

主査 東野定律
副査 稼農和久
副査 木村 綾
主指導教員・副査 藤本健太郎

令和2年度 博士学位論文

介護職のポジショニング実践能力の熟達化に関する研究

— 経験を通じた学習と獲得能力からの検討 —

静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科
経営情報イノベーション専攻

1724503 木林身江子

介護職のポジショニング実践能力の熟達化に関する研究

一 経験を通じた学習と獲得能力からの検討 一

1724503 木林 身江子

要 旨

本研究は、介護職のポジショニング実践能力の熟達化と、熟達化のプロセスで得られた「獲得能力」の構造、その獲得に影響する要因である「経験」について、主に経験学習の理論や熟達化の理論に基づいて検討した。

研究の背景には、要介護高齢者において発生頻度が高い関節拘縮に対するケアにポジショニングという技術があるが、介護現場では適切に行われているとは言い難い。ポジショニングの教育や学習機会は不足しており、その学習は主に介護現場での経験に委ねられている。また、実践するためのクッション等、福祉用具は不足し、技術習得のプロセスも未確立であるという課題がある。そこで、本研究では、高齢者介護施設の介護職は、どのような経験を通してポジショニング実践能力を習得していくのか、その熟達のプロセスと関連要因を探索的に検討することを目的とした。

インタビュー調査では、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験の特性から、コルブの経験学習モデルを基盤としたポジショニング実践能力の熟達モデルを示すことができた。また、実践能力の熟達には、内省する習慣を獲得し、自分で考えて行動するという組織風土や組織体制の下支えがあること、利用者への思いと向上心という個人の信念の働きが関連していること等が導き出された。

また、インタビュー調査の結果に基づいてアンケート調査を実施し、介護職のポジショニングに関わる経験と獲得能力の関係を分析した。その結果、「教える経験」への関与が、ポジショニング実践能力全体の向上に関係していること、特に「姿勢をアセスメントする能力」の向上と関連があること、また、「研修参加」だけでなく、「介護職員間の連携」による実践が能力獲得のためには必要であること、「困難事例に対応」する経験よりも介護負担が軽減された事例等、ポジショニングの「効果を実感」するような経験の積み重ねが、熟達の原動力になること、組織の環境や支援があれば、経験からの学びが深まること、などについて明らかにした。

**Extension of Expertise for Careworker Practical Skills
in Positioning Care;
Examinations based on Experience-based Learning and Acquired Abilities**

1724503 Mieko Kibayashi

Abstract

This study, which was based on the theory of experiential learning and the theory of expertise, examined the extension of expertise for practical caregiving skills in positioning care and the structure of “acquired abilities” obtained through the process of expertise, as well as an influential factor of “experience,” for the acquisition of abilities.

It has been observed that skills for positioning care are not sufficient in care institutions to prevent and treat joint contractures, which frequently occur in elderly persons requiring long-term care. Education and learning opportunities for positioning care have not been adequate, and therefore, work-based experiences are the main resources for learning. Assistive materials, for example, positioning pillows for practical training, are not satisfactorily prepared. Furthermore, a serious problem is that learning process for skill acquisition has not been established. Hence, the present study aimed to examine how long-term careworker caregiving professionals extended their practical skills for positioning care through experiences and explore the process of expertise and related factors.

Through interview surveys, this study indicated an expertise model for practical positioning care, based on Kolb's experiential learning model. Further findings were confirmed in this research. Expertise of practical abilities required underlying support of organizational climate and system, where individuals can obtain a habit of self-reflection and think and act for themselves. In addition, it was confirmed that individual beliefs such as consideration toward care recipients and the desire for self-improvement were related to the expertise of abilities.

Based on the results of interview surveys, a questionnaire survey was performed, analyzing the relationship between experiences on positioning care and abilities acquired in care professionals. Analysis results clarified as follows: “Experience of participation in teaching” was related to the overall improvement in practical care skills of positioning. This was related to “an improvement in abilities of postural assessment. Furthermore, not only “participation in a training work-shop” but also on-site practices with “cooperation among care-providers” were necessary for the acquisition of abilities. Accumulation of experiences with “the feeling of beneficial effects” such as reduced care burden was a driving force rather than experiences of corresponding difficult cases. Organizational environments and support enhanced learning through experiences.

目次

第1章 序論	1
第1節 研究の背景	1
第2節 研究の目的	3
第3節 論文の構成	3
第4節 主要概念の定義	4
第2章 ポジショニングが必要な要介護高齢者	6
第1節 拘縮の発生要因	6
第2節 関節拘縮がみられる要介護高齢者の生活と介護	8
第3章 ポジショニングに関する先行研究	11
第1節 ポジショニングの定義・目的	11
第2節 褥瘡の発生予防とポジショニング	12
第3節 拘縮予防を主眼においたポジショニング	14
第4節 褥瘡および拘縮予防のためのポジショニング実践研究	16
第4章 高齢者介護施設におけるポジショニングの現状と課題	23
第1節 アンケート調査の概要	23
第2節 アンケート調査の結果	26
第3節 アンケート調査の考察	37
第4節 アンケート調査の結論	43
第5章 介護福祉士養成課程におけるポジショニング教育	45
第1節 介護福祉士養成課程におけるポジショニングの位置づけ	45
第2節 領域「介護」におけるポジショニング教育の試み	46
第3節 領域「医療的ケア」におけるポジショニング教育の試み	48
第6章 介護職の職場内研修（OJT）とポジショニング	52
第1節 介護職の職場内研修（OJT）におけるポジショニング教育の現状と課題	52
第2節 介護福祉教育と介護現場の連携によるポジショニング教育の試み	53
第7章 介護職のキャリアパスとポジショニング	60
第1節 介護職のキャリアパス	60
第2節 認定介護福祉士養成研修におけるポジショニング	61
第3節 ポジショニングのキャリアラダー構築の試み	61

第8章	国の高齢者介護施策におけるポジショニングの位置づけ	67
第1節	ノーフティングケア推進におけるポジショニングの位置づけ	67
第2節	「科学的裏付けに基づく介護」におけるポジショニングの位置づけ	69
第9章	経験学習モデルのパラダイム	73
第1節	理論的位置づけ	73
第2節	経験学習研究および熟達研究の観点からの検討	77
第10章	ポジショニング実践能力の熟達に関わるインタビュー調査	80
第1節	インタビュー調査の概要	80
第2節	インタビュー調査の結果	82
第3節	インタビュー調査の考察	86
第4節	結論と今後の課題	90
第11章	ポジショニングの経験と獲得能力に関するアンケート調査	94
第1節	アンケート調査の概要	94
第2節	アンケート調査の結果	97
第3節	アンケート調査からの発見事実のまとめ	111
第4節	調査結果と実践例	114
第12章	総括	119
第1節	研究からの知見	119
第2節	研究の理論的意義	123
第3節	今後の課題	124
	(参考文献・参考資料)	126
資料編		134
資料1	アンケート調査票 (高齢者介護施設におけるポジショニングの実践状況に関する調査)	134
資料2	インタビューガイド	141
資料3	アンケート調査票 (介護福祉士および介護職員のポジショニング実践における経験と 獲得能力に関する調査)	143

第1章 序論

第1節 研究の背景

人は重力の影響を常に受けながら、骨・筋肉の働きにより自由に体位や姿勢を変化させて日常生活を送っている。立ったり座ったり、臥床中も寝返りをうったり、頭の位置や傾き手足の置き場を変えたりすることで、安定した安楽な姿勢になるようバランスをとっている。健康な人であれば、活動しやすい姿勢、呼吸しやすい姿勢、安定した心地よい姿勢、食べやすく誤嚥しにくい姿勢、排泄しやすい姿勢など、目的に合わせて特に意識することなく姿勢を変化させている。

しかし、要介護高齢者においては、関節可動域障害の発生頻度は高く、脳梗塞後遺症など急性期から回復期、維持期と時期を経過するとともに難治性の関節拘縮へと移行する（沖田，2012）。身体を動かさない生活の継続や、苦痛・不快な姿勢の継続によって筋肉の緊張が高まり、筋肉が縮むことで関節が動かしくくなり関節拘縮が発生する。よって、原因疾患が何であれ、多くの時間をただ臥床して過ごしていれば関節拘縮は発生するものである。そのため、自力での起居動作ができなくなるなど、自分で自らの身体を動かすことが十分にできない場合は、介護福祉士および介護職員（以下「介護職」という。）がその人の身体を動かし、その人の身体の状態や状況（目的）に応じて適切な姿勢をとることができるようポジショニング技術を提供することが求められる。また、関節拘縮は、関節可動域障害の問題だけにとどまらず、ADL（日常生活動作）や QOL（生活の質）の低下、介護負担の増加、介護上の事故発生等に密接に関連している。療養上、問題になることが多い褥瘡や摂食・嚥下障害などは、関節拘縮の発生が根本原因になっていることがほとんどである。したがって、介護職は予防的な視点に立って対策を講じる必要がある。

関節拘縮の予防・改善のためのケア（以下、「拘縮ケア」という。）としては、医師による注射や外科的治療、セラピスト（PT・OT）による運動療法や徒手療法、物理療法などがある（金岡・蒲田，2019）が、介護の現場では、その最大の原因である不動に対して他動運動をケアの中に取り入れること（福田・沖田，2014）、そのうえで、筋肉の緊張がゆるむような姿勢づくりを行うことが大切となる。安定・安楽な姿勢をつくる「ポジショニング」は、看護・介護領域で行うことができる拘縮ケアの一つであり、その適切な実践が必要となる（大田，2010：田中，2016）。

ポジショニングにより期待できる効果は、「拘縮・変形の予防・改善」「筋緊張の調整」以外にも、「褥瘡予防・改善」「呼吸の改善」「浮腫の改善」「姿勢の安定により活動を促す」「座位や立位の準備」「安楽な姿勢作り」など多岐にわたる（北出，2013；伊藤，2014；窪田，2010）。

しかし、介護現場で行われているポジショニングは、寝たきりの利用者の褥瘡予防・改善がその目的の中心となっており、拘縮予防・改善あるいは動きを引き出すことをねらいとしたポジショニングができているとはいいがたい。その背景には、ポジショニング教育・学習のあり方に課題があると考えられる。介護福祉士養成教育における介護技術の基本的な教育の中では「移動・移乗」の技術が中心課題として取り上げられ、ポジショニングは「褥瘡予防」や「安楽・安寧」「良肢位の保持」のための技術としてわずかに触れられているのみである。日常的に必要な基本的なケアでありながら、その教育は全く進んでいないのが現状である。筆者らはこれまで、ベッドや車いすに移乗・移動した後の利用者の姿勢に対するケアについて問題意識を持ち、介護福祉士養成教育のなかにポジショニング教育を取り入れてきた。また、介護職員に対しては研修会を開催したり施設への訪問指導等を継続的に行ったりして、介護職のポジショニング実践能力の向上を目指して取り組んできた。しかし、介護職員からは、「クッションが変わるとポジショニングの方法が分からない」「行ったポジショニングが適切かどうか分からない」「他の介護職員に伝えることが難しい」等の声を毎年多く聞いてきた。多くの介護職は、それぞれ工夫をしながらも自信のないまま自己流でポジショニング技術を提供しており、介護職であれば誰もが実践できる基本的な介護技術としては定着していないのである。

利用者の生活の中では、移乗・移動の介助を受ける時間より、介助を受けた後の姿勢で過ごす時間の方がはるかに長い。適切なポジショニングが行われなければ、利用者は不安定な姿勢のまま何時間も過ごし、徐々に不良姿勢となっていくのである。介護職は、24 時間体制で利用者の姿勢のケア・管理にかかわる役割を担っている。また、専門職として“自立支援”や“QOL 向上”という視点でのケアが求められている。この点からもポジショニングは、介護職が実践できる基本的な介護技術として習得されるべき技術であるということに異論はないだろう。しかし、具体的にどのような知識、技術、能力を必要とするのか体系的な拠りどころがなく、ポジショニング実践能力を身につけていくためのプロセスも確立していない点はポジショニング教育の根源的な問題である。また、介護職の一個人が技術を高めるだけでは、利用者の姿勢に一時的な改善が見られてもそれを維持することは難しく、チームとして知識・技術・情報を共有し、拘縮ケアに取り組める体制・環境づくりをすすめることが必要であり、その点においても課題がある。そこで、本研究では、これまで教育・学習も不十分であった介護職のポジショニング実践能力について、その熟達プロセスと関連要因を探索的に研究する。

第2節 研究の目的

介護職がポジショニングを学習する機会は少なく、現状では介護現場における実践経験を通しての学習が主体となっている。また、介護現場ではその技術教育のみならず、導入方法から定着までの流れについても常に模索されている。本研究の目的は、高齢者介護施設の介護職は、どのような経験を通してポジショニング実践能力を習得していくのか、その熟達プロセスと関連要因を探索的に検討し明らかにすることである。これにより、ポジショニング実践能力を高める教育プログラムの開発や介護施設におけるポジショニング教育および実践体制の見直しに寄与することができると思う。

第3節 論文の構成

本論文の構成は、12章で構成しており、各章の内容は次のとおりである。

第1章では、「序論」として、研究の背景、目的、論文構成、主要概念の定義を示す。第2章では、「ポジショニングが必要な要介護高齢者」として、拘縮の発生要因、関節拘縮と筋緊張について状態像を示す。また、関節拘縮が見られる要介護高齢者の生活と介護について、臨床における筋緊張発生の要因、日常生活への影響と介護について述べる。第3章では、「ポジショニングに関する先行研究」として、ポジショニングの定義・目的、褥瘡予防を主眼においたポジショニングと拘縮予防を主眼においたポジショニングの先行研究、教育への示唆を含む実践研究について概観する。第4章では、「高齢者介護施設におけるポジショニングの現状と課題」として、アンケート調査の結果から現状と課題を説明する。第5章では、「介護福祉士養成課程におけるポジショニング教育」の位置づけについて説明する。第6章では、「介護職の職場内研修（OJT）とポジショニング」として、OJTにおけるポジショニング教育の現状と課題、養成教育との連携によるOJT実践からの課題を示す。第7章では、「介護職のキャリアパスとポジショニング」として、キャリアパスにおけるポジショニングの位置づけ、キャリアラダー開発の試みからの課題を示す。第8章では、「国の高齢者介護施策におけるポジショニングの位置づけ」としてノーリフティングケアや科学的介護の視点からポジショニング教育の必要性を説明する。第9章では「経験学習モデルのパラダイム」として、ポジショニング実践能力の熟達過程を論じるにあたり、Kolbの経験学習論を理論的基盤として検討し、本研究の適用可能性とリサーチクエスチョンを示す。第10章では、「ポジショニング実践能力の熟達に関わるインタビュー調査」として、介護職のポジショニング実践能力はどのようなプロセスで熟達するのかという問いを検証するために、ポジショニングに熟達した介護福祉士の経験と獲得能力について、Kolbの経験学習モデルに適用しながら考察する。第11章では「ポジショニングの経験と獲得能力に関するアンケート

ート調査」として、第10章であげられた「経験」と「獲得能力」との関連、組織の実践体制の違いによる経験と獲得能力の関係について定量的に検討する。第12章では、「総括」として、主に第10・第11章の結果を踏まえて総合的に考察し今後の課題を述べる。

第4節 主要概念の定義

介護職： 介護福祉士または介護職員で、介護施設あるいは居宅介護の現場において介護の職務を担当する者を指す。

経験学習： 松尾(2006)は、経験からの学習についての実践的研究を概観し「経験とは、人間と外部環境との相互作用である」と定義している。そして、経験は、「直接経験（身体を通じた事象への関与）」と「間接経験（言語・映像を通じた事象への関与）」の次元からとらえることができるが、一般的に「経験する」というときは、直接経験を指す場合が多い。

また、学習は、直接あるいは間接的な経験をすることによって、既存の知識・スキル・信念の一部が修正されたり新たに追加されたりする、この変化を学習という。中原(2010)は、学習とは、経験によって生じる比較的永続的な認知変化・行動変化・情動変化を指すとしている。また、コルブ(1984)は、学習を「経験を変換することで知識を創り出すプロセス」と定義した上で、経験学習モデルを提示している。本研究では、経験学習を直接経験による知識・スキル・信念の変化を指すものとして使用する。

知識： 知識とは、言語化しやすい「事実としての知識」。認知心理学における「宣言的知識(declarative knowledge)」は、事実に関する知識、すなわち「AはBである」という命題によって表現できる知識である(Anderson,1983)とし、松尾(2006)はこれを「知識」としており、本論においても同様とする。

スキル： スキルとは、「やり方に関する知識(あるいは、やり方を体現できる知)」である。認知心理学における「手続的知識(procedural knowledge)」は、やり方や技能など、言語的に表現することが難しい知識を指す(Anderson, 1982, 1983)。松尾(2006)はこれを「スキル」と呼んでおり、本論においても同様とする。

熟達者： 熟達者とは、Wagner and Stanovich(1996)は、①特定領域において、②専門的なトレーニングや実践的な経験を積み、③特別の技能や知識を獲得した人を指す。通常、特定の分野における上位5%の人材を熟達者と呼ぶ、と述べている。また、大浦(1996)は、素人と比較した場合、熟達者は、次のような特徴を持っていると述べている。特徴(1)特定の領域においてのみ優れている。熟達者は自分の領域においてのみ優れているのであって、普遍的な能力を備えているわけではない。特徴(2)経験や訓練

に基づく「構造化された知識」を持つ。重要な概念や解決方法に関する構造化された知識（よく整理された知識）を持っているため、必要なときに必要な知識を取り出すことができる。特徴（3）問題を深く理解し、正確に素早く問題を解決する。解決すべき問題を深いレベルで理解し（根源的な原因を探ろうとする）、「素早く、正確に」問題を解決する能力を身に着けている（問題解決に必要な作業が自動化されている。特徴（4）優れた自己モニタリングスキルを持つ。自分の行動を客観的に観察し、なぜ自分が失敗したのかを把握し、必要があれば調整するセルフ・コントロール能力を持っている。

本論においては、熟達者を「特定の領域において、専門的なトレーニングや実践的な経験を積み、特別なスキルや知識を獲得した人」を指し、大浦（1996）の指摘にある特徴を含み、さらに熟達の概念として、優れた仕事をする少数の特別な者を指すのではなく、「誰でも十分に練習をすればある程度の成果をあげることが出来、練習を重ねることによって更に向上できる」ということを前提とし、熟達の過程は課題を解決する経験の積み重ねであるという考えに基づくものとする。

介護職のポジショニング実践能力： 本定義については、「看護実践能力」の定義を参考に検討した。公益社団法人日本看護協会（2019）では、あらゆる場の全ての看護師に共通する看護実践能力として4つの力（「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」）を育成することを目的にクリニカルラダーを開発している。これを参考にし、本論では介護職のポジショニング実践能力を「単にポジショニングの知識・スキルを有しているだけでなく、それらを基盤に、介護のあらゆる現場において他職種と連携し、要介護者のニーズに応じたポジショニングを実践する能力」として位置づける。

第2章 ポジショニングが必要な要介護高齢者

第1節 拘縮の発生要因

1. 臨床における拘縮発生の状況

拘縮とは、関節の周りの軟らかい部分（皮膚、筋肉、腱、靭帯など）の変化が原因で関節の動く範囲が狭くなった状態をいう（浜村, 2010）。小泉ら（2009）は、リハビリテーション医療実施患者 144 名を対象に、拘縮に関する実態調査を実施している。その結果、測定した全関節の約 7 割に制限があり、どの関節にも制限がない患者は一人もいないという結果を明らかにしている。患者は、必ずどこかの関節が十分な範囲を動かない状態にあり、さらに一人で複数の関節に制限がある状態にある。そして、疾患を問わずすべての疾患において、体幹、頸部、下肢、上肢の順に制限角度が大きいことを明らかにしている。そして、この実態は、上下肢に集中しがちな拘縮予防のアプローチに対する警鐘であるとして、四肢だけでなく体幹、頸部に対するアプローチの重要性を指摘している。また、「年齢が高いほど」「発症から長期に至るほど」制限角度が大きくなるという傾向は、一度生じた拘縮の改善の困難さを示しており、急性期から維持期まで一貫した拘縮対策を講じる必要性を指摘している。

拘縮に対するアプローチとしては、ポジショニング、座位、他動運動、物理療法、生活指導を上げている。ポジショニングについては、疼痛や苦痛を誘発しない姿勢をとること、異常な反射や筋緊張が出現しない姿勢をとること、同じ肢位を長時間保つとその肢位で拘縮や変形を起こす場合があるため、体位変換と並行してポジショニングを行う必要があると述べている。

小笠原（2009）は、脳卒中片麻痺患者における拘縮の特徴について次のように述べている。中枢性疼痛が顕著な症例では、痛みに対する不安から、上肢を屈曲位で保護した状態で、不動・固定の肢位をとっている場合が多い。また、時間の経過とともに、肩関節や肘関節に関節可動域制限を生じる場合がある。これらに対しては、両手や健側との交互動作を取り入れた筋緊張のコントロールや、過緊張にならない上肢の使用方法を指導する事も有効な対応策となる。下肢は、股関節の屈曲、外旋、膝関節屈曲、足関節内反位をとりやすく、これらの拘縮は長時間の座位が原因である。

大田（2010）は、終末期リハビリテーションを捉える視点の一つとして「著しい関節の変形・拘縮の予防」を上げている。関節の拘縮について、多くは屈筋群が伸筋群より強いことから、関節は屈曲して拘縮を起こすことが多い。指の関節が屈曲拘縮を起こすと、爪切りが難しくなり、手掌、指間があかず不潔になる。手関節も屈曲拘縮を起こしやすい。肘は屈曲

しやすく、肩は内転拘縮を起こしやすい。股関節は屈曲しやすく、また内転拘縮を起こすこともある。おむつの世話や清拭に手間暇がかかるので、できるだけ動きを保つように心掛ける。膝は屈曲しやすいし、足関節は底屈しやすい。また、長期に臥床している寝たきりの状態では、頻回に加わる不快な刺激から逃れようとするため、股関節・膝関節の曲がった状態（屈曲拘縮）が徐々に生じ増強される。その後、下肢の自重と布団の重みなどにより、下肢と体幹がねじれて片側に回旋してしまうという不良な姿勢に至る例もよくみられる。また、頸部後面の筋緊張が増し、反り返りによる拘縮が加わると、離床させようとしても立位はもちろん座位でも難しくなってしまう。この状態で食事を摂ると、嚥下が不良となり誤嚥も引き起こしやすくなる。このような姿勢は、多くのケースで発生すると想定し、早期より関節の柔軟性を保ち関節拘縮を予防するべきであると指摘している。

2. 関節拘縮と筋緊張

伊藤（2014）は、拘縮がある人の中には、関節自体が動かなくなっているというよりも、自分で入れた力を抜くことができずにより動けない状態を作ってしまった人が多いと指摘している。そして、この過度な筋緊張の状態を引き起こす要因として、①対象者の障害（脳・中枢性疾患）、②身体認識の低下、③痛みや不安、④姿勢の不安定さなどが考えられると述べている。このことから、高齢者介護の現場では、関節拘縮と筋緊張という両方の視点から利用者の状態像を捉えることが必要であり、それが適切な介護の実践につながるのではないかと考える。

関節拘縮は、日本褥瘡学会における定義・解説では、「関節構成体軟部組織の損傷後の癒着痕癒着や不動による廃用性変化の一つで、関節包、靭帯などを含む軟部組織が短縮し、関節可動域に制限がある状態である。長期間の固定などにより、筋や皮膚などに原因がある場合は短縮（tightness）とよび、伸張運動により改善する。関節包内の骨・軟骨に原因があり、関節機能がない場合は強直（ankylosis）とよび区別され、伸張運動の効果は認められない」としている。一方、筋緊張は、国際生活機能分類（International Classification of Functioning : ICF）において、心身機能の神経骨格と運動に関連する機能の中の筋緊張の機能（muscle tone functions : b735）で、「安静時の筋の緊張、および他動的に筋を動かそうとした場合に生じる抵抗に関する機能」とされている。筋は絶えず不随意に一定の緊張状態を保っており、筋緊張とはこの現象を指す。つまり筋が持続的に収縮している状態のことと定義されており、主に他動的に動かしたときの抵抗感のことをいう。この抵抗感は①筋組織自体の粘弾性によるものや、②その筋組織を支配している末梢神経系によるもの、さらには③中枢神経系による姿勢制御などによるものが総合された結果として生み出されている。

そして、ヒトの活動における筋緊張は「筋緊張の低下」「低筋緊張」「高筋緊張」「筋緊張の亢進」というカテゴリーで分類することができ、正常は「低筋緊張」と「高筋緊張」、異常は「低下」と「亢進」と整理するとより客観的な筋緊張の捉え方になる。また、ヒトの活動は、安静・静止時と動作時に分けられ、安静時と動作時で筋緊張の平衡状態が一定ではなく可変する。可変することで活動が円滑に遂行でき、可変の程度が重要ということになる。なぜなら安静時と動作時や動作の遂行度によって、求められる筋緊張の平衡状態は異なるからである。筋緊張の状態が安静時には正常であることが生理学的にも障害構造学的にも望ましいが、動作時、すなわち活動においては、安静時と同じ筋緊張では動作を遂行できないということである（斉藤, 2017）。

第2節 関節拘縮がみられる要介護高齢者の生活と介護

1. 臨床における筋緊張発生の要因

活動に応じた筋緊張の平衡状態、つまり姿勢・肢位や動作に応じた筋緊張の適性状態があり、この平衡状態の破綻（筋緊張の異常）は人の活動制限を誘引する。

加藤（2017）は、「臥位は姿勢の中では最も安定した体位であるため、座位、立位に比べ姿勢制御に必要な筋緊張は健常ベースであればきわめて低い状態となる。しかし、臨床においてはさまざまな要因（例えば、痛みや恐怖心など）によって過度な筋緊張が生じている場合が少なくないと述べている。また、濱崎（2017）は、頸部・体幹の筋緊張は、重力に対抗して姿勢を保てる程度に「高く」、重力に抗して運動できる程度に「低い」ことが適当であると、筋緊張に影響を与える主な因子には、①環境、②意識・注意、③筋力、④関節可動域、⑤痛み、⑥感覚が考えられ、これらが相互に影響し合っていると述べている。

上記①の環境については、利用者は重力の反作用として接地面から床反力を受けていることから、使用している物品（枕、マットレス、ポジショニングクッション、車椅子クッションなど）のサイズ、接触面の硬さ、範囲などによって、単位面積当たりの床反力が変化し、筋緊張が変化する。エアーマットに関しては、重度障害者に対して褥瘡予防や改善目的で導入されることが多いが、エアーマットを導入した途端に、全身の筋緊張の異常から関節可動域制限をきたす症例もよくみられる。エアーマット上の臥位は、水中や空中に浮いているような不安定感や、ベッドからの転倒に対する不安から筋緊張を亢進させ拘縮発生の原因となる。症状は、とくに頸部や肩関節に著明に認められる。また、重度障害患者においては、車いすが使用されるが、車いすも環境の一部とみなされ、車いすが対象者の身体（体格）に合っていない場合は、無理な姿勢による筋緊張の異常から体幹の変形をおこす危険性もある。

上記⑤の痛みに関しては、痛みがあると防御性収縮が起こる場合がある。利用者は痛みが和らぐ姿勢を見つけ保持しようとする。痛みが長期化すると筋の伸張性は低下して筋の短縮・過緊張の原因となるため、痛みはできるだけ早く取り除きたい。また、防御性収縮の姿勢であってもリラクゼーションができるよう、クッションなどで隙間を埋めることで筋緊張を正常に近づけることができる。また、重度片麻痺患者の臥位姿勢は、筋緊張の亢進による左右非対称の臥位姿勢を生じやすく、左右非対称の臥位姿勢のままベッドをギャッジアップすると、不良姿勢を助長し関節拘縮の原因となる。そのため、ベッド上のポジショニング等による良肢位での保持は大切ということである。

2. 拘縮がおよぼす日常生活への影響と介護

介護職はこの筋緊張をどのように捉え、どのように評価し、どのように介護に結びつけていけばよいのかという問いについては、次の指摘が参考になる。

大田（2010）は、終末期のケアにおいては、ICF（国際生活機能分類）のような右肩上がりの理論を推し進めるには限界があると述べている。介護にも導入されているICFは、たとえ障害があっても可能な動作行為を評価し、その身体機能・能力の維持・向上を目的とした考え方であり、このような発達理論で終末期にある利用者をとらえてよいのかと疑問を投げかけている。人は年を取るとともに自立性が低下し、ある時期からはリハビリテーションや介護予防的な手法も役に立たなくなる。いくら手を施しても衰えていくことは避けられず、エビデンスが出しにくくなる。エビデンスが出しにくくなる時期からは、明確に評価の基準を変え、ケアを変えていかななくてはならないのではないかと主張している。

拘縮のある身体では、日常生活の一連の動作にも不自由をきたす。車いすへの移乗すらできないほど、ひどい拘縮に至る例もあれば、臥位になって身体を休めようとしても、寝返りを打つこともままならないこともある。体位変換できないこと、不動による苦しさを理解するならば、介護をするにあたって拘縮をつくらないことは生活の質を求めることの大前提であり、この前提を介護の基本としてとらえ直すことが大切であると述べている。

臥位姿勢については、本来、睡眠や休息の目的でとられる姿勢であるが、睡眠障害や疲労により生活リズムが乱れた場合には、筋緊張亢進につながることも考えられるため、安楽で安定した肢位（良肢位での安定）をとるよう図る必要がある。脳血管障害患者は特徴的な臥位姿勢をとることから、良肢位での保持は大切である。但し、長時間の同一姿勢は褥瘡や不快感・痛みを引き起こし、筋緊張亢進につながる可能性もあるため、背臥位、側臥位、腹臥位などいくつかのポジショニングを考え、普段からさまざまな肢位をとれるようにする（吉村, 2017）。また、寝たきりの症例に多くみられる頸部伸展位（同時に開口している場合が多

い) では、飲み込みが不良となり、口腔内が乾きやすく不潔になりやすい。相手の表情や周囲の状況も認識しづらく、後方重心となり背面に支持がないと坐位がとれず問題となる。日々の観察と頸部拘縮の予防が求められる（田邊，2010）。

高齢者介護施設においては、気づいた時には利用者の拘縮が進み介護負担が増加することで問題として取り上げられることが多々ある。動かさない関節は拘縮し、同時に筋肉も萎縮する。局所に痛みがあると身体は反射的に緊張し、それがまた苦痛をよぶというように悪循環に陥ることになる。したがって、介護職は、利用者の筋緊張の状態や影響する要因について意識を向ける必要がある。ふだんから筋緊張を起こさないような優しい触れ方で介護をすることを意識したり、ポジショニングを早い段階から導入したりするなど、安楽な姿勢で臥位や座位を保てるようにすることが大切である。そのほか、緩やかなストレッチやマッサージを行ったり、入浴時に関節を動かしてみたりするなどの取り組みを日々積み重ねることが大切となる。ところが、多くの介護職は、利用者の拘縮予防について対策を講じる知識・技術を持ち合わせていない。また、自身の介護によって利用者の拘縮や変形を引き起こしているかもしれないということに気づいていない者も多いと思われる。拘縮ケアに関する教育・学習の不足は否めず、介護職は今後、理学療法士・作業療法士、看護師、その他の専門職と協働し、チームでそれに取り組んでいくことが必要である。

第3章 ポジショニングに関する先行研究

第1節 ポジショニングの定義・目的

臨床におけるポジショニングの意味づけや目的は多様で、その対象者は運動機能障害を有する者に限らず、小児から、妊産婦、高齢者と幅広く、また、術中、急性期、慢性期、終末期など多様なステージで必要とされている。日本看護技術学会の技術成果検討委員会の一組織であるポジショニング班では、看護学におけるポジショニングの定義を「対象の状態に合わせた体位や姿勢の工夫や管理をすること」とし、目的は、「安楽、合併症・廃用症候群の予防、気分転換、QOLの向上、よりよい日常生活行動をとることなど」をあげている（大久保ら, 2011；佐竹ら, 2011）。

また、看護師の介入行為を規定している「看護介入分類」では、ポジショニングについて「生理的安寧そして心理的安寧を促進するために、患者または身体部分を熟考のうえ位置づけること」また、「患者を安楽にし、皮膚損傷のリスクを減少させるため、また、皮膚統合性を促進し、治癒を促すために、患者や患者の身体の一部を動かすこと」と定義されている（Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, 2006）。

日本褥瘡学会においては「ポジショニングとは、運動機能障害を有するものに、クッションなどを活用して身体各部の相対的な位置関係（アライメント）を設定し、目的に適した姿勢（体位）を安全で快適に保持することをいう。」とより具体的に定義している。

田中ら（2013・2018）は、褥瘡予防のためのポジショニングについて、「動けないことにより起こるさまざまな悪影響に対して予防策を立てること、自然な体軸の流れを整えるとともに、安全・安楽な観点から体位を評価し、現状維持から改善に役立つよう、体位づけの管理を行うこと」と定義している。そして、「褥瘡が予防できればよい」、「呼吸器・循環器系への弊害が最小であればよい」という視点のみならず、拘縮予防、筋緊張緩和、神経麻痺予防など、安静臥床に伴う様々な機能低下を予防するという「トータルケアとしてのポジショニング」を重要視し、技術として高い質を維持する必要があると述べている。

また、伊藤（2013・2014）は、ポジショニングには姿勢を安定させ保持することと、支持することで動きを促進し能力や可能性を引き出すことの2つの目的があると述べている。圧分散や姿勢保持を中心に考えられてきたポジショニングに、動きを引き出しサポートするという視点を加えている。そして、ポジショニングの目的は、「安楽」「拘縮・変形の予防」「褥瘡予防」「呼吸の改善」「浮腫の改善」「姿勢の安定による活動の促進」「座位や立位の準備」などの効果を期待して実践することにある（北出, 2013；窪田, 2010）。

これらの定義・目的から、ポジショニングは、クッションで身体を支持することで体軸を整え、姿勢の安定・安楽をサポートする技術であり、それによって褥瘡や関節拘縮等の二次障害を予防し、さらに姿勢が安定することで動きを引き出し、日常生活動作の維持・改善、生活の質の向上を目指す技術であると捉えることができる。

したがって、特別なケアではなく基本的な介護の一つとしてポジショニングに取り組むことが必要であり、高齢者介護施設においては、24 時間利用者の生活をサポートする介護職がそれを担うことが求められる。介護職は、利用者の安楽を目的とした姿勢、食事・排泄・入浴などの姿勢、活動場面の姿勢など、それぞれの生活場面における目的を達成する手段として、ポジショニング技術を身につけることが求められている。介護職は自身の介護が利用者の身体、とりわけ“姿勢”にどのような影響を及ぼしているのかを問い、介護の専門職としてポジショニング技術を高め、どのようにチームとして取り組むべきかを考える必要がある。

第2節 褥瘡の発生予防とポジショニング

1. 褥瘡予防を主眼においた施策とガイドライン

褥瘡予防の実践については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の施設系サービスの運営基準において「褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない」とされている。¹ ²また、これまでも栄養管理体制加算や栄養マネジメント加算など対策がとられてきたが、厚生労働省は平成 30 年度介護報酬改定において「褥瘡マネジメント加算」を新設し、定期的なモニタリングの計画とそれに応

¹ (介護保険法平成 9 年法律第 123 号) 第 88 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づき、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を次のように定めている。平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第 13 条-5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

² (介護保険法平成 9 年法律第 123 号) 第 97 条第 1 項及び第 2 項、第 3 項の規定に基づき、介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準を次のように定めている。平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 40 号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 18 条-5 介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

じたケアを展開することで介護報酬加算を受けられるようになっている。³

また、「看護介入分類」においてもポジショニングは取り上げられており、看護師は日常生活援助技術の一つとしてルーチンに褥瘡予防を意識したポジショニングを行うことを規定している (Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, 2006)。さらに、日本褥瘡学会のガイドラインでは、体圧分散寝具の使用は「推奨度 A」と明記されており、褥瘡発生率を低下させるために体圧分散マットレスを使用することは広く認知されている (日本褥瘡学会, 2012)。こうした対策によって褥瘡予防は医療・介護の現場で強力に意識化され、看護師と介護職が連携し、褥瘡予防の視点を意識したポジショニングは常に行われていると思われる。

2. 褥瘡の発生・治癒に影響を与える要因からの視点

褥瘡の発生および治癒に影響を与える代表的な要因について、小浦場 (2010) は、次のとおり解説している。「自力体位変換、座位姿勢の保持・除圧」は、脳疾患後遺症や認知症などの疾患によって自ら姿勢を変えられない状態において、ある部位に長時間荷重がかかった場合に、強い圧迫やずれが生じ褥瘡発生の原因になる。また、「病的骨突出」は、日常生活自立度の低下や脳・神経疾患による麻痺などにより筋肉が廃用性萎縮をおこしたり、摂食不良などにより栄養状態が低下したりすることによって病的に痩せてしまった場合に見られる。筋や皮下脂肪が減少することで特に骨の突出がひどい場合、強い圧迫・ずれ力が生じ褥瘡の原因となることから、体圧分散寝具やクッションの使用が必要になる。そして「関節拘縮」は、体位に著しい制限をもたらし、ある一定の体位以外は不安定となり自らの姿勢保持が困難になる。全身の関節拘縮では自力体位変換ができないうえに仙骨部や腸骨部、大転子部、坐骨部、その他突出した荷重部に強い圧を生じることとなり、きわめて褥瘡発生リスクが高く、ひとたび褥瘡ができると難治化しやすいといえる。「栄養状態低下」については、病的骨突出の原因となるだけでなく、皮膚、組織耐久性低下の原因となる。

表 1 は、褥瘡対策の危険因子保有者数を示している。基本的動作能力 (ベッド上) においては、褥瘡リスクがある有病者の割合はどの施設種別においても 70%以上である。また、関節拘縮がある者の割合は、一般病院 50.4%、介護老人福祉施設 57.5%、介護老人保健施

³ 厚生労働省のホームページ「平成 30 年度報酬改定について」の中の「介護報酬改定に関する通知」に掲載されている「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分) 及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の「第 5 (34) 褥瘡マネジメント加算について」等

設 47.6%、訪問看護ステーション 57.1%であった。つまり、褥瘡リスクがある者の 2 人に 1 人は関節拘縮がみられるということになる。関節拘縮がある者は、変形などによりマットレスとの接触面積が小さく、体圧分散が十分にできないことから、褥瘡発生の危険が高くなる。したがって、適切な体位変換、体圧分散マットレスの使用と併せてクッションを用いて拘縮予防を意識したポジショニングを行うことが、褥瘡予防においてもきわめて重要であり必須のケアであるということがいえる。

表1 褥瘡対策の危険因子保有者

	基本的動作能力 (ベッド上)	病的骨突出	関節拘縮	栄養状態低下
一般病院(n=804)	675(84.0)	404(50.2)	405(50.4)	490(60.9)
介護老人福祉施設 (n=261)	184(70.5)	61(23.4)	150(57.5)	113(43.3)
介護老人保健施設 (n=359)	253(70.5)	110(30.6)	171(47.6)	155(43.2)
訪問看護ステーション (n=771)	620(80.4)	291(37.7)	440(57.1)	335(43.5)

複数回答、カッコ内は% 1:療養病床を有する一般病院

出典) 日本褥瘡学会 (2015)「褥瘡予防・管理ガイドライン (第4版)」

第3節 拘縮予防を主眼においたポジショニング

拘縮ケアは、利用者の「人としての尊厳」を支えるケアであるとし、ポジショニングはそのケアの一つであると位置づけられる。ポジショニングとは、自分で体を動かすことができない方や姿勢の崩れを自分で修正できない方が、適切な姿勢(=安楽な姿勢)を保てるように援助することであり、ポジショニングの原則として、①良肢位を基本にリラックスした姿勢であること、②体全体がベッドやクッションに支えられて安定していること(=トータルフィッティング)、③身体を中心から整えること、④関節を動かすときは「やさしく」「無理やりしない」⑤同じ姿勢を続けない、⑥状態の変化に合わせた最適な姿勢を定期的に見直す、

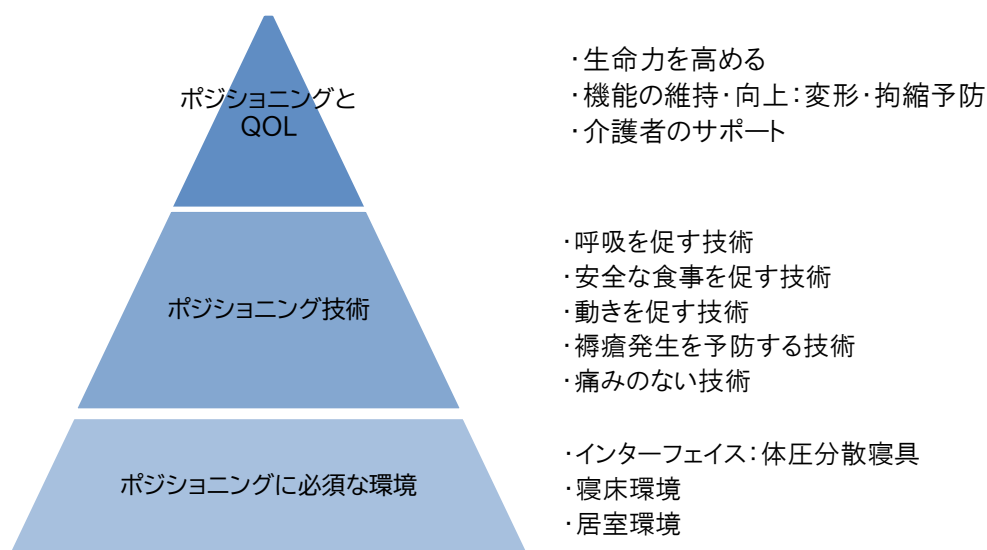
の6点をあげている。そして、“四肢や体幹などの位置は適切に、しかも長時間の同一姿勢は避ける”という点が、介護の専門性、腕の見せどころであるとしている（浜村, 2010）。

田中ら（2018）によれば、「ポジショニングでは、目的とする体位調整をただ行うという観点だけでなく、全体的なケア（トータルケア）としなければならない、そこには階層があると述べている。寝床環境・居室環境に対する配慮がベースとなり、その上に、ポジショニング技術があり、さらにその上が QOL の維持・向上であるとし、「拘縮・変形予防」はここに含まれている。「拘縮・変形予防」は、トータルケアとしてのポジショニングの実践であり、「呼吸を促す技術」「安全な食事を促す技術」「動きを促す技術」「褥瘡発生を予防する技術」「痛みのない技術」の実践の継続の上に導かれる状態である。（図1）

