

特別養護老人ホームにおける 主観的 QOL の縦断的測定法と個別ケアへの適用

小櫃 俊介*・綿 祐二**

Key Words : 縦断的測定法, 主観的 QOL, 特別養護老人ホーム, 個別ケア,
PGC モラール・スケール

はじめに

現在, 特別養護老人ホームのユニットケア化が進んでいる。2003 年に今後の高齢者介護の方向性を示唆した高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」では, 自立支援やユニット化による個別ケアへの喚起を促し, ユニットケアの在り方を示唆した。また, 同年 4 月厚生労働省老健局「施設サービスの見直しと特別養護老人ホームについて」の中で, 特別養護老人ホームにおけるユニット型の定義を, 「10 人程度の少人数単位でケア」, 「在宅での暮らしに近い日常の生活の中でのケア」, 「在宅に近い居住環境 (居室は個室, 居間に相当する部屋)」, 「居住費 (ホテルコスト) を負担する」としている。また既存の特別養護老人ホームでも, 内部改修等により部分的にユニット型に転換することも可能とした。しかし施設のスペースを単にユニットのスペースで区切った様相を取るものの内実は旧体制のままの施設も存在し, 石井 (2006) は「ユニット型であっても, 介護のやり方を大きく変えていかなければ従来型と同様の介護様態に陥ってしまうこともある」と指摘している。このような体制ではユニット化という名称を用いつつも, ユニットケアの掲げる少人数を対象とした個別ケアに近づくことはままならないことが考えられる。

厚生労働省から 2009 年 12 月に発表された資料によると, 特別養護老人ホーム待機者の数は約 42.1 万人であり, 増加の一途を示している現状がある。特別養護老人ホーム利用者 (以下, 利用者) が施設に入所しながら, 他の施設の情報を積極的に収集することは困難にあたると考

* 東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科

** 人間学部人間福祉学科

えられ、特別養護老人ホームの中での生活は市場の情報が届きにくい環境であることから、上記の待機者の話を勘案すると利用者は選択の手段を失っているといえる。このことは介護保険の理念である、市場原理からの「選択」の権利を奪うものといえるのである。また、特別養護老人ホーム利用者も重度の疾病や障害を抱える者が多くなっている。

以上のことから、利用者はサービスに不安や不満を抱えていてもそれを表に出しにくい環境におかれていることが考えられる。もちろん施設側も、介護職員の積極的な努力や相談員による面接や苦情処理受付、オンブズマン制度など、利用者の尊厳を守るような環境を構築し続けている。しかし、利用者にとって生活を送るうえで最も重要なポジションである施設の職員に対して利用者が不満を口にすることは、そのことによって職員の気分を害してしまい、以後のわが身に受けるサービス内容を懸念してしまうことに繋がる。また体制的に多数の利用者を介護する介護職員は、利用者の意見等を腰を据えて話し合っていける時間的余裕が少ないといえ、個別の対応も後回しにされていることが栗木・佐藤・西浦・松原（2003）によって指摘されている。

これらのことから介護を提供する職員は、利用者の現在置かれている立場を鑑みて、自らが提供する介護サービスを省みる必要がある。

問題の所在

1. ケアと主観的満足度測定

利用者個人における健康状態に関する測定は、定期、不定期問わずに看護職員や介護職員によって行われている。仮にそれらに変調の兆しが見受けられた場合、予定されていた介護サービス計画を変更することがおこなわれ、復調を目指すことになるのである。しかし、生活や介護サービスに対する満足度、利用者の精神状態や心理状態に関しての測定はおこなわれていない。すなわち、介護にかかわる職員が個別ケアに反映させるツールとして、専門的かつ科学的な尺度による測定の実施はおこなっていないのである。そのため利用者の主観は、介護職員の経験則に照らし合わされた評価、すなわち他者による主観的な評価という非科学的な評価によって判断されているのである。

利用者が特別養護老人ホームでの生活を送る上で重要な意義をもつ個別ケアを提供するためには、おおよそその生活に関する満足度を把握していなければならない。しかし、先述の栗木ら（2003）の指摘のとおり介護職員は多忙のために個別ケアを重視できず、時間を割いて利用者の心情を聞くことをおこなっていない。このことは利用者がニーズを表出できないばかりか、自分の主観である生活の満足感を伝えられずに、他人によって自己の主観を想像されたもの由来する個別ケアを受け続けることになるのである。

概ね個別ケアの提供は介護福祉士を中心とした専門的な資格を有する者によっておこなわれているので、本来は均一の質が担保されなければならない。しかし、主観的、経験的由来によ

る利用者把握から提供される個別ケアでは、差が大きく生じることが明確である。さらに、モニタリングにおいても、個別ケアの提供が利用者の尊厳を支えられているかのチェックにも繋がらないことから、ケアの質の向上においての大きな課題といえる。

さらに、個別ケアに関連するアセスメント方法や、利用者の満足感を測定する尺度や評価の基準はいまだ研究段階である。ここに、どのような経験を持つ職員が測定をおこなっても、客観的な測定がおこなわれる科学的で共通の尺度の必要性が存在するのである。

2. QOL の測定

社会心理学や老年学における QOL の研究は、生活満足度やモラール、主観的幸福感、生きがいといった概念を用いて、日常生活や人生全体に対する主観的な満足度や充実度を測定する試みがなされている。古谷野（2004）は、特に日本の社会老年学における QOL 研究において高齢者自身の主観的評価の結果は QOL の必須の部分とされ、しばしば QOL と同義とみなされてきたと述べている。またその測定に多く用いられてきたのは、改訂版 PGC モラール・スケール（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale）や生活満足度尺度 K（Life Satisfaction Index K: LSIK）などであるとも述べている。

このように QOL は、主観的な満足感や充足感を測定する代表的な指標の一つに挙げられるため、自立支援や個別ケアに重点が置かれることとなった現在、これらの QOL を測定することが非常に重要であるといえる。しかし先述のとおり、これらの尺度によって測定されたものを直接的に個別ケアに反映させている研究はおこなわれていない。

3. 用語の定義

古谷野（2004）は QOL 研究において、既存の尺度によって測定された主観的幸福感を評価結果の指標とすることについては、十分に研究の蓄積がなされていると述べている。なかでも、前田・浅野・谷口（1979）による研究においては、高齢者の「生きがい」を主観的幸福感の概念と位置付け、日本人の高齢者に対してのモラール（志気）研究や生活満足度の測定が試みられ、信頼性や妥当性の検証がおこなわれた。また、下仲（1997）は「主観的幸福感とは高齢者が自らの人生や生活に抱いている主観的な充足感のことである」と述べている。これらのことから主観的幸福感を測定することが QOL の測定において最も信頼のある測定方法であるといえる。これらのことから、本研究において測定された QOL を主観的 QOL と定義した。

