# 研究年報

Annual Report 2005, No.6

認知症介護研究・研修仙台センター

Sendai Dementia Care Research and Training Center

## 挨 拶

認知症介護研究・研修仙台センター センター長 長 嶋 紀 一

認知症介護研究・研修仙台センターでは,平成17年度研究事業として,「平成17年度老人保健健康増進等事業補助金」(厚生労働省)により,「認知症高齢者における介護予防および介護技術開発に関する研究事業」として総括研究を含めて7課題,「介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業」の1課題を設定し,一部外部研究機関の研究者及び施設等の認知症ケアの実践者の方がたの協力を得ながら調査・研究をすすめてきました。

また,3センター(東京,大府,仙台)共同研究として,「介護実務者に対する認知症の人へのインフォームドコンセント実施に関する指針と教育システム開発に関する研究」、「効果的認知症実践研修実施に関する研究事業 指導者研修新カリキュラム策定に向けて 」の2課題の研究も行ってきました。

さらには,独立行政法人福祉医療機構より長寿社会福祉基金(一般分)の助成を受け, 3ヵ年計画の初年度として「介護家族への教育支援プログラムの開発事業」にも取り組み, 合計11課題の研究事業をすすめてきました。

本年度(17年度)は、基本的介護技術の開発に重点を置いた研究事業を展開し、その成果が認知症ケアの実践に役立ち、同時に行政に反映できるものとなるように研究をすすめてきました。また、介護予防や在宅介護に役立つ研究を目指して介護現場のスタッフや介護をする家族と共に研究に取り組んできました。

本センターの平成17年度の成果に大きな期待と関心が寄せられているところですが,多くの方がたの協力を得て,年報には8課題の研究成果を掲載するに至りました。

本年度も,老人保健健康増進等事業補助金による研究事業報告書の提出後,本センターにおいて平成17年度研究成果報告会を計画しております。本研究をすすめるにあたり,多方面からの有意義なご教示をいただき,心より感謝申しあげます。

個々に収められた8編の研究報告論文が認知症介護発展の一助となることができればま ことに幸いです。

# 目 次 Contents

挨 拶		
認知症介護研究・研修仙台センターセンター長	長嶋紀一	
加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査		
- 国見地区の 2 年後の追跡調査		1
認知症介護研究・研修仙台センター	加藤伸司,吉川悠貴,矢吹知之,阿部哲也,浅野弘毅,長嶋紀一本間 藍	
東北福祉大学大学院	大和田絵美	
東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科	板澤 寛	
加齢と健康に関する縦断的第2次介入研究		29
認知症介護研究・研修仙台センター	矢吹知之,加藤伸司,阿部哲也,	
	吉川悠貴,浅野弘毅,長嶋紀一	
感性福祉研究所	川上吉昭	
東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科	板澤 寛	
認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基	基礎的研究	41
日本大学	内藤佳津雄,長嶋紀一	
日本大学大学院	佐々木心彩	
認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究	ຈ ໄ	49
認知症介護研究・研修仙台センター	阿部哲也,加藤伸司,矢吹知之,	
	吉川悠貴,松村砂織	
認知症高齢者イメージの構造と介護経験によるイン	<b>ムージの差</b>	75
認知症介護研究・研修仙台センター	吉川悠貴,加藤伸司,阿部哲也	
仙台大学	後藤満枝	
創造学園大学	佐藤佳子	
東北福祉大学	後藤美恵子	

認知症高齢者についての効果的介護行為の検討との	QOL 向上に関する研究	83
日本大学商学部	時田 学	
いわき明星大学人文学部現代社会学科	菊池真弓	
認知症介護研究・研修仙台センター	阿部哲也,加藤伸司	
介護保険三施設における身体拘束の実施状況		101
認知症介護研究・研修仙台センター	吉川悠貴,加藤伸司,阿部哲也,	
	矢吹知之,浅野弘毅,長嶋紀一	
介護家族と施設職員の相互参加型教育支援プログラ	ラムの開発とその適用	115
認知症介護研究・研修仙台センター	矢吹知之,加藤伸司,吉川悠貴,	
	阿部哲也,浅野弘毅,長嶋紀一,	
	田村みどり	
東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科	高橋千里	
・平成17年度研究事業に関する倫理審査委員会審査	査経過と結果	129

# 加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査 - 国見地区住民の2年後の追跡調査-

加藤伸司 1,2, 吉川悠貴 1, 矢吹知之 1,2, 阿部哲也 1,2, 浅野弘毅 1,2, 長嶋紀一 1,3, 本間藍 1, 大和田絵美 4, 板澤寬 5

- 認知症介護研究・研修仙台センター1
  - 東北福祉大学 2
    - 日本大学3
  - 東北福祉大学大学院 4
- 東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科5
- 要 約:今回の研究は2003年に仙台市青葉区国見地区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,調査期間は2005年8月2日から9月28日である。対象者は,国見地区の55歳以上の住民372人のうち,今回の調査に協力してくれた230人(男性96人,女性134人)であり,今回の結果は,今回調査時の対象者230人と同一の230人の2年前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,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,加齢に伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし,趣味活動を行う人の増加傾向や趣味を行う頻度の増加傾向,毎日

伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし,趣味活動を行う人の増加傾向や趣味を行う頻度の増加傾向,毎日運動する人の増加傾向,日常生活能力の向上,昼寝の習慣がある人の増加傾向など,健康を維持するための努力が認められ,生活の質の向上が図られていることが明らかとなった。しかし今回の調査では,前回に比べて 40.3%の人がドロップアウトしており,今回調査に協力してくれた人たちは,健康を維持している一群と考えることもできる。今後はドロップアウト群と今回調査に協力してくれた群の 2 年前の基礎調査のデータを比較し,その時点での生活習慣に違いが見られるのかどうかを検討していくことが課題である。

Key Words:加龄,健康,縱断研究,追跡調查

#### はじめに

世界に類をみない速さで高齢化と長寿化が進んできた我が国において、高齢者問題は、国民的関心事である。また団塊の世代と呼ばれる戦後のベビーブームに生まれた人たちが高齢者の仲間入りをする2015年を間近に控え、高齢者対策は急務といえるだろう。平均寿命が延びるということは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。我々は誰し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はなく、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21)30)。

高齢者が健康で質の高い生活を送るためには,介護予防や認知症予防を含め,心身ともに健康な生活を維持していくことが重要である。健康な生活を維持するための要因を日常生活の視点でとらえ,それを明らかにすることができれば,それを日常生活の中で実践していくことが可能となる。

しかし過去において一般的に行われてきた横断的研究では,年代別に比較することはできても,個々人の加齢の影響をとらえることができないため,縦断的な調査が有効となる1)3)25)。

我々は,2002年に気仙沼大島の55歳以上の住民に対して加齢と健康に関する縦断研究の基礎調査を行い,2003年に仙台市青葉区国見地区の55歳以上の住民を対象とした比較調査を行ってきた 12) 13)。また2004年には,2002年に行った気仙沼大島の基礎調査

をもとに、2年後の追跡調査を行い、2年間の加齢変化をとらえてきた14。

本研究は2003年に仙台市青葉区国見地区で行った 縦断研究の基礎調査と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り、加齢が健康に及ぼ す影響と、介護予防の要因を明らかにすることを目 的に行われている縦断的研究である。

#### 方 法

対象は仙台市青葉区国見地区に在住する2003年当時55歳以上の住民1,932人のうち,2年前の基礎調査に協力してくれた住民372人である。調査の内容は2003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、調査の趣旨と協力依頼を明記した手紙を個別に郵送し、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

表 1 調査対象者の内訳

人数(%)

				入奴(%)			
	年齢コホート						
	壮年期群	前期高齢期群	後期高齢期群	合計			
女性	36	52	46	134			
メに	(26.9%)	(38.8%)	(34.3%)	(100.0%)			
男性	25	30	41	96			
力圧	(26.0%)	(31.3%)	(42.7%)	(100.0%)			
合計	61	82	87	230			
口前	(26.5%)	(35.7%)	(37.8%)	(100.0%)			

\*年齢コホートの区分は初回調査時の年齢による

#### 表 2 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
	壮年期群	第2回	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1工 十 初 年	(初回)	(96.7%)	(100.0%)	(98.4%)	(98.4%)	(98.4%)	(100.0%)
  年齢コホート	前期高齢期群	第2回	100.0%	100.0%	100.0%	98.8%	100.0%	100.0%
十一州「一小一」	刑郑同断郑什	(初回)	(98.8%)	(100.0%)	(96.3%)	(91.5%)	(98.8%)	(100.0%)
<b>多知言於如</b> 群	後期高齢期群	第2回	100.0%	100.0%	97.7%	96.6%	97.7%	98.9%
	这物同即别奸	(初回)	(97.7%)	(98.9%)	(92.0%)	(88.5%)	(96.6%)	(96.6%)

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2日~9月28日までの58日間であった。

#### 結 果

#### 1.対象者の概要

#### 対象者の内訳

調査協力者は対象者372人中約6割にあたる230人であり、142人が調査から除外された。その内訳は、死亡が8人、入院、入所、転居を含む調査辞退者が134人であった。調査対象者の内訳は、男性96人(41.7%)、女性134人(58.3%)であり、前回調査時の年齢コホート別内訳は、壮年期群61人(26.5%)、前期高齢期群82人(35.7%)、後期高齢期群87人(37.8%)であった(表1)。今回の結果は、今回調査時の対象者230人と同一の230人のデータを比較したものである。

#### 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。

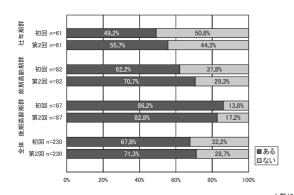
調査対象者の GBS スケール ADL では今回の調査でも95%以上の人が完全に自立しており,低下した項目は見られなかった。逆に多くの項目では,向上しているものが目立ち,6項目の評価項目のうち壮年期群と前期高齢期群でそれぞれ4項目,後期高齢期群では6項目すべてにおいて向上しているという結果であった(表2)。

#### 健康状態

#### 「病院にかかるような病気の有無 ]

「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164人;71.3%(前回;67.8%)であり,7割以上の人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3.5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34人;55.7%(前回;49.2%),前期高齢期群で58人;70.7%(前回;62.2%),後期高齢期群で72人;82.8%(前回;86.2%)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6.5ポイント、前期高齢期群で8.5ポイント増えていたが、後期高齢期群では3.4ポイント減っ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(図1)。



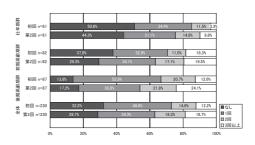
					人致(%)
			ある	ない	全体
	壮年期群	初回	30 (49.2%)	31 (50.8%)	61 (100.0%)
	11 + 101 0+	第2回	34 (55.7%)	27 (44.3%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	51 (62.2%)	31 (37.8%)	82 (100.0%)
十一回ショルート	削剂面配粉杆	第2回	58 (70.7%)	24 (29.3%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
	1女州 同 即 州 仟	第2回	72 (82.8%)	15 (17.2%)	87 (100,0%)
全体		初回	156 (67.8%)	74 (32.2%)	230 (100.0%)
		第2回	164 (71.3%)	66 (28.7%)	230 (100.0%)

図1 現在病院にかかるような病気はありますか?

#### [病院にかかるような病気の数]

この中で,複数の病気を有している人は85人; 37.0%(前回; 27.0%)であり,前回に比べて10.0 ポイント増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期群で複数の病気を有している人は15人;24.6%(前回;14.8%),前期高齢期群で30人;36.6%(前回;29.3%),後期高齢期群で40人;46.0%(前回;33.3%)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9.8 ポイント、前期高齢期群で7.3 ポイント、後期高齢期群で12.7 ポイント増加しており、特に後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(図2)。



							人数(%)
			なし	1	2	3以上	全体
	壮年期群	初回	31 (50.8%)	21 (34.4%)	7 (11.5%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)
	11.4-70167	第2回	27 (44.3%)	19 (31.1%)	9 (14.8%)	6 (9.8%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	31 (37.8%)	27 (32.9%)	9 (11.0%)	15 (18.3%)	82 (100,0%)
	H11 990 (PRI BET 990 4)+	第2回	24 (29.3%)	28 (34.1%)	14 (17.1%)	16 (19.5%)	82 (100.0%)
[	後期高齢期群	初回	12 (13.8%)	46 (52.9%)	18 (20.7%)	11 (12.6%)	87 (100.0%)
	190, 701 (00) 811 701 611	第2回	15 (17.2%)	32 (36.8%)	19 (21.8%)	21 (24.1%)	87 (100.0%)
全体 初回 第2回		初回	74 (32.2%)	94 (40.9%)	34 (14.8%)	28 (12.2%)	230 (100.0%)
		66 (28.7%)	79 (34.3%)	42 (18.3%)	43 (18.7%)	230 (100.0%)	
*第2回調道	その前期高齢期群	には病気数	(を4と回答した3名、後	期高齢期群には4と回	国答した2名、5と回答し	た1名を含む。	

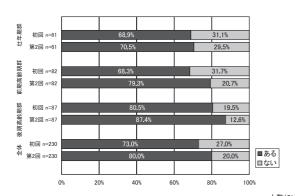
図 2 現在病院にかかるような病気はいくつありま すか?

[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るか]

「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184人;80.0%(前回;73.0%)であり,8割以上の人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16人(7.0ポイント)増加していた。

これを年代別に比較すると, 壮年期群で入院したことがある人は43人; 70.5%(前回; 68.9%), 前期高齢期群で65人; 79.3%(前回; 68.3%), 後期高齢期群で76人; 87.4%(前回; 80.5%)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1.6 ポイント,前期高齢期群で11.0 ポイント,後期高齢期群で6.9 ポイント増加しており,2年間で壮年期群の1人,前期高齢期群の9人,後期高齢期群の6人,計16人が入院を経験しているという結果であった(図3)。



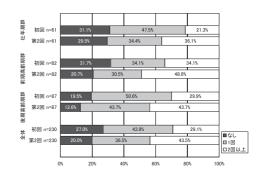
					人数(%)
			ある	ない	全体
	壮年期群	初回	42 (68.9%)	19 (31.1%)	61 (100.0%)
	11 + 10 4+	第2回	43 (70.5%)	18 (29.5%)	61 (100.0%)
午齢っナーに	前期高齢期群	初回	56 (68.3%)	26 (31.7%)	82 (100.0%)
十四四十十二十	削州南町州矸	第2回	65 (79.3%)	17 (20.7%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	70 (80.5%)	17 (19.5%)	87 (100.0%)
	1支持1両部均4十	第2回	76 (87.4%)	11 (12.6%)	87 (100.0%)
全体		初回	168 (73.0%)	62 (27.0%)	230 (100,0%)
	至14		184 (80.0%)	46 (20.0%)	230 (100.0%)

図3 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?

#### [過去の病院に入院するほどの病気や怪我の回数]

「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84人;36.5%(前回;43.9%),2回以上と回答した人が100人;43.5%(前回;29.1%)であり,2回以上入院したことがある人は14.4 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22人; 36.1%(前回; 21.3%), 前期高齢期群で40人; 48.8%(前回; 34.1%), 後期高齢期群で38人; 43.7%(前回; 29.9%)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14.8 ポイント, 前期高齢期群で 14.7 ポイント, 後期高齢期群で13.8 ポイント増え ており, 複数回入院する人が増える割合は各年代間 でほぼ同程度という結果であった(図4)。



					人数(%)
		なし	1 💷	2回以上	全体
	初回	19 (31.1%)	29 (47.5%)	13 (21.3%)	61 (100.0%)
11 4-7016H	第2回	18 (29.5%)	21 (34.4%)	22 (36.1%)	61 (100.0%)
XII DE AM OF OF DE ON	初回	26 (31.7%)	28 (34.1%)	28 (34.1%)	82 (100.0%)
月11 707 FFD 田下 707 在十	第2回	17 (20.7%)	25 (30.5%)	40 (48.8%)	82 (100.0%)
<b>後期宣於期</b> 戰	初回	17 (19.5%)	44 (50.6%)	26 (29.9%)	87 (100.0%)
1次州 回 图 701年	第2回	11 (12.6%)	38 (43.7%)	38 (43.7%)	87 (100.0%)
全体		62 (27.0%)	101 (43.9%)	67 (29.1%)	230 (100,0%)
		46 (20.0%)	84 (36.5%)	100 (43.5%)	230 (100.0%)
		社年期群     第2回       前期高齢期群     初回       後期高齢期群     初回       全体     初回       第2回     第2回	世年期群 初回 19 (31.1%) 第2回 18 (29.5%) 前期高齢期群 初回 26 (31.7%) 第2回 17 (20.7%) 第2回 17 (19.5%) 第2回 11 (12.6%) 全体 第回 62 (27.0%)	サイト	世年期群 初回 19 (31.1%) 29 (47.5%) 13 (21.3%) 第2回 18 (29.5%) 21 (34.4%) 22 (36.1%) 初回 26 (31.7%) 28 (34.1%) 28 (34.1%) 第2回 17 (20.7%) 25 (30.5%) 40 (48.8%) 40回 17 (19.5%) 44 (50.6%) 26 (29.9%) 第2回 11 (12.9%) 38 (43.7%) 38 (43.7%) 40回 62 (27.9%) 101 (43.9%) 67 (29.1%) 第2回 46 (20.0%) 84 (36.5%) 100 (43.5%) 100 (43.5%)

図 4 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?

#### 3.健康状態の自覚

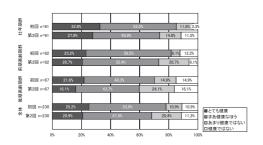
#### 主観的健康度

#### 「ふだん自分で健康だと感じるか 1

「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48人;20.9%(前回;25.2%),「まあ健康な方」は109人;47.4%(前回;53.0%)であり,68.3%の人は健康と感じていたが,前回と比べると 9.9 ポイント低下していた。

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17人; 27.9%(前回; 32.8%),前期高齢期群で17人; 20.7%(前回; 23.2%),後期高齢期群で14人; 16.1%(前回; 21.8%)であり、「まあ健康な方」の回答は、壮年期群で28人; 45.9%(前回; 52.5%),前期高齢期群で43人; 52.4%(前回; 58.5%),後期高齢期群で38人; 43.7%(前回; 48.3%)であった。「とても健康な方」と「まあ健康な方」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45人; 73.8%(前回; 85.3%),前期高齢期群の60人; 73.1%(前

回;81.7%),後期高齢期群の52人;59.8%(前回;70.1%)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11.5ポイント,前期高齢期群で8.6ポイント,後期高齢期群で10.3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(図5)



							人奴(%)
			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
	壮年期群	初回	20 (32.8%)	32 (52.5%)	7 (11.5%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)
	17-11-101-01	第2回	17 (27.9%)	28 (45.9%)	9 (14.8%)	7 (11.5%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	19 (23.2%)	48 (58.5%)	5 (6.1%)	10 (12.2%)	82 (100.0%)
4-80-14-L	即時間回避時	第2回	17 (20.7%)	43 (52.4%)	17 (20.7%)	5 (6.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	19 (21.8%)	42 (48.3%)	13 (14.9%)	13 (14.9%)	87 (100.0%)
	致例而图例符	第2回	14 (16.1%)	38 (43.7%)	21 (24.1%)	14 (16.1%)	87 (100.0%)
全体		初回	58 (25.2%)	122 (53.0%)	25 (10.9%)	25 (10,9%)	230 (100,0%)
	±1*	第2回	48 (20.9%)	109 (47.4%)	47 (20.4%)	26 (11.3%)	230 (100.0%)

図5 あなたはふだん自分で健康だと感じますか?

#### [前回の調査時と比較した主観的健康度]

「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.どちらかというと今の方が健康」 「3.どちらかというと前の方が健康」「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97人; 42.2%と最も高かったが,「どちらかというと前の方が健康」と回答した人が94人; 409%とほぼ同じ割合でみられた。

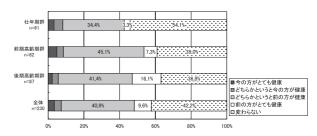
年代別の比較では、「変わらない」と回答したのは壮年期群で33人;54.1%と最も多かったが、前期高齢期群と後期高齢期群では「どちらかというと前の方が健康」という回答が最も多く、前期高齢期群で37人;45.1%、後期高齢期群で36人;41.4%という結果であった。

次に「今の方がとても健康」と「どちらかという

と今の方が健康」をあわせて「現在の方が健康群」, 「前の方がとても健康」と「どちらかというと前の 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17人; 7.4%,「前の方が健康群」が116人; 50.5%であり, 「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を43.1 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5人; 8.2%,「前の方が健康群」が23人; 37.7%であり,「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を29.5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7人; 8.6%、「前の方が健康群」が43人;52.4%であり、 「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を43.8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5人;5.7%、「前の方が健康群」が50 人;57.5%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を51.8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(図6)



							人数(%)
		今の方が とても健康	どちらかというと 今の方が健康	どちらかというと 前の方が健康	前の方が とても健康	変わらない	全体
	壮年期群	2 (3.3%)	3 (4.9%)	21 (34.4%)	2 (3.3%)	33 (54.1%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	4 (4.9%)	3 (3.7%)	37 (45.1%)	6 (7.3%)	32 (39.0%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	2 (2.3%)	3 (3.4%)	36 (41.4%)	14 (16.1%)	32 (36.8%)	87 (100.0%)
	全体	8 (3.5%)	9 (3.9%)	94 (40.9%)	22 (9.6%)	97 (42.2%)	230 (100.0%)

図6 前回の調査のときの自分と比べて、今の健康 状態はどうですか?

#### 睡眠状況

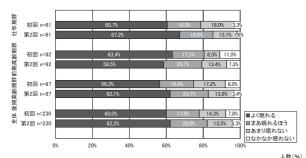
#### [睡眠状況]

「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143人;62.2%(前回60.0%),「まあ眠れる方」46人;20.0%(前回;17.8%),「あまり眠れない」31人;13.5%(前回;14.3%),「なかなか眠れない」10人;4.3%(前回7.8%)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41人; 67.2%(前回; 60.7%), 前期 高齢期群で48人; 58.5%(前回; 63.4%), 後期高 齢期群で54人 62.1%(前回; 56.3%)であり, 前期 高齢期群で4.9 ポイントとわずかに減少していた が, 壮年期群では6.5 ポイント, 後期高齢期群で 5.8 ポイントとやや増えていた。

「まあ眠れる方」と回答したのは,壮年期群で11 人; 18.0%(前回18.0%),前期高齢期群で17人; 20.7%(前回;17.1%),後期高齢期群で18人; 20.7% (前回;18.4%)であり,壮年期群では前回と同様の 値であったが,前期高齢期群で3.6 ポイント,後期 高齢期群で2.3 ポイントとわずかに増加していた。

「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82.2%(前回;77.8%)であり,前回よりも4.4ポイントとわずかに増えていた。また年代別比較でも,壮年期群で85.2%(前回;78.7%),前期高齢期群で79.2%(前回;80.5%),後期高齢期群で82.8%(前回;74.7%)であり,前期高齢期群で1.3ポイントとわずかに減っていたものの,壮年期群で6.5ポイント,後期高齢期群で8.1ポイントとわずかに増えていた(図7)。

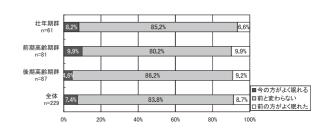


			よく眠れる	まあ眠れるほう	あまり眠れない	なかなか眠れない	全体			
41.4= #0.0Y	壮年期群	初回	37 (60.7%)	11 (18.0%)	11 (18.0%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)			
	11 44 99 64	第2回	41 (67.2%)	11 (18.0%)	8 (13.1%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)			
der deband in L	前期高齢期群	初回	52 (63.4%)	14 (17.1%)	7 (8.5%)	9 (11.0%)	82 (100.0%)			
十二かこか一ト	別物調問問別物	第2回	48 (58.5%)	17 (20.7%)	11 (13.4%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)			
	後期高齢期群	初回	49 (56.3%)	16 (18.4%)	15 (17.2%)	7 (8.0%)	87 (100.0%)			
	1久州同町州4十	第2回	54 (62.1%)	18 (20.7%)	12 (13.8%)	3 (3.4%)	87 (100.0%)			
全体		初回	138 (60.0%)	41 (17.8%)	33 (14.3%)	18 (7.8%)	230 (100.0%)			
	土坪	第2回	143 (62.2%)	46 (20.0%)	31 (13.5%)	10 (4.3%)	230 (100.0%)			

図7 あなたはふだんよく眠れる方ですか?

#### 「前回の調査時と比較した睡眠状況 ]

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ですか?」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192人;83.8%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52人;85.2%,前期高齢期群65人;80.2%,後期高齢期群で75人;86.2%と、8割以上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20人;8.7%、「今の方がよく眠れる」が17人;7.4%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」が17人;7.4%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1.3ポイントとわずかに上回っていた。この傾向は後期高齢期群でやや特徴的であり、「前の方がよく眠れた」が「今の方がよく眠れる」よりも4.6ポイント上回っていた。壮年期群と前期高齢期群では、この差はほとんどみられなかった(図8)。



		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
壮年	壮年期群	5 (8.2%)	52 (85.2%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	8 (9.9%)	65 (80.2%)	8 (9.9%)	81 (100.0%)
	後期高齢期群	4 (4.6%)	75 (86.2%)	8 (9.2%)	87 (100.0%)
	全体	17 (7.4%)	192 (83.8%)	20 (8.7%)	229 (100.0%)

図8 前回の調査のときと比べて今の睡眠はどうですか?

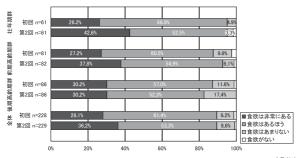
#### 食 欲

#### 「食欲の程度]

「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83人;36.2%(前回;28.1%)、「食欲はある方」は122人;53.3%(前回;61.4%)であり、両者をあわせて「食欲がある群」と考えると、全体で205人;89.5%(前回;89.5%)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26人; 42.6%(前回; 26.2%)、前期高齢期群で31人; 37.8%(前回27.2%)、後期高齢期群で26人; 30.2%(前回; 30.2%)であり、食欲が非常に旺盛である人は後期高齢期群では差がなかったが、前期高齢期群で10.6ポイント、壮年期群で16.4ポイント増加しており、年代が若い人ほど食欲が非常に旺盛な人が増えているという結果であった。一方「食欲はある方」と回答したのは、壮年期群で32人; 52.5%(前回; 68.9%)、前期高齢期群で45人; 54.9%(前回; 60.5%)、後期高齢期群で45人; 52.3%(前回; 57.0%)であり、すべての群で若干減っ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205人;89.5%(前回;89.5%)が食欲はあると回答しており,前回と差はみられなかった。年代別比較では,壮年期群が58人;95.1%(前回;95.1%),前期高齢期群が76人;92.7%(前回;87.7%),後期高齢期群が71人;82.5%(前回;87.2%)であり,前期高齢期群でわずかに増え,後期高齢期群でわずかに減っていたが,全体としては8割以上の人たちは食欲があるという結果であった(図9)。



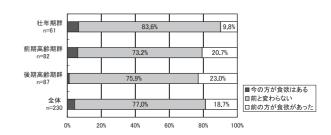
							人数(%)
			食欲は 非常にある	食欲は あるほう	食欲は あまりない	食欲がない	全体
	壮年期群	初回	16 (26.2%)	42 (68.9%)	3 (4.9%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
	11.4-7014+	第2回	26 (42.6%)	32 (52,5%)	2 (3,3%)	1 (1.6%)	61 (100,0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	22 (27.2%)	49 (60.5%)	8 (9.9%)	2 (2.5%)	81 (100.0%)
十 曜山 1 小	H1390 (20 80 391 6+	第2回	31 (37.8%)	45 (54.9%)	5 (6.1%)	1 (1.2%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	26 (30.2%)	49 (57.0%)	10 (11.6%)	1 (1.2%)	86 (100.0%)
	1,00,797 (HI) (B) 1,797 (C)+	第2回	26 (30.2%)	45 (52.3%)	15 (17.4%)	0 (0.0%)	86 (100.0%)
	全体		64 (28.1%)	140 (61.4%)	21 (9.2%)	3 (1.3%)	228 (100.0%)
			83 (36.2%)	122 (53.3%)	22 (9.6%)	2 (0.9%)	229 (100.0%)

図9 食欲はいかがですか?

#### 「前回の調査時と比較した食欲]

食欲について、「前回の調査の時と比べて今の食欲はどうですか?」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177人;77.0%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51人;83.6%,前期高齢期群60人;73.2%,後期高齢期群で66人;75.9%と、7割以上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43人;18.7%,「今の方が食欲はある」が10 人;4.3%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14.4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6 人; 9.8%,「今の方が食欲はある」人は4人; 6.6%,前期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人 は17人; 20.7%,「今の方が食欲はある」人は5人; 6.1%,後期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人 は20人; 23.0%,「今の方が食欲はある」人は1人; 1.1%であり、「前の方が食欲はあった」人が壮年期 群で 3.2 ポイント,前期高齢期群で 14.6 ポイント, 後期高齢期群で21.9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(図10)。



					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
	壮年期群	4 (6.6%)	51 (83.6%)	6 (9.8%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	5 (6.1%)	60 (73.2%)	17 (20.7%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	1 (1,1%)	66 (75.9%)	20 (23,0%)	87 (100,0%)
	全体	10 (4.3%)	177 (77.0%)	43 (18.7%)	230 (100.0%)

図10 前回の調査のときと比べて今の食欲はどうですか?

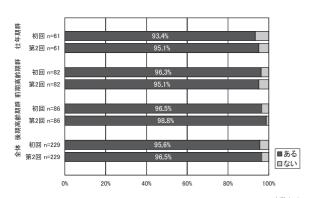
#### 老性自覚

「自分が歳をとったなと感じたことの有無 ]

「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221人; 96.5%(前回; 95.6%)であり, 前回とほとんど変わらなかった。

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58人;95.1%(前回; 93.4%),前期高齢期群で78人;95.1%(前回; 96.3%),後期高齢期群で85人;98.8%(前回; 96.5%)であり,すべての群で95%以上の人に老性 自覚がみられた(図11)。



					人数(%)
			ある	ない	全体
	壮年期群	初回	57 (93.4%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
	11 平利研	第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	79 (96.3%)	3 (3.7%)	82 (100.0%)
十田リコルード		第2回	78 (95.1%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	83 (96.5%)	3 (3.5%)	86 (100.0%)
	1友州同即州杆	第2回	85 (98.8%)	1 (1.2%)	86 (100.0%)
	全体		219 (95.6%)	10 (4.4%)	229 (100.0%)
			221 (96.5%)	8 (3.5%)	229 (100.0%)

図11 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?

#### 4. 生活習慣

#### 食生活

#### 「食事は楽しんでいるか ]

「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198人; 87.6%(前回; 96.4%)であり,前回に比べて8.8 ポイント減少していた。

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54人;90.0%(前回;98.3%)、前期高齢期群で69人;85.2%(前回;97.6%)、後期高齢期群で75人;88.2%(前回;94.0%)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8.3ポイント、前期高齢期群で12.4ポイント、後期高齢期群で5.8ポイント減少

しており 特に前期高齢期群の減少が目立った(図12)。

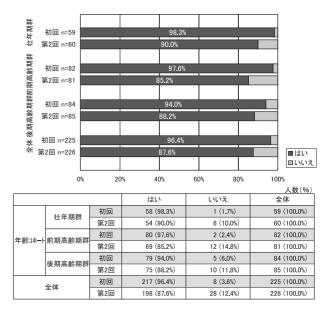


図 12 食事は楽しんでいますか?

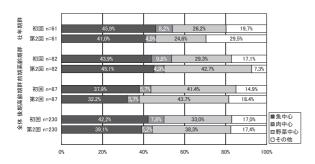
#### [ 食生活の中心 ]

「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90人;39.1%(前回;42.2%)であり,次いで「野菜中心」が88人;38.3%(前回;33.0%)で,「魚中心」と「野菜中心」にほとんど差はなく,「肉中心」は12人;5.2%(前回;7.8%)で最も低いという結果であった。

年代別の比較では、「魚中心」と回答した人は壮年期群で25人; 41.0%(前回; 45.9%), 前期高齢期群で37人; 45.1%(前回; 43.9%), 後期高齢期群で28人; 32.2%(前回; 37.9%)であり, 壮年期群で4.9 ポイント,後期高齢期群で5.7 ポイントと減少しており,前期高齢期群では1.2 ポイントとわずかに増加していた。また「野菜中心」と回答した人は,壮年期群で15人; 24.6%(前回; 26.2%),前期高齢期群で35人; 42.7%(前回; 29.3%),後期高齢期群で35人; 43.7%(前回; 41.4%)であり,壮年期群では1.6 ポイント減少していたものの,前期高齢期群では13.4 ポイント増加しており,後期高齢期群でも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; 4.9%(前回8.2%),前期高齢期

群で4人; 4.9%(前回; 9.8%), 後期高齢期群で5 人; 5.7%(前回; 5.7%)であり,前回よりさらに減少していた。

全体的に,食生活が「魚中心」であるのは壮年期群や前期高齢期群に多く,「野菜中心」は前期高齢期群と後期高齢期群に多いというのは前回と同様の結果であった(図13)。



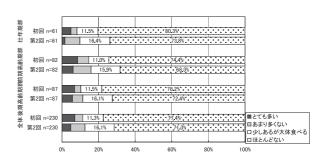
							人数(%)
			魚中心	肉中心	野菜中心	その他	全体
	壮年期群	初回	28 (45.9%)	5 (8.2%)	16 (26.2%)	12 (19.7%)	61 (100.0%)
	11.41.70141	第2回	25 (41.0%)	3 (4.9%)	15 (24.6%)	18 (29.5%)	61 (100.0%)
年齢コホート 前期高齢	前期高齢期群	初回	36 (43.9%)	8 (9.8%)	24 (29.3%)	14 (17.1%)	82 (100.0%)
十一届ロコルーレ	月11分分 100 田1755 6千	第2回	37 (45.1%)	4 (4.9%)	35 (42.7%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	33 (37.9%)	5 (5.7%)	36 (41.4%)	13 (14.9%)	87 (100.0%)
	1支州南町州村村	第2回	28 (32.2%)	5 (5.7%)	38 (43.7%)	16 (18.4%)	87 (100.0%)
	人 初回		97 (42.2%)	18 (7.8%)	76 (33.0%)	39 (17.0%)	230 (100.0%)
全体		第2回	90 (39.1%)	12 (5.2%)	88 (38.3%)	40 (17.4%)	230 (100.0%)
				•	•		•

図13 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?

#### [食べ物の好き嫌い]

「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164人;71.3%(前回;77.4%)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201人;87.4%(前回;88.7%)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45人; 73.8%(前回; 80.3%),前 期高齢期群で56人; 68.3%(前回; 74.4%),後期 高齢期群で63人; 72.4%(前回; 78.2%)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55人; 90.2% (前回; 91.8%),前期高齢期群で69人; 84.2%(前 回; 85.4%),後期高齢期群で77人; 88.5%(前回; 89.7%)であり、すべての群で8割以上の人は好き 嫌いなく食べているという結果であった。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1.6 ポイント、前期高齢期群で1.2 ポイント、後期高齢期群で1.2 ポイントとすべての群でごくわずかではあるが減少していた(図14)。



						人数(%)
		とても多い	あまり多くない	少しあるが大体食べる	ほとんどない	全体
41 A- 40 m*	初回	3 (4.9%)	2 (3.3%)	7 (11.5%)	49 (80,3%)	61 (100.0%)
11 95 67	第2回	1 (1.6%)	5 (8.2%)	10 (16.4%)	45 (73.8%)	61 (100.0%)
前期高齢期群	初回	7 (8.5%)	5 (6.1%)	9 (11.0%)	61 (74.4%)	82 (100.0%)
	第2回	5 (6.1%)	8 (9.8%)	13 (15.9%)	56 (68.3%)	82 (100.0%)
96. HD 107.80 HD 309	初回	6 (6.9%)	3 (3.4%)	10 (11.5%)	68 (78.2%)	87 (100.0%)
该洲南即州矸	第2回	5 (5.7%)	5 (5.7%)	14 (16.1%)	63 (72.4%)	87 (100.0%)
全体		16 (7.0%)	10 (4.3%)	26 (11.3%)	178 (77.4%)	230 (100.0%)
		11 (4.8%)	18 (7.8%)	37 (16,1%)	164 (71.3%)	230 (100,0%)
	後期高齢期群	サイン 第2回 前期高齢期群 第2回 初回 第2回 初回 第2回 和回 和回 第2回 和回 カロー	世年期群 初回 3(4,9%) 第2回 1(1,6%) 初回 7(8,5%) 第2回 5(6,1%) 第2回 5(6,1%) 第2回 5(5,7%) 第2回 5(5,7%) 初回 16(7,0%)	世年期群 初日 3(4,9%) 2(3,3%) 第2日 1(1,6%) 5(8,2%) 初日 7(8,5%) 5(8,1%) 第2日 5(6,1%) 8(9,8%) 例日 6(6,9%) 3(3,4%) 第2日 5(5,7%) 5(5,7%) 6(4,3%) 16(7,0%) 10(4,3%)	世年期群 初日 3 (4.9%) 2 (3.3%) 7 (11.5%) 第2回 1 (1.6%) 5 (8.2%) 10 (16.4%) 前期高齢期群 初日 7 (8.5%) 5 (6.1%) 9 (11.0%) 第2回 5 (6.1%) 8 (9.8%) 13 (15.9%) 後期高齢期群 初日 6 (8.9%) 3 (3.4%) 10 (11.5%) 第2回 5 (5.7%) 5 (5.7%) 14 (16.1%) 全核 初日 16 (7.0%) 10 (4.3%) 26 (11.3%)	社年期群         初回         3 (4,9%)         2 (3,3%)         7 (11,5%)         49 (80,3%)           第2回         1 (1,6%)         5 (8,2%)         10 (16,4%)         45 (73,8%)           前期高齢期群         初回         7 (3,5%)         5 (6,1%)         9 (11,0%)         61 (74,4%)           後期高齢期群         初回         6 (8,9%)         3 (3,4%)         10 (11,5%)         68 (78,2%)           寮回         5 (5,7%)         5 (5,7%)         14 (16,1%)         63 (72,4%)           全体         初回         16 (7,0%)         10 (4,3%)         26 (11,3%)         178 (77,4%)

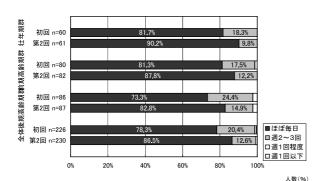
図14 食べ物の好き嫌いは多い方ですか?

#### 入 浴

#### 「入浴頻度]

「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199人; 86.5%(前回; 78.3%)であり,前回よりも8.2 ポイント増えていた。

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55人;90.2%(前回;81.7%),前期高齢期群で72人;87.8%(前回;81.3%),後期高齢期群で72人;82.8%(前回;73.3%)という結果であった。また前回と比較して、すべての群で毎日入浴する人は増えており、壮年期群で8.5ポイント、前期高齢期群で6.5ポイント、後期高齢期群で9.5ポイント増加していたが、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少ない傾向が認められた(図15)。



			ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	全体
士年期 年齢⊐ホート 前期高齢	-11. At #0 =¥	初回	49 (81.7%)	11 (18.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	60 (100.0%)
	11 -1-701 61	第2回	55 (90.2%)	6 (9.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
	AT HE A SA HE BY	初回	65 (81,3%)	14 (17.5%)	0 (0,0%)	1 (1.3%)	80 (100,0%)
	日1月2月1日日 田1月2月4千	第2回	72 (87.8%)	10 (12.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	63 (73.3%)	21 (24.4%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	86 (100.0%)
	1久20年1日1170年	第2回	72 (82.8%)	13 (14.9%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	87 (100.0%)
全体		初回	177 (78.3%)	46 (20.4%)	2 (0.9%)	1 (0.4%)	226 (100.0%)
		第2回	199 (86.5%)	29 (12.6%)	2 (0,9%)	0 (0.0%)	230 (100.0%)

図15 お風呂はどのくらいの割合で入っていますか?

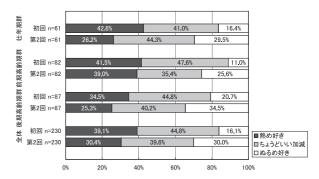
#### 「入浴の好みの温度]

「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70人;30.4%(前回;39.1%),「ちょうどいい加減」91人;39.6%(前回;44.8%),「ぬるめが好き」が69人;30.0%(前回;16.1%)であり,前回と同様に,「ちょうどいい加減」と回答した人がもっとも多かった。また「熱めがすき」が8.7ポイント,「ちょうどいい加減」が5.2ポイント減少していたが,逆に「ぬるめが好き」は,13.9ポイント増加していた。

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16人; 26.2%(前回; 42.6%), 前期高齢期群で32人; 39.0%(前回; 41.5%), 後期高齢期群で22人; 25.3%(前回; 34.5%)であり、壮年期群で16.4 ポイント, 前期高齢期群で2.5 ポイント, 後期高齢期群で9.2 ポイントとすべての群で減少しており、特に壮年期群の減少率が大きかった。

また「ちょうどいい加減」と回答した人は,壮年 期群で27人;44.3%(前回;41.0%),前期高齢期群 で29人;35.4%(前回;47.6%),後期高齢期群で35 人;40.2%(前回;44.8%)であり,壮年期群で3.3 ポイント増加していたが,前期高齢期群で12.2ポイント,後期高齢期群で4.6ポイント減少しており, 特に前期高齢期群の減少率が高かった。

「ぬるめが好き」と回答した人は, 壮年期群で18 人; 29.5%(前回; 16.4%), 前期高齢期群で21人; 25.6%(前回;11.0%),後期高齢期群で30人; 34.5%(前回;20.7%)であった。前回と比較すると「ぬるめが好き」の回答はすべての群で前回よりも増加しており,壮年期群で13.1ポイント,前期高齢期群で14.6ポイント,後期高齢期群で13.9ポイントとすべての群で1割以上増加していた(図16)。

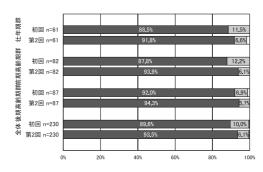


			熱め好き	ちょうどいい加減	ぬるめ好き	全体
壮年期群 年齢コホート 前期高齢期群	4. 左 物 野	初回	26 (42.6%)	25 (41.0%)	10 (16.4%)	61 (100.0%)
	11.44.954年	第2回	16 (26.2%)	27 (44.3%)	18 (29.5%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	34 (41.5%)	39 (47.6%)	9 (11.0%)	82 (100.0%)
十田ココか「	月13分1回田73分4十	第2回	32 (39.0%)	29 (35.4%)	21 (25.6%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	30 (34.5%)	39 (44.8%)	18 (20.7%)	87 (100.0%)
	1久州同町州什	第2回	22 (25.3%)	35 (40.2%)	30 (34.5%)	87 (100.0%)
	全体		90 (39.1%)	103 (44.8%)	37 (16.1%)	230 (100.0%)
			70 (30.4%)	91 (39.6%)	69 (30.0%)	230 (100.0%)

図16 お風呂の好みの熱さはどうですか?

#### 「入浴時間 ]

入浴時間に関しては,10分以下と回答した人がもっとも多く,全体で215人;93.5%(前回;89.6%)であり,また15分以下が14人;6.1%(前回;10.0%),20分以下が1人;0.4%(前回;0.4%)の順であった。入浴時間が15分以下は全体で229人;



■10分以下 □15分以下 □20分以下

人 出 (06)

	八奴(3									
			10分以下	15分以下	20分以下	合計				
年齢コホート	壮年期群	初回	54 (88.5%)	7 (11.5%)	0 (0.0%)	61 (100,0%)				
	1上十分1年	第2回	56 (91.8%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)				
	前期高齢期群	初回	72 (87.8%)	10 (12.2%)	0 (0.0%)	82 (100.0%)				
十一届カコルート		第2回	77 (93.9%)	5 (6.1%)	0 (0.0%)	82 (100.0%)				
	後期高齢期群	初回	80 (92.0%)	6 (6.9%)	1 (1.1%)	87 (100.0%)				
	1友州同即州杆	第2回	82 (94.3%)	5 (5.7%)	0 (0.0%)	87 (100.0%)				
	全体		206 (89.6%)	23 (10.0%)	1 (0.4%)	230 (100.0%)				
			215 (93.5%)	14 (6.1%)	1 (0.4%)	230 (100.0%)				

図17 入浴時間

99.6%であり,ほとんどの人は入浴時間が15分以下 という結果であった。

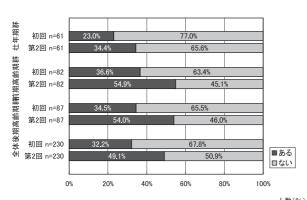
年代別の比較では,入浴時間が10分以下の人は壮年期群で56人;91.8%(前回;88.5%),前期高齢期群で77人;93.9%(前回;87.8%),後期高齢期群で82人;94.3%(前回;92.0%)であり,全ての群で9割以上の人は入浴時間が10分以下であることが明らかとなった(図17)。

#### 昼寝の習慣

#### [昼寝の習慣の有無]

「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113人; 49.1%(前回; 32.2%)であった。昼寝の習慣を有している人は前回に比べて16.9ポイント増加し,約半数の人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21人; 34.4%(前回; 23.0%),前期高齢期群で45人; 54.9%(前回; 36.6%),後期高齢期群で47人; 54.0%(前回; 34.5%)であり、壮年期群で11.4ポイント、前期高齢期群で18.3ポイント、後期高齢期群で19.5ポイント増加していた。特に前期高齢期群と後期高齢期群で昼寝の習慣を有する人が増えており、半数以上の人は昼寝をする習慣があるという結果であった(図18)。



					人数(%)
			ある	ない	全体
	壮年期群	初回	14 (23.0%)	47 (77.0%)	61 (100.0%)
	11.44.751.64	第2回	21 (34.4%)	40 (65.6%)	61 (100.0%)
Æ#A-# I	前期高齢期群	初回	30 (36.6%)	52 (63.4%)	82 (100.0%)
十田コールート	刑刑同即刑矸	第2回	45 (54.9%)	37 (45.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	30 (34.5%)	57 (65.5%)	87 (100.0%)
	1次州 同即州 矸	第2回	47 (54.0%)	40 (46.0%)	87 (100.0%)
	全体		74 (32.2%)	156 (67.8%)	230 (100.0%)
±144		第2回	113 (49.1%)	117 (50.9%)	230 (100.0%)

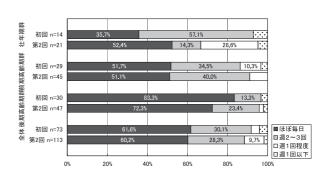
図18 昼寝の習慣はありますか?

#### 「昼寝の頻度 ]

「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68人; 60.2%(前回; 61.6%)であり,週2~3回を含めると100人; 88.5%(前回; 91.7%)の人が少なくても週2~3回以上の昼寝をしていることが明らかとなった。

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11人; 52.4%(前回; 35.7%),前期 高齢期群で23人; 51.1%(前回; 51.7%),後期高 齢期群で34人; 72.3%(前回; 83.3%)であった。 また「週2~3回」を含めると、壮年期群で14人; 66.7%(前回; 92.8%),前期高齢期群で41人; 91.1%(前回; 86.2%),後期高齢期群で45人; 95.7%(前回; 96.6%)の人が少なくても週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(図19)。



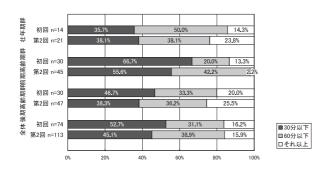
							人数(%)
			ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	全体
	壮年期群	初回	5 (35.7%)	8 (57.1%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	14 (100.0%)
	11.41-70141+	第2回	11 (52.4%)	3 (14.3%)	6 (28.6%)	1 (4.8%)	21 (100.0%)
年齢っナーに	前期高齢期群	初回	15 (51.7%)	10 (34.5%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)
十四小小		第2回	23 (51.1%)	18 (40.0%)	4 (8.9%)	0 (0.0%)	45 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	25 (83.3%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)
	夜州南町州杆	第2回	34 (72.3%)	11 (23.4%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	47 (100.0%)
	全体 初回 第2回		45 (61.6%)	22 (30.1%)	3 (4.1%)	3 (4.1%)	73 (100.0%)
			68 (60.2%)	32 (28.3%)	11 (9.7%)	2 (1.8%)	113 (100.0%)

図19 昼寝はどのくらいの頻度ですか?

#### [昼寝の時間]

昼寝の時間に関しては,30分以下と回答した人が 全体で51人;45.1%(前回;52.7%)ともっとも多 く,60分以下は44人;38.9%(前回;31.1%)で, 合わせて95人;84.0%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8人;38.1%(前回;35.7%), 前期高齢期群で25人; 55.6% (66.7%),後期高齢期群で18人; 38.3%(前回; 46.7%)であり,30分以内の昼寝は前期高齢期群がもっとも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16人; 76.2%(前回; 85.7%),前期高齢期群で44人; 97.8%(前回; 86.7%),後期高齢期群で35人; 74.5%(前回; 80.0%)という結果であり,1時間以内の昼寝をする人は前期高齢期がもっとも多いという結果であった(図20)



						人数(%)
			30分以下	60分以下	それ以上	合計
士年期群 年齢□ホート 前期高齢期群	十年 #132	初回	5 (35,7%)	7 (50,0%)	2 (14.3%)	14 (100,0%)
	第2回	8 (38.1%)	8 (38.1%)	5 (23.8%)	21 (100.0%)	
	前期高齢期群	初回	20 (66,7%)	6 (20.0%)	4 (13,3%)	30 (100,0%)
十一田ワコホート	月1397日日日7394十	第2回	25 (55.6%)	19 (42.2%)	1 (2.2%)	45 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	14 (46,7%)	10 (33,3%)	6 (20.0%)	30 (100,0%)
	1久州同町州4十	第2回	18 (38.3%)	17 (36.2%)	12 (25.5%)	47 (100.0%)
全体		初回	39 (52.7%)	23 (31.1%)	12 (16.2%)	74 (100.0%)
	土件	第2回	51 (45.1%)	44 (38.9%)	18 (15.9%)	113 (100.0%)

図20 昼寝時間

健康のための運動

#### [健康のための運動とその頻度]

「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99人; 43.0%(前回; 32.3%)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134人; 58.2%(前回; 48.5%)という結果であり、全体の6割弱の人たちは、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。

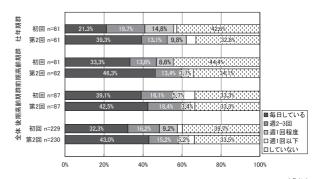
年代別の比較では、「毎日運動している」と回答した人が壮年期群で24人; 39.3%(前回; 21.3%),前期高齢期群で38人; 46.3%(前回; 33.3%),後期高齢期群で37人; 42.5%(前回; 39.1%)であり、壮年期群に比べて前期高齢期群と後期高齢期群の方

が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」群を含めると, 壮年期群で32人; 52.4%(前回; 41.0%),前期高 齢期群で49人; 59.7%(前回; 46.9%),後期高齢 期群で53人; 60.9%(前回; 55.2%)であり,壮年 期群の半数以上,前期高齢期群と後期高齢期群の約 6割の人たちは,少なくても週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、すべての年齢群で増加しており、壮年期群で18.0 ポイント、前期高齢期群で13.0 ポイント、後期高齢期群で3.4 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11.4 ポイント、前期高齢期群で12.8 ポイント、後期高齢期群で5.7 ポイント増加しており、壮年期群と前期高齢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77人;33.5%(前回;39.7%)と6.2 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20人;32.8%(前回;42.6%),前期高齢期群で28人;34.1%(前回;44.4%),後期高齢期群で29人;33.3%(前回;33.3%)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9.8 ポイント,前期高齢期群で10.3 ポイントと目立って減少していた(図21)。



								人数(%)
			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	13 (21.3%)	12 (19.7%)	9 (14.8%)	1 (1.6%)	26 (42.6%)	61 (100.0%)
		第2回	24 (39.3%)	8 (13.1%)	6 (9.8%)	3 (4.9%)	20 (32.8%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	27 (33.3%)	11 (13.6%)	7 (8.6%)	0 (0.0%)	36 (44.4%)	81 (100.0%)
-4-E014-L		第2回	38 (46.3%)	11 (13,4%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	28 (34.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	34 (39.1%)	14 (16.1%)	5 (5.7%)	5 (5.7%)	29 (33.3%)	87 (100.0%)
	1久州同田7州4十	第2回	37 (42.5%)	16 (18.4%)	3 (3.4%)	2 (2.3%)	29 (33.3%)	87 (100.0%)
	全体 初[		74 (32.3%)	37 (16.2%)	21 (9.2%)	6 (2.6%)	91 (39.7%)	229 (100.0%)
			99 (43.0%)	35 (15.2%)	12 (5.2%)	7 (3.0%)	77 (33.5%)	230 (100.0%)

図21 ふだん健康のために何か運動をしていますか?

#### 5. 日常活動状況

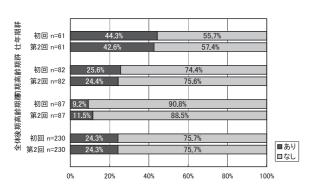
収入を伴う仕事

#### [ 収入を伴う仕事の有無 ]

「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56人; 24.3%(前回; 24.3%)であり,前回と同じ値であった。

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26人; 42.6%(前回; 44.3%),前期高齢期群で20人; 24.4%(前回; 25.6%),後期高齢期群で10人; 11.5%(前回; 9.2%)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1.7ポイント、前期高齢期群で1.2ポイントの減少、後期高齢期群で2.3ポイントの増加と、わずかな変化しかみられなかった(図22)。



					人数(%)
			あり	なし	全体
	壮年期群	初回	27 (44.3%)	34 (55.7%)	61 (100.0%)
	11 平州群	第2回	26 (42.6%)	35 (57.4%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	21 (25.6%)	61 (74.4%)	82 (100.0%)
十一届カコルート		第2回	20 (24.4%)	62 (75.6%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	8 (9.2%)	79 (90.8%)	87 (100.0%)
	1友州 同 即 刊 什	第2回	10 (11.5%)	77 (88.5%)	87 (100.0%)
	全体 初回 第2回		56 (24.3%)	174 (75.7%)	230 (100.0%)
			56 (24.3%)	174 (75.7%)	230 (100.0%)

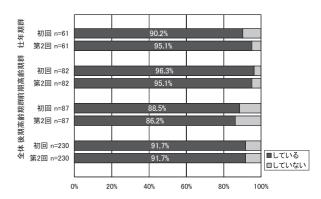
図22 収入を伴う仕事をしていますか?

