

高齢者施設における認知症ケアの実態調査 —高齢者施設職員への質問紙調査からの検討—

齋 藤 静

Abstract

A questionnaire was distributed to 788 employees in facilities for elderly people in order to find out about the situation as regards dementia care. The questionnaire investigated whether there was any difference in dementia care depending on employees' attributes and the care level required by elderly dementia patients. An analysis of the results showed that (1) the questionnaire about care to encourage autonomy consisted of three parts : predictive power, environmental adjustment and grasp of individuality, and while there was a bias in the distribution of high scores for predictive power, there was no bias for environmental adjustment or grasp of individuality (2) employees with many years of experience scored higher for environmental adjustment and grasp of individuality, and carried out care to encourage autonomy to a greater extent than less experienced employees (3) employees who took part in training and were interested in dementia care carried out care to encourage autonomy to a greater extent than employees who did not participate in training and were interested in areas other than dementia care (4) employees dealing with elderly dementia patients requiring a low level of care scored higher in all three areas i.e. predictive power, environmental adjustment and grasp of individuality, and provided care to encourage autonomy to a greater extent, than employees dealing with patients requiring a high level of care.

キーワード……認知症ケア 認知症高齢者 自発性 高齢者施設職員 質問紙調査

1 問題と目的

本研究の目的は、施設職員の属性と認知症高齢者の要介護度により認知症ケアに違いがあるかどうかを実証的に明らかにすることである。具体的には、認知症高齢者の多くが利用する特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、デイサービスの合計 788 名の高齢者施設職員を対象に質問紙調査を行い、施設職員の属性と認知症高齢者の要介護度によって認知症ケアがどのように異なるかを検討する。先行研究から、認知

症ケアには、施設職員の介助や管理を優先した介護中心のケアや認知症高齢者の残存能力を尊重するケア、認知症高齢者の自発性を促すケアなど様々なケアが行われていることが明らかになった（Kitwood, 1993；本間, 2005；Nordberg, Wimo et al., 2007；池田, 2010）。本研究では、認知症ケアの中でも特に認知症高齢者の自発性を促すケアに焦点を当て、高齢者施設職員の属性と認知症高齢者の要介護度により施設における認知症ケアの実態にどのような違いがあるかを実証的に明らかにする。

認知症高齢者の自発性の低下は、認知症が引き起こす認知機能の低下や様々な問題行動と比較すると問題視されにくいのが、認知症高齢者の適応を妨げる重要な要因の一つとして考えられる。例えば、自発性の低下により認知機能や日常生活能力が急激に低下するだけでなく、認知症高齢者と周囲との生き生きとした交流が妨げられ、社会との関わりが希薄になる可能性が示唆されている（坂爪, 2006；Lam, Tam, et al., 2007；Zuidema, Derksen, et al., 2007）。

認知症高齢者の自発性を促すために、認知症高齢者の自発性の尊重や自らの意思で動き出すまで見守りながら待つことが重要であると指摘されている（小宮, 1999；蓬田, 2004；室伏, 2010 他）。しかし実際の介護現場では、認知症高齢者が失敗するといけないから、時間がかかるからという理由で認知症高齢者の自発性を促すことよりも職員の業務や介護を優先しやすいことが報告されている（小宮, 1999；宮島, 2004；足立, 2007 他）。

認知症高齢者の自発性を促すケアのためには、施設職員が一人一人の認知症高齢者の個性を把握することが必要だろう。例えば、「身だしなみには気を遣う方」、「裁縫が得意な方」というように、認知症を患っても残された能力やその人らしさを施設職員が把握する重要性が指摘されている（小宮, 1999；鈴木, 2007；諏訪, 2010）。認知症高齢者へのケアが流れ作業のように統一された対応で行われるのではなく、それぞれの認知症高齢者の得意分野やその人らしさを施設職員が適切に把握することで認知症高齢者の自発性を促すケアにつながると考えられる。

一方で認知症高齢者の自発性を促すケアは、同時に転倒や事故などのリスクの幅を拡大させてしまう可能性が考えられる。安全に配慮しながら認知症高齢者の自発性を促すためには、リスクを予測しながら環境を調整することも必要だろう。例えば、どのような認知症高齢者が、どこで、どのような局面で、どのような時間帯でリスクが生じる可能性があるかを職員が詳細に意識化する重要性が指摘されている（柴尾, 2002；橋本, 2006；松井・須貝, 2006）。

認知症ケアの中で自発性を促すケアを行うかどうかは、職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケア時間、カンファレンス時間、興味のある研修内容、研修への参加頻度などの施設職員の属性により異なると考えられる。施設職員の属性の中でも特に研修への参加が、認知症ケアの質を向上させるのに効果的であることが指摘されている（加藤, 2002；本間, 2005；諏訪, 2010）。しかし研修への参加の有無が自発性を促すケアにつながるかどうかは明らかにされておらず、研修への参加の有無以外の職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケア時間、カンファレンス時間、興味のある研修内容などの施設職員の詳細な属性による認知症ケ

アの違いも十分検討されていない。

自発性を促すケアを行うかどうかは、認知症高齢者の特徴によっても異なるだろう。施設職員としてなるべく認知症高齢者にできることはやってもらおう、自発性を促そうとしても、認知症高齢者の日常生活の自立の程度や認知症の重症度によっては困難なことが予想される。特に認知症高齢者の要介護度の観点から認知症が進行し寝たり起きたりの生活や寝たきりの状態では、自発性の尊重や見守りといった認知症ケアが行いにくく、介護の手のかかり度が軽減することが指摘されている（奥野・戸村ら, 2006；内藤, 2008；諏訪, 2010 他）。

