

認知症高齢者及び介護家族の生活の質の向上と維持に関する研究事業

- 総括研究報告書 -

長嶋紀一（認知症介護研究・研修仙台センター、日本大学）
浅野弘毅（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
阿部芳久（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
矢吹知之（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
吉川悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター）
佐藤佳子（創造学園大学）
小野寺真（東北福祉大学大学院総合福祉学研究科）
浅井朋佳（㈱エム・ティー・フード東北営業所）
千葉陽子（社会福祉法人東北福祉会せんだんの里）
菅原枝里（㈱エム・ティー・フードせんだんの里）
後藤美恵子（東北福祉大学）
後藤満枝（仙台大学）
檮木てる子（静岡福祉大学）
松村砂織（認知症介護研究・研修仙台センター）
阿部一彦（東北福祉大学）
渡部芳彦（東北福祉大学）
渡部純夫（東北福祉大学）
渡辺誠（東北大学大学院歯学研究科）
坪井明人（東北大学大学院歯学研究科）
大森俊也（医療法人社団東北福祉会せんだんの丘）
若生利津子（医療法人社団東北福祉会せんだんの丘）
阿部洋一郎（仙台歯科医師会）
阿部昌子（仙台医療福祉専門学校歯科衛生士学科）
内藤佳津雄（日本大学）

[はじめに]

2015年の高齢者介護に示されているように、これからの高齢社会においては「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を確保することが急務であり、たとえ介護が必要になった状態になっても「尊厳を支えるケア」を実現することは重要な課題となる。介護保険が導入された当初218万人であった要介護高齢者は、2004年12月末現在では406万人と急増しており、4年9ヶ月で86%増加しているということになる。また今後急速に増えることが予想される認知症高齢者の実態を鑑みても、認知症ケアが標準モデルと言われるほど認知症ケアの標準化が重要な課題となってくる。さらに認知症の問題は家族の問題としてとらえる必要があり、家族ケアの標準モデルも将来的には確立していく必要がある。

「高齢者が尊厳を持って暮らすこと」を確保するためには、高齢者自身が健康で質の高い生活を送ることができるような要因を探ることが重要となる。そのためには介護予防や認知症予防の要因を探り、それを広く一般社会に普及していくことが重要である。特に近年要支援、要介護1のレベルの人が急増していることを考えると、認知症介護に関する研究だけではなく、介護予防に関する研究も緊急課題といえるだろう。本研究事業は、認知症の介護予防と地域作りを念頭に置いた地域介入調査研究をはじめ、在宅介護を支えるホームヘルパーの技術向上と家族支援モデルの構築、介護家族への教育的支援プログラムの構築、施設ケアにおける効果的ケア技法と適切なコミュニケーション技法の確立等に関する研究を行い、その成果を広く在宅や施設介護の現場に普及していくことにより、認知症高齢者および介護家族の生活の質の向上と維持を図ることを目的に行われた学際的かつ実践的な研究事業である。

[研究方法]

本研究は、大きく「介護予防と認知症予防に関する研究」、「在宅支援に関する研究」、「施設ケアに関する研究」に分けられる。

介護予防と認知症予防に関する研究は、「加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査」において行われた。

また在宅支援に関する研究は、「達成動機の視点による認知症者を介護している家族の介護態度 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(1) - 」と「認知症高齢者介護家族の相談ニーズに対する対応技術の開発」、「介護家族と施設職員の相互参加による教育的支援プログラムの有効性に関する研究」において行われた。

施設ケアに関する研究は、「認知症高齢者の施設内での食生活の質の向上に関する研究」と「認知症高齢者の口腔ケアに関する研究」、「介護経験年数の差による対応と視点の比較検討 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(2) - 」、「小集団における認知症高齢者の関係形成に関する研究」、「認知症介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究」においてそれぞれ検討された。

1. 介護予防と認知症予防に関する研究

(1) 加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査 - 気仙沼大島住民の2年後の追跡調査 - (加藤伸司 他)

我々は、加齢が健康に及ぼす影響を生活視点から明らかにすることを目的に2002年から縦断的研究を行ってきた。本研究は、2002年に気仙沼大島で行った縦断研究の基礎調査をもとに、2年後の変化を比較することを目的に行った追跡調査である。調査方法は訪問面接調査であり、調査内容は、「基本属性」「日常生活動作」「生活習慣」「一般健康状態と健康自覚」「日常活動状況」「対人交流」「社会活動」「老性自覚」等で構成されており、2年前の調査時とほぼ同じ内容の調査を行った。調査期間は2005年8月1日から11月25日である。対象者は、気仙沼大島の55歳以上の住民1134人のうち、今回の調査に協力してくれた847人(男性330人、女性517人)であり、今回の結果は、今回調査時の対象者847人と同一の847人の2年前のデータを比較したものである。

2. 在宅支援に関する研究

(1) 達成動機の視点による認知症者を介護している家族の介護態度 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(1) - (吉川悠貴、檜木てる子 他)

本研究は、在宅で認知症高齢者を介護している家族の介護態度について、達成動機づけの理論の一つである Weiner の原因帰属認知理論をもとに、介護者が考える要介護高齢者への適切な対応と視点を明らかにし、その結果をもとに介護者間で共通の認識を持つための手がかりを明らかにすることを目的に行われた。対象は東京都下の特別養護老人ホームに併設されたデイサービス利用者の家族であり、その家族に対して聞き取り調査を行い、4例の事例に対する検討を行った。

(2) 認知症高齢者介護家族の相談ニーズに対する対応技術の開発（加藤伸司、佐藤佳子 他）

本研究では、訪問介護員が在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族から受ける介護上の相談や介護者の悩み、サービスに関する相談などに対し、訪問介護員が適切に対応できるようになることをめざして、在宅で認知症高齢者を介護している家族の相談ニーズを調査し、それをもとに訪問介護員の相談に対する対処法について検討した。調査はS市内5カ所のホームヘルプステーションを介し、高齢者を在宅で介護する家族へ調査票を配布し、無記名で認知症介護研究・研修仙台センター宛に直接郵送にて返送してもらう方法をとった。調査内容は、「基本症状に関する相談」や「介護者の悩みに関する相談」などの61項目で構成されており、基本的には昨年度訪問介護員に対して行った相談ニーズに関する調査の内容を使用し、各項目について4段階で評定してもらった。

(3) 介護家族と施設職員の相互参加による教育的支援プログラムの有効性に関する研究（矢吹知之 他）

本研究は、在宅で介護をおこなう家族（介護家族）の支援と施設職員の在宅生活を意識したケアの提供の支援を目指して、その相互参加による効果を期待した相互参加型の教育的支援プログラムを実施し効果的なプロセス評価並びにプログラムの有用性を検証することを目的に行われた。具体的には、在宅で高齢者を介護している家族と、デイサービスやショートステイでその利用者のケアにあたっているスタッフが中心となり、相互参加による教育的支援プログラム（介護講座）に参加するものであり、プログラムの内容は、事前にスタッフと介護家族とが協議し、テーマの選定が行われた。教育的支援プログラム（介護講座）は、同一プログラムを平日の夜と土曜日にそれぞれ6回ずつ行い、すべてのプログラムは「グループピング」「導入」「講義」「グループディスカッション」「評価」の流れで行われた。

3. 施設ケアに関する研究

(1) 認知症高齢者の施設内での食生活の質の向上に関する研究（浅井朋佳 他）

本研究は、高齢者施設で生活する認知症高齢者にとっての望ましい食生活を探ることを目的に行ったものである。具体的には、実際に食生活を営んでおり、より家庭に近いと思われるグループホームの調査を行い、管理者と職員に対して聞き取り調査を行った。また、施設利用者が食生活に望んでいると思われることを、介護者家族、施設職員、施設栄養士を対象にアンケート調査を行った。調査内容は、食事の雰囲気、一緒に食事をする人、食べるもの等について、施設利用者が望むことと望まないことに関して自由記述してもらうというものであった。さらにグループホーム調査とアンケート調査の結果を施設のユニット職員に情報提供し、それをもとに望ましい食生活についてディスカッションを行い、その介入効果を前後2ヶ月で比較した。

(2) 認知症高齢者の口腔ケアに関する研究（阿部一彦、渡部芳彦 他）

口腔ケアは、広義には疾病予防、健康の保持と増進などQOLの向上を目指す行為であり、口腔を通した生活全体へのケアである。しかしその重要性が認識されているにもかかわらず、介護が必要な高齢者に対して適切な口腔ケアが行われているとはいえないのが現状である。

本研究では口腔ケアの実践に関する諸問題に対して施設に勤務するケアワーカーがどのように認識し、どのように対処しているのかについて聞き取り調査を行った。また要介護高齢者の口腔衛生状態を6週間にわたって調査し、その変化と改善の可能性を検討した。さらに認知症高齢者に対する容易な口腔ケアの試みとしてキシリトールタブレットを使用し、口腔衛生状態の変化とその習慣獲得の可能性を探った。

(3) 介護経験年数の差による対応と視点の比較検討 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(2) - (吉川悠貴、後藤満枝 他)

高齢者施設において介護者は、利用者個々の特性に対する望ましい対応の仕方を模索しながら介護に携わっている。しかし介護者の利用者に対するとらえ方が異なっていれば、介護スタッフ間の対応そのものも異なり、特に認知症高齢者の混乱を招くことにもつながる。本研究では、介護スタッフが考える要介護高齢者への適切な対応と視点を明らかにし、介護者間での共通の認識を形成するための手がかりを得ることを目的に、特別養護老人ホームと老人保健施設の介護職員、介護実習経験のある大学2年生～4年生を対象に、施設利用者の典型的な架空事例を用いた質問紙調査を実施した。調査は自由記述によるものであり、事例にある利用者へのその場での対応とその理由・根拠、事例から使用した情報、不足情報について回答を求めた。

(4) 小集団における認知症高齢者の関係形成に関する研究(阿部哲也、吉川悠貴 他)

近年認知症高齢者に対する効果的なケアのあり方として、認知症高齢者ケアにおける小規模環境と少人数ケアの重要性が提唱されている。一般に小規模な居住空間と少人数による生活は、環境への適応や他者との関係形成を促進するという利点がある反面、密室性、閉鎖性によるリスクの可能性も指摘されている。本研究では、小規模・小集団の生活環境における認知症高齢者の関係形成過程を明らかにすることを目的とし、グループホームにおける認知症高齢者の相互作用及びリビング内の滞在場所を非参与観察にて調査し、入居後1ヶ月間の変化について検討を行った。対象は新設のグループホームに入居した男性K氏であり、K氏のリビングにおける相互作用及び滞在時間についてVTRを使用して定点非参与観察を行った。

(5) 認知症介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究

(内藤佳津雄、長嶋紀一 他)

認知症介護におけるケアプランが実際の介護サービスの提供の中で有効であるためには、必要かつ十分な、しかも具体的な内容や方法が記載されることが必要であり、そのための指針が必要とされている。本研究では、有効なアクションケアプランの指針を開発するための基礎的研究として、介護行動を観察してその特徴を抽出する開発手法について検証しながら、食事場면을題材とした仮説を提案することを目的とした。方法としては、3カ所の特別養護老人ホームにおいて、合計8名の介護職員を選定してもらい、食事場面において、職員を追跡しながらビデオ撮影を行った。撮影後、施設長、主任クラスの職員、研究者など4～6名程度で職員の行動に関する観察を行い、課題となる行動を自由に発言した内容を収集し、整理した。

[研究結果]

研究結果の概要を「介護予防と認知症予防に関する研究」と「在宅支援に関する研究」、「施設ケアに関する研究」のそれぞれの観点からまとめる。

1. 介護予防と認知症予防に関する研究

(1) 加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査 - 気仙沼大島住民の2年後の追跡調査 - (加藤伸司 他)

対象は気仙沼大島の2002年の基礎調査に協力してくれた55歳以上の住民1134人である。このうち今回の追跡調査に協力してくれたのは、約4分の3にあたる847人であった。除外された287人の内訳は、死亡が41人、入院、入所、転居を含む調査辞退者が246人であった。調査対象者の内訳は、男性330人(39.0%)、女性517人(61.0%)であり、前回調査時の年齢コホート別内訳は、壮年期群236人(27.9%)、前期高齢期群339人(40.0%)、後期高齢期群272人(32.1%)であった。今回の結果は、今回調査時の対象者847人と同一の847人のデータを比較したものである。今回の追跡調査の結果から、2年前の基礎調査時と比べてADLの低下傾向、病気を有している人の増加、主観的健康感の低下傾向、老いの自覚の増加傾向、外出頻度の減少傾向、仕事をしている人の割合の減少など、加齢に伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし、趣味活動や地域活動に参加している人は増加している傾向が認められ、生活の質や社会との関わりは向上している傾向が認められた。また毎日運動する人や、昼寝の習慣を有している人は増加しているという結果であった。

2. 在宅支援に関する研究

(1) 達成動機の視点による認知症者を介護している家族の介護態度 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(1) - (吉川悠貴、橋木てる子 他)

デイサービスの利用家族4例に対する聞き取り調査を行い、検討した結果、回答者の精神健康状態との関連性は、先行研究で指摘されてきた社会的要因や身体的要因よりも、対処行動結果に対する効力感や負担感など回答者の認知評価のほうが、より明確に関連していることがうかがわれた。また語られた要介護事態や対処行動には多様な内容が含まれていたが、要介護事態の発生原因に対する帰属認知や介護目標の達成に対する帰属認知のスタイルにはWeinerによる分類を行うことが可能であると考えられた。さらに2種類の帰属認知スタイルと対処行動結果に対する効力感や負担感との間に関連性があることが推測され、原因帰属認知理論の視点から介護態度を検証していくことの有効性が示唆された。

(2) 認知症高齢者介護家族の相談ニーズに対する対応技術の開発(加藤伸司、佐藤佳子 他)

訪問介護サービスを利用している高齢者を介護する家族に対して行った調査は348家族に対して配布されたが、回収されたのは187家族(回収率53.7%)であった。その結果、認知症の症状そのものに関する相談と介護者の悩みなど認知症があることにより発生する相談の頻度が高いことと、相談頻度には現れない潜在的な相談ニーズがある可能性が示された。以上の結果を踏まえ、研究者と実務者からなる検討委員会を開催し、認知症高齢者介護家族の

相談ニーズへの対応方法を検討した。さらに認知症高齢者介護家族の多様な相談ニーズに対応できるようになるためには、訪問介護員自身が状況に応じて具体的に対応することが重要であることから、訪問介護員としての基本的な知識や考え方などを中心に「訪問介護員のここからはじめる認知症介護～よりよいケアにつなげるために～」という冊子を作成した。冊子は、認知症高齢者へのアプローチ、ご家族へのアプローチ、ご近所との関わり、サービスの知識、認知症と診断されていない方への対応、訪問介護員の基本的態度、自分を健康に保つために、研究結果の概要という内容であり、この冊子を関係機関に対して頒布した。

(3) 介護家族と施設職員の相互参加による教育的支援プログラムの有効性に関する研究 (矢吹知之 他)

教育的支援プログラムへの参加者は、延べ人数で介護家族139人、施設職員161人で、合計で延べ300人が参加したことになる。プログラムの内容は、お年寄りの食事について(食事の工夫や栄養の知識について)、認知症の話1(認知症の基本的理解)、認知症の話2(認知症の予防の考え方)、かんたん介護(移動や立ち上がりなどの具体的な介助方法)、楽になりませんか?(介護者の腰痛や肩こりの予防)、認知症の心、家族の心(介護者の心理的側面について)であった。またそれぞれの講義のあとにスタッフと介護家族によるグループディスカッションが行われた。プロセス評価には、参加人数の推移と各回のプログラムの参加者の評価を用いて評価した。プログラムの効果測定の指標は、困難事例に対する対処スタイル尺度の得点の変容をプログラムに3回以上参加した介護家族と施設職員の事前事後調査をもとに比較検討した。また、施設職員に対しては、参加者群と非参加者群の比較を行った。その結果、介護家族、施設職員両者の対処スタイルをポジティブに変容する一定の示唆を得ることが出来た。また、介護家族はプログラムに参加する行動自体が有効であり、それによって回避・情動型の低下に見られるような対処に対する思考を開始し困難事例を自ら解決しようとする資源としてプログラムを活用していることが伺えた。施設職員は、家族と同様に回避・情動型の対処スタイルが減少し、接近・認知型の対処スタイルも併せて低下することが明らかになった。また、プログラム参加者群は非参加者群に比べ対処スタイル得点が低くなっていることからプログラムはストレスの減少によるポジティブな対処行動への変容という参加効果が現れたことが示唆された。

3. 施設ケアに関する研究

(1) 認知症高齢者の施設内での食生活の質の向上に関する研究(浅井朋佳 他)

グループホームに対する聞き取り調査の結果、食事中に集中できる環境作りが重要であることが明らかとなった。また食事づくりへの関わりを促すためには、関わる職員数、利用者への見極めが重要であった。一方食生活アンケート結果からは、食事中の雰囲気明るく、落ち着いた雰囲気が望まれているという結果であった。さらに食事内容では今まで食べ慣れてきたものと、食べやすい形状のものという2点に希望が集中していた。その後のユニットへの介入では、個人に対する動機付けにとどまり、全体の変化は見られなかった。今後は、個人レベルと環境レベルの両方への効果的な介入を検討していくことが課題である。

(2) 認知症高齢者の口腔ケアに関する研究(阿部一彦、渡部芳彦 他)

高齢者の介護に従事する3つの施設の職員14名に対して、口腔ケアに関する調査を半構造化面接法により実施した結果、施設では様々な頻度・方法で利用者の口腔ケアが行われているが、歯科衛生士の常勤する施設では毎食後の口腔清掃が利用者にもケアワーカーにも浸透し、習慣化されている特長がみられた。口腔ケアにおける問題としては、その方法のことよりも、認知症の利用者に口腔ケアを拒否されることの指摘が多かった。一方、そのような状況を改善する方法があり、拒否する人に対してもアプローチが可能と考えられた。食事については、様々な配慮が行われているが、口腔ケアが食との関連で介護者に認識されて取り組まれる必要があると考えられた。一連の結果から日常の生活習慣として口腔ケアを定着させることや、歯科医療関係者が歯科治療のみならず、ケアの問題にも対処することがよりよい口腔ケアの実践につながると考えられた。

(3) 介護経験年数の差による対応と視点の比較検討 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(2) - (吉川悠貴、後藤満枝 他)

質問紙調査の回収率は介護職員が30.5%(113人)、大学生が20.2%(45人)であった。調査の結果、要介護高齢者に対する対応の仕方は、本人の行動の改善のために説得する、生活上の課題に対する物理的対処、個別性や残存機能を活用した対処、本人の要求どおりのケア、本人の意思の確認、精神的安定と関係形成の6カテゴリーに分類された。またその理由・根拠も危険性や悪影響を回避するため、客観的状況の把握から対処する、精神的安定を図るため、本人の心情や意思に沿うため、本人からの理解を得るため、QOLやADLの向上のための6カテゴリーに分類された。さらに使用した情報は、生活歴、身体状況、他者との交流、家族の状況、本人のニーズの5つのカテゴリーに分類され、不足情報は、生活歴、身体状況、対人関係、家族の状況、本人の意思、環境・設備、職員間でのケアの統一性の7つのカテゴリーに分類され、検討された。調査の結果、介護経験年数の長い人ほど多くの情報から長期的対応を導く傾向にあった。また全体的に個別性や残存機能を活用した対処を最も適切な対応と考えていたが、経験年数5年を超える介護職員は利用者の生活上の課題に対する物理的な対処を、大学生は精神的安定と関係形成の対応を挙げる傾向もみられた。理由・根拠としては利用者の心情や意思の尊重を、使用情報・不足情報としては身体状況に関することを経験年数に関わらず共通して挙げていた。

(4) 小集団における認知症高齢者の関係形成に関する研究(阿部哲也、吉川悠貴 他)

グループホーム利用者の行動の分析は、1月から2月のうちの4日間を設定し、12時間におけるデータについて3名の研究者によって評価した。分析は入居後11日目、18日目、24日目、31日目について行われた。その結果、入居初期は短時間の相互作用を多数の他者と頻繁に行い、徐々に長時間の相互作用を特定の他者で行うように変化し、1ヶ月後には長時間の相互作用を多数の他者と頻繁に行う傾向が見られた。滞在場所の変化については、居室滞在時間が徐々に減少し、特定の滞在場所だけでなく複数の滞在場所が選択される傾向が見られた。

滞在場所の数と相互作用頻度、相互作用者数、相互作用時間は認知症高齢者の環境適応の要因として輻輳的に関連しており、小規模で、少人数な生活環境は認知症高齢者の居場所確保や親密な関係の形成を短期間で促進する要因となる事が示された。

(5) 認知症介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究

(内藤佳津雄、長嶋紀一 他)

職員の行動の追跡を記録したものをもとに、課題となる行動を検討した結果、自立を支援する配慮に欠ける、利用者が嫌がっても一般常識的な行動を継続する、介護が中断しがちで利用者の行動も中断されてしまう、利用者との関わり合いが偏っている、声をかけたり行動を開始してから、次の行動までの時間が早すぎる、動きすぎる、という6点が課題としてあげられた。こうした課題は施設の方針や施設サービス計画の内容からは説明しがたく、実際の介護行為に関係するアクションケアプラン、申し送り、職員の行動傾向などに起因しているものと考えられた。このうち「次の行動までの時間が早すぎる」と「動きすぎる」を一般的な行動傾向として整理した。また「自立を支援する配慮に欠ける」と「利用者が嫌がっても一般常識的な行動を継続する」、「介護が中断しがちで利用者の行動も中断されてしまう」、「利用者との関わり合いが偏っている」の4点を、個々の利用者の理解のもとに作成されるアクションケアプランによって変容可能な行動として整理した。この4つの課題に基づいて、食事場面におけるアクションケアプランに必要な枠組みについて、施設サービス計画との分担を念頭においてモデルを構築し、提案した。実際には、アクションケアプランの様式のミニマム版を作成し、「課題」「対応・配慮」「実行」「評価」の記載欄を設けた。課題欄には、施設サービス計画等で明らかにされたそれぞれの内容を再記入することとし、「本人が～できる、する、したい、好き」という記入形式を推奨した。対応・配慮欄には、課題を受けて具体的な行動としてどのような対応・配慮をするのかを記入することとした。また実行欄には、対応・配慮欄に記入した行動が実際に行われたかどうかを記入することとし、評価欄には、対応・配慮欄で計画した行動が実行されることで、課題について貢献できた点、貢献できなかった点について評価を記入することとした。

[考 察]

本年度の研究事業では、認知症高齢者と介護家族の生活の質の向上と維持を目指して、「介護予防と認知症予防」「認知症高齢者と介護家族の在宅支援」「認知症高齢者の施設ケア」の視点から8つの研究プロジェクトを進めてきた。

「介護予防と認知症予防」に関しては、要介護認定者の数が急速に増加している現状において、積極的に取り組むべき課題といえる。介護保険施行時に要介護認定を受けた高齢者は218万人であったが、4年9ヶ月経過した2004年12月末では、認定を受けた人は406万人となっており、約86%増加している。この中でも特に要支援が66万3千人(128%増)、要介護1が132万5千人(140%増)という現状を考えると、現在自立している高齢者の介護予防をいかに考えていくかは緊急の課題である。我々は平成14年度の研究事業で加齢と健康に関する

縦断研究の基礎調査を55歳以上の住民を対象に行ってきた。第1回目の基礎調査では、高齢化が30%の地域でも健康で自立した高齢者が多いことが確認されている。今回の調査は、2年後の追跡調査であるが、今回の追跡調査の結果から、ADLがわずかに低下していることや、病気を有している人がやや増えていること、また外出頻度がやや減少していることや、仕事をしている人の割合の減少など加齢の影響による経年変化と思われるものがいくつか明らかとなった。しかし、健康のために毎日運動する人は増えており、昼寝の習慣を有している人も増加しているなど、運動と休息のバランスを考えた生活習慣作りに努力している傾向が見受けられた。また趣味活動や地域活動に参加している人は増加しており、生活の質や社会との関わりは向上している傾向が認められた。我々は昨年度に気仙沼大島で調査結果の報告会を開催し、健康維持に関するいくつかの提案を行ってきた。また昨年度は、10回にわたって大島地域住民を対象とした縦断的介入を行ってきており、そこでは健康維持に関する講義や、認知症に関する講義などを行ってきた。特に健康運動に関しては、日常生活の中でできる5種類の運動の提案を行い、介入時と4ヶ月後を比較した結果、下肢筋力に関連する能力が向上していることが明らかになっており、介入効果が確認されている。今後は縦断的な介入と調査を継続し、加齢が健康に及ぼす影響を生活視点から明らかにしていくだけではなく、効果的な介護予防の方法も探っていくことが大きな課題である。

「認知症高齢者と介護家族の在宅支援」の問題は、在宅で生活する要介護高齢者が243万人（要介護高齢者の76%）である現状を考えると、非常に大きな課題である。今回我々は、在宅支援に関する研究として、「達成動機の視点による認知症者を介護している家族の介護態度 - 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(1) - 」と「認知症高齢者介護家族の相談ニーズに対する対応技術の開発」、 「介護家族と施設職員の相互参加による教育的支援プログラムの有効性に関する研究」の3つのプロジェクト研究を行った。その結果、介護者の精神的健康状態と関連する要因は、これまでに指摘されてきた社会的要因や身体的要因よりも、むしろ対処行動の効力感や負担感など回答者の認知評価のほうが、より明確に関連していることが示唆された。このことは介護者支援を考える上で単に身体的要因や社会的要因を改善するだけではなく、実際の対処行動に対する効力感を高めることが重要であることを示すものであり、これまでのように単に負担の軽減だけを考えるのではなく、家族の介護力を高める援助が重要であることを示唆する結果であったといえる。

また昨年度の研究では、在宅介護者の相談ニーズに関する調査をホームヘルパーに対して行ったが、今年度はホームヘルパーの協力を得て実際の介護者に対して調査を行った。その結果、認知症の症状そのものに関する相談だけではなく、認知症があることにより発生する介護者の悩みに関する相談の頻度が高いこと、さらに相談頻度には現れない潜在的な相談ニーズがある可能性が示された。今回はこの結果を受け、検討委員会を設置して研究者と実務者が一緒になって認知症高齢者介護家族の相談ニーズへの対応方法を検討した。

さらにこの結果を基に「訪問介護員のここからはじめる認知症介護～よりよいケアにつなげるために～」という冊子を作成し広く公表した。

また今年度は在宅支援を進める研究のひとつとして「介護家族と施設職員の相互参加による教育的支援プログラムの有効性に関する研究」を行った。本研究は在宅で高齢者を介護している家族と、デイサービスやショートステイでその利用者のケアにあたっているスタッフが中心となり、相互参加による教育的支援プログラム（介護講座）に参加するという試みで

あり、介護家族と施設の介護スタッフの両者に対する教育効果をねらったものである。プログラムの内容は、事前にスタッフと介護家族とが協議し、テーマ選定を行い、全6回行われている。今回の結果からプログラムは容易な内容で資料が適切に用意され、充実していることが重要であることが明らかとなった。またプログラムを実施することにより、介護家族と施設スタッフの両者にとって対処スタイルをポジティブに変容させる可能性が示唆された。また家族はプログラムに参加すること自体が有効であり、その内容を問題解決のための資源として活用していることも明らかとなった。今後はさらにこの試みを拡大し、広く介護現場に普及していくことが重要である。

「認知症高齢者の施設ケア」の視点から行った研究は、食の問題を中心としたものと、対象者理解に関するもの、それに施設ケアにおけるケアプランの問題を取り上げたものである。まず食の問題に対しては、生活の場により近いグループホームを対象に行った調査研究がある。聞き取り調査の結果では、認知症高齢者にとってにぎやかな食事環境よりもむしろ食事に集中できる環境づくりが重要であることが明らかになり、入居者の食事作りへの参加の促しには、食事作りに関わる職員数や入居者の見極めも大切であることが示唆された。またアンケート結果では、食事中は明るく、落ち着いた雰囲気望まれているという結果であり、食事内容では今まで食べ慣れてきたものと、食べやすい形状のものという2点に希望が集中していた。この結果をもとにユニットに対する介入を行ったが、個人の動機付けは高まりはしたものの全体的な変化は見られなかった。今後はこれらの結果を実際の食事の場面に生かしていくことが課題と考えられた。また「食」の問題と密接に関連した口腔ケアの問題では、施設職員に対するアンケートと、要介護高齢者の口腔衛生状態の観察、認知症高齢者に対するキシリトールタブレットの試行などにより検討した。一般の施設では、歯科衛生士を常勤させているところは少ないと思われるが、歯科衛生士の常勤する施設では毎食後の口腔清掃が利用者にもケアワーカーにも浸透し、習慣化されている特長が認められている。また施設では口腔ケアの方法のことよりも、認知症の利用者に口腔ケアを拒否されることの指摘が多かったが、拒否する人に対しても可能なアプローチがあることも確認されている。口腔ケアは食との関連で介護者に認識されて取り組まれる必要があり、日常生活習慣として口腔ケアを定着させることや、歯科医療関係者が歯科治療のみならず、ケアの問題にも対処することがよりよい口腔ケアの実践につながると考えられた。

今回、認知症高齢者の理解に関する研究は、2つ行われており、そのひとつが学生と施設スタッフに対して行った対象者理解に関する研究である。結果としては、介護経験の長い人ほど対象者の多くの情報から長期的対応を導き出す傾向がみられ、個別性や残存機能を活用した対処をもっとも大切な対応と考える傾向にあった。一般に介護経験の長い人は、利用者の思いやニーズに沿ったケアを展開していくものと思われるが、今回の結果では、経験年数の長い職員の方が物理的対応を考える傾向があり、逆に学生の方が利用者の精神的安定と関係形成の重要性をあげる傾向がみられた。対応を考える視点に関しても、介護経験年数の長い介護職員にかけている視点もみられ、重要な視点でありながら見落としていたり、逆に介護経験の浅い大学生がその重要な視点を持っていることも認められた。一般に経験年数の長い人は、日常の業務の中で経験的に身につけてきた物理的対応を行いがちなのかも知れないが、利用者本位という観点に立ったケアというものをより重要視して考える必要があるものと思われる。また介護教育を受けている学生も、実際の業務に就いたときに、教育を受

けていた時期に感じていた重要な視点を持ち続けながらケアに当たることが必要であり、そのための充実した教育というものを行っていくことが今後の課題である。

認知症高齢者の理解に関するもう1つの研究は、認知症高齢者の関係形成に関するものである。これはグループホームに入居して間もない人が、どのような適応過程をたどるかというものである。その結果、入居初期には滞在する場所や、相互作用者、相互作用頻度、相互作用時間の総量は比較的多く、短時間の相互作用が頻繁に行われる傾向にあり、その後の3週目から4週目まで特定の他者や滞在場所が固定化していくと共に長時間の相互作用が適度に行われ、全体的な相互作用頻度や時間は減少する傾向が認められている。おそらくこの時期は滞在場所、相互作用者の特定化とより多くの滞在場所および相互作用者数獲得のため、慎重な模索段階にあるものと考えられる。1ヶ月後には相互作用者数および滞在場所数の増加に伴い、長時間の相互作用が頻繁に行われ、相互作用時間の総量も急激に増加することが明らかとなった。このようにグループホームにおける認知症高齢者の関係形成は、入居1ヶ月という短期間の中で大きく変化するということが明らかとなり、小規模で少人数の生活環境は、認知症高齢者の居場所確保や親密な関係の形成を促し、滞在場所の特定化や、親密な相互作用者数の増加によって入居者自身の笑顔量をも促進する可能性が示された。

最後の研究は、認知症介護におけるアクションケアプランの有効性に関するものである。認知症介護の現場において、利用者の適切なアセスメントを行うことが重要であることはいうまでもないが、そのアセスメントから適切なケアプランが導き出され、それを実際のケアにつなげていくことにより、初めて利用者の生活の質の向上が図られることになる。今回の研究では、職員の行動の追跡記録から課題となる6種類の行動を抽出し、そのうち4種類が個々の利用者の理解のもとに作成されるアクションケアプランによって変容可能な行動であると判断し、アクションケアプラン様式のリニア版を作成した。今後はその効果の検証と、適切なアクションケアプラン様式の作成が課題であり、有効な個別介護計画の作成を目指したさらなる検討が必要となってくるだろう。

平成16年度の研究事業では、認知症高齢者及び介護家族の生活の質の向上を図り、しかもそれを維持していくための方法を探ることを目的にいくつかの研究を行ってきた。研究を進めるにあたって常に念頭に置いてきたことは、介護現場に実際に役立つ研究であるということであり、研究結果を広く公開することや、実際に介護家族にプログラムに参加してもらうこと、手引きを作成して介護現場に頒布することなど、できる限り研究成果を認知症介護の現場に還元する努力を行ってきた。今回の研究で残された課題も多いが、今回の報告書の内容が在宅や施設において実際の認知症介護に少しでも役立つことができれば幸いである。さらにそのことが認知症高齢者および介護家族の生活の質の向上と維持につながれば、研究の大きな目的は達成されたことになる。今後もさらに研究をすすめ、認知症高齢者と介護家族、および介護に携わるすべての人々のために貢献できるように努めていきたい。

[研究に関する倫理的配慮]

本研究事業は、分担研究すべてを含め、「認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会」において審査され、倫理的な面について十分な検討と配慮が行われた。調査研究に関しては、研究協力者となる認知症高齢者を含む高齢者および家族、調査対象となる施設職員、訪問介護員等に対して研究の趣旨、期待される成果等に関する十分な説明を行った上で同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に行われた。また個人情報を収集する調査等に関しては、説明書と同意書を用い、同意書に必要事項を記載してくれた対象者に対してのみ調査を行った。また認知症高齢者に対して同意を求めることが困難だった場合には、その家族に同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に調査を行った。

(研究協力者)

阿部 洋子 (財団法人仙台市健康福祉事業団宮城野ヘルパーステーション)
板澤 寛 (東北福祉大学)
蝦名 直美 (日本大学大学院)
太田 智寛 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
岡崎ゆかり (認知症介護研究・研修仙台センター)
小野寺 真 (東北福祉大学大学院)
小野寺義彦 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
喜井伊久里 (有限会社亀さんち ぐるうぷほうむ 54 番地)
喜井 茂雅 (有限会社亀さんち ぐるうぷほうむ 54 番地)
小関 智世 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの杜)
斉藤 宏樹 (医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘)
佐々木心彩 (日本大学大学院)
鈴木 紀之 (認知症介護研究・研修仙台センター)
高橋恵美子 (財団法人仙台市健康福祉事業団宮城野ヘルパーステーション)
高橋 千里 (東北福祉大学)
武田 純子 (有限会社ライフアート グループホーム福寿荘)
千脇 隆志 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
鳴海 健 (医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘)
藤田 優子 (医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘)
水口 祥任 (東北福祉大学)
目黒 泰 (東北福祉大学総合福祉学部)
森本 浩史 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
山本 洋史 (医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘)
横山 睦美 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
蓬田 隆子 (社会福祉法人宮城福祉会 名取市認知症高齢者グループホームこもれびの家)

(敬称略：五十音順)

(研究協力機関)

医療法人掬水会 エヴァ・グリーンなとり
医療法人杏林会 リハビリパークさくら
医療法人溪仁会 おおしまハーティケアセンター
医療法人財団明理会 利府仙台ロイヤルケアセンター
医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘
医療法人友仁会 松島みどりの家
大島地区高年クラブ連合会
気仙沼市大島地区社会福祉協議会
気仙沼市役所
財団法人仙台市医療センター 茂庭台豊齡ホーム
財団法人仙台市健康福祉事業団
社会福祉法人愛泉会 愛泉荘
社会福祉法人愛泉会 潮音荘
社会福祉法人あけの星会 聖母の家
社会福祉法人大泉会 楽園が丘
社会福祉法人鶴寿会 釜房みどりの園
社会福祉法人共和会 思行園
社会福祉法人国見会 国見苑
社会福祉法人敬長福祉会 チアフル遠見塚
社会福祉法人元気村 国見ナーシングホーム翔裕園
社会福祉法人自生会 自生苑
社会福祉法人正吉福祉会 いなぎ正吉苑
社会福祉法人静和会 みやま荘
社会福祉法人仙台ビーナス会 白東苑
社会福祉法人千賀の浦福祉会 第二清楽苑
社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里
社会福祉法人東北福祉会 せんだんの杜
社会福祉法人常盤福祉会 桜寿苑
社会福祉法人常盤福祉会 常盤園
社会福祉法人柏松会 柏松苑
社会福祉法人不忘会 八宮荘
社会福祉法人宮城県福祉事業協会 茂庭苑
社会福祉法人宮城福祉会 松陽苑
社会福祉法人宮城福祉会 名取市認知症高齢者グループホームこもればの家
社会福祉法人宮城緑風会 みどり荘
社会福祉法人杜の里福祉会 杜の里
社会福祉法人杜の村 かむりの里
社会福祉法人八木山福祉会 八木山翠風苑

社会福祉法人やすらぎ会 不老園
社会福祉法人ライフケア赤井江 赤井江マリンホーム
社団法人全国社会保険協会連合会 サンビュー宮城
宮城県福祉事業団 宮城県敬風園
宮城県福祉事業団 宮城県和風園
有限会社亀さんち ぐるうぶほうむ 54 番地
有限会社ライフアート グループホーム福寿荘
涌谷町 涌谷町老人保健施設さくらの苑

(五十音順)

* ならびに「せんだん介護講座」に参加して下さったご家族とスタッフの皆様

加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査

- 気仙沼大島住民の2年後の追跡調査 -

認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学

加藤 伸 司 矢 吹 知 之
吉 川 悠 貴 阿 部 哲 也

東北福祉大学

阿 部 芳 久

認知症介護研究・研修仙台センター，日本大学

長 嶋 紀 一

創造学園大学

佐 藤 佳 子

[はじめに]

我が国では、この50年間で平均寿命を飛躍的に延ばしてきた。その結果として女性の平均寿命は世界第一位にまで到達し、男性の寿命も世界のトップクラスまで到達している。平均寿命が延びるということは、非常に望ましいことではあるが、加齢に伴って慢性疾患の有病率が高まり、認知症の出現頻度も加速度的に増加するのは、周知の事実である。我々は誰もが健康で生き甲斐のある生活を望んでおり、平均寿命を延ばすだけでなく、質の高い生活を維持できる活動余命をのばしていくことがこれからの課題となる。

高齢者が健康で質の高い生活を送るためには、加齢が健康に及ぼす影響を明らかにし、健康を維持する要因と健康を阻害する要因を生活視点から明確にして実際の生活に広く役立てていくことが重要となる。しかしこれまでに一般的に行われてきたさまざまな年代を比較するという横断的研究では、その年代ごとのコホートの影響が調査結果に反映されてしまい、個人の経年的変化を捉えられないという問題がある。そのため、同じ人を長期にわたって追跡調査する縦断的研究が有効な研究方法となるが、これまでの多くの縦断研究は、標本抽出調査、あるいは調査協力を募って選ばれた人たちを対象としてきた。しかしこの方法では、一部の選ばれた特殊な集団を追跡調査する可能性がある。そこで我々は、地域を限定し、55歳以上の全ての住民を対象とした全数調査を行ってきた。今回の研究は2002年に気仙沼大島で行った縦断研究の基礎調査をもとに、2年後の変化を比較することを目的に行った追跡調査である。

[方 法]

対象は気仙沼大島の55歳以上の住民1550人のうち、2年前の基礎調査に協力してくれた1134人である。調査の内容は2002年の基礎調査とほぼ同一の項目であり、「基本属性」「ADL：日常生活動作」「家族構成」「日常生活状況」「生活習慣」「一般健康状態」「健康状態に関する自覚」「日常活動状況」「対人交流」「社会活動」「老性自覚」等で構成されている。調査を行うにあたっては、調査の趣旨を明記した文書を地区ごとに回覧板を用いて公表し、理解を求めた。また調査に先立ち、高年クラブの協力を得て2年間で死亡した人のリストを作成し、それ以外の人に対して事前にはがき連絡し、その後電話で調査協力を依頼して調査日を調整することとした。調査は対象者の自宅に調査員が訪問する面接聞き取り調査とし、訪問時に調査内容の説明を行って同意が得られた人に対して調査を行った。調査期間は、2005年8月1日から11月25日であり、8月1日から9月30日までの期間と11月25日の2つの期間に分けて行われ、実際には55日間を使って調査を行った。

[結果の概要]

1. 対象者の概要

対象者の内訳

調査協力者は対象者1134人の約4分の3にあたる847人であり、287人が調査から除外された。その内訳は、死亡が41人、入院、入所、転居を含む調査辞退者が246人であった。調査対象者の内訳は、男性330人（39.0%）、女性517人（61.0%）であり、前回調査時の年齢コホート別内訳は、壮年期群236人（27.9%）、前期高齢期群339人（40.0%）、後期高齢期群272人（32.1%）であった。今回の結果は、今回調査時の対象者847人と同一の847人のデータを比較したものである。

世帯構成は、単身者以外の対象者が世帯内で重複しているため、そのまま実数で比較することはできないが、三世帯で生活している対象者が281人（33.2%）と最も多く、次いで二世帯が279人（32.9%）、夫婦世帯が196人（23.1%）、単身が43人（5.1%）、四世帯が41人（4.8%）その他が7人（0.8%）の順であった。前回同様「三世帯同居」「二世帯同居」「夫婦世帯」が上位の3つを占めていたが、前回と比較して「単身」が9名（1.1%）増えていた。

調査対象者の内訳

	年齢コホート			合 計
	壮年期群	前期高齢期群	後期高齢期群	
女 性	141 (27.3%)	199 (38.5%)	177 (34.2%)	517 (100.0%)
男 性	95 (28.8%)	140 (42.4%)	95 (28.8%)	330 (100.0%)
合 計	236 (28.9%)	339 (40.0%)	272 (32.1%)	847 (100.0%)

年齢コホートの区分は初回調査時の年齢による

世帯構成（初回および第2回調査） 人数（％）

	初回調査	第2回調査
単身	34（4.0％）	43（5.1％）
夫婦	199（23.5％）	196（23.1％）
二世帯	271（32.0％）	279（32.9％）
三世帯	276（32.6％）	281（33.2％）
四世帯	54（6.4％）	41（4.8％）
その他	13（1.5％）	7（0.8％）
合計	847（100.0％）	847（100.0％）

2. 一般健康状態

調査対象者の自立度

ADLに関しては、GBSスケールのADL評価を用いて「着脱衣」「摂食行動」「身体活動」「自発活動」「衛生管理」「用便管理」の項目について評価した。

調査対象者のGBSスケールのADLでは今回の調査でも90%以上の方が完全に自立していたが、完全自立とそれ以外を比較すると後期高齢期群の1項目を除くすべての項目において前回の調査と比べて0.3ポイントから4.8ポイント減少していた。

壮年期群で完全自立している人の割合は、「着脱衣」235人；99.6%（0.4ポイント減）、「摂食行動」235人；99.6%（0.4ポイント減）、「身体活動」234人；99.2%（0.8ポイント減）、「自発活動」233人；98.7%（1.3ポイント減）、「衛生管理」233人；98.7%（1.3ポイント減）、「用便管理」235人；99.6%（0.4ポイント減）という結果であった。

前期高齢期群で完全自立している人の割合は、「着脱衣」332人；97.9%（1.2ポイント減）、「摂食行動」336人；99.1%（0.9ポイント減）、「身体活動」332人；97.9%（1.5ポイント減）、「自発活動」330人；97.3%（1.5ポイント減）、「衛生管理」334人；98.5%（0.3ポイント減）、「用便管理」334人；98.8%（1.2ポイント減）という結果であった。

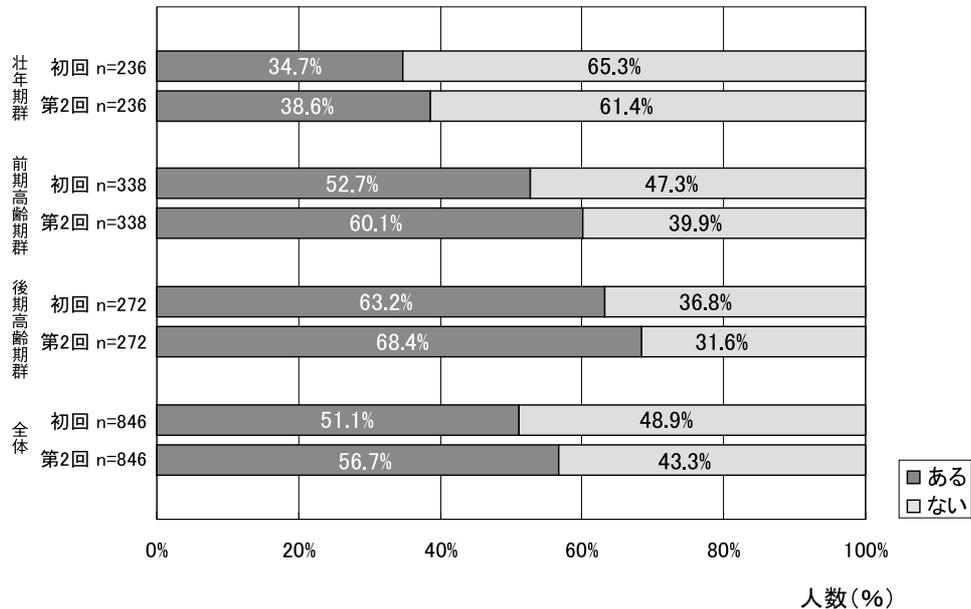
後期高齢期群で完全自立している人の割合は「着脱衣」256人；94.1%（4.8ポイント減）、「摂食行動」265人；97.4%（2.2ポイント減）、「身体活動」257人；94.8%（2.6ポイント減）、「自発活動」255人；93.8%（0.8ポイント増）、「衛生管理」256人；94.1%（1.1ポイント減）、「用便管理」259人；95.2%（1.5ポイント減）という結果であった。

年代別自立度（GBSスケール:ADL）

			着脱衣	摂食行動	身体活動	自発活動	衛生管理	用便管理
年齢 コホ ート	壮年期群	第2回	99.60%	99.60%	99.20%	98.70%	98.70%	99.60%
		(初回)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
	前期高齢期群	第2回	97.90%	99.10%	97.90%	97.30%	98.50%	98.80%
		(初回)	(99.1%)	(100%)	(99.4%)	(98.8%)	(98.8%)	(100%)
	後期高齢期群	第2回	94.10%	97.40%	94.80%	93.80%	94.10%	95.20%
		(初回)	(98.9%)	(99.6%)	(97.4%)	(93.0%)	(95.2%)	(96.7%)

健康状態

[現在病院にかかるような病気はありますか？]

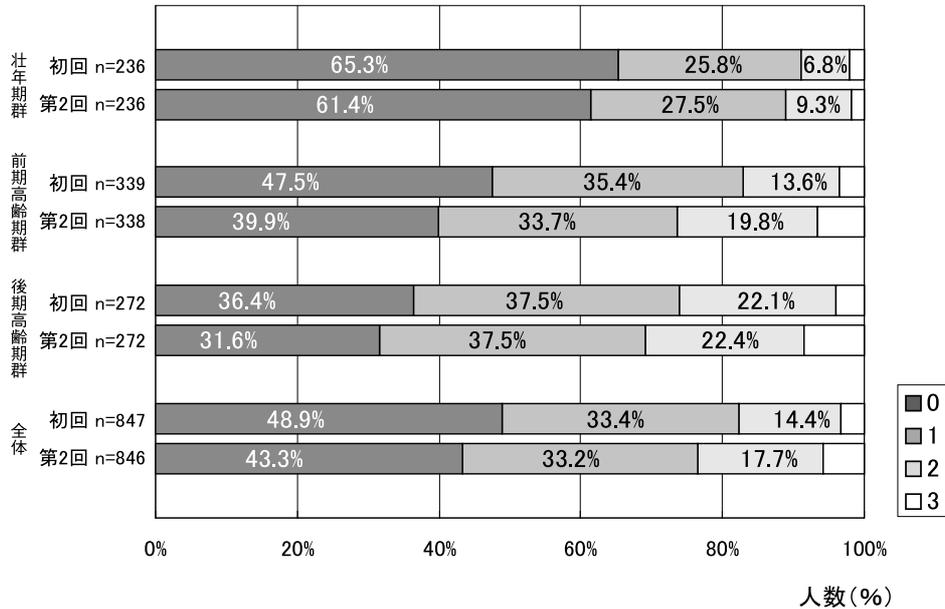


			ある	ない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	82 (34.7%)	154 (65.3%)	236 (100.0%)
		第2回	91 (38.6%)	145 (61.4%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	178 (52.7%)	160 (47.3%)	338 (100.0%)
		第2回	203 (60.1%)	135 (39.9%)	338 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	172 (63.2%)	100 (36.8%)	272 (100.0%)
		第2回	186 (68.4%)	86 (31.6%)	272 (100.0%)
全体		初回	432 (51.1%)	414 (48.9%)	846 (100.0%)
		第2回	480 (56.7%)	366 (43.3%)	846 (100.0%)

「現在病院にかかるような病気はありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は全体で480人；56.7%（前回；51.1%）であり、半数以上の方は病院にかかるような病気を有しているという結果であった。前回と比較すると、今回の方が5.6ポイント病気を有している人が増えている結果であった。

これを年代別に比較すると、壮年期群で病気を有している人は、91人；38.6%（前回；34.7%）、前期高齢期群で203人；60.1%（前回；52.7%）、後期高齢期群で186人；68.4%（前回；63.2%）であった。年齢が高い群ほど病気を有している人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると、病気を有している人は壮年期群で3.9ポイント、前期高齢期群で7.4ポイント、後期高齢期群で5.2ポイント増えているという結果であり、前期高齢期群で病気を有している人が増えている傾向が認められた。

[現在病院にかかるような病気はいくつありますか？]



人数 (%)

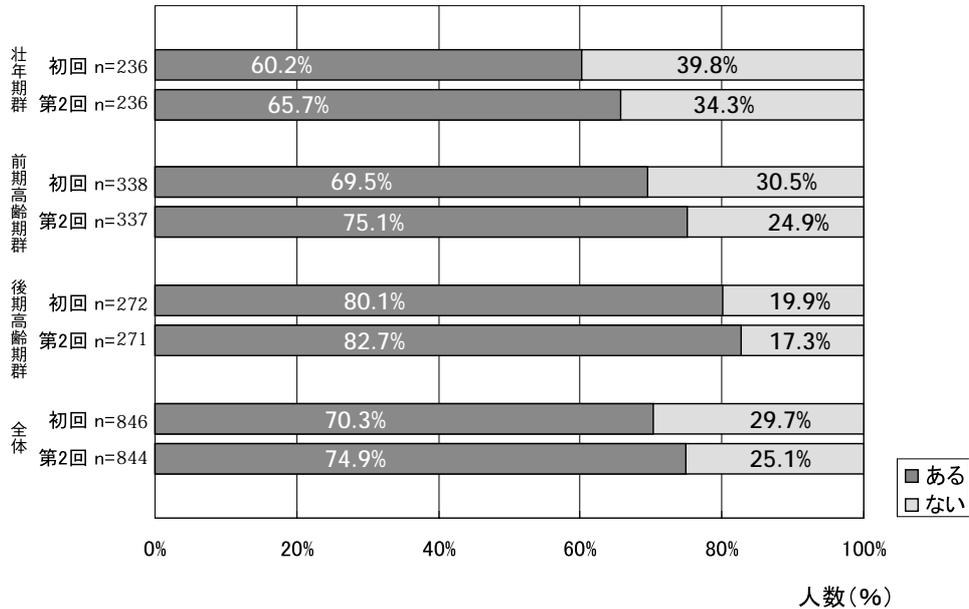
		0	1	2	3	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	154 (65.3%)	61 (25.8%)	16 (6.8%)	5 (2.1%)	236 (100.0%)
		第2回	145 (61.4%)	65 (27.5%)	22 (9.3%)	4 (1.7%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	161 (47.5%)	120 (35.4%)	46 (13.6%)	12 (3.5%)	339 (100.0%)
		第2回	135 (39.9%)	114 (33.7%)	67 (19.8%)	22 (6.5%)	338 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	99 (36.4%)	102 (37.5%)	60 (22.1%)	11 (4.0%)	272 (100.0%)
		第2回	86 (31.6%)	102 (37.5%)	61 (22.4%)	23 (8.5%)	272 (100.0%)
全体	初回	414 (48.9%)	283 (33.4%)	122 (14.4%)	28 (3.3%)	847 (100.0%)	
	第2回	366 (43.3%)	281 (33.2%)	150 (17.7%)	49 (5.8%)	846 (100.0%)	