#### [家庭内の仕事の有無]

「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211人; 91.7% (前回; 91.7%)であり,前回と同じ値であった。

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58人;95.1%(前回;90.2%),前期高齢期 群で78人; 95.1%(前回; 96.3%), 後期高齢期群で75人; 86.2%(前回; 88.5%)であり, 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4.9 ポイント増加しているが,前期高齢 期群で1.2 ポイント,後期高齢期群で2.3 ポイント とわずかに減少していた(図23)。



					人数(%)
			している	していない	全体
	壮年期群	初回	55 (90,2%)	6 (9.8%)	61 (100,0%)
	11 7014+	第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	79 (96.3%)	3 (3.7%)	82 (100.0%)
+ BD J W - I		第2回	78 (95.1%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	77 (88.5%)	10 (11.5%)	87 (100.0%)
	该树间即树矸	第2回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
	全体		211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)
			211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)

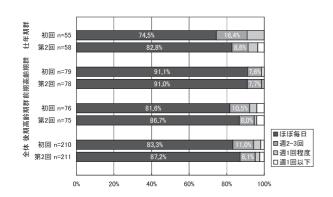
図23 家庭の仕事をしていますか?

#### [家庭内の仕事の頻度]

「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184人;87.2%(前回;83.3%)であり,「週2~3回」を含めると201人;95.3%(前回;94.3%)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48人; 82.8%(前回; 74.5%)、前期高齢期群で71人; 91.0%(前回; 91.1%)、後期高齢期群で65人; 86.7%(前回; 81.6%)であり、「ほぼ毎日」仕事をしている人は前期高齢期群で最も多く、次いで後期高齢期群、壮年期群の順であるという結果は前回と同様であった。前回と比較すると、前期高齢期群では前回とほとんど差はなかったが、壮年期群で8.3ポイント、後期高齢期群で5.1ポイント増加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53人;91.4%(前回;90.9%),前期高齢期群で77人;98.7%(前回;98.7%),後期高齢期群で71人;94.7%(前回;92.1%)であり,9割以上の人たちは,週2~3回以上家庭での仕事をしているという結果であった(図24)。



							人数(%)
			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	41 (74.5%)	9 (16.4%)	5 (9.1%)	0 (0.0%)	55 (100.0%)
		第2回	48 (82.8%)	5 (8.6%)	3 (5.2%)	2 (3.4%)	58 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	72 (91.1%)	6 (7.6%)	0 (0.0%)	1 (1,3%)	79 (100.0%)
十四カコルート		第2回	71 (91.0%)	6 (7.7%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)	78 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	62 (81.6%)	8 (10.5%)	3 (3.9%)	3 (3.9%)	76 (100.0%)
	1久州同町州4+	第2回	65 (86.7%)	6 (8.0%)	1 (1,3%)	3 (4.0%)	75 (100,0%)
	全体		175 (83.3%)	23 (11.0%)	8 (3.8%)	4 (1.9%)	210 (100.0%)
			184 (87.2%)	17 (8.1%)	5 (2.4%)	5 (2.4%)	211 (100.0%)

図24 家庭の仕事をどのくらい行っていますか?

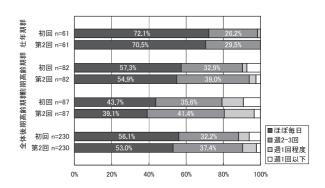
#### 一週間の外出頻度

#### 「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?」という質問では、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で122人; 53.0%(前回; 56.1%)であり、前回に比べて3.1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43人; 70.5%(前回; 72.1%)、前期高齢期群で45人; 54.9%(前回; 57.3%)、後期高齢期群で34人; 39.1%(前回; 43.7%)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、すべての年齢群でわずかに減っており、壮年期群で1.6ポイント、前期高齢期群で2.4ポイント、後期高齢期群で4.6ポイント減少していた。また週2~3回以上外出している人を含めると、全体で208人; 90.4%(前回; 88.3%)であり、前回に比べて2.1ポイント

増加していた。年代別に見ると、壮年期群で61人; 100.0%(前回; 98.3%),前期高齢期群で77人; 93.9%(前回; 90.2%),後期高齢期群で70人; 80.5%(前回; 79.3%)という結果であり、前回と 比較すると、壮年期群で1.7ポイント前期高齢期群で3.7ポイント,後期高齢期群で1.2ポイントと全 ての群でわずかながら増加していた(図25)。



						人数(%)
		ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
壮年期群	初回	44 (72.1%)	16 (26.2%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
	第2回	43 (70.5%)	18 (29.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
前期高齢期群	初回	47 (57.3%)	27 (32.9%)	2 (2.4%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
	第2回	45 (54.9%)	32 (39.0%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	82 (100.0%)
// HD == 15 HD BH	初回	38 (43.7%)	31 (35.6%)	10 (11.5%)	8 (9.2%)	87 (100.0%)
1支州南町州杆	第2回	34 (39.1%)	36 (41.4%)	14 (16.1%)	3 (3.4%)	87 (100.0%)
全体		129 (56.1%)	74 (32.2%)	13 (5.7%)	14 (6.1%)	230 (100.0%)
		122 (53.0%)	86 (37.4%)	17 (7.4%)	5 (2.2%)	230 (100.0%)
	前期高齢期群後期高齢期群		サイキ 報報 初回 44 (72.1%) 第2回 43 (70.5%) 前期高齢規群 第2回 47 (57.3%) 第2回 45 (54.9%) 初回 38 (43.7%) 第2回 34 (39.1%) 第2回 34 (39.1%) 第2回 34 (39.1%) 第2回 129 (56.1%)	サイキ	せ年期群 初回 44 (72.1%) 16 (26.2%) 1 (1.6%) 第2回 43 (70.5%) 18 (29.5%) 0 (0.0%) 前期高齢期群 初回 47 (57.3%) 27 (32.9%) 2 (2.4%) 第2回 45 (54.9%) 32 (39.0%) 3 (37.9%) 後期高齢期群 第2回 38 (43.7%) 31 (35.6%) 10 (11.5%) 第2回 34 (39.1%) 36 (41.4%) 14 (16.1%) 全体 初回 129 (56.1%) 74 (32.2%) 13 (5.7%)	せ年期群 初回 44 (72.1%) 16 (26.2%) 1 (1.6%) 0 (0.0%) 第2回 43 (70.5%) 18 (29.5%) 0 (0.0%) 0 (0.0%) 前期高齢期群 初回 47 (57.3%) 27 (32.9%) 2 (2.4%) 6 (7.3%) 第2回 45 (54.9%) 32 (39.0%) 3 (3.7%) 2 (2.4%) 後期高齢期群 第2回 38 (43.7%) 31 (35.6%) (0 (1.15%) 8 (9.2%) 第2回 34 (39.1%) 36 (41.4%) 14 (16.1%) 3 (3.4%) 2 (4.4%) 初回 129 (56.1%) 74 (32.2%) 13 (5.7%) 14 (6.1%)

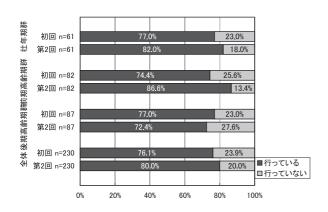
図25 散歩や買物を含めて一週間にどのくらい外出しますか?

#### 趣味活動

#### [趣味的な活動の有無]

「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184人;80.0%(前回;76.1%)であり,前回と比較して3.9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50人;82.0%(前回;77.0%)、前期高齢期群で71人;86.6%(前回74.4%)、後期高齢期群で63人;72.4%(前回;77.0%)という結果であった。前回と比べると、趣味的な活動を行っている人は、後期高齢期群で4.6ポイント減少していたが、壮年期群では5.0ポイント,前期高齢期群で12.2ポイント増加しており、増加傾向は特に前期高齢期群で目立っていた(図26)。



					人数(%)
			行っている	行っていない	全体
<i>σ</i> -±Λ-± 1	壮年期群	初回	47 (77.0%)	14 (23.0%)	61 (100.0%)
	11.44.4514千	第2回	50 (82.0%)	11 (18.0%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	61 (74.4%)	21 (25.6%)	82 (100.0%)
年齢コホート		第2回	71 (86.6%)	11 (13.4%)	82 (100.0%)
	46 Hn === #A Hn m4	初回	67 (77.0%)	20 (23.0%)	87 (100.0%)
	後期高齢期群	第2回	63 (72.4%)	24 (27.6%)	87 (100.0%)
全体 初回 第2回		175 (76.1%)	55 (23.9%)	230 (100,0%)	
		第2回	184 (80.0%)	46 (20.0%)	230 (100.0%)

図26 趣味的な活動を行っていますか?

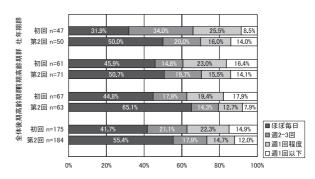
#### 「趣味的な活動の頻度]

「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102人;55.4%(前回;41.7%)であり,前回と比較して13.7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25人;50.0%(前回;31.9%)、前期高齢期群で36人;50.7%(前回;45.9%)、後期高齢期群で41人;65.1%(前回;44.8%)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18.1ポイント、前期高齢期群で4.8ポイント、後期高齢期群で20.3ポイント増加しており、特に壮年期群と後期高齢期群の増加が目立っていた。

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35人;70.0%(前回;65.9%),前期高齢期群で50人;70.4%(前回;60.7%),後期高齢期群で50人;79.4%(前回;62.7%)という結果であった。また前回と比較すると,壮年期群で4.1ポイント,前期高齢期群で9.7ポイント,後期高齢期群で16.7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,すべての年齢群の7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(図27)。



							人数(%)
			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
	壮年期群	初回	15 (31.9%)	16 (34.0%)	12 (25.5%)	4 (8.5%)	47 (100.0%)
		第2回	25 (50.0%)	10 (20.0%)	8 (16.0%)	7 (14.0%)	50 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	28 (45.9%)	9 (14.8%)	14 (23.0%)	10 (16.4%)	61 (100.0%)
4-Bb14 L		第2回	36 (50.7%)	14 (19.7%)	11 (15.5%)	10 (14.1%)	71 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	30 (44.8%)	12 (17.9%)	13 (19.4%)	12 (17.9%)	67 (100.0%)
	1久州同町州4	第2回	41 (65.1%)	9 (14.3%)	8 (12.7%)	5 (7.9%)	63 (100.0%)
	全体		73 (41.7%)	37 (21.1%)	39 (22.3%)	26 (14.9%)	175 (100.0%)
			102 (55.4%)	33 (17.9%)	27 (14.7%)	22 (12.0%)	184 (100.0%)

図27 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?

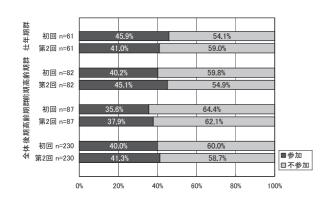
#### 6. 社会活動

地域活動への参加

#### [地域活動への参加状況]

「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95人; 41.3%(前回40.0%)であり、前回と比較して1.3ポイントとわずかに増加しており、約4割の人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25人;41.0%(前回;45.9%),前期高齢期群で37人;45.1%(前回;40.2%),後期高齢期群で33人;37.9%(前回;35.6%)という結果であった。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4.9ポイント減少していたが,前期高齢期群で4.9ポイント,後期高齢期群では2.3ポイント増加していた(図28)。



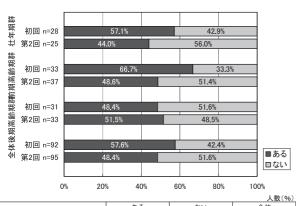
					人数(%)
			参加	不参加	全体
	壮年期群	初回	28 (45.9%)	33 (54.1%)	61 (100.0%)
	11 平舟14千	第2回	25 (41.0%)	36 (59.0%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	33 (40.2%)	49 (59.8%)	82 (100.0%)
十円カコルート		第2回	37 (45.1%)	45 (54.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	31 (35.6%)	56 (64.4%)	87 (100.0%)
	1女州同町州杆	第2回	33 (37.9%)	54 (62.1%)	87 (100.0%)
	全体第		92 (40.0%)	138 (60.0%)	230 (100.0%)
			95 (41.3%)	135 (58.7%)	230 (100.0%)

図28 地域での活動に何か参加なさっていますか?

#### [地域活動における役職の有無]

「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46人;48.4%(前回;57.6%)であり,前回と比較して9.2 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11人;44.0%(前回; 57.1%),前期高齢期群で18人;48.6%(前回;



			ある	ない	全体
	壮年期群	初回	16 (57.1%)	12 (42.9%)	28 (100.0%)
/π#Δ¬± Ι	11 平舟4	第2回	11 (44.0%)	14 (56.0%)	25 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	22 (66.7%)	11 (33.3%)	33 (100.0%)
十里リコホート		第2回	18 (48.6%)	19 (51.4%)	37 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	15 (48.4%)	16 (51.6%)	31 (100.0%)
	1友州同即州矸	第2回	17 (51.5%)	16 (48.5%)	33 (100.0%)
	全体 初回 第2回		53 (57.6%)	39 (42.4%)	92 (100.0%)
			46 (48.4%)	49 (51.6%)	95 (100.0%)

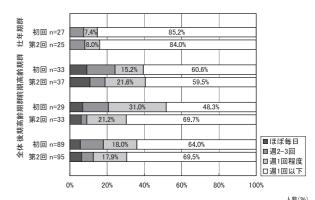
図29 地域活動において何か役職についているものがありますか?

66.7%),後期高齢期群で17人;51.5%(前回;48.4%)という結果であった。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,後期高齢期群で3.1ポイントとわずかに増加しているが,壮年期群で13.1ポイント,前期高齢期群で18.1ポイント減少しており,特にこの傾向は前期高齢期群で目立っていた(図29)。

#### [地域活動への参加頻度]

「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6人;6.3%(前回;5.6%)であり、前回とほとんど差はなかった。また週1回程度参加している人を含めると、全体で29人;30.5%(前回:36.0%)という結果であり、約3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0人(前回0%),前期高齢期群で4人;10.8%(前回;9.1%),後期高齢期群で2人;6.1%(前回;6.9%)という結果であった。また週1回程度参加している人を含めると,壮年期群で4人;16.0%(前回;14.8%),前期高齢期群で15人;40.5%(前回;39.5%),後期高齢期群で10人;30.3%(前回;51.7%)という結果であり,前回と比較すると地



			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体				
	壮年期群	初回	0 (0.0%)	2 (7.4%)	2 (7.4%)	23 (85.2%)	27 (100.0%)				
年齢コホート		第2回	0 (0.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	21 (84.0%)	25 (100.0%)				
	前期高齢期群	初回	3 (9.1%)	5 (15.2%)	5 (15.2%)	20 (60.6%)	33 (100.0%)				
十一部レコルート		第2回	4 (10.8%)	3 (8.1%)	8 (21.6%)	22 (59.5%)	37 (100.0%)				
	後期高齢期群	初回	2 (6.9%)	4 (13.8%)	9 (31,0%)	14 (48.3%)	29 (100,0%)				
		第2回	2 (6.1%)	1 (3.0%)	7 (21.2%)	23 (69.7%)	33 (100.0%)				
全体		初回	5 (5.6%)	11 (12.4%)	16 (18.0%)	57 (64.0%)	89 (100.0%)				
		第2回	6 (6.3%)	6 (6.3%)	17 (17.9%)	66 (69.5%)	95 (100.0%)				

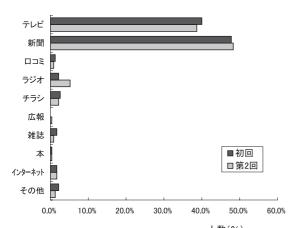
図30 地域での活動すべてを含め、どのくらいの 頻度で参加なさっていますか?

域活動への参加頻度は,壮年期群と前期高齢期群ではほとんど差はなかったが,後期高齢期群では,21.4ポイントの減少が見られた(図30)。

#### 社会の情報源

#### [もっとも利用している情報源]

「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?」という質問では,「新聞」と回答した人が111人; 48.3%(前回; 47.8%)と前回と同様に最も多かった。次いで多かったのが「テレビ」の89人; 38.7%(前回; 40.0%)であり,「ラジオ」12人; 5.2%(前回; 2.2%),「チラシ」5人; 2.2%(前回; 2.6%),「インターネット」4人; 1.7%(前回1.7%)の順であった(図31)



				人数(%)	
	初回	調査	第2回調査		
テレビ	92	(40.0%)	89	(38.7%)	
新聞	110	(47.8%)	111	(48.3%)	
ロコミ	3	(1.3%)	2	(0.9%)	
ラジオ	5	(2.2%)	12	(5.2%)	
チラシ	6	(2.6%)	5	(2.2%)	
広報	0	(0.0%)	1	(0.4%)	
雑誌	4	(1.7%)	2	(0.9%)	
本	1	(0.4%)	1	(0.4%)	
インターネット	4	(1.7%)	4	(1.7%)	
その他	5	(2.2%)	3	(1.3%)	
合計	230	(100.0%)	230	(100.0%)	

図31 身の回りの世の中のことを知るために最も利用している情報源は何ですか?

#### 7. 対人交流

家で一緒に過ごす相手

#### 「家で主に一緒に過ごす相手 ]

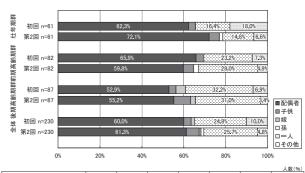
「家にいるときは主に誰と一緒に過ごしています

か?」という質問では,配偶者と回答した人が全体で141人;61.3%(前回;60.0%)と最も多く,前回と同じ結果であった。

年代別に比較すると、「配偶者」と回答したのは 壮年期群で44人; 72.1%(前回 62.3%),前期高齢 期群で49人; 59.8%(前回; 65.9%),後期高齢期 群で48人; 55.2%(前回; 52.9%)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 回答している人は、前期高齢期群で 6.1 ポイント減 少していたが、壮年期群で 9.8 ポイント、後期高齢 期群で 2.3 ポイント増加していた。

また「子供」と回答した人は,全体で14人; 6.1%(前回; 3.5%)であり,前回と比べると 2.6 ポイント増加していた。

「一人」と回答した人は,全体で59人;25.7%(前回;24.8%)という結果であり,年代別にみると,壮年期群で9人;14.8%(前回;16.4%),前期高齢期群で23人;28.0%(前回;23.2%),後期高齢期群で27人;31.0%(前回;32.2%)であり,前回とほとんど変わらなかったが,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(図32)



			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	38 (62.3%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (16.4%)	11 (18.0%)	61 (100.0%)
		第2回	44 (72.1%)	3 (4.9%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	9 (14.8%)	4 (6.6%)	61 (100,0%)
	前期高齢期群	初回	54 (65.9%)	3 (3.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19 (23.2%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
		第2回	49 (59.8%)	4 (4.9%)	0 (0.0%)	2 (2.4%)	23 (28.0%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	46 (52.9%)	3 (3.4%)	4 (4.6%)	0 (0.0%)	28 (32.2%)	6 (6.9%)	87 (100.0%)
	19人701回日17016年	第2回	48 (55.2%)	7 (8.0%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	27 (31.0%)	3 (3.4%)	87 (100,0%)
	全体		138 (60.0%)	8 (3.5%)	4 (1.7%)	0 (0.0%)	57 (24.8%)	23 (10.0%)	230 (100.0%)
			141 (61.3%)	14 (6.1%)	2 (0.9%)	3 (1.3%)	59 (25.7%)	11 (4.8%)	230 (100.0%)

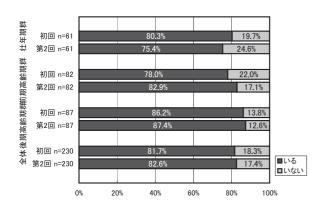
図32 家で一緒にいるときは主に誰と一緒に過ご していますか?

# 同居していない子供との連絡

#### [同居していない子供の有無]

「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190人;82.6%(前回;81.7%)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46人;75.4%(前回;80.3%),前期高齢期群で68人;82.9%(前回;78.0%),後期高齢期群で76人;87.4%(前回;86.2%)であり,ほとんど差は見られなかった(図33)。



					人数(%)
			いる	いない	全体
	壮年期群		49 (80.3%)	12 (19.7%)	61 (100.0%)
	11 十 初 杆	第2回	46 (75.4%)	15 (24.6%)	61 (100.0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	64 (78.0%)	18 (22.0%)	82 (100.0%)
十一届レコルート		第2回	68 (82.9%)	14 (17.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
		第2回	76 (87.4%)	11 (12.6%)	87 (100.0%)
全体初回		188 (81.7%)	42 (18.3%)	230 (100.0%)	
	第2回		190 (82.6%)	40 (17.4%)	230 (100.0%)

図33 一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃ いますか?

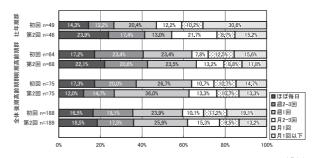
#### [同居していない子供との連絡頻度]

「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35人;18.5%(前回;16.5%)であり,前回と比べると2.0ポイント増加していた。また週1回以上会ったり連絡している人を合わせると,117人;61.9%(前回;59.6%)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おり,前回とほとんど差はみられなかった。

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11人; 23.9%(前回: 14.3%), 前期高齢期群で15人; 22.1%(前回; 17.2%), 後期高齢期群で9人; 12.0%(前回; 17.3%)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,後期高齢期群で5.3ポイント減っているが,壮年期群で9.6ポイント,前期高齢期群で4.9ポイント増えているという結果であった。

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25人;54.3%(前回;46.9%),前期高齢期群で45人;66.2%(前回;64.1%),後期高齢期群で47人;62.7%(前回;64.0%)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後期高齢期群で1.3ポイントとわずかに減少していたが,壮年期群で7.4ポイント,前期高齢期群で2.1ポイント増加しているという結果であった(図34)。



									人数(%)
				週2-3回	退1回	月2-3回	月1回	月1回以下	全体
	壮年期群	初回	7 (14.3%)	6 (12.2%)	10 (20.4%)	6 (12.2%)	5 (10.2%)	15 (30.6%)	49 (100.0%)
	41.4-7688	第2回	11 (23,9%)	8 (17.4%)	6 (13.0%)	10 (21.7%)	4 (8.7%)	7 (15.2%)	46 (100,0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	11 (17.2%)	15 (23.4%)	15 (23.4%)	5 (7.8%)	8 (12.5%)	10 (15.6%)	64 (100.0%)
十年シコルート		第2回	15 (22.1%)	14 (20.6%)	16 (23.5%)	9 (13.2%)	6 (8.8%)	8 (11.8%)	68 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	13 (17.3%)	15 (20.0%)	20 (26.7%)	8 (10.7%)	8 (10.7%)	11 (14.7%)	75 (100.0%)
		第2回	9 (12.0%)	11 (14.7%)	27 (36.0%)	10 (13.3%)	8 (10.7%)	10 (13.3%)	75 (100.0%)
全体		初回	31 (16,5%)	36 (19.1%)	45 (23.9%)	19 (10,1%)	21 (11,2%)	36 (19.1%)	188 (100,0%)
		第2回	35 (18.5%)	33 (17.5%)	49 (25.9%)	29 (15.3%)	18 (9.5%)	25 (13.2%)	189 (100.0%)

図34 同居していないお子さん全員を合計してだいたい何回くらい会ったり、電話で話したりしていますか?

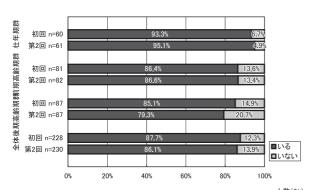
#### 親戚付き合い

#### [つきあいのある親戚の有無]

「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 198人; 86.1%(前回; 87.7%)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,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58人; 95.1%(前

回; 93.3%), 前期高齢期群で71人; 86.6%(前回; 86.4%), 後期高齢期群で69人; 79.3%(前回; 85.1%)であり, 約8割以上の人たちは, 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1.8ポイント, 前期高齢期群で0.2ポイント増加していたが, 後期高齢期群では5.8ポイント減少しているという結果であった(図35)。



					人数(%)
			いる	いない	全体
	壮年期群	初回	56 (93.3%)	4 (6.7%)	60 (100.0%)
	在平期群	第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
ケギュナート	前期高齢期群	初回	70 (86.4%)	11 (13.6%)	81 (100.0%)
十田ココルート		第2回	71 (86.6%)	11 (13.4%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	74 (85.1%)	13 (14.9%)	87 (100.0%)
	1友州南町州矸	第2回	69 (79.3%)	18 (20.7%)	87 (100.0%)
全体		初回	200 (87.7%)	28 (12.3%)	228 (100.0%)
	第		198 (86.1%)	32 (13.9%)	230 (100.0%)

図35 ふだんつきあいのある親戚はいますか?

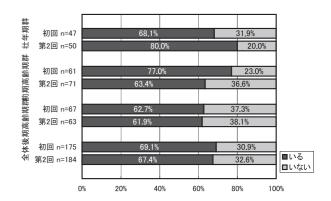
### 余暇活動を一緒に行う相手

#### 「余暇活動を行う相手の有無 ]

「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124人; 67.4%(前回; 69.1%)であり,前回と比べて1.7ポイントとわずかに減少していた。

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40人;80.0%(前回;68.1%),前期高齢期群で45人;63.4%(前回;77.0%),後期高齢期群で39人;61.9%(前回;62.7%)であり,趣味や余暇活動を行っている人の中の6割以上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。しかし前回と比較すると,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11.9ポイント増加しているが,前期高齢期群では13.6ポイント,後期高齢期群で0.8ポイント減少しているという結

#### 果であった(図36)



					人数(%)
			いる	いない	全体
	壮年期群	初回	32 (68.1%)	15 (31.9%)	47 (100.0%)
	11年別研	第2回	40 (80.0%)	10 (20.0%)	50 (100.0%)
午参っナーに	前期高齢期群	初回	47 (77.0%)	14 (23.0%)	61 (100.0%)
十一個リコホート		第2回	45 (63.4%)	26 (36.6%)	71 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	42 (62.7%)	25 (37.3%)	67 (100.0%)
	及拗同即拗针	第2回	39 (61.9%)	24 (38.1%)	63 (100.0%)
全体 初回 第2回		121 (69.1%)	54 (30.9%)	175 (100.0%)	
		第2回	124 (67.4%)	60 (32.6%)	184 (100.0%)

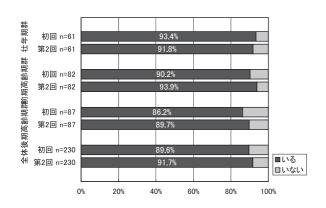
図36 趣味や余暇活動を一緒にやる人はいますか?

#### 家族以外の緊急時の応援

#### 「緊急時の応援者の有無 ]

「同居の家族以外で緊急な用があったときにかけつ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211人; 91.7%(前回; 89.6%)であり,約9割にあたる人たちには緊急時にかけつ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、緊急時にかけつけてくれる人がいると回答した人は壮年期群で56人; 91.8%(前回; 93.4%),前期高齢期群で77人; 93.9%(前回; 90.2%),後期高齢期群で78人; 89.7%(前回; 86.2%)という結果であった。前回と比較しても、壮年期群で1.6ポイント減少していたが、前期高齢期群で3.7ポイント,後期高齢期群で3.5ポイント増加しており、前回との差はほとんどなかった(図37)。



					人数(%)
			いる	いない	全体
	壮年期群	初回	57 (93.4%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
	11 ++ 797 4+	第2回	56 (91.8%)	5 (8.2%)	61 (100.0%)
Æ	前期高齢期群	初回	74 (90.2%)	8 (9.8%)	82 (100,0%)
十一曲シコルート		第2回	77 (93.9%)	5 (6.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
	1久州 同 即 州 什	第2回	78 (89.7%)	9 (10.3%)	87 (100.0%)
全体		初回	206 (89.6%)	24 (10.4%)	230 (100.0%)
	土仲		211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)

図37 同居の家族以外で緊急時な用があったとき にかけつけてくれる人はいますか?

#### [緊急時にかけつけてくれる人数]

「緊急時にかけつけてくれる人は何人いますか?」という質問では,「2~3人」と回答した人が104人;49.3%(前回;34.5%)と最も多く,前回よりも14.8 ポイント増加していた。また前回最も多かった「4人以上」という回答は,51人;24.2%(前回;43.7%)であり,前回に比べて19.5 ポイント減少していた。

緊急時に駆けつけてくれる人の人数で「2~3人」という回答はすべての年代群で最も多い回答であり、壮年期群では34人;60.7%(前回;43.9%)、前期高齢期群で28人;36.4%(前回;28.4%)、後期高齢期群で42人;53.8%(前回;33.3%)という結果であった。前回と比べると壮年期群で16.8 ポイント,前期高齢期群で8.0 ポイント,後期高齢期群で20.5 ポイント増加していた。

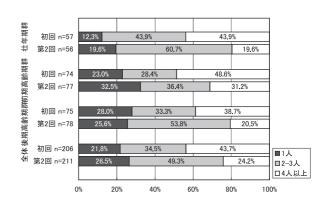
緊急時に駆けつけてくれる人が「4人以上いる」と回答した人を年代別にみると, 壮年期群では11人; 19.6%(前回; 43.9%), 前期高齢期群で24人; 31.2%(前回; 48.6%), 後期高齢期群で16人; 20.5%(前回; 38.7%)という結果であった。前回と比べると壮年期群で24.3ポイント, 前期高齢期群で17.4ポイント, 後期高齢期群で18.2ポイント

減少していた。

「2~3人」と「4人以上」を合わせ,緊急時に複数の人が駆けつけてくれる群と考えると,壮年期群で45人;80.4%(前回;87.7%),前期高齢期群で52人;67.5%(前回;77.0%),後期高齢期群で58人;74.4%(前回;72.0%)という結果であった。前回と比較すると後期高齢期群で2.4ポイント増加していたが,壮年期群では7.3ポイント,前期高齢期群で9.5ポイント減少しており,全体でも4.7ポイント減少していた。

駆けつけてくれるを「一人」と回答した人は56人;26.5%(前回;21.8%)であった。年代別に比較すると,壮年期群では11人;19.6%(前回;12.3%),前期高齢期群で25人;32.5%(前回;23.0%),後期高齢期群で20人;25.6%(前回;28.0%)という結果であった。前回と比較すると後期高齢期群で2.4ポイント減少していたが,壮年期群では7.3ポイント,前期高齢期群で9.5ポイント,

駆けつけてくれる人が「4人以上」という回答が減り、「2~3人」や「一人」が増えたという結果は、すべての年代に共通してみられる傾向であった(図38)。



						人数(%)
			1人	2-3人	4人以上	全体
	壮年期群	初回	7 (12.3%)	25 (43.9%)	25 (43.9%)	57 (100.0%)
	11.4-7014+	第2回	11 (19,6%)	34 (60.7%)	11 (19,6%)	56 (100,0%)
年齢コホート	前期高齢期群	初回	17 (23,0%)	21 (28.4%)	36 (48.6%)	74 (100.0%)
十四カコルート		第2回	25 (32.5%)	28 (36.4%)	24 (31.2%)	77 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	21 (28.0%)	25 (33.3%)	29 (38.7%)	75 (100.0%)
		第2回	20 (25.6%)	42 (53.8%)	16 (20.5%)	78 (100.0%)
全体		初回	45 (21.8%)	71 (34.5%)	90 (43,7%)	206 (100,0%)
	至14		56 (26.5%)	104 (49.3%)	51 (24.2%)	211 (100,0%)

図38 緊急時にかけつけてくれる人は何人いますか?

#### 考 察

今回の調査対象地区である仙台市青葉区は,2年前の基礎調査時に,55歳以上の住民が1,932人在住する地域であり,国見地区の高齢化率は15.6%であった130。2年前の基礎調査では,調査対象者のうち32.8%にあたる372人が調査協力者であり,今回の調査に協力してくれたのは,前回調査協力者の61.8%にあたる230人である。

調査から除外された人には死亡した人が8人含まれており,2年の間に55歳以上の初回調査協力者のうち2.2%の方が亡くなったことになる。調査から除外された人の割合を性別でみると,男性が33.8%,女性で41.0%であり,女性の脱落が目立っていた。また年代別の脱落率の比較では,壮年期群で38.4%,前期高齢期群で35.9%,後期高齢期群で40.0%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が考えられる。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。その結果,前回同様95%以 上の人が完全に自立しているという結果であった 13)。昨年行った気仙沼大島の調査では、ほとんど の項目で 0.3 ポイントから 4.8 ポイントというわず かな ADL の低下傾向が認められているが 14), 今回 の国見地区の調査では,低下している項目は全く認 められず,変化なしの項目から,最も高い変化を示 したのは,後期高齢期群における「自発活動」の 8.1 ポイント増というものであった。高齢者の場合, 加齢とともに日常生活動作能力は低下するというの が一般的な見解であるが,今回の結果では低下を示 すというよりも,全体的にやや向上しているという 結果であった。2年間で高齢者の ADL が向上する

という事実は考えにくいが,2年前の基礎調査時点から脱落の多かった地域で,2年後も調査に協力してくれるということは,おそらく今回の調査対象者が健康意識の高い優秀な高齢者群である可能性も考えられ,自分の健康管理や身体活動の維持向上に努力している人が多いという可能性も考えられるだろう。

疾患に関する調査では,7割前後の人が病気を有 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3.5ポイント増加しており,複数の病気を有し ている人も 10.0 ポイント増加している。病院にか かるような病気の増加傾向は3群の中でも前期高齢 期群で目立っており,複数の病気を有している人の 増加傾向は後期高齢期群で目立っている。前回大島 で行った追跡調査でも,前期高齢期群の病気の増加 傾向は認められており,今回の結果の過去の入院経 験の増加が前期高齢期群が最も多いことを合わせて 考えると,おそらく66歳から75歳という年代が病気 にかかりやすいひとつの時期といえるのかもしれな い14)。さらに,後期高齢期になると,病気の数が増 えていくことが今回の結果からも明らかになってい る。これは加齢が疾患に及ぼす影響と考えていいだ ろう。

また主観的健康感に関しては、7割弱の人たちが「とても健康」「まあ健康な方」と回答していたが、前回と比べると約10ポイント減少しており、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。また「前の方が健康」と感じている人は全体の約半数であり、年齢が高い群ほど「前の方が健康」と回答した人が多いという結果であった。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。また主観的な健康感が良好なことが「生きがい」と強い関連を

示すことが報告されており 7 ) 8 ) , 今後は生きがいの問題も含めて検討していく必要がある。いずれにしても健康状態は加齢の影響が現れやすい部分でもあり , 病気の数が増えるという客観的事実から考えても主観的な健康感が低下するのは , 加齢によるひとつの影響と考えることができるだろう。

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1.3 ポイントとわずかに上回っているが、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。また「よく眠れる」と「まあ眠れる方」を合わせた睡眠良好群は、前回よりもやや増えており、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。しかし前回調査時と比べた現在の食欲では,「前の方が食欲があった」という回答が年齢が高い群ほど多く,特に後期高齢期群の約4分の1の人たちは以前の方が食欲があったと回答していることから,食欲自体がないわけではないが,食欲に関する自覚は,年齢が高い群ほど低くなると考えることができるだろう。

老性自覚に関しては,全体で 0.9 ポイントとごく わずかに増加していた。老性自覚は増加することは あっても減少することはない項目であり大島スタディでも同様の結果であることを考えると,老性自覚 の経年変化はほとんどないか,あってもごくわずかであるものと考えられる 14)。

生活習慣についてみると、食生活に関しては、「魚中心」と「野菜中心」がほぼ4割弱ずつであり、前回に比べると「野菜中心」がやや増えている。野菜中心の食生活は特に「前期高齢期群で目立って増えており、少ない数ではあるが、前期高齢期群の「肉中心」という回答も減っている。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。

この傾向は大島スタディでも認められており、おそ らく食生活の中心が前期高齢期あたりで変化し始め る可能性を示唆する結果といえるだろう 14)。また食 べ物の好き嫌いに関しては、「ほとんどない」と回 答した人は全体の約7割であるが,前回と比べると 6.1 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。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お り、極端な偏食とアルツハイマー病との関連を示唆 する報告もあるため,今後は継続して詳細に検討し ていく必要があるだろうぷぷ。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5)19), 魚 の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告 113 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 12) 13) 14)。

入浴習慣に関しては,毎日入浴するという回答が86.5%であり,前回に比べて8.2ポイント増加していた。また毎日入浴する人は,年代が高くなるに従って減っていく傾向は前回と同様であるが,毎日入浴する人自体は前回よりもすべての群で増えており,後期高齢者であっても8割以上の人が毎日入浴するという結果であった。

入浴温度に関しては「ちょうどいい加減」が約4割と最も多いが,前回に比べると「熱めが好き」と「ちょうどいい加減」は全体的に減少しており,「ぬるめが好き」が10ポイント以上増加している。またこの傾向はすべての年代に共通していた。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,すべての年代で9割を超えており,全体的には毎日「ちょうどいい加減」から「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。

昼寝の習慣は約半数の人に見られ,前回よりも 16.9 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,特に年齢が高い群になるにつ れて増加傾向が著しかった。2年前の基礎調査時の372人のデータでは,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,今回の230人のデータでは,2人に1人が昼寝の習慣を有しているということになる。このうち毎日昼寝をする人は全体の約6割であり,週2~3回程度を含めると全体の9割弱ということになる。

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で,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いわれている²)。今回の追跡調査の結果では,30分以内の短時間の昼寝をする人が全体の45.1%であるが,年代の高い群ほど前回に比べて昼寝の時間が長くなっていく傾向がある。心身共に健康な高齢者には,短時間の昼寝の習慣を有する人が多いという報告²⁴)もあるため,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⁴³。

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 10.7 ポイ ント増加しており,43.0%の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おり,特に最も増加 傾向が高かったのは, 壮年期群で18.0 ポイント増 加という結果であった。一般に高齢者は年齢層が高 いほど運動をしないという報告があるが150,今回の 結果も,大島スタディの結果 14) もこれとは異なる ものであった。また毎日運動しているのは,前期高 齢期群が最も多く,週2~3回の運動を含めるとす べての群で2人に1人が週2~3回以上健康のため に運動しており、逆に運動していない人は壮年期群 で 9.8 ポイント,前期高齢期群で 10.3 ポイントと目 立って減少いることが明らかとなった。これらのこ とを考えると,今回の対象者は,前述したように健 康に関する意識の高い集団である可能性がここでも 示されているといえるだろう。

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全体で4.1人に1人であったが,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2.3人に1人、前期高齢期群で4.1人に1人、後期高齢期群で8.7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。この結果は前回とほとんど変化がなく、2年間の間で収入を伴う仕事をしている人の増減はほとんどないことが明らかとなった。

家庭の仕事に関しては,9割以上の人が「している」と回答しており,前回と差はみられなかった。 年代別の比較では,壮年期群で約5ポイント増加していたが,前期高齢期群と後期高齢期群では,ほとんど差がなく,家庭の仕事をほぼ毎日している人は,壮年期群と後期高齢期群でわずかに増えているということが明らかとなった。

一週間の外出頻度では,毎日外出する人が全体で 半数以上であり, すべての群でわずかに減少してい るものの,前回と大きな違いはみられなかった。年 代別に比較すると, 壮年期群の1.4人に1人, 前期 高齢期群の1.8人に1人,後期高齢期群の2.6人に 1人は毎日外出していることになる。また週2~3 回以上を含めると外出している人は全体の8割を超 えており, 壮年期群のすべての人, 前期高齢期群の 1.1人に1人,後期高齢期群の1.2人に1人は週2 ~ 3回以上は外出しているということが明らかとな った。外出頻度は運動と密接に関連するものであり, 運動習慣や家事などの身体活動を行っている人は高 い身体機能を有しており,活動範囲の拡大や積極的 な身体活動を遂行している高齢者が良好な身体機能 を有しているという報告もある20。このように健康 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。今回の対象者に関しては健康のために意識 して運動している人が増えていることを合わせて考 えると,やはり今回の対象者の健康に対する認識は 高く,積極的なライフスタイルを有する人たちであ る可能性は高いといえるだろう。

一方趣味活動を行っている人は前回よりも 3.9 ポイント増え,8 割の人が趣味活動を行っていることが明らかとなった。趣味活動を行っている人は,後期高齢期群で最も低いものの,7割以上が趣味活動

を行っており、壮年期群と前期高齢期群では、8割を超える人たちが趣味活動を行っていて、特に前期高齢期群で増加傾向が顕著に認められている。また趣味活動を行っている人の2人に1人はその活動を毎日行っており、今回の対象者が、身体的な健康面に対する配慮だけではなく、趣味や娯楽などの文化的な面にも目を向けたライフスタイルを持っていることが明らかとなった。他者との交流などの社会的交流頻度の多い群は、少ない群に比べて認知症の発症率が低いという報告もあり<sup>28)</sup>、今後は認知症の予防の可能性という観点からも検討していく必要があるだろう<sup>14)</sup>。

社会活動では,地域活動に参加している人が約4 割であり、全体として前回をわずかに上回っていた が,前回より減少したのは,壮年期群のみであった。 地域活動に参加している人は壮年期群で 2.4 人に 1 人,前期高齢期群で2.2人に1人,後期高齢期群で 2.6人に1人ということになる。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30.5%,3.3人に1人ということになるが, 前回と比べると壮年期群と前期高齢期群でわずかに 増加していたものの,後期高齢期群では21.4ポイ ント減少していた。地域活動に参加している人の数 が少ないために一概にはいえないが、これはおそら く後期高齢者の地域活動からの引退の可能性も考え させられる結果であった。社会的役割の存在は,地域 性に関係なく生きがいと関連する要因であり。),社 会的役割の喪失と生きがいとの関連も含めて今後検 討すべき課題である。

「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「新聞」が48.3%と約半数を占めており,2位の「テレビ」をほぼ10ポイント上回っていた。高齢者は一般にテレビを情報源とする人が多いと思われがちだが,今回の結果から,文字媒体を社会の情報源としているということが明らかとなった。

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、6 割以上を占めていた。年代が高い群ほど配偶者と一 緒にいる割合が少ないというのは以前行った大島の 調査と同様であるが、基礎調査時と比べると壮年期群と後期高齢期群でわずかに増加しているものの前期高齢期群でやや減少しており、その分「1人」という回答がやや増えている。高齢者にとって配偶者や子どもは、日常生活の中での具体的な支援者であるだけではなく、情緒的サポートの主たる提供者でもある 10)20。一般に年齢が高い群になるほど配偶者との死別の影響などによって日中を一人で過ごすことが多くなりがちと考えられるが、これが後期高齢期群ではなく前期高齢期群に起こっているという点については、今後検討すべき課題といえるだろう。

一方同居していない子供がいる割合は前回同様約 8割であるが,連絡頻度に関しては,壮年期群と前 期高齢期群において、「毎日連絡している」、「週2 ~ 3回連絡している」という頻繁に連絡している人 が前回よりやや増えているが,後期高齢期群におい て減少しているという結果であった。また「ふだん つきあいのある親戚はいますか?」の質問では,前 回に比べて後期高齢期群だけが減少している。後期 高齢期群ほど, ADL の低下や病気を有する人が多 いというなかで、同居していない子供との連絡頻度 が減っていたり,親戚づきあいが減っているという 点は,大きな問題といえるだろう。しかし「緊急時 に駆けつけてくれる人がいる」と回答したのは後期 高齢期群であっても約9割を占めており,そのうち 約4分の3の人たちには,駆けつけてくれる人が複 数いるという結果であった。高齢者の well-being に は,親族よりも非親族との関係が与える影響の方が 大きいという報告もあり 6 ) 18 ) 23 ), 近隣者との関係性 は今後の高齢社会において重要な役割を担ってく る。今後後期高齢期を支えていくためには,家族だ けではなく,地域でいかに支えていくかが大きな課 題といえるだろう。

今回の追跡調査の結果から,全体として病気を有する人の増加傾向や,主観的健康感の低下傾向,老性自覚の増加傾向,緊急時に駆けつけてくれる人数の減少傾向など,加齢に関連したいくつかの影響がみられた。しかし,健康のための運動や,昼寝の習慣の実行,趣味活動の推進など,介護予防に関する積極的努力や,趣味活動に代表される生活の質の向

上に関連するプラス方向への変化がいくつか認められた。これらのことを考えると,たとえ加齢の影響は避けられなくても,それに対抗する生活習慣を維持,あるいは向上しようとする積極的なライフスタイルがうかがわれた。

しかし,今回の調査対象者は,前回の基礎調査協力者の61.8%にあたる人たちであり,142人が脱落している。また悉皆調査とはいっても初回調査時点で協力者が20%を切っていること,さらに今回の対象者が調査対象となる住民の11.9%であることを考えると,今回の対象者は加齢や健康維持に対する問題意識の高い優秀な一群である可能性も否定できない。もしそうであるとすれば,今回の調査協力者230人の結果と,今回脱落した142人の基礎調査時点での比較が必要であり,そのことによって健康を維持する要因が明らかになってくる可能性がある。今後は以前行った大島スタディの結果14)も含め,分析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仙台市青葉区国見地区の皆様,ならびに町内会の皆様,調査に多大なご理解を示してくださった仙台市役所等の関係諸機関の皆様に感謝を申し上げたいと思います。また実際に調査員としてトレーニングを受け,調査に望んだ東北福祉大学の学生を中心とする24名の調査員の皆様に心より感謝を申し上げます。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

#### (参考文献)

- Alistair Burns編,宮尾眞一監訳:老化と痴呆.
   メディカルブックサービス,1995.(名古屋)
- 割田隆:アルツハイマー病のリスクファクター.
   Dementia Japan, 13; 44-51, 1999.
- 3 ) Dishman RK, Buckworth J:Increasing physical activity; A quantitative synthesis. Medicine and Science in Sports and Exercise, 28;706-719, 1996.

- 4 ) Dunn AL, Andersen RE, Jakicici JM: Lifestyle physical activity interventions; History, short-and long-term effects, and recommendations. American Journal of Preventive Medicine, 15:398-412, 1998.
- 5) Engelhart, M.J. et al: Dietary Intake of Antioxidants and Risk of Alzheimer 's Disease. JAMA, 287; 3223-3229, 2002.
- 6 ) Felton BJ,Berry CA:Do the sources of the urban elderly's social support determine its Psychological consequences? Psychology and Aging,7:89-97,1992.
- 7)藤田利治,大塚俊男,谷口幸一:老人の主観的幸福感とその関連要因.社会老年学,29;75-85, 1989.
- 8)藤田利治,籏野脩一,大塚俊男他:長寿と「生きがい」、医学のあゆみ,132:981-986,1985.
- 9) 長谷川明弘,藤原佳典,星旦二他:高齢者における「生きがい」の地域差;家族構成,身体状況,ならびに生活機能との関連.日本老年医学雑誌,40;390-396,2003.
- 10) 平野順子:都市居住高齢者のソーシャルサポート授受;家族類型別モラールへの影響.家族社会学研究,10;95-110,1998.
- 11 ) Kalmijn,S.,Launer,L.J.,Ott A.,et al:Dietary fat intake and the risk of incient dementia in the Rotterdam Study.Annals of Neurology,42;776-782,1997.
- 12)加藤伸司,阿部哲也,矢吹知之他:加齢と健康 に関する縦断研究の基礎調査-気仙沼大島住民悉 皆調査-.高齢者痴呆介護研究・研修仙台センタ ー研究年報,No.3;25-36,2003.
- 13)加藤伸司,小野寺真,目黒泰他:加齢と健康に 関する縦断研究の比較調査-青葉区国見住民悉皆 調査-.高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター 研究年報,No.4;1-24,2004.
- 14)加藤伸司,矢吹知之,吉川悠貴他: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 センター研究年報,No.5;1-28,2005.
- 15)川本龍一,吉田理,土井貴明:地域在住高齢者 の精神的健康に関する調査.日本老年医学雑誌,

- 41; 92-98, 2004.
- 16 ) King AC,Rejeski WJ,Buchner DM:Physical activity interventions targeting older adults;A critical review and recommendations.American Journal of Preventive Medicine,15:316-333,1998.
- 17) 葛谷文男,下方浩史編:老化に関する縦断研究 マニュアル.診断と治療社,1996.(東京)
- 18) Lee GR, Ishii-Kuntz M:Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly.

Research on Aging,9459-482.1988.

- 19) Morris, M.C. et al: Dietary Intake of Antioxidant Nutrients and the Risk of Incident Alzheimer's Disease in a Biracial Community Study. JAMA, 287;3230-3237,2002.
- 20) 西村昌記,石橋智昭,山田ゆかり他:高齢期における親しい関係;「交友」「相談」「信頼」の対象としての他者の選択.老年社会科学,22;367-374,2000.
- 21) 大國美智子: 人生の終末期における QOL;福祉の立場から.日本老年医学雑誌,33;508-511,1996.
- 22)島田裕之,内山靖,加倉井周一:高齢者の日常 生活内容と身体機能に関する研究.日本老年医学 雑誌,39;197-203,2002.
- 23 ) Shimons RL:Specificity and substitution in the social networks of the elderly.International Journal of Aging and Human Development,18;121-139,1983.
- 24)田中秀樹,城田愛,林光諸他:高齢者のライフスタイルと睡眠習慣についての検討.老年精神医学雑誌,7;1345-1350,1996.
- 25) 東京都老人総合研究所:中年からの老化予防に 関する医学的研究.長期プロジェクト研究報告書, 2000.
- 26)植木彰:アルツハイマー病の危険因子としての 食事栄養素:脂肪酸摂取バランスの重要性.Dementia Japan, 13;69-77, 1999.
- 27)植木彰:高齢者の痴呆と栄養.日本老年医学会雑誌,37;939-948,2000.
- 28) Wang, H., Karp, A., Winblad, B.et al: Late-Life

- Engagement in Social and Leisure Activities Is Associated with a Decreased Risk of Dementia: A Longitudinal Study from Kungsholmen Project. American Journal of Epidemiology, 155;1081-1087, 2002.
- 29) 矢吹知之,加藤伸司,阿部哲也他:加齢と健康 に関する縦断的介入研究.高齢者痴呆介護研究・ 研修仙台センター研究年報,No.4;25-38,2004.
- 30) 吉尾千世子: 高齢者の QOL に関する研究; 主 観的幸福感と自己価値との関連.月刊ナーシング, 17; 136-145, 1997.

Follow-up Survey for a Longitudinal Study of Aging and Health

- Follow-up Survey on Elderly Residents of a 2-Year Period: The Kunimi Study -

By

Shinji KATO<sup>1,2</sup>, Yuki YOSHIKAWA<sup>1</sup>, Tomoyuki YABUKI<sup>1,2</sup>, Tetsuya ABE<sup>1,2</sup> Hirotake ASANO<sup>1,2</sup>, Kiichi NAGASHIMA<sup>1,3</sup>, Ai HONMA<sup>1</sup>,Emi OOWADA<sup>4</sup>, Hiroshi ITAZAWA<sup>5</sup>

From

<sup>1</sup> SENDAI Dementia Care Research and Training Center

<sup>2</sup> Tohoku Fukushi University

<sup>3</sup> Nihon University

<sup>4</sup> Graduate School of Tohoku Fukushi University <sup>5</sup> Department of Welfare Psychology, Tohoku Fukushi University

#### Summary

This follow-up survey is a part of a longitudinal study that started in 2003 in the Kunimi section of Aoba Ward, Sendai City, to examine the changes that have occurred in two years' time. From August 2 to September 28, 2005, we visited and interviewed 230 subjects (96 men and 134 women) out of 372 residents aged 55 years or older in Kunimi. The answers obtained in this survey were compared with the basic data of the same 230 residents collected two years ago.

The survey revealed some age-related trends, such as the rising number of people who suffer from diseases and who are aware of their aging as well as the decreasing number of people who think they are healthy and are willing to go out. On the other hand, the findings showed that more people enjoy their hobbies and pursue them more often. The number of people who exercise every day and make a habit of taking a nap also increased. The level of activities involved in daily living also improved. The results showed that the subjects are trying to keep themselves healthy and improve their quality of life.

However, 40.3% of respondents who participated in the last survey two years ago dropped out the research this time. This may imply that the 230 participants in this survey are a cohort of people who maintain their health. A future issue would be to compare the basic data collected two years ago from both the people who dropped out of the survey and those who participated and examine the differences in their lifestyles at that time.