本研究の目的は、高齢者施設職員への質問紙調査から施設職員の属性と認知症高齢者の要介護度による認知症ケアの違いを実証的に検討することである。具体的には、施設職員が自発性を促すケアを行うための「個性の把握」と「環境調整」に焦点をあてた自発性促進尺度を作成し、自発性促進尺度の構成と得点の分布を検討する。さらに認知症ケアの実態を明らかにするため3つのケアのカテゴリ（①認知症高齢者の自発性を確認せずに施設職員の介護を優先する「介護中心」、②認知症高齢者の自発性を確認し、ねぎらいの声かけを行う「尊重」、③認知症高齢者が自ら動くまで待ち自発性を促す「見守り」）を設定し、現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのそれぞれについて回答を求める。現実の認知症ケアと理想の認知症ケアにはずれが生じていることが予想されるため、理想の認知症ケアを阻む要因について「業務関係」、「認知症高齢者との関係」、「研修や職員同士の連携」の観点から検討し、それ以外は自由記述を求める。

2 方法

2.1 調査対象

調査対象は認知症高齢者の多くが利用する高齢者施設を幅広く網羅するため、特別養護老人ホーム6施設311名、介護老人保健施設3施設193名、グループホーム6施設74名、ケアハウス3施設19名、有料老人ホーム1施設22名、デイサービス9ヶ所169名、合計28施設788名である。質問紙調査への回答数は特別養護老人ホーム6施設304名、介護老人保健施設3施設184名、グループホーム6施設72名、ケアハウス3施設19名、有料老人ホーム1施設22名、デイサービス9ヶ所161名、合計28施設762名であった（回収率96.7%）。回答数762名のうち無回答や回答不備を除いた759名を分析対象とした（有効回答数99.6%）。

2.2 調査項目

調査項目は、(I) 施設職員の属性、(II) 自発性促進尺度、(III) 認知症ケアの実態、(IV) 理想の認知症ケアを阻む要因の4つに関する内容からなる。

(I) 施設職員の属性に関する調査項目：職種、経験年数、年齢、性別、勤務形態（常勤か非常勤）、一日のケア時間、一日のカンファレンス時間、施設内での研修の有無（有りの場合は

その頻度と興味のある研修内容)、施設外での研修の有無(有りの場合はその頻度と内容)である。

(II) 自発性促進尺度の作成: 自発性促進尺度としては、「個性の把握」と「環境調整」の2つについてそれぞれ10項目ずつ計20項目の尺度を作成した。「個性の把握」は、それぞれの利用者の好みがわかる、それぞれの利用者の得意分野を把握している、利用者に残された機能を把握している等、「環境調整」は、利用者がどの場所にいると危険かを予想できる、利用者サポートが必要かどうか前もってわかる、利用者には危険な場所は前もって把握している等である。教示は、「利用者の特徴の把握と関わり方についての意識の質問です。普段の介護やケアを思い出しながら、心がけている場合には、はいを、余り心がけていない場合は、いいえのいずれかに○をつけて下さい」とし、心がけている場合には「はい」、心がけていない場合には「いいえ」のうち該当するものを一つ選ばせた。「はい」を1点、「いいえ」を0点とし、得点が高いほど、認知症高齢者の自発性を促すケアにつながることを示す。

(III) 認知症ケアの実態に関する調査項目: 施設で想定される様々な介護場面を抽出し、それぞれの場面における現実の認知症ケアと理想の認知症ケアを問う。具体的には、施設職員の介護や管理が優先される可能性が高い5場面(食事の配膳準備、誘導や移動、お茶の準備、調理、掃除)と認知症高齢者の残存能力の発揮や自発性が期待できる5場面(食後のかたづけ、入浴後の髪乾燥、衣服整理、お茶の後かたづけ、介助の手伝い)を設定し、「介護中心=1-こちらでしますよと声をかけ職員が行う」、「尊重=2-ありがとうとねぎらい一緒に行動する」、「見守り=3-ありがとうや気をつけてねと声をかけ行動を見守る」のうち該当するものを一つ選ばせた。教示は「以下の①~⑩は利用者が仕事を担う場面を仮に設定したものです。それぞれの場面におけるあなたの普段の関わりについて以下の1~3の3つの選択肢の中から1つを選んで番号に○をつけて下さい」とし、選択肢の1(介護中心の回答)を1点、2(尊重の回答)を2点、3(見守りの回答)を3点とした。分析の際には、施設職員の介護や管理が優先される可能性が高い5場面と認知症高齢者の残存能力の発揮や自発性が期待できる5場面の合計得点を認知症ケア得点として用いた。認知症ケア得点は10点~30点の範囲内にあり、得点が高いほど自発性を促すケアであることを示す。

(IV) 理想の認知症ケアを阻む要因: 「業務関係」、「認知症高齢者との関係」、「研修や職員同士の連携」の3つの中から理想の認知症ケアを最も阻むと思われるものから順に順位をつけさせるとともに、これら3つ以外の問題がある場合には自由記述を求めた。

2.3 調査手続き

質問紙調査を依頼する前に対象施設の施設長等の担当者に文書で見学を依頼し、了承が得られた施設の見学を行った。見学の際には、施設が目指す認知症ケアの方針や認知症高齢者の介護度等の特徴について話をうかがった。さらに質問紙調査にご協力いただけるかどうかを施設

長等の担当者に依頼し、了承が得られた施設には質問紙を配布した。見学の実施期間は2009年12月下旬であり、調査期間は2009年12月下旬～2010年1月下旬までとした。施設職員の勤務体制は夜勤等があり不規則なため質問紙の記入は各施設の都合の良い日程で行ってもらうこととし、施設長等の担当者に配布と回収をお願いした。施設職員の自由意志とプライバシー保護の観点から、質問紙には調査結果を研究目的以外に使用せず個人のプライバシーに十分配慮することや、調査結果は統計的に処理されるため施設や個人が特定されないことを説明した上で、施設職員の理解が得られた場合のみ記入をお願いした。施設長等の担当者が質問紙を回収終了後、筆者が各施設にうかがい質問紙の回収を行った。

