

認知症高齢者グループホームのサービス評価に関する研究

—視覚的手掛かりを用いた利用者調査—

松浦 弘典*

I. はじめに

日本の社会福祉実践において、サービスの質的向上に対する社会的要請が高まっている。具体的施策の一つとしては、社会福祉法第78条（福祉サービスの質の向上のための措置等）を法的根拠としている第三者評価事業や介護保険法第72条、第97条（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準）を法的根拠としている地域密着型サービス外部評価事業（以下、第三者評価）がある。第三者評価は、事業者の提供するサービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価する事業のことである。

第三者評価の目的は、厚生労働省『福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書』（2001）のなかで、①個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握してサービスの質の向上を図ること、②評価結果などが利用者の適切なサービス選択に資するための情報とすることと明記されている¹⁾。

この第三者評価は、事業者が提供する介護サービスに対する利用者の意向や満足度を把握する「利用者調査」と、事業の仕組みやサービス提供プロセスを評価する「事業評価」、そして認知症高齢者グループホーム（以下、GH）や小規模多機能型居宅介護事業所で義務化されている「外部評価」の三本柱で構成されている。

三つの柱のうち、利用者調査に関して厚生労働省は、福祉サービスに対する利用者の認識や意向を把握する重要性について講じている。具体的には、『福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書』（2001）のなかで、利用者の認識を把握することを目的に策定さ

れた質問項目（12項目）が提示され、できる限り利用者本人から直接ヒアリング調査を行うことを促している¹⁾。さらに、『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』（2004）のなかで、「利用者の意向を把握する重要性に鑑み、第三者評価と併せて利用者調査を実施することが望ましい」と述べている²⁾。

白澤³⁾によれば、「社会福祉実践の最終的な評価は利用者にあること、そして利用者から高い評価と信頼を得ることが、その最も基本的な課題である」と指摘している。

冷水⁴⁾によれば、サービス評価の基本的枠組みにおける評価の次元を「資源」(input)、「実施過程」(process)、「実施結果」(outcome) ないし「効果」(effectiveness)、および投入資源に対する結果・効果の関係である「効率」(efficiency) の4次元とし、「サービス評価の焦点は実施後の広い意味でのパフォーマンスのいかにあるため、結果・効果評価、効率効果が最大の焦点になると」と述べている。

したがって、サービス評価においては、「実施結果」(outcome) を評価する利用者調査の実施が重要となる。

しかしながら、筆者が2007年に実施した各都道府県の第三者評価推進組織に対するアンケート及びヒアリング調査によると、利用者調査の実態は利用者家族に対するアンケート調査によって済まされている傾向があった。これは、厚生労働省（2001）の『福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書』（2001）によって、利用者本人からのヒアリングが困難な場合、利用者の代弁者や家族等からヒアリングを行うように指示されているからである¹⁾。また、認知症高齢者の場合、意思決定の困難性があることから、実際の主導権

* 社会福祉法人翠生会 和光ホーム

キーワード：認知症高齢者グループホーム、サービス評価、利用者調査、視覚的手掛かり

は利用者家族に委ねられる傾向があることや、利用者調査を実施しても質問の意図が理解しにくいために回答が返ってこないという事業者や調査機関の先入観があること、調査員は調査時間に制約があること、施設は厳密に調査を実施しようとする費用がかかること、調査員が認知症高齢者に対する調査技術を備えていないこと、利用者の意見を把握していても、結果を活用するための仕組みが整備されていないことなどが背景にある⁵⁾。つまり、施設サービスの評価について利用者本人の意向が反映されにくい状況といえる。

しかし、このような状況は、第三者評価や外部評価の目的の一つである施設サービスの質の向上に結び付いていると言えるのだろうか。なぜなら、事業所で生活しているのは利用者本人であり、本人の生活嗜好すべてを家族が把握しているとは言い難いからである。また、個別支援の観点からも、生活主体者である利用者の意向を把握することは重要であり、事業者が提供するサービスの質の確保及び向上させるためには必要不可欠な過程であると考えられる。

したがって、GHのサービス評価においては、利用者の意向が施設サービスの質の向上に反映されにくくなっている現状を受けて、認知症高齢者本人から施設サービスの満足度や意向を直接的に把握する試みに意義があると考えられる。

