

平成 26 年度

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程学位論文

要介護高齢者における食事支援の指針の
あり方に関する研究

平成 27 年 1 月 19 日

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程 2262010002

二 瓶 さ や か

「要介護高齢者における食事支援の指針のあり方に関する研究」の要旨

わが国において、2000年に導入された介護保険制度は、「介護の社会化」を図る、福祉制度の大きな転換点となった。介護保険制度の最終目標は、生活の質的向上にあり、そのためには「自立」と「QOL」(Quality of Life)の確立が絶対的条件とされている。このことから、介護サービス提供事業所は、いかにして要介護高齢者が質の高い生活を送ることが出来るかという視点に立ち、サービス内容の充実を図ることが求められている。さらに、介護サービスの中心的な役割を担うとして、国家資格として位置づけられた介護福祉士への期待も高まりをみせている。介護サービスの中でも、「食事」は要介護高齢者のQOLを向上させる要因の一つであり、介護サービスの満足度とも高い関連がある等、食事支援の重要性が先行研究によって報告されている。しかしながら、食事支援は「安全に食事を摂取する」といった点に主眼が置かれており、食事支援の具体的な支援のあり方を示した研究は極めて少ないのが現状である。そこで、本研究では、要介護高齢者における食事支援のあり方を考察し、食事支援の指針を示すことを目的として取り組んだ。

第1に、介護サービスの質を高める食事支援のあり方を考察するために、「質」の定義と「介護」の概念枠組みについて先行研究より考察を行った。「介護」概念は、専門職や立場により捉え方が一定ではなく、「介護」の明確な概念や定義は不明瞭であることが明らかとなった。このことから、「介護」概念の統一の必要性について言及し、本研究における「介護」の概念規定を示した。

第2に、要介護高齢者のサービス満足度や生活の質に高い関連が示されている「食事支援」の意義について考察を行い、調理活動を実践するなど介護サービスのなかでも食事支援に重点を置いているグループホームを対象に、食事提供の現状と課題を明らかにするために実態調査を実施した。食事支援は、栄養補給だけでなく、「生活の楽しみ」と捉えたうえで、支援方法について検討し、施設独自の取り組みも多く実践されていることが明らかとなった。また、食事支援は、利用者の生活歴や嗜好の把握などアセスメントの重要性、調理環境の整備、意欲を引き出す職員の声かけ、食事の雰囲気作り等に関する重要性も認識されており、食事支援のアプローチは多岐にわたることが示唆された。

第3に、グループホームを対象とした食事支援の実態調査から得られた知見をもとに、食事支援の指針を構成するための概念について検討し、実践現場に従事する介護福祉士の有資格者に食事支援に関する意識調査を実施した。食事支援の意義やもたらす効果に関する認識は高い一方で、実際の食事支援に関する評価は低い傾向にあり、介護実践に対する肯定感が低いことが示唆された。さらに、介護の実践現場では、食事支援の方法について検討されているものの、実際の支援内容に関する評価や振り返りを実施している施設は少数に留まっていることも明らかとなった。

第4に、食事支援のあり方を示す指針として検討した項目とその具体的内容について、実践現場に従事する介護福祉士の有資格者に調査を実施して考察を行った。食事支援の指針として、1. 食事認識への支援 2. 機能的な能力への支援 3. 環境における刺激と質の調整 4. 安心と安全への支援 5. 生活の継続性への支援 6. 自己選択への支

援 7.ふれあいの促進 の7カテゴリー、全71の項目を示すに至った。また、本調査結果をもとに、食事支援の構造について分析を行い、食事支援の指針において示された課題について概観した。

本研究において示した食事支援の指針は、介護福祉士の養成教育や介護現場において、食事支援のあり方や課題について検討（教育・研修）する際に職員の共通認識を図るツールとして、さらに、食事支援を広義に捉える視点を与えることで、介護福祉士の専門性・独自性へも寄与するものと考えられた。

本研究の取り組みにおいて、介護実践の方法論を示すモデル構築には、介護サービス提供者と利用者、双方のニーズの統合を図ることの必要性、介護実践の効果や有用性と利用者の主観的側面の関連に対する検討の必要性が示唆された。今後は、本研究で示した指針をもとに介護実践のデータを集積するとともに、指針の評価・検証を行い、指針のモデル化に向けた分析を行うことが求められている。

A study on guideline to the meal support for the elderly of needing care

In 2000 the introduction of a long-term care insurance system in Japan had a major effect on the welfare system, and set the stages for the “social normalization of care.”

The ultimate goal of this system is the improvement of living conditions, thus ensuring a good *QOL* (quality of life) and independence are of paramount importance. Care service providers are now being asked to improve the quality of their service. Therefore in order to achieve high quality lives, it is important to examine the best method for client who needs care.

Similarly, expectations placed on nationally licensed certified care workers have also been increasing. Previous research clearly revealed the importance of meal support, showing that among all care services meals are a key factor in which *QOL* can be improved, and the quality of meals are strongly linked with a client’s level of satisfaction. However, attention toward meal support has been largely limited to “ensuring the consumption of safe meal,” leaving a distinct lack of research on how meal support guideline should be concretely set. The main purpose of this research is to suggest a proper meal support guideline based on the observation of the meal support provided to elderly individual needing care.

First, we examined a review of existing literature and current definitions of quality and care to make a suggestion that would improve the quality of care. Those reviews showed that there is no clearly agreed-upon definition of care, and the definitions can be varied by position and field of work. Thus, there is a need to create a consistent definition of what care is, which this research aims to do.

Second, we examined the significance of meal support for elderly persons needing care. Meal support has been shown to strongly linked to satisfaction with care and perceived quality of life. Thus, an investigative survey was conducted in group homes that focused on meal support through the implementation of cooking methods. The purpose of this survey was to clear the following two points: the current state of meal support and any issues which exist within the current state of meal support. How support was implemented with meal support as a source of daily enjoyment, rather than simply a source of nutrition. Many institutions were found that have independently developed their own programs. These results also suggested that a wide range of approaches toward meal support must be taken, as each institution is different. Particularly, it is important to assess each recipient’s life history and individual taste, and ensure the availability of proper cooking facilities and a welcoming dining atmosphere including staff ,who encourages care recipients to eat.

Third, an awareness survey on meal support was conducted with nationally licensed, certified care workers who directly provide services. This survey was based on information gained from the investigative survey conducted in second. This survey showed that while knowledge of the significance and effects of meal support was high,

opinions about current meal support programs were relatively low, and there were few positive opinions towards nursing care. Furthermore, the survey clarified that while many institutions may have examined their meal support, the number of institutions actually conducting evaluations and reviews of their meal support remains relatively small.

Fourth is a review of a survey on consideration for determining meal support guidelines and their consequence. This survey was also conducted with nationally licensed certified care workers. Seven categories (total 71 items) were identified: 1. orientation support, 2. support for developing functional skills, 3. adjustment of stimulus to the environment 4. support for food safety and reliability, 5. support for maintaining lifestyle, 6. support for personal choice, and 7. Encouraging interaction and sharing. We analyzed the general makeup of meal support based on the survey results and generated an overview of the problem found in providing food support.

By looking at the topic of meal support from a broad point of view, we believe this research will contribute to the improvement of care, both in terms of its specializations and independence.

Further, we suggest that these findings can be shared in the workplace (through educational and training programs.) to serve as a tool to increase knowledge about support and its potential for improvement.

This research also suggests the need for a more unified view of needs of both care providers and recipients as they relate to the effectiveness and implementation of care strategies from a user-oriented perspective.

To establish a model for meal support, further analysis and accumulation of data will be required.

要介護高齢者における食事支援の指針のあり方に関する研究

目 次

はじめに	1
第1章 研究の目的と経緯	
第1節 研究の背景と目的	2
第2節 本研究に関する先行研究	4
第3節 論文の構成	6
第2章 介護の質の概念枠組み	
第1節 質の語源と介護の質	9
第2節 介護用語の起源と流れ	11
第3節 介護の構成概念	13
1. 介護概念の変遷	13
2. 介護概念の課題	17
3. 本論文における介護の概念規定と位置づけ	18
第4節 介護の専門性が不明瞭であるための影響	22
1. 介護問題への対応と現状	22
2. 介護の「量」「質」的側面への波及	24
3. 介護福祉士養成教育への波及	24
第3章 要介護高齢者と食事支援	
第1節 要介護高齢者と食事支援	26
1. 介護保険制度導入と介護サービスに求められる役割	26
2. 要介護高齢者における食事支援	26
第2節 調査1：介護サービスとしての食事支援の実際	28
－グループホームを対象とした調査から－	
第4章 食事支援の指針の検討	
第1節 食事支援における指針の必要性	38
第2節 食事支援の質を高めるための要素	39
1. QOLの視点からみた食事支援	39
2. ICFの視点からみた食事支援	41
3. PEAPの視点からみた食事支援	44
第3節 調査2：食事支援に関する意識調査	54
－介護福祉士を対象とした調査から－	

第5章	食事支援の指針の考察	
第1節	調査3：食事支援の指針に関する調査と結果の概要	66
第2節	食事支援の指針に関する考察	87
第3節	食事支援の指針の意義と課題	101
1.	研究の概観	101
2.	食事支援の指針の意義	102
3.	研究の課題	103
おわりに		105
謝辞		106
引用・参考文献		107
附属資料		
資料1	調査1：介護サービスとしての食事支援の実際（自由記述）	i
資料2	調査1：介護サービスとしての食事支援の実際 調査票	v
資料3	調査2：食事支援に関する意識調査 調査票	x
資料4	調査3：食事支援の指針に関する調査 調査票	xiv
資料5	研究業績	xix

はじめに

わが国は近年、世界一の長寿国となり今後も超高齢社会へと進む傾向にある。このような社会状況の中で2000年に導入された公的介護保険制度は、わが国における福祉制度に大きな転換をもたらした。介護保険制度の最終目標は生活の質的向上にあり、そのためには「自立」と「QOL」(Quality of Life)の確立が絶対的条件¹⁾となるとされている。介護保険制度導入後、国民の介護サービスに対する理解と認識が高まりをみせ、介護サービス提供事業所は今後更に要介護高齢者がいかにして質の高い日常生活を送る事が出来るかという視点にたったサービス提供・サービス内容の充実が求められている。また、非専門的援助とした誕生した介護職も、質の高い介護サービスを確保するために介護の専門化、サービスの質の向上の必要性が高まり、介護の専門職として「介護福祉士」が誕生し、介護領域の中心的役割を担う立場として位置づけられ、専門性向上への取り組みが求められている。

介護サービス提供においては、基本的欲求の一つである食事は、生命を維持する重要な営みであるとともに、楽しみとして心を満たし、人間関係にも大きな影響を及ぼすものとして考えられており、「食」が要介護高齢者のQOLを向上させる要因の一つとして明らかにされる²⁾など、要介護高齢者における食事の重要性が報告されている。また、食事支援は近年、認知症対応型共同生活介護事業所の開設によって、認知症高齢者を対象とした食事作りも食事支援の一環として位置づけられ、食事支援に重点を置く事業所が増加している³⁾。さらに、介護老人福祉施設においてもユニットケアの推進により食事作りの一部を利用者と職員共同で行うなど、食事支援に求められる知識・技術が広がりを見せている。

しかしながら、そもそも介護行為は、介護職員により提供する介護にばらつきがみられ、介護職個人の経験や能力に頼らざるを得ないのが現状⁴⁾であり、特に食事支援は、過剰なケアや単なる栄養補給としか思えないような機械的なケアになりやすく⁵⁾、介護福祉士が食事支援に強い不安感をもっている⁶⁾ことなども報告されている。このように、要介護高齢者にとって重要な意味を持つ食事は、食事支援のあり方について課題も多く指摘されているのが現状である。

そこで、本研究では、要介護高齢者における食事支援の意義や食事支援のあり方を考察し、食事支援の指針の提言を行うことを目的とする。食事支援の指針を提言することで、食事支援の質の向上とともに介護福祉士の専門性や独自性の向上に寄与することを期待するものである。

第 1 章 研究の目的と経緯

第 1 節 研究の背景と目的

わが国の社会福祉制度は、「措置制度」のもと運営されてきたが、急速な少子・高齢化による人口構造・社会環境・ライフスタイルの変化など、急速な介護サービスの需要増加を背景に、2000年に公的介護保険制度（以下：介護保険制度）が創設された。

2000年の介護保険制度や、その後の社会福祉基礎構造改革は、それまでのわが国の福祉制度に大きな転換をもたらすこととなった。

介護保険制度の最終目標は、生活の質的向上にあり、そのためには「自立」と「Quality of Life」（以下：QOL）の確立が絶対的条件とされている。さらに、社会福祉基礎構造改革による、民間事業者参入の促進とサービス利用者の選択の自由という名におけるサービス事業主体の多元化が図られ、事業所間競争による費用の効率化、サービス利用者の選択を通じたサービスの質の向上といった論理が前面に打ち出されることとなった。

近年は、介護保険制度が定着したことで介護サービスを受けることへの抵抗感を和らげ、利用者数の増加にも拍車がかかっている⁷⁾との報告があるとおおり、国民の介護保険制度に対する理解と認識が高まっていることから、介護サービス提供事業所は、いかにして要介護高齢者が質の高い生活を送ることが出来るかという視点に立ち、サービス内容の充実を図ることが求められている。

また、要介護高齢者の増加に伴い、介護に携わる人材の質的・量的確保の要請も急激な高まりをみせ、1987年に国家資格として「介護福祉士」が創設され、1990年代には「高齢者福祉推進十カ年戦略」（ゴールドプラン）のもとで介護サービスの量的拡大が推進された。「マンパワー確保」をスローガンに各種対策が打ち出されたことにより、介護福祉士は看護師に次ぐ専門職集団に発展を遂げている。その一方で、介護福祉士の資格を有していながら、介護等の業務に従事していない、いわゆる「潜在的介護福祉士」の増加など、介護福祉士を取り巻く状況には課題も多く指摘されている。今後更なる高齢化が見込まれるなか、マンパワーの量から質への移行、専門性の確立と言われながらも、介護福祉士は「名称独占」として位置づけられ、専門職として社会の承認が得られているとは言い難く、介護福祉士の専門性・独自性確立は、重要な課題となっている。さらに、実際の介護現場では、介護人材の離職率が高い傾向が続いており、介護サービスの需要に対して十分な供給ができない状況が続いているのも現状⁸⁾である。人材雇用の問題は、事業所運営に大きな影響を与えるとともに、介護サービスの質的側面にも影響をもたらすものと考えられる。このことから介護現場における、介護労働者の確保と介護労働環境の整備は急務な課題となっている。実際の介護人材の離職理由として、「職場の人間関係」とともに、「法人や事業所の経営理念や運営のあり方に対する不満」があげられており、介護職員の介護に関連した不安不満要素については、「利用者に適切なケアができていないか不安」が最も多い結果となっている⁹⁾。

日々の業務のなかで、自らが提供している介護サービスが、利用者に貢献できてい

るのか、どのような効果をもたらしているのかといった点が不明瞭であることが、法人や施設との理念・運営のあり方に対する意識錯誤を生み出し、やりがいや働き甲斐を見出せなくなっていると予想される。つまり、介護サービス提供事業所は、事業運営における介護のあり方などビジョンを明確に示すとともに、実際に介護サービスを提供している介護職員と共有を図ることも求められているといえる。

そして、介護サービス提供事業所は、介護保険制度の理念を柱として、介護保険制度が最終目標として掲げている「生活の質」の向上を目指した、質の高いサービスの提供が求められている。さらに、介護人材の育成・定着については、介護福祉士を養成する養成校にとっても重要な課題であり、養成校と介護現場で連携を図りながら、介護福祉士の独自性を確立しつつ、専門性を発揮できる環境作りが求められている。

そこで、本研究では、介護保険制度において提供される介護サービスの中でも、要介護高齢者のQOLを向上させる要因の一つであり、介護サービスの満足度とも高い関連があるなど、先行研究によって要介護高齢者に対する食事支援の重要性が多く報告されている^{10)~12)}「食事」に着目をして、食事支援のあり方について考察を行う。

人間の基本的欲求であり、普遍的に繰り返される「食事」という行為は、要介護高齢者にとっても重要な意味を持つ一方で、「食事」における支援は、支援者にとって労力や忍耐を必要とするものであり、いき過ぎた支援や不適切な支援をおこなう傾向にある¹³⁾ことが指摘されている。また、食事支援において、QOLや満足度を高める具体的な支援のあり方に関する研究は極めて少ないのも現状である。さらに、先行研究において、食事支援の方法論の確立の必要性も言及されており¹⁴⁾、近年、認知症高齢者を対象とした認知症共同生活介護事業所（以下：グループホーム）を中心として、食事支援の一環として調理活動も実践されるなど、介護職員に求められる食事支援の知識や技術は広がりを見せている。

介護職員の視点にたち、食事支援のあり方の指針を示すことは、提供している介護サービスのアカウンタビリティに寄与するとともに、介護サービスの質的向上にも寄与するものと考えられる。

以上のことから、本研究では、要介護高齢者における食事支援のあり方を検討して、食事支援の指針を提言することを目的とする。

食事支援における指針の提示は、既存の介護現場における活用のみならず、介護サービス提供の担い手であり、現場において中心的な役割を担う介護福祉士の養成機関へ介護サービスのあり方について示唆を与えるとともに、介護福祉士の専門性・独自性へも寄与するものと考えられる。

第2節 本研究に関する先行研究

高齢期における食事に関する先行研究は、低栄養がもたらす体力の低下¹⁵⁾や、死亡率の増加¹⁶⁾、栄養状態と免疫機能改善の有効性¹⁷⁾¹⁸⁾や、高齢者施設への入所と栄養状態に関する調査も数多く行われる^{19)~21)}など、身体面に対する食事の重要性が報告されている。

その一方で、食事は身体面だけでなく、心理面へも影響をもたらすと考えられ、食事の多様性が、抑うつや主観的なQOLと関連²²⁾することも報告されている。さらに、食事に関する研究は、身体的、心理的側面に及ぼす影響だけでなく、食事に対する主観的評価といった側面からの研究もみられ、高齢者施設の入所者において、食事時の会話がQOLの向上に寄与する可能性があり²³⁾、食事は、「生活のはり」や楽しみ、生きがいをもたらす²⁴⁾効果が期待されるなど、高齢者施設における食事の重要性も報告されている。

高齢者施設における食事に関する研究では、食事形態や食事環境、入所者の食事に対する想いや満足度に関する報告も多数ある。^{25)~31)}しかしながら、高齢者施設では、食事内容や栄養管理といった側面に焦点が当てられることが多く³²⁾、高齢者施設における実際の食事の提供では、栄養改善に向けた取り組みが活性化している³³⁾ことが報告されている。さらに、施設職員の人件費や食材料費の削減を目的として、厨房の外部委託やクックチル・クックフリーズ・真空調理といった新調理システムの導入が進行しているのも現状であり、個人に対応した細やかな食事支援の必要性も指摘³⁴⁾されている。

食事は、生命維持行為として栄養摂取を目的とするだけでなく、人間の基本的欲求のひとつであり、喜びや楽しみや生きがいにもつながることが先行研究で報告されていることから、高齢者施設のQOLにとって重要な意義をもっていると考えられる。そして、いかにして日々の食事を提供するかは、介護サービスを提供する職員にとっても重要な課題であると考えられる。

高齢者施設における実際の食事支援については、笹谷（2013）が、「認知症や加齢による身体的変化や疾患などから、食のニーズを満たすことが難しく、食事摂取の介助においても過剰な介助や、単なる栄養補給としか思えないような機械的なケアになりかねない」³⁵⁾ことを指摘し、食事支援の困難さと個々の対象にあった食事支援の方法を見出すことの必要性を言及している。さらに、認知症高齢者を対象として、個々の能力に応じて自立した日常生活に向けた支援を行うことを目的とするグループホームにおいて、食事を中心とした支援が認知症進行の抑制に効果が期待できる³⁶⁾ことや、認知症高齢者を対象とした調理活動がもたらす効果³⁷⁾などに関する報告がある。

一方で、グループホームにおける食事支援の現状から、主体性を引き出す食事支援のあり方について提案した朴（2011）は、「入居者の主体性を妨げる要因は、安全性や入居者の重度化だけでなく、運営体制や支援のあり方にもある」³⁸⁾ことを述べている。

栄養管理や食事形態、食事環境といった、食事支援に関する先行研究からその重要性が多分野から報告されている一方で、介護実践は、個々の職員の経験に依存した試行錯誤が重ねられているのが現状である。³⁹⁾さらに、食事支援のあり方に関する先行

研究では、認知症高齢者を対象とした食事支援に着目した先行研究報告がみられる⁴⁰⁾～⁴²⁾ものの、調理活動の実践に関する事例報告や、調理活動がもたらす効果が述べられているのが現状である。

このことから、広がりをもてる食事支援において、職員の食事支援に対する理解と認識を高めることは実践現場における重要な課題であるといえる。

第3節 論文の構成

本論文は、5章で構成し、概要は以下のとおりである（図 1-3-1）

第1章 研究の目的と経緯

介護保険制度導入に伴い、介護サービス提供事業所は、介護サービスの質の確保が問われ、介護サービスを提供する介護人材も量から質が問われ、国家資格として位置づけられた介護福祉士の専門性への追求も急務な課題となっている。

介護サービスの中でも「食事」は、要介護高齢者のサービス満足度や生活の質に深い関係があることが先行研究によって明らかにされており、食事支援のあり方や食事支援の範囲も、単に「食事を介助する」という直接的な介助に留まらず、調理活動の実践など、食事支援の範囲は広がりを見せている。このことから、本研究では、要介護高齢者における食事支援に着目して、食事支援のあり方を示す指針を提言することを目的として位置づけ、先行研究の文献検討から、研究の背景と意義について示す。

第2章 「介護の質」の概念枠組み

介護サービスの質を高める食事支援のあり方を考察するために、「質」の定義と「介護」の概念枠組みについて先行研究より考察を行う。

「介護」概念は、専門職や立場により捉え方が一定ではなく、「介護」の明確な概念や定義は不明瞭であることが明らかとなった。「介護」の定義が曖昧であることは、介護福祉士の専門性が未確立であることにも起因し、介護福祉士の養成教育・介護職員の離職率の高さにも影響をもたらしていることが示唆された。介護福祉士の養成については、介護福祉士の専門性の向上を目的として、一部法改正のもと、2009年に養成カリキュラムが抜本的に改正され、介護福祉士の専門性をいかに体系化するか等、課題も多く指摘されている。介護福祉士の養成のあり方は、介護福祉士の専門性や、実践現場のサービス提供に大きな影響をもたらすことが考えられる。このことから、介護福祉士養成校に所属する教員に、介護福祉士を養成するカリキュラムに関する調査を行い、現場に従事する介護福祉士と、養成校に所属する教員間では、介護福祉士の専門性や、捉えている介護福祉士像に違いがあることが示唆された。このことから、介護福祉士の基盤となる「介護」の概念の統一の必要性について言及し^{43)～45)}、本研究における「介護」の概念規定を示す。

第3章 要介護高齢者と食事支援

要介護高齢者のサービス満足度や生活の質に深い関連が示されている「食事支援」の意義について考察を行い、調理活動を実践するなど、介護サービスのなかでも食事支援に重点を置いているグループホームを対象に、食事提供に関する実態調査を実施する。

食事支援は、介護保険制度の理念の基盤として掲げられる「尊厳保持」や、「自立支

援」「QOLの向上」に寄与する要素が多くあり、「食事」支援のあり方を検討する際には、食事を生きるための栄養摂取の手段として捉えるのではなく、食事支援のもたらす効果や意義を明らかにすることが重要であることが考えられた。また、グループホームにおける食事支援に関する実態調査の結果を基礎資料として、食事支援のあり方について考察を行う。

第4章 食事支援の指針の検討

グループホームを対象とした食事支援の調査から得られた知見をもとに、食事支援の指針を構成するための概念について検討を行う。

食事支援は、直接的な介助に留まらず、多義的に捉える必要性が示唆されたことから、「QOL」「ICF」「PEAP」の視点から、食事支援がもたらす効果や意義を導き出すとともに、食事支援の指針の構成概念についての検討を試みた。そして、検討した食事支援の指針の構成概念を基盤として、介護の実践現場に従事する介護福祉士の有資格者を対象に食事支援に関する意識調査を実施する。

第5章 食事支援の指針の考察

食事支援の指針の提言に向けて、第4章で検討した食事支援のあり方を示す指針として検討した80項目とその具体的内容について、実践現場に従事する介護福祉士の有資格者に食事支援の指針項目の重要性に関する調査を実施して考察を行う。

食事支援の指針として、1.食事認識への支援 2.機能的な能力への支援 3.環境における刺激と質の調整 4.安心と安全への支援 5.生活の継続性への支援 6.自己選択への支援 7.ふれあいの促進 の7カテゴリー全71の項目を示すに至った。また、本調査結果をもとに、食事支援の構造について分析を行い、食事支援の指針において示された課題について概観した。

本研究において提言した食事支援の指針は、介護福祉士の養成教育や介護現場において、食事支援のあり方や課題について検討（教育・研修）する際に職員の共通認識を図るツールとして、さらに、食事支援を広義に捉える視座を与えることで、介護福祉士の専門性・独自性へも寄与するものと考えられた。

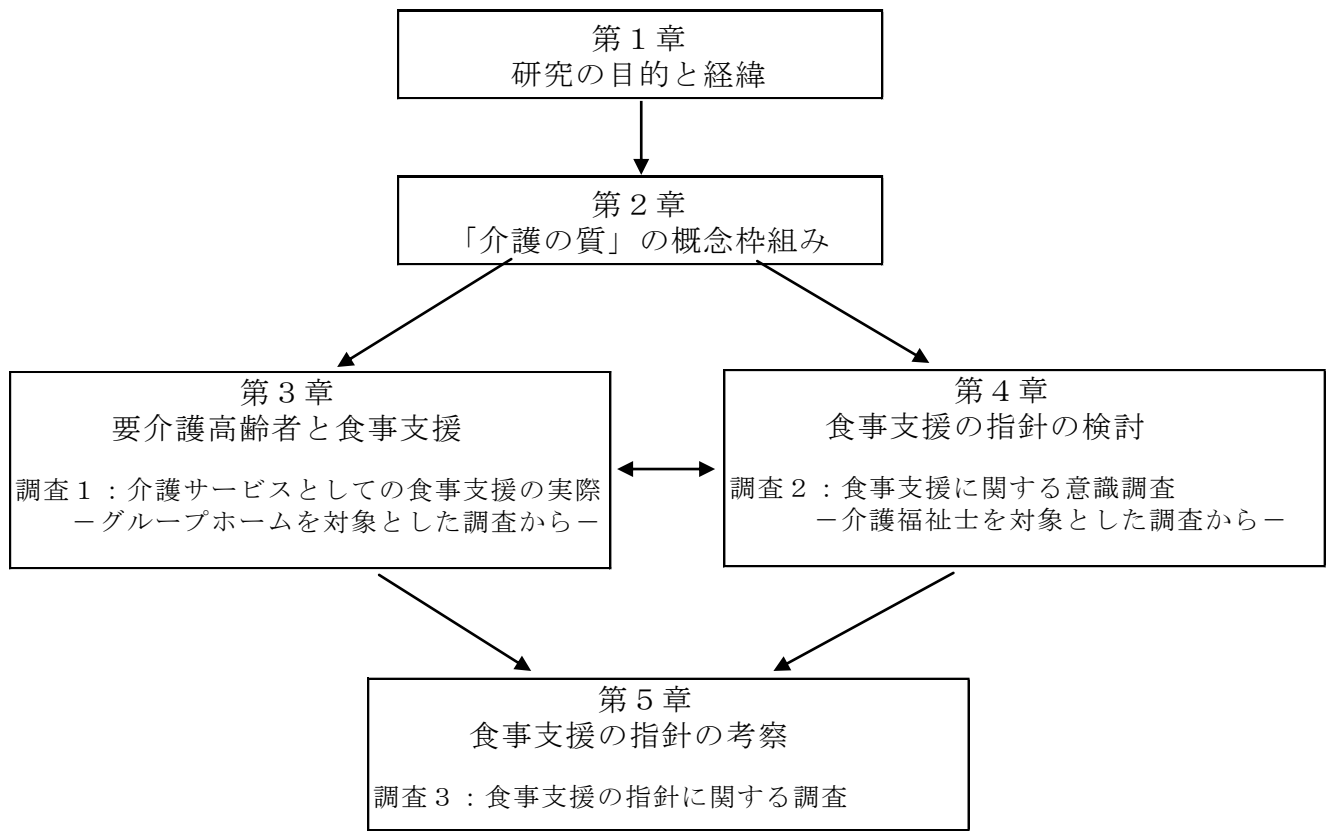


図 1-3-1 本論文の構成

第2章 「介護の質」の概念枠組み

「介護」という営みは、時代の変遷とともに変化し、1963年の老人福祉法の制定、2000年の介護保険制度の導入によってその範囲が拡大・多様化している。さらに、「介護」を担う介護福祉士資格の制定により、介護職が社会的に専門職として認められることとなり、提供する介護サービスの質が問われるようになっていく。

そこで、本章では、介護の概念枠組みを示すために、「質」の概念を明らかにするとともに、介護概念の変遷から介護の基礎概念についての考察を行う。

第1節 「質」の語源と「介護の質」

「質」(quality)は、ギリシャの哲学者 Platon の「poion」が語源とされており、「poion」は、「物事のあり方、存在の仕方」を意味するとされている。そして、英語の「quality」は、ローマ時代に Cicero が、「poion」を訳すために造ったラテン語の造語「qualitas」に由来している⁴⁶⁾。

そして、20世紀になり、米国で品質管理を提案した Shewhart.W.A (1931) は、「質」という概念を用いて製品の良さについて議論しており、「品質にはだれにも分かる2つの側面、すなわち客観的側面と主観的側面がある」⁴⁷⁾ことを述べている。そして、持本(2000)が、品質の特質について「モノ entity (サービスを含む)の性質(機械的性質・化学的性質など、製造時のできばえのばらつきなども含む)やモノの基本機能(働き・役割)とその性能(機能の到達レベル)、付加機能の優劣・有無、デザイン・色彩・ブランドなど広義のモノの有用性(客観的な usefulness)の全体に対して顧客が抱く効用(主観的な utility)」⁴⁸⁾としたうえで、客観的側面と主観的側面、両面から品質を捉えることの必要性を言及している。

また、「質」の言葉について「広辞苑」では、以下のように説明されている。「①生まれつき 天性 ②内容 中味 価値 ③問いただすこと ④飾りけがないこと ⑤物(quality)がそれとして存在するもとであるもの 量に対する用語対象を他の対象と区別する特色となっているもの 非感覚的な面をも含む 『どのような』という問いに対する事物のあり方。論理学では判断の肯定・否定をいう」⁴⁹⁾この中で、「介護の質」を意味する内容として、②「内容 中身 価値」⑤「物がそれとして存在するもの。非感覚的な面をも含む 『どのような』という問いに対する事物のあり方」が相当であると考えられ、②は、「介護行為(=介護サービス)の内容、本質」⑤は、「介護サービスの基準や介護サービスを示す概念」として置き換えることができると考えられる。

そこで、本論文では、「介護サービスの内容、qualityとして存在するもの」を「介護の質」として捉えることとする。

そして、「介護」において「質」を捉える際には、特に、Shewhartの示す「客観的側面」と「主観的側面」に留意する必要がある。河谷(2010)が「利用者満足度」の視点から以下のように述べている。「サービス提供者(施設)が、最高水準として考えられる「質」を確保してサービスを提供したとしても、利用者本人による満足度の視

点からみたら、必ずしも最高水準とはいえないだろう。・・・(中略) 利用者満足度は、主観的であるため、客観的に評価されたサービスの質には結びつかないこともある」⁵⁰⁾

つまり、「介護の質」について考える際には、仮に客観的な基準をもとに提供されたサービスであっても、サービス受給者の主観によってその評価や受け止め方、満足度などに違いが生じるといった「質の二面性」があることを前提として理解する必要がある。そして、客観的・主観的双方の視点から「介護の質」を捉えることが重要であるといえる。

第2節 介護用語の起源と流れ

「介護」の語源は、「介」は「たすける」「あいだにはいる」を意味し、「護」は「まもる」「たすける」「かばう」を意味する言葉である⁵¹⁾。

日本において、「介護」という用語が使用されたのは、明治中期の「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」において「不具モシクハ廢疾トナリ常に介護を要スルモノハ・・・」と記されたのが始まりであったとされている⁵²⁾。ここでは、「介護」の意味する内容の記述はみられない。その後、昭和20年代までの恩給法、救護法、傷兵保護に関する規則にも介護という言葉が使用されている。

戦後、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）において、「常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの」「長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護」と記されているが、この時点でも、「介護」についての具体的な記述はみられない。

村西（2006）によると、当時「介護」という用語は、「日常生活を営む身体に障害を有し、公的扶助を必要としている対象者を特定するものとして用いられていた」⁵³⁾とされ、重度心身障害児への対応の一環として「介護」という用語が使用されてきたとされる。身体障害の程度に対して公的な給付対象者と特定するための施策の一つとして「介護」を規定するという意味で使用されていた「介護」という用語が、公的な施策のテーマとして規定することとなった契機は1963年（昭和38年）に「老人福祉法」の制定である⁵⁴⁾。

「老人福祉法」において、特別養護老人ホームの設置が決定し、老人の入所要件が定められ、入所の対象者は「身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けるのが困難」な人とされた。「介護」の内容や範囲について明記はされていないが、心身に障害を有する高齢者へ行う行為として「食事・入浴・排泄など」が想定される。これらの業務は、家事経験のある素人でこと足りるという、非専門的援助の位置づけのもと、「寮母」という職種が示され、寮母が行う行為が「介護」と表現された。

その後、1987年（昭和62年）に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、高齢者や障害者に対して介護を提供する専門職として「介護福祉士」が誕生し、「介護」が福祉的な視点を含めたものとして理解されると同時に、「介護」という言葉が本格的に導入され活用されることとなった⁵⁵⁾。ここで、介護の対象は、「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者」であるとされ、介護を提供する介護福祉士は、「専門的知識及び技術をもって身体若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排泄、その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して指導を行う」とされた。「社会福祉士及び介護福祉士法」において、「介護」の内容が「入浴、排泄、その他の介護・・・」と具体的に例示されると同時に「介護」は専門性を有する行為であることの社会的認識が広がっていくこととなった。

高齢社会の到来に伴う介護需要の増加を背景に2000年4月に導入された「介護保険制度」は、わが国における福祉制度に大きな転機をもたらし、行政主導から市場原理の導入の流れのなかで“介護の社会化”を図る画期的な制度となった。介護保険制

度の導入により、それまでの措置制度から契約制度へと大きく転換が図られ、介護保険給付のもと提供する「介護」行為は「介護サービス」として質の保証が求められることとなった。さらに、2006年の法改正によって介護サービス提供事業者は、介護サービスの質の向上・確保が位置づけられることとなり、介護サービスの質の保証への社会的要請が著しく高まりをみせている。

このように、「介護」は、「質」を問われるサービスとして変遷を遂げ、介護サービスの基盤となる「介護」の概念の明確化がより一層求められている一方で、瀧波(2012)が、『介護』概念については、現在もいまだ未確立の部分があることを認めない⁵⁶⁾と指摘しているとおおり、「介護」に対する統一的な概念や定義は明確になっていないのが現状である。

介護行為の歴史を顧みると、「介護」と同じ意味合いで使用される「世話」「介助」「介抱」「看病」といった言葉は古くから極めて日常的に使用されており、現在の「介護」にあたる行為はおそらく人類の誕生と共に存在し、家族や地域共同体のニーズの発生に対してごく当たり前に行われていた行為である。子どもの病気や心身機能が低下した老人など、身近な成員間で自然発生的に行われていた世話という行為が、明治時代に「介護」という用語の発祥と共に、社会的、公的扶助のあり方として「介護」が示され、日常生活を送るうえで困難を抱える障害者や高齢者に対して業として行われる、「身の回りの世話・生活面の援助」が「介護」という概念として使用されるように変化をしてきたといえる。

第3節 「介護」の構成概念

自然発生的に行われていた「介護」という営みが時代や社会構造の変化と共に、具体的な意味を持つ言葉となり、少子高齢社会の進展・要介護高齢者の増加を背景に「介護」領域の充実が求められるなど、「介護」は時の流れとともに変化を遂げている。

身近な家族が行う介護、業として寮母が行う介護から、専門職が担う介護として位置づけられたことにより、介護サービスの「質」が問われる時代となった。そして、介護サービスの質を担保するために、国家資格として「介護福祉士」資格が創設され専門職としての養成が開始され、介護保険制度の創設により、介護福祉士が提供する「介護サービス」の質がより一層問われている。「介護福祉士」は、単に直接的な「介護」を行うだけでなく、福祉的な概念をもって、「介護」を捉えることが求められている。しかしながら、「介護福祉」という言葉は一般化されているとは言い難く、その要因は、「介護福祉」の定義が曖昧であり、また、概念の定義・概念そのものが明確になされていないことが考えられる。「介護」「介護福祉」の明確な定義付け、概念構築がなされていないことは、「介護」の意義や目的を見出せず、結果として「介護福祉士」の専門性が不明瞭といわれる所以になっているとも考えられる。

「介護」という用語の意味する内容が時代の変化の中で変化を遂げてきたように、「介護」の定義・概念の捉え方も時の流れの中で変化していると考えられる。このことから、年代と共に「介護」の概念を整理し、本論文における「介護」概念枠組みを示す。

1. 「介護」概念の変遷

(1) 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定以前の定義

① 仲村優一 (1974) 「社会福祉辞典」

「寝たきり老人など一人で出来ない人に対する食事、排便、寝起きなど、起居動作の手助けを介助といい、疾病や障害などで日常生活に支障がある場合、身のまわりの世話（炊事、買い物洗濯、掃除などを含む）をすることを、介護という」⁵⁷⁾

ここでは、起居動作など、動作の手助けを「介助」とし、身の回りの世話を「介護」として、「介助」と「介護」を区別したうえで、「介護」を上位概念として、「介助」が位置づけられている。

② 松家幸子 (1981) 「老人ホームにおける介護」

「介護とは、単に、食事をさせ、排泄を助け、睡眠をとらせ、入浴をさせることではなく、個々の人の生きる目標に沿った援助過程であり、援助方法である。それはまた、一つひとつばらばらな援助ではなく心理的、身体的、社会的な総合ケアである」⁵⁸⁾

1963年に制定された「老人福祉法」により、高齢者の介護にあたる者を「寮母」と位置づけ、看護師の行う行為と差別化が図られることとなった。「寮母」が行う介護は、

看護師のような資格を必要とせず、素人でもその業務にあたることができるとされたが、1980年代には、介護は単なる「生活上の世話」ではないことを言及している。

(2) 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定後～「介護保険制度」創設前

① 「社会福祉士及び介護福祉士法」(1987)

「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事、その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする」⁵⁹⁾

「介護」を担う専門職として「介護福祉士」資格が創設され、職務が規定された。この法律においては、介護の対象を、身体上・精神上の障害があり日常生活に支障がある者として、入浴、排せつ、食事、その他の援助を行うと示されている。「介護」は、身体への援助が主として考えられ、当時はいかにして介護を要する者へ援助するかといった、介護技術が重要視されていたものと思われる。

② 中島紀恵子 (1989) 「介護概論改訂版」

「介護とは、その人が普通に獲得してきたところの自立生活に着目し、もし支障があれば『介護する』という独自の方法でそれを補い支援あるいは援助する活動である。すなわち、その人が人生でなそうとしていることが病気や障害、あるいは単なる老いのために無に帰すことのないように心身活動の不自由な部分を補い助け、衣食住の欠乏状況に気づいて手助けし、ときには調達する役目を担うこと、また学習や社交並びに社会参加の維持増進を直接的間接的に助けられる第一任者になること。介護の特殊性の一つは‘身の回りを整えられる’生活技術において自立できているはずの能力に照準をおいてなされる活動」⁶⁰⁾

介護を、「その人が普通に獲得してきた自立生活に着目し、支障があれば『介護する』としたうえで、「病気や障害、単なる老い・・・」としていることから、介護の対象は、病人・障害者・高齢者としているが、「自立生活」という文言から、自立した生活に至る前の障害児は対象外としていることが伺える。

また、介護の目的を、「その人が人生でなそうとしていること」への補助としていることから、介護は、「自己実現」の一助であることが示されたといえる。

③ 西村洋子 (1990) 「介護概論」

「介護は、身体上または精神上の障害があることによって、日常生活を営むのに支障がある者への日常生活の世話をいう。世話に際しては、クライアント(要介護者)の人間性の尊重にもとづき、クライアントと介護者(ケアワーカー)の共同作業により、できる限り自立生活ができるように努力する。介護は単なる機械的援助(サービス)にとどまらず、クライアントのこれまでの生活様式(ライフスタイル)を