3 結果

3.1 各施設の認知症高齢者の要介護度

認知症高齢者の要介護度は、1（概ね日常生活自立）～5（寝たきり）の5段階で評価されており数字が大きいほど介護の必要性が高いことを示す。各施設の認知症高齢者の要介護度の平均は、特別養護老人ホーム3.8、介護老人保健施設3.6、グループホーム2.4、ケアハウス0.7、有料老人ホーム1.6、デイサービス2.4であった。分析の際には、認知症高齢者の日常生活の自立の観点から、概ね自立した生活が可能な要介護度2以下のグループ、日常生活は概ね自立しているが介助やサポートが必要な要介護度2～3のグループ、日常生活の自立が困難で寝たり起きたりの生活を送る要介護度3以上の3つのグループにわけて検討した。

3.2 施設職員の属性

施設職員の属性として、①介護職と女性の割合が高いこと、②年齢が20代～30代で6割を占め経験年数も10年未満が7割を占める若い職場であること、③施設内でのカンファレンスや研修には9割以上の職員が参加していることが明らかになった。以下の集計結果に関しては、無回答や回答不備を除いた回答(N=人数)を示した。

職種(N=758)は、介護職が最も多く618名(82%)、次に看護職98名(13%)、相談員兼介護職が30名(4%)、リハビリが12名(1%)であった。性別(N=758)は、女性の割合が高く546名(72%)、男性212名(28%)であった。年齢(N=758)の平均は37歳であり、20代240名(32%)と30代212名(28%)で6割を占めた。次に40代が143名(19%)、50代が123名(16%)、60代が27名(4%)、70代が1名(0.1%)であった。経験年数(N=753)の平均は5年4ヶ月であり、10年未満が約7割を占めた(1年～4年が285名-38%、5年～9年が232名-31%)。次いで10年～14年が96名(13%)、1年未満が90名(12%)、15年～19年が23名(3%)、20年以上が27名(3%)であった。勤務形態(N=759)は、常勤が704名(93%)、非常勤が55名(7%)であった。一日のケア時間(N=755)は、4時間以上が730名(97%)、4

時間未満が 25 名（3%）であった。一日のカンファレンス時間（N=757）は、30 分以上が 401 名（53%）、10 分以上 30 分未満が 215 名（28%）、10 分未満が 76 名（10%）、カンファレンスの時間はないが 65 名（9%）であった。施設内研修（N=759）は、参加が 734 名（97%）、不参加が 25 名（3%）であった。施設内研修の参加頻度（N=759）は、月 1 回が 407 名（54%）、月 1 回以下が 306 名（40%）、月 1 回以上が 34 名（4%）、不参加と未参加が 12 名（2%）であった。興味のある研修内容（N=759）は、感染症対策や褥瘡予防などの認知症ケア以外が 303 名（40%）、認知症高齢者との関わり方などの認知症ケアが 220 名（29%）、無回答が 236 名（31%）であった。施設外研修（N=758）は参加が 123 名（16%）、不参加が 635 名（84%）であった。

3.3 自発性促進尺度の結果

3.3.1 自発性促進尺度の構成

自発性促進尺度 20 項目について主因子法による因子分析の後、プロマックス回転を行い、固有値と解釈可能性を考慮して 4 因子が妥当と判断した。因子負荷量が 0.3 に満たない 4 項目（質問項目番号 2、8、9、17）を削除し、残り 16 項目を用いて再度因子分析を 4 因子解によって行った。因子分析の結果を Table1 に示した。

Table1 から、第 1 因子は、認知症高齢者の危険の予想やサポートの必要性を予め把握している内容であることから「予測力」と命名した。第 2 因子は、認知症高齢者の行動を見守り活動を尊重する内容であることから「環境調整」と命名した。第 3 因子は、認知症高齢者の好みや得意分野を把握する内容であることから「個性の把握」と命名した。第 4 因子は、認知症高齢者ごとに異なるケアや関わり方の内容であることから「対応の工夫」と命名した。尺度の信頼性の検討のため、各因子の信頼性係数（Cronbach の α ）を算出した結果、「予測力」が .65、「環境調整」が .63「個性の把握」が .67、「対応の工夫」は .43 であった。内的整合性の観点から「予測力」、「環境調整」、「個性の把握」は概ね十分な信頼性が認められたが「対応の工夫」は信頼性が低いと判断した。そのため、自発性促進尺度としては、「対応の工夫」を除いた「予測力（5 項目）」、「環境調整（5 項目）」、「個性の把握（3 項目）」の 3 因子を分析に用いることとした。

Table 1 自発性促進尺度の因子パターン (主因子法・Promax 回転 N=758)

| | I | II | III | IV |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|
| 第1因子「予測力」 | | | | |
| 4. 利用者がどの場所にいると危険かを予想できる | .65 | -.18 | .04 | .03 |
| 5. 利用者にサポートが必要かどうか前もってわかる | .55 | .00 | .01 | -.10 |
| 18. 利用者に危険な場所は前もって把握している | .53 | -.06 | -.02 | .03 |
| 10. 利用者の日常の行動から危険性を予想できる | .46 | .07 | -.09 | .05 |
| 6. 利用者の行動のペースがわかる | .39 | -.05 | -.03 | -.00 |
| 第2因子「環境調整」 | | | | |
| 15. 時間がかかったとしても利用者が動くまで待つ | -.27 | .57 | .04 | .00 |
| 19. 利用者が活動する適切な時間を設定できる | .19 | .45 | -.06 | -.05 |
| 13. 利用者が活動する適切な場所を設定できる | .21 | .42 | -.07 | -.00 |
| 12. 利用者に応じた活動の選択ができる | .16 | .42 | -.00 | .03 |
| 20. 利用者の行動を見守ることができる | -.02 | .40 | -.00 | .03 |
| 第3因子「個性の把握」 | | | | |
| 3. それぞれの利用者の好みがわかる | -.07 | .03 | .79 | -.00 |
| 1. それぞれの利用者の得意分野を把握している | -.00 | -.07 | .70 | .01 |
| 11. 利用者に残された機能を把握している | .11 | .08 | .59 | .02 |
| 第4因子「対応の工夫」 | | | | |
| 7. ケアの時間は利用者ごとに異なる | -.14 | .07 | .00 | .46 |
| 14. 利用者に応じて関わり方を工夫している | .04 | .06 | .05 | .40 |
| 16. 利用者ごとに対応の仕方が異なる | .12 | -.12 | .00 | .39 |

