化祭、あるいは保育園、出向いたりこっちに来たりという部分。(略)、地元の人とのつながりっていう部分は強い。(K-②)	従来型特養の場合イベントを企画するが、密着型特養はその地域の運動会や文化祭、保育園などの行事に出向いたり、事業所に住民が訪れるといった交流が可能である。	利用者と職員が、地域の行事に参加したり、住民に施設を開放したりして、地域の構成員としてその役割を果たすとともに交流を深める	地域・住民とつながる	
24時間体制、365日24時間体制ができた。いつでも、ここが頼る場所になりますよという、一つの核ができたというのが一番大きいんじゃないかなと思います。(K-②)	24時間365日体制を作り、住民にとって頼れる場所ができた。	24時間365日の体制を作り、地域住民にとって頼れる場所・居場所となる		
力を入れてることは(略)地域に貢献できる部分。やっぱり一人暮らしの人たちであったりとか、夫婦世帯だったとか、そういった部分っていうのをやっぱり連携、役場との連携の中で支援していくっていう部分(K-②)	地域に貢献することを視野に入れて、独り暮らしや、高齢夫婦世帯を行政と連携して支える	独居高齢者や高齢者世帯、生活保護受給者を行政と連携して支える	行政とつながる	
見舞客は(略)いろいろ知ってらっしゃる。一人のために来るんだけど、いろいろ知ってらっしゃるから、あちこちに声を掛けてくださるんですよ。「ああ、あの人のいるね」って話をしに声をかけられる。(略)。(K-②)	面会にきた住民が、他の利用者を知っていることが多いので、複数の人に声をかけられる	利用者にとって、他の入居者・家族・職員・地域になじみがあり、精神的つながりが強いことをいかしてケアを提供する	なじみの環境をいかに	

<p>自宅のような雰囲気、(略) 食堂に座ってちょっと冷蔵庫開けて、お茶でも飲みませんかという感じで、終末期のご利用者の家族が当直の者としやべったり、またお部屋に行ってお母様と向き合うようなことはできるんだって、ホスピスよりも楽かも、家族は精神的にということでした。(略)。(K-③)</p>	<p>当施設では、家族も、居室とリビングを自由に行き来でき、ずっと居室にいないため、家族は精神的に楽である。</p>	<p>個室であることをいかし、プライベートな空間で家族との関係を維持する</p>	<p>個別ケアを追求する</p>	<p>ユニット型の特徴をいかに</p>
<p>ユニットケアというのは、(略)、自宅での生活パターン、朝起きる時間にしても、朝食の時間にしても違うわけでしょう。朝起きて、一番最初に飲みたい飲み物だつて三者三様だと思うんですね。(略) 意思表示がちゃんとできる方はお聞きして、できない方は家族からお聞きして、家での生活パターンとかをお聞きしてですね。(K-①)</p>	<p>ユニットケアの役割は、利用者の家での暮らし方を崩さないようにすることであり、各利用者に応じた24時間シフトを作って対応している。</p>	<p>認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを常に図り、真摯に時間をかけて対応する</p>	<p>認知症高齢者に向き合う</p>	
<p>のつぺい汁とか、豚汁とか、ゴボウのにおいが、(略)「何かゴボウのお煮しめ？」とか、「今日は何？」とかいう感じのにおいがするんですね。そうすると、下手なレクリエーションよりね、今日は何ばいになって。そして、(略)、大根、ゴボウからもう目の前にあるので、大根を見たら今日は何かなくて、普通女性だったら思うじゃないですか。だんだん良い変化が認められるようになるんです。(K-③)</p>	<p>当施設では、ユニットの台所で調理することにより、料理のにおいや食材が分かるため、利用者は、料理を想像することができるようになるなど良い変化がある。</p>	<p>利用者の心身機能の維持・向上をケアの成果として職員が共有することで、ケアへの意欲を高める</p>	<p>職員が実践したいより良いケアを実現する</p>	
<p>これ以上治る見込みがないと、どうしますかと家族さんが言われて。それだったらうち(特養)へ帰るとおっしゃったんですけども、うちの場合は医療設備ないでしょう。だから、先生は療養型を勧められたんですけども、帰りたいんだと、(略)家族さんがそういう意向であれば断る理由はない。(O-③)</p>	<p>もう治療の手段がない時に、ある程度の医療ケアが必要であっても、家族が施設を希望するのであれば、できる限りで対応する</p>	<p>状態悪化により一時入院しても、家族が再び施設を選択した場合に看取りを含めたケアを行う</p>	<p>利用者・家族の意向に添う</p>	<p>終末期ケア・看取りを支える</p>
<p>一応元気な時でも事前確認を取るんですね。事前確認を取るときには、やはり最初の入所時とカンファレンスの時、担当者会議の時に、必ずご家族と、本人がしっかりされている方であれば本人にも聞くんですね。看取りはもうしたいですか、という話は、もう前段階から少しずつ詰めておくんですね。(F-③)</p>	<p>最期をどう迎えるかということについて、入所時やカンファレンス時、担当者会議時に、家族および本人の意向を確認する</p>	<p>看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族(親族)の意向は何度も確認しておく</p>		
<p>福祉で見ると医療と切り離していいとは思わないですね。医療の按配、出過ぎず引っ込み過ぎず、(略)連携は大事になる(K-③)</p>	<p>施設で看取るには、病院、医療との連携が大事である</p>	<p>管理医や協力医、かかりつけ医、他科の医師と連携体制を整える</p>	<p>協働する体制を整え、医療ニーズに対応する</p>	
<p>看取りはドクターの手配だけでは絶対に駄目なので、介護職と医務室の連携と、施設全部をひくくめるための対応です。看取り委員会を毎月必ず行う方向になってますね。(N-④)</p>	<p>他職種で定期的にカンファレンスを行い看取りについて検討する</p>	<p>看取りに対する施設としての価値・方針を明らかにし、職員間の共通認識を図る</p>		
<p>なかなか経験できるっていうことでもないで、そうなったときに振り返りってのがやっぱり一番いい共有の場にはなると思うんですね。(K-⑥)</p>	<p>職員で、看取りのケースについて振り返りをして、経験の共有をする</p>	<p>看取りケアの向上のために研修やデスカンファレンス(看取りの振り返り)を行う</p>	<p>終末期ケア・看取りに対する力量を高める</p>	
<p>男性は優しいですよ。細かいですよ。でも、(略)お花とか、香りとか、そういったことはやっぱり女性から。(略)そういうふうにはアロマたいたりとか、いろんなリラックスできるような環境をつくったりとかですね。(F-③)</p>	<p>女性職員がアロマをたいたりや花を飾るなどしてリラックスできる環境をつくっている</p>	<p>アロマをたく、花を飾る、家族が過ごす場所を整えるなど、利用者・家族が快適に過ごせるような環境を創る</p>	<p>安寧な最期を迎えられるように関わる</p>	

