

## 第1章 ケアの質

### はじめに

本章は、現行制度に直接関わるケアの質に関する議論及び介護サービスの質の向上を図って行われたサービス評価事業並びに公的介護保険制度の一部改正で新たに取り込まれ、ケアの質の視点に大きな影響をもたらしたユニットケアについて触れ、ケアの質について、どのような検討がなされ、どのような捉え方をしようとしてきたのかを見ていきたい。ここでは、これから取り上げていく具体的な先駆的ケア実践の事例におけるケアの質との違いを理解しやすくするために、これまでのケア実践においてケアの質をどのように捉えようとしてきたのか、その現状を把握しようとするものである。

### 第1節 政策提言と制度改正

はじめに、政策提言や制度改正の経過を振り返ってみたい。少子高齢社会が伸展している状況に対応するために、高齢者介護に関する議論は、公的介護保険制度創設の議論とからめて早くから行われていた。また、同時に社会福祉制度についても、限られた者の保護・救済にとどまらず、国民全体を対象としてその生活の安定を支える役割を果たすことが期待されるようになり、戦後50年の間、基本的な枠組みに変更が加えられていない社会福祉基礎構造全般について、抜本的な改革を実行し強化していく必要があるとして、さまざまな検討や提言が行われている。ここでは、介護保険及び地域福祉に関する代表的な議論を取り上げて、高齢者介護を巡る変化を概観してみる。

公的介護保険制度創設などに関することでは、「介護対策検討会」「高齢者トータルプラン研究会」「高齢者介護問題に関するプロジェクトチーム」「高齢者介護・自立支援システム研究会」「老人保健福祉審議会」「高齢者介護研究会」「改正介護保険法」「地域包括ケア研究会」といった節目をなす議論を取り上げて概観する。また、社会福祉に関する議論としては、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」「社会保障審議会福祉部会」の議論を取り上げる。

#### 1.1 公的介護保険制度創設に関する議論

##### (介護対策検討会)

今日の公的介護保険制度につながる高齢者介護問題に関する検討の源流をたどってみると、厚生事務次官の懇談会である介護対策検討会<sup>1)</sup>に行き着く。介護対策検討会は、「介護」という名のついた初めての国レベルの検討会である。本検討会では、介護対策の基本的な考え方と目指すべき方向として、要介護者の生活の質の重視、家族介護に関する発想の転換を求めるとともに、今後増大が見込まれる介護需要に対応するための費用調達に関する検討においては、社会保険方式についても言及した議論を行い、1989(平成元)年12月14日に「介護対策検討会報告書」を公表している。

##### (高齢者トータルプラン研究会)

より具体的な新しい介護システムに関する本格的な検討が始まったのは、厚生省(現「厚生労働

省」以下同じ)内に「高齢者トータルプラン研究会」<sup>2</sup>が設置されて以降である。この研究会での議論は、1992(平成4)年6月に「高齢者トータルプラン研究会報告」として取りまとめている。この報告書では、措置制度による高齢者介護は、救貧的で生活水準の向上に見合ったサービス改善が進まず、極端な応能負担により、中流層以上の利用を事実上排除していると指摘している。また、寝たきりや認知症などによる要介護高齢状態は、高齢化社会における社会的リスクとして捉え直すことを求め、契約による入所と社会保険方式による介護サービスの現物給付制度を導入すべきであると提言している。

#### (高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム)

高齢者トータルプラン研究会をさらに発展させる形で1993(平成5)年11月28日に厚生省内に設置されたのが「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」<sup>3</sup>である。ここでは、新たな高齢者介護システムの基本的な考え方として、福祉に社会保険の発想を導入し、措置から自由選択による介護サービスの利用、65歳以上の要介護高齢者を対象とした専門家による心身状況等の総合判定・評価、施設サービスを高齢者介護サービス提供機関として再編成するなど、今日の介護保険制度の原型となる提案を行っている。このほか、保険形態は、市町村を保険者とする独立した社会保険制度と医療保険各保険者との共同事業による社会保険制度の2案を示している。

#### (高齢者介護・自立支援システム研究会)

厚生省は、高齢者介護対策に省を挙げて取り組む体制として、高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチームを発展させた高齢者介護対策本部<sup>4</sup>を設置し、「新ゴールドプラン」<sup>5</sup>を策定するとともに、介護保険精度を立案する作業にとりかかっている。また、1994(平成6)年6月には、高齢者介護の基本的問題整理を行う「高齢者介護・自立支援システム研究会」が設置されている。同研究会は、7月から12回にわたる検討を経て、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書をまとめている<sup>6</sup>。この報告書では、1「高齢者介護の基本理念」では、最期を看取る介護から高齢者の生活を支える介護へと変化していることを踏まえ、今後の高齢者介護は、「高齢者が自らの意思の基づき、自立した質の高い生活が送れるように支援すること(高齢者の自立支援)を基本理念とすべき」としている。2「既存制度の再編成」では、介護に関連する制度を再編し、「新介護システム」を創設することが適当であると述べている。3「新介護システムの基本的な考え方」では、(1)予防とリハビリテーションの重視を掲げ、寝たきり予防と適切なリハビリテーションを提供する体制整備をあげている。そのうえで、(2)新介護システムのポイントとして、①高齢者自身による選択、②介護サービスの一元化、③ケアマネジメントの確立及び④社会保険方式の導入の4点を示している。

こうした、厚生省の動きと並行して、社会保障制度審議会においても、高齢者介護の問題が取り上げられている。1994(平成6)年9月の「社会保障将来像委員会第二次報告」<sup>7</sup>では、介護保障の確立のために、当面の基盤整備は一般財源に依存するとしても、将来的には保険料に基づく公的介護保険制度を導入し、市町村を主体とする介護サービスの提供を勧めていくべきであると提言している。

#### (老人保健福祉審議会)

1994(平成6)年9月には、従来からあった高齢者対策関係三審議会<sup>8</sup>を整理、統合して老人

保健福祉審議会が設置され、公的介護保険制度の創設に向けて検討が進められた。この審議会には、日本医師会等の医療関係団体、全国老人福祉施設協議会、地方自治体、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、日本労働組合総連合会、日本経済団体連合会といった利害関係者の代表が集められている。1995(平成7)年7月には、老人保健福祉審議会の中間報告「新たな高齢者介護システムの確立について」をまとめ、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再編し、社会保険方式による新たな高齢者介護システムを確立することが必要であるとした。この中間報告は、「介護の社会化、利用者選択、社会保険方式、社会連携といった、高齢者介護・自立支援システム研究会の方向性を公的な審議会の業界代表が追認したという色彩が濃かった」(増山, 1998)。この中間報告以降、審議会の議論は、社会保険方式による具体的な制度設計に向けて進められた。老人保健福祉審議会は、1996(平成8)年1月の「新たな高齢者介護制度について(第二次報告)」を経て、同年4月22日に最終報告「高齢者介護保険制度の創設について—審議の概要・国民の議論を深めるために」を取りまとめている。この報告は、最終報告であったが、家族介護に対する現金給付に関しては両論併記、保険者についても市町村を多数意見としながらも国を保険者の運営主体とする考えも併記された報告書となっている。また、被保険者については、介護給付の受給者と範囲を一致させるとしながらも、65歳以上、40歳以上及び20歳以上とする考えの方、利用者負担に関しても、定率1割のほかに、2割や8%とする考え方も示されている。厚生省は、老人保健福祉審議会報告を受け、1996(平成8)年5月に「介護保険制度試案」を作成した。その概要は、被保険者・受給者は40歳以上、保険者(運営主体)は市町村及び特別区、利用者負担は介護給付費の1割、公費負担は介護給付費の二分の一、家族介護に対する現金給付は行わない、被用者保険の事業主負担等には国庫負担を行う。実施時期は、在宅サービスが1999(平成11)年、施設サービスについては2001(平成13)年をめどに実施するとしたものであった。

以降、「介護保険制度試案」は、さまざまな利害関係者との調整を行いながら多くの修正が加えられ、介護保険関連三法案が、1996(平成8)年11月29日第139臨時国会に提出された。国会審議は、紆余曲折の中、1997(平成9)年1月招集の第140回通常国会から同年9月招集の第141回臨時国会での審議を経て、同年12月9日に可決、成立している。

こうして介護保険は、1989(平成元)年7月の「介護対策検討会」にその源を発し、11年の研究・審議機関を経て、2000(平成12)年4月1日に施行されたのである。

## 1.2 公的介護保険制度施行後の議論

介護保険法では、付則第2号の規程により5年ごとに制度の見直しを求めている。これ以降は、制度の見直しの機会や制度改正の中で行われてきた、さまざまな改革の概要を整理してみる。

### (高齢者介護研究会)

公的介護保険制度が施行された以降の高齢者介護のあり方に関する最初の検討は、高齢者介護研究会によるものである。高齢者介護研究会は、厚生労働省老健局長の私的研究会として設置され、2003(平成15)年3月5日の第1回目から10回の検討会を行っている。高齢者介護研究会設置の趣旨は、介護保険施行からほぼ3年が経過し、高齢者介護を巡るさまざまな課題が明らかになりつつあることに加え、介護保険法では、法施行後5年をめどとして、制度全般の検討と見直し等を行う旨の規定があること。また、ゴールドプラン21の後継プランを策定する必要が

あることから、2015年までを展望した高齢者介護ビジョンを検討することにある。研究会の主な検討事項には、介護保険制度施行3年間の高齢者介護の検証、高齢者介護を巡る課題、今後10年間に実現すべき高齢者介護の姿(目標)及び目標実現に向けた方策(戦略)の4項目を挙げ、検討結果は、2003(平成15)年6月26日に「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」と題する報告書にまとめている。本報告書の冒頭では、人口の急速な高齢化が進むことを踏まえ、高齢者介護のあり方を中長期的な視野で捉える必要があることから、高齢化にとって大きな意味を持つ「戦後のベビーブーム世代」が65歳以上になりきる2015年までに実現すべきことを念頭において、これから求められる高齢者介護の姿を描くとしている。その姿を描くに際しては、これからの高齢社会においては「高齢者が、尊厳を持って暮らすこと」を確保することが最も重要であるとし、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指すことを基本に据えている。同時に、高齢者の尊厳を支えるケアの確立のためには、その前提として介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要で、介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される中にあることは、公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、フォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら実現していくことが国民的課題であると述べている。

#### (2006(平成18)年4月施行 改正介護保険法)

介護保険制度は、介護保険法附則2条で法施行後5年をめぐり、障害者福祉施策や医療保険制度などとの整合性を勘案し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容・水準、保険料負担のあり方など、制度全般にわたる必要な見直し等の措置を講じた見直し規定を定めている。介護保険法施行以降、サービスの利用者数、利用量ともに大幅に増加した。この5年間の増加を具体的に見ると、介護保険の総費用は、2000(平成12)年度3.6兆円から2004(平成16)年度6.2兆円に。1号保険料(加重平均)は、第1期(平成12年度から14年度)2,911円から第2期(平成15年度から17年度)3,293円へと13%も増加。要介護認定者数は、2000(平成12)年4月末現在218万2,000人から2004(平成16)年4月末現在387万4,000人になり169万2,000人(56.3%)も増加している。

こうした急増に対して、財務省所管の財政制度等審議会財政制度分科会は、「平成17年度予算編成の基本的考え方について」と題する建議を2004(平成16)年5月に取りまとめ、社会保障の持続可能性を図るためのさまざまな改革の必要性を指摘している<sup>9</sup>。介護保険制度については、自己負担割合の見直し(「給付範囲の見直し」及び「負担の公平」として、在宅と施設のバランスを踏まえ入所型施設のホテルコスト及び食費等を公的保険の給付対象から除外する。軽度者については、重度化の防止を重視し、給付を見直すほか、一定額までの保険免責制度を導入することを検討すべきとしている。また、利用者の自己負担率を現行の1割負担から医療保険制度の水準である2から3割負担への引き上げによりコスト意識の喚起を求めている。

厚生省は、こうした外圧のある中で、2005(平成17)年の介護保険見直しを踏まえ、2003(平成15)年5月に社会保障審議会に介護保険部会を設置し、2004(平成16)年1月には、厚生省内に介護制度改革本部を設置して検討を進めた。この検討過程では、介護保険の被保険者の範囲を40歳以上から20歳以上に拡大したうえで、2003(平成15)年4月から実施されている障害者福祉制度である支援費制度と介護保険制度の統合についても議論している。介護保険