3.3.2 自発性促進尺度得点の検討

自発性促進尺度の3因子(「予測力(5項目)」、「環境調整(5項目)」、「個性の把握(3項目)」)のそれぞれの特徴を明らかにするために予測力得点のヒストグラムを Figure1 に、環境調整得点のヒストグラムを Figure2 に、個性の把握得点のヒストグラムを Figure3 に示した。

「予測力」の分布に偏りがあるかどうかを検討するため、 χ^2 検定を利用した比率の検定を行った結果 (Figure1 参照)、0 点が 16 名(2%)、1 点が 35 名(5%)、2 点が 71 名(9%)、3 点が 129 名(18%)、4 点が 163 名(21%)、5 点が 344 名(45%)で有意な偏りが認められた($\chi^2(5, N=758)=28.13, p<.001$)。「予測力」については 5 点の割合が多く、0 点~1 点の割合が少ないことが明らかになった。

「環境調整」の分布に偏りがあるかどうかを検討するため、 χ^2 検定を利用した比率の検定

を行った結果（Figure2 参照）、0 点が 31 名（4%）、1 点が 83 名（11%）、2 点が 168 名（22%）、3 点が 171 名（23%）、4 点が 145 名（19%）、5 点が 160 名（21%）で、有意な偏りは認められなかった。

「個性の把握」の分布に偏りがあるかどうかを検討するため、 χ^2 検定を利用した比率の検定を行った結果（Figure3 参照）、0 点が 165 名（22%）、1 点が 189 名（25%）、2 点が 155 名（20%）、3 点が 249 名（33%）で、有意な偏りは認められなかった。