介護職は、自力での体位変換が難しい利用者に対しては、同じ部位の長時間の圧迫を避けるため、基本的に2時間を超えない範囲で体位変換を行っている。加えて、褥瘡発生リスクが高い利用者には、体圧分散寝具や圧切替型エアマットレスを使用することで、骨突出部にかかる圧力を低くして褥瘡の発生を抑えている。そして、体位変換をした後の姿勢については、クッションを用いてアライメント（体軸の自然な流れ）を整えることが必要とある。できるだけ広い接触面積で姿勢を保持できるようポジショニングを行う。その際重要になるのが、クッションの素材（硬さ・柔らかさ）と形状（厚い・薄い・定型・非定型）、当てる部位・当てる角度であり、これらを意識して行わなければ不安定さから安楽性が損なわれ、予防できるはずの拘縮・変形を増悪させることにつながるのである（伊藤, 2013; 田中, 2014）。つまり、拘縮予防のためには、「①体圧分散による安楽・安定」に加えて、「②身体のアライメントを整えることによる安楽・安定」も同時に求めていかなければならない点に技術的な難しさがある。したがって、褥瘡予防を重視したポジショニングとは異なる視点を更に意識する必要がある拘縮予防を目指したポジショニングは、難しい技術であるといえる。

拘縮・変形は“起こってもしかたない”状態ではなく、予防・改善することができる。筋骨格系への理解を深め、ポジショニングピローの使い方を学習することで、拘縮・変形を生じさせず、かつ改善させることができるのである（田中, 2015）。今後は、特に拘縮予防を意識したポジショニング教育や組織体制についての対策を講じることで、さらに質の高いケアの実践が可能になると考えられる。

図 1 : トータルケアのためのポジショニング階層



出典) 田中マキ子、北出貴則、永吉恭子「トータルケアをめざす褥瘡予防のためのポジショニング」照林社,2018.

p9図1 抜粋

第4節 褥瘡および拘縮予防のためのポジショニング実践研究

1. 褥瘡予防を主眼においたポジショニングの実践研究

岩戸ら(2013)は、褥瘡発生の減少を図ることを目的に、ポジショニングの標準化に取り組んだ結果を報告している。病院独自の褥瘡リスク評価を行い、評価点に応じて必要な除圧クッションの種類・個数がナビゲートされるようシステム化し、有効なポジショニングを病院独自に考案している。そして、ポジショニングの介入を院内で統一し、加えて、褥瘡対策委員会が病棟をラウンド(2回/月)し、ポジショニングが正しく統一して実施できるよう点検・声かけ・相談を実施している。その結果、褥瘡発生率は0.20%から0.18%に低下したと述べ、ポジショニングの標準化は褥瘡発生率減少に有効な対策であったと評価している。しかし、その一方で、拘縮が強い患者や経管栄養実施患者には、「ポジショニングのオーダーメイド化」といった更なる工夫が必要であると考察している。この研究事例からは、褥瘡予防・改善には、ポジショニングを標準化して体圧分散を図ることで一定の効果が得られることが明らかになった。しかし、すでに拘縮・変形のある利用者に対しては、身体のアライメントに応じて個々に合ったクッションを使用し、個別のポジショニングをする必要があることが改めて認識することができた。そして、このような実践体制がなければ、拘縮

のある患者（利用者）への対応は困難であることが示されたともいえる。

大西ら（2006）の研究では、エアーマットを使用せずに、通常のベッドとクッションで仰臥位のポジショニングを試みた結果、全被験者（健常者）15名において、褥瘡発生リスクとされている体圧（32mmHg以下）での体位管理が可能であったと報告している。この研究により、通常のマットレスでもポジショニングを適切に行えば高い除圧効果が得られることが確認されたが、既に拘縮・変形をきたした利用者のポジショニングには知識・技術が必要であり、教育・学習は必要である。

2. 拘縮予防を主眼においたポジショニングの実践研究

細見ら（2005）は、脳卒中による寝たきり状態の高齢者の仰臥位から側臥位への体位変換が、深部組織血流量に及ぼす影響について調査を行っている。その結果、寝たきり高齢者は日常的に多くとられている30度側臥位の姿勢を保持している間、深部組織血流量の減少が起きていることを明らかにしている。したがって、筋肉の不活性萎縮や拘縮を予防するためには、側臥位を保持する際に枕などを使用して安楽な体位を保持し、筋肉の緊張を起させないことが重要であると指摘している。この研究は、側臥位時のポジショニングを適切に実施することの必要性について、身体内部の現象から科学的に示したものといえる。

砂川ら（2005）は、夜間不眠を訴える重症心身障害者1人に対してポジショニングを試みた結果について報告している。介入前、夜間巡視8回のうち半数以上覚醒していた日が計60日あったが、介入後は計3日と減少し、体位交換回数、排泄介助回数についても介入後は有意に減少し、睡眠状況の改善が認められたと述べている。また、体圧測定装置Xセンサーによる体圧測定結果から、ポジショニングにより筋緊張が緩和し安楽状態が導かれたと評価している。この事例は、ポジショニングの介入前後の睡眠状況の変化と介護量の減少および体圧測定により具体的に数値で効果を評価している貴重な事例研究といえる。また、適切なポジショニングが安眠を導くという実証研究でもある。

小笠原（2009）は、頸部・肩甲帯を中心とする拘縮により不良姿勢を呈していた症例の具体的展開を紹介している。取り組みにあたっては、不良姿勢の改善策としてリハビリテーション専門職による関節可動域改善のアプローチだけでなく、作業療法士を中心にクッションによるベッド上および車椅子上のポジショニングが検討され、看護・介護スタッフにベッド上および車いす乗車時に行うべき姿勢保持方法（ポジショニングクッションを使用）の伝達を行い対応の統一を図っている。この対応を継続することにより、患者の上下肢の関節拘縮が改善し、座位の安定と経口摂取が可能となり自宅復帰となった例が紹介さ

れている。そして、すべてのスタッフによる統一したアプローチが不十分であったならば関節可動域制限から難治性の関節拘縮に移行したと思われると考察している。この研究で明らかにされたことは、病院という場で、リハビリスタッフ主導により各専門職が連携して取り組んだこととスタッフ間で統一した対応ができたことが良好な結果を生んでいるということである。しかし、考察からは看護・介護スタッフの具体的な実施方法や内容の詳細については不明であった。また、退院後においても入院中に行われていた拘縮予防や不良姿勢の改善策を継続実施できるよう、いかに伝達するかが課題であると考えられた。病院と自宅あるいは介護施設とのポジショニングに関する連携体制の構築が急がれるべきであると強く認識することができた研究であった。

藤本ら（2009）は、脳血管障害発症後3年以上経過し、すでに拘縮を起こしている高齢者5名を対象に、個々に適したクッションの使用によるポジショニングと関節可動域訓練を併用したケアを25日間実施している。（理学療法士と連携し、看護師に適切なポジショニングについて写真で周知、ポジショニングを1日7回適切に実施、理学療法士作成の実施手順のとおり関節可動域訓練を1日2回実施。）その結果、各関節可動域が10～20度改善する効果があったと報告している。また、拘縮の程度が重度であっても拘縮の進行を回避できること、さらに拘縮そのものが改善する可能性を見出している。しかし、ポジショニングと関節可動域訓練のどちらがどのように影響して効果を得たのか判定できなかったと結論づけている。この研究からは、関節可動域の改善がポジショニングと関節可動域訓練のどちらの効果であったかは判断できなかったものの、ポジショニングに関していえば、理学療法士と連携して適切なクッションを選択し、適切なポジショニング方法を決めて、看護師間で共通理解を図りながら取り組んだことが効果につながったと考えられる。しかし介護現場で同様の試みをする場合は、関節可動域の変化自体を評価の対象とするのではなく、利用者の生活の変化や実施した理学療法士、看護師の変化等に評価の視点を向ける必要があると思われた。

上地（2012）は、特別養護老人ホームにおいて、姿勢の傾きが強く苦痛を訴える利用者に対し、シーティングとポジショニングを実施した結果を報告している。それによると、姿勢管理を行うにあたり、介護職員は外部研修と内部研修を受講して取り組んだこと、その結果、利用者の姿勢の傾きが改善し、食事の自力摂取や車椅子自走も可能になったこと、介護職員の腰痛・苦痛の訴えも減少するという効果があったことが報告されている。しかし、その一方で、職員全員が姿勢管理の重要性を理解するまでには至らず、クッションのあて方等、介護職員の介入に差が生じていたことを課題として報告している。

東ら（2017）は、リハビリ病院の寝たきり状態にある患者へのポジショニングについて

関節可動域改善の効果を報告している。この報告からは、チームでポジショニングに取り組めば利用者の姿勢・生活が変わることは明らかになった。しかし、①介護職員の姿勢管理に関する知識不足から、取り組みには外部研修・内部研修の受講が必要であること、②職員全員が統一した実践をする困難さがある、という点を課題に上げており、実践上の課題は他の研究と共通していた。

中俣恵美ら（2015）は、重度要介護高齢者3症例において、ポジショニングの有無による心拍数と自律神経活動を測定（5分間）することで、ポジショニングによる主観的満足感の評価を試みている。その結果、ポジショニングの有無によって心拍数と自律神経活動に変化が生じ、この変化はリラックス状態を反映していると考えられ、ポジショニングが適切に行われることによる安楽の状況を数値で評価できることが示唆された。この研究結果より、ポジショニングにより導かれた安楽な状態を自律神経活動として可視化することができれば、ポジショニング技術自体を評価する一つの指標となり、技術向上にもつながると考えられた。

古越・和田（2017）は、拘縮がある患者10名に対し、6か月間ポジショニングを実施し、拘縮改善が認められるかどうかについて検証している。その結果、拘縮が進行している患者への適切なポジショニングの実施により、関節可動域の維持は可能であったが改善は困難であったと報告している。そして、急性期から回復期の早い段階から拘縮予防対策を講じる必要性を指摘している。拘縮が軽度なうちは日常生活動作において問題が表面化しづらく、ベッド上の寝返りや起き上がりについても緩慢ながら自立できているケースも多い。遅れがちな介入時期について、どのように改善を施していくかという点は今後検討すべき課題であると考えられる。

3. ポジショニング実践研究から教育への示唆

西沢ら（2005）は、脳血管障害後の嚥下障害により非経口栄養を受けている利用者14人について、頸部屈伸・伸展角度を計測した結果、13人に頸部拘縮および頸部可動域制限があり、不顕性誤嚥の発症が起きやすいことが推測された。対策には、全ての専門職が同じ目的を持ち、リハビリテーションと日常ケアにポジショニングを含め、チームアプローチを行うことの重要性が述べられている。この研究からは、脳血管障害後の利用者のほとんどに頸部拘縮がみられ、誤嚥の危険性があるという事実と、チームアプローチの必要性が課題として指摘されている。今後、ポジショニング教育において、“頸部拘縮”という視点からのアセスメント、対策の検討についても含めていく必要性を認識した。

尾上ら（2013）は、NICUではポジショニングは日々行われているケアにもかかわらず

スタッフによってその手順や技術・知識に差があることから、ポジショニングの統一を図るため、①手順作成、②勉強会、③ビデオ撮影による検討会、④ポスター掲示の4つの取り組みを4か月間実施している。その結果、知識面では向上したが、技術面の向上は大きな変化が見られなかったこと（自己評価）、スタッフ間でポジショニングの統一を意識して実践したことで、児の呼吸状態や安定化サインに良い変化が感じられたものの、十分な統一には至っておらず技術向上に向けた継続的な取り組みが必要と述べている。この報告では、スタッフ間でポジショニングを統一することにより、児に良い変化が見られたことが明らかにされた。そして、勉強会は知識・技術向上には有効であるが、技術向上には継続した何らかの学習方法が必要であるということから、勉強会という形態ではない、日常業務のなかでの何らかの学習・教育体制づくりが必要ではないかという示唆が得られた。

足立ら（2014）は、スタッフ間で統一されたケアが実施されていない現状の改善方法を探るため、個々の看護スタッフが新生児のポジショニングを行う上で何を指標としているのか、知識や技術、意識の違いを調査している。早産児や病児に対するポジショニングは、運動発達を妨げる不良肢位を予防し、知覚・感覚運動能力の発達を援助するなどの目的で実施されており、看護スタッフのポジショニングへの関心は高い。しかし、調査の結果は、ポジショニングへの関心は高いものの、多くの看護スタッフが実施時の困難さや技術に対する不安を感じていることが明らかになった。そして、①経験の短い者は、早期に勉強会を行い、基礎知識を習得したうえで、ベッドサイドでの実践という段階を経た学習が必要、②経験年数の長い者に対しては、個々の事例をベッドサイドで実践指導することと、③実践後の評価が必要、④全看護スタッフには、ポジショニングを実施する際および実施後の観察項目・視点の幅を広げていくための教育が必要であると述べている。

上記の①②に関しては、豊島・阿部（2012）が「勉強会により基礎的知識を向上した上で、ベッドサイドでの実践指導と継続評価が必要である」と同様の見解が述べられている。

久地浦（2015）は、患児の腹臥位に関して、統一したポジショニング方法がないこと、看護スタッフの手技のばらつきや意識の違いがあることから、スタッフの意識調査を実施している。その結果、ポジショニングに対するスタッフの意識は高く、その目的もほとんどの者が理解していた。しかし、方法に対して自信がない人が多く、ほとんどのスタッフが難しさを感じていることを明らかにしている。そして、①実施したポジショニングが的確なものであるかフィードバックする機会が少ないこと、②客観的に自己のポジショニング技術を評価する指標がないこと、これらがスタッフの自信のなさや自己評価の低さにつながっているのではないかと結果を分析している。今後について、指導できるスタッフの育成、および自己の技術を評価できる指標が必要であることを指摘している。

稲田ら（2017）は、看護師のポジショニング技術について実態調査を行っている。新生児集中治療室（NICU/GCU）では、新生児の体位変換と良肢位を保つポジショニング技術は、リラクゼーションや将来的な発達を促す効果があり推奨されている。調査の結果、ポジショニングをマニュアル化し伝達講習を行い、各個人が参考書やセミナー等で学ぶことによって、概ね規定に沿ったポジショニング技術が実践されていたと報告している。しかし、看護師の認識は様々であり、手技の統一は図れていない状況もみられ、経験年数が長いスタッフほど、児の状態を読み取る力が高く、時間の経過を見据えたポジショニングを行っている傾向がうかがえたと述べている。また、経験を重ねた看護師を中心に「複数名でそれぞれの患児のポジショニングを確認し評価する」ことでアセスメントする力が高められること、そして「客観的に患児のポジショニングを定期的に評価する体制づくり」の必要性を指摘し、定期的に客観的評価をする体制づくりが課題であると報告している。

また、仁志田ら（2014）は、早産児のポジショニング評価として筋緊張の評価、行動の評価があり、この評価を週単位で定期的に行い、ポジショニング用具を保持するのか、緩めるのか等検討することが望ましいと述べている。つまり、稲田ら（2017）の研究報告と同様に複数名で確認することでアセスメント力が高められ、評価に基づくポジショニングによってその質が向上していくという示唆が得られた。

4. 先行研究の小括

自力で動けない人に対し、体位変換をするということは、血流改善、筋・関節・骨への刺激となり欠かせないケアであることは間違いない。しかし、利用者にとって次の体位変換までの時間、つまり動かない時間の方が圧倒的に長いことから、この長い時間をどのような姿勢で過ごすかが重要であり、それはポジショニングによって介護者がもたらすことを認識しなければならない。

ポジショニング研究を概観すると、病院内におけるリハビリ専門職と看護師の連携による褥瘡予防・改善を目指した事例報告や、移動・移乗を楽にし、食事に適した姿勢をとるための拘縮予防の事例報告、実施方法に関する文献が多くみられた。しかし、高齢者介護施設において要介護高齢者の拘縮予防や生活動作、QOLの観点からポジショニングを実践している研究はほとんど見当たらず、とりわけ実践している介護職を対象とした調査は行われていなかった。また、NICUの看護においては、ポジショニングが患児の治療・成長に影響することが明らかであることから、高齢者介護の現場と比較するとポジショニングが標準的なケアとして実践されているようである。例えば、児の体重や体位により使用する物品が分けられていたり、バイタルサイン、ストレスサイン、動き、筋緊張など発達段階に応じた

評価の基準が示されている点は、高齢者介護分野においても参考にすべき内容であった。また、スタッフの教育・実践体制についても先進的である（木原，2015）。

高齢者介護の現場では、基本的な手技の普及が進まず、見よう見まねで行っている施設が多い。体制づくりに関しても、課題は同様のことがあげられる。すなわち、利用者の将来を見据え①ポジショニングを評価する視点を共通理解し、②自身が行ったポジショニングを確認し評価する習慣をつけるとともに、③複数名で確認・評価する、④客観的な評価を定期的に取り入れるチームケアの体制づくりが必要である。対象は異なるもののポジショニング実践上の課題に関する見解は同様である。

第4章 高齢者介護施設におけるポジショニングの現状と課題

第1節 アンケート調査の概要

1. 調査目的

先行研究では、主に病院におけるポジショニングの実践から褥瘡や拘縮の発生予防・改善という成果が報告されている。その一方、ポジショニング技術・方法の不徹底や組織的な取り組みに関する課題、実践環境に関する問題点の指摘があげられている。

介護職には、利用者個々の状態に合わせて体位変換の方法を考え、体位変換後の姿勢を適切に保持できるようポジショニングを行う必要から、その知識と技術の習得が求められている。しかし、介護現場ではクッションの不足などから、研修で学習したことが現場で活かさないという課題が常に存在している。また、実践してもそれで良いのかが分からない、分からないことを聞ける人がいない、自分だけやってもつながらない、他の人に伝えられないなど実践上の課題は多く、介護職全体が自信のないままポジショニング技術を提供している現状が推測される。本章では、高齢者介護施設を対象にポジショニングに関するアンケート調査を実施し、実践の現状と課題を明らかにすることで今後の教育や組織の実践体制について検討することとする。

2. 調査対象

静岡県内の介護老人福祉施設 270 施設、介護老人保健施設 119 施設、合計 389 施設に調査票を配布し、介護老人福祉施設（以下、「特養」という。）110 施設（有効回答率 40.7%）、介護老人保健施設（以下「老健」という。）35 施設（有効回答率 29.4%）、合計 145 施設（有効回答率 37.3%）が回収された。

なお、調査対象として静岡県を設定した理由は、筆者らは、2010（平成 22）年度以降、静岡県内の特養や老健の介護福祉士等を対象としたポジショニングセミナーや研究会を毎年開催しており、介護福祉士養成教育においてもポジショニング教育を組み込むなど、大学と介護福祉施設連携型ポジショニング教育モデルの構築を目指した取り組みを行ってきた。しかし、これまで介護現場におけるポジショニング実践の現状調査は行われておらず、静岡県でのアンケート調査は今後の教育方法を検討する上で有効と考えた為である。

3. 調査方法

自記式アンケート調査を行った。調査票は先行研究を参照し、ポジショニングの講師でもある理学療法士2名および看護師1名のレビューを受け作成した。配布は施設長宛に郵送し、回答後の調査票は返信用封筒にて返送してもらうことで回収した。調査は、2018（平成30）年3月～5月にかけて実施した。

4. 調査項目

（1）基本属性

施設名、回答者の職位、性別、回答者の臨床経験年数、回答者の勤務年数について回答を求めた。

（2）利用者の日中の姿勢について

「ベッドで寝ている利用者の割合」「車いすに座っている利用者の割合」についてそれぞれ回答を求めた。

（3）関節拘縮、褥瘡の発生状況

「施設の利用者」の人数と「関節拘縮のある利用者」および「褥瘡のある利用者」について、それぞれおおよその人数について調べた。

（4）ポジショニングのリーダー（担当者）の有無

「いる」「いない」の二者択一式で回答を求めた。

（5）ポジショニングの実践状況

「特に行っていない」「褥瘡の予防・改善を意識してポジショニングを実践している」「褥瘡だけでなく、拘縮・変形の予防・改善を意識してポジショニングを実践している」について、単一選択式で回答を求めた。

（6）ポジショニングの助言・指導者の有無

「同法人内の理学療法士または作業療法士の助言・指導を受けている」「外部の理学療法士または作業療法士の助言・指導を受けている」「看護師の助言・指導を受けている」「介護福祉士の助言・指導を受けている」「助言・指導を受けていない」「ポジショニングの助言・指導を依頼できる専門職が身近にいない」「その他」について複数選択式で回答を求めた。

（7）ポジショニングクッションの充足状況

「主に利用者（家族）が準備し、必要なクッションは非常に不足している」「クッション購入計画は法人予算に組み込まれているが、必要なクッションは非常に不足している」「主に利用者（家族）が準備し、必要なクッションはやや不足している」「クッション購

入計画は法人予算に組み込まれているが、必要なクッションはやや不足している」「主に利用者（家族）が準備し、必要なクッションは概ね充足している」「クッション購入計画は法人予算に組み込まれており、必要なクッションはおおむね充足している」「その他」について単一選択式で回答を求めた。

(8) 施設長等、法人管理職のポジショニング実践の捉え方

「全く積極的には捉えていない」「あまり積極的には捉えていない」「やや積極的に捉えている」「とても積極的に捉えている」について単一選択式で回答を求めた。

(9) ポジショニングの研修を受講した介護職員

「いない」「あまりいない」「ほとんどが受講している」「全員受講している」について単一選択式で回答を求めた。

(10) ポジショニングの学習機会

「全くない」「わずかにある（年1回程度）」「概ねある（月1回程度）」「充分ある（随時指導）」について単一選択式で、また、その理由を自由記述式で求めた。

(11) 学習機会の満足度

「全く満足していない」「あまり満足していない」「概ね満足している」「充分満足している」について単一選択式で、また、その理由を自由記述式で求めた。

(12) ポジショニング教育の必要性

「全く必要ではない」「あまり必要ではない」「やや必要である」「とても必要である」について単一選択式で、また、その理由を自由記述式で求めた。

(13) ポジショニング実践マニュアルの整備状況

「整備されていない」「整備されているが全く活用していない」「整備されているがあまり活用していない」「整備されており活用している」「その他」について単一選択式で、また、その理由を自由記述式で求めた。

(14) ケアプランへの組み込み

「組み込まれている」「組み込まれていない」について単一選択式で回答を求めた。

(15) マットレス選定について

「していない」「している」を単一選択式で回答を求め、「していない場合はその理由」「している場合は誰が選定しているか」について自由記述で回答を求めた。

(16) マットレスのメンテナンス担当者の有無

「いない」「いる」「その他」について単一選択式で回答を求めた。

(17) マットレスのメンテナンス実施状況

「メンテナンスしていない」「定期的には実施している」について単一選択式で回答を求

め、実施している場合は誰がしているか」について自由記述で回答を求めた。

5. 分析方法

高齢者介護施設におけるポジショニングの実践状況について、特養、老健の2群に分け、単純集計する。また、アンケート自由記載の内容を整理し、キーワードを抽出し考察する。

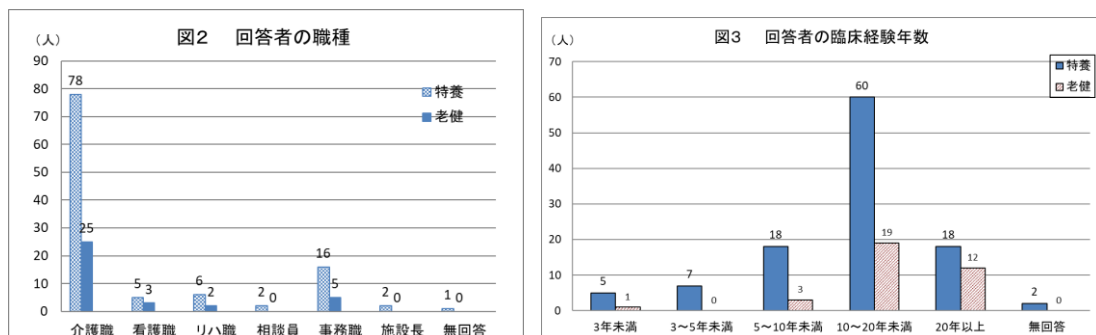
6. 倫理的配慮

本調査は、各施設長宛に調査依頼と調査目的を記した文書と調査票を送付し、調査の協力を求めた。また、調査結果は統計処理により匿名性が確保されること、調査目的以外には使用しないよう適正に管理することを文書で説明し、調査票の返送をもって同意が得られたものとした。

第2節 アンケート調査の結果

1. 基本属性

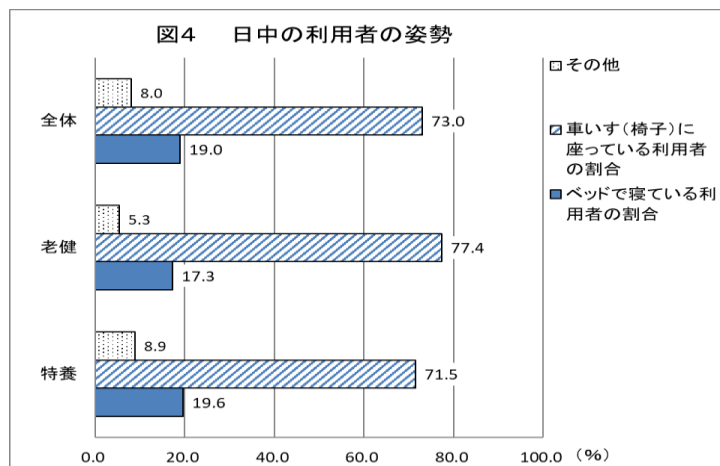
回答者の職種は、老健・特養ともに介護職が約70%であり、回答者の臨床経験年数は、老健では88.6%、特養では71%が10年以上であった。(図2・図3)



2. 利用者の日中の姿勢

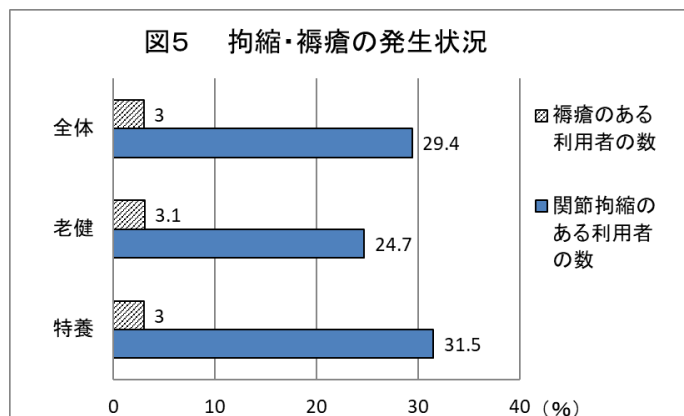
老健では17.3%、特養では19.6%の利用者が日中ベッドで過ごし、老健では77.4%、特養では71.5%の利用者が車いすまたは椅子に座って過ごしている。全体としては73%の利用者が日中ベッドから離れて生活している状況がうかがえる。(図4)

なお、「ベッドで寝ている利用者」は、常時あるいは1日の大半をベッド上で過ごしている利用者であり、「車いす(椅子)に座っている利用者」は、車いすまたは椅子に移乗し、日中はベッドから離れて過ごしている利用者である。各数値は、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」等によって判定した人数ではなく、介護職員が日々介護をする中で把握している利用者の「日中の姿勢」に着目して算出された人数である。



3. 関節拘縮、褥瘡の発生状況

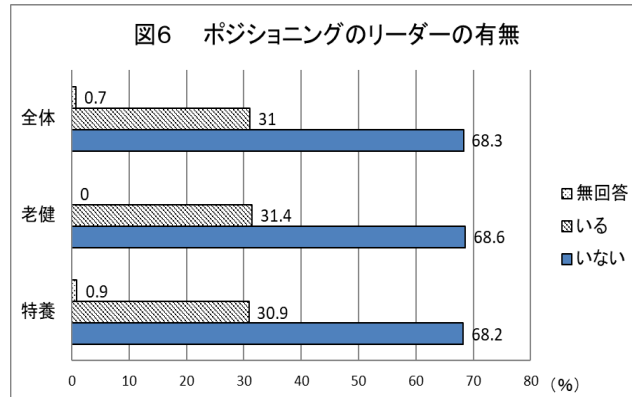
拘縮は、老健で24.7%、特養で31.5%の利用者に発生しており、褥瘡は、老健で3.1%、特養で3.0%の利用者に発生している。(図5) なお、拘縮は、判断が困難な事例も多いことから、関節可動域の測定は要件とはせず、介護職員が日々の介護の中で「拘縮有り」と判断した人数について回答を得た。また、褥瘡については、部位・状態を問わず保有者の人数について回答を得た。



4. ポジショニングのリーダー(担当者)の有無

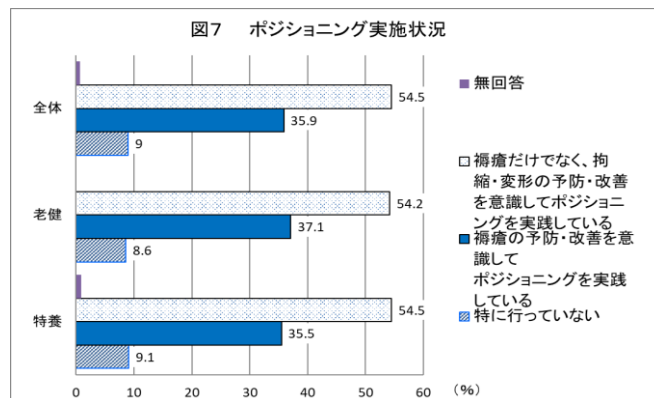
ポジショニングのリーダー(担当者)は、老健では68.6%が「いない」、31.4%が「いる」と回答している。また、特養では68.2%が「いない」、30.9%が「いる」と回答しており、全体では約70%近くの施設でポジショニングのリーダーは不在であった。(図6)

なお、「ポジショニングのリーダー」は、ポジショニングの実践に関し指導的かつコーディネート役割を担う人材であるが、調査の際は定義を示さず、「担当者」という位置付けも含めてその有無を調査した。



5. ポジショニングの実践状況

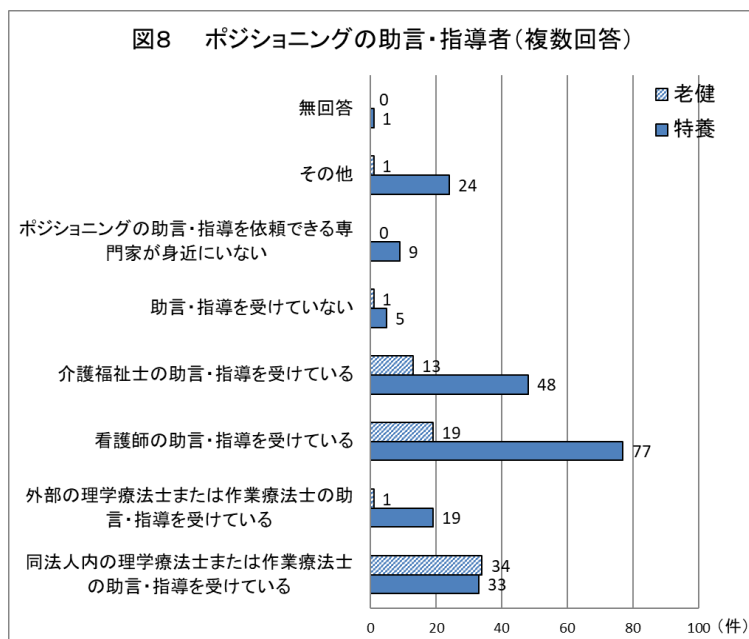
老健では54.2%、特養では54.5%の施設が「褥瘡だけでなく、拘縮・変形の予防・改善を意識してポジショニングを実践している」と回答している。また、老健では37.1%、特養では35.5%が「褥瘡の予防・改善を意識してポジショニングを実践している」と回答している。(図7) このことから、褥瘡予防には約90%の施設が意識して取り組んでいるが、拘縮予防を意識したポジショニングは、約55%の施設しか実践されていないことが分った。



6. ポジショニングの助言・指導者の状況

老健では、「同法人内または外部の理学療法士・作業療法士の助言・指導を受けている」35施設、「看護師の助言・指導を受けている」が19施設、「介護福祉士の助言・指導を受けている」が13施設、「その他」には、研修を受けたマネージャーがあげられていた。一方、「指導・助言は受けていない」は1施設あった。

特養では、「同法人内または外部の理学療法士・作業療法士の助言・指導を受けている」が52施設、「看護師の助言・指導を受けている」が77施設、「介護福祉士の助言・指導を受けている」が48施設、「その他」には機能訓練指導員、研修受講済みの職員、外部講師・福祉用具業者、医師、上司があげられていた。その一方で、「ポジショニングの助言・指導を依頼できる専門家が身近にいない」「助言を受けていない」が14施設あった。(図8)



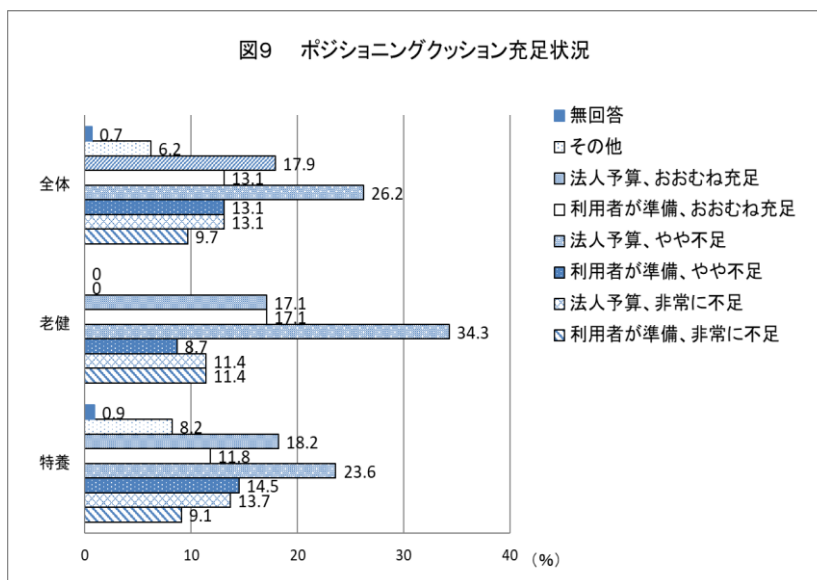
7. ポジショニングクッションの充足状況

老健では、クッション購入計画が法人予算に組み込まれていると回答した施設のうち「おおむね充足している施設」が17.1%、「やや不足している施設」が34.3%、「非常に不足している施設」が11.4%であった。また、利用者がクッションを準備していると回答した施設では、「おおむね充足している施設」が17.1%、「やや不足している施設」が8.7%、「非常に不足している施設」が11.4%であった。

特養では、クッション購入計画が法人予算に組み込まれていると回答した施設のうち「おおむね充足している施設」は18.2%、「やや不足している施設」は23.6%、「非常に不足している施設」は13.7%であった。また、利用者がクッションを準備していると回答した施設のうち、「おおむね充足している施設」は11.8%、「やや不足している施設」は14.5%、「非常に不足している施設」は9.1%であった。

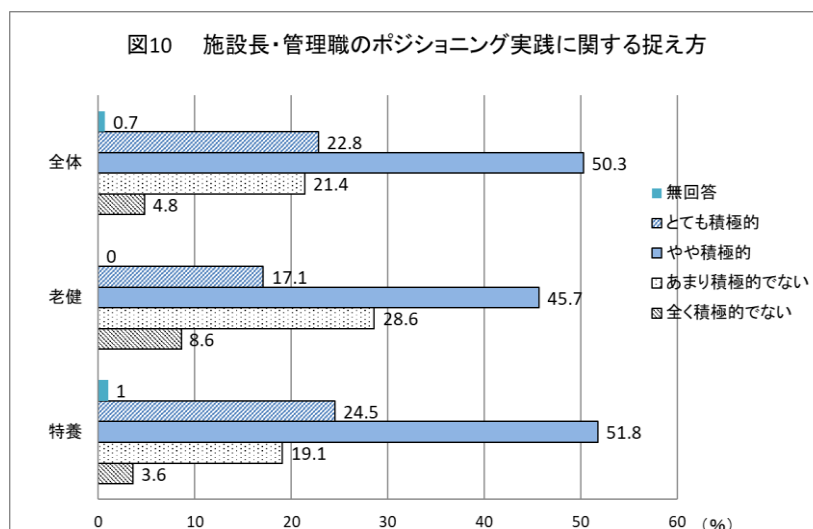
そして、特養のみ「その他」の回答が8.2%あり、その内容は次のとおりであった。「基本、施設の備品として購入しているが、本人の身体に合ったものを使用する場合は、家族に購入依頼をしていて、おおむね充足している。(5施設)」「誕生日や敬老会のプレゼントとして施設予算で購入し、その他必要な方は家族に購入のお願いをしている。(1施設)」「クッションの購入は、主に施設が行うが計画的には行っていない。数は不足している。(1施設)」「施設予算でお試し用のクッションを購入し、試用したクッションが利用者に適していればそのクッションを購入していただき、おおむね充足している。(1施設)」「利用者が負担したり、施設が負担したり、臨機応変だが不足しており、今後の方針を検討中。(1施設)」

老健・特養全体では、「法人予算による準備でおおむね充足している施設」が17.9%、「やや不足している施設」が26.2%、「非常に不足している施設」が13.1%であった。また、利用者の準備により、おおむね充足している施設が13.1%、「やや不足している施設」が13.1%、「非常に不足している施設」が9.7%であった。(図9)



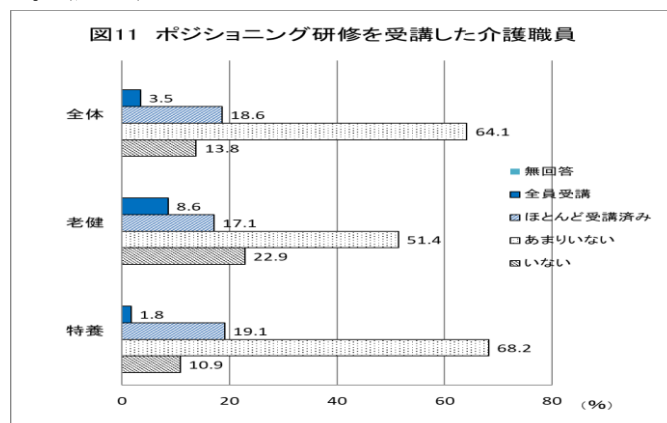
8. 施設長等、法人管理職のポジショニング実践の捉え方

「とても積極的」「やや積極的」を合わせると老健では62.8%、特養では76.3%であった。また、「あまり積極的でない」「全く積極的でない」を合わせると、老健では37.2%、特養では22.7%であり、やや特養の施設長・法人管理職の方がポジショニングの実践について積極的に捉えている。(図10)



9. ポジショニングの研修を受講した介護職員

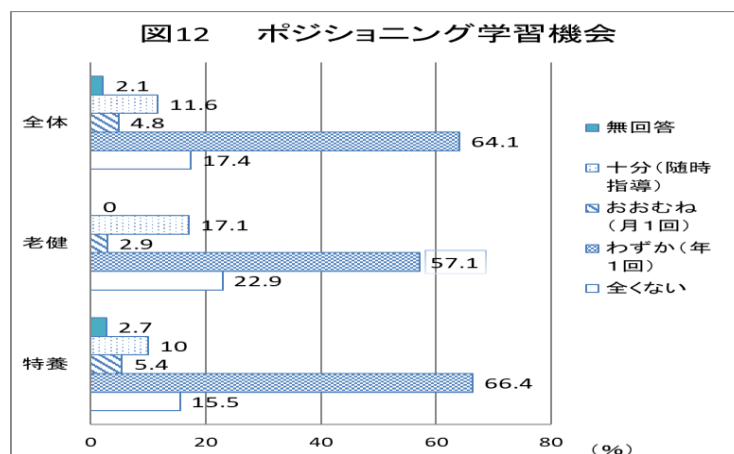
「全員受講」「ほとんど受講済み」を合わせると、老健は 25.7%、特養は 20.9%であった。一方、「受講した介護職員はあまりいない」「いない」を合わせると、老健は 74.3%、特養は 79.1%であり、全体的には約 80%近くの施設がポジショニング研修を受講した介護職員がいない状況である。(図 11)



10. ポジショニングの学習機会

老健の 80%、特養の 81.9%は、ポジショニングの学習機会が「全くない」「わずかにある(年 1 回程度)」と回答していた。学習機会が「全くない」「わずかにある(年 1 回程度)」の理由(自由回答)を分類すると、「指導者不在」(9 施設)、「時間・人員不足」(8 施設)、「別テーマの研修を優先」(11 施設)、「必要に応じて開催」(8 施設)「研修は少ないが、他研修や委員会活動・勉強会の一部として実施」(33 施設)、「外部研修への参加」(4 施設)、「情報が伝わらない・研修体系がない」(8 施設)、「ポジショニングへの関心・学習意欲が低い」(8 施設)のがあった。次に、学習機会が「おおむねある(月 1 回程度)」「学習機会が十分ある」の内容(自由回答)を分類すると、「委員会活動・勉強会として定期的で開催」(4 施設)、「定期的内部研修がある」(2 施設)、「外部研修に参加」(1 施設)、「随時、看護師や理学療法士、作業療法士等が指導する体制がある」(15 施設)の回答があった。

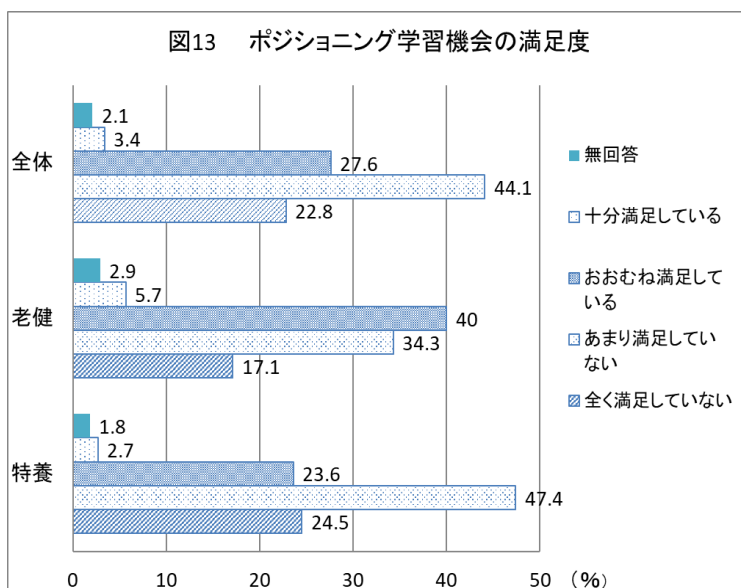
(図 12)



