論文

# ユニットケアにおける認知症高齢者への生活支援に関する研究

## ――小規模ケアにおける課題に着目して――

黒田由衣[†]

**要約**：本研究は，特養等における入居者の介護度の重度化や，小規模ケアがもたらすユニットケアの課題を踏まえ，ユニットケアにおける認知症高齢者への社会関係の拡がりに関する生活支援のあり方について検討することを目的とした。認知症ケアにおいては，その人らしさを尊重し，生活や関係づくりへの視点が重要であるが，ユニットケアは，小規模ケアという特性があるゆえに，社会関係が限定され，多様な自己やその人らしさが発揮される場や機会が限られる。ユニットケアにおいて，社会関係の構築や拡がりへの支援を展開していくためには，多様な人やモノとの重層的な関係が育まれる場のちからに着目した生活支援を志向することの重要性が示唆された。

**キーワード**：ユニットケア，認知症ケア，小規模ケア，社会関係，場のちから

目次

1. 研究背景と研究目的
2. 研究方法と分析の視点
3. 倫理的配慮
4. 入所施設における認知症ケアの背景
   4-1. 主体としての認知症高齢者とかかわるケア
   4-2. 居場所づくりを志向した先駆的実践
   4-3. 老年精神科医による認知症ケアへの貢献
5. ユニットケアにおける現状と課題
   5-1. なじみの関係を重視したユニットケア
   5-2. 小規模ケアがもたらす限られた社会関係
6. 社会関係の拡がりを支援するユニットケア
   6-1. 認知症ケアにおける多様な他者とのかかわりや関係
   6-2. 社会関係の拡がりを支援する方法としての場のちから
7. 考察のまとめ

[†]同志社大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程
*2021 年 3 月 10 日受付，査読審査を経て 2021 年 9 月 30 日掲載決定

## 1. 研究背景と研究目的

身体的な機能低下や認知症などにより在宅での生活が困難になった認知症高齢者の生活の場として，特別養護老人ホーム等（以下，特養と記す）の入所施設があり，2002年には，ユニット型特養が制度化された。ユニット型特養において展開されるユニットケアは，従来型施設における集団ケアへの反省のうえに誕生したケア形態であり，「施設において個別ケアを実現するための手段」として（高齢者介護研究会 2003），広く展開されている。具体的に，ユニットケアは，在宅に近い居住環境で，入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿い，また，他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う手法とされており，その実現のために，個性や生活のリズムを保つための個室と，他の入居者との人間関係を築くための共同生活室というハード面，と同時に，ユニットごとに配置されたスタッフによる一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位の一致）というソフト面の必要性が強調されている。このように，ユニットケアは，入所施設において小規模な生活単位のなかで，個別ケアを実現するための手段であり，ここでいう「個別ケア」とは，入居者を一つの集団として一律に支援するのではなく，入居者一人一人の個性と生活のリズムを尊重した介護のあり方である。

一方，要介護高齢者にとって，施設への入所は，新しい生活空間，人間関係のなかでの生活であり，社会関係[(1)]の変化を意味する。人は，多様な他者とのかかわりや関係のなかで生きる動物，すなわち「社会的動物」[(2)]であり，入所施設において，入居者を取り巻く社会関係が豊かであることは，入居者の生活の質に大きく影響を与える。入所施設における入居者の社会関係においては，ユニット型特養の基本方針において，「入居者一人一人の意思及び人格を尊重し，（略），各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き，自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない。」と示されており[(3)]，入居者が多様な他者とのかかわりや関係を再構築していく支援，言い換えれば，入居者にとっての一番身近な入所施設内の社会関係の拡がりへの支援は，施設ケアの役割でもある。特に，入居者の多くの割合を占める認知症高齢者においては，かれらを取り巻く周囲の環境や支援者のかかわりや関係が，認知症の症状におおきく影響を及ぼしており（Kitwood＝2005；小澤 2003），入所施設の認知症ケアにおいて，入居者を取り巻く社会関係のあり方への視点は，入居者の生活支援において重要な課題である。

しかし，現在の入所施設では，入居者の介護度の重度化が進んでおり[(4)]，身体的な機能低下や認知症などを理由に，他者とのコミュニケーションが困難な入居者が多く，入居者どうしの自発的な交流による関係構築は難しい。さらに職員は，一日の業務の多く

を食事，排泄，入浴等の直接支援や，認知症症状のある入居者の対応に追われ，ゆっくりと落ちついた雰囲気のなかで，入居者とかかわることが難しい状況にある。

さらに，ユニットケアの特性である小規模な生活単位のなかで行われる生活支援は，生活空間や入居者を取り巻く人間関係が限られるがゆえに，入居者の施設内の社会関係にも影響を及ぼすと考えられる。これまで，ユニットケアにおける研究では，介護職員のストレスや環境適応等に関する研究は多くなされている（張ら 2007；張ら 2008；長三ら 2007；鈴木ら 2005；田辺ら 2005）。しかし，現在の入所施設の課題である入居者の介護度の重度化や，小規模ケアが入居者の社会関係へ与える影響に焦点をあてた研究の蓄積は少ない。ゆえに，現在の入所施設の入居者の状況や，小規模な生活単位のなかで行われるユニットケアの特性を踏まえて，入所施設の認知症高齢者への社会関係の拡がりに関する生活支援のあり方について検討していく必要がある。

そこで本研究では，認知症ケアの視点であるかかわりや関係を重視した生活支援に焦点をあて，現在の入所施設の入居者の状況や，小規模ケアというユニットケアの特性を踏まえ，ユニットケアにおける認知症高齢者への社会関係の拡がりに対する生活支援のあり方について検討することを目的とする。

## 2. 研究方法と分析の視点

研究方法は，文献研究にて行う。論文検索サイトの「CiNii Articles」を用い，「認知症」or「認知症高齢者」×「ユニットケア」×「認知症ケア」or「支援」で検索し，ユニットケアにおける認知症高齢者の生活支援のあり方について言及されているものを抽出する。また，抽出した論文に加えて，それぞれの抽出論文の引用文献やハンドサーチにて検索した書籍なども，必要に応じて対象文献とする。

分析の視点は，まず，入所施設における認知症ケアの背景にある先駆的な実践について整理する。その上で，かかわりや関係を重視した認知症ケアを行う上で，現在のユニットケアにおける現状と課題について明らかにする。それらを踏まえ，ユニットケアにおける認知症高齢者への社会関係の拡がりに対する生活支援のあり方について考察する。

## 3. 倫理的配慮

「痴呆」という名称の使用について：2004 年以降，「痴呆」という用語には差別的・侮蔑的な意味があるとして，「認知症」という名称に変更されたが，本研究においては，引用にて使用されている場合は，そのまま「痴呆」という用語を記載するものとす