*第2回調査の前期高齢期群には病気数を5と回答した1名を含む

この中で、複数の病気を有している人は199人；23.5%（前回；17.7%）であり、前回に比べて5.8ポイント増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期で複数の病気を有している人は、26人；11.0%（前回；8.9%）、前期高齢期群で89人；26.3%（前回；17.1%）、後期高齢期群で84人；30.9%（前回；26.1%）であり、高齢になるほど複数の病気を有している人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると複数の病気を有している人は、壮年期群で2.1ポイント、前期高齢期群で9.2ポイント、後期高齢期群で4.8ポイント増加しており、特に前期高齢期群で複数の病気を有している人が増えている傾向が認められた。

[過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我をしたことがありますか？]

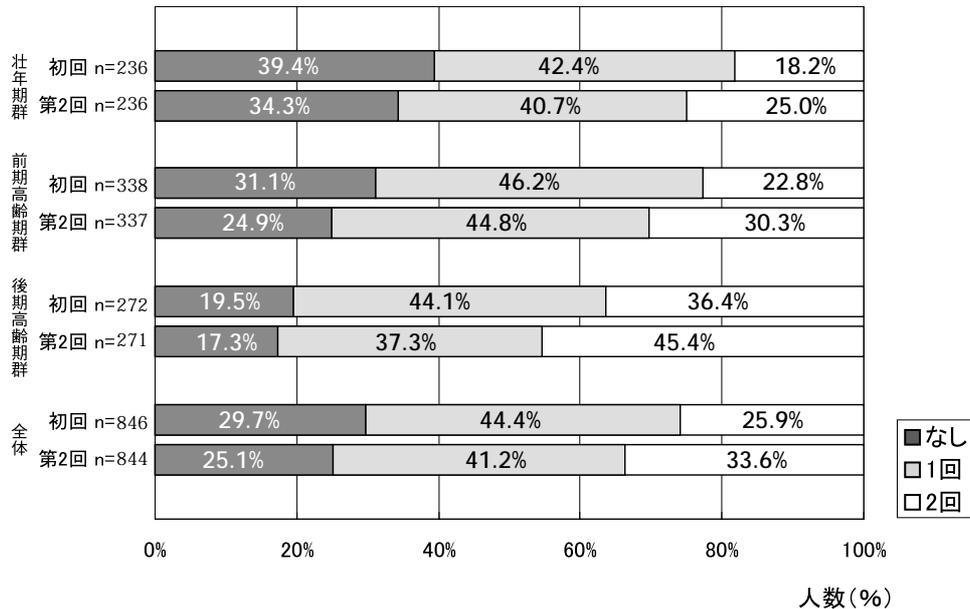


			ある	ない	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	142 (60.2%)	94 (39.8%)	236 (100.0%)
		第2回	155 (65.7%)	81 (34.3%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	235 (69.5%)	103 (30.5%)	338 (100.0%)
		第2回	253 (75.1%)	84 (24.9%)	337 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	218 (80.1%)	54 (19.9%)	272 (100.0%)
		第2回	224 (82.7%)	47 (17.3%)	271 (100.0%)
全体		初回	595 (70.3%)	251 (29.7%)	846 (100.0%)
		第2回	632 (74.9%)	212 (25.1%)	844 (100.0%)

「過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我をしたことがありますか？」という質問では、「ある」と回答したのが全体で632人；74.9%（前回；70.3%）であり、前回同様7割以上の方が病気や怪我で入院したことがあるという結果であったが、前回と比較すると、入院したことがある人は37人（4.6ポイント）増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期で入院したことがある人は155人；65.7%（前回；60.2%）、前期高齢期群で253人；75.1%（前回；69.5%）、後期高齢期群で224人；82.7%（前回；80.1%）であり、高齢になるほど過去に入院したことがある人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると過去の入院経験は、壮年期群で5.5ポイント、前期高齢期群で5.6ポイント、後期高齢期群で2.6ポイント増加しており、2年間で壮年期群の13人、前期高齢期群の18人、後期高齢期群の6人、計37人が入院しているという結果であった。

[過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？]



		なし	1回	2回	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	93 (39.4%)	100 (42.4%)	43 (18.2%)	236 (100.0%)
		第2回	81 (34.3%)	96 (40.7%)	59 (25.0%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	105 (31.1%)	156 (46.2%)	77 (22.8%)	338 (100.0%)
		第2回	84 (24.9%)	151 (44.8%)	102 (30.3%)	337 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	53 (19.5%)	120 (44.1%)	99 (36.4%)	272 (100.0%)
		第2回	47 (17.3%)	101 (37.3%)	123 (45.4%)	271 (100.0%)
全体	初回	251 (29.7%)	376 (44.4%)	219 (25.9%)	846 (100.0%)	
	第2回	212 (25.1%)	348 (41.2%)	284 (33.6%)	844 (100.0%)	

*第2回調査対象者では全ての年齢コホートで3回以上の入院を「2回」に含めている

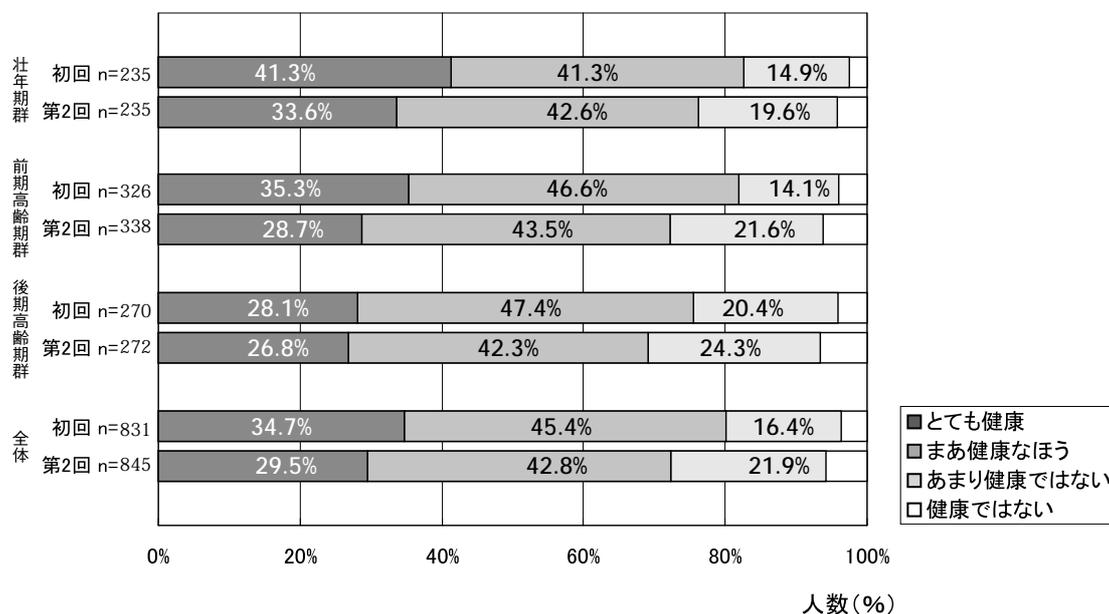
「過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？」という質問では、1回と回答した人が全体で348人；41.2%（前回；44.4%）、2回以上と回答した人が284人；33.6%（前回；25.9%）であり、2回以上入院したことがある人は7.7ポイント増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期群で2回以上入院したことがある人は59人；25.0%（前回；18.2%）、前期高齢期群で102人；30.3%（前回；22.8%）、後期高齢期群で123人；45.4%（前回；36.4%）であり、前期高齢期群で2回以上入院したことがある人が最も多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると複数回入院したことがある人は壮年期群で6.8ポイント、前期高齢期群で7.5ポイント、後期高齢期群で9.0ポイント増えており、年齢が高い群ほど複数回入院する人が多いという結果であった。

3. 健康状態の自覚

主観的健康度

[あなたはふだん自分で健康だと感じますか？]



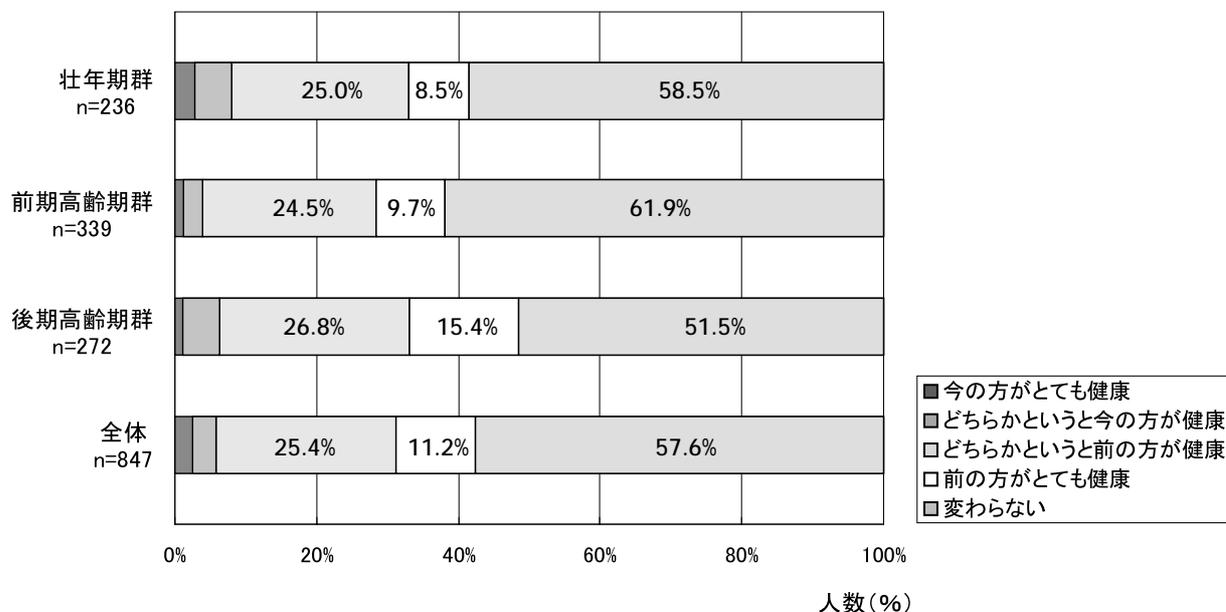
		とても健康	まあ健康なほう	あまり健康ではない	健康ではない	全体	
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	97 (41.3%)	97 (41.3%)	35 (14.9%)	6 (2.6%)	235 (100.0%)
		第2回	79 (33.6%)	100 (42.6%)	46 (19.6%)	10 (4.3%)	235 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	115 (35.3%)	152 (46.6%)	46 (14.1%)	13 (4.0%)	326 (100.0%)
		第2回	97 (28.7%)	147 (43.5%)	73 (21.6%)	21 (6.2%)	338 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	76 (28.1%)	128 (47.4%)	55 (20.4%)	11 (4.1%)	270 (100.0%)
		第2回	73 (26.8%)	115 (42.3%)	66 (24.3%)	18 (6.6%)	272 (100.0%)
全体	初回	288 (34.7%)	377 (45.4%)	136 (16.4%)	30 (3.6%)	831 (100.0%)	
	第2回	249 (29.5%)	362 (42.8%)	185 (21.9%)	49 (5.8%)	845 (100.0%)	

「あなたはふだん自分で健康だと感じますか？」という質問を「1. とても健康」「2. まあ健康な方」「3. あまり健康ではない」「4. 健康ではない」の4段階で回答してもらった。その結果「とても健康」と回答した人は全体で249人；29.5%（前回；34.7%）、「まあ健康な方」は362人；42.8%（前回；45.4%）であり、72.3%の人は健康と感じていたが、前回と比べると7.8ポイント減少していた。

年代別の比較では、「とても健康」と回答した人は壮年期群で79人；33.6%（前回；41.3%）前期高齢期群で97人；28.7%（前回；35.3%）後期高齢期群で73人；26.8%（前回；28.1%）であり、「まあ健康な方」の回答は、壮年期群で100人；42.6%（前回；41.3%）前期高齢期群で147人；43.5%（前回；46.6%）後期高齢期群で115人；42.3%（前回；47.4%）であった。「とても健康な方」と「まあ健康な方」と回答した人を合わせて「主観的に健康と感じている群」と考えると、壮年期群の179人；76.2%（前回；82.6%）前期高齢期群の244人；72.2%（前回；81.9%）後期高齢期群の188人；69.1%（前回；75.5%）の人たちが自分自身を健康と感じているという結果であった。年齢が高い群ほど

主観的に健康と感じている人が少ないのは前回と同様の結果であった。しかし主観的に健康と感じている人は、壮年期群で6.4ポイント、前期高齢期群で9.7ポイント、後期高齢期群で6.4ポイント減少しており、主観的に健康と感じている人が減っているのは前期高齢期群にやや目立っていた。

[前回の調査の時の自分と比べて今の健康状態はどうですか？]



		今の方がとても健康	どちらかという今の方が健康	どちらかという前の方が健康	前の方がとても健康	変わらない	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	6 (2.5%)	13 (5.5%)	59 (25.0%)	20 (8.5%)	138 (58.5%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	3 (0.9%)	10 (2.9%)	83 (24.5%)	33 (9.7%)	210 (61.9%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	7 (2.6%)	10 (3.7%)	73 (26.8%)	42 (15.4%)	140 (51.5%)	272 (100.0%)
全体		16 (1.9%)	33 (3.9%)	215 (25.4%)	95 (11.2%)	488 (57.6%)	847 (100.0%)

「前回（2年前）の調査の時と比べて、今の健康状態はどうですか？」という質問を「1. 今の方がとても健康」「2. どちらかという今の方が健康」「3. どちらかという前の方が健康」「4. 前の方がとても健康」「5. 変わらない」の5段階で回答してもらった。その結果、「変わらない」と回答した人が全体で488人；57.6%と最も高かった。

年代別の比較では、「変わらない」と回答したのは、壮年期群で138人；58.5%、前期高齢期群で210人；61.9%、後期高齢期群で140人；51.5%であり、主観的健康観に関しては、5割から6割の人は、変化がないという結果であった。

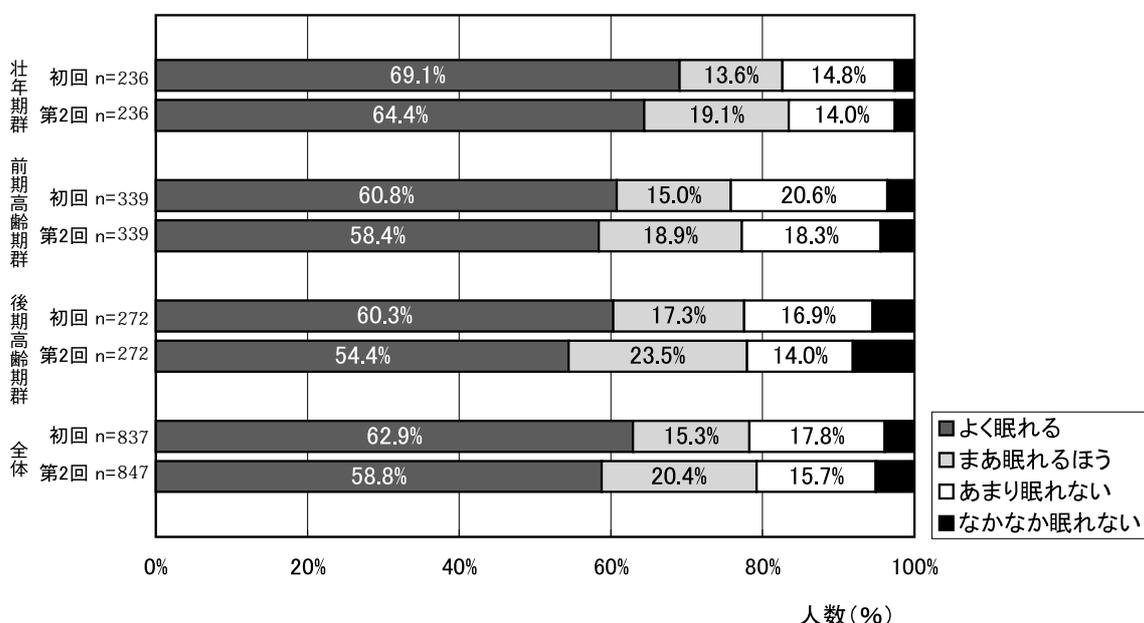
次に「今の方がとても健康」と「どちらかという今の方が健康」をあわせて「現在の方が健康群」、「前の方がとても健康」と「どちらかという前の方が健康」をあわせて「前の方が健康群」に分けて比較すると、全体で「今の方が健康群」が49人；5.8%、「前

の方が健康群」が310人；36.6%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を30.8ポイント上回っていた。

これを年代別に比較すると、壮年期群の「今の方が健康群」が19人；8.1%、「前の方が健康群」が79人；33.5%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を25.4ポイント上回っていた。前期高齢期群では、「今の方が健康群」が13人；3.8%、「前の方が健康群」が116人；34.2%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を30.4ポイント上回っていた。後期高齢期群では「今の方が健康群」が17人；6.3%、「前の方が健康群」が115人；42.3%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を36.0ポイント上回っていた。以上の結果から、2年間の変化を見ると前の方が健康と感じている人は、年齢が高くなるに従って増えていくということが明らかになった。

睡眠状況

[あなたはふだんよく眠れる方ですか？]



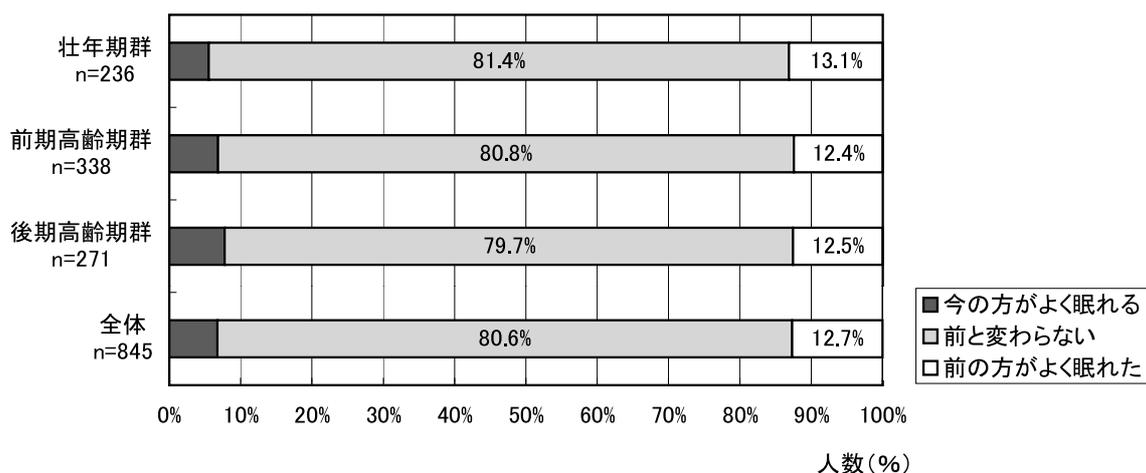
			よく眠れる	まあ眠れるほう	あまり眠れない	なかなか眠れない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	163 (69.1%)	32 (13.6%)	35 (14.8%)	6 (2.5%)	236 (100.0%)
		第2回	152 (64.4%)	45 (19.1%)	33 (14.0%)	6 (2.5%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	206 (60.8%)	51 (15.0%)	70 (20.6%)	12 (3.5%)	339 (100.0%)
		第2回	198 (58.4%)	64 (18.9%)	62 (18.3%)	15 (4.4%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	164 (60.3%)	47 (17.3%)	46 (16.9%)	15 (5.5%)	272 (100.0%)
		第2回	148 (54.4%)	64 (23.5%)	38 (14.0%)	22 (8.1%)	272 (100.0%)
全体		初回	533 (62.9%)	130 (15.3%)	151 (17.8%)	33 (3.9%)	847 (100.0%)
		第2回	498 (58.8%)	173 (20.4%)	133 (15.7%)	43 (5.1%)	847 (100.0%)

「あなたはふだんよく眠れる方ですか？」という質問を「1. よく眠れる」「2. まあ眠れる方」「3. あまり眠れない」「4. なかなか眠れない」の4段階で回答してもらった。その

結果「よく眠れる」と回答した人は全体で498人；58.8%（前回62.9%）「まあ眠れる方」173人；20.4%（前回；15.3%）「あまり眠れない」133人；15.7%（前回；17.8%）「なかなか眠れない」43人；5.1%（前回；3.9%）という結果であった。

年代別の比較では、壮年期群で「よく眠れる」と回答した人は152人；64.4%（前回；69.1%）前期高齢期群で198人；58.4%（前回；60.8%）後期高齢期群で148人；54.4%（前回；60.3%）であり、それぞれ壮年期群で4.7ポイント、前期高齢期群で2.4ポイント、後期高齢期群で5.9ポイント減少していた。「まあ眠れる方」と回答したのは、壮年期群で45人；19.1%（前回；13.6%）前期高齢期群で64人；18.9%（前回；15.0%）後期高齢期群で64人；23.5%（前回；17.3%）であり、逆にそれぞれ壮年期群で5.5ポイント、前期高齢期群で3.9ポイント、後期高齢期群で6.2ポイント増加していた。「よく眠れる」と「まあ眠れる方」を合わせて「睡眠良好群」と考えると、全体で79.2%（前回；78.2%）であり、前回とほとんど差は見られなかった。また年代別比較でも、壮年期群で83.5%（前回；82.7%）前期高齢期群で77.3%（前回；75.8%）後期高齢期群で77.9%（前回；77.6%）であり、年代別に見ても差は見られなかった。

[前回の調査の時と比べて今の睡眠はどうか？]



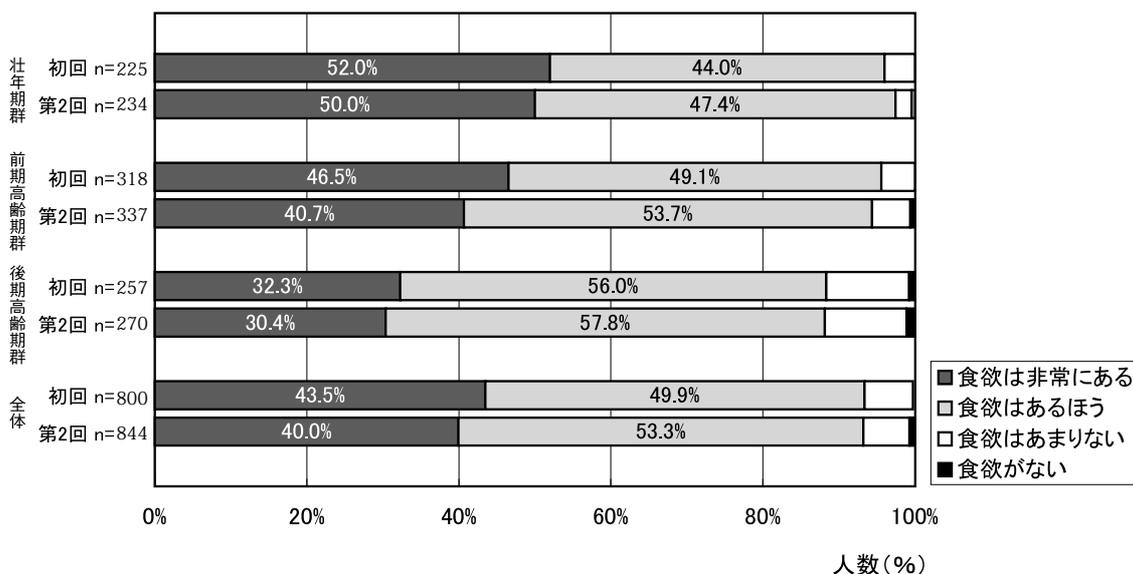
		今の方がよく眠れる	前と変わらない	前の方がよく眠れた	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	13 (5.5%)	192 (81.4%)	31 (13.1%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	23 (6.8%)	273 (80.8%)	42 (12.4%)	338 (100.0%)
	後期高齢期群	21 (7.7%)	216 (79.7%)	34 (12.5%)	271 (100.0%)
全体		57 (6.7%)	681 (80.6%)	107 (12.7%)	845 (100.0%)

睡眠状況について、「前回の調査の時と比べて今の睡眠はどうか？」という質問を行ったところ「前と変わらない」と回答した人は全体で681人；80.6%であり、年代別比

較でも「前と変わらない」と回答した人は、壮年期群で192人；81.4%、前期高齢期群273人；80.8%、後期高齢期群で216人；79.7%と、ほぼ8割の人に変化は見られなかった。しかし「前の方がよく眠れた」と回答した人は全体で107人；12.7%、「今の方がよく眠れる」が57人；6.7%であり、「前の方がよく眠れた」の回答が「今の方がよく眠れる」を6.0ポイント上回っていた。この傾向はすべての年齢群に共通しており、壮年期群で「前の方がよく眠れた」人は31人；13.1%、「今の方がよく眠れる」人は13人；5.5%、前期高齢期群で「前の方がよく眠れた」人は42人；12.4%、「今の方がよく眠れる」人は23人；6.8%、後期高齢期群で「前の方がよく眠れた」人は34人；12.5%、「今の方がよく眠れる」人は21人；7.7%であり、「前の方がよく眠れた」人が壮年期群で7.6ポイント、前期高齢期群で5.6ポイント、後期高齢期群で4.8ポイント、それぞれ「今の方がよく眠れた」人を上回っていた。

食欲

[食欲はいかがですか？]



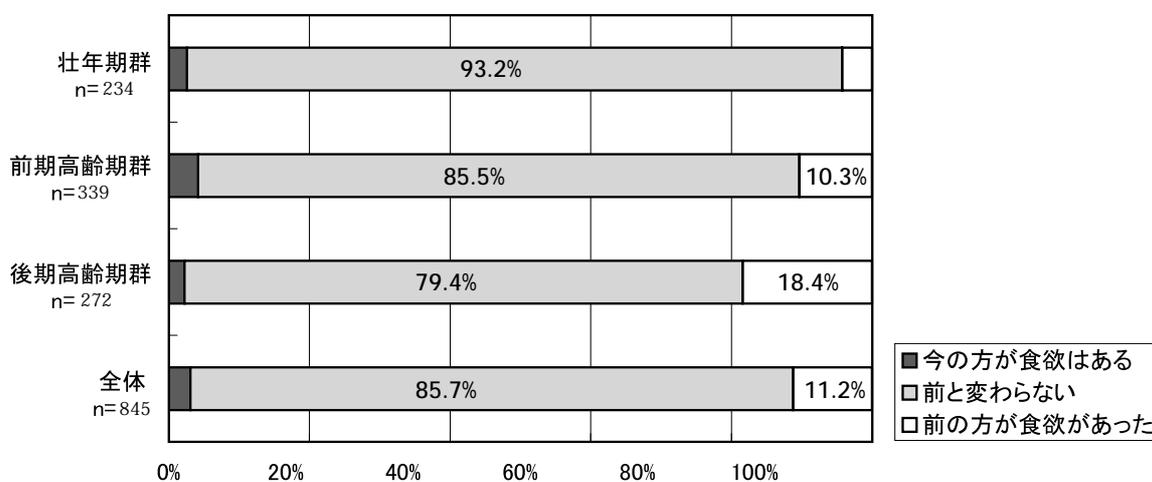
			食欲は非常にある	食欲はあるほう	食欲はあまりない	食欲がない	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	117 (52.0%)	99 (44.0%)	9 (4.0%)	0 (0.0%)	225 (100.0%)
		第2回	117 (50.0%)	111 (47.4%)	5 (2.1%)	1 (0.4%)	234 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	148 (46.5%)	156 (49.1%)	14 (4.4%)	0 (0.0%)	318 (100.0%)
		第2回	137 (40.7%)	181 (53.7%)	17 (5.0%)	2 (0.6%)	337 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	83 (32.3%)	144 (56.0%)	28 (10.9%)	2 (0.8%)	257 (100.0%)
		第2回	82 (30.4%)	156 (57.8%)	29 (10.7%)	3 (1.1%)	270 (100.0%)
全体	初回	348 (43.5%)	399 (49.9%)	51 (6.4%)	2 (0.3%)	800 (100.0%)	
	第2回	336 (40.0%)	448 (53.3%)	51 (6.1%)	6 (0.7%)	841 (100.0%)	

「食欲はいかがですか?」という質問を「1. 食欲は非常にある」「2. 食欲はある方」「3. 食欲はあまりない」「4. 食欲がない」の4段階で回答してもらった。その結果「食欲は非常にある」と回答した人は全体で336人; 40.0% (前回; 43.5%)、「食欲はある方」は448人; 53.3% (前回; 49.9%)であり、両者をあわせて「食欲がある群」と考えると、全体で784人; 93.2% (前回; 93.4%)の人が食欲はあると回答しており、前回と差は見られなかった。

年代別の比較では、「食欲は非常にある」と回答した人は、壮年期群で117人; 50.0% (前回; 52.0%)、前期高齢期群で137人; 40.7% (前回; 46.5%)、後期高齢期群で82人; 30.4% (前回; 32.3%)であり、食欲が非常に旺盛である人は前回よりやや減少している傾向が認められたが、年齢が高い群ほど非常に食欲があると回答した人が減少するのは前回と同様の結果であった。また「食欲はある方」と回答したのは、壮年期群で111人; 47.4% (前回; 44.0%)、前期高齢期群で181人; 53.7% (前回; 49.1%)、後期高齢期群で156人; 57.8% (前回; 56.0%)であり、すべての群で若干増えている傾向が認められた。

次に「食欲は非常にある」と「食欲はある方」をあわせて「食欲がある群」と考えた場合、全体で784人; 93.2% (前回; 93.4%)は食欲があると回答していた。年代別比較では、壮年期群が228人; 97.4% (前回; 96.0%)、前期高齢期群が318人; 94.4% (前回; 95.6%)、後期高齢期群が238人; 88.1% (前回; 88.3%)であり、前回の結果とほとんど差はなく、約9割の人たちは食欲があるという結果であった。

[前回の調査のときと比べて今の食欲はどうですか?]



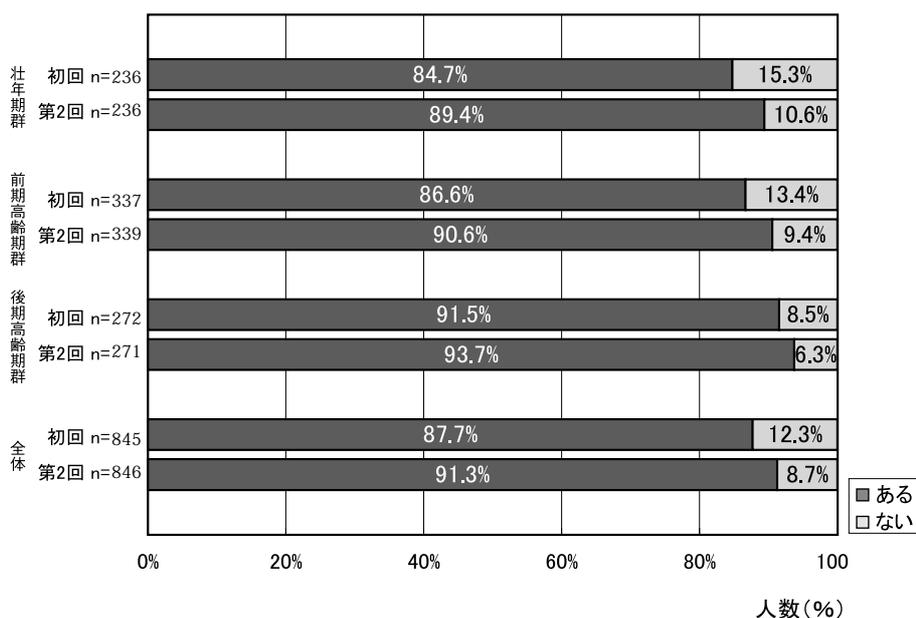
		人数 (%)			
		今の方が食欲はある	前と変わらない	前の方が食欲があった	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	6 (2.6%)	218 (93.2%)	10 (4.3%)	234 (100.0%)
	前期高齢期群	14 (4.1%)	290 (85.5%)	35 (10.3%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	6 (2.2%)	216 (79.4%)	50 (18.4%)	272 (100.0%)
全体		26 (3.1%)	724 (85.7%)	95 (11.2%)	845 (100.0%)

食欲について、「前回の調査の時と比べて今の食欲はどうか？」という質問を行ったところ「前と変わらない」と回答した人は全体で724人；85.7%であり、年代別比較でも「前と変わらない」と回答した人は、壮年期群で218人；93.2%、前期高齢期群290人；85.5%、後期高齢期群で216人；79.4%と、8割から9割の人に変化は見られなかった。

しかし「前の方が食欲はあった」と回答した人は全体で95人；11.2%、「今の方が食欲はある」が26人；3.1%であり、「前の方が食欲はあった」の回答が「今の方が食欲はある」の回答を8.1ポイント上回っていた。この傾向はすべての年齢群に共通しており、壮年期群で「前の方が食欲はあった」人は10人；4.3%、「今の方が食欲はある」人は6人；2.6%、前期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人は35人；10.3%、「今の方が食欲はある」人は14人；4.1%、後期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人は50人；18.4%、「今の方が食欲はある」人は6人；2.2%であり、「前の方が食欲はあった」人が壮年期群で1.7ポイント、前期高齢期群で6.2ポイント、後期高齢期群で16.2ポイント、それぞれ「今の方が食欲はある」人を上回っていた。またこの傾向は年代が高い群になるにつれて顕著になる傾向が認められた。

老性自覚

[これまでに自分が歳をとったなと感じたことがありますか？]



		ある	ない	全体	
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	200 (84.7%)	36 (15.3%)	236 (100.0%)
		第2回	211 (89.4%)	25 (10.6%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	292 (86.6%)	45 (13.4%)	337 (100.0%)
		第2回	307 (90.6%)	32 (9.4%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	249 (91.5%)	23 (8.5%)	272 (100.0%)
		第2回	254 (93.7%)	17 (6.3%)	271 (100.0%)
全体		初回	741 (87.7%)	104 (12.3%)	845 (100.0%)
		第2回	772 (91.3%)	74 (8.7%)	846 (100.0%)

「これまでに自分が歳をとったなと感じたことがありますか？」という質問では、「ある」と答えた人が全体で772人；91.3%（前回；87.7%）であり、前回よりも老性自覚は3.6ポイント増加していた。

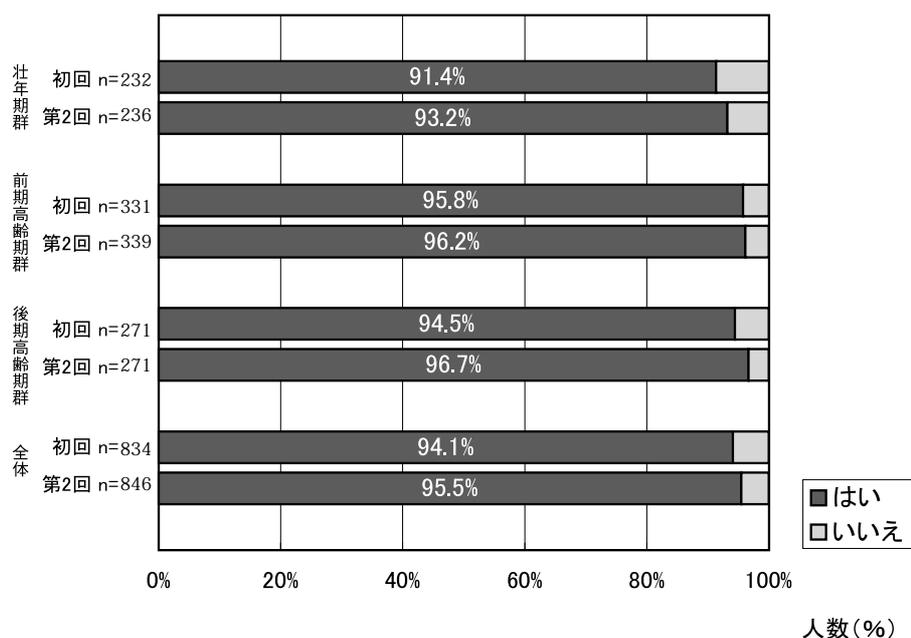
年代別の比較では、壮年期群で自分が歳をとったなと感じたことがある人は211人；89.4%（前回；84.7%）、前期高齢期群で307人；90.6%（前回；86.6%）、後期高齢期群で254人；93.7%（前回；91.5%）であり、すべての群で老性自覚をしている人が増えているという結果であった。

前回と比較すると、年齢が高い群になるに従って老いを自覚している人が多いという結果は同様であるが、老性自覚は壮年期群で4.7ポイント、前期高齢期群で4.0ポイント、後期高齢期群で2.2ポイントそれぞれ増加しており、年齢が若い群ほど老性自覚をしている人が増えているという傾向が認められた。

4. 生活習慣

食生活

[食事は楽しんでますか？]

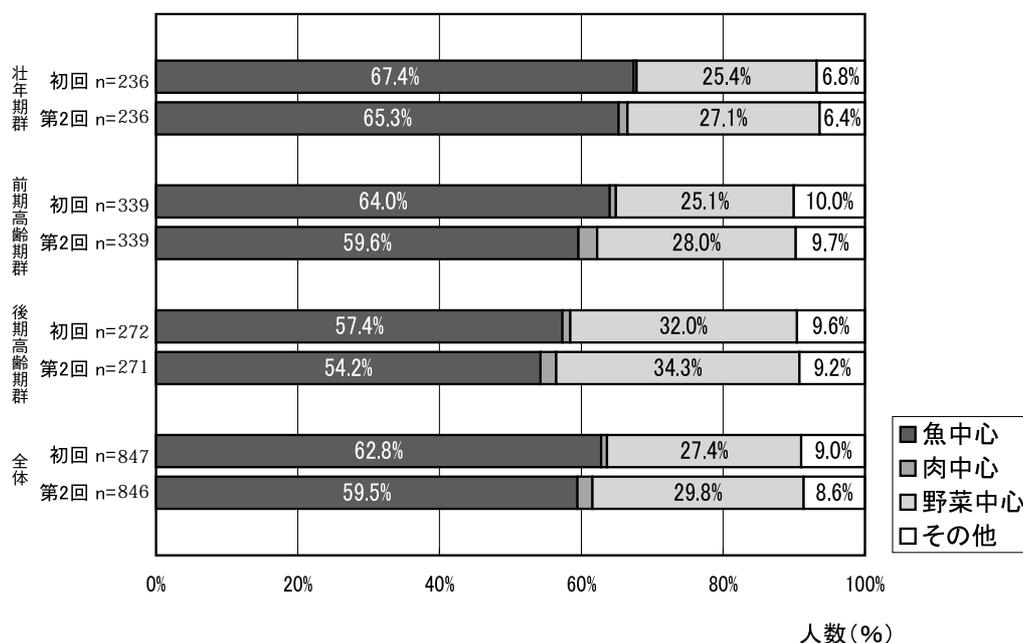


		はい	いいえ	全体	
年齢 コホート	壮年期群	初回	212 (91.4%)	20 (8.6%)	232 (100.0%)
		第2回	220 (93.2%)	16 (6.8%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	317 (95.8%)	14 (4.2%)	331 (100.0%)
		第2回	326 (96.2%)	13 (3.8%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	256 (94.5%)	15 (5.5%)	271 (100.0%)
		第2回	262 (96.7%)	9 (3.3%)	271 (100.0%)
全体		初回	785 (94.1%)	49 (5.9%)	834 (100.0%)
		第2回	808 (95.5%)	38 (4.5%)	846 (100.0%)

「食事は楽しんでいますか?」という質問で、「楽しんでいる」と回答した人は全体で808人; 95.5% (前回; 94.1%) であり、前回に比べて1.4ポイントとわずかに増加していた。

年代別の比較では、「食事を楽しんでいる」と回答した人は壮年期群で220人; 93.2% (前回; 91.4%) 前期高齢期群で326人; 96.2% (前回; 95.8%) 後期高齢期群で262人; 96.7% (前回; 94.5%) という結果であった。前回と比較すると、食事を楽しんでいると回答した人は、壮年期群で1.8ポイント、前期高齢期群で0.4ポイント、後期高齢期群で2.2ポイントと、すべての年齢群でわずかに増加していた。

[あなたの家の食事は「魚」「肉」「野菜」のうち何が中心になっていますか?]



		魚中心	肉中心	野菜中心	その他	全体	
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	159 (67.4%)	1 (0.4%)	60 (25.4%)	16 (6.8%)	236 (100.0%)
		第2回	154 (65.3%)	3 (1.3%)	64 (27.1%)	15 (6.4%)	236 (100.0%)
	前期 高 齢 期 群	初回	217 (64.0%)	3 (0.9%)	85 (25.1%)	34 (10.0%)	339 (100.0%)
		第2回	202 (59.6%)	9 (2.7%)	95 (28.0%)	33 (9.7%)	339 (100.0%)
	後期 高 齢 期 群	初回	156 (57.4%)	3 (1.1%)	87 (32.0%)	26 (9.6%)	272 (100.0%)
		第2回	147 (54.2%)	6 (2.2%)	93 (34.3%)	25 (9.2%)	271 (100.0%)
全体		初回	532 (62.8%)	7 (0.8%)	232 (27.4%)	76 (9.0%)	847 (100.0%)
		第2回	503 (59.5%)	18 (2.1%)	252 (29.8%)	73 (8.6%)	846 (100.0%)

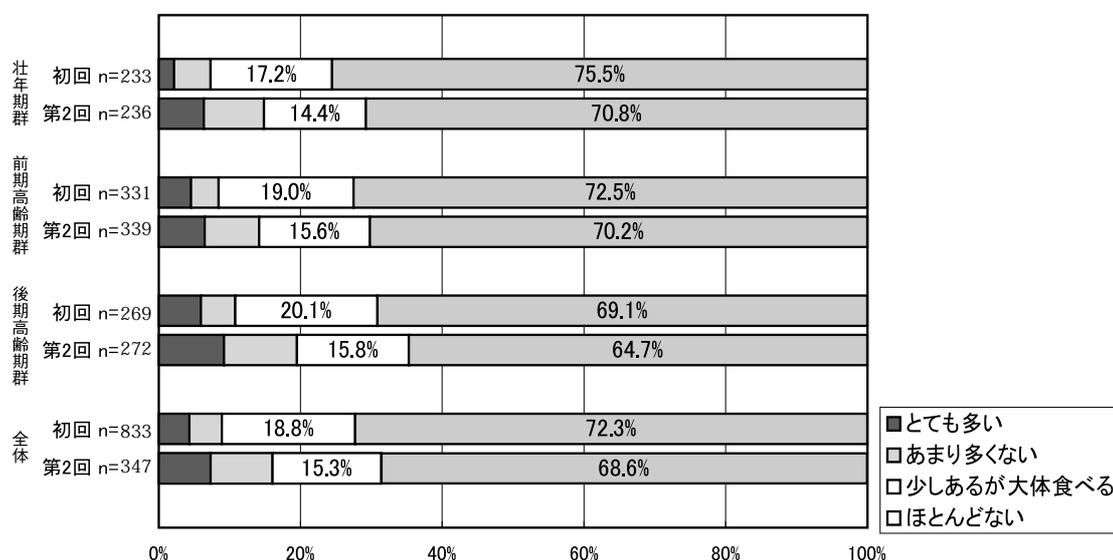
「あなたの家の食事は、魚、肉、野菜の何が中心になっていますか?」という質問では、「魚中心」と回答した人が全体で503人; 59.5% (前回; 62.8%) であり、次いで「野菜中心」が252人; 29.8% (前回; 27.4%) 「肉中心」が18人; 2.1% (前回; 0.8%) という結果であり、前回と大きな違いは見られなかった。

年代別の比較では、「魚中心」と回答した人は壮年期群で154人; 65.3% (前回; 67.4%)

前期高齢期群で202人；59.6%（前回；64.0%） 後期高齢期群で147人；54.2%（前回；57.4%）であり、壮年期群で2.1ポイント、前期高齢期群で4.4ポイント、後期高齢期群で3.2ポイントとわずかに減少していたが、半数以上の人魚中心の食生活を送っているということに変わりはない。また「野菜中心」と回答した人は、壮年期群で64人；27.1%（前回；25.4%） 前期高齢期群で95人；28.0%（前回；25.1%） 後期高齢期群で93人；34.3%（前回；32.0%）であり、壮年期群で1.7ポイント、前期高齢期群で2.9ポイント、後期高齢期群で2.3ポイントとわずかに増えていた。「肉中心」と回答した人はすべての群で最も少なく、壮年期群で3人；1.3%（前回；0.4%） 前期高齢期群で9人；2.7%（前回；0.9%） 後期高齢期群で6人；2.2%（前回；1.1%）であり、ほとんど差はなかった。

全体的に、食生活が「魚中心」であるのは年齢が若い群ほど多く、逆に年齢が高い群になるに従って野菜中心が増えていく傾向は、前回と同様であった。

[食べ物の好き嫌いは多い方ですか？]



人数(%)

			とても多い	あまり多くない	少しあるが大體食べる	ほとんどない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	5 (2.1%)	12 (5.2%)	40 (17.2%)	176 (75.5%)	233 (100.0%)
		第2回	15 (6.4%)	20 (8.5%)	34 (14.4%)	167 (70.8%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	15 (4.5%)	13 (3.9%)	63 (19.0%)	240 (72.5%)	331 (100.0%)
		第2回	22 (6.5%)	26 (7.7%)	53 (15.6%)	238 (70.2%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	16 (5.9%)	13 (4.8%)	54 (20.1%)	186 (69.1%)	269 (100.0%)
		第2回	25 (9.2%)	28 (10.3%)	43 (15.8%)	176 (64.7%)	272 (100.0%)
全体		初回	36 (4.3%)	38 (4.6%)	157 (18.8%)	602 (72.3%)	833 (100.0%)
		第2回	62 (7.3%)	74 (8.7%)	130 (15.3%)	581 (68.6%)	847 (100.0%)

「食べ物の好き嫌いは多い方ですか？」という質問では、「ほとんどない」と回答した人が全体で581人；68.6%（前回；72.3%）であり、最も多かった。また「少しあるがだいたい食べる」を含めて「好き嫌いのほとんどない群」と考えると、全体で711人；83.9%

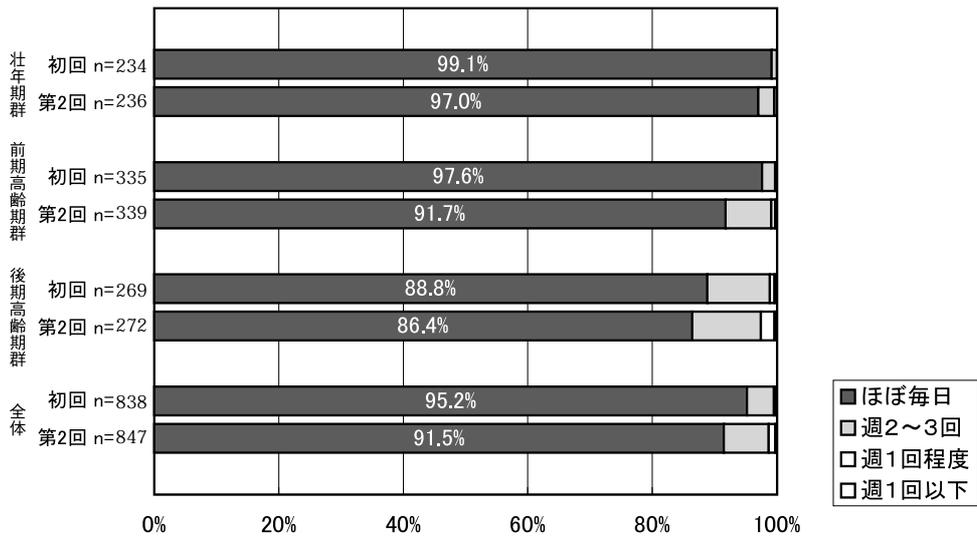
(前回; 91.1%)の人が好き嫌いなく食べていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「ほとんどない」と回答した人は、壮年期群で167人; 70.8% (前回; 75.5%)、前期高齢期群で238人; 70.2% (前回; 72.5%)、後期高齢期群で176人; 64.7% (前回; 69.1%)であり、すべての年代で好き嫌いのない人が最も多かった。「少しあるがだいたい食べる」を含めた「好き嫌いのほとんどない群」では、壮年期群で201人; 85.2% (前回; 92.7%)、前期高齢期群で291人; 85.8% (前回; 91.5%)、後期高齢期群で219人; 80.5% (前回; 89.2%)であり、すべての群で7割前後の人は好き嫌いなく食べているという結果であった。しかし、前回と比べると、好き嫌いのほとんどない人は、壮年期群で7.5ポイント、前期高齢期群で5.7ポイント、後期高齢期群で8.7ポイントとすべての群で減少しており、特に後期高齢期群で減少している傾向がみられた。

逆に「好き嫌いがとても多い」と回答した人はすべての群でわずかに増えており、壮年期群で4.3ポイント、前期高齢期群で2.0ポイント、後期高齢期群で3.3ポイント増加していた。

入浴

[お風呂はどのくらいの割合で入っていますか?]