11. 学習機会の満足度

ポジショニングの学習機会の満足度は、「十分満足している」「おおむね満足している」は、老健 45.7%、特養 26.3%、全体 31%であり、「あまり満足していない」「全く満足していない」は、老健 51.4%、特養 71.9%、全体 66.9%であった。(図 13)

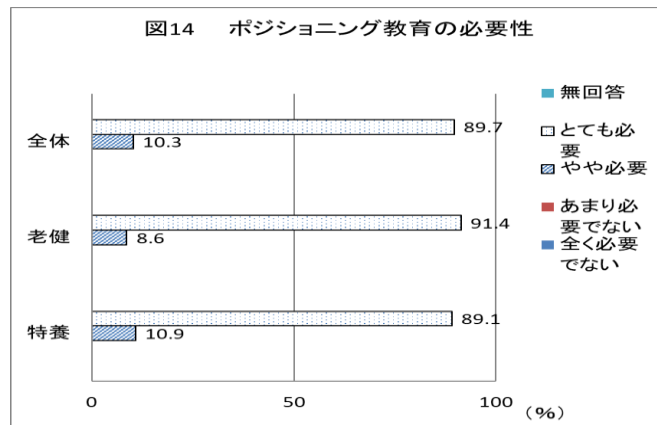
学習機会に「全く満足していない」「あまり満足していない」の理由(自由回答)を分類すると、「学習時間(機会)の不足」(36 施設)、「指導者がいない・指導者の力量不足」(10 施設)、「施設に技術が浸透しない、介護職員の学習意欲が低い」(19 施設)、「個別対応ができない、実践力の不足」(12 施設)の回答があった。また、「おおむね満足している」「十分満足している」理由(自由回答)には、「施設の研修体系(制度)が整っている」(8 施設)、「多職種が連携して指導・習得が可能」(17 施設)、「現場で実践できている・個別対応ができている」(5 施設)であった。



12. ポジショニング教育の必要性

ポジショニング教育については、「とても必要」「やや必要」を合わせると、全体で 100% となり、老健・特養の全施設がその必要性を高く認識している。(図 14)

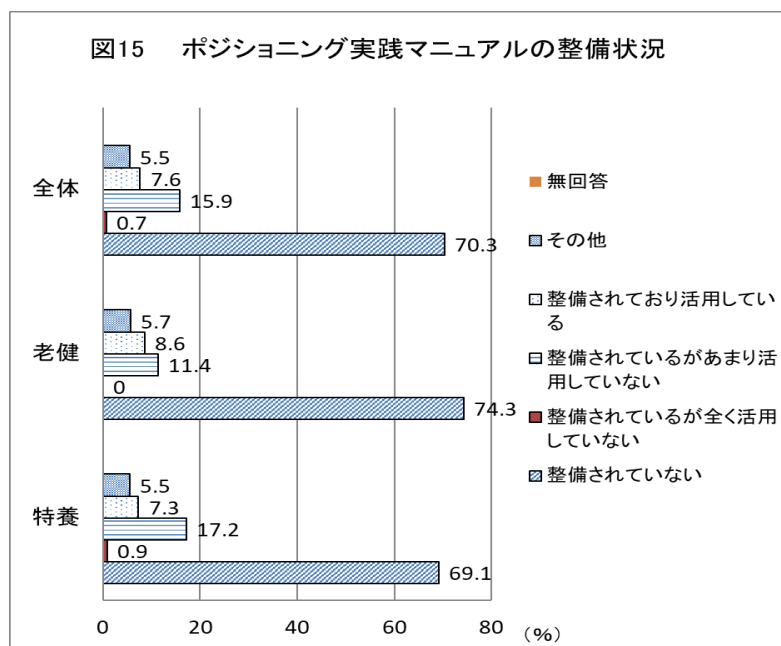
「とても必要」「やや必要」の理由(自由回答)を分類すると、「褥瘡予防」(39 施設)、「拘縮予防」(25 施設)、「誤嚥防止」(7 施設)、「筋緊張緩和」(2 施設)、「良肢位保持」(10 施設)、「機能維持・重度化防止」(20 施設)、「QOL 向上、安全・安心・安楽」(53 施設)、「介護員の負担軽減」(14 施設)「その他」(12 施設)の回答があった。



13. ポジショニング実践マニュアルの整備状況

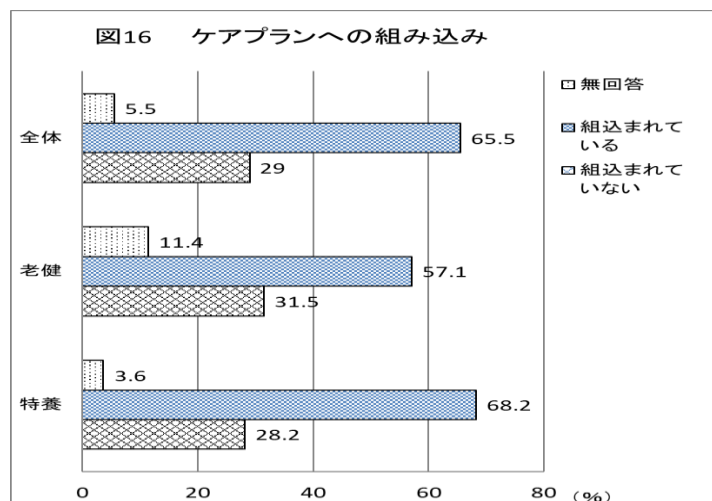
ポジショニング実践マニュアルは、老健の74.3%、特養の69.1%が「整備されていない」と回答し、「整備されており活用している」と回答したのは、老健で8.6%、特養では7.3%であった。(図15)

また、「その他」の内容は、「褥瘡対策の指針のみ整備している」「施設全体では整備されていないが、個別では用意されている」「テープ「ポジショニング・コンパクトガイド」を参照させてもらっている」「資料が少しあるのみ」「利用者個別にポジショニング方法を作成している」「個々のマニュアルはあるが、基本的な考え方や新しい情報のものは無い状況」「チェックシートを活用している」であった。



14. ケアプランへの組み込み

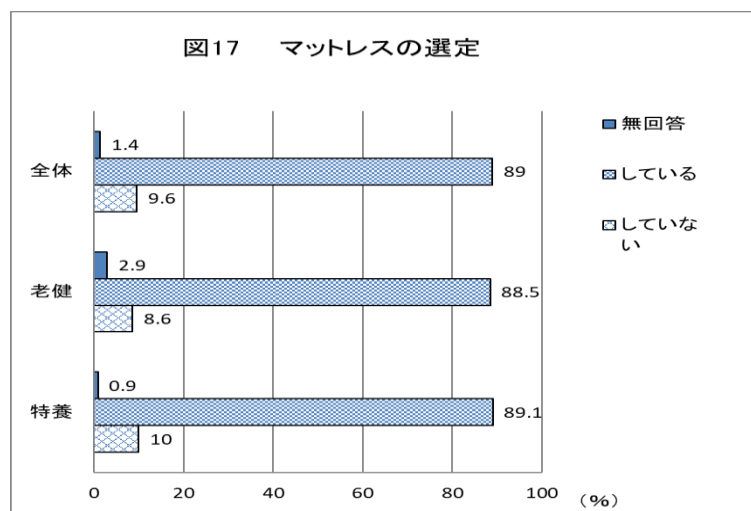
利用者のケアプランの中にポジショニングが組み込まれているかについて、「組み込まれている」と回答した老健は57.1%、特養は68.2%であった。全体としては、65.5%の施設でケアプランの中にポジショニングを組み込んでいると回答している。(図16)



15. マットレス選定について

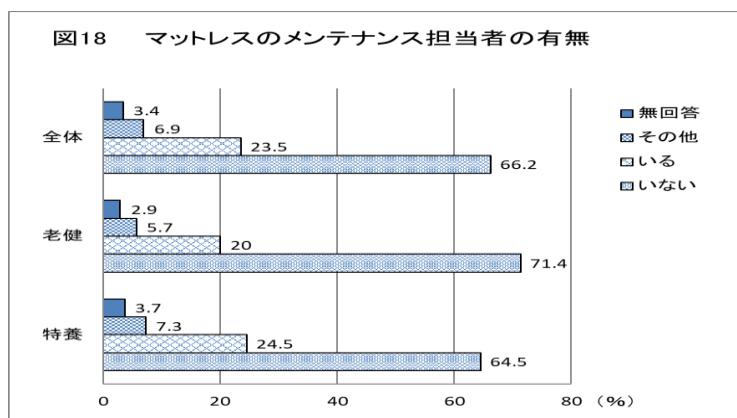
利用者の状態の変化に応じたマットレスの選定は、老健88.5%、特養89.1%が「選定している」と回答している。(図17)

マットレスを誰が選定しているか(複数回答)については、看護師(72施設)、介護職(64施設)、介護支援専門員(24施設)、機能訓練指導員(11施設)、理学・作業療法士(16施設)、医師(2施設)、管理栄養士(1施設)、褥瘡予防委員会(12施設)、相談員(8施設)であった。また、「選定していない」理由(自由回答)は、「財力の問題」「1種類しかなく選択肢がないため(3施設)」「最新のベッドマットレス使用のため」「マットレスの充実はされていない」であった。



16. マットレスのメンテナンス担当者の有無

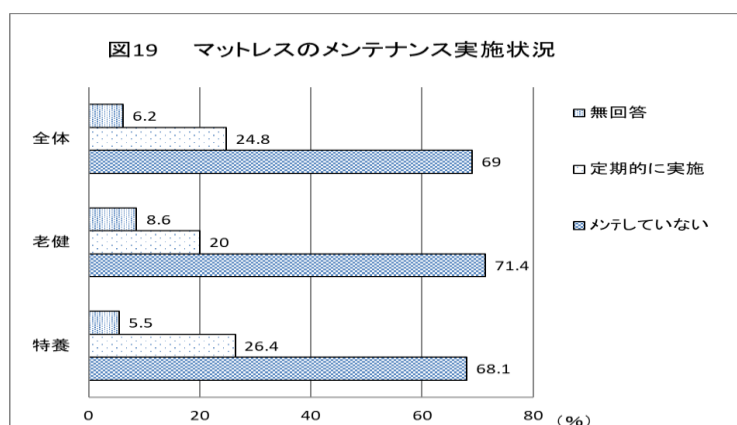
マットレスのメンテナンスの担当者について、老健 71.4%、特養 64.5%が「いない」と回答していた。(図 18) また、「その他(自由回答)」は、「劣化してきたと思えばメンテナンスを依頼する」「リースが多いため、定期的メンテナンスは実施できている」「2セット用意して2か月ごとにマットレスを交換している。交換時に介護職員がへたりなどをチェックしているが、メンテナンスと言えるほどのものではない」「メーカーに来てもらっている」「今後やってくれそうな職員がいる」「昨年度すべて点検し、リースのマットレスに切り替えた。今までは行っておらず、へたりがひどいものが多かったため」「リースのため、1年に1回チェックしてもらっている」「必要な時、リース業者と連携とれる」「購入より1年のためチェックしていない」等の回答があった。



17. マットレスのメンテナンス実施状況

マットレスのメンテナンスは、老健 71.4%、特養 68.1%が「メンテナンスしていない」と回答し、「定期的実施している」は、老健 20%、特養 26.4%であった。(図 19)

また、「誰が定期的実施しているか(自由回答)」については、介護職(17施設)、看護師(4施設)、ケアマネジャー(1施設)、リハビリ職(5施設)、褥瘡防止委員会等(9施設)、福祉用具業者(6施設)、事務職(2施設)であった。



18. その他、ポジショニング実践について困っていること（表2）

カテゴリー	ポジショニング実践について困っていること（自由記述より抜粋）
関節拘縮への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・拘縮の強い人の安楽な体位保持のポジショニングが分からない ・頭が後屈してしまう方に顎をひいて食事をしてほしいが、難しい ・褥瘡予防は意識しながら行っているが、足や手の拘縮に関しては対処法のみで、予防に関する専門知識を聞く機会がない ・余計に拘縮をすすめてしまうのではと不安がある ・座布団、小枕などによる調整が増え、拘縮も悪化傾向にある ・利用者の状態の変化に対応したポジショニングができない
方法の共有と継続的な実践	<ul style="list-style-type: none"> ・なかなかうまく伝わらず、クッションの使用方法を写真で共有しているが、場所が合っているだけで意味がないときもある ・ポジショニングの共有が難しい（クッションのあて方、圧の抜き方など、全職員が同じようにできていない） ・適正さ（安楽、良肢位等）を理解しているはずが、いつのまにか人によっては自己流に転換しやすい。原因に対しての具体策をきちんと精査して進めていきたい。（根本理解、手技・技量、物品活用等） ・統一した方法で行えない。職員がバラバラの方法で行っている状況。参考のため写真を撮り、貼っておいてもその通りにやっていないことが多い ・感覚で行う部分が多いので鈍い職員はうまくできない。なるべく相手が分かる言葉で伝えるように心掛けてはいるが難しい ・決めたポジショニングを皆が継続して実施できない
組織的な実践	<ul style="list-style-type: none"> ・手順書やミーティングで確認を行っていても徹底されていないことがあったり、現場からのフィードバックがほとんどないため、修正時の情報が少ない ・ポジショニングの全体研修を行い、後はポジショニング委員会を中心に実践しているが、全職員が理解を深めるにはどのように活動していけばよいか分からない ・利用者によって実践してはいるが、マニュアルが不十分であり、成果の検証なども行っていない。もっと学びを深めないと困ることも見えていないのが現状 ・ポジショニングに必要な用具の選定～適切な方法～標準化～至るまでの組織的な進め方 ・用具の管理場所と使用状況把握の不足 ・クッション類も統一されておらずバラバラ

<p>認識・価値意識の涵養</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・必要性が低くとられてしまう ・介護士のポジショニングへの関心の低さ ・職員のポジショニングへの前向きさに欠けている ・自己流に転換してしまう原因は様々だが、重要性がいまいち浸透しない ・介護職の主体性がない ・3大介護（食事・排泄・入浴介助）に追われ、丁寧なポジショニングができていない ・利用者の状態が変化しても、先の見通しにつながらない ・褥瘡が治ると、ポジショニングがおざなりになる。それにより再発してしまうこともある。
<p>適切かどうかの判断</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体圧測定等で実践しているが、正しいポジショニングなのかは不明 ・正しいポジショニングがわからず、皆同じようになってしまう ・安楽な体位、枕の当て方など、個人に合った状態になっているのか分からない ・ポジショニング表を作成しているが、それが正しいポジショニングなのか分からない ・専門職が不在で独自のやり方になっている。またその方法が正しいと言える根拠もないのが現状 ・個々に多少クッションにいれ方など工夫はしているが、知識が少ない為これでいいか悩む ・ベッドの基準（サイズ）は一緒、利用者の体は全て違う。既往歴も体のねじれも違う。専門の知識はなく、どれが正確かわからない ・利用者様個人の状態も違うため、基本となるものもなく、統一されていない ・利用者が安楽かどうか分からない ・その都度の確認ができていないので応用ができていかない ・正しい知識がなく、間違いに気づけない

第3節 アンケート調査の考察

1. 褥瘡と拘縮の発生

老健および特養の利用者の日中の姿勢については、ベッドで過ごしている利用者は17～20%、車いすまたは椅子に座って過ごしている利用者が71～77%であった。日中ベッドで過ごしている約20%の利用者には必ずポジショニングが必要であるが、車いすや椅子に座っていても、自分で姿勢を変えることが出来ない利用者は、ポジショニングの対象となる。車いすまたは椅子に座って過ごしている71～77%の利用者の姿勢の状態をアセスメントすることで、ポジショニングによる早期介入が可能になると考えられる。

次に、老健・特養の利用者の褥瘡の発生状況は約3.0%、関節拘縮については約30%の利用者に発生している。これは、褥瘡予防には90%の施設が意識して取り組んでいること、

拘縮予防を意識したポジショニングは 55%の施設しか実践されていないことと関係しているのではないかと考える。

そこで、意識されているポジショニングの実践方法と拘縮・褥瘡の発生との関連があるかどうかを調べるため、「拘縮および褥瘡予防・改善のポジショニング」を実施方法A、「褥瘡予防・改善のポジショニング」を実施方法Bとして次のようなクロス集計表（表3）にまとめ、独立性の検定を行った。

表3 拘縮・褥瘡の発生 (人)

実施方法	拘縮	褥瘡	どちらもない	総計
実施方法A	1,719	177	3,916	5,812
実施方法B	1,323	122	3,206	4,651
総計	3,042	299	7,122	10,463

その結果、検定統計量は 2.75 となり、意識されているポジショニングの実践方法と拘縮・褥瘡の発生との間に関連は認められなかった。この結果は、実施方法Aには実施方法Bの手技が含まれていること、実施方法Aと実施方法Bとの違いが不明確なまま回答を求めた点に原因があると考えられる。したがって、それぞれの手技について方法・留意点の違いを明確にし、褥瘡予防と拘縮予防のポジショニングを分けて問う必要があったと考えられる。

しかし、褥瘡予防の実践については、特養、老健等の施設系サービスの運営基準において、「褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない」とされている。^{4 5} また、これまでも栄養管理体制加算や栄養マネジメント加算など対策がとられてきたが、厚生労働省は平成 30 年度介護報酬改定において

4 (介護保険法平成9年法律第123号) 第88条第1項及び第2項の規定に基づき、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を次のように定めている。平成11年3月31日厚生省令第39号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第13条-5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

5 (介護保険法平成9年法律第123号) 第97条第1項及び第2項、第3項の規定に基づき、介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準を次のように定めている。平成11年3月31日厚生省令第40号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第18条-5 介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

「褥瘡マネジメント加算」を2018年に新設し、定期的なモニタリングの計画とそれに応じたケアを展開することで介護報酬加算を受けられるようになっている。⁶

そして、看護師の介入行為を規定している「看護介入分類」の中にもポジショニングがあげられており（Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, 2006）看護師は日常生活援助技術の一つとしてルーチンに褥瘡予防を意識したポジショニングを行っており、高齢者介護施設においても介護職は看護師と連携して褥瘡予防の視点を意識したポジショニングは行われていると思われる。さらに、日本褥瘡学会のガイドラインでは、体圧分散寝具の使用は「推奨度A」とされており、褥瘡発生率を低下させるために体圧分散マットレスを使用することは広く認知されている（日本褥瘡学会, 2012）。アンケート結果からも「利用者の状態の変化に応じたマットレスの選定」は、約90%の施設で行われていることが分かっており、こうした対策によって褥瘡予防を意識したポジショニングの実践につながっていると考えられる。

しかし、なぜ拘縮予防に配慮したポジショニングの実践が少ないのか、その理由は次のことが考えられる。自力での体位変換が難しい利用者に対しては、同じ部位の長時間の圧迫を避けるため基本的に2時間を超えない範囲で体位変換を行っている。さらに、褥瘡リスクが高い利用者に対しては、体圧分散寝具や圧切替型エアマットレスを使用することで、骨突出部にかかる圧力を低くし褥瘡発生率を低下させることを可能にしている。拘縮予防のためには、体位変換したあとの姿勢に対し、クッションなどを活用してできるだけ広い接触面積で姿勢を保てるようポジショニングをすることが必要になる。そのポジショニングで目指す姿勢は、バランスの取れた安定した体位であり、アライメント（体軸の自然な流れ）を整える必要がある。つまり、体圧分散だけでなくアライメントを整える必要があるという点で拘縮予防は手技の難しさがあるのではないかと考えられる。

⁶ 厚生労働省のホームページ「平成30年度報酬改定について」の中の「介護報酬改定に関する通知」に掲載されている「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の「第5(34)褥瘡マネジメント加算について」等

2. ポジショニングクッションに関する課題

ポジショニングクッションは、基本特性としては体圧分散性能、ずれ力対策、寝心地、安定性に対応、弱点对策特性としては蒸れ対策、雑音対策、衛生面对策、へたり耐久性に対応している。また、「形・サイズ・素材」が3大要素であることから、利用者の体格に合わせ、ある体位を支えるものとして、大きさ、厚み（高さ）が維持され、身体にフィットする（心地良さ）などを基準に選択する必要がある（田中, 2013）。

アンケートの結果から、クッションを法人予算で準備している施設が約 60%、利用者が準備している施設が約 40%であった。その他、「施設の備品としてもクッションは複数種類準備しているが、さらに利用者の身体状況に合ったものがなければ利用者・家族にも準備を依頼している」と回答している施設が複数あった。このように、ポジショニングクッションの整備は各施設の考え方によって異なり、利用者に準備を委ねる施設と施設で準備する体制をとっているところがある。しかし、全体としては約 60%（やや不足 39.3%・非常に不足 22.8%）の施設がクッション不足の状況であった。

介護保険施設における「日常生活に要する費用の取り扱いについて」は、介護保険法に基づく設備運営基準の省令⁷のなかで、施設が介護保険の給付対象となる利用料の他に利用者から支払いを受けてよい費用について定めている。“日常生活においても通常必要になるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められるもの（その他の日常生活費）”であり、平成 13 年 3 月 28 日厚生労働省老健局振興課事務連絡「運営基準等に係る Q&A」によると「施設で要介護者への介護サービス提供のために必要な車椅子、エアマット、防水シート、体位変換用クッション、センサーマット、その他各種福祉用品等の費用は、保険給付に含まれるものとして、利用者から個別に徴収することはできない」としている。しかし、ポジショニングクッションは、前述の 3 大要素を考慮すると一般的なクッションより高価であり、単価が 3,000 円から 25,000 円程度のものまでである。身体の状態により利用者一人で数種類を複数個使用する必要があることから、特に重度の利用者が多い施設にとっては、必要数のクッションを全て施設が準備することは負担が大きい。

一方、施設がサービスの一環として提供する日常生活上の便宜に係る物品という位置づけで、利用者にクッションの準備を求める場合についても、利用者の中には自費購入できない人も多い。入所の場合は介護保険による福祉用具・介護用品のレンタルを利用することも

⁷ 平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第 9 条第 3 項(利用料等の受領)平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 40 号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 11 条第 3 項(利用料等の受領)

できない。「ポジショニングクッションは値段が高くて利用者・家族に勧めづらい」という介護職員の声も多く、介護職員は積極的にポジショニングに取り組んでいきたい気持ちとクッション不足との間でジレンマを抱えていると考えられる。

佐竹ら(2011)は、ポジショニング技術とは何かについて検討する中で「用具」の観点からも論じている。看護師は「ポジション管理が適切に行えないことから生じる二次障害の予防のため」、病棟にある物品や廃材となった入手可能な物品を用いて新しい用具を考案・開発し、一人一人の「技」を磨くだけでなく「用具」を使うことによってその技術を高めようとしていたと述べている。そして、さまざまな看護技術のなかでもポジショニングは、「用具」を活用する比重の大きい技術であり、「用具」を使うことで、個々の技術の向上につながるるとともに、一定した技術として患者に提供されるよう精錬されてきた技術である。」と述べている。高齢者介護は一時的な利用ではないことが多く、長い期間を施設で暮らす利用者は多い。利用者にとって、人生最期のときまで安楽な姿勢で過ごすことは基本的な欲求ともいえる。安楽な姿勢を支援するうえでポジショニングは欠かせない技術であり、それは、クッションやマットレスなどの用具なくしてできない技術である。介護職にとっても、用具を使うことで介護職のポジショニング技術は高められる。

したがって、高齢者介護施設には、ポジショニングクッションの必要数・種類の調査から、購入および物品管理にいたるまで、その技術提供が保障されるよう環境整備からの支援が求められる。

3. マットレスに関する課題

利用者の状態の変化に応じたマットレスの選定は、老健・特養ともに約90%が「選定している」と回答しているが、マットレスのメンテナンス担当者については、老健・特養ともに65~70%の施設が「いない」と回答している。また、「メンテナンスしていない」と回答した施設は、老健・特養とも約70%にのぼり、「定期的実施している」のは老健20%、特養26.4%であった。前述の褥瘡の発生状況から、自力で寝返り(体位変換)ができない方、褥瘡のある方、栄養状態低下、看取り期の利用者に対しては、体圧分散寝具や圧切替型エアマットレスへの切り替え(選定)が比較的スムーズに行われていると想像できる。

マットレスは、リース利用の場合はリース業者と連携してメンテナンスができていると思われるが、多くの施設では、へタリがひどいマットレスを使用しているにもかかわらず、適時適切なマットレスの選定ができずに拘縮・変形などの2次障害を生んでいる可能性がある。痛みや褥瘡を、利用者本人の身体機能の低下だと思いがちだが、マットレスやクッションを新品に変えたら治った、ということがある(窪田, 2010)。また、田中(2013・2014)

は、体圧分散寝具を使用しても、体位を支持するピローの素材や形状が使用する人の身体に合っていないければ、安楽が阻害されることを確認している。これらのことから、利用者の体格・体位、使用しているクッションとの組み合わせによる体圧分散性能の違いを確認し、同時にマットレスのメンテナンスも行う体制づくり、さらに、確認した結果に応じてその組み合わせを柔軟に変更できるしくみづくりの検討も今後望まれる。

4. ポジショニング学習・教育について

ポジショニングは「用具」を活用する比重の大きい技術であり、「用具」をつかうことで、個々の技術の向上につながるとともに、一定した技術として患者に提供されるよう精錬されてきた技術である。また、同じ用具でも使い方によって患者（利用者）への影響の違いがみられるため、使用法も含めて用具は検討が必要であり、手技の統一により、より安全に安楽にポジショニング技術を提供することができる（佐竹ら, 2011）。用具を準備するだけでなく、技術としてそれをどう扱うかが重要となる。

しかし、アンケートの自由記述（表 2）では、実践上の困りごととして「自己流」「各職員がバラバラの方法で行っている」「行ったポジショニングが適切かどうかの判断ができない」「正しいといえる根拠もない」といった不安の声が多く上がっている。

教育の必要性は、特に褥瘡と拘縮の予防・改善、利用者の QOL の向上といった理由から特養・老健とも回答のあった全ての施設がその必要性を認識していることが分かっている。それにもかかわらず、学習機会の現状は、老健・特養ともに、「学習機会が全くないか、わずかにある」と回答した施設が約 80%、「ポジショニング研修を受講した介護職員がいない、またはあまりいない」施設が約 75%であった。また、現状の学習機会について、50～70%の施設が満足しておらず、介護現場の問題に教育が追いついていない現状がみえてきた。厚生労働省「平成 28 年度介護給付費等実態調査の概況（施設サービス別にみた要介護状態区分別単位数）」によれば、特に、特養については理学療法士等の専門職の配置もなく、一般に老健と比較すると利用者の要介護度が高いことから、介護職員の学習・教育機会が確保されなければ、褥瘡・拘縮の発生、利用者の QOL の低下、介護負担の増加等、状況はさらに深刻になると考えられる。

一方で、学習機会があり満足していると回答した施設では、「施設の研修体系（制度）が整っていること」「多職種が連携して指導・習得が可能であること」「現場で個別対応ができていること」等をその理由としてあげている。これらのことから、今後は、「定期的」「随時」の学習指導体制づくりが、ポジショニングの適切な実践につながる要因と考えられる。

5. ポジショニングの実践体制について

実践の体制については、約 70%の施設がポジショニングのリーダーが不在であり、ポジショニングの実践マニュアル等の整備はされておらず、前述の学習・教育機会の不足やクッションの不足と合わせて、多くの施設でポジショニングの実践ができる体制は整っていないことが分かった。このことは、アンケートの自由記述（図表 19）において、「ポジショニングの共有が難しい」「全員が統一した方法で行えない」「決めたポジショニングを皆が継続して実施できない」等の意見に現れている。また、ポジショニングに必要な用具の選定から適切な方法での実践、標準化に至るまで組織的に進める必要についての意見もある。

介護サービスは 24 時間、交代制勤務であることから、標準化して共有化された仕事として行われていなければ継続性は保てない。ポジショニングは個別性が高く手順の統一だけでは適切な実践はできないが、ポジショニングが組織に浸透するためには、何らかのマニュアルだけにとどまらず運用レベルの対策が必要と思われる。

また、自由記述では特筆すべき点として、ポジショニングへの「介護職員の関心の低さ」「主体性に欠ける」「重要性が浸透しない」等、介護職の意識への指摘もあった点である。佐竹ら（2015）は、看護師が行うポジショニングが「技」となる要素について、「人権を尊重し、安全・安楽・自立を促すという看護技術の基本を保障する思い・考え」と述べている。また、松尾(2006)は「いかに優れた組織において、質の高い経験を積む機会に恵まれたとしても、本人に学ぶ力がなければ、高度な知識やスキルを身につけることはできない」とし「学習する能力としての仕事の信念の重要性を述べている。これらの指摘から、ポジショニング実践の根底には、介護の理念や個人の信念、意識を高いレベルで持ち続けることが必要であり、それをどう育てるによってポジショニングの学習や実践が方向づけられるのではないかと考える。

第4節 アンケート調査の結論

本調査では、高齢者介護施設におけるポジショニング教育について検討するため、実践の現状と課題を明らかにすることを目的に調査を行った。老健・特養では、日中ベッドで過ごしている約 20%の利用者だけでなく、車いすや椅子に座っている利用者に対しても姿勢の状態をアセスメントし、拘縮が軽度の段階からポジショニングに取り組み、褥瘡や拘縮の発生を予防する必要がある。しかし、現状は、特養・老健の約 80%がポジショニングの学習機会がなく、ポジショニング研修を受講した職員も少ない状況であった。また、学習機会の満足度も低く、実践上の困りごとも多くあげられていることから、施設内にはポジショニング技術の伝達・教育機能がない施設が多いことが考えられる。したがって、今後、リーダー

一養成も含めた教育に関する検討が必要であると考え。

また、毎日の実践に関しては、知識・技術の不足だけでなく、クッション不足の状況が見られ、法人予算でクッションを用意していて概ね充足している施設は、全体の17.9%しかないという状況は今後の大きな課題である。そして、具体的にケアプランにどのように組み込み、介護職員が実践できる組織体制をどう作っていくか、クッションやマットレスの管理も含めた対策を検討することで意識的な実践につなげていく必要がある。

そして、ポジショニングを実践する上で大切な介護職員の信念や意識、関心をどう育てるかの検討も今後の課題であると考え。

第5章 介護福祉士養成課程におけるポジショニング教育

第1節 介護福祉士養成課程におけるポジショニングの位置づけ

介護福祉士養成施設における教育内容⁸には、領域「介護」のなかに「生活支援技術」があり、そのねらいは「尊厳の保持の観点から、どのような状態であっても、その自立・自律を尊重し、潜在能力を引き出したり、見守ることも含めた適切な介護技術を用いて、安全に援助できる技術や知識について習得する学習とする。」として、教育に含むべき事項の一つとして「自立に向けた移動の介護」が位置づけられている。ポジショニングはここに含まれる内容であるが、「安楽な体位の保持」としてポジショニングの手順が掲載されているテキストはごく一部である。

また、介護福祉士養成のためのテキストは、平成27年まで行われていた介護福祉士国家試験実技試験との関連から、体位変換を含む移動・移乗技術の習得が必須の技術として重視され、体位変換した後あるいは移動した後のポジショニングについては、具体的な技術教育は行われておらず、養成教育の中では手つかずの状態になっている。

そのような状況の中、報告書「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」(平成27年2月25日 社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会)においては、「量的確保と質的確保の同時達成に向け、総合的に取り組む必要がある」ということが打ち出された。ポジショニングは全ての活動の基礎となる“姿勢”にアプローチする技術であることから、介護の質の向上に大きく貢献する技術であるといえる。ポジショニングを実践していこうとするならば、その目的を理解し、利用者の心身をアセスメントしたうえで、利用者個々の状態にあったクッションやマットレス、車いすを選択し、利用者の状態に適した姿勢となるよう調整するなど、高度な知識と技術を要することになる。特に高齢化・重度化した利用者が多く生活している高齢者介護施設においては、ポジショニング実践能力の高い人材の育成が望まれている。

⁸ (省令) 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)第5条3別表第4
(通知) 社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について(平成20年3月28日社援発第0328001号)別添2「介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針」8教育に関する事項別表1

第2節 領域「介護」におけるポジショニング教育の試み

1. ポジショニング教育導入の有効性

木林・天野(2011)は、介護福祉士養成教育の中でポジショニング教育に取り組んでいる。平成21年度より介護福祉士養成カリキュラムの領域「介護」の中の介護技術(基礎介護技術、応用介護技術、発展介護技術)合計150時間のうち、1年次の「基礎介護技術」の中でポジショニングを4.5時間充てている。そして、高齢者の姿勢に関するアセスメント能力をつけるため、「姿勢アセスメントガイド」を作成している。このガイドは、利用者の姿勢を、頭・胸部・骨盤・両上肢・両下肢の7つの部位の位置関係でとらえ、観察する目を養いながら、身体の「ねじれ」や「ゆがみ」がおきている部位、体圧が強いかかっている部分などを的確に把握するための実用的なツールとしての発展を目指している。利用者の姿勢について具体的に観察、把握できるようになれば、それにより生じている問題点(褥瘡になりやすい、関節拘縮がすすむ、圧迫により呼吸が浅くなっているなど)に気づき、個々の利用者にあったポジショニング方法を試行錯誤する「考える力」をつけることができるのではないかと考えている。

2年次に実施する「発展介護技術」では、実習で担当した利用者の具体的な介護技術方法を検討するグループワークが行われる。その中で、シーティングやポジショニングの知識・技術を活用して検討するグループも増えてきたことは、基礎介護技術でのポジショニング学習を土台に介護実習での経験や学びを通して発展させることができるようになってきたという一つの成果ではないかと考える。

また、学生自らが利用者の不良姿勢を体験する演習を取り入れているが、これにより学生は、ポジショニングを適切に行う必要性を実感するようになってきている。授業に対する学生の感想の中には「見た目だけではわからなかったが、自分が体験すると、この姿勢では数分でもつらいことが実感できた。」「さまざまな身体の部位を細かく観察する必要がわかった。」「骨盤や体幹は見ただけではわからないので、実際に体に触れてみることでその状態を確認する必要があることがわかった」などの意見がきかれる。また、背中にあてたクッションの素材、形、大きさ、あて方により、身体の安定感やフィット感の違いがあることにも気づいていた。そして、安定感やフィット感といった感覚は個々に違うことにも気づき、介助者側の観察や判断だけでなく、利用者とのコミュニケーションを図りながら試行錯誤していくことの重要性にも気づいていることが分かった。これらは、利用者に適したポジショニングを実践するための重要な視点であり、会話や観察、利用者との接触を通して学生に気づいてほしい内容でもあり、ポジショニングを介護福祉士養成教育に含む意義は大きい。

また、看護教育のなかにポジショニングを取り入れている例は、田中ら（2018）が報告している。ケア提供者が患者と似た状態を模して体験することは、ケア提供者自身の身体感覚が向上するだけでなく、環境を観る視点が鍛えられ、患者の動きや行動、心理の理解にも通じると述べている。そして、ポジショニングを指導する方法として、「体験型グループディスカッション」が効果的であるという。ケア提供者の意識や経験が、ケアを受ける側に大きな影響を及ぼすこと、ポジショニングによって人を苦しみから救うこともできれば、意図せざるとも苦しみを押し付けることにもなりかねないということをケア提供者が認識しておくべきであると指摘する。そして、そのことを体験とディスカッションによって深めることができると述べている。

2. 今後の課題

ポジショニングを介護福祉士養成教育に導入する上で課題となる点は、次の3点があげられる。

(1) 教授方法について検討がされておらず、ポジショニング教育に関する十分な内容を含んだテキストがないこと。

限られた時間の中で、介護福祉士として基本的な知識や技術を獲得するためには、ポジショニングに必要なアセスメントの視点や、実践方法、必要な用具の選択方法などを教材として取り入れていく必要がある。

(2) 介護技術教育に携わる教員個々の知識や技術、関心もさまざまであること。

利用者の姿勢やポジショニング、シーティングについての関心が高く、教育できる教員が少ない。医療・リハビリ職との連携による教育体制の構築が必要である。

(3) 教材となるクッションやマットレスが十分に整備されていないこと。

ポジショニング教育には、仰臥位や側臥位を支えるためのクッション、素材や形、大きさが異なるクッション等を複数準備する必要がある。また、メンテナンスや収納面でも現実的な課題がある。

ポジショニングに関する知識や技術は奥が深く、3回の授業では伝えきれないことも多いが、学生の学びの深まりや卒後の取り組みによって成果を出してきている。まだ介護福祉士養成教育の中の確立した教育内容とはなっていないが、以上の3点を考慮しながら、学生がやがて介護の現場に出たときに、介護福祉士が担うべき専門的知識・技術として意識できるよう基礎教育における取り組みを発展させていかなければならない。

第3節 領域「医療的ケア」におけるポジショニング教育の試み

1. 経管栄養実施時の姿勢に関する実態調査からの示唆

木林・天野（2019）は、高齢者介護施設における経管栄養時の姿勢とポジショニングの現状を把握するため、高齢者介護施設を対象に質問紙調査を実施している。静岡県内の特別養護老人ホームおよび介護老人保健施設 389 施設の施設長あてに自記式調査票を配布し、145 施設（有効回答率 37.3%）が回収され、そのうち経管栄養を行っている利用者がいると回答した施設は 121 施設であった。（調査期間は、2018 年 3 月～2018 年 5 月）各質問の回答結果は以下のとおりである。

（1）ベッド上で経管栄養を行う際の利用者の基本的な姿勢（表 4）

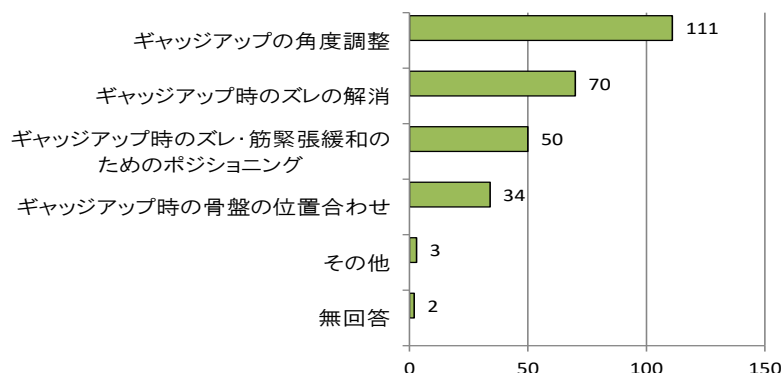
経管栄養時の姿勢は、「仰臥位でギャッジアップ」が 48.8%と最も多く、次いで「側臥位でギャッジアップ」が 40.5%であった。「その他」の内容は、「ティルト・リクライニング式車いす使用：6 件」「ティルト・リクライニング式車いす使用（状態によっては仰臥位でギャッジアップ）：2 件」「利用者の状態により仰臥位または側臥位、医師の指示で変更：4 人」であった。

	施設数(件)	%
仰臥位でギャッジアップ	59	48.76
側臥位でギャッジアップ	49	40.49
その他	12	9.92
無回答	1	0.83
合計	121	100

（2）経管栄養時のポジショニングで実践していること（複数回答可）（図 20）

経管栄養時のポジショニングで常に実践していることは、「ギャッジアップの角度調整」が 111 件で最も多く、対象施設の 91.7%の施設で実施されていた。次いで「ギャッジアップ時のズレの解消」が 70 件で 57.9%、「ギャッジアップ時のズレ・筋緊張防止のためのポジショニング」が 50 件で 41.3%の施設が実施していると回答していたが、「ギャッジアップ時の骨盤の位置合わせ」は 34 件、28.1%の施設しか実施していない。

図 20 経管栄養時のポジショニングで、常実践していること



(3) 主に使用している栄養剤名と経管栄養の時間と頻度について (表 5)

主に使用している栄養剤・1回の注入時間・1日の注入回数は、利用者の状態により異なるが「1回の注入時間1～3時間」を「1日2～3回注入」と回答している施設が30施設あった。

表 5 主に使用している栄養剤名と経管栄養の時間と頻度 (18施設は無回答)

1回の注入時間	1日の注入回数	該当施設数	使用している栄養剤名 (回答のとおり記載)
5～30分	2～3回	27施設	エコフローアクア、メイグッド、エンシュア リキッド、アイソカル、ニュートリート、F2 ライト、F2ショート、メディエフ等
30分～1時間	2～3回	46施設	メイバランス、MA-R、ハイネーゲル、 アイソカルサポート、エコフロー、エコフ ローアクア、エンシュア等
1時間～3時間	2～3回	30施設	メイバランス、アイソカル、サンエット、リ カバリー等

以上、実態調査の結果より、経管栄養を行っている利用者は「栄養剤を1回 30分～3時間、1日2～3回注入していることから、動きが制限された同一体位で過ごす時間が長時間に及んでいる」ということが明らかになった。

経管栄養時の利用者の姿勢については、主に「仰臥位でギャッジアップ」が最も多く、次いで「側臥位でギャッジアップ」であった。また、ギャッジアップ時に行っていることは、「ギャッジアップの角度調整」は多くの施設で行っていたものの「ギャッジアップ時の骨盤(股関節)の位置合わせ」を行っているとは回答した施設は少なかった。

ギャッジアップの角度調整はスタッフ間で統一することで経管栄養中の患者の嘔吐回数が減少する変化があったとの報告(坂, 2006)もあり、教育に活かすべき点としては、ベッド上で経管栄養を実施する際は、「ギャッジアップの角度の確認」や「ベッドの屈曲部位と

