

痴呆性高齢者及び介護家族の生活の質の向上に関する研究事業

－ 総括研究報告書 －

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

長嶋 紀一 阿部 芳久 加藤 伸司
阿部 哲也 矢吹 知之 大橋 美幸

社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里

小原 ルミ子

日本大学

内藤 佳津雄

【はじめに】

2002年に介護保険の要介護認定を受けた人は314万人であるが、要介護認定を受けた人の所在に関しては、特別養護老人ホームが約10%（32万人）、老人保健施設が約8%（25万人）、介護療養型医療施設が約4%（12万人）であり、介護保険3施設には約22%（69万人）の高齢者が生活していることになる。またグループホームとケアハウスには約11%（34万人）の高齢者が生活している。これらを合計すると約33%（103万人）の人がもともとの居宅以外の場所で生活していることになる。一方居宅で生活する高齢者は210万人であり、要介護認定を受けた高齢者の67%にあたる人たちになる。認定を受けた人たちの中で、痴呆性老人日常生活自立度Ⅱ以上を「痴呆の疑い」と考えるとすると、施設等でケアを受けている人たち103万人の約74%（76万人）の人たちに痴呆が疑われ、居宅で生活する高齢者210万人の約35%（73万人）の人たちが痴呆の影響を受けていることになる。つまり要介護認定を受けている人の中で半数近い人たちは痴呆の影響を受けているということになる。今後高齢者が増加する状況において、痴呆性高齢者がますます増えていくことを考えると、痴呆の予防を含めた対策は急務といえるだろう。

痴呆性高齢者の生活の質を向上させるためには、痴呆性高齢者自身の自己決定権を尊重し、能力に応じた自立した生活を営むことができるように援助していくことが必要となる。また痴呆性高齢者の多くは居宅でケアを受けているため、痴呆性高齢者のケアだけではなく、介護家族をどのように支えていくかという問題も同時に考えていかなければならない。本研究事業は、痴呆の介護予防という視点に立った地域介入研究を含め、居宅介護を支えるホームヘルパーの技術向上と介護支援モデルの構築、小規模単位の施設介護方法等に関する学際的実践的研究事業であり、痴呆性高齢者および介護家族の生活の質の向上を図ることを目的に行われたものである。

[研究方法]

本研究は、大きく「痴呆予防と介護予防に関する研究」、「在宅支援に関する研究」、「施設ケアに関する研究」に分けられる。痴呆予防と介護予防に関する研究は、「加齢と健康に関する縦断研究の比較調査」と「加齢と健康に関する縦断的介入研究」の2つに研究グループを細分化して行った。また在宅支援に関する研究は、「痴呆性高齢者介護家族の相談ニーズ調査」と「痴呆介護ホームヘルパー研修カリキュラムの作成」の2つの研究に、施設ケアに関する研究は、「小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成」、「痴呆介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究」、「利用者参加による生活環境づくりに関する研究」の3つの研究にそれぞれ細分化して研究を行った。

1. 痴呆予防と介護予防に関する研究

(1) 「加齢と健康に関する縦断研究の比較調査」(加藤伸司)

加藤らは、加齢が健康に及ぼす影響を生活視点から明らかにすることを目的に、仙台市青葉区国見地区在住の55歳以上の住民を対象にして、加齢と健康に関する縦断研究の基礎調査を実施し、平成14年に行った気仙沼大島地区の縦断研究の基礎調査との比較研究を行った。調査内容は、「基本属性」「日常生活動作」「生活習慣」「一般健康状態と健康自覚」「日常生活状況」「対人交流」「社会活動」「老性自覚」等で構成されており、気仙沼大島地区の調査と同じ内容で調査を行った。

(2) 「加齢と健康に関する縦断的介入研究」(矢吹知之)

矢吹らは、高齢者自身が意識的に介護予防や痴呆予防を考え、日常生活の中で簡易に実施できるような介入プログラムと健康運動の妥当性を検証し、介入による健康意識や体力の影響を明らかにすることを目的に介入研究を行った。対象は平成14年に縦断研究の基礎調査を実施した気仙沼大島地区住民であり、「健康に関する講義」や「痴呆に関する講義」などの教育講座の実施と、体力測定や健康運動の提案と評価を行い、4ヶ月後の比較検討を行った。

2. 在宅支援に関する研究

(1) 「痴呆性高齢者介護家族の相談ニーズ調査」(加藤伸司)

加藤らは、痴呆性高齢者の家族支援を考えていく上で、実際に家族の相談ニーズにはどのようなものがあり、それに対してホームヘルパーがどの程度答えることができているのかを明らかにすることを目的に郵送によるアンケート調査を行った。調査項目は、61項目の相談内容について相談頻度と答えやすさを回答してもらうものであり、470カ所の訪問介護事業所を対象にして調査を行った。

(2) 「痴呆介護ホームヘルパー研修カリキュラムの作成」(阿部芳久)

阿部らは、痴呆性高齢者が在宅で自立的な生活を送るための支援事業の一つである訪問介護事業に注目し、ホームヘルパーの知識・技術の習得を目指した研修カリキュラムについて検討した。カリキュラムは、主にホームヘルパーとサービス提供責任者を対象としたものであり、今後「痴呆介護ホームヘルパー研修」を実施する計画のある都道府県に対して提供で

きるものを作成することを目的とした。

3. 施設ケアに関する研究

(1) 「小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成」(加藤伸司)

加藤らは、グループホームやケアユニット等の小規模ケアにおける介護職員の効果的なコミュニケーション方法について、「①介護者コミュニケーションの評価に関する研究」と、「②小集団コミュニケーションにおける介護職員の役割についての研究」の2つの研究から検討した。①では、介護職員が痴呆性高齢者に話しかけている場面のVTRを作成し、それに対して介護職員や要介護高齢者、介護家族が評価を行う方法と、痴呆性高齢者が4種類の応答スタイルを行う場面について、介護職員に評価を求める方法で行った。②では、特別養護老人ホーム及びグループホームにおける介護職員と複数の入居者間の小集団コミュニケーション20例を記録し、発話行動の特性について検討した。

(2) 「痴呆介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究」(内藤佳津雄)

内藤らは、個別介護サービスを提供する上で職員が施設サービス計画及びアクションケアプランを活用し、互いに連携を図ることが重要であることを指摘し、その効果的システムの開発を行うための基礎的検討として実際に施設ケアプランの中にアクションケアプランに相当する様式を導入して、その活用上の問題点を把握することを目的に研究を行った。対象は3カ所の特別養護老人ホームであり、その3施設で実際にアクションケアプランを導入して、その結果について職員へのヒアリング調査を行った。

(3) 「利用者参加による生活環境づくりに関する研究」(大橋美幸)

大橋らは、建物設備の変更を含めたケアの質の向上に向けた取り組みの中で、施設入居者及び家族がどの程度参加しているのかという点に注目し、特別養護老人ホームの改築・新築移転過程において、入居者及び家族がどのような形で参加しているのかについて調査した。調査は平成14年度～平成15年度に改築・新築移転を行った8カ所の特別養護老人ホームを対象に行い、聞き取り、および資料調査を行った。

【研究結果】

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

1. 痴呆予防と介護予防に関する研究

(1) 「加齢と健康に関する縦断研究の比較調査」(加藤伸司)

国見地区の今回の調査の協力者は372名であり、男女比や年齢群の比率に平成14年度大島調査と大きな違いは見られなかった。両群で同じような傾向を示していたのは、日常生活自立度と健康自覚度であり、調査対象者の自立度は高く、主観的健康観も高いことが明らかとなったが、病院にかかるような病気の有無では、病気があるという人が国見に多く見られた。

食生活に関しては、魚中心の食生活であるという回答が最も多く、特に大島で顕著であった。対人交流面では家にいるときに一緒に過ごす相手が配偶者であることや、同居していない家族との連絡頻度は週1回以上である人が多いことなども両群で一致していた。しかし健康のために毎日運動をしている人や、毎日外出している人、昼寝の習慣のある人などは大島に多くみられ、逆に趣味活動を行っている人は国見に多い傾向があることなどが明らかとなった。

(2) 「加齢と健康に関する縦断的介入研究」(矢吹知之)

介入の対象となったのは、気仙沼大島の55歳以上の住民であり、延べ383名が参加した。参加者の平均年齢は平成14年度調査の時よりも高く、主観的健康観の高い人の参加が目立った。介入では、健康や痴呆に関する講義、健康運動の提案を行ったが、同時に「握力」や「つま先上げ」、「起立着席歩行速度」などの体力測定も行った。健康運動に関しては、5種類の日常生活運動を提案した。実施率は年齢によって異なる結果であったが、介入時の体力測定と4ヶ月後の測定値を比較すると、下肢筋力に関連する測定値の短期間での向上が認められた。また介入プログラム参加による日常生活の変化では、「新しい余暇活動ができた」や「外出する機会が増えた」、「目標ができた」などの回答が多くみられた。

2. 在宅支援に関する研究

(1) 「痴呆性高齢者介護家族の相談ニーズ調査」(加藤伸司)

今回の調査対象は、全国47都道府県の訪問介護事業所から無作為抽出された事業所であり、125カ所の協力が得られた。ホームヘルパーが介護家族から受ける相談で多いのは、痴呆の基本症状に関するものや具体的なケアに関するもの、家族自身の問題に関するものなど26項目であった。答えにくい相談に関しては、「近所から苦情がある」「性的な逸脱行為がある」「本人が暴力をふるう」などの11項目で相談に答えにくい傾向が認められた。特に病状や痴呆症状の変化に対する不安や将来的な不安などは相談頻度が多く、しかも答えにくい相談内容であることが明らかとなった。

(2) 「痴呆介護ホームヘルパー研修カリキュラムの作成」(阿部芳久)

痴呆介護ホームヘルパー研修カリキュラムは、「訪問介護員痴呆介護研修カリキュラム」と「訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラム」という2段階の研修カリキュラムについて検討された。「訪問介護員痴呆介護研修カリキュラム」は、痴呆介護実務者研修基礎課程の標準的なカリキュラムを基礎に、痴呆性高齢者の在宅支援の視点を重視して作成され、チームアプローチの視点を研修目標に明記した。また「訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラム」は、痴呆介護実務者研修専門課程の標準的なカリキュラムを基礎に、在宅支援の視点を重視して作成され、具体的な実践力だけでなく、サービス提供責任者の果たすべき役割を認識することを目標として作成された。

3. 施設ケアに関する研究

(1) 「小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成」(加藤伸司)

介護職員が痴呆性高齢者に話しかけているVTRの評価では、敬意と親密さの両方の特性を持つ発話スタイルが高い評価を受けていたが、敬意のある発話スタイルは、要介護高齢者

や家族からみてしばしば子供扱いするようなスタイルに近い評価が多く、不完全なスタイルであることが明らかとなった。また子供扱いするような発話スタイルは、受け手が受容する場合にのみ成立することなどが明らかとなった。

介護職員と複数の入居者間の小集団コミュニケーションに関しては、介護職員が入居者とのコミュニケーションを意識し、専従できる条件ではコミュニケーションが活発になり、入居者の発話の意味的な適切性も向上するが、通常業務の条件では、会話が不活発で入居者の発話の適切性も低下するという結果であった。

(2) 「痴呆介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究」(内藤佳津雄)

アクションケアプラン(以下ACP)を導入して検討した施設は3カ所であり、新型特養ではないが、入居者をグループ化した小規模ケアをある程度導入している施設であった。聞き取り調査は、施設の介護支援専門員および各グループの介護職のリーダーを対象に行った。個別介護サービスの提供には、「施設サービス計画の策定」～「ACPの策定」～「ACPに基づくサービスの実行」～「ACPに対する記録と評価」～「ケアプランの見直し」のプロセスが必要であるが、施設サービス計画とACPの連携の問題や、ACPと介護サービス実行間の関係、家族の参加、記述の負担、評価の難しさなどの問題点があることも指摘された。

(3) 「利用者参加による生活環境づくりに関する研究」(大橋美幸)

調査対象となった施設は、改築・新築移転に伴い、既存施設よりも個室化・ユニット化を進めている施設であった。基本設計時に入居者に対する説明を行うと、ユニットや個室化に対する質問がみられることや、生活が変わることに対する不安や負担が目立つ傾向がみられた。また家族に対しても説明文書などを送付して意見を求めると、ホテルコストについての質問などがみられたが、工事が始まって進捗状況を説明すると、居室の希望や家具の持ち込みなどに関する具体的な質問がでてくるなど、施設側の繰り返した説明の効果が現れる傾向が認められた。移転後は実際に生活する利用者からの意見が増える傾向がみられるが、家族側からの意見は特に増えることがないという結果であった。

[考 察]

本年度の研究事業では、痴呆性高齢者と介護家族の生活の質の向上を目指して、「痴呆予防と介護予防」「痴呆性高齢者の在宅支援」「痴呆性高齢者の施設ケア」の視点から7つの研究プロジェクトを進めてきた。

「痴呆予防と介護予防」に関しては、要介護認定者数が高齢者数の伸びを上回る勢いで増加している現状を考えると、積極的に取り組むべき課題のひとつといえる。特に「要支援」や「要介護1」という軽度の認定者の増加が著しい状況を考えても、要支援、あるいは要介護予備群の人たちに対する予防的取り組みが必要となる。加齢が健康にどのような影響を及ぼすかという縦断的研究に関しては、これまで主に医学的な調査を中心に行われてきたが、本研究はその影響を生活視点からとらえようとするものであり、高齢になっても健康で自立した生活を送るための指針を探ることを目的に行われている。平成14年度の研究事業で行っ

た気仙沼大島調査では、高齢化が30%を超える地域でも健康で自立した高齢者が多いことが確認されている。しかしこれらの傾向が地域の特性によるものでは意味がなく、その中から健康で自立した生活を維持する要因を探り、広く一般化していかなければ有効なものとはならない。今年度の国見地区調査では、大島との比較で類似した部分と異なる部分があくつか明らかになってきた。特に食生活や、運動、休息、対人交流、社会生活などの要因が健康維持に有効である可能性が示唆されていることと、調査対象者に対する積極的な介入プログラムが短期間で効果を見せ始めていることを考えると、日常生活の中に、健康を維持し、機能低下を予防する要因がある可能性はほぼ確実と考えられる。今後は継続した調査を行うことにより、これらの要因をより明確化していく必要があるだろう。

「痴呆性高齢者の在宅支援」の問題は、在宅で生活する要介護認定者が210万人いる状況を考えても、避けては通れない問題である。在宅支援におけるホームヘルパーの果たすべき役割は大きいが、実際の痴呆性高齢者と介護家族が求めているのは、身体的なケアだけではない。特に在宅ケアの最前線にいるホームヘルパーにとって、家族から受ける相談にいかん適切に答えていくかは、家族支援を考えていく上で重要な課題である。ホームヘルパーに寄せられる相談に対して、それが答えやすい内容であれば問題は少ないが、実際に相談を受けてもそれに答えにくいものであれば、適切に答えられるようになるための教育が必要となる。今回の調査から、実際にホームヘルパーが受ける相談内容で答えにくいものは、痴呆の介護に関するものよりも、家族自身の将来的不安や痴呆の症状が変化することに伴う家族の動揺など、心理的な面での相談が多いという結果であった。今後はこれらの相談に答えることができる技能をホームヘルパー自身が習得していくことが重要であり、この課題を痴呆介護ヘルパーの研修カリキュラム作成にも取り入れ、普及させていく必要があるだろう。

これからの高齢者介護は、痴呆ケアが標準モデルとなるといわれており、介護保険施設の4分の3を痴呆性高齢者がしめている現状を考えても、取り組むべき大きな課題といえる。痴呆介護に限ったことではないが、高齢者ケアの基本は、利用者とのコミュニケーションにある。特に「痴呆」の中核症状は認知機能の障害であり、障害のある人といかに上手なコミュニケーションをとることができるかは、介護現場で働く人たちにとって大きな課題といえるだろう。今回の研究結果から、敬意のある発話スタイルは、痴呆ケアの基本と思われがちであるが、それだけでは不完全なスタイルであることや、通常業務の条件では会話が不活発になることなどいくつかの点が明らかになってきた。また介護職員は、よりコミュニケーションという問題に意識を向ける必要があることや、受け手側に立って適切なコミュニケーションを判断する必要性などが指摘されている。今後はより広範な検討を重ねて、コミュニケーションに関する具体的なモデルを作成するための指針作りが必要である。

また施設における痴呆性高齢者の生活の質を高めるためには、実効性の高いケアプランを作成し、実施していくことが必要である。今回の結果から、痴呆介護におけるアクションケアプランの有効性が示唆されたが、今後はそれを実際にどう活用していくのかが課題になるだろう。さらに施設が痴呆性高齢者の住まいであるという認識をあらためて持つことは、痴呆性高齢者の生活の質を高める上で再認識すべき問題でもある。一般にケアを提供する視点で考えられてきた施設構造や生活環境の問題を、今後は痴呆性高齢者自身と、その家族を含めて考えていくことが必要となってくるだろう。

平成15年度の研究事業では、痴呆性高齢者及び介護家族の生活の質をいかに向上させるか

ということを目的にいくつかの研究を行ってきた。この研究成果が必ずしも十分なものとはいいがたく、今後残された課題も多いが、今回の報告書の内容が、在宅や施設において実際の痴呆介護に少しでも役立てれば幸いであり、そのことが今回のテーマである「痴呆性高齢者及び介護家族の生活の質の向上」につながれば、研究の目的は達成されることになる。今後はこれらの研究をさらにすすめ、痴呆性高齢者とその介護家族の質の高い生活を保証するために、残された課題を検討していくことが重要であろう。

[研究に関する倫理的配慮]

本研究事業は、分担研究すべてを含め、「高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会」において審査され、倫理面での十分な配慮を行った。調査研究は、研究協力者となる痴呆性高齢者を含む高齢者、および家族、調査対象となる施設職員等に対して研究の趣旨、期待される成果等に関する十分な説明を行った上で同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に行われた。また痴呆性高齢者に対して同意を求めることが困難だった場合は、その家族に同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に調査を行った。

(研究協力者)

浅田 哲也 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
檜木てる子 (日本大学大学院文学研究科)
遠藤 忠 (日本大学大学院文学研究科)
小野寺 真 (東北福祉大学大学院総合福祉学研究科)
川上 吉昭 (東北福祉大学 感性福祉研究所)
小林 厚子 (ケアサポート松山)
齋藤 嘉美 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
佐藤 和仁 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
佐藤 佳子 (東北福祉大学大学院総合福祉学研究科)
白井富久子 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
菅本 裕昭 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
妹尾 亨子 (島根県介護研修センター)
高橋恵美子 (財団法人仙台市健康福祉事業団)
高橋 宏子 (株式会社福祉工房ヘルパーステーション)
武田 純子 (有限会社ライフアート グループホーム福寿荘)
千脇 隆志 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
新沼 清孝 (社会福祉法人東北福祉会 せんだんの里)
目黒 泰 (東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科)
横山 えみ (日本労働者共同組合会センター事業団)
吉川 悠貴 (東北大学大学院教育学研究科)
吉田 智 (株式会社福祉工房事業企画室)

(敬称略：五十音順)

(研究協力機関)

医療法人溪仁会 ハーティケアセンターおおしま

大島高年クラブ連合会

気仙沼市 民生部

社会福祉法人 東北福祉会

仙台市 健康福祉局

仙台市 国見地区連合町内会

有限会社ライフアート グループホーム福寿荘

(五十音順)

加齢と健康に関する縦断研究の比較調査

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

加藤 伸 司 阿部 哲 也 矢吹 知 之
阿部 芳 久 長嶋 紀 一

【はじめに】

我が国では少子高齢化は深刻な社会問題となっており、今後は高齢者であってもできるだけ自立した生活を維持することが望まれている。このような状況において、介護予防や痴呆予防、さらに高齢者の生活の質の向上と維持をはかるためには、健康を維持する要因と健康を阻害する要因を生活視点から明確にして実際の生活に広く役立てていくことが重要となる。しかし加齢が健康に及ぼす要因はさまざまな年齢層を比較検討する横断的研究では把握しにくく、同じ時代を共有する集団（コホート）の影響が無視されてしまう危険があるため、縦断的な調査が必要となってくる。昨年度の研究では、高齢化率が高い割に高齢者の自立度が高いといわれる気仙沼大島において、55歳以上の住民1,550人を対象とした悉皆調査を行い、1,134人の住民の加齢と健康に関する基礎調査を実施することができた。今回の研究では、都市部の地域住民を対象にして小規模な地域の悉皆調査を行い、気仙沼大島の基礎調査との比較を行うことを目的に調査を行った。

【方 法】

対象は仙台市青葉区国見地区の55歳以上の1,932人である。調査の内容は「基本属性」「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」「対人交流」「社会活動」「日常活動状況」「食事等の状況」「福祉サービス利用状況」「老性自覚」「ADL：日常生活動作」等で構成されている。

調査に先立ち、仙台市に対して地域住民の住所と氏名、年齢に関する情報開示を依頼し、協定書を取り交わして全面的な協力を得ることとした。また調査対象地区に対して回覧板を用いた広報活動を行い、調査の趣旨説明と、調査協力の依頼を行うこととした。その後対象者に対して葉書を用いて連絡を行い、調査辞退者からの連絡を受けることとし、連絡のなかった人に対して電話連絡を行い、調査協力を求めることとした。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、調査員は訪問時に調査内容の説明と調査協力の同意の説明を行い、同意書に記入して頂いた方に対してのみ調査を行うこととした。

[結果の概要]

1. 対象者の概要

■調査対象者の内訳（大島地区との比較）

調査対象地域となった仙台市青葉区国見地区の高齢化率は15.6%であり、気仙沼大島（以下大島）の30%強に比べると低いものであった。調査対象者は、1,932人（大島：1550人）であったが、実際に調査に協力してくれた人は372人（大島：1,134人）であり、調査対象者の32.8%（大島：73.2%）にあたる人であった。内訳は男性145人（39.0%）、女性227人（61.0%）であった。大島の対象者内訳が男性39.6%、女性60.4%であり、今回の国見地区は大島とほぼ同様の比率であった。平均年齢は71.19±8.86（55歳～95歳）歳であり、大島の対象者の平均年齢が70.78±8.97歳（54歳～101歳）であることを考えると、性別、年齢ともほぼ等質の集団と考えることができる。年齢区分を54歳から64歳までを「壮年期群」、65歳から74歳までを「前期高齢期群」、75歳以上を「後期高齢期群」と分類すると、壮年期群は99人；26.6%（大島：28.7%）、前期高齢期群は128人；34.4%（大島：36.9%）、後期高齢期群は145人；39.0%（大島：34.5%）であった。世帯構成は、単身者以外の対象者が世帯内で重複しているのものでそのまま実数で比較することはできないが、夫婦世帯が144人；38.7%（大島：20.9%）ともっとも多く、次いで二世帯が103人；27.7%（大島：32.2%）、単身が64人；17.2%（大島：4.3%）、三世帯が50人；13.4%（大島：33.6%）、四世帯が5人；1.3%（大島7.3%）の順であり、大島にみられる世帯構成とはやや異なる結果であった。

調査対象者の内訳

	年齢区分			合 計
	壮年期群	前期高齢期群	後期高齢期群	
男 性	37 (25.5%)	44 (30.3%)	64 (44.1%)	145 (100.0%)
女 性	62 (27.3%)	84 (37.3%)	81 (35.7%)	227 (100.0%)
合 計	99 (26.6%)	128 (34.4%)	145 (39.0%)	372 (100.0%)

人数 (%)

世帯構成

単 身	64 (17.2%)
夫 婦	144 (38.7%)
二世帯	103 (27.7%)
三世帯	50 (13.4%)
四世帯	5 (1.3%)
その他	6 (1.6%)
合 計	372 (100.0%)

人数 (%)

2. 一般健康状態

■調査対象者の自立度

対象者の自立度に関しては、GBSスケールのADL表を用いて「着脱衣」「摂食行動」「身体活動」「自発活動」「衛生管理」「用便管理」の項目について調査した。

全対象者で完全自立している人の割合は「着脱衣」360人；96.8%（大島；97.6%）、「摂食行動」367人；98.7%（大島；99.2%）、「身体活動」356人；95.7%（大島；97.3%）、「自発活動」338人；90.9%（大島；94.7%）、「衛生管理」357人；96.0%（大島；96.0%）、「用便管理」363人；97.6%（大島；97.3%）であり、9割以上の人が完全自立という結果であった。これを年代別にみると以下のとおりとなる。

壮年期群で完全自立している人の割合は「着脱衣」96人；97.0%（大島；100%）、「摂食行動」99人；100%（大島；100%）、「身体活動」97人；98.0%（大島；100%）、「自発活動」97人；98.0%（大島；100%）、「衛生管理」97人；98.0%（大島；100%）、「用便管理」99人；100%（大島；100%）であり、ほぼすべての人が完全に自立しているという結果であった。

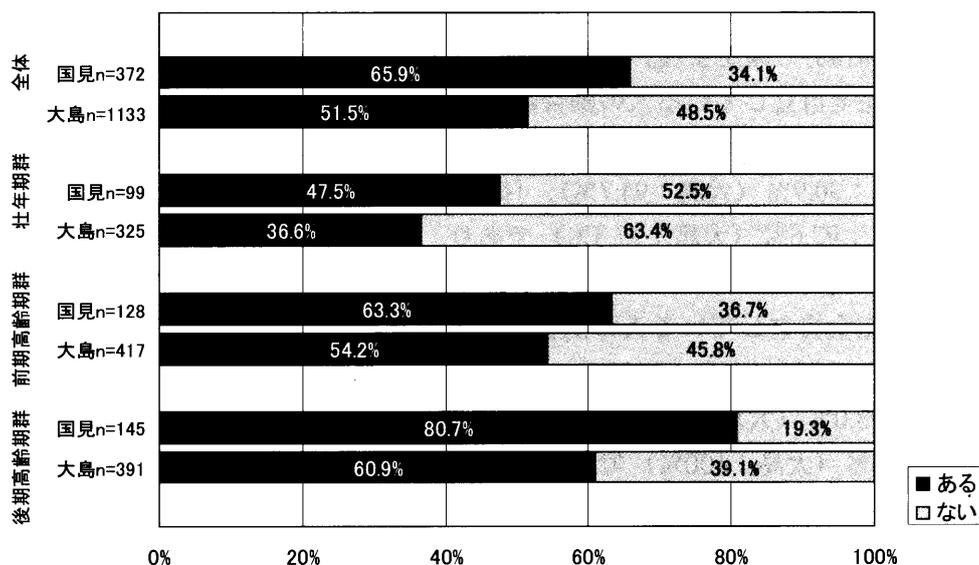
前期高齢期群で完全自立している人の割合は「着脱衣」126人；98.4%（大島；99.0%）、「摂食行動」127人；99.2%（大島；99.8%）、「身体活動」123人；96.1%（大島；99.3%）、「自発活動」117人；91.4%（大島；98.3%）、「衛生管理」126人；98.4%（大島；98.8%）、「用便管理」126人；98.4%（大島；99.8%）という結果であった。

後期高齢期群で完全自立している人の割合は「着脱衣」138人；95.2%（大島；94.1%）、「摂食行動」141人；97.2%（大島；97.9%）、「身体活動」136人；93.8%（大島；93.1%）、「自発活動」124人；85.5%（大島；86.4%）、「衛生管理」134人；92.4%（大島；89.8%）、「用便管理」138人；95.2%（大島；92.6%）という結果であった。

年代別の比較では、後期高齢期の自発活動の完全自立度が国見、大島とも85%前後ではあるものの、他の項目ではすべての年齢群においてほぼ9割以上の人は完全自立しているという結果であった。

■ 健康状態

現在病院にかかるような病気はありますか？

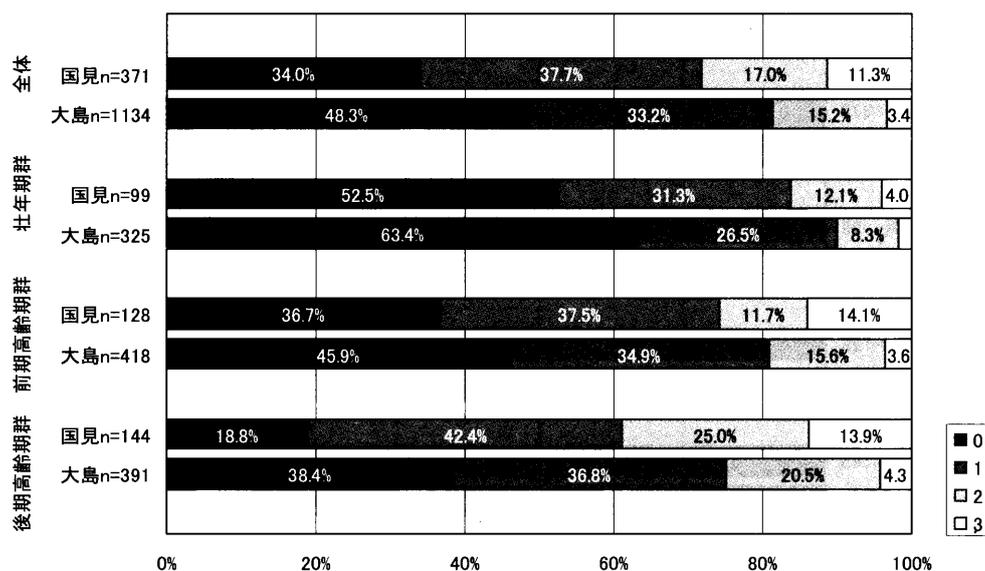


		ある	ない
後期高齢期群	大島 n=391	60.9%	39.1%
	国見 n=145	80.7%	19.3%
前期高齢期群	大島 n=417	54.2%	45.8%
	国見 n=128	63.3%	36.7%
壮年期群	大島 n=325	36.6%	63.4%
	国見 n=99	47.5%	52.5%
全体	大島 n=1133	51.5%	48.5%
	国見 n=372	65.9%	34.1%

「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」と回答したのは全体で245人；65.9%（大島；51.5%）であり、半数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。国見と大島で比較すると、国見の方が14.4ポイント病気を有している人が多いという結果であった。

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、47人；47.5%（大島；36.6%）、前期高齢期群で81人；63.3%（大島；54.2%）、後期高齢期群で117人；80.7%（大島；60.9%）であり、国見、大島とも65歳以上の高齢者の半数以上の人は病院にかかるような何らかの病気を有していることが明らかとなった。また年齢が高くなるにつれて病気を持っている人が増えていく傾向は、国見、大島とも同様であるが、国見の方が大島に比べてすべての年齢群で病気を持っている人が多いという結果であり、壮年期群で10.9ポイント、前期高齢期群で9.1ポイント、後期高齢期群で19.8ポイントの差がみられた。特に後期高齢者に限ってみると、病気を有している割合は国見の前期高齢者よりも低いという結果であった。

現在病院にかかるような病気はいくつありますか？



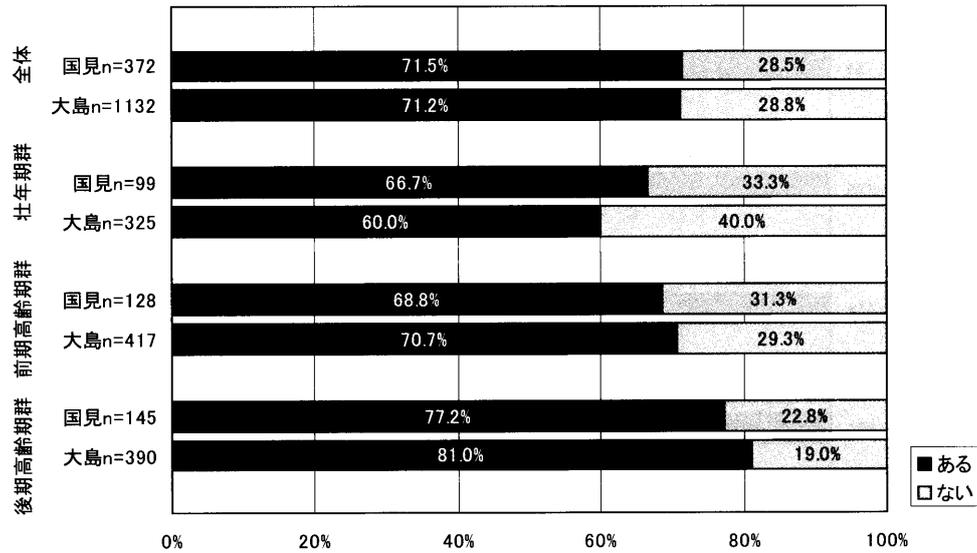
		0	1	2	3
後期高齢期群	大島 n=391	38.4%	36.8%	20.5%	4.3%
	国見 n=144	18.8%	42.4%	25.0%	13.9%
前期高齢期群	大島 n=418	45.9%	34.9%	15.6%	3.6%
	国見 n=128	36.7%	37.5%	11.7%	14.1%
壮年期群	大島 n=325	63.4%	26.5%	8.3%	1.8%
	国見 n=99	52.5%	31.3%	12.1%	4.0%
全体	大島 n=1134	48.3%	33.2%	15.2%	3.4%
	国見 n=371	34.0%	37.7%	17.0%	11.3%

この中で複数の病気を有している人は、105人；28.3%（大島；18.6%）であり、国見の方が約9.7ポイント高いという結果であった。

これを年代別に比較すると、病院にかかるような病気を複数有している人は壮年期群で16人；16.1%（大島；10.1%）、前期高齢期群で33人；25.8%（大島19.2%）、後期高齢期群で56人；38.9%（大島；24.8%）であり、高齢になるに従って病気を複数有している人が増えていくという結果であった。また国見の方が大島よりも有病率が高いことも関連するが、病気を複数持っている人も国見の方が多く、壮年期群で6ポイント、前期高齢期群で6.6ポイント、後期高齢期群で14.1ポイントの差がみられるという結果であった。

■過去の病歴

過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我をしたことがありますか？

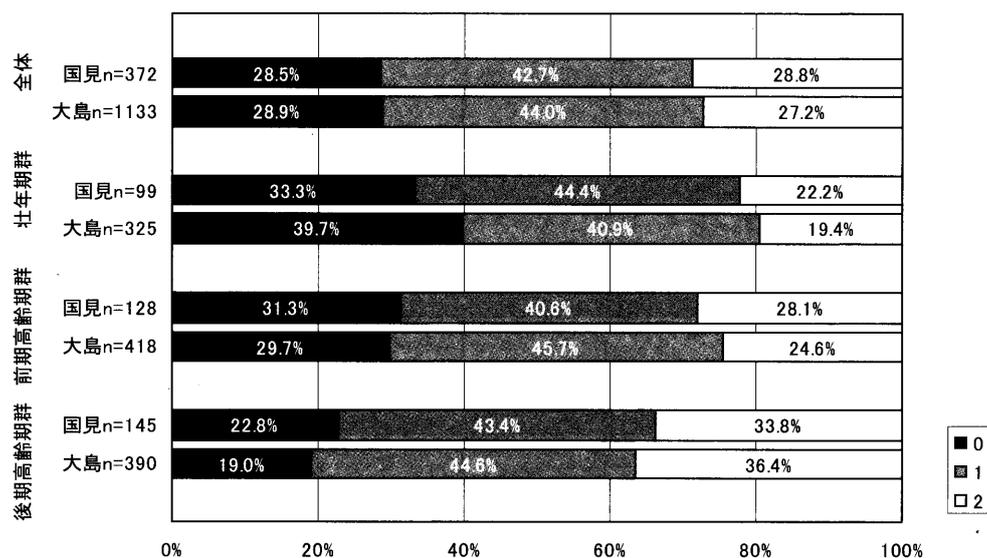


		ある	ない
後期高齢期群	大島 n=390	81.0%	19.0%
	国見 n=145	77.2%	22.8%
前期高齢期群	大島 n=417	70.7%	29.3%
	国見 n=128	68.8%	31.3%
壮年期群	大島 n=325	60.0%	40.0%
	国見 n=99	66.7%	33.3%
全体	大島 n=1132	71.2%	28.8%
	国見 n=372	71.5%	28.5%

「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、「ある」と回答したのは全体で266人；71.5%（大島；71.2%）であり、全体の7割以上が過去に入院したことがあると答えており、国見と大島にほとんど差はなかった。また加齢に伴って入院した経験のある人が増えていくという結果は国見も大島も同様の結果であった。

これを年代別に比較すると、壮年期群で66人；66.7%（大島；60.0%）、前期高齢期群で88人；68.8%（大島；70.7%）、後期高齢期群で112人；77.2%（大島；81.0%）であった。過去の入院歴に関しては壮年期群で6.7ポイント国見の方が高かったが、前期高齢期と後期高齢期群でそれぞれ1.9ポイント、3.8ポイント大島の方が高いという結果であった。

過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？



		0	1	2
後期高齢期群	大島 n=390	19.0%	44.6%	36.4%
	国見 n=145	22.8%	43.4%	33.8%
前期高齢期群	大島 n=418	29.7%	45.7%	24.6%
	国見 n=128	31.3%	40.6%	28.1%
壮年期群	大島 n=325	39.7%	40.9%	19.4%
	国見 n=99	33.3%	44.4%	22.2%
全体	大島 n=1133	28.9%	44.0%	27.2%
	国見 n=372	28.5%	42.7%	28.8%

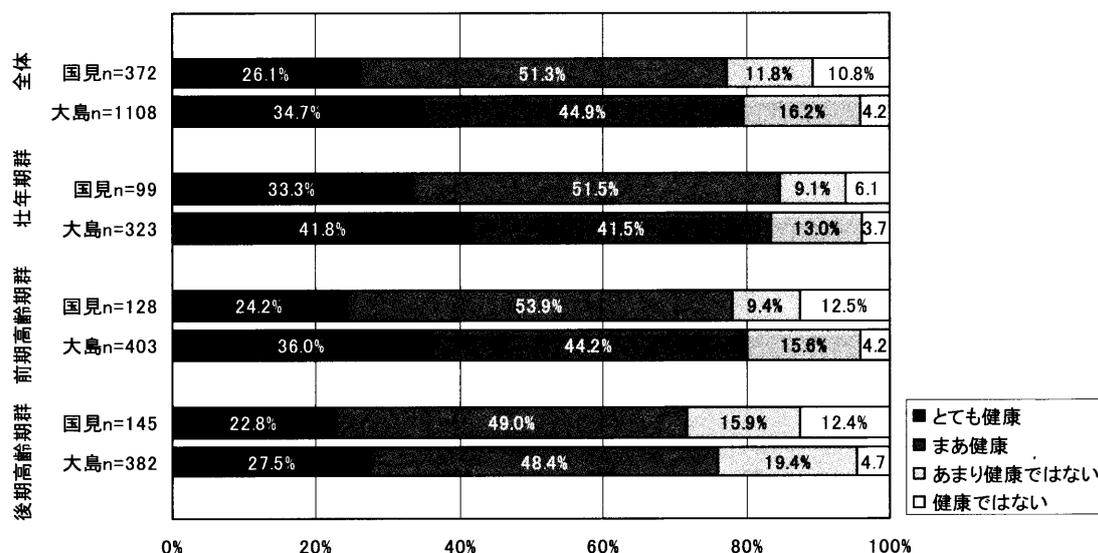
「過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？」という質問では、2回以上入院したことがある人が国見で107人；28.8%（大島；27.2%）であり、ほぼ同様の結果であった。また複数の入院回数は加齢に伴って増えていく傾向があることも一致していた。

これを年代別に比較すると2回以上入院した経験がある人は壮年期群で22人；22.2%（大島；19.4%）、前期高齢期群で36人；28.1%（大島；24.6%）、後期高齢期群で49人；33.8%（大島；36.4%）であった。過去の複数の入院歴に関しては、壮年期、前期高齢期で国見の方が高い値を示しており、壮年期で2.8ポイント、前期高齢期で3.5ポイントの差がみられたが、後期高齢期では大島の方が2.6ポイント高い値を示していた。

3. 健康状態の自覚

■主観的健康度

あなたはふだん自分で健康だと感じますか？



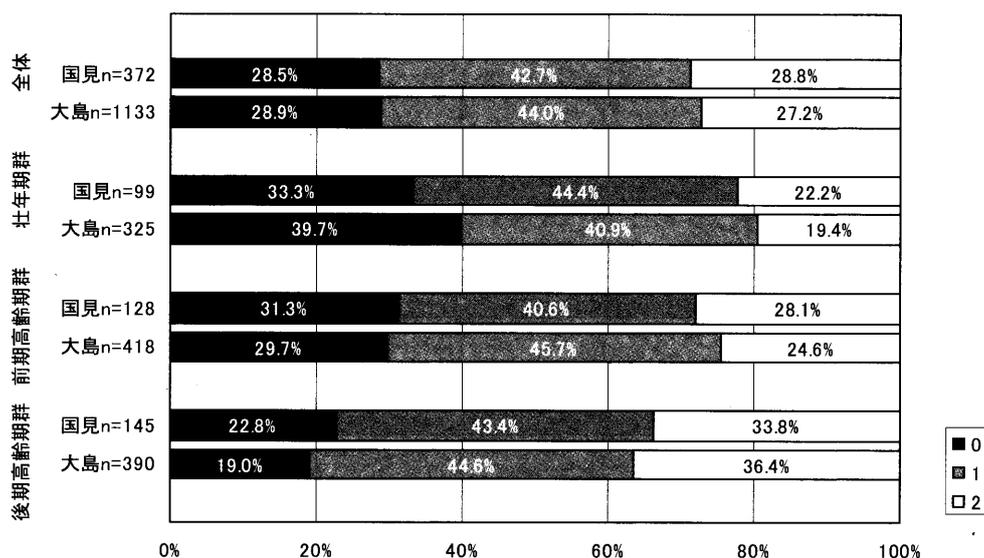
		とても健康	まあ健康	あまり健康ではない	健康ではない
後期高齢期群	大島 n=382	27.5%	48.4%	19.4%	4.7%
	国見 n=145	22.8%	49.0%	15.9%	12.4%
前期高齢期群	大島 n=403	36.0%	44.2%	15.6%	4.2%
	国見 n=128	24.2%	53.9%	9.4%	12.5%
壮年期群	大島 n=323	41.8%	41.5%	13.0%	3.7%
	国見 n=99	33.3%	51.5%	9.1%	6.1%
全体	大島 n=1108	34.7%	44.9%	16.2%	4.2%
	国見 n=372	26.1%	51.3%	11.8%	10.8%

「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97人；26.1%（大島；34.7%）であり、「まあ健康な方」は191人；51.3%（大島；44.9%）であった。「とても健康」と回答した人は大島に多くみられ、国見に比べて8.6ポイント高い値であった。

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33人；33.3%（大島；41.8%）、前期高齢期群で31人；24.2%（大島；36.0%）、後期高齢期群で33人；22.8%（大島；27.5%）であり、「まあ健康な方」の回答は、壮年期群で51人；51.5%（大島；41.5%）、前期高齢期群で69人；53.9%（大島；44.2%）、後期高齢期群で71人；49.0%（大島；48.4%）であった。「とても健康な方」と「まあ健康な方」と回答した人を合わせて「主観的に健康と感じている群」と考えると、壮年期群の84人；84.8%（大島；83.3%）、前期高齢期群の100人；78.1%（大島；80.2%）、後期高齢期群の104人；71.8%（大島；75.9%）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。

主観的に健康と感じている人は壮年期群で国見がやや多く、1.5ポイントの差がみられ

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？



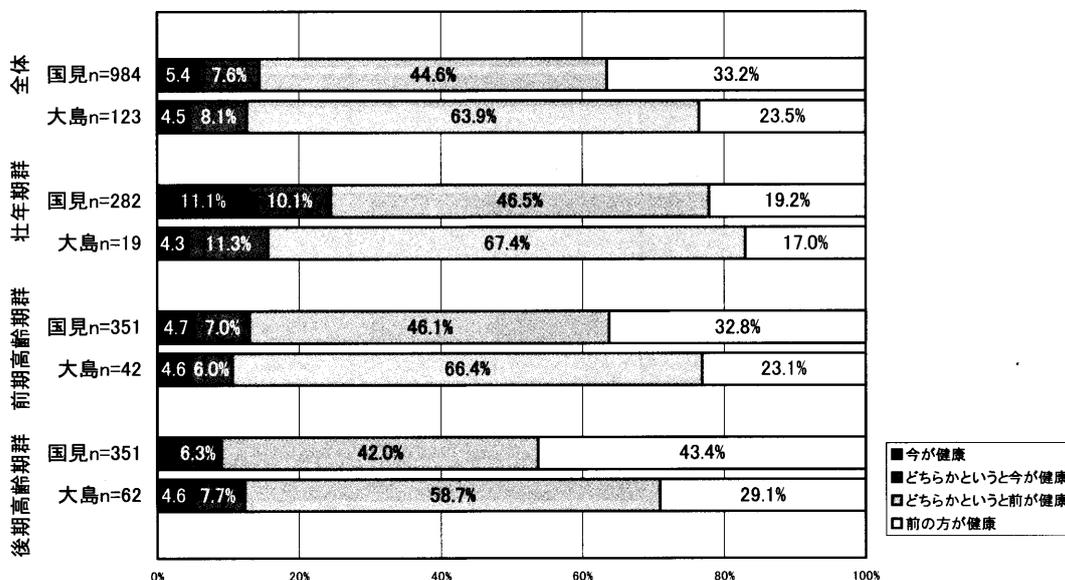
		0	1	2
後期高齢期群	大島 n=390	19.0%	44.6%	36.4%
	国見 n=145	22.8%	43.4%	33.8%
前期高齢期群	大島 n=418	29.7%	45.7%	24.6%
	国見 n=128	31.3%	40.6%	28.1%
壮年期群	大島 n=325	39.7%	40.9%	19.4%
	国見 n=99	33.3%	44.4%	22.2%
全体	大島 n=1133	28.9%	44.0%	27.2%
	国見 n=372	28.5%	42.7%	28.8%

「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、2回以上入院したことがある人が国見で107人；28.8%（大島；27.2%）であり、ほぼ同様の結果であった。また複数の入院回数は加齢に伴って増えていく傾向があることも一致していた。

これを年代別に比較すると2回以上入院した経験がある人は壮年期群で22人；22.2%（大島；19.4%）、前期高齢期群で36人；28.1%（大島；24.6%）、後期高齢期群で49人；33.8%（大島；36.4%）であった。過去の複数の入院歴に関しては、壮年期、前期高齢期で国見の方が高い値を示しており、壮年期で2.8ポイント、前期高齢期で3.5ポイントの差がみられたが、後期高齢期では大島の方が2.6ポイント高い値を示していた。

たが、前期高齢期群と後期高齢期群では主観的に健康と感じている人が大島にやや多く、それぞれ2.1ポイント、4.2ポイントの差がみられ、年齢が高い群ほど大島の方が主観的健康観がやや高い傾向が見られた。

10年前の自分と比べて、今の健康状態はどうか？



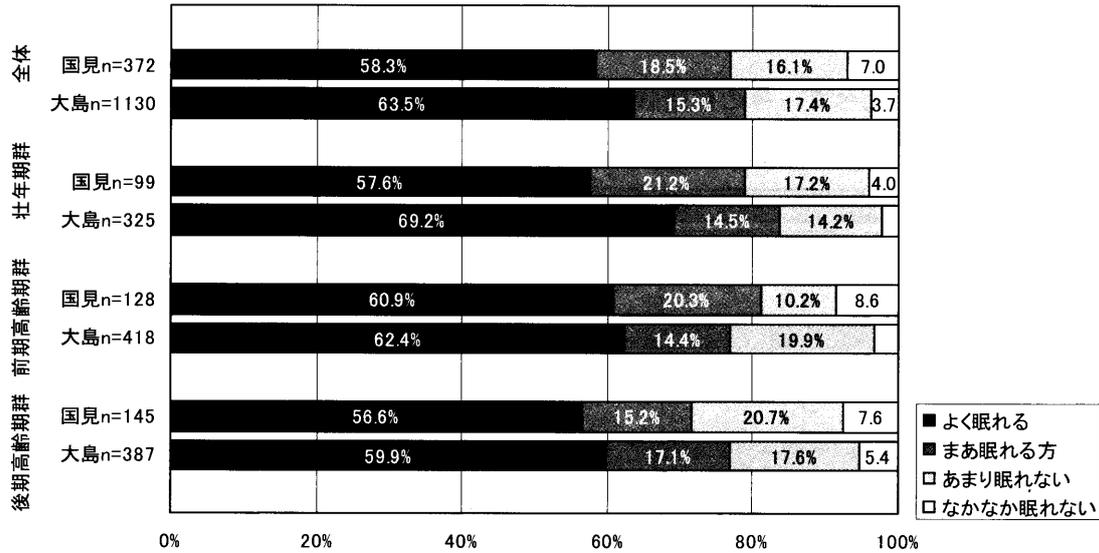
		今が健康	どちらかという今が健康	どちらかという前が健康	前の方が健康
後期高齢期群	大島 n=62	4.6%	7.7%	58.7%	29.1%
	国見 n=351	2.1%	6.3%	42.0%	43.4%
前期高齢期群	大島 n=42	4.6%	6.0%	66.4%	23.1%
	国見 n=351	4.7%	7.0%	46.1%	32.8%
壮年期群	大島 n=19	4.3%	11.3%	67.4%	17.0%
	国見 n=282	11.1%	10.1%	46.5%	19.2%
全体	大島 n=123	4.5%	8.1%	63.9%	23.5%
	国見 n=984	5.4%	7.6%	44.6%	33.2%

10年前と比べた現在の主観的健康感に関する質問で、「今が健康」「やや今が健康」を合わせて「10年前より今の方が健康」と答えた人は、48人；13.0%（大島；12.6%）であり、ほとんど差はみられなかった。

これを年代別に比較すると、壮年期群で21人；21.2%（大島；15.6%）、前期高齢期群で15人；11.7%（大島；10.6%）、後期高齢期群で12人；8.4%（大島；12.3%）であった。10年前より今の方が健康と感じている人は、壮年期群で国見の方が多く、5.6ポイントの差がみられたが、後期高齢期群では大島の方が多く、3.9ポイントの差がみられた。また国見では年齢が高い群ほど10年前の方が健康と感じているが、大島では他の2群に比べて前期高齢期群の方が10年前の方が健康と感じている人が多いという結果であった。

■睡眠

あなたはふだんよく眠れる方ですか？



		よく眠れる	まあ眠れる方	あまり眠れない	なかなか眠れない
後期高齢期群	大島 n=387	59.9%	17.1%	17.6%	5.4%
	国見 n=145	56.6%	15.2%	20.7%	7.6%
前期高齢期群	大島 n=418	62.4%	14.4%	19.9%	3.3%
	国見 n=128	60.9%	20.3%	10.2%	8.6%
壮年期群	大島 n=325	69.2%	14.5%	14.2%	2.2%
	国見 n=99	57.6%	21.2%	17.2%	4.0%
全体	大島 n=1130	63.5%	15.3%	17.4%	3.7%
	国見 n=372	58.3%	18.5%	16.1%	7.0%

「あなたはふだんよく眠れる方ですか？」という質問を「1. よく眠れる」「2. まあ眠れる方」「3. あまり眠れない」「4. なかなか眠れない」の4段階で回答してもらった。その結果「よく眠れる」と回答した人は全体で217人；58.3%（大島；63.5%）であり、大島の方が5.2ポイント高い値を示した。

年代別の比較では、「よく眠れる」と回答した人は壮年期群で57人；57.6%（大島；69.2%）、前期高齢期群で78人；60.9%（大島；62.4%）、後期高齢期群で82人；56.6%（大島；59.9%）という結果であり、壮年期群で11.6ポイント、前期高齢期群で1.5ポイント、後期高齢期群で3.3ポイントそれぞれ大島の方が高い値を示していた。

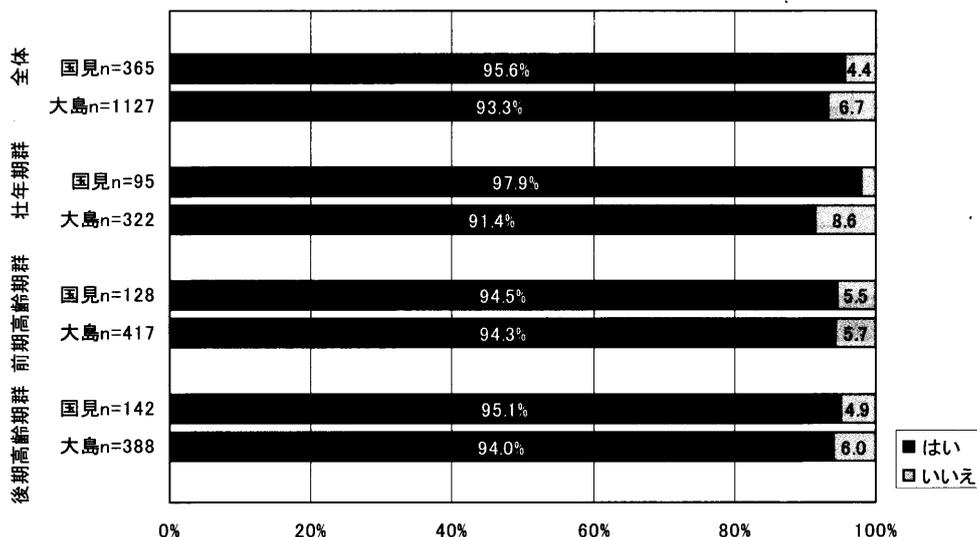
「よく眠れる」と「まあ眠れる方」を合わせて「睡眠良好群」と考えると、壮年期の78人；78.8%（大島；83.7%）、前期高齢期群の104人；81.2%（大島；76.8%）、後期高齢期群の104人；71.8%（大島；77.0%）が良好な睡眠をとっていることが明らかとなった。

64.9±6.00歳)、後期高齢期群で71.46±8.86歳(大島;73.7±9.01歳)であり、当然のことながら年齢が上の群になるに従って、老性自覚年齢が高くなっていくことが明らかとなった。また国見と大島では老性自覚年齢に違いが見られ、大島の人たちのほうが老性自覚年齢を高い年齢に感じていることが明らかとなった。

4. 生活習慣

■食生活

食事は楽しんでいますか？

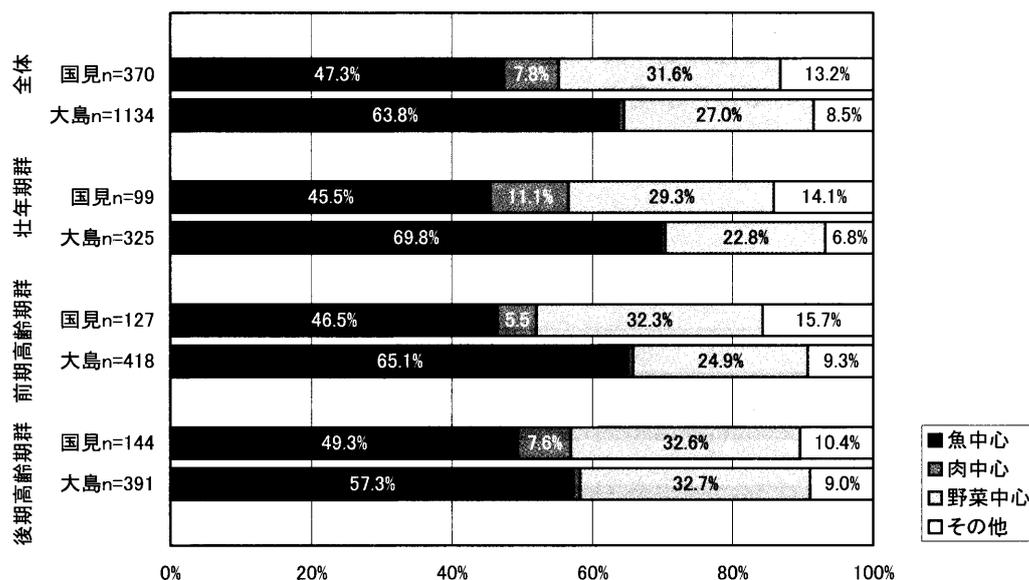


		はい	いいえ
後期高齢期群	大島 n=388	94.0%	6.0%
	国見 n=142	95.1%	4.9%
前期高齢期群	大島 n=417	94.3%	5.7%
	国見 n=128	94.5%	5.5%
壮年期群	大島 n=322	91.4%	8.6%
	国見 n=95	97.9%	2.1%
全体	大島 n=1127	93.3%	6.7%
	国見 n=365	95.6%	4.4%