調査手法においては、調査対象者が認知症高齢者であるため、質問内容をイメージできるようなコミュニケーション技法が必要となる。本間⁶⁾によれば、「比較的認知症の症状が軽度の場合を除き、認知症高齢者では程度の差はあれ、意思能力が障害されている。認知症の症状が進行すれば会話自体に脈絡が失われてしまう。このような認知症の特徴をみれば、軽度認知症から重度認知症にわたる有効なコミュニケーションの手段として、言語を用いることは適切ではない可能性が高い」と述べている。

野村⁷⁾は認知症高齢者とのコミュニケーション技法を認知症の程度別に整理している。これによれば、「認知症の症状が軽度の場合は言語的コミュニケーションが可能だが、中等度・重度の場合は言語的コミュニケーションに加え、視覚的刺激や非言語的コミュニケーションを併用して判断力や理解力の低下を補う工夫が必要となる。視覚的刺激や非言語的コミュニケーションについて具体的には、援助者が話す場合は利用者に向かい合い表情や口の動きから視覚的刺激を与えられるよ

うにしたり、強調したり、ジェスチャーや表情を使用したり、写真のようなものを指差したり、記憶の手助けなど考えられるすべての方法を使い言語的コミュニケーションを補足する」と述べている。

また、Santo Pietro MJ, Ostuni E⁸⁾によれば、アルツハイマー疾患者とコミュニケーションを図る技法の一つに「できるだけいつも視覚的手掛かりを使う（Use visual cues whenever possible）」を挙げている。この技法についてSanto Pietro MJ, Ostuni E⁹⁾は「アルツハイマー疾患者は、言葉によるコミュニケーションよりも視覚を用いたコミュニケーションの方に長い間、上手に応じ続けてくれることを示す根拠がある。書かれた言葉、写真、身振り、表情はすべてアルツハイマー疾患者に情報を伝える上で役立つ」と述べている。

したがって、認知症高齢者の意向を引き出そうとする場合、言語的コミュニケーションだけではなく視覚に訴えるような非言語的コミュニケーションを交えることが有効であると考えられる。

そこで本研究では社会福祉領域において第三者評価が先行して実施されているGHに焦点を当て、野村⁷⁾やSanto Pietro MJ, Ostuni E⁸⁾の視覚的手掛かりを用いた利用者調査を実施し、認知症高齢者の回答可能性と調査手法及び満足度調査結果の課題を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査員

非常勤職員が調査員となり（「はい」「いいえ」「無回答」の3件法）非指示的面接法に基づく1対1が基本の聞き取り調査を実施した。

2. 調査手法

調査手法には視覚的手掛かりとして質問内容を表す写真や絵、身振りなどを提示した。具体的には、「食事・入浴・睡眠・排泄・趣味活動・健康管理・空間」など物的資源項目を写真や絵、ジェスチャー、また実際に利用者が使用している現物を提示した。

一方、「施設職員の対応・過ごしやすさ」など人的資源項目は写真や絵で提示できないため、利用者の表情や言動、回答までの沈黙時間などの様子を観察しながら質問項目の内容は変えずに表現を変えて対応した。

利用者に提示した利用者調査票はA4サイズ（210mm×297mm）の用紙を使用し質問項目は各頁に3項目程度

とした。視力が低い利用者にも見やすいよう文章のフォントサイズを18ポイントの黒色とし、各項目の文字数は最大で30字程度とした。質問項目を読み上げる際は、ゆっくり、はっきりした口調で伝えると同時に文章を指で追いながら対応した。また、利用者の回答や語りを妨げないように回答時間を十分与えながら質問した。

その他には物理的雑音・身体的雑音・心理的雑音への対応にも注意した⁸⁾。具体的には、利用者の健康状態をあらかじめ把握し、排泄など必要な身辺介護を済ませた上で調査を開始した。また、他の利用者や職員に回答が聞こえないようにフロア内の少し離れた場所や居室で実施した。その際は照明や外から入る光の眩しさ、周囲の声や音、室内温度などにも配慮した。