4. 縦断的測定法による主観的 QOL の表出

利用者が主観的 QOL を表出するにあたって、個人の主観的な評価の結果は、「時間」という概念の中において経験から導きだされた評価基準との比較によって、時間的な差を越えて表出される。つまり、自己の価値観のなかで縦断的に測定した結果が表出されるといえ、より利用者の主観的概念に近づき、さらにその変化をうかがうためにも縦断的な測定に有用性が存在

すると考えられる。

現在主観的 QOL 測定を行う際のほとんどは横断的研究の手法が用いられ、横断的に測定された評価は、その特性上あくまで評価がおこなわれた段階や時点での結果である。そのことは被験者の一側面の断片的な判断の評価といえる。そして測定時点の被験者本人の評価基準は、その時点での個人の状態や環境条件による影響があることが考えられるが、それらの影響は日々刻々と変化するものである。また、尺度により判断された回答も日々の変動があることが考えられる。しかし、それらの測定においての多くは横断的な測定がおこなわれ、しかも測定された利用者の主観的 QOL の評価は、直接的に個別ケア等において利用者に反映もしくは還元することはおこなわれていない。

また、評価基準の変動による評価結果の差異は、横断的研究では表面化しない問題が生じてくる。つまり日ごろ恒常的に有している主観的な意識、すなわち基準となる評価基準が、日常生活上の一事象の一時的な感情の影響を受け、評価に対しての動揺を生じさせてしまう可能性があるといえる。ただしこの影響は、その事象より受けた印象の度合いの量によっても表面化するかどうかが分かれるところであるが、そのことによって以後に渡る意識の変動がなかったとしても、側面的な測定ゆえにその一時的な影響があるまま評価をされてしまうのである。そのためこの一時的な影響が、単に一時的な影響かそれとも以後の主観や概念に影響を及ぼすような深い事象になるかは、継続して経過を見守る必要があるのである。また仮に一時的な影響であってもその影響により導き出された評価が、横断的な測定ではネガティブもしくはポジティブな主観として捉えられることになってしまう。さらに、その回復および安定には人それぞれに必要なとする時間が存在し、そのため対人援助においては時間的経過を追って見守ってゆく必要があるのである。

また利用者に長期にわたって縦断的な測定を行うことによって、その被験者の通常の指標となる値が定まり、その後の変動の様子がより具体的に意味をもつものになるのである。例えばリッカート 5 段階尺度において、仮に数値「5」が良い状態であるとし、利用者の主観により導かれた基準の数値が「3（前回測定時）」の質問を評価する時、今回測定時に「1」の値であれば尺度によっては介護者はこの「1」の状態をネガティブに判断することになる（図 1）。そのことは日々介護をおこなっている介護者にとって、マイナス要因となったエピソードの追求をおこなわなければならない。逆にプラス方向に変動しているなら主観的 QOL の向上を示すような良い要因を探究できることに他ならない。

ほかにも、縦断的に測定をおこなうことによって得られるものの大きな意義として、今回の値は「1」という数値そのもののネガティブな評価だけでなく、「3」から「1」に「2」の値によって下降しているという変動の事実も評価をおこなえるのである。このことにおいては、特に短期間で幅が大きくマイナス方向に変動がなされた場合、緊急的な対応が必要な状況も考えられるため、医療機関との連携を図りやすいといえ、介護の現場においては重要な意義をもてるものと考えられるのである。

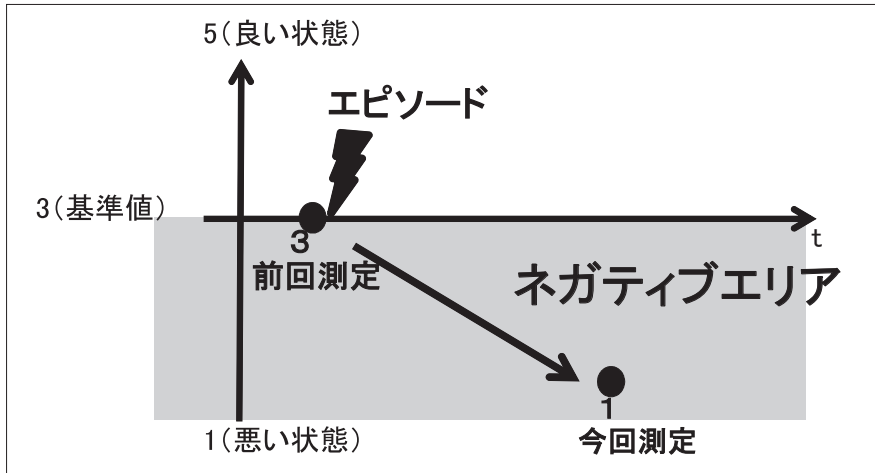


図 1 縦断的測定による判断

5. 改訂 PGC モラール・スケールの改編

伊藤・綿（2004）の研究において主観的 QOL は、量と方向を表す「ベクトル」で表すことが出来ると述べられている。横断的に主観的 QOL が測定され側面的な評価がおこなわれると、時間的な変遷を経ていないので、ベクトルの量や方向を指し示すことは不可能である。また改訂版 PGC モラール・スケールの回答は、“はい・いいえ”の二択である。二択ゆえに縦断的に測定をおこなっても増・維持・減の3段階のベクトルのデータしか得ることは出来ない。またこれらを量として表記した場合、非常に狭い範囲の表記しかおこなうことが出来ないといえる。そのため本研究において、改訂 PGC モラール・スケールの回答をリッカート 5 段階評価へと改編した。

研究の目的

以上のことから本研究において、特別養護老人ホーム入所者を対象として、改訂版 PGC モラール・スケールをリッカート 5 段階評価に改編したものを使用し、主観的 QOL を縦断的に測定した結果を個別ケアに適用するための分析方法を検討した。

具体的には、測定によって得られたデータをもとに、基礎データ表の作成、時系列折れ線グラフの作成、差分グラフの作成、トレンドによる分析、符号と連のグラフ作成、3 ヶ月平均（四季）グラフの作成、差分の絶対値の和の表作成、差分の絶対値の 3 ヶ月平均（四季）グラフの作成、エピソードとの関連分析であり、これらの個別ケアの適用についての検証をおこなった。

研究の方法

1. 改訂版 PGC モラル・スケールの使用について

古谷野（1989）は、George が概念整理のために重要とした2つの軸を用いて、改訂版 PGC モラル・スケールの下位次元を整理した。下位次元「老いに対する態度」は「認知－短期」であり、下位次元「心理的動揺」「不満足感」は「感情－短期」に当てはまる概念とした。一方他の代表的な尺度の一つである LSI-A は、「認知－長期的」なものも含まれているとされている。このことから改訂版 PGC モラル・スケールは、長期的な時間指示を有しないスケールといえる。本研究において対象とする高齢者は特別養護老人ホーム利用者であり、心身ともに活動レベルが低下していることが考えられる。このため長期的な指標にて測定をおこなうのではなく、より日常的すなわち短期的な時間が表出しやすい改訂版 PGC モラル・スケールを本研究にて使用することとした。