「食事は楽しんでいますか？」という質問で、「楽しんでいる」と回答したのは全体で349人；95.6%（大島；93.3%）で全体の9割以上は食事を楽しんでいるという結果であった。

これを年代別にみると壮年期群で93人；97.9%（大島；91.4%）、前期高齢期群で121人；94.5%（大島；94.3%）、後期高齢期群で135人；95.1%（大島；94.0%）であり、9割の人たちは食事を楽しんでとっているという結果であった。食事を楽しんでいるという回答は、全体で国見の方が2.3ポイント高く、壮年期群では6.5ポイント、前期高齢期群で0.2ポイント、後期高齢期群で1.1ポイントとすべての年齢群において国見の方が高い値を示していた。

あなたの家の食事は、「魚」「肉」「野菜」のうち何が中心になっていますか？



		魚中心	肉中心	野菜中心	その他
後期高齢期群	大島 n=391	57.3%	1.0%	32.7%	9.0%
	国見 n=144	49.3%	7.6%	32.6%	10.4%
前期高齢期群	大島 n=418	65.1%	0.7%	24.9%	9.3%
	国見 n=127	46.5%	5.5%	32.3%	15.7%
壮年期群	大島 n=325	69.8%	0.6%	22.8%	6.8%
	国見 n=99	45.5%	11.1%	29.3%	14.1%
全体	大島 n=1134	63.8%	0.8%	27.0%	8.5%
	国見 n=370	47.3%	7.8%	31.6%	13.2%

「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？」という質問では、全体として「魚中心」が175人；47.3%（大島；63.8%）、「肉中心」は29人；7.8%（大島；0.8%）、「野菜中心」が117人；31.6%（大島；27.0%）であり、どちらの地区も「魚中心」がもっとも多いという結果であったが、「魚中心の食生活」に関しては大島の方が16.5ポイント高い値を示していた。

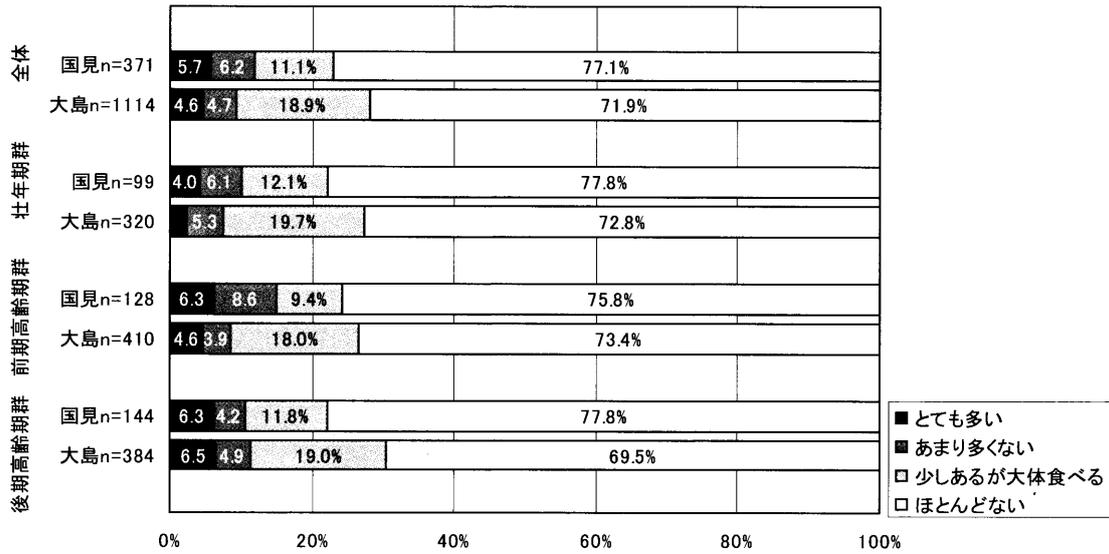
食生活の中心を年代別に比較すると、「魚中心」が壮年期群で45人；45.5%（大島；69.8%）、前期高齢期群で59人；46.5%（大島；65.1%）、後期高齢期群で71人；49.3%（大島；57.3%）であり、大島の方が壮年期群で24.3ポイント、前期高齢期群で18.6ポイント、後期高齢期群で8ポイント高い値を示していた。

また「野菜中心」と回答したのは壮年期群で29人；29.3%（大島；22.8%）、前期高齢期群で41人；32.3%（大島；24.9%）、後期高齢期群で47人；32.6%（大島；32.7%）、であり、壮年期で6.5ポイント、前期高齢期群で7.4ポイント国見の方が高い値を示していた。

「肉中心」の解答は壮年期で11人；11.1%（大島；0.6%）、前期高齢期で7人；5.5%（大島；0.7%）、後期高齢期で11人；7.6%（大島；1.0%）であり、魚中心や魚中心に比べると低い値であったが、特に大島では極端に低い値を示していた。

■食べ物の好き嫌い

食べ物の好き嫌いは多い方ですか？

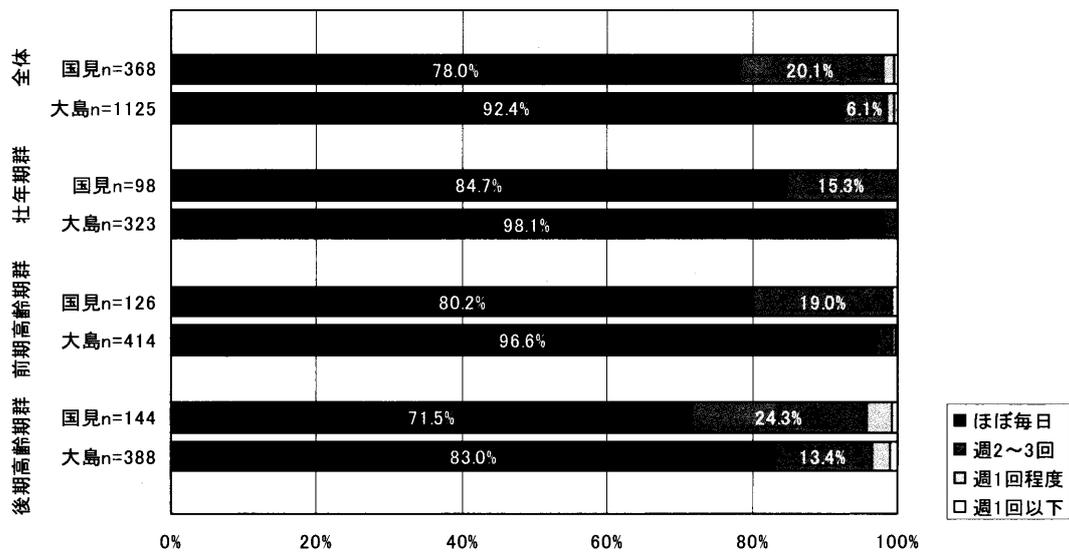


		とても多い	あまり多くない	少しあるが 大体食べる	ほとんどない
後期高齢期群	大島 n=384	6.5%	4.9%	19.0%	69.5%
	国見 n=144	6.3%	4.2%	11.8%	77.8%
前期高齢期群	大島 n=410	4.6%	3.9%	18.0%	73.4%
	国見 n=128	6.3%	8.6%	9.4%	75.8%
壮年期群	大島 n=320	2.2%	5.3%	19.7%	72.8%
	国見 n=99	4.0%	6.1%	12.1%	77.8%
全体	大島 n=1114	4.6%	4.7%	18.9%	71.9%
	国見 n=371	5.7%	6.2%	11.1%	77.1%

「食べ物の好き嫌いは多い方ですか？」の質問では、「ほとんどない」と回答した人は全体で286人；77.1%（大島；71.9%）であり、「少しあるがほとんど食べる」という人を合わせると327人；88.2%（大島；90.8%）の人は食べ物の好き嫌いがあまりないという結果であった。年代別の比較では、壮年期群で好き嫌いのあまりない人は89人；89.9%（大島；92.5%）、前期高齢期群で109人；85.2%（大島；91.5%）、後期高齢期群で129人；89.6%（大島；88.5%）という結果であり、両地区とも8割以上の人たちは食べ物の好き嫌いがほとんどないという結果であった。

■入浴

お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？

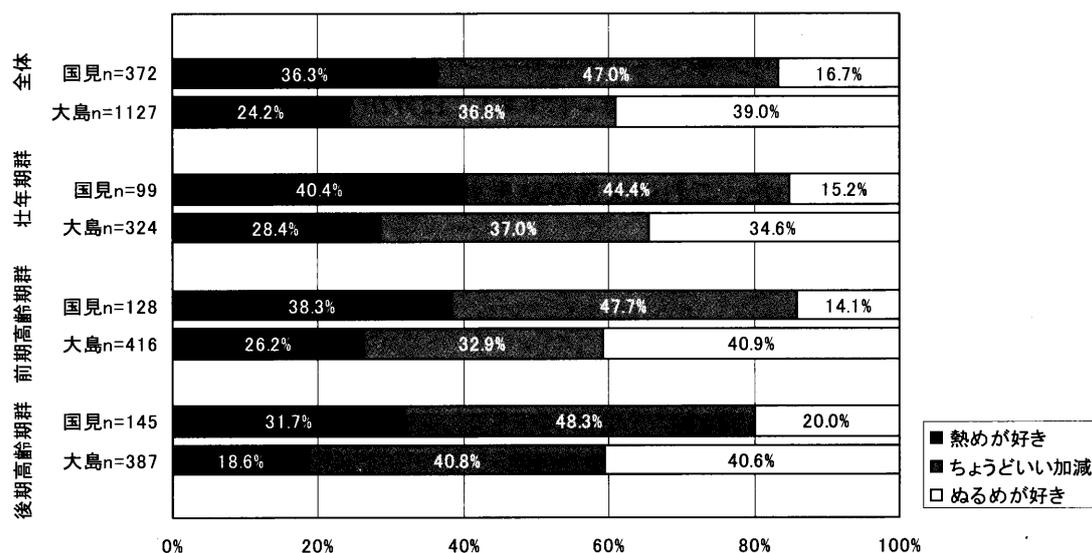


		ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下
後期高齢期群	大島 n=388	83.0%	13.4%	2.6%	1.0%
	国見 n=144	71.5%	24.3%	3.5%	0.7%
前期高齢期群	大島 n=414	96.6%	2.7%	0.5%	0.2%
	国見 n=126	80.2%	19.0%	0.0%	0.8%
壮年期群	大島 n=323	98.1%	1.9%	0.0%	0.0%
	国見 n=98	84.7%	15.3%	0.0%	0.0%
全体	大島 n=1125	92.4%	6.1%	1.1%	0.4%
	国見 n=368	78.0%	20.1%	1.4%	0.5%

「お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？」という質問では、「毎日入っている」と回答した人は全体で287人；78.0%（大島；92.4%）であり、毎日お風呂に入っている人は大島に多く見られ、国見と14.4ポイントの差がみられた。

これを年代別にみると壮年期群で83人；84.7%（大島；98.1%）、前期高齢期群で101人；80.2%（大島；96.6%）、後期高齢期群で103人；71.5%（大島；83.0%）であり、大島の方が壮年期群で13.4ポイント、前期高齢期群で16.4ポイント、後期高齢期群で11.5ポイント高い値を示しており、いずれの年齢群でも大島の方が毎日お風呂に入る人が多いという結果であった。

お風呂の好みの熱さはどうですか？



		熱めが好き	ちょうどいい加減	ぬるめが好き
後期高齢期群	大島 n=387	18.6%	40.8%	40.6%
	国見 n=145	31.7%	48.3%	20.0%
前期高齢期群	大島 n=416	26.2%	32.9%	40.9%
	国見 n=128	38.3%	47.7%	14.1%
壮年期群	大島 n=324	28.4%	37.0%	34.6%
	国見 n=99	40.4%	44.4%	15.2%
全体	大島 n=1127	24.2%	36.8%	39.0%
	国見 n=372	36.3%	47.0%	16.7%

入浴の好みの熱さに関しては、「熱めが好き」と回答した人は、全体で135人；36.3%（大島；24.2%）、「ちょうどいい加減が好き」は175人；47.0%（大島；36.8%）、「ぬるめが好き」は62人；16.7%（大島；39.0%）であった。「熱めが好き」では12.1ポイント国見の方が高く、「ぬるめが好き」では22.3ポイント大島の方が高い値を示していた。

これを年代別にみると、壮年期群で「熱めが好き」と回答したのは40人；40.4%（大島；28.4%）、前期高齢期群で49人；38.3%（大島；26.2%）、後期高齢期群で46人；31.7%（大島；18.6%）であり、国見の方が、壮年期群で12ポイント、前期高齢期群で12.1ポイント、後期高齢期群で13.1ポイント高い値を示していた。

また「ちょうどいい加減が好き」の回答は、壮年期群で44人；44.4%（大島；37.0%）、前期高齢期群で61人；47.7%（大島；32.9%）、後期高齢期群で70人；48.3%（大島；40.8%）であり、国見の方が、壮年期群で7.4ポイント、前期高齢期群で14.8ポイント、後期高齢期群で7.5ポイント高い値を示していた。

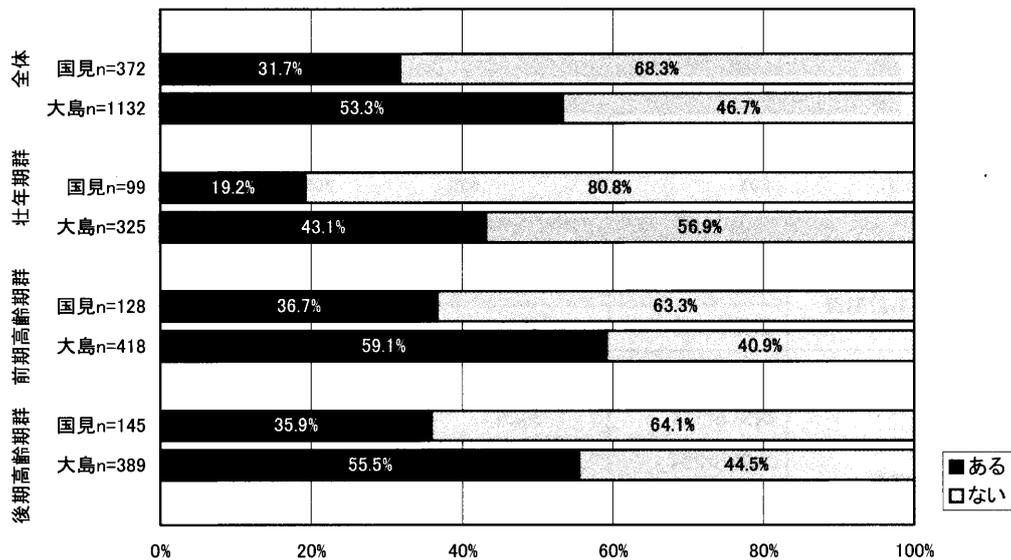
「ぬるめが好き」では壮年期群が15人；15.2%（大島；34.6%）、前期高齢期群18人；14.1%（大島；40.9%）、後期高齢期群29人；20.0%（大島；40.6%）であり、大島の方が、壮年期群で19.4ポイント、前期高齢期群で26.8ポイント、後期高齢期群で20.6ポイント高い値を示していた。

全体的にみると、お風呂の好みの熱さに関しては国見で熱めが好き人が多い、大島でぬるめが好きという人が多いという結果であった。

入浴時間に関しては、全体を通して20分と回答した人が97人；26.1%人（大島；20.8%）と最も多く、30分が92人；24.8%（大島；15.8%）、15分が79人；21.3%（大島；20.0%）、10分が43人；11.6%人（大島；27.6%）の順であり、全体としては入浴時間が20分以内の入浴時間が半数を超えていた。これは大島の結果も同様であった。

■昼寝の習慣

昼寝の習慣はありますか？



		ある	ない
後期高齢期群	大島 n=389	55.5%	44.5%
	国見 n=145	35.9%	64.1%
前期高齢期群	大島 n=418	59.1%	40.9%
	国見 n=128	36.7%	63.3%
壮年期群	大島 n=325	43.1%	56.9%
	国見 n=99	19.2%	80.8%
全体	大島 n=1132	53.3%	46.7%
	国見 n=372	31.7%	68.3%

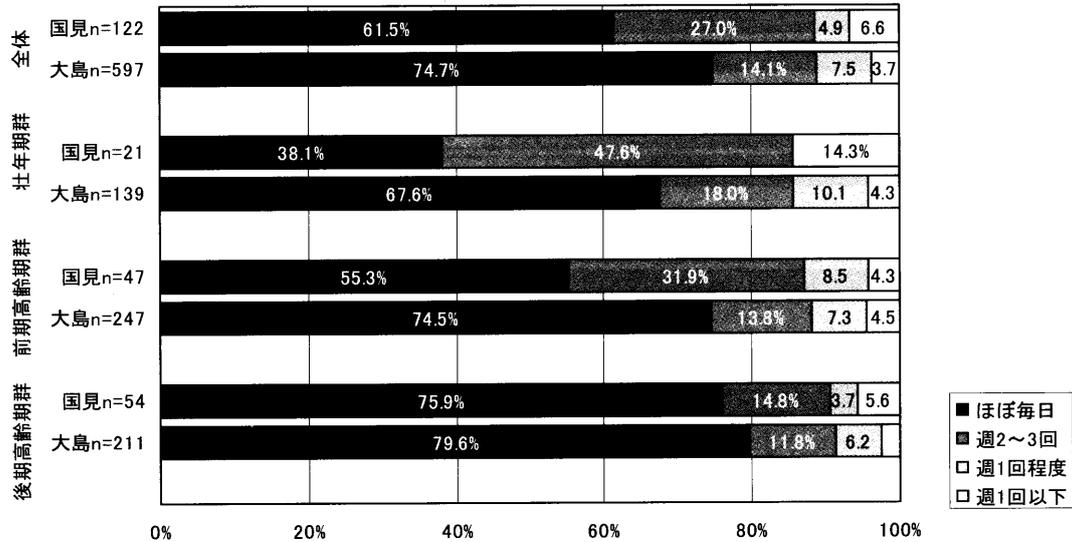
「昼寝の習慣はありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は全体で118人；31.7%（大島；53.3%）であり、大島では昼寝の習慣のある人が半数を超えていて国見に比べて21.6ポイント高い値を示していた。

これを年代別に比較すると「昼寝の習慣がある」と回答した人は壮年期群で19人；19.2%（大島；43.1%）、前期高齢期群で47人；36.7%（大島；59.1%）、後期高齢期群で52人；35.9%（大島；55.5%）であり大島の方が、壮年期群で23.9ポイント、前期高齢期群で22.4ポイント、後期高齢期群で19.6ポイント高い値を示していた。

また国見では高い年齢群になるにしたがって昼寝の習慣がある人が多くなるが、大島で

は昼寝の習慣が一律に高い値を示していた。

昼寝はどのくらいの頻度ですか？



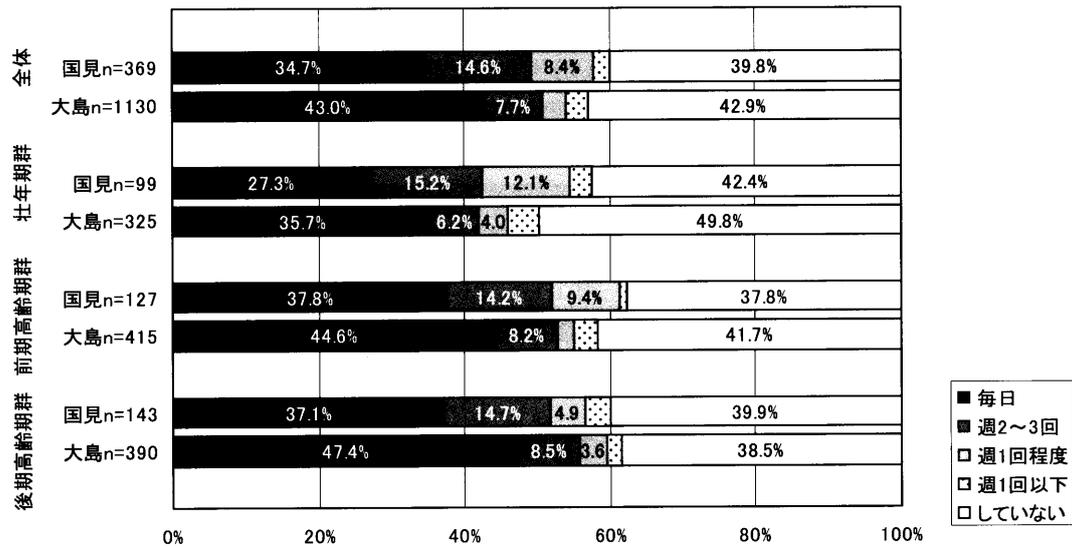
		ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下
後期高齢期群	大島 n=211	79.6%	11.8%	6.2%	2.4%
	国見 n=54	75.9%	14.8%	3.7%	5.6%
前期高齢期群	大島 n=247	74.5%	13.8%	7.3%	4.5%
	国見 n=47	55.3%	31.9%	8.5%	4.3%
壮年期群	大島 n=139	67.6%	18.0%	10.1%	4.3%
	国見 n=21	38.1%	47.6%	0.0%	14.3%
全体	大島 n=597	74.7%	14.1%	7.5%	3.7%
	国見 n=122	61.5%	27.0%	4.9%	6.6%

昼寝の習慣がある人の中で、「ほぼ毎日」と答えた人は、壮年期群で8人；38.1%（大島；67.6%）、前期高齢期群で26人；55.3%（大島；74.5%）、後期高齢期群で41人；75.9%（大島；79.6%）であり、大島の方が、壮年期群で29.5ポイント、前期高齢期群19.2ポイント、後期高齢期群で3.7ポイント高い値を示していた。また高い年齢群になるほど2つの地域の差が接近することが明らかとなり、国見では毎日昼寝をする人は高い年代になるほど増えていく傾向が見られたが、大島では年代に関係なく毎日昼寝をする習慣が多いという結果であった。

「昼寝の時間」に関しては、30分以内と回答した人が65人；56.0%（大島；47.1%）30分以上と回答した人が51人；44.0%（大島；52.9%）であり、大島の方に昼寝の時間が長い人がわずかに多い傾向が認められた。

■健康のための運動

ふだん健康のために何か運動をしていますか？



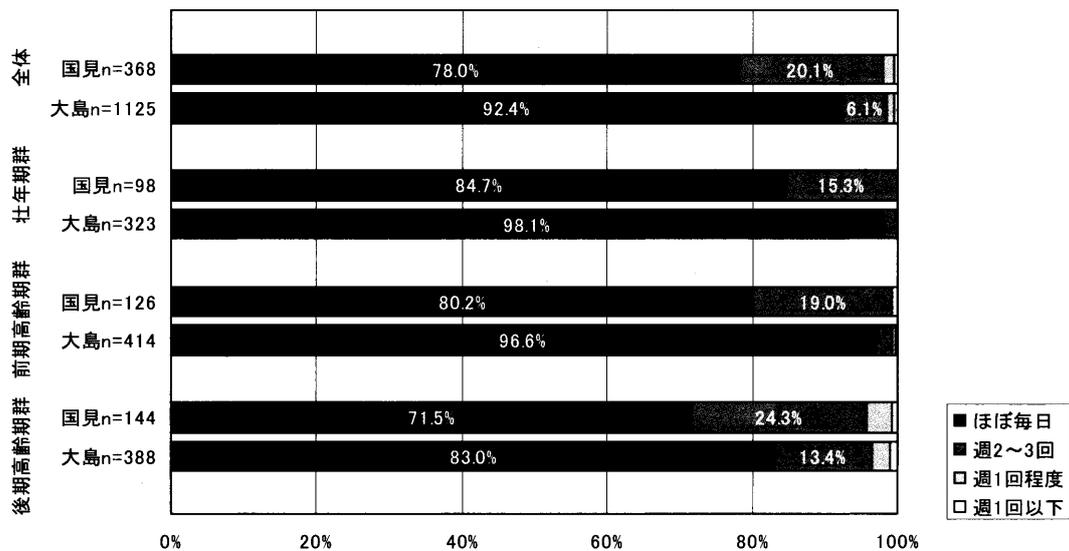
		毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	していない
後期高齢期群	大島 n=390	47.4%	8.5%	3.6%	2.1%	38.5%
	国見 n=143	37.1%	14.7%	4.9%	3.5%	39.9%
前期高齢期群	大島 n=415	44.6%	8.2%	2.2%	3.4%	41.7%
	国見 n=127	37.8%	14.2%	9.4%	0.8%	37.8%
壮年期群	大島 n=325	35.7%	6.2%	4.0%	4.3%	49.8%
	国見 n=99	27.3%	15.2%	12.1%	3.0%	42.4%
全体	大島 n=1130	43.0%	7.7%	3.2%	3.2%	42.9%
	国見 n=369	34.7%	14.6%	8.4%	2.4%	39.8%

「ふだん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128人；34.7%（大島；43.0%）であり、大島の方が8.3ポイント高い値であった。

年代別に比較すると、毎日運動している人は壮年期群で27人；27.3%（大島；35.7%）、前期高齢期群で48人；37.8%（大島；44.6%）、後期高齢期群で53人；37.1%（大島；47.4%）であり、大島の方が壮年期で8.4ポイント、前期高齢期で6.8ポイント、後期高齢期で10.3ポイント高い値を示していた。国見では前期高齢期群と後期高齢期群にそれほど大きな差はみられなかったが、大島では後期高齢期群の方が毎日の運動をしていることが明らかとなった。

■入浴

お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？

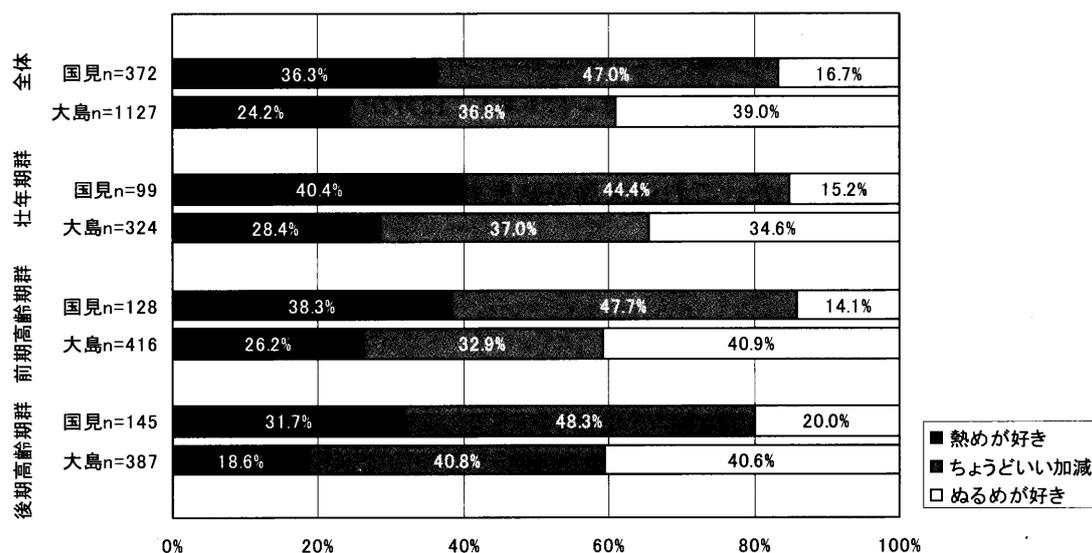


		ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下
後期高齢期群	大島 n=388	83.0%	13.4%	2.6%	1.0%
	国見 n=144	71.5%	24.3%	3.5%	0.7%
前期高齢期群	大島 n=414	96.6%	2.7%	0.5%	0.2%
	国見 n=126	80.2%	19.0%	0.0%	0.8%
壮年期群	大島 n=323	98.1%	1.9%	0.0%	0.0%
	国見 n=98	84.7%	15.3%	0.0%	0.0%
全体	大島 n=1125	92.4%	6.1%	1.1%	0.4%
	国見 n=368	78.0%	20.1%	1.4%	0.5%

「お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？」という質問では、「毎日入っている」と回答した人は全体で287人；78.0%（大島；92.4%）であり、毎日お風呂に入っている人は大島に多く見られ、国見と14.4ポイントの差がみられた。

これを年代別にみると壮年期群で83人；84.7%（大島；98.1%）、前期高齢期群で101人；80.2%（大島；96.6%）、後期高齢期群で103人；71.5%（大島；83.0%）であり、大島の方が壮年期群で13.4ポイント、前期高齢期群で16.4ポイント、後期高齢期群で11.5ポイント高い値を示しており、いずれの年齢群でも大島の方が毎日お風呂に入る人が多いという結果であった。

お風呂の好みの熱さはどうですか？



		熱めが好き	ちょうどいい加減	ぬるめが好き
後期高齢期群	大島 n=387	18.6%	40.8%	40.6%
	国見 n=145	31.7%	48.3%	20.0%
前期高齢期群	大島 n=416	26.2%	32.9%	40.9%
	国見 n=128	38.3%	47.7%	14.1%
壮年期群	大島 n=324	28.4%	37.0%	34.6%
	国見 n=99	40.4%	44.4%	15.2%
全体	大島 n=1127	24.2%	36.8%	39.0%
	国見 n=372	36.3%	47.0%	16.7%

入浴の好みの熱さに関しては、「熱めが好き」と回答した人は、全体で135人；36.3%（大島；24.2%）、「ちょうどいい加減が好き」は175人；47.0%（大島；36.8%）、「ぬるめが好き」は62人；16.7%（大島；39.0%）であった。「熱めが好き」では12.1ポイント国見の方が高く、「ぬるめが好き」では22.3ポイント大島の方が高い値を示していた。

これを年代別にみると、壮年期群で「熱めが好き」と回答したのは40人；40.4%（大島；28.4%）、前期高齢期群で49人；38.3%（大島；26.2%）、後期高齢期群で46人；31.7%（大島；18.6%）であり、国見の方が、壮年期群で12ポイント、前期高齢期群で12.1ポイント、後期高齢期群で13.1ポイント高い値を示していた。

また「ちょうどいい加減が好き」の回答は、壮年期群で44人；44.4%（大島；37.0%）、前期高齢期群で61人；47.7%（大島；32.9%）、後期高齢期群で70人；48.3%（大島；40.8%）であり、国見の方が、壮年期群で7.4ポイント、前期高齢期群で14.8ポイント、後期高齢期群で7.5ポイント高い値を示していた。

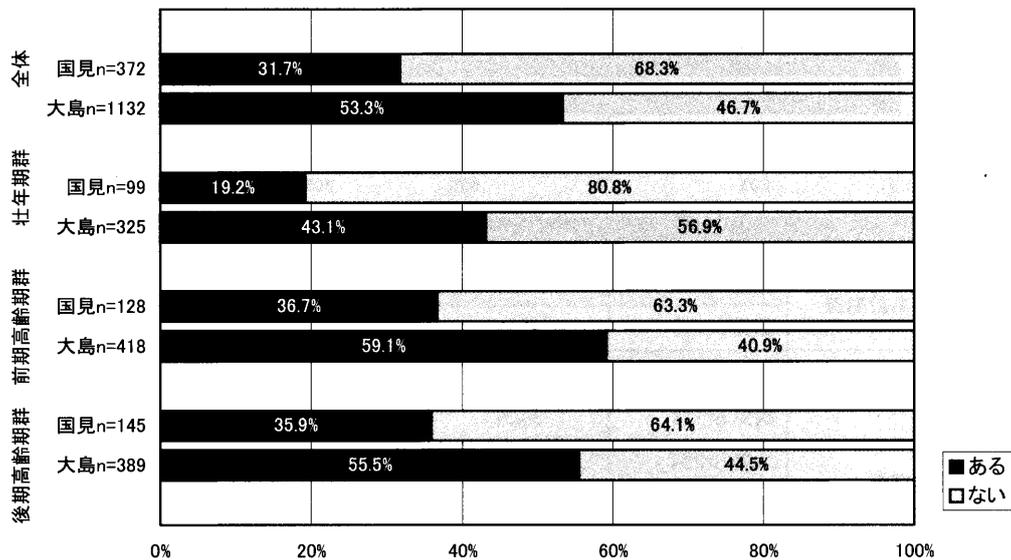
「ぬるめが好き」では壮年期群が15人；15.2%（大島；34.6%）、前期高齢期群18人；14.1%（大島；40.9%）、後期高齢期群29人；20.0%（大島；40.6%）であり、大島の方が、壮年期群で19.4ポイント、前期高齢期群で26.8ポイント、後期高齢期群で20.6ポイント高い値を示していた。

全体的にみると、お風呂の好みの熱さに関しては国見で熱めが好き人が多い、大島でぬるめが好きという人が多いという結果であった。

入浴時間に関しては、全体を通して20分と回答した人が97人；26.1%人（大島；20.8%）と最も多く、30分が92人；24.8%（大島；15.8%）、15分が79人；21.3%（大島；20.0%）、10分が43人；11.6%人（大島；27.6%）の順であり、全体としては入浴時間が20分以内の入浴時間が半数を超えていた。これは大島の結果も同様であった。

■昼寝の習慣

昼寝の習慣はありますか？



		ある	ない
後期高齢期群	大島 n=389	55.5%	44.5%
	国見 n=145	35.9%	64.1%
前期高齢期群	大島 n=418	59.1%	40.9%
	国見 n=128	36.7%	63.3%
壮年期群	大島 n=325	43.1%	56.9%
	国見 n=99	19.2%	80.8%
全体	大島 n=1132	53.3%	46.7%
	国見 n=372	31.7%	68.3%

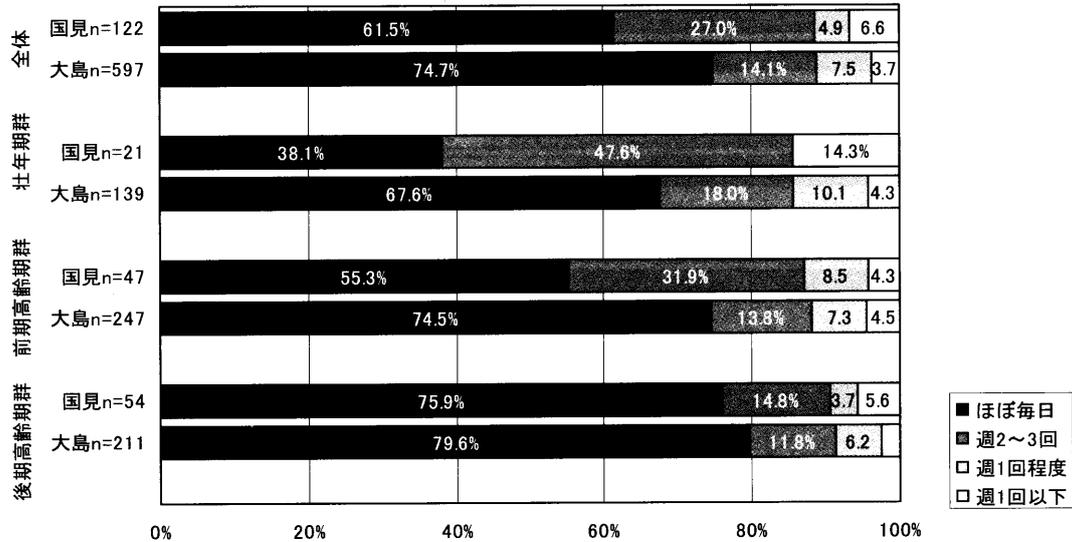
「昼寝の習慣はありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は全体で118人；31.7%（大島；53.3%）であり、大島では昼寝の習慣のある人が半数を超えていて国見に比べて21.6ポイント高い値を示していた。

これを年代別に比較すると「昼寝の習慣がある」と回答した人は壮年期群で19人；19.2%（大島；43.1%）、前期高齢期群で47人；36.7%（大島；59.1%）、後期高齢期群で52人；35.9%（大島；55.5%）であり大島の方が、壮年期群で23.9ポイント、前期高齢期群で22.4ポイント、後期高齢期群で19.6ポイント高い値を示していた。

また国見では高い年齢群になるにしたがって昼寝の習慣がある人が多くなるが、大島で

は昼寝の習慣が一律に高い値を示していた。

昼寝はどのくらいの頻度ですか？



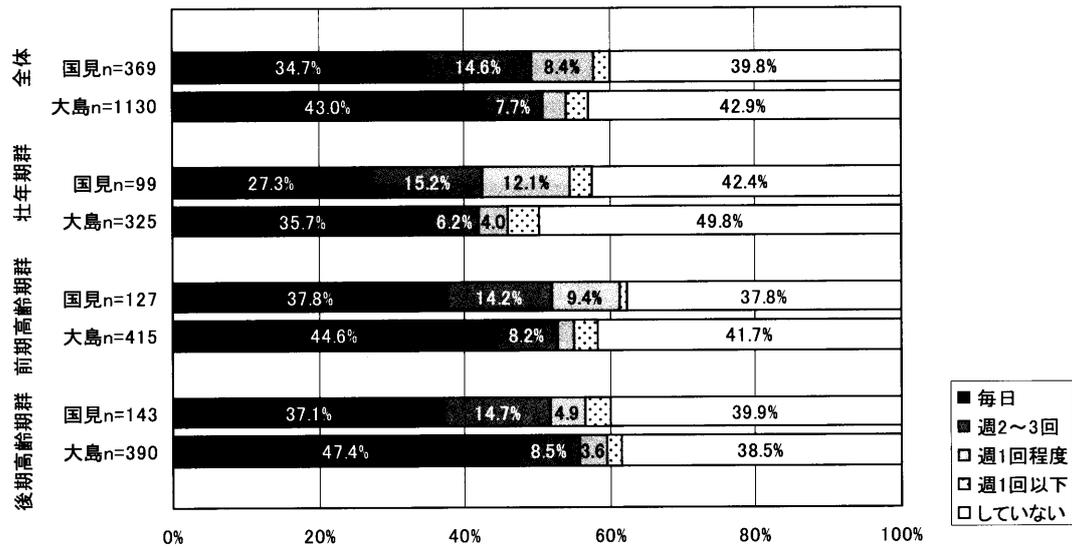
		ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下
後期高齢期群	大島 n=211	79.6%	11.8%	6.2%	2.4%
	国見 n=54	75.9%	14.8%	3.7%	5.6%
前期高齢期群	大島 n=247	74.5%	13.8%	7.3%	4.5%
	国見 n=47	55.3%	31.9%	8.5%	4.3%
壮年期群	大島 n=139	67.6%	18.0%	10.1%	4.3%
	国見 n=21	38.1%	47.6%	0.0%	14.3%
全体	大島 n=597	74.7%	14.1%	7.5%	3.7%
	国見 n=122	61.5%	27.0%	4.9%	6.6%

昼寝の習慣がある人の中で、「ほぼ毎日」と答えた人は、壮年期群で8人；38.1%（大島；67.6%）、前期高齢期群で26人；55.3%（大島；74.5%）、後期高齢期群で41人；75.9%（大島；79.6%）であり、大島の方が、壮年期群で29.5ポイント、前期高齢期群19.2ポイント、後期高齢期群で3.7ポイント高い値を示していた。また高い年齢群になるほど2つの地域の差が接近することが明らかとなり、国見では毎日昼寝をする人は高い年代になるほど増えていく傾向が見られたが、大島では年代に関係なく毎日昼寝をする習慣が多いという結果であった。

「昼寝の時間」に関しては、30分以内と回答した人が65人；56.0%（大島；47.1%）30分以上と回答した人が51人；44.0%（大島；52.9%）であり、大島の方に昼寝の時間が長い人がわずかに多い傾向が認められた。

健康のための運動

ふだん健康のために何か運動をしていますか？



		毎日	週2~3回	週1回程度	週1回以下	していない
後期高齢期群	大島 n=390	47.4%	8.5%	3.6%	2.1%	38.5%
	国見 n=143	37.1%	14.7%	4.9%	3.5%	39.9%
前期高齢期群	大島 n=415	44.6%	8.2%	2.2%	3.4%	41.7%
	国見 n=127	37.8%	14.2%	9.4%	0.8%	37.8%
壮年期群	大島 n=325	35.7%	6.2%	4.0%	4.3%	49.8%
	国見 n=99	27.3%	15.2%	12.1%	3.0%	42.4%
全体	大島 n=1130	43.0%	7.7%	3.2%	3.2%	42.9%
	国見 n=369	34.7%	14.6%	8.4%	2.4%	39.8%

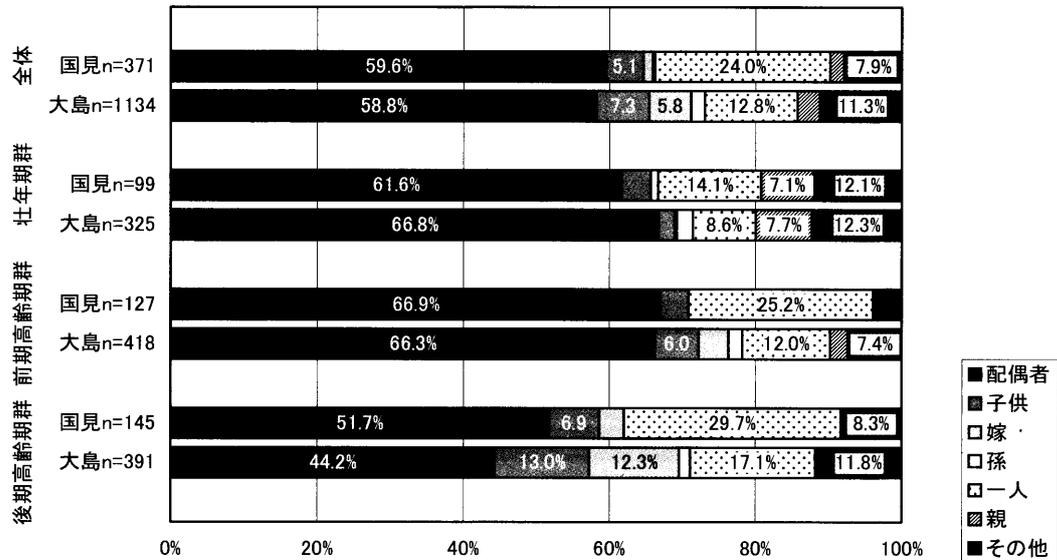
「ふだん健康のために何か運動をしていますか？」という質問では、「毎日運動している」と回答した人は全体で128人；34.7%（大島；43.0%）であり、大島の方が8.3ポイント高い値であった。

年代別に比較すると、毎日運動している人は壮年期群で27人；27.3%（大島；35.7%）、前期高齢期群で48人；37.8%（大島；44.6%）、後期高齢期群で53人；37.1%（大島；47.4%）であり、大島の方が壮年期で8.4ポイント、前期高齢期で6.8ポイント、後期高齢期で10.3ポイント高い値を示していた。国見では前期高齢期群と後期高齢期群にそれほど大きな差はみられなかったが、大島では後期高齢期群の方が毎日の運動をしていることが明らかとなった。

7. 対人交流

■家で一緒に過ごす相手

家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？



		配偶者	子供	嫁	孫	一人	親	その他
後期高齢期群	大島 n=391	44.2%	13.0%	12.3%	1.5%	17.1%	0.0%	11.8%
	国見 n=145	51.7%	6.9%	3.4%	0.0%	29.7%	0.0%	8.3%
前期高齢期群	大島 n=418	66.3%	6.0%	4.1%	1.9%	12.0%	2.4%	7.4%
	国見 n=127	66.9%	3.9%	0.0%	0.0%	25.2%	0.0%	3.9%
壮年期群	大島 n=325	66.8%	2.2%	0.3%	2.2%	8.6%	7.7%	12.3%
	国見 n=99	61.6%	4.0%	0.0%	1.0%	14.1%	7.1%	12.1%
全体	大島 n=1134	58.8%	7.3%	5.8%	1.9%	12.8%	3.1%	11.3%
	国見 n=371	59.6%	5.1%	1.3%	0.3%	24.0%	1.9%	7.9%

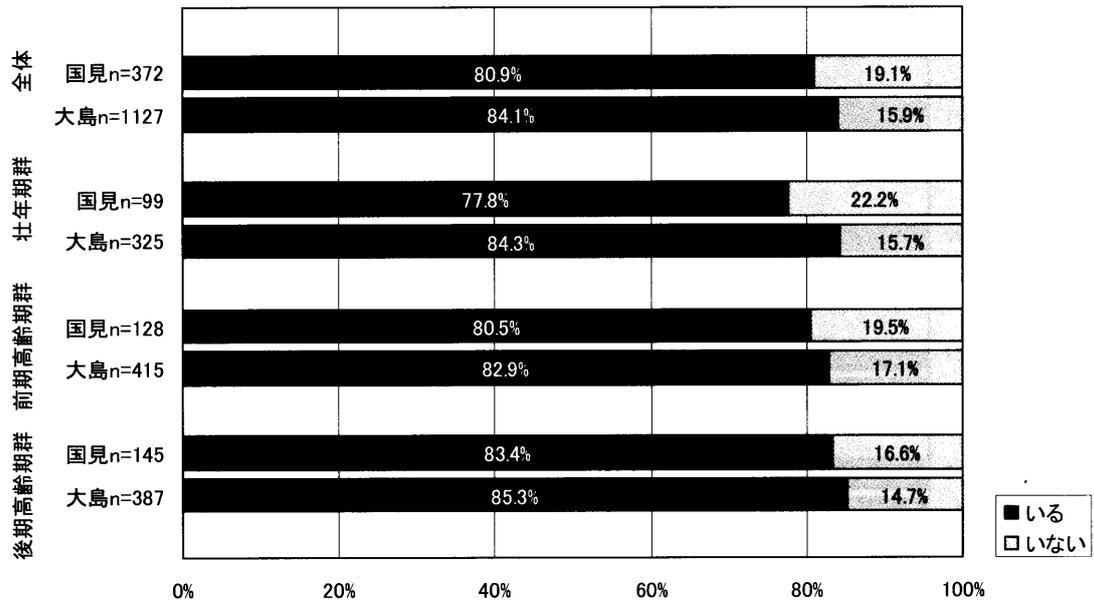
「家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？」という質問では、「配偶者」と回答した人が全体の221人；59.6%（大島；58.8%）であり国見、大島とも共通して最も多かった。

「配偶者」と回答した人を年代別に見ると、壮年期群で61人；61.6%（大島；66.8%）、前期高齢期群で85人；66.9%（大島；66.3%）、後期高齢期群で75人；51.7%（大島；44.2%）であり、後期高齢期群が他の2群に比べて低い値を示していた。これは後期高齢期群になると有配偶者率が低くなるためと思われる。

年代別の比較では、壮年期群で大島の方が5.2ポイントと高かったが、前期高齢期群と後期高齢期群ではそれぞれ0.6ポイントと7.5ポイント国見が高いという結果であった。

■同居していない子供との連絡

一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？

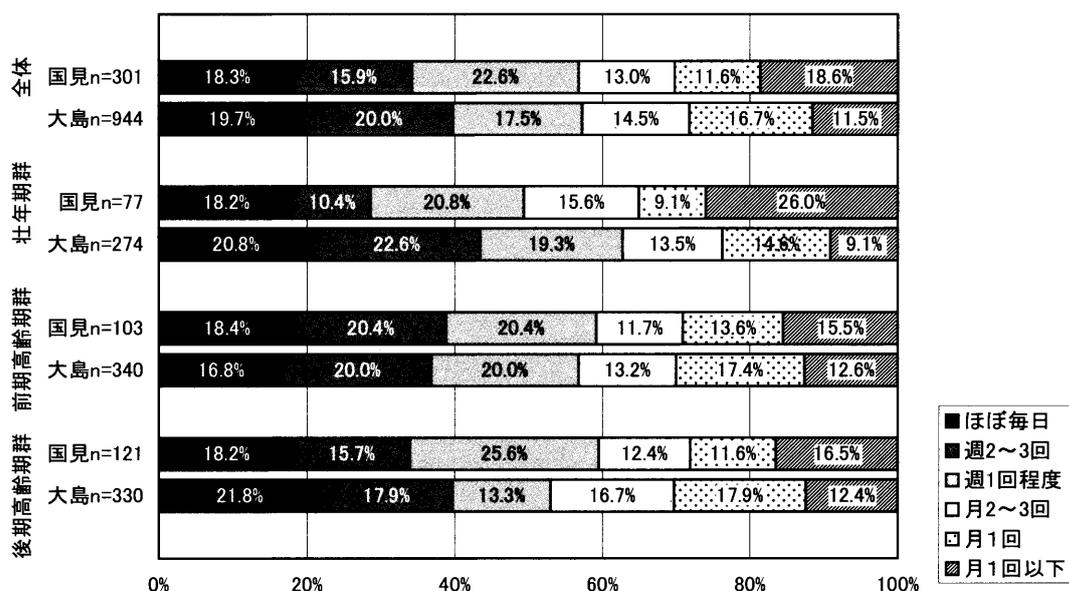


		いる	いない
後期高齢期群	大島 n=387	85.3%	14.7%
	国見 n=145	83.4%	16.6%
前期高齢期群	大島 n=415	82.9%	17.1%
	国見 n=128	80.5%	19.5%
壮年期群	大島 n=325	84.3%	15.7%
	国見 n=99	77.8%	22.2%
全体	大島 n=1127	84.1%	15.9%
	国見 n=372	80.9%	19.1%

「一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？」という質問では、「いる」と回答した人が全体で301人；80.9%（大島；84.1%）であり、大島の方が3.2ポイント高い値であった。

年代別にみると、壮年期群で77人；77.8%（大島；84.3%）、前期高齢期群で103人；80.5%（大島；82.9%）、後期高齢期群で121人；83.4%（大島；85.3%）であり、3群ともほぼ8割を超えていた。地区別の比較では大島がわずかに多く、壮年期群で6.5ポイント、前期高齢期群で2.4ポイント、後期高齢期群で1.9ポイント高いという結果であった。

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



		ほぼ毎日	週2~3回	週1回程度	月2~3回	月1回	月1回以下
後期高齢期群	大島 n=330	21.8%	17.9%	13.3%	16.7%	17.9%	12.4%
	国見 n=121	18.2%	15.7%	25.6%	12.4%	11.6%	16.5%
前期高齢期群	大島 n=340	16.8%	20.0%	20.0%	13.2%	17.4%	12.6%
	国見 n=103	18.4%	20.4%	20.4%	11.7%	13.6%	15.5%
壮年期群	大島 n=274	20.8%	22.6%	19.3%	13.5%	14.6%	9.1%
	国見 n=77	18.2%	10.4%	20.8%	15.6%	9.1%	26.0%
全体	大島 n=944	19.7%	20.0%	17.5%	14.5%	16.7%	11.5%
	国見 n=301	18.3%	15.9%	22.6%	13.0%	11.6%	18.6%

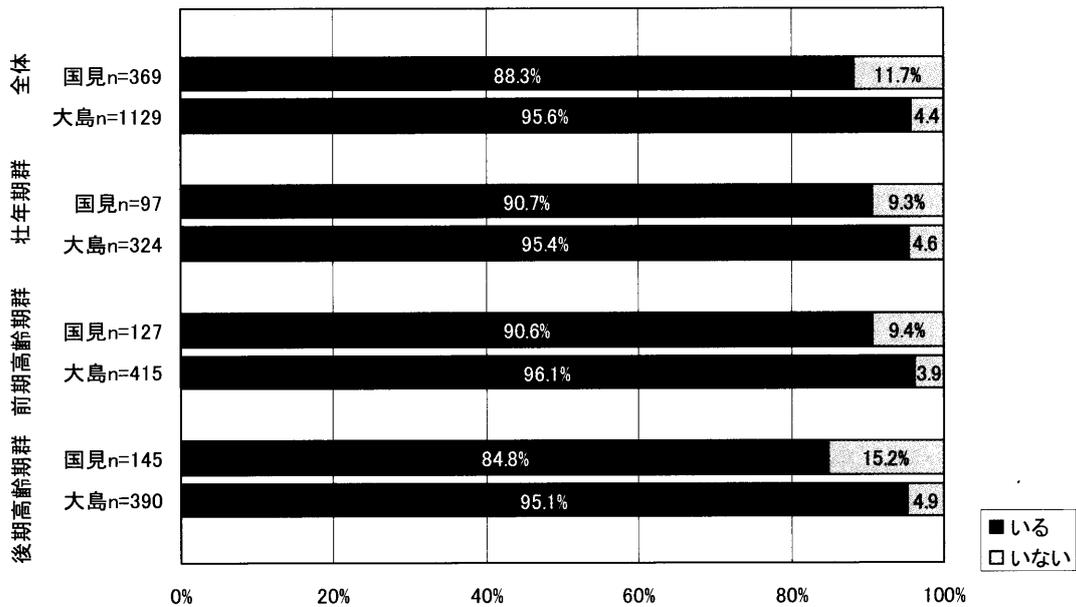
また「同居していないお子さん全員を合計していただきたい何回くらい会ったり電話で話したりしていますか？」という質問では、同居していない子供がいる人301人のうち171人；56.8%（大島；57.2%）の人が週1回以上連絡を取り合っていることが明らかとなり、両地区とも同様の結果を示していた。

年代別では、壮年期群で38人；49.4%（大島；62.7%）、前期高齢期群で61人；59.2%（大島；56.8%）、後期高齢期群で72人；59.5%（大島；53.0%）の人たちが週1回以上連絡を取り合っているという結果であった。

地区別の比較では壮年期群で13.3ポイント大島が高いが、前期高齢期群と後期高齢期群では国見の方がそれぞれ2.4ポイントと6.5ポイント高いという結果であった。

■ 親戚付き合い

ふだんつきあいのある親戚はいますか？



		いる	いない
後期高齢期群	大島 n=390	95.1%	4.9%
	国見 n=145	84.8%	15.2%
前期高齢期群	大島 n=415	96.1%	3.9%
	国見 n=127	90.6%	9.4%
壮年期群	大島 n=324	95.4%	4.6%
	国見 n=97	90.7%	9.3%
全体	大島 n=1129	95.6%	4.4%
	国見 n=369	88.3%	11.7%