Key words: Aging, Health, Longitudinal study, Follow-up survey

# 加齢と健康に関する縦断的第2次介入研究

矢吹知之<sup>1,2</sup>,加藤伸司<sup>1,2</sup>,阿部哲也<sup>1,2</sup>,吉川悠貴<sup>1</sup>, 浅野弘毅<sup>1,2</sup>,長嶋紀一<sup>1,3</sup>,川上吉昭<sup>4</sup>,板澤 寬<sup>5</sup>

- 認知症介護研究・研修仙台センター1
  - 東北福祉大学2
    - 日本大学3
  - 感性福祉研究所 4
- 東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科5

要 約:本研究は,地域在住高齢者の効果的な介護予防活動および介入プログラムの実用性と有効性を検証することを目的として行った。気仙沼大島地区を対象に,2003年の結果を検討し効果的であると考える生活介入型健康運動プログラムを提案し,実施率や身体機能測定値(6項目)の変容から介入前後を比較検討した。結果,介入前後の身体機能測定値では,「膝伸展筋」と柔軟性を測る「長座体前屈」が有意に向上し,「棒反応」については,有意に低下していた。また,参加者を「向上・維持群」と「低下群」のカテゴリーに分類し比較したところ,「棒反応」以外の5項目は維持または向上していることから敏捷性以外の項目は向上していた。

生活介入という視点から見た,運動プログラムの実用性については,初年度の結果も踏まえ,生活の動作中に含まれる運動である「歩行(walking)」と「微細運動(fingers)」に限定することによって実用性が高まり,継続性が期待できる可能性が見いだされた。そして,これらの運動を行うことによって,膝伸展筋と握力が有意に向上することから,高齢期の下肢筋力低下の抑制にきわめて有効な運動プログラムであることが示唆された。さらに,これらの運動の継続性を向上する予測因子として握力測定値が有効であった。生活介入型運動プログラムを実施することによって,地域在住高齢者の改正介護保険法における介護予防サービスを補完する活動となることが期待できる。

Key Words: 介入プログラム , 健康 , 適用 , ポピュレーションアプローチ

#### 研究の背景と目的

要支援や要介護状態になっても,可能な限り住み 慣れた地域において生活を継続するためには,各地 域においてそれ以前の状態から,介護予防に関する プログラムや事業が包括的かつ継続的に実施される ことによって未然に予防することができる。

2005年の6月に可決された改正介護保険制度によって,介護保険の理念である「自立支援」がより明確に示され,予防重視型システムへの転換が図られようとしている。改正法では,既に要介護状態にある高齢者の介護度の悪化を防ぐ新予防給付と,すべての高齢者を対象に要介護状態になることを防ぐ地域支援事業に区別された。こうした介護予防事業の

効果的なマネジメントにおいては,活動前後の個人の身体機能および筋力の結果を評価し,改善,低下,維持を明らかにしたうえで,個別性を重視し継続的に支援することがきわめて重要になる。鈴木らは,介護保険改正に向けたモデル事業研究として全国69市町村の要支援から要介護2ハイリスク者の高齢者を対象に介護予防モデル事業を行った。3ヵ月間の介入によって身体機能に関する測定値は,11種目中,1項目を除き有意に改善し,要介護度の1次判定においてはマシン使用の有無に関わらず,すべての群において有意に改善したと報告している。1060

このように,ハイリスクアプローチについては,本人および周囲が心身の機能低下に気づきやすく,参加への明確な動機付けがなされやすいことから介護予防の意識付けは容易である。一方,地域支援事

業の対象者となる地域在住の多くの高齢者については、心身の諸問題が潜在化し、結果的にハイリスクの近似状態となった段階で顕在化することが予想される。今回の法改正によってポピュレーションアプローチの重要性が施策として明確に示されたものの、高齢者自身が自覚し、主体的に活動し、支援事業に参画しなければ、地域において効果的に介護予防事業が展開することは難しい。つまり、地域住民の日常生活習慣が介護予防を意識したものへの変容が求められている。そのためには、単に知識の伝達や啓蒙・啓発だけではなく、計画的に介護予防と健康のセルフプロモーションに対して主体的な行動へと繋がる「知識の受容」「態度の変容」「行動の変容」を段階的に働きかけていくことが重要となる。4)77)

我々は、平成14年度より、気仙沼市大島地区を対象に、加齢が健康にどのような影響を及ぼすかを明らかにするための基本的な状況を把握することを目的に55歳以上の全住民を対象として訪問調査による加齢と健康に関する悉皆調査(以下大島スタディ)を行っている。また、前述の対象に対して15年度には介護予防を目的とした介入調査をおこない、参加者の身体機能水準の実態を明らかにし、日常生活への効率的な運動の習慣化を目的とした運動プログラムの提案をしその検証を行った。その結果、歩行に関する種目の実施率が高いうえに効率的に下肢筋力が向上し、そうした行動が余暇活動と認識され住民相互のコミュニケーションのきっかけとなることが明らかになった。2)8)

今回は,2年後の追跡調査として,身体機能測定値の平均値の比較を行う。また,前回の結果をもとにして,より効果的であると考える生活介入型健康運動プログラムを提案し,実施率や身体機能測定値の関連から,より地域在住の高齢者の生活に根ざした日常的に実施可能な運動プログラムを作成し,その妥当性を検証することが目的である。

#### 方 法

#### 1)対象地区

本研究の対象地区は,東北最大の島である宮城県 気仙沼市大島地区を選定した。平成16年3月31日現 在で島民3,788名,65歳以上の人口1,235名で高齢化 率は32.6%であった。

#### 2)対象者

大島スタディと同様の調査対象者で気仙沼市大島 在住の57歳以上の1,550名を対象に行った。期間は 2005年9月~2006年2月を介入期間として設定し た。介入は介護予防と認知症の理解に関する健康講 座を大島の地区ごとに2回(計10回)開催しその介 入プログラム参加者を対象者とした。参加者は第1 回プログラムの身体機能測定224名,聴き取り調査 223名で,追跡調査となる第2回目プログラムでは 身体機能測定149名,聴き取り調査145名であった。 本研究の分析の対象者となるのは,初回,追跡調査 いずれも参加した116名で,平均年齢は,75.78± 6.68歳,男性30名(25.9%),女性86名(74.1%)であった。

#### 3)介入プログラムの手続きおよび内容

本研究における大島住民への介入調査は,気仙沼市自治体,地域老人クラブ(大島老人クラブ連合会),地域の福祉サービス提供事業所および認知症介護研究・研修仙台センターの共同事業として展開した。初回介入プログラムの参加の募集は,老人クラブの地区会長に依頼した。その後地区会長がとりまとめを行い地区ごとに老人クラブ事務局に申込を行い人数の把握をした。開催は,気仙沼市大島地区を5地区に分類し対象者の居住地に近い,公民館,自治会館等を会場として行った。2回目のプログラムの参加者募集は,前回参加者に郵送で日程を連絡し,出欠の事前確認は行わなかった。

介入プログラムは,1回につき約2時間行った。 内容は,介護予防,認知症の理解を目的とした講義 を20分間行い,その後健康チェック,身体機能測定 を行った。また,健康や地域生活に関する質問紙を 用いた聴き取り調査を行った。さらに,15年度の結 果をもとに新たに作成した日常生活の中で比較的実 施しやすいと思われる簡単な運動の説明を実技とし て行い,内容を図示したポスターを配布した。同様 の内容で,4ヵ月後に追跡を行った。

#### 4)身体機能測定種目の選定

身体機能測定種目は,平成17年度に介護予防市町 村モデル事業で実施された種目を参考にして,虚弱 高齢者にとっても安全にかつ簡易に実施できること を配慮し実施種目の選定を行った。測定種目は次の とおりである。上半身の筋パワーについて,握力測 定を用いた。測定にはスメドレー式握力計(竹井機 器工業)にて左右2回ずつ測定し高値を採用した。 敏捷性は棒反応測定(竹井機器工業:長さ45cm, 直径 2.4cm ものに 5 mm 単位の目盛りをつけた木製 の棒)にて7回測定し最高と最低の記録を捨て中の 5 つを平均した値を記録とした。歩行能力および下 肢の筋力測定には,日常生活中の歩行動作および能 力を測定することを目的とした Timed up & go (以 下 T-up & go) を採用した。柔軟性は,デジタル長 座体前屈計(竹井機器工業)にて測定した。下肢筋 力の測定には,等尺性筋力測定装置(アニマ株式会 社 u Tas F-1)を用いて膝伸展筋力を2回測定し高 値を採用した。また,歩行能力ならびにバランス能 力の指標として,西澤の歩行能力の加齢変化に関す る研究で報告された足底角の定義を参考に同様の器 具を作成し足底角の測定を行った。5)なお,今回は 介護予防モデル事業で実施された「ファンクショナ ルリーチ」と「開眼片足立ち」「閉眼片足立ち」は 実施していない。それぞれの計測値は4ヵ月後再び 同様の種目について測定し介入前後の変化量の比較 検討を行った。

#### 5)聴き取り調査の内容

聴き取り調査の初回調査時には講座の評価,ADL と地域活動の参加頻度,運動習慣,過去一年の入院 歴,過去の転倒経験などを中心に聞き,2回目調査 時には,継続希望,主観的健康度,運動実施による 日常生活の変化,ここ4ヵ月間の病歴,転倒経験を調査した。運動プログラムは初回聴き取り調査時に実施の可能性を聞き,4ヵ月後の2回目調査時にはその結果を問い,その数値から地域生活の中で実施可能な健康運動種目の検討ならびにこの地域において効果的な介入プログラムの検討を行った。また,講義の教育効果の測定には,講義内容を反映させた健康意識と態度に関する質問項目を設けた。

#### 6)生活介入型運動プログラムの内容

平成15年度に提案した運動プログラム(いきいき4とき運動)では、歩行に関する項目の実施率が高く、食事時の項目、巧緻性を高める補助運動の実施率が低かったことから、実施場面をさらに限定し、歩行運動を補足した内容に改良した「いきいき3とき運動」を作成した。さらに、歩行の実施率向上に向けて万歩計を貸与し、記録用紙を添付したポスターを作成した。作成コンセプトは前回と同様に実施の際対象者が特別な準備や器具を購入せず、これまでのライフスタイルの変化を必要としないことを前提として、生活に必要と考えられる体力の向上を目的として提案した(資料1)

資料1 生活介入型動動プログラム



#### 7)分析方法

身体機能体力水準の実態と加齢による変化量につ いては,1回目プログラム測定時と運動実施の働き かけを行った4ヵ月後の2回目プログラム測定時の 変化量を対応のあるt検定で平均値の比較を行っ た。提案した運動の効果を測定するために,運動プ ログラムの実施,非実施と各身体機能測定値の平均 の比較を行った。また,プログラム(5項目)の実 施の有無を目的変数,各測定値6項目を説明変数と して, 多重ロジスティック回帰分析を行い初回の身 体機能測定値によるプログラムの実施との関係を確 認した。各身体機能測定値を維持・向上群と低下群 で提案したそれぞれの運動プログラムの項目の実施 率でそれぞれクロス集計を行った。また,介入プロ グラムで地域住民に提案した健康運動の実施予測と 実施結果の平均値の間の差の検定は Wilcoxon 符号 付順位検定を行った。なお,比較の際,継続的に参 加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 SPSS を使 用した。

#### 結 果

#### 1)対象者の属性および経年比較

本研究は2003年に実施した「加齢と健康に関する介入研究」の追跡調査である。その属性の変容を調べるにあたり、日常生活の健康や地域活動の志向に関する基本項目について比較した。まず、「日常生活の健康作りを目的とした運動習慣」については、2003年の調査では76.0%が「実施している」に対して、今回は72.6%が「実施している」と回答しており3.4%減少していた。一方、「地域活動への参加」については、2003年は70.8%であったのに対し、2005年は73.5%が地域活動へ参加しており、地域活動への参加が増加していることが明らかになった。「健康状態の自覚」については、2003年では、「とても健康」「まあ健康」を合わせると、84.9%が健康であると自覚しているのに対して、2005年は77.9%

表 1 参加者の属性 | 縦断比較

	2003年	2005年
	( n=249 )	( n=272 )
〔年齢〕	74.77 ± 6.51	$75.78 \pm 6.68$
〔年齢群〕		
壮年期群	11.8%	8.1%
前期高齢者群	40.2%	38.2%
後期高齢者群	48.0%	53.7%
〔属性〕		
男性	16.3%	25.9%
女性	83.7%	74.1%
〔健康のために運動をし	<b>しているか</b> 〕	
している	76.0%	72.6%
していない	24.0%	27.4%
〔地域活動への参加〕		
している	70.8%	73.5%
していない	29.2%	26.5%
〔健康状態の自覚〕		
とても健康	27.0%	20.8%
まあ健康	57.9%	57.1%
あまり健康ではない	14.3%	17.0%
健康ではない	0.8%	5.2%

が「健康である」と感じていることから、健康自覚度が低下していると言う結果が示された。2003年から2年が経過していることからも、ライフスタイルに加齢の影響が現れていることが分かる(表1)。

#### 2 ) 身体機能水準測定値の介入前後による比較

前回の調査終了後から,今回の調査実施までに介護保険改正に伴う,介護予防モデル事業が行われており,高齢者の身体機能測定項目の検証がなされた。こうした背景から,前回調査と今回の調査においては測定項目の内容を変更することとした。なお,分析は,効果測定を行うため,介入前後の2回測定した者のみを対象として,平均値の比較を行った。なお,各測定項目については,握力は上肢の筋力及びそれらの協調性を測定する。膝伸展筋は下肢筋力と独歩能力を測定し,T-up & go は,総合的な移動能力の評価テストで最も一般的に用いられている。足底角は,歩行能力に起因する腓頸骨筋およびその周

表 2 介入前後および経年の身体機能測定値の変化量

		200	3年		200	)5年		2005年測定	値の変化
		介入前	介入後		介入前	介入後		向上・維持群	低下群
担力(1)	n	113	113		96	96		49	34
握力( kg )	Mean ± S.D	25.84 ± 6.97	26.54 ± 6.44	*	27.06 ± 8.40	26.78 ± 8.25		59%	41%
	n	-	-		97	97		69	9
膝伸展筋( kg )	Mean ± S.D				24.59 ± 10.27	31.62 ± 11.95	* * *	88.5%	11.5%
T 0 (Th)	n	110	110	*	99	99		51	31
T-up & go (秒)	Mean ± S.D	7.85 ± 1.53	7.31 ± 0.89		7.18 ± 1.53	7.02 ± 1.73		62.2%	26.3%
口 克 各 帝 / 帝 /	n	-	-		99	99		53	29
足底角度(度)	Mean ± S.D				15.31 ± 6.57	16.11 ± 6.80		64.6%	35.4%
	n	-	-		100	100		54	28
長座体前屈(cm)	Mean ± S.D				28.70 ± 8.72	30.72 ± 7.76	* * *	65.9%	34.1%
	n	112	112		100	100		35	47
棒反応( cm )	Mean ± S.D	30.02 ± 8.30	30.29 ± 6.77		27.46 ± 7.82	30.11 ± 6.63	* * *	42.7%	57.3%

(対応のある t 検定)

(\*\*\*p < .001, \*\*p < .01, \*p < 05: p < 10)

辺の筋肉の柔軟性の指標として用いられ,加齢の影響を受けやすい部位でもある。長座体前屈は,体幹や脚部の柔軟性を測定する項目である。そして,棒反応は敏捷性を測定するものである。

介入の前後の測定値と各項目について,対応のある t 検定を行った結果,膝伸展筋(t=-10.27,df=96,p<.001),長座体前屈(t=-3.32,df=99,p<.001),棒反応(t=-3.52,df=99,p<.001)についてそれぞれ有意な差が見られた(表2)。膝伸展筋,長座体前屈は有意に向上しているが,棒反応は低下していることが分かる。また,それぞれの測定結果を「向上・維持群」、「低下群」に分類し全体の割合で比較をしてみた。この分類について,藤原らは老研式活動能力指標の得点をもとに分類したが本研究においては,実数値を用いており,長期的な縦断調査を計画していることから高齢期の筋力の維持を向上と同様に捉えている。

今回介入前後に測定できた参加者を前述の2群に 分類しその割合を比較したところ,最も「向上・維持」した人が多い測定項目は,「膝伸展筋」で「向上・維持群」が69名(88.5%)で「低下群」は,9 名(11.5%)であった。以下,「長座体前屈」,「足 底角度」,「T-up & go」,「握力」の順で向上・維持した参加者が多い結果となった。一方,最も「低下群」が多かったのは「棒反応」で「向上・維持群」が35人(42.7%)で,「低下群」が47人(57.3%)であった。また,2003年の調査においても同様に棒反応のみ低下していた。これらの結果から,敏捷性についての介入の効果が現れにくく,歩行能力や下肢の筋力,柔軟性については介入効果が現れやすいことが示された。

3)生活介入型運動プログラムの実施の実用性の評価 介入プログラムへの参加者には、日常的に実施で きる生活介入型運動プログラム(いきいき3とき運 動)を提案した。提案の際にそれぞれの効果、なら びに実施の手順を指導し、より実施しやすいよう、 運動プログラムを図示したポスターを配布した。ま た、万歩計の使用に関しては、何歩歩いたかを書き 込めるようにポスターに記入欄を設けた。

運動プログラムの実施のしやすさの評価指標として,介入前後に実施予測と実施結果を聞くことによって後ろ向きおよび前向き調査をすることとした(表3)、「毎日実施(できそう)(できた)」、「ほと

表3 生活介入運動プログラムの実施予測と結果

		步行(v	valking)	柔軟( on t	he bed )**	微細運動	fingers )* *	下肢筋力	( legs )***	万歩計使用( p	pedometer )***
		予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果
<b>与口字</b> 族	n	44	19	55	12	63	40	46	8	50	12
毎日実施	%	51.8%	22.4%	61.8%	13.5%	70.0%	44.4%	59.7%	10.4%	61.0%	14.6%
<b>宣传在中</b> 体	n	32	37	29	41	24	37	24	24	26	32
高頻度実施	%	37.6%	43.5%	32.6%	24.1%	26.7%	41.1%	31.2%	31.2%	31.7%	39.0%
	n	6	9	5	15	3	2	4	16	3	12
低頻度実施	%	7.1%	10.6%	5.6%	16.9%	3.3%	2.2%	5.2%	20.8%	3.7%	14.6%
de chi è∕a	n	3	20	0	21	0	11	3	29	3	26
非実施	%	3.5%	23.5%	0.0%	23.6%	0.0%	12.2%	3.9%	37.7%	3.7%	31.7%
<b>△</b> ÷1		85	85	89	89	90	90	77	77	82	82
合計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値		3.42	2.38	3.52	2.06	3.7	3.3	3.43	1.75	3.42	1.96

(Wilcoxon 符号付順位検定) (\*\*\*p<.001, \*\*p<.01, \*p<05: † p<10)

んど実施(できそう)(できた)」、「あまり実施(で きそうにない)(できなかった)」、「実施(できなそ う)(できなかった)」の4段階評価を,介入前を 「予測」,介入後を「結果」として比較を行った。 Wilcoxon 符号付順位検定の結果 ,「柔軟」[on the bed] (p < .01),「微細運動 [fingers]」(p < .01),「下 肢筋力 [legs]」(p < .001),「万歩計使用 [pedometer]」 (p < .001)で有意差が認められた。「歩行」[walking] については,実施予測と結果では大きな差が生じに くいことが明らかになった。また,実施率結果の平 均得点から実施しやすさを比較すると,手指(微細 運動)[fingers] 3.30点,歩行[walking] 2.38点,柔軟 [on the bed] 2.06点,万歩計使用 [pedometer] 1.96点, 下肢筋力 [legs] 1.75点の順で実施しやすいことが示 された。この結果から「歩行」以外の項目は,実施 予測とその結果では大きく異なり,毎日できるとい う予測は達成される可能性が低く,特に下肢筋力に 関する運動プログラムは実施されにくいことが明ら かになった。最終的な実施率の高さにおいても、下 肢筋力の実施率は最も低いことが示されている。

# 4) 生活介入型運動プログラムの有効性の評価

生活介入型運動プログラムの有効性を評価するために,実施の有無と筋力測定数値の差を比較した。それぞれの項目の実施結果を「毎日実施できた」,「ほぼ毎日実施できた(高頻度実施)」を「実施群」に,「あまり実施できなかった(低実施群)」,「実施できなかった」を「非実施群」と置き換えて,各測定数値で比較した。t検定を行い以下の結果を得た(表4),

歩行 [walking] では,膝伸展筋間で有意差が認められた(t=-2.86, df=92, p<.01)。また,握力では有意傾向が示された(t=-1.89, df=88, p<10)。歩行に関する運動プログラムを実施した参加者の方が数値が向上していることが分かる。また,有意差は認められていないが棒反応以外の数値は実施群の方が高くなっている。

柔軟 [on the bed] では,握力間で有意差が認められた (t=--2.06, df=88, p < 05)。柔軟に関する運動プログラム実施群は「握力」が向上していることが分かる。その他の測定値については,足底角度,長座体前屈の測定値が向上していた。

微細運動 [fingers] は,有意差が認められた項目は

表 4 生活介入型運動プログラム実施による測定値の変化量

		歩行 ( \	walking)	柔軟(or	n the bed )		微細運動	( fingers )	下肢筋力	( legs )	万歩計使用	( pedometer )
		実施	非実施	実施	非実施		実施	非実施	実施	非実施	実施	非実施
握力	n	58	32	53	37		79	13	33	54	49	42
( kg )	Mean ± S.D	26.57 ± 6.89	23.77 ± 6.33	† 26.74 ± 6.65	23.76 ± 6.86	*	25.67 ± 6.52	25 ± 8.16	26.42 ± 6.83	25.19 ± 7.14	28.18 ± 7.91	23.83 ± 6.97 **
膝伸展筋	n	61	33	55	39		81	15	33	57	50	44
( kg )	Mean ± S.D	31.57 ± 9.01	25.97 ± 8.99	** 30.42 ± 9.75	27.98 ± 9.09		29.05 ± 9.38	29.84 ± 9.21	30.55 ± 9.77	29 ± 9.54	31.64 ± 12.3	29.31 ± 8.46
T-Up & Go	n	61	33	55	39		81	15	33	57	50	44
(秒)	Mean ± S.D	7.26 ± 1.84	7.47 ± 2.26	7.15 ± 1.33	7.53 ± 2.66		7.34 ± 2.05	7.2 ± 1.53	7.05 ± 1.25	7.41 ± 7.41	7.04 ± 1.19	7.59 ± 2.64
足底角度	n	61	32	55	38		81	14	33	56	49	44
(度)	Mean ± S.D	16.02 ± 7.09	15.66 ± 5.06	15.35 ± 6.14	16.34 ± 6.81		15.9 ± 6.85	14.43 ± 4.55	15.64 ± 6.32	15.64 ± 6.85	15.33 ± 6.23	16.39 ± 6.98
長座体前屈	n	61	33	55	39		81	15	33	57	50	44
(cm)	Mean ± S.D	30.36 ± 7.95	32.66 ± 7.93	30.7 ± 8.17	31.78 ± 7.44		30.94 ± 8.25	30.63 ± 6.40	31.13 ± 6.63	31.47 ± 8.53	31.13 ± 6.93	31.1 ± 8.91
棒反応	n	61	33	55	39		81	15	33	57	50	44
(cm)	Mean ± S.D	30.82 ± 6.44	29.99 ± 7.70	30.39 ± 6.48	30.8 ± 7.38		30.7 ± 6.77	29.8 ± 6.93	31.54 ± 6.90	30.15 ± 6.83	30.73 ± 6.79	29.57 ± 7.15

(t 検定)

( \*\*\*p<.001, \*\*p<.01, \*p<05: † p<10 )

表 5 生活介入型運動プログラムの実施に対する要因(多重ロジスティック回帰モデル)

	步行 (	walking)	柔軟 (0	on the bed )	微細運動	力(fingers)	下肢筋	力(legs)	万歩計使用	( pedometer )
測定項目	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
握力	1.05	.93-1.01	1.1 †	1.03-1.22	1.07	.93-1.22	1.02	.93-1.12	1.13*	1.02-1.25
膝伸展筋	1.08*	1.01-1.18	0.96	.90-1.04	0.93	.85-1.02	1.02	.95-1.09	0.97	.90-1.03
T - up&go	0.93	.65-1.33	1.06	.762-148	0.96	.63-1.46	0.88	.60-1.29	0.9	.67-1.20
足底角度	1.02	.94-1.14	0.98	.90-1.05	1.05	.94-1.09	0.99	.92-1.07	0.97	.90-1.04
長座体前屈	0.92	.8599	0.98	.92-1.05	1	.92-1.09	0.99	.93-1.05	1.22	.96-1.08
棒反応	1.05	.97-1.15	0.99	.91-1.07	1.03	.89-1.12	1.05	.96-1.15	1.06	.98-1.14

( \*\*\*p<.001, \*\*p<.01, \*p<05: † p<10 )

ない。また,測定値は介入による変化が見られないことからこの項目は影響を及ぼさないことが分かる。

下肢筋力 [legs] は,有意差が認められた項目はない。有意差が認められないものの,「握力」と「膝伸展筋」の測定値は向上した。

万歩計使用[pedometer]は,握力間で有意差が認められた(t=--2.75,df=89,p < .01)。万歩計使用者は,握力が向上していることを示している。有意差は認められなかったものの,「膝伸展筋」,「T-up & go」

の測定値が向上した。

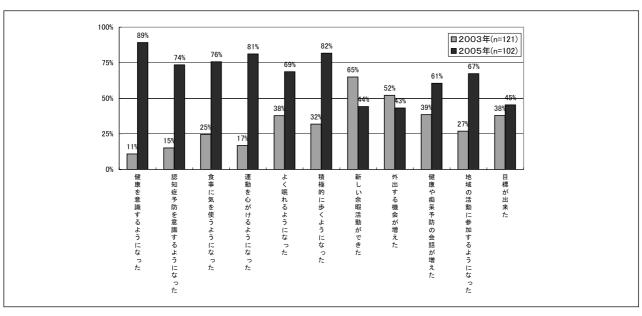
5)筋力測定値による生活介入型運動プログラムの実施予測因子

各運動プログラム実施を実施(1),非実施(0)を目的変数,初回調査時の各身体機能測定値(6項目)を説明変数として用いて,ロジスティック回帰分析を用いて初回測定値から継続実施の要因を予測した(表5)。その結果,「歩行(walking)」で,「膝伸展筋」が正の関連する有意な項目であった。

表 6 介入プログラム参加による日常生活の意識・態度の変化の経年比較

		20	03年	20	 05年
		向上	変化無し	向上	変化無し
健康を意識するようになった	n	13	106	91	11
<b>健康で息調するようになうた</b>	%	10.9%	89.1%	89.2%	10.8%
認知症予防を意識するようになった	n	18	101	75	27
認知独立的で思識するようになった	%	15.1%	84.9%	73.5%	26.5%
食事に気を使うようになった	n	29	89	78	25
艮争に刃を使りよりになりに	%	24.6%	75.4%	75.7%	24.3%
でまれた ふぶけつ トミ ロナン・ナー	n	20	99	82	19
運動を心がけるようになった	%	16.8%	83.2%	81.2%	18.8%
トノ四かフトミーナ\ - +-	n	45	74	68	31
よく眠れるようになった	%	37.8%	62.2%	68.7%	31.3%
<b>(まわか)</b> - 1 - 7 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	n	38	81	85	19
積極的に歩くようになった	%	31.9%	68.1%	81.7%	18.3%
びしい <b>今</b> 四洋動がったた	n	76	41	42	53
新しい余暇活動ができた	%	65.0%	35.0%	44.2%	55.8%
N U + 7 1/4 A 1/14 > 4	n	62	57	41	54
外出する機会が増えた	%	52.1%	47.9%	43.2%	56.8%
<b>健康を応じるないがある。</b>	n	45	72	60	39
健康や痴呆予防の会話が増えた	%	38.5%	61.5%	60.6%	39.4%
地域の活動に参加するようにかった	n	32	87	68	33
地域の活動に参加するようになった	%	26.9%	73.1%	67.3%	32.7%
日神が山立た	n	44	72	44	53
目標が出来た	%	37.9%	62.1%	45.4%	54.6%

図1 介入プログラム参加による日常生活の意識・態度の変化の経年比較



万歩計使用(pedometer)では,握力が正の関連する有意な項目であった。また,柔軟(on the bed)では,握力が有意な傾向を示した項目であった。

## 6) 日常生活の意識・態度の変化の経年比較

2回目の介入プログラム実施後に、参加後の日常生活中の運動や健康に関する11項目の変化をまとめた(図1)。なお、対象者は継続的に参加した109名で、それ以外は欠損値として除外した。最も「向上した」という回答が多かったのは「健康を意識するようになった」で89.2%(91名)であった。次いで「積極的に歩くようになった」81.7%(85名)、「運動を心がけるようになった」81.2%(82名)、「食事に気を使うようになった」75.7%(78名)と続いた。意識や態度への変化は、この結果から、介入プログラムの主目的と一致する変化が見られたことが分かる。また、2003年調査時と比較すると、11項目中9項目が向上していることが明らかになった。

一方,2003年時に高い値を示した「新しい余暇活動ができた」65%(76名),「外出する機会が増えた」52.1%(62名)は2005年時では,「外出する機会が増えた」43.2%(41名),と低い値を示した。

### 考 察

我が国の地域在住高齢者における介護予防を目的とした介入研究は、介護保険改正に向けて様々な規模で行われ、高齢者への筋力トレーニングの効果は3ヵ月以上の運動プログラムへの参加によって向上する報告が多くなされている。本研究では、対象地区を気仙沼大島地区の57歳以上の地域住民の日常生活習慣に溶解した介入プログラムと、運動プログラムの効果とその実用性について縦断的に検証した。ここでは、介入前後の身体機能測定評価を行ったうえで、提供した生活介入型運動プログラムの日常生活における実用性の評価をする。さらに、実施率と身体機能測定値の関連からその効果について考察を行った。

まず,2003年と2005年に行った介入調査の基本項 目の経年比較をおこなったところ,日常生活中の運 動習慣,地域活動への参加,健康状態の自覚それぞ れについて若干の低下が見られた。しかし、これら の低下の比率はごくわずかであることから加齢の影 響の範囲内であると理解できる。プログラム参加者 数については,2003年と比較するとほぼ同数の参加 者数で介入プログラムの定着も示唆された。気仙沼 大島地区における介入プログラムは,加齢と健康の 関連の実態把握を目的とした訪問調査による大島ス タディと連動して実施されていることによって,地 域住民の健康意識や介護予防の意識への介入効果を もたらし,参加行動を促進する働きかけがなされて いると考えることができる。こうした行動変容を Kopesell, Wagnerらは、「社会学習理論」のなかで 「 アウトカムに対する正しい知識 健康行動に よってリスク軽減可能であるという認識 態度変 行動変容の実現可能性の自覚 行動変容の 行動変容」のプロセスがあり, ための技術の習得 これらに対し適切に評価を与えていくことによって 態度や意識の変容が継続的に達成されやすくなると 述べている。3)大島スタディにおける継続的な調査 と介入の対象者となることによって自身の生活,健 康を主体的に評価し「 行動変容の技術の習得」で ある介入プログラムへの参加という行動変容に繋 がっている要因であると思われる。

次に、介入プログラムにおいては、日常生活で実施可能と思われる生活介入型運動プログラムの提案を行いその効果測定を各身体機能測定値で評価を行った。継続的に習慣化できる運動プログラムとは、導入期において参加者が関心を持つことが重要であることから、提案した生活介入型各運動プログラムの実施予測は重要な手がかりとなり得る。その結果から手指運動のような微細運動は特に取り組みやすく、実際の実施率も高くなることが明らかになった。下肢筋力の強化については、歩行のような日常生活動作をアレンジするものは実施率が高く、軽度の負荷をかけ非日常的な動作の中で直接的に筋力を強化する種目については実施率の低下を助長することが示唆された。また、歩行に関しては実施予測と結果

について大きな隔たりはないことから,最も実施しやすく,参加者の継続実施を評価しモチベーションを高めるために有効な運動であると考えられる。一方,下肢筋力や万歩計の使用は予測と結果の隔たりの大きさから,事後評価を実施した際に参加者の挫折感を感じさせてしまう恐れも含んでいることからプログラムとしての採用は検討する必要がある。

参加者の継続的な軽運動実施と評価は,容易に達成感を得ることが可能となる。それによって,参加意欲を高め,介入プログラムのような行動変容のための技術習得の場への継続参加を促し,介入効果をより高めることが可能であると考えられる。つまり,今回の結果から継続的な実施を可能にする運動プログラムは,「歩行(walking)」のような日常生活中の動作の延長にある動作で,手指,足指を動かす「微細運動(fingers)」は,継続的評価と継続する成功経験の獲得により心理的側面に与える影響が行動変容に有効であることが推測された。

しかし,実際の介護予防においては一定期間の介 入における身体機能の測定値の向上が求められる。 本研究において有意に向上したのは、「膝伸展筋」 と柔軟性を測る「長座体前屈」であった。上述した ように運動プログラムで実施率の高かった歩行の実 施の可否と,膝伸展筋の測定値との変化に有意差が 示されており、「歩行(walking)」実施により膝伸 展筋が向上することが明らかになった。しかし、 「T-up & go」の測定値と「歩行 (walking)」実施の 可否は有意ではないために,歩行は必ずしも速度や バランス能力が向上するものではないことが示唆さ れた。しかし、他の運動プログラム実施と比較して も,様々な歩き方を行う「歩行(walking)」実施者 は,有意差は見られないが「棒反応」以外の全ての 測定値が向上していることから介護予防としてきわ めて有効でかつ実用的な運動であると思われる。こ れは,2003年の調査においても実用性の高さは証 明されている。また,次いで実施率の高い「微細運 動 (fingers)」については,実施の可否と各測定値 の有意差は認められなかったが,こうした運動は即 効的な評価が困難な反射神経系への影響や,心理的 側面への影響も考えられることからより長期の追跡

と,他種目の測定を今後検討する必要がある。

また、運動プログラムを提供する際に、実施率を高めるための地域住民への指導の際には、初回の身体機能測定値を参考にする可能性を分析した。多重ロジスティック回帰分析の結果から、「歩行(walking)」の実施の可否の予測因子としてしては、「膝伸展筋」の値が有用であり、「万歩計の使用(pedometer)」については「握力」の値が有用であることが示唆された。つまり、「膝伸展筋」の測定値が低い人に対して「歩行(walking)」を、握力測定値が低い人には「万歩計の使用(pedometer)」の使用を推奨することによって実施率が向上する可能性がある。しかし、「万歩計の使用(pedometer)」と「握力」の因果関係は考えにくく、複合的な要因や別の要因を含んでいる可能性があることから、今後さらに有効な指標を検討する必要がある。

介入プログラム参加によって,日常生活中の意識 や態度に様々な影響をもたらした。とくに,健康へ の意識,認知症への理解,会話の増加などの意識の 変容や食生活の改善,運動習慣の増加,睡眠など態 度の良好な変容が見られている。2003年と比較する と,意識,態度が向上した比率が,11項目中8項目 が向上した。2003年調査の際に向上した項目は, 「新しい余暇活動ができた」外出する機会が増えた」 等の項目で介入プログラムの副次的効果であった が、今回の調査ではそれらが主効果である健康に関 する意識や態度の変容へと移行していることから, 介入プログラムの講話やこれらの継続的参加,また 大島スタディの調査協力等によって健康づくりや介 護予防についての教育支援は有効であると思われ る。しかし、健康の意識や態度の変容には、1年以 上の期間を有することから、教育支援は長期的な計 画をもって行う必要がある。

本研究は、縦断的な介入研究であるために、本来、継続的な参加者の個別の経年的な推移を明確化にすることも必要であるが、今回は全体の変容から新たな示唆を得ることができた。まず、生活介入という視点から見た、運動プログラムの実用性については、初年度の結果も踏まえ、生活の動作中に含まれる運動である「歩行(walking)」と「微細運動(fingers)」

に限定することによって実用性が高まり,継続性が 期待できる可能性が見いだされた。そして、これら の運動を行うことによって,膝伸展筋と握力が有意 に向上することから,高齢期の下肢筋力低下の抑制 にきわめて有効な運動プログラムであるといえよ う。さらに,これらの運動の継続性を向上する予測 因子として握力測定値が微力ではあるが有効であ る。たとえば,握力の低い高齢者に対して継続への 助言や声がけを行うことによって、継続する可能性 は高まることも考えられる。さらに,近隣に運動施 設や器具が無く,交通手段の乏しい,山間部や離島 地域などにおいては運動実施のために参集するよう な形式ではなく,生活の中で準備も不要で習慣的に 行える運動は実施を助長する要因になる。また,生 活介入の継続性を高めるサポートグループの存在も 重要である。こうした地域においては,地域の互酬 的関係性が成り立っていることから,新たな組織形 成よりも,既存の自治会,老人クラブをサポートグ ループとして活用し,帰属する地域行事への参加の 際や作業へ積極的に歩いて参加し,社会交流するこ とを促すことにより心身の健康に寄与するものと思 われる。

また,改正介護保険法において提供される様々な介護予防サービスは,指導者の指導時だけではなく,在宅などでのワーカー不在の場面で高齢者自身が意識的,個別的に実施することによって効果は現れる。個人の意識化のための評価と,その人の生活の個別性に合わせた習慣化した介護予防の支援が望まれる。そして,制度のためのプログラムではなく地域在住高齢者のこれまでの地域や在宅生活を支援する視点で,生活介入型運動プログラムを取り入れることによってサービスと在宅生活を繋ぎ合わせ,介護予防サービスを補完しその効果をより向上させ得るのではないだろうか。

今後は,今回得た結果をもとにより実用的な生活 介入プログラムをモデル化することを焦眉の課題と して取り組み,そして経年的な積み上げと「大島ス タディ」における加齢と健康,認知症発症との関連 を総合的に評価する必要がある。

### 謝 辞

本研究の実施にあたりご支援をいただきました気 仙沼市関係者の皆様,大島老人クラブ連合会会員, ならびに大島地区自治会会員の皆様に厚く御礼申し 上げます。また,勤務中にもかかわらず快くご協力 をいただきました(医)渓仁会の皆様に心より感謝 申し上げます。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

### 参考文献

- 1)介護予防サービス評価研究委員会編:介護予防市町村モデル事業報告書,厚生労働省,2005.
- 2 )加藤伸司,阿部哲也,矢吹知之ら:加齢と健康 に関する縦断研究の基礎調査,高齢者痴呆介護 研究・研修仙台センター研究年報3,2003.
- 3 ) Kopesell TD, WagnerEH et: Selected methodological issue in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. Annual Review of Public Health 1992.
- 4 ) 黒田研二:介護予防施策の概要と手法について:介護予防システムと介護保険制度,日本老年医学会雑誌 41(6);633-636,2004.
- 5) 西澤哲:地域高齢者の歩行能力について,長期 プロジェクト研究報告書,東京都老人総合研究 所.2000.
- 6) 鈴木隆雄:介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル,厚生労働省,2005.
- 7 ) 田高悦子,金川克子,立浦紀代子ら:地域虚弱高 齢者に対する介護予防:試行的研究,日本地域 看護学会誌 4(1);61-68,2002.
- 8) 矢吹知之,加藤伸司,阿部哲也ら:加齢と健康 に関する縦断的介入研究,高齢者痴呆介護研 究・研修仙台センター研究年報4,2004.

Longitudinal Intervention Study on the 2<sup>nd</sup> Aging and Health

Tomoyuki YABUKI<sup>1,2</sup>,Shinji KATO<sup>1,2</sup>,Tetsuya ABE<sup>1,2</sup>,Yuki YOSHIKAWA<sup>1</sup> Hirotake ASANO<sup>1,2</sup>, Kiichi NAGASHIMA<sup>1,3</sup>, Yoshiharu KAWAKAMI<sup>4</sup>, Hiroshi ITAZAWA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SENDAI Dementia Care Research and Training Center <sup>2</sup> Tohoku Fukushi University <sup>3</sup> Nihon University <sup>4</sup> Kansei Fukushi Research Center

<sup>5</sup>Department of welfare Psychology, Tohoku Fukushi University

### Summary

We conducted this study to observe the practicability and effectiveness of the care prevention activities and the programs to support the daily lives of elderly people living in the Oshima area of Kesennuma. We proposed a life-support-type physical exercise program based on the results of a study in 2003, and analyzed the changes in the practical conditions of the program and the physical function values (six measurement items) before and after the introduction of the program. According to the analysis results, values of two measurement items, "knee extension muscle," and bending upper body with sitting down on the floor with legs stretched forward " to measure physical flexibility, had significantly improved, while the value of the item, " reaction to stick motion," was significantly reduced. We also classified all participants in the program into two categories: the "improved/maintained group" and the "reduced group." All values (except for those of the item, "reaction to stick motion") had improved or remained unchanged, which showed that all their physical functions except nimbleness had improved.

Regarding the practicability of the program as a life-support activity, taking the results of the study in the first year into consideration, we found it could be improved continuously by promoting limited physical exercises done in daily life, such as "walking" and "subtle activities (e.g. using fingers)." Furthermore, knee extension muscles and grasping power had significantly improved through the program. The results showed that the program was very effective in controlling the decline in leg muscle power of the elderly. We also found that the measurement values related with grasping power were effective as prospect factors to improve the continuity of those exercises. The program is expected to supplement the care prevention services for local elderly people as provided in the revised Nursing Care Insurance Law.

Key words: Intervention program, Health, Application, Population approach

# 認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究

内藤佳津雄1,佐々木心彩2,長嶋紀一1

日本大学1

日本大学大学院 2

要 約:利用者主体の視点を持って、認知症ケアの複雑さや多様性を保ちつつ、ケア手法を標準化することを目的として、認知症介護の実務的専門家(エキスパート)のもつ知識を収集して、エキスパートシステム開発の方法を用いた情報の活用の可能性について検討することを目的とした。

調査対象者は認知症介護研究・研修仙台センターにおいて認知症介護指導者研修を受講し修了した者であり、食事の介護場面について(1)理由や原因として考えられること、(2)それに対する介護・対応、(3)それがうまくいかなかったときの対応、(4)さらに確認を必要とする情報、について自由に記入を求めた。

調査票は105部を回収し、分析を行った。第1に収集した「理由や原因として考えられること」について、食事に関する行動に関する本人の動機に着目して分類を行った。次に分類した理由・原因ごとに、それに対する介護・対応や確認を必要とする情報について内容の広がりを調べた。例えば、「途中で食事が止まってしまう」場合の理由・原因については426の意見が収集されたが、40個に分類することができた。このようなエキスパートの持つ知識を収集し、整理することによって、情報の多様性を活かしながら、一定の収束した情報に集約し、利用可能であることが示唆された。

Key Words:ケアの標準化,エキスパートシステム,多様性

報告書「2015年の高齢者介護」2)において,これ からの高齢者ケアの課題として、認知症介護を高齢 者介護のスタンダードとし,その確立を図ることが 謳われている。そして,サービスの質の確保と向上 のために「ケアの標準化」を進める科学的アプロー チの必要性が掲げられている。認知症ケアにおいて は,認知症高齢者の症状や生活像は極めて多様であ り,また本人の生活歴や生活リズム,希望,感情な どを尊重する「利用者本位」を理念としているため、 それに対応するケアは個別性が高く,結果として多 様であることが要求される。そのために標準的手法 の開発においては,その複雑性と実用性の兼ね合い が大きな課題であり,容易ではない。標準化を優先 して,理解しやすい単純なモデルを導入することは, ケアの選択肢の範囲を狭くしてしまい,利用者中心 ではない,介護する側からのケア方法の「決めつけ」 を引き起こす可能性がある。ケアの個別性を犠牲に してしまっては,認知症ケアの質の向上には寄与で きないため,利用者主体の視点を持って,ケアの複 雑さや多様性を保ちつつ,ケア手法を標準化することが求められる。

その1例としてオーストラリアのハモンドケアグ ループで作成された「モデルケアプラン」いがある。 これは50項目程度の簡易なアセスメントと連動し, そこで抽出された課題の解決のために、まずは状況 に応じた「問題の回避」の方法が整理されている。 それでも解決しない場合には,ケアにおける自立度 の高さの順に,「機会の提供」,「非指示的助言」, 「指示的助言」,「身体介助/代行」という4つのレ ベルの順番に支援策を検討していくようになってお り,それぞれにレベルに応じた対処とその理由がま とめられている。作成の手法は,文献研究および1 つのナーシングホームの職員と研究者が綿密に話し 合うことによって内容を抽出したと説明されてい る。このモデルケアプランについて評価できること は,尊厳や自立を尊重するという基本的な理念を反 映した構造となっていることである。そして多様な 状態像に対して,認知症の中核症状である認知記憶

障害への配慮,周辺症状の原因となる環境的問題の 検討,自立や自尊心を尊重し自発的行動を促すこと, コミュニケーションの重視といった理念にかなった手 法をどのように用いるのか,そのモデルとなり得る 多様な方法とその理由が提案されていることにある。

新たに認知症ケアの標準化を行うためには,モデルケアプランにみられるような認知症ケアの理念を反映した多様な方法を実用的にモデル化することが課題である。そのためにまず第1に多様な状態像とそれに対応する方法についての情報を収集する方法について検討する必要がある。次に,収集した多様な情報を整理し,それを活用可能な形式で構造化することができる方法を検討する必要がある。本研究の目的は,このような認知症ケアの標準化のための有効な情報の収集や整理の方法について検討し,提案することである。本研究では,その手法の1つとして,「エキスパートシステム」の構築方法を参照することとした。

エキスパートシステムとは,知識工学の用語であ り、「人間の専門家が持つ知識を格納することによ って,専門家と同等,またはそれ以上の問題解決能 力を持つシステム」3)とされている。エキスパー トシステムは,実務専門家(エキスパート)のもつ 手続き的な知識を収集し、それを数理モデルによっ て表現して,実用的判断を行わせるコンピュータシ ステムであり, 例えば, 医学的診断などの分野でも 開発されている。解決する課題は,解法が機械的に 一義に明らかにできるようなアルゴリズムが定まっ ている問題よりも,明解な解法が存在しない問題 (悪構造問題: ill-structured problem)を対象とし, それを解決できる専門家(エキスパート)の持ってい る知識とその運用方法を取り出して、システム化(ソ フトウエア化) するものである。認知症ケアも明解 な解法が存在しない問題であり,それを解決できる エキスパートが存在すると考えられる分野であり、 最終的に数理モデル化できるかどうかは将来の課題 としても,前述のように情報の収集方法とその整理 の方法を検討するにあたって, エキスパートシステム の考え方を応用することが有用であると考えられる。

そのためには,第1に情報の収集の方法について

検討が必要である。エキスパートからその知識や運 用方法に関する情報を収集する訳であるが,情報収 集の方法は一人(あるいは少数の)エキスパートを 対象にして,綿密に情報収集する方法と多数のエキ スパートを対象として多様な情報を収集する方法が 考えられる。情報間の関係を数理モデルによって整 理するのがエキスパートシステムの目標であること から、いずれの方法をとるにしても多量の情報を収 集する必要がある。認知症ケアにおいても両方の方 法をとることができると考えられるが,前述のモデ ルケアプランは前者の方法に近いと考えられる。今 回は,より多様な考え方を収集するために,後者の 方法を試行することとした。認知症ケアはまだ発展 途上であり, 共通した理念を持っていても方法の選 択が異なる可能性があること,後に数理的にモデル 構成することを念頭に置き多くの情報を収集するこ とが必要であり、量の点で有利な多数のエキスパー トからの情報収集を採用し,その有効性について検 討することとした。第2に収集した情報をどのよう に整理して有効なモデルを構築するのか, その方法 について検討することが必要である。 最終的には, 構築するモデルの形式に応じて,情報の整理の方法 が決定づけられ、それに応じて情報の収集の形式も 決まると考えられる。しかし、どのようなモデルが いいのか模索している現時点においては, 仮説的な モデルに基づいて調査を設計し,収集される実態的 なデータの素性を分析した上で、その妥当性を検証 する必要があろう。本研究では,利用者本位の理念 に基づき高齢者の行動の背後にある動機を重要視 し,回答者には,場面ごとに生じている行動の原 因・理由(動機)の推定をまず求め,その原因や理 由に応じた方策、その方策がうまくいかなかったと きの代替的方策,判断に必要とする情報の順番で想 起を促して、情報を得るとともに、情報の整理もこ の道筋にしたがって行い,内容を分析することで方 法の妥当性を検討することとした。

# 目 的

認知症ケアの標準化を目指して,多数の認知症ケアのエキスパートの持つ問題解決上の知識を収集し,その整理を行い,エキスパートシステムを構築するためのデータとしての有効性を検討した。本研究では,とくに認知症高齢者の行動の「原因・理由」について,得られた回答を分類・整理して検討を行った。

# 方 法

対象者:認知症ケアのエキスパートと考えられる方を対象として調査を行った。エキスパートとしては,認知症介護研究・研修仙台センターにおいて認知症介護指導者研修を受講し修了した258名を対象者とした。ただし,すでに現場を離れている方がいることを考慮し,また分析に十分な調査件数を確保するために,各対象者には2枚の調査票を送付し,対象者自身またはそれぞれが認知症ケアのエキスパートと判断する職員等に調査票の記入をお願いした。

方 法:郵送によって調査票を配布し,郵送によって回収した。

調査内容:本研究では,認知症ケアの場面として日常的な食事を取り上げることとした。そこで,食事の場面について,3つの場面と課題を設定し,それぞれの課題について(1)原因や理由として考えられること,(2)それに対する介護・対応,(3)それがうまくいかなかったときの対応,(4)さらに確認を必要とする情報など,について自由に記入を求めた。(1)~(4)までの組み合わせを5つまで記入できる欄を設けて,5つ以内で思いつくだけ自由に記入してもらうこととした。

場面の設定は、以下のような3種類とし、それぞれの事例について回答を求めた。いずれの事例も背景については最低限の情報とすることで自由な想起を促すこととした。

(事例 A)女性75歳,要介護2・日常生活自立度J2 (ほぼ歩行自立,座位保持可能),認知症自立度 a(認知症によって日常の自立が低下している), 食事のときに,最初は自分で食べ始めるが,途中 で止まってしまうことが多い,課題:なぜ食事が 途中で止まってしまうのか,それにどのように対 応するのか。

(事例 B)女性82歳,要介護4 日常生活自立度 B1 (通常車いすで移動,座位保持は可能),認知症自 立度 b(認知症によって日常の自立がかなり低 下している),食卓にはつくが,食事を自発的に しないので,現在は摂食を全介助している,課 題:なぜ食事を自発的にしないのか,それにどの ように対応するのか。

(事例 C)女性79歳,要介護3,日常生活自立度 A1 (やや歩行不安定),認知症自立度 a(認知症によって日常の自立が低下している),食事のときに,隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために,けんかになることが多い。課題:なぜ隣の人の食事を食べるのか,それにどのように対応するのか。

# 結果と考察

### (1)回収の状況と回答者の属性

258名中63名から返送があり、計105部(回収率 20.3%)の調査票を回収することができた。調査票の記入者は、平均年齢40.5歳(SD10.3:範囲24~69歳)、認知症介護に関する平均経験年数9.3年(SD5.0:範囲1~25年)であった。また資格については、介護福祉士が75名(71.4%)と最も多く、その他は看護師10名、社会福祉士6名などであった。他の資格と重複して介護支援専門員である者が47名いた。経験年数については3年以下の者が15名いたが、今回の解析では全例を解析対象とした。経験年数のみでエキスパート性が決定されるわけではない

と考えられるが、エキスパートの選定条件について は今後さらに検討すべき事項であると考えられる。

### (2)解析方法の検討

3 つの場面ごとに、最初に想起を求めた「原因・理由」に関する記述について分析を行うこととした。認知症ケアの基本理念である「利用者本位」の考え方に基づけば、本人の主観性を尊重し、認知症高齢者の行動の背後には動機が存在すると考える。適切なケアの手法を考えるためには、その行動を出現させている動機を理解(推測)した上で、それに対応する適切な方法を選択することが必要であると考えられる。

「原因・理由」については、そこから想起をスタートしていることもあり、各場面とも多岐にわたる内容の回答が得られた。そこで、回答をカテゴリー化し、情報を集約することを試みた。ケアの標準化のために有効な情報としては、多岐にわたるオリジナルの回答のままでは実用的ではなく、あまり少数すぎず、しかしあまりに多数でない程度にカテゴリー化して集約することが必要となる。カテゴリー化・集約の方法はさまざまな可能性があるが、例えば、

得られたテキスト構造を数理的に分析する手法(テキスト・マイニング)などもあるが,本研究では,得られたデータの内容を検証することが目的であったので,分類作業は研究者によって手作業で行った。なお,今後集約した情報を認知症ケアの標準化に役立てていく段階においては,数理的な解析を取り入れたり,複数の意見を取り入れたりする過程を設けることが必要であると考えられる。

今回の分類方法としては,KJ法と類似の方法を用い,1件の記述を1枚のカードに印刷し,事例ごとにカードをカテゴリーに分類し,さらにそれを結合して大カテゴリーにまとめながら,小カテゴリーを見直すこととした。

行動の原因や理由の推測を適当な数に集約できるならば、その原因や理由ごとに、行うべきケアの内容と判断に必要とする情報に関する回答について集約を行うことが必要であるが、ケアの内容に関する記述は相当な複雑性がみられた。したがって集約するための方法をさらに検討することが大きな課題であり本研究では分析しないこととした。

表 1「途中で食事が止まってしまう」原因や理由の分布

414 件

 生活全体への不安感	38	9.2%	—————————— 満腹感	64	15.5%
家や家族が心配	8		食欲の低下	13	
漠然とした不安感	7		途中で満腹	15	
居場所・人間関係への不安	8		食事の量が多い	11	
環境変化への不安	15		運動不足	6	
身体的問題	68	16.4%	食前の摂食	4	
口腔内の異常・痛み	32		小食	5	
便秘	15		今は食べたくない	10	
発熱(の予兆)	4		集中の中断	58	14.0%
体調の悪さ・病気・脱水	10		環境・雰囲気のため	33	
覚醒水準(眠い)	5		他のことが気になる	3	
味覚異常	2		排泄感	9	
嗜好・習慣との不一致	52	12.6%	集中力が途切れる	8	
味があわない	35		介助者の過干渉	2	
嫌いなものがある	8		食事の内容	2	
食事時間、形態	9		座位保持の困難	1	
疲れ	27	6.5%	食事場面が落ち着かない	45	10.9%
動作継続の疲れ	15		食事の環境・雰囲気	16	
食器・いす・テーブルのせい	12		周囲の人	16	
食事に対する認知・忘却	49	11.8%	失見当識	3	
食べ方の忘却	16		お金の心配(混乱)	8	
食事自体の認知	18		周りがうるさい	2	
食事の内容の認知	15		心理的要因	13	3.1%
			依存・全介助への慣れ	6	
			全般的な意欲減退	3	
			楽しくない	4	

表2「食事を自発的にしない」原因や理由の分布

337 件

生活全体への不安感	9	2.7%	満腹感	43	12.8%
食事について	3		食欲の低下	24	
漠然とした不安感	2		空腹感がない	19	
居場所・人間関係への	不安 2		食事に対する認知・忘却	106	31.5%
金銭問題	2		食事だと認識できない	29	
身体的問題	67	19.9%	食べ物だと認知できない	11	
口腔内の異常・痛み	12		食事することがわからない	١ 32	
便秘	3		食べ方がわからない	3	
副作用	3		食事の認知	5	
体調の悪さ・病気	16		場所環境	15	
覚醒水準(眠い)	8		時間	2	
味覚異常	1		全般的	9	
視覚障害	2		食べにくい	31	9.2%
ADLの低下	4		車イスやテーブルの問題	4	
上肢の運動機能低下	18		姿勢	4	
嗜好・習慣との不一致	23	6.8%	食器の問題	5	
嫌いなものがある	7		集中できない	7	
食事時間、形態	16		環境の変化	11	
心理的要因	40	11.9%	介護の問題	13	3.9%
依存・全介助への慣れ	26		運動不足による諸影響	5	1.5%
かまって欲しい	3				
全般的な意欲減退	11				

表 3「他者の食事に手を出す」原因や理由の分布

264 件

生活全体への不安感	20	7.6%	満腹感	27	10.2%
漠然とした不安感	5		満腹感がない	19	
居場所・人間関係へのる	下安 12		食欲が満たされない	8	
環境変化への不安	3		食事に対する認知・忘却	81	30.7%
嗜好・習慣との不一致	96	36.4%	座席や配膳の場所	13	
食事のスピードの違い	12		自他のものの区別	58	
配膳の仕方	6		全般的記憶力の低下	5	
食事の量	33		全般的な認知力の低了	5	
好きな物	4		身体的問題	40	15.2%
食事内容	33		視覚障害	35	
食事の形態	8		座位保持・既往症の問	月題 5	

### (3)原因・理由の集計・カテゴリー化

事例 A , B , C それぞれの行動についての「原因・理由」について整理を行った。回答件数の総数は事例 A が426件 , 事例 B が342件 , 事例 C が268件であった。そのうち , 事例 A で12件 , 事例 B で 5件 , 事例 C で 4 件が , 原因や理由以外の記述であったため除外し , 残りについて前述のような方法でカテゴリー化を行い , 各カテゴリーに命名した。その結果を表 1 ~ 3 に示した。

事例 A の「途中で食事が止まってしまう」については,40の小カテゴリーに分類し,それを9つの大カテゴリーに分類した。理由として最も多かったのは,大カテゴリーでは身体的問題(68件:16.4%)

であり,次いで満腹感(64件:15.5%),集中の中断(58件:14.0%)となっていた。小カテゴリーでみると「味が合わない」(35件:8.5%),「環境・雰囲気のため集中が中断」(33件:8.0%),「口腔内の痛み」(32件:7.7%)に関する回答が多かった。

事例 B の「食事を自発的にしない」については,35の小カテゴリーに分類し,それを9つの大カテゴリーに分類した。理由として最も多かったのは,大カテゴリーでは食事に対する認知・忘却(106件:31.5%)であり,次いで身体的問題(67件:19.9%),満腹感(43件:12.8%)となっていた。小カテゴリーでみると「食事をすることがわからない」(32件:9.5%),「食事だと認識できない」(29件:8.6%),

「依存・全介助への慣れ」(26件: 7.7%)に関する 回答が多かった。

事例 C の「他者の食事に手を出す」については, 17の小カテゴリーに分類し, それを5つの大カテゴリーに分類した。理由として最も多かったのは,大カテゴリーでは嗜好・習慣との不一致(96件: 36.4%)であり,次いで食事に対する認知・忘却(81件:30.7%),となっていた。小カテゴリーでみると「自他のものを区別すること(が難しい)」(58件:22.0%),「視覚の障害」(35件:13.3%),「食事の量(が嗜好や習慣と不一致)」(33件:12.5%),「食事の内容(が嗜好や習慣と不一致)」(33件:12.5%)に関する回答が多かった。

事例ごとの傾向を比較すると,事例 A と B は小カテゴリー数が多く多様な原因・理由が収集できたのに対して,事例 C では集約されたカテゴリー数が少なく,事例 A,Bに比べると相対的にバリエーションが少ないという結果であった。また事例 A,Bではカテゴリー数はほぼ同様であったにも関わらず,事例 A は全体的に均等に広く分布していたのに対して,事例 B では特定のカテゴリーへの集中度が高かった。事例 C ではカテゴリー数が少なかったこともあり,特定のカテゴリーへの集中度が高かった。

このようなデータから、多様性がありながら(選択肢が多い)、その多様性の中から選択の優先順が明らかにできるような指針(エキスパートシステムの原型)を作成するためには、事例(課題)ごとにいくつかの検討が必要である。1つは集約されたカテゴリーの多様性の点である。その点で事例 A、Bは十分に多様であると評価できるが、事例 Cでは相対的にカテゴリー数が少なく、これで多様性の点で十分なのか検討が必要である。そのために、例えば、事例 Cについて得られたカテゴリーについて数名のエキスパートに提示し、これで十分であるのか、これ以外に考え得る「原因・理由」があるのか、といった多様性・バリエーションの面からの評価をすることが考えられる。

また,もう1つは回答の頻度データについての有効性の検討が必要であると考えられる。回答の頻度

が大きいということは多くのエキスパートがその回答をしたということであるが、回答が集中している「原因・理由」がその課題について真に優先的に検討すべき「原因・理由」であるとすれば、出現頻度をパラメータとして「原因・理由」の推定に関する検討をする際の優先度を示すことが可能となる。そのことを確認するためには、今回のように多人数から得られたカテゴリーの全体を複数のエキスパートに提示し、すべてのカテゴリーを対象として検討する際の優先度を評価してもらい、その結果が今回得られた頻度と一致するかどうか評価することが必要であると考えられる。

このような多様性と頻度(集中度)に関する評価 ステージを設けることで、妥当性が検証されれば、 本研究で用いたような多人数のエキスパートに対する 調査結果をエキスパートシステムのデータとして活用 することが可能であることが示されるといえよう。

また,事例間の違いに着目した場合には,事例ご とに異なる内容や頻度が得られるということが、課題 に応じた解決法を考案するというエキスパートシス テムのデータとしての有効性を示す1つの目安にな ると考えられる。今回は3つの課題しか取り上げて いないが、そのなかでも得られた回答の内容および 頻度の分布が異なっており,課題への固有性が示さ れたといえる。今回設定した事例は, A では自立し た食事が可能であり,その途中で生じる課題,Bで は最初から自立した食事が困難であるという課題, C では自立した食事が可能であり, その途中で生じ るという点では A と同じであるが, 他者との関係 において課題が生じるという違いがあるといえる。 このような自立度の違い,課題の生じるタイミング の違い,他者への影響などの要因によって,収集さ れる「原因,理由」の分布について違いが生じる可 能性も考えられ、今後の事例を増やしていくことに よって検討すべき課題であるといえる。

# 結 論

本研究では、多くのエキスパートに対する調査結 果から、食事に関する認知症ケアの場面における 「原因・理由」の集約を試みた。その結果,集約さ れたカテゴリーは多岐にわたり,多様性があり,ま たカテゴリーごとに出現頻度の違いが認められた。 また,場面の違い(課題の違い)によって異なる 「原因・理由」のカテゴリーが得られ,分布の様子 も異なっていた。このようなデータは,多様性があ りながら、その中からの選択を検討するための優先 順を示唆するために有効であると考えられ、エキス パートシステムの元データとしての有効性の一端が 示された。しかし,多様性の範囲(漏れがないか), 頻度データの有効性(頻度が高いものが真に優先的 なものなのか)といった妥当性については評価が必 要であると考えられる。例えば,今回の得られたカ テゴリーと頻度についてエキスパートによる再評価 を行うといった「評価ステージ」を設けることが有 用である。

今後の課題としては,このような評価ステージを 試行することと,他の場面についてもデータの取得 を行い,同様のデータが得られるか検討することなど が挙げられる。とくに今回の事例 C では他の 2 事 例に比べ,得られた回答の多様性がやや低いという 結果が得られ,課題の特性とそれに対して得られる 回答の傾向を検討しなければならないと考えられる。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

# 引用文献

- 1 ) Fleming, R., Bowles, J., Todd, S., Kramer, T., and the staff of Sinclair Home: Model Care Plans for Carers of People with Dementia, 1996 (内藤佳津 雄・今井幸充訳: 痴呆性高齢者の介護のためのモ デルケアプラン, ワールドプランニング, 2004)
- 2) 高齢者介護研究会:2015年の高齢者介護,2003
- 3)溝口理一郎:エキスパートシステム 入門,朝 倉書店,1993

Basic research on developing knowledge based expert system for dementia care

Ву

Katsuo NAITO<sup>1</sup>, Shinsai SASAKI<sup>2, 1</sup>, Kiichi NAGASHIMA<sup>3</sup>

From

<sup>1</sup> Nihon University

<sup>2</sup> Nihon University, Japan Foundation for Aging and Health

Summary

This research was conducted to standardize various care methods from the viewpoint of the users of care services, while preserving the characteristics of complex and diverse dementia care. We collected expert knowledge concerning dementia care to examine the possibility of applying experts 'knowledge by developing an expert system.

