

高齢者施設におけるユニットリーダーの スキルアップのための研修プログラム

佐藤 八千子

- I. 問題の所在
- II. 研究の目的
- III. 研究の方法
- IV. ユニットケアを取り巻く環境
 - 1. ユニットケアとは
 - 2. ユニットにおける労働環境
 - 3. 社会情勢の変化とケアの変化
 - 4. ユニットケアに求められる今後の情勢
- V. ユニットリーダーに求められる専門性
 - 1. リーダーの専門性
 - 2. リーダーの役割
 - 3. 人財の育成と行動変容
- VI. ユニットリーダーの研修プログラムの考え方
 - 1. 研修の必要性について
 - 2. 「求められる介護福祉士像」から
 - 3. 職場研修の形態
 - 4. ケーススタディと ICF を取り入れたケアプラン
 - 5. QOL ケアモデルの実践
 - 6. 権利の代弁者として
- VII. 研修プログラムと実践方法についての一試案
 - 1. 時勢を知る
 - 2. 自分史による自己覚知で倫理的態度の振り返り
 - 3. 認知症高齢者のケアの方法を学ぶ
 - 4. コーチングを学ぶ
 - 5. スーパービジョンを知る
 - 6. 研究と生活支援学
- VIII. 結 論

I. 問題の所在

2000 年 4 月の介護保険制度の導入と同時に社会福祉基礎構造改革が行われ、介護保険で措置制度から契約制度になった。介護現場では、ソフト面は一方的・集団ケアから個別ケア・個性化ケアへ、ハード面では 2003 年には個室ユニットケアの時代へと変わっている。

このユニットという小グループの人間関係の中で、ユニットケアの理念を浸透させ、入居者の

QOL (生活の質) の保障をしていく舵取りを任せられているのがユニットリーダー (以下リーダーとする) である。つまり、選ばれる施設となるためにはリーダーの質が重要となる。石郡は介護リーダーの定義を「個々のお客様に対して効果的な介護が提供できるよう、介護スタッフをリードし、まとめ、その行動に責任を持つ者、また、その介護スタッフに対して与える影響力」¹⁾としている。そして、介護リーダーの役割を、指導・監督者としての役割、教育・実践者としての役割と、補佐・調整者としての役割の、大きく3つに分けている。また、ユニットケア研修に関するカリキュラム及びテキスト検討委員会では、ユニットケアのリーダーの役割は、① 利用者の把握、② 職員のマネジメントサポート、③ ユニットのマネジメント、④ 環境整備等としていることから、リーダーは生活を共にするケアの実践と自立支援を図る専門職である。中村は「専門的サービスとは高い専門スキルをもってサービスするということで、常に技能・技術の向上を目指すとともに、グループ・組織としてうまく機能するよう組織的な能力の向上が期待されている」²⁾と述べている。

つまり、ケアワークだけでなくソーシャルワークのできる人財が、各ユニットに配置されることが望まれている。しかし、秋葉は「ユニットリーダーの現実はその仕事内容に不慣れなものが多く悩んでいる」³⁾と述べている。一方、杉原は「健康状態の不調や精神的ストレスを抱えていることが多く、そこには施設間格差がみられる」⁴⁾としている。そこで、ユニットの要としてのリーダーのモチベーションを高めるためのリーダーの研修や、ストレスへの対応としてのスーパービジョンの体制のあり方がユニットケアのサービスの鍵を握ると考える。

しかしながら、今日の介護ニーズの高度化、多様化の状況下において、新人の研修体制は確立されているものの、リーダーの実践的かつ効率的な研修体制としての具体的プログラムは示されていない。現在、認知症ケア研修や、介護専門職の組織や老人施設協議会の研修等はあるものの、いずれもリーダーが真に希望する内容をプログラム化するまでには至っておらず、一方的である。

そこで、リーダーが提供するサービスが、CS (Customer Satisfaction: 顧客満足)、PS (Patient Satisfaction: 患者満足) という言葉にみあう研修プログラムが必要になると考える。またこのことは、ES (Employee Satisfaction: 職員満足) や OS (Organization Satisfaction: 組織満足) に通じることになると確信する。(本稿では CS や PS は利用者すなわち入居者満足の意味とする。)

II. 研究の目的

研究目的は、実践者へのアンケート調査により、2007年7月に社会保障審議会福祉部会が提起している専門職としての「求められる介護福祉士像」の12項目や、ユニットケアの現状と研修に対する意識と課題を明らかにすることである。特にユニットケアの質を向上させるためには、チームケアやスーパービジョンは欠かせないことから、リーダーが自らの専門性と組織性を

再確認して、入居者の QOL（生活の質）の向上に寄与できるように、研修のあり方を探る。その上で研修プログラムの内容とその実施方法を提案し、リーダーのスキルアップと質の向上に寄与することを目的とする。

III. 研究の方法

アンケートと聞き取りの調査により、“ユニットの実際を明確に捉えること”に着眼した。

(1) アンケート調査

アンケート調査 1. 「ユニットケアの現状と研修のあり方に関して」

アンケート調査 2. 「介護福祉職の仕事に関する満足度調査」

（調査方法） 調査はそれぞれの施設を訪問し、施設長と主任リーダーを通じ、調査票を用い、無記名の質問紙法とし、留置法で回収した。回収率は 71.4% である。

（調査対象） 岐阜県内介護老人福祉施設（ユニットケアを導入）の 6 施設のリーダー 48 名、ケアワーカー 191 名（常勤・非常勤共に対象）

（調査期間） 2007 年 11 月から 2008 年 2 月まで

（分析方法） SPSS16.0J による統計処理を行った。

(2) 聞き取り調査（半構造化面接）

（調査方法） 直接対面式による聞き取りを行った。

（調査対象） 前述の施設の施設長 6 名

（調査期間） 2007 年 11 月から 2008 年 2 月まで

(3) 集団面接による聞き取り調査

（調査方法） 集団面接による聞き取り調査を行った。

（調査対象） アンケート調査対象 A 施設のリーダー 6 名

（調査期間） 2007 年 8 月から 2008 年 8 月まで

なお、アンケート調査の項目は、(イ) 属性に関する項目、(ロ) 「ユニットリーダーの現状と研修のあり方」の項目として「ユニットリーダーとして重要と思われること」、「専門職として重視していること」、「仕事上のストレス」等 15 項目のことである。また、(ハ) 「介護福祉職の仕事に関する満足度調査」の項目として「サービスの内容の説明ができるか」、「利用者のニーズに配慮されているか」、「気持ちや考えが施設長や上司に理解されているか」等 8 項目である。倫理的配慮として、施設長・リーダーに口頭及び書面で研究の趣旨を説明し同意を得るとともに、回答は研究の目的以外に使用しないこと、学会等で発表することを申し添えて調査を行った。

（本論では、調査結果は、すでに、『第 7 回日本介護学会予稿集』pp.53-63 にて掲載されたので全文は省略する。）

IV. ユニットケアを取り巻く環境

1. ユニットケアとは

はじめに、現在、従来型を含めて、全国の老人福祉施設の4分の1以上は、何らかの形でユニットケアを行っているといわれている。ユニットケアを始めたきっかけは、介護保険下での国の介護報酬の基準と結びついているとも思われる。ユニットケアはプライベートスペース（個人的空間）、セミプライベートスペース（準個人的空間）、パブリックスペース（公共的空間）、セミパブリックスペース（準公共的空間）などのハード面だけに限らない。そのハードを活かしながらソフト面で、「個別ケア」、「寄り添うケア」、「個性化ケア」を、はたしてどのように考え、実践していくかが重要だと考える。現在、多くの施設で実践されているユニットケアを、擬似家庭体験ができる小規模生活単位型施設とするならば、はたして真の意味で生活の場として機能しているのだろうかとの疑問が残る。

ユニットケアにおける介護ソフトの3本柱とは、「環境づくり」、「寄り添うケア」、「スーパービジョン」といわれている。時々、個室に昔から使い慣れた馴染みのものを少しだけ持ち込んでいるからユニットケアである。台所はスタッフだけが使っていたとして、台所があれば家庭的な雰囲気だからユニットケアを実践しているとする施設が往々にしてある。これではユニットケアの理解が十分とはいえないだろう。つまり、生活単位と介護単位を一致させた空間とケアの融合体としてのユニットケアができているのか、入居者の声に耳を傾けながら応じているのかどうか重要だと考える。

ユニットケアの現場で施設の理念・運営方針を尋ねても正確に答えられるスタッフが少ないことがある。また、ユニットの目標があったとしても、施設全体との統一性がない場合も見受けられる。組織としてのピラミッド型の理念の浸透なくしては、ユニットケアそのものの方向性も定まらないのではないだろうか。もちろん、各ユニットの目標が金太郎飴のように完全に同一になることは有り得ないのはいうまでもない。ユニットは独立して、それぞれの入居者の声に応じた目標があって当然だからである。そこで、管理者とリーダー、各ユニット間のコミュニケーションにより、入居者の豊かな生活のための目標が立てられることが望まれる。また、管理者が勤務シフトの工夫や、外食や買い物など、ユニットにある程度の権限を委譲してこそ、各ユニットは、はじめて自主性が芽生え、入居者のニーズに応じた特色が出て目標も明確になり、ユニットケアに近づけるのではないだろうか。

2. ユニットにおける労働環境

北欧諸国での福祉にかかわる人々は、公務員として安定した労働条件のもとで働いている。オーストラリアの高齢者施設を訪問した折、「気晴らし療法士」が認知症の高齢者と触れ合う様子を見た。指のマッサージや散策をしてゆったりと時は流れていた。日本の場合、今や介護人財不足ということで、インドネシアなどからヘルパー実習等で受け入れ、人員を補充している。しかし、介護保険制度以来、措置時代と異なり施設の収入は大幅に削減され、介護報酬では施設の経費は賄いきれないのが現状であろう。人員基準を満たそうとすると、施設の経費の中で最も高い人件費は派遣職員や非正規職員で満たそうという動きにならざるを得ない。指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準^{〔*1〕}によると、居室面積は13.2 m²が基準でホテルコストを支払う。看護・介護職員の割合は常勤換算で現在3対1であるが、実際は2対1を確保しても、個性化ケアとしてのサービスの質を考えると、入居者のニーズに応えられるようなケアは困難ではないかと筆者は経験上から考える。ユニットでは、リーダーは常勤となっているが、非常勤のスタッフやパートのスタッフが多くなっている状態が日常化していることから、リーダーも同じようにシフトの中に組み込まれてしまうという現実が多い。ユニットにおいて、スタッフは日中必ず1名配置という基準があるものの、1名だけで、はたして寄り添う時間が多くなっているとは言い難い。さらに夜間体制は、大半の施設において夜勤者は2ユニットで一人、看護師は家庭で待機という状態であろう。今後の重度化に備えて「これでいいのか」という危惧を持たざるを得ない状態なのである。つまり、昨今の介護の担い手の不足が、ユニットケアをユニットケアとはいえない状態に作り出しているのが現状といえよう。