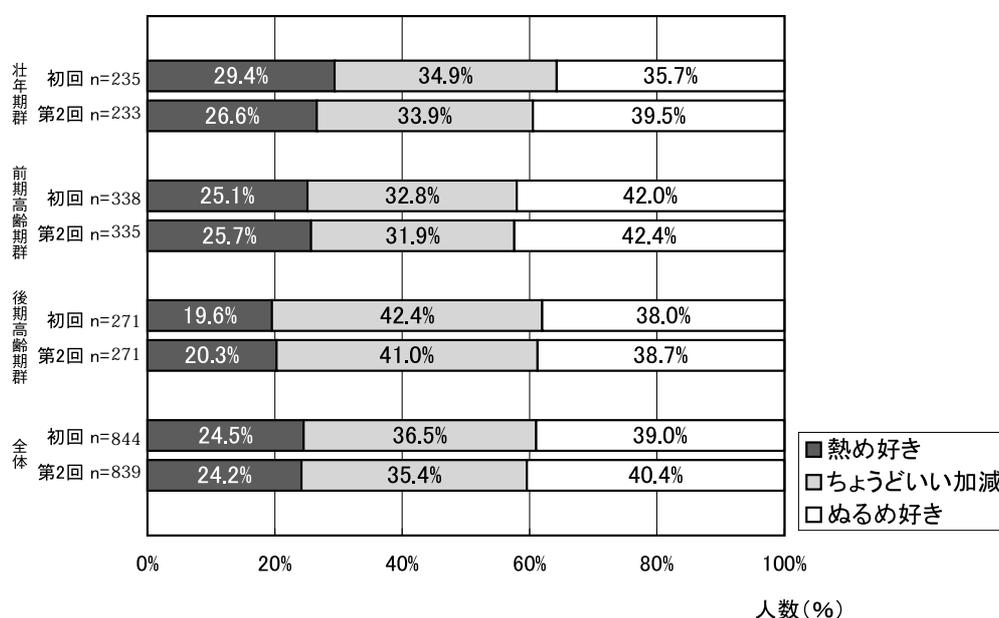


		回数	ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢 コホート	壮年期群	初回	232 (99.1%)	2 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	234 (100.0%)
		第2回	229 (97.0%)	6 (2.5%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	327 (97.6%)	7 (2.1%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	335 (100.0%)
		第2回	311 (91.7%)	25 (7.4%)	2 (0.6%)	1 (0.3%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	239 (88.8%)	27 (10.0%)	2 (0.7%)	1 (0.4%)	269 (100.0%)
		第2回	235 (86.4%)	30 (11.0%)	6 (2.2%)	1 (0.4%)	272 (100.0%)
全体		初回	798 (95.2%)	36 (4.3%)	3 (0.4%)	1 (0.1%)	838 (100.0%)
		第2回	775 (91.5%)	61 (7.2%)	9 (1.1%)	2 (0.2%)	847 (100.0%)

「お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は、全体で775人；91.5%（前回；95.2%）であり、前回同様9割以上の方がほぼ毎日入浴しているという結果であった。

年代別の比較では、「ほぼ毎日」入浴している人は、壮年期群で229人；97.0%（前回；99.1%）、前期高齢期群で311人；91.7%（前回；97.6%）、後期高齢期群で235人；86.4%（前回；88.8%）であり、前回の結果と同様に年齢の高い群ほど毎日入浴する人は減少する傾向が認められた。また前回と比較して、すべての群で毎日入浴する人はわずかに減っており、壮年期群で2.1ポイント、前期高齢期群で5.9ポイント、後期高齢期群で2.4ポイント減少していた。

[お風呂の好みの熱さはどうですか？]



		熱め好き	ちょうどいい加減	ぬるめ好き	全体	
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	69 (29.4%)	82 (34.9%)	84 (35.7%)	235 (100.0%)
		第2回	62 (26.6%)	79 (33.9%)	92 (39.5%)	233 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	85 (25.1%)	111 (32.8%)	142 (42.0%)	338 (100.0%)
		第2回	86 (25.7%)	107 (31.9%)	142 (42.4%)	335 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	53 (19.6%)	115 (42.4%)	103 (38.0%)	271 (100.0%)
		第2回	55 (20.3%)	111 (41.0%)	105 (38.7%)	271 (100.0%)
全体		初回	207 (24.5%)	308 (36.5%)	329 (39.0%)	844 (100.0%)
		第2回	203 (24.2%)	297 (35.4%)	339 (40.4%)	839 (100.0%)

「お風呂の好みの熱さはどうですか？」という質問で、「熱めが好き」と回答した人は全体で203人；24.2%（前回；24.5%）、「ちょうどいい加減」297人；35.4%（前回；36.5%）、「ぬるめが好き」が339人；40.4%（前回；39.0%）であり、前回とほとんど差はなく、「ぬるめが好き」と回答した人がもっとも多かった。

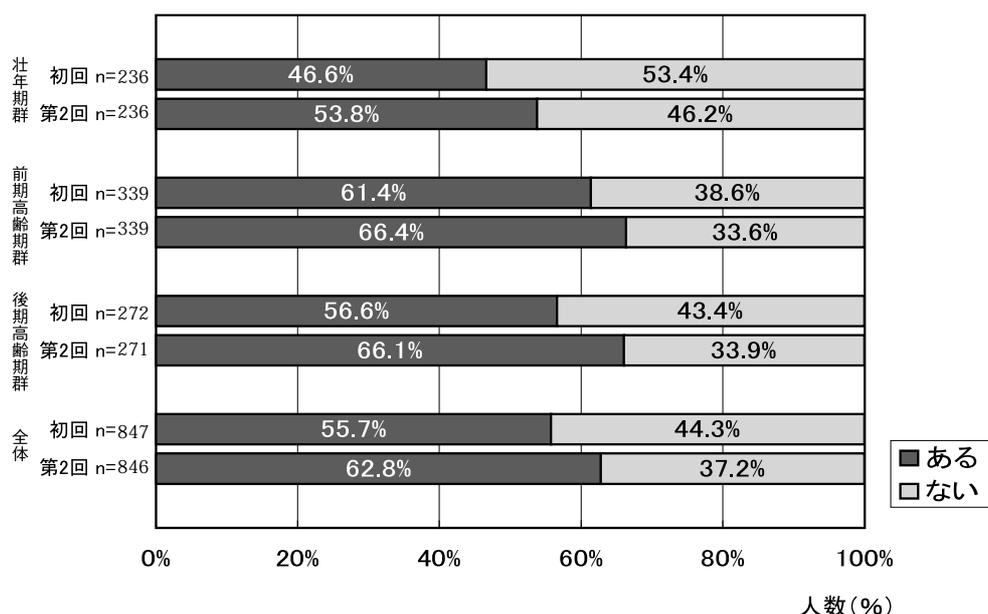
年代別の比較では、「熱めが好き」と回答した人は壮年期群で62人；26.6%（前回；

29.4%) 前期高齢期群で86人; 25.7% (前回; 25.1%) 後期高齢期群で55人; 20.3% (前回; 19.6%) であった。また「ちょうどいい加減」と回答した人は、壮年期群で79人; 33.9% (前回; 34.9%) 前期高齢期群で107人; 31.9% (前回; 32.8%) 後期高齢期群で111人; 41.0% (前回; 42.4%) であった。「ぬるめが好き」と回答した人は、壮年期群で92人; 39.5% (前回; 35.7%) 前期高齢期群で142人; 42.4% (前回; 42.0%) 後期高齢期群で105人; 38.7% (前回; 38.0%) であり、すべての群で前回と大きな差は認められなかった。

入浴時間に関しては、10分以下と回答した人が全体でもっとも多く、全体で253人; 29.9% (前回; 35.0%) であり、また15分以下が200人; 23.7% (前回; 23.3%) 20分以下が176人; 20.8% (前回; 21.7%) の順であった。入浴時間が20分以下は全体で629人; 74.4% (前回; 80.0%) であり、4分の3の人たちは入浴時間が20分以下という結果だった。年代別の比較では、入浴時間が20分以下の人は、壮年期群で171人; 72.5% (前回; 77.4%) 前期高齢期群で251人; 74.0% (前回; 80.8%) 後期高齢期群で207人; 76.7% (前回; 76.7%) であり、全ての群で約4分の3の人たちは入浴時間が20分以下であることが明らかとなった。

昼寝の習慣

[昼寝の習慣はありますか?]



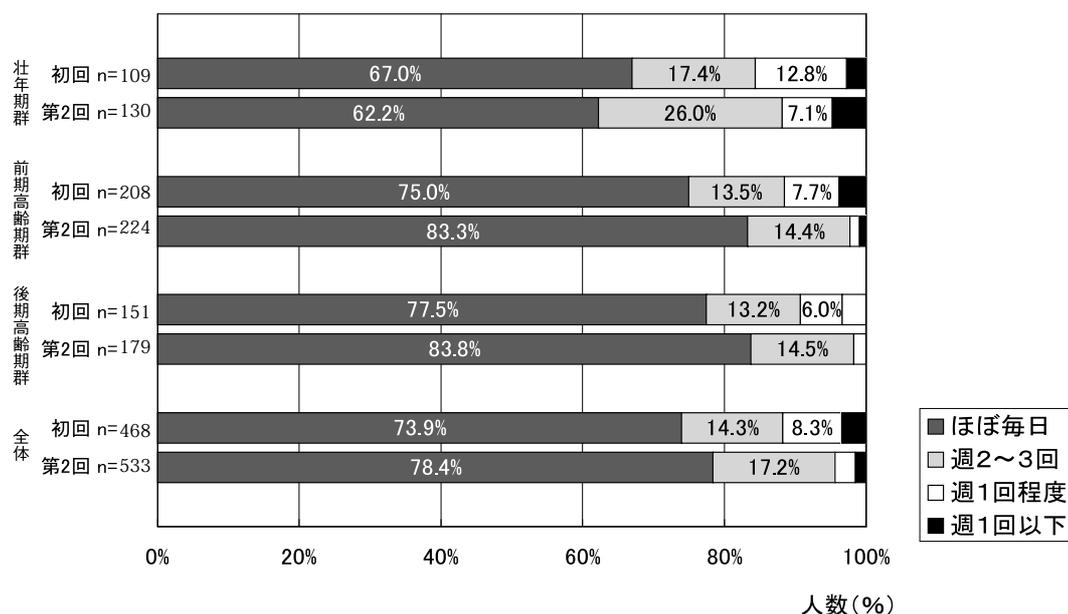
			ある	ない	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	110 (46.6%)	126 (53.4%)	236 (100.0%)
		第2回	127 (53.8%)	109 (46.2%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	208 (61.4%)	131 (38.6%)	339 (100.0%)
		第2回	225 (66.4%)	114 (33.6%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	154 (56.6%)	118 (43.4%)	272 (100.0%)
		第2回	179 (66.1%)	92 (33.9%)	271 (100.0%)
全体		初回	472 (55.7%)	375 (44.3%)	847 (100.0%)
		第2回	531 (62.8%)	315 (37.2%)	846 (100.0%)

「昼寝の習慣はありますか?」という質問で、「ある」と回答したのは全体で531人；62.8%（前回；55.7%）であり、前回よりもやや増加し、6割以上の方が昼寝の習慣があることが明らかとなった。

年代別に比較すると、壮年期群で昼寝の習慣があると回答した人は127人；53.8%（前回；46.6%）、前期高齢期群で225人；66.4%（前回；61.4%）、後期高齢期群で179人；66.1%（前回；56.6%）であり、すべての群で増加していた。

前回と比較すると、壮年期群で7.2ポイント、前期高齢期群で5.0ポイント、後期高齢期群で9.5ポイント増加しており、特に後期高齢期群で昼寝の習慣がある人が増加していた。

[昼寝の頻度]



			ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	73 (67.0%)	19 (17.4%)	14 (12.8%)	3 (2.8%)	109 (100.0%)
		第2回	79 (62.2%)	33 (26.0%)	9 (7.1%)	6 (4.7%)	127 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	156 (75.0%)	28 (13.5%)	16 (7.7%)	8 (3.8%)	208 (100.0%)
		第2回	185 (83.3%)	32 (14.4%)	3 (1.4%)	2 (0.9%)	222 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	117 (77.5%)	20 (13.2%)	9 (6.0%)	5 (3.3%)	151 (100.0%)
		第2回	150 (83.8%)	26 (14.5%)	3 (1.7%)	0 (0.0%)	179 (100.0%)
全体	初回	346 (73.9%)	67 (14.3%)	39 (8.3%)	16 (3.4%)	468 (100.0%)	
	第2回	414 (78.4%)	91 (17.2%)	15 (2.8%)	8 (1.5%)	528 (100.0%)	

「昼寝はどのくらいの頻度ですか?」という質問で、「ほぼ毎日」と回答したのは全体で414人；78.4%（前回；73.9%）であり、「週2~3回」を含めると505人；95.6%（前回；88.2%）の人が少なくとも週2~3回以上昼寝をしていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「ほぼ毎日」と回答している人は、壮年期群で79人；62.2%（前回；67.0%）、前期高齢期群で185人；83.3%（前回；75.0%）、後期高齢期群で150人；83.8%（前回；77.5%）であった。また「週2~3回」を含めると、壮年期群で112人；

88.2%（前回；84.4%）前期高齢期群で217人；97.7%（前回；88.5%）後期高齢期群で176人；98.3%（前回；90.7%）の人が少なくとも週2～3回以上の昼寝をしていることが明らかとなった。

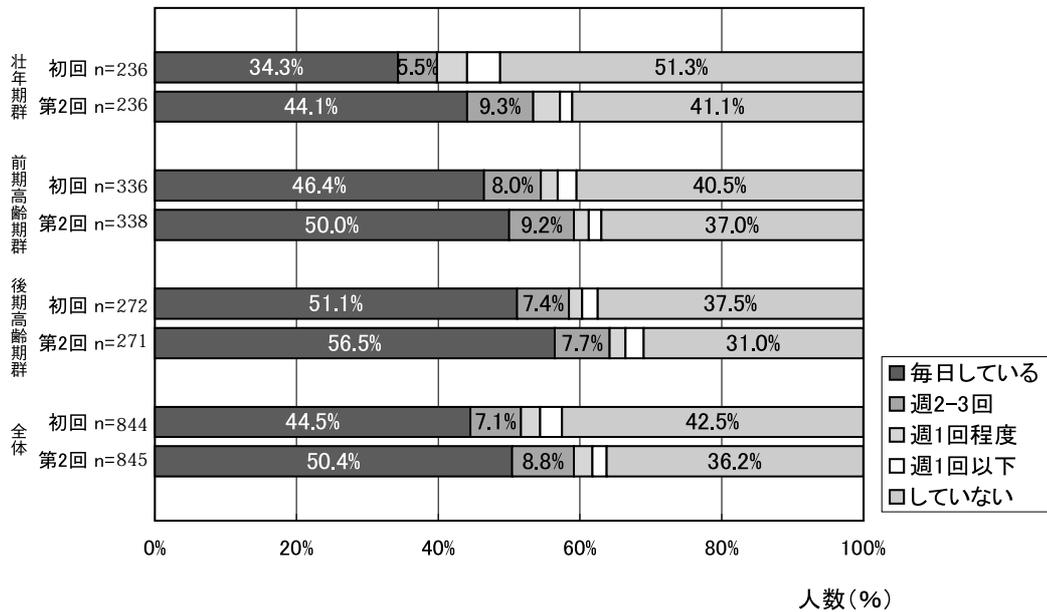
前回と同様に年齢が高い群ほど昼寝をする習慣のある人は多く、その昼寝の頻度も年齢の高い群ほど多いという結果であった。

昼寝の時間に関しては、30分以下と回答した人が全体で212人；39.7%（前回；49.9%）ともっとも多く、60分以下は193人；36.1%（前回；38.0%）で、合わせて75.8%の人は昼寝の時間が60分以下であるということが明らかとなった。

年代別の比較では、昼寝の時間が30分以下と回答した人は壮年期群で65人；50.0%（前回；54.5%）前期高齢期群で97人；42.9%（前回；55.1%）後期高齢期群で50人；28.1%（前回；39.6%）であり、30分以内の昼寝は年齢が若い群ほど多いという結果であった。また30分以下と60分以下を合わせて「1時間以内の昼寝をする群」と考えると、1時間以内の昼寝をする人は、壮年期群で112人；86.2%（前回；92.7%）前期高齢期群で180人；79.6%（前回；92.3%）後期高齢期群で113人；63.5%（前回；78.6%）という結果であり、1時間以内の昼寝をする人も年齢が若い群ほど多いという結果であった。しかし1時間以上昼寝をする人は129人；24.2%（前回；12.1%）と前回より12.1ポイント増加しており、年代別比較でも、壮年期群で18人；13.8%（前回；7.3%）前期高齢期群で46人；20.4%（前回；7.7%）後期高齢期群で65人；36.5%（前回；21.4%）であり、年齢が高い群ほど1時間以上昼寝をする人が多いという結果であった。前回と比較すると、壮年期群で6.5ポイント、前期高齢期群で12.7ポイント、後期高齢期群で15.1ポイント増加しており、年齢の高い群ほど1時間以上昼寝をする人は増加しているということが明らかとなった。

健康のための運動

[普段健康のために何か運動をしていますか？]



		毎日している	週2-3回	週1回程度	週1回以下	していない	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	81 (34.3%)	13 (5.5%)	10 (4.2%)	11 (4.7%)	121 (51.3%)	236 (100.0%)
		第2回	104 (44.1%)	22 (9.3%)	9 (3.8%)	4 (1.7%)	97 (41.1%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	156 (46.4%)	27 (8.0%)	8 (2.4%)	9 (2.7%)	136 (40.5%)	336 (100.0%)
		第2回	169 (50.0%)	31 (9.2%)	7 (2.1%)	6 (1.8%)	125 (37.0%)	338 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	139 (51.1%)	20 (7.4%)	5 (1.8%)	6 (2.2%)	102 (37.5%)	272 (100.0%)
		第2回	153 (56.5%)	21 (7.7%)	6 (2.2%)	7 (2.6%)	84 (31.0%)	271 (100.0%)
全体	初回	376 (44.5%)	60 (7.1%)	23 (2.7%)	26 (3.1%)	359 (42.5%)	844 (100.0%)	
	第2回	426 (50.4%)	74 (8.8%)	22 (2.6%)	17 (2.0%)	306 (36.2%)	845 (100.0%)	

「普段健康のために何か運動をしていますか？」という質問では、「毎日運動している」と回答した人は全体で426人；50.4%（前回；44.5%）という結果であった。また「週2～3回運動している」と回答した人を含めると全体で500人；59.2%（前回；51.7%）という結果であり、全体の6割の人たちは、健康のために週2～3回以上の運動をしていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「毎日運動している」と回答した人が、壮年期群で104人；44.1%（前回；34.3%）前期高齢期群で169人；50.0%（前回；46.4%）後期高齢期群で153人；56.5%（前回；51.1%）であり、前回と同様に年齢が高い群ほど毎日運動している人が多いという結果であった。また「週2～3回運動している」人を含めると、壮年期群で126人；53.4%（前回；39.8%）前期高齢期群で200人；59.2%（前回；54.5%）後期高齢期群で174人；64.2%（前回；58.5%）であり、壮年期群の半数以上、前期高齢期群の約6割、後期高齢期群の約65%の人たちは、少なくとも週2～3回以上は健康のために運動をしているという結果であった。

前回と比較すると、毎日運動している人は、壮年期群で9.8ポイント、前期高齢期群で

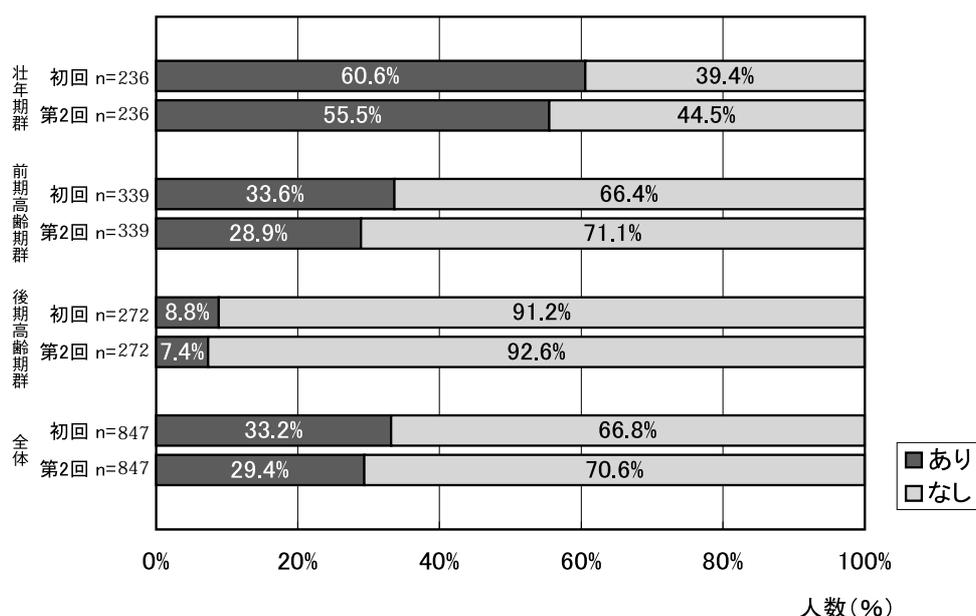
3.6ポイント、後期高齢期群で5.4ポイント増加しており、特に壮年期群で毎日運動する人が増えていることが明らかとなった。また週2～3回運動している人を含めると、壮年期群で13.6ポイント、前期高齢期群で4.7ポイント、後期高齢期群で5.7ポイント増加しており、やはり壮年期群で健康のために運動している人たちが増加しているということが明らかとなった。

逆に「運動していない」と回答した人は、全体で306人；36.2%（前回；42.5%）と6.3ポイント減少していた。また年代別比較でも、壮年期群で運動していない人は97人；41.1%（前回；51.3%）、前期高齢期群で125人；37.0%（前回；40.5%）、後期高齢期群で84人；31.0%（前回；37.5%）という結果であった。前回と比較すると、運動していない人は壮年期群で10.2ポイント、前期高齢期群で3.5ポイント、後期高齢期群で6.5ポイント減少しており、壮年期群で運動していない人が目立って減っていたという結果であった。

5. 日常活動状況

収入を伴う仕事

[収入を伴う仕事をしていますか？]



			ある	なし	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	143 (60.6%)	93 (39.4%)	236 (100.0%)
		第2回	131 (55.5%)	105 (44.5%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	114 (33.6%)	225 (66.4%)	339 (100.0%)
		第2回	98 (28.9%)	241 (71.1%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	24 (8.8%)	248 (91.2%)	272 (100.0%)
		第2回	20 (7.4%)	252 (92.6%)	272 (100.0%)
全体		初回	281 (33.2%)	566 (66.8%)	847 (100.0%)
		第2回	249 (29.4%)	598 (70.6%)	847 (100.0%)

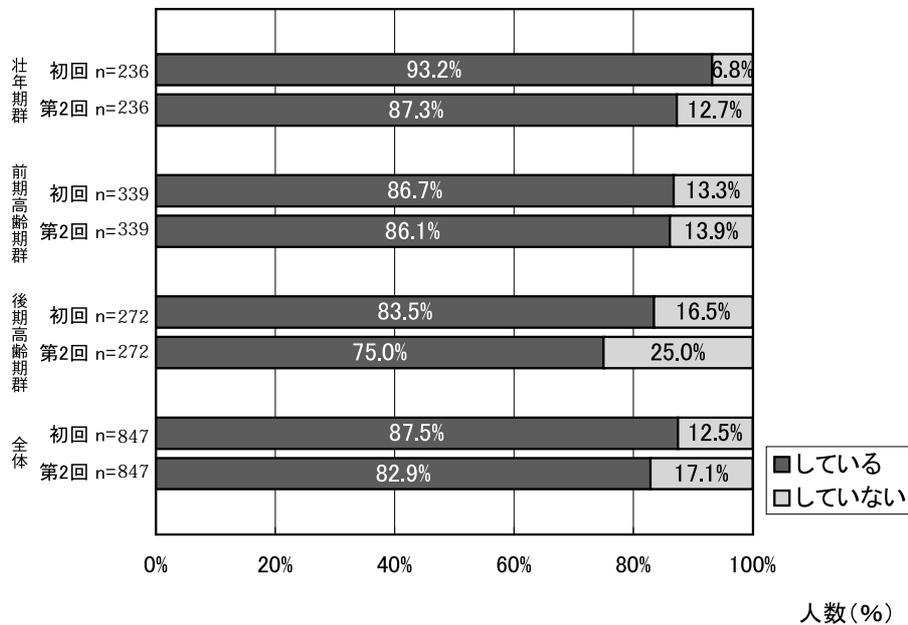
「収入を伴う仕事をしていますか？」という質問では、「している」と回答したのは全体で249人；29.4%（前回；33.2%）であり、前回と比較すると3.8ポイント減少していた。

年代別の比較では、収入を伴う仕事をしている人は、壮年期群で131人；55.5%（前回；60.6%）、前期高齢期群で98人；28.9%（前回；33.6%）、後期高齢期群で20人；7.4%（前回；8.8%）であり、前回と同様年齢の高い群ほど収入を伴う仕事をしている人は少ないという結果であった。

前回と比較すると、収入を伴う仕事をしている人は、壮年期群で5.1ポイント、前期高齢期群で4.7ポイント、後期高齢期群で1.4ポイント減少しており、年齢が若い群ほど減少している傾向が認められた。

家庭の仕事

[家庭の仕事をしていますか？]



			している	していない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	220 (93.2%)	16 (6.8%)	236 (100.0%)
		第2回	206 (87.3%)	30 (12.7%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	294 (86.7%)	45 (13.3%)	339 (100.0%)
		第2回	292 (86.1%)	47 (13.9%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	227 (83.5%)	45 (16.5%)	272 (100.0%)
		第2回	204 (75.0%)	68 (25.0%)	272 (100.0%)
全体	初回	741 (87.5%)	106 (12.5%)	847 (100.0%)	
	第2回	702 (82.9%)	145 (17.1%)	847 (100.0%)	

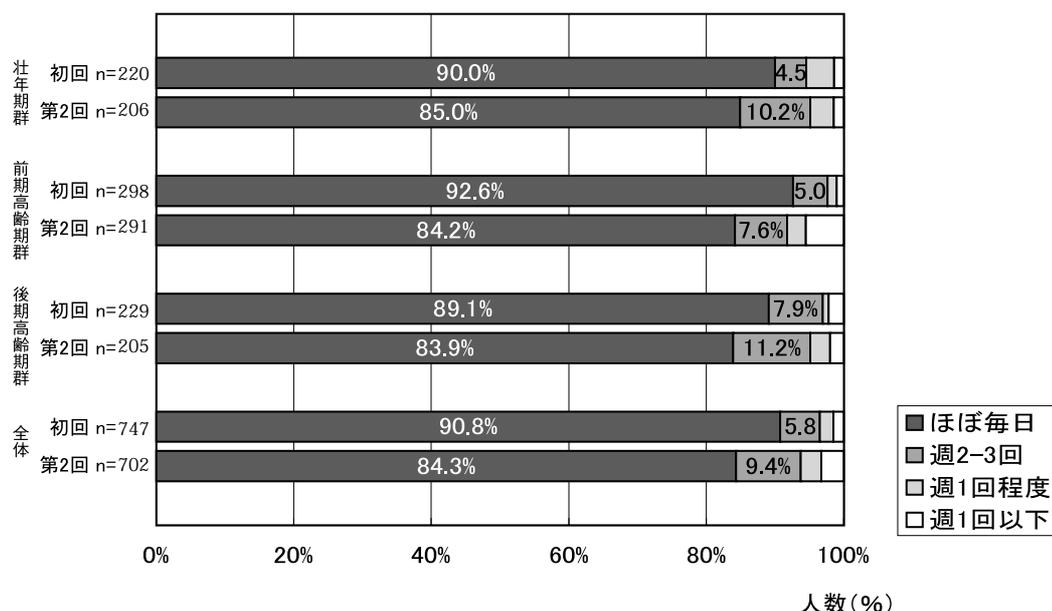
「家庭の仕事をしていますか？」という質問では、「している」と回答したのは全体で702人；82.9%（前回；87.5%）であり、前回と比較すると4.6ポイント減少していた。

年代別の比較では、家庭の仕事をしている人は、壮年期群で206人；87.3%（前回；

93.2%) 前期高齢期群で292人；86.1% (前回；86.7%) 後期高齢期群で204人；75.0% (前回；83.5%) であり、前回と同様に年齢の高い人ほど家庭での仕事をしている人は少ないという結果であった。前回と比較すると、家庭の仕事をしている人は、壮年期群で5.9ポイント、前期高齢期群で0.6%、後期高齢期群で8.5ポイント減少しており、家庭の仕事をしている人は後期高齢期群でもっとも減少しており、次いで壮年期群で減少しているという結果であった。

家庭の仕事

[家庭の仕事をどのくらい行っていますか？]



		ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体	
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	198 (90.0%)	10 (4.5%)	9 (4.1%)	3 (1.4%)	220 (100.0%)
		第2回	175 (85.0%)	21 (10.2%)	7 (3.4%)	3 (1.5%)	206 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	276 (92.6%)	15 (5.0%)	4 (1.3%)	3 (1.0%)	298 (100.0%)
		第2回	245 (84.2%)	22 (7.6%)	8 (2.7%)	16 (5.5%)	291 (100.0%)
後期高齢期群	初回	204 (89.1%)	18 (7.9%)	2 (0.9%)	5 (2.2%)	229 (100.0%)	
	第2回	172 (83.9%)	23 (11.2%)	6 (2.9%)	4 (2.0%)	205 (100.0%)	
全体	初回	678 (90.8%)	43 (5.8%)	15 (2.0%)	11 (1.5%)	747 (100.0%)	
	第2回	592 (84.3%)	66 (9.4%)	21 (3.0%)	23 (3.3%)	702 (100.0%)	

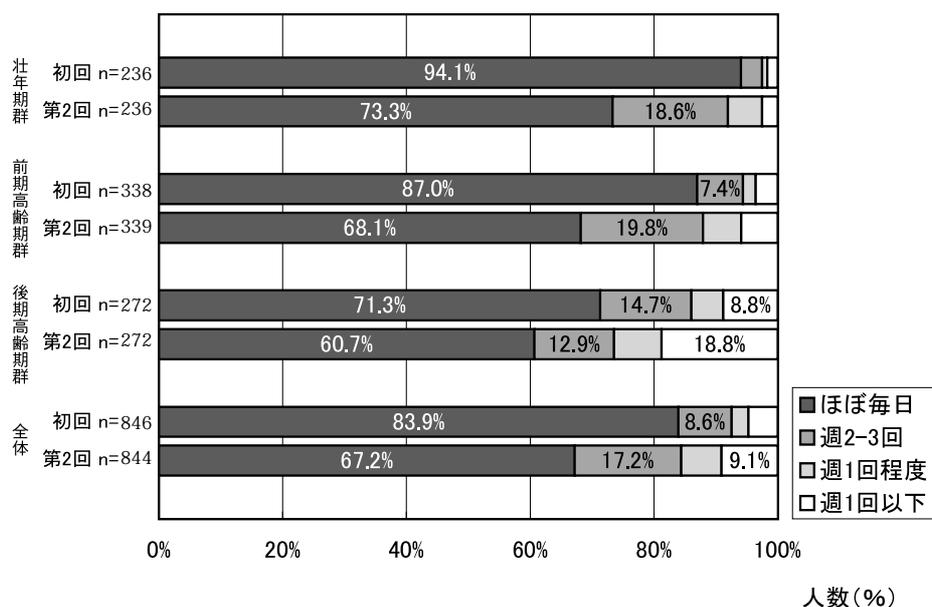
「家庭の仕事をどのくらい行っていますか？」という質問では、「ほぼ毎日」と回答した人が全体で592人；84.3% (前回；90.8%) であり、「週2～3回」を含めると658人；93.7% (前回；96.5%) の人が週2～3回以上仕事をしているという結果であった。

年代別に比較すると、「ほぼ毎日」仕事をしている人は、壮年期群で175人；85.0% (前回；90.0%) 前期高齢期群で245人；84.2% (前回；92.6%) 後期高齢期群で172人；83.9% (前回；89.1%) であり、年齢が高い群ほど家庭での仕事を毎日している人は少な

いという結果は前回と同様であった。しかし、すべての群において、家庭内で仕事をしている人は減少しているという結果であった。また週2～3回以上仕事をしている人を含めると、壮年期群で196人；95.1%（前回；94.5%） 前期高齢期群で267人；91.8%（前回；97.7%） 後期高齢期群で195人；95.1%（前回；96.9%）であり、週2～3回以上仕事をしている人を含めても、前期高齢期群と後期高齢期群では前回よりも減少しているという結果であった。

一週間の外出頻度

[散歩や買い物を含めて一週間にどのくらい外出しますか？]



			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	222 (94.1%)	8 (3.4%)	2 (0.8%)	4 (1.7%)	236 (100.0%)
		第2回	173 (73.3%)	44 (18.6%)	13 (5.5%)	6 (2.5%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	294 (87.0%)	25 (7.4%)	7 (2.1%)	12 (3.6%)	338 (100.0%)
		第2回	231 (68.1%)	67 (19.8%)	21 (6.2%)	20 (5.9%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	194 (71.3%)	40 (14.7%)	14 (5.1%)	24 (8.8%)	272 (100.0%)
		第2回	165 (60.7%)	35 (12.9%)	21 (7.7%)	51 (18.8%)	272 (100.0%)
全体		初回	710 (83.9%)	73 (8.6%)	23 (2.7%)	40 (4.7%)	846 (100.0%)
		第2回	569 (67.2%)	146 (17.2%)	55 (6.5%)	77 (9.1%)	847 (100.0%)

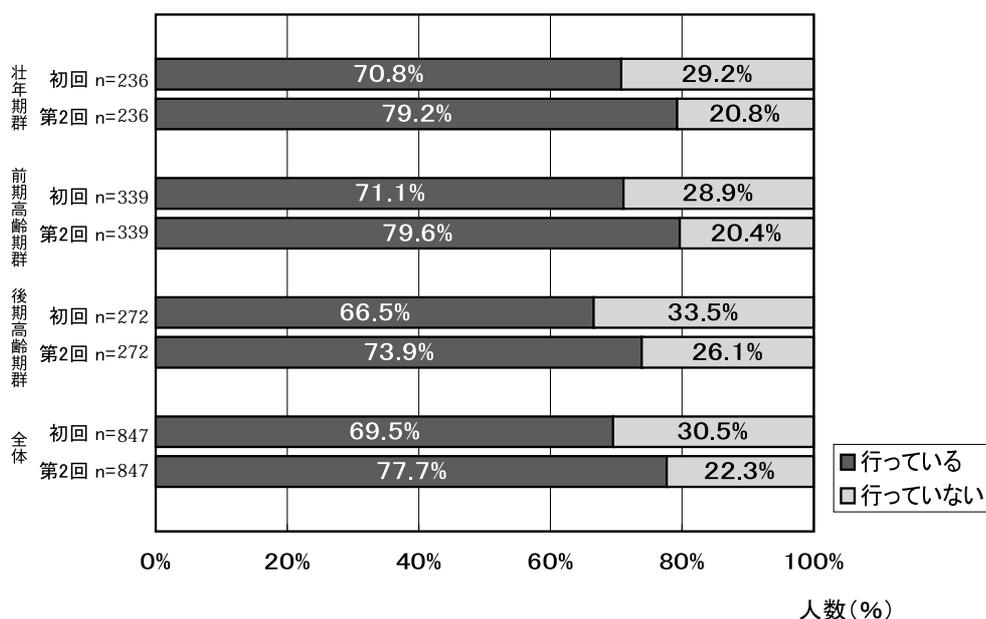
「散歩や買い物を含めて一週間にどのくらい外出しますか？」という質問では、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で569人；67.2%（前回；83.9%）であり、前回に比べて16.7ポイント減少していた。

年代別に比較すると、「ほぼ毎日外出している」と回答した人は、壮年期群で173人；73.3%（前回；94.1%） 前期高齢期群で231人；68.1%（前回；87.0%） 後期高齢期群で165人；60.7%（前回；71.3%）であり、前回と同様に年齢が高い群ほど外出頻度が少ない

という結果であった。また前回と比較すると、「ほぼ毎日」と回答した人は、壮年期群で20.8ポイント、前期高齢期群で18.9ポイント、後期高齢期群で10.6ポイント減少しており、年齢の低い群ほど毎日外出する人が減少しているという結果であった。また週2～3回以上外出している人を含めると、壮年期群で217人；91.9%（前回；97.5%）、前期高齢期群で298人；87.9%（前回；94.4%）、後期高齢期群で200人；73.5%（前回；86.0%）という結果であり、前回と比較すると、壮年期群で5.6ポイント、前期高齢期群で6.5ポイント、後期高齢期群で12.5ポイント減少していた。

趣味活動

[趣味的な活動を行っていますか？]



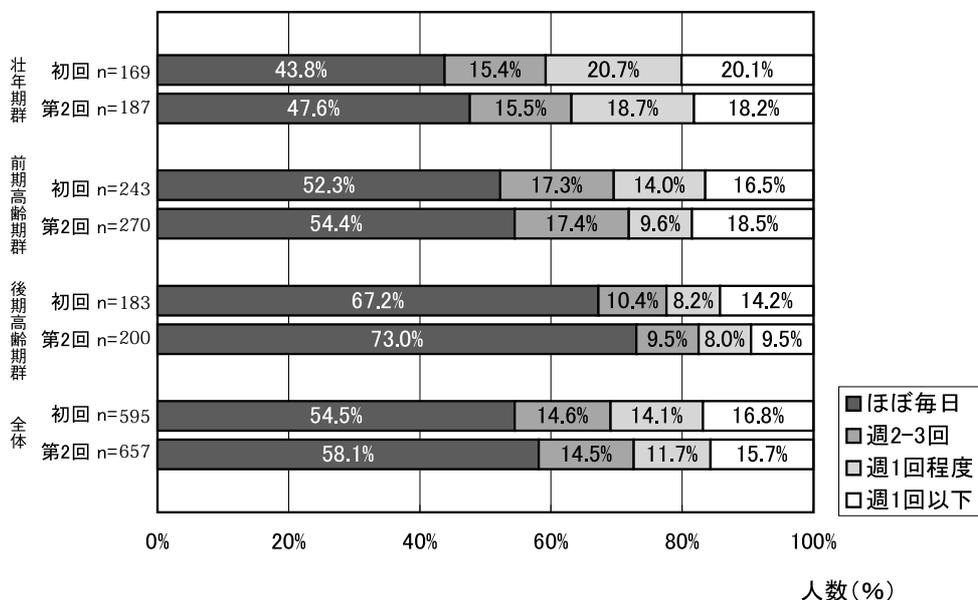
		行っている	行っていない	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	167 (70.8%)	69 (29.2%)	236 (100.0%)
		第2回	187 (79.2%)	49 (20.8%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	241 (71.1%)	98 (28.9%)	339 (100.0%)
		第2回	270 (79.6%)	69 (20.4%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	181 (66.5%)	91 (33.5%)	272 (100.0%)
		第2回	201 (73.9%)	71 (26.1%)	272 (100.0%)
全体		初回	589 (69.5%)	258 (30.5%)	847 (100.0%)
		第2回	658 (77.7%)	189 (22.3%)	847 (100.0%)

「趣味的な活動を行っていますか？」という質問で、「行っている」と回答した人は、全体で658人；77.7%（前回；69.5%）であり、前回と比較して8.2ポイント増加していた。

年代別に比較すると、「行っている」と回答した人は、壮年期群で187人；79.2%（前回；70.8%）、前期高齢期群で270人；79.6%（前回；71.1%）、後期高齢期群で201人；73.9%（前回；66.5%）であり、前年に比べて趣味的な活動を行っている人は増加してい

るという結果であった。また前回と比較すると、趣味的な活動を行っている人は壮年期群で8.4ポイント、前期高齢期群で8.5ポイント、後期高齢期群で7.4ポイント増加していた。

[趣味的な活動は全ての趣味を合わせてどのくらい行っていますか？]



		回数	ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	74 (43.8%)	26 (15.4%)	35 (20.7%)	34 (20.1%)	169 (100.0%)
		第2回	89 (47.6%)	29 (15.5%)	35 (18.7%)	34 (18.2%)	187 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	127 (52.3%)	42 (17.3%)	34 (14.0%)	40 (16.5%)	243 (100.0%)
		第2回	147 (54.4%)	47 (17.4%)	26 (9.6%)	50 (18.5%)	270 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	123 (67.2%)	19 (10.4%)	15 (8.2%)	26 (14.2%)	183 (100.0%)
		第2回	146 (73.0%)	19 (9.5%)	16 (8.0%)	19 (9.5%)	200 (100.0%)
全体		初回	324 (54.5%)	87 (14.6%)	84 (14.1%)	100 (16.8%)	595 (100.0%)
		第2回	382 (58.1%)	95 (14.5%)	77 (11.7%)	103 (15.7%)	657 (100.0%)

「趣味的な活動は全ての趣味を合わせてどのくらい行っていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は、全体で382人；58.1%（前回；54.5%）であり、前回と比較して3.6ポイント増加していた。

年代別に比較すると、「ほぼ毎日行っている」と回答した人は、壮年期群で89人；47.6%（前回；43.8%）前期高齢期群で147人；54.4%（前回；52.3%）後期高齢期群で146人；73.0%（前回；67.2%）であり、趣味活動を毎日行っている人は年齢の高い群ほど多いという結果は前回と同様であった。また前回と比較すると、趣味的な活動を毎日行っている人は、壮年期群で3.8ポイント、前期高齢期群で2.1ポイント、後期高齢期群で5.8ポイント増加しており、特に後期高齢期群の増加が他の2群よりも大きかった。

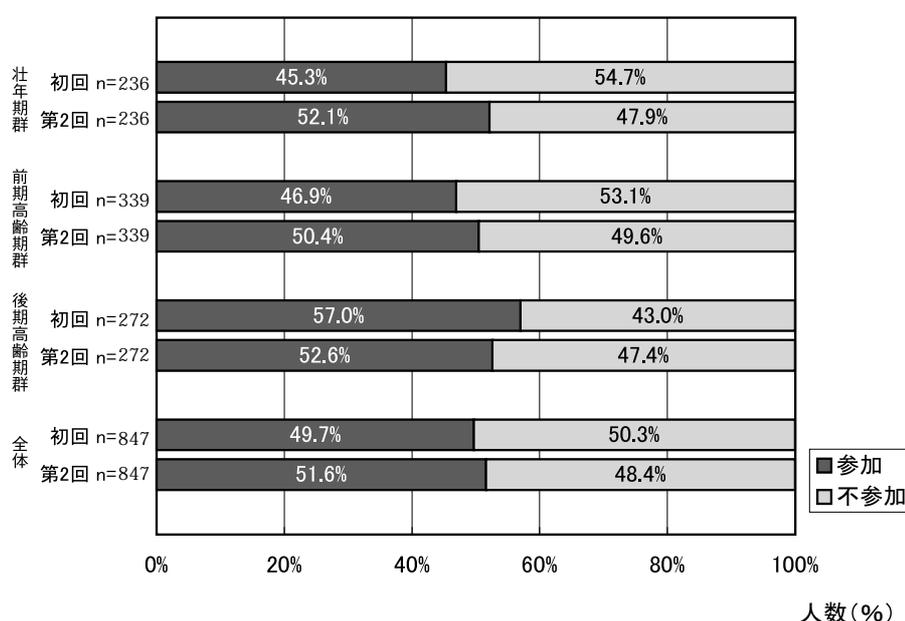
趣味的な活動を週2～3回行っている人を合わせると、壮年期群で118人；63.1%（前回；59.2%）前期高齢期群で194人；71.9%（前回；69.5%）後期高齢期群で165人；

82.5%（前回；77.6%）という結果であった。また前回と比較すると、壮年期群で3.9ポイント、前期高齢期群で2.4ポイント、後期高齢期群で4.9ポイント増加しており、特に後期高齢期群の増加が他の2群よりも大きかった。今回の結果から、壮年期群の6割以上、前期高齢期群の7割以上、後期高齢期群の8割以上は、週2～3回以上の趣味活動を行っていることが明らかとなった。

6. 社会活動

地域活動への参加

[地域での活動に何か参加なさっていますか？]



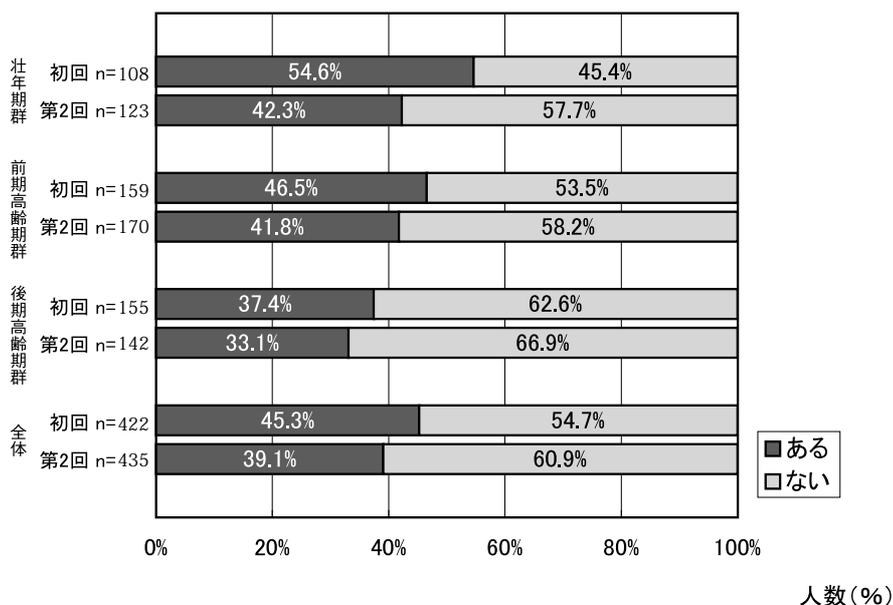
		参加	不参加	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	107 (45.3%)	129 (54.7%)	236 (100.0%)
		第2回	123 (52.1%)	113 (47.9%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	159 (46.9%)	180 (53.1%)	339 (100.0%)
		第2回	171 (50.4%)	168 (49.6%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	155 (57.0%)	117 (43.0%)	272 (100.0%)
		第2回	143 (52.6%)	129 (47.4%)	272 (100.0%)
全体	初回	421 (49.7%)	426 (50.3%)	847 (100.0%)	
	第2回	437 (51.6%)	410 (48.4%)	847 (100.0%)	

「地域での活動に何か参加なさっていますか？」という質問で、「参加している」と回答した人は、全体で437人；51.6%（前回；49.7%）であり、前回と比較して1.9ポイント増加しており、半数以上の人々が地域での活動に参加しているという結果であった。

年代別に比較すると、地域活動に参加していると回答した人は、壮年期群で123人；52.1%（前回；45.3%）、前期高齢期群で171人；50.4%（前回；46.9%）、後期高齢期群で

143人；52.6%（前回；57.0%）であり、全ての年代群で半数以上の人々が地域での活動に参加していることが明らかとなった。また前回と比較すると、地域での活動に参加している人は、壮年期群で6.8ポイント、前期高齢期群で3.5ポイント増加していたが、後期高齢期群では4.4ポイント減少していた。

[地域活動において何か役職についているものがありますか？]



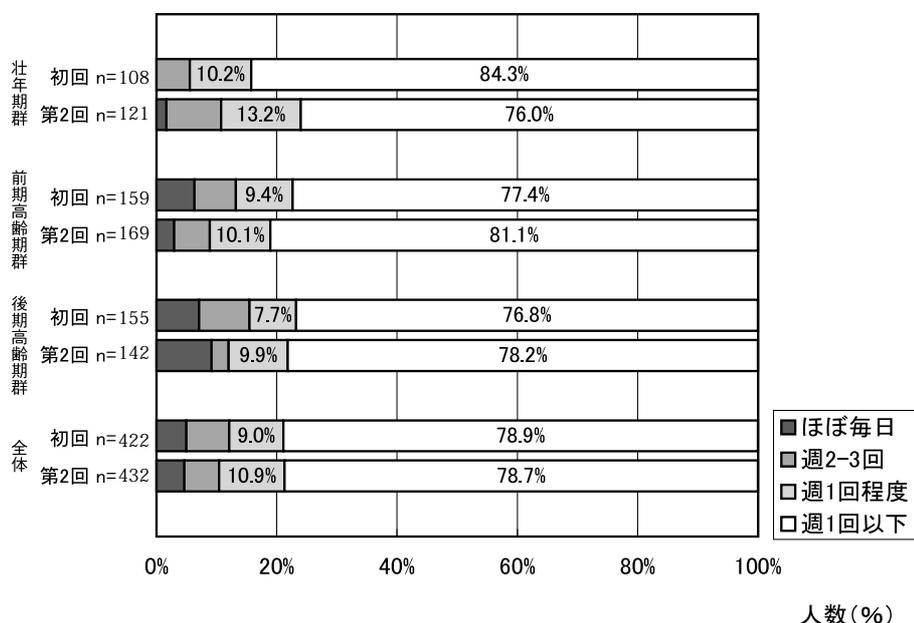
		ある	ない	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	59 (54.6%)	49 (45.4%)	108 (100.0%)
		第2回	52 (42.3%)	71 (57.7%)	123 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	74 (46.5%)	85 (53.5%)	159 (100.0%)
		第2回	71 (41.8%)	99 (58.2%)	170 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	58 (37.4%)	97 (62.6%)	155 (100.0%)
		第2回	47 (33.1%)	95 (66.9%)	142 (100.0%)
全体	初回	191 (45.3%)	231 (54.7%)	422 (100.0%)	
	第2回	170 (39.1%)	265 (60.9%)	435 (100.0%)	

「地域活動において何か役職についているものがありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は、全体で170人；39.1%（前回；45.3%）であり、前回と比較して6.2ポイント減少していた。

年代別に比較すると、地域活動において何か役職についている人は、壮年期群で52人；42.3%（前回；54.6%）前期高齢期群で71人；41.8%（前回；46.5%）後期高齢期群で47人；33.1%（前回；37.4%）であり、年齢の高い群ほど地域での役職についている人は少ないという結果は前回と同様であった。また前回と比較すると、地域活動において役職についている人は、壮年期群で12.3ポイント、前期高齢期群で4.7ポイント、後期高齢期群で4.3ポイント減少しており、特に壮年期群で役職についている人が減少していることが明

らかとなった。

[地域での活動すべてを含め、どのくらいの頻度で参加なさっていますか？]



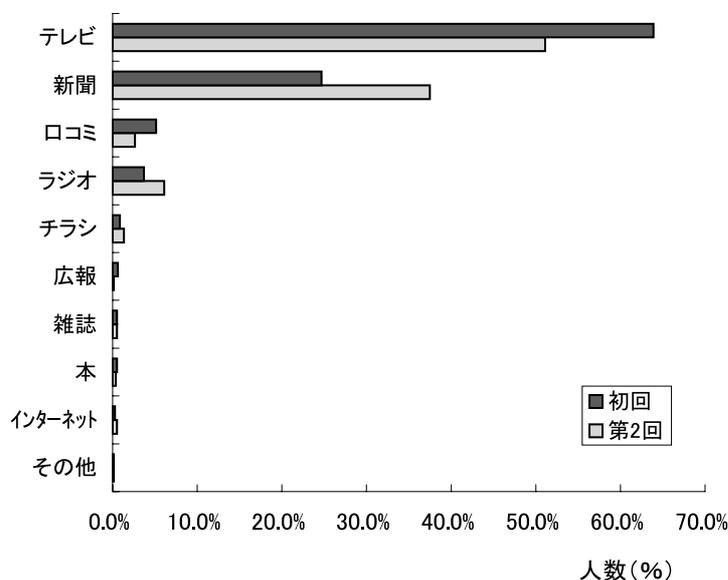
			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	0 (0.0%)	6 (5.6%)	11 (10.2%)	91 (84.3%)	108 (100.0%)
		第2回	2 (1.7%)	11 (9.1%)	16 (13.2%)	92 (76.0%)	121 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	10 (6.3%)	11 (6.9%)	15 (9.4%)	123 (77.4%)	159 (100.0%)
		第2回	5 (3.0%)	10 (5.9%)	17 (10.1%)	137 (81.1%)	169 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	11 (7.1%)	13 (8.4%)	12 (7.7%)	119 (76.8%)	155 (100.0%)
		第2回	13 (9.2%)	4 (2.8%)	14 (9.9%)	111 (78.2%)	142 (100.0%)
全体	初回	21 (5.0%)	30 (7.1%)	38 (9.0%)	333 (78.9%)	422 (100.0%)	
	第2回	20 (4.6%)	25 (5.8%)	47 (10.9%)	340 (78.7%)	432 (100.0%)	

「地域での活動すべてを含め、どのくらいの頻度で参加なさっていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は、全体で20人；4.6%（前回；5.0%）であり、前回とほとんど差はなかった。また週1回以上参加している人を含めると、全体で92人；21.3%（前回；21.1%）という結果であり、前回と同様に5人に1人は地域活動に週1回以上参加していることが明らかとなった。

年代別に比較すると、地域活動にほぼ毎日参加している人は、壮年期群で2人；1.7%（前回；0%）、前期高齢期群で5人；3.0%（前回；6.3%）、後期高齢期群で13人；9.2%（前回；7.1%）という結果であった。また週1回以上参加している人を含めると、壮年期群で29人；24.0%（前回；15.8%）、前期高齢期群で32人；19.0%（前回；22.6%）、後期高齢期群で31人；21.8%（前回；23.2%）という結果であり、前回と比較すると地域活動への参加頻度は、壮年期群で8.2ポイント増加していたが、前期高齢期群で3.6ポイント、後期高齢期群で1.4ポイント減少していた。

社会の情報源

[身の回りの世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何ですか？]