る[5]。

## 4. 入所施設における認知症ケアの背景

### 4-1. 主体としての認知症高齢者とかかわるケア

日本における認知症ケアは，1990 年代以降，劇的な転換期を迎え，新たな理解モデルが生まれ，制度化されてきたと言われている（春日 2003 : 216-218；永田 2003）。その認知症ケアの方針転換については，厚生労働省老健局長の委託を受け，「ゴールドプラン 21」後を見据えたプラン策定の方向性と，中長期的な介護保険制度の設計や高齢者介護のあり方について検討してきた「高齢者介護研究会」が，2003 年 6 月に提出した「2015 年の高齢者介護」において，具体的に明記されている。この報告書では，団塊の世代が高齢期に達する 2015 年までに，デイサービス，ショートステイ，訪問サービスなどを備えた小規模・多機能サービス拠点により，地域でのサービスの継続性を保障すること，在宅サービスの施設介護機能を地域展開させ，地域の高齢者を支援すること，さらに，施設介護においては，個別ケアを実現するために，個室化・ユニットケアを普及させること等，新しい介護サービス体系が提言された。春日キスヨはこの提言の斬新さを，「『尊厳を支える』ためのケアモデルとして痴呆性高齢者ケアを置きそれを『標準モデル』にすると明示し，痴呆ケアの『特殊』から『一般』への転換が計られている点」であると指摘している（春日 2003 : 216）。春日が指摘するように，この提言により，認知症ケアが介護の一部の特殊分野ではなく，高齢者介護全体を考える上での重点課題として位置づけようとする考えが示された。

さらに，その報告書の中では，新たな認知症高齢者像について，以下のように示されている。

> 痴呆性高齢者は，記憶障害が進行していく一方で，感情やプライドは残存しているため，外界に対して強い不安を抱くと同時に，周りの対応によっては，焦燥感，喪失感，怒り等を覚えることもある。徘徊，せん妄，攻撃的言動など痴呆の行動障害の多くは，こうした不安，失望，怒り等から惹き起こされるものであり，また，自分の人格が周囲に認められなくなっていくという最もつらい思いをしているのは，本人自身である。
>
> （高齢者介護研究会 2003）

井口高志は，ここで示された認知症高齢者像における重要な点として，「『問題行動』と呼ばれる，痴呆の介護において最大の問題とされてきた『症状』が，痴呆性高齢者の自己意識の存在との関係のもとで『行動障害』として位置づけられている点である」と述べている（井口 2007 : 48）。従来，認知症は脳の器質性精神障害であり，進行ととも

に，感情等も喪失するとされていた。しかし，井口も指摘しているように，この提言により，認知症になっても，その本人の感情やプライドは維持されており，周囲の対応や彼らを取り巻く関係により，様々な負の感情，あるいは症状や行動が，周辺症状として立ち現れることが，政策のなかで明らかにされたのである。井口は，さらに続けて，「周囲の者や環境などに対して反応し何らかの適応行動をとろうとする，相互作用の主体としての痴呆性高齢者像が政策提言の中に設定された」（井口 2007 : 48）とも論じている。これはすなわち，認知症高齢者は，一方的にケアをうける存在ではなく，周囲の他者とのかかわりや関係により，症状や行動も多様に変化する存在であるということであり，この「相互作用の主体」としての認知症高齢者の位置づけは，認知症ケアにおけるかかわりや関係の重要性の根拠としても意味付けられる。

認知症高齢者へのかかわりの重要性に関しては，平野隆之が，日本における認知症ケア対策の流れを論じるなかで，小規模ケア実践のキーワードとして「関わるケア」を挙げており，「痴呆性高齢者を観察し，知的不適応を指摘し，それを正すようなケアではなく，彼ら彼女らのそばにいて，積極的に人間的な関わりを持つケア，つまり『看るケアから関わるケア』に変換する意識改革（変換ソフト）」の必要性を主張している（平野 2002 : 64）。これは，認知症高齢者を支援対象者として観察し，彼らの失敗や間違いを，指示や指摘により修正させるような支援ではなく，彼らの傍らに寄り添いながら，その人らしさを尊重しつつ，かかわりながらの支援の重要性を論じているのであり，認知症ケアの中身の変革を意味している。井口は，この時代の認知症高齢者像の捉え方の変化について，「疾患に起因した認知症症状という理解に基づく，抑制の対象であるモノとしての認知症老人の扱いから，自己意識を持った人間に対するかかわりや支援へという，1990 年代を通したケア実践の潮流の象徴」と表し（井口 2007 : 33），コミュニケーションを重視する「新しい認知症ケア」と呼んでいる。

このような考えのもと，現在の認知症高齢者への生活支援においては，彼らに寄り添いながら，その人らしさを尊重し，かかわりや関係づくりを基盤とした認知症ケアが志向されているが，このような考えにいたる背景には，1990 年代に展開された認知症とされる人たちに向けた先駆的実践がある。1980 年代までは，認知症高齢者は，特養の入所対象とはなっておらず，在宅で家族の介護を受けるか，家族介護が困難な場合は，老人病院か精神病院に入院させられていた。そこでは，大部屋に収容され，いわゆる「問題行動」とされる行動や症状への対応として身体拘束を受けていたりと，人として尊厳を欠いた扱いを受けていた（大熊 1973；大熊 1988）。1980 年代に入り，そのような認知症高齢者の置かれている状況や境遇に対し疑問を持った一般市民や精神病院で働いていた看護師，相談員，特養の介護職員らが，宅老所やグループホームにおいて，小規模ケア実践を展開し始めた。具体的に，大規模施設における職員本位の集団ケアか

ら，小規模で家庭的な雰囲気のなかで行われる個別ケアへの転換であり，言い換えるならば，医療モデルによる身体介護中心のケアから，生活や関係モデルと言われるような，生活に根差したかかわりや関係を重視したケアへの転換である。

石倉康次は，このような動きについて，1990 年代に入り，「痴呆とともに生きること」の先駆的な実践が始まったとし，その流れを大きく二つに整理している（石倉 1999 : 4-5）。その一つは医療分野における，老年精神科医たちによる原因疾患治療とは異なる認知症ケア実践であり，もう一つは，施設や在宅で生活するための資源やサービスが不足するなかで，認知症高齢者本人の視点での生活の場づくりを目指した実践である。そして，その流れに共通する考えとして，家族視点から本人視点への転換，すなわち「本人の意思や心，居心地のよさに着目するという視点への転換」（石倉 1999 : 5）があった。このような認知症ケアのパラダイム転換に関して，春日は，「痴呆高齢者が主体として遇される社会的場の誕生によって痴呆症についての新たな精神病理学の理論が生み出され，それがまた現場の実践を裏付けていくという円環的変化」があったと論じている（春日 2002 : 47）。すなわち，認知症高齢者が地域や社会の中で，その人らしく生活していくことのできる場が，宅老所やグループホームなど，小規模ケアを行う現場実践のなかから生まれたことにより，それらの実践が，精神病理学における理論にも影響を与え，さらにその理論が現場実践の根拠となっていくというように，この二つの実践が相互に作用しあい，新しい認知症ケア論を創り上げたといえる。次項からは，1990 年代に転換期となった認知症ケアの背景にある，認知症高齢者の生活の居場所づくりの実践と，精神科医療分野における認知症理解について論じていく。