調査における筆者と利用者の座席配置は、なるべく利用者が緊張しないよう対面ではなく隣り合わせか斜め前方とした⁴⁾。

非指示的面接法は大まかな質問事項に沿いつつ必要と判断したことをできるだけ聞き出そうとする聞き取り調査である。

この面接法を用いる理由は、①質問の仕方を状況に合わせて工夫できる。②質問は利用者の答えやすい項目から聞ける。③利用者の思いをヒアリングによって表現できるからである。

本研究における「物的資源項目」「人的資源項目」という呼び名は筆者が命名した。

3. 調査期間

調査期間は2007年3月1日～同年3月23日。

4. 調査場面

調査場面は日常生活場面において利用者が比較的落ち着いている時間に設定した。

5. 調査場所

調査場所は利用者が生活するフロアや居室とした。

6. 調査対象者

調査対象者はGH利用者(8名)と併設の小規模多機能型居宅介護事業(以下、小規模)利用者(18/22名)の計26名。

対象者の年齢はGHが77～91歳(平均年齢82.2歳)、小規模が76～90歳(平均年齢84.0歳)。認知症高齢者自立度はGHがⅡb(4名)、Ⅲa(2名)、Ⅳ(2名)、

小規模が自立(1名)、Ⅱa(2名)、Ⅱb(9名)、Ⅲa(5名)、Ⅳ(1名)。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)¹⁰⁾はGHがA1(5名)、A2(2名)、B2(1名)小規模がA1(11名)、A2(4名)、B2、C1、J2(各1名)である。

認知症高齢者自立度と障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)の内容は表1、表2に示す。

7. 調査内容

調査内容は国のガイドライン(2004)『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』²⁾に示されている利用者調査項目を基に筆者が質問項目を具体化した。その際は、学識経験者や施設管理者および介護職員と内容や表現を確認した上で事業所のサービス満足度及び意向を把握した。調査項目は表3に示す。

8. 調査所要時間

対象者1名に対する調査所要時間はGHで最長63分間、最短20分、平均36.8分間。小規模は最長59分間、最短15分、平均29.7分間であった。

9. 分析方法

利用者は、施設サービスに対する満足度及び意向調査の質問項目において「はい」、「いいえ」、「無回答」と回答できるのかをみる。そして、利用者が回答できた項目に対する回答をグラフ化する。そして、施設サービスに対して利用者が「いいえ」(「不満」)と感じる項目を抽出し、各々の意味づけを行う。さらに、利用者の「不満」項目において、複数の利用者が「不満」と感じる項目を抽出し、それらの改善策を提案する。

10. 調査結果の標記

調査結果にある「無回答」は、面接の中断や「はい」「いいえ」に該当しない回答も含まれる。

11. 倫理的配慮

倫理的配慮は利用者ならびに家族に調査内容及びプライバシーの確保、調査結果を報告することを伝え了承を得た。

表 1 認知症高齢者自立度

ランク	判断基準		見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	<p>ほぼ自立で一人暮らしが可能（日常生活に必要な意思疎通はできる）。</p> <p>何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。</p>			<p>在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導当を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいくくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。</p>
II	II a	<p>IADL 低下が見られる。誰かの注意が必要。</p> <p>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。</p>	<p>家庭外で症状が見られる。</p>	<p>在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーションをはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。</p>
	II b		<p>家庭内でも症状が見られる。</p>	
III	III a	<p>ADL 低下が見られる。ときどき介護が必要。</p> <p>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。</p>	<p>日中を中心に症状が見られる。</p>	<p>日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要な状態である。「ときどき」はどのくらいの頻度を指すかについては一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせる。</p>
	III b		<p>夜間を中心に症状が見られる。</p>	
IV		<p>常に介護が必要。</p> <p>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。</p>	<p>着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等</p>	<p>常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別擁護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。</p>
M		<p>日常生活に必要な意思疎通ができない又はまれにしかできない著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。</p>	<p>せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等</p>	<p>ランク I ～IV と制定されていた高齢者が精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。</p>

