

痴呆性高齢者グループホームを中心とした
I T活用によるケア情報共有システムの研究

(課題番号 16592227)

平成 16 年度～平成 17 年度科学研究費補助金 基盤研究(C)(2)

研究成果報告書

平成 18 年 3 月

研究代表者 小関 祐二

(日本赤十字広島看護大学看護学部助教授)

はしがき

この研究成果報告書は、平成 16 年度より 2 年間科学研究費補助金の交付を受けて行った「痴呆性高齢者グループホームを中心とした IT 活用によるケア情報共有システムの研究」についての最終報告書である。

日本の高齢者数は年々増加の一途をたどっており、また、要介護高齢者のほぼ半数は認知症（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）の影響が認められている。認知症の症状のうち周辺症状は周囲とのかかわり合いの中で示す反応性の症状であり、ケアの方法が重要となってくる。小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく認知症高齢者グループホーム（GH）の必要性が求められ、事業所数は急増している。高齢者の尊厳を支えるケアの確立のためには、GH で働く介護者の知識やケア技術の質が必然的に問われるが、GH におけるケアの経験不足、認知症の知識不足、また勤務形態などにおいて問題を抱えており、利用者への適切なケアの提供に限界があることが予想され、改善する必要がある。

そこで、我々はケアの基盤となる利用者の情報を記録、蓄積、共有するための IT（Information Technology）を活用したシステムを構築、運用し、GH におけるケアの質向上への有効性を検討することを目的とした。平成 16 年度は、情報共有に積極的に取り組んでいる GH を対象に、利用者に関するケア情報共有の実態について調査した。その調査結果を基に、GH・利用者家族・訪問歯科医の三者間で共有する情報項目を整理し、システムの構築を行った。平成 17 年度は、構築したシステムを運用することで、利用者への日々のケア情報をコンピュータに記録・活用し、スタッフによるケアの質の変化、家族の満足度の変化、利用者の QOL（Quality Of Life）の変化、訪問歯科医との連携などからシステムの有効性の検討を行った。

認知症に関するケアは、いまだ未開発な研究分野であり、どのように認知症高齢者をケアしていくべきかについて研究成果が十分蓄積されておらず、GH における認知症ケアについてはなおさらである。さらに、小規模の GH において IT を活用した研究はほとんどないといってよい。本報告書が GH において科学的アプローチによる認知症ケアの標準化に寄与し、GH の急増によって懸念されているサービスの質の問題の改善を図るうえで基礎資料となれば幸いである。

研究組織

研究代表者	小関祐二（日本赤十字広島看護大学）
研究分担者	山本浩子（日本赤十字広島看護大学）

交付決定額（配分額）

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
平成 16 年度	2,300,000	0	2,300,000
平成 17 年度	900,000	0	900,000
総 計	3,200,000	0	3,200,000

研究発表

山本浩子，小関祐二（2005）．グループホームにおけるスタッフ間での情報共有の現状．認知症介護，6(4)，114-121．

小関祐二，山本浩子（2005）．グループホームにおけるケア記録の IT 化とその効果．第 6 回日本福祉介護情報学会研究大会要旨集，12-13．

目 次

I. 研究の背景	1
II. 研究の目的	1
III. 研究方法	2
1. 実態調査	2
2. システム構築と運用	2
3. システムの有効性の検討	2
IV. 研究成果	3
1. グループホームにおける情報共有の実態	3
1. 1 目的	3
1. 2 研究方法	3
(1) 対象	3
(2) 期間	3
(3) 調査方法	3
(4) 分析方法	3
(5) 倫理的配慮	3
1. 3 結果	4
(1) 施設の概要	4
(2) スタッフ間での情報共有	9
① 情報共有手段	9
② 記録	11
③ 情報共有内容	20
④ 情報共有への認識	22
(3) 家族との情報共有	26
(4) 他機関との情報共有	30
1. 4 考察	31
(1) スタッフ間での情報共有	32
① 情報共有の現状	32
② 記録	33
(2) 家族との情報共有	36
① 情報共有の現状	36
② 情報共有の問題や課題	36
(3) 他機関との情報共有	37
(4) 情報共有項目の検討	38
① 日常生活記録、24 時間排泄記録	38
② ケアシート	38
③ 良いこと記録	39
1. 5 限界と課題	39
1. 6 結論	39

<文献>	41
2. 情報共有システムの構築・運用	43
2. 1 目的	43
2. 2 研究方法	43
(1) 対象	43
(2) 期間	43
(3) 調査方法	43
(4) システムの構築と運用	44
① データベースファイルとアクセス管理	45
② 入出力画面	45
③ 運用内容	46
④ セキュリティ	46
(5) 分析方法	46
(6) 倫理的配慮	47
2. 3 結果	47
2. 3. 1 スタッフの意識	47
(1) スタッフの属性	47
(2) ケアの現状	47
(3) ケアの統一性	47
① 利用者にとって必要なケアの把握と実施	48
② 利用者の状態変化時の把握とケアの実施	49
(4) ケアの継続性	50
① 利用者にとって必要なケアの継続	50
② 利用者の状態変化時のケアの継続	51
(5) 記録の活用	51
(6) システム運用後の感想	53
① スタッフの情報リテラシー	53
② データベースの操作性	53
③ 取り組みによる効果	53
④ 問題	53
(7) 利用者の口腔状態	54
(8) 家族における変化	54
2. 3. 2 家族の認識	54
(1) 家族の属性	54
(2) 運用前の家族の思い	55
① 利用者に対する把握状況や思い	55
(3) 運用後の家族の思いの変化（インターネットを介して閲覧した家族A）	58
① 利用者に対する把握状況や思い	58
② グループホームへの思い	59
③ 利用者の生活に対する思い	59

④ 運用のメリット、デメリット、課題.....	60
(4) 運用後の家族の思いの変化（家族用資料を閲覧した家族）.....	60
① 利用者に対する把握状況や思い.....	60
② グループホームへの思い.....	62
③ 利用者の生活に対する思い.....	64
④ 運用のメリット、デメリット、課題.....	65
⑤ その他.....	66
2. 3. 3 利用者のQOLの変化.....	66
(1) 利用者の属性.....	66
(2) 総合得点.....	67
(3) 周囲との生き生きとした交流.....	72
(4) 自分らしさの表現.....	76
(5) 対応困難行動のコントロール.....	76
2. 3. 4 訪問歯科医との連携.....	79
2. 4 考察.....	79
2. 4. 1 スタッフの意識.....	79
(1) ケアの効果.....	79
① ケアの統一性と継続性.....	80
② システム全体.....	81
③ 家族への影響.....	81
(2) 今後の課題.....	82
2. 4. 2 家族の意識.....	82
(1) コンピュータを活用した家族.....	82
(2) 家族用資料を送付した家族.....	83
(3) 全家族における共通の効果.....	83
① 安心感.....	83
② グループホームへの感謝の思い.....	84
2. 4. 3 利用者のQOLの変化.....	84
(1) 効果のあった利用者.....	84
(2) システムの効果.....	86
① 記録の効果.....	86
② モニタリング会議の効果.....	86
③ スタッフの意識の影響.....	86
2. 4. 4 訪問歯科医との連携.....	87
<文献>.....	88
V. まとめ.....	89
おわりに.....	90
資料.....	91

I. 研究の背景

日本は世界的にも例を見ない高齢化の進展を経験している。それは、高齢者人口比率の高さと、高齢化の進行速度の速さの両面においてである。この高齢化の進行速度は、将来人口推計によれば、現在もさらに加速度を増している。

また、介護保険制度導入後の5年間で、要介護認定を受けた者の数は86%の増加と2倍近くに伸びている（厚生労働省，2005）。2002年の各月間の要介護認定データ等を基にした、要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）の認知症老人自立度・障害老人自立度に関する推計によれば、要介護高齢者のほぼ半数は認知症（認知症（痴呆性）老人自立度Ⅱ以上）の影響が認められている。認知症症状のうち中核症状は、記憶障害、見当識障害、認知障害、人格障害などがあり進行性のものである。周辺症状は、中核症状によって二次的に出現する様々な精神症状（妄想、不安、興奮など）と行動障害（徘徊、攻撃的行動、不潔行為など）がある。また、周囲とのかかわり合いの中で示す反応性の症状であることから、ケアの方法が重要となってくる。そこで、小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく認知症高齢者グループホーム（以下、GHとする）の必要性が求められ、平成14年までの4年間で事業所数は約12倍になっている。高齢者の尊厳を支えるケアの確立のためには、今後ますますGHの需要が高まると予想される。

全国認知症高齢者グループホーム協会の倫理綱領には、「利用者を個人として尊重し、安心と尊厳のある生活を実現するよう努める」、「利用者がその能力を最大限に発揮できるように努め、適切な介護を継続的に行う」、「苦情を前向きにとらえ、職員チームが一体となってより良いサービスにつながるように努力する」、などが掲げられている。この主旨を遂行するためには、GHで働く介護者の知識やケア技術の質が必然的に問われる。しかしながら、GHの職員については人数に関する規定はあるものの資格要件はない。そのため、スタッフに医療関係者が少ない、GHケアの経験がない、認知症ケアに対する知識が不足している、など、認知症の知識が乏しいままケアを行っているのが現状である。さらに、パートタイマーが多く、入れ替わりが激しいため、限られたスタッフ数の中でベテランと新人が混在する状況にある。こうした状況では、個々の利用者のさまざまな状態に対して適切なケアをすることは困難と思われる。よって、ケアの「統一性」、「継続性」を図る上で限界があることが予想され、サービスの質向上が求められる。これらのことから、ケア情報の共有を図ることがサービスの質向上のための重要な対策の一つとして考えられる。そのためには、情報の入手、共有、発信を可能にする必要があり、IT（Information Technology：情報技術）の活用が有効であろう。

II. 研究の目的

本研究では、利用者の情報を記録、蓄積し、共有するために、ITを活用したシステム（以下、システムとする）を開発し、運用する。具体的には、ケア情報のデータベース（以下、DBとする）化によってスタッフ・利用者の家族・訪問歯科医間で、情報の共有化を図り、ケアの質の向上や利用者のQOL（Quality Of Life：生活の質）の変化、システム操作の利便性、家族の安心感などの効果などを明らかにすることをねらいとし、以下の目的を持つ

ものとした。

- 1) 全国の GH を対象に、利用者の情報共有の実態調査を行う。
- 2) 1) の結果を踏まえたうえで、広島県内のグループホーム A において、GH および GH に定期的に診療に訪れる訪問歯科医、利用者の家族（以下、家族とする）の三者間で共有する情報項目ならびにその情報共有方法について決定する。
- 3) 2) の結果に基づき、システムの開発を行い、対象 GH において運用する。
- 4) 以上の成果を踏まえて、システム運用前後におけるスタッフのケアの質の変化、家族の満足度の変化、利用者の QOL の変化、訪問歯科医との連携課題などからシステムの有効性を検討する。

Ⅲ. 研究方法

1. 実態調査

WAM NET の事業者データから、2003 年 3 月以前に開設した 2858 の GH を抽出し、管理者を対象に、スタッフ、家族、他職種間の情報共有、記録などについてアンケート調査した。また、抽出した GH の中から、情報共有手段が明確で、かつ本研究に協力の得られた GH の中から 20 事業所程度を対象に、インタビュー調査を実施した。

2. システム構築と運用

実態調査結果を踏まえたうえで、広島県のグループホーム A のスタッフ 8 名、利用者 8 名と家族 6 名、訪問歯科医 1 名を対象とした。三者間で共有する情報項目および共有方法について、対象 GH において協議の上で決定し、利用者への日々のケア情報をコンピュータに記録・活用するシステムを開発した。

1 ヶ月間、システムを試用した後、運用を開始した。運用においては、訪問歯科医および対象 GH の全スタッフが情報検索可能とした。家族 6 名のうち、インターネットにアクセスできる環境を有している 1 名のみインターネットを介してシステムにアクセスした。その他の家族に対しては、システムから得られたデータを、書類によって情報提供を行った。

3. システムの有効性の検討

1) システム運用前の意識調査

スタッフ、家族を対象として、質問項目を作成し、アンケート調査および半構成的面接を行った。

2) システム運用後の意識調査

スタッフ、家族を対象として、質問項目を作成し、アンケート調査および半構成的面接を行った。訪問歯科医に対してはアンケート調査を実施した。

3) システムの有効性の検討

システムに蓄積されたデータおよび、1) 2) の調査結果から、スタッフによるケアの質の変化、家族の満足度の変化、利用者の QOL の変化、訪問歯科医との連携などからシステムの有効性の検討を行った。

IV. 研究成果

1. グループホームにおける情報共有の実態

1. 1 目的

スタッフ間、家族、他機関における利用者のケア情報共有の現状と問題を把握するために、全国の GH の実態調査を行うことを目的とした。

1. 2 研究方法

(1) 対象

2004年6月末時点で、独立行政法人福祉医療機構の WAM NET (ワムネット) に登録されている全国の GH のうち、GH 開設後 1 年度以上が経過している (2003 年 3 月以前に開設) 2858 施設の管理者を対象とした。また、返信があった GH のうち、協力の得られた 20 施設の GH にインタビュー (以下、追加調査とする) を行った。

(2) 期間

調査期間は、2004 年 7 月末～10 月末である。

(3) 調査方法

調査方法は、自記式質問紙調査である。質問紙の内容は、GH の属性、スタッフ間での情報共有について、家族・他機関と GH 間での情報共有についてである。スタッフ間での情報共有については、①情報共有手段の有無と具体的手段、ケア会議の開催頻度と参加者数、②情報共有の認識について、「よく出来ている」から「全く出来ていない」までの 4 段階から選択、③情報共有手段としての記録については、“記録方法の指示”は有無を聞き、“記録の書き方”、“ケアプランに沿った記録”、“ケアプランの計画・評価”、“記録の活用”、について「常にしている」から「全くしていない」までの 4 段階からの選択とした。また、“記録の活用状況”、“記録の問題や課題”、“記録はどうあるべきか”、については自由回答とした。

(4) 分析方法

データは、SPSS11.0J for Windows を用いて集計分析した。なお、有意水準は 5% とした。自由回答に関しては、記述された内容をコード化し、意味内容が類似したものをグループ化し、カテゴリー名を与えた。抽出されたカテゴリーをもとに検討した。なお、分析の妥当性の確保のため、共同研究者と共に抽出されたカテゴリーの確認を行った。

(5) 倫理的配慮

研究対象者には、研究調査の主旨や方法、内容、結果の取り扱いについて、また、プライバシー保護と守秘義務の遵守、データの保管と研究終了後の処理、自由意志による研究参加、等を説明した文書を調査用紙に添付した。返送があった人のみを研究の同意が得られたものとし、対象とした。

1. 3 結果

(1) 施設の概要

調査の結果、有効回答数は 571 施設 (20.0%) であった。

GH の法人種別とユニット数の割合を図 1、図 2 に示す。建物形態は単独型が 349 施設 (61.1%)、併設型が 211 施設 (37.0%)、欠損 11 施設 (1.9%) であった。

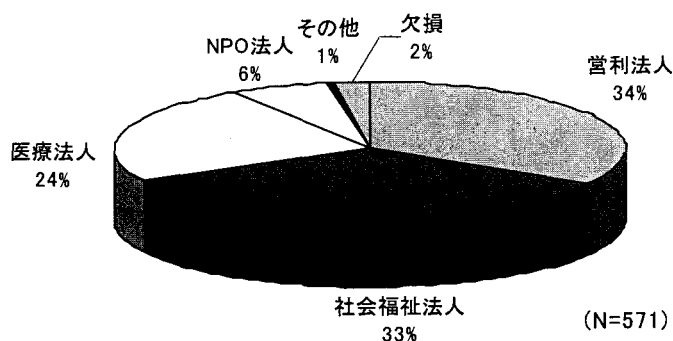


図 1 法人種別

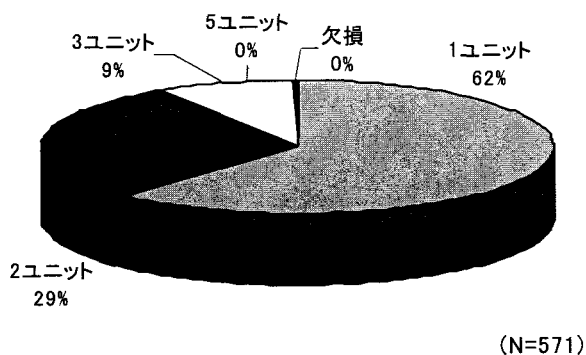


図 2 ユニット数

全ユニットにおける利用者の総人数 (図 3)、性別 (図 4)、年齢別構成 (図 5)、要介護度 (図 6)、痴呆性老人の日常生活自立度 (以下、本稿では、認知症老人自立度と略す) (図 7)は、図に示す通りである。利用者の平均年齢は 83.1±2.7 歳であった。

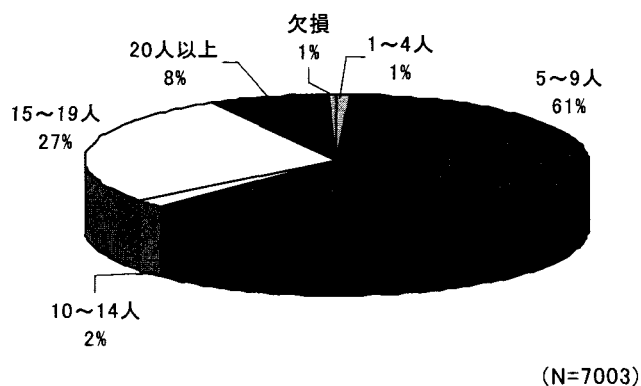
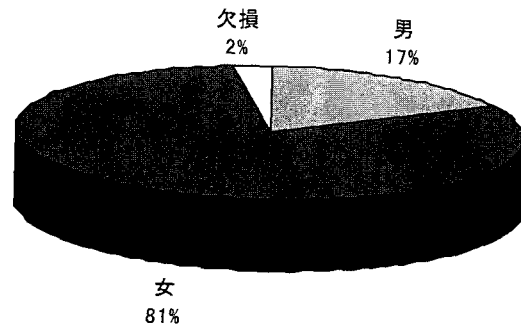
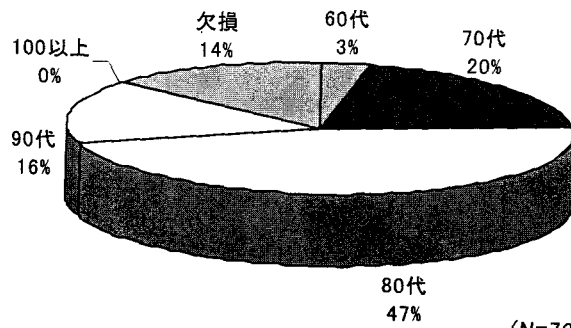


図 3 利用者総人数



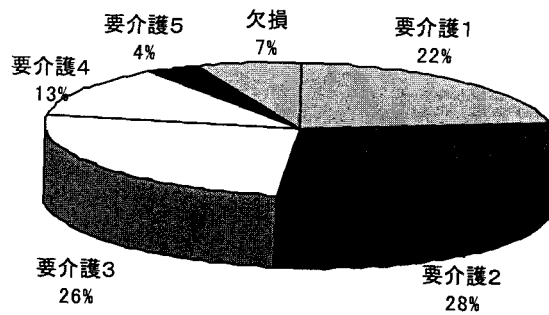
(N=7003)

図4 性別



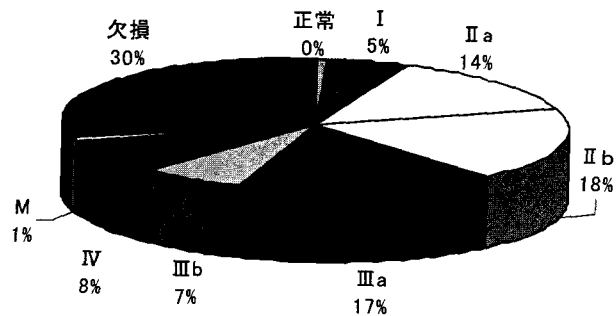
(N=7003)

図5 年齢別構成



(N=7003)

図6 要介護度



(N=7003)

図7 認知症老人自立度

スタッフの性別（図 8）、管理者の所属（図 9）、管理者の所属先（図 10）、ホーム長の有無（図 11）、スタッフの資格（図 12）、スタッフの就業形態（図 13）、スタッフの当該 GH での経験年数（図 14）は以下の図に示す通りである。

集計分析の過程において、平成 16 年度の報告書では、スタッフの就業形態および当該 GH での経験年数における各々の小計をスタッフの総数と見なして計算し、パートタイム・アルバイトの人数を 2084 名（31.0%）、経験年数が 1 年未満を 2079 名（30.9%）とした。本最終報告書においては、回答にあるスタッフの総数と、就業形態および経験年数の小計をより正確に分析するために、各小計がスタッフの総数に満たない人数を“不明人数”として再集計し、各小計がスタッフの総数以上の場合は“欠損”と見なし、再集計したところ、パートタイム・アルバイトは 2083 名（31.0%）、経験年数 1 年未満は 1998 名（29.7%）となった。以下では、この結果にしたがって報告する。

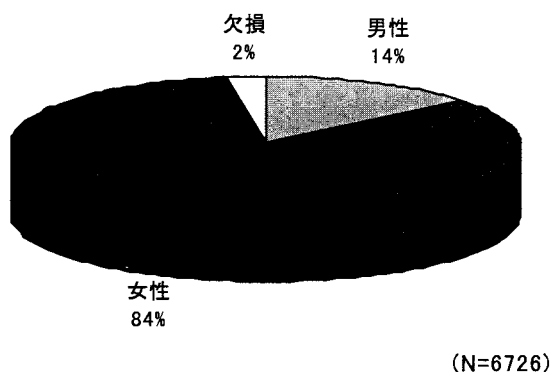


図 8 スタッフの性別

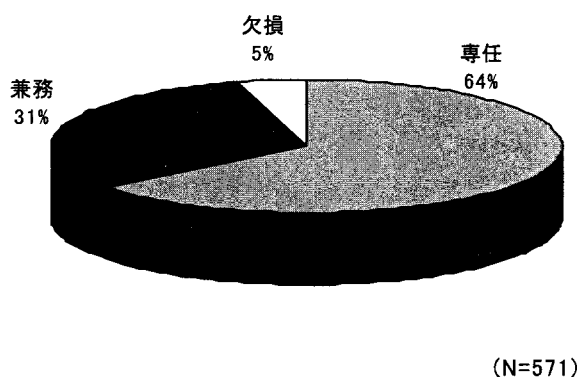


図 9 管理者の所属

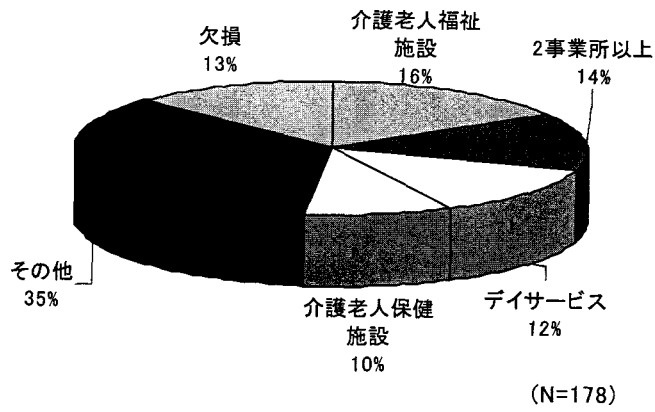


図 10 管理者の所属先

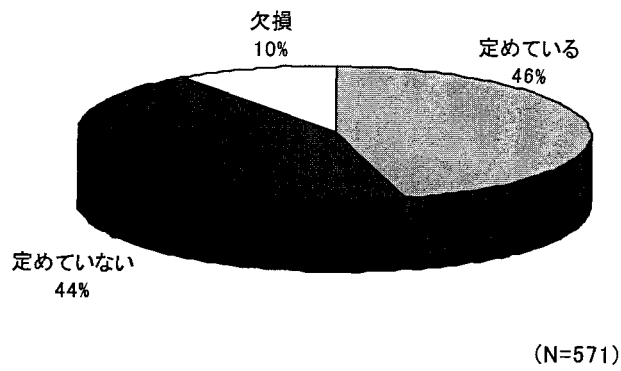
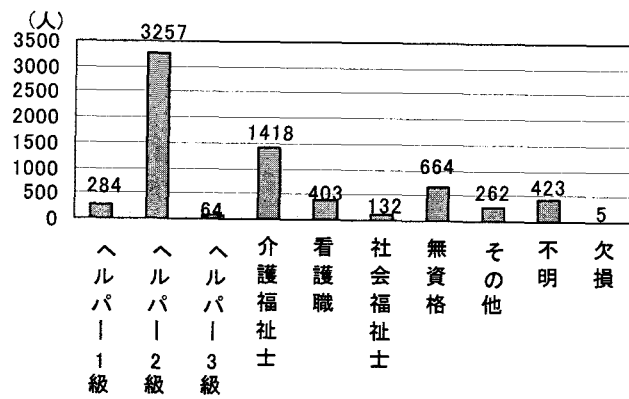


図 11 ホーム長の有無



(N=6726)

複数回答

図 12 スタッフの資格

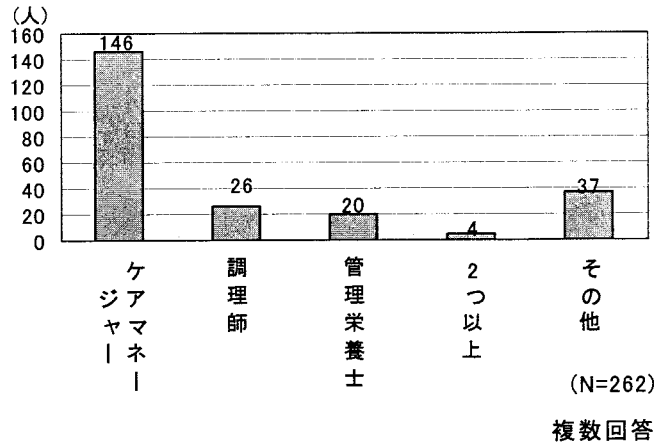


図 12.1 スタッフの資格（その他）の内訳

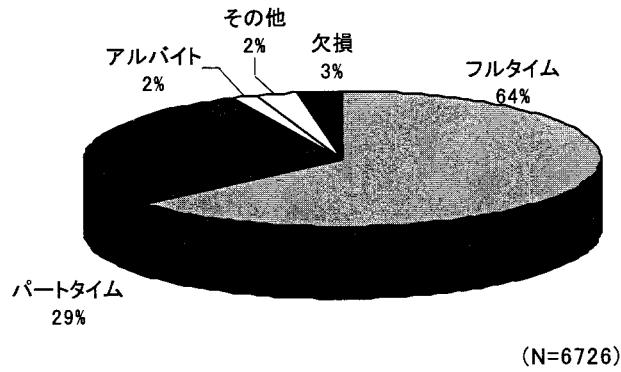


図 13 スタッフの就業形態

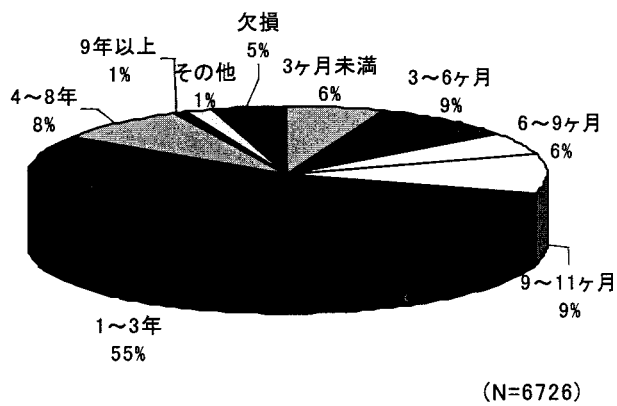


図 14 スタッフの当該 GH での経験年数

1年以内のスタッフの異動について、新規採用者の平均は 3.43 ± 3.49 人で、退職者は 2.40 ± 2.58 人であった。

1年間の研修参加人数の平均は、 6.17 ± 8.10 人であった。

連携医療機関は、内科は 87.7%、歯科は 65.0%、精神科は 32.6%、神経内科は 20.3%、皮膚科は 19.3%、その他は 34.0%であった（図 15）。なお、その他の内訳は、図 15.1 に示す通りである。

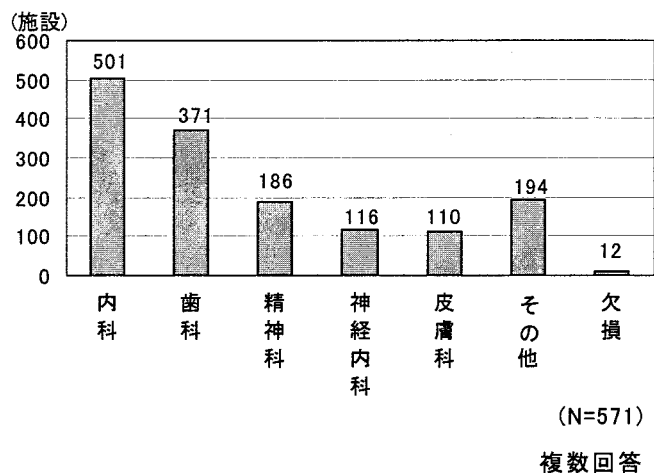


図 15 連携医療機関

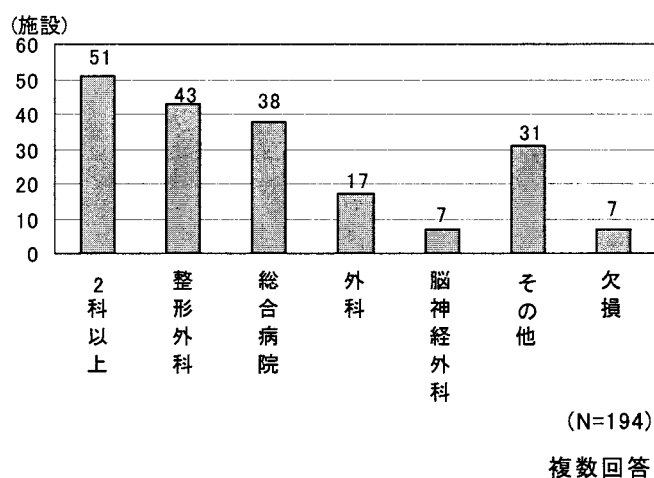


図 15.1 連携医療機関（その他）の内訳

(2) スタッフ間での情報共有

① 情報共有手段

スタッフ間で情報共有する手段の有無について、「ある」と回答したのは 566 施設 (99.1%)、「ない」と回答したのは 3 施設 (0.5%) であった。「ある」と回答した 566 施設の情報共有手段は、「記録用紙」が 546 施設 (96.5%)、「口頭」が 422 施設 (74.6%)、「掲示板」が 205 施設 (36.2%) で「パソコン」は 79 施設 (14.0%)、「その他」154 施設 (27.2%) であった（図 16）。「その他」の内訳は図 16.1 に示す。なお、「パソコン」と回答した 79 施設において使用しているソフトの作成元は、「施設独自」が 55 施設で、「市