〔*1〕 平成18年3月31日厚生労働省令第79条。

厚生労働大臣官房統計情報部の「2004年介護サービス施設・事業所調査」によると、職員の定着率が低いのは施設系の事業所が多く、勤続年数1年未満が42.5%、1～3年未満が38.3%である。一方、財団法人介護労働安定センターの平成19年7月「介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」によると、介護職員は仕事に関する意欲が高いと報告している。介護職員が現在の仕事や勤務先を選んだ理由は、「働き甲斐のある仕事だと思ったから」（67.6%）、「自分の能力・個性・資格を活かせると思ったから」（35.6%）が多く、「給与」（6.0%）や「労働条件」（6.0%）の割合よりも、本人の仕事内容に対する意欲の割合が高い。そして、意識が高いほど「自分のケアが利用者に対して適切なケアができているかが不安である」（49.9%）という報告もある。しかしながら、3Kという職場が抱えるハードな仕事と、ユニットケア特有の人間関係、給料の安さなどのストレスから、早期の退職者が続出し悪循環を繰り返していると思われる。特にユニットケアでは、入居者一人ひとりと生活を共に創ることから、深く関わり合うことになる。医療経済研究機構の調査によると「仕事に対するやりがいはかなり増加しているものの精神的な疲れもまた増加している」という調査報告もあることから、ストレスマネジメントがなされ

ないことにより、バーンアウトに至る場合が往々にして出ているのが現状といえよう。さらに入居者や家族の職員に対する期待もあることから、受容と共感、要求に応えたいと思う気持ち等から、ストレスはますます大きくなると想像できる。そこで、スーパービジョンの体制をはじめ、組織として解決できるシステムが要求されるのであり、同時に研修システムの確立が必要になると考える。

3. 社会情勢の変化とケアの変化

ユニットケアを取り巻く情勢として、社会情勢に目を向けてみる。保健・医療の進歩や国民生活の向上と少子化の進行などで、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の調査によると、2006年には日本人の平均寿命は男性79.00歳、女性85.81歳で、世界最高水準に達している。今後男女とも平均寿命は伸びて、2055年には、男性83.67歳、女性90.34歳となる。また、総務省「推計人口」（毎年10月1日現在）によると、65歳以上の高齢比率も1980年代には8.9%であったが、2007年には21.5%で5人に一人は高齢者となっている。そして2025年には25.2%、2035年には33.7%に達すると推定されている。それに伴い、要介護者も85歳以上では約24%と4人に一人が介護を受ける状態になり、2025年には520万人に達するといわれている。高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」の資料での介護保険制度における要介護認定データ等を基にした推計では、認知症高齢者は自立度II以上が2005年には169万人、2025年には2倍の323万人、2035年には376万人で10人に一人と予想されている。

このような情勢から、介護老人福祉施設におけるユニットケアにおいても、今後ますます高齢化、重度化は避けられないであろう。特別養護老人ホームにおける優先入居の運営基準から、要介護度4と5の入居者が多くなり、入居者全体の80%以上を占めてくると予想される。現場においては急性期を脱してはいるものの、日常的に医療ニーズが高まるのは当然のことであり、一方ではターミナルケアの対応が求められることになる。さらに、認知症高齢者のケアと個別のニーズが高まるのは必然といえよう。これらに対応するための個人の専門性を高める上で、スタッフの研修は欠かせないと考える。

一方、夜間の看護体制や医師との連携のあり方、ターミナルケア、認知症ケアに対するチームケアのあり方を万全にして備えておかなければならない。その基盤の上に立って、入居者個人の営んできた暮らしがどうであったのかを常に念頭に置いてケアしなければならない。施設という環境の中で多少の規制はあったとしても、暮らしの継続性と残存機能の活用と役割・趣味・活動を活かすことで自己実現を保障するのが、ユニットケアといえる。入居者自身の暮らしがそこにあり、自立（自律）しながら自由に生活を展開できることがユニットケアの醍醐味であろう。さらにはこれらを具現化したものが介護サービス計画（ケアプラン）なのである。しかしながら、第三者評価などで、ケアプランを見てもケアプランのPDCAサイクルがうまく機能しているとは言い難い状態だと感じるものが往々にしてある。ケアプランの意義や、「記録はサービスの証で

あり、証拠書類である」ということが周知されているとは言い難い。今こそ、ユニットケアの原則に立ち返って、入居者本位の生活支援、すなわち自律した生活の支援が求められていることから、ケアプランにみあった環境づくりをしていくのが、リーダーを中心にしたケアの担い手の責務であろうと考える。もっと付け加えれば、管理者は第三者評価や人事考課も含め、組織のマネジメントをしっかりと行い、スタッフの専門性を高めるためにリーダーシップを発揮することが求められるのはいうまでもないであろう。

4. ユニットケアに求められる今後の情勢

これからのユニットケアは、現状の大型施設としての新型特養という時代ではなくなるであろうと予想されている。介護保険制度の理念の「いつでも、どこでも、だれでも」と「住みなれた地域でいつまでもいきいき暮らしたい」という高齢者の願いからすると、地域密着型介護老人福祉施設や、サテライト型居住施設、逆デイサービスなどの時代になってきている。つまり、施設でユニットケアを展開していく場合、施設内で生活を完結せず、地域の中で活かされる施設であることを常に念頭に置いて、入居者に地域社会の一員としてノーマルな生活の提供を心がけ、サービスを展開していかなければならない。その意味ではユニットリーダーにはケアワークのみでなく、ソーシャルワーカーとしての機能も期待されている。

そこで、最初の一歩として「本来のユニットケアができない、人手が足りない」と嘆いても何も変わらない。過重な仕事やストレスなどで人間関係が悪くなるという前に、「業務の見直しをいつしたのか」を振り返ることも一策と考える。その上で、何がユニットケアにおいて問題なのかを明確にして、ユニット内で話し合うことである。話し合いのポイントは、第一に、無駄な動きや無駄な業務の洗い出しをすることで、時間の余裕と心の余裕が生まれるのではないかと考える。つまり仕事の優先順位、ケアの優先順位をつけることであろう。第二に、研修などを重ね、専門性を高めスキルアップを図ることである。リーダーが中心となってケアの本質を追求し、チームワークをもって問題を解決していくことである。第三に、リーダー同士の話し合い・学び合いも重要である。話し合いの場を多く持ちながら、協働関係を深めていくことである。その時の約束事として、否定をせずには受容することである。第四に、現場は変則勤務であることから報告・連絡・相談を十分に行うことが重要であり、その最善の方法を考えなければならない。

さて、いうまでもなく、決してユニットケアが最終目的なのではない。ケアは単なる手段である。入居者一人ひとりを見つめて「主役は誰なのか」、「自分たちが今できることは何なのか」を考えなくてはならない。ユニットケアにはどの勤務帯にどこまでするという決まりはない。あくまでも入居者の暮らしのペースに合わせて、見守りながら生活を支援していかなければ意味がない。ユニットケアの目的を一言で言い表すと、「入居者＝生活者」にとって、チームケアの中で、生活の守り手であり、権利の擁護者であるケアの担い手が、最も身近に存在しているから安

心であるという環境にすることである。そのために、管理者は率先して「ケアが変わる・関係が変わる・施設が変わる・地域が変わる・社会が変わる」ための方法論を、リーダーたちと共に見出していかなくてはならないだろう。

V. ユニットリーダーに求められる専門性

1. リーダーの専門性

石郡は介護リーダーを「個々のお客様に対して効果的な介護が提供できるよう、介護スタッフをリードし、まとめ、その行動に責任を持つ者、また、その介護スタッフに対して影響を与える影響力」と定義し、「権力、管理」というポジションパワーから、スタッフ個人のモチベーションを上げパーソナルパワーの引き出しに変化しており、スタッフ自身を喚起しリードする者でなければならない⁵⁾としている。

リーダーに求められるリーダーシップでは、Leaderは「Listen:傾聴能力、Explain:説得能力、Assist:共感能力、Discuss:討議能力、Evaluate:評価能力、Respond:遂行能力」と表記される。ケアの現場において、専門性はリーダーに特定するものではなくスタッフ全員に要求されるのはいうまでもないであろう。一方、専門性とは何かの問いに対して、介護福祉士初任者研修テキストには、介護福祉士の専門性の構造は、必ずしもスキルや専門知識だけ備わっていれば専門性があるということではない。それを支える基礎的な知識、一般教養、関連知識というような基礎となる部分が極めて大切である。さらにこの部分には個人的な資質、すなわち、観察力、内的な洞察力、共感的理解力などに当たり、応用力や創意工夫する力、向上心なども含まれる。これらの基礎の上にスキルと専門知識が乗っかるとし、価値、公平、公正などの倫理も欠かせない存在であり、専門性そのものの構造の中にこれらの倫理が含まれていることを理解する必要があると記載され、技術・知識のみでなく倫理（価値）の重要性を指摘している。

「21世紀が求める介護福祉士像」^{〔*2〕}から、介護福祉士の専門性について、足立は、「感性と価値、技術、知識を三位一体としてバランスよく備えている『生活者のプロ』⁶⁾と指摘している。リーダーに求められる固有の資質として、しっかりとしたケアの知識と技術という介護の専門性を持つことである。次いでこれを職員に伝えていくことのできるコミュニケーションのための能力を備えていることである。そしてこのほかに暮らしの場面を設定できる感性や企画力、協調性、判断力、協調性などを挙げている。これらのことから、介護の専門性とは、まさに、価値・倫理を基盤に、知識とエビデンスに基づく技術を駆使し、豊かな人間性を発揮しながら生活を支援することであるといえるだろう。

〔*2〕 「21世紀が求める介護福祉士像」は求められる介護福祉士像といわれている。2006年7月5日の「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」報告書による。これからの介護福祉士

