

在宅ケア提供者が認知するケア理念の特性

構成要素と属性別比較

岡本 玲子* 原崎 信子^{2*}
杉本 京子^{3*} 牧野 裕子^{3*}

本研究の目的は、因子探索レベルの研究手法（KJ法）によって、在宅ケア提供者（保健婦、訪問看護婦、ヘルパー、ケースワーカー等の福祉職）がもっとも大切にしている考え方、つまりケア理念の全体像を明らかにし、分野間の理念の共有を図る方策を考えることである。

その結果、ケア理念は3つの要素（利用者本位、相互関係、自己の資質）で構成され、職種や職場、経験年数などによってその持ち方に差があることが分かった。我々は、それぞれのケア提供者のケア理念の持ち方の違いを理解し、各活動の場で経験の共有を続けることによって、利用者本位のケア提供の質を高める戦略を練る必要がある。

Key words : 在宅ケア, ケア理念, 認知, ケア提供者, ケアチーム

I 緒 言

21世紀の超高齢社会を支えるべく、国をあげての在宅ケア施策が進められている。マンパワーやハード面の量的整備に加え、システムを動かすソフト面の質的整備は緊急課題である。有機的な連携とネットワークの重要性は語られて久しいが、多くのケア提供機関・職種が、利用者を中心にケアを展開しようとする際、「チーム」としての機能を十分果たすにはさまざまな困難がある。

ケア提供における基本的理念を示した報告には、国の新ゴールドプランや公的介護保険構想の前身を担った高齢者介護・自立支援システム研究会における記述がある^{1,2)}。そこには、利用者本位のサービス提供や人材の資質向上といった内容を、高齢者ケアを進める上での基本的理念として示している。多様な機関に所属する異なる職種が、チームを組んで地域ケアや個別ケアの問題に取り組む際、目標達成に向けて活動するためには、共通の理念的基盤を持つことが必要と考える。しかし現実には、在宅ケア提供者のケアに対

する認知面での不一致に起因する問題は、多くの実践場面で見うけられる。

先行文献について医学中央雑誌（1992～96）からの検索では、在宅ケアにおいてケア提供者側の認知的問題を扱っているのは、ケア提供を行う16職種に対し、相互の連携、協力に関する意識とその要因の構造を分析した山本^{3～5)}の調査研究のみである。海外文献では（CINAHL, 1992～96）、ケア提供者側の認知面に焦点をおいた調査研究はなく、患者・家族側が専門家との関係をどのように捉えているかについて扱ったものが、2件^{6,7)}のみであった。

このように、各ケア提供者が理念的な部分をどのように認知しているかについては、まだ研究的には明らかにされていない。また、先のような国の施策運営を背景に持つ基本的理念と、異なることも予想される。そこで、まずケア提供者の持つ理念の実態を明らかにし、それらの現実に即して、共通の認知が必要と考えられる理念設定と実践可能な方向性を模索していく取り組みが重要と考えた。

以上より、本研究では、ケア提供者個人が認知している理念の実態を調査し、その構成要素と、職種や所属機関等属性別の理念の持ち方の特性を明らかにすることを目的とする。さらに、今後在宅ケア提供者の理念の共有にむけての実践のあり方についても考察する。

* 東京医科歯科大学大学院医学系研究科保健衛生学専攻

^{2*} 千葉大学大学院看護学研究科

^{3*} 大阪府立看護大学医療技術短期大学部

連絡先：〒580 大阪府松原市天美西 1-22-15

岡本玲子

II 研究方法

表1 対象の属性

n=614

		属 性	人 数	%
性 別		男	44	7.2
		女	570	92.8
年 齢		20歳代	170	27.7
		30歳代	187	30.5
		40歳代	183	29.8
		50歳以上	73	11.9
		不 明	1	0.2
職 種		保健婦	271	44.1
		訪問看護婦	107	17.4
		ヘルパー	161	26.2
		ケースワーカー等の福祉職	75	12.2
職 場		保健所	96	15.6
		保健所保健福祉推進室	10	1.6
		政令市保健所	46	7.5
		市町村保健福祉関係課	121	19.7
		訪問看護ステーション	115	18.7
		社会福祉協議会 在宅介護支援センター	162 64	26.4 10.4
経験年数		5年未満	287	46.7
		5年以上15年未満	183	29.8
		15年以上	106	17.3
		不 明	38	6.2
職 階		管理職	71	11.6
		実務者	529	86.2
		不 明	14	2.3
学 歴		高校卒	106	17.3
		専門学校卒	303	49.3
		短大/大学/大学卒	186	30.3
		不 明	19	3.1