出典）厚生省老人保健福祉局：痴呆性老人の日常生活自立度判定基準、老健第135号（1993）

表2 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

	ランク	生活の場の制限	身体状態の障害等	介護の状況・行動の例
生活自立	J 1	独力で外へ出られる	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。	交通機関等を利用して外出する。 バス・電車等の公共の交通機関を利用して積極的に、また、かなり遠くまで外出できる。
	J 2			隣近所へなら外出する。 隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら一人で外出できる。
寝たきり	A 1	家の中で生活 house-bound	食事・排泄・着替えに関しては概ね自分で行い、近所に外出する時は介護者の援助を必要とする。	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 寝たり起きたりはしているものの、食事・排泄・着替え時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する。
	A 2			外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない。
	B 1	室内での移動は車いすでの生活 chair-bound	座位を保ち、一日の大半をベッドの上で過ごす、食事・排泄・着替えのいずれかはベッドから離れる。	介助なしで車いすに移乗する。 食事・排泄はベッドから離れて行う。座位保持は自力で行う。
	B 2			介助のもと車いすに移乗する。 食事または排泄に関しても介護者の援助が必要。座位保持に介助が必要。
	C 1	ベッド上での生活 bed-bound	一日中ベッドの上で過ごし、食事・排泄・着替えのいずれにおいても介護者の援助が全面的に必要。	自力で寝返りできる。
	C 2			自力では寝返りできない。

出典) 厚生省老人保健福祉局：障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準，老健第102-2号，厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知（1991）

表3 利用者調査項目の分類と内容

分類	項目番号	質問内容
食事	1-1	ホームの朝ごはんの時間は8時ぐらいですが、この時間はいかがですか？
	1-2	(朝食の) ごはん(お米)、パン、麺類の量は足りていますか？
	1-3	(朝食の) おかずの量は足りていますか？味噌汁の量や漬物の量など
	1-4	(朝食の) おかずの種類(数)は足りていますか？いつもは大体、ごはん(お米)と味噌汁と、他2種類
	2-1	ホームのお昼の時間は12時ぐらいですが、この時間はいかがですか？
	2-2	(昼食の) ごはん(お米)、パン、麺類の量は足りていますか？
	2-3	(昼食の) おかずの量は足りていますか？味噌汁の量や漬物の量など
	2-4	(昼食の) おかずの種類(数)は足りていますか？いつもは大体、ごはん(お米)と味噌汁と、他2種類
	3-1	ホームの夕食の時間は18時ぐらいですが、この時間はいかがですか？
	3-2	(夕食の) ごはん(お米)、パン、麺類の量は足りていますか？
	3-3	(夕食の) おかずの量は足りていますか？味噌汁の量や漬物の量など
	3-4	(夕食の) おかずの種類(数)は足りていますか？いつもは大体、ごはん(お米)と味噌汁と、他2種類
	4	ホームの職員は、食事にどんな物が食べたいか聞いてくれますか？
	5	ホームの食器は使いやすいですか？
	活動	6
7		皆でどこか行きたい所はありませんか？
8		ホームでやってみたい季節行事はありませんか？
退屈感	9	ホームで退屈に感じることは多くないですか？(ホームで楽しいと感じることはありますか？)
清潔感	10	他の方々と一緒に集まる場所はきれいですか？
入浴	11	ホームのお風呂は、のんびり入れていますか？
	12	ホームのお風呂は使いやすいですか？
トイレ	13	ホームのトイレ(お手洗い、便所、御不浄)は使いやすいですか？
	14	ホームの洗面台は使いやすいですか？
家具	15	ホームのベッド(布団)は使いやすいですか？
	16	ホームのテーブルや椅子は使いやすいですか？
安心感	17	ホームで、のびのびと安心して過ごさせていますか？
態度	18	いつも職員はニコニコしていますか？(いつも職員は優しく・親切にしてくれますか？)
	19	あなたに乱暴な言葉を使う職員はいませんか？
	20	いつでも職員に話し掛けやすいですか？
	21	えこひいきした態度をとる職員はいませんか？
	22	ホームの職員は、あなたの話をよく聞いていますか？
	23	ホームの職員は、あなたが困ったとき助けてくれていますか？
健康管理	24	ホームの職員は、あなたの血圧や体温など、健康管理に気を配ってくれていますか？
過ごしやすさ	25	他の方々と一緒に集まる場所は過ごしやすいですか？
睡眠	26	(ホームでは)夜は安心してぐっすり眠れていますか？
閉鎖感	27	「閉じ込められている」という思いはありませんか？(自由に暮らせていると感じています)
身体機能	28	最近、体を動かす事がつらいと思いませんか？
ケアプラン	29-1	ホームでは、あなたの暮らしの一部について計画を作ることになっていますが、その計画を見せてもらったことがありますか？
	29-2	その計画は、あなたの希望通りになっていますか？
	29-3	その計画通りに暮らせていますか？
	29-4	現在、その計画とあなたの思い・考えは変わりましたか？