の人財養成における目標として報告されたものであり、カリキュラムの見直しのキーワードにもなっている。

2. リーダーの役割

ユニットにおけるリーダーの役割は、① 入居者の把握、② 職員をマネジメント・サポート、③ ユニットのマネジメント、④ 環境整備することである。つまり、入居者と生活を共にするケアを実践し、自立できる生活支援を図ることであろう。

石郡はリーダーの役割として指導・監督者、教育・実践者、補佐・調整者の3つを挙げている。

第一のリーダーの指導・監督者としての役割とは、スタッフのモチベーションを上げ、スタッフの統率を図り、目標に向かってその力を最大限に引き出す役割と説明している。そのためには、① 人間的能力（ヒューマンスキル）、② 指導能力（コーチングスキル）、③ 概念想像力（コンセプトスキル）の3つが必要になる。

第二の教育・実践者としての役割とは、スタッフ個々の能力を上げるよう教育し、また自らもその力を発揮できるようにすることである。① 心…人間的能力（ヒューマンスキル）の向上とその教育、② 技…専門的技術力（テクニカルスキル）の向上とその教育、③ 体…身体能力（フィジカルスキル）の向上とその教育の3つが必要となる。

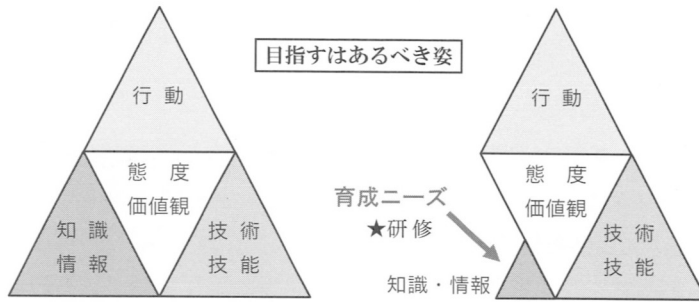
第三の補佐・調整者としての役割とは、スタッフの意見をまとめ、上司との調整を図ったり、その逆に、上司からの意見をスタッフに伝達、指示、命令したりする、あるいはスタッフ間で意見をまとめ、業務に活かすようにしたり、他の職種との連携をとったりすることである。そのためには、① 個人調整能力（業務命令、意見具申など）、② 相談調整能力（個人面談など）、③ 集団調整能力（会議、ミーティングなど）の3つが必要となる。そしてこれらの役割はすべて、「智（智慧）・情（愛情）・意（意思）」の融合をもって行わなければならないと整理している。以上のようなリーダーの役割の意味を十分認識した上で、ユニットの舵取りをしっかりとっていかなければならないのである。

3. 人財の育成と行動変容

そこで、リーダーの役割を十分に発揮し、専門性を担保するためには、まずは組織として人財を育成しなければならない^{〔*3〕}。

〔*3〕 平成18年度介護事業所における介護労働実態調査によると、人財育成の取り組みに関して「充実している」+「やや充実している」が、社会福祉法人では38.8%、NPO法人では41.5%で、50人規模では30%台、500人以上では68.8%となっていた。また、1年未満の回数が多く、離職率10%未満の事業所では、39.9%が「充実している」+「やや充実している」と答えている事業所が多い傾向にあるとしている。

図1 能力と行動のメカニズム（行動を支える3つの能力）
 〈行動を支える3つの能力〉 〈知識と情報がない場合〉



出典：宮崎民雄（2008）『福祉職場のOJTとリーダーシップ 改訂版』p.83，筆者一部変更。

宮崎は人財育成の目標とは「あるべき姿」に向けた行動変容であり，その行動は「態度・価値観」，「知識・情報」，「技術・技能」の3つの能力に基づいていることから，知識・情報の不足分をまず育成していくことが先決であるという。つまり，知識と情報を獲得する最も有効な手段として，筆者は，求めている研修のニーズを把握した上で，研修の充実を図ることが重要であると考える（図1）。

VI. ユニットリーダーの研修プログラムの考え方

1. 研修の必要性について

さて，研修は機会があるものの，その効果が期待できるほどではないこともあり，未だ根付いていないことが先のアンケート結果から判明した。リーダーとしてこの3年以内に外部研修に参加しているかの問いには，「参加している」（73%），「参加していない」（27%）であったが，研修の成果を反映できたかの問いには，「反映できた」（29%），「反映できなかった」（24%），「わからない」（35%），「無回答」（29%）という結果であった。記述から「研修の成果を反映できなかった理由」について，「研修でいい勉強をしてきても，現場に戻ると業務もこなすだけの毎日で，ユニットでゆっくり話し合う事がない」や「職員は新人が多く，業務を回すのに精いっぱい現場の現状がある」，また「研修に参加したくても機会がない」という意見も見られた。

いずれの施設においても研修委員会はあり，職場会議で報告をする等の努力をしているが，その結果を評価し，継続的に取り組んでいるかというとなかなかそこまでは至っていないといわざるを得ない。そこで，自ら学ぶ主体としてその学びを支援することという意味では，施設や機関は，リーダーはじめワーカーの教育環境であることを再認識する必要がある。このことは福祉サービスの質の向上に繋がるといえる。管理者としてプロ意識・問題意識を持った人財育成をど

のようにしていくのか、また、自分の方針・運営理念をどこでどのように伝えていくかを明確にすべきである。さらには一施設の質の向上ではなく、現在では地域全体のサービスの向上に繋げていくことが何よりも求められていることから、研修を重要視しなければならないといえよう。

2006年3月31日改正の「介護雇用管理改善等計画」では、正職員と非正職員の研修実施率を高め、乖離を縮小させることが目標として掲げられた。さらに2006年11月28日改正の「社会福祉士及び介護福祉士法」においても、新たな資質向上の責務が規定され、国が、研修を介護職員の資質向上と人材確保・離職防止策として、本格的に取り上げることとなった。

さらに、厚生労働省は社会福祉法第89条に基づいて、2007年8月28日付の厚生労働省告示「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（福祉人材確保指針）において、従事者の自己研鑽を図り、人材のキャリアアップに努めることを明確化した^{〔*4〕}。また、日本介護福祉士会は2004年度から生涯研修制度を取り入れ、2006年度から認知症専門介護福祉士の養成研修、ファーストステップ研修の検証の試行事業を始めた。

〔*4〕 キャリアアップの仕組みの構築として、① 施設長や生活相談員の資格要件の見直し等を通じたキャリアアップの構築、② 教育訓練給付制度の適切な運営、③ OJT、OFF-JTの受講機会の確保、④ さらに、高い専門性を認証する仕組み（例えば専門介護福祉士、専門社会福祉士）、⑤ 経営者のネットワークを活かしての人事交流を通じた人材の育成の構築などを挙げている。

研修の必要性について、椎名は、職務満足感と職務不満感に影響を与える要因として、「資格取得を上司が支援してくれる」、「研修等に参加する機会がある」等、自分の技能や知識を向上させる機会があることは、職務満足感に強く影響を与えるという意見が挙げられたと報告している。

また、佐藤らのグループホーム及びユニットケアの介護職員1250人に対する調査によると、ストレス解消に役立ったこととして、69.1%が「介護能力の向上に向けた研修」や「認知症への理解を深める研修」と回答している。

さらに、介護職員の研修に関する先行文献調査から、福田は研修と離職防止とがどう関連するのかを研究し、39の文献を収集して、4つの視点から検討した結果、① 研修が介護職員の職務満足感の向上やストレス解消に有効である可能性、② 研修体制と実施の不十分さ、③ 介護職員が求める具体的な研修内容の不十分さ、④ 経験年数・能力別、資格別、目的別等を考慮した研修に関する研究の必要性が示唆されたとしている。次いで福田は、「介護職員の研修は、発展途上の段階であるとともに、十分な根拠がないまま実行されてきた⁷⁾と述べている。

森本は福祉サービスの場合、これからの「職場作り」を「福祉経営」として4点から考えている。① 利用者サービスの向上：質の高いサービス提供の実現による最大限の「利用者満足」、② 従事者処遇の向上：仕事の達成感、仕事に応じた待遇、給与、役職などを用意することによる最大限の「従事者満足」、魅力ある職場の創造、③ スキルの蓄積・伝承・確立：「利用者満足」「従事者満足」を達成するためのサービス提供技術の確立と共有、④ 事業の継続性・発展性：これらを達成するための資金・収支などの健全性、「経営者満足」を挙げ、これらの balan

スをいかに達成するかが「職場作り」では大切であることを示している。同時に森本は「福祉を取り巻く環境の変化に基づく雇用の流動化に対し、組織の中核となってくれる人材〔＝コア人材〕の育成をいかに図るかということも重要である」⁸⁾としている。筆者はこのコア人材こそリーダーと考える。

以上のことから、研修の必要性は、次の3つの視点から整理できる。第一の視点は、入居者の立場から求められるニーズとして、① 入居者のニーズを的確に把握して援助計画を立てるため、② 個別のニーズに対応し、適切に生活支援できるため、③ 入居者の立場で実践を評価できるためである。第二の視点は、従事者自身の立場から求められるニーズとして、① 専門性を高めるため、② 組織人として成長するため、③ 一人ひとりが意見の段階に応じて成長していくためである。第三の視点は、経営管理者の立場からのニーズとして、① 職務遂行能力を高めるため、② 問題解決能力を高めるため、③ 組織の将来を担うコア人材を育成するためである。管理者もリーダーも、研修の必要性を常に念頭に置き、CS、ES、OSに近づけていくように努力しなければならないことはいうまでもないであろう。

2. 「求められる介護福祉士像」から

介護福祉士養成の歴史が20年となり、介護福祉士を取り巻く状況は大きく変化している。求められる介護福祉士像の中では、自立支援、個別ケア、認知症等の介護など、福祉ニーズの多様化と高度化に対応できる介護福祉士像が示されている。2007年3月には、前述の改正「社会福祉士及び介護福祉士法」が施行された。その中で介護福祉士の定義規定と義務規定が見直され、精神的・心理的支援の重要性が打ち出されている。そこでは、介護福祉士は専門的知識・技術をもって、「入浴・排泄・食事その他の介護等」を行う介護から、「心身の状況に応じた介護等」を行うこと、「自立支援」、「認知症等の心身の状況に応じた介護」、「資格取得後の自己研鑽」等を行うものとしている。