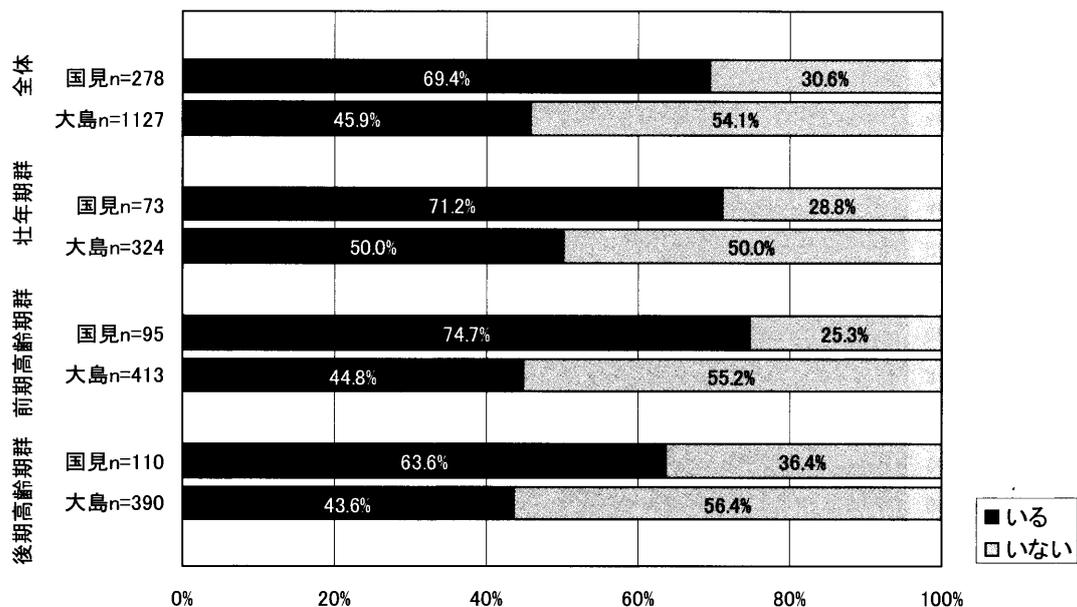
「ふだんつきあいのある親戚はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人が全体で326人；88.3%（大島；95.6%）であり、大島の方が7.3ポイント高い値を示していた。

年代別の比較では、壮年期群で88人；90.7%（大島；95.4%）、前期高齢期群で115人；90.6%（大島；96.1%）、後期高齢期群で123人；84.8%（大島；95.1%）という結果であった。

地区別の比較では、大島の方が壮年期群で4.7ポイント、前期高齢期群で5.5ポイント、後期高齢期群で10.3ポイント高いという結果であった。

■余暇活動を一緒に行う相手

趣味や余暇活動と一緒にやる人はいますか？



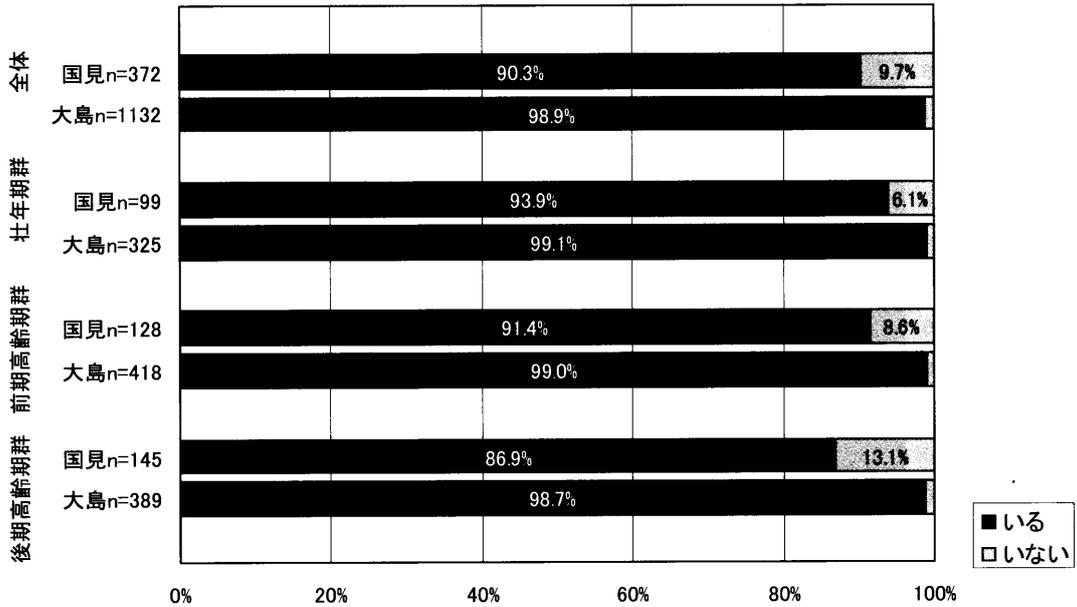
		いる	いない
後期高齢期群	大島 n=390	43.6%	56.4%
	国見 n=110	63.6%	36.4%
前期高齢期群	大島 n=413	44.8%	55.2%
	国見 n=95	74.7%	25.3%
壮年期群	大島 n=324	50.0%	50.0%
	国見 n=73	71.2%	28.8%
全体	大島 n=1127	45.9%	54.1%
	国見 n=278	69.4%	30.6%

「趣味や余暇活動と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193人；69.4%（大島；45.9%）であり、国見の方が23.5ポイント高い値を示していた。

年代別では、壮年期群で52人；71.2%（大島；50.0%）、前期高齢期群で71人；74.7%（大島；44.8%）、後期高齢期群で70人；63.6%（大島；43.6%）であり、国見の方が、壮年期群で21.2ポイント、前期高齢期群で29.9ポイント、後期高齢期群で20ポイント高いという結果であった。この結果から、国見は7割、大島では4割～5割の人が一緒に余暇活動を行う仲間がいるということが明らかとなった。また一緒にやる相手の人数に関しては、「4人以上いる」と回答した人がすべての群で約4分の3をしめていることが明らかとなった。

■家族以外の緊急時の応援

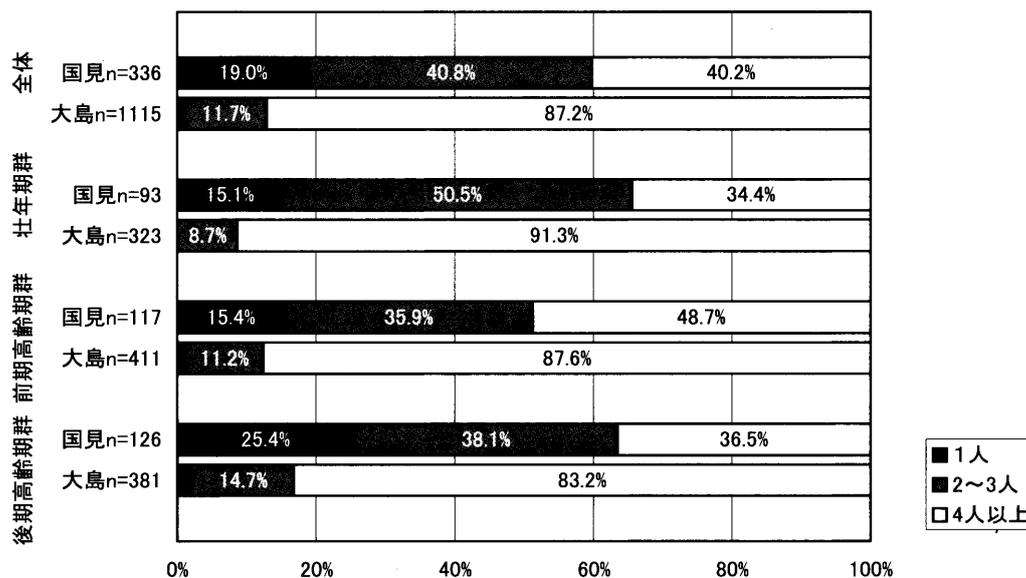
同居の家族以外で緊急な用があったときにかけてくれる人はいますか？



		いる	いない
後期高齢期群	大島 n=389	98.7%	1.3%
	国見 n=145	86.9%	13.1%
前期高齢期群	大島 n=418	99.0%	1.0%
	国見 n=128	91.4%	8.6%
壮年期群	大島 n=325	99.1%	0.9%
	国見 n=99	93.9%	6.1%
全体	大島 n=1132	98.9%	1.1%
	国見 n=372	90.3%	9.7%

「同居の家族以外で緊急な用があったときにかけてくれる人はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人が全体で336人；90.3%（大島；98.9%）であった。年代別では、壮年期群で93人；93.9%（大島；99.1%）、前期高齢期群で117人；91.4%（大島；99.0%）、後期高齢期群で126人；86.9%（大島；98.7%）であり、大島の方が、壮年期群で5.2ポイント、前期高齢期群で7.6ポイント、後期高齢期群で11.8ポイント高いという結果であった。大島ではほぼ100%近い人たちが緊急時に駆け付けてくれる人がいるという結果であったが、国見では約1割の人たちが緊急時に駆け付けてくれる人がいないという結果であった。

緊急時にかけてつけてくれる人は何人いますか？



		1人	2~3人	4人以上
後期高齢期群	大島 n=381	2.1%	14.7%	83.2%
	国見 n=126	25.4%	38.1%	36.5%
前期高齢期群	大島 n=411	1.2%	11.2%	87.6%
	国見 n=117	15.4%	35.9%	48.7%
壮年期群	大島 n=323	0.0%	8.7%	91.3%
	国見 n=93	15.1%	50.5%	34.4%
全体	大島 n=1115	1.2%	11.7%	87.2%
	国見 n=336	19.0%	40.8%	40.2%

「緊急時にかけて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137人；40.8%（大島；11.7%）4人以上と回答した人が全体で135人；40.2%（大島；87.2%）であり、4人以上いると回答した人は大島で47ポイント高いという結果であった。

[考 察]

今回の調査対象地区である仙台市青葉区国見（1丁目～6丁目）は、平均的な都市部の町であり、高齢化率は15.6%と大島の30%強に比べると低い。今回の調査対象は、55歳以上の住民1932人であった。調査を行うにあたり、仙台市と協議して全面的な協力を得ることが出来た。また住民に対する広報活動は、各町内会長に回覧を依頼し、該当者に説明文と調査依頼を1部ずつ抜き取ってもらうこととした。その後はがきによる個別連絡を行い、調査辞退の方には連絡をしてもらうこととした。辞退の連絡のない人に対しては、個別に電話連絡し、調査協力依頼と調査日程の調整を行う方法をとった。

今回の調査協力者は372人（大島；1,134人）で、調査対象者の32.8%にあたる人たちであり、大島の基礎調査の協力者73.2%に比べると低い値であった。

しかし「男女比」や「壮年期」、「前期高齢期」、「後期高齢期」の比率は大島とほとんど同様であり、性別、年齢ともほぼ等質の集団と考えられた。

今回の報告書の結果は、調査内容の基礎項目の基本統計量であり、主に壮年期群（55歳～64歳）、前期高齢期群（65歳～74歳）、後期高齢期群（75歳以上）と3群に分けて、大島の基礎調査と比較を行った。

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スケールの中から「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。その結果壮年期群はほぼ100%近い人たちが完全自立を示しており、前期高齢期群でも9割以上が完全自立であった。前期高齢期群で完全自立度が相対的に低いのは「自発活動」の91.4%であり、大島の98.3%にくらべて6.9ポイント低い値であったが、そのほかの部分はほぼ大島の結果と同様であった。また後期高齢期群の比較でも国見と大島に大きな違いはなく、おおむね9割程度の人が完全自立であることを考えると、対象者の自立度は高齢であっても高いと言えるだろう。

疾患に関する調査では、「現在病院にかかる程度の病気」を有している人は65.9%であり、大島に比べて14.4ポイント高い値であった。また両地区とも高い年代になるにつれて病気を有している人が増えていくことは一致しているが、壮年期と前期高齢期で約10ポイントの差であったものが、後期高齢期になると20ポイント近くに広がっており、複数の病気を有している割合も壮年期、前期高齢期に比べて後期高齢期の差が大きいことは注目すべきことである。しかし、過去の入院歴に関しては、国見と大島で0.3ポイントしか差がみられず、後期高齢者であっても3.8ポイントしか差が認められない。後期高齢期の人たちの病気の差がどこから生じるのか、その要因を解明していくことは、後期高齢者人口が増加する状況を鑑みても重要な課題といえるだろう。

健康状態の自覚に関しては、自分のことをどのくらい健康と感じているかという質問を用いて検討された。主観的健康観に関しては、非常に健康と感じている人は後期高齢期の約2割の人にみられ、「まあ健康な方」を合わせて7割以上の人が自分の事を健康と感じていることが明らかとなった。主観的健康観は、年齢の高い群ほど少しずつ値が低くなっていくが、これらの結果は大島と大きな差はみられなかった。睡眠に関しては両地区とも7割以上の人「眠れる方」と回答しており、食欲に関しても約9割前後の人が「ある」と答えているなど、対象者の自覚健康度は高いといえるだろう。

老性自覚に関しては、年齢の高い群ほどその割合が増えているという結果は、両地区に共通してみられる特徴である。しかし国見では年齢の若い年齢群ほど老いを自覚している人が多く、高い年代になるにつれてその差は近づいている。後期高齢期群になると当然老いを自覚するようになる人が増えることが考えられ、両地区の比較でも差はみられないが、今回の国見調査では老性自覚が若い年代で起こっている可能性が示唆された。

生活習慣の中の食生活に関しては、「魚中心」の食生活を送っている人がもっとも多く、次いで「野菜中心」、「肉中心」の順になっていることは両地区で共通しており、高い年代になるにつれて「野菜中心」の食生活の人が多くなるのも共通した点である。しかし大島はこの傾向が極端であり、特に「肉中心」の食生活を送っている人は1%に満たないという結果であった。これは明らかに大島の地域の特殊性を示すものとも考えられる。また食べ物の好き嫌いに関しては、9割前後の人が好き嫌いなく食事をしているという結果であり、この傾向も両地区で共通している点である。野菜と果物の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告や、魚の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告が近年いくつかみられるようになってきており、本研究でもこ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。

また入浴に関しては、大島の方がすべての年齢群において「ほぼ毎日お風呂に入る」と答えた人が多く、特に前期高齢期群でその差が大きかった。お風呂の好みの温度に関しては、「ちょうどいい加減」をのぞくと、国見で「熱めの方が好き」と回答した人が多く、大島で「ぬるめが好き」という人が多いということが明らかとなった。入浴温度に関しては、実測値ではなく主観的な回答であるため明確にはいえないが、一般に「ぬるめの温度」の入浴は健康的な入浴温度といわれており、今後この違いがどのような影響を与えているのかを検討することが必要といえるだろう。しかし入浴時間は20分以内がもっとも多いという傾向は両地区で共通してみられた特徴である。

今回の調査で注目すべき点の一つとして考えられたのは、昼寝の習慣である。前回の大島の基礎調査では、住民の半数以上に昼寝の習慣がみられたが、今回の国見調査で昼寝の習慣がある人は約3割であった。特に違いがみられたのは壮年期群であり、大島の方が23.9ポイント高い値を示している。昼寝をする習慣のある人で、「ほぼ毎日」と回答した人は、国見の壮年期群で38.1%、大島の壮年期群で67.6%と大島の方が29.5ポイント高かったが、後期高齢期群になると、国見が75.9%、大島が79.6%であり、その差は3.7ポイントと小さくなっている。今回の調査で大島は高齢期に入る前から2.3人に1人が昼寝の習慣があるが、国見では5.2人に1人であることが明らかとなった。また昼寝をする習慣がある人の中で、毎日昼寝をすると回答しているのは、国見の壮年期群で2.6人に1人、大島の壮年期群で1.5人に1人で差が大きいが、後期高齢期になると両地区とも1.3人に1人と差がなくなってくる。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指摘されており、しかもそれは発病の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。今後は昼寝の習慣のある人とない人の比較と、2つの地区の比較を縦断的に調査し、昼寝の習慣が及ぼす影響を検討していくことが重要な課題である。

「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、「していない」と回答している人が両地区で4割前後みられるが、毎日運動している人は、国見が34.7%、大島が43.0%であり、大島が8.3ポイント高い。また年代別の比較で差がもっとも大きかったのは

後期高齢期であり、10.3ポイントの差が認められている。これまでの横断的研究では、20代から60代における身体活動の不活発さとアルツハイマー病との関連が指摘されてきており、近年では縦断調査でも運動が痴呆の予防因子である可能性が指摘されてきている。後期高齢期の運動が痴呆予防にどのように関連しているのかについては、今後この研究を継続していくことによって明らかになる可能性があるだろう。

日常生活状況に関して、収入を伴う仕事は高齢の群になるほど当然少なくなっていく傾向は両地区で共通しており、後期高齢者で収入を伴う仕事をしている人は、国見で15人に1人、大島で12人に1人という結果である。しかし壮年期に限って言えば、国見で収入を伴う仕事をしている人は46.9%、大島で63.4%と16.5ポイントの違いがみられる。これは大島の漁業を中心とした自営業の多さと、地域性によるものが大きいと思われる。

家庭内における仕事は、後期高齢者であっても約9割近くの人が持っており、そのうちさらに9割の人は毎日何らかの家庭の仕事を行っている。両地区で比較すると、家庭での仕事をしている人は壮年期群では大島の方がやや多いが、高齢期群になると約10ポイント前後国見の方が高い値を示している。

一方1週間の外出頻度に関して「ほぼ毎日外出する」と答えている人は、年代が高い群になるにつれて減少しているという結果は両地区で共通している。しかし、その割合は両地区で大きな違いがみられ、全体的な傾向でも大島の方が27.2ポイント高い値を示している。特にこの傾向は前期高齢期群で著しく、大島の方が34ポイント高い値を示している。外出頻度は運動と密接に関連している。外出は日常生活における「運動」であり、その中には当然対人接触も含まれてくるだろう。これらの影響が健康にどのように影響を及ぼし、痴呆予防にどの程度役立ってくるのかを検討していくことも今後の重要な課題の一つである。

「趣味活動を行っていますか」という質問では、行っていると回答した人は73.7%（大島；66.7%）と国見地区に多かった。趣味活動を行っている人は前期高齢期群でもっとも多いという結果は両地区で共通してみられた特徴であるが、両地区でもっとも大きな差がみられたのは後期高齢期群であり、国見が73.1%、大島が60.1%と13ポイントの差がみられた。これらの結果から、大島では収入を伴う仕事や外出頻度など日常生活場面での活動が多いが、国見では後期高齢期であっても趣味活動などを意識的にしている可能性が考えられる。

社会活動では、地域活動に参加している人が全体的にみて国見；35.8%、大島；46.1%であり、大島の方が10.3ポイント高い値を示していた。これを年代別に比較すると、国見では高い年齢群になるにしたがって地域での活動に参加する割合が減っていくが、大島では高い年齢群になるに従って逆に地域での活動に参加する割合が増えていくという結果であった。都市部と島部という地域の特徴の違いは大きいですが、後期高齢者が社会参加することは健康を維持する要因だけではなく、高齢者の引きこもりを予防する要因とも考えられ、今後後期高齢者が増えていく状況を鑑みても、検討を必要とする部分といえるだろう。

「身の回りや世の中の出来事を知るためにもっとも利用しているものは何か」という質問では、両地区ともテレビや新聞が88%をしめているという点で共通していた。しかしこのどちらをもっとも多く利用しているかについては両地区で差がみられ、国見では新聞の

回答が48.0%と最も多く、大島ではテレビが65.2%と最も多かった。大島にはKネットというケーブルテレビが全戸に届いており、その影響も今回の結果に現れていた可能性も考えられる。

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、各年代とも「配偶者」が最も多いが、後期高齢期群になるとその値が低くなる。これは後期高齢期群の有配偶者率が低くなることによるものと思われ、両地区で共通した特徴といえる。また同居していない子供がいる割合は両地区とも8割以上であり、そのうち半数以上の人たちは週1回以上連絡を取り合っているという結果も共通していた。親戚づきあいに関しても9割前後の人たちがふだん親戚づきあいをしているという結果は共通していたが、年代別に比較すると、高い年代になるほど両地区で差がみられるようになり、後期高齢期群では大島の方が10.3ポイント高いという結果であった。また緊急時に駆けつけてくれる人がいるかという質問では、「いる」と回答した人は両地区で9割を超えおり、大島では各年代でも約99%という高い値を示していたが、国見は後期高齢者になると13.1%の人が「いない」と回答しており、相互扶助体制の検討を含めて今後考えていくべき課題といえるだろう。

今回の調査は、都市部の一地域を限定して行った悉皆調査であり、都市部の壮年期から高齢期に至る人たちの特徴を知ることと、昨年度の大島調査との比較を目的に行われたものである。本研究は、年齢を3群に分けての群間比較と3群を2地域で比較した結果である。国見の第1回目の調査結果は基礎調査であり、横断法による結果と同じということになる。今後はこれらの対象者が経年的にどのように変化していくのか、あるいは変化する人と変化しにくい人にはどこに違いがあるのかなどを明らかにしていかなければならない。また異なる地域の違いがどこにあり、生活のどの部分に違いがあるのかを明らかにして比較検討していくことが重要となる。これらのことが明らかになり、健康を維持する要因と健康を阻害する要因が明確になってくれば、介護予防や痴呆予防を生活視点で実現することが可能となり、高齢になっても健康で質の高い生活を送ることができるひとつの指針になるものと思われる。今後は、それぞれの地区の追跡調査に加えて、大島と国見の比較を継続していくことによってこれらの点を明らかにしていきたい。

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

矢 吹 知 之 加 藤 伸 司 阿 部 哲 也

阿 部 芳 久 長 嶋 紀 一

感性福祉研究所

川 上 吉 昭

1. 目 的

高齢期における一定の体力維持および増進は、加齢に伴う身体的な退化を防ぎ、活動的な社会生活を継続していく上において重要な要因である。また、体力水準の低下により転倒等による骨折等から健康的な自立生活が困難になる事例は多く、近年、それらの予防に関する研究の成果は多く報告されてきた。たとえば、日常生活の中で慢性的な運動不足の高齢者においては、動的バランスを保持する機能を高める運動を行なうことによってバランス機能が改善し、器具を用いた筋力トレーニングを行うことで短期間で歩行能力が向上し転倒の予防になることは良く知られている。^{1) 2)} 地域住民が、個別のプログラムのもとに専門的な用具を用い運動処方を行なうことは、地域生活中の要介護状態への助長を軽減し、そして結果的には痴呆の予防においても非常に有効な手段といえる。しかし、このような専門性の高い指導や高価な器具を必要とする介護予防プログラムや介護予防に関する各種サービスの提供は、一部の限定された都市部やサービスを提供する拠点がある地域に限定される。このようなサービスは高齢化率の高い農村地域や離島地域においては拠点となる施設や機関への利便性の低さや高価な器具の維持などの問題から、継続的に行おうとした場合の即応性が低いことは容易に予測できる。つまり、プログラムによって継続的かつ長期的な見通しで地域住民の介護予防意識や体力水準の変容を求めるのであれば、その地域住民を中心とした組織や団体と連携し、今までのライフスタイルを大きく変化させることなく日常生活の中で容易に参加や実施が可能なプログラムが求められるのである。

矢富ら³⁾は痴呆予防の可能性について、1年間継続的な趣味や軽作業プログラムを行った実施群は単語記憶課題や注意分割課題が非実施群の成績を上回ったという結果を報告している。痴呆予防の観点で過疎や離島等の地域を支援していくためには、一過性のイベントや専門性の高いものではなく、地域性を配慮し、高齢者自身が意識的に介護予防や痴呆予防を考え、日常生活の中で簡易に実施できるような介入プログラムが必要であると考えられる。

昨年から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（以下大島悉皆調査）が始まった。この調査は長期的に加齢による心身の健康や生活の変化を追跡しようとしたものである。⁴⁾ 本研究は、このような加齢による健康の影響の縦断的な検討に加えて、前述したように地域における介護予防や痴呆予防を目的とした介入プログラムを実施しプログラムへ自発的に参加してきた住民を

れた。各群ごと実施率は「後期高齢者群」では歩行時の運動である「歩くとき」の実施率が最も高く、巧緻性に関する「ごみ箱バスケットボール」の実施率が最も低い。「前期高齢者群」は「寝るとき」の実施率が高く、「食事のとき」の実施率が低い。「壮年期群」では、「寝るとき」が高い傾向がそれぞれ示された。

5) 介入プログラム参加による日常生活の変化

2回目の介入プログラム実施後に、参加後の日常生活での運動や健康に関する項目の変化と年齢群の比較をまとめたものが表6である。なお、対象者は継続的に参加した119名で、それ以外は欠損値として除外した。

年齢群の間で有意な関連が認められた項目は介入プログラム参加前より「運動を心がけるようになった」の一項目で有意な関連が認められた ($\chi^2=5.84$ $p<.05$)。全体でみると4ヶ月後にライフスタイルに変化がみられた項目は、「新しい余暇活動が出来た」76名(65.0%)、「外出する機会が増えた」62名(52.1%)、「目標が出来た」44名(37.9%)と続き、外出したり趣味や余暇を楽しむ時間が増加していることが明らかになった。

4. 考 察

対象地域である気仙沼大島の55歳以上の住民は、生活自立度が高く趣味や役割を多くもち、地域内の地縁血縁関係を中心とした相互扶助の体制が整った地域である。つまり、典型的な小地域のコミュニティをベースとした地域住民活動が現在もなお互酬的関係性として様々な福祉的課題に対応する自立した地域である。

気仙沼大島地区が30%を越える高齢化にも関わらず、これまで効果的に地域住民活動を展開してきた要因としては昨年度の大島悉皆調査と今回の結果から2つの要因が推測される。それは、一つめに住民の移動の少なさと、二つめには高齢者の自立度の高さである。本研究は、住民自らが意識的に介護や痴呆予防活動を行うこと目的とした介入プログラムを実施することによって、参加者の属性、体力レベルの変化、日常生活の変化、健康運動の継続性などを加齢による比較をもとに検討を行った。

介入プログラムの参加者数は、初回プログラムは249名、4ヵ月後の2回目プログラムは129名であった。2回目プログラム時の参加者数の減少は、参加者募集時の広報の方法が初回プログラムでは地域の老人クラブのネットワークを活用し参加申込行ったが、2回目プログラム時は郵送による開催通知で行ったことが影響しているのではないかと考えられる。相互扶助の体制が整備された地域における老人クラブは広報普及活動の情報を提供する方法としては極めて重要な組織であることが示唆された。熊谷⁵⁾が行った4年間の介入調査では婦人会のリーダーを中心とした介入プログラム調整会議を整備したことによって高い参加率を得たことが示されているように、今後縦断的な追跡調査の実施にあたっては老人クラブの地区担当者を中心とした介入プロセスを整備していく必要がある。

次に、身体機能体力の測定値は、横断的には加齢によりいずれの項目も低下している。歩行能力の低下は、壮年期群から前期高齢者群間の低下は少ないものの、前期高齢者群と後期高齢者群の方がより顕著に低下した。しかし、今回の調査対象者は平均的な高齢者の筋力水準より高値を示している。新開⁶⁾の行った6年間の追跡調査から高齢者の要介護状態にな

らないための握力の目標体力水準を75歳以上で21.0kgと報告している。今回の対象者の75歳以上の握力の平均値は24.5kgであったことから、全身の筋パワーはそれを上回っていることも明らかになった。しかし、平均の目標体力水準はクリアしているものの、75歳以上の急激な筋力低下の傾向が見られることから、予防的に住民の自覚を促す告知は必要である。今回の結果は、気仙沼大島地区の住民が生活の中で既に行っている筋力維持のための運動や健康の心がけが、介護予防のための体力の維持向上に影響しているものと考えられる。したがって、気仙沼大島地区の住民の人達にこれまでの生活を継続することを薦めるとともに、介護を予防する生活習慣や健康を維持している人々のライフスタイルを明らかにし、一般化していく意義は大きいと思われる。一方、爪先上げの測定値も後期高齢者群が大きく低下する傾向が示された。これは、歩行と直接的に関わる項目であるが日常生活の中で意識的に前脛骨筋を使う頻度が少ないことが影響していると思われる。壮年期から意識的かつ継続的に歩行動作を応用し前脛骨筋の筋力を維持、増進するような日常生活での健康運動を実施することによって、75歳以後の歩行能力の低下を軽減する可能性が示唆された。

初回の介入プログラムから4ヶ月後の2回目の介入プログラムまでの身体機能体力水準の変化量を年齢群と比較した結果、爪先上げと起立着席歩行速度について有意な向上が見られた。健康な状態であれば高齢者の歩行能力は、1年間程度の期間では筋力の変化が認められないといわれている⁷⁾。しかし、本研究において歩行能力に関わる項目が向上した要因として提案した生活中的健康運動実施による良好なバイアスが生じているのではないかと考えられる。介入プログラム中に対象者に対して、提案した健康運動や、介護予防、痴呆予防のためには意識的に体を動かすことが必要であることの内容が受け入れられていたことも影響したと思われる。また、この結果から短期間効果が現れる可能性が高い測定項目は、歩行能力の関連要因である爪先上げと起立着席歩行速度であることが示唆された。短期間で効果が現れた要因として、変化を付けた歩行動作を提案した運動（資料1）の実施率が高かったこととの関係があることが伺える。爪先上げ、踵上げ測定と起立着席歩行速度は有意な相関関係が認められていることから、各筋力ごとに、脚筋力を意識的に使うことによって歩行能力が向上し、転倒を予防し、介護や痴呆のリスクを低下させる可能性も推測できる。爪先上げは年齢群の違いによって急激な低下はなく、ライフスタイルや加齢に伴って低下していく筋力であることから、日常生活での歩行の際に継続的に軽度の運動を取り入れていくことによって短期間で筋力向上が望める筋力であることが明らかになった。しかし、今回の測定値の効果に関しては練習効果も考えられることから、健康運動の項目検討も含めてさらに長期間の縦断的な取り組みが必要といえよう。

介入プログラム時に地域住民に提案した健康運動（いきいき4とき運動）の継続性については、いずれの運動の種目も参加者自身による実施予測より4ヵ月後の実施結果のほうが有意に低下しているが、頻度が少ない人もあわせて5割以上の人が実施していることから提案した健康運動の目的は妥当であったと思われる。年齢群では後期高齢者群の人たちは、他の年齢群の人たちより実施率が低く、とくに「ごみ箱バスケットボール」の実施率が低い傾向であった。実施しなかった理由として「行儀が悪くて孫の前でできない」等の理由もあげられたことから日常生活中ゆえの実施困難さがあることも伺える。このような種目は、たとえば、地区の会合や健康講座の場面のような非日常的な場面を設定することによって実施できる種目ではないだろうか。一方、どの年齢群においても実施率が高かった種目は通常歩行時

におこなう運動で、最も実施しやすく継続できる運動である。歩行能力は、前述した身体機能体力水準測定で4ヶ月間で有意に効果が現れた起立着席歩行速度と爪先上げ測定と関係のある運動であったことから健康運動の実施率が測定値に効果的に影響したものと推察される。

介入プログラムが、日常生活の健康や痴呆予防の意識や態度にもたらした影響には、年齢群による違いが見られた。前期高齢者群は他の年齢群よりも「運動を心がけるようになった」と回答した人が有意に少なく、全体的にもこの項目は他の項目よりも変化のあった人が少なかった。気仙沼大島地区の高齢者は、後期高齢期群になっても概ね9割の人が完全自立しており、6割の人が健康のために運動をしていることから⁴⁾、健康や痴呆の予防に関してはもともと意識が高い人たちが多く地域であることが影響している。今回の介入プログラムの参加者は、その中でも日ごろから健康に心がけ、さらに意欲的に情報を収集しようとするグループであったと想定される。したがって今回とくに「運動を心がけるようになった」という人が少ない傾向になるのは当然の結果であった。しかし、注目すべき点は「新しい余暇活動ができた」、「外出する機会が増えた」という質問に対して参加後に変化したと感じている人が多いことである。これは、プログラム中の痴呆予防講座において、趣味を持つことや、年齢に関らず積極的に外出し地域活動に参加することを提案したことがライフスタイルに影響を及ぼした要因であると考えられる。今後の介入プログラムとしては、新しくできた趣味や外出習慣を継続していくための助言や指導、地域住民主体の組織化の支援をしていく必要がある。また、年齢群別にみると壮年期群は健康運動の実施率が高いが、介入後のライフスタイルの意識や態度の変化は後期高齢者群よりも少ないことから、身体的に自立した時期から介護予防の取り組みを行っていくことが重要である。体力測定などを長期的に実施し加齢による身体的な影響を自己確認することによって、壮年期から病気の予防や体力づくりの予防意識を高めるという観点で介入プログラムを実施していくことが効果的な介護予防に繋がると推測される。

今回の介入プログラム参加者のほとんどが身体的に自立しており、また、自らの意思で会場まで足を運び、地域社会とも良好な関係性を維持していることから、既に健康に対して「前向きな生き方」(プロダクティブ・エイジング)を実践している住民であった。介入プログラムに参加できなかった地域住民に対しても包括的に身体状況に応じた健康体操や、知識を伝達していくことが必要である。

本研究では、参加しやすい介入プログラム、日常生活での健康運動の種目による継続率、身体機能体力水準、また健康運動との関連が明らかになった。今後は、(1)地域の老人クラブのネットワークを活用し、地域組織のメンバーを成員とした実施体制を確立すること、(2)身体機能体力測定を長期間実施し経年変化を追跡する、(3)特に継続性に視点をおき、健康運動を再考案することが(4)大島悉皆調査の対照群として非参加者との生活全般の比較を引き続き調査を行いデータを積み重ねていくことによって、介護、痴呆予防にとってさらに詳細な考察が可能になると考えられる。

謝 辞

本研究の介入プログラム実施にあたりご支援を頂きました気仙沼市関係者の皆様、高年クラブ連合会の皆様に厚くお礼申し上げます。また業務中にもかかわらず快くご協力を頂いた(医) 溪仁会の皆様に心より感謝いたします。

本研究は厚生労働省平成15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) Ades, P A. Ballor, D L. Ashikaga, T. Utton, J L. Nair, K S. : Weight training improves walking endurance in healthy elderly persons. Ann Intern Med 1996 ; 124 : pp568-572.
- 2) McCartney, N. Hicks, A L. Martin, J. Webber, C E. : Long-term resistance training in the elderly: effects on dynamic strength, exercise capacity, muscle, and bone. J Gerontol 1995 ; 50 : ppB97-104.
- 3) 矢富直美：都市部における痴呆予防活動の実践(5)痴呆予防プログラムの効果 日本痴呆ケア学会第3回大会抄録集, 2002.
- 4) 加藤伸司ら：高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報, 3, 2003.
- 5) 熊谷 修：中年からの老化予防に関する医学的研究, 地域在宅の自立高齢者を対象とした住民サービス事業展開による介入のプロセス, 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) 新開省二：中年からの老化予防に関する医学的研究, 地域在宅高齢者の「要介護」予防をめざした目標体力水準の設定, 長期プロジェクト研究報告書, 東京都老人総合研究所, 2000.
- 7) 植木省三ら：地域在宅高齢者の転倒発生が体力および心身の機能に与える影響, 障害者スポーツ科学, アジア障害者体育スポーツ学会誌, 2003.

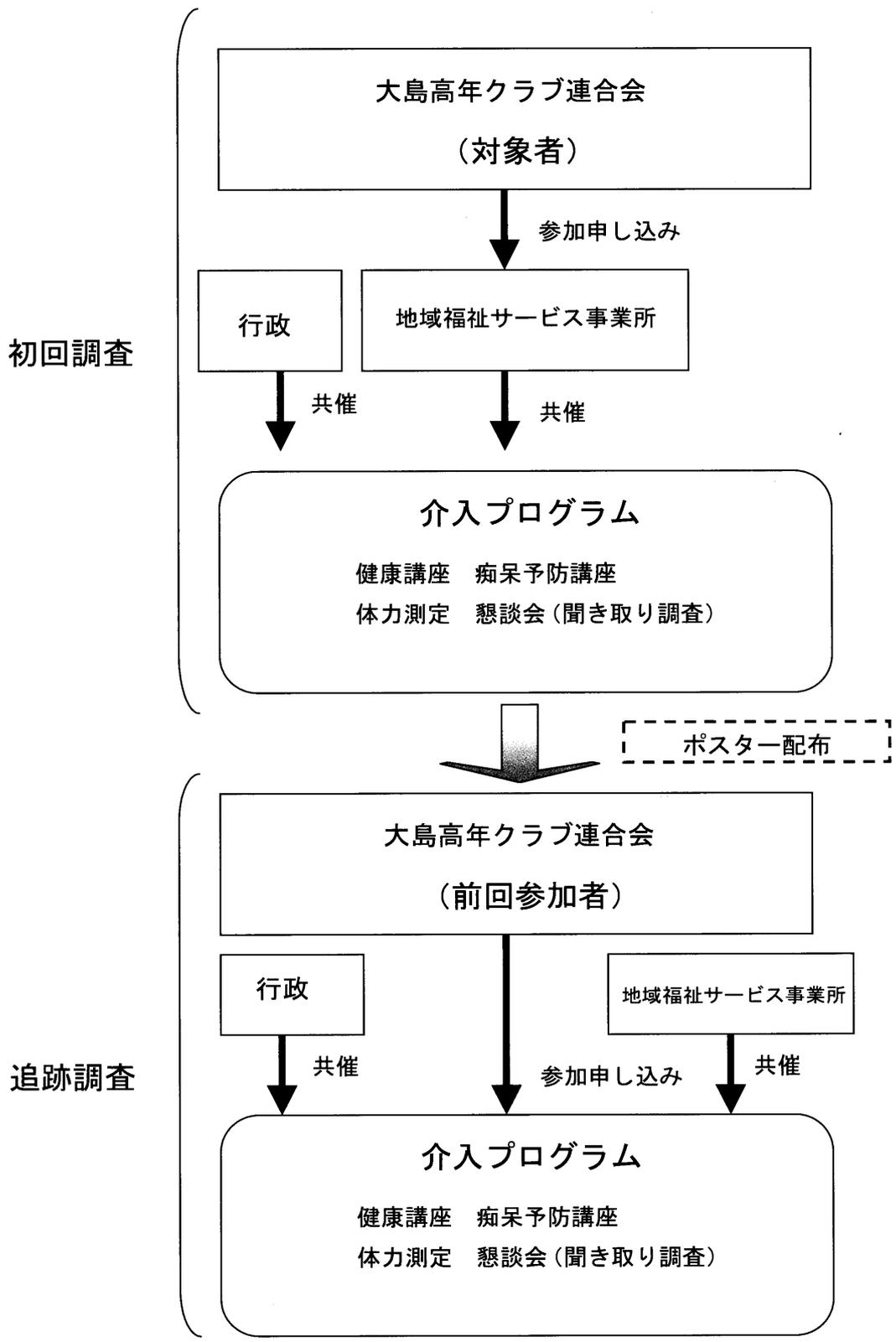


図1 介入プログラムの実施体制

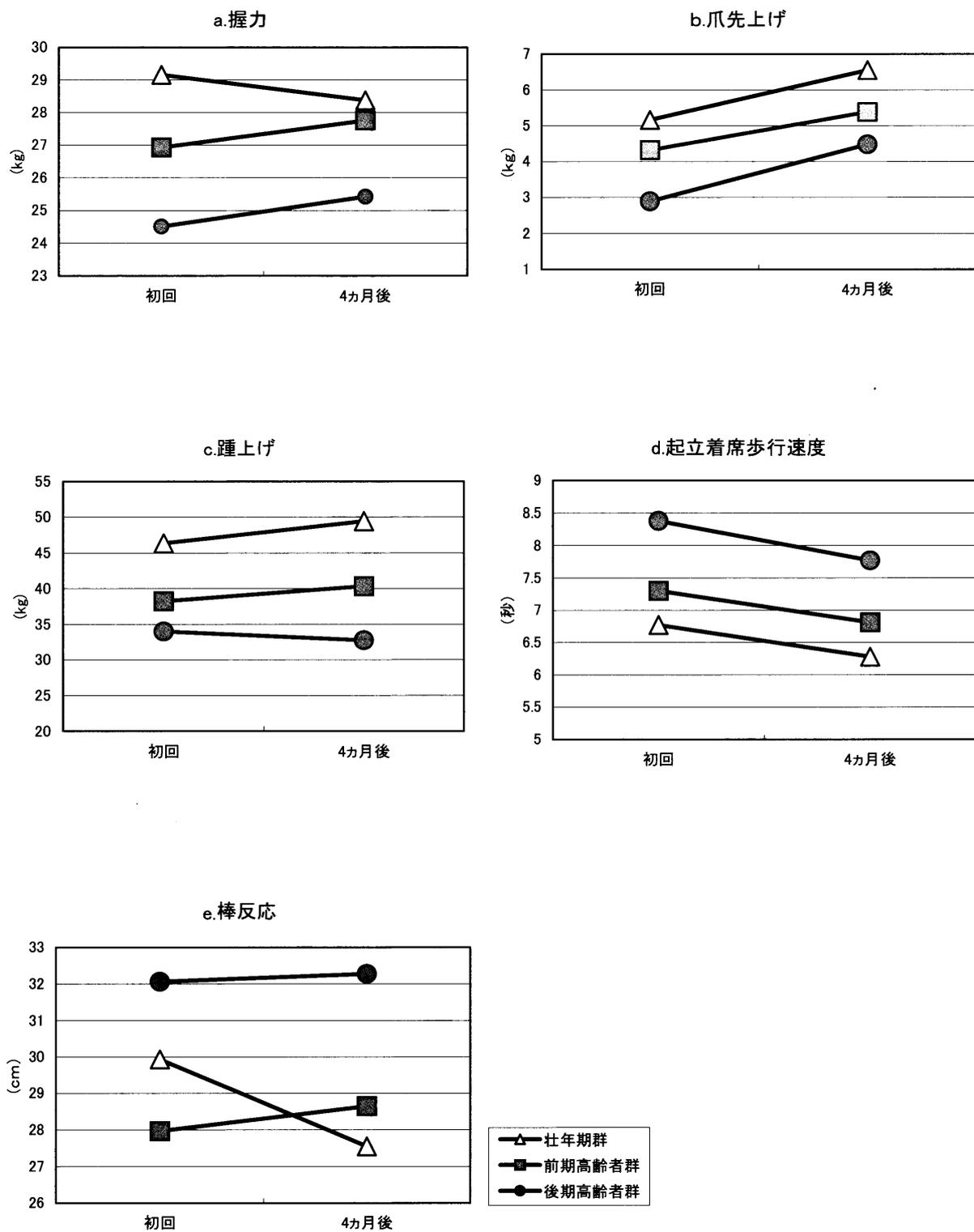


図2 身体機能体力水準の平均値と加齢と4ヵ月後の効果の変化量

介入群として加え、縦断的に調査を行い地域住民を対象とした介護ならびに痴呆予防の有効な介入方法を実践考察しようとするものである。

したがって本研究の具体的な検討項目は以下の3点である。(1)気仙沼大島地区の介入プログラム参加者高齢者の身体機能体力水準を測定し、プログラム参加の前後比較を行うこと、(2)地域性を考慮した介入プログラムを立案し、日常生活における変化及び効果を検討すること、(3)昨年度から実施されている大島悉皆調査の比較対照群（コントロール群）として設定し縦断的にライフスタイルや痴呆予防に関する比較検討を行うことが目的である。

2. 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

昨年度実施した大島悉皆調査と同様の調査対象者で気仙沼市大島在住の55歳以上の1550名を対象に行った。期間は2003年10月～2004年2月を介入期間と設定した。介入は介護予防と痴呆予防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回プログラムの体力測定264名、聴き取り調査173名で、追跡調査となる第2回目プログラムでは体力測定129名、聴き取り調査129名であった。

3) 介入プログラムの手続き

本研究における大島住民への介入は、気仙沼市自治体、大島高年クラブ連合会（以下老人クラブ）、地域の福祉サービス提供事業所および著者ら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対象となる各世帯ごとにチラシを配布し参加申込を依頼した。その後地区会長がとりまとめを行い地区ごとに地域の福祉サービス提供事業所に申込を行い人数の把握をした（図1）。開催は、大島を5地区に分類し対象者の居住地に近い会場で行った。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。

内容は、介護予防、痴呆予防を目的とした講義を行い、看護師による健康チェックの後身体機能体力測定と健康状態、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、日常生活の中で比較的实施しやすいと思われる簡単な運動を考案し実技を行い、内容を図示したポスターを配布した。

4) 身体機能測定種目の選定

身体機能測定においては虚弱高齢者にとっても安全に且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。握力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（長さ45cm、直径2.4cmのものに5mm単位が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値の平均値を実測値

とした。前脛骨筋力および腓腹筋力の測定には爪先と踵を上げる動作時の筋力を測定するために、試作した筋力計を用いた。本器は高さを調節できる椅子を水平版に固定し、アナログ握力計（竹井機器工業）と連動させ杆槓作用によって支持される装置である。前脛骨筋力の測定は座位の状態から膝を直角にし握力計と連動した棒に爪先を掛け踵を付けたまま爪先を上げる。また、腓腹筋力は、同じ状態から膝の約10cm 上部にベルトをかけ、踵を上げることで計測値を求めた。起立着席歩行速度は長座からの起立が困難な対象者や日常生活の動作を配慮し椅子座位から立ち3 m 先の印を廻り再び椅子座位に戻るまでの時間を2回測定し、時間の短い値を採用し、それぞれの計測値は4ヵ月後再び測定し初回との変化量の比較検討を行った。

5) 聴き取り調査の内容

聴き取り調査においては初回調査には講座の評価、ADL と地域活動の参加頻度、運動習慣、過去一年の入院歴などを中心に聞き、2回目調査時には、講座の評価と継続希望、主観的健康度、運動実施による日常生活の変化を調査した。健康運動は「毎日できそう」から「できない」までの5段階評価を用いて初回聴き取り調査時に実施の可能性、4ヶ月後の2回目調査時に得た結果を比較検討した。

6) 健康運動の内容

初回プログラム時に提案した健康運動（いきいき4とき運動）は、実施時に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条件に、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）。

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、54歳～64歳までを壮年期群、65歳～74歳までを前期高齢者群、75歳以上を後期高齢者群として3群の平均値の差と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2×3の分散分析を行いその後Bonferroni法によって多重比較を行った。今回新たに試作した前脛骨筋力および腓腹筋力の妥当性の検証には、歩行速度と前脛骨筋力および腓腹筋力をPearsonの相関係数を求めて検討した。介入プログラム後の日常生活の変化の有無と加齢による影響との間の独立性の検定には χ^2 検定を行った。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SPSS11.0J（SPSS Inc.）を使用した。

3. 結 果

1) 対象者の属性

（身体機能水準の測定）

体力機能水準の第1回プログラム参加者は249名で第2回プログラム参加者は129名、継続

参加率は51.8%であった。初回プログラムの属性は、性別が男性49名（19.7%）、女性200名（80.3%）で、平均年齢は73.33±6.511歳であった。第2回プログラムは、男性21名（16.3%）、女性108名（83.7%）で、平均年齢は74.77±5.751歳で参加者は初回プログラムの参加者が多く平均年齢も高かった。また、対象者を54歳から64歳までを「壮年期群」、65歳から74歳までを「前期高齢者群」、75歳以上を「後期高齢者群」と分類すると、第1回は「壮年期群」29名（11.8%）、「前期高齢者群」99名（40.2%）、「後期高齢者群」118名（48.0%）で、第2回目は「壮年期群」9名（7.2%）、「前期高齢者群」45名（36.0%）、「後期高齢者群」118名（56.8%）で後期高齢者の参加率が高かった（表1）。

（聴き取り調査）

各回プログラム終了時の聴き取り調査実施者は、初回プログラムは169名、第2回プログラムは129名で継続実施率は76.3%であった。初回プログラムの属性は、男性24名（14.2%）、女性は145名（85.8%）で平均年齢は73.38±6.708歳であった。第2回プログラムは男性が19名（14.7%）、女性は109名（84.5%）で、平均年齢は75.08±5.792歳で初回プログラム参加者の平均年齢が高かった。また、対象者を上記の年齢群3群で分類すると、第1回は「壮年期群」21名（12.5%）、「前期高齢者群」59名（35.1%）、「後期高齢者群」88名（52.4%）で、第2回目は「壮年期群」9名（7.0%）、「前期高齢者群」42名（32.8%）、「後期高齢者群」77名（60.2%）で、いずれも後期高齢者の参加率が高い。

（ライフスタイル）

対象者の基本的なライフスタイルを本研究の目的に関連する項目を抽出し示したものが表1である。「健康のために何か行っていますか」という質問では120名（69.8%）が「行っている」と回答した。「日常生活での運動習慣はありますか」という質問では「実施している」が130名（76.1%）で最も多く、「実施していない」が30名（17.5%）、「実施したいがしていない」という潜在的実施者が11名（6.4%）であった。また、「地域活動（会合や行事）などに参加していますか」という質問では「参加している」が119名（70.8%）で、「参加していない」が42名（25.0%）、「参加したいができない」という潜在的参加者は7名（4.2%）であった。過去一年間の入院歴は、「入院歴のあり」が16名（9.7%）で、「入院歴なし」が149名（90.3%）であった。以上の質問の解答から、本研究の対象者のライフスタイルは、過去一年入院歴もなく、健康のために運動などを積極的に行ない、地域活動に参加している人も多く、健康で活動的な対象者が中心であることが明らかになった。

（大島悉皆調査との比較）

昨年実施された大島悉皆調査と対照群となる介入プログラム参加者の属性およびライフスタイルを比較したものが表1である。昨年の悉皆調査と比較をすると平均年齢は今回の介入プログラム参加者のほうが高く、また運動の実施者、地域活動の参加者も多いことが明らかになった。

「あなたは普段健康だと感じますか」という健康状態の自覚については介入プログラム参加者の方が「まあ健康」と感じている比率が多く、主観的に健康であると感じている住民が多く参加していることが明らかになった。

2) 身体機能体力水準の平均値と加齢と4ヵ月後の効果の変化量

①加齢による身体機能体力水準値の変化量と②初回から4ヵ月後の変化量、③加齢と初回と4ヵ月後の変化量の交互作用を明らかにするために、継続的にプログラムに参加した119名のうち有効測定値を得られた107名を対象に2×3の分散分析を行って比較した(表2)(図2)。なお、初回介入プログラムでは日常生活中にできる健康運動のポスターを配布し実施を推進し、4ヵ月後の2回目の介入プログラムを実施した。

分散分析の結果、年齢群の主効果は、爪先上げ($F(1,104)=16.10, p<.01$, 壮年期群=前期高齢者群=後期高齢者群)と起立着席歩行速度($F(1,104)=23.09, p<.01$, 壮年期群=前期高齢者群>後期高齢者群)において有意であった。危険率5%をもって有意としたBonferroni法の多重比較の結果、爪先上げ、立着席歩行速度は後期高齢者群は、壮年期群、前期高齢者群より筋力の測定値が有意に低いことが明らかになった。

初回と4ヵ月後の主効果は、爪先上げ($F(2,104)=3.07, p<.05$, 初回<4ヵ月後)、踵上げ($F(2,104)=4.51, p<.05$, 初回<4ヵ月後)、起立着席歩行速度($F(2,104)=9.99, p<.01$, 初回<4ヵ月後)、棒反応($F(2,104)=3.71, p<.05$, 初回<4ヵ月後)の項目における変化量は有意であった。危険率5%をもって有意としたBonferroni法の多重比較の結果、爪先上げ、起立着席歩行速度は初回より4ヵ月後の筋力の測定値が有意に向上したことが明らかになった。また、年齢群と初回と4ヵ月後の交互作用は有意ではなかった。

3) 歩行能力に関する項目間の相関関係

体力測定では爪先上げ、踵上げ測定器を試案し測定を行った。歩行能力との関係がある爪先上げ(前脛骨筋力測定)と踵上げ(腓腹筋力測定)と立着席歩行速度との相関係数を表3に示した。爪先上げ(前脛骨筋力)と踵上げ(腓腹筋力)の間に有意な正相関が見られた($r=.595, p<.05$)。爪先上げ(前脛骨筋力)と立着席歩行速度との間に有意な正相関がみられた($r=.321, p<.05$)。踵上げ(腓腹筋力)と立着席歩行速度との間に有意な正相関がみられた($r=.407, p<.05$)。いずれもの項目も相関関係が認められており、爪先上げと踵上げの値の向上は歩行能力の向上との関連があることが明らかになった。

4) 健康運動の継続性と加齢による比較

初回介入プログラムの健康講座のなかで参加者に提案した日常生活の中でできる運動「いきいき4とき運動」と補助運動1種目の初回調査時の実施予測と4ヵ月後の2回目調査時の結果を比較したものが表4である。「毎日実施」、「半分以上実施」「時々実施」を「実施」として、「ほとんど実施できない」、「実施できない」を「非実施」にそれぞれ置き換えた。なお、対象者は継続的に参加した119名で、それ以外は欠損値として除外した。健康運動の4ヵ月後の実施頻度は5種目すべてにおいて予測が4ヵ月後の結果が有意に下回る傾向を示した($p<.01$)。特に、実施率が低い種目は「食事のとき」、「テレビを見るとき」であった。一方、「歩くとき」は今回の種目の中でも実施率が高かった種目であった。

次に、4ヵ月後の実施率を年齢群で比較し加齢による実施率の変化をみたものが表5である。加齢による実施率は「寝るとき」($\chi^2=7.51, p<.01$)、「ごみ箱バスケットボール」($\chi^2=10.21, p<.01$)、「テレビを見るとき」($\chi^2=6.07, p<.05$)で有意な関連がみられた。いずれの項目でも「壮年期群」、「前期高齢者群」が「後期高齢者群」よりも実施率が高い傾向が示さ

表 1 大島悉皆調査との比較

	プログラム参加者 (n=249)	大島悉皆調査 (n=1134)
[年齢]	74.77 ± 6.51	70.78 ± 8.97
[年齢群]		
壮年期群	11.8%	29.2%
前期高齢者群	40.2%	38.0%
後期高齢者群	48.0%	34.5%
[属性]		
男性	16.3%	39.6%
女性	83.7%	60.4%
[健康のために運動をしているか]		
している	76.0%	57.1%
していない	24.0%	42.9%
[地域活動への参加]		
している	70.8%	58.3%
していない	29.2%	41.7%
[健康状態の自覚]		
とても健康	27.0%	34.7%
まあ健康	57.9%	44.9%
あまり健康ではない	14.3%	16.1%
健康ではない	0.8%	4.3%

表 2 年齢群による体力水準測定値の 4 ヶ月後の変化量

		壮年期群 (n = 9)		前期高齢者群 (n = 38)		後期高齢者群 (n = 60)	
		初回	4 ヶ月後	初回	4 ヶ月後	初回	4 ヶ月後
握力 (kg)	mean ± S.D	29.16 ± 5.08	28.38 ± 5.58	26.93 ± 7.18	27.76 ± 6.89	24.51 ± 6.96	25.42 ± 6.35
爪先上げ (kg)	mean ± S.D	5.16 ± 3.32	6.55 ± 3.37	4.32 ± 2.57	5.38 ± 3.09	2.89 ± 2.43	4.48 ± 2.43
踵上げ (kg)	mean ± S.D	46.38 ± 22.27	49.44 ± 15.87	38.25 ± 17.72	40.34 ± 17.61	33.98 ± 17.56	32.75 ± 15.14
起立着席歩行 速度 (秒)	mean ± S.D	6.77 ± 1.33	6.28 ± 0.76	7.30 ± 1.09	6.81 ± 0.94	8.38 ± 1.63	7.77 ± 1.59
棒反応 (cm)	mean ± S.D	29.93 ± 10.22	27.55 ± 6.77	27.97 ± 6.77	28.65 ± 6.22	32.06 ± 8.24	32.27 ± 8.23

(2 × 3 分散分析)