### 4-2. 居場所づくりを志向した先駆的実践

2000 年代，デイサービスや小規模多機能型サービス，グループホーム，ユニットケアなど，小規模な空間や場において，利用者への生活支援を行うサービスが展開され始めた。これらの新たなケア形態の源流には，地域で生活するための在宅サービス等の社会的資源が不足するなかで，認知症高齢者本人の視点から，地域における居場所づくりを志向した取り組みがある。具体的にこのような実践は，「大規模な病院や施設での『問題行動』への対応を中心とした働きかけに対する違和感を契機にそれとは違う場を設けたい」（井口 2008 : 189）という現場実践者の思いを背景として生まれた，民間有志らによる宅老所やグループホームなどの小規模ケア実践である。この宅老所等における実践について，平野は「『認知症の人』の『認知症』ではなく『人』に焦点を当てたケアにたどり着き，利用者のその人らしさ・その人の関係づくりを大切にした小規模で家庭との連続性を保つケア拠点を示すという理念・方法に収斂されていた」と述べている（平野 2005 : 24）。平野が論じるように，宅老所等における実践は，認知症のいわゆ

る「問題行動」とされてきた，徘徊や興奮，暴言などの症状への対応や改善に焦点をあてるのではなく，認知症の人，その個人の生き方や生活を理解し，様々な人とのかかわりや関係のなかにある個人を支援するという考えを基盤にしている。そして，その具体的な方法が，利用者が可能な限り，普段の生活と同じように過ごせるような時間的・空間的な場において，「その人らしさ」を尊重し，「関係づくり」を大切にする実践である。

以上のような，宅老所実践における認知症の「人」に焦点をあてたケアに関しては，認知症ケアの新しいパラダイムの象徴として注目されたトム・キットウッドの「パーソンセンタードケア」の議論に類似している。キットウッドは，認知症を抱える人々について，脳の器質的な障害をもった人でなく，その人らしさをもった人として理解すること，すなわち，医学モデルに基づいた認知症の見方を批判的に検討し，認知症の人の立場に立ったパーソンフッド（その人らしさ）を尊重するケア（パーソンセンタードケア）の実践を主張した。キットウッドは，その人らしさを，「関係や社会的存在の文脈のなかで，他人やひとりの人間に与えられる立場や地位」と定義しており（Kitwood＝2005 : 20），その人らしさを認知症の人をとりまく関係や社会的な文脈の中で捉えることの重要性を主張している。このような「その人らしさ」を尊重するケア実践の理念は，現在の認知症ケアの基本的理念となっており，関係や環境の力が強調される点で，宅老所等の小規模ケア実践を根拠づける理論としても用いられている。

さらに，平野が指摘するように，「日本におけるグループホームの誕生は，スウェーデン等北欧のグループホームの影響とともに，日本型グループホームともいえる宅老所の実績が大きい」とされており（平野 2002 : 61），小規模で家庭的な雰囲気のなかで，認知症高齢者のその人らしさを尊重し，関係づくりを大切にする宅老所実践が，その後のグループホームへの発展につながっている。また，宅老所やグループホームの実践に影響を受けた特養等の入所施設において，同様の実践を目指し始まったのがユニットケアであり，ユニットケアはいわば「施設のグループホーム化」（天田 2004 : 37）といえる。このような現在の認知症ケアの源流であるとともに，グループホームやユニットケアの起源である「宅老所運動」に関して，天田城介は「『固有名の存在である誰かの必要』を出発点としていることが多い」と論じており（天田 2004 : 28），さらに，「グループホームの制度化への決定的に重要な要因となった『宅老所運動』の底流には，『脱－家族介護化』と『脱－施設介護化（脱施設化ではない）』という理念と実践があった」と指摘している（天田 2004 : 37）。

このように，民間有志らによる宅老所等における先駆的な実践は，病院や施設，あるいは地域で居場所がなく，生活や生きることに困難を抱えていた一人の具体的な人に対し，落ち着いて安心して過ごせる居場所を提供したい，あるいは，家族のみが介護を引

き受けるのではなく，地域のなかで，自宅のような空間で自由に過ごしもらいたいという現場実践者の強い思いを出発点として，展開された活動である。以上のような，宅老所等におけるその人らしさを尊重し，関係づくりを大切にした実践による認知症高齢者の変容が，その後，入所施設で展開されるユニットケアに影響を与えており，宅老所実践は，入所施設における認知症ケアの原点であるといえる。

### 4-3. 老年精神科医による認知症ケアへの貢献

もう一つの先駆的な実践には，医療分野における老年精神科医たちによる，認知症の原因疾患治療とは異なる考え方を取り入れた認知症ケアの実践であり，それらが認知症ケアの考え方に大きな変革をもたらしたとされている。本節では，認知症の症状のなかでも，特に，中核症状に付随する周辺症状に対する小澤勲，竹中星郎，室伏君士ら，老年精神科医らによる見解についてみていく。

老年精神科医の中でも，特に小澤は，認知症高齢者の当事者の視点から，彼らを取り巻く関係の重要性について主張している。小澤は，認知症を病む人たちの抱える困難について，こころ，からだ，生活世界，それぞれの透過性が高いこと，言い換えれば，それぞれを隔てる壁が低いこと，さらに「それぞれの領域に生じた波紋が他の領域に容易に広がる」ことを指摘している（小澤 2003 : 187）。具体的に，こころの世界で生じた不安定さが，身体に大きな影響を及ぼし，身体の不調がこころの変調をもたらす。さらに生活のなかで生じた変化がこころと身体に明らかな変化を招き，生活全体をゆるがすという。小澤は，このような認知症の人たちのゆらぎは，「こころ・からだ・生活世界のいずれかの領域にみられるのではなく，それらすべてを包含する生き方に及ぶ」と論じている（小澤 2003 : 189）。この小澤の指摘からいえることは，認知症高齢者は，こころ，身体，生活世界に生じたそれぞれの小さなゆらぎが，相互に作用することで大きなゆらぎとなり，それをきっかけに，生活全体を壊してしまう恐れがあるということだ。さらに，小澤は認知症の周辺症状の成り立ちに関しても，誰にでも出現するものではなく，「中核症状によって抱えることになった不自由，その不自由を生きる一人ひとりの生き方，そして，彼らが置かれた状況，これら三者が絡み合って生じる複雑な過程である」と論じている（小澤 2003 : 9-10）。例えば，小澤は周辺症状とされる妄想などの精神症状に関しても，彼らが現実の生活世界のなかで喪失感と攻撃性の狭間で苦悩している現れであり，「彼らの妄想は現実の生活世界に根ざしている」と説いている（小澤 2003 : 89）。このように周辺症状は，小澤が「中核症状がもたらす不自由のために日常生活のなかで困惑し，不安と混乱の果てにつくられた症状」と論じているように（小澤 2004 : 33），中核症状をきっかけに，日常生活を営む上での不自由が体現されたものなのである。