一方、介護福祉士養成過程において、教育内容が見直され新カリキュラムが示された。後期高齢者の急激な増加に伴う、認知症高齢者の介護や医療依存度の高い高齢者への対応という課題が浮上している。新カリキュラムはこれらのニーズに応えるため、「人間関係とコミュニケーション」、「介護過程」、「認知症の理解」等の内容となっている。また、介護保険法の契約制度においては、利用者主体の価値概念が認められ、「人間の尊厳と自立」、「自己決定権の尊重」等の内容が追加され、自立の考え方に基づく「生活支援技術」が求められている。新カリキュラムの所定の時間数は1800時間であり、うち「介護」は1260時間とし、「人間と社会」、「心と体の仕組み」と共に大きな3本柱を構成している。

さらに、介護福祉士の資格取得後においては、今後リーダー及びケアワーカーは「求められる介護福祉士像」^{〔*5〕}を明確にして、意識的により質の高いケアに取り組むことが求められている。

〔*5〕 介護福祉士制度については、2006年（平成18年）1月に、厚生労働省社会・援護局長の私的懇談会

（社会保障審議会福祉部会）として、「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」が設置された。8回にわたり、外部の有識者によるプレゼンテーションも含め広範囲に及ぶ検討を行った結果として、「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直しに関する検討会」の報告書（2006年7月5日）として、介護福祉士制度及び社会福祉士制度のあり方に関する意見をとりまとめている。

その中で、「求められる介護福祉士の12像」が以下のように示された。

「1像 尊厳を支えるケアの実践，2像 現場で必要とされる実践的能力，3像 自立支援を重視しこれからの介護ニーズ，政策にも対応できる，4像 施設・地域（在宅）を通じた汎用性ある能力，5像 心理的・社会的支援の重視，6像 予防からリハビリテーション，看取りまで，利用者の状態の変化に対応できる，7像 他職種協働によるチームケア，8像 一人でも基本的な対応ができる，9像 「個別ケア」の実践，10像 利用者・家族，チームに対するコミュニケーションの能力や的確な記録・記述力，11像 関連領域の基本的な理解，12像 高い倫理性の保持」。

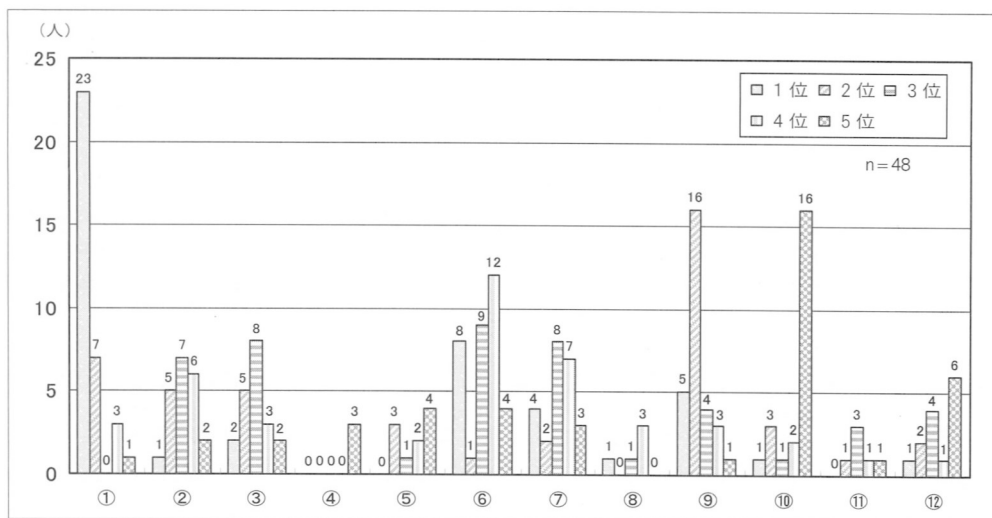
吉田は「求められる介護福祉士像」を5グループに整理した^{〔*6〕}。その上で「現行の介護は身体的介護が中心であるが、心理的社会的支援により一人一人の生命を守り生活を支援していくことが求められる。そのために、介護福祉士は専門性の具現化としての介護過程の展開により科学的実践とその実践を支える豊かな感性と人間性を備えていることを期待されるのが、今後の介護福祉士の教育である。」⁹⁾としている。今後、現場において求められることは、介護過程への取り組みが明確化され、日常のケアの中で確実に展開していける基盤を作りあげ、実践によって効果を出していかなければならない。そこで、リーダーはまず介護過程を認識し着実に牽引力を發揮し展開することが求められている。

〔*6〕 吉田の5分類は、1. 対人サービスの基盤：① 尊厳を支えるケアの実践，③ 自立支援の重視，⑫ 高い倫理性の保持，2. 介護業務の遂行：② 現場に必要な実践的能力，④ 施設・地域（在宅）を通じた汎用的能力，⑧ 基本的対応能力，⑨ 個別ケアの実践，⑩ コミュニケーション能力や的確な記録・記述力，3. 認知症のある方や在宅生活を送る高齢者や障害のある人への理解と対応，⑤ 心理的・社会的支援の重視，4. 有病高齢者の介護と終末期の介護：⑥ 予防からリハビリテーション，看取りまで，5. 他職種との連携：⑦ 他職種とのチームケア，⑪ 関連領域の基本的理解となっている。

さて、「求められる介護福祉士像」の12項目の中で重点的に取り組みたい項目を1位～5位に順位をつけてもらった結果、リーダーは1像「尊厳を支えるケアの実践」(15%)，6像「予防からリハビリテーション，看取りまで，利用者の状態の変化に対応できる」(15%)，9像「個別ケアの実践」(13%)，7像「他職種協働によるチームケア」(11%)を上位に挙げていた(図2)。ワーカーの場合は、1像「尊厳を支えるケアの実践」(16%)，2像「現場で必要とされる実践的能力」(14%)，6像「予防からリハビリテーション，看取りまで，利用者の状態の変化に対応できる」(13%)，10像「利用者・家族，チームに対するコミュニケーションの能力や的確な記録・記述力」(11%)を上位としていた。この結果から今後は、専門職としては倫理を基盤に入居者の人権の尊重はもちろんのことであるが、その背景としての知識とエビデンスに基づく技術を駆使できることが当然である。

現在、介護報酬の面では、ユニットケアの加算があり、予防の観点からリハビリ加算、ターミナルケア加算、管理栄養士による食事ケアプランの加算がなされている。このことは、入居者のニーズの状態が3大介護の提供だけでは当然すまされなくなっていることの表れであろう。さら

図2 求められる介護福祉士像（リーダー）



出典：筆者が2007年11月～2008年2月に実施した「ユニットケアの現状と研修のあり方に関して」のアンケート調査結果から。

に今後は、従来以上に、身体的介護においてはケアの質が要求されてくる。入居者のニーズや満足度という心理的支援が重要であることを認識しなくてはならなくなるのである。まさに、経験知・形式知・暗黙知の蓄積と伝承、そして共有化は重要なことに違いない。その上で、新しいスキルの開発促進が今や求められている時代なのである。

3. 職場研修の形態

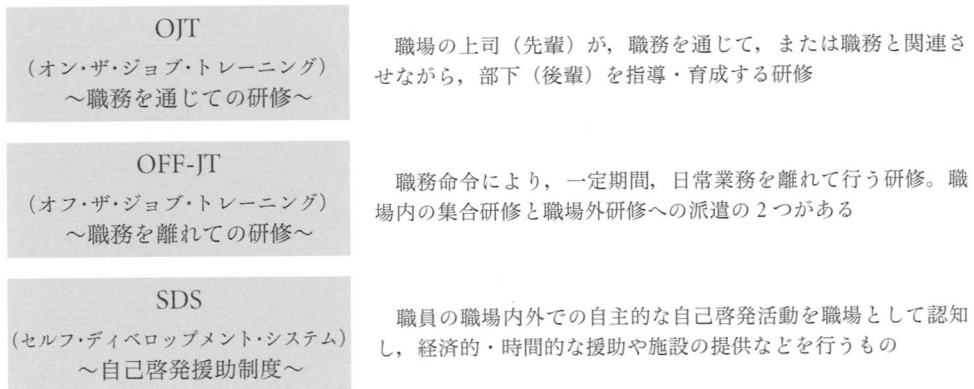
職場研修には、OJT「職務を通じての研修」、OFF-JT「職務を離れての研修」、SDS「自己啓発援助制度」の形態があり、これらがそれぞれの職場の中で、総合的に相互補完的に実施されることになる（図3）。

1. OJT (On the Job Training) 「職務を通じての研修」——職場の上司や先輩による部下の指導・育成をする研修である。
2. OFF-JT (Off the Job Training) 「職務を離れての研修」——職務命令によるもので、職場内での集合研修と職場外研修への派遣がある。
3. SDS (Self Development System) 「自己啓発援助制度」——職場内外での自主的なものことで、経済的・時間的な援助と施設の提供をする。

以上の3形態を上手に組み合わせ、総合的・計画的・継続的・相互補完的に展開していくことが重要と考える。

この中で宮崎は、「OJTは日常業務に直結するものであり、実践能力の向上に役立つものであるから『職場研修』の基本である」¹⁰⁾とし、OJTを研修の柱と位置づけている。兼信は、「これ

図3 職場研修の3つの形態



出典：朝川哲一（2000）「職場研修の考え方を理解する」「職員集団全体の成長を促す」『改訂 福祉職員研修テキスト指導編』全国社会福祉協議会，p.93，筆者一部変更。

までの先行研究ではOJTの実態調査や体験報告に留まっているものが中心であり、福祉現場の具体的な『OJTのあり方について』の内容を扱ったものは、宮崎の事例研究を除き、著者の検索の範囲で見当たらなかった。[中略]また、『質の高い人材の育成』に、OJTがどのような効果があるのか、具体的な検討が求められるといえよう¹¹⁾とし、OJTの事例を挙げている。

これらの研修の情報を取りまとめ、推進していくためには、研修担当者の存在は欠かせないものであると考える。一方、年度研修計画（年間スケジュール）を策定し、職員に徹底していくことが重要であり、個人研修計画や生涯研修計画も視野に入れ切磋琢磨していきたいものである。しかしながら、すべてが管理者主導型研修で職員の自主的な部分がない場合には、研修制度の形骸化を招きかねない。質の高いユニットリーダーの人財育成に研修の効果を上げるには、PDCAサイクルでの評価・検証を具体的に行っていくことが必要であると考えられる。