できるだけ変えることなく、クライアントの自己実現にそった機械的（頭腦的）サービスであることが求められる」⁶¹⁾

介護を「日常生活の世話」として、介護者は、要介護者の「人間性の尊重」にもとづき、介護者と要介護者の「共同作業」により、「自立生活」を目指すものと示している。また、要介護者の「生活様式」を基盤して、「自己実現」を目指すあり方を考えてサービスを提供することと、介護の具体的な理念が示された。

④一番ヶ瀬康子（1993）「介護福祉学の意義と意味」

「介護とは、老齢や心身の障害による日常生活を営む上で、困難な状態にある個人を対象とする。専門的な対人関係を基盤に、身体的・精神的・社会的に健康な生活の確保と成長・発達の改善を目指して、利用者が満足できる生活の自立を図ることを目的とするもの」⁶²⁾

介護の対象と介護の目的が示されており、介護の「基盤」を「専門的な対人関係」としている。ここで、「介護」に専門性を有していることが提起されている。

⑤神垣真澄（1993）「現代福祉学レキシコン」

「介護とは、普通、障害などにより日常生活を営むのに支障のある人に対して身の援助を行うことをいうが、看護・介助・世話などを厳密には区別されることなく使われており明確な定義はないといえる」⁶³⁾

これまでに、「介護」に対する具体的な理念や、「介護」が専門職である旨が示されてきたが、ここにおいて、「介護」は、「看護・介助・世話」などと使われ、明確な定義はないことが提示されている。

しかしながら、京極（1993）は「介護」は、一般的に行われているケアという広い概念であるとして、「専門的なケアの提供」を狭義の「介護」として捉え、広義と狭義に分けて「介護」の範囲を示している⁶⁴⁾。

⑥社会福祉基本用語辞典（1996）

「介護とは、老齢または心身障害に加え、社会的原因によって日常生活を営む上で困難な状態にある個人を対象にして、専門的な対人関係を基盤に、身体的、精神的、社会的に健康な生活の確保と成長、発達をめざし、利用者が満足できる生活の自立をはかるため、生活の場面で介助、家事、健康管理などの援助を行うことである」⁶⁵⁾

「介護」の対象を、老齢・心身障害の他に、「社会的原因」の用語が追記され、介護は、生活の場面に対する介助・家事・健康管理も含まれるとしている。つまり、「介護」は、身体的側面・精神的側面・社会的側面に対して援助するものとしている。

(3) 「介護保険制度」(2000)制定後～

①井上千津子(2000)「新・介護福祉学とはなにか」

「介護の対象は、身体的精神的な機能低下を要因として、生活行為が自力では成立しない人たちであり、基本的な生活欲求の充足過程が崩れている状態ということになる。さらにつき詰めれば、生理的欲求としてあげられる食事、排泄、清潔、睡眠などの行為が成立しないことは、生命維持の危険につながり、精神的欲求、社会的欲求、文化的欲求が充足されないことは、生きる意欲の喪失に結びつくことになる。これらのことから、介護とは『生活行為を成立させる援助を通して、命を護り、生きる意欲を引き出すこと』と定義づけることができる」⁶⁶⁾

介護を必要とする人は、生理的欲求が成立しないことにより生命維持の危険につながることで、さらに精神的・社会的・文化的欲求が充足されないことにより、生きる意欲の喪失に結びつくことを説明している。つまり、介護は、要介護者の生理的・精神的・社会的・文化的側面に対する援助を行うものとして捉えることができる。

②是枝祥子(2002)「ソーシャルワーカーのための介護」

介護について、「身体的・精神的障害のために日常生活に支障がある場合に、日常生活行動の介助や身の回りの世話を専門的な知識や技術を用いて援助し、日常生活を継続してだけでなく、その人が社会を構成する一人の人間として、その人らしく生きていく意欲を引き出し、自立に向けた行為を介護ととらえることが一般的な解釈ではないだろうか。まだはっきりとした定義づけはされていない状態である」⁶⁷⁾と述べている。

ここでは、「介護」の一般的な解釈を述べているものの、はっきりとした定義づけはないとしている。

③川村匡由(2004)「社会福祉基本用語集」

「痴呆症や寝たきり高齢者、重度の身体障害者、知的障害者、虚弱者などが、日常生活を営む上で生ずる、さまざまな困難に対する身体的な援助活動。具体的には、サービスの提供の場所により、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の介護職員などによって行われる施設介護、および訪問介護員(ホームヘルパー)や介護福祉士、看護師、保健師、ボランティアなどによって行われる在宅介護がある。このほか、病院で看護師によって行われる場合もあるが、この場合、医療行為に関連する看護として考えるのが一般的である」⁶⁸⁾

2000年以降、社会福祉用語集において、「介護」を提供する専門職として、「訪問介護員」(ホームヘルパー)「介護福祉士」という用語が多く登場するようになっている。特に、「介護福祉士」は、「介護」を提供する国家資格として位置づけられ、2004年は、介護保険制度導入によりその役割が広く認識されていた時期であると考えられるが、介護の提供者について、訪問介護員・介護福祉士・看護師・保健師・ボランティアな

どと幅広く記されている。そのため、介護の概念が曖昧になってしまっていると考えられる。

④「社会福祉士及び介護福祉士法」改正(2007)

介護福祉士の担う「介護」は、「入浴、排せつ、食事その他の介護」から、「心身の状況に応じた介護」へと改められた。

この法改正により、「介護」は、単に日常生活行動に必要とする介助といった身体面への介助に留まらずに、「心身の状況に応じて」必要な「介護」を提供する視点、つまり、「介護」を必要とする者をより多角的な視点で捉えようとすることが示されていると考えられる。

2. 「介護」概念の課題

1963年の老人福祉法制定の際、現在の業としての「介護」が登場して以来、高齢者人口の増加と核家族化の増加など社会背景の変化と共に、介護の担い手も変化する形で、「介護」の概念も変化していることが明らかとなった。

「介護」の語そのものは、老人福祉法をはじめ、社会福祉基礎構造改革・介護保険制度などの法律が先行し、辞典が後追いする形で記されている。社会福祉士及び介護福祉士法の制定を契機に「介護」は、専門職が担うと捉え、法や制度の理念を盛り込んだうえで定義・概念が示されている。

しかしながら、「介護」の概念・定義は曖昧で、辞典・文献などによる「介護」の記載においては、世話・介助・ケア・介護福祉など様々な用語が使用されており、「介護」という語の意味は、多様に理解されているといえる。さらに、馬場(2000)も、社会福祉士や介護福祉士の養成において使用されている教科書に、「介護」や「ケア」の概念について議論しているものは多くはなく、「介護」の概念は、立場によって捉え方は一定のものではない⁶⁹⁾ことを指摘している。

また、小山(2001)が、「介護」は、「法律などに規制されてあらかじめ定められていると考えるべきではなく、実践が先行して『場』を形成し、その後行政が追認するという形になっていく」⁷⁰⁾との見方も示している。つまり、介護保険制度に基づき、「介護」概念を示す際には、実践現場からの視点も含めた、総合的な視点が必要であるといえる。

「介護」概念を示さずに「介護」を論ずることは、広義の「介護」を生み出すこととなり、介護を担う「介護福祉士」の目的や意義・専門性を見失うこととなることが危惧される。

3. 本論文における「介護」の概念規定と位置づけ

本論文では、国家資格である「介護福祉士」がおこなう「介護」のあり方について考察を行い、その際、介護福祉士が対象とする「介護」の対象者は、「介護保険制度」が規定する者とする。

①「介護福祉士」が担う介護と対象者

「介護福祉士」は、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」で規定され、2007年に法律の一部が改正され、介護福祉士を養成するカリキュラムも大幅に変更されている。

「介護」の定義や概念が、時代と共に変化を遂げてきたとおり、社会が介護福祉士に期待する介護の内容にも変化が生じたことが法改正の背景となっていることから、介護福祉士は、社会的な要請に応えることが求められている。

介護福祉士が担う「介護」の業務は、次のように規定されている。

「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする」(第2条第2項)

また、介護保険制度が対象とする対象者は次のように規定されている。

「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」(第1章第1条)

介護保険制度では、対象を、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態・・・」としていることから、本論文における対象者は、「要介護状態にある高齢者」とする。

しかしながら、本来、介護福祉士が提供する介護の対象者は、高齢者や障害者と限定せず、日常生活を営むのに支障がある者全般を対象としている。介護保険制度の定義により、一般的に、「介護福祉士＝高齢者」と認識されがちであるが、介護福祉士としての対象者は、高齢者に限定されておらず、この点については、社会への周知が必要であろう。

②要介護高齢者の努力及び義務

介護保険制度にて、要介護状態にあると判定された高齢者は、介護保険サービスの受給資格を得て、介護サービスを受けることが出来るが、要介護高齢者自身に対する努力義務が介護保険制度に次のように規定されている。

「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合にお

いても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」(第1章第4章)

要介護状態となった場合でも、現在有している「能力の維持向上」に努めることと規定している。つまり、介護福祉士が介護を提供する際にも、要介護高齢者の有する能力の維持向上を目指した介護の提供が求められるといえる。

③「生活の質」の構造と「生活支援」

介護福祉士が対象としている者は、「日常生活を営むのに支障がある者」であり、介護サービスの提供によって、「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう・・・」と介護保険制度で規定されている。「介護」は「日常生活」を支えるものとして解釈され、生活の質(=Quality of Life)の重要性が強調されている。その一方で、「生活の質」という用語は、医療や福祉など様々な分野で用いられており、QOLの概念は、それぞれの目的によって捉え方の異なる抽象概念であり、QOLの定義について統一的な見解はないのが現状である。

QOLは一般的に、「生活の質」「人生の質」「生命の質」と訳され、その基盤となるのは、「生活」「Life」であり、この「Life」の持つ意味が広範なため、QOLの概念定義が困難となる一因であると考えられる。「Life」について構造化を示している上田(1992)は、客観的な「生」は、「①生命：生物レベル ②(日常)生活：個人レベル ③社会生活・人生：社会レベル ④体験・人生：実存レベル」の四層構造であるとして、①②③といった客観的な側面だけでなく、④の主観的体験としての「生」、例えば、生きがい、自尊心、満足感、価値観といった主観的な側面が存在していることを指摘している⁷¹⁾。(図2-3-1)

さらに上田(1992)は、「生」構造の構造を基盤としてQOL概念を捉えると、大きく客観的QOLと主観的QOLに分けられ、客観的QOLは①生物レベルのQOL(生命の質)②個人レベルのQOL(生活の質)③社会レベルのQOL(人生の質)の3つに分けることができるとしたうえで、「『生命の質』『生活の質』『人生の質』のうちどれか1つのみ、あるいは主観的QOLのみを問題にしていながら、それがQOL全体を対象にしているのだと考えることは許されない。絶えずQOLのすべての側面に注意を払うことが要求される」⁷²⁾ことを指摘している。つまり、「日常生活」は、単に1つの側面のみを取り出すことはできず、介護福祉士が支援する範囲とされている「日常生活」は、「生命活動」や「社会生活」「精神生活(実存)」が相互に影響し合っていることに配慮する必要がある。

また、「生活」について、Werner(2013)は、「生命を活性化することの略である」として、「生命を活性化するためにさまざまな生活行為を自らの意思で決定し、自ら生き方を改善している」⁷³⁾と述べている。生命を活性化するための生活行為は、生理的な側面を充足するものではなく、精神的欲求や社会的欲求などを満たすための行為でもある。生活行為は、順序付けて満たしていくものではなく、様々な欲求を総体的に満たしていく活動であるといえる。つまり、生活は、「自分らしく生きていくための諸活動の総体」と意味づけることができる。

そこで、本論文において、介護福祉士がおこなう「日常生活」への支援＝「基本的欲求（日常生活において支援を必要としている諸活動）の充足を図り、生活を活性化するための手段」として意味づける。

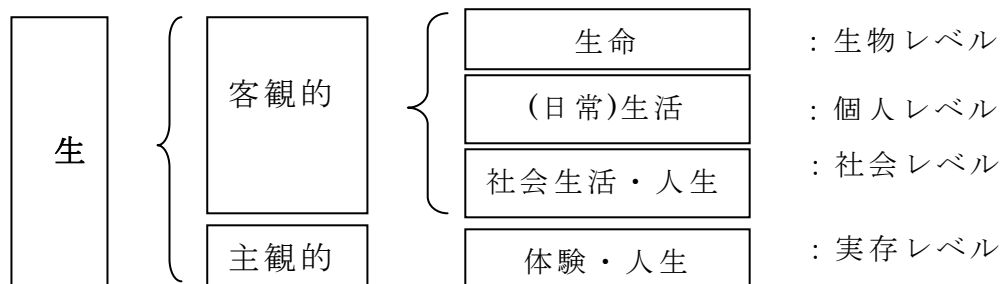


図 2-3-1 上田敏による「生の構造」

③本論文における「介護」の概念規定と枠組み

本論文において、「介護」は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった者が、有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、介護福祉士から受ける専門的な支援」として、専門的な支援は、「基本的欲求（日常生活において支援を必要としている諸活動）の充足を図り、生活を活性化するための手段」と定義する。なお、本論文における「介護」や「介護福祉士」の枠組みについて、図 2-3-2 に示す。

④「介護」の専門性と課題

介護福祉士が提供する介護には、「専門的知識と技術」が伴っていなければならない、専門的知識や技術を根拠に、要介護高齢者や家族介護者などに指導を行うことも求められ、専門性の向上も専門職として重要な責務である。しかしながら、介護福祉士の専門性については、資格成立 30 年近くになろうとしている今日も、未だ確立されているとは言い難い。

この背景には、1963 年の「老人福祉法」によって、常時介護を必要とする高齢者の施設として「特別養護老人ホーム」が創設された際、施設の入所者は何らかの病気や障害を持つ人であったものの、本来であれば家族が行うべき身の回りの世話である、という見地や当時の看護職の人材不足等といった社会背景から、専門的教育・訓練を受けていない、何の資格も持たない職員が寮母職としてその業務に従事した当時の時代背景が関係していると考えられる。

高齢者介護が、非専門的援助としてスタートした歴史は、現在の介護福祉士、介護現場にも大きな影響をもたらしている。

第 3 節では、こうした時代背景がもたらした影響と、介護福祉士や介護現場を取り巻く現状について述べる。

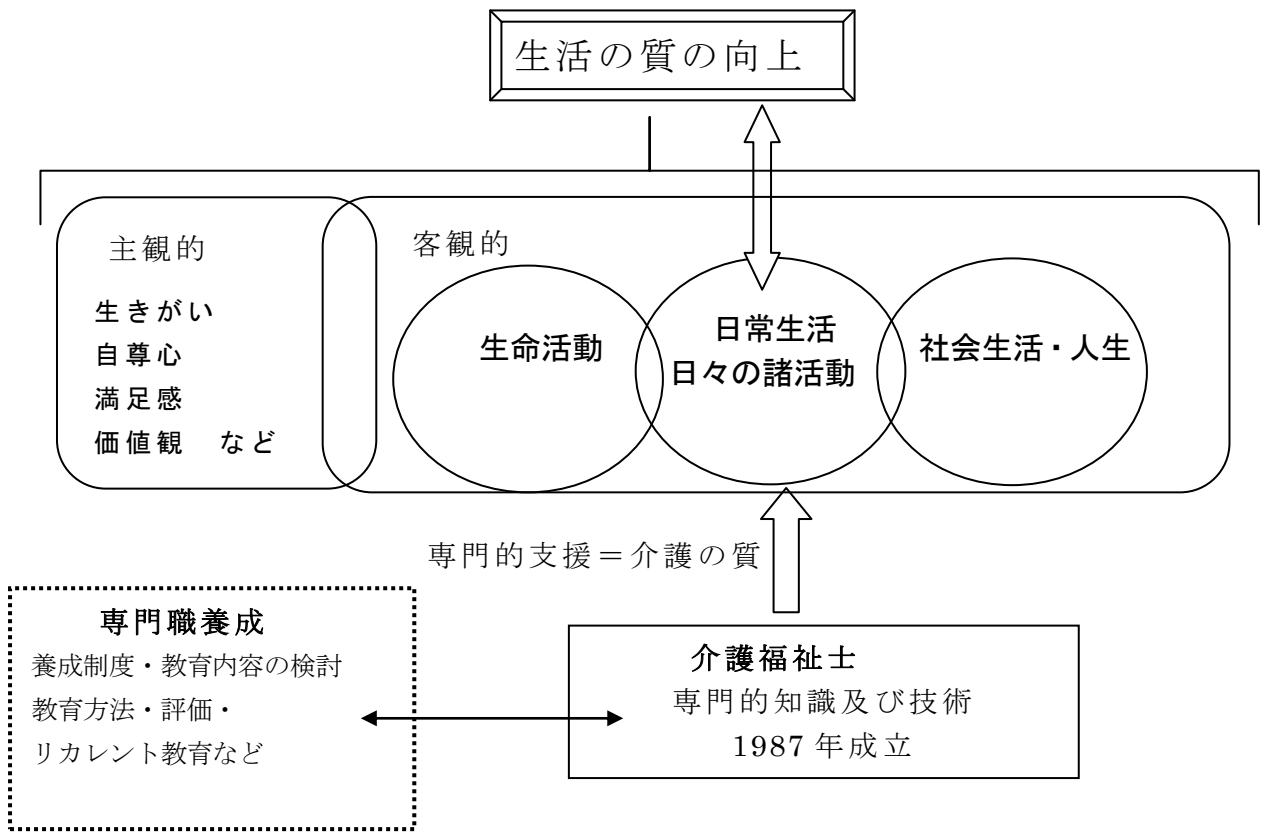


図 2-3-2 「介護」と「介護福祉士」の枠組み

出典：介護福祉士養成テキスト企画委員会 2008 『生活支援技術Ⅰ』をもとに二瓶が作成

第4節「介護」の専門性が不明瞭であるための影響

1. 介護問題への対応と現状

日本は、人口の高齢化が世界でも類を見ない速さで進行し、高齢期・要介護状態を迎える人々への対策として、様々な法律の整備と施策の転換を図ってきた。なかでも、2000年に、創設された「介護保険制度」は、これまで家族が中心となって支えた介護から、介護を社会的問題として捉え、社会全体で支えるための制度とされ、高齢者介護のあり方を措置制度から社会保険方式へと転換しながら、「介護の社会化」を図る大きな変換点となった。

この結果、介護がサービスとして位置づけられると同時に、介護サービス利用者の給付と負担の関係が明確化され、利用者の選択により必要な介護サービスを総合的に受けられる「利用者本位」の仕組みが築かれた。更に、介護サービスの量的増大が進み、利用者による「自己選択・自己決定」が提唱され、利用者自身の権利意識や契約意識などが高まりをみせることとなった。

介護保険制度の導入により、高齢化の進展に伴う一定の対応は図られたものの、今後も更なる長寿化・高齢化の進展が予想されている。日本の平均寿命は、2060年には、男性 84.19 歳、女性 90.93 歳となり、女性の平均寿命は 90 歳を超えると見込まれている。また、65 歳時の平均余命は、1955 年には男性が 11.82 年、女性が 14.13 年であったものが 2010 年には男性が 18.86 年、女性が 23.89 年となっており、男性、女性とも高齢期が長くなっている。65 歳時の平均余命について今後の推移をみていくと、2060 年には男性 22.33 年、女性 27.72 年となり、高齢期はさらに長くなっていくことも予想されている。(図 2-4-1)

このような更なる長寿化・高齢者の進展に伴い、今後は介護サービスを必要とする要介護高齢者数の増大が見込まれ、要介護高齢者を支える介護の担い手の確保に対する問題が切実となる。厚生労働省の推計によると、2012 年度の介護職員数は 149 万人で現状の長寿化・高齢化を比例させた場合、2025 年度には、218 万人～229 万人の介護職員が必要と見込まれている。介護職員の人材確保については、離職率の高さが指摘されており、総じて離職率は低下傾向にあるが、他の産業と比較すると、依然として離職水準は高い傾向にある。また、離職率に伴い、介護現場における人手不足感も広がっており、特に在宅サービス（訪問介護）では、採用段階での不足感が強い傾向が見られるなど、今後必要な介護人材の確保については、社会の重要課題であるといえる。(図 2-4-2)

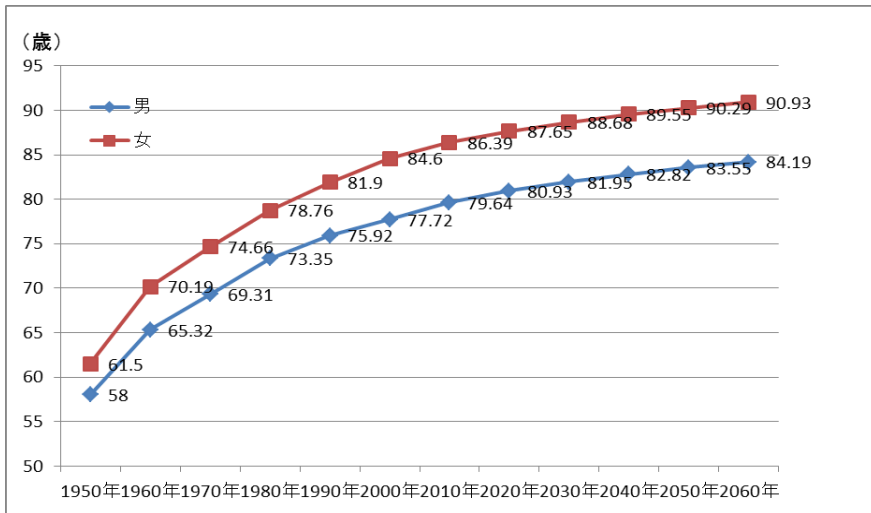


図 2-4-1 平均寿命の推移と推計

出典：1950年及び2010年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2000年までは厚生労働省「完全生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

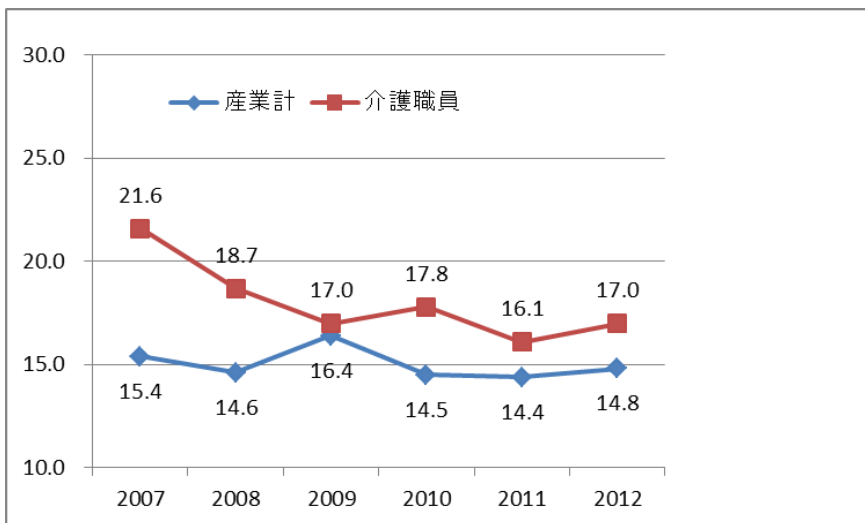


図 2-4-2 産業計と介護職員の離職率の比較

出典：産業計の離職率：厚生労働省「雇用動向調査」、介護職員の離職率：(財)介護労働安定センター「平成24年度介護労働実態調査」

2. 「介護」の「量」「質」的側面への波及

介護現場における、介護人材確保の「量」的問題は、実際に提供する介護サービスの「質」的側面にも影響をもたらすものと考えられる。介護現場において、介護人員の不足感は、介護そのものへの負担感、身体的・精神的負担感を高めるだけでなく、時間に追われる中での介護は、介護サービスの質の低下を招くことが予想される。つまり、介護の担い手不足という状態は、介護サービスの質的低下を伴い、要介護高齢者の生活の質（QOL）の低下にもつながりかねないという悪循環を伴う問題として捉えられる。

介護の人材確保については、他の産業と比較し、離職率の高さが指摘されており、とりわけ、入職1年～3年未満の離職率が高い傾向にある。一定期間勤務した者が離職へと至るなかでも特に早期離職に伴う組織にかかる負担は大きく、人材育成の面からみても、非常に非効率である。介護施設の離職については、「平成24年度介護労働実態調査」より、介護職員における、直前の施設の離職理由として、「職場の人間関係（24.5%）」に次いで、「理念や運営のあり方に不満があった（24.3%）」があげられている。さらに、介護職員の介護に関連した不安不満要素については、「利用者に適切なケアができていないか不安」が最も多い結果となっている⁷⁴⁾。

つまり、介護職を希望し、実際に介護現場に勤務をしたものの、日々の業務のなかで、自らが提供している介護行為が、利用者に貢献できているのか、どのような効果をもたらしているのかという点が不明瞭であることが、法人や施設との理念・運営のあり方への意識錯誤を生み出し、やりがいや働き甲斐を見出せなくなっていると予想される。「介護」とは何か、「介護」の担い手として目指すべき目標は何か、提供している「介護」の効果をいかにして測るかといった「介護」の質的な側面を明らかにし、法人や施設など、事業所として介護のあり方を介護職員に示していくことは、介護職員のやりがいや働きがいへと繋がり、更なる介護サービスの質の向上に寄与するものと考えられ、現状の介護現場で求められている課題であると考えられる。

3. 介護福祉士養成教育への波及

2000年の介護保険制度の導入以後、国家資格として位置づけられた「介護福祉士」が介護現場において中心的な役割を担っており、介護人材施策では、介護福祉士を中心に人材確保政策が行われるなど、介護福祉士への期待は大きい。しかしながら、介護職員の離職率の高さを始めとして「潜在的介護福祉士」の増加や、介護現場に外国人労働者の受け入れが不可避との問題提起もみられるなど、介護福祉士を取り巻く課題は山積しているといえる。今後、介護サービスの質を担保するには、介護サービスの中心的役割を担う介護福祉士の人材育成のあり方が重要となると考えられる。

1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が施行されて以降、介護を取り巻く社会環境の変化に伴う形で、介護福祉士のあり方も見直しが行われてきた。2007年には、介護保険制度導入後、介護サービスに対する多様なニーズに対応できる、より高度な介護専門職が必要になってきたことを背景に、「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され、介護福祉士の定義規定の改正に伴い、介護福祉士の養成カリキュラムも抜本的

に見直されることとなった。

カリキュラム改正の目的は、実践現場の求める教育内容をカリキュラムに反映することが困難であった従来のカリキュラムから、柔軟性を帯びた養成校側の自由裁量を大幅に認めることにより、介護福祉士の専門性を高め、資質を確保することであった。しかしながら、改正された養成カリキュラムは、養成校で考えられている教育内容は、実践現場で必要とされている教育内容や、現場が考える介護福祉士像と乖離している可能性がある⁷⁵⁾⁷⁶⁾など課題も多く指摘されている。こうした背景には、介護職が国家資格としての地位を確立したものの、介護福祉士の資格が「名称独占」に留まっているなど、介護福祉士の専門性が十分に議論されないまま、資格制度や養成カリキュラムが先行したこと影響していると考えられる。

介護保険制度下において、将来にわたり安定的に質の高い人材を育成・確保するためには、介護福祉士の養成カリキュラムのあり方を議論し、介護福祉士の専門性を確立していくことも求められている。そして、介護福祉士の専門性を追及し、確立していくためには、介護福祉士の基盤となる「介護」概念を示したうえで、介護のあり方について検証していくことが求められているといえよう。

第3章 要介護高齢者と食事支援

本章では、介護サービスの中でも、「食事」に着目をして、要介護高齢者における食事支援の意義を考察する。また、食事支援のあり方を示すための基礎資料を収集することを目的として、「食事」を生活支援の一環として位置づけ、食事支援に重点が置かれているグループホームに、食事支援の実態と取り組みについて調査を実施する。

第1節 要介護高齢者と食事支援

1. 介護保険制度導入と介護サービスに求められる役割

わが国の平均寿命は世界でも最高水準となり、高齢期をどのように過ごすのかは、個人にとっても社会にとっても極めて大きな課題となっている。人生の最期まで個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むものであり、介護を要することとになっても同様のことである。2000年に導入された介護保険制度の目標は、要介護状態になっても、自分の持てる力を活用し、自立して生活することを支援する「自立支援」を目指すものとして示され、その根底にあるのは「尊厳の保持」であるとされた。

また、介護サービス提供の中心的な役割を担う介護福祉士は、日常生活における身体的な自立の支援だけではなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つと共に、生活の中での幸福感や満足感も重要視するといった QOL を高めるサービス提供も求められている。そして、介護保険制度導入後、国民の介護サービスに対する理解と認識が高まり、介護サービス提供事業所も、介護サービスを利用する要介護高齢者がいかにして質の高い日常生活を送ることができるかという視点にたったサービス提供・サービス内容の充実が求められている。

2. 要介護高齢者における食事支援

要介護高齢者に提供される介護サービスの中でも特に「食事」は、高齢者の QOL を向上させる要因の一つとして明らかにされており、介護が必要な状態になっても質の高い生活を維持するためには「食事」を充実させる事が望まれると考えられる。

また、要介護高齢者における「食事」は、生命の存続につながり、栄養補給だけでなく生きるための楽しみという非常に重要な役割を担う⁷⁷⁾ことが先行研究によって報告されており、要介護高齢者における「食事」の重要性については「食」が給食になると生活は受身になる⁷⁸⁾との報告もある。

人間にとって「食べること」は、人間の基本的欲求である。食欲への基本的欲求を満たすために日常生活の中で繰り返される買い物や食事づくり、食事における団欒、後片づけといった一連の生活行為は、生きるうえでの基盤であり、その中で、個人の成長と共にパーソナリティや生活環境に合わせて、食事に対する嗜好性や考え方を形成していく。つまり、「食事」は、各人がそれぞれ特有の「食文化」を持つものといえる。また、生きるための不可欠の行為である「食事」という行為は、人間として、生活者として QOL に直接影響をもたらすものでもある。

要介護状態となり、「食事」の支援が必要となった場合や介護施設等に入所した場合にも、尊厳を持ち主体的に生活を営み、その人らしい生活を送るためには、各人が形成してきた食文化や食生活を十分理解し、尊重する姿勢が支援者に求められる。

また、食事の過程の1つでもある「調理する」という活動は、要介護高齢者の多くが生活の中で経験している活動であることから、要介護状態となり心身機能が低下した場合にも、関心や興味を持ちやすく、それまでの習慣から主体的な行動を引き出すことを期待出来る活動であると考えられる。

しかしながら、要介護状態となり、在宅や介護施設で生活を送る高齢者を取り巻く環境は、家族や介護職員が安全性や作業の効率性を考えるあまり、調理をはじめとして生活の中での役割を失っている場合も多い。日常生活の中で役割を失った高齢者は、単調になりがちな生活の中で廃用症候群を増長させ、食欲の低下という負の連鎖を招き、結果として健康の維持が困難になることも考えられる。誰にとっても馴染みのある「調理する」という活動を実践することは、買い物によって季節による食材の変化を感じ取ること以外にも、実際に調理した料理を他者と共有することで、楽しみや生きがいを創出し、自己の存在や役割を認識する機会となる。さらに、介護施設において、高齢者の嗜好や生活歴を尊重しながら食事を提供することや、身体状況や意向にそった役割分担を行い調理活動等を実践することは、自己選択や自己決定、希望の表出への支援につながることも考えられる。

このように、要介護高齢者における食事支援は、介護保険制度の理念の基盤として掲げられる「尊厳保持」や、「自立支援」「QOLの向上」に寄与する要素が多くあると考えられる。そして、要介護状態にあり、摂食機能に障害を受けていたとしても、楽しみや豊かさを享受できる食事支援を提供することは、支援者にとっても重要な意義をもつといえる。

つまり、食事支援のあり方を検討する際には、食事を生きるための生命維持・健康増進だけを目的とするのではなく、本論文で「介護」の概念規定として示した「基本的欲求の充足を図り、生活を活性化するための手段」として位置づけ、支援のあり方を検討することで、要介護高齢者の生活の質の向上に寄与するものと考えられる。このことから、食事支援を広義な視野で捉え、食事支援のもたらす効果や意義を明らかにすることが重要になると考える。

第2節 調査1：介護サービスとしての食事支援の実際 -グループホームを対象とした調査から-

1. 目的

要介護高齢者の生活の質と「食事」には深い関係があることが示唆されており、食事支援の重要性が先行研究によって報告されている。しかしながら、介護の実践現場では、栄養士・調理師が調理した食事を職員が配膳し、必要な者に対し介助を行い、他は摂取量を記録するという一連の流れが「食事における支援」の現状であり、要介護高齢者の生活に重要な意味をもつ「食事」の提供において、個々が形成してきた食文化や嗜好性などが尊重されていないのが現実である。また、食事環境に関する内容は、施設経営者及び管理栄養士など、厨房担当者の考え方で決まる傾向が強い⁷⁹⁾との指摘がある通り、介護保険制度の理念である「利用者主体」が食事支援の中で尊重されていないことも示唆されている。

そこで、本研究では、入所施設の中でも食事作りに重点を置いているグループホームにおいて、食事支援に関する管理者の意識や利用者の食事への関わり・食事支援を取巻く環境に関する実態などを明らかとして、介護サービスの質や満足度を高める食事支援のあり方を検討するための基礎資料の収集を目的とした。

2. 方法

- (1) 調査対象：2011年10月26日現在、岩手県に登録されているグループホーム148施設。調査回答者は、管理者・施設長とした。有効回答数は94、配布数に対する有効回収率は63.5%であった。
- (2) 調査期間：2011年11月3日～20日
- (3) 調査方法：自記式質問紙調査票を郵送送付・郵送回収
- (4) 倫理的配慮：依頼文書に研究の趣旨、倫理的配慮、研究以外の目的で使用しないことを記載し回答は任意記名式とし、個別に返信用封筒にて郵送回収とした
- (5) 調査項目：
 - ①回答者：性別、年齢、現在の職種(管理者・施設長)での経験年数、保有資格
 - ②施設概要：開設年、入所定数、1ユニットの定数・要介護度・日常生活自立度、使用する食卓数
 - ③グループホームにおける「食事」の役割や期待する効果
食事の効果として「生命の維持(栄養)」と「生活の楽しみ」それぞれの項目についてどちらを重視するか

④グループホームにおける「食事」に関する活動について

1) 調理活動の全工程における利用者の関わり

「メニューの立案」「食材の購入」「調理」「盛付」「配膳」「下膳」「後片付け」における利用者の関わりに関して、「全利用者」「特定の利用者」という選択肢を設定し、意識（誰が行うのが望ましいと思うか）と実態（実際に誰が行っているか）の2つの側面から質問し回答を求めた

2) 調理活動の計画（準備）における職員の関わり

「メニューの立案」「食材の購入」における職員の関わりに関して、調理活動の計画の段階（準備）と捉え「栄養士」「調理師」「介護職員」という選択肢を設定し、意識（誰が行うのが望ましいと思うか）と実態（実際に誰が行っているか）の2つの側面から質問し回答を求めた

3) 実際の調理における職員の関わり

「調理」「盛付」「配膳」「下膳」「後片付け」における職員の関わりに関しては、各専門職員が行うのではなく、生活リハビリとして利用者が主体となって実施する事が望ましいことから「職員」という選択肢を設定し、意識（誰が行うのが望ましいと思うか）と実態（実際に誰が行っているか）の2つの側面から質問し回答を求めた

4) 食事支援における、「調理活動」と利用者の関わりについて

要介護高齢者が調理活動に積極的に関わるために介護職員としてどのような介入が必要であるか、について自由記述で回答を求めた。

⑤「食事」に関する状況について

下記の項目について、「当てはまる」「まあ当てはまる」「あまり当てはまらない」「当てはまらない」のうち、該当する項目の回答を求めた。

1) 照明

食事を美味しく見せる工夫がある、照明は蛍光灯を使用している、照明はペンダントライト（吊り下げ式）を使用している

2) 食器

利用者の状態に合わせてプラスチックではなく陶磁器の食器で提供している、使用する食器は利用者が決定出来る、マイ箸・食器の利用がある、メニューにより食器に変化がある

3) 姿勢

テーブルや椅子を個人の高さに合わせ正しい摂食姿勢が保たれている、車椅子利用者も座位が保たれる場合は椅子に移乗している

4) 交流

利用者が他の利用者の配膳・下膳を手伝うなど利用者間の交流がある、利用者と職員の「共食」を実践している

5) 提供方法

個々に適した量を提供している、調味料（ドレッシング・ソース・醤油等）は個人の好みで選択出来る、行事食や特別食を提供している、食事の時間は個別の事情に合わせている

⑥「食事」に関する施設独自の取り組みについて

「食事」に関して、施設独自で取り組んでいる内容について、自由記述で回答を求めた。

3. 結果

①回答者について

1) 性別：男性 27 名（28.7%）、女性 67 名（71.3%）

2) 年齢：平均年齢は 46.9 歳で、「50 歳以上 59 歳未満」が 36.2%で最も多く、次いで「40 歳以上 50 歳未満」が 24.5%、「30 歳以上 39 歳未満」22.3%であった

3) 管理者・施設長としての経験年数：平均経験年数は、8.3 年であった

4) 保有資格：「介護福祉士」が 68 名（72.3%）、「介護支援専門員」が 60 名（63.8%）、「看護師」が 10 名（10.6%）、「社会福祉士」6 名（6.4%）と続き、「介護福祉士」と「介護支援専門員」の両資格保有者が多かった

②施設概要について

1) 開設年

2004 年が 14 施設（14.9%）で最も多く、介護保険制度導入以前に開設していた施設は 4 施設（4.3%）であった（表 3-2-1）

表 3-2-1 開設年

n = 94

開設年	～2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	無回答	合計
回答者	4	5	5	4	14	4	11	10	8	8	13	6	2	94
(%)	4.3%	5.3%	5.3%	4.3%	14.9%	4.3%	11.7%	10.6%	8.5%	8.5%	13.8%	6.4%	2.1%	100.0%

2) 入所定数

「9 名」が 71 施設（75.5%）、「18 名」が 21 施設（22.3%）で、1 ユニットの定数は「9 名」が 91 施設で（96.8%）であった。

3) 1ユニットあたりの介護度

「要介護3」が31.9%で最も多く、次いで「要介護2」が27.1%で、平均要介護度は「2.61」であった(表3-2-2)

表3-2-2 1ユニットあたりの介護度 n = 752

介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計	平均介護度
利用者数	1	5	142	204	240	106	54	752	2.61
(%)	0.1%	0.7%	18.9%	27.1%	31.9%	14.1%	7.2%	100.0%	

4) 1ユニットあたりの認知症高齢者の日常生活自立度

「Ⅲa」が32.3%で最も多く、次いで「Ⅱb」が24.4%であった(表3-2-3)

表3-2-3 1ユニットあたりの認知症高齢者の日常生活自立度 n = 659

日常生活自立度	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	合計
利用者数	1	37	69	161	213	82	84	12	659
(%)	0.2%	5.6%	10.5%	24.4%	32.3%	12.4%	12.7%	1.8%	100.0%

5) 1ユニットで使用する食卓数

利用者9名に対し、「3台」が36施設(38.3%)で「2台」が33施設(35.1%)であった(表3-2-4)

表3-2-4 1ユニットで使用する食卓数 n = 94

食卓数	1台	2台	3台	4台	5台	6台	7台	無回答	合計
台数	5	33	36	8	1	1	1	9	94
(%)	5.3%	35.1%	38.3%	8.5%	1.1%	1.1%	1.1%	9.6%	100.0%

③グループホームにおける「食事」の役割について

利用者に対する食事は「生命の維持(栄養)」と「生活の楽しみ」、どちらを重要するかについては、「生活の楽しみ」の回答が多かった

④グループホームにおける「食事」に関する活動について

利用者の関わりについては、全利用者の参加が望ましいと考えられている項目は「下膳」(52.1%)、「盛付」(44.7%)、「メニューの立案」(45.7%)が挙げられ、「下膳」については特定の利用者の参加率も高く(78.7%)、職員の関わりは最も低い(88.2%)結果であった。

調理活動の計画(準備)の「メニューの立案」における職員の関わりについては、栄養士が望ましいと考えられており(62.7%)、実際に約2割(19.1%)の施設が栄養士を配置していた。(表3-2-5)

表3-2-5 グループホームにおける「食事」に関する活動について

1) 全工程における利用者の関わり

単位：% 複数回答 n = 94

	メニューの立案		食材の購入		調理		盛付		配膳		下膳		下膳	
	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際
全利用者	45.7	9.6	35.1	4.2	38.2	1.1	44.7	3.2	43.6	3.2	52.1	5.3	40.4	2.1
特定の 利用者	20.2	21.2	34.0	39.3	46.7	66.0	3.2	64.9	41.5	62.8	40.4	78.7	56.4	75.5