The survey was conducted on caregivers who had completed the training for dementia care leaders at SENDAI Dementia Care Research and Training Center. They were asked to freely express their opinions on four questions regarding care at mealtimes: (1) Reasons or causes of problems; (2) Care and reaction to such problems; (3) Methods to deal with problems at the time of failure of the care/reaction mentioned in (2); and (4) Matters to be further confirmed.

We collected 105 answer sheets and carefully analyzed them. Regarding question (1), we classified the answers while paying attention to motives of the elderly with dementia for their behavior during mealtimes. Next, we examined the causal relations between each reason/cause and care/reaction and matters to be confirmed. For example, regarding the situation that elderly with dementia often discontinued eating, we classified 426 opinions given as the reasons/causes into 40 categories. The results of this research suggested that experts' knowledge collected and classified could be utilized as sets of converging information, while still maintaining the diversity in care methods.

Key words: Standardization of care, expert system, diversity

# 認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究

阿部哲也 1,2,加藤伸司 1,2,矢吹知之 1,2,吉川悠貴 1,松村砂織 1

認知症介護研究・研修仙台センター1

東北福祉大学2

要 約:本研究は,グループホームにおける認知症高齢者の活動実態の把握および,BPSD の変化と活動の関連を明かにする ことを目的とし,全国グループホーム389ヶ所について調査を実施した。

BPSD の増減と活動との関連を分析した結果,活動実施群の割合が有意に多いものは(P<.05),運動実施と徘徊頻度 増加割合(実施群34.5%,未実施群22.1%),外出活動実施群と妄想頻度増加割合(実施群42.4%,未実施群25.7%), 家事活動実施と無気力症状が入居時から無くて現在も無い割合(実施群56.0%,未実施群34.5%),屋外作業実施と無 気力症状が入居時から無くて現在も無い割合(実施群58.2%,未実施群49.6%)であった。

生活関連活動の継続が徘徊の減少や無気力症状抑止の一要因として関連している傾向が明らかとなった。一方, グループホームでは徘徊の増加には外出系活動が,妄想症状の増加に対しては運動系活動が実施される傾向が明らか となった。

Key Words: 認知症介護, アクティビティ, BPSD

### .目 的

介護保険制度は創設以来,その理念を要介護者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することとし,2004年6月に報告された高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」がにおいても,認知症ケアは生活そのものをケアとして組み立てることを基本とし,身体機能や低下していない認知機能を生活の中で活用することが,認知症高齢者の不安を軽減し,安定した生活を可能にすると述べている。今後の認知症ケアは,高齢者の有する能力に応じ,生活の中で主体的に能力を発揮できるような活動の機会を適正に提供できることが重要であると考えられる。

2001年にWHOより提唱された国際生活機能分類 (ICF) \*\*\* によれば、生活機能とは心身機能・心身構造・活動・参加の全てを内包した包括的な概念であり、活動という要素が生活機能を円滑にするための重要な一要素であることを示している。活動という概念はとても広く、アクティビティ、作業、行為、

動作などの用語と同義で使用される場合も多い。 ICF 17) では activity を活動とし課題や行為の個人に おける遂行であると定義している。是枝らがは特 別養護老人ホームにおける高齢者の創作活動につい て,生活の中で高齢者が主体的に楽しみを見いだす その人らしい生きがい活動をアクティビティと名づ けている。認知症高齢者へのアクティビティの効果 に関する研究についても近年様々な観点から行われ ており, 例えば六角(6) はアクティビティを認知症高 齢者の自己実現欲求の達成を助けながら, QOL を 高めるための日常的・非日常的な援助の全てであ り、行為のみならず感覚に関する一切の行為を含む ものとして捉え,日常生活機能の改善や社会的交流 能力、生活意欲向上への有効性を検証し効果を確認 している。沖田ら13)は,アクティビティの効果を 認知症高齢者の生活安定や社会性の向上として捉 え,アクティビティプログラムの効果的な介入モデ ルを示している。林田ら3)は,認知症高齢者が自分 自身で生活している実感をもってもらうように,職 員が生活パートナーとして支援する生活療法的ケア を調理活動において実施し, 笑顔, 落ち着き, 応答

の増加や自発的な発現、行動の増加を確認している。 以上のようにアクティビティが認知症高齢者や生活 に対し,生活障害の改善,行動や症状の緩和,生活 の安定化,社会性の向上などの有効性を示す研究は 数く報告されてきている。しかし,アクティビティ や活動,作業,行為などといった概念は研究者によ って捉え方が異なり,本研究においても再度,整理 をする必要があるだろう。村木ら8)は認知症高齢者 に対する作業療法において「作業」の分類を,生き るための「身辺活動」, 社会的に必要な義務作業で ある「仕事」, 自由な時間における作業である「余 暇活動」として3つに大別し,これらの実践を通し て1人の人間の自律を目標とするのが作業療法の広 義の意味であると述べている。本研究で取り扱う 「活動」は高齢者が生活上実施している行為,作業 の全てを含み,村木ら8)の分類を参考に,生活の基 本的な要素である身辺活動と身の回りの生活管理に 必要な生活義務活動,生活を楽しみ,潤いをもた らすための余暇活動に分類し捉えることとする。

本研究の目的は、現在グループホームにおいて認知症高齢者が行っている生活活動の実態把握を行うとともに、生活の中で継続的に行われている活動と認知症高齢者の属性および BPSD 頻度との関連を明らかにし、認知症高齢者への効果的な活動支援の方策を検証することである。

### . 方 法

# - 1 調査方法及び対象者

全国47都道府県における介護保険指定を受けている認知症高齢者グループホームについて,層化抽出法により各都道府県より20ヵ所を無作為に選定し,計940事業所に質問紙を郵送配布し,389ヵ所(有効回収率41.4%)の事業所より回答を得た。

主な回答者は認知症高齢者と直接関わっている職員の方について,各事業所より代表1名に回答を依頼した。

# - 2 調査期間

平成18年2月~3月

### - 3 調査内容

本研究では活動の範囲を生活に基本的な活動である身辺活動を除く,家事や炊事,洗濯,調理,掃除,植木の水やりなど日常生活遂行上必要な義務活動及び,散歩やハイキング,旅行,囲碁,将棋,テレビ鑑賞など日常生活における余暇的な活動まで生活上実施している全ての活動を含むこととした。

質問紙の構成は、各グループホームより現在入居している高齢者を、調査回答者或いは施設で任意に1名選択していただき、各施設1事例についてBPSDの頻度や活動に関する項目を中心に構成した。具体的な調査項目は以下の通りである。

- (1)施設概要項目(開設期間,施設型,常勤職員人数)
- (2)事例属性(年齢,性別,要介護度,認知症種類, 入居期間,認知症以外の疾患名,機能障害の有無)
- (3) 選択事例に関する BPSD 頻度(入居時に見られた行動と頻度,現在に見られる行動と頻度)

BPSD については、入居時及び現在の行動の特徴を選択肢として設けその他を自由回答とし、生起頻度について「無い」「月に数回」「週に1回」「週に2,3回」「毎日」「頻繁にある」までの6段階について該当するものを選択してもらった。

### (4) 選択事例に関する継続活動

選択した事例が現在の時点で継続している活動 (途中で止めた活動を除く)について選択肢及び自 由回答項目を設けた。更に,選択された継続活動に ついて頻度及び時間,期間を回答してもらった。

### - 4 分析方法

### (1)活動分類

調査によって回答された活動は生活上全ての行為・活動を含むため、上田・大塚・鈴木ら<sup>18)</sup>の作業療法分類及び、村木ら<sup>8)</sup>による作業分類を参考に以下のように分類した。

### 表 1 生活中における活動の分類

分類前	分類後
洗濯・調理・炊事・掃除・買い物等	家事活動
散歩・旅行・ドライブ・外食・ハイキング	外出活動
体操・踊り	運動
園芸・水やり・草取り・畑仕事	屋外作業
歌•演奏	音楽活動
趣味•特技•創作活動	趣味活動
新聞整理・トイレのタオル交換・カーテン開閉等	家内雑用
集団レク・ゲーム・囲碁将棋等	レクリエーション
会話・団らん	雑談•交流活動
計算ドリル	計算ドリルなど訓練
読書・新聞・朗読	文学活動
写経・読経・お祈り	信仰活動
車いす押し・手伝い	援助•介助活動
テレビ鑑賞・ひなたぼっこ	くつろぎ
犬・猫の世話、散歩等	動物の管理

分類後の各活動の有無について度数および割合を 算出し,活動期間,活動時間について平均及び標準 偏差を算出した。

### (2) BPSD 分類

本研究における入居時及び現在にみられる行動の特徴については、行動の種類が多数で度数にばらつきがあることが予測されるため、国際老年精神医学会におけるBPSD分類・シを参考に認知症高齢者にみられる行動の特徴を「妄想」「幻覚」「抑うつ」「無気力」「誤認」「不安」などの心理症状、「睡眠覚醒障害」「徘徊」「焦燥」「不穏」「身体攻撃性」「言語的攻撃性」「社会的な不適切行動」「無目的行動」「悲哀」「喚声」「繰り返し」「依存」「拒否」などの行動症状に分類した。

分類後の BPSD 頻度について入居時頻度,現在頻度を比較し入居時より現在の方が頻度が増加している群を BPSD 増加群,変化していない群を変化なし群,頻度が入居時より現在の方が減少している群を BPSD 減少群として各 BPSD ごとに度数及び割合を算出した。尚,変化なし群については入居時に何らかの BPSD が見られる場合と全く見られない場合では変化なしの意味が異なる事が予測されるため変化なし群と入居時から無くて現在も無い群として無しから無し群を分けることとした。

よって,本研究の BPSD 変化に関する検証は BPSD 頻度「増加群」「変化なし群」「減少群」「無 しから無し群」について検証することとする。

### (3)分析内容

分析内容は,活動種類及び度数,割合,活動時間, 活動期間について施設型,開設期間,年齢,性別, 要介護度,認知症種類,入居期間の属性ごとにクロ ス表を作成し変数間の独立性および関連性について <sup>2</sup>検定及び残差分析を実施した。

BPSD 頻度変化と活動状況の関連については,各BPSD ごとの有無割合と度数を算出し,BPSD の増減と実施活動との関連について度数及び割合を算出し <sup>2</sup> 検定及び残差分析を実施した。

尚,全ての統計処理は SPSS 統計解析パッケージ Ver12.0J for Windows を使用し解析を行った。

# . 結 果

### - 1 対象者概要

### - 1 - 1 対象施設概要

本調査における有効回答389件を対象に施設タイプ,開設年数,施設プログラムの有無の割合について記述する。

本研究における調査対象施設のタイプについては,有効調査票389件中有効回答384件(98.7%)であった。384件中併設型グループホームは131件(34.1%),単独型グループホームは253件(65.9%)であった。

グループホームにおける活動プログラムの有無については,有効回答389件中「特定のプログラムは実施していない」が9件(2.3%),「プログラムを実施している」が380件(97.7%)であり,ほとんどのグループにおいて何らかの活動を実施していることが明らかとなった。

調査対象施設における開設年数割合については有 効回答389件中,「半年未満」が17件(4.4%),「半年 ~ 1年」が35件(9%),「1年~2年」が93件 (23.9%),「2年~3年」が84件(21.6%),「3年~4 年」が62件(15.9%),「4年~5年」が37件(9.5%), 「5年以上」が61件(15.7%)であり,開設期間3年 以下の施設が約6割を占めており3年以上の施設が 4割とほぼ新設の施設から5年以上の施設まで等しく分布している結果となった。

対象施設における常勤職員の割合については,有 効回答389件中,「1割未満」が2件(0.5%),「1割 以上2割未満」が12件(3.1%),「2割以上3割未満」 が25件(6.4%),「3割以上4割未満」が26件(6.7%), 「4割以上5割未満」が51件(13.1%),「5割以上6 割未満」が30件(7.7%),「6割以上7割未満」が41 件(10.5%),「7割以上8割未満」が43件(11.1%), 「8割以上9割未満」が63件(16.2%),「9割以上」 が96件(24.7%)であり,常勤職員の割合が7割以 上を占める施設がほぼ半数を占め,常勤職員9割以 上が全体の施設の1/4を占めている結果となった。

### - 1 - 2 対象事例属性

本調査における有効回答389件を対象に調査対象 事例における年齢,性別,要介護度,認知症の種類, 入居期間,認知症以外の疾患割合について記述する。

対象事例における平均年齢は83.24歳(SD6.686, N=377)であり、平均要介護度は2.55(SD0.984, N=362)、平均入居月数は22.6ヵ月(SD16.593, N=386)であった。

対象事例の性別割合については有効回答者数380 名中,男性が41名(10.8%),女性が339名(89.2%) と女性が約9割を占めている。

要介護度割合については有効回答者数362名中, 要介護度 が60名(16.6%),要介護度 が107名 (29.6%),要介護度 が135名(37.3%),要介護度 が55名(15.2%),要介護度 が5名(1.4%)で あり,要介護度 ~ で84%を占めておりグループ ホームにおける要介護度の低さを反映した結果と なっている。

認知症の種類別割合については有効回答者数380名中,アルツハイマー型認知症が198名(52.1%),脳血管疾患型が90名(23.7%),前頭側頭型が5名(1.3%),混合型が24名(6.3%),不明が62名(16.3%)であり,アルツハイマー型認知症が半数以上を占め,不明が16.3%と意外に多い結果となっている。

認知症以外の疾患有無の割合については有効回答

者数387名中,無しが152名(39.3%),有りが235名(60.7%)であり半数以上が認知症以外の疾患を併発している。

入居期間割合については,有効回答者数386名中, 3ヵ月未満が22名(5.7%),3ヵ月~1年が106名 (27.5%),1年~2年が124名(32.1%),2年~3年 が65名(16.8%),3年以上が69名(17.9%)であり, 入居期間2年以内の高齢者が65%を占める結果と なっており1年~2年未満の入居者が3割を占め最 も多い結果となっている。

- 2 グループホームにおける認知症高齢者の活動実施状況

### - 2 - 1 活動の種類と割合

現在,グループホームに入居している認知症高齢者の継続活動について選択式複数回答及び自由回答にて回答を求めたところ,有効回答調査票389件中欠損値を除く372件(有効調査票中97.4%)について活動別実施人数及び割合について集計した。

全活動数は73種類であり、これらの活動を生活活動として屋外作業、家事活動、家内雑用活動、動物の世話、余暇活動として音楽活動、運動活動、レク活動、趣味活動、外出活動、文学活動、交流活動、くつろぎ、その他として信仰活動、計算ドリル、介助活動に分類し図に示した。(図1,2,3参照)。

- 2 - 1 - 1 生活関連活動の実施状況(図1参照)

生活関連活動における活動数は24種類であり全活動数に占める割合は32.8%であった。

調査対象者372名における生活実施関連活動の実施数と割合については,最も実施割合が高いのは家事活動における後かたづけ(65.3%),次いで掃除(58.6%),調理(56.5%),買い物(55.6%),洗濯物干し(51.1%),配膳(34.4%),洗濯ものたたみ(25.3%),盛りつけ(19.1%),布団干し(16.4%),洗濯(13.7%),屋外作業活動における畑仕事(28.2%),植木の水やり(24.7%),家内雑用では新聞取り込み(6.5%)であった。それ以外の活動については実施人数が少数であるがそれぞれのグループ

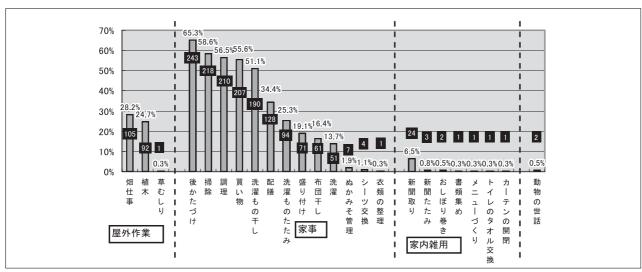


図1 生活活動の実施割合(N=372)

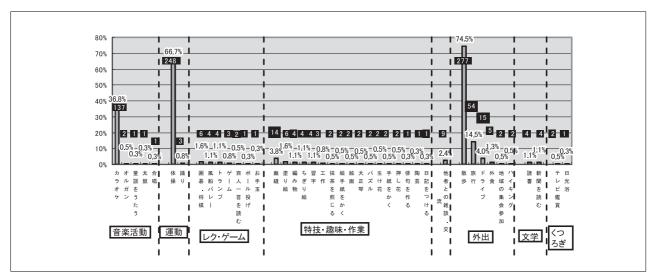


図 2 余暇活動の実施割合(N = 372)

ホームでの特徴的な取り組みが反映された結果となっている。

- 2 - 1 - 2 余暇活動の実施状況(図2参照) 余暇活動における活動数は42種類であり,全活動 数に占める割合は57.5%であった。全活動中最も多 用な種類の活動が見られ各グループホームにおける 活動の主流となっている傾向が伺えた。

調査対象者372名における余暇活動の実施数と割合については,最も実施割合が高いのは外出活動における散歩(74.5%)であり次いで運動活動における体操(66.7%),音楽活動におけるカラオケ(36.8%),外出活動における旅行(14.5%),ドライブ(4%),趣味活動における裁縫(3.8%)であった。

全体的に余暇活動は活動種類が多く,多種多様な活動が実施されている傾向が明らかとなった。認知症高齢者の特技や特性を考慮した個別的な活動が実施されていることが特徴的でありグループホームの個別ケアの特性が表れた結果となっている。しかし,多種多様な余暇活動の中でも散歩,体操,カラオケの実施割合は顕著に高く老人ホームで従前より実施されてきた体操やカラオケはグループホームにおいても実施率が高いことが明かとなっている。散歩の実施率の高さについては地域との関係を重視しているグループホームに特徴的な結果とも考えられるし,逆に施設内の面積が広くないために屋外での活動が生活における活動として大きい割合を示している。

# - 2 - 1 - 3 その他の活動実施状況(図3参照)

生活関連活動,余暇活動に分類できない活動をその他の活動として分類したところ,その他の活動数は7種類であり,全活動数に占める割合は9.5%であった。

調査対象者372名におけるその他の活動の実施数と割合については全体に比してどれも少数であったが計算や漢字の書き取りなど訓練的な活動が7名(1.9%)と意外に多い結果となった。

### - 2 - 1 - 4 分類後の活動実施状況

全体の活動総数は73種類であり各活動の実施割合 に偏りがあるため活動を分類し分類ごとに活動の実 施数と実施割合を算出した結果が図4である。

最も実施割合が高いのは家事関連活動(89.8%), 次いで外出活動(77.4%),運動活動(66.9%),屋 外作業活動(41.4%),音楽関連活動(37.4%),趣 味活動(10.2%),屋内家事雑用(8.6%),集団レク (5.4%),交流・雑談(2.4%),計算ドリルなど訓練 プログラム(1.9%),読書などの文学活動(1.9%),

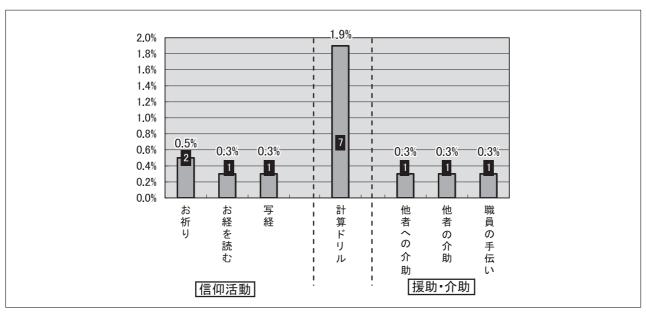


図3 その他の活動実施割合(N=372)

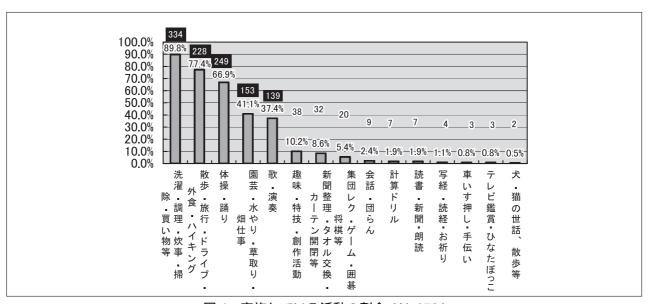


図 4 実施している活動の割合(N=372)

お祈りなどの信仰活動(1.1%),他者の車椅子押し,職員の手伝いなどの介助活動(0.8%),テレビ鑑賞などのくつろぎ(0.8%),動物の世話(0.5%)であった。全体的な傾向としては趣味活動や余暇活動,レクリエーションなどよりも,家事活動や散歩,園芸など生活に必要な義務活動が多くグループホームに特徴的な傾向が示された。逆に体操やカラオケなども実施割合が高く,生活活動の実施率の高さとともに運動やカラオケといった従来より老人ホームなどで行われてきた活動も継続して実施されていることが明かとなった。

2 - 2 グループホームにおける活動あたりの平均所要時間

本調査における有効回答数372名における実施されている活動別の1回あたりの平均実施時間について表2に示した。表2は全活動73種類について生活義務活動,余暇活動,その他の活動ごとに分類し活動ごとの平均所要時間,標準偏差,最短所要時間, 最長所要時間,実施者数について表したものである。尚,実施者数1名の場合の活動については標準偏差は示していない。

全体の活動の中で最も1回あたりの平均活動時間が長いのは旅行(360.00分)であり,次いでハイキング(210.00分),テレビ鑑賞(180.00分),雑談(133.33分),外食(130.00分),陶芸(120.00分)である。最も平均活動時間が短いのは新聞の取り込み(5.00分),次いでぬかみその管理(10.00分),植木の水やり(12.14分),体操(14.18分),食事の後かたづけ(14.67分)であった。

活動分類別では生活義務活動中最も平均所要時間が長いのは買い物(46.42分),最も短いのは新聞の取り込み(5.00分)である。生活義務活動全体の平均所要時間は21.61分(SD10.75)であった。余暇活動中最も平均所要時間が長いのは旅行(360.00分)であり,最も短いのは体操(14.18分)であった。余暇活動全体の平均所要時間は68.20分(SD66.86)でありばらつきが多い結果となった。

全体的な傾向としては屋外作業や家事活動,屋内 の雑用など家事に関連した活動は所要時間が短い傾 向があり,余暇活動は1回あたりにかかる時間が比較的長い傾向がみられている。

2 - 3 グループホームにおける活動あたりの平均活動期間

本調査における有効回答372名における活動73種類について活動の実施期間について表3に示した。表3は全活動73種類について生活義務活動,余暇活動,その他の活動ごとに各活動ごとの平均実施期間,標準偏差,最短実施期間,最長実施期間,実施者数について表したものである。尚,実施者数1名の活動については標準偏差は示していない。

全体の活動の中で最も平均活動実施期間が長いのは合唱(131.00ヵ月)とハイキング(131.00ヵ月)であった。しかしこの2件については実施者数が1名であるので,実施者数2名以上の活動について最も平均活動実施期間が長いのはちぎり絵(18.00ヵ月),次いで洗濯ものたたみ(17.66ヵ月)であり,2名以上の実施者で最も平均活動実施期間が短いのは旅行(8.36ヵ月),次いで新聞の取り込み(10.89ヵ月)であった。

活動分類別では生活義務活動中最も平均実施期間が長いのは洗濯ものたたみ(17.66ヵ月),最も短いのは新聞の取り込み(10.89ヵ月)であり,実施者数1人を含むと最も長い活動はカーテンの開閉(36.00ヵ月),最も短い活動はトイレのタオル交換(2.00ヵ月)であった。

余暇活動において最も平均活動実施期間が長いのは合唱及びハイキング(131.00ヵ月)であり、もっとも短いのは風船バレー(4ヵ月)である。実施者数2名以上では最も平均活動期間が長いのはちぎり絵(18.00ヵ月)であり、もっとも短い活動期間は旅行(8.36ヵ月)であった。

全体的な傾向としては生活義務活動全体の平均実施期間が14.66ヵ月(SD6.37),余暇活動全体の平均活動実施期間が24.47ヵ月(SD30.82)であり生活義務活動実施期間の方が短い結果となっている。全体的な活動ごとの最短期間と最長期間を見ても分かるように各活動とも実施期間は各高齢者の入居期間やグループホーム自体の開設期間とも関連しておりば

表 2 全活動の平均所要時間(単位:分)

\*欠損値は除く、黒塗りは度数が1の場合

	分類	活動	平均活動時間(分)	標準偏差	最短時間	最長時間	実施者数
	屋外作業	畑仕事	34.30	44.04	3	340	71
	<u>産が肝素</u>	植木	12.14	8.34	3	30	65
		買い物	46.42	25.48	10	150	
		シーツ交換	37.50	31.82	15	60	2
		調理	28.68	24.52	3	240	178
		布団干し	25.84	52.34	5	300	44
生活		洗濯	19.76	14.97	1	60	38
活	家事	盛り付け	17 <u>.</u> 77	18.31	1	120	56
義	<b>≯</b>	洗濯ものたたみ	16.72	10.77	3	60	
務		掃除	16.30	12.39	2	90	169
活		配膳	16.25	33.51	1	330	97
動		洗濯もの干し	16.09	10.13	1	60	158
		後かたづけ	14.67	10.49	1	60	170
		ぬかみそ管理	10.00	3.54	5	15	5
		新聞たたみ	30.00		30	30	1
	屋内雑用	書類集め	20.00		20	20	1
		新聞取り	5.00	2.65	1	10	13
	生活義務	活動全体	21.61	10.75	1	340	
		童謡	60.00		60	60	
	立並工具	カラオケ	35.71	22.02	5	120	92
	音楽活動	合唱	30.00		30	30	
		オルガン演奏	15.00		15	15	
	NEI EL	踊り	32.50	24.75	15	50	
	運動	体操	14.18	9.81	1	60	
		ボール投げ	60.00	0.01	60	60	1
		お手玉	60.00		60	60	1
	レクリエーション	囲碁•将棋	40.00	28.28	20	60	2
	- / / - /	風船バレー	32.50	38.89	5	60	2
		トランプ	30.00	00.00	30	30	1
		<u>ロップン</u>  陶芸	120.00		120	120	
		裁縫	84.00	91.00	30	240	5
		俳句	60.00	31.00	60	60	
		パズル	60.00	-	60	60	1
		押し花	60.00		60	60	1
		習字	60.00	51.96	30	120	3
余	177 - 1 44 414	編み物	52.50	28.72	30	90	4
暇	趣味∙作業	ちぎり絵	50.00	17.32	30	60	3
活		絵画	47.50	17.68	35	60	
動		生け花	37.50	31.82	15		
		工作	31.67	2.89	30	35	
		大正琴	30.00	2.00	30		
		塗り絵	30.00		30		
		抹茶を煎じる	25.00		25		
		雑談	133.33	196.30	20		
	<u> </u>	<u>株</u>	360.00	143.43	120	600	
		ハイキング	210.00	42.43	180	240	
		<u>ハイヤング</u> 外食	130.00	147.99	30	300	
	外出	<u>                                   </u>	73.50	46.07	30		
		<u>トライラ</u> 散歩	24.54	12.40	30	60	
		地域集会への参加	20.00	12.40	20	20	
		<u> 地域集芸への参加</u>  新聞読み	78.33	88.08	25	180	
	文学					30	
		読書	27.50	3.54	25		
	くつろぎ	テレビ鑑賞	180.00		180	180	
		日光浴	60.00		60	60	
		動全体	68.20	66.86	1	600	
その他	計算訓練	計算ドリル	27.50	3.54	25		
C -7 12	介助	介助•作業補助	30.00		30	30	1

表3 全活動の平均活動期間(単位:ヵ月)

\*欠損値は除く、黒塗りは実施者数が1の場合

	分類	活動	平均活動期間(カ月)	標準偏差	最短期間	最長期間	実施者数
	屋外作業	畑仕事	15.31	11.69	2	60	
	上	植木の水やり	14.44	12.10	3	60	54
		洗濯ものたたみ	17.66	14.27	1	78	62
		後かたづけ	16.64	17.95	1	131	133
		調理	16.12	15.31	0.1	131	122
		掃除	15.48	15.92	0.6	131	126
<u> </u>		配膳	15.29	12.95	0.2	60	73
生 活 義	家事	洗濯もの干し	14.60	11.89	0.1	78	114
盖	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	買い物	14.59	16.29	0.1	131	112
<b>※</b>		盛り付け	14.54	12.07	0.2	58	47
務活動		布団干し	14.39	14.31	0.3	60	34
動		洗濯	12.62	6.34	2	36	26
~~		シーツ交換	12.00	0.00	12	12	2
		ぬかみそ管理	11.40	7.47	6	24	5
		カーテンの開閉	36.00		36	36	1
	屋内雑用	新聞取り入れ	10.89	7.56	1	23	9
	1 221 34 2713	新聞たたみ	10.00	_	10	10	1
		トイレのタオル交換	2.00		2	2	1
	生冶義務店里	助の平均活動期間	14.66	6.37	0.1	131	
	音楽活動	合唱	131.00		131	131	1
		カラオケ	17.08	18.04	0.3	120	62
	運動 	踊り	39.00		39	39	1
		体操	15.24	13.44	0.13	99	136
		ゲーム	12.00		12	12	1
	レクリエーション	囲碁・将棋	6.00		6	6	1
		トランプ	5.00		5	5	1
		風船バレー	4.00		4	4	
		絵画	30.00		30	30	1
		編み物	24.00		24	24	]
		パズル	24.00	0.40	24	24	1
		ちぎり絵	18.00	8.49	12	24	2
	┃ 趣味•作業	裁縫 工作	16.80 12.00	17.63	3 12	47 12	5 1
示。		<u></u>	12.00	-	12	12	1
吸		<u>坐り転</u>  生け花	12.00	0.00	12	12	2
余 暇 活 動		押し花	12.00	0.00	12	12	1
34)		大正琴	8.00	-	8	8	1
		俳句	5.00		5	5	1
	雑談▪交流	雑談•交流	30.00		30	30	1
	TE BX ~ ///	ハイキング	131.00		131	131	1
		散歩	14.93	17.09	0.16	131	135
		ドライブ	14.33	6.50	6	24	
	外出	<u>- プープ</u> 外食	12.00	0.00	12	12	3
		地域集会への参加	12.00	5.55	12	12	1
		旅行	8.36	9.66	0.06	36	
		  読書	30.00		30		
	文学	新聞読み	30.00		30	30	1
	くつろぎ	日光浴	24.00		24	24	<u> </u>
		の平均活動期間	24.47	30.82	0.06	131	
その他	計算ドリル	計算ドリル	30.00	00.02	30		1
C 07 1E	H   开   ノ / /	H  <del>    </del>	1 00.00		- 30	30	<u> </u>

であろう。

- 3 調査対象事例における BPSD 状況
- 3 1 入居時と現在における BPSD の有無割 合

国際老年精神医学会の BPSD 分類 9 ) 及び Behave

らつきが大きく,参考程度の指標として考えるべき ADの BPSD 分類 ¹)を参考に,本調査における対象 者の行動特徴を分類し入居時及び現在の BPSD の有 無について有効回答中の割合を示したのが表 4 及び 図5である。

> 入居時における BPSD 有無に関する有効回答 365 名中に占める BPSD 別の割合は,最も多いのが不穏 症状(75.9%)であり,次いで無目的行動(69.0%),

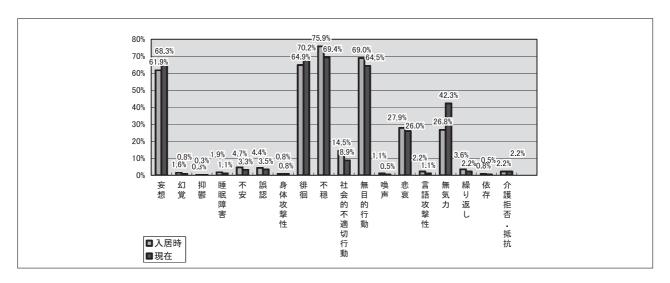


図 5 入居時 (N=365)と現在(N=369)の BPSD 割合

± 4	) ロロナ L.Tロナ の		1年4月11日本
<i>7</i> ▽ 4	八声呀~现什())	BESI	種類別割合の比較

DDOD 1541	入居時	(N=365)	現在(	N=369)
BPSD 種類	人数	割合	人数	割合
妄想	226	61.9%	252	68.3%
幻覚	6	1. 6%	3	0. 8%
抑鬱	1	0.3%	1	0.3%
睡眠障害	7	1. 9%	4	1.1%
不安	17	4. 7%	12	3.3%
誤認	16	4. 4%	13	3. 5%
身体攻撃性	3	0.8%	3	0. 8%
徘徊	237	64.9%	259	70. 2%
不穏	277	75.9%	256	69.4%
社会的不適切行動	53	14.5%	33	8. 9%
無目的行動	252	69.0%	238	64.5%
喚声	4	1. 1%	2	0. 5%
悲哀	102	27.9%	96	26.0%
言語攻撃性	8	2. 2%	4	1.1%
無気力	98	26.8%	156	42.3%
繰り返し	13	3. 6%	8	2. 2%
依存	3	0. 8%	2	0. 5%
介護拒否∙抵抗	8	2. 2%	8	2. 2%

徘徊行動(64.9%), 妄想症状(61.9%) であった。 現在の BPSD 有無に関する回答者 369 名中に占める BPSD 別の割合は最も多いのが徘徊行動(70.2%), 次いで不穏(69.4%), 妄想症状(68.3%), 無目的 行動(64.5%) であった。

BPSD 別に入居時と現在における割合を比較する と現在における BPSD の割合が多いものは妄想症状 (入居時 61.9% 現在 68.3%), 徘徊(入居時 64.9% 現在 70.2%),無気力症状(入居時 26.8% 現在 42.3%)であり,逆に入居時に比較して現在の方が BPSD の割合が減っているものは不穏(入居時 75.9% 現在 69.4%),無目的行動(入居時 69.0% 現在 64.5%),悲哀症状(入居時 27.9% 現在 26.0%),社会的不適切行動(入居時 14.5% 現在 8.9%)が主なものである。

全体的な傾向としては,妄想,徘徊,無気力症状が増加し,不穏,社会的不適切行動,無目的行動, 悲哀等が減少しており,入居期間によってもこれらの事情は異なるがおおよそ入居後の経過による環境 適応によって不穏や不適切行動,無目的行動,悲哀症状などが軽減され,入居後の経過期間に伴い症状が悪化するものとして帰宅願望などの妄想,帰宅願望などに伴う徘徊,意欲低下や廃用性による無気力症状などが増加した傾向となった。

# - 3 - 2 入居時と現在における BPSD 頻度の変 化割合

個々の事例における入居時の BPSD 別頻度と現在の BPSD 別頻度について比較し頻度の変化について詳細な比較検討を行った。以下に BPSD 別増減割合の比較について表に示した。

表5は入居時及び現在のBPSD頻度を6段階で評価したものを比較し、頻度が入居時に比較して増加したものを増加群、頻度が減少したものを減少群、頻度が変わらないものを変化なし群としてBPSD別

表 5 BPSD 種別ごとの変化割合

BPSD 分類			洞	沙	変化	となし	増	加	無しか	ら無し
BPSD 万舆			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
妄想	N=	389	49	12.6%	82	21.1%	148	38.0%	110	28.3%
幻覚	N=	389	4	1.0%	1	0.3%	2	0.8%	382	98.2%
抑鬱	N=	389	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	388	99.7%
不安	N=	389	10	2.6%	4	1.0%	8	2.1%	367	94.3%
睡眠障害	N=	389	6	1.5%	0	0.0%	4	1.0%	379	97.4%
誤認	N=	388	1	3.4%	3	0.8%	8	2.1%	364	93.8%
身体攻撃性	N=	388	3	0.8%	0	0.0%	3	0.8%	382	98.5%
徘徊	N=	389	65	16.7%	108	27.8%	117	30.1%	99	25.4%
不穏	N=	389	101	26.0%	90	23.1%	119	30.6%	79	20.3%
社会的な不適切行動	N=	388	39	10.1%	6	1.5%	22	5.7%	321	82.7%
無目的	N=	388	91	23.5%	112	28.9%	80	20.6%	105	27.1%
喚声	N=	389	4	1.0%	0	0.0%	2	0.5%	383	98.5%
悲哀	N=	375	37	9.9%	29	7.7%	53	14.1%	256	68.3%
言語攻撃性	N=	389	6	1.5%	0	0.0%	4	1.0%	379	97.4%
無気力	N=	389	33	8.5%	37	9.5%	113	29.0%	206	53.0%
依存	N=	389	2	0.5%	1	0.3%	1	0.3%	385	99.0%
介護拒否·抵抗	N=	389	5	1.3%	2	0.5%	5	1.3%	377	96.9%
繰り返しの訴え等	N=	389	9	2.3%	3	0.8%	4	1.0%	373	95.9%

に人数と割合を示したものである。尚,変化なし群については,入居時に BPSD があった群と無かった群では変化なしの意味が異なると考えられるため,変化なし群とは別に入居時に BPSD が全く無く,現在も無い群を「無しから無し群」として分類し集計した。

表5を参照するとBPSD全体の中で最も減少割合が多いのは不穏症状(26.0%)であり,次いで無目的行動(23.5%),徘徊(16.7%),妄想(12.6%),社会的不適切行動(10.1%)であった。変化なし割合が最も多かったのは無目的行動(28.9%),次いで徘徊(27.8%),不穏(23.1%),妄想(21.1%)であった。増加割合が最も多いのは妄想(38.0%),次いで不穏(30.6%),徘徊(30.1%),無気力(29.0%)等であった。

全体的な傾向としては BPSD の症状の中での増減 割合は減少,増加とも不穏,妄想,徘徊,無目的行動,不適切行動などが双方とも多く入居に伴い変化 しやすい BPSD 症状であることが明かとなった。し かし BPSD 症状の中で無気力のみが頻度の増加割合が多い傾向が認められ、減少割合、変化なし割合が多い傾向は認められなかった。入居の経過と無気力症状の増加には何らかの関連がある事が推測される。

# - 4 活動別の対象者属性比較

グループホームで実施されている活動別に施設のタイプ,性別,認知症の種類,要介護度,入居期間分類別の人数割合について <sup>2</sup> 検定を,高齢者の年齢及び開設期間の平均値について t 検定を実施したところ,家事活動の実施群と未実施群の平均年齢及び音楽活動実施群と未実施群の平均施設開設期間の差と,家事活動における性別,家事活動,雑談・交流活動における認知症種類,屋外作業活動及び家事活動における認知症種類,屋外作業活動における入居期間分類,運動活動における施設タイプの度数分布について危険率5%未満で有意な差が認められた(表6参照)。

表 6 活動種と属性による <sup>2</sup> 検定及び t 検定の結果 (P < 0.5 を掲載)

	MEW VEN				活動	動					
事物	削属性乀活動	音楽 活動	運動	レク ゲーム	趣味 手芸	屋外 作業	家事	家内 雑用	雑談		
Г	年齢	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	t <sub>(374)</sub> =-2.202, P=.028	n.s	n.s		
	性別	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> =5.668, P=.017	n.s	n.s		
	認知症種類	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(5)</sub> =11.584, P=.041		
属性	要介護度	n.s	n.s	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(4)</sub> =14.137, P=.007	χ <sup>2</sup> <sub>(4)</sub> =14.137, P=.000	n.s	n.s		
	入居期間	n.s	n.s	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(4)</sub> =10.853, P=.028	n.s	n.s	n.s		
	施設型	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> =6.176, P=.013	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	開設期間	t <sub>(227.049)</sub> =-2.686, P=.008	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
±./-		活動									
事19	间属性乀活動	外出	信仰	レク ゲ <del>ー</del> ム	計算 ドリル	文学	他者への 介助	くつろき	動物の 世話		
	年齢	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	性別	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	認知症種類	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
属   性	要介護度	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	入居期間	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	施設型	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		
	開設期間	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		

<sup>2</sup> 検定によって変数間の独立性および関連が有意なものについて残差分析を実施し詳細な検討を行った。残差分析については標準化された調整済み残差について絶対値 1.65 以上 1.96 未満を有意傾向, 1.96 以上 2.58 未満を P<0.05, 2.58 以上を P<0.01 とし有意な残差とし人数の偏りを示した。尚,クロス表内における期待度数 5 のセルが 20%以上,セルの中に1つ以上0の値を含む場合は <sup>2</sup> 検定が妥当ではないものとして検定から除外した。認知症の種類と活動の比較について,前頭側頭型認知症およびその他の度数が少数のため分析から除外した。

# - 4 - 1 施設型による比較

併設型グループホームと単独型グループホームにおける活動実施の割合について <sup>2</sup> 検定を実施したところ,運動活動の実施について度数の偏りが明かとなった(表7参照)。残差分析の結果,併設型グループホームでの運動系活動の実施割合が有意に高く(72.5%),単独型グループホームでの運動実施割合が有意に低い(59.7%)傾向が示された。

### - 4 - 2 年齢による比較

各活動の実施群と未実施群の平均年齢について t 検定を実施したところ, 家事活動における平均年齢 について有意な差が認められた(表8参照)。

### 表 7 施設型と運動系活動の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			(1.00%)	포,: 1.00 ※ 포,	·· 2.00% I
			運	動	合計
			実施	未実施	口前
施設型	併設型	度数	95	36	131
		施設型の%	72.5%	27.5%	100.0%
		運動 の %	38.6%	26.1%	34.1%
		調整済み残差	2.5*	-2.5*	
	単独型	度数	151	102	253
		施設型の%	59.7%	40.3%	100.0%
		運動の%	61.4%	73.9%	65.9%
		調整済み残差	<b>−2.</b> 5*	2.5*	
合計		度数	246	138	384
		施設型 の %	64.1%	35.9%	100.0%
		運動 の %	100.0%	100.0%	100.0%

### 表8 家事活動における平均年齢の比較

	家事活動	N	平均年齢	標準偏差	平均値の 標準誤差
	実施	322	83,04	6.272	.350
Γ	未実施	54	85.11	7.091	.965

# 表 9 家事活動と性別の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			家事	<b></b>	合計
			実施	未実施	
性別	男性	度数	30	11	41
		性別の%	73.2%	26.8%	100.0%
		家事 の %	9.2%	20.0%	10.8%
		調整済み残差	-2.4*	2.4*	
	女性	度数	295	44	339
		性別の%	87.0%	13.0%	100.0%
		家事 の %	90.8%	80.0%	89.2%
		調整済み残差	2.4*	-2.4*	
合計		度数	325	55	380
		性別の%	85.5%	14.5%	100.0%
		家事の%	100.0%	100.0%	100.0%

家事活動の実施状況による平均年齢は家事活動実 施群の平均年齢が83.04歳(SD6.272),未実施群の 平均年齢が85.11歳(SD7.091)であり,家事活動 実施群の方が未実施群に比較して年齢が低い事が明 かとなった。

### - 4 - 3 性別による比較

各活動実施状況における男性と女性の割合について <sup>2</sup> 検定を実施したところ,家事活動の実施割合について関連性が明かとなった(表9参照)。

家事活動と性別の割合について残差分析を実施した結果,女性における家事活動の実施割合が有意に高く(87.0%),男性における家事活動の実施割合は

表10 屋外作業と要介護度の比較

(†=1.65以上.\*=1.96以上.\*\*=2.58以上)

		(1.00%	.⊥.,*-1.90	, ,	,
			屋か	作業	合計
			実施	未実施	
要介護度	要介護度I	度数	36	24	60
		要介護度 の %	60.0%	40.0%	100.0%
		屋外作業 の %	24.5%	11.2%	16.6%
		調整済み残差	3.3**	-3.3**	
	要介護度Ⅱ	度数	44	63	107
		要介護度 の %	41.1%	58.9%	100.0%
		屋外作業 の %	29.9%	29.3%	29.6%
		調整済み残差	.1	<b>−</b> .1	
	要介護度Ⅲ	度数	50	85	135
		要介護度 の %	37.0%	63.0%	100.0%
		屋外作業 の %	34.0%	39.5%	37.3%
		調整済み残差	-1.1	1.1	
	要介護度Ⅳ	度数	15	40	55
		要介護度 の %	27.3%	72.7%	100.0%
		屋外作業 の %	10.2%	18.6%	15.2%
		調整済み残差	-2.2*	2.2*	
	要介護度 🗸	度数	2	3	5
		要介護度 の %	40.0%	60.0%	100.0%
		屋外作業 の %	1.4%	1.4%	1.4%
		調整済み残差	.0	.0	
合計		度数	147	215	362
		要介護度 の %	40.6%	59.4%	100.0%
		屋外作業 の %	100.0%	100.0%	100.0%

有意に低い事(73.2%)が明らかとなった。

### - 4 - 4 要介護度による比較

各活動実施状況における要介護度の割合について <sup>2</sup> 検定を実施したところ,屋外作業活動及び家事活動の実施割合について関連性が明かとなった。

# - 4 - 4 - 1 屋外作業(表10参照)

屋外作業活動と要介護度の割合について残差分析

を実施した結果,要介護度 における屋外作業活動の実施割合が有意に高く(60.0%),要介護度 における屋外作業活動の実施割合は有意に低い事(27.3%)が明かとなった。

## - 4 - 4 - 2 家事活動(表11参照)

家事活動と要介護度の割合について残差分析を実施した結果,要介護度 における家事活動の実施割合が有意に高く(96.7%),要介護度 の家事活動実施割合がやや高い(90.7%)傾向にあった。逆に要介護度 における家事活動の実施割合は有意に低く(70.9%),要介護度 での家事活動実施割合はやや低い(60.0%)傾向が示された。

### - 4 - 5 入居期間による比較

各活動実施状況における入居期間別の割合について <sup>2</sup>検定を実施したところ,屋外作業活動の実施割合について関連性が明かとなった(表12参照)。

屋外作業活動と入居期間別の割合について残差分析を実施した結果,入居期間3ヵ月未満における屋外作業活動の実施割合は有意に低く(18.2%),3ヵ月から1年未満における屋外作業実施割合はやや低

表11 家事活動と要介護度の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			家	事	A = 1
			実施	未実施	合計
要介護度	要介護度I	度数	58	2	60
		要介護度 の %	96.7%	3.3%	100.0%
		家事 の %	18.6%	3.9%	16.6%
		調整済み残差	2.6**	-2.6**	
	要介護度Ⅱ	度数	97	10	107
		要介護度 の %	90.7%	9.3%	100.0%
		家事 の %	31.2%	19.6%	29.6%
		調整済み残差	1.7 <sub>†</sub>		
	要介護度Ⅲ	度数	114	21	135
		要介護度 の %	84.4%	15.6%	100.0%
		家事 の %	36.7%	41.2%	37.3%
		調整済み残差	6	.6	
	要介護度Ⅳ	度数	39	16	55
		要介護度 の %	70.9%	29.1%	100.0%
		家事の%	12.5%	31.4%	15.2%
		調整済み残差	-3.5**	3.5**	
	要介護度 🗸	度数	3	2	5
		要介護度 の %	60.0%	40.0%	100.0%
		家事 の %	1.0%	3.9%	1.4%
		調整済み残差	-1.7 <sub>†</sub>	1.7 <sub>†</sub>	
合計		度数	311	51	362
		要介護度 の %	85.9%	14.1%	100.0%
		家事 の %	100.0%	100.0%	100.0%