販のソフト」が 17 施設、「その他」として施設独自と市販のソフトの併用が 2 施設であった。

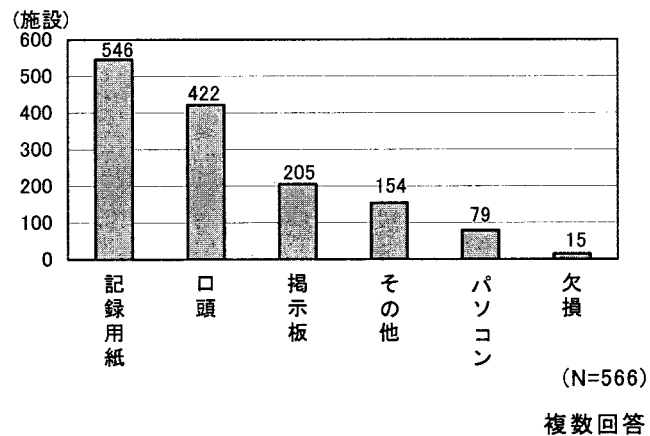


図 16 スタッフの情報共有手段

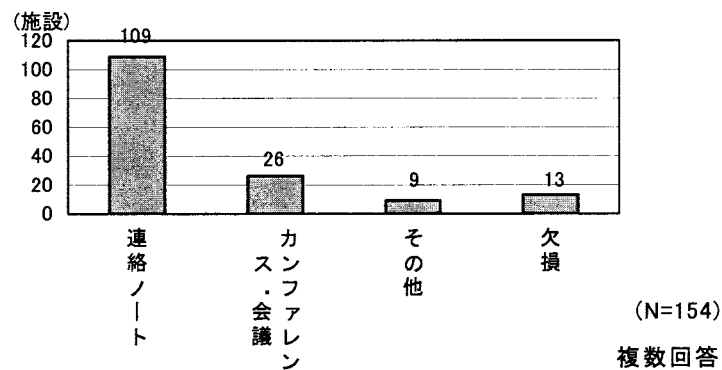


図 16.1 スタッフの情報共有手段（その他）の内訳

ケア会議は、毎月 1 回以上開催されているのが 452 施設 (79.2%)、毎月 1 回未満が 28 施設 (4.9%)、必要時・随時が 62 施設 (10.9%) であった (図 17)。ケア会議への参加者は図 18 に示す。

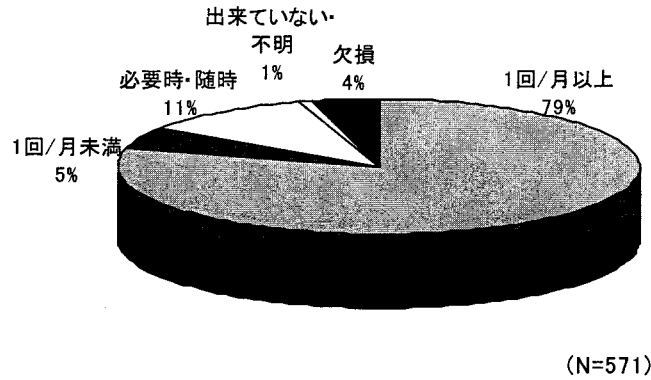


図 17 ケア会議の開催頻度

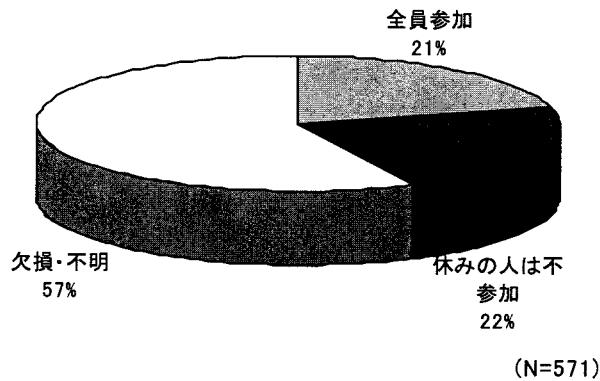


図 18 ケア会議への参加者

② 記録

情報共有手段として最も多く挙げられたのは記録用紙であった。そこで、利用者のケアに関する記録物の記録方法が記述式である場合、その記録の書き方をスタッフに指示しているのは 386 施設 (67.6%) であった (図 19)。記録者は図 20 に示す。

記録は事象に対してどのようなケアを行い、どのように変化し解決に至ったのかのサイクルを経て、より良いケアへと繋げられるように記載する必要があるため、利用者の (状態)、(状態) に対する (ケア)、(ケア) の (結果) の 3 つの視点を必要と考え、この 3 点において、記録しているか質問した。その結果、利用者の (状態) を「常に記録している」のは 480 施設 (84.1%)、利用者の (状態とケア) を「常に記録している」のは 431 施設 (75.5%)、利用者の (状態とケアと結果) を「常に記録している」のは 366 施設 (64.1%) であった (図 21)。

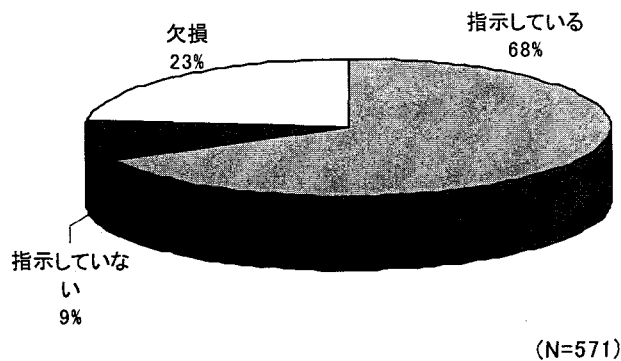


図 19 記録の書き方の指示

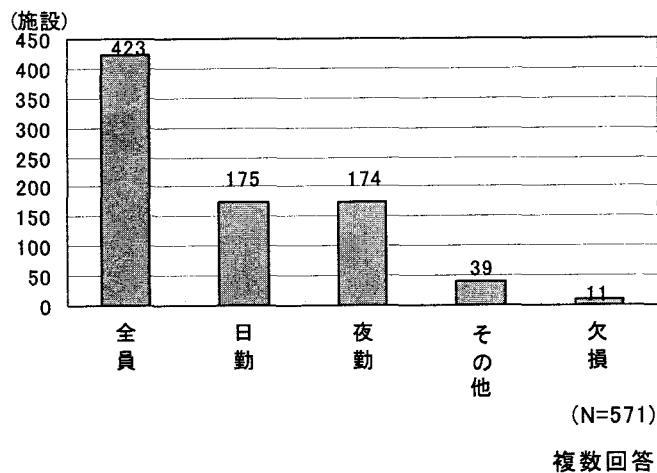


図 20 記録者

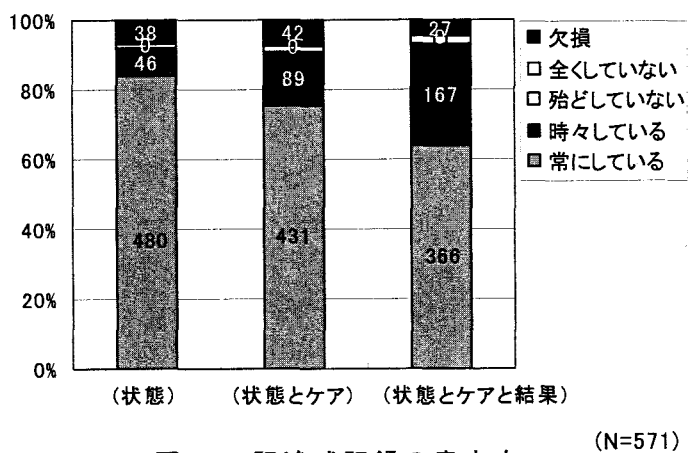


図 21 記述式記録の書き方

次に、記録はケアプランに挙げた課題（ニーズ）に沿って記載しているかとの質問に、「常にしている」のは 230 施設（40.3%）、「時々している」のは 259 施設（45.4%）、「殆

どしていない」のは 46 施設 (8.1%)、「全くしていない」のは 8 施設 (1.4%) であった (図 22)。ケアプランの作成と評価の実施については図 23 に示す通りである。

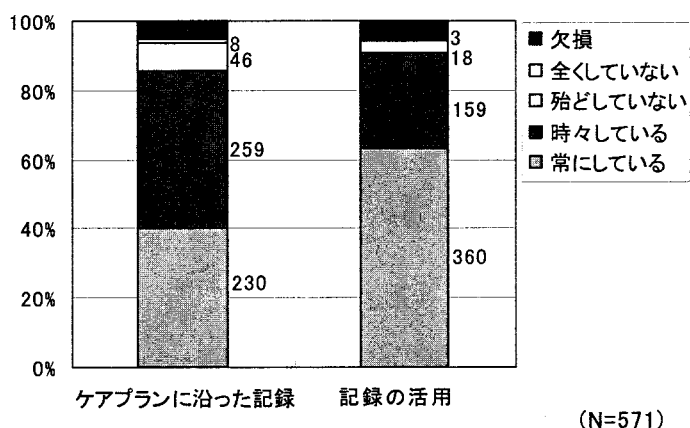


図 22 ケアプランに沿った記録と記録の活用頻度

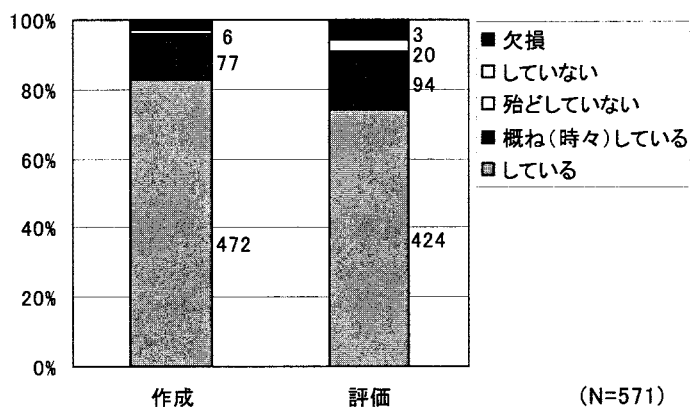
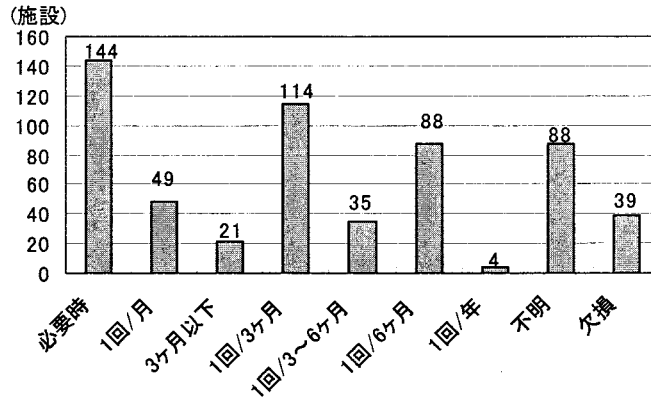


図 23 ケアプランの作成と評価

ケアプランの作成と評価において、「している」から「殆どしていない」と回答した施設を対象に、その時期、担当者、方法を質問した。

ケアプランの作成時期は必要時に行うことが最多であり、次いで、3ヶ月が 114 施設、半年に 1 回が 88 施設であった (図 24)。

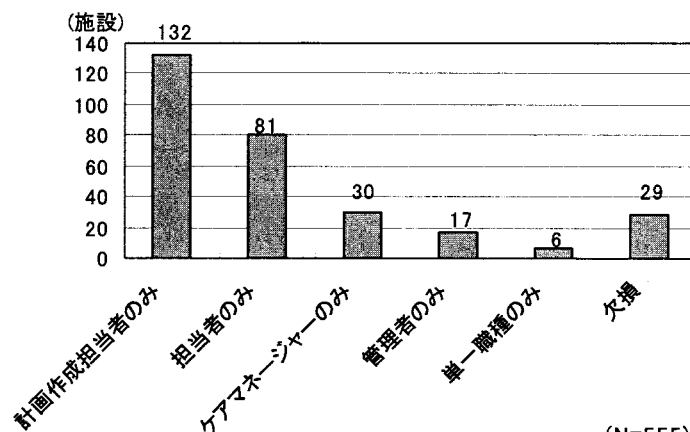


(N=555)

複数回答

図 24 ケアプラン作成時期

ケアプランを作成している者が1名のみであったものでは、計画作成担当者が最多であり、次いで担当者（確認は出来ないが、ここでは利用者の受け持ち担当スタッフとして扱うこととした）の順であった（図 25.1）。一方、2名以上が挙げられていたものには、スタッフが一番多く、全スタッフと回答していた施設も83施設であった（図 25.2）。なお、厚生労働省が平成15年3月に定めた「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」においては、計画作成担当者の配置が定められており、利用者の処遇に支障がない場合は、当該共同生活住居における他の職務に従事することができるものとされている。しかし、本研究では、計画作成担当者と他の職務との兼務については詳細に調査できなかったことを前提とする。



(N=555)

複数回答

図 25.1 ケアプラン作成者（その1）

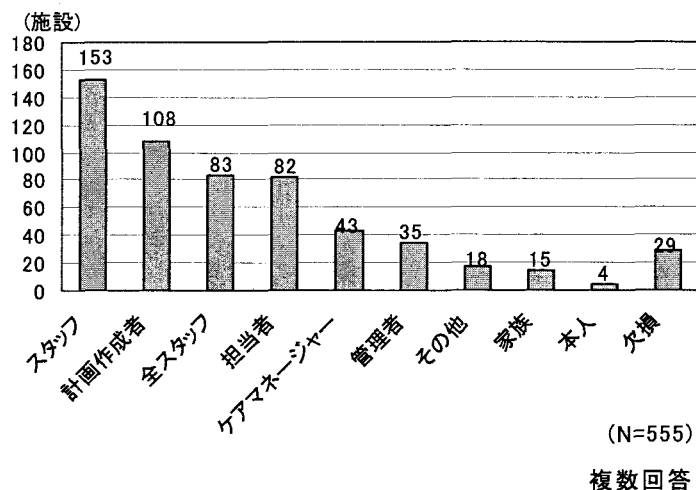


図 25.2 ケアプラン作成者 (その 2)

ケアプランの作成方法については、多職種からの情報提供や話し合い、家族からの情報提供や確認、記録物の活用が主であった(図 26)。多職種からの情報提供や話し合いには、ケア会議やカンファレンスや申し送りなどが挙げられていた。記録物の活用には、ケース記録やケアチェック表、アセスメントツールなどが挙げられていた。観察やアセスメントには、ケアプランを作成した者のみが利用者を直接観察し、アセスメントしていることを示す内容が挙げられていた。

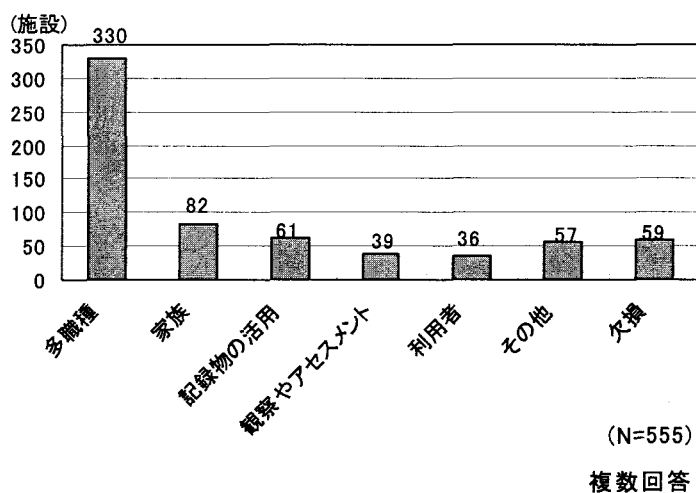


図 26 ケアプラン作成の方法

ケアプランの評価時期は、3ヶ月に1回行っているのが最多であり、次いで、1ヶ月に1回が 94 施設、必要時が 85 施設、半年に1回が 53 施設であった(図 27)。

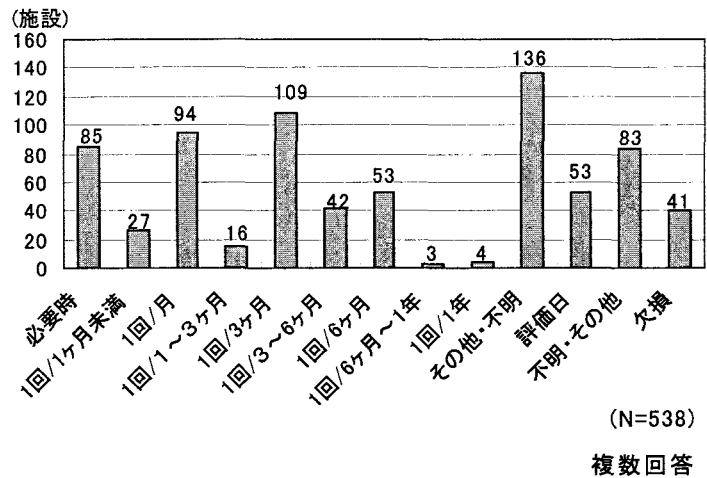


図 27 ケアプラン評価時期

ケアプランの評価者は、担当者のみが最多であり（図 28.1）、2 名以上が評価していると回答した主なものは、全スタッフ、次いで、スタッフであった（図 28.2）。ケアプランの評価者もケアプラン作成者と同様に、計画作成担当者とは他職務との兼務状況は不明である。

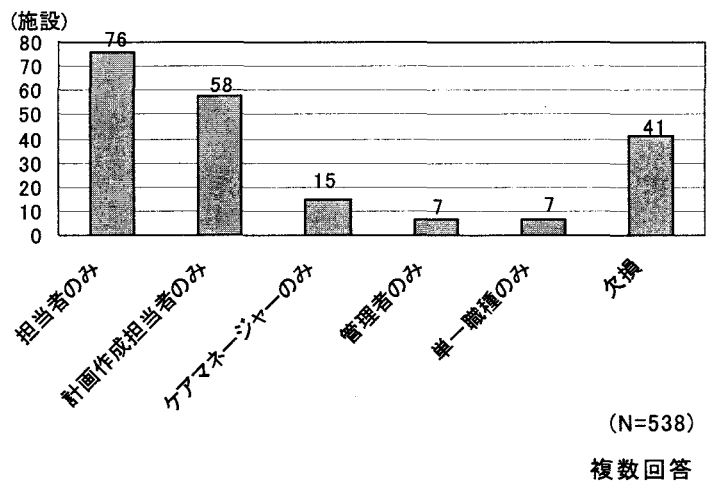
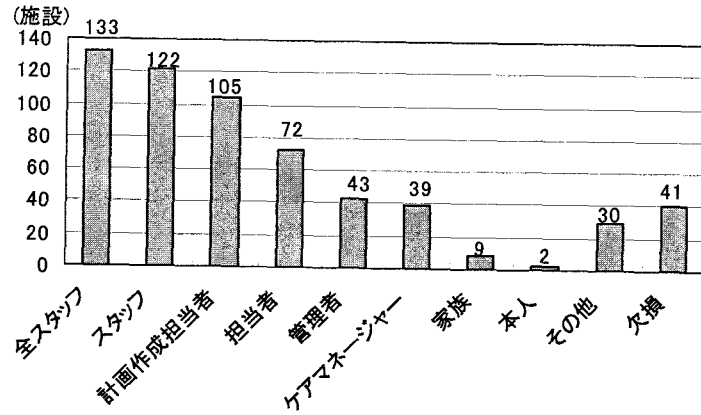


図 28.1 ケアプラン評価者（その 1）

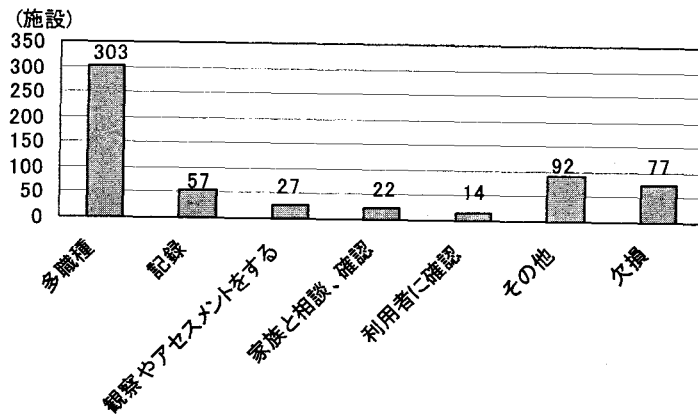


(N=538)

複数回答

図 28.2 ケアプラン評価者 (その 2)

ケアプランの評価方法は、多職種からの情報や話し合いが主で、次いで、記録、観察やアセスメント、家族との相談や確認等であった (図 29)。



(N=538)

複数回答

図 29 ケアプラン評価方法

次に、記録物をケア提供のために活用しているかの際に、「常にしている」が 360 施設 (63.0%)、「時々している」が 159 施設 (27.8%)、「殆どしていない」が 18 施設 (3.2%)、「全くしていない」が 3 施設 (0.5%) であった (図 22)。

記録を全くケアに活用していない 3 施設を除いて、その活用内容に関する自由回答を質的に分析した結果、10 カテゴリーが抽出された (表 1)。

表 1 記録の活用内容

カテゴリー	内容
ケアを継続する	ケアの継続
ケアを統一する	ケアの統一
会議の参考資料	カンファレンス, 会議, 話し合い
情報共有	情報提供, 情報共有
	申し送り
	家族への状況報告, 説明時
	医療機関との共有, 状況報告, ケアマネージャー
ケア実施の明示	ケア実施の確認
状態の把握	認知症 (進行度)
	状態把握
	問題(変化) の把握
考察	アセスメント, 問題の原因を考える
	モニタリング, ケアの評価
ケア	ケアに活かす
	対応の仕方 (排泄・睡眠・入浴・食事・認知症)
	ケアの方針 (方向性) を検討
	今後のケアを決める
	サービスへの活用
個人にあったケアへの参考	
ケアプラン立案・評価・修正	
技術向上	介護技術の向上
業務調整	1日の勤務で気を付けること, 1日のスケジュールを決める

また、記録の問題や課題に関する自由回答を質的に分析した結果、7 カテゴリーが抽出された (表 2)。カテゴリーは問題と対策に分類でき、“時間”、“書き方と内容”、“形式”、“活用”、“スタッフの個人差”、“訓練・指導・研修”、“管理”について抽出された。

表 2 記録の問題と対策

カテゴリー	問題	対策
時間	記録に時間がかかる・時間内記録が困難 記録時間の確保が困難 記録とケアのバランスが困難	短時間で記録すること
書き方と内容	統一した記録ができていない (簡潔すぎる・長すぎる・客観的でない・表現方法が異なる・同じことを何度も記録する・変化がわからない・自立/問題のない場合の記録が少ない・身体面の記録が困難・ケアプランに沿った記録が書けない・毎日のケアの記録は不要)	記録の統一 (簡潔に・事実をありのままに記録する・客観的に・表現の統一・まとめて記録する・4W1H 詳細な記録・些細なことの記録・特別なことを見逃さない・ケア内容・ケア結果・ケアプランに沿った記録・アセスメント)
	要点がわからない (SOAPが難しい)	要点をおさえる
	本人に見せられない記録	プライバシーの配慮・基本的人権の配慮
	記録の必要性について、現場と行政の見解が異なる 現在使用している物がよいのかわからない	
形式	記録量が多い	記録量の減少 (1枚の用紙で網羅できる)
	効果的な記録がない (医療機関との連携・チェック表・一目で分かり煩雑にならない)	効果的な記録にする (処遇内容に反映させやすい記録様式にすること・申し送りノートの活用)
	基準がない	基準を設ける (全国共通・マニュアル化)
	ソフトの販売・勧誘に困っている	PCの導入(プログラム作成)
活用	情報共有不足 (情報の活用が不十分・口頭による共有不足)	統一したケアの実施
スタッフの個人差	能力の差 (文章力・観察力・記録の必要性の理解・継続力・読解力・ニーズの把握)	ニーズの把握が大切
	記録漏れ・ケアプランの評価漏れ	
	記録に目を通せていない	記録に目を通すことが必要
訓練・研修	指導が困難 (内容の統一・専門用語の使用・慣れてない者への指導)	訓練・個別指導・学習会の必要性 (正確で簡潔な表現方法・ケアプランの作成および実施記録・新規スタッフの指導・問題の明確化・短文での表現・記録方法・記録を読むことの習慣化) アドバイザーがいたらよい
	研修が十分行われていない	
管理		パソコン導入時の情報の保護

記録はどうあるべきかに関する自由回答を質的に分析した結果、7 カテゴリーが抽出された (表 3)。カテゴリーは、“時間”、“書き方と内容”、“形式”、“活用”、“スタッフの個人差”、“指導・研修”、“管理” についてである。

記録の問題や課題についての回答と、記録はどうあるべきかについての回答は、ほぼ同様の結果が得られた。

表 3 あるべき記録

カテゴリー	内容
時間	時間の短縮
書き方と内容	記録の統一 (簡潔明瞭・事実をありのままに・要点がわかる・具体的に・専門用語は控える・客観的に/主観的に・読みやすい文字・経時的に・利用者を尊重した表現・プライバシーの配慮・状態;利用者の気持ちや生活の様子・ケア・結果/反応・考察・ケアプランに沿って・良いこと・問題時・問題なければ記載不要・根拠を明確に)
	誰が見てもわかる (スタッフ・家族・外部評価などの第三者)
	自由に記録する
形式	利用者の全体像がわかる (経過がわかる・1枚で全てを網羅する)
	誰でもかける・記述を少なく・最小限に
	一覧表 (サービスチェックリスト・日/月単位でわかる)
	利用者の個別記録
	基準・マニュアルが必要
	パソコン活用・ケア提供者が高齢である場合は手書きの方がよい
活用	情報共有 (ケアの統一・スタッフは誰でも見れる・家族や医師への報告)
	サービスの向上 (ケアに活用・利用者のために)
	事故発生時の証拠
の ス 個 タ 人 ツ 差 フ	記録の継続
	確実な記録
	勤務前に見る
	記録の意味を考える
研 指 修 導	指導/学習会の実施・研修の場が必要
	記録の指導をしてくれる機関 (他施設のものを参考にできる機会)
管 理	紛失予防

③ 情報共有内容

現在使用しているケアに関する記録物の記録方法について、チェック式か記述式かを質問し (図 30)、チェック式記録の場合の内容を表 4 に示す。

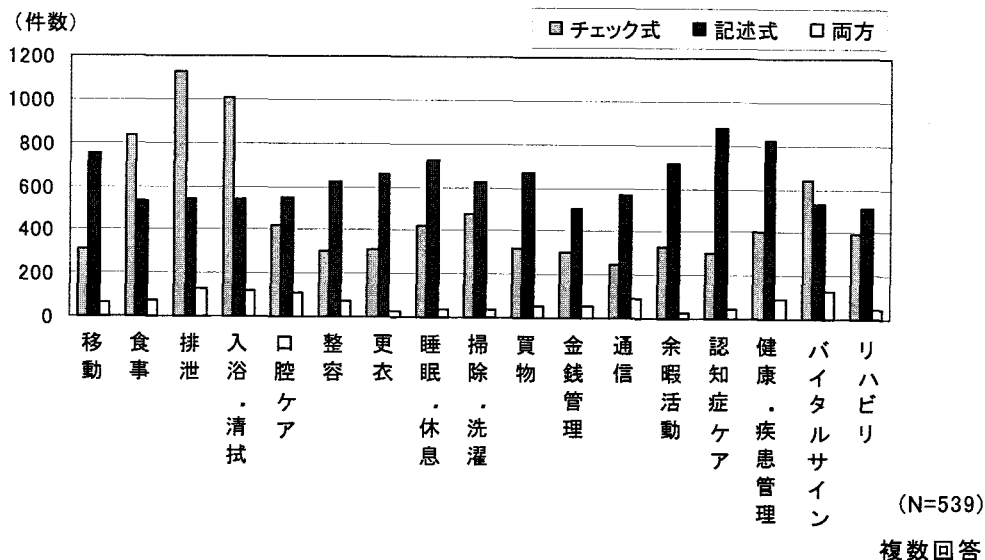


図 30 チェック式および記述式記録の件数

表 4 主なチェック式記録内容

項目	内容
排泄	時刻
	有無(回数)
	量
	性状
	失禁の有無
	処置の有無
	排泄方法(自立度)
	ケア方法
食事	食事摂取量(主食・副食)
	水分摂取量
	食事の時間帯
	ケア方法
清潔	実施の有無
	清潔の種類(清拭・入浴・シャワーなど)
	時刻
バイタルサイン	体温・脈拍・血圧
	体重
	計測時刻
健康・疾患管理	状態
	ケア(処置・受診/往診・服薬など)
	時刻
口腔ケア	時刻
	実施の有無
	口腔の状態
	ケア方法
整容	実施の有無
	ケア(爪切り、洗面、髭剃り、耳垢除去など)
更衣	実施の有無
	ケア方法

また、追加調査を実施した 20 施設におけるチェック式記録の内容は、表 5 に示す通りであり、アンケート調査の結果とほぼ同様の内容であった。

表 5 チェック式記録内容（追加調査）

項目	内容
排泄	時刻
	有無（回数）
	量
	性状
	失禁の有無
	排泄方法（自立度）
	ケア方法
食事	食事摂取量（主食・副食）
	水分摂取量
	食事の時間帯
	ケア方法
清潔	実施の有無
	清潔の種類（清拭・入浴・シャワーなど）
	ケア方法
	入浴の順番
バイタルサイン	体温・脈拍・血圧
	体重
	計測時刻
健康・疾患管理	状態（症状・訴え）
	精神状態
	ケア（処置・受診/往診・服薬など）
口腔ケア	実施の有無
	ケア方法
整容	実施の有無
	ケア（整髪、爪切り、洗面、髭剃り、耳垢除去など）
更衣	実施の有無
	ケア方法
睡眠・休息	睡眠状態
	睡眠時間
認知症	行動障害
作業療法	洗濯・掃除・買物・食事・布団干し・調理・配膳・衣服整理など
	趣味・娯楽・外出・散歩・レクリエーション・行事
	リハビリ

④ 情報共有への認識

スタッフ間での情報共有への認識は、「よく出来ている」が 150 施設（26.3%）、「まあまあ出来ている」が 389 施設（68.1%）、「あまり出来ていない」が 18 施設（3.2%）、「全く出来ていない」は 0 施設であった（図 31）。

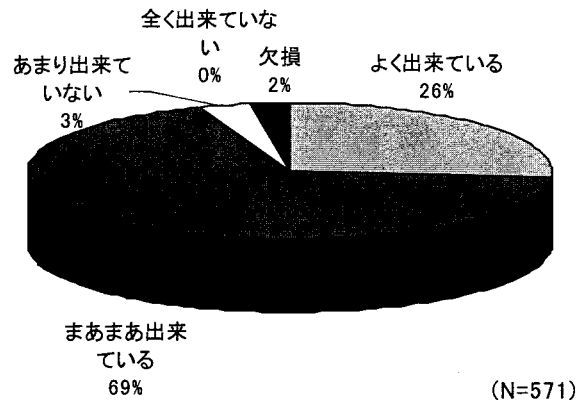


図 31 スタッフ間での情報共有への認識

スタッフ間での情報共有への認識と法人種別、ユニット数、GH の建物形態、管理者の有無、ホーム長の有無、ケア会議の参加者数、ケア会議の開催頻度、記述式記録の書き方（状態）、記述式記録の書き方（状態とケア）、記述式記録の書き方（状態とケアと結果）、ケアプランに沿った記録、記録の活用、ケアプランの計画、ケアプランの評価、家族との情報共有意識において、 χ^2 検定を行った。また、利用者数、要介護度の平均、認知症老人自立度の平均、スタッフ数、スタッフの資格、スタッフの就業形態、スタッフの当該 GH での経験年数、1 年間のスタッフの新規採用者数、1 年間のスタッフの退職者数、1 年間の研修参加人数の平均において、t 検定を行った。要介護度と認知症老人自立度は各施設の平均を算出するために、要介護度は 1 点から 5 点、認知症老人自立度は 0 点から 7 点に点数化して t 検定を行った。なお、それぞれの項目における群分けは、認知症高齢者ケアのためには、「常に出来ている」ことが前提と考え、「常に出来ている」群（アンケート回答選択肢は 1）、「まあまあ出来ている」から「全く出来ていない」（アンケート回答選択肢は 2 から 4）の 2 群に分類して検定を行った。

その結果、 χ^2 検定ではユニット数（図 32）、記述式記録の書き方（状態とケア）（図 33）、記述式記録の書き方（状態とケアと結果）（図 34）、ケアプランに沿った記録（図 35）、記録への活用（図 36）、ケアプランの計画（図 37）、家族との情報共有意識（図 38）において、有意な関連性が認められた（ $p < 0.05$ ）。また、利用者数、スタッフ数、スタッフの資格、就業形態、当該 GH での経験年数、退職者数（表 6）において、有意な差が認められた（ $p < 0.05$ ）。