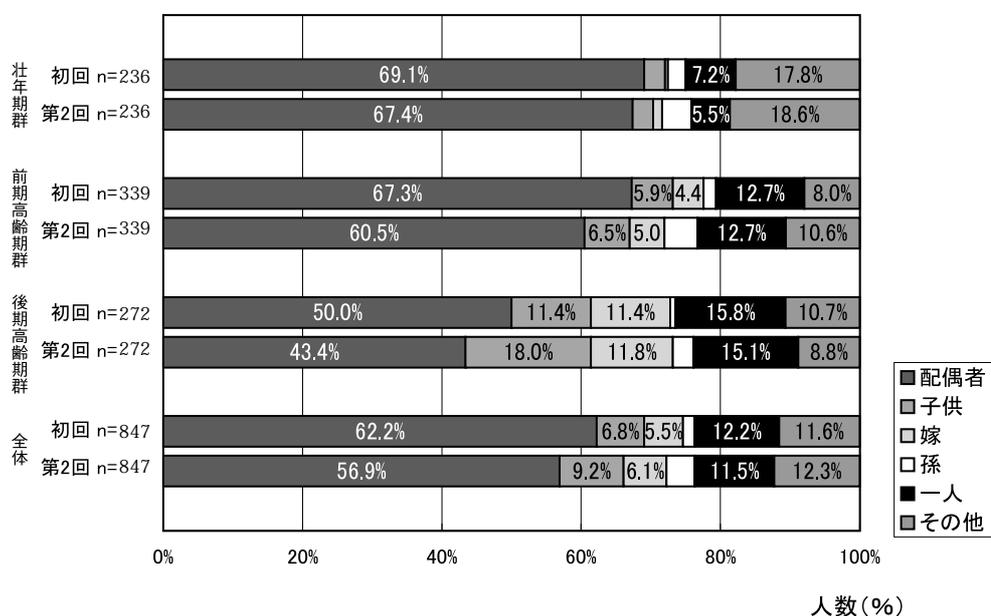
	初回調査	第2回調査
テレビ	539 (63.9%)	431 (51.1%)
新聞	208 (24.6%)	316 (37.4%)
口コミ	43 (5.1%)	22 (2.6%)
ラジオ	31 (3.7%)	51 (6.0%)
チラシ	7 (0.8%)	11 (1.3%)
広報	5 (0.6%)	1 (0.1%)
雑誌	4 (0.5%)	4 (0.5%)
本	4 (0.5%)	3 (0.4%)
インターネット	2 (0.2%)	4 (0.5%)
その他	1 (0.1%)	1 (0.1%)
合計	844 (100.0%)	844 (100.0%)

「身の回りの世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何ですか？」という質問では、「テレビ」と回答した人が431人；51.1%（前回；63.9%）と最も多く、半数を超えていた。次いで多かったのが「新聞」の316人；37.4%（前回；24.6%）であり、「ラジオ」51人；6.0%（前回；3.7%）、「口コミ」22人；2.6%（前回；5.1%）の順であった。社会の情報源としてテレビと新聞が上位2位を占めているのは前回と同様であるが、前回と比較すると、テレビを情報源にしている人が12.8ポイント減少しているのに対し、新聞を情報源にしている人は逆に12.8ポイント増加しているという結果であった。

7. 対人交流

家で一緒に過ごす相手

[家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？]



		配偶者	子供	嫁	孫	一人	その他	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	163 (69.1%)	7 (3.0%)	1 (0.4%)	6 (2.5%)	17 (7.2%)	42 (17.8%)	236 (100.0%)
		第2回	159 (67.4%)	7 (3.0%)	3 (1.3%)	10 (4.2%)	13 (5.5%)	44 (18.6%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	228 (67.3%)	20 (5.9%)	15 (4.4%)	6 (1.8%)	43 (12.7%)	27 (8.0%)	339 (100.0%)
		第2回	205 (60.5%)	22 (6.5%)	17 (5.0%)	16 (4.7%)	43 (12.7%)	36 (10.6%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	136 (50.0%)	31 (11.4%)	31 (11.4%)	2 (0.7%)	43 (15.8%)	29 (10.7%)	272 (100.0%)
		第2回	118 (43.4%)	49 (18.0%)	32 (11.8%)	8 (2.9%)	41 (15.1%)	24 (8.8%)	272 (100.0%)
全体	初回	527 (62.2%)	58 (6.8%)	47 (5.5%)	14 (1.7%)	103 (12.2%)	98 (11.6%)	847 (100.0%)	
	第2回	482 (56.9%)	78 (9.2%)	52 (6.1%)	34 (4.0%)	97 (11.5%)	104 (12.3%)	847 (100.0%)	

「家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？」という質問では、配偶者と回答した人が全体で482人；56.9%（前回；62.2%）と最も多く、前回と同じ結果であったが、配偶者と過ごすとは前回よりも5.3ポイント減少していた。

年代別に比較すると、壮年期群で159人；67.4%（前回；69.1%）、前期高齢期群で205人；60.5%（前回；67.3%）、後期高齢期群で118人；43.4%（前回；50.0%）であり、年代の高い群ほど一緒に過ごす相手を「配偶者」と回答する人が少ないという結果は前回と同様であった。前回と比較すると、家に一緒にいるときに配偶者と一緒に過ごすとは回答している人は、壮年期群で1.7ポイント、前期高齢期群で6.8ポイント、後期高齢期群で6.6ポイント減少していた。

また「子供」と回答した人は、全体で78人；9.2%（前回；6.8%）であり、前回と比べると2.4ポイント増加していた。

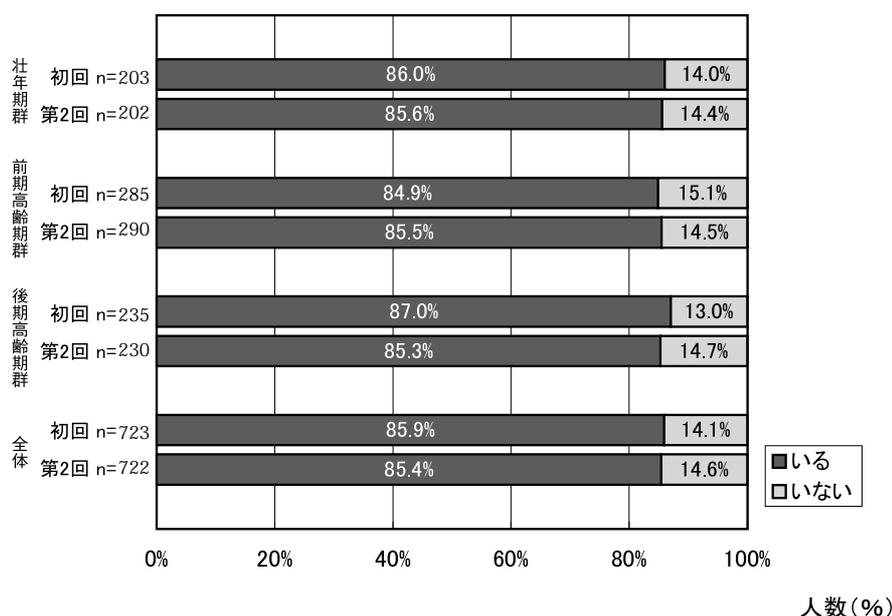
年代別に比較すると、壮年期群で7人；3.0%（前回；3.0%）、前期高齢期群で22人；6.5%（前回；5.9%）、後期高齢期群で49人；18.0%（前回；11.4%）であり、後期高齢期

群で6.6ポイント増加していた。また「子供と一緒に過ごしている」と回答した人の中で後期高齢期群の占める割合は、62.8%と最も多かった。

さらに「一人」と回答した人は、97人；11.5%（前回；12.2%）という結果であり、年代別にみると、壮年期群で13人；5.5%（前回；7.2%）、前期高齢期群で43人；12.7%（前回；12.7%）、後期高齢期群で41人；15.1%（前回；15.8%）であり、前回よりもわずかに減少していたが、年齢の高い群ほど一人で過ごす人が多いという結果は前回と同様であった。

同居していない子供との連絡

[一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？]



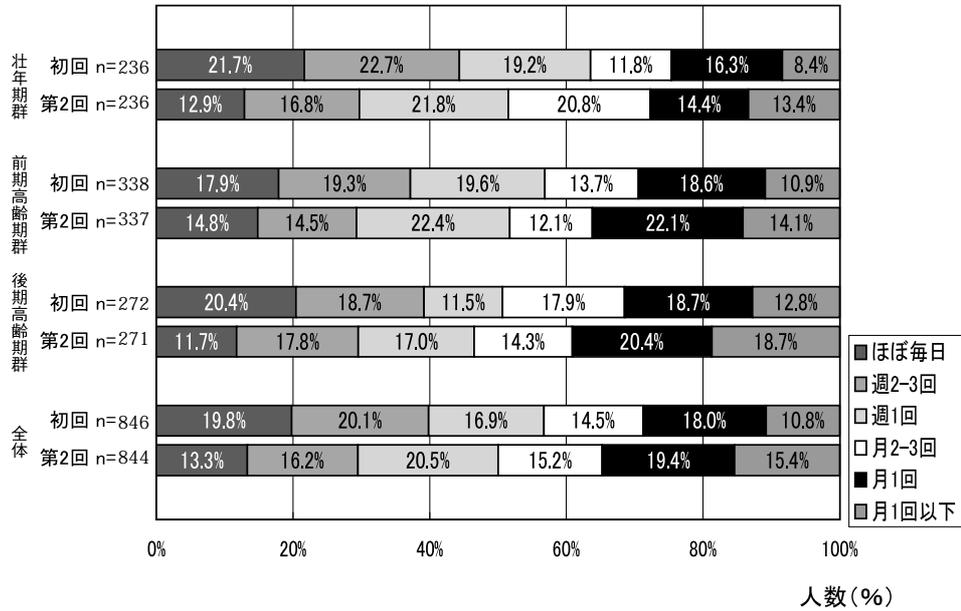
			いる	いない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	203 (86.0%)	33 (14.0%)	236 (100.0%)
		第2回	202 (85.6%)	34 (14.4%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	287 (84.9%)	51 (15.1%)	338 (100.0%)
		第2回	288 (85.5%)	49 (14.5%)	337 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	235 (87.0%)	35 (13.0%)	270 (100.0%)
		第2回	232 (85.3%)	40 (14.7%)	272 (100.0%)
全体		初回	725 (85.9%)	119 (14.1%)	844 (100.0%)
		第2回	722 (85.4%)	123 (14.6%)	845 (100.0%)

「一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？」という質問で、「いる」と回答した人は、全体で722人；85.4%（前回；85.9%）であり、前回とほとんど差は見られなかった。

年代別に比較すると、一緒に住んでいない子供がいる人は、壮年期群で202人；85.6%（前回；86.0%）、前期高齢期群で288人；85.5%（前回；84.9%）、後期高齢期群で232人；

85.3%（前回；87.0%）であり、ほとんど差は見られなかった。

[同居していないお子さん全員を合計していただきたい何回くらい会ったり、電話で話したりしていますか？]



年齢コホート	調査回数	ほぼ毎日	週2-3回	週1回	月2-3回	月1回	月1回以下	全体
壮年期群	初回	44 (21.7%)	46 (22.7%)	39 (19.2%)	24 (11.8%)	33 (16.3%)	17 (8.4%)	203 (100.0%)
	第2回	26 (12.9%)	34 (16.8%)	44 (21.8%)	42 (20.8%)	29 (14.4%)	27 (13.4%)	202 (100.0%)
前期高齢期群	初回	51 (17.9%)	55 (19.3%)	56 (19.8%)	39 (13.7%)	53 (18.6%)	31 (10.9%)	285 (100.0%)
	第2回	43 (14.8%)	42 (14.5%)	65 (22.4%)	35 (12.1%)	64 (22.1%)	41 (14.1%)	290 (100.0%)
後期高齢期群	初回	48 (20.4%)	44 (18.7%)	27 (11.5%)	42 (17.9%)	44 (18.7%)	30 (12.8%)	235 (100.0%)
	第2回	27 (11.7%)	41 (17.8%)	39 (17.0%)	33 (14.3%)	47 (20.4%)	43 (18.7%)	230 (100.0%)
全体	初回	143 (19.8%)	145 (20.1%)	122 (16.9%)	105 (14.5%)	130 (18.0%)	78 (10.8%)	723 (100.0%)
	第2回	96 (13.3%)	117 (16.2%)	148 (20.5%)	110 (15.2%)	140 (19.4%)	111 (15.4%)	722 (100.0%)

「同居していないお子さん全員を合計して大体何回くらい会ったり、電話で話したりしていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で96人；13.3%（前回；19.8%）であり、前回と比べると6.5ポイント減少していた。また週1回以上会ったり連絡している人を合わせると、361人；50.0%（前回；56.7%）の人が同居していない子供と週1回以上会ったり連絡を取ったりしているが、前回と比べると6.7ポイント減少していた。

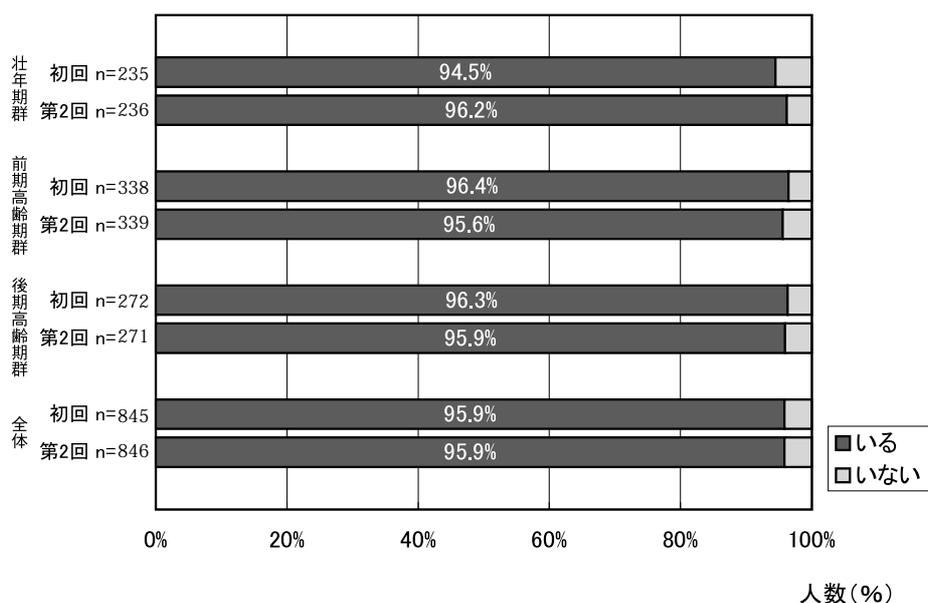
年代別に比較すると、子供と毎日会ったり連絡を取ったりしている人は、壮年期群で26人；12.9%（前回；21.7%）、前期高齢期群で43人；14.8%（前回；17.9%）、後期高齢期群で27人；11.7%（前回；20.4%）という結果であった。前回と比較すると、同居していない子供と毎日会ったり連絡している人の割合は減っており、壮年期群で8.8ポイント、前期高齢期群で3.1ポイント、後期高齢期群で8.7ポイント減少していた。

また週1回以上会ったり連絡している人を合わせると、壮年期群で104人；51.5%（前

回；63.5%）前期高齢期群で150人；51.7%（前回；56.8%）後期高齢期群で107人；46.5%（前回；50.6%）という結果であった。前回と比較すると週1回以上会ったり連絡したりしている人はすべての群で減少しており、壮年期群で12.0ポイント、前期高齢期群で5.1ポイント、後期高齢期群で4.1ポイント減少が認められ、特に壮年期群の減少傾向が目立っていた。

親戚付き合い

[ふだんつきあいのある親戚はいますか？]



		いる	いない	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	222 (94.5%)	13 (5.5%)	235 (100.0%)
		第2回	227 (96.2%)	9 (3.8%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	326 (96.4%)	12 (3.6%)	338 (100.0%)
		第2回	324 (95.6%)	15 (4.4%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	262 (96.3%)	10 (3.7%)	272 (100.0%)
		第2回	260 (95.9%)	11 (4.1%)	271 (100.0%)
全体	初回	810 (95.9%)	35 (4.1%)	845 (100.0%)	
	第2回	811 (95.9%)	35 (4.1%)	846 (100.0%)	

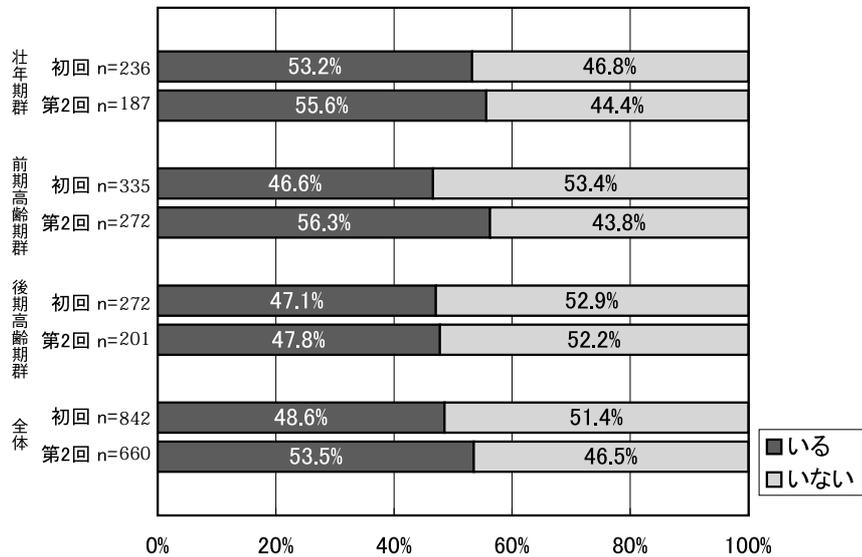
「ふだんつきあいのある親戚はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人は全体で811人；95.9%（前回；95.9%）であり、前回と差は見られなかった。

年代別に比較すると、ふだんつきあいのある親戚がいると回答した人は、壮年期群で227人；96.2%（前回；94.5%）前期高齢期群で324人；95.6%（前回；96.4%）後期高齢期群で260人；95.9%（前回；96.3%）であり、95%以上の人たちは、ふだんつきあいのある親戚がいるという結果であった。また前回と比較すると、壮年期群で1.7ポイント増加しており、前期高齢期群で0.8ポイント、後期高齢期群で0.4%減少していたが、前回との

差はほとんどなかった。

余暇活動を一緒に行う相手

[趣味や余暇活動を一緒にやる人はいますか？]



人数 (%)

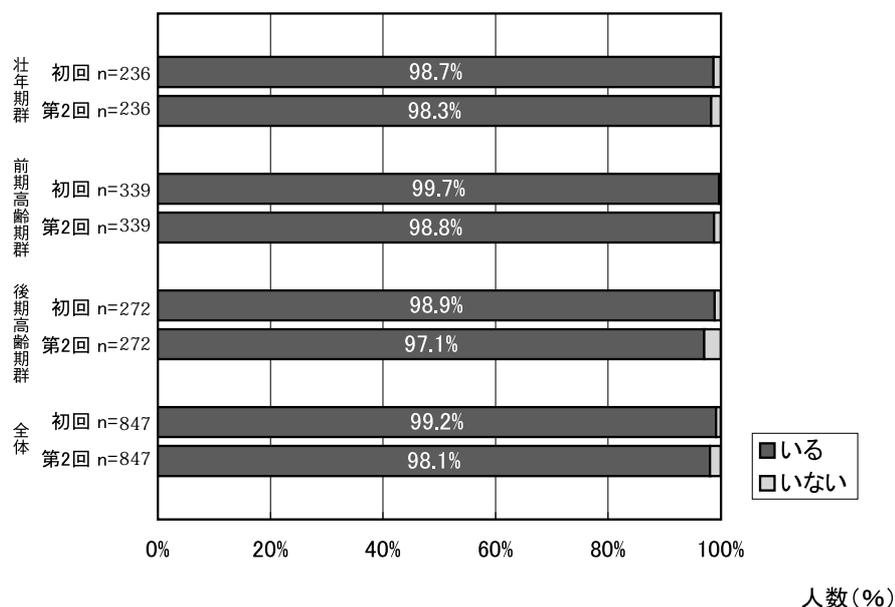
			いる	いない	全体
年齢 コ ホ ー ト	壮年期群	初回	125 (53.2%)	110 (46.8%)	235 (100.0%)
		第2回	104 (55.6%)	83 (44.4%)	187 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	156 (46.6%)	179 (53.4%)	335 (100.0%)
		第2回	153 (56.3%)	119 (43.8%)	272 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	128 (47.1%)	144 (52.9%)	272 (100.0%)
		第2回	96 (47.8%)	105 (52.2%)	201 (100.0%)
全体		初回	409 (48.6%)	433 (51.4%)	842 (100.0%)
		第2回	353 (53.5%)	307 (46.5%)	660 (100.0%)

「趣味や余暇活動を一緒にやる人はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人が全体で353人；53.5%（前回；48.6%）であり、前回と比べて4.9ポイント増加していた。

年代別に比較すると、趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいる人は、壮年期群で104人；55.6%（前回；53.2%）、前期高齢期群で153人；56.3%（前回；46.6%）、後期高齢期群で96人；47.8%（前回；47.1%）であり、半数前後の人たちは趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいるという結果は、前回と同様であった。前回と比較すると、趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいる人は、壮年期群で2.4ポイント、前期高齢期群で9.7ポイント、後期高齢期群で0.7ポイント増加しており、特に前期高齢期群での増加傾向が目立っていた。

家族以外の緊急時の応援

[同居の家族以外で緊急な用があったときにかけてくれる人はいますか？]

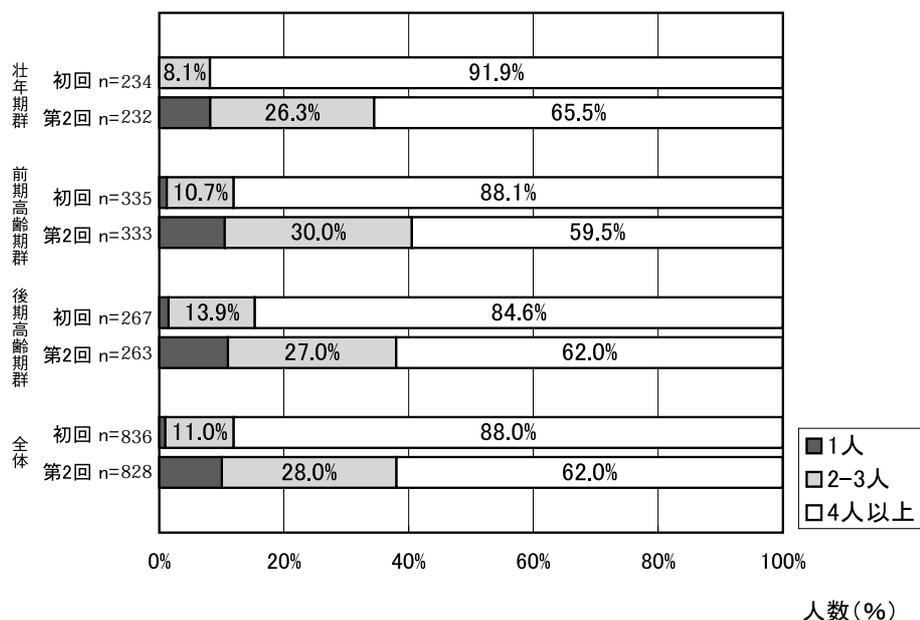


			いる	いない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	233 (98.7%)	3 (1.3%)	236 (100.0%)
		第2回	232 (98.3%)	4 (1.7%)	236 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	338 (99.7%)	1 (0.3%)	339 (100.0%)
		第2回	335 (98.8%)	4 (1.2%)	339 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	269 (98.9%)	3 (1.1%)	272 (100.0%)
		第2回	264 (97.1%)	8 (2.9%)	272 (100.0%)
全体	初回	840 (99.2%)	7 (0.8%)	847 (100.0%)	
	第2回	831 (98.1%)	16 (1.9%)	847 (100.0%)	

「同居の家族以外で緊急な用があったときにかけてくれる人はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人は全体で831人；98.1%（前回；99.2%）であり、ほとんどの人には緊急時にかけてくれる人がいるという結果は前回と同様であった。

年代別に比較すると、緊急時にかけてくれる人がいると回答した人は、壮年期群で232人；98.3%（前回；98.7%）、前期高齢期群で335人；98.8%（前回；99.7%）、後期高齢期群で264人；97.1%（前回；98.9%）であり、いずれの群でもほとんどの人が緊急時にかけてくれる人がいると回答していた。前回と比較しても、壮年期群で0.4ポイント、前期高齢期群で0.9ポイント、後期高齢期群で1.8ポイント減少していたが、前回との差はほとんどなかった。

[緊急時にかけてくれる人は何人いますか？]



		1人	2-3人	4人以上	全体	
年齢コホート	壮年期群	初回	0 (0.0%)	19 (8.1%)	215 (91.9%)	234 (100.0%)
		第2回	19 (8.2%)	61 (26.3%)	152 (65.5%)	232 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	4 (1.2%)	36 (10.7%)	295 (88.1%)	335 (100.0%)
		第2回	35 (10.5%)	100 (30.0%)	198 (59.5%)	333 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	4 (1.5%)	37 (13.9%)	226 (84.6%)	267 (100.0%)
		第2回	29 (11.0%)	71 (27.0%)	163 (62.0%)	263 (100.0%)
全体		初回	8 (1.0%)	92 (11.0%)	736 (88.0%)	836 (100.0%)
		第2回	83 (10.0%)	232 (28.0%)	513 (62.0%)	828 (100.0%)

「緊急時にかけてくれる人は何人いますか？」という質問では、前回と同様に「4人以上」と回答した人が全体で513人；62.0%（前回；88.0%）と最も多かったが、「4人以上」と回答した人は前回に比べて26.0ポイント減少していた。

年代別に比較すると、緊急時にかけてくれる人が4人以上いると回答した人は、壮年期群で152人；65.5%（前回；91.9%）前期高齢期群で198人；59.5%（前回；88.1%）後期高齢期群で163人；62.0%（前回；84.6%）という結果であり、すべての年齢群においてほぼ6割以上の人たちは緊急時に4人以上かけてくれる人がいるという結果であった。しかし、前回と比較すると4人以上かけてくれる人がいると回答した人は、壮年期群で26.4ポイント、前期高齢期群で28.6ポイント、後期高齢期群で22.6ポイント減少していた。

次にかけてくれる人が「2～3人」という回答を合わせると、全体で745人；90.0%（前回；99.0%）という結果であり、前回と比較して9.0ポイント減少していた。

年代別に比較すると、かけてくれる人が2～3人以上と回答した人は壮年期群で213人；91.8%（前回；100%）前期高齢期群で298人；89.5%（前回；98.8%）後期高齢期群で234人；89.0%（前回；98.5%）という結果であり、前期高齢期群と後期高齢期群でも

約9割の人たちが緊急時に2～3人以上かけつけてくれる人がいるという結果であった。しかし前回と比較すると、前期高齢期群で9.3ポイント、後期高齢期群で9.5ポイント減少しており、逆に「1人」と回答した人が全体で9.0ポイント、壮年期群で8.2ポイント、前期高齢期群で9.3ポイント、後期高齢期群で9.5ポイント増加していた。

[考 察]

今回の調査対象地区である気仙沼大島は、2002年の基礎調査時には島民人口が3,936人であり、65歳以上の高齢者人口が1,178人、高齢化率29.9%という地域であった。前回の調査は、55歳以上の島民1,550人を対象とした悉皆調査であり、調査協力者は73%にあたる1,134人であった。その後島民人口は減少しており、追跡調査の2004年3月末現在では、島民人口が3,788人、65歳以上の高齢者人口は1,235人となり、高齢化率も29.9%から32.6%と2.7ポイント増加していた。

今回の追跡調査では、調査協力者が847人であり、前回調査時の74.7%にあたる人であった。調査から除外された人には死亡した人が41人含まれており、2年の間に55歳以上の人の3.6%の方が亡くなったことになる。

今回の調査協力者は、壮年期群が236人（前回；325人）、前期高齢期群が339人（前回；418人）、後期高齢期群が272人（前回；391人）であった。調査から除外された人の割合は、壮年期群で27.4%、前期高齢期群で18.9%、後期高齢期群で30.4%であり、後期高齢期群と壮年期群で脱落が目立っていた。後期高齢期群の脱落の原因では、死亡や入院・入所による影響と考えられるが、壮年期群では調査辞退者が多かったことになる。今回は、初回調査時の壮年期群（55歳～64歳）、前期高齢期群（65歳～74歳）、後期高齢期群（75歳以上）の3群のコホートの2年後の追跡調査の結果である。

まず対象者の一般健康状態であるが、自立度に関しては、GBSスケールの「着脱衣」「摂食行動」「身体活動」「自発活動」「衛生管理」「用便管理」の項目を用いて検討した。これらの項目で測定されたADLでは、ほとんどの項目で低下傾向が認められたが、その低下の幅は0.3ポイントから4.8ポイントというわずかなものであり、全体としては9割以上の方が2年後の現在でも完全に自立しているという結果であった。

疾患に関する調査では、半数以上の方が病気を有しており、年齢が高い群ほど病気を有している人が多く、複数の病気を有している人も多いという結果は前回と同様であるが、病気を有している人は前回より5.6ポイント増加しており、複数の病気を有している人も5.8ポイント増加している。この傾向は、特に前期高齢期群で目立っており、病気を有する人は7.4ポイント、複数の病気を有する人も9.2ポイント増加し、過去に2回以上入院したことがある人も前期高齢期群でもっとも多いという結果であった。病気を有する人や複数の病気を有する人が前期高齢期群で増加する理由は、2年間の追跡調査結果のみから結論を出すことはできないが、今回の前期高齢期群の年齢が66歳から75歳という年齢であることを考えると、この時期にさまざまな病気に罹患しやすい可能性が考えられるのかもしれない。また主観的健康感に関しては、全体の約6割が前回と変わらないと回答しているが、前回同様年齢の高い群ほど主観的健康感は低くなる傾向があり、しかも「前の方が健康」と回答した人が「今の

方が健康」と回答した人を上回っている割合は、壮年期群で25.4ポイント、前期高齢期群で30.4ポイント、後期高齢期群で36.0ポイントとなっている。このことから、主観的な健康感の低下は、前期高齢期群に顕著なわけではなく、年齢が高い群ほど低下しているという結果であり、実際の病気の増加とは必ずしも一致していないことが考えられる。実際の有病率の増加と主観的健康感との関係については、今後長期の追跡調査と個人ごとの特性等を考慮し、詳細に分析していく必要があるだろう。

睡眠に関しては、「前の方がよく眠れた」と回答した人が「今の方がよく眠れる」と回答した人を6ポイント上回っているが、全体的傾向としては睡眠良好群が全体の約8割を占めており、年代別に見ても約8割の人たちは「眠れる方」と回答している。この結果は前回調査時とほとんど同様であり、睡眠状況に関しては2年間の加齢の影響はほとんど見られないと考えられる。

食欲に関しても、約9割の人たちは「食欲はある方」と回答しており、前回とほとんど差が見られないことから、食欲に関しても2年間の加齢の影響はほとんど見られないと考えられる。

老性自覚に関しては、全体で3.6ポイントとわずかに増加していた。またその傾向は若い年代の人ほどわずかに増えているという結果であったが、老性自覚は2年間の増加の値であり、増加することはあっても減少することはない。このことを考えると、わずかに増加している程度なのかもしれない、後期高齢期群であっても6.3%の人は老いを自覚していないということが驚異的なことかもしれない。

生活習慣についてみると、食生活に関しては、「魚中心」の食生活を送っている人が全体で約6割と最も多く、次いで「野菜中心」、「肉中心」の順になっていた。また年齢が高い群ほど野菜中心の食生活が多くなっているという傾向は前回の調査結果と同様であるが、魚中心の食生活は全体的にわずかに減少しており、逆に全ての年齢群で「野菜中心」と回答した人はわずかに増えていた。また肉中心と回答した人も全ての群でわずかに増加している。今回の調査は、2年前の基礎調査時と同じ人を比較したものであり、食生活の中心がわずかではあるが、魚中心から野菜中心に移行している可能性が認められている。また食べ物の好き嫌いに関しては、「好き嫌いのほとんどない群は全体の8割を超えていたが、前回と比べると7.2ポイント減少しており、この傾向は全ての群に共通していた。逆に「好き嫌いがとても多い」人は全ての群で3ポイント増加しており、食べ物の好き嫌いがある人は2年間でわずかに増加していることがうかがえる。一般に食事は好き嫌いなくバランスよく食べることが健康の秘訣であるといわれている。また野菜と果物の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告や、魚の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告が近年いくつかみられるようになってきており、本研究でもこれらの点について縦断的に調査していくことが重要な課題の一つである。

入浴習慣に関しては、前回同様9割以上が毎日入浴という結果であったが、全体でわずかに減少していた。また毎日入浴している人は年齢が高い群ほど少なくなる傾向は前回と同様であり、大きな変化は認められなかった。入浴温度に関しても、「ぬるめが好き」という回答が最も多く、前回と大きな違いは認められなかった。入浴温度に関しては、実測値ではなく主観的な回答であるため明確にはいえないが、一般に「ぬるめの温度」の入浴は健康的な入浴温度といわれており、今後この入浴温度が健康にどのような影響を及ぼしているのかも

検討することが必要である。入浴時間に関しては10分以下が最も多く、これを含めて20分以下の入浴時間と回答した人は全体の4分の3であり、全体的には毎日ぬるめのお風呂に比較的短時間入るという習慣は変わっていないことが明らかとなった。

昼寝の習慣は6割以上の人に見られ、前回よりも7.1ポイント増加していた。この傾向は全ての群に共通した特徴であり、特に後期高齢期群で9.5ポイント増加していたのが目立っている。昨年行った仙台市国見地区の調査で、昼寝の習慣のある人が2割程度であり、昼寝の習慣のある人は5.2人に1人の割合だったのに比べると、大島では1.6人に1人ということになり、かなり多い数といえるだろう。このうちほぼ毎日昼寝をしていると回答した人は77.9%であり、昼寝をする習慣のある人の1.3人に1人は毎日昼寝をしていることが明らかとなった。昨年の国見調査では、ほぼ毎日昼寝をしている人は昼寝をする習慣のある人の61.5%、1.6人に1人となり、昼寝をする習慣のある人のなかで毎日昼寝をする人も大島の方が多ということになる。特にこの傾向は壮年期群で顕著であり、昼寝をする習慣のある人の中で毎日昼寝をする人は、国見地区で2.6人に1人、大島地区で1.6人に1人ということになる。昨年我々が行った大島地区における縦断的介入活動では、健康講座などを通して適度な運動と昼寝を含む適度な休息の重要性を提案してきた。今回の結果はその効果の現れとも考えられる。今後は壮年期群の人たちが高齢期に入る段階になるときに、実際にどのような差が出てくるのかを明らかにすることは、本研究の大きな課題のひとつである。また昼寝の習慣は、アルツハイマー病の予防因子である可能性が報告されており、特に短時間の昼寝が有効とされている。またそれは発病の10年前からの昼寝の習慣によるところが大きいと言われている。しかし今回の追跡調査の結果では、年齢の高い群ほど1時間以上の昼寝をする人が増えている傾向にある。今後は短時間の昼寝の習慣のある人と、1時間以上の昼寝をする習慣のある人を縦断的に追跡調査し、その特徴を明らかにしていくことも課題である。

健康のための運動習慣では、「健康のために毎日運動している」と回答した人が前回より5.9ポイント増加しており、半数を超える人が毎日運動していることが明らかとなった。しかも、毎日運動している人はすべての年齢群で増加していた。また前回の結果でも健康のために運動する人は年齢の高い群ほど多いということが明らかとなっており、今回の結果も同様であった。しかし今回の調査結果では、特に壮年期群で毎日運動している人が9.8ポイントと目立って増加しており、逆に「全く運動していない」と回答した人は10.2ポイント減少していた。昨年我々が大島地区で行った健康講座では、特に器具等を必要とせず、日常生活の中でできる「いきいき4とき運動」というものを提案し、4ヶ月後の追跡調査で一定の効果を得ている。今回の結果は、その介入効果を示すものと考えられ、今後も継続した介入を行うことによって大島地区住民の健康のための運動を維持してもらうことが重要と考えられる。

次に日常活動状況についてみると、収入を伴う仕事に関しては年齢の高い群ほど収入を伴う仕事をしている人は少なく、壮年期群で1.8人に1人、前期高齢期群で3.5人に1人、後期高齢期群で13.5人に1人の割合で収入を伴う仕事をしていることが明らかとなった。またすべての年齢群において収入を伴う仕事をしている人は減少している傾向にあったが、年齢が若い群ほど減少傾向があり、これはおそらく退職の影響や世代交代の影響などが考えられる。

家庭の仕事に関しては、8割以上の人々が「している」と回答したが、家庭の仕事をしている人はすべての年齢群で減少していた。家庭の仕事をしている人は、特に後期高齢期群で

8.5ポイント減少しており、4人に1人は家庭での仕事をしていないことが明らかとなった。

一週間の外出頻度では、毎日外出する人がすべての年齢群で減っており、全体で16.7ポイント減少していた。この減少傾向は、年齢の若い群ほど顕著であり、壮年期群においては、20.8ポイントの減少がみられた。また外出頻度を「週2～3回」と回答した人は逆に増えており、全体を通して、前回まで毎日外出していた人が、週2～3回程度の外出に変わってきていることがうかがわれる。「毎日外出」と「週2～3回外出」合わせると、後期高齢期群の人であっても4人のうち3人は週2～3回以上外出してはいるが、週2～3回以上外出する人は、前回と比べて年齢の高い群ほど減少していることが明らかとなった。外出頻度は運動と密接に関連するものと思われるが、健康のために意識して運動している人は増えているにもかかわらず、外出という日常生活の運動自体が減っている可能性がある。健康のために意識的に運動することは大切であるが、日常生活の中の運動を継続していくこともさらに重要である。これらの点に留意し、来年度の介入研究に生かしていくことも一つの課題である。

一方趣味活動を行っている人は前回よりも8.2ポイント増えて77.7%となっている。昨年の国見地区との比較調査では、趣味活動を行っている人は国見地区より7.0ポイント低い値であったが、今回はその値を上回ったことになり、すべての年齢群で趣味活動を行う人は増えているという結果であった。また趣味活動を行っている人の中で、「週2～3回以上」行っている人を見ると、壮年期群の6割以上、前期高齢期群の7割以上、後期高齢期群の8割以上の人が週2～3回以上趣味活動を行っているという結果であり、年代の高い群ほど多いことが明らかになった。さらに趣味活動を一緒に行う相手がいると回答した人もすべての群で増加しており、特に前期高齢期群で増加傾向が目立っていた。

社会活動では、地域活動に参加している人が51.6%と半数を超えており、前回はわずかに上回っていた。前回より減少したのは、後期高齢期群のみであったが、すべての群において2人に1人は地域活動に参加していることになる。また地域活動に参加している人の中で、週1回以上の頻度で参加している人は21.3%、5人に1人ということになり、年代別に見ると前期高齢期群と後期高齢期群ではわずかに減っているが、壮年期群では8.2ポイント増加して24%となっており、地域活動に参加している壮年期群の4人に1人は週1回以上参加していることが明らかとなった。これは、おそらく地域における役割の世代交代の影響とも考えられる。

「身の回りや世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何か」という質問では、前回同様テレビが51.1%と半数を超えており、次いで新聞の順であった。しかしテレビは前回に比べて12.8ポイント減少しており、逆に新聞が12.8ポイント増加している。大島にはKネットというケーブルテレビの配線がほぼ全戸に届いているが、この地域には地域に密着した地元の新聞があり、9割近い世帯で購読しているらしく、馴染みのある貴重な情報源として新聞の果たす役割が重要になってきているのかも知れない。

対人交流に関しては、家にいるときに一緒に過ごす相手が配偶者であると回答した人が最も多く、半数以上を占めていたが、全体では5.5ポイント減少している。また年齢が高い群ほど配偶者と一緒にいる割合が少ないのは前回と同様であるが、前回と比較して年齢が高い群ほど配偶者と一緒に過ごす人は減少しており、一緒に過ごす相手が子供や嫁、孫などに分散していく傾向が見られた。これは、高齢化することによる配偶者との死別の影響や、入院・入所によって配偶者が家を離れることも影響しているものと考えられる。

一方同居していない子供がいる割合は前回同様約85%前後であるが、連絡頻度に関しては、「毎日連絡している」、「週2～3回連絡している」のいずれも前回と比較して減少しており、非同居子との連絡頻度は減っていた。しかしふだんつきあいのある親戚に関しては、すべての群で95%を超えていた。また緊急時にかけてくれる人がいると回答した人は98.1%とほぼすべての人であり、親戚や近隣とのネットワークの強さは、大島の大きな特長と考えられる。ただし、かけてくれる人数に関しては、前回より減っており、4人以上と回答した人は62.0%と前回よりも26.4ポイント減少していた。これは、入院・入所や死別、転居などによる島民人口の減少が大きな影響を与えているものと思われる。

今回の追跡調査の結果から、全体としてADLの低下傾向、病気を有している人の増加傾向、主観的健康感の低下傾向、老性自覚の増加傾向、外出頻度の減少傾向、仕事をしている人の割合の減少傾向など、加齢に伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし、趣味活動や地域活動に参加している人は増加している傾向が認められ、生活の質や社会との関わりは向上している傾向が認められた。また毎日運動する人や、昼寝の習慣を有している人は増加傾向が認められ、調査結果の報告会における健康維持に関する提案や、一昨年から10回にわたって行ってきた大島地域住民を対象とした「健康講座」などをおした介入効果が現れ始めていることが示唆された。今後は縦断的な介入と調査を継続し、加齢が健康に及ぼす影響を生活視点から明らかにしていくことが課題である。

[謝 辞]

今回の追跡調査の実施にあたり、長時間の調査に快くご協力してくださった大島住民の皆様、ならびに大島地区高年クラブ連合会の皆様、調査に多大なご理解を示してくださった気仙沼市役所、気仙沼市大島社会福祉協議会、(医) 湊仁会等関係団体の皆様に感謝を申し上げます。最後に50名におよぶ東北福祉大学の学生を中心とする調査員の生活を支えてくださった島民の皆様にごことより感謝を申し上げます。

[調査員ならびに調査に携わったスタッフ]

相澤 志穂	大竹由輝子	菊地 博子	鈴木まど佳	松田 征洋
青木 好美	大和田絵美	日下 玲	高橋 千里	三浦ひろみ
安藤 繭美	奥山 美穂	栗林梨沙子	田中 公一	三浦 雅人
飯島 陽子	長内 朋子	齋藤 祥博	田中 夕貴	水口 祥任
石井 鮎花	小野寺 真	佐藤 亜美	垂石 広子	目黒 泰
板澤 寛	小畑 夏美	佐藤 歩	千田 和恵	吉田 彩
今井 健太	加藤 恭平	佐藤 啓直	長谷川弥生	我妻 沙織
岩城 伸幸	狩野窪昌江	佐藤 志帆	羽根田麻美	渡辺 明子
梅津麻衣子	鎌田 幸季	蘇女册女册	福土 幸代	渡辺 綾子
海老沢則枝	軽石日登美	鈴木明日香	松田 智子	渡邊 淳子

達成動機の視点による認知症者を介護している家族の介護態度

- 認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究(1) -

認知症介護研究・研修仙台センター

吉川 悠貴

静岡福祉大学

橋木 てる子

認知症介護研究・研修仙台センター

加藤 伸司 阿部 哲也

仙台大学

後藤 満枝

はじめに

達成動機とは、「その文化において優れた目標とされる事柄に対し、卓越した水準でそれを成し遂げようとする意欲」のことをさし⁴⁾、この達成動機が動機づけられるプロセスについて、精神分析理論、社会的学習理論、認知論などの立場から諸理論が出されている。

その中で認知論の立場からは、「期待 - 価値理論」志向モデルによるいくつかの理論がある⁵⁾。これは、刺激に対する認知的処理に依存してもたらされる期待と価値(感情)のいずれか、あるいは両方の水準によって達成動機づけが決定されるとする理論的立場をとるものである(図1)。このモデルでは、ある方向に行動しようとする傾向の強さは、その行動によって一定の結果が得られるという期待の強さと、結果が個人に対して持つ価値の高さによって決まると考え、この両者は有機体が刺激をどのように認知的に処理するかに全面的に依存すると考える。従って図1に示したように、刺激は行動とは無関係ではないが、それ自体が直接に行動を規定するのではなく、有機体によって能動的に処理される情報の一つとみなしている。

この「期待 - 価値理論」志向モデルの一つとして、Weinerの原因帰属認知理論があげられる。彼は、Heiderの原因帰属理論を達成動機のプロセスに持ち込み、ある出来事の結果を成功または失敗に分類し、その先行結果に対する原因をどのように推測するかといった認知処理のあり方が期待や価値を規定すると考え、明確化した。

その具体的な原因帰属認知は次の3点の組み合わせによる8種類がある(表1)。まず、一つの分類は、原因が自分側の要因か、それとも環境や他者など自分以外の要因かに分類する「原因の位置」である。二つ目は原因が常に存在するか、時々存在するものかに分類する「原因の安定性」、そしてもう一つの分類は、客観的にみて、原因は行為者による統制が可能な性質をもっているかどうかで分類する「原因の統制可能性」である。

さらに、先行結果に対する原因帰属の相違が後続の感情や期待に及ぼす影響については概ね次のように考えられている。まず「原因の位置」は自己に対する感情に影響を及ぼすとさ

れ、たとえば成功体験の結果を自分側の要因に帰属させると自尊感情が高まることが指摘されている。また「原因の安定」は、自分がどの程度達成することができるかという主観的確率である「期待」を通して感情に影響を及ぼすとされ、たとえば失敗体験の結果を安定性の要因に帰属すると、絶望感やあきらめが生じると言われている。さらに、「原因の統制可能性」は自己や他者に対する感情に影響を及ぼすとされ、たとえば失敗体験の結果を他者にとって統制可能な要因に帰属すると怒りが、自分にとって統制可能な要因に帰属すると恥や自責感が生じると言われている。こうした Weiner の理論は、学業に対する中学生の達成動機など日常的事象の理解にも用いられている⁷⁾。

ところで、認知症介護をしている家族に対しては、認知症介護の持つさまざまな困難さから、介護負担感および介護負担感が及ぼす介護者の健康状態やストレスが援助のテーマとして捉えられてきた。介護負担とは「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活、経済状態に関してこうむった被害の程度」¹⁾や「心理的圧迫と社会的・経済的困難」⁶⁾などと定義され、その影響要因は多くの研究者によって検討されてきている³⁾⁸⁾。その一定の見解は明確に得られてはいないが、朝田(2003)は、介護者の精神的健康の影響要因として、介護者の基本的属性(続柄、性別、年齢、収入)、介護者の健康状態(全般的健康状態、医療機関の受診、持病の安定度、精神疾患の既往)、社会・心理学的要因(心理状態の自己評価、病前の関係、支援サービス)、患者の症状、介護状況や介護環境などが指摘されているとまとめている²⁾。

このように、介護負担感や介護者の健康状態に影響を及ぼす要因として、介護者が体験している介護をどのようにとらえているかという介護者の認知面についてはほとんど検討されていない。しかし、実際に介護者に援助介入を行う際に、援助者が耳にする、介護者が語る内容は介護者によって認知された体験であろう。そのように考えると、援助介入指標や援助効果指標として介護者の認知を取り上げることは意義あることではないかと思われる。

さらにまた、認知症の生活支援の対象者は介護者だけではない。認知症を持つ要介護者も疾患そのものの治癒が困難な現在、心身の症状や行動障害の存在を前提とした生活支援が必要であり、その具体的な支援は介護を通してなされている。このように考えると、要介護者と介護者の双方にとってより良い介護が行われることを視座においた援助のあり方が望まれる。

この視座にたって両者に効果をもたらす援助介入を考えていくなれば、単に介護負担感という概念だけで検討していくことは適切ではないと思われる。なぜなら、この概念は介護者側に立つものであり、要介護者への支援という発想は含まれていないからである。逆にこの概念には、要介護者は「介護者を苦しめる原因をもたらす存在」などといった否定的見方すら含まれているようにも感じられる。

それに比すると、上記の達成動機理論は、「より良い認知症介護を行っていこう」という介護者の動機に視点を立脚するものであり、その介護動機を促進あるいは阻害する要因として介護行為者の認知や感情の特徴を検討していくものと位置づけることができる。そして、この理論で示される介護者の介護行動の方向性の差異が要介護者の状態をより良いものにするかどうかの影響を及ぼすであろうことも視野にとりこむならば、この理論は介護者のみならず間接的に要介護者に対する援助にもつながる考え方といえるであろう。

そこで、本研究では達成動機理論の視点における介護者の認知をとりあげ、その特徴を検討していくことを目的とする。

目的

認知症者を介護している家族の介護態度について、達成動機理論の一つである Weiner の原因帰属認知理論の視点から検討していくことを本研究の目的とする。

ただし、こうした視点に基づく介護態度の先行研究はほとんどみられないことから、この視点から介護態度の特徴を検証する意義があるかどうか不明である。そこで、最初に面接調査による事例を通して個別的な検討を行い、仮説として認知症介護という事態に対して原因帰属認知理論が成立する可能性があるかどうかを検証することを第一の目的とする。次いで、事例から得られた知見などから、質問紙調査の調査項目を作成する参考資料とすることを第二の目的とする。

方法

1．調査方法

東京都下にある特別養護老人ホームに併設されているデイサービス利用者の家族に、デイサービス職員より「介護家族のストレス健康調査」として調査協力を呼びかけてもらい、調査協力の同意が得られた19名に訪問面接調査を行った。

調査時期は平成16年8月～10月であった。

手順としては、事前に精神健康調査票とフェイスシート調査用紙を配布して記入してもらい、面接日に回収した。さらに質問調査の終了後に家族へのサービスとして精神健康調査票の結果を伝え現在の状態について説明を行った。また、後日にデイサービス職員に面接家族の利用者について NM スケールと N-ADL の評価を行ってもらった。

また面接調査は、質問教示を一定にし、構造的面接で行った。

なお本調査にあたっては、認知症の診断を受けた、あるいは認知症の症状があるとの回答があり、かつデイサービス職員の評価において認知症の可能性が考えられた4名について事例検討を行った。

2．調査項目

1) 以下が事前に家族回答者に調査用紙を配布した項目である。

精神健康調査票（日本版 GHQ28 項目）

採点方法は2件法を採用した。そこで、合計点数は最低点0点、最高点28点となり、点数が高いほど、健康状態が悪いことを示す。下位尺度は「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」であり、各尺度ともに0 - 7点である。臨床的に「問題あり」とする判定基準は、合計点数で13点以上、あるいは下位尺で6点以上の場合をさす。

フェイスシート

次の項目について、回答選択または記入を求めた。「介護者と要介護者との続柄」「両者の年齢」「介護年数」「同居家族の有無」「要介護度」「介護者判断による認知症の有無」「認知症の診断の有無と受診先の診療科目」「認知症以外の受診先と診断」「介護者の病気の有無と受診先の有無と診断」。

2) 以下が面接調査において質問した独自の質問項目である。

要介護事態

要介護事態に対する内容を尋ねるものである。本研究では、達成動機の視点から、「より良い介護」を行う前提として介護者が要介護者の立場にたつて要介護事態をみることが重要と考え、要介護事態の位置づけを「要介護者にとっての危機的状況」と置いて「危険事態」と呼ぶことにし、回答者に次のような「危険事態」の説明を行った。

「『危険事態』とは、介護の必要な方が『心身の安全や安楽、安心を保てない』状況にある、あるいは『心身の安全や安楽、安心を保てない』行動を取っていることをさします。私たちは、『危険事態』を出来るだけ上手に、かつ速やかに、解消したり防いだりすることが介護の重要なポイントと考えております」

その上で、一ヶ月以内の『危険事態』の内容と発生頻度、および要介護者に及ぼす影響として危険性の程度について、選択肢を参照しながらの自由回答、あるいは0 - 100%の間で評定をしてもらった。