1. 調査期間
1994年6月～7月

2. 対 象
在宅ケアに関わる221機関，大阪市を除く大阪府内の保健所・市町村・社会福祉協議会・在宅介護支援センター，および大阪府・京都府・奈良県・兵庫県内の訪問看護ステーションに所属するケア提供者（各機関の当該職種全員に回答を求め，調査用紙を郵送した1,406人中返送者787人，回収率56.0%；職種別には保健婦47.9%，訪問看護婦54.0%，ヘルパー100.0%，ケースワーカー等の福祉職37.7%）のなかで有効回答を得られた614人（保健婦271人・訪問看護婦107人・ホームヘルパー161人・ケースワーカー等の福祉職75人）を対象とした。

3. 調査方法
郵送による自記式質問紙調査を実施。自分自身がケア提供時に最も大切にしている考え（以下これをケア理念と呼ぶ）を，優先度の高い順に3つ自由記載するよう依頼した。まず無作為に100人分の回答を抽出し，記述された内容をひとつの内容毎にカードに転記し，KJ法⁸⁾を用いて分類した。つぎに被調査者が記入したそれぞれの内容を，その分類に沿ってデータ化し，属性別に分析した。カードへの転記や記述内容のデータ化は，看護研究に携わる者6人で行い，重複する内容や不明瞭な表現・意味内容等についてはその都度全員で検討しながら進めた。データ処理にはアンケート調査集計用ソフト秀吉および統計解析用ソフトHALBAUを使用した。

III 研究結果

1. 対象の属性
有効回答を得た614人の属性を職種・職場・経験年数・年齢・性別・職階・学歴の順で表1に，またその中でも関連の深い，職種と職場は表2に示した。

2. ケア理念の構成要素
それぞれの記述内容をKJ法の手順（カードづくり→グループ編成→図解→文章化）で分類した結果，被調査者の「ケア理念」は3分類8項目の構成になり（表3），その構造は利用者本位を核

とする3層構造と考えられた（図1）。
分類1の「利用者本位」とは，本人と家族を中心にとらえ，彼らの主体性を重視してケアを展開することが最重要だとする考え方で，彼らの権利・ニーズという二つの項目構成になった。権利の中では，利用者が受けるケア内容や社会資源利用についての自己決定権に関する記述が最も多く，それに加え，尊厳や価値観を保証するといった利用者の生き方を支持する考え方もこの項目に入れた。ニーズに関する記述は，ニーズや思いという表現で多く記載されており，本人および家族のニーズをセットで答えている者が多かった。

表2 対象の職種と職場

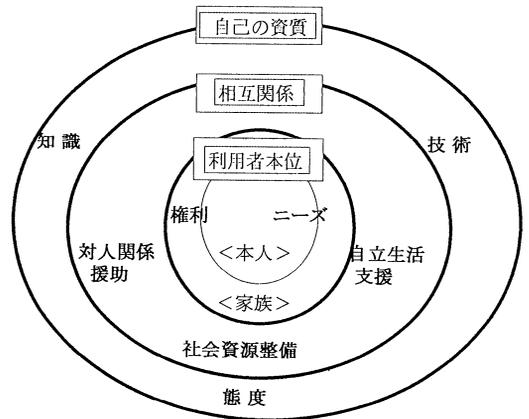
職 場	職 種 合計人数%	保健婦		訪問看護婦		ヘルパー		ケースワーカー等の福祉職	
		271	100.0	107	100.0	161	100.0	75	100.0
保健所	96	35.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
保健所保健福祉推進室	2	0.7	0	0.0	0	0.0	8	10.7	10.7
政令市保健所	45	16.6	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0.0
市町村保健福祉関係課	112	41.3	0	0.0	7	4.3	2	2.7	2.7
訪問看護ステーション	11	4.1	103	96.3	0	0.0	1	1.3	1.3
社会福祉協議会	0	0.0	0	0.0	130	80.7	32	42.7	42.7
在宅看護支援センター	5	1.8	3	2.8	24	14.9	32	42.7	42.7