法改正法案は、2005（平成17）年6月22日に成立し、施設給付の見直し（居住費及び食費の自己負担）については先行して同年10月に施行し、翌年4月に全面施行になっている。

改正介護保険法のポイントを整理してみる。第一は、予防重視型システムへの転換である。介護予防サービス（予防給付）の新設及び地域支援事業（特定高齢者や元気高齢者への介護予防事業等）の新設がある。第二は、施設給付の見直しである。施設サービスの居住費及び食費の利用者負担並びにショートステイの滞在費（ホテルコスト）・食費及び通所サービスの食費の利用者負担がある。第三は、新たなサービス体系の確立である。従来の在宅サービス及び施設サービスに加えて、市区町村が指定する地域密着型サービスを創設した<sup>10</sup>。また、これまでの在宅介護支援センターを強化し、必須事業（介護予防事業、包括的支援事業）及び任意事業（家族介護支援事業等）を行う「地域包括支援センター」として新設した。第四は、サービスの質の確保・向上のための取り組みである。指定事業者の介護サービス情報の公開義務化、指定事業所及びケアマネジャーの5年ごとの更新制がある。第五は、負担のあり方や制度運営の見直しである。低所得者に配慮した第1号保険料の見直し及び市町村事務の軽減を図る保険者機能の強化がある。

### （地域包括ケア研究会）

厚生労働省では、「社会保障国民会議最終報告」（2008（平成20）年11月4日）や「安心と希望の介護ビジョン」（2008（平成20）年11月20日）の議論を受け、2012（平成24）年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、2025年を目標として、あるべき地域包括ケア（地域における医療・介護・福祉の一体的提供）の方向性とその実現に向けての論点整理を行うために、有識者による地域包括ケア研究会（平成20年度老人保健健康増進等事業）を開催した。同研究会は、2009（平成21）年5月22日に「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」を公表している。

本報告書は、現行制度及び次期計画（第5期介護保険事業計画）以降を展望した議論を整理していることから、少し詳しく見ていきたい。

#### （1）地域包括ケアシステム

本報告書では、はじめに地域包括ケアシステムの定義やイメージを整理している。研究会では、地域ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義している。また、その際の地域包括圏域は「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域とし、具体的には、中学校区を基本とすることとしている。そのうえで、住民・利用者の視点から見た地域包括ケアのイメージは、地域住民が、住居の種別を問わずに生活上の不安や危険に対して、自らの選択に基づきおおむね30分以内に生活上の安全・安心・健康を確保できるサービスや対応が、24時間365日を通じて提供されることが理想としている。

このような地域包括ケアを提供するための前提として、自助・互助・共助・公助の役割分担の確立、地域性の尊重とニーズに応じたシステム整備としての計画策定、医療・介護・福祉サービスを適切にコーディネートし、適時に供給する体制の主体である地域包括支援センターの役割拡張と明確化、医療保険・介護保険という制度の枠組みに沿って対応するのではなく、利用者の状況に応じたケアマネジメント、介護情報公開の仕組みとその活用方法の改善による利用者選択の保障及び日

常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の利用促進による利用者権利の保障、行政による指定の審査や指導・監査能力の強化を挙げている。

## （2）地域包括ケアシステムを支えるサービス

地域包括ケアシステムを支えるサービスは、その基盤となるサービスには、はじめに成年後見制度の利用が必要な人の増加を受け、個人の選択と権利を保障するためのサービスを挙げている。次に、個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を選択できることが前提とし、住宅の量的確保及び低所得者に対する居住場所の保障を挙げている。具体的なケアサービスでは、介護サービスに関しては、介護保険施設等も含めて、居住形態にかかわらず地域の中で介護保険サービスを提供するという発想に立つべきとし、大規模集約型や隔離型施設から、地域に密着した施設に転換するべきとしている。また、施設内のサービスについては、医療サービスを外付けすることによるサービスの効率化を挙げている。居住系サービスについては、総量規制の見直しと給付費の抑制や保険料の高騰を押さえる視点から総量規制を維持すべきとの両論併記となっている。居住環境については、個室ユニット化の推進とその方策の検討を求めている。増大する認知症高齢者に対するサービスとしては、認知症を有する者が安心して介護サービスを受けられるためのサービス提供システムの構築を挙げている。その他、介護予防などの予防サービスの積極的な提供、看護サービスにおける医療保険と介護保険との関係の整理、リハビリテーションサービスの取り扱い、訪問診療等のサービスのあり方について検討を求めている。地域住民によるサービスでは、地域住民による見守り等の推進に取り組み、その取り組みを進めるために民生委員・ボランティア・近隣住民等によるネットワーク構築を進め、その核となるのは地域包括支援センターであるとしている。また、地域で生活を継続するには、サービス資源を30分程度で判断・選択できる24時間体制の地域サービスステーション構築が不可欠であるとしている。

## （3）地域包括ケアシステムを支える人材

地域包括ケアシステムを支える人材としては、介護職員の確保や専門性の向上、専門職の教育、研修、地域包括ケアマネジメント、住民の主体的な参加と学習を挙げている。

## （4）地域包括ケアシステムを支える介護報酬・地域サービスの評価

地域包括ケアシステムを支える介護報酬・地域サービスの評価としては、居宅サービス・施設サービスを区分するサービス体系の見直し、サービスの質に着目した介護報酬体系への転換、地域包括ケア圏域において提供される地域サービスの評価を挙げている。

## （5）地域包括ケアシステムを支える介護保険制度

介護保険制度創設当初から課題になっていた、被保険者・受給者の範囲、補足給付のあり方などの保険給付の範囲についての検討、所得段階別利用者負担（応能負担）や受益者負担などの利用者負担のあり方及びその際の介護保険料の設定について、地域の特質に応じた公費（調整交付金）の配分のあり方を挙げている。

最後に、本報告書で示した「あるべき地域包括ケアの方向性」及び「その姿を実現するために解決すべき課題」について検討を深め、2025年に向けてサービス基盤の整備を目的とした、ゴールプランに匹敵する新たなプランの策定を求め報告書を締め括っている。

### 1.3 社会福祉のあり方に関する議論

公的介護保険制度の施行と時を同じくして、社会福祉のあり方に関する検討が行われるようになった。少子・高齢化社会の急速な進展は、従来の社会福祉のあり方や方法の見直しを必要とし、「新たな公」の拡大や地域住民も福祉の担い手として地域福祉に参加することを求めるようになった。以下、代表的な検討会等の内容を見ていく。

#### (社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会)

最近の地域福祉に関する検討の報告等を拾い集めてみると、はじめに、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書がある。この報告書は、厚生省社会・援護局長の諮問機関として、2000(平成12)年7月に設置された「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会委員会」が、同年12月8日に取りまとめたものである。同検討会の開催趣旨は、社会のセーフティーネットとしての役割を果たすとともに、地域福祉の再構築を図る観点から、地域社会から疎外された人々に関する諸問題に共通する主要な論点及びその解決を図るための社会福祉の方法を検討することであった。この報告書では、新たな福祉課題への対応の理念(今日的な「つながり」の再構築)として、「新たな公」の創造、問題の発見把握それ自体の重視、問題把握から解決までの連携と総合的アプローチ及び基本的人権に基づいたセーフティーネットを掲げている。

また、新しい福祉を構築する方法として具体的提案を行っている。社会的なつながりを創出することに関する提言では、地域社会の人々が協力して情報交換の「場」を設け、「孤立した人々への見守り的な介入」。福祉サービス提供主体にかかる提言では、社会福祉法人が創設の趣旨に立ち返り、地域の福祉問題を発見・対応する取り組みの強化。行政実施主体の取り組みにかかる提案では、福祉分野と他分野(建設・労働部局、水道・電気事業者等)との連携強化や家庭、地域、職域の機能の脆弱化を前にして、福祉サービスを必要とする者について、画一的な要件で選別する考え方からの脱却(固定した住民概念の転換)。また、人々の生活に関わる社会福祉は、狭い意味での福祉課題にとどまるものではないことから、福祉文化の創造として定着していく必要があると提案している。

このように、報告書では、社会構造の変化を踏まえた新しい「社会福祉のあり方」の提言を行い、従来の社会福祉のあり方・方法の見直しを求めている。

#### (一人ひとりの地域住民への訴え)

次は、2002(平成14)年1月28日、社会保障審議会福祉部会で取りまとめた「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針のあり方について(一人ひとりの地域住民への訴え)」である。この報告書は、社会福祉法(昭和26年法律45号)で義務及び努力義務として規定した市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画の施行が2003(平成15)年4月1日に迫っていることから、地域福祉計画策定に関する指針のあり方を示す目的で検討されたものである。その中では、同時に「今こそ、共に生きるまちづくりの精神を発揮し、人々が手を携えて、生活の拠点である地域に根ざして助け合い、生活者としてそれぞれの地域でだれもがその人らしい安心で充実した生活が送れるような地域社会を基盤とした福祉(地域福祉)の推進に努める必要がある」、また「この際、一人ひとりの地域住民に対して、社会福祉を限られた社会的弱者に対す

るサービスとしてではなく、身近な日々の暮らしの場である地域社会での多様な人々の多様な生活課題に地域全体で取り組む仕組みとして捉え直し、地域住民としてこれらの多様な生活課題に目を向け自発的、積極的に取り組んでいただけるよう訴えたい。また、社会福祉を消極的にたんなる特定の人に対する公費の投入と考えるのではなく、むしろ福祉活動を通じて地域を活性化させるものとして積極的な視点で捉えていただけるよう強く訴えたい」と地域福祉の推進には地域住民の参加が不可欠であることや社会福祉を特定の人に対する公費の投入と考えるのではなく、むしろ福祉活動を通じて地域を活性化させるものとして積極的な視点で捉えることを訴えている。

### （これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告）

現在の施策につながる直近のものは、2008（平成20）年3月31日、社会保障審議会福祉部会で取りまとめた「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針のあり方について（一人ひとりの地域住民への訴え）」である。この報告書は、厚生省社会・援護局長の諮問機関として、2007（平成19）年10月に設置された「これからの社会福祉のあり方に関する研究会」が取りまとめたものである。

報告書では、「いま、地域福祉を議論することの意味」として、次のように説明している。

かつて我が国が農業を中心とした社会であった当時は、「相身互い」、「おたがいさま」といった地域の相互扶助により人々の暮らしは支えられてきたが、戦後高度成長期の中で、工業化、都市化が進み、地域社会に代わって、行政が福祉サービスとして高齢者や障害者、児童や子育て世帯に対する支援を行うようになり、行政が担う領域は次第に広がり、公的な福祉サービスは、質、量とも飛躍的に充実した。こうした中で、住民が地域での活動を通じて自己実現をしたいというニーズは高まっている。地域は、隣人たちとの社会的な関係の中で、それぞれの住民が自分らしい生き方を実現していく場であり、地域の生活課題に取り組むことは、取り組む者、支援される者、双方にとって地域で自己実現につながり尊厳ある生活が可能となる。こうした中で、今後の我が国における福祉のあり方を考える際には、公的な福祉サービスの充実整備を図るとともに、地域における身近な生活課題に対応する、新しい地域での支え合いを進めるための地域福祉のあり方を検討することが緊要な課題となっている。このため、これからの新しい地域福祉の意義や役割、そうした地域福祉を推進するために求められる条件は何か、について考え方を整理し、住民と行政の協働による新しい福祉のあり方を提示することが必要となった。

このように、1990年代に始まった社会福祉の基礎構造改革以降、ケアの質に関する議論やさまざまな先駆的取り組みは、公的介護保険や社会・経済状況の変化を受け新たな公共のあり方を示すさまざまな提言・報告に影響されながら行われてきた。公的介護保険制度創設の10年前から施行後10年の時間が経過する中で明らかな変化は、介護の質が「地域」も視野に入れながら語られるようになってきたということである。「自立」「尊厳」「個別ケア」「認知症」等々、今日のケアの質を語る際には欠くことのできないキー・タームのどれをとっても地域との関わりを求めている。しかし、これらの提言等は、社会福祉のあり方に関する報告書に見られるように、地域社会における「新たな支え合い」を改めて訴えなければならない程、地域社会における近隣関係の希薄化が進んでいる現状の裏返しでもあり、地域との関わりは理念ベースで語られることに留まり、関わりが思うように進んでいない歯がゆさの残る現状を反映したものであることにも留意すべきである。