対処行動

『危険事態』に対する対処行動の内容について、選択肢を参照に自由回答を求めた。

対処行動の結果

回答者の対処行動に対する結果として、「要介護者の変化の有無」を尋ねた上で、「対処行動の要介護者の『危険』に対する効力性」「対処行動の要介護者の『危険』に対する適切性」「対処行動の介護者に及ぼす負担感」を各々0 - 100%の間で評定してもらった。

『危険事態』の発生原因

『危険事態』が起きた原因について、選択肢を参照に自由回答を求めた。

介護目標

『危険事態』に対し、回答者が目標においている要介護者の状態変化について、選択肢を参照に自由回答を求めた。

感情とストレス

『危険事態』に伴う、「イライラや怒り」「緊張や興奮」「何もしたくない」「疲労感」「憂うつ感」「つらい」「将来が不安」「不安」という各々の気持ちの生起について、「はっきり感じる」「少し感じる」「あまり感じない」「全く感じない」の中から選択回答してもらった。

また『危険事態』は回答者にとってどの程度「ストレス」と感じさせるかを0 - 100%の間で評定してもらった。

3) デイサービス職員による評価

要介護者であるデイサービス利用者の精神機能およびADL状態について、N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)による評価をデイサービス職員に依頼した。

結果と考察

1) 回答者の精神健康と要介護状況(表2)

最初に介護者である回答者の特徴をみていく。回答者は60歳代の妻1名、40歳代の娘2名、50歳代の息子1名であり、全員が有職者であった。

回答者の精神健康状態は、妻AさんはGHQ総点16点、うち「身体的症状」「不安と不眠」が6点と要受診レベル、「社会的活動の障害」は4点と中等度レベルであった。次いで、娘BさんはGHQ総点14点、うち「身体的症状」が6点と要受診レベル、「不安と不眠」「社会的活動の障害」が3～5点と中等度レベルであり、この2名は臨床的に問題ありと考えられる健康不良状態であった。娘CさんはGHQ総点8点、うち「身体的症状」が5点と中等度レベル、「社会的活動の障害」が2点と軽度レベル、息子DさんはGHQ総点3点、うち「不安と不眠」が2点と軽度レベルであった。このように、対象者全員に何らかの健康低下が示された。

また、回答者の「診断を受けた病気の有無」では、最も精神健康状態の不良な妻AさんとGHQ総点で2番目に低い娘Cさんが「有」と答え、他の2名は「無」であった。

次に介護状況についてみていく。介護年数は3年3ヶ月から12年2ヶ月であり、最も長いのは2番目にGHQ総点の高い娘Bさんであり、最も短いのは最も総点の低い息子Dさんであった。また副介護者の有無では、他の同居家族のいる娘Bさんのみが「有」と答え、残りの3名は「無」であった。また「介護をする上でのストレスの有無」および「介護以外の生活上のストレスの有無」には娘Bさんと娘Cさんが「有」と答え、最も健康状態の不良な妻Aさんと健康が維持されているDさんは「無」と回答した。

さらに要介護者の特徴についてみていくと、本事例での要介護者は70歳代3名、80歳代1名、続柄では夫1名、母3名であった。要介護度と職員評価による障害の程度については、最もGHQ総点の低い息子Dさんが介護している79歳の母が要介護度1(NMスケール合計17点、N-ADL合計27点)、ついで最も総点の高い妻Aさんが介護している70歳の夫が要介護度2(NMスケール合計43点、N-ADL合計49点)、GHQ総点が2番目に高い娘Bさんが介護している80歳の母が要介護度4(NMスケール合計7点、N-ADL合計8点)、3番目の娘Cさんが介護している72歳の母が要介護度5(NMスケール合計1点、N-ADL合計12点)という順番であった。このうち、何らかの認知症診断を受けたという要介護者は2名であり、種類は外傷性の認知症とアルツハイマー型痴呆症であった。残りの2名は未受診であることから医師による診断についてはいないが、回答した家族は記憶障害や行動障害などの認知症の症状があると感じていた。

以上のような傾向から「年齢」「介護者の病気の有無」といった介護者側の要因、あるいは「要介護度」「心身機能障害の重症度」といった要介護者側の要因、「介護年数」「副介護者の有無」「介護や介護外のストレスの有無」といった介護状況の要因は、回答者のGHQ総点数の順に並んでいないことが示された。このことから、たった4例の中ではあるが、介護者や要介護者側や生活状況などの諸条件が複合的に介護者の精神健康状態に影響を及ぼしていることが推測され、精神健康状態に及ぼす影響要因は単一的な条件で規定されるものではないように考えられる。

2) 要介護事態と対処行動に対する認知評価 (表3)

まず回答者に認知評価された「危険事態」すなわち要介護事態は、「もの忘れ」2名、「オムツかぶれ」1名、「ガスや火に触る、多動、物品いじり」1名であり、認知症介護の内容は記憶障害、身体症状、行動障害と多岐に渡ることが示された。介護者が評価する「要介護者の『危険性』の程度」は、「もの忘れ」では10%、50%であったのに対し、「オムツかぶれ」「ガスに触る」は75%であり、身体症状や行動障害をより危険視する傾向がうかがえた。

一方、これらの事態に対する対処行動についてみると、「指示をする」「聞かれたら答える」「気分が落ち着くまで相手をする」などの要介護者との会話や交流、「排泄面」などの身体的介助、「生活空間の調整」「寝ている間の家事」など生活環境や生活時間の調整、「眼を離さないようにする」などの見守り行動など様々な行動が示された。

ついで、こうした対処行動結果の介護者の認知評価についてみていく。まず「対処に対する要介護者の変化の有無」では、妻Aさんは「殆ど無」、娘Bさんは「少し有」、娘Cさんと息子Dさんは「かなり有」と回答し、「対処行動の要介護者の危険性への効力程度」については、妻Aさんは30%、娘Bさんは50%、娘Cさんは100%、息子Dさんは75%、「対処の適切性の程度」については、妻Aさんは100%、娘Bさん、娘Cさん、息子Dさんは75%、「対処行動が介護者に及ぼす負担感の程度」については、妻Aさんは100%、娘Bさんは50%、娘Cさん、息子Dさんは25%と回答した。

このように、結果に対する認知評価のうち、「対処の適切性の程度」は全員がほぼ自分の対処方法は適切と捉えている傾向が示されたが、「対処行動の要介護者の危険性への効力程度」と「対処行動が介護者に及ぼす負担感の程度」は差異がみられ、それはGHQ総点が高い者ほど「効力」を低く評価し、かつ「負担」を高く評価している傾向がうかがえた。こうした傾向から、要介護事態や対処行動の内容は様々なものがあるが、そうした内容に対して介護者がどのように感じているかという認知評価面が介護者の精神健康状態と関連していることが示唆される。

3) 先行の要介護事態に対する帰属認知と感情評価 (表4)

そこでさらに、要介護事態の発生原因について尋ねたところ、「転落事故」「病気」「現在の生活の改善困難」「要介護者の性格」「入院手術」など「ライフイベント」「要介護者の病気」「要介護者の性格」「要介護者の現在の生活状況」といった内容がみられた。そこで、これらの回答をWeinerの原因帰属の考え方に従って分類すると「ライフイベント」と「要介護者の病気」及び「要介護者の性格」は、要介護者自身の有する要因あるいは要介護者に生じた出来事であること、それは過去の時点において発生し、しかも生じてしまった現在では無くすことのできないものであるという点で「外的 - 安定 - 統制不能」な帰属認知ととらえることができる。表1にあげた分類に従えば「他者の能力」「課題の困難度」という内容に属すると思われる。こうした帰属認知は全員にみられ、認知症介護という事態は、たとえば中学生の試験結果に対する帰属認知のように様々な種類の原因が考えられるものではないことが改めて示唆された。このように、統制不能な帰属認知をもち、原因そのものの解消や除去が不能であることを自覚しながら、介護を続けている現状がうかがえる。

また、娘 B さんにのみ見られた「要介護者の現在の生活状況」は、要介護者の内的要因でも介護者の内的要因でもない生活上の諸条件である。これは、生活上の諸条件が常にあるものかどうかは一つ一つの条件によって異なると考えられ、さらにそれらの統制は限界もあるかもしれないが介護者によって変化させていく可能性を持っていると考えられることから「外的 - 安定・不安定 - 統制可能」なものと位置づけることとした。これは表 1 の分類に従えば「他者の安定または不安定的な努力」に該当する。しかし生活条件という「外的要因」を実際に変化させていくのはその生活圏にある様々な人であると言え、要介護事態に関していえば「生活条件」を変化させていくのは主に介護者側になるであろう。こうした点からこの「要介護者の生活状況」は、限界はあるかもしれないが、回答者を中心とした介護者の努力によって統制させることの可能な「外的 - 統制可能」な帰属認知として捉えることができるであろう。このように、要介護事態の発生原因の一部には、介護者自身の統制の可能性もありうる帰属認知が含まれるといえる。要介護事態という基本的に望ましくない性質をもった事態の発生原因に統制可能な性質のものを帰属認知させることは、「自分は、本来ならば生じさせないよう防ぐことができるのに生じさせてしまった」という考えを起こさせ、Weiner の理論で考えられている「失敗体験 自己の統制可能 恥や自責感といった自己評価の低下」という後続の感情につながるものが推測される。この原因帰属をもつ娘 B さんからは、4 名の中で最も多くの種類の感情が報告されたが、他の 3 名になく B さんにのみ回答のあった感情は「何もしたくない」「辛い」であった。このことから B さんの事例はこうした Weiner の理論と同様の傾向を示しているのではないかとと思われる。

次に対処行動を方向づける価値信念として介護目標について尋ねたところ、「現状維持」「排泄の感覚がもう少し分かって伝えられるようになってほしい」「落ち着いていられるように、ただしそれは自分のやり方しだいであって要介護者に期待はしない」といった内容が示された。この回答から「変化を起こしたい対象」と「変化をさせる潜在的可能性をもっている対象」という二つの側面が今回尋ねた介護目標に含まれていることがうかがえた。そこで、この内容を基に、前者を「介護目標の対象」、後者を「目標達成の帰属」に分け、「目標達成の帰属」について Weiner の原因帰属の考え方に従って分類を行った。

その結果、「目標の対象」は「要介護者の行動または能力」という内容を全員があげているが、「目標達成の帰属」については妻 A さんと息子 D さんは「要介護者の能力」という「外的 - 安定 - 統制不能」な帰属認知、娘 B さんは「要介護者の努力」という「外的 - 安定・不安定 - 統制可能」な帰属認知、娘 C さんは「介護者の努力」という「内的 - 安定 - 統制可能」な帰属認知というように、異なる性質の帰属認知をもっていることが示された。

次に、次回の対処行動が目標達成できるかどうかの主観的確率である期待として「対処の要介護者に及ぼす効力」感および「対処が介護者に及ぼす負担」感を取りあげ、目標達成の帰属認知との関連性を検討した。その結果、目標達成は「介護者の努力」によるという、唯一「内的 - 安定 - 統制可能」な帰属認知を有する娘 C さんが対処の効力感 100% と最も高く、また負担感 25% と最も低いことが示された。反対に、目標達成は「要介護者の能力」によるという「外的 - 安定 - 統制不能」な帰属認知を有する妻 A さんは効力感 30% と最も低く、また負担感 100% と最も高いことが示された。また、効力感と負担感と

もに50%とAさんに次いで効力感が低く、かつ負担感の高い娘Bさんは「要介護者の努力」という、要介護者側の統制可能なものに帰属認知していることが示された。一方、妻Aさんと同性質の帰属認知をしている息子Dさんの効力感は75%、負担感は25%であった。しかし、彼の場合は具体的な目標対象を「危険事態」であげた「もの忘れ」ではなく「寝たきり防止」という要介護事態とは異なる内容に置き換えられていることが示された。この目標達成の内容にあげられた能力は、職員によるN-ADL評価において「歩行・起坐」7点と、対象の要介護者の諸能力の中では最も維持されている能力であった。すなわち息子Dさんは、現在維持することが可能な状態である能力を目標達成内容に置き「危険事態」内容から避けているために効力感が高いのではないかと考えられる。しかし、この「寝たきり防止」という介護目標内容は将来的に能力低下が進行し目標達成が困難になる可能性も予測されることから目標内容を置き換えて維持される効力感は一時的なものであり、効力感を長期的に維持できないものと思われる。

以上のような傾向から、一つの仮説として、目標達成の帰属は、統制不能、統制可能のどちらであっても「外的」な要介護者側におくのではなく、「努力」といった統制可能な自分側におくことが効力感を高め、かつ負担感を低めることにつながるのではないかと推測することができる。

また、目標達成の帰属認知と発生原因の帰属認知の両者を見比べると、発生原因については全員が「外的 - 安定 - 統制不能」という帰属認知をしているが、目標達成については娘Cさんのみが自分自身という「内的」な帰属認知に変容していた。このことから要介護事態の発生原因そのものは「外的」で「統制不能」なものではあるが、現実の介護を実行していく目標としては「内的」で「統制可能」なものに帰属認知スタイルを切り替えていくことが、介護者の精神健康状態を維持する上では重要なポイントとなることも一つの仮説として考えられよう。ただし、Cさんが「ストレス」度25%と回答した際に「失敗したときに一瞬自分の不手際を考えるから25%」と理由を述べており、目標達成の帰属認知を全て「自分」側においてしまうと、万が一うまく出来なかった場合に、上述のBさんと同様に「失敗体験 自己の統制可能 恥や自責感といった自己評価の低下」の生起につながる危険性もあることが予測される。

さらに、上記の傾向を「危険事態」に伴う感情とストレスを合わせて考えると、「外的 - 安定 - 統制不能」という目標達成帰属をもち、最も効力感の低い妻Aさんは「イライラや怒り」「疲労感」「憂うつ感」をはっきり感じると報告し、「ストレス」度は80%と最も高いことが示された。一方、「内的 - 安定 - 統制可能」という目標達成帰属をもち、最も効力感の高い娘Cさんは「将来心配」をはっきり感じ、「イライラや怒り」「緊張や興奮」「不安」を弱く感じると報告して「ストレス」度は最も低い25%であった。この2例の比較でみると、Weinerの理論と同様に、帰属認知の相違が効力感や感情の内容と程度、「ストレス」度の差異を生じさせたと考えることもできるであろう。ただ、報告された感情については、程度の違いはあるが「イライラと怒り」という共通点も含まれること、また介護目標の帰属認知を「内的 - 安定 - 統制可能」で最も効力感100%にあるCさんに「将来心配」という気持ちが強く生起していることなど理論と異なる点もみられ、今後詳細に検討していく必要があると思われる。

4) 要介護者に対する感情認知(表5)

さらに、要介護者に対する好意の有無についてみていくと、最も精神健康状態の不良な妻 A さんのみ、好意の有無を選択できないとした上で「空気みたいな人」という印象を語っている。娘 B さんと息子 D さんは「かなり好き」を選択し、娘 C さんは「今はかなり好きだが、以前はあまり好きではなかった」と回答している。こうした要介護者に対する感情認知が実際に介護者の精神健康状態や原因帰属認知や結果評価認知にどのようなつながるのか、今回得られた情報だけでは解釈困難といえる。もし、過去から現在に至るまでの長い関係を通して築かれてきた対人認知感情が現在の要介護事態における認知に何らかの影響を及ぼしていることを検討していくのならば、単なる「好意の有無」ではなく、より詳細な対人感情認知をとらえる尺度を用いることが必要であると考えられる。

5) 介護態度モデルについて (図 2)

これまでの知見をまとめると、達成動機理論の視点による介護態度の構造として、次のようなモデルが考えられる。

まず、客観的な刺激事態として、要介護事態とその対処行動があげられる。それを基として、なぜこうした事態が生じたのかという発生原因とどのような対処行動を行うかを方向づける介護目標の達成に関する帰属認知の処理スタイルがある。特に後続の感情や期待に影響を及ぼすと考えられるのは、後者の介護目標の達成に関する帰属認知と予測される。

また「自分の対処行動が目標達成を導く主観的確率」である期待として「対処が要介護者に及ぼす効力」を変数としておくことができよう。そして次回の対処行動の生起や方向性に影響を及ぼす価値に関する一つの変数として、従来の介護者研究で使われてきた介護負担感も取り入れることが可能ではないかと思われる。なぜならば負担感は感情を測定するものではないが、今回の結果では負担感の程度は帰属認知との関連性が見られたことと、負担感の定義には介護全般によって生じる介護者への「心理的圧迫」など心理面への影響が含まれているからである。

以上のような仮説から、次回の質問紙調査で取り上げる変数として、要介護事態の発生原因に対する帰属認知、介護目標達成に対する帰属認知、対処行動が要介護者に及ぼす効力感、対処行動が介護者に及ぼす負担感の 4 点があることが見出せた。今後の調査において、これらの変数間の関連性を検討し、仮説を検証していくことが求められる。

一方、援助介入のあり方について検討するならば、この効力感と負担感は介護目標達成の帰属認知スタイルおよび精神健康状態の双方に関連していることが推測される。従って、この効力感と負担感は介護者の心理面の援助を検討する際の援助効果指標として用いることが可能ではないかと考えられる。そして長期にわたって介護を継続していくためには、効力感や負担感に影響を及ぼす帰属認知スタイルを介入指標とし、社会的支援とともに家族教育等によって認知スタイルの変容を促す援助介入が必要ではないかと推測される。

文 献

- 1) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌, 40 ; 497-503, 2003 .
- 2) 朝田 隆: 老年期痴呆と家族: 過去と現在. 精神治療学, 18 ; 557-562, 2003 .
- 3) 土井由利子, 尾方克己: 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 47 ; 32-46, 2000 .
- 4) 古畑和孝, 岡 隆編: 社会心理学小辞典. 有斐閣, 2002 .
- 5) 宮本美沙子, 奈須正裕編: 達成動機の理論と展開. 金子書房, 1995 .
- 6) 中谷陽明, 東條光雄: 家族介護者の受ける負担 - 負担感の測定と要因分析. 社会老年学, 29 ; 27-36, 1989 .
- 7) 奈須正裕: 学業達成場面における原因帰属, 感情, 学習行動の関係. 教育心理学研究, 38 ; 17-25, 1990 .
- 8) 大川美佐子, 中村貴志他: もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型痴呆高齢者を介護する在宅介護者の精神的健康に関する検討. 日本痴呆ケア学会誌, 2 ; 133-139, 2003 .



図 1 「期待 - 価値」理論モデル

	統制可能		統制不能	
	安 定	不安定	安 定	不安定
内的	自己の安定的努力	自己の不安定的努力	自己の能力	疲労, ムード, 自己のスキルの変動
外的	他者の安定的努力	他者の不安定的努力	他者の能力, 課題の困難度	疲労, ムード, 他者のスキルの変動, 運

表 1 原因帰属認知の種類

	介護者家族 A	介護者家族 B	介護者家族 C	介護者家族 D
GHQ 総点 (0 ~ 28点)	16点	14点	8点	3点
「身体的症状」(0 ~ 7点)	6点	6点	5点	1点
「不安と不眠」(0 ~ 7点)	6点	5点	1点	2点
「社会的障害」(0 ~ 7点)	4点	3点	2点	0点
「うつ傾向」(0 ~ 7点)	0点	0点	0点	0点
介護者 (回答者)	妻60歳	娘43歳	娘47歳	息子56歳
仕事の有無	有	有	有	有
介護者の病気の有無	有 (ストレス性腰痛)	無	有 (頸椎ヘルニア , 貧血)	無
他の同居家族	無	夫 , 息子 , 実兄 2 名	無	無
副介護者の有無	無 (子供はあてにもせず)	有 (実兄 2 名)	無	無
介護年数	6年10ヶ月	12年2ヶ月	5年3ヶ月	3年3ヶ月
介護上のストレス	無	有 (体力消耗)	時間拘束 (仕事との調整)	無
介護以外のストレスの有無	無	有	有 (仕事の方が介護より大変)	無
要介護者	夫70歳	母80歳	母72歳	母79歳
要介護度	2	4	5	1
介護者の判断による認知症の有無	有	有	有	有
介護者が医療機関で聞いた診断名	脳血管性痴呆または知的障害	脳内出血後遺症 パーキンソン・白内障	アルツハイマー型痴呆 高血圧	リウマチ
認知症に対する医師の診断の有無	有	無	有	無
認知症の診断を受けた診療科目	脳外科		精神神経科	
デイサービス職員による評価				
NM スケール総点 (0 ~ 50点)	43点	7点	1点	17点
「家事身辺整理」	7点	1点	0点	1点
「関心・意欲, 交流」	10点	1点	1点	1点
「会話」	10点	3点	0点	5点
「記録・記憶」	7点	1点	0点	5点
「見当識」	9点	1点	0点	5点
N-ADL 総点 (0 ~ 50点)	49点	8点	12点	27点
「歩行・起坐」	10点	1点	10点	7点
「生活圏」	9点	1点	0点	5点
「着脱衣・入浴」	10点	0点	0点	5点
「摂食」	10点	3点	1点	7点
「排泄」	10点	3点	1点	3点

表 2 回答者の精神健康と要介護状況

	介護者家族 A	介護者家族 B	介護者家族 C	介護者家族 D
GHQ 総点 (0 ~ 28点)	16点	14点	8 点	3 点
介護者 (回答者)	妻60歳	娘43歳	娘47歳	息子56歳
要介護者	夫70歳	母80歳	母72歳	母79歳
先行刺激事態				
要介護者にとっての最大「危険」事態	もの忘れ	オムツかぶれ (ポータブルトイレに間に合わず、紙オムツが濡れていることが多い為)	ガスや火に触る、徘徊・多動、物いじり	もの忘れ
発生頻度	日 1 回以上	慢性的状態	日 1 回以上	日 1 回以上
他の「危険」事態	無	昼夜の区別困難、いつの間にかベット上から移動	無	金銭管理負荷、トイレに間に合わない、過去の話と現在の話の混同
要介護者に及ぼす影響；「危険性」の程度	50%	75% (お尻の皮がむけた)	75% (怪我をさせないよう、病院も嫌がり暴れる)	10%
対処行動				
	常に、これからすることを指示する。介護者の外出時は、することをメモして置く。	時間を記録しながらの排泄介助。訪問看護の利用。(殆ど介護者から声かけし、立たせてポータブルトイレに移動。下着や衣類の交換。)	生活空間の調整による防止(住宅改装)。眼を離さないようにする。気分が落ち着くまで相手をする。本人の居ない時や寝ている時に家事をする。(たとえば調理も、後は「お汁を温めるだけ」程度まで仕上げしておく)	聞かれたら、その都度答える。デイサービスやヘルパーの利用で自分も離れられ、要介護者も人付き合いや運動の機会が得られる。手作業や運動の推奨。
対処行動の結果				
変化の有無	殆ど無 (言ったことの一つ位しかやれていない)	少し有 (かぶれが悪化していないから)	かなり有	かなり有 (血糖値低下など体が丈夫になったから)
危険への効力	30%	50%	100%	75%
対処適切性	100%	75%	75%	75%
負担感	100% (私の指示がないと何もしない)	50% (朝など時間の無いときは大変)	25%	25%
その他の発言				
	毎日、毎回、要介護者の食事や薬や着替え、さらに家事も自分が全部しなければいけない。その都度の指示が必要。ガンガン言っている。言わなければ、しない。言われると、要介護者はのんびり従う感じ。	介護方法やかぶれの良い対策について専門の人に相談したい。	「手伝わなければいけない」という気持ちが、火をかけた鍋に触る、多動、家具の移動、配線はずしなどに繋がっていると思う。	2 年程前まで「また聞いた」的な返答をしていたが、相手が落ち込む様子をみせ、かつ何度言っても変化しないことから、こちらが変わった。以前は、頭では分かっているが我慢ができなかった。しかし、「言っても直らない」「言うことは自分にとって良いようにはならない」と感じるようになった事で吹っ切れた。しかし今の対応は「手抜き」な気もする。

表 3 要介護事態に対する認知評価

	介護者家族 A	介護者家族 B	介護者家族 C	介護者家族 D
GHQ 総点(0 ~ 28点)	16点	14点	8 点	3 点
介護者(回答者)	妻60歳	娘43歳	娘47歳	息子56歳
要介護者	夫70歳	母80歳	母72歳	母79歳
「危険」事態の発生原因				
	屋根からの転落事故。 (事故後, コロッと変わってしまった)	老化・身体の病気・歩けないこと。 イスカベットの生活で, それを改善できないこと。	認知症 「家事好き」性格	骨粗しょう症手術の入院
発生原因の位置	外的要因 (ライフイベント)	外的要因 (要介護者の内的要因) 外的要因 (生活環境と介護方法)	外的要因 (要介護者の内的要因) 外的要因 (要介護者の内的要因)	外的要因 (ライフイベント)
発生原因の安定性	安定	安定 安定 / 不安定	安定 安定	安定
発生原因の統制可能性	統制不能	統制不能 統制可能	統制不能 統制不能	統制不能
< 介護目標 >				
	進行せず, 現状を保って くれればよい。 もの忘れは治らないもの だから, 仕方がない。 退院時よりはまし。	たまに排泄したかどうか が分かることもあるよ うなので, 出たか出ないか の感覚がもう少し分か つて, それを伝えること が出来てほしい。	落ち着いて静かに座って いられるように。 マンツーマン対応で目 が離せない状態にある 為, 相手を変えようとい う期待は無。 自分のやり方次第。	現状維持。 ボケは良いが寝たきり にならないように。 寝たきりは大変だろう から心配。 ボケるにしても徐々 になら, 今の状態は自 分にとって苦はないか ら, 構わない。
目標の対象	要介護者の行動または能力	要介護者の行動	要介護者の行動	要介護者の行動または能力
目標達成の帰属	要介護者の能力(記憶能力)	要介護者の努力(排泄感覚)	介護者の努力(対応の仕方)	要介護者の能力(身体機能)
目標達成帰属の位置	外的要因(要介護者の内的要因)	外的要因(要介護者の内的要因)	内的要因	外的要因(要介護者の内的要因)
目標達成帰属の安定性	安定	安定 / 不安定	安定	安定
目標達成帰属の統制可能性	統制不能	統制可能	統制可能	統制不能
変化の有無(再掲)	殆ど無	少し有	かなり有	かなり有
危険への効力(再掲)	30%	50%	100%	75%
伴う感情とストレス度				
「はっきり感じる」 気持ち	イライラや怒り 疲労感 憂うつ感	疲労感 将来心配 不安	将来心配	無
「少し感じる」 気持ち	無	イライラや怒り 緊張や興奮 何もしたくない 憂うつ感 辛い	イライラや怒り 緊張や興奮 不安	緊張や興奮 将来心配 不安
介護者に及ぼす影響; 「ストレス」に感じる 程度	80%	50% (朝の忙しい時に予測 以上の事態が生じた時)	25% (失敗した時に一瞬自 分の不手際を考える)	50%

表 4 先行事態に対する認知と感情評価

	介護者家族 A	介護者家族 B	介護者家族 C	介護者家族 D
GHQ 総点 (0 ~ 28 点)	16 点	14 点	8 点	3 点
介護者 (回答者)	妻 60 歳	娘 43 歳	娘 47 歳	息子 56 歳
要介護者	夫 70 歳	母 80 歳	母 72 歳	母 79 歳
要介護者への感情 「好意 - 非好意」	今更好きも何もない。 選択できない。	「かなり好き」	「かなり好き」 以前はあまり好きではな かった。	「かなり好き」
要介護者への印象	空気みたいな感じ。 考えたこともない。 私が面倒をみるのは当 然。	自分勝手。我がまま。 でも仕事をしてきて苦労 をしてきた人。 言葉は汚いが、心にある 人ではない。初めての人 に誤解されるのではない か。	人間的にはいい人だが、 可哀想な損な人。今は大 切にしたかひがあった。 ここまでくるのは長かつ た。今はうまくいったベ ットのよう。	どんな人があまり考えた ことはない。 が、現在は穏やか。 昔は色々細かい人。

表 5 要介護者に対する印象

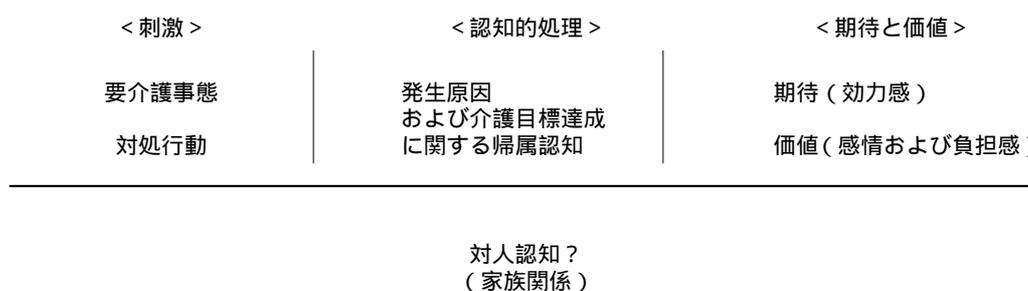


図 2 介護態度モデル

介護家族と施設職員の相互参加による 教育的支援プログラムの有効性に関する研究

認知症介護研究・研修仙台センター

矢 吹 知 之 長 嶋 紀 一
加 藤 伸 司 吉 川 悠 貴

．問題の所在と目的

わが国の、在宅で認知症高齢者の介護をする家族（以下介護家族）を対象とした支援事業は、主に平成12年度から介護保険制度開始に併せて国庫補助制度として創設された「介護予防・地域支え合い事業」の家族介護支援事業で行われる家族介護教室が行われている。家族介護支援事業は、県から各地方自治体や介護研修センター等に委託されており、平成15年度では1,599市町村で実施されている。これは「高齢者を介護している家族や近隣の援助者等」を対象にし、介護方法や介護者の健康作りに関する内容で行われる介護家族の支援事業である²⁾。これらの支援事業は、介護家族の身体的、精神的な介護の負担の軽減を図ると同時に、介護を必要とする高齢者の在宅生活の質の向上を目指すことが目的となっている。在宅介護の支援に関する先行研究では、家族の介護負担の問題についての論議が多くなされており、介護負担と介護量との相関や、認知症状との関係を明らかにしたものがある⁵⁾。これらの研究において、介護量については身体的介助と同様の割合で認知症の周辺症状に対する見守り型介護の負担感の大きさが指摘され、認知症の有無による介護負担の比較では、認知症を要する高齢者の家族のストレスは2倍であったと報告されている。つまり、認知症高齢者や虚弱な高齢者の在宅介護において、質の高い在宅介護を継続していくためには、介護家族の個人の努力や介護能力の向上を求めるだけではなく、デイサービスやデイケア、ホームヘルプサービス等の在宅サービスを利用し量的負担の軽減を図ることは不可欠である。また、在宅における認知症高齢者の介護は人間関係の問題が混在することから、家族への情動的なサポートが介護負担を大きく軽減させることも指摘されている¹⁾。単に在宅サービスを利用するだけではなく、家族とサービス提供側の職員が一緒に悩み、考えていくことによって心理的負担も含めた介護家族の支援はより効果的に展開できるのではないかと考える。

一方、介護保険導入後における施設が提供するサービスは、在宅生活の継続を意識したハードやソフトの導入が推進されている。たとえば、特別養護老人ホームや老人保健施設では、グループホームケアを標準とした小規模ユニットにおける個別ケアであったり、「普通の生活」、「馴染みの環境」等を意識し可能な限り在宅での生活を継続するための価値観の重視がなされてきた。したがって、質の高い施設介護の基準は在宅生活環境の継続性の視点が重要な位置づけで評価されなくてはならない。これらのことから、特に、在宅サービスの場合、高齢者の在宅生活の延長線上にあることから、利用者の生活理解にとどまらず、介護家族の生活や介護の負担感を依拠とした介護サービスの提供がなされる必要がある。しかしながら、現在の分業化されたケアマネジメントシステムにおいては、介護職員が介護家族との接点が希薄化する傾向が見られ、特にショートステイやデイサービス、デイケアなどの短期間の関

わりでは高齢者の在宅生活の情報や家族の介護状況の詳細を知ることは困難で、限られた情報からの対応をせざるを得ない状況である。このため、本研究ではこれまで介護家族や一般市民のみで構成されてきた介護者教室を、在宅サービスを提供する施設職員と介護家族の相互参加型で行い、それぞれが共通する認知症介護の課題対処法のディスカッションを中心とした教育的支援内容に着目したプログラムを作成した。これらの教育的支援プログラム（以下プログラム）の有用性の評価は、実施過程を評価する「プロセス評価」と「プログラム効果の評価」によっておこなった。プログラム効果の評価にあたっては、Folkman & Lazarus のストレス - 対処モデルを用いた和気のとらえ方尺度を効果測定の一指標として採用した³⁾⁶⁾。理由は次の2点からである。第1に対処行動の定義で議論される対処とストレス反応を明確に分類されていることからである。また、ストレスの1次評価にもとづいて必要とされた場合対処を行い、さらに解消、軽減されない場合にストレス反応が顕在化するという段階的な認知理論で対処を捉えている点が本研究の対処行動尺度と同様であることからである。第2に本研究における対象者は、社会生活を維持し、なんらかのソーシャルサポートを利用し自らプログラムに参加してきていることから前述のストレス認知理論では、ほとんどが、ストレスに付随して起こる対処段階にあることが想定される点である。プログラムにおいてはそれぞれが困難事例に直面した際の対処スタイルの変容を、有効性を評価する一指標として用いて効果を測定した。

本研究は、前述したような指標を用いて、介護家族と施設職員相互参加型の教育的支援プログラムを実施し効果的なプロセス評価並びにプログラムの有効性を検証することが目的である。

．対象者と方法

1．対象者

本研究のプログラムの対象は、現在、在宅で介護を行っている家族と老人福祉施設で介護をおこなっている職員である。施設職員は、宮城県内の特別養護老人ホーム2施設（入居定員50名、ショートステイ20名、デイサービス15名 / 入居定員100名、ショートステイ20名、デイサービス15名）と老人保健施設（入居定員100名、ショートステイ10名、デイケア10名）に勤務するデイサービスならびにショートステイ配属職員に任意の参加を求めた。介護家族は、特別養護老人ホームについてはデイサービス、ショートステイを利用している家族に、また、老人保健施設については在宅復帰を目的とした施設の性格上長期入所者の家族も含めて参加を募った。参加者数はプログラム（全6回）延べ合計人数は、介護家族が139名（1回平均23.1名）、施設職員が161名（1回平均26.8名）参加し、全体合計が300名であった。プログラムの実施評価の対象者については、毎回の内容評価票を記入した介護家族111名、施設職員83名を対象とした。また、プログラムの効果測定対象者は、全6回のプログラムに3回以上参加し、且つ事前事後調査票を回収した介護家族41名と施設職員14名であった。なお、対象者となる介護家族の抽出には、個人情報管理および倫理的な配慮も含め関連法人の協力の上、同意を得て行った。

2．実施体制の整備

プログラムの実施は、筆者らと対象施設から7名、趣旨を説明し同意を得た介護家族1名

で構成される検討委員会で内容ならびに実施方法の展開を作成した。内容に関しては初回のみ検討委員会で提案し、それ以降の内容に関しては参加者への調査をもとに策定することとした。また、命名に関しては、介護家族が親しみやすく気軽に参加できる名称という意向から「ケアケア大辞典～みんなで考える介護講座～」と命名した。なお、検討委員会は平成16年7月～平成17年2月までの期間で8回開催された。

3．プログラム実施手続き

まず、プログラム参加の募集方法は、本研究の協力施設である老人保健施設1施設と特別養護老人ホーム2施設に依頼し、利用家族に対し施設が毎月郵送している請求書に参加日時と内容を掲載したチラシを同封し、電話で申込みを受け付けた。また、募集人数は、会場の規模と教育効果を考慮し、最大で、介護家族20名、施設職員20名と設定した。次に、評価に関しては、プログラムに対する評価は毎回の参加者に終了後行った。全6回の有効回収票は190部であった。施設職員に対する事前調査は、各施設担当者からユニットごとに直接配布を依頼し、回収ボックスに投函するようにした。配布数は251部で回収数165部、50%以上の欠損をのぞく有効回収票は160部（64%）であった。介護家族に対する事前調査はプログラム参加時に配布し、終了時に提出するようにした。回収は41部であった。また、施設職員の事後調査に関しては、事前調査と同様の手続きを行い有効回収票は108部（43%）であった。介護家族の事後評価は、全プログラム終了後に郵送において行い、有効回収票は20部（48.7%）であった。

4．教育的支援プログラムの構成

実際に行ったプログラムの内容は表1に示すとおりである。実施期間は平成16年9月～平成17年2月までの6ヶ月間とした。実施回数は、家族と施設職員が参加しやすくなるように、同じ内容で火曜日、土曜日と設定し2回ずつ計12回行った。実施時間は、火曜日は18時30分～20時30分で土曜日は10：00～12：00までの2時間とした。

全6回すべてのプログラムは、グルーピング、導入、講義、グループディスカッション、評価の流れで行った。まず、グルーピングにおいては抽選によって介護家族と施設職員をランダムに席次を決定した。まず、導入においては全体の概略を説明したうえで、全体の流れの理解を促し、同時に自己紹介によって相互のリレーションシップの形成を行った。次に、講義では、相互に共通する話題提供を行い参加意欲を高め次のグループディスカッションにつなげた。その後、講義内容を日常の介護場面でどのように活用できるかといった問題解決方法を中心テーマとしてグループディスカッションを行い各グループからの報告を行った。なお、この場面では集団決定を目標にするのではなく成員の発言を参加者各自の参考にすることを目的として行っている。各グループからの報告終了後、「今後どのように介護に生かしていくか」と言った内容で介護への将来的展望の記入を促した。なお、グループディスカッションにはメンバーの自己開示と自己効力感を促進する役割としてファシリテーターを1名配置した（表2）。

5 . 評価および分析の方法

1) プロセス評価と分析方法

プロセス（実施）の評価は、厚生労働省の老人保健事業における健康教育の評価の統計で用いられている、実施回数・参加延人員・従事者延人員・教材・実施方法・周知方法・日時の設定・関係機関との連携・予算・人的資源・教育担当者・施設があげられている。武田らは、老人保健事業に関する評価方法の研究を概観したうえで、実施回数や参加者数からプロセスを評価しているものの、実施評価と周知方法、関係機関、予算、教育担当者との連携などからの評価方法は十分な検討がなされていないことを指摘している⁴⁾。したがって、本研究においては、属性の異なる介護家族と施設職員を対象として6ヶ月間の継続的なプログラムの効果を測定していることから、各回の参加人員、日時の設定と資料、関心度、理解度、満足度、時間配分などの内容の評価の項目をプロセスの評価項目として設定した。毎回の評価項目の構成は、「理解度」、「関心度」、「時間配分」、「資料の適切さ」、「全体の感想」を「非常にそう思う」から「思わない」までの5段階評価で行った。分析には満足度の規定する要因解析を目的として「全体の感想」を従属変数、「理解度」、「関心度」、「時間配分」、「資料の適切さ」を独立変数とした強制投入法を用いた重回帰分析を行った。内容の評価に関しては参加者に毎回評価表を配布し退出時に提出するように依頼した。

2) プログラムの効果評価と分析方法

本研究では、介護家族、施設職員それぞれの認知症介護において生じるストレス状況を相互参加によるディスカッションを通してよりポジティブな対処スタイルの変容を図ることをプログラム効果として評価している。質問紙は、介護家族、施設職員それぞれに対しプログラム参加前後に配布した。構成は、属性、時間的余裕、主観的健康度、主観的な介護負担感、対処スタイル尺度で、対処スタイル尺度の記入には、最近困難さを感じた事例を一例記述し、その対処方法について聞いた。和気らは在宅障害老人の介護家族の対処スタイルは評価者が効果的であると評価した対処行動が一定期間持続すると想定したうえで、3次元構造の尺度を作成し測定した（表3）。尺度の信頼性は内的一貫性を見る信頼性係数（Chronbach '）は0.77で充分と思われる。したがって、本研究においては和気らの対処スタイル尺度16項目のうち、社会規範上の問題から偏る可能性が予測される「自分にはお年寄りの世話をする責任や義務がないと思う」という下位尺度 正当化 に関する項目を「今の自分の介護方法は間違いないと考えるようにする」に変換した。また、施設職員にあてはまるように下位尺度と3次元構成に影響を与えないように修正を行った（表8）。

プログラムを通じた対処スタイルの変容に関する評価の分析方法は次の通りである。プログラムに参加した介護家族と施設職員の対処スタイルの構造的変容を参加前後で比較し、和気らが規定した対処スタイルの3次元構造にあてはめ 問題解決型 接近・認知型 回避・情動型 に分類し、前後の対処スタイル得点の変容と介護家族と施設職員について2×3の分散分析を行った。また、プログラムの効果を測定することを目的にして、施設職員を対象として参加者群と非参加者群のプログラム終了後の対処スタイル得点の平均値の比較を行った。参加者群は、プログラムに3回以上参加した職員とした。なお、比

較の際は、事前、事後調査どちらかにしか回答できなかった対象者のデータは欠損値として扱い分析からは除外した。これらの検定には SPSS11.5J を使用した。

結果

1. 対象者の属性

表 4 は対象者の属性を示したものである。プログラムの参加者は、延べ人数で介護家族 139 名、施設職員 161 名の合計 300 名で、1 回平均は介護家族 23.1 名、施設職員 26.8 名で、各回平均は 50 名（同一内容で 2 回開催のため曜日別各回参加者平均は 25 名）であった。なお、プログラム効果の対象者となる 3 回以上の参加者は、介護家族 41 名、施設職員 14 名であった。対象者の平均年齢は、介護家族 59.7 ± 12.98 歳、施設職員 31 ± 10.09 歳、性別は、介護家族は女性 31 名（75.7%）、男性 10 名（24.3%）、施設職員は女性 9 名（64.2%）、男性 5 名（35.8%）であった。3 回以上の継続的な参加者は、勤務の都合上職員が少なく、家族の参加は多くなる傾向が示された。また、今回の参加者は介護家族の年齢は全体的に高く女性が多いことも明らかになった。

次に、日常生活における「時間的な余裕」、「主観的健康観」、「介護への負担」などについて「1. とてもある（とても健康、負担に感じることはない）」、「2. まああるほうだ（まあ健康なほう、あまり負担に感じない）」、「3. あまりない（あまり健康ではない、たまに負担を感じる）」、「4. 全くない（健康でない、いつも負担に感じる）」までの 4 段階評価を用いて、介護家族、施設職員それぞれから回答を得た。「あなたは普段、生活に時間的な余裕があると感じていますか」という「時間的な余裕」を聞いた質問では、「とてもある」は介護家族 0 名（0%）、施設職員 0 名（0%）、「まああるほう」は介護家族が 19 名（46.3%）、施設職員 6 名（42.9%）、「あまりない」は介護家族が 16 名（39.0%）、施設職員が 6 名（42.9%）、「全くない」は介護家族が 6 名（14.7%）、施設職員が 2 名（14.2%）であり、介護家族も施設職員も 5 割以上が普段から時間的なゆとりを感じていない結果となった。「あなたは普段自分で健康だと感じていますか」という「主観的健康観」では、「とても健康」は介護家族が 3 名（7.5%）、施設職員が 3 名（21.4%）、「まあ健康なほう」は介護家族が 27 名（67.5%）、施設職員が 7 名（50%）、「あまり健康ではない」は介護家族が 7 名（17.5%）、施設職員が 2 名（14.3%）、「健康ではない」では、介護家族が 3 名（7.5%）、施設職員は 2 名（14.3%）であり、プログラム参加者の介護家族も施設職員も 7 割以上が主観的に健康であると感じていることが明らかになった（こうしたプログラムに参加している人は健康と感じている人が多く健康観の低い人がどうするかが大切）。「あなたは介護を負担に感じるがありますか」という自覚的な介護負担の自己評価については、「負担に感じることはない」では、介護家族は 0 名（0%）、施設職員は 2 名（15.9%）、「あまり負担に感じることはない」では、介護家族が 3 名（9.1%）、施設職員は 4 名（30.8%）、「たまに感じる」は、介護家族が 21 名（63%）、施設職員は 6 名（46.2%）、「いつも感じている」は介護家族が 9 名（27.9%）、施設職員が 1 名（7.1%）であり、施設職員より介護家族の方が自覚的に介護の負担を感じている参加者が多いことが示された。これらから、本研究の対象者の属性傾向は、介護家族、施設職員両者とも時間的な余裕はないと感じ、主観的健康観は高い傾向にあるが、自覚的な介護負担感の方は強く感じていることが明らかになった。

次に、介護家族の現在の家族の状況や地域の活動についての実態は、表 4 に示すとおりで

ある。「地域の活動などによく参加しているか」という地域活動の参加については、「よく参加する」が10名(26.3%)、「参加したいが出来ない」という潜在的な参加者が6名(15.7%)、「あまり参加しない」が7名(18.5%)、「全く参加しない」が15名(39.5%)であり、6割が地域活動には積極的に参加していない状況であった。「今後も在宅で介護を継続していきたいか」という介護の継続意思については、「是非していきたい」が6名(14.6%)、「可能であればしたいと思う」が17名(41.5%)、「難しいと思う」が7名(17%)であり、今後も在宅介護を希望する家族が多くの割合を占めているが、欠損値等の多さから困難さに悩みを抱えている現状も伺える。また、「緊急時や不在の際の代わりに介護者はいるか」という介護のサポートについては、「代わりに介護者がいる」が22名(70%)で、「代わりに介護者がいない」が9名(30%)であり、プログラムの参加者の7割は代わりに介護者がいることが明らかになった。

2. プログラムのプロセス評価

1) 参加者数によるプロセス評価

プログラムの実施プロセスの評価を、全6回の参加者数の変化量と実施量、さらに全体の感想の評価の要因を明らかにすることによって求めた。表5、および図1は、全6回の参加者を属性別に示したものである。プログラムの参加者数の傾向は介護家族においては、2回目(32名)3回目(30名)の認知症に関する内容を取り上げた場合に参加者が増加しており、施設職員の場合は1回目(40名)4回目(36名)の食事や身体介助の具体的な介助方法の内容の場合の参加者が増加している傾向が示された。また、最終回に実施した介護者の心理的側面に関する内容については、介護家族(24名)施設職員(27名)と、近接する参加者数であった。実施量は平成16年9月~平成17年2月までの6ヶ月間行い、同様の内容で月2回(火曜日と土曜日)計12回実施した。表6は曜日による参加者数の差異を示した。曜日による実施評価は、火曜日開催プログラムについては施設職員の参加が多く(124名)土曜日開催プログラムは介護家族の参加が多い(84名)傾向が示され、介護家族と施設職員の職務および生活形態による違いが明らかになった(図2)。

2) 参加者のプログラム総体的評価の要因

プログラムの終了時に毎回実施した評価票の「全体の感想」を従属変数、プログラムの内容を構成する「資料」「時間配分」「関心度」「理解度」を独立変数として、重回帰分析を行い、プログラム内容構成要素の中で、従属変数にどの項目がより影響を及ぼしているかを算出した。重回帰分析の結果、従属変数とプログラム内容構成要素との重相関係数は、776、0.1%水準で有意であった。また、それぞれの標準偏回帰係数では理解度が有意な値($r = .529, p < .01$)資料は有意な値($r = .404, p < .05$)となった。また、関心度($r = .155, ns$)時間配分($r = .110, ns$)については有意な値ではなかった。したがって、プログラム全体の評価に及ぼすプログラム内容構成要素は理解度が高く、資料が適切で充実していることが重要であることが明らかになった(表7)(図3)。

3. 教育的支援プログラムの効果

1) 介護家族と施設職員の対処スタイルの変化

表8は、介護家族と施設職員の各対処スタイル項目を参加前・後の平均値を比較したものである。次に、本研究のプログラムに3回以上参加した介護家族41名と、施設職員14名のプログラム参加前後の対処スタイル3次元構造 問題解決型 接近・認知型 回避・情動型 それぞれの単純主効果と交互作用を明らかにするために、2×3の分散分析を行い比較をした。2要因の分散分析の結果、3次元の対処スタイルと参加前・後の主効果は、問題解決型 ($F(1,27) = 4.94, p < .05$) 接近・認知型 ($F(1,27) = 1.78, n.s$) 回避・情動型 ($F(1,27) = 16.95, p < .01$) で、対処スタイルの3次元構造では、問題解決型 と 回避・情動型 が有意に低下しており、プログラムに参加することにより 問題解決型 対処スタイルと、回避・情動型 対処スタイルを選択することが少なくなっていることが認められた。

次に、介護家族と施設職員の対処スタイルごとの主効果は、問題解決型 ($F(1,27) = 0.30, n.s$) 接近・認知型 ($F(1,27) = 6.01, p < .05$) 回避・情動型 ($F(1,27) = 15.15, p < .01$) で、接近・認知型 対処スタイルと 回避・情動型 対処スタイルについては介護家族と介護職員間で有意な違いがあることが認められた。

また、介護家族、施設職員の属性とプログラム参加前・後による対処スタイルの交互作用は、問題解決型 ($F(1,27) = 0.46, n.s$) 接近・認知型 ($F(1,27) = 0.95, n.s$) 回避・情動型 ($F(1,27) = 0.20, n.s$) で、いずれの対処スタイル内においてもプログラム前・後の変化は有意ではなかった。

これらの結果から、対処スタイルは本プログラムに参加することによって、問題解決型 対処スタイルと 回避情動型 対処スタイルを認知的・行動的に選択する参加者は少なくなり、参加者の属性では、介護家族は施設職員よりも 接近・認知型 および 回避・情動型 の対処スタイルを選択することが多く、介護に対する考え方や意味づけを変えようと努力したり、感情的にいらだちを発散させようとしていることが明らかとなった。また、介護家族、施設職員ともに本プログラムに参加することによって対処スタイルが必要になる状況が減少する傾向が示された。(表9)(図4)

2) 施設職員におけるプログラム参加・非参加者の対処スタイル比較

プログラムの効果を測定することを目的として、施設職員を対象として参加者群と非参加者群の6回のプログラム終了後の対処スタイルの比較をした。参加者群はプログラムに3回以上参加した者である。Wilcoxon 順位和検定の結果、問題解決型 ($z = -.90, n.s$) 接近・認知型 ($z = -2.25, p < .05$) 回避・情動型 ($z = -4.53, p < .01$) で、接近・認知型、回避・情動型 で有意であった。プログラム参加によって、困難な事例に対峙した際に感情的な対処行動をとることが少なくなり、介護に対しての考え方が回避的な考え方からよりポジティブな行動に変容していることが確認された。(表10)(図5)

考察

本研究は、認知症高齢者を介護する家族の在宅介護を支援し、そのサービスを提供する側の施設職員のケアの場面において利用者の日常的な生活を保証するための在宅介護の理解を目的して、家族、職員相互参加型の教育的支援プログラムを提供し、その有用性について検証した。プログラムの特色は、認知症高齢者および身体的自立レベルが低下した高齢者を介

護する際に必要な知識の伝達にとどまらず、その具体的な活用方法をテーマとして家族、職員を成員としたグループディスカッションで構成したところにある。これらを踏まえ、ここでは教育的支援プログラムの有効性の測定について、2つの視点から考察を行っていきたい。1つは、プログラムの運営や企画、参加者属性評価、内容評価に関わるプロセス評価、2つめにプログラムに参加した介護家族、施設職員、参加者と非参加者の対処スタイルの変容と比較による効果測定である。