表3 在宅ケア提供者が持つケア理念の要素と回答率 (KJ法:文章化結果) n=614

分 類	項 目	具体的内容例
1. 利用者本位 (本人/家族) (58.6) <44.5>	1) 権 利 (24.4)	自己選択・自己決定 尊厳・価値観の保持 プライバシーの保護
	2) ニーズ (43.5)	ニーズの充足 意志・思い・ ウォンツの尊重
2. 相互関係 (67.6) <27.2>	3) 対人関 係援助 (38.9)	信頼関係の構築 受容・共感 コミュニケーション
	4) 自立生 活支援 (20.5)	日常生活支援 生きがい支援 自己管理支援
	5) 社会資 源整備 (27.5)	連携・ネットワーク 社会資源活用 社会資源管理
3. 自己の資質 (ケア提供者) (67.9) <28.3>	6) 知 識 (20.7)	専門的知識 問題解決過程 関連理論
	7) 技 術 (27.5)	専門的技術 効率性・継続性 チームアプローチ
	8) 態 度 (33.7)	自己研鑽 人間性 プロ意識

() 内全回答中の%, < > 内優先順位1位の%

図1 在宅ケア提供者が持つケア理念の構造 (KJ法:図解結果)



者間に関わる内容が含まれている。ここで示した社会資源は、他機関や他職種との連携といった人的資源のほか、物的環境、情報、経済といった幅広い内容を含んでいる。

分類3の「自己の資質」とは、ケア提供者自身の質を重要視する考え方で、知識・技術・態度という三つの項目構成になった。具体的な知識や技術の重要性をあげた内容や、職種の専門性に関わる内容が知識・技術の中に分類された。それらの知識を深めたり、技術を向上させるための努力が重要と書いた内容や、専門職および人間としての姿勢や心構えを書いた内容のものは、態度に分類した。

3. ケア理念認知の実態

1) ケア理念認知の構成要素別結果

被調査者の回答がそれぞれどの分類および項目

分類2の「相互関係」とは、「本人を含む家族間」や「本人・家族とケア提供者の間」、また「それぞれのケア提供者（関係機関）同士の間」の関係の中で起こる内容が含まれる。それぞれの関係の調整や、関係を通じて具体的な援助機能を効果的に展開することを重要とする内容であり、対人関係援助・自立生活支援・社会資源整備の三つの項目構成になった。対人関係援助と自立生活支援は、主に本人・家族間と、本人・家族とケア提供

に属していたか、その割合を表3に示した。優先順位3位までの記入を依頼したが、実際は2位までの記載の者も多く、各職種の平均回答数は一人2.2±0.2であった。分類別にみると、優先順位1位に利用者本位・相互関係・自己の資質に属する回答をした者は、それぞれ44.5%、27.2%、28.3%と利用者本位が最も多かった。しかし、全回答を統合した場合（求めた三回答を重複回答として処理した場合）は順に58.6%、67.6%、67.9%と、利用者本位に属する回答をした者は、相互関係・自己の資質に回答した者より1割近く少なかった。全回答を統合した結果を項目別にみると、ニーズに属する回答が43.5%と最も多く、ついで対人関係援助38.9%、態度33.7%、技術27.5%、社会資源整備27.5%、権利24.4%、知識20.7%、自立生活支援20.5%の順であった。