同様に，竹中も「精神症状や行動異常は痴呆性疾患の特有の『症状』でもなければ『随伴』するものでもなく，現実の生活のなかでの不安や困惑，あるいは怒り，攻撃性，そして元来の強迫性によるものが大半である。いいかえるならば，痴呆という障害をもった人の環界に対するその人なりの人格総体の反応の態様である」と論じている（竹中 1996 : 176）。竹中の指摘によると，認知症の様々な周辺症状は，彼らが現実の生活世界を生きるなかでの不安や困惑，怒りなどの否定的な感情が，症状や行動として現れたものであり，「その人なりの人格総体の反応の態様」，すなわち彼らを取り巻く関係や生活世界に対する反応の姿であると捉えることができる。また室伏も，認知症高齢者へのまなざしについて，「痴呆というハンディキャップをもちながらも，その中で彼らなりに，何とかして一生懸命に生きようと努力している姿，あるいはそれができなくて困惑している姿である」と表現している（室伏 1998 : 121）。室伏が述べるように，認知症高齢者は，様々な認知症による症状や行動を抱えながらも，それらに抗い，もがき苦しみながら，あるいは，自分なりに折り合いをつけながら，懸命に生きようとしているのであり，周辺症状として現れる症状や行動は，そのような彼らの必死に生きる姿の現れといえる。

これらの老年精神科医による見解を踏まえると，認知症の周辺症状は，記憶障害，見当識障害等の中核症状をきっかけに，様々な生活場面において彼らが抱く困難さや生きづらさが，症状として出現したものと捉えることができる。認知症高齢者は，記憶障害により新しいことを覚えられなくなったり，見当識障害により，時間や場所，人が認識できなくなったり，様々なことが失行する。それが，日常の場での生活行為や，身近な他者とのコミュニケーション等，生活全体に影響を及ぼす。その困難さが，幻覚や妄想，抑うつ，意欲低下等の精神症状や，興奮や暴言等の行動に現れ，さらに，その症状が家族等の身近な他者を困惑させ，周囲の不適切な対応がより症状を悪化させる。

そうであるならば，認知症高齢者が現実に，今，ここで生活を営んでいる生活環境や，彼らを取り巻く他者とのかかわりや関係が生きやすく生活しやすいものであれば，彼らを苦しませている周辺症状は消失・もしくは軽減されるのではないだろうか。この点に関して，竹中は「痴呆は，その場の状況や人間関係によって様々な反応をしたり，異常な言動が消えたりもする。痴呆も一つの生きた存在様式であり，関係性の中で多彩に変わるものである」と論じている（竹中 2010 : 80）。また小澤も「周辺症状は，暮らしのなかでつくられた症状だから，暮らしのなかで，あるいはケアによって必ず治る」と主張しており（小澤 2005 : 151），認知症高齢者の支援における生活環境や彼らを取り巻く関係の重要性について主張している。

以上のような，老年精神科医らの認知症ケアへの貢献は，認知症高齢者が現実に生きる生活世界に接近し，いわゆる「問題行動」とされてきた周辺症状を，その生活のなか

で生じる困難や生きづらさの現れや，その総体として捉え直したことにある。さらに，その症状がその生活環境や，周囲との関係のなかで生じたものであるならば，その生活や彼らを取り巻く関係への視点が重要であり，生活づくりや関係づくりによる認知症ケアの可能性を提示したといえる。

## 5. ユニットケアにおける現状と課題

### 5-1. なじみの関係を重視したユニットケア

現在の認知症ケアは，民間有志らにより取り組まれてきた居場所づくりのための小規模ケア実践や精神科医療分野における原因疾患治療とは区別した認知症ケアの考え方が背景にあり，それらが相互に作用し合い，創り上げられたものであった。さらに，これらの小規模ケア実践に影響を受けるかたちで，特養等の入所施設において同様の小規模ケアが展開され始めたのが「ユニットケア」である。このように，現在，入所施設において広く展開されているユニットケアは，1990 年代に展開された認知症高齢者に対する民間有志らによる宅老所やグループホームにおける先駆的実践を公的に認知し，制度的に推進していこうとした流れがその背景にある。これらの動きは，施設ケアのあり方を，大規模施設や病院等における職員本位の集団ケアから，小規模で家庭的な雰囲気のなかで行われる個別ケアへと転換させるものであり，このような施設ケアの方針転換を，天田は「『医療・業務モデル』から『生活・関係モデル』への転換」とも論じている（天田 2004 : 27）。

ユニットケアにより，施設における，入居者どうし，あるいは，入居者を取り巻く他者との関係はどのように変化したか。従来型の施設は，病院をモデルに設計された施設であり，居室は 4 人の相部屋が一般的で，食事・入浴・排泄等の三大介護業務中心の画一的・効率的な集団ケアが行われていた。そうした従来の施設ケアへの反省から生まれたユニットケアでは，入居者にとって個が守られ，「身の置き所」が保障される個室（外山 2003 : 40-41）と，入居者どうしの自然な，あるいは自発的な交流の場となる多様な共用空間により，入居者の一人一人の生活リズムに沿って，他者との人間関係を築きながらの支援が目指された。具体的に，ユニットケアでは，職員もユニットごとに配置され，継続的に入居者とかかわることが可能となるため，入居者と職員のあいだの関係が築きやすい。また，共用空間において，気の合う入居者となじみの関係[(6)]を形成することも可能となる。実際，山口宰（2006）は，ユニットケア導入にともない，入居者の共用空間での過ごしが増え，入居者どうしのコミュニケーション量が増加したり，「グループのもつ力」により，生活における意欲や気力の向上，連帯感や所属感が芽生え，不安になりがちな認知症高齢者の精神的な安定につながったことを指摘している。この

ことは，小規模な生活単位のなかで，なじみの関係を築きながら展開されるユニットケアにより，入居者の生活全般に影響を与えていることを示している。

認知症ケアにおいては，認知症高齢者が生活するその生活環境や，彼らを取り巻く関係への視点が重要であり，入所施設においても，小規模な生活単位のなかで，なじみの関係を築きながらの支援が求められる。画一的・効率的な集団ケアが行われていた従来型施設に比べ，在宅に近い居住環境で，他者とのなじみの関係のなかでの生活支援を行うユニットケアは，入居者を取り巻く他者との関係が構築しやすく，認知症高齢者が安心して過ごせる生活環境であり，認知症高齢者に有効的な施設ケアであるといえる。