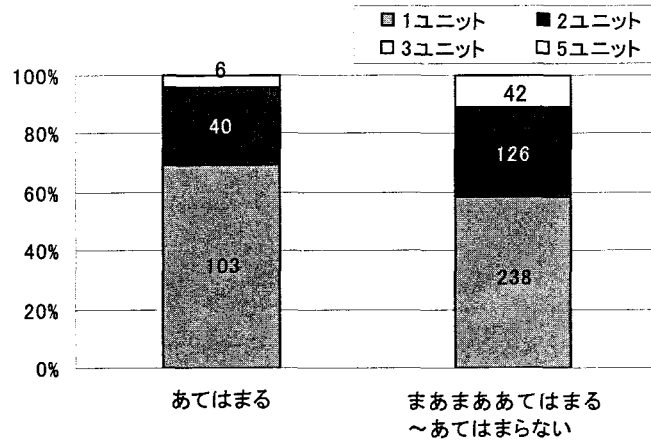


図 32 スタッフ間での情報共有の意識とユニット数

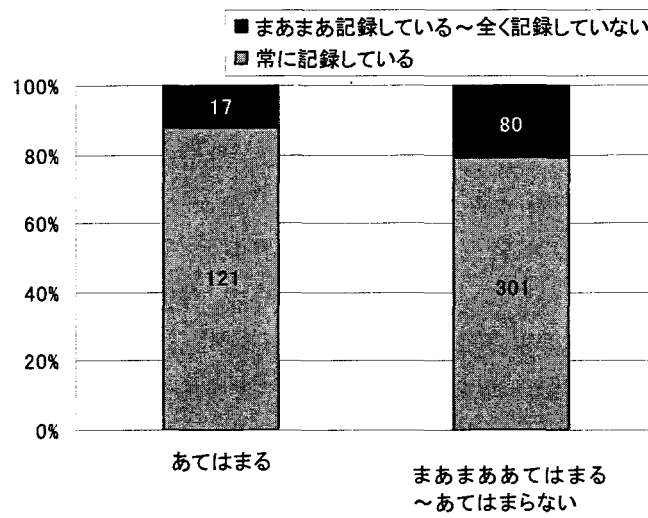


図 33 スタッフ間での情報共有の意識と記述式記録（状態とケア）

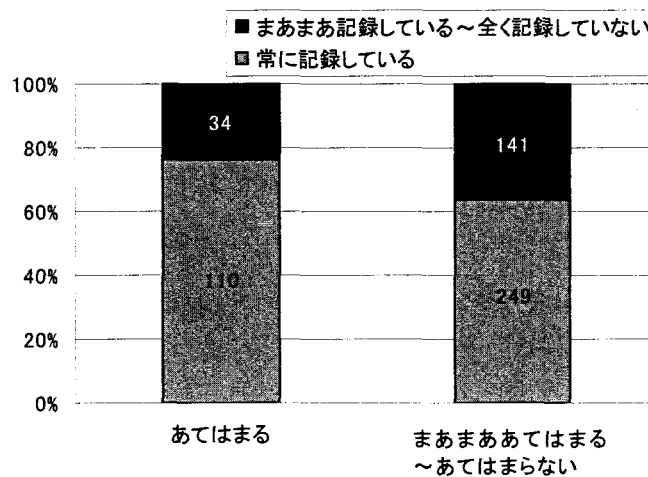


図 34 スタッフ間での情報共有の意識と記述式記録（状態とケアと結果）

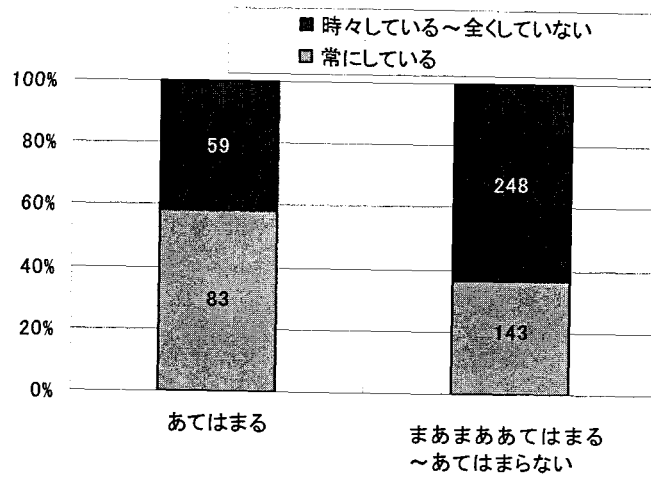


図 35 スタッフ間での情報共有の意識とケアプランに沿った記録

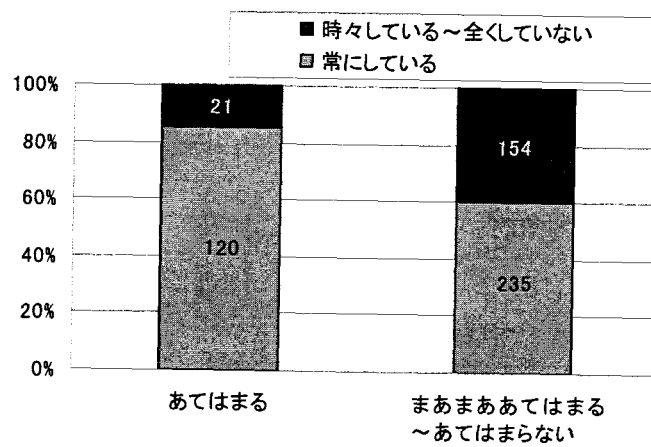


図 36 スタッフ間での情報共有の意識と記録の活用

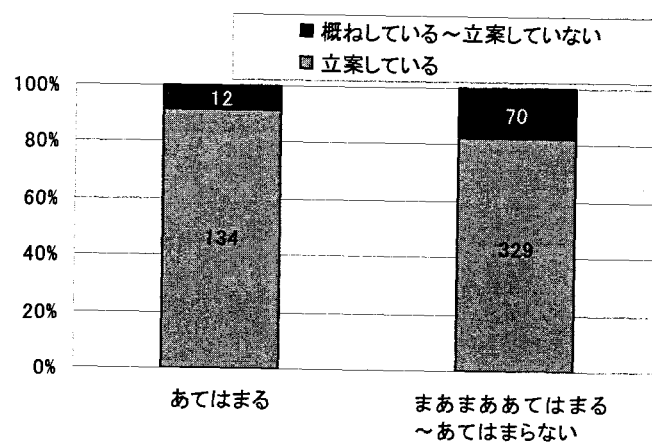


図 37 スタッフ間での情報共有の意識とケアプランの計画

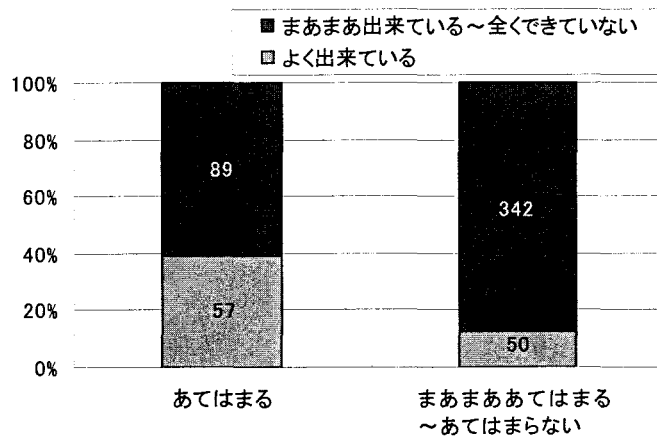


図 38 スタッフ間での情報共有の意識と家族との情報共有意識

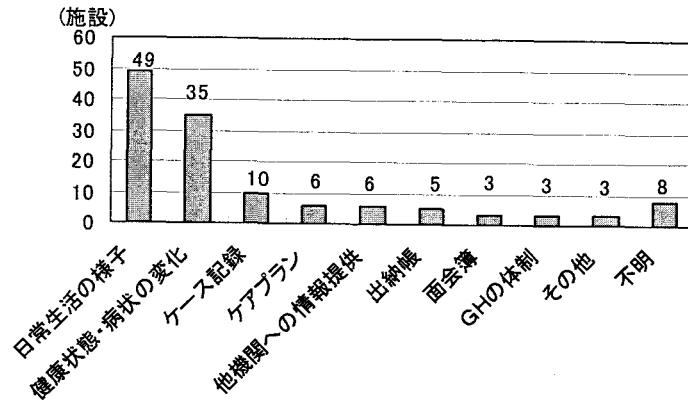
表 6 スタッフ間での情報共有の意識との関連項目

	あてはまる		まあまああてはまる ～あてはまらない		有意差
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
利用者数	11.41	5.05	12.72	6.15	p<0.05
要介護度の平均	2.44	0.52	2.42	0.51	n. s.
認知症老人自立度の平均	3.42	0.78	3.46	0.83	n. s.
スタッフ数	10.44	4.64	12.30	6.05	p<0.05
資格					
ヘルパー (1級～3級)	5.42	3.78	6.72	4.74	p<0.05
看護職	0.64	0.89	0.75	1.26	n. s.
介護福祉士	2.43	2.24	2.55	2.12	n. s.
社会福祉士	0.15	0.55	0.14	0.41	n. s.
就業形態					
フルタイム	7.07	3.94	7.99	4.85	p<0.05
パートタイム・アルバイト	3.26	3.84	3.98	4.61	n. s.
当該GHでの経験年数					
1年未満	3.08	3.28	3.92	3.90	p<0.05
1～3年	5.93	3.79	7.04	4.96	p<0.05
4年以上	1.16	1.97	1.13	2.14	n. s.
1年間の新規採用者数	3.09	2.93	3.60	3.69	n. s.
1年間の退職者数	1.96	2.48	2.55	2.57	p<0.05
1年間の研修参加人数の平均	6.00	7.86	6.35	8.28	n. s.

n.s.;有意差なし

(3) 家族との情報共有

過去に家族から情報提供を求められたことが「ある」のは 151 施設 (26.4%)、求められたことが「ない」のは 404 施設 (70.8%) であった。具体的に求められた内容は図 39 に示す通りであり、27 施設 (17.9%) は GH 側から積極的に情報提供をしていた。求められる頻度は、月平均 2.74±3.92 回であった。

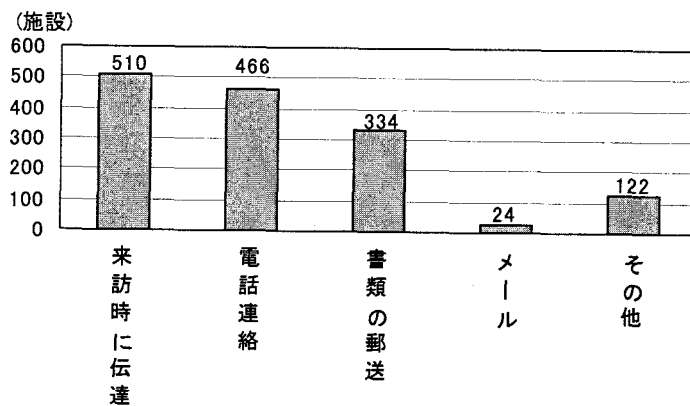


(N=151)

複数回答

図 39 家族から求められた情報内容

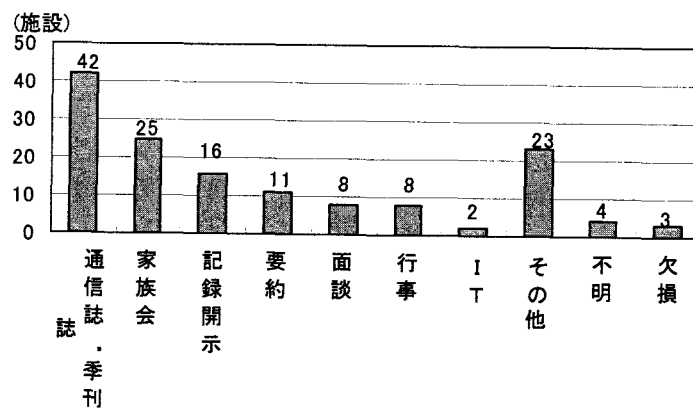
家族との情報共有手段が「ある」のは 547 施設 (95.8%) で、「ない」のは 9 施設 (1.6%) であった。情報共有手段がある 547 施設の具体的な方法を、図 40 に示す。



(N=547)

複数回答

図 40 家族との情報共有手段



(N=122)

複数回答

図 40.1 家族との情報共有手段 (その他) 内訳

家族との情報共有への認識は、「よく出来ている」が 109 施設 (19.1%)、「まあまあ出来ている」が 382 施設 (66.9%)、「あまり出来ていない」が 55 施設 (9.6%)、「全く出来ていない」は 0 施設であった (図 41)。

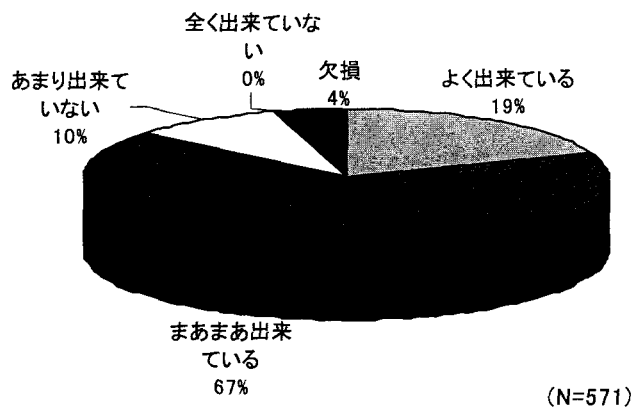


図 41 家族との情報共有への認識

家族への情報提供としてあったらよいと思う内容 (図 42)、手段 (図 43) については、図に示す通りである。手段のその他には、グラフ化したもの、文章 (手紙)、連絡ノート、記録物、等が挙げられていた。

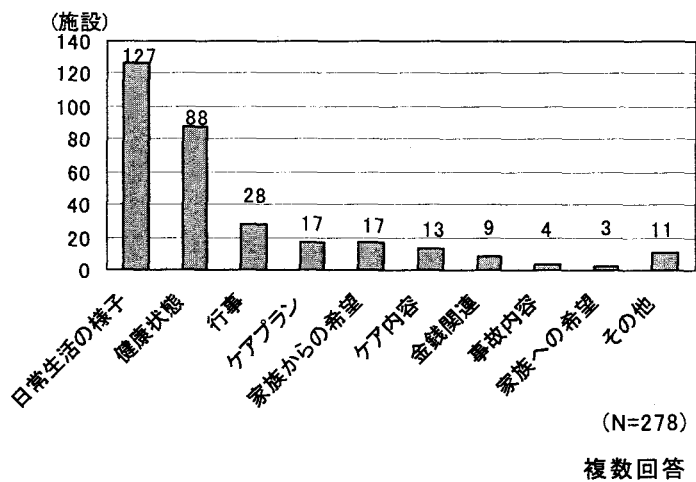
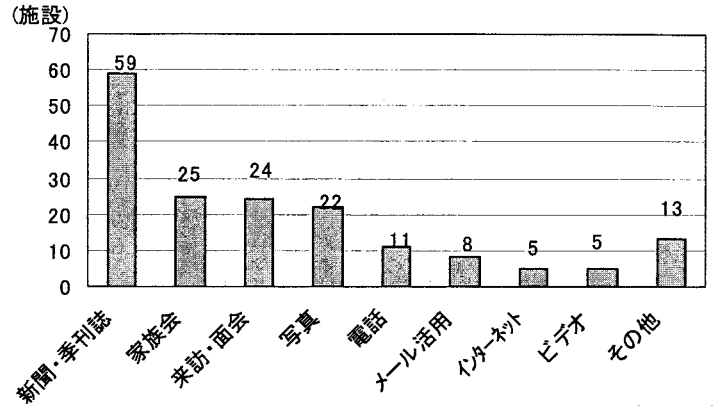


図 42 家族への情報提供としてあったらよいと思う内容



(N=278)

複数回答

図 43 家族への情報提供としてあったらよいと思う手段

家族への情報提供を行う際の問題や課題については、235 施設 (41.2%) の回答から表 7 に示す内容が挙げられた。“家族自身の問題”においては、家族間で差があり、関心の低さや施設へお任せするという意識、GH への遠慮への思いがあった。また、理解度の低さに関しては認知症への理解の低さが圧倒的であり、利用者への総合的理解の低さも挙げられた。“GH の問題”としては、情報提供の内容や表現方法が挙げられ、情報の正確性や連絡頻度、手段についても挙げられた。また、その他の問題として、提供情報の統一を図るためのスタッフ間の情報共有や季刊誌などの発行等が挙げられた。

家族のおおよその面会頻度について、回答数順に表 8 に示す。

表 7 家族への情報提供の際の問題や課題

問題・課題		件数
家族自身の問題	家族間の差・関心の低さ	49
	面会頻度が少ない 連絡とれない・とりにくい	46
	理解度が低い	20
	希望が把握できない 考えの把握が必要	9
	家族間問題	10
	GHとの意見の相違	7
	GHの問題	14
GHの問題	情報提供の内容や表現方法	44
	情報の正確性	16
	プライバシーの配慮	13
	連絡頻度・手段	6
	GHの問題	14
	その他	14
不明	20	

表 8 家族の面会頻度

頻度	平均人数	回答数
1回/月	4.2	403
1回/週	2.65	323
1回/2週	2.98	244
2回/月	3.77	129
1回/2月	2.82	116
2回/週	2.47	109

(4) 他機関との情報共有

他機関と情報を共有する手段が「ある」のは474施設(83.0%)で、「ない」のは66施設(11.6%)であった。他機関と情報共有手段がある474施設のうち、その手段(図44)と対象機関(図45)は図に示す。情報共有手段の「その他」で有効回答の116施設から、図44.1に示す内容があった。情報共有機関で「その他」を選択した有効回答179施設の内訳は図45.1に示す通りである。

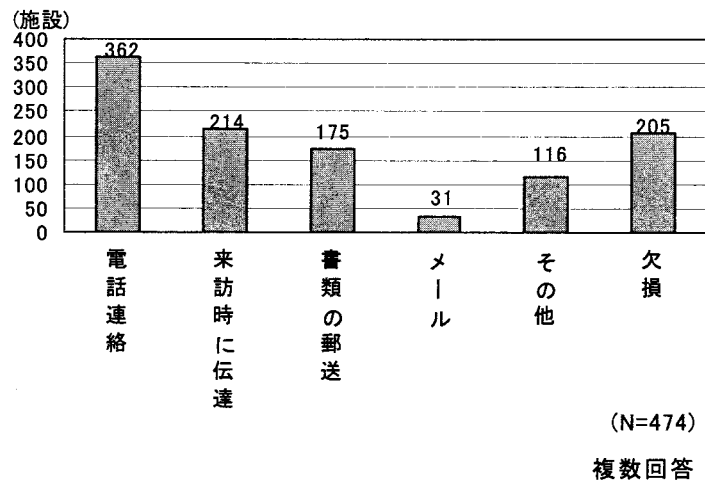


図 44 他機関との情報共有手段

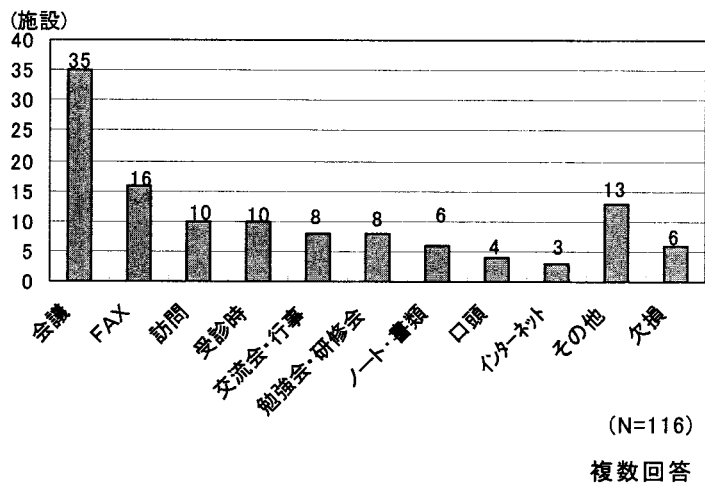


図 44.1 他機関との情報共有手段(その他)の内訳

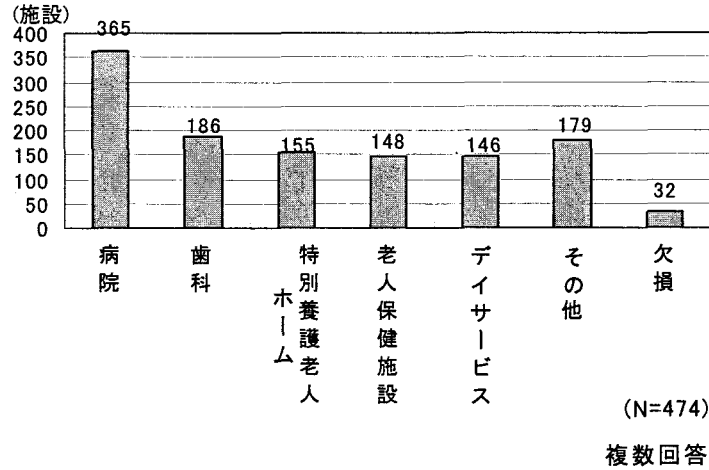


図 45 情報共有機関

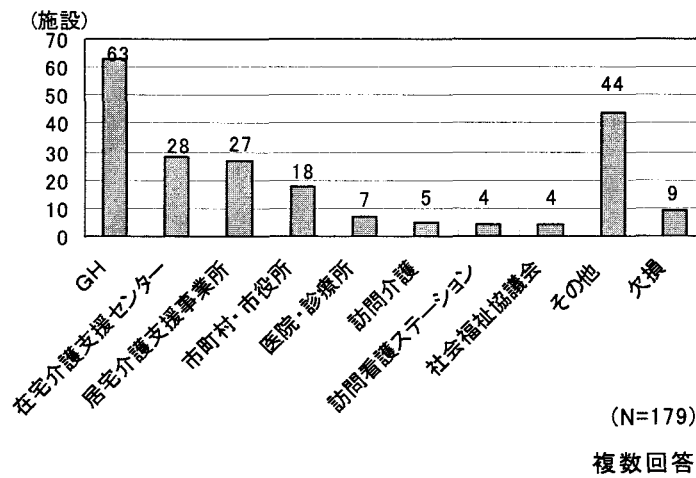


図 45.1 情報共有機関（その他）の内訳

1. 4 考察

対象となった施設の法人種別は、営利法人が一番多く、次いで、社会福祉法人、医療法人の順であり、ユニット数は1ユニットが61.6%、2ユニットは29.4%、3ユニットは8.6%であった。

GH利用者については、対象GHにおける利用者の総人数は、5～9人が61.6%と一番多く、次いで、15～19人が27.1%、20人以上が7.9%であり、要介護度別構成割合は多い順に、要介護2、要介護3、要介護1であり、全体の70%強を占めていた。

スタッフの職種は、看護職者6.0%であり、就業形態はフルタイム63.9%、パートタイムとアルバイトの合計が31.0%であった。

以上の施設の概要は、平成15年の厚生労働省の調査（厚生労働省大臣官房統計情報部、2003）とほぼ同様の結果であり、本調査結果は全国のGHの現状を反映していることが推測できる。

スタッフの属性から、ヘルパーが全体の過半数を占めており、無資格者も存在していた。

現在の GH での経験年数が 1 年未満の者は 29.7%、1～3 年は 54.7%であった。これらより、利用者の重度化、スタッフの就業形態が異なる GH における経験年数の短さの問題が明らかとなり、ケアの統一性や継続性への必要性和限界が推測された。

そして、GH と連携している機関で 2 番目に多かった機関は歯科であった。介護保険が平成 17 年 10 月から一部改正となり、基本食事サービス費の廃止に伴う介護報酬の見直しが実施された。その中で、栄養管理の評価のあり方が示されており（厚生労働省、2005）、嚥下や口腔に関するアセスメントも必須となってくる。この法改正を背景に、今後、歯科との連携は益々求められると推測する。

以下、スタッフにおける情報共有、家族との情報共有、他機関との情報共有について考察する。

（１）スタッフ間での情報共有

① 情報共有の現状

スタッフ間での情報共有への認識は、「よく出来ている」との認識が 26.3%、「まあまあ出来ている」との認識は 68.1%であり、90%以上の施設では出来ているとの認識であった。しかし、高齢者の尊厳や安らぎのある生活を提供するためには、確実な情報共有が必須である。

本調査結果から、スタッフ間での情報共有への認識の程度と、ユニット数、記述式記録の書き方（状態とケア）、記述式記録の書き方（状態とケアと結果）、ケアプランに沿った記録、記録の活用、ケアプランの計画、家族との情報共有意識において、有意な関連性が認められた。スタッフ間での情報共有が「よく出来ている」と回答した群はそれ以外の群と比較すると、ユニット数が少なく、記述式の記録の書き方において、利用者の（状態とケアと結果）を踏まえた書き方を常にしており、ケアプランに沿って記録を書いている傾向にあった。記録の活用も常に行っており、ケアプランの計画立案も常に行っている傾向にあった。また、情報共有が「よく出来ている」と回答した群は、利用者総数とスタッフ数、退職者数が少なかった。一方、就業形態（フルタイム）において有意差が認められたが、情報共有が「よく出来ている」と回答した群の平均人数が少なかった。資格においては、ヘルパーでは「よく出来ている」と回答した群の平均人数は多く、有意差が認められたが、看護職や介護福祉士などでは有意差が認められず、「よく出来ている」と回答した群の平均人数は少なかった。

ユニット数が少なく、利用者数、スタッフ数が少なければ、必然的に情報の共有が図りやすくなり、本調査結果からも推測できる。しかし、今後、小規模多機能サービスの普及に伴い、利用者スタッフは増加する可能性が考えられ、多数の利用者やスタッフとの情報共有が図れるような対策が必要となる。また、調査結果からは、就業形態において一部有意差が認められたが、情報共有が「よく出来ている」と回答した群の平均人数が少なかった。また、有意差は認められなかったが、看護職や介護福祉士などにおいて、「よく出来ている」と回答した群の平均人数が少なかったことから、職種や就業形態を問わず、全スタッフにおける情報共有への認識を高める必要があることが示された。

記録をケアプランに反映させるなど、記録の活用状況との関連性があることが示された

ことから、記録の目的や活用方法の認識を高めるなどの職場教育が必要であると考え、管理者やホーム長の有無など、指導者の有無との関連性は認められず、また、ケア会議の開催頻度や参加者数、ケアプランの評価との関連性も認められなかった。ホーム長や管理者との関連性が認められなかったのは、平成 17 年の厚生労働省老健局による全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議にて、管理者への研修の改訂を行ったことで（厚生労働省老健局，2005）、指導者としての役割を期待しているにも関わらず、まだその効果がまだ発揮されていないことが原因の 1 つではないかと推測される。また、ケア会議は開催頻度や参加者数よりもケア会議の運営方法についての検討も重視する必要があると考える。

② 記録

情報共有手段は、「記録用紙」、「口頭」、「掲示板」によるものが主であった。「その他」と回答した内容でも、連絡ノートを活用しているとの回答が多く、記録による情報共有が主流であることが明らかとなった。

a. 記録の目的

記録の目的とは、ホームヘルパー養成研修テキスト(2 級課程)によると、①情報を共有する、②自分の行ったケアを点検し、技術を高める、③チームで仕事をするために、が挙げられており、仕事の社会的責任を明らかにするための基本的な責任、義務である（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会，2004）、と記載されている。本調査結果から、記録をどのように活用しているかの質問から得られた表 1 の 10 カテゴリーは、記録の目的とほぼ同様の内容が挙げられていた。

表 1 の 10 カテゴリーに示された“ケアを統一する”、“ケアを継続する”については、記録を活用することによって導かれる結果であると考えられ、チームで仕事をするために必要不可欠である。ケア提供者間での“情報共有”についてもカテゴリーが抽出され、その一方法として“会議の参考資料”に活用されていた。利用者の“状態の把握”やモニタリングなどの“考察”、“ケア”の方針の検討、“介護技術の向上”に努めること、1日のスケジュールを決めるなどの“業務調整”については、自分の行ったケアを点検し、技術を高めることとなる。“ケア実施の明示”と“状態の把握”は、ケアを提供していることの証拠となる。

これらの調査結果より、記録本来の目的の必要性はほぼ理解されていると推測される。

b. 記録時間

記録時間に関する問題と対策が、表 2、表 3 の“時間”のカテゴリーに示された。この原因としては、何をどう書いて良いのかわからない、個人の文章力の違い、記録に関する指導不足、などが考えられる。時間短縮のためには、記録内容・形式や個人の能力などの解決も必要であるが、記録時間を業務時間に組み込み、業務として固定化する対策も必要と思われる。記録は、ケア提供者の責務であり（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会，2004；特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会，2004）、ケア（業務）の一部と考えられる。利用者に直接的に関わることだけがケアではなく、記録は根拠あるケア実践の核ともなるため、ケア提供者全員が認識した上で記載することが求められ

る。

c. 記録の書き方と内容

表 2、表 3 の“記録の書き方と内容”のカテゴリーで示す通り、様々な問題があり、記録に関して統一を図るべきであることが挙げられた。

効果的な記録にするためには、特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会(2004)のグループホームの手引きによると、①観察（見極め）のポイントを意識した記録を心掛ける、②正確に簡潔に記録する、③五感をフル活用し、生き生きとした事実や気付きを記録に残すこと、が重要とされている。また、ホームヘルパー研修養成テキストによれば、文章を書くときの基本的条件として、①簡潔であること、②平易であること、③正確であること、④客観的な表現であること、⑤慎重な表現であること（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会、2004）、があるとされている。

ケアプランは利用者のニーズを明確に示すものであり、要点を意識した記録には、やはりケアプランに沿った記録が必要であると考えられる。しかしながら、本調査結果から、ケアプランに沿って常に記録している施設は 40.3% であり、（状態とケアと結果）を常に記録している施設は 64.1%と、ケアプランに沿った記録は課題となっていることが示された。本調査からは、ケアプランに対するスタッフの関わりについては明確にできないが、ケアの統一性や継続性を考えると全スタッフがケアプランを活用し、作成できるよう自己研鑽していく必要がある。

そして、実効性のあるケアプランにするためには、状態、ケア、結果のサイクルが重要であると思われるが、このサイクルを常に記録しているのは 64.1%の施設であり、このサイクルに沿った記録の必要性が示された。記録の書き方には、利用者の問題（課題）を明確に捉え、その問題解決を論理的に進めていく一つの体系である問題志向型システムの SOAP や、利用者のケアに焦点をあてた経過記録を系統的に記述するフォーカスチャータリングがある。これらは、主に問題に対する記載が多くなるが、表 2、表 3 の結果からは、利用者の良いことを記載することの必要性も示されている。高齢者や認知症ケアには、個人の能力を活用し自立支援に向けた関わりが重要であり、利用者が良い状態になることへのアプローチは効果的であると考えられる。

利用者に問題がない場合の記載は不要との意見もあったが、医療事故や医療訴訟の際の法的資料となることが挙げられており（日本看護協会、2000）、医療の現場のみでなく、介護の現場にも必要であることから、問題がないことを観察し、判断した事実を記載することが大切であると言える。

以上より、各 GH において記録に関わる取り決めがない、あるいは、あっても活用出来ていないのが現状であると推測される。調査結果では、書き方の指示をしているのは 67.6% であり、多忙で多様な就業形態である現場では十分な指導ができないと推察される。新入スタッフであっても的確な記録を行うためには、自由に記載するよりは、施設毎の記録の取り決めを作り、それに沿って記載することで効率的かつ効果的な記録ができると考えられる。

d. 記録の形式

表 2、表 3 の“形式”のカテゴリーに示す通り、記録の量が多いことや効果的な記録で

ないなどの問題が挙がり、対策やあるべき記録から、全国的な基準を求めていることやパソコン（以下、PCとする）の活用などが示された。本調査結果から、PCの活用は全体の14.0%であった。