2) ケア理念認知の属性別結果

まず、ケア理念の3分類について、被調査者が優先順位1位にあげた回答結果を職種・職場別に（表4）、またケア理念の3分類の下位項目（8項目）に属する回答結果（全回答統合）を職種別に示し（表5）、その他の属性（経験年数・年齢・性別・職階・学歴）についても検討した。

(1) 職種・職場別結果

ケア理念として優先順位1位に回答した結果をみると、職種別および職場別による回答に顕著な特性がみられた（表4）。職種別で最も多く利用者本位に属する回答をしたのは、保健婦56.8%、ついでケースワーカー等の福祉職が46.7%、訪問看護婦が36.4%であり、ヘルパーは28.0%と三分の一に満たなかった。

表4 優先順位1位にあげたケア理念3分類の内訳（職種・職場別）
n=614

ケア理念の属性	利用者本位人(%)	相互関係人(%)	自己人(%)	χ^2 検定	
職種	保健婦	154(56.8)	63(23.2)	54(19.9)	***
	訪問看護婦	39(36.4)	25(23.4)	43(40.2)	
	ヘルパー	45(28.0)	65(40.4)	51(31.7)	
職場	ケースワーカー等の福祉職	35(46.7)	14(18.7)	26(34.7)	***
	保健所	55(57.3)	27(28.1)	14(14.6)	
職場	保健所保健福祉推進室	7(70.0)	2(20.0)	1(10.0)	***
	政令市保健所	27(58.7)	11(23.9)	8(17.4)	
	市町村保健福祉関係課	64(52.9)	25(20.7)	32(26.4)	
	訪問看護ステーション	43(37.4)	30(26.1)	42(36.5)	
	社会福祉協議会	55(34.0)	57(35.2)	50(30.9)	
	在宅介護支援センター	22(34.4)	15(23.4)	27(42.2)	

*** p<0.001

また相互関係に属する回答をしたのは、ヘルパーが最も多く40.4%、ついで訪問看護婦、保健婦がそれぞれ、23.4%、23.2%、ケースワーカー等の福祉職は18.7%と少なかった。同様に自己の資質に属する回答は、訪問看護婦40.2%と最も多く、つぎにケースワーカー等の福祉職が34.7%、ヘルパーが31.7%であり、保健婦は19.9%と他の職種より少なかった。

優先順位1位に記載されたケア理念の分類を回

表5 ケア理念8項目への職種別回答数（全回答統合）

ケア理念の項目	保健婦 n=271(%)	訪問看護婦 n=107(%)	ヘルパー n=161(%)	ケースワーカー等の福祉職 n=75(%)
権利	70(25.8)	17(15.9)	45(28.0)	18(24.0)
ニーズ	147(54.2)	47(43.9)	40(24.8)	33(44.0)
対人関係援助	87(32.1)	36(33.6)	86(53.4)	30(40.0)
自立生活支援	44(16.2)	22(20.6)	52(32.3)	8(10.7)
社会資源整備	91(33.6)	17(15.9)	29(18.0)	32(42.7)
知識	67(24.7)	19(17.8)	21(13.0)	20(26.7)
技術	72(26.6)	46(43.0)	38(23.6)	13(17.3)
態度	56(20.7)	52(48.6)	73(45.3)	26(34.7)

答率の高い順にみると、保健婦は利用者本位・相互関係・自己の資質の順、訪問看護婦は自己の資質・利用者本位・相互関係の順、ヘルパーは相互関係・自己の資質・利用者本位の順、ケースワーカー等の福祉職は利用者本位・自己の資質・相互関係の順とそれぞれ異なっていた。

職場別でみると、対象数が少なかった保健所保健福祉推進室を除き、府保健所、政令市保健所、市町村保健福祉関係課といった公的機関では、利用者本位に属する回答をした者はいずれも5割をこえており、他の職場間と比べて15～24ポイント多かった。これらの職場の回答者はほとんどが保健婦であり、職種特性と合致している。相互関係に属する回答率は、社会福祉協議会が他より5.1～15.2ポイント高いほかはめだだった違いはなかった。自己の資質に属する回答は在宅介護支援センターや訪問看護ステーションに多く、ほとんどの公的機関より高い回答率であった。