まず、プログラムに参加した延べ人数は300名で内訳は139名が介護家族、161名が施設職員で、一回のプログラム参加者平均は50名であった。本来こうしたプログラムを実施する際のプロセス評価の基準は、参加者数、方法、内容などであるが、本研究の評価の基準は、量的な基準より、むしろ介護家族と施設職員の参加者数の均整と円滑なグループディスカッション実施のための適正な人数、そして継続的な参加にある⁶⁾。各回の家族介護者と施設職員のバランスは開催曜日によって異なり、火曜日の夜は施設職員が多く、土曜日の午前中は家族の比率が高くなった。また、継続参加率では介護家族が高く、施設職員が低くなっている。これは、日程の告知は実施3週間前におこなったことから、施設職員のシフト決定後であったことが要因であったと考えられる。今回のプログラムは実施について探索的な要素を含んでいたために、曜日と時間を変えて2回同一内容で実施したが、恒常的に開催を推進することを視野に入れた場合、毎月1回の開催が現実的であると言えよう。そのようなことから、相互参加のプログラム開催の適切な日程としては、介護家族が参加しやすい土曜日に開催し、施設職員にはあらかじめ全日程について告知をすることによって継続的な参加も促進できるのではないかと考える。また、施設職員の継続参加を可能にするためには、事業所の管理者が、デイサービスやショートステイのような介護職員が直接利用する家族とふれる機会の多い職種について、家族の介護に対する姿勢を知り、それを実際の施設ケア場面において展開していくことの重要性を理解することが必要とされる。グループディスカッションの適正な人数については、実施する施設に参加者を収容できる一定の広さの会場が確保できることが必要である。

プログラムの内容については、家族の属性を十分に理解したうえでの配慮が必要とされる。介護者の属性は、年齢は平均60歳、女性で緊急時の代わりの介護者があり、自覚的に介護に負担を感じながらも可能であれば在宅で介護を続けていきたいと感じており、地域の活動の参加率は低いという傾向であった。在宅で介護をおこなう家族の高齢化の指摘は、現在の高齢社会対策の大きな課題であるが、本研究のプログラムの参加者においても同様の課題が明らかになった。また、可能な限り在宅での介護を希望している家族が多く、こうした現状からプログラムの内容を精査することが必要である。特に、今回実施した中では、力を使わない介護方法や介護者の心理状態について、そして参加者の多かった認知症については今後も継続する必要性はうかがえる。今回実施しなかったが今後含むべき内容は、介護者自らの健康維持に関する内容は必要であろう。介護家族の傾向として地域活動への参加率が低いことから、日常の介護に追われ地域において孤立し抑うつ状態を招くことも予測される。その予防的観点から、プログラムの実施および参加は重要ではないかと思われる。参加者の毎回のプログラム内容の事後評価では、「理解度」と「資料の適切さ」が総体的評価に影響を及ぼしている。介護家族、施設職員、両参加者が満足感を感じるプログラム構成としては、内容的に容易な理解が可能で、それを補足する資料の提示を充分に行うことが重要であること

が示唆された。内容的な理解は知識の伝達において、介護家族、施設職員が双方ともに同様の理解を求めることは困難であることから、グループディスカッションの際にファシリテーターが解説を含めて両者の接点を強化する役割を果たすことが望ましいと考えられる。今回のプログラムについては全体的に評価が高かった要因として、運営の構成員の十分な確保が可能で、ファシリテーターを各グループに2名配置し、記録や進行の役割を担うことができたことは大きな要因であったと思われる。

次に、プログラムの効果測定は、和気の3次元で構成される対処スタイル尺度得点の変化を効果の指標として用いて介護家族、施設職員間と施設職員ではプログラム参加者、非参加者間で比較を行った。参加前の介護家族の3次元の対処スタイルの活用頻度については、問題解決型が最も多用されており、先行研究の結果と一致した。しかし、最も用いられない対処スタイルについて先行研究では、接近・認知型であったのに対し本研究の結果では回避・情動型であったことから、これまで前向きな対処行動に取り組もうとしていたがうまく機能していなかったことが伺える。また、施設職員についても同様の傾向が示されていた。プログラム参加前後の対処スタイルの活用頻度を比較すると、プログラムに参加することによってポジティブな対処を示す問題解決型が減少し、最もネガティブな対処を示す回避・情動型も減少していた。「ストレス-対処モデル」では、対処行動はストレスに対する1次評価にもとづいて必要と認知・評価された場合に発生するとされている³⁾⁶⁾。今回の結果は、参加者はプログラムに継続する過程の中で、ストレスを解消する状態が図られたと考えられる。本研究においては、ストレスの測定は実施していないため、ここで具体的に評価することは難しいが、問題解決型の低下は、プログラムに中心的に含まれる、介護家族と施設職員の課題解決型グループディスカッションへの参加によって、問題解決型の対処スタイルの活用場面が低減したことによる効果ではないかと思われる。回避・情動型の低下は、最もネガティブな対処であるためプログラムの有効性を支持する結果であり、プログラム自体がストレスへの対処に向けた資源として位置づけられ活用されていたと考えられる。

3次元対処スタイルの参加前後の変化を、介護家族、施設職員間で得点比較すると、接近・認知型、回避・情動型にプログラム参加によって大きな変化が見られた。特に、接近・認知型は、参加によって介護家族の変化は小さいが、施設職員は大きく減少していることは興味深い。この対処スタイルは、考え方の変容によって状況を乗り切ろうとする行動である。プログラム参加は、施設職員の困難事例への考え方を換えようとしなかったという解釈ではなく、対象者の理解の方法や介護の方法を、一人で試行錯誤する方法から脱却し、家族や研修に参加することによって解決する手がかりを獲得した現れではないかと考えられる。

次に、プログラムに参加した施設職員と参加していない施設職員の対処スタイルの比較を行ったところ、参加者群の方が困難な事例に対峙した際、接近・認知型、回避・情動型を選択することが少なくなった。プログラムの参加によって、感情の表出や諦め、思考回避など、専門職として不適であるネガティブな対処行動は軽減したことは上述の議論と一致するところであった。接近・認知型の必ずしもネガティブな要素だけではない対処スタイルの選択の低下の要因は次のように考えられる。1つに、上述したようにストレス回避のためのあらたな手がかりを獲得した可能性と、2つめには、6ヶ月間にわたるプログラム参加

時の介護家族とのグループディスカッションの過程において、実際のケア場面での行動で探索的に行っていた「その人らしい生活」「家庭的な生活」など日常生活の保証に対する自信を得たことによって施設職員の介護観や自律性が向上する可能性である。

今回のプログラムの有効性を総合すると、介護家族、施設職員両者の対処スタイルをポジティブに変容する一定の示唆を得ることが出来たといえよう。また、それぞれの効果は異なり、介護家族はプログラムに参加する行動自体が有効で、それによって 回避・情動型 の低下に見られるように対処に対する思考を開始し、困難事例を自ら解決しようとする資源としてプログラムを活用していることが伺えた。施設職員は、家族と同様に 回避・情動型 の対処スタイルが減少したことと、更に 接近・認知型 の対処スタイルに大きな影響を及ぼした。福祉現場で多用される「そのひとらしさ」、「家庭的な生活」などの抽象的な表現を実際に家庭で高齢者と暮らす家族との対話やグループディスカッションによって方向付けがなされ、介護の方法への自問自答から、家族や他の施設職員からの新たな解決方法の提供という視点で本プログラムは有用であったと考えられる。

本研究では、3次元対処スタイル得点の変化を用いて介護家族と施設職員の相互参加型の教育的支援プログラムの有用性を検証した。しかし、対処能力の強化には有用ではあるが、対処スタイルは、ストレスラーの評価から生じる行動であることから介護家族、施設職員のケア場面での困難さを解消し根本的な解決に繋げるためには、個別で具体的なプログラムを作成する必要がある。したがって、今後は具体的な困難事例から生じる各種ストレスラーに対してどのように対応するかという個別的提示が可能なプログラムのあり方を検証していく必要がある。また、こうした相互参加型の介護家族、施設職員支援プログラムをより多くの施設や事業所で展開しやすくアレンジし、その有用性を一般化することが重要である。

文 献

- 1) 本間昭：痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか．老年精神医学雑誌，10-7；787-793，1999．
- 2) 厚生労働省：全国介護保険担当課長会議資料（平成14年2月12日），2002．
- 3) 翠川純子：在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究．社会老年学，37；16-26，1993．
- 4) 武田文，野崎貞彦：老人保健事業における健康教育の評価に関する考察．日本公衆衛生雑誌，41-3；201-207，1994．
- 5) 東京都福祉局：高齢者の生活実態及び健康に関する調査報告書，1995．
- 6) 和気純子，矢富直美，中谷陽明，冷水豊：在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究（2）．社会老年学，39；12-23，1994．

表 1 教育的支援プログラムの内容

	講義テーマ	ディスカッションの内容	目的
1回	お年寄りの食事について (食事の工夫や栄養の知識について)	皆さんが行っている食事を 作る際の工夫 (BS法)	施設で提供される食事内容を理解し、在宅 で活用できる工夫についての知識を得る
2回	認知症のハナシ (認知症の基本的理解)	みなさんが経験した介護 (認知症)の体験と対処法	認知症介護のあり方を、家族、職員相互の 事例から、参考にし自らの介護に生かす
3回	認知症のハナシ (認知症の予防の考え方)	認知症にならないために気をつけ ていること 気をつけたほうがよいこと	認知症の予防という観点から、介護家族 の不安を表出し、職員に在宅介護の理解 を促す
4回	カンタン介護 (移動や立ち上がりなどの具体的な 介助方法)	介助方法で困っていること おすすめの介護情報	身体介助の方法を職員が家族に指導するこ とによって相互の関係形成を促す
5回	楽になりませんか? (介護者の腰痛や肩こりの予防)	実技指導	家族、職員が共通する腰痛、肩こりにつ いて情報を提供し関係形成を行う
6回	認知症の心、家族の心 (介護者の心理的側面について)	介護をしてストレスを感じる時 あなたにとってのストレス解消法	施設職員には家族を含めたアセスメントの 意識付けを行い、家族にはカタルシスを目 的とする

表 2 教育的支援プログラムの流れ

S T E P	時間	目 的
グルーピング	5	介護家族と職員の均等な割り振り 家族と職員の教育効果の相互作用の支援
導入	10	プログラムの概略を説明し目的の明確化を行う 自己紹介を行い良好なリレーションシップ形成の促進
講義	30	テーマに応じて家族、職員相互の共通の話題提供を行い参加意欲を高めること
グループディスカッション 報告	50	提供された話題をもとに家族は職員、職員は家族の工夫や対処行動について理解 する。(主にそれぞれの解決方法・対処方法) ファシリテーターがメンバーの自己効力感への働きかけをする
評価	10	の内容を今後の介護にどのように生かせるかという期待的展望に焦点を当てる

ファシリテーターは検討委員

表 3 対処スタイル尺度項目 3次元構造因子の内容

	内 容
問題解決型	情報収集、援助の依頼、気晴らしなどの具体的な問題の解決に向けて積極的な行動をとるポジティブな対処スタイル
接近・認知型	考えるなどの認知的変化を求め、介護に対する意味づけや考え方を変容して状況を乗り切ろうとする態度が反映された対処スタイル
回避・情動型	介護に対する苛立ちを発散させることによって情緒のバランスを保ち、状況から回避するネガティブな対処スタイル

表 4 介護教室の参加者の属性と比較

	介護家族	施設職員
〔平均年齢〕	59.7 ± 12.98	31 ± 10.09
〔性別〕		
男性	10 (24.3%)	5 (35.8%)
女性	31 (75.7%)	9 (64.2%)
〔時間的余裕はあると感じているか〕		
とてもある	0 (0.0%)	0 (0.0%)
まああるほう	19 (46.3%)	6 (42.9%)
あまりない	16 (39.0%)	6 (42.9%)
全くない	6 (14.7%)	2 (14.2%)
〔あなたは普段自分で健康だと感じますか(主観的健康度)〕		
とても健康	3 (7.5%)	3 (21.4%)
まあ健康なほう	27 (67.5%)	7 (50.0%)
あまり健康ではない	7 (17.5%)	2 (14.3%)
健康ではない	3 (7.5%)	2 (14.3%)
〔あなたは介護を負担と感じることはありますか〕		
負担に感じることはない	0 (0.0%)	2 (15.4%)
あまり負担に感じない	3 (9.1%)	4 (30.8%)
たまに負担を感じる	21 (63.6%)	6 (46.2%)
いつも負担に感じている	9 (27.3%)	1 (7.6%)
〔地域の活動などによく参加しているか〕		
よく参加する	10 (26.3%)	
参加したいが出来ない	6 (15.7%)	
あまり参加しない	7 (18.5%)	
全く参加しない	15 (39.5%)	
〔今後も在宅で介護を継続していきたいと考えているか〕		
是非していきたいと思っている	6 (14.6%)	
可能であればしたいと思う	17 (41.5%)	
難しいと思う	7 (17.0%)	
欠損値	11 (26.9%)	
〔緊急時や不在の際の代わりの介護者はいるか〕		
代わりの介護者がいる	22 (70.0%)	
代わりの介護者がいない	9 (30.0%)	

表 5 各回による参加者の推移

回	介護家族	施設職員	計
1回	14 (26%)	40 (74%)	54 (100%)
2回	32 (68%)	15 (32%)	47 (100%)
3回	30 (68%)	14 (32%)	44 (100%)
4回	19 (35%)	36 (65%)	55 (100%)
5回	20 (40%)	29 (60%)	49 (100%)
6回	24 (47%)	27 (53%)	51 (100%)
合計	139 (57%)	161 (43%)	300 (100%)

表 6 曜日による参加者の比較

	介護家族		施設職員	
	火曜日	土曜日	火曜日	土曜日
1回	4	10	31	9
2回	15	17	13	2
3回	16	14	11	3
4回	3	16	26	10
5回	7	13	23	6
6回	10	14	20	7
合計	55	84	124	37

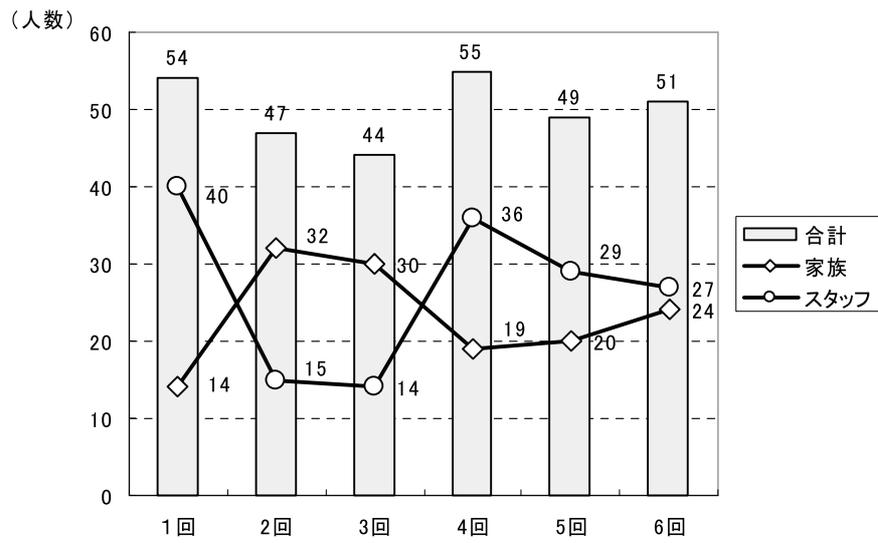


図1 各回の参加者数の推移

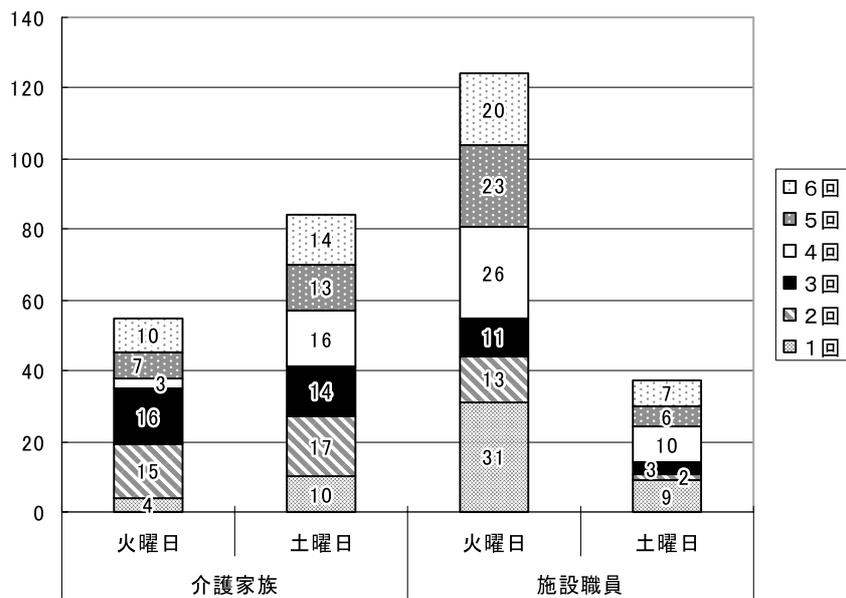


図2 開催曜日による参加者数

表7 プログラムの総体的評価に及ぼす要因

	相関係数	標準回帰係数 ()	
理解度	0.584	0.529	0.01
関心度	0.366	0.155	ns
資料	0.498	0.404	0.05
時間配分	0.317	0.11	ns
重相関係数 0.776 **			

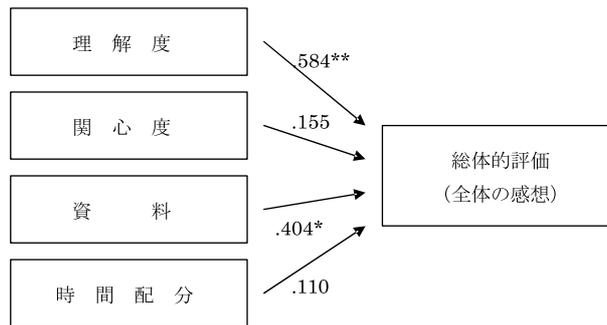


図3 プログラムの相対的評価に及ぼす要因

表8 対処スタイル項目の属性別回答分布

対処スタイル項目	mean ± S.D	介護家族		施設職員	
		参加前	参加後	参加前	参加後
7 介護に役立つ情報を集めるようにする 情報収集	mean ± S.D	2.71 ± 0.46	2.57 ± 0.64	2.64 ± 0.50	2.42 ± 0.76
10 同じように介護をしている人たちと励まし合うようにする 相互支援	mean ± S.D	2.46 ± 0.51	2.07 ± 0.61	2.28 ± 0.61	2.21 ± 0.80
8 気晴らしや気分転換に役立つ事をする 気晴らし	mean ± S.D	2.60 ± 0.50	2.35 ± 0.63	2.28 ± 0.61	2.57 ± 0.51
11 施設職員や医者などの専門家に相談する 専門援助の依頼	mean ± S.D	2.33 ± 0.73	2.00 ± 0.78	2.00 ± 0.68	1.64 ± 0.63
13 家族・親戚（他のスタッフ）や近所の人に助けを頼む 私的援助の依頼	mean ± S.D	1.92 ± 0.73	1.80 ± 0.77	2.57 ± 0.51	2.35 ± 0.74
6 介護する経験から学ぶことがあると考える 価値の切り上げ	mean ± S.D	2.86 ± 0.35	2.85 ± 0.53	2.85 ± 0.36	2.42 ± 0.93
1 とにかく努力する以外ないと考える 努力	mean ± S.D	2.13 ± 0.74	2.30 ± 0.75	2.42 ± 0.64	2.21 ± 0.80
2 お年寄りにどのような介護が必要なのかを、改めて考え直す 計画・再検討	mean ± S.D	2.53 ± 0.51	2.61 ± 0.50	2.50 ± 0.51	2.35 ± 0.63
4 自分で自分を励ますようにする 自己抑制	mean ± S.D	2.86 ± 0.35	2.46 ± 0.51	1.92 ± 0.61	2.07 ± 0.73
9 先の事についてあまり考えないようにする 思考回避・逃避	mean ± S.D	2.53 ± 0.63	2.00 ± 0.67	2.71 ± 0.47	2.57 ± 0.65
12 介護の大変さを分かってもらえるよう家族や周りの人（他のスタッフ）に訴える 被支持	mean ± S.D	2.33 ± 0.72	1.92 ± 0.73	2.46 ± 0.52	2.07 ± 0.62
15 辛くて人知れず泣いたりする 感情表出	mean ± S.D	1.53 ± 0.74	1.33 ± 0.48	2.60 ± 0.51	2.35 ± 0.63
3 お年寄りの世話をすることは当たり前だと考える 諦め・開き直り	mean ± S.D	2.66 ± 0.48	2.35 ± 0.84	2.33 ± 0.72	2.00 ± 0.78
5 介護は私の役割（仕事）だから仕方のないことだと考える 価値の切り下げ	mean ± S.D	2.46 ± 0.74	1.92 ± 0.75	1.92 ± 0.73	1.80 ± 0.77

() 内は施設職員用に置き換えた項目

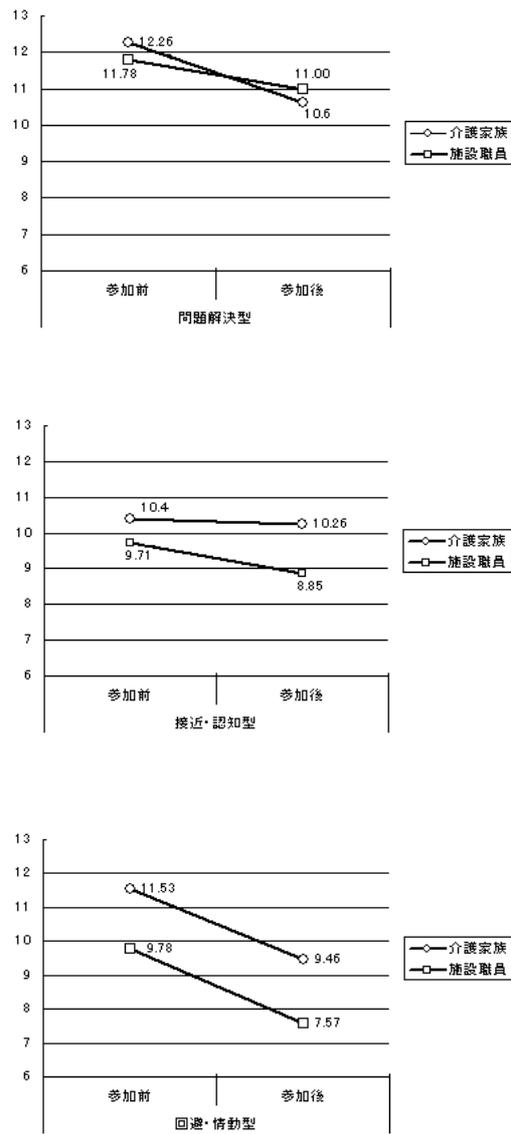


図 4 属性による対処スタイルの参加前後の平均値の比較

表 9 プログラム参加による対処スタイルの平均値の変化量と標準偏差

		問題解決型		接近・認知型		回避・情動型	
		参加前	参加後	参加前	参加後	参加前	参加後
介護家族	mean ± S.D	12.26 ± 2.08	10.66 ± 2.05	10.40 ± 1.12	10.26 ± 1.53	11.53 ± 1.95	9.46 ± 1.95
施設職員	mean ± S.D	11.78 ± 1.67	11.00 ± 2.07	9.71 ± 1.06	8.85 ± 2.14	9.78 ± 2.08	7.57 ± 1.45

表 10 施設職員のプログラム参加者群と非参加者群の対処スタイル平均値と標準偏差

		問題解決型	接近・認知型 *	回避・情動型 **
非参加者群	mean ± S.D	11.6 ± 1.83	10.12 ± 1.20	9.98 ± 1.57
参加者群	mean ± S.D	11.0 ± 2.07	8.85 ± 2.14	7.57 ± 1.45

*p < .05 *p < .01 (wilcoxon 順位和検定)

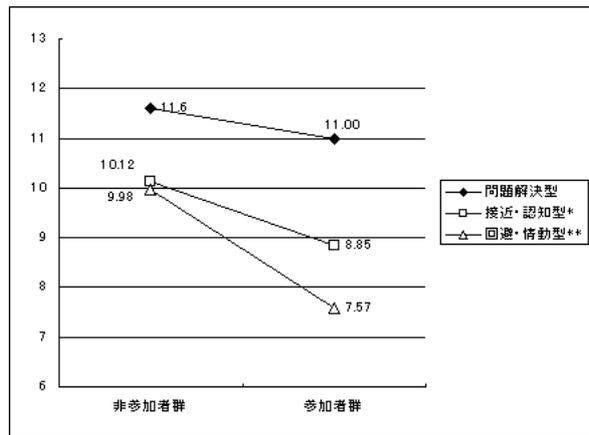


図 5 施設職員のプログラム参加者群と非参加者群の対処スタイル平均値の比較

認知症高齢者の口腔ケアに関する研究

東北福祉大学

阿部 一彦 渡部 芳彦 渡部 純夫

東北大学大学院歯学研究科

渡辺 誠 坪井 明人

医療法人社団東北福祉会せんだんの丘

大森 俊也 若生 利津子

仙台歯科医師会

阿部 洋一郎

仙台医療福祉専門学校歯科衛生士学科

阿部 昌子

[緒 言]

咀嚼・発語・呼吸などの多様かつ重要な機能を営む口腔のケアは、その部位の疾患予防と、その機能を維持改善することを目的に行うことが求められる。すなわち「口腔ケア」とは、狭義には口腔の衛生状態改善のためのケアであるが、広義には疾病予防、健康の保持、増進、リハビリテーションによりQOLの向上を目指す¹⁾行為であり、口腔を通した生活全体へのケアであるといえる。かつて、介護の現場において口腔ケアは、洗顔・洗髪などと同じ「保清」という範疇に属し、単に口腔を清潔に保つという狭義の口腔ケアとして実践される場合が少なくなかった。しかし、近年では広義の口腔ケアの根拠が数々の研究により示され、多くの介護従事者も口腔ケアの重要性を認識している⁹⁾。例えば、咬むことが脳を刺激する²⁾といったことや、歯の本数と認知症との関連性⁸⁾などが明らかにされたこと、口腔に常在する細菌の不顕性誤嚥が、寝たきり高齢者に多い「誤嚥性肺炎」の原因である可能性が高いこと^{5-7, 10-15)}などが挙げられよう。また、厚生労働省と歯科医師会が中心となり、咀嚼機能の維持の観点から、80歳で20本の歯を残そうという目標を掲げて展開している8020運動や、厚生労働省が中心となって推進している健康日本21の中で「歯の健康」が生活の質確保の基礎となることを述べ、2010年までの目標値を設定していることなどにより、口腔ケアは健康づくりの一環として位置づけられるようになった。

しかしながら、そのような認識が広まりつつあるにもかかわらず、要介護者の口腔ケアは不十分であり、適切なケアが行われずに多数の歯がむし歯になっていたり、不適合な義歯がそのまま使用されているという状態を目にすることが多く、介護者の口腔ケアに対する重要性の認識と実践の間には様々な障害があることが推察される。

基本的に介護者が行う要介護者の口腔ケアは、本人が行ってきたセルフケアの延長上であり、その人の若い頃からの習慣をサポートすることに始まる。しかしながら、まずそのセルフケア習慣が適切ではないケースが多々ある。また、介護が必要な状態になると、セルフケアを障害する要素が重み積なる。例えば、義歯の取り外しや歯ブラシを使う際の指先や上肢、

頭頸部の機能、むせることなく嗽ができるといった嚥下機能や、洗面台に移動する歩行機能の低下などが口腔ケアの方法を大きく左右し、場合によって困難を極める。また、認知症の人では介護されることを拒否するケースも少なくない。特に敏感な感覚器でもある口腔に触れられることに強い抵抗を示したり、口腔に入ってきたものを反射的に噛んでしまうこともある。このような要介護者の多様な状態に対して、介護者が適切に口腔ケアを実施するためには、口腔ケアについての基本的な知識と、個々のケースに対して適切な実践方法を習得する必要がある。また、口腔ケアは歯科治療（キュア）とも密接に関与するため、歯科医療関係者も含んだチームケアシステムの構築が理想と考えられる。

歯科領域では、よりよい口腔ケアの実践のために、介護者向けの口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションなどに関する講習・研修会を開催したり、訪問歯科診療のシステムの確立や、「歯科衛生士」の養成教育を従来の2年制から3～4年制として、ホームヘルパーや社会福祉士の資格を有する口腔ケアの専門家の育成などにも取り組んでいる。このような取り組みによって介護の現場において質の高い口腔ケアの実践が行われることが求められるが、口腔ケアに限定されず要介護者の生活全体を支援する介護者の考えとは、必ずしも合致しない可能性もある。そこで介護者の口腔ケアにおけるニーズを知ることや、介護者にとって簡便で実施しやすく、また、モチベーションの維持につながるような口腔ケアの実践方法を探ることも、口腔ケアの普及向上を考える上では意義深い。

このようなことから本研究では口腔ケアの実践に関連する諸問題に対して、施設ケアワーカーがどのように認識し、対処しているかを聞き取り調査によって探った。また、要介護高齢者の口腔衛生状態を6週間にわたり毎週調査して、その変化と改善の可能性を検討した。さらに認知症の人に対しても容易で、習慣的に行う口腔ケアの新しい試みとして、要介護高齢者が毎食後にキシリトールタブレットを舐めることを行い、それによる口腔衛生状態の変化と、そのような習慣獲得の可能性を探った。近年、各種キシリトール製品は日本でもたくさん発売されている。キシリトールなどの糖アルコール類は適量を適切に摂取すれば、虫歯や歯周病を予防し口腔衛生状態を良好に保つことができると報告されている^{3,4)}。また、一部の製品は「歯を丈夫で健康に保つ」効果があり、特定保健用食品として厚生労働省の許可を得ている。（配合割合が低くて効果が期待できない製品であっても、キシリトールのネームバリューや虫歯予防のイメージを利用して販売しているものもある。）ただしその効果は、歯ブラシなどによる機械的な口腔清掃の代わりになるものではなく、補助的な効果をもたらすと考えられ、通常の口腔清掃に加える「追加型口腔ケア」と位置づけられている。そこでキシリトールそのものの効果に加えて、このようなキシリトール摂取が要介護者のセルフケアや介護者の口腔ケア実践のさらなる動機付けとなって相乗的な効果をもたらすことが期待され、介入研究によりその可能性を探った。

[方 法]

1) 施設での口腔ケアに関する聞き取り調査

東北福祉大学関連法人が運営するA, B, Cの3施設（A・B：介護老人福祉施設、C：介護老人保健施設）において、日常的に高齢者の介護に従事する介護施設職員14名（施設A：3名、施設B：6名、施設C：5名）に対し、以下の項目に関する聞き取り調査を半構造化した面接法により個別に実施した。いずれの施設もユニットケアを行っているが、ユ

ユニット毎に介護方針が異なるので所属ユニットが重複しないように調査対象者を選択した。なお、施設 C は歯科衛生士が常勤しているという特徴がある。調査に際しては研究の主旨を説明し、同意を得て実施した。

調査内容

基礎情報：名前・年齢・性別、施設、職種、勤務形態、資格、経験年数、他施設での勤務経験

質問項目：以下の 1～10 の項目について聞いた。

1. ユニットにおける口腔ケアの実施状況（日常的に施設利用者本人あるいはケアワーカーが介助して行っている口腔ケアの方法について）
2. 口腔ケアを実施するうえでの問題点・疑問の有無（ケアワーカーが施設利用者の口腔ケアを介助する際に感じることにについて）
3. 歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施とそのニーズ（口腔ケアに関する専門職として、歯科衛生士が施設に勤務する必要性について）
4. 利用者に対しての歯科治療の勧め、歯科医師への歯科治療の申込みについて（施設利用者の歯科治療の必要性を主に誰が指摘し、どのように歯科医師に連絡しているか）
5. 口腔ケアの優先順位・人手の充足状況（他の身体介護行為と比較して、口腔ケアの優先順位が低いと感じることや、口腔ケアを行う上で人手が足りないと感じることがあるか）
6. 口腔ケアに関する知識・教育・ニーズ（現在有する資格の取得に際しての養成教育や、資格取得後において、口腔ケアに関する教育・研修（実習・実技）を受けたことがあるか。口腔ケアに関する知識をどのようにして得ているか。口腔ケアに関する教育の必要性を感じるか）
7. 歯科医院の対応、歯科受診における問題点や要望（近隣の歯科医院や訪問歯科診療で歯科治療を行う歯科医療関係者の対応や、歯科受診において生じる問題や要望があるか）
8. 食事について（時間・量・制限など）、摂食嚥下障害者への対応、経口摂取への取り組み（施設利用者に食事を提供する際に工夫・配慮している事や、摂食が困難な人への対処について）
9. 認知症高齢者への対応（認知症の施設利用者の口腔ケアをどのように行っているか＜具体策についてまとめてある資料を見てもらい、それにコメントしてもらった＞）
10. 口腔乾燥症（ドライマウス）の人への対処について（口腔が乾燥している人の有無と、そのような人にどのように対処しているか）

2) 要介護高齢者の口腔衛生状態の継続的観察

仙台の近隣都市にあるグループホーム D において、その入居者を対象に 6 週間の調査期間を設けて、毎週以下の項目について検査を実施した。この施設には、毎週 1 回施設の協力医療機関である歯科医院から歯科衛生士が 1 名訪れ、訪問口腔衛生指導を実施している。口腔内診査はその歯科衛生士による実地指導を行う直前に実施した。

また、この調査期間中に、1 週間の口腔ケア強化週間（1 - 2 週目の間）と 1 週間のキシリトールタブレットを毎食後に舐める期間（4 - 5 週目の間）を設定した。

研究の実施に先立ち、認知症介護研究・研修仙台センターの倫理審査委員会に本研究の計画を示し「研究協力者に対する研究目的等の説明書」・「同意書」の内容の承認を得た。研究協力者は摂食嚥下機能等に問題がなく、研究の遂行が可能と判断され、本研究の趣旨を説明し、書面による同意の得られた15名とした。なお認知力の低下等によって本人の同意が得られない場合は、代理人であるその家族に趣旨を説明して同意を得た。

口腔診査項目

1. 問診 口腔や食生活で気になることの間診
2. 口腔内診査 一般的な歯科検診〔歯式（歯の有無やその状態）、義歯の状態、歯肉・粘膜の状態、歯垢の付着状態）
3. 口腔細菌検査 デントカルト[®] SM、LB、CA（Orion Diagnostica社，Espoo, Finland）を使用し、むし歯の原因菌（歯垢を生成し、糖を分解して酸を産生する）の一種とされるミュータンス連鎖球菌（*Streptococcus mutans*, SM）と、深い虫歯の中などに存在し、虫歯の拡大に関与しているとされるラクトバチルス菌（*Lactobacillus*, LB）、義歯や口腔粘膜に生息するカビの一種であるカンジダ（*Candida albicans*, CA）の量を検査した。ミュータンス連鎖球菌の検査は、口腔粘膜を専用のプラスチック棒でぬぐい、それを液体の培地に浸漬して2日間37度で培養し、棒の表面に形成されたミュータンス連鎖球菌のコロニーの量を、付属のチャートの写真と比較して4段階で判定する。また、ラクトバチルス菌、カンジダの検査は、口腔粘膜を滅菌済みの綿棒で数回ぬぐい、その綿棒を寒天培地に軽く接触させて、2 - 4日間37度で培養し、寒天培地上に形成されたコロニーの量を、チャートの写真と比較して4段階で判定する。

*ミュータンス連鎖球菌の判定結果に基づく細菌数の目安

- 0 ~ 1 : 100000/ml 以下
- 2 : 100000 ~ 1000000/ml
- 3 : 1000000/ml 以上

*ラクトバチルス菌、カンジダの判定結果に基づく細菌数の目安

- 0 : 1000/ml 以下
- 1 : 10000/ml
- 2 : 100000/ml
- 3 : 1000000/ml

4. 口腔乾燥度検査 粘膜上皮内の水分量を静電容量として測定する口腔水分計（モイスチャー・チェッカー「ムーカス」、（株）ライフ）を口腔内頬粘膜に2 - 3秒間接触させてその値を読む。

*検査の標準値（目安）

- 正 常 : 30 ~
- 境 界 : 29 ~ 30
- やや乾燥 : 27 ~ 29

中程度乾燥：25～27

高度乾燥：～25

3) キシリトールを利用した口腔ケアの検討

介護老人保健施設Cにおいて、その長期入所利用者を対象に4ヶ月間の介入研究を実施した。本研究の実施に先立ち、認知症介護研究・研修仙台センターの倫理審査委員会に本研究の計画を示し、「研究協力者に対する研究目的等の説明書」・「同意書」の内容の承認を得た。研究協力者は摂食嚥下機能等に問題がなく、研究の遂行が可能と判断され、本研究の趣旨を説明し、書面による同意を得た。なお、認知力の低下等により本人の同意が得られない場合は、代理人であるその家族に趣旨を説明して同意を得た。

研究協力者38名(平均年齢 82.7 ± 6.7 歳)を対象に、設定した4ヶ月間の開始時(0ヶ月)・中間(2ヵ月)・終了時(4ヵ月)に以下の項目口腔検査を実施した。研究協力者は、年齢・介護度・歯数の平均がほぼ一致するようにA・Bの二群に分け、A群は前半2ヶ月間、B群は後半の2ヶ月間、毎食後にキシリトールタブレットを舐めていただいた。

(1) 口腔診査項目

1. 歯垢の付着状態：現在歯に付着する歯垢を Silness, Loe の PII (Plaque Index) の評価に準じて評価する(0, 1, 2, 3の4段階で、0は殆ど歯垢の付着が認められない状態、3は多量の歯垢付着状態を示す)
2. 歯肉の炎症：現在歯の歯肉の状態を Silness, Loe の GI (Gingival Index) の評価に準じて評価する(0, 1, 2, 3の4段階で、0は歯肉の炎症が認められない状態、3は著明な歯肉の炎症(発赤、腫脹)が認められる状態を示す)
3. 口腔乾燥度：口腔水分計による計測〔2〕の口腔診査項目4を参照〕
4. ミュータンス連鎖球菌(SM)：デントカルト® SM (Orion Diagnostica社)(0, 1, 2, 3)〔2〕の検査項目3を参照〕
5. カンジダ(CA)：デントカルト® CA (Orion Diagnostica社)(0, 1, 2, 3)〔2〕の口腔診査項目3を参照〕

(2) 介入内容

ロッテ社製XYLITOL®タブレット〔特定保健用食品、直径約10mm、中央の厚さ約6mm、約0.5g〕を使用した。本製品はキシリトール90%、食物繊維(ポリデキストロース)3.6%、脂質0.7%、その他微量のリン酸一水素化合物、フクロノリ抽出物(フノラン)などからなる白色のタブレットで香料によりオレンジの香味がある。健常な成人では、舐め終わるまでに5分程度を要する。

成人において効果が発揮されるキシリトールの摂取量の目安は一日4-12gであるとされているが、本研究の研究協力者は要介護高齢者であり、消化系をはじめ様々な機能が低下している可能性があるため、一日の摂取量を4.05gと定め、朝昼晩の食後に各3粒(1.35g)を摂取していただいた。タブレットは3粒ずつ小分けにしたものを、毎食後にケアワーカーが研究協力者に手渡しして舐めるのを確認し、チェック表に記入した。

[結 果]

1) 施設での口腔ケアに関する聞き取り調査

本調査に協力を得たケアワーカーは平均29±9歳、女性12名・男性2名で、現在勤務する施設における勤務年数は3.6±1.6年であった。また、このうち4名が他施設での勤務経験（病院2年、介護老人福祉施設5年、介護老人保健施設5年、療養型医療施設4年）を有していた。全ての人が何らかの資格を持ち、その内訳はホームヘルパー2級7名、ホームヘルパー1級1名、介護福祉士6名であった。

表中の左欄の記号は調査対象者の識別記号（ID）で、そのアルファベットは施設を示す。右欄に聞き取った内容の主旨を要約して示した。

表1 ユニットにおける口腔ケアの実施状況

A-1	自分で磨ける人には声がけする。無理にはやらない。歯がない人はイソジンガーゼでぬぐう。
A-2	毎食後はしていない、本人に任せている。歯がなくて介助が必要な人はイソジンガーゼでぬぐう。
A-3	起床時（朝食前）・寝る前にする。食後はしていない。
B-1	基本的に毎食後に行っている。
B-2	夕食後だけ行っている（以前の所属ユニットでは、こまめにやっていた）。気になる人がいて、その都度やっている。
B-3	できる人は自分でやってもらう。夕食後はほとんどの人が行う。毎食後に自分でやっている人もいる。
B-4	ほとんどの人は寝る前に自分で行う。
B-5	寝る前（昼寝前、夜寝る前）に行う。嫌がる人はうがいをだけさせる。
B-6	毎食後に磨く。生活のリズムができている。自分で磨ける人は本人に任せている。
C-1	毎食後に行う。初めは習慣がない人もいるが、徐々に集団の流れにのる。嫌がる人は、口を触るだけから始める。
C-2	毎食後に行う。自分でやれる人についてケアワーカーは確認していないが、施設歯科衛生士が週一回は必ずチェックしている。
C-3	毎食後に行う。食事 歯磨き トイレの流れが習慣化している。
C-4	毎食後に行うことが職員の間では習慣になっている。自立している人で習慣になっていない人もいるので声がけをする。
C-5	麻痺のある人は毎食後に介助する。自立の人には声がけし、自立していても磨き方が不完全な人は、夕食後の歯磨きを介助することもある。他の利用者を見て習慣になっている。当初は激しく拒否していた人でも、自分からやるようになってきた。

表 2 口腔ケアを実施するうえでの問題点・疑問の有無

A-1	どの程度対応が可能かわからない。
A-2	嫌がる人がいる。
A-3	イソジンガーゼを使っても食べ残しは取りづらい。嫌がる人がいる（口を開けてくれない）。
B-1	口があまり開かない人は、どこまでケアすればいいかわからない。歯磨きと分らずに拒否されることもある。口の中に歯ブラシなどを入れられるのが嫌な人もいる。
B-2	入れ歯が外しにくい。出血する。うがいができない人は氷綿棒を使用するがそれを噛んでしまう。舌苔がひどい人が多い（歯科医師に診てもらって舌ブラシを使っている）。
B-3	その人に歯ブラシが合っているかどうかかわからない（歯科医から指摘されたこともあった）。拒否する人はいない。口が開かない人がいて、バイトブロックを使用して対応している。
B-4	認知症の人がうがいの水を飲み込む、拒否する。
B-5	水だとむせる場合はスポンジを使用するが、スポンジを噛んでしまう人がいる。
B-6	大体の人は素直にやるが嫌がる人がいる タイミングを見計らってケアをする。自分でやる人は自己流になっていて磨き残しがあるかも・・・。
C-1	義歯をはずしにくい人がいる。拒否される（そのような人には口のマッサージからはじめ、拒否されてもやる、タイミングをはかる）。舌の汚れが、舌ブラシでも除去しにくい。
C-2	口内炎の人が多い。義歯による傷がしばしば見られる。義歯をはずしづらいことがある。
C-3	洗口剤を飲んでしまう。うがいができない。認知症の人は歯磨き行為が認識できない（それでも1日1～2回は可能）。義歯をはずすタイミングが難しい。自立している人が口の中を見せてくれない。
C-4	職員が義歯をはずす際に割るケースがあった。以前は口腔ケアを拒否する人がいたが、いなくなってきた。噛み付く人がいたが、タイミングがわかってくると対処できた。
C-5	障害の程度よりも認知症の度合いが問題。指示が入らない人はある程度無理やり磨くこともある。「開かないからケアしない」ということにはならないようにしている。むせる人は、うがいの時に特に注意する。

表 3 歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施とそのニーズ

A-1	個人的には、わからないことが聞けるし、予防の意味で歯科専門職がいて欲しい。
A-2	医療機関ではないのだから、施設に歯科衛生士のような職種はいなくてもよい。日常生活を重視。
A-3	施設に歯科衛生士が勤務するまでのニーズはない。利用者の意思を重視する。
B-1	施設に歯科衛生士がいてもらえるに越したことはない。本当はやり方がよくわからず、口腔ケアについて突き詰めて考えることもできないので、そのような問題を説明してほしい。
B-2	施設に歯科衛生士がいる方がよい。歯科医師が来ても忙しくて連絡がうまくいかない。ケア方法を詳しく聞きたい時がある。
B-3	月に一回ぐらいは歯科衛生士のチェックがあるとよい。
B-4	施設に歯科衛生士がいた方がよい。
B-5	施設に歯科衛生士がいれば相談できる。知識を得ることができる。
B-6	施設に歯科衛生士がいるにこしたことはない。しかし現在は歯科医師に指導してもらっている。
C-1	(以前に勤務した職場と比較して) 確実にいた方がよい。嚥下を診てもらう、口のあけ方・体操、ケア用品の工夫などニーズは多い。
C-2	ボランティアや実習で関わった施設での経験との比較から、歯科衛生士は絶対にいた方がよい。ケアワーカーは「口」にまで目が届かない。利用者の口臭が明らかに違う。
C-3	施設に歯科衛生士はいた方がよい。現在の施設に移り、以前の施設にいたときと考えが変わった。以前は口の中に興味がなかった(嚥下・口臭の問題が口にあることを気にしていなかった)。
C-4	施設に歯科衛生士はもちろいた方がよい。前の職場でも訪問歯科診療はあったが、対象者が限定される。現在は生活の中に口腔ケアがある。(外部の歯科医療機関との連携がスムーズなので) 義歯調整が細やか。「食べないから義歯はいらない」から、「食べなくても義歯を入れる必要がある」に考えが変わった。
C-5	施設に歯科衛生士はいた方がよい。ただの歯磨きとは違う口腔ケアをしている。食事形態の検討まで歯科衛生士が関与している。適切なケア用具がいつもあることもポイント。

表 4 利用者に対しての歯科治療の勧め、歯科医師への歯科治療の申込みについて

A-1	ケアワーカー 施設の看護師 歯科医師、ひどいときは家族に連絡する。本人が嫌がるときは取りやめるケースもある。
A-2	本人・家族の希望が第一。ケアワーカーは家族と相談し歯科医師に連絡（施設の看護師を介すこともある）
A-3	ケアワーカーが本人や家族に勧めることがある。ケアワーカー 施設の看護師 歯科医師
B-1	ケアワーカー、利用者、家族から ケアワーカー 施設の看護師 歯科医師
B-2	利用者からの希望は滅多にない。家族からの申し出があるか、もしくはケアワーカーが家族へ連絡して施設の看護師から歯科医師に連絡する。
B-3	ケアワーカーが気付いて歯科医師に申し込む。本人が希望する場合もある。
B-4	ケアワーカーが利用者に説明、利用者がケアワーカーに訴える場合もある。
B-5	利用者からの依頼はあまりない。ケアワーカーが看護師に相談して申し込む。
B-6	ケアワーカー 施設の看護師 歯科医師 ケアワーカーが利用者を見て、歯科医師に（他の人の）治療のついでに診てもらふ。頻りに複数の歯科医師に来てもらっている。
C-1	< 歯科衛生士が問題を見出し、本人や家族に治療を勧め、歯科医師に連絡する。 >
C-2	利用者からの訴えがあるか、歯科衛生士が治療を勧める。ケアワーカーが問題を見出して歯科衛生士に連絡することはあまりない。
C-3	< 歯科衛生士が問題を見出し、本人や家族に治療を勧め、歯科医師に連絡する。 >
C-4	< 歯科衛生士が問題を見出し、本人や家族に治療を勧め、歯科医師に連絡する。 >
C-5	< 歯科衛生士が問題を見出し、本人や家族に治療を勧め、歯科医師に連絡する。 >

表 5 口腔ケアの優先順位・人手の充足状況

A-1	優先順位が低い印象はある。
A-2	
A-3	口腔ケアの優先順位は低い。おいしいものを食べることや話をすることが優先である。
B-1	口腔ケアの優先順位が低いと感じることがある。全介助の人は介護の流れに口腔ケアが入っているが、自立している人で自分で磨かない人はその人任せになっている。
B-2	発熱との関連は大切。舌苔を歯科医師が改善し、食べられるようになった。
B-3	低いとは思わない。人手は不足している。
B-4	毎食後にやった方が良いが、磨かないのが習慣になっている。ケアワーカーで話し合っただけで口腔ケアを実践できればいい。
B-5	寝る前は必ず行なう。ユニットで共通で考えている。
B-6	生活のリズムになっているので気にならない。
C-1	口腔ケアが習慣になっているので気にならない。
C-2	ここでは、そのような問題はない。（口腔ケアが習慣になっているので気にならない。）
C-3	口腔ケアが習慣になっているので気にならない。
C-4	優先順位は低くない。
C-5	口腔ケアが習慣になっているので気にならない。

表 6 口腔ケアに関する知識・教育・ニーズ

A-1	ホームヘルパーの2級で実技があった。施設で教えられて実践しているが、口腔ケアに詳しい人がいない。
A-2	磨き方まではやっていない。肺炎との関連については教えてもらった。
A-3	教科書を読んだ程度。
B-1	大学のゼミで口腔ケアを扱った。歯科衛生士に付いて勉強したことがある。口腔ケアが浸透しているとはいえない。
B-2	肺炎と口腔ケアの関連に関する情報は看護師から教わった。資格を取るとき実習は無し。口腔ケアは口腔をガーゼでふくのみ。
B-3	口腔ケアの見学のみ。施設にきて看護師に教わった。肺炎との関連については看護師からの情報による。
B-4	食事介助の実習の時に実技もあった。肺炎との関連は知っている。
B-5	ヘルパー教育で口腔ケアはあまりなかった。個別ケアは経験のあるケアワーカーに聞いて学んだ。施設の食事に関する会議で聞いたり、本を読んで知識を得ている。
B-6	ヘルパー2級の養成では特になかった（講義で触れる程度）。新聞などで肺炎との関連を知っている。
C-1	特になかった。不確かな知識しかなかった。
C-2	実習などはなかった。
C-3	なし。
C-4	口腔ケアはこの施設でやっていることが全て。ケアマネ研修ではプランニングのみで治療への連携までは考えていない。
C-5	実習はなかった。詳しく教わらなかった。大学では勉強しなかった。

表 7 歯科医院の対応、歯科受診における問題点や要望

A-1	
A-2	うまくいっている。強いてあげれば利用者への接し方について十分に配慮して欲しい。
A-3	治療が痛そう。訪問診療で来てもらおうと器具が揃わないようで、治療が限定される。高齢者のことをよくわかる歯科医師を望む。
B-1	治療の間付き添って歯科医師と話したいが、人手がなく無理である。歯科医師も説明したいが時間的に無理なようである（治療の記録には、たまにケアへのアドバイスもある）。
B-2	特にない。（洗面台での治療はやりにくそう）以前は治療内容を書いてもらっていたが今は口頭での連絡であり、うまく伝達されないこともある。
B-3	2週に1回程度来てもらっているが、義歯調整が遅れている。週1回ぐらいの頻度で来て欲しい。近くの歯科医院に連れて行くこともある。
B-4	
B-5	
B-6	限られた人だけではなく、いろんな人を診てほしい。
C-1	施設の歯科衛生士から1週間に1回はコメントが申し送られている。
C-2	日誌に申し送られるのでわかりやすい。別紙での指示もある。
C-3	連絡はうまくいっている。時々専門用語がわかりにくいこともある。
C-4	施設の歯科衛生士に担当医を決めてもらっている。利用者からの不満はない。情報はきちんと伝わっている。ケアワーカーも歯科治療に興味を持つようになった。
C-5	一般に口の中の病態はわからない。歯科医師による勉強会があってもよい。施設歯科衛生士から治療に関する情報が伝えられているが、治療がどの程度進行しているかまではわからない。