さらに既存の尺度そのままを使用するのではなく、回答表記について改編をおこなった。改編については改訂版 PGC モラル・スケールの質問 17 項目は維持したが、回答様式はリッカート 5 段階表記へと改編を行った。改編理由として①縦断的な変化の有無を測定するため、②ベクトルの力を測定するため、③ベクトルの方向を測定するためである。またリッカート表記を 5 段階表記に改編した理由として、7 段階の回答を特別養護老人ホーム利用者に求めてしまうと、回答の幅が大きく、逆に利用者の判断の幅が出てしまうと考えた。また自身の手によって回答する利用者もいるので、5 段階による設定は高齢者にも容易に判断が付きやすいと判断した。

2. 縦断的測定法の期間設定

改訂版 PGC モラル・スケールを改編し縦断的手法を用いての測定は、より短期的な時間における変動をあらわすことが可能となる。すなわち従来おこなわれている横断的手法においてはその断片的にしか捉えられない利用者の主観的 QOL が、測定ごとにどのような変動を経ているかが明確な変動データとして得られるのである。

本研究において、特別養護老人ホームの主なエピソードを生む要素を勘案して毎月という期間の設定をおこなった。特別養護ホームの年間行事予定は、月ごとの季節にちなんだイベントによって構成されている。利用者全体に対して提供する大きなエピソードとして印象付くと考えられるイベントは、日々おこなわれるレクリエーション等を除くと、ほとんどの施設においては行事であると考えられる。

また施設長および測定をおこなう介護者と測定をおこなうにあたって相談したおり、毎週の測定では利用者および介護者が負担を感じてしまう可能性もあるとの意見もあり、あらためて月ごとの測定を決定した。

3. 測定施設と対象の選定

本研究の測定にあたっては、研究主旨の同意、協力を得られた埼玉県および東京都内にある特別養護老人ホーム 2 施設にて測定を実施した。測定施設 1 として、埼玉県某市特別養護老人ホーム S を選定。入所定員 75 名。測定実施者は勤務年数 8 年目の介護福祉士である。測定施設 2 として、東京都内某区特別養護老人ホーム N を選定^注。入所定員 70 名。測定実施者は勤務年数 5 年目の介護福祉士である。これらの 2 施設において、研究にあたっての倫理を厳守する旨の提示に承諾した、利用者計 41 名を介護者と施設長と筆者で選定した。

利用者選定に関する条件として、以下の 6 項目を設定した。

- ①月ごとの測定になるため、ここ 1 ヶ月間の大きな出来事の記憶を有していただける利用者であること。
- ②認知症状や精神疾患等を有していても、軽度の症状であること。
- ③認知症状や精神疾患等を有していてもコミュニケーションに支障がなく、施設での日常会話や日常生活上の判断を問題なく行えることが可能な状態の利用者であること。
- ④身体状態は問わないが、測定に応じられる、また測定に耐えうる身体状態であること。
- ⑤回答の正確性を維持するために、測定員が担当する利用者以外の利用者を対象とすること。
- ⑥データの正確性を維持するために、可能な限り入所期間や条件等において、類似する利用者を選定しないこと。

4. 倫理的配慮

本研究の測定にあたって開示していただく利用者の名前や個人的な情報、その他個人や施設を特定しうるすべての情報に関して秘匿すること、同時にそれらの情報を本研究に関連する研究目的以外での使用をおこなわないこと、研究報告にあたっての書面化の際などにおいてはイニシャル表記することを約束し、これらを書面にて施設長に提出、施設の理事会および職員会議にて承認を得た。また測定対象利用者に対しても、各施設長および各測定員により同様の書面を提示もしくは口頭にて読み上げ、本人の了承を得た。さらに回答によって利用者の個人的不利益等が生じないように、測定員の担当する利用者を外した利用者の選定をおこなった。また、この測定の回答によって職員からの介護や生活上の不利益が生じないことを利用者に約束し、測定の上記を得た。

結果

1. 測定期間及び内容

2008 年 10 月より 2009 年 9 月の 12 ヶ月の期間において改訂版 PGC モラル・スケールをリッカート 5 段階評価に改編したものを作成し、利用者に対して縦断的測定法にて測定をおこない、回答を得ることができた。調査対象者 41 名中、入院、体調不良、死亡等により 7 名が調査中

止となり、被測定者合計は 34 名となった。その後、測定された数値を個別ケアに適用させるための分析をおこなった。

2. 利用者の基本属性

調査対象の施設概要および、利用者の基本属性は表 1 を参照のこと。

表 1 利用者の基本属性

施設名	特別養護老人ホームS	特別養護老人ホームN	両施設合計
所在地	埼玉県	東京都	—
入所定員	75名	70名	
設立年	平成11年	平成5年	
調査対象者	23名	18名	41名
被測定者	18名	16名	34名
男女内訳	男性5名（27.8%） 女性13名（72.2%）	男性5名（31.3%）* 女性11名（68.8%）*	男性10名（29.4%） 女性24名（70.6%）
平均年齢 年齢幅	84.7歳 69～94歳	83.4歳 69～96歳	84.3歳 69～96歳
介護度 1	1名	—	1名
介護度 2	5名	4名	9名
介護度 3	4名	4名	8名
介護度 4	8名	6名	14名
介護度 5	—	2名	2名
平均介護度	3.0	3.4	3.2
精神患者数	11名（61.1%）	2名（12.5%）	13名（38.2%）

*小数点第 2 位以下は四捨五入

分析

個別ケアに反映可能なものとするために、得られた回答の数値の可視化をおこない分析した。可視化の方法は、基礎データ表の作成、時系列折れ線グラフの作成、差分グラフの作成、符号と連のグラフ作成、3 ヶ月平均（四季）グラフの作成、差分の絶対値の和の表作成、差分の絶

対値の3ヶ月（四季）グラフの作成であり、これらの検証をおこなった。

(1) 基礎データ表の作成

縦断的測定法を用いることにより得られた、17の質問項目で12ヶ月分204の測定数値を時系列順に並べることによって一覧の表を作成し、これを基礎データ表とした。また質問項目ごとの12ヶ月の平均値と標準偏差を求めることによって、他の利用者との比較がおこなえることになった。この表は毎月の個別ケア作成による指標になり、年単位での再評価の指針にもなるものである。さらにユニットごとなどの利用者群における比較に活用が可能である。この全体的な表を基礎データと設定することによって、このデータを職種間や役職に基づく分析方法へ展開させる際の共通データとおくことができる。ただしこのデータそのままでは、個別ケアへ適用できる具体的な内容を把握することは困難である。なお、表2のS.U氏を以後ケース1とした。