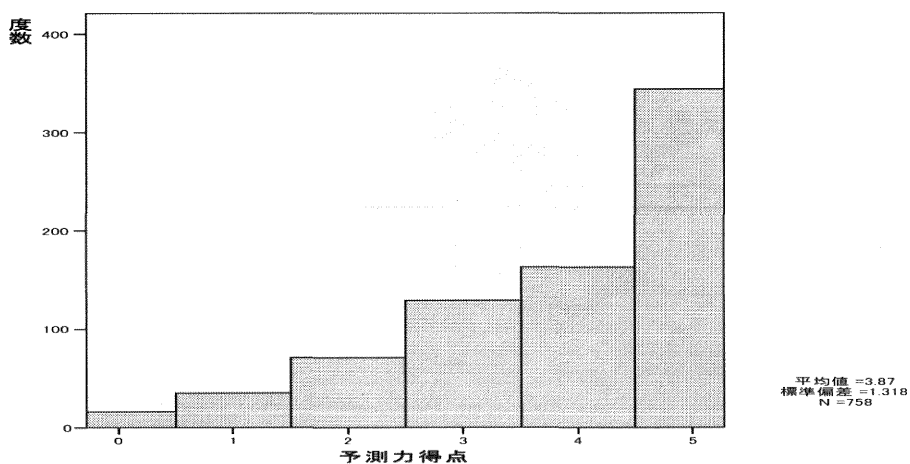


Figure1 予測力得点のヒストグラム

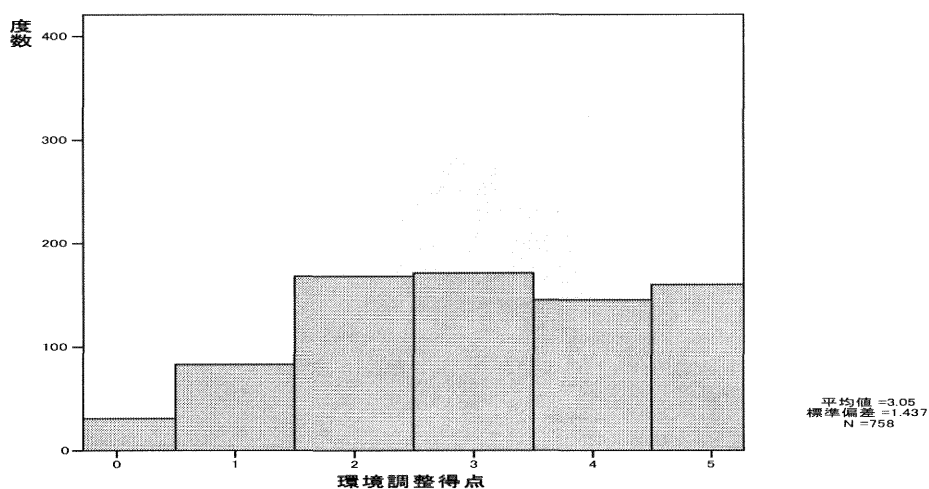


Figure2 環境調整得点のヒストグラム

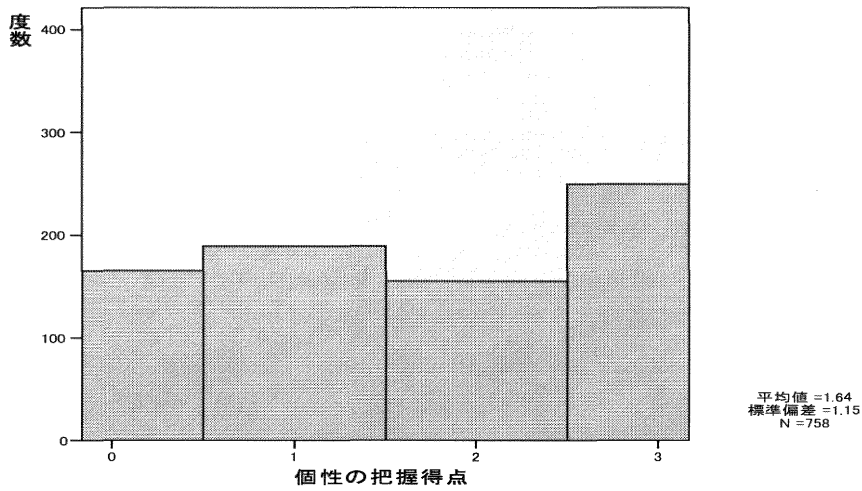


Figure3 個性の把握得点のヒストグラム

3.4 認知症ケアの実態結果

3.4.1 現実の認知症ケア得点と理想の認知症ケア得点の検討

現実の認知症ケア得点の平均と理想の認知症ケア得点の平均を Figure4 に示した。現実の認知症ケア得点と理想の認知症ケア得点の平均に差があるかどうかを明らかにするため t 検定を行った結果、現実の認知症ケア得点より理想の認知症ケア得点の方が有意に高かった ($t(759)=26.12, p<.001$)。

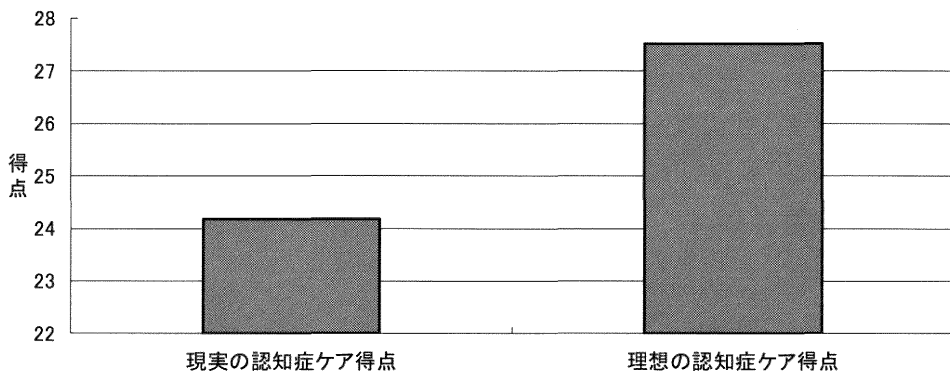


Figure4 現実の認知症ケア得点と理想の認知症ケア得点の平均

3. 4. 2 職員の属性による認知症ケア得点、自発性促進尺度得点の検討

施設職員の属性による現実の認知症ケアの違いを検討するために、施設職員の属性（職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケアの時間、カンファレンスの時間、施設内研修の参加頻度、興味のある研修内容、施設外研修の参加頻度）を独立変数とし、現実の認知症ケア得点を従属変数とする分散分析を行った結果、職種、経験年数、施設内研修の参加頻度、興味のある研修内容、施設外研修の参加頻度の主効果が有意であった（職種（ $F(3, 758)=6.05, p<.001$ ）、経験年数（ $F(3, 753)=5.71, p<.001$ ）、施設内研修の参加頻度（ $F(3, 759)=3.22, p<.05$ ）、興味のある研修内容（ $F(1, 523)=3.53, p<.05$ ）、施設外研修の参加頻度（ $F(1, 758)=12.99, p<.001$ ）。Tukey法による多重比較の結果（Table2参照）、現実の認知症ケア得点は、経験年数が4年未満より5年以上14年未満が高く、5年以上14年未満より15年以上が高いことが明らかになった。この結果は経験年数が短い職員より長い職員の方が、現実の認知症ケアが自発性を促すケアであることを示している。経験年数以外にも、施設内外の研修に参加し認知症ケアに興味がある職員は、施設内外の研修に不参加で認知症ケア以外に興味がある職員と比較して現実のケアが自発性を促すケアであることも明らかになった。

施設職員の属性による理想の認知症ケアの違いを検討するため、施設職員の属性（職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケアの時間、カンファレンスの時間、施設内研修の参加頻度、興味のある研修内容、施設外研修の参加頻度）を独立変数とし、理想の認知症ケア得点を従属変数とする分散分析を行った結果、年齢、経験年数、施設外研修の参加頻度の主効果が有意であった（年齢（ $F(5, 758)=5.29, p<.001$ ）、経験年数（ $F(3, 753)=3.25, p<.05$ ）、施設外研修の参加頻度（ $F(1, 758)=7.23, p<.05$ ）。Tukey法による多重比較の結果（Table2参照）、理想の認知症ケア得点は、経験年数が4年未満より10年以上14年未満が高いことが明らかになった。この結果は、経験年数が4年未満の職員より10年以上14年未満の職員の方が、理想の認知症ケアが自発性を促すケアであることを示している。経験年数以外にも施設外研修に参加している職員は、施設外研修に不参加の職員と比較して理想の認知症ケアが自発性を促すケアであることも明らかになった。

職員の属性による現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれの大きさを検討するため、施設職員の属性（職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケアの時間、カンファレンスの時間、施設内研修の参加頻度、興味のある研修内容、施設外研修の参加頻度）を独立変数とし、現実の認知症ケア得点と理想の認知症ケア得点の差を従属変数とする分散分析を行った結果、職種、経験年数の主効果が有意であった（職種（ $F(3, 758)=5.47, p<.05$ ）、経験年数（ $F(3, 753)=2.56, p<.05$ ）。Tukey法による多重比較の結果（Table2参照）、経験年数が15年以上の職員は、経験年数が4年未満の職員と比較して現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれが小さいことが明らかになった。経験年数以外にも介護職は、看護職と比較して現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれが小さいことも明らかになった。