表 8 食事について（時間・量・制限など）摂食嚥下障害者への対応、経口摂取への取り組み

A-1	セレクトメニュー（昼は三種類から、夜は二種類から選択）。経口摂取への取り組みは先ず本人の希望が第一。ソフト食をやりたいがそこまではできない。アンをかける。ストローの使用、姿勢の配慮など。
A-2	利用者から不満の声が時々ある。味が無い（薄味の傾向・好みの問題もある）。障害の程度による。食品の見た目も大切（なるべく形あるものを提供したい）。飲み込みを確認する。
A-3	味が薄く塩を足すこともある。利用者からの不満は無い。ゆっくり食べてもらう。とろみをつける。
B-1	ユニットでご飯を炊いている（ご飯が炊ける匂いがする）。米とぎを一緒にする。とろみの調節。飲み込みを確認する。全介助者が多く、1対1対応が出来ないので時間をずらしている。食事提供形態はケアワーカー、栄養士、本人、看護師、家族が話し合っている。
B-2	食事時間をその人のリズムに合わせるようにしている。ご飯を炊いている。みそ汁を利用者が作る。食器は自分のものを使っている。ある利用者はお茶ゼリー摂取を前の施設（C）から引き継いでいる。水分摂取のタイミングに配慮している。食事形態を検討している。
B-3	昼はご飯を炊く（匂いの効果）。好きな時間に食べてもらうようにしている。栄養士と相談している。とろみをつけ、その人に合う状態にする。ゼリー状のものは飲み込みやすい。
B-4	個別に対応する。ケアワーカーの判断で栄養士と相談して食事形態を工夫している。
B-5	個別に対応する。席の配置を工夫する。環境を整える。姿勢に配慮する。食物にとろみをつける。ソフト食は刻みより良い。見た目はよくない。
B-6	内容について個別に対応している。時間をずらすこともある。姿勢を調節して、できる限り自分で食べていただく。ゼリー状でもさらに細かくすることもある。食事介助の方法は経験のあるケアワーカーに教えてもらっている。栄養士とよく相談している。
C-1	
C-2	食器を変えている。食事内容に細かく注文をつける人がいて栄養士に相談している。おかゆのやわらかさが合わずユニットでご飯を炊いて調整したケースもある。
C-3	食器の色など工夫する。食前食後にお茶ゼリーを食べてもらう。お粥とご飯を混ぜて柔らかさを調整する。
C-4	食事全介助の人は水分補給に配慮している。嚥下食はないので、食材によって食べにくいものがあり、ユニットで対応している。
C-5	お茶ゼリーを取り入れている。むせる人の見守り。食べた後すぐ寝かせない。歯科衛生士に相談する。

表 9 認知症高齢者への対応

A-1	「口をつぐんで開かない場合は無理をしても開けさせる」ということはしない。
A-2	認知症の人では「反射的に嘔む」、「口の中の痛みをしぐさで示す」ということはある。口腔ケアが日課になればいいな・・・。
A-3	今までの生活が第一である。無理にはやらない。
B-1	「口腔ケアを日課にする。」「口の中を触られることに慣れさせる。」ということまでは考えていない。「認知症の人のペースに合わせ、介助者の都合に合わせない」ということは配慮している。
B-2	「口腔ケアを日課にする。」「口の中を触られることに慣れさせる。」ということはなかなか難しい。歯科医師に相談したら「できるときだけでいい」と言われたがそれも難しい。
B-3	それほど認知症の症状がひどい人がユニットにいない。「認知症の人のペースに合わせ、介助者の都合に合わせない」ということは認知症の人に限らず配慮している。「口腔ケアを日課にする。」「できるだけ頻回口腔ケアを行い、口の中を触られることに慣れさせる。」ということあまりできていない。
B-4	拒否があれば嗽だけしてもらおう。
B-5	生活習慣として馴染ませることは根気がいる。
B-6	何回かやっていると成功する。義歯を外さない人がいるが、ある程度強引にでも外すことがある。
C-1	口腔ケアに使う物品をしっかり管理している。口腔ケアをリズムに入れることに配慮している（トイレのついでなど）。
C-2	声がけをする。生活リズムにとり入れている。
C-3	生活習慣になるように配慮している。
C-4	タイミングを見計らって対処している。
C-5	必要があれば、ある程度無理やりにも口腔ケアをする。開かないからケアしないは問題。

表10 口腔乾燥症（ドライマウス）の人への対処について

A-1	口をあけて寝ているために起床時に乾燥している。
A-2	乾燥している人が多くいる。特に経管栄養の人。ワセリンを塗布したり、水で湿らせる。
A-3	乾燥している人もいるが、特にケアはしていない。糖尿病の方はいつもお茶などを飲んでいる。
B-1	ワセリン、人工唾液スプレーを利用する。口腔清掃を頻繁にする。
B-2	寝たきりの人、経管栄養の人にワセリンなどを塗っても治らなかった。施設Cからの申し送り、よく口腔ケアを行うことで改善している。
B-3	ワセリンを塗布。ガーゼで湿らせる。
B-4	状態が悪い方で乾燥している人がいる。
B-5	胃ろうの人にはガーゼで水分補給している。
B-6	
C-1	
C-2	みんな水分を多く摂るようにしている。摂らない人はお茶ゼリー、寝るときに自分でマスクをしている人もいる。
C-3	
C-4	専用の乾燥防止薬剤を使用している人が2名いる。イゾジンは余計乾くので液体歯磨きを使うかあるいは何もつけずに水のみでブラッシングしている。
C-5	キシリトールタブレットが好評だった人もいる。硬いのでかけらの誤嚥が少し心配された。すぐ溶けると良かった。

2) 要介護高齢者の口腔衛生状態の継続的観察

表11に研究協力者の要介護度、年齢、現在歯数、口腔衛生状態の評価、所見・口腔ケアの実施状況を示す。

表 11 研究協力者の特性

ID	要介護度	年齢性別	現在歯数	義歯	口腔衛生評価		所見・口腔ケア実施状況
					歯肉・歯	舌	
a	1	72男	9	使用	ふつう	よい	歯ブラシ、歯間ブラシを使用。食物残渣が同じ場所で見られる。義歯が汚れているときがある。
b	2	71女	26	-	やや悪	よい	全身の健康に関心高く、歯磨きも積極的。歯ブラシ、歯間ブラシを使用。歯肉が傷つきやすい。
c	1	65女	0	使用	よい	よい	義歯は朝のみ清掃。夜間も義歯を装着している（はずすと不安）。
d	1	68女	5	使用	ふつう	ふつう	鉤歯（義歯の金具がかかる歯）に歯垢が停滞。口腔清掃は自立している。歯間ブラシはうまく使用できない。歯科衛生士が週一回確認磨きをする。
e	1	68女	19	使用	ふつう	よい	普段の歯磨きは自立しているが、歯間ブラシの使用は難しい。歯科衛生士が週一回仕上げ磨きをする。
f	1	72女	3(3)	不使用	よい	ふつう	義歯製作の希望なし。口腔乾燥の訴えあり。時々自分で舌を清掃している。
g		女	10(1)	使用	よい	よい	よくケアできている。
h		女	0	不使用	よい	よい	よくケアできている、口腔はガーゼで拭う。
i	2	86男	3(3)	使用	よい	やや悪	毎食後すぐに自ら洗面台へ行き、歯ブラシで義歯、舌を清掃する。歯科衛生士はガーゼで口腔を拭う。
j	4	76女	23	-	ふつう	よい	上顎口蓋側に歯垢停滞。自分で歯磨きができるもののストロークが大きい。歯間ブラシによる仕上げ磨きが必要。
k	4	91女	0	使用	よい	よい	毎食後スタッフが介助。義歯清掃には歯ブラシを使用。歯科衛生士が確認し、ガーゼで口腔を拭う。
l	2	75女	24	-	よい	ふつう	自分でうまく磨くことができるが、時々やらない。下顎舌側に歯石が付きやすい。
m	3	75男	26(9)	-	ふつう	よい	食べ物が歯間に挟まる。歯科衛生士が歯ブラシ、歯間ブラシで介助磨きを行う。
n	4	96男	11(1)	使用	やや悪	ふつう	現在歯は本人が磨き、義歯はスタッフが清掃する。依存傾向あり。
o	2	83女	12	使用	ふつう	よい	下顎前歯部、クラスプ（義歯の固定金具）部に歯垢が停滞。歯ブラシは使えるが、歯間ブラシはうまく使えない。歯科衛生士は確認磨きを行う。上顎を意識して磨くように指導している。

現在歯数の（ ）内の数字は、その中での残根（むし歯などによって歯冠部分が失われ、歯根のみが歯茎の中に残っている状態の歯）の数を示す。

(1) 毎回の口腔乾燥度の測定値と、その平均、標準偏差を示す。

表12 口腔乾燥度の変化

ID	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	平均	SD
a	28.2	29.7	-	28.2	-	27.0	28.3	1.1
b	30.1	24.9	28.1	29.4	26.8	28.2	27.9	1.9
c	29.1	26.8	29.1	26.2	29	28.6	28.1	1.3
d	27.6	22.5	23.3	26.8	28.7	25.3	25.7	2.4
e	28.0	30.2	24.9	23.8	28.4	27.3	27.1	2.4
f	28.1	24.9	24	28.3	29.3	28.7	27.2	2.2
g	30.6	-	30.2	29.8	29.3	29.1	29.8	0.6
h	28.7	27.8	28.7	26.8	28.8	28.5	28.2	0.8
i	28.4	29.2	27.8	28.8	26.2	28.2	28.1	1.0
j	30.4	29.8	-	26.3	28.4	26.2	28.2	1.9
k	24.6	29.6	29.6	28.7	28.2	25.8	27.8	2.1
l	28.8	25.3	29.5	26.4	30.2	24.5	27.5	2.4
m	27.5	25.3	-	29.1	28.7	29.6	28.0	1.7
n	30.4	27.3	-	29	25.1	20.2	26.4	4.0
o	29.6	24.9	23.8	24.7	24.0	27.9	25.8	2.4
平均	28.7	27.0	27.2	27.5	27.9	27.0	27.5	0.7

灰色の背景は25未満（高度乾燥）の値を示す。

(2) 毎回のミュータンス連鎖球菌（SM）、ラクトバチルス菌（LB）、カンジダ（CA）の培養結果のインデックスと、その平均、標準偏差を示す。

表13 ミュータンス連鎖球菌（SM）の変化

ID	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	平均	SD
a	2	1	1	2	1	1	1.3	0.5
b	2	3	2	2	3	1	2.2	0.8
c	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
d	3	3	3	3	3	3	3.0	0.0
e	3	3	3	3	3	3	3.0	0.0
f	1	2	0	1	0	2	1.0	0.9
g	3	0	0	0	0	0	0.5	1.2
h	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
i	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
j	3	3	2	3	3	2	2.7	0.5
k	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
l	1	2	2	3	2	1	1.8	0.8
m	1	1	2	2	2	2	1.7	0.5
n	0	3	3	3	0	0	1.5	1.6
o	1	3	1	1	1	1	1.3	0.8
平均	1.33	1.60	1.27	1.53	1.20	1.07	1.3	0.2

灰色の背景は2以上（培養の結果、コロニーが多く検出された）の値を示す。

表14 ラクトバチルス菌 (LB) の変化

ID	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目	5 週目	6 週目	平均	SD
a	0	1	2	2	2	3	1.7	1.0
b	0	1	0	0	0	1	0.3	0.5
c	0	0	1	1	0	0	0.3	0.5
d	3	2	1	2	1	1	1.7	0.8
e	0	0	0	1	0	3	0.7	1.2
f	2	0	1	1	0	0	0.7	0.8
g	1	1	2	2	1	3	1.7	0.8
h	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
i	1	2	2	2	2	2	1.8	0.4
j	2	2	2	2	1	0	1.5	0.8
k	1	2	2	2	0	1	1.3	0.8
l	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
m	1	1	2	2	1	1	1.3	0.5
n	3	2	3	3	2	2	2.5	0.5
o	2	2	2	3	1	3	2.2	0.8
平均	1.07	1.07	1.33	1.53	0.73	1.33	1.2	0.3

灰色の背景は2以上（培養の結果、コロニーが多く検出された）の値を示す。

表15 カンジダ (CA) の変化

ID	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目	5 週目	6 週目	平均	SD
a	0	0	0	0	1	0	0.2	0.4
b	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
c	0	0	0	1	0	0	0.2	0.4
d	0	0	0	0	0	1	0.2	0.4
e	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
f	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
g	0	0	0	0	1	1	0.3	0.5
h	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
i	1	1	1	2	2	3	1.7	0.8
j	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
k	3	0	3	0	1	2	1.5	1.4
l	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
m	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
n	2	1	0	1	0	1	0.8	0.8
o	1	0	0	0	1	1	0.5	0.5
平均	0.47	0.13	0.27	0.27	0.40	0.60	0.4	0.2

灰色の背景は2以上（培養の結果、コロニーが多く検出された）の値を示す。

3) キシリトールを利用した口腔ケアの検討

介入研究に先立ち、年齢、介護度、現在歯数などがほぼ同等になるように A、B 群を設定した。各群の平均と標準偏差を下表に示す。いずれの項目においても統計学的に有意な差は認められなかった。

表16 研究対象群の構成

	人数 (性別)	年齢	要介護度	現在歯数	認知症	無歯顎者	義歯使用者	むし歯
A 群 (前半)	20名 (女16、男4)	82.8 ± 8.3	2.6 ± 1.1	10.0 ± 9.3	11.9 ± 8.5	4 (20%)	17 (85%)	0.70 ± 1.34
B 群 (後半)	18名 (女14、男4)	82.4 ± 4.9	2.7 ± 1.1	10.9 ± 10.4	13.3 ± 8.7	4 (22%)	15 (83%)	0.89 ± 1.45

認知症:長谷川式簡易知能評価スケール

無歯顎者:全ての歯がない人

義歯使用者:取り外しのできる総入れ歯、部分入れ歯を使用している人

(1) A、B の群間比較 (対応のない t 検定) では、いずれの時点のいずれの検査項目においても統計学的に有意な差は認められなかった。

表17 A、B 両群の各検査項目の平均値と標準偏差

月数	群	歯垢	歯肉	口腔乾燥度	SM	CA
0ヶ月	A 群 (n=20)	0.88 ± 0.72	0.44 ± 0.63	28.04 ± 1.84	1.13 ± 1.25	0.26 ± 0.56
	B 群 (n=18)	1.08 ± 0.64	0.46 ± 0.66	27.51 ± 2.85	1.08 ± 1.16	0.18 ± 0.39
この間 A 群がキシリトールを摂取						
2ヶ月	A 群	0.81 ± 1.05	0.56 ± 0.81	28.50 ± 1.80	0.87 ± 0.83	0.05 ± 0.23
	B 群	0.92 ± 0.67	0.42 ± 0.51	27.79 ± 2.40	1.00 ± 0.95	0.31 ± 0.60
この間 B 群がキシリトールを摂取						
4ヶ月	A 群	0.58 ± 0.67	0.42 ± 0.51	28.13 ± 1.33	1.08 ± 1.00	0.50 ± 0.82
	B 群	0.23 ± 0.44	0.31 ± 0.48	27.46 ± 1.78	0.50 ± 0.65	0.22 ± 0.65

(2) A 群、B 群内でそれぞれの個人の値が月数に依存して変動しているかを二元配置分散分析によって検討したところ、A 群の CA (2 ヶ月 4 ヶ月)、B 群の歯垢 (0 ヶ月及び 2 ヶ月 4 ヶ月)、B 群の SM (0 ヶ月及び 2 ヶ月 4 ヶ月) で統計学的に有意な差が認められた。

表18 A 群の各検査項目の平均値と標準偏差

A 群	歯垢	歯肉	口腔乾燥度	SM	CA
0 ヶ月	0.88 ± 0.72	0.44 ± 0.63	28.04 ± 1.84	1.13 ± 1.25	0.26 ± 0.56
この間キシリトールを摂取					
2 ヶ月	0.81 ± 1.05	0.56 ± 0.81	28.50 ± 1.80	0.87 ± 0.83	0.05 ± 0.23*
4 ヶ月	0.58 ± 0.67	0.42 ± 0.51	28.13 ± 1.33	1.08 ± 1.00	0.50 ± 0.82*

CA (2 ヶ月 4 ヶ月) : *p=0.03

表19 B 群の各検査項目の平均値と標準偏差

B 群	歯垢	歯肉	口腔乾燥度	SM	CA
0 ヶ月	1.08 ± 0.64**	0.46 ± 0.66	27.51 ± 2.85	1.08 ± 1.16*	0.18 ± 0.39
2 ヶ月	0.92 ± 0.67**	0.42 ± 0.51	27.79 ± 2.40	1.00 ± 0.95*	0.31 ± 0.60
この間キシリトールを摂取					
4 ヶ月	0.23 ± 0.44**	0.31 ± 0.48	27.46 ± 1.78	0.50 ± 0.65*	0.22 ± 0.65

歯垢 (0 ヶ月 4 ヶ月) : **p=0.0003

歯垢 (2 ヶ月 4 ヶ月) : **p=0.0047

SM (0 ヶ月 4 ヶ月) : *p=0.01

SM (2 ヶ月 4 ヶ月) : *p=0.02

(3) 各被験者の協力状況

表20 被験者の協力状況

A1	「虫歯予防のために」とお話して同意の上協力いただいた
A2	「虫歯予防のために」とお話して同意の上協力いただいた
A3	認知力低下、職員が手渡し
A4	認知力低下、職員が手渡し
A5	認知力低下、職員が手渡し
A6	いつも協力的
A7	認知力低下、職員が手渡し
A8	「虫歯予防のために」と、職員が手渡し
A9	味を気に入ってくださり、おやつ感覚で積極的に参加された
A10	味を気に入ってくださり、おやつ感覚で積極的に参加された
A11	歯科関係者には強い拒否があるが、職員により手渡しで OK
A12	歯科通院が長く、口腔ケアに関心が高い。理解して協力
A13	主旨を理解され、研究終了後も続けたいと依頼あり
A14	認知力低下、職員が手渡し
A15	味を気に入ってくださり、おやつ感覚で積極的に参加された
A16	味を気に入ってくださり、おやつ感覚で積極的に参加された
A17	積極的に協力
A18	いつも協力的で積極的に参加
A19	「虫歯予防のために」とお話して、摂取
A20	口腔乾燥の訴えあり、積極的に摂取
B1	認知力低下しているが協力的
B2	帯状疱疹のために協力できないこともあった
B3	認知力低下「お口をきれいにするために」と説明
B4	協力的な方で、依頼に応える形で参加
B5	「虫歯予防のために」と手渡し。(途中一次入院)
B6	認知力低下「お口を綺麗にするために」と手渡し
B7	認知力低下「お口を綺麗にするために」と手渡し
B8	味を気に入ってくださり、おやつ感覚で積極的に参加された
B9	「虫歯予防のために」と手渡し
B10	残存歯が多いので「虫歯予防」という目的で積極的に摂取された
B11	几帳面な方で、依頼に対して正義感(?)を持って実行して下さった。
B12	「虫歯予防」の主旨を理解し、同意の上摂取
B13	乾燥傾向だったため「唾液を出しやすくするために」と説明
B14	認知力低下「虫歯予防のために」と説明
B15	「唾液が出るように」と説明
B16	面倒なことは何でも避けたい傾向があったが、仕方がないと参加して下さった
B17	快く了解して積極的に摂取
B18	口腔乾燥の訴えあり、積極的に摂取

* 灰色の背景のコメントは、比較的積極的にキシリトールを摂取していたと考えられる内容を示す。

考察

1) 施設での口腔ケアに関する聞き取り調査

要介護者の口腔は、「介護の鏡」とも言われることがある。それは口腔ケアが生命の危険に直接関係のないと思われ、なかなか手がゆき届かず、後まわしにされる傾向があり、そのため要介護者の口腔の状態は、口腔ケアの実践状況のみならず介護の質全体を評価する指標となり得ると言う意味合いであろう。しかし、緒言に述べた多様な因子がその実践には関係している。さらに施設の種類や運営理念の相違、ケアユニットを構成するスタッフの考え・利用者・設備などの相違は、口腔ケアの実践にも影響するであろう。2001年に実施したホームヘルパー145名を対象とした口腔ケアに関するアンケート調査の結果では、養成教育の問題から、歯科医療関係者との連携のとり方の問題まで様々な問題が口腔ケア実践に影響していることが明らかにされている¹⁵⁾。さらに実践の現場で耳にする「口腔ケアどころではない」という言葉は、介護の理想と現実の開きを端的に表現している。本研究では、ケアワーカーから口腔ケアに関する意識や問題を直接聞き取ることにより、その質に影響する因子を探るとともに、理想に近づくよりよい口腔ケアを普及させる方策を考察した。

1. ユニットにおける口腔ケアの実施状況

施設Cのケアワーカーを中心に毎食後に実施している(B-1, 6, C-1 ~ 5)という回答が半数以上を占めたが、寝る前のみ行っているユニット(B-2, 5)や、本人に任せている(A-1, 2, B-3, 4)という回答もある。利用者の介護度や生活自立度により口腔ケアの内容や方法、必要度は大きく異なる。歯の喪失は加齢現象ではなく、虫歯や歯周病などの歯科疾患に起因する現象であることを考えると、今日の多くの高齢者に見られる歯の喪失状態は、不適切・不十分なセルフケア習慣の結果に因るところが大きい。すべての施設利用者について、まずその人の口腔ケア習慣が適切であるかを評価して、セルフケアの頻度や内容を見直したり、動機付けの強化を図るなどの援助が必要と考えられる。

医療的ケアやリハビリテーションよりも利用者の生活が主体となる介護老人福祉施設では、その人のそれまでの生活を重視し、あまり新たな習慣を押し付けない様に配慮しているところもある。しかし、本人任せでは口腔の状態を維持することができない場合が非常に多いことから、最低限の健康を維持する生活習慣として利用者毎に適切な口腔ケアの内容や頻度を吟味し、習慣化につながる介入を行うことが望ましい。

2. 口腔ケアを実施するうえでの問題点・疑問の有無

本質問に対しては、口腔ケアの技術的な面についていくつかの問題が指摘されるとともに、多くの介護者に共通して口腔ケアを「拒否される」という指摘がみられた(A-2, 3, B-1, 4, 6, C-1, 4)。特に認知症の人では、身体に触れる行為の全般を拒否する傾向が見られる場合もあり、口腔清掃用具や介護者の指を噛むような行動を示す場合があり困難をきわめる。認知症の人への対処は、口腔ケアの技術的な問題の前にある大きな障壁といえよう。しかし、認知症の人の口腔ケアは、その人の生活リズム・タイミングを見計らいながら、また、拒否されたとしても何度か繰り返すことで、対応が十分可能

であるとの報告もあった（B-6, C-1, 4）。また、ユニット全体で決まったタイミングで口腔ケアを行うことで習慣化され、拒否する人がいなくなってきたとの報告もある。このような実践例を紹介していくことによって、広く改善が望まれる。今後は口腔ケアによる生活リズムの形成が、その人の時間感覚に安定をもたらし、認知症の人のケアに有効であることをより明確に示す必要があるだろう。また、生活自立度が高い人の口腔ケアが、その人の習慣に委ねられるために介護者の目が行き届かない危険性があるということも問題として指摘されている（B-6, C-3, 問5 B-1）。

3. 歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施とそのニーズ

本質問では、施設Cでの歯科衛生士の取り組みを説明し、そのような職種の人材の必要性を考えてコメントしていただいた。施設Cのケアワーカーは、施設における歯科衛生士の役割を十分に認識し、「歯科衛生士が施設には必要」と回答していたが、介護老人福祉施設A, Bのケアワーカーの考えは、様々に異なる結果となった。

介護老人保健施設である施設Cには開設当初より歯科衛生士が勤務して、毎週1回全ての施設利用者が歯科衛生士による口腔内のチェックと専門的な口腔ケアを受けている。また、日常の口腔ケアは本人もしくはケアスタッフの介助により毎食後に行うことが習慣化されている。それまで食後の口腔清掃習慣のなかった新規利用者も、他の利用者の習慣を真似して自然に毎食後に口腔ケアを行うようになるという（問1 C-1, 5）。このような習慣形成と、日常のケアの不足を補う専門職の介入は、口腔ケアの実施を確実にする効果をもたらしており、要介護高齢者のケアに必要であると考えられる。

近年、要請に応じて施設利用者の歯科治療を行う歯科医療関係者は増えているものの、口腔ケアを目的として施設利用者に定期的に介入している歯科医療関係者はまだ少ない。今後、歯科医療専門職が施設等の利用者に対する口腔ケアにおいて関わっていく方法と、施設においてケアワーカーが行う日常の口腔ケアの内容を検討して提案してゆく必要があるだろう。

4. 利用者に対しての歯科治療の勧め、歯科医師への歯科治療の申込みについて

歯科衛生士のいない施設A, Bでは、本人が歯科治療を希望するケースは少なく、ケアワーカーが問題を指摘して、本人や家族に治療を勧め、報告を受けた施設の看護師などが歯科医療機関に診療を申し込むという手順が、もっとも多い回答であった。本人が口腔の問題を指摘することは少ないので、一般のケアワーカーは要介護者の口腔をよく観察する必要があるが、観察に用いる小型の照明や柄付きミラーなどを備えていない場合も少なくない。そのような器具の検討や歯科医療機関への連絡調整も含めた「口腔ケア」が施設の中で検討されることが望まれる。

一方、歯科衛生士がいる施設Cにおいては、歯科衛生士が口腔の問題の発見と本人や家族への治療の勧め、歯科医師への連絡、ケアワーカーへの治療内容やケア方法の説明を行っている。また、その人に適した口腔ケア用品の使用を提案している。このような歯科衛生士の働きは、ケアワーカーの口腔に対する関心を高めるという意味でも、問題の改善に直接・間接に貢献しているようである（問3 C-3）。

5. 口腔ケアの優先順位・人手の充足状況

よく介護従事者から、食事介助や排泄介助と比較すると口腔ケアの優先順位は低く、そこまで手が回らないということを目にすることがあるが、そのような実感があるかを尋ねた。その結果、口腔ケアは優先順位が低いと回答する人がいる一方で、毎日の生活習慣の一つとして定着しているのもそのような意識はないという回答もみられる（B-3, 5, 6, C-1～5）。ユニットによって利用者の要介護状態が異なっていることも影響していると考えられるが、同じユニットの中でもケアワーカーの間で口腔ケアに対する意識や取り組み方が異なるために、うまく利用者に習慣化されるに至らない可能性もある。口腔ケアの重要性がユニット内での共通認識として関心が持たれ、疎かにはできないケア項目として位置づけられることが望まれる。

6. 口腔ケアに関する知識・教育・ニーズ

養成教育において口腔ケアを学習したり、実技を行う機会はあまりなく、職場で以前から介護をしている人から口腔ケア方法を引き継いで実践しているケースが多いようである。口腔ケアと誤嚥性肺炎の関係についてはほとんどの人が知っていると答えた。多くの人を対象とした口腔ケアの研修会をもっと増やすことも必要であるが、実技・実地指導を主とした少人数の研修など、ケアワーカーのレベルに合わせたきめ細かい教育も必要と考えられる。また、摂食機能、呼吸機能などのように、機能別にそのケアを包括的に扱う中で口腔ケアの問題を取り上げ、単なる歯磨きの方法ではないケアあるいはリハビリテーションとしての確固とした動機付けを行うことが望まれる。

7. 歯科医院の対応、歯科受診における問題点や要望

歯科医師が訪問歯科診療などで要介護者の歯科治療を行う機会はあるものの、ケアワーカーとの連絡に関しては、口頭で申し送ることが多く、確実に伝えられない場合もあるようである。施設に歯科衛生士がいる場合、治療内容やケア方法をケアワーカーが共通に利用している日誌に書き込んだり、洗面所などの目に付く場所に個別のケア方法を分かりやすく示すなどの方法で伝達しており、そのような方法がうまくいっているとの回答が多かった。歯科治療の内容に限らず、施設において外部からの情報をいかにとり入れ、共有するかということの検討が望まれる。

8. 食事について（時間・量・制限など）、摂食嚥下障害者への対応、経口摂取への取り組み

食事は人間にとって欠かすことができない栄養補給行為であると共に、食事を楽しむことによる充足感は、その人のQOLと密接に関係している。ケアワーカーは施設利用者への食事の提供に際して、様々なきめ細かい対応、工夫を行っている。摂食行為は、対象となる食物の認知に始まり、咀嚼運動による粉碎、食塊形成を行い、嚥下に至る過程を経る〔先行期（認知期）- 準備期（咀嚼期）- 口腔期 - 咽頭期 - 食道期〕。献立を工夫したり、ご飯を生活の場であるユニットで炊くことによりその匂いで食欲増進効果を期待すること、食器に配慮することなどは、五感の刺激による摂食行為の「先行期」に対するアプローチといえる。また、誤嚥などのリスクが高い嚥下障害の人に対しては、

食事の際の姿勢を工夫したり、飲み込みやすくとりみを付けたり、ソフト食を提供する。これらは、「咽頭期 - 食道期」への配慮である。このような配慮がなされているものの、咀嚼機能を中心とする「準備期 - 口腔期」へのアプローチが、義歯の作製や修理をはじめとする歯科治療という単発的な医療行為や、本人の自発的な口腔清掃に依存しているのであれば、よりよい摂食行為への取り組みとしては、不十分となる可能性がある。すなわち、介護者が要介護者の生活の場面において口腔ケアを確実に実践することは、摂食行為をサポートする欠かせない一つの要素であり、その人の QOL の維持向上に大きく貢献する可能性があるといえよう。

9. 認知症高齢者への対応

認知症の人の口腔ケアを行う場合、一般に次のようなことが要点と言われている。日課として口腔ケアを行い、生活習慣としてなじませる。口の中を触られることに慣れさせる。その人のペースに合わせて、介助者の都合に合わせない。抵抗を示す場合、やむなく強制的な口腔ケアを行わざるを得ないこともあるが、よく歯科医師などと相談し、口腔内症状を確認して行う。口を開かない場合は、数人の手を借りて適切な用具を使用して行う。義歯がある場合、紛失に注意する。もし義歯を紛失した場合、速やかに作成する（未装着の期間が長い程、新義歯に慣れるのが困難になる）。痛みやシグナルをつかめるように努める。

それぞれのユニットにおいて以上のような取り組みを行っているかどうかを評価してもらった。その結果、基本的な習慣付けへの配慮や、口の中を触られることに慣れるということへの配慮は行われていなかったり、困難と感じている人たちがいた。また、拒否への対応として、無理にはやらないと答える人たちもいた。その人の習慣だからといって歯を磨かない習慣を継続することは、健康へのリスクとなり、そのような状態が長期間にわたって続くことは望ましくない。認知症の人の生活リズムを考慮したり、一度拒否されたとしても繰り返してアプローチすることや、場合によっては無理にでも介入して、口腔の状態を把握し、改善に努めなければならないと考えられる。

10. 口腔乾燥症（ドライマウス）の人への対処について

近年高齢者の口腔乾燥を自覚する人は、高齢者の3割にも達するといわれ、比較的健康的な高齢者では、喉を潤すためによく飴をなめたり、ペットボトルを持ち歩いたりしている。介護が必要な高齢者においても、口腔乾燥症の人は多く、保湿を中心とした対処が行われている。そのような中で、「施設 C からの申し送りでもよく口腔ケアを行うことで改善している」と述べたケアワーカーもいた（B-2）。唾液分泌の低下は、唾液の分泌を抑制するような薬剤を服用していたり、経管栄養摂取などで口腔の著しい機能低下を招いているために口腔への刺激が低下し、唾液腺の廃用萎縮が起きることによる場合が多いと考えられる。唾液は、口腔内の食べかすを洗い流したり、虫歯の原因となる細菌が作り出す酸を中和する作用などがある。口腔乾燥症の対処は、ワセリンなどの塗布による対症療法だけではなく、原因を見出して取り除くことや、歯ブラシやスポンジで口腔をマッサージしたり、頬や顎を動かす指導やマッサージにより、唾液腺に様々な刺激を与え、本来の機能をいくらかでも回復していく口腔のケアが望まれる。

介護者が行う口腔ケアの方法は様々である。要介護者の口の中のことまではわからないという理由や、嫌がられるからという理由で、口腔ケアを実施しなかったり、頻度や方法が不十分であると、結果的に要介護者の QOL の維持・改善を妨げることになりかねない。日常生活習慣として口腔ケアを定着させることや、介護の領域に歯科医療関係者が関与して、要介護者の歯科治療のみならず、ケアの問題にも対処することがよりよい口腔ケアの実践につながるであろう。

2) 要介護高齢者の口腔衛生状態の継続的観察

グループホーム D において、15名の入居者の口腔の状態を毎週調査した。口腔乾燥度の測定は、測定手技や、直前の食品・水分摂取によっても若干変化するが、6回の検査を通して個人の平均値を見るとある程度安定した傾向が見られる(表12)。特に被験者 o は連続する4回において高度乾燥を示す値が持続していた。また、被験者 d は平均値がもっとも低い。この2人は義歯の金具がかかる部分に歯垢が停滞するという共通の特徴があり、唾液分泌の低下が、そのような歯垢が停滞する状態をもたらしている可能性が示唆される。歯垢が停滞する義歯の金具がかかる歯は、義歯の安定をもたらす上で重要であり、唾液による歯垢の洗い流し効果が期待できないときにはブラッシングなどによる確実なケアが必要であると言える。

また、ミュータンス連鎖球菌についても個人毎の傾向がみられた(表13)。口腔内に歯がない場合、ミュータンス連鎖球菌はほとんど存在しなくなる。本研究の結果において、被験者 c, h, j, k が6回とも0であったのは、ミュータンス連鎖球菌が殆ど存在しない事に由来すると同時に、口腔内細菌の採取や培養方法に特に問題がないことを示しているといえる。また、被験者 d, e の検査値はすべて3であり、口腔ケア強化週間や、キシリトール摂取週間を設けても特に大きな変化はなかった。これらのことから、ミュータンス連鎖球菌の検査が、虫歯になるリスクの判定に用いられ、ケアの重点を調整する上での検討材料に用いることが可能と考えられる。

ラクトバチルス菌は、深い虫歯の中に存在し、虫歯の拡大に関連していると報告されている。この菌の検査結果(表14)と、ミュータンス連鎖球菌の検査結果には、共通の傾向はみられず、個人個人で口腔内常在菌の構成はあまり変化しないと考えられる。

カンジダについては被験者 i, k, n に多く検出される日が見られた(表15)。この3人は義歯を使用し、高齢であるという共通点がある。カンジダは口の中にいる常在菌の一種で、病原性は弱い。しかし、乳幼児や老人などのようにからだの抵抗力が弱い場合や、癌などの悪性腫瘍、白血病などの血液疾患、AIDS(エイズ)などの免疫不全症、結核や糖尿病などの基礎疾患を有するもの、あるいは抗生物質の長期間使用により口の中にある常在菌のバランスが崩れた場合にカンジダ症が発症する。口腔ケアを行う際は口腔の中だけではなく義歯を清潔に保つことも重要である。また、特に後期高齢者ではカンジダ症のリスクが高まる可能性があることを銘記しておく必要がある。

3) キシリトールを利用した口腔ケアの検討

キシリトールは天然にも存在する甘味料でカロリーは砂糖の約4分の3で、甘味は砂糖とほぼ同等だが、独特の清涼感を有している。通常、虫歯はミュータンス連鎖球菌などが

糖を分解し、発酵させて酸をつくりだし、その酸によって歯が溶かされることで生じる。しかし、ミュータンス連鎖球菌が砂糖の代わりにキシリトールを菌体内にとり込むと、酸は産生されず、その菌はエネルギーを消費して活性が低下し、ついには砂糖からも酸を産生できなくなると言われている⁸⁾。また、ミュータンス連鎖球菌は歯に付着する不溶性グルカン(歯垢)をつくり出すが、キシリトールをとる込むと、ミュータンス菌が作る不溶性グルカンはその付着性が低下し、歯ブラシで落ちやすくなる。そのほか唾液分泌を促進したり、酸によって侵食された歯の表面のエナメル質の再石灰化を促進する効果があるといわれている。このような作用から、適量を適切な方法で摂取することが虫歯や歯周病の予防効果に役立つといわれ、これまで様々な研究報告が出されている^{1,7,8)}。

本研究では、このようなキシリトールの効果に注目し、介護が必要な高齢者への応用を検討した。すなわち、一般の介護者が口腔ケアの方法の一つとして簡単に取り入れることができる内容であり、摂食嚥下機能に重篤な障害がない限りは、認知症によって歯ブラシによる口腔ケアを拒否するような高齢者にも受け入れやすい方法としてキシリトールを用いる可能性を探ることが目的である。しかし、キシリトールの摂取は、追加型予防法といわれ、通常の機械的清掃(歯磨き)に変わるものではないとされている。いずれにせよ、キシリトールの摂取は簡便であり、セルフケアの方法となりうる可能性があり、キシリトールそのものの効果と共に、介護者・要介護者の双方に受け入れやすい習慣になるかを探った。

4ヶ月間の2群への介入の結果、群間比較では、いずれの時点のいずれの検査項目においても統計学的に有意な差は認められなかった(表17)。しかし、個人内の変動を二元配置分散分析によって検討すると、幾つかの項目において有意な差が認められた(表18, 表19)。特に、キシリトールが直接作用するミュータンス連鎖球菌に関しては、A、B両群ともキシリトールを摂取した直後の検査において、摂取前と比較して、低下する傾向が認められ、B群では5%の危険率で統計学的に有意な差であった。

また、ミュータンス連鎖球菌が産生する歯垢の付着の程度についても、B群で、これまでの多くの研究報告と一致する有意な減少が認められた。

また、各被験者の協力状況について4ヶ月間その観察を行った施設歯科衛生士がまとめたところ(表20)、半数近くの人が積極的にキシリトールを摂取する習慣を受け入れていたと評価された。一方、キシリトールを摂取したものの積極的ではなかった人たちの状況を見ると、認知力の低下のために、キシリトールタブレットを渡されれば摂取するという状態であった。認知症の人がそのような形であれ、拒否せずにこの方法を受け入れて毎日の生活習慣に取り入れたことは、口腔ケアのひとつの方法になりうると思われる。今後、より効果的な摂取方法や製品の形状・味などを検討するとともに、コストの問題などについても調査する必要がある。また、この方法が普及することが、単なる方法の紹介ではなく、緒言に記した口腔ケアの意義と必要性を改めて提起するものとなり、広義の口腔ケアが実践されるための一つのきっかけになることが望まれる。

[謝 辞]

本研究の遂行に際して、ご協力をいただきました各施設の職員の皆様、ならびに利用者の皆様、歯科衛生士の佐藤文枝さんに厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) Birkhed, D., et al. : Effects of 3 months frequent consumption of hydrogenated starch hydrolysate (LycasinR), maltitol, sorbitol and xylitol on human dental plaque. Acta Odont.Scand., 37 ; 103-115, 1979.
- 2) Edgar, W. M., O'Mullane, D. M., 河野正司監訳：唾液 - 歯と口腔の健康 . 医歯薬出版 , 1997.
- 3) 池田正, 松岡一美, 成沢亀一郎他：非齲蝕性糖類の研究 口腔レンサ球菌による醗酵性、歯苔附着能および glucan 合成性 . 口腔衛生学会誌 , 25 ; 80-81 , 1975.
- 4) 神吉耕三他：粉末還元麦芽糖水飴（主成分：マルチトール）により製造されたシュガーレスチューインガムによる胃腸症状発現の有無に関する検討 . Progress in Medicine, 6 (7) ; 1503-1507, 1986.
- 5) 河合幹他：口腔ケアの ABC - QOL のためのポイント110 - . 医歯薬出版 , 1999.
- 6) 窪田金次郎：誰も気づかなかった嚥む効用 咀嚼のサイエンス . 日本咀嚼学会編 , 日本教文社 , 1997 .
- 7) Makinen, K.K., et al : Turku Sugar Studies vol1-21. Acta Odontologica Scandinavica, 1975.
- 8) Makinen, K.K. (村松いづみ訳 , 鈴木章監訳) : 知っておきたいキシリトール . (株) オーラルケア , 2001 .
- 9) 三宅洋一郎：誤嚥性肺炎の発症における口腔細菌の役割と細菌学的にみた口腔ケアの意義 . 歯界展望 , Vol. 91 (6) ; 1298-1303 , 1998 .
- 10) 落合邦康, 武笠寿彦, 八木精一, 池田正：糖アルコールの Streptococcus mutans 菌体凝集性について . 日大口腔科学 , 2 ; 13-17 , 1976 .
- 11) 佐々木英忠他：誤嚥性肺炎の予防と治療 . 月刊総合ケア , 2 (9) ; 48-51 , 1992.
- 12) 佐々木英忠他：誤嚥性肺炎のメカニズムと最近の知見 . 歯界展望 , 91 ; 1280-1287 , 1998 .
- 13) 武内可尚他：粉末還元麦芽糖水飴（マルチトール）を小児が摂取した際の胃腸症状について . 小児科診療 , 49 (12) ; 55-59 , 1986 .
- 14) 渡邊 誠：高齢者の歯と痴呆.日歯広報 1316 , 2004 .
- 15) 渡部芳彦, 阿部一彦, 遠藤清江：歯科医療と介護福祉領域との連携 - ホームヘルパーのアンケート結果から - . 高齢者歯科医療懇話会誌 , 6 ; 1 , 2003 .
- 16) Yoneyama T, et al : Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients. Arch. Gerontol. Geriatr., 22 ; 11 , 1996.
- 17) Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, et al : Oral care and pneumonia. Lancet, 1354 , (9177) 515.7, 1999 .

- 18) Yoneyama T, Yoshida M, Ohroi T, et al : Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society* , 50 (3) ; 430, 2002 .
- 19) 米山武義 : 口腔ケアと誤嚥性肺炎 . *Geriatric Medicine* , 35 ; 167-171 , 1997 .
- 20) 米山武義 : 口腔ケアの今日的とらえ方と誤嚥性肺炎予防 . *歯界展望* , 91 (6) ; 1276-1279, 1998 .
- 21) 米山武義 , 吉田光由他 : 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究 . *日歯医学会誌* , 2001 .

小集団における認知症高齢者の関係形成に関する研究

認知症介護研究・研修仙台センター

阿部 哲也 吉川 悠貴
松村 砂織 長嶋 紀一

．目的

2004年6月に高齢者介護研究会によって報告された「2015年の高齢者介護」では、認知症高齢者ケアの方向性として小規模環境と少人数ケア（以下小規模ケア）の重要性が指摘されている。現在、小規模ケアの代表的なサービスである認知症高齢者グループホームは介護保険制度開始以来急増しており、2005年2月現在で6,000か所を超えている。今後、在宅、施設を問わず認知症高齢者ケアの小規模、少人数化は一層進展することが予測されるだろう。

このような流れの中、認知症ケアの研究については、グループホームやユニットケアなど小規模ケアの有効性に関する研究も増えてきている。足立ら¹⁾は、特別養護老人ホームにおけるユニットケア導入前後の入居者の会話数や、滞在場所の比較について検証し、ユニットケアを導入した後での入居者や職員との会話数および関わりが増加すること、滞在場所がデイルームに安定したことなどを報告している。加藤³⁾はグループホームなどに代表される小規模な居住空間と少人数による生活は、認知症高齢者が新しい環境になじみやすく、入居者間の交流も促進され、関係性が安定しやすく、逆に密室性、閉鎖性の課題があることを指摘している。一般的にグループホームやユニットケアなど小規模で少人数の生活環境は、認知症高齢者にとってなじみの関係やなじみの場所を作りやすく、環境変化による不適応状態を安定化させるための有効な要因になると考えられる。

一方、認知症高齢者のコミュニケーション能力、職員のコミュニケーション手法、言語機能、職員と認知症高齢者の関係に関する研究といった認知症高齢者の社会関係や相互作用に焦点をあてた研究もわずかであるが報告されてきている。天田²⁾は、特別養護老人ホームにおける認知症高齢者間の関係性に焦点をあて、相互作用を成立と不成立に分類し、ソシオグラムによって公的空間における相互作用構造の特性を明らかにしている。一般にいわれている「なじみ」を親密化および安定化として捉え、他者との相互作用を関係形成の指標、滞在時間を場所との関係指標と考えると、小規模で少人数な生活環境は他者との相互作用が行われやすく、滞在場所が安定化しやすい環境と捉えることができるだろう。

本研究は認知症高齢者のグループホーム入居後1ヶ月間の相互作用量の変化及び、滞在場所の時間量の変化を明らかにし、認知症高齢者の関係形成の把握を通して小規模ケアの有効性を検証することを目的としている。

方法

1 調査対象

1 - 1 対象施設概要

E 県にて平成16年6月より事業開始した G グループホームを対象とした。G グループホームは「尊厳の保持」や「自立支援」を理念とし、1 ユニット9 名定員で、2 階建て2 ユニットの有した介護保険指定事業による認知症対応型のグループホームである。

調査時現在は、1 階ユニット部には入居者6 名、2 階ユニット部には入居者1 名であり、調査対象ユニットを1 階部分とした。

介護従事者は現在12 名従事しており、職員の勤務形態は日勤帯が8:30～17:30で3 人配置、夜勤帯が15:30～0:30に1 人、0:30～9:30に1 人の配置である。夜勤帯と日勤帯が重複する8:30～9:30と15:30～17:30は一人が記録となり介護従事者は原則3 人とされている。

1 - 2 調査対象者

本研究における調査対象者は、G グループホームに平成17年1 月より入居した K 氏86 歳と他の入居者5 名（K 氏を除く）職員12 名の合計18 名である。実際の観察可能な職員数は、調査対象時における勤務人数が対象となるので、日勤帯は3 名、早朝、夜勤帯は1 名となる。

2 調査方法

2 - 1 調査方法

調査方法は、あらかじめ入居者およびご家族に対して同意を得た上で、公共スペースであるリビングの2 箇所ビデオカメラを設置し、観察者は別室で観察を行う定点による非参与観察を実施し、事後に映像情報について3 名の観察者によりデータの計測および解析を行った。

1) 観察場所（図1 参照）

カメラ設置場所および観察場所は、入居者居室、トイレ、風呂、廊下、屋外、玄関、事務所等を除いたりリビング部分を対象とした。リビング部分は、施設の中では公共空間であり他者との交流機会が多いことが予測され、グループホームにおける小空間をもっとも代表したスペースであると考えられる。



図1 グループホームのリビング間取り図

2) 観察期間

観察期間は、入居後11日目～入居後31日目までの約1ヶ月間を調査対象期間とした。根拠は小規模、少人数環境による関係形成の時間は比較的短い事が予測されるという仮定によって、入居後1ヶ月という短期間における相互作用や滞在時間の変化過程を検証するためである。3ヶ月、6ヶ月といった長期間における変化過程についても調査する必要があるが、まず短期間における変化の様相から検討することが目的である。分析データについては、行事や家族の来訪、来客など特別なイベントが無い通常的生活時における調査を行うため、入居後2週目の11日目、3週目の18日目、4週目の24日目、1ヶ月後の31日目を取り上げ分析を行った。

2 - 2 分析方法

1) 分析基準

本研究の目的は、グループホームに入居した認知症高齢者の関係形成の過程を把握することにある。そこで本研究では、他者との関係を双方向の相互作用とし、楽しみや喜びなどの快感情を含む相互作用を快い相互作用、場所との関係形成を場所に滞在している時間の変化と捉え調査分析を行った。

相互作用

本研究では、相互作用を双方が関わりをお互いに開始・終了させた関わりと定義し、「K氏及び他者のいずれかが会話、手振り、視線、接触等によって関わりを開始し、K氏及び他者のいずれかが会話、手振り、視線、接触等の反応を示し、相互作用が終了する場合」とした。この場合は、K氏が、他者に対して会話、手振り、視線、接触等によって関わりを開始しようとするが、他者が気づかなかったり、無反応のまま終了する場合や、他者が、K氏に対して会話、手振り、視線、接触等によって関わりを開始しようとするが、K氏が気づかなかったり、無反応のまま終了する場合を除いた。

笑顔を伴う相互作用

人間関係における関わりの深さは、相互作用の長さや回数といった量的な側面だけでなく、作用内容において作用者がどのような感情を抱いたかというような質的な側面の検討も重要である。本研究では、相互作用中に生じる表情や態度をカウントし、喜びや楽しみを伴った快い相互作用と、嫌悪や怒り、悲哀を伴った不快な相互作用、それ以外の中立的な相互作用に分類し、特に笑顔を伴った快い相互作用の量的変化についても分析した。

2) 分析内容

本研究では、他者との関係を相互作用と定義し、なじみの場所を滞在時間ととらえ、以下の点について分析を行った。

他者との相互作用量の変化

- ・入居者および職員に対するK氏の相互作用時間および頻度の継時的変化
- ・K氏の相互作用者別作用時間の継時的変化
- ・K氏の相互作用者数の継時的変化

笑顔を伴う相互作用量の変化

- ・K氏の笑顔を含んだ相互作用頻度割合の変化
- ・場所別の滞在時間量の変化

・リビング内における K 氏の場所別合計滞在時間量の継時的変化

3) 処理方法

相互作用時間

相互作用時間については、上記の定義に従い K 氏を中心に K 氏から、あるいは K 氏に対する何らかの関わりが開始した時点から、関わりの終了時点までを秒単位で計測した。なお、相互作用の終了時の判断は、1 分間以上関わりがない場合とし、1 分以内に同じ者と同じ内容か、直前の作用内容と関連している内容であれば、相互作用は継続するものとみなし 1 回に含めることとした。

相互作用頻度

相互作用頻度については、K 氏を中心に K 氏から、あるいは K 氏に対する何らかの関わりが開始した時点から、関わりの終了時点までを 1 回としてカウントした。相互作用の終了時の判断は、1 分間以上関わりがない場合とし、1 分以内に同じ者と同じ内容か、直前の作用内容と関連している内容であれば、相互作用は継続するものとみなし 1 回に含めることとした。

笑顔を伴う相互作用の頻度

快い相互作用については相互作用内において、笑顔が見られた場合の相互作用を 1 回としてカウントし、1 回の相互作用内における笑顔の回数ではなく 1 回の相互作用中に 1 回以上笑顔を示した場合は、笑顔を伴った相互作用 1 回としてカウントした。この場合、1 回の相互作用中に怒りや嫌悪、悲哀などの表情と、笑顔が両方出現した場合は、もっとも終了時点に近い方の表情を優先することとした。表情の分類基準については、明らかに笑っている表情や怒っている、泣いている表情をカウントすることとし 2 名の観察者によって観察を行い観察者間の一致性を検証することで計測の信頼性を保障することとした。

相互作用者

相互作用者については、K 氏を中心に K 氏から、あるいは K 氏に対する何らかの関わりが開始した時点から、関わりの終了時点までの間に関わった全ての他者について記録した。同時に 2 名以上の他者と相互作用を行っている場合は相互作用者を 2 名以上としてカウントした。

滞在場所

滞在場所別の滞在時間については、リビング内における場所を椅子あるいはソファ、移動中、居室、トイレや洗面所への移動として捉え、それぞれの場所に滞在した継続時間を秒単位で計測した。

4) 解析方法

相互作用 1 回あたりの継続時間および、相互作用者、笑顔を伴った相互作用、リビング内の滞在場所別滞在時間について、1 日ごとの時間量の合計、頻度の合計、相互作用者ごとの時間合計、頻度合計、笑顔を伴う相互作用頻度の合計、滞在場所別の滞在時間の合計を算出し、入居後 1 ヶ月の経過を図表に示した。本研究は 1 事例についての研究のため、調査データの解析は検定、多変量解析を行わず、記述統計のみに止め全体の傾向の把握を目的とした。データの解析および統計処理、図表の作成については Microsoft Excel および SPSS 統計解析パッケージ ver.13 を使用した。

結果

1 入居者概要

調査対象グループホームにおける入居者の概要を表1に示す。

本研究における調査対象者であるK氏は脳梗塞の既往があり、下肢筋力の低下により三点杖を使用し、歩行は一部介助を要する。要介護度は で、入浴やトイレ、洗面所への移動について支えが必要になる。認知症の程度は脳血管性による認知症のため、記憶、理解力も年齢相応の能力であり、コミュニケーションに大きな支障はない。しばしば、場所や時間を間違えたり、いいたいことがうまく伝えられず怒りやすい傾向が見られる。グループホームへの入居理由は、夫婦二人暮らしで高齢の妻が介助困難になったためであり、認知症が理由というよりは下肢機能の低下による移動介助負担のため入居に至ったケースである。