### 5-2. 小規模ケアがもたらす限られた社会関係

ユニットケアは，小規模な生活単位のなかで，なじみの関係を築きながらの生活支援が目指されている。しかし，現在の入所施設では，入居者の介護度の重度化が進んでおり，当初，ユニットケアにおいて期待された入居者どうしの自然発生的な交流は難しく，職員の側も，入居者とのかかわりや関係づくりのために，時間を創出することが困難な状況となっている。

さらに，小規模な生活単位のなかで行われるユニットケアは，入居者の施設内の社会関係にも影響を及ぼす。例えば，山口健太郎ら（2005）は，介護単位の小規模化により，ユニット内で入居者の基本的な生活行為が完結しがちになることを指摘している。また，山田あすから（2008）は，空間とケア態勢は連動しており，ユニットの空間的，運営的独立性が高い場合，ユニットを超えた入居者の交流がほぼなく，交流相手や行動範囲が限定されると指摘している。また，神吉優美ら（2005）は，養護老人ホームにおける個室・ユニット化の事例を通して，時間の経過とともに，ユニットという小さい単位の中で人間関係が煮詰まる危険性を指摘している。これらの指摘は，ケア単位の小規模化により，入居者の生活空間が狭まったり，人間関係が限定的となり，入居者の生活における社会関係を構築する機会や場が限られることを意味している。

ユニットケアの良さは，小規模な生活単位のなかで，入居者どうし，あるいは入居者と職員によるなじみの関係が作りやすいところにある。しかし，同部屋の入居者や，食堂やリビングで出会う入居者，行事等で偶然出会う入居者等，さまざまな空間や場面において多様な関係が築ける可能性のある従来型施設と比較して，彼らを取り巻く他者の存在が相対的に少ないユニットケアでは，日常生活における社会関係が限られてしまう[(7)]。上野千鶴子は，このような小規模であるがゆえのユニットケアが抱える問題について，「小規模であることが無条件でよいわけではない。小規模であることは，密室性や閉鎖性につながる」と指摘し（上野 2011 : 203），三好春樹も「小規模施設のよさは，なじみの関係がつくれるところと言われているが，その“なじみ”も選べないのでは意

味がない」と論じ（三好 2015 : 56），限られた社会関係になる可能性の高いユニットケアのあり方を批判的に論じている。

また，ユニットケアにおいては，職員が固定されている上に，従来型施設と比較して，入居者の支援を行う職員がフロアに一人だけしかいない時間が多く[8]，支援の内容や，支援に対する入居者の変容が，その時，その場にいる職員との関係に帰属される可能性が高いことも考えられる。この点に関して，三井さよは，個別ケアにおける限界性についての論考のなかで，「個別ケアという表現は，基本的に主体としてケア提供者を想定している。そのため，ケアや支援が『ケア提供者によってなされるケア行為』というレベルでのみとらえられることが多い。いいかえれば，ケア提供者とケアの受け手（＝利用者や患者）との関係が中心になってしまう」と指摘している（三井 2012 : 29）。三井の見解によると，個別ケアは，ケアを提供する職員から入居者へのはたらきかけとして捉えられており，ケアの主体が職員であるため，その支援の中身が，入居者と支援を行う職員の関係に帰属されてしまう。ユニットケアの場合，入居者の支援を行う職員がフロアに一人である時間が多いため，入居者の状態がその職員との関係に帰属される状況が，より強化されるといえる。

さらに，三大介護業務中心の画一的・効率的な集団ケアが行われていた従来型と比較し，ユニットケアにおいては，個別ケアを重視しているため，職員の自己や感情を深くかかわらせることが求められる。それに伴い，入居者との関係構築や，職員のコミュニケーション能力がより必要になる。天田は，このようなユニットケアと感情労働に関する論考の中で，「ケアが老い衰えゆく当事者とケア労働者の関係性において為される行為であるとすれば，（略）「いま－ここ」のあれこれによって－天気がよい，体調がよい，気分がよい，雰囲気がよい，眺めがよい，相性がよい，会話がよい，会話の間がよい，何となくよい，等々－，つまりは『偶然性』によっても関係性は規定されるはずである－もう少し丁寧にいえば，関係性とは操作不可能なものであるはずであるのに，ユニットケアの場において関係性は操作可能なものとして幻想化されている」と論じている（天田 2004 : 33-34）。認知症ケアにおいては，認知症高齢者が生活するその生活環境や，彼らを取り巻く関係への視点が重要であり，天田が例にあげているように，生活のなかのさまざまな要素，例えば，天候や体調，その場の雰囲気や景色，入居者を取り巻く他者との会話や相性等によっても，その関係は規定される。しかし，小規模な生活単位で行われるユニットケアにおいては，その生活において，入居者を取り巻く社会関係が限定されるため，生活を構成するさまざまな要素や，多様な関係を育む場や機会が限られ，多様な関係をもたらす偶然性が生じる余地がない。むしろ，入居者との関係構築や，職員のコミュニケーション能力が強調されるユニットケアは，天田が指摘するように，その関係が職員の能力により，操作可能なものとして，捉えられているのである。

そのため，入居者の症状や状態が，職員の支援における能力に影響を受けやすく，多様な自己やその人らしさが発揮される場や機会も限られる可能性があると考える。

ユニットケアは，小規模な生活単位のなかで，入居者一人一人の個性や生活リズムを尊重し，入居者どうし，入居者や職員との関係づくりを築きながら日常生活を営めるような支援を志向している。しかし，入居者の介護度の重度化に加え，小規模な生活単位のなかで，生活支援を行うというユニットケアの特性により，入居者を取り巻く社会関係は限定される。さらに，入居者と職員との関係構築や職員のコミュニケーション能力が強調される支援関係においては，入居者の多様な自己やその人らしさが発揮される場や機会が限られる可能性もある。このように，小規模な生活単位のなかで，なじみの関係を築きながらの支援が展開されるユニットケアであるが，小規模であるがゆえに，社会関係の構築や拡大への支援に対する課題もあるとも言えよう。

## 6. 社会関係の拡がりを支援するユニットケア

### 6-1. 認知症ケアにおける多様な他者とのかかわりや関係

現在の認知症ケアにおいては，認知症高齢者は感情や意思をもった存在であるという認識のもと，認知症の症状や状態も，生活環境や彼らを取り巻く他者との関係により多様に変化するものと捉えられており，その生活環境や関係のあり方が問われている。しかし，ユニットケアにおいては，小規模であるがゆえに，入居者を取り巻く社会関係が限定され，多様な自己やその人らしさが発揮される場や機会も限られる。このような課題を踏まえた上で，改めて，入所施設の認知症高齢者に対する生活支援における生活環境や，周囲の他者とのかかわりや関係のあり方について確認していく。