骨盤（股関節）の位置合わせ」といった具体的なギャッジアップの方法・留意点を教育に含めていくことが必要であるといえる。

2. 「医療的ケア」教育にポジショニングを導入するねらい

医療的ケアのうち経管栄養に関する教育について、筆者らは基礎的知識・実施手順に加え、経管栄養時の姿勢をサポートするためのポジショニング教育を授業に取り入れている。

そのねらいは、次の2点を上げることができる。

- (1) 経管栄養を行う際の同一体位の継続は、筋緊張を亢進させ身体の硬さや拘縮などの二次障害をきたす可能性に対する問題意識をもつこと

経管栄養は、利用者の身体の状態により栄養剤の形態や注入時間は異なるものの、注入している時間とその後 30 分程度は同じ姿勢を保つことが必要になる。重度片麻痺患者の臥位姿勢では、筋緊張の亢進による左右非対称の不良姿勢を生じやすく（小笠原, 2009）、その状態のままギャッジアップを行うと、不良姿勢を助長し拘縮の原因となることから医療的ケアの技術と合わせて学習する必要があると考える。

- (2) 介護福祉士の専門性への意識を高めること

介護福祉士は、利用者の尊厳を守り、よりよい生活・人生を送ることができるようサポートをすることが求められている。したがって、介護福祉士が行う医療的ケアは、医療との連携において安全に実施することは言うまでもなく、経管栄養時の利用者が苦痛なく安楽に食事が摂れ、生きる力を損なわないようなケアを行う必要がある。その一つがポジショニングであると考えられる。

3. 「医療的ケア」の授業にポジショニングを含めた結果と考察

学生同士が利用者役と介助者役になり、経管栄養時を想定してポジショニングの演習を取り入れている。実際に側臥位でギャッジアップをされる利用者体験をしてもらうと、ほとんどの学生が、身体の苦痛や身体がベッドの足元の方に引っ張られるような違和感を訴え、「利用者にこんなつらい姿勢をさせていたとは気がつかなかった」などの感想が多く聞かれる。側臥位でギャッジアップした姿勢については、不安定さから筋緊張が高まる可能性があり、そのポジショニングは仰臥位以上に配慮が必要なのである（田中ら, 2018）。したがって、教育においては、仰臥位だけでなく側臥位でのギャッジアップ時の姿勢体験を含めることで、経管栄養を安全・安楽に実施するためには、医療的ケアの手技だけでなく、ポジショニングによって姿勢を整える必要性の理解につながっている。

また、医療的ケア研修は、手順重視に陥りやすい研修内容であることから、専門性の議論、苦痛を与えずに生活支援の中で予防的ケアを行う技術の向上、利用者体験学習を取り入れ、

考えて行動できる介護福祉士を養成する必要がある(赤沢ら, 2014)。関矢(2015・2016)は、医療的ケアのテキストから基本研修(演習)に用いられる評価表について、専門職としての基本的構成要素である「知識」「技術(方法)」「価値」の3要素に分類している。医療的ケア教育は「技術や手順」に重点が置かれており、経管栄養時の姿勢を整えるという行為については、専門職としての基本的構成要素の「価値」に分類されていると述べている。また、領域「医療的ケア」は、従来の3領域「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」との重複が多いことから、横断的・階層的なカリキュラム編成の重要性、他の科目と重複する内容の整理(呼吸器・消化器系・筋・骨格系の理解や人間の尊厳や自立等との関連)、更に介護予防の視点を取り入れていく重要性を指摘している。

これらの先行研究から、介護福祉士養成カリキュラムの中の領域「医療的ケア」における経管栄養に関する教育内容は、断片的な知識の教授にとどまるのではなく、経管栄養時の“姿勢を整える”という行為についても教育に含め、他領域・他教科との関連をもたせながら充実を図る必要があるといえる。そして、生活支援としての医療的ケアという視点や知識・技術だけではない“価値”への配慮をどう教育に取り入れていくかという点についての検討が必要と考える。

今後、経管栄養の安全・適切な一連の手技・手順だけでなく、できるだけ利用者の苦痛を緩和しながら、誤嚥や拘縮等の二次障害を起こさない技術と考え方を教授する必要がある。具体的には、①同一体位で長時間を過ごすことによる苦痛を緩和するためのポジショニングの方法について、②ギャッジアップの角度の確認と調整の方法について、③介護施設における経管栄養時の現状に合わせ、仰臥位だけでなく側臥位のギャッジアップ時のポジショニングの方法について、また、④介護職は姿勢の調整に関しても医療職と連携する必要がある点について、教育に含めていく。介護現場ではポジショニングの学習機会は不足していることをふまえると、介護福祉士養成教育における領域「医療的ケア」の中でポジショニングの教育を含める意義は大きい。

第6章 介護職の職場内研修（OJT）とポジショニング

第1節 介護職の職場内研修（OJT）におけるポジショニング教育の現状と課題

高齢者介護施設で働く介護職は、福祉系大学や介護福祉士養成施設等の養成施設ルートからの介護福祉士や実務経験ルートといわれる介護職員初任者研修修了者、実務者研修修了者、あるいは無資格者など様々である。よって、同じ介護職でも習得している介護の専門知識・技術には多少の違いがあり、経験、経歴等の多様性などにおいても、他の専門職集団とは大きく異なる点が特徴である。

介護現場における介護の質向上に向けた研修は、職務を通じての研修（OJT：On the Job Training）、職務を離れての研修（Off-JT：Off the Job Training）がある。多くの施設・事業所では、組織内に指導者や教育担当者を配置の上、日常業務の中で意図的、計画的、組織的に取り組むOJTが主に行われている。

シルバーサービス振興会の平成25年度「介護職員の資質向上（キャリアパス）におけるスキルの評価等の有効性に関する調査研究事業報告書」によると、約8割の事業所において「OJTを実施している」と回答しているが、「計画的なOJTの仕組みがある」「組織的にツールを使って計画的に実施している」と回答した事業所はそのうちの半数程度であり、OJTが根付いているとは言えない実態が明らかになっている。介護労働安定センターの「令和元年度 介護労働実態調査の結果と特徴」では、「今の職場で受講した研修」について、「衛生管理（感染症・食中毒）」が62.0%で最も高く、次いで「高齢者虐待の防止に関する研修」が59.4%、「緊急時の対応に関する研修」が59.1%という結果であり、研修項目はいずれも介護労働者に必要とされる研修ではあるが、介護労働者の経験や能力に応じて専門性を高める研修計画を立てる必要があると指摘している。また、シルバーサービス振興会の「OJTを通じた介護職員の人材育成に関する調査研究事業報告書（平成30年3月）」によれば、介護はケアの個別性・可変性ゆえに、無数にあるケアのバリエーションの中から、どの介護行為を選択するか判断が求められる、と述べ、介護サービスの技術方法の選択は、介護職員の「現場での臨機応変の対応」に任されてしまい、「暗黙知」によって決定され、継承され、明文化されてこなかった点について指摘している。そして、職場においてどのように人材育成に取り組んでいくかは、各事業所の自律的な取り組みに任されているが、介護サービスの提供において身につけるべき能力としては、「専門性」に裏付けられた介護技術を前提にして、「状況に応じた判断」が的確にできる「実践力」が必要となると述べている。個別性・可変性といった性質を有する介護の提供において、「状況に応じた判断」

を行えるようになるためには、OJTにより、熟達者が被熟達者に対して「状況に応じた判断能力」をつけさせるよう、指導することが重要であると指摘している。

これらの報告から、介護職のOJTでは、“専門性に基ついた介護技術”“状況に応じた判断ができる実践力”を身につけられるような研修内容が求められている。ポジショニング学習に関しては、介護福祉士養成教育のなかで学ぶ機会はほとんどなく、たとえ養成校で学ぶことができたとしても、介護職員に占める介護福祉士の割合は4割弱、そのうち養成校出身者は2割程度であることを踏まえれば、ポジショニングの教育・学習機会はOJTが主体となる。しかし、前述のとおり、基本的な体位変換や移動・移乗技術の研修は行われても、体位変換をした後あるいは移動・移乗した後の姿勢を適切に整えるポジショニング技術については行われていないのが現状である。したがって、今後、OJTの中でポジショニング教育を効果的に推進していくためのプロセスやシステム化の検討が必要になると考える。

第2節 介護福祉教育と介護現場の連携によるポジショニング教育の試み

1. 介護福祉士養成教育と介護現場との連携

本節では、職場内研修（OJT）の一つの方法論として、介護職員と理学療法士、研究者（介護福祉士養成教員）との協働によりポジショニングに取り組んだ高齢者介護施設A苑での実践過程から今後の課題を明らかにする（木林・天野, 2012）。

（1）研究方法

アクションリサーチにより ポジショニングを実践していく過程を質的に分析する。参加観察記録、写真の記録、会議録、介護職員へのインタビューの記録を分析対象とし、取り組みの過程と事例利用者および家族に現れた変化、介護職員の変化、研究者（介護福祉士養成教員）の果たしてきた役割を関連づけながら 分析・解釈した。

（2）実践の経過

アクションリサーチは、研究者がフィールドに積極的に関与してそこで起きている問題を解決していくものであり、その展開過程は、介護職員と研究者（介護福祉士養成教員）との共同による実践と内省の繰り返しであり、その過程を局面として表すと次のとおりであった。（表6）

表 6. ポジショニング事例の取り組み過程

局面	過 程
局面 1	<p>【チーム結成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者介護施設 A 苑の介護長および介護主任からの要望により、「ポジショニング推進チーム」を結成。チームの構成員は、介護職員（介護長 1 名、介護主任 1 名、ポジショニングリーダーとして 2 ブロックから各 1 名の計 2 名）、理学療法士（外部）1 名、研究者（介護福祉士養成教員）2 名とした。 ・ポジショニングリーダーは、ポジショニングセミナー（外部研修）受講済の介護職員とした。
局面 2	<p>【ポジショニングの目的を確認・実践の共通理解】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのように介護職員全体で実践していくかについて話し合いを行った。 ・理学療法士（外部）に定期的な訪問指導を年間 5 回依頼。 ・ポジショニングリーダーが対象利用者を選ぶ。 ・A 苑介護職員全体を対象に理学療法士（外部）、リーダーを中心に勉強会を実施。 ・理学療法士の訪問時は、必ず研究者（介護福祉士養成教員）とポジショニングリーダーが同行。 ・ポジショニングリーダーは、対象利用者の現在の姿勢の状態、介護の経過、生活・介護上の問題点等について理学療法士に説明し、対象者のベッドサイドでポジショニング方法の指導を直接受ける。 ・ポジショニングリーダーは介護職員にポジショニングの方法を伝達し、チームケアが行われるように指導・助言する役割を担った。 ・研究者（介護福祉士養成教員）は、定期的に A 苑を訪問し、ポジショニングリーダーと共に取り組み状況を確認し、コンサルテーション的な役割を担った。 ・初年度は、理学療法士が 5 回、研究者が 24 回訪問し、5 人の事例に取り組み、2 年目は、理学療法士が 7 回、研究者（介護福祉士養成教員）が 18 回訪問し、7 人の事例に取り組み、各年度末には反省会を行い成果と課題を共有した。
局面 3	<p>【ポジショニング実践方法の明確化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士の指導を受け、最初は、研究者（介護福祉士養成教員）が利用者の写真にポジショニング実施方法（注意事項）等を記入。 ・その後は、ポジショニングリーダーがポジショニングの説明書を写真入りで作成してベッドサイドに掲示。（利用者 A 氏に対するポジショニング方法の周知徹底を図るため） ・ポジショニングリーダーは、介護職員に「ポジショニング実践からの気づき、A 氏の変化等」に関するアンケート調査を実施。調査の結果、次のような回答があった。

	<p>「以前より（A 氏の）足が伸びるようになった」「排泄介助時、股関節が広がるようになり本人も喜んでいた」「ポジショニングをするようになってから夜眠れるようになったと本人が言っていた」「ベッドサイドに貼られたポジショニングの写真は理解しやすく助かる」「臥床時および車いす座位のポジショニングの後、本人に具合を伺うといつも『気持ちがいい』『楽』と言われる」「体が柔らかくなったと思う」</p> <p>・アンケートの実施は、介護職員がポジショニングに取り組んでからの A 氏の状態を注意深く観察することにつながった。また、A 氏から直接感想を伺うことで自分たちが行っているポジショニングを振り返るよい機会となった。</p>
<p>局面 4</p>	<p>【クッションに対する価値観の変容】</p> <p>・A 苑ではポジショニングクッションは個人持ち”が原則。ポジショニングに適したクッションを持つ利用者は少なく、大きさ・形はバラバラで統一感はなくへたりが目立つものも多い上、座布団や円座、タオルや毛布を代用していた。</p> <p>・A 苑のクッションに関する問題点（ポジショニングリーダーへのインタビューより）</p> <p>①利用者持ち込みのクッションは、形・大きさ・素材が様々であることから使用方法が複雑となり、適切なポジショニングを行うことが困難、②使用方法が複雑になると職員間の伝達が難しく、再現が困難となる、③勉強会で使用したクッションと実際の現場にあるクッションの形状・機能が違い過ぎることから、勉強会で学んだことを現場で活かすことが困難、④一般のクッションと比較して高価なポジショニングクッションの購入を介護職員から本人・家族に勧めづらい。</p> <p>・ポジショニングに不可欠なクッション確保のための対策</p> <p>①介護職員がポジショニングを実践しその効果を示す</p> <p>②その効果を本人・家族が実感する</p> <p>③研究者が組織する「静岡ポジショニング研究会」からポジショニングクッションを施設に貸し出す。(実践できる環境づくりのサポートとして)。</p> <p>・ポジショニングクッション使用後の展開</p> <p>①ポジショニングが実践しやすくなった。</p> <p>②A 氏の変化：「姿勢のバリエーションが増えた」「円背の改善もみられた」「介護職員とのコミュニケーションも増加」「A 氏からことばで要望等を伝えてくるようにもなった」「夜間は熟睡するようになった」「日中の離床時間が少しずつ増え、リビングでクラブ活動にも参加するようになった」「良い変化を実感した A 氏本人の希望により、個人持ちのポジショニングクッションを購入することとなった」</p>

	<p>③B氏の変化：A氏同様「とれる姿勢のパターンが増えた」「身体の変化、活動範囲の広がりを目の当たりにしたことで、“クッションはなくてはならない物”と認識。B氏家族もポジショニングクッションを購入」</p>
局面5	<p>【ポジショニングに取り組んで2年目（利用者・家族・介護職員の変化）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象利用者を拡大し、効果的なポジショニングを実践していくためにもクッションの種類や数を増やすことが喫緊の課題であった。 ・研究者（介護福祉士養成教員）から助成事業の公募を紹介し、ポジショニングリーダーがこれに応募した。その結果 助成を受けることができ、施設所有のポジショニングクッションやマルチグローブ等を多数揃えることができ、介護職員はポジショニングに取り組みやすくなった。
局面6	<p>【実践を評価する（高齢者福祉研究大会への参加）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニング推進チームが集まり、これまでの取り組みを評価。 ・研究者からは9か月間の取り組みの実績を伝え、研究大会で発表することを提案。 ・施設内研修および高齢者福祉研究大会において事例発表を行った。 ・チームメンバーからは、介護職員が利用者の姿勢に関心を向けるようになったこと、ポジショニングの効果を利用者の身体や生活の変化として実感し、それが介護職員のモチベーションにつながっている」等、話された。

（3）取り組みを支えた『ポジショニング推進チーム』が機能する要素

A苑におけるポジショニングの取り組みを実践記録、ポジショニングリーダーへのインタビューをふまえ、OJTを通じたポジショニング実践能力の習得のしくみについて考察する。

要素①：トップの理解があったこと

A苑において結成した「ポジショニング推進チーム」には、ポジショニングの実践全体の進行を把握し指揮する役割として介護長・介護主任という介護職のトップを置き、実践・指導・評価といった実践的機能を担うリーダー役を介護職員から選出し二段構成とした。介護職のトップが、利用者の姿勢に高い問題意識を示し、ポジショニングを推奨していた点は、ポジショニングリーダーが現場で新たな実践を展開する上で非常に大きな後ろ盾となっていた。組織の管理者が自分たちがこれから起こそうとしている変化を支持しているという事実は、グループの心理的な推進力として働く（筒井ら, 2010）。ポジショニング推進チーム内において、リーダーとなった介護職員がその役割を認められ、管理方式ではなく、介護長・介護主任を含めた介護職員がリーダーに信頼を置き、協働する姿勢

であったことが円滑な 実施につながったと考えられる。

要素②：ポジショニングリーダーの役割発揮されたこと

実践の指揮を担うのはポジショニングリーダーの役目である。ポジショニングリーダーは職場外研修（OFF-JT）等で既にポジショニングの基礎知識・技術を有している必要がある。介護職員へのポジショニング方法の伝達は、①直接行って見せて、実践のポイントを説明、②利用者の写真にポジショニングの説明を記入してベッドサイドに掲示する。“写真と説明”は、クッションのあて方、留意点、根拠が視覚的に分かる教育媒体ともいえ、この媒体を作成することでポジショニングリーダーは、自身の理解の程度を確認することができたと考えられる。また、介護職員にとっては“なんとなく”ではなく目的や意味を考えながら“意図的”にポジショニングを行うという対応の変化につながった。そして、成功事例の積み重ねはリーダーのモチベーションを向上させ、好循環を生むことになる。

OJT を通じた人材育成を推進している事業・法人の共通点として、OJT を統括する「OJT 統括者」が配置されていたことが明らかになっている（シルバーサービス振興会, 2018）ことから、ポジショニングリーダーの存在は必ず必要である。また、OJT 統括者に求められる資質として、「OJT を通じた人材育成のビジョン設計ができること」「介護職員の間違った技術を見出し、根拠をもって説明、気づきを含めた指導ができること」「介護職員の OJT を通じた人材育成実施に関する権限を有すること」等、高い質が求められていることから、前提としてリーダーの育成は重要となる。

要素③：連携協力者の存在

理学療法士によるポジショニング指導・相談を約2カ月に1回、定期的・継続的にベッドサイドで受けることができた。また、理学療法士の指導がない期間は、研究者（介護福祉士養成教員）が1カ月に1～2回、定期的に訪問し相談を受けた。このことは、我流になりがちな技術の修正、疑問の解消、根拠を確認する機会となり、介護職員が実践を継続する上での安心感につながっていたと考えられる。

研究者（介護福祉士養成教員）の役割は、①現場の人的・物的環境、組織体制への提案、②ポジショニングリーダーや介護職員と、実践可能なポジショニング方法についてベッドサイドで検討し助言、③現場の取り組みおよび利用者の状態を客観的に評価・助言、④実践のまとめ・発表の勧めとサポート、⑤現場実践を介護福祉教育に活かす。

現段階では、介護福祉士養成教育、介護職員の現任教育、どちらにおいてもポジショニング教育は不十分といえる。「養成施設における教育」と「介護現場における教育」が車の両輪のごとく、どちらの場においても知識・技術の向上を目指す必要がある。介護現場

の課題は養成教育の課題でもあると捉えれば、本研究における研究者（介護福祉士養成教員）の役割は重要である。

要素④：実践事例の発表機会

実践者による言語化の目的は、「取り組んだ事例を振り返りまとめる機会を持つこと」、「成果を他施設の介護職員に伝えることで、悩みを共有し評価を受けること」、「次の課題を意識し更に前進していく原動力とすること」にあり、自分の実践の振り返りや、利用者や同僚を含めた他者に伝えていくことを可能にする。

（４）今後の課題

①学習機会と実践環境の創出

A 苑におけるポジショニングの取り組みでは、実践過程で浮上してきた問題、例えば施設としての介護方針、職員配置、業務分担、予算、クッションや車いすの数やメンテナンス、家族との関係、他職種との関係、目指す状態と取り組む進度など、組織体制との絡みに配慮しつつ、研究者がどこまで立ち入ることが可能か手探りの状態であった。また、学習機会だけでなくポジショニングクッションの不足が実践上の障壁になっていた。

尊厳の保持を具現化する介護の基礎ともいえるポジショニングに継続的に取り組んでいこうとするならば、経営者あるいは施設長が、人材育成および OJT 推進の責任者として理念・目的・目標を明示し、OJT 統括者への権限委譲のもと、OJT 環境を整えることが必要である。すなわち「教育・学習の仕組みづくり」と「実践につながる環境づくり」を組織として進めていくことが求められる。介護施設や事業所内に OJT を「仕組み」として取り込むためには、①OJT 統括者の存在、②介護の手順・基準の明確化と全介護職員への適用、③OJT 手順の整備、④OJT の重層・階層化（組織内にスーパーバイズ機能が働いていること）、⑤OJT の導入目的の明確化（事業所内に指導者層を育成）、⑥OJT 導入目的の明確化、⑦職員の能力把握と PDCA 改善サイクルの重視、といった整備や工夫が必要である（シルバーサービス振興会, 2018）。

②介護福祉士養成教育と介護現場の OJT におけるノウイング (knowing) の重要性

A 苑では、OJT の一つの方法論として介護職員と理学療法士、研究者（介護福祉士養成教員）が協働してポジショニングに取り組んだ。実践体制を見直し、連携による知識・スキルの伝達が実践レベルで行われたことで対象利用者の状態・生活の改善がはかられた。この点は大きな成果があったといえる。しかし、その実践は対象とした利用者のみにとどまり、学習した知識やスキルを他の利用者のポジショニングに応用するといった実践の広がりは見られなかった。

この点から、ポジショニング教育における「ノウイング (knowing)」の重要性をあげることができる。Cook and Brown (1999) は、知識は人や書物から移転されるものではなく、他者の知識や書物からの知識を道具として使用しながら、自分の力で新しい知識を創り出すものであるとし、その知識を創り出す行為を「ノウイング」と呼んでいる。ポジショニングでいえば、基礎を学習し、教示された方法の根拠を自分なりに理解する、考えながら実践するということを繰り返すことで他の事例にも応用できる「知」を創造することができると思うことができる。今後、介護福祉士養成教育での学びを介護現場で実践・実証できるような関係を構築していく過程で、ノウイングをどのように支援するかが課題になる。

③ポジショニングの核となる人材（リーダー、主任、ベテランなど）の養成

A 苑における取り組みでは、実践の核となる人材（リーダー）の役割発揮について評価している。門脇 (2017) は、認知心理学における技能の概念を検討する中で、技能形成には、経験の繰り返しとフィードバックの存在が必須であり、明確な目標設定とフィードバックを与える社会的関係性や指導者が存在しなくてはならないと述べている。指導者や現場のリーダーを養成する OJT の方法は、各介護施設の実情に委ねられており、試行錯誤が繰り返されていると推察される。しかし、やみくもに教育・学習回数を増やすだけでは外見上のポジショニングの形は真似ることができてもそれ以上の成長は難しい。そこで、前述のノウイングを促す指導方法の検討が必要になる。Burton et al.(1984)は、いくつもの下位技能から構成されているスキーマの指導を例に「徐々に複雑さを増す小世界 (increasingly complex microworlds:ICM)」に基づいて学習環境を設計することが効果的であると述べている。また、マネジャーの育成や三味線の学習者、看護学生の総合実習において、ICM 環境をつくることでノウイングの支援が行われていることが報告されている (大浦,1996 : 奥ら,2010 : 松尾,2014)。今後、ポジショニングについても個人が身につけるべきスキルやチームケアに関わるスキルを明確化し、教育・学習の道しるべとなる段階的な目標を設定するなどポジショニングリーダーの構築について検討する必要がある。

第7章 介護職のキャリアパスとポジショニング

第1節 介護職のキャリアパス

介護職の資格である介護福祉士は1987年に国家資格として制定された。2006年には「介護職員基礎研修」が創設され、2013年以降はホームヘルパー養成研修制度と一本化し、「介護職員初任者研修」「介護福祉士実務者研修」「介護福祉士」というキャリアパスが明確化された。さらに、2015年には介護福祉士の上位資格として「認定介護福祉士」が創設された。

厚生労働省は、介護人材の「量」と「質」の好循環を進めるという視点に立ち、多様な人材の「参入促進」「労働環境・処遇改善」を図ることで量的確保を進め、さらに専門性の明確化・高度化を図ることで「資質の向上」をはかり、持続的な人材確保サイクルの確立を目指す対策を打ち出している。（社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」2015）

長期的な介護人材の確保・定着の推進を図るためには、介護職員が将来展望を持って介護の職場で働き続けることができるよう、能力・資格・経験等に応じた処遇が適切になされることが重要であるとし、介護人材確保の困難を乗り越えるための切り札として介護職の「キャリアパス⁹の構築」を課題としてあげている。

キャリアパスとは、「職業経歴上の（career）道筋（path）」ということであり、人事制度の一つである。キャリアパスは、人の持つ力をできるだけ引き出すための仕組みであり、平成21年の処遇改善交付金（助成金）以来、現在の処遇改善加算にまで引き継がれている「キャリアパス要件」によって一躍認知度が高まり、静岡県でも平成24年度から介護事業所へのキャリアパス制度導入に取り組んでいる。介護職員が将来展望を持って働くことができるよう、ポストや仕事・能力・資格・経験等に応じた処遇をきちんと制度化させる支援が行われている。しかし、現行の介護職員処遇改善加算の要件から「給与表作成」「キャリアパスの作成」といった制度設計や作成が目的化していること、そして、キャリアパスを達成するための条件がないため、結果としてどのようにキャリアを積むのか明確ではないことが指摘されている（労働政策研究・研修機構, 2014）。

⁹ キャリアパスとは「長期的な職務の道や展望のこと」（全国社会福祉施設経営者協議会介護保険事業経営委員会「キャリアパスガイドライン（仮称）（中間報告）」H21.12.24）介護職員が継続して長く勤務していくため、段位制度などの評価の仕組みを活用し、昇給の仕組みやステップアップの仕組みが、より普遍的に構築されるようにする必要がある。（第107回介護給付費分科会H26.9.3）

第2節 認定介護福祉士養成研修におけるポジショニング

認定介護福祉士は、一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構が認証・認定する、「介護福祉士の上位資格」に位置づけられた民間資格である。認定介護福祉士とは、「居宅・施設系サービスを問わず、多様な利用者・生活環境、サービス提供形態等に対応して、より質の高い介護実践や介護サービスマネジメント、介護と医療の連携強化、地域包括ケア等に対応するための考え方や知識、技術等を認定介護福祉士養成研修で修得した介護福祉士のこと」と同機構により定義されている。受講には、介護福祉士としての実務経験（5年以上）があることや介護職員を対象とした現任研修の受講歴（100時間以上）があること等の要件がある。

一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構のガイドライン（2018）によれば、その養成研修（総時間数600時間）は、9領域・22科目で構成されており、Ⅰ類・Ⅱ類の2段階の体系になっている。Ⅰ類は、介護福祉士養成課程では学べない知識（医療職等との連携に必要な医学やリハビリテーションに関する体系的な知識、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等の実践的な知識）を新たに体系的に修得し、他職種との連携・協働を含む十分な介護実践力（中核的人材としての介護福祉士に今後求められる知識・判断力・技術）を完成するための部分である。したがって、ポジショニングは、車いすのシーティングと併せてⅠ類の「リハビリテーションに関する領域」の科目「自立に向けた生活をするための支援の実践」の中に含まれることとなった。そして、医療・リハビリ等の基礎的な知識を体系的に学ぶ科目（6科目）については、受講要件を設けず、経験の浅い現任者や養成課程を学んでいる学生でも受講することを可能にしている。

これらのことから、ポジショニングやシーティングについて、基礎的学習の機会が得られるようになったことは前向きなこととして捉えることができる。しかし、ポジショニングやシーティングは、介護福祉士養成課程等の基礎の段階において、希望者ではなく全員が教育されるべき内容である。基礎教育での学習を基に、現場での経験をふまえて、認定介護福祉士養成研修のステージに上がるしくみであれば、ポジショニング実践力の育成にもつながるものと考えられる。

第3節 ポジショニングのキャリアラダー構築の試み

1. 介護福祉領域におけるキャリアラダー

キャリアパス制度による評価・処遇・給与体系の構築・運用と併せてキャリアラダ

ー¹⁰ が必要である。キャリアラダーとは、利用者・家族のニーズに応じた良質のサービスを提供するために、仕事をスキルレベルに応じた複数の職階に分け、専門性を高め、アウトプットの向上・改善に結びつけるもので、はしごのように階段式に登り型の教育をするという意味である。介護職の中には、役職につくことを目指す者だけでなく、専門職として専門性を極めていくことを求め、ケアのエキスパートになることがモチベーションの維持・向上につながると考える者も多くいる。したがって、キャリアパス制度とは別に様々なスキルを向上させるための教育・研修の充実と能力評価を行う仕組みを構築することが求められていると考える。

2013年に介護における職業能力を評価するための共通の物差しとして「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」が創設されたが、この制度によるレベル認定者数は、2020年4月現在6,318名にとどまっている。¹¹ 事業者によっては、独自のキャリアパス制度と教育・研修制度を整備し、介護職員の能力評価と人材育成の仕組みを整えているケースもあるが、その内容にポジショニングが含まれているところは見当たらない。一般的にその教育内容は、介護技術（移動・食事・排泄・更衣・入浴）やコミュニケーション技術の他、認知症介護、看取り介護、マネジメント能力や教育研究能力等で構成されており、ポジショニングは含まれていないのが通常である。

¹⁰ キャリアラダーとは、それぞれの職務内容や必要なスキルを明確にし、下位職から上位職へはしごを昇るように移行できるキャリア向上の道筋とそのための能力開発の機会を提供する仕組み。例えば、自治体保健師のキャリアラダーとして、すべての保健師に適用される「専門的能力に係るキャリアラダー」がある。これは、保健師が実践する活動を6つの領域に分け、その各領域において求められる能力を整理し、能力の成長過程を5段階に区分している。また、これとは別に「専門的能力に係るキャリアラダー」レベルが一定程度積み上げられた保健師に適用されるものとして、「管理職保健師に向けた能力に係るキャリアラダー」が作成されている。（厚生労働省、2016、保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～より）介護職員の研修体系の「再編にあたっては、各段階の介護職員の役割、求められる能力、キャリア等との関係を明確にし、段階的な技能形成とキャリアラダーの構築を図ることが必要」とされている。

（厚生労働省「第7回今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」2010年11月29日、資料より）

¹¹ 介護プロフェッショナルキャリア段位制度ホームページ（2020.12.5閲覧）

（<http://careprofessional.org/careproweb/jsp/>）

2. B園におけるポジショニングのキャリアラダー構築に向けた試み

(1) 経緯

筆者らは、介護職員の現任教育としてポジショニングセミナーを開催したり、セミナーでの学びを介護現場で活かせるよう「静岡ポジショニング研究会」を立ち上げ継続的な学び合いの場を設定したりしてきた。平成26年度には特別養護老人ホームB園の介護職員と筆者ら介護福祉士養成教員とが協力して「現場で役立つポジショニング実践マニュアル」の作成にも取り組んだ。しかし、介護職にとってポジショニングは必要不可欠な技術でありながら、介護職全体にその技術を浸透させることは非常に難しく、導入方法も含めた効果的な教育方法の検討が必要であった。

そこで、ポジショニングという専門的な技術（キャリア）に関し、はしご（ラダー）を昇るように段階的に力をつけていくポジショニングのキャリアラダーを構築し、ポジショニングリーダーとなる介護職員を養成していくことが必要ではないかと考え、“ポジショニング初級試験（仮称）”を試行的に実施し検討を開始した。

(2) 調査目的

ポジショニングのキャリアラダー構築に向けた課題を明らかにする。

(3) 調査方法

①ポジショニング実践能力評価表の作成

静岡ポジショニング研究会においてポジショニング実践能力初級試験評価表を作成した。利用者像は、障害の設定をせず“加齢による運動機能低下により身体を自力で動かすことができない利用者”とし、「仰臥位編」と「浅い側臥位編」の評価表を作成した。評価項目には、ポジショニングの手順と評価の視点を記載したが、試行的に実施した試験結果をふまえ、不適切な評価項目や手順、曖昧な表現などについては修正を加えた。また、ポジショニング指導に関わる理学療法士1名および介護福祉士養成教員3名の協働により試験問題を作成し、初級の問題は、最も基本的なポジショニング技術の習得を確認するものとした。

②試験の流れ

受験の要件として、施設内で実施した「ポジショニング基礎研修」または外部のポジショニング研修（筆者らが講師を務める）受講を設定した。介護職員には受験資格となる講座の受講履歴を記録するための「研修受講記録票」を配布し、要件を満たした受験希望者は、施設内の研修委員会に申し込む流れとした。

③対象

特別養護老人ホームB 園の介護職員のうち受験希望者

④試験地

特別養護老人ホームB 園内

⑤試験内容

ポジショニングの実技試験

⑥評価者・モデル役

特別養護老人ホームB 園ケアアドバイザー、介護福祉士養成教員

⑦評価方法

評価項目のうち7割以上できていること、受験者の自己評価、ポジショニング後のモデルの写真、モデル役の感想を基に総合的に評価する。試験終了後に受験者本人に直接可否を伝える。

⑧承認

初級試験合格者は年度末の法人理事長・施設長からの表彰対象とした

⑨調査

試験合格者にアンケート調査を実施

(4) 倫理的配慮

研究者が介護職員に(1)研究目的、(2)方法、(3)プライバシーが保護されること、(4)研究協力は研修委員会で協議し職員に通達する、(5)研究協力に同意しない場合でも不利益を受けることがないこと、(6)同意された場合でも途中辞退ができること、(7)研究資料は厳重に保管し、廃棄は裁断処理を行なうこと、(8)研究結果を公表する場合は個人情報保護されることを口頭で説明し同意を得た。

(5) 結果

特別養護老人ホームB 園にて講座を開催し、日常の業務の中でケアアドバイザーが指導を行い、個々のポジショニングの習得状況に合わせて受験につなげた。初級試験は、試験官2名が評価を行い、利用者モデル1名からポジショニングを受けた感想を聴き評価の参考にした。

ポジショニング初級試験合格者7名へのアンケート調査を実施（平成28年2月16日調査）行った結果、下記の内容があげられた。

①初級試験合格後の業務における変化

- ・初級合格後、スタッフからポジショニングについて聞かれた
- ・利用者の姿勢を意識するようになった
- ・フロアー全員にポジショニングラダー検定を受けさせたいという思いになった

②受験した介護職員からの要望

- ・各階級の能力と受験資格を明確にしてほしい。
- ・初級合格者が施設内でどういう役割を果たすのか明確にしてほしい。
(例えば、初級受験してもよいか等の判断。受験者の指導を必須とするなど。)
- ・ピローの意味が理解できる程度の能力をスタッフに持ってほしい。
- ・フロアーリーダーは、初級を合格していることを必須にしてほしいと思う。
- ・ポジショニングの段位制度の広報を大々的に実施してほしい。
- ・介護福祉士養成教員が評価者として入っているということも事前に広報してほしい。
- ・施設で購入したクッションがへたっているので、何とかしてほしい。
- ・日々、実践したくてもクッションの絶対数が足りない。
- ・クッションの中央管理方式をとったらどうかと思う。
- ・ユニットケアのなかにポジショニングを導入してもらいたい。

(6) 考察および課題

試験終了後、試験官と利用者役モデルによる他者評価を行い、受験者とともに内容を振り返りフィードバックを行った。この試験終了後すぐに行う他者評価、それも受験者も交えてディスカッション形式で行うことは、受験した介護職員の満足感にも繋がったと考えられる。記憶が新しいうちにフィードバックされることは、非常に重要な学習・教育機会ともなる。受験者にとっては、自身の手技の改善点等を理解する機会となり、試験官および利用者役モデルにとっては、ポジショニング教育の課題に気づかされ、互いの技術向上に非常に有効であったと評価できる。

また、初級試験受験後のアンケート調査では、前向きな回答が多くみられ、今後、ポジショニングの知識・技術・能力を向上していこうとする動機付けになったと思われる。しかし、受験前後の実践や教育体制については課題が多く、施設全体での検討が必要である。

日本介護福祉士会(2015)の調査研究報告書によると、キャリアアップ志向の人たちが、より高度な専門性を獲得できる高等教育機会や公的な資格制度の創設を要望しており、各世代ともに将来のキャリア目標が「特定の分野の高度なプロフェッショナル」であったことを明らかにしている。介護職員のなかには管理職の道に進みたい者もいれば、スキルを

向上させながら、現場でより良い介護サービスを提供したいと考えている者もいる。今回のポジショニング実践能力初級試験は、管理職ではない、キャリアアップ志向の介護職員の期待に応える一つのシステムと位置づけられるであろう。

なお、ポジショニングのキャリアラダーの確立には次の課題があげられる。

課題① 到達目標と評価項目について

現在のところ、どの段階で、どのような知識、技術、能力を必要とするかという体系的な拠りどころはない。厚生労働省「介護職員資質向上促進事業」として進められている介護プロフェッショナルキャリア段位制度では、各介護技術の「できる（実践的スキル）」の能力評価を4段階とし、レベルが上がるごとに「状況の変化に応じた対応」「利用者視点での評価」「リーダーシップに関する評価」が重視されていく。これを参考に、ポジショニングにおいても、利用者個々の状態に応じたポジショニング、アセスメントの視点を評価の視点として、初級以降の各段階の到達目標、評価項目を検討したい。

課題② 教育・研修プログラムの検討

実践に必要な知識・技術・能力が体系的に身に付くよう、各段階の到達目標とリンクした教育・研修プログラムの検討および教育教材の作成が必要である。

課題③ キャリア獲得の支援体制の構築について

今回の試験後のアンケートでは「初級合格者が施設内でどういう役割を果たすのか明確にしてほしい」という意見があった。これを受け、合格者は次の初級試験受験希望者に対し、合格のための指導・助言をするという役割を課すこととした。

今後、初級合格者は初級受験希望者に、中級合格者は中級受験希望者に助言・指導を行うような教育体制を施設内で構築することで、技術習得・向上の好循環が生まれると考えられる。

第8章 国の高齢者介護施策におけるポジショニングの位置づけ

第1節 ノーリフティングケア推進におけるポジショニングの位置づけ

1. ノーリフティングケアと令和3年度介護報酬改定

厚生労働省は、2013年に「職場における腰痛予防対策指針」を大幅に改定した。すべての医療・福祉の職場で腰痛予防に取り組むこと、事業主の責任で「抱きかかえて行う看護・介護をさせてはいけない」ことが求められた。このころ、抱え上げない介護を実践するための福祉機器として床走行リフト等を購入した施設が多くみられたが、その後使用されずに埃をかぶっている状況があらこちらで見受けられた。

しかし、令和3年度の介護報酬改定では、人力による人の抱え上げをしない（ノーリフティング）ケアに取り組む介護事業所への評価について厚生労働省が検討していることが明らかになった。ノーリフティングケアの導入に重点的に取り組み、移動・移乗時の介護負担を軽減することによって介護職員の腰痛を予防することや、抱え上げない介護の導入による労働環境の改善は人材確保にもつながるものとみて、報酬上のインセンティブを新たに設け、実践する事業所を増やす検討が始まったのである。（第192回 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（令和2年11月9日））

2. ノーリフティングケアとポジショニングのつながり

日本ノーリフト協会は、オーストラリア発祥のノーリフトプログラムを日本用に改訂した。ノーリフトプログラムとは、単に機器を導入するためのプログラムではなく、「現場の腰痛予防対策の知識やケアの方法、文化を変えていくためのツール」であり、その目的は、人力による持ち上げや移乗介助にリフト等の移乗機器を使用すること、患者自身が自ら移乗や動作が行えるようサポートできる看護・介護職を育てることにある。ノーリフトプログラム導入の利点としては、介助者の腰痛だけでなく患者の拘縮や褥瘡予防にも効果的であることが証明されている（保田, 2016）。人力での移乗は脇の下を支えるなどして痛みや不快を伴うことが多いが、リフトで移乗する場合は、座面と背面があって「面で」支えるので不快感が少なく、介護者が気軽に利用者に移乗できることから、結果的に寝かせきりによる筋力低下や拘縮、褥瘡の予防、腸蠕動運動・ホルモンバランスの乱れによる合併症の予防につながるという（安田, 2016）。

しかし、現状の介護現場では、要介護状態が重度になると日常的に車いすに座らない生活に移行しているということが起こっている。その大きな理由の一つとして、適切な移乗の手

段が導入されていないことがあげられる。体重移動の難しい人を人力だけで移乗するには利用者へのリスクと介助者の身体的負担をとまなうが、だからといって動かさないのではなく、対象者も介助者も無理なく動けるような環境をつくっていく必要がある。例えば、立ち上がることが難しくなってもスタンディングリフトを用いることで骨盤から足への体重移動が可能になる。福祉機器や用具の導入が早ければ、長期間、可動域を保つなど機能の維持につながる。しかし、導入が遅れてしまうとスタンディングリフトは適応ではなくなり、体重移動の場面が少なくなることから可動域の維持も難しくなり、早く拘縮になりやすい身体になってしまうと考えられる（伊藤, 2014）。

ノーリフティングケアを導入するにあたっては、リフトだけでなくポジショニング、シーティング、車いすなども見直されることがよくある。ポジショニングによって筋緊張がとれたところで、車いすに移乗する際に力任せに持ち上げて移乗した場合、あっという間に緊張して車いすに座ることになる。そのため、ポジショニングやシーティングに取り組んでいるところほど、ノーリフトケアの導入が早いという。つまり、リフトをどのような手順で使うかという HOWTO ではなく、何のため（目的）にリフトが必要なのか、という理念が共通しているからである。このようにポジショニング、移乗、シーティングというつながりのある生活をトータルでみるケアが推奨されている（二井・北出, 2018 ; Teresa EP, Catharine MM, Sandy MC, Elizabeth MG, 2008）。

3. ポジショニング教育の必要性

厚生労働省は、主に介護職員の腰痛予防や介護人材不足の対策としてノーリフティングケアの導入を推進している。しかし、単に移動・移乗を楽にする機器というだけでは医療・介護現場への導入は進まない。腰痛がない職員にとってスタンディングマシンやリフト、トランスファーボードなどを使ったケアは、手間がかかると考えられているからである。したがって、ノーリフティングケア導入には、「腰痛予防」に関する理解だけでなく「ケアの質の向上」にかかわるものという認識の転換が必要になる。

2018 年の中央労働災害防止協会事例集には、ノーリフトに取り組んでいる社会福祉法人帝塚福祉会が紹介されている。そこでは、ノーリフトケアの導入促進の必要性を利用者の視点から介護職員に理解してもらうため、ポジショニングやシーティングを併せて推進している。つまり、ポジショニングやシーティングに取り組んで拘縮予防を目指すケアが行われているならば、利用者の筋緊張を高めるような人力による移乗介護はなるべく避けたいと考えるからである。帝塚福祉会のノーリフトケア導入の効果について、介護職員にアンケートが実施されている。その結果は「腰痛を訴える職員」が 71% から 26% に減少し、「利用者