表 3 歩行能力に関する各測定項目の相関係数

		爪先上げ	踵上げ	起立着席歩行速度
爪先上げ	Pearson の相関係数	1	.594	-.325
	有意確率 (両側)	.	.000	.000
	N	247	247	245
踵 上 げ	Pearson の相関係数	.594	1	-.406
	有意確率 (両側)	.000	.	.000
	N	247	247	245
起立着席歩行速度	Pearson の相関係数	-.325	-.406	1
	有意確率 (両側)	.000	.000	.
	N	245	245	247

表 4 健康運動実施予測と実施率

	歩くとき**		テレビを 見るとき**		食事のとき**		寝るとき**		ごみ箱**	
	予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果
毎日実施	72 60.5%	25 20.5%	72 60.5%	8 6.6%	74 62.7%	9 7.5%	86 72.0%	18 14.8%	84 70.3%	20 16.4%
半分以上実施	26 21.7%	15 12.3%	30 25.2%	3 2.5%	26 22.0%	7 5.8%	17 14.4%	11 9.0%	19 16.1%	10 8.2%
時々実施	17 14.4%	40 32.8%	11 9.2%	50 41.3%	13 11.0%	40 33.3%	10 8.5%	41 33.6%	11 9.3%	29 23.8%
ほとんど実施 できない	2 1.7%	23 18.9%	1 0.8%	28 23.1%	3 2.5%	19 15.8%	4 3.4%	14 11.5%	2 1.7%	19 15.6%
実施できない	2 1.7%	19 15.6%	5 4.2%	32 26.4%	2 1.7%	45 37.5%	2 1.7%	38 31.1%	3 2.5%	44 36.1%
合 計	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%	119 100.0%
平均 値	4.38	3.02	4.37	2.39	4.42	2.28	4.52	2.61	4.51	2.51

* p<.05 ** p<.01 (Wilcoxon 符号付順位検定)

表 5 各健康運動の加齢による実施率

		n	壮年期群 (%)	前期高齢者群 (%)	後期高齢者群 (%)
歩くとき	実施	80	6 (66.7)	30 (76.9)	44 (60.3)
	非実施	41	3 (33.3)	9 (23.1)	29 (39.7)
テレビを見るとき*	実施	61	6 (66.7)	25 (64.1)	30 (41.7)
	非実施	59	3 (33.3)	14 (35.1)	42 (58.3)
食事のとき	実施	55	6 (66.7)	21 (53.8)	28 (39.4)
	非実施	64	3 (33.3)	18 (46.29)	43 (60.6)
寝るとき**	実施	70	7 (77.8)	28 (71.8)	35 (47.9)
	非実施	51	2 (22.2)	11 (28.2)	38 (52.1)
ごみ箱**	実施	59	6 (66.7)	26 (66.7)	27 (37.0)
	非実施	62	3 (33.3)	13 (33.3)	46 (63.3)

* p < .05 ** p < .01 (χ²検定)

表 6 介入プログラム参加後のライフスタイルの変化

		n	壮年期群 (%)	前期高齢者群 (%)	後期高齢者群 (%)
健康を意識するようになった	変化あり	13	1 (11.1)	1 (2.7)	11 (15.1)
	変化なし	106	8 (88.9)	36 (97.3)	62 (84.9)
痴呆予防を意識するようになった	変化あり	18	1 (11.1)	3 (8.1)	14 (19.2)
	変化なし	101	8 (88.9)	34 (91.9)	59 (81.8)
食事に気を使うようになった	変化あり	29	1 (12.5)	7 (18.9)	21 (28.8)
	変化なし	89	7 (87.5)	30 (81.1)	52 (71.2)
運動を心がけるようになった*	変化あり	20	1 (11.1)	2 (5.4)	17 (23.3)
	変化なし	99	8 (88.9)	35 (94.6)	56 (76.7)
よく眠れるようになった	変化あり	45	4 (44.4)	12 (32.6)	29 (39.7)
	変化なし	74	5 (55.6)	25 (67.4)	44 (61.3)
積極的に歩くようになった	変化あり	38	1 (11.1)	9 (24.3)	28 (38.4)
	変化なし	81	8 (88.9)	28 (76.7)	45 (61.6)
新しい余暇活動ができた	変化あり	76	6 (66.7)	21 (56.8)	49 (56.0)
	変化なし	41	3 (33.3)	16 (43.2)	22 (44.0)
外出する機会が増えた	変化あり	62	4 (44.4)	16 (43.2)	42 (57.5)
	変化なし	57	5 (55.6)	21 (56.8)	31 (42.5)
健康や痴呆予防の会話が増えた	変化あり	45	3 (33.3)	12 (33.3)	31 (42.5)
	変化なし	72	6 (66.7)	24 (66.7)	42 (57.5)
地域の活動に参加するようになった	変化あり	32	2 (22.2)	8 (21.6)	22 (30.1)
	変化なし	87	7 (77.8)	29 (78.4)	51 (69.9)
目標が出来た	変化あり	44	2 (22.2)	14 (38.6)	28 (38.9)
	変化なし	72	7 (77.8)	22 (61.6)	43 (60.6)

* p < .05 ** p < .01 (χ²検定)

痴呆性高齢者介護家族の相談ニーズ調査

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

加藤伸司 阿部哲也 矢吹知之

【目 的】

2002年に要介護認定を受けた人は314万人であり、そのうち210万人は在宅で生活する高齢者である。また要介護認定を受けた在宅高齢者のうち73万人（35%）の人たちに痴呆が疑われるといわれている。したがって在宅で生活する痴呆性高齢者とその介護家族をいかに支えていくかは、緊急の課題といえるだろう。痴呆という病気は家族を巻き込む病気であり、介護家族は「痴呆」という病気がもたらす「第二の犠牲者」と呼ばれており、痴呆性高齢者の介護者に対する支援は重要な課題となってくる。痴呆性高齢者の在宅支援の要である訪問介護事業は、在宅の痴呆性高齢者だけではなく、その介護家族に対しても不可欠なサービスといえるだろう。ホームヘルパーが実際に訪問介護活動を行っていく中で、痴呆性高齢者の介護だけではなく、介護家族から様々な相談を受けることも多く、その中には実際の介護上の相談だけではなく、介護者自身の抱えている悩みや不安なども含まれていることが予想される。本研究は、痴呆性高齢者を抱える家族の支援を考えていく上で実際に家族の相談ニーズにはどのようなものがあり、それに対してどの程度応えることができているのかを明らかにし、今後のホームヘルパー教育のあり方を検討することを目的に行われた。

【方 法】

【予備調査】

訪問介護事業所に対して、痴呆性高齢者の家族から実際にどのような相談を受けるのか、またその相談に対してどのくらい答えやすいのかについて調査を行うために、本調査を行う前に予備調査を行った。予備調査は、訪問介護事業所3ヵ所に対し、痴呆性高齢者を介護する家族を訪問した際に具体的にどのような相談があるのか、その内容について具体的に記載してもらう方法で行った。相談内容については、その頻度に関係なく今までに受けたことのある相談内容を箇条書きで列挙してもらうこととし、その内容をもとにアンケート質問項目を作成した。（参考資料1）

【本調査】

予備調査の結果から、61項目のアンケート調査項目が抽出された。本調査では、日常業務で痴呆性高齢者を介護する家族から受ける相談がどのくらいあるか（頻度）と、その相談にどのくらい答えやすいか（答えやすさ）について質問した（参考資料1参照）。「頻度」については、「ほとんどない」「あまりない」「ときどきある」「よくある」の4段階で評定しても

らい、「答えやすさ」については、「答えやすい」「割合答えやすい」「やや答えにくい」「答えにくい」の4段階で評定してもらった。本調査は、全国47都道府県の訪問介護事業所をそれぞれ10カ所ずつ無作為抽出し、郵送によるアンケートを行った。なお回答は事業所が特定できないように無記名とした。

【結 果】

【対象者の概要】

調査票が回収できたのは470カ所中125カ所であった。回答者は、男性が25人（20.2%）、女性が98人（79.0%）であり、平均年齢は44.85±10.94歳であった。役職は事業所の所長が23人（18.4%）、主任・リーダーが46人（36.8%）、訪問介護員29人（23.2%）、その他20人（16.0%）であった（図1）。訪問介護の経験年数は1年未満が27人（21.6%）、1年以上3年未満が20人（16.0%）、3年以上5年未満が31人（24.8%）、5年以上10年未満が24人（19.2%）、10年以上が20人（16.0%）であり、3年以上5年未満がもっとも多く、全体の約4分の1をしめていた（図2）。資格に関しては複数回答であり、ホームヘルパーが60人（48.0%）、介護支援専門員が60人（48.0%）、介護福祉士が55人（44.0%）、看護師（准看護師）が19人（15.2%）であった（図3）。ホームヘルパーに関しては、1級が31人（51.7%）と最も多く、2級が27人（45.0%）、3級が2人（3.3%）となっていた。

【相談頻度と答えやすさの全体の結果】

家族介護者から受ける相談頻度に関する「ほとんどない」「あまりない」「ときどきある」「よくある」の4段階評定の結果と、答えやすさに関する「答えやすい」「割合答えやすい」「やや答えにくい」「答えにくい」の4段階評定の結果を一覧にしたのが参考資料2である。回答者数は実数で示し、%は欠損値をのぞいた値で示してある（参考資料2参照）。

【相談頻度の結果】

相談頻度に関しては、4段階評定のうち「ときどきある」と「よくある」を合わせて「ある群」とし、「あまりない」と「ほとんどない」を合わせて「ない群」とした。「ある群」の回答が75%を超えた項目は、「何回も同じことをいわなければならない」106人（84.8%）、「もの忘れがひどくて困る」104人（84.6%）、「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」90人（75.0%）の3項目であり、痴呆の中核症状である記憶障害に対する相談と介護家族の負担感や将来的な不安に関する相談頻度が多いことが明らかとなった。また「ある群」の回答が上記3項目を含めて50%を超えた項目は、「何回も同じことをいわなければならない」「もの忘れがひどくて困る」「何でもどこかにしまってしまう」「短期入所等の施設利用に伴う環境の変化により、痴呆症状が進行するのではないかと不安がある」など痴呆の基本症状に関する相談が4項目、「お風呂に入りたがらなくて困る」「家に閉じこもっている」「夜間が心配」「介護者の言うことを聞いてくれない」など具体的な介護に関する相談が4項目、「妄想が激しい」「おむつを自分ではずしてしまう」「火の不始末など危険な行為がある」「汚れた衣服を隠すなど不潔行為がみられる」「本人がなくしたものを家族やヘルパーが盗っ

たという」「本人が暴言を吐く」「昼夜逆転して夜寝てくれない」などの行動障害（BPSD）に関する相談が7項目、「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」「家族がゆっくり眠れない」「いらいらするとどなってしまう」「病院に行っても回復がみられない」「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」など介護者自身の悩みに関する相談が5項目、「施設入所を希望した際に施設側が受け入れてくれるのか不安」「施設入所の待機期間がどのくらいあるのかわからない」「サービス利用に限度がある」「痴呆性高齢者へのサービス内容がわからない」などサービス等に関する相談が4項目であり、50%以上の人々が「相談がある」と回答した項目は合計24項目であった（表1）。

【相談に対する答えにくさの結果】

相談に対する答えにくさに関しては、4段階評定のうち「やや答えにくい」と「答えにくい」を合わせて「答えにくい群」とし、「割合答えやすい」と「答えやすい」を合わせて「答えやすい群」とした。「答えにくい群」の回答が75%を超えた項目はみられなかったが、「答えにくい群」の回答が50%を超えた項目に関しては、「本人が家族を受け入れてくれない」の具体的な介護に関する相談が1項目、「本人が暴力をふるう」「性的な逸脱行為がみられる」など行動障害（BPSD）に関する相談が2項目、「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」「病院に行っても回復がみられない」「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」など介護者自身の悩みに関する相談が3項目、「介護費用の捻出に困っている」の経済的な面に関する相談が1項目、「近所の人に迷惑をかけている」「近所の人にうわさされて困る」「他人に家族のことについてあることないこと言いふらしている」「近所から苦情がある」など近隣との関係性に関する相談が4項目、計11項目の相談が答えにくいという結果であった。

【相談頻度が高く、答えにくい項目に関する結果】

相談頻度が50%を超えて多く、答えにくさも50%を超えて多かった項目は、「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」「病院に行っても回復がみられない」「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」の3項目であり、これらの項目はいずれも介護者自身の悩みに関する相談項目であった。

【考 察】

痴呆性高齢者の介護家族の相談ニーズにはどのようなものがあるかについては、本来であれば介護家族自身に対する調査が必要と思われる。しかしその相談に関しては、具体的な介護に関する相談だけではなく、医療に対する相談や制度等を含む福祉行政に対する相談、介護家族の抱える心理的な悩みに関する相談など様々なものが混在していることが予想される。介護家族としては、相談する相手が誰であろうと、抱えている問題は変わらないわけであり、その相談を実際に受ける機会が多いのは、実際に訪問活動を行っているホームヘルパーであることが予想される。したがって今回は実際に訪問活動を行っているホームヘルパー側からみてどのような相談を受けることが多いのかについて、相談を受ける側からの視点で

調査を行った。調査は470カ所を対象に行われたが、実際に回答が寄せられたのは125カ所と約4分の1にあたる事業所であった。

【相談頻度が非常に多い項目について】

具体的相談内容で4分の3以上の人が「ある」と回答したのは、「もの忘れがひどくて困る」「何回も同じことをいわなければならない」「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」の3項目であった。これらの相談内容は、痴呆の中核症状である「もの忘れ」に関するものと、介護者自身の負担感、将来的不安に関するものである。つまり家族が現状として相談にのってほしいと感じている悩みは、痴呆性高齢者の身体的ケアに関するものよりも痴呆特有の認知機能障害とそれに対する対処法であり、それに加えて家族自身を感じている将来的な不安であることが明らかとなった。

【相談頻度が多い項目について】

相談内容で上記の3項目を含めて半数以上の人が「ある」と回答した項目は24項目であり、そのうち15項目は、痴呆の基本症状に関する相談（4項目）と、具体的な介護に関する相談（4項目）、行動障害（BPSD）に関する相談（7項目）であった。相談に対する答えにくさに関して50%を超えた項目は、具体的な介護に関する相談が1項目、行動障害（BPSD）に関する相談が2項目の合計3項目であり、相談頻度の多さに比べると少ないものであった。つまり、具体的な相談内容には痴呆の基本症状に関するものや具体的な介護に関するもの、行動障害に関するものなどが多いにもかかわらず、これらの相談内容に関しては比較的答えやすいと感じているホームヘルパーが多いということがいえるだろう。また相談頻度の多いものとしてサービスなどに関するものも4項目みられたが、このサービスに関する相談では答えにくいと回答している人が50%を超えたものはみられなかった。これらの結果は、ホームヘルパーにとって痴呆の症状や行動障害、サービスの利用などに関する相談は多くても、その相談にある程度答えることができることを示唆するものと考えられる。

【相談に答えにくい項目について】

介護者自身の悩みに関する相談では、頻度が多い項目が5項目であったが、このうち「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」「病院に行っても回復がみられない」「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」の3項目は、50%以上の人から答えにくいと回答しており、ホームヘルパーにとって介護家族の将来的不安や、痴呆という病気に対する家族の不安、痴呆性高齢者症状の変化に対する家族の動揺など家族自身の悩みに関しては、相談頻度が多くても答えにくい内容であることが明らかとなった。

今回、頻度の高い相談内容にはみられなかった項目で、答えにくいと回答した項目が50%を超えたものには、「介護費用の捻出に困っている」という経済的な面に関する相談と、「近所の人に迷惑をかけている」「近所の人にうわさされて困る」「近所から苦情がある」「他人に家族のことについてあることないこといいふらしている」などの近隣との関係性に関する相談であった。この中でも特に近隣との関係性の問題は、痴呆介護によるストレスだけではなく、二次的に発生する地域の間人関係のストレスに発展することも予想される。特に痴呆性高齢者が地域で生活していく上で近隣との関係性に問題があるとすれば、痴呆性高齢者

の在宅介護自体が難しいものとなるだろう。したがってたとえ相談頻度は多くなくても、ホームヘルパーは、これらの相談に対して適切に対処できるような技能を持つことは重要である。

[今後の課題]

一般に痴呆性高齢者のケアは身体的負担だけではなく、心理的負担も大きいといわれるが、痴呆性高齢者の介護者である家族の負担を軽減し、バーンアウトを予防していくためには、身体的な負担軽減だけではなく、心理的な面での負担をいかに減らしていくかが大きな鍵となる。家族の心理的負担を軽減する方法には、デイサービスやデイケア、短期入所などのサービスを効果的に利用して介護者自身の休息をはかるといった手段もあるが、在宅介護継続していくためには、一時的に介護から解放して負担を軽減する方法だけではなく、家族の抱える根本的な不安感や負担感を解消する必要がでてくるだろう。また介護家族の介護力を強化し、問題対処能力を高めるエンパワメントの視点も重要となってくる。したがって在宅ケアの中心的な担い手であるホームヘルパーが介護家族相談ニーズに応えることができるスキルを持っていれば、介護家族の心理的な負担感や不安感を軽減できるだけではなく、家族の介護力を高めて在宅介護を長期間維持できる可能性もでてくる。

今回の結果からホームヘルパーは、実際の介護に関する相談には比較的応じやすいと感じているものの、家族の不安や動揺といった心理的な面での相談や近隣との関係性の障害などの相談に関しては対処が難しいと感じている傾向がみられた。しかし答えやすいと感じているからといって、それが適切な対処法であるかどうかは今回の調査から明らかにはされていない。また相談頻度が多いからといってそれが重要な問題であるとは限らず、たとえ相談頻度が少なくても重要な問題もある。今後は相談の具体的内容とその対処法を詳細に検討し、対処技法をホームヘルパーに対して広めていくための教育プログラムの開発と、普及を行っていくことが重要と思われる。

Ⅱ. 日常の業務で痴呆性高齢者を介護する家族から受ける相談がどのくらいあるかとその相談にどのくらい答えやすいかについてそれぞれ 4 段階で評価し、あてはまるものに○をつけてください。

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんどない	あまりない	ときどきある	よくある	答えやすい	割合答えやすい	やや答えにくい	答えにくい
(1)	何でもどこかにしまってしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(2)	家族がゆっくり眠れない	1	2	3	4	1	2	3	4
(3)	排泄介助をさせてくれない	1	2	3	4	1	2	3	4
(4)	徘徊に付き添わなければならない	1	2	3	4	1	2	3	4
(5)	近所の人に迷惑をかけている	1	2	3	4	1	2	3	4
(6)	施設入所を希望した際に、施設側が受け入れてくれるのか不安	1	2	3	4	1	2	3	4
(7)	イライラするとどなってしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(8)	お風呂に入りたがらなくて困る	1	2	3	4	1	2	3	4
(9)	病院の受診を本人が嫌がる	1	2	3	4	1	2	3	4
(10)	家に閉じこもっている	1	2	3	4	1	2	3	4

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんどない	あまりない	ときどきある	よくある	答えやすい	割合答えやすい	やや答えにくい	答えにくい
(11)	おむつを自分ではずしてしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(12)	訪問販売で高価なものを買ってしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(13)	妄想が激しい	1	2	3	4	1	2	3	4
(14)	自分の家がわからない	1	2	3	4	1	2	3	4
(15)	夜になると興奮する	1	2	3	4	1	2	3	4
(16)	食べきれない量の食料を買い込んでくる	1	2	3	4	1	2	3	4
(17)	外出する度に、体中にあざを作ってくる	1	2	3	4	1	2	3	4
(18)	近所の人にうわさされて困る	1	2	3	4	1	2	3	4
(19)	気に入らないことがあると家族にあたる	1	2	3	4	1	2	3	4
(20)	施設入所の待機期間がどのくらいあるのかわからない	1	2	3	4	1	2	3	4
(21)	他人に家族のことについてあることないこと言いふらしている	1	2	3	4	1	2	3	4
(22)	食べられないものを口に入れてしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(23)	夜間が心配	1	2	3	4	1	2	3	4

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんどない	あまりない	ときどきある	よくある	答えやすい	割合答えやすい	やや答えにくい	答えにくい
(24)	本人が暴力をふるう	1	2	3	4	1	2	3	4
(25)	サービス利用に限度がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(26)	夜中に外出する	1	2	3	4	1	2	3	4
(27)	物忘れがひどくて困る	1	2	3	4	1	2	3	4
(28)	汚い格好をしている	1	2	3	4	1	2	3	4
(29)	病院に行っても回復が見られない	1	2	3	4	1	2	3	4
(30)	火の不始末など危険な行為がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(31)	近所から苦情がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(32)	注意すると怒って興奮する	1	2	3	4	1	2	3	4
(33)	何回も同じことをいわなければならない	1	2	3	4	1	2	3	4
(34)	痴呆性高齢者へのサービス内容がわからない	1	2	3	4	1	2	3	4
(35)	本人が家族以外の人を受け入れない	1	2	3	4	1	2	3	4
(36)	痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける	1	2	3	4	1	2	3	4

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんどない	あまりない	ときどきある	よくある	答えやすい	割合答えやすい	やや答えにくい	答えにくい
(37)	イライラするとたたいてしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(38)	汚れた衣類を隠すなど不潔行為がみられる	1	2	3	4	1	2	3	4
(39)	本人がなくしたものを家族やヘルパーが盗ったという	1	2	3	4	1	2	3	4
(40)	便をさわってしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(41)	外出して自分で帰ってくるができない	1	2	3	4	1	2	3	4
(42)	介護者の言うことを聞いてくれない	1	2	3	4	1	2	3	4
(43)	本人が暴言を吐く	1	2	3	4	1	2	3	4
(44)	ヘルパーに受け入れてもらえるかどうか不安	1	2	3	4	1	2	3	4
(45)	痴呆症の薬に対して不安がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(46)	サービス提供側との介護方針の相違	1	2	3	4	1	2	3	4
(47)	家族のことがわからない	1	2	3	4	1	2	3	4
(48)	介護費用の捻出に困っている	1	2	3	4	1	2	3	4
(49)	何でも人にあげてしまう	1	2	3	4	1	2	3	4

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんどない	あまりない	ときどきある	よくある	答えやすい	割合答えやすい	やや答えにくい	答えにくい
(50)	夕方になると落ち着きがなくなる	1	2	3	4	1	2	3	4
(51)	施設利用（短期入所等）に伴う環境の変化により痴呆症状が進行するのではないかと不安がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(52)	本人が家族を受け入れてくれない	1	2	3	4	1	2	3	4
(53)	いつも何か探しまわっている	1	2	3	4	1	2	3	4
(54)	昼夜逆転していて夜、寝てくれない	1	2	3	4	1	2	3	4
(55)	トイレ以外の場所で放尿してしまう	1	2	3	4	1	2	3	4
(56)	性的な逸脱行為がみられる	1	2	3	4	1	2	3	4
(57)	要介護認定の結果に対する不満がある	1	2	3	4	1	2	3	4
(58)	入院中、病院から家族の付き添いを求められる	1	2	3	4	1	2	3	4
(59)	近所の人目が気になる	1	2	3	4	1	2	3	4
(60)	家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない	1	2	3	4	1	2	3	4
(61)	どこに相談すれば良いのかわからない	1	2	3	4	1	2	3	4
(62)	（その他）	1	2	3	4	1	2	3	4

Ⅲ. 最後に、痴呆性高齢者を介護する家族の相談についておうかがいします。

差し支えない程度で構いませんので、今までに受けた相談、その相談への対応、その他痴呆性高齢者を介護する家族からの相談について自由にお書きください。今後の参考にさせていただきたいと思います。



お忙しいところ、ご協力いただきましてまことにありがとうございました。

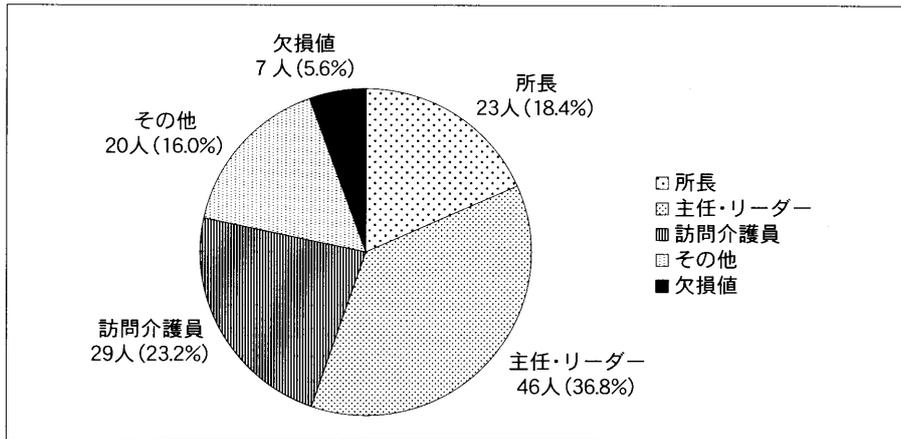


図1 役職 (n=125)

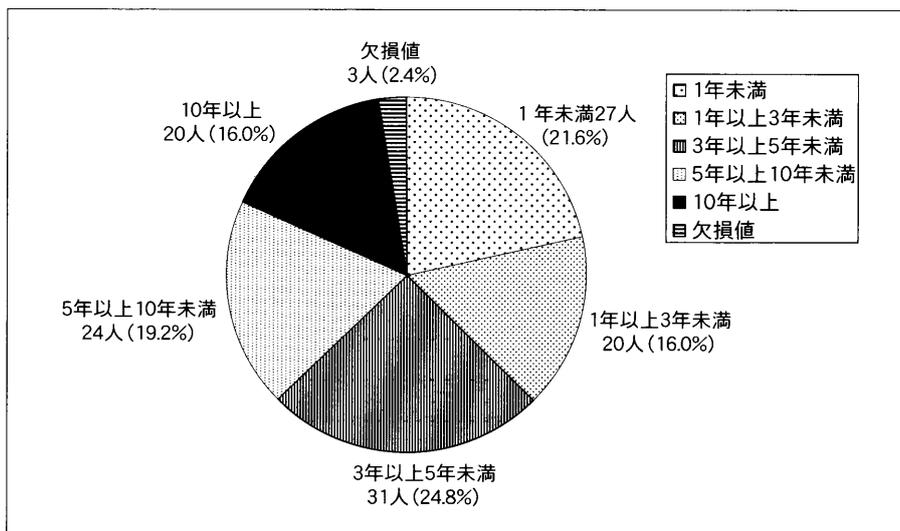


図2 訪問介護の経験年数 (n=125)

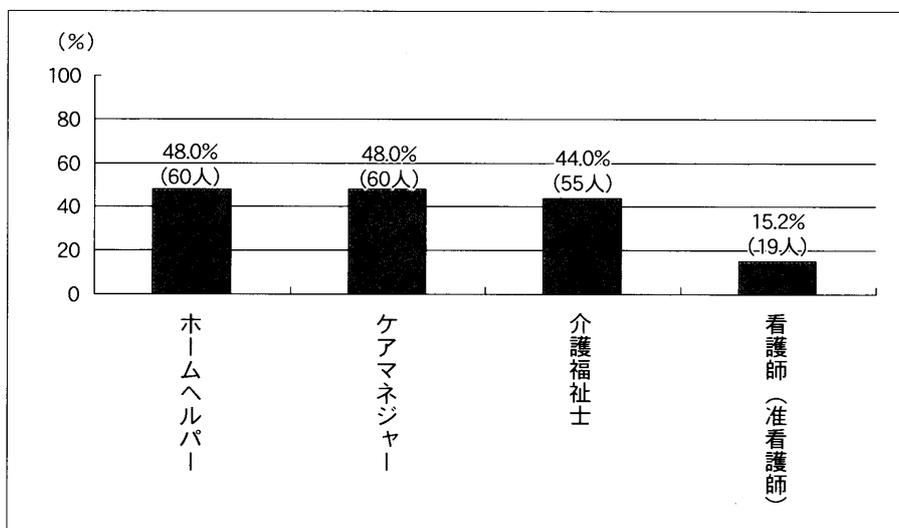


図3 資格 (複数回答 n=125)

表 1. 頻度の高い相談内容

(痴呆の基本症状に関する相談)
「もの忘れがひどくて困る」 104人 (84.6%) 「何回も同じことをいわずにはならない」 106人 (84.8%) 「何でもどこかにしまってしまう」 78人 (65.0%) 「短期入所等の施設利用に伴う環境の変化により、痴呆症状が進行するのではないかと不安がある」 77人 (64.2%)
(具体的な介護に関する相談)
「お風呂に入りたがらなくて困る」 91人 (74.0%) 「家に閉じこもっている」 70人 (57.9%) 「夜間が心配」 75人 (61.9%) 「介護者のいうことを聞いてくれない」 84人 (69.4%)
(BPSD：行動障害に関する相談)
「おむつを自分ではずしてしまう」 69人 (57.5%) 「妄想が激しい」 70人 (57.0%) 「火の不始末など危険な行為がある」 76人 (62.3%) 「汚れた衣類を隠すなど不潔行為が見られる」 71人 (58.2%) 「本人がなくしたものを家族やヘルパーが盗ったという」 77人 (62.6%) 「本人が暴言を吐く」 60人 (50.4%) 「昼夜逆転して夜寝てくれない」 79人 (65.2%)
(介護者自身の悩みに関する相談)
「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」 90人 (75.0%) 「家族がゆっくり眠れない」 89人 (74.2%) 「いらいらするとどなってしまう」 76人 (63.4%) 「病院に行っても回復がみられない」 64人 (53.4%) 「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」 81人 (67.5%)
(サービスなどに関する相談)
「施設入所を希望した際に施設側が受け入れてくれるのか不安」 64人 (54.2%) 「施設入所の待機期間がどのくらいあるのかわからない」 71人 (60.2%) 「サービス利用に限度がある」 69人 (58.2%) 「痴呆性高齢者へのサービス内容がわからない」 61人 (51.2%)

表 2. 答えにくい相談内容

(具体的な介護に関する相談)
「本人が家族を受け入れてくれない」 56人 (51.9%)
(BPSD : 行動障害に関する相談)
「本人が暴力をふるう」 55人 (51.0%)
「性的な逸脱行為がみられる」 66人 (63.5%)
(介護者自身の悩みに関する相談)
「家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない」 66人 (56.9%)
「病院に行っても回復がみられない」 64人 (59.8%)
「痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける」 60人 (51.8%)
(経済的な面に関する相談)
「介護費用の捻出に困っている」 58人 (54.2%)
(近隣との関係性に関する相談)
「近所の人に迷惑をかけている」 57人 (51.3%)
「近所の人にうわさされて困る」 57人 (54.8%)
「他人に家族のことについてあることないこと言いふらしている」 57人 (54.3%)
「近所から苦情がある」 59人 (54.1%)

(参考資料 2)

家族介護者から受ける相談の頻度と答えやすさ

人数
(割合)

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんど ない	あまり ない	ときどき ある	よく ある	答えや すい	割合答え やすい	やや答え にくい	答えに くい
1	何でもどこかにしまっ てしまう	16 (13.3%)	26 (21.7%)	56 (46.7%)	22 (18.3%)	22 (18.3%)	61 (50.8%)	31 (25.8%)	6 (5.0%)
2	家族がゆっくり眠れ ない	13 (10.8%)	18 (15.0%)	53 (44.2%)	36 (30.0%)	19 (16.5%)	53 (46.1%)	34 (29.6%)	9 (7.8%)
3	排泄介助をさせてく れない	28 (23.1%)	36 (29.8%)	46 (38.0%)	11 (9.1%)	19 (16.2%)	58 (49.6%)	33 (28.2%)	7 (6.0%)
4	徘徊に付き添わなけ ればならぬ	40 (33.1%)	42 (34.7%)	29 (24.0%)	10 (8.3%)	17 (15.5%)	48 (43.6%)	39 (35.5%)	6 (5.5%)
5	近所の人に迷惑をか けている	39 (32.0%)	33 (27.0%)	41 (33.6%)	9 (7.4%)	17 (15.3%)	37 (33.3%)	50 (45.0%)	7 (6.3%)
6	施設入所を希望した 際に施設側が受け入 れてくれるのか不安	30 (25.4%)	24 (20.3%)	38 (32.2%)	26 (22.0%)	23 (20.4%)	43 (38.1%)	33 (29.2%)	14 (12.4%)
7	イライラするとどな ってしまう	18 (15.0%)	26 (21.7%)	41 (34.2%)	35 (29.2%)	19 (16.5%)	46 (40.0%)	39 (33.9%)	11 (9.6%)
8	お風呂に入りたがら なくて困る	16 (13.0%)	16 (13.0%)	60 (48.8%)	31 (25.2%)	21 (18.3%)	61 (53.0%)	25 (21.7%)	8 (7.0%)
9	病院の受診を本人が 嫌がる	31 (25.4%)	38 (31.1%)	38 (31.1%)	15 (12.3%)	19 (17.0%)	63 (56.3%)	23 (20.5%)	7 (6.3%)
10	家に閉じこもってい る	24 (19.8%)	27 (22.3%)	45 (37.2%)	25 (20.7%)	15 (13.3%)	58 (51.3%)	34 (30.1%)	6 (5.3%)
11	おむつを自分ではず してしまう	27 (22.5%)	24 (20.0%)	53 (44.2%)	16 (13.3%)	24 (21.4%)	53 (47.3%)	31 (27.7%)	4 (3.6%)
12	訪問販売で高価な物 を買ってしまう	54 (44.3%)	26 (21.3%)	33 (27.0%)	9 (7.4%)	25 (23.4%)	45 (42.1%)	27 (25.2%)	10 (9.3%)
13	妄想が激しい	22 (17.9%)	31 (25.2%)	50 (40.7%)	20 (16.3%)	18 (15.8%)	49 (43.0%)	41 (36.0%)	6 (5.3%)
14	自分の家がわからない	49 (40.5%)	23 (19.0%)	35 (28.9%)	14 (11.6%)	19 (18.1%)	58 (55.2%)	25 (23.8%)	3 (2.9%)
15	夜になると興奮す る	44 (37.0%)	29 (24.4%)	38 (31.9%)	8 (6.7%)	17 (16.3%)	44 (42.3%)	38 (36.5%)	5 (4.8%)
16	食べきれない量の食 料を買い込んでくる	64 (52.5%)	30 (24.6%)	19 (15.6%)	9 (7.4%)	25 (24.3%)	47 (45.6%)	26 (25.2%)	5 (4.9%)
17	外出する度に体中に あざを作ってくる	91 (75.2%)	23 (19.0%)	6 (5.0%)	1 (0.8%)	22 (22.4%)	33 (33.7%)	35 (35.7%)	8 (8.2%)
18	近所の人にうわささ れて困る	71 (58.7%)	35 (28.9%)	12 (9.9%)	3 (2.5%)	17 (16.3%)	30 (28.8%)	41 (39.4%)	16 (15.4%)
19	気に入らないことが あると家族にあたる	36 (29.5%)	34 (27.9%)	41 (33.6%)	11 (9.0%)	22 (20.2%)	39 (35.8%)	41 (37.6%)	7 (6.4%)
20	施設入所の待機期間 がどのくらいあるの かわからない	28 (23.7%)	19 (16.1%)	37 (31.4%)	34 (28.8%)	27 (24.3%)	37 (33.3%)	28 (25.2%)	19 (17.1%)
21	他人に家族のことにつ いてあることないこ とをいふらしている	52 (42.6%)	38 (31.1%)	26 (21.3%)	6 (4.9%)	16 (15.2%)	32 (30.5%)	43 (41.0%)	14 (13.3%)
22	食べられないものを 口に入れてしまう	64 (52.9%)	36 (29.8%)	19 (15.7%)	2 (1.7%)	25 (24.0%)	53 (51.0%)	24 (23.1%)	2 (1.9%)
23	夜間が心配	18 (14.9%)	28 (23.1%)	47 (38.8%)	28 (23.1%)	22 (19.5%)	47 (41.6%)	39 (34.5%)	5 (4.4%)
24	本人が暴力をふるう	51 (42.1%)	33 (27.3%)	33 (27.3%)	4 (3.3%)	20 (18.5%)	33 (30.6%)	49 (45.4%)	6 (5.6%)
25	サービス利用に限度 がある	26 (21.8%)	24 (20.2%)	41 (34.5%)	28 (23.5%)	25 (22.3%)	40 (35.7%)	33 (29.5%)	14 (12.5%)
26	夜間に外出する	60 (49.6%)	37 (30.6%)	21 (17.4%)	3 (2.5%)	19 (18.3%)	47 (45.2%)	35 (33.7%)	3 (2.9%)
27	物忘れがひどくて困 る	7 (5.7%)	12 (9.8%)	37 (30.1%)	67 (54.5%)	25 (21.2%)	61 (51.7%)	25 (21.2%)	7 (5.9%)

	頻 度				答えやすさ				
	ほとんど ない	あまり ない	ときどき ある	よく ある	答えや すい	割合答え やすい	やや答え にくい	答えに くい	
28	汚い格好をしている	35 (28.5%)	28 (22.8%)	48 (39.0%)	12 (9.8%)	9 (8.2%)	57 (51.8%)	35 (31.8%)	9 (8.2%)
29	病院に行っても回復が見られない	26 (21.7%)	30 (25.0%)	32 (26.7%)	32 (26.7%)	14 (13.1%)	29 (27.1%)	35 (32.7%)	29 (27.1%)
30	火の不始末など危険な行為がある	20 (16.4%)	26 (21.3%)	55 (45.1%)	21 (17.2%)	20 (17.4%)	65 (56.5%)	24 (20.9%)	6 (5.2%)
31	近所から苦情がある	49 (39.8%)	40 (32.5%)	31 (25.2%)	3 (2.4%)	16 (14.7%)	34 (31.2%)	46 (42.2%)	13 (11.9%)
32	注意すると怒って興奮する	29 (24.2%)	38 (31.7%)	38 (31.7%)	15 (12.5%)	15 (13.6%)	53 (48.2%)	35 (31.8%)	7 (6.4%)
33	何回も同じことをいわなければならぬ	11 (8.8%)	8 (6.4%)	36 (28.8%)	70 (56.0%)	26 (22.8%)	63 (55.3%)	18 (15.8%)	7 (6.1%)
34	痴呆性高齢者へのサービス内容がわからない	30 (25.2%)	28 (23.5%)	48 (40.3%)	13 (10.9%)	30 (26.8%)	58 (51.8%)	20 (17.9%)	4 (3.6%)
35	本人が家族以外の人を受け入れない	24 (19.8%)	41 (33.9%)	39 (32.2%)	17 (14.0%)	15 (13.5%)	51 (45.9%)	36 (32.4%)	9 (8.1%)
36	痴呆性高齢者の変化に家族がショックを受ける	19 (15.8%)	20 (16.7%)	61 (50.8%)	20 (16.7%)	21 (18.1%)	35 (30.2%)	51 (44.0%)	9 (7.8%)
37	イライラするとたたいてしまう	46 (38.0%)	36 (29.8%)	34 (28.1%)	5 (4.1%)	16 (14.3%)	45 (40.2%)	37 (33.0%)	14 (12.5%)
38	汚れた衣類を隠すなど不潔行為がみられる	26 (21.3%)	25 (20.5%)	50 (41.0%)	21 (17.2%)	16 (14.0%)	68 (59.6%)	27 (23.7%)	3 (2.6%)
39	本人がなくなったものを家族やヘルパーが盗ったという	27 (22.0%)	19 (15.4%)	56 (45.5%)	21 (17.1%)	20 (17.9%)	46 (41.1%)	32 (28.6%)	14 (12.5%)
40	便をさわってしまう	49 (40.5%)	36 (29.8%)	31 (25.6%)	5 (4.1%)	21 (19.4%)	49 (45.4%)	34 (31.5%)	4 (3.7%)
41	外出して自分で帰ってくるのができない	44 (36.4%)	37 (30.6%)	32 (26.4%)	8 (6.6%)	22 (20.0%)	62 (56.4%)	23 (20.9%)	3 (2.7%)
42	介護者の言うことを聞いてくれない	19 (15.7%)	18 (14.9%)	53 (43.8%)	31 (25.6%)	18 (15.5%)	53 (45.7%)	37 (31.9%)	8 (6.9%)
43	本人が暴言を吐く	31 (26.1%)	28 (23.5%)	45 (37.8%)	15 (12.6%)	15 (13.6%)	54 (49.1%)	36 (32.7%)	5 (4.5%)
44	ヘルパーに受け入れてもらえるかどうか不安	38 (31.1%)	31 (25.4%)	39 (32.0%)	14 (11.5%)	29 (25.4%)	64 (56.1%)	20 (17.5%)	1 (0.9%)
45	痴呆症の薬に対して不安がある	48 (40.0%)	30 (25.0%)	34 (28.3%)	8 (6.7%)	21 (19.1%)	42 (38.2%)	34 (30.9%)	13 (11.8%)
46	サービス提供側との介護方針の相違	47 (39.2%)	41 (34.2%)	28 (23.3%)	4 (3.3%)	24 (22.0%)	44 (40.4%)	33 (30.3%)	8 (7.3%)
47	家族のことがわからない	38 (30.9%)	29 (23.6%)	45 (36.6%)	11 (8.9%)	23 (20.4%)	39 (34.5%)	41 (36.3%)	10 (8.8%)
48	介護費用の捻出に困っている	40 (33.3%)	45 (37.5%)	30 (25.0%)	5 (4.2%)	12 (11.2%)	37 (34.6%)	41 (38.3%)	17 (15.9%)
49	何でも人にあげてしまう	57 (46.7%)	36 (29.5%)	26 (21.3%)	3 (2.5%)	19 (17.9%)	50 (47.2%)	29 (27.4%)	8 (7.5%)
50	夕方になると落ち着きがなくなる	39 (32.0%)	31 (25.4%)	39 (32.0%)	13 (10.7%)	18 (16.8%)	60 (56.1%)	25 (23.4%)	4 (3.7%)
51	施設利用(短期入所等)に伴う環境の	24 (20.0%)	19 (15.8%)	54 (45.0%)	23 (19.2%)	13 (11.5%)	50 (44.2%)	42 (37.2%)	8 (7.1%)
52	本人が家族を受け入れてくれない	45 (37.5%)	37 (30.8%)	33 (27.5%)	5 (4.2%)	13 (12.0%)	39 (36.1%)	45 (41.7%)	11 (10.2%)
53	いつも何か探しまわっている	26 (21.3%)	39 (32.0%)	40 (32.8%)	17 (13.9%)	19 (16.7%)	64 (56.1%)	24 (21.1%)	7 (6.1%)
54	昼夜逆転していて夜寝てくれない	22 (18.2%)	20 (16.5%)	51 (42.1%)	28 (23.1%)	18 (15.7%)	65 (56.5%)	25 (21.7%)	7 (6.1%)

		頻 度				答えやすさ			
		ほとんど ない	あまり ない	ときどき ある	よく ある	答えや すい	割合答え やすい	やや答え にくい	答えに くい
55	トイレ以外の場所で放尿してしまう	36 (29.8%)	34 (28.1%)	36 (29.8%)	15 (12.4%)	18 (16.1%)	56 (50.0%)	29 (25.9%)	9 (8.0%)
56	性的な逸脱行為がみられる	75 (62.0%)	35 (28.9%)	9 (7.4%)	2 (1.7%)	13 (12.5%)	25 (24.0%)	48 (46.2%)	18 (17.3%)
57	要介護認定の結果に対する不満がある	37 (30.6%)	24 (19.8%)	54 (44.6%)	6 (5.0%)	24 (21.8%)	41 (37.3%)	34 (30.9%)	11 (10.0%)
58	入院中、病院から家族の付き添いを求められる	53 (44.5%)	30 (25.2%)	25 (21.0%)	11 (9.2%)	26 (24.8%)	41 (39.0%)	26 (24.8%)	12 (11.4%)
59	近所の人目が気になる	36 (30.3%)	33 (27.7%)	40 (33.6%)	10 (8.4%)	16 (14.5%)	40 (36.4%)	46 (41.8%)	8 (7.3%)
60	家族での介護がいつまで続くのか予想がつかない	12 (10.0%)	18 (15.0%)	50 (41.7%)	40 (33.3%)	10 (8.6%)	40 (34.5%)	42 (36.2%)	24 (20.7%)
61	どこに相談すれば良いのかわからない	23 (19.2%)	41 (34.2%)	40 (33.3%)	16 (13.3%)	38 (33.6%)	59 (52.2%)	12 (10.6%)	4 (3.5%)
62	その他	1 (14.3%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)

痴呆介護ホームヘルパー研修カリキュラムの作成

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

阿部 芳久 長嶋 紀一

ケアサポート松山福祉事業部

小林 厚子

島根県介護研修センター

妹尾 亨子

日本労働者協同組合センター事業団東北事業本部多賀城地域福祉事業所

横山 えみ

財団法人仙台市健康福祉事業団泉ヘルパーステーション

高橋 恵美子

株式会社福祉工房ヘルパーステーション

高橋 宏子

株式会社福祉工房事業企画室

吉田 智

1 はじめに

痴呆性高齢者が住み慣れた地域で継続的に生活していくには多くの支援を必要とする。厚生労働省老健局長の私的研究会の「高齢者介護研究会」から出された報告書（2003年6月）には、約73万人の痴呆性高齢者（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）が居宅で生活していることが示されている。

ホームヘルパーの訪問介護は、痴呆性高齢者が在宅で自立的な生活を送るための一つの支援として重視されている。一方でホームヘルパーにおける痴呆介護に関する知識・技術の不足が指摘されている。このような現状を背景に、特定の都道府県では独自にホームヘルパー及びサービス提供責任者を対象とした痴呆介護研修を開始している。そこで本事業においてはホームヘルパー及びサービス提供責任者を対象とした研修カリキュラムを作成し、今後、「痴呆介護ホームヘルパー研修」を実施する計画のある都道府県等に対してそのカリキュラムを提供する。

2 問題提起

1) 訪問介護における痴呆介護の実態について

(1) ホームヘルパー及びサービス提供責任者の業務の実態

ホームヘルパーの資質については、働く基本的な意識やスキルの面においても、非常に未熟な状態であるというのが現状である。ヘルパーにおいては、働くベースになる基本的な理念や方向性がしっかりと確認できないままに、毎日の生活の援助や、身体的なレベルの援助についても、施設介護の形がそのまま踏襲されているという現状にある。

1日24時間、365日をどうやって生活を支えていくかという視点がまだ不足している。

さらに、ヘルパーの仕事の特徴として、時間に追われとにかくメニューをこなすことに専念され、どのようなケアがよいのかを考えている余裕がないという現状にある。という状態であろうと時間内サービスを終えることが先決であり、ヘルパー間の仕事の連携が不十分である。また、利用者の家へ直行し直帰するという型がほとんどの事業所で実施されており、記録はその日に書かれず、まとめて二、三日後に書くというのが実態である。

雇用についてもその体系が登録であり非常勤のヘルパーが非常に多い。サービス提供責任者は常勤の採用で正職員であることが多く、それ以外のヘルパーはほとんど非常勤である。そのような状況の中で、常にサービス提供責任者と情報交換できず、どうしてもヘルパー個々が孤立してしまう場面があるというのが現状である。

ヘルパーの資格を取ってすぐに現場に出たとしても、1年でヘルパーをやめてしまう人が多い。その理由というのは、自分が抱えている問題をヘルパー自身がどこに相談をしてよいかわからないままやめていくケースが多い。

サービス提供責任者は、本来はいわゆる研修を企画したり指導をしたり、スキルや意識面の向上を図るための役割というのが大きく位置づけられており、訪問介護計画もしっかりとしたものを作成するという役割が与えられている。しかし現状では、いわゆるヘルパーをどう動かすかというシフトに関する役割の割合が非常に大きく占めている。在宅介護においては、サービスの内容の変更があり、急なキャンセルも急な要望もあって、シフト調整というのがサービス提供責任者の大きな課題になっている。

また、サービス提供責任者においては、ヘルパーの相談に乗れるようなスキルや意識を持った人が少なく、他のサービス機関との連携なども適切な調整や情報交換がまだまだ不十分な状況にある。

(2) 訪問介護における痴呆介護の実態について

経験上、訪問介護の対象となっている方で痴呆性高齢者は現状として20%程度であると推測される。しかし、在宅の痴呆性高齢者の数はもっと多いはずである。

痴呆性高齢者に対する在宅介護のニーズが非常に多い中で、実際に派遣するヘルパーの現状というのは、スキル面で非常にまだまだ未熟な状態で、「御用聞きヘルパー」とよく言われるように、利用者の方の言われるまま介護しているという現状にある。訪問介護計画自体も非常にまだ未成熟の状況の中で、とにかく要望される内容をいかにこなすかという状況である。

痴呆性高齢者と関わるのは一部のヘルパーであり、しかも仕組み上、担当ヘルパーが変わることになる。その結果、ヘルパーとのなじみの関係がつくれていないというのが現状である。また、痴呆性高齢者に接したことのないヘルパーが相談を受けることが非常に多く、どのように対応してよいかわからないという状態にある。一方で、何回かに区分けして訪問するケースが多く、例えば1日3回痴呆のお年寄りのところに訪問するとすれば、3回のうち3人とも顔ぶれが変わるということもある。また、2カ月ごとに担当ヘルパーが変わるということもしばしば見られる。

痴呆性高齢者への家事援助における関わりで、不安な状況とか落ちつけない状況に対してどのように接したらよいのか、限られた時間の中でどのように接したらよいのか、

どのように援助したらよいのか、家族とどのように関わったらよいのか等、問題を抱えているヘルパーが多いという現状にある。

そのような訪問介護における現状において、訪問看護ステーションとドッキングし訪問介護を実施しているヘルパーステーションもある。看護婦という資格のある人の訪問を家族が希望しており、それによって家族は安心が得られることが多い。ヘルパーだけが来てもらっても心配だという家族が多い。それだけヘルパーというのはまだ勉強不足であるし、質的に問題を抱えていると推測される。

(3) ヘルパーを対象とした研修について

ヘルパー養成の研修として、1級及び2級のヘルパー養成研修があるが、指定事業所がヘルパー研修を行っているのでその内容自体が不明である。当然通信による研修とか集中型のヘルパー研修も行われている。ヘルパーステーションによっては、いろいろな形でヘルパー研修を社内的に実施しているところもあるが外部研修を受ける機会とか、ヘルパー間同士の情報の交換とかスキルの確認などができにくい状況にあるのが現状である。さらに痴呆介護実務者研修の基礎課程にヘルパーが参加しているのはほんの若干名である。

また、2級のヘルパー研修の中では痴呆介護に関してはわずかに触れる程度で、実際に痴呆性高齢者と接してどのように介護したらよいかとまどっているのが現状である。

ヘルパーを対象とした研修は複数あるが、事業所としてそのような研修に誰を派遣するかというと、サービス提供責任者クラスの職員が多く、事業所の方も非常勤のヘルパーに研修を受けさせて質を高めようという意識が余りないというのが現状である。

2) ホームヘルパーの痴呆性高齢者についての理解の実態

愛媛県と島根県のヘルパーを対象とした研修*におけるアンケートで「あなたは痴呆性高齢者をどのように思っていますか」という質問を設定した。その結果、「将来の自分の姿として」捉えるヘルパーが最も多かった。また、「介護上対応が困難」「行動障害が顕著」「家族の人が大変」等、介護者の視点に立って大変さを強調したとらえ方をするヘルパーが多かった。「一人の先輩として敬う・一人の人間として」接するという、痴呆性高齢者の尊厳を尊重したとらえ方をするヘルパーも一定数みられた。一方で「純真・赤ちゃんのようにかわいい」等のとらえ方をするヘルパーも見られた。「不安・苦痛に苦しんでいる」というように痴呆性高齢者の立場に立って理解しようとするヘルパーも8名みられた。

無回答者が多いのは、訪問介護において痴呆性高齢者と実際に関わったことのないヘルパーが一定数いることの現われであろう。

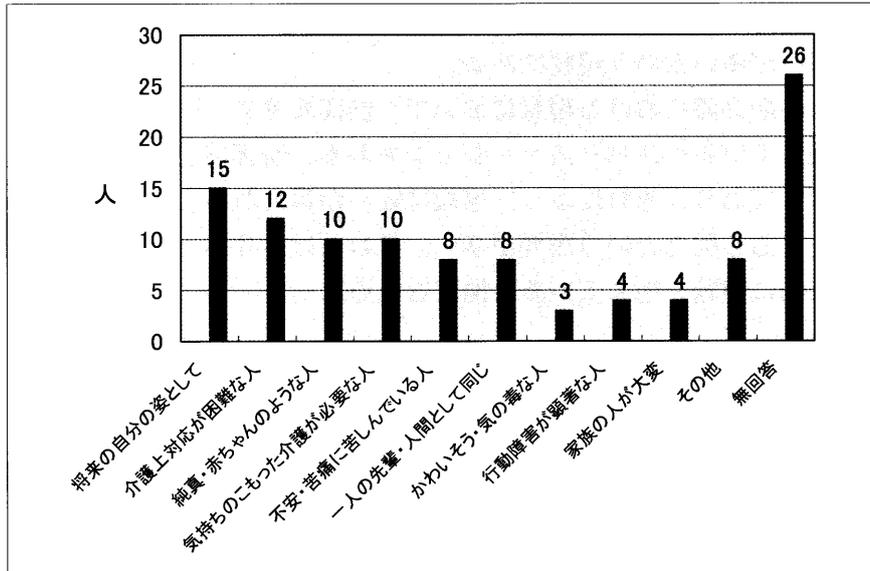


図1 痴呆性高齢者をどのように思うか

*愛媛県研修：男4名 女79名 不明1名 計84名

島根県研修：男5名 女32名 不明1名 計38名

一人で複数の回答をするヘルパーがいたため、回答数の合計は必ずしも108名にはならない。

3) 訪問介護における痴呆介護について抱える不安の実態

上述したアンケートで「あなたがヘルパーとして在宅で痴呆性高齢者と関わるとき、不安なことは何ですか？」という問いに対しては、徘徊や妄想などの「行動障害への対応」について最も多く不安を感じている。特に9名のヘルパーがお金や物がなくなった時の対応に苦慮していると回答している。痴呆性高齢者にどのように接したらよいか分からない等の「自分の対応に自信がない」という内容の回答をしたヘルパーが次に多かった。さらに、訪問介護先の利用者と意志が通じない、会話の流れをどのように運ぶかとまどう等の「コミュニケーションの取り方」に不安を示すヘルパーも一定数みられた。また、介護家族の人との対応に不安を示しているヘルパーが3名ほどいた。

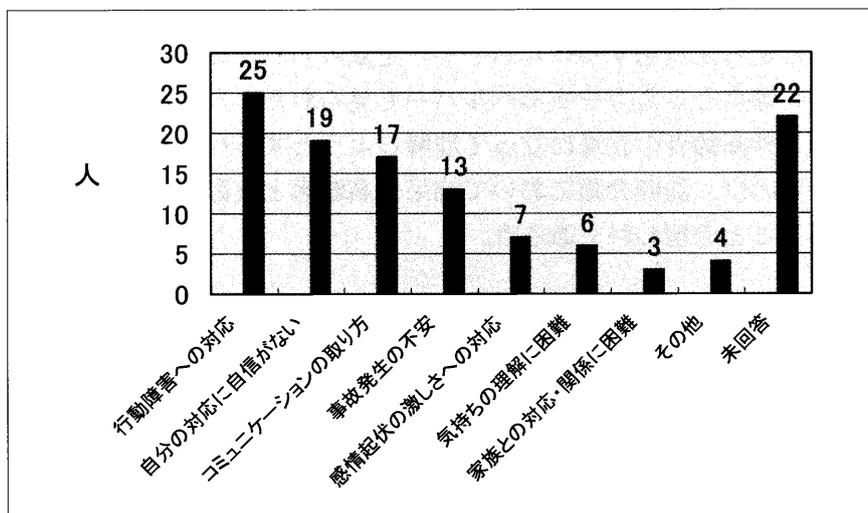


図2 在宅で痴呆性高齢者と関わるときの不安

4) ホームヘルパーにおける痴呆介護研修についてのニーズ

愛媛県の研修を受講していた84名のヘルパーに対して「痴呆介護の研修があるとしたら、受けてみたいと思いますか？」という質問を行った。84名のうち77名が「受けてみたい」と回答しており6名が未回答となっている。2名は「いいえ」と回答しており、そのうちの1名は日常的な相談をむしろ重視しており「痴呆性高齢者との対応で困難が生じた時に相談に乗ってほしい」と回答している。