認知症高齢者への生活支援においては，その人らしさを尊重しつつ，家庭的な雰囲気や，なじみの関係のなかでの支援が有効的であり，そのためには，小規模な生活単位のなかで支援が展開されるユニットケアが適している。しかし，そのユニットという生活空間が，入居者にとって，多様な他者とのかかわりや関係が限定される環境であっては，小規模ケアの良さが活かされない。認知症高齢者の自己やその人らしさが多様に発揮されるためには，ユニットという生活空間において，他者とのかかわりや関係からなる相互作用が多様に存在している場であることが求められる。そのような場は，認知症高齢者を取り巻く社会関係が限定されず，また，入居者の状態が，特定の職員との関係や職員のコミュニケーション能力に影響をうけることも少ないであろう。

また，多様な他者とのかかわりや関係が存在する場は，その関係も重層的となり，コミュニケーションの幅も拡がる。さらにそこでは，意図しない，あるいは偶然の出来事やかかわりも生起する。西川勝は，認知症ケアにおいて重要なのは，問題となっている

症状や状態を解決していくことではなく，その症状が問題となるような場から，すり抜けることであると論じ，具体的に，「痴呆ケアにおいては『はずみのケア，ふとしたケア，偶然のケア』が，問題の『解決』ではなく，問題の『推移，移行，転換，消失』を生じさせる重要な契機だ」と主張している（西川 2007 : 113）。これまでの認知症ケアの研究においては，認知症の周辺症状に焦点をあて，いかに意図的な物的・人的環境づくりや，個別的なかかわりによる関係構築により，問題とされている症状や状態を改善，解決していくかが検討されることが多かった（鄭ら 2011；加瀬 2013；長岡ら 2013；小木曽ら 2013；小木曽ら 2015）。しかし，西川によれば，その周辺症状を解決しようとする支援ではなく，問題とされている症状や状態を「推移，移行，転換，消失」へと導くきっかけとしての，「はずみのケア，ふとしたケア，偶然のケア」が重要であると論じている。天田も同様に，「ケアにおける『偶然性』は必然の外部にあるが故に，〈自由〉への可能性を構成するものである」と論じ（天田 2004 : 237），認知症高齢者の多様な姿が立ち現れる可能性のある，日常生活における偶然性の大切さについて主張している。さらに井口も，認知症ケア領域で見いだされてきた「人間性」や「自己」の発見を可能とする関係のあり方についての論考のなかで，「偶然性を可能にする条件－たとえば複数の他者－が必要だという以上に厳密に指定することが可能なものではない」と論じ（井口 2007 : 289），認知症高齢者の人間性や自己を見出す条件として，偶然性をもたらすような，多様な他者とのかかわりの必要性を主張している。ユニットという生活空間が，多様な他者とのかかわりや関係で満たされている場であるならば，それらの相互作用の過程において，多様な自己が立ち現れる偶然の出来事やかかわりが生じる可能性も高いと言える。

ユニットケアというケア形態は，小規模な生活単位であるがゆえに，入居者を取り巻く社会関係が限定され，認知症高齢者の多様な自己やその人らしさが発揮される機会や場も限られる。しかし，その空間が，限られた入居者どうしや，特定の職員との関係だけでなく，多様な他者との相互作用で満たされた場であるならば，入居者の社会関係は拡がり，多様な自己やその人らしさが立ち現れる場となりうる。ゆえに，ユニットケアにおける認知症高齢者への生活支援においては，いかに多様な他者とのかかわりや関係がある場を作り出していくかが重要となる。

### 6-2. 社会関係の拡がりを支援する方法としての場のちから

入所施設の認知症ケアにおいては，その生活環境において，限られた入居者どうしや，特定の職員との関係だけでなく，多様な他者とのかかわりや関係が存在する重層的な関係のなかでの支援が求められる。天田は，「〈ケア〉行為という営為は，他者の操作可能性のうちにではなく，他者の操作不可能性においてこそ為されるべき」と論じてい

るが（天田 2004 : 35），多様な関係が絡み合う生活空間における支援では，入居者の症状や状態の変容には，様々な要因が絡んでおり，天田のいう「他者の操作不可能性」のなかで為される支援となりえる。そして，そのような支援は，入居者の自己やその人らしさが無限に発揮される可能性のある支援のあり方である(9)。

ユニットケアは，小規模な生活単位であるがゆえに，多様な他者とのかかわりや関係を伴う社会関係が限定される。しかし一方で，ユニットのなかの食堂やリビング等の共用空間という場に視点を向けた場合，その場には，入居者に加え，介護職員を含む多職種，面会に来られた入居者の家族等，多種多様な人が存在する。また，人だけでなく，食事やおやつ，テレビ，雑誌，くつろげるソファー等，生活にかかわるたくさんのモノがある。さらに，人やモノに加え，人どうしや，人とモノとの間で織りなされる関係，その関係がもたらす場の空気感や雰囲気がある。入居者は，日常生活のなかで，複数の入居者や職員とかかわっているだけでなく，その他の多くの人やモノが織りなす多様な関係のなかで生活を営んでいる。この重層的な関係が存在する場に視点を向けることで，その場を媒介として，入居者を取り巻く社会関係も拡がると考える。

この生活空間における場のちからについては，三井も「一人ひとりのケア提供者の行為や能力に還元できない，様々な人やモノが織りなすことで生まれる〈場〉のちからは，現場で決して小さくない役割を果たしている」と論じている（三井 2012 : 18）。三井いわく，多様な人やモノが存在し，相互に作用し合うことで生まれる場のちからは，一人の支援者のはたらきかけを超えたちからを持っている。このユニット内の共用空間の場のちからに着目し，その場のなかで育まれる関係を豊かにすること，言い換えれば，場を支援の対象として，場に働きかける支援を行うことで，より重層的な関係が生まれ，入居者個人への働きかけでは立ち現れなかった自己やその人らしさも発揮されると考える。このような重層的な関係から生起される入居者への支援に関して，例えば西川は，自身の介護老人保健施設における実践から，その場のたくさんの人のケアをパッチング（つぎはぎ）することで成り立つケアを「パッチングケア」と名付け，認知症の症状のある入居者の訴えや悲しみが，特定の職員の支援というより，その場における入居者や家族，介護職員らのささやかなケアの積み重ねによって和らげられていくと述べ，場全体でなされる支援の可能性について主張している（西川 2007 : 101-134）。