の移乗が安全にできる」が9%から91%に増加、そして「利用者の筋緊張における拘縮が減少したと感じる」が13%から70%に増加、「ノーリフトケアは利用者にも自分にも有効である」が53%から96%に増加している。

以上の結果からノーリフティングケアを中心にした総合的な取り組みにより、介護負担の軽減だけでなく利用者サービスの向上につながっていることが分かる。ノーリフティングケア導入の効果を最大限に引き出すためにも、ポジショニングやシーティング教育を同時に推進する必要がある。

第2節 「科学的裏付けに基づく介護」におけるポジショニングの位置づけ

1. 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会とりまとめ（令和元年7月16日）より

介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけでなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であり、利用者のニーズに対応して多様なサービス類型が用意されている。しかし、そのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、①エビデンスに基づいた介護の実践、②科学的に妥当性のある指標等を現場から収集、蓄積し、分析すること、③分析の成果を現場にフィードバックすることで、現場・アカデミア等が一体になって科学的裏付けに基づく介護（以下「科学的介護」という。）を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。

今後の検討の進め方については、介護の場は高齢者等の生活の場でもあることから、より、幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、例えば、単なる身体的な能力の維持・向上だけでなく、何が生活の中でできるようになったかということや、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等についても捉えて評価できることが望ましい。そこで、それらの情報をどう現場にフィードバックしていくかも含めて、「介護に関するサービス・状態等を収集するデータベース(CHASE)¹²」に取り込んでいくことができるよう検討を進めるとしている。そして、アウトカム評価などによる質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスを向上していくことが期待されている。

¹² 厚生労働省が進めている「科学的裏付けに基づく介護」を推進する上で、介護に関するサービス・状態等を収集する新たなデータベース「CHASE（=Care, HeAlth Status & Events）」の本格運用が目指されている。

2. 「科学的裏付けに基づく介護」とポジショニング

ポジショニングを科学的に評価することは困難である（田中他, 2013）。利用者の身体は個別性が高く、一日のなかでも時間帯や睡眠時間、疲労度、心理的な変化など様々な要因により関節可動域や生活動作は変化する。介護職の行うポジショニングに関して、同じクッションで全く同じ形を再現し提供することは不可能である。ポジショニングの成果は、「食事が安全に、おいしく摂取できる」「快適な排泄ができる」「快適な睡眠がとれる」「レクリエーションを楽しむことができる」「気持ちよく毎日過ごすことができる」など、適切な姿勢がとれることによって安全・安楽に生活することができること、それによって介護職の負担も軽減するなど、利用者にとっても介護職にとっても主観的・質的に把握される事柄であり明確に測定することは難しいのである。また、科学的に表すことができたとしても、一時の数値は当事者の生活にとって大きな意味を持たないといえる。そのため、利用者の身体の変化を写真で比較したり、生活の変化や介護職のこたばをポジショニングのアウトカムとするしかないのが現状である。

この状況に対し、生活支援記録法（F-SOAP）¹³という記録法を活用することでポジショニング実践時の思考過程や実践過程を可視化して、その経過記録を分析することでポジショニングの成果やポジショニングスキルの熟達に関わる経験の内容が明らかになると考える。ポジショニングを行う際に、『利用者の身体の状態についてどこに焦点をあてて観察し、得られた情報をどうアセスメントし、どう介入したのか、それに対する利用者の反応や姿勢の変化、生活の変化がみられたか』について F-SOAP（Focus：着眼点、Subjective data：主観的情報、Objective data：客観的情報、Assessment：アセスメント、Intervention：介入・実施、Plan：計画）で記録することにより可視化していく。また、この記録法は記録すること自体が教育・学習になるというだけでなく、ポジショニング実践能力の熟達過程も明らかにすることが可能になるのではないかと考えている。また、それはまさに現在、国で積極的に議論されている「科学的介護」につながるものと考えている。

現在、認知症分野における AI 活用事例の中に BPSD 予測研究がある（ASP.SaaS・Iot.クラウドコンソーシアム認知症高齢者研究所）。その研究の中で、表情を含めた五感センサー、バイタルサインセンサ、環境センサーと合わせて介護記録などのデータを統合し、AI によって BPSD を予測し最適な支援方法を提供することで BPSD 発症予防を行うというも

¹³ F-SOAP とは、多職種協働によるミクロ・メゾ・マクロレベルの実践課程において、生活モデルの観点から、当事者ニーズや観察、支援の根拠、働きかけと当事者の反応等を、F-SOAP の項目で可視化し、PDCA サイクルに多面的効果を生むリフレクティブな経過記録の方法である。（寫末・小嶋, 2020）

のであるが¹⁴、この介護記録に F-SOAIP が採用されている。今後、ICT 導入が進み、ポジショニングの経過記録が F-SOAIP により項目形式によって標準化されていけば、分析にも活用しやすくなる。利用者の状態と実践したポジショニング、現場の気づきというリアルデータを分析することで、科学的介護としてのポジショニングが確立されるだろう。

こうした取り組みを可能にするには、どのようなデータを収集することが有効なのかについて検討しなければならない。そのためには、利用者の姿勢を観察し、アセスメントする能力を高め、チームでポジショニングに取り組んでいく能力の向上をはかる必要がある。今後、さらにポジショニング教育を推進していく必要があると考える。

¹⁴ 厚生労働省老健局「第5回保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム資料」「認知症分野における AI の活用事例 (BPSD 予測)」平成 31 年 2 月 14 日

F-SOAP によるポジショニングの経過記録（記入例）

日付・時間と F)	支援経過(ベッドサイド)	サイン
<p>○/○ △:△</p> <p>F)筋緊張が高くなっていた右側臥位から左側臥位へのポジショニング</p> <div data-bbox="236 577 475 842" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>前のポジショニングが上手くできていなかった例</p> </div>	<p>S)「おーい」</p> <p>O) 眉間にしわ 表情あまりよくない</p> <p>I/O) 声をかけ、左上下肢を動かしてみると筋緊張が強く、身体が固まっている。左下肢がクッションから落ちており、骨盤・下肢は仰臥位のようにになっている。</p> <p>A) 右側臥位時、骨盤と左下肢がしっかり支えられていなかったことで、骨盤のねじれが生じたと思われる。</p> <p>I) 左側臥位のポジショニング実施。骨盤が捻れないよう、右足と骨盤の支え方に注意した。右足の下にクッションを1つ追加して支えた。マルチグローブで身体の下の体圧を確認。安楽な表情をしているか確認。</p> <p>P) 2時間後、仰臥位のポジショニング。</p>	<p>□□</p>
<p>○/○ △:△</p> <p>F)左下肢内旋拘縮の改善を意識して左側臥位ポジショニング</p> <div data-bbox="236 1122 475 1458" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>おむつ交換時の介護負担から、股関節の拘縮予防を意識してポジショニングした例</p> </div>	<p>O) 目を閉じている</p> <p>I/O) 声をかけ、仰臥位のポジショニングを観察。下肢を支えるクッションがウネ1枚のみ。左下肢屈曲して内旋(内側に倒れている)。介護職員から、おむつ交換時、股関節が固くなってきたと聞いている。</p> <p>A) 仰臥位は、左下肢が内側に倒れないようしっかりポジショニングし、内旋拘縮および股関節の可動域を改善することが必要。</p> <p>I) <u>骨盤ユラユラ体操</u>を2分くらい実施。股関節が開きやすくなった。</p> <p>下肢サポート用のクッションをもう一つ準備。左側臥位のポジショニング実施。骨盤が捻れないよう、右足の支えと骨盤の支え方に注意した。体圧を確認(強い圧迫箇所はない)。安楽な表情をしている。</p> <p>P) 2時間後、右側臥位のポジショニング。股関節の可動域確認(体交時、骨盤ユラユラ体操を行う)。左側臥位を増やすかどうか検討する</p>	<p>□□</p>

第9章 経験学習モデルのパラダイム

第1節 理論的位置づけ

介護職のポジショニング実践能力の熟達をはかるため、実践体制の検討や人材育成プログラム等の教育機会を整備することが望まれる。しかし、現状では介護福祉士養成段階の基礎教育をはじめ、その他研修での学習機会は非常に少ないことから、ほとんどの介護職にとって、介護現場での経験がポジショニングを学習できる機会となっており、その教育方法は現場に任されている。そこで、ポジショニングに熟達した介護職が、どのような経験を通してポジショニング実践能力を獲得してきたのかを探求することが必要であると考え、以下では、本研究の理論的な基盤となる経験学習研究、熟達研究領域から先行研究を概観する。

1. 経験学習研究

人が経験からどのように学んでいくのかということをも明らかにする上でコルブ (Kolb, 1984・2005) が提唱した「経験学習モデル (experiential learning model)」が参考になる。コルブは、学習を「経験を変換することで知識を創り出すプロセス」と定義し、経験を積み重ね、その内容を振り返り、そこから教訓を引き出し、次の状況に応用することによって、人は経験から学習するという経験学習モデルを提唱した。このモデルは、個人はまず①具体的な経験をし (具体的な経験)、②その内容を振り返って内省することで (内省的な観察)、③そこから得られた法則や教訓を抽象的な仮説や概念として一般化し (抽象的な概念化)、④それらの概念を新たな状況に適用し、再度実践する (積極的な実験)、という4つのステップからなる学習のメカニズム (経験学習モデル) である。(図 21)

このモデルは、ジョン・デューイ (1938) によって提唱された経験学習論を前提にしている。デューイは、「真実の教育は、すべて経験を通して生じる」と主張し、経験による学習という概念を提唱した。そして、学習者自らが主体的に経験し学ぶ教育を志向した。経験による学習は、過去の経験を通して獲得した知識やスキルが、その後の経験の質を何らかの仕方では修正するという経験の「連続性の原理」と、他者も含めた自身が生きる社会環境との「相互作用の原理」の2つの側面をもつと主張している。コルブはこの「連続性の原理」を発展させ、経験を内省によって変換し、知識を創造するプロセスをモデル化 (経験学習モデル) することで実務での応用に広めた。

また、コルブ (2005) によれば、対話自体が経験学習のプロセスであると捉えており、学習者は対話を通じて、自らの経験の意味を構築することにより、学習のサイクルを辿ると

している。そして、重要なことは、経験そのものよりも、行動の結果を内省して、そこから何らかの法則や教訓を引き出すことであると述べている。しかし、コルブの経験学習モデルは、教育、心理学、医学、看護等、幅広い分野で応用されているものの、個人的な経験が重視され、他者を含む社会的環境の影響、相互作用については考慮されていない点に批判がある。



図 21. コルブの経験学習モデル
(Kolb(1984)を基に作成)

2. 熟達研究

熟達研究では、「各領域における熟達者になるには最低でも 10 年の練習や経験が必要である」という 10 年ルールがエリクソン (Ericsson, 1996) により提唱されている。また、エリクソンら (Ericsson et al, 1993) は、その 10 年間に「よく考えられた練習」を積むことが重要であることを指摘している。「よく考えられた練習」の条件として、①課題が適度に難しく、明確であること、②実行した結果についてフィードバックがあること、③何度も繰り返すことができ、誤りを修正する機会があることを挙げている。これは、経験の長さよりも「経験の質」が熟達にとって重要な要因であることを示している。

また、「よく考えられた練習」にも領域ごとにいくつかのパターンがあり、実践による学習には「段階的学習」と「非段階的学習」が存在する (松尾, 2013)。段階的学習は、易から難へと段階を順に進めていく。一方、非段階的学習は、茶道や日本舞踊のような日本古来の「わざ」の教授にみられるように、いきなり一つの作品の模倣から始めたり、難易度の高い課題を初心者に経験させたり、あえて段階を設定しないで、学習者自らが段階や目標を作り出すよう促して技能を獲得する学習方法であると述べている。

熟達の段階については、研究者によって異なる。ドレイファス (Dreyfus,1983) は、技能習得の5段階モデルを提示しており、経験により段階を経て専門的スキルが発達するという過程を説明している。「初心者 (novice)」は、職務に関する事実やルールを学ぶが、具体的な経験は積んでいないため、知識は文脈や状況から切り離されている。「上級初心者 (ビギナー) (advanced beginner)」は、経験を少し積み、直面している状況に関する微妙な特徴に気づき、意思決定ができる段階である。「一人前 (competent)」は、様々な選択肢から目標や計画を立て、行動できるようになる。「上級者 (proficient)」は、豊富な経験を通して典型的な状況についての知識を獲得し、状況を包括的・全体的に把握できるようになる。「熟達者 (expert)」は、状況や行動に関する膨大なレパートリーを持つため、直感的な意思決定ができる段階であると説明している。松尾 (2006) は、エリクソン (Ericsson,1996) の熟達の10年ルールを適用すると、上記の第1段階から第4段階に至るまでの期間は最低10年であるといえると述べている。

ベナー (2001, 2005, 2015) は、このドレイファスの技能習得モデルを看護に応用して看護師の熟達モデルを提示している。看護師へのインタビューと参加観察によって、看護師の技能習得にも同様の段階があることを明らかにし、クリニカルラダー (臨床昇進システム) を開発している。そして、経験に基づいた技能は、適切な教育を基盤にしてこそ、安全かつ迅速に習得できるのであり、十分に計画された教育プログラムが必要であることを指摘し、直感的な判断を可能にするほどまでに熟達するには、状況や行動に対する膨大なレパートリーを持つ必要があり、ある一定程度の経験が必要であると述べている。

3. 様々な職種における経験学習プロセス研究

経験学習は、人材開発の中心的概念の一つになっている。McCauley et al.(1994)による回顧的インタビュー形式によるリーダーシップ開発やDragoni et al. (2009)、DeRue and Wellman (2009)、McCauley et al.(1994)による「発達の挑戦 (不慣れな仕事、変化の創出、高いレベルの責任、境界を越えて働く経験など)」という概念で示された成長を促す経験の質の検討、Spreitzer et al. (1997)による経験から学ぶ能力 (「フィードバックを求める」「学習機会を求める」「柔軟性がある」「異文化に対して前向きに対応する」など)の検討、松尾 (2006)による営業、プロジェクト・マネジメント、コンサルティングといった領域における熟達者の経験学習プロセスについての実証研究等が行われている。これらは、熟達者がどのような知識・スキルを持ち、どのようなプロセスでそれを獲得しているか、経験や個人特性、組織特性の影響を熟達化の枠組みの中で検討し、プロフェッショナルへの成長プロセスを明らかにしている。

エリクソン(1996)の提唱する10年ルールについては、その根拠になっている研究がチェスやスポーツ、音楽等の芸術といった分野であることから、松尾(2006)は、ビジネス分野における経験学習プロセスを経験年数の観点から熟達の10年ルールを検証している。その結果、ビジネス分野でも優れた知識・スキルを獲得し高い業績をあげるためには10年かかることを明らかにしている。

また、エリクソンら(Ericsson et al., 1993)が指摘している「よく考えられた練習」が行われたかという点を明らかにするため、人がどのような学習プロセスを経て熟達するのか、発達段階ごとにどのような経験を積んでいたのかを定性的に分析している。その結果、初期キャリアの段階および中期においては、職務関連スキル、顧客管理スキルについて共通して学んでいたが、中期以降にそれぞれの職種において領域固有の知識獲得が進むことを明らかにしている。つまり、経験学習パターンの違いは主に中期(6~10年目)にみられ、この時期の経験が熟達の鍵を握ると述べている。また、その獲得プロセスにおいては、コンサルタントは中期において難易度の高いプロジェクトを独力でやり切る「非段階的な学習」、プロジェクトマネジャーは徐々に難易度があがる「段階的な学習」を可能にする業務経験を積んでおり、領域が異なると挑戦の仕方(知識獲得のプロセス)も異なること、その結果、領域固有の知識獲得が進むことについて明らかにしている。

また、熟達プロセスについて、状況要因だけでなく内的要因についても検討するため、個人特性からも分析している。営業担当者およびITコンサルタントを対象に調査を行い、個人特性は「仕事上の信念」という概念を用い、学習を方向づける信念の役割について分析している。その結果、「目標達成志向」と「顧客志向」という二種類の信念のバランスを保つとき、人は経験から多くのことを学習するということが明らかにしている。

さらに、こうした信念がどのように形成されたのかを明らかにするため、組織特性についても検討している。その結果、「顧客を重視し、メンバーが知識や行動を巡って競争している組織」、「自分の能力を高めるきっかけを与えてくれるような仕事や課題に取り組む経験(良い経験)を積む機会が多く、学ぶ力を養ってくれる組織」において、目標達成志向と顧客志向の信念が高まり、組織内の学習が促進されることを明らかにしている。

以上から、熟達プロセスについて個人特性、組織特性から分析すると、「健全な組織における質の高い経験を通して、自己の知識・スキルを修正・追加し、適正な信念を育むときに、経験から多くのことを学ぶことができる」と結論づけている。

その他、管理職の経験学習や看護師、保健師、薬剤部門長、救急救命医、公衆衛生医等、医療専門職の経験学習プロセスについても分析がされている。管理職の経験学習については、質問紙調査の結果、優秀な管理職は、管理職に登用されるまでに「組織内の変革を行う

経験」「部門を超えた連携をする経験」「後輩の育成にあたる人材育成の経験」に関与していることを報告している。各分野の医療プロフェッショナルの成長プロセスについては、経験と能力獲得との関係について能力獲得の順序性という共通の経験特性や職種ごとに異なる学習形態について明らかにしており、教育や学習方法の検討に有効な知見を提示している（松尾, 2013・2018）。

また、小池ら（2001）は、自動車産業のもの造りの技能における聞き取り調査を実施し、知的熟練論について提唱しており、自動車産業のもの造りの技能にはレベルⅠからⅣの4段階の技能レベルが存在することを明らかにしている。このなかで、レベルⅢないしⅣの「問題と変化をこなすノウハウ」をもつ「知的熟練」を獲得するには、「ベテランつきの訓練」を行い、その後は「自分なりの工夫」をする必要があること。また、レベルⅢまでは一つの職場内でよいが、レベルⅣ以上の技能を身につけるには隣の職場への経験が必要になると述べ、熟練者の支援を受けながら、徐々に複雑な職務を経験しながら自分で工夫する段階的学習が行われていると報告している。

以上、経験学習研究および熟達研究では、経験による学習のプロセスモデルだけでなく、成長を促す経験の特性と能力獲得との関係性が検討されている。

第2節 経験学習研究および熟達研究の観点からの検討

1. 先行研究の整理と課題

経験学習研究や熟達研究では、ビジネス関連の職務あるいは医療系の各種専門職について、学習のプロセスモデルや成長を促す経験の特性、能力獲得との関係性が検討されており興味深い知見を有している。しかし、ポジショニングのような一つのスキルについて、それがどのような能力で構成されているのか、また、それはどのような経験から高められているのか、その能力はどのようなことに影響されているのかについて具体的に述べているものは管見の限りなく、次の課題が存在すると考える。

- ・ポジショニングの実践能力の熟達に関わるプロセスが明らかになっていないこと
- ・ポジショニング実践能力を獲得する経験の規定要因が明らかになっていないこと
- ・ポジショニング実践能力の規定要因が明らかになっていないこと
- ・経験年数、組織特性を考慮した経験と獲得能力の関係が解明されていないこと

2. コルブの経験学習モデルの適用可能性とリサーチクエスション

そこで、コルブの経験学習モデルとポジショニングスキルの熟達過程との共通点を検討することで、コルブの経験学習論を研究の枠組みとする適切性について述べる。介護職のポ

ポジショニング実践能力の熟達過程においても、研修受講や実践、事例検討など日常業務中の実践経験から、対話等によって内省が行われ、そこから得られた教訓を次の実践に活かし、さらにその教訓を別の場面や別の対象者への実践に適用させることで検証されるというサイクルの中で、ポジショニングの知識・スキルを習得し実践能力を高めていると推測することができる。したがって、コルブの経験学習サイクルモデルは、上記の課題を検討をする上で有効な視点を提示していると考えられる。

そこで本研究では、ポジショニング実践能力の熟達過程について論じるにあたり、コルブの経験学習論を理論的基盤に捉え、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験学習を分析することで、その成長プロセスを明らかにすることを目的とし、次の5つの視点を主な分析対象とする。

(1) 分析の視点

①経験の特性：

ポジショニングの学習過程において、どのような経験を積んでいるか

②獲得能力：

どのような能力（知識・スキル）が獲得されたか

③行動を方向づける信念の働き：

経験から能力獲得の過程で、どのような信念・価値観が醸成されているか

④経験年数：

キャリア段階による経験・能力との関連について

⑤学習を支える組織特性：

組織特性の違いは、ポジショニングの経験および獲得能力にどのような影響を及ぼしているのか

(2) 分析の手順とリサーチクエスチョン

①ポジショニングに熟達した介護福祉士の経験学習プロセスを明らかにする。

(個人の経験をコルブの経験学習モデルを参考に分析する。)

②コルブの経験学習モデルにおける「具体的経験」に関連して、

(a) RQ：10年ルールはポジショニング実践能力においても適用できるのか。

「熟達の10年ルール」の観点から、「経験年数」と熟達について分析する。

(b) RQ：どのような経験特性がポジショニング実践能力の熟達を促進しているのか。

熟達者は、領域固有の知識・スキルを「よく考えられた練習」によって獲得するといわれていることから、この概念に基づいて検討する。

③RQ：ポジショニングの実践能力の熟達過程で、どのような信念が形成されているか。

- ④RQ：組織特性は、ポジショニングの経験および獲得能力にどう影響しているのか。
コルブの経験学習モデル全体に関連して、組織の特性が経験学習にどのような影響を与えているのかを分析する。

第 10 章 ポジショニング実践能力の熟達に関わるインタビュー調査

コルブの理論モデルとポジショニング実践能力の熟達に関わる経験の共通点は、研修受講や実践を通して学習し、内省して得られた教訓を次の実践に活かし、さらに理学療法士や作業療法士との連携や形成された信念がポジショニング実践能力の熟達に関係していると考えられるという点である。つまり、コルブの経験学習サイクルモデルは、ポジショニング実践能力の熟達過程の分析、教育や学習方法の検討をする上で有効な視点を提示していると推測できる。本章では、介護職のポジショニング実践能力はどのように熟達するのかという問いを検証するため、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士にインタビュー調査を実施し考察する。

第 1 節 インタビュー調査の概要

1. 調査対象

調査対象者の選出基準は、ポジショニングスキルに熟達し、ユニットリーダーや介護主任等の役職についている介護福祉士とした。(表 7)

介護老人福祉施設 A (以後、「施設 A」という。)は、平成 13 年頃から高齢者の環境支援としてポジショニングに組織的に取り組んでいる実績がある(神内ほか, 2014)。S ポジショニング研究会で行った「高齢者介護施設におけるポジショニングの実践状況に関する調査」においても質の高いポジショニングが行われていたことから、施設 A において調査対象者 10 名を選出することとした。また、選出においては施設 A の法人内でポジショニング指導を行っている作業療法士 1 名と同法人および複数都府県でポジショニングセミナー等の講師を務めている理学療法士 1 名から推薦を受けた介護福祉士とすることで熟達性を担保する。

表 7 対象者 (介護福祉士) の属性

	性別	勤務年数	勤務地
a	女性	15 年 (内 5 年間は休職)	施設 A のみ
b	男性	12 年 (内 2 年は他施設)	複数
c	男性	14 年	施設 A のみ
d	女性	9 年 (内 1 年間休職)	施設 A のみ
e	女性	14 年	施設 A のみ
f	女性	15 年	施設 A のみ
g	女性	11 年 (内 6 年は他施設)	複数
h	男性	10 年	施設 A のみ
i	男性	14 年	施設 A のみ
j	男性	15 年 (内 7 年は他施設)	複数

2. 調査方法

(1) データ収集方法

研究対象者に対し、半構造化面接法による調査を実施した。インタビュー時間は、1時間から1時間半程度で個別に実施し、インタビューの内容は、調査協力者に許可を得た上で筆記およびICレコーダーに録音した。

(2) 調査項目

①ポジショニングスキルの熟達を促す「経験の特性」と「獲得能力」について

「どのような経験がポジショニングのスキルアップに役に立ったか」「どのようなプロセスを経てポジショニング技術を向上させてきたか」「ポジショニングに関し、印象に残っている経験」「普段どのような視点・手順でポジショニングを行っているか」

②ポジショニングの実践を方向づける「個人の信念」について

「ポジショニングに関し、どのような価値観・信念を持っているか、またそれほどどのように形成されてきたのか」

③学習をサポートする「組織の特性」について

「ポジショニングをどのように組織に浸透させてきたのか、組織の特性とは」

(3) 調査期間

2019年2月～2019年3月

(4) 集計・解析方法

インタビューによって得られたデータから逐語録を作成した後、質的記述的研究の分析方法に準じて研究目的と関連するデータを抽出し、初期コード表を作成した。次に、初期コードの内容を類似性のあるまとまりごとに区分しコード化、サブカテゴリー化した。さらに分類してカテゴリー化してタイトルを付与した。また、分析の妥当性を高める目的で、ポジショニングに熟達した理学療法士1人と看護師1人に分析結果を提示し意見を求めた。

3. 倫理的配慮

本研究の調査協力者に調査目的と方法、研究協力は自由意志に基づき、不参加に伴う不利益はないこと、調査同意後も途中辞退できること、個人情報の保護、データ収集と保管方法および公表方法、研究目的以外で使用しないこと等、データの公表に関する説明等、事前に文書および口頭で説明し、同意書の署名により承諾を得た。なお、研究計画は、静岡県立大学研究倫理審査委員会において審査・承認を得た。(受付番号 30-44)

第2節 インタビュー調査の結果

1. 生成されたカテゴリーおよび概念

ポジショニングに熟達した介護福祉士10名の語りから、ポジショニングスキル熟達に関わる経験は、7カテゴリー、17サブカテゴリー、61コードが抽出された。(表8)

また、獲得能力は、3カテゴリー、13コードが抽出された。(表9)

表記は、【 】をカテゴリー、< >をサブカテゴリー、「 」をコードとする。

(1) 継続的な学習

カテゴリー【継続的な学習】は、<施設内研修の受講>と<理学療法士・作業療法士(以下、本文「PT・OT」という。)との連携>と<利用者体験>の3サブカテゴリーより構成された。<施設内研修の受講>には、「月1回開催されるスキルアップ研修への参加」「新人は毎月、その後は可能な限り参加」「具体的な利用者について相談」が含まれていた。<理学療法士・作業療法士との連携>には、「困ったらその都度相談」「PT・OTの手技を見て学ぶ」「PT・OTから体操・マッサージの方法を学ぶ」があげられた。<利用者体験>には、「疑似体験することで求められている技術や留意点に気づく」の意見があった。このカテゴリーは、ポジショニング熟達に関わる対象者全員に共通する学習経験であった。

(2) 介護職員間のチームケアによる学習

カテゴリー【介護職員間のチームケアによる学習】は、<介護職員間でポジショニングに関する報告・連絡・相談><先輩介護職員から教わる><介護職員の技術から学ぶ>の3サブカテゴリーより構成された。<介護職員間での報告・連絡・相談>には、「ポジショニングの知識・技術の情報共有」「技術で気になったことを伝える」「方針や方法変更の引継ぎ」と「経過の確認・報告」「状態の変化によるポジショニング変更の検討」等があげられた。また、<先輩介護職員から教わる><介護職員の技術から学ぶ>には、「技術のチェックと指導」「その場で修正することによる理解の深まり」「評価されることによる学習」「他の介護職員の技術について良い点・悪い点・工夫点から学ぶ」が含まれていた。このカテゴリーは、介護職員によるチームケアの中でポジショニングスキルの技術向上につながる学習がされた経験であった。

(3) 充実した物的環境での実践

カテゴリー【充実した物的環境での実践】には、<ポジショニングクッションの充実><車いすの充実>の2サブカテゴリーより構成された。<ポジショニングクッションの充実>には、「クッションの数・種類の充実とともに技術が上達」「物の進化と使う人の進化によってポジショニングが熟達」等が挙げられ、<車いすの充実>には「車いすが充実

しているので、ポジショニングで座れる身体をつくる」「寝ている時も座っている時もポジショニングする」が挙げられた。このカテゴリーは、物的環境の充実によってポジショニングスキルが向上する経験であった。

(4) 教える経験

カテゴリー【教える経験】は、＜教えることで考える＞＜一緒に実践・確認＞の2つのサブカテゴリーより構成された。＜教えることで考える＞には、「ポジショニングの必要性・技術面の根拠を教える」「振り返りができ、技術の崩れや不徹底に気づかされる」等、また、＜一緒に実践・確認＞では、「ポジショニング前の筋緊張の状態を一緒に確認」「ベッドサイドで具体的にポジショニング方法を教える」「時間をおいて再度一緒に訪室し、身体の硬さや表情を確認」「行ったポジショニングを評価する」が挙げられ、このカテゴリーは、教える方法とそれに伴って得られる学びであった。

(5) 葛藤

カテゴリー【葛藤】は、＜状態に応じた技術提供の難しさ＞＜周知徹底の難しさ＞の2つのサブカテゴリーより構成された。＜状態に応じた技術提供の難しさ＞には、「利用者の体調等によりいつもの技術ではうまくいかず、微妙な加減が分からないことがある」「クッションの硬さの適切性の判断が難しい」等があげられた。また、＜周知徹底の難しさ＞には、「根拠・方法の理解不足で臨機応変な対応ができない職員」「根拠・方法を理解した上でパターン化している職員」の存在、「ポジショニング方法が変更になった際の周知徹底が難しい」等が含まれていた。このカテゴリーでは、自身のポジショニング技術やチームとしての取り組みにおいて葛藤が生じる経験が挙げられた。

(6) 効果の実感

カテゴリー【効果の実感】は、＜表情・姿勢の変化の実感＞＜離床につながる＞＜介護負担の軽減＞の3つのサブカテゴリーより構成された。＜表情・姿勢の変化の実感＞には、「表情・寝姿勢の変化を実感」「夜間、楽そうな表情で熟睡」「拘縮・歪みの軽減」等があげられ、＜離床につながる＞は、「他の利用者と一緒に食事ができる」「楽に食事ができるようになる（誤嚥しなくなる）」「車いす座位で生活リズムがつく」等、また、＜介護負担の軽減＞には、「座位での食事・座位入浴ができると介護が楽」「一人での移乗介助が可能になる」、「今のひと手間が先々のひと手間・ふた手間を減らす」等があげられた。このカテゴリーは、利用者の変化とそれによる介護負担の軽減が実感された経験である。

(7) 信念

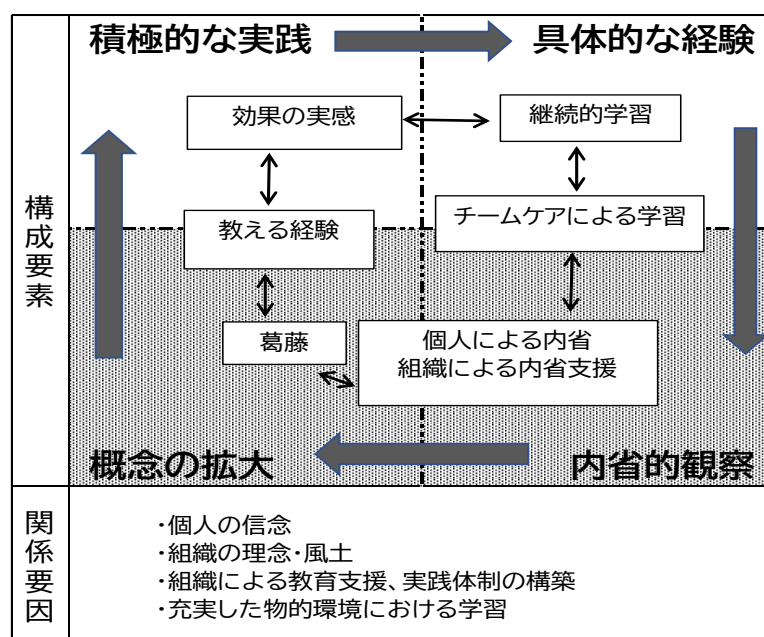
カテゴリー【信念】は、＜利用者への思い＞＜向上心＞の2つのサブカテゴリーより構成された。＜利用者への思い＞には、「最期まで座って食事を食べてもらいたい」「痛い思

いをせず楽に過ごしてもらいたい」等が含まれ、＜向上心＞は、「現状で満足しない」「ルーチンワークとしての実践ではなく、根拠を考えながら実践」「ある程度のことは自分で分かって実践したい。まずは自分で考える」等が挙げられた。このカテゴリーは、利用者に対する思いを行動の判断基準にして、向上心をもって実践することで信念が形成されていく経験である。

2. カテゴリー間の関連

＜施設内研修の受講＞や研修での＜利用者体験＞、日常的なく理学療法士・作業療法士との連携＞による【継続的な学習】と＜介護職員間でポジショニングに関する報告・連絡・相談＞や＜先輩介護職員から教わる＞＜介護職員の技術から学ぶ＞という【介護職員間のチームケアによる学習】を通して、ポジショニングの実践という“具体的経験”をし、“内省的な観察”を繰り返すことで内省する習慣を獲得していた。また、＜状態に応じた技術提供の難しさ＞や＜周知徹底の難しさ＞のなかで【葛藤】する経験、利用者個々のポジショニングについて、後輩介護職員と＜一緒に実践・確認＞をしたり＜教えることで考える＞という【教える経験】を通して“概念の拡大”が起こり、自分なりの「知」が創造されていた。そして、＜利用者の表情・姿勢の変化＞＜離床につながる＞＜介護負担の軽減＞といった【効果の実感】は、“積極的な実践”につながっており、＜利用者への思い＞＜向上心＞は、実践の原動力となる【信念】を形成し経験学習の循環が促進する。また、組織的な体制整備と＜ポジショニングクッションの充実＞＜車いすの充実＞といった【充実した物的環境での実践】が熟達の下支えをしていた。(図 22)

図22 ポジショニング実践能力の熟達モデル



(参考) Kobの経験学習モデル

3. 獲得能力の特性

(表9) ポジショニングの経験からの学び(獲得能力)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
姿勢アセスメント	体位変換前の姿勢アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・体位変換前の姿勢を観察する力 ・体位変換前の表情を観察する力 ・体位変換前の筋緊張の状態を確認する力 ・姿勢・表情・筋緊張から行われていたポジショニングを評価する力 ・状態に応じて体位変換前に他動運動を行う力
ポジショニング実践	個の特性に応じたポジショニング実践	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニングの知識・スキル ・個別性への対応力 ・根拠の理解
評価・指導・連携	ポジショニングの評価および介護職員間の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・体圧確認および除圧 ・ポジショニング後の姿勢・表情・筋緊張の確認する力 ・介護職員間の報告・連絡・相談能力 ・他職種とのコミュニケーション能力 ・離床後の姿勢観察と対応(シーティング、活動等)

4. 学習を支える組織特性

表10 A施設の組織特性

カテゴリー	具体的発言
クッション等、福祉用具・福祉機器の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・クッションは必要数、形・大きさのクッションは不足することなく、施設で用意 ・クッションや車いすやリフト等、福祉機器の購入は、PT・OT、介護主任が要望を出す
PT・OTによる相談・指導体制	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーや主任が指導できるのは、施設内研修やPT・OTの後ろ盾があるから ・「組織を作って、意識を変えて実践」という流れを主導的に進めてくれる人がいる ・他職種連携ができています
介護職員間の相談・指導体制	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内研修で技術を学び、日常の業務の中で実践し理解を深めている ・役職以上の介護職員がポジショニングの重要性を理解し、日常的に現場で教えている ・施設内にポジショニングを理解し、指導・助言できる介護職員が複数人いる ・ポジショニングに関心が高い介護職員が多いと、関心が低かった職員も巻き込まれていく ・見て学ぶことができる介護職員が身近にいる
施設全体にある意識・風土	<ul style="list-style-type: none"> ・施設をあげて、職員全体の意識の中に、ポジショニングはすべき仕事の一つであるという認識が定着している。 ・当たり前にならなければいけないことになっている ・PT・OT・看護師を中心に、施設全体にポジショニングが必要であるという意識が根底にあるので、継続的に実践できている ・施設の方針が「利用者本位」という考えなので、ポジショニングの取り組みに行きつく

5. 熟達の年数

年数	具体的発言
1～3年目	・教えられる内容の意味が分からなかった
	・基本型を覚える(見よう見まね)
	・クッションの当て方は見ていたが、利用者を見れていなかった
	・重なるところに挟む、隙間を埋めるしかやっていなかった。今思えば適当なポジショニング
	・研修での学びを現場でかみ砕いていけるようになった
	・クッションの当て方、部位など根拠が理解できるようになった
	・筋緊張が高くなっている理由を考えるようになった
	・観察ポイントを確認して、ポジショニング後の過程まで見るようになってきた
	・個別性を考えるようになってきた
	・PT・OTに相談ができるようになり、質問する内容も変わってきた
4～6年目	・クッションの素材・大きさ・形まで意識してポジショニングをするようになってきた
	・後輩職員に教えられるようになってきた
	・利用者の姿勢を見て、必要なポジショニングや修正箇所の判断ができるようになってきた
7～9年目	・周りから相談されることが増え、自分が率先して実践する意識が出てきた
	・リーダーになり責任の持ち方が変わり、ポジショニングについても更に意識が高くなった
10年目以降	・ややパターン化していたが、この頃から利用者の状態(個別性)を見れるようになってきた
	・利用者体験をして“動けるポジショニング”を学んでいる
	・利用者の目指す生活の実現に向け、ケア全体の中でポジショニングを考えるようになった

第3節 インタビュー調査の考察

1. ポジショニングスキルの学習過程における経験の特性

ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験は、コルブの経験学習サイクルに相当していたが、「抽象的概念化」は「概念の拡大」と表現を変えた。これは、個別性が非常に高いポジショニングという技術は、経験により一つに集約されていくものではなく、むしろ様々な経験知が増えていくことで、それまでの概念が広がっていき、概念を広めていくことで個別性の高いポジショニングに対応することができていく、というポジショニング技術の特徴をとらえた表現に修正した。(図 22)

ポジショニングスキルの学習過程は、施設内研修の受講による継続的な学習と介護職員間のチームケアによる学習によって、①具体的経験(研修受講、PT・OTとの連携、利用者体験、ポジショニング実践・報告・連絡・相談等)、②内省的観察(利用者の姿勢・生活の評価、技術評価、指導・助言・修正等)、③概念の拡大(根拠の理解、教訓を得る、教える経験等)、④積極的な実践(効果の実感、葛藤を抱えながらも信念をもって実践)という①から④の過程を行きつ戻りつしながらポジショニングの知識・スキルを学習していると考えられる。

前述のコルブ（1984）の経験学習は、内省に重要な価値をもつ。内省を学習と結びつける考えはデューイ（1938）の内省的思考態度やショーン（Schön, 1983）に端を発する。ショーンは、内省的（省察的）実践家（reflective practitioner）という概念を提唱している。現場で実践する専門家は、実践と内省の循環、その継続、そして内省が習慣化していくことによって自ら学び、解決策や教訓（実践の理論）を身につけ、発達していくという専門家モデルであり、学習における経験と内省の重要性を論じている。

また、人材育成の先行研究では、看護師長を含む管理職を対象とした調査や企業内人材育成の現場における調査がある。挑戦的課題に取り組み内省し、実践に根差した知識・スキルの獲得を促進させる要件として「上司の支援」があげられている。能力形成を下支えしているのは上司・同僚・先輩などから付与される「他者からの内省支援」であり、これは、経験や出来事概念の概念化、あるいは概念の拡大を個人レベルで振り返る「個人による内省（individual reflection）」ではなく、他者との双方向の会話や、出来事の意味づけの交換、様々なフィードバックやコーチングなどによって、集団・組織レベルで行われる「組織による内省（organizational reflection）」の重要性が指摘されている（中原, 2010・2013）。「経験の内省」は、他者（上司、同僚など）からの支援によって促進され、自己だけでは完結しない内省のあり方が見直されている（中原ら, 2009；中原, 2012；松尾, 2017）。

本研究のインタビュー結果においても、【介護職員間のチームケアによる学習】の中で「技術チェックと指導」「その場で修正することによる理解の深まり」「評価されることによる学習」「経過の確認・報告」「状態の変化によるポジショニング変更の検討」が実施され、【教える経験】からも「振り返りができ、技術の崩れや不徹底に気づかされる」「時間をおいて再度一緒に訪室し、身体の硬さや表情を確認」「行ったポジショニングを評価する」経験などが挙げられている。

このことから、ポジショニングに熟達した介護福祉士についても、一人で内省するだけでなく、対話を通して他者（上司、同僚など）から内省支援を受けることで、より深い内省がされ、日常的に“内省的な観察”を繰り返すことで内省する習慣を獲得し、ポジショニングの実践能力が形成されていたと考えられる。また、この実践を支えていたのが、【継続的な学習】機会や【充実した物的環境での実践】であるといえ、これらは調査対象者全員から析出することができた。

2. 獲得能力の特性：どのような能力（知識・スキル）が獲得されたか

個々の介護職員は、研修受講や同僚・先輩からの助言・指導から得た知識・スキルを活用してポジショニングをするだけでなく、その実践の中で「内省的観察」「概念の拡大」が行

われており、それが「積極的な実践」につながっている。(図 22)

具体的には、体位変換を行う際に、利用者の姿勢・表情・筋緊張の状態から、その数時間前に行われたポジショニングが適切であったかどうかを評価している。調査対象の介護福祉士全員が行っており、拘縮の感覚によって運動を取り入れる等の対応もとられていた。また、体位変換後も体圧確認や姿勢・表情の観察や筋緊張の確認を行い、離床した場合は、その後のシーティングや食事等の活動の様子を姿勢の側面から観察し、必要に応じて修正するなどの対応をとっていた。

リハビリ職との連携、施設内教育によってそれらを介護福祉士が担うことも可能であることが明らかになった。半田(2009)は、拘縮の評価手順を①情報収集、②観察、③問診、④ROMの計測、⑤触診をあげている。リハビリ職がROMの計測・評価を行う際、エンド・フィール(end feel)(表12)の確認と痛みについてもより具体的な記載が妥当性を高めるために必要であると述べている。そして、触診こそが「拘縮の評価」の核心部分であると強調している。