2) 調理活動の計画における職員の関わり

	メニューの立案		食材の購入	
	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際
栄養士	62.7	19.1	12.8	10.6
調理師	8.5	9.6	8.5	17.0
介護職員	63.8	81.9	78.7	75.5

3) 実際の調理における職員の関わり

	調理		盛付		配膳		下膳		後片付け	
	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際	だれが よいか	実際
職員	77.7	93.6	70.2	95.7	71.2	90.4	57.4	88.2	64.9	91.5

要介護高齢者が積極的に「調理活動」に関わるための、職員の介入の方法について自由記述で回答を求め、記述内容をカテゴリー化し、キーワードを抽出したところ、①「残存機能の把握・活用」②「職員の声かけ」③「職員の関わり」などがあげられた。

具体的には、①「利用者のレベルに合わせ、職員がそばで促しや安全確認を行いながら出来ることを上手に導きだす」「生活歴を理解した上で、本人として出来る能力を引き出し、少しでも認知機能を活用し、自信へとつながる支援を提供する」「利用者が出来ること、出来ないことを見極め、調理をしやすい環境を整える」②「主に下準備など、利用者の状態に合わせて一つ一つ声掛けし、積極的に食事の調理活動に関わって頂く」「調理可能と思われる方に対し、やる気になるような声掛けを行う」③「一人ひとりの残存能力を活かした作業依頼、見守り介助、他入居者とのトラブル回避等の介入」「利用者が出来ること、出来ないことを見極め、調理をしやすい環境を整える」などがあげられた。(表 3-2-6)

表 3-2-6 食事における「調理活動」と利用者の関わりについて (自由記述)

抽出した キーワード	残存機能の 把握・活用	声かけ	職員の 関わり	利用者 に任せる	利用者 に教わる	雰囲気	生活歴 の把握	役割 分担	時間的 余裕	調理 環境設計	清潔面 の配慮	合計
記述者数	21	14	14	7	7	5	5	4	4	4	3	88

その他：利用者主体・感謝の気持ち・段階をふんで実施・利用者間のトラブル防止、

達成感・満足感を得られる工夫・利用者にあった調理器具、昔ながらの調理器具の導入、調理の機会の増加・管理者の能力・自尊心への配慮・リハビリとしての位置づけ・献立を一緒に検討・楽しみを増やす・普段からのコミュニケーション・丁寧な説明・人員配置

⑤「食事」に関する状況について

「照明器具」の工夫について「当てはまる」と答えた施設は 6 施設（6.4%）に留まっていた。半数以上の施設で蛍光灯を使用しており、吊り下げ式の「ペンダントライト」を使用している施設は 16 施設（17%）であった。

「食器」については、「陶磁器の食器で提供」と「メニューによって食器に変化がある」の項目で実施されている割合が高かった。逆に、「食器は利用者が決定出来る」については、「当てはまる～まあ当てはまる」施設が 26 施設（27.7%）に留まっていた。

食事時の「姿勢」については、「正しい摂食姿勢」の項目で、当てはまる（まあ当てはまる）とした施設は 56 施設（59.6%）で、「車椅子から椅子へ移乗」を実施している施設は 72 施設（76.6%）であった。

食事時の「交流」については、83 施設（88.3%）と約 9 割の施設で交流が図られているという結果で、職員等との「共食」についても 84 施設（90.4%）と高い割合で実践されていた。

食事の「提供方法」については、ほぼ全ての施設で「適切な量の提供」（95.8%）と「行事食」（95.7%）が実施されている。

最も実施されていない項目は「調味料の選択」であった。（表 3-2-7）

表 3-2-7 「食事」に関する状況について

1) 照明器具

単位：% n = 94

	当てはまる	まあ 当てはまる	あまり当て はまらない	当て はまらない	無回答	合計
照明器具の工夫がある	6.4	26.6	43.6	21.3	2.1	100.0
蛍光灯を使用	57.4	22.3	7.4	11.7	1.2	100.0
ペンダイトを使用	17.0	6.4	6.4	68.1	2.1	100.0

2) 食器

	当てはまる	まあ 当てはまる	あまり当て はまらない	当て はまらない	無回答	合計
陶磁器の食器で提供	67.0	22.3	3.2	4.3	3.2	100.0
食器は利用者が決定出来る	12.8	14.9	33.0	37.2	2.1	100.0
マイ食器の利用	43.6	26.6	9.6	19.1	1.1	100.0
メニューによって食器 に変化がある	72.3	22.3	3.2	1.1	1.1	100.0

3) 姿勢

	当てはまる	まあ 当てはまる	あまり当て はまらない	当て はまらない	無回答	合計
正しい摂食姿勢がとられている	26.6	33.0	31.9	6.4	2.1	100.0
車椅子使用者の椅子への移乗	54.3	22.3	9.6	10.6	3.2	100.0

4) 交流

	当てはまる	まあ 当てはまる	あまり当て はまらない	当て はまらない	無回答	合計
利用者間に交流がある	55.3	33.0	7.4	3.2	1.1	100.0
職員等との共食の実践	76.6	12.8	5.3	3.2	2.1	100.0

5) 提供方法

	当てはまる	まあ 当てはまる	あまり当て はまらない	当て はまらない	無回答	合計
個人に合わせて適切な量 が提供されている	64.9	30.9	3.2	0.0	1.0	100.0
調味料を選択出来る	29.8	37.2	29.8	1.1	2.1	100.0
行事食・特別食の提供	81.9	13.8	2.1	1.1	1.1	100.0
個別の事情への配慮	44.7	31.9	16.0	6.4	1.0	100.0

⑥「食事」に関する施設独自の取り組みについて

「食事」に関する施設独自の取り組みについて、自由記述で回答を求め、記述内容をカテゴリー化し、キーワードを抽出したところ、①「旬の野菜などの提供」「野菜などの施設栽培」「利用者の意見を取り入れる」などがあげられた。

具体的には、①「季節に合ったメニューを立てている。旬の物はその時期に食べて頂くよう心がけている」「食事作りに関しては、基本的には利用者と一緒にやる事とし、季節の食材や果物も含め使用し、季節感を感じて頂けるよう心がけている」

②「畑で野菜を育て利用者と一緒に収穫し、食卓にだしている。野菜の出来栄を話題としながら食事を楽しんでいる」「菜園を作っており、一緒に栽培・収穫した季節ごとの野菜を利用者さんと作り調理し食事に提供している」

③「利用者さんの昔馴染みのメニューを取り入れている」「事前に決めたメニューを入居者様の食べたいメニューに変更することがある」などがあげられた。(表 3-2-8)

表 3-2-8 「食事」に関する施設独自の取り組みについて (自由記述)

抽出した キーワード	旬の物を 提供	施設 栽培	利用者の 意見を反映	行事食	栄養	地産 地消	外食 出前	生活歴 の尊重	見た目 の工夫	一緒に 買い物	合計
記述者数	17	17	14	13	9	5	5	4	3	3	90

その他：全利用者に陶磁器の食器・郷土料理・利用者と一緒に調理・ビールの提供・食事検討委員会・毎朝のバナナヨーグルト・昼食のヨーグルト・1食につき10品以上・利用者の家族との食事・月1回のバイキング会・だしの取り方にこだわる・食べやすい食事の提供・昼食にウエイトを置く・自然のものを調理・世代を超えた食の交流・子供会の子供と食べる・差し入れなどは新鮮なうちに調理・無添加調味料の使用・栄養士が献立を作成・朝食は居住スペースで摂取・半分を冷凍食品の利用・衛生面への配慮・手作りおやつ・無農薬野菜の提供・全て手作り・居酒屋での会食・「好きなものを好きなだけ」・自家栽培からの手作り漬物・「おいしく楽しく好きなだけ」

5. 考察

(1) グループホームにおける食事支援と調理活動の役割

グループホームは、生活自体をリハビリと捉え、家事活動を実践する中で、認知症の進行の緩和を図る施設とされている一方で、施設の開設年数の経過と共に要介護度が進行する等して全利用者の調理活動など家事活動への参加する事が困難になるといった問題が発生する。しかし認知症が重症化・身体機能が低下し、一見、食事作りといった家事活動に参加が困難と見られる状況でも、可能な限り家事活動に参加することで、自立意識を高め、共同生活を継続出来るよう利用者の状況に応じて、適切な支援を行うこともグループホームの重要な役割として考えられる。

(2) 調理活動の実際と期待される効果

調理活動における利用者の関わりについて、「下膳」は、全利用者の参加が望ましいと考えられ、実際に利用者の参加率も高い傾向にある。実際の調理行為が困難な場合でも「下膳」は、比較的容易に実践出来る行為であり、他者の下膳を手伝う行為は、自信回復の一助・生きがいの創出等につながり、結果として役割意識を高め、積極的な参加を促しやすい行為であると考えられる。また、「メニューの立案」については、「栄養士」が望ましいと考えられているが、実際は「介護職員」がメニューの立案をしていた。一方、利用者の関わりについては、全利用者で立案するのが望ましいと考えられているが、全利用者・特定の利用者共に参加率は低い傾向にあった。メニューの立案については、認知症等が重症化して実際の調理への参加が困難であっても、入所前の生活歴等から嗜好を反映させること等が可能であり、場所や特別な技術を必要としないことから、利用者の積極的な参加を期待出来る項目であることが示唆された。

しかしながら、利用者の希望を重視するグループホームの中には、栄養面でかなりの偏りがみられている⁸⁰⁾ことが報告されていることから、栄養士や介護職員による栄養面での配慮を基盤としつつ利用者の積極的な参加を促す姿勢が重要である。

「食事」に関する状況では、照明器具に配慮している施設が少ない結果となった。食事を摂るフロアが“食空間”に限られていないことが背景にあると考えられるが、「食事」を豊かな生活を送るための1つの要因ととらえ、料理がより美味しく感じられ、団欒やコミュニケーションの場として、満足度を高めるには、照明の工夫による演出も有効であると考えられる。このことから、今後、照明器具による要介護高齢者に与える影響について検討していくことも求められる。

実践が少数であった項目として、「食器は利用者が決定出来る」「正しい摂食姿勢」「調味料の選択」が挙げられた。

食器の選択については、身体的な制限等を受けず、多くの利用者が実践可能であると考えられる。普段、調理活動に積極的な参加が出来ない利用者であっても、使用する食器を決定することで、自尊感情が満たされると予想される。これは、調味料の選択についても同様であり、調味料の嗜好については、入所前の生活歴や個人によって異なるものであると考えられる。使用量に職員が配慮しながら、個人が好みに応じて調味料を選択出来るという行為は、個人を尊重すると共に、食に対する意欲の向上に繋がることも期待できると考えられる。

(3) 食事支援に対する意識の高まりと課題

グループホームなど、単調な生活を送りがちな介護施設の入所者にとって「食事」は、身体・生活機能を維持させるだけでなく、QOLの維持・向上にも資するものであり、「食事」を生活の楽しみとして位置づけ提供し、調理活動への参加を通して生活行為を再び獲得することは、介護保険制度の最終目標である「生活の質の向上」にも寄与するものと考えられる。

実際、施設管理者の多くが、食事を「生活の楽しみ」と捉えており、介護施設における「食事」は、QOLの視点に立ち、各人の食文化や食生活を尊重して提供する意識が高まっていた。

また、利用者の調理活動における職員の介入方法では、「残存機能の把握・活用」をより効果的にするために、利用者の生活歴や嗜好の把握などアセスメントの重要性も認識されていた。さらに、「調理環境の整備」や、意欲を引き出す「職員の声かけ」・「食事の雰囲気作り」など、食事支援に対するアプローチは多岐にわたることがわかった。

そして、グループホームでは、「食」に楽しみをもたらす独自の取り組みが多く実践されていることも明らかとなった。しかしながら、施設管理者の中には、「他の施設での取り組みを知り得る機会がなく、自分の施設がどのレベルにあるのが分からない」といった意見もあげられていた。

本調査において明らかとなった食事提供の実態や、食事支援における職員の介入方法、食事支援の質の向上に資する取り組みなどを指針として示すことで、更なる食事支援の質の向上が期待されると考えられる。また、グループホームを基盤とした食事支援のあり方は、国策としてユニットケアが推進されている介護老人福祉施設（以下：特別養護老人ホーム）や、在宅介護などにも活用が期待され、広く汎用できるものと考えられる。

このことから、次章では、介護の実践現場に即した、食事支援のあり方についての検討を行う。

第4章 食事支援の指針の検討

前章では、要介護高齢者における食事支援の意義を考察すると共に、グループホームを対象とした食事支援に関する実態調査から、食事提供と現状と課題を明らかにするとともに、要介護高齢者に対する食事支援の方法は多様にあることが示唆された。そこで、本章では、前章から得られた知見をもとに、食事支援の質を高める介護のあり方について検討していく。

第1節 食事支援における指針の必要性

調査1では、介護サービスの中でも特に「食事」に力点をおいている、グループホームにおける食事支援や調理活動の実態調査から、食事支援は、「食事を介助する」といった直接的なケアに留まらず、調理活動を初めとして、介護保険制度の「自立支援」「尊厳の保持」「利用者主体」といった理念を実践できる要素が多くあることを明らかとすることができた。

しかしながら、要介護高齢者が入所する多くの介護施設では、毎食の食事時間が設定され、食事場面においては、要介護者の機能低下の状態に食事形態を合わせ、安全面を重視して食事を介助し摂取量をチェックする、という一連の流れで食事が提供されているのが現状である。そして、食事支援のあり方については、職員個人の想いや力量によるところが大きいのも現状である。こうした支援は、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定される以前、老人福祉法において「家事経験のある素人であること足りる」として位置づけられた「寮母」が行う「素人」のおこな「介護」といっても過言ではないだろう。

今日、介護保険制度の下、介護の専門職として位置づけられた「介護福祉士」が介護サービスを提供する際には、「介護」という業に、専門性を有することが期待されている。身体機能の低下や、認知症の症状などがみられる高齢者の食事場面において、介護を要する以前、日常生活の中で獲得してきた「食事」という行為を取り戻すためのアプローチ法を見出し、さらには「食事」という行為において、介護保険制度の理念実現に向けた支援を実践することは、介護福祉士の専門性を追求し、介護サービスの質を高める一助となると考えられる。

さらに、グループホームにおける食事支援の実態調査を基盤として、介護保険制度の理念も包含した、食事支援のあり方を指針として示すことは、食事支援に留まらず、入浴や排泄などその他の日常生活への支援へも汎用することが期待される。

そこで、本章では、食事支援の質を高める支援のあり方を検討し、食事支援のもたらす効果や影響について考察する。さらに、介護現場に従事し、実際に介護サービスを提供している介護福祉士に、食事支援に関する調査を行い、介護福祉士が食事支援をどのように捉え、実践しているのかを明らかにしていく。

第2節 食事支援の質を高めるための要素

1. QOLの視点からみた食事支援

(1) 「生活の質」の捉え方

近年、「QOL」＝「生活の質」と訳され、QOLを高める介護、医療、看護、教育のあり方が注目されている。「生活の質」とは、生命の質や人生の質とも訳され、一般的には、生活者の幸福感や満足感の質を指すものと解釈されている。しかし、幸福感や満足感の質といった、心理的な側面からの要因に限定されるものではなく、社会的・生理的な側面なども含む幅広い概念を含んだ質とも意味されている。

一般的に、QOLを向上させる・QOLを高めるということは、生活者自身が、生活の中で、幸福感や満足感といった意識構造と、生活の場において、安全で快適な環境を整えるといった、物理レベル双方の質を高めることを意味しており、「生活」そのものをよりよいものにしていくものとして示されている。また、QOLの構成は、①身体的機能や症状を重視する身体的側面 ②社会的連繋や社会での役割分担能力を重視する社会的側面 ③感情の状態、抑うつと安寧等を重視する心理的側面による⁸¹⁾とも示されている。

QOLは、それぞれの分野や領域で目的に合わせて用いられているが、現在、介護分野においても、介護保険制度の導入により、「利用者のQOLをいかにして高めるか」といった視点で介護サービスを検討することが求められている。一方で、実際の高齢者施設における介護の実践は、食事や入浴、排泄といった直接的な介護場面での介助が多い⁸²⁾のが現状である。QOLの視点から介護サービスを捉える際には、身体的側面だけでなく、精神的・社会的側面のそれぞれの要因にアプローチする視点が求められているといえる。

(2) 要介護高齢者とQOL

要介護状態にある高齢者は、要介護という障害を抱え、認知症を伴う場合が多い。老化に伴い、嚥下機能の低下や感覚機能の低下による味覚・嗅覚の変化・咀嚼力の低下・脳梗塞などの後遺症など、身体的側面の特徴は固有により異なる。

介護サービスは、「日常生活に支障がある者」を対象にして、寝起きや移動・移乗、食事、入浴、排泄、着替えといった、日常生活における基本的な諸動動作の補う、身体的介護を中心に提供されている。ADL (Activities of daily living)＝「日常生活動作」への支援は、QOLとも関連があり、要介護高齢者への介護サービスを通して、ADLの拡大とQOLの向上が認められたケース⁸³⁾や、リハビリテーションの分野においても、リハビリテーションを単に「機能回復訓練」として位置づけるのではなく、ADLの能力を高めることで、QOLの向上を目指すといった考え方が注目されるようになってきている⁸⁴⁾。

ここで、QOL概念を「マズローの欲求段階説」にあてはめて、身体介護とQOLの関係性を概観していく。身体的側面への支援は、「生理的欲求」「安全の欲求」に該当し、欲求段階の上位概念である、「親和の欲求」「自我の欲求」「自己実現」へ向かうためには、身体的介護の基盤とすることが求められる。

次に、精神的側面、社会的側面を QOL 視点から捉えていく。介護施設などへの入所者は、一般的に「依存化」「孤立化」「学習性無力感」「意思決定能力の低下」の傾向がみられると指摘されている⁸⁵⁾。つまり、介護施設で生活する要介護者は「介護を必要とする状態への葛藤」「孤独感」「無力感」「退屈」といった意識を潜在的に抱えているものと考えられる。

「マズローの欲求段階説」の上位概念である「親和の欲求」「自我の欲求」「自己実現」は、施設で生活する要介護高齢者にとって、「集団帰属の欲求（他者と関わる）（誰かと分かり合う）」「集団における存在・価値に対する認知欲求（他人から認められる）」「自己の能力を発揮できる」と置き換えて考えることができる（図 4-2-1）。こうした概念は、要介護高齢者が生きる意味・価値を実感する重要な要素である。つまり、QOL の向上を目指す介護を提供するためには、身体的介護を基盤としつつ、要介護高齢者個々の精神的な欲求（希望や生きがい）を見出しながら、他人との交流の促進といった、精神的・社会的側面をも含めた総合的な視点で「介護」を捉えることが重要である。

（3）「マズローの欲求段階説」からみた食事支援

マズローの欲求段階説から食事支援を検討すると、「生理的欲求」から、「自己実現」までの要素を包含していることが示される。（図 4-2-1）

そして、QOL の視点で食事支援を捉えた場合、「調理活動」は、他者との交流を図る機会の創出の場となり、「社会性の確保」が期待される。さらに、実際に調理を行うことで、「自我の欲求」「自己実現」が満たされる非常に重要な要素であると考えられる。

要介護高齢者における食事は、サービス満足度と高い関連があることが先行研究によって報告されており^{86)~88)}、要介護高齢者それぞれの身体機能や食嗜好など、個人の対応したきめ細やかな視点が求められていることも指摘されている。人間の精神面や行動、体調などは日々変化するものである。要介護高齢者が食事支援において、何を求めているのかを意識しながら、要介護者の身体的能力を最大限引き出し、精神的側面の充足を図ることが求められている。

介護サービスの中でも特に食事支援は、食事前後の準備や、調理活動による支援・美味しく感じる雰囲気作り・食意欲を高める声かけなど、職員側からのアプローチが多様にあることが示唆されている。職員の立場に立った、食事支援のあり方を検討することは、提供する介護サービスそのものの質の向上に寄与すると共に、要介護高齢者にとっても効果的なサービスを提供することが期待される。

マズローの欲求段階説		欲求段階説からみた 介護サービスにおける食事の質
自己実現	自分自身の能力・可能性を 発揮し、創造的活動を図る	これまでに獲得した能力を活かすことができる (例：自力摂取・調理活動の実践)
自我の欲求 (自尊欲求)	集団から認められ尊敬される ことを望む 認知欲求	多くの人に認められ、集団に帰属することが出来る (例：献立の立案・調理活動)
親和の欲求 (社会的欲求)	他者との関わり等帰属欲求	他者との交流を図ることができる (例：家族・利用者・職員との食事時の団らん)
安全の欲求	危機回避や健康維持	安全に食事を摂取できる (例：身体機能に適合した食事形態・食事介助)
生理的欲求	生きる上での根源的欲求	栄養摂取・確保ができる

図 4-2-1 マズローの欲求段階説からみた食事の質

2. ICF の視点からみた食事支援

(1) ICF の概念

障害児・者の医療・福祉・教育などの分野に対して障害分類の統一的な概念の提供を行うために、WHOにより1980年に国際障害分類(ICIDH)として発表されたものが、ICFの前身に該当するものである。ICIDHでは、障害は①機能障害 ②能力障害 ③社会的不利の3次元に分類されていた。機能障害は、生理的または解剖的な構造または機能喪失・異常の状態を示し、社会的不利は社会参加できないような社会活動上の制限や、個人が被る不利益を意味していた。そして、これらの次元に対する障害状態の緩和、改善を目指した取り組みがなされてきた。

しかしながら、2001年5月に世界保健機関(WHO)が、健康に関連する概念を示す国際機能分類－国際障害分類改訂版(ICF)を発表し、障害のみを分類することに変化が生じることとなった。

ICFは、健康領域と健康関連領域について記述するための標準言語と概念を提供することを目的としている。その際、ICFは、利用者のマイナス面だけでなく、プラス面も理解することで、さまざまな領域における個人の生活機能と障害、健康について記録することを可能にした。さらに、障害のある人のみに関するものではなく、すべての人に関する分類とその範囲を拡大することとなった。そのため、身体・個人・社会という異なる視点から①心身機能 ②活動 ③参加の3次元で概念が構成されている。

また、心身機能・身体構造、活動、参加においては、個人のもつ特徴だけでなく、環境の影響を強く受けることも認識する必要性から、環境因子の分類も追加された。さらに、各次元は、互いに影響をもたらすことから、二元的、双方向的に捉えられている。(図 4-2-2)

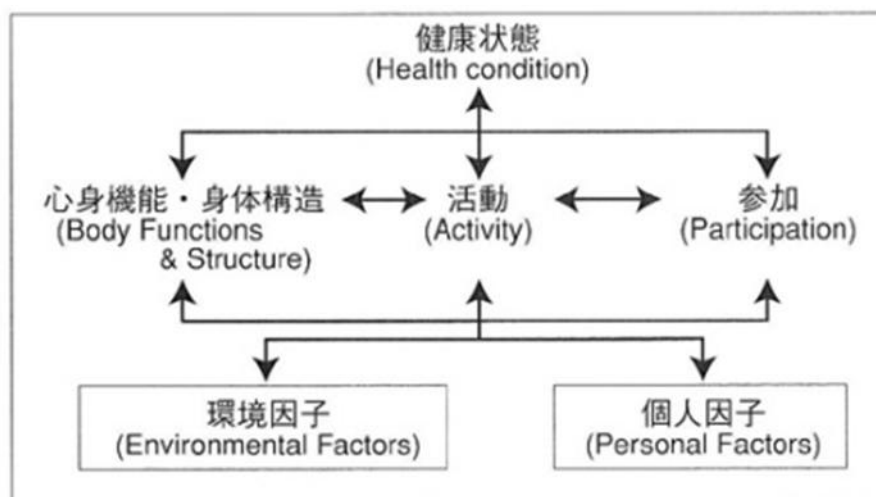


図 4-2-2 国際生活機能分類 (ICF)

出典：厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）2002より抜粋

(2) 要介護高齢者と ICF

高齢者の医療・介護においては、「健康とは単に病気・症状がないだけでなく、生活機能が高い水準にあること」という観点が重要である⁸⁹⁾とされており、丸山(2002)も、高齢者ケアを担う専門職は、高齢者の健康と機能状態および生活などを総合的にアセスメントして、適切な実践を行うことの重要性⁹⁰⁾を指摘している。ここでの生活機能 (Functioning) とは、ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類, WHO 2001) の中心概念である。

特に高齢者においては、生活機能を重視する必要性が大きいとされており、その理由について大川(2009)が、以下の3点を述べられている⁹¹⁾。

- ① 高齢者は一般に、特に患者は何らかの生活機能低下をもつ場合が多い。疾患が治癒あるいは良好な管理状態にあっても生活機能低下は存在し、むしろ進行していく場合が少なくない
- ② 生活機能低下のある人のよりよい生活（すなわち生活機能向上）のために関与する新たな専門職が増加し、それらの人々同士でまた既存の職種とも連携し、チームを組む機会が増えた。介護福祉士、介護支援専門員、また福祉機器・住宅改装などに関与する人々が多数にのぼり、行政機関の人々の直接的な関与も増えている。これにより、より多くの他職種、他サービスの人々との間での新たな役割分担やチームワークの実践が必要となってきた。
- ③ これまでの専門家中心でなく、生活機能低下のある当事者の意思、要望、権利を尊重し、当事者中心の医療・介護でなければならないという、国民一般を含めた大きな意識の変化がある

つまり、高齢者を捉える際には、身体的・精神的・社会的・文化的・生活歴などが、バランスの取れた状態として捉えることが重要である。また、介護サービスを必要とする者に対する支援方法を検討・支援を提供する際にも、それぞれの専門職が、ICF

の視点を持ち、利用者をアセスメントすることが重要であるといえよう。また、介護福祉士の養成教育における、現行の養成カリキュラムの目的には、「1. 介護を必要とする者に対する全人的な理解や尊厳の保持、介護実践の基盤となる教養、総合的な判断力及び豊かな人間性を涵養する」⁹²⁾と記されている。要介護高齢者に対する「全人的な理解」とは、要介護高齢者一人ひとりの「生きること」を総合的に捉えることであり、介護サービスのアプローチ法を ICF モデルの生活機能モデルをツールとして用いることも、非常に有効であると考えられる。

(3) ICF モデルの要介護高齢者における食事支援への応用

介護を要する高齢者は、何らかの身体的制約を受けていることが多く、生活の中で不自由が生じている。1980年代の介護は、「ある人の身体機能の低下、衰退、喪失の場合に起こる生活上の困難に対して、身体的機能を高め補完する日常生活の世話を中心としたサービスの活動を介護・介助という」と示されている通り、足りない部分を補うという「補完的介護」であったが、介護保険法が導入され、利用者の QOL の重要性が認識されたことにより、「補完的介護」から、QOL を高める介護へと転換が求められているところである。

ICF モデルに基づき、「介護」のあり方について検討すると、「介護」という行為によって、身体的制約を補完し（心身機能・構造）生活上の困難（活動）が解消できる。そして、活動の機会の創出により、他者との交流や家庭での役割など（参加）をもつことができ、「生活機能」全体の実現が可能となる。

介護は、直接的に要介護高齢者の（活動）に働きかけるものですが、不自由さが生じている（活動）をさらに向上させるために、福祉用具などの積極的活用（環境因子）も非常に重要となる。さらに、介護保険法においては、「利用者主体」が強調されており、要介護高齢者の個性や想いを尊重する（個人因子）ことも重要である。以上のように、「介護」は、ICF モデルによって、全体像を捉えることが可能である。

ICF モデルにて、要介護高齢者における「食事支援」の全体像を示し食事支援についての考察を行う。（図 4-2-3）

ICF モデルにて「食事支援」を捉えると、食事における支援は「摂食動作」への補助（＝食事介助）に留まらず、多義的に捉えることの必要性が示される。

ICF モデルは、双方向の性質をもつとされているが、「介護」の提供方法のあり方によっては、（心身機能・身体構造）や（参加）といった側面に改善をもたらすことができる一方で、悪化につながることも十分に考えられる。つまり、介護サービスの質の向上を目指す際には、要介護高齢者個人と介護行為を広く捉え、実践することが重要である。

食事支援においては、「食事環境に関する内容は、施設経営者及び管理栄養士など厨房担当者の考え方で決まる傾向が強い」⁹³⁾との指摘や、調理活動などを実践するグループホームにおいて、「摂食姿勢への配慮」への意識の低さや「食器の選択」・「調味料の選択」は職員が主導になっている⁹⁴⁾ことなどが明らかにされている。これらは、ICF モデルにおける（活動）（個人因子）（環境因子）の分類に該当すると考えられる。

これらの指摘が、ある施設における食事支援の現状と仮定した場合、（活動）（個人

因子) (環境因子) の視点から、サービス内容を検討し、アプローチすることで、食事支援の質全体を向上させることが期待されると考えられる。また、食事支援に限らず、その他の介護サービスを ICF モデルの視点から捉えると、介護サービスの提供者自身が、サービス内容を客観的に把握するツールとしての活用も期待できる。以上のことから、介護サービスの提供において、ICF モデルは多くの視座を与えてくれるものといえる。

3. PEAP の視点からみた食事支援

(1) 高齢者施設の変容と環境支援の必要性

介護を要する高齢者や認知症を伴う高齢者が高齢者施設に入所し生活を送る場合、それまで生活を送っていた自宅での生活環境と大きな変化が伴う。特に、適応能力が低下している高齢者は、施設入所のように、環境に大きな変化があると、「空間・時間・規則・言葉の落差」に適応できず、活動の低下・認知症の進行・生活に伴う事故・孤独に苛まれて悲壮感を抱くといった、トランスファーショック起こることが知られており⁹⁵⁾、特に認知症高齢者が環境の変化に影響されやすいことは、トランスファーショックやロケーションダメージという言葉に代表されるとおり周知のこととなっている⁹⁶⁾。

認知症高齢者の更なる増加を背景に、厚生労働省より、2015 年を見据えた高齢者介護の基本指針が示された「2015 年の高齢者介護」のなかで、認知症高齢者への対応を軸とすることが打ち出され、認知症高齢者と環境整備の重要性が一段と注目されるようになった⁹⁷⁾。そして、1997 年にグループホームが、2003 年に個室・ユニットケアの特別養護老人ホームが制度化されることとなった。

従来の大規模な施設における画一的な施設環境や支援は、認知症高齢者に混乱や不適応をもたらすことが明らかとされ⁹⁸⁾、小規模で家庭的な雰囲気的环境のもとで、生活の継続性を大切にしたケアの重要性が認識されるようになり、グループホームや、新施設における個別・ユニットケアの推進が進められた。

しかしながら、ユニットケアの導入に当たっては、大規模施設に慣れているスタッフや施設運営者が、環境整備の重要性を理解しつつも、施設職員のひとりとして所属している介護職員には、施設の環境そのものを変えることは容易なことではなく、「与えられた環境の中でケアをするしかない」と捉えてしまう⁹⁹⁾ など、多様な課題を抱えているのが現状であった。

こうしたことを背景として、従来型施設における認知症高齢者に配慮した環境の工夫・ユニット型施設やグループホームなどの環境を活かしたケアのあり方といった視点から、認知症高齢者に必要な個別ケアを実現するための方策の一つとして、PEAP (Professional Environmental Assessment Protocol (専門的環境支援指針)) が施設環境づくりの基本方針として示され、特別養護老人ホームなど、大規模施設で実践研究が進められているところである¹⁰⁰⁾。そして、施設においても小規模かつ家庭的な環境を活かした個別的なケアへの取り組みが拡大しており、既存の施設でも介護の質の向上につながる施設の環境整備・環境改善への意識が高まりをみせ、その環境を活

かした個別的ケアの実現を図る考え方が次第に広まりつつある。
要介護高齢者の支援において、利用者自身の生活の質や介護の質の向上には、「生活環境づくり」の視点も意識され、求められるようになったといえる。

(2) 認知症高齢者への環境支援指針 (PEAP 日本版 3) の概要

① PEAP の概念と構成

PEAP (= Professional Environmental Assessment Protocol) は、Weisman, G.D., Lawton, M.P. (1996) らによって “The Professional Environmental Assessment Protocol”¹⁰¹⁾ (= 認知症高齢者ケアユニットの評価尺度) として開発され、その後日本の高齢者ケアの実情に合わせて、「痴呆症 (認知症) 高齢者への環境支援のための指針」として改定が行われたものである¹⁰²⁾。

PEAP は、施設の「物理的環境」に重点を置きながらも、単に、物理的環境を改善・整備しようとするのではなく、実際の支援や施設の運営方針などをも含め、認知症高齢者の生活を多面的視点から捉えようとするものである。快適な環境が実現することをゴールとするのではなく、それぞれの特性をもった要介護高齢者に適するよう環境の調整を図ることや、実際のケアに取り入れ、継続的に行おうとする点が、多くの施設で活用される理由の1つであると考えられる。

PEAP における「施設環境」は、建築や設備などの「物理的環境」、介護職員の関わり方などの「社会的環境」、施設のケア方針などの「運営的環境」から構成され、これらを総合的な環境として捉えて、一貫性のある環境づくりを行おうとするものである。

(図 4-2-4) これらの3領域を視野に入れながら、認知症を伴う要介護高齢者が、その人らしい生活を実現することを目指すものである。

介護職員自身が、それぞれの利用者に適した環境づくりに取り組むなかで、介護職員の認知症高齢者を取り巻く環境への意識が向上することで、整備・改善した環境を活かしたよりよい介護の実践へと繋がり、結果として、提供する介護サービスの質の向上への寄与が期待されるものである。

また、PEAP は、大きく8次元により構成されている。8つの次元は、認知症高齢者への環境支援の目標となる項目とされており、各次元の基本方針は以下のように示されている。

PEAP 8次元の構成と基本方針

I 見当識への支援

利用者（利用者と同様に職員や訪問者）が、環境の物理的・社会的・時間的次元の効果が、利用者の見当識を最大限に引き出すような環境支援についての指針

II 機能的な能力への支援

日常生活動作（移動、整容、排泄など）への援助において、利用者の日常生活上の自立活動を支え、さらに継続していくための環境支援についての指針

III 環境における刺激の質と調整

利用者のストレスにならない刺激の質や、その調整についての指針

IV 安全と安心への支援

利用者の安全を脅かすものを最小限にするとともに、利用者をはじめ、職員や家族の安心を最大限に高めるような環境支援についての指針

V 生活の継続性への支援

利用者それぞれが慣れ親しんだ環境と生活様式を①個人的なものの所有、②非施設的环境づくりのふたつの側面から実現することについての指針

VI 自己選択への支援 物理的環境や環境の調整に関する施設方針

利用者が、個人的な好みやどこでなにをするというような、入居者の自己選択が図られるような環境支援についての指針

VII プライバシーの確保

利用者のニーズに対応して、ひとりになれるだけでなく、他との交流が選択的に図れるような環境支援についての指針

VIII 利用者とのふれあいの促進

利用者の社会的接触と相互作用を促進する、環境支援と施設方針についての指針

出典：「ケアと環境研究会」『認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版 3』

<http://www.kankyozukuri.com/pdf/peap-ja-34.pdf> より引用

PEAP の 8 次元で示されている、「見当識への支援」「機能的な能力への支援」「環境における刺激の質と調整」「安全と安心への支援」「生活の継続性への支援」「自己選択への支援」「プライバシーの確保」「ふれあいの促進」といった各次元は、認知症高齢者ができるだけ自立を維持して、その人らしく暮らすための指針であり、同時にそれを支えるケアにとっても重要な視点と位置づけられている。さらに、従来の大規模施設で行われていたような、流れ作業的な業務から、個々の認知症高齢者の暮らしを大切にしたいケアへと意識改革を行う上で「PEAP 日本版 3」は重要なツールとされている。

② PEAP の活用と期待される効果

PEAP の日本版は、「認知症高齢者への環境支援のための指針」としてホームページに掲載¹⁰³⁾され、介護現場に従事する介護職員も入手しやすいものとなっている。

PEAP は、「認知症高齢者への環境支援のための指針」において、施設環境を 8 つの次元で示し、それぞれの次元について 34 の中項目、例示を中心とした小項目を設定し、下位項目になるに従って、より具体的な環境設定の方法を記している。PEAP は、各項目を一つひとつ評価し、「出来ている・出来ていない」を判断する評価指標として使用されるものではなく、あくまで「指針」として位置づけている。そして、「認知症高齢者への環境支援のための指針」にもとづく、これまでの研修会や実践で取り組みられた効果として、児玉ら¹⁰⁴⁾は、次のように報告している。

- 1) 整理整頓など物理的環境の見直しから始まり、ケア的・経営的環境の改善へと波及していく
- 2) 改善された新たな環境を認知症高齢者の暮らしやケアに取り入れることで、職員はケアと環境のつながりを理解し、環境づくりの視点を加味したケアプランを作成できるようになる
- 3) ①・②の取り組みが、認知症高齢者の安定や暮らしの質の向上につながっていく
- 4) 施設環境づくりを進める施設職員は、ケアと環境への気づきを高め、環境支援のスキルを身につけ、さらに認知症高齢者が変わる体験をすることにより、仕事へのモチベーションの向上につながっていく

PEAP は、環境要素の多面性を指摘した上で利用者や職員など「人」と「環境」の相互作用を捉えようとしているものであり、PEAP の発想は、生活支援と称される、「入浴」「食事」「排泄」といった介護全般への応用が可能であると考えられる。

(3) PEAP の食事支援への応用

① 食事支援における物理的環境の関連性

PEAP (= 認知症高齢者への環境支援のための指針) の目指す目標は、個々の介護職員や施設管理者が環境への気づきを高め環境改善を通じて、高齢者の生活の質の向上を図ることにある。

PEAP で示されている 8 つの次元は、認知症高齢者への「環境支援」の目標となる

項目として示され、認知症高齢者を主体的に捉えようとするものである。

介護支援の中でも、「食事支援」は、「食べる」という生活の支援に視点が置かれがちであるが、要介護高齢者の「食事」と「環境」は高い関連性があることが多くの先行研究が報告されており、要介護高齢者の施設では、食事環境は、一律的側面が強いことを明らかにしたうえで、要介護高齢者それぞれの特性に合わせた環境への配慮の必要性^{105~107)}を言及している。その一方で、三浦(2010)は、高齢者施設における食事の提供と環境整備の関連性について、「施設面積や介護職員の配置と異なり、明確な基準がないために、その実態が十分に明らかにされておらず、食事の提供方法は建築計画に大きく影響する要素にも関わらず、ケアや食事提供方法に合わせた建築計画がなされていない」¹⁰⁸⁾ことを指摘している。このことから、介護保険制度において食事支援を提供する際には、要介護高齢者と食事環境のあり方も重要な視点として捉える必要がある。また、中山(2002)は、「認知症高齢者や要介護高齢者の食事支援は、かなりの時間と労力を要するものであり、支援者の忍耐を必要とするだけでなく、知らず知らずのうちに、いき過ぎた支援や不適切な支援をしてしまうことが多い」¹⁰⁹⁾ことを指摘している。

以上のことから、介護の質の向上を目指す食事支援を提供するためには、食事における物理的環境への配慮と介護職員の視点に立った支援方法のあり方にも配慮する必要があり、PEAPの8次元の項目は、食事支援において多角的な視点をもたらすツールとなると考えられる。

②PEAPを基盤とした食事支援指針の検討項目

PEAPの8次元を食事支援を捉える構成概念の基盤としたうえで、各次元において考えられる食事支援の内容について、検討を行った。(表4-2-1)

食事支援の項目内容について、PEAPの8次元を基盤として検討し項目を列挙したところ、これまでに食事支援について視座を得た、「QOL」や「ICF」の視点も包含することができ、要介護高齢者に対する食事支援の指針として示すことが期待できるといえる。

しかしながら、ここで検討した項目内容については、「QOL」「ICF」「PEAP」の概念を応用したものであり、食事支援を非常に広義に捉えていることから、介護の実践現場の実情や、介護福祉士など介護職員の意識に及んでいないことも考えられる。

ここで検討した「食事支援の項目内容」を介護の実践現場に即したものとして示すには、食事支援の現状や、食事支援がもたらす効果や影響などを、介護福祉士がどのように認識しているかを明らかにすることが求められる。

そこで、次節では、本節で検討した「食事支援」を高めるうえで、重要な視点となると導き出した概念や項目を介護現場に従事する介護福祉士に示し、食事支援の現状と、食事支援のあり方やもたらす効果の認識や課題を明らかにし、食事支援の指針の構成について更なる考察を進める。