では、このような中であって「ケアの質」に求める視点はどのようなものであったのだろうか。これを

知るために、以下では、介護保険制度施行前については「サービス評価事業」、介護保険制度施行後は「第三者評価事業」の中で扱われている「ケアの質」を取り上げて考えてみたい。

## 第2節 ケアの質の向上を図る取り組み

ここでは、これまで行われてきたケアの質の向上を図る取り組みについて、措置制度下で行われた「サービス評価事業」及び介護保険制度施行以降は「介護サービスの第三者評価」並びに介護サービスの提供現場にいる介護職員の声を基にして、ケアの質をどのようなところにおいていたのかを見ることにする。特に、措置制度下でのサービス評価事業については、宮城県で行われたサービス評価事業の総括をとおして、当時、何をもちて質の高いサービスと考えていたのかについて、具体的な内容を取り上げて考えてみる。

### 2.1 措置制度下のサービス評価事業

厚生省（現厚生労働省）が行った、介護保険制度下の介護サービス提供を目前にした措置制度下の介護サービスの質の向上を図るための事業としては「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」（以降「サービス評価事業」という）がある。厚生省は、「特別養護老人ホーム及び老人保健施設は高齢者保健福祉推進十か年戦力に基づき、計画的に整備を行うと同時に、より一層のサービスの質の確保、向上が課題となっている」として、「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業の実施について」（平成5年5月26日付け老計第77号 各都道府県知事宛 厚生労働省老人保健福祉局長通知）を発出し、特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業実施要綱により、施設自らがサービスの質の向上を図る観点から、サービス評価事業を実施することを求めた。

この中で、サービス評価事業の目的は、「特別養護老人ホーム及び老人保健施設における入所者の自己決定、残存能力の活用、サービスの継続性を基本とする入所者の希望に沿った質の高いサービス提供に向けて、施設自らが行うサービス水準の向上を支援することを目的とする。」としている。サービス評価事業の実施主体は都道府県で、保健・医療・福祉関係者、有識者及び住民等で構成する「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価委員会」を設置して行うこととしている。

以下、特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業実施要綱を基に、サービス評価事業の概要を整理し、当時のサービスの質に対する考え方を見ることにしたい。

#### （評価項目の概要）

各評価項目の構成は、次の三つの基本理念を基にし、それをサービス評価基準策定の基本理念として整理している。

#### （1）評価項目の構成

##### ① 自己決定

施設利用者は、選択可能なサービスの内容を事前に知らされ、自らの決定により開始されたサービスを評価する権利を有する。ただし、なんらかの理由で自らが決定できない場合にあっては、個人を尊重した個別的ケアが家庭または第三者によって選択される。

##### ② 残存能力の活用

サービスは、利用者の残存能力に着目して、自立を援助及び促進する目的で提供される。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められる。

### ③ サービスの継続性

サービスの提供にあたっては、利用者の生活を制限することは最小限度にし、家庭的な雰囲気重視すべきである。さらに、適切なサービスの可能性を検討し、施設サービスと在宅サービスとの連続・連携をはじめ、保健・医療・福祉の連携を積極的に進めるべきである。いかなるサービスも、利用者の生活の継続性を尊重しなければならない。

#### (2) サービス評価項目の区分と項目数

サービス評価項目は、直接サービスに関する項目としては、ア.日常生活援助サービス(39項目)イ.専門的サービス(18項目)ウ.その他のサービス(8項目)である。運営に関する項目としては、エ.運営管理(13項目)オ.施設設備環境(11項目)カ.地域連携(11項目)である。評価は、各評価項目について、施設側の自主評価と評価委員による評価が4段階評価で行われ、施設関係者と評価委員による改善方法等についての意見交換を行い、サービス水準の向上に向けた助言などを行うこととしている。

サービス評価は、これまでも老人福祉法(平成12年度以降は介護保険法)に基づく指導監査が行われてきた。指導監査との関係は、施設指導監査は「最低基準確保」のための指導で、サービス評価事業は「最適水準実現」のための支援であるとしている。

#### (宮城県の取り組み概要)

全国的に取り組まれている事業であるが、ここでは宮城県での事例に沿って、そこで優れたケアとして「評価された」内容を取り上げ、いかなる内容に「ケアの質」を見いだしているのかを検討してみる。

宮城県では、施設利用者のニーズに応じた質の高いサービスが提供されるよう、サービス提供者(施設運営法人)が行うサービス水準向上の組みを支援する目的に、1985(平成7)年度からサービス評価事業を実施している。1999(平成11)年度にサービス評価事業が終了するまでの5年で、特別養護老人ホーム23施設、老人保健施設17施設の合計40施設の評価を実施している。第2章以降で取り上げている事例に老人保健施設はないことから、ここでは特別養護老人ホームの評価結果のみを取り上げることにする。

5年間にわたるサービス評価事業の実績は、評価項目区分ごとに以下のように総括されている(宮城県2000)。この評価は、高齢者介護に関わる関係機関、各種団体、学識経験者などで構成されるサービス評価委員会<sup>1)</sup>が行ったもので、介護保険制度が施行される直前のケアの質に関する考え方である。

#### (1) 日常生活援助事業

最も評価の高かった項目は「入浴時のタオル交換」で、個人ごとの身体を洗うスポンジの用意や洗いたてのタオルを一人何枚も使用できる施設、個人名を記入したタオルを用意している施設を高く評価している。評価の高かった項目は、「排泄自立への働きかけ」「排泄記録表の作成活用」をあげ、各施設で排泄自立への取り組みがなされている。反対に評価の低かった項目は、「金銭等自己管理への配慮」で、各施設に共通した検討課題である。また、「活動的な生活援助」でも評価が低く、痴呆性老人(認知症高齢者)に対する生活支援の充実を求めている。

#### (2) 専門サービス

特に評価の高かった項目はなかったが、「職員間の情報交換」の項目では、独自の記録用紙やホワイトボードを利用する等、多くの施設で工夫がなされており、職員のサービス意識が高まっていることをうかがわせる。最も評価の低かった項目は、「定期的な個別の話し合い」である。定期的に、入所者と施設側が自由に話し合える機会を設ける等の工夫が必要であると指摘している。また、「自助具、介助用品の改造」の評価が低く、利用者一人ひとりに合った自助具等の作成を工夫する必要があるとしている。

### (3) その他のサービス

「入所時の説明」の評価項目が最も高く、これについては各施設で努力している。また、「退所先への情報提供」の項目も評価が高く、パソコンを利用して豊富な情報提供を行っている事例もあった。

### (4) 地域連携

評価の高かった項目は、「ボランティア・実習生の受け入れ」で、市町村や各種団体の協力を得て積極的に行っていることを評価している。今後の課題は、ボランティア・実習生を受け入れるだけでなく、訪問活動やメニューの企画にボランティア・実習生を参加させる等、施設が地域社会に向けて「開かれた施設」を目指して努力することを求めている。

### (5) 施設設備

最も評価の高かった項目は、「個室、二人部屋の配慮」で、各施設で最も重視している内容であることがうかがえる。最も評価の低かった項目は、「自助具等の使用のための施設整備」の項目で、自立的日常生活を送るためのハード整備が今後の課題といえる。

### (6) 運営管理

特に評価の高かった項目はなかったが、「専門資格取得の推進」については、介護保険制度施行に向けて処遇向上を図っていくうえでも重要であり、各施設で実践されている。最も評価の低かった項目は、「個別ケア目標計画への意見の取り入れ」である。個別のケアプラン作成は今後ますます重要になるので、職員全体での情報の共有化が求められると指摘している。

また、個別の評価項目ごとに優れたケアだと評価された事例についても列記されている。そこには、「食べこぼし防止のためのエプロンが用意されている」「夜間入浴がある」「禁句集やマニュアルの作成」「外出日を設けている」「ボランティアや実習生の積極的な受け入れ」等々が挙げられている。どちらかと言えば「かゆいところに手の届くような介護」が優れたケアと評価されている（補足資料2）。

### (措置制度下のサービスの質の考え方)

これまで、介護保険制度直前のケアの質の考え方を「サービス評価事業」においてケアの質が高いと評価された取り組みやサービス区分ごとの評価項目数も取り上げ、ケアの質に求めている内容を浮き彫りにすることを試みた。

ここで見てきたのは、要介護高齢者への丁寧な介護の姿である。一人ひとりの身体状態や希望に沿って弱った機能を補う、気配りのある工夫が高い評価を受けている。また、サービス区分別の評価項目数にもケアの質として関心をおいている内容が読み取れる。評価項目は全部で100項目、その内、直接サービスに関する評価項目は65項目、運営に関する項目は35項目である。地域社会との関わりや地域生活を意識した評価項目は、大分類「地域連携」、中分類「協力医療機

関、「地域福祉」、「他機関・施設間の連携」及び「広報活動」である。中分類「地域福祉」の項目に具体的な評価指標として掲げているのは「地域との交流」、「他機関・施設間の連携」の項目には「各施設との連携」といった評価指標があるのみである。5年間の評価の総括の中でも「地域連携」に関する評価は、「ボランティアや実習生の受け入れは各施設で積極的に行われている。また、夏休みに高校生を体験入所させ、登録名簿やマニュアルを整備している施設もあった。今後も、地域に開かれた施設を目指して更なる努力をしてもらいたい」というコメントがあるのみであった。

このようなことから、介護保険制度導入の直前頃の「ケアの質」は、いわゆる三大介護を中心とした内容で考えられており、地域生活者としてのサービスの質の提供といった視点はほとんどないに等しい状況にあったといえる。

## 2.2 社会福祉施設指導監査

介護保険制度施行後は、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第46号）などによって利用者の処遇（監査調書の表現）に関する点検項目が示されている。社会福祉法・介護保険法に基づく特別養護老人ホームの実地指導（県の職員が現場に出向いて直接現場を確認しながら行う指導）3年に1回程度行われる。その際に点検項目及びその内容から、求めているケアの質を明らかにしたい。

点検項目は、19区分で100項目である。その内、直接ケアに関わる項目は、5「介護」、6「食事」、7「相談援助」、8「社会生活上の便宜の提供等」、9「機能訓練」及び10「健康管理」の6区分20項目である。具体的な内容を見ていくと、5「介護(2)」1週間に2回以上（ユニット型の場合は頻度についての具体的な基準はない）適切な方法により入所者を入浴させまたは清拭しているか、同(4)「おむつを使用せざるを得ない入居者のおむつを適切に取り替えているか」、6「食事(1)」栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供しているか、8(4)「入居者の外出の機会を確保するよう努めているか」などの点検内容がある。ここで明確に確認できる地域との関わりを促す項目は8(4)の1項目のみである。ケアの質を担保するためには、人員や設備などの基準は重要であることには何ら異論のないところであるが、それを持って行うところの介護が上記の例に示すような内容であるという現実、措置制度下と何ら変わらず、いまだに三大介護にとどまっていると言わざるを得ない。

## 2.3 介護サービスの第三者評価

これまでは、ケアの質をどのようなところにおいているのかについて評価基準を基に見てきた。ここでは、ケアの質の確保と向上を、介護サービスの第三者評価制度に関する議論の中から見たい<sup>12</sup>。第三者評価制度については、社会福祉の基礎構造改革及び介護保険制度導入をにらんだ取り組み及び介護保険制度施行後のサービスの質の確保の仕組みとして、さまざまな機会に導入及び普及啓発に向けた検討が行われていることから、主な検討経過を整理しておきたい。

### （中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会）

福祉サービスの第三者評価事業は、1997（平成9）年11月「社会福祉の基礎構造改革について（主な論点）」（社会福祉のあり方に関する検討会）において、「サービスの選択を可能にする情報公開と質の評価制度の導入」について提言し、翌年6月「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」（中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会）が出され、「サービスの提供過程、評価などの基準を設け、専門的な第三者機関によるサービス評価の導入」について提言し

た<sup>13</sup>。

提言の具体的内容は、「サービスの提供過程、評価などサービスの内容に関する基準を設ける必要がある。これを踏まえ、施設、設備や人員配置などの外形的な基準については、質の低下を来さないよう留意しつつ、弾力化を図る必要がある」「サービス内容の評価は、サービス提供者が自らの問題点を具体的に把握し、改善を図るための重要な手段となる。こうした評価は、利用者の意見も採り入れた形で客観的に行われることが重要であり、このため、専門的な第三者評価機関において行われることを推進する必要がある」というものであった。