表2 基礎データ表 利用者S.U（ケース1）の回答数値

名前: S.U	年齢: 86	介護度: 3	認知: 有・無	性別: 女										
質問項目-実施日	11月7日	12月17日	1月22日	2月28日	3月31日	4月24日	5月25日	6月30日	8月1日	8月31日	9月30日	10月30日	平均	SD
1	4	2	2	4	2	3	2	4	5	1	5	5	3.25	1.4222
2	2	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	1	3.08	1.0836
3	5	4	2	5	4	5	1	4	2	4	2	4	3.50	1.3817
4	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1.25	0.4523
5	2	2	1	1	2	1	3	4	4	2	2	4	2.33	1.1547
6	5	1	4	4	4	4	1	3	2	4	4	2	3.17	1.3371
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	0.0000
8	3	4	2	1	2	1	3	1	1	3	2	1	2.00	1.0445
9	2	2	2	3	2	1	4	2	3	1	4	1	2.25	1.0553
10	2	3	2	1	2	1	3	2	3	1	1	1	1.83	0.8348
11	2	2	2	3	3	1	1	2	1	2	4	2	2.08	0.9003
12	1	1	2	1	2	2	1	1	1	4	4	2	1.83	1.1146
13	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1.67	0.6513
14	1	5	2	4	3	2	1	2	1	5	2	1	2.42	1.5050
15	2	4	2	4	4	2	3	2	3	2	2	2	2.67	0.8876
16	1	2	1	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1.67	0.6513
17	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.17	0.3892
平均													0.9333	

(2) 時系列折れ線グラフの作成

基礎データ表をもとに17質問項目ごとに折れ線グラフを作成する（図2）。これらのグラフは個別ケアへの適用を主眼とすると、質問項目ごとの数値の変動や変遷が理解しやすく、そのことにより質問項目が意味する内容の変動に由来する支援に、具体的かつ直接的なケアの実施が可能となるのである。このグラフは毎月の個別ケア作成による具体的な目標設定になる要素を視覚的に表出し、さらに3ヶ月ごと（季節）や年単位での評価の指針にもなるものである。しかし振幅による分析がおこなえるが、質問には逆転項目が多数存在し、さらに利用者本人の評価基準により導き出された主観的QOLの評価基準により評価がおこなわれるので、必ずしも数値が高いことによって主観的QOLが良好な状態を指すものではないことに留意が必要である。

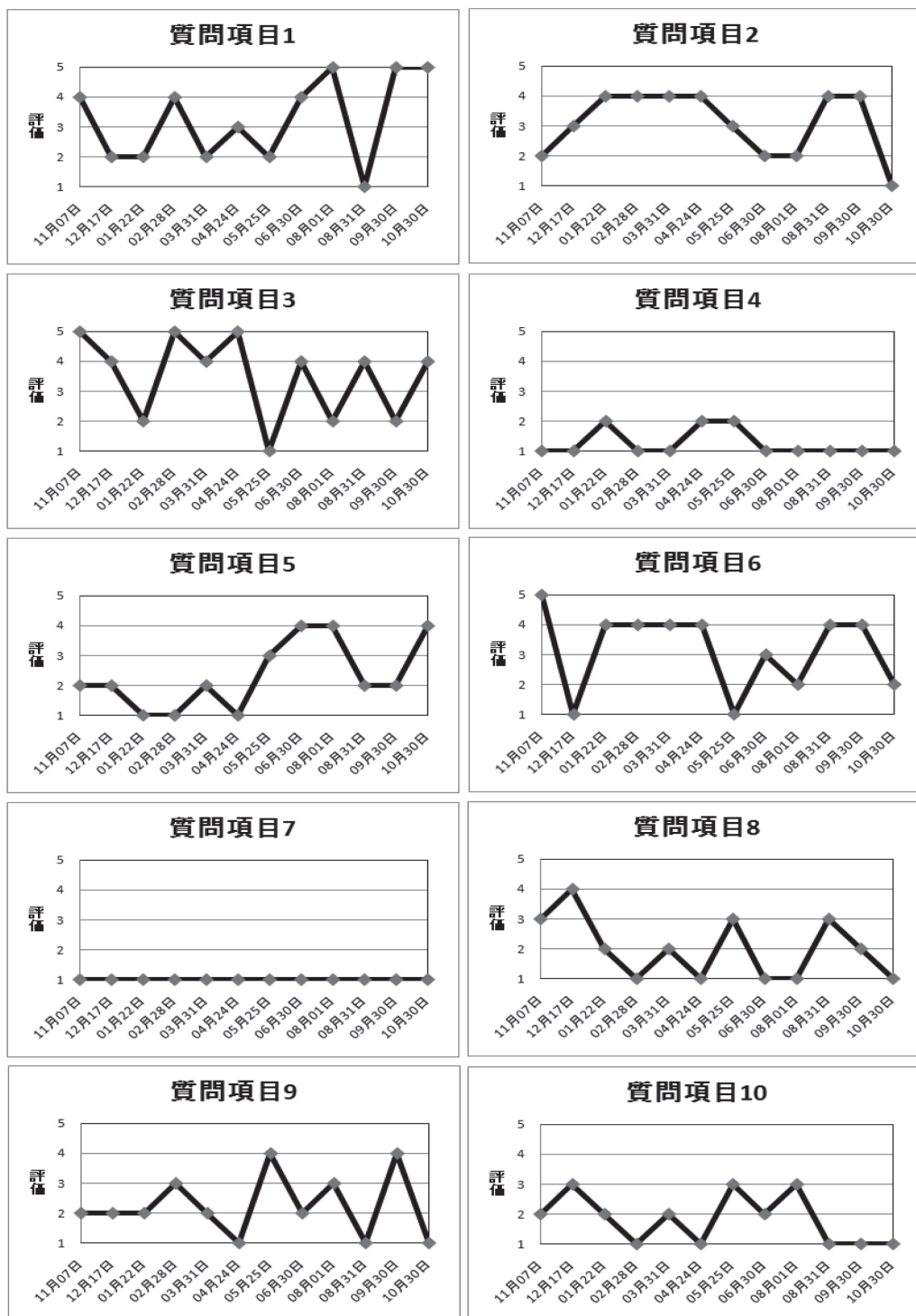


図2 ケース1の時系列折れ線グラフ（質問項目1～10）

(3) 差分グラフの作成

数値の今月と先月の差を求めると、0 になるかプラスもしくはマイナスの符号がつき、さらに今月と先月の差の数値が求められる。これを「差分」という。このことは測定時点を $X(t)$ 、測定時点から 1 つ前を $X(t-1)$ とおくと、