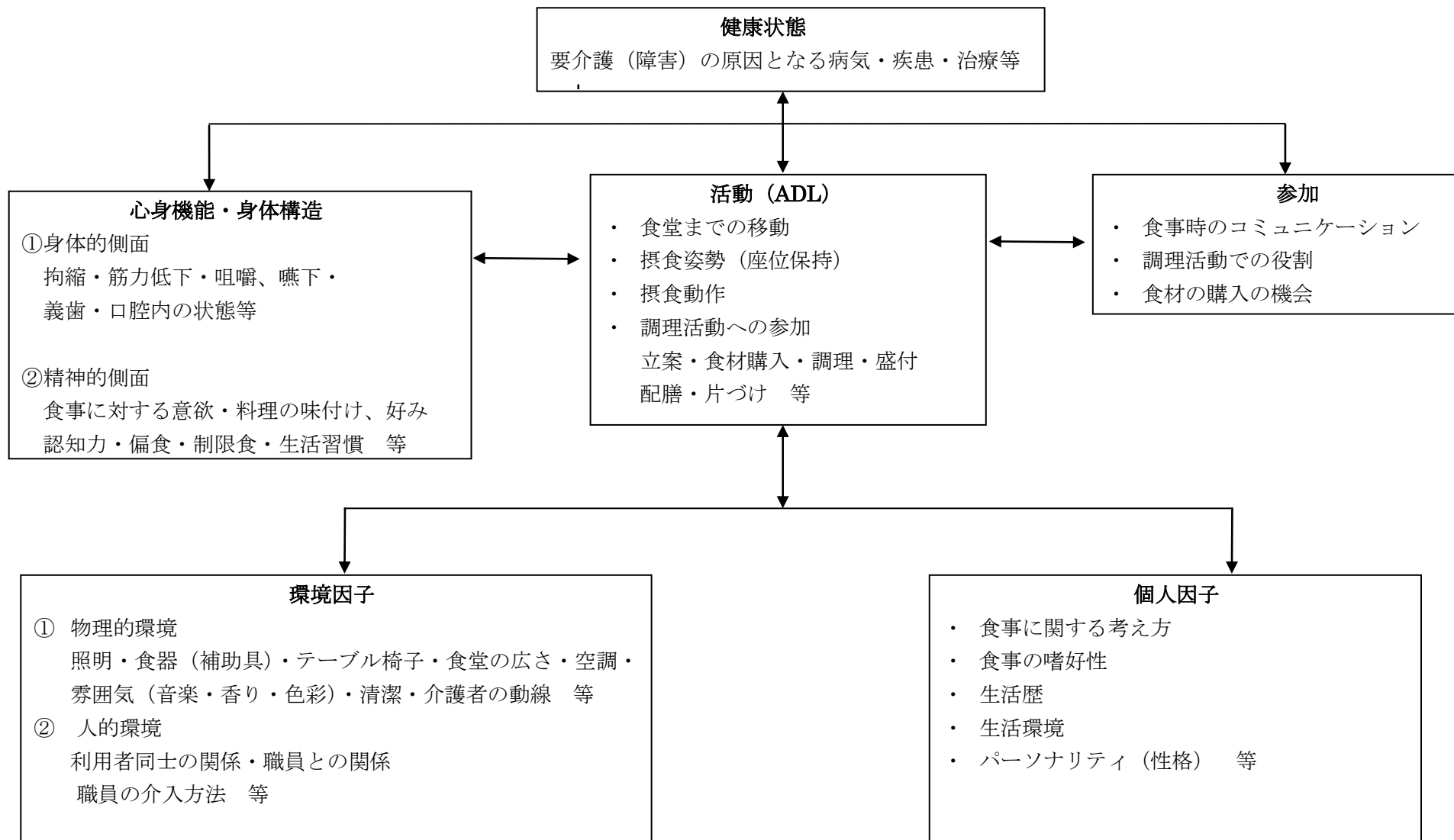


図 4-2-3 ICF モデルの視点からみた「食事支援」

出典：国際生活機能分類（ICF）WHO,2001 をもとに二瓶が作成

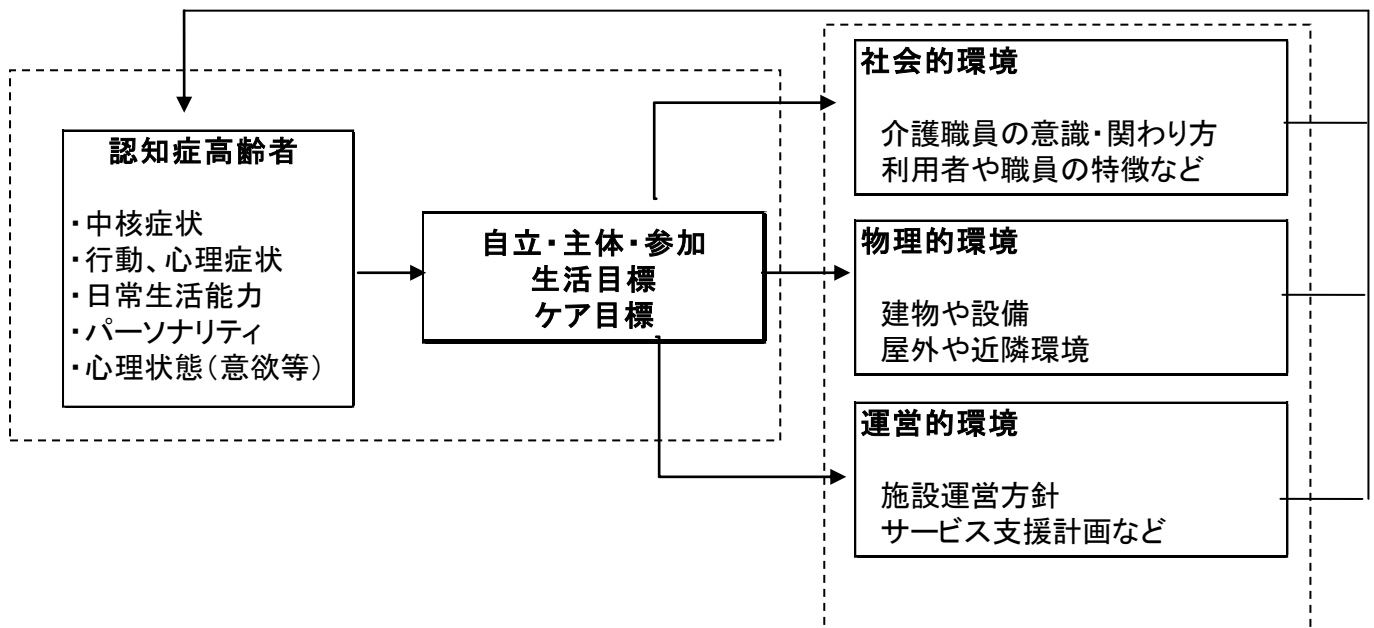


図 4-2-4 認知症高齢者を取り巻く施設環境

注) 中核症状：認知症の誰にでも起こる症状

(例:記憶障害・見当識障害・理解判断能力障害など)

行動、心理症状；個人差のある症状

(例：不安・うつ状態・幻覚・幻聴・徘徊・暴力など)

出典：児玉桂子ほか 高齢者の生活とその環境－認知症高齢者のための環境支援の考え方と手法－ ケアと環境委員会 をもとに二瓶が一部改変

表 4-2-1 PEAP を基盤とした食事支援指針の検討項目

PEAP (次元)	食事支援の指針として検討した項目
見当識 への支援	<p>食事の時間経過がわかる工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> →利用者にも見やすい時計を飾っている →利用者の生活リズムに合わせた時間に提供している →調理の際、利用者に調理の匂いが感じられる →調理の際、利用者に調理の音が聞こえる →食事の開始がわかる（挨拶） →食事の終了 <p>食事の時間的な感覚が持てるように、時間的な目印となる活動を設けている</p> <ul style="list-style-type: none"> →食事前の口腔体操を行っている <p>食事の内容を伝える工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> →メニューを発表・掲示・配布している →介助を要する利用者に、何を食べているのか等適切な声かけを行っている <p>「食事」であることを認識しやすいように、建設的・意識的に明確に区切りを行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> →食事専用のフロアがある <p>食事に適した雰囲気演出</p> <ul style="list-style-type: none"> →テーブルクロスなどの使用 →食卓の飾り物（不要な物を片付けている・食事に適した演出）
機能的 な能力 への支援	<p>利用者の身体・認知機能に適した食事の提供</p> <p>①食姿勢への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> →食事に適したテーブルが用意されている →利用者の身長・身体機能に合わせた椅子を用意している →車椅子利用者も椅子へ移乗している →介助者の位置・姿勢が適切である <p>②食リズムへの考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> →利用者の生活スタイルに適した時間に提供している →食事を口に運ぶタイミングに留意している（要介助） →食する順序に考慮している（要介助） →口の動きや呼吸機能を見ながら、適した速度で介助している（要介助） <p>③食行動への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> →利用者に適した補助器具を用意している →普通の食器（陶磁器・グラス・皿など）を使用している <p>④食事形態への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> →利用者に応じた食事量を提供している（残食がない） →利用者に応じて食事の形態に工夫をしている <p>調理活動の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> →利用者がメニューの立案に参加できる →食材の購入に参加できる →実際の調理を行っている（簡単な作業でも可） →盛り付け →食事に関わる準備を行える（使用する食器の選択など）

機能的な能力への支援	<ul style="list-style-type: none"> →自分で配膳を行う →自分で下膳を行う →後片付け（食器の洗浄） <p>キッチン、利用者の特性に配慮されたものである</p> <ul style="list-style-type: none"> →高さの調節可能な調理台を用意している →調理に必要な道具が入った収納庫に利用者が一人で接近可能である →利用者が希望したときに、キッチンが使用できる
環境における刺激の質と調整	<p>落ち着いて食事が摂ることが出来るよう、「音」への配慮がある</p> <ul style="list-style-type: none"> →BGMを流している →放送設備・テレビ・カートなどの音は調整されている・最小限に抑えている →職員の大声などで、フロアの雑音レベルを高めないように配慮している <p>食事に適した「視覚」への配慮がある</p> <ul style="list-style-type: none"> →窓の強い日差しをカーテンやブラインドで容易に調整できる →照明や窓からの日差しにより、ぎらぎらと光るところがない →食空間であることに配慮された照明器具を使用している →床・壁の装飾デザインは、食空間に適したものである <p>食事に適した「嗅覚」への配慮がある</p> <ul style="list-style-type: none"> →体臭や排泄などの匂いが食事時に広がっていることがない →食べ物の匂いは、食事の前後のみである <p>食卓の人数を少人数にグループ化している</p> <p>明暗や色彩のコントラストが強い床など、視覚的な混乱を招くパターンが存在しない</p> <p>トイレとの距離が適切である</p>
安心と安全への支援	<p>食事中の利用者を、職員が見守りしやすいような建物の構造になっている</p> <p>利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある</p> <p>利用者の自立支援（調理活動）と潜在的な危険予防の両方が備わっている</p> <ul style="list-style-type: none"> →キッチンの高さ →車椅子使用者に適した環境（配慮している） →調理器具の取り扱い（収納棚の高さ・認識しやすい配慮）
生活の継続性への支援	<p>利用者が入所前に使用していた食器を持ち込めるようにしている</p> <p>マイ箸・食器うい用意している</p> <p>利用者の嗜好や入所前の食生活などについて職員が情報を共有している</p> <p>利用者の嗜好や入所前の食生活をメニュー作りに反映させている</p> <p>個別の事情に応じたメニューの配慮をしている</p> <ul style="list-style-type: none"> →カロリー制限などがある者への配慮 <p>家庭的な食環境への配慮がある</p> <ul style="list-style-type: none"> →施設の機器は、食事中目のつきにくい場所に置かれている →メニューに応じて、食器に変化がある <p>利用者の家族が尋ねてきたときなど、個別に食事を摂れる場所がある</p> <p>利用者の事情に合わせて食事時間を変更できる</p> <ul style="list-style-type: none"> →個別に食事を摂る場合にも、温かい状態で提供している <p>職員は、食事に合わせた服装をしている</p> <p>利用者の食後の満足感を確認している</p> <p>利用者の食後の疲労感を確認している</p>

<p>自己選択 への支援</p>	<p>利用者の希望により、食事のメニューが決められるようにしている 利用者自身が、食事のメニューを選択出来るようにしている 外食や出前などの機会を設けている 調理活動に参加を希望する利用者全員が参加出来るようにしている 食事を取る場所を利用者が自由に決定出来るようにしている →食事を摂る場所 →座る場所 共有の冷蔵庫があり、利用者が自由に使用できるようにしている 調味料などは、利用者が自由に使用できるようにしている 食事時の照度や室温を利用者の意思で調整することが出来るようにしている 使用する食器などを利用者が決定出来るようにしている 食事の量を意思表示できるようにしている</p>
<p>ふれあいの 促進</p>	<p>利用者の数以上のいすが用意されている 交流が促進されるように食卓やいすを配置している 6人以上のものでなく、少人数のグループでも使用できる食卓を用意している さまざまなサイズの食卓を用意している 職員も利用者と一緒に食事を摂っている（共食） 職員は食事に適切な声掛けを行っている</p>

第3節 調査2：食事支援に関する意識調査

－介護福祉士を対象とした調査から－

1. 目的

介護施設に入所する要介護高齢者の介護サービス提供において、「食事」が、介護サービスの満足度や「QOL」に高い関連があり、食事支援の重要性が先行研究によって報告されていることを背景に、調査1では、グループホームを対象にした「食事」の実態調査を行った。調査1の調査結果より、食事における支援は、「調理活動」や食事を取り巻く「環境整備」の重要性も認識されていることが明らかとなった。

「調理活動」は、これまでグループホームを中心に実践されてきたが、大谷(2002)が、「認知症高齢者を対象とした『調理活動』に参加者のQOLを高める効果がある」¹¹⁰⁾ことを報告しており、特別養護老人ホームのユニット化に伴い、特養においても「調理活動」を実践出来る設計が図られ、実践が進んでいる。また、久野(2009)らは、「高齢者施設における住環境の整備も認知症高齢者のQOL概念の重要な要素」として、食事場面に適した環境設定の重要性¹¹¹⁾について報告している。さらに、神部(2002)は、入所施設において「利用者の食事支援に対する満足度は、職員の対応のあり方が重要な要因の一つである」¹¹²⁾ことを明らかにしている。

このように、食事支援は、「食事を介助」するといった直接的な介護(ケア)の概念に留まらず、介護を多角的な視点で捉えたうえで、利用者に適した支援を行うことが求められている。しかしながら、食事の満足度やQOLを高める事例研究は多数あるものの、介護職員の具体的な支援のあり方に関する研究は少ないのが現状であり、方法論の確立の必要性や¹¹³⁾吉田(2008)による「入所施設の食事関連満足度は、利用者本人による主観的満足度よりも職員の方が低く見積る傾向にある」¹¹⁴⁾といった指摘もみられる。

以上のことから、質の高い食事支援を提供するために、介護サービスを提供する介護職員の視点に立った食事支援の方法論を提言することは、介護の実践現場において急務な課題であるといえる。

そこで、前節で検討した、「食事支援」の質を高めるうえで、重要な視点となると導き出した項目をもとに、食事支援の現状と、食事支援のあり方や食事支援がもたらす効果の認識を介護福祉士に示して、食事支援をいかに捉えているかを検証していく。

さらに、食事支援のあり方を示す指針を提言することを最終目的として位置づけ、本調査結果から、食事支援の指針の構成概念に関する示唆を得ることを目的としている。

2. 方法

(1) 調査対象：2013年7月現在、岩手県内に登録されている特別養護老人ホーム132施設、グループホーム175施設（計307施設）。回答者は、「介護福祉士」の有資格者、各施設3名（計921名・無作為抽出）とした。有効回収数は188施設（61.2%）、「介護福祉士」の有資格者547名より回収、有効回答は541名（58.7%）であった。

(2) 調査期間：2013年8月3日～31日

(3) 調査方法：自記式質問紙調査票を郵送送付・郵送回収

(4) 倫理的配慮：依頼文書に研究の趣旨、倫理的配慮、研究以外の目的で使用しないことを記載し回答は任意記名式とし、個別に返信用封筒にて郵送回収とした

(5) 調査票作成のプロセス

本調査の調査項目（「現状」・「意識」の質問項目）は、「食事支援」を広義な視点で捉えるため、前節で考察した、食事支援と「QOL」「ICF」「PEAP」の概念の関連性を応用したものである。

調査で本調査票を用いるために、予備調査と共に調査項目の標記に関するヒアリングを介護福祉士に行うなど、検証を重ね作成した。

(6) 調査項目

①施設における「食事」の提供方法について

- 1) 厨房で調理後、介護職員が配膳
- 2) 調理の一部を介護職員が行う
- 3) 介護職員と利用者が調理を行う
- 4) その他

②回答者について

- 1) 年齢
- 2) 性別
- 3) 介護福祉士資格取得後の年数
- 4) 現在の勤務先における経験年数
- 5) 保有資格
- 6) 介護福祉士の資格取得ルート
- 7) 他の介護施設での勤務経験
- 8) 現在の施設への勤務に対する（職務内容）満足度
- 9) 「認知症」に関する研修の受講の有無

③実際の「食事支援」に関する「現状（実態）」について

次の質問項目それぞれに適する5段階評価を設定し、あてはまる数値1つの回答を求めた。

なお、「食事支援」・「食事」「自己実現」「QOL」「物理的な環境整備」などの用語については、それぞれ説明を標記し内容の統一を図った。

- 1) 実際の食事支援は QOL を高めている
- 2) 実際の食事支援は残存機能を高めている
- 3) 実際の食事支援は自己実現につながっている
- 4) 実際の食事支援において自己選択自己決定の場面がある
- 5) QOL を高めるためのチェックリストがある
- 6) QOL の視点からの食事支援に対する評価をしている
- 7) 食事支援の方法についての検討をしている
- 8) 食事支援の方法についての評価をしている
- 9) 摂食状況に合わせた提供をしている
- 10) 食事支援に適した「物理的な環境整備」をしている
- 11) 食事支援に適した「音」への環境整備をしている
- 12) 食事支援に適した「視覚」への環境整備をしている
- 13) 食事支援に適した「嗅覚」への環境整備をしている
- 14) 食事支援において、自助具や福祉用具を活用している
- 15) 食事を摂る際のテーブル・椅子の高さが適合している
- 16) 車椅子利用者は椅子へ移乗をしている

④ 介護福祉士としての「食事支援」のあり方や効果に対する「意識（イメージ）」について

次の質問項目それぞれに適する 5 段階評価を設定し、あてはまる数値 1 つの回答を求めた。

- 1) 食事支援は、利用者の「QOL」にどのくらい影響があると思うか
- 2) 食事支援は、利用者の「残存機能の維持・向上」をどのくらい図ることが出来ると思うか
- 3) 食事支援は、利用者の「自己実現」にどのくらい影響（関連）があると思うか
- 4) 食事支援は、利用者が「自己選択・自己決定」できる場面はどのくらいあると思うか
- 5) 食事支援の質を高めるためのチェックリストは必要だと思うか
- 6) 利用者の摂食状況に合わせた食事を提供することはどのくらい大事だと思うか
- 7) 「物理的な環境整備」への配慮はどのくらい大事だと思うか
- 8) 「音」への配慮はどのくらい大事だと思うか
- 9) 「視覚」への配慮はどのくらい大事だと思うか
- 10) 「嗅覚」への配慮はどれくらい大事だと思うか
- 11) 自助具や福祉用具の活用はどれくらい大事だと思うか
- 12) 利用者が「食事」を摂る際、テーブルや椅子の高さへの配慮はどれくらい大事だと思うか

⑤介護福祉士の食事支援の範囲について

以下の項目について、介護福祉士の食事支援の範囲としてあてはまる項目について回答を求めた。

- 1) 施設の物理的な環境整備
- 2) 食事に関する環境整備（雰囲気演出・清潔等）
- 3) 利用者との調理活動
- 4) 利用者に応じた自助具の用意
- 5) 利用者に応じた食事形態の判断
- 6) 生命維持・栄養確保
- 7) 利用者同士の交流の促進
- 8) 食事介助
- 9) 口腔ケア
- 10) その他

3. 結果

(1) 施設における「食事」の提供方法

提供方法は、「厨房で調理後、介護職員が配膳」が約半数（49.5%）で、次いで「調理の一部を介護職員が行う」（34.8%）であった。

(2) 回答者について

①年齢

平均年齢は38.2歳で、「30歳以上39歳未満」が169名（31.2%）で最も多く、次いで「20歳以上29歳未満」が142名（26.2%）、「40歳以上49歳未満」が119名（22.0%）であった

②性別

男性117名（21.6%） 女性424名（78.4%）

③「介護福祉士」取得後の年数

介護福祉士取得後の年数は「0年～4年」が242名（44.7%）「5年～9年」が168名（31.1%）で「0年～9年」の経験年数が約8割であった

④現在の施設における経験年数

現在勤務している施設における実務経験年数は、「0年～4年」が264名（44.8%）「5年～9年」が171名（31.6%）であった

⑤「介護福祉士」以外の保有資格

介護福祉士以外に保有している資格は、「ヘルパー2級」が241名（44.5%）と最も多く、次いで「介護支援専門員」が264名（12.8%）であった

⑥「介護福祉士」の資格取得ルート

介護福祉士の資格取得ルートは、国家試験受験が344名（63.6%）で、養成校出身者は197名（36.4%）であった。

養成校出身者のうち専門学校出身が156名（79.1%）で大学出身者は、8名（4.1%）であった。

⑦他の介護施設での勤務経験

現在の勤務以前に勤務していた施設については、「なし」が 251 名で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」が 143 名、「介護老人保健施設」が 74 名であった。

⑧現在の施設への勤務に対する（職務内容）満足度

現在の施設へ職務満足度は、「どちらともいえない」が 226 名(41.8%)、「まあまあ満足」が 217 名(40.1%)であった。

⑨「認知症」に関する研修の受講の有無

「認知症」に関する研修の受講の有無は、「ある」が 304 名(56.2%)、「なし」が 237 名(43.8%)で、半数以上に受講経験があった。

表 4-3-1 回答者について

n = 541

項目					
年齢	20～29歳	142人	(26.2%)	50～59歳	89人 (16.5%)
	30～39歳	169人	(31.2%)	60歳以上	15人 (2.8%)
	40～49歳	119人	(22.0%)	無回答	7人 (1.3%)
性別	男性	117人	(22.6%)		
	女性	424人	(78.4%)		
介護福祉士取得後の 経験年数	0～4年	242人	(44.7%)	15～19年	32人 (5.9%)
	5～9年	168人	(31.1%)	20～24年	6人 (1.1%)
	10～14年	87人	(16.1%)	無回答	6人 (1.1%)
現在の施設における 経験年数	0～4年	264人	(48.8%)	15～19年	29人 (5.4%)
	5～9年	171人	(31.6%)	20～24年	3人 (0.6%)
	10～14年	57人	(10.5%)	無回答	3人 (0.6%)
介護福祉士以外の 保有資格 (複数回答)	介護支援専門員	69人	(12.8%)	認知症ケア専門士	14人 (2.6%)
	社会福祉主事	57人	(10.5%)	ヘルパー 1 級	26人 (4.8%)
	福祉住環境 コーディネーター	17人	(3.1%)	ヘルパー 2 級	241人 (44.5%)
介護福祉士の 資格取得ルート (右列：養成校内訳)	実務経験から	344人	(63.6%)	高校	33人 (16.8%)
	養成校	197人	(36.4%)	専門学校	156人 (79.1%)
				大学	8人 (4.1%)
他の介護施設での 勤務経験 (複数回答)	なし	251人	(46.4%)	通所介護施設	52人 (9.6%)
	介護老人保健施設	74人	(13.7%)	短期入所生活介護	23人 (4.3%)
	介護療養型医療施設	16人	(3.0%)	通所リハビリテーション	14人 (2.6%)
	グループホーム	55人	(10.2%)	その他	52人 (9.6%)
	特別養護老人ホーム	143人	(26.4%)		
現在の施設へ職務満足度	かなり満足	30人	(5.5%)	あまり満足していない	49人 (9.1%)
	まあまあ満足	217人	(40.1%)	全く満足していない	12人 (2.2%)
	どちらともいえない	226人	(41.8%)	無回答	7人 (1.3%)
「認知症」に関する 講習の受講有無	ある	304人	(56.2%)		
	ない	237人	(43.8%)		

(3) 実際の「食事支援」に関する「現状（実態）」について

実際に提供している食事支援の「現状（実態）」に関する意識は、「⑨利用者の摂食状況に合わせて提供している」の項目で「十分している」「している」の回答が 88.3%と最も高い結果を示した。次いで「⑦食事支援の方法について検討している」「⑮食事を摂る際のテーブル・椅子の高さへの適合」「⑭利用者に適した自助具や福祉用具を活用している」の項目が示され、食事支援の内容について検討し、摂食状況に合わせて食事が提供されると共に食事摂取に関連する環境整備に配慮されている現状が示唆された。

一方で、最も低い評価を示した項目が「⑤食事支援の質(QOL)を高めるために作成されたチェックリストがある」で「十分ある」が 2.6%で、「ある」が 14.4%という結果であった。

次に「⑥QOLの視点からの食事支援に対する評価」「⑧食事支援の方法についての評価」の項目についての評価が低かった。

「⑦食事支援の方法についての検討」に対する回答が（「十分している」「している」）67.4%であるのに対し、「⑧食事支援の方法についての評価」（「十分している」「している」）は 30.2%に留まっており、食事支援のあり方や方法については、十分に評価されておらず、食事支援を評価するための指標やチェックリストを有している施設も少ない現状が明らかとなった。

また、食事支援がもたらすと考えられる効果「①実際の食事支援は QOL を高めている」「②実際の食事支援は残存機能を高めている」「③実際の食事支援は自己実現につながっている」に関する項目については「十分高めている」との回答の数値が総じて低く「どちらともいえない」との回答が約半数であった。（表 4-3-2）

表 4-3-2 食事支援の「現状」について 単位% n = 541

項目	1	2	小計	3	4	5
⑨ 摂食状況に合わせて提供している	31.8	56.5	88.3	9.4	1.9	0.4
⑦ 食事支援の方法について検討をしている	10.5	56.7	67.2	19.0	11.8	2.0
⑮ 食事を摂る際のテーブル・椅子の高さへの適合	10.2	48.1	58.3	25.1	11.8	4.8
⑭ 食事支援における自助具や福祉用具の活用	10.1	48.1	58.2	25.1	11.9	4.8
⑫ 食事支援に適した「視覚」への環境整備	7.8	44.9	52.7	36.0	10.2	1.1
⑩ 食事支援に適した「物理的な環境整備」	7.2	42.0	49.2	39.7	10.0	1.1
⑬ 食事支援に適した「嗅覚」への環境整備	8.1	40.9	49.0	37.0	12.0	2.0
⑯ 車椅子利用者の椅子への移乗	22.2	19.6	41.8	11.8	23.8	22.6
② 実際の食事支援は残存機能を高めている	5.0	34.0	39.0	46.0	13.7	1.3
⑪ 食事支援に適した「音」への環境整備	4.8	33.8	38.6	38.3	18.3	4.8
③ 実際の食事支援は自己実現につながっている	7.9	27.7	35.6	46.6	16.3	1.5
④ 実際の食事支援において自己選択自己決定の場面がある	5.4	25.3	30.7	36.0	30.9	2.4
① 実際の食事支援はQOLを高めている	3.9	26.4	30.3	52.5	15.5	1.7
⑧ 食事支援の方法について評価をしている	6.0	24.2	30.2	34.3	29.6	5.9
⑥ QOLの視点から食事支援を評価している	3.0	16.1	19.1	26.0	34.9	20.0
⑤ QOLを高めるためのチェックリストがある	2.6	14.4	17.0	18.1	32.9	32.0

注 1) 項目について

1:十分している 2:している 3:どちらともいえない 4:あまりしていない
5:全くしていない など、それぞれの項目にあてはまる 5段階評価を設定

注 2) 回答の「1」と「2」の割合を算出し、割合の高い項目順に抽出

(4)「食事支援」の「現状」に関するグループホームと特別養護老人ホームの比較
グループホームと特養との「食事支援」の「現状」に関する評価を比較するために、項目ごとに t 検定を行った。

「①食事支援は QOL を高めている」(t(534)=7.85, $p<0.01$)、「②食事支援は残存機能を高めている」(t(533)=7.04, $p<.001$)、「③食事支援は自己実現につながっている」(t(534)=6.17, $p<.001$)、「④食事支援において自己選択自己決定の場面がある」(t(532)=2.16, $p<.05$)、「⑩食事支援に適した物理的な環境整備」(t(539)=3.46, $p<.001$)、「⑪食事支援に適した「音」への環境整備」(t(539)=4.49, $p<.001$)、「⑫食事支援に適した「視覚」への環境整備」(t(539)=3.22, $p<.001$)「⑬食事支援に適した「臭覚」への配慮」(t(539)=2.44, $p<.001$)「⑯車いす利用者の椅子への移乗」(t(526)=6.79, $p<.05$)では、グループホームの評価が特養の評価に比べて優位に高かった。一方、「⑭自助具や福祉用具の活用」(t(539)=5.75, $p<.001$)「⑮テーブルの高さの適合」(t(539)=3.26, $p<.001$)では、グループホームの評価に対して、特養の評価が有意に高かった。

「⑤QOL を高めるためのチェックリストがある」「⑥QOL の視点から食事支援を評価をしている」「⑦食事支援の方法について検討をしている」「⑧食事支援の方法について評価をしている」「⑨摂食状況に合わせた提供している」においては、グループホームと特養の評価に有意の差を認めなかった (表 4-3-3)

表 4-3-3 「食事支援」の現状における t 検定の結果 n = 541

NO.	項目	グループホーム n=303		特別養護老人ホーム n=238		t 値	
		平均	SD	平均	SD		
①	実際の食事支援はQOLを高めている	2.63	0.79	3.13	0.68	7.85	***
②	食事支援は残存機能を高めている	2.52	0.82	2.98	0.71	7.04	***
③	食事支援は自己実現につながっている	2.56	0.89	3.00	0.77	6.17	***
④	実際の食事支援において自己選択自己決定の場面がある	2.92	0.98	3.09	0.86	2.16	*
⑤	QOLを高めるためのチェックリストがある	3.73	1.16	3.83	1.06	1.01	
⑥	QOLの視点から食事支援を評価をしている	3.54	1.10	3.51	1.03	0.30	
⑦	食事支援の方法について検討をしている	2.37	0.88	2.40	0.92	0.37	
⑧	食事支援の方法について評価をしている	3.04	1.04	3.07	0.95	0.28	
⑨	摂食状況に合わせた提供している	1.78	0.67	1.88	0.73	1.71	
⑩	食事支援に適した「物理的な環境整備」をしている	2.45	0.78	2.69	0.82	3.46	***
⑪	食事支援に適した「音」への環境整備をしている	2.69	0.89	3.05	0.96	4.49	***
⑫	食事支援に適した「視覚」への環境整備をしている	2.42	0.78	2.65	0.84	3.22	***
⑬	食事支援に適した「嗅覚」への環境整備をしている	2.51	0.83	2.69	0.91	2.44	*
⑭	食事支援における自助具や福祉用具の活用	2.74	1.02	2.27	0.83	5.75	***
⑮	食事を摂る際のテーブル・椅子の高さへの適合	3.06	1.04	2.77	1.03	3.26	***
⑯	車椅子利用者の椅子への移乗	2.67	1.49	3.50	1.39	6.79	***

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

(5) 「食事支援」のあり方や効果に関する「意識（イメージ）」について

食事支援のあり方や効果に関する「意識（イメージ）」は、総じてどの項目も「非常に思う」「思う」の回答が高い数値を示し、「介護福祉士」資格を保有する職員は、食事支援における効果や重要性を高く認識している傾向にあることが示唆された。

特に、「⑫利用者が「食事」を摂る際のテーブルや椅子の高さへの配慮」「⑥利用者の摂食状況に合わせた食事を提供すること」の項目で、「非常に思う」「思う」の回答が約 98.0%にのぼった。他に「②食事支援は、残存機能の維持向上をどのくらい図ることができるか」「③食事支援は、自己実現に影響があると思うか」の項目においても、「非常に思う」「思う」の回答が 90%を越える結果となった。

一方で、「⑤QOL を高めるためのためのチェックリストは必要だと思うか」については、「非常に思う」が 19.8%「思う」が 45.8%「どちらともいえない」が 24.8%と続き、他の項目に対して回答にばらつきがみられる結果となった。(表 4-3-4)

表 4-3-4 「食事支援」のあり方や効果に対する「意識」 単位:% n = 541

項目	1	2	小計	3	4	5
⑫ テーブル椅子の高さへの配慮はどのくらい大事だと思いますか	65.8	32.5	98.3	1.7	0.0	0.0
⑥ 摂食状況に合わせた提供は大事だと思いますか	71.3	26.3	97.6	1.5	0.9	0.0
⑪ 自助具や福祉用具の活用はどのくらい大事だと思いますか	51.0	42.9	93.9	5.5	0.6	0.0
⑩ 嗅覚への配慮はどのくらい大事だと思いますか	42.3	51.4	93.7	5.8	0.5	0.0
① 食事支援は残存機能の維持向上にどれくらい影響あると思いますか	45.1	47.7	92.8	6.7	0.5	0.0
② 食事支援は自己実現に影響があると思いますか	44.4	47.7	92.1	7.0	0.7	0.2
⑦ 物理的な環境への配慮は大事だと思いますか	37.2	54.3	91.5	7.8	0.7	0.0
⑨ 視覚への配慮はどのくらい大事だと思いますか	36.8	53.2	90.0	8.1	1.9	0.0
③ 食事支援は自己選択自己決定の場面があると思いますか	35.3	49.7	85.0	13.9	1.1	0.0
⑤ 食事支援はQOLにどれくらい影響があると思いますか	46.2	36.8	83.0	13.1	3.2	0.7
⑧ 音への配慮はどのくらい大事だと思いますか	27.4	52.8	80.2	17.6	2.2	0.0
④ QOLを高めるためのチェックリストは必要だと思いますか	19.8	45.8	65.6	24.8	8.7	0.9

注 1) 項目について

1:非常に思う 2:思う 3:どちらともいえない 4:ないと思う 5:全くないと思う

注 2) 回答の「1」と「2」の割合を算出し、割合の高い項目順に抽出

(6) 「食事支援」のあり方や効果に対する「意識」に関するグループホームと特別養護老人ホームの比較

グループホームと特養との「食事支援」の「意識」に関する評価を比較するために、項目ごとに t 検定を行った。

「②食事支援は残存機能の維持向上にどれくらい影響があると思いますか」(t(520) = 2.65, p<.01) 「③ 食事支援は自己実現に影響があると思いますか」(t(538)=1.99, p<.05)では、グループホームの評価が特養の評価に比べて有意に高かった。一方、「⑪自助具や福祉用具の活用はどのくらい大事だと思いますか」(t(533)=2.60, p<.01)では、グループホームの評価に比べて特養の評価が有意に高かった。その他の項目については、グループホームと特養の評価に有意の差を認めなかった。(表 4-3-5)

表 4-3-5 「食事支援」のあり方や効果に関する「意識」の t 検定の結果 n = 541

NO.	項目	グループホーム n=303		特別養護老人ホーム n=238		t 値
		平均	SD	平均	SD	
①	食事支援はQOLにどれくらい影響があると思いますか	1.76	0.88	1.75	0.81	0.15
②	食事支援は残存機能の維持向上にどれくらい影響あると思いますか	1.56	0.63	1.70	0.60	2.65 **
③	食事支援は自己実現に影響があると思いますか	1.60	0.66	1.71	0.65	1.99 *
④	食事支援は自己選択・自己決定の場面があると思いますか	1.77	0.69	1.86	0.71	1.56
⑤	QOLを高めるためのチェックリストは必要だと思いますか	2.25	0.92	2.26	0.87	0.11
⑥	摂食状況に合わせた提供は大事だと思いますか	1.30	0.55	1.34	0.54	0.76
⑦	物理的な環境への配慮は大事だと思いますか	1.72	0.62	1.73	0.64	0.19
⑧	音への配慮どのくらい大事だと思いますか	1.94	0.72	1.95	0.74	0.20
⑨	視覚への配慮はどのくらい大事だと思いますか	1.75	0.66	1.75	0.69	0.50
⑩	嗅覚への配慮はどのくらい大事だと思いますか	1.69	0.61	1.59	0.60	1.77
⑪	自助具や福祉用具の活用はどのくらい大事だと思いますか	1.62	0.66	1.48	0.57	2.60 **
⑫	テーブル椅子の高さへの配慮はどのくらい大事だと思いますか	1.40	0.52	1.32	0.50	1.84

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

⑤ 介護福祉士の食事支援の範囲について

介護福祉士としての食事支援の範囲については、「食事介助」「食事に関する環境整備（雰囲気演出・清潔等）」「食事形態の判断」は共通認識として図られている傾向にあるものの、全体の項目で概観すると、介護福祉士の食事支援の範囲として捉えている項目には、ばらつきがみられる傾向にあった。（表 4-3-6）

表 4-3-6 介護福祉士としての食事支援の範囲

	n	%
物理的な環境整備	217	6.5
食事に関する環境整備	429	12.8
利用者との調理活動	326	9.7
自助具の用意	372	11.1
食事形態の判断	423	12.6
生命維持栄養確保	285	8.5
利用者同士の交流促進	335	10.0
食事介助	485	14.4
その他具体的	11	0.3
合計		100.0

4. 考察

本調査結果より、介護現場にて中心的な役割を担う介護福祉士資格保有者は、「摂食状況に適した食事提供」や「自助具や福祉用具」の重要性が高く意識され、多くの現場で実践されている現状が明らかとなった。

①介護福祉士の捉える食事支援の「現状」について

食事支援の「現状」において、「車椅子利用者の椅子への移乗」に関する項目は、「十分している」「している」との回答が41.8%に対して「あまりしていない」「全くしていない」が46.4%と、回答にばらつきがみられ、施設毎に食事姿勢への認識に違いがあることが分かった。

調査1の管理者・施設長を対象とした実態調査では「車椅子利用者の椅子への移乗」について、管理者の76.5%が「実施している」と回答している。本調査におけるグループホームに勤務する介護福祉士の回答を抽出すると、「十分している」「している」との回答は、53.1%に留まっていた。つまり、管理者と実践現場の介護福祉士の認識には、違いが生じていることも示唆された。

また、「十分している」「している」の評価が低い項目になるにつれて、「どちらともいえない」という回答が高い傾向にあった。これは、「入所施設の食事関連満足度は、利用者本人による主観的満足度よりも職員の方が低く見積る傾向にある」との指摘¹¹⁵⁾や、介護職員の介護サービスに対する評価は利用者の評価よりも相対的に低い傾向にある¹¹⁶⁾ことにも関連し、自分たちの介護実践の意義や効果等に対する肯定感が低いことが考えられる。

食事支援の実践の方法について、評価を実施している施設・実践内容を振り返るためのチェックリストなどを有している施設が少数ある一方で、半数以上の職員が、「あまりしてない」と捉えていることも明らかとなった。

こうした介護現場の現状は、介護職員の介護に対する不平・不満要素として「利用者にとって適切なケアが来ているか不安」が最多として挙げられている¹¹⁷⁾背景にも関連していると考えられ、介護実践のあり方や方法論・評価などについて検証することが出来るツールなどの必要性が改めて明らかとなった。

②介護福祉士が「意識」している食事支援の意義について

食事支援がもたらす効果や影響については、総じてどの項目も重要性が高く認識されていることが明らかとなった。

食事支援において「環境整備」を捉える場合、利用者個人・もしくは職員が食事介助時に使用する際の「自助具」や「福祉用具」といった利用者の摂食に直接関わる範囲だけでなく、「視覚」「嗅覚」への環境整備なども認識されていた。食事支援における「環境整備」の意味する範囲は広義となり、「環境整備」の重要性も意識されていることが明らかとなった。

「意識」について回答を求めた項目のなかでも「QOLを高めるためのチェックリストの必要性」や「食事支援はQOLにどれくらい影響があるか」に対する認識は他の項目と比較すると低い割合を示していた。

食事支援は、要介護高齢者の QOL を高める要因の 1 つであることが先行研究によって報告されており、研究者によって食事支援の重要性が指摘されている一方で、実践現場では、食事支援と QOL の関連性に対する意識は低い傾向にあることが分かった。

つまり、介護現場に従事する介護職員への、食事支援と QOL の関連性に関する啓発と、QOL を高めるための具体的なケアのあり方を示し、実践していることが求められていると考えられる。

③施設種別による「食事支援」に関する評価の比較について

実際に提供している「食事支援」に関する「現状」の評価については、グループホームの評価の方が特養の評価と比較して有意に高い傾向にあった。食事支援のもたらす効果として期待される「QOL」や「残存機能」「自己実現」「自己選択・自己決定」に関する項目が特養と比較してグループホームの方が高い評価を示すことは、調査 1 の調査結果から明らかになったとおり、グループホームにおける食事支援は、「調理活動」の実践やそれに伴う一連の行為（利用者が希望するメニューの反映や食材の購入、施設栽培等）など、食事支援の範囲が広く、職員と利用者が共同して調理活動などを行うことが、提供している食事支援の現状に対する評価につながったものと考えられる。また、食事支援に関する「環境整備」についても、グループホームの評価が高く、グループホームでは、「環境」といった側面にも配慮されている傾向が示唆された。