Ⅲ. 結果

認知症高齢者から利用者調査の質問に対する反応を得た。そして利用者調査の内容に回答できる可能性があることも分かった。利用者の施設サービスに対する満足度及び意向は「食事の時間、主食・副食量(数)」、「入浴時間や入浴」「トイレ、寝具、テーブルや

椅子設備」等の物的資源項目について「満足」と答える傾向があった。一方、「退屈感」「閉鎖感」「傾聴」等の職員や利用者同士に関する人的資源項目は「不満」と答える傾向があった。結果は図1及び表4、表5に示す。また、「物的資源項目」「人的資源項目」は表6に示す。

表4 GH利用者の「不満」と感じている質問項目

項目番号	質問内容
4	ホームの職員は、食事にどんな物が食べたいか聞いてくれますか？
6	ホームでやりたい活動はありませんか？例えば、活動として詩吟、裁縫、書道、壁画（飾り物）作りなどやっていますか？
7	皆でどこか行きたい所はありませんか？
8	ホームでやってみたい季節行事はありませんか？
9	ホームで退屈を感じることは多くないですか？（ホームで楽しいと感じることはありますか？）
18	いつも職員はニコニコしていますか？（いつも職員は優しく・親切にしてくれますか？）
21	えこひいきした態度をとる職員はいませんか？
22	ホームの職員は、あなたの話をよく聞いていますか？
23	ホームの職員は、あなたが困ったとき助けてくれますか？
24	ホームの職員は、あなたの血圧や体温など、健康管理に気を配ってくれていますか？
25	他の方々と一緒に集まる場所は過ごしやすいですか？
26	（ホームでは）夜は安心してぐっすり眠れていますか？
27	「閉じ込められている」という思いはありませんか？（自由に暮らせていると感じていますか？）
29-1	ホームでは、あなたの暮らしの一部について計画を作ることになっていますが、その計画を見せてもらったことがありますか？

表5 GH利用者の「不満」と回答した対象者および質問内容

利用者	質問内容（分類化）
A氏	「退屈感」「閉鎖感」
B氏	「退屈感」「閉鎖感」
C氏	「退屈感」「傾聴」
D氏	「閉鎖感」
E氏	「傾聴」
F氏	「健康管理」「過ごしやすさ」

表6 物的資源項目と人的資源項目

	物的資源項目	人的資源項目	その他
質問項目番号	1-1, 1-2, 1-3,		
	1-4, 2-1, 2-2,	4, 6, 7, 8,	
	2-3, 2-4, 3-1,	9, 11, 17, 18,	28, 29-1, 29-2,
	3-2, 3-3, 3-4,	19, 20, 21, 22,	29-3, 29-4
	5, 10, 12, 13,	23, 24, 27	
	14, 15, 16		