研修を受けたいと回答したその動機は「痴呆性高齢者との接し方や対応の仕方を学びたい」というものが最も多かった。具体的には「例えばいろいろな物をとられたと疑われた時の対処法が知りたい」「興奮・妄想などに対する対応の仕方を理解したい」という回答があった。また、ほぼ同数で「知識不足のため・勉強になるから」という内容の回答が次に多かった。具体的には、「知識がないから」「まだまだ知らないことが多いから」という回答が多かった。

以上のように、痴呆介護に関する研修があればほとんどのヘルパーはその研修を受講したいと考えており、研修についてのニーズは非常に高いと言える。

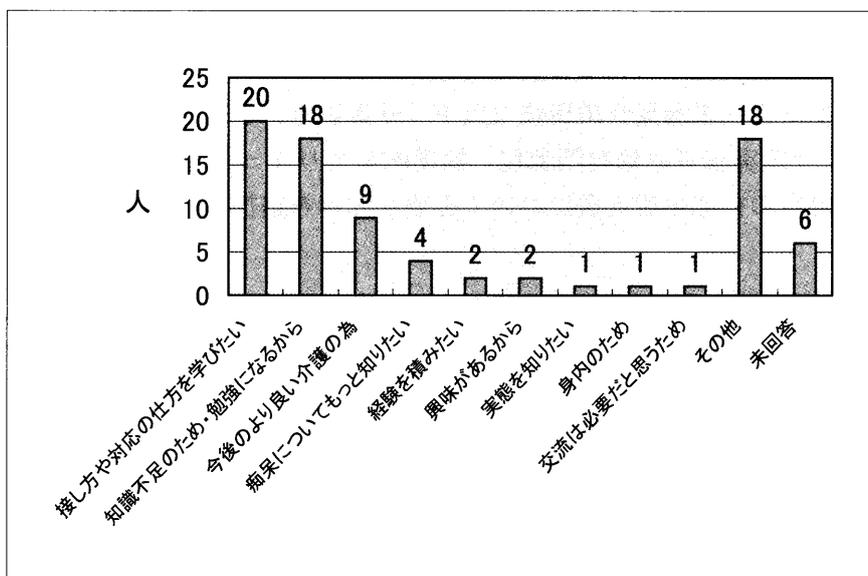


図3 今後、痴呆介護の研修を受けたい理由

3 訪問介護員痴呆介護研修及び訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラム

訪問介護員痴呆介護研修カリキュラムを作成するために「訪問介護員痴呆介護研修及び訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラム作成研究会」を結成し、全体会を4回、実習カリキュラム作成分科会を2回実施した。研究会のメンバーは、小林厚子（ケアサポート松山福祉事業）、妹尾亨子（島根県介護研修センター）、横山えみ（日本労働者協同組合センター事業団東北事業本部多賀城地域福祉事業所）、高橋恵美子（財団法人仙台市健康福祉事業団泉ヘルパーステーション）、高橋宏子（株式会社福祉工房ヘルパーステーション）、吉田智（株式会社福祉工房事業企画室）、長嶋紀一（仙台センター）、阿部芳久（仙台センター）の8名である。

1) 訪問介護員痴呆介護研修及び訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラムの全体構造

訪問介護員痴呆介護研修（以下「ヘルパー研修」と表記する）カリキュラムにおいては、「痴呆介護実務者研修基礎課程 標準的なカリキュラム」をベースにして、さらに、痴呆性高齢者の在宅生活支援において必要な内容を追加して同研修を作成した。同様に、訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修（以下「サ責研修」と表記する）カリキュラムにおいては、「痴呆介護実務者研修専門課程 標準的なカリキュラム」をベースにして、さらに、痴呆性高齢者の在宅生活支援において必要な内容を追加して同研修カリキュラムを作成した。

(1) 研修の目的と目標

ヘルパー研修においては、研修目的を以下のように設定した。

- * 痴呆性高齢者の在宅生活を支援する上で必要な基本的な知識や技能等を習得させることによって、訪問介護員の痴呆介護の力を高めることを目的とする。

この目的をさらに具体化して研修目標を以下のように設定した。

- * 1. 痴呆性高齢者を正しく理解し、痴呆介護の基本理念、基礎知識及び基本的介護方法を習得する。
- * 2. 自らが現状の問題点に気づき、チームの一員として理念に基づいた痴呆介護の実践ができるよう基本的な視点・知識・技能を習得する。

痴呆介護についての知識・技術を習得するだけでなく、常に自分の介護を振り返りその問題点に気づくことを、さらにチームアプローチの視点を研修目標に明記した。

サ責研修においては、研修目的を以下のように設定した。

- * 痴呆性高齢者の在宅介護に関する専門的知識・技術等および訪問介護員への助言・指導に関する知識や技術を習得させることによって、サービス提供責任者の痴呆介護に関わる効果的なチームケアの実践力を高めることを目的とする。

この目的をさらに具体化して研修目標を以下のように設定した。

- * 1. 痴呆性高齢者に対する理解と適切なサービス展開を図るために、サービス提供責任者としての果たすべき役割を認識する。
- * 2. 在宅での痴呆介護の質を向上させるための具体的な実践力を身につける。

(2) 研修カリキュラムの科目

ヘルパー研修の目的・目標を達成させるために、具体的に次のような科目を設定した。

- ①訪問介護の基本理念と意義
- ②痴呆性高齢者の理解
- ③痴呆性高齢者の人権擁護
- ④在宅における痴呆介護の理解と方法
- ⑤痴呆性高齢者の在宅生活支援
- ⑥実習

「痴呆性高齢者の理解」の科目は基本的には「痴呆介護実務者研修基礎課程 標準的なカリキュラム」（以下「標準カリキュラム」と表記する）と同一である。「訪問介護の基本理念と意義」及び「痴呆性高齢者の在宅生活支援」は、訪問介護員に特に必要とされる知識を伝えることを目的とした科目でヘルパー研修固有の科目である。「痴呆性高齢者の人権擁護」は標準カリキュラムでは「痴呆介護の基本理念」の中に盛り込まれているが、ヘルパー研修カリキュラムでは、その重要性を考慮して単独に科目として設定した。「在宅における痴呆介護の理解と方法」の科目は、「痴呆介護の理念」と「痴呆介護の基本技術」の下位科目に大別され、さらに「痴呆介護の基本技術」の科目には「コミュニケーション」「行動障害への対応」「訪問介護サービスにおけるアセスメントとケアプランの視点」「チームケア」「痴呆性高齢者のリハビリテーションとアクティビティー」及び「痴呆性高齢者の家族への理解と援助」の科目が設定されている。基本的には標準カリキュラムの科目と同一であるがそれに加えて「チームケア」「コミュニケーション」等、在宅介護に必要な他職種との連携の視点を重視した科目も追加した。「痴呆性高齢者のリハビリテーションとアクティビティー」は標準カリキュラムでは専門課程に盛り込まれているがヘルパー研修では、サービス提供責任者よりもヘルパーにより必要な内容であると判断し、ヘルパー研修カリキュラムに設定した。標準カリキュラムでは、基礎課程では実習を実施していないが、ヘルパー研修では2日間の他施設での実習を設定した。

サ責研修の目的・目標を達成させるために、具体的に次のような科目を設定した（図1参照）。

- ①訪問介護事業の理念とサービス提供責任者の役割
- ②在宅における痴呆介護の理解と実践
- ③痴呆性高齢者の家族への支援
- ④在宅介護のコミュニケーション
- ⑤日常生活援助技術と指導法
- ⑥リーダーシップとチームアプローチ
- ⑦アセスメントと訪問介護計画

訪問介護サービス提供
責任者痴呆介護研修

- ・ 訪問介護事業の理念と
サービス提供責任者の役割
- ・ 在宅における痴呆介護の理解と実践
- ・ 痴呆性高齢者の家族への支援
- ・ 在宅介護のコミュニケーション
- ・ 日常生活援助技術と指導法
- ・ リーダーシップとチームアプローチ
- ・ アセスメントと訪問介護計画
- ・ 実 習

訪問介護員
痴呆介護研修

- ・ 訪問介護の基本理念と意義
- ・ 痴呆性高齢者の理解
- ・ 在宅における痴呆介護の理解と方法
- ・ 痴呆性高齢者の人権擁護
- ・ 痴呆性高齢者の在宅生活支援
- ・ 実 習

図 1 訪問介護員痴呆介護研修及び訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修カリキュラムの全体構造

⑧実習

サ責研修のカリキュラムも基本的には専門課程標準カリキュラムをベースにしているが、「在宅介護のコミュニケーション」及び「日常生活援助技術と指導方法」はサ責研修固有の科目として設定した。前者の科目は、ヘルパーの指導、関連機関の職員との連携及び家族支援の際に必要なコミュニケーションに関する知識・技術を伝えることを目的とした。後者の科目はヘルパーに対する指導的観点から不可欠な内容であると考え、この科目を設定した。

2) 訪問介護員痴呆介護研修における各科目の目標、内容及び展開例

訪問介護員痴呆介護研修における各科目の目標、内容を以下のように設定した。さらに演習が伴う科目については展開例を示す。実際の研修においては受講者の痴呆介護の理解度に応じて研修方法が考慮されなければならない、展開の仕方も検討されなければならない。

研修全体オリエンテーション (1時間)

【目 標】

本研修の目的と目標を理解し、自己及び自事業所の目指すべき痴呆介護の取り組みへの動機付けを行う。

【内 容】

研修の概要を説明し本研修のカリキュラムの構成やその内容について説明する。

【展開例】

- ① 簡単なアイスブレイキングを実施
- ② 本研修のカリキュラムの構成やその内容について説明
- ③ その後に演習が多く取り入れられた研修であることを伝え、主体的に研修に取り組む必要があることを伝える。
- ④ 研修中のマナーや研修会場の案内も行う。

1) 訪問介護サービスの基本理念と意義 講義・演習 (1時間)

【目 標】

訪問介護サービスの理念と訪問介護員としての職業倫理を再認識する。

【内 容】

訪問介護事業とその理念、及び訪問介護員の職務の意義・倫理

【展開例】

- ① グループワーク；自分が所属する事業所の理念について話し合い、共通した理念を出し合う。
- ② 訪問介護事業とその理念、及び訪問介護員の職務の意義・倫理について講義

痴呆性高齢者の理解

【目 標】

痴呆性高齢者を“高齢者で痴呆症状を持った人”という視点で理解する。

2) 痴呆に関する医学的基礎知識 講義（2時間）

【目標】

痴呆に関して、原因や症状等医学的視点から理解する。

【内容】

痴呆性高齢者を介護するうえで必要とされる医学的知識を講義。具体的には、痴呆の原因と基本的特徴、痴呆の診断・治療に関する理解、痴呆症状やその進行に関する理解、及び痴呆に関連する薬についての知識

3) 痴呆性高齢者の心理と行動の理解 講義・演習（2時間）

【目標】

痴呆性高齢者の心理、行動特徴及び行動障害について理解する。

【内容】

痴呆における知能障害・認知障害・中核症状及び周辺症状がどのようなものであるかを介護の視点から取り上げ、それらが原因で生じる心理と行動について講義

【展開例】

- ① グループワーク；徘徊、妄想等の行動障害の事例を示し、その原因を考えさせる。
- ② その後、痴呆における知能障害・認知障害・中核症状及び周辺症状とそれが原因で生じる心理と行動について講義

4) 痴呆性高齢者の人権擁護 講義（1時間）

【目標】

痴呆性高齢者の権利擁護について理解する。

【内容】

痴呆性高齢者の介護と関連する人権擁護と法制度について及び訪問介護における苦情解決のしくみについて講義

在宅における痴呆介護の理解と方法

【目標】

在宅生活を送る痴呆性高齢者の生活の質の向上を目指した援助方法についての技能を習得する。

5) 痴呆介護の基本理念 講義・演習（3時間）

【目標】

痴呆介護の基本理念を理解する。

【内容】

訪問介護における痴呆介護の理念・原則、専門職としての意識・役割について演習・講義を通して理解

【展開例】

- ① グループワーク；BS法を用いて、グループごとに痴呆介護の理念を作成し、発表しあう。

⑧実習

サ責研修のカリキュラムも基本的には専門課程標準カリキュラムをベースにしているが、「在宅介護のコミュニケーション」及び「日常生活援助技術と指導方法」はサ責研修固有の科目として設定した。前者の科目は、ヘルパーの指導、関連機関の職員との連携及び家族支援の際に必要なコミュニケーションに関する知識・技術を伝えることを目的とした。後者の科目はヘルパーに対する指導的観点から不可欠な内容であると考え、この科目を設定した。

2) 訪問介護員痴呆介護研修における各科目の目標、内容及び展開例

訪問介護員痴呆介護研修における各科目の目標、内容を以下のように設定した。さらに演習が伴う科目については展開例を示す。実際の研修においては受講者の痴呆介護の理解度に応じて研修方法が考慮されなければならない、展開の仕方も検討されなければならない。

研修全体オリエンテーション (1時間)

【目標】

本研修の目的と目標を理解し、自己及び自事業所の目指すべき痴呆介護の取り組みへの動機付けを行う。

【内容】

研修の概要を説明し本研修のカリキュラムの構成やその内容について説明する。

【展開例】

- ① 簡単なアイスブレイキングを実施
- ② 本研修のカリキュラムの構成やその内容について説明
- ③ その後に演習が多く取り入れられた研修であることを伝え、主体的に研修に取り組む必要があることを伝える。
- ④ 研修中のマナーや研修会場の案内も行う。

1) 訪問介護サービスの基本理念と意義 講義・演習 (1時間)

【目標】

訪問介護サービスの理念と訪問介護員としての職業倫理を再認識する。

【内容】

訪問介護事業とその理念、及び訪問介護員の職務の意義・倫理

【展開例】

- ① グループワーク；自分が所属する事業所の理念について話し合い、共通した理念を出し合う。
- ② 訪問介護事業とその理念、及び訪問介護員の職務の意義・倫理について講義

痴呆性高齢者の理解

【目標】

痴呆性高齢者を“高齢者で痴呆症状を持った人”という視点で理解する。

2) 痴呆に関する医学的基礎知識 講義（2時間）

【目 標】

痴呆に関して、原因や症状等医学的視点から理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者を介護するうえで必要とされる医学的知識を講義。具体的には、痴呆の原因と基本的特徴、痴呆の診断・治療に関する理解、痴呆症状やその進行に関する理解、及び痴呆に関連する薬についての知識

3) 痴呆性高齢者の心理と行動の理解 講義・演習（2時間）

【目 標】

痴呆性高齢者の心理、行動特徴及び行動障害について理解する。

【内 容】

痴呆における知能障害・認知障害・中核症状及び周辺症状がどのようなものであるかを介護の視点から取り上げ、それらが原因で生じる心理と行動について講義

【展開例】

- ① グループワーク；徘徊、妄想等の行動障害の事例を示し、その原因を考えさせる。
- ② その後、痴呆における知能障害・認知障害・中核症状及び周辺症状とそれが原因で生じる心理と行動について講義

4) 痴呆性高齢者の人権擁護 講義（1時間）

【目 標】

痴呆性高齢者の権利擁護について理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者の介護と関連する人権擁護と法制度について及び訪問介護における苦情解決のしくみについて講義

在宅における痴呆介護の理解と方法

【目 標】

在宅生活を送る痴呆性高齢者の生活の質の向上を目指した援助方法についての技能を習得する。

5) 痴呆介護の基本理念 講義・演習（3時間）

【目 標】

痴呆介護の基本理念を理解する。

【内 容】

訪問介護における痴呆介護の理念・原則、専門職としての意識・役割について演習・講義を通して理解

【展開例】

- ① グループワーク；BS法を用いて、グループごとに痴呆介護の理念を作成し、発表しあう。

- ② その後、痴呆介護の理念・原則、専門職としての意識・役割について講義

痴呆介護の基本技術

【目 標】

痴呆性高齢者の心理や行動特徴を考慮した介護技術の基本を習得する。

6) コミュニケーション 演習（3時間）

【目 標】

痴呆性高齢者とのコミュニケーションの具体的技法について習得する。

【内 容】

コミュニケーション技法、受容的態度の理解と実践、痴呆性高齢者と接するときの態度と言葉づかい、受容と共感的態度の理解、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーション、及び介護者としての自己覚知について

【展開例】

- ① コミュニケーションとは何か、痴呆介護におけるコミュニケーションの重要性について講義
- ② 2名のグループワーク；「ア行トーク」「サイレントトーク」「共感の技法」等のコミュニケーション技法について演習を実施

7) 行動障害への対応 講義・演習（3時間）

【目 標】

痴呆性高齢者の行動障害への対応技法について習得する。

【内 容】

徘徊、妄想、放尿等の痴呆性高齢者における行動障害の原因を理解し、利用者の尊厳を考慮した対応方法について考える。

【展開例】

- ① グループワーク；徘徊、妄想等の行動障害を示す痴呆性高齢者の事例を取り上げ、その原因を考え、対象者の尊厳を考慮した対応方法を考える。その後、発表し全体討議。
- ② 痴呆性高齢者における行動障害の対応方法についての基本的考え方をまとめる。

8) 訪問介護サービスにおけるアセスメントとケアプランの視点 講義・演習（4時間）

【目 標】

痴呆性高齢者の在宅生活を支えるアセスメント及び訪問介護計画等作成の基本的視点とその方法について理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者を対象としたケアプランと訪問介護計画、アセスメントの視点とその方法について、アセスメントするために必要な観察・記録について、報告、モニタリングと評価及びアセスメントと訪問介護計画作成・実践までの流れの理解

【展開例】

- ① グループワーク；簡単な事例を提示し、その事例における足りない情報は何か、その情報が必要な理由は何かなどを考え、事例をもとにケアプランを作成する。
- ② その後、ケアプランと訪問介護計画、アセスメントの視点とその方法、観察・記録と報告、モニタリングと評価及びアセスメントと訪問介護計画作成・実践までの流れについて講義

9) チームケア 講義 (1.5時間)

【目 標】

在宅での痴呆性高齢者の援助および介護家族支援に必要なチームケアの意義とその方法について理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者を対象とする訪問介護サービスにおいて、介護支援専門員、他の居宅サービス、医療機関との連携することの意義と重要性について伝え、その方法、自事業所内のチームケアについて講義

10) 痴呆性高齢者のリハビリテーションとアクティビティ 講義 (1時間)

【目 標】

在宅での痴呆性高齢者の重度化の予防やリハビリテーション、及び日常生活におけるアクティビティについて理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者の介護予防とリハビリの基本的視点を伝え、その具体的方法を事例を紹介しながら講義、また、日常生活でのアクティビティの取組みについて紹介する。

11) 痴呆性高齢者の家族への理解と援助 講義・演習 (2時間)

【目 標】

痴呆性高齢者の家族の心理や行動を理解し、その援助の方法を学ぶ。

【内 容】

痴呆性高齢者の在宅介護の現状を紹介し、家族介護者の心理がどのようなものであるか、さらに家族支援の基本視点について考える。

【展開例】

- ① グループワーク；痴呆性高齢者の家族介護の事例を示し、ロールプレイ等を通して家族介護者の心理を考える。
- ② その後、痴呆性高齢者の在宅介護の現状、家族介護者の心理及び家族支援の基本視点について講義

12) 痴呆性高齢者の在宅生活支援 講義・演習 (2.5時間)

【目 標】

痴呆性高齢者のインフォーマルな生活環境を理解し、家族及び居住近隣地域を含めた包括的な支援について理解する。

【内 容】

痴呆性高齢者に対する生活支援、痴呆性高齢者の行動障害等を考慮した介護方法、暮らしやすい生活環境づくり、近隣地域の社会資源の活用と連携、痴呆性高齢者の身体介護の方法、痴呆性高齢者との時間の過ごし方について

【展開例】

- ① グループワーク；在宅の痴呆性高齢者の事例を示し、その事例の対象者に対する生活支援の内容・方法を検討し整理する。
- ② その後、痴呆性高齢者に対する生活支援、痴呆性高齢者の行動障害等を考慮した介護方法、暮らしやすい生活環境づくり、近隣地域の社会資源の活用と連携、痴呆性高齢者の身体介護の方法、痴呆性高齢者との時間の過ごし方について講義

13) 実習オリエンテーション 講義（2時間）

【目 標】

実習の目的と流れについて理解する。

【内 容】

他施設での実習及び自事業所での実習の目的やその具体的内容について

実 習

【目 標】

- ① 痴呆性高齢者の生活を常に中心軸に捉え、「1日24時間1年365日、その人の生活を継続し、支援するために必要なことは何か」ということを実習生自らが気づく。
- ② 講義・演習で学習した痴呆性高齢者への正しい理解と、痴呆介護の基本理念や基礎知識を実習の観察を通して確認し、実践の場で検証していく。

14) 他施設実習（2日）

【目 標】

- ① 痴呆性高齢者の行動を観察を通して理解する。
- ② 痴呆介護の基本技術（コミュニケーション・対応・アクティビティ等）に参加・観察を通して理解する。

【内 容】

1日目

- ① アセスメント・ケアプランを閲覧する。
- ② 観察対象者（痴呆性高齢者で対応に困難な利用者等）を決定する。
- ③ 参加観察
 - * 観察対象者の行動障害についてその原因や対応方法を観察する。
 - * スタッフのチームケア、アクティビティ、家族との対応、コミュニケーション方法を観察する。

2日目

- ④ 観察記録の分析・考察及び振り返り
痴呆性高齢者の心理や行動及びスタッフの対応やコミュニケーション等の記録

を分析し考察する。また、今までの自分の対応やコミュニケーション等について考察する。それを基に今までの自分の介護について振り返る。

15) 自事業所実習 (1ヶ月)

【目標】

他事業所での実習を踏まえて自事業所の痴呆介護の取り組みを検証する。

【内容】

3日目

- * 他施設での実習を踏まえて、アセスメント・ケアプランの閲覧及び現在の訪問介護計画書のモニタリング等を通して自事業所の取り組みを見直す。
- * 自事業所での具体的な取り組みの内容をまとめ、実行計画を作成する。
- * サービス提供責任者との協力体制作りをし、取り組むべき課題を共通認識する。

2週間

- * 計画に基づき職場で実践する。

4日目

- * 課題解決に向けた取り組みになっているかどうかを確認し、その成果について検討する。
- * 実践の振り返り：実習指導者の指導のもと、前半の実習について評価、再検討し、課題解決のための実行計画を見直す。

2週間

- * 計画に基づき職場で実践する。

5日目

- * 計画に基づいて行った事業所での課題への取り組みがどうだったか、その成果、問題点、今後の取り組むべき課題等を明らかにしまとめる。
- * 実践を振り返り、評価、再検討し実習実践報告を作成する。

6・7日目

- * 全研修生の実習実践報告会において自らの実践報告や他の研修生の報告内容を聞くことで、自事業所での痴呆介護の質の向上につながる更なる取り組みを考える。

訪問介護員痴呆介護研修カリキュラム

目的：痴呆性高齢者の在宅生活を支援する上で必要な基本的な知識や技能等を習得させることによって、訪問介護員の痴呆介護の力を高めることを目的とする。

- 目標：1. 痴呆性高齢者を正しく理解し、痴呆介護の基本理念、基礎知識及び基本的介護方法を習得する。
 2. 自らが現状の問題点に気づき、チームの一員として理念に基づいた痴呆介護の実践ができるよう基本的な視点・知識・技能を習得する。

講義科目	時間	授業形態	目標	内容
研修全体オリエンテーション	1	講義	本研修の目的と目標を理解し、自己及び自事業所の目指すべき痴呆介護の取り組みへの動機付けを行う。	研修の概要説明と本研修のカリキュラムの構成やその内容について説明
①訪問介護サービスの基本理念と意義	1	講義/演習	訪問介護サービスの理念と訪問介護員としての職業倫理を再認識する。	訪問介護事業とその理念 訪問介護員の職務の意義・倫理
痴呆性高齢者の理解			痴呆性高齢者を“高齢者で痴呆症状を持った人”という視点で理解する。	
②痴呆に関する医学的基礎知識	2	講義	痴呆に関して、原因や症状等医学的視点から理解する。	痴呆の原因と基本的特徴、痴呆の診断・治療に関する理解、痴呆症状やその進行に関する理解、痴呆に関連する薬についての知識
③痴呆性高齢者の心理と行動の理解	2	講義/演習	痴呆性高齢者の心理、行動特徴及び行動障害について理解する。	痴呆における知能障害・認知障害・中核症状及び周辺症状が原因で生じる心理と行動
④痴呆性高齢者の人権擁護	1	講義	痴呆性高齢者の権利擁護について理解する。	人権擁護と関連する法制度・苦情解決のしくみ
在宅における痴呆介護の理解と方法			在宅生活を送る痴呆性高齢者の生活の質の向上を目指した援助方法についての技能を習得する。	
⑤痴呆介護の基本理念	3	講義/演習	痴呆介護の基本理念を理解する。	痴呆介護の理念・原則、専門職としての意識・役割
痴呆介護の基本技術			痴呆性高齢者の心理や行動特徴を考慮した介護技術の基本を習得する。	
⑥コミュニケーション	3	演習	痴呆性高齢者とのコミュニケーションの具体的技法について習得する。	コミュニケーション技法、受容的態度の理解と実践、痴呆性高齢者と接するときの態度と言葉づかい、受容と共感的態度の理解、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーション、介護者としての自己覚知

⑦行動障害への対応	3	講義/演習	痴呆性高齢者の行動障害への対応技法について習得する。	行動障害の原因の理解とその対応方法・技法
⑧訪問介護サービスにおけるアセスメントとケアプランの視点	4	講義/演習	痴呆性高齢者の在宅生活を支えるアセスメント及び訪問介護計画等作成の基本的視点とその方法について理解する。	ケアプランと訪問介護計画、アセスメントの視点とその方法、観察・記録と報告、モニタリングと評価 アセスメントと訪問介護計画作成及び実践までの流れの理解
⑨チームケア	1.5	講義	在宅での痴呆性高齢者の援助および介護家族支援に必要なチームケアの意義とその方法について理解する。	訪問介護サービスと介護支援専門員、他の居宅サービス、医療機関との連携の意義と方法、自事業所内のチームケア
⑩痴呆性高齢者のリハビリテーションとアクティビティ	1	講義	在宅での痴呆性高齢者の重度化の予防やリハビリテーション、日常生活におけるアクティビティについて理解する。	痴呆性高齢者の介護予防、リハビリの基本的視点と方法、日常生活でのアクティビティの取組み
⑪痴呆性高齢者の家族への理解と援助	2	講義/演習	痴呆性高齢者の家族の心理や行動を理解し、その援助の方法を学ぶ。	在宅介護の現状とその心理の理解、家族支援の基本視点
⑫痴呆性高齢者の在宅生活支援	2.5	講義/演習	痴呆性高齢者のインフォーマルな生活環境を理解し、家族及び居住近隣地域を含めた包括的な支援について理解する。	生活支援と介護方法、暮らしやすい生活環境づくり、近隣地域の社会資源の活用と連携、痴呆性高齢者の身体介護の方法、痴呆性高齢者との時間の過ごし方
⑬実習オリエンテーション	2	講義	実習の目的と流れについて理解する。	他施設での実習及び自事業所での実習の目的やその具体的内容について説明
総時間	29			

【実習内容と日程】

<p>実習の目標</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 痴呆性高齢者の生活を常に中心軸に捉え、「1日24時間1年365日、その人の生活を継続し、支援するために必要なことは何か」ということを実習生自らが気づく。 ● これまで受けた痴呆性高齢者への正しい理解と、痴呆介護の基本理念や基礎知識を実習観察で確認し、実践の場で検証していく。
<p>他施設実習（2日）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 痴呆性高齢者の行動を観察を通して理解する ② 痴呆介護の『基本技術（コミュニケーション・対応・アクティビティ等）を参加観察を通して理解する 1) アセスメント・ケアプランを閲覧する 2) 観察対象者の決定 3) 参加観察 <p>観察対象者の行動障害についてその原因や対応方法を観察する。 スタッフのチームケア、アクティビティ、家族との対応、コミュニケーション方法を観察する</p>
<p>自事業所実習（1ヶ月）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 他事業所での実習を踏まえて自事業所の痴呆介護の取り組みを検証する 1) アセスメント・ケアプランを閲覧する 2) 現在の訪問介護計画書をモニタリングする 3) サービス提供責任者の指導を受け、訪問介護計画書を作成し、家族に説明する

実習日	実習場所	目 標	実 習 内 容	指 導 内 容
1 日目	他施設 (デイサービス・ デイケア)	①痴呆性高齢者の行動を観察を通して理解する	1) アセスメント・ケアプランを閲覧する 2) 観察対象者の決定 3) 参加観察 観察対象者の行動障害についてその原因や対応方法を観察するスタッフのチームケア、アクティビティ、家族との対応、コミュニケーション方法を観察する。	当該事業所の運営の理念の説明を受ける
2 日目		②痴呆介護の『基本技術（コミュニケーション・対応・アクティビティ等）を参加・観察を通して理解する	4)記録観察振り返り 観察した内容を記録し、痴呆性高齢者の心理や行動及びスタッフの対応やコミュニケーション等について考察する。また今までの自分の対応やコミュニケーション等について考察する。また今までの自分の介護について振り返る	ケアプランと個別援助計画の連動の説明を受ける
3 日目	自事業所	他施設での実習を踏まえて自事業所での具体的な取り組み内容をもとめ、実行計画を作成する	アセスメント・ケアプランを閲覧 現在の訪問介護計画書をモニタリング 実施計画を作成しサービス提供者等との協力体制作り 取り組むべき課題の共通認識	(巡回指導①) 自事業所の抱える課題解決についての具体的な実行計画作成上の助言
2 週間	自事業所	計画の実践	計画に基づく職場での実践 チームケアや家族への対応、カンファレンス等の実践	
4 日目	自事業所	課題解決に向けた取り組みになっているかどうかを確認し、その成果について検討する	実践の振り返り、評価、再検討（スタッフ、指導者）課題解決のための実行計画の見直し	(巡回指導②) 課題解決のための実行計画の見直しについての相談を受け助言する
2 週間	自事業所	計画の実践	計画に基づく職場での実践 チームケアや家族への対応、カンファレンス等の実践	
5 日目	自事業所	計画に基づいて行った事業所での課題への取り組みがどうだったか、その成果、問題点、今後の取り組みを振り返る	実践の振り返り、評価、再検討（スタッフ、指導者）実習実践報告の作成	(巡回指導③) 実習実践報告の作成についての助言
6 日目 7 日目	実践報告会 実践報告会	自らの実践報告や他の研修生の報告内容を聞くことで、自事業所での痴呆介護の質の向上に向けた更なる取り組みを行えるような意識啓発を図る	全研修生の実習実践報告と振り返り、総評	実習全体を通して、実習の成果を評価し今後の事業所の取組みについて助言する

3) 訪問介護サービス提供責任者痴呆介護研修における各科目の目標、内容及び展開例

訪問介護サービス提供責任者研修における各科目の目標、内容を以下のように設定した。各科目について展開例を示す。実際の研修においては受講者の痴呆介護の理解度に応じて研修方法が考慮されなければならない、展開の仕方も検討されなければならない。

研修全体オリエンテーション 講義・演習（3時間）

【目標】

本研修の目的と目標を理解し、自己及び自事業所の目指すべき痴呆介護の取り組みへの動機付けを行う。

【内容】

本研修の目的、意義、これまでの痴呆介護研修の推移及び本研修カリキュラムの構成（座学と実習の関連性等）を説明し、参加者の自己紹介と現在抱えている課題について情報交換の場を設定する。

【展開例】

- ① 本研修の意義、目的の説明
- ② 研修生個々が抱える課題を発表し全員が確認する（課題の共有）。
※口の字型の席配置
※事前アンケートをもとに各自発表、主催者はその内容をまとめ全員に配布

1) 訪問介護事業の理念とサービス提供責任者の役割 講義・演習（3時間）

【目標】

訪問介護の運営理念や痴呆介護の基本理念、制度上の位置づけ等について再認識し、サービス提供責任者の果たすべき役割について自覚と認識を深める。

【内容】

訪問介護事業の運営理念、痴呆介護の基本理念、制度における訪問介護サービスの位置づけ、サービス提供責任者の役割、苦情処理、及び情報開示について

【展開例】

- ① サービス提供責任者の役割についてのグループワーク（現状の把握）→まとめ
*まとめ；介護保険制度上に位置付けされている内容を確認
- ② 自事業所の理念についてのグループワーク（現状の把握）→まとめ
*まとめ；介護保険制度の中で示されている訪問介護の方針等を確認
- ③ 今後、高齢者介護の標準仕様となる痴呆介護にどう取り組んでいくのかを提起

2) 在宅における痴呆介護の理解と実践 講義・演習（5時間）

【目標】

痴呆介護の基本理念に基づき、サービス提供責任者の視点から理念と日々実践していく上での課題を明確にするとともに、在宅で暮らす痴呆性高齢者のQOLの向上と自立に向けた生活援助をどう図っていくかについて具体的な方法を学ぶ。

【内容】

痴呆性高齢者の心理的理解、行動障害の理解と具体的対応、日常生活支援のあり方、

訪問介護におけるアクティビティ、家族、近隣地域、社会資源等との連携、権利擁護等の視点から事例を用いて検討する。

【展開例】

①在宅のモデルケースを使ってグループワーク

※これまでの自らの実践を踏まえながら、痴呆性高齢者の心理・行動、かかわり方、生活支援のあり方等について考える

- | | | |
|--|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">・ 本人の思い・ 行動の背景・ 支援の方向性 | } | ⇒在宅における痴呆性高齢者の QOL とは？ |
|--|---|------------------------|

3) 痴呆性高齢者の家族への支援 講義・演習（4時間）

【目標】

痴呆性高齢者の家族の心理や行動、抱えるストレスや負荷を緩和する支援方法を学び豊かな関係づくりに生かす。

【内容】

サービス提供責任者として、痴呆性高齢者の家族への関わり方と支援方法などを具体的事例を通して考える。

【展開例】

①家族への相談援助、エンパワーメントの具体的方法について、在宅のモデルケースを使ってグループワーク及びロールプレイ

※3名1組；サービス提供責任者、家族、及び観察者

4) 在宅介護のコミュニケーション 講義・演習（4時間）

【目標】

チームケアや家族との関係形成等に必要な専門的コミュニケーション技術を習得する。

【内容】

スタッフへの教育の際のコミュニケーション、サービス提供責任者としての対外的な関係作りの際のコミュニケーション、利用者・家族との関係作りの際のコミュニケーション（面接技術等）について、及びサービス提供責任者としての態度と言葉遣いについて。

【展開例】

①支援に必要なコミュニケーションスキルを模擬演習

②スタッフ教育を行う上での効果的な指導方法についての模擬演習

5) 日常生活援助技術と指導方法 講義・演習（6時間）

【目標】

痴呆性高齢者の行動特性を考慮し自立に向けた生活援助の視点から、その技術等について訪問介護員への指導・育成方法について考える。

【内 容】

モデルケースを用い、生活リハ・アクティビティの取り組み・生活援助・身体介護の方法、訪問介護員への助言、指導、指導育成の方法などのあり方について考える。

【展開例】

- ① 痴呆性高齢者の行動特性と支援に向けた具体的援助方法を、事例を通して理解する。
- ② ヘルパーがその対応に困っている事例をあげ、サービス提供責任者としてどのように指導・助言していくのか、模擬演習を行う。
※痴呆性高齢者の心理・行動の理解、ケアの視点やかかわり方等
※指導、助言の方法

6) リーダーシップとチームアプローチ 講義・演習（6時間）

【目 標】

サービス提供責任者としての視点や役割を果たすためのリーダーシップ、包括的ケアの視点に立ったチームアプローチの方法等について実践的に考える。

【内 容】

効果的なカンファレンスの実施方法、訪問介護員のメンタルサポート、スーパーバイズ、自己覚知、社会資源の活用と掘り起こし、地域・近隣との支援に向けての関係作り及びネットワークづくりについて検討する。

【展開例】

- ① 望まれるサービス提供責任者像についてグループワーク
- ② リーダーシップのあり方、コーチング、スーパーバイズ等についての説明
- ③ 効果的なカンファレンスのもち方について模擬演習
- ④ ヘルパーへのメンタル的なサポート方法を模擬演習

7) アセスメントと訪問介護計画 講義・演習（6時間）

【目 標】

居宅サービス計画に沿った訪問介護を実践する上で、痴呆性高齢者のアセスメントと、より適切な訪問介護計画を作成するための視点と具体的な方法を習得する。

【内 容】

痴呆介護の視点から、居宅サービス計画と訪問介護計画、モニタリング、アセスメントの方法と訪問介護計画作成（モデルケースを用いた演習）、訪問介護計画とその具体的実践内容について検討する。

【展開例】

- ① 事例を用いて、居宅サービス計画→アセスメント→訪問介護計画立案・作成→実践→モニタリング等一連のプロセスを説明、確認
- ② モデル事例を用いてグループワーク
※訪問介護計画を作成、ヘルパーにその内容を伝える場面を想定して発表

8) 実習オリエンテーション 講義・演習（4時間）

【目標】

自事業所で今抱えている課題（痴呆性高齢者への訪問介護サービスの質の向上に向けた実践課題）にどう取り組み、解決していくか具体的な方法を学ぶ実習であることを理解する。

【内容】

10日間の実習の目的やその具体的内容及びその流れについて説明する。実習施設が抱えている課題を提示し、研修生は自事業所で直面している課題と照らし合わせて実習施設を選択し、実習計画書を作成する。

実 習

【目標】

痴呆性高齢者の生活を常に中心軸に捉え、「1日24時間1年365日、その人の生活を継続し、支援するために必要なことはなにか」ということを実習生自らが気づく。そのための素材として、実習先グループホームからこれまでの取り組みの状況や、現在抱えている課題を提示してもらい、それらについてともに考え、解決していく視点及び方法を学ぶ。

- ① サービス提供責任者としての役割を認識し、自事業所の痴呆介護の質を高めるために必要なリーダーとしての視点やチームケアのあり方を学ぶ。
- ② 日々の生活の中で痴呆性高齢者が見せる反応や表情から、取り巻く環境（人的・物的）がどのように影響を与えているかを考える。
- ③ 実習施設における家族や地域・近隣、医療機関等とのかかわりを通して、在宅生活における痴呆性高齢者の生活環境づくりや地域の一員としての生活のあり方について再考する

9) グループホーム実習（連続3日+2日）

【目標】

実習施設から提示された課題について、その背景や要因となるものを考察し、課題解決に向けた具体的実践計画案を作成する。

【内容】

1日目

実習施設の概要・理念を理解し、実習施設が抱える課題とその詳細について把握する。

*施設見学、実習施設が抱える課題の再確認

*課題についての情報収集、参与観察

2日目

課題となっている状況を観察や情報収集により把握、その原因や背景となるものを抽出する。

*情報収集、参与観察

*気づきをまとめる

小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

加藤伸司 阿部哲也 矢吹知之
阿部芳久 長嶋紀一

1. 問題の背景と研究全体の目的

近年、本邦では、痴呆性高齢者のケアにおいて、グループホームのような小規模なケア形態をとる施設が増加している。同時に、比較的大きな特別養護老人ホームや老人保健施設などでも、ユニットケアとして、同様に小規模で家庭的なケア形態をとる場合が多くなってきている。これら小規模なケア形態（以下「小規模ケア」と記す）においては、従来行われてきたような医療的な処遇や身体介護を中心としたケアに加えて、施設利用者である痴呆性高齢者の生活の質（QOL; quality of life）の向上・充実を目的としたケアを実施することが重視されている。

ところで、高齢者の生活の充実・質的向上は、コミュニケーションや日常活動の充実と強い相関がある、つまり、他者との会話や共同作業等が充実している高齢者ほど、生活意欲も高いことが知られている⁵³⁾。また、重度の痴呆性高齢者であっても、他者との関係を形成・維持しようとするコミュニケーションは比較的保たれることが指摘されている^{1) 43)}。これらのことを鑑みると、小規模ケアにおいて利用者のQOLの充実・向上をはかるためには、ごく日常的なコミュニケーション場面での介護職員のかかわり方の質的充実をはかることが重要であり、そのために介護職員が効果的に利用できる指針を示していくことが必要となると考えられる。またそのことは、心を通わせあい、不安なく介護を受入れてもらうために、介護者が対象者を理解し、良好なコミュニケーション関係を基盤とした相互に信頼性をもった人間関係を築くこと⁴⁴⁾につながるであろう。特に本邦においては、近年、グループホームが年間1千ヵ所以上のペースで新設され、特別養護老人ホームの新設がいわゆる新型特養を原則とするなど、小規模ケアの場が急増している。そのため痴呆介護の経験の短い職員が主たるケアの担い手となる場合も珍しくなく、一層こうした指針の必要性は高まっているものと思われる。

そこで本研究では、以下の2点について検討し、痴呆性高齢者に対する介護職員の有効なケア技法と不適切なケアについて、コミュニケーションの観点からまとめ、これを普及していくための資料を提出することを目的とする。

検討課題の第1点は、介護者のコミュニケーションのしかた（発話スタイル）が、介護職員自身や、ケアの受け手とその家族などにどのように評価されるかを明らかにすることである。これにより、まず①どのようなコミュニケーション・スタイルが受け手である痴呆性高齢者や第三者に支持されるか、あるいは逆に支持されないかを示しうる。従って、介護場面において介護者が改変すべき、あるいは伸長すべきコミュニケーション方略の方向性を示すことができると考える。また、②介護者が評価する発話調節と被介護者（高齢者）が評価す

る発話調節とは異なっている可能性もあり、この間の評価の乖離の有無とその特性についても明らかにする。このことは、被介護者側の望むケアのあり方と提供されるケアとの間の齟齬を解消する上でも重要と思われる。さらに、③痴呆性高齢者側の応答による評価の差異についても検討し、介護者－被介護者間の関係をマネジメントするための方略についての示唆を得る（研究Ⅰ）。

2点目の検討課題は、1（介護職員）対複数（痴呆性高齢者）間のコミュニケーションにおける、介護者による効果的なマネジメント法について検討することである。研究Ⅰでは1対1の介護者－痴呆性高齢者間のコミュニケーション場面を想定しているが、小規模ケアにおいては、利用者が集う場として共通の生活スペースがあり、日常的に複数間（小集団内）のコミュニケーション場面が頻出する。このとき、痴呆性高齢者は他者とのコミュニケーションを求める志向性は残存するものの、一方で言語の高度な運用に障害を抱えていることが多く、日常のコミュニケーションの充実を保障するために職員の果たす役割は大きいと考えられる。しかし、現時点ではその役割は必ずしも明確ではないし、その効果も十分に浸透しているわけではない。そこで、そのような小規模ケアの場でのコミュニケーションにおいて、介護職員が果たしうる役割とその効果について明確化する。具体的には、①特に状況の設定を行わない、通常業務の状態での施設内における小集団コミュニケーションと、②介護職員が小集団コミュニケーションの場面に専従し、コミュニケーションするという目的を明確化した場面のそれとを比較する（研究Ⅱ）。

以上の課題について検討した後、それぞれの結果を総合するとともに、小規模ケアにおいて効果的なケアを行うための資料を提出する。

2. 研究Ⅰ：介護者コミュニケーションの評価に関する研究

2. 1. 問題と目的

近年、高齢者に対して、介護職員などの関わる側が行いやすいコミュニケーション・スタイルが指摘されている。それらは、例えばゆっくりと簡単な言葉で話すというような、高齢者を子ども扱いするような発話スタイルなどであり、その特徴から secondary baby talk⁵⁾（第2のベビー・トーク）、controlling talk²⁴⁾（相手をコントロールするような話し方）、elderspeak²¹⁾（高齢者語）などと表現されており、近年では patronizing communication^{35) 47)}と集約的に呼ばれる場合もある（以下、これらの発話スタイルを総称する場合はこの語を用いる）。この patronizing communication は、「高齢者は無力で依存的である」とのステレオタイプに基づいた思い込みのため、高齢者とのコミュニケーションにおいてかかわる側が生じさせる過剰な発話や行動の調節と定義される。また“patronize”には、「保護する」という意味に加えて、「恩着せがましくする」、つまり「保護してあげる」という意味があり、発話者側は望ましい発話調節であると考えているが、受け手側にとっては必ずしもそうではないということが含意されている。実際、このような発話スタイルの一部は、文法的簡略化や発話のストレスパターンの強調など、確かに高齢者の理解を促進する効果はあるものの、同時に相当の否定的感情を生じさせるなど、高齢者の自尊心を傷つけ依存性を高めるといった問題点が指摘されている^{8) 40)}。しかも、patronizing communicationの問題は、はじめ世代間や

親密でない会話者間において指摘されたが、後に病院や介護施設といった状況でより頻繁に生じることが明らかにされ、特に長期入所型の介護施設内での問題が深刻であることが示されるようになってきた。その中でも、痴呆性高齢者は *patronizing communication* のハイリスクグループであるとされる³⁷⁾。例えばこれまで、通常地域生活場面よりも病院・施設内で発話者が施設職員である場合、また受け手が認知的に障害のない高齢者よりも痴呆などの障害のある高齢者である場合により強く向けられる傾向が指摘されている^{3) 17) 22)}。そのため、痴呆性高齢者はそのターゲットとなる可能性が最も高く、介護職員はその発話者となる可能性が強い。

このような問題が指摘されている *patronizing communication* であるが、その評価、つまりある特定のコミュニケーション・スタイルや出来事を *patronizing* あるいは過剰な調節であるとするか否かの解釈は、特定の相互作用の文脈における、話し手・聞き手・第三者である観察者それぞれの評価に基づくとされる³⁵⁾。事実、海外の先行研究においては、当初一部肯定的に捉えられていた。例えば先駆者の一人である Caporaël ら^{5) 6) 9)} は対人的な温かさ (*warmth*) を伝達するなどの効果を主張している。しかしその後、上述のような問題が指摘されるに伴い、多くの研究で *patronizing communication* の評価における否定的な側面が明らかにされてきた。例えば、*patronizing communication* を用いる介護者は、敬意がなく、有能でなく、受け手の高齢者も不満足であると評価される^{34) 36)}。またそれだけでなく、受け手の高齢者は有能さを低く見積もられるという「被害者を非難する (*blame the victim*)」効果も見出されている²³⁾。さらに、自立生活を送る高齢者や介護者、第三者よりも、施設入居の高齢者は *patronizing communication* に対する受容度もしくは耐性が高いことが知られている^{11) 52)}。加えて、受け手の高齢者側の応答スタイルによっても評価が変容することが示されており、協調的、あるいは受身的な受容を示すよりも、アサーティブ（主張的）に振舞う高齢者に対して行った *patronizing communication* の方が否定的に評価されている¹²⁾。しかし、老人ホームなどの施設内においては、アサーティブな振舞いが、高齢者の評価を低下させることも一部指摘されている¹⁵⁾。

これらの先行研究を、本研究で対象とする、痴呆性高齢者に対する小規模ケアの観点を含めて整理すると、次の4点の問題が指摘できる。その1つは、*patronizing communication* の否定的な側面を明らかにすることを重視するあまり、それに替わるべき発話スタイルに関する検討があまり行われていないことである。このことについては、従来の研究では、*patronizing* でない (*nonpatronizing*) 発話スタイルや通常の (*neutral*) 発話スタイルが比較対象とされることが多く、望ましい発話スタイルについては議論されるに留まっていた。これに対して、近年高齢者の尊厳や面子 (*face*) を保つという観点 (*patronizing discourse* に対する *polite discourse*¹⁶⁾) が導入されてきており、丁寧で敬意のある発話スタイルが一定の評価を受けることが確認されつつある¹⁵⁾。しかし、はじめに記したような、家庭的で日常性を重視した近年の小規模ケアの流れの中で、このような発話スタイルが最適なものであるかについては疑問が残る。先行研究ではほとんど小規模ケアの場は念頭に置かれていないが、「自宅でない在宅」⁴⁵⁾ とも評されるような空間で、はたして丁寧で敬意を保った発話スタイルのみで、「家庭的な温かさ」を演出可能であろうか。確かに、高齢者の尊厳を保ち、主体的に生活できることは非常に重要なことであるが、上記の点を鑑みると、今後は単に丁寧なだけではない、よりふさわしい介護者のコミュニケーションのあり方について多面的に明ら

かにしていく必要がある。ここで、本研究では、patronizing communication、特に secondary baby talk と呼ばれるものの中で、唯一評価されている側面に注目する。それは、対人的な温かさを伝達する⁵⁾、という機能である。patronizing communication はコントロール性とケア（対象者に積極的な関心を有すること）という2つの性質の有無から4つの次元に分けられ、secondary baby talk はこの両者の側面を併せ持つとされる¹⁶⁾。つまり、高齢者の尊厳を保つための敬意が失われていることは前提としてあり、コントロール性という側面も有するために否定的な評価を受けているものの、ケアの側面—おそらくここでは対人的な温かさや親密さを示すこと—には活路を見出しようと考えられる。そこで本研究では、patronizing communication への対立項としての politeness、つまり「高齢者の尊厳を保つ敬意」だけではなく、これと、「対人的な温かさや親密さ」からなる側面の両者を有する発話スタイルを選択肢の1つとして検討し、小規模ケアを念頭に置いた望ましいコミュニケーション方略について明らかにすることを第1の目的とする。

第2点は、評価者の属性についてである。先行研究では、評価者として、高齢者（自立生活者と施設・病院入居者）や介護者（看護婦、介護職員、ボランティアなど）を設定することが多く、そのほかに対象とする場合は、第三者として一般の成人とすることが多かった。しかし、痴呆性高齢者に関するコミュニケーションの問題として考えると、当事者として本人に評価を求めることは困難である場合が多い。また、介護保険が浸透しつつある本邦の現状においては、痴呆性高齢者の人権を守る担い手として、当事者としての家族介護者の役割は、より高まっているといえる。そこで本研究では、施設を利用する高齢者と介護職員のほかに、要介護高齢者を抱える家族介護者からの評価も求め、この三者の評価を比較することで、より当事者にとって望ましい介護者のコミュニケーション方略に接近する。

第3点は、高齢者側の応答スタイルの効果についてである。既述のように、近年、patronizing communication に対する高齢者側の応答スタイルによっては、介護者側が同じような発話スタイルを用いても、発話や高齢者の評価が異なることが示されている。しかし、上記の第1点や次の第4点のように発話スタイルを分けた場合に、先行研究と同様の結果が見られるかは未知である。特に、第1点で示した敬意と親密さのバランスを保った発話スタイルが、patronizing な発話スタイル、あるいは polite な発話スタイルと比較して、高齢者側の応答スタイルとの関係から見て優越性を持ちうるか否かについて検討することは、実際の場面において有効なケアについて検討する上で重要である。従って、本研究では、この高齢者側の応答スタイルとの関係を含めた検討を行うことも目的とする。

第4点は、先行研究の多くが、総称としての patronizing communication の中でも、第2のベビー・トーク (secondary baby talk) と呼ばれるような、高齢者を過剰に子ども扱いするような養育的な発話スタイルの検討に偏っていることである。前述のように、コントロール性とケアという次元から考えると、patronizing communication の中には、他にコントロール性がありケアがない directive talk (指示・命令的な話し方)、コントロール性はないがケアはある（しかし敬意は依然としてない）overly personal talk、コントロール性もケアもなく表面的な superficial talk が指摘される¹⁶⁾。このうち、patronizing communication を大きく特徴付けるのは secondary baby talk と directive talk とされるが、先行研究の多くは secondary baby talk のみを取上げるか、patronizing communication と称して両者の差異を曖昧なまま検討している。しかし、patronizing communication が指示・命令的なものか過度に養育的なものかという観点で

二分可能なことは確かめられており¹⁸⁾、またこの2者間の評価の差異を明らかにすることは、1点目の問題に関して、対人的な温かさや親密さの伝達の問題を考える際に重要である。従って本研究では、この2つの発話スタイルへの評価の差異について検討することも目的とする。

以上本研究では、上記の目的を達成するための検討を行う。具体的には、上記の点を要因として、介護職員が痴呆性高齢者に話しかけている場面のVTRの評価を求め、その結果から検討する。ただし、この領域の先行研究の多くが英米圏のものであること、また本研究が、先行研究と異なり小規模ケアという近年の本邦の潮流を念頭においた研究であることを鑑み、実際に小規模ケアの現場で痴呆介護にあたる介護職員にまずヒアリング調査を行い、本研究の問題設定について確認した上で検討する。

2. 2. グループホーム職員に対するヒアリング調査

2.2.1 目的

本邦の小規模ケアの場において、目的の項で行ったような議論が適用可能かについて、実際にケアにあたる介護者の意見をもとに検討する。

2.2.2 方法

1) 対象者

痴呆性高齢者を対象とするグループホームの職員14名。男性2名、女性12名で、平均年齢は 27.38 ± 6.71 歳、介護職としての職歴は 20.92 (約1年9ヶ月) ± 23.87 ヶ月であった。なお、対象者には研究の趣旨と概要を説明した上、書面にて同意を得た。

2) 手続き

半構造化面接を用いた。質問内容はグループホーム内での痴呆性高齢者への対応に関して、「どのような対応を望ましいと考えているか、またその理由は」「どのような対応を望ましくないと考えているか、またその理由は」「対応に困難さを感じているものはあるか、またその理由は」、及び「望ましい (望ましくない) コミュニケーションの方法が、特定の入居者に対しては逆に望ましくない (望ましい) 場合など、一義的に『望ましさ』が決まらない対応はあるか」であり (その他小集団でのコミュニケーションに関しても質問を行ったが、ここでは取上げない)、各質問に対して対象者は口頭で自由に回答するよう求められた。また実施は質問者1名と対象者2名ずつで行われ、要した時間は1回あたり30~45分間であった。面接は2003年10月に行われた。

2.2.3 結果

全体で381の意味内容に分けられた。そのうち、問題行動への物理的な対応や長期に渡る経過などを除き、直接対応的な対人コミュニケーションのレベルで言及していたものは230であった。これらを、当初の質問どおり、「望ましい対応」「望ましくない対応」、「対応に困難さを感じているもの」、「一義的に『望ましさ』が決まらない対応」の別に、分類、集計した。また「望ましい対応」「望ましくない対応」についてはその根拠についても別に分類した。分類の際には、まず逐語録を作成した上で、痴呆性高齢者への対応として意味の理解で

きる最小の意味内容に分割した。その後意味内容ごとにそれを最も端的に表すであろうラベルを付与して行き、修正、統合を行いながらカテゴリー化（小カテゴリー）し、さらに小カテゴリーを統合（大カテゴリー化）した。その結果、以下のような傾向が認められた。回答数が1のみである意味内容については、全て「その他」として処理している。なお、結果の概要は表1に示した。

1) 望ましい対応

「望ましい対応」として回答が得られた意味内容は合計56であった。これを大カテゴリーとして「言語的対応」、「非言語的対応」、及び「態度や心構え」に関するものの別に分類、集計した。