「食事支援」のあり方や食事支援に期待される効果に関する「意識」については、12 項目中 9 項目において、グループホームと特養の有意な差は認められず、「介護福祉士」としての意識には種別による大きな違いはみられないことが明らかとなった。食事支援における「自助具や福祉用具の活用」に関する意識は、特養の方が有意に高く、「現状」に関する評価でも「自助具や福祉用具」に関しては高かった。特養では、グループホームと比較し介護度が重度化していることも考えられ、自助具や福祉用具に対する意識と、活用が図られているものと考えられる。

④介護福祉士の捉える「食事支援」と課題について

食事支援のあり方や、食事支援がもたらす効果（意識）については、総じて高い割合を示している一方で、食事支援の「現状」における評価は低く認識していることが明らかとなった。

特に、介護保険制度の理念であり、介護サービス提供の目指す目標ともなる「残存機能の維持・向上」「自己実現」「QOL」といったキーワードと食事支援の影響の関連性については、影響があると「意識」されているものの、実際の食事支援におけるこれらへの「評価」は、低い傾向を示していた。

つまり、介護福祉士の捉えている食事支援の「現状」と「意識」の評価には違いがあることが明らかとなった。こうした背景には、7 割以上の介護福祉士が、介護現場で実際に提供する介護サービスについて「検討」はしていると捉えているものの、提供したサービスの効果や支援のあり方について十分に検証・評価していると捉えている介護福祉士が 3 割弱である調査結果が反映しているものと考えられる。「検討」をし、実践するものの、実践のあり方について検討するまでに至っておらず、さらにこうし

た傾向は、グループホーム・特養、種別に関係ないことも明らかとなった。また、介護福祉士としての食事支援の範囲への認識は、介護福祉士有資格者間において認識にばらつきがみられる傾向にあり、広がりを見せる食事支援へのあり方への共通認識を図ることも課題として示された。

介護福祉士は、食事支援の重要性や、食事支援がもたらす効果を高く認識しており、検討している食事支援の指針の構成概念は、介護福祉士の認識に沿ったものであることが示唆された。

今回の調査において、調査項目とした内容について、更なる検証を進め、介護福祉士の食事支援への認識を実践する具体的なケアのあり方を示すことで、介護現場の食事支援の更なる質の向上に寄与することが期待される。また、食事支援に対する共通認識を図ることで、介護福祉士の専門性や独自性を示すことも期待される。

さらに、職員の立場に立ち介護のあり方を示すことで、介護実践の指標と共に、離職の理由として挙げられている「職場の理念や運営のあり方に対する不満」「利用者への適切なケアが出来ているか不安」といった要因への解消の一助となることも期待される。

第5章 食事支援の指針提言に向けて

前章では、要介護高齢者における食事支援の指針と示す項目について考察を行い、介護福祉士として勤務する有資格者に食事支援に関する意識調査を実施した。本章では、これまでに実施した調査結果をもとに、介護福祉士の有資格者に質問紙調査を実施し、食事支援の指針の提言に向けた分析を行う。

第1節 調査3：食事支援の指針に関する調査と結果の概要

1. 目的

第4章第3節の調査結果をもとに作成した、食事支援の指針を示す具体的な項目として検討した80項目について、介護現場に従事する介護福祉士の有資格者に質問紙調査を実施する。食事支援の指針を示した項目のなかでも、重要視されていない傾向にある項目について因子分析を行い構造を概観することで、食事支援における課題を明らかにする。また、食事支援の指針の具体的内容について、単純平均値の分布を確認して提言を行う。

2. 方法

(1) 調査対象：2014年7月現在、岩手県内に登録されている特別養護老人ホーム154施設、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）191施設（計345施設）

回答者は、介護福祉士の有資格者、各施設3名（計1035名・無作為抽出）とした。

有効回収数は、240施設（有効回答率69.5%）、「介護福祉士」の有資格者645名より回収、有効回答は、640名（61.8%）であった。

(2) 調査期間：2014年10月5日～25日

(3) 調査方法：自記式質問紙調査票を郵送送付・郵送回収

(4) 回収方法：調査対象者は調査票に回答後、個別に封筒を厳封し、担当者が回収するとともに、調査票3部を一括返送とした

(5) 倫理的配慮：依頼文書に研究の趣旨、倫理的配慮、研究以外の目的で使用しないことを記載し回答は任意記名式とし、個別に返信用封筒にて郵送回収とした

(6) 調査項目

①回答者について

- 1) 性別
- 2) 年齢
- 3) 介護福祉士資格取得後の経験年数
- 4) 保有資格

②施設概要

施設種別

- 1) 特別養護老人ホーム
- 2) グループホーム

施設における「食事」の提供方法について

- 1) 厨房で調理後、介護職員が配膳
- 2) 調理の一部を介護職員が行う
- 3) 介護職員と利用者が調理を行う
- 4) その他

(7) 食事支援の指針の項目について

次の質問項目それぞれに適する5段階評価を設定し、あてはまる数値1つの回答を求めた

調査時は、各カテゴリーの見出し(例①食事認識への支援)などの標記をせず、1つのカテゴリーと分かるよう線引きしたうえで、調査項目のみ記載した。

①食事認識への支援について

- 1) 利用者にも見やすい時計を飾る
- 2) 利用者の生活リズムに合わせた時間に食事を提供する
- 3) 調理の際、利用者に調理の匂いが感じられる
- 4) 調理の際、利用者に調理の音が聞こえる
- 5) 食事の開始の時間がわかる
- 6) 食事前の口腔・嚥下体操を行う
- 7) 食事のメニューを発表・掲示・配布する
- 8) 介助を要する利用者に、何を食べているのか等適切な声かけを行う
- 9) 介助を要する利用者・食事ペースが同じ利用者などをグループ化する
- 10) 食卓の人数を少人数にグループ化する
- 11) 食卓の飾り物に配慮する(不要な物を片付けている・食事に適した演出)

②機能的な能力の支援について

②-1 食姿勢への配慮

- 12) 食事に適した高さ・形のテーブルを用意する
- 13) 利用者の身長・身体機能に合わせた椅子を用意する
- 14) 車椅子利用者も椅子へ移乗する
- 15) 介助者が正しいポジショニング(位置・姿勢)を取る

②-2 食リズムへの考慮

- 16) 口の動きや呼吸機能を見ながら、適した速度で介助（要介助）する
- 17) 食する順序に考慮（要介助）し介助する
- 18) 食事介助中、不用意な声かけを行わない（飲み込みの最中など）

②-3 食行動への配慮

- 19) 利用者の特性に適した、補助器具を用意する（自助具の活用）
- 20) 利用者の特性に適した、食器（陶磁器の食器・介護用食器）を用意する

②-4 食事形態への配慮

- 21) 利用者の特性に適した、食事量を提供する（残食がない）
- 22) 利用者の特性に適した、食事形態（刻み食など）に工夫をする

②-5 調理活動実践への配慮

- 23) 利用者の残存能力に合わせて、調理活動を実践する
- 24) 利用者が、メニューの立案に参加する（一部でも可）
- 25) 利用者が、食材を購入できる機会を設定する
- 26) 利用者が、実際の調理を行う（簡単な作業でも可）
- 27) 利用者が盛り付けに参加する（簡単な作業でも可）
- 28) 利用者が、食事に関わる準備を行う（使用する食器の選択など）
- 29) 利用者が、配膳を行う（職員と共にでも可）
- 30) 利用者が、下膳を行う（職員と共にでも可）
- 31) 利用者が、食器の洗浄・お盆拭きなど後片付けを行う（簡単な作業でも可）
- 32) 高さの調節可能な調理台を用意する
- 33) 車椅子利用者も調理活動に参加できる環境が整備されている
- 34) 利用者の特性に適した、調理器具を用意する
- 35) 利用者が希望したときに、キッチンが使用できる

③環境における刺激と質の調整について

③-1 音への配慮

- 36) 食事に合わせたBGMを流す
- 37) 放送設備・テレビ・カートなどの音量を調整し・最小限に抑える
- 38) 職員の大声などで、フロアの雑音レベルを高めないように配慮する
- 39) 職員は食事に適切な話題や声かけを行う

③-2 視覚への配慮

- 40) 食事が集中できるように、テレビなど食事以外の刺激へ配慮する
- 41) 食事中、照明や窓からの日差しにより、ぎらぎらと光るところがない
- 42) 食空間であることに配慮された照明器具を使用する
- 43) 食空間に適した、床・壁の装飾デザインにする

③－3 嗅覚への配慮

- 44) 体臭や排泄などの匂いが食事時に広がっていることがない
- 45) 食べ物の匂いは、食事の前後のみである
- 46) トイレと食空間の距離が適切である

④ 安心と安全への支援について

- 47) 食事中の利用者を、職員が見守りしやすいような建物の構造になっている
- 48) 職員が、利用者の誤飲・誤嚥への対応知識・技術を持っている
- 49) 利用者の誤飲・誤嚥に対応出来るよう吸引器などを常備している
- 50) 食事中、傾眠などをする利用者への支援を検討する（服薬の状態など）
- 51) 利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある
- 52) 調理器具の取り扱い（収納棚の高さ・認識しやすい配慮）に配慮されている

⑤ 生活の継続性への支援について

- 53) 利用者が入所前に使用していた食器を持ち込める
- 54) 利用者個人の箸・食器を用意する
- 55) 利用者の嗜好や入所前の食生活などについて職員が情報を共有する
- 56) 利用者の嗜好や入所前の食生活をメニュー作りに反映する
- 57) 個別の事情に応じたメニューへの配慮をする
- 58) カロリー制限などがある者への配慮をする（見た目・食事内容等）
- 59) 家庭的な食環境（雰囲気作りなど）への配慮をする
- 60) 食事に関係のない機器等は、食事中目のつきにくい場所に置く
- 61) メニューに応じて、食器に変化がある
- 62) 利用者の家族が尋ねてきたときなど、個別に食事を摂れる場所がある
- 63) 利用者の事情に合わせて食事時間を変更できる
- 64) 個別に食事を摂る場合にも、温かい状態で提供する
- 65) 職員は、食事に合わせた服装をする
- 66) 利用者の食後の満足感を確認する
- 67) 利用者の食後の疲労感を確認する

⑥ 自己選択への支援について

- 68) 利用者自身が、食事のメニューを（一部でも）選択することができる機会がある
- 69) 外食や出前などの機会がある
- 70) 食事を取る場所を利用者が自由に決定することができる
- 71) 食事を取るための座席を利用者が自由に決定することができる
- 72) 共有の冷蔵庫があり、（職員が管理している範囲で）利用者が自由に使用できる
- 73) 調味料などは、（職員が管理している範囲で）利用者が自由に使用できる
- 74) 食事時の照度や室温を利用者の意思で調整することが出来る

75) 利用者が、食事の量を意思表示出来る

⑦ふれあいの促進について

76) 利用者の数以上のいすを用意する

77) 交流が促進されるように食卓や椅子の配置に配慮する

78) 6人以上のものでなく、少人数のグループでも使用できる食卓を用意する

79) さまざまなサイズの食卓を用意する

80) 職員も利用者と一緒に食事を摂る（共食）

3. 結果の概要

(1) 回答者について

①性別

男性 144 名 (23.2%) 女性 476 名 (76.8%)

②年齢

平均年齢は 38.7 歳で、「30 歳以上 39 歳未満」が 193 名 (31.1%) で最も多く、次いで「20 歳以上 29 歳未満」が 159 名 (25.6%)、「40 歳以上 49 歳未満」が 127 名 (20.4%) であった

③「介護福祉士」取得後の年数

介護福祉士取得後の平均年数は、7.3 年であった

④「介護福祉士」以外の保有資格（複数回答）

介護福祉士以外に保有している資格は、82 名が「介護支援専門員」を所持しており、調理師の資格保有者が 15 名であった

⑤施設種別について

グループホーム 310 名 (50.0%) で、特別養護老人ホームが 310 名 (50.0%) であった

⑥施設における「食事」の提供方法

「厨房で調理後、介護職員が配膳」が約半数の 48.3% で、次いで「介護職員と利用者が調理を行う」が 32.0% であった

4. 食事支援の指針における課題の分析（分析1）

食事支援の指針として示した項目のなかで、重要視されていない傾向にある項目について因子分析を行い、構造を概観することで、食事支援における課題の分析を試みた。

食事支援の指針として作成した 80 項目について、「とても重要である」「まあまあ重要である」「どちらともいえない」「あまり重要でない」「全く重要でない」の 5 段階評価の回答を求めた。80 項目に対する回答を集計し、平均値、標準偏差、及び天井効果とフロア効果について算出した。

なお、「項目 1」「項目 2」「項目 3」「項目 4」「項目 5」「項目 6」「項目 8」「項目 12」「項目 13」「項目 15」「項目 16」「項目 17」「項目 18」「項目 19」「項目 20」「項目 21」「項目 22」「項目 23」「項目 31」「項目 38」「項目 39」「項目 44」「項目 46」「項目 47」「項目 48」「項目 49」「項目 50」「項目 53」「項目 54」「項目 55」「項目 56」「項目 57」「項目 58」「項目 59」「項目 60」「項目 61」「項目 62」「項目 63」「項目 64」「項目 66」「項目 67」「項目 68」「項目 69」「項目 75」「項目 77」「項目 80」の 46 項目については天井効果がみられた。（表 5-1-1）

（4）食事支援指針の分析

80 項目のうち、表 5-1-1 により天井効果がみられた 46 項目を除いた 34 項目について主因子法による因子分析を行った。回転法にプロマックス法を用いて分析を行い、表 5-1-3 に示される初期の固有値が得られた。固有値の前後の差の変化とスクリープロットの変化から、因子数を 3 因子として、回転法にプロマックス法を用いて第 2 回目の因子分析を行い、表 5-1-4 の結果を得た。ここで、「項目 14」「項目 7」「項目 9」「項目 52」「項目 10」「項目 79」「項目 78」「項目 76」のように因子負荷量が概ね 0.4 以下の項目の 8 項目を除外し、3 回目の因子分析を行うことにより、表 5-1-5 の結果を得ることができた。以上により、因子分析の結果 3 つの因子が析出され、初期の固有値の累積は、46.8%（表 5-1-6）であった。

表 5-1-1 天井効果とフロア効果の測定

項目	平均値	標準偏差	平均+SD (>5=天井効果)	平均-SD (<5=フロア効果)
項目1 見やすい時計を飾る	4.545	0.530	5.075	4.015
項目2 生活リズムに合わせた時間に食事を提供	4.585	0.540	5.125	4.046
項目3 調理の際、匂いが感じられる	4.569	0.533	5.103	4.036
項目4 調理の際、音が聞こえる	4.394	0.612	5.006	3.781
項目5 食事の開始の時間がわかる	4.452	0.582	5.033	3.870
項目6 食事前の口腔・嚥下体操を行う	4.660	0.507	5.167	4.153
項目7 食事のメニューの発表・掲示・配布	4.331	0.650	4.980	3.681
項目8 要介助者への適切な声かけ	4.798	0.417	5.216	4.381
項目9 身体・摂食状況に合わせて利用者のグループ化	3.918	0.761	4.679	3.156
項目10 食卓の人数を少人数にグループ化	3.703	0.823	4.526	2.880
項目11 食卓の飾り物への配慮	4.390	0.590	4.980	3.800
項目12 食事に適したテーブルを用意	4.856	0.369	5.225	4.488
項目13 利用者の身長・身体機能に合わせた椅子を用意	4.832	0.395	5.227	4.437
項目14 車椅子使用者の椅子への移乗	4.242	0.714	4.956	3.528
項目15 介助者の正しいポジショニング (位置・姿勢)	4.818	0.399	5.216	4.419
項目16 要介助者への適した速度での介助	4.932	0.270	5.202	4.662
項目17 食する順序に考慮した介助	4.674	0.499	5.173	4.175
項目18 不用意な声かけを行わない	4.635	0.508	5.143	4.128
項目19 補助器具を用意 (自助具の活用)	4.768	0.430	5.198	4.338
項目20 食器 (陶磁器の食器・介護用食器) を用意	4.742	0.449	5.191	4.293
項目21 適切な食事量を提供	4.511	0.564	5.075	3.947
項目22 適切な食事形態への工夫	4.865	0.352	5.216	4.513
項目23 残存能力に合わせた調理活動の実践	4.558	0.558	5.116	4.000
項目24 メニューの立案への参加 (一部でも可)	4.269	0.593	4.863	3.676
項目25 食材を購入できる機会の設定	4.087	0.729	4.816	3.358
項目26 実際の調理を行う (簡単な作業でも可)	4.363	0.606	4.969	3.757
項目27 盛り付けを行う (簡単な作業でも可)	4.423	0.556	4.978	3.867
項目28 食事に関わる準備を行う (使用する食器の選択など)	4.306	0.604	4.910	3.703
項目29 配膳を行う (職員と共にでも可)	4.035	0.807	4.843	3.228
項目30 下膳を行う (職員と共にでも可)	4.242	0.612	4.854	3.630
項目31 後片付けを行う (簡単な作業でも可)	4.473	0.575	5.047	3.898
項目32 高さの調節可能な調理台を用意	4.255	0.607	4.861	3.648
項目33 車椅子使用者も調理活動に参加できる環境の整備	4.211	0.667	4.878	3.544
項目34 適切な調理器具の用意	4.242	0.622	4.864	3.620
項目35 利用者の希望によりキッチンが使用可能	4.098	0.844	4.942	3.254
項目36 食事に合わせたBGM	3.555	0.930	4.485	2.625
項目37 放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	4.027	0.580	4.608	3.447
項目38 職員の大声などフロアの雑音への配慮	4.456	0.560	5.016	3.897
項目39 食事に適切な話題や声かけ	4.610	0.520	5.130	4.089
項目40 テレビなど食事以外の刺激への配慮	4.131	0.659	4.789	3.472

項目41	照明や窓からの日差しなどへの配慮	4.289	0.603	4.892	3.685
項目42	食空間に適切な照明器具を使用	4.244	0.605	4.848	3.639
項目43	食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	3.915	0.776	4.690	3.139
項目44	体臭や排泄などの匂いへの配慮	4.829	0.436	5.265	4.393
項目45	食べ物の匂いは、食事の前後のみ	3.882	0.869	4.751	3.013
項目46	トイレと食空間の距離が適切	4.608	0.539	5.147	4.069
項目47	食事中の見守りしやすい建物の構造	4.697	0.500	5.197	4.196
項目48	誤飲・誤嚥への対応知識・技術の保持	4.874	0.346	5.220	4.528
項目49	誤飲・誤嚥に対応出来るよう吸引器などを常備	4.753	0.471	5.224	4.282
項目50	傾眠などをする利用者への支援の検討	4.748	0.467	5.215	4.282
項目51	安全に調理活動を行える十分なスペース	4.387	0.578	4.966	3.809
項目52	調理器具の取り扱いへの配慮	4.360	0.595	4.954	3.765
項目53	入所前に使用していた食器の持ち込み	4.442	0.693	5.135	3.749
項目54	利用者個人の箸・食器を用意	4.394	0.721	5.115	3.672
項目55	嗜好や入所前の食生活などの情報共有	4.818	0.399	5.216	4.419
項目56	嗜好や入所前の食生活のメニューへの反映	4.527	0.546	5.073	3.981
項目57	個別の事情に応じたメニューへの配慮	4.566	0.572	5.138	3.994
項目58	カロリー制限への配慮	4.747	0.484	5.231	4.262
項目59	家庭的な食環境への配慮	4.669	0.498	5.167	4.172
項目60	食事に関係のない機器等の配置への配慮	4.227	0.780	5.008	3.447
項目61	メニューに応じた、食器の変化	4.506	0.561	5.068	3.945
項目62	家族などと個別に食事を摂れる場所の確保	4.544	0.582	5.126	3.961
項目63	食事時間の変更ができる	4.565	0.586	5.150	3.979
項目64	個別摂取の際、温かい状態で提供する	4.818	0.391	5.208	4.427
項目65	職員の食事に合わせた服装をする	4.139	0.834	4.972	3.305
項目66	食後の満足感の確認	4.556	0.519	5.076	4.037
項目67	食後の疲労感の確認	4.550	0.532	5.082	4.018
項目68	食事のメニューの選択	4.494	0.589	5.083	3.904
項目69	外食や出前などの機会	4.505	0.589	5.094	3.916
項目70	食事を取る場所を利用者が決定できる	4.016	0.849	4.865	3.167
項目71	食事を取る座席を利用者が決定できる	4.113	0.719	4.832	3.394
項目72	共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	3.877	0.928	4.805	2.950
項目73	利用者が調味料を自由に使用できる	4.010	0.752	4.762	3.258
項目74	利用者が照度や室温を調整することができる	4.023	0.767	4.789	3.256
項目75	利用者が、食事の量を意思表示できる	4.426	0.653	5.078	3.773
項目76	利用者の数以上のいすを用意	3.745	0.978	4.723	2.767
項目77	交流が促進されるよう食卓や椅子の配置への配慮	4.489	0.575	5.064	3.913
項目78	6人以下の少人数の食卓を用意	4.227	0.639	4.867	3.588
項目79	さまざまなサイズの食卓を用意	4.010	0.818	4.827	3.192
項目80	職員も利用者と一緒に食事を摂る（共食）	4.413	0.687	5.100	3.726

表 5-1-2 因子の共通性 (1 回目の因子分析)

	初期	因子抽出後
項目7 食事のメニューの発表・掲示・配布	.211	.168
項目9 身体・摂食状況に合わせて利用者のグループ化	.214	.333
項目10 食卓の人数を少人数にグループ化	.241	.356
項目11 食卓の飾り物への配慮	.279	.281
項目14 車椅子使用者の椅子への移乗	.214	.177
項目24 メニューの立案への参加 (一部でも可)	.346	.311
項目25 食材を購入できる機会の設定	.429	.429
項目26 実際の調理を行う (簡単な作業でも可)	.649	.648
項目27 盛り付けを行う (簡単な作業でも可)	.681	.697
項目28 食事に関わる準備を行う (使用する食器の選択)	.555	.573
項目29 配膳を行う (職員と共にでも可)	.576	.630
項目30 下膳を行う (職員と共にでも可)	.519	.496
項目32 高さの調節可能な調理台を用意	.474	.484
項目33 車椅子使用者も調理活動に参加できる環境の整備	.546	.614
項目34 適切な調理器具の用意	.559	.679
項目35 利用者の希望によりキッチンが使用可能	.439	.440
項目36 食事に合わせたBGM	.231	.242
項目37 放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	.310	.397
項目40 テレビなど食事以外の刺激への配慮	.273	.262
項目41 照明や窓からの日差しなどへの配慮	.347	.367
項目42 食空間に適切な照明器具を使用	.443	.477
項目43 食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	.391	.411
項目45 食べ物の匂いは、食事の前後のみ	.170	.162
項目51 安全に調理活動を行える十分なスペース	.524	.646
項目52 調理器具の取り扱いへの配慮	.515	.651
項目65 職員の食事に合わせた服装をする	.226	.234
項目70 食事を取る場所を利用者が決定できる	.464	.519
項目71 食事を取る座席を利用者が決定できる	.457	.487
項目72 共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	.479	.484
項目73 利用者が調味料を自由に使用できる	.529	.565
項目74 利用者が照度や室温を調整することができる	.387	.404
項目76 利用者の数以上のいすを用意	.262	.273
項目78 6人以下の少人数の食卓を用意	.396	.538
項目79 さまざまなサイズの食卓を用意	.382	.411

因子抽出法：主因子法

表 5-1-3 初期の固有値（第 1 回目の因子分析）

因子	初期の固有値		
	合計	分散の %	累積 %
1	8.942	26.299	26.299
2	2.791	8.209	34.509
3	2.051	6.032	40.541
4	1.385	4.074	44.615
5	1.198	3.523	48.137
6	1.147	3.373	51.510
7	1.034	3.042	54.552
8	.972	2.858	57.410
9	.932	2.742	60.152
10	.886	2.606	62.758
11	.865	2.546	65.303
12	.831	2.445	67.749
13	.796	2.342	70.091
14	.761	2.238	72.329
15	.736	2.164	74.493
16	.662	1.946	76.438
17	.639	1.879	78.317
18	.608	1.789	80.106
19	.601	1.767	81.873
20	.571	1.678	83.551
21	.556	1.635	85.186
22	.543	1.597	86.783
23	.524	1.543	88.326
24	.498	1.465	89.790
25	.470	1.383	91.173
26	.449	1.321	92.494
27	.411	1.207	93.702
28	.397	1.166	94.868
29	.369	1.085	95.953
30	.331	.974	96.927
31	.304	.894	97.821
32	.288	.848	98.669
33	.258	.759	99.428
34	.195	.572	100.000

因子抽出法：主因子法

表 5-1-4 第 2 回目の因子分析

	因子		
	1	2	3
項目27 盛り付けを行う（簡単な作業でも可）	.892	-.078	-.134
項目26 実際の調理を行う（簡単な作業でも可）	.847	-.047	-.138
項目29 配膳を行う（職員と共にでも可）	.792	-.159	-.008
項目28 食事に関わる準備を行う（使用する食器の選択など）	.750	.034	-.025
項目30 下膳を行う（職員と共にでも可）	.706	-.043	-.052
項目25 食材を購入できる機会の設定	.652	-.029	.012
項目34 適切な調理器具の用意	.559	.034	.125
項目33 車椅子使用者も調理活動に参加できる環境の整備	.551	.058	.154
項目32 高さの調節可能な調理台を用意	.522	.096	.118
項目35 利用者の希望によりキッチンが使用可能	.481	-.018	.251
項目24 メニューの立案への参加（一部でも可）	.432	.099	.109
項目51 安全に調理活動を行える十分なスペース	.400	.230	.037
項目14 車椅子使用者の椅子への移乗	.229	.227	-.008
項目37 放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	-.002	.627	-.107
項目41 照明や窓からの日差しなどへの配慮	.032	.598	-.086
項目42 食空間に適切な照明器具を使用	-.074	.583	.152
項目43 食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	-.033	.531	.129
項目40 テレビなど食事以外の刺激への配慮	.017	.517	-.087
項目36 食事に合わせたBGM	-.003	.502	-.118
項目65 職員の食事に合わせた服装をする	-.141	.474	.108
項目11 食卓の飾り物への配慮	.133	.461	-.069
項目45 食べ物の匂いは、食事の前後のみ	-.043	.438	-.024
項目7 食事のメニューの発表・掲示・配布	-.102	.389	.055
項目9 身体・摂食状況に合わせて利用者のグループ化	.067	.362	-.126
項目52 調理器具の取り扱いへの配慮	.253	.357	.051
項目10 食卓の人数を少人数にグループ化	-.013	.292	.085
項目73 利用者が調味料を自由に使用できる	.020	-.073	.767
項目70 食事を取る場所を利用者が決定できる	-.054	-.092	.764
項目71 食事を取る座席を利用者が決定できる	-.024	-.086	.740
項目72 共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	.025	-.099	.729
項目74 利用者が照度や室温を調整することができる	.021	.031	.576
項目79 さまざまなサイズの食卓を用意	.019	.241	.370
項目78 6人以下の少人数の食卓を用意	.027	.216	.368
項目76 利用者の数以上のいすを用意	.105	.202	.225

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 注) 因子負荷量：0.4以下

表 5-1-5 第 3 回目の因子分析

		因子		
		1	2	3
項目27	盛り付けを行う（簡単な作業でも可）	.882	-.057	-.147
項目26	実際の調理を行う（簡単な作業でも可）	.835	-.027	-.146
項目29	配膳を行う（職員と共にでも可）	.774	-.139	.007
項目28	食事に関わる準備を行う（使用する食器の選択など）	.755	.034	-.028
項目30	下膳を行う（職員と共にでも可）	.698	-.036	-.047
項目25	食材を購入できる機会の設定	.651	-.019	.001
項目34	適切な調理器具の用意	.558	.044	.131
項目33	車椅子使用者も調理活動に参加できる環境の整備	.553	.064	.159
項目32	高さの調節可能な調理台を用意	.536	.078	.116
項目35	利用者の希望によりキッチンが使用可能	.465	.020	.258
項目24	メニューの立案への参加（一部でも可）	.435	.104	.109
項目51	安全に調理活動を行える十分なスペース	.394	.199	.063
項目37	放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	.014	.637	-.118
項目42	食空間に適切な照明器具を使用	-.073	.628	.147
項目41	照明や窓からの日差しなどへの配慮	.035	.615	-.078
項目43	食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	-.026	.542	.147
項目40	テレビなど食事以外の刺激への配慮	.013	.532	-.072
項目36	食事に合わせたBGM	.017	.484	-.110
項目65	職員の食事に合わせた服装をする	-.105	.426	.118
項目45	食べ物の匂いは、食事の前後のみ	-.030	.423	-.009
項目11	食卓の飾り物への配慮	.171	.400	-.062
項目70	食事を取る場所を利用者が決定できる	-.051	-.061	.757
項目71	食事を取る座席を利用者が決定できる	-.020	-.060	.732
項目73	利用者が調味料を自由に使用できる	.021	-.012	.729
項目72	共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	.027	-.055	.708
項目74	利用者が照度や室温を調整することができる	.040	.064	.529

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表 5-1-6 初期の固有値（第 3 回目の因子分析）

因子	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和 ^a
	合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %	合計
1	7.672	29.506	29.506	7.113	27.356	27.356	6.301
2	2.562	9.856	39.361	2.021	7.774	35.130	4.493
3	1.925	7.405	46.766	1.309	5.036	40.166	4.474
4	1.114	4.284	51.050				
5	.973	3.742	54.792				
6	.899	3.460	58.251				
7	.870	3.348	61.599				
8	.860	3.309	64.908				
9	.775	2.979	67.887				
10	.751	2.888	70.775				
11	.741	2.852	73.627				
12	.654	2.516	76.143				
13	.622	2.394	78.537				
14	.597	2.294	80.831				
15	.566	2.179	83.010				
16	.562	2.161	85.171				
17	.532	2.046	87.217				
18	.496	1.907	89.124				
19	.464	1.785	90.909				
20	.431	1.657	92.567				
21	.414	1.592	94.159				
22	.378	1.454	95.613				
23	.341	1.311	96.924				
24	.322	1.239	98.162				
25	.272	1.045	99.208				
26	.206	.792	100.000				

因子抽出法：主因子法

以上により、因子分析の結果 3 つの因子が析出され、第 1 因子を「調理環境への配慮」第 2 因子を「食事環境への配慮」第 3 因子を「自己選択・自己決定への支援」と名付けた。

因子の内的整合性を示す Cronbach α 係数は、第 1 因子 0.898、第 2 因子 0.751、第 3 因子 0.813 で、3 因子において、0.70 以上の数値を示し、信頼性が得られた。(表 5-1-7) なお、因子間の相関を表 5-1-8 に示す。

表 5-1-7 食事支援指針から示唆された食事支援における課題の構造因子パターン

		因子負荷量		
		1	2	3
第1因子 調理環境への配慮 (Cronbach α = 0.898) 12項				
項目27	盛り付けを行う (簡単な作業でも可)	.882	-.057	-.147
項目26	実際の調理を行う (簡単な作業でも可)	.835	-.027	-.146
項目29	配膳を行う (職員と共にでも可)	.774	-.139	.007
項目28	食事に関わる準備を行う (使用する食器の選択など)	.755	.034	-.028
項目30	下膳を行う (職員と共にでも可)	.698	-.036	-.047
項目25	食材を購入できる機会の設定	.651	-.019	.001
項目34	適切な調理器具の用意	.558	.044	.131
項目33	車椅子使用者も調理活動に参加できる環境の整備	.553	.064	.159
項目32	高さの調節可能な調理台を用意	.536	.078	.116
項目35	利用者の希望によりキッチンが使用可能	.465	.020	.258
項目24	メニューの立案への参加 (一部でも可)	.435	.104	.109
項目51	安全に調理活動を行える十分なスペース	.394	.199	.063
第2因子 食事環境への配慮 (Cronbach α = 0.751) 9項				
		因子負荷量		
		1	2	3
項目37	放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	.014	.637	-.118
項目42	食空間に適切な照明器具を使用	-.073	.628	.147
項目41	照明や窓からの日差しなどへの配慮	.035	.615	-.078
項目43	食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	-.026	.542	.147
項目40	テレビなど食事以外の刺激への配慮	.013	.532	-.072
項目36	食事に合わせたBGM	.017	.484	-.110
項目65	職員は食事に合わせた服装をする	-.105	.426	.118
項目45	食べ物の匂いは、食事の前後のみ	-.030	.423	-.009
項目11	食卓の飾り物への配慮	.171	.400	-.062
第3因子 自己選択・自己決定への支援 (Cronbach α = 0.813) 5項				
		因子負荷量		
		1	2	3
項目71	食事を取る座席を利用者が決定できる	-.020	-.060	.732
項目73	利用者が調味料を自由に使用できる	.021	-.012	.729
項目72	共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	.027	-.055	.708
項目74	利用者が照度や室温を調整することができる	.040	.064	.529

表 5-1-8 因子間の相関

因子	調理環境への配慮	食事環境への配慮	自己選択・自己決定への支援
調理環境への配慮	1.000	.474	.453
食事環境への配慮	.474	1.000	.517
自己選択・自己決定への支援	.453	.517	1.000

(5) 3因子におけるグループホームと特別養護老人ホームの比較

因子分析により示された3因子について、t検定を行い、グループホームと特別養護老人ホームの比較を行った。(表5-1-9)

①第1因子 「調理環境への配慮」

「項目27:盛り付けを行う(簡単な作業でも可)」(t(618)=5.62, p<.001)、「項目26:実際の調理を行う(簡単な作業でも可)」(t(616)=6.50, p<.001)、「項目29:配膳を行う(職員と共にでも可)」(t(618)=5.50, p<.001)、「項目28:食事に関わる準備を行う(使用する食器の選択など)」(t(617)=2.94, p<.01)、「項目30:下膳を行う(職員と共にでも可)」(t(612)=5.79, p<.001)、「項目25:食材を購入できる機会の設定」(t(618)=5.17, p<.001)、「項目51:安全に調理活動を行える十分なスペース」(t(618)=2.36, p<.05)では、グループホームの評価の方が有意に高かった。

「項目34」「項目33」「項目32」「項目35」「項目24」については、グループホームと特別養護老人ホームの評価に有意な差は認めなかった。

表5-1-9 第1因子におけるt検定の結果

n=620

NO.	項目	グループホーム n=310		特別養護老人ホーム n=310		t値	
		平均	SD	平均	SD		
項目27	盛り付けを行う(簡単な作業でも可)	4.55	0.52	4.30	0.56	5.62	***
項目26	実際の調理を行う(簡単な作業でも可)	4.52	0.57	4.21	0.60	6.50	***
項目29	配膳を行う(職員と共にでも可)	4.21	0.77	3.86	0.87	5.50	***
項目28	食事に関わる準備を行う(使用する食器の選択など)	4.38	0.60	4.24	0.59	2.94	**
項目30	下膳を行う(職員と共にでも可)	4.38	0.56	4.10	0.62	5.79	***
項目25	食材を購入できる機会の設定	4.24	0.70	3.94	0.72	5.17	***
項目34	適切な調理器具の用意	4.25	0.63	4.24	0.61	0.12	
項目33	車椅子利用者も調理活動に参加できる環境の整備	4.18	0.73	4.24	0.59	1.02	
項目32	高さの調節可能な調理台を用意	4.27	0.60	4.24	0.60	0.79	
項目35	利用者の希望によりキッチンが使用可能	4.07	0.82	4.13	0.86	0.80	
項目24	メニューの立案への参加(一部でも可)	4.28	0.63	4.26	0.55	0.33	
項目51	安全に調理活動を行える十分なスペース	4.44	0.57	4.33	0.58	2.36	*

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

②第2因子「食事環境への配慮」

「項目 65：職員は食事に合わせた服装をする」($t(618)=2.41, p<.05$)では、特別養護老人ホームの評価が有意に高かった。他の項目については、グループホームと特別養護老人ホームの評価に有意な差を認めなかった。(表 5-1-10)

表 5-1-10 第2因子における t 検定の結果 n =620

NO.	項目	グループホーム n=310		特別養護老人ホーム n=310		t 値	
		平均	SD	平均	SD		
項目37	放送設備・テレビ・カートなどの音量調整	4.03	0.56	4.03	0.59	0.06	
項目42	食空間に適切な照明器具を使用	4.20	0.60	4.28	0.60	1.66	
項目41	照明や窓からの日差しなどへの配慮	4.33	0.58	4.25	0.61	1.66	
項目43	食空間に適切な床・壁の装飾デザイン	3.89	0.76	3.94	0.78	0.67	
項目40	テレビなど食事以外の刺激への配慮	4.18	0.65	4.08	0.65	1.89	
項目36	食事に合わせたBGM	3.54	0.91	3.57	0.94	0.51	
項目65	職員の食事に合わせた服装をする	4.06	0.88	4.22	0.77	2.41	*
項目45	食べ物の匂いは、食事の前後のみ	3.91	0.81	3.85	0.91	0.87	
項目11	食卓の飾り物への配慮	4.40	0.60	4.38	0.57	0.54	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

③第3因子「自己選択・自己決定への支援」

「項目 70：食事を取る場所を利用者が決定できる」($t(618)=5.11, p<.001$)、「項目 71：食事を取る座席を利用者が決定できる」($t(618)=2.92, p<.01$)、「項目 73：利用者が調味料を自由に使用できる」($t(618)=4.78, p<.001$)、「項目 72：共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる」($t(618)=5.40, p<.001$)、「項目 74：利用者が照度や室温を調整することができる」($t(618)=2.73, p<.01$)では、特別養護老人ホームの評価の方が有意に高かった。(表 5-1-11)

表 5-1-11 第3因子における t 検定の結果 n =620

NO.	項目	グループホーム n=310		特別養護老人ホーム n=310		t 値	
		平均	SD	平均	SD		
項目70	食事を取る場所を利用者が決定できる	3.85	0.88	4.19	0.77	5.11	***
項目71	食事を取る座席を利用者が決定できる	4.03	0.73	4.20	0.69	2.92	**
項目73	利用者が調味料を自由に使用できる	3.87	0.75	4.15	0.71	4.78	***
項目72	共有の冷蔵庫があり利用者が利用できる	3.67	0.93	4.07	0.88	5.40	***
項目74	利用者が照度や室温を調整することができる	3.94	0.73	4.11	0.78	2.73	**

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

5. 食事支援の指針について（分析2）

5段階評価を設定したそれぞれの項目の選択肢に対して、「とても重要である」に5点、「まあまあ重要である」に4点、「どちらともいえない」に3点、「あまり重要でない」に2点、「全く重要でない」に1点を配点し、カテゴリ別に平均値、標準偏差などの統計量を算出して、食事支援の指針に関する考察を行った。

① 食事認識への支援

平均値は、3.70 から 4.79 の範囲で、「項目 10：食卓の人数を少人数にグループ化する（3.70）」、「項目 9：介助を要する利用者・食事ペースが同じ利用者をグループ化する（3.91）」の値が低かった。（表 5-1-12）

表 5-1-12 「見当識への支援について」

n = 620

	項目1	項目2	項目3	項目4	項目5	項目6	項目7	項目8	項目9	項目10	項目11
平均値	4.545	4.585	4.569	4.394	4.452	4.660	4.331	4.798	3.918	3.703	4.390
標準偏差	0.530	0.540	0.533	0.612	0.582	0.507	0.650	0.417	0.761	0.823	0.590
最小値	2	3	2	1	1	3	2	3	1	1	2
最大値	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

② 機能的な能力の支援

②-1 食姿勢への配慮

平均値は、4.24 から 4.85 の範囲で、「項目 14：車椅子利用者も椅子へ移乗する（4.24）」

の値が低かった。（表 5-1-13）

表 5-1-13 食姿勢への配慮 n = 620

	項目12	項目13	項目14	項目15
平均値	4.856	4.832	4.242	4.818
標準偏差	0.369	0.395	0.714	0.399
最小値	3	3	1	3
最大値	5	5	5	5

②-2 食リズムへの配慮

平均値は、4.64 から 4.93 の範囲で、3項目ともに、平均値の値は高い傾向にあった。（表 5-1-14）

表 5-1-14 食リズムへの考慮 n = 620

	項目16	項目17	項目18
平均値	4.932	4.674	4.635
標準偏差	0.270	0.499	0.508
最小値	2	2	3
最大値	5	5	5

②－3 食行動への配慮

平均値は、項目 19 が (4.76)、項目 20 が (4.74) であった。(表 5-1-15)

表 5-1-15 食行動への配慮 n=620

	項目19	項目20
平均値	4.768	4.742
標準偏差	0.430	0.449
最小値	3	3
最大値	5	5

②－4 食事形態への配慮

平均値は、項目 21 が (4.51)、項目 22 が (4.86) であった (表 5-1-16)