その方の食事が取れなくなってきたら、ご家族に連絡して、いろいろこの（Nの家）施設でできる範囲内でやってくださいというご家族からのご意向をいただいて、ドクターに電話をして。（N-⑤）	食事が入らなくなったら、施設でできる範囲で行うことの了承を得て、医師へ連絡し、看取りを行う	医療機関での看取りと異なり、提供できる医療は限られていることを具体的に説明する	限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る	
サテライト型になっていますので、従来型のほうの兼務できる人間が何人かいるというかたちなんです。厨房も従来型特養のほうにあって、医務室もこっちにはないというかたちにはなっている。（O-③）	併設の強みをいかしてサービス内容を工夫する	グループ施設から情報やマンパワーを得て活動にいかす	同一グループの強みをいかす	
どうしても結婚とかもありますし、主婦でしたら自分のお母さんを介護せんといかんとか、いろんなことでちょっと勤務の制限ができたりとかということ結構あります。（略）でもそうやって少しずつそのタイミングで、またちょっと何かを変えたりとかしないといけないのかなとは思ってるんですけどね。（F-③）	結婚や介護などで、職員の勤務が制限されることがあるが、そのタイミングで少しずつ体制を変えていかなければならない	妊娠・出産、介護などライフスタイルの変化を機に職員が辞めずにすむ体制をつくる	職員の労働環境を整える	安定した運営をする

4. 地域密着型特養における認知症高齢者ケアモデルの検証

帰納的分析の結果抽出された4つのカテゴリーは、因子分析による第1因子「終末期ケア・看取りを支える」、第2因子「ユニット型の特徴をい

かす」、第3因子「地域密着型としての機能を果たす」、第4因子「安定した運営をする」と一致した。そして、因子間の相関が強い項目、相関係数0.3以下の項目、因子的構成概念妥当性を逸している項目を削除してケアモデルを再構成し、4つのカテゴリーと14のサブカテゴリーの61項目に修正した（表3）。