結果、「言語的対応」に含まれるものには16の意味内容があり、小カテゴリーでは「短く簡潔に話す（回答数10）」、「話題提供の工夫をする（3）」、「声掛けの工夫をする（3）」が含まれていた。「非言語的対応」については、17の意味内容があり、「ジェスチャーを有効に使用する（5）」、「笑顔で接する（4）」、「やわらかい表情で接する（3）」、「ゆっくり話す（2）」、「声のトーンを抑える（2）」、「その他（1）」が含まれていた。また、「態度や心構え」に関するものには23の意味内容があり、「よい雰囲気を出す（8）」、「利用者に受け入れられる態度で接する（5）」、「ゆとりのある態度（4）」、「礼節ある態度（3）」、「その他（3）」が含まれていた。

また、これらの対応の根拠を聞いたところ、合計33の意味内容が見出された。内訳は、大カテゴリーとして「観察から」が26、「他の職員からの助言・討論から」が4、「内省から」が2、「その他」が1であった。さらにそれぞれの内訳を見ると、小カテゴリーで「観察から」には、「利用者の反応とその読取りから（17）」と「他の職員を含めた成功／失敗事例から（9）」が含まれていた。「他の職員からの助言・討論から」には、「他の職員からの助言（2）」と「カンファレンスでの職員間の討論（2）」があった。また、「内省から」に含まれた2つの意味内容は、どちらも全くの個人での内省からのものであった。

2) 望ましくない対応

「望ましくない対応」として回答が得られた意味内容は合計31であった。これを、大カテゴリーとして「言語的対応」、「非言語的対応」、及び「態度や心構え」に関するものの別に分類、集計した。

結果、「言語的対応」に含まれるものには12の意味内容があり、小カテゴリーでは「長く複雑に話す（8）」、「指示・禁止の言葉を使用する（3）」と「その他（1）」が含まれていた。「非言語的対応」については8つの意味内容があり、「速く話す（2）」、「急に大きな声で話す（2）」と「その他（4）」が含まれていた。また、「態度や心構え」に関するものには11の意味内容があり、「自身の不安や焦りの露呈（6）」、「利用者理解の誤り（2）」と「その他（3）」が含まれていた。

また、これらの対応の根拠を聞いたところ、合計37の意味内容が見出された。内訳は、大カテゴリーとして「観察から」が27、「内省から」が7、その他が3であった。さらにそれぞれの内訳を見ると、小カテゴリーでは「観察から」には、「利用者の反応とそ

の読取りから (24)」と「他の職員を含めた成功／失敗事例から (3)」が含まれていた。また、「内省から」に含まれた7つの意味内容は、どちらも全くの個人での内省からのものであった。

3) 困難さを感じている対応

「対応に困難さを感じているもの」として回答が得られた中で、直接対応的な対人コミュニケーションに該当する意味内容は合計15であった。この15の意味内容について分類を行ったところ、大カテゴリーとして「バランスの取れた対応 (11)」と「利用者の心情読取りの困難 (4)」に分けられた。

さらにそれぞれでの内訳をみると、「バランスの取れた対応」では、小カテゴリーとして「敬意と親密さのバランス (7)」、「職員の主導と利用者の楽しさのバランス (2)」と「職務と利用者のプライドのバランス (2)」となっていた。また「利用者の心情読取りの困難」は、全て「利用者の行動から真意、心情状態を読取れないために対応が定まらない」というものであった。

4) 一義的に「望ましさ」が決まらない対応

ここでは、望ましい（望ましくない）コミュニケーションの方法が、特定の入居者に対しては逆に望ましくない（望ましい）場合など、「一義的に『望ましさ』が決まらない対応」について聞いた。回答が得られた意味内容は合計52であった。これらについて分類を行ったところ、大カテゴリーとして「指示・禁止の対応を行わざるを得ない場合 (19)」、「利用者に応じた発話内容を選択する場合 (17)」、「言語よりも非言語を優先する場合 (7)」、及び「職員側の一貫性 (9)」に分けられた。

さらにそれぞれでの内訳をみると、「指示・禁止の対応を行わざるを得ない場合」には、小カテゴリーとして「他の利用者への他害行為のある場合 (7)」、「入浴・排泄介助の拒否が続く場合 (6)」、「利用者が過度に依存的な場合 (3)」、及び「体調管理上やむを得ず (2)」、「その他 (1)」が含まれていた。また「利用者に応じた発話内容を選択する場合」には、「一般原則が当てはまらない場合 (6)」、「痴呆がごく軽度もしくは非常に重度の場合 (6)」、及び「その他 (5)」が含まれていた。「言語よりも非言語を優先する場合」は全て、「意思疎通よりもスキンシップが優先される場面」に用いる対応であった。また「職員側の一貫性」については、全て職員側の対応に一貫性がないために、結果として望ましい対応が定まらない、というものであった。

2.2.4 考察

まず、「望ましい対応」と「望ましくない対応」及びその根拠から見ていく。これらの質問に対する回答傾向としてまとめられるのは以下のような点であろう。1点目は、発話を簡便にしようとする方略である。言語的、非言語的な対応の両方で、また「望ましい対応」と「望ましくない対応」の両者において、この点は特に注力されていた。回答者らは、短く簡潔にゆっくりと、落ち着いた様子で、時にはジェスチャーを発話を補足するために用いながら話すことを望ましいと感じ、逆に、長く複雑に早口で話すような発話スタイルを望ましくないと感じていた。このような発話スタイルは、先行研究においても、聞き手の高齢者の理

解を助けることが知られており^{8) 40)}、一定の効果を持ちうる。ただし、過剰な養育性、つまり子ども扱いするような話し方が加わると、受け手に否定的感情をもたらすことが同時に指摘されている。この点で、本研究の回答者は、養育性に関する言及は非常に少なかった。一方で、目的の項で議論されたような、対人的な温かさや親密さの伝達に関する回答が多く見られた。これは非言語的な側面や態度や心構えの点で特徴的であった。回答者らは、やわらかな表情や笑顔で接し、ゆとりある態度で、利用者に受入れられるよい雰囲気を出すことを望ましいと考え、自身の焦りや不安が利用者に伝わるのを嫌っていた。また、そのほかで特に回答者に嫌われた発話スタイルとして、指示・禁止の発話を用いたり、急に大声で話すというものがあつた。これは、先に議論した、patronizing communication において secondary baby talk とともに特徴付けられる directive talk の特性と合致するものである。また secondary baby talk のような、過剰に養育的な発話スタイルに関する言及はほとんどなかったため詳細は不明であるが、指示・禁止に関する回答傾向から判断すると、少なくとも secondary baby talk とは評価傾向が異なることが予想される。これらのことから、本研究の回答者が望ましいと考える発話スタイルは、理解されやすく、そして親密さを伝えるものであるとまとめることができよう。

次に、これら「望ましい」あるいは「望ましくない」対応の根拠についてであるが、圧倒的に多かったのが、介護者の発話に対する利用者（痴呆性高齢者）の反応から判断する、というものである。目的の項で言及したように、高齢者側の応答の如何によって、介護者側の発話の評価が大きく左右されることが読取れる。このことから、本研究で次に行う評価実験においても、評価を左右する大きな要因として、高齢者側の応答スタイルを加味することは重要であろう。

さらに、「困難さを感じている対応」に関する結果からも、先に行った議論と合致する特徴が認められた。それは、回答者が「バランスの取れた対応」、特に「敬意」と「親密さ」、もしくはこのいずれかと職務とのバランスについて苦慮しているという点である。これら「敬意」と「親密さ」を含むバランスの取れた対応は、回答者らが望ましいと感じているものの実行に困難さを覚えているものである。本研究においてそのようなバランスを保った発話スタイルの効果を明らかにすることは、こうした困難さを解消する手立てとしても有用であろう。

最後に、「一義的に『望ましさ』が決まらない対応」についてであるが、この質問は、評価実験における留保事項について検討するために行った。先行研究では発話の状況の特性によって介護者発話の評価が異なることが一部で示されている^{11) 36)}が、この点について検討することはどちらかといえば応用的なものである。本研究ではまず基本的なコミュニケーション方略について検討するため、特に状況に評価が依存するような発話スタイルについては省かざるを得ない。その意味で、ここで特徴的に見られた、特定の場面での指示・禁止の発話の使用や、利用者の状況に応じた発話内容の選択などは、それが影響するような評価刺激は用いず、本研究全体の結果を踏まえた上での今後の展開として位置づけることとする。

以上から、本研究の目的として議論した事項は、小規模ケアにおける介護者コミュニケーションのあり方を検討する上で、一定の重要性を持つものと考えられる。そこで、ここでの結果を踏まえて、次の2つの評価実験から、目的の項に示した4点について検討することとする。

2. 3. 実験 I

2.3.1 目的

グループホーム職員に対するヒアリング調査において、本研究における問題設定が確認された。そこでここでは、目的の項で議論したうち、次の3点について探索的に検討することを目的とする。

- 目的1：敬意と親密さのバランスを保った発話スタイルが、敬意のみの発話スタイル、及び patronizing communication の2つの特徴的発話スタイルである、第2のペビエ・トークと指示・命令的なスタイルのそれぞれと比較して、どのような評価特性を持つかを明らかにする。
- 目的2：介護職員、施設を利用する要介護高齢者、要介護高齢者の家族介護者の三者の評価間にどのような差異が認められるかを明らかにする。
- 目的3：上記目的1及び2の要因により、介護者のコミュニケーションが、敬意や親密さといった特定、全体的な適切さという介護者側の指標と、受け手の高齢者の満足度や状態像といった高齢者側の指標からどのように評価されるかを、個別及び総合的に明らかにする。

2.3.2 方法

1) 実験計画

3要因の混合計画とした。第1の要因は回答者の要因であり、2) に示す3群で、被験者間配置であった。第2の要因は発話スタイルの要因であり、3) に示すように、介護者側のDCT、SBT、PTF、BPFという4つの発話スタイルからなり、被験者内配置であった。第3の要因は痴呆重症度の要因であり、これも3) に示すように、介護者発話の受け手である高齢者の痴呆の程度が、ごく軽度もしくは中重度の2種であり、被験者内配置である。ただし、後述のように、一部、発話スタイル×痴呆重症度の2要因、もしくは発話スタイルの要因のみの1要因での分析を採用した。

2) 被験者

回答者として次の3群を設けた。

介護職員群：ユニットケアを採用する特別養護老人ホーム（13名）、及びグループホーム（3名）の職員16名。男性3名、女性13名で、平均年齢 23.83 ± 2.25 歳、介護職としての職歴は 31.85 （約2年8ヶ月） ± 11.37 ヶ月であった。被験者には書面にて実験の説明を行い同意を得た。

要介護高齢者群：要介護認定を受けている高齢者16名。男性4名、女性12名で、平均年齢 81.75 ± 10.30 歳、要介護度は平均 1.75 ± 1.18 で、全員がデイサービスもしくはショートステイの利用者であった。また本群の被験者は、デイサービス担当の施設職員により、本実験への参加が可能であると判断された者である。被験者には本人及び家族に実験への参加を呼びかける書面を送付し、承諾を得られた場合に再度詳細の説明を行い、書

面にて参加への同意を得た。

家族介護者群：在宅の要介護高齢者を抱える家族20名。男性6名、女性14名で、平均年齢 57.58 ± 8.78 歳であった。被介護者との続柄は夫3名、妻3名、息子3名、娘7名、嫁4名であった。また被介護者の平均年齢は 79.00 ± 11.64 歳、要介護度は平均 2.57 ± 1.47 で、全員デイサービスもしくはショートステイの利用者であった。被験者には実験への参加を呼びかける書面を送付し、承諾を得られた場合に再度詳細の説明を行い、書面にて参加への同意を得た。

3) 材料

VTR 刺激：評価用の刺激として、介護職員がグループホーム入居の高齢者に話しかけている場面のVTRを用いた。VTRは昼食の誘いがけをする場面で、先行研究とヒアリング調査の対照から検討されたシナリオをもとに、役者に演技させたものを録画し編集した。役者は介護職員役、高齢者役ともそれぞれ2名ずつの女性であった。シナリオは表2に示すとおりであり、次の4つの発話スタイルによる介護者発話とそれに対する高齢者側の応答からなる。なお、シナリオの言語的な特徴に関しては、Ryanら³⁵⁾のまとめを踏まえて、呼称のしかた、敬意表現の有無と程度、文法と語彙の簡略さの程度、コントロール性（命令・指示の程度）、語尾を中心とした親密表現の有無から検討し、設定した。

DCT (Directive and Controlling Talk)：指示的で相手をコントロールするような話し方。

SBT (Secondary Baby Talk)：第二のベビー・トーク。過度に養育的であり、相手を子ども扱いするような、単純化された発話スタイル。

PTF (Polite Talk saving target's Face)：相手の面子を保つ、敬意を持った丁寧な話し方。

BPF (talk Balancing Politeness and Uamilarity)：丁寧さと親密さを併せ持った話し方。なお、先のヒアリング調査の結果を受け、発話内容はやや簡便になっている。

またそれぞれの発話スタイルについては、役者に表3に示したような7項目の非言語的側面に関する基準で演技するよう求め、複数録画された中から、撮影者2名の合議の上、それぞれの発話スタイルに最も適合すると判断されたものが採用された。また、VTRは介護職員役と高齢者役の役者の組み合わせで、各発話スタイルについて4種ずつ、合計16作製された。

VTR 登場人物の説明：VTRに登場する介護職員役、高齢者役の人物像を説明する用紙を用いた。用紙は練習用、高齢者がごく軽度の痴呆を持つ場合、痴呆が中重度の場合の3つからなり、それぞれ見開き2ページで役者の写真に、年齢、性別、及び人物像の説明が付与されていた（表4参照）。

評価尺度：各々の発話スタイル、及び受け手の高齢者の痴呆重症度ごとに、回答者3群に共通の6項目の質問を用意した。項目は介護者発話を「敬意」「冷たさ（逆転項目；R）」「いたわり」「なれなれしさ（R）」の観点から評価する4項目と、全体的な「適切さ」、及

び受け手の高齢者の「満足度」の程度を評価させるものであった。

加えて、介護職員群には受け手の高齢者の状態像を「元気さ」「状況の認知度」「依存性(R)」の3項目から評価する項目を、要介護高齢者群でかつ痴呆重症度の条件がごく軽度である場合には、自身がVTR内のような施設に入居し、各々の発話スタイルを受けた場合の「うれしさ」の度合いを評価する項目を、また家族介護者群でかつ痴呆重症度の条件がごく軽度である場合には、自身の介護する家族がVTR内のような施設に入居した場合の、各々の発話スタイルに対する「望ましさ」を評価する項目を、それぞれ追加した。

なお、項目は全て「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」までの6件法で回答するものであった。

4) 手続き

介護職員群に対しては、全て書面にて実験の概要と手順を説明し、個別にVTRの視聴とその評価を行わせた。要介護高齢者群に対しては、デイサービス利用時に施設内の別室にて3～5名ずつ実施した。その際、実験概要及び登場人物の説明は資料を示した上口頭で行い、評価も質問項目を示した上で実験者が聞き取って記入した。また家族介護者群については、介護職員群と同様の手続きで郵送による個別実施、もしくは概要説明と教示を口頭で行う、実験者と対面での個別実施のどちらかで実験を行った。

被験者らは、練習試行として、はじめに同一実験内で提示されないVTR刺激の中からランダムに選択された1つのVTRの登場人物の説明を読んだ後、そのVTRを視聴し、評価を行った。その後、痴呆重症度の要因により、ごく軽度もしくは中重度のいずれかの条件に基づく登場人物の説明が提示され、その後、その条件に含まれる、4つの発話スタイルによるVTR刺激がランダムに提示された。次に、もう一方の痴呆重症度の条件で、先の条件と同じ順序で4つのVTRが示された。痴呆重症度の条件の順序は被験者間でカウンターバランスされた。また評価尺度への回答は、1つのVTRの視聴が終わるごとに行われた。なお、同一の実験内で使用されたVTRは、痴呆重症度の条件間で介護職員役が同一で、高齢者役が異なるように配置され、高齢者役の前後や役者の組み合わせは、各回答者群内で、被験者間でカウンターバランスされた。また実験は2004年1月から2月の間に行われた。

2.3.3 結果

項目ごとの得点を、「全くあてはまらない」を0点、「非常にあてはまる」を5点として1点刻みで得点化した。また後述のように、各々の逆転項目は得点を逆転させた上で集計した。

なお、欠損値がある回答者は、個別の指標ごとに除いた。また、結果の概要を表5に示した。

1) 介護者発話の特性評価

ここでは、「敬意」「冷たさ(R)」「いたわり」「なれなれしさ(R)」という観点からの介護者発話の評価について検討した。逆転項目については得点を逆転させた上で、「冷たさ(R)」と「いたわり」については合計得点を算出し、「やさしさ」の合成変数とした(Cronbach's $\alpha = .82$)。これらの評価については、回答者(3)×発話スタイル(4)×痴呆

重症度 (2) の 3 要因混合計画による分散分析を実施した。

「敬意」については、発話スタイルの主効果が有意であり ($F_{(3,141)} = 39.76, p < .01$)、また二次の交互作用が有意であった ($F_{(6,141)} = 2.25, p < .05$)。そこで、介護職員群、要介護高齢者群、家族介護者群の別に発話スタイル×痴呆重症度の単純交互作用の分析を行った。その結果、全ての群で発話スタイルの主効果のみが認められた (介護職員群: $F_{(3,141)} = 20.65, p < .01$; 要介護高齢者群: $F_{(3,141)} = 7.18, p < .01$; 家族介護者群: $F_{(3,141)} = 15.45, p < .01$)。痴呆重症度の主効果及び交互作用は認められなかった。それぞれの群において多重比較をおこなったところ、介護職員群では DCT より SBT、SBT よりも BPF と PTF が大きく、BPF と PTF の間には差がなかった。要介護高齢者群では DCT より BPF が大きかったがその他のスタイル間で差はなかった。また家族介護者群では、DCT より PTF と BPF がそれぞれ大きく、また SBT より BPF が大きかった (いずれも $p < .05$)。これらのことから、発話スタイルの敬意の評価が、3 群間で、特に介護職員群とその他の群間で異なっていることが考えられる。また、各発話スタイル別に、回答者×痴呆重症度の単純交互作用の分析を行った。その結果、PTF において、回答者の主効果のみが認められ ($F_{(2,47)} = 15.45, p < .01$)、多重比較を行った結果、介護職員群の平均得点が有意に要介護高齢者群よりも大きかった ($p < .05$)。痴呆重症度の主効果及び交互作用は認められなかった。また他の発話スタイルではどの主効果と交互作用も検出されなかった。このことから、先に認められた 3 群間の評価得点の差は、特に発話スタイル PTF に対する敬意の評価として表れると考えられる (図 1)。

次に、「やさしさ」の評価については、回答者の主効果と発話スタイルの主効果のみがそれぞれ有意であった (回答者: $F_{(2,47)} = 5.03, p < .05$; 発話スタイル: $F_{(3,141)} = 67.02, p < .01$)。多重比較の結果、回答者の要因では家族介護者群が要介護高齢者群よりも有意に大きかった ($p < .05$)。また発話スタイルの要因では DCT より SBT、SBT よりも BPF が大きく、DCT より PTF、PTF よりも BPF が大きかった ($p < .05$)。SBT と PTF の間には差がなかった。またその他の主効果及び交互作用は認められなかった。これらの結果から、家族介護者群が要介護高齢者群と比較して「やさしさ」の知覚について受容的であること、また発話スタイル別に見ると、DCT が特に低く、SBT と PTF が中程度の得点であり、BPF が最も「やさしさ」を感じさせる発話スタイルであることが分かる (図 2)。

最後に、「なれなれしさ (R)」については、発話スタイルの主効果が有意であり ($F_{(3,141)} = 31.01, p < .01$)、また回答者と発話スタイルの交互作用も有意であった ($F_{(6,141)} = 2.61, p < .01$)。またその他の主効果及び交互作用は認められなかった。回答者の単純主効果を検定した結果、SBT において有意であり ($F_{(2,47)} = 4.65, p < .05$)、多重比較の結果要介護高齢者群の方が介護職員群よりも得点が高かった ($p < .05$)。その他の発話スタイルでは差は認められなかった。また発話スタイルの単純主効果を検定した結果、介護職員群では SBT よりも BPF と PTF がそれぞれ大きく、DCT よりも PTF の方が大きかった。要介護高齢者群では SBT よりも BPF と PTF がそれぞれ大きかった。また家族介護者群では SBT が他の全ての発話スタイルよりも小さかった (いずれも $p < .05$)。これらのことから、要介護高齢者群は介護職員群に比べて SBT に対して「なれなれしさ」を感じにくいものの、全体的に SBT は「なれなれしい」と評価されやすいことが分かる (図 3)。

2) 介護者発話の適切さの評価

ここでは、それぞれの介護者発話について、全体的な適切さを聞いた。回答者 (3) × 発話スタイル (4) × 痴呆重症度 (2) の 3 要因混合計画による分散分析を行ったところ、回答者の主効果と発話スタイルの主効果がそれぞれ有意であった (それぞれ $F_{(2,46)} = 4.02, p < .05$; $F_{(3,138)} = 43.94, p < .01$)。回答者の要因について多重比較を行ったところ、家族介護者群が有意に介護職員群より平均得点が高かった ($p < .05$)。また発話スタイルの要因について多重比較を行ったところ、DCT < SBT < PTF < BPF の順で大きかった (いずれも $p < .05$)。またその他の主効果及び交互作用は認められなかった。これらの結果から、適切さの評価には発話スタイルの影響が大きく、BPF が最も高く評価されること、また全体的な評価傾向には回答者の要因が作用し、介護職員群がやや適切さを低く見積もることが考えられる (図 4)。

3) 受け手の満足度の評価

ここでは、個々の介護者発話に対して、受け手役の高齢者がどの程度満足しているかを聞いた。回答者 (3) × 発話スタイル (4) × 痴呆重症度 (2) の 3 要因混合計画による分散分析を行ったところ、発話スタイルの主効果のみが有意であった ($F_{(3,138)} = 38.37, p < .01$)。多重比較を行ったところ、DCT より SBT、SBT よりも BPF が大きく、DCT より PTF、PTF よりも BPF が大きかった ($p < .05$)。SBT と PTF の間には差がなかった。またその他の主効果及び交互作用は認められなかった。この結果から、BPF に対する満足度が最も高く評価されている一方で、適切さの評価と異なり PTF と SBT の間には差がないことが分かる (図 5)。

4) 介護職員による受け手の高齢者の評価

ここでは、介護職員群のみに、「元気さ」「状況の認知度」「依存性 (R)」の 3 点について、受け手役の高齢者の評価を求めた。当初これら 3 指標は合成変数とすることを想定していたが、逆転項目である「依存的だ (R)」の得点を逆転させた上での 3 指標での信頼性係数が低かったため (Cronbach's $\alpha = .40$)、「元気さ」「状況の認知度」の合計得点 (「明朗さ」とする。この 2 指標では $\alpha = .83$) と「依存性 (R)」に分けて、発話スタイル (4) × 痴呆重症度 (2) の 2 要因の分散分析を行った。

「明朗さ」においては、発話スタイルの主効果のみが認められた ($F_{(3,42)} = 16.46, p < .01$)。多重比較の結果、DCT が他の全ての発話スタイルと比較して有意に平均得点が低かった ($p < .05$)。またその他の主効果及び交互作用は認められなかった。この結果から、DCT の発話スタイルで話しかけられる高齢者は、「明朗さ」が低く評価されることが分かる (図 6)。

また「依存性 (R)」の指標については、いずれの主効果、交互作用とも見出されなかった (図 7)。

5) 要介護高齢者による自身を想定した評価

受け手が痴呆重症度の要因において「ごく軽度」の場合のみ、要介護高齢者には「もし自身がこのような施設に入所することになり、各々の VTR のように話しかけられたらど

の程度うれしいか」を聞いた。この結果について発話スタイル (4) を要因とする一要因の分散分析を行ったところ、有意差が認められた ($F_{(3,45)} = 4.92, p < .01$)。多重比較の結果、DCT よりも SBT と BPF がそれぞれ平均得点が高かった ($p < .05$)。ただし SBT の平均得点は 2 点付近 (2.19) とやや低く、これらの結果からは BPF が要介護高齢者が自身を想定した場合の「うれしさ」の評価が高く、SBT と PTF は最下位の DCT より高いが、それほどよい評価は受けないことが推察される (図 8)。

6) 家族介護者による家族を想定した評価

受け手が痴呆重症度の要因において「ごく軽度」の場合のみ、家族介護者には「もし自身の家族がこのような施設に入所することになった場合、どの程度各々の VTR のように接してほしいと思うか」という「望ましさ」を聞いた。この結果について発話スタイル (4) を要因とする一要因の分散分析を行ったところ、有意差が認められた ($F_{(3,51)} = 17.97, p < .01$)。多重比較の結果、DCT より SBT、SBT よりも BPF が大きく、DCT より PTF が大きかった (いずれも $p < .05$)。SBT と PTF、BPF と PTF の間には差がなかった。これらの結果から家族介護者が自身の家族を想定したばあいの望ましさの評価は BPF が最も高く、PTF がそれに続くが、PTF は SBT と差があるほど高くはないことが分かる (図 9)。

2.3.4 考察

まず、本研究で新たに導入した、敬意と親密さのバランスを持った発話スタイル (BPF) について検討する。発話スタイル BPF は、「敬意」と「やさしさ」の評価が高く、「なれなれしい」とされることもなく、結果全体的な「適切さ」や受け手の高齢者の「満足度」や要介護高齢者群による「うれしさ」、家族介護者群による「望ましさ」も高かった。加えて、受け手の高齢者の状態像の評価においても、少なくともそれを低める働きはなかった。これらの結果を総合すると、敬意と親密さの両者の特性を併せ持つ発話スタイルが、痴呆性高齢者に対して有効なものであるといえるだろう。このことは、他の 3 つの発話スタイルとの比較でさらに特徴付けられる。敬意のある発話スタイル PTF は、「敬意」の評価はおおむね高かったものの回答者間で差があり、多くの指標で SBT との差があまりなかった。特に、この傾向は、要介護高齢者群と家族介護者群で強く、PTF は受け手側にとってはそれほど高い評価を受けるわけではないことが分かる。また、発話スタイル SBT は、確かに「やさしさ」などの評価がある程度あるものの、全体としてはそれほど高い評価ではなく、特に「なれなれしい」と評価されていた。ただし、要介護高齢者群と家族介護者群では PTF との差が少なく、このスタイルに対する受容度が介護職員群と比較して高いといえる。このことは先行研究で指摘されている部分でもある。しかし、施設入居の高齢者は patronizing communication に「慣れさせられている」という見解もあり³⁵⁾、慎重に解釈する必要がある。発話スタイル DCT は、全般的に評価が低く、同じく patronizing communication の範疇に入る SBT と比較しても低かった。事前に予想されたように、SBT は「やさしさ」など一部に評価できる余地が残されているのかもしれない。また特に、DCT の特徴として、VTR 中で、受け手の高齢者の応答がどの発話スタイルでも同様にほとんどないにもかかわらず、「明朗さ」の評価が低くなるという「被害者を非難する (blame the victim)」効果²³⁾が見出された。これは、高齢者の状態像の評価が、高齢者自身の状態のみでなく、その「扱われ方」によっても左右さ

れることを示すものであり、その意味でもこうした発話スタイルは慎まれるべきであろう。また痴呆重症度の要因はほとんど効果がなく、あくまで本研究で対象とした場面に限られるが、ここでの結果は、受け手の痴呆重症度にはあまり左右されないと考えられる。

2. 4. 実験 II

2.4.1 目的

実験 I により、介護者の発話スタイルとして、敬意と親密さの要素を併せ持ったものが、一定の評価を受けることが明らかにされた。これを踏まえて、実験 II では、目的の項で議論したうち次の点について明らかにすることを目的とする。

目的 1 : 高齢者側の応答スタイルとの関係で、実験 I で用いた発話スタイルの評価がどのように異なるかを明らかにする。

目的 2 : 実験 I と同様に、上記目的 1 の要因 (発話スタイル×応答スタイル) により、介護者のコミュニケーションが、敬意や親密さといった特性や、全体的な適切さという介護者側の指標と、受け手の高齢者の満足度や状態像といった高齢者側の指標からどのように評価されるかを、個別及び総合的に明らかにする。

2.4.2 方法

1) 実験計画

発話スタイル (4) × 応答スタイル (4) の 2 要因被験者内計画とした。発話スタイルの要因は、実験 I と同じ DCT、SBT、PTF、BPF の 4 種の話しかけのスタイルからなる。応答スタイルの要因は、協調的な承諾、受身的な承諾、アサーティブな拒否、攻撃的な拒否の、4 種の受け手である高齢者側の応答のスタイルからなる (詳細は材料の項に示した)。

2) 被験者

痴呆高齢者を対象とするグループホームの職員 20 名。男性 4 名、女性 16 名で、平均年齢は 30.61 ± 9.40 歳、介護職としての平均の職歴は 21.68 (1 年 10 ヶ月) ± 22.46 ヶ月であった。

3) 材料

VTR 刺激 : 実験 I と同様に、介護職員が高齢者に話しかけている場面の VTR を作製した。ただし、ここでは介護職員側の 4 種の発話スタイルに加えて、誘いがけに対する、協調的承諾・受身的承諾・アサーティブ拒否・攻撃的拒否という下記の 4 種の高齢者側の応答スタイルを設定した (類似の検討を行った先行研究をもとに、相川²⁾ のまとめから作成した)。これらの組み合わせで、VTR は 16 種類作製された (シナリオは表 6)。シナリオにおける応答スタイルの言語的な特徴は、相川²⁾ 等に従い、話しかけに対する承諾の有無、表現の直接性 (婉曲性)、威圧性、敬意表現の有無と程度等から検討して設定した。なお、発話スタイルの言語的特徴については、実験 I で用いたものに加えて、各発話スタイルに対応するような、応答に対する対処方法からも検討して設定した。

協 調 的 承 諾：自己の本意の如何にかかわらず、相手の気持ちや要求を察し、それに沿うよう快く承諾する。

受 身 的 承 諾：それほど食事をしたい気持ちはないという意思を多少表してみるが、強くは主張しない。結局すぐに自己の意思を抑えて職員の話を受入れる。

アサーティブ拒否：それほど食事をしたい気持ちはなく、他にしたいこともある。その気持ちは率直に主張するが、同時に相手の事情も理解している。そのため、正当な理由や気持ちを伝えたくて拒否を示す。

攻 撃 的 拒 否：食事をしたくない気持ちを強く伝える。受身的承諾の対極的な応答で、相手の提案を全く受入れない。アサーティブな応答と異なり、自己の本意を理解してもらおうとはしない。

また、それぞれの応答スタイルについては、高齢者役の役者に表7に示したような5項目の非言語的基準で演技するよう求め、複数録画された中から、撮影者2名の合議の上、それぞれの発話スタイルに最も適合すると判断されたものが採用された。

VTR 登場人物の説明：VTR に登場する介護職員役、高齢者役の人物像を役者の写真付きで説明する用紙を用いた（表8）。

評価尺度：実験Iの介護職員群と同様のものを用いた。すなわち、介護者発話を「敬意」「冷たさ（逆転項目；R）」「いたわり」「なれなれしさ（R）」の観点から評価する4項目と、全体的な「適切さ」、及び受け手の高齢者の「満足度」の程度を評価させる計6項目、及び受け手の高齢者の状態像を「元気さ」「状況の認知度」「依存性（R）」の3項目から評価する項目である。回答方法も同様に、「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」までの6件法で回答するものであった。

4) 手続き

まず実験概要及び登場人物の説明を、資料を示した上口頭で行い、練習試行を行った後、本試行を開始した。本試行では、16種類のVTRが被験者ごとにランダムな順序で提示された。また練習試行、本試行とも、1つのVTRを見終えるごとに評価尺度に回答させた。また実験は2003年12月から翌年1月の間に行われた。

2.4.3 結果

項目ごとの得点を、「全くあてはまらない」を0点、「非常にあてはまる」を5点として1点刻みで得点化した。また後述のように、各々の逆転項目は得点を逆転させた上で集計した。

なお、欠損値がある回答者は、個別の指標ごとに除いた。また、結果の概要は表9に示した。

1) 介護者発話の特性評価

ここでは、「敬意」「冷たさ（R）」「いたわり」「なれなれしさ（R）」という観点からの

介護者発話の評価について検討した。逆転項目については得点を逆転させた上で、「冷たさ (R)」と「いたわり」については合計得点を算出し、「やさしさ」の合成変数とした (Cronbach's $\alpha = .85$)。これらの評価について、発話スタイル (4) × 応答スタイル (4) の 2 要因分散分析を実施した。

「敬意」については、発話スタイルと応答スタイルの主効果がそれぞれ認められた (それぞれ $F_{(3,57)} = 117.68, p < .01$; $F_{(3,57)} = 4.86, p < .01$)。また交互作用も認められた ($F_{(9,171)} = 3.27, p < .01$)。発話スタイルの単純主効果検定を行ったところ、全ての応答スタイルにおいて有意であり (協調的承諾 : $F_{(3,17)} = 404.51, p < .01$; 受身的承諾 $F_{(3,17)} = 163.35, p < .01$; アサーティブ拒否 : $F_{(3,17)} = 260.67, p < .01$; 攻撃的拒否 : $F_{(3,17)} = 303.05, p < .01$)、多重比較の結果、全ての応答スタイルで $DCT < SBT < BPF$ 、 $DCT < SBT < PTF$ の順で大きく、BPF と PTF との間には差はなかった ($p < .05$)。また応答スタイルの単純主効果検定を行ったところ、SBT 及び BPF において有意であった (SBT : $F_{(3,17)} = 3.93, p < .05$; BPF : $F_{(3,17)} = .37, p < .01$)。多重比較を行った結果、SBT ではアサーティブ拒否よりも協調的承諾が大きく、BPF では受身的承諾よりも協調的承諾が大きかった (いずれも $p < .05$)。これらの結果から、発話スタイルとして BPF もしくは PTF を行う場合、DCT や SBT と比較して敬意の評価は高くなるが、発話スタイルによっては協調的承諾という応答スタイルが敬意の評価を上げることが考えられる (図10)。

次に、「やさしさ」の評価については、発話スタイルの主効果と応答スタイルの主効果のみがそれぞれ有意であった (発話スタイル : $F_{(3,54)} = 104.49, p < .01$; 応答スタイル : $F_{(3,54)} = 5.56, p < .01$)。多重比較の結果、発話スタイルにおいては DCT より SBT、SBT よりも BPF が大きく、DCT より PTF、PTF よりも BPF が大きかった (いずれも $p < .05$)。SBT と PTF の間には差がなかった。また応答スタイルにおいては、攻撃的拒否よりも協調的承諾が大きかった ($p < .05$)。この結果から、BPF が最も「やさしさ」の評価が高く SBT と PTF がこれに続くものの SBT と PTF には差がないこと、また受け手の高齢者側が協調的承諾という応答スタイルをとる場合、この評価を高めることが分かる (図11)。

最後に、「なれなれしさ (R)」については、発話スタイルの主効果が有意であり ($F_{(3,57)} = 38.08, p < .01$)、また発話スタイルと応答スタイルの交互作用も有意であった ($F_{(9,171)} = 5.44, p < .01$)。また応答スタイルの主効果は認められなかった。発話スタイルの単純主効果検定を行ったところ、全ての応答スタイルにおいて有意であった (協調的承諾 : $F_{(3,17)} = 24.76, p < .01$; 受身的承諾 $F_{(3,17)} = 41.85, p < .01$; アサーティブ拒否 : $F_{(3,17)} = 74.64, p < .01$; 攻撃的拒否 : $F_{(3,17)} = 33.25, p < .01$)。応答スタイルごとに多重比較を行ったところ、協調的承諾においては SBT よりも BPF と PTF が、DCT よりも PTF が大きかった。受身的承諾では、SBT より BPF、BPF よりも PTF が大きく、DCT より PTF が大きかった。アサーティブ拒否では、SBT より DCT、DCT よりも PTF が大きく、SBT より BPF が大きかった。また攻撃的拒否では SBT、DCT それぞれより BPF と PTF が大きかった (いずれも $p < .05$)。また、応答スタイルの単純主効果検定を行ったところ、SBT 及び BPF において有意であった (SBT : $F_{(3,17)} = 8.37, p < .01$; BPF : $F_{(3,17)} = 6.13, p < .01$)。多重比較を行った結果、SBT ではアサーティブ拒否よりも協調的承諾と受身的承諾が大きく、BPF では受身的承諾が他の全ての応答スタイルよりも小さかった (いずれも $p < .05$)。

これらの結果から、SBT の発話スタイルが最も「なれなれしさ」を感じさせ、次いで

DCT、BPF、PTFの順になるが、応答スタイルによってはBPFがやや「なれなれしい」と評価されやすくなる場合があること、またSBTやBPFという発話スタイルとの組み合わせで、「なれなれしさ」を強める応答スタイルが存在することが考えられる(図12)。

2) 介護者発話の適切さの評価

ここでは、それぞれの介護者発話について、全体的な適切さを聞いた。発話スタイル(4)×応答スタイル(4)の2要因分散分析を実施したところ、発話スタイルと応答スタイルの主効果がそれぞれ認められた(それぞれ $F_{(3,57)} = 58.76, p < .01$; $F_{(3,57)} = 5.27, p < .01$)。また交互作用も認められた($F_{(9,171)} = 3.34, p < .01$)。発話スタイルの単純主効果検定を行ったところ、全ての応答スタイルにおいて有意であった(協調的承諾: $F_{(3,17)} = 263.57, p < .01$; 受身的承諾 $F_{(3,17)} = 50.05, p < .01$; アサーティブ拒否: $F_{(3,17)} = 144.00, p < .01$; 攻撃的拒否: $F_{(3,17)} = 62.40, p < .01$)。応答スタイルごとに多重比較を行ったところ、協調的承諾においてはDCTよりSBTとPTFが、SBTとPTFよりBPFが大きかった。受身的承諾ではDCTよりSBTが、SBTよりBPFが大きく、DCTよりPTFが大きかった。アサーティブ拒否ではDCTよりSBTが、SBTよりBPFとPTFがそれぞれ大きかった。また攻撃的拒否ではDCTよりSBTが、SBTよりBPFとPTFがそれぞれ大きかった(いずれも $p < .05$)。また、応答スタイルの単純主効果検定を行ったところ、SBT及びBPFにおいて有意であった(SBT: $F_{(3,17)} = 4.92, p < .01$; BPF: $F_{(3,17)} = 8.88, p < .01$)。多重比較を行った結果、SBTではアサーティブ拒否よりも協調的承諾が大きく、BPFでは受身的承諾と攻撃的拒否よりも協調的承諾が評価の平均得点が大きかった($p < .05$)。

これらの結果から、どの応答スタイルによっても、介護者発話の適切さの評価にはDCT < SBT < BPF、DCT < PTFという関係が成り立っているが、受け手の高齢者側が拒否の応答スタイルをとる場合(アサーティブ、攻撃的とも)、SBT < PTFという差が生じること、また協調的な承諾の応答スタイルがあるとPTF < BPFという差が生じることが分かる。またSBTやBPFという発話スタイルとの組み合わせで、協調的承諾の応答スタイルが適切さの評価を上げることがうかがえる(図13)。

3) 受け手の満足度の評価

ここでは、個々の介護者発話に対して、受け手役の高齢者がどの程度満足しているかを聞いた。発話スタイル(4)×応答スタイル(4)の2要因分散分析を行ったところ、発話スタイルと応答スタイルの主効果がそれぞれ認められた(それぞれ $F_{(3,57)} = 46.23, p < .01$; $F_{(3,57)} = 17.68, p < .01$)。また交互作用も認められた($F_{(9,171)} = 8.43, p < .01$)。発話スタイルの単純主効果検定を行ったところ、全ての応答スタイルにおいて有意であった(協調的承諾: $F_{(3,17)} = 120.23, p < .01$; 受身的承諾 $F_{(3,17)} = 35.70, p < .01$; アサーティブ拒否: $F_{(3,17)} = 56.41, p < .01$; 攻撃的拒否: $F_{(3,17)} = 9.90, p < .01$)。応答スタイルごとに多重比較を行ったところ、協調的承諾においてはDCTよりSBTが、SBTよりBPFが大きく、DCTよりPTFが大きかった。受身的承諾においてはDCTが他の全ての発話スタイルと比較して有意に平均得点が低かった。アサーティブ拒否では、DCTよりSBTが、SBTよりBPFとPTFがそれぞれ大きかった。また攻撃的拒否ではDCTが他の全ての発話スタイルと比較して有意に平均得点が低かった(いずれも $p < .05$)。また、応答スタイル

の単純主効果検定を行ったところ、SBT、BPF、及びPTFにおいて有意であった（SBT： $F_{(3,17)} = 8.79, p < .01$ ；BPF： $F_{(3,17)} = 22.75, p < .01$ ；PTF： $F_{(3,17)} = 3.77, p < .05$ ）。多重比較を行った結果、SBTではアサーティブ拒否よりも協調的承諾と受身的承諾が大きく、攻撃的拒否よりも協調的承諾が大きかった。BPFでは攻撃的拒否よりも他の全ての応答スタイルが大きく、受身的承諾よりも協調的承諾の方が大きかった。またPTFでは受身的承諾と攻撃的拒否よりも、協調的承諾が大きかった（いずれも $p < .05$ ）。

これらの結果から、まずDCTの発話スタイルは、応答スタイルにかかわらず満足度の評価が低いことが分かる。加えて、アサーティブ拒否の応答が示された場合SBTよりもBPFとPTFが、協調的承諾が示された場合SBTよりBPFが、発話スタイルとして受け手の満足度の評価を高めることが考えられる。また、満足度の評価は特定の発話スタイルに対する応答スタイルによっても大きく左右され、SBTに対してアサーティブな拒否や攻撃的拒否の応答を示した場合、BPFに対して攻撃的な拒否を示した場合、PTFに受身的承諾や攻撃的拒否を示した場合に、評価が低くなることが分かる（図14）。

4) 受け手の高齢者の評価

ここでは、介護職員群のみに、「元気さ」「状況の認知度」「依存性（R）」の3点について、受け手役の高齢者の評価を求めた。当初これら3指標は合成変数とすることを想定していたが、逆転項目である「依存性（R）」の得点を逆転させた上での3指標での信頼性係数が低かったため（Cronbach's $\alpha = .63$ ）、「元気さ」「状況の認知度」の合計得点「明朗さ」（この2指標では $\alpha = .74$ ）と「依存性（R）」に分けて、発話スタイル（4）×応答スタイル（2）の2要因の分散分析を行った。

「明朗さ」においては、発話スタイルの主効果が認められ（ $F_{(3,57)} = 12.06, p < .01$ ）、交互作用も有意であった（ $F_{(9,171)} = 5.42, p < .01$ ）が、応答スタイルの主効果は認められなかった。発話スタイルの単純主効果検定を行ったところ、協調的承諾及びアサーティブ拒否において有意であった（協調的承諾： $F_{(3,17)} = 11.49, p < .01$ ；アサーティブ拒否： $F_{(3,17)} = 5.51, p < .01$ ）。多重比較を行ったところ、協調的承諾においてはDCTよりSBTが、SBTよりBPFが大きく、DCTよりPTFが大きかった。またアサーティブ拒否ではSBTとDCTよりもBPFが大きかった（いずれも $p < .05$ ）。また、応答スタイルの単純主効果検定を行ったところ、BPF及びDCTにおいて有意であった（BPF： $F_{(3,17)} = 10.26, p < .01$ ；DCT： $F_{(3,17)} = 3.62, p < .01$ ）。多重比較を行った結果、BPFにおいては攻撃的拒否よりも協調的承諾とアサーティブ拒否が、受身的承諾より協調的承諾が大きかった（いずれも $p < .05$ ）。またDCTにおいては協調的承諾よりもアサーティブ拒否、攻撃的拒否が大きい傾向（ $.05 < p < .10$ ）があった。この結果から、協調的な承諾が示される場合やアサーティブな拒否が示される場合は、BPFで話しかけると「明朗さ」の評価が上がるのがうかがえ、またDCTに対して協調的承諾を示すと特に「明朗さ」が低く評価されることが考えられる（図15）。

また、「依存性」の指標については、いずれの主効果、交互作用とも見出されなかった（図16）。

2.4.4 考察

まず、応答スタイル要因の効果、及び交互作用を除くと、発話スタイルの効果それ自体は、実験 I と同様のものであった。敬意と親密さの両者の特性を併せ持った発話スタイル BPF は、ここでもおおむね高い評価を得ていた。

しかし、応答スタイル要因の効果との関係で、いくつか特徴的な結果が見られた。発話スタイルごとに見ると、BPF では、協調的承諾の応答スタイルとの組み合わせが最も高く評価されていた。また BPF と、協調的承諾そしてアサーティブな拒否との組み合わせは、応答する痴呆性高齢者の「満足度」や「明朗さ」の評価を高めるというポジティブな効果があり、受け手側の評価のためにも発話スタイル BPF は望ましいと考えられる。ただし、受身的承諾の応答スタイルとの組み合わせで、「敬意」の評価がそれほど上がらず、やや「なれなれしい」とされるなど、一定の留保が必要と考えられる。また PTF は、応答スタイルによる評価の変化はあまり認められなかったが、実験 I と同様に、しばしば SBT と同程度の評価を受けることがあり、BPF と比較すると最善の発話スタイルとはいえない。発話スタイル SBT については、受け手に拒否（アサーティブ、攻撃的とも）の応答を示された場合に、特に評価が低くなることが示された。このことは先行研究でも指摘されているところであり、発話スタイルのみの評価がそれほどよくないことと併せて、潜在的により否定的に捉えざるをえない側面があると考えられる。さらに DCT では、実験 I と同様に全体的に見ても評価が低かったが、特に協調的承諾の応答スタイルが示された場合に、受け手の「明朗さ」の評価が低下していた。これは、実験 I で認められた「被害者を非難する (blame the victim)」効果と同様のものであり、同じ DCT の発話スタイルであっても、いわば「いいなり」になる受け手は状態像が低く評価されるものと考えられる。

次に、応答スタイルについてであるが、協調的承諾がおおむね評価につながっていた。しかし先行研究と同様に、拒否を示しているもののアサーティブなものはこれに近い評価につながっていた。特に、前述のように、BPF との組み合わせでこの傾向は強まり、それは PTF を大きく超えるものであった。このことは受け手の「明朗さ」の評価にも当てはまっており、受け手の痴呆性高齢者へのポジティブな評価も含めて、改めて発話スタイル BPF が評価されるべき点であろう。また、応答スタイルの効果は SBT と BPF を中心に一定程度認められたことは、グループホーム職員へのヒアリング調査で見られた、発話の望ましさを痴呆性高齢者の反応から判断するという傾向と一致するものである。拒否や受身的な応答が示されると、介護者発話の評価が下がる（もしくは上がらない）というような傾向は、本研究の回答者が、フィードバックを重視した判断をしている表れといえるだろう。この視点は、実際のケアの場において取るべき介護者のコミュニケーション方略を検討する上で欠かさざるものといえる。

2. 5. 研究 I のまとめ

研究 I では、介護職員が痴呆性高齢者に対して話しかけている場面の VTR を用いて、小規模ケアの場を念頭に置いた、介護者コミュニケーションの評価に関する検討を行った。結果はそれぞれの調査及び実験ごとに示し、考察したとおりである。従ってここでは、本研究において新たに議論の俎上にのせた、敬意と親密さの両者の特性を併せ持つ発話スタイルの効果を中心に考察をまとめる。

本研究において、敬意と親密さの両者の特性を持つ発話スタイル BPF は、一部留保すべき事項があったものの、対象とした発話スタイルの中で最も高い評価を得ていた。その特徴はそれぞれの結果で示したところであるが、最も特徴的であったのは、敬意のある（しかし親密さは問わない）発話スタイル PTF との差異である。高齢者に対して指示・禁止・命令などの発話（DCT）や子ども扱いするような発話（SBT）を行うことの弊害については先行研究が示すとおりであり、近年の本邦において浸透しつつあるところでもある^{42) 44)}。また本研究の結果においてもそのことはおおむね支持されていた。しかし、これらの望ましくない発話スタイルに対して、従来その代替策として示されることの多かった、敬意のある発話スタイル（PTF）のみでは、特に小規模ケアの場を想定する場合、本研究の結果を見る限り不完全といわざるを得ない。敬意のある発話スタイルの望ましさが主張されたのは、主に病院をはじめとする医療的処遇に重きが置かれる施設での、高齢者の人権軽視が問題視されたのが発端であり、発展して高齢者の尊厳を、痴呆などの障害の有無にかかわらず確保することが目的となってきた³⁵⁾。一方、グループホームやユニットケアなどの小規模ケアの場において、それに加えて新たに重視されるようになってきたのは、「家庭的な温かさ」とでもいべき環境を実現させるための介護者のあり方である^{29) 45) 46) 54)}。おそらくこの2つの要素は、痴呆性高齢者を対象とした小規模ケアの場において欠かすことのできないものであろう。従ってこの2つの要素と対応する、「敬意」と「親密さ」の側面は、バランスを取って両立すべきものであると思われる。もちろん、本研究で用いた発話スタイルが、最もよく敬意と親密さのバランスがとれたものかどうかは確かではないし、いかなる場合にも適用可能であるというわけではない。またさらに重要な側面を考慮することで、より高い評価をえるスタイルが検討できるであろう。しかし、少なくとも、特定のコミュニケーション方略（DCT や SBT）の忌避や、忌避されるものに直接対応するような代替方略（PTF）だけではなく、適切なコミュニケーションのあり方については、多面的な観点（たとえば BPF）から、要素間のバランスも含めて検討する必要性が指摘できるだろう。

加えて、このような評価傾向が当事者側（要介護高齢者群・家族介護者群）で著しく、介護職員群と時に異なっていた点については、受け手側の意思を尊重したケアを行うためにも、介護者側が知るべき情報と考えられる。また、応答スタイルによって一部評価に差がみられ、BPF についてもそれが例外でなかったことには、既述のように一定の留保が必要である。

また、SBT や DCT の発話スタイルについては、それらが「なぜ低い評価を受けるのか」ということについて検討することができた。例えば SBT については、受け手の高齢者が受容する場合のみにおいてかろうじて成立すること、またそれさえも、拒否の応答が示されると評価が低下したように、潜在的には否定されるべきものであることがうかがえる。DCT においては、全体的にどの評価者においても評価が低いだけでなく、特に「被害者を非難する」効果が著しく、高齢者の状態像を不当に貶める可能性があることが分かる。これらのことは、根拠を含めた理解という点で、教育的な資料としての活用も期待できると思われる。

3. 研究Ⅱ：痴呆性高齢者との小集団コミュニケーションにおける介護職員の役割

3. 1. 問題と目的

コミュニケーションの障害は痴呆の中核症状の一つであり、ケアを行う上で重要な問題となる⁵¹⁾。従来、痴呆性高齢者のコミュニケーション能力、特に言語機能に関しては、種々の言語検査や面接場面の観察等により、言語の形式的側面（音韻、統語能力）と比較して、意味的側面（語彙、理解力）及び語用論的側面（言語の総合的な使用）といった高次の側面が早期に障害されることが明らかにされてきた^{4) 20) 39) 50) 51)}。さらにこれら高次の言語機能の障害については、認知諸機能との関連で談話（discourse）という点から詳細な研究が相次いでいる。例えば、Ripich & Terrell³³⁾ は、痴呆性高齢者の発話における結束性（cohesion）の低下を明らかにした。また、Nicholasら³⁰⁾ は、代名詞や不定語といった空虚な発話（empty speech）の多用による伝達される情報量の低下を明らかにした。他にも、認知的側面³⁸⁾、意図・推測⁷⁾、聞き手の感じる異質性¹³⁾ に焦点をあてたものなどが見られ、同様に言語の形式的側面が保たれることは支持されているが、同時に発話量の多さと比較して情報量・内容に乏しいことが指摘されている。さらに、綿森ら^{49) 51)} は、介護を中心とした実生活でのコミュニケーション場面における実態把握を目的として、実用コミュニケーション能力検査（CADL 検査）を開発している。この一連の研究では、痴呆の重症度とコミュニケーション能力間の高い相関が示され、また従来から指摘される知見が実生活に即した形で支持された。

一方、近年の本邦においては、形式的側面などの痴呆性高齢者に残存するコミュニケーション能力を、肯定的な観点から捉えなおそうとする動きがある。例えば室伏²⁸⁾ は、介護の現場における多数の事例の現象学的理解から、痴呆性高齢者の個に即した、なじみのよい人間関係（acquaintanceship）や日常生活や楽しみの活動性（activities）といった観点からの積極的な状態像の理解と支持の必要性を示した。また、阿保¹⁾ はさらに発展的に、痴呆性高齢者どうしのコミュニケーションのエスノグラフィックな記述の中から、高次の言語機能という観点からは必ずしも会話が成立していなくても、「『関わること自体』を志向する」あるいは「『関与』に支えられる」というレベルでは十分にコミュニケーションへの志向性は保たれていることを示した。このことは、高山・水谷⁴³⁾ においても「他者を認識し、他者との相互作用がある」という現実認識の力として確認されている。これらの研究は、文脈的な適切さや現実との整合性を必ずしも有していなくとも、痴呆性高齢者にとって充実したコミュニケーションを成立させうる可能性を示していると考えられる。さらにこれらの知見は、検査や面接の場面ではなく、施設内での日常におけるコミュニケーションの場面から述べられているものである。高齢者の日常における言語生活が充実していることは、生活意欲の向上に結びつくとしており⁵³⁾、上記の研究のような視点はその糸口を探るために重要と思われる。

さて、そのような日常生活の質的な充実に主眼が置かれるのが、グループホームやケアユニットなどの、小規模ケアの場である^{29) 45) 46) 54)}。小規模ケアの場においては、利用者が集う場として共通の生活スペースがあり、日常的に複数間（小集団内）のコミュニケーション場面が頻出する。例えば外山⁴⁶⁾ は、多症室から個室・ユニット化へと建替えを行った特別養護老人ホームを調査し、個室・ユニット化により、職員－入居者間、入居者どうしのコミュニケーションがともに増加すること、また質的にも「日常の生活を糸口とした自然なコ

コミュニケーション」が展開されることを示している。このとき前述のように、痴呆性高齢者は他者とのコミュニケーションを求める志向性は残存するものの、一方で言語の高度な運用に障害を抱えていることが多く、日常のコミュニケーションの充実を補償するために職員の果たす役割は大きいと考えられる。しかし、現時点ではその役割は必ずしも明確ではないし、その効果も十分に浸透しているわけではない。

そこで本研究では、そのような小規模ケアの場でのコミュニケーションにおいて、介護職員が果たしうる役割とその効果について明確化し、普及化していくための資料を提出することを目的とする。具体的には、①特に状況の設定を行わない、通常業務の状態での施設内における小集団コミュニケーションと、②介護職員が小集団コミュニケーションの場面に専従し、コミュニケーションの目的を明確化した場面のそれとを比較する。

3. 2. 方法

3.2.1 対象者

介護職員：宮城県内のユニットケアを採用する特別養護老人ホームの介護職員7名及びグループホームの職員3名の計11名。男性3名、女性8名で、平均年齢は 25.55 ± 4.61 歳、介護職としての職歴の長さは平均 28.00 （2年4ヶ月） ± 11.48 ヶ月であった。なお、書面にて研究の概要を説明した後、書面にて研究参加への同意を得ている。