注)「その他」は物的資源項目や人的資源項目に分類できない項目を示す

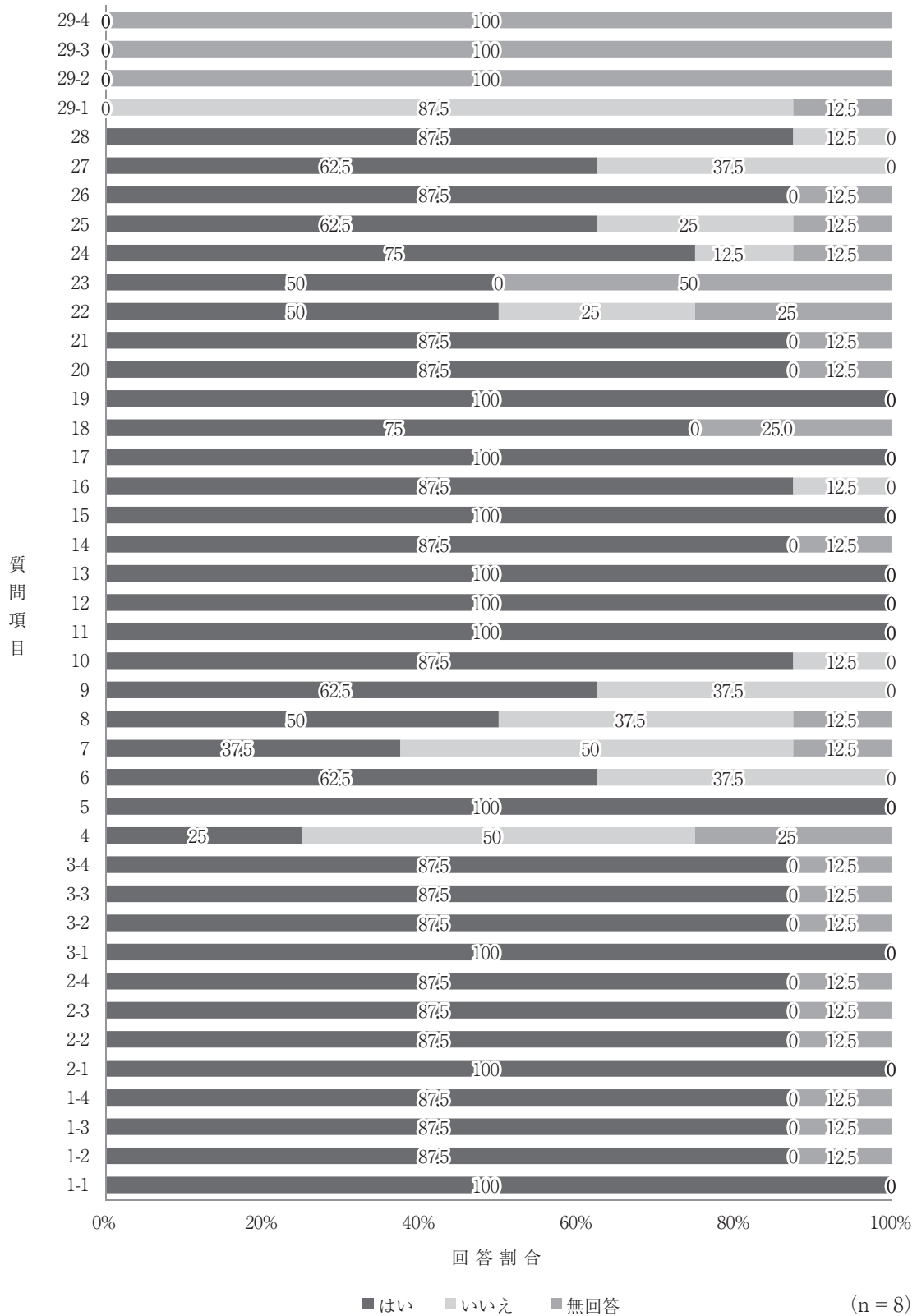


図1 認知症高齢者 GH の利用者満足度調査結果

IV. 考察

1. 視覚的手掛かりを用いた手法について

以上のことから、本調査は野村⁷⁾や Santo Pietro MJ, Ostuni E⁸⁾の視覚的手掛かりを調査手法に取り入れ

て利用者調査を実施した。その結果、認知症高齢者は利用者調査に反応し、回答できる可能性があることを明らかにした。これは認知症高齢者であっても意向が把握できることを示唆している。その根拠は、介護職

員が日常ケア場面で感じている利用者の意向と一致していたことやGH利用者と小規模利用者の意向の結果が同様の傾向を示したことが挙げられる。その他に認知症高齢者から意向が把握できた理由として①利用者の健康状態が良好であったこと②調査員が非常勤職員であり利用者との面識もあることから信頼関係が形成されていた可能性があること③調査員は利用者の個別特性を理解して話すスピードや声の大きさに留意したこと④調査員は利用者が質問に考える時間を長めにとり回答を急がせなかったことなどが考えられる。

また、日常生活場面という調査環境においては利用者が緊張せずに回答できたことや質問項目に合わせて実際に利用者が使用している物的資源を提示できた。これは利用者の意向を引き出す可能性を促す点で適切であったと考える。