ユニットという生活空間は，入居者にとっての生活の場であり，そこには，多様な人やモノ，そしてそれらの相互作用から生み出される関係がある。小規模な生活単位のなかで支援が展開されるユニットケアにおいては，入居者個人を対象としたかかわりでは，その個と個の関係のなかでの自己しか立ち現れない。しかし，多様な人やモノが存在する場に視点を向け，場のちからが育まれるような支援を志向することで，それらの相互作用により，入居者を取り巻く社会関係が拡がり，多様な自己やその人らしさが発

揮される可能性が高まると考える。ゆえに，ユニットケアにおいて，認知症高齢者への社会関係の構築や拡がりへの支援を展開していくためには，ユニット内の食堂やリビング等の共用空間の場に着目し，多様な人やモノとの相互作用により成り立つ場のちからに着目した支援を展開していくことが求められる。

## 7. 考察のまとめ

本研究では，認知症ケアの視点であるかかわりや関係を重視した生活支援に焦点をあて，現在の入所施設の入居者の状況や，小規模ケアがもたらすユニットケアの課題を踏まえ，ユニットという生活空間において，入居者の社会関係の拡がりを支援するための認知症ケアのあり方について検討した。

ユニットケアの良さは，小規模な生活単位のなかで，なじみの関係を築きながら支援を展開できることにある。しかし，現在，特養では，入居者の介護度が重度化している上に，ユニットケアは小規模であるがゆえに，入居者を取り巻く社会関係が限定され，多様な自己やその人らしさが発揮される機会や場が限られる。このような現状は，当初，ユニットケアにおいて目指されていた，食堂やリビング等の共用空間における入居者どうしの自然発生的な社会関係の構築が難しい状況であるといえる。そうであるならば，その社会関係の構築や拡がりに対する支援関係の中身を捉え直す必要があり，その方法として，ユニット内の共用空間に存在する多様な人やモノと，それらの重層的な関係からなる場のちからを提示した。その場のちからを，認知症高齢者への生活支援として活用することにより，入居者どうしの，あるいは入居者と職員や家族との自然発生的なかかわりのきっかけをもたらし，入所施設内の入居者の社会関係の拡大へと展開する支援が可能となると考える。

これらの考察を踏まえ，本研究の限界と今後の展開について示す。本研究は文献研究であり，ユニットケアにおける実践的かつ具体的な場面において，ユニット内の共用空間における場のちからの実際や，それらを構成する要素や条件，また，生活の場のちからが，どのように入居者の社会関係の拡がりにつながる支援となりうるかを実証するまでには至っておらず，今後の研究課題である。今後は，生活の場の概念等について文献研究により明らかにしていくとともに，入所施設の生活の場のちからを基盤とした認知症ケアが，実際の生活支援の場面において，どのように実践されているかについて，ユニットケアの場における参与観察や，介護職員へのインタビュー調査をもとに実証していく予定である。

## 注

(1) 社会福祉における方法・機能論の代表的な論者である岡村重夫は社会関係について，「社会成員が，社会生活の基本的欲求を充足するために，社会制度との間に取り結ぶ関係」と定義しているが（岡村 1983 : 84），本研究では，生活を営むなかでの，より身近な関係を社会関係と捉え，具体的に入所施設内の生活空間における入居者を取り巻く多様な他者とのかかわりや関係を「社会関係」として論じる。

(2) 例えば，経済学者の輝峻淑子は，これからの時代は社会とのつきあい方や，社会を個人生活の中にどれだけ活かすかによって人生の方向性が決まると述べ，「人間は意識しなくても，つながりの中で生きている社会的動物である」と論じている（輝峻 2012 : 57）。また，精神科医の岡田尊司は，人間が社会的なつながりを切り離したところで，満足や幸福は得られないと論じ，「人間は，極めて社会的な生き物なのである」と述べている（岡田 2007 : 18）。

(3) 厚生省令第 46 号「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」第 33 条第 1 項，より.

(4) 特養の入居者の介護度の重度化に関しては，2015 年の介護保険法改正において，在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化を図ることを目的に，特養等への新規入所が原則，要介護 3 以上に変更されたことが背景にある。厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」によると，介護老人福祉施設の平均要介護度は，2000 年 3.35, 2010 年 3.88, 2019 年 3.95（最新統計）となっている。

(5) 痴呆という表記については，第一に，「あほう・ばか」と通ずるものであり，高齢者の尊厳を欠く侮辱的な表現であること，第二に，「痴呆になると何もわからなくなってしまう」と誤ったイメージが広く存在しており，誤解を招く表現であること，第三に，「痴呆」という表現が恐怖心や羞恥心の増幅をもたらし，早期発見，早期診断の取り組みに支障がでることなどの問題点が指摘されてきた（厚生労働省（2004）「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書」より）。また，「痴呆」という診断や病名自体が偏見や差別を招き，尊厳を傷つける恐れがあるのに加え，その症状の背景にある周囲の他者とのかかわりや関係への視点が欠けていたとも考えられる。

(6) 「なじみの関係」とは，室伏君士が提唱した認知症高齢者ケアの原則の一つ。室伏によると，なじみの関係は，入所施設の共用空間などで，入居者どうしが日常生活をともにおくるなかで，親近感や同類感等で結ばれることにより生じ，このような関係は，入居者に安心・安楽・安住をもたらす，と論じている（室伏 1998 : 125）。

(7) 小規模な生活空間において展開されるユニットケアに対して，天田（1997）は従来型施設における入居者の相互作用について明らかにしており，従来型では入居者どうしの人間関係が開放的であり，特に，ロビー等，明確な目標設定がされておらず，自由な移動が可能な公的空間において，認知症高齢者どうしの相互作用が多くあることを明らかにしており，これは従来型施設における特性といえる。

(8) ユニット型特養の介護職員の配置基準は，従来型特養と同様に「常勤換算方法で 3 : 1 以上の介護職員又は看護職員を配置」とされている。これに加え，厚生省令第 46 号「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」第 40 条第 2 項にて，昼間は 1 ユニットごとに常時 1 人以上，夜間は 2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること等の基準が定められている。ユニットケアは，シフト勤務であり，日中はパート職員も含め複数職員がいるが，遅出者が出勤するまでの時間帯は基本，早出者が主な介護業務を担っている。また，午後は入浴介助を行うユニットが多く，フロアの入居者を一人の職員で対応している場合が多い。

(9) 実際，現在の認知症ケアの源流とされている宅老所やグループホームなどにおける認知症高齢者の変容は，「目的－手段を設定した意図的な行為による結果というよりも，相手への必死のはたらきかけの中で発見した驚き，因果が確定しない偶然的な出来事である」とも論じられている（井口 2007 : 289）。

## 引用文献

天田城介（1997）「施設入所痴呆性老人のロビーにおける相互作用特性に関する研究－痴呆性老人間の成立・不成立のソシオグラムを中心として」『老年社会科学』19(1)，39-47.