Table2 職員の属性と認知症ケア得点、現実と理想の得点差の多重比較結果

| | 現実の認知症ケア得点 | 理想の認知症ケア得点 | 現実と理想の得点差 |
|--|-----------------------------|------------------------|------------------|
| 職種 (N=758) 1-看護, 2-介護, 3-リハビリ, 4-介護兼務相談員 | 1 < 2, 4* | n. s. | 1 > 2* |
| 年齢 (N=758) 1-20 歳未満, 2-20 代, 3-30 代 4-40 代, 5-50 代, 6-60 歳以上 | n. s. | 1 < 2, 3, 4* | n. s. |
| 性別 (N=758) 1-男性, 2-女性 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 経験年数 (N=753) 1-4 年未満, 2-5 年~9 年 3-10 年~14 年, 4-15 年以上 | 1 < 2, 3* < 4* | 1 < 3* | 1 > 4* |
| 勤務形態 (N=759) 1-常勤, 2-非常勤 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 一日のケア時間 (N=755) 1-4 時間未満, 2-4 時間以上 | n. s. | n. s. | n. s. |
| カンファレンス時間 (N=757) 1-なし, 2-10 分未満 3-10 分~30 分未満, 4-30 分以上 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 施設内研修参加頻度 (N=759) 0-不参加, 1-月 1 回, 2-月 1 回以上, 3-月 1 回以下 | 0 < 1, 2, 3* | n. s. | n. s. |
| 興味のある研修内容 (N=523) 1-認知症ケア以外, 2-認知症ケア | 1 < 2* | n. s. | n. s. |
| 施設外研修参加頻度 (N=758) 1-不参加, 2-参加 | 1 < 2* | 1 < 2* | n. s. |

**p<.001 *p<.05

施設職員の属性による自発性促進尺度の3つの下位尺度（予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点）の違いを検討するため施設職員の属性（職種、年齢、性別、経験年数、勤務形態、一日のケアの時間、カンファレンスの時間、施設内研修の参加頻度、興味のある研修内容、施設外研修の参加頻度）を独立変数とし、自発性促進尺度の3つの下位尺度（予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点）を従属変数とする分散分析を行った結果、予測力得点の主効果に有意差は認められなかったが環境調整得点では経験年数の主効果が有意であった

($F(3, 753)=5.30, p<.05$)。個性の把握得点では経験年数とカンファレンス時間の主効果が有意であった(経験年数 $F(3, 753)=5.10, p<.05$ 、カンファレンス時間 $F(3, 757)=3.99, p<.05$)。Tukey 法による多重比較の結果 (Table3 参照)、環境調整得点と個性の把握得点は、経験年数が 10 年未満の職員より 15 年以上の職員が高いことが明らかになった。さらに個性の把握得点は、カンファレンス時間がない職員と 30 分以上のカンファレンスを行っている職員より 10 分以上 30 分未満のカンファレンスを行っている職員の方が高いことが明らかになった。

Table3 職員の属性と予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点の多重比較結果

| | 予測力得点 | 環境調整得点 | 個性の把握得点 |
|--|-------|---------------------|---------------------|
| 職種 (N=758) 1-看護, 2-介護, 3-リハビリ, 4-介護兼務相談員 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 年齢 (N=758) 1-20 歳未満, 2-20 代, 3-30 代 4-40 代, 5-50 代, 6-60 歳以上 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 性別 (N=758) 1-男性, 2-女性 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 経験年数 (N=753) 1-4 年未満, 2-5 年~9 年 3-10 年~14 年, 4-15 年以上 | n. s. | 1, 2 < 4* | 1, 2 < 4* |
| 勤務形態 (N=759) 1-常勤, 2-非常勤 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 一日のケア時間 (N=755) 1-4 時間未満, 2-4 時間以上 | n. s. | n. s. | n. s. |
| カンファレンス時間 (N=757) 1-なし, 2-10 分未満 3-10 分~30 分未満, 4-30 分以上 | n. s. | n. s. | 1, 4 < 3* |
| 施設内研修参加頻度 (N=759) 0-不参加, 1-月 1 回, 2-月 1 回以上, 3-月 1 回以下 | n. s. | n. s. | n. s. |
| 興味のある研修内容 (N=523) 1-認知症ケア以外, 2-認知症ケア | n. s. | n. s. | n. s. |
| 施設外研修参加頻度 (N=758) 1-不参加, 2-参加 | n. s. | n. s. | n. s. |

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

3.4.3 認知症高齢者の要介護度による認知症ケア得点、自発性促進尺度得点の検討

認知症高齢者の要介護度による現実の認知症ケアの違いを検討するため、グループ（1；要介護度2以下のグループ、2；要介護度2～3以下のグループ、3；要介護度3以上のグループ）を独立変数とし、現実の認知症ケア得点を従属変数とする分散分析を行った結果、主効果が有意であった（ $F(2, 759)=18.21, p<.001$ ）。Tukey法による多重比較の結果（Table4参照）、現実の認知症ケア得点は、要介護度が3以上のグループ3より要介護度が3以下のグループ1、2の方が高いことが明らかになった。この結果は、認知症高齢者の要介護度が低い施設職員は、要介護度が高い施設職員と比較して自発性を促すケアを行っていることを示している。

認知症高齢者の要介護度による理想の認知症ケアの違いを検討するため、グループ（1；要介護度2以下のグループ、2；要介護度2～3以下のグループ、3；要介護度3以上のグループ）を独立変数とし、理想の認知症ケア得点を従属変数とする分散分析を行った結果、主効果に有意差は認められなかった。

認知症高齢者の要介護度による現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれの大きさを検討するため、グループ（1；要介護度2以下のグループ、2；要介護度2～3以下のグループ、3；要介護度3以上のグループ）を独立変数とし、現実の認知症ケア得点と理想の認知症ケア得点の差を従属変数とする分散分析を行った結果、主効果が有意であった（ $F(2, 759)=15.51, p<.001$ ）。Tukey法による多重比較の結果（Table4参照）、要介護度が3以上のグループ3は、要介護度が2～3以下のグループ2と比較して現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれが大きいことが明らかになった。