しかし、触診は拘縮評価に重要であるが、被験部を露出したり、直接身体に触れたり、観察したりする必要があることから、患者によっては信頼関係ができた後に行うことが必要な時もあると述べている。この点をクリアできるのは利用者と日々関わっている介護職である。介護職は、日常的な身体介護や生活介護の中で、利用者の身体を観る、触る関わりの中で、関節可動域(ROM)制限と日常生活動作(ADL)や二次障害などの関係・変化を感覚として捉えている。

分類	手に感じる感触	ROM的予後
衝突感	骨や岩に当たったような硬さ	少しの回復も困難
	骨や岩の間に布が入った硬さ	少しの回復が可能
弾力感	押し戻すような硬い弾力	時間はかかるがかなりの可能性
	ふんわりとした弾力	比較的容易に回復
軋轢(あつれき)感	様々な異常感	回復の可能性あるが無理は避ける

また、ポジショニングスキルの熟達には、「定期的な研修機会」や「現場でのPT・OTや介護職の先輩・同僚との相談・指導体制」がある環境で、最短でも4～6年は必要であると殆どの対象者が答えている。熟達研究では「高いレベルの熟達者になるためには10年の準備期間が必要となる」という10年ルール(Ericsson et al.,1993)が提唱されているが、本

調査の対象者の場合は、同じ介護福祉士であっても経歴や受けてきた教育、勤務地の条件等、背景がそれぞれ大きく異なることから、熟達までの年数を単純に経験年数だけで測ることはできない。また、A 施設の PT・OT は、「現在の組織体制を築くまでに 10 年以上かかった」と述べていることから、ポジショニングスキルの熟達には、その教育・学習の場でもある組織体制の構築期間も影響すると考えられる（神内, 2014）。(表 11)

3. 学習態度・行動を方向づける信念の働き

ポジショニングに熟達した介護福祉士は、ポジショニングを実践することで利用者の表情や寝姿勢が変化することや離床が可能になること、さらに介護負担が軽減されるといったポジショニングの効果を実感するなかで、継続的な研修参加を続け、知識・スキル獲得に努めていた。また、「最期まで座ってご飯を食べてもらいたい」「痛い思いをせず楽に過ごしてもらいたい」という発言にみられるように、「利用者に対する思い」と人生の最晩年にある利用者の安楽な生活を重視し、その実現のために技術を高めていこうとする「向上心」が影響し合い、実践の原動力となる信念が作り上げられたと考えられる。

IT コーディネーターや営業の仕事の信念においては、「顧客志向の信念」と「目標達成志向の信念」という 2 種類が経験学習を促進しているとされ、学習を方向づける信念の役割について、顧客志向と目標達成志向の 2 つのバランスを保つとき、経験から多くのことを学習すると述べられている（松尾, 2006）。また、介護福祉士・准看護師の信念については、「ケア対象者への志向」と「自分の力量向上への志向」があることが報告されており（宮上ほか, 2017）、ポジショニングに熟達した介護福祉士から抽出された「利用者への思い」と「向上心」という信念は、それらとおおむね類似していた。一方、公衆衛生医師の経験学習研究では、信念を公衆衛生マインドとよび、それらは内省を通して形成され経験を積むに従って変化することが報告されている（北川, 2017）。

これらのことから、今後、「利用者への思い」と「向上心」という信念について、経験との関係、獲得能力との関係、組織風土など影響する要因による変化など、さらに分析する必要があると考える。

4. 学習を支える組織特性について：

介護福祉士のポジショニング実践能力の熟達に関わる組織特性について、A 施設では、ポジショニングに必要なクッションの不足はなく、介護サービス提供のために必要な福祉用具として施設予算で購入されている。ポジショニングスキル熟達に関わる経験を構成するカテゴリーの中に【物的環境の充実による学習促進】があり、「ポジショニングクッション

の数・種類の充実」「物の進化に伴い技術も上達してきた」ことが述べられている。このことから、クッション等の整備がされた組織特性は、ポジショニングスキルの熟達に関わる経験につながっているということがいえる。

また、A施設の組織特性には「PT・OTによる相談・指導体制」と「介護職員間の相談・指導体制」があるが、その体制構築には施設内研修の存在が関係していると考えられる。その研修会は、キャリア段階別のプログラムではないが、受講職員の理解度に応じた指導が臨機応変に行われている。したがって、個々の職員にとっては、広い意味で易から難へと順に進めていく「段階的学習」の機会になっている。加えて介護現場では、軽度から重度まで様々な段階にある利用者に対してポジショニングを実践し、PT・OTや看護師、介護職員の先輩・同僚から指導・助言を受けながら学ぶという「非段階的学習」方法がとられている（生田, 1987）。「非段階的学習」は、茶道や日本舞踊のような「わざ」の教授にみられ、いきなり一つの作品の模倣から始めたり、難易度の高い課題を初心者に経験させ、学習者自らが段階や目標を作り出すよう促し技能を獲得する学習方法である。介護現場では、意図的に段階を設定しない学習方法をとるのではなく、多様な利用者が生活する場でフロアごとに決められた介護職員がケアをすることから、結果的に「非段階的学習」という形がとられている。したがって、この両方の学習方法をとることで、ポジショニングという一つのスキルが熟達していると考えられる。

次に、A施設には、「ポジショニングはすべき仕事の一つであるという認識」に代表される「組織全体にある意識・風土」がある。人が学び、成長しやすい組織とそうでない組織の違いは、組織の中に「自分で考えて行動する」風土があるかどうかである（松尾, 2006）。調査対象者の発言からは、介護職員は利用者の日々の小さな変化に対応するように、適切なポジショニングを自分で考えることに努めていた。不明な点は先に自分で考えてから質問する、あるいは介護職員同士で検討してからPT・OTに質問するというように「自分で考えて行動する」風土がA施設にはあると推察することができる。そして、考えることから生み出された知識やスキルが積み重なって組織全体のポジショニング実践能力につながっていると考えられる。（表 10）

第4節 結論と今後の課題

1. 結論

本研究では、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の熟達プロセスを明らかにするため、質的記述的研究の分析方法に準じて分析した。その結果、次の3点が導き出された。

(1) ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験の特性は、コルブの経験学習サイ

クルに相当していた。抽出された7つのカテゴリーは、次のようなストーリーラインでまとめられた。【継続的な学習】と【介護職員間のチームケアによる学習】を通してポジショニングの実践という“具体的経験”と“内省的な観察”が繰り返され内省する習慣を獲得していた。そして、【葛藤】する経験や【教える経験】により“概念の拡大”が起こり、自分なりの「知」が創造されていた。また、【効果の実感】は“積極的な実践”につながっていた。この経験学習の過程で、実践の原動力となる【信念】が形成され循環が促進し、組織の理念・風土、組織による教育支援等、実践体制と【充実した物的環境での実践】が熟達の下支えをしていた。

(2) ポジショニング実践能力の熟達には、「定期的な研修機会」や「現場でのPT・OTや介護職の先輩・同僚との相談・指導体制」がある環境で4～6年は必要であることが示唆された。

(3) クッション等の整備がされた組織特性は、ポジショニングスキル熟達に関わる経験につながっている。そして、施設内研修にみられる「段階的学習」の機会と「理学療法士・作業療法士による相談・指導体制」と「介護職員間の相談・指導体制」という「非段階的学習」の両方の学習方法をとることで、「自分で考えて行動する」風土が生まれ、ポジショニングの実践能力が熟達したと考えられた。

介護福祉士養成教育は、「段階的学習」の初段階に位置づけられる。今後、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験からの学び（獲得能力）を念頭に置いた教育目標・教育内容を具体的に検討していくことなども必要になると考える。

2. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、対象者が単一施設の介護福祉士のみであった点、調査対象者が10名と少ない点、回顧的インタビューの形式による調査であった点である。今後、一般化に向けて対象者および施設を増やすとともに、初期・中期の発達段階にある介護福祉士に対象の範囲を拡大し、ポジショニング実践の内容の詳細を調査することが課題となる。

表8. 介護福祉士のポジショニングスキル熟達に関わる経験を構成するカテゴリとコード

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(具体的発言)
継続的な学習	施設内研修を受講(18)	<ul style="list-style-type: none"> ・新人は毎月、その後は可能な限り参加 ・具体的な利用者について相談 ・月1回開催されるスキルアップ研修への参加
	理学療法士・作業療法士との連携(相談・指導)(18)	<ul style="list-style-type: none"> ・困ったらその都度相談 ・PT・OTの手技を見て学ぶ ・PT・OTから体操・マッサージの方法を学ぶ
	利用者体験(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・疑似体験することで求められている技術や留意点に気づく
介護職員間のチームケアによる学習	介護職員間でポジショニングに関する報告・連絡・相談(14)	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニングの知識・技術の情報共有 ・技術で気になったことを伝える ・方針や方法変更の引継ぎ ・経過の確認・報告 ・状態の変化によるポジショニング変更の検討 ・PT・OTに聞く前に介護職員間で検討
	先輩介護職員から教わる(14)	<ul style="list-style-type: none"> ・技術のチェックと指導 ・その場で修正することによる理解の深まり ・評価されることによる学習
	介護職員の技術から学ぶ(4)	<ul style="list-style-type: none"> ・他の介護職員の技術について、良い点・悪い点・工夫点から学ぶ
物的環境の充実による学習促進	ポジショニングクッションの充実(13)	<ul style="list-style-type: none"> ・クッションの数・種類の充実とともに技術が上達 ・中材の量を調整して使用するようになった ・物の進化と使う人の進化によってポジショニングが熟達 ・クッションが良いとポジショニングもうまくできる
	車いすの充実(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・車いすが充実しているので、ポジショニングで座れる身体をつくる ・寝ている時も座っている時もポジショニングをする
教える経験	教えることで考える(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニングの必要性・技術面の根拠を教える ・振り返りができ、技術の崩れや不徹底に気づかされる ・新鮮な疑問に出会う
	一緒に実践・確認(7)	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニング前の筋緊張の状態を一緒に確認 ・ベッドサイドで具体的にポジショニング方法を教える ・時間をおいて再度一緒に訪室し、身体の硬さや表情を確認 ・行ったポジショニングを評価する
葛藤	状態に応じた技術提供の難しさ(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調等によりいつもの技術ではうまくいかず、微妙な加減が分からないことがある ・クッションの硬さの適切性の判断が難しい ・施設形態・業務体系により必要なポジショニングができない ・ポジショニング前の体操やマッサージが上手にできない
	周知徹底の難しさ(7)	<ul style="list-style-type: none"> ・根拠・方法の理解不足で、臨機応変な対応ができない職員がいる ・根拠・方法を理解した上でパターン化している職員がいる ・ポジショニング方法が変更になった際の周知徹底が難しい ・重度の拘縮・変形がみられる利用者を知らない介護職員もいる
効果の実感	利用者の表情・寝姿勢の変化を実感(13)	<ul style="list-style-type: none"> ・表情・寝姿勢の変化を実感 ・夜間、楽そうな表情で熟睡 ・拘縮・歪みの軽減 ・痛みから解放され喜ばれる
	離床につながる(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・他の利用者と一緒に食堂で食事ができるようになる ・口の開け方が変わり、楽に食事ができるようになる(誤嚥しなくなる) ・車いす座位が可能になると朝・昼・晩の生活リズムがつく
	介護負担の軽減(12)	<ul style="list-style-type: none"> ・座位での食事、座位入浴ができると介助が楽 ・1人での移乗介助が可能になる ・長期的に見ると自分たちの仕事が楽になる。利用者の姿勢が良くなり介護が楽になった。 ・今のひと手間が先々のひと手間・ふた手間を減らす

信念の形成	利用者への思い(14)	<ul style="list-style-type: none"> ・最期まで座って食事を食べてもらいたい ・痛い思いをせず、楽に過ごしてもらいたい ・褥瘡をつくらない ・利用者に幸せだったと思ってもらえるよう尽くしたい ・利用者・家族の望む生活を実現したい ・施設の理念・方針「利用者本位」に基づいた介護を実践する ・「知識・情報・技術」「感覚・勘」が働くよう利用者に意識を向ける
	向上心(12)	<ul style="list-style-type: none"> ・現状で満足しない ・ルーチンワークとしての実践ではなく、根拠を考えながら実践 ・失敗経験から、利用者の動きを妨げないポジショニングを試行錯誤 ・ある程度のことは自分で分かって実践したい。まずは自分で考える。 ・問題意識を持って事例検討等に取り組む

第 11 章 ポジショニングの経験と獲得能力に関するアンケート調査

前章では、ポジショニングに熟達した介護福祉士 10 名のインタビュー調査を通して、ポジショニング実践における「経験」と「獲得能力」の因子を明らかにした。その結果、ポジショニングスキル熟達に関わる経験は、7 カテゴリー、17 サブカテゴリー、61 コードが抽出された。(表 8) また、それらの経験から獲得した能力(獲得能力)は、3 カテゴリー、13 コードが抽出された。(表 9)

本章では、介護職のポジショニング実践能力の熟達に関わる「経験」と「獲得能力」の関係を定量的分析によって検討する。

第 1 節 アンケート調査の概要

1. 調査目的

定性的調査の結果に基づいて定量的な質問紙調査を実施し、介護福祉士および介護職員のパジショニング実践に関わる経験と獲得能力の関係を明らかにする。

2. 調査対象

施設 A～施設 I の 9 施設の常勤介護福祉士および介護職員 279 名
回答者 237 名 (回収率 84.9%)

3. 調査方法

(1) 調査対象

(2) 調査施設選定基準

①グループ I の施設 (施設 A～D の 4 施設)

施設内研修は年 1 回程度。加えて、月 1 回程度、外部の理学療法士、介護福祉士養成教員等からポジショニングの指導・助言を受けている。ポジショニングの対象事例として選んだ利用者に対して重点的にポジショニング、シーティングを実施し、徐々に対象事例を増やしていく方法で取り組んでいる施設。

②グループ II の施設 : (施設 E～I の 5 施設) :

施設内研修は年 3～16 回。施設内あるいは法人内の理学療法士・作業療法士を中心にポジショニング教育・実践に取り組んでいる。クッション、リフト、スライディングシート等を備え、組織的に取り組んでいる施設。

(3) 調査期間：2020年3月～2020年4月

(4) 質問項目

インタビュー調査を通して、ポジショニングに熟達した介護福祉士の経験と獲得能力を基に作成した。経験のカテゴリーのうち、「葛藤」「効果の実感」「信念の形成」については、客観的表現に改める等の修正を加え、獲得能力については、「教える経験」に対応した能力として、「教育・マネジメント」のカテゴリーを新たに加えた。

質問項目は、ポジショニングスキル熟達に関わる経験が5カテゴリー15項目、獲得能力が4カテゴリー18項目である。

「経験」に関する質問は、①継続的な学習（3項目）、②介護職員間のチームケアによる学習（5項目）、③充実した物的環境での実践（2項目）、④教える経験（指導的な業務）（2項目）、⑤効果との直面（3項目）の5カテゴリー15項目である。これらの経験にどの程度関与したかを5段階評価（強く関与した〔5〕、関与した〔4〕、どちらともいえない〔3〕、あまり関与しなかった〔2〕、全く関与しなかった〔1〕）で回答を求めた。

（表13・資料3）

表13 ポジショニングに関する「経験」についての質問

カテゴリー		経験
継続的な学習	1	ポジショニングに関する研修への参加経験
	2	理学療法士・作業療法士等、機能訓練指導員と連携(相談・指導)する経験
	3	利用者体験をする経験
介護職員間の チームケアによる学習	4	介護職員間でポジショニングに関する連携(報告・連絡・相談)をする経験
	5	先輩介護職員から教わる経験(技術の評価や指導)
	6	同僚介護職員の技術から学ぶ経験(行われたポジショニングを見て学ぶ)
	7	状態に応じた技術提供がうまくいかなかった経験(困難事例の対応)
充実した物的 環境での実践	8	ポジショニングの周知徹底マネジメントをする経験(統括的業務)
	9	クッションの数・種類が充実した環境でのポジショニング実践経験
教える経験	10	車椅子が充実した環境でのポジショニング実践経験
	11	教えることで考える(内省)経験
効果との直面	12	ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験
	13	表情・姿勢に変化があった事例との直面
	14	離床につながった事例との直面
	15	介護負担が軽減された事例との直面

「獲得能力」に関する質問は、①体位変換前の姿勢アセスメント（5項目）、②個の特性に応じたポジショニング実践（3項目）、③ポジショニング後の評価および連携（7項目）、④教育・マネジメント（3項目）の4カテゴリー18項目である。これらの能力がどのくらい向上したか（または向上しているか）について5段階評価（向上した〔5〕、ある程度向上した〔4〕、どちらともいえない〔3〕、あまり向上しなかった〔2〕、全く向上しなかった〔1〕）で回答を求めた。（表14・資料3）

表14 ポジショニングに関する「獲得能力」についての質問項目

カテゴリー		ポジショニングに関する能力
体位変換前の姿勢アセスメント	1	体位変換前の姿勢の状態を観察する能力
	2	体位変換前の表情を観察する能力
	3	体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力
	4	姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力
	5	利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力
個の特性に応じたポジショニング実践	6	ポジショニングの知識・スキル（スキルとは、「技術」や「技能」のように言語化しにくい「やり方に関する知識」「やり方を体現できる知識」）
	7	個別性への対応力
	8	実践したポジショニングの根拠を説明できる能力
ポジショニング後の評価および連携	9	ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力
	10	ポジショニング後の姿勢を確認する能力
	11	ポジショニング後の表情を確認する能力
	12	ポジショニング後の筋緊張を確認する能力
	13	離床後の姿勢観察と（シーティング、活動する姿勢等）対応能力
	14	介護職員間で報告・連絡・相談する能力
	15	他職種との（ポジショニングに関する）コミュニケーション力
教育・マネジメント	16	（後輩・同僚に）ポジショニングを指導する能力
	17	ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力
	18	ポジショニングの成果をアピールする能力

回答にあたっては、回答者全員から「現在の施設での勤務年数」、「ポジショニングを学習してからの経験年数」、介護福祉士には「資格取得後の経験年数」の回答を求めた。

なお、このほかに、各施設の介護主任には、ポジショニング教育・実践体制に関する質問として、「居室種別」「施設内研修の年間回数」「ポジショニングの指導・助言者」「ポジショニング実践・教育体制の課題」について、各施設の介護主任に回答を求めた。

第2節 アンケート調査の結果

1. 回答者（237名）の概要

（1）現在の施設での勤務年数（表15）

グループⅠの施設では、5～10年未満（34.4%）が最も多く、次いで、3年未満（31%）であり、10年未満が全体の83.2%を占めていた。グループⅡの施設では、3年未満（37.4%）が最も多く、次いで5～10年未満（29.3%）であり、10年未満が全体の83%を占めていた。

（2）介護福祉士資格取得後年数（表16）

グループⅠでは、およそ86.7%が有資格者であり、そのうち59.0%が5年以上の者であるのに対し、グループⅡの施設は、有資格者はおよそ61.9%で、無回答および無資格者が38.1%を占めている。全体では、5年未満（31.2%）、5年以上（40.1%）、無回答および無資格（28.7%）であった。

（3）ポジショニング学習後の年数（学習歴）（表17）

グループⅠの施設は、学習歴5年未満が72.2%、5年以上25.6%であった。グループⅡの施設は、学習歴5年未満が77.6%、5年以上21.8%であった。グループⅠ・Ⅱともに70～80%（平均74.9%）が学習歴5年未満であった。また、学習歴10年以上の者は、グループⅠで3.3%、グループⅡで7.5%であった。

グループ	施設	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～20年未満	20年以上	無回答	合計
I	特養A	9	2	8	0	2	1	22
	特養B	4	2	4	1	0	0	11
	特養C	11	10	13	4	0	0	38
	特養D	4	2	6	7	0	0	19
	I 小計	28	16	31	12	3	1	90
II	特養E	27	8	15	0	0	0	50
	特養F	3	1	9	12	2	0	27
	老健G	7	0	3	1	1	1	13
	特養H	17	7	10	0	0	0	34
	特養I	1	8	6	7	1	0	23
	II 小計	55	24	43	20	4	1	147
I・II 合計		83	40	74	32	7	2	237

グループ	施設	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～20年未満	20年以上	無回答	合計
I	特養A	3	7	4	5	2	1	22
	特養B	0	1	3	4	0	3	11
	特養C	9	6	10	7	0	6	38
	特養D	3	3	8	3	0	2	19
	I 小計	15	17	25	19	2	12	90
II	特養E	12	3	2	5	0	28	50
	特養F	0	3	9	9	1	5	27
	老健G	3	2	2	1	1	4	13
	特養H	9	3	5	1	0	16	34
	特養I	1	6	6	5	2	3	23
	II 小計	25	17	24	21	4	56	147
I・II 合計		40	34	49	40	6	68	237

グループ	施設	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～20年未満	20年以上	無回答	合計
I	特養A	8	5	7	2	0	0	22
	特養B	7	2	2	0	0	0	11
	特養C	20	10	6	1	0	1	38
	特養D	10	3	5	0	0	1	19
	I 小計	45	20	20	3	0	2	90
II	特養E	48	1	1	0	0	0	50
	特養F	3	2	12	9	0	1	27
	老健G	9	3	1	0	0	0	13
	特養H	27	6	1	0	0	0	34
	特養I	11	4	6	2	0	0	23
	II 小計	98	16	21	11	0	1	147
I・II 合計		143	36	41	14	0	3	237

2. 「経験」の平均点のグループ別比較 (表 18)

表 18 は、介護職のポジショニングに関する経験をグループ別に示したものである。不等分散を前提とした t 検定にてグループ I とグループ II を検討した。1%有意となっている項目の列を赤で示し、有意差なしとなっている項目の列は緑で表示した。

経験の平均値の合計は、グループ I (46.0)、グループ II (51.3) であり、グループ II の方がポジショニングに関する経験全体への関与が高かった。

グループ I で平均値が高い経験は、「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」(3.5)と「Q6. 同僚介護職員の技術から学ぶ経験（行われたポジショニングを見て学ぶ）」(3.5)であった。グループ I で平均値が低い経験は、「Q14. 離床につながった事例との直面」(2.3)、「Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験」(2.6)であった。つまり、グループ I では、介護職員間でポジショニングに関する連携や同僚介護職員の技術を見て学ぶ経験を中心とした「Q4～Q8. 介護職員間のチームケアによる学習」経験に関与した度合いが高く、「Q11・Q12 教える経験」や離床につながった事例など、「Q13～Q15. 効果との直面」の経験は低いことが分かった。

次に、グループ II で平均値が高い経験は、「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」(3.9)と「Q5. 先輩介護職員から教わる経験（技術の評価や指導）」(3.8)であった。グループ II で平均値が低い経験は、「Q2. 理学療法士・作業療法士、機能訓練指導員等と連携（相談・指導）する経験」(3.0)、「Q8. ポジショニングの周知徹底マネジメントをする経験（統括的業務）」(3.0)、「Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験」(3.0)であった。つまり、グループ II は、介護職員間でポジショニングに関する連携をする経験、先輩介護職員から教わる経験を中心とした「Q4～Q8. 介護職員間のチームケアによる学習」経験と「Q9・Q10 充実した物的環境での実践」経験に関与した度合いが高く、「Q11・Q12 教える経験」への関与は低い（I よりは有意に高い）ことが分かった。

次に、不等分散を前提とした t 検定にてグループ I と II を比較検討すると、1%有意となっている項目は、次の 8 項目であった。

「Q1. ポジショニングに関する研修への参加経験」

「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験

「Q5. 先輩介護職員から教わる経験（技術の評価や指導）」

「Q9. クッションの数・種類が充実した環境でのポジショニング実践経験」

「Q10. 車椅子が充実した環境でのポジショニング実践経験」

「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」

「Q14.離床につながった事例との直面」

「Q15.介護負担が軽減された事例との直面」

そして、上記8項目の「経験」は、いずれもグループⅡの平均値の方が有意に高かった。

また、「経験」の合計もグループⅡの方が有意に高かった。(1%水準)

一方、有意差なしとなっている項目は次の2項目であった。

「Q2.理学療法士・作業療法士、機能訓練指導員等と連携(相談・指導)する経験」

「Q7.状態に応じた技術提供がうまくいかなかった経験(困難事例の対応)」

以上の結果をまとめると、グループⅡはグループⅠと比較して、ポジショニング実践に関する様々な経験に関与していることが分かった。「Q2.理学療法士・作業療法士、機能訓練指導員等と連携する経験」と「Q7.困難事例の対応経験」については、グループ間で差はなく同じ程度に経験していたが、それ以外の経験はいずれもグループⅡの方が有意に高かった。また、各経験のなかでも離床につながった事例など、「Q13～Q15.効果との直面」経験や「Q9～Q10.充実した物的環境での実践」経験は、グループⅡが有意に高かった。

		グループⅠ 平均	グループⅡ 平均	t値	p値	t_check(※1)
継続的な学習	問6-Q1	3.2	3.6	-2.6	0.01	**
	問6-Q2	3.2	3.0	1.2	0.23	n.s
	問6-Q3	3.3	3.5	-1.7	0.09	+
介護職員間のチームケアによる学習	問6-Q4	3.5	3.9	-3.0	0.00	**
	問6-Q5	3.3	3.8	-3.1	0.00	**
	問6-Q6	3.5	3.7	-2.2	0.03	*
	問6-Q7	3.4	3.4	0.0	0.99	n.s
充実した物的環境での実践	問6-Q8	2.7	3.0	-2.2	0.03	*
	問6-Q9	3.2	3.7	-3.9	0.00	**
教える経験(指導的な業務)	問6-Q10	3.0	3.5	-3.9	0.00	**
	問6-Q11	2.7	3.1	-2.3	0.02	*
効果との直面	問6-Q12	2.6	3.0	-2.4	0.02	*
	問6-Q13	3.2	3.6	-2.9	0.00	**
	問6-Q14	2.3	3.1	-5.3	0.00	**
	問6-Q15	2.7	3.4	-4.9	0.00	**
	経験合計	46.0	51.3	-4.0	0.00	**

※1)** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

3. 「獲得能力」の平均点のグループ別比較 (表 19)

表 19 は、介護職のポジショニングに関する獲得能力をグループ別に示したものである。不等分散を前提とした t 検定にてグループ I とグループ II を検討した。1%有意となっている項目の列を赤で示し、有意差なしとなっている項目の列は緑で表示した。

獲得能力の平均値の合計は、グループ I (54.6)、グループ II (60.4) であり、グループ IIの方がポジショニングに関する獲得能力が向上した(向上している)。

グループ I で平均値が高い(向上している)獲得能力は、「Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力」(3.4)と「Q10. ポジショニング後の姿勢を確認する能力」(3.4)、「Q14. 介護職員間で報告・連絡・相談する能力」(3.4)であった。

グループ I で平均値が低い獲得能力は、「Q16. (後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力」(2.6)、「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」(2.6)であった。

一方、グループ II で平均値が高い(向上している)獲得能力は、「Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力」(3.7)と「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」(3.7)、「Q10. ポジショニング後の姿勢を確認する能力」(3.7)であった。

グループ II で平均値が低い獲得能力は、「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」(2.8)、「Q16. (後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力」(2.9)、「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」(2.9)であった。

以上の結果をまとめると、グループ I・II で高かった獲得能力は、「Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力」と「Q10. ポジショニング後の姿勢を確認する能力」であり、共通して高かった。また、グループ II は、「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」も高かった。

次に、低かった能力については、「Q16. (後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力」、「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」であり I・II で共通していた。

次に、不等分散を前提とした t 検定にてグループ I と II を検討すると、1%有意となっている項目は、次の 10 項目であった。

「Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力」

「Q4. 姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力」

「Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力」

「Q6. ポジショニングの知識・スキル」

「Q7. 個別性への対応力」

「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」

「Q10. ポジショニング後の姿勢を確認する能力」

「Q11. ポジショニング後の表情を確認する能力」

「Q12. ポジショニング後の筋緊張を確認する能力」

「Q13. 離床後の姿勢観察と（シーティング、活動する姿勢等）対応能力」

そして、上記 10 項目の「能力」はいずれもグループⅡの平均値の方が有意に高かった。（1%水準）特に、「Q4. 姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力」および「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」はグループⅡが有意に高かった。

一方、有意差なしとなっている項目は、次の 3 項目であった。

「Q14. 介護職員間で報告・連絡・相談する能力」

「Q15. 他職種との（ポジショニングに関する）コミュニケーション力」

「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」の 3 項目であった。

以上の結果をまとめると、獲得能力については特に、「Q1～Q5. 体位変換前の姿勢アセスメント」を構成している能力と「Q6～Q8. 個の特性に応じたポジショニング実践」を構成している能力については、全ての項目においてグループⅡの方が有意に高かった。（1%水準、5%水準）なかでも、「Q4. 姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力」「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」はグループⅡが有意に高かった。

一方、「Q16.（後輩・同僚）にポジショニングを指導する能力」「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」の 3 項目で構成された「教育・マネジメント」能力の獲得は、グループⅡの方が平均値は高いもののどちらも低かった。

表19 「獲得能力」グループⅠ・Ⅱ間のt検定

		グループⅠ 平均	グループⅡ 平均	t値	p値	t_check(※1)
体位変換前の 姿勢アセスメント	問7-Q1	3.4	3.7	-3.1	0.00	**
	問7-Q2	3.3	3.6	-2.4	0.02	*
	問7-Q3	3.2	3.5	-2.6	0.01	*
	問7-Q4	2.9	3.4	-3.8	0.00	**
	問7-Q5	2.8	3.2	-3.1	0.00	**
個の特性に応じた ポジショニング実践	問7-Q6	3.0	3.4	-3.3	0.00	**
	問7-Q7	2.9	3.3	-3.3	0.00	**
	問7-Q8	2.7	3.0	-2.1	0.04	*
ポジショニング後の 評価および連携	問7-Q9	3.1	3.7	-5.0	0.00	**
	問7-Q10	3.4	3.7	-3.3	0.00	**
	問7-Q11	3.2	3.6	-3.5	0.00	**
	問7-Q12	3.1	3.4	-3.1	0.00	**
	問7-Q13	3.0	3.4	-2.9	0.00	**
	問7-Q14	3.4	3.6	-1.6	0.12	n.s
	問7-Q15	3.3	3.3	-0.6	0.53	n.s
教育・マネジメント	問7-Q16	2.6	2.9	-2.2	0.03	*
	問7-Q17	2.7	2.9	-1.8	0.07	+
	問7-Q18	2.6	2.8	-1.6	0.12	n.s
	能力合計	54.6	60.4	-3.7	0.00	**

※1) ** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

4. 「経験」と「獲得能力」の関係 (表20・図23)

(1) グループⅠにおける「経験」と「獲得能力」の相関

経験と獲得能力の相関係数が高い順に10ヶ掲載した。(表20)

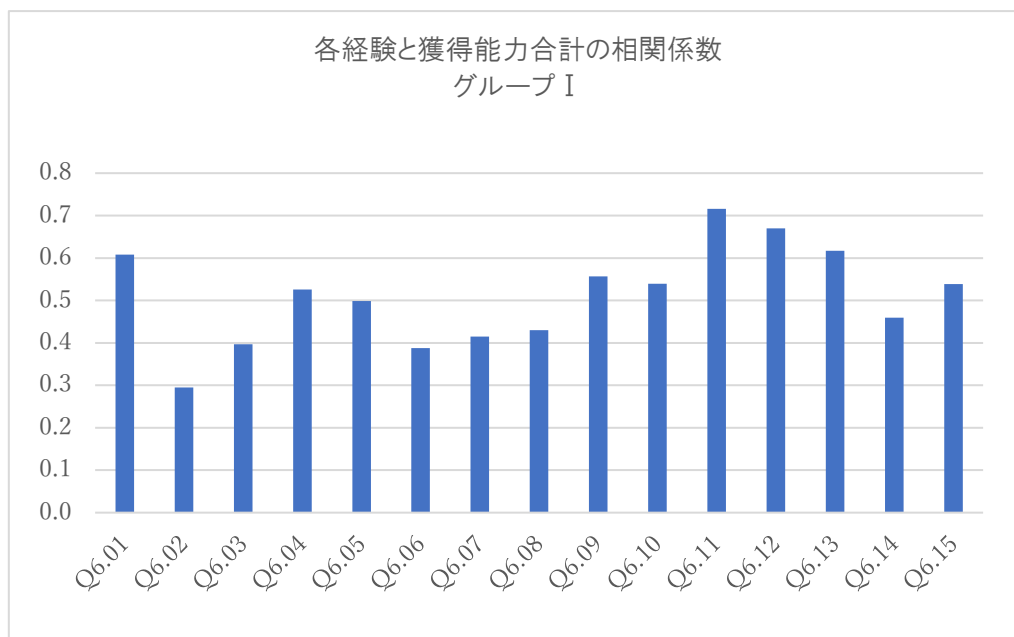
グループⅠでは、「Q11. 教えることで考える(内省)経験」や「Q12. ベッドサイドで具体的な指導を行う経験」が、「Q16. (後輩・同僚に)ポジショニングを指導する能力」や「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」「(Q18) ポジショニングの成果をアピールする能力」との相関が高かった。

グループⅠにおける各経験と獲得能力合計の相関係数は、図23のとおりであった。獲得能力合計との相関が高い経験は、「Q11. 教えることで考える(内省)経験」「Q12. ベッドサイドで具体的な指導を行う経験」「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」「Q1. ポジショニングに関する研修への参加経験」「Q9. クッションの数・種類が充実した環境でのポジショニング実践経験」であった。

表20 グループIにおける「経験」と「獲得能力」の関係

相関係数	経験	能力
0.9	Q11.教えることで考える(内省) 経験	Q16.(後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力
0.8	Q12.ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q16.(後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力
0.7	Q11.教えることで考える(内省) 経験	Q17.ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力
0.7	Q11.教えることで考える(内省) 経験	Q18.ポジショニングの成果をアピールする能力
0.7	Q12.ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q17.ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力
0.7	Q12.ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q18.ポジショニングの成果をアピールする能力
0.7	Q13.表情・姿勢に変化があった事例との直面	Q2.体位変換前の表情を観察する能力
0.6	Q13.表情・姿勢に変化があった事例との直面	Q1.体位変換前の姿勢の状態を観察する能力
0.6	Q10.車椅子が充実した環境でのポジショニング実践経験	Q9.ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力
0.6	Q11.教えることで考える(内省) 経験	Q8.実践したポジショニングの根拠を説明できる能力

図 23



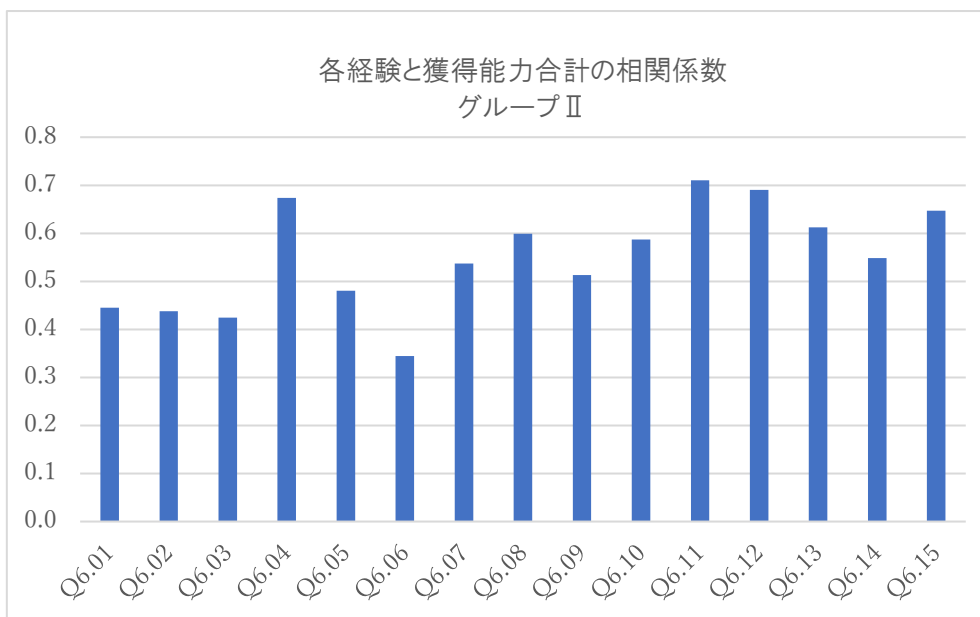
(2) グループⅡにおける「経験」と「獲得能力」の相関 (表 21・図 24)

経験と獲得能力の相関が高い順に 10 ケ掲載した。グループⅡでは、「Q11. 教えることで考える(内省)経験」や「Q12. ベッドサイドで具体的な指導を行う経験」が、「Q3. 体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力」や「Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力」、「Q16. (後輩・同僚に)ポジショニングを指導する能力」との相関が高く、グループⅠよりも“教える”“指導する”経験で、指導する能力だけでなく、利用者の姿勢をアセスメントする能力を高めている傾向がうかがえる。

次に、グループⅡにおける各経験と獲得能力合計の相関係数は、図 24 のとおりであった。獲得能力合計との相関が高い経験は、「Q11. 教えることで考える(内省)経験」「Q12. ベッドサイドで具体的な指導を行う経験」「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携(報告・連絡・相談)をする経験」「Q15. 介護負担が軽減された事例との直面」であった。

相関係数	経験	能力
0.7	Q11. 教えることで考える(内省)経験	Q3. 体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力
0.7	Q11. 教えることで考える(内省)経験	Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力
0.7	Q11. 教えることで考える(内省)経験	Q16. (後輩・同僚に)ポジショニングを指導する能力
0.7	Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力
0.7	Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q16. (後輩・同僚に)ポジショニングを指導する能力
0.6	Q11. 教えることで考える(内省)経験	Q2. 体位変換前の表情を観察する能力
0.6	Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携(報告・連絡・相談)をする経験	Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力
0.6	Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力
0.6	Q12. ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	Q2. 体位変換前の表情を観察する能力
0.6	Q15. 介護負担が軽減された事例との直面	Q15. 他職種との(ポジショニングに関する)コミュニケーション力

図 24



5. 「経験」と「獲得能力」の相関係数比較（グループ別の全体傾向）（表 22・表 23）

グループ I とグループ II における経験と獲得能力の相関係数比較では、下記の発見事実があった。

グループ I ・ II ともに、「Q11・Q12.教える経験」は獲得能力との相関係数が高く、特に、相関係数が高い関係性が見られたのは、「教える経験」と「教育・マネジメント」能力であり、これはグループ I ・ II いずれも同様の傾向であった。

また、グループ I と II の間で差が大きかった項目は、「Q1.ポジショニングに関する研修への参加経験」と「Q4.介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」と「Q15.介護負担が軽減された事例との直面」経験と獲得能力との相関係数であった。特に、「Q1. ポジショニングに関する研修への参加経験」と獲得能力との相関係数はグループ I の方が高く、「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」と獲得能力との相関はグループ II の方が高く、逆の傾向が見られた点に特徴がある。

表 22. 経験と獲得能力の相関係数比較（グループ I）

経験 能力		継続的な学習			介護職員間のチームケアによる学習					充実した物的空間での実践		教える経験		効果との直面		
		Q6.01	Q6.02	Q6.03	Q6.04	Q6.05	Q6.06	Q6.07	Q6.08	Q6.09	Q6.10	Q6.11	Q6.12	Q6.13	Q6.14	Q6.15
体位変換前の姿勢アセスメント	Q7.01	0.51	0.25	0.26	0.35	0.44	0.44	0.34	0.20	0.49	0.49	0.51	0.52	0.61	0.42	0.51
	Q7.02	0.57	0.28	0.37	0.44	0.47	0.46	0.43	0.29	0.51	0.54	0.59	0.57	0.67	0.47	0.59
	Q7.03	0.44	0.32	0.26	0.36	0.44	0.39	0.38	0.24	0.35	0.30	0.46	0.49	0.60	0.36	0.45
	Q7.04	0.50	0.08	0.24	0.40	0.30	0.24	0.25	0.41	0.40	0.43	0.53	0.50	0.60	0.50	0.55
	Q7.05	0.31	0.16	0.17	0.48	0.46	0.31	0.26	0.38	0.42	0.35	0.44	0.49	0.57	0.52	0.46
個の特性に応じたポジショニング	Q7.06	0.54	0.24	0.35	0.40	0.48	0.34	0.35	0.38	0.50	0.37	0.54	0.49	0.49	0.26	0.35
	Q7.07	0.32	0.10	0.25	0.40	0.52	0.28	0.11	0.27	0.44	0.32	0.49	0.46	0.55	0.40	0.49
	Q7.08	0.57	0.39	0.42	0.42	0.34	0.27	0.32	0.50	0.41	0.43	0.61	0.54	0.40	0.14	0.23
ポジショニングの評価及び連携	Q7.09	0.48	0.25	0.45	0.29	0.35	0.28	0.34	0.25	0.52	0.62	0.55	0.44	0.34	0.37	0.46
	Q7.10	0.50	0.25	0.38	0.48	0.54	0.37	0.38	0.29	0.54	0.55	0.58	0.47	0.50	0.35	0.45
	Q7.11	0.45	0.33	0.34	0.40	0.42	0.39	0.37	0.22	0.43	0.53	0.56	0.49	0.55	0.40	0.45
	Q7.12	0.44	0.26	0.31	0.39	0.28	0.26	0.29	0.19	0.33	0.26	0.50	0.47	0.39	0.21	0.30
	Q7.13	0.50	0.19	0.28	0.42	0.31	0.25	0.30	0.32	0.37	0.47	0.58	0.46	0.50	0.39	0.45
	Q7.14	0.30	0.15	0.31	0.46	0.60	0.48	0.42	0.27	0.45	0.51	0.46	0.42	0.42	0.29	0.34
	Q7.15	0.25	0.23	0.21	0.32	0.45	0.45	0.58	0.34	0.43	0.46	0.49	0.40	0.42	0.26	0.38
教育・マネジメント	Q7.16	0.55	0.17	0.36	0.43	0.31	0.29	0.31	0.41	0.52	0.42	0.86	0.78	0.33	0.41	0.50
	Q7.17	0.53	0.20	0.25	0.52	0.32	0.30	0.28	0.53	0.44	0.44	0.72	0.70	0.39	0.33	0.39
	Q7.18	0.53	0.19	0.30	0.45	0.27	0.21	0.31	0.49	0.50	0.52	0.75	0.70	0.53	0.51	0.51