福祉現場のITの普及はまだばらつきがあるものの、その有用性はあると考える。認知症ケアの確立のために記録を情報として蓄積し分析することによって根拠あるケアの検討材料となる。キーボードやマウスの操作一つで客観的な結果が得られる。また、記録用紙と同様のフォーマットを用意することで、新入スタッフでもどのように記載・入力したらよいかのわかりやすい。記録間の連動も可能であり、無駄な記録が省ける。さらに、会議資料の作成も容易になる。その一方では、パソコンに不慣れな者にとっては、多大なストレスにもなる（北岡ら、2001）。その課題をクリアしていくことが今後のケアサービスの向上にも繋がると考える。

全国的な基準については、認知症ケアが確立されていない現状においては困難なことが予測され、今後の認知症ケアに関する研究の推進が求められる。

e. 記録の活用

記録をケアに常に活用しているのは、63.0%であり、表2、表3の“活用”の категорияに示す通り、情報共有不足の問題、ケアの統一や事故発生時の証拠としてあるべきだとの意見も挙げられた。

記録は活用するためにあり、記録のための記録とならないためにも、記録を意識して読み、活用する必要がある。

f. 個人差

表2、表3の“スタッフの個人差”の categoriaに示す通り、個人差による問題が挙げられた。

スタッフの現状は、図12、図12.1、図13、図14に示す通り、資格、就業形態、経験年数ともに多様であり、スタッフ間の差を埋めるためには、研修などを行うと同時に、スタッフ個々の努力、記録への認識を高める必要がある。

g. 訓練・指導・学習会・研修

記録の書き方について指示しているのは67.6%であったことから、各施設での記録の指導が不十分である現状が示された。また、表2と表3に示した通り、指導が困難であることや研修が不十分であることなどの問題が挙がり、スタッフの訓練の必要性が求められる。

厚生労働省の定める「ホームヘルパー養成研修実施要綱(2級)」では、ケア計画に関する講義が4時間、ケア計画の作成と記録、報告の技術の演習が5時間の合計9時間となっている。図12に示す通り、圧倒的にヘルパーの多い現状から、情報共有を意識した記録にするためには、9時間の研修では限界があると推察する。本調査からは、指導や研修に関する問題の原因については明確にできないが、各施設における研修の実施など、教育体制の整備が必要であると思われる。

一方、本調査結果では、GHは1ユニットが61.6%で最多であり、単独型が61.1%であった。このことから、内部の研修では限界もあることが推測されるため、外部の研修や

他の GH との連携を図る必要もあるだろう。

スタッフ間でのケアや業務のお互いの評価や話し合いの場を通しての訓練も有効である。本調査では、ケア会議を 1 回／月以上開催しているのは 79.2% と高率であるが、スタッフ全員が参加しているのは 20.8% と低率であった。会議の開催頻度は高率であっても全員が参加できないのであれば有効な会議とは成り難い。会議に参加できない者への情報共有手段については本調査では明らかにしていないが、会議に参加できない者への情報共有手段の確保は必須であろう。

h. 記録の管理

本調査結果の表 2、表 3 の“管理”のカテゴリーに示す通り、記録の管理の問題が挙げられた。個人情報保護法が施行され、一層厳重な対策が求められる。

(2) 家族との情報共有

① 情報共有の現状

家族との情報共有手段が「ある」と回答した施設は 95.8% と高率を示していたが、家族との情報共有が「よく出来ている」と回答したのは 19.1% と低率であった。また、家族から情報提供を求められたことが「ある」と回答した施設は 26.4% で低率であった。その内容には、利用者の“日常生活の様子”と“健康状態や病状の変化”が主であり、“ケース記録”と回答したものは少数であった。一方、GH 側が家族へ情報提供する内容としてあったらよいと考えているものは、利用者の“日常生活の様子”と“健康状態”が主であり、GH で行う“行事”のことや“ケアプラン”、“家族からの希望”、“ケア内容”、についてなどは少数意見であった。

2005 年に介護保険法の一部が改正され、サービスの質の確保・向上のために、全ての介護サービス事業者に対して、介護サービスの内容や運営状況など利用者のサービス（事業者）選択に資する一定の情報の公表を義務づけることが公布された（厚生労働省，2005）。調査対象となった GH においては、家族との情報共有手段はあるが、情報共有が出来ているとの認識が低く、GH 側の家族への情報提供の支援体制への課題が示された。家族が求めている情報と GH が必要であると考えている情報提供内容はほぼ一致していることから、家族のニーズに答えられていることが示された。しかし、介護サービスの内容に関する情報公開の義務の視点からみると、家族からの希望は少なく、GH 側から情報提供する意識も低かったのは問題である。サービスの質の確保・向上のためには、サービス内容の公開は必須であることより、管理者のみならず、スタッフ全員に情報公開への意識付けを図る必要性が考えられる。また、厚生労働省は 2005 年から 10 年間で「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年」として、2005 年度を「認知症を知る 1 年」と設定し、具体的な事業の中に、認知症者本人や家族自らによる当事者本位のケアプランを作成する取組みを挙げている（厚生労働省，2005）。調査結果から得られたケアプランに対する課題は、GH における今後の課題でもあることを示している。

② 情報共有の問題や課題

家族へ情報提供を行う際の問題や課題としては、“家族自身の問題”と“GH の問題”と

に分けられた。“家族自身の問題”には、家族間で差があり、関心の低さや施設へお任せするという意識、GH への遠慮の思い、面会頻度が少ない・連絡がとれない（とりにくい）ことなどが主に挙げられた。少数ではあるが、家族の理解度（主に認知症について）や家族間での問題、家族の希望が把握できないことも挙げられていた。一方、“GH の問題”には、情報提供の内容や表現方法が主で、情報の正確性、プライバシーの配慮についても少数ではあるが挙げられていた。具体的に活用している主な情報共有手段には、家族の「来訪時に伝達」、「電話連絡」、「書類の郵送」であった。少数ではあるが、GH で発行する通信誌や家族会も挙げられた。また、5%弱の施設でメールなど IT を活用されていた。

認知症高齢者をもつ家族に関する研究において、本調査結果と同様に、認知症の症状などに関する認識が不足している（本間，2003）ことが課題となっている。そこで、厚生労働省は、認知症への理解の取組みとして、2005 年から 10 年間で「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年」として、認知症に対する誤解・偏見をなくし、認知症について理解してもらうための様々な PR 事業を集中的に実施することを掲げている（厚生労働省，2005）。その 1 つの手段として、家族会が考えられる。家族会の有効性は示されている（藤本，2000；朝田，2003）が、前田（2004）の調査によると、イギリスとの比較において、日本は家族会の利用率が低いことが明らかとなっており、その原因に情緒的支援の場が少ない可能性があることが示唆されている。前田の報告にある家族会の設置の課題も考えられるが、本調査結果では、利用者への関心の低さ、GH に対する遠慮の思いがあることから、家族から情報提供を求めることが少ない等の家族側の問題が影響を与えているのではないかと考える。介護者は様々なストレスを抱えており（土井ら，2000；一宮ら，2001）、介護保険施行後に介護者の心理的ストレス反応が増加していた（前田ら，2004）ことが調査から明らかとなっている。介護者のストレス対処法には、サービスを利用することでそのストレスを軽減できる場合の問題中心の対処と、イライラなどの気持ちを緩和させるための情動中心の対処があり、2 つの対処の組み合わせが必要な場合もある（松田，2004）。つまり、GH への入所と入所後の GH 側の情動面へのサポートも必要なのではないだろうか。本調査ではどれだけ家族会を活用しているかは明確にできないが、家族会の設置を希望している GH は存在している。一方、参加を希望しない家族も存在する（特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会，2004）。

今後は、家族会の活用を含めて、家族の多様な背景を考慮し、面会時や電話連絡など利用者と家族が接する際の精神的ストレス等の軽減を図れるような GH 側の支援が必要であり、そのための各 GH における方針の策定と徹底に向けた取組みが必要であると考えられる。

（3）他機関との情報共有

他機関との情報共有手段があるのは 83.0%であり、その手段は、「電話連絡」と「来訪時に伝達」、「書類の郵送」が主であった。「メール」やインターネットとの回答も少数ではあるが挙げられた。主な情報共有機関は「病院」であった。

GH の利用者は加齢に伴い様々な疾患を有しており、病院との連携は必要不可欠となる。情報共有手段が「ない」と回答した 11.6%の施設の理由は不明であるが、利用者の QOL 向上のためには、他機関との情報共有は必要不可欠である。電話連絡や来訪時に口頭で情報共有することも必要であるが、診療の記録や指示、利用者の日々の状態を伝えるために

は記録として残す必要がある。多疾患をもつ高齢者にとっては、より多くの機関が利用者の情報を共有し、同一目標に向かってケアすることが、利用者の QOL 向上につながる。多機関との情報共有のための手段の一つとして、IT の活用等が有効ではないかと考えられる。

(4) 情報共有項目の検討

記録の種類と記録内容について調査した結果、チェック式記録として多かったのは、「排泄」、「入浴・清拭」、「食事」、「バイタルサイン」、であった。記述式で多かったのは、「認知症ケア」、「健康・疾患管理」、「移動」、「睡眠・休息」、「更衣」、「整容」、などの ADL (日常生活動作) に加え、「掃除・洗濯」、「買物」、「余暇活動」、などの作業活動についても多数挙げられていた。チェック式記録として多かった項目のチェック内容は様々であり、今回は、チェック内容として多く挙がっていたものを優先的に情報共有項目に取り入れた。

GH におけるケアサービス提供に関する記録には定型的な書式など決められたものはない。富川 (2005) は記録の目的として、①利用者によりよい介護サービスを提供する、②介護に関する内容を正確に残すことにより、いざという時の証とする、③利用者と介護スタッフのコミュニケーションを深める、④介護スタッフ間の情報伝達を確かなものとする、⑤介護スタッフの介護意識と介護技術を高める、⑥介護スタッフの研修に役立てるためのものである、と述べている。筆者らは先行研究 (小関ら, 2004) において、既存の高齢者ケアのためのアセスメントツール (池上, 1999; 鎌田, 1999a; 鎌田, 1999b; 社会福祉法人全国社会福祉協議会, 1998; 社団法人日本社会福祉士会編, 1998; 財団法人安田生命社会事業団・特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会, 2002) および老人看護学の教本を参考にし、独自の書式を作成して、実際に活用した。その記録では主に、利用者に問題が発生した時に記載するものとなっていた。そこで、本調査結果も踏まえ、認知症ケア専門士の教本 (日本痴呆ケア学会, 2004) を参考にし、認知症高齢者の自立支援や生き生きとした生活が送れるような心理面の安定を図るケアを考慮し、作業療法の視点を取り入れ、次章に述べる書式を作成した。

上記の、記録の目的、認知症ケア視点、本調査結果を踏まえ、まず、記録を“毎日必ず記録するもの”、“利用者に問題が発生した時に記録するもの”、“利用者が良い状態になった時に記録するもの”として、以下の3つに分類した。

① 日常生活記録、24 時間排泄記録

1 つ目の“毎日必ず記録するもの”は、“日常生活記録”、“24 時間排泄記録”とした。この記録の目的は、利用者の心身の状態の変化について、日々の生活全般の観察をする記録であり、ケア (主に観察) を実践した証拠となるものである。

② ケアシート

2 つ目の“利用者に問題が発生した時に記録するもの”は、“ケアシート”とした。この記録の目的は、“日常生活記録”において、ケアの必要性があると判断した時に活用する。その時の利用者の状態と提供したケアやその結果を把握し、問題時の対処方法を分析する手がかりとなる。また、問題が解決するまで、継続して一貫したケアがスタッフ間で行わ

れていることの根拠となるものである。なお、“ケアシート”は、著者らの先行研究で既に導入している。

③ 良いこと記録

3 つ目の“利用者が良い状態になった時に記録するもの”は、“良いこと記録”とした。この記録の目的は、利用者の生活に楽しみや張り合いが増え、健やかに生き生きと生活できるような援助を提供するために、利用者が良い状態となる時を見つけ、ケアを継続して提供するためのものである。

以上の分類を基に、最終的に表 8 に示す記録用のファイルを設計した。

表 8 記録ファイルの概要

ファイル名	記録形式	記録するケア項目	記録の用途
<1> 日常生活記録	選択式	7分類(食事, 口腔, 排泄, 清潔, 整容, 睡眠, 健康状態)	量的記録およびケアの実施をチェックする記録
<2> 24時間排泄記録	選択式	4分類(排尿, 排便, パット交換, 水分摂取量)	20分間隔で24時間の状態を記録
<3> 良いこと記録	記述式	買物, 音楽等22項目	利用者が喜ばれた内容を記録
<4> ケアシート	記述式	5分類(転倒予防, 食事栄養, 睡眠, 認知, 身体状況)	利用者に問題があった時(状態・ケア・結果)の内容を記録
<5> 口腔ケア指導	記述式	口腔ケア指導	利用者の状態を基に, GHが口腔ケア指導を受ける

1. 5 限界と課題

今回の調査結果は回収率が低く偏りがあることは否めない。その原因として、今回の調査目的を達成するには、詳細な質問をせざるを得なかったため、質問量が比較的多くなったことが考えられる。このことから、回答者が全体的にサービスの質改善に意欲的な GH (あるいは、問題を抱えており、何かしらの解決策をさぐっている GH)が多い、などデータの代表性に問題があることに留意しなければならない。そのため、今後は調査内容の厳選が必要であると考えられる。

そして、記録に対する問題の原因や、家族との情報共有に影響を与える要因などを把握し、解決策に反映させることが課題である。

1. 6 結論

(1) 利用者の高齢化や重度化は避けられず、スタッフの無資格者の存在や、当該 GH での経験年数が 3 年以下であった者が約 8 割であったこと、また、スタッフ間での情報共有がよく出来ていると認識している施設が 2 割強しか認められなかったことから、確実な情報共有の必要性が求められる。

(2) 記録の書き方として、(状態とケアと結果)を常に記録しているのは 6 割強であり、記録をケアに常に活用しているのは 6 割強であった。ケアプランに沿った記録に至っては、常に記録しているのは約 4 割しかなく、記録本来の目的から考えると問題があると

捉えられる。具体的な問題やあるべき記録には、時間、書き方や内容、形式、活用、スタッフの個人差、訓練・指導・学習会・研修、管理について様々な問題が挙げられていた。

- (3) 家族との情報共有手段は確保されているが、情報共有が出来ているという認識が低く、家族側の問題と GH 側の体制の問題が挙げられた。そして、他機関との情報共有手段は、電話や訪問時など口頭が多かったため、複数の疾患を有するという高齢者の特徴を踏まえ、多機関が必要な情報を共通把握できるような取組みの必要性が考えられた。
- (4) 次章で報告する、情報共有システム構築のための情報共有項目の検討を行った。その結果、次の①～③の3種類の記録を基盤に情報共有項目を決定した。

- ① 利用者の食事摂取量・排泄回数・睡眠状態・バイタルサインなどの日常生活の状態を把握し、入浴や口腔ケアや与薬などのケアの実践を記録するもの
- ② ①で日常生活の状態に変化(問題)が生じた場合の問題解決のために、利用者の(状態)、(ケア)、(結果)を記録するもの
- ③ 利用者が笑顔になるなどの良い状態になった時の状況を記録するもの

- (5) ケアの統一性や継続性を図り、利用者へ質の高いケアを提供するための一手段として IT の活用の有効性が示唆された。ただし、記録方法・内容の統一や有効な情報共有、容易に検索できること、蓄積された情報を客観的に分析できることの利点を活かすと共に、経済的問題や情報リテラシーの問題への対策を検討する必要がある。

<文献>

1. 朝田隆 (2003). 老年期痴呆と家族；過去と現在, 精神科治療学, 18(5), 557-562.
2. 土井由利子, 尾方克巳 (2000). 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究, 日本公衛誌, 47(1), 32-46.
3. 藤本直規 (2000). 痴呆患者に対する治療とケア—介護者支援の視点を入れて—, 日本老年医学雑誌, 37(8), 575-583.
4. ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会 (2004). 2004年改訂版 ホームヘルパー養成研修テキスト②級課程 第4巻 実技・実習, 2004年改訂版, 東京, 長寿社会開発センター.
5. 本間昭 (2003). 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状, 老年精神医学雑誌, 14(5), 573-591.
6. 一宮厚, 井形るり子, 尾籠晃司, 井形朋英 (2001). 在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感と QOL, 老年精神医学雑誌, 12(10), 1159-1167.
7. John N.Morris, 池上直己 et 編著, 池上直己訳 (1999). 日本語版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル, 東京, 医学書院.
8. 鎌田ケイ子編著(1999a). 在宅用フローチャート式ケアプランの立て方, 東京, 高齢者ケア出版.
9. 鎌田ケイ子編著(1999b). 施設用フローチャート式ケアプランの立て方, 東京, 高齢者ケア出版.
10. 北岡(東口)和代, 木場清子, 栗田いね子 (2001). オーダリングシステムと病院スタッフのメンタルヘルス, 北陸公衆衛生学会誌, 27(2), 89-94.
11. 小関祐二, 長谷川浩子, 松永佳子 (2004). グループホームにおけるコンピュータを活用した利用者処遇情報の共有とその効果, 日本痴呆ケア学会誌, 3(2), 203-213.
12. 厚生労働省大臣官房統計情報部編 (2003). 平成 15 年介護サービス施設・事業所調査, 厚生統計協会.
13. 厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議資料」:
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/80A59715B386E44249256FAC001CF2CE?OpenDocument>, (2005).
14. 厚生労働省「介護保険平成 17 年 10 月改定関係通知 平成 17 年 9 月 7 日発出分」:
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/09/tp0907-1.html>, (2005).
15. 厚生労働省編 (2005). 平成 17 年度厚生労働白書, 東京, ぎょうせい.
16. 前田修子, 水島ゆかり, 斎藤好子 (2004). 在宅痴呆性高齢者の介護者の悩みと希望する支援の日英比較, 日本在宅ケア学会誌, 7(2), 34-42.
17. 松田修 (2004). お年寄りと家族のためのソーシャルスキル, 東京, サイエンス社.
18. 日本看護協会「看護記録の開示に関するガイドライン」:
<http://www.nurse.or.jp/jna/report/kaiji-guideline/>, (2000/5).
19. 日本痴呆ケア学会 (2004). 痴呆ケア標準テキスト 痴呆ケアの実際Ⅱ：各論, 東京, ワールドプランニング.
20. 社会福祉法人全国社会福祉協議会 (1998). 特別養護老人ホームにおける自立に向

けた介護展開手順の手引き Part2 入浴・痴呆編，東京，社会福祉法人全国社会福祉協議会。

- 2 1. 社団法人日本社会福祉士会編（1998）. ケアマネジメント実践記録様式ハンドブックー利用者主体の専門的ケアマネジメントをめざして，東京，中央法規出版.
- 2 2. 特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会（2004）. グループホームの手引き，東京，ワールドプランニング.
- 2 3. 富川雅美（2005）よくわかる介護記録の書き方，東京，メヂカルフレンド社.
- 2 4. 財団法人安田生命社会事業団・特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会（2002）. 痴呆ケアの新しい展開，安田生命社会事業団.

2. 情報共有システムの構築・運用

2. 1 目的

本章では、前章の実態調査を基に、GHにおける利用者に関するケア情報をスタッフ、家族、訪問歯科医間で効率的に共有するシステムを構築、運用することによって、①スタッフのケアの質やシステムの利便性などの認識、②家族の安心感などの認識、③利用者のQOL、についてシステム運用前後の変化を明らかにする。また、④訪問歯科医との情報共有の検討を試みることを目的とした。

2. 2 研究方法

(1) 対象

広島県のグループホームAにおいて、システム運用前後で継続勤務している、スタッフ(管理者含む)8名、利用者8名、家族6名、訪問歯科医1名を対象とした。

(2) 期間

2005年1月下旬から2005年8月上旬に調査を実施した。なお、構築したシステムは2006年2月から7月まで運用した。

(3) 調査方法

システム運用前後にインタビューまたはアンケート調査を実施した。

スタッフに対しては、システム運用前後で合計2回実施した。インタビューは、グループホームA内にある事務所で行い、一人当たりの所要時間は30分程度である。調査内容は、ケアの統一性や継続性、システムの利便性などであり、調査回答は、「とてもよくあてはまる」から「全くあてはまらない」の5段階で点数化して評価した。得点が高いほど良い状態を示している。

利用者の家族に対しては、システム運用前と運用後3回の合計4回実施した。インタビューはグループホームA内にある事務所または、家族の自宅や職場で行い、一人当たりの所要時間は30分程度である。調査内容は、利用者に関する情報量の変化、スタッフへの思い、利用者の変化などであり、調査回答は6段階で評価した。

利用者に対しては、システム運用前と運用後4回の合計5回、既に信頼性と妥当性が得られている、鎌田ら(2001)による、認知症高齢者を対象とした生活の質尺度(QOL-D)を用い、スタッフ1名が評価した。このスケールは、認知症高齢者のQOLを包括的に測るため、米国でRabins,P.が作成したものを日本語版に翻訳し、日本の文化風土を反映できるように全24項目を設定し、得点が高いほどQOLが高いことを示している。このスケールは“対応困難行動のコントロール”、“周囲との生き生きとした交流”、“自分らしさの表現”の3領域に分類できる。QOL-Dは、看護やサービスプログラムなどの介入の評価を目的としており、「長年の歳月のなかで培われた自分らしさを保ちつつ、周囲の人々や環境との生き生きとした交流をもち、楽しく安心して日々の生活を送っている様子を、『高い生活の質』の状態とよぶ」と定義づけ、尺度開発の前提として次の3点を定めている(山

本ら, 2000)。

- ・痴呆性老人の QOL は、その日常生活における表情や行動から、本人に日常的に接している他者によって把握されうる。
- ・痴呆性老人の QOL は、本人の資質（痴呆の進行度、性格など）のみに左右されるものではなく、本人のおかれた物理的環境や人々との相互作用の結果として表情や行動に現れ、それが他者によって認識されうる。
- ・痴呆性老人の QOL は痴呆症の進行や自立度の低下により損なわれる部分があるものの高度に進行した痴呆をもつ場合にもある程度の QOL を保つことがありうる。

訪問歯科医については、システム運用後に利用状況の検討および訪問歯科医に電子メールによって聞き取り調査を行った。

(4) システムの構築と運用

小規模施設においては、可能な限り導入費用が安く、専門知識を必要とせず、施設内でも DB システムの構築と運用が可能なシステムが望まれる。そこで、DB 用のソフトウェアには、商用（サイボウズ社）で、ASP（Application Service Provider）型の Web ベースのソフトウェア（以下、DB ソフトとする）を使用した。選定理由は、筆者に使用経験があり、比較的簡単に DB システムが構築できる必要があったからである。なお、同種の DB ソフトの中から比較検討したものではないため、特定業者の DB ソフトを推奨しているのではないことを予め付記しておく。

システムは、インターネット上に設置した Web サーバと、インターネットに接続された GH や家庭等のクライアント PC によって構成される。クライアント PC は、Web ブラウザを搭載した Windows あるいは Macintosh の PC を想定した（図 1）。

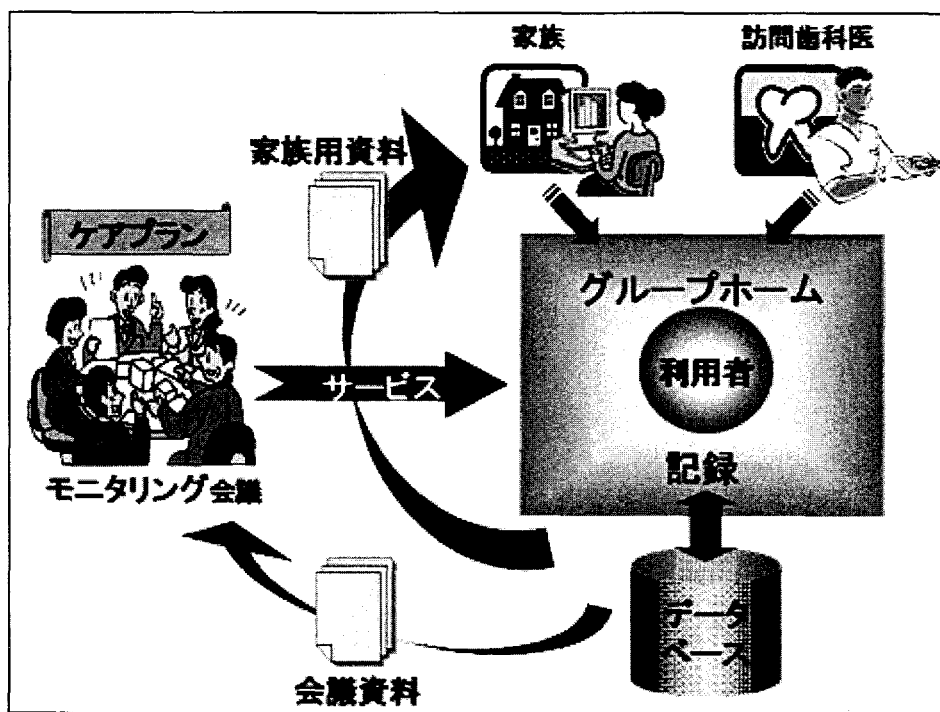


図 1 システム概要図

① データベースファイルとアクセス管理

DBファイルは、前章で検討した表8の、<1>“日常生活記録”、<2>“24時間排泄記録”、<3>“良いこと記録”、<4>“ケアシート”、の4種類の記録用紙を基に入出力設計を行った。データ入力、まとまった時間が取りやすい夜勤スタッフが行った。1名の家族用には、<1>～<4>から該当利用者のデータのみを抽出し、その家族のみに閲覧可能とした。また、<1>から口腔データのみを抽出し、訪問歯科医が閲覧可能とした。訪問歯科医はこのファイルを基に口腔ケアの指導内容を入力し、GHとの情報交換を行った。

前章の表8以外に、スタッフのPC操作とWeb操作の練習を兼ね、それまで手書きであったGH経営者への業務報告書を、“日報”としてシステムに入力できるようにした。“日報”は、各スタッフに対してGH経営者からのコメントが返されるため、スタッフ本人の“日報”のみが参照可能とした。各DBファイルのアクセス権限の一覧を表1に示す。

表1 DBファイルへのアクセス権限

DBファイル名	GH経営者	スタッフ (夜勤)	スタッフ (夜勤以外)	訪問歯科医
<1> 日常生活記録	入力, 検索	入力, 検索	検索	
<2> 24時間排泄記録	入力, 検索	入力, 検索	検索	
<3> 良いこと記録	入力, 検索	入力, 検索	検索	
<4> ケアシート	入力, 検索	入力, 検索	検索	
<5> 口腔ケア指導	入力, 検索	検索	検索	入力, 検索

② 入出力画面

画面例として、<4>の入力画面と<3>の検索画面を、それぞれ図2、図3に示す。その他のファイルについても操作はほぼ同様である。<1>、<2>の入力画面では、マウスによる項目選択あるいはキーボードからの数値入力のみであるが、<3>、<4>では、項目選択と文字入力が必要である。

図2 “ケアシート” <4>の入力画面

お名前	日付	時刻	良いこと	内容	勤務	スタッフ
	2006/2/9	10:40	その他	味さき。	勤	
	2006/2/9	18:40	片付け	テーブルを拭いていただく。	勤	
	2006/2/9	11:00	調理	山芋を混ぜる。	勤	
	2006/2/9	15:50	体操	NHKの体操を見て。	勤	
	2006/2/9	16:00	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	歌を歌うと笑顔で参加。	勤	
	2006/2/9	10:30	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	歌を歌う。	勤	
	2006/2/9	19:00	会話	テレビを見ながら。	勤	
	2006/2/9	14:30	会話	おやつを食べながら。	勤	
	2006/2/9	16:00	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	みんなの歌に合わせて手拍子。	勤	
	2006/2/9	10:30	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	歌を歌う。	勤	
	2006/2/9	13:20	会話	耳かきをしながら。	勤	
	2006/2/9	15:50	体操	NHKの体操を見て。	勤	
	2006/2/9	16:00	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	歌を歌うと手拍子。	勤	
	2006/2/9	10:30	音楽(歌う、カラオケ、鑑賞)	歌を歌う。	勤	
	2006/2/9	14:00	会話	岩国や島根のこと。	勤	

図3 “良いこと記録” <3>の検索画面

③ 運用内容

具体的な運用は、次の手順で行った。

- ・手書きで記入した<1>～<4>の記録用紙を基に、夜勤スタッフがデータ入力する。
- ・必要な情報を検索し、活用する（スタッフ、家族、訪問歯科医）。
- ・システムから毎月のモニタリング会議用のモニタリング会議資料を作成する（スタッフ）。
- ・担当する利用者の状況を担当グループ内で分析し、モニタリング会議で報告および協議する。その結果は翌月のケアプランに反映する。
- ・システムから利用者ごとの毎月のケア記録をまとめた資料（以下、家族用資料とする）を作成し、家族に送付する（スタッフ）。

④ セキュリティ

インターネットからシステムへの不正なアクセスを防止するためセキュリティ対策を講じた。まず、ソフトウェアとしての Web サーバが有する機能を利用し、アクセス元の IP アドレスによる外部からのアクセス制限を行った。また、接続用の ID とパスワードによる認証を行った。なお、この接続用 ID は発信元ごとに異なる ID を発行した。認証をパスすると、DB ソフトが有する機能により、登録ユーザの ID とパスワードによる個人認証を行う。以上の手順を踏むことで、はじめてシステムが利用できるようにした。

(5) 分析方法

アンケートデータは、SPSS11.0J for Windows を用いて集計分析した。なお、有意水準は 5%とした。インタビュー調査は、意味内容を読み取り類似性を考慮して内容を分析し、カテゴリー化した。

(6) 倫理的配慮

システム全体については、研究着手前にスタッフ全員に研究の主旨を口頭で説明し、研究目的の理解を得て、インタビューの協力を得た。次に、家族に対して、施設責任者から事前に本研究の主旨を口頭で説明し、インタビュー協力を得た後、研究者が文章にて研究への同意の依頼を行った。訪問歯科医に対しては、施設責任者が口頭および文書で説明をし、同意を得た。得られたデータは本研究以外の目的で使用しないこと、また、得られたデータは論文発表や記録物として残るが、プライバシーに関する個人情報は必ず保護すること、中断を希望するときにはすぐに中断できることを説明し、対象者が不利益を被ることがないように配慮した。

2. 3 結果

2. 3. 1 スタッフの意識

(1) スタッフの属性

8名のスタッフの属性を表2に示す。各スタッフの1ヶ月間のGHでの勤務日数において、スタッフGとスタッフHはシステム運用期間中に勤務日数が減少していた。スタッフD、スタッフF、スタッフHは、勤務帯にばらつきがあり、その他のスタッフは固定された勤務帯で働いていた。

表2 スタッフの属性

スタッフ	年齢	GH経験年数	職種	他施設経験年数	GHでの勤務日数					
					3月	4月	5月	6月	7月	8月
A	60代	2年～3年	ヘルパー	なし	13	14	18	16	14	12
B	60代	3年～4年	ヘルパー	7年	7	10	9	11	9	11
C	50代	1年～2年	ヘルパー	なし	12	11	6	7	7	10
D	50代	3年～4年	ヘルパー	6年	20	21	20	21	20	22
E	50代	3年～4年	ヘルパー	なし	11	13	12	13	11	11
F	30代	2年～3年	看護師	11年	15	17	15	19	20	18
G	30代	半年以下	ヘルパー	1ヶ月	11	18	21	18	11	13
H	20代	半年～1年	ヘルパー	なし	12	14	8	10	4	4