表3 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル—地域密着型特養編—

カテゴリー：終末期ケア・看取りを支える
サブカテゴリー：利用者・家族の意向に添う
34. 最終的に病院への搬送を家族が望む場合は対応する。
35. 状態悪化により一時入院しても、家族が再び施設を選択した場合に看取りを含めたケアを行う。
36. 最期まで施設で過ごさせたいという家族の意向に添う。
37. 看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族（親族）の意向は何度も確認しておく。
38. 利用者の身体的・精神的状態をアセスメントしながら、利用者・家族の望む療養が出来る限り実現できるようにする。
サブカテゴリー：協働する体制を整え、医療ニーズに対応する
39. 管理医や協力医、かかりつけ医、他科の医師と連携体制を整える。
40. 職員間の協働体制を整え、急変時や看取りの際には看護師や管理者がかけつける。
41. 看取りに対する施設としての価値・方針を明らかにし、職員間の共通認識を図る。
42. 終末期がんの利用者に対し、医師と麻薬の使用も含めて対応する。
サブカテゴリー：終末期ケア・看取りに対する力量を高める
43. 急変時や看取りに必要なケアを適切に実践できる技術・態度を身につける。
44. 家族や他職種と連携できるように、判断力・予測力・説明力を養う。
45. 看取りケアの向上のために研修やデスカンファレンス（看取りの振り返り）を行う。
46. 看取りに関わる過程を大切にし、職員が満足感・達成感を得られるようにする。
47. 職場でレクリエーションの機会を設けたり、悩みを積極的に聞くなど職員の気分転換を図る。
48. 部署間・職種間の壁をなくし、自由に意見交換できる職場環境にする。
サブカテゴリー：安寧な最期を迎えられるように関わる
49. 終末期の利用者について家族への報告を密にし、スタッフと家族が共に利用者の死を受けとめる準備をする。
50. 家族の作ったものを食べたり、家族と一緒に入浴するなど、家族と共に終末期ケア・看取りを行う。
51. 提供できる医療は限られるが、生活の視点を前提にしたケアで最善を尽くす。
52. 必要以上の医療処置は、身体への負担が大きくなることについて家族の理解を得る。
53. アロマをたく、花を飾る、家族が過ごす場所を整えるなど、利用者・家族が快適に過ごせるような環境を創る。