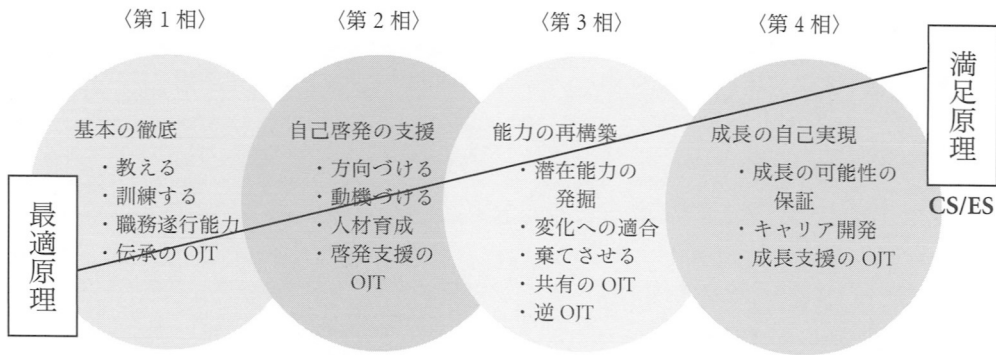
さて、宮崎はOJTの諸相に関して次のように表している。

すなわち、第1相「教えるOJT」、第2相「啓発・動機付けOJT」、第3相「共有・逆OJT」、第4相「組織の最適原理・自己満足原理のOJT」と図式化している。第1相は新人研修、第2相は中堅研修、第3・4相はベテラン層が対象である（図4）。

このようにOJTを組織的に位置づけ、リーダーの研修をシステム化することで、どのような成長が期待できるのかが、また、組織としての満足にも通じることが分かる。つまり、OJT、OFF-JT、SDSをどのように組み合わせるかがリーダーの質、サービスの質の向上のポイントとなってくるといえる。その中でも最も多いOJTをどのように意図的に組み合わせるかが、プロとしてのスキルを迫体験し共有化できる絶好のチャンスであると考えられる。

福祉現場において、QC（Quality Control）活動に見るように、人事管理やリスクマネジメントのマニュアルの作成などは、管理者やリーダーをはじめとして皆が一体となって取り組まなければならないことはいままでのない。また、SDCAサイクルにおける業務の改善は、入居者のニーズや状態によってマニュアル化し効率化を図っていかなくてはならないだろう。つまり、日

図4 OJTの諸相



出典：宮崎民雄（2008）『福祉職場のOJTとリーダーシップ 改訂版』エイデル研究所，p.67，筆者一部変更。

常に、仕事において働きがい・やりがいを見つけだせるよう、チームで知恵を絞っていくことが重要なのであり、その知恵袋こそ研修といえるだろう。

それでは、介護職員はどのような研修を求めているのであろうか。国の施策では、この点は明らかにされていない。アンケートの結果によると、「業務の問題解決に役立つノウハウや知恵」（21%）、「人間性を豊かにする内容」（18%）、「先進的ユニットケアの実践例」（18%）、「新しい技術・技能」（13%）であった。生活経済研究所の調査『介護職の能力開発に関する総合的研究』によると、施設長が介護職員に求める能力は「施設経営に関する認識」（43.9%）、「医学等の関連分野の知識」（41.2%）、「仕事に関する創意工夫」（39.5%）、「適切な判断力，柔軟な考え方，人間としてのトータルな能力」（33.0%）であるが、これが介護職員の求める研修と一致するとは限らないと考える。

本名は『専門介護福祉士の展望』で「介護福祉士が経験をつむことで、基礎的な専門性をより高度な専門性に高められるが〔中略〕その研修は計画的，体系的に実施されているとは言いがたい¹²⁾」としている。つまり、このことはキャリアに応じた研修の実施体制の不十分さを表しているといえるだろう。水野は研修体制を「全職員に同一の内容を行なうのではなく、職種別や階層別に行なうことが効果的である¹³⁾」としている。

その意味では日本介護福祉士会の生涯研修体系では、経験や保有資格によって研修は異なる。新人教育においては技術面，経験を積むことであろうが、リーダーにとっては、リーダーシップ等の管理能力や人間性能力が求められるのは当然のことである。石橋は生涯研修制度を「介護の専門性が高まるというだけでなく、介護労働の環境改善，安定化にも繋がるのが重要である。また、それがどう活かされているかが大きな課題である。研修修了者は自己満足で終わるのではなく、研修を終了したことで、自分自身が変わるとともに、職場において、同僚，上司，後輩などから評価され認められることも必要である。〔中略〕さらには介護報酬の加算を行なうことや職員の配置基準の中に位置づけていくことも必要である¹⁴⁾」としている。2009年度から、介護報酬の加算が改正されたが、今後は介護福祉士の保有資格者数も勘案されることになってお

り、ますます専門性が求められるのであろう。

いずれにしても、ユニットケアのサービスの充実のために、リーダーやスタッフがキャリアアップするには、個々の能力に配慮した研修体系の構築を期待しなければならない。

4. ケーススタディと ICF を取り入れたケアプラン

先にも述べたが、ユニットの現状では認知症高齢者や医療依存度の高い高齢者も増えているという課題もあり、「人間の尊厳と自立」、「自己決定権の尊重」に立脚した自立の考え方に基づく生活支援が重要となってくる。生活支援の最も身近な一つの方法として「ケーススタディ」が挙げられる。このケーススタディにおいてこそ、さまざまなシチュエーションを繰り返しながら学び、診断の目を養うことによって、個別化ケアと個性化ケアの重要性を認識してスキルを高めていくことが期待できるからである。そこで、この場合の取り組みは個人ではなく、他職種も含めたグループ研究として取り組むことで、チーム間で問題を共有していくことが可能となり、ユニットとしておのずから相互啓発に繋がるものとする。さらには、このように具体的なケーススタディを通して、個々に人間観や援助観を見つめ直す機会にもなる。そしてこの一連の取り組みが専門職としての倫理・福祉観を習得していく過程そのものになるとも考えられる。つまり、ここでの問題解決のアプローチの考え方が反映されて、入居者のニーズに沿ったケアプランに活かされることになるから、この学びこそ入居者の QOL の向上にも繋がっていくと考える。

一方、ケアプラン作成に当たっては、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類）やセンター方式、または BPSD（Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: 非認知機能障害）などを理解しておかなければならない。ここでは ICF を取り上げる。ICF の視点としては、否定的な側面だけを見るのではなく、背景因子（個人因子や環境因子）、ケースの自立の側面と心理面、肯定的側面に焦点を当てることを忘れてはならないだろう。

黒澤は「介護福祉士に求められる社会的役割は、人権思想と人間の尊厳の保持と幸せの追求であり、自立の価値観に基づく生活支援である」とし、また「介護福祉士の業務はエビデンスを持って行なわれ、品格が伴ってはじめて社会的な役割を果たし、人々の理解と期待に応えることができる」¹⁵⁾としている。その上で黒澤は、「介護は国連における 1947 年の世界人権宣言（1947 年）、障害者の権利宣言（1975 年）、ノーマライゼーションの思想、WHO（世界保健機構）の ICF（国際生活機能分類：2001 年）等の思想的な潮流のもとにある」¹⁶⁾としている。つまり、これらの思想を根拠として業務を遂行していくことが重要であり、今後、ICF をもとにした生活支援の視点から全体像を把握するためには、ICF の生活機能の「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」のレベルのアセスメントが最も重要になってくると考える。

5. QOL ケアモデルの実践

全国老人福祉施設協議会では、2008年7月に「特養入所者のQOLの変化に関する調査研究報告書——特養QOLケアモデルの効果性検証——」を発表した。このQOLモデルとは、既存のケアシステム（ケアマネジメント）の中にQOL要素を組み込むための「QOLアセスメント」、 「QOLケア」を指す。従来のADLケア（身体的ケア）はマズローの「欲求段階説」における「生理的欲求」、「安全の欲求」に当たるが、QOLケアはADLの部分を含めて生活者が生きる意味・価値を実感するために必要な「親和（帰属）の欲求」、「自我の欲求」、「自己実現の欲求」を満たす上位概念に当たるものである。

先の「調査研究報告書」によると、第一に、QOLケアモデルは利用者・介護職員・施設にとってプラスの影響が期待できること。第二に、特養ケアの質的向上に向けてはQOLケアモデルの実施から5つの問題が明らかになったこと。それは、①声かけの質の問題、②ラベリング行為（先入観）、③平等感、公平感の問題、④ゆっくりと利用者に関われない問題、そして⑤時間、多忙の問題である。そこで、このQOLケアモデルを実施することによって、入居者の変化の気づきができ、働きがいに繋がること、入居者にとって社会性の確保に繋がること、職員教育の素材となり、意識改革のきっかけになるとしている。今後は要介護度の高い入居者も多くなろうが、彼らにとっての生きがいと、スタッフの働きがいに繋がるユニットケアの実現に向けて、QOLケアモデルの有効性・実効性を検証していくのも、一方策ではないだろうか。

6. 権利の代弁者として

「求められる介護福祉士像」の中で、最も上位に挙げられたのが、第1像の「尊厳を支えるケアの実践」であった。それでは、尊厳の保持・尊厳を支えるケアとは何か。また、入居者の自立に向けた生活支援とは何か。ここでは、入居者が自尊心を持てるような生き方を支え、実現するケアとは何かを一口に語ることは困難である。しかしながら、入居者の身体面、精神面、心理面、社会関係を理解しながら、入居者の意欲と能力を最大限に引き出すケアを求めることは、努力すれば可能といえよう。

今、介護現場においてはエビデンスに基づくケアであるEBC (Evidence Based Care)、つまり科学的根拠に基づく介護の必要性が高まっている。EBCによる技術は、繰り返し努力し駆使することで自然に身に付いていくと思われる。しかしながら、コミュニケーション技術や援助の態度は一朝一夕では身に付かないであろう。まして、それは本人の人間性に起因すると、一口で片付けることはできないのではないだろうか。

それでは、入居者の権利とは何か、そして、どう権利を守り代弁していくのが権利擁護に繋がるのかを、常に熟慮すべきであることは当然である。権利擁護の近道は日々の実践の中で自己覚