入居者：介護職員と同施設・同ユニットに入居する高齢者14名及びグループホーム入居者7名の計21名。全員が女性で、平均年齢は 84.33 ± 9.62 歳であった。また要介護度及び痴呆度を含めた入居者の属性は表10にまとめた。なお、入居者に関しては家族（身元引受人）に施設を通して電話で依頼したのち説明書類を送付し、同意書への署名・押印をもって研究への同意を得た。

3.2.2 手続き

既述のように、本研究では、特に会話場面を設定しない、通常の業務状態における小集団コミュニケーションと、職員1名が入居者との会話に専従できる状況を確認した場合のコミュニケーションを比較する。従って下記の2つの会話条件の下、会話の記録を行った。

通常業務条件：特に場面状況を設定しない、通常の業務状態における、ユニットもしくはグループホーム内での入居者2名以上の会話場面。この条件での記録は職員専従条件の前後の時間帯のうち、訪問者や集団活動等のない任意の時間に行われた。職員には、職員専従条件で記録を行う時間帯以外は、コミュニケーションへの参加の有無も含めて通常の業務どおりに行動するよう要請した。

職員専従条件：介護職員が1名、施設内で入居者との会話に専従できる状況における、ユニットもしくはグループホーム内での入居者との会話場面。ここでは、職員には15分間程度専従できる時間を確保してもらった以外には、特にシフトの変更等を行わなかった。職員へは、その時間の間自身の選択した入居者の小集団へ交ざり、共に時間を過ごしてもらうよう教示し、また特に決まった内容や手段での会話を行う必要もなく、あえて積極的にコミュニケーションをとる必要もないことを伝えた上でこの条件に参加してもらった。

両条件における会話は、基本的にはユニットもしくはグループホーム内のオープンスペー

ス（リビングスペース）にあるテーブルに向かって全員着座した状態で行われた。時間帯は主として、昼食終了後から午後の間食を挟んで夕方まで、14:00～16:00の間に、それぞれ約15分間ずつ行われた。通常業務条件はもちろん、職員専従条件においても、話題については特に統制は行わず、基本的に自由会話とした。会話の記録は、ICレコーダ（SONY ICD-SX40）を用いて音声を録音し、同時に会話場所、配置、参加者、場面状況等からなる記録用紙に状況を記録者が筆記することで行った。また、ICレコーダは記録前から記録場所に目立たないように置かれ、筆記記録も十分に離れた場所か事後に行うようにし、記録者の存在が影響しないよう配慮した。記録は、2004年1月から3月の間に断続的に行われた。

なお、通常業務条件と職員専従条件は、同日中に記録を行い、職員以外の会話参加者構成も極力同じになるようにした。また両条件の記録の際は、その順序が同数になるよう記録を行い、記録と記録の間には、記録者が一定時間会話に加わるなどし、緩衝時間を置いた。会話の記録は両条件の対12組に対して試みたが、両条件とも記録が完了できたのは10組（20例）であった。また通常業務条件の10例のうち3例は、記録時間内に職員の会話への参加がなかった。

3.2.3 分析指標

分析対象とされた10例の会話音声は、宇佐美⁴⁸⁾が開発した、「基本的な文字化の原則（Basic Transcription System for Japanese: BTSJ）」等を参考に、以下にあげる指標を分析可能なよう作成された、本研究独自の形式で文字化された。文字化した資料をもとに、表11に示した指標について、話者（介護職員／入居者）の別にコーディングを行った。また話者ごとの発話の総数、及びその合計（一会話あたりの発話総数）も求めた。分析の対象は、各会話における録音開始部から1分が経過した時点からの10分間とした。

これらの指標の設定については、本来であれば同種の会話を扱った先行研究を参照すべきであるが、以下のような問題が存在する。まず、本邦において同種の研究が少なく、基礎的な資料が望まれている点である。また、先行研究において検査あるいは面接場面意外に自由会話を対象としたり自然観察を用いたものの多くは、いわゆる会話分析（Conversation Analysis）により分析がなされているため、定量的な基盤があまり明確でない。そこで本研究ではこれらの状況を鑑み、吉川・菅井・阿部⁵⁵⁾で用いた、定量化可能で基礎的な資料を得られると考えられる分析指標群を、修正した上でその一部を導入した（発話数とトピックの区分、重複・割込み発話、及び発話分類がこれに該当する。以下、吉川らと一部重複するが、指標の説明を行う）。発話分類については、McConkeyら²⁶⁾を参考にした。McConkeyらは、成人の知的障害者に対する施設スタッフのコミュニケーション法に関して、自由会話場面の分析をもとに両者のコミュニケーション行動の特徴とその関係から一連の研究を行っている^{26) 31) 32)}。吉川ら⁵⁵⁾ではこのMcConkeyら²⁶⁾のうち、言語行動（verbal act）に関する指標を参考にした。また、特に聞き手としての言語行動に関して、日本人は英語圏とは異なる特性を示すことが知られているため²⁵⁾、これを考慮し堀口¹⁴⁾、Duncan & Fiske¹⁰⁾を参考に指標を構成しなおした。具体的には、まずMcConkeyらが主に聞き手としての発話として想定した「強化（Reinforcement）」を「あいづち詞（Back-channels）」やそれに類する「繰り返し（Repetition）」や「言い換え（paraphrasing）」等と区別した。これは、メイナード²⁵⁾が行った日米の対照会話研究から、日本語の会話では英語でのそれと比較して2倍程度多く

あいづちが見られ、その大半が「うん」や「へえ」などごく短いあいづち詞であったことを考慮したものである。またこれらあいづち様の発話を細分化したのは、堀口¹⁴⁾、Duncan & Fiske¹⁰⁾らにより、「文完成 (Sentence completion)」を含めて、明確な形態的差異が示されているためである。さらに、これらのような聞き手としての発話が日本語の会話には多数見られるため、発話の役割の分類も見直した。具体的には、McConkey らのように発話の連なりを開始し新たな話題をもたらず「initiation」とそれへの応答である「response」にのみ分類すると、本研究では「response」が増えすぎて発話もしくは話者の役割の検討がしにくくなることが考えられる。また、痴呆性高齢者との面接場面においては話し手と聞き手の交代が通常より頻繁に起こり、それが高齢者の発話が理解されにくいことに起因することが指摘されており³³⁾、本研究で設定した条件間では会話の話題の入替わりの頻度が異なることも予想される。従って話題の開始については「トピックの始発」として別にカウントし、新たなトピックが始発されるまでの発話数をトピックの長さ (トピック長) として集計した。なお、本研究で対象とした入居者の多くが痴呆症を有しており、会話中一部複数のトピックが同時に進行する場面が見られた。そこで、そのような場合は各々のトピックに属すると考えられる発話を別個にカウントし、トピック長を算出した。

さらに本研究では、入居者の発話の特徴をさらに詳細に求めるために、次にあげる指標を加えた。まず、発話の交換構造 (exchange structure) である。メイナード²⁵⁾によると、発話の交換構造は、会話参加者の発話の意図別に発話が複数のタイプに分けられ、それらが一定の規則によって結合されるとする見方であり、基本的には働きかけ (Initiation)、反応 (Response)、フィードバック (Feed back) から構成される。本研究では McConkey らが用いた「initiation」と「response」の分類を省いたため、それを補完し、発話分類やトピック長とは別個に分析するため、これをやや詳細にした Stubbs⁴¹⁾ の分類に従って発話をタイプ分けした。ただし、本研究では、ここでの分類について、先行する発話とのつながりを含めた意味的な整合性は考慮しないものとした。これは、既述の先行研究で示されている、言語の形式的側面などの残存能力をより積極的に捉えることを意図したためで、極力当該の発話単独での機能のみで分類するようにした。なお、会話の始発部と終結部は本研究では分析の対象としないため、またトピックの始発は別に集計するため、Stubbs のいう開始 (Opening) と終了 (Closing) は分類に用いなかった。また、交換構造については、それぞれのタイプの会話内での出現率を算出するとともに、それらが主にどのような交換の連鎖を有しているかについての出現率も算出した。具体的には、当該の発話が、先行する他者の発話との関係でどのような連鎖を構成しているかを、表11に示した4つの連鎖形態別に集計した。

また、本研究では発話の適切性に関しても評定した。加藤ら²⁰⁾に従い、それぞれの発話、先行する他者の発話に対して、意味的にどの程度適切なつながりを有しているかを、「適切」、「やや適切」、「やや不適切」、「不適切」の4段階で評価し、順に4点、3点、2点、1点の得点を与えた。ただし、ここで評価したのはあくまで先行する他者の発話との意味的な適切性であり、発話内容の現実状況との整合性や、話題選択の適切さ等は問わないこととした。なおここでいう「適切性」は、いわゆる複雑な構文を正しく使用したり、洗練された言い回しをしたりといった、高度な言語運用能力を指しているわけではない。ここでは、あくまで通常の成人間の会話において一般的に認められる意味的な整合性、一貫性を評価し、それが十分に認められれば「適切」であると評定した。

なお、これらの分析指標は、参加者にかかわらず適用され、目的に照らして介護職員、入居者の別に集計された。

3.2.4 コーディングの信頼性

コーディングは3名の大学生が行った。コーディングに際しては、各々の分析指標について筆者がマニュアルを作成し、これに基づいた練習を行った後に作業した。信頼性については、分析対象となった全20例の会話の1割にあたる2例（通常業務条件と職員専従条件の両条件から任意に1つずつ選定した）に対して3名ともがコーディングを独立して行い、一致度を求めた。具体的には、評定者2名ずつの全ての組み合わせについて κ 統計量を求め、その平均を算出した。結果、トピックの始発については平均0.81、重複・割込み発話の有無については0.82、発話分類については0.79、交換構造については0.79、適切性の評価については0.72であり、高い一致度が確認された。

3. 3. 結果

10例ずつの比較となり、各指標において分布の正規性が確保できないため、条件間の比較には全てノンパラメトリックな手法を用いた。なお、通常業務条件においては、職員が会話に参加しないものも含まれており例数が少なすぎるため、通常業務条件内での比較や、入居者／職員を要因とした会話条件の要因との2要因での分析は基本的には行わない。

3.3.1 発話数（表12）

各会話における、入居者と職員を合わせた10分あたりの総発話数を求め、条件間で比較した。通常業務条件における中央値は78.50、職員専従条件では176.50であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意差が認められた（ $z = -2.60$, $p < .01$ ）。職員専従条件では発話が活発に行われていることが分かる。

また入居者のみの発話を、同様に条件間で比較した。通常業務条件における中央値は49.00、職員専従条件では96.00であり、職員専従条件の方が多傾向があったものの、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意な差は認められなかった。

3.3.2 トピック数及びトピック長（表13）

各会話における、入居者と職員を合わせた10分あたりのトピック始発数を求め、条件間で比較した。通常業務条件における中央値は14.50、職員専従条件では23.00であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意傾向がみられた（ $z = -1.68$, $p < .10$ ）。総発話数と同様に、職員専従条件の方が話題の数も豊富であることが分かる。

また、1つのトピックごとに属する発話数をカウントし、会話1例ごとに平均値を算出した。これを条件間で比較したところ、通常業務条件における中央値は5.34、職員専従条件では8.21であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意な差は見出されなかった（ $z = -1.17$, n.s.）。

3.3.3 重複・割込み発話数（表14）

入居者が生じさせる他者の発話への重複・割込み発話の、自身の発話100あたりの数を求

め、条件間で比較した。通常業務条件における中央値は0.00、職員専従条件では3.43であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意差が認められた ($z = -2.52, p < .05$)。通常業務条件ではほとんど生じなかった、他者の発話への重複が、職員専従条件では若干ではあるが生じてくることが分かる。

3.3.4 発話分類 (表15)

ここでは、通常業務条件での入居者と、職員専従条件での入居者、及び職員専従条件での職員の発話の差について検討した。各指標について、その出現率をFriedman検定により比較したところ、「閉じた質問」、「開いた質問」、「強化」、「繰り返し」、及び「分類不能」において有意差もしくは有意傾向が検出された (順に $\chi^2 = 5.60, p < .10$, $\chi^2 = 8.58, p < .05$, $\chi^2 = 7.12, p < .05$, $\chi^2 = 5.11, p < .10$, $\chi^2 = 5.00, p < .10$)。それぞれにおいて、ボンフェローニの法を用いて、Wilcoxonの符号付順位検定により通常業務条件での入居者と職員専従条件での入居者、及び職員専従条件での入居者と職員間で、それぞれ多重比較を行った結果、通常業務条件での入居者と職員専従条件での職員間で「閉じた質問」と「開いた質問」で差が見られた ($p < .05$)。

これらの結果から、通常業務条件と職員専従条件での入居者それぞれの中での、発話出現率のプロフィールはほぼ似通っており、大まかには半数以上が「陳述」であり、「閉じた質問」、「開いた質問」、「明確化要求」を合わせた質問の発話が1割強、「あいづち詞」や「強化」等の応答的な発話が1割強と、その他という構成であることが分かる。また、職員専従条件内での、入居者の発話と職員の発話の比較からは、両者間で質問の使用頻度に最も違いがあり、入居者に比して職員が質問の発話を多用していることが分かる。このことは吉川ら⁵⁵⁾でも示されていた。

3.3.5 交換構造 (表16)

発話分類と同様に、ここでは、通常業務条件での入居者と、職員専従条件での入居者、及び職員専従条件での職員の発話の差について検討した。

まず、各タイプについて、その出現率をFriedman検定により比較したところ、「Ir」においてのみ有意差が検出された ($\chi^2 = 10.57, p < .01$)。ボンフェローニの法を用いて、Wilcoxonの符号付順位検定により通常業務条件での入居者と職員専従条件での入居者、及び職員専従条件での入居者と職員間で、それぞれ多重比較を行った結果、職員専従条件での入居者と職員間で差が見られた ($p < .05$)。従って、少数ではあるが、入居者に比して、職員が「再度の働きかけ」の使用が多いことが分かる。

次に、同様に各々のタイプの連鎖形態についても、その出現率を比較した。Friedman検定の結果、どの形態においても差は見出されなかった。

3.3.6 発話の適切性 (表17)

入居者の発話の意味的な適切性について、条件間で比較した。通常業務条件における中央値は2.99、職員専従条件では3.37であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意差が認められた ($z = -2.09, p < .05$)。職員専従条件では、入居者の発話の適切性が上昇していることが分かる。

一方、統計学的な信頼性は低いかもしれないが、通常業務条件及び職員専従条件の両者において会話に職員が参加していた7例についても、職員の発話の適切性を条件間で比較した。通常業務条件における中央値は3.13、職員専従条件では3.79であり、Wilcoxonの符号付順位検定の結果、有意差が認められた ($z = -2.20, p < .05$)。つまり、入居者の発話の結果と同様に、職員の発話の適切性は、通常業務条件では下がっていることが分かる。

3. 4. 考察

まず、職員専従条件のポジティブな効果からまとめる。職員専従条件のポジティブな効果は、まず明らかなものとして、総発話数（及び入居者発話数）及びトピック数の増加があげられる。利用者とのコミュニケーションを第一義に置ける条件を確保したことで、会話がより活発になっていることが分かる。これに加えて、入居者の重複・割込み発話の結果も同様の解釈ができよう。重複・割込み発話は、通常業務条件ではほとんどなかったものが職員専従条件では明らかに出現するようになるという結果であり、発話交換の秩序が乱されるというようなものではなく、会話の活発さという点で、「口をはさむ」行為が見られるようになったと評価できる。ただし、入居者発話数の増加は統計学的に有意な差には至らず、職員が単純に総発話数の増加分の発話を行っていた可能性も否定できない。

一方、職員専従条件の効果がほとんど見られなかったのが、発話分類や交換構造の結果である。つまり、職員専従の効果は、入居者の発話の機能や、その連鎖という意味ではあまり見られないと考えられる。特に、上記の「活発さ」と対応するような、質問や働きかけなどの能動的な発話の増加が見られなかったことはこの結果を特徴付けている。ただし、職員専従条件の中で利用者と職員を比較すると、職員は入居者よりも主に質問の発話を多用しており、このことが発話数やトピックの増加に影響した可能性はある。一方で、ここでの結果、特に職員専従条件において入居者と職員間にほとんど差が認められなかったことは、先行研究で指摘された、痴呆性高齢者における言語の形式的側面の残存が支持されたとも考えられる。つまり、直前の他者の発話との連鎖も含めて、会話の中でどのような機能を持つ発話を（意味内容は別として）選択するかという点に関しては、一緒に会話した介護職員と変わらない割合で行っていたことが伺える。

そうした中で、入居者の発話の質的な変化として職員専従条件の効果が見られたのは、入居者の発話の意味的な適切性である。職員に伍するとまではいかないものの、通常業務条件と比較して、職員専従条件では有意に入居者の発話は意味的な整合性を増していた。このことは、職員専従条件のポジティブな効果に加えることができよう。上記のように発話の機能やその割合は変わらないものの、職員が入居者とのコミュニケーションに専念することにより、入居者の発話の意味的な適切さが引き出されているものと考えられる。はじめに論じたように、痴呆性高齢者にとって、充実したコミュニケーションが成立することは重要であり^{29) 45) 46) 54)}、職員の果たしうる役割として、入居者側の潜在的なコミュニケーション能力を量的にも質的にも引き出す援助をする、ということがあげられる。特に痴呆性高齢者については、場合によっては現実世界との整合性が充分でなくとも、痴呆をもって新たな現実となったところの世界²⁸⁾において「話を通じる」ということの持つ意味は大きいと考えられる。

以上のことを総合すると、職員専従条件のポジティブな効果は一定程度認められたと考えられる。しかしながら、ここで注目しなければいけないのは、通常業務条件での職員の発話

である。例数は少ないが、職員の発話の適切性は通常業務条件、職員専従条件間で一定ではなく、入居者と同様に、通常業務条件では低くなっていた。ここで本研究の目的を振り返ると、本研究で意図したのは、職員がコミュニケーションに専念できることの効果を見出すことではなく、職員が入居者とのコミュニケーションにおいてどのような役割を果たすことができ、そのことがどのような効果をもたらすかを明らかにすることである。その観点で改めて検討すると、職員専従条件の効果は、コミュニケーションの機会を設けることのみによるものではないと思われる。むしろそれによって浮き彫りになったのは、「コミュニケーションをすること」それ自体に対して意識を向けることの効果である。職員専従条件において、本研究ではその時間の間、他の業務に携わらず、入居者と共に時間を過ごしてもらい、コミュニケーションをとるよう教示した。そのような状況においては、たとえ本研究のように、特に決まった内容や手段での会話を行う必要もなく、あえて積極的にコミュニケーションをとる必要もないことが伝えられてはいても、利用者とのコミュニケーションが職員の行為の大勢を占めざるをえない。そしてその中で「コミュニケーションのことを優先して考える」ということが、職員のコミュニケーションを精緻なものとし、その結果入居者のコミュニケーションにもポジティブな効果をもたらしたものと考えられる。換言すれば、日常の業務の中では、あえて目を向ける必要性を指摘しなければ、入居者の発話を活発にし、意味的な了解性を持たせるといふ、職員の果たしうる役割には気づきにくいということ、そしてそのために、結果としてやや意味的な適切性の低いコミュニケーションが行いがちなことが示されていると考えられる。

対人間のコミュニケーションにおいて、ごく日常的な会話が占める割合は大きく、そこでの情報やそれに対する感情の共有は、対人関係の基盤をつくる^{19) 27)}。その意味でも、介護職員には、上記のようなコミュニケーション上の役割を改めて明示していくことが必要と思われる。

4. 総括：小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成に向けて

本研究では、小規模ケアにおける、介護職員の効果的なコミュニケーション方法について、2つの研究から検討した。1つは、介護者コミュニケーションの評価（研究Ⅰ）に関するものであり、もう1つは小集団コミュニケーションにおける介護職員の役割（研究Ⅱ）についてである。これらの研究から、以下のような結果が得られた。

研究Ⅰ：敬意と親密さの両者の特性を持つ発話スタイル（BPF）は評価者の如何に関わらずおおむね高い評価を受けており、敬意と親密さを両立させることが、小規模ケアにおいて、入居者の尊厳を守り、家庭的な日常生活を保障するという2つの理念を支援することにつながると思われる。それに対して、敬意のある発話スタイル（PTF）は、しばしば第2のベビー・トーク（SBT）と近い評価を受け、特に受け手側の満足度が低いなど、そのみでは、特に小規模ケアの場を想定する場合、本研究の結果を見る限り不完全といわざるを得ない。またSBTは、受け手の高齢者が受容する場合のみにおいてかろうじて成立し、またそれさえも、拒否の応答が示されると評価が低下したように、潜在的には否定されるべきものであ

ることが考えられる。指示的で相手をコントロールしようとするような DCT においては、全体的にどの評価者においても評価が低いだけでなく、特に「被害者を非難する」効果が著しく、高齢者の状態像を不当に貶める可能性がある。

研究Ⅱ：痴呆性高齢者を中心とした施設入居者とのコミュニケーションを意識しそれに専従できる条件（職員専従条件）においては、入居者－介護職員間の小集団コミュニケーションは活発になり、かつ入居者の発話の意味的な適切性も向上する。しかし一方で、そのような介入をしない、通常の業務どおりの条件（通常業務条件）でのコミュニケーションは職員専従条件と比較して活発ではなく、入居者の発話の適切性も低下する。特に、このとき介護職員の発話の意味的な適切性も同時に低下しており、日常の業務の中では、あえて目を向ける必要性を指摘しなければ、入居者の発話を活発にし、意味的な了解性を持たせるといふ、職員の果たしうる役割には気づきにくいということ、そしてそのために、結果としてやや意味的な適切性の低いコミュニケーションを行いがちなことが考えられる。

今後は、これらの結果に加えて、更に広範な検討を踏んだ上で、小規模ケアにおける効果的な介入方法のモデル、とりわけ介護職員のコミュニケーションに関する介入方法モデルを作成するための指針をまとめていくことが必要になる。そのためここでは、限定的ではあるが、研究Ⅰ及び研究Ⅱの結果から導かれる範囲内で、小規模ケアに望まれる介護職員のコミュニケーションのあり方について、特徴的な部分をまとめる。

- ・多面的な観点と要素間のバランスからコミュニケーションのしかたを検討する

この点は、研究Ⅰのまとめから指摘されるもので、特定のコミュニケーション方略（DCT や SBT）の忌避や、忌避されるものに直接対応するような代替方略（PTF）だけではなく、適切なコミュニケーションのあり方については、多面的な観点（たとえば BPF）から検討する必要がある。またこのことは、ヒアリング調査にも示されていたように、要素間のバランスも含めて検討する必要がある。

- ・受け手側に立って適切なコミュニケーションを判断する

まず、受け手側がどのように受け止めるかを考えてコミュニケーションを行うことである。例えば本研究で見られたように、敬意だけの（親密さを含まない）コミュニケーション・スタイルにおいて、受け手側の評価する適切さや満足度と、介護職員が評価するそれとは乖離している、というような可能性を念頭におく必要がある。

もう1点は、受け手の反応から、そのコミュニケーションが適切であったか否かを判断することである。本研究では、全てではないが、同じスタイルで話しかけを行っても、受け手の応答によって評価が異なっていた。例え介護者側が望ましいと考えるコミュニケーションであっても、最終的な良し悪しの決定権は、常に受け手側にあるべきではないだろうか。

- ・職員のコミュニケーションは、入居者への評価にも影響することを知る

どのようなスタイルでその人に対して話しかけるかということは、同時に発話者が受け

手をどのように評価しているかを伝達するものでもあり、それはおそらく他の介護職員や入居者にも伝達される。例えば本研究では、指示的なコミュニケーションを受けていたり、それを受容してしまうような受け手の高齢者は、その明朗さが低く評価されていた。従って、この点を考慮した上でコミュニケーションを行う必要がある。

・コミュニケーションに意識をむける

研究2では、通常の業務の中では介護者側の発話がやや適切でなく、結果として入居者のコミュニケーションの援助につながっていなかった。一方、コミュニケーションに十分に意識を向けられる状況では適切な発話を行え、入居者の発話の意味的な整合性を増し、コミュニケーションを活発にするという援助に結びついていた。このことから、単に入居者とのコミュニケーションに対して意識を向けることだけでも一定の効果があることが分かる。それはその後想定される、コミュニケーションの質的な充実の前提として、まず確保すべきことである。

・日常のコミュニケーションを保障する

結果そのものとは直接関係しないが、本研究で対象としたのは、日常業務の中で見られる話しかけの場面や、入居者にとって日常のコミュニケーション場面であり、本研究はあくまでその中で介護職員のコミュニケーションについて検討するのが目的であった。本研究の結果がそうした中で得られたものであることを認識し、上記のようなコミュニケーションのあり方が、特に、小規模ケアにおけるごく日常的なコミュニケーション場面に寄与するために必要なものであることを確認すべきである。

以上のような事項は、近年、実践的な取組みの中から既に主張されてきたものも多く、その意味では新奇性のないものかもしれない。しかしながら、小規模ケア、特にグループホーム等の小規模施設においては、施設外での研修などの機会が人員的な問題などから限られていることや、小規模ケアの場の急増により痴呆介護の経験の短い職員が主たるケアの担い手となる場合も珍しくないことなどを鑑みると、実証的な根拠を示した上で資料を提出することには一定の有用性があると考えられる。ただし、一言で「コミュニケーション」といっても、その包含する意味は広く、本研究で取上げたのはその一部であることを前提としておく。今後はより広範に検討するとともに、介入を念頭に置いた、あるいは試験的な介入を踏まえた具体的なモデルの作成が必要である。

文 献

- 1) 阿保順子：痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル—痴呆老人の生活世界への理解にむけて—。看護研究, 26; 45-67, 1993.
- 2) 相川充：人づきあいの技術—社会的スキルの心理学—。サイエンス社, 2000.
- 3) Ashburn, G., and Gordon, A. : Features of a simplified register in speech to elderly conversationalists. International Journal of Psycholinguistics, 8; 7-31, 1981.

- 4) Bayles, K. A. : Language function in senile dementia. *Brain and Language*, 16; 265-280, 1982.
- 5) Caporaël, L. R. : The paralanguage of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. *Journal of Personality & Social Psychology*, 40; 876-884, 1981.
- 6) Caporaël, L. R., Lukaszewski, M. P., and Culbertson, G. H. : Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality & Social Psychology*, 44; 746-754, 1983.
- 7) Chapman, S. B., Highley, A. P., and Thompson, J. L. : Discourse in fluent aphasia and Alzheimer's disease: Linguistic and pragmatic consideration. *Journal of Neurolinguistics*, 11; 55-78, 1998.
- 8) Cohen, G. and Faulkner, D. : Does 'elderspeak' work? The effect of intonation and stress on comprehension and recall of spoken discourse in old age. *Language and Communication*, 6; 91-98, 1986.
- 9) Culbertson, G. H., and Caporaël, L. R. : Baby talk speech to the elderly: Complexity and content of messages. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 9; 305-312, 1983.
- 10) Duncan, F., and Fiske, D. W. : Face-to-face interaction: Research, methods, and theory. Lawrence Erlbaum, 1977.
- 11) Edwards, H., and Noller, P. : Perceptions of overaccommodation used in nurses in communication with the elderly. *Journal of Language & Social Psychology*, 12; 207-223, 1993.
- 12) Harwood, J., Giles, H., Fox, S., Ryan, E. B., and Williams, A. : Patronizing young and elderly adults: Response strategies in a community setting. *Journal of Applied Communication Research*, 21; 211-226, 1993.
- 13) 本多留美, 松浦晴美, 高月容子他 : 軽度アルツハイマー病患者の談話の特徴—情景画の叙述ならびに手順の説明課題から—。失語症研究, 21; 152-161, 2001.
- 14) 堀口純子 : コミュニケーションにおける聞き手の言語行動。日本語教育, 64; 13-26, 1988.
- 15) Hummert, M. L., and Mazloff, D. C. : Older adults' responses to patronizing advice: balancing politeness and identity in context. *Journal of Language and Social Psychology*, 20; 168-196, 2001.
- 16) Hummert, M. L., and Ryan, E. B. : Toward understanding variations in patronizing talk addressed to older adults: Psycholinguistic features of care and control. *International Journal of Psycholinguistics*, 12; 149-169, 1996.
- 17) Hummert, M. L., and Shaner, J. L. : Patronizing speech to the elderly as a function of stereotyping. *Communication Studies*, 45; 145-158, 1994.
- 18) Hummert, M. L., Shaner, J. L., Garstka, T. A., and Henry, C. : Communication with older adults: The influence of age stereotypes, context and communicator age. *Human Communication Research*, 25; 124-151, 1998.
- 19) 池田謙一 : コミュニケーション 社会科学の理論とモデル 5. 東京大学出版会, 2000.
- 20) 加藤直子, 竹内愛子, 飯高京子 : 最重度痴呆性高齢者に残存する言語使用能力 : 面接における適切性の効果。聴能言語学研究, 19; 159-165, 2002.
- 21) Kemper, S. : Elderspeak: Speech accommodations to older adults. *Aging and Cognition*, 1; 17-28, 1994.

- 22) Kemper, S., Ferrell, P., Harden, T., Finter-Urczyk, A., and Billington, C. : Use of elderspeak by young and older adults to impaired and unimpaired listeners. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 15; 43-55, 1998.
- 23) La Tourette, T. R., and Neeks, S. : Perceptions of patronizing speech by older women in nursing homes and in the community: Impact of cognitive ability and place of residence. *Journal of Language & Social Psychology*, 19; 463-473, 2000.
- 24) Lanceley, A. : Use of controlling language in the rehabilitation of the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 10; 125-135, 1985.
- 25) メイナード, 泉子, K. : 会話分析. くろしお出版, 1993.
- 26) McConkey, R., Morris, I., and Purcell, M. : Communications between staff and adults with intellectual disabilities in naturally occurring settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43; 194-205, 1999.
- 27) 水谷雅彦 : 伝達・対話・会話—コミュニケーションのメタ自然誌へむけて—. 谷泰編, コミュニケーションの自然誌. 新曜社, 1997.
- 28) 室伏君士 : 痴呆老人への対応と介護. 金剛出版, 1998.
- 29) 中島紀恵子 : グループホームケア論. 中島紀恵子編, グループホームケア. 日本看護協会出版会, 2001.
- 30) Nicholas, M., Obler, L. K., Albert, M. L., and Helm-Estabrooks, N. : Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28; 405-410, 1985
- 31) Purcell, M., Morris, M., and McConkey, R. : Staff perceptions of the communicative competence of adult persons with intellectual disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45; 16-25, 1999
- 32) Purcell, M., Morris, M., and McConkey, R. : Staff communication with people with intellectual disabilities: The impact of a work-based training programme. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35; 147-158, 2000.
- 33) Ripich, D. N. and Terrell, B. Y. : Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53; 8-15, 1988.
- Rodin, J., and Langer, E. : Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36 (2); 12-29, 1980.
- 34) Ryan, E. B., Hamilton, J. M., and Kwong See, S. : Patronizing the old: How do younger and older adults respond to baby talk in the nursing home?. *International Journal of Aging & Human Development*, 39; 21-32, 1994.
- 35) Ryan, E. B., Hummert, M. L., and Boich, L. H. : Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language & Social Psychology*, 14; 144-166, 1995.
- 36) Ryan, E. B., Meredith, S. D., and Shantz, G. B. : Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to institutionalized elders in contrasting conversational contexts. *Canadian Journal on Aging*, 13; 236-248, 1994.
- 37) Ryan, E. B., Meredith, S. D., MacLean, M. J., and Orange, J. B. : Changing the way we talk with elders: Promoting health using the communication enhancement model. *International Journal of*

- Aging & Human Development, 41; 89-107, 1995.
- 38) 佐久間尚子, 笹沼澄子, 綿森淑子, 福迫陽子, 伊藤元信: 痴呆患者の口頭叙述能力—「情景画の叙述」検査より—. 神経心理学, 5; 134-145, 1989.
 - 39) 笹沼澄子: 加齢とことば—高齢化社会の問題点. 月刊言語, 19 (8); 35-40, 1990.
 - 40) Small, J. A., Kemper, S., and Lyons, K.: Sentence comprehension in Alzheimer's disease: Effects of grammatical complexity, speech rate, and repetition. Psychology & Aging, 12; 3-11, 1997.
 - 41) Stubbs, M.: Discourse Analysis. University of Chicago Press, 1983.
 - 42) 諏訪茂樹: 介護専門職のための声かけ・応答ハンドブック. 中央法規, 1992.
 - 43) 高山成子・水谷信子: 中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究—看護者との対話から—. 日本看護科学会誌, 21; 46-55, 2001.
 - 44) 田中キミ子: 高齢者とのコミュニケーションスキル. 中央法規, 2001.
 - 45) 外山義: 自宅でない在宅—高齢者の生活空間論. 医学書院, 2003.
 - 46) 外山義監修 (高橋誠一, 三浦研, 柴崎祐美編集): 個室・ユニットケアで介護が変わる. 中央法規, 2003.
 - 47) 宇佐美まゆみ: 高齢化社会のコミュニケーション環境整備のために. 月刊言語, 26 (12); 60-67, 1997
 - 48) 宇佐美まゆみ: 「基本的な文字化の原則 (Basic Transcription System for Japanese: BTSJ)」の開発について. 科研費研究成果報告書, 1997.
 - 49) 綿森淑子: コミュニケーション能力の障害と痴呆. 総合リハビリテーション, 18; 107-112, 1990.
 - 50) 綿森淑子, 村上修子, 伊藤元信・他: 老年痴呆における言語の問題—最近の知見から—. 精神医学25; 914-922, 1983.
 - 51) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 宮森孝史他: 痴呆患者のコミュニケーション能力. リハビリテーション医学, 26; 23-33, 1989.
 - 52) Whitbourne, S. K., Culgin, S., and Cassidy, E.: Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the aged. International Journal of Aging & Human Development, 41; 109-116, 1995.
 - 53) 横山正幸: 高齢者の言語生活と生活意欲の関係. 福岡教育大学紀要第4分冊, 42; 337-360, 1993.
 - 54) 蓬田隆子: グループホーム. 長嶋紀一, 加藤伸司, 内藤佳津雄編著, 福祉キーワードシリーズ 痴呆ケア. 中央法規, 2003.
 - 55) 吉川悠貴, 菅井邦明, 阿部芳久: 介護職員と施設入居者間の発話行動に関する研究. 高齢者痴呆介護研究・研修センター研究年報, 3; 59-66, 2003.

表1 ヒアリング調査の結果

質問項目 (回答数)	大カテゴリー (回答数)	小カテゴリー (回答数)
望ましい対応 (56)	言語的対応 (16)	短く簡潔に話す (10) 話題提供の工夫をする (3) 声掛けの内容を工夫する (3)
	非言語的対応 (17)	ジェスチャーを有効に使用する (5) 笑顔で接する (4) やわらかい表情で接する (3) ゆっくり話す (2) 声のトーンを抑える (2) その他 (1)
	態度・心構え (23)	よい雰囲気演出する (8) 利用者に受け入れられる態度で接する (5) ゆとりのある態度 (4) 礼節ある態度 (3) その他 (3)
「望ましい対応」の根拠 (33)	観察から (26)	利用者の反応とその読取りから (17) 他の職員を含めた成功 失敗事例から (9)
	助言・討論から (4)	他の職員からの助言から (2) カンファレンスでの職員間の討論から (2)
	内省から (2)	個人の内省から (2)
	その他 (1)	—
望ましくない対応 (31)	言語的対応 (12)	長く複雑に話す (8) 指示・禁止の言葉を使用する (3) その他 (1)
	非言語的対応 (8)	速く話す (2) 急に大きな声で話す (2) その他 (5)
	態度・心構え (11)	自身の不安や焦りの露呈 (6) 利用者理解の誤り (2) その他 (3)
「望ましくない対応」の根拠 (37)	観察から (27)	利用者の反応とその読取りから (24) 他の職員を含めた成功/失敗事例から (3)
	内省から (7)	個人の内省から (7)
	その他 (3)	—
困難さを感じている対応 (15)	バランスの取れた対応 (11)	敬意と親密さのバランス (7) 職員の主導と利用者の楽しさのバランス (2) 職務と利用者のプライドのバランス (2)
	利用者の心情読取りの困難 (4)	利用者の行動からその真意・心情状態を読取れないために対応が定まらない (4)
一義的に「望ましさ」が決まらない対応 (52)	指示・禁止の対応を行わざるを得ない場合 (19)	他の利用者への他害行為のある場合 (7) 入浴・泄介助の拒否が続く場合 (6) 利用者が過度に依存的な場合 (3) 体調管理上やむを得ず (2) その他 (1)
	利用者に応じた発話内容を選択する場合 (19)	一般原則が当てはまらない場合 (6) 痴呆がごく軽度か非常に重度の場合 (6) その他 (5)
	言語よりも非言語を優先する場合 (7)	意思疎通よりもスキンシップが優先される場面 (7)
	職員側の一貫性 (9)	職員側の対応に一貫性がないために望ましい対応が定まらない (9)

表2 実験IにおけるVTR刺激のシナリオ

DCT スタイル	
介護職員：	〇〇（姓）さん
高齢者：	はい、なんですか？
介護職員：	お昼の用意ができたから、早く来て！
SBT スタイル	
介護職員：	〇〇ちゃん（愛称）
高齢者：	はい、なんですか？
介護職員：	おひるごはん、できたよ。食べにいこう？
PTF スタイル	
介護職員：	〇〇（姓）さん
高齢者：	はい、なんですか？
介護職員：	昼食の用意ができましたので、テーブルまでお越しください。
BPF スタイル	
介護職員：	〇〇〇（名）さん
高齢者：	はい、なんですか？
介護職員：	お昼のごはんができましたよ。食べにいきましょ。

表3 各発話スタイルで要求された演技

	発話スタイル			
	DCT スタイル	SBT スタイル	PTF スタイル	BPF スタイル
声の調子	強く	高く明るい声	落ち着いた様子	落ち着いた様子
抑揚	一本調子	強い抑揚をつける	あまり付与しない	やや抑揚をつける
表情	やさしかめつら	強い笑顔	弱い微笑み	微笑み
口調	命令口調 ぶっきらぼう 早口	小さなこどもに話しかけるように 非常にゆっくりと	尊敬をこめて 丁寧に	親しみをこめて くだけすぎずに ゆっくりと
ジェスチャー	腰に当てる	大げさな身振り	なし	補足的に身振り
立ち方	やや離れて 見下ろすように	非常に近くで腰を落と し視線を合わせる	やや近くから腰を curve 目線を合わす	近くから腰を curve 目線を合わせる
接触	まったく触らない	肩をさするように	まったく触らない	肩を軽くたたく

表4 VTRに登場する人物像

	介護職員	高齢者（痴呆ごく軽度）	高齢者（痴呆中重度）
年齢	25歳	77歳もしくは78歳	77歳もしくは78歳
性別	女性	女性	女性

人物像	介護福祉士の資格を持ち、グループホームでの経験年数は3年目。	現在グループホームに入居している。耳は良く聞こえ発声も明瞭。ごく軽度の痴呆と診断されているが、日常生活上の身の回りのことは、ほとんどすべて自分でこなせる。多くの場合で判断能力も保たれている。ホームの活動や他の入居者との交流にも積極的で、いつも落ち着いたようすで過ごしている。なお、架空の姓名が付けられている。	数年前に脳梗塞をおこし、やや重い痴呆症と診断され、グループホームに入居中。耳は良く聞こえ発声も明瞭だが認知機能の障害があり、時折家族の名前を忘れてしまう、今いる場所がわからなくなるといったこともある。日常生活の多くの部分で介助が必要。活動や仲間との交流にはあまり積極的でなく、たまに急に不機嫌になり職員にあたることもある。架空の姓名付き。
-----	--------------------------------	--	---

表5 実験Iにおける各指標の平均値と標準偏差

	痴呆度									
	痴呆ごく軽度					痴呆中重度				
	発話スタイル		SBT	PTF	BPF	発話スタイル		SBT	PTF	BPF
敬意 (回答者)	介護職員群	0.38 (1.02)	1.81 (1.33)	3.69 (1.20)	3.44 (0.89)	0.44 (1.03)	1.38 (1.41)	3.69 (1.20)	3.44 (1.46)	
	要介護高齢者群	0.88 (1.54)	2.00 (1.75)	2.50 (1.41)	2.81 (1.64)	1.06 (1.57)	1.94 (1.91)	2.19 (1.68)	3.56 (1.26)	
	家族介護者群	0.83 (1.69)	1.94 (1.63)	3.39 (1.58)	3.89 (0.96)	1.06 (1.80)	2.50 (1.58)	3.06 (1.73)	3.83 (0.99)	
やさしさ (回答者)	介護職員群	1.25 (2.08)	7.00 (1.59)	6.94 (2.54)	7.62 (0.96)	1.06 (2.02)	6.31 (1.30)	7.44 (2.13)	7.56 (1.50)	
	要介護高齢者群	2.50 (3.06)	5.44 (2.99)	5.38 (3.36)	6.69 (2.52)	2.44 (2.25)	5.75 (2.41)	5.69 (3.20)	6.87 (2.50)	
	家族介護者群	1.83 (2.28)	7.28 (1.93)	7.17 (2.92)	8.39 (1.65)	2.00 (2.64)	7.33 (1.88)	6.33 (2.50)	8.22 (1.80)	
なれなれしさ (R) (回答者)	介護職員群	2.06 (1.98)	0.81 (0.83)	3.88 (1.26)	3.31 (1.01)	1.50 (1.75)	0.63 (0.72)	3.69 (1.25)	2.75 (1.13)	
	要介護高齢者群	2.81 (2.04)	2.12 (1.78)	3.31 (1.25)	2.44 (1.09)	3.25 (1.61)	1.75 (1.29)	3.06 (1.53)	3.31 (1.62)	
	家族介護者群	3.11 (2.08)	1.39 (1.46)	4.06 (1.35)	3.72 (1.53)	2.72 (2.05)	1.83 (1.58)	3.67 (1.61)	3.67 (1.28)	
適切さ (回答者)	介護職員群	0.50 (1.27)	1.31 (1.25)	3.06 (1.73)	3.31 (1.08)	0.50 (1.03)	1.19 (1.28)	3.13 (1.46)	3.13 (1.41)	
	要介護高齢者群	1.07 (1.34)	2.60 (1.68)	2.53 (1.77)	3.47 (1.36)	1.33 (1.59)	2.67 (1.45)	2.80 (1.47)	3.73 (1.10)	
	家族介護者群	0.72 (1.45)	2.39 (1.38)	3.00 (1.57)	3.89 (1.02)	1.06 (1.63)	2.67 (1.37)	2.83 (1.47)	3.94 (0.87)	
満足度 (回答者)	介護職員群	0.56 (1.03)	1.81 (0.98)	2.63 (1.36)	2.81 (1.22)	0.75 (1.07)	1.81 (0.83)	3.00 (1.27)	3.00 (1.41)	
	要介護高齢者群	1.27 (1.53)	2.47 (1.73)	2.20 (1.52)	3.07 (1.62)	1.40 (1.64)	2.13 (1.25)	2.33 (1.68)	3.53 (1.41)	
	家族介護者群	0.67 (1.33)	2.61 (1.38)	2.89 (1.61)	3.78 (1.11)	0.89 (1.28)	2.83 (1.25)	2.72 (1.36)	3.94 (0.80)	
受け手の高齢者の明朗さ (介護職員群のみ)	4.07 (2.60)	5.73 (1.79)	6.33 (1.95)	6.33 (1.35)	3.67 (2.72)	6.07 (2.12)	6.13 (2.07)	6.27 (2.25)		
受け手の高齢者の依存性 (介護職員群のみ)	3.53 (1.25)	3.27 (1.03)	3.47 (0.99)	3.13 (0.99)	3.60 (1.30)	3.27 (0.88)	3.13 (1.13)	3.20 (1.08)		
自身の入所を想定したうれしさ (要介護高齢者群のみ)	1.00 (1.41)	2.19 (1.72)	2.06 (1.48)	3.00 (1.37)						
自身の家族が入所した際の望ましさ (家族介護者群のみ)	0.67 (1.46)	2.28 (1.49)	3.28 (1.60)	4.06 (1.16)						

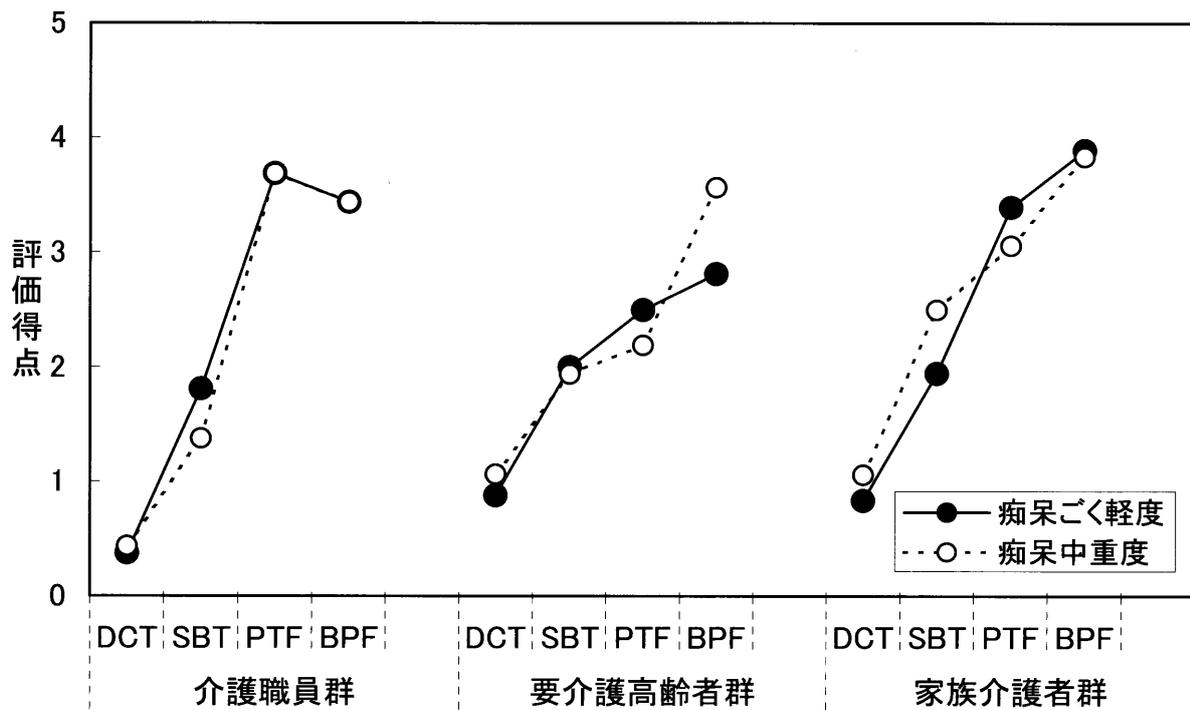


図1 「敬意」評価の平均のプロフィール

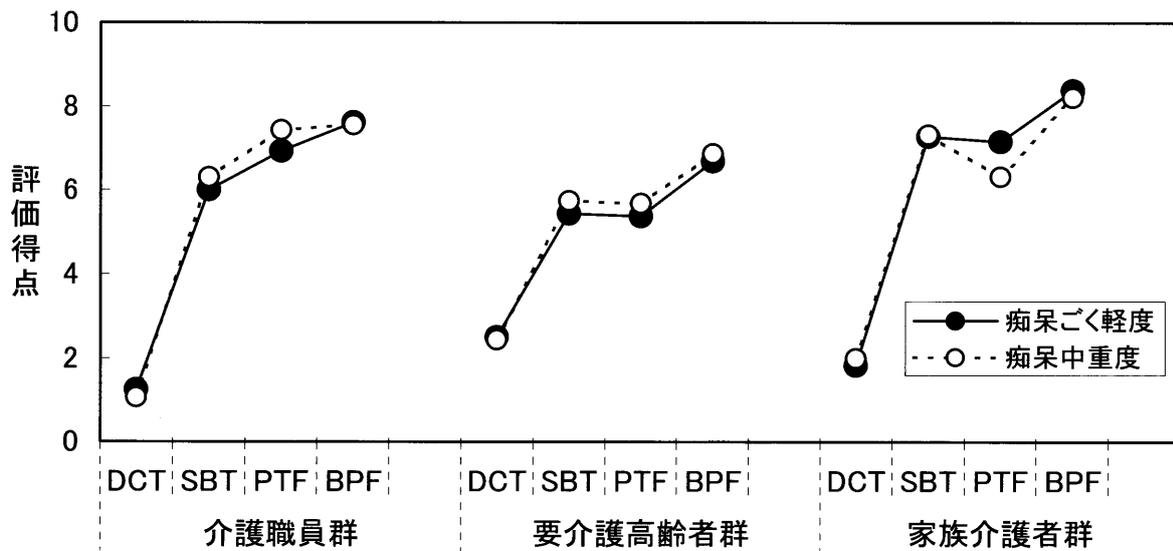


図2 「やさしさ」評価の平均のプロフィール

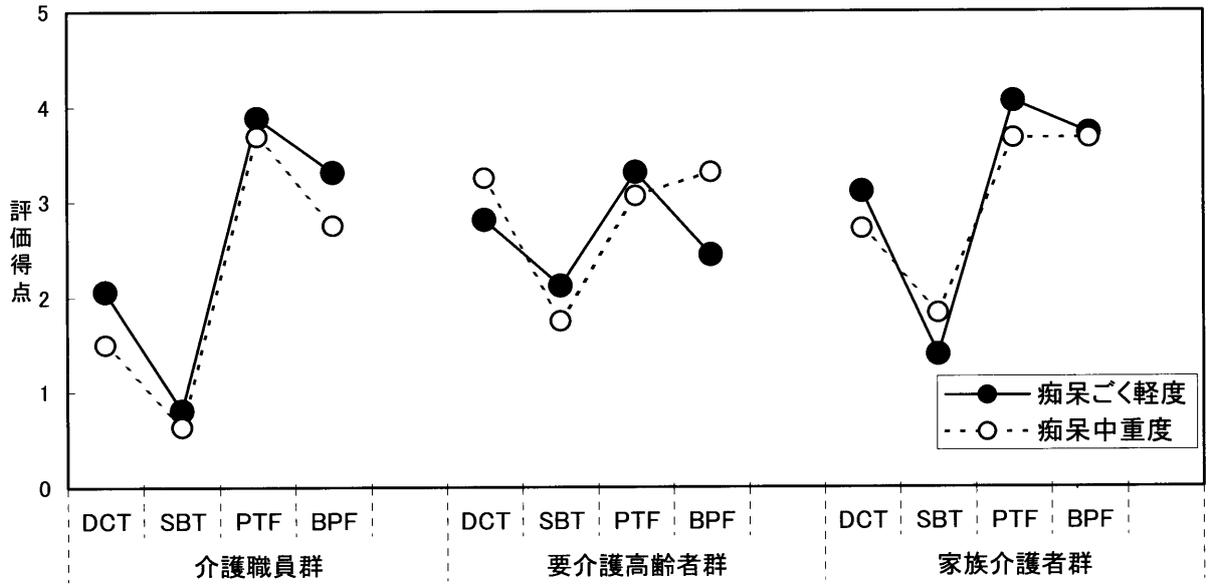


図3 「なれなれしさ (R)」評価の平均のプロフィール

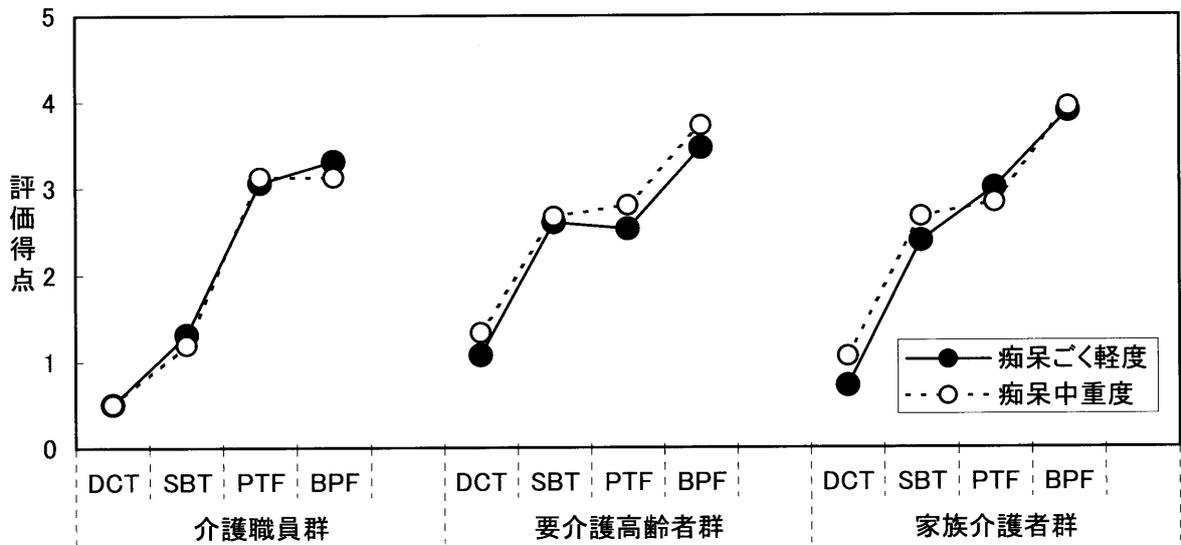


図4 「適切さ」評価の平均のプロフィール

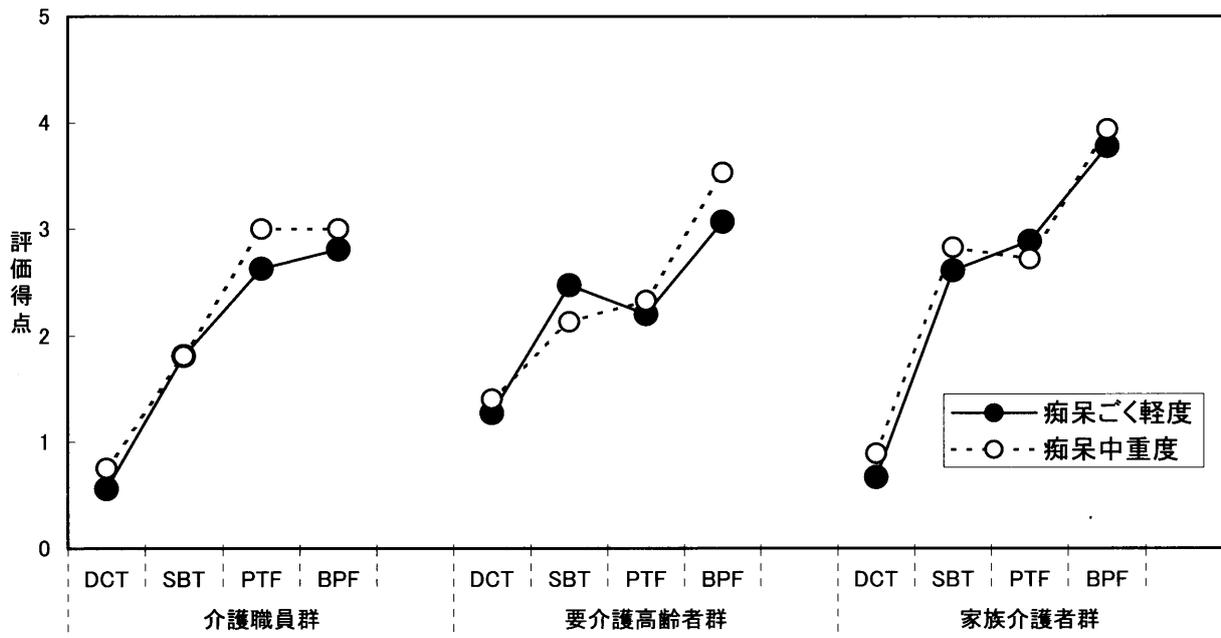


図5 「満足度」評価の平均のプロフィール

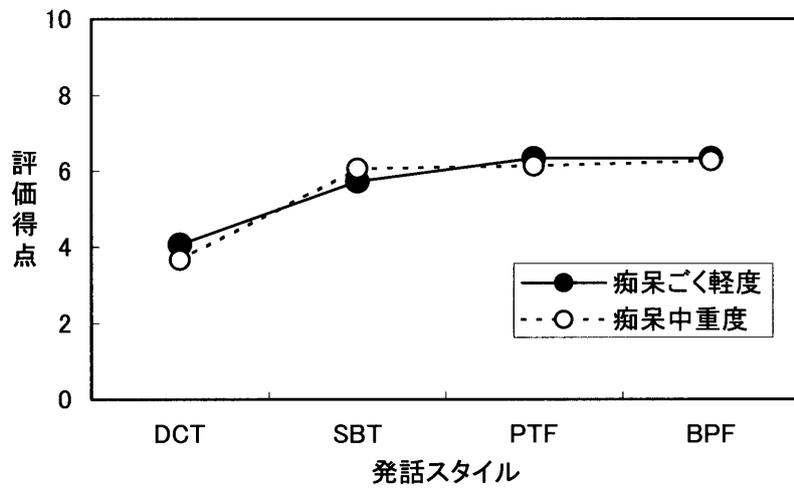


図6 介護職員群による受け手の「明朗さ」評価

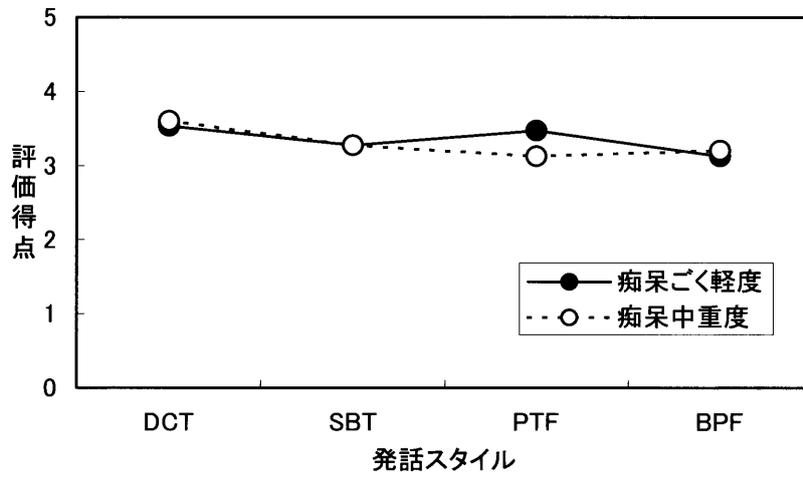


図7 介護職員群による受け手の「依存性 (R)」評価

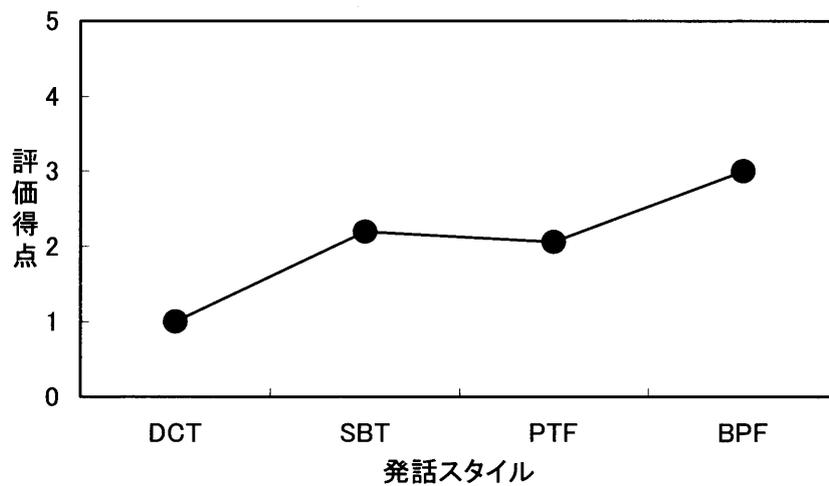


図8 要介護高齢者群による「自身の入所を想定したうれしさ」評価

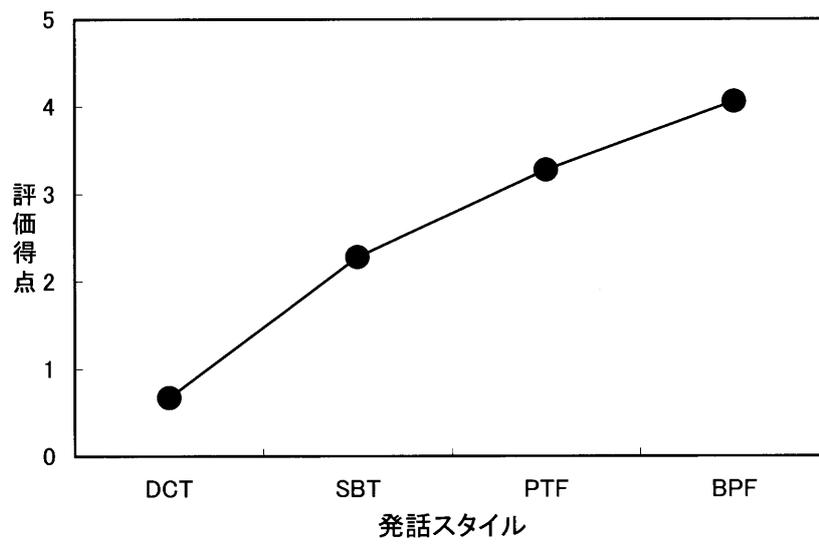


図9 家族介護者群による「自身の家族を想定した望ましさ」評価

表6 実験IIにおけるVTR刺激のシナリオ

DCT × 協動的承諾

介護職員： ○○(姓)さん
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： お昼の用意ができたから、早く来て！
 高齢者： あらそーお。いつもありがとうね、すぐ行きます。
 介護職員： 他の人も待ってるんだから早くして、いい？