い(32.1%)傾向が見られた。逆に入居期間1年以上2年未満における屋外作業実施割合は有意に高い(48.4%)事が明かとなった。

### - 4 - 6 開設期間による比較

グループホームの開設期間によって実施されている活動に特徴的な傾向があるのかについて明かにするために各活動の実施群と未実施群におけるグループホームの平均開設期間についてt検定を実施したところ,音楽活動における平均開設期間について有意な差が認められた(表13参照)。

音楽活動における実施群と未実施群における平均 開設期間は音楽活動実施群が3.57年(SD2.46),未 実施群が2.91年(SD1.89)と音楽活動実施群の方が 未実施群に比較して開設期間が長い事が明かとなった。

# 表12 屋外作業と入居期間の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			屋外位		合計	
			実施	未実施		
入居期間	3ヶ月未満	度数	4	18	22	
		入居期間の%	18.2%	81.8%	100.0%	
		屋外作業 の %	2.6%	7.7%	5.7%	
		調整済み残差	−2.1*	2.1*		
	3ヶ月~1年	度数	34	72	106	
		入居期間 の %	32.1%	67.9%	100.0%	
		屋外作業 の %	22.4%	30.8%	27.5%	
		調整済み残差	<b>−</b> 1.8 <sub>†</sub>	1.8+		
	1年~2年	度数	60	64	124	
		入居期間の%	48.4%	51.6%	100.0%	
		屋外作業 の %	39.5%	27.4%	32.1%	
		調整済み残差	2.5*	<del>-</del> 2.5*		
	2年~3年	度数	27	38	65	
		入居期間の%	41.5%	58.5%	100.0%	
		屋外作業 の %	17.8%	16.2%	16.8%	
		調整済み残差	.4	4		
	3年以上	度数	27	42	69	
		入居期間 の %	39.1%	60.9%	100.0%	
		屋外作業 の %	17.8%	17.9%	17.9%	
		調整済み残差	.0	.0		
合計		度数	152	234	386	
		入居期間 の %	39.4%	60.6%	100.0%	
		屋外作業 の %	100.0%	100.0%	100.0%	

表13 音楽活動における開設期間の比較

音楽関連活動	N	平均開設年数 (年)	標準偏差	平均値の 標準誤差	
実施	138	3.57	2.46	.20982	
未実施	250	2.91	1.89	.11944	

- 5 BPSD の変化と活動実施状況の比較

入居時と現在の BPSD 頻度の変化割合についてグ ループホームで実施されている活動の実施状況割合 化と家事活動,無気力症状の変化と屋外作業活動,

について <sup>2</sup> 検定を実施したところ,妄想の変化と 外出活動,徘徊の変化と運動活動,無目的行動の変

表14 活動種と BPSD 別変化割合の <sup>2</sup> 検定の結果 (P < 0.5 を掲載)

				 注	 動		
BPSD	)変化\活動	音楽 活動	運動	レク・ ゲーム	趣味 手芸	屋外 作業	家事
	妄想	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	幻覚	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	抑鬱	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	不安	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	睡眠障害	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	誤認	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	身体攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
В	徘徊	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =8.400, P=.038	n.s	n.s	n.s	n.s
P S	不穏	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
D の 変 化	不適切行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
化	無目的行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	χ² <sub>(3)</sub> =8.703, P=.034
	喚声	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	悲哀	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	言語攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	無気力	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =24.752, P=.000	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =10.176, P=.017	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =14.441, P=.002
	依存	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	拒否·抵抗	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	繰り返しの 訴え・行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

家事活動の実施割合について危険率 5%未満で有意な差が認められた(表14参照)。

<sup>2</sup> 検定によって分布の偏りが有意に認めたれた ものについて残差分析を実施し詳細な検討を行っ た。残差分析については標準化された調整済み残差 について絶対値 1.65 以上 1.96 未満を有意傾向, 1.96 以上 2.58 未満を P<0.05, 2.58 以上を P<0.01 とし有意な残差とし人数の偏りを示した。尚, クロス表内における期待度数 5 のセルが 20%以上, セルの中に1つ以上 0 の値を含む場合は <sup>2</sup> 検定が妥当で

					——— 活	 ·動				
BPS	D変化\活動	家内 雑用	雑談	外出	信仰	計算 ドリル	文学	他者へ の介助	くつ ろぎ	動物の 世話
	妄想	n.s	n.s	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =9.461, P=.024	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	幻覚	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	抑鬱	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	不安	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	睡眠障害	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	誤認	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	身体攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
В	徘徊	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
P S	不穏	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
D の 変	不適切行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
化	無目的行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	喚声	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	悲哀	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	言語攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	無気力	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	依存	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	拒否·抵抗	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	繰り返しの 訴え・行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

はないものとして残差分析から除外した。

- 5 - 1 妄想の変化と活動との比較(表15参照) 外出活動(散歩,ハイキング,旅行,ドライブ, 外食等)の実施群,未実施群と妄想症状の増減人数 について残差分析を実施したところ,外出活動実施 群における妄想症状の増加割合が有意に高く (42.4%),未実施群における妄想症状の増加割合が 有意に低い(25.7%)事が明らかとなった。

### - 5 - 2 徘徊の変化と活動の比較(表16参照)

運動(体操や踊り)系の活動の実施群,未実施群と徘徊症状の増減人数について残差分析を実施したところ,運動実施群において徘徊症状の増加が有意

表15 外出活動と妄想変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			外出		合計
			実施	未実施	
妄想の増減	減少	度数	36	13	49
		妄想の増減 の %	73.5%	26.5%	100.0%
		外出の%	12.5%	12.9%	12.6%
		調整済み残差	1	.1	
	変化なし	度数	56	26	82
		妄想の増減 の %	68.3%	31.7%	100.0%
		外出の%	19.4%	25.7%	21.1%
		調整済み残差	-1.3	1.3	
	増加した	度数	122	26	148
		妄想の増減 の %	82.4%	17.6%	100.0%
		外出 の %	42.4%	25.7%	38.0%
		調整済み残差	3.0**	-3.0**	
	無しから無し	度数	74	36	110
		妄想の増減 の %	67.3%	32.7%	100.0%
		外出の%	25.7%	35.6%	28.3%
		調整済み残差	-1.9 <sub>†</sub>	1.9 <sub>†</sub>	
合計		度数	288	101	389
		妄想の増減 の %	74.0%	26.0%	100.0%
		外出の%	100.0%	100.0%	100.0%

### 表16 運動と徘徊変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			運動		合計	
			実施	未実施		
徘徊の増減	減少	度数	39	26	65	
		徘徊の増減 の %	60.0%	40.0%	100.0%	
		運動 の %	15.7%	18.6%	16.7%	
		調整済み残差	7	.7		
	変化なし	度数	60	48	108	
		徘徊の増減 の %	55.6%	44.4%	100.0%	
		運動 の %	24.1%	34.3%	27.8%	
		調整済み残差	-2.2*	2.2*		
	増加した	度数	86	31	117	
		徘徊の増減 の %	73.5%	26.5%	100.0%	
		運動 の %	34.5%	22.1%	30.1%	
		調整済み残差	2.6**	-2.6**		
	無しから無し	度数	64	35	99	
		徘徊の増減 の %	64.6%	35.4%	100.0%	
		運動 の %	25.7%	25.0%	25.4%	
		調整済み残差	.2*	2*		
合計		度数	249	140	389	
		徘徊の増減 の %	64.0%	36.0%	100.0%	
		運動 の %	100.0%	100.0%	100.0%	

に高く(34.5%),変化なしの人数が有意に低い事(24.1%)が明らかとなった。運動未実施群においては徘徊症状の増加人数が有意に低く(22.1%),変化なしの人数割合が有意に高いこと(34.3%)が明らかとなった。つまり,運動活動は徘徊症状の増加と有意に関連していることが示された。

### - 5 - 3 無目的行動と活動の比較(表17参照)

家事活動の実施群,未実施群と無目的行動の増減の比較について残差分析を実施したところ家事活動の実施群は無目的行動の減少割合が有意に低く(21.6%),変化なし割合が有意に高い(31.2%)。家事活動未実施群は無目的行動の減少割合が有意に高く(34.5%),変化なし割合が有意に低い(14.5%)ことが明らかとなった。家事活動と無目的行動の減少については有意な関連が認められ,つまり家事活動を実施している高齢者は無目的行動の症状頻度は変化せず,減少もしない傾向にあるといえる。

### - 5 - 4 無気力と活動の比較

### - 5 - 4 - 1 運動と無気力の比較(表18参照)

運動の実施群,未実施群と無気力症状の変化について残差分析を実施したところ,運動実施群の無気力症状の増減変化なし割合は有意に低く(4%),運動未実施群の無気力症状の増減変化なし割合が有意に高かった(19.3%)。運動の実施と無気力症状の関連は運動をしない群と無気力症状の増減変化なしとの関連が認められ,運動をしない群において特に無気

表17 家事活動と無目的行動変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上

		(十=1.65以上,*=1.96以上,**=2.58以上)				
			<u>家</u> 実施	事 未実施	合計	
無目的行動 の増減	減少	度数 無目的行動の増減 の % 家事 の % 調整済み残差	72 79.1% 21.6% –2.1*	34.5%	91 100.0% 23.5%	
	変化なし	度数 無目的行動の増減 の % 家事 の % 調整済み残差	104 92.9% 31.2% 2.5*	7.1% 14.5%	112 100.0% 28.9%	
	増加した	度数 無目的行動の増減 の % 家事 の % 調整済み残差	66 82.5% 19.8% <del>-</del> 1.0	17.5% 25.5%	80 100.0% 20.6%	
	無しから無し	度数 無目的行動の増減 の % 家事 の % 調整済み残差	91 86.7% 27.3% .3		105 100.0% 27.1%	
		度数 無目的行動の増減 の % 家事 の %	333 85.8% 100.0%	14.2%	388 100.0% 100.0%	

表18 運動と無気力症状変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			運動		合計
			実施	未実施	
無気力増減	減少	度数	21	12	33
		無気力増減 の %	63.6%	36.4%	100.0%
		運動 の %	8.4%	8.6%	8.5%
		調整済み残差	.0	.0	
	変化なし	度数	10	27	37
		無気力増減 の %	27.0%	73.0%	100.0%
l .	l	運動 の %	4.0%	19.3%	9.5%
		調整済み残差	-4.9**	4.9**	
	増加した	度数	79	34	113
		無気力増減 の %	69.9%	30.1%	100.0%
l	l	運動 の %	31.7%	24.3%	29.0%
l		調整済み残差	1.6	-1.6	
	無しから無し	度数	139	67	206
l	l	無気力増減 の %	67.5%	32.5%	100.0%
l .		運動 の %	55.8%	47.9%	53.0%
		調整済み残差	1.5	-1.5	
合計		度数	249	140	389
l		無気力増減 の %	64.0%	36.0%	100.0%
		運動 の %	100.0%	100.0%	100.0%

表19 屋外作業と無気力症状変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

			屋外作業		合計	
			実施	未実施		
無気力増減	減少	度数	15	18	33	
		無気力増減 の %	45.5%	54.5%	100.0%	
		屋外作業 の %	9.8%	7.6%	8.5%	
		調整済み残差	.8	<b>-</b> .8		
	変化なし	度数	6	31	37	
		無気力増減 の %	16.2%	83.8%	100.0%	
l .		屋外作業 の %	3.9%	13.1%	9.5%	
ı		調整済み残差	-3.0**	3.0**		
	増加した	度数	43	70	113	
l		無気力増減 の %	38.1%	61.9%	100.0%	
l .		屋外作業 の %	28.1%	29.7%	29.0%	
ı		調整済み残差	3	.3		
l	無しから無し	度数	89	117	206	
		無気力増減 の %	43.2%	56.8%	100.0%	
		屋外作業 の %	58.2%	49.6%	53.0%	
		調整済み残差	1.7+	−1.7 <sub>†</sub>		
合計		度数	153	236	389	
I		無気力増減 の %	39.3%	60.7%	100.0%	
		屋外作業 の %	100.0%	100.0%	100.0%	

力症状の頻度増減は変化しない傾向が示唆された。

- 5 - 4 - 2 屋外作業と無気力の比較 (表19参昭)

屋外作業の実施群,未実施群と無気力症状の変化について残差分析を実施したところ,屋外作業の未実施群について無気力症状の増減変化なし割合が有意に高く(13.1%),無気力症状が元々無く,現在も無い割合が低い(49.6%)傾向が示された。屋外作業実施群においては無気力症状の増減変化なし割合が有意に低く(3.9%),無気力症状が元々無く,現在も無い割合が高い(58.25)傾向が示された。つまり,屋外作業の実施は無気力症状の増減についてはあまり影響を及ぼしていないことが明らかとなった。

表20 家事活動と無気力症状変化の比較

(†=1.65以上,\*=1.96以上,\*\*=2.58以上)

_			家事		合計
			実施	未実施	口前
無目的行動	減少	度数	72	19	9
の増減		無目的行動の増減 の %	79.1%	20.9%	100.09
		家事 の %	21.6%	34.5%	23.5
		調整済み残差	-2.1*	2.1*	
	変化なし	度数	104	8	112
		無目的行動の増減 の %	92.9%	7.1%	100.09
	l	家事 の %	31.2%	14.5%	28.99
		調整済み残差	2.5*	-2.5*	
	増加した	度数	66	14	80
	l .	無目的行動の増減 の %	82.5%	17.5%	100.09
	ı	家事 の %	19.8%	25.5%	20.69
		調整済み残差	-1.0	1.0	
	無しから無し	度数	91	14	10
	l	無目的行動の増減 の %	86.7%	13.3%	100.09
	l .	家事 の %	27.3%	25.5%	27.19
		調整済み残差	.3	3	
合計		度数	333	55	38
		無目的行動の増減 の %	85.8%	14.2%	100.09
		家事 の %	100.0%	100.0%	100.09

- 5 - 4 - 3 家事活動と無気力の比較(表20参照)

家事活動の実施群,未実施群と無気力症状の増減について残差分析を実施したところ,家事活動の実施群において無気力症状の減少(6.9%),変化なし割合(8.4%)について有意に低い傾向が示された。家事活動未実施群における無気力症状の減少(18.2%),変化なし割合(16.4%)については有意に高い傾向が示された。そして無気力症状が元々無くて現在も症状が無い割合について家事活動実施群における有意に高い(56.0%)事が示された。家事活動実施と,無気力症状が無い高齢者に対する発現抑止の関連が明かとなった。

### . 考 察

- 1 施設・事例属性と活動の関連
- 1 1 施設型と運動(体操や踊り)

施設型と運動の実施状況との関連は,単独型グループホームよりも併設型グループホームの方が運動系活動の実施割合が有意に高い結果となった。このことは併設型グループホームは併設している介護老人福祉施設における活動実施状況に影響されている要因が考えられる。従来より介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などでは高齢者のレクリ

屋外作業活動とは植木の水やりや畑仕事など身体

エーション活動として集団レクリエーションや集団体操などを実施している傾向が高い事と,理学療法士による理学療法や日常生活動作訓練などが義務づけられ実施されてきた傾向があることを考え合わせれば併設型グループホームにおいてもそれらの活動が実施されている可能性が高いことが予測される。

### - 1 - 2 年齢と家事活動

家事活動の実施群が未実施群に比較して年齢が低く、未実施群の方が年齢が高い事は、グループホームにおける活動において調理や炊事、掃除など生活の主たる義務活動である家事活動の継続が認知症高齢者の生活において主要な活動となっている現状において、高年齢者は身体機能やADL能力から家事活動の継続実施が若年高齢者に比較して困難になってきていると考えられる。グループホームにおいても後期高齢者などの活動は身体的に負担のかからない家事活動や簡易な雑用の必要性が考えられる。

### - 1 - 3 性別と家事活動

認知症になっても若い頃より実施している活動を 継続していくことが高齢者の心理的負担を和らげ、 活動の遂行を円滑にする可能性が指摘されるところ であるが,生活の中で若い頃より継続して行ってき た活動の主要なものは家事活動に関するものである う。その意味では家事活動を若いころより継続的に 定期的に実施してきているのは男性よりも女性の方 が頻度も機会も多く,多くの場合は女性の主要な役 割と考えられる。本調査の結果からもグループホー ムにおける継続的な活動として家事活動の実施割合 が高い傾向があり,女性と比較すると男性の実施率 は低いことが明かとなった。これは男性が若い頃か ら実施している割合が低い傾向にある事が原因か, グループホームにおいて職員が男性にはあまり家事 活動の実施を勧めないことによるものか原因の詳細 な分析が必要であると考えられる。認知症における 家事活動の支援を計画する上で,性別による活動割 合の差を考慮する必要性を示唆するものである。

## - 1 - 4 要介護度と活動の関連

### - 1 - 4 - 1 屋外作業と要介護度

機能特に下肢機能と強く関連した活動であり、要介 護度と屋外作業の実施度合いは比例していると考え られる。特に残差分析による結果としては要介護度 と について有意な結果となったが,要介護度 や要介護度についても屋外作業の実施割合は高い 傾向にあり,要介護度 については人数が少数のた め参考程度であるが屋外作業の実施割合が低い傾向 にある。このことからも要介護度 くらいまでは屋 外作業活動の実施に支障が無い事が伺えるが,要介 護度 以上になると身体機能の程度の影響から畑仕 事など屋外における活動の実施は困難になってくる ことが予測される。このことは要介護度が低めの認 知症高齢者への活動を考える際には支障はないが, 要介護度の高い認知症高齢者の活動を考える際に、 特に若い頃より畑仕事をしてきた農家出身の方や、 植木の管理などをしていた男性の高齢者などへの活 動支援について課題を示唆するものである。

### - 1 - 4 - 2 家事活動と要介護度

家事活動の実施と要介護度は有意に関連すること が示唆されたが,特に要介護度 , , の家事活 動の実施割合の高さと要介護度 から実施割合が減 少する傾向が認められた。このことは屋外作業活動 との傾向と類似した結果だが,家事活動は屋外作業 活動と異なり下肢機能の程度は屋外作業活動ほど活 動に影響しにくいと考えると下肢機能に限定されな い要介護度要因と活動との関連が推測される。要介 護度 と を境に下肢機能と関係なく活動の実施を 妨げる要因があることを示唆していると考えられ る。身体機能以外に要介護度と関連している要因は, 病気や認知症の重症度であり身体機能とあわせて認 知症の重症度によって家事活動の遂行が困難になり 要介護度が 以上の高齢者においては家事活動の実 施方法は考慮する必要性があるのだろう。認知症高 齢者の活動を考慮する上で要介護度による実施上の 工夫や活動内容の遂行難易度を鑑みる必要性を示唆 している。

## - 1 - 5 入居期間と屋外作業

入居後1年くらいまでは屋外作業活動をする傾向 が少なく,1年目から2年目くらいまでは屋外作業 活動をする傾向がみられ,2年目を過ぎるとやや実 施割合が減ってくる傾向が示された。入居期間と屋 外作業活動の関連として考えられるのは入居後1年 くらいはグループホーム内における環境への適応や 人間関係形成期と考えられ,屋内における生活活動 の安定期にあり屋外における活動まで実施できる状 況に無い可能性が予測される。例えば植木の水やり や畑仕事などは家庭内での状況が安定しなければそ こまで活動範囲を拡大する余裕ができないことも考 えられる。逆に,1年くらいを目処にグループホー ム自体を自分の住むべき生活の基点として捉え,敷 地内の屋外の事も含め自分の居場所として認識でき るようになるとも考えられる。いずれにしろこれら の考察は予測の範囲を超えるものではなく今後の詳 細な分析が必要と考えられる。

### - 1 - 6 開設期間と音楽活動

開設期間と音楽活動の実施状況については,音楽 活動を実施しているグループホームの方が未実施の グループホームよりも開設期間が長いことが明らか となった。音楽活動とはカラオケや楽器演奏などの 活動であるが主な活動はカラオケであり、グループ ホームの開設期間の長さとカラオケの活動との関連 については今回の調査データからは解釈が困難であ るが,推測されるのは活動種と施設創設時期との関 連が考えられる。つまり,グループホームは2000年 頃より創設されはじめ2006年現在で7.000箇所を超 え急増してきた施設であり,開設期間の比較的長い 2000年くらいに創設されたグループホームでは,グ ループホームの本来的な主旨である認知症高齢者へ の生活活動支援という理念の浸透が遅れた事と,グ ループホームの主旨や理念が理解されていても具体 的な活動やケアとしての方略が少なく,従来より実 施されてきたレクリエーションやカラオケなどの活 動プログラムが実施されてきた経緯が予測される。 5年が経過する中で徐々にグループホームの理念や 主旨が浸透し,高齢者の生活活動のパターンや活動

支援の方略が充実したものとなり比較的新しいグループホームにおいてはカラオケなどの活動実施割合は少ないと考えられる。グループホーム創設当時はグループホーム自体が老人ホームの延長線上にあり小規模化した老人ホームという傾向も少なくなく、従前より老人ホームのプログラムでも主流だったカラオケなどを中心としたプログラムが踏襲されたままグループホームでも実施されていた可能性が予測される。そのことが開設期間の長さと音楽活動の実施状況の関係に影響しているのではないだろうか。

### - 2 BPSD の変化と活動の関連

### - 2 - 1 妄想頻度の増減と外出系活動

外出活動を実施している高齢者は入居時に比較し て現在の妄想に関する症状頻度が増加しており,逆 に外出活動を実施していない高齢者は妄想に関する 症状の増加が少ない事が明らかとなった。本研究に おける妄想群の中でも帰宅願望(本研究では自宅を 自宅ではないと思っている妄想として分類)の割合 が多い事から外出活動と妄想に関する症状の増加は 外出活動が原因となって妄想症状が増加しているの か,妄想症状が増加したため外出活動を実施してい る割合が高いのかは今後の研究課題と考えられる。 帰宅願望に対する対応として散歩や買い物、ハイキ ングなどの外出活動は実際に介護現場では多用され ている最も一般的な対応と考えられるが,その効果 としては外出によって家に帰りたいという気分や感 情を逸らすような対蹠的・一時的な効果の可能性が 考えられる。今回の結果によれば,外出活動の実施 と妄想症状の増加が有意に関連していることから、 妄想症状改善の根本的な解決方法として一時的な外 出活動は妄想症状改善の活動として効果が低い事が 予測される。今回の結果よりグループホームでは認 知症高齢者に妄想症状が見られた場合,症状の頻度 が多いほど外出活動(散歩,買い物,ドライブ等) が実施されやすい傾向にあることが明らかとなった。 一方,外出活動の未実施群について入居時に妄想

一万,外面活動の未美施群にJNで人居時に妄想症状が見られず,現在も妄想症状が見られない割合が多い(35.6%)傾向が明かとなった。これは,今回の外出活動の分類に散歩や買い物だけではなく八

イキングや旅行といった比較的レジャー的要素の高い活動も含んだためと考えられる。入居時,妄想に関する症状が見られず旅行やハイキングなどの活動が可能な高齢者がそれらの活動をすることで妄想に関する症状の出現が抑止された可能性も考えられるだろう。

#### - 2 - 2 運動と徘徊頻度の増減

運動活動と徘徊の増減との関係は運動活動を実施 している群は徘徊症状の増加と関係し,未実施群は 徘徊症状の増減なし割合と有意に関連していること が明らかとなった。この事は運動活動の結果,徘徊 症状が増加したというよりは,徘徊症状が増加して いる高齢者に対して運動活動が実施されている傾向 が高いことを示すものであり,逆に徘徊症状の増減 がみられない高齢者に対しては運動活動が実施され ていないこと示している。つまり,徘徊症状の頻度 が増加するにつれ体操や踊りなど身体を動かす活動 によって徘徊症状に対して対応していることが考え られる。逆に,徘徊症状の頻度が安定している場合 は体操活動など身体を動かすような活動が控えられ る傾向があると考えられる。これらの解釈について は,徘徊の増加と運動活動の実施が何らかの関連が ある事が明かとなったが,体操や踊りなど身体を動 かす活動が認知症高齢者の徘徊における抑止要因で はなく増加要因と考えた方が妥当なのか,実際に介 護現場で徘徊時の対応として運動活動を実施する傾 向が高いだけなのかはさらなる因果関係分析の必要 性を示唆しているといえるだろう。

# - 2 - 3 無目的行動の増減と家事活動

家事活動は洗濯,調理,掃除,洗濯など生活遂行上必ず必要な義務活動であり,生活の中心をなす行為である。一方,無目的行動は本人にとっては意味のある行動だが,他者や一般通念上,行動の理由が不可解なものであり蒐集癖や服をわざとちらかしたりする行動等を指している。家事活動とこれらのBPSD症状の減少との関連が有意に示されたが,家事活動自体は認知症になる以前から行ってきた活動であり認知症になってもそれらの活動は行為の複雑

さによっては遂行が困難な行為もあるが,簡易な行 為を含めば生活の中で最も必要で遂行の継続が容易 と考えられる活動である。今回の結果は家事活動を 実施していない高齢者は無目的行動症状の減少割合 が高く,家事活動を実施している高齢者は無目的行 動の減少割合は低いが変化なし割合が有意に高かっ た。つまり,家事活動の実施は無目的行動の症状の 減少には影響しないが , 行動の増加を抑止する要因 として考えられる。一方,家事活動未実施群につい ては無目的行動の減少割合が高く,家事活動以外の 要因が考慮される。しかし,他活動における無目的 行動の変化割合との関連については <sup>2</sup> 検定の結果 からも特に有意な差は認めれず,無目的行動の症状 の増減については活動以外の他の要因を検証する必 要があるだろう。いずれにしろ,家事活動の実施は 無目的行動の頻度増加を抑止しており,無目的行動 自体が本人か他者の生命に何らかの危険を及さず、 施設および職員が容認していれば家事活動の実施は 効果的な活動と推測できるだろう。無目的行動の原 因と家事活動の遂行との詳細な関連について今後の 課題と考えられる。

# - 2 - 4 無気力状態の増減と活動状況

#### - 2 - 4 - 1 運動と無気力状態の増減

無気力症状とは服を着ない,部屋にとじこもりじ っとしている,外に出たがらない,なにもせずぼお っとしている等の症状であるが、運動を実施してい る高齢者については無気力症状の増減と何らかの関 連がある傾向が示された。つまり,運動をしている 高齢者は無気力状態について変化なしの割合が有意 に低いことから、改善か悪化いずれにしろ何らかの 影響を与えていると考えられる。運動実施群におけ る無気力症状の増加割合が有意ではないがやや高い (31.7%)事からも無気力症状の増加に伴い,グルー プホームでは体操や踊りなどの運動活動を実施する 傾向があることが予測される。いずれにしろ認知症 による無気力な状態については運動を無理矢理強要 しても減少傾向とは関連せず,運動活動を実施しな い方が症状の悪化を防ぐことが示唆された。実際に は無気力症状の減少には運動以外の要因が強く関連

している可能性があり,今後の詳細な分析が必要で ある。

# - 2 - 4 - 2 屋外作業と無気力状態の増減

屋外作業を実施している高齢者は無気力症状が元々無く,現在も増加していない傾向があり,屋外作業の実施が無気力症状の出現を抑止する可能性が考えられる。つまり,元々無気力な症状が出現している高齢者に対して有意な効果は考えにくいが,無気力症状がみられない高齢者に対しては屋外作業の実施は無理なく継続的に実施できる活動として,無気力症状防止の要因になっている可能性が考えられる。屋外作業は無気力症状が認めれる高齢者に対しては症状の悪化を防止する要因とはなるが改善の要因としては考えられにくく,むしろ無気力症状のある高齢者よりも,無気力症状のない高齢者に対して屋外作業を継続することは無気力症状の発現防止に効果的である可能性が示唆された。

#### - 2 - 4 - 3 家事活動と無気力状態の増減

家事活動の実施は無気力症状が無い高齢者に対し ては症状の発現を抑止する要因となりうる可能性が 示唆されたが,元々無気力症状がみられる高齢者に 対しては無気力症状の減少とは関連せず,むしろ家 事活動をしていない群の方が症状の維持,減少と関 連している傾向が示された。つまり,無気力症状が 認められる高齢者に対しては家事活動を無理強いし ても改善要因とはなりにくく,影響が少ないことが 明らかとなった。しかし,無気力症状が認められな い高齢者に対しては家事活動の実施は無気力症状の 発現を防止する要因となりうる可能性が示唆され た。つまり、家事活動は病前から定期的に継続的に 実施してきた活動として、認知症高齢者でもその一 部を遂行できる可能性があり,生活活動の中でも無 理なく継続できる役割として認知症高齢者の継続活 動として望ましいとされているものであるが、無気 力といった症状に対してはあまり効果が無い可能性 が考えられる。この事は家事活動が無気力症状の改 善に効果が無いと考えるか,実際にグループホーム で実施されていないと解釈するかによって解釈が異 なるが、恐らく家事活動の導入方法の困難さを考慮すれば後者の理由と考えることができる。つまり、現在、グループホームでは無気力症状の無い高齢者に対しては家事活動を実施する事で症状の発現を防止している傾向があるが、入居時より無気力症状のある高齢者に対しては家事活動の実行が困難であり活動の勧め方や導入方法に課題があるのではないだろうか。今後は、何もしたがらないとか、部屋に閉じこもっている高齢者に対してのアプローチ手法の対策が必要となるであろう。

#### - 3 まとめ

#### (活動状況)

本研究におけるグループホームで実施されている 活動の状況は、分類前の活動数が73種類であり新田 らの研究による特別養護老人ホームにおけるアクティ ビティ総数約54種類(その他は1種類として算出) に比較しても多種の活動が実施されている事が明か となった。特別養護老人ホームでのアクティビティ との違いは家事関連活動など生活活動における種類 の差であった。73種類の活動を生活義務活動,余暇 活動,その他の活動に分類すると生活義務活動が24 種類(32.8%), 余暇活動が42種類(57.5%)と種類 数としては余暇活動の方が多いが,実施割合として は家事関連活動が334件(89.8%),余暇活動が散 歩・旅行等228件(77.4%)と家事関連活動の方が実 施割合が高い結果となった。実施時間については生 活義務活動は平均で21.61分(SD10.75), 余暇活動 は平均68.20分(SD66.86)と生活関連活動の方が所 要時間は短い傾向となった。活動期間については生 活義務活動の平均が14.66ヵ月(SD6.37),余暇活動 の平均が24.47ヵ月(SD30.82)で生活関連活動の活 動期間の方が短い傾向が明らかとなった。生活関連 活動は1回あたりの活動時間が短時間で活動期間は 余暇活動に比較して短い傾向となったが,標準偏差 からみても高齢者の状態や活動の種類によってばら つきが多いため参考程度の指標と考えられる。特に 割合の多い活動を個別に見ると家事活動の中でも後 かたづけ,掃除,調理,買い物,洗濯もの干し,配 膳,洗濯ものたたみ,盛り付け,布団ほしなどが多

く、屋外作業では畑仕事や植木のみずやり、雑用では新聞の取り込みであった。家事活動は主に食事と洗濯に関連する活動が多く、グループホームの入居者が女性が多いことも影響しているだろう。余暇活動については散歩、体操、カラオケの実施割合が顕著に多くその他の活動は10%以下で分布している。新田らの調査結果と比較しても特別養護老人ホームにおける活動の中で音楽関連活動、体操、外出活動の割合は生活関連活動よりも高い割合を示している。特別養護老人ホームとの違いは、年中行事や運動会、敬老会などイベントや催しものなどがグループホームでは少ない傾向が明らかとなりむしる、生活の中で毎日行う家事活動などが主流である結果となった。

# (高齢者属性と活動の関係)

属性別の活動実施割合については(表21参照), 家事活動では年齢が若く,男性より女性の方が,要 介護度 , より , の方が実施割合が高いこと が明らかとなった。家事活動は比較的身体機能や年 齢に関係なく介護が必要となっても,認知機能が低 下しても継続して実施可能な活動と予測されたが, 要介護度 以上では家事活動の実施も困難である可 能性が示唆される結果となった。男性よりも女性の 方が実施割合が多い傾向については,病前からの日 常生活活動の慣習の影響が反映された結果と考えら れ,今後の男性の生活義務活動支援を考慮する必要 性を示唆するものである。屋外作業については,入

居期間が1年~2年くらいで,要介護度 の高齢者 の実施割合が多い傾向が明らかとなった。屋外作業 は畑仕事や植木のみずやりなど敷地内の家屋外の活 動を指すが,入居初期の頃は家屋内におけるリビン グや居室,人間関係への適応を模索しながら,家屋 内での役割や活動を探している時期であり、それら の適応や役割が安定してから屋外作業などへの取り 組みが始めることが予測される。要介護度 の高齢 者における実施割合の多さは身体機能の程度と屋外 作業の実施率の関連を示唆するものであろう。体操 などの活動は併設型のグループホームにおける実施 割合が高い結果となったが、併設施設における実施 されている理学療法や集団体操などのプログラム や,理学療法士,作業療法士などの実施職員が活用 されている影響が考えられるだろう。音楽活動と開 設期間の関連については,開設期間の長いグループ ホームの方が音楽活動を実施している割合が多くグ ループホームが創設され始めた頃のグループホーム の活動が, 従来特別養護老人ホームなどで実施され ていた活動の影響を大きくうけていた事を示すもの でないだろうか。音楽活動および運動に関してはあ くまでも推測の域を出ないものであるので今後の詳 細な分析検討が必要である。

#### (BPSD の変化と活動の関係)

BPSD 種別ごとの増減変化と活動実施の関連については(表22参照),本調査の結果より徘徊頻度の増加と運動,妄想頻度の増加と外出活動,無気力症

表21 施設・事例属性と実施活動の関係(t検定、 2検定及び残差分析の結果、有意な関連があるもの)

活動種\属性	年齢	性別	要介護度	入居期間	施設型	開設期間
家事活動	低年齡>高年齡	女性>男性	I • II > IV • V			
屋外作業			I >IV	1年~2年>1年未 満		
音楽活動						3.57年>2.91年
運動					併設型>単独型	

表22 グループホームにおける活動とBPSD頻度の増減割合の関係( <sup>2</sup>検定及び残差分析の結果有意なもの)

活動\BPSD 種	徘徊	妄想	無気力
家事活動			減少(−)、無しから無し(+)
屋外作業			変化なし(-)、無しから無し(+)
外出活動		増加(+)	
運動	変化なし(-)、増加(+)		変化なし(-)

\*表中の(+)は割 合が多かったも の、(-)は割合 が少なかったもの 状の抑止と家事活動、屋外作業に関連が認められた。 運動活動と徘徊頻度の増加の関連は,体操などの運 動が徘徊の増加に影響しているという考え方と,徘 徊が増加してきたために体操などの運動を実施する 割合が増加したという考え方と2通りの解釈が可能 である。いずれにしろ,徘徊の原因との関連を詳細 に検討する必要があるが運動や体操が直接的に徘徊 という行為をなくすための要因とは考えにくく、さ らに,現在のグループホームにおける徘徊への対応 方法として運動などが対蹠的に実施されている可能 性も否定できないだろう。妄想症状の増加と外出活 動の実施についても運動と徘徊の増加の関連と同様 の解釈が考えられる。本研究における妄想分類は国 際老年精神医学会の BPSD 分類を参考にしており, いわゆる一般的に帰宅願望などといわれている言動 や行動も自宅を自宅と思わない妄想として妄想分類 に含んでいる。よって,本研究における妄想症状と は帰宅願望の症例が多く占めていることを考慮する と、散歩やハイキングなどの外出活動が帰宅願望な どの訴えや行為時に多く実施されている傾向がある と考察できる。つまり,現状の妄想症状への対応は 外出によって対応している割合が多い事を示す傾向 があることを示唆している。無気力症状については 家事活動と屋外作業との関連が認められた。家事活 動と屋外作業を実施している高齢者は入居時に無気 力症状が認められず,現在も無気力症状が見られな い割合が多い傾向にあることが明らかとなった。つ まり, 家事活動も屋外作業も無気力な方への実施が 困難であり導入は難しいことと,家事活動と屋外作 業の活動継続が無気力症状の出現を抑止している可 能性が高いことを示唆するものである。つまり,昔 から行ってきた生活上必要な活動であろうと思われ る家事活動や畑仕事,植木の水やりなどの屋外作業 などは無気力な状態にならないよう予防の効果があ ると予測される。しかし,無気力な状態の高齢者に 対しては家事活動や屋外作業などの活動の実施は症 状改善の効果は必ずしも期待できるものではないこ とを示唆している。

BPSD 頻度の増減と活動種類の関連についてまとめると,家事活動,屋外作業などの生活関連活動は

無気力症状などの BPSD について改善あるいは症状 出現防止の効果を期待できるものであり,外出や運動などの余暇活動は妄想や徘徊症状の改善効果を 期待するよりも,現在のグループホームにおける 対応の傾向を表した結果と解釈するのが妥当ではないだろうか。

#### (課題)

今後の課題は、1つに今回の研究は認知症高齢者 の活動実態を把握するためのものであったためグ ループホームのみを調査対象としたが,介護老人福 祉施設や他の施設種における認知症高齢者の活動に ついても調査し比較検討する必要性があると考えら れる。2つに活動種や活動の実施割合のみならず活 動の導入方法や活動の継続過程についても詳細な調 査が必要と考えられるだろう。3つに,調査の方法 上,今回の調査では高齢者の属性情報の収集に限界 があったため認知症の程度や認知能力,精神機能, 生活歴などの属性情報が不足しており認知症高齢者 の属性別活動実施状況の把握が蓋然的な分析となっ てしまったため,今後は調査方法の変更が必要であ る。4つに,BPSD頻度の増減と活動種の関連につ いては因果関係が不明確であるため,活動以外の要 因を考慮し分析する必要があるだろう。さらに BPSD の頻度だけではなく症状の詳細な内容の収集 と,活動の実施過程を分析する必要も今後の課題と 考えられるだろう。

#### .謝 辞

本研究の実施にあたり膨大な量の調査に,業務多 忙な中ご協力いただきましたグループホームの職員 の皆様に厚くお礼を申し上げるとともに深く感謝い たします。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

#### 文 献

- (1)朝田隆・本間昭・木村通宏・宇野正威:日本語版 BEHAVE-ADの信頼性について.老年精神医学雑誌10;825-834,1999
- (2)原田和子・下江由記・末丸修三:青空緑芝Outdoor アクティビティ・プログラム(FY-OACP)の痴呆高齢者における意欲および生活の質(QOL)に及ぼす効果 積極的自立排泄支援を併せた複合ケア介入の評価 . 日本痴呆ケア学会誌,2
   (1)68-78,2003
- (3) 林田あゆみ・山中克夫・窪田理恵:女性痴呆高齢者の調理場面における生活療法的ケアからの介入に関する事例研究.日本痴呆ケア学会誌,3 (2)222-229,2004
- (4) 今井幸充: 痴呆の非薬物療法の概念 レクリエーションとの区別のために . 老年社会科学, 26(1):5-14, 2004
- (5) 是枝祥子:特別養護老人ホームにおけるアクティビティの必要性.高齢者のケアと行動科学, Vol.2;27-35,1995
- (6) 高齢者介護研究会: 2015年の高齢者介護研究報告,
- (7) 水島眞由美:要介護老人の居宅生活を支援する 作業療法実践の分析研究.日本在宅ケア学会誌, 5(3):37-46,2002
- (8) 村木敏明・坂田美紀:日本における痴呆性高齢 者に対する作業療法.日本痴呆ケア学会誌,2 (1):17-22,2003
- (9)日本老年精神医学会 監訳: BPSD 痴呆の行動 と心理症状:アルタ出版,2005
- (10) 日本老年精神医学会 監訳: プライマリケア 医のための BPSD ガイド. アルタ出版, 2005
- (11)日本精神病院協会 監修: 痴呆性老人のため の作業療法の手引き.株式会社ワールドプランニング,2002
- (12)新田静江,箕浦とき子:特別養護老人ホーム利用者に対するアクティビティの目的,参加基準,および効果の関連.高齢者のケアと行動科学,vol.2; 27-35,1995
- (13)沖田裕子・岡本玲子・中山貴美子:通所ケア

- 施設における痴呆性高齢者中心の介入方法 看護・介護職によるアクティビティプログラム実施に焦点を当てて . 老年看護学,6(1);30-39,2001
- (14)大川弥生:生活機能(functioning)向上にむけたリハビリテーション 目標志向的プログラムにたって . 日本老年医学会雑誌,40(6);582-585,2003
- (15) 大川弥生・太田喜久夫: 痴呆性老人に対する 作業療法の適応意義と限界 身体障害リハの立場 から . 老年精神医学雑誌, 7(4):362-367, 1996
- (16) 六角僚子: アクティビティという視点がもつケアの有効性 痴呆性高齢者ケアの実践から .老年看護学, 6(1),114-122,2001
- (17)世界保健機関(WHO):国際生活機能分類 国際障害分類改訂版 .中央法規,2003
- (18)鈴木明子: 痴呆性老人に対する作業療法の適応・意義と限界 精神障害リハの立場から. 老年精神医学雑誌, 7(4),368-374,1996

認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究

A Study about Activity in Daily Living of the Elderly People with Dementia

Βv

Tetsuya ABE<sup>1,2</sup>, Shinji KATO<sup>1,2</sup>, Tomoyuki YABUKI<sup>1,2</sup>, Yuki YOSHIKAWA<sup>1</sup>, Saori MATSUMURA<sup>1</sup>

From

<sup>1</sup> SENDAI Dementia Care Research and Training Center

<sup>2</sup> Tohoku Fukushi University

Summary

This study was conducted on 389 group homes in Japan to understand the actual conditions of activities assigned to the elderly with dementia in these facilities and clarify the relationship between changes in the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and activities assigned to elderly patients.

According to the results of an analysis of the relationship between an increase or decrease in BPSD and the activities assigned to elderly patients, the percentage of the elderly who participated in activity programs was significantly higher than that of those who did not participate in activity programs in the following categories (P<0.05): the assignment of miscellaneous household tasks and the reduction in the incidence of wandering (activity group: 31.3%; nonactivity group: 15.4%), physical exercise and the increase in the incidence of wandering (activity group: 34.5%; nonactivity group: 22.1%), outings and the increase in the incidence of delusion (activity group: 42.4%; nonactivity group: 25.7%), the assignment of household activities and the percentage of those in which the lethargy symptom did not manifest from the time of admission to the time of the present survey (activity group: 56.0%; nonactivity group: 34.5%), and the assignment of outdoor tasks and the percentage of those in which the lethargy symptom did not manifest from the time of the present survey (activity group: 58.2%; nonactivity group: 49.6%).

These results clearly showed that the continuation of life-related activities is a strong factor in contributing to the reduction in the incidence of wandering and controlling the lethargy symptom. However, outing activities were generally introduced to control the increased incidence of wandering and physical activities were, for the most part, introduced to control the increased incidence of delusion in group homes.

Key words: Care for dementia, Activity, BPSD

# 認知症高齢者イメージの構造と介護経験によるイメージの差

吉川悠貴<sup>1</sup>,後藤満枝<sup>2</sup>,佐藤佳子<sup>3</sup>,後藤美恵子<sup>4</sup>,加藤伸司<sup>1,4</sup>,阿部哲也<sup>1,4</sup>

認知症介護研究・研修仙台センター1

仙台大学 2

創造学園大学3

東北福祉大学 4

要 約:介護職員89名と介護課程の大学生81名を対象に、既存の成人を対象にした高齢者観(老人イメージ)尺度の想定対象を認知症高齢者に代えて実施し、因子構造を確認した。因子分析の結果2因子が抽出され、「親和性」(7項目)と「力動性」(4項目)に対応するものと考えられた。「親和性」因子には既存尺度の「洗練性」が含まれる。また既存尺度と異なり、「親和性」が第一因子として抽出された。次に、ここで抽出された2つの因子について、その高低によって事例への対応方法が異なるか検討したところ、いずれの因子においても差は認められなかった。また、介護経験の差(学生の実習の有無と介護職員の経験年数)によって分けられた4群の間でそれぞれの因子に含まれる項目全体の平均得点を比較したところ、「親和性」因子において、学生実習未経験群が他の群よりも平均得点が低かった。これらの結果から、認知症高齢者イメージと介護経験との関係について検討が行なわれ、今後の課題が明確化された。

Key Words:認知症高齢者イメージ,介護経験

# 1.問題と目的

現在,我が国には170万人前後の認知症高齢者がいると推定されているが,この数は今後2040年前後まで増加し続けると予想されている10%。これは平均寿命の上昇などに伴うのはもちろんのこと,団塊の世代を中心とする人口比の大きい世代が高齢期に達する一方で少子化の傾向が続いていることにもより,絶対数とともに人口比も大きくなっていることを示している。さらに,2002年の統計ではあるが,要介護高齢者の半数弱が認知症高齢者の日常生活自立度以上であり,特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの入所施設に限ると,入所者(利用者)の8割以上が自立度以上に該当している。したがって,今後の高齢者介護のモデルとしては,これまでの身体ケアのモデルだけでなく,認知症ケアのモデルが中心となっていかなければならない。

ところで,従来,高齢者に対する対人援助職において,サービス提供者がもつ高齢者へのイメージや態度(高齢者イメージ)は,提供されるサービスの

質に大きな影響を与え、肯定的な高齢者イメージはサービスの質の向上を、否定的な高齢者イメージはサービスの質の低下をもたらすと考えられていたが。さらに、こうした傾向は重度の障害をもつ高齢者へのサービスで顕著でありか、それは学生の実習対象にもいえることが指摘されている。高齢者イメージの形成については、特に否定的なステレオタイプの形成において、認知症をはじめとする知的機能に関連する障害の影響の大きさが指摘されておりもファン、かつそうした否定的なステレオタイプやイメージは、具体的にサービス提供者からの不適切な対応として表面化することが示されている。この意味で、認知症高齢者はいわばいわれなき被害(blame the victim = 「被害者のせいにする」効果が)に晒されやすいといえよう。

一方,本邦においては主に大学生を対象とした研究から,一般的には否定的なイメージを抱きやすいこと,健康な高齢者との交流経験(接触経験)が高齢者イメージを上昇させることなどが指摘されている 4 15 118 。また,高齢者施設への実習経験については,海外のやや古い知見ではあるが,重度の障害や

認知症高齢者への対応が求められるような施設の場合で実習経験が否定的な高齢者イメージの形成に寄与するとの結果があるが 11),本邦でも報告されつつあるように 2 ) 17),近年では必ずしも否定的な影響だけではなく,肯定的な方向への変化にも影響することが示唆されている。

このような状況に対して,以下のような点が指摘 できる。まず,サービス従事者に対しては,経験年 数の要因について検討する必要性があげられる。先 行研究の知見を踏まえると,認知症をはじめとする 障害をもつ高齢者と接する期間が長いほど否定的な イメージが形成されやすいことが予想されるが,職 歴の長さという観点からはあまり検討がなされてい ない。また,大学生を対象とした研究では確定的な 知見が得られていないが,特に一旦変化したイメー ジが固定的なものか否かについてはあまり検討され ていない。これらの研究の多くは,福祉職・看護職 等の養成校の学生を対象としたものであるが,その ような学生を対象とするのであれば,実際に介護職 に従事している者との比較など、その後の経験によ る変化の可能性を検討していくことが必要になる う。これらの理由から,本研究では実習等を経験し ていない学生から一定期間介護職に従事している者 までを含めて同一の尺度によるイメージを測定し、 その差異をみていくこととする。さらに,既述のよ うに否定的なイメージは否定的な対応に結びつくこと が指摘されているため、この点についても検証する。

また,はじめに述べたように,高齢者に対する対人援助職の中心となる介護職のサービスの対象は,本邦ではいまやその多くが認知症高齢者である。したがって一般的な高齢者イメージというよりも,認知症高齢者に対するイメージについて検討した方がより実際的な知見が得られる可能性がある。そのため本研究では,認知症高齢者に対するイメージを測定し,その構造を確認した上で上記の目的に関して検討していくこととする。

# 2.方 法

#### 1)対象者

3県9施設(特別養護老人ホーム3,介護老人保健施設2,デイサービス2,グループホーム2)の介護職員合計231名と,2県3校の介護福祉士養成課程を有する大学の大学生合計275名を対象とした。なお,大学生の対象者でかつ介護実習を未経験の21名については,本調査を1度実施し介護実習を終えた後に,再度同様の調査への回答を求めている。

#### 2)調査方法

調査は,無記名自記式の質問紙調査とした。また 調査の実施にあたっては,認知症介護研究・研修仙 台センターに設置された倫理審査委員会の承認を得 た。

介護職員については,当該施設の現場責任者相当者に調査の趣旨と概要を説明し,調査票の配布を依頼した。介護職員個々人に対しては施設を通して調査票が配布され,記入後は密封の上個別に返送することとした。

大学生については,当該校の担当教員より調査票の配布(集団もしくは個別配布)がなされ,集団調査を行った場合は記入後に集団回収し,個別配布の場合は密封の上個別返送を受けた。なお,いずれも調査実施前に調査の趣旨と概要は説明し,回答は任意であることを伝えている。

# 3)調査項目

- ・基本属性(介護職員): 性別, 年齢, 従事施設の種別, ユニットケア実施の有無, 現在の職場での経験年数, 高齢者介護に従事してからの総経験年数, 取得済みの資格, 認知症介護に関する研修等への参加の有無及び内容
- ・基本属性(大学生): 性別, 年齢, 学年, 取得(予定)の資格の有無と内容, 認知症高 齢者に対するボランティア等の経験の有無, 所 属学校での認知症介護に関する講義の受講経験,

資格取得に関わる実習経験の有無と内容

- ・認知症高齢者の架空事例への対応方法等:認知症 高齢者の概略と,当該の高齢者が,「帰宅願望」 「失禁不安」「他の利用者への過度の援助」のいず れかの行動を示している場面の描写からなる事例 を提示した。事例の提示に際しては,上記の行動 についてのラベルの付与を避け,「利用者 A(~ C)さんの事例」というように表記した。回答者 にはこの3事例のいずれか1つが提示され,提示 された事例に対して回答者が最も適切と考える, その場ではじめに行う対応方法と,その理由・根 拠,及び事例の記述の中から回答に使用した情報 について自由記述にて回答を求めた。
- ・認知症高齢者イメージ:古谷野ら12)が開発した, SD 法による老人イメージの尺度を用いた。本尺 度は20個の形容詞対(表1参照)について,老人 に関する一般的なイメージを5段階で評定するも のであったが,これを「認知症高齢者全般に対す るイメージ」として回答を求めた。回答及び処理 方法についても古谷野ら 10) にならい,回答の信 頼性を確認するために,20個の形容詞対のうち2 対は同一の形容詞対が左右を入替えられたものと なっている(「明るい」-「暗い」と「暗い」-「明るい」)。この2つの形容詞対について,左右 を揃えて比較したときに2段階以上の差があった ものについては分析から除いた。なお,古谷野ら の原論文では因子ごとに負荷量順に形容詞対が示 されているため、形容詞対の順序はランダムなも のに直して使用した。なお、原尺度では「力動性」 「洗練性」「親和性」の3因子が抽出されている。
- ・その他,本研究ではその結果を扱わないが,回答した対応が自身でどの程度実際に行うことが可能かという対応の実施可能性,事例に対して中長期的に見込まれる対応方法と,回答に際して不足していると思われた情報について回答を求めた。さらに対象者全員に菊池。)による社会的スキル尺度を,介護職員には久保・田尾 13) によるバーンアウト尺度を,大学生には看護学生用に開発された実習適応感尺度 20) の表現を介護実習に沿うように変更したものを実施している。

#### 4)調査時期

調査は、平成18年1月から3月にかけて行われた。

# 3. 結果

# 1)回収率

介護職員については,配布231票中129票(55.84%)が回収され,このうち必要項目に全て回答があった 有効回答数は89(38.53%)であった。また大学生に ついては配布275票中123票(44.73%)が回収され, 有効回答数は81(29.45%)であった。

#### 2)対象者の属性

介護職員については,有効回答89のうち男性が 23名,女性が66名,平均年齢は35.37 ± 12.72歳で あった。従事施設の施設種別は特別養護老人ホーム が36名,介護老人保健施設が15名,デイサービスが 19名,グループホームが19名であった。また現在の 職場での経験の長さは平均33.69 ± 28.83 ヵ月,高齢 者介護に従事してからの総経験期間は平均46.85± 38.14ヵ月であった。取得済みの資格(複数回答あ り)については介護福祉士が38名,ホームヘルパー が41名(うち6名が1級,34名が2級,1名が3級), 看護師が5名,社会福祉士が5名,ケアマネジャー が 4 名 , その他(社会福祉主事・精神保健福祉士等) が14名,資格なしが14名であった。また,認知症介 護に関する研修等への参加の有無及び内容について は,参加経験がある対象者が57名(内容は複数回答 で講義・講演等の聴講49名,演習20名,実習・実地 研修22名,その他5名),経験がない対象者が32名 であった。なお,総経験年数の分布状況を詳しくみ ると,経験1年から2年と,5年前後の2つに分布 の中心が分かれており,おおむね3年前後をその境 としていた。したがって本研究では,総経験年数が 3年に至っているか否かで介護職員を2群に分ける こととした。

大学生については,有効回答81のうち男性が49名,

女性が32名,平均年齢は21.15 ± 2.40歳であった。学 年は1年生が2名,2年生が50名,3年生が20名,4 年生が9名,大学院生が1名であった。取得予定の 資格については,入学以前もしくは学外の課程で取 得した資格があるのが11名で,内訳(複数回答)は 介護福祉士が1名,ホームヘルパー2級が6名,教 員免許が2名,その他が3名であった。在学中に国 家試験受験資格を含めて取得予定の資格(複数回答) については,介護福祉士が47名,教員免許が14名, 社会福祉士が70名,精神保健福祉士が12名,その他 が4名であった。また認知症高齢者に対するボラン ティア経験の有無に関しては,経験ありが28名(う ち27名から頻度の回答があり,21名が大会・催事等 に伴う単発のもの,6名が週に1回程度以上の継続 的なものであった),経験なしが53名であった。所 属学校での認知症介護に関する講義の受講経験につ いては,経験ありが66名,経験無しが15名であった。 また資格取得に関わる実習経験のうち,介護関連の 実習経験がある対象者が33名,経験がないのが48 名であった。

以上の状況から,介護経験の差という観点から分析を行うにあたり,対象者全体を4群に分け,群間の比較を行っていくこととした。すなわち,学生実習未経験群/学生実習経験群/介護職員経験3年未満群/介護職員経験3年以上群である。