### （福祉サービスの質に関する検討会）

厚生労働省ではこの提言を受けて、1998（平成10）年11月、厚生労働省社会・援護局長の私的懇談会として「福祉サービスの質に関する検討会」を設置し、福祉サービスにおける第三者評価のあり方について検討を行っている。また、さらに中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会は、同年12月「社会福祉基礎構造改革を進めるにあたって（追加意見）」において、「利用者本位の利用制度にともなって導入される、権利擁護、サービスの質の確保、情報開示など利用者のサービス利用を支援するための仕組みについては、効果的かつ適切な運用が行われるものとする」と追加意見を出している。1998（平成10）年11月から進められた「福祉サービスの質に関する検討会」の検討結果は、2001（平成13）年3月、『福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書』にまとめられている。同報告書では、第三者評価の定義、第三者評価機関の役割、評価の方法や結果の公表等について示すとともに、福祉サービスに関する評価基準は、社会福祉施設の最低基準ではなく、よりよいサービス水準への誘導を図るための基準であるとしている。厚生労働省は、同年5月にその報告内容を受けて再三者評価のガイドラインとなる「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」を発出している。この中で、第三者評価推進のための具体的な取り組み内容として、「第三者評価基準及び評価機関の認証のあり方に関する研究会」を全国社会福祉協議会に設置し、共通第三者評価基準の見直し、第三者評価機関の認証要件の検討、評価調査者の研修体系・カリキュラムの検討を行うとともに、「介護保険サービスの質の評価に関する調査研究事業」をシルバーサービス振興会に調査研究の委託を行っている。調査研究内容は、調査研究委員会において、評価の実施方法、評価の実施体制、評価基準（評価項目、判定基準）、費用負担のあり方、評価結果の公表、人材の養成について、7つの部会では、各サービスの評価基準（評価項目、判定基準）案について及び評価者養成研修カリキュラム等案についての調査研究を行うこととした。

### （介護サービスの質の評価に関する調査研究事業）

厚生労働省では、2003（平成15）年度、老人保健健康増進等事業において介護サービスの質の評価に関する調査研究事業として「介護サービスの第三者評価推進等事業及び介護サービスの第三者評価モデル事業」を実施し、利用者の選択に資することを目的に客観的な第三者評価情報を提供することを目指し、在宅系5サービス（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与及び特定施設入所者生活介護）並びに介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の7サービスに対する評価項目を検討している。2004（平成16）年度には、調査研究をした評価基準等の検証を行う第1次モデル事業、全都道府県が取り組む第三者評価事業の試行を行う第二次

モデル事業を行い、2005（平成 17）年度には第三者評価事業を本格実施している。これ以外の介護保険サービスについても順次、評価事業を推進し、平成 22 年度にはすべての介護保険サービスに第三者評価が導入される予定となっている。

### （規制改革推進に関する計画）

第三者評価は、規制改革推進に関する計画の中でも触れられている。2000（平成 12）年 4 月に導入された介護保険制度は、行政処分として行われる措置制度から転換し、利用者が自ら事業者を選択（契約）して介護サービスを利用することを大きな柱としている。しかし、介護保険の利用者が適切な選択をするに際して、必要な情報が十分に提供されているとは言い難い状況にあるとし、規制改革推進 3 か年計画（再改定）（平成 15 年 3 月 28 日閣議決定）では、介護サービス事業者について、順次第三者評価の推進方策を講ずることを求めている。規制改革推進 3 か年計画（再改定）の 6「福祉等」、1「介護分野」、(5)「介護サービス事業者の情報公開及び第三者評価の推進」の項目で「痴呆性高齢者グループホームについては、特に入所者の特性から事業者の評価が重要である点にかんがみ、平成 14 年度から他の介護サービス事業者に先んじて第三者評価制度が実施されているが、特別養護老人ホームや有料老人ホームなど他の事業者についても、順次第三者評価の推進方策を講ずる。（平成 15 年度中に検討（逐次実施））」と早期の実施を求めている。

### （高齢者介護研究会）

また、2003（平成 15）年 6 月に取りまとめられた高齢者介護研究会報告書においても、介護サービスについては、外部評価の仕組みの早期導入の必要性を指摘している。「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(2003 年 6 月 26 日 高齢者介護研究会報告)では、「4 サービスの質の確保と向上」の項目で、「介護サービスによる自立支援の効果の評価（アウトカム評価）の手法の確立等を行い、評価結果を利用者に開示することにより、質の高いサービスを提供する事業者が選択され、事業者自身にも質の改善を促していく仕組みの構築が求められる。具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施しているような外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である」と記述している。

### （法的位置づけ）

第三者評価の法的な位置づけは、社会福祉基礎構造改革の中心となる 2000（平成 12）年 6 月に施行された社会福祉法で以下のように規定している。

（福祉サービスの質の向上のための措置等）

#### 第 78 条

社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。

社会福祉法第78条第1項では、社会福祉事業の経営者が第三者によるサービス評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環であると位置づけている。このことから、第三者評価事業の目的は、社会福祉事業者が行う福祉サービスの質の向上を図るための措置の援助であると理解できる。具体的には、個々の事業者が事業運営の問題点を把握することで、改善すべき点が明らかになることでサービスの質の向上に結びつき、また、第三者評価結果が公表されることによって、利用者の適切なサービス選択に資する情報となることが期待されている。

### （第三者評価で求めるサービスの質）

介護サービスの第三者評価は、サービスの質そのものというよりは、利害関係にない第三者が評価を行いその結果を公表して、利用者のサービス選択の参考にしてもらえることを期待している。これまでは、行政による実地指導や監査によるさまざまな基準が適切に履行されているか否かをチェックして介護サービスの質を担保していた。しかし、この内容は、介護事業者の指導を目的に行われていることから、その内容を一般の人々が参考にできるようにはなっていない。このため、行政とは別の機関で、サービスの提供内容を確認し、確認結果を公表するようにしたものである。こうしたことから、第三者評価で求めるサービスに質は、努力義務となっている第三者評価を受け介護サービスの内容を一般に広く公表することに重きをおいている。このため、第三者評価によって直接的にサービスの質を高めようとしている制度ではないことから、この制度によるサービスの質の向上は、サービスの内容を広く一般に公表することにとどまっている。今後、第三者評価が浸透し、事業者が自主的に取り組むサービスの質を積極的に利用者に訴える機会として広まっていくことで、サービスの質の向上が期待できるように思われる。

## 2.4 入所型施設の介護の現状と施設現場職員が語るケアの質

### （1）1970年代後半のケアの質

ここでは、老人福祉法制定（1963年）から15年経過した1970年代後半に、研究者、実務家及び行政で組織した研究会「全社協・老人ホームにおける入所者処遇に関する研究会」の調査研究結果に基づいて書かれた「老人ホーム処遇論」にあるケアの質に関する記述を下に、当時のケアの質に求めていた内容を把握してみたい。

はじめに、三浦文夫は、1977（昭和52）年11月の中央社会審議会意見具申を基にして、現行の特養などの体系は改革が求められているとして、新しい老人ホームのあり方に関する改革の方向性についての考え方を試論の形で述べている（三浦：1979）。ここでは、三浦が行った現状分析と老人ホームの機能あるいは処遇内容の反省点を取り上げ、当時のケアの質及びその後のケア改革の方向性を探ってみたい。

### （老人ホームの新しい機能）

三浦の指摘する反省の第一点目は、「老人ホームにける収容老人に対する処遇が保護、救済に流れている」（三浦 1979: 25）ことである。そのうえで、老人ホームの役割は、これまでの収容保護だけではなく、これらの老人の自活能力を妨げている障害を取り除き、可能な限り家庭への復帰を図る物的・人的資源となることにあるとの考えを示している。こうした役割を果たすための中心的

な機能は、高齢者の持つ維持・開発可能なさまざまな能力を発展させるための治療・訓練・教育などを効果的に行うところにあることから、これらの機能を発揮するための条件として、生活の場の提供を行うものであるとしている。このように、三浦は、老人ホームに対して、現在でいうところの自立支援にあたる、より積極的な支援機能を期待している。

また、精神的身体的な障害による状態は、一時的な依存状態と疾病・障害・老衰などによる障害から生み出される長期的な依存状態に分けて考えている。そのうえで、心身状態の故障に対する治療・看護・リハビリテーションなどの維持回復を図る介護のほかに、社会的存在としての人間のアイデンティティの確保を図る日常生活維持のためのさまざまな福祉的援助 (welfare-care dependency) が必要であるとしている。

### (処遇条件のあり方)

反省の第二点目は、「入所(収容)の持ってきた閉鎖性・隔離性の欠陥」(三浦 1979: 28)である。さらにこのことは、施設処遇の理念や方法に関わるだけでなく、立地条件や施設規模などのハードウェアに関わる面にも注意しておく必要があると指摘している。施設が人里離れた場所に設置されるのは、隔離的・閉鎖的になるので避けるべきであり、同時に施設規模が大きくなると、隔離性・閉鎖性を生みやすいことから、可能な限りその規模を小さくすることを勧めている。また、施設において生活のあらゆる面が充足されると、逆に施設が外の社会とのつながりを失い閉鎖的に陥りやすいことから、地域社会で利用できる資源は、可能な限り地域資源として利用する配慮があつてしかるべきとしている。

### (日課)

次に、一般的な老人ホームにおける処遇の実際を見てみよう。

入所者が、施設での生活を続けるにあたり、その基本となる部分が「日課」と呼ばれている援助活動で、この部分がケアの質に大きく関わってくる。橋本正明は、「注意すべき点は、老人の生理的、社会的欲求に対して、無理のない日課をいかにつくるか、という点にある」(橋本 1979: 140)と指摘し、施設での生活の多忙さは、時間で追われる生活を指している場合が多いと説明している。

### (生活環境の美化、整理整頓)

老人はとかく荷物が多いので、限られたスペースで生活をするので荷物の量及び整理整頓に注意する必要がある。また、そのためにも定期的な部屋替えが荷物の整理に良い機会になると、定期の部屋替えを勧めている。

### (居室)

部屋の定員が、1人なり2人なりに少なくなると、職員は部屋に入りにくくなるので、そうなればなるほど、引きこもりがちになる老人の把握のためにも、居室を訪問して人間関係をつくるべきであるとしている。また、定期的な部屋替えは、人間関係を広げ、気分を新しくさせると考えている。その頻度は、2年から3年くらいが妥当で、これも習慣になると部屋替えを待つ高齢者もいるとしている。

**(行事)**

施設での生活は、ともすれば単調に流されがちであることから、不自然な集団生活を逆手にとって集団であることの良い点に着目した行事の計画を行うことが必要である。また、行事をとおして、職員と入居者との一体感や信頼関係、職員同士のチームワークが養われるとしている。

**(クラブ活動)**

クラブ活動は、処遇のうえで大きな役割を果たしている。内容的には、個人の

趣味、おけいこごとのレベル、昨日回復訓練を意図したもの、社会的な活動を目指すもの、対人関係づくりを目的としたもの、作業中のものなど多様なニーズに応える対応の幅が必要である。また、集団として把握されがちな入居者に対して、小集団の中での集団の力学を利用したアプローチが可能になり、社会性の援助には最良の方法であるとしている。

**(自治会活動)**

入居者をたんなる福祉の対象者・受給者だけで理解するのは不十分で、自分たちの生活は自分たちでつくっていくという方向に、施設の処遇方向が定められていかなければならない。その意味で、入居者の自主組織である親睦団体や対外的な活動をする老人クラブなどの活動は有効であるとしている。

**(教養・文化活動)**

教養講座・文化講座、話し合い、映画会、読書会などの文化的な活動は、大切な分野である。社会から遊離しがちな入居者にとっては、たんに娯楽を用意すればことたりるわけではなく、ひとりの個人として成長することへの支援を当然考えられなければならない。また、一歩進んで、入居者によるボランティア活動は、入居者の社会性の発展としても、たんに福祉サービスの受給者ととどまらず、同時に担い手に転化するものとしても、特筆に値する動きである。このような、意識の変革も、意図的に働きかけ、援助によって発展していくものであるとしている。

**(現在に続く課題)**

ここに書かれているケアの内容は、1970年代後半の現状である。しかし、筆者が多くの特別養護老人ホームなどの施設を視察する機会を持っていた2000(平成12)年前後でも、「日課」と言われるタイムスケジュールにそって、居室を廻るようして介護サービスが提供されていた。当時、この介護方式は、効率的な介護サービスを提供する目的で用いられ、「定時介護」「流れ作業介護」と半ば自虐的言葉を用いて表現している。多くの介護職員は、この日課に追われるようにしながら、多くの介護行為をこなし、特に、入浴介助、おむつ交換などにおいて典型的にこの介護方法で行っ