知を図りながら修得していくことではないだろうか。さらに、入居者の権利の代弁は、組織としての人事考課で客観的な評価が下されることから、その努力は形として表れるともいえるのである。自分の立ち居振る舞いを、項目に従いながらの客観的な目で他者評価されることにより、自省できる絶好の機会となるであろう。そして、この場合、リーダーやスタッフは管理者と会話できる（スーパービジョンを受ける）機会にもなるかもしれない。ここでの人事考課は競争意識を駆り立てるものではない。あくまでもサービスの質を確保していく一つの指標であることから、考課項目^{〔*7〕}は各施設がそれぞれ現状に合わせて工夫することでさらに望ましい結果が期待できると考える。

〔*7〕 人事考課の要素としては、職務遂行成果（仕事の質・仕事の速さ）、組織行動評価（報告連絡・受命遂行・報告具・調整連携・指導育成）、個人姿勢（責任感・自己啓発意欲・注意深さ・工夫改善への意欲・職業倫理観の有無）、集団姿勢（規律性・協調性・方針遵守度）、基本的能力（基礎能力・専門能力・実務能力）、対人対応能力（マナー・理解力・表現力・判断力・説得力）、課題対応能力（創意工夫力・計画企画力・問題解決力）、部門管理能力（対局的視野・部下指導力・リーダーシップ）を挙げている（西本幸雄〔2001〕「個別の評価とプログラムが不可欠」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会、22）。

VII. 研修プログラムと実践方法についての一試案

1. 時勢を知る

「研修の内容の希望」におけるアンケート結果では下位であったが、新しい制度や法律の内容は、いうまでもなく施設運営のバックボーンである。リーダーは、業務だけでなく、選ばれる施設になるためには、時代の潮流を読み取る努力をしなければならない。その上で、施設の運営にも目を向け、その運営方針を作り上げていく立場にあることを忘れてはならない。

現在、刻々と福祉制度は変化する。特に改正障害者自立支援法、改正介護保険法、新カリキュラムなどの法律や制度を理解することが重要である。つまり、時勢を知ることは、良質のサービスの提供をしていく上で、最低限必要なことであるといわなければならない。前節のEBCに基づく新しい介護技術の方法や、新カリキュラムにおけるICFのアセスメントを利用したケアプランの立て方などは、今、現場に求められている最低限の知識である。一方、施設運営のバックボーンとなる介護保険法の改正点などの情報と知識は、家族・地域の人にも説明できるようにしておかなければならないだろう。時代は刻々と変遷していることから、時勢を読み取りながら、ケアに活かしていくことが専門職として必須のことといえよう。

〈方法〉

第1段階 情報に基づき、関心のあるテーマを自主学習し、お互いに発表する。

第2段階 外部講師の招聘、管理者による研修などで理解を深める。

2. 自分史による自己覚知で倫理的態度の振り返り

介護保険制度は、「利用者本位」、「利用者自身によるサービスの選択と自己決定」を基本理念に掲げている。この基本理念をサービスの実践現場で実現するためには、田中はデイサービス利用者の場合において、利用者の総合的満足度に影響する要因として、「援助関係に対する満足度」に関わる「職員のお言葉遣い」、「要望・不満への配慮」、「職員とのコミュニケーション」を挙げている。また、神部らは総合的満足度に最も大きく影響しているのは、「職員の態度」であると指摘している。ユニットケアにおいてもデイサービスと同様、入居者と職員の距離は比較的短いことから、自らの態度・行動パターンが入居者の満足度に大きく影響するものと考えられる。さて、仕事はその人の性格や人間性を表しやすいものである。そこで、自己評価や客観的評価が必要であることから、前節の人事考課も利用できる。さらに、心理テストなどで自分の性格を診断する方法はあるが、筆者は自分の人間性の源を探ることが、自分の行動パターンを知る手がかりになると考える。そのためには、自分史をしたためることは、自己分析をする作業過程そのものとなり、自分を知る手がかりとして最も効果的であると考えられる。また、副次的効果として、なぜこの職業を選んだのかの解明の糸口も見出すことができる。

いうまでもなく、福祉の職場では、福祉観・人間観を確かなものとする倫理的配慮ができる専門性が要求される。そこで、常に入居者自身が提供されたサービスをどのように受け止め、捉え、どのような要望を持っているのかを明らかにすることが必要となる。また、それ以前に専門職としてケアを提供する自分自身をまずよく知ることが先決なのである。そのための一手段として自分史を知るということになる。そして、自分史を紐解くなかで、入居者の生活史を知ることの重要性にも気づくに違いない。さらに入居者の全容の解明にも通じるものになろう。ここで、余談ではあるが、自分の人間性を豊かにするには、雑学がいい。雑学とは、自分に合ったいろいろなことに挑戦することであるから、これさえあればという方法はない。逆にいえばどのような道をたどったとしても、人間性は豊かになるのではないだろうか。人間性を豊かにすることは、知らず知らずのうちに倫理・価値観を高め、未来の自分にも通じていくことになる。

〈方法〉

第1段階 自分史から自分自身の行動パターン、行動変容を知る。

第2段階 自らの実践事例に関して振り返り、自己を客観視できる能力を養う。またチームで考えることの重要性を体験することで実践力をつけていく。(グループワーク)

3. 認知症高齢者のケアの方法を学ぶ

介護とは、ADLとQOLの視点を統合して、「生活の方向性と目的」を見据えて生活支援していくことを目指すものである。いわば、生活の場における主体者は誰かを考え、その人がその人

らしく生活していくことを支援するのが介護である。高齢者介護研究会による「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」の発表後、2045年には高齢者の10人に一人は認知症となることが予測されることから、認知症高齢者の介護のあり方が今や当面の課題としてクローズアップされている。

さて、筆者の場合、認知症高齢者のケアに限らず、「介護とは生活の継続性と支援の連続性を目指すもの」という考え方によるところが大きい。その意味で、“その人らしさ”を理解するのに、ナラティブ・アプローチの視点（その人の生活物語）も必要である。過去、現在、将来を見据えた介護において、その人の価値観や生活全体を支えていくことが特に重要と考えるからである。

現在、ユニットの利用者の8割以上は、認知症の症状を呈しているといわれている。「認知症の介護ができればどのようなケアもできる」ともいわれるが、ユニットケアにおいては生活の視点から認知症高齢者のケアを構築していくことが必要となる。現在、現場では、認知症のケアにおいて、回想法や音楽療法、学習療法、アニマルセラピー、アートセラピーなどさまざまな手法があり、それぞれが成果を上げている。

ここでは、認知症の介護に役立つアセスメントの一つとして、DCM=PCCを取り上げてみたい。DCMとはディメンシア・ケア・マッピング（Dementia Care Mapping: 認知症ケアマッピング）のことであり、PCCとはパーソン・センタード・ケア（Person Centered Care: 本人を中心にした本人らしさのあるケア）のことである。DCMでは自分たちのケアの質を、客観的な評価とケアの向上を目的にすることで、ケアの改善点が確実に見えてくるという機能性がある。具体的には、マッパーがマッピングによって実践しているケアの改善点を指摘する。その中から課題をどのようにすれば改善可能なのか、どのように実行に移して成果を上げていくのかというプロセスをワーカーと共に作っていくのである。PCCやPPC（Person Personal Care）はトム・キットウッド（T. Kitwood）が認知症へのかかわり方としてその人（認知症の人）を中心としたケアを提唱したことから始まっており、ケアの大切さと介護者の役割を明確にしたものである。DCMの場面で、マッパーがスタッフと一緒に考え、アセスメントの見直しなど実践していくという作業から、ケアの質の高まりが期待できると考える。先のカリキュラム改正においても認知症の介護の講義は相当数の時間を費やすことになる。今後は、リーダーがDCMなどによって培われた認知症介護の成果を、さらに人財の養成、地域での講演にも応用して欲しいと考えている。

〈方法〉

第1段階 先進的な施設での研修により、現場におけるDCMの効果を学ぶ。

さらに、先進的な施設におけるナラティブ・アプローチ、回想法、学習療法等の取り組みを学ぶ。

第2段階 自施設での実践を考え、取り組める方法の話し合いをする。

第3段階 DCMを受け、実践に活かす方策を考え、実践・評価する。

4. コーチングを学ぶ

さて、倫理的態度やケアの振り返りをする時、リーダーだけではチーム全体の質の向上には至らない。ユニットケアは、いうまでもなくチームケアであることから、ユニット全体を底上げしなくてはならない。この場合、リーダーの統率力・組織力が要求されることになる。スタッフや入居者等の良好な関係のコミュニケーションの中から気づかされることはたくさんあり、それによってモチベーションが上がることもある。筆者は、アンケートの研修希望で多かった「業務の問題解決に役立つノウハウの知恵」の源では、コミュニケーションのあり方が重要だと考える。つまり、このコミュニケーションの質こそが、ケアの質を決定することになるといっても過言ではない。

GROWの流れを知る

コミュニケーションの一つの方法として、リーダーが、質問する場合、GROWの流れを知っておくことは、ユニットの生活が大きく変化することにも通じることから、ここではGROWを取り上げてみる。A施設での話し合いの時には、KJ法を用いながらGROWの方法を確認しつつ取り組んでみた。ここでのGROWとは「成長する」の意味である。カウンセリングが心理的な原因で生じた不適応の改善を目指すのに対し、適応した人の更なる自己成長・自己表現をサポートしていくのがコーチングといわれている。

〈GROWの流れ〉

1. 目標 (Goal) を設定する。つまり、目標を具体化する。
2. 現実 (Reality) の振り返りをする。つまり、現実が目標とどれくらい乖離しているのか、その原因は何かをありのまま振り返る。
3. 選択肢 (Option) の考察をする。つまり、目標を達成する方法の選択肢を多くして現実的に考える。「どうすれば良いと思いますか」、「どうしたいですか」、「それですべてですか、ほかにはありませんか」、「思いつくことはないですか」、「手伝ってくれる人は誰かいませんか」等。
4. 意思 (Will) の決定である。つまり、現実的で効果的な方法を絞り込み、意思を固める。
「すぐにも取り組めるものはどれですか」、「まず、何から始めますか」、「いつから始めますか」、「じゃそうしましょう」と支持する。