$X(t-n) \cdots, X(t-2), X(t-1), X(t), X(t+1), \cdots$ となる。すると差分 (Δ) は、
差分 $\Delta X(t) = X(t) - X(t-1)$ となる。

つまり本研究においては、 $(\pm)$ 差分 = 今月の回答数値 - 先月の回答数値といえる。
ベクトルはプラスもしくはマイナス方向の向きと、プラスもしくはマイナス方向の力(量)によって測られることから、差分の前に付く符号 ($\pm$) がベクトルの向きを指し示し、これを「方向」とする。つまりベクトルの方向は、**差分の符号 ($\pm$)** = $X(t) - X(t-1)$ となる。

また差分の絶対値がベクトルの力(量)を規定することになる。つまりベクトルの力(量)は、
 $|\text{差分}| = X(t) - X(t-1)$ となる。この $|\text{差分}|$ (差分の絶対値) が変動の量であり、すなわち「変動量」といえる (図 3)。

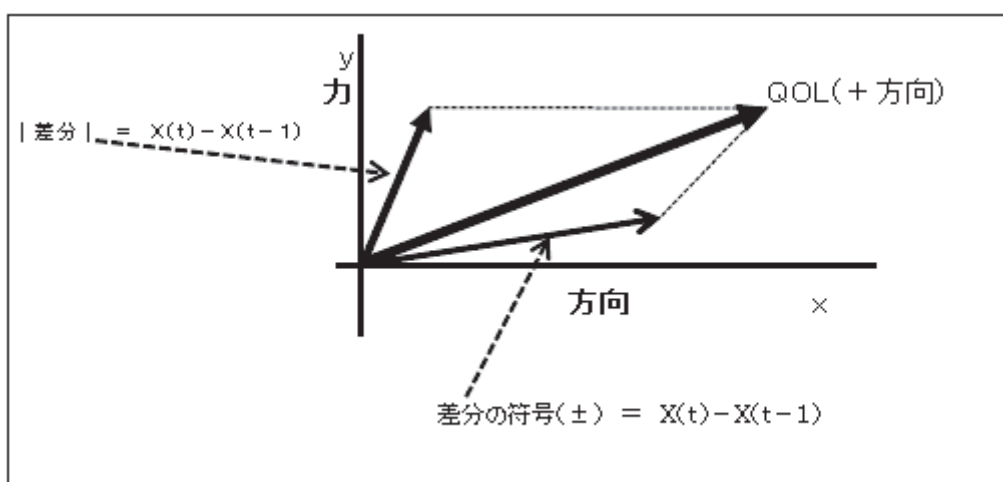


図 3 ベクトルの公式表記

基礎データ表をもとに質問項目ごとに細分化し、差分を求めた後に差分のみのグラフ作成をおこなった。0 を基準としたプラス方向の差分の絶対値が上方に、マイナス方向の差分の絶対値を下方に量的に積み重ね、X 軸に時間の経過を加えて棒グラフを作成する (図 4)。このグラフは利用者の主観的 QOL の時間的変動の量を一覧で表し、主観的 QOL の評価が利用者の設定する主観的 QOL の標準値などの変動の傾向にとらわれない変動の変遷のみの把握が可能になるのである。評価を行う際には利用者が主観的に考える日常生活上に設定している日々変化する標準の QOL の値が存在するので、差分のグラフは測定時の月の間に判断された評価基

準によって導き出された主観的 QOL の変動を側面的に表しているといえる。そのため個別ケアをおこなうにあたって、月単位での評価である先月との対比や効果など、項目に由来する内容を分析する指針になるのである。しかしこの評価基準は個人の状態や環境条件を過去という時間の変遷を鑑みて調節されて表出されたものであり、評価の表出過程において縦断的な調節が利用者によって主観的になされて導き出されている結果である。そのため中長期的な期間を有する上記（2）時系列折れ線グラフとの併用が望ましく、トレンドや尺度など、利用者の考える主観的 QOL の標準値を把握し双方の照合をおこないながら、さらに後述する（4）符号と連のグラフも加味した複合的な活用が望ましい。

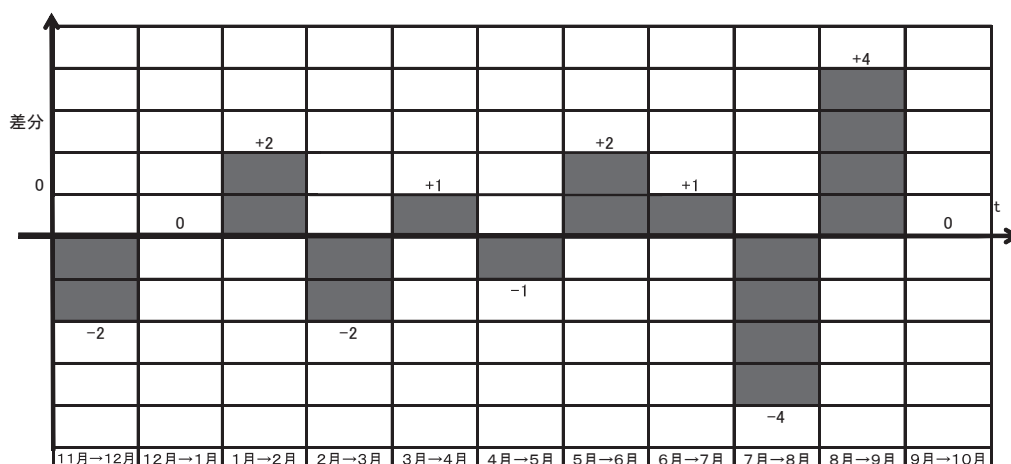


図4 ケース1 質問項目10の差分グラフ

（4）符号と連のグラフ作成

上記（3）において差分を求めた際に、差分にベクトルの方向を指示するプラス（+）もしくはマイナス（-）の符号が標されているが、それら符号の連を求め、主観的 QOL の「変動の時期」について分析をおこなう（図5）。連の数はプラス（+）からマイナス（-）、もしくはマイナス（-）からプラス（+）への変動の回数を表わし、連の数が多いほど変動の方向の逆転数が多いといえるのである。この変動の逆転数は質問項目の測定値の安定性を測る指標となりうるもので、連の回数が少ないほど安定しているといえる。このことから介護者はその時点において何らかのエピソードが存在しているか、またエピソードの影響がどのように利用者に起こっているかなどの注視が必要な箇所といえる。そのため個別ケアをおこなうにあたって、月単位での評価や項目に由来する具体的な個別ケアへの指針になるのである。しかしあくまで連の数から着目する段階においては変動の量までは分からないため、分析初期の着目点とすることが望ましく着目箇所が明らかになった時点で他の分析方法に移行することが望ましいといえる。さらに、連という複数月の中・長期的な数値の視座となるため、即時的な対応には結びつかない。