また、ケースワーカー等の福祉職が、利用者本位に属する回答を優先順位1位にあげた割合をみると、保健所保健福祉推進室、社会福祉協議会、在宅介護支援センターの順に62.5%、50.0%、43.7%と、保健所保健福祉推進室が最も高かった。対象数が少なく一概にいえないものの、ケースワーカー等の福祉職については所属特性等による差があるのではないかと考えられた。

表5は、表3で示したケア理念8項目について、職種別の回答率を示したものであり、権利を除いた項目で、顕著な職種別の特性がみられた。4職種のケア理念の共有の程度を考える目安として、全職種が平均回答率30%以上をあげた項目をみてみると、それは対人関係援助の1項目だけであった。同様に20%以上でみてもニーズと態度の2項目であり、職種間におけるケア理念認知の共有の程度は低く、その相違が強調される結果となった。また、どの職種においても回答率が共通に低かった項目は、利用者本位に属する権利と、自己の資質に属する知識であった。

利用者本位の下位項目についてみると、権利に属する回答率は全体的に低く、とくに訪問看護婦が他より8.1～12.1ポイント低く、少なく回答される傾向にあった。同じくニーズに属する回答率は保健婦が54.2%と最も多く、ついでケースワーカー等の福祉職が44.0%、訪問看護婦43.9%であ

り、ヘルパーは24.8%と他よりかなり少なく回答される傾向にあった。

相互関係の下位項目である対人関係援助に属する回答率はヘルパーが53.4%と他より13.4～21.3ポイント高く、他より多く回答される傾向にあった。同じく自立生活支援に属する回答率もヘルパーが32.3%と他より11.7～21.6ポイント高かった。また、社会資源整備に属する回答率では、ケースワーカー等の福祉職が42.7%、ついで保健婦が33.6%であり、両者の回答率は訪問看護婦、ヘルパーに15.6～26.8ポイントの差をあけており、多く回答される傾向にあった。

自己の資質の下位項目、知識に属する回答率は全体的に低く、ケースワーカー等の福祉職26.7%、ついで保健婦24.7%であり、訪問看護婦、ヘルパーはそれよりさらに低率であった。同じく技術に属する回答率は、訪問看護婦が43.0%と他より16.4～25.7ポイントの差をつけており、他より多く回答される傾向にあった。また、態度に属する回答率も、訪問看護婦が48.6%と最も高く、ついでヘルパー45.3%、ケースワーカー等の福祉職34.7%であり、保健婦は20.7%と他より低く回答する傾向にあった。

(2) その他の属性別結果

優先順位1位にあがったケア理念をその他の属性別結果で比較すると、まず年齢別では、利用者本位と自己の資質に属する回答率に特徴的な結果はみられなかったが、相互関係に属する回答率は40歳代が35.0%と20歳代(23.5%)・30歳代(21.9%)より高かった。これは、40歳代はヘルパーが44.7%を占めることから、職種による影響を受けていると考えられる。経験年数別に利用者本位に属する回答を見ると、5年以上15年未満と15年以上の者はともに49.2%、58.5%と、5年未満の36.9%より多く、経験年数が増えるほど多く回答される傾向にあった。また自己の資質に属する回答は、逆に経験年数が少ないほど(5年未満が36.2%、5年以上15年未満が24.0%、15年以上が13.2%)多く回答される傾向にあった。性別、職階では特徴的な傾向はみられなかった。学歴別にみると、利用者本位に属する回答率は専門学校卒、短大卒以上がそれぞれ46.5%、49.5%と、高校卒の29.2%より多く回答する傾向にあった。

Ⅳ 考 察

1. 抽出されたケア理念の要素について

ケア理念の要素として抽出された利用者本位・相互関係・自己の資質は、利用者を中心に彼らの権利とニーズを重視し、それを保障する活動、つまり人と人、人と環境との相互作用を通じた実践と、ケア提供の主体者である自己の資質の向上を大切にするという一連のプロセスを持つ3分類と捉えられる。これらが実践者の持つケア理念の全体像として妥当かどうかは本研究でわかる範囲ではないが、利用者とケア提供者自身、およびその関係の中で生じる活動が含まれており、理解しやすい理念の構造ではないかと考える。