この時、① 開かれた質問で自己決定や自己解決をサポートする、② 何を質問するかは返ってきた答えによる、③ SFA (ソリューション・フォーカス・アプローチ) では問題の背景 (原因) ではなく、問題の解決点に焦点を絞り込み、物事を考える。ここでの実施の場合の注意事項は、個人攻撃や自己弁護にならないよう、「なぜできなかったか」ではなく「どうすればできるのか」を集中的に考えることが重要である。

〈方法〉

ロールプレイング：事例を挙げ、それぞれがロールプレイする。

GROWで事例検討をしていく上で、必要となることを体験することによって、利用者の心理や介護者の気持ちを話し合うことができるようになる。自分を知り、相手を知ることが目的となる。

5. スーパービジョンを知る

ところで、現在、高齢社会進展の状況下、ますます福祉マンパワーの増員が要求される中にあって、質的充実に目を向けなければ真の援助はなされない。実際のサービス提供の場では、リーダー自身の問題解決能力が問われることから、「新鮮な感覚での気づき」をテーマとし、KUP フィードバック循環モデルに基づく研修を試みたい。

KUPとは、「K」knowledge（一般的知識、専門的知識）、「U」understanding（理解）、「P」practice（実践）を意味する。これらを組み合わせ、例えばK-P-U-K-Uの循環モデルでフィードバックしていくものである。プログラムの方法として、最初に、スーパービジョンの意味と種類、必要性を学ぶ（K）。次に現在の自分の業務上で、困った場面のインシデント（出来事）を記録しそれを提示してもらう。その次にお互いにロールプレイでスーパービジョン場面を体験する（P）。その中からスーパーバイザーとして何が必要であるかを学び（U）、スーパービジョンの重要性の認識を深めつつ（K）、自己覚知を図っていく（U）ことができる。これは、何よりも日常的生活支援の中で、スーパービジョンを活かしていくという認識を持つことがねらいである。リーダーがスーパービジョンの理論や面接技法などを会得することで、自分自身のモチベーションが高まり、スタッフのモチベーションをも高めていくことが期待できる。

〈方法〉

第1段階 スーパービジョンの理論を学ぶ。

第2段階 困った事例の記録とロールプレイで面接技法を深める。

第3段階 実践したことをグループワークにより評価する。

第4段階 日常の中で展開し評価する。

6. 研究と生活支援学

介護の最も基本的な考え方である「生活を支援するとは何か」（生活支援学）を研究することは、仕事への満足にも繋がっていくであろうと考える。辞書にはCareは「心配する」、「気配りする」と訳されているが、ケアする中でこそ、真の意味での入居者との協働・共同作業ができるのである。アンケートの結果では、研究に関しての要望は下位であった。しかし、これからの介護の現場において、自らのケアに疑問を持ち、その原因を探り解明していくことは非常に重要と

考える。ルーティンワークとは異なる楽しみが見出されるに違いない。ここで個人での研究もよいが、ユニットのメンバーや職場のメンバーとチームで取り組むことによって、職場全体のモチベーションが高まることに繋がるものと確信する。

研究の糸口はどこにでもあり、どこにスポットを当ててもよい。ケース研究に限らず、外部研修などからヒントを得て自分の職場を見渡してみてもテーマは至る所にある。リーダーを中心に研究に取り組むことによって、入居者と職員がさらに満足できる環境を作り出すことが期待できる。まさにユニットの3本柱の一つである環境づくりである。もちろん、その成果を学会などに発表することによって、自らのケアに自信が深まる。それ以上に、生活支援学の基礎を築くことに一石を投じることにもなると考える。

〈方法〉

第1段階 特にケーススタディとケアプランからヒントは得やすい。

ICFを基にした生活支援を考える（外部講師の招聘、施設のケアマネージャーによる講演）。

第2段階 施設内発表と講評。

第3段階 実践：おのおのテーマを決め、個人、ユニット、グループで取り組む。

第4段階 学会等で発表する。

以上、6通りのプログラムを、PDCAサイクルを考慮しながら、確実に研修体制を充実させ、ユニット内に根付くようにしていきたいものである。

VIII. 結 論

2008年12月26日、社会保障審議会は2009年度介護従事者の専門性への評価・定着促進を含む介護報酬を3%引き上げる改定案を答申した。筆者はこのことでユニットケアのサービス向上に結びつくとは思えない。なぜなら、人手不足解消＝ゆとり＝研修可能とはならないからである。昨今の社会情勢と福祉情勢の変化から、福祉ニーズの増加はますます多様化・高度化する状態にあるが、それに加えて介護保険制度の定着による被保険者の権利意識も高まって、今後、入居者やその家族、地域の人々が高いレベルのサービスの質を求めてくることは疑いないといえよう。その意味では、2009年度からは新カリキュラムでの介護福祉士の養成や厚生労働省の人材確保指針による研修によってキャリアアップの仕組みの構築が図られるが、このことで少しでも介護の質が高まることを期待するものである。

アンケート調査の「求められる介護福祉士像」の12項目の中で、重点的に取り組みたい項目として、リーダーが最も多く選んだ項目は、第一に「尊厳を支えるケアの実践」、第二に「予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる」、第三に「個別ケア

の実践」の順であった。今後は、介護福祉士の生涯研修制度に見られるように、時代が要請する認知症のケアの方法、障害者専門のリハビリテーション、ターミナルケアの方法等に対応できる介護の専門職（専門介護福祉士）が活躍することであろう。だからこそ、リーダーがまず率先して研修を受け、キャリアアップに努めていかなければならないと考える。その学びから、スタッフと共にユニットを変え、本来のユニットケアの3本柱である「環境づくり、寄り添うケア、スーパービジョン」を展開していきたいものである。スキルを高めるためには感性が要求される。そしてまた時代は感性の高い人財を求めている。さらに、自らの行動を支える態度や価値観やスキルと共に知識・情報は欠かせない。その意味で人財の育成としての研修やスーパービジョンが今後ますます重要視されるであろう。

さて、「人財育成の重要性」が確実に根付くためには、管理者の意識改革とリーダー自身の意識改革、スタッフの意識改革が必要なというまでもない。制度に頼るというだけでなく、自身が提供するサービスに誇りと責任を持つためには、日々の研修がケアの基盤であることを再認識すべきであろう。そのためには、ユニットリーダーは、その役割として指導・監督者、教育・実践者、補佐・調整者としての能力を持つ施設での熟練者として、専門業務をリードできること（スタッフのモチベーションを上げ、統率し、それを引き出すこと）、スーパーバイザーとしてスタッフに適切な指導や相談・助言ができることが期待されている。さらには、主導性、先見性、革新性、創造的リーダーシップという能力もまた要求されてくる。そして、これらの根本には、リーダーの役割として、入居者の権利の代弁者たりうる高い専門性と人間性を兼ね備えたプロとしてのリーダー力を発揮しなければならない立場にあることを認識しなければならないだろう。

今後は、選ばれる施設として、組織性を高め、現状と将来を見越したさまざまな研修システムの充実と、スーパービジョンのシステムの確立を急がなければならない。アンケート調査や聞き取り調査から、研修の体制の不備とスーパービジョンの体制は未確立で満足のいくものではないということがわかった。施設の管理者は、組織として研修体制の確立を急がなければならない。つまり、年間計画、研修の目標、評価などのトータルな研修システムを早急に確立しなければならないのである。そして自ら、スーパーバイザーとして現場を見て、知り、学び、考え、導いていくことによってその役割を発揮すべきであろう。

人財育成には「これでよし」という終着点はなく、常に現在進行形であることはいうまでもない。今後も延々と新たなものを学び、開拓し、取り入れていかなければならないのである。そして、OJT、OFF-JT、SDSを、どこでどのように組み合わせるかによっては、リーダーの質、スタッフの質、施設のサービスの質の向上の決め手となって現れてくる。この中では、施設の中で取り組みやすいOJTをどのように意図的に組み合わせるかによって、専門職としてのスキルを体験し、共有化できる絶好のチャンスであると考えている。

福祉現場においては、QC（Quality Control）活動に見られるように、研修も今や人事管理制度に組み込まれていることが多い。ここで提案したいのは研修システムの確立や各種のマニュアル作成など、管理者とリーダーが組織としての研修システムを構築し、PDCAサイクル・SDCA

サイクルを踏まえて、人事考課等の方法を用いながら体制づくりと環境づくりを行い運営管理していくことが緊急の課題といえよう。つまり、研修システムの構築は、管理者にだけ任せず、リーダーが中心となってスタッフ全員で取り組まなければならない時代ではないだろうか。ましてPDCAサイクル・SDCAサイクルによる業務の改善は、入居者のニーズや状態によってマニュアル化し、できるだけ効率化を図っていかなくてはならないと考える。しかしながらこのマニュアルの見直しも定期的あるいは随時行われなければ何の効果も生み出さないと考える。仕事の働きがい・やりがいを見つけだせるように組織の一人ひとりが知恵を絞っていきたいものである。この知恵袋の源は研修からの学びが材料となるであろう。

ここで一つの例を取り上げる。

今回のアンケート調査の対象のJ施設では、顧客満足度の調査に基づく「ゆとり」の追究をしている。ユニットにおける職員のスーパーバイズはリーダーが中心となって行い、人事考課がなされている。ユニットの運営は、スタッフの人間関係づくりのための効果的な環境の提供を心がけ、ケアの再構築として顧客満足度の調査を随時行っている。その結果は、入居者・家族の望む職員像は「ゆとり」、「会話」、「笑顔」であったことから、会話の内容の分類、職員シフトの見直しを図り、5勤務交代（例、7:00-15:45、7:30-16:15、10:45-19:30、12:00-20:45、16:00-21:30）に変えた。いわばユニットへの権限の委譲である。各ユニットの状態に応じてそれぞれの勤務体制を現在も継続している。また、業務という言葉は似つかわしくないとの思いから、さりげなく「寄り添うケア」に心がけている。さらに、各職種の職員が地域に向けて公開講座の講師として出向くことも実践している。地域に開かれた施設として、今後はスタッフに限らず、入居者が地域との関係を深め、逆デイサービスに見るように、生活者としてその人らしい生活ができる機会が得られることが望ましいと考えている。そのためには、自己研鑽はもちろん、外部講師の研修、スタッフのストレス調査などを実施し、意識改革を図っているとのことである。この例から、地域を視野に入れた大きな視点に立って、施設の課題やユニットの課題に気がつくこと、入居者の声に耳を傾けることがいかに大切であるかがわかる。筆者は、これからはこの入居者の地域生活への支援の観点こそ組織として、また専門職として欠かすことのできない重要な視点と考える。