表1 年間行事予定項目表

月別	行事
4月	・家族会 ・買い物デイ ・ホーム喫茶
5月	・バスハイク ・ホーム喫茶 ・運動会
6月	・買い物デイ ・開設記念家族相談会 ・ホーム喫茶
7月	・バスハイク ・七夕まつり ・ホーム食堂 ・納涼大会
8月	・ホーム喫茶 ・家族会
9月	・敬老会 ・ホーム喫茶 ・彼岸供養慰霊祭
10月	・一泊旅行 ・ホーム食堂 ・家族会
11月	・バスハイク ・ホーム喫茶
12月	・買い物デイ ・クリスマス会 ・家族会 ・もちつき大会
1月	・新年祝賀式 ・新年宴会
2月	・まめまき ・家族会
3月	・ホーム喫茶 ・バスハイク ・彼岸供養慰霊祭

(注)なお、毎月の行事として、誕生会及び出張売店がある。  
 「出典:全国社会福祉協議会(1979)をもとに、特養部分を抜粋して作成」

ている。部屋替えについては、2000（平成 12）年前後には、定期的部屋替えを行っている施設を見ることはなかった。たまに見かける部屋替えの多くは、相部屋の入居者同士の相性が悪いなどの理由で行っている場合であった。部屋替えに関しては、1970 年代後半と現在では違いが出ているようである。また、行事に関しては、1970 年代後半では、集団での行事を積極的に評価している様子をうかがい知ることができる。また、ここに掲げている行事の例は、現在でもほぼ共通するものが多い。現在でも行事の中心は、四季折々のお楽しみ会的行事、宗教的背景を持った行事、個人個人のライフコースに関わる行事である。目立った違いは、「ホーム喫茶」という隔月行われている行事で、現在は行事としてではなく常設または週末に設置しているケースが多く、より日常に近い形で行われている。

こうしてみると、ケアの質に関する議論は、あまり進んでいない現実にあることがわかる。また同時に、早い時期から施設を地域に開放するという手法を用いて地域との関わりを指向しており、地域との関わりは、今日まで続く課題である現状も読み取れる。

## （2）介護職員が語るケアの質

特別養護老人ホームなどの入所施設における従来の介護方法を知るために取り上げた書籍は、1979（昭和 54）年に書かれたものであることから、少々時代が遡りすぎるとの批判を受けかねない。そこで、現在介護職員として働いている職員の実体験を基にした介護専門職向け雑誌に投稿したケアの質に関する記述を取り上げてみたい。ここで取り上げる介護職員は、次章で取り上げる施設に働く職員で、ユニットケアに出会う 2005（平成 13）年までの 14 年間、従来型特養の介護職員として現場に立っていた経験を持つ。このような職員の語りから、これまでの介護の様子を振り返ってみたい。

従来の介護現場では、介護職の仕事は食事・入浴・排泄に代表される三大介護を中心に行われてきました。そこで行われていた手法は、効率的にサービス（業務）提供を行えるように、あらかじめ設定した曜日や時間に合わせ、部屋を変えながら同一介護を繰り返して行う、いわゆる“定時介護”“流れ作業介護”でした。これは、“時計を見て行うケア”（サービス先行型ケア＝業務型ケア）で、利用者の顔を見て行うケア（ニーズ先行型ケア）とは、基底をまったく異にする介護方法です。できるだけ多くのケアを、だれが行っても同じように提供できることが、効率的で質の高いケアだと信じ、ケアの質を回数で計っていた時代です。（小川 2006: 16）

ここにある介護の質は、その対象を三大介護におき、提供する介護行為の回数を計って提供される量で判断している。提供される介護サービスの量が多ければ多いほど、ケアの質が高いと考えられていたことがうかがえる。定時での交換に加えて必要に応じて随時交換するなどしておむつ交換の頻度を上げることや 1 週間に 2 回以上と規定されている入浴の回数をどれだけ増やせるかなどがその対象となっていた。それがゆえに、できるだけ多くの介護サービスを提供するようにするために、効率的に介護サービスを提供する手法として「定時介護」「流れ作業介護」が行われていたことがわかる。「時計を見て行うケア」という表現は、この効率性を追求してできるだけ多くの介護サービスを提供側の都合で進められていたことを端的に言い表している。しかし、このようなケア手法は、介護職員の手抜きで考え出されたのではなく、限られた人員と時間の中でできるだけ多くの介護サービスを提供したいとの考えから行われてきたものであることを忘れてはいけない。

次の内容は、前述の1979(昭和54)年に書かれた「老人ホーム処遇論」でも取り上げられていた「日課」に触れている。

できるだけ多くのケアを提供することに夢中になっていた当時は、効率的で均等なサービスが行えるようにマニュアルをつくりました。また、だれ一人漏れなくケアを提供できるように、一週間及び一日のケア内容・時間帯・対象者を書き込んだ日課表をつくりました。朝出勤すると、最初に日課表を確認して今日一日の作業イメージをつくる。服装は、動きやすいようにジャージ上下のユニホーム(作業着)。テキパキと業務をこなす職員が“できる職員”。積極的にケアの手を出すのが“気の利く職員”。入居者の反応を待っているのは“とろい職員”。業務の途中で利用者に何か頼まれると、担当業務をこなすのに支障が出るので「ちょっと待って下さいね」と言って立ち去る。移動はいつも忙しそうに小走り。利用者と一緒に座ってお茶を飲んでいると、「休んでいる」「油を売っている」と上司からも仲間からもにらまれる。ケアの質を高めたいと思って作りだした定時介護・流れ作業ケア手法やマニュアル・日課表は、いつしか「寄り添う」という言葉が入る隙もないケア環境をつくりだし、「ちょっと持って」が口癖の職員を生み出していたのです。(小川 2006: 16)

ここでは、二つのことがわかる。第一は、業務手順である「マニュアル」と業務計画となる「日課」の実態である。毎日の介護サービスは、日課表に基づいて漏れなく提供され、マニュアルによって手順よく効率的に行われていることがわかる。ここにも、できるだけ多くの介護サービスを均等に提供できるようにするための工夫として、マニュアルや日課表がつくりだし、介護の質への関心事は、提供する介護量に向けられていることがわかる。介護保険制度施行後の人員基準は、入居者3人に対して介護職員が1人となっているが、その前(措置制度下)では入居者4.2人に対して介護職員1人である。介護保険制度前と後では1人上の差がある。少ない人手で多くの介護サービスを提供することが求められている実態が、このような介護手法を生み出していたものと考えられる。ここで語られていることでわかる第二は、どのような職員が高い評価を得ていたかである。このことは同時に、当時のケアの質への関心事がわかることでもある。その日に提供する介護サービスは、あらかじめつくられている日課表に記載されている対象者と介護サービス内容をマニュアルに基づいて積極的に手を出してテキパキと「こなす」。積極的に手を出すのは、その方が早く業務をこなすことができるからである。今日で言う「寄り添うケア」は、「休んでいる」「油を売っている」という評価でしかなかった。それだけ、少ない人数で多くの介護サービスを提供することに追われていたのである。当時のせわしなさを物語るに十分な話である。

### (3) 遠い過去のことではないケアの質の現状

このような現状は、過ぎ去った遠い過去のことではない。それゆえ、いまだにケアの質は三大介護を中心とした介護サービスの量を持って評価することに大きな違いはない。今日、「個別ケア」や「寄り添うケア」が質の高い介護サービスとして求められるのは、このような効率性を追い求めて一律に提供される介護サービスや入居者と関わる時間を持たずに介護サービス量に関心が向けられている現状への反省から語られている。

介護報酬の引き下げなどによる介護サービス事業運営が厳しさを増す中で、規模の拡大や一層の効率化による打開が図られ、ケアの質は依然としてサービス量を持って評価するものに留まり遅々として進まない。

こうした閉塞感にも似た現状に疑問を持った中から、大型施設でもグループホーム的なケアを目指すユニットケアの試みが出てきたのである。次に取り上げる1990年代後半から試行されたユニットケアは、大勢の入所者に画一的に提供する介護サービスや特別な場所になっている特別養護老人ホームへの違和感から端を発している取り組みである。量から質の段階への新たな展開は、このケア手法の出現によって現実味を帯びるようになった。これまで、閉塞感に包まれていた介護職員も大きな期待を寄せるようになり、新たなケアの質を導き出す気運は一気に高まっていった。

### 第3節 ユニットケアの取り組み

これまでは、ケアの質の求める提言やサービスの評価の視点及び現場の声を基にして、どのようなケアの内容を持ってケアの質を評価しようとしてきたかを見てきた。次に、従来のケアの質の考え方に大きな影響を与えた、ユニットケアについて見ていきたい。

ここでユニットケアを取り上げるのは、従来のケアのどのようなところを反省し、何を求めて取り組まれているのかを分析することで、「よいケア」の姿を浮き彫りにしていきたいと考えるからである。

老人福祉法や介護保険法では、ここでいう「よいケア」を「適切な処遇」という表現を用いている。適切な処遇とは、「食事、健康管理、衛生管理、生活相談等における役務の提供や設備の提供が入所者の身体的、精神的特性を考慮して適切に行われることをいうものである」（厚生労働省老人保健福祉局長通知「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」と規定し、介護サービス利用者に提供されるサービス全般の「ケアの質」に求めている姿を示している。このため、ケアの質が十分に保たれていない場合や欠けている際には、「不適切な処遇」という言葉で表現され、何らかの指導や改善指示等の判断を行うための行政行為としての「監査」（介護保険法第90条等）<sup>14</sup>の対象となる。

しかし、ここでは、現行制度の持つ課題などについて論じようとしているものではなく、現行制度で求めているケアの質を把握し、今後見ていく事例と、現行制度下の「適切な処遇」（ケアの質）との違いを明らかにする作業を行うものである。この作業を行うのは、介護保険制度が施行してまもなく制度化された「ユニットケア」を分析することで、ケアの質をどのような視点で捉えようとしているのかを明確にすることができるからである。

#### 3.1 一施設の取り組みから制度化へ

ユニットケアという言葉を生み出したのは、特別養護老人ホームの施設長をしていた武田和典である。武田は、1994（平成6）年頃、数十人の高齢者が食堂で一斉に食事を摂る光景に疑問を持ち「一緒に過ごす、ごく普通の家庭の食卓にこそ意味がある」「住み慣れた地域で暮らせるような策を」「顔の見える少人数での家のような生活を」という発想から介護単位と生活単位を合わせるケア方式を試行し、「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」にユニットケアの原点を求めた。こうして、ユニットケアの本格的な歴史が始まったと言われている（堀田2003: 65-9）。

一施設の取り組みは、その後全国に向けて発信することとなり、ユニットケアの実践研究と情報交流を目的に1999年4月1日「特養・老健・医療施設ユニットケア研究会」を発足させ組織的に展開している。この活動の代表的な事業として行われているのがユニットケア全国セミナーで、1999（平成11）年10月「第1回ユニットケア全国セミナー」がユニットケア提唱者の地元福島県で開催（参加者750人）された。その後2回目は岡山県（1,100人）、3回目は宮城県（2,000人）、第4回目は千葉県（3,000人）で開催され、年々参加人数を増やしている。2010年10月には、第12回目のユニットケア全国セミナーが愛知県で開催された。ユニットケア全国セミナーは、次第に地域や共生を強く意識し、地域で「普通」の暮らしを施設においても実践しようとする多くの実践報告が出され、ユニットケアの先にある暮らしを模索する動きが広まっている。

また、介護現場での実践を科学的に検証する動きも始まり、高齢者施設の運営実践者による特養の個室化に関する研究（橋本編1996）や建築学を専攻する研究者の間でも高齢者居住施設のあり方に関する研究（井上ほか1997）が行われるようになった。

このような実践活動や研究の成果は介護現場の話題になりはじめ、「ユニットケア」という聞き慣れない言葉は、2000（平成12）年度版厚生白書で初めて公の場に取り上げられるまでになった。厚生白書の中で「ユニットケア」は以下のように紹介されている。

特別養護老人ホームなどにおいて、居室をいくつかのグループケアユニットに分けて一つの生活単位とし、少人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行うものである。施設規模にもよるが、10名程度の高齢者が一つのユニットを構成している。グループごとに食堂や談話スペースなどの共用部分を設け、また職員の勤務形態もユニットごとに組むなど、施設の中に独立した小さな社会を設け、家庭的な環境をつくりだす試みといえる。（厚生省 2000: 110）