在宅ケア提供者が活動時に最も大切にしている考え方（ケア理念）を分類した結果を、新ゴールドプランと高齢者介護・自立支援システムが提言している基本的理念（以下基本的理念と略す）と比較してみると、もっとも根幹となる内容、つまり利用者本位に個々人の意志と選択を重視して活動するという点で一致していた。これは、在宅ケア提供者がそれぞれの専門教育課程および実践経験を通して、利用者本位というケア理念を認知した結果である。在宅ケア提供者は、直接利用者に接しながら、人間の尊厳と質の高い健康生活を守る役割を担う従事者であり、ケア理念の要素として利用者本位が抽出されたのは順当な結果である。

基本的理念は、国の施策推進やシステム構築という行政的視点で作成されているため、利用者本位のケアを保障するためのサービスやシステム、制度の整備という点にポイントが置かれている。今回の実態調査では、社会資源の整備・開発という点以外に、利用者との人間関係の構築や、自立した生活を支援することの重要性が多くあげられていた。また基本的理念では資質向上という言葉でくくられている内容、つまり専門家としての自己の資質の向上を図ることに関する内容にも、実態調査からは知識、技術、態度の3項目が浮上り、行政サイドと実践者サイドの違いがうかがえた。

2. ケア理念の持ち方の特性について

今回の調査より、ケア理念の持ち方には属性による多様な実態があることが明らかになった。提

示されたケア理念のリストから優先順に選択してもらった調査とは違い、その人自身がケア提供する際に最も大切にしている考え方を問うことにより、教科書的な答えに偏らず、現実の姿が浮き彫りになったのではないかと考える。

今回、属性の中でも特に職種や職場によるケア理念の持ち方の違いが明らかになった。各職種は教育内容や期間が異なり、所属機関によって日常業務内容や業務形態などさまざまであることから、重点をおく考え方に違いがあるのはむしろ当然である。

各職種が専門性を発揮するのは、当該職能としての技能を使い利用者と相互作用する場面であり、ケア理念の自己の資質と相互関係に属する回答に影響していると考えられる。看護婦が他の職種より技術や態度に多く回答しているのは、看護婦が医療的な専門技術を用い個別事例への看護処置や療養上の世話を高い頻度で行う専門性を有しているからであろう。また、ヘルパーが自立生活支援や対人関係援助および態度に多く回答しているのは、ヘルパーが家事援助や介護業務に携わるという専門性を有しているからであろう。同じく、保健婦とケースワーカー等の福祉職が社会資源整備や知識に多く回答しているのは、高い頻度で関わる直接的ケア業務の割合が低く、相談・助言や調整、支持的活動という専門性を有しているからと考える。

職種間の有意差はあったにせよ全職種の回答率が低かった項目に知識があるが、学歴の如何に関わらず在宅ケアにおける理論的な基盤整備の遅れや、教育・研修のあり様の問題が反映しているのではないかと考える。

利用者本位に属する回答結果から、職種の共有の程度について考えてみると、優先順位1位にこの分類に属する回答をした者が他の分類より多かったことは、ケア理念の根幹にこの考え方をおいている者が多いということである。しかし3位まで求めた回答を統合した場合には、利用者本位に属する回答が6割に満たなかった。つまりこの理念に属する記述をしなかった者が4割強いるわけであり、その中には利用者本位という考え方を優先度の高い内容として意識化していない者が多く存在すると思われる。もっとも基本的なケア理念の共有の不十分さを感じさせられる結果である。

さらに、利用者本位を項目別でみると、特に権利に属する回答率が全職種で低かったことは、利用者の権利保障という視点を重視して活動をしている者が少ないことを示唆している。日本人の権利意識の低さはよく指摘されることであり、利用者の権利主張の少なさや、ケア提供者教育の中での人権教育の不足が反映しているのではないかと感じる。ニーズに属する回答がヘルパーに少なかったのは、専門職としての包括的教育基盤の脆弱さに起因するのであろう。