サブカテゴリ：限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る
54. 入居時に利用者が抱える疾患・病状や起こりうる危険性を説明し、急変時や終末期の意向を書面にして確認する。 55. 医療機関での看取りと異なり、提供できる医療は限られていることを具体的に説明する。
カテゴリ：ユニット型の特徴をいかに
サブカテゴリ：個別ケアを追求する
17. 従来型特養のような規則正しい生活を強制されことなく、利用者が意のままに生活できる。 18. 利用者個々の楽しみ・望みに可能な限り対応する。 19. 食事づくりなど役割を担ってもらい、利用者の能力を損なわないケアを提供する。 20. 個室であることをいかにし、プライベートな空間で家族との関係を維持する。 21. ユニット間にサービス格差が生じないように、また、ユニットの活性化を図るために職員の勤務体制を工夫する。 22. 職員を固定したり、職員と利用者、および利用者相互の相性を踏まえてユニットを組む。 23. 利用者の自治会や家族会を作り、利用者・家族の声を反映させる。 24. 教育体制を整え、職員のユニット型ケアへの力量を高める。 25. ケアに専念できるよう手厚く職員を配置する。 26. ユニット型ケアに適した職員を採用・配置する。
サブカテゴリ：認知症高齢者に向き合う
27. 認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを密に図り、真摯に時間をかけて対応する。 28. 入居時のリロケーションダメージに時間をかけて対応する。 29. 認知症高齢者の生活歴や生き方、価値観を尊重する。 30. センター方式、バリエーション、DCMなどの勉強会や研修に参加し、獲得した知識や技術を認知症ケアにいかす。 31. 心理・行動障害のある重度の認知症高齢者の受け入れを積極的に行う。
サブカテゴリ：職員が実践したいよりよいケアを実現する
32. 職員が実践したいケアをできる限り支援する。 33. 利用者の心身機能の維持・向上をケアの成果として職員が共有することで、ケアへの意欲を高める。
カテゴリ：地域密着型としての機能を果たす
サブカテゴリ：家族とつながる
1. 利用者と家族とのつながりを維持するために、自宅に電話したり、利用者とともに訪問したり、家族に施設に宿泊してもらう。 2. 利用者が亡くなった後も、家族とのつながりを保ち、支援する。 3. 家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える。
サブカテゴリ：地域・住民とつながる
4. 利用者と職員が、地域の行事に参加したり、住民に施設を開放したりして、地域の構成員としてその役割を果たすとともに交流を深める。 5. 24時間365日の体制を作り、地域住民にとって頼れる場所・居場所となる。 6. 地域の社会資源を活用して医師・看護師が24時間対応できる体制を構築する。 7. 運営推進会議やサービス内容の公開により、住民との相互理解を図り、住民の協力を得ながら、設備や活動を充実させる。 8. 高齢者ケアに地域で取り組むためのネットワークをつくる。 9. 地元の商店を利用するなど、地域の資源を利用して地域経済に貢献する。
サブカテゴリ：行政とつながる
10. 自治体の保健福祉計画との整合性を保つとともに、地域の実情に合わせたサービスを展開する。 11. 独居高齢者や高齢者世帯、生活保護受給者を行政と連携して支える。 12. ユニットケアの利点を行政や住民にアピールし、補助金を得るなど地域密着型特養の充実を図る。 13. 医療が提供できる体制づくりや看取りにかかわる報酬の加算など看取りに対応しやすい制度構築を要求する。
サブカテゴリ：なじみの環境をいかに
14. 近隣住民が利用できるような方策を講じる。 15. 利用者にとって、他の入居者・家族・職員・地域になじみがあり、精神的つながりが強いことをいかにしてケアを提供する。 16. 入院しても再入所できるように空床管理を行う。
カテゴリ：安定した運営をする
サブカテゴリ：同一グループの強みをいかに
56. 併設事業や他事業の運営により収支を安定させる。 57. グループ施設から情報やマンパワーを得て活動にいかす。
サブカテゴリ：職員の労働環境を整える
58. 妊娠・出産、介護などライフスタイルの変化を機に職員が辞めずにすむ体制をつくる。 59. 複数の看護師や看取りの経験がある職員を配置をする。 60. 職員の生活にあうように勤務形態などを組み替える。 61. 職員の賃金を高く設定し、離職を防ぐ。

この修正版ケアモデルのクロンバックの α 信頼性係数は0.958で内的整合性が確保され、因子的構成概念妥当性が確保された（表4）。

5. 量的調査の回答者のプロフィールと仕事への満足度

量的調査に回答した182人の年代は30代が37.4

%、40代25.3%、50代21.4%で、男性が57.7%であった。地域密着型特養が新しいこともあり、経験年数が1年未満の者が32.4%を占めた。回答者の42.3%が施設長（管理者）であり、基礎資格は、介護福祉士28.1%、社会福祉士20.9%、社会福祉主事11.2%、看護師9.7%、そのほか30.1%であった。また、地域密着型特養で提供しているケアサー