その後、各地で進んでいる個室・ユニットケアに関する実践を対象にして、厚生労働省の老人保健健康増進等事業補助金等を活用した個室化・ユニットケアに関する研究（外山 2001, 2002）が進められ、研究成果を基にした特別養護老人ホームの設備及び運営に関するさまざまな基準の改定に進んでいった。また、介護保険制度施行後の制度全般の検討と見直しを行うために、2003（平成15）年に設置された高齢者介護研究会の検討結果報告書「2015の高齢者介護」は、施設においても個別ケアを実現するための手法としてユニットケアを取り上げ、その普及を進めるとし、特別養護老人ホームにおける個室・ユニットケアの方向性を決定的にした。

### 3.2 ユニットケアの特徴

武田によれば、ユニットケアは介護革命である（武田 2007）。ユニットケアが介護革命だと言う最大の理由は、狭義の介護から生活支援（自律支援）へ、自己完結型から地域展開型へといった、基本的枠組みの変更を促している点にある。それでは、ユニットケアは従来のケアと何が違うのであろうか。現在、介護報酬の算定にも関わるユニットリーダーの研修で用いられている研修テキスト（高齢者認知症介護研究・研修東京センター編 2007）及び施設設備基準を基に、ユニットケアの考え方を整理することで、その特徴を明らかにしてみたい。

#### (1) 個々の暮らしをサポートする「個別ケア」

ユニットケアは、個々人の暮らしを支える「個別ケア」を実践するための一つのツールで、高齢者の人としての尊厳を支えることを基本にしている。ユニットケアが大切にしていることは「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」である。ユニットケアで目指している具体的な姿は「自己決定の場がある」「生活の継続性がある」「残存能力が活用される」などで、入居者一人ひとりのこれまで大切にしてきた暮らしにこだわり、生活習慣を大切にすることで実現していく。ユニットケアを実践するには、「ハード（環境）」と「ソフト（暮らしのサポート）」の両輪が必要で、このハードとソフトに「システム（施設運営の中での仕組みづくり）」を加えた、ユニットケアの3要素がユニットケアを推進する。

ユニットケアの3要素を詳しく見ていこう。

ハード（環境）である高齢者福祉施設は、地域の中で普通に暮らしていく場となる「住まい」であり「地域の集いの場」ともなる。利用者の暮らしを豊かにするためには、施設というハードの持つ介護力を存分に活用することが重要である。住まいは、特別なものである必要はなく、「普通の暮らし

ぶり」をできるだけ多く取り入れることが大切である。

ユニットケアは、利用者が今までどんな暮らしをしてきたのかを見つめ、その暮らしのリズムに沿って実践することがソフト(暮らしのサポート)の基本である。例えば、利用者のそれぞれの起床時間に合わせて朝食を用意する、利用者の起床から就寝まで、そして、翌朝に心地よく目覚めるためには日中のケアをどのように行うかなど、利用者主体のケアを考えている。また、職員の仕事を効率的にこなすための日課に利用者の暮らしをあてはめるのではなく、個々の利用者がどのような暮らしを望んでいるのかを理解したうえでサポートしていくことが大切である。施設は、介護福祉士、看護師、栄養士、ケアマネジャー、社会福祉士等々、多くの専門職の集まりで運営されている。それら他職種の専門職が協同してケアにあたるためには、ケアの基本となる運営理念が必要である。さらに、その理念を伝達していくシステムが、日々のケアを行ううえでのさまざまな仕組み(例えば、申し送り、記録、ミーティングなどの情報共有の方法、業務シフトの工夫や研修のあり方などのチームケアを円滑に進めるためのマネジメント方法など)の中で活かされていることが必要である。

ユニットケアの成否は、職員一人ひとりの自立と組織力が必要である。このことが、一つのシステム(施設運営の中での仕組みづくり)として機能していることが求められる。

「介護が必要になっても、ごく普通の暮らしを営む」という理念を確認したうえで、環境やしつらえも含めた意味での「ハード」、利用者中心の生活を支えるための「ソフト」、それらを有機的・効率的に結び付ける「システム」の三拍子が整っていることが、ユニットケア実践のカギになっている(高齢者認知症介護研究・研修東京センター 2007)。

## (2) 施設設備基準

ユニットケアを行う特養の設備や運営に関する基準を定めているのは、厚生労働省令(「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」)である。また、これにかかる解釈通知によって基準に関する詳細な事項が定められている。以下は、ユニットケアを行う特養(小規模生活単位型特別養護老人ホーム)に関する設備運営基準の抜粋である。

特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号)

改正現在(平成21年3月30日厚生労働省令第54号)

(設備基準)

第35条第3項 前項に掲げる設備の基準は、次のとおりとする。

一 ユニット

イ 居室

- (1) 1の居室の定員は、1人とする。ただし、入居者へのサービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。
- (2) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に接して一体的に設けること。ただし、1のユニットの入居定員は、おおむね10人以下としなければならない。
- (3) 省略
- (4) 1の居室の床面積は、13.2平方メートル以上を標準とすること。ただし、(1)のただし書きの場合にあっては、21.3平方メートル以上を標準とする。
- (5) 以下省略

#### ロ 共同生活室

- (1) 共同生活室は、いずれかのユニット属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。
- (2) 以下省略

小規模生活単位型特養のハード面の大きな特徴は、居室及び共同生活室にある。従来の特養は、定員が四人程度の居室が廊下を挟んで同じように並んでおり、その形状から「ハーモニカ型特養」などと呼ばれた。ちなみに、その廊下が円を描くようにつながっているのを回廊型特養と呼ばれている。このような構造であるがゆえに、一つの居室でおむつ交換などの日課（介護）をこなし、次もすぐ隣の居室で同じように日課をこなすという介護手法（流れ作業介護）が効率的であったのである。これに対して、ユニットケアは、ハード面が大きく異なり、同じ作業を繰り返すことで作業ロスを最小限にするという介護手法は意味をなさなくなり、必然的に個々人のニーズに包括的に対応する介護手法が求められ、個別ケアを試行するケアが実践されることになるのである。大人数に対して画一的なケアを提供する従来介護手法は、ユニットという10人程度のまとまりに小分けされ、個室という生活の場を持つことで、プライバシーに配慮した個々にニーズに対応したケアサービスの提供が可能になったのである。

こうして、居室や居間的空間を持った生活環境を生活の場にするというハード面の大幅な改善は、ケア手法にも大きな変化をもたらし、定時介護・流れ作業介護は個別ケアや寄り添うケアへと大きく舵を切らせることに決定的な影響をもたらしたのである。

#### (3) ケアに生活空間の視点が加わる

ユニットケアは、ソフトとハードが一体となって「個別ケア」を目指して行われるケア手法である。施設設備の持つケア力（環境力）で日常的に行われるさまざまなケア行為が助けられ、物言わぬ施設設備は、ケアの力で何らかの意味を持ち、効果的なケアを展開するためのツール（道具）と化す。これらのことが互いに影響し合いながら個々人のニーズに寄り添っていきこうとしている。

従来の特養老人ホームの環境は、「療養の場所」「介護の場所」ではあっても「居場所」ではなかった。ユニットケアでは、環境の介護力にも着目して「居場所」づくりを行い、その居場所を生活の本拠地にするケア力によって「収容施設」を「生活の場」へと作り替えようとしているのである。施設を生活の場にするさまざまな試みは、自律／自立を促すさまざまな仕掛けと言い換えることもできよう。これから見ていく、設備運営に関する基準の変遷をみても、大きく改正されているのは居室や共同生活室に関する部分であることから、このことをうかがい知ることができるであろう。

### 3.3 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準の改定の概要

次に、制度の中でユニットケアはどのように扱われているのかを見ていきたい。特別養護老人ホームの事業の適正な運営及び入所者に対する適切な処遇を確保するために義務づけている事項や規模及び設備に関する事項などの留意点を詳細に規定しているのは、厚生労働省老人保健福祉局長通知「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」（以下「特養の基準について」という）である。ここでは、この規定の中でユニットケアに言及している部分を取り上げ、その概要や改定の状況を把握すること、ユニットケアで確保しようとしているケアの質に求めている内容とその変遷を見ていきたい。

**(2002(平成14)年8月7日 老発0807001号 改正通知)**

「ユニット」という言葉が特養に関する規定の中に初めて出てくるのは、2004(平成14)年8月に発出された「特養の基準について」の一部改正通知である。この中で、「10人程度の入居者が食事を行い、かつ、談話等を楽しむ共同生活室及び当該共同生活室に接して一体的に設けられる入居者の居室から構成される基本的な単位(以下「ユニット」という。)(以下省略)」と入所定員を定める規定の中に出てくる。また、2 設備の基準には、「『居住福祉型』の特別養護老人ホーム」という言葉が出てくる。

**第二 規模及び設備に関する事項****2 設備の基準**

- (2) 基準第11条の規定の適用を受ける特別養護老人ホームは、平成14年度から整備を進める「居住福祉型」の特別養護老人ホームであり、家庭に近い居住環境の下で少人数毎に生活を共にする入所者に一人一人の生活のリズムを基本に据えた介護や日常生活の世話をを行うことを特徴とするものであること。

このため、居室は個室とするとともに、居室に近接して、少人数で食事をしたり談話を楽しんだりする空間(共同生活室)を設け、こうした個室及び共同生活室をユニットとして建物を構成し、運営しなければならないこと。

また、居室の床面積に関する規定は、「入居者一人当たりの居室の床面積に関する基準 10.65平方メートル以上」から「入居者が家庭で使い慣れた家具などを持ち込むことができるように、13.2平方メートル以上を標準とする」に改正されている。さらに、共同生活室については、「家庭に近い居住環境を実現する観点からは、簡易な流し、調理設備を設けることが望ましいこと」としている。これらの改正に併せて、特別養護老人ホームの施設整備国庫補助採択基準も改正され、「居住福祉型特養」は優先的に採択されるようになった。しかし、ケアの質に関する規定「第四処遇に関する事項」では、目立った改正はなく、従来三大介護を中心としたケアを一步も出るものではなかった。また、地域との関わりに関する規定は、「基準第30条は特別養護老人ホームが地域に開かれたものとして運営されるよう、特別養護老人ホームは地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないこととしたものある。」(16 地域との連携等)と措置制度下の規定と変わらず、閉鎖的な施設運営を戒め地域に開かれた施設であることを求めるに過ぎないもので、ほとんど改正されないまま現在に至っている。

このように、2004(平成14)年改正は、施設設備の面から収容施設を生活施設へと転換を図った改正であったと言える。このハード面の改正は、相部屋の居室を個々のプライベート空間としての個室にし、大勢で一斉に食事する食堂は10人程度の食卓に変え、特養を入居者一人ひとりの生活の場にしようとした。介護環境を家庭に近い居住環境にした改正は、この後のケア手法の変更に大きな影響をもたらすきっかけを生み出したと考えることができる。

**(2003(平成15)年3月19日 老発0319001号 改正通知)**

この改正通知で、これまで「居住福祉型特別養護老人ホーム」と呼ばれていたものが「小規模生活単位型特別養護老人ホーム」と呼ばれるようになった。改正の理由は、以下のように説明されて

いる。また、これまでは、「ユニット」という言葉だけであったが、この改正通知から、「ユニットケア」という言葉が使われ、ユニットケアを「生活単位と介護単位を一致させたケア」とであると説明している。

## 第5 小規模生活単位型特別養護老人ホーム

### 1 第3章の趣旨

「小規模生活単位型」の特別養護老人ホームは、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位を一致させたケアであるユニットケアを行うことに特徴があり、これまで「居住福祉型」と称してきたものを、その特徴をよりわかりやすく表す観点から改めたものである。

こうした小規模生活単位型特別養護老人ホームのケアは、これまでの特別養護老人ホームのケアと大きく異なることから、その基本方針並びに設備及び運営に関する基準については、第2章ではなく、第3章に定めるところによるものである。なお、人員に関する基準については、基準第12条に定めるところによるので、留意すること。

2002(平成14)年改正では、従来の三大介護を中心としたケアを一步も出るものではなかったが、本改正では、以下に示すように、ケアの範疇に入居者相互間での社会関係の構築支援や馴染みの関係に触れるなど、これまでの介護職員と入居者との二者間に終始する関係から入居者と関わる多くの他者との関係性に着目した、従来のケアを大きく踏み出す内容となっている。なにより、これまでは「入所者」と表現していたのが「入居者」に変わっているところに、大きなケア観の変化を読み取ることができる。