(2) ケアの現状

現在、ケアで困っていることがあるかの質問に対して、運用前は、「まあまああてはまる」が4名、「どちらともいえない」が3名、「あてはまらない」が1名であった。

(3) ケアの統一性

ケアの統一性については、インタビュー対象の全スタッフがシステム運用前より運用後の方が図られていると回答していた。

① 利用者にとって必要なケアの把握と実施

利用者にとって必要なケアの把握（スタッフ個人として）について、システム運用前の平均値は 3.5、後は 4.3 であった。同様に、必要なケアの把握（スタッフ全体として）について、システム運用前の平均値は 3.3、後が 4.4 であった。また、必要なケアの実施（スタッフ全体として）について、システム運用前の平均値は 3.6、後が 4.4 であった（図 4）。

a. 必要なケアの把握（スタッフ個人として）

システム運用前は「どちらともいえない」との回答が 5 名であったが、運用後は 0 名であり、インタビュー対象の全スタッフが、ケアの把握が「出来ている」、「まあまあ出来ている」と回答していた。具体的には、『“良いこと記録”により利用者の好きなことが前よりわかる』、『利用者に必要なケアが見えてきた』、などが挙げられた。

b. 必要なケアの把握（スタッフ全体として）

システム運用前後を比較すると、「とても把握出来ている」と回答した者は 0 名が 3 名へ、「どちらともいえない」と回答した者は 2 名が 0 名になっていた。運用前のインタビューでは、『自分より経験が豊富である』、『(出来ている人と出来ていない人との間に) 年齢差がある』、『(他のスタッフに) 説明しても通じない (理解してもらえない)』、と個人の経歴に関するものが挙げられたが、運用後では、『新人もそれなりによくやっている』、『(会議で) 定期的に記録することの必要性を説明されたから (記録を活用して把握している)』、との意見が挙げられた。その一方で、運用後の管理者からのインタビューで『スタッフ (の経験年数) が長くなり、ケアがスタッフ (の行動や考え) 中心になっている』とのマイナスの意見も挙げられた。

c. 全利用者に必要な具体的なケアの把握

さらに、全利用者において具体的に、優先度の高いケアについて質問した。システム運用前では、『不安定、不機嫌になる』、『排泄パターンが一定でない』、などの“利用者の状態”または、『一人にしない』、『歌をうたう』、『トイレ誘導』、などの“ケア”の、いずれか一方について多く聞かれた。スタッフ G は、1 名の利用者において、『どう対応したらよいかわからない』と回答していた。

一方、システム運用後に同様の質問を、ケアプランに挙げている内容をイメージしながら回答を依頼した。インタビュー対象の全スタッフから、“ニーズ (課題)” または “ケア目標” のどちらか一方と具体的な “ケア” を対応させた回答が得られた。スタッフ E においては、システム運用前と運用後に各 1 名の利用者について、『特別なケアはない』と回答していた。また、7 名のスタッフにおいて、3 名の利用者に関するケアの方向性が一致していた。

利用者別にみると、ある利用者において、システム運用前には、『特別なケアはない』と回答したスタッフが 2 名、利用者の状態のみを挙げたのが 2 名であった。しかし、システム運用後には、インタビュー対象の全スタッフが具体的なケアについて挙げていた。

d. 必要なケアの実施（スタッフ全体として）

システム運用前は「どちらともいえない」が 3 名、「まあまああてはまる」が 4 名であ

ったが、運用後は、インタビュー対象の全スタッフが「とてもあてはまる」、「まあまああてはまる」のいずれかを回答していた。運用前には、『わかっていてもしない』、『実施したいという気持ちはある』、『ケアプランの活用がされていない』などの意見が挙がっていた。

② 利用者の状態変化時の把握とケアの実施

利用者の状態の変化時の把握（スタッフ個人として）について、システム運用前の平均点は 3.8、後は 4.6 であった。同様に、状態の変化時の把握（スタッフ全体として）については、システム運用前の平均値は 3.4、後は 4.5 であった。また、状態の変化時の必要なケアの実施（スタッフ全体として）については、システム運用前の平均値は 3.5、後は 4.4 であった（図 4）。

a. 状態変化時の把握（スタッフ個人として）

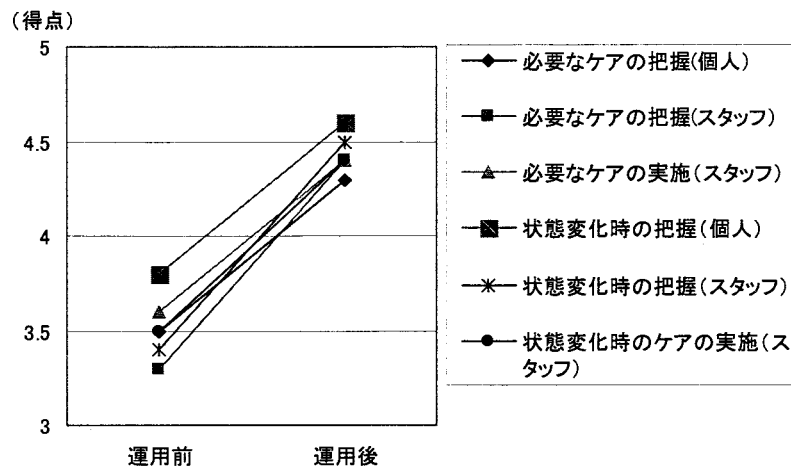
システム運用前後で比較すると、「とてもよくあてはまる」と回答した者は 0 名が 5 名に、「まあまああてはまる」と回答した者は 6 名が 3 名に、「どちらともいえない」と回答した者は 2 名が 0 名になっていた。運用前には、『他のスタッフに聞かないとわからないこともあった』との意見が挙がっていた。

b. 状態変化時の把握（スタッフ全体として）

システム運用前後で比較すると、「とてもよくあてはまる」と回答した者は 0 名が 5 名に、「まあまああてはまる」と回答した者は 4 名が 2 名に、「どちらともいえない」と回答した者は 2 名が 1 名に、「あまりあてはまらない」と回答した者は 1 名が 0 名になっていた。運用前には、『確実な申し送りが出来ていない』、『気づかない人がいる』、との意見が挙がっていた。

c. 状態変化時のケアの実施（スタッフ全体として）

システム運用前後で比較すると、「とてもよくあてはまる」と回答した者は 0 名が 4 名に、「まあまああてはまる」と回答した者は 5 名が 3 名に、「どちらともいえない」と回答した者は 2 名が 1 名に、「あまりあてはまらない」と回答した者は 1 名が 0 名になっていた。運用後に、「まあまああてはまる」と回答した者から、『モニタリング会議による効果である』との意見が挙がっていた。



(個人)とはインタビュー対象者個人に対する評価を示し、(スタッフ)とはスタッフ全体を含めた評価を示す。

図4 ケアの統一性の変化

(4) ケアの継続性

ケアの継続性については、1名のスタッフを除く7名のスタッフがシステム運用前より運用後の方が図れていると回答していた。

① 利用者にとって必要なケアの継続

利用者にとって必要なケアの継続(スタッフ個人として)について、システム運用前の平均値は3.8、後は4.4であった。同様に、必要なケアの継続(スタッフ全体として)について、システム運用前の平均値は3.3、後が3.9であった(図5)。

a. 必要なケアの継続(スタッフ個人として)

システム運用前後で比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は0名が5名に、「まあまああてはまる」と回答した者は6名が2名に、「どちらともいえない」と回答した者は2名が0名に、「あまりあてはまらない」と回答した者は0名が1名になっていた。運用前には、『危険のない利用者は後回しになっている』、『心がけてはいる』、との意見が挙げられた。「あまりあてはまらない」と回答した1名は管理者であり、『ある利用者さんの(認知症の)進行に伴い、他の利用者へのケアが手薄になっている』との意見が挙げられた。

b. 必要なケアの継続(スタッフ全体として)

システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は0名が1名に、「まあまああてはまる」と回答した者は3名が5名に、「どちらともいえない」と回答した者は3名が0名に、「あまりあてはまらない」と回答した者は1名が1名になっていた。運用前に「どちらともいえない」と回答した者から『自分(スタッフ)で思考錯誤する』、「あまりあてはまらない」と回答した者から『(ケア)が後回しになる』、との意見が挙げられた。運用後では、「まあまああてはまる」と回答した者から『“ケアシート”をケアの参考にしている』、『(スタッフが)一丸となって(ケア)やっている』、との肯定的な意見と、『記録がない。(ケアを)やっていると書かないのか、(ケアを)やっていないのか(わからない)』、

『心がけてはいるが出来ていないときもある』、との反省の意見も挙げた。「あまりあてはまらない」と回答した者から『スタッフが慣れすぎて、いい加減になっている』との意見が挙がり、システム運用前後で全スタッフのケアの継続性が低下したとの認識を示したのは、管理者であった。

② 利用者の状態変化時のケアの継続

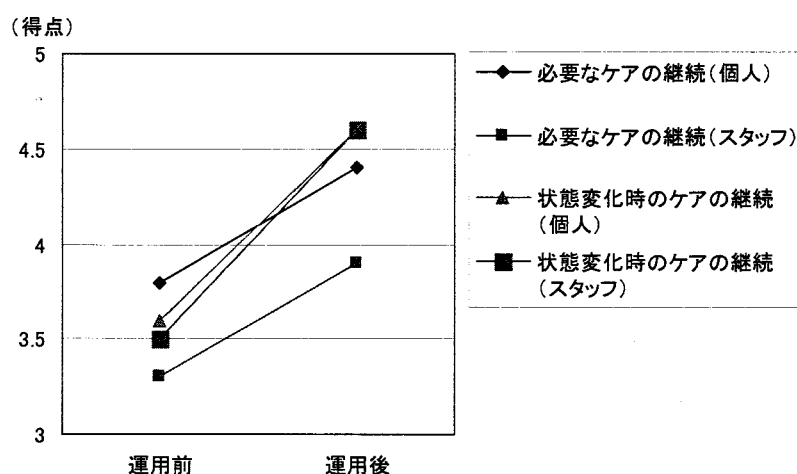
利用者の状態の変化時のケアの継続（スタッフ個人として）について、システム運用前の平均点は 3.6、後は 4.6 であった。同様に、状態の変化時のケアの継続（スタッフ全体として）については、システム運用前の平均値は 3.5、後は 4.6 であった（図 5）。

a. 状態変化時のケアの継続（スタッフ個人として）

システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は 1 名が 6 名に、「まあまああてはまる」と回答した者は 3 名が 1 名に、「どちらともいえない」と回答した者は 4 名が 1 名になっていた。システム運用後の「とてもあてはまる」と回答した者から、『モニタリング会議のおかげである』との意見が挙がっていた。

b. 状態変化時のケアの継続（スタッフ全体として）

システム運用前後で比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は 0 名が 6 名に、「まあまああてはまる」と回答した者は 5 名が 1 名に、「どちらともいえない」と回答した者は 2 名が 1 名に、「あまりあてはまらない」と回答した者は 1 名が 0 名になっていた。



(個人)とはインタビュー対象者個人に対する評価を示し、(スタッフ)とはスタッフ全体を含めた評価を示す。

図 5 ケアの継続性の変化

(5) 記録の活用

記録の活用状況について、システム運用前と比較し、運用後で活用状況が悪化したと回答した者はいなかった。

利用者に関する記録の活用が出来ているかについて、システム運用前の平均値は 3.8、後は 4.4 であった（図 6）。システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答

した者は1名が3名に、「まあまああてはまる」と回答した者は4名が5名に、「どちらともいえない」と回答した者は3名が0名になっていた。運用前には、回答の選択肢に関わらず、『(特定の記録物を) 見ている』、『ケア会議で活用しているのではないかと思う』、との肯定的な意見の一方、『ケアプランの反映は管理者がしている』、『“ケアシート”は見ない、ほとんど書いていない』、『ケアの根拠としては活用していない』、『記録を見る意識が低い人は低い』、『活用できるもの(記録)が活用されていない』、との反省の意見も挙がっていた。肯定的な意見も反省点の意見もほぼ同様の比率で挙がっていた。しかし、運用後には、「とてもあてはまる」と回答した者からは『前よりは(活用する頻度)が増えている』との肯定的な意見が多く、「まあまああてはまる」と回答した者からは『状況によって見る』との反省点が挙がった。

次に、具体的に記録をどのように活用しているのか変化を調べた。図6に示す通り、利用者の状態把握のためについては、システム運用前の平均値は4.3、後は4.8であり、運用前は「とてもあてはまる」と回答した者は2名が6名、「まあまああてはまる」と回答した者は6名が2名になっていた。

自己のケア実施の参考については、システム運用前の平均値は4.1、後は4.7であり、システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は2名が5名に、「まあまああてはまる」と回答した者は5名が2名に、「どちらでもない」と回答した者は1名が0名になっていた。

ケア会議の資料として活用しているかについて、システム運用前の平均値は3.3、後は4.9であり、システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は1名が7名に、「まあまああてはまる」と回答した者は3名が1名に、「どちらともいえない」と回答した者は2名が0名に、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」と回答したそれぞれ1名は0名になっていた。システム運用前は、『活用しているのではないかと思う』との意見があり、スタッフは活用状況をあまり把握していない様子が窺え、システム運用後の「まあまああてはまる」と回答した者からは、『時間がなく、必要な部分のみの活用で全部を活用しきれしていない』との意見が挙がった。

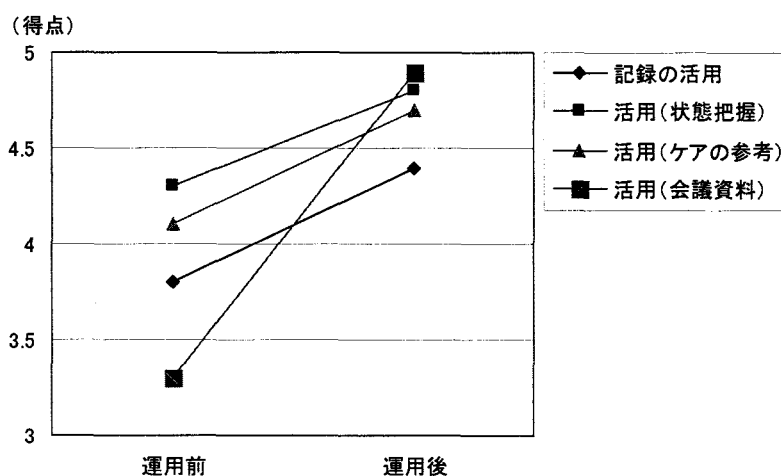


図6 記録の活用の変化

(6) システム運用後の感想

① スタッフの情報リテラシー

PC の経験状況について、何らかの操作の経験があった者は 7 名、全く経験のなかった者が 1 名であった。経験のある 7 名のうち、4 名は過去に PC の活用歴があり、3 名は現在も活用していた。その詳細は、数年のワープロ使用歴がある者、過去に一時的に PC を使用したことがある者、インターネットやゲームなどで使用している者であった。

また、携帯電話でのメールの使用状況については、使用している者が 5 名、使用していたが今は殆ど使用していない者が 2 名、使用したことがない者が 1 名であった。

② データベースの操作性

運用後に、DB の操作性が良いかについて質問した結果、「とてもあてはまる」は 2 名、「まあまああてはまる」は 4 名、「あまりあてはまらない」が 1 名、「わからない」が 1 名であった。「まあまああてはまる」と「あまりあてはまらない」と回答した者からは、『練習をすれば見れるようになると思う』という個人の操作能力についての課題や、DB の形式の課題が挙がっていた。「わからない」と回答した者は PC から記録を閲覧していた頻度が少なかった。

③ 取り組みによる効果

システム運用後に良かったと思うことについて質問した結果、次の 7 項目が挙げられた。具体的には、“客観的な情報から分析できる”、“ケアの参考になる”、“利用者の状態を把握しやすい”、“モニタリング会議が良い”、“ケアの統一につながる”、“利用者との距離が縮まった”、“記録が書きやすく読みやすくなった”、が挙げられた。

“モニタリング会議が良い”の項目については、『他スタッフが行っているケアや考えを話し合える』、『自己の学習の機会にもなる』、『ケアプランに反映できる』、などの意見が挙がっていた。

④ 問題

システム運用に際して困難だったことや課題について質問した結果、次の 5 項目が挙げられた。“PC に慣れるまでの困難さ”、“DB の形式や記録方法の困難さ”、“勤務中に記録できない、PC を見る時間がない”、“機械への苦手意識”、“エラー時などの対応困難”、が挙げられた。具体的な問題は、“PC に慣れるまでの困難さ”については、『慣れないから大変だった』、『入力に時間がかかる』、“DB の形式や記録方法の困難さ”については、『書式を工夫して欲しい』、『画面が見難かった』、『記載方法がスタッフによって異なる』、などの意見が挙がっていた。

今後に向けた課題として、“1 日の勤務者をモニタリングチームから各 1 名ずつ配置できればよい”、“PC を見る時間の確保の工夫”、“PC の基本操作のレジメがあるとよい”、“モニタリング会議のあり方”、の 4 項目が挙げられた。“モニタリング会議のあり方”については、『変化の著しい利用者のみ検討する』、『スタッフの会議出席率の確保と担当者への負担の偏りを防ぐために、利用者全員を検討する』、との意見が挙がっていた。

(7) 利用者の口腔状態

利用者の口腔の状態についてよいと思うかの質問に、システム運用前後を比較すると、「とてもあてはまる」と回答した者は3名が6名に、「まあまああてはまる」と回答した者は2名が2名に、「どちらともいえない」と回答した者は2名が0名になっていた。

(8) 家族における変化

システム運用前後で、家族から利用者について尋ねられることや関心度の変化があったかの質問に、システム運用前は“利用者の状態についての質問がある”が4名、“ケアや利用者の日常生活に関する質問はない”が3名であった。システム運用後は、“変化なし”が3名、“毎月の資料（家族用資料）により安心や喜びがある”が2名、などの意見が挙げられた。

家族の利用者に対する関心度については、システム運用前後で“変化は見られない”との回答であった。

ケアプランへの家族からの意見があるかについて管理者に質問したところ、システム運用前後において要望はなく、変化はないとのことであった。

2.3.2 家族の認識

システム運用期間中のアンケート調査の回収は、システム運用前と運用後4回目は6名、運用後1回目は5名、運用後2回目は4名であった。

家族6名のうち、1名は利用者に関する情報を自宅のPCからインターネットを介してシステムにアクセスして閲覧し、5名は利用者に関する情報をスタッフが毎月1回まとめた家族用資料を作成し送付した。

以下、システム運用前後について調査結果を報告する。なお、運用後については、2つの情報提供手段別にまとめる。

(1) 家族の属性

家族の属性については、表3に示す。

表3 家族の属性

家族	性別	年齢	仕事の有無	面会状況 (5ヶ月間合計)	情報提供手段
A	女性	40代	あり	1回(5日)	PC
B	女性	50代	なし	12回	資料
C	男性	60代	あり	15回	資料
D	男性	70代	なし	0回	資料
E	女性	30代	あり	1回	資料
F	女性	40代	あり	9回	資料

PC; 自宅PCからインターネットを介して情報を閲覧する。

資料; 月1回、利用者に関する情報をまとめた家族用資料を閲覧する。

(2) 運用前の家族の思い

① 利用者に対する把握状況や思い

a. 利用者のグループホームでの生活に関する情報量

利用者の GH での生活について、「とてもよく知っている」が家族 C、「まあまあ知っている」が 4 名、「あまり知らない」が家族 D であった。「とてもよく知っている」と回答した家族 C は、システム運用の 5 ヶ月間に 15 回の面会を行っており、『利用者の状態をよく把握している』とあった。「まあまあ知っている」と回答した 4 名の家族は、『毎日面会に行っていないため、すべてを把握することは困難である。特別なことがあったら GH から電話がある』とあった。「あまり知らない」と回答した家族 D は、年に 1 回の面会頻度であり、システム運用期間中の 5 ヶ月間に面会はなかった。

b. 利用者のグループホームでの生活に関して知りたい情報および手段

利用者の GH での生活について知りたい情報に、“夜間の状況”、“健康状態(身体的・精神的)”、“ケア内容”が挙がり、“現状でよい”、との意見も 3 名から挙げられた。ここで挙げられた、現状とは、利用者の健康状態の変化時に GH から連絡があることや、受診した結果と 1 ヶ月間の利用者の生活の様子を数行で要約したものを A4 版 1 枚にまとめた資料を毎月送付されることを指している。

知りたい手段は、「面会」が 3 名、「電話」が 3 名、「手紙」が 2 名、その他に『写真やメール』との意見もあった。手紙の活用は、もともと手紙を送る習慣のあった家族からの意見であり、その他の家族からは兄弟に対してあったらよいとの意見であった。写真の活用はどこかへ行った時の様子について、メールの活用は兄弟に対してあったらよいとの意見であった。

しかし、写真、手紙、メールは作成の手間がかかるため、スタッフの負担を懸念する意見があった。

c. 利用者への思い (表 4)

ケアプランについて GH と話し合いながら利用者へのケアを共に考えているか (“ケアプラン作成・修正への意見交換”) について、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」が 4 名、「あまりあてはまらない」が家族 E、「よくわからない」が家族 D であった。

具体的には、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」と回答した家族から、『家族以上に理解しているため意見を言う必要もない』、『話をする場がない』、『誰に相談してよいかわからない』、との意見があった。「あまりあてはまらない」と回答した家族 E から、『(家族が) 面会に行く頻度が少ないため話し合えないのではないだろうか』とあった。「わからない」と回答した家族 D から、『家族が意見を出すとかえって足手まといになる』と必要性がないとの意見であった。

日常的に利用者のことを話題にすることがあるか (“利用者のことを話題にする頻度”) について、「とてもあてはまる (とても話す) ～まあまああてはまる (まあまあ話す)」が 4 名、「あまりあてはまらない (あまり話さない) ～あてはまらない (話さない)」が家族 D と家族 E であった。

普段の生活の中で利用者のことをふと想うことがあるか (“利用者のことをふと想う頻

度”)について、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」が5名、「あてはまらない」が家族Dであった。

利用者への親しみ(“利用者への親しみ感”)について、「とてもあてはまる(とても親しみがある)」が5名、「わからない」が家族Dであった。

利用者との距離感(“利用者との距離感”)について、「とてもあてはまる(とても距離を感じる)」が家族Aと家族E、「どちらとも言えない」が家族F、「あまりあてはまらない(あまり距離を感じない)」が家族Bと家族C、「わからない」が家族Dであった。家族Aは県外に在住であり、家族Eは、利用者との関係性から面会が困難な状況であった。

表4 利用者への思い

	あ て は ま る	あ て は ま る ま あ ま あ	ど ち ら も い え な い	あ て は ま ら な い	あ て は ま ら な い	わ か ら な い
ケアプラン作成・修正への意見交換	2	2	0	1	0	1
利用者のことを話題にする頻度	1	3	0	1	1	0
利用者のことをふと想う頻度	1	4	0	0	1	0
利用者への親しみ感	5	0	0	0	1	0
利用者との距離感	2	0	1	2	0	1

② グループホームへの思い(表5)

GHのサービスの満足度(“GHのサービス満足度”)、スタッフへの信頼度(“スタッフへの信頼感”)、利用者がGHで生活することへの安心感(“利用者の生活への安心感”)について、全ての家族が「とてもあてはまる(とても満足している、とても信頼している、とても安心している)～まあまああてはまる(まあまあ満足している、まあまあ信頼している、まあまあ安心している)」と回答していた。

GHの雰囲気は気軽に行きやすいか(“気軽に行きやすい雰囲気”)については、「とてもあてはまる」が5名、「あまりあてはまらない」が家族Eであった。「あまりあてはまらない」と回答した家族Eは、『誰に話しかけてよいのかわからない。自分以外のあまり面会に来ない身内は特にわからない』との意見であった。また、「とてもあてはまる」と回答した家族からも、『2階、3階が上がりにくい。エレベータをつけたらよい』とのGHの設備に対する不便さの意見があった。

家族の意見を自由に伝えられる場があるか(“家族が自由に意見を言える場の設定”)、利用者の状態を詳しく教えてもらっているか(“利用者に関するGHからの情報提供”)、外出・外泊の前後の利用者の状況や関わり方についてGHと情報交換をすること(“外出・外泊時の情報交換”)については、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」との回答が主であった。「よくわからない」と回答した家族の利用者は外出・外泊がなかった。

スタッフは必要時に、利用者や家族との仲介役になってくれるか(“必要時、利用者や家

族の仲介役になってくれる”)について、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」が5名、「どちらとも言えない」が家族Eであった。

GHに対する家族の思いについて、全体的に良い回答が得られたことに対して、『(GHに)受け入れてもらい大変感謝しているため良い結果になっていると思う』、『とても感謝している』、『こういう(ターミナルも受け入れてくれる)GHが沢山できたらよいと思う。感謝している』、と感謝の意見が挙がっていた。

表5 GHへの思い

	あてはまる	まあまああてはまる	どちらでもない	あまりあてはまらない	あてはまらない	わからない
GHのサービス満足度	4	2	0	0	0	0
スタッフへの信頼感	5	1	0	0	0	0
利用者の生活への安心感	4	2	0	0	0	0
気軽に行きやすい雰囲気	5	0	0	1	0	0
家族が自由に意見を言える場の設定	4	1	0	0	0	1
利用者に関するGHからの情報提供	3	3	0	0	0	0
外出・外泊時の情報交換	1	3	0	0	0	2
必要時、利用者と家族の仲介役になってくれる	4	1	1	0	0	0

③ 利用者の生活に対する思い (表6)

可能なかぎり自分の力が発揮できるようにスタッフにできるだけ見守り支えながら生活しているか(“利用者の残存能力を出せている”)については、家族全員が「とてもあてはまる～まあまああてはまる」であった。家族Dと家族Eを除く4名の家族は、生活に安らぎがあり自由な暮らしをしているか(“安らかに自由にしている”)、安心して生き生きとした暮らしをしているか(“安心・生き生きとしている”)、家での暮らしや生き方を大切にしているか(“家での暮らしや生き方を大切にしている”)、大切な人とふれあったり色々な人と接しながら暮らしているか(“他者とのふれあいがある”)、についても、「とてもあてはまる～まあまああてはまる」であった。家族Dと家族Eは、「よくわからない」や、「あまりあてはまらない」との回答が部分的に認められた。「あまりあてはまらない」と回答した家族Eは、『本人にとって自由かどうかわからない、一番の希望は家で暮らしたいと思っていると思う』との意見であった。

表 6 利用者の生活に対する思い

	あてはまる	あてはまる とても	まあまあ あてはまる	どちらでもない	あてはまらない あまり	あてはまらない	わからない
利用者の残存能力を出せている	3	3	0	0	0	0	0
安らかに、自由にしている	3	2	1	0	0	0	0
安心・生き生きとしている	3	2	0	1	0	0	0
家での暮らしや生き方を大切にしている	1	4	0	0	0	0	1
他者とのふれあいがある	2	2	0	1	0	0	1

(3) 運用後の家族の思いの変化 (インターネットを介して閲覧した家族 A)

インターネットを介して利用者の情報を閲覧した家族 A からは、システム運用前と運用後 3 回目の回答が得られた。ほぼ全ての質問項目において、運用後に効果があったとの結果が得られた。

① 利用者に対する把握状況や思い

“利用者の GH での生活に関する情報量”、“利用者の GH での生活に関して知りたい情報”、“利用者への親しみ感”、に対する思いの変化について、「とても増えた」との回答が得られた。“ケアプラン作成・修正への意見交換”、“利用者のことを話題にする頻度”、“利用者のことをふと想う頻度”、“利用者との距離感”、に対する思いの変化については、「少し増えた (少しあてはまる、少し近くなった)」との回答であった (図 7)。

“利用者の GH での生活に関する情報量”としては、『健康状態、排便、食事量、どんなことをしているのかを知ることができた』との意見であった。また、“利用者の GH での生活に関して知りたい情報”は、『健康状態の経過』や『処置・対応が適切かどうか』等であった。

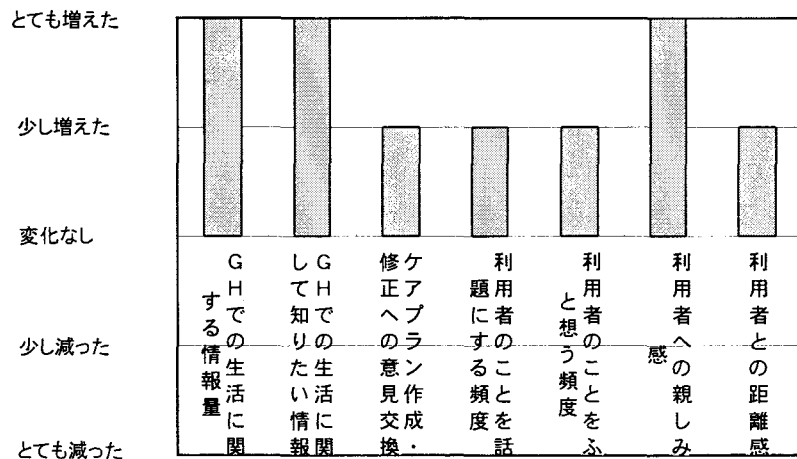


図 7 家族 A の利用者に対する把握状況や思い

② グループホームへの思い

“気軽に行きやすい雰囲気” に対する思いの変化について、「とても行きやすい」と回答しており、“GHのサービス満足度”、“スタッフへの信頼感”、“利用者の生活への安心感”、“必要時、利用者と家族の仲介役になってくれる”、“利用者に関するGHからの情報提供”に対する思いの変化については、「少し増えた（少し強くなった）」との回答であった（図8）。

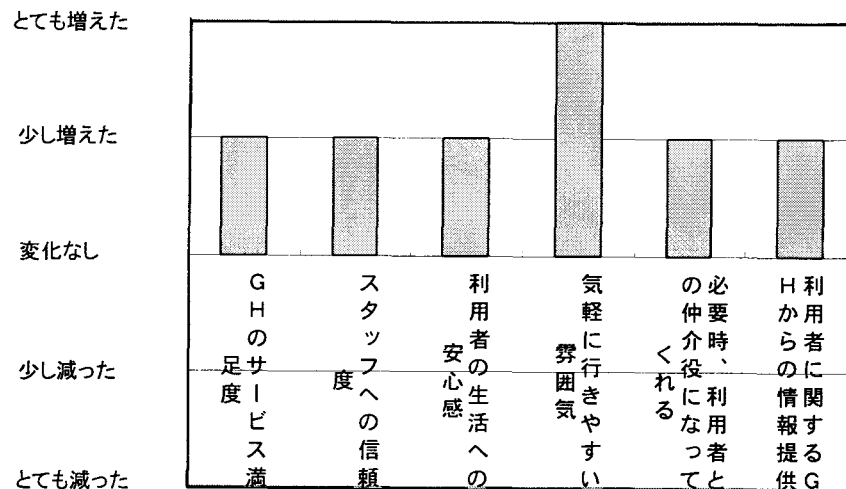


図8 家族Aのグループホームへの思い

③ 利用者の生活に対する思い

“安らかに、自由にしている”、“安心・生き生きとしている”、“家での暮らしや生き方を大切にしている”、“利用者の残存能力を出せている”、“他者とのふれあいがある”に対する思いの変化については、「少し強くなった」と回答しており、“他者とのふれあいがある”に対する思いの変化については、「変化なし」であった（図9）。

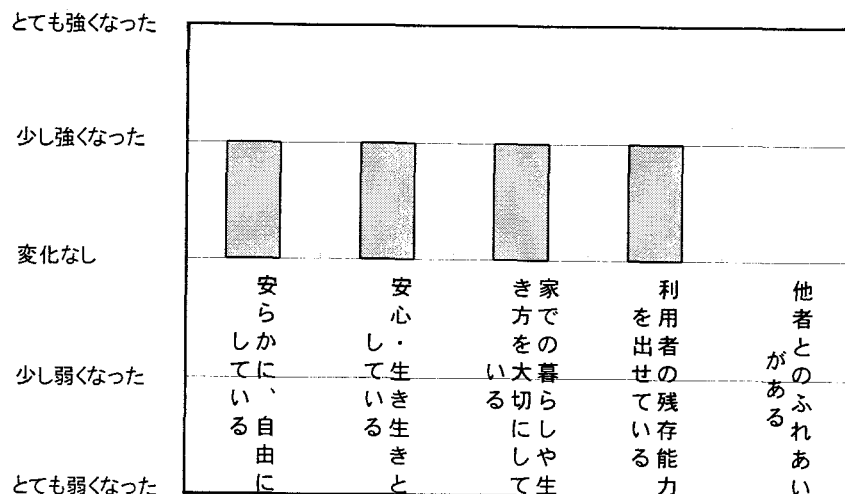


図9 家族Aの利用者の生活に対する思い

④ 運用のメリット、デメリット、課題

インターネットを介して利用者の情報を閲覧することのメリットについて、『排便状態など、GH から報告がないものまでわかる。詳しい情報が閲覧できるためスタッフとより具体的な意見交換ができるようになった』と回答しており、より詳細な情報が把握でき、スタッフとの意見交換にもつながっていた。デメリットには、『コンピュータで見ることによる安心感から電話の回数が減った』との意見であった。課題として、『将来的には見る側からの質問や意見交換ができるとよい』との意見であった。一方、システムのトラブル時の対応やスタッフのデータ入力についての問題も挙げた。