表 5-1-16 食事形態への配慮 n=620

	項目21	項目22
平均値	4.511	4.865
標準偏差	0.564	0.352
最小値	1	3
最大値	5	5

②－5 調理活動実践への配慮

平均値は、4.03 から 4.55 の範囲で、「項目 29：利用者が配膳を行う (4.03)」、「項目 25：利用者が食材の購入できる機会を設定する (4.08)」、「項目 35：利用者が希望したときに、キッチンが使用できる (4.09)」の値が低かった。(表 5-1-17)

表 5-1-17 調理活動実践への配慮

n=620

	項目23	項目24	項目25	項目26	項目27	項目28	項目29	項目30	項目31	項目32	項目33	項目34	項目35
平均値	4.558	4.269	4.087	4.363	4.423	4.306	4.035	4.242	4.473	4.255	4.211	4.242	4.098
標準偏差	0.558	0.593	0.729	0.606	0.556	0.604	0.807	0.612	0.575	0.607	0.667	0.622	0.844
最小値	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1
最大値	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

③環境における刺激と質の調整

③-1 音への配慮

平均値は、3.55 から 4.61 の範囲で、「項目 36：食事に合わせた BGM を流す (3.55)」の値が低かった。(5-1-18)

表 5-1-18 音への配慮 n=620

	項目36	項目37	項目38	項目39
平均値	3.555	4.027	4.456	4.610
標準偏差	0.930	0.580	0.560	0.520
最小値	1	1	2	2
最大値	5	5	5	5

③-2 視覚への配慮

平均値は、3.91 から 4.28 の範囲で、「項目 43：食空間に適した床・壁の装飾デザインにする (3.91)」、「項目 40：食事が集中できるように、テレビなど食事以外への刺激へ配慮する (4.13)」の値が低かった。(表 5-1-19)

表 5-1-19 視覚への配慮 n=620

	項目40	項目41	項目42	項目43
平均値	4.131	4.289	4.244	3.915
標準偏差	0.659	0.603	0.605	0.776
最小値	1	2	2	1
最大値	5	5	5	5

③-3 嗅覚への配慮

平均値は、3.88 から 4.82 の範囲で、「項目 45：食べ物の匂いは、食事の前後のみである (3.88)」の値が低かった。(表 5-1-20)

表 5-1-20 嗅覚への配慮 n=620

	項目44	項目45	項目46
平均値	4.829	3.882	4.608
標準偏差	0.436	0.869	0.539
最小値	1	1	3
最大値	5	5	5

④安心と安全への支援

平均値は、4.36 から 4.87 の範囲で、「項目 52：調理器具の取り扱い（収納の高さ・認識しやすい配慮）に配慮されている（4.36）」「項目 51：利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある（4.39）」の値が低かった。（表 5-1-21）

表 5-1-21 安心と安全への支援 n=620

	項目47	項目48	項目49	項目50	項目51	項目52
平均値	4.697	4.874	4.753	4.748	4.387	4.360
標準偏差	0.500	0.346	0.471	0.467	0.578	0.595
最小値	3	3	2	2	2	2
最大値	5	5	5	5	5	5

⑤生活の継続性への支援

平均値は、4.13 から 4.81 の範囲で、「項目 65：職員は、食事に合わせた服装をする（4.13）」、「項目 60：食事に関係のない機器等は、食事中目のつきにくい場所に置く（4.22）」、「項目 54：利用者個人の箸・食器を用意する（4.39）」の値が低かった。（表 5-1-22）

表 5-1-22 生活の継続性への支援 n=620

	項目53	項目54	項目55	項目56	項目57	項目58	項目59	項目60	項目61	項目62	項目63	項目64	項目65	項目66	項目67
平均値	4.442	4.394	4.818	4.527	4.566	4.747	4.669	4.227	4.506	4.544	4.565	4.818	4.139	4.556	4.550
標準偏差	0.693	0.721	0.399	0.546	0.572	0.484	0.498	0.780	0.561	0.582	0.586	0.391	0.834	0.519	0.532
最小値	1	1	3	3	3	1	3	1	3	2	3	3	1	3	3
最大値	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

⑥自己選択への支援

平均値は、3.87 から 4.50 の範囲で、「項目 72：共有の冷蔵庫があり、（職員が管理している範囲で）利用者が自由に使用できる（3.87）」、「項目 73：調味料などは、（職員が管理している範囲で）利用者が自由に使用できる（4.01）」、「項目 70：食事を取る場所を利用者が自由に決定することができる（4.01）」の値が低かった。（表 5-1-23）

表 5-1-23 自己選択への支援 n=620

	項目68	項目69	項目70	項目71	項目72	項目73	項目74	項目75
平均値	4.494	4.505	4.016	4.113	3.877	4.010	4.023	4.426
標準偏差	0.589	0.589	0.849	0.719	0.928	0.752	0.767	0.653
最小値	1	3	1	1	1	1	1	1
最大値	5	5	5	5	5	5	5	5

⑦ふれあいの促進

平均値は、3.75 から 4.49 の範囲で、「項目 76：利用者の数以上のいすを用意する (3.74)」、「項目 79：さまざまなサイズの食卓を用意する (4.01)」の値が低かった。(表 5-1-24)

表 5-1-24 ふれあいの促進 n =620

	項目76	項目77	項目78	項目79	項目80
平均値	3.745	4.489	4.227	4.010	4.413
標準偏差	0.978	0.575	0.639	0.818	0.687
最小値	1	3	2	1	1
最大値	5	5	5	5	5

第2節 食事支援の指針に関する考察

1. 食事支援における課題分析（分析1）

本調査で用いた80項目は、調査1・調査2の調査結果と、食事支援に関連する他の領域からの視座を含めて内容を検討したものである。本調査では、介護福祉士の有資格者に検討した80項目の具体的内容の重要性についての認識を明らかにすることで、介護福祉士が実際に食事支援を行う際の基本方針や食事支援のあり方を検討する際のツールとしての活用を目指したものである。80項目のうち、半数以上の46項目について天井効果がみられたのは、こうした背景が要因となっているためである。

天井効果がみられた項目についてはその重要性が認識されていると判断でき、逆にフロア効果がみられた項目について構造を概観することで、介護福祉士が更に認識を高める必要がある食事支援の構造を明らかにできると考えた。

そこで、食事支援の指針の構成について、平均値、標準偏差、天井効果、フロア効果を算出し、フロア効果の見られた項目について構造化を行い、得られた結果から食事支援の課題について考察する。

因子分析の結果、3つの因子が析出され、第1因子を「調理活動の実践と安全への配慮」第2因子を「食環境への配慮」第3因子を「自己選択・自己決定への支援」と名づけた。

第1因子は、調理活動の実践と実践に伴う環境整備に関する内容であり、グループホームと特別養護老人ホームで評価（＝重要性の認識）の比較をしたところ、調理活動の実践に関する項目の評価では、グループホームの方が有意に高かった。一方で、環境整備に関する項目の評価に有意の差は認めず、調理活動を安全に実施するための環境整備に関しては、グループホームと特別養護老人ホームなど勤務施設の種別には違いがみられないことが明らかとなった。

調理活動の意義は、「①安全性を高める ②栄養性を高める ③嗜好性を高める ④親密さやコミュニケーションをはかる ④食文化の伝承」¹¹⁸⁾とされているが、近年、グループホームを中心とした調理活動の実践において、調理活動が認知症進行の抑制の効果が期待できる¹¹⁹⁾など、要介護高齢者における調理活動のもたらす効果に関する研究が進められており、介護サービスにおける調理活動に対する支援への期待は高まりをみせている。また、調理活動の実践は、グループホームだけでなく、ユニットケアを導入している特別養護老人ホームにおいても取り組みが進んでおり、老人保健施設においては、作業療法の一環として調理活動を取り入れ、要介護高齢者の中でも特に「認知症に対する作業療法として有効である」¹²⁰⁾¹²¹⁾ことも明らかとされているなど、施設の種別を問わず、介護サービス提供者は調理活動への知識と技術も求められている。

調理活動は、基本的な調理技術や栄養面への配慮、食形態への配慮、調理活動を安全に実施するための環境整備への配慮など、多くの知識を必要とするものである。このことから、調理活動に関しては、今後介護福祉士養成教育でも内容の充実が図られるものと考えられ、養成機関と介護現場双方において、調理活動への実践への認識を

高めることが必要であるといえる。

第2因子は、食空間に対する環境整備に関する内容であり、グループホームと特別養護老人ホームにおいて「項目 65」に有意に差が認められた。高齢者施設の環境は、認知症高齢者の QOL 概念の1つであるとされ¹²²⁾、施設環境への配慮・調整も重要な支援の一つとして考えられている。施設の建物や設備といった物理的な環境整備だけでなく、食事支援においては、介護職員の介入によってコントロール可能な環境整備（例：調査項目 カテゴリー③環境における刺激と質の調整）の要素もあり、食事支援を取り巻く環境整備のあり方について、今後介護現場における認識を更に高めていく必要があるといえる。

第3因子は、食事支援における「自己選択・自己決定への支援」に関する内容である。「自己決定」は、バイステックの7原則の中にも示されているとおり、個別援助の原点である。そして、「自己決定」を尊重するためには、「選択の自由」が保障されていなければならない。

食事支援はこれまで、給食スタイルで「食事」を提供し、必要な利用者に対し介助を行うというように、利用者は「受け身」の立場におかれていた。しかしながら、食事は、個々が形成してきた食文化や嗜好性などを有しているものであり、職員が使用量に配慮しながら、調味料などを自由に使用できるといった配慮は、個人の尊厳を尊重することにも繋がると考えられる。また、食事支援は、単に「食事」を摂取するだけでなく、食環境の整備（食事を摂る座席の選択）によって、利用者の「自己選択・自己決定」を可能とする要素も含んでいる。このように、物理的な環境整備の視点をもつことにより、食事支援は、利用者にとって大きな意義をもたらすものと考えられる。第3因子においては、全ての項目でグループホームと比較して特別養護老人ホームの評価が有意に高い結果を示していた。これは、グループホームは認知症により判断能力の低下がみられる要介護高齢者が多いことが関連しているものと考えられる。しかしながら、個人の判断能力の制限といった枠組みのなかで、いかにして利用者の「自己選択・自己決定」の機会を創出し、どこまで支援という方法で介入するかといった視点は、介護福祉士の専門性へも寄与するものと考えられる。このことから、「自己選択・自己決定」への支援に対する認識は、今後更に高めていく必要があるといえる。

2. 食事支援の指針について（分析2）

（1）食事認識への支援について

本カテゴリーは「食事認識への指針」としているが、「PEAP」では、「見当識への支援」として示されている。見当識とは、時間・場所・周囲の人物・現在の状況などを正しく認識する能力のことで、この能力が障害された状態を見当識障害（失見当）といい、見当識障害は、認知症において観察される症状の1つである¹²³⁾。加齢や認知症に伴う見当識障害は、日常生活への介助を要するだけでなく、免疫力の低下のみならず、心理面においても意欲低下やコミュニケーション障害が顕著に現れるようになり、進行性の病変であることから、介護者は、要介護高齢者への理解と適切な支援が重要であり、いかに対応していくかは、介護福祉学の課題であるとも述べられている¹²⁴⁾。また、特に食事場面では、見当識障害によって「食事を開始しない」「食事を中断する」「食具が使用できず手づかみで食べる」「他人の食事を食べようとする」などの行動障害が生じ¹²⁵⁾、介助を要する摂食となり介護負担の増加につながっているとの報告がある。また、食事関連の行動障害は認知症の中核症状そのものでもあり、環境によって変化しうる周辺症状でもあるとも言われている¹²⁶⁾。このことから、職員による食事支援に適した環境整備や支援方法によって、食事場面における行動障害を留めることが期待できる。

本指針においては、認知症高齢者の周辺症状への支援も含むものとして項目を示しており、本カテゴリーを「食事認識への支援」として、主に食事場面であることへの認識を図る支援内容として11項目を検討した。

本カテゴリーを単純平均値で見ると、4.00以下を示す項目は、「項目9：介助を要する利用者・食事ペースが同じ利用者などをグループ化する（3.91）」「項目10：食卓の人数を少人数にグループ化する（3.70）」が示された。これらは、要介護高齢者をグループ化するという視点である。要介護高齢者をグループ化する点については、林（2004）が、「介護施設の食事の際は、各自の食事ペースに配慮し、気の合う利用者同士で、また家族などの訪問客とも気兼ねなく食事が出来るテーブルを確保する必要性が捉えられた」¹²⁷⁾と述べている。さらに、溝口（2010）は、「食事介助のある空間では、介助者を含めた他者を意識する場面が多くみられ、介助者や利用者など他者の存在は、介助者と被介助者それぞれの食事行為に影響を与える」¹²⁸⁾ことを報告している。グループホームや特別養護老人ホームのユニット型といわれる施設では、9～10人のユニットが主流となっているが、10人の利用者が一律に食事を摂るという風景は、生活の場（＝家庭の雰囲気）に近いとは言い難く、要介護高齢者の状態に応じて、利用者をグループ化するという視点は必要であるといえよう。しかしながら、「項目10：食卓の人数を少人数にグループ化する（3.70）」は、介護職員が食卓の数を用意に増減することは難しく、開設準備時に必要な視点であると考えられ、項目9において換言することが可能であることから、本カテゴリーは項目10を削除し、全10項目で構成することとした。

（２）機能的な能力への支援

食事支援の中でも、グループホームやユニットケアにおいて実践されている「調理活動」は、特に要介護高齢者の残存能力の維持¹²⁹⁾や手先のリハビリ¹³⁰⁾といった機能面への効果が期待できるとされている。また、大谷（2011）は、「特別養護老人ホームなどでも、ユニット内調理が行われることによって、入所者の食行動がプラスの変化をもたらす」¹³¹⁾ことを報告していることから、調理活動も要介護高齢者に対する食事支援の一環として位置づけ、効果的な支援方法について検討することが求められると考えられる。

食事は、人間にとって重要な日課であるが、認知症をはじめ、何らかの身体的制限がある要介護高齢者にとっては困難を伴う場合も多くある。本カテゴリーは、食事に関する動作について、可能な限り、要介護高齢者の自立能力を促すことができる支援の方法・意欲をもって食事ができるような環境整備、という視点から全 24 項目を検討した。

②-1 食姿勢への配慮

食事をする際には、安定した座位姿勢を保つことが重要である。

男女差による身長差や、加齢や病気による、個人特有の身体的特徴をもつ要介護高齢者は、それぞれの特徴に適したテーブルや椅子をセッティングするのが望ましいと考えられる。しかしながら、北岡（1997）が「介護施設における食堂用テーブルや椅子は、食事行為以外の読書や筆記行為など各種作業にも使用されており、それぞれの行為への適合が必要」¹³²⁾であることを述べている。

不安定な姿勢での食事は、食べにくさや疲労感を生じさせるだけでなく、嚥下にも悪影響をもたらす。食事姿勢への支援は非常に重要である。

食姿勢への配慮に関する項目では、「項目 14：車椅子利用者も椅子へ移乗する」の値が低く、その重要性が認識されていない傾向にあった。調査 2 における調査でも、車椅子利用者が椅子へ移乗するといった支援は十分に実践されていない傾向が示唆されていた。

実際の介護施設の食事場面では、車椅子で食事を摂る利用者が多く見受けられるが、車椅子は「移動」の手段であり、食事を摂ることを目的として設計されたものではない。また、標準型車椅子は、日本の高齢者にとっては大きすぎる場合が多い¹³³⁾との指摘もみられる。このことから、身体状況に応じて、可能であれば、車椅子利用者も適当な高さで安定感のある椅子に移乗することが望ましいと考えられる。

項目 14 は、要介護高齢者の摂食姿勢の重要な要素として考えられ、支援方法について更なる検証が必要である。ただし、車椅子利用者でも、椅子による座位保持が困難な者もあり、全ての車椅子利用者が椅子へ移乗することは適切ではないことから、項目 14 は、「身体状況に応じて、車椅子利用者も椅子へ移乗する」と内容を修正することとした。

②-2 食リズムへの配慮

自力摂取が困難で、他者の支援を必要とする要介護高齢者の場合、それぞれの特性を考慮した（障害の程度や困難さ）支援を行う必要がある。本カテゴリーは特に咀嚼や嚥下に配慮した食事支援の視点に関する項目となっており、3項目共に、平均値の値が高いことから、修正等の必要はないと判断した。

②-3 食行動への配慮

本カテゴリーでは、自助具の活用に関する内容である。麻痺などの特性に合わせて設計された介護用の箸やスプーン、食器、食器の滑り止めマットなど、様々な種類の自助具が開発されている。

利用者の特性を捉え、適切な自助具を活用することで、片麻痺の要介護高齢者が、非麻痺側（健側）での食事摂取が可能となるケースや、筋力の低下などによる関節可動域に制限がある場合も、自力摂取が可能となる場合もある。

調査2においても明らかとなったとおり、介護福祉士の自助具に対する意識は高く、現場での活用もなされており、本調査の平均値も高い値を示したことから、本カテゴリーは修正の必要はないと判断した。

②-4 食事形態への配慮

要介護高齢者の多くは、摂食・嚥下機能に低下がみられる。摂食機能の障害の程度に応じて、安全で食べやすく、おいしさを損なわない調理方法や食事形態を選択する必要がある。入所施設などにおいて、調理方法や食事形態への配慮は、栄養士や調理員が関わることが多いが、グループホームやユニットケア、訪問介護などの需要増加に伴い、介護職員も食事形態に関する知識や、実際の調理に関する技術が求められている。

「直接的な食事介助に関わる人が多い介護福祉士は、日々の食事介助において、嚥下状態や食事形態、食事介助の技術に強い不安感をもっている」¹³⁴⁾が、食事支援の内容は、単なる直接的な食事介助に留まらず、その範囲に広がりを見せていることで、食事支援に対する不安感はより一層高まりをみせられていると考えられる。

実際の食事摂取において、特に認知症高齢者は食事を咀嚼せず飲み込んでしまうことや、食物以外の物を口に入れてしまうといった行動もみられ、こうした行動は生命に直結することも考えられる。こうしたことから、要介護高齢者の特性を身近で観察している介護職員が個々の特性を捉え、栄養士などへの食事形態に関する情報を提供することや、状況に応じた調理を実践することが求められる。「食事形態への配慮」への重要性は高く認識されていることから、本カテゴリーの2項目を「食事支援への配慮」とした。

②-5 調理活動実践への配慮

認知症高齢者を対象とするグループホームを中心に、家事活動の一環として「調理」活動が実践され、リハビリテーションにおける作業療法の一つとして高齢者施設で採用されるなど、要介護高齢者に対する「調理」活動への関心は高まりをみせている。

調理活動には、献立の立案から、食材の選択・購入に伴う金銭管理、手順、調理技術、調理器具の活用、配膳、下膳、食器の洗浄といった様々な作業が伴い、知的能力や身体能力を必要とするものである。

学習療法が脳の機能を高め、認知症高齢者の QOL を高めることを介護現場での実験から明らかにした川島（2007）は、「調理の基本技術が脳の活性化に効果がある」¹³⁵⁾と述べており、「調理活動」は、今後介護現場において、食事支援における重要な支援の1つとして位置づけられると考えられる。本カテゴリーは、調理活動に関する一連の流れを示し、環境を整備することで、車椅子利用者なども調理活動に参加することができるといった視点で、13項目を検討した。

調理活動については、特別養護老人ホームの介護福祉士にもその重要性が認識されており、全ての項目において「まあまあ重要である」の4.00以上の平均値を示していた。その中で、「項目25：利用者が食材を購入できる機会を設定する（4.08）」、「項目29：利用者が配膳を行う（職員と共にでも可）（4.03）」、「項目35：利用者が希望したときに、キッチンが使用できる（4.09）」の平均値が低く、これら3項目について、これまでの調査結果をもとに更なる考察を行った。項目25は、食材の購入＝外出の機会を創出することも意図している。調理活動に伴う食材の購入に関しては、調査1において、「食材は業者へ発注」しているケースや、「介護職員の人員配置や経過年数による利用者の認知症の進行などから、現実的には難しい一面もある」との回答がみられており、介護現場における「食材の購入」機会設定の困難さも明らかとなった。

しかしながら、在宅と施設入所による生活行為の最も大きな違いについて、絹川（2003）が「施設生活では外出行為がほとんど行われていない」¹³⁶⁾ことを報告しており、要介護高齢者に生活行為の多様性と社会との接点を許容する環境の必要性について言及している。さらに、調理活動において、食材の購入による金銭管理が関与することで、他の家事活動に比べ知的機能へのアプローチなども期待できる¹³⁷⁾報告もみられ、調理活動における食材購入の機会も重要な工程の1つとして考えられる。

項目29については、調査1の「食事支援に関する独自の取り組み」において、「熱い汁物など、温かいものは温かい状態でお出しする配慮をしている」という回答がみられており、グループホームや特別養護老人ホームでもユニットケアを活用し、ユニット内調理を行っている施設では、食事の温度に配慮した提供が行われていると考えられる。食空間に十分なスペースが確保されていない状況や、要介護状態にある利用者が食事の配膳を行うことへの危険性に配慮されているものと考えられる。

食事の下膳の平均値が（4.24）であるのに対し、配膳が（4.03）であることから、配膳に対しては、安全性などへの配慮を要する行為であることが示唆されたが、調査1において、6割以上のグループホームで（62.8%）特定の利用者が配膳を行っていることから、職員が状況や必要な配慮をすることで、要介護高齢者が食事の配膳を実施することは可能であると考えた。

項目35のキッチンの使用については、グループホームにおける調理行為とキッチンの関係性に関する先行研究^{138)～140)}では、「キッチンの使用は、介護者の見守りやサポートが必要な場合が多く、介護者の見守りやサポートのしやすさ、調理への参加割合は、キッチンの配列にも影響している」ことが述べられている。要介護高齢者と

キッチンの使用については、キッチンのデザインや配列など、物理的環境の影響が大きいことが推測される。このことから、本カテゴリーでは、項目 35 は削除として、要介護高齢者における調理活動とキッチンの使用については、今後の研究課題とすることとして、全 12 項目で構成することとした。

③環境における刺激と質の調整

要介護高齢者が食事と摂る際、ストレスとなる要因を排除するとともに、食事場面への適応を引き出す視点に基づいて、「音」「視覚」「嗅覚」の 3 つの分類から項目について検討した。

③-1 「音」への配慮について

グループホームや特別養護老人ホームなど、複数の利用者とともに食事を摂る空間は、コミュニケーションの場となる一方で、大勢が食事を摂る大規模施設の食堂などは、騒然とした雰囲気になりかねない。そこで、落ち着いた雰囲気で食事を摂ることができる視点で内容を構成したところ、「項目 36: 食事に合わせた BGM を流す(3.55)」の平均値が低かった。要介護高齢者の生活の場をより家庭に近い雰囲気として捉え、ユニットケアなどが推進されている中、食事時に BGM を流すことは、‘家庭的な雰囲気’の創出とは言い難く、施設などにおける独自の取り組みとして位置づけることが望ましいと考えられることから、項目 36 は削除することとし、全 3 項目で構成することとした。

③-2 「視覚」への配慮について

介護施設における色彩といった「視覚」への配慮は、そこで生活する要介護高齢者の生活を豊かにするだけでなく、食事や入浴、睡眠といったそれぞれの場面において安全で快適な環境を提供することにもつながる¹⁴¹⁾。その一方で、高齢者施設における色彩や視覚への配慮に関する知見については、一般的な内容にとどまり、施設の実態からみると、具体性に乏しい¹⁴²⁾との報告がある。

そこで、本カテゴリーでは、食事場面に適した「視覚」への配慮の視点から内容を構成し、「項目 43: 食空間に適した床・壁の装飾デザインにする(3.91)」で平均値が低い傾向が示された。

介護施設を構成する内部の床や壁の色といった性質や働きは、長期間にわたり要介護高齢者と職員に影響を与え続けることになることから、最大限の配慮が求められる。しかしながら、個人の住宅と違い、介護施設などにおいて、床や壁を取り替えることは容易ではない。このことから、項目 43 は、施設設計時に必要な視点であり、広義な「視覚」への配慮であると考え、項目 43 を除いた 3 項目で構成することとした。

食事と視覚の関連性については、食事に適した照明により、食事の自立度、声かけに対する返答に改善傾向がみられ¹⁴³⁾、食事と照明の関連性については多くの研究がみられる^{144)~146)}。その一方で、グループホームでの食事場面と照明器具の活用に関する調査において、食事に適した照明器具を使用している施設は少数に留まっているのが現状¹⁴⁷⁾であるなど、要介護高齢者の食事支援における「視覚」がもたらす影響

や効果、照明器具などの有効性については、今後更なる研究が必要である。

③-3 「嗅覚」への配慮について

高齢者施設では、「食堂が生活の拠点となる傾向にあり、食堂でのアクティビティ(施設内行事・体操・音楽鑑賞)や入居者・職員との交流の場となっていることが多い」¹⁴⁸⁾との報告にみられるとおり、食堂が「食空間」として限定されていないことが多いことから、食事の前後には、消毒や掃除といった施設的な臭いや排泄臭に対する配慮が必要である。本カテゴリーでは、「項目 45：食べ物の匂いは、食事の前後のみである(3.88)」の平均値が低い傾向にあった。

調理活動などの実践において、調理過程において生じる食べ物の匂いは、嗅覚といった感覚機能へ刺激をもたらすものと考えられる。嗅覚への刺激は、食事の時間が近づいているという見当識への支援にもつながると考えられる。食事場面において、見当識と「匂い」の関連については、①見当識への支援：項目 3 で示していることから、本カテゴリーの項目 45 は削除し、2 項目で構成することとした。

④安心と安全への支援について

食事は、多くの人にとって人生の楽しみであるが、要介護高齢者の多くは、加齢による生理的な変化として、味覚・視覚・嗅覚などの機能低下や咀嚼力の低下、麻痺や関節の拘縮による動作障害、認知症から生じる行動特性(異食行為や失認など)などがみられるようになる。また、食事時の沸騰したお湯によるやけどなど、摂食にかかわる行動には、潜在的に多くの危険が存在するため、要介護高齢者が安心して食事を楽しめるよう、安全への配慮は、支援者にとって、重要な課題である。

本カテゴリーは、要介護高齢者の見守りや、誤嚥や窒息への対応、調理活動に伴う安全面への配慮といった視点で 6 項目を検討した。

「項目 52：調理器具の取り扱い(収納棚の高さ・認識しやすい配慮)に配慮されている(4.36)」、「項目 51：利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある(4.38)」の平均値で、他の項目に比べ低い傾向を示した。しかしながら、「まあまあ重要である」の 4.00 以上の平均値を示しており、調理活動や、食事介助を安全に行うことができるスペースの確保は、安心・安全を考慮するうえで非常に重要であることから、本カテゴリーは、全 6 項目で構成することとした。

⑤生活の継続性への支援

介護施設に入所する要介護高齢者は、健康や認知能力の低下により環境への適応能力が低く、それまでの生活環境との大きな変化に、ストレスや精神的ダメージ(以下：リロケーションダメージ)を受けやすく、認知症の更なる進行や混乱を引き起こすことが報告¹⁴⁹⁾されている。入所施設でのリロケーションダメージを軽減し、生活への適応を図るためには、「なじみの生活(環境・関係・暮らし方)の継続やよい感情を引き起こすきっかけとなる思い出の品が有効である^{150) 151)}」ことが報告されている。介護施設で生活する要介護高齢者を支援する際には、従来、慣れ親しんでいた活動に参加できるような環境や、有している能力を最大限引き出すことができるような支援が重要となる。

これらを背景に、本カテゴリーは、入所前の生活・行動様式へのアセスメント、使い慣れた食器などの持ち込みにより‘その人らしさ’を表現する、家庭的な環境作りといった視点から、15項目を検討した。

「生活の継続性への支援」の項目は全て、「まあまあ重要である」の4.00以上の数値を示していたが、「項目65：職員は、食事に合わせた服装をする(4.13)」、「項目60：食事に関係のない機器等は、食事中目のつきにくい場所に置く(4.22)」、「項目54：利用者個人の箸・食器を用意する(4.39)」の値が低い傾向にあった。

この3項目のうち、項目65「職員は食事に合わせた服装をする」については、厨房で栄養士や調理師が調理し、食堂で介護職員が配膳するスタイルでは、介護用のユニフォームで職員が配膳、食事介助をしている施設も多いと考えられる。

食事支援のために、特別なユニフォームを着用するといったことではなく、エプロンの着用などは、より家庭に近い演出が期待できることから、項目65は、「職員は、食事用エプロンの着用など、食事に合わせた服装をする」に修正することとした。なお、項目60は、「食事に関係のない機器」が抽象的な表現であったことから、内容を具体的に示し、(=カートや配膳台など)標記を修正することとした。項目54は、より家庭的な雰囲気の中で食事を摂るためには、給食形式のような全員画一的な食器を用いるのではなく、御飯茶碗や湯飲みなど一部の食器でも、個々の特性(陶磁器の食器や介護用食器の使用など)や色やデザインの好みに応じて、差別化を図ることで、集団生活の中でも、自己実現や個別性の尊重につながると考えられる。このことから、本カテゴリーでは、項目65、項目60の内容について一部修正をし、全15項目で構成することとした。

⑥自己選択への支援

介護の基本は、「自己決定」や「自己選択」を保障することであり、日常生活のあらゆる場面で生活を活性化できるように、介護する人の想像力の豊かさで生活支援をすることが求められる¹⁵²⁾。健常者は、日常生活において、嗜好や身体・精神面、その場の状況などに応じて、食事のメニューや摂取量・食事の場所などを選択することで、食事を「楽しむ」ことを感じることができる。

入所施設や要介護状態といった、何らかの制約を受けやすい状況にある要介護高齢者に、「自己決定」や「自己選択」の機会を創出することは、「自立」や「自己実現」を目指すうえでも非常に重要である。このことから、本カテゴリーでは、食事支援における「自己決定」「自己選択」の視点から、8項目を検討した。

「項目72：共有の冷蔵庫があり、(職員が管理している範囲で)利用者が自由に使用できる(3.87)」、「項目73：調味料などは、(職員が管理している範囲で)利用者が自由に使用できる(4.01)」、「項目70：食事を取る場所を利用者が自由に決定することができる(4.01)」の値が低い傾向にあった。

項目72の冷蔵庫の使用については、調理を行うグループホームやユニット型の施設では、ユニット内に食材管理の目的で冷蔵庫を設置している施設が多いが、冷蔵庫の使用については、衛生管理・誤飲の防止といった面からも、「利用者が自由に」使用するの難しいことが示された。また、冷蔵庫の位置などは、キッチンの構造上変え

ることが難しいことをふまえ、項目 72 は削除することとした。項目 73 の調味料の選択については、個別性の高い訪問介護のホームヘルパーを対象とした調査において、「個々の嗜好に合わせた味付けへの対応」の重要性を高く意識していることが報告¹⁵³⁾されており、施設へ入所している要介護高齢者も、疾病や障害への配慮を基本としつつ、可能な限り嗜好に配慮した食事提供が求められるといえよう。また、調味料の選択については、職員が使用量に配慮しながら、個人が好みに応じて調味料を選択できるという行為は、個人を尊重するとともに、食に対する意欲を向上することを期待できる¹⁵⁴⁾ことが先行研究において言及されている。必要に応じて、医師やケアマネージャー、看護師、栄養士など、専門職と連携を図りながら要介護高齢者の嗜好に対して柔軟に対応できる環境づくりの視点は重要であると考えられる。

また、項目 70 の「食事を摂る場所」は、「居室」やその他、ホールなど、多義的に捉えられる表現となっており、利用者による「場所」の選択は、孤食や食事摂取への安全面を考慮すると、必ずしも適切ではないと考えられた。項目 71 の「食事を摂るための座席を自由に決定できる」の内容で、食事摂取の場所の選択への柔軟な対応は図れることから、本カテゴリーでは、項目 72 と項目 70 を削除し、全 6 項目で構成することとした。

⑦ふれあいの促進への支援

食事は、単に栄養を確保するだけでなく、他者と共に食事をすることによって、交流を図ることや絆を深めるといった社会的活動と密接に関係しているものである。こうした、食事がもたらす「楽しみ」は、大内（2003）が、「高齢者の介護の場面でも食事づくり、食卓を囲むことで実現できるコミュニケーションが QOL の向上にも大切な役割を果たしている」¹⁵⁵⁾と述べているとおり、介護施設への入所によって、社会との接点や人間関係が縮小しがちな要介護高齢者の社会性の維持・拡大に寄与するものと考えられる。食卓を囲み、他者との交流を図ることで、食事の楽しさや美味しさにも大きな影響をもたらすと考えられる。複数の人が同居するという環境において、誰と共に食事を摂るかに配慮し、座席配置を検討することも介護職員に求められるスキルと考えられる。本カテゴリーは、「食事支援におけるふれあいの促進」といった視点から 5 項目を検討した。

「項目 76：利用者の数以上のいすを用意する（3.74）」、「項目 79：さまざまなサイズの食卓を用意する（4.01）」の値が低い傾向にあり、「椅子」や「食卓」の用意は、施設管理者の意向や、施設開設時によるところが大きく、介護職員などが容易に整備できることではないと考えられる。また、グループホームやユニット型といった、定員が少人数化されている施設では、フロアの面積などへの配慮から、人数以上の椅子や食卓を用意することも少ないと考えられる。このことから、本カテゴリーでは、項目 76、項目 79 を削除し、全 3 項目で構成することとした。

以上の考察より、「項目 10」「項目 35」「項目 36」「項目 43」「項目 45」「項目 70」「項目 72」「項目 76」「項目 79」の 9 項目を削除し、「項目 14」「項目 60」「項目 65」の 3 項目は、内容を一部修正して、全 71 項目を食事支援の指針の具体的項目とする

こととした。

食事支援の指針（71項目）

1. 食事認識への支援

1	利用者にも見やすい時計を飾る
2	利用者の生活リズムに合わせた時間に食事を提供する
3	調理の際、利用者に調理の匂いが感じられる
4	調理の際、利用者に調理の音が聞こえる
5	食事の開始の時間がわかる
6	食事前の口腔・嚥下体操を行う
7	食事のメニューを発表・掲示・配布する
8	介助を要する利用者に、何を食べているのか等適切な声かけを行う
9	介助を要する利用者・食事ペースが同じ利用者などをグループ化する
10	食卓の飾り物に配慮する（不要な物を片付けている・食事に適した演出）

2. 機能的な能力への支援

（1）食姿勢への配慮

1	食事に適した高さ・形のテーブルを用意する
2	利用者の身長・身体機能に合わせた椅子を用意する
3	心身の状況に応じて、車椅子利用者も椅子へ移乗する
4	介助者が正しいポジショニング（位置・姿勢）を取る

（2）食リズムへの考慮

5	口の動きや呼吸機能を見ながら、適した速度で介助（要介助）する
6	食する順序に考慮（要介助）し介助する
7	食事介助中、不用意な声かけを行わない（飲み込みの最中など）

（3）食行動への配慮

8	利用者の特性に適した、補助器具を用意する（自助具の活用）
9	利用者の特性に適した、食器（陶磁器の食器・介護用食器）を用意する

（4）食事形態への配慮

10	利用者の特性に適した、食事量を提供する（残食がない）
11	利用者の特性に適した、食事形態（刻み食など）に工夫をする

（5）調理活動実践への配慮

12	利用者の残存能力に合わせて、調理活動を実践する
13	利用者が、メニューの立案に参加する（一部でも可）
14	利用者が、食材を購入できる機会を設定する
15	利用者が、実際の調理を行う（簡単な作業でも可）
16	利用者が盛り付けに参加する（簡単な作業でも可）
17	利用者が、食事に関わる準備を行う（使用する食器の選択など）
18	利用者が、配膳を行う（職員と共にでも可）
19	利用者が、下膳を行う（職員と共にでも可）
20	利用者が、食器の洗浄・お盆拭きなど後片付けを行う（簡単な作業でも可）
21	高さの調節可能な調理台を用意する
22	車椅子利用者も調理活動に参加できる環境が整備されている
23	利用者の特性に適した、調理器具を用意する

3. 環境における刺激と質の調整

(1) 音への配慮

1	放送設備・テレビ・カートなどの音量調整し・最小限に抑える
2	職員の大声などで、フロアの雑音レベルを高めないように配慮する
3	職員は食事に適切な話題や声がけを行う

(2) 視覚への配慮

4	食事が集中できるよう、テレビなど食事以外の刺激へ配慮する
5	食事中、照明や窓からの日差しにより、ざらざらと光るところがない
6	食空間であることに配慮された照明器具を使用する

(3) 嗅覚への配慮

7	体臭や排泄などの匂いが食事時に広がっていることがない
8	トイレと食空間の距離が適切である

4. 安心と安全への支援について

1	食事中の利用者を、職員が見守りしやすいような建物の構造になっている
2	職員が、利用者の誤飲・誤嚥への対応知識・技術を持っている
3	利用者の誤飲・誤嚥に対応出来るよう吸引器などを常備している
4	食事中、傾眠などをする利用者への支援を検討する（服薬の状態など）
5	利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある
6	調理器具の取り扱い（収納棚の高さ・認識しやすい配慮）に配慮されている

5. 生活の継続性への支援について

1	利用者が入所前に使用していた食器を持ち込める
2	利用者個人の箸・食器を用意する
3	利用者の嗜好や入所前の食生活などについて職員が情報を共有する
4	利用者の嗜好や入所前の食生活をメニュー作りに反映する
5	個別の事情に応じたメニューへの配慮をする
6	カロリー制限などがある者への配慮をする（見た目・食事内容等）
7	家庭的な食環境（雰囲気作りなど）への配慮をする
8	食事に関係のない機器等（カートや配膳台）は、食事中目のつきにくい場所に置く
9	メニューに応じて、食器に変化がある
10	利用者の家族が尋ねてきたときなど、個別に食事を摂れる場所がある
11	利用者の事情に合わせて食事時間を変更できる
12	個別に食事を摂る場合にも、温かい状態で提供する
13	職員は、食事用エプロンの着用など食事に合わせた服装をする
14	利用者の食後の満足感を確認する
15	利用者の食後の疲労感を確認する

6. 自己選択への支援について

1	利用者自身が、食事のメニューを（一部でも）選択することができる機会がある
2	外食や出前などの機会がある
3	食事を取るための座席を利用者が自由に決定することができる
4	調味料などは、（職員が管理している範囲で）利用者が自由に使用できる
5	食事時の照度や室温を利用者の意思で調整することができる
6	利用者が、食事の量を意思表示出来る

7. ふれあいの促進について

1	交流が促進されるように食卓や椅子の配置に配慮する
2	6人以上のものでなく、少人数のグループでも使用できる食卓を用意する
3	職員も利用者と一緒に食事を摂る（共食）

第3節 食事支援の指針の提言に向けて

1. 研究の概観

介護保険制度導入に伴い、介護サービス提供事業所は、介護サービスの質の確保が問われ、介護サービスを提供する介護人材も量から質が問われ、国家資格として位置づけられた介護福祉士の専門性への追求も急務な課題となっている。

介護サービスの中でも「食事」は、要介護高齢者のサービス満足度や生活の質に深い関係があることが先行研究によって明らかにされており、食事支援の範囲も調理活動の実践など広がりを見せ、今後、食事支援に求められる知識・技術も広範になると予想される。このことから、本研究では、要介護高齢者における食事支援に着目して、食事支援のあり方を示す指針を提言することを目的として位置づけた。

第1に介護サービスの質を高める食事支援のあり方を考察するために、「質」の定義と「介護」の概念枠組みについて先行研究より考察を行った。「介護」概念は、専門職や立場により捉え方が一定ではなく、「介護」の明確な概念や定義は不明瞭であり、「介護」の定義が曖昧であることは、介護福祉士の専門性が未確立であることや、介護福祉士の養成教育・介護職員の離職率の高さにも影響をもたらしていることが示唆された。介護福祉士の養成については、介護福祉士の専門性の向上を目的として、一部法改正のもと、2009年に養成カリキュラムが抜本的に改正され、介護福祉士の専門性をいかに体系化するか等、課題も多く指摘されている。介護福祉士の養成のあり方は、介護福祉士の専門性や、実践現場のサービス提供に大きな影響をもたらすことが考えられることから、介護福祉士養成校に所属する教員に、介護福祉士を養成するカリキュラムに関する調査を行い、現場に従事する介護福祉士と、養成校に所属する教員間では、介護福祉士の専門性や、捉えている介護福祉士像に違いがあることが示唆された。このことから、介護福祉士の基盤となる「介護」の概念の統一の必要性について言及し本研究における「介護」の概念規定を示した。