表4 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル —地域密着型特養編— 因子分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
第1因子：終末期ケア・看取りを支える					
38	0.833	-0.124	0.163	-0.142	0.6678
55	0.827	-0.072	-0.080	0.049	0.6334
48	0.813	0.059	-0.009	-0.059	0.6625
42	0.812	0.012	-0.175	0.077	0.6394
37	0.797	-0.013	0.115	-0.152	0.6310
41	0.770	0.169	-0.080	-0.041	0.6519
43	0.765	0.081	-0.150	0.137	0.6636
36	0.752	-0.098	0.169	-0.093	0.5792
47	0.682	-0.055	0.084	0.141	0.5772
54	0.647	0.009	0.061	0.089	0.5096
35	0.628	-0.005	0.180	-0.165	0.4415
39	0.616	0.106	-0.138	0.141	0.4739
40	0.585	0.170	-0.096	0.138	0.4922
44	0.583	0.137	-0.202	0.377	0.6554
45	0.578	0.036	0.033	0.249	0.5462
50	0.555	0.214	-0.100	0.231	0.5682
51	0.495	-0.075	0.126	0.247	0.4325
49	0.494	0.157	0.140	0.247	0.6064
52	0.466	0.303	-0.015	0.119	0.4875
46	0.441	-0.135	0.262	0.336	0.5321
53	0.356	0.084	0.194	0.287	0.4570
34	0.344	0.059	0.081	0.220	0.2885
第2因子：ユニット型の特徴をいかに					
22	-0.007	0.774	0.077	-0.200	0.5931
21	0.073	0.706	0.003	-0.094	0.5134
19	0.083	0.671	0.106	-0.216	0.5150
26	-0.027	0.663	-0.134	0.175	0.4595
24	0.108	0.654	-0.031	-0.021	0.4710
29	-0.023	0.600	0.019	0.254	0.5056
25	-0.034	0.584	-0.108	0.382	0.5332
30	-0.153	0.570	-0.024	0.430	0.5390
20	0.079	0.559	0.141	-0.288	0.3979
18	0.095	0.531	0.224	-0.143	0.4390
27	0.137	0.524	0.017	0.024	0.3691
32	-0.055	0.517	0.045	0.262	0.4046
17	0.062	0.450	0.241	-0.238	0.3381
33	-0.023	0.419	0.151	0.290	0.4043
第3因子：地域密着型としての機能を果たす					
23	-0.040	0.408	0.306	0.198	0.4423
28	-0.061	0.399	0.085	0.281	0.3128
31	-0.017	0.395	0.198	0.283	0.4122
第4因子：安定した運営をする					
10	-0.035	-0.034	0.724	0.052	0.5096
7	-0.103	0.117	0.701	0.143	0.5819
6	-0.028	0.043	0.622	0.153	0.4473
5	-0.090	0.073	0.610	0.169	0.4652
13	0.011	0.229	0.574	-0.017	0.4810
9	-0.099	-0.063	0.558	0.355	0.4457
14	-0.019	0.224	0.557	-0.064	0.4245
4	0.080	0.147	0.534	-0.075	0.3891
8	-0.038	0.063	0.516	0.211	0.3783
11	0.089	0.068	0.408	0.031	0.2411
12	0.267	-0.077	0.403	0.027	0.2882
1	0.081	-0.096	0.358	0.232	0.2280
15	0.187	-0.025	0.336	0.235	0.3055
3	0.104	0.142	0.326	0.088	0.2434
16	0.058	0.227	0.316	-0.012	0.2287
2	0.060	-0.032	0.304	0.237	0.1986
初期値累積寄与率					
30.29% 37.77% 42.72% 46.24%					
因子間相関	1.000				
	0.397	1			
	0.363	0.377	1		
	0.374	0.278	0.239	1	

ビスに対して「大変満足」「わりと満足」と答えた者が50.0%、「どちらでもない」24.7%、「あまり満足していない」「満足していない」が20.3%であった。

V. 考 察

1. 地域密着型特養におけるエイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの検討

半構成的面接で、「従来型特養との違い」を尋ねたところ、地域密着型とユニット型に関連する内容が語られた。そのため地域密着型特養独自のケアサービスには、【地域密着型としての機能を果たす】、【ユニット型の特徴をいかす】にカテゴリー化されたケアサービス項目が挙げられる。また、認知症高齢者ケアの実践に関するケアサービスは、主に【ユニット型の特徴をいかす】の＜認知症高齢者に向き合う＞に、看取りの実践に関するケアサービスは【終末期ケア・看取りを支える】にカテゴリー化された。そしてケアモデルは、地域密着型特養が従来型特養とは異なる独自のサービスを提供するために【安定した運営をする】必要があることを示している¹⁷⁾。

1) 地域密着型特養の「地域密着型」の機能

【地域密着型としての機能を果たす】は、＜家族とつながる＞＜地域・住民とつながる＞＜行政とつながる＞＜なじみの環境をいかす＞の4つで構成された。

地域密着型特養の特徴として語られた内容は、まず、「近いために家族の面会が頻繁で協力が得やすく、家族との関係が密である」こと、「立ち寄った住民や家族が、知り合いだったり親戚だったりする複数の利用者に声をかけていく」などのなじみがあることが利点として挙げられた。地域密着型特養も家族支援や地域の構成員としての役割を果たすことに力を入れていた。

次に、「利用者と職員が共にその地域、すなわち地元出身の場合が多く、自然に地元の行事など

の共通の話題でコミュニケーションが図れる」ことや、「地元の行事に参加しやすい」こと、「施設を開放したり、地域福祉に取り組んだり、地域住民にとって頼れる居場所となる」など、コミュニティが形成されていることがわかった。