その他、『認知症を抱える家族としては預かってもらっているだけでありがたい気持ちです』、『適切な距離があることは必要だ』、『預けた側としては様子が知りたい』、との入所に対する気持ちも語られた。

(4) 運用後の家族の思いの変化（家族用資料を閲覧した家族）

① 利用者に対する把握状況や思い

利用者に対する把握状況や思いについて変化が見られた内容は、“利用者の GH での生活に関する情報量”、“利用者の GH での生活に関して知りたい情報”、“ケアプラン作成・修正への意見交換”、“利用者のことをふと想う頻度”、についてであり、いずれも効果が認められた。

一方、運用前後において変化が認められなかったものは、“利用者のことを話題にする頻度”、“利用者への親しみ感”、“利用者との距離感”、であった。

a. 利用者のグループホームでの生活に関する情報量

“利用者の GH での生活に関する情報量”に対する思いの変化についてのみ、全家族において、システム運用後に増えたとの回答が得られた。家族 C は、運用後 1 回目は「とても増えた」、運用後 2 回目、運用後 3 回目は「少し増えた」と回答していた。運用後 3 回目で家族 F が「とても増えた」、家族 D が運用前と「変化なし」、と回答していた（図 10）。

利用者の GH での生活に関して増えた情報は、“日常生活の様子”であった。具体的には、『今まではわからなかったですね。（今は）何をしているのがよくわかる』、『食事、良いこと、今日はこういうことをしたのだなとわかります』、『会いに行っただけでは断片的なので、細かいこともこんなことしたのだとわかります』、『どんなことに喜んでいるのか、食事の量がわかる。最初は白紙の状態からこういう形（家族用資料）になったので、強かった（とても増えたと感じた）ですけど、よく考えてみると 4 ヶ月位の間、特段増えているとは思いません。（スタッフが記録を）書くのが上手くなったのではないですか』、との意見があった。

変化がないと回答した家族 D はスタッフと会う機会が多く、『変わりありません。それより前から（本研究の取り組み以前から）良かった』との意見であった。

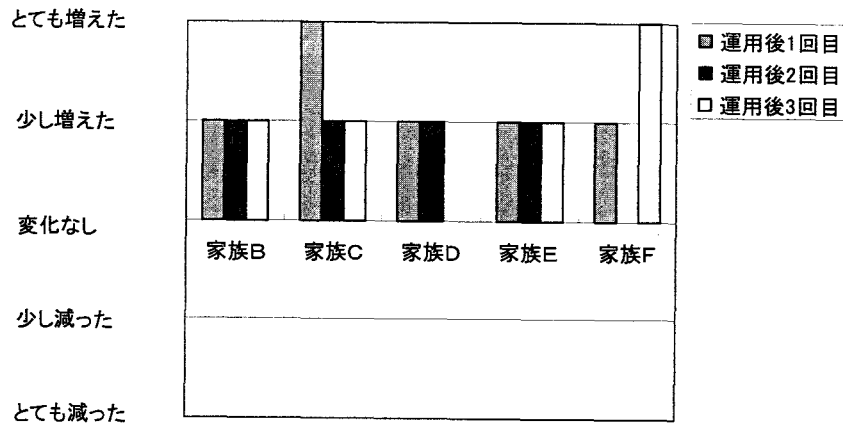


図 10 利用者の GH での生活に関する情報量

b. 利用者のグループホームでの生活に関して知りたい情報

“利用者の GH での生活に関して知りたい情報” に対する思いの変化は、運用後 1 回目、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに知りたい情報が「少し増えた」と回答したのは家族 C、運用後 2 回のみ知りたい情報が「少し増えた」と回答したのは家族 D、運用後 3 回目に知りたい情報が「少し増えた」と回答したのは家族 E、であった。変化が認められなかったのは家族 B と家族 F であった (図 11)。

具体的に知りたい情報として、『問題行動があったときは、どうかな (どういう状況か知りたい) 』、『どんなことに喜んでいるか』、『食事の量』、が挙げられた。

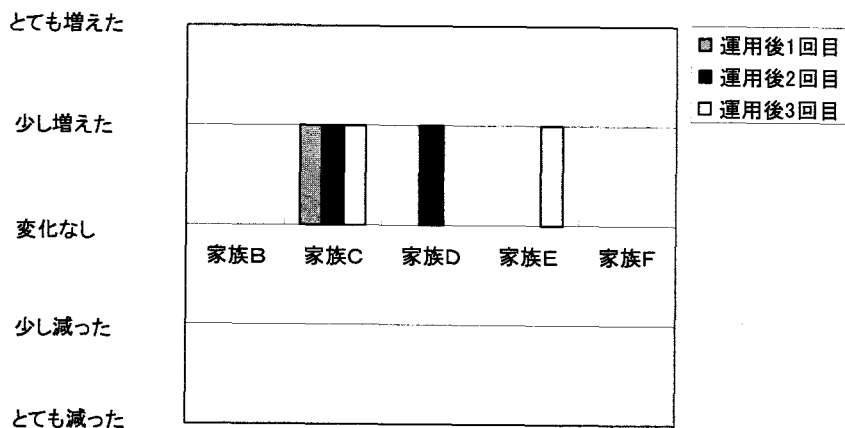


図 11 利用者の GH での生活に関して知りたい情報

c. ケアプラン作成・修正への意見交換

“ケアプラン作成・修正への意見交換” に対する思いの変化は、家族 B のみ運用後 2 回目、運用後 3 回目に「少しあてはまる (少し話し合うようになったことを示している)」との回答であり、残りの 4 名は変化が認められなかった (表 7)。

表 7 ケアプラン作成・修正への意見交換

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	欠損	少しあてはまる	少しあてはまる
家族C	変化なし	欠損	変化なし
家族D	欠損	欠損	変化なし
家族E	変化なし	欠損	変化なし
家族F	変化なし	欠損	変化なし

d. 利用者のことをふと想う頻度

“利用者のことをふと想う頻度” に対する思いの変化は、運用後 1 回目、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに「少し増えた」のは家族 C と家族 E、その他は「変化なし」であった（表 8）。

「少し増えた」と回答した家族 E の意見は、『これ（家族用資料）によってかどうかはわからない』であった。

表 8 利用者のことをふと想う頻度

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	変化なし	変化なし
家族C	少し増えた	少し増えた	少し増えた
家族D	変化なし	欠損	変化なし
家族E	少し増えた	少し増えた	少し増えた
家族F	変化なし	欠損	変化なし

② グループホームへの思い

GH への思いについて変化が見られた内容は、“GH のサービス満足度”、“スタッフへの信頼感”、“利用者に関する GH からの情報提供”、“外出・外泊時の情報交換”、についてであり、いずれも効果が認められた。

一方、運用前後において変化が認められなかったものは、“利用者の生活への安心感”、“気軽に行きやすい雰囲気”、“必要時、利用者と家族の仲介役になってくれる”、であった。“気軽に行きやすい雰囲気”に関しては、1 名の家族から、『この人に聞いてもいいのかどうか分からない。スタッフが変わるから。ボランティアとスタッフの違いがわからない』との意見も挙げた。

a. グループホームのサービス満足度

“GH のサービス満足度” に対する思いの変化は、運用後 1 回目、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに満足度が「少し増えた」のは家族 B であり、『資料（家族用資料）の効果により少し満足度が増えたことと関係している』との意見であった。残りの家族に変化は認められなかった（表 9）。

表 9 GHのサービス満足度

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	少し増えた	少し増えた	少し増えた
家族C	変化なし	変化なし	変化なし
家族D	変化なし	変化なし	変化なし
家族E	変化なし	変化なし	変化なし
家族F	変化なし	欠損	変化なし

b. スタッフへの信頼感

“スタッフへの信頼感” に対する思いの変化は、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに信頼感が「少し増えた」のは家族 B であり、『資料（家族用資料）の効果により少し信頼感が増えたことと関係している』との意見であった。残りは変化が認められなかった（表 10）。

表 10 スタッフへの信頼感

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	少し増えた	少し増えた
家族C	変化なし	変化なし	変化なし
家族D	変化なし	変化なし	変化なし
家族E	変化なし	変化なし	変化なし
家族F	変化なし	欠損	変化なし

c. 利用者に関するグループホームからの情報提供

“利用者に関する GH からの情報提供” に対する思いの変化は、運用後 1 回目、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに利用者の状態について詳しく教えてもらっているという思いが「とても強くなった」のは家族 E で、運用後 1 回目は「少し強くなり」、運用後 3 回目は「とても強くなった」のは家族 F、運用後 2 回目と運用後 3 回目ともに「少し強くなった」のが家族 B で、家族 C と家族 D は変化が認められなかった（表 11）。

家族 F から、『プリント（家族用資料）があるので、すごく強くなったと思います』との意見があった。

表 11 利用者に関する GH からの情報提供

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	少し強くなった	少し強くなった
家族C	変化なし	変化なし	変化なし
家族D	欠損	変化なし	変化なし
家族E	とても強くなった	とても強くなった	とても強くなった
家族F	少し強くなった	欠損	とても強くなった

d. 外出・外泊時の情報交換

“外出・外泊時の情報交換” に対する思いの変化は、家族 B のみ回答が得られ、運用後 3 回目の回答で「少し増えた」との結果であった（表 12）。

表 12 外出・外泊時の情報交換

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	変化なし	少し増えた
家族C	欠損	欠損	欠損
家族D	欠損	欠損	欠損
家族E	欠損	欠損	欠損
家族F	欠損	欠損	欠損

③ 利用者の生活に対する思い

利用者の生活に対する思いについて変化が見られた内容は、“安心・生き生きとしている”、“利用者の残存能力を出せている”について、いずれも効果が認められた。

一方、運用前後において変化が認められなかったものは、“安らかに、自由にしている”、“家での暮らしや生き方を大切にしている”、“他者とのふれあいがある”、であった。

a. 安心・生き生きとしている

“安心・生き生きとしている”に対する思いの変化は、運用後 3 回目に「少し強くなった」のが家族 F で、『これ（家族用資料）を読んで、少し強くなったと思います。カラオケとかしているのがわかる』との意見であった。残りは変化が認められなかった（表 13）。

表 13 安心・生き生きとしている

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	変化なし	変化なし
家族C	変化なし	変化なし	変化なし
家族D	欠損	変化なし	変化なし
家族E	変化なし	変化なし	変化なし
家族F	変化なし	欠損	少し強くなった

b. 利用者の残存能力を出せている

“利用者の残存能力を出せている”に対する思いの変化は、運用後 1 回目、運用後 2 回目、運用後 3 回目ともに「少し強くなった」のが家族 E で、運用後 3 回目に「少し強くなった」のが家族 B と家族 F、残りの家族 C と家族 D は変化が認められなかった（表 14）。

思いが「少し強くなった」と回答した家族から、『よく観察しておられる』、『具体的に文章にしてあると安心できる』、『スタッフから〇〇できるようになったと言われますが実感がわかなくて。実際に一緒に外出したときに、前よりもしゃべるようになったと感じました』、との意見が挙げられた。

表 14 利用者の残存能力を出せている

	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目
家族B	変化なし	変化なし	少し強くなった
家族C	変化なし	変化なし	変化なし
家族D	欠損	変化なし	変化なし
家族E	少し強くなった	少し強くなった	少し強くなった
家族F	変化なし	欠損	少し強くなった

④ 運用のメリット、デメリット、課題

a. メリット

全家族において良い効果があるとの回答が得られた。具体的には、“変化がわかる”、“暮らしの様子がわかる”、“様式がよい”、であった。

“変化がわかる”については、『(利用者の状態の)変化がわかる。いちいち電話して聞くわけにもいかないし』、『この時に熱が出たとか、こうだったって、後からでもわかる。安定しているのだなど。血圧もわかる』、『手がかりになります。日常的なわりには変化があるのだなど(思った)』、であった。

“暮らしの様子がわかる”については、『何が楽しかったのかなというのがわかりやすい』、『元気に暮らしているのだなどということがわかる』、『喜ばれた記録(“良いこと記録”)が一番おもしろい』、であった。

“様式がよい”については、『棒グラフがわかりやすい』、『数字で入っているから(わかりやすい)』、であった。

b. デメリット、課題

また、現在送付されている家族用資料が元の簡易な資料に戻ったらどうかと質問した結果、“資料(家族用資料)があった方が安心する”、“スタッフへの負担が気になる”、が挙げられた。

“資料(家族用資料)があった方が安心する”については、『詳しく書いてある方がいいですよ。面会では見れないこともあるし』、『あれば目に見えて安心』、『少しは役に立っているっていうのはあるけど。当たり前なこと(日常生活の様子)を知りたいはずですよ』、『このページ(“日常生活記録”と“良いこと記録”の抜粋)があれば、充分です。それでも充分過ぎるくらいです』、『(安心材料になる?)ええ。そうですね』、であった。

“スタッフの負担”については、『記録される方は大変かなって思います』、『これに手をとられて、それ(ケア)がおろそかになるよりも、簡易なものの方がいいかなと思う』、『なるべく、手を省かれたほうがいいですよ。書くのも』、であった。

家族用資料の改善点については、“特になし”との意見が4名であった。あえて望むならば、“要約があればよい”、“活用しないものがある”、等が挙げられた。

“要約があればよい”については、『調子がいいのか悪いのか、1日を機嫌よく過ごした日とそうでなかった日の表現ができれば(良い)』、『総括してこういう変化がありました。四季ごとでも(総括があったらよい)。手がかかって困るということもあるはずよ。それはそれで書いてもらったほうがいいよ。主治医から、血圧の異常は認められませんかと言っただけでも随分違うと思う』、『(1日の状態について)数行だけでも(要約があれば)いいかもしれない』、であった。

“活用しないものがある”については、『血圧とか、あまり見ない』、『体温は見ないです。調子が悪かったのかなってというのはお医者さんがやることです。こっちはわかりませんから』、であった。

“その他”に、『スタッフの方から家族への要望があればここに書いていただければいいと思います』との意見もあった。

⑤ その他

家族の気づきの中に、GHのスタッフへの思いについて、“GHへの感謝”と“スタッフの負担への懸念”が挙げられた。具体的には、『献身的なお世話はアンケート調査が始まる前と後と変わりません。スタッフの方が無理に意識して行動されることがないように望みます。訪問（面会）の都度、トピック的なことになりませんが聞かせてもらっています』、『ただ、感謝しているだけです』、『日々の業務だけでも大変なのに、感謝しています』、『安心してお任せできる。信頼感がとても大切だと思っています』、との意見があった。

その他、“利用者の変化”については、『変わったことと言えば、歌をうたう回数が増えていると思います』や、家族自身の意識について“家族が面会にいかないといけないという意識が向上する”については、『見る（家族用資料）たびに行かないといけないと思う』、“入所出来ていることへの安心感”については、『お任せして安心っていう感謝の気持ちがいっぱいなので、ここだったら最期まで大丈夫ですって言われたから、すごく安心したんです』が挙げられた。

2. 3. 3 利用者のQOLの変化

8名の利用者において、システム運用前と運用後4回の合計5回、経時的に利用者のQOLの評価をGHの管理者1名が行った。本研究で活用したQOL-Dの尺度は、3つの領域に分けられ、“周囲との生き生きとした交流”、“自分らしさの表現”、“対応困難行動のコントロール”、がある。

以下、総合得点および3領域について関連多群の差の検定(Friedman検定)を行い分析した結果を報告する。

(1) 利用者の属性

システム運用前と運用後4回目の時点での全利用者の属性を表15に示す。

要介護度または認知症老人自立度が、2名の利用者（利用者Aと利用者F）の悪化が認められ、2名の利用者（利用者Eと利用者H）が改善していた。

表 15 利用者の属性

利用者	性別	年齢	診断	要介護度		認知症老人自立度	
				前	後	前	後
A	女	70前半	アルツハイマー	3	3	IV	M
B	女	80前半	アルツハイマー	1	1	I	I
C	女	80前半	アルツハイマー	3	3	IV	IV
D	男	90前半	老人性痴呆	1	1	I	I
E	女	80後半	老人性痴呆	4	3	IV	Ⅲa
F	女	80後半	老人性痴呆	3	4	Ⅲa	Ⅲa
G	女	80前半	老人性痴呆	4	4	Ⅲa	Ⅲa
H	女	90後半	老人性痴呆	4	3	Ⅱb	Ⅱb

前：システム運用前

後：システム運用後

(2) 総合得点

QOL-D の総合得点において、Friedman 検定を行った結果、システム運用後、有意な変化が認められた ($p < 0.05$)。また、8名の利用者の総合得点の平均値を算出し、経時的な変化をみた (図 12)。運用後1回目と運用後2回目で得点が低下しており、その後横ばい状態となり、全体的に低下傾向を示した。

表 16 全利用者の“総合”得点の変化

	運用前	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目	運用後4回目	得点差
A	58.6	65.8	55.0	58.7	57.9	-0.7
B	81.3	83.1	77.6	78.6	78.0	-3.3
C	75.3	70.9	55.4	50.8	60.1	-15.3
D	75.4	78.9	79.3	74.8	63.1	-12.3
E	83.6	78.2	65.1	67.7	70.8	-12.8
F	50.9	52.4	63.5	61.8	63.5	12.6
G	74.6	80.7	70.4	68.4	69.8	-4.8
H	75.3	68.9	58.7	65.1	62.4	-12.9
平均得点	71.9	72.4	65.5	65.7	65.7	-6.2

得点差:運用後4回目-運用前

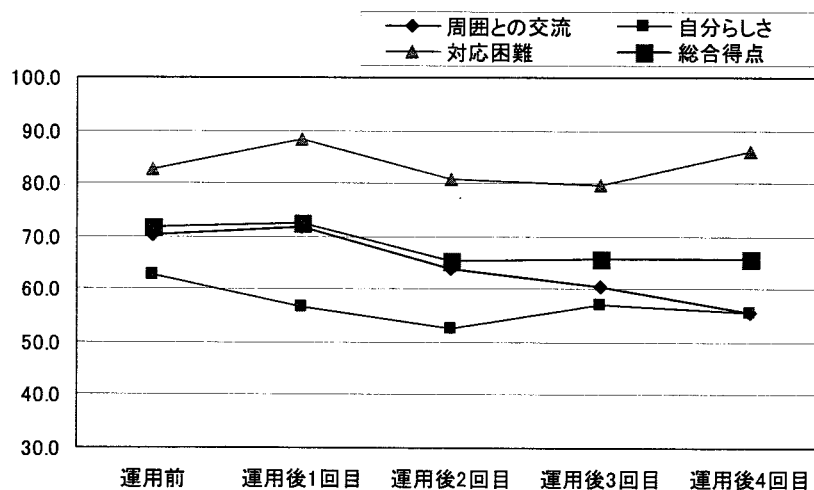


図 12 全利用者の各得点の平均値の変化

8名の利用者の総合得点の変化 (表 16) において、運用前と運用後4回目の得点差を見ると、利用者Aはマイナス0.7点で一番少なく、利用者Bと利用者Gを除く5名の利用者は得点差が10点以上あった。

次に、各利用者の総合得点をグラフ化した結果、大きく4つのパターンが読み取れた。

パターン1は、得点が低下傾向から増加傾向にある、利用者C、利用者E、利用者Hであった (図 13)。この群に属している利用者は、身体の状態が一時的に悪化していたが、その後、回復に向かっていったという特徴がある。

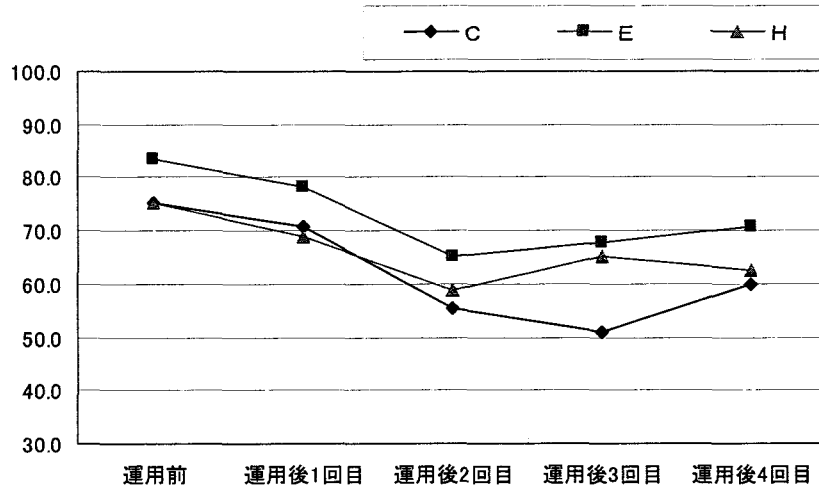


図 13 パターン 1 の“総合” 得点の変化

利用者 C の“ケアシート”の記録件数を表 17 に示す。運用後 3 回目と 4 回目の時期の食事に関する記録件数が急増している。これは、食事摂取量の低下に伴い（図 14）、状況を把握するために、“ケアシート”に食事に関する記録をするようにモニタリング会議で検討したためである。

表 17 利用者 C の“ケアシート”記録件数

	転倒	食事	睡眠	認知症	身体症状
運用前	4	3	4	10	11
運用後1回目	4	2	0	17	4
運用後2回目	2	2	0	2	1
運用後3回目	2	36	0	3	3
運用後4回目	0	35	0	0	1

認知症；認知症および認知症に関連する症状を示す。

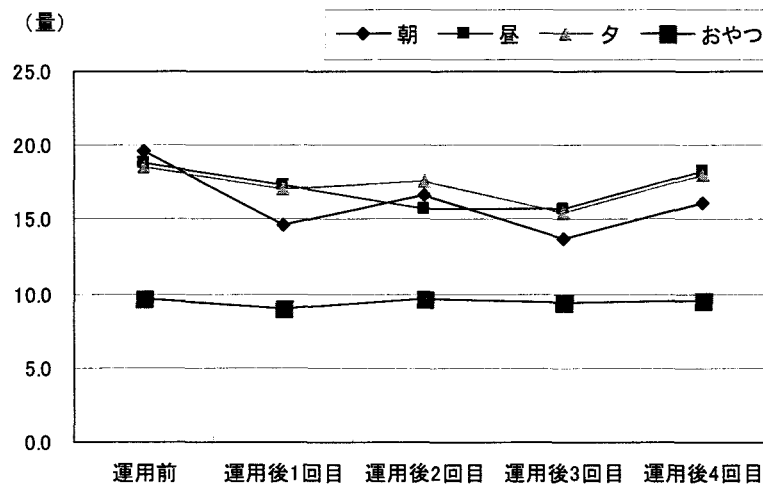


図 14 利用者 C の食事摂取量

利用者 E は、運用前および運用後 1 回目の時期から運用後 2 回目の時期の上旬にかけて

発熱が認められた。また、運用後 3 回目の時期に昼食と夕食の摂取量が低下し、運用後 4 回目の時期に摂取量が増加していた(図 15)。

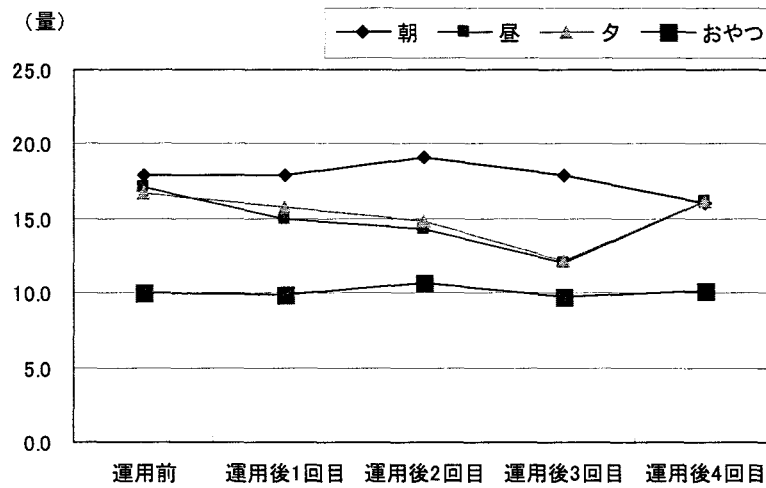


図 15 利用者 E の食事摂取量

利用者 H は、運用前の時期に発熱と解熱を繰り返し、一時入院していた。食事摂取量は図 16 に示す通り、運用後 3 回目の時期にかけて減少しており、運用後 4 回目の時期に回復している。同時に、“ケアシート”の記録において、運用後 2 回目と 3 回目の前半の時期までは食欲不振に関する記録が多いが、運用後 3 回目の時期の後半では、食事摂取量が回復してきていることに関する記録が増えていた。

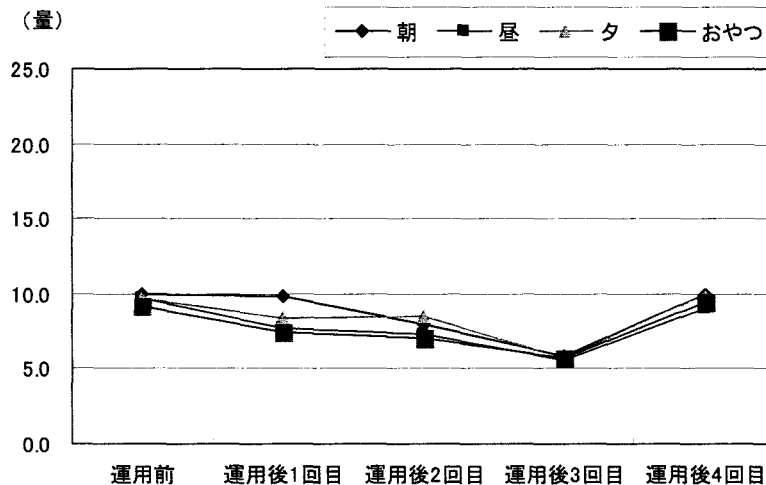


図 16 利用者 H の食事摂取量

パターン 2 は、運用前と運用後 2 回目までは著明な変化がなく、運用後 2 回目以降から得点が低下傾向にある利用者 D であった(図 17)。利用者 D は、本研究の介入前から、視力低下および聴力低下が認められ、それらの症状の進行に伴い、周囲との交流が少なくなっていき、得点が低下していったという特徴がある。

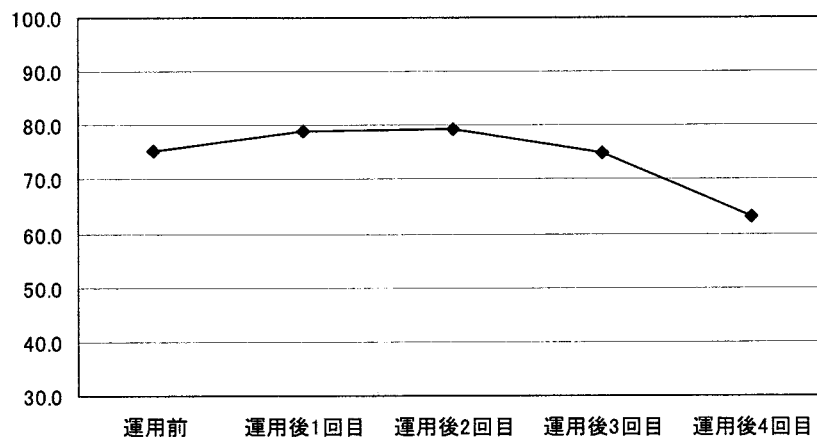


図 17 パターン 2 の“総合”得点の変化

“ケアシート”の記録件数は、身体症状に関する記録が比較的多く、運用後 4 回目の時期に、下痢と発熱に関する内容が記録されていた（表 18）。

表 18 利用者 D の“ケアシート”記録件数

	転倒	食事	睡眠	認知症	身体症状
運用前	3	3	3	4	3
運用後1回目	0	0	0	5	1
運用後2回目	0	0	0	0	0
運用後3回目	1	0	0	0	1
運用後4回目	0	2	0	0	4

認知症; 認知症および認知症に関連する症状を示す。

パターン 3 は、運用前と運用後 1 回目は殆ど変化なく、その後得点が増加し、運用前と比較すると運用後 4 回目の得点が増加していた唯一の事例である利用者 F が該当する（図 18）。利用者 F は、運用前の時期はあらゆることがマイナスの結果につながっており、その原因として天候の影響を受けていたという特徴がある。

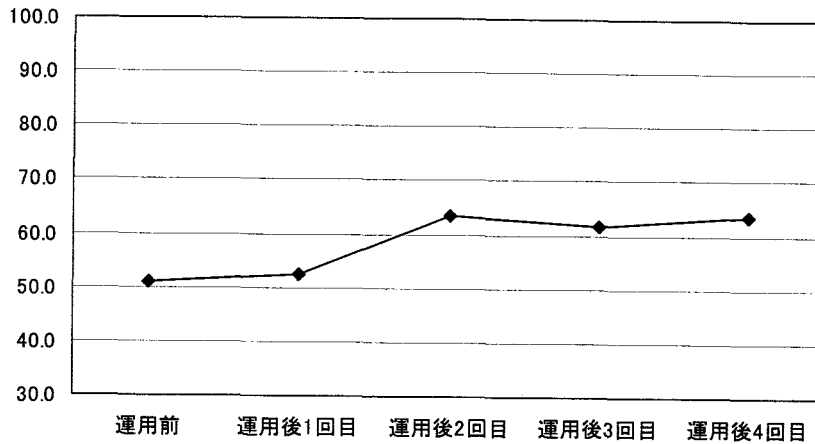


図 18 パターン 3 の“総合”得点の変化

利用者 F の“ケアシート”の記録件数は、運用後 1 回目は認知症に関する記録が多いが、その後の記録は減少していた（表 19）。“良いこと記録”の件数は、運用前と比較すると、全体的に運用後に増加しており、運用後 1 回目から運用後 4 回目の時期にかけて、音楽や会話に関する内容の記録が増えていた（図 19）。

表 19 利用者 F の“ケアシート”の記録件数

	転倒	食事	睡眠	認知症	身体症状
運用前	5	6	8	11	17
運用後1回目	1	0	0	12	1
運用後2回目	1	0	1	3	0
運用後3回目	0	0	0	0	0
運用後4回目	0	3	0	2	0

認知症；認知症および認知症に関連する症状を示す。

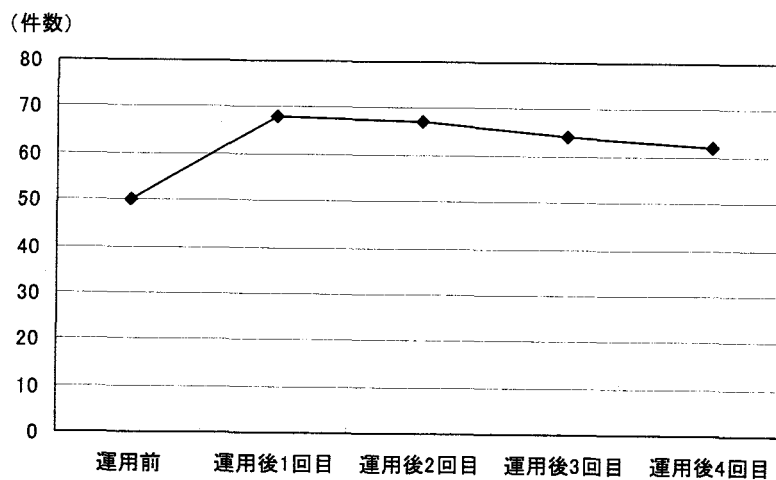


図 19 利用者 F の“良いこと記録”の記録件数

パターン 4 は、運用後 1 回目に増加、運用後 2 回目に低下、運用後 3 回目と 4 回目は殆ど変化なく経過した、利用者 A、利用者 B、利用者 G が該当する（図 20）。しかし、この群に属している利用者を明解に説明する特徴は見当たらなかった。個別にみると、利用者 A においては、システム運用前と最終の評価であるシステム運用後 4 回目の得点差は、0.7 点の低下であった。利用者 A は、システム運用期間中において、認知症の症状の進行が著明であり、認知症老人自立度も IV から M に悪化していた。