第2に要介護高齢者のサービス満足度や生活の質に深い関連が示されている「食事支援」の意義について考察を行い、調理活動を実践するなど、介護サービスのなかでも食事支援に重点を置いているグループホームを対象に、食事提供に関する実態調査を実施した。食事支援は、介護保険制度の理念の基盤として掲げられる「尊厳保持」や、「自立支援」「QOLの向上」に寄与する要素が多くあり、「食事」支援のあり方を検討する際には、食事を生きるための栄養摂取の手段として捉えるのではなく、食事支援のもたらす効果や意義を明らかにすることが重要であることが考えられた。また、食事に関する支援は、利用者の生活歴や嗜好の把握といったアセスメント・調理環境の整備・意欲を引き出す職員の声かけ・食事の雰囲気作りなどの重要性も認識されており、食事支援のアプローチ法は多岐にわたることが示唆された。

第3にグループホームを対象とした食事支援の調査から得られた知見をもとに、食事支援の指針を構成するための概念について検討を行った。

食事支援は、直接的な介助に留まらず、多義的に捉える必要性が示唆されたことから、「QOL」「ICF」「PEAP」の視座から、食事支援に期待される効果や意義を導き出すとともに、食事支援の指針の構成概念についての検討を行った。そして、検討した食事

支援の指針の構成概念を基盤として、介護の実践現場に従事する介護福祉士の有資格者を対象に食事支援に関する意識調査を実施した。

調査結果から、食事支援がもたらす効果や意義に関する認識は高い一方で、実際の食事支援に関する評価は低い傾向にあり、介護実践の意義や効果等に対する肯定感が低いことが示唆された。また、介護の実践現場では、食事支援の方法について検討されているものの、実際の支援方法や内容に関する評価や振り返りをしている施設は少数に留まっており、食事支援について検討するツールなどを有している施設も少数であることが明らかとなった。

第4に食事支援の指針の提言に向けて、第4章で検討した食事支援のあり方を示す指針として検討した80項目とその具体的内容について、実践現場に従事する介護福祉士の有資格者に食事支援の指針項目の重要性に関する調査を実施して考察を行った。

食事支援の指針として、1.見当識への支援 2.機能的な能力への支援 3.環境における刺激と質の調整 4.安心と安全への支援 5.生活の継続性への支援 6.自己選択への支援 7.ふれあいの促進 の7カテゴリー、全71の項目が提言へと至った。また、本調査結果をもとに、食事支援の構造について分析を行い、食事支援の指針において示された課題について概観した。

本研究において提言した食事支援の指針は、介護福祉士の養成教育や介護現場において、食事支援のあり方や課題について検討（教育・研修）する際に職員の共通認識を図るツールとして、さらに、食事支援を広義に捉える視座を与えることで、介護福祉士の専門性・独自性へも寄与するものと考えられた。

2. 食事支援の指針の意義

「食事」は、栄養確保による生命維持、健康増進を目的とするだけでなく、食材の彩りやにおいなどによる視覚や嗅覚への刺激、食事を家族や友人などと共に摂ることによって、楽しさや豊かさ、心理的安定を得るとともに人間関係や対人関係を円滑にするためのコミュニケーションの手段としての役割も果たすなど、よりよく生きていくうえでの礎であり、重要な意義をもつものである。要介護高齢者における「食事」も、QOLを向上させる要因の1つとされ、介護サービス満足度とも高い関連があることが明らかにされる等、食事支援への期待は高まりをみせている。また、利用者と介護職員が共に食事作りを行うなど、食事支援の範囲は広がりを見せ、今後、食事支援に必要とされる知識・技術も広範なものとなることが予想されている。

このことから、本研究では、食事支援のあり方を示す指針を提言することを最終目標として位置づけ研究に取り組み、食事支援の指針71項目を示すことができた。食事支援の指針策定にあたっては、はじめに調理活動を実践するなど介護サービスの中でも食事支援に重点を置いているグループホームを対象に食事支援に関する実態調査を行い、食事提供の現状と課題を明らかにした。また、「QOL」「ICF」「PEAP」の視点から食事支援を多角的に捉え食事支援のあり方について考察を行った。そして、介護現場に従事する介護福祉士に食事支援の意義や食事支援に期待される効果に関する調査を実施し、食事支援の指針を示す項目について検討した。最終的に、検討した食事支援の指針の内容について、介護現場に従事する介護福祉士に調査を実施した。

現状、介護施設などで活用されている食事支援に関するマニュアルは、「食事を安全に摂取する」といった視点で作成されていることが多く、具体的には誤嚥を予防するための姿勢保持や摂食・嚥下のメカニズム・食形態の工夫など、「食べる」という動作への知識や具体的な介護技術の内容が主となっており^{156) 157)}、食事支援＝「食べさせる技術」と結び付けられている傾向にある¹⁵⁸⁾。

本研究において示した食事支援の指針は、「食べること（＝摂食）」を核としながらも、食事支援のあり方を7つのカテゴリー（見当識・機能的な能力・物理的な環境整備・安心と安全・生活の継続性・自己選択・ふれあい）から多義的に捉え、食事支援の枠組みの変換を目指したものである。食事支援は、単に「食べる」動作への補完として集約されるものではない。食事支援を、食事動作への支援として単独に支援するのではなく、広義に捉え、その枠組みのなかで食事支援のあり方を検討し、実践することこそが介護福祉士の専門性や独自性に繋がるものであり、専門職としての役割であると考えられる。

本研究で示した食事支援の指針は、無形性を特性とするが故に客観的に内容を示すことが難しい介護実践¹⁵⁹⁾において、食事支援への枠組みの変換を図るとともに、食事支援の方向性を示すものであり、食事支援のあり方や課題について職員間で共有を図るツールとしての活用が有用であると考えられる。また、介護現場における介護サービスの質を高めるマニュアルのあり方について、和泉（2004）が「日常的に介護サービスに従事しない管理者などが観念的に記述した手順では、従事者の同意を得られないばかりか、顧客満足度の向上に寄与することは難しい」として、「介護サービス従事者を主体として、標準化を進めることが実効性を保つ方法の1つである」¹⁶⁰⁾と述べている。本研究で示した指針は、現場に介護福祉士資格を有して従事している職員を主体として検討したものであることから、介護現場における汎用も期待されるものであり、介護実践のアカウンタビリティにも寄与するものとする。

3. 研究の課題

本研究において示した食事支援の指針は、1. 食事認識への支援 2. 機能的な能力への支援 3. 環境における刺激と質の調整 4. 安心と安全への支援 5. 生活の継続性への支援 6. 自己選択への支援 7. ふれあいの促進 の7つのカテゴリーによって構成し、介護現場で食事支援のあり方を検討する際のツールとしての活用を目指したものである。また、本指針は、専門職として位置づけられている介護福祉士の専門性や独自性の向上を目指す視点に立ち、要介護高齢者に対する食事支援のあり方についての方向性を示したものであり、指針において示した具体的項目や内容について、実践の可否を判断するものではない。今後、本指針をもとに多様な実践を行い、要介護高齢者にもどのような変化や効果をもたらすかを検証し、食事支援の方法論の確立を目指すことが将来的な課題として残されている。

介護実践の評価については、國定（2011）が「介護の仕事は、人間が相手であるため、なかなか成果が見えにくい。特に高齢者は、加齢とともに身体機能が低下しやすく複数の疾病をもっていることもあり、要介護度の状態の改善も難しいことから介護業務により成果が見られることは困難である」¹⁶¹⁾として、介護の達成度を示すこと

の困難さを述べている。また、介護サービスの水準について、河谷(2012)は、「仮に同じサービス内容を提供しても、本人の福祉サービスに対する知識や理解度、個人的な好みによってサービスの受け止め方に違いがある。たとえ専門家たる第三者が良いサービスであると判断しても、サービスを受けている利用者本人との間に違いが生じることも往々にしてありうる」¹⁶²⁾として、介護サービスの水準を示すことの困難さを言及している。つまり、介護サービスは、提供者と利用者といった性格が異なる結果への結びつきが不明確な双方のニーズを統合していくことが求められている。そして、食事支援のように介護実践の方法論を示すモデルを構築するには、介護サービスを提供する意義や目的・それらを実現するための手段の体系化のなかで、利用者の主観的な考えや希望、満足感といった側面と介護サービスの効果・有効性をどのように関連づけていくかを検討していかなければならないことが示唆されている。

今後は、上記を考慮しながら、本論文で示した指針をもとに介護実践をデータとして集積しながら、共分散構造分析によって指針の項目分析・構成概念の妥当性について検証を行い、食事支援の方法論を確立し、食事支援モデルの提言を目指していきたいと考えている。

おわりに

本研究は、食事支援の質的向上を図り、介護福祉士の専門性・独自性の向上を目指すために、食事支援の意義を見出し食事支援のあり方を考察するとともに、食事支援の指針を示すことを目的とするものであった。

グループホームにおける食事支援の実態調査、介護福祉士有資格者への食事支援に関する意識調査、食事支援に関する先行研究のレビューをふまえ、食事支援の指針として検討した80項目について調査・分析を行い、食事支援の指針として7カテゴリー71項目を示すことができた。また、食事支援の指針において因子分析を行い、食事支援の指針で示された課題についても概観することができた。

今後は、本研究において提言した指針をもとに、食事支援の具体的なケアモデル提言に向けて、実践によるデータの集積と指針の評価・検証を行い、指針のモデル化に向けた分析を進めていきたいと考えている。

本研究の過程において、介護実践をモデル化するためには、介護サービス提供者と利用者、双方のニーズの統合を図ることの必要性、介護実践の効果や有用性と利用者の主観的側面との関連性を合わせて検討することの必要性が示唆され、今後研究に取り組むうえでの、重要な視点を見出すことができた。

また、本指針は、介護福祉士を有して介護現場に勤務する職員の意識を確認しながら検討したものであり、介護福祉士は、「食事支援」の意義や食事支援のもたらす効果などを認識していることが明らかとなった。今後は、介護現場において、介護福祉士の独自性を確立しつつ、専門性を発揮できる環境づくりが求められるといえる。

本研究で示した食事支援の指針は、介護福祉士の養成教育や介護現場において、食事支援のあり方や課題について検討（教育・研修）する際に職員の共通認識を図るツールとして、さらに、食事支援を広義に捉える視座を与えることで、介護福祉士の専門性・独自性へも寄与するものと考えられた。また、介護現場に勤務する介護職員のみならず、施設管理者へ食事支援のあり方を示す指針として活用されることを期待する。

謝 辞

本論文は、多くの方のご指導とご協力のもと完成することが出来ました。
ここに記して、謝意を申し上げます。

本研究を遂行し学位論文の提出に至るまで、研究への深い理解と多大なご指導を賜りました、指導教官である狩野徹教授に深く感謝申し上げます。様々な問題に直面しながらも研究を続けることができたのは、狩野徹教授のご指導によるものであり、研究に向かう姿勢や研究に関する課題克服のための具体的な方策など、的確なご助言により、最後まで前向きに研究に取り組むことが出来ました。心より御礼申し上げます。

研究のプロセスや論文審査におきまして、ご専門の視点から明快なご指摘とご助言を頂きました、岩手県立大学社会福祉学研究科の小川晃子教授、宮城好郎教授、報告会などで貴重なご意見を頂きました同大学院の諸先生方に心より感謝申し上げます。

また、大学院で博士号取得に向け、同じ志を持った社会福祉学研究科の仲間である皆さんと共に議論し、ご助言頂きましたことが研究に取り組むうえで大きな励みとなりましたことをここに記すとともに心より御礼申し上げます。

そして、修士時代の私に、研究の楽しさと難しさを教えてくださり、博士課程への進学および研究全般にわたる多大なご支援、ご指導を賜りました、東北学院大学人間情報学研究科の増子正教授に心より感謝申し上げます。

本研究において、全3回にわたる調査実施にあたり、ご多忙の中、質問紙調査への回答をご協力頂きました岩手県内の認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設の管理者の皆様をはじめ、600名を超える介護福祉士の皆様に心より感謝申し上げます。

最後に、これまで自分の思う道を進むこと、博士課程における研究活動に対する深い理解の下、温かく見守り支えてくれた祖父母、伯父・伯母、そして家族に心から感謝致します。

学位論文提出に至りましたことに対して、これまでお世話になりましたすべての皆様に改めて感謝の意を表して謝辞と致します。

平成 27 年 1 月 19 日

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程
二瓶 さやか

【引用文献】

- 1) 成清美治 1999 ケアワーク論 第1版 学分社 p.170
- 2) 廣木奈津 松本仲子 2002 日常生活に関する痴呆性高齢者と自立高齢者の比較日本食生活学会誌 Vol.15 日本食生活学会 pp.278-285
- 3) 初鹿静江 2006 介護予防の観点からみた認知症高齢者グループホームの食生活支援のあり方の検討 医療看護研究 3(1) pp.22-28
- 4) 青柳佳子 浦尾和江 是枝祥子ほか 2013 特別養護老人ホームでの介護の目的に合わせたアセスメントツールの開発 -特別養護老人ホームの介護職が導き出す観察視点 D.R.I.P.- 介護福祉学 Vol.20 No.2 pp.159-165
- 5) 笹谷真由美 松田千登勢 長畑多代 2013 特別養護老人ホームにおいて認知症高齢者への食事ケアを協働することについての看護・介護職の認識 老年看護学 第17巻 第2号 pp.38-46
- 6) 杉谷かすみ 2005 介護老人福祉施設における介護職員の食事介助に対する不安感の検討 日本看護学会論文集 老年看護 36 pp.145-147
- 7) 植北康嗣 2010 介護労働環境整備と離職率の関係についての一考察 四條畷学園短期大学紀要 43 pp.34-40
- 8) 前掲書 1)
- 9) 公益財団法人介護労働安定センター 2013 介護労働の現状について 平成24年度介護労働実態調査 p.58
- 10) 前掲書 2)
- 11) 三浦研 2011 個性を大事にする高齢者施設での住まい方 公益財団法人在宅医助成勇美記念財団の助成による市民公開シンポジウム資料 p.28
- 12) 大越ひろ 品川弘子 2010 健康と調理のサイエンス -調理科学と健康の接点- 第2版 文学社 p.89
- 13) 中山孝子 2002 痴呆症高齢者の食事行動に関するアセスメントと効果的介入 老年看護学 Vol.7 No.1 p.61
- 14) 湯川夏子 我如古菜月 明神千穂ほか 2008 高齢者施設における「料理療法」の試み 京都教育大学紀要 No.112 p.102
- 15) 権珍嬉 鈴木隆雄 金憲経ほか 2005 地域在宅高齢者における低栄養と健康状態および体力との関連 体力科学 54 (1) pp.55-106
- 16) Sahyoun, N.R. Jacques PF Dallah G et al 1996 Use of albumin as a Predictor of mortality in community dwelling and institutionalized alderlyPopulations Junrnal of clinical Epidemiology 49 (9) pp.981-988
- 17) 本部比呂絵 酒元誠治 江藤靖ほか 2004 在宅高齢者の栄養状態と免疫機能に及ぼす配食サービスの効果 栄養学雑誌 Vol.62 No.1 pp.19-23
- 18) 酒元誠治 古家隆 堀之内恭子ほか 2004 配食サービスの有無別独居高齢者の栄養状態 日本公衆衛生雑誌 Vol.51 No.8 pp.631-640
- 19) Keller, H.H. 1993 Malnutritionininstitutionalizedelderly. How and why?American GeriatricsSociety . Vol.41 No.11 pp.1212-1218

- 20) Morley, J.E. 1986 Nutrition Statustheelderly. The Americanjournal of Medicine. Vol.81 No.4 pp.360-363
- 21) Rudman, D.,Feller,A.G.et al. 1986 Relation of serumalbumin concentrationto death rate innursing home men.Jurnal of parenteral and enteral Nutrition. Vol.11 No.4 pp.360-363
- 22) kimura, Y., Wada, T., Ishine, M. ea al. 2009Food diversity is closely associatedwith activities of daily living depression and quality of life in community dwelling elderly pepple. Junrnal of American geriatrics society. 57pp.922-924
- 23) 大庭輝 野内類 高野裕治ほか 2009 高齢者施設入居者における食事の役割 -九州地方の高齢者施設を例として- 明治学院大学心理学部附属研究所年俸 Vol.2 No.51 pp.321-329
- 24) 野村知子 2009 食事サービスからみた高齢者のこころと健康と地域社会の創造 老年精医学雑誌 Vol.20 No.5 pp.520-528
- 25) 小城明子 2004 要介護高齢者施設における食物形態の実態 -食物形態の種類とその適用について- 栄養学雑誌 Vol.62 No.6 pp.329-338
- 26) 和田早苗 松尾千鶴子 2007 高齢者の食環境と栄養管理 兵庫大学論集 第 12 号 pp.179-184
- 27) 饗庭照美 上田敏子 富田圭子ほか 2008 視覚による高齢者の食物認識と食嗜好に関する調査 日本調理科学会誌 Vol.41 No.1 pp.35-41
- 28) 伊藤武夫 2003 生体リズムに配慮した高齢者福祉施設の照明事例 日本生理人類学会誌 Vol.8 No.4 pp.25-28
- 29) 永野司 2000 高齢者施設の食器類を中心とした食事環境の研究 長崎女子短期大学紀要 第 24 号 p.75-87
- 30) 田中玲奈 2007 施設で生活する高齢者の食事の思い 月間総合ケア Vol.17 No.9
- 31) 吉田真弓 藤井義博 2007 特別養護老人ホーム入所者の食事満足度の測定 藤女子大学 QOL 研究所紀要 Vol.2 No.1 pp.41-53
- 32) 大庭輝 野内類 高野裕治ほか 2014 高齢期における食生活スタイルとソーシャルサポートの関連 老年社会科学 第 35 卷 第 4 号 pp.429-437
- 33) 角張敬子 吉田真弓 山田美智子ほか 2011 虚弱高齢入院患者と特別養護老人ホーム入所者における主観的食事満足度の比較検討 藤女子大学 QOL 研究所紀要 Vol.6 No.1 pp.55-63
- 34) 大谷貴美子 新見愛 富田圭子ほか 2011 ユニットケア型特別養護老人ホームにおけるユニット内調理の効果 日本調理科学会誌 Vol.44 No.6 pp.381-389.
- 35) 前掲書 5)
- 36) 和田行男 2003 大逆転の痴呆ケア 中央法規出版 p.57
- 37) 林田あゆみ 山中克夫 窪田理恵 2004 女性痴呆高齢者の調理場面における生活療法的ケアからの介入に関する事例研究 日本痴呆ケア学会誌 Vol.3 No.2 pp.222-229
- 38) 朴美蘭 渡辺裕美 2011 認知症高齢者の主体性を引き出し促すケアの考察 -グループホームにおける食事支援の類型から- 介護福祉学 Vol.18-2 pp.93-102

- 39) 柴尾慶次 2007 施設サービスの質をめぐる研究・政策・実践の動向・質的評価について 社会福祉学 Vol.48-1 pp.185-188
- 40) 吉澤美由紀 2000 アクティビティの実際 -調理活動- 作業療法ジャーナル 第34巻 5号 pp.548-550
- 41) 前掲書 3)
- 42) 前掲書 14)
- 43) 二瓶さやか 橋本実 後藤満枝 2009 介護福祉士に求められる専門性と能力に関する研究 -養成校教員と介護福祉士が考える介護福祉士像- 仙台大学紀要 Vol.41 No.1 pp.111-119
- 44) 二瓶さやか 2011 介護福祉士養成校教員が考える介護福祉士養成教育の内容 介護福祉士 No.16 pp.53-57
- 45) 二瓶さやか 2012 介護保険制度下における介護人材育成政策に関する研究 学際連携研究 pp. 149-159
- 46) 大場充 2014 組込みソフトウェア工学ハンドブック 日科技連 pp.13-20
- 47) Shewhart,W .A . 1931 'The Economic Control of Quality of Manufactured product' D. VAN NOSTRAND COMPANY Inc. (白崎文雄訳 1951 工業製品の経済的品質管理 日本規格協会 p.51)
- 48) 持本志行 2000 価値・品質・価格・原価 -品質概念の革新と CS:QDm:VA/VE-品質 Vol.30 No.3 pp.327-339
- 49) 広辞苑 1993 新村出編 第4版 岩波書店 p.1146
- 50) 河谷はるみ 2012 社会福祉サービスの質の定義と利用者満足度調査 九州看護福祉大学紀要 12(1) pp.69-77
- 51) 岡本民夫 2000 介護福祉学入門 井上千津子 有斐閣アルマ p.2
- 52) 井上千津子 1995 介護概論 福祉士養成講座編集委員会 中央法規出版 p.27
- 53) 村西美恵子 2006 介護福祉援助の課題と介護福祉専門職の養成に関する研究 龍谷大学大学院研究紀要 Vol.13, pp.111-133
- 54) 前掲書 52)
- 55) 前掲書 51)
- 56) 瀧波淳子 2012 「介護福祉学」の構築に向けて 介護福祉学 Vol.19 - 2 p.184
- 57) 仲村優一 1974 社会福祉辞典 誠信書房 p. 33
- 58) 松家幸子 1981 老人ホームにおける介護 三浦文夫 小笠原祐次 現代老人ホーム論 全国社会福祉協議会 p.167
- 59) 秋山智久 1987 「社会福祉士及び介護福祉士法」法制化の過程と課題 月刊福祉 70-8 p.56
- 60) 中島紀恵子 1989 介護概論改訂版 福祉士養成講座編集委員会 中央法規出版 p.9
- 61) 西村洋子 1990 介護概論 川島書店 pp.24-25
- 62) 一番ヶ瀬康子 1993 介護福祉学の意義と意味 一番ヶ瀬康子監修 介護福祉学とは何か ミネルヴァ書房 p.6
- 63) 神垣真澄 1993 介護 京極高宣監修 1993 現代福祉学レキシコン 雄山閣 p.161
- 64) 前掲書 63)
- 65) 日本社会福祉実践理論学会編 社会福祉基本用語辞典 川島書店 1996 p.39

- 66) 井上千津子 2000 新・介護福祉学とは何か 一番ヶ瀬康子監修 ミネルヴァ書房 p.6
- 67) 是枝祥子 2002 ソーシャルワーカーのための介護 渡辺裕美 有斐閣 p.13
- 68) 川村匡由 2004 社会福祉基本用語集五訂版 ミネルヴァ書房 p. 24
- 69) 馬場純子 2000 「ケア」「ケアする行為」とは何か 人間福祉研究第3号 p.60
- 70) 小山隆 2001 介護福祉の活動の場 古川孝順 佐藤豊道編著 介護福祉 有斐閣 p.75-76
- 71) 上田敏 1992 「Quality of Life (QOL) リハビリテーションと QOL—ADL との関係を中心に」『OT ジャーナル』Vol.26 NO.23 pp.23-27
- 72) 前掲書 71)
- 73) Werner Sombart 著 金森誠也訳 2013 人間とは PHP 研究所 pp.119-125
- 74) 前掲書 9)
- 75) 前掲書 44)
- 76) 前掲書 45)
- 77) 前掲書 2)
- 78) 前掲書 11)
- 79) 前掲書 29)
- 80) 前掲書 3)
- 81) 萬代隆他 1996 Quality of Life 医療新次元の創造 メディカルレビュー社 p.20
- 82) 小林朋美 寺嶋洋恵 早坂真理子ほか 2005 高齢者施設に勤務する介護福祉士による介護評価の分析 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要 3 pp.79-86
- 83) 藤澤雅子 2006 要介護高齢者の QOL に関する臨床的研究 淑徳短期大学研究紀要 45 pp.131-145
- 84) 守本とも子 星野政明 2005 QOL を高める専門看護,介護を考える (下巻) 中央法規出版 pp.2-18
- 85) Teitelman&Priddy 1988 三谷嘉明他訳 1998 虚弱な高齢者の QOL 医歯薬出版 p.33
- 86) 神部智司 島村直了 岡出進 2002 高齢者福祉施設入所者のサービス満足度 厚生指針 49 pp.7-13
- 87) Carrier,N. West ,GE .Ouellet,D. 2009 Dining expericncefoodservi caned staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents J NutrHeaeth&Aging13 pp.65-70
- 88) 松下年子 松島英介 2004 高齢者の QOL (Quality of life) と生活習慣の関連 日本保健科学学会誌 7 p. 156-163
- 89) 大川弥生 2009 ICF から高齢者医療・介護を考える—生活機能学の立場から— 老年看護学 Vol.13 No,2 p.18
- 90) 丸山優 大塚真理子 2012 要介護高齢者における生活機能のアセスメントを学ぶ 視覚聴覚教材の評価 埼玉県立大学紀要 Vol.14 p.65
- 91) 前掲書 89)
- 92) 新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf> (2014/12/01)
- 93) 前掲書 29)
- 94) 二瓶さやか 2012 食事提供実態調査からみたグループホームの「食事」の現状と課題 介護福祉学 Vol.19 No.2 pp.174-179

- 95) 馬場園明 2014 CCRC の概念を応用した日本の高齢者ケア 都市部の高齢化対策に関する検討
会資料 7 p.4
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032exf-att/2r98520000032f35.pdf> (2014/12/0
- 96) 濱崎裕子 2012 地域密着型小規模施設における認知症高齢者の環境づくり 久留米大学文学部紀
要社会福祉学科編第 12 号 p.25
- 97) 高齢者介護研究会報告「2015 年の高齢者介護」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/2.html> (2014/12/08)
- 98) 児玉桂子 足立啓 古賀誉章 ほか 高齢者の生活とその環境－認知症高齢者のための環境支援の
考え方と手法－ ケアと環境委員会
http://suishinkyo.net/unitcare/u_images/pdf/jizen_kadai/jizen_2.pdf (2014/12/08)
- 99) 児玉桂子 2004 痴呆性高齢者への環境支援指針 (PEAP) を用いた施設環境づくり実践ハンド
ブック 厚生労働科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業平成 15 年度研究報
告書別冊 p.2
- 100) 実践事例報告として、以下の 2 稿を示す
児玉桂子 2009 認知症ケアを助ける施設環境づくり 地域ケアリング Vol.11, No.14
p.6-36
児玉桂子・古賀誉章・沼田恭子ほか 2010 PEAP にもとづく認知症ケアのための施設環境づ
くり実践マニュアル 中央法規 pp.88-156
- 101) Weisman,G.D. Lawton,M.P. and Slane,P.D. 1996 The Professional Environmental Assessm-
ent Protocol. School of Architecture, University of Wisconsin at Milwaukee.
- 102) 児玉桂子 2004 痴呆性高齢者への環境支援指針 (PEAP 日本版 3) を用いた施設環境づくり
日本痴呆ケア学会誌 Vol.3 No2 pp.17-26
- 103) ケアと環境研究会 2002-2005 認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版 3 日本
社会事業大学 児玉研究室 <http://www.kankyozukuri.com/pdf/peap-ja-34.pdf> (2012/12/08)
- 104) 前掲書 100)
- 105) 古賀紀江 横山ゆりか 近藤未佳子 2002 高齢者居住施設における食行動 - 食堂での過ごし
方の検討- 日本建築学会大会学術講演梗概集 p.345
- 106) 林玉子 林悦子 2003 介護型施設の生活環境に関する研究 - 新築のユニットケア型特別養護
老人ホームにおける居住空間・ケアの実態、課題- 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部
紀要 No,2 pp.7-8
- 107) 溝口慶太 北川啓介 生田京子 2010 高齢者を対象とした介助のある食事における行為と空間
日本建築学会大会学術講演梗概集 p.127
- 108) 三浦研 大鏑翠 宮崎崇文 2010 小規模高齢者施設における「食」提供の実態 日本建築学会
大会学術講演梗概集 p.125
- 109) 前掲書 13)
- 110) 大谷貴美子 杉山美穂 中北理映ほか 2002 高齢者の QOL に果たす食生活の役割 日本食生
活学会誌 Vol.12 pp.306-313
- 111) 久野真矢 清水一 2009 高齢者施設食堂のテーブル周囲に仕切りを設置した環境設定が認知症
高齢者の情動社会的交流に及ぼす影響 作業療法 Vol6 No.2 pp.17-26
- 112) 前掲書 86)

- 113) 前掲書 14)
- 114) 吉田真弓 藤井義博 2008 特別養護老人ホーム入所高齢者の食事関連満足度に関する本人と施設職員の認識の差異の検討 藤女子大学 QOL 研究所紀要 3(1) pp. 41-57
- 115) 前掲書 114)
- 116) 田中昌美 2009 デイサービスのサービス評価における利用者と職員との比較 介護福祉学 Vol.16 No.1 pp.29-38
- 117) 前掲書 9)
- 118) 介護福祉士養成テキスト企画委員会 2008 生活支援技術 I ー自立に向けた生活支援の基盤と ICF の理解ー 建帛社 p.69
- 119) 前掲書 36)
- 120) 土屋景子 井上桂子 2000 重度痴呆高齢者に対する調理活動の試み 川崎医療福祉学会誌 10 (2) pp. 363-372
- 121) 駒井由紀子 繁田雅弘 2006 認知症のリハビリテーションに対する文献研究 作業療法 Vol.25 No.5 pp. 423-438,
- 122) 前掲書 100)
- 123) 和田由美子 深澤 和也 2011 認知症高齢者における人物の見当識障害 ー高齢者施設職員への調査からー 応用障害心理学研究 第 10 号 pp.127-136
- 124) 斉藤繁 2005 重度記憶障害を伴う高齢者の介護支援方策について 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要 5 pp.1-13
- 125) Priefer BA Robbins J 1997 Eating changes in mild-stage Alzheimer' s disease A pilot study. Dysphagia 12 pp.212-221
- 126) 前掲書 125)
- 127) 林玉子 2004 介護型施設の生活環境に関する研究 聖隷クリストファー大学社会 福祉学部 紀要 2 pp.7-13
- 128) 溝口慶太 北川啓介 生田京子 2010 高齢者を対象とした介助のある食事における行為と空間 日本建築学会大会学術講演梗概集 p.128
- 129) 川島隆太 2005 特集「台所リハビリ」で介護予防 Tabedas 第 7 号 pp.12-15
- 130) 湯川夏子 坂口晶子 永井奈緒美ほか 2009 認知症高齢者グループホームにおける料理活動の現状と課題 日本認知症ケア学会誌 8 (2) p.285
- 131) 大谷貴美子 新見愛 富田圭子ほか 2011 ユニットケア型特別養護老人ホームにおけるユニット内調理の効果 日本調理科学会誌 44 (6) pp.381-411
- 132) 北岡雅樹 佐藤平 1997 特別養護老人ホームの食堂用テーブルの使いやすい高さについて 日本建築学会大会学術講演梗概集 pp.145-146
- 133) 中川英子 2010 福祉のための家政学 大塚順子 奥田郁子共著 建帛社 p.121
- 134) 杉谷かずみ 2005 介護老人福祉施設における介護職員の食事介助に対する不安感の検討 日本看護学会論文集 老年看護 36 pp.145-147
- 135) 川島隆太監修 2007 学習療法の秘密ー認知症に挑むー 山崎律美著 くもん出版 pp.21-32
- 136) 絹川麻里 三浦研 2003 要介護高齢者の在宅生活時における生活行為 ー施設入居前の生活実態からみた要介護高齢者にとっての「家らしさ」に関する事例的考察 (2) ー 日本

建築学会大会学術講演梗概集 pp.189-180

- 137) 諏訪さゆり 2006 医療依存度の高い認知症高齢者の治療と看護計画 日総研出版 pp.21-27
- 138) 加藤悠介 中井佳織 横山奈津子ほか 2006 グループホームにおける調理行為および片付け行為の実態－入居者と介護者が共に使いやすいキッチンのレイアウトに関する研究(その1)－ 日本建築学会近畿支部研究報告集 (46) pp.9-12
- 139) 中井佳織 横山奈津子 加藤悠介ほか 2006 グループホームにおける調理場面からみた環境行動分析－入居者と介護者が共に使いやすいキッチンのレイアウトに関する研究(その2)－ 日本建築学会近畿支部研究報告集 (46) pp.13-16
- 140) 横山奈津子 中井佳織 加藤悠介ほか 2006 グループホームにおける食器の動きからみた環境行動分析－入居者と介護者が共に使いやすいキッチンのレイアウトに関する研究(その3)－ 日本建築学会近畿支部研究報告集 (46) pp.17-20
- 141) 南涼子 2003 介護に役立つ色彩活用術 現代書林 p.49
- 142) 山下真知子 2007 高齢者施設における施設ユーザーと看護・介護従事者による色彩環境評価の共通点と差異について－高齢者の回復期ケアを目的とした施設空間の色彩設計に関する研究－ 大手前短期大学研究集録 27 pp.93-109
- 143) 前掲書 28)
- 144) 伊藤武夫 2001 高照度光照射による痴呆高齢者の食事摂取量の変化について 照明学会全国大会講演論文集 34 p.203
- 145) 小林重雄 2009 鮮やかな光色で照明された食品に対する食欲 日本建築学会環境系論文第74巻 第637号 p.276
- 146) 織田佐知子 2011 照明の種類が食物のおいしさに与える影響 実践女子大学紀要第48号 p.18
- 147) 前掲書 94)
- 148) 飯島絵里 佐藤克志 2009 有料老人ホームの共有空間のあり方に関する研究－共有空間としての食堂に見られる交流活動の実態－ 日本建築学会大会学術講演梗概集 p.171
- 149) 佐々木心彩 羽生和紀 長嶋紀一 2004 高齢者の施設適応度測定指標の開発 老年社会科学 26 (3) pp.289-295
- 150) 丸山かおり 高橋和代 浅田こころほか 2004 リロケーションダメージの軽減に馴染みの小物が与える効果について 認知症ケア事例ジャーナル 3 (1) pp.38-44
- 151) 五島シズ 2008 愛をこめて認知症のケア 看護科学社 pp.33-52
- 152) 柴田範子 2011 生活支援技術 I －自立に向けた生活支援の基礎と ICF の理解－ 建帛社 p.52
- 153) 大日向光 内田治子 2002 介護保険制度下のホームヘルパーの食事づくりの環境と実態について 介護福祉学 Vol.9 No.1 pp. 109-115
- 154) 前掲書 94)
- 155) 大内秀記 2003 おいしさを創る喜び 日本味と匂学会誌 Vol.10 No.2 pp.183-188
- 156) 服部雅子 2006 介護現場実践情報介護サービスのマニュアル作成介護サービスマニュアル (1) 食事介助マニュアル 介護人材 Q&A Vol.3 No.15 pp.104-109
- 157) 玄景華 橋本岳英 2012 重度認知症のある方への食事援助マニュアル作成の課題：介護職

員へのアンケート調査による分析 明治安田こころの健康財団 研究助成論文集 (48)
pp.146-155

- 158) 介護福祉士養成テキスト企画委員会 2008 生活支援技術 I - 自立に向けた生活支援の基盤と ICF の理解 - 建帛社 p.3
- 159) 前掲書 4)
- 160) 和泉徹彦 2004 介護保険におけるサービス評価モデルの検討 人間福祉研究 7 pp.129-144
- 161) 國定美香 2011 人福祉施設の介護業務における介護労働時間とその負担度と達成度の関連性に関する研究 日本保健福祉学会誌 17(1) pp.1-8
- 162) 前掲書 50)

【参考文献】

- 加藤友野 2012 介護福祉士の専門性に関する研究 - 求められる介護福祉士像からみる現状と課題 - 総合福祉科学研究 第3号 pp.105-118
- 狩野徹 2003 ユニバーサルデザインの流れ - 生活づくりの視点から - 月刊ゆたかなくらし 萌文社 No.251・252 pp.6-10
- 狩野徹 2010 福祉用具の活用と住宅改修の基本的考え方 月刊ゆたかなくらし 本の泉社 No.333 pp.12-16
- 狩野徹 2013 住環境のどこを評価するか 地域リハビリテーション 8(7) 三輪書店 pp.515-518
- 狩野徹 2013 痴呆性高齢者とケア環境の効果について 日本痴呆ケア学会誌 第1巻 第1号 pp.26-31
- 菊池啓子 2008 介護福祉士養成校における家政学実習内容の検討 中部学院大学・中部学院期大学部 研究紀要 第9号 pp.43-48
- 鴻上圭太 2008 介護専門職における専門職性についての一考察 - 三好春樹論研究を通して - 大阪健康福祉短期大学紀要 第7号 pp.175-183
- 古賀紀江 横山ゆりか 狩野徹 ほか 2008 高齢者居住施設種別による食事行動の特徴 - 環境行動支援の基礎的研究 - 人間・環境学会誌 11(1) p.34
- 潮谷有二 児玉桂子 足立啓 ほか 2003 痴呆症高齢者環境尺度(施設版)の開発とその有効性に関する研究 純心現代福祉研究 No.8 pp.43-70
- 柴田博 杉澤秀博 狩野徹 1997 高齢者の生活の質と居住環境 日本生気象学会雑誌 34(1) pp.31-35,
- 城仁士 2007 高齢者の発達を支援する福祉サービスのこれから クォーターリー生活福祉研究 通巻61号 Vol.16 No.1 pp.1-16
- 田原育恵 堀内美由紀 安田千寿 ほか 2013 介護老人福祉施設入所による生活環境変化に適応するための要因 - 後期高齢者のインタビュー調査より - 聖泉看護学研究 pp.59-67
- 中矢雅明 清水千晶 荒井三津子 2005 「食生活論」の変遷 北海道文教大学研究紀要 29 pp.1-16

- 長谷川美貴子 2014 ケア概念の検討 淑徳短期大学研究紀要 第53号 pp.127-186
- 林悦子 狩野徹 足立啓 2004 普及期におけるグループホームの現状と課題 日本痴呆ケア学会誌 第3号 第1巻 pp. 64-70
- 前川佳史 狩野徹 1999 特別養護老人ホームにおける生活単位空間に関する研究 東京都老年学会誌 (6) pp.215-218
- 前田展弘 2008 要介護高齢者の QOL とケアの質に関する一考察 -QOL ケアモデルの介入調査をもとに- ニッセイ基礎研所報 Vol.50 pp.91-126
- 原祥子 實金栄 2012 介護老人保健施設における認知症ガイドラインの開発 日本看護研究学会誌 Vol.35 pp.75-81
- 藤井義博 食事療法の歴史的意味 -序説- 藤女子大学紀要 第40号 第II部 pp.7-12
- 松山郁夫 2005 介護福祉の概念の構成要素に関する研究 佐賀大学文化教育学部健康福祉スポーツ科学講座 Vol.9 No.2 pp.237-254
- 山口康史 狩野徹 望月強 1998 高齢障害者の身体機能と住環境に関する研究 日本建築学会大会学術講演梗概集 pp.113-114
- 山下昭美 2001 施設高齢者の生きがい感と QOL との関連について 厚生指標 第48巻 第4号 pp.12-19
- 山下真知子 2007 高齢者施設における施設ユーザーと看護・介護従事者による色彩環境評価の共通点と差異について -高齢者の回復期ケアを目的とした施設空間の色彩設計に関する研究- 大手前短期大学研究集録 27 pp.93-109

附 属 資 料

資料 1	「調査 1：介護サービスとしての食事支援の実際」（自由記述）・・・	i
資料 2	「調査 1：介護サービスとしての食事支援の実際」調査票　・・・	v
資料 3	「調査 2：食事支援に関する意識調査」調査票　・・・・・・・・・・	x
資料 4	「調査 3：食事支援の指針に関する調査」調査票・・・・・・・・・・	xiv
資料 5	研究業績　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	xix