Table4 認知症高齢者の要介護度と認知症ケア得点、現実と理想の得点差の多重比較結果

| | 現実の認知症ケア得点 | 理想の認知症ケア得点 | 現実と理想の得点差 |
|------------------------|------------|------------|-----------------|
| 認知症高齢者の要介護度(N=759) | 3<1, 2* | n. s. | 2<3** |
| 1-要介護度2以下, 2-要介護度2～3以下 | | | |
| 3-要介護度3以上 | | | |
| | | | **p<.001 *p<.05 |

認知症高齢者の要介護度による自発性促進尺度の3つの下位尺度（予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点）の違いを検討するためグループ（1；要介護度2以下のグループ、2；要介護度2～3以下のグループ、3；要介護度3以上のグループ）を独立変数とし、自発性促進尺度の3つの下位尺度（予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点）を従属変数とする分散分析を行った結果、3つの下位尺度すべてにおいて主効果が有意であった（予測力得点 $F(2, 759)=5.22, p<.05$ 、環境調整得点 $F(2, 759)=3.37, p<.05$ 、個性の把握得点

F(2, 759)=6.06, p<.05)。Tukey 法による多重比較の結果（Table5 参照）、要介護度が 2～3 以下のグループ 2 は、要介護度が 3 以上のグループ 3 と比較して予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点すべてが高いことが明らかになった。

Table5 認知症高齢者の要介護度と予測力得点、環境調整得点、個性の把握得点の多重比較結果

| | 予測力得点 | 環境調整得点 | 個性の把握得点 |
|----------------------------|-------|--------|---------|
| 認知症高齢者の要介護度 (N=759) | 3<2* | 3<2* | 3<2* |
| 1-要介護度 2 以下, 2-要介護度 2～3 以下 | | | |
| 3-要介護度 3 以上 | | | |

**p<.001 *p<.05

3.5 理想の認知症ケアを阻む要因と自由記述結果

理想の認知症ケアを阻む要因について、「業務関係」、「認知症高齢者との関係」、「研修や職員同士の連携」の 3 点について最も阻む要因と思われるものから順に順位をつけさせた。合計 28 施設 758 名の結果、1 位に「業務関係」551 名（73%）、2 位に「認知症高齢者との関係」166 名（22%）、3 位に「研修や職員同士の連携」41 名（5%）であった。

理想の認知症ケアを阻む要因についての自由記述数は 27 であり、主に①認知症高齢者の特徴、②職員側の質や意識、③職員の人数不足、の 3 つの観点からの記述であった。

例えば、①認知症高齢者の特徴に関する主な記述は「利用者の認知症の進行程度や自立度も関係しているため、本人はやろうとする気持ちがあっても実際にはしていただけないことが多い（特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービス）」等であった。

②職員側の質や意識に関する主な記述は「利用者は、こうしてほしい等の思いがあっても声に出されない方が多いので、多分こうだろうという職員側の思い込みが優先されている、職員が利用者のできる能力をどれだけ評価し把握しているかが問題（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム）」等であった。

③職員の人数不足に関する主な記述は「人数が足りないため目配りが不十分な時がある、それぞれの利用者とは深く関わろうと思っても時間的に余裕がない、人数が少ないと一人一人に寄り添い関わることは他の利用者の危険性にもつながり、無理がある（特別養護老人ホーム、デイサービス、グループホーム）」等であった。

また、認知症高齢者の要介護度が高く重度化が進む特別養護老人ホームや介護老人保健施設の職員の記述からは、寝たきりや意思疎通ができない認知症高齢者の場合、職員としてやるべきケアは行っているが、ケアの視点や評価に自信がもてないという記述もあった。職員として認知症高齢者によりよいケアの提供を目指しても、現場の忙しさや認知症高齢者の重症度によ

っては困難なことも多いため、認知症ケアが高齢者ケアの中でも特に複雑な問題を抱えていることが示唆された。

4 考察

本研究の結果、以下の点が明らかになった。(1) 自発性促進尺度の分析結果から、「予測力」は高得点に分布の偏りがあったが「環境調整」と「個性の把握」に偏りはみられなかったこと。(2) 施設職員の属性の中でも特に経験年数が長い職員は、経験年数が短い職員と比較して自発性促進尺度の「環境調整」得点と「個性の把握」得点が高く自発性を促すケアを行っているとともに、現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれも小さかったこと。(3) 施設内外の研修に参加し認知症ケアに興味がある職員は、施設内外の研修に不参加で認知症ケア以外に興味がある職員と比較して自発性を促すケアを行っていること。(4) 認知症高齢者の要介護度の低い施設職員は、要介護度の高い施設職員と比較して自発性促進尺度の「予測力」、「環境調整」、「個性の把握」のすべての得点が高く自発性を促すケアを行っているとともに、現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれも小さかったことが明らかになった。

自発性促進尺度を検討した結果、施設の認知症ケアは認知症高齢者の個性の把握や環境調整より、危険性の予測と安全に配慮したリスクマネジメントが重視されている可能性が示唆された。職員の属性による自発性促進尺度を検討した結果からも、「予測力」は職員の属性による得点差がなく、施設の認知症ケアの中核としてリスクマネジメントが普及していることが示された。今後、認知症高齢者の自発性を促すためには、施設全体で統一されたリスクマネジメントと同時に認知症高齢者ひとりひとりの違った生活そのものへの理解と環境づくりも必要となるだろう。特に認知症高齢者の個性を把握する方法の一つとして、10分以上30分未満のカンファレンスの有効性が明らかになり、適度なカンファレンス時間は認知症高齢者のその人らしさを職員同士が情報共有する重要な機会であることが示唆された。

認知症高齢者の「個性の把握」得点と「環境調整」得点が高く、自発性を促すケアを行っているのは、施設職員の属性の中でも特に経験年数の長い職員であることが明らかになった。経験年数が短い職員は、経験年数が長い職員と比較して認知症高齢者の自発性を促すことより介護技術の習得と業務に慣れるのに精一杯であることによるのかもしれない。経験年数が長くなると、介護や業務以外に認知症高齢者の個性や特徴をふまえながら自発性を促すケア技術を獲得し、ケアの幅が広がるのだろう。経験年数の長さが自発性を促すケアを行う上で重要である一方で、職員の経験年数の平均が約5年であり、経験年数10年未満が全体の約7割という結果からは、職員の離職率の高さがうかがえた。幅広い認知症ケア技術をもつ経験豊富な職員を確保するためには、継続して仕事に取り組めるよう職員の心身の健康維持へのサポート体制を整えていく必要があるだろう。