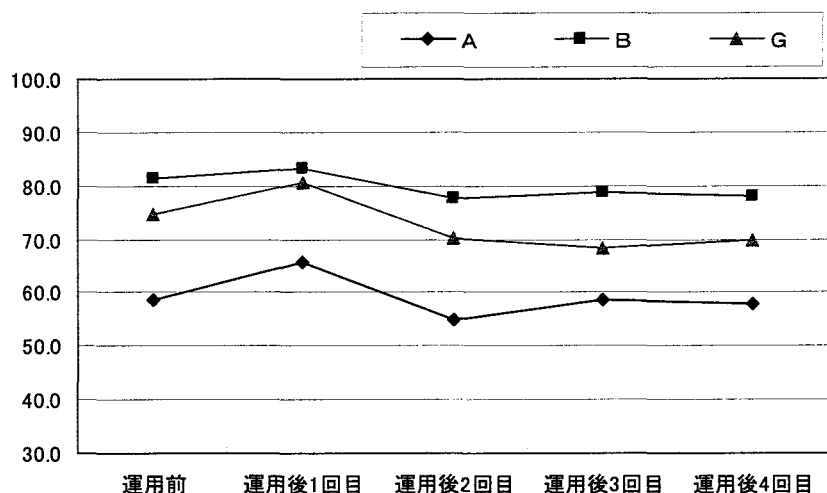


図 20 パターン 4 の“総合”得点の変化

(3) 周囲との生き生きとした交流

QOL-D の“周囲との生き生きとした交流”において、Friedman 検定を行った結果、システム運用後、有意な変化が認められた ($p < 0.05$) (表 20)。

8 名の利用者の“周囲との生き生きとした交流”の得点の平均値を算出し、経時的な変化をみると、徐々に得点が低下していった (図 12)。

表 20 全利用者の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

	運用前	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目	運用後4回目	得点差
A	69.0	84.5	65.5	66.7	66.7	-2.4
B	71.4	69.0	60.7	53.6	53.6	-17.9
C	82.1	56.0	50.0	47.6	47.6	-34.5
D	50.0	78.6	77.4	64.3	47.6	-2.4
E	100.0	91.7	71.4	72.6	71.4	-28.6
F	38.1	39.3	66.7	61.9	35.7	-2.4
G	75.0	89.3	72.6	60.7	77.4	2.4
H	75.0	65.5	45.2	56.0	44.0	-31.0
平均得点	70.1	71.7	63.7	60.4	55.5	-14.6

得点差；運用後 4 回目－運用前

次に、8 名の利用者の中で、特徴的であった事例について分析する。

利用者 A は、システム運用後 1 回目と 2 回目に一時的に得点の増減が認められたが、そ

の他の期間はほぼ一定の推移を示した（図 21）。システム運用後 1 回目の得点が増加した月の“ケアシート”の件数は 72 件／月であり、運用以降の他の月と比較すると約 2 倍であった（表 21）。また、得点増加の時期の利用者 A 自身の精神状態も安定していた。“良いこと記録”は、運用後 1 回目の時期の記録件数が増加し、その後、減少傾向にあった（図 22）。運用後 1 回目以降の記録内容には、音楽、会話、散歩、買い物に関する項目が多く挙がっていた。

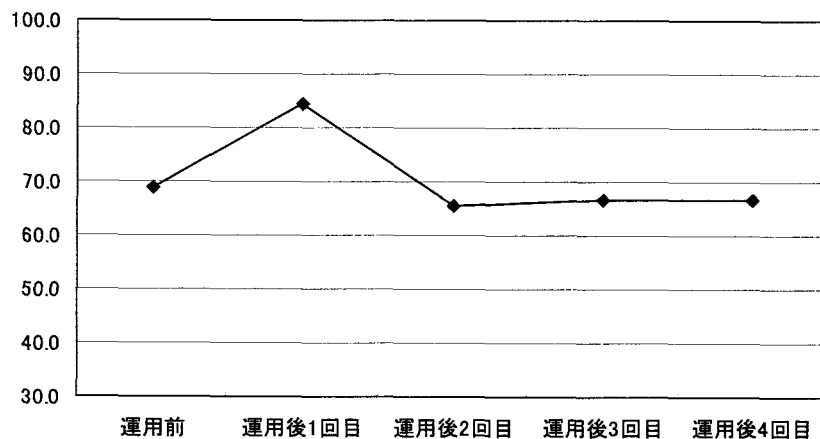


図 21 利用者 A の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

表 21 利用者 A の“ケアシート”の記録件数

	転倒	食事	睡眠	認知症	身体症状
運用前	7	7	12	60	21
運用後1回目	0	0	2	72	2
運用後2回目	0	0	0	40	0
運用後3回目	0	0	2	40	0
運用後4回目	0	1	0	33	0

認知症: 認知症および認知症に関連する症状を示す。

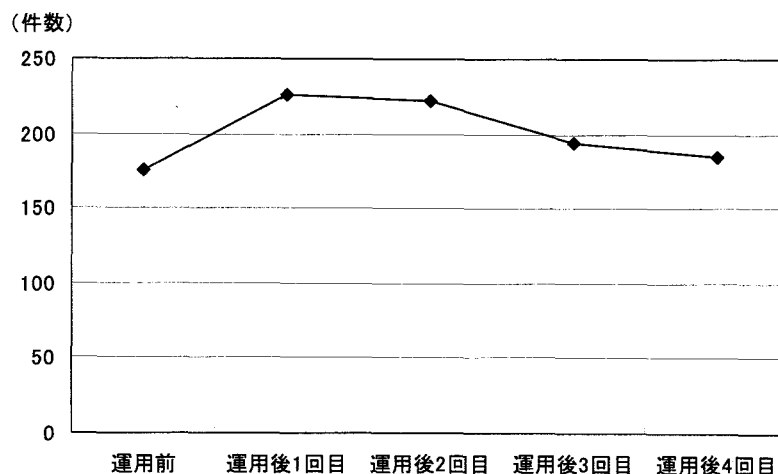


図 22 利用者 A の“良いこと記録”の記録件数

利用者 D は、運用前と比較すると運用後 1 回目は得点が増加し、その後低下し続けていた（図 23）。得点低下の時期の利用者 D の身体的変化として、前述の視力と聴力の症状の悪化が認められており、他者との関わりが困難になっていた。

“ケアシート”の記録件数は前述の表 18 に示す通りであり、モニタリング会議での検討において、視力・聴力障害についての対策が主に挙がっていた。運用後 3 回目の時期は転倒や下痢症状について、運用後 4 回目の時期は嚥下機能の低下、体熱感、などの身体的な課題が挙げられており、運用後 3 回目の時期には視力障害の障害者認定も受けていた。

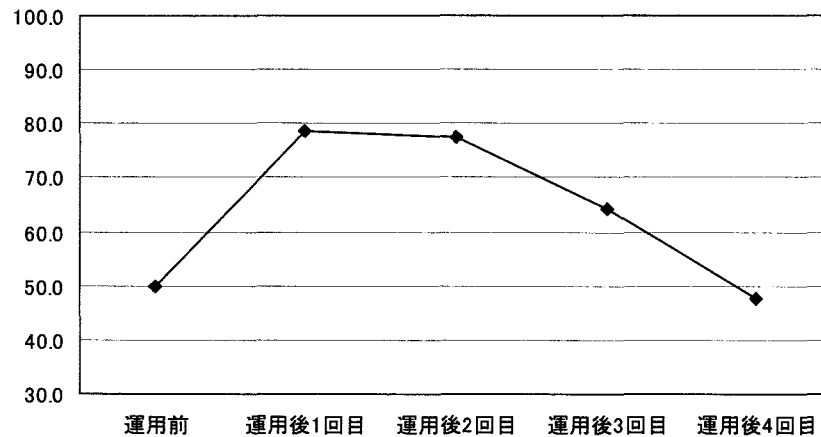


図 23 利用者 D の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

利用者 F は、システム運用前からシステム運用後 2 回目にかけて得点が増加し、その後、得点の低下が認められた（図 24）。利用者 F は、暴言などが多く、不機嫌である、などの精神状態が不安定で、人間関係において対応が困難な事例である。

モニタリング会議での検討において、運用後 1 回目の時期に、「歌を唄う時もそばに座って唄う」、「合わない人との距離を置く」、「座る場所を考える」、などの具体策を挙げ、運用後 3 回目の時期は、不安定になることが少なく過ごせていた。運用後 4 回目の時期に、「利用者とのトラブル」について課題が挙がり、「対人関係に気をつける」ことが対策として挙げられていた。

前述した、“良いこと記録”の記録件数（図 19）に示す通り、記録の記録件数の増加と周囲との生き生きとした交流の得点増加はほぼ同時期であった。

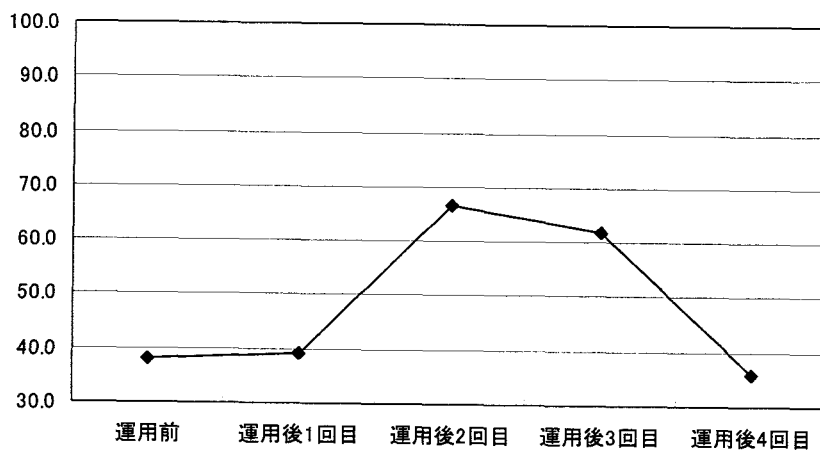


図 24 利用者 F の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

利用者 A、利用者 D、利用者 F、利用者 G においては、一度は得点が増加するが、徐々に得点が低下傾向にあった。利用者 G のみ運用後 4 回目に得点が増加していた (図 25)。

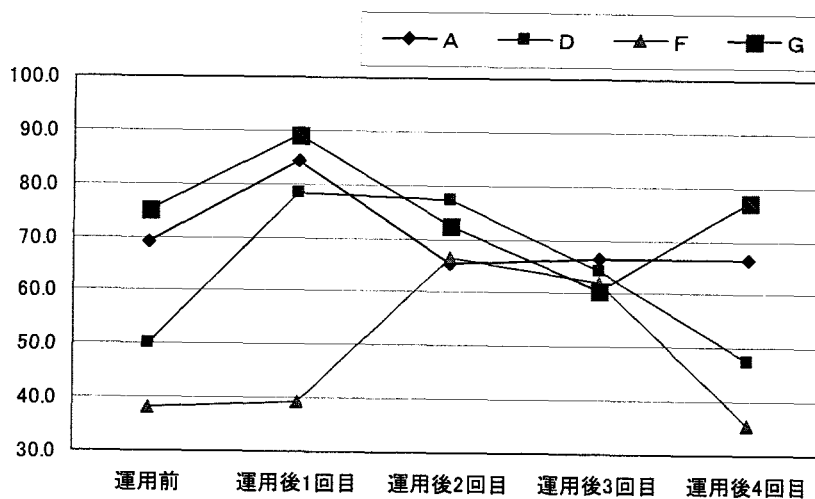


図 25 利用者 A, D, F, G の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

一方、利用者 B、利用者 C、利用者 E、利用者 H に関しては、全体的に得点が減少傾向にあった (図 26)。

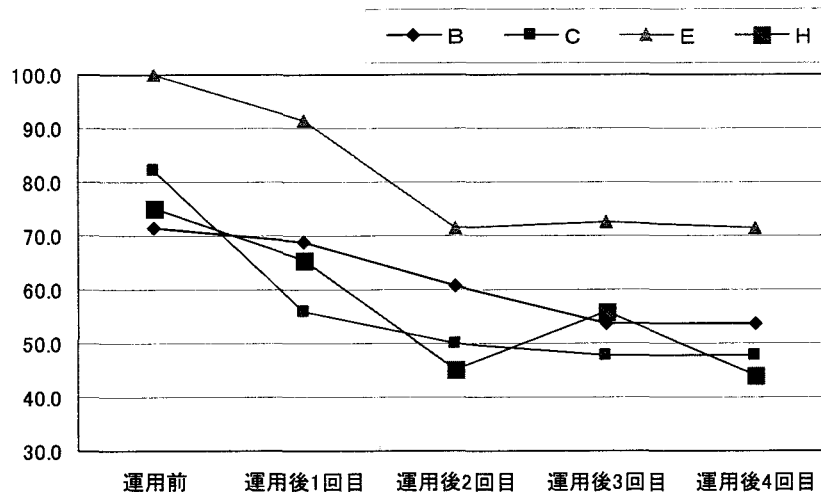


図 26 利用者 B, C, E, H の“周囲との生き生きとした交流”得点の変化

(4) 自分らしさの表現

QOL-D の“自分らしさの表現”において、Friedman 検定を行った結果、システム運用後、有意な変化が認められた ($p < 0.05$) (表 22)。

8 名の利用者の“自分らしさの表現”の得点の平均値を算出し、経時的な変化をみると、変動はあるが低下傾向を示していた (図 12)。

“自分らしさの表現”は、3 領域において一番得点が低かった領域である。

表 22 全利用者の“自分らしさの表現”得点の変化

	運用前	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目	運用後4回目	得点差
A	60.8	58.8	41.2	51.0	56.9	-3.9
B	72.5	80.4	80.4	82.4	80.4	7.8
C	64.7	56.9	41.2	54.9	45.1	-19.6
D	80.4	70.6	64.7	72.5	66.7	-13.7
E	54.9	47.1	49.0	47.1	45.1	-9.8
F	64.7	47.1	52.9	56.9	54.9	-9.8
G	52.9	52.9	51.0	52.9	52.9	0.0
H	51.0	41.2	39.2	39.2	43.1	-7.8
平均得点	62.7	56.9	52.5	57.1	55.6	-7.1

得点差；運用後 4 回目－運用前

(5) 対応困難行動のコントロール

QOL-D の“対応困難行動のコントロール”において、Friedman 検定を行った結果、システム運用後、有意な変化は認められなかった (表 23)。

8 名の利用者の“対応困難行動のコントロール”の得点の平均値を算出し、経時的な変化をみると、月によって得点の変動があるが、一定の傾向は見出せなかった (図 12)。

表 23 全利用者の“対応困難行動のコントロール”得点の変化

	運用前	運用後1回目	運用後2回目	運用後3回目	運用後4回目	得点差
A	45.8	54.2	58.3	58.3	50.0	4.2
B	100.0	100.0	91.7	100.0	100.0	0.0
C	79.2	100.0	75.0	50.0	87.5	8.3
D	95.8	87.5	95.8	87.5	75.0	-20.8
E	95.8	95.8	75.0	83.3	95.8	0.0
F	50.0	70.8	70.8	66.7	100.0	50.0
G	95.8	100.0	87.5	91.7	79.2	-16.6
H	100.0	100.0	91.7	100.0	100.0	0.0
平均得点	82.8	88.5	80.7	79.7	85.9	3.1

得点差：運用後4回目－運用前

次に、8名の利用者の中で、特徴的であった事例について分析する。

利用者Aは、システム運用期間中を通して、全利用者の中で一番得点が低く、4.2点から12.5点の得点幅で山型にほぼ横ばいに推移していた（図27）。“周囲との生き生きとした交流”と“自分らしさの表現”と比較すると、“対応困難行動のコントロール”は、システム運用後2回目の得点が低下していなかった。毎月のモニタリング会議では検討事項も多く、前月に検討したケアを評価しながら次月のケアを検討できるようになっていった。また、前述した“ケアシート”における認知症に関する記録件数（表21）も他利用者と比較すると多かった。

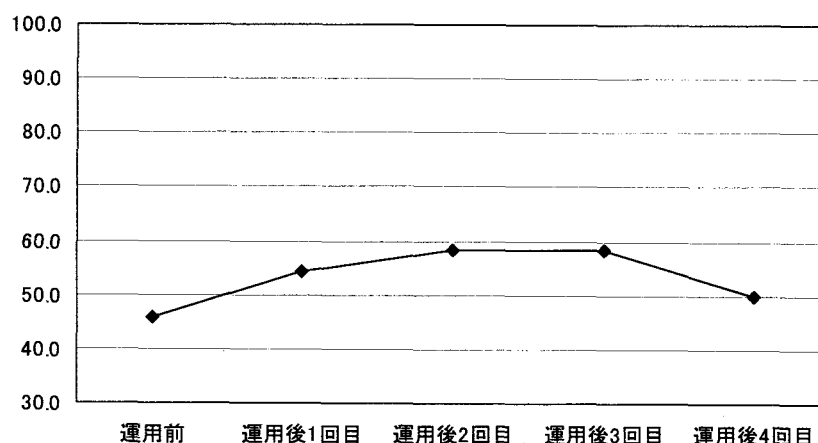


図 27 利用者Aの“対応困難行動のコントロール”得点の変化

利用者Cは、システム運用後1回目に得点が増加し、その後システム運用後3回目まで徐々に得点が低下し、運用後4回目で増加を示した（図28）。得点が低下した時期に、嚥下困難と食事中の傾眠傾向がみられ、前述で示した食事摂取量に変動があった（図14）。記録に関しては、運用後1回目と2回目の時期には、“ケアシート”に食事に関する記録がなかった。運用後3回目の時期に、モニタリング会議にて、“ケアシート”に食事に関する記載がないことの見解が出され、記録することが周知され、調理の工夫について検討した。その後、運用後4回目の時期の“ケアシート”の記録件数が35件となり、食欲お

よび水分摂取量が増加していき、“対応困難行動のコントロール”得点も増加した。

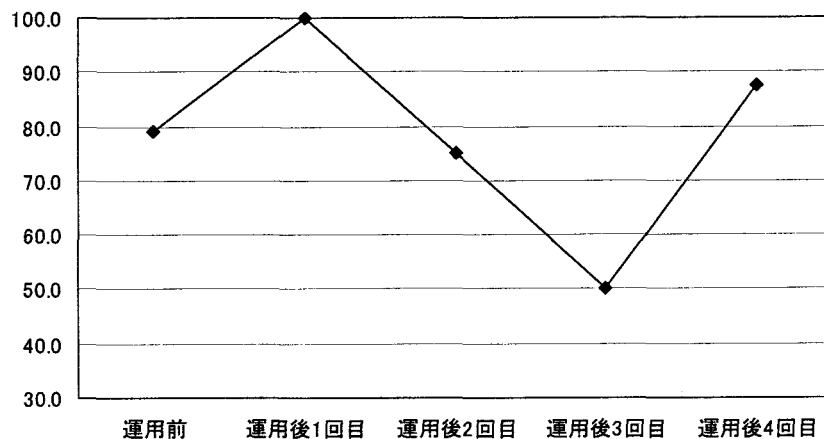


図 28 利用者 C の“対応困難行動のコントロール”得点の変化

利用者 D は、システム運用後 2 回目までほぼ得点は横ばいに推移し、その後、低下傾向を示した（図 29）。得点が低下傾向を示した時期において、前述の“周囲との生き生きとした交流”で述べた通り、身体症状の悪化が認められた。また、利用者 D の性格的な特徴も関連し、対応が困難な状況が発生していた。

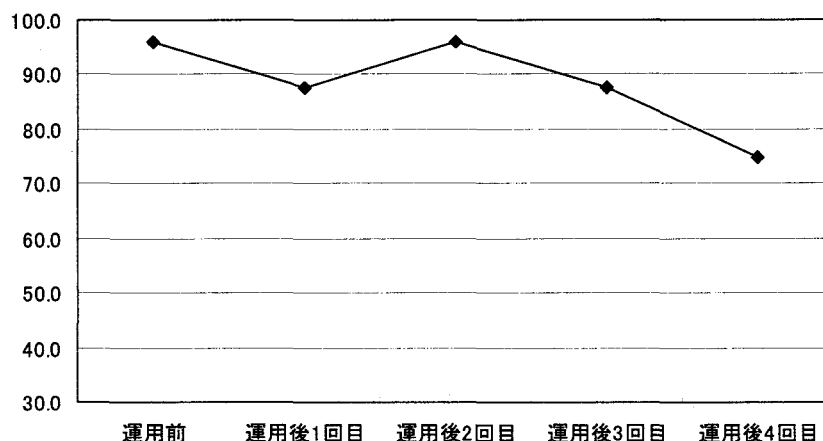


図 29 利用者 D の“対応困難行動のコントロール”得点の変化

利用者 F はシステム運用期間中を通して、得点が増加傾向にあった（図 30）。システム運用前は 50.0 点であったのが、システム運用後 4 回目には 100.0 点となっていた。システム運用前は全利用者のうち 2 番目に得点が低かったが、運用後 4 回目には急激な得点増加を示した。

“ケアシート”の記録件数は、運用後 3 回目の時期の記録は 0 件、運用後 4 回目の時期は 5 件であったが、スタッフの対応により大きなトラブルには至らなかった。運用後 1 回目の“ケアシート”の認知症の記録では、ケアした結果、ケアの効果に変化はないことが

多かったが、運用後 2 回目および 4 回目はケアの結果、症状が改善していた。

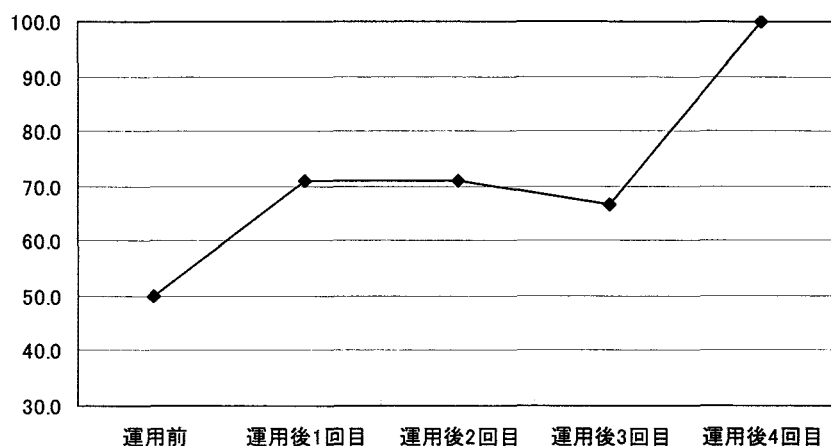


図 30 利用者 F の“対応困難行動のコントロール”得点の変化

2. 3. 4 訪問歯科医との連携

システム運用期間中の訪問歯科医からの口腔ケア指導は 5 件あり、その指導に従った GH 側からの応答と関連する質問が 9 件であった。

2. 4 考察

2. 4. 1 スタッフの意識

本研究対象であった GH は、小関ら（2004）の先行研究で既に利用者のケア記録を PC によって管理するシステムを運用しており、その取り組みにより、記録内容やスタッフの意識の変化から、ケアの統一性と継続性が期待できる結果を得ることが出来ていた。そして、PC 操作の未経験者が殆どであることや、できるだけ多くのスタッフが顔を合わせ、議論する会議の場をもつことの重要性が示された。そこで、本研究では、前回の記録の課題を見直し、PC の操作説明を個別に行い、月に 1 回の利用者のケアを検討するモニタリング会議を導入することで、ケアの統一性と継続性、システムの効果を調査した。

対象スタッフは、50 歳代から 60 歳代の者が多く、当 GH での経験年数は 1 年未満が 2 名、最も長い 3 年から 4 年の経験者が 3 名であった。全てのスタッフがヘルパーや看護師などの資格を有しており、若く、経験年数が少ないスタッフは約 3 分の 1 を占めていた。また、勤務帯も固定されておらず、勤務日数にも幅があるという特徴があった。

(1) ケアの効果

サービスの質を向上させていくためには、①十分な情報の把握、本人をめぐる状況の判断→アセスメント、②計画的な取り組み→ケアプラン、③その過程の検証およびフォローアップ→モニタリングの 3 点のマネジメント手法が不可欠であると全国グループホーム協

会は述べている（特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会，2004）。ケアの統一性や継続性を図るためには、これらのサイクルが必須となると考え、以下に、これらを踏まえた考察を述べる。

① ケアの統一性と継続性

ケアの統一性と継続性について、利用者にとって日常的に必要なケアと状態の変化に応じて一時的に必要なケアの両方の視点からスタッフに質問したところ、ケアの統一性についてはインタビュー対象の全スタッフがシステム運用後の方が効果があったとの意見であった。ケアの継続性については、管理者を除く7名のインタビュー対象スタッフがシステム運用後の方が効果があったとの意見であり、全体的にはケアの統一性と継続性への認識は向上したことが示された。

ケアの統一性については、システム運用前はスタッフ全体に対する評価よりもスタッフ個人に対する評価の方が高くなっていたが、運用後は、スタッフ全体もスタッフ個人に対する評価もほぼ同様の評価となっていた。ケアの継続性においては、日常的に必要なケアに関しては運用前後でスタッフ個人に対する評価の方が高かったが、一時的なケアに関しては運用前後ともスタッフ全体とスタッフ個人に対してほぼ同様の評価であった。客観的にスタッフ全体を見ると評価がやや低いということは、やはり全体的にケアの統一性と継続性への取り組みの余地があることが推測される。

ケアの統一性が図られた理由としては、モニタリング会議の効果、記録物の活用、他者から記録についての必要性を説明されたことなど、記録の必要性についての認識が高まり、記録の活用が少しずつ図られるようになったことが考えられる。そして、各利用者に関して必要なケアを具体的に質問したところ、運用前は利用者の状態もしくはケアのどちらか一方について挙げられており、特別なケアは必要ないと回答したスタッフもいた。しかし、運用後は利用者にとってのニーズまたは目標と、それらに対応させたケアについての回答が得られた。また、利用者に必要なケアの方向性が一致する傾向も示され、ケアの統一が徐々に図られていた。しかし、ケアプランの理解が十分とは言えず、何のために、利用者にどうなって欲しいのか、そのための具体的なケアについて十分に把握出来ていなかった。ケアプランは、利用者にとって必要なケアを示す1つの手段であり、ケアの統一には欠かせない。従って、実施可能なケアプランを今後検討していく必要もあると考える。

一方、ケアの継続性については、利用者の認知症や身体状態の変化、スタッフの慣れから生じるケアの課題も明らかとなった。認知症や精神状態の不安定な利用者へのケアが重要視され、比較的变化が少なく、状態が安定している利用者へのケアが後回しになっている現状が示された。この現状は、認知症ケアに関わる施設であれば該当する施設が多いのではないだろうか。限られたスタッフでケアを実施するためには、ケアに優先順位をつけることは当然のことである。しかしながら、それは特定の利用者のみケアをすることを意味するのではなく、全利用者に必要なケアを提供することが前提である。特に、GHはその人らしく生活するためのサービスを提供するための場でもあるため、いかに、必要なケアを厳選し、継続して全員がケアを実施していけるように取り組むかが重要となる。

ケアの統一性や継続性を図る一手段として、記録の活用の効果も示された。システム運用前は、利用者の状態把握、ケアの参考、会議資料の順に活用頻度が高かったが、システム運用後は、会議資料の活用が他の活用頻度とほぼ同様に上昇していた。スタッフの認識

としては活用出来ている傾向が高まったが、スタッフの経験に基づいたケアを行っているなど、一部、記録を活用しきれていない現状も示された。現在は、モニタリング会議でグループ毎に各利用者の状態やケアの対策を記録から読み取り、内容をまとめて発表するシステムを設けることによって、記録の活用方法が身に付きつつある段階であると考えられる。

② システム全体

スタッフの PC や携帯でのメールの活用状況にはばらつきがあるものの、約半数のスタッフは現在も何らかのかたちで PC を活用していた。近年、様々な場で PC が導入されており、どの年代でも活用できるような工夫が望まれている。対象 GH のスタッフは 50 歳から 60 歳代が多く、PC 操作に不慣れなスタッフがいた。しかし、DB の操作性はまあまあ良いとの意見であった。本システムでは、記録物からの PC 入力、夜勤者のみとしていたが、夜勤スタッフが、全員 PC 経験が豊富であったわけではない。事前に全スタッフに PC 操作について資料をもとに個人説明を行ってはいしたが、夜勤スタッフの努力の効果は大きい。一般的に、PC 導入にあたっては、慣れないことへのストレスが課題となっている（北岡（東口）ら，2001；出水，2002）が、本研究対象でも同様の傾向はあったが、時間の経過と共に徐々に慣れていった。やはり、継続して責任をもって記録すること（入力すること）の必要性を各スタッフが自覚することが必須ではないかと考える。閲覧のみのスタッフにおいては、PC に不慣れであること、記録物や現状から情報を収集する傾向にあるため、閲覧回数が少ない者もいた。出水（2002）は、職員の意識の変化には、パソコンに不慣れなスタッフに対して、システムを導入する前に夜間にパソコン教室を開き気軽にパソコンに触れる環境を施設が用意できているかがポイントであること、スタッフ個人の目標をパソコンの習熟とし、達成できたスタッフを評価するなどの仕組みの必要性を述べている。このように、スタッフがいかに慣れるか、また個人の努力の評価も考慮していくなどの工夫の必要性が今後の課題であると考えられる。

システム全体の効果として、記録の利便性や会議の効果が示された一方、慣れるまでの苦勞や苦手意識などの個人的な要因と、入力時間や閲覧時間の確保、書式の工夫、エラー時の対応などのハード面での要因が示された。記録時間の確保については、どの施設でも課題となっている。久田（2004）は、『かかわる時間の長さだけでケアの優劣を判断するのは早計だ。大切なのはかかわりのクオリティだ。記録を通して、自己の業務を振り返る。どうすれば忙しいなかで記録を書く時間を確保できるか、改善への工夫を実施することを進めている』と述べている。このように、前向きな取り組みをする姿勢が今後の課題となると考える。

記録や会議の必要性については、一般的に言われていることである。今回、実際に記録をケアに活かすこと、会議に出席することで、体験を通してスタッフは効果を認識できたと考える。やはり、一般的に必要性を示されていても、それが現実のケアに結びつかないと利用者への効果はない。今回のように実際に、記録をケアに活用する、話し合うなどの状況を設定することで、利用者にとって質の高いケアが提供できるのではないかと考える。

③ 家族への影響

本システムを運用して、家族がどのように変化したかスタッフに質問した結果、大きな

変化は認められないとの回答が多かった。しかし、運用後に、数名の家族から家族用資料に対する喜びや、利用者が生活をしていく上での安心感などがあるとの声を聞いたスタッフもいた。ケアプランへの意見参加をするまでには至らなかったが、一部の家族には本システムの効果が示されていたことが明らかとなった。

(2) 今後の課題

今回は、研究者が記録の書き方や記録状況、PCでの閲覧方法、閲覧状況などについて、主に指導を行った。今後は、GHでこれらの役割を担える人材を育成し、スタッフ教育に務めることが課題の一つであると考えられる。