資料 1

食事における「調理活動」と利用者の関わりについて (自由記述) 補足資料 ①

No	記述内容 (一部抜粋)	キーワード											
		残存 機能の 把握活用	声掛け	利用者 に任せ	利用者 に教わる	時間的 余裕	職員の 関わり	調理 環境 雰囲気	調理 環境 設計	清潔面 への 配慮	役割 分担	生活歴 の把握	その他
1	利用者の得意な事を行って頂く。職員が援助し、利用者がメインになって頂く	○											利用者主体
2	意欲を持ち、携わることの出来る環境づくり							○					
3	手指消毒の徹底								○				
4	利用者同士のトラブル防止の見守り、調理手順の説明						○						
5	介護員の時間的余裕					○							
6	生活歴の理解。スタッフの声掛け。 食事時にも調理して下さった方に感謝の声がけ		○									○	感謝の気持ち
7	作り方を聞く。昔の人に合わせたメニュー。 男女問わず、調理が好きか嫌いかわらされている感じでなく教えて欲しいという姿勢				○							○	
8	出来る事を一緒にやり、段々調理場に入って頂く。職員がそばにいて声掛けを行う		○										段階を踏んで実施
9	調理活動が出来るか出来ないかを見極める。出来る人には感謝の気持ちを伝えながらして頂く	○	○										
10	利用者のレベルに合わせ、職員が傍で促しや安全確認を行いながら出来ることを上手に導き出す	○					○						
11	調理場の環境・設置の調整 作業中の安全性への補助						○	○					
12	一人ひとりの残存能力を活かした作業依頼、見守り介助、他人居るとのトラブル回避等の介入	○					○						
13	見守り・お願い・感謝・労いの言葉を忘れずに												感謝の気持ち等
14	利用者同士のコミュニケーションの手助け 役割を持ってもらう意識									○			利用者同士の コミュニケーションの促進
15	利用者の意欲を大切にしている。技術的なものは職員が援助している。 満足感や達成感が得られるように作業している 家族には「なんでもやらせてください」と言われているが無理な場合もある						○						達成感 満足感を得られる工夫
16	利用者個々の能力に差があり、利用者同士の親密度に左右され、 共同作業が困難な場合が多い。作業を分担している									○			
17	家族から得意だった料理を聞き、「教えて欲しい」という形で調理活動参加を促している		○		○							○	
18	出来ることへの支援 アセスメント 家族とのコミュニケーション											○	
19	他者が食べるものに触るため、清潔保持をしっかりとする (トラブルの原因になる)								○				
20	個々の力を見極め本人の気持ちを聞きながら行って頂く。利用者みでの活動は難しいので、 職員が関わり協力しあい楽しみを感じて頂くように努めている	○					○						
21	生活歴を理解した上で、本人として出来る能力を引き出し、少しでも認知機能を活用し、 自信へつながる支援を提供している。日和変動もあるため、無理強いしない	○		○								○	
22	使いやすい調理器具や、昔ながらの調理器具の導入												昔ながらの 調理器具の導入
23	一人ひとりの能力に合わせて、分担した作業をお願いしています	○											
24	調理場を広く作ることで一緒に調理することが出来るが、狭いことで携わる人が限られてくる						○	○					
25	出来る事・出来ない事を把握し、個々に役割をつけ職員と一緒に行う	○									○		
26	出来ることを見極める	○											
27	利用者さんが出来る事・個人個人把握し、その人に合った作業を用意する	○											
28	利用者の認知度を考慮に入れながら、その人が出来る事を優先させるよう心がけています	○											
29	清潔面での留意								○				
30	誕生日会・おやつ作りなど機会が限られているので、調理をする機会を増やすことが必要。												調理の機会を増やす
31	グループホームの理念が職員に伝わるような働きかけ、ホーム内の雰囲気 管理者の強力なリーダーシップ												管理者の能力
32	プライドもあるが、出来ない事が他の入居者に知られたくない等あり、難しくなっている。 隣に座り一つ一つ一緒に行動する事で出来る活動もある						○						自尊心への配慮
33	調理に関わりやすい環境を作る							○					
34	リハビリの一環として皮剥きや下ごしらえ等を積極的にお願いしている	○											リハビリとして位置付ける
35	施設としての介入。 刃物を使ったりするので、 施設の方針・職員の対応・責任などはハッキリしておきたい						○						
36	主に下準備など、利用者の状態に合わせて一つ一つ声掛けし、 積極的に食事の調理活動に関わって頂く		○										
37	利用者の食べたい物を聞き、材料と一緒に購入し調理意欲を向上する 一緒に作りましょうと誘う。切り方や盛付はある程度任せる		○	○									献立・購入を一緒に行う
38	働きかけ・声掛け		○				○						
39	認知症の進行や体力の衰えにより、目の前にあるものをどうしていいかわからなくなります。 介護者がある方法や残された能力を見出し、リードすることで自信を持って関わることが出来る ようになると思います	○					○						
40	栄養バランス保持が利用者介入であると難しい。 毎日の食事ではなく、イベントとして利用者には調理して頂く												イベントとして位置付ける

41	やる気の醸成、雰囲気作り														○				
42	ADL自立3名の方にお手伝いをしています。他者はテーブルでの皮剥き、切り方などが大人数の中で全員参加が難しく、当番を決めることも良いかと思いますが・・・その日の心身状態を見ながらです。																		○
43	利用者が昔から食べている懐かしい料理をメニューに取り入れることにより食事への楽しみを増やしたい				○														
44	利用者が出来ること、出来ないことを見極め、調理をしやすい環境を整える。(切るのが嫌だったら他の作業)	○													○				
45	利用者がどういうことなら出来るのかを知り、出来ることを安全にやつてもらえるようにする	○																	
46	入居者のニーズに合った関わり方を行っています。全入居者が関わりが出来るともっと良いと思うのですが、出来る方は最大限携わっております	○																	
47	当ホームの現状からにして、現実に調理に携わるのは難しくなってきた(下ごしらえのみ実施)																		
48	始めから終わりまで全部ではなく、出来る所・得意な所を部分的にでも出来るように取り組みやすい状況を作り提供する	○																	
49	食事だけでなく、普段からのコミュニケーションが必要だと思う。利用者さんから自発的に声を掛けて頂いて、職員が助かっている																		普段からのコミュニケーション
50	出来ないことをムリにさせるのではなく、出来るところを行って頂きたいと考えています。利用者一人一人に出来ること出来ないことを知るための関わりが必要だと思います	○																	
51	殆ど中核症状が進行している方が多いのですが、日々の台所の仕事については1つ1つ丁寧に説明しながら行っています。時間は当然長くなりますが、それが当たり前になっています									○									丁寧な説明
52	介入の仕方、方法が職員がわからないようです。これについて話し合いなどはするのですが・・・									○									
53	職員も一緒に出来ること									○									
54	雰囲気作り(環境)と声のかけ方が重要だと思う		○												○				
55	食事テーブルでない、調理として個々に合った台所。余裕のある食事時間							○							○				
56	利用者さんは、どなたも仕事をしたいと思っています。仕事をしている時は生き生きとした表情になります																		
57	利用者さんにあわせて、出来る事はお願している	○			○														
58	献立と一緒に考えることにより積極的になる 郷土料理などを教わる							○											献立と一緒に考える
59	調理可能と思われる方に対し、やる気になるような声掛けを行う			○															
60	ある程度時間の余裕と1対1、もしくは1対2で職員が声掛けや見守りが出来る人員配置が必要だと思います			○	○			○											人員配置
61	①やりたくなるような関わり ②職員が先取りしない(待つ・見学)				○														
62	昔ながらの料理の作り方を聞き一緒に作っています。料理をしてこなかった方々とはお菓子作りや食べたものを把握し一緒に作っています								○										
63	あまり細かいことにはこだわらない(洗方・切り方・手洗い等)。思い思いに行って頂く。それを食べることにつなげる。衛生面を考えると実行に移せない現実もあります				○														
64	声掛けを継続し、利用者の方から自然に参加できるようにする。自分の役割として、意欲的に参加できるようにもっていく			○															
65	切る・味付け																		
66	スタッフ側がそれぞれの利用者の残存力を把握し、それを生かせるように支援する	○																	
67	入所時から調理は一緒に料理しましょうという声掛けが必要			○															
68	以前に比べ認知症が重くなり、調理室に入って調理をすることが難しくなってきたので野菜の下処理や食器拭きをお願いすることが多くなっている。献立に関しては、季節を感じて欲しいと思い日常会話の中で話題提供したり、回想したりしている。誕生日や行事食については、利用者の意見を取り入れたら広告チラシを見たりして興味を持ってもらうようにしている							○											
69	声掛けの実施			○															
70	能力を見極め、それぞれの能力に応じた調理をしている。当事業所では、ADLの低下が著しく出来ない人が多くなってきている。若干1名の人が10年間味噌汁作りを継続出来ている人もいる	○																	
71	職員の声かけにより、皮剥き・もやしの根取りなど職員と一緒にやる		○							○									
72	身近でとつきやすいメニューを設定、作り方を教えて貰うという形にするとうりやすくなるようだった								○										
73	リビングから見える所にキッチンがあると調理場が常時視野に入るため、声掛けしやすく、自ら動きやすいように思う。得意料理などを聞き、教えて頂くようにしている								○						○				
74	各利用者の残存機能を把握し無理強いない、場面に応じて声掛けを行いさげなく労をねぎらう	○	○																

「食事」に関する施設独自の取り組みについて (自由記述)

補足資料 ②

NO	記述内容 (一部抜粋)	キーワード										
		旬の物	施設栽培	行事食	利用者の意見	栄養	地産地消	外食	生活歴の尊重	見た目の工夫	一緒に買い物	その他
1	ご飯を食べない方にパンを提供している 一緒に買い物に行った際、旬の野菜や食べたい物を選んで頂くときもある	○									○	パンの提供
2	季節に合ったメニューを立て、畑で野菜などを栽培している		○									
3	畑で野菜を育て利用者と一緒に収穫し、食卓にだしている 野菜の出来栄を話題としながら食事を楽しんでいる		○									
4	全利用者に陶磁器の食器を使って頂いております。 カロリー制限がある方・刻み食の方でも普通食の方と差があまりでないように盛付を工夫しています。 食器も景色も食のうちと考え、高価な器ではありませんが、家庭と変わらないような器を使用しております。 地産地消と栄養のバランス、見た目、楽しく美味しく食べて頂くようスタッフ全員で心がけています。 季節のもの、行事(節句・七夕など)誕生日メニューとなるべく利用者様が食べてこれたもの、 食材・郷土料理を意識してメニューを考えております。 調理もできる限り利用者様と一緒にするようにしています	○		○	○	○	○	○	○			全利用者に陶磁器の食器 郷土料理 利用者と一緒に調理
5	見た目・行事・外で食べる、目の前で盛付・利用者が盛付・ 多め・少なめなどその場で開いて盛るなど利用者が開くように。 ビールなどを出すこともある。選択食・出前・外食。飽きない工夫	○		○					○			ビールの提供
6	食材について自分たちで出来る野菜づくりを実施。収穫調理・食の楽しみを実施		○									
7	栄養バランスを考える。献立が片寄らなくなるので考慮しながら季節の食材を取り入れ 近所や施設でとれる農作物を手作りで供給している。行事の時、それに合わせて献立を取り入れる。 利用者様に希望を聞くが、何でも良いと特に希望がないので出来る限り本人達の嗜好に合うよう心がけている		○	○		○	○					
8	食事検討委員会があり、委員会が中心となり、いろいろな取り組みをしている 例：長寿会(食材を工夫)、毎朝のパナナヨーグルト、誕生者の希望食等			○								食事検討委員会 毎朝のパナナヨーグルト
9	昼食にヨーグルト(バナナ・ブルーベリーを入れる)を食べて頂き、便秘予防に努めている 食材が1食につき10品目以上になるよう気をつけている						○					昼食のヨーグルト 1食につき10品目以上
10	畑の野菜を使っている。季節ものを多く献立にのせる。旬のものを食べる		○									
11	常食、柔食、ミキサー等の対応を行い盛りもその方に合わせている。 メニューを開いても「何を食べてもおいしい、何でも良い」と返事があり、 職員に依るものが100%となっている 御家族が親に食べさせたいと持参されることもあるので意向を尊重している								○			
12	季節や行事食などを意識したメニュー			○								
13	誕生会には、本人の好きな食べ物、食べたいものの提供を行う			○	○							
14	利用者さんの昔馴染みのメニューを取り入れている 利用者さんの誕生日の他、紀元節・天長節・明治節には、お赤飯・煮しめ・茶碗蒸しでお祝いしています 年に2回、母の日食事会と敬老の日食事会を開催し、利用者さんとご家族と一緒に料理を作り会食している				○		○	○				利用者の家族との食事
15	隣接する母体施設(特養)にて、月1回バイキング食が開催され、1品作成提供するとともに、 お出かけて食事をして頂いている。 利用者の誕生日に本人の好きな食事を提供している。 調理方法では、卵豆腐は市販のものを使用せず具なし茶碗蒸しを調理して出している。 刻み食は個別に提供している。だしの取り方は本格を目指している。 職員と利用者と一緒に食事を楽しんでいる			○	○			○				月1回のバイキング会 だしの取り方
16	季節に合ったメニューを立てている。旬の物はその時期に食べて頂くよう心がけている ホームの畑に出来た作物も食事に取り入れている	○	○									
17	施設内の畑や、御近所(地域)から野菜を収穫、頂き物があり、それを調理する 季節的に栗拾いやりんご狩りを実施し、マロンクリームを使ったケーキやりんごジャムなどが提供出来る。 又、干し柿作りも実施	○	○					○				
18	通常の食事は厨房(業者調理)より運び配膳のみ(器はGH)、職員・入居者で行っている。 行事食は職員・入居者と相談し、楽しめるメニューに努めている				○			○				
19	病気や咀嚼能力、BMIを元に数種類の食事が提供できるように努めています。 又季節や行事食等で昔のことを回想出来るような調理提供をします			○		○		○				
20	野菜を栽培し、食材として提供している		○									
21	米の購入は町内の方から購入している							○				
22	健康維持や楽しみのひとつとして食事は、とても大切な介護のひとつと思っています。 認知症対応型ということで、毎食の食事を楽しみにしている方も数名おられますが、 何を食べているか、食べたことの記憶などほとんど理解されておりません。 その場その場の細かい言葉かけを大切にしています。口には出されずとも、毎回残すものを苦手 なものとしてとらえたり、観察を大事に食べやすい食事の提供を心掛けています											食べやすい食事の提供
23	隣のデイサービスと同じ朝食を食べている。昼食にウエイトを置いている											昼食にウエイトを置く
24	利用者さんが昔から食べているメニューの献立を用意し、食事作りに参加している							○				
25	食事はなるべく、自然のものを調理し、家庭の味を大切にできるように心がけております											自然のものを調理
26	季節の食材を取り入れた献立。干し梅・干し柿などお年寄りからの食の伝承、 近所の子供たちと一緒に流しソーメン、もちつき大会など世代を超えた食の交流、 利用者と利用者の家族と職員と一緒に楽しめるような外食にもかけている。 BBQなどを実施することもある	○		○								世代を超えた食の交流 外食
27	入居者の誕生会には、その人の食べたい物を選んでメニューを立て家族を招待して皆でお祝いして食べる クリスマス会に子供会の子供と職員・入居者でケーキを作りみんなで食べる 野菜の差し入れがある時は、前もってメニューを変更して新鮮なうちに食べる			○	○							子供会の子供と食べる 新鮮なうちに調理
28	無添加調味料を使用している。野菜は有機野菜を使用し、海藻・大豆・豆腐・野菜・魚を主に食している 糖分(砂糖)は極力控えている。野菜は自家栽培している(大根・トマト・かぼちゃ・なす・きゅうり)	○	○			○						無添加調味料の使用
29	現在は業者が作り施設職員が盛り付けています。 今後自施設での調理を考えていますが、まだ実施できていません たまに畑から野菜を取って食べる程度です。 調理は業者が別の場所で作るので無理ですが、後片付けは数名の利用者が手伝います 他の施設の取り組みなど知りたくても、知り得る手段がありません		○									
30	献立は季節感のある、旬の物を大切に栄養士が作成しているが、 日々の関わりから利用者様の好み、希望食を提供できるよう努めています。	○										栄養士が献立を作成

資料2

グループホームにおける「食事」に関するアンケート調査 ご協力をお願い

秋冷の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、岩手県立大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程に在学の二瓶と申します。

現在、「介護の質と生活援助のあり方に関する研究 ～要介護高齢者の食事のケアモデルの提言に向けて～」という博士論文のテーマを取り上げ、研究を進めております。

本研究は、3大介護といわれる「食事・入浴・排泄」のうち、「食事」に着目し、食事のケアモデル提言に向けた、介護サービスのあり方を検討することを目的としています。

この調査は、介護サービスの質を高める「食事」のケアモデル提言に向けた、岩手県内のグループホームで提供されている「食事」に関する実態調査となっております。調査は記名式となっておりますが、頂いた回答はすべて統計処理を行い、研究の目的以外では一切使用致しませんので、以上の主旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご多忙中のところ、大変恐縮ではございますが、本調査は、施設の施設長・管理者の方がご回答下さいますようお願いいたします。

調査票は同封の封筒に入れ郵便ポストにご投函ください。誠に勝手ではございますが、処理の関係上11月20日までにご投函いただければ幸いです。

この調査に関するご質問等がございましたら、下記までご連絡ください

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字菓子 152-52

研究調査主体：狩野 徹 研究室

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科 博士後期課程2年 二瓶 さやか

資料 2

グループホームにおける「食事」に関するアンケート調査

1. 回答者についておたずねします

- (1) 性別 1. 女性 2. 男性
- (2) 年齢 ()歳
- (3) 現在の職種での経験年数 ()年
- (4) 保有資格に全て○をつけてください
 - 1. 医師 2. 看護師 3. 介護福祉士 4. 介護支援専門員 5. 作業療法士
 - 6. 理学療法士 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 9. その他 ()

2. 現在の施設についておたずねします

- (5) 開設年 ()年
- (6) 入所定数 ()名
- (7) 1ユニットの定数 ()名
- (8) 1ユニットの介護度について該当人数を記入してください

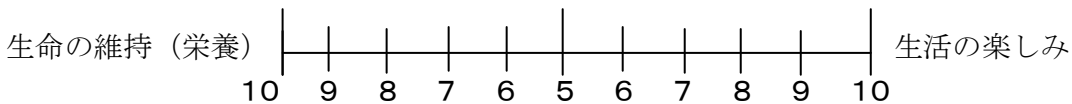
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

- (9) 1ユニットの日常生活自立度について該当人数を記入してください

自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M

- (10) 1ユニットで使用する食卓は何台ですか ()台

3. グループホームの利用者に対する「食事」は、「生命の維持」と「生活の楽しみ」、どちらを重要視しますか
 あてはまるところに1つ○を記入してください



4. グループホームにおける「食事」の調理活動について、該当する項目すべてに○を記入してください
 注)「特定の利用者が行う」とは各項目において、実施または参加可能な利用者として

(1)メニューの立案について

- ① 誰が行うのが良いと考えますか
 - 1. 栄養士 2. 調理師 3. 介護職員 4. 全利用者 5. 特定の利用者
- ② 実際に立案は誰が行っていますか
 - 1. 栄養士 2. 調理師 3. 介護職員 4. 全利用者 5. 特定の利用者
 - 6. その他 ()

(2) 食材の購入について

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 栄養士 2. 調理師 3. 介護職員 4. 全利用者 5. 特定の利用者

② 実際の購入は誰が行っていますか

1. 栄養士 2. 調理師 3. 介護職員 4. 全利用者 5. 特定の利用者

6. その他 ()

(3) 調理について

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員

② 実際の調理は誰が行っていますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員 4. その他 ()

(4) 盛り付けについて

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員

② 実際の盛り付けは誰が行っていますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員 4. その他 ()

(5) 配膳について

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員

② 実際の配膳は誰が行っていますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員 4. その他 ()

(6) 下膳について

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員

② 実際の下膳は誰が行っていますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員 4. その他 ()

(7) 後片付け(食器洗い)について

① 誰が行うのが良いと考えますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員

② 実際の下膳は誰が行っていますか

1. 全利用者 2. 特定の利用者 3. 職員 4. その他 ()

(8)「食事」の調理活動と利用者との関わりについて、利用者が調理活動に積極的に関わるためにはどのような介入が必要だと思いますか。ご自由に記述してください

5.「食事」に関する以下の状況についておたずねします。該当する項目に○を記入してください

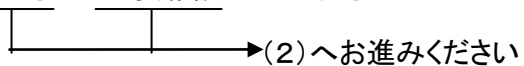
	当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない あまり	当てはまらない
【照明】				
食事を美味しくみせる照明器具の工夫がある	1	2	3	4
照明は、蛍光灯を使用している	1	2	3	4
照明は、ペンダイトライト（吊り下げ式）を使用している	1	2	3	4
【食器】				
利用者の状態に合わせてプラスチックではなく陶磁器の食器で提供されている	1	2	3	4
使用する食器は利用者が決定出来る	1	2	3	4
マイ箸・マイ食器の利用がある	1	2	3	4
メニューによって食器に変化がある	1	2	3	4
【姿勢】				
テーブルや椅子を個人の高さに合わせ、正しい摂食姿勢が保たれている	1	2	3	4
車椅子使用者でも座位が保たれる場合は椅子に移乗している	1	2	3	4
【交流】				
利用者が他の利用者の配膳・下膳を手伝うなど利用者間の交流がある	1	2	3	4
利用者と職員の「共食」を実践している	1	2	3	4
【提供方法】				
個々に見合った量が提供されている (残食がない・摂取量を意志表示できる)	1	2	3	4
調味料などは個人の好みで選択できる	1	2	3	4
行事食や特別食が提供されている	1	2	3	4
食事の時間は個別の事情に合わせている	1	2	3	4
【キッチン】				
ダイニングキッチンである	1	2	3	4

6.「食事」に関して施設独自の取り組みなどがあればご記入ください

7.最後に下記の点についてご記入ください

(1) 貴施設での「食事」に対する取り組みや実際の様子等、見学させて頂くことは可能ですか

1. 可 2. 要相談 3. 不可



(2) 見学させて頂く時期は次のうちいつ頃がよろしいですか

1. 11月～12月 2. 3月 3. 4月以降

* 差支えなければご記入ください

(3) 施設名 _____

(4) 住所 _____

(5) ご意見等ありましたらご自由にご記入ください

質問は以上となります。ご協力ありがとうございました

資料3

介護福祉士の「食事支援」に関する意識調査 ご協力をお願い

季夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、岩手県立大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程に在学の二瓶と申します。現在、「介護の質と生活支援のあり方に関する研究 一要介護高齢者の食事のケアモデルの提言に向けてー」という博士論文のテーマを取り上げ、研究を進めております。

本研究は、3大介護といわれる「食事・入浴・排泄」のうち、「食事」に着目し、食事のケアモデル提言に向けた、介護サービスのあり方を検討することを目的としています。

この調査は、介護の実践現場において中心的な役割を担う介護福祉士に「食事支援」に関する意識調査を実施し、介護サービスの質を高める「食事支援」のケアモデル構築に向けた基礎資料を収集することを目的としています。

調査は、無記名でご記入頂き個別に返送できるよう配慮をしております。

頂いた回答は全て統計処理を行い、研究の目的以外では一切使用致しません。

以上の主旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご多忙中のところ、大変恐縮ではございますが、本調査は「介護福祉士」の有資格者3名にご回答頂きたく宜しくお願い致します。(3名に満たなくても構いません)

ご記入が終わりましたら、個別に同封の封筒に厳封し、まとめて返信くださいますようお願い申し上げます。

この調査に関するご質問等がございましたら、下記までご連絡ください

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子 152-52

研究調査主体：狩野 徹 研究室

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科 博士後期課程3年 二瓶 さやか

介護福祉士有資格者の「食事支援」に関する意識調査

【貴施設についてお聞きします】

貴施設の「食事」の提供方法は以下のうちどれにあてはまりますか？ 1つに○をつけてください

1. 厨房で調理後、介護職員が配膳
2. 調理の一部を介護職員が行う
3. 介護職員と利用者が調理を行う
4. その他（具体的に)

【あなた自身についてお聞きします】

- (1) 年齢 () 才
- (2) 性別 1. 男性 2. 女性
- (3) 介護福祉士資格取得後の経験年数 () 年 () カ月
- (4) 現在の施設での経験年数 () 年 () カ月
- (5) 保有資格について [あてはまる資格全てに○]

1. 介護福祉士
2. 社会福祉士
3. 介護支援専門員
4. 看護師
5. 准看護師
6. 社会福祉主事
7. 福祉住環境コーディネイター
8. 認知症ケア専門士
9. ヘルパー1級
10. ヘルパー2級
11. その他 ()

(6) 介護福祉士の資格取得ルートについて

1. 実務経験から国家試験受験
2. 養成校卒業 → (1) 高校 (2) 専門学校 (3) 大学

(7) 現在の施設以前に他の介護施設に勤務経験のある方は、全てに○をつけてください

0. なし
1. 介護老人保健施設
2. 介護療養型医療施設
3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
4. 特別養護老人ホーム
5. 通所介護（デイサービス）
6. 短期入所生活介護（ショートステイ）
7. 通所リハビリテーション（デイケア）
8. その他（具体的に)

(8) 現在の施設における勤務（職務内容等）にどのくらい満足していますか？

1. かなり満足
2. まあまあ満足
3. どちらともいえない
4. あまり満足していない
5. 全く満足していない

(9) 「認知症」に関する研修を受講したことがありますか？

1. ある（講習名：)
2. ない

◆本調査は、介護サービスの良し悪しを評価するものではありません。考えありのままをお答えください

◇次の質問について、あてはまる数字1つに○をしてください

「食事支援」：介護職員が利用者に提供する支援（介護サービス）
「食事」：利用者が食べ物を摂取すること

【貴施設における「食事支援」の実態について】

1:非常に高めている 2:高めている 3:どちらともいえない 4:あまり高めていない 5:全く高めていない					
実際の「食事支援」は、利用者のQOL(生活の質)を、どのくらい高めていると思いますか？	1	2	3	4	5
実際の「食事支援」は、利用者の残存機能をどのくらい高めていると思いますか？	1	2	3	4	5
1. かなりつながっている 2. つながっている 3. どちらともいえない 4. あまりつながっていない 6. 全くつながっていない					
実際の「食事支援」は、利用者の自己実現につながっていると思いますか？ →自己実現:その人の個性が最大限に尊重され、生き甲斐と尊厳を持った生活を実現すること	1	2	3	4	5
1:十分ある 2:ある 3:どちらともいえない 4:あまりない 5:全くない					
貴施設の「食事支援」の場面において、利用者が自己選択・決定できる場面はどれくらいありますか？	1	2	3	4	5
貴施設は「食事支援」の質(QOL)を高めるために作成された、チェックリストはありますか？	1	2	3	4	5
1:十分している 2:している 3:どちらともいえない 4:あまりしていない 5:全くしていない					
提供している「食事支援」について、利用者のQOL(生活の質)の視点から、評価をしていますか？	1	2	3	4	5
貴施設の「食事支援」の支援内容・方法について、検討はしていますか？	1	2	3	4	5
貴施設の「食事支援」の支援内容・方法について、評価はしていますか？	1	2	3	4	5
貴施設の「食事」は、利用者の摂食状況に合わせた状態で提供されていますか？	1	2	3	4	5
貴施設は、「食事支援」に配慮した「物理的な環境整備」がされていると思いますか？	1	2	3	4	5
貴施設は、「食事支援」における「音」に配慮した環境整備がされていると思いますか？	1	2	3	4	5
貴施設は、「食事支援」における「視覚」に配慮した環境整備がされていると思いますか？	1	2	3	4	5
貴施設は、「食事支援」における「嗅覚」に配慮した環境整備がされていると思いますか？	1	2	3	4	5
貴施設は、「食事支援」において自助具や福祉用具は活用できていると思いますか？	1	2	3	4	5
実際の「食事」場面では、個々に合わせたテーブル・椅子の高さになっていると思いますか？	1	2	3	4	5
1:毎回必ずしている 2:時々している 3:どちらともいえない 4:あまりしていない 5:全くしていない					
車椅子利用者は、食事の際、「椅子」に移乗していますか？	1	2	3	4	5

裏面に続きます

【あなた自身がイメージする「食事支援」について】

1:非常に(ある)思う 2:どちらかという(ある)思う 3:どちらともいえない 4:あまり(ない)思わない 5:全く(ない)思わない

「食事支援」は、利用者のQOL(生活の質)に、どのくらい影響があると思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」は、利用者の残存機能の維持向上を図ることが出来ると思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」は、利用者の自己実現にどのくらい影響(関連)があると思いますか？ →自己実現:その人の個性が最大限に尊重され、生き甲斐と尊厳を持った生活を実現すること	1	2	3	4	5
「食事支援」は、利用者が自己選択・決定できる場面はどのくらいあると思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」の質(利用者のQOL)を高めるための、チェックリストは必要だと思いませんか？	1	2	3	4	5

1:非常に大事 2:大事 3:どちらともいえない 4:あまり大事ではない 5:全く大事ではない

利用者の摂食状況などに合わせた「食事」を提供することはどのくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」において、「物理的な環境整備」への配慮はどのくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」において、「音」への配慮はどのくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」において、「視覚」(照明器具・壁・床)への配慮はどのくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」において、「嗅覚」(においなど)への配慮はどれくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
「食事支援」において自助具や福祉用具の活用はどれくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5
利用者が「食事」を摂る際、テーブルや椅子の高さへの配慮はどれくらい大事だと思いますか？	1	2	3	4	5

【介護福祉士の食事支援の範囲について】

① 介護福祉士の「食事支援」の範囲に入ると思うものに○をつけてください

施設の物理的な環境整備	食事に関する環境整備(雰囲気演出・清潔等)	利用者との調理活動
利用者に応じた自助具の用意	利用者に応じた食事形態の判断	生命維持・栄養確保
利用者同士の交流の促進	食事介助	口腔ケア
		その他(具体的に)

質問は以上です

ご協力に感謝いたします
ありがとうございました

高齢者施設 施設長様

岩手県立大学 社会福祉学研究科
二瓶 さやか

「食事支援」に関する調査 ご協力をお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、岩手県立大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程に在学の二瓶と申します。
現在、「介護の質と生活支援のあり方に関する研究 一要介護高齢者の食事のケアモデル
の提言に向けて」という博士論文のテーマを取り上げ、研究を進めております。

本研究は、3大介護といわれる「食事・入浴・排泄」のうち、「食事」に着目し、食事
のケアモデル提言に向けた、介護サービスのあり方を検討することを目的としています。

この調査は、食事支援の指針を示す「ケアモデル」を提言するにあたり、頂いた回答
を元に内容について検証していくものであります。調査は、無記名でご記入頂き、頂
いた回答は全て統計処理を行い、研究の目的以外では一切使用致しません。

以上の主旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご多忙中のところ、大変恐縮ではございますが、この調査は、「介護福祉士」の
資格保有者の方3名に、ご回答頂きたく宜しくお願い致します。

ご記入が終わりましたら、個別に同封の封筒に厳封し、10月25日までに、まとめ
てご返信くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

昨年8月にご依頼させて頂きました、『介護福祉士の「食事支援」に関する調査』の結果
概要を別添資料にて同封させて頂きます。ご協力頂き、誠にありがとうございました。

なお、本年4月に、ケアモデル構築に関する予備調査にご協力頂きました施設長・職員様
には、既に結果概要を同封させて頂いておりますが、改めてお送りさせて頂いております。
予備調査へのご理解・ご協力、ありがとうございました。

この調査に関するご質問等がございましたら、下記までご連絡ください

〒020-0693 岩手県滝沢市巣子 152-52
研究調査主体：狩野 徹 研究室
岩手県立大学大学院社会福祉学研究科 博士後期課程3年 二瓶 さやか

資料 4

「食事支援」に関する調査について

1. 回答者についておたずねします

- (1) 性別 1. 女性 2. 男性
(2) 年齢 ()歳
(3) 介護福祉士取得後の経験年数()年
(4) 保有資格に全て○をつけてください
1. 医師 2. 看護師 3. 介護福祉士 4. 介護支援専門員 5. 作業療法士
6. 理学療法士 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 9. 調理師 10. 栄養士
11. その他()

2. 貴施設についておたずねします

- (5) 施設種類
1. 特別養護老人ホーム 2. グループホーム
(6) 「食事」の提供方法は以下のうちどれにあてはまりますか？1つに○をつけてください
1. 厨房で調理後、介護職員が配膳 2. 調理の一部を介護職員が行う
3. 介護職員と利用者が調理を行う 4. その他（具体的に)

【はじめに】

介護サービスの中でも、「食事」は、利用者の「満足度」や「QOL」に大きな関連があることが過去の研究によって明らかにされています。また、これまでに皆様にご協力頂きました、食事支援に関する調査より食事支援のアプローチ方法は、多様にあることが分かりました。

以下は、介護施設において、より質の高い食事支援を提供するための指針を検討したものです。
以下の評価項目について、該当する欄1つに○をつけてください。

※本調査は「介護福祉士」の視点に立ち、各項目について重要であるかどうかをお答えください。

NO	評価項目	とても	まあまあ	どちらとも	あまり重要	全く重要
		重要である	重要である	いえない	ではない	ではない
1	利用者にも見やすい時計を飾る	5	4	3	2	1
2	利用者の生活リズムに合わせた時間に食事を提供する	5	4	3	2	1
3	調理の際、利用者には調理の匂いが感じられる	5	4	3	2	1
4	調理の際、利用者には調理の音が聞こえる	5	4	3	2	1
5	食事の開始の時間がわかる	5	4	3	2	1
6	食事前の口腔・嚥下体操を行う	5	4	3	2	1
7	食事のメニューを発表・掲示・配布する	5	4	3	2	1
8	介助を要する利用者には、何を食べているのか等適切な声かけを行う	5	4	3	2	1
9	介助を要する利用者・食事ペースが同じ利用者などをグループ化する	5	4	3	2	1
10	食卓の人数を少人数にグループ化する	5	4	3	2	1
11	食卓の飾り物に配慮する(不要な物を片付けている・食事に適した演出)	5	4	3	2	1

NO	評価項目	とても	まあまあ	どちらとも	あまり重要	全く重要
		重要である	重要である	いえない	ではない	ではない
12	食事に適した高さ・形のテーブルを用意する	5	4	3	2	1
13	利用者の身長・身体機能に合わせた椅子を用意する	5	4	3	2	1
14	車椅子利用者も椅子へ移乗する	5	4	3	2	1
15	介助者が正しいポジショニング(位置・姿勢)を取る	5	4	3	2	1
16	口の動きや呼吸機能を見ながら、適した速度で介助(要介助)する	5	4	3	2	1
17	食する順序に考慮(要介助)し介助する	5	4	3	2	1
18	食事介助中、不用意な声かけを行わない(飲み込みの最中など)	5	4	3	2	1
19	利用者の特性に適した、補助器具を用意する(自助具の活用)	5	4	3	2	1
20	利用者の特性に適した、食器(陶磁器の食器・介護用食器)を用意する	5	4	3	2	1
21	利用者の特性に適した、食事量を提供する(残食がない)	5	4	3	2	1
22	利用者の特性に適した、食事形態(刻み食など)に工夫をする	5	4	3	2	1
23	利用者の残存能力に合わせて、調理活動を実践する	5	4	3	2	1
24	利用者が、メニューの立案に参加する(一部でも可)	5	4	3	2	1
25	利用者が、食材を購入できる機会を設定する	5	4	3	2	1
26	利用者が、実際の調理を行う(簡単な作業でも可)	5	4	3	2	1
27	利用者が盛り付けに参加する(簡単な作業でも可)	5	4	3	2	1
28	利用者が、食事に関わる準備を行う(使用する食器の選択など)	5	4	3	2	1
29	利用者が、配膳を行う(職員と共にでも可)	5	4	3	2	1
30	利用者が、下膳を行う(職員と共にでも可)	5	4	3	2	1
31	利用者が、食器の洗浄・お盆拭きなど後片付けを行う(簡単な作業でも可)	5	4	3	2	1
32	高さの調節可能な調理台を用意する	5	4	3	2	1
33	車椅子利用者も調理活動に参加できる環境が整備されている	5	4	3	2	1
34	利用者の特性に適した、調理器具を用意する	5	4	3	2	1
35	利用者が希望したときに、キッチンが使用できる	5	4	3	2	1

NO	評価項目	とても	まあまあ	どちらとも	あまり重要	全く重要
		重要である	重要である	いえない	ではない	ではない
36	食事に合わせたBGMを流す	5	4	3	2	1
37	放送設備・テレビ・カーテンなどの音量調整し・最小限に抑える	5	4	3	2	1
38	職員の大声などで、フロアの雑音レベルを高めないように配慮する	5	4	3	2	1
39	職員は食事に適切な話題や声かけを行う	5	4	3	2	1
40	食事が集中できるよう、テレビなど食事以外の刺激へ配慮する	5	4	3	2	1
41	食事中、照明や窓からの日差しにより、ざらざらと光るところがない	5	4	3	2	1
42	食空間であることに配慮された照明器具を使用する	5	4	3	2	1
43	食空間に適した、床・壁の装飾デザインにする	5	4	3	2	1
44	体臭や排泄などの匂いが食事時に広がっていないことがない	5	4	3	2	1
45	食べ物の匂いは、食事の前後のみである	5	4	3	2	1
46	トイレと食空間の距離が適切である	5	4	3	2	1
47	食事中の利用者を、職員が見守りしやすいような建物の構造になっている	5	4	3	2	1
48	職員が、利用者の誤飲・誤嚥への対応知識・技術を持っている	5	4	3	2	1
49	利用者の誤飲・誤嚥に対応出来るよう吸引器などを常備している	5	4	3	2	1
50	食事中、傾眠などをする利用者への支援を検討する(服薬の状態など)	5	4	3	2	1
51	利用者が安全に調理活動を行える十分なスペースがある	5	4	3	2	1
52	調理器具の取り扱い(収納棚の高さ・認識しやすい配慮)に配慮されている	5	4	3	2	1
53	利用者が入所前に使用していた食器を持ち込める	5	4	3	2	1
54	利用者個人の箸・食器を用意する	5	4	3	2	1
55	利用者の嗜好や入所前の食生活などについて職員が情報を共有する	5	4	3	2	1
56	利用者の嗜好や入所前の食生活をメニュー作りに反映する	5	4	3	2	1
57	個別の事情に応じたメニューへの配慮をする	5	4	3	2	1
58	カロリー制限などがある者への配慮をする(見た目・食事内容等)	5	4	3	2	1
59	家庭的な食環境(雰囲気作りなど)への配慮をする	5	4	3	2	1
60	食事に関係のない機器等は、食事中目のつきにくい場所に置く	5	4	3	2	1
61	メニューに応じて、食器に変化がある	5	4	3	2	1
62	利用者の家族が尋ねてきたときなど、個別に食事を摂れる場所がある	5	4	3	2	1
63	利用者の事情に合わせて食事時間を変更できる	5	4	3	2	1
64	個別に食事を摂る場合にも、温かい状態で提供する	5	4	3	2	1
65	職員は、食事に合わせた服装をする	5	4	3	2	1
66	利用者の食後の満足感を確認する	5	4	3	2	1
67	利用者の食後の疲労感を確認する	5	4	3	2	1

NO	評価項目	とても	まあまあ	どちらとも	あまり重要	全く重要
		重要である	重要である	いえない	ではない	ではない
68	利用者自身が、食事のメニューを(一部でも)選択することができる機会がある	5	4	3	2	1
69	外食や出前などの機会がある	5	4	3	2	1
70	食事を取る場所を利用者が自由に決定することができる	5	4	3	2	1
71	食事を取るための座席を利用者が自由に決定することができる	5	4	3	2	1
72	共有の冷蔵庫があり、(職員が管理している範囲で)利用者が自由に使用できる	5	4	3	2	1
73	調味料などは、(職員が管理している範囲で)利用者が自由に使用できる	5	4	3	2	1
74	食事時の照度や室温を利用者の意思で調整することが出来る	5	4	3	2	1
75	利用者が、食事の量を意思表示出来る	5	4	3	2	1
76	利用者の数以上のいすを用意する	5	4	3	2	1
77	交流が促進されるように食卓や椅子の配置に配慮する	5	4	3	2	1
78	6人以上のものでなく、少人数のグループでも使用できる食卓を用意する	5	4	3	2	1
79	さまざまなサイズの食卓を用意する	5	4	3	2	1
80	職員も利用者と一緒に食事を摂る(共食)	5	4	3	2	1

今後、本研究における聞き取り調査のため、本調査票についてご意見等、お話を伺うことは可能でしょうか。もし可能であれば、連絡先と担当者様のお名前をご記入下さい

- (1) 施設名 ()
- (2) 住所 ()
- (3) 連絡先 ()
- (4) 担当者様 ()

ご協力、ありがとうございました

【研究業績】

〔学術論文〕

二瓶さやか 佐藤弥生 2011 介護福祉士養成校教員が考える介護福祉士養成教育の内容
内容 介護福祉士 No.16 pp.53-57 (査読有)

二瓶さやか 2012 介護保険制度下における介護人材育成政策に関する研究 公共と社
会 pp.149-159 (査読有)

二瓶さやか 2013 食事提供実態調査からみたグループホームの現状と課題 介護福祉
学 Vol.19 No.2 pp.174-179 (査読有)

* 日本介護福祉学会 奨励論文賞受賞 (2013. 10. 20)

〔学会発表〕

二瓶さやか 増子正 2010 改正介護福祉士養成カリキュラム編成のあり方に関する研
究 日本社会福祉学会 東北部会 第10回大会

二瓶さやか 2010 介護福祉士養成校教員が考える介護福祉士養成教育の内容 第8回
日本介護学会 pp.126-131

二瓶さやか 2011 介護サービスの質を高めるケアに関する研究－要介護高齢者の「食事」
のケアモデル提言に向けて－ 第22回 日本福祉文化学会 全国大会仙台大会

二瓶さやか 2012 食事提供実態調査からみたグループホームの「食事」の現状と課題
第20回 日本介護福祉学会 p.103

二瓶さやか 2013 介護福祉士の食事支援に対する意識調査に関する研究－食事支援
の指針を示すケアモデル構築に向けて－ 第20回 日本介護福祉学会 p.113

二瓶さやか 2014 介護保険制度下における食事支援のあり方に関する研究－介護の
質的向上を目指したケアモデル提言に向けて－ 第68回 東北経済学会

〔著書〕

二瓶さやか 2014 介護におけるコミュニケーションの課題 介護福祉学辞典 日本介
護福祉学会事典編纂委員会 ミネルヴァ書房 pp.376-377