表 23. 経験と獲得能力の相関係数比較（グループ II）

経験 能力		継続的な学習			介護職員間のチームケアによる学習					充実した物的空間での実践		教える経験		効果との直面		
		Q6.01	Q6.02	Q6.03	Q6.04	Q6.05	Q6.06	Q6.07	Q6.08	Q6.09	Q6.10	Q6.11	Q6.12	Q6.13	Q6.14	Q6.15
体位変換前の姿勢アセスメント	Q7.01	0.48	0.39	0.42	0.65	0.47	0.40	0.42	0.44	0.42	0.46	0.61	0.63	0.55	0.52	0.60
	Q7.02	0.42	0.34	0.37	0.55	0.37	0.34	0.45	0.49	0.33	0.47	0.64	0.63	0.60	0.54	0.61
	Q7.03	0.41	0.38	0.38	0.56	0.35	0.30	0.39	0.54	0.46	0.48	0.65	0.58	0.53	0.49	0.56
	Q7.04	0.44	0.37	0.42	0.55	0.35	0.26	0.39	0.51	0.49	0.49	0.62	0.56	0.52	0.47	0.51
	Q7.05	0.40	0.40	0.41	0.55	0.37	0.28	0.46	0.58	0.48	0.56	0.67	0.70	0.50	0.44	0.52
個の特性に応じたポジショニング	Q7.06	0.38	0.29	0.34	0.62	0.40	0.30	0.53	0.51	0.42	0.53	0.56	0.50	0.52	0.38	0.62
	Q7.07	0.42	0.39	0.41	0.56	0.46	0.24	0.45	0.45	0.45	0.54	0.56	0.55	0.47	0.40	0.57
	Q7.08	0.37	0.37	0.36	0.48	0.32	0.25	0.44	0.46	0.36	0.40	0.57	0.55	0.51	0.41	0.52
ポジショニングの評価及び連携	Q7.09	0.27	0.30	0.26	0.56	0.40	0.29	0.44	0.29	0.41	0.43	0.43	0.41	0.32	0.27	0.45
	Q7.10	0.40	0.34	0.37	0.55	0.45	0.33	0.38	0.41	0.42	0.38	0.45	0.53	0.56	0.47	0.47
	Q7.11	0.33	0.29	0.37	0.54	0.44	0.37	0.42	0.43	0.35	0.37	0.48	0.50	0.52	0.39	0.41
	Q7.12	0.36	0.39	0.40	0.56	0.50	0.36	0.44	0.46	0.42	0.45	0.54	0.51	0.45	0.37	0.40
	Q7.13	0.30	0.29	0.31	0.47	0.42	0.29	0.45	0.40	0.36	0.43	0.40	0.35	0.43	0.36	0.47
	Q7.14	0.29	0.28	0.31	0.61	0.47	0.30	0.46	0.44	0.46	0.46	0.46	0.44	0.35	0.34	0.51
	Q7.15	0.20	0.37	0.27	0.50	0.31	0.32	0.49	0.41	0.33	0.49	0.46	0.40	0.42	0.54	0.64
教育・マネジメント	Q7.16	0.30	0.31	0.27	0.49	0.28	0.16	0.30	0.59	0.32	0.34	0.69	0.68	0.53	0.40	0.44
	Q7.17	0.27	0.32	0.26	0.48	0.25	0.15	0.33	0.52	0.35	0.41	0.53	0.55	0.44	0.48	0.45
	Q7.18	0.35	0.37	0.26	0.47	0.31	0.16	0.34	0.58	0.37	0.44	0.58	0.56	0.46	0.48	0.52

6. ポジショニング学習後の年数別の比較 (表 24・25・26・27・28)

表 24 から表 27 は、ポジショニング学習歴を「3 年未満」「3～5 年」「5～10 年」「10 年以上」に分け、経験の平均および獲得能力の平均について不等分散を前提とした t 検定にてグループ I と II を比較検討した。

(1) ポジショニング学習歴別の「経験」の状況

ポジショニング学習歴が 3 年未満である介護職の「経験」は、「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」「Q14. 離床につながった事例との直面」「Q15. 介護負担が軽減された事例との直面」の 3 項目および「経験の合計」において、いずれもグループ II の平均値の方が有意に高かった (1%水準)。つまり、グループ II の方が、ポジショニング学習後 3 年の間に、特にポジショニングの「効果との直面」に関与する経験が高いことが明らかになった。

また、ポジショニング学習歴 3 年以上では、有意差なしとなった項目が多くを占めた。

しかし、有意水準 1%・5%・10% で有意となっている項目は、3～5 年は 5 項目、5～10 年では 6 項目ある。これらに共通する項目は、「Q5. 先輩介護職員から教わる経験 (技術の評価や指導)」「Q14. 離床につながった事例との直面」「経験合計」である。

つまり、グループ I と比較するとグループ II の介護職は、3～10 年の間に、先輩介護職員から学び、離床につながる効果との直面、経験全体への関与の度合いが高かった。ポジショニング学習後の年数が 10 年以上は、有意差なしとなった項目がほとんどであった。

(2) ポジショニング学習歴別の「獲得能力」の状況

ポジショニング学習後 3 年未満の介護職の「獲得能力」は、「Q7. 個別性への対応力」と「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」の 2 つの能力において、グループ II の方が高く有意差が見られた (1%水準)。つまり、グループ II の方が、ポジショニング学習後 3 年の間に「Q7. 個別性への対応力」「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」を高めていた。

ポジショニング学習後の年数が 3 年以上では、有意差なしとなった項目が多くを占めた。しかし、有意水準 1%・5%・10% で有意となっている項目は、3～5 年は 4 項目、5～10 年では 8 項目ある。これらに共通する項目は、「Q13. 離床後の姿勢観察と (シーティング、活動する姿勢等) 対応能力」であった。

つまり、グループ II は、3～10 年の間に、ベッド上のポジショニングの実践から、シーティングや活動する姿勢の管理など、離床後の姿勢観察と対応能力が向上していると考えられる。ポジショニング学習後の年数が 10 年以上は、有意差なしとなった項目がほとんどであった。

n数	グループ I	45			
	グループ II	98			
	グループ I 平均	グループ II 平均	t値	p値	t_check (※1)
問6-Q1	3.1	3.6	-2.6	0.01	*
問6-Q2	3.1	2.8	1.4	0.15	n.s
問6-Q3	3.3	3.5	-1.1	0.27	n.s
問6-Q4	3.5	3.8	-2.2	0.03	*
問6-Q5	3.4	3.7	-1.7	0.09	+
問6-Q6	3.5	3.7	-1.3	0.19	n.s
問6-Q7	3.6	3.4	1.2	0.25	n.s
問6-Q8	2.6	2.9	-1.2	0.24	n.s
問6-Q9	3.3	3.6	-1.9	0.06	+
問6-Q10	3.0	3.4	-2.3	0.02	*
問6-Q11	2.6	2.9	-1.6	0.11	n.s
問6-Q12	2.4	2.8	-1.9	0.06	+
問6-Q13	3.0	3.5	-2.7	0.01	**
問6-Q14	2.2	3.0	-3.9	0.00	**
問6-Q15	2.6	3.3	-3.9	0.00	**
経験合計	45.1	49.9	-2.8	0.01	**
問7-Q1	3.3	3.7	-2.8	0.01	**
問7-Q2	3.2	3.5	-2.2	0.03	*
問7-Q3	3.2	3.5	-1.6	0.12	n.s
問7-Q4	2.9	3.3	-2.4	0.02	*
問7-Q5	2.7	3.1	-2.1	0.04	*
問7-Q6	3.0	3.3	-2.3	0.03	*
問7-Q7	2.8	3.2	-2.9	0.01	**
問7-Q8	2.6	2.9	-1.3	0.21	n.s
問7-Q9	3.1	3.7	-3.5	0.00	**
問7-Q10	3.3	3.7	-2.5	0.02	*
問7-Q11	3.2	3.5	-2.3	0.02	*
問7-Q12	3.0	3.4	-2.5	0.01	*
問7-Q13	2.9	3.2	-2.0	0.05	+
問7-Q14	3.4	3.5	-0.6	0.58	n.s
問7-Q15	3.4	3.2	1.7	0.10	+
問7-Q16	2.5	2.8	-1.4	0.17	n.s
問7-Q17	2.5	2.7	-1.3	0.21	n.s
問7-Q18	2.4	2.6	-1.0	0.30	n.s
能力合計	53.4	58.7	-2.5	0.01	*

※1) ** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

n数	グループ I	20			
	グループ II	16			
	グループ I 平均	グループ II 平均	t値	p値	t_check (※1)
問6-Q1	3.5	3.6	-0.2	0.86	n.s
問6-Q2	3.0	3.0	0.0	1.00	n.s
問6-Q3	3.0	3.8	-2.9	0.01	**
問6-Q4	3.4	3.7	-1.2	0.23	n.s
問6-Q5	3.0	3.6	-1.8	0.08	+
問6-Q6	3.2	3.7	-1.6	0.12	n.s
問6-Q7	3.2	3.4	-0.5	0.60	n.s
問6-Q8	2.6	2.7	-0.4	0.73	n.s
問6-Q9	3.2	3.6	-1.4	0.17	n.s
問6-Q10	2.9	3.4	-1.4	0.16	n.s
問6-Q11	2.8	3.1	-0.9	0.37	n.s
問6-Q12	2.8	3.1	-1.3	0.22	n.s
問6-Q13	3.5	3.4	0.2	0.81	n.s
問6-Q14	2.3	3.2	-2.9	0.01	**
問6-Q15	2.7	3.4	-2.2	0.03	*
経験合計	44.9	50.7	-1.9	0.07	+
問7-Q1	3.5	3.7	-1.2	0.23	n.s
問7-Q2	3.4	3.4	-0.2	0.86	n.s
問7-Q3	3.1	3.3	-0.5	0.59	n.s
問7-Q4	3.0	3.4	-1.6	0.13	n.s
問7-Q5	2.8	3.1	-1.1	0.28	n.s
問7-Q6	3.2	3.5	-1.2	0.25	n.s
問7-Q7	3.1	3.4	-1.2	0.25	n.s
問7-Q8	3.0	3.0	-0.2	0.86	n.s
問7-Q9	3.0	3.6	-2.0	0.05	+
問7-Q10	3.4	3.8	-1.7	0.09	+
問7-Q11	3.3	3.6	-1.8	0.07	+
問7-Q12	3.2	3.3	-0.2	0.85	n.s
問7-Q13	3.2	3.6	-2.0	0.05	+
問7-Q14	3.5	3.9	-1.7	0.10	n.s
問7-Q15	3.1	3.6	-1.6	0.12	n.s
問7-Q16	2.8	2.8	-0.0	0.97	n.s
問7-Q17	2.9	3.1	-0.8	0.44	n.s
問7-Q18	2.8	2.9	-0.5	0.65	n.s
能力合計	55.8	60.7	-1.6	0.13	n.s

※1) ** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

表26 グループ I、II間のt検定(ポジショニング学習歴 5～10年)

n数	グループ I	20			
	グループ II	21			
	グループ I 平均	グループ II 平均	t値	p値	t_check (※1)
問6-Q1	3.3	3.5	-0.8	0.44	n.s
問6-Q2	3.6	3.9	-0.9	0.40	n.s
問6-Q3	3.4	3.5	-0.2	0.82	n.s
問6-Q4	3.8	4.0	-1.1	0.28	n.s
問6-Q5	3.5	4.0	-1.8	0.08	+
問6-Q6	3.5	3.7	-0.7	0.48	n.s
問6-Q7	3.5	3.5	0.1	0.92	n.s
問6-Q8	2.8	3.4	-2.0	0.05	+
問6-Q9	3.2	4.0	-2.8	0.01	**
問6-Q10	3.1	3.7	-2.2	0.03	*
問6-Q11	3.1	3.5	-1.2	0.24	n.s
問6-Q12	3.0	3.2	-0.7	0.49	n.s
問6-Q13	3.3	3.7	-1.3	0.20	n.s
問6-Q14	2.6	3.2	-2.0	0.06	+
問6-Q15	3.1	3.6	-1.5	0.14	n.s
経験合計	48.6	54.3	-2.1	0.04	*
問7-Q1	3.7	3.8	-0.7	0.48	n.s
問7-Q2	3.4	3.6	-0.9	0.40	n.s
問7-Q3	3.3	3.6	-1.0	0.34	n.s
問7-Q4	3.0	3.6	-2.5	0.02	*
問7-Q5	2.8	3.3	-1.8	0.08	+
問7-Q6	3.1	3.6	-1.7	0.09	+
問7-Q7	3.3	3.5	-1.0	0.30	n.s
問7-Q8	2.9	3.3	-1.4	0.17	n.s
問7-Q9	3.3	3.7	-1.4	0.17	n.s
問7-Q10	3.6	3.8	-1.2	0.25	n.s
問7-Q11	3.2	3.5	-1.4	0.17	n.s
問7-Q12	3.2	3.5	-1.1	0.29	n.s
問7-Q13	3.2	3.6	-1.7	0.09	+
問7-Q14	3.6	3.8	-0.9	0.40	n.s
問7-Q15	3.3	3.8	-2.3	0.03	*
問7-Q16	2.9	3.4	-2.3	0.03	*
問7-Q17	2.9	3.1	-1.3	0.19	n.s
問7-Q18	2.7	3.2	-2.0	0.06	+
能力合計	56.9	63.7	-2.0	0.05	+

※1) ** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

表27 グループ I、II間のt検定(ポジショニング学習歴 10～20年)

n数	グループ I	3			
	グループ II	11			
	グループ I 平均	グループ II 平均	t値	p値	t_check (※1)
問6-Q1	3.0	3.5	-0.4	0.69	n.s
問6-Q2	4.7	3.6	2.0	0.08	+
問6-Q3	4.7	3.5	2.2	0.06	+
問6-Q4	3.7	3.8	-0.2	0.86	n.s
問6-Q5	3.7	3.5	0.1	0.91	n.s
問6-Q6	4.3	3.7	1.2	0.27	n.s
問6-Q7	3.0	3.6	-0.5	0.65	n.s
問6-Q8	3.0	3.2	-0.1	0.89	n.s
問6-Q9	3.3	3.7	-0.3	0.78	n.s
問6-Q10	3.0	3.5	-0.4	0.69	n.s
問6-Q11	3.0	3.5	-0.4	0.74	n.s
問6-Q12	3.0	3.5	-0.4	0.69	n.s
問6-Q13	3.0	3.8	-0.7	0.56	n.s
問6-Q14	2.7	3.3	-0.5	0.67	n.s
問6-Q15	3.0	3.5	-0.4	0.69	n.s
経験合計	51.0	53.5	-0.2	0.88	n.s
問7-Q1	3.3	4.3	-0.8	0.52	n.s
問7-Q2	3.3	4.0	-0.5	0.64	n.s
問7-Q3	3.0	4.1	-1.1	0.39	n.s
問7-Q4	3.0	3.7	-0.6	0.59	n.s
問7-Q5	3.3	3.7	-0.3	0.78	n.s
問7-Q6	2.7	3.9	-1.4	0.29	n.s
問7-Q7	3.0	3.9	-0.9	0.46	n.s
問7-Q8	2.7	4.0	-1.5	0.27	n.s
問7-Q9	3.3	4.3	-0.8	0.52	n.s
問7-Q10	3.0	4.1	-0.9	0.45	n.s
問7-Q11	3.0	4.0	-0.8	0.48	n.s
問7-Q12	2.7	3.9	-1.4	0.29	n.s
問7-Q13	2.7	3.6	-0.8	0.51	n.s
問7-Q14	2.7	3.7	-1.2	0.35	n.s
問7-Q15	2.7	3.7	-1.2	0.35	n.s
問7-Q16	2.7	3.5	-1.0	0.43	n.s
問7-Q17	2.7	3.5	-1.0	0.43	n.s
問7-Q18	2.7	3.0	-0.4	0.74	n.s
能力合計	52.3	69.1	-0.9	0.46	n.s

※1) ** p<.01, * p<.05, + p<.10, n.s. 有意差なし

(3) ポジショニング学習歴別の「経験」と「獲得能力」についての考察

ポジショニング学習後3年目以降、多くの経験および獲得能力においては、グループI・IIで有意差なしという結果となった。しかし、グループI・IIはポジショニング教育・実践体制が大きく異なることから、3年目以降に、多くの経験、獲得能力に有意差がなくなることは現状からは考えにくい。考えられる要因としては、3年以降は各グループのサンプル数が少ないこと、施設を異動しているとポジショニング学習後の年数と施設勤務歴とは全く異なることが考えられ、グループI・IIで学習歴(年数)別の熟達の傾向をつかむことは困難であった。しかし、表28にみられるように、「経験」の平均の合計、「獲得能力」の平均の合計は、各グループともに学習歴の年数が上がるにしたがって高くなる傾向がみられた。以上の結果から、熟達論で述べられている「ある領域においてグローバルな業績水準に達するまでには最低でも10年の経験が必要である」という10年ルールについては、本調査の結果からは適用できる明らかな結果は得られなかった。

		3年未満	3～5年	5～10年	10～20年
	グループI (n数)	45	20	20	3
	グループII (n数)	98	16	21	11
経験	グループI	45.1	44.9	48.6	51
平均の合計	グループII	49.9	50.7	54.3	53.5
獲得能力	グループI	53.4	55.8	56.9	52.3
平均の合計	グループII	58.7	60.7	63.7	69.1

第3節 アンケート調査からの発見事実のまとめ

1. 経験に関する事項

- (1) 経験の平均点は、全体としては、グループI・IIともに「介護職員間のチームケアによる学習」経験は高く、「教える経験」は低い傾向が見られた。グループIについては、「効果との直面」の経験も低い傾向がみられた。
- (2) 経験全体の合計点は、グループI (46.0)、グループII (51.3) であり、グループIIの方が有意に高かった。つまり、グループIIはグループIより、ポジショニングに関する様々な経験に関与していることが分かった。
- (3) 経験の相関 (I・IIグループ比較) は、「Q2. 理学療法士・作業療法士、機能訓練

指導員等と連携（相談・指導）する経験」と「Q7. 困難事例の対応経験」は、グループ間で差はなく同じ程度に経験していた。しかし、それ以外の経験はいずれもグループⅡの方が有意に高かった。なかでも離床につながった事例との直面などを含む「Q13～Q15 効果との直面」経験や「Q9・Q10. 充実した物的環境での実践」経験はグループⅡの方が有意に高かった。

2. 獲得能力に関する事項

- (1) 獲得能力の平均点は、グループⅠ・Ⅱともに、「Q1. 体位変換前の姿勢の状態を観察する能力」と「Q10. ポジショニング後の姿勢を確認する能力」は共通して高く、加えてグループⅡは「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」も高かった。一方で「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」「Q16. (後輩・同僚に) ポジショニングを指導する能力」「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整」といった「教育・マネジメント」能力はグループⅠ・Ⅱとも共通して低かった。
- (2) 獲得能力全体の合計点は、グループⅠ (54.6)、グループⅡ (60.4) であり、「グループⅡ」の方がポジショニングに関する「獲得能力」が向上した（向上している）が、両グループともに「教育・マネジメント」能力の獲得は低かった。
- (3) 獲得能力の相関（Ⅰ・Ⅱグループ比較）は、「Q14. 介護職員間で報告・連絡・相談する能力」「Q15. 他職種との（ポジショニングに関する）コミュニケーション力」「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」の3項目は、グループ間で差はなく同じ程度の獲得状況であった。

しかし、「Q1～Q5. 体位変換前の姿勢アセスメント」能力と「Q6～Q8. 個の特性に応じたポジショニング実践」能力については、全ての項目においてグループⅡの方が有意に高かった（1%水準、5%水準）。なかでも「Q4. 姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力」および「Q9. ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力」は、有意な差が認められた。

このことから、ポジショニングに関する獲得能力は、組織の教育・実践体制といった組織特性の違いによって差が顕著に表れるといえる。しかし一方で、「Q16. (後輩・同僚) にポジショニングを指導する能力」「Q17. ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」の3項目で構成された「教育・マネジメント」能力の獲得は、グループⅡの方が平均値は高いもののどちらも低く、今後、介護職全体の課題となる能力であると考えられた。

3. 経験と獲得能力の相関に関する事項

(1) グループⅠの「経験」と「獲得能力」の相関関係

次の2点の発見があった。

- ①「Q11・12.教える経験」は、「Q16.（後輩・同僚に）ポジショニングを指導する能力」や「Q17.ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力」「Q18. ポジショニングの成果をアピールする能力」との相関が高かった。（表 22）
- ②「能力」合計との相関が高い「経験」は、「Q11・12 教える経験」と「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」「Q1. ポジショニングに関する研修への参加経験」であった。（図 23）

(2) グループⅡの「経験」と「獲得能力」の相関関係

次の2点の発見があった。

- ①「Q11・12.教える経験」は、「Q3. 体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力」や「Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力」、「Q16.（後輩・同僚に）ポジショニングを指導する能力」との相関が高く、“教える”“指導する”経験で、アセスメントをして判断・実践するという、より実践的な能力を獲得している。（表 23）
- ②「能力」合計との相関が高い「経験」は、「Q11. 教えることで考える（内省）経験」「Q12. ベッドサイドで具体的な指導を行う経験」「Q13. 表情・姿勢に変化があった事例との直面」「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」「Q15. 介護負担が軽減された事例との直面」であった。（図 24）

(3) Ⅰ・Ⅱグループの「経験」と「獲得能力」の相関係数比較

下記の発見があった。

- ①「Q11・Q12. 教える経験」は、
 - (a) 獲得能力全体との相関係数が高い。
 - (b) 特に「教育・マネジメント」能力と相関が高い。（グループⅠ・Ⅱ同様の傾向）
 - (c) 特筆すべきは、グループⅡは「教育・マネジメント」能力と同じ程度に、「Q3.体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力」や「Q5. 利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力」といった「体位変換前の姿勢アセスメント能力」と強い相関がある。
- ②経験と獲得能力全体との関係で、グループⅠとⅡとの差が大きかった3項目
 - (a) 「Q1.ポジショニングに関する研修への参加経験」および「Q4. 介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」について：

グループⅠは、「Q1.ポジショニングに関する研修への参加経験」と「獲得能力」全体との相関が高く、グループⅡは、「Q4.介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」と「獲得能力」全体との相関が高く、グループⅠとⅡでは逆の傾向が見られた。

- ・グループⅠは、“研修”により能力を獲得している。
- ・グループⅡは、“連携”により能力を獲得している。

グループⅡはⅠよりも、能力全体の合計点も高かったことから、介護職員間の連携の方法が、獲得能力の向上に影響すると考えられる。また、グループⅡの連携は能力全体との相関が高かったが、その前提には研修参加経験など「継続的な学習」経験があった上での介護職員間の連携だと考えられる。なぜなら、グループⅡはグループⅠより研修への参加経験も高かったからである。

(b) 「Q15.介護負担が軽減された事例との直面する経験」について：

グループⅡの獲得能力全体との相関が高く、なかでも「Q15.他職種との（ポジショニングに関する）コミュニケーション力」との相関が高かった。つまり、介護負担が軽減されるような効果があった事例への関与は、他職種との（ポジショニングに関する）コミュニケーション力を高める。逆に言えば、他職種とのコミュニケーション力を発揮することで、介護負担が軽減されるような事例が生まれるともいえる。

第4節 調査結果と実践例

参考資料（表29・表30）より「介護職員間のチームケアによる学習」「教える経験」の平均値が高かった施設Fと施設Gにおける実践例を以下に示す（介護職員へのヒアリングより）。

1. 施設Fの「教える」実践例

施設Fでは、常勤の理学療法士により施設内研修（OJT）が行われている。月に1回（年12回）毎年定期開催されており、研修の内容はポジショニング、シーティング、人の体の動き、体の動きに沿った介助法、持ち上げない移動介助等、関連領域を含めて段階的に系統立てたカリキュラムになっている。新人介護職員は全員全回受講することが義務づけられており、以降は自由参加となっているが毎回多くの介護職員が受講している。

ポジショニングの対象となった利用者については、担当職員と理学療法士・作業療法士が主となり、ポジショニングの方法を決め、担当の介護職員が写真にポジショニング方法や留

意点を書き、ベッドサイドに掲示して周知している。

ポジショニング実践能力が向上してくると、日常業務の中で教えるようになる。施設 F では、何十年も前から理学療法士・作業療法士、看護師と連携する中で、介護職の先輩が後輩にポジショニングをしっかりと教えてきた歴史がある。日常業務内で、介護職員が上手くできていないポジショニングを見た際は、そのポジショニングを行った介護職員を呼び、ベッドサイドで具体的に教えている。一緒に利用者の身体を触り、「身体が緊張して硬い」「表情も硬い」という場合には、「こういう状態になっているのは何故だと思う？」と問い、その原因を考えてもらう。そして一緒にポジショニングを修正し、根拠を説明しながら教えている。そして、さらに1～2時間経過した後に再度一緒に訪室し、利用者の姿勢を観察して触って硬さ（筋緊張）を確認する。具体的には、腕全体を軽く持ち上げてみたり、可動の状態を確認したりする。足も同様に確認し、あとは表情を見て苦痛様ではないか、力が抜けて楽そうに寝ているか、というところを一緒に確認する。そして、筋緊張を起こしていた時のポジショニングと、修正したポジショニングの差について考え、理解するまでを一緒に行っている。また、報告する際は、ポジショニング方法の伝達だけでなく、目的や根拠を伝えるようにしているという。

さらに、ポジショニング実践能力の高い介護職員は、法人の理学療法士が外部団体の講師をする際にはアシスタントとして同行している。この経験では、理学療法士から教える技術を学んだり、他施設の介護職（受講者）の意見や疑問に答えたりする中で自身の知識・技術を深めることができている。レナードとスワップ（Leonard & Swap 2005）は、経験に裏打ちされた人の智慧（経験、専門知識、暗黙知）をいかにして組織内で移転するかという課題に対し、次世代に継承する仕組みがなっていないと指摘している。そして、その継承する仕組み・移転手法としてシステマティックな徒弟制度の有効性を論じている。すなわち、指導の下での経験（Guided Experience）、指導の下での観察（Guided Observation）、指導の下での問題解決（Guided Problem Solving）、指導の下での実験（Guided Experimentation）である。施設 F における「教える」実践は、この継承の仕組みがとられているといえるのではないかと考える。

2. 施設 G の「連携する」実践例

施設 G では、人材の育成を担う専門職員を法人本部に配置し、人材育成に関わる制度設計、各種研修のカリキュラムの運営を行っている。特に、ノーリフティングケアに力を入れており、その推進のために独自のマイスター制を導入している。（研修＝実践・連携）

ポジショニングやシーティングは、ノーリフティングケアの一環として教育が行われて

おり、法人内で研修用のクッションを完備し、学習できる環境が法人内に備えられている。学習した知識や技術は直ぐに活用するよう、組織が推奨している。そのため、クッション等物の不足により研修で学んだことを活かさないことがないように、現場にも必要なクッションが備えられている。

法人内の理学療法士を中心に研修会を開催し、マイスター養成研修が行われ、知識・技術、伝え方を学習し、養成されたマイスターは、施設内研修（勉強会）の講師やサポーターを担っている。介護職員の“姿勢・移乗マイスター”が各部署をラウンドして、ポジショニングやシーティング、ハンドリングなどの実践について助言を行っており、それが各部署に良い刺激を与えている。

研修の流れは、「座学・実技研修」基礎的研修として全10回シリーズで構成され、座学・実技研修が5回を過ぎたころから、「現場実践研修」を実施する（約6か月間）。座学・実技研修で学んだことを実際の生活エリアの利用者をモデルに実践する研修で、講師とともに取り組んでいく。月1回の開催で、次の研修2週間前までに、対象利用者の身体や生活の状況、職員の取り組み状況等について報告書を作成し講師に提出する。約半年間このサイクルで実践を続けていく。この実践研修では、利用者の身体・暮らしが段階的に変化していくことを体感できる研修になっている。

次に、「フォロー研修」では、「座学・実技研修」「現場実践研修」で習得した知識・技術の定着と波及を目的に、スタッフが主体となってケアの手法を組み立てながら3～6カ月実践していく研修である。介護職員はポジショニングやシーティングの評価をしながら実践し、月1回、講師とともに技術、利用者の姿勢や生活状況について評価し生活改善を目指していく研修である。次の「コンバート研修」は、他部署または他施設との交換留学形式で実施し、期間は1クール10日間を基準にコンバートする。他部署や他施設で実践されている取り組みや手法、工夫等を知り、自施設（部署）に持ち帰ることを目的にしている。

外部研修まで終了し、スキルがあるスタッフは、自らの施設、それ以外の法人内施設において研修会等の講師を担う。ケアの標準化を図るため、選抜された介護職員が担当する（ノーリフティングケア、ポジショニング、シーティング、移動・移乗など）。また、講師のための研修を法人で実施して、教える力の標準化も図っている。エドモンドソン（Edmonson 2012）は、「チーミング」という概念を提唱している。チーミングとはチームワークを実践し続けるという動詞としての意味であり、チームワークの実践には「学習を促す環境づくり」が不可欠であり、リーダーは「建設的なフレーミング（学習するための骨組み）」をつくる役割があると述べている。リーダーは、チームメンバーを指示命令の対象とするのではなく、権限を与えられたパートナーであるとフレーミングすること、メンバーが安心して行動し、

失敗から学び、相互依存できる環境を整える必要があると論じている。

施設 G の「連携する」実践例は、組織的な下支えによりポジショニングの学習ができる教育体制が準備されている。基礎を学ぶ研修以降は、日常のケアのなかにポジショニング教育および学習できる体制をとっている。チームの中には様々な段階にあるメンバーがいるが、リーダーはチームメンバーを共に学ぶ主体として、権限を与えられたパートナーとしてフレーミングしている。目的・目標を共有する、意図的な試み（実践の場の研修）により、ポジショニングの効果からも失敗からも学びを意識できるよう学習が進められている。こうした学習は、リーダーとチームメンバーとのコミュニケーションと連携により促進されていると捉えることができる。

表29 ポジショニングに関する「経験」(施設別)

カテゴリー		グループⅠ				グループⅠ全体	グループⅡ					グループⅡ全体	
		施設A	施設B	施設C	施設D		施設E	施設F	施設G	施設H	施設I		
		平均値	平均値	平均値	平均値		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値		平均値
継続的な学習	Q1	2.82	3.55	3.24	3.32	3.23	3.94	3.15	4.31	3.38	3.09	3.57	3.45
	Q2	3.45	2.64	3.05	3.74	3.22	2.58	3.59	3.69	2.59	3.61	3.21	
	Q3	3.09	3.36	3.34	3.37	3.29	3.68	3.19	4.23	3.24	3.57	3.58	
介護職員間の チームケアによる 学習	Q4	3.55	3.55	3.50	3.63	3.56	4.00	3.89	3.92	3.68	3.65	3.83	3.56
	Q5	3.05	3.64	3.21	3.68	3.40	3.72	3.89	4.15	3.85	3.22	3.77	
	Q6	3.27	3.82	3.32	3.74	3.54	3.78	3.74	3.85	3.59	3.57	3.71	
	Q7	3.09	3.45	3.58	3.58	3.43	3.30	3.56	3.62	3.44	3.39	3.46	
充実した物的環 境での実践	Q8	2.86	2.55	2.55	2.74	2.68	2.86	3.37	3.23	2.59	3.13	3.04	3.53
	Q9	3.18	3.64	3.08	3.32	3.31	3.82	4.00	3.31	3.68	3.26	3.61	
教える経験	Q10	3.09	2.91	2.97	3.05	3.01	3.42	3.93	3.46	3.32	3.13	3.45	3.05
	Q11	2.86	2.64	2.74	2.63	2.72	3.12	3.59	3.31	2.76	2.70	3.10	
効果との直面	Q12	2.86	2.55	2.58	2.42	2.60	2.86	3.37	2.92	2.88	2.96	3.00	3.37
	Q13	3.32	3.55	3.11	2.95	3.23	3.64	3.81	3.69	3.26	3.39	3.56	
	Q14	2.23	2.36	2.32	2.47	2.35	2.98	3.48	3.38	2.82	2.87	3.11	
	Q15	2.50	2.64	2.79	2.84	2.69	3.30	3.63	3.77	3.00	3.52	3.44	
経験の合計		45.22	46.85	45.38	47.48	46.26	51.00	54.19	54.84	48.08	49.06	51.44	
経験全体の平均値		3.01	3.12	3.03	3.17	3.08	3.40	3.61	3.66	3.21	3.27	3.43	3.39

表30 ポジショニングに関する「獲得能力」(施設別)

カテゴリー		グループⅠ				グループⅠ全体	グループⅡ					グループⅡ全体	
		施設A	施設B	施設C	施設D		施設E	施設F	施設G	施設H	施設I		
		平均値	平均値	平均値	平均値		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値		平均値
体位変換前の姿 勢アセスメント	Q1	3.73	3.55	3.39	3.21	3.47	3.76	4.04	3.92	3.56	3.43	3.74	3.486
	Q2	3.27	3.36	3.34	3.11	3.27	3.60	3.89	3.77	3.29	3.30	3.57	
	Q3	3.23	3.45	3.16	3.16	3.25	3.56	3.85	3.62	3.24	3.35	3.52	
	Q4	2.91	3.09	2.92	2.79	2.93	3.48	3.78	3.54	3.03	3.57	3.48	
	Q5	2.95	2.73	2.68	2.74	2.78	3.32	3.52	2.85	2.74	3.17	3.12	
個の特性に応じた ポジショニング実 践	Q6	3.23	2.82	2.89	3.16	3.03	3.40	3.63	3.62	3.29	3.43	3.47	3.296
	Q7	3.05	3.09	2.87	2.89	2.98	3.18	3.63	3.38	3.32	3.39	3.38	
	Q8	3.18	2.64	2.58	2.63	2.76	3.00	3.48	2.85	2.76	3.09	3.04	
ポジショニングの 評価及び連携	Q9	3.27	3.27	3.03	2.89	3.12	3.74	4.07	3.62	3.56	3.48	3.69	3.551
	Q10	3.45	3.45	3.37	3.26	3.38	3.76	4.07	3.69	3.50	3.57	3.72	
	Q11	3.32	3.27	3.21	3.00	3.20	3.66	3.85	3.69	3.38	3.30	3.58	
	Q12	3.18	3.27	3.13	2.79	3.09	3.50	3.85	3.54	3.18	3.13	3.44	
	Q13	3.18	3.27	3.00	2.74	3.05	3.30	3.74	3.54	3.21	3.22	3.40	
	Q14	3.55	3.64	3.45	3.21	3.46	3.70	3.85	3.62	3.32	3.61	3.62	
	Q15	3.36	3.27	3.21	3.26	3.28	3.12	3.70	3.46	3.12	3.65	3.41	
教育・マネジメント	Q16	2.68	2.82	2.63	2.42	2.64	3.00	3.59	2.46	2.65	2.61	2.86	2.823
	Q17	2.73	3.09	2.55	2.53	2.73	2.94	3.33	2.69	2.53	2.87	2.87	
	Q18	2.86	2.64	2.50	2.32	2.58	2.82	3.11	2.62	2.47	2.70	2.74	
獲得能力合計		57.13	56.72	53.91	52.11	55	60.84	66.98	60.48	56.15	58.87	60.65	
獲得能力の平均値		3.17	3.15	3.00	2.90	3.055	3.38	3.72	3.36	3.12	3.27	3.37	3.29

第12章 総括

第1節 研究からの知見

本章では、第10章の定性的データおよび第11章の定量的なデータの分析結果から総括する。本研究は、介護職のポジショニング実践能力の熟達化と、熟達化のプロセスで得られた「獲得能力」の構造、その獲得に影響する要因である「経験」について、主に経験学習の理論や熟達化の理論に基づいて検討した。そして、介護福祉士のポジショニング実践能力の熟達モデルを明らかにし、主にRQ：10年ルールはポジショニングの知識・スキル習得においても適用できるのか、RQ：どのような経験特性がポジショニング実践能力の熟達を促進しているのか、RQ：ポジショニングの実践能力の熟達過程で、どのような信念が形成されているか、RQ：組織特性の違いは、ポジショニングの経験および獲得能力にどのような影響を及ぼしているのか、というリサーチクエスションについて検討し、得られた発見事実、理論的意義、今後の展望を以下に述べる。

1. 発見事実

第10章では、介護福祉士のポジショニング実践能力の熟達プロセスを検討するため、インタビュー調査を実施し質的記述的研究の分析方法に準じて分析した。

その結果、次の3点が導き出された。

- (1) ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士の経験の特性は、コルブの経験学習サイクルに相当していた。抽出された7つのカテゴリーは、次のようなストーリーラインでまとめられた。【継続的な学習】と【介護職員間のチームケアによる学習】を通してポジショニングの実践という“具体的経験”と“内省的な観察”が繰り返され内省する習慣や【葛藤】する経験をしていた。そして、【教える経験】を通して“概念の拡大”が起こり、知識・スキルが深められていた。また、【効果の実感】は“積極的な実践”につながっていた。この経験学習の過程で、実践の原動力となる【信念】が形成され循環が促進し、組織の理念・風土、組織による教育支援等、実践体制と【充実した物的環境での実践】が熟達の下支えをしていた。
- (2) ポジショニング実践能力の熟達には、「定期的な研修機会」や「現場でのPT・OTや介護職の先輩・同僚との相談・指導体制」がある環境で4～6年は必要である。
- (3) クッション等の整備がされた組織特性は、ポジショニングスキル熟達に関わる経験につながっている。そして、施設内研修にみられる「段階的学習」の機会と「理学療法士・

作業療法士による相談・指導体制」と「介護職員間の相談・指導体制」という「非段階的学習」の両方の学習方法をとることで、ポジショニングの実践能力が熟達したと考えられた。

第11章では、インタビュー調査の結果に基づき定量的な質問紙調査を実施し、介護福祉士および介護職員のポジショニング実践に関わる経験と獲得能力の関係を分析した。その結果、次の6点が明らかになった。

(1) 「教える経験」への関与のあり方が、ポジショニング実践能力全体と教育・マネジメント能力向上の課題

教える経験は、獲得能力全体との相関が高く、教える経験をした人ほどポジショニング実践能力全体が向上するということであり、中でも教育・マネジメント能力を獲得しているということが明らかになった。このことは、経験上想定される現象がデータで裏付けられたと捉えることができる。しかし、現実には、ポジショニングを教える経験への関与は他の経験に比べて低い傾向が見られることから、今後、ポジショニング実践能力全体を高め組織内の「教育・マネジメント」能力の向上をはかるためには、教える経験を強化することが効果的であるといえる。

(2) 「教える経験」と「体位変換前の姿勢アセスメント能力」の向上との相関

ポジショニングを組織的に進めてこうとするグループⅡのような組織であれば、「教える経験」は、教育・マネジメント能力と併せて、体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力や利用者の身体の状態に応じて体位変換前に他動運動を実践する能力、すなわち体位変換前の姿勢アセスメント能力が向上することが明らかになった。

伊藤(2014)は、適切なポジショニングを行うには、利用者の姿勢、重さのかかり方、拘縮や筋緊張の状態を観察し、すでに起きている問題やこれから起こりうる問題の把握、なぜそうなっているのかといった要因を把握するアセスメント能力が重要であり、その能力を高めることで、ルーチンではない個別のポジショニングが可能になると述べている。したがって、研修等で学習したことをただ伝えるのではなく、根拠をもって教えようとするならば、利用者の姿勢をアセスメントできる力は必ず必要になる。言い換えれば、体位変換前の姿勢アセスメントができるようになる過程で、教える力がついてくることができるといえる。

(3) 獲得能力全体を向上させるには、「研修参加」に加えて「介護職員間の連携」のあり方の検討が必要

ポジショニングに関する研修参加の経験および介護職員間でポジショニングに関する連携(報告・連絡・相談)をする経験が獲得能力向上に影響していた。研修参加により基

礎的知識・技術を学び、そのうえで、介護職員間で日々どのように連携して実践するかが重要となる。連携の際には、経験学習プロセスをふみ、考えながら実践し内省することでポジショニング実践能力は熟達していくと考えられる。

第11章の実践事例（施設Fや施設G）では、「学習・実践・相談し、指導され、指導する」サイクルが継続されていた。利用者の24時間の生活を「観察」し、その人の癖や習慣を含めてそのポジショニングがその人にとって適切かどうかを考えるという、介護職だからこそできる報告・相談が意識されていた。その際、「介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」から、ポジショニングの実践能力を獲得していたと考えられる。

（4）困難事例の経験よりも「効果との直面」経験は、熟達の原動力になる

ポジショニングの実践を通して、離床につながった事例や表情・姿勢に変化があった事例、介護負担が軽減された事例といった効果と直面する経験は、獲得能力全体との相関が高かった。一方、グループI・IIいずれも困難事例の対応についての経験は、能力獲得との関連が低かった。

一般論として、困難事例に対応することは能力獲得に結びつきそうであるが、ポジショニングにおいては、すでに拘縮・変形が重度となり日常生活への問題が多くみられるような事例では、ポジショニング自体が難しく、労力を費やして取り組んでも残念ながら期待した効果は得られないケースが多い。したがって、ポジショニングの実践能力を効率的に獲得するには、重度な困難事例にチャレンジするよりも、比較的拘縮が軽度な段階にある事例から取り組み、「効果との直面」経験をたくさんしていく方が有効であると指摘できる。例えば、インタビューをしたA介護職員からの発言でもこのことを説明できる。

「円背で側臥位しかとれない利用者に対し、クッションを上手く使って背臥位のポジショニングを実施したところ、その後の食事の時間の姿勢が良くなり楽に食事ができた、といった事例が見られると、急にやる気になったりポジショニングの重要性が理解できたりする」また、「先生がポジショニングを上手にやった後、それまで見たこともないような楽そうな姿勢・表情で熟睡された利用者を見た。このときに、「わ、すごいな」と感動したことがポジショニング学習への意識が変わったきっかけである」と述べている。

その他、最も分かりやすい例として、「就寝時の臥位姿勢の良し悪しが食事の姿勢の良し悪しと連動しているという実感がある」ということである。これらは、ポジショニングを学習している介護職だからこそ気づく実感である。また、「ポジショニングをきちんとしたら、丸まっていた姿勢が伸び、肩の力が抜けて口の開け方が変わり嚥下が楽にできるようになった事例」、「ポジショニングにより姿勢が変わると唾液の出方も変わったと実

感した事例」「ポジショニングをして身体のいろいろなところの緊張が抜けて柔らかくなったことで、椅子にうまく座れるようになり離床につながった事例」「喘鳴がみられた利用者に対し、ポジショニングを適切に修正したところ、呼吸が安定し発汗がみられなくなった事例」「眉間にしわを寄せて寝ている利用者のポジショニングを修正したら、みるみる楽そうな表情に変わっていった事例」など、このような例はいくつもあるという。拘縮が軽度な段階からポジショニングに取り組み、このような効果と直面する事例と出会う経験がポジショニング学習のきっかけとなり、熟達につながっていると考えられる。