2.4.2 家族の意識

利用者の日常生活の様子について家族に情報を提供することで、サービスの満足度や家族の安心感、利用者との関係作りの促進につながると考え、システム運用前後で家族の意識の変化を調査した。その結果、システムの効果として得られたのは、利用者の日常生活に関する情報量の増加と家族の安心感であった。PCを活用して利用者の日常生活の様子を把握していた家族は、GHへの満足度や信頼度、利用者への思いの深まり、利用者の暮らしへの満足度において良い傾向が示され、効果が得られた。

対象となったGHの家族は、システム運用以前からGHへの満足度が高い傾向にあることが示され、特に面会頻度の多い家族ほど利用者に関する情報を把握している割合が高く、良い評価を示していた。

(1) コンピュータを活用した家族

自宅のPCから利用者の日常生活の様子を把握した場合、リアルタイムで日々追加される利用者の情報を見ることができるとの利点があり、毎月の日常生活の様子を家族用資料としてまとめて見た家族よりも、効果的であったことが示され、今後の本システムの発展の可能性が示された。ケア記録を家族用資料として加工していない分、ありのままの情報を見ることができ、より利用者のことを知りたいという思いが強くなり、スタッフとの意見交換も増すという結果が示され、家族も共にケアに参加することへの動機付けになったのではないかと考える。この結果を踏まえ、今後は家族から意見が述べられるような配慮も必要となってくると考える。

家族への効果が示された一方、電話回数が減ったとの、利用者への負の影響も生じた。ケアの最終目標は利用者のQOLの向上であるため、家族への効果にとどまらず、GHは家族の面会や電話の頻度もアセスメントし、必要に応じて利用者との接触の機会を依頼することも必要となってくるとのではないかと考える。

今回の効果は、対象となった家族がPC操作に慣れていること、いつでもPCを見ることができるといった環境にあったなどのプラスの要因が影響を与えていることも考えられる。全ての家族が、ただちに、有効に本システムを活用できるかは、今回の取り組みからは明らかではない。しかし、今後、ますますPCが一般家庭に普及していくことを考えると、現実的な取り組みになると言えるだろう。

(2) 家族用資料を送付した家族

利用者の日常生活の様子を毎月、家族用資料としてまとめて送付した家族における本システムの効果は、利用者の日常生活に関する情報量の増加と、家族の安心感であった。その他の効果は家族によって異なっていた。

家族用資料を送付した家族の利用者への関心度には変化は認められず、家族と共にケアをすることへの動機付けには至らなかった。しかし、1名の家族においては、面会に行かないといけないという思いが強くなったり、GHから家族への要望もあれば書いて欲しいなどの、システム運用前には見られなかった、前向きな変化が認められていた。

また、家族は、システム運用前からGHに対する評価は高く、本取り組みによる効果は明らかではない。家族への効果よりも、スタッフの負担を懸念する意見が多く聞かれ、遠慮の思いが強いことが示された。小林(2004)のGH入所に伴う主介護者の思いと行動の研究でも、認知症高齢者への罪悪感や自責の念といった、介助状況改善への期待と迷いを併せ持っていることが明らかになっている。また、島田(2002)の調査では、入所サービスを利用している主介護者の思いとして、“施設への安心感”や“施設の限界があるから妥協が必要”であり、高齢者を預けているので『施設には言えない』との意見が挙げられていた。家族がスタッフへの負担を気遣っていることや、今以上のサービスを求める傾向が少ないことはGHへの信頼感の表れではある。しかし、一方では、入所に対する罪悪感などが、システム運用前からのGHへの評価を高め、スタッフの負担への心配につながっている可能性があるのではないかと考える。介護サービスを受ける側は常に受身であり、提供する側のサービスに対して積極的な苦情あるいは改善の要求は出しにくいのではないだろうか。一方で、認知症高齢者の介護者は、“自分だけが感じている介護による疲労、苛立ちを聴いて欲しい”、“介護していく今後の不安の相談にのって欲しい”との期待を抱いていることも示されている(堀内ら, 1997)。それを解決するためには、家族への積極的な働きかけや取り組みに対するGH側のリーダーシップが必要と言える。

家族用資料においては、高齢の家族を考慮し、大きめのフォントを使用し、グラフや“○”、“×”の一目でわかるような工夫をし、具体的な利用者の状況については、文章をそのまま掲載した。これらの配慮は効果的であった。家族用資料には、日々の変化がわかるように毎日のデータを掲載していたため、1月分の要約を求める家族もいた。このように、定期的に家族から評価を得て、よりわかりやすい資料作りに努める必要性がある。

(3) 全家族における共通の効果

① 安心感

利用者の生活の様子についての情報量が増えていた。システム運用前に、家族に対して利用者について知りたい情報を聴取し、家族用資料に反映させた。その結果、資料から面会や電話連絡のみでは把握できない状況を知り、利用者が安全に生き生きと生活している様子を知ることによって、家族には安心材料になっていた。面会は、その場面のみの状況把握しかできず、電話では特別な変化時のみとなるため、それ以外の安定した日常的な生活の情報を提供し、家族に安心感を与えることは必要であり、本取り組みは効果があったと考える。

② グループホームへの感謝の思い

認知症高齢者をもつ家族にとって、GH への感謝の思いが強く、GH に入所出来ていること自体への有難さを強く感じていることが窺われ、今以上のサービスを求める傾向が少ない状況であった。

今回は、GH から家族に対して、話し合いの場を設けるなど積極的な働きかけは特別に講じなかったため、このような結果が生じたことが考えられる。利用者の QOL の向上を目指すためには家族も含めたケアが必要となってくるため、今後は GH 側からの家族に対する働きかけも必要となってくると考える。

2. 4. 3 利用者の QOL の変化

GH は、認知症高齢者ケアの拠点の切り札として注目されており、認知症になっても安らぎと喜びがあり、安心と尊厳のある生活をし続けることができるように、自立支援に向けた環境を提供する必要がある。GH の意義の一つとして、QOL の維持・向上が挙げられる。QOL には、主観的 QOL と客観的 QOL とがあり、認知症高齢者の場合、主観的 QOL を測定することは困難なケースが多い。本間（2001）は、痴呆性高齢者の行動を評価する場合、それらの人たちの行動はそれぞれの内的な心的状態を反映するという考え方は精神医学では一般的であり、十分に受け入れられるものであろうと述べている。よって、利用者へのケアの効果を測る包括的な尺度として QOL を評価することの意義は大きい。

本研究に続く、著者らの先行研究（小関ら、2004）において、システムの利用者への効果を行動障害のスケールを活用して断片的に評価したが、今回は、包括的に利用者进行评估するために、鎌田ら（2001）が作成した QOL-D を活用した。

本調査では、“対応困難行動のコントロール”、“周囲との生き生きとした交流”、“自分らしさの表現”の順番で得点が高かった。ぼけ予防協会（2000）の調査でも、同じ順番に満点を取りやすい構造になっていることが挙げられており、この尺度の妥当性が示唆された。

ただし、今回の調査からは、システムを運用することで、利用者全員の QOL への効果を説明できる結果は得られなかった。

QOL は認知症や ADL や身体状態などの高齢者側の要因、アクティビティケアなど他者からの介入による人的な要因などが関連しているため、安定した妥当な評価が著しく困難なものであることは既に先行研究で述べられている（財団法人ぼけ予防協会、2000）。従って、8名の利用者全員の QOL が向上するためには、相当な対策と努力が必須となる。認知症ケアが確立されていない、スタッフの資格、経験や勤務体制も個人差がある GH の現状において、各利用者の状態の変化に応じて、早期に対策をたてて実施することは困難が予測される。この現状を踏まえ、システムの効果が考えられる利用者について、また、効果のあった具体的なシステムの内容ごとに以下に考察を述べる。

（1）効果のあった利用者

QOL-D の総合得点を分析した結果、8名の利用者の平均得点において、システム期間中に低下傾向を示したが、利用者によって各月の変動にパターンが見られた。パターン 4 を

除いては、その変動の背景に利用者の身体状態の変化、気候との関連が推測された。パターン 4 に属していた認知症の症状の進行が著明であった利用者 A に関しては、運用前と運用後 4 回目の得点差がマイナス 0.7 点であった。そして、1 名の利用者 F においては、システム運用前と後を比較すると、得点増加が認められた。

難田ら（2003）は、介護老人保健施設の利用者に対して、1 年以上入所している利用者の QOL の変化を調べるために、1 年間毎月、継続的に QOL-D の評価を行った。その結果、本調査と同様に、総合得点は明らかな低下を示しており、得点の低下が著明であった利用者は、約 50 点の低下を示していた。これらの結果より、長期入所者の QOL を低下させないためには、ハード面を工夫して家庭的な雰囲気や、身内の人との交流、安心できる人間関係作りなどの活動参加を積極的に取り入れ、過去の生活を大切にケアを取り入れていかなければ QOL の得点は上がらないと述べている。また、寺岡ら（2003）は、4 ヶ月間の園芸療法の効果について実施前と後の 2 回評価を行った結果、対象者が全体的に低下を示していた。低下した者の得点はマイナス 1.5 点からマイナス 14 点であった。

QOL はさまざまな要因が関連していると言われており、認知症の症状や ADL の状態、環境との関連性があると言われており、本調査結果や先行研究をみても、利用者の全体平均得点でみると、得点自体は低下を示しており、加齢に伴う身体的変化や、認知症が進行性であることを考慮すると、理解可能な結果であると考えられる。1 年間という長期間にわたって、QOL-D のスケールを活用している文献は難田ら（2003）のみであり、他の文献では、ケア介入の前後に調べている。高齢者の場合、長期的に見るとさまざまな要因との関連で低下傾向を示すことは避けられない。従って、現状維持することの重要性が再確認されたのではないかと考える。

利用者別に特徴的であった事例をみると、認知症の症状の進行が著明であった利用者 A は、他の利用者と比較すると得点差は少ない。これは、システム運用期間中、継続的にケアの検討が綿密に行われていたことが利用者 A の QOL-D 得点に反映したものと推測する。先行研究によると、認知症の重度化に伴い得点が低下する傾向があることが示されている。認知症の症状が悪化しているにも関わらず、QOL 得点の低下が 1 点未満にとどまっていることや、他の利用者よりも得点の変動幅が少ないことは、スタッフによるケアの効果があったものと推測する。

難聴や視力低下の悪化がみられた利用者 D は、得点が大幅に低下していた。これは、身体状態の悪化が原因と考えられるが、それを補うケアが十分実施されていなかったことも否めない。

今回、唯一、システム運用前と最終評価との比較で得点が上昇した利用者 F は、システム導入以前から精神状態が不安定であり、他者との人間関係の形成が困難な状態にあった。これは、2 月の寒い時期にシステムを導入したという気候との関連があると管理者は述べており、気温が暖かくなるにつれて、利用者 F の状態も改善傾向にあったことも得点増加の背景として考えられる。更に、対応が困難な状況にあったため、スタッフが対策を検討し、ケアに反映させた効果も示されているのではないかと推察する。しかし、システム運用期間中に得点の低下も認められたため、ケアの継続性の課題が残されている。

(2) システムの効果

① 記録の効果

利用者 F において、“周囲との生き生きとした交流”の得点と“良いこと記録”の記録件数の増加がほぼ同じ時期であったことから、利用者が良くなることへの取組みの効果であることが予測される。得点と記録件数は、一時的な増加を示したがその後、低下傾向にあり、“良いこと記録”の記録件数と比較すると“周囲との生き生きとした交流”の得点低下は著明であった。利用者の QOL を維持させるためには、検討したケアの評価の見直しが必要であると考ええる。

“対応困難行動のコントロール”に関しては、主に“ケアシート”の活用が有効と考えられるが、今回は、利用者 A を除く他の利用者の記録件数は少なく、記録の効果を説明するには至らなかった。しかし、利用者 C のように、食事摂取量の低下に伴い、“ケアシート”を意識的に書くようにモニタリング会議で話し合い、その記録を分析することによって、食事摂取量が増加するという効果も認められている。記録件数のみでケアの効果を判断することは困難であるし、必要に応じた記録が出来ていないことも現状である。利用者に必要なケアを検討するための道具として、記録の活用が認められるものの、記録を十分活用するまでには至っておらず、スタッフの経験に基づいたケアが未だ認められているため、利用者の QOL に反映できるような記録の活用においては課題が残されている。加えて、記録から利用者の状態やケアを分析する技術の向上が求められる。

② モニタリング会議の効果

モニタリング会議では、スタッフ 2 名から 3 名に対して、利用者 2 名から 3 名の担当制を設け、毎月 1 回、各グループで利用者の状態と来月への対策についてモニタリング会議資料としてまとめて発表し、全スタッフで意見交換をしている。

結果に示した通り、前述の利用者 A、利用者 C、利用者 F の事例は、認知症の症状の進行や精神状態の不安定、身体状態の悪化などがあり、モニタリング会議において、必要に応じて検討が重ねられていた事例である。利用者 A においては、特に記録の分析が詳細であり、いずれの事例でも具体的なケアの対策が行われた結果が反映していると推測する。一方、記録としては残されていない利用者の状況がスタッフから挙げられることもあった。不規則な勤務で他サービスと兼務しているスタッフや新人スタッフには、モニタリング会議の開催は、全員で話し合うことで、利用者の状態を把握でき、統一したケアを実施することができるよい機会となっている。今後は、各グループで分析を詳細に行い、GH 内の教育も強化する必要があると考える。

③ スタッフの意識の影響

利用者 A と利用者 F は、要介護度の悪化または、認知症老人自立度が低下しており、認知症の症状の進行や精神状態の不安定があった。しかし、利用者 A においては、QOL-D の総合得点の変動が少なく、利用者 F においては総合得点が増加していた。この利用者への効果には、スタッフの意識付けが大きいのではないかと考える。一方、利用者 D は難聴や視力障害が進行しており、総合得点も 10 点以上の低下を示していた。対応が困難な事例であるがゆえに、意識的な関わりが必要であり、利用者 C に関しては食事摂取量の低下

に伴い必要な記録が記載できておらず、利用者の状態の変化にケアが追いついていないことが予測される。このように、進行性である認知症や加齢に伴う身体的変化に対して、いかに利用者に応じたケアを提供できるかは、スタッフが意識的に関わることによる影響が大きいのではないかと考える。このシステムを導入することによって、それぞれのスタッフが利用者を担当したことで、スタッフの利用者に対するより強い責任感へとつなげることができるのではないかと考える。

“周囲との生き生きとした交流”においては、2群に分けることができた。2群の利用者の特徴から、利用者の認知症や身体的な状態の程度と何らかの関連性があることが推測される。認知症や身体状態があまり良くない群である利用者 A、D、F、G は、得点が一時は増加しているが後に減少している。一方、比較的、認知症や身体状態の変動がみられない群は、得点が減少傾向にある。この原因として、スタッフの意見から、『手がかかる利用者が優先的になり、そうでない方は後回しになってしまう』と指摘があったように、状態が重い方の優先順位が高くなり、利用者間での交流の配慮が困難な状況が影響を与えていることが推測される。利用者 C に関しては、身体状態は比較的悪く、状態の変化が著しいが、得点が減少傾向にあったことに関しては原因が不明である。利用者 C のケースも含めて、今回の調査では得点変動の原因は不明である。やはり、意識的に全利用者へのケアを提供できるような取り組みの工夫が必要であると考えられる。

今回は、利用者の QOL の変動の原因については、詳細な調査を実施していないため、明らかにすることはできないが、定期的な QOL の評価をスタッフにフィードバックし、ケアの対策に結びつけることが今後の課題である。

2. 4. 4 訪問歯科医との連携

運用期間が短かったこともあり、口腔ケア指導の書き込み件数は少なかった。しかしながら、今後、連携を図るにあたり、提供データの種類や形式、口腔ケアとしての目標設定、ケア会議での評価等、関係者が意見を共有できる場の設定についての検討が必要であることが明らかとなった。

<文献>

1. 出水賢也 (2002). パソコンの導入・活用による介護・看護記録の効率化の実際, 介護施設管理, 4, 33-38.
2. 雛田真美, 山本カヨ子 (2003). 介護老人保健施設における痴呆高齢者の QOL 評価, 老人ケア研究, 18, 36-44.
3. 久田則夫 (2004). 記録の魅力と偉大なるパワーに注目せよ—Part2 プロとしての胸を張れる適切な記録の方法を身につけよう, 月刊総合ケア, 14(9), 71-75.
4. 本間昭 (2001). 痴呆性高齢者の QOL を考える, 老年社会科学, 23(1), 17-24.
5. 堀内園子, 堀内静子 (1997). 痴呆性老人を介護する家族の期待するもの, Quality Nursing, 3(2), 59-67.
6. 鎌田ケイ子, 山本則子, 阿部俊子, 沖田裕子 (2001). 痴呆高齢者の生活の質尺度 (QOL-D) の開発 (その 2), 老人ケア研究, 14, 1-11.
7. 北岡 (東口) 和代, 木場清子, 栗田いね子 (2001). オーダリングシステムと病院スタッフのメンタルヘルス, 北陸公衆衛生学会誌, 27(2), 89-94.
8. 小林和成 (2004). 痴呆性高齢者のグループホーム入所に伴う主介護者の「思い」と「行動」の特徴, パース学園短期大学紀要, 6(1), 29-39.
9. 小関祐二, 長谷川浩子, 松永佳子 (2004). グループホームにおけるコンピュータを活用した利用者処遇情報の共有とその効果, 日本痴呆ケア学会誌, 3(2), 203-213.
10. 島田広美 (2002). 痴呆性高齢者を介護する主介護者の入所サービスの利用に対する思い, 第 33 回老年看護, 196-198.
11. 寺岡佐和, 原田春美 (2003). 施設入所痴呆高齢者の QOL 向上に寄与する園芸療法とその評価方法, Quality Nursing, 9(7), 21-27.
12. 山本則子, 阿部俊子, 稲毛田美香 (2000). 痴呆性老人の QOL—看護介入を評価する尺度開発の試み—, 老年精神医学雑誌, 11(5), 489-495.
13. 財団法人ばけ予防協会 (2000). 通所施設での痴呆高齢者に対するアクティビティケアの調査研究報告書.
14. 特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会 (2004). グループホームの手引き 開設から運営まで, 東京, ワールドプランニング.

V. まとめ

本研究では、認知症高齢者グループホームにおける利用者の情報をスタッフ、家族など関係者で共有する状況を全国のグループホームの調査から把握し、その結果に基づき、情報共有のための情報システムを構築し、運用することでその有効性を検討した。研究結果をまとめると以下のことが明らかとなった。

まず、全国の GH における情報共有の実態調査結果からは、次が明らかとなった。

- ・スタッフ間での情報共有がよく出来ていると認識している施設は、全体の 2 割強でしかなかったことから、確実な情報共有の必要性が求められる。
- ・記録の書き方として、(状態)、(ケア)、(結果)を常に記録しているのは 6 割強であり、言い換えれば 4 割弱は出来ていないことが分かった。また、記録をケアに常に活用しているのは 6 割強であり、ケアプランに沿った記録を常に行っているのは約 4 割で、記録の本来の目的から考えると問題があると捉えられた。
- ・家族との情報共有手段は確保されているが、現実に共有出来ているという認識は、GH と家族の双方において低かった。
- ・他機関との情報共有手段は、電話や訪問時など口頭が多かったため、複数の疾患を抱えている高齢者の特徴を踏まえ、多機関が必要な情報を共通把握できるような取組みの必要性が示唆された。
- ・利用者への質の高いケアを提供するための一手段として IT の活用の有効性が示唆された。なお、IT 化の利点を活かすには、必要な経費や情報リテラシーの確保に関する検討の必要性も示唆された。

次に、情報共有システムの構築、運用結果からは以下が明らかとなり、記録の IT 化による活用効果があったといえる。

- ・スタッフの意識から、ケアの統一性と継続性への効果が示された。
- ・数名の利用者において QOL の向上が示された。
- ・全ての家族において、利用者の生活状況に関する情報量の増加と安心感への効果が認められた。
- ・同時に、記録の徹底を図り、家族と意見交換の場を設けるなど、GH 自身の積極的な取組みが今後の課題である。

おわりに

本研究の情報共有システムの構築、運用については、1つのGHのみの研究結果であり、インターネットを利用した家族も1家族である。それが本研究の限界ともいえるが、当該GHでは、現在も運用を継続しながら関連団体において取り組み結果を報告しており、他のGHへの展開が期待できる。IT化の効果は導入と共にある程度獲得できるが、本研究では、さらに一步踏み込んで情報共有化に取り組んだ効果が得られたと捉えている。

ただし、情報共有システムの構築・運用管理をGH内で行うには、ハードウェアとソフトウェア等の準備のための資金とスタッフの教育などが必要とされる。また、情報共有システムの規模にかかわらず、ユーザ管理、ファイル管理、情報の分析などを内部で行うには、兼務であったとしてもITの知識を持ったスタッフが欠かせない。本研究では、システムの構築・運用管理等を筆者らが代行したが、本来はGHのIT担当者が行うか、アウトソーシングする必要がある、その点ではシステム構築の敷居が高いことは否めない。また、通常、GH等の小規模な施設は最小限のスタッフ数で運営されており、システムあるいはスタッフ自身にトラブルが発生した場合のダメージはかなり大きいことが予想され、大きな課題である。

平成18年度からは新しい介護保険サービスである「小規模多機能型居宅介護」が開始される。デイサービスや訪問介護サービスなどの事業を同時に行っている小規模・多機能の事業所においては、一層、情報共有が求められると予想される。本報告書の内容が、GHをはじめ、小規模で多機能のサービスを提供する事業所や関係者にとって有効な資料となれば幸いである。

最後に、本研究にご協力を賜ったすべての皆様に心から感謝の意を表したい。

平成 16 年 7 月 吉日

グループホーム管理者 様

日本赤十字広島看護大学 小関祐二
科学研究費補助金基盤研究 (C) (2)

「痴呆性高齢者グループホームにおけるケア情報共有に関する調査」

調査協力をお願い

拝啓

梅雨も明け、夏の青空のまぶしい日々となりました。貴施設の皆様におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度、平成 16 年度日本学術振興会科学研究として、私ども研究班においては、痴呆性高齢者グループホームを中心とした IT 活用によるケア情報共有システムについての研究を実施しております。利用者に関する情報をコンピューターに記録、蓄積し、スタッフ・家族・他機関で共有する情報システムを運用することで、利用者の QOL 向上、家族の満足度向上等への有効性を検討することを目的としております。

本調査は、痴呆性高齢者グループホームの利用者に関する情報の記録と活用に関する実態を調べるための調査です。

痴呆性高齢者グループホームの管理者の方々に、貴施設での現状を教えて頂き、ぜひ忌憚のないご意見等をアンケートにお寄せ下さいますよう、お願い申し上げます。また、不躰とは存じますが、貴施設で活用されております記録物の記入用紙がございましたら質問紙と同封いただければ幸いです。

誠にご多忙中とは存じますが、なにとぞ調査の主旨をご理解いただき、アンケートにご回答の上、同封の封筒にて、本状到着後およそ 2 週間程度を目安にして、返送して頂ければ幸いです。

ご回答頂いたアンケートは、本研究を行うにあたり、大変貴重な基礎資料となります。調査で得られた内容は当該研究の目的以外に使用しないことをお約束致します。また、調査結果はすべて統計的に処理いたしますので、グループホーム名、回答者名などが明らかにされることは一切ありません。プライバシーに関する個人情報等の内容の秘密を厳守し、同封頂きました資料の取扱いには厳重に注意致します。

なお、本調査についてご不明な点がございましたら下記宛にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

敬具

【連絡先】

日本赤十字広島看護大学
研究代表者 小関 祐二
住所：〒738 - 0052 広島県廿日市市阿品台東 1 番 2 号
TEL/FAX：(0829) 20-2861 E-mail：koseki@jrchn.ac.jp

⑦ここ1年以内の従事者の移動：
 新規採用者（ ）名，退職者（ ）名

⑧研修への参加頻度：
 平均（ ）名/年

5) 勤務体制について：

勤務帯	時間帯	人数
早出	: ~ :	
日勤	: ~ :	
遅出	: ~ :	
夜勤または宿直	: ~ :	

6) 連携医療機関について：
 1. 内科 2. 神経内科 3. 歯科 4. 皮膚科 5. 精神科 6. その他（ ）

II. 貴施設での利用者のケア情報の共有についてお尋ねします。各設問の選択肢にあてはまるものに○をつけ、（ ）には具体的にご記入下さい。

【スタッフ間での情報共有について】

2-1. スタッフ間でケア情報を共有する手段がありますか。

1. ある 2. ない

↳ SQ1. 2-1で「ある」と答えた方にお伺いします。情報共有の手段は何ですか(いくつでも)。

1. 記録用紙 2. パソコン 3. 口頭 4. 掲示板
 5. その他（ ）

↳ SQ2. SQ1で「パソコン」と答えた方にお伺いします。作成元を教えてください。

1. 施設独自 2. 市販のソフト 3. その他（ ）

2-2. ケア会議（カンファレンス）の頻度を教えてください。

1. 1回/週 2. 1回/2週 3. 1回/月 4. 1回/1.5ヶ月 5. その他（ ）

2-3. ケア会議の参加者を教えてください(いくつでも)。

1. 施設長 2. 管理者 3. 当日夜勤以外のスタッフ 4. 当日夜勤と休み以外のスタッフ
 5. その他（ ）

2-4. 貴施設で使用されているケアに関する記録物について教えてください。

各記録物について、その内容と記録方法を[チェック]式か、[自由記述]式かでお答え下さい。

記録用紙A～Dは、記録物の名称を下記にお答えの上、同様に内容と記録方法に○をつけて下さい。

注1：記録方法の[自由記述]式とは、状態の観察や援助内容など文章で記述するものを示します。それ以外のものは[チェック]式を選択して下さい。

注2：記録の種類について、面会簿・外出/外泊簿・会議録は除外して下さい。

記録用紙A (), 記録用紙B (
記録用紙C (), 記録用紙D (

A

B

C

D

記録の内容	記録の種類と記録方法											
	日勤簿		夜勤簿		記録用紙A		記録用紙B		記録用紙C		記録用紙D	
	チェック	自由記述	チェック	自由記述	チェック	自由記述	チェック	自由記述	チェック	自由記述	チェック	自由記述
移動												
食事												
排泄												
入浴・清拭												
口腔ケア												
整容												
更衣												
睡眠・休息												
掃除・洗濯												
買物												
金銭管理												
通信												
余暇活動												
痴呆ケア												
健康/疾患管理												
バイタルサインズ												
リハビリ												
その他												

このページにつきましては、可能な範囲でお答え下さい。
あるいは、記録用紙をお送り下さい。

2-5. 2-4の回答で、[チェック]式の記録内容についてお尋ねします。具体的にはどのような内容を、どのように記録しているのかを教えてください。

記録の内容	具体的な内容
排泄	排泄の回数を時間帯ごとに記せるようにチェック式の表を使用している。 チェック式の選択項目として、自然排泄・失禁がわかるような区別がある。
食事	朝昼夕の食事摂取量が記載できるような表を使用している。
移動	
食事	
排泄	
入浴・清拭	
口腔ケア	
整容	
更衣	
睡眠・休息	
掃除・洗濯	
買物	
金銭管理	
通信	
余暇活動	
痴呆ケア	
健康/疾患管理	
バタリクス	
リハビリ	

2-6. 2-4の表の[自由記述]式の記録について、記録の書き方をスタッフに指示していますか。

1. いる 2. いない

2-7. 2-4の表の[自由記述]式の記録の書き方について、当てはまるものに○を付けて下さい。

1) 利用者の状態	1. 常に記録している 3. 殆ど記録していない	2. 時々記録している 4. 全く記録していない
2) 利用者の状態+行ったケア	1. 常に記録している 3. 殆ど記録していない	2. 時々記録している 4. 全く記録していない
3) 利用者の状態+行ったケア+利用者の反応	1. 常に記録している 3. 殆ど記録していない	2. 時々記録している 4. 全く記録していない
4) その他 ()	1. 常に記録している 3. 殆ど記録していない	2. 時々記録している 4. 全く記録していない

2-8. 2-4の表の[自由記述]式の記録について、ケアプランに挙げた課題（ニーズ）にそって記載していますか。

1. 常にしている 2. 時々している 3. 殆どしていない 4. 全くしていない

2-9. 2-4の記録物は記録だけにとどまらず、ケアに活用していますか。

1. 常にしている 2. 時々している 3. 殆どしていない 4. 全くしていない

↳ SQ1. 2-9で「1~3」と答えた方にお伺いします。どのように記録物を活用していますか。具体的にお書き下さい。

2-10. ケアプランの計画・評価は行っていますか。

計画	1. 立案している	2. 概ね立案している	3. 殆ど立案していない	4. 立案していない
評価	1. 定期的に行っている	2. 時々している	3. 殆どしていない	4. していない

↳ SQ1. 2-10で、「1~3」と答えた方にお伺いします。いつ、誰が、どのように行っていますか。具体的にご記入下さい。

	いつ	誰が	どのように
計画			
評価			

2-11. 記録は誰が行っていますか (いくつでも)。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 各勤務帯の全員 | 2. 日勤の()人 | 3. 夜勤の()人 |
| 4. その他() | | |

2-12. スタッフ間での情報共有についてどう感じていますか。

- | | | | |
|------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. よく出来ている | 2. まあまあ出来ている | 3. あまり出来ていない | 4. まったく出来ていない |
|------------|--------------|--------------|---------------|

2-13. 記録の問題や課題について、どのようなことでもお書き下さい。

2-14. 記録はどうあるべきと思われますか。どのようなことでもお書き下さい。

【家族とグループホーム間での情報共有について】

2-15. 過去に、家族から情報提供を求められたことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

↳SQ1. 2-15で「ある」と答えた方にお伺いします。その内容を教えて下さい。また、その頻度を教えて下さい。
1利用者につき1件で計算して下さい。

約 () 件/月

2-16. 家族との間で利用者の情報を共有する手段がありますか。

1. ある 2. ない

↳SQ1. 2-16で「ある」と答えた方にお伺いします。その方法は何ですか(いくつでも)。

1. 書類の郵送 2. 電話連絡 3. 来訪時に伝達 4. メール
5. その他 ()

2-17. 家族とグループホーム間での情報共有についてどう感じていますか。

1. よく出来ている 2. まあまあ出来ている 3. あまり出来ていない 4. まったく出来ていない

2-18. 家族への情報提供について、どのような内容のものがあるとよいと思われますか。

2-19. 家族への情報提供を行うにあたって、問題や課題があれば教えてください。

2-20. 全利用者について、おおよそその家族の面会回数をお書き下さい。

面会回数	利用者人数
()週に()回	()名
()週に()回	()名
()月に()回	()名
()月に()回	()名
()年に()回	()名
合計人数は、1-2の 3)の利用者人数と一致させて下さい	

2-21. 他機関と情報を共有する手段がありますか。

1. ある 2. ない

↳SQ1. 2-21で「ある」と答えた方にお伺いします。その方法は何ですか(いくつでも)。

1. 書類の郵送 2. 電話連絡 3. 来訪時に伝達 4. メール
5. その他 ()

↳SQ2. 2-21で「ある」と答えた方にお伺いします。その機関は何ですか(いくつでも)。

1. デイサービス 2. 病院 3. 特別養護老人ホーム 4. 老人保健施設
5. 歯科 6. その他 ()

以上で質問はすべて終わりです。ご協力大変有難うございました。
同封した封筒に入れて投函してください。切手は不要です。

なお、集計結果につきましては、メールアドレスをご記入いただいた方にお送り致しますので、ご希望の方はメールアドレスを含むご連絡先をお書き下さい。

最後に、スタッフ、家族、他機関との情報共有の手段がある施設の方へ、10施設を対象に、8月～9月頃に具体的なインタビューをお願いいたたく存じます。本研究の目的に賛同し、その内容について、インタビューに御協力いただける方は、下記の❖マークの設問の[はい]に○を付け、連絡先をご記入願いますでしょうか。御協力をいただける施設様には、あらためてお願いの連絡をさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

❖ インタビューに御協力いただけますか [はい ・ いいえ] ❖

グループホーム名	
代表者名	
住所	〒
電話番号	
FAX	
E-Mail	