また、利用者本位について経験年数別の特性としては、経験年数が増えるほど利用者本位に属する回答が増していたことと、経験年数5年未満で自己の資質に属する回答が多いことがあげられる。経験年数の多い者が、利用者本位の考え方の重要性を多く回答したことは、利用者にとって効果的なケアのあり方を体感し積み重ねてきた実績の重みとして感じられる。逆に経験年数の少ない者が自己の資質に多く回答するのは、自分自身の未熟さの自覚から自己研鑽の必要性を感じているからだろう。しかし職階別では、一定の能力を要求されるであろう管理職が、実務者と顕著な相違が見られなかったのは意外である。経験年数の少ない管理者も多かったことから、職位よりも実際の経験のあり様がケア理念の認知に影響したのではないかと考える。

利用者本位について学歴別の結果を考えると、高校卒の者を専門的教育機関での教育を受けていない者と、他を専門的教育機関で教育を受けた者と読み変えた場合、利用者本位の理念を獲得することは、研修での技能取得というレベルの教育では困難であり、専門教育機関での教育体制の整備が重要であることをうかがわせる。

3. 実践的課題

以上、結果の考察より、高齢者の尊厳とQOLを保障するために、ケア提供者が認知するケア理念について、各職種の違いを理解し、根幹となる利用者本位の考え方を共有するための実践方法について考える必要がある。

理念的な一致は、教育による知識の獲得だけでなく、利用者本位に展開してきた実践的な経験によって裏付けを確認することの繰り返しによって成されていくと考える。実践的体験を共有し、体系化する必要性は多く示唆されているところであ

り⁹⁻¹²⁾、そのためには、具体的な実践例、つまりどのようなニーズに、またはどのような権利要求に、どんな対応の仕方をしてよい結果を生んだかという事例を分析し、それらの多くの経験をデータ化し、そこで明らかになった相互関係のあり方や、自己の資質向上の方法についてのガイドラインを提示するというプロセスが望まれる。その積み重ねを根拠にした活動によって、具体的に利用者への効果が測定されれば、利用者本位を保障する実践のあり方を確認でき、在宅ケア提供者の質的向上にも反映させられる。そのような作業を継続的に行うことが、利用者本位を核とした幅広いケア理念認知を形成していくのではなかろうか。

周知の通り、在宅ケアシステムは市町村によって多様である。上記のような実践は、市町村単位での実施が望ましいと考える。その際、利用者本位の活動の重要性を多く認識している保健婦や訪問看護婦、ケースワーカー等の福祉職、およびそれぞれの熟練ケア提供者の役割が、さらには理論的基盤整備のためには実践と研究機関との連携が重要である。特に、地域住民主体の健康の保持増進に責任のある公的機関において、それを支援する役割を持つ保健婦が、ケア理念として利用者本位に属する回答を最も多くしていることは大変意義深い。利用者本位を守るかかわりは、長年の地区管理の歴史のなかで保健婦が最も大切にしてきたことであり、他職種との関係におけるリーダーシップが期待される^{13,14)}。また、相互関係、自己の資質に属する項目でも同様に、回答が高率であった職種がケアチームの中でリードしていく必要があると考える。

さらに上記のような実践を通して市町村単位でケア理念の認知を進める際、関係機関の共通の土台としての場が必要である。既存の高齢者サービス調整チームや事例検討会などにおいて、目的を明確に示し、新しい変化にも対応しながら継続していけるように機能を整備していくことが望まれる。

V 結 語

本研究は、まず因子探索レベルの研究として、個々の在宅ケア提供者が最も大切にしている考え方、つまりケア理念の実態調査を実施し、その回答を

KJ法で分類することで、本研究の被調査者が答えた範囲でのケア理念の全体像を明らかにした。続いてケア提供者4職種についてケア理念の持ち方の属性別比較を行った結果、職種や職場、経験年数等で特徴的な違いがあることがわかった。