先行研究から研修への参加が認知症ケアの質を向上させることが指摘されたが、本研究の結果から施設内外の研修に参加し認知症ケアに興味のある職員は、研修に不参加で認知症ケア以外に興味のある職員と比較して、自発性を促すケアを行っていることが明らかになった。施設職員が施設内外の研修に参加することは、認知症ケアの理念や知識を幅広く習得し、認知症高齢者によりよいケアの方向性を理論的に学んでいると考えられる。また、興味のある研修内容として認知症ケア以外をあげた職員より認知症ケアをあげた職員の方が自発性を促すケアを行っていたことは、単なる研修への参加のみならず、職員として認知症高齢者との関わりに興味や関心を持つことが自発性を促すケアにつながることを示唆している。

施設職員の属性だけでなく認知症高齢者の要介護度によっても認知症ケアに違いがあることが明らかになった。特に認知症高齢者の自立が困難な要介護度が3以上の施設職員は、要介護度が2～3以下の施設職員より予測力、環境調整、個性の把握の全ての得点が低く、現実の認知症ケアと理想の認知症ケアのずれも大きいことが明らかになった。この結果は、施設職員としてなるべく認知症高齢者にできることはやってもらおう、自発性を促そうという思いがあっても、認知症高齢者の要介護度によっては困難なことが多く、自発性を促すケアが行いにくいことを示している。特に要介護度が3以上の高齢者施設では、長期入所に伴い認知症が重度化し寝たきりの認知症高齢者も増えるため自発性を促すケアよりも職員の介護を優先したケアが中心となる現状がうかがえる。

認知症高齢者が認知症を患っても生き生きとした生活を送るためには、高齢者施設職員が認知症高齢者ひとりひとりのその人らしさを理解するとともに環境を調整しながら自発性を促すケアが重要であろう。その一方で高齢者施設の現状は、多忙な業務システムと認知症高齢者の重度化、職員の離職率の高さなど多くの問題を抱えている。人手を増やすことや業務システムの改善だけで問題を解決するのではなく、認知症高齢者が職員の手をかりなくても自らの力が発揮できるような自発性を促す環境づくりと施設職員がやりがいをもって仕事を継続できるように職員のストレスマネジメントやメンタルヘルスへの対策も求められるだろう。

<付記>本論文の作成にあたり研究へのご理解とご協力をいただきました特定医療法人楽山会理事長田中政春先生に心より感謝申し上げます。御多忙の中、快く調査にご協力いただきました高齢者施設職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

<引用文献>

- 足立啓 (2007) 認知症グループホームのケア環境 老年精神医学雑誌, 18, 151-158.
- 橋本正明 (2006) 高齢者介護施設における利用者とのトラブルとリスクマネジメント 老年精神医学雑誌, 17, 933-938.
- 本間昭 (2005) わが国における認知症ケアの実態 老年精神医学雑誌, 16, 1107-1112.
- 池田恵利子 (2010) 認知症高齢者の尊厳は守られているか 老年精神医学雑誌, 21, 9-15.
- 加藤伸司 (2002) 高齢者福祉従事者への研修プログラムのあり方 老年精神医学雑誌, 13, 1424-1429.
- Kitwood, T. (1993) Person and process in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 8, 541-545.
- 小宮英美 (1999) 痴呆性高齢者ケア グループホームで立ち直る人々 中公新書.
- Lam, L., Tam, C., Chiu, H., & Lui, V. (2007) Depression and apathy affect functioning in community active subjects with questionable dementia and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 431-437.
- 松井典子・須貝佑一 (2006) わが国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討 - 認知症高齢者の転倒事故防止対策構築への考察 - 老年精神医学雑誌, 17, 65-74.
- 宮島渡 (2004) 地域分散型ケアは家族・スタッフの介護負担軽減に役立つか 老年精神医学雑誌, 15, 929-935.
- 室伏君士 (2010) 認知症高齢者へのメンタルケアの原則とその拠りどころ 最新精神医学, 15(2), 212-215.
- 内藤圭之 (2008) 認知症介護における老人保健施設の役割 老年精神医学雑誌, 19, 29-34.
- Nordberg, G., Wimo, A., Jonsson, L., Kareholt, I., Sjolund, B., Lagergren, M., & Strauss, E. (2007) Time use and costs of institutionalised elderly persons with or without dementia : results from the Nordanstig cohort in the Kungsholmen Project-a population based study in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 639-648.
- 奥野純子・戸村成男・柳久子 (2006) 介護老人保健施設在所者の家庭復帰へ影響する要因 - 介護者の在宅受け入れへの意向に影響する要因より - 日本老年医学会雑誌, 43, 108-116.
- 坂爪一幸 (2006) 認知症の非薬物療法 精神療法・認知行動療法 老年精神医学雑誌, 17, 718 - 727.
- 柴尾慶次 (2002) 老人福祉施設におけるリスクマネジメント 老年精神医学雑誌, 13, 1392-1395.
- 鈴木みなこ (2007) 高齢者施設での環境づくり 老年精神医学雑誌, 18, 159-168.
- 諏訪さゆり (2010) 認知症のケア提供者に対する教育の現状と課題 老年精神医学雑誌, 21, 60-70.
- 蓬田隆子 (2004) グループホームにおけるケアマネジメント - 出会いから別れまでの生き方を支える - 老年精神医学雑誌, 15, 1377-1383.
- Zuidema, S., Derksen, E., Verhey, F., & Koopmans, R. (2007) Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 632-638.

主指導教員 (大浦容子教授)、副指導教員 (宮崎謙一教授・雲尾周准教授)