言語的コミュニケーションに加えて視覚的手掛かりや非言語的コミュニケーションを交えた手法は利用者の集中力を維持させることができたと考える。それは、調査を実施している時間は利用者が立ち上がってどこかへ行くことや周囲を過度に気にする様子がほとんど見られなかったからである。

2. 利用者満足度調査の結果における傾向と要因

利用者の施設サービスに対する満足度及び意向は「食事の時間、主食・副食量(数)」、「入浴時間や入浴」「トイレ、寝具、テーブルや椅子設備」等の物的資源項目について「満足」と回答した。その背景を考えると「食事の時間、主食・副食量(数)」は、利用者の生活に食事提供時間が合っていることや利用者の栄養状態を考慮しつつ完食できる食事量にしていることが考えられる。また、きざみ食やとろみ食など利用者の嚥下機能に合わせた調理法にしていること、食事・水分摂取量の把握、食事の感想を聞いていることも満足している要因だと考える。

「入浴時間や入浴」は職員数や行事の有無によって変化するが可能な限り入浴時間を利用者に合わせていることや入浴設備があらかじめ利用者に合わせた設計となっていることが考えられる。

「トイレ、寝具、テーブルや椅子設備」はあらかじめ利用者に合わせた高さや広さ、大きさに設定されていることが考えられる。トイレ設備では間違っただけで利用者がウォシュレットボタンを押さないように工夫したり水を流すレバーが認識しやすいよう大きな文字で表示

したり赤や黄色のテープを貼って注意を促していることも考えられる。¹¹⁾

これらの物的資源項目における満足感を与えている要因は単に物理的な環境だけではなく職員のケアが影響している可能性もある。例えば、フロアの椅子は木製のため力の弱い利用者は座りにくそうな場面を見るが、さり気なく職員が一部介助することで不満に感じることなく椅子に座れているからだ。

一方で、「退屈感」「閉鎖感」「傾聴」等の職員や利用者同士に関する人的資源項目は「不満」と回答する傾向があった。

「退屈感」では掃除、洗濯、食事準備、買い物、趣味活動の提供など行っているが、利用者の求めている活動が提供できていない可能性がある。また、利用者や職員の相互関係では利用者が何らかの活動が楽しめても利用者同士の関わりでは認知症の症状や日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL)の程度の違いにより共同作業が続かないことも考えられる。

「閉鎖感」はサービスの利用形態と利用空間における環境が影響しているのではないかと推測する。小規模型サービス利用者は通所を基本としているため、①朝夕の送迎時に建物への出入りがある、②居宅との接点がある、③さらに活動室も1階の玄関に近い場所にあるため、人の出入りも感じることができることから閉塞感を感じることが少ないと考えられる。これに対してGH利用者は、①散歩の外出はしていても利用者の意思というよりは職員の都合で外出が決まる、②居室・活動室も2階にあるため、エレベーターの操作を職員に頼らなければ外出できない等から自由度が少ないと感じ、閉塞感を与えているのではないかと考える。改善策としては、外出する機会を増やすことや、GH利用者と小規模型サービス利用者の交流する機会を増やすことが考えられる。

「傾聴」では職員が実際に話を聞いている場合でも、利用者にとっては「聞いてくれている」という実感がないのかもしれない。なぜなら、職員はGHの日常業務に追われることも少なくなく、利用者の話を十分に聴くことができていないと考えられる。また、利用者の興味のある話題を引き出せていない可能性もある。これらの改善策としては、①職員は利用者の話に共感的な態度を示すこと。②十分に利用者や話す時間を設けること。③職員は利用者や十分に話すことも仕事の一部であると認識することが考えられる。

3. 認知症高齢者の回答能力について

認知症高齢者は利用者調査の内容に回答できる可能性があることが分かった。対象者の年齢や障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は質問項目に対する回答能力に支障を感じられなかった。

しかし、認知症高齢者自立度がランクⅣの対象者の中には調査所要時間が63分間と長く、質問項目の内容を理解して回答することが困難であった可能性があると考えられる。なぜなら、対象者は回答する過程において様々な回想的発言を繰り返し、質問内容に沿った回答ができにくかったからである。そのため、調査員は質問内容の理解を促すために質問内容の表現を変え、質問項目に関する写真やイラストを長めに提示するなどして対応した。