## 6 介護

### (1) (前略)

また、入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するという点では、たんに入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互間で、頼り頼られるといった精神面での役割が生まれることを支援することに留意する必要がある。

## 9 勤務態勢の確保等

(1) 基準第40条第2項は、第36条第1項のサービスの取り扱い方針を受けて、職員の勤務体制を定めるにあたっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならないことを規定したものである。

これは、職員が、一人一人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握したうえで、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められることによるものである。

## (2005(平成17)年9月7日 老発0907001号 改正通知)

この改正通知では、これまでの「小規模生活単位型特別養護老人ホーム」と呼ばれていたものを「ユニット型特別養護老人ホーム」にする、呼称の変更を行っている。本改正の最も注目すべき点は、ユニットケアの質の向上を図るために、ユニットリーダーの配置を義務づける改正が行われたこ

とである<sup>15</sup>。

#### 9 勤務態勢の確保等

(2) ユニット型特別養護老人ホームにおいて配置を義務づけることとしたユニットごとの常勤ユニットリーダーについては、当面は、ユニットリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という）を各施設（一部ユニット型の施設も含む）に二名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合は一名でよいこととする）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくとも構わない）職員を決めてもらうことで足りるものとする。（以下省略）

これ以降は、ケアの質（「適切な処遇」）に関わる大幅な改正はなく現在に至っている。これまでの改正を概観すると、介護保険制度施行後、数々の改正が行われたが、ケアの質に関わる改正は、特別養護老人ホームを生活の場にするための設備基準の見直しを中心に行われてきた。

介護保険制度施行前の措置制度下の老人福祉施設としての特別養護老人ホームの形態は、老人福祉法（1963（昭和38）年）の創設と同時に制度化されている。生活保護法のもとにあった養護施設（養老院）が発展して養護老人ホームになったが、介護を必要とする高齢者が増加していることから、厚生省では、これに加え「看護老人ホーム」を創設しようと検討した。しかし、医療との関係から「特別養護老人ホーム」という名称に落ち着いている。このような検討背景から、特別養護老人ホームは病院的イメージとして捉えられ、建物も処遇の方法も、ホスピタル・モデル（病院モデル）であった。現在の介護職員は看護助手をモデルに検討された。特別養護老人ホームの個室化は、感染症対策等処遇上の理由から、入所定員の3割までが国庫補助の対象であった。しかし、それを超えると贅沢な設備と見なされ補助対象外となることから、すべての居室を個室として整備することは少なかった。このような状況にあった特別養護老人ホームは、ケア環境の実態把握が進められる一方でユニットケアを実践する施設での生活空間や個人的領域形成の実態が明らかにされ、収容施設から居住施設へと変容しつつあることが明らかにされ、ハード及びソフトの両面から、新たなケア手法についての提言がなされるようになってきた。このような経過を持つ設備基準であることから、ケアの質の向上を図るために、真っ先に設備基準に手をつけたのは十分に理解できる。

#### 第4節 個別ケアを追求するケアの質

武田は、ユニットケアは介護革命だと言った(武田 2007)。これまで、介護革命と言わしめたユニットケアでケアの質は、どのように扱われどのように向上したのかを見てきた。ここでは、ユニットケアの実践によって現時点で到達しているケアの質の現状を把握し、次章以降での議論の足がかりとしたい。

##### (1) 個々のケアニーズに包括的に応える

これまでのケアサービスは、ケアサービスを内容別に細かく分けてそれぞれの担当者が分担して提供するケア手法である。それに対してユニットケアは、ケアサービスの担当者を分けずに、必要なケアサービスを包括的に提供し、一人または数人でケアサービスを完結させるケア手法である。ケア手法の違いを製造現場で行われている生産性を高めるために考え出された生産システムを例に整理してみよう。

ヘンリー・フォードが自動車の製造に導入したベルトコンベアによる大量生産方式は、前工程押し出し方式と言われ、工業製品の生産方式の主流になった。これに対し、1990年代以降、需要変動の激しい情報機器メーカーや家電メーカーで積極的に導入したのが、少人数で完成品まで仕上げるセル生産方式(一人屋台生産方式)<sup>16</sup>である。

セル生産方式は、人間の能力を極限まで生かすことに主眼をおき、熟練工による高度な生産技術を基本にしている。また、一人の作業員は、多くの作業を受け持ち完成品まで仕上げることから、歯車の感覚から解放され技能やモチベーションの向上にも寄与し、生産性の向上が図られている生産方式である(表2)。

これらの生産方式をケア手法にあてはめると、コンベア生産方式は従来の定時介護・流れ作業介護であり、セル生産方式はユニットケアに相当することになる。

従来型ケアは、効率的ケアを行うために定時介護や流れ作業介護を取り入れた。定時介護・流れ作業介護は、同種のサービスを連続して提供することで業務ロスを圧縮し効率化を図ってきた。また、できないことに視点をおいて能動的に不足する能力を補うための介護サービスを行っている。しかし、効率化を追求するあまり、過度のマニュアル化による画一化・没個性や依存性の増大を引き起こしてしまい、結果として入居者の自律や個別性を弱めるだけでなく、モグラたたきになって発展性がなく、業務量を増やすことにもなってしまった。効率的なケアサービスの提供を意図して取り入れたケア手法ではあったが、意図するほどの効果は得られず、反対に尊厳を損ねる結果さえも見せている。

これに対してユニットケアは、家庭的な雰囲気を持つ居間の空間(共同生活室)や自室意識を高める居室(個室)など、自律的行動を促すための環境を整え、日常生活行為を支える視点(生活支援)でケアサービスが提供される。その際、注目されるのが「ながら介護」である。ながら介護とは、

表2 セル生産システム(屋台生産方式)

	コンベア生産方式	セル生産方式
工員技術	単能工(ひとりの能力に特化)	多能工(多くの作業を担当)
必要技術	低	高
作業場所	ベルトコンベア	屋台型作業ブース
作業速度	遅い人に合わせる	助け合う
仕掛け在庫コスト	大	小
ライン構築	遅	速
治金具	機会志向	人間志向
ロット	少品種多量生産向き	他品種少量生産向き

出典: <http://www.shimohira.co.jp/web/Enterprise/077-cell.htm> 2010/07/29

異なるケアを同時に提供することにより効率化を図るものである。一人の職員がケアサービスを包括的に提供するケア方式であることから、多様なニーズに同時並行的に応えるながら介護が可能になるのである。また、日常生活に近い環境に身をおくことから、これまでの生活習慣が賦活化し、自律的な振る舞いが生まれやすい。一方、サービスの提供側である介護職員は、自己完結的にケアサービスを提供することが可能になり、意欲の高まりや創意工夫が期待できる。

このように、ユニットケアの実践をとおして、個人の尊厳を損ねる画一的な介護ではなく、これまで非効率だと敬遠されていた個別性や自律性を追求することが、実は効率的なケアサービスの提供につながる生産性の高いケア手法であることがわかってきた。

### (2) 介護単位と生活単位を一致させて行う

介護単位と生活単位を一致させてケアを行うとは、高齢者の生活に介護の提供単位（職員配置や生活スペース等）を合わせることである。別の言い方をすれば、高齢者の生活にケアが寄り添うことである。このため、ケアワーカーは一人ひとりの高齢者に丸ごと関わる。この関わりを円滑かつ信頼感のあるものにするために「馴染みの関係」や「居住空間」づくりが必要になるのである。ユニットケアでは、この「馴染み」をつくりやすくするために、居間の空間、食事を共にする、自分の食器、個室化等さまざまな手段を講じているのである。また、生活行為を呼び覚まし自律行為を促すために、居住空間（ユニット）をはじめとする施設内外の住環境は、さまざまな住宅のしつらえを取り込み、家庭的で生活感のあるものにする必要がある。このことからすれば、ユニットケアは、施設ではなく家（「自宅でない在宅」）で行うケア手法であるという言い方もできる。

### (3) 生活の質を求める

定時介護、流れ作業介護を行っていた時代には、ケアの質を介護の量で判断していた。入浴の回数を1週間に2回から3回に増やす、一日のおむつ交換回数を5回から9回に増やすなど提供する介護量を増やすことが、ケアの質をあげることだと考えていたからである。ユニットケアでは、ケアの質をサービス量の増やすことから生活の質を向上させることに視点を変え、自律的な暮らしの営みを支えるために関係性や距離感（親密性）を大切にしている。関係性を築くことに視点がおかれ、自律性を引き出す関わりでケアの質を求めている。ユニットケアは、丁寧な個別処遇を行うことではない。関係性に着目しているのは、入居者と職員等の関係性が築かれることによって相互に新たな役割が生まれ、その役割が生き甲斐や楽しみを引き出し、自律的な生活を促す大きな力となっていくと考えているからである。

生活の質を求めるケアは、ケアを生活モデルで行うことでもある。高齢者は、病気がちになり、老化にともない身体の生理的機能が不可逆的な形で低下していく。しかしやみくもに治療することや一方的に介護することには弊害が

表3 医療モデルと生活モデル

	医療モデル	生活モデル
目的	疾病の治癒、救命	生活の質(QOL)の向上
目標	健康	自立(自律)
主なターゲット	疾病(生理的正常状態の維持)	障害(日常生活動作能力の維持)
主たる場所	病院(施設)	地域社会(生活の場)
チーム	医療従事者(命令関係)	医療、福祉等異職種(協力関係)

「出典：広井良典（2000）をもとに作成」

多くあり、むしろ低下した機能はそれとして認めながら、残された機能をできる限り活用し、生活の質を高めていくことが求められる。このため、ユニットケアでは、生活の質の向上を目的として、その

目標を自立(自律)におく生活モデルで行われているのである。

#### (4) 生活の場づくりとしてのユニットケア

ユニットケアは、従来のケア環境、ケア手法を大きく変え、個別ケアを実践するためのツールとして大きな影響をもたらしている。

ユニットケアが課題にしているのは、50人規模のものを10人程度の小集団に小分けし、介護単位と生活単位を一致させることで入居者と介護職員等との関係性や距離感(親密性)を築こうとしているところにある。ユニットケアを行ううえで、よく言われている規模(集団の構成人数)、居間的空間、居室の個室化などは、関係性や距離感(親密性)をつくりだすための具体的な方法や手段であって目的ではない。ユニットケアの中心となっている課題は、入居者(要援護高齢者)と彼らを取り囲むケアワーカー、家族、地域社会との関わりを施設サービスの中でどのように作り上げていくかである。であるから、ユニットケアは個室化の進んだ施設でしかできないということではなく、どの施設においても、ケアサービスの提供(介護)という枠組みを越えて、関係性や距離感(親密性)に視点をいた「生活支援」としての施設サービスを展開できるようになれば、既存施設でも十分可能である。しかし、いまだに個室や共同生活室が備わっていなければユニットケアができないとする考えも多く、ユニットケアにではなくユニットに関心を持つ、ハード面に依存したケア手法になっている面も見逃せない現実である。

また、これまでの画一的介護の反省から「個別ケア」の実践に高い関心を示し、ユニットケアの担い手養成においては、個別ケアに関する方法論の研修が中心をなしている。2003(平成15)年から実施されているユニットリーダー研修においても、「従来までの一括処遇から抜け出すにどうすればいいのか迷っていた介護職員は、ユニットリーダー研修を通じて、本来あるべきケアの原点『個別ケア』を実現するためのユニットケアを学んできた」(認知症介護研究・研修東京センター2007)と概括している。このことはユニットリーダー研修のカリキュラムにも現れており、多くの時間を個別ケアを目指したユニットケアの具体的な方法に関する講義・演習に割いている<sup>17</sup>。

これまで高齢者介護に関わる職員は、その時々ニーズや社会的使命に応えるために、さまざまな改革を続けながらケアの質の向上を図って現在に至っている。特別養護老人ホームのケア改革は、これまでの経過から大きく三つの時期があると考えている。第一期は大規模施設からの脱出(規模の模索)である。第二期は生活の場づくり(ケアの模索)。第三期は施設生活から地域生活化へ(暮らしの模索)である。