介護職経験3年以上群(50名)の平均年齢は35.50±10.70歳,総介護職経験期間は平均71.32±33.94ヵ月であった。また介護職経験3年未満群(39名)の平均年齢は35.21±15.07歳,総介護職経験期間は平均15.47±9.16ヵ月であった。

学生実習経験群(33名)の平均年齢は21.84±2.95歳,学生実習未経験群(48名)は20.71±1.88歳であった。

# 3)認知症高齢者イメージの因子構造

既存の成人を対象にした高齢者観(老人イメージ) 尺度 <sup>10)</sup>の想定対象を認知症高齢者に代えて実施し, 因子構造を確認した。まず,回答の信頼性を確認す るために,20個の形容詞対のうち同一の形容詞対が 左右を入替えられたものとなっている2つの形容詞

対について,左右を揃えて比較したときに2段階以 上の差があったものについては分析から除いた。ま たこの2つの形容詞対について,1段階の差があっ た場合は,古谷野12)にならいより否定的な選択肢 のスコアを採用した。また各形容詞対についても っとも肯定的な選択肢が5点,最も否定的な選択肢 が1点となるように得点化した(各項目の平均値を 表1に示した)。その後,項目の取捨選択と因子数 の変更を行いながら因子分析を重ねた (主因子法・ バリマックス回転)ところ,最適解を得たのは2因 子(11項目による)の場合であった(累積説明率 40.34%。表2参照)。因子負荷量の高い項目を優先 し,かつ先行研究との整合性をとりながら因子の解 釈と命名を行った。第一因子には「愛想のよい(無 愛想な)」「やさしい(きびしい)」「好きな(嫌いな)」 「上品な(下品な)」「暖かい(冷たい)」「優れた (劣った)」「明るい(暗い)」が含まれており,先行

表 1 認知症高齢者イメージ測定項目の平均値と標準偏差(N=170)

	平均値	(SD)
暖かい(冷たい)	3.54	(0.75)
派手な(地味な)	2.76	(0.73)
静かな(騒がしい)	2.69	(0.86)
明るい(暗い)	2.97	(0.92)
能動的な(受動的な)	2.94	(0.96)
積極的な(消極的な)	2.86	(0.97)
落ち着きのある(落ち着きのない)	2.19	(0.82)
好きな(嫌いな)	3.23	(0.86)
活発な(不活発な)	3.16	(1.01)
みずみずしい(枯れた)	2.78	(0.90)
速い(遅い)	2.66	(0.89)
にぎやか ( さびしい )	3.05	(1.06)
敏感な(鈍感な)	3.28	(1.19)
優れた(劣った)	2.75	(0.82)
上品な(下品な)	2.76	(0.72)
柔軟な(頑固な)	2.11	(0.88)
やさしい(きびしい)	3.05	(0.91)
強い(弱い)	2.86	(1.05)
愛想のよい (無愛想な)	3.24	(0.96)

研究の因子「親和性」を中心に「洗練性」が加わったものと考えられたので、「親和性」と命名した。第二因子には「活発な(不活発な)」「速い(遅い)」「敏感な(鈍感な)」「積極的な(消極的な)」が含まれており、先行研究の「力動性」因子と対応するものと考えられたため、「力動性」と命名した。

#### 4)認知症高齢者イメージによる対応方法の相違

認知症高齢者イメージの2つの因子について,それぞれの項目の得点を合計し項目数で除したものを各因子の得点とし,その高低によってそれぞれ2群に分けた(回答尺度が5件法であったため,中央の「どちらともいえない」=3点以上であるか否かを基準とした)。

この各因子の得点によって分けられた 2 群について , 事例への対応方法が異なるか否かを <sup>2</sup> 検定によって比較した。対応方法の分類については ,「『問題行動』への直接対処」「本人の意思や個別性の尊重」「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」「その他・実行不可能等」の 4 つのカテゴリーに分類し , 分析を行った。その結果 , いずれの因子の場合も有意差は認められなかった (各因子ごとの 2 群の選択した対応方法については表 3 及び表 4 参照 )。

表 2 認知症高齢者イメージの因子分析の結果

	回転後因子負荷量				
	親和性	力動性	共通性		
愛想のよい(無愛想な)	0.782	0.037	0.613		
やさしい(きびしい)	0.639	-0.067	0.413		
好きな(きらいな)	0.634	0.205	0.444		
上品な(下品な)	0.594	0.061	0.356		
暖かい(冷たい)	0.582	0.114	0.352		
優れた(劣った)	0.507	0.360	0.387		
明るい(暗い)	0.495	0.278	0.322		
活発な(不活発な)	0.125	0.704	0.511		
速い(遅い)	0.028	0.595	0.355		
敏感な(鈍感な)	0.177	0.573	0.360		
積極的な(消極的な)	0.040	0.567	0.323		
説明分散	2.665	1.772	4.437		
因子寄与率(%)	24.23	16.11	40.34		

5)介護経験の差による認知症高齢者イメージの相違

本研究を含む調査全体に対して分析した報告書<sup>20)</sup>では,事例への対応方法について,介護経験の差による4群間で差が認められていたため,介護経験の差と認知症高齢者イメージの高低が共変関係にあるか否かを検討した(表5参照)。4群間の一元配置分散分析により各因子の得点を比較したところ,「親和性」因子において有意差が認められた(F=19.072, df=3, p<.01)。TukeyのHSD検定により

表 3 親和性イメージの高低による対応方法の相違

	『問題行 動』への 直接対処	本人の 意思や 個別性 の尊重	意思確認 や精神安 定・信頼 関係形成	その他・ 実行不可 能等	合 計
親和性	33	37	21	18	109
イメージ高群	(30.3%)	(33.9%)	(19.3%)	(16.5%)	(100.0%)
親和性	20	24	8	9	61
イメージ低群	( 32.8% )	(39.3%)	(13.1%)	(14.8%)	(100.0%)
合 計	53	61	29	27	170
	(31.2%)	(35.9%)	(17.1%)	(15.9%)	(100.0%)

表 4 力動性イメージの高低による対応方法の相違

	『問題行 動』への 直接対処	本人の 意思や 個別性 の尊重	意思確認 や精神安 定・信頼 関係形成	その他・ 実行不可 能等	合 計
力動性	31	32	20	15	98
イメージ高群	(31.6%)	(32.7%)	(20.4%)	(15.3%)	(100.0%)
力動性	つ動性 22		9	12	72
イメージ低群	( 30.6% )	(40.3%)	(12.5%)	(16.7%)	(100.0%)
수 計	53	61	29	27	170
合 計	(31.2%)	(35.9%)	(17.1%)	( 15.9% )	(100.0%)

表 5 介護経験の差による認知症高齢者イメージの 得点

		回答数	平均值	(SD)
「親和性」得点	介護職員経験3年以上群	50	3.29	(0.49)
	介護職員経験3年未満群	39	3.22	(0.42)
	学生実習経験群	33	3.26	(0.49)
	学生実習未経験群	48	2.61	(0.59)
	合 計	170	3.08	(0.58)
「力動性」得点	介護職員経験3年以上群	50	3.06	(0.78)
	介護職員経験3年未満群	39	2.87	(0.60)
	学生実習経験群	33	3.11	(0.77)
	学生実習未経験群	48	2.94	(0.76)
	合 計	170	2.99	(0.74)

多重比較を行ったところ,学生実習未経験群がその他の群と比較して有意に得点が低かった(p<.05)。

#### 4.考 察

本研究では,既存の成人を対象とした老人イメー ジ尺度の想定対象を認知症高齢者に代えて実施し, 「親和性」と「力動性」の2因子が抽出された。既 存尺度と異なっていた点は,第二因子として抽出さ れていた「洗練性」の半数が項目選定の過程で脱落 したこと,第一因子が「力動性」であったものが, 既存尺度の「力動性」及び「洗練性」に含まれてい た項目の一部を含めて「親和性」と解釈できる因子 となったことなどである。加えて,脱落項目も含め て,既存尺度で「洗練性」因子に含まれていた項目 の平均点はいずれも5件法の中央の得点である3点 を下回っていた。これらのことから,本研究で対象 とした介護職員及び介護課程の学生に限られるが、 「認知症高齢者の全般的なイメージ」の特徴として, 「親和性」が最も大きいイメージ形成の要因であり、 高齢者全般のイメージとして明確にあった「洗練性」 はあまり明確でなく,かつ全般的にイメージがそれ ほど肯定的でないことが分かる。

次に、ここで抽出された2つの因子について、その高低によって事例への対応方法が異なるか検討したところ、いずれの因子においても差は認められなかった。また、対応方法等と同様に介護経験の差による4群の間でそれぞれの因子に含まれる項目全体の平均得点を比較したところ、「親和性」因子において、学生実習未経験群が他の群よりも平均得点が低かった。これらの結果から、本研究で用いた認知症高齢者イメージについては、直接対応方法の違いに関係するというよりも、対応方法の違いに大きく影響する介護経験、特にその多寡よりも介護経験自体の有無に関連して変化するものと思われる。あるいは高齢者や障害児者との直接の接触経験が態度変容をもたらすという一連の知見®)14)19)と同様、「介護」の経験よりも実習という形で一定期間継続して

接触経験を持つことが、認知症高齢者への親和的なイメージの形成に寄与するといえるかもしれない。また、本間<sup>3)</sup>が明らかにしているように、一般的に認知症については、正しい知識が充分に認識されているとはいえない一方で、不正確な知識から諦観的なイメージを持たれている。そのため、いわば実践的に認知症高齢者の実際を理解したことで、イメージが肯定的に変化したことも考えられる。

一方、介護職に従事するということの経験及びその長さそれ自体は、全般的な認知症高齢者イメージの変動に対して肯定的にも否定的にも働かなかった。このことについては、やや古い知見も含むが、古谷野 いが先行研究を整理した上で述べているように、重度の障害老人と接する機会の多いサービス提供者ほど否定的な高齢者観を持っているという知見があることとも関係している可能性がある。つまり、介護職としての経験により認知症高齢者への理解が深まる一方で、認知症高齢者への介護に伴う困難さなどが拮抗条件として働き、結果として変化をもたらしていない可能性がある。あるいは、認知症高齢者への対応経験が増え、理解が深まるとともに、認知症高齢者の個別性とその多様性への気づきが生じるなどしている可能性もある。

本研究では,これらの点を含めて,所期の目的を充分に検証できたとはいいがたい部分もあったが,今後は本研究の結果を土台として,課題とされた点について検討していくことが必要と考える。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

# 文 献

- Brower, H. T.: Social organization and nurses ' attitudes toward older persons. Journal of Gerontological Nursing, 7; 293-298, 1981.
- 2)橋本佳子,新井文子,秋山節子:介護福祉士を 目指す学生の背景-志望動機と老人観を中心とし た調査から-.佐野国際情報短期大学研究紀要, 10;203-210,1999.

- 3 ) 本間 昭:地域住民を対象とした老年期痴呆に 関する意識調査.老年社会科学,23;340-351, 2001.
- 4)保坂久美子,袖井孝子:大学生の老人観.老年 社会科学,8;103-116,1986.
- 5 )保坂久美子,袖井孝子:大学生の老人イメージ-SD法による分析-.社会老年学,27;22-33,1988.
- 6 ) Hummert, M. L.: Stereotypes of the elderly and patronizing communication. IN Hummert, M. L., Wiemann, J. M., and Nussbaum, J. F. (Eds.) Interpersonal communication in older adulthood. Sage Publications, Inc.; 162-184. 1994.
- 7 ) Hummert, M. L.: Physiognomic cues to age and the activation of stereotypes of the elderly in interaction. International Journal of Aging & Humandevelopment, 39: 5-19, 1994.
- 8)川間健之介:障害を持つ人に対する態度-研究の現状と課題-.特殊教育学研究,34;59-68, 1996.
- 9) 菊池章夫:思いやりを科学する.川島書店, 1988.
- 10) 高齢者介護研究会: 2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて .2003.
- 11) 古谷野亘:通年講義による老人観の変容 専門 科目「老人福祉論」の場合 - . 桃山学院大学社会 学論集,23(2); 1-19,1990.
- 12) 古谷野亘, 児玉好信, 安藤孝敏, 浅川達人: 中 高年の老人イメージ - SD 法による測定 - . 老年 社会科学, 18; 147-152, 1997.
- 13) 久保真人,田尾雅夫:バーンアウトの測定.心 理学評論,34;412-431,1992.
- 14)生川善雄:わが国における知的障害児(者)に対する態度研究の現状と課題.特殊教育学研究,35;67-72,1998.
- 15 ) Ryan, E. B., Hummert, M. L., & Boich, L. H.: Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. Journal of Language & Social Psychology, 14; 144-166, 1995.
- 16) Ryan, E. B., Meredith, S. D., MacLean, M. J., &

- Orange, J. B.: Changing the way we talk with elders: Promoting health using the communication enhancement model. International Journal of Aging & Humandevelopment, 41; 89-107, 1995.
- 17) 生野繁子,西崎緑,加藤麻樹:老人観についての調査(1)-九州看護福祉大学第一期生の老人イメージ-.九州看護福祉大学紀要,1;215-231,1999.
- 18) 生野繁子,西崎 緑:老人観についての調査 (2)-九州看護福祉大学第一期生の介護観 - .九 州看護福祉大学紀要,2;151-158,2000.
- 19)山内隆久:偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解 . ナカニシヤ出版,1996.
- 20) 吉川悠貴,阿部哲也,加藤伸司,後藤満枝,佐藤佳子,後藤美恵子:効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究-認知症ケアにおける基本的介護技術の開発(3)-.認知症介護研究・研修仙台センター平成17年度老人保健事業報告書,2006.
- 21) 吉永喜久恵,大沢正子,高橋 光:看護学生の 自我同一性と実習適応感.神戸市立看護短期大学 紀要,8;67-80,1989.

Images of the elderly with dementia and the difference of the image by care experience

Βv

Yuki YOSHIKAWA<sup>1</sup>, Mitsue GOTO<sup>2</sup>, Keiko SATO<sup>3</sup> Mieko GOTO<sup>4</sup>, Shinji KATO<sup>1,4</sup>, Tetsuya ABE<sup>1,4</sup>

From

<sup>1</sup> SENDAI Dementia Care Research and Training Center <sup>2</sup> Sendai College <sup>3</sup> University of Creation; Art, Music & Social Work <sup>4</sup> Tohoku Fukushi University

Summary

The preexisting scale used to rate the impressions adults have of the elderly (elderly image) was selected to conduct a survey on 89 care providers and 81 university students majoring in nursing care. In this survey, the subjects were asked about their image of the elderly with dementia, and the factor structure was confirmed. A factor analysis was performed, and two factors were extracted. These factors seemed to correspond to attractiveness (seven items) and force dynamism (four items). Sophistication in the preexisting rating scale was included in the attractiveness factor. The current modified rating scale differed from the preexisting rating scale in that attractiveness was extracted as the primary factor. We then examined whether the way a person copes with a case differed according to the level of the two factors. The examination of these two factors showed no difference. The subjects were classified into four groups according to their care experience (students with/without experience in practical care training and the number of years of experience that care providers had). The mean score of all items included in the respective factors was calculated in each group, and an intergroup comparison was made. The mean score of the attractiveness factor was the lowest in the group of students without experience in practical care training. These results were used to evaluate the relationship between care experience and the image care providers/university students have of the elderly with dementia and clearly point out future problems.

Key words: Images of the elderly with dementia, care experience

# 認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究

時田 学<sup>1</sup>, 菊池真弓<sup>2</sup>, 阿部哲也<sup>3</sup>, 加藤伸司<sup>3</sup>

- 日本大学商学部 1
- いわき明星大学人文学部現代社会学科<sup>2</sup>
  - 認知症介護研究・研修仙台センター3

要 約:本研究では認知症高齢者に対する介護行為について,自らの行動の一部を語ることが可能な認知症高齢者と彼らの介護者に実際にその行為をどの様に受け止めているかについて聞き取り調査を実施し,認知症高齢者の QOL を向上するための介護行為を明らかにすることを目的とする。9名の認知症高齢者とその介護担当者について本人の同意を確認した後,聞き取り調査を行なった。調査対象者の気持ちは,興味・関心や食事などの習慣,人的物的な環境,日常生活を過ごすなかでの行為や人間関係などから構成され,介護担当者の気持ちは,調査対象者の行動障害,日常の体調,性格などから気持ちを推測しようとする傾向にあることが明らかとなった。介護担当者は,調査対象者の多種多様な気持ちをいかに気づき,本人が望むかかわり方,外出といってもその頻度や移動手段,役割といっても本人の体力や気持ちを考えたアクティビティへの配慮とった調整を行なうことが必要であり,課題であると考えられる。

Key Words:認知症高齢者, QOL,介護行為

# 1.はじめに

高齢社会の進行が確実であると考えられ,かつ認知症高齢者の増加が指摘されている現時点において 8,10,16,17),高齢者の介護を担う介護職はその変化に対応し,より質の高いサービスを目指していく必要がある事が示されている 2,9)。また,質の高いサービスを行なうために,介護職の育成が十分になされる必要があることは言うまでもないことも指摘されている 6,7,19)。

このような介護職の育成過程の中で,彼らの必要とされる技術としては,介護に携わる人口が現在より少なかった以前から,介護技術について専門職としての技術を確立すべきであるといった捉え方がある一方で,その専門性の内容が必ずしも明確でないというところから,比較的一般的な技術の集積である,といった考え方もあったとされる<sup>20</sup>。例えば特別養護老人ホ・ムにおいては,そこに住まう高齢者に対して,積極的な自立を促すような介護行為・介

護技術について,検討がなされてきた<sup>20</sup>)。また,「座位・離床」「食事」「排泄」に加えて「入浴」「痴呆」といった介護に必要だと考えられるテーマについても検討が行なわれ,前述の介護行為や介護技術の専門性は重要であり,高齢者の QOL に対して影響を与えるという結果が得られている<sup>21</sup>)。

このような介護行為・介護技術は一過性のものでなく、一定の水準が保たれなければ、満足のできるサービスを提供したとは言いがたい。そこで介護行為・介護技術の水準に関して、客観的に評価するためのチェックシートが開発され、具体的な介護技術と、その中で行なわれるコミュニケーションには関連があることも示されている18。さらに、介護者自身の行なう行動だけではなく、その行動の基となる被介護者へのアセスメントの必要性も指摘されている12,13,14)。

近年認知症介護研究・研修センターでは,センター方式と呼ばれる,アセスメントの方式を開発し,実用に供している <sup>14</sup>。このようなアセスメントは多忙な現場の中で具体的に活用する方向で検討されな

ければならないか、現場の中で、より積極的にそれらを活用する事由を示す必要があると考えられる。さらに、これらの情報を基に介護者が高齢者とコミュニケーションを相互に行なう中で、高齢者のニーズと介護行為・介護技術を合致させることができなければ、どの様な技術も本人のQOLの向上につながらない事も予測できよう。

一方,認知症高齢者の QOL を高めるような介護 行為には,前述の指摘に加え,様々な側面があると 指摘されている 3,4,11,15)。 その多面的側面の中で,介 護行為が実行されたとしても,介護者の行為・技術 や,認知症高齢者のニーズと,それらの行為を行な う関係性や相互作用ついて, QOL を高めるために さらなる検討がなされる必要があると考えられる。 天津・中田10は,老人保健施設の入所痴呆性老人 に対して, 痴呆性老人とケアスタッフの相互作用を 観察し,両者の反応や言動から相互作用にずれを起 こしていると判断した場面について分析を行なっ た。その結果,相互作用のずれとして,相手に一貫 して添っていこうとしながらも発生するずれ・相手 に添っていけないずれ・相手に全く添っていこうと しないずれ,という相互作用のずれの3つのタイプ が認められた。またこれらのずれには職種間、認知 症レベルやケアの方式の相違と関連している事も示 された。この事は,何らかのサービスを提供する場 面では,両者の間にずれの存在が明確に示された。 この様なずれをどのように減少させるかという点に 関しては,望ましい介護者と被介護者の相互作用の 方向性をさらに検討する必要があると考えられる。

最近認知症高齢者本人が,本人自身の陳述を行なう事態が増加している。また,菊池⁵)は,認知症高齢者の語りを検討した結果,彼らの陳述に対してその正確性・再現性を確認している。この事実を加えて考えてみると,介護行為としてのずれが生ずる事はすでに明らかになっていると考えられるが¹¹〉,実際に観察して見出される部分を理解するだけではなく,そのずれの意味を何らかの形で引き出し,相互に検討する事が必要になると考えられる。

そこで本研究では,認知症高齢者に対する介護行 為について,自らの行動の一部を語ることが可能な 認知症高齢者と彼らの介護者に実際にその行為をどの様に受け止めているかについて聞き取り調査を実施し、両者の「介護行為」の受け止め方の比較を行なうことによって、両者の差異点およびその原因、差異を少なくするような方法について検討し、認知症高齢者のQOLを向上するための介護行為を明らかにすることを目的とする。

# 2.方 法

# (1)調査対象者

本調査の対象者は,対象とした施設の職員と事前話し合いを行ない,痴呆自立度 以下・CDR1以下のいずれかに該当する認知症高齢者を選定した。対象施設は, S市グループホームに入居している認知症高齢者8名とその介護担当者6名, M市グループホームに入居している認知症高齢者10名(ただし,1名は当日体調不良のために調査を実施しなかった)とその介護担当者11名を調査対象者とした。これらの対象者については,DCRCの定める手続きに則って,調査対象者本人・家族への説明,協力依頼とその承諾。施設・事業所管理者への説明,協力依頼とその承諾。また施設担当職員についての説明,協力依頼とその承諾。また施設担当職員についての説明,協力依頼とその承諾を行なった。

#### (2)調査項目・方法

調査対象者への聞き取り面接調査

調査項目としては、「センター方式シート」(B-3 「暮らしの情報(私の暮らし方シート)」、B-4「暮らしの情報(私の生活環境シート)」、D-1「焦点情報(私ができること・できないことシート)」)などを参考にしながら焦点化し、構成を検討した上で、それに基づき聞き取り面接調査のためのシートを作成した。また、調査員は、インタビューを実施することによる高齢者への心理的影響が考えられるため、事前の教育・トレーニングを行なった教員2名、学生3名、面接時間は一人15分~30分程度で行なった。

#### 介護担当者への聞き取り面接調査

介護担当者には、認知症の症状にある調査対象者の「気持ち」と「支援してほしいこと」について聞き取り面接調査を実施した。また、調査員は、教員2名で、一人15分~30分程度で行なった。調査時期は、2006年2月~3月であった。

#### データの収集・分析

データ収集・分析は、聞き取りを行なった内容に 関して、担当者がまとめと入力を行ない、電子化し た情報を基に複数の分析者が内容について分析を行 なった。また、これらの得られた結果を比較するこ とにより、介護行為の受け止め方のずれを調査対象 者・介護担当者双方について明らかにし、その改善 点と具体的な課題を検討した。

# 図1 本人の気持ち

# 3 . 結果・考察

# (1)調査対象者(気持ちと支援)

調査対象者の「気持ち」を聞き取った結果から出現頻度をみると「興味・関心・遊びなど」(15.4%)、「その他」(14.1%)、「食事の習慣」(10.1%)、「心地よく過ごせる環境」(8.7%)、「人とのかかわりの場」(6.7%)などの項目に対する回答が多い〔図1参照〕。また、調査対象者が「支援してほしいこと」をみると、「心地よく過ごせる環境」(17.7%)、「興味・関心・遊びなど」(15.2%)、「食事の習慣」(12.7%)、「移動・移乗」・「人のかかわりの場」(6.3%)などの項目の出現頻度が多くなっている〔図2参照〕。

	項目	本	人	%	職員	%	合 計	%
1	起きる		0	0.00	0	0.00	0	0.00
2	移動・移乗		8	5.37	2	1.19	10	3.15
3	整容・着替え		1	0.67	0	0.00	1	0.32
4	食事準備・片付け		1	0.67	2	1.19	3	0.95
5	食事		2	1.34	0	0.00	2	0.63
6	服薬		0	0.00	0	0.00	0	0.00
7	排泄		1	0.67	0	0.00	1	0.32
8	掃除・ゴミ出し・洗濯		0	0.00	0	0.00	0	0.00
9	買い物		3	2.01	2	1.19	5	1.58
10	入浴		0	0.00	1	0.60	1	0.32
11	就寝		0	0.00	0	0.00	0	0.00
12	毎日の習慣		9	6.04	3	1.79	12	3.79
13	食事の習慣		15	10.07	6	3.57	21	6.62
14	飲酒・喫煙の習慣		3	2.01	0	0.00	3	0.95
15	排泄の習慣・トイレ様式		0	0.00	0	0.00	0	0.00
16	お風呂・みだしなみ		5	3.36	0	0.00	5	1.58
17	おしゃれ・色の好み・履き物		7	4.70	0	0.00	7	2.21
18	好きな音楽・テレビ・ラジオ		5	3.36	0	0.00	5	1.58
19	家事		8	5.37	6	3.57	14	4.42
20	興味・関心・遊びなど		23	15.44	12	7.14	35	11.04
21	なじみのものや道具		0	0.00	0	0.00	0	0.00
22	得意な事		6	4.03	0	0.00	6	1.89
23	苦手な事		0	0.00	0	0.00	0	0.00
24	その他		21	14.09	116	69.05	137	43.22
25	緊張せずにいられる場所		2	1.34	0	0.00	2	0.63
26	安心して居られる場所		4	2.68	1	0.60	5	1.58
27	心地よく過ごせる環境		13	8.72	4	2.38	17	5.36
28	必要な場所がわかる工夫		1	0.67	0	0.00	1	0.32
29	支えてくれる人がわかる工夫		1	0.67	0	0.00	1	0.32
30	人とのかかわりの場		10	6.71	13	7.74	23	7.26
	合 計		149	100.00	168	100.00	317	100.00

これらの結果からは、調査対象者の気持ちに比べて具体的な支援に対する回答が少ないといえるが、気持ちと支援の両方に回答があった項目をみると、出現頻度がほぼ一致する結果となっている。

# (2)介護担当者(気持ちと支援)

介護担当者に対して「調査対象者がどんな気持ちでいるのか」を聞き取った結果から出現頻度をみると、「その他」(69.1%)、「人とのかかわりの場」(7.7%)、「興味・関心・遊びなど」(7.1%)など、「その他」の項目が全体の約7割と圧倒的に多く、かなり個別性がみられる〔図1参照〕。具体的な内容には、「家に帰りたい」、「寂しい」、「不安(体力、

認知の低下など)」などのように,調査対象者の帰宅願望,身体的・精神的な面での気持ちについての出現頻度が多くなっている。また,「私に注目して欲しい」,「家族に会いたい」,「ここでずっと生活する」などの他の入居者や家族とのかかわり,今後の生活といった気持ちについての回答も目立っている。

次に、「調査対象者の気持ちに対してどのような支援を心がけているか」についての結果をみると、調査対象者の気持ちと同様で「その他」(69.6%)、「人とのかかわりの場」(6.3%)、「興味・関心・遊びなど」(8.0%)など、「その他」の項目が全体の約7割を占めており、個別性がみられる〔図2参照〕。具体的な支援としては、「ゆっくり話しをする」、「声かけ」が

図2 支援してほしいこと

項目	本 人	%	職員	%	合 計	%
起きる	0	0.00	0	0.00	0	0.00
移動・移乗	5	6.33	4	3.57	9	4.71
整容・着替え	0	0.00	0	0.00	0	0.00
食事準備・片付け	1	1.27	0	0.00	1	0.52
食事	0	0.00	0	0.00	0	0.00
服薬	0	0.00	0	0.00	0	0.00
排泄	0	0.00	0	0.00	0	0.00
掃除・ゴミ出し・洗濯	0	0.00	0	0.00	0	0.00
買い物	1	1.27	0	0.00	1	0.52
入浴	0	0.00	1	0.89	1	0.52
就寝	0	0.00	0	0.00	0	0.00
毎日の習慣	2	2.53	2	1.79	4	2.09
食事の習慣	10	12.66	4	3.57	14	7.33
飲酒・喫煙の習慣	2	2.53	0	0.00	2	1.05
排泄の習慣・トイレ様式	0	0.00	0	0.00	0	0.00
お風呂・みだしなみ	4	5.06	0	0.00	4	2.09
おしゃれ・色の好み・履き物	4	5.06	0	0.00	4	2.09
好きな音楽・テレビ・ラジオ	2	2.53	0	0.00	2	1.05
家事	4	5.06	4	3.57	8	4.19
興味・関心・遊びなど	12	15.19	9	8.04	21	10.99
なじみのものや道具	0	0.00	0	0.00	0	0.00
得意な事	3	3.80	0	0.00	3	1.57
苦手な事	0	0.00	0	0.00	0	0.00
その他	3	3.80	78	69.64	81	42.41
緊張せずにいられる場所	2	2.53	0	0.00	2	1.05
安心して居られる場所	3	3.80	0	0.00	3	1.57
心地よく過ごせる環境	14	17.72	3	2.68	17	8.90
必要な場所がわかる工夫	1	1.27	0	0.00	1	0.52
支えてくれる人がわかる工夫	1	1.27	0	0.00	1	0.52
人とのかかわりの場	5	6.33	7	6.25	12	6.28
合 計	79	100.00	112	100.00	191	100.00

最も多く,続いて「楽しい,良いかかわり」、「外出や 散歩」、「役割」、「自信」などの回答が目立っている。

# 4 . 調査対象者と介護担当者の整合性 (気持ちと支援)

ここでは,調査対象者と介護担当者の気持ちと支援に対する聞き取り調査の結果を比較することにより,介護行為の受け止め方のずれの要因を明らかにしたい。

調査対象者と介護担当者の気持ちと支援の回答の 組み合わせをみると、「介護担当者の気持ち・支援 に回答」(60事例)、「対象者の気持ちに回答」(48事 例)、「対象者の気持ち・支援に回答」(47事例)、 「介護担当者の気持ちに回答」(20事例)、「対象者の 気持ちと介護担当者の気持ち・支援に回答」(16事 例)、「すべてに回答」(10事例)など計218事例となっ ている〔図3参照〕。

これらの218事例について出現数ごとにまとめ <sup>2</sup> 検定を行なった( <sup>2</sup>(3)=126.1,p<.01)ところ 出現数の偏りは有意であった。4種類の気持ちと支援の組み合わせのうち,2種類の組み合わせ群の出現数が多く4種類とも回答が得られた組み合わせの

出現数はあまり多くみられなかった。そこで、本研 究では,調査対象者と介護担当者の気持ちと支援ず れを明らかにするために「すべてに回答(10事例), 「対象者の気持ちと介護担当者の気持ち・支援に回 答」(16事例),「対象者の気持ち・支援と介護担当 者の気持ちに回答」(7事例),「対象者の気持ち・ 支援と介護担当者の支援に回答」(1事例)計34事 例に基づき,分析・考察を加えることにする。また, 34事例の具体的な項目別にみると、「人とのかかわ リの場」(7事例),「興味・関心・遊びなど」(6事 例),「その他」(5事例),「移動・移乗」・「食事の 習慣」・「家事」・「心地よく過ごせる環境」(各3事 例),「毎日の習慣」(2事例),「食事準備・片付 け」・「安心して居られる場所」(各1事例)に分類 できる。以下では,調査対象者の回答に対して介護担 当者の回答が整合性あり,整合性なしかを事例に併記 しながら,分析・考察を加える〔巻末資料参照〕。

#### 「人とのかかわりの場」

対象者3の事例には,人とのかかわりに対する「楽しい」と「寂しい」といった両面の複雑な気持ちが表れている。一方,介護担当者は「孤独感」,「寂しい」気持ちと受け止めて,「ゆっくりとした話し相手」,「声かけ」といった支援を考えている。

図3 出現頻度

出現数	対象者の気持ち	介護担当者の対象者 への気持ちの推察	対象者が望んでいる 支援	介護担当者の推察する 対象者が望んでいる 支援	出現頻度
4					10
3					16
3					7
3					1
2					47
2					60
2					8
2					1
1					48
1					20
					218

出現したものに

次に、対象者10は、他の入居者(認知症高齢者)の言動や態度に対して「気分がよくない」と感じているが、その気持ちを口に出さないようにしている。一方、介護担当者は「思いの空回り」、「一人になる」などと気持ちを捉えて、他の入居者との「間に入り、全体との折り合いを」支援と考えている。また、対象者12は、一人暮らしの「寂しさ」に比べて、大勢の人がいて「楽しい」、「安心」と感じていることから「ホームを出たくない」と望んでいる。一方、介護担当者は「自分と合わない人がいるため、居室にこもっている」と気持ちを捉えて「声かけをし、みんなと一緒に過ごしてもらうこと」を支援としている。

さらに、対象者7の場合は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に対象者7の具体的な支援内容、対象者9・11の場合は、両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容、対象者16の場合は、両者の「気持ち」の整合性はあるが対象者16の具体的な支援内容が示されていない事例といえる。

#### 「興味・関心・遊びなど」

対象者 3 は 、「ゲームを楽しむ」というよりも「一緒に楽しむ相手」を望む気持ちが強いが 、「職員の忙しさ」から支援をあきらめている。一方 、介護担当者は「スタッフへの気遣い」と気持ちを受け止めて 、「良い時間」を過ごしてもらうための支援を模索している。

次に,対象者10の事例は「花が好き」,「息子が買ってくれた花が枯れてしまったことは残念」であるが「ホームの畑の花や植物」で満足している。一方,介護担当者は「買い物」,「食べること」,「畑仕事」が対象者10の好きなこととして捉えて,それらの気持ちに対する支援を考えている。

さらに、対象者16・17の場合は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他にそれぞれの対象者の具体的な支援内容、対象者2の場合は、両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容、対象者13の場合は、両者の「気持ち」の整合性はみられるが対象者13の具体的な支援内容が示されていない事例といえる。

#### 「その他」

対象者1の事例は,本人の「散歩をしたい」気持ちを,介護担当者も対象者1の日常生活の様子から同様に受け止めて,「行動と休息」のバランスを配慮した支援を心がけている。

また,対象者2・4・6・16の場合は,調査対象者と介護担当者の「気持ち」の整合性がみられるにもかかわらず,それぞれの対象者の具体的な支援内容が示されていない事例といえる。

#### 「移動・移譲」

対象者9の事例は,介護担当者の「気持ち」が示されていないことから,調査対象者と介護担当者の「支援」のずれを生じさせている。

対象者11の事例は,両者の「歩けるようになりたい」という「気持ち」の整合性はみられるが,対象者11の具体的な支援内容が示されていない。対象者14の場合は,「車椅子なので外出したくない」という本人の気持ちに対して,介護担当者は「車椅子ならば良い」と「気持ち」にずれが生じている上に,対象者14の具体的な支援内容が示されていない事例といえる。

#### 「食事の習慣」

対象者11の事例は、糖尿病で食事制限があることは分かっているものの、「飴(糖分)が欲しい」、「飴を買いに行きたい」という気持ちと支援を望んでいる。介護担当者も対象者11の気持ちを理解し、なるべく本人の病気の悪化につながらないような支援を心がけている。

一方,対象者16の場合は,「味付け」,「食を楽しみ」など食にこだわる気持ちはあるものの,「他の入居者を考えると,自分の分だけを作り,食べるわけには行かない」,「味付けを教えてまで食べたくない」と回答している。それに対して,介護担当者は「好き嫌いが激しい」,「好みがうるさい」と対象者16の気持ちを捉えていることから,両者の「支援」の理解にずれが生じている事例といえる。

さらに,対象者10の場合は,調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれと,介護担当者の具体的な

支援内容が示されていないことから両者の「支援」 の比較ができない事例といえる。

#### 家事

対象者 9 の場合は ,「ホームの食事を作りに来ている」気持ちで ,「若い人はよく手伝ってくれるので助かる」と回答している。一方 , 介護担当者は ,「他の人から浮いている」,「気持ちを抑えている」と気持ちを捉えてそれに対する支援を考えている。

さらに,対象者1の場合は,両者の「気持ち」の整合性がみられるが対象者1の具体的な支援内容,対象者10の場合は,両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができない事例といえる。

#### 「心地よく過ごせる環境」

対象者1の場合は、「寂しい」という気持ちを介護担当者が理解しているが、両者の「支援」にずれが生じている事例といえる。

さらに,対象者14・17の場合は,調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に調査対象者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができない事例といえる。

#### 「毎日の習慣」

対象者 1・12の場合は、「日記を書くこと」、「宗教を信仰すること」などの毎日の習慣に対する両者の「気持ち」の整合性がみられるといえるが、対象者 1・12のいずれも調査対象者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができない事例といえる。

#### 食事準備・片付け

対象者10の場合は,調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができない事例といえる。

#### 安心して居られる場所

対象者 9 の場合は,調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができない事例といえる。

以上のことから、調査対象者と介護担当者の気持 ちと支援の整合性は、「両者の気持ちと支援に整合性 がみられたもの」は3事例( - 対象者3, - 3, - 1),「両者の気持ちと支援にずれが生じたもの」 は31事例となっていることから,両者の気持ちと支 援の整合性は全体の1割にも満たないといえる。さ らに,ずれの生じた事例を具体的にみると,「気持ち のずれ有り,支援の整合性につながらなかった事例」 (「気持ちのずれ有り・支援のずれ有り」5事例: - 対象者 10・12 , - 10 , - 16 , - 9 , 「気持 ちのずれ有り・介護担当者の支援無し」7事例: -対象者 9 · 11 , - 2 , - 10 , - 10 , - 10 , - 9 , 「気持ちのずれ有り・対象者の支援無し」6 事例: -対象者7, -16・17, -14, -14・ 17),「気持ちの整合性が有り,支援の整合性につな がらなかった事例」(「気持ちの整合性有り・支援の ずれ有り」2事例: -対象者11, -1,「気持ち の整合性有り・対象者の支援無し」10事例: - 対 象者16, -13, -2・4・6・16, -11, -1, - 1・12),「介護担当者の気持ち無し・支援の 整合性につながらなかった事例」(1事例: 対象 者9)である。このように,気持ちのずれや把握が 難しい事例の場合は支援につながりにくいこと、気 持ちの整合性はみられるが,対象者の支援の内容が 示されない場合には支援の整合性につながりにくい ことが本事例から明らかになったといえる。

「人とのかかわりの場」の事例からは、調査対象者と他の利用者、調査対象者とスタッフなどの人間関係のなかでの複雑な気持ちの変化、様々な理由から気持ちを言葉や態度で表現が難しいことが、調査対象者と介護担当者の「気持ち」にずれを生じさせていることが明らかになった。次に、「興味・関心・遊びなど」、「その他」、「食事の習慣」、「毎日の習慣」の対象者の気持ちには、個人の過

去から現在に至るライフコース,生活習慣や好み,病気による制限や認知症の症状などが関連しており,本人の楽しみや習慣の背後にある気持ちの理解が両者のずれを生じさせない支援につながるといえる。また, 「安心して居られる場所」, 「心地よい環境」の調査対象者の気持ちは,人とのかかわりや個人のライフコースや好みなどが重複しており,両者の気持ちを理解するのには難しいものと考える。さらに, 「移乗・移動」, 「家事」, 「食事準備・片付け」といったアクティビティ活動に関しては,調査対象者の健康状態や体力,気持ちを配慮した支援や計画が求められるといえる。

# 5.おわりに

本研究では,認知症高齢者とその介護担当者に聞き取り調査を実施し,両者の「介護行為」の受け止め方の比較を通し,両者の差異点およびその原因, 差異を少なくするような方略について検討を加えた。

まず,調査対象者の気持ちは,本人の興味・関心 や食事などの習慣,人的物的な環境といった日常生 活を過ごすなかでの行為や人間関係などに基づく傾 向にあり,介護担当者の考える気持ちは,調査対象 者の行動障害,日常の体調,性格などから気持ちを 推測しようとする傾向にあることが明らかとなった。

次に、介護担当者の調査対象者への気持ちと支援を可能にする方略を求めていくことについては、「ここでの生活に満足している」といったプラス思考の回答が最も多く示された。しかしながら、事例分析の結果からは、複雑な人間関係のなかで生活を送っている調査対象者の気持ちをいかに介護担当者が気づき、その気持ちに配慮した支援を可能にする方略を求めていくことができるのか、という点が重要であることが確認された。また、「興味・関心・遊びなど」、「食事の習慣」、「毎日の習慣」の場合は、過去と現在に至る個人のライフコース、生活習慣や好みなど、調査対象者の言葉や行動の背後にある気持ちをいかに介護担当者が理解することができ、かつその気持ちに応えること

ができるという方略を実行することが重要であると考えられる。また,病気などによる制限がある場合には,調査対象者と介護担当者の気持ちにズレが生じやすいことなどが明らかになった。そのため,特に対象者自身の行動に制限が加えられている場合は,本人のニーズを満たす支援がなかなか難しく,医師などの専門職や複数スタッフとの連携が課題となることが示唆された。さらには,「移乗・移動」,「家事」,「食事準備・片付け」といった外出,役割に対する支援についても両者の微妙なずれが生じていることから,本人が望むかかわり方,外出についてはその頻度や移動手段,役割については本人の体力や気持ちを考えたアクティビティへの配慮がなされた調整を行なうことが方略として必要であり,課題であると考える。

本研究において,これらの課題全てに応えることのできる方略ははっきり見出されたとは言いがたい点もあるが,今回の課題を1つ1つ解決することが認知症高齢者のQOLを向上につながることは示唆されたと考えられる。今後の課題は,認知症高齢者への聞き取りの仕方や今回の基になったセンター方式の調査項目について,更なる検討を加えるとともに,継続調査とそれらの特徴に基づいたQOL研究を進めて行くことであると考える。

#### 謝 辞

本研究の実施において対象者としてご協力いただいた入居者の皆様,職員の皆様には厚く感謝いたします。

また,特段のご配慮をいただいた調査対象施設の 職員の皆様にも厚く御礼申し上げます。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

# 参考文献一覧

- 1)天津栄子・中田まゆみ:老人保健施設における 痴呆性老人とケアスタッフの相互作用にみられ るずれの特徴.老年看護学,3;52-63,1998.
- 2 ) Caroline Cantley ed ) : A handbook of dementia care. Open University Press,2001.

- 3)原等子・中島紀恵子: 痴呆性高齢者の家族介護 時間の特性: 家族介護主担者の時間的様相. 老 年看護学,7;70-82,2003.
- 4)林崎光弘・末安民生・永田久美子編著: 痴呆性 老人グループホームケアの理念と技術 その人 らしく最後まで.バオバブ社,1996.
- 5) 菊池真弓: 認知症高齢者のライフコースに関する一考察(2). いわき明星大学人文学部研究紀要, 19; 113-125, 2006.
- 6)高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会編著:高齢者痴呆介護実践講座 .第 一法規,2001.
- 7) 高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会編著:高齢者痴呆介護実践講座 . 第一法規,2002.
- 8)厚生労働省編:厚生労働白書 平成 17年版. ぎょうせい,2005.
- 9)長嶋紀一:認知症介護の基本.中央法規,2006.
- 10)内閣府編:平成17年版 高齢社会白書.ぎょうせい,2005.
- 11)日本痴呆ケア学会編: 痴呆ケアの実際 : 総論. ワールドプランニング, 2004.
- 12) 認知症介護研究・研修東京センター監修:新しい認知症介護 実践者編.中央法規,2005.
- 13) 認知症介護研究・研修東京センター監修:新しい認知症介護 実践リーダー編.中央法規,2005.
- 14)認知症介護研究・研修東京センター・認知症介護研究・研修大府センター・認知症介護研究・研修仙台センター編:認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方.中央法規,2005.
- 15)野村豊子:回想法とライフレヴュー その理論 と技法 . 中央法規,1998.
- 16)清水浩昭・森謙二・岩上真珠・山田昌弘編:家 族革命.弘文堂,2004.
- 17) 社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険 4 年間の検討資料:介護保険制度の見直しに向け て.中央法規,2004.
- 18) 滝波順子, 古谷野亘, 石橋智昭, 蜂谷幸夫:介 護技術の測定: ダイヤ式介護技術チェックシー

- トの開発. 老年社会科学, 27; 24-33, 2005.
- 19)時田 学:大学生の介護体験・意識に関する実験的研究-生理的指標を用いた予備的検討-情報科学研究,15;145-154,2005.
- 20) 外山義編著: グループホーム読本 痴呆性高齢 者ケアの切り札.ミネルヴァ書房,2000.
- 21)全国痴呆性高齢者グループホーム協会(全国 GH協会)監修:グループホームの手引き 解 説から運営まで.ワールドプランニング,2004.
- 22)全国社会福祉協議会編:特別養護老人ホームに おける自立に向けた介護展開手順の手引.全国 社会福祉協議会出版部,1997.
- 23)全国社会福祉協議会編:特別養護老人ホームに おける自立に向けた介護展開手順の手引き. Part2 全国社会福祉協議会出版部,1998.

「人とのかかわりの場」

【対象者3の事例(男性,79歳, a,要介護度1)】 (気持ち)

- 対象者3:ホーム内は人がたくさんいて話し相手も いて楽しい。物理的に会話ができる入居者がい なくて寂しい。
- 介護担当者1:テレ屋。人と一緒に,輪に入ること, 心の中では輪に入りたいが入って行けない。 「自分は仲間に入れてもらえない」孤独感が, 「フラストレーション」へ。人と話すのは好き, しかし自分から行くことは苦手。スタッフの関 わりによっては「寂しい思いをしている」。
- 介護担当者 2: 周りの男性とうまくコミュニケーション がとれない。 お年寄りとスタッフにも入れず。 「一人と感じる」、「どちらにも自分の思いが伝わらない」。 爆発!

(支援)

- 対象者3:職員さんが長時間話し相手になってくれないことは寂しいがしょうがない。あきらめている。
- 介護担当者 1: <u>少しでも話し相手に</u> 夜勤帯で話す時間を,朝の挨拶などちょこちょこと声かけ。「寂しい気持ちが極限まで行かないように」。
- 介護担当者 2: みんな平等と伝えつつ , 「S さんだけ」という特別の印象を与える。「優越感」。 一

<u>日で「ゆっくり何分がお話」,</u>「自分の思いを話してくれている」。

【対象者7の事例(女性,91歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者7:ホームは人がたくさんいて楽しいし,みんなおとなしく優しい。「家族なの」。

介護担当者 1:皆との輪をつくることができる。 短期記憶がなくなる。忘れるが周りの人には迷 惑をかけない生き方。「おつらい」だろう。

(支援)

介護担当者1:「感謝していること」,「市会長としてまとめていること」をいつでもお伝えする。

【対象者 9 の事例 (女性,84歳, a,要介護度 1)】 (気持ち)

対象者9:入居者には話が合う人がいないので楽し くない。他の入居者は嫁との生活が嫌でここに 住んでいる。

介護担当者 1: にぎやかということで, 対応したり もてなしたりできる。

(支援)

対象者9:若い人と話すことは楽しい。

【対象者10の事例(女性,80歳, ,要介護度2)】 (気持ち)

対象者10:他の入居者に<u>「どこの人」「誰」と言われたり</u> <u>れたり</u>,買い物へ行き,お土産を買ってきても 「ありがとう」と言われないので気分がよくない。

介護担当者 1:思いが空回りしている。共同生活の なかで,比較的はっきりしている。

介護担当者 2: フロアでボーっとしている。一人に なる。何も言わないで, じっとしている。見て いることが多い。

( 支援 )

対象者10:そのことについて<u>自分から口にしないの</u> で願いは何もない。

介護担当者 1:間に入ることを心がける。話をしながら、話題を振る。表情には出さない。全体との折り合いを。

【対象者11の事例(女性,80歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者11:確保されている。入所者との会話が好き。 介護担当者1:一日,ボーとしないように。ゲーム (トランプ・将棋など)をしたりしている。い つもいいだしっぺ。「自分が一番でいたい」, 「楽しみ事が勝負事になってしまう」。まわりの 人も理解できているかな?

(支援)

対象者11:特に要望はない。

【対象者12の事例(女性,93歳, a,要介護度2)】 (気持ち)

対象者12:ここは人が大勢いて楽しい。一人暮らし は寂しかった。もしも倒れたとしても<u>誰かいて</u> くれるので安心している。

介護担当者 1: 居室にこもりがち。退院後そのまま, 入居。自分と合わない方がいる。居室でアルバムや本をみたりしている。

(支援)

対象者12:ホームを出たくない。

介護担当者 1:声かけをして,みんなと一緒に。声かけ支援。

【対象者16の事例(女性,83歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者16: 痴呆(認知症)の人と同じことはできないと思うから部屋に一人でいることになる。

介護担当者 1: 人手が良いので。ここの生活の中で , あんな人とは違うと思っているのではないか。 目障りのように思っている。そのため居室にいることが多い。早口 , 聞こえないので , 他の利用者との会話はつながらない。しょうがないなあという感じがある。

(支援)

介護担当者 1:他の利用者と重ならないように,午 後に共有スペースに出てくることを計画している。 「興味・関心・遊びなど」

【対象者 2 の事例 (女性,78歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者2:何もない。

介護担当者 1:前は,意欲的ではなかった。今は, 自分で「しよう」とするお気持ちがある。

(支援)

対象者 2: やってみたい事? (「ウーン」と考え込む)。

【対象者3の事例(男性,79歳, a,要介護度1)】 (気持ち)

対象者3:昔から将棋や囲碁,オセロなど対戦ゲームが好きだった。日頃,<u>職員さんが忙しく対戦</u>相手がいない。たまに来る実習生が相手をしてくれる。

介護担当者 1:性格的に「人に気を遣い,優しい」。 スタッフに対して「見て欲しい」を発信しているのに,「申し訳ない」とスタッフに気を遣わせている。「もっといろんなことをしたい」と思っているが,気を遣ってそれができていない。

(支援)

対象者 3 : 職員さんが相手をしてくれないことは残念だが , 忙しいことはしょうがない。あきらめている。実習生が相手をしてくれることはとてもうれしい。

介護担当者 1: <u>もっと,「良い時間」を過ごして頂</u>きたい。具体策は模索中。

【対象者10の事例(女性,80歳, ,要介護度2)】 (気持ち)

対象者10: <u>花が好き</u>だった。入居の際, <u>息子が買っ</u> てくれたシクラメンと, 自分が買った花が枯れ てしまった。残念。

介護担当者 1:買い物が好きなことではないか。食べることもそうなのかもしれない。

介護担当者 2: 買い物では,果物を選んでいる。選択するのは楽しいこと,選んでいる。本人的には働きたい,畑仕事を続けたい。草引きしたいと思う。やりたいと思う。

(支援)

対象者10: 花がないのは寂しいが,今,ホームで畑 を作っているので満足している。 先日はグリーン ピースが収穫でき,これからはジャガイモを植 える。 花に限らず植物は成長が目に見えるので 好き。

介護担当者 1:自分部屋でするようにさせる。お金 のこともあるので。みんなの前で食べると振舞 ってしまう。全体との折り合いを。

介護担当者 2:外に出ることにつなげる。ホームで の役割としては、畑のことを相談する。非常に 具体的な活動。教えることが多い。

【対象者13の事例(女性,85歳, ,要介護度3)】 (気持ち)

対象者13:若いころは主人とよく<u>三味線</u>を弾きながら歌を歌っていた。あと主人と日本全国北海道から沖縄まで旅行したこと。<u>今はみんなでカルタやボール遊びをすることが楽しみ。畑で野菜を作ることも楽しみの</u>一つである。

介護担当者 1: <u>体が動けば,三味線</u>をしたい。でも 使えない。百姓をしていた。

(支援)

介護担当者 1:苗を選んだり,畑仕事を教えてもらったりと主体になってもらう。

【対象者16の事例(女性,83歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者16:孫を連れて、喫茶店によく行った。その 時にわいわいするのは好き、その中でちょっと 変わったものを食べたいし食べることができ る。孫が色々頼むからそれを少しもらう。

介護担当者 1:本人が楽しくなることは生け花。1時間くらい平気で集中できる。花器を持ってきてくれ,糸を持ってきてくれ,結構本格的にやる。花も買う。本人からもやりたいからという申し出あり。

介護担当者 2: お花を生けることが楽しいと思っている。お花を見に行くことが楽しいと思っている。

#### (支援)

介護担当者2:楽しいこと,お花を買ってくる。

【対象者17の事例(女性,84歳, b,要介護度1)】 (気持ち)

対象者17: <u>お誕生日会が好き。</u>お寿司など<u>好きなも</u> のをリクエストするとだしてくれる事がうれしい。

介護担当者1:お金,お酒,カラオケと豪遊生活, 気さくな方。

介護担当者 2: 作ること, 食べること, でかけることが好き, 甘いものも好き。社交的。

介護担当者3:外出,外食をしたい。遊びに行きたい。骨折した時に通院のたび,外食(ご飯を食べて,お茶も飲む,ケーキなども食べる)。とても良い表情だった。治療よりも外食が目的になっていた。職員は自費なので週2回の外食は大変だった。

# (支援)

介護担当者 1: デパートへ連れて行きたいと考えている。「帰りたい」ストレスを解消させたい。3 名の職員が連携してしっかりかかわって行くこと,利用者とつりあえるケアを考える。

介護担当者 2: 「思うように外出させてあげられない」。気候が良くなったら外へでかけ、外の人とのふれあう計画を考えている。店員さんとお話、お話する相手がいる地域の集まりに連れて行きたい。例えば、ゲートボールへ。同じ年位の近所の人と体も動かせるし、気分転換になるのでは?