K氏以外の入居者は5名であり、K氏を含めた6名全体の平均年齢は81.0歳（SD1.05）、平均要介護度2.5（SD1.05）、アルツハイマー型認知症3名、脳血管性認知症3名、男性3名、女性3名である。全体的に要介護度が低い方が多く、E氏以外はコミュニケーションが可能であり、C氏の帰宅願望とA氏の徘徊を除けばいわゆる顕著な行動障害は多くない。E氏についても単語程度の理解力、非言語的なあいづちやアイコンタクトなどは理解可能で、難解で長いセンテンスでなければ意味は通じる程度である。

表1 入居者概要

	年 齢	性 別	要介護度	認知症種類	程 度	A D L	備 考
A氏	72歳	男性		アルツハイマー型	中度	自立	徘徊多い
B氏	82歳	男性		脳血管性	軽度	立位不可能，車椅子利用，移動及び入浴全介助	
C氏	86歳	女性		アルツハイマー型	軽度	自立	帰宅願望強い，失禁がたまに見られる
D氏	84歳	女性		脳血管性	軽度	下肢，左上肢麻痺，ほぼ半介助要	車椅子使用
E氏	76歳	女性		アルツハイマー型	中度	自立	理解力低下，通常の会話は不完全
K氏	86歳	男性		脳血管性	軽度	下肢筋力低下，移動，入浴に要介助	新規入居者調査対象者

2 観察者間一致性

K氏を中心とした他者との相互作用について、無作為に24日の14時～19時を対象とし、2名の観察者によって相互作用頻度の計測値について一致比率を求めたところ、観察者Aと観察者Bの観測データの一致率は88.2%であり、高い一致性を示した。

3 相互作用量の推移

3 - 1 相互作用時間および相互作用頻度

K氏を中心に、他の入居者別、職員別に観測日ごとの相互作用時間と頻度を示したのが表2および図2である。

表 2 相互作用時間と相互作用頻度（時間：秒、頻度：回）

相互作用者		11日目		18日目		24日目		31日目	
		時間	頻度	時間	頻度	時間	頻度	時間	頻度
入居者	A氏	321	5	14	3	90	3	309	8
	B氏	0	0	0	0	0	0	10	1
	C氏	44	4	0	0	22	1	3	1
	D氏	20	2	0	0	0	0	615	11
	E氏	0	0	0	0	0	0	265	4
	入居者平均	77	2.2	2.8	0.6	22.4	0.8	240.4	5
	入居者合計	385	11	14	3	112	4	1202	25
職員	S1	137	9	129	6	休日		休日	
	S2	217	12	休日		休日		447	9
	S3	4	1	休日		43	1	休日	
	S6	休日		0	0	579	2	424	15
	S7	休日		0	0	休日		496	19
	S8	休日		休日		392	6	休日	
	S9	休日		休日		62	1	休日	
	S10	43	1	891	13	休日		0	0
	S11	休日		休日		休日		2310	29
	S12	600	20	1386	17	855	11	休日	
	S13	休日		休日		18	1	休日	
	職員合計	1001	43	2406	36	1949	22	3677	72
	全体合計	1386	54	2420	39	2061	26	4879	97

1) 入居者との相互作用時間および頻度

表 2 および図 2 に示すように入居者全員との相互作用時間および頻度の合計は11日目が385秒で11回、18日目が14秒で3回、24日目が112秒で4回、31日目が1202秒で25回であった。

K 氏の入居日数の経過における入居者全体の相互作用時間および頻度の推移は、図 2 をみると相互作用時間、頻度ともに入居日数の経過とともに24日目まで減少し、31日目に増加している。しかし入居者 5 名について、1 人あたりの平均相互作用時間は11日目の77秒から18日目には2.8秒と減少するが、24日目は22.4秒、31日目は240.4秒と増加している（表 2 参照）。

この事は入居日数の経過に従い、他の入居者との相互作用頻度は一旦減少するが、その後は1人あたりの相互作用時間が増加し、頻度の増加に伴って相互作用時間もさらに増加していくことを示している。

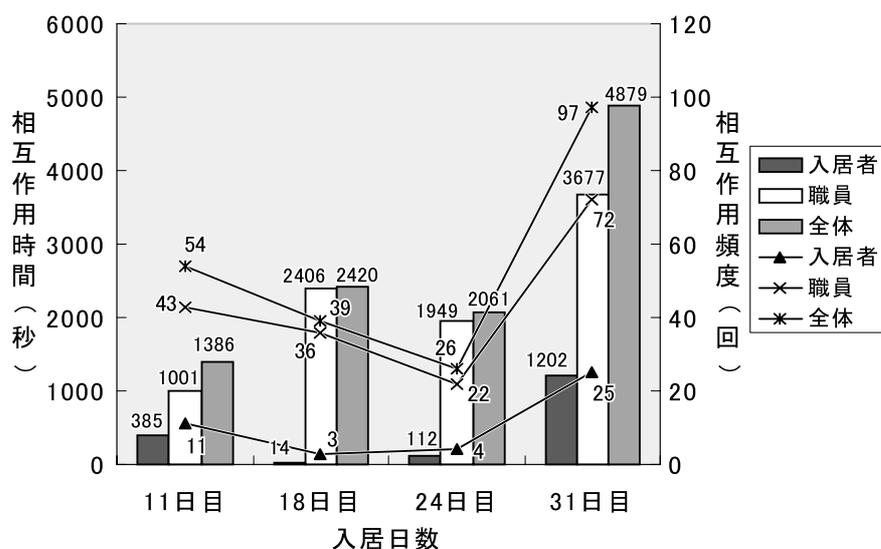


図2 相互作用時間と頻度

2) 職員との相互作用時間および頻度

職員との相互作用時間および相互作用頻度は表2に示されるように、11日目が1001秒で43回、18日目が2406秒で36回、24日目が1949秒で22回、31日目が3677秒で72回であった。

入居日数の経過に伴う職員との相互作用量の変化については図2を参照すると、相互作用時間は18日目に増加し24日目に若干減少するが、その後31日目には増加しており、頻度については11日目から24日目まで減少し続け、31日目に急激に増加している。

これらの傾向は、入居日数の経過に伴う相互作用時間の増加と相互作用頻度の減少は1回あたりの相互作用時間の増加と関連していると考えられる。

3) 全体での相互作用時間と頻度

K氏と他の入居者および職員を含んだ全体との相互作用時間および頻度は、職員との傾向とほぼ同様の傾向を示しており(表2および図2参照)、11日目は1386秒で54回、18日目が2420秒で39回、24日目が2061秒で26回、31日目が4879秒で97回であった。入居者、職員をあわせた全体の1回あたり平均相互作用時間は52.4秒(SD88.9)であり、11日目が25.7秒(SD45.5)、18日目が62.0秒(SD90.3)、24日目が79.3秒(SD111.2)、31日目が56.8秒(SD98.2)であり、入居後24日目まで増加し、31日目に減少している。

これらの傾向はほぼ職員との相互作用の経過と同様であり、入居日数の経過に伴って相互作用頻度は減少するが、相互作用時間の減少は見られない。このことは入居後24日目では1回あたり相互作用時間が増加し、入居後の経過とともに短時間の相互作用が減少しており、比較的長時間の相互作用が安定的になってくることを意味している。31日目には1回あたり相互作用時間も頻度も増加することから適度な長さの相互作用を頻繁に行う傾向が見られている(図2参照)。

3 - 2 リビング滞在中の相互作用時間割合の変化

K氏の起床時間中におけるトイレ、洗面、入浴、外出、居室に滞在する時間を除いたリビングでの滞在時間における他者との相互作用時間の割合の変化について示したのが表3および図3である。

屋外、トイレ、洗面所、居室等の滞在時間を起床時間から除き、リビングに滞在している時間を算出した。11日目が41280秒（11.5時間）、18日目が30410秒（8.5時間）、24日目が25500秒（7.1時間）、31日目が31200秒（8.7時間）であった。

表3 リビング滞在中の相互作用時間割合

	11日目	18日目	24日目	31日目
リビング滞在時間：秒	41280（11.5時間）	30410（8.5時間）	25500（7.1時間）	31200（8.7時間）
入居者との相互作用時間（割合）	385（0.93%）	14（0.05%）	112（0.44%）	1202（3.85%）
職員との相互作用時間（割合）	1001（2.42%）	2406（7.91%）	1949（7.64%）	3677（11.79%）
全体の相互作用時間（割合）	1386（3.36%）	2420（7.96%）	2061（8.08%）	4879（15.64%）

*リビング滞在時間は居室滞在の時間を除いたリビング中に滞在した時間を示す

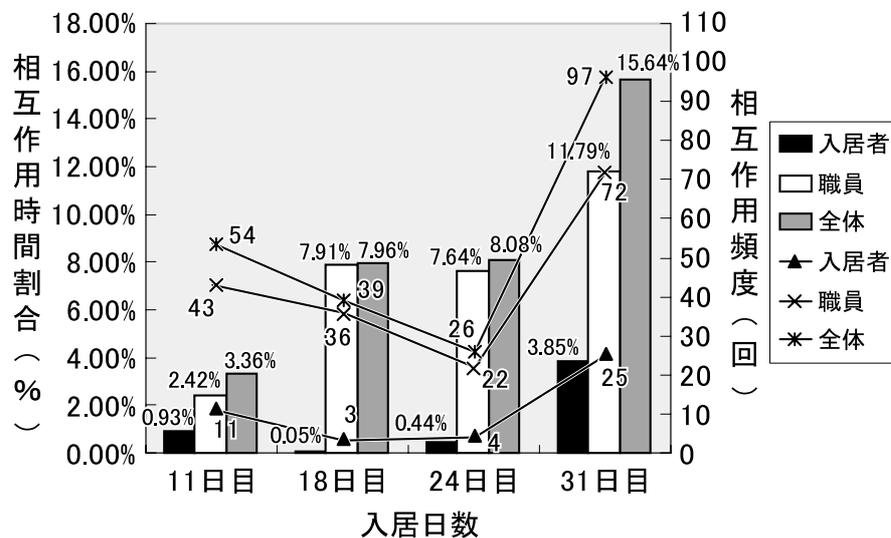


図3 リビング滞在中の相互作用時間割合と頻度

1) 他の入居者全体の相互作用時間の割合推移

他の入居者全体での相互作用時間の割合は、11日目が0.93%、18日目が0.05%、24日目が0.44%、31日目が3.85%であり、11日目から18日目にかけて相互作用割合が減少しているが、その後は徐々に増加し31日目は11日目の約4倍程度の増加が見られている。

このことは、入所初期の段階では他者との関係形成に努めている時期であり、他の入居者もK氏への接触を試している時期と考えられる。しかし2週が経過し3週目に差し掛かるくらいの時期では、入居者同士の関係形成の試行期は終了し親密な関係を形成できず相互作用割合も減少している。3週が経過し4週目に入った頃に徐々に他者との交流が増加し、1ヶ月後には相互作用割合が大きく増加し他者との関係形成ができつつあることが伺える。

2) 職員全体との相互作用時間割合の推移

職員全体との相互作用時間の割合は、11日目が2.42%、18日目が7.91%、24日目が7.64%、31日目が11.79%と入居日数に伴って増加傾向を示している(図3参照)。

これは、職員がK氏との相互作用を意図的に増やしている事が考えられる。K氏についても職員の顔や風貌を覚え、用事を依頼する機会が増加し職員との関係形成が進展しつつあることを示していると考えられる。

3) 全体の合計相互作用時間割合の推移

入居者と職員を含んだ全体の相互作用時間の割合は入居日数の経過とともに増加し、11日目は3.36%、18日目で7.96%、24日目が8.08%、31日目が15.64%であった。

4) 相互作用頻度と相互作用時間割合との関連

リビング滞在時間における相互作用時間の割合は全体的には増加傾向にあり、K氏と他者との相互作用時間は徐々に長くなり入居日数の経過とともに関係が形成されつつあることを示している。全体の相互作用頻度との関係について見てみると(図3参照)、11日目が54回、18日目が39回、24日目が26回と減少し、31日目で97回と急激に増加している。

入居日数の経過とともに全体の相互作用時間の割合は増加し、相互作用頻度は24日目まで減少しつづけ、31日目で再び増加していることは、つまり、入所初期から4週目あたりまでは1回あたり相互作用時間が長くなり、相互作用頻度は逆に減っていくが、4週を超え1ヶ月くらい経過したあたりから1回あたりの相互作用時間は変わらないままで、相互作用頻度が増加していくため、全体の合計相互作用時間も増加していると考えられる。

3 - 3 入居者との相互作用における笑顔を伴った相互作用の推移

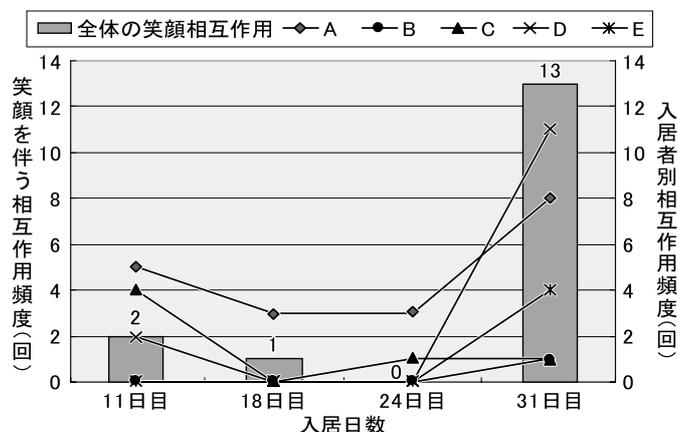


図4 入居者との笑顔を伴う相互作用頻度の推移

入居者との笑顔を伴った相互作用の頻度と入居者別の相互作用頻度合計を入居日数別にあらわしたのが図4である。入居者との相互作用頻度の合計は11日目が11回、18日目が3回、24日目が4回、31日目が25回であり、そのうち笑顔を伴った相互作用頻度は11日目が2回、18日目が1回、24日目が0回、31日目が13回であった（表2および図4参照）。笑顔を伴った相互作用は24日目までに減少し、31日目に急激に増加している。入居者全体の相互作用頻度における笑顔を伴った相互作用頻度の割合は11日目が18.2%、18日目が33.3%、24日目が0%、31日目が52.0%であり、割合からみると18日に相互作用頻度全体の3割が笑顔を伴った相互作用であり増加するが、24日には無くなり、31日に約5割に増加している。

入居者ごとの相互作用頻度の推移と笑顔を伴った相互作用頻度との関係を見ると（図4参照）4日間とも常に相互作用を行っているのがA氏であり、A氏との相互作用の変化と笑顔を伴う相互作用頻度は関連がある傾向が見られる。D氏との相互作用の変化と笑顔を伴った相互作用頻度についてもD氏との相互作用頻度の増減と笑顔を伴った相互作用頻度には関連が見られている。あまり関連が見られないのがB氏とE氏であり、二者についてはK氏との相互作用自体が少なく、31日目に笑顔を伴う相互作用が増加している際にもB氏とE氏との相互作用は少ない。しかし31日目の笑顔を伴う相互作用頻度の増加は、入居者全体との相互作用頻度の増加と、入居者5名全員との相互作用が影響しており、相互作用時間および相互作用を行う人数の増加は快い相互作用を誘引する可能性を示唆するものである。

3 - 4 入居者別の相互作用時間と頻度の推移

表4 入居者別相互作用時間と割合：単位 秒（%）

	11日目	18日目	24日目	31日目
A氏	321 (83.4%)	14 (100%)	90 (80.4%)	309 (25.7%)
B氏	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (0.8%)
C氏	44 (11.4%)	0 (0.0%)	22 (19.6%)	3 (0.2%)
D氏	20 (5.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	615 (51.2%)
E氏	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	265 (22.0%)
全体合計	385	14	112	1202
作用者数	3名	1名	2名	5名

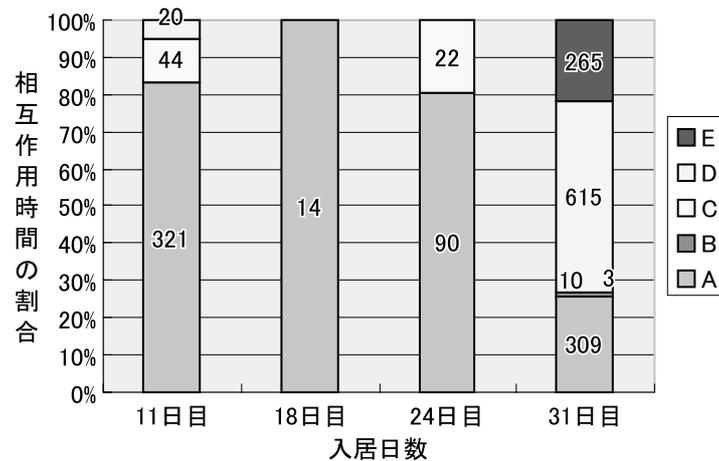


図5 入居者別相互作用時間の割合（グラフ内数値は秒）

K氏の他入居者との相互作用時間および割合を個別に示したのが表4および図5である。11日目は相互作用者が3名、A氏との相互作用割合が83.4%ともっとも多く、C氏11.4%、D氏5.2%、B氏とE氏との相互作用は全く見られていない。18日目は他の入居者との相互作用が減少し、全体でも14秒、相互作用者もA氏1名のみであり、それ以外の入居者との相互作用は全く見られていない。24日目は相互作用者2名、A氏との相互作用割合が80.4%と高く、C氏との相互作用割合が19.6%であった。31日目の相互作用者は5名全員であり、D氏が51.2%と最も相互作用割合が多い。次いでA氏が25.7%、E氏が22.0%、B氏が0.8%、C氏が0.2%であった。

相互作用時間だけに着目すると入居初期から1ヶ月間A氏との相互作用が安定的に保たれている。割合から見ても常にA氏との相互作用は多く、次いでC氏との相互作用も安定的であるといえるだろう。1ヶ月後の31日目にはA氏との相互作用時間は継続して増加しているが、A氏やC氏以外の入居者との相互作用時間が増加し全員との相互作用が行われており、相互作用者数の増加と、全体的な相互作用時間の増加が見られている。

表4および図5の結果から、新規入居者K氏の相互作用者数の変化は入所初期から特定の入居者との相互作用の割合が多く、特定の相互作用者（本調査ではA氏）との相互作用関係は1ヶ月間持続している傾向にあった。さらに、入所初期から24日目までは相互作用者数が減少し、相互作用時間もやや減少する傾向にあるが1ヶ月目には相互作用者数は増加し、特定の入居者以外の入居者とも相互作用が行われる傾向が見られた。

つまり、これらの結果からグループホームにおける他者との関係形成の傾向として、入居日数の経過に伴いある特定の他者との相互作用は安定的に継続し、親密な他者は特定化される傾向があるということと、同時に特定の他者以外の他者との相互作用も増加し相互作用者の特定化と相互作用者数の増加が入居経過とともに見られる傾向があることが明らかとなった。

3 - 5 リビングにおける場所別滞在時間の推移

リビングにおける場所別の滞在時間と割合および推移を示したのが表5および図6である。11日目は席 が22660秒（53.8%）と最も滞在時間が長く、次いでソファAが11760秒（28.4%）、席 が5040秒（12.2%）であった。居室にいた時間は120秒（0.3%）と最も少ない。18日目は席 に25740秒（68.9%）滞在し、ついで居室に6960秒（18.6%）滞在している。24日目は席 に17940秒（61.0%）、次いで居室に3900秒（13.3%）と滞在時間が多く、洗面所やトイレ、移動に関する時間が5280秒（18.0%）と2番目に多い。31日目は席 に13260秒（39.7%）、ついで席 に6840秒（20.5%）、席 に5460秒（16.4%）、席 に3960秒（11.9%）、居室に2160秒（6.5%）の順となっている。

入居日数の経過における変化は、入所初期である11日目は自分の居場所を模索している時期であり、食事席として決められている席 での滞在時間は少ない。他の入居者もK氏の決まった席を認識しておらず、K氏に気遣いすることなく席を優先的に選択してしまうため、余った席に滞在している傾向が見られた。そのため11日目の段階では余った場所である席 での滞在時間が長く1日の半分を過ごしている。もうひとつの特徴は他の日に比較して居室での滞在時間が特に短い（0.3%）。入居初期では居室自体もまだ自分の居場所として認識されておらず、リビング中の滞在場所も色々と模索しながら選択しているが余った席である席 を選択するしかなく、居室にも戻らず滞在時間が長くなり1日のリビングに出ていた時間も11.5時間と4日間中で最も長い。18日目以降の場所別滞在時間の推移は、席 という定置席を確保しているが入居日数の経過に従い徐々に滞在時間も割合も減少している。同時に居室での滞在時間も18日目には6960秒と最も長いが入居日数の経過とともに滞在時間、割合とも減少している。そして31日目には定置席と思われる席 以外の席 、席 、席 での滞在時間が増加し定置場所である席 での滞在も確保しながら他の滞在場所を多く選択している。

総じて滞在場所の推移は、特定の席が確保されながら同時に特定の席以外の滞在場所の選択肢が増加し、居室滞在時間も徐々に減少する傾向が見られた。

表5 グループホーム内滞在時間：単位 秒（%）

	11日目	18日目	24日目	31日目
席	5040 (12.2%)	25740 (68.9%)	17940 (61.0%)	13260 (39.7%)
席	22260 (53.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5460 (16.4%)
席	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3960 (11.9%)
席	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6840 (20.5%)
席	0 (0.0%)	3960 (10.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ソファA	11760 (28.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	300 (0.9%)
居室前	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2280 (7.8%)	540 (1.6%)
移動中	2220 (5.4%)	710 (1.9%)	5280 (18.0%)	840 (2.5%)
居室	120 (0.3%)	6960 (18.6%)	3900 (13.3%)	2160 (6.5%)
リビング滞在時間	41280 (11.5時間)	30410 (8.5時間)	25500 (7.1時間)	31200 (8.7時間)

*リビング滞在時間は居室滞在時間を除いた時間を示す

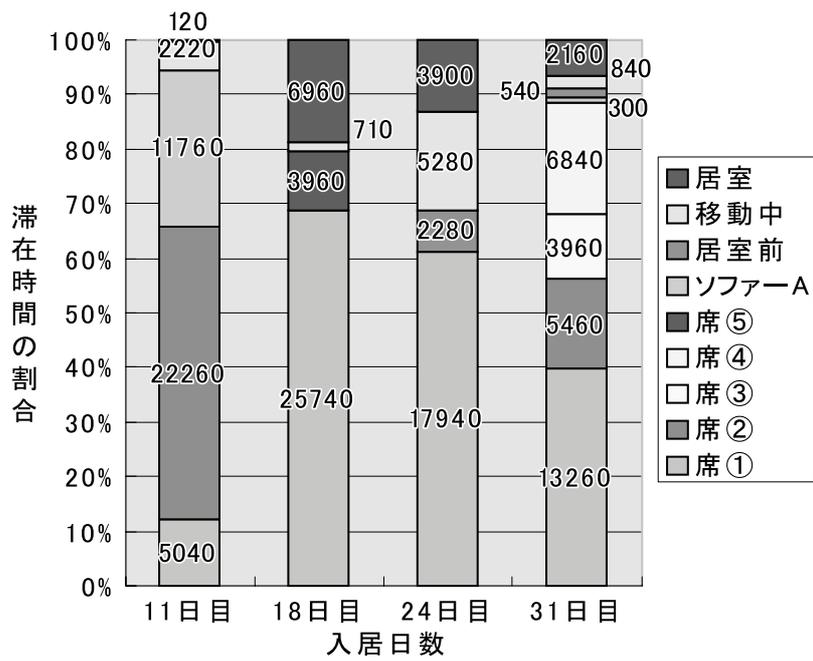


図6 場所別滞在時間割合の推移（グラフ内数値の単位は秒）

考察

1 入居日数にともなう相互作用時間と相互作用頻度の変化

全体的に入居日数の経過に伴い、他者との相互作用時間の割合は増加し、相互作用頻度は一旦減少するが、入居31日目に増加する傾向が示された（図2参照）。このことは、つまり入居18日目くらいまでは相互作用1回あたりの時間が長くなっていることを示しており、短時間の相互作用を頻繁に行う段階から徐々に、比較的長めの相互作用を適度に行う傾向が伺える。そして31日目には比較的長めの相互作用を頻繁に行うようになり、全体の相互作用時間も増加する傾向が見られている。つまり、入所初期は短い相互作用を数多く行い、徐々に相互作用者が特定化されるとともに相互作用の時間が長くなり特定の他者との関係の形成が進展することを意味していると考えられる。その後特定の相互作用者だけでなく、多数の他者との関係が形成され、相互作用時間と相互作用頻度、相互作用者数の増加が見られ、関係形成が入居日数の経過とともに安定していくことが予測される。

2 笑顔を伴った相互作用割合の変化

本研究では、グループホームにおける認知症高齢者の関係形成の傾向を継続的に観察し、相互作用の量を時間と頻度として捉え、相互作用の質的な側面として相互作用中の笑顔時間と頻度を調査した。その結果（図3参照）、特に他の入居者との相互作用における笑顔を伴った相互作用は、笑顔が発生しやすい他者との相互作用量と関連している傾向が見られた。つまり、相互作用者の数や相互作用量が増加しても、快感情が発生しやすい相互作用はある特定の他者に限定されており、単純に全体の相互作用量と比例しているわけではないことが示された。しかし、笑顔が発生しやすい相互作用者との相互作用量の増加を含んでいれば、相互作用者数の増加によって笑顔を伴った相互作用頻度も増加する可能性も示

された。1ヶ月間という調査期間においては他者との関係形成は進行中であり、笑顔量の増加は顕著に示されなかったが、今後3ヶ月、6ヶ月といった長期間の観測調査において快感情が発生しやすい他者との相互作用量の傾向を把握する必要があるだろう。

3 入居者別の相互作用割合の変化

入居24日目までは特定の他者との相互作用割合が8割を超えており、関係の固定化が見られ、相互作用しやすい他者が形成されつつある段階と考えられる。31日目には特定の他者以外の他者との相互作用量や割合が増加し、K氏以外の全ての他者5名と相互作用を行っていた。入居1ヶ月目でK氏の相互作用者数は増加し関係者数が拡大化する傾向が見られている。このことは、入居初期の段階において、ある特定の他者との関係を形成しつつ、徐々に相互作用者数が増加することにより全体の相互作用量が増加し、入居期間の経過にしたがって他者との関係が広く、深くなりつつあることを意味している。

つまり、認知症高齢者のグループホームにおけるなじみの関係は、相互作用者の固定化から始まり、なじみの関係を起点として関係枠を拡大していく傾向にあることが示された。

4 リビング内の滞在時間の変化

入居日数の経過に伴う滞在場所別の滞在時間の推移については、入居初期である11日目では特定の居場所が決まっておらず自分の居場所を模索している時期と考えられる。居室で過ごす時間が0.3%と特に短く、自分の居室でさえも居場所として位置付けられていない傾向が伺えた。18日目以降はほぼ定置席が確保され、居室滞在時間も18.6%と増加している。しかしその後24日目、31日目と入居日数の経過に伴い定置席及び居室での滞在時間およびリビング滞在時間中の割合が減少し、他の滞在場所における滞在時間が増加している。つまり、グループホームにおけるなじみの場所の形成は模索の段階を経て徐々に定置席と居室を生活基点とし居場所の選択肢を増やしていく傾向が見られている。

5 まとめ

他者との相互作用時間、相互作用頻度、相互作用者数、滞在時間の継時変化の傾向を踏まえて概括すると、グループホームにおける新規入居者の適応傾向はおおよそ1ヶ月という短期間の中でも大きな変化があることが示された。入居後1週から2週の間までは滞在場所、相互作用者、相互作用頻度、相互作用時間も少なく、模索している段階であることが伺えた。その後2週目以降は模索の時期を経て、滞在場所も相互作用者も限定されつつあり、3週目から4週にかけて場所と相互作用者の特定化を進行しながら慎重な模索段階にあることが伺える。4週目以降の1ヶ月目の時点では特定の滞在場所も相互作用者も確保し、安定的な関係をベースに多くの場所や他者との関係を拡大しつつある傾向が示されている。そして、滞在場所の数と相互作用頻度、相互作用者数、相互作用時間はすべて密接に関連していることが予測され、認知症高齢者の適応において小規模で、少人数な生活環境は居場所や親密な関係者の模索期間の短縮を促し、滞在場所の特定化や親密な相互作用者数の増加にも影響し、笑顔量の増加をも促進する可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました高齢者およびご家族の皆様、職員の皆様には厚くお礼を申し上げますとともに感謝いたします。

文 献

引用文献

- 1) 足立啓, 山内美保, 松原茂樹, 大久保幸積, 赤木徹也, 大橋美幸: 痴呆ユニットケアの導入が入居者に与える影響に関する研究 既存の特別養護老人ホームを事例として . 高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報 (Annual Report 2001), No2 ; 63-74, 2002 .
- 2) 天田城介: 施設入所痴呆性老人のロビーにおける相互作用特性に関する研究 痴呆性老人間の成立・不成立のソシオグラムを中心として . 老年社会科学, 19(1) ; 39-47, 1997 .
- 3) 加藤伸司: グループホームにおける痴呆ケアの実践 グループホームにおけるケアの現状と課題 . 日本痴呆ケア学会誌, 3(1) ; 77-81, 2004 .

参考文献

- 4) 赤司千波, 豊澤英子, 三重野英子, 桶田俊光: 日本のグループホームにおける痴呆性高齢者の情報収集と入居適応との関連 . 日本看護研究学会雑誌, 26(2) ; 73-88, 2003 .
- 5) 大坊郁夫, 奥田秀宇編: 対人行動学研究シリーズ3 親密な対人関係の科学 . 誠信書房, 1997 .
- 6) 猪股昌子: 看護学生と受け持ち患者の人間関係形成過程とその要因 . 第30回看護教育 ; 145-147, 1999 .
- 7) 村上美幸, 北島英治, 本名靖: 高齢者福祉施設の形態とケア理念の変遷 大集団ケアから小集団ケアへの変容 . 東海大学健康科学部紀要, 9 ; 89-95, 2003 .
- 8) 中村陽吉著: 対面場面の心理的過程 分類観点からの接近 . プレーン出版, 2002 .
- 9) 西川一廉, 小牧一裕: コミュニケーションプロセス . 二瓶社, 2002 .
- 10) 岡田美智男, 鈴木紀子, 坂本彰司: 発話の意味の不定さに基づく関係形成としてのコミュニケーション (ことばとコミュニケーション) . 人口知能学会研究会, 12 ; 57-62, 2000 .
- 11) 大西丈二, 梅垣宏行, 遠藤英俊, 井口昭久: グループホームにおける痴呆の行動心理学的症候 (BPSD) の頻度と対応の困難さ . 老年精神医学雑誌, 15(1) ; 59-67, 2004 .

認知症介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究

日本大学文理学部

内 藤 佳津雄

認知症介護研究・研修仙台センター

長 嶋 紀 一

静岡福祉大学

梶 木 てる子

はじめに

昨年度から引き続きアクションケアプランに関する研究を行った。アクションケアプランとは、職員が実際に介護を行う際の内容・方法等についての計画と位置づけられる。

居宅サービスでは介護保険法に基づく運営基準においてそれぞれのサービスごとに「個別サービス計画」を作成することが定められており（例：訪問介護計画や通所介護計画）、介護サービス全体としてのニーズや解決策の方針と位置づけられる「居宅サービス計画」と個々のサービス提供事業者が作成する細部のニーズとその対応策である具体的なサービス計画にあたる個別サービス計画は分離している。両者が分離していることによる連携や一貫性をとりにくいという問題点は指摘できるが、それぞれの内容の向上を図る責任分担は明確といえる。一方、施設サービスや居住型サービスにおいては、全体の介護方針に関する計画と具体的なサービス内容の計画は一体的と考えられている。施設サービスでは法定のケアプランであり、居宅サービスにおける「居宅サービス計画」に対応する「施設サービス計画」に全体の方針と個々のサービス内容が一体的に含まれる。しかし、認知症（痴呆）対応型共同生活介護では訪問介護計画などに対応する「個別サービス計画」である「認知症対応型共同生活介護計画」において、計画の全体像と個々のサービス内容を一体的に定めることになっており、施設サービスとは法的な位置づけが異なる。さらに、介護保険制度の見直しのなかで新しく創設される「小規模多機能型居宅介護」では、現時点で未定な部分があるものの、単独でサービス計画を作成することが想定され、さらに新しいケアプラン像が出現することになる。本研究では、こうした事情を鑑み、具体的な個々のサービス内容に関わる計画部分を「アクションケアプラン」と総称して呼んでいる。

ケアプランが意味を持つのは、実際の介護サービスの内容に一定の方針のもとに影響を及ぼすからであり、実際の介護行為に影響を与えない計画は、いくら内容がよい計画であっても意味がない。また、ケアプランが「計画」として有効であるためには、計画 - 実行 - 評価の循環が図られることが必要であるが、ケアプランのいずれかの部分において、実際の介護行為の内容や方法に関する記述がない、あるいは非常に少ない状態ではモニタリングや評価は困難であるといえる。したがって、実際の介護行為に直接的に指針を与え、その行動の記録との比較によって評価が可能な計画（アクションケアプラン）がケアプランの要素として必須であると考えられる。

研究の目的

昨年度は、1日の中の時間ごと、1週間の曜日ごと、随時の3種類の時間の流れに沿って、内容が記入できる様式を試作した（図2参照）。それを実際に3か所の特別養護老人ホームで使用した結果について聞き取り調査をし、その長所と短所について検討を行った。調査結果からは、施設サービス計画（ニーズを明らかにし、介護の方針を明らかにする計画）との連携や分担が明確でないこと、記述の詳細さに担当者による大きな違いが見られること、口頭による申し送りとの区分が明確でないこと、時間軸に沿った計画は実際の介護場面の臨機応変に対応しにくい場合があることなどが指摘された。

そこでより実用的で有効なアクションケアプランのあり方を検討するためには、1つにはアクションケアプランに書き込むべき内容とその量について指針を検討する必要があると考えられる。さらに検討した内容に応じて書き込みやすい実用的な様式や運用方法に関する検討も必要である。口頭での申し送りではなく、記述としてのアクションケアプランを作成する方が記録との照合による評価の点で優れていると考えられるが、実用的でなければ利用されずに終わり効果が全くなってしまいうため、実用性は大切な要素である。

研究1 介護行動の観察・行動内容の分析

アクションケアプランが実際の介護サービスの提供の中で個別性を持った計画として活用されるためには、必要十分な（かつ過剰でない）内容が書き込まれることが必要である。そのためには、さまざまなシチュエーション（状況、状態像、環境など）における介護行為の内容や方法に関する指針の開発が有用であろう。しかし、このような指針を体系立って作成することは大作業であり、本年度は開発手法を検証しながら、部分的に仮説を構築するまでの基礎的研究と位置づけた。

各施設・事業所ともサービスの基本理念を持ち、個別のケアプランを作成して介護サービスの提供を行っている。ケアプランには、質量の配分の問題はあるにしても、大きな方針を規定している部分とアクションケアプランにあたるサービス実行に関する部分の両者を含んでいると考えられる。さらに介護職員の行動は、計画によるものばかりではなく、その場その場の判断を含んでおり、また職員個人の特性（性格、行動の傾向など）の影響をも受けていると考えられる。このように実際の介護行動は、施設の理念、個別の方針、個別の行動計画、職員の判断（傾向）の4つの要素を含んでいると考えられる（図1）。もちろんこれらの要素は相互に影響し合っているが、とくにアクションケアプランは直接的に介護職員の行動を規定する計画であるので、その結果である介護職員の行動の特徴に影響を与え、「よい介護」を目指すものでなければ意味がない。逆に介護職員の行動から発見される課題は、アクションケアプランにおいて盛り込むべき課題であるといえる。

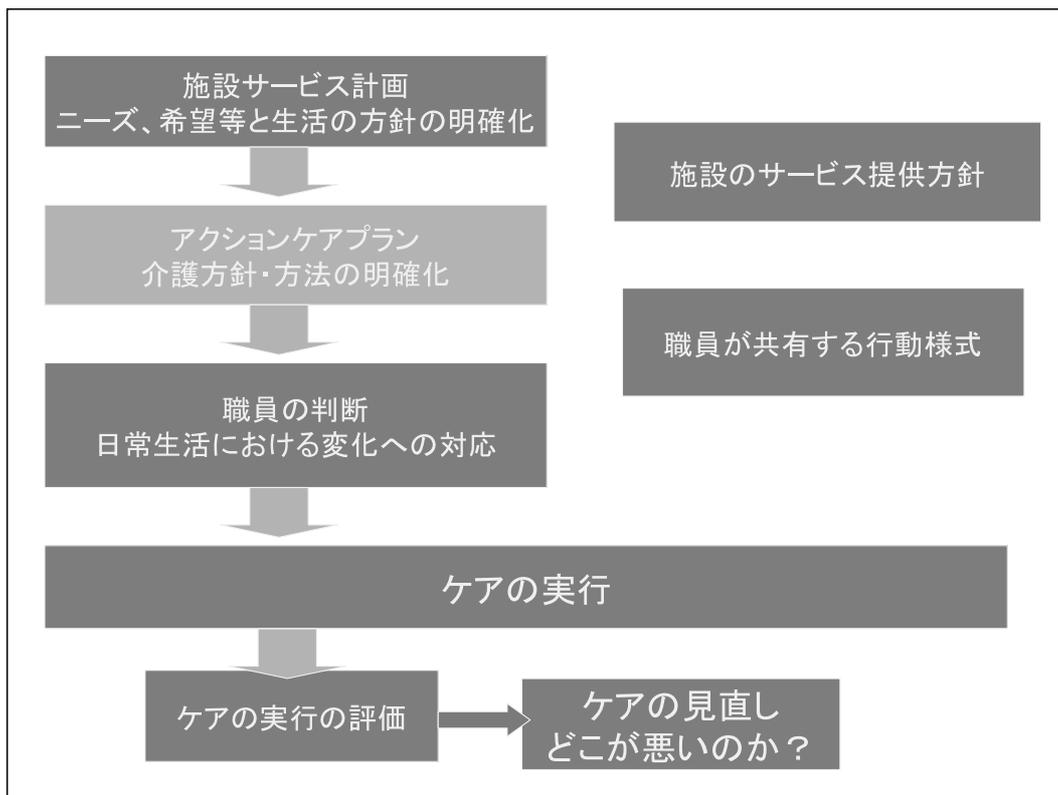


図1 介護行為（ケアの実行）の決定過程モデル

そこで、研究1としてアクションケアプランの役割や内容のあり方を検討するために、実際の介護場面を観察して、介護職員の行動の特徴を検討することとした。

方法

3か所の特別養護老人ホーム（青森県A施設、長野県B施設、京都府C施設、いずれも従来型の施設であるが小規模ケア（ユニットケア）に取り組んでいる）に調査の協力をいただき、観察を行った。観察は、特定の介護職員に着目して、介護場面についてのビデオ撮影を行い、事後に内容の検討を行うこととした。

観察対象者としては、A施設3名、B施設3名、C施設2名、合計8名の介護職員（経験年数が3年程度以内の職員）を選定してもらい、協力していただいた。ビデオ撮影は、対象となる職員の行動に着目し、追跡して行った。

介護場面

今回は食事の場面を中心として撮影および検討を行った。各場面は、食事準備の終了から、概ねほとんどの人が食事を終了するまでの時間とした。おおよそ60～80分程度の撮影時間であった。

観察と評価

撮影後、各施設の施設長、主任クラスの介護職員、研究者など4～6名程度で撮影したビデオを再生、観察し、それぞれの介護行為の中でよいと感じた点、問題だと感じた点などを自由に発言した結果を録音して、整理した。

結果と考察

- (1) 収集した発言のなかで、課題があると指摘された行動（反対によりと指摘された行動も含む）を整理し、6つにまとめた。また、それぞれに関連する発言をまとめ、問題点を探る手がかりとした。

自立を支援する配慮に欠ける（自分で食べているのに、摂食の援助をしている）

- ・摂食の援助をする際には、覚醒レベル、本人が食べる意志があるか、意欲があるか、食べられるのかの見極めが必要である。
- ・あれこれと世話を焼くことが評価される傾向がある。一生懸命何かしなければと考えているのではないか。
- ・アセスメントの時にもう少し細かい生活機能を分類していかないと、食事の際に介助が見守りかではあまりに選択肢が少なく、自立を支える援助は難しい。
- ・食事に時間がかかるので介助しているのではないか（それでいいのかどうかはともかく）
- ・食事を自分でとるための補助としては、車いす等から本人に合ったいすに移乗し、頸部、腰部、座位の姿勢をしっかり保持して、食卓が視野に入るようにしたほうがいい。

利用者が嫌がっていても一般常識的な行動を継続する（相手の表情や行動を見ない、相手が好む対応をしない）

- ・介護者の持っているスキーム、常識等を優先してしまう傾向があるのでないか。
- ・子供を世話するように介助しているのではないか。
- ・少し相手の反応を待つということが必要。
- ・箸を使わせたいとか、道具にこだわると失敗する。手で食べるのがあってもいいのではないか（（それに対して）周りの人が容認してくれるならば）
- ・一概に介護者中心と言ってしまうのではないか。一生懸命があだになってしまっているかもしれない。

介護が中断しがちで、利用者の行動も中断されてしまう（その人に対する準備や段取りが悪く、1つの行為が持続しない）

- ・見通しがいいことで、やっていることが後手になっていくことで、利用者の行動とずれができる。
- ・仕事の段取りがうまくできるかどうかは経験が大きい。初任者には、マニュアルとして書き表して渡さないと無理。
- ・ものの準備だけでなく、そのテーブルで利用者がどんな風に過ごすのか、どんなハブニ

ングがあるかを予測する必要がある。自分が動いたことによって、場がどういう雰囲気になるかという予測がない。

利用者との関わり合い方が偏っている

- ・関わりやすい人に関わっていると思う。
- ・反応のいい人とは会話が弾むのでそう見えるのではないか。
- ・反応が乏しい人に声をかけていくのが介護ではないのか。
- ・関わり合い方の方針が定まっていないのではないか。

声をかけたり、行動を開始したりしてから、次の行動までの時間が早すぎる（相手の反応を待たない、自分のペースで進める）

- ・世話を焼くのが好きなタイプは自分のペースで進めてしまう傾向があるのではないか。
- ・知識では分かっているが、自分がその行為を無意識的にしている場合が多いように思える。
- ・かなり意識しないと待つということできないのではないか。
- ・食事をいっしょに食べながら介助をするとペースがゆっくりになるのでよいと思う。

動きすぎる（じっとしていないで巡回しながら声かけしたり手を出したりしすぎる）

- ・食事の場合には、とくに前準備、段取りの影響が大きい。段取りの良さが落ち着いて食事を食べる雰囲気を作る。
- ・誰かがばたばたしているとみんなが落ち着いて食事ができない。食べている最中に声をかけられたりすると落ち着かない。
- ・あまり意味のない行為、唐突な行為が多い。職員の空いている時間に手持ちぶさただからそうするのもかもしれない。一緒に食べることで、不自然な行為が減少する効果があるようだ。
- ・職員にとっては意味のある行為だが、利用者にしてみると突然振り向かれたり、声をかけられたりで唐突。相手のことというよりも介護者のスキームで仕切っている。初級者に多い傾向だと思う。

（２） 課題となった行動の原因の分析

撮影したビデオから得られた6つの課題は介護職員の行動としてみられたものであるが、その源泉は、前述のように施設の共通方針、施設サービス計画（ニーズと方針）、アクションケアプラン（行動計画）、職員の行動傾向・判断のいずれかと想定される。

第1に施設の共通方針である基本理念について各施設の施設長や職員に対してヒアリングしたが、今回調査を行った施設では、いずれも基本理念として自立支援、利用者本位のサービス、コミュニケーションの重視に相当する内容を含んでおり、6つの課題に挙げられた行動とは反対の理念を掲げていると判断された。

第2に各利用者に対する施設サービス計画については、何人かについて内容を確認したが、今回の課題に相当する内容は見あたらなかった。すべてを確認できたわけではな

いが、6つの課題に対して施設サービス計画の内容が影響を与えていたわけではないことが窺われた。

以上のことから、今回見られた行動はアクションケアプランあるいはユニット内で共有事項や口頭による申し送り、あるいは職員独自の判断や行動傾向によるものであると推察された。したがって、アクションケアプランが有効なものであり、こうした課題を解決しうるものであるならば、行動の変容を見込むことが可能ではないかと考えられた。

(3) 開発手法について

今回の方法では、介護場面の観察 課題の抽出 整理という過程で6つの課題とそれに関連する要因についての意見を抽出した。もちろん、観察した場面における介護内容は利用者に対するケアプランの内容やユニット内の共有事項あるいはその日に特有の状況等も反映しているはずであるので、それぞれの行為に対する評価や要因分析は、必ずしも個々の場面においては正しいとは限らないのはいうまでもない。指摘を受けたような行動をせざるを得ない場合もあるはずである。しかし、現実の介護行為の質の向上を目指すために作成するアクションケアプランへの指針を構築するためには、個々の細かい情報を敢えてみないで、現状の課題分析を行い、それに対する意見を収集することで、一般的な介護職員の行動の傾向や課題を抽出する今回のような手法は有用であると考えられる。

(4) アクションケアプランの内容に関する提案

今回、食事の場面で得られた6つの内容は、利用者の状態や状況を把握した上で対応をすべき内容を含んでいる。～ と利用者の状況というよりも職員の行動傾向に関する内容である。～ に分けることができる。～ のように利用者の状態を把握した上で決定される行動について、個々の利用者ごとに質の高い介護を実際に提供するための行動計画であるアクションケアプランに盛り込むべき内容であると考えられる。～ のような行動はアクションケアプランよりも施設やユニット全体の行動規範や教育による質の向上を目指す対象といえる。

そこで、～ についてのアクションケアプランに求められる枠組や内容の仮説を、施設サービス計画（ニーズと方針）とアクションケアプランの分担に配慮し、以下のようにまとめてみた。もちろん、～ および～ にも含まれる一般的な行動傾向に関する内容については別に抽出して、共通した行動原則に関する研修や教育を意識的に行うこと（例えば、スーパービジョンなどの手法によって）を組み合わせることによって抽出した課題を解決していくことに貢献できると考えられる。

食事場面におけるアクションケアプランの枠組み（仮説）

自立の促進を図るために必要な行動

施設サービス計画

～ したいこと、できること、できないこと、できるようになることを見極めた結果

アクションケアプラン

それに対応するための具体的な行動・配慮など

相手の好みを満たすための行動

施設サービス計画

個々の方の好み、やりたいこと、満足感を高める内容

アクションケアプラン

それに対応するための具体的な行動・配慮など

必要な介護を行うために必要な段取り、環境整備

施設サービス計画

手助けすればできる生活行為、必要とする介護の内容

アクションケアプラン

個々の方ごとに必要となる準備や手順、環境整備など

コミュニケーションの上での配慮と方法

施設サービス計画

コミュニケーション上の課題や傾向の把握

アクションケアプラン

個々の方ごとへの配慮、人間関係を形成するための具体的働きかけなど

研究 2 アクションケアプランの様式や運用方法に関する検討

開発にあたっての課題整理

認知症ケアにおいては小規模ケアが主流となりつつある。小規模ケアでは、利用者本人の生活の流れに応じて、少数の介護職員が1日を通じてさまざまな介護を提供する。そのため、時間軸に沿った整理をして、1日のリズムを把握し、それを考慮に入れながらケアプランを整理することは非常に有用であり、「センター方式（本間ら，2004）」においても取り入れられている方法である。昨年度使用した記入用紙も時間に沿って記入する様式とした（図2）。しかし、時間で整理する場合には、1日の出来事が日課的にならないように配慮する必要がある。また、逆に昨年度の結果では、あまり記入しないで口頭で申し送る場合も見られた。

一方、ケアプランの記述項目の整理としては、項目別に整理する方法が考えられる。現在のケアマネジメントでは、生活上の課題（ニーズ）を明らかにして、それに応じたサービス内容を記述する方法がとられているが、介護職員の行動全般に関わるアクションケアプランのレベルにおいては、生活全般において必要な支援を不足なく、かつ過大にならないように行うために、1日の生活の内容を項目だてし、整理を行うことが必要であると考えられる。とくに自立を促進する介護サービスを実行するためには、自立しており支援の必要性がない項目についても、意識的に「特に支援しない」ことを明示して、職員間で共有することが必要であると考えられる。

また研究1の結果を網羅できるように過不足なく書きやすい書式を用意することが、実用

的な方法の開発として必要であると考えられる。そこで介護内容を項目別に整理する場合の様式を提案することとした。

施設サービス計画							
氏名		年齢	介護度	実施期間			
利用者及び家族の介護 に対する意向			総合的な 援助の方針				
優先 順位	NO	生活全般の解決すべき 課題（ニーズ）	援助目標 長期目標	短期目標	介護内容	担当	頻度

ACP様式 1日の援助計画			週間援助計画		
時間	NO	援助内容	9	12	18
6:00			月		
7:00			火		
8:00			水		
9:00			木		
10:00			金		
11:00			土		
12:00			日		
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
その他の援助計画			NO	頻度	援助内容

図 2：昨年度の様式
上段が施設サービス計画、
下段がアクションケアプラン
様式に該当する

新しい様式の提案

研究1でまとめた4つの課題を軸として、対応や配慮について最小限の内容を記入する様式を作成した(資料)。また、「実行の有無」(モニタリング)、対応・配慮の評価についても、1枚の様式に記入できる方が計画の見直しのために有効であると考えた。

本研究成果では、理論的な課題整理とそれに合わせた提案に留まるが、今後実際にこの様式を使用した効果・評価を行い有効性について検討することが課題であることはいうまでもない。

引用文献

本間昭ら：センター方式03版痴呆性高齢者用ケアマネジメントシートパック．老年精神医学雑誌，15；76-100, 2004．

謝辞

図3に示した様式については、石川県珠洲市の長寿園デイサービスセンターにおいて松栄紀美子氏が開発・使用している通所介護計画の様式・運用方法の特長を取り入れて、その取り組みを参考にしながら開発を行った。ここに原典を記すとともに深く感謝の意を表す。

また日本大学大学院の佐々木心彩・蝦名直美の両氏には調査に際して多大な協力をいただいた。深く感謝する。

＜食事の時間を楽しく過ごすために＞

課題	対応・配慮	実行	評価
できること・できるようになること ＜施設サービス計画と共有＞			
好きなこと・満足できること ＜施設サービス計画と共有＞			
必要な介護・援助 ＜施設サービス計画と共有＞			
コミュニケーションの特徴 ＜施設サービス計画と共有＞			

記入方法の基本的な考え方（案）

課題欄

施設サービス計画等で明らかにされたそれぞれの内容を再記入する（あるいは参照できるようにする）。

「本人が～できる、する、したい、好き」という記入形式が推奨される。

対応・配慮欄

課題を受けて、具体的な行動としてどのような対応・配慮をするのか記入する。

実行欄

対応・配慮欄に記入した行動が実際に行われたかどうか記入。

評価欄

で計画した行動が実行されることで、 の課題について貢献できた点、貢献できなかった点について評価を記入する。

使用方法の例

- (1) 、 について記入して作成した様式は毎日コピーして、 実行の記録、 評価の記入を行い、ファイリングする。
- (2) 、 の記入は施設サービス計画の更新にあわせることを基本とするが、 については評価に応じて見直すこともある。
- (3) については、加重にならない程度に記入する基準が必要と考えられる。

平成16年度 老人保健事業報告書
**認知症高齢者及び介護家族の
生活の質の向上と維持に関する研究事業**

2005年3月31日発行

発行所 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201
仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1
TEL (022) 303-7550
FAX (022) 303-7570

発行者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 長嶋 紀一

制作 株式会社 ホクトコーポレーション
仙台市青葉区上愛子字堀切1-13
TEL (022) 391-5661(代)