DCT × 受身的承諾

介護職員： ○○(姓)さん
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： お昼の用意ができたから、早く来て！
 高齢者： まだそんなにおなかはずいてないんだけど。でも分かったわ、行きます。
 介護職員： 他の人も待ってるんだから早くして、いい？

DCT × アサーティブ拒否

介護職員： ○○(姓)さん
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： お昼の用意ができたから、早く来て！
 高齢者： わたし今はまだおなかはずいてないの。それにもうちょっとでこの本も読み終わるし、その後にするわ。
 介護職員： ちゃんと食べないとだめでしょ！他の人も待ってるんだから、早く来て！わかった？

DCT × 攻撃的拒否

介護職員： ○○(姓)さん
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： お昼の用意ができたから、早く来て！
 高齢者： いい、いい、ごはんなんて。おなかはずいてないし、行かないよわたし。
 介護職員： ちゃんと食べないとだめでしょ！他の人も待ってるんだから、早く来て！わかった？

SBT × 協動的承諾

介護職員： ○○ちゃん(愛称)
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： おひるごはん、できたよ。食べにいこう？
 高齢者： あらそーお。いつもありがとうね、すぐ行きます。
 介護職員： うん、じゃあ待ってるからね、いーい？

SBT × 受身的承諾

介護職員： ○○ちゃん(愛称)
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： おひるごはん、できたよ。食べにいこう？
 高齢者： まだそんなにおなかはずいてないんだけど。でも分かったわ、行きます。
 介護職員： うん、じゃあ待ってるからね、いーい？

SBT × アサーティブ拒否

介護職員： ○○ちゃん(愛称)
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： おひるごはん、できたよ。食べにいこう？
 高齢者： わたし今はまだおなかはずいてないの。それにもうちょっとでこの本も読み終わるし、その後にするわ。
 介護職員： でもね、食べなきゃだめだよ。みんなも待ってるから、いきましょ。いーい？

SBT × 攻撃的拒否

介護職員： ○○ちゃん(愛称)
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： おひるごはん、できたよ。食べにいこう？
 高齢者： いい、いい、ごはんなんて。おなかはずいてないし、行かないよわたし。
 介護職員： でもね、食べなきゃだめだよ。みんなも待ってるから、いきましょ。いーい？

(表 6 続き)

PTF × 協動的承諾

介護職員： ○○ (姓) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： 昼食の用意ができましたので、テーブルまでお越しください。
高 齢 者： あらそーお。いつもありがとうね、すぐ行きます。
介護職員： はい、それではお待ちしておりますから。

PTF × 受身的承諾

介護職員： ○○ (姓) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： 昼食の用意ができましたので、テーブルまでお越しください。
高 齢 者： まだそんなにおなかはすいてないんだけど。でも分かったわ、行きます。
介護職員： はい、それではお待ちしておりますから。

PTF × アサーティブ拒否

介護職員： ○○ (姓) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： 昼食の用意ができましたので、テーブルまでお越しください。
高 齢 者： わたし今はまだおなかすいてないの。
それにもうちょっとでこの本も読み終わるし、その後にするわ。
介護職員： そうですか。それではまた後でお誘いしてみますね。

PTF × 攻撃的拒否

介護職員： ○○ (姓) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： 昼食の用意ができましたので、テーブルまでお越しください。
高 齢 者： いい、いい、ごはんなんて。おなかもすいてないし、行かないよわたし。
介護職員： そうですか。それではまた後でお誘いしてみますね。

BPF × 協動的承諾

介護職員： ○○○ (名) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： お昼のごはんができましたよ。食べにいきましょう。
高 齢 者： あらそーお。いつもありがとうね、すぐ行きます。
介護職員： はい、じゃあ待ってますからね。

BPF × 受身的承諾

介護職員： ○○○ (名) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： お昼のごはんができましたよ。食べにいきましょう。
高 齢 者： まだそんなにおなかはすいてないんだけど。でも分かったわ、行きます。
介護職員： はい、じゃあ待ってますからね。

BPF × アサーティブ拒否

介護職員： ○○○ (名) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： お昼のごはんができましたよ。食べにいきましょう。
高 齢 者： わたし今はまだおなかすいてないの。
それにもうちょっとでこの本も読み終わるし、その後にするわ。
介護職員： そうですか？ じゃあまた後でさそってみますね。

BPF × 攻撃的拒否

介護職員： ○○○ (名) さん
高 齢 者： はい、なんですか？
介護職員： お昼のごはんができましたよ。食べにいきましょう。
高 齢 者： いい、いい、ごはんなんて。おなかもすいてないし、行かないよわたし。
介護職員： そうですか？ じゃあまた後でさそってみますね。

表7 各応答スタイルで要求された演技

	応答スタイル			
	協調的承諾	受身的承諾	アサーティブ拒否	攻撃的拒否
声の調子	やや明るく	少し弱く	はっきりと	強くやや大きく
抑揚	強い抑揚をつける	やや抑揚をつける	普通	普通
表情	笑顔	ややこびるような弱い笑顔	わずかな微笑	しかめつら
口調	はずんだ口調	やわらかな口調	普通	強い口調
ジェスチャー	少し身振りをつける	少し身振りをつける	少し身振りをつける	強い身振りをつける

表8 VTR に登場する人物像

	介護職員	高齢者
年齢	25歳	77歳もしくは78歳
性別	女性	女性
人物像	介護福祉士の資格を持ち、グループホームでの経験年数は3年目。	中程度の脳血管性痴呆との診断を受けている。グループホームに入居して約1年。記憶や見当識の障害がたまに見られ、家族の名前を忘れてしまったり、今いる場所がわからなくなることがある。しかし、だいたいにおいて一日の流れは覚えている。声がけと多少の介助があれば、身の回りのことの多くは自力で可能。また耳の聞こえは悪くなく、話しかける内容はほぼすべて理解可能。なお、2名とも架空の姓名が付けられている。

表9 実験IIにおける各指標の平均値と標準偏差

		発話スタイル			
		DCT	SBT	PTF	BPF
敬意					
(応答スタイル)	協調的承諾	0.05 (0.22)	2.45 (1.50)	3.95 (1.19)	4.25 (0.44)
	受身的承諾	0.15 (0.37)	2.00 (1.41)	3.70 (1.08)	3.35 (0.88)
	アサーティブ拒否	0.15 (0.37)	1.50 (1.43)	3.85 (0.81)	3.95 (0.51)
	攻撃的拒否	0.20 (0.41)	1.65 (1.31)	3.75 (1.07)	3.90 (0.55)
やさしさ					
(応答スタイル)	協調的承諾	0.74 (1.59)	7.47 (1.93)	7.21 (2.07)	9.00 (0.94)
	受身的承諾	0.74 (1.59)	6.89 (2.05)	6.21 (2.37)	8.05 (1.62)
	アサーティブ拒否	0.84 (1.34)	6.26 (1.76)	6.42 (2.32)	8.26 (1.05)
	攻撃的拒否	0.84 (1.26)	5.74 (2.26)	6.05 (2.59)	7.47 (1.84)
なれなれしさ (R)					
(応答スタイル)	協調的承諾	1.70 (1.87)	1.20 (0.89)	4.00 (0.92)	3.20 (0.95)
	受身的承諾	1.80 (1.82)	0.90 (0.85)	4.25 (0.79)	2.10 (1.02)
	アサーティブ拒否	2.00 (1.84)	0.30 (0.57)	3.85 (0.88)	3.35 (0.93)
	攻撃的拒否	1.75 (1.80)	0.65 (0.81)	3.95 (0.89)	3.25 (1.02)
適切さ					
(応答スタイル)	協調的承諾	0.15 (0.37)	2.35 (1.50)	3.00 (1.52)	4.30 (0.57)
	受身的承諾	0.05 (0.22)	1.80 (1.32)	2.40 (1.39)	3.15 (1.46)
	アサーティブ拒否	0.15 (0.37)	1.25 (1.29)	2.90 (1.37)	3.70 (0.73)
	攻撃的拒否	0.20 (0.41)	1.65 (1.18)	3.05 (1.32)	3.30 (1.13)
満足度					
(応答スタイル)	協調的承諾	0.20 (0.52)	2.70 (1.53)	3.10 (1.45)	4.15 (0.88)
	受身的承諾	0.15 (0.37)	2.35 (1.35)	2.00 (1.34)	2.80 (1.24)
	アサーティブ拒否	0.30 (0.47)	1.30 (1.13)	2.75 (1.41)	3.45 (1.28)
	攻撃的拒否	0.25 (0.55)	1.40 (1.27)	2.00 (1.26)	1.55 (1.23)
明朗さ					
(応答スタイル)	協調的承諾	4.70 (2.94)	7.00 (2.08)	7.95 (1.40)	8.70 (1.13)
	受身的承諾	5.35 (2.93)	7.00 (1.92)	7.15 (2.01)	6.85 (2.21)
	アサーティブ拒否	5.85 (2.66)	6.35 (2.23)	7.60 (1.64)	8.10 (1.25)
	攻撃的拒否	6.35 (2.78)	7.10 (1.62)	6.25 (2.27)	6.70 (2.18)
依存性					
(応答スタイル)	協調的承諾	3.45 (1.73)	3.50 (1.10)	4.00 (0.65)	3.85 (0.93)
	受身的承諾	3.30 (1.56)	3.05 (1.23)	3.45 (1.19)	3.35 (1.27)
	アサーティブ拒否	3.70 (0.87)	3.50 (1.36)	3.85 (0.99)	3.95 (0.83)
	攻撃的拒否	3.60 (1.31)	3.40 (1.31)	3.30 (1.13)	3.05 (1.40)

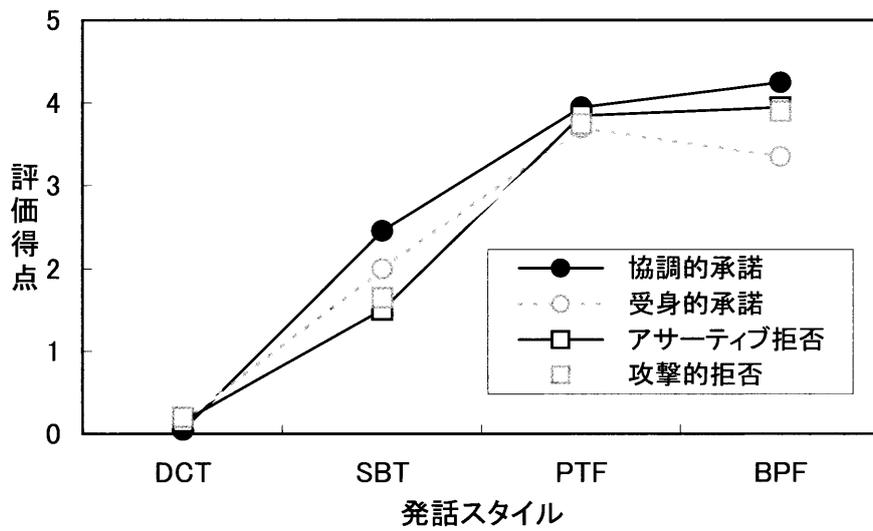


図10 「敬意」評価の平均のプロフィール

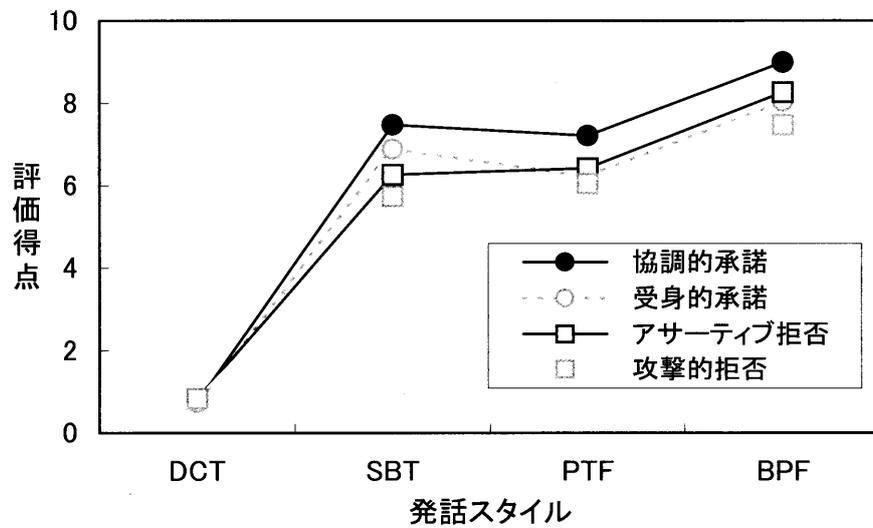


図11 「やさしさ」評価の平均のプロフィール

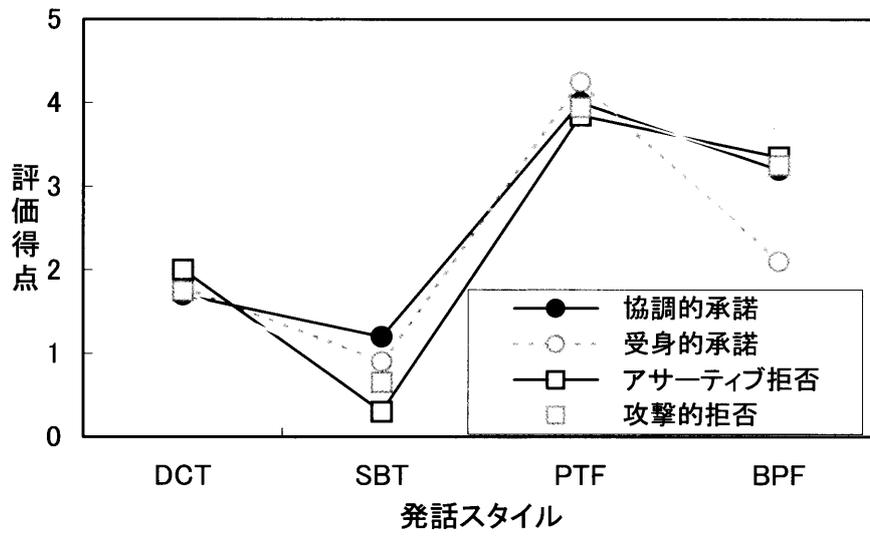


図12 「なれなれしさ (R)」評価の平均のプロフィール

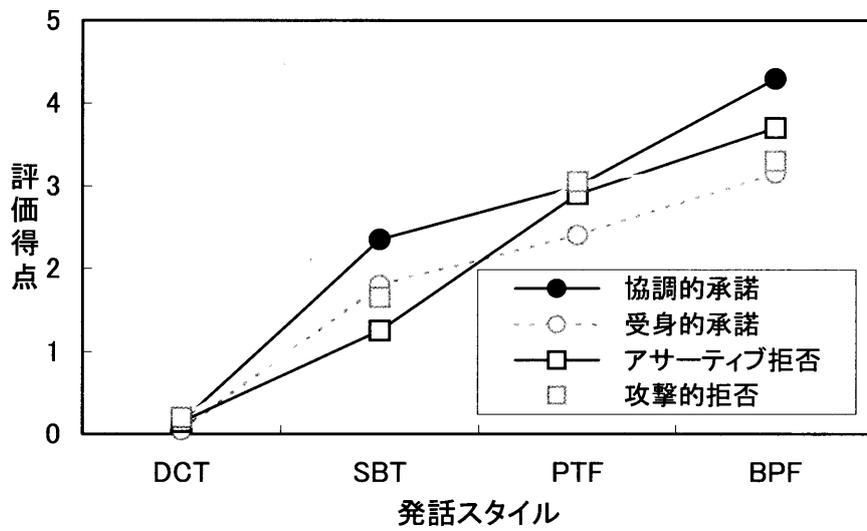


図13 「適切さ」評価の平均のプロフィール

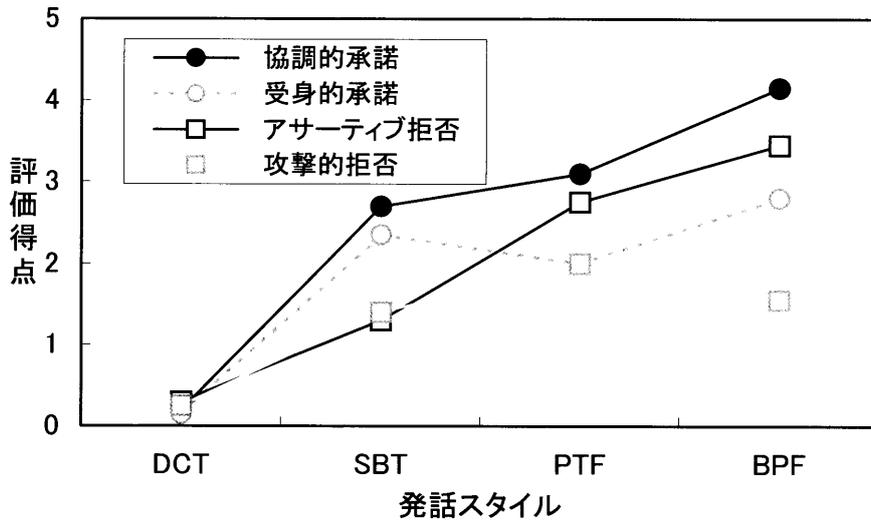


図14 「満足度」評価の平均のプロフィール

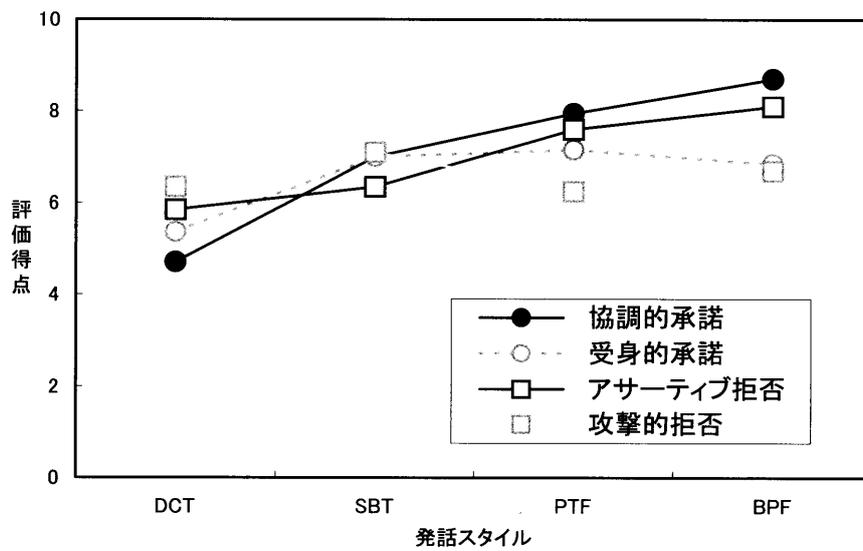


図15 「明朗さ」評価の平均のプロフィール

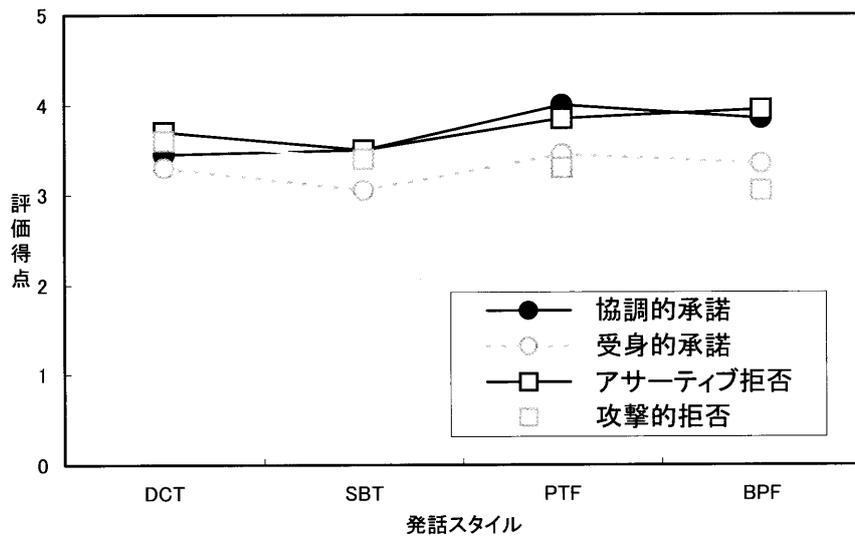


図16 「依存性 (R)」評価の平均のプロフィール

表10 対象とした入居者の特性

(N=21)

性 別	女性21名	
年 齢	84.33 ± 9.62歳	
痴呆老人 自立度	なし	3
	I	2
	II	6
	III	6
	IV	3
	不明	1
要介護度	1	4
	2	5
	3	5
	4	5
	5	2

表11 研究IIにおける分析指標

分析指標	内容	
発話数		
総発話数	・会話1例毎の10分間あたりの総発話数	
入居者発話数	・会話1例毎の、10分間あたりの入居者の発話数	
トピック		
トピック数	・会話1例毎の10分間あたりのトピックの総数	
トピックの長さ	・トピックの開始から終了までに要した平均の発話数	
重複・割込み	・相手の発話の途中で重複して発話を始めたり、発話を割り込ませて発話順番を奪うような発話の、入居者の発話100あたりの出現数	
発話分類（全て出現率に換算）		
閉じた質問（Closed questions）	・返答がYes-Noに限定されたり、強制選択であったり、質問者があらかじめ解答を知っていることが明らかであるような質問	
開いた質問（Open questions）	・特定の回答を強いられず、回答の有無も含めて自由に返答できる質問	
明確化要求（Clarification）	・直前の会話に対して情報の追加や確認を求めるもの、質問形式の発話も含む。	
否定的質問（Negative questions）	・明示的・暗示的に相手に返答もしくは行動を強いる質問。「まだ終わってないでしょう？」のような形式がこれにあたる	
指示（Instruction）	・明示的・暗示的に相手に特定の返答もしくは行動を指示する発話	
陳述（Comment）	・他の指標の性質を含まない叙述発話	
否定（Negative）	・相手の発話に対して否定や拒否の意思を示す発話	
強化（Reinforcement）	・直前の相手の発話に強い同意や賞賛等を与え、相手の発話を継続させたりといった形で強化する肯定的な発話	
あいづち詞（Back-channels）	・「うん」や「へえ」などごく短く典型的なあいづち	
繰り返し（Repetition）	・相手の発話の一部もしくは全部を繰り返す発話	
言い換え（Paraphrasing）	・相手の発話の一部もしくは全部を別な単語や文に言い換える発話	
文完成（Sentence completions）	・相手が言いかけた発話を引き取り一つの文を完成させる発話	
分類不能（Unclassifiable）	・会話の中で発話の意味事態が確定されず分類不能な発話	
交換構造（全て出現率に換算）		
タイプ別	I（Initiation）	・働きかけ
	R（Response）	・反応
	R/I（Response/Initiation）	・反応／働きかけ
	F（Feed back）	・フィードバック
	Ir（Re-initiation）	・再度の働きかけ
	Inf（Inform）	・情報提供
連鎖形態別	I-R型	・働きかけに反応を返す形態（働きかけにはI、R/I、Ir、Infが、反応にはRR/IFが含まれる。以下同じ）。
	R-I型	・反応の後に働きかけを行う形態。
	I-I型	・働きかけに対して働きかけを行う形態。
	R-R型	・反応に対して反応を行う形態。
発話の適切性		
適切	・一般の成人間の会話で認められるような、直前の他者の発話やトピックの中の流れから、一貫性があり意味的に適切と考えられる発話	
やや適切	・大まかな流れとしては意味的なつながりがあるが、情報の過不足が認められるなど、適切とまでは言い切れないような発話。	
やや不適切	・全く無関係とまではいえないが、意味的なつながりや脈絡があまり認められない発話。	
不適切	・直前の発話やトピックの中の流れとは、ほぼ一貫性・意味的なつながりがないと認められる発話。	

表12 発話数の結果

	通常業務条件		職員専従条件		z
	Me	(Q)	Me	(Q)	
総発話数	78.50	(40.00)	176.50	(77.38)	-2.60**
入居者発話数	49.00	(42.63)	96.00	(47.88)	-1.27n.s.

**p<.01

表13 トピック数及びトピック長の結果

	通常業務条件		職員専従条件		z
	Me	(Q)	Me	(Q)	
トピック数	14.50	(7.13)	23.00	(5.88)	-1.68 †
トピック長	5.34	(2.82)	8.21	(4.67)	-1.17n.s.

† p<.10

表14 入居者の重複・割込み発話数の結果

	通常業務条件		職員専従条件		z
	Me	(Q)	Me	(Q)	
重複・割込み発話数 (入居者発話100あたり)	0.00	(0.50)	3.43	(2.11)	-2.52*

*p<.05

表15 発話分類の結果

発話分類	通常業務条件/ 入居者		職員専従条件/ 入居者		職員専従条件/ 職員		χ^2	多重比較 (入居 者間比較)	多重比較 (職員 専従条件入居 者-職員比較)	
	Me	(Q)	Me	(Q)	Me	(Q)				
Closed questions	8.08	(2.45)	5.68	(1.23)	11.89	(3.17)	5.60	†	n.s	*
Open questions	3.17	(1.96)	1.91	(1.38)	7.17	(2.45)	8.58	*	n.s	*
Clarification	1.72	(1.37)	1.79	(2.38)	8.05	(5.24)	3.68	n.s.		
Negative questions	0.00	(0.00)	0.00	(0.00)	0.00	(0.13)	4.00	n.s.		
Instruction	4.98	(4.61)	4.28	(3.45)	3.60	(5.25)	1.20	n.s.		
Comment	51.46	(14.57)	61.00	(13.79)	40.73	(9.59)	2.60	n.s.		
Negative	2.04	(1.24)	2.34	(2.71)	0.36	(0.99)	3.83	n.s.		
Reinforcement	1.51	(2.05)	2.96	(3.52)	3.20	(2.74)	7.12	*	n.s	n.s
Back-channels	9.63	(4.86)	7.21	(3.39)	11.08	(4.41)	2.40	n.s.		
Repetition	0.43	(1.02)	1.48	(1.15)	4.02	(2.67)	5.11	†	n.s	n.s
Paraphrasing	0.00	(0.05)	0.00	(0.00)	0.36	(1.07)	3.18	n.s.		
Sentence completions	0.00	(0.23)	0.00	(0.30)	0.00	(0.00)	2.00	n.s.		
Unclassifiable	8.17	(8.47)	2.55	(5.33)	1.64	(2.93)	5.00	†	n.s	n.s

*p<.05, **p<.01, † p<.10, 中央値の単位は%

表16 交換構造の結果

	通常業務条件/ 入居者		職員専従条件/ 入居者		職員専従条件/ 職員		χ^2	多重比較 (入居 者間比較)	多重比較 (職員 専従条件入居 者-職員比較)	
	Me	(Q)	Me	(Q)	Me	(Q)				
タイプ別										
I	37.65	(18.17)	37.05	(14.31)	35.92	(8.43)	0.60	n.s.		
R	40.29	(8.28)	47.61	(19.74)	39.76	(22.33)	0.20	n.s.		
R/I	2.81	(3.01)	0.62	(2.04)	1.50	(5.40)	0.80	n.s.		
F	6.05	(8.42)	0.56	(5.90)	1.95	(4.24)	2.24	n.s.		
Ir	0.00	(0.65)	0.00	(0.40)	4.54	(3.89)	10.57	**	n.s	*
Inf	0.77	(1.97)	0.00	(2.20)	0.00	(2.45)	0.78	n.s.		
連鎖形態別										
I-R 型	39.01	(4.83)	36.90	(13.00)	33.49	(7.81)	1.40	n.s.		
R-I 型	12.49	(5.86)	16.97	(5.79)	22.03	(13.68)	2.51	n.s.		
I-I 型	8.39	(5.60)	10.04	(3.08)	9.54	(5.76)	1.40	n.s.		
R-R 型	39.04	(7.33)	33.53	(9.94)	34.16	(10.99)	4.20	n.s.		

*p<.05, **p<.01, † p<.10, 中央値の単位は%

表17 適切性の結果

	通常業務条件		職員専従条件		z
	Me	(Q)	Me	(Q)	
入居者	2.99	(0.18)	3.37	(0.35)	-2.09*
スタッフ	3.13	(0.41)	3.79	(0.12)	-2.20*

*p<.05

痴呆介護におけるアクションケアプランの有効性に関する研究

日本大学

内 藤 佳津雄

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

長 嶋 紀 一

日本大学大学院

檜 木 てる子

日本大学大学院

遠 藤 忠

1 アクションケアプランとは

介護保険におけるケアプランは、居宅サービスでは、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成を担当する「居宅サービス計画」とそこに位置づけられた居宅サービス事業所が作成する「個別援助計画」（例えば、訪問介護計画や通所介護計画）が分離されている。後者の事業者が作成する「個別援助計画」は居宅サービス計画における方針に従って作成されるが、介護サービスの実施についての計画と位置づけられている。

一方、施設サービスにおいては、施設に配置された介護支援専門員が作成を担当する「施設サービス計画」の作成が義務づけられている。もともと施設サービスでは施設職員が一体となってサービス提供するという業務形態であったので、概念的には「施設サービス計画」は居宅サービスでいう「個別援助計画」の内容を含んでいるものと考えられる。しかし、生活の大きな目標を含む「施設サービス計画」は基本的に介護支援専門員が作成を義務づけられているが、実行可能な計画である「個別援助計画」は介護職員が立案していく必要があり、一体的な運用に困難な場合が見受けられる。例えば、施設サービス計画は大きな生活の目標に関する計画となっているが、それに対応する介護の実行に関する計画（個別援助計画）がなかったり、個別援助計画があっても目標との一体性がなかったりといったことが問題点としてあげられる。さらに最近の小規模ユニット化によって、施設サービス計画と個別援助計画の関係は居宅サービスにおける両者の関係に近づいている。

また、グループホームにおけるケアプランは、グループホームにおいて「痴呆対応型共同生活介護計画」を作成することになっており、居宅サービス計画とは連携が義務づけられていない。したがって、「痴呆対応型共同生活介護計画」は施設サービスにおける「施設サービス計画」と「個別援助計画」の両方の要素を含む必要がある。しかし、小規模なグループホーム内において計画作成担当者が作成することから、施設におけるケアプランよりも2つの要素は一体的に作成され、介護の実行計画である個別援助計画の要素が強いと考えられる。

以上のように、介護保険制度の定着によって、サービスによってケアプランの位置づけや性格がさまざまに異なることが明らかになっている。いずれの場合にも、ケアの質を高めるためには、生活全体の大きな課題、目標についての計画と実際の介護実施計画が連携していることが重要である。また個別援助計画として介護の実行に関する実用的な計画があり、そ

の実行が可能であることが必要であろう。このような介護の実施計画は、前述のように制度で定められているさまざまな計画と必ずしも一致しないことから、ここでは「個別援助計画」と呼ばず、総称して「アクションケアプラン」と呼ぶ。

2 本研究の目的

施設サービスを対象として、とくに小規模ケアの実施において個別的な介護サービスを提供するためのアクションケアプランの導入過程について一定の様式とガイドラインを作成することを最終的な目標とした。本研究ではその第一歩として、アクションケアプラン導入の課題について明らかにすることを目的とした。施設においては、施設サービス計画の作成が義務であるが、それと一体的にあるいは分離的にアクションケアプランを作成し、それに基づいた介護サービスを提供するというモデルを念頭に置き、その導入と実施における問題点、課題について、把握する。そのために、実際に既存型であるが小規模ケアを導入している特別養護老人ホームにおいて、ケアプランの過程中にアクションケアプランに相当する様式を導入し、その運用上での問題点について聞き取り調査を行い、検討を行った。

3 方法

①調査対象施設および調査対象者

協力が得られた3箇所の特別養護老人ホームであった。

1) 東京都府中市 Y 施設

調査対象者：特養ユニット主任4名（女性3名、男性1名）
介護支援専門員兼生活相談員1名（男性）

2) 東京都稲城市 I 施設

調査対象者：特養ユニット主任5名（女性1名、男性4名）
介護支援専門員1名（女性1名）
職員は、複数のユニットを兼任している。

3) 青森県 S 施設

調査対象者：特養ユニット主任3名（女性3名）
介護支援専門員1名（女性）

②調査方法

対象となった施設には、資料のような形式を提示し、実際の業務の中で施設サービス計画とともに介護サービスの実施に関する計画（アクションケアプランに相当）を作成することを依頼し、承諾を受けた。東京都内の2施設では提示した様式を1枚にまとめ、ほぼそのまま使用し、青森県の施設では独自の様式を導入した。導入後数か月後に聞き取り調査を行った。

聞き取り調査は、半構造化した面接法によって調査対象者から聞き取りを行った。面接前には、面接調査で聞き取りを行う項目に関する調査用紙を各施設に郵送し、面接対象となった職員にあらかじめ記入を依頼した。その後、施設に訪問して、個別に面接を行ったが、調査員は調査対象者があらかじめ記入された調査用紙を読みながら、対象者に内容を確認し補足質問を行うという形式で行った。一人当たりの面接時間は約20～30分程度で

あった。

③調査項目

以下のような項目について聞き取り調査を行った。

- 1) ケアプランのためにアセスメントツールは何を利用していますか？
- 2) 施設サービス計画書（ケアプラン）の策定は誰がしていますか？
○利用者本人、家族の意思、意見をどのように理解し把握していますか？
- 3) ケアカンファレンス（又はケアマネジメント会議）についてお尋ねします。
①どのようなメンバーで ②どのくらいの頻度で ③進行や記録は誰が
④利用者本人や家族の参加の有無
- 4) アクションケアプラン（個別介護計画書）は誰が作成していますか？
- 5) アクションケアプラン（個別介護計画書）は最終的に誰（職種）が責任をもって作成していますか？
- 6) アクションケアプラン・カンファレンスについてお尋ねします。
①どのようなメンバーで ②どのくらいの頻度で ③進行や記録は誰が
④利用者本人や家族の参加の有無
- 7) モニタリング（経過記録）と評価は誰（職種）がしますか？
①ケアプラン（施設介護サービス計画書）のモニタリングと評価
②アクションケアプラン（個別介護計画書）のモニタリングと評価
- 8) 施設介護サービス計画書の新しい様式についてご意見をお聞かせください。
①良い点 ②悪い点

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

ACP様式		
1日の援助計画		
時間	NO	援助内容
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		

週間援助計画			
	9	12	18
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			

その他の援助計画		
NO	頻度	援助内容

資料：今回提示した様式
上段が施設サービス計画、下段がアクションケアプラン様式に該当する

4 調査結果

1. 各施設の回答特徴

回答は、回答者が「事実として認識している実施状況」と回答者個人の「意見や気持ち」に分けて分析した。

(1) Y 施設

1. ケアプランのためにアセスメントツールは何を利用していますか？

①実施状況

MDS - HC を介護支援専門員が使用している。それに対して、ユニット主任の関与は「ほとんどない」から「目を通す程度」であった。ただし一人のユニット主任のみ、MDS と時に NM スケールを使って自分の指示で部下の介護職員が使う、と述べた。

②意見等

介護支援専門員は、使用している MDS - HC に対して、「在宅用なので新規入所者には参考になるようだが、すでに入所した人には項目が合わない」という意見であった。

ユニット主任は「実像とアセスメント結果を比較して理解できるときとギャップを感じる時がある」、「ケアプランが具体的に出てくるので、アセスメント結果については現場ではさほど重視していない」、「アセスメントは介護支援専門員が管理しているので、こちらは普段の様子を細かくみていることによってとくにみる必要はない。むしろこちらから情報提供する」といった意見であった。

部下につけさせていると回答したユニット主任の使用理由は「大きな変化があったと思われるときに他の人に証明するため」となっていた。

2. 施設サービス計画書（ケアプラン）の策定は誰がしていますか？

①実施状況

策定者に関する回答にばらつきが示された。ユニット主任は「介護支援専門員」、「介護支援専門員が聞き取り調査→居室担当者」「居室担当職員の再アセスメント・介護支援専門員の聞き取り調査→居室担当職員が仮のプラン作成→ユニット主任の確認と策定」といった回答であり、各ユニットや介護職員の間接に関与している見方にばらつきがあった。

介護支援専門員は「介護支援専門員が最終決定版の作成→介護または施設福祉部長→施設長印」という施設内の承諾のプロセスをあげていた。

利用者本人の意思は「面談」「日常生活援助時のコミュニケーション」「居室担当者との話し合い」「月1回の利用者会議」を通して把握しているということであった。このうち、利用者会議とは、入所利用者の要望を聞く目的で、施設長以下の管理職も出席し、施設全体で実施しているということであった。

家族の意思は「面会時または電話にて把握をしている」ということで一致していた。

②意見等

「介護支援専門員の役割」をユニット主任に質問すると、「ユニットの職員や家族、看護や健康支援部からの情報や要望の収集を行いまとめ策定している」、「新規利用時は家庭に行って話しを聞いて策定している。入所後は毎日の利用者の様子を見ていないため、こちら（ユニットの介護職員）が状態の把握を行うので、ユニット主任の意見が強い」「ユニット主任との話し合いを通して、最終的な決定を行う」といった意見であり、とくに入所後の継続的な施設サービス計画の作成については、介護職員の意見が強く反映されているという見方をしていた。

「利用者と家族の意思の違い」については、介護支援専門員は「本人の意思確認が難しい人が多い」、「ショート利用では家族の意思優先になりやすい」、「介護保険後の入所のケースは家族の会議参加も増えて要望や質問が出る一方、措置時代からのケースは『預かってもらっている』意識が今もあるようだ」、「よく来る家族とまかせっきり家族に分かれる」といった問題点が指摘された。

3. ケアカンファレンス（又はケアマネジメント会議）についてお尋ねします。

①実施状況

ケアマネジメント会議という名称で実施しており、6ヵ月ごとの利用者のケアプランの見直しを目的としているということであった。施設側の会議のメンバーは、各ユニットの主任と居室担当者、副部長、介護支援専門員兼生活相談員、看護職員、健康支援部（リハビリ等）、栄養部、スーパーバイザーの学識経験者、施設長（ときどき）ということであった。

頻度は月2回、2時間程度であり、1回の会議で4～5名程度について話し合う。進行と記録は介護支援専門員兼生活相談員が行っている。家族参加については、事前に通知を出して参加の有無を聞いている。利用者本人の参加は、平成16年4月より行うということであった。

②意見等

家族参加率についてユニット主任に質問すると「半分ぐらい」、「半数以上」、「ほとんど参加なし」「5分の3くらいがいい」と回答がばらついた。家族参加に関する意見は、5名中4名が肯定的評価をしていた。その理由は「今まで家族にとって不透明だった部分を直接知ることができてわからなければ質問もできて安心する」、「職員側も家族を知ることができ、業務に対する家族からの肯定的評価が得られると嬉しい」、「記録や発言の表現に失礼なものがないかどうか等を職員が気をつけるようになり、家族の意見も含め様々な意見が出るようになった」、「家族の意向を反映したサービス内容になってきた」といった内容であった。そのなかには「家族の言うことを聞き、分からないことを伝えるのは職員の義務」と述べた者もいたが、一方で「家族が居た方がよい場合と居てくれない方がよい場合がある」と述べた者が1名おり、その理由は「家族が利用者の状態を適切に理解していない場合にショックを受ける場合がある」というものであった。それは、例えば「家族が痴呆症を否認している場合に、痴呆を前提にしたサービス内容を聞かされる」というような

場合であるが、「何か楽しみごとの選択などは家族に聞きたい」という意見も同時に出されていた。

家族参加の会議の雰囲気については、介護支援専門員は「家族の同席によって職員の『内内の雰囲気』がなくなった」と指摘している。ユニット主任からも「家族の不快感や誤解を招かないように留意して説明をするので緊張する」という意見が示された。

また、会議の中心となる介護支援専門員は、「2週に1回の会議の準備とまとめを並行して行うので、負担増加を感じている」とのことであった。

4. アクションケアプラン（個別介護計画書）は誰が作成していますか？

①実施状況

ユニット主任は、「居室担当者が作成後、主任がチェック」、「居室担当者→主任の流れで作成するが、最終的には介護支援専門員。」「居室担当職員」「独立しては存在していないためケアプラン作成者と同様（つまり介護支援専門員）」と叙述内容はややばらついていたが、基本的には介護職員→ユニット主任→介護支援専門員という流れのようであった。

介護支援専門員は「居室担当者が作成している。04年1月よりケアマネ会議で施設サービス計画と同時に検討するようになった」と説明していた。

②意見等

特になし。

5. アクションケアプラン（個別介護計画書）は最終的に誰（職種）が責任をもって作成していますか？

①実施状況

ユニット主任の回答は、「介護支援専門員が責任作成し、副部長の確認、施設長の承認」「介護支援専門員」「ユニット主任」「介護支援専門員」とややばらついていたが、基本的には介護支援専門員が最終責任を担うことになっているようであった。

介護支援専門員も「各ユニット主任がチェックし、介護支援専門員が作成。会議前に両者がみてすりあわせをする」ということであった。

②意見等

特になし。

6. アクションケアプラン・カンファレンスについてお尋ねします。

（メンバー・頻度で・進行や記録・利用者や家族の参加）

①実施状況

アクションケアプランに関するカンファレンスは独自には行っていないということであった。そこで、それに替わる話し合いや意見調整についてたずねた。

ユニット主任からは、「ユニット内会議が、ユニット内の職員、看護師、リハビ

実施表をみてケアが実施しているかを確認する。家族からの苦情や意見も受けている。評価は、介護支援専門員と家族と本人によって表情やプラン実行から評価している。

一方でアクションケアプランについては、記録は寮母がサービス実施表をつけており、評価はユニット会議で、口頭またはユニット会議録として記載される。他に栄養士、看護師、指導員からの評価もある。

②意見等

特になし。

8. 施設介護サービス計画書の新しい様式についてご意見をお聞かせください。

(A) 実施状況

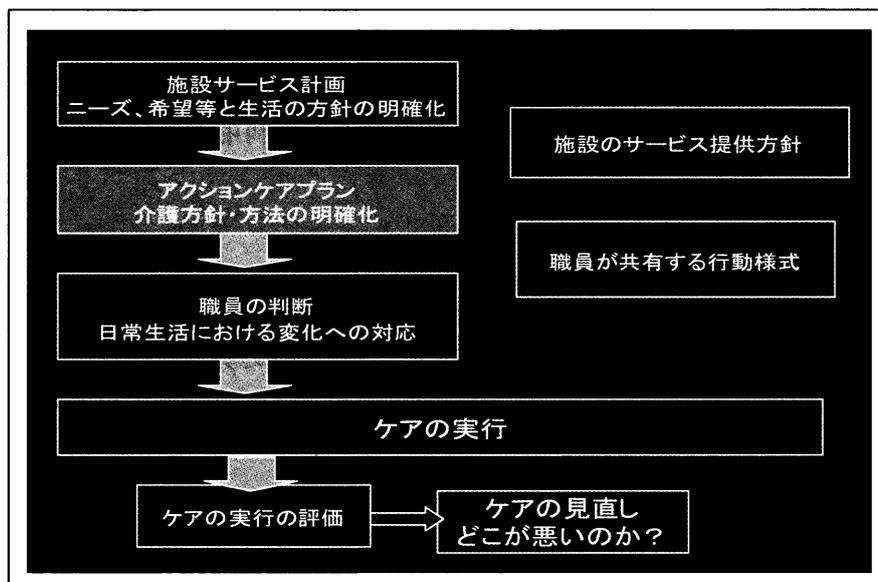
今回の用紙は未使用であった。

(B) 意見等

なし。

5 考察

以上の聞き取り調査結果から、施設サービス計画、アクションケアプラン、介護サービスの実行、記録と評価、両プランの見直しという過程における問題点を検討した。また、こうした個別の施設サービス計画に基づく介護サービスの特徴と同時に「施設における共通方針」、「介護職員の個人的技量あるいはその共有」という施設での共通性や介護職員の技術といった要因についても併せて考察する（モデル構成図参照）。



施設サービスの決定過程（モデル構成図）

Y 施設

1. 施設サービス計画を中心としたケアプランの策定

- ① 策定者に関する認識の不一致が見られた。また継続利用時ではユニット職員等複数の者が策定に大きく関与していることが示される。施設サービス計画の策定はケアマネジメント会議または会議前後の介護支援専門員とユニット職員の個別的な話しあいによって決定されている現状が示され、各職種や家族も含めた関係者の力関係で最も強い者の情報や要望が施設サービス計画策定に反映されやすいようである。それは同時に介護支援専門員の役割が施設内で明確に機能しにくいことを示していると思われる。
- ② 家族や利用者の意思の反映については、どの職員も日常の電話や面会を通してコミュニケーションや会議参加を促すことによって尊重する意向が示されている。

2. アクションケアプランの策定

- ① たたき台はユニット職員が作成するという点は共通認識されているが、ケアマネジメント会議の中で施設サービス計画と同時に検討したのち、責任を持って作成する者はユニット主任または介護支援専門員という異なる認識が示された。また、施設サービス計画と同時に会議で検討していることによって、会議で案を提出するときに「計画」ではなく「現状」を記載してしまいがちとの介護支援専門員の指摘があり、介護支援専門員が両方を作成することや、両者を同時に検討する現在のあり方は改善が求められる。こうした点から、施設サービス計画とアクションケアプランの区別が不明瞭なことが伺え、アクションケアプランとしての機能を果たしにくい状態が推測される。
- ② 記載内容は「声かけ」など単純なものであり、実際にどのような言葉かけをすると良いかという内容は口頭で申し送りをしているとの指摘がみられ、アクションケアプランをどの程度記述するかというガイドラインの検討も必要と思われる。
- ③ アクションケアプランのための会議という形式ではないものの、上記の「声かけの仕方」のエピソードのように口頭や連絡ノートでは個人の状態や対処に関する情報や意見の交換が日常的になされていた。その意味では個別介護がなされていないとは言えないが、個別介護に対するアクションケアプランの役割が不明確になっている。

3. アクションケアプランの実行

- ① アクションケアプランや利用者個人のためのスタッフ間の話し合いは設けておらず、関与する全てのスタッフが共通した認識を持って類似の対応が実行できているかは明確にはなっていない。現在行われている話し合いは、パーソナリティも含む個人の特性に対する対処の検討よりもユニット内の環境やある特定の身体的状態への共通的な対処に重点が置かれているようであった。

4. 個別介護の記録と評価

- ① 施設サービス計画とアクションケアプランの記録と評価は明確に分離していない

状態が示される。アクションケアプランの記録はユニットの担当職員が実行の有無のチェックと特記事項の記載であり、それが同時に評価でもあると考える者もいれば、評価はケース記録に書かれていることだと考える者もある。個別介護とは何かということから掘り起こして記録と評価の項目を検討していくことが重要と思われる。記録以前のアクションケアプランの立て方も改善点ではあるが、単に実行の有無のチェックではなく、ある人にどのように介入したらどのような反応があったのかを拾っていくことがそのままケアプラン策定のアセスメントになるのではないかとと思われる。

I 施設

同じ法人である Y 施設と共通部分は除外している。

1. 施設サービス計画の策定

- ① 相違点は、ケアマネジメント会議への家族参加はまだ行っていないことで、家族参加に関する意見はほぼ肯定的評価であるが、特養利用者の家族関係は円満ではないことが多いから出席は少ないのではないかと、身内の意見は偏りがちではないかという懸念もみられ、会議の場で職員と家族が利用者の立場になって一緒に検討するという姿勢が職員側に感じられない点もみられた。
- ② Y 施設でも実施されているが、利用者会議という利用者の要望を聞くために開かれる会議は全ユニット合同参加で管理者を含む職員の出席の元に開催されているが、要望が出されることは少なく、マンツーマンで聞いたほうが出やすいとの指摘があり、職員側の利用者の尊重という意向は何えるものの、うまく機能していないことが示される。

2. アクションケアプランの策定

- ① 作成も策定も介護支援専門員という共通認識がされているが、最終的なものができるまでにユニット職員は「意見」や「要望」を介護支援専門員に出すという指摘も見られた。一方の介護支援専門員は職員の意思よりも本人の意向を第一優先しているが、すりあわせ作業が難しいと述べている。このことから Y 施設と同様に、施設サービス計画とアクションケアプランの区別が不明瞭なことが伺えること、アクションケアプランが日常的に直接関与する職員の体験に基づく情報と施設サービス計画のすりあわせによって構築された具体的な介入行為ではなく、施設サービス計画同様の抽象的なものになりやすいことが推測される。

3. アクションケアプランの実行

- ① 完全ユニット制ではなく、一人の職員が複数のユニットを兼任している現状では、具体的で詳細なアクションケアプランの実行は覚えきれず困難との指摘があり、個別介護の実践には職員の担当利用者数の限定という条件が必要であることが示唆された。

4. 個別介護の記録と評価

- ① 介護支援専門員から記録や評価の書き方が職種間で統一されていないことや専門

職としての意見以外の記載があることが指摘され、記録と評価の目的と内容が職員に浸透していないことが伺えた。

S 施設

1. 施設サービス計画の策定

- ① アセスメントツールは独自のものを用いているが、特に継続利用者の場合に合致しない項目も含まれ、その項目はつけないとする者と、実際の観察ではなく予測してつけると回答した者がいることから、職員のアセスメントに対する適切な理解が不足していることと、施設サービス計画の策定に有効なアセスメントツールの作成の必要性が