そして、地域密着型特養は市町村の指定・監督を受けるために行政とのつながりも強く、その市町村の実情に合わせたサービスを提供することで地域に貢献していた。

2) 地域密着型特養の「ユニット型」の特徴

【ユニット型の特徴をいかす】は、＜個別ケアを追求する＞＜認知症高齢者に向き合う＞＜職員が実践したいよりよいケアを実現する＞の3つで構成された。

従来型特養と違ってユニット型で個室があり、少人数であることは、個々に目がいきやすく密に関わることができる、食事や入浴、排せつの時間は完全に利用者個々のペースで対応できる、利用者がやりたいことや楽しみを自由にできる、職員もやりたいケアや修得した技術を個別に実践できる、また、ユニット内で調理するので、認知症の利用者がのっぺ汁とか豚汁など匂いで献立がわかる、などの利点が語られた。さらに、プライベートな個室があることで、家族の居場所があり、職員が認知症高齢者にじっくりと介入することを可能にしていることが推察された。

3) 地域密着型特養での「終末期ケア・看取り」

【終末期ケア・看取りを支える】は、＜利用者・家族の意向に添う＞＜協働する体制を整え、医療ニーズに対応する＞＜終末期ケア・看取りに対する力量を高める＞＜安寧な最期を迎えられるように関わる＞＜限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る＞の5つで構成された。事業所で共通していたのは、何があっても「終末期ケア・看取り」を実践しなければならないという方針ではなく、最期まで施設で過ごさせたいという利用者や家族の意向に添って実践されていた。そのた

め、家族が医療機関への搬送を望めば搬送し、一時入院しても施設を希望すれば受け入れ、終末期となっても家族の意向を何度も確認するなど、利用者・家族が望む療養を実現できるようにしていることが推察された。

「終末期ケア・看取り」を既に実践している事業所は、職員間で共通認識となる看取りの方針が確立しており、医療や職員間の協働体制を整える努力が窺えた。

また、終末期ケア・看取りに対する職員の力量を高めるために、マニュアルを作成して勉強会やデスクカンファレンスを実施したり、研修会への参加の機会を与えるなどしていた。そして、職員が満足感・達成感を得られるように「やれることはやった」「大往生だった」「関わる過程が大切」と話し合うなど、施設長や看護師が看取りを実践した職員に、精神的支援を意図的に行っていた。

「看取り」を既に実践している事業所の施設長が、家族がユニットのリビングでくつろぎ職員とお茶を飲みながら世間話をして、部屋に戻って終末期の母親と向き合うようなことができると、ホスピスよりも精神的に楽ではないか、と語るなど、ユニット型で少人数、個室があるという環境で、職員と家族が共に支えあって終末期ケア・看取りを実践していた。

このように、利用者・家族の意向に添った「終末期ケア・看取り」の実践である一方で、提供できる医療が限られていることに対する理解を得、家族に宿泊してもらうなど、家族の協力の下での実践でもあった。

4) 地域密着型特養の「安定した運営」

【安定した運営をする】は<同一グループの強みをいかす><職員の労働環境を整える>の2つで構成された。

29床以下という小規模の施設運営が厳しいことは容易に予想でき、調査した事業所全てが、併設事業や同一グループ内の事業で運営を安定させていた。特に、サテライト型では職員を兼務させた

り、看護師を柔軟に配置したり、厨房を1つで賄うなどの工夫がされていた。

今回調査した地域密着型特養は、全体的に職員の年齢構成が子育て世代に集中していた。そのため、事業所は、妊娠・出産・育児で職員が辞めずにすむ体制や子育てに理解のある職場環境にしていた。一方で、職員が介護者となる場合にも勤務形態を組みかえ、介護と仕事を両立できるように配慮していた。

また、看取りを実践している事業所では、複数の看護師や看取りの経験のある職員を配置し、看取りに対する不安や心配の軽減を図っていた。

2. 地域密着型特養での終末期ケア・看取りの現状

冒頭で述べたように、認知症高齢者の「エイジング・イン・プレイスを果たす」とは、終末期ケア・看取りまで関わることを意味し、本研究で作成したケアモデルの【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービス23項目が注目される。