職種や職場等で当然生じるケア理念の違いを理解し、各ケア提供者が経験と場を共有しながら、利用者本位のケア提供の質を高める戦略を市町村単位で実施する必要がある。

(受付 '96.9.17)
(採用 '97.9.18)

文 献

- 1) 厚生省大臣官房政策課監修. 21世紀福祉ビジョン. 東京: 第一法規, 1994; 12-23.
- 2) 厚生省老人保健福祉審議会中間報告: 新たな高齢者介護システムの確立について. 東京: ぎょうせい, 1995.
- 3) 山本 勝, 永井昌寛, 塚崎 鴻. 保健・医療・福祉の連携促進に関する地域関係者の意識構造分析(第1報) 地域関係者における職種(組織)間の意識比較分析を中心に. 病院管理 1991; 28(4): 335-347.
- 4) 山本 勝, 永井昌寛, 塚崎 鴻. 保健・医療・福祉の連携促進に関する地域関係者の意識構造分析(第2報) 地域関係者における連携阻害要因構造分析. 病院管理 1992; 29(3): 209-220.
- 5) 山本 勝. 保健・医療・福祉のシステム化と意識改革. 東京: 新興医学出版社, 1993; 94-119.
- 6) Jackson-EM. Dimensions of nursing home care: perspective of patients, family members, and care providers. UNIVERSITY OF MISSOURI-COLUMBIA 1991.
- 7) Stewart-MJ, Ritchie-JA, McGrath-P, Thompson-D, Bruce-B. Mothers of children with chronic conditions: supportive and stressful interactions with partners and professionals regarding caregiving burdens. Canadian-Journal-of-Nursing-Research 1994 Winter; 61-82.
- 8) 川喜多二郎. KJ法. 東京: 中央公論社, 1986.
- 9) 古谷 徹. チームアプローチ・つくり方の基本問題. ミシガン大学老年学セミナー運営委員会編. 高齢者ケアはチームで. 京都: ミネルヴァ書房, 1994; 3-4.
- 10) 高崎絹子. 高齢者ケアにおける看護と福祉の協働. 小田兼三他編. 明日の高齢者ケア No. 8, 東京: 中央法規, 1993; 189-221.
- 11) 小林万里. 在宅ケアを支えるスタッフと地域ネットワーク. 牧野郁子他編. 廣川臨床看護シリーズ No. 12 在宅ケア. 東京: 廣川書店, 1994; 89-97
- 12) 古谷野亘. 保険・医療・福祉の連携. 柴田 博編. 老人保健活動の実際. 東京: 医学書院, 1992; 305-324.
- 13) 鎌田ケイ子. 看護のリーダーシップ. 老人看護論. 東京: 全国老人ケア研究会, 1995; 202-203.
- 14) 松下 拡. 保健と福祉の連携における保健婦の役割. 保健婦の力量形成. 東京: けい草書房, 1995; 204-208.

THE CARE PRINCIPLES OF HOME CARE BASED ON THE COGNITION OF CARE PROVIDERS

Reiko OKAMOTO^{*}, Nobuko HARASAKI^{2*}, Kyoko SUGIMOTO^{3*}, Hiroko MAKINO^{3*}

Key words: Community care, Care principles, Cognition, Care providers, Team care

The purpose of this study was to clarify the care principles that are most highly valued by various care providers, including public health nurses, home visiting nurses, home helpers, and case-workers, by factor-identification-study (KJ method), and to consider measures for sharing care principles among these sectors.

It was found that care principles are composed of three factors: “User-oriented care”, “Good mutual relationship”, and “Self-improvement”. Also there are differences in cognition of these according to occupation, workplace, experience, and so on. We should develop strategies for improving the quality of user-oriented care, as we understand the differences in cognition of care principles, and as we share the experience gained in each working area.

* Tokyo Medical and Dental University, Doctoral Student in Nursing

^{2*} Chiba University, Master's Student in Nursing

^{3*} Osaka Prefectural Junior College of Health Sciences