V. まとめ

本研究ではGHに焦点を当て、野村やSanto Pietro MJ, Ostuni E⁷⁾の視覚的手掛かりを用いた利用者調査を実施した。その結果、本研究における調査手法は認知症高齢者の意向を把握する手法として有効である可能性が示唆された。それは認知症高齢者が利用者調査の質問に対して反応し、回答することができる可能性を明らかにしたからである。

本研究の限界は、認知症高齢者の個別特性に合わせた利用者調査を実施する場合、現在の第三者評価や外部評価のシステムでは調査の時間的制約もあることから一般化が難しい点にある。課題としては、①調査手法において視覚的手掛かりを用いた調査手法の適切性を検討することである。これは、視覚的手掛かりを用いた手法の有無による効果を比較検討していないためである。②質問項目の内容や表現など利用者に適切であったのかを精査すること③他職員も視覚的手掛かりを用いた手法を共通理解し日常的に利用者の意向を把握する必要があること④調査結果をケアプランの見直しやケア方法へ繋げること⑤利用者から得た回答の真意を明確化することである。この調査で得られた利用者の意向は抽象的なものも少なくない。そのため、利用者調査の結果を施設サービスの質改善に結び付けるためには介護職員が日常ケアにおいて知り得た利用者の意向を文章などで記録化し、ケースカンファレンスなどに持ち寄ることが重要であると考えられる。なぜなら、各職員が日常ケア場面で知り得た利用者の意向を出し

合うことで確信に近づく利用者の意向を得られる可能性があるからである。利用者の意向を多面的に捉えるところに客観性があり、この客観性によって利用者の意向を明確化することができる。⑥利用者のサービス満足度の把握においては、利用者の回答結果が物的資源サービスによるものなのか、人的資源サービスによるものなのかをサービス提供する前後の利用者と職員との関わりを含めて検討する必要がある。

認知症ケアを基本としながら「観察」「視覚的手掛かりの提示」「ヒアリング」を交えた利用者調査手法は、日常ケア場面における介護職員において必要な技法である。それは利用者の意思決定を支援し、自己実現を達成させるという介護職員共通のケア目標であるからだ。

介護職員は日常ケア場面において視覚的手掛かりを用いた意向把握を実施することで施設サービスの質の向上に結び付く具体的な改善点を明確にできる可能性がある。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：福祉サービスにおける第三者事業に関する報告書。平成13年3月23日、福祉サービスの質に関する検討会、(2001)。
- 2) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長通知：福祉サービス第三者評価事業に関する指針について。平成16年5月7日、雇発第0507001号、社援発第0507001号、老発第0507001号、(2004)。
- 3) 白澤政和：日本における社会福祉専門職の実践力－評価と戦略－。社会福祉研究、90：13-20 (2005)。
- 4) 冷水 豊：高齢者保健福祉サービス評価研究の動向と課題。老年社会科学、27(1)：55-64 (2005)。
- 5) 松浦弘典：認知症高齢者グループホームにおける利用者調査の実態－全国郵送調査及び電話調査から－。立正社会福祉研究、14(1)：43-51 (2012)。
- 6) 本間 昭：痴呆ケア標準テキスト痴呆ケアの実際Ⅰ：総論。日本痴呆ケア学会、23-38 (2004)。
- 7) 野村 豊子：痴呆ケア標準テキスト痴呆ケアの実際Ⅰ：総論。日本痴呆ケア学会、41-61 (2004)。
- 8) Santo Pietro MJ, Ostuni E (小林敏子、山下真理子訳)：痴呆を生きる人とのコミュニケーション・マニュアル。じほう、東京 (2004)。
- 9) 厚生省老人保健福祉局：痴呆性老人の日常生活自立度判定基準、老健第135号 (1993)。
- 10) 厚生省老人保健福祉局：障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準、老健第102-2号、(1991)。
- 11) Wijk, H. et al. : Colors discrimination, color naming and colors preferences among individuals with Alzheimer's disease : International journal of geriatric psychiatry, Vol.14, 1000-1005 (1999)

(2013年2月13日受理)