2003年に医療経済研究機構が出した「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書¹⁰⁾では、特別養護老人ホーム(以下、特養と称す)入所者死亡のうち、特養内での死亡は約4割、医療機関での死亡が約6割であり、終の棲家とされる特養においても、最期は病院へ搬送する場合が少なくない。本研究においても、調査した26の地域密着型特養のうち看取りを実践していたのは10か所であり、4割に満たない現状である。しかし、本研究で作成したケアモデルの【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービス23項目の重要性について5段階評価で問うたところ、平均値が4.34と他のカテゴリーと比較しても高く、地域密着型特養が提供すべきケアとして終末期ケア・看取りを重視していることが明らかとなった。

先述した医療経済研究機構が出した報告書は、看取る特養で整っている事項として①入所者本人及びその家族の希望の受け入れ、②職員間の終末期ケアに対する共通理解、③緊急時の医師の訪問

体制、④施設内での医療処置（点滴、酸素療法など）、⑤臨終に備えた専用の居室を挙げている。本研究で作成したケアモデルにおいても【終末期ケア・看取りを支える】のケアサービスの内容に上記①～④の4項目が認められた。⑤の専用の居室については、個室をもつ地域密着型特養の環境は整っていると考えられた。

さらに、先行研究^{19)~22)}では、職員の教育や精神的ストレスの軽減、医療職と福祉職の協働体制の整備、家族を対象とした終末期教育の必要性が指摘され、本研究で作成したケアモデルにおいても職員の教育体制の充実や精神的支援、職員間の協働体制の整備に加え、限られた医療に対する家族の理解を得ることが示されていた。

VI 結論

本研究では、「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル」として、地域密着型特養におけるケアサービスの内容を示すケアモデルを作成した。ケアモデルは、【地域密着型としての機能を果たす】【ユニット型の特徴をいかにす】【終末期ケア・看取りを支える】【安定した運営をする】の4つをカテゴリーとし、14のサブカテゴリー、61項目のケアサービスで構成され、内的整合性、因子的構成概念妥当性が確保された。このケアモデルは、地域密着型特養がエイジング・イン・プレイスを果たすには、【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービスの実践と、地域密着型特養独自の【地域密着型としての機能を果たす】および【ユニット型の特徴をいかにす】ケアサービスを提供し、【安定した運営をする】必要性を示していた。

地域密着型特養での終末期ケア・看取りは、従来型特養と同様に困難な状況であり、実践は4割に満たないが、ケアサービスとしては重視されていた。終末期ケア・看取りを困難にしている理由は、主に医療の提供に関するものであった。よって、地域密着型特養がエイジング・イン・プレイ

スを果たすためには、地域密着型特養での医療提供のあり方を明確にし、限られた医療への理解を得る必要がある。

VII 本研究の限界と今後の展望

本研究は、全ての地域密着型特養の実態を表すものではなく限界はあるが、今回の調査結果により、終の棲家とされる特養で終末期ケア・看取りが困難な状況は、地域密着型特養でも同様であった。

終末期ケア・看取りを困難にしている理由は、主に医療の提供に関するものであった。しかし、常勤看護師が1人であったり、医師の協力が充分に得られないなど、決して万全な体制でなくても、施設長以下職員が一丸となって、利用者・家族が望む終末期ケア・看取りに取り組む地域密着型特養も存在した。よって、家族と協働してケアを提供できる地域密着型特養のメリットをいかし、事業所の十分な看取り体制を前提に、時に家族が主体となって看取る「場」を提供することを目指せば、限られた医療の中での終末期ケア・看取りの機会が増えるのではないかと考えられた。そのためには、施設長、医療職や福祉職などの専門職に加え、家族や地域住民を対象とした高齢者施設における終末期ケア・看取りのあり方に関する教育が必要となる。

（謝辞）最後になりましたが、実態調査にあたり、ご協力いただいた地域密着型特養の責任者および職員の皆様に深く感謝申し上げます。また、本研究は科学研究費の助成を受けて実施した研究の一部（平成22年度～24年度基盤研究(C)22592591）であり、重ねて感謝申し上げます。

註

- 1) 1998年現厚生労働省は、高齢者痴呆介護研究・研修センターを全国三カ所に設置することを決め、2001年から東京センター、仙台センター、大府センターが研究・研修事業を行っている。2005年に名称を「認知症介護研究・研修センター」に改めて