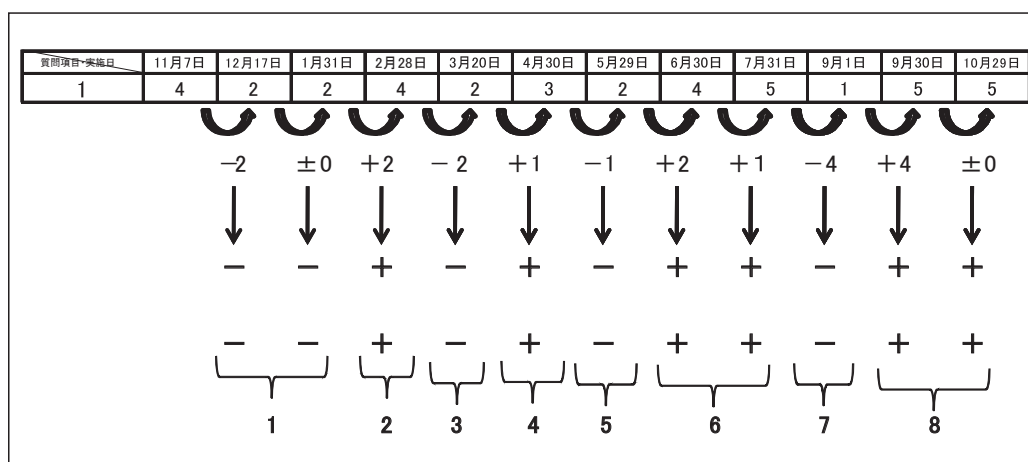


図5 ケース1 質問項目1の符号と連のグラフ

(5) 3ヶ月平均（四季）グラフの作成

上記(2)において基礎データ表をもとに17質問項目ごとに折れ線グラフを作成したが、その12ヶ月分のデータを3ヶ月ごと(季節)に区分し、区分の平均を取る(図6)。そのことによって細やかな振幅は平滑化され一定の中期的な様相となり、上方や下行などのトレンドを捉えることが可能になる。また平均をとった3ヶ月の期間内に単数および複数の急激な評価の変動を招いている存在が表出することがあり、利用者の主観的QOL変動の着目点であることがわかった。そのため介護者がこれらの季節に区分して表出された変動を、主観的QOLの変動の期間の目安とすることに値するといえる。ただし季節という区分は便宜上の区分であり、有形無形の理由によって主観的QOLに変動をきたした理由も考えられるので、複数年にわたる測定が必要なほか、(2)の折れ線グラフを主軸として他の指標と相互に確認する必要がある。また長期的な視座においては、年単位における項目ごとのトレンドが顕著となり、個別ケアへの指針になるのである。

(6) 差分の絶対値の和の表作成

基礎データ表をもとに質問項目ごとの差分の絶対値の月ごとの和を求め(図7)、表作成をおこなう(表3)。そのことによって1年間のQOLの変動量が明確になり、質問項目間の比較が可能となった。このことは(4)で量を測れないことを補うことになるといえる。また年間における変動量の項目間の比較が可能となり、個別ケアにおいてより項目に沿った具体的かつ直接的なケアに反映させることができる指標になるのである。さらにその数値の1年間の平均と標準偏差を算出することによって、人物ごとやユニットごとの比較が可能であり、特定のもしくは全体の項目において大きな変動を示し、介護者の着目点を表出させることになるのである。