本論文では、アンケート結果を踏まえて、ユニットケアにおける基礎的な視点として、①「スーパービジョン」、②「QOL ケアモデルの実践」、③「ケーススタディとケアプラン」、④「権利の代弁」とは何かを論じた。その上でリーダー研修の第1段階として、6つのプログラムの組み立てと方法を構築した。プログラムの内容は、① 時勢を知る、② 自分史による自己覚知で倫理的態度の振り返り、③ 認知症のケアの方法を学ぶ、④ コーチングを学ぶ、⑤ スーパービジョンを知る、⑥ 研究と生活支援学とした。しかしながら、これだけでは筆者の思いだけで、到底アンケート調査に答えるものとはなっていないのはいうまでもない。

今後はリーダー像やスーパービジョン、研修の実態や希望等から、さらに効果的・効率的で実

効性の高い研修プログラムの開発と実践に努力したいものである。ユニットケアにおける求められるリーダー像に近づくためには、人財育成に早急に取り組む必要性が示唆されたことから、本研究のプログラムを活用し、学内や地域の中で、また、出前講座でリーダー研修を開催したいと思っている。さらに、リーダーのニーズを取り入れながら、研修のシステムを探求し、人財育成とサービスの質の向上を追求しながら、入居者の QOL の向上に寄与していきたいと考えている。

最後に本研究は調査対象数、調査の分析方法も十分ではなかったため限界があり、十分な提言ができなかったことは否めない。しかしながら、以前にも増して、ユニットケアが真に CS, ES, OS になるキーマンはリーダーであり、リーダーの充実した研修やスーパービジョンが、求められる介護の本質に到達できる道筋を切り開く、有効な手段であることの意を強くした次第である。

〔謝 辞〕

本研究のアンケート調査にご協力くださいました施設の施設長はじめユニットリーダー、スタッフの皆様方にこころよりお礼を申し上げます。

〔注〕

- 1) 石郡英一（2007）『介護リーダー役割発揮のための基礎 50』中央法規出版，pp.10-11
- 2) 中村俊二（2002）『福祉職場における業務の標準化とマニュアル作り』東京都社会福祉協議会，p.7
- 3) 秋葉郁子（2007）「ユニットケア型施設における人材育成について」『介護福祉』夏期号，財団法人社会福祉振興・試験センター，p.66
- 4) 杉原俊二（2003）「介護職員の健康とストレス——施設間格差」『吉備国際大学保健福祉研究所紀要』4号，pp.27-35
- 5) 宮崎民雄（2008）『福祉職場の OJT とリーダーシップ 改訂版』エイデル研究所，p.15
- 6) 足立香織（2007）「事例を用いた複数科目間における連携の取り組み」『介護福祉教育』23号，日本介護福祉教育学会，p.26
- 7) 福田明（2008）「介護職員の研修に関する文献調査——到達点と課題——」『介護福祉学』152号，p.196
- 8) 森本佳樹（2004）「職場作りと福祉人材開発の課題」『月間福祉』7月号，全国社会福祉協議会，p.45
- 9) 吉田節子（2007）「21世紀が求めている介護福祉士像——移行期における介護福祉教育の課題と展望」『介護福祉教育』23号，日本介護福祉教育学会，p.32
- 10) 宮崎，前掲注 5)，p.15
- 11) 兼信憲吾（2008）『福祉実践現場における OJT に関する一考察——事例を通じた人材育成の視点より』『九州社会福祉研究』3号，西九州大学社会福祉学科，p.92
- 12) 本名靖（2006）「専門介護福祉士・高度専門介護福祉士の専門性について」小林光俊編『専門介護福祉士の展望』北隆館，p.146
- 13) 水野敬生（2007）「階層別，職種別に重点をおいた職員研修の取り組み」『ふれあいケア』3月号，p.13
- 14) 石橋真二（2007）「介護福祉士のキャリアアップ研修のねらい——介護福祉士の質の苦情と専門性確立のために——」『月刊福祉』11月号，pp.36-38
- 15) 黒澤貞夫（2008）「介護福祉士に求められる社会的役割について」『第16回日本介護福祉学会大会プログラム・要旨集』，p.28
- 16) 同上。

〔参考文献〕

- 秋葉郁子編（2005）『ユニットケア導入までのチェックポイント』中央法規出版，p.130
- 石郡英一（2007）『介護リーダー役割発揮のための基礎 50』中央法規出版，pp.10-11
- 介護労働安定センター（2007）『平成 19 年度介護労働の現状 I』，pp.108-118
- 介護労働安定センター（2005）『介護労働者のストレスに関する調査』
- 笠原幸子（2001）「介護福祉職の仕事の満足度」に関する一考察『介護福祉学』Vol.8，p.39
- 神部智司，岡田進一（2000）「デイサービスに対する利用者満足度の構成因子と総合的満足度に影響を及ぼす探索研究」『日本在宅ケア学会誌』1月号（4号），pp.87-93
- 兼信憲吾（2008）「福祉実践現場における OJT に関する一考察——事例を通じた人材育成の視点より」『九州社会福祉研究』3号，西九州大学社会福祉学科，pp.91-109
- 財団法人介護老人安定センター（2007）『平成 19 年版 介護労働の現状 I——介護事業所における労働の現状——』，pp.34-35，p.108
- 財団法人社会福祉振興・試験センター（2007）『介護福祉 平成 19 年度冬季号』，p.10，p.68
- 佐藤賢太他（2008）「介護教員との連携による施設職員研修の試み」『第 16 回日本介護福祉学会大会プログラム・要旨集』，p.210
- 佐藤博樹，大木英一，堀田聡（2006）『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房
- 椎名ちづる（2007）「認知症高齢者グループホームにおける介護職員の職務満足感」『社会福祉学研究』2号，日本福祉大学大学院，p.47
- 諏訪茂樹（2006）「目標達成のためのコーチング」『おはよう 21』6月号，中央法規出版，pp.72-75
- 全国社会福祉協議会（2003）「実践施設から学ぶふれあいケア」『ふれあいケア』7月号，pp.6-18
- 杉山貴要江（2001）「介護福祉士の専門性においての一考察」『近畿大学紀要』2号，p.71
- 高口光子・春日井真紀子（2005）『介護保険施設における看護介護のリーダー論』医歯薬出版
- 田中昌美（2008）「デイサービスにおける利用者の満足度に影響する要因の検討」『介護福祉士』No.11，日本介護福祉学会
- 棚橋征子（2007）「個別ケアを阻害する要因に関する研究」『介護福祉学』1月号（14号），日本介護福祉学会，p.4
- 特別養護老人ホームせんねん村他（2006）「DCM を実践して」『おはよう 21』6月号，中央法規出版，pp.68-71
- トム・キットウッド，キャスリーン・ブレディン著，高橋誠一監訳，寺田真理子訳（2005）『認知症の介護のために知っておきたい大切なこと——パーソンセンタードケア入門』筒井書房
- 中島洋（2005）「介護福祉職の専門化に関する一考察」『介護福祉学』12月号，日本介護福祉学会，p.30
- 奈良県社会福祉協議会編集（2000）『ワーカーを育てるスーパービジョン——良い援助関係をめざすワーカートレーニング』中央法規出版，pp.137-192
- 西本幸雄（2001）「個別の評価とプログラムが不可欠」『ふれあいケア』7巻9号，全国社会福祉協議会，p.22
- 認知症介護研究・研修東京センター（2007）『利用者の生活を支えるユニットケア』中央法規出版，pp.143-146，p.150，p.204
- 福祉職員生涯研修推進委員会編（2000）『改訂 福祉職員研修テキスト管理編』全国社会福祉協議会
- 福祉職員生涯研修推進委員会編（2000）『施設職員研修テキスト指導編——職場リーダーの役割・行動を学ぶ』全国社会福祉協議会，p.88，pp.92-93
- 福本京子（2008）「モチベーションを高める 10 の秘訣」『介護福祉』春期号（69号），財団法人社会福祉振興・試験センター，pp.100-108
- ミネルヴァ書房編集部（2008）『社会福祉小六法 2008』ミネルヴァ書房
- 宮崎民雄（2007）「福祉人材を育てる人材マネジメント」『介護福祉』夏期号，財団法人社会福祉振興・試験センター，pp.49-62，p.66
- 宮崎民雄（2008）『福祉職場の OJT とリーダーシップ 改訂版』エイデル研究所
- 山口健太郎他（2005）「介護単位の小規模化が個別ケアに与える効果——既存特別養護老人ホームユニット化に対する研究」『日本建築学会会計学系文集』，pp.33-40，p.587

高齢者施設におけるユニットリーダーのスキルアップのための研修プログラム（佐藤）

山田尋志（2006）「ユニットケアをめぐる現状と課題」『月間総合ケア』1月号，p.16

日本介護福祉士会（2007）『介護福祉士初任者のための実践ガイドブック——介護福祉士会初任者研修テキスト』中央法規出版

〔参考資料〕

奈良県社会福祉協議会奈良県福祉人材センター（1999）『福祉施設におけるスーパービジョンに関する意識調査』

厚生労働省老健局（2003）〈高齢者介護研究会報告書〉『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——』

財団法人介護労働安定センター（2005）『介護労働者のストレスに関する調査報告書』

厚生労働省（2006）「求められる介護福祉士像に関して」『第7回介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会報告書』，p.3

「改正 社会福祉士及び介護福祉法」（2007年12月5日公布）

「介護福祉士の専門性」（2007）『介護福祉士の研修体系に関する調査研究事業報告書』日本介護福祉士会，p.3

厚生労働省告示（2007）「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」8月28日付，厚生労働省告示289

財団法人介護労働安定センター（2007）『介護労働者の就業実態と就業意識調査報告書』

全国老人福祉施設協議会（2008）『特養入所者のQOLの変化に関する調査研究報告書——特養QOLケアモデルの効果性検証——』，p.7

「介護福祉士の養成課程における教育カリキュラム等の見直し」（厚生労働省改正省令，2009年4月1日施行）

社会福祉の動向編集委員会（2009）『社会福祉の動向2009』中央法規出版，pp.204–230

内閣府（2009）『平成21年版 高齢社会白書』ぎょうせい，pp.2–34

http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/html/hourei/item_search.html