介護担当者3:グループホーム以外の人で話し相手になる人(老人会・ゲートボールなどの人), 普通の話ができる人みつかったら良い。そのようなプランにしたい。

#### 「その他」

【対象者 1 の事例(男性,81歳, b,要介護度2)】 (気持ち)

対象者 1: <u>散歩</u>をしている。近くの公園や本屋の方まで歩いてぐるっと一回りしてくる。<u>最近は雪</u>なので行かない。

介護担当者 1: <u>散歩</u>は,毎日を望んでいる。<u>外の雪</u>がすごく,いつも考えている。

# (支援)

対象者 1:「散歩で外へ行くと<u>環境が広がる(社会</u>が広がる)」。

介護担当者 1: <u>ちょっとでも出来れば,満足。「気持ち」。</u> 張り切り過ぎないように!「行動と休息」のバランスが大切。「満足と休息」,「寂しさ」のリズムをつくること。

【対象者 2 の事例 (女性,78歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者2:体の調子が悪いからここにいる。

介護担当者1:自分のこと,スタッフへの「気遣い」ができる。腰痛がひどい,動けない。最近は,前よりも調子は良い。「ダメかも」と不安。弱気になっていた。「私でも,やれば,できるかもしれない」という自信につながる。家族に心配をかけたくない。元気に頑張っていれば,娘さんも喜ぶ。前向きに頑張る。

介護担当者 2: 骨粗鬆症で, <u>背中がいたい。</u> 調子の良い時は,能力の発揮(お茶碗をしまう)。 自分からトイレ,着替えなどができていた。<u>背</u>中が痛くなってからは,「自信を失っている」。

介護担当者 3: <u>体の調子で気持ちも変わる。</u>体の調子が治ってきている。

#### (支援)

介護担当者 1:痛いけれど,できることをしてもらい「自尊心と自立心」を。

介護担当者 2:「自分でできる,楽しいこと」を多く見つけて,楽しい時間を多くしてあげること。 自信を失わせることがないように。

介護担当者3:「体の変化と気持ち」を気づいてあげたい。一緒に喜んだり、「一緒に頑張ったね」と力になる。

【対象者 4 の事例 (女性,80歳, a,要介護度 2)】 (気持ち)

対象者 4:何か1つぐらいはやりたい事はある。 「ここまでわかっていたのだけど,忘れてしまっ たね」。

介護担当者 1:自分ができなくなっていること,わ からなくなっていることに,「不安感が強くなっ てきている」。 最近,「わからなくなっている, どうしたら良いのか?」。

介護担当者 2:前に比べて「元気がない」。前は, 仕事を「やるよ」と意欲的。今は「やらないこ とはない」が誘わないと。

# (支援)

介護担当者 1:「環境を保つこと」人に流されずに 落ち着いていられること。安心できる人,なじ みの人の中で楽しくできる環境。できそうなこ とを,一緒にお手伝い。プラスに待っていく。 「笑顔」で過ごせる。それをやっている時間, 不満ならないように。

介護担当者2:「ここにいて本人が安心」。

【対象者 6 の事例 (女性,83歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者 6: 「息子は私が死んだら H を離れると言っている」と悲しい顔で言った。

介護担当者 1:家族を愛されている。本州にいる息子さん、お嫁さんに絶対的な信頼。日頃、寂しい、今日では、家族と生活していたい」のかな。

介護担当者 2: ご家族と暮らしたいけど暮らせない 「寂しい」気持ち。一人暮らしはしたい,家族 は本州に離れて生活している。<u>会いたい時に</u>, 会えない。

# (支援)

介護担当者 1: 「会いたい」,「本人がダウンしへこんでいる」時,彼女の心強い存在となれるように。スタッフがいれば,「私は大丈夫と」。それが続くように,ちゃんと関われるように。「寂しい」気持ちにさせないように,また原因をつくらないように心掛けている。

介護担当者 2:家族と生活している気持ち,「寂しくなる前になんとかできるように」。家族が来た時は,外食・買い物・どんどん出歩いてもらっている。

【対象者16の事例(女性,83歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者16: 娘に嫁と折り合いが悪いのだから仕方が ないといわれたが,以前(戦前は)教育勅語の 影響でしっかりしていたことが戦争に負けてお かしくなった。外国の真似ばかりしてはいけない。

介護担当者 1:家に帰りたいと思っている。家が市内であるので,息子や嫁に指導したい。嫁とは折り合いが悪い,全拒否。切なく思っているのではないか。

#### (支援)

介護担当者 1:家に帰りたいということについては、家に行ってみる(家族の了解・いないとき)。しかし部屋もない状態であるという、ショックが強すぎるのでは。難しいとしてペンディング。あるから何とかなる場合もあるのではないか。

「移動・移譲」

【対象者 9 の事例 (女性,84歳, a,要介護度 1)】 (気持ち)

対象者9:今は体力に自信がなくあきらめている。(支援)

対象者 9: 車での外出も疲れるのであまり好きではない。

介護担当者 1:歩けることができるように続けていく。

【対象者11の事例(女性,80歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者11:<u>自分で歩けるようになりたい。自立したい。</u> 介護担当者1:以前は,歩けない,トイレにも行けなかった。現在は,元気のあまり,食の欲求がある。<u>廊下を歩く,散歩へ行くことなど,生活</u>は意欲的。

#### (支援)

介護担当者 1 : 周りがざわついたりした時は , うまく散歩に誘ったりしている。

【対象者14の事例(女性,90歳, a,要介護度4)】 (気持ち)

対象者14:常に車椅子なので外出はしたくない。

介護担当者 1: 車椅子にのっている。ユーモアあり、かわいい。楽しみをみつけた生活をしている。ここに行きたいとかは別にない。自分のすることがない。何でも面倒くさい。車椅子でいける(「車椅子ごといければ良いなあ」)。

# (支援)

介護担当者 1:外出したりする時間を。みんなと楽しめることをみつけて行きたい。

#### 「食事の習慣」

【対象者10の事例(女性,80歳, ,要介護度2)】 (気持ち)

対象者10:魚が嫌いで,野菜が好き。嫌いなものは,その時によって箸をつけたりつけなかったりする。

介護担当者 1:血圧が高いので漬物が食べられない。 好きなものを作ることができても食べられない。

# (支援)

対象者10:「嫌いなものはださないで」とか「好き なものは多くだして」という思いはない。

【対象者11の事例(女性,80歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者11:飴(糖分)が欲しい。

介護担当者 1:糖尿病。「食べたいけど,食べられない」欲求が満たされない。 自分では分っているが,歯止めが利かない。

介護担当者 2: レベル的には重度の糖尿病。「何かをくれー」、「あめをくれー」という食べ物に対する欲求がある。ときどき、ヒステリックになる。日々、台所へ入って食べたりする。とはいっても、「悪化できない」という気持ちもある。10時と 3 時のおやつであることは分かっている、一生懸命待とうとしている。

# (支援)

対象者11: 飴を買いに行きたい。

介護担当者 1:混乱した時は、「散歩」に行ったり して気分転換を図る。足の運動の声かけをする。 お茶を飲んでもらう。 欲求が強い時は、低カロ リーの生野菜などを食べてもらう。 本人とゆっ

# くり対話する。

介護担当者 2: 「ここは病院ではないこと」,「できるだけ皆と同じもの」,「3時を待ちましょう」とお話をする。うまく切りかえる。年月をかけて,関係ができている。ワンクッションがきっかけに。味見や火をみてもらう。低カロリー,きのこやこんにゃくを食べてもらい,欲求を満たしてもらう。おやつまでの時間以外に,何か楽しかったと思うことを。その時その時の積み重ねのなかで,雰囲気をつくって行きたい。

【対象者16の事例(女性,83歳, a,要介護度3)】 (気持ち)

対象者16:味付けを昔は隣組で覚えたものだ。異なった家の味付けを覚えるようにしたものである。特に食事のことでおいしいのはおいしい,おいしくないのはおいしくないとはっきり言うべきだと思う。ここにも1人作る人がいて、その人は余りおいしくない。果物はたくさんあったのでお菓子が食べたいことが多かった。食は楽しみなので何とかならないかと思うが、そのためにみんなに教えるのはどうかと思う。面倒くさい。少しのものをたくさんの種類食べたいのだが、それは口がおごっていることに結局なっている。いつもその話題で終わってしまう。

介護担当者 1:好き嫌いがスタッフにも激しい。職員に対して注意することがある。

介護担当者 2: 食べ物の好みがうるさい。肉・青魚 , においでだめ。「何でこんなもの出すの」といらいらする。食事を楽しくとりたい。好みのものはよく食べる。

# (支援)

対象者16: 今の人は家で作っていないのではないか。言ってもその通りにしない。教育が悪いのか。広告を見ながら,あさりも少しだけ食べたいと思う。少しだけなので,みんなの分を買ってみるのはへんな感じもする。作って食べたいと思うのだが一人分を作って食べようとすると,全員の分を作らなくてはならないということになる。そんなことはできないが味付けを教

えてまで食べたくはない。

介護担当者 1:本人のスタッフに対する駄目だしが あるので職員もなれないうちは難しい。3ヶ月 目くらいからなれる。

#### 家事

【対象者 1 の事例 (男性,81歳, b,要介護度2)】 (気持ち)

対象者 1: 妻が喘息もちだったので,食事のしたく, 買い物,庭の草むしりなどをいつも家でやって いた。好きでやっていたというより,妻の体が 弱かったのでやらなくてはならず(やらないと 自分も困るから)やっていた。だから,家事は 苦にならない。

介護担当者 1: <u>メニュー書き, りんごの皮むき,何</u> でも出来る。

(支援)

介護担当者 1:対応がまずいと疲れてしまう。「気持ちの良い達成感」、「自信をもってできる」接触。

【対象者 9 の事例 (女性,84歳, a,要介護度 1)】 (気持ち)

対象者 9 : 食べ物の商売をしていた。<u>今 , ホームに</u> 食事を作りに来ている。当番みたいなもの。一 人で家にいてもしょうがない。

介護担当者 1: スタッフからみると, 食事の支度などは T さん, O さん, E さんの 3 人ともできる。どうしても他の 2 人から浮いてしまう。感情がわくことがわかる。抑えることになってしまう(本人的にも)環境的にも,気持ちを抑えてしまう。

(支援)

対象者9:<u>若い人はよく手伝ってくれるし,よく動</u> いてくれて助かる。

介護担当者 1:色々なところで,成功体験をして欲しい。

【対象者10の事例(女性,80歳, ,要介護度2)】 (気持ち)

対象者10:料理は得意ではないがよくしていた。<u>簡</u> 単なものなら作れる。

介護担当者 1:本人は家族になっているかもしれない。ご飯支度すること。

介護担当者 2: 家事をしている。楽しい + やらなきゃ, でも自分ばかりが...。

(支援)

対象者10:難しいものは作りたくない。

「心地よく過ごせる環境」

【対象者 1 の事例(男性,81歳, b,要介護度2)】 (気持ち)

対象者 1: 「毎日,毎日,一人では寂しい」。「なかなか,気の合う人がいないしね」。一人になると,何もすることがない。

介護担当者 1: 今までいたところのことを, <u>寂しく</u> なると思い出す。

介護担当者2:実家へ帰りたい。

(支援)

対象者 1:妻が先に逝き,一人で住んでいた頃は, 寂しいので,近くの老人会やデイケアへ毎日出 かけていた。そこでは,設備が整っていたので, 皆で,カラオケで歌を歌ったりしていた。カラ オケ屋にも行ったりした。旅行へ行ったりもし た。皆,近所の人で顔なじみの人達だった。

介護担当者 2:止めることは良くない。別の時間に, 楽しく,良い関わり,「気持ちが落ち着く」。

【対象者14の事例(女性,90歳, a,要介護度4)】 (気持ち)

対象者14:職員,利用者の皆さんがよくしてくれる ので<u>ここでの生活には満足している。</u>

介護担当者 1:別の利用者が攻撃的,車椅子では逃げられない「不安」がある。

(支援)

介護担当者 1:「私たちがいるから大丈夫よ」という気持ちと声かけ。

【対象者17の事例(女性,84歳, b,要介護度1)】 (気持ち)

対象者17: 一人居室で過ごす時間は楽しいとかではなく,頭から布団を被り休んでいる。休養の時間。

介護担当者1:部屋にこもり外にでない。パジャマ で1日過ごすことも。

#### (支援)

介護担当者1:なるべく「おやつなどでできてもらう」「部屋に入って,行こうか」と声かけ。「監督さん」をしてもらう。出て行くのは嫌だけど監督は良い(献立・味見・スタッフと会話・居眠り・コーヒーを飲んだりなど)。

「毎日の習慣」

【対象者 1 の事例(男性,81歳, b,要介護度2)】 (気持ち)

対象者1:「夜は何もやることがなく退屈」だから,毎日1篇「絵日誌,日記」を書いている。「手を動かすことはとても良い」(仕事をしていた時は良いが,今は手を動かさないから)。誰に見せるわけではないので,立派なことを書く必要はない。思いついたことを日誌に書いたり,絵を描く。

介護担当者1:一日が充実したこと,手を動かしたことを忘れていない。「夜になると寂しくなった」。毎日,毎日が新しいこと。

介護担当者 2: 日記(書きなぐり), 息子への手紙。 あまり口にださない。書くことが,「発散」に なる。

#### (支援)

介護担当者 1:自分の達成感,風呂に入れたことなど,自信をつけるスケージュル。役割を自信につなげる。一気に進めないこと。

【対象者12の事例(女性,93歳, a,要介護度2)】 (気持ち)

対象者12:<u>朝晩,必ず仏壇に手を合わせ,鐘を鳴らして拝んでいる。</u>今でも継続している。今まで何度も神様に助けられた。

介護担当者1:若いころの<u>信仰宗教を愛している。</u> 現在も信仰を続けている。いつも拝んでいる。

#### (支援)

介護担当者 1: たまには,お経のお話を聞いたり, そのお寺に行ったりしている。昔からの暮らし を活かせるように。

#### 食事準備・片付け

【対象者10の事例(女性,80歳, ,要介護度2)】 (気持ち)

対象者10:「<u>おいしい」とおだてられ作っている。</u> 介護担当者1:本人は家族になっているかもしれな い。ご飯支度すること。

介護担当者 2:家事をしている。楽しい+やらな きゃ,でも自分ばかりが。

#### (支援)

対象者10:私は少しだけ手伝っているので特にはない。

安心して居られる場所

【対象者 9 の事例 (女性,84歳, a,要介護度 1)】 (気持ち)

対象者9:家を空けてホームに来ている。<u>近所の人が駐車場として利用しているので安心してい</u>る。

介護担当者 1: さみしさの不安がある。子どもがいない,持ち家に対する不安。表情から現れる。

#### (支援)

対象者9:安心はしているが,時々帰って顔を出さないと。帰りたい。

The Study of Effective Nursing Care and QOL Improvement for the Elderly with Dementia

Bv

Gaku TOKITA¹, Mayumi KIKUCHI² Tetsuya ABE ³, Shinji KATO³

From

<sup>1</sup>Nihon University, College of Commerce

<sup>2</sup> Iwaki-Meisei-University, Department of Contemporary Sociology

<sup>3</sup> SENDAI Dementia Care Research and Training Center

#### Summary

We conducted a study on nursing care for the elderly with dementia to clarify the kind of care that led to improvements in the patient's quality of life (QOL). We interviewed caregivers and the elderly with dementia who were capable of talking about their behavior and asked both how they actually felt about practical nursing care. We selected nine elderly patients with dementia and their caregivers and obtained their consent before the interview.

The feeling of the elderly with dementia seemed to be influenced by their interest/concern; lifestyle, including the taking of meals; personal and physical environment; activities in their daily lives, and interpersonal relationships. Their caregivers tried to understand their behavioral disorder, daily physical condition, and personality to figure out how they felt. Caregivers are to recognize a large variety of feelings of the elderly with dementia and provide such elderly with the care that they expect. For this purpose, a caregiver should take an elderly person with dementia outside with the appropriate frequency by using the best means of transportation. Furthermore, a caregiver should thoroughly consider the physical capacity and feeling of an elderly person with dementia and adjust the activity to his/her ability. It is necessary for caregivers to understand their expected roles.

Key words: Elderly with dementia, Quality of life, Caring

# 介護保険三施設における身体拘束の実施状況

吉川悠貴<sup>1</sup>,加藤伸司<sup>1,2</sup>,阿部哲也<sup>1,2</sup>, 矢吹知之<sup>1,2</sup>,浅野弘毅<sup>1,2</sup>,長嶋紀一<sup>1,3</sup>

認知症介護研究・研修仙台センター1

東北福祉大学2

日本大学3

要 約:全国の介護保険施設(介護老人福祉施設,介護老人保健施設,介護療養型医療施設)に対して,身体拘束の実施状況 や身体拘束廃止に向けた取り組みや意識の状況を調査した。その結果,被拘束者が拘束された日数の合計を,回答施 設の全入所者の延べ入所日数で除した割合(拘束率)は全体で5.2%であり(施設ごとの拘束率の内訳では,全体で 0%が35.7%,5%未満が25.9%など),過去の調査と比較して低下の傾向が示唆された。また身体拘束の廃止や減少に は,施設における組織や手続きの整備,学習などの取り組みが効果があることが示された。一方,やむを得ず身体拘 束を行う場合の規定である「例外3原則」については,身体拘束が行われた事例の32.1%が原則に当てはまっておら ず,身体拘束を行った理由についても「人手があれば拘束は不要だった」との回答が30.2%を占めるなど,身体拘束 の廃止に向けたさらなる取り組みの余地が残されていることが示唆された。

Key Words:身体拘束,介護保険施設

# 1.問題と目的

# 1.1 背景

介護保険の施行を1年後に控えた平成11年3月31日,介護保険施設等の「人員、設備及び運営に関する基準」が厚生省(当時)令によって定められ、その中でいわゆる「身体拘束禁止規定」が示された。また、その1年後、つまり介護保険施行直前の平成12年3月17日付の通知により、身体拘束の実施に際して「緊急やむを得ない」との除外規定が安易に適用されることを防止し、実際に行われた拘束の適切性を検証するための措置 14)が講じられた。また、厚生労働省ではこうした施策の趣旨を徹底し、その実効性を担保するために、先駆的に身体拘束の廃止に向けて取り組んで成果を上げている施設関係者や学識者等を集め、平成12年6月より「身体拘束ゼロ作戦推進会議」が発足、「身体拘束ゼロ作戦」として、都道府県等における推進体制の整備などが図ら

れた。その中で,平成13年3月,身体拘束廃止の趣 旨や具体的なケアの工夫,実例等を盛り込んだ「身 体拘束ゼロへの手引き:高齢者ケアに関わるすべて の人に」70がまとめられ,全国の地方公共団体や介 護保険施設等に配布,普及が図られた。この「身体 拘束ゼロへの手引き」では,例外的に身体拘束を行 う「緊急やむを得ない」場合がどのような要件によ り判断され,かつどのような手段によりその判断が 担保されるかについて示されている。具体的には、 いわゆる「例外3原則」として,「『切迫性』『非代 替性』『一時性』の三つの条件が満たされ,かつ, それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施 されているケースに限られる」とされている。また 同「手引き」では,介護保険指定基準において禁止 の対象となる具体的な行為として,11種の行為を示 している(表1)。

なお,上記のような行政上の動きに先駆けて,先 駆的な施設等では個々に取り組みが行われ,その動きは全国的に波及してきた 8) 16) 22) 23)。またこうし

#### 表 1 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

- (1)徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- (3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能 を制限するミトン型の手袋等をつける
- (6)車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いす テーブルをつける
- (7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- (9)他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- (10)行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- (11)自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

た動向の中で蓄積された実践や知見がその後の「身体拘束ゼロへの手引き」にも大きく反映されている。

#### 1.2 目的

身体拘束の問題は,等しく人間が持ちうる人権を 脅かし,さらに大きな身体的・精神的・社会的な代 償を伴って,高齢者の QOL (生活の質)を根本か ら損なう危険性を有している³³, 重大な問題といえ る。特に,より深刻に取り上げられるべき要因とし て,認知症高齢者を中心とした,心身に障害を抱え る高齢者の問題があげられる。これまでの研究から, 身体拘束を受けやすい入所者(利用者)の属性とし て,認知症の症状,特に認知症の行動・心理症状 (BPSD)を示していること,それに関連して介護の 必要量が大きいことが度々あげられている¹¹²¹)¹¹)。

これに対して,身体拘束の実態やそれに対する取り組みや意識の状況に関する調査がしばしば行われている ³ ) -6 ),8 ),10 ) -13 ),15 ),17 ) -21 ),24 )。行われた調査は,その実施主体により施設団体・民間団体等によるもの,自治体主体で都道府県単位で行われたもの,研究者らが独自に行ったものの 3 つに大別される。

それらの調査結果からは,主に以下の点が判明している。

まず,介護保険施行前後の時点での調査においては,多くの施設で,多くの高齢者が身体拘束を受けていた。これに対して,継続的に行われた調査を見ると,身体拘束を行っている施設の割合,及び身体

拘束を受けている高齢者の割合は,介護保険施行後, また「身体拘束ゼロ作戦」の開始以後,年々減少傾 向にある。ただし,身体拘束を行っている施設の割 合は未だ高い状況にあり,また身体拘束を受けてい る高齢者の割合については減少してはいるものの調 査によってばらつきがあり,さらに調査対象や調査 方法も一部異なるため,全国的な動向を正確に確認 するのが難しい面もある。

一方,取り組みや意識に関する調査の結果からは,介護保険施行後,また「身体拘束ゼロ作戦」の開始以降身体拘束の廃止に向けた取り組みが進展し,身体拘束に関する認識や意識も向上しつつあることがうかがえるが,一方で人員不足,廃止後の事故の危険性やその際の責任問題の不安,また経営者,管理者,現場責任者,一般職員といった職責,あるいは職種間の認識や意識の違いや,家族からの要望などから,必ずしも円滑に身体拘束廃止の取り組みが展開されていない場合があることが示されている。またこれに関連して,「身体拘束廃止委員会」のような組織,マニュアルや手続き,記録等の整備についても,必要十分な整備状況に達していない場合があることが示唆されている。

以上のような状況に対して、これまで介護保険施設を対象とした身体拘束に関する全国的な動態調査は行われておらず、身体拘束の実施状況や介護保険施設全体として取り組みがどの程度、どのように進展しているかは明らかではない。これまで述べたよ

うな状況を鑑みれば,介護保険制度施行5年目(調査時)となり,同制度の改正を控える時点において, 改めて高齢者介護の現場における情報を収集分析 し,今後のさらなる展開のための資料を得ていくこ とが必要となろう。

そのような必要性から,我々は開設済みの全国の介護保険施設(介護老人福祉施設,介護老人保健施設,介護療養型医療施設)を対象に,身体拘束の実態,廃止に向けた取り組み及び意識面での実態と変化を明らかにするための調査(「介護保険施設における身体拘束状況調査」)を行った。本研究ではこの調査の中から,身体拘束の実施状況に関わる結果の一部について検討する。

# 2.方法

#### 2.1 対象

平成16年12月1日現在において開設済みの全国の 介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施 設・介護療養型医療施設)。対象施設数は全体で 12,366か所であり,内訳は介護老人福祉施設が5,366 か所,介護老人保健施設が3,167か所,介護療養型 医療施設が3,833か所である。

#### 2.2 調査内容と回答者

本調査における調査票は、調査票 から までの 4 つに分かれており、それぞれ施設・入所者(利用者)に関する基礎情報(調査票 )、身体拘束の実態調査(調査票 )、身体拘束への取組状況調査(調査票 )、管理者としての意識調査(調査票 )に関して、調査対象期間(平成17年2月21日~27日の1週間)について回答を求めるものであった。調査票 から までは現場責任者、調査票 については施設管理者に回答を求めた。

# 2.3 手続き

調査票は,平成17年2月初旬に調査実施機関から それぞれの施設が所在する都道府県の担当部局を通

じて配布された。また調査票の返送は各施設より調 査実施機関へ個別に行われた。

#### 2.4 調查実施期間

平成17年2月初旬~平成17年3月22日(平成17年2月初旬に調査票配布を開始し,調査対象期間を2月21日~27日の1週間とし,調査票及びについては平成17年3月7日,調査票及びについては平成17年3月22日までに返送するよう求めた)

#### 2.5 回収状況

有効回収数及び有効回収率は,調査票 が6,062 施設(有効回収率49.0%),調査票 が5,621施設(同45.5%),調査票 が5,814施設(同47.0%),調査 票 が5,632(同45.5%)であった。なお,ここでの有効票とは,施設概況が分かり,調査票全体に渡っておおむね回答が得られたものである。従って調査項目ごとの回答施設数の合計は,有効回収数と必ずしも一致しない。

#### 3.結果

# 3.1 身体拘束の現状

#### 3.1.1 身体拘束を行った実人員数と拘束率の現状

調査期間内に身体拘束が行われたことが判明した 実人員(以下「被拘束者」とする)数は全体で 21,184名であり,施設種別の被拘束者数は,介護老 人福祉施設8,650名,介護老人保健施設6,058名,介 護療養型医療施設6,476名であった。

このうち身体拘束実施日数,当該施設の入所者(利用者)数などの情報の詳細がすべて判明したものについて,身体拘束の実施率(以下「拘束率」とする)を求めた。なお,従来都道府県等で行われてきた身体拘束の実態調査の多くでは,1日の調査対象日を設定して当該日における身体拘束の実施の有無から拘束率を算出しているが,拘束実施期間の長さ等は考慮されていない。従って本調査では「拘束率」を「調査期間(7日間)あたりの全入所者に占

表 2	調査期間(	7日間)	における延ん	べ拘束率(	(全体)	)

施設種別	回答施設数	A:被拘束者の拘束 日数の合計	(被拘束者実数)	B:入所者(利用者) 数×7(日)	拘束率 (A/B × 100)
介護老人福祉施設	2148	46910	( 6943 )	1046997	4.5%
介護老人保健施設	1319	33607	( 4992 )	779856	4.3%
介護療養型医療施設	1133	31182	( 4604 )	314454	9.9%
合計	4600	111699	( 16539 )	2141307	5.2%

める延べ身体拘束実施率」とし,

【(被拘束者の拘束日数の合計)÷(回答施設の全入 所者(利用者)数×7(日))×100】

との算出方法により求めた。その結果全体の拘束率は5.2%であった。施設種別ごとでは,介護老人福祉施設で4.5%,介護老人保健施設で4.3%,介護療養型医療施設で9.9%との結果が得られた(表2)。

さらに、従来の調査では身体拘束の実施の有無によって施設を二分した結果を示すことがほとんどであったが、このことについては、当該の施設の中で1人でも身体拘束が行われていれば「身体拘束を行っている施設」とされるため、たとえ当該施設内で拘束の実施率が低下していてもそれが反映されないと考えられる。したがって本調査では、前掲の式と同様の算出方法により施設ごとの拘束率を求め(以下「施設内拘束率」とする)、5%刻みでの分布状況を示した(図1)。これを見ると、全体の6割程度の施設が拘束率0~5%の範囲に入っていることが分かる。

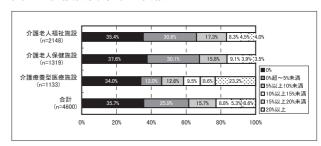
#### 3.1.2 身体拘束されている入所者(利用者)の属性

被拘束者の属性について,性別,年齢,要介護度, 認知症高齢者の日常生活自立度,障害老人の日常生 活自立度(寝たきり度)を,全入所者のものと比較 した。

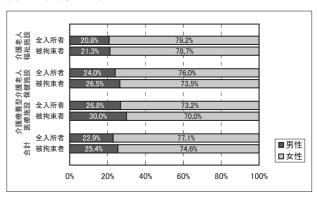
#### 1)性別

被拘束者の性別は,全体で男性25.4%,女性74.6%であった。これに対して全入所者における性別は男性が22.9%,女性が77.1%であり,被拘束者においては男性の占める割合がやや高くなっている(図2)。

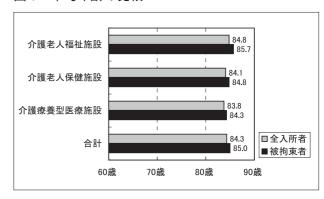
#### 図1 施設内拘束率の内訳



#### 図2 性別の比較



# 図3 平均年齢の比較



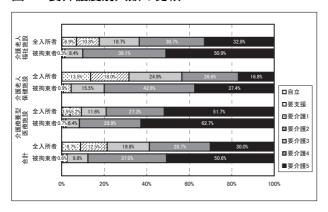
#### 2)年齡

被拘束者の平均年齢は全体で85.0歳,全入所者の平均年齢は84.3歳であり,被拘束者の方がやや高かった(図3)。

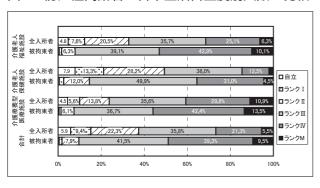
# 3)要介護度

被拘束者の要介護度別の割合は,全体で要介護5

#### 図4 要介護度別人数の比較



#### 図 5 認知症高齢者の日常生活自立度別人数の比較



が 50.6%と最も多く,次いで多い要介護 4 (37.0%) と合わせて 9 割程度を占めていた。これに対して全 入所者では要介護 5 が30.0%,要介護 4 が28.7%で あり,被拘束者では要介護度が高い場合が多い(図 4)

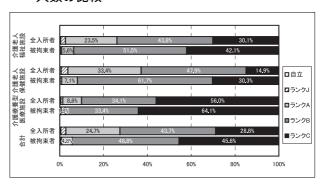
#### 4)認知症高齢者の日常生活自立度

被拘束者の認知症高齢者の日常生活自立度別の割合は、全体でランク ( a 及び b の合計)が41.5%と最も多く、次いで多いランク (39.3%)、ランク M (9.5%)と合わせて9割程度を占めていた。これに対して全入所者ではランク が35.8%、ランク が21.3%、ランク M は5.5%であり、被拘束者では認知症の程度が重い入所者(利用者)が多い(図5)。

#### 5)障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

被拘束者の障害老人の日常生活自立度別の割合は、全体でランクBが48.8%と最も多く、次いで多いランクC(45.6%)と合わせて9割強を占めていた。これに対し全入所者ではランクBが43.7%、ランクCが28.8%であり、被拘束者では要介護度が高い入所者(利用者)が多い(図6)。

図 6 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)別 人数の比較



#### 3.1.3 身体拘束の現状

被拘束者に主として行われた身体拘束について, その行為種別ごとの割合,行為種別と被拘束者の属性との関係,身体拘束の実施状況を整理した。

#### 1)身体拘束の行為種別の割合

被拘束者に主として行われた身体拘束(以下「主たる身体拘束」)の行為種別を,平成13年に示された「身体拘束ゼロへの手引き」に定義された11の行為種別(表1)に分類し,その割合を算出した。その結果,「ベッド柵」が47.8%と最も多く,次いで「ずり落ち・立ち上がり防止のためのY字型拘束帯・腰ベルト・車いすテーブル」が22.1%,「ミトン型手袋等」14.1%,「介護衣(つなぎ服)」9.8%の順であった(図7)。

#### 2) 主たる身体拘束の実施状況

#### ・例外3原則との関係

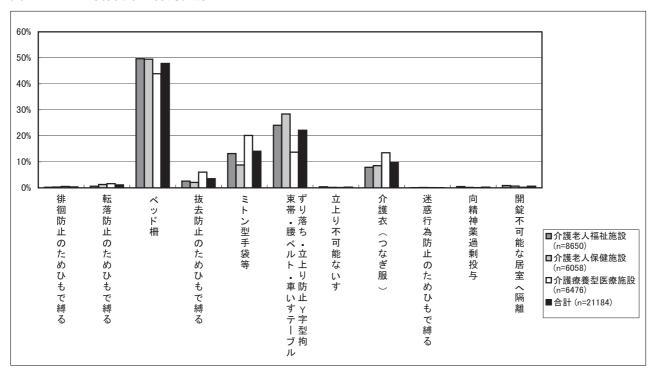
主たる身体拘束と例外 3 原則 (緊急やむを得ない 場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件であり,

切迫性, 非代替性, 一時性からなり,かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる)との関係については,例外3原則に該当するものは全体で67.9%,該当しないものは32.1%であった。施設種別に該当する割合を見ると,該当する割合は介護老人福祉施設が69.8%,介護老人保健施設が69.4%,介護療養型医療施設が63.7%であった(図8)

#### ・家族への説明

主たる身体拘束の家族への説明・報告の方法については、全体で事前説明が行われたのは83.6%,事後説明が行われたのは13.4%,説明が行われなかっ

#### 図7 主たる身体拘束の行為種別



#### 図8 主たる身体拘束と例外3原則との関係

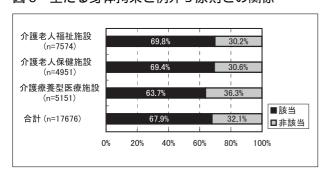
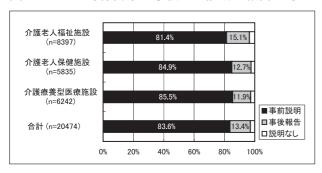


図9 主たる身体拘束の家族への説明・報告の方法

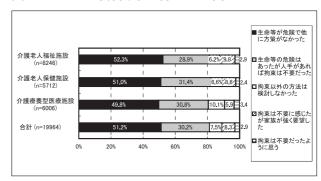


たのは 2.9%で, どの施設種別でも 8 割以上に対して事前説明が行われていた(図9)。

# ・身体拘束を行った理由

主たる身体拘束を行った理由については,全体で「生命等が危険で他に方策がなかった」が51.2%と最

図10 主たる身体拘束を行った理由



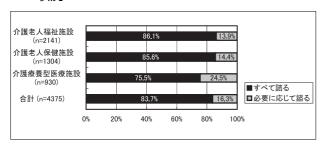
も多く,次いで「生命等の危険はあったが人手があれば拘束は不要だった」が30.2%,「拘束は不要に感じたが家族が強く要望した」が8.3%,「拘束以外の方法は検討しなかった」が7.5%,最も少なかったのは「拘束は不要だったように思う」の2.9%であった(図10)。

#### 3.2 身体拘束の廃止に向けての取り組み状況

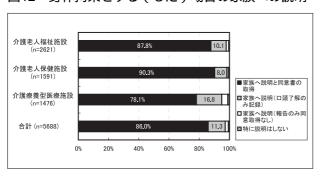
# 3.2.1 身体拘束廃止委員会等に諮る仕組みの運用 状況

身体拘束をする(した)場合に身体拘束廃止委員会などに諮る仕組みの運用状況については,全体で「すべて諮る」とした施設が64.8%,「必要に応じて諮る」が12.6%、「委員会未設置」が22.6%であった。

# 図11 身体拘束廃止委員会等に諮る仕組みの運用 状況



# 図12 身体拘束をする(した)場合の家族への説明

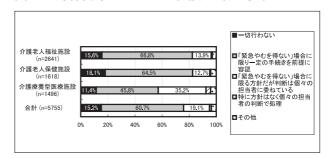


ただし、「委員会未設置」については当該の施設で 身体拘束を一切行っていないために未設置である場合も含まれる。そのため、何らかの形で身体拘束廃止 委員会などに諮る仕組みがある施設に限って見てみると、「すべて諮る」の割合は83.7%に達している (「必要に応じて諮る」は16.3%)。施設種別ごとに見ると、介護療養型医療施設では「すべて諮る」の割合が低かった。また介護療養型医療施設では「委員会未設置」も回答施設全体の36.9%を占めており、このうち相当数が実際に身体拘束を行っているものの廃止委員会等を設置していないものと思われる(図11)。

# 3.2.2 身体拘束をする(した)場合の家族への説明

身体拘束をする(した)場合の家族への説明の有無と方法については,全体で「家族への説明と同意書の取得」が86.0%と最も多く,次いで「家族へ説明(口頭了解のみ記録)」が11.3%,「家族へ説明(報告のみ同意書取得なし)」が2.1%で,「特に説明なし」が0.7%と最も少なかった。施設種別の傾向としては,介護療養型医療施設で「家族への説明と同意書の取得」が78.1%とやや少なく,「家族へ説明(口頭了解のみ記録)」の割合が高くなっていた(図12)。

#### 図13 身体拘束についての施設の対応方針



#### 3.2.3 身体拘束についての施設の対応方針

身体拘束についての施設の対応方針については,「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」が60.7%と最も多く,次いで「『緊急やむを得ない』場合に限る方針だが判断は個々の担当者に委ねている」が19.1%,「一切行わない」が15.2%,「その他」が3.5%の順であり,「特に方針はなく個々の担当者の判断で処理」が1.4%で最も少なかった。すべての施設において「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」を選択する割合が最も多いが,介護療養型医療施設は45.8%と少なく,「『緊急やむを得ない』場合に限る方針だが判断は個々の担当者に委ねている」が35.2%と多い傾向が見られた(図13)。

#### 3.2.4 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況

身体拘束を行う場合の手続きの策定状況については、「定めている」が66.4%と最も多く、次いで「定めていない(個別ケースごとに協議するため)」が24.0%、「定めていない(一切行わないため)」が5.2%の順であり、「定めていない(現場の判断に委ねているため)」が4.4%と最も少なかった。施設種別の傾向としては、「定めている」割合が介護老人福祉施設で65.8%、介護老人保健施設で73.5%、介護療養型医療施設で59.9%とやや差が見られた(図14)。

#### 3.2.5 身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数

身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数については,全体で「3年~4年」が28.4%と最も多く,次いで「4年以上」が24.0%,「2年~3年」が

#### 図14 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況

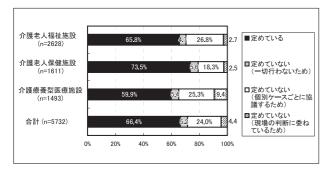
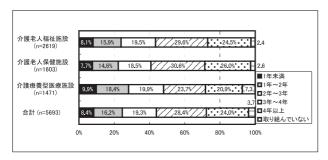


図15 身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数



19.3%,「1年~2年」が16.2%,「1年未満」が8.4% の順であり、「取り組んでいない」が3.7%で最も少なかった。また「取り組んでいない」と2年未満に含まれる回答で施設種別による差異が認められた(図15)。

# 3.2.6 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故 の増減

身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減について、取り組み直前と調査時点での状況を比較したところ、事故種も含めて全体としては6割から8割の施設が「変わらない」と回答しており、「増加した」と「減少した」との間ではわずかに「増加した」との回答が多い場合があったが、ほぼ拮抗していた(図16)。

# 3.2.7 身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講 状況及び学習状況

#### 1)講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況については、全体で施設管理者に受講経験がある施設は67.4%であった。また看護・介護リーダーで受講したことがある人がいる施設は、管理者に比べ

図16 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故 の増減(全体)

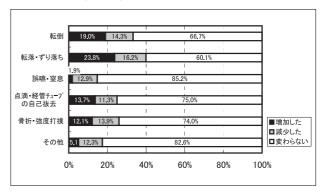
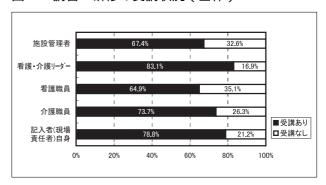


図17 講習・研修の受講状況(全体)



ると多く全体で83.1%の施設であった。看護職員で 受講したことがある人がいる施設は,リーダーに比 べるとやや少なく,全体の64.9%の施設であった。 介護職員で受講したことがある人がいる施設は全体 の73.7%の施設であった。調査票記入者(現場責任 者)については,78.8%の施設が受講経験があると 回答していた(図17)。

#### 2) 学習状況

施設内で身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいるかについて回答を求めたところ、全体では「ほとんど行っていない」が29.9%と最も多く、次いで「その他」が26.2%、「管理者が率先して行っている」が26.0%の順であり、「職員だけで毎月行っている」が17.9%で最も少なかった。また「管理者が率先して行っている」の割合等で施設種別による差がやや見られている(図18)。

#### 3.2.8 都道府県における調査・実地指導の現状

都道府県等における実地指導時の身体拘束に関す る調査・指導の状況については,全体では「本質を

#### 図18 学習状況

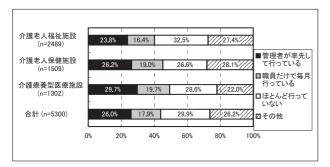
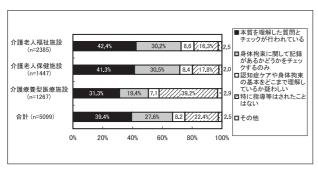


図19 都道府県における調査・実地指導の現状



理解した質問とチェックが行われている」が 39.4% と最も多く,次いで「身体拘束に関して記録がある かどうかをチェックするのみ」が 27.6%,「特に指導等はされたことはない」が 22.4%,「認知症ケア や身体拘束の基本をどこまで理解しているか疑わしい」が 8.2%であり,「その他」が 2.5%と最も少な かった。また「特に指導されたことはない」との回答を中心に施設種別による差が見られている(図19)。

#### 3.3 身体拘束への取組等と拘束率との関係

#### 3.3.1 人員配置状況との関係

看護・介護職員を合わせた職員1人あたりの入所者(利用者)数(以下「人員配置状況」とする)は,全体では平均で2.0名であったが,介護老人福祉施設では平均2.2名,介護老人保健施設では2.1名,介護療養型医療施設では1.6名と差があり,かつその分布状況にも施設種別による差が見られた。そのため,施設種別ごとに,人員配置状況と施設内拘束率の5%刻みの分布区分によるクロス集計を行った。その結果,介護老人福祉施設では人員配置と施設内拘束率との関連はほとんど見られなかった。一方介護老人保健施設においては,人員配置が手厚い群では,特に身体拘束を行っていない施設の割合,及び

図20 人員配置状況×施設内拘束率(介護老人福祉施設)

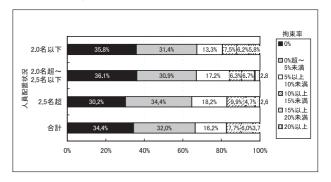


図21 人員配置状況×施設内拘束率(介護老人保 健施設)

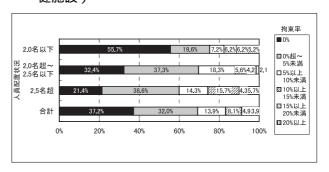
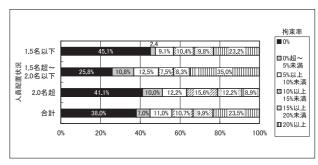


図22 人員配置状況×施設内拘束率(介護療養型 医療施設)



拘束を行っていない施設と5%未満の施設を合わせた割合が高くなっており、人員配置の手厚さは特に拘束率の低い施設の形成に寄与するものと思われた。これに対して介護療養型医療施設では、人員配置状況と施設内拘束率との間に直接的な関係を見出すことが難しい。介護療養型医療施設では、全体的に身体拘束を行っていない施設と、拘束率がやや高い施設に分かれる傾向があり、人員配置状況以外の要因によって大きく左右されているものと思われる(図20~22)

#### 3.3.2 身体拘束に対する施設の対応方針との関係

身体拘束に対する施設の対応方針への回答別に,施設内拘束率の分布を求めた。その結果,全体で「一切行わない」と回答した施設の84.5%が拘束を全く行っていなかった。次いで「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」,「『緊急やむを得ない』場合に限る方針だが判断は個々の担当者に委ねている」の順で身体拘束を行っていない,もしくは施設内拘束率の低い施設の割合が高かった。それに対して「特に方針はなく個々の担当者の判断で処理」と回答した施設には拘束率20%以上の施設が最も多く見られた(図23)。

#### 3.3.3 身体拘束を行う場合の手続きとの関係

身体拘束を行う場合の手続きの策定状況への回答別に,施設内拘束率の分布を求めた。その結果,全体で「定めていない(一切行わないため)」と回答した施設の8割以上が拘束を全く行っていなかったが,拘束を行っている施設も見られた。一方で「定めて

図23 身体拘束に対する施設の対応方針×施設内 拘束率(全体)

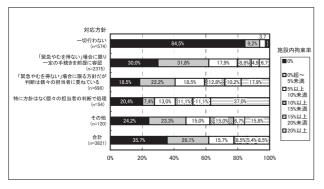
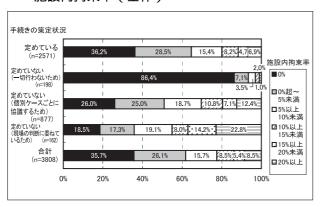


図24 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況× 施設内拘束率(全体)



いない(現場の判断に委ねているため)」と回答した施設では拘束率が高い施設が2割以上見られ,拘束を行わない施設の割合も最も低かった(図24)。

# 3.3.4 身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講 状況及び学習状況との関係

#### 1)講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況について,施設管理者及び看護・介護リーダーの受講経験の有無別に,施設内拘束率の分布を求めた。施設管理者については,受講経験が「ある」と回答した場合,全体で施設内拘束率 0%の施設が 38.3%(受講経験がない施設では 31.8%),0%~5%の施設が27.3%(同 25.6%)であるなど,受講経験がある場合の方が施設内拘束率が低い施設の割合が高かった。看護・介護リーダーについても同様で,受講経験があるリーダーがいる施設では,全体で施設内拘束率 0%の施設が 36.5%(受講経験がない施設では31.3%),0%~5%の施設が 27.3%(同 24.6%)であ

図25 講習・研修受講状況×施設内拘束率(施設 管理者全体)

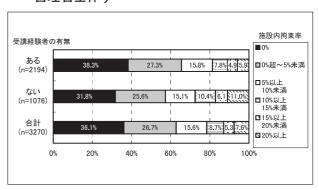
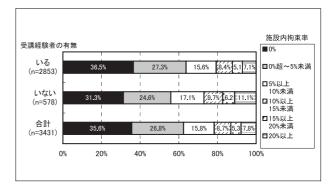
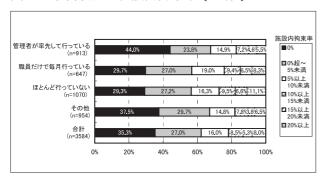


図26 講習・研修受講状況×施設内拘束率(看 護・介護リーダー全体)



#### 図27 学習状況×施設内拘束率(全体)



るなど,受講経験がある場合の方が施設内拘束率が低い施設の割合が高かった(図 25,26)。

#### 2) 学習状況

施設内での身体拘束廃止に関する学習状況別に,施設内拘束率の分布を求めた。その結果,「管理者が率先して行っている」場合に,全体で施設内拘束率0%の施設が44.0%であるなど,施設内拘束率が低い施設が占める割合が高かった(図27)。

#### 4.考察

# 4.1 身体拘束の現状

本調査の結果をこれまで行われてきた各都道府県の身体拘束に関する調査の結果と比較すると,都道府県ごとに違いはあるものの,また対象とした施設種別や算出方法の違いはあるものの,それらを勘案しても全体的に見れば拘束率は下がってきているものと考えられる。また各都道府県で継続的に調査を行っている場合,拘束率は低下傾向が示されており,今回の結果を合わせると全国的にも身体拘束廃止に向けた取り組みの成果が年々顕在化してきているものと思われる。また本調査では施設内拘束率の分布をはじめて示したが,これを見ると拘束率が5%未満の施設が目立って多く,身体拘束の実施を完全に廃止するには至らないものの,それに近い状態に達している施設が相当数に上るものと考えられる。

身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性としては, 年齢が高く, 男性で, 要介護度が高いほど, 認知症が重症なほど, 寝たきり度が高い

ほど身体拘束を受けるリスクは高まることが予想される。また,身体拘束の行為種別を見ると,ベッド柵や Y 字型拘束帯・腰ベルト等などの特定の行為が多かった。これらの被拘束者の属性や行為種別については,これまで具体事例も含めて改善策が多々示されているため,それらを参考に取り組みが可能なものと思われる。

一方,主たる身体拘束の実施状況を見ると,「緊急やむを得ない」もので他に方策のない状況であることが多いことが示されている。これに伴い家族への説明等も高い割合で実施されており,身体拘束を実施する際の判断や手続きについては浸透しつつあるものと思われる。しかし,「緊急やむを得ない」場合に該当しない身体拘束が約3割あり,身体拘束の「生命等が危険で他に方策がなかった」以外の理由による実施が約5割に認められた点については,施設種別による違いも含めて今後の改善課題といえよう。

#### 4.2 身体拘束の廃止に向けての取り組み状況

多くの施設において,身体拘束廃止委員会等の組 織の設置や,家族への説明方法の整備,対応方針や 手続きの策定といった身体拘束の廃止に向けた取り 組みが行われていた。これらのことが,前述のよう に具体的に身体拘束が減少もしくはなくなるという 形で結実しつつあることがうかがえる。これに伴う 介護事故なども全体としては特に増加はしておら ず,施設外の研修等の受講なども含めたさまざまな 取り組みが功を奏していると思われる。 さらに,過 半数の施設で身体拘束の廃止に向けて3年以上の取 り組みがなされており,継続的な取り組みの効果が 見られていると考えられる。その中で, 具体的な手 続きや判断方法の策定,施設内での学習体制につい ては未整備な施設がやや認められたため,今後これ らの実践を一段と推進するために取り組みが行われ ることが望まれる。またこのことを確かにするため にも,都道府県における実地指導時の調査・指導内 容の一層の充実が期待されよう。

# 4.3 身体拘束への取組等と拘束率との関係

施設内拘束率の分布状況は、施設の対応方針や身

体拘束を行う際の手続き、講習・研修等の受講状況 や学習状況といった,身体拘束の廃止に向けた取り 組みの状況と関連しており,これらの取り組みが十 分に実施されている場合ほど,施設内拘束率の低い 施設の割合が高いことが示された。これらの傾向は、 身体拘束廃止の阻害要因として指摘されやすい,人 員配置状況との関連よりも強い傾向であると考えら れる。結果を総合すると,その中でも特に,身体拘 束を一切行わない、あるいは行わざるを得ない場合 でも一定の手続きを課すといった方針と手続きの策 定,管理者やリーダーなどの業務に関する決定権者 の学習状況と施設内での学習の実践といった,トッ プが決意し,施設全体へ浸透させるような取り組み が効果をもたらしているものと考えられる。従って これらの取り組みが既に行われている施設ではこれ をさらに推進し,十分でない施設では今後早急に取 り組まれることが望まれる。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健事業の補助金を受けて行われたものである。

#### 文 献

- 1) 阿部俊子:海外「抑制」事情. 吉岡充・田中とも江編, 縛らない看護.医学書院; 179-204, 1999.
- 2 ) 阿部俊子, 千葉由美: 身体抑制. EB nursing, 1; 49-56, 2001.
- 3) 赤松公子, 河野保子; 介護施設における身体拘束の実態と職種による認識の比較. 日本看護学会誌, 13; 10-19, 2004.
- 4) 濱田深智, 水谷みち代, 喜多村邦子 他: 身体拘束 に対する看護師の意識の変化 - 身体拘束判断マ ニュアルを作成して - . 日本看護学会論文集 1 成人看護, 34; 24-26, 2003.
- 5) 星野典子, 中尾久子: 高齢者の抑制廃止の取り組みに関する研究. 山口県立大学看護学部紀要, 8; 69-74, 2004.
- 6) 高齢者虐待防止研究会(編)・津村智惠子,大谷昭(編集代表):高齢者虐待に挑む:発見,介入,予防の視点.中央法規,2004.
- 7) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」: 身

- 体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に . 福祉自治体ユニット, 2001.
- 8) 峯本佳世子, 大野まどか: 介護老人福祉施設に おける拘束の現状と課題. 大阪人間科学大学紀 要, 2; 147-152, 2003.
- 9) 森田博通: 身体拘束廃止に向けた取組み 厚生 労働省「身体拘束ゼロ作戰」について. 看護, 53; 65-68, 2001.
- 10) 太田 節,門田季香,石黒英子他: 療養病床にお ける身体拘束の実態 - 看護・介護職員の身体拘 束実施経験と判断. 日本看護学会論文集 看護管 理,34:448-450,2003.
- 11) 斎藤真弓,新澤安江,松岡恵子他:精神科老人専門病棟における身体拘束の決定要因に関する検討. 老年精神医学雑誌,12;1057-1061,2001.
- 12) 佐藤美幸, 堤 雅恵, 中村仁志 他: 身体拘束に対する看護者の意識と経験. 山口県立大学看護学部紀要, 23; 127-131, 2003.
- 13) 澤田信子, 伊藤未来: 質の高い介護を提供する ための挑戦を! - アンケート「身体拘束ゼロへ の工夫と悩み」の結果を分析. ふれあいケア, 10 (1); 18-21, 2001.
- 14) 鈴木 茂: 身体拘束ゼロへの歩み-行政サイド における身体拘束廃止への取り組み. 地域ケア リング、3: 19-23、2001.
- 15) 高澤留美子: 高齢者施設における身体拘束廃止 への取り組みと職員の意識調査. 福祉と人間科学, 3; 91-101, 2002.
- 16) 鳥海房枝: 縛らない高齢者ケアの実践・身体拘束ゼロへの取り組み. 日本在宅ケア学会誌, 5; 9-12, 2002.
- 17) 上田房子, 多田 和代, 阿部 學: 特別養護老人ホームにおける身体拘束廃止に関する調査・研究. 四国大学紀要人文・社会科学編, 17; 59-80, 2002.
- 18) 上田房子, 多田和代: 利用者本位のケアプラン 立案能力を高める教育への模索 - 痴呆性高齢者 の身体拘束廃止への取り組みを通して考える. 四国大学紀要人文・社会科学編, 21; 73-87, 2004.

- 19) 渡辺裕美, 齋藤友里, 猪田秋枝 他: 「縛らない介護」意識調査 とくに車椅子ベルトに焦点をあてて. 総合ケア, 12(5); 40-43, 2002.
- 20) 山本美輪, 臼井キミカ: 高齢者の身体的抑制に 直面する病棟勤務看護職のジレンマの概要. 老 年社会科学, 25; 417-428, 2004.
- 21) 吉村洋子, 寺島喜代子, 観 篤子 他: 老人介護施設における身体拘束に関する認識. 福井県立大学論集, 21; 105-117, 2002.
- 22) 吉岡 充: 福祉サービス改革 要介護者の身体拘束廃止の動向. 月刊福祉, 83; 66-69, 2000.
- 23) 吉岡 充,田中とも江(編著):縛らない看護. 医学書院,1999.
- 24) 全国社会福祉協議会 ふれあいケア編集部: アンケート結果からみる「身体拘束ゼロへの工夫と悩み」.ふれあいケア,7(10);14-17,2001.

A study of physical restraint in care service facility by long term care insurance

Βy

Yuki YOSHIKAWA¹, Shinji KATO¹,², Tetsuya ABE¹,² Tomoyuki YABUKI¹,², Hirotake ASANO¹,², Kiichi NAGASHIMA¹,³

From

<sup>1</sup> SENDAI Dementia Care Research and Training Center <sup>2</sup> Tohoku Fukushi University <sup>3</sup> Nihon University

Summary

We conducted a survey on care service facilities run by long-term care insurance (welfare facilities for the aged, healthcare facilities for the elderly, and medical care facilities for nursing care and recuperation) in Japan regarding the actual usage of physical restraint, projects to abolish physical restraint, and awareness of the use of physical restraint. We calculated the total number of days residents were physically restrained and the total number of days all residents stayed at respondent facilities. Then, we obtained the rate of physical restraint by dividing the total number of days residents were physically restrained by the total number of days of all residents' admission at a respondent facility. The overall rate of physical restraint was 5.2%. (According to facility-based data, the rate of physical restraint was 0% in 35.7% of respondent facilities and less than 5% in 25.9% of respondent facilities.) Compared with data obtained from previous surveys, the current data suggested a decreasing tendency. The results of the present study demonstrated that the establishment of organizations and procedures and the introduction of educational programs in the facilities were effective in facilitating the abolition or reduced use of physical restraint. Although there are three exceptional principles that were established as the rules of introducing physical restraint by necessity, 32.1% of the cases where physical restraint was actually used were classified as those that did not satisfy the three conditions. The respondents who used physical restraint were asked about the reasons for its use, and 30.2% of them said that physical restraint would have been unnecessary if a sufficient number of care staff had been assured. This indicated that further efforts are needed to realize the abolition of physical restraint from these facilities.