(5) 「介護負担が軽減された事例」との直面経験は、他職種とのコミュニケーション力と関連している

「効果との直面経験」は熟達の原動力となることが示されたが、特に「介護負担が軽減された事例との直面」は「他職種とのコミュニケーション力」を向上させていることが明らかになった。ポジショニングの実践にあたり、他職種とのコミュニケーション能力をつけることは、利用者の表情・姿勢、離床という効果につながるだけでなく、介護負担が軽減するに至る効果を生む。介護職がポジショニングを通じて他職種とどのように連携をはかるべきか、その“連携する力”の必要性が示唆された。

(6) 介護職の熟達化の10年ルールについて

インタビュー調査では、教えられるレベルになるまでには4～6年はかかることが明らかになった。しかし、あくまで回顧的な自己評価であることと“グループⅡのような実践体制を構築している組織において”という条件付きである。

また、定量調査においては、ポジショニングの学習歴（年数）に伴い経験および獲得能力は向上していることは明らかに示されたが、学習年数の段階ごとの経験と獲得能力の特徴は見出すことができなかった。その要因として、一つには、「能力」は、あくまでも主観評価ということを念頭におく必要があるということである。本人が自覚していなくても第三者評価では向上している場合もあれば、また、その逆の場合も考えられる。もう一つの要因としては、今回の定量調査の結果明らかになった「ポジショニングに関する経験からの獲得能力は、介護現場の教育・実践体制といった組織特性によって顕著な差が表れるという点をあげることができる。

つまり、組織の実践体制により「経験」と「獲得能力」に有意な差がみられることから、ポジショニングの学習歴だけで熟達の年数を測ることは困難と考えられる。このことは、裏を返せば介護職のポジショニング実践能力の熟達に関わる教育・学習のプロセスが確立していないことを示していることに他ならない。

第2節 研究の理論的意義

本研究では、以上の発見事実があった。これらには、次の理論的意義があると考えられる。

第1に、コルブの経験学習モデルを基盤としたポジショニング実践能力の熟達モデルを示した点である。コルブは経験と学習について、「能動的実験と具体的経験」と「内省的観察と抽象的概念化」という2つのモードが循環しながら知識が創造され学習が生起するという循環論で表された“経験学習モデル”という概念を構築した。本研究では、ポジショニングスキルに熟達した介護福祉士のインタビュー調査から、その経験の特性はコルブの経験学習サイクルに相当していたことを明らかにした。コルブの経験学習モデルと異なる点は、“抽象的概念化”を“概念の拡大”と表現した点である。コルブの経験学習モデルにおいて、学習は「具体的経験から内省のプロセスを通じて、経験そのものを変換してルール・スキーマ・知識をつくり出すプロセス」とされている。しかし、ポジショニング実践能力の熟達における学習は、具体的経験から内省のプロセスを通じて“概念の拡大”が起こるなかで個別性の高い事例に対応する能力をつくり出すプロセスと捉えた点にポジショニングという技術ならではの学習の特徴がある。そして、具体的には、アンケート調査によって「研修参加経験」「介護職と連携する経験」「効果との直面経験」「教える経験」が、能力獲得につながっていることを明らかにした。これらは、コルブの経験学習サイクルの各段階と対応しているという点を示した点において、理論的な意義がある。

第2に、組織の実践体制によって経験および獲得能力が異なること、つまり、組織の環境や教育支援があれば、経験をとおした学習が深まることについて明らかにした。そこでポジショニングの熟達には、関係要素として「組織の理念・風土」「組織による教育支援、実践体制の構築」と「クッション等の物的環境の整備」を加えている。これは、谷口（2006）が学習を促す組織要因として、企業戦略・組織構造の変化が個人の学習に影響を与えることを明らかにしている点とつながるものと捉えられる。谷口は、中堅管理職らを対象に行った定性・定量調査の結果、個人は一律にどんな経験からでも学べるわけではなく、組織の戦略変化、構造変化、昇進、役割変化など、それぞれの組織内におけるコンテキストの変化に準じて、個人が適切な業務経験を付与されることによって経験学習が促進されることを明らかにしている。本研究においても、組織の戦略としてポジショニングに取り組むことが、その学習を促すということを示している点において理論的に意義がある。

第3に、ポジショニング実践能力の熟達には、「研修への参加」経験に加え、「介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡／相談）をする経験」が、獲得能力との相関が強いことを明らかにした点である。

これは、高橋（2018）が、救急救命士の経験学習プロセスにおいて、連携を学習のリソー

スとして捉え、連携が能力獲得を促しているという関係性が実証されており、介護職のポジショニング実践能力の熟達においても同様のことがいえる。また、Ericsson et al., (1993)の「経験を積めば自動的に専門的知識や技術が身につくというわけではなく、“よく考えられた練習”を積んできたかどうか重要である」と、その条件として①課題が適度に難しく、明確であること、②実行した結果についてフィードバックがあること、③何度も繰り返すことができ、誤りを修正する機会があることを挙げている。これらは、ポジショニングに関する研究領域においてこれまで十分な検討はされてこなかった。

しかし、本研究を通して、“よく考えられた練習”は、「介護職員間でポジショニングに関する連携（報告・連絡・相談）をする経験」のなかにあると理解することができる。つまり、①技術の評価は利用者の姿勢であり、表情、筋緊張や呼吸であることからそれらを観察し、前に行われたポジショニングをアセスメントしてフィードバックする、②個々の介護職は、フィードバックされることで自己の技術を評価することができ、改善することで技術向上と自信につながる。そして、①②の連携の過程は、一人の利用者に対するポジショニングの統一性を生むだけでなく、介護職への教育的側面も併せ持つと考えることができる。特に、困難事例への対応は連携が必要になる。困難事例は挑戦的経験であると捉えることができる。教育と連携によってその実践が支えられるならば、「困難事例への対応」といった挑戦的経験から学びが活性化するだろう。今後、具体的に連携する内容、連携の方法などの“連携する力”をどのようにつけていくかということの検討が必要である。

第3節 今後の課題

今後の課題について、第1に、本研究は介護福祉士のポジショニング実践能力の熟達モデルを示すため、多くの先行研究において採用されている回顧的インタビューの形式によって調査を実施した。回顧的な情報は、長期的なポジショニング学習や実践経験を捉えることができるという点で大きな利点をもっている。しかし、回顧的手法は対象者の記憶に委ねられることから、想起バイアスがかかっている可能性がある。長年のケア場면을想起して、ポジショニング学習の変遷や自身の熟達プロセス、具体的経験や思い、評価等を正確に言語化することは困難な作業でもあった。今後は、学習歴の浅い初心者以降、続く各段階にある介護職に調査の範囲を拡大し、観察法や生活支援記録法（F-SOAIP）などによる調査を併用することによってより具体的な経験と能力を捉えることで学習プロセスが可視化されると思われる。

第2に、熟達の10年ルールについて、ポジショニング学習後の年数では熟達のレベルを

把握することができなかった。今後、対象者数を増やし、より詳細に抽出したポジショニング実践能力を測定することで熟達プロセスの特徴を捉える必要がある。

第3に、“教える経験”および“連携”が能力向上との強い相関関係が示唆されたが、それらの詳細についての検討が不足している点があげられる。どのように教え、どのように連携することが経験学習を促進し能力向上を促すのか、あるいは阻害するのか十分な知見が得られていない。また、教える力や連携する力をつけるためにはどのような組織的支援が必要であるのか、組織による何が経験学習を駆動できたのか立証する必要がある。

参考文献・参考資料

- 赤沢昌子・尾台安子・丸山順子（2014）「介護実務者の喀痰吸引等研修の実際と課題—研修方針に基づいて実施した結果と「医療的ケア」教育への示唆—」『介護福祉教育』19(1) : 65-67.
- 上地智枝（2012）「姿勢保持を行い自立した生活を支援する—24時間トータルケアを実践する—」『全国老人福祉施設研究会議(沖縄会議)第1分科会抄録』
- 足立真梨香・岡嶋沙耶香・渡辺晴香・森上梨恵・亀山香代子・遠藤明美（2014）「A病棟スタッフにおける新生児のポジショニングに関する実態調査—教育内容の検討をめざして—」『鳥取大学医学部附属病院看護部院内看護研究発表』225-234.
- Anderson,J.R.(1982) Acquisition of Cognitive Skill. *Psychological Review*, 89:369-406
- Anderson,J.R.(1983) *The Architecture of Cognition*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Burton,R.R., Brown,J.S., and Fischer,G.（1984）Skiing as a Model of Instruction, Rogoff, B. and Lave, J., *Everyday Cognition: Its Development in Social Context*, Harvard University Press.139-150.
- Benner,P.(2001) *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing*. NJ : Prentice-Hall.（井部俊子監訳『ベナー看護論新訳版：初心者から達人へ』医学書院）
- Benner, P.(2005)Hooper-Kyriakidis,P,Stannard,D,(1999)*Clinical wisdom and interventions in critical care:A thinking in-action approach Philadelphia:W.B. Saunders*.（井上智子監訳『ベナー看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること』医学書院）
- Benner, P.,Tanner, C.,Chesla, C.(2015) *Expertise in Nursing Practice : Caring, Clinical Judgment and Ethics second edition*（早野 zito 真佐子訳『ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動』医学書院）
- DeRue , D.S.and Wellman, N.(2009) “Developing Leaders Via Experience: The Role of Developmental Challenge, Learning Orientation, and Feedback Availability.” *Journal of Applied Psychology*,94(4). 859-875.
- Dewey,J. (1938) *Experience and Education*.Kappa Delta Pi.（市村尚久訳『経験と教育』講談社学術文庫，2004年）
- Dorothy, L., and Swap,W.C.(2005) *Deep Smarts: How to Cultivate and Transfer Enduring*

- Business Wisdom. (池村千秋訳 『経験知』 を伝える技術—ディープスマートの本質—) ランダムハウス講談社, 2005 年)
- Dragoni, L., Tesluk, P.E., Russell, J.A., and Oh, I. (2009) Understanding Managerial Development: Integrating Developmental Assignments, Learning Orientation, and Access to Developmental Opportunities in Predicting Managerial Competencies. *Academy of Management Journal*, 52(4):731-743.
- Dreyfus, S.E. (1983) How Expert Managers Tend to Let the Gut Lead the Brain. *Management Review*, September: 56-61.
- Edmonson, A.C. (2012) *Teaming: How Organizations Learn, Innovate and Compete in the Knowledge Economy*. New York : John Wiley and Sons. (野津智子訳 『チームが機能することはどういうことか: 「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ』 英治出版. 2014 年)
- Ericsson, K.A. (1996) The Acquisition of Expert Performance: An Introduction to Some of the Issues. In K.A. Ericsson (Ed.), *The Road to Excellence*. Mahwah, NJ: LEA.
- Ericsson, K.A., Krampe, R., and Tesch-Romer, C. (1993) The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance. *Psychological Review*, 100(3):363-406
- 濱崎寛臣 (2017) 「頸部・体幹および顎・口腔の筋緊張の診かた」 斉藤秀之、加藤浩 『臨床思考を踏まえる理学療法プラクティス 筋緊張に挑む』 文光堂, 72-81.
- 浜村明德 (2010) 『すぐに使える 拘縮のある人のケア』 中央法規.
- 半田一登 (2009) 「拘縮の評価」 奈良勲・浜村明德編 『拘縮の予防と治療 (第2版)』 医学書院.
- 東真紀・吉田美沙希・濱川仁美・坪内美幸・井出わかな (2017) 「寝たきり状態の患者に対するポジショニングが身体可動域へもたらす効果の検証—頸部に対するオーダーメイド枕の作成を中心とした検討—」 『第52回日本理学療法学会大会抄録集』 44-2.
- 福田卓民, 沖田実 (2014) 『エンド・オブ・ライフケアとしての拘縮対策』 三輪書店, 67-84.
- 藤井達也 (2003) 「ソーシャルワーク実践と知識創造」 『社会問題研究』 52 (2), 101-112.
- 藤本美栄・森田敏子 (2009) 「ポジショニングと関節可動域訓練を併用したケアの関節拘縮改善の効果: 脳血管障害後遺症発症後3年経過した高齢者のケアから」 『熊本大学医学部保健学科紀要』 (5): 39-51.
- 二井俊行, 北出貴則 (2018) 「トータルな姿勢や活動を支援するケア」 『リハビリナース』 Vol. 11. No. 6.
- 細見明代・阿曾洋子 (2005) 「脳卒中による寝たきり高齢者の側臥位への体位変換が深部組

- 織血流量に及ぼす影響』『神戸市看護大学短期大学部紀要』第24号：71-79.
- 一般社団法人シルバーサービス振興会(2013)『平成25年度老人保健健康増進等事業
介護職員の資質向上(キャリアパス)におけるスキルの評価等の有効性に関する調査
研究事業』
- 一般社団法人シルバーサービス振興会(2018)『OJTを通じた介護職員の人材育成に関す
る調査研究事業報告書』平成30年3月.
- 一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構(2018)『認定介護福祉士養成研修の企画・
展開の手引き(講師用ガイドライン)』
- 伊藤亮子(2013)「身体を保持するだけでなく、動きを支持するポジショニングとは」『ケー
プハート』vol.18:1-2.
- 伊藤亮子(2014)『快適な姿勢をサポートするポジショニング実践コンパクトガイドー動き
を支援する環境づくりのためにー実技編 Vol.2』ケーブ.
- 伊藤亮子(2014)「無理なく動ける環境作りーノーリフトがなぜ拘縮予防につながるのかー」
『WOC Nursing』医学出版, Vol.2 No.2:14-19.
- 稲田静香・高橋早智・川端笑奈・西村舞衣・北川有紀・白坂真紀(2017)「NICU/GCUの
看護師が行うポジショニング技術に関する実態調査」『滋賀医科大学雑誌』30(2):31-
36.
- 岩戸綾美・柳田和宏・黒木誠・横山文子・吉本龍司・平田耕太郎(2013)「褥瘡発生を防ぐ
ポジショニングの標準化」『医療の質・安全学会誌』8号:264.
- 介護プロフェッショナルキャリア段位制度の在り方に関する検討会(2016)『介護プロフ
ェッショナルキャリア段位制度の在り方に関する検討会における議論の取りまとめ』
- 加藤浩(2017)「動作レベルでの筋緊張評価の診かた」斉藤秀之・加藤浩常任編集『筋緊
張に挑むー筋緊張を深く理解し、治療技術をアップする!ー(臨床思考を踏まえる理
学療法プラクティス)』文光堂, 32-47.
- Cook,S.D.N. and Brown,J.S.(1999) Bridging Epistemologies: The Generative Dance
between Organizational Knowledge and Organizational Knowing, Organization
Science,10(4):381-400.
- Kolb,D.A.(1984)Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and
Development. Prentice-Hall, New Jersey
- Kolb , A.Y. , & Kolb , D.A.(2005)Learning styles and learning spaces ; Enhancing
Experiential learning in higer education. Academy of Management Learning and
Education,4, 193-212.

- 金岡恒治・蒲田和芳（2019）『拘縮治療のエビデンスと臨床応用』 gene-books.
- 神内昭次・岡本三千代（2014）「18 年間でとり着いた姿勢・活動ケアの紹介 特別養護老人ホームにおける生活環境支援の取り組み」『福祉介護テクノプラス』日本工業出版，7（11）：27-31.
- 北川信一郎（2017）「公衆衛生医師の経験学習と人材育成」松尾睦『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版，218-252.
- 北出貴則（2013）『明日から役立つポジショニング実践ハンドブック』アイ・ソネックス.
- 北出貴則（2015）「ポジショニングには環境を観る視点が大切」『褥瘡会誌』17-2：87-91.
- 木林身江子・天野ゆかり（2011）「介護福祉教育における姿勢ケアシステムに関する研究」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第24号：67-74.
- 木林身江子・天野ゆかり（2012）「介護福祉施設におけるポジショニング支援モデルの分析」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第26号：75-84.
- 木林身江子・天野ゆかり・秋山みゆき（2017）「ポジショニングのキャリアラダー構築に向けた試み」『静岡県立大学短期大学部紀要』第30号：59-66.
- 木林身江子・天野ゆかり（2019）「高齢者介護施設における経管栄養時の姿勢の現状と医療的ケア教育の課題」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』33-W号.
- 木原秀樹（2015）『新生児のポジショニングノート —Positioning of Premature Infants—』メディカ出版，10,110.
- 久地浦彩香（2015）「低出生体重児の腹臥位におけるポジショニング方法の標準化について—ポジショニングに対するスタッフの意識調査—」静岡県立病院機構静岡県立こども病院看護部『看護研究集録』232-242.
- 窪田静（2010）『生活環境整備のための“福祉用具”の使い方』日本看護協会出版会，42-46.
- 小泉幸毅・小川彰・村山謙治・石川二郎・越戸慶（2009）「拘縮の実態」奈良勲・浜村明德編著『拘縮の予防と治療（第2版）』医学書院，1-17.
- 小池和男・中馬宏之・太田聡一（2001）『もの造りの技能：自動車産業の職場で』東洋経済新報社
- 公益財団法人介護労働安定センター『令和元年度 介護労働実態調査の結果と特徴』
- 公益社団法人日本看護協会（2019）『看護師のクリニカルラダー活用ガイド—看護実践能力の向上にむけて—』日本看護協会出版会.
- 厚生労働省『平成28年度介護給付費等実態調査の概況（施設サービス別にみた要介護状態区分別単位数）』
- 厚生労働省老健局振興課事務連絡『運営基準等に係る Q&A』平成13年3月28日

- 厚生労働省科学的裏付けに基づく介護に係る検討会（2019）『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会とりまとめ（令和元年7月16日）』
- 厚生労働省（2020）『192回厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料（令和2年11月9日）』
- 小浦場祥夫（2010）「褥瘡の発生・治癒を左右する要素」岡田晋吾・水原章浩・岡本泰岳編著『創がわかればだれでもできる褥瘡ケア』照林社，24-27.
- 古越礼奈・和田幸子（2017）「拘縮がある患者に対するベッド上での筋緊張を低下させるポジショニングの効果」『国際リハビリテーション看護研究会誌』16(1)：57-60.
- 松尾睦（2006）『経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—』同文刊館出版.
- 松尾睦（2013）『成長する管理職』東洋経済新報社.
- 松尾睦（2014）「経験から学ぶ能力を高める指導方法」『名古屋高等教育研究』Vol. 14：257-276.
- 松尾睦（2017）「OJTとマネジャーによる育成行動」中原淳編『人材開発研究大全』東京大学出版会，243-258.
- 松尾睦（2018）『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版.
- McCaughey, C.D., M.N. Ruderman, P.J. Ohlott and J.E. Morrow, (1994) Assessing the developmental components of managerial jobs. *Journal of Applied Psychology*, 79,4,544-560.
- 宮上多加子・河内康文・田中眞希（2017）「介護福祉士および准看護師の経験による学びと「仕事の信念」に関する研究」『高知県立大学紀要社会福祉学部』第67巻.
- 中原淳（2010）『職場学習論—仕事の学びを科学する』東京大学出版会
- 中原淳・金井壽宏（2009）『リフレクティブ・マネジャー：一流は常に内省する（第1版）』光文社.
- 中原淳（2012）『経営学習論』東京大学出版会.
- 中原淳（2013）「経験学習の理論的系譜と研究動向」『日本労働研究雑誌』No. 639，4-14.
- 中俣恵美・岡本加奈子・横井賀津志・甲斐悟（2015）「自律神経活動を用いたポジショニング評価の可能性」『第51回日本理学療法学会抄録集』Vol. 43 Suppl. No. 2.
- 西沢三代子・島田久代（2005）「誤嚥リスクのある高齢者の頸部可動域測定の結果と課題」『広島文化学園大学看護学統合研究』7(1)：12-18.
- 仁志田博司・大城昌平・渡辺とよ子・木原秀樹（2014）『標準ディベロップメンタルケア』メディカ出版，204-214.
- 日本褥瘡学会ホームページ：用語の定義

<http://www.jspu.org/jpn/journal/yougo.html> (2017. 11. 30 閲覧)

- 日本介護福祉士会 (2015) 『介護の仕事の社会的な意義と魅力の整理とイメージアップ戦略のあり方についての調査研究報告書』 メディカ出版.
- 日本褥瘡学会(2012) 『「褥瘡ガイドブック (褥瘡予防・管理ガイドライン第3版準拠)」 照林社, xiv-xv・162..
- 大浦容子 (1996) 「熟達化」 波多野誼余夫編『認知心理学5 学習と発達』 東京大学出版会, 11-36.
- 大久保暢子・牛山杏子・鈴木恵理・佐竹澄子・小板橋喜久代 (2011) 「看護における「ポジショニング」の定義について—文献検討の結果から—」 『日本看護技術学会誌』 vol. 10-1 : 121-130.
- 大田仁史・鳥海房枝・田邊康二 (2010) 『終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア』 中央法規, 35-39, 129-131.
- 大西伸悟・藤本和子・石本寧 (2006) 「褥瘡予防クッションを利用した除圧効果の高いポジショニングについて」 『第41回日本理学療法学会大会抄録集』 Vol. 33 , No. 2.
- 小笠原正 (2009) 「拘縮の予防」 奈良勲・浜村明德編『拘縮の予防と治療 (第2版)』 医学書院
- 尾上綾・藤井美香・内山直美・齋藤昭子・上條陽子 (2013) 「慢性肺疾患の減少に向けたポジショニング統一の効果」 『信州大学医学部附属病院看護研究集録』 41(1) : 102-105.
- 沖田実 (2012) 「関節可動域制限の発生メカニズムとその対処」 『理学療法学』 39(4) : 226-229.
- 奥裕美・松谷美和子・佐居由美・大久保暢子・安ヶ平伸枝・佐竹澄子・中村綾子・伊東美奈子・堀成美・井部俊子・西野理英・高井今日子・寺田麻子・岩崎寿賀子・石本亜希子 (2010) 「看護基礎教育と看護実践とのギャップを縮める「総合実習 (チームチャレンジ)」 の評価—看護学生の実習記録の分析—」 『聖路加看護学会誌』 14(1) : 17-25.
- 労働政策研究・研修機構(2014) 『労働政策研究報告書 介護人材供給構造の現状と課題—介護職の安定的な確保に向けて—』 No.168 : 9, 48, 105.
- 斉藤秀之 (2017) 「理学療法における筋緊張の再考」 斉藤秀之・加藤浩常任編集『筋緊張に挑む—筋緊張を深く理解し、治療技術をアップする!— (臨床思考を踏まえる理学療法プラクティス)』 文光堂, 2-5.
- 坂真吾 (2006) 「ギャッジアップの角度差で経管栄養中の嘔吐による誤嚥は予防できるか」 『医療法人社団喜生会新富士病院勉強会資料』
- 砂川みちる・原寛道・山崎拓也・樋口恵美 (2005) 「重症心身障害者における夜間ポジショ

- ニングの有効性—睡眠状況と夜間介助状況による検討—」『第40回日本理学療法学会大会抄録集』Vol. 32 Suppl. No. 2.
- 佐竹澄子・大久保暢子・牛山杏子・鈴木理・小板橋喜久代（2011）「看護における「ポジショニング」の定義の検討第2報—看護実践報告の文献検討の結果から—」『日本看護技術学会誌』vol. 10, No. 1 : 47-56.
- 佐竹澄子・大久保暢子（2015）「看護における「ポジショニング」の「技」の検討—看護実践報告の文献検討の結果から—」『日本看護技術学会誌』14-3 : 274-281.
- Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek, (2006) (中木高夫・黒田裕子訳『Nursing interventions classification (NIC) 原著第4版』771-772.)
- 鳶末憲子・小嶋章吾（2020）『医療・福祉の質が高まる生活支援記録法 F-SOAIIP 多職種の実践を可視化する新しい経過記録—』中央法規.
- 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告書（2015）『2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～』（平成27年2月25日）
- Schön, D.A. (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action.* New York: Basic Books. (佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵—反省的实践家は行為しながら考える—』ゆるみ出版, 2001年)
- Spreitzer, G.M., McCall, M.W., and Mahoney, J.D. (1997) Early Identification of International Executive Potential, *Journal of Applied Psychology*, 82(1):6-29.
- 関矢昌利（2015）「医療的ケア評価表から個人の尊厳を考える」『介護福祉教育』20(2) : 44-52.
- 関矢昌利（2016）「介護職員等による喀痰吸引等研修から「医療的ケア」教育を考える」『介護福祉教育』21(2) : 93-99.
- 高橋平徳（2018）「救急救命士の経験学習プロセス:医療専門職間の連携に注目して」松尾睦編著『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版, 103-144.
- 田中マキ子・市岡滋・廣瀬秀行・柳井幸恵（2013）『ポジショニング学—体位管理の基礎と実践』中山書店, 11, 23-28, 85-91, 292-294.
- 田中マキ子（2014）『写真でわかる看護技術 日常ケア場面でのポジショニング』照林社, 4-17.
- 田中マキ子（2015）「高齢者のポジショニングの考え方（特集 高齢者のポジショニング）『看護技術』メヂカルフレンド社, 61(10) : 20-28.
- 田中マキ子・北出貴則・永吉恭子（2018）『トータルケアをめざす褥瘡予防のためのポジショニング』照林社, 86.

- 田中義行 (2016) 『写真でわかる拘縮ケア』 ナツメ社.
- 田邊康二 (2010) 「終末期への関節可動域を維持する基本」 大田仁史・鳥海房枝編著『終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア』 中央法規.
- 谷口智彦 (2006) 『マネジャーのキャリアと学習 コンテキスト・アプローチによる仕事経験分析』 白桃書房.
- 中央労働災害防止協会教育推進部 (2018) 『働く人に安全で安心な店舗・施設づくり推進運動の先進的な取組事例集 一 小売業・社会福祉施設・飲食店の労働災害の減少に向けて一』
- Teresa, E.P. and Catharine, M.M.and Sandy,M.C.and Elizabeth, M.G., (2008) “The Chailey Approach to Postural Management- ” (今川忠男監訳『脳性まひ児の24時間姿勢ケア』 三輪書店.)
- 豊島万希子・阿部理恵 (2012) 「超低出生体重児における腹臥位のポジショニングの検討ー側部拘縮予防への取り組みー」『日本新生児看護学会誌』18(2) : 46.
- Wagner,R.K. and Stanovich,K.E.(1996) Expertise in Reading. In K.A.Ericsson(Ed.) ,The Road to Excellence.Mahwah,NJ:
- 保田淳子 (2016) 『ノーリフト 持ち上げない看護、抱え上げない介護ーノーリフトケアプログラムで腰痛予防対策ー』 クリエイツかもがわ.
- 吉村憲人 (2017) 「脳卒中における筋緊張の特性と治療」 斉藤秀之・加藤浩常任編集『筋緊張に挑むー筋緊張を深く理解し、治療技術をアップする！ー (臨床思考を踏まえる理学療法プラクティス)』 文光堂, 94-103.

資料1 アンケート調査票

◆高齢者介護施設におけるポジショニングの実践状況に関する調査◆

あなたの基本事項についておたずねします。

質問1. あなたの所属施設名をご記入ください。

施設名 ()

質問2. あなたの職位をご記入ください。 ()

質問3. あなたの性別について、該当する□に✓をつけて下さい。

男性 女性

質問4. あなたの臨床経験年数について、該当する□に✓をつけて下さい。

3年未満 3年～5年未満 5年～10年未満
 10年～20年未満 20年以上

質問5. あなたの現施設での勤務年数について、該当する□に✓をつけて下さい。

3年未満 3年～5年未満 5年～10年未満
 10年～20年未満 20年以上

質問6. あなたの所属する施設の利用者の日中の姿勢について、() 内にあてはまる数値を記入してください。

- ・ ベッドで寝ている利用者の割合 ➡ 約 () 割
- ・ 車いす (椅子) に座っている利用者の割合 ➡ 約 () 割
- ・ その他 () ➡ 約 () 割

質問7. あなたの所属する施設の利用者について、下記の発生状況を教えてください。

- ・ 所属する施設の利用者数 ➡ 約 () 人
- ・ 関節拘縮のある利用者数 ➡ 約 () 人
- ・ 褥瘡のある利用者数 ➡ 約 () 人

質問 8. あなたの所属する施設内にポジショニングのリーダー(ポジショニング担当者)はいますか。該当する□に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- いない いる

質問 9. あなたの所属する施設のポジショニング実践状況について、該当する□に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- 特に行っていない
 褥瘡の予防・改善を意識してポジショニングを実践している
 褥瘡だけでなく、拘縮・変形の予防・改善を意識してポジショニングを実践している

質問 10. 介護職員がポジショニング技術を実践する上で、誰の助言・指導を受けていますか。該当する□に✓をつけて下さい。(複数回答可)

- 同法人内の理学療法士または作業療法士の助言・指導を受けている
 外部の理学療法士または作業療法士の助言・指導を受けている
 看護師の助言・指導を受けている
 介護福祉士の助言・指導を受けている
 助言・指導を受けていない
 ポジショニングの助言・指導を依頼できる専門職が身近にいない
 その他()

質問 11. 施設内のポジショニングに必要なクッションの充足状況と誰が準備しているかについて該当する□に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- 主に利用者(家族)が準備し、必要なクッションは非常に不足している
 クッション購入計画は法人予算に組み込まれているが、必要なクッションは非常に不足している
 主に利用者(家族)が準備し、必要なクッションはやや不足している

- クッション購入計画は法人予算に組み込まれているが、必要なクッションはやや不足している
- 主に利用者（家族）が準備し必要なクッションはおおむね充足している
- クッション購入計画は法人予算に組み込まれており、必要なクッションはおおむね充足している
- その他（ ）

質問 12. 施設長や法人上層部は、ポジショニングの実践をどのように捉えていると思いますか。該当する□に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- 全く積極的には捉えていない
- あまり積極的には捉えていない
- やや積極的に捉えている
- とても積極的に捉えている

質問 13. あなたの所属する施設に、ポジショニングの研修を受けている介護職員はどの程度いますか。該当する□に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- ポジショニング研修を受講した介護職員はいない
- ポジショニング研修を受講した介護職員はあまりいない
- ほとんどの介護職員がポジショニング研修を受講している
- 介護職員は全員、ポジショニング研修を受講している

質問 14. あなたの所属する施設のポジショニング学習機会について、該当する□に✓をつけ、その理由をご記入ください。(✓は1つ)

- 学習機会が全くない
(理由：)
- 学習機会がわずかにある（年1回程度）
(理由：)
- 学習機会がおおむねある（月1程度）
(理由：)

- 学習機会が充分ある（随時指導）
（理由： _____ ）

質問 15. あなたの所属する施設のポジショニング学習機会の満足度について、該当する□に✓をつけ、その理由をご記入ください。（✓は1つ）

- 全く満足していない
（理由 _____ ）
- あまり満足していない
（理由 _____ ）
- 概ね満足している
（理由 _____ ）
- 充分満足している
（理由 _____ ）

質問 16. 高齢者介護施設におけるポジショニング教育の必要性に関する考えを選び、該当する□に✓をつけ、その理由をご記入ください。（✓は1つ）

- 全く必要ではない
（理由： _____ ）
- あまり必要ではない
（理由： _____ ）
- やや必要である
（理由： _____ ）
- とても必要である
（理由： _____ ）

質問 17. あなたの所属する施設に、“ポジショニングの実践マニュアル(ガイドライン)”等は整備されていますか。該当する□に✓をつけて下さい。（✓は1つ）

- 整備されていない
- 整備されているが全く活用していない

- 整備されているがあまり活用していない
- 整備されており活用している
- その他 ()

質問 18. 利用者のケアプランの中に、“ポジショニング”は組み込まれていますか。
該当する口に✓をつけて下さい。(✓は1つ)

- 組み込まれていない
- 組み込まれている

質問 19. 利用者の状態や状態の変化に応じたマットレスの選定はしていますか。
該当する口に✓をつけて、そのあとの質問にお答えください。(✓は1つ)

- していない ⇒ 選定していない理由はなぜですか？
(_____)



「質問 21」に進む

- している ⇒ 誰が選定していますか？
(_____)



「質問 20」に進む

質問 20. 使用しているマットレスの選定基準（利用者の状態等）を教えてください。

使用マットレスの商品名	選定基準（利用者の状態等）

質問 21. 施設内にマットレスのメンテナンス（へたり、固さのチェック等）の担当者はいますか。該当する□に✓をつけてください。（✓は1つ）

- いない
- いる
- その他（ ）

質問 22. 使用マットレスのメンテナンス実施状況について、該当する□に✓をつけてください。「実施している」と答えた場合は、誰が実施しているかを（ ）内にご記入ください。

- メンテナンスしていない
- 定期的を実施している → 誰がしていますか（ ）

質問 23. 利用者の体位変換のパターンは、誰がどのような基準で決めていますか。（仰臥位・左右浅めの側臥位・深めの側臥位などの体位変換、同一体位の持続時間など）

- 決めていない
- 全員、同じ体位変換のパターンで、同じ時間に実施
- 利用者個々の状態によって、体位変換のパターンを決めて実施



個別の体位変換のパターンは誰が決めていますか。（ ）



どのような基準で体位変換のパターンを決めていますか。

--

質問 24. ベッド上で経管栄養を行う際、利用者の基本的な姿勢はどのような姿勢ですか。該当する口に✓をつけてください。(✓は1つ)

- 仰臥位でギャジアップ
- 側臥位でギャジアップ
- その他 ()

質問 25. 経管栄養時のポジショニングで、常に実践していることは何ですか。(複数回答可)

- ギャジアップの角度調整
- ギャジアップ時の骨盤の位置合わせ
- ギャジアップ時のズレの解消
- ギャジアップ時のズレ・筋緊張 防止のためのポジショニング
- その他 ()

質問 26. 経管栄養で主に使用している栄養剤の名前を教えてください。
()

質問 27. 経管栄養の頻度と時間について、() 内に当てはまる数字をご記入ください。

1回の注入時間 () 時間程度

1日の注入回数 () 回

質問 28. ポジショニングの実践について、どんなことに困っていますか。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

インタビューガイド（主な質問内容）

※下記のような質問をさせていただきます。分からない質問は回答されなくても構いません。

(1)介護福祉士は、ポジショニング技術の習得・向上に関し、どのような経験（経験の特性）からいかなる能力（知識・技術・考え方）を獲得しているのか。

《経験》

- ① 利用者の姿勢を気にするようになったきっかけをお聞かせください。
（介護福祉士になって何年目くらいのことか）
- ② どのような経験（仕事・課題）がポジショニングのスキルアップに役に立ったのか。
役に立ったと思われる経験を一つずつ具体的にお聞かせください。
- ③ どのようなステップをふんで（プロセスを経て）ポジショニング技術を習得・向上させてきたのかお聞かせください。
- ④ ポジショニングに関し、印象に残っている経験（エピソード）を3つ程度お話しください。
- ⑤ これまで、ポジショニングに関する学習（シーティングやノーリフトも含めて）を、いつ頃、どのような学習（研修会等）をしてきたか。覚えている限り教えてください。

《獲得能力》

- ① 適切なポジショニングを実践するために、現場ではどのような「視点」・「手順」によって実施しているかをお聞かせください。
・事例を頭に浮かべて、行ったポジショニングのことを順番に話してください。
・何を観察し、どのように実施しているのか（多職種連携も含めて）、普段行っていることをそのままお話しください。

(2)介護福祉士は、ポジショニングの学習・実践に関し、どのような信念を持ち、それはどのように形成されたのか

- ① ポジショニングに関し、どのような価値観・信念を持っていますか。
- ② ポジショニングを上達させることの価値意識は、どのような経験から高まってきたのですか？ どのような時、どのような場面でポジショニングの価値を感じますか？
（印象に残っている場面を教えてください）

③ ポジショニングを適切に行うことの価値意識は、どのような実践方法・実践内容につながっていますか。

(例) ・常に〇〇に注意してポジショニングを実施している

・自分が実施したポジショニングについて適切か不適切か振り返る(評価する)

・不適切なポジショニングを見かけたら、その時はどうしている

④ ポジショニングについて、自分の中で「思い・考え」と「現実」との間で「葛藤」はありますか。

(3)ポジショニングの学習をサポートする「組織の特性」について

① どのようなステップをふんでポジショニングを施設(組織)に導入させてきたのですか。

② 施設にポジショニングを導入(浸透)させるためには、何が必要だと思いますか。

③ 利用者に対し、どのようにケアプランに入れて、どう実践しているのですか。

資料3 アンケート調査

介護福祉士および介護職員のポジショニング実践における経験と獲得能力に関する調査

あなたご自身の基本事項についておたずねします。

◆配属先のタイプについて、どちらかに○をしてください。(従来型・ユニット型)

問1. あなたの性別について、該当する□に✓をつけて下さい。

- 男性 女性

問2. あなたの年齢について、該当する□に✓をつけて下さい。

- 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代
 50歳代 60歳代 70歳代

問3. 現在の施設での勤務年数について、該当する□に✓をつけて下さい。

- 3年未満 3年～5年未満 5年～10年未満
 10年～20年未満 20年以上

問4. 介護福祉士の方は、資格取得後の経験年数について、該当する□に✓をつけて下さい。

- 3年未満 3年～5年未満 5年～10年未満
 10年～20年未満 20年以上

問5. ポジショニングを学習してからの経験年数について、該当する□に✓をつけて下さい。

- 3年未満 3年～5年未満 5年～10年未満
 10年～20年未満 20年以上

問6. ポジショニングに関する「経験」についての質問

ポジショニングに関する各「経験」について、どの程度関与したか(しているか)、それぞれについて
 ついて、当てはまる番号に○をつけてください。

カテゴリー		経 験	強く関 与した	関与し た	どちらと もいえ ない	あまり関 与しなか った	全く関 与しな かった
継続的な学 習	1	ポジショニングに関する研修への参加経験	5	4	3	2	1
	2	理学療法士・作業療法士等、機能訓練指導員 と連携(相談・指導)する経験	5	4	3	2	1
	3	利用者体験をする経験	5	4	3	2	1
介護職員間 のチームケア による学習	4	介護職員間でポジショニングに関する連携 (報告・連絡・相談)をする経験	5	4	3	2	1
	5	先輩介護職員から教わる経験 (技術の評価や指導)	5	4	3	2	1
	6	同僚介護職員の技術から学ぶ経験 (行われたポジショニングを見て学ぶ)	5	4	3	2	1
	7	状態に応じた技術提供がうまくいかなかった経 験(困難事例の対応)	5	4	3	2	1
	8	ポジショニングの周知徹底マネジメントをする経 験(統括的業務)	5	4	3	2	1
充実した物的 環境での実践	9	クッションの数・種類が充実した環境での ポジショニング実践経験	5	4	3	2	1
	10	車椅子が充実した環境でのポジショニング 実践経験	5	4	3	2	1
教える経験 (指導的な業 務)	11	教えることで考える(内省)経験	5	4	3	2	1
	12	ベッドサイドでの具体的な指導を行う経験	5	4	3	2	1
効果との直面	13	表情・姿勢に変化があった事例との直面	5	4	3	2	1
	14	離床につながった事例との直面	5	4	3	2	1
	15	介護負担が軽減された事例との直面	5	4	3	2	1

問7. ポジショニングに関する「獲得能力」についての質問

ポジショニングに関する各「能力」について、どのくらい向上したか(または向上しているか)、それぞれについて当てはまる番号に○をつけてください。

カテゴリー		ポジショニングに関する能力	向上した	ある程度向上した	どちらともいえない	あまり向上しなかった	向上しなかった
体位変換前の姿勢アセスメント	1	体位変換前の姿勢の状態を観察する能力	5	4	3	2	1
	2	体位変換前の表情を観察する能力	5	4	3	2	1
	3	体位変換前の筋緊張の状態を観察する能力	5	4	3	2	1
	4	姿勢・表情・筋緊張の観察から、行われていたポジショニングを評価する能力	5	4	3	2	1
	5	利用者の身体の状態に応じて、体位変換前に他動運動を実施する能力	5	4	3	2	1
個の特性に応じたポジショニング実践	6	ポジショニングの知識・スキル (スキルとは、「技術」や「技能」のように言語化しにくい「やり方に関する知識」「やり方を体現できる知識」)	5	4	3	2	1
	7	個別性への対応力	5	4	3	2	1
	8	実践したポジショニングの根拠を説明できる能力	5	4	3	2	1
ポジショニング後の評価および連携	9	ポジショニング後の体圧確認および除圧を行う能力	5	4	3	2	1
	10	ポジショニング後の姿勢を確認する能力	5	4	3	2	1
	11	ポジショニング後の表情を確認する能力	5	4	3	2	1
	12	ポジショニング後の筋緊張を確認する能力	5	4	3	2	1
	13	離床後の姿勢観察と(シーティング、活動する姿勢等)対応能力	5	4	3	2	1

	14	介護職員間で報告・連絡・相談する能力	5	4	3	2	1
	15	他職種との(ポジショニングに関する)コミュニケーション力	5	4	3	2	1
教育・マネジメント	16	(後輩・同僚に)ポジショニングを指導する能力	5	4	3	2	1
	17	ポジショニングの周知徹底、組織の改善・調整能力	5	4	3	2	1
	18	ポジショニングの成果をアピールする能力	5	4	3	2	1

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

施設のポジショニング教育体制に関する質問

下記の質問に対する回答は、介護課長(介護主任等)が代表でご記入ください。

質問1. 施設名をご記入いただき、居室タイプに○をつけてください。

施設名: _____ (従来型 ・ ユニット型)

質問2. ポジショニングに関する学習機会は年何回ありますか。()内にご記入ください。

- 施設内研修 年()回
- その他 ()

質問3. ポジショニングを実践する上で、誰の指導・助言を受けていますか。該当する□に✓をつけて下さい。(複数回答可)

- 同法人内の理学療法士・作業療法士等、機能訓練指導員による日常的な随時指導・助言
- 外部の理学療法士・作業療法士等、機能訓練指導員による定期的な指導・助言
- 同法人内の看護師による日常的な随時指導・助言
- 外部の看護師による定期的な指導・助言
- 介護福祉士による日常的な随時指導
- その他 (具体的に: _____)

質問4. 貴施設では、ポジショニングの実施体制や教育体制について、どのような問題点・課題があると感じていますか。ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。