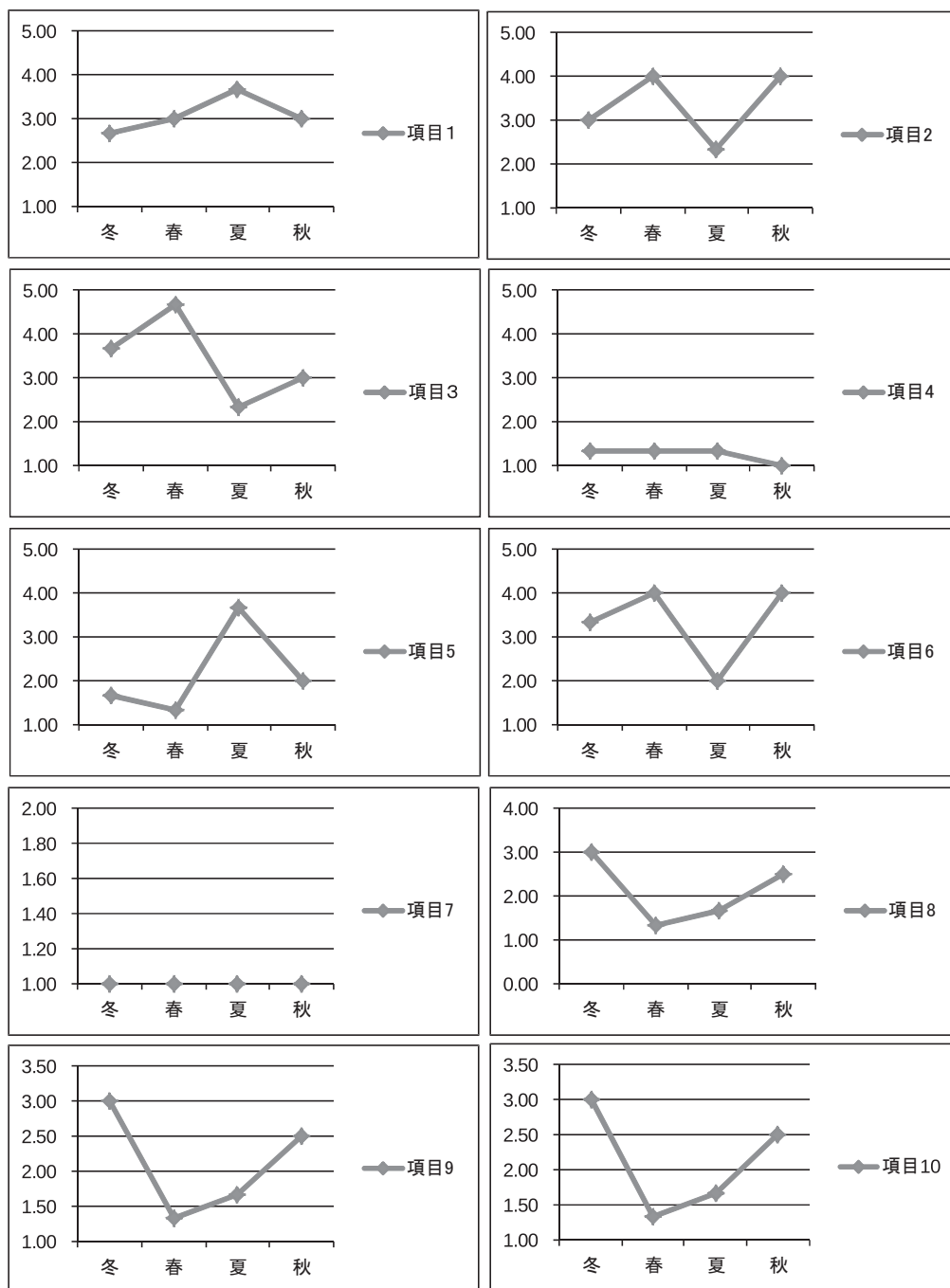


図6 3ヶ月（季節）平均グラフ ケース1 質問項目1～10

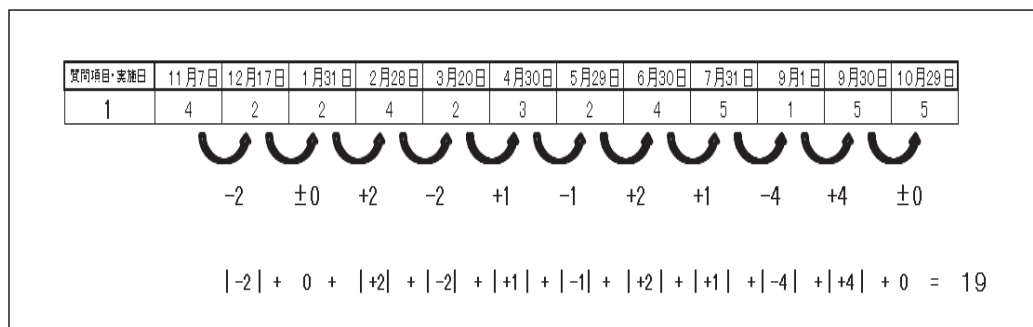


図 7 差分の絶対値の和 ケース 1 質問項目 1

表 3 差分の絶対値の和の表 ケース 1

S.U	
質問項目	差分の絶対値の和
1	19
2	9
3	24
4	4
5	10
6	17
7	0
8	14
9	17
10	11
11	27
12	30
13	27
14	32
15	35
16	30
17	26

(7) 差分の絶対値の和の3ヶ月（四季）グラフの作成

差分の絶対値の和の3ヶ月（季節）グラフの作成をおこなった（図8）。このことにより、主観的 QOL の変動に関する変化を表出することができた。介護者はこのグラフの作成によって特定季節においての特徴が把握できるので、季節による影響及びその時期におけるエピソード等のチェックがおこなえる。しかしこの分析手法の欠点として、これらの数値は絶対値の和であるからベクトル化することや主観的 QOL の項目による変動を調べられるものではなく、項目に関する方向や量に関しては測り得られない。そのためあくまで客観的な全体像を把握する指標や着眼点となり得るが、他の分析方法と重ね合わせての使用が求められる。このグラフ

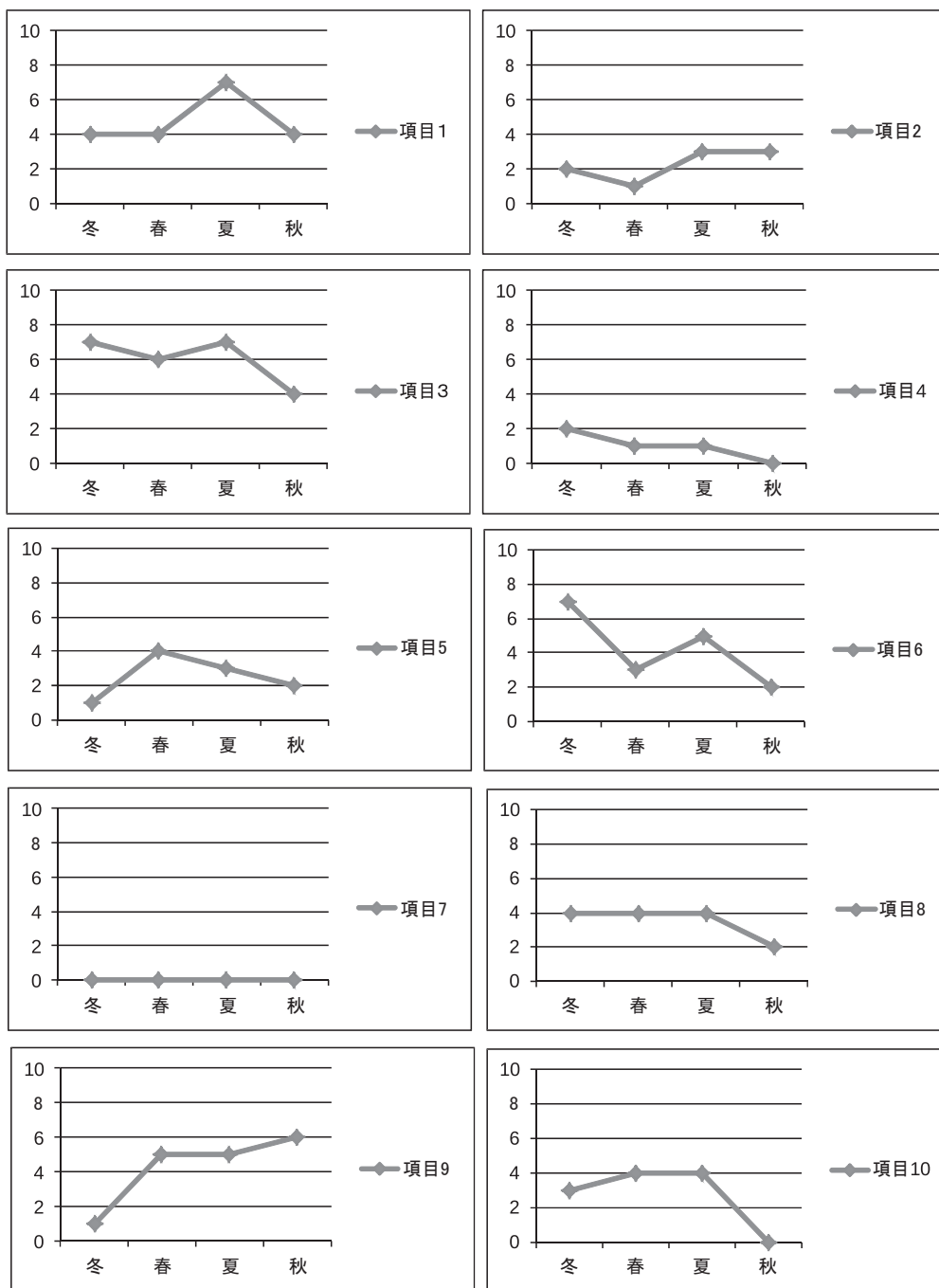


図8 差分の絶対値の和の3ヶ月（季節）グラフ ケース1 質問項目1～10

によって利用者間の比較やユニット間における傾向の差としての分析も可能である。また個別ケアをおこなうにあたって、年単位における項目ごとの個別ケアへの指針になるのである。