第一期「大規模施設からの脱出」(規模の模索)は、大規模施設による画一的処遇への反省や認知症高齢者への対応の必要性から、1990年代から宅老所がつくられ少人数で日課のないケアが行われるようになった。この試みは、大きな反響を呼び介護保険制度創設を機に、新たな施設形態として認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)を生み出した。入居者の認知機能の低下に合わせ、少人数で馴染みの関係の中でケアを行うことを狙ったものである。既存の大型施設である特別養護老人ホームでは、宅老所や認知症高齢者グループホームと同じような少人数で馴染みの関係を持ったケア環境づくりを試み、その後制度化されたのがユニットケアである。こうした経過からいうと、ユニットケアは「施設内グループホーム」<sup>18</sup>とも言える施設形態である。小規模と個別ケアが同意語のように語られていた時期である。

第二期「生活の場づくり」(ケアの模索)は、介護保険制度が始まり、措置から契約へと介護サービスの枠組み変更とともに、サービスの質に対する見直しがユニットケアという形で具体化してきた。

特養は、生活の場として見直され、さまざまな試みが行われるようになった。逆デイサービスや離れなど街の中に新たな居場所をつくる試みが行われ、特養を生活感のある場所に作り替えていく、生活の場づくりをとおしてケアの質の考え方に大きな方向転換をもたらす時期である。

第三期「施設生活から地域生活へ」（暮らしの模索）は、ユニットケアを提案した武田和典が「ユニットケアの入り口がその人らしさで、出口が地域」（武田 2003）と語り続けているものの、いまだにこの段階への移行は進んでいない。大型施設による「施設生活から地域生活へ」の試みは、思うような進展を見せず、反対に「個別ケア」への回帰がより顕著になっている。

ユニットケアは、地域生活を視野に入れた提案であったが、そこまでには至っていない。しかし、現時点では生活の場づくりをとおして個別ケアを追求することに大きな進展を見せているのは事実である。このことは、従来の画一的に行われてきた介護の質を大きく転換させるもので、大きな成果であると考えられる。しかし、集団処遇から個別ケアへの転換という三大介護を中心とした補う介護の方法がより個人ごとに行われる改革にとどまっているに過ぎない面を残したままでもある。介護を必要とする高齢者が求めているのは、はたして丁寧な介護、オーダーメイドの介護なのであろうか。彼らの尊厳を保ち自立を促すケアは、介護職員から提供される個別ケアによって実現するのであろうか。個別ケアの先にある新たなケア改革の必要性を感じざるを得ないのである。

## (註)

<sup>1</sup> 介護対策検討会は、厚生事務次官の懇談会として1989（平成元）年7月7日に発足して以来、9回にわたって介護を巡る諸問題について幅広く検討が行われた。当検討会が同年12月14日にまとめた報告書では、中長期的視点に立って、介護対策を進めるにあたっての基本的な考え方と目指すべき方向を示したもので、その内容については、「今後厚生省において必要に応じ他省庁との連携を図りつつ、逐次計画的に実現していくことを強く望むものである」としている。

<sup>2</sup> 高齢者トータルプラン研究会は、厚生省老人保健福祉部長をリーダーとする老人保健福祉部内の研究会である。

<sup>3</sup> 高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチームは、厚生事務次官をトップに、大臣官房審議官（医療保険・老人保健担当）が運営を総括し、大臣官房政策課企画官を中心として、関係する5局の課長補佐ら12名から構成された。

<sup>4</sup> 高齢者介護対策本部は、事務次官を本部長に据えて、官房長、関係5局長、総務審議官、医療保険・老人保健福祉担当審議官、関係課長及び大臣官房政策課企画官らによって構成された。数値目標を掲げて1989（平成元）年12月に策定された市町村老人福祉計画（「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略」（ゴールドプラン））の拡充に取り組み、1994（平成6）年12月に大蔵省（現「財務省」以下同じ）、厚生省及び自治省（現「総務省」以下同じ）三大臣合意として「新ゴールドプラン」を策定した。

<sup>5</sup> 高齢者の保健福祉サービスについては、「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略」（ゴールドプラン）（平成元年12月大蔵・厚生・自治3大臣合意）に基づきその推進が図られていたところだが、全国の地方自治体において策定された市町村老人福祉計画において、現行の高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略を大幅に上回る高齢者保健福祉サービス整備の必要性が明らかになったことや、ゴールドプラン以降の各種高齢者保健福祉施策の整備充実が図られてきたこと等を踏まえ、高齢者介護対策の更なる充実を図る必要が出てきたことによりその見直しが図られ、当面緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標を引き上げるとともに、今後取り組むべき施策の基本的枠組みを示した。

<sup>6</sup> 1994（平成6）年7月、21世紀福祉ビジョンで示された高齢者介護に関する基本的な論点や考え方について検討を行うため、学識経験者を委員とする「高齢者介護・自立支援システム研究会」が発足する。研究会は、12回にわたる検討を経て、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告をまとめた。この報告ではまず、福祉、医療など介護に関連する現行のシステムによる対応の限界を指摘したうえで、高齢者介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、つまり『高齢者の自立支援』である」として、「新たな基本理念の下で関連制度を再編成し、21世紀に向けた「新介護システム」の創設を目指すことが適当である」と提言した。そのうえで、新介護システムの費用負担方式については、高齢者自身によるサービスの選択、サービス受給の権利性、保険料負担とサービス受益との対応関係の明確性及び受益に見合った利用者負担（応益負担）という点で、租税を基礎とした公費方式よりも社会保険方式に基礎をおいたシステムが最も適切であると述べている。

<sup>7</sup> 社会保障制度審議会（会長隅谷三喜男）では、1991（平成3）年11月から、21世紀に向けた新しい社会保障像を構築するための審議を重ね、それまでの議論を取りまとめたものとして、1994（平成6）年9月、社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告が出された。この報告では、「社会保障制度の中でも高齢者・障害者の介護や育児などへの支援は、年金や医療に比べて著しく遅れており、今後の人口高齢化・少子化の中で、この分野での施策の充実に重点的に取り組むことが大切である」との基本認識を示したうえで、具体的な「介護保障の確立」方策として、「当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても、将来的には、財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある」と述べ、社会保険方式による公的介護制度導入の必要性を指摘した（厚生省 1996）。

<sup>8</sup> 老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会及び公衆衛生審議会老人保健部会

<sup>9</sup> 各論 1 社会保障では、次のような記述がある。「高齢者の給付と負担については、高齢者像の転換を踏まえ、年金、医療、介護その他の福祉について制度横断的かつ一体的に、そのあり方を見直し、高齢者に対して制度の持続性回復に積極的な貢献を求めていく必要がある。また、社会福祉の役割について、『保護・救済型』から、『自立支援型』への転換を進め、人々の自立と誇りの精神に立脚した制度とする必要がある。また、公的給付を抑制する一方で、社会保障分野における国民の多様なニーズに的確に対応した、質の高いサービスを効率的に実現し、併せて経済活性化、雇用創出にも資するという観点から、保育、介護、医療等の分野における規制改革の推進、民間保険の思い切った活用等を図っていく必要がある」（平成16年5月17日財政制度等審議会「平成17年度予算の基本的考え方について」5頁）

<sup>10</sup> 地域密着型サービスは、大きく三つに分類することができる。第一には、新しいサービスとしての「小規模多機能型居宅介護」及び「夜間対応型訪問介護（夜間ホームヘルプ・サービス）」である。第二は、従来からあったサービスを小規模にしたサービスで「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員29

人以下の特別養護老人ホーム)」及び「地域密着型特定施設入居者生活介護(定員29人以下の有料いる陣ホーム等の特定施設)」である。第三は、従来からあったサービスを地域密着型サービスとして再編してサービスで「認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)」及び「認知症対応型通所介護(認知症デイサービス)」である。

<sup>11</sup> 宮城県特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価委員会は、特別養護老人ホーム部会と老人保健施設部会の2部会で組織されている。特別養護老人ホーム部会の評価委員は、宮城県医師会理事、仙台オープン病院看護部長、宮城県理学療法士会理事、特別養護老人ホーム施設長、大学院教授(社会福祉専攻)、大学講師(栄養学専攻)、認知症老人を抱える家族の会代表、ボランティアグループ代表の8人。老人保健施設部会は、宮城県医師会常任理事、仙台市健康福祉局地域保健課長、涌谷町町民医療福祉センター機能訓練室主任、老人保健施設連絡協議会事務局次長、宮城県社会福祉協議会施設運営部長、宮城県ホームヘルパー連絡協議会会長、北燈社主任ライターの7人である。

<sup>12</sup> 第三者評価は、行政機関が行う指導監査とその性格を異にしている。行政が行う指導監査は、法令が求める最低基準を満たしているのか否かについて定期的に行政機関(保健福祉事務所など)が確認するもので、社会福祉事業を行うに際して満たしていなければならない最低水準を示しているものである。一方の第三者評価は、現状の福祉サービスをよりよいものへと誘導する、福祉サービスの質の向上を意図しているものである。(図の出典は全国社会福祉協議会HPによる)

<http://www.shakyo-hyouka.net/about/index.html> 2009/07/26

<sup>13</sup> 社会福祉基礎構造改革は、1997(平成9)年11月、社会環境の変化による国民の福祉需要の増大・多様化を背景として、戦後50年にわたる社会福祉事業法に基づいた社会福祉諸制度の共通的な基盤制度の見直しを図ろうとして、中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会において検討が進められた。社会福祉基礎構造改革の理念と基本的方向は次のように要約できる。

(改革の基本的方向)

- ①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立
- ②個人の多様な需要への地域での総合的な支援
- ③幅広い需要に応える多様な主体の参入促進
- ④信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上
- ⑤情報公開等による事業運営の透明性の確保
- ⑥増大する費用の公平かつ公正な負担
- ⑦住民の積極的な参加による福祉の文化の創造

(社会福祉の理念)

- 国民が自らの生活を自らの責任で営むことが基本
  - 自らの努力だけでは自立した生活を維持できない場合に社会連携の考え方に立った支援
  - 個人が人としての尊厳を持って、家庭や地域の中で、その人らしい自立した生活が送れるよう支える
- 出典「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」(1998(平成10)年6月7日、中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会)

福祉サービスの第三者評価事業は、この社会福祉基礎構造改革における理念を具体化する仕組みの一つとして位置づけ進められたものである。

<sup>14</sup> 介護保険施設等の指導監査に関する詳細は、厚労省老健局長通知で指導方針、監査方針が規定されている。

<sup>15</sup> 2003(平成15)年度から始まったユニットケア関連研修の修了者は、2009(平成21)年9月現在で、施設管理者研修は2,178人、ユニットリーダー研修は10,193人を数えている(ユニットケア推進室2010)。

<sup>16</sup> セル生産方式とは、組み立て製造業において、一人または数人の作業員が、部品の取り付けから組み立て、加工、検査までの全工程を担当する生産方式である。部品や工具をU字型などに配置したセルと呼ばれるラインで作業を行うことからセル生産方式と呼ばれている。セル生産方式に対する生産方式として、ライン生産方式(コンベア生産方式)がある。ライン生産方式とは、作業員が製品の組み立て業務を細かく分担し、製品がベルトコンベアなどで上流から下流に流れていく中で、何人もの作業員が各担当の部品を組み付け、製品を完成させる生産方式である。セル生産方式は、「消費者ニーズの多様化」と「大量生産拠点の海外流出」を背景に、日本で提唱された。1990年代以降、国内製造業は市場に近いというメリットを活かして、市場ニーズに合った製品をすばやく提供する体制を国内に構築するためにセル生産方式を取り入れている。需要変動の激しい情報機器メーカーや家電メーカーで積極的に導入が進み、日系企業を中心に海外へも普及している生産方式である。

<sup>17</sup> ユニットリーダー研修のカリキュラムは、講義3日間(17時間)、実地研修(現場研修)5日間となっている。講義は、ユニットケアの理念と意義他で120分(12%)、高齢者の生活と環境について150分(15%)、ユニットケア導入運営計画320分(31%)及びユニットケアの具体的方法430分(42%)である。ユニットケアの具体的方法に関する講義では、「高齢者がその有する能力に応じて自律的に日常生活を営むこ

---

とを支援するためのポイントについて学ぶ」とあり、例えとして、食事、入浴、コミュニケーションの取り方等を挙げている（認知症介護研究・研修東京センターユニットケア推進室 2010: 9-10.）。

<sup>18</sup> 筆者は、「ユニットケア」という言葉が、まだ一般化していない時期に、ユニットケアについて説明する際、ユニットケアのイメージ及び趣旨を端的に説明するのに「施設内グループホーム」という言葉を作りだして解説していた。