- いる。
- 2) 認知症疾患医療センターは、認知症的確な診断と行動・心理症状や身体合併症を持つ患者への対応を実施する医療機関である。厚生労働省が老人性認知症疾患センターに代わって採り入れた。2012年5月1日現在、統括機能を担う基幹型7か所、地域での診療拠点となる地域型164か所の171か所が整備されている。
- 3) 小嶋誠志郎・池田学：認知症疾患医療センターの連携機能，老年精神医学雑誌，23(3)：294-298，2012。
- 4) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：報告書「今後の認知症施策の方向性について」，2012。
- 5) 2012年8月24日、介護を必要とする認知症高齢者の数が全国で305万人に達したことが厚生労働省の推計により報告された。2002年には、2020年に289万人と推計されており、およそ10年早く300万人を超えたことになる。新たな推計では、5年後の2017年に370万人、団塊の世代が75歳以上になる2025年には400万人に達する見通しである。
- 6) 平成20年患者調査によれば、認知症のため精神病床に入院している患者数は5.2万人に増加し、入院が長期化している。
- 7) 厚生労働省の平成22年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況によれば、介護老人福祉施設96.4%、介護老人保健施設95.0%、介護療養型医療施設96.8%の在所在所に認知症がある。
- 8) 厚生労働省高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」（2003年）によれば、認知症高齢者の介護保険認定申請時の生活場所は、67%が「居宅」である。
- 9) エイジング・イン・プレイスについて、木下は“今いる場所で継続した生活を”とし（木下康仁：改革進むオーストラリアの高齢者ケア，52，東信堂，東京，2007.），寺川らは“高齢者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける”としている（寺川優美・田中紀之・三浦研・寺川政司：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究：高齢者の居住継続成立要件に関する研究（その1），日本建築学会計画系論文集，No.571：69-76，2003.）。
- 10) 地域密着型サービスは、利用者が住み慣れた地域や自宅で暮らせるように、地域の実情に応じて提供されるサービスであり、保険者である市町村が指定・監督権をもつ。サービスの内容は、2006年度に夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が、2012年度から定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスが制度化された。
- 11) 永田千鶴・松本佳代・平上真紀子：認知症高齢者ケアの地域支援のあり方に関する研究—小規模多機能型居宅介護サービスの利用を通して—，財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書，平成19年度：1-49，2008。
- 12) 永田千鶴・松本佳代：報告書「エイジング・イン・プレイス」を果たす認知症高齢者ケアモデルの開発—福岡市および熊本の小規模多機能事業所の調査研究を通して—，2009。
- 13) 永田千鶴・松本佳代：エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題，熊本大学医学部保健学科紀要，第6号：43-62，2010。
- 14) 永田千鶴・東清巳・松本千晴・松本佳代・北村育子：エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発—小規模多機能事業所編—，熊本大学医学部保健学科紀要，第7号：71-83，2011。
- 15) 詳細は、前掲11)～14)を参照。
- 16) 量的調査データの統計分析の目的は、質的研究に基づき構造化したケアモデルの内的整合性と、因子的構成概念妥当性を確認することである。本研究では、新しく制度化された地域密着型特養において、まだ明らかになっていない提供すべき具体的なケアサービス内容を表すケアモデルの作成を目指しているため、極力質的研究によるケアモデルの構成を尊重し、因子分析によってケアモデルを普遍化することや、ケアサービス項目を減らすことを目的としていない。
- 17) 著者らが検索し得た地域密着型特養のこれまでの実践報告（第2特集 小規模だからこそできる！“地域密着型特養での看護”，COMMUNITY CARE，14(4)：50-64，2012.）とケアモデルの内容に矛盾はなかった。
- 18) 調査は全国の特別養護老人ホーム3,000施設の看護職員へのアンケート調査で、有効回収は1,730施設であった。2001年11月1日～2002年10月31日の1年間の退所者数18,744人のうち死亡による退所者総数14,370人(76.7%)、死亡による退所者で特養内での死亡は5,352人(37.2%)、自宅91(0.7%)、医療機関は62.1%である。
- 19) 平川仁尚：高齢者介護施設における終末期ケア，日本老年医学会雑誌，45(6)：612-614，2008。
- 20) 平川仁尚・葛谷雅文・植村和正：介護老人保健施設の介護職員を対象とした終末期ケア教育の効果，医学教育，40(3)：197-200，2009。
- 21) 北村育子・牧洋子・石井京子：特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題，日本福祉大学社会福祉論集，第120号：75-88，2009。
- 22) 北村育子・石井京子・牧洋子：特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析，日本福祉大学社会福祉論集，第122号：25-39，2010。