考察

主観的 QOL 尺度を用いて縦断的測定法から得られたデータは、可視化するなわち各グラフ化することによって、主観的 QOL の変動の存在が視覚的にも容易に確認された。さらに、主観的 QOL のベクトルの変動は方向性と量の存在が、公式によって数値化でき、またそれぞれを視覚的に示すことが可能になった。

また、データの可視化をおこなったことで、時系列の流れに沿って介護者が個別ケアへ反映させる即時的な行動をとる時点が示された。しかも、遡及して主観的 QOL の変動の時点明らかにし、介護者の個別ケアの着目点や現在おこなっている対応を具体的に考察するモニタリングが科学的におこなえることになるのである（図 9）。このことは横断的測定においては得ることが出来ないといえる。

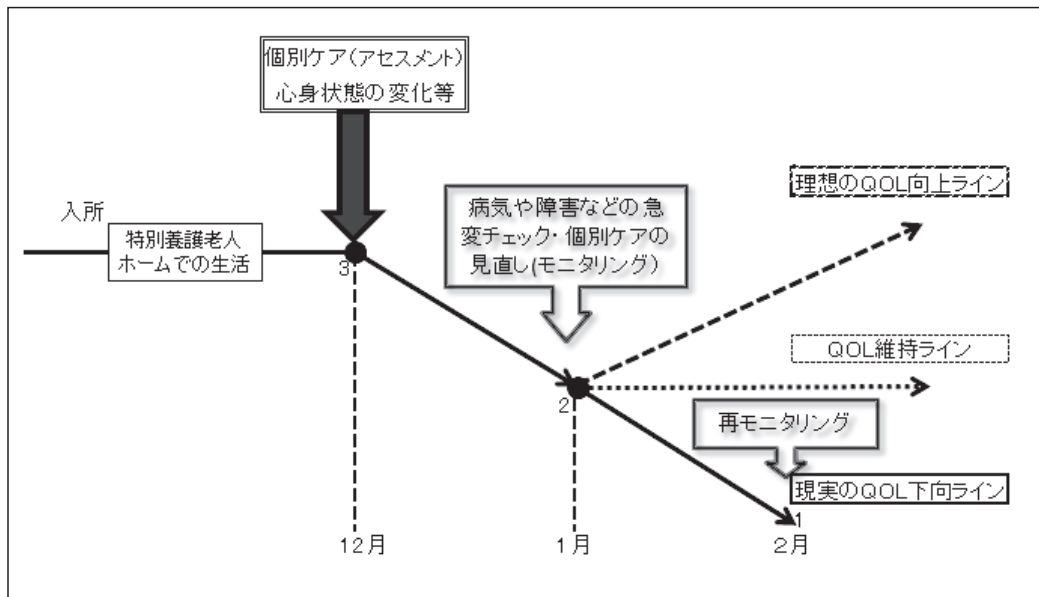


図 9 個別ケアのポイントと縦断的経過

以上これらの分析においては、介護福祉士、看護師を主体とし、社会福祉士、ケアマネジャー、医師、作業療法士、理学療法士等の職種の活用が考えられる。

結論

日々変化する利用者の精神的、身体的な状態に照らし合わせた個別ケアをおこなうために、尺度を用いて主観的 QOL の測定を縦断的に使用することによって、より利用者の主観的 QOL

に沿った個別ケアをおこなうことが可能であることがわかった。また科学的な尺度を用いることによって、介護者の主観に依拠するケアでなく、より利用者の主観に沿った客観的で介護者の経験を問わない共通の個別ケアへの反映がおこなわれることに繋がるため、尊厳の保持を目指したケアの実践に対しても具体的な指標になりうることが示唆された。

本研究においては、尺度による具体的な因子に由来する考察をおこなっていない。因子に由来する個別ケアの解釈は、より専門的な老年心理学の知識を必要とし、容易に個別ケアに結び付けられるものではない。本論中に記したように、あくまでも異変の兆候を把握する機会や、医療従事者へとつなぐ機会にすべきであり、注意が必要と考えられる。また本研究において、自由記述、自由口述として、毎月印象に残ったエピソードを質問したが、回答を得ることができなかった。さらに、特別養護老人ホームという非常に心身ともに重症度の高い高齢者への調査ということで、利用者の選定がおのずと限定され、比較的コミュニケーションの取りやすい、すなわち自らの意見を述べやすい利用者になった。以上の事柄については、本研究の限界と考えられ、以後の研究に反映させてゆきたい。

^注 本来の名称のイニシャルは S であるが、埼玉県の特養老人ホーム S と混同をさけるため、地名に由来する N と表記する。

引用文献

- 石井敏（2006）「高齢者介護施設における介護スタッフの量的差異と介護様態との関わりに関する考察」日本建築学会計画論文集 第 599 号 p.63
- 伊藤明日香・綿祐二（2004）「要介護高齢者の QOL 指標に関する研究－日常生活の中における快の情動について－」文京学院大学研究紀要 6（1） p.203
- 栗木黛子・佐藤芳子・西浦功・松原日出子（2003）「特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感（調査報告）」田園調布大学紀要人間福祉研究 第 6 号
- 厚生労働省報告書（2003）「2015 年の高齢者介護」高齢者介護研究会
（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>）
- 厚生労働省老健局作成（2003）「施設サービスの見直しと特別養護老人ホームについて」内閣府総合規制改革会議アクションプラン第 4 回提出資料
- 厚生労働省（2004）報道発表資料「平成 15 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」厚生労働省大臣官房統計情報部（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service03/index.html>）
- 厚生労働省（2007）報道発表資料「平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」厚生労働省大臣官房統計情報部（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>）
- 厚生労働省（2009）報道発表資料「特別養護老人ホーム入所申込者の状況」老健局高齢者支援課
（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html>）
- 吉賀成子（1999）「高齢社会における介護福祉士の現状と将来」九州女子大学紀要 第 31 巻 p.41-52
- 古谷野亘・柴田博・芳賀博・須山靖男（1989）「生活満足度尺度の構造－主観的幸福感の多次元性とその測定－」老年社会科学 11 p.99-115
- 古谷野亘（2004）「社会老年学における QOL 研究の現状と課題」保健医療科学 第 53 巻 3 号 p.204-208

下仲順子(1997)「老年心理学」現代心理学シリーズ(14) 培風館

前田大作・浅野仁・谷口和江(1979)「老人の主観的幸福感の研究 - モラール・スケールによる測定の
試み -」 社会老年学 11 p.15-31

(2010.10.6 受稿, 2010.11.9 受理)