天田城介（2004）『老い衰えゆく自己の／と自由－高齢者ケアの社会学的実践論・当事者論』ハーベスト

社.
張允楨・長三紘平・黒田研二（2007）「特別養護老人ホームにおける介護職員のストレスに関する研究－小規模ケア型施設と従来型施設の比較」『老年社会科学』29(3)，366-374.
張允楨・黒田研二（2008）「特別養護老人ホームにおけるユニットケアの導入と介護業務および介護環境に対する職員の意識との関連」『社会福祉学』49(2)，85-96.
鄭尚海・岡田進一・白澤政和（2011）「認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）を改善するための支援の方法－特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに」『介護福祉学』18(1)，38-4.
平野隆之（2002）「痴呆性高齢者ケアのソフトを考える－宅老所からグループホーム・ユニットケア」三浦文夫監修『痴呆性高齢者ケアの経営戦略－宅老所，グループホーム，ユニットケア，そして』中央法規出版.
平野隆之（2005）「第1章　共生ケアの原点としての宅老所」平野隆之編『共生ケアの営みと支援－富山型「このゆびとーまれ」調査から』全国コミュニティライフサポートセンター.
井口高志（2007）『認知症家族介護を生きる－新しい認知症ケア時代の臨床社会学』東信堂.
井口高志（2008）「医療の倫理とどう対するか－認知症ケア実践での医療批判再考」崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・他編『〈支援〉の社会学－現場に向き合う思考』青弓社.
石倉康次（1999）「序章　痴呆老人問題をどうとらえるか－社会学の視点から」石倉康次編『形成期の痴呆老人ケア－福祉社会学と精神医療・看護・介護現場との対話』北大路書房.
神吉優美・高田光雄・三浦研・他（2005）「高齢者居住施設における個室・ユニット化の意義および問題点－個室・ユニット型養護老人ホームへの建替え事例を通して」『日本建築学会計画系論文集』70(588)，47-54.
加瀬裕子・久松信夫・横山順一（2012）「認知症ケアにおける効果的アプローチの構造－認知症の行動・心理症状（BPSD）への介入・対応モデルの分析から」『社会福祉学』53(1)，3-15.
春日キスヨ（2002）「ケアリングと教育－痴呆高齢者介護倫理の変容と実務者研修・教育」『教育学研究』69(4)，484-493.
春日キスヨ（2003）「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『思想』955, 216-236.
Kitwood, Tom（1997）Dementia Reconsidered : The Person Comes First., Open University Press.（＝2005，高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア』筒井書房.）
高齢者介護研究会（2003）「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」
（http : //www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html, 2021. 9. 07）.
厚生労働省（各年）「介護サービス施設・事業所調査」
（https : //www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html, 2021. 9. 07）.
厚生労働省（2004）「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書」
（https : //www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html, 2021. 09. 07）.
三井さよ（2012）「〈場〉の力－ケア行為という発想を超えて」三井さよ・鈴木智之編『ケアのリアリティ－境界を問いなおす』法政大学出版局.
三好春樹（2015）『野生の介護－認知症老人のコミュニケーション覚え書き』雲母書房.
室伏君士（1998）『痴呆老人への対応と介護』金剛出版.
長岡さとみ・大渕律子（2013）「介護老人保健施設における看護師の認知症高齢者ケア場面のとらえ方とケア行動の特徴」『老年看護学』17(2)，47-57.
永田久美子（2003）「痴呆ケアの歴史－なじみの暮らしの中の作業の重要性」『作業療法ジャーナル』37(9)，862-865.
長三紘平・黒田研二（2007）「特別養護老人ホームにおける小規模ケアの実施と介護職員のストレスの関係」『厚生の指標』54(10)，1-6.
小木曽加奈子・平泰子・阿部隆春・他（2013）「認知症高齢者の『易怒・興奮』の言動とよい反応を得られたケア－介護老人保健施設における看護職と介護職の捉え方の違いに着目をして」『人間福祉学研究』6(1)，125-138.

小木曽加奈子・佐藤八千代・今井七重（2015）「介護老人保健施設のケアスタッフにおける認知症高齢者ケアの充実感に対する認識」『人間福祉学会誌』15(2)，33-40.
岡田尊司（2007）『社会脳　人生のカギをにぎるもの』PHP 新書.
岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会.
大熊一夫（1973）『ルポ　精神病棟』朝日新聞社.
大熊一夫（1988）『ルポ　老人病棟』朝日新聞社.
小澤勲（2003）『痴呆を生きるということ』岩波新書.
小澤勲（2004）「物語としての痴呆ケア」小澤勲・土本亜理子『物語としての痴呆ケア』三輪書店.
小澤勲（2005）『認知症とは何か』岩波新書.
鈴木聖子（2005）「ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程」『老年社会科学』26(4)，401-411.
竹中星郎（1996）『老年精神科の臨床－老いの心への理解とかかわり』岩波学術出版社.
竹中星郎（2010）『老いの心と臨床』みすず書房.
田辺武彦・安立啓・大久保幸積（2005）「特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討」『老年社会科学』27(3)，339-344.
輝峻淑子（2012）『社会人の生き方』岩波新書.
外山義（2003）『自宅でない在宅－高齢者の生活空間論』医学書院.
上野千鶴子（2011）『ケアの社会学－当事者主権の福祉社会へ』太田出版.
山口宰（2006）「ユニットケア導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究－従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に」『社会福祉学』46(3)，75-86.
山田あすか・濱洋子・上野淳（2008）「小規模生活単位型特別養護老人ホームにおける空間構成と入居者の生活様態の関係」『日本建築学会計画系論文集』629, 1477-1484.
山口健太郎・山田雅之・三浦研・他（2005）「介護単位の小規模化が個別ケアに与える効果－既存特別養護老人ホームのユニット化に関する研究（その 1)」『日本建築学会計画系論文集』70(587)，33-40.

# A Study on Life Support for Elderly People with Dementia in Unit Care : Focusing on Issues in Small-Scale Care

Yui Kuroda

The purpose of this study was to examine the way of life support for the elderly with dementia regarding the expansion of social relationships in unit care, taking into account the increasing severity of the nursing care level of users in care homes for the elderly and the issues of unit care brought about by small-scale care. In dementia care, it is important to respect the individuality of the users and to focus on life and relationship building. However, because unit care is characterized by small-scale care, social relationships are limited, and there are limited places and opportunities to demonstrate various selves and individuality. In order to develop support for the construction and expansion of social relationships in unit care, it is important to aim for life support that focuses on the power of a field where multi-layered relationships with diverse people and things are fostered.

**Key words** : Unit care, Dementia care, Small-scale care, Social relationship, The power of a field