Key words: physical restraint, care service facility by long term care insurance

# 介護家族と施設職員の相互参加型教育支援プログラムの開発とその適用

矢吹知之<sup>1,2</sup>,加藤伸司<sup>1,2</sup>,吉川悠貴<sup>1</sup>,阿部哲也<sup>1,2</sup>, 浅野弘毅<sup>1,2</sup>,長嶋紀一<sup>1,3</sup>,田村みどり<sup>1</sup>,高橋千里<sup>4</sup>

- 認知症介護研究・研修仙台センター1
  - 東北福祉大学 2
    - 日本大学3
- 東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科 4

要 約:本研究は認知症高齢者を介護する家族と在宅介護を支援する施設職員との相互参加型教育支援プログラムを開発し、その有効性を検証することが目的である。プログラムの内容検討ならびに効果測定にあたっては、全国6施設に実施を依頼し、参加者の評価と、家族の介護負担感、施設職員のストレッサー評価、自律性尺度得点から有用性ならびに有効性の検証を行った。結果、教育支援プログラムは、6施設で延べ36タイトルを実施し、各回の参加者評価をもとに、検討委員会において実施マニュアル、テキスト全10巻を作成した。効果測定については、介護家族の介護負担感、自律性得点のプログラム参加前後の比較では有意な差はみられなかったが、参加回数が2回以上参加者と1回参加者の自律性得点の比較では、2回以上参加者の方が有意に向上することが明らかになったことから、継続参加による自律性向上の効果が認められた。施設職員のストレッサー得点は、事前事後による有意な差は認められなかったが、2回以上参加者は1回参加者よりも有意にストレッサーが低下していることが明らかになった。また、施設職員の自律性得点は、事前事後、参加回数による有意な差は認められなかったが、対照群との比較によって有意な差が認められたことから、参加することによる自律性への影響が示唆された。今後は、介護家族の介護負担感の軽減についてより長期的に評価を行っていくことが必要である。また、今回作成した実施マニュアル、テキストの妥当性の検証を多くの施設をモデルに検証していく予定である。

Key Words:介護家族,施設職員,相互参加,教育支援プログラム

.目的

2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会として 設置された高齢者介護研究会で取りまとめられた, 報告書「2015年の高齢者介護」において,今後取り 組むべき高齢者ケアの今後のあり方について重要な 指針が示された。ここでは,地域や施設に限らず, 要介護状態になっても尊厳のある生活を保障し,地 域の生活を継続していくために,地域の視点で様々 な具体的なサービスの方向性が示されている。⁴᠈し かし,地域の介護を担う家族の実態はいつ終わると も分からない在宅介護を,認知症や介護に関する専 門的知識や技術が不十分ななか24時間続けることに よって,大きな心身の負担を抱えている人も少なく ない。1)5)また,介護をする家族は,介護サービスを利用するにあたって,要介護状態にある親やきょうだい,配偶者に対し,誰が,どのようにケアをしているのかというサービス提供に対する不安や知識の不十分さも考えられる。

一方,施設における認知症ケアにおいては,生活の継続性や個別性の尊重,尊厳の保持などの基本的な原則を実践するためには,利用者の在宅での様子や過去の生活を施設職員が把握していることによって生活の継続性や個別性の尊重されたケアが重要である。また,介護サービスを利用している家族にとって,デイサービスやショートステイでの高齢者の様子や介護を実際に行う職員を知ることは,介護の知識や認知症の理解を深めることに役立つ。

施設職員と介護家族が介護について相互に理解を

深め,情報交換がなされることは,施設におけるケアをより生活に近づけ,個別性を理解することに有益である。また,介護家族にとっては,施設やサービスへの安心感を向上させ,自身の介護の知識技術の向上へと繋がることが期待できる。

こうした状況の中で我々は,昨年宮城県の特別養護老人ホームを拠点に,介護家族と施設職員の相互参加による介護講座の試案を実践し,プログラムの評価を曜日や時間による参加者数と内容についての参加者評価から求めた。効果に対する評価は,コーピング尺度を用いることによって求めた。結果,介護家族の場合,土曜日午前中の参加率が望ましい。そして,内容は身体介護技術と,認知症に関する関心が高く,参加者の満足度を高めるためには,資料の充実と理解しやすい内容であることが明らかった。コーピングスタイルへの変容が認められ,参加がストレッサーへの対処行動に影響を及ぼすことが明らかになった。6)

このような結果から,今年度は一定の成果を得た 昨年度の結果を反映させ,多くの施設で実施可能に するための標準化された教育支援プログラムの実施 マニュアルおよびテキストを作成することとした。

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いた介護者教室を、在宅サービスを提供する施設職員と介護家族との相互参加型でおこない、それぞれが共通する認知症ケアに関連するテーマを用いて、課題解決型のディスカッションを中心とした教育支援プログラムを作成しポータビリティを意識した実施マニュアルおよびテキストを作成する。さらに、その効果として介護家族と施設職員の介護負担感を検証し、在宅介護者の直接的な教育支援方法の開発、ならびに施設における認知症介護実務者の自律性の向上を目的として行った。

# . 方 法

#### 1. 対象者と実施地域

本研究の対象者は,在宅で介護を行っている家族と老人福祉施設,老人保健施設等で勤務する職員である。実施施設は,宮城県,北海道,東京都,大阪府,広島県,大分県(特別養護老人ホーム5カ所,老人保健施設1ヵ所)の在宅介護支援センターのある法人に依頼し実施の協力を得た。

介護家族の募集は,チラシやポスターを用いて各事業の近隣の住民やサービスを利用している家族に趣旨を説明したうえで呼びかけを行った。施設職員については,実施施設に勤務する職員に任意の参加を求めた。分析の対象は,プログラムに参加し調査票を提出した介護家族と,施設職員,また対照群としてプログラムに参加していない職員を設定した。

調査票に記入したデータについては,配布時に調査目的と使用範囲,個人情報の保護に関する内容を 口頭で説明し同意が得られた対象者のみ回収した。

#### 2. 手続き

# 1)教育支援プログラム内容の検討

教育支援プログラムの検討にあたっては,実施施設の施設長,副施設長,研修担当者,研究者など18名で構成された検討委員会を設置した。期間は平成17年6月~平成18年3月の期間で計4回実施した。内容は,教育支援プログラムの開発とテキストの作成を目的として,表1の流れを用いて具体的なテーマや内容は認知症に関する内容を1回以上入れることとした。また,実施の日時や内容は各施設の関心や都合に合わせ実施し,検討委員会において望ましい内容,実施方法を検討し教育支援プログラムの開発を行った。なお,名称については昨年の「ケアケア大辞典~みんなで考える介護講座~」と命名した。

2)実施マニュアル,テキスト作成の手続き 実施マニュアル,テキストの作成に当たっては,

表 1 教育的支援プログラムの流れ

STEP	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
グルーとググ	5	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
等八 	10	アイスブレイクにて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
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

各施設で実施されるプログラムすべてに2名の調査員を派遣し、観察によって評価を行った。調査員の構成は、施設職員と研究者で、事前に内容についての話し合いをしたうえで評価基準を定めた。各施設月1回を6ヵ月間で計36回分のデータをまとめた。評価項目は、「参加者の構成」「参加者の雰囲気」「プログラムの時間配分」「運営の方法」「困難要因」「促進要因」で、参加者募集の方法などについては、聞き取りとした。評価の信頼性の確保のために、実施施設にも同様の内容で自己評価を依頼し相互の評価の内容をマニュアル、テキストに反映させることとした。作成は検討委員が分担し、評価表と記録VTRを配布し内容確認を行うこととした。

#### 3. 調査票の構成

プログラムの効果測定を行うことを目的に以下の 内容の調査票を配布した。なお,調査は初回参加時 と,最終回参加時に配布し,事前事後の比較を行っ た。また,施設職員の非参加者を対照群として設定 した。

#### 1) フェイスシート

参加者の属性を把握するために次の項目の記入を 求めた。介護家族は、「本人の年齢」「性別」「要介 護者の年齢」「性別」「介護度」「利用サービス」「認 知症レベル」「介護年数」。施設職員は、「年齢」「性 別」「実務経験」「職種」である。

#### 2) 介護負担感,ストレッサー評価

介護家族は,荒井らの zarit 介護負担尺度日本語版(短縮版)(J-ZBI 8)を使用しプログラム参加による介護負担感の変容を測定した<sup>2</sup>。Personal strainと Role strainの2つの下位尺度で構成され8項目の質問に対して,「思わない0点」から「いつも思う4点」までの5段階をそれぞれ得点化し,合計点を算出する。0点から32点までで,得点が高いほど介護負担感が高い。

施設職員については,矢冨らが作成した施設老人スタッフのストレッサー評価尺度を参考にした「こことを45項目のうち因子負荷量が 39を越えている29項目を使用し施設職員のストレッサー評価の指標とした。回答は,「なかった1点」から「よくあった4点」までの4段階で回答を求め,得点化し合計点を算出した。0点から87点までで,得点が高いほどストレッサーが多いと判断する。

#### 3) 介護の自律性

介護の自律性は,菊池らの看護婦の自律性尺度を 参考に独自に31項目を作成した³。看護婦の自律性 尺度の下位尺度は,「認知能力」「実践能力」「抽象 的判断能力」「具体的判断能力」で構成されている。 本研究で作成した介護の自律性尺度は「認知能力」 「判断・選択能力」「実践能力」で構成されている。 作成に当たっては、介護に携わる専門家3名と、研究者2名が携わり、看護の自律性尺度の47項目から変換し、認知症を含めた介護全般に必要と考えられている概念的な整理を行い、最終的に31項目を採用した。回答は「あてはまらない1点」から「あてはまる4点」までの4段階で回答を求め、得点化し合計点を算出した。なお、因子確認、信頼性係数の算出は今回は行っていない。

# . 結 果

# 1.教育支援プログラムの実施と評価

#### 1)参加者数

6 地域の実施施設の参加者数の合計は,延べ人数で1,389名で,介護家族605名(1回平均16.8名),施設職員620名(1回平均17.2名)でほぼ均等な参加状況であった(表2)。また,その他の164名は,現在介護は行っていない地域住民や学生などが含まれている。

表 2 各モデル施設の参加者内訳

		北海道			宮城			東京			大 阪			広島			大 分	
	家族	職員	その他	家族	職員	その他	家族	職員	その他	家族	職員	その他	家族	職員	その他	家族	職員	その他
第1回	7	30	0	21	17	0	18	11	0	41	17		26	15	8	23	28	0
第2回	9	35	14	12	19	0	15	12	0	6	16	27	16	16	12	15	28	0
第3回	6	20	14	16	22	0	8	7	0	5	8	24	16	21	11	13	22	0
第4回	19	23	0	17	23	0	20	7	0	27	0	0	11	24	15	16	17	0
第5回	43	14	10	12	22	0	17	11	0	24	6	0	18	17	16	13	20	0
第6回	20	20	0	17	22	0	13	10	0	16	0	2	15	21	11	14	19	0
小計	104	142	38	95	125	0	91	58	0	119	47	53	102	114	73	94	134	0

#### 表3 各モデル施設で実施した交流講座の内容

	北海道	宮城	東京	大 阪	広島	大 分
1 回	認知症の心、家族の心	認知症の心、家族 の心	知り合おう・近づ こう~「在宅で介 護する?」とは~	きいて得する身体 のハナシ〜あなた の健康を維持する ために〜	食べて 見て 作っ てナットク!「高 齢者向け料理」	出会い
2 🛭	周辺症状に悩む認 知症高齢者とのコ ミュニケーション の持ち方	カンタン介護 ~食事~	介護って楽しい~ 工夫次第で栄養満 点~	食生活について~ 今日からできる楽 しい食事~	気付いてナットク! 「口の中をのぞい て」	人のぬくもり
3 💷	高齢者にとって住 みよい住環境を考 える	介護保険制度について	楽しもう介護 ~ 介 護者自身の心も体 も健康に ~	ほんとに怖い生活 習慣病~高血圧に ついて~	感じてナットク! 「認知症の心」	こころとからだ
4 回	高齢期の健康保持 は口腔ケアから	カンタン介護 ~移動・排泄~	楽しもう介護~力 の要らない介護の 方法~	ラクラク介護~楽 しく食べよう~	分かってナット ク!「認知症の方 と仲良く暮らす」	こころとからだ
5 🛭	家庭でもできる生 活を生かしたリハ ビリテーション	福祉用具・住環境 整備	分かり合おう~認 知症って知ってい ますか~	自分もいつかは認 知症~自分のこと として「認知症」 を理解しよう~	体験 してナット ク!「介護実技・ 腰痛体操」	聴かせてください
6 回	介護者がストレス を抱えない為に	認知症の医療	分かり合おう~認 知症と仲良く暮ら すそのために~	自分もいつかは認 知症~実演編~	語り合おう! 「ストレス発散」	明日への扉

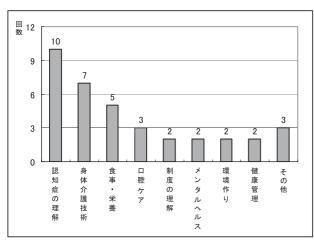


図1 各施設におけるプログラムの実施内容

#### 2) プログラムのテーマと内容

教育支援プログラムのテーマ,内容は各実施施設にて検討され表3のテーマで実施された。全36回の内訳では,認知症の理解が10回で最も多く,次いで身体介護技術7回,食事や栄養管理が5回という順であった(図1)。

#### 3)プログラムの評価

参加者にプログラムの終了後毎回,満足度,理解度,関心度,継続参加希望,そしてディスカッションへの参加に関する評価を得た。結果,全体的な満足度,理解度,関心度,継続参加希望は70%以上の参加者が「そう思う」と回答し,「資料は充実していたか」は66.5%が「そう思う」と回答していた。一方,「ディスカッションへ参加できたか」については「そう思う」が54%と最も低い結果となった(表4)。

# 2. 教育支援プログラムの実施マニュアル, テキストの作成

#### 1)作成コンセプト

教育支援プログラムの実施マニュアルおよびテキスト作成に当たっては以下のコンセプトで作成した。 プログラム参加の対象者は在宅サービスに従事する職員(デイサービス,デイケア,ショートスティ,ヘルパー)そして在宅介護を行う家族とする 実施したい内容を選択し,専門家に限らず活用可能であること

使用者は施設職員(在宅介護支援センター,施設

表 4 参加者のプログラム評価

表 4 参加者	のプログラム評価	
	家族	385 名( 37%)
	スタッフ	368 名(36%)
	その他	273名(27%)
	計	1026名(100%)
性別		
	男性	232 名( 22%)
	女性	825名(78%)
	計	1057名(100%)
内容は理解し	しやすかったか	
	そう思う	847名(79%)
	まぁ思う	204名(19%)
	あまり思わない	17名(2%)
	思わない	0名( 0%)
	計	1068名(100%)
内容に関心に	は持てたか	
	そう思う	868 名(81%)
	まぁ思う	197名(18%)
	あまり思わない	6名(1%)
	思わない	0名( 0%)
	計	1071名(100%)
資料は充実し	していたか	
異性はルス・	そう思う	696名(66.5%)
	まぁ思う	312名(30%)
	あまり思わない	36名(3%)
	思わない	4名(0.5%)
	計	1048名(100%)
ディスカッ	ションに参加できたか	
	そう思う	514名(54%)
	まぁ思う	381名(40%)
	あまり思わない	43名(5%)
	思わない	8名(1%)
	計	946名(100%)
次回も参加し	したいか	
	そう思う	829名(78.5%)
	まぁ思う	201名(19%)
	あまり思わない	17名(2%)
	思わない	3名(0.5%)
	計	1050名(100%)
全体的に満足	マし <i>た</i> か	
エトチャントンル	そう思う	783 名( 74%)
	まぁ思う	259 名( 24% )
	あまり思わない	16名(2%)
	思わない	2名( 0%)
	計	1060名(100%)

研修担当者,研修センタースタッフ)で,わかり やすく,口語体で記載されている

新人職員研修などにも利用できる内容

#### 2)内容コンセプト

教育支援プログラムの実施マニュアルおよびテキストの作成にあたっては,以下の内容を取り上げるよう配慮した。

認知症高齢者のケアに関する基礎的な内容を網羅 家族支援,施設教育の視点

グループワークのディスカッションや進行の失敗 事例

日常化,継続性の視点

#### 3) 構成

実施マニュアルおよびテキストは評価や各施設での実施されたプログラムを参考に以下の内容で構成された。実施マニュアル、テキストの作成は、各施設が実施した計36回のテーマから重複する内容を統合し、8 テーマ24タイトルの 8 巻と運営編 2 巻の全10巻を作成した。運営編は、プログラムの概要と実施手順が記載された「実施マニュアル」と、本プロ

表 5 介護家族基本属性

	事前	事後
平均年齢	66.5 ± 14.8	64.3 ± 12.9
W.D		
性別男性	41名(19.2%)	
女性	173名(80.8%)	65名(82.3%)
計	214 名	79 名
平均介護月数	54.1 ± 54.7	60.4 ± 66.8
利用しているサービス		
デイサービス	73 名(61.9%)	58名(55.8%)
デイケア	10名(8.5%)	10名(9.6%)
ショートステイ	23 名( 19.5%)	21名(20.2%)
ホームヘルパー	21名(17.8%)	14名(13.5%)
訪問看護	8名(6.8%)	8名(7.7%)
訪問リハビリ	3名(2.5%)	3名(2.9%)
入所(長期)	17名(14.4%)	23名(22.1%)
サービス利用なし	11名( 9.3%)	20名(19.2%)
計	166名 (100%)	157名 (100%)
サービス満足度		
満足している	78 名( 73.6%)	53 名( 67.1%)
どちらかといえば満足	28 名( 26.4%)	21名(26.6%)
どちらかといえば不満	0名( 0.0%)	4名(5.1%)
不満	0名( 0.0%)	1名( 1.3%)
計	106名 (100%)	79名 (100%)

グラムの特徴である,介護家族と,施設職員の相互 参加によるグループワークの方法や,ファシリテートの方法を記載した「ファシリテーターの手引き」 を作成した(資料参照)。

交流型介護講座の実施マニュアル グループワークファシリテーターマニュアル 認知症介護の基本的理解

#### 食事

高齢者の暮らしやすい環境 社会資源・環境づくり 介護者のストレス軽減 身体介助・介護技術 認知症の理解 健康作りと介護予防

#### 3. 教育支援プログラムの効果

#### 1)調査対象者の属性(介護家族)

効果測定は,各施設のプログラム初回時に配布した調査票に記入した参加者を分析の対象とした。介護家族の平均年齢は,事前調査が66.5±14.8歳,性別は,女性173名(80.8%),男性41名(19.2%),平均介護月数は54.1±54.7ヵ月であった。事後調査では,平均年齢64.3±12.9歳で,性別は,女性65名(82.3%),男性14名(17.7%),平均介護年齢は60.4±66.8ヵ月であった。

利用しているサービスは,事前,事後ともにデイサービス(事前73名,61.9%:事後58名,55.8%)利用者が最も多く,次いでショートステイ(事前23名,19.5%:事後21名,20.2%)利用者の順であった(表5)。また,それらのサービスの満足度についても事前,事後ともに満足度は高い結果であった。また,要介護者のADLについては,「部分的な介助が必要」が27名(27.6%)で最も多かった。認知症のレベルでは,軽度が44名(42.3%)で最も多いことが明らかになった(表6,7)。以上の傾向から,本プログラムの効果測定の対象となった介護家族は,平均年齢が60歳以上で,女性が多く,介護期間も長期化し,高齢化も進んでいることから,継続的な,身体的精神的な支援が必要であると思われる。また,利用サービスはデイサービスやショートステ

イなどが多く,在宅介護を日常的に行っていると考えられる。さらに,在宅介護の被介護者は,軽度の認知症で,ADLが一部低下している程度で最も介護に労力を要している時期であることから,認知症の対応への困難さが示唆される。

# 2)調査対象者の属性(施設職員)

まず,事前調査の施設職員の平均年齢は31.66±1.46歳で,性別は女性83名(63.4%),男性48名(36.6%),平均勤務月数は75.74±66.61ヵ月,職種はケアワーカーが32名(25.6%)で,雇用形態は正職員が79名(65.3%)で最も多かった。事後調査においては,平均年齢38.97±12.96歳,性別は女性82名(66.1%),男性42名(33.9%),平均勤務月数は74.01±55.88ヵ月,職種はケアマネージャー32名

#### 表 6 要介護者 ADL

非常に活発(自立している)	16名(16.3%)
自立しているが日常生活が困難になり始めている	23名(23.5%)
軽度の介助や見守りが必要	13名(13.3%)
日常生活に部分介助が必要	27名(27.6%)
全面的に介助が必要	19名(19.4%)
合計	98名(100%)

表 7 要介護者の認知症レベル

<del></del> 認知症なし	21 名 (20.2%)
軽度	44名(42.3%)
中等度	21 名 (20.2%)
重度	18 名 ( 17.3% )
合計	104名 (100%)

表8 施設職員の基本属性

		事前	事後	非参加者(対照群)
平均年齢		31.66 ± 11.46	38.97 ± 12.96	36.13 ± 11.40
平均勤務月	数	75.74 ± 66.61	74.01 ± 55.88	61.58 ± 56.22
性別	男性	48 名 ( 36.6% )	42 名(33.9%)	70名 (26.0%)
	女性	83名(63.4%)	82名(66.1%)	199名 (74.0%)
	計	131名 (100%)	124名 (100%)	269名 (100%)
職種	ケアワーカー	32名(25.6%)	29名(25.0%)	97名 (37.7%)
	デイサービス	13名(10.4%)	21名(18.1%)	57名 (22.2%)
	ショートステイ	2名(1.6%)	3名(2.6%)	23名 ( 8.9%)
	ケアマネージャー	28名(22.4%)	32名(27.6%)	14名 ( 5.4%)
	PT.OT	4名(3.2%)	1名( 0.9%)	2名 ( 0.8%)
	ホームヘルパー	6名(4.8%)	6名(5.2%)	10名 (3.9%)
	看護師	2名(1.6%)	5名(4.3%)	24名 ( 9.3%)
	その他	38名(30.4%)	19名(16.4%)	30名(11.7%)
	計	125名 (100%)	116名 (100%)	257名 (100%)
雇用形態	正職員	79名(65.3%)	92 名(76.0%)	169名(64.3%)
	嘱託職員	5名(4.1%)	6名(5.0%)	10名 (3.8%)
	臨時職員	8名(6.6%)	11名( 9.1%)	31名(11.8%)
	パート	7名(5.8%)	9名(7.4%)	44名(16.7%)
	その他	22名(18.2%)	3名(2.5%)	9名 ( 3.4%)
	計	121名 (100%)	121名 (100%)	263名 (100%)

表 9 J-ZBI 8 介護負担得点の平均値と標準偏差

事前(n=98)	事後(n=78)
11.22 ± 6.59	12.89 ± 9.48

表10 J-ZBI\_8 介護負担得点の事前事後比較 (n = 122)

事前	事後	有意確率
11.28 ± 6.59	12.93 ± 9.47	p < .774 n.s

( paired t-test )

(27.6%)で、雇用形態は正職員が92名(76.0%)で最も多かった。次に対照群であるプログラム非参加者は、平均年齢36.13±11.40歳、性別は女性199名(74.0%)、男性70名(26.0%)、平均勤務月数は61.58±56.22ヵ月、職種はケアワーカー97名(37.7%)で、雇用形態は正職員169名(64.3%)で最も多かった(表8)。以上の傾向から、参加者の平均年齢事前と事後では、事後の方がより幅広い年齢となり、事後になるとケアマネージャーの参加が増えていることから、支援プログラムの目的である、家族との交流により高齢者のアセスメントやケアに生かすということが理解された結果と言えるのではないかと考えられる。非参加者は、参加者よりも勤務年数が10ヵ月程度少ない傾向があることが明らかになった。

3) 介護家族のプログラム参加による介護負担(J-ZBI\_8) 得点の変容

表 9 に ,介護負担得点ならびに標準偏差を示した。 プログラム参加の事前 ,事後で J-ZBI\_8 の得点の 平均値を比較した (表10)。 t 検定の結果 , 有意差は 認められなかった。

次に、継続的に参加することによる効果を確認す

表11 J-ZBI\_8 介護負担得点の参加回数による比較 (n = 122)

1 回参加	2 回以上参加	有意確率
11.28 ± 6.59	12.93 ± 9.47	p < .967 n.s

( paired t-test )

るために,1回だけの参加者と2回以上参加のJ-ZBI\_8の得点を比較した(表11)。t検定の結果,有 意差は認められなかった。

4 ) 施設職員のプログラム参加によるストレッサー 得点の変容

プログラム参加の事前,事後で職員のストレッサー尺度得点の平均値の比較をした(表12)。t 検定の結果,有意差は認められなかった。

次に、継続的に参加することによる効果を確認するために、1回だけの参加者と2回以上参加のストレッサー得点を比較した(表13)。t検定の結果、有意差が認められた。1回の参加者より継続的に参加している職員はストレッサーが低下していることがわかる。

次に,プログラム参加の有無によるストレッサー 得点の違いを確認するために対照群である非参加者 と参加者とのストレッサー得点を比較した(表14)。

表12 施設職員ストレッサー尺度得点の変容(n=100)

50.1 ± 13.03 53.	.6 ± 11.48 p	o < .177 n.s

( paired t-test )

表13 施設職員ストレッサー尺度得点の参加回数 による比較

1 回参加(n=35)	2 回以上参加( n=58 )	有意確率
58.62 ± 15.35	52.14 ± 11.75	p < .01

(unpaired t-test)

表14 施設職員ストレッサー尺度得点の参加有無 による比較

参加者 (n = 81)	非参加者 (n = 189)	有意確率
54.66 ± 13.70	54.95 ± 14.40	p < .877 n.s

(unpaired t-test)

t 検定の結果, 有意差が認められなかった。

#### 5) 介護家族の介護の自律性得点の変容

表15 に,それぞれの自律性尺度の構成要素別平均値ならびに標準偏差を示した。なお,自律性尺度は,下位尺度の内的整合性ならびに信頼性の検定は

表15 介護の自律性尺度得点の平均値と標準偏差

		職員	事	前	職	員事	<del></del>	家	族事	前	非:	参加	者
	認知能力	平均値		S.D	平均値		S.D	平均値		S.D	平均値		S.D
1	お年寄りの不安を表情や言動から理解している	3.28	±	0.68	3.38	±	0.64	3.31	±	0.69	3.10	±	0.77
4	お年寄りが出来る事を推測する事ができる	3.12	±	0.81	3.09	±	0.62	3.27	±	0.77	3.15	±	0.78
8	お年寄りの現状と感情が一致しないときを知っている	3.13	±	0.77	3.18	±	0.69	3.18	±	0.77	2.99	±	0.94
13	お年寄りの大切な人が誰なのかを予測することができる	3.19	±	0.83	3.05	±	0.72	3.28	±	0.85	3.03	±	0.84
16	お年寄りの環境の変化の影響を予測することができる	2.93	±	0.75	3.12	±	0.64	2.98	±	0.79	2.95	±	0.82
19	お年寄りの言動の意味を共感して読み取ることが出来る	3.05	±	0.76	3.02	±	0.59	3.11	±	0.71	2.90	±	0.82
22	お年寄りの価値観を尊重することができる	3.17	±	0.74	3.30	±	0.61	3.13	±	0.76	3.15	±	0.82
27	認知症などによる言動の原因を本人の状態や情報から理解する事ができる	2.88	±	0.83	3.01	±	0.63	2.88	±	0.86	2.70	±	0.97
30	様々な言動からお年寄りの過去の生活のペースや生活習慣を読み取ることができる	3.15	±	0.71	2.92	±	0.66	3.21	±	0.75	3.06	±	0.83
	判断・選択能力												
2	お年寄りの意思を尊重せずに介護方針、介護方法を選択してしまう	2.86	±	1.02	3.21	±	0.77	2.64	±	1.11	2.72	±	1.04
5	お年寄りの多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	3.02	±	0.81	3.13	±	0.60	3.16	±	0.70	2.90	±	0.92
9	お年寄りのニーズに一致した介護を選択する事ができる	3.05	±	0.80	3.05	±	0.64	3.15	±	0.77	2.91	±	0.83
10	お年寄り自身が心情を表現しないと精神的な援助まですることが出来ない	2.35	±	0.86	2.48	±	1.03	2.20	±	0.93	2.32	±	0.93
15	お年寄りの価値観に応じて介護方法を選択することができる	3.03	±	0.77	3.08	±	0.61	3.10	±	0.79	2.84	±	0.84
17	お年寄りの不安や不快を察知し介護方法を選択できる	2.95	±	0.77	3.00	±	0.59	2.98	±	0.82	2.82	±	0.86
20	突然の心理的な変化を察知して対応を選択する事ができる	2.92	±	0.79	2.86	±	0.62	2.95	±	0.82	2.67	±	0.87
23	お年寄りの言動に惑わされて適切な介護方法を選択できない	2.58	±	0.86	2.83	±	0.72	2.52	±	0.91	2.58	±	0.95
26	お年寄りの変化を予測して介護方法やサービスを決定する事ができる	2.91	±	0.81	3.04	±	0.68	3.02	±	0.78	2.68	±	1.00
29	お年寄りの過去の経験を整理し、出来る事を選択する事ができる	2.99	±	0.78	3.05	±	0.67	3.06	±	0.79	2.99	±	0.80
	実践能力												
3	その人の介護に必要な用具を判断し適切に準備することができる	3.20	±	0.85	3.12	±	0.64	3.32	±	0.86	2.98	±	0.99
6	お年寄りの環境への適応を促進するための取り組みが出来る	2.98	±	0.81	3.01	±	0.67	3.07	±	0.74	3.00	±	0.80
11	お年寄りの個別性を考慮した介護を実践できる	3.05	±	0.77	3.12	±	0.64	3.14	±	0.70	2.86	±	0.84
12	現在の認知症の状態や身体状況を把握することができる	3.11	±	0.78	3.11	±	0.65	3.22	±	0.75	2.86	±	0.92
14	突然の訴えや要望も躊躇せずに対応する事ができる	2.93	±	0.78	2.98	±	0.59	2.99	±	0.84	2.76	±	0.92
18	認知症の言動の原因となる医学的、心理的情報を集めることができる	2.67	±	0.86	2.81	±	0.73	2.69	±	0.88	2.45	±	0.95
21	1日や1週間のサイクルを考え、生活の支援をする事ができる	3.15	±	0.77	2.95	±	0.74	3.32	±	0.69	2.98	±	0.91
24	お年寄りの介護やリハビリに対する不信感や不安を和らげることができる	3.01	±	0.75	3.03	±	0.59	3.09	±	0.73	2.72	±	0.91
25	お年寄りの適当な役割を提供したり一緒に行ったりできる	3.02	±	0.87	3.12	±	0.63	2.94	±	0.97	2.79	±	0.89
28	お年寄りの感情に共感し、声がけをすることができる	3.21	±	0.70	3.40	±	0.59	3.16	±	0.68	3.21	±	0.78
31	お年寄りの訴えを受容する事ができる	3.19	±	0.73	3.11	±	0.61	3.09	±	0.76	2.98	±	0.86

# 行っていない。

プログラムの参加事前,事後で介護の自律性の 変容を比較するために尺度得点の平均値の比較を 行った(表16)、t検定の結果,有意差は認められな かった。

次に,継続的に参加することによる効果を確認するために,1回だけの参加者と2回以上参加の介護の自律性尺度得点を比較した(表17)。t検定の結果,有意差が認められた。1回の参加者より継続的に参加している職員は介護の自律性が向上していることがわかる。

#### 6)施設職員の介護の自律性得点の変容

プログラムの参加事前,事後で介護の自律性の変容を比較するために尺度得点の平均値の比較を行った(表18) t 検定の結果,有意差は認められなかった。次に,継続的に参加することによる効果を確認す

表16 介護家族の自律性尺度得点の事前事後比較 (n = 95)

事前	事後	——————— 有意確率
101 ± 11.57	98.06 ± 9.47	p < .371 n.s
		( ' 144 4)

( paired t-test )

表17 介護家族の自律性尺度得点の参加回数による比較

1 回参加(n=18)	有意確率	
78.48 ± 15.57	95.57 ± 17.76	p < .001
		( uppoined t teet )

( unpaired t-test )

表18 施設職員の自律性尺度得点の変容 (n = 100)

<del></del> 事前	事後	有意確率
95 ± 15.12	94.30 ± 7.46	p < .824 n.s

( paired t-test )

表19 施設職員の自律性尺度得点の参加回数による比較

1 回参加(n=29)	2 回以上参加( n=49 )	有意確率
95 ± 13.82	94.27 ± 11.43	p < .785 n.s

(unpaired t-test)

表20 施設職員の自律性尺度得点の参加有無による比較

参加者 (n = 96)	非参加者 (n = 228)	有意確率
94.54 ± 12.40	88.78 ± 13.23	p < .001

(unpaired t-test)

るために,1回だけの参加者と2回以上参加の介護の自律性尺度得点の平均値を比較した(表19)。t検定の結果,有意差は認められなかった。

次に,プログラム参加の有無による介護の自律性の違いを確認するために対照群である非参加者と参加者との介護の自律性得点の平均値を比較した(表20)、t検定の結果,有意差が認められた。回数に関係なくプログラムに参加することによって,自律性が向上していることが分かる。

#### . 考 察

本研究の目的は次の2点であった。まず,介護家族と施設職員の相互参加による教育支援プログラムを作成しその標準化を目指した,テキストならびに実施マニュアルを作成すること,そしてその効果として両者の介護負担の軽減と自律的に介護を実施できるような能力を養うことが目的であった。

まず、プログラムの作成については、6施設の協力を得て各施設が6回延べ36回のプログラムを実施することで標準化に向けた基本的なテーマが導き出された。参加者の評価から今回のプログラムの特徴である、グループディスカッションへの参加に対する評価が低かったことは、参加者の属性よりも運営側のファシリテートの方法がその評価に大きな影響を及ぼすものと思われる。実際に運営に携わるスタッ

フからは、ファシリテート技法に関する質問が多く 寄せられていたことからもこの点は課題である。そ の対策として、今回作成した実施マニュアルの中に は、ファシリテーターマニュアルを作成していること から、今後はその活用によるグループディスカッショ ン参加評価を実施する必要がある。実施運営の方法 は、今回の参加者数からも次年度以降の運営には妥 当であると思われる。

次にプログラムの効果については,プログラム参加 による介護家族の介護負担感の低下はみられなかっ た。介護家族の介護負担感の軽減への関連要因は、 実際の介護時間と有意に関連するという見解が広く 知られている。見守りも含め要介護者と関わる時間 が問題となっていることから、本プログラムのような 月に1回で2時間という短期間のプログラムでは, 得点の変容が現れにくかったと思われる。介護量の 軽減の他に,今回のプログラムと大きく関連すると 思われる教育的介入の効果についても、その有効性 は指摘されているが,今回の内容が,講師からの教 示的,指示的な教育手法ではなく,参加者間の相互 作用からの教育であったために短期間で明確な効果 をあげることが難しかった可能性がある。このこと から介護の負担感に関する評価は,より長期的な視 点で評価をしていくことによって向上するものと思 われる。グループディスカッションを多用する今回 のような手法を用いた場合には,グループへの参加 頻度や態度によって効果について個人差が生じるこ とが考えられることから、グループディスカッション の進行を務めるファシリテーターのメンバーへのコン トロールが大きな影響を及ぼすと思われる。従って ファシリテーター教育 育成が準備として必要となる。

施設職員については、1回の参加よりも複数回参加することによって、ストレッサーが軽減することが明らかになった。これは、ストレッサーの尺度は同僚や上司との関連や職場に対する満足感が反映することから、この講座に参加し、職域を越えたディスカッションに参加していることが影響を及ぼしていると思われる。

今回使用した自律性尺度については,介護家族は, 事前,事後の変化は有意な差は確認できなかったが,

継続参加による効果は確認することができた。2回 以上の継続的な参加によって,介護の態度,実践を 自律的に行う能力が養われている。これは,ディス カッションや講義によって職員から専門的な技術・ 知識を学び,他の介護家族から経験を聞くことに よってプログラムの効果が現れていることが示唆さ れた。施設職員においては,事前,事後比較,参加 回数では有意な差を確認することはできなかった が,対照群との比較によって,有意な差が確認され た。今回は,自律性尺度についての信頼性と尺度の 内的整合性についての検証を行っていないために、 得点の変化に影響を及ぼす明確な要因は明らかには できないが,施設職員が利用者の家族と同じ場を共 有し,意見交換をすることによって何らかの影響が あることは示唆された。この影響は,少なからず施 設を利用する高齢者への理解を深めることに役立つ 肯定的な影響である。その教育効果を明確に測定す るためには長期的な評価をおこない,施設職員,介 護家族両者の介護の質の向上に向けた支援プログラ ムを継続的に提供していく必要がある。

#### . 今後の課題

今後は、本研究で作成した教育支援プログラム実施マニュアルとテキストをもとに、より多くの施設で実施し検証を行った上で標準化された教育支援プログラムを作成する予定である。また、効果測定においては、介護の自律性尺度の信頼性、妥当性を高め、尺度の理論的背景を検討したうえで、より多くのサンプルをもとに再検討する必要がある。

本研究の教育支援プログラムは,以下の検討委員によって検討し,実施プログラム,マニュアルを作成した。

大久保 幸積(社会福祉法人 幸清会 特別養護老 人ホーム幸豊ハイツ)

守屋 秀一 (社会福祉法人 幸清会 特別養護老

人ホーム幸豊ハイツ)

小野寺 義彦(社会福祉法人 東北福祉会 特別養護老人ホームせんだんの里)

千脇 隆志 (社会福祉法人 東北福祉会 特別養護老人ホームせんだんの里)

土田 良平 (社会福祉法人 正吉福祉会 特別養護老人ホーム府中市立よつや苑)

城地 まさみ(社会福祉法人 正吉福祉会 特別養護老人ホーム府中市立よつや苑)

杉村 和子 (社会福祉法人 聖徳会 特別養護老 人ホーム大阪老人ホーム)

三木 一雄 (社会福祉法人 聖徳会 特別養護老 人ホーム大阪老人ホーム)

伊藤 佳代子(医療法人社団 常仁会 介護老人保 健施設サンスクエア沼南)

山田 裕子 (医療法人社団 常仁会 介護老人保 健施設サンスクエア沼南)

一原 浩 (社会福祉法人 同心会 特別養護老 人ホーム緑の園)

太田 秀男 (社会福祉法人 同心会 特別養護老 人ホーム緑の園)

# 謝 辞

本研究における教育支援プログラムを実施するに あたってご協力を頂きました,各施設の職員の皆様 に心より感謝申し上げます。また,調査票にご記入 頂きました在宅で介護をされているご家族の皆さ ま,地域住民の皆さまに厚く御礼を申し上げます。

本研究は独立行政法人福祉医療機構(長寿社会福祉基金)の助成金を受けて行われたものである。

#### 参考文献

- 1)荒井由美子,杉浦ミドリ:家族介護者のストレス とその評価法(高齢者をめぐるストレス),老 年精神医学雑誌,11(12):1360-1364,2000.
- 2) 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, 40:2003.

- 3) 菊池昭江,原田唯司:看護の専門職における自律性に関する研究,看護研究,30;23-35,1997.
- 4 ) 厚生労働省: 2015年の高齢者介護. 高齢者介護 研究会報告書, 2003.
- 5)斉藤恵美子,國崎ちはる,金川克子:家族介護者 の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する 検討,48(3);180-189,2001
- 6) 矢吹知之,加藤伸司,吉川悠貴ら: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・研修仙台センター研究年報,5;51-63,2005.
- 7 ) 矢冨直美,中谷陽明,巻田ふき:老人介護スタッフのストレッサー評価尺度の開発.社会老年学(34);49-59,92-93,1991.

#### (資料)

ケアケア交流講座実施マニュアル・講師テキスト

交流講座実施マニュアル〔運営編〕 交流講座実施マニュアル〔ファシリテーター編〕

- 1 認知症介護の基本的理解
  - ・高齢者の理解
  - ・認知症の医療
  - ・認知症の基本的理解と予防
- 2 食事
  - ・食事の工夫1
  - ・食事の工夫2
  - ・認知症高齢者の食事介助の方法
- 3 高齢者の暮らしやすい環境
  - ・認知症高齢者の暮らし編
  - ・自宅編
  - ·地域社会編
- 4 社会資源・環境づくり
  - ・介護保険制度の概要と介護支援専門員の役割
  - 介護保険サービス,その他のサービス利用について
  - ・地域の社会資源について考えよう
- 5 介護者のストレス軽減
  - ・介護者が抱える負担,ストレスとは?
  - ・どのように考えたらよいのか,回避する工夫,

#### 考え方(コーピング)

- ストレス軽減のためにできること
- 6 身体介助・介護技術
  - ・移動の介助について
  - ・排泄介助について
  - ・コミュニケーションが困難な人に対する介護の 工夫
- 7 認知症の理解
  - ・認知症高齢者の理解
  - ・認知症高齢者の心理と対応
  - ・認知症を介護する家族のこころ
- 8 健康作りと介護予防
  - ・身体機能の低下予防
  - ・介護者の心も身体も健康に
  - ・口腔ケアの必要性



Development and Application of Mutual Participatory Care Training Program for Family Caregivers and Care Workers

By

Tomoyuki YABUKI<sup>1,2</sup>,Shinji KATO<sup>1,2</sup>,Yuki YOSHIKAWA<sup>1</sup>,Tetsuya ABE<sup>1,2</sup>, Hirotake ASANO<sup>1,2</sup>,Kiichi NAGASHIMA<sup>1,3</sup>,Midori TAMURA<sup>1</sup>,Chisato TAKAHASHI<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SENDAI Dementia Care Research and Training Center

<sup>2</sup>Tohoku Fukushi University

<sup>3</sup>Nihon University

<sup>4</sup>Department of Social Welfare, Tohoku Fukushi University

Summary

The purpose of this study is to (1) develop a mutual participatory care training program for family caregivers who care for the elderly with dementia and care workers who support home care and (2) verify the validity of the program. To look into the content of the program and measure its effectiveness, we asked six care facilities nationwide to implement the program. The usefulness and validity of the program were verified in view of evaluations by participants as well as the following factors: the sense of burden felt by family caregivers, care workers 'stressor assessment, and an autonomy scale score. As a result of conducting the care training program under a total of 36 individually titled sessions at six care facilities, an implementation manual and a set of 10 textbooks were put together by an exploratory committee based on the participants 'assessment of each session. In measuring the effectiveness of the program, the sense of burden felt by family caregivers and the autonomy scale score before and after program participation were compared. Although the results exhibited no significant difference, a comparison of autonomy scale scores between family caregivers who participated only once and those who participated more than once showed that the scores were significantly higher among multiple-time participants, which revealed that continuous participation has an effect on enhancing autonomy. Care workers 'stressor scores showed no significant change before and after participation, but the stressor scores of multiple-time participants were significantly lower than the scores of one-time participants. There was no significant difference in care workers 'autonomy scale scores before and after participation or in the scores of one-time participants and multiple-time participants. However, results from comparisons in the control group, which showed a significant difference between one-time participants and multiple-time participants, suggest that the factor of participation has an effect on the level of autonomy. As our next step, we need to conduct a longer-term assessment of factors that contribute to the alleviation of family caregivers 'sense of burden. Also, we plan to verify the appropriateness of the implementation manual and textbooks we have compiled by applying them to many care facilities as model cases.

Key words: Family caregivers, Care worker, Mutual participation, Care training program

# 平成17年度研究事業に関する倫理審査委員会審査経過と結果

認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会規則第5条6の規定により倫理審査委員会の審査の経過ならびに結果を以下に公表する。

なお,本報告における委員の職名は審査当時のものである。

#### 1 倫理審査小委員会および倫理審査委員会委員

#### 1)倫理審査小委員会委員

センター長 長嶋紀一, 副センター長 浅野弘毅, 研究・研修部長 加藤伸司, 専任研究員 阿部哲也, 研修研究員・研修指導主任 矢吹知之, 専任研究員 吉川悠貴, 事務部長 齋藤 勇

#### 2)倫理審查委員

#### 第三者委員

東北大学大学院教授 専門委員会委員長 細川 徹 東北福祉大学教授 法律関係有識者 志田 民吉 社団法人呆け老人をかかえる家族の会宮城県支部 小野 和子 社会福祉法人 東北福祉会 せんだんの杜杜長 中里 仁

#### センター側委員

センター長 長嶋紀一,副センター長 浅野弘毅,研究・研修部長 加藤伸司

#### 2 倫理審査小委員会および倫理審査委員会の開催日時および場所

第 1 回倫理審査小委員会;平成17年 6 月27日(月) 16時20分~18時30分

認知症介護研究・研修仙台センター第4講義室

(出席者;長嶋紀一,浅野弘毅,加藤伸司,阿部哲也,矢吹知之,

吉川悠貴,齋藤勇)

第 1 回倫理審査委員会;平成17年7月15日(金) 10時00分~12時15分

認知症介護研究・研修仙台センター第4講義室

(出席者;細川徹,小野和子,志田民吉,長嶋紀一,浅野弘毅,加藤伸司)

## 3 審査対象となった研究

#### 【老人保健事業関連研究】

認知症高齢者における介護予防および介護技術開発に関する研究事業総括研究

(認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司 他)

加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査 国見地区の2年後の追跡調査

(認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司 他)

加齢と健康に関する縦断的第2次介入研究

(認知症介護研究・研修仙台センター 矢吹知之 他)

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発1

認知症ケアにおける効果的な介護計画とその効果に関する研究

(日本大学 内藤佳津雄 他)

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 2 認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究

(認知症介護研究・研修仙台センター 阿部哲也 他)

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発3

認知症ケアにおける効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究

(認知症介護研究・研修仙台センター 吉川悠貴 他)

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 4

認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究

(いわき明星大学 菊池真弓 他)

#### 【独立行政法人福祉医療機構(長寿社会福祉基金)助成事業】

介護家族への教育支援プログラムの開発事業

(認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司 他)

#### 4 審査の経過と結果

#### 1) 第1回倫理審査小委員会

審査申請された8件の研究について審査を行った。その結果,以下の事項について,審査申請研究代表者に伝えることを確認した。

# 個人情報の取り扱いについて

・個人情報を含む調査データの保存及び廃棄方法について,第三者へ情報が漏えいすることがないよう粉砕・焼却により処分することを明記すること。

#### 同意書,説明書の内容について

- ・説明書及び同意書の文言は対象者が研究内容を理解できるよう平易なものとし,また文字を読みやすい 大きさにすること。
- ・対象者が研究内容に不明な点がある場合に問い合わせができるよう 説明書内に連絡先を明記すること。
- ・誤記,表記ゆれ等が認められる申請書、説明書、同意書については適宜修正すること。

#### 2)第1回倫理審査委員会

倫理審査小委員会の結果を受けて、以下のような審議を行った。

# 個人情報の取り扱いについて

・総括研究において,各分担研究で遵守される倫理的配慮が総括研究でも継承され,かつデータの二次利用がないことを明記すること。

#### 同意書,説明書の内容について

- ・本人,代理者用の説明書および同意書において,協力者に不利益や危険性が生じる場合および途中同意 取り消しを行う場合の判断基準および判断主体について明確にすること。
- ・本人,代理者用の説明書および同意書の文章について,協力者が内容を理解しやすいよう平易な表現にし,また文字を大きくし読みやすくすること。
- ・施設管理者,職員用の同意書においては,代理人書名欄は必要ないため削除すること。
- ・縦断研究の追跡調査について、説明書内に記載された「専門教育を受けた調査員」とはどのようなものであるのか、協力者にわかるよう説明を加える必要があること。また、成果物の配布など、協力者への成果の還元方法を説明書内に明記すること。

- ・地域介入研究について、説明書内に記載された損害保険の内容について簡便に記載すること。また、成果物の配布など,協力者への成果の還元方法を説明書内に明記すること。
- ・調査対象者が認知症高齢者である研究について、認知症の程度の判断基準に要介護度が示されているが、 基準とはなり得ないため削除すること。また、対象者が認知症との告知を受けていない場合も考えられ るため、本人用の説明書および同意書では「認知症」との表現を用いないようにすること。

以上のような審査を行い,全研究責任者に審査結果と修正点を送り,条件付き承認の研究については, 指摘箇所を修正の上返送してもらう。再提出された申請書を小委員会委員に回覧して再審査を行い,そこ で承認に値すると判断された場合は,第三者委員へ申請書を送付し承認を受ける。また小委員会において 再度修正が必要と判断された場合は,同様の手続きで審査を行うこととした。

#### 【資料】

#### 認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会規則

(目的)

第1条 この規則は、認知症介護研究・研修仙台センター(以下、「センター」とする。)において研究・研修(以下、「研究等」とする。)に従事する者が、その目的のために、人間を対象とする研究等について、倫理的配慮が図られているかどうかの審査を保障することを目的とする。

#### (審査対象)

第2条 この規則は,センターの研究者及び研修生(以下「研究者等」とする。)が,センター内で行う人間を対象とする研究等に関し,研究者等から申請された研究計画,研究成果の公表予定及び研修の内容を審査の対象とする。

# (倫理審査委員会の設置)

- 第3条 この規則の目的を達成するために,センターに倫理審査委員会(以下「審査委員会」とする。)を 設置する。
- 2 前項の審査委員会の下に倫理審査小委員会(以下「小委員会」とする。)を設置する。
- 3 小委員会は,審査委員会の前審として,審査委員会の審査に必要な事項の調査及び審議を行う。
- 4 審査委員会は,小委員会において調査及び審議された結果の報告に基づき,審議を行う。

#### (審査委員会及び小委員会の組織)

- 第4条 審査委員会及び小委員会は,認知症介護研究・研修仙台センター長(以下,「センター長」とする。) が別に定める者を持って組織する。
- 2 審査委員会及び小委員会の委員の任期は2年とし,再任を妨げないものとする。但し,各委員会の委員に欠員が生じた場合には,前任者の在任期間の範囲において,補充をしなければならない。
- 3 各委員会の委員長はセンター長又はセンター長の指名する者とする。
- 4 各委員会の委員長は、予め各委員会委員の中から、副委員長1名を指名し、委員長に事故がある場合には、その職務を代行させることができる。

#### (議事)

- 第5条 審査委員会及び小委員会は各委員長が招集する。
- 2 各委員会は、委員の過半数の出席がなければ議事を開くことができない。但し、審査が急を要し、かつ申請の事例に基づき審査結果を明確にできるものについては、委員長が判定を行い、事後、速やかに各委員会に報告をし、承認を得ることができる。
- 3 審査対象となっている申請者本人は、その審査の判定に加わることはできない。但し、各委員会は、委員長が委員会の審査に必要と認める場合には、審査に当たり、申請者又は各委員会の委員以外の者の出席を求め、申請内容の説明又は意見を受け、討議に加えることができる。
- 4 各委員会における審査の判定は、出席委員全員の合意を原則とする。但し、委員長が必要と認める場合には、無記名投票による多数決を持って判定をすることができる。
- 5 前項の判定は,次の各号に掲げる方法による。
  - (1) 承認 (2) 否承認 (3) 条件付承認 (4) 変更の勧告 (5) 非該当

- 6 各委員会の審査の経過並びに結果については、記録保存し、また公表することを原則とする。公表の 方法については別に定める。
- 7 審査委員会及び小委員会は,年1回以上開催しなければならない。開催時期については別に定める。

#### (審査委員会及び小委員会の責務)

- 第6条 審査委員会及び小委員会は,本規則の対象となる事項に関し,予め定められた手続きに基づき行われた申請に対して,倫理的観点から審査を行う。なお,審査に当たっては次に掲げる各号に留意をしなければならない。
  - (1) 研究等の対象となる個人の人権擁護
  - (2)研究・研修の協力者及び福祉サービス利用者に理解を求め,同意を得るための方法
  - (3)研究等の対象となる個人が,研究等によって被るであろう不利益及び福祉的貢献度の予測

#### (申請手続き及び判定の通知)

- 第7条 審査を申請するものは,様式1による申請書に必要事項の記載を行い,審査委員会の委員長に申請しなければならない。
- 2 前項の申請を受けた委員長は,速やかに小委員会の開催のために必要な手続きを取り,申請事項の倫理審査のための調査及び審議を小委員会に付託しなければならない。
- 3 小委員会の委員長は、小委員会における調査及び審議の結果を、審査委員会に報告しなければならない。
- 4 審査委員会の委員長は,審査委員会の終了後,速やかに申請内容についての判定を様式2による通知 を持って申請者に対して通知をしなければならない。
- 5 前項の通知をする場合には,審査の判定が本規則第5条第5項の(2)~(5)の各号に該当する場合には, その判定の理由を記載しなければならない。

#### (報告)

第8条 審査委員会の委員長は,審査の経過及び結果については理事長に報告をしなければならない。

# (事務)

第9条 審査委員会及び小委員会に関する事務は,研究・研修部が行う。

#### (社会福祉法人 東北福祉会の経営する事業との連携義務)

第10条 センター長は、社会福祉法人、東北福祉会の経営する事業(特別養護老人ホーム・せんだんの里等)に付設されている苦情委員会あるいは人権委員会から協議の申し出がある場合には、速やかに協議開催に向けて努力をしなければならない。

# (その他)

第11条 この規則に定めるものの他に,この規則の実施に当たり必要な事項については,理事長の承認を得て,別に定める。

#### 附 則

第4条第3項の規定に関わらず,当分の間,小委員会の委員長は副センター長とする。

この規則は平成13年7月13日から施行する。

平成14年4月1日一部改正

# 認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会及び 倫理審査小委員会の審査経過並びに結果の公表方法について

認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会規則第5条第6項に規定する倫理審査委員会及び同小委員会の審査経過並びに結果については,当分の間,次の方法により公表する。

平成13年7月13日 認知症介護研究・研修仙台センター長

認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会及び同小委員会の審査経過並びに結果の公表方法

- 1 認知症介護研究・研修仙台センター年次報告書に審査申請事項及び結果を掲載する。
- 2 認知症介護研究・研修仙台センターの定例全体会議において,1と同じ報告を行う。

# 研究年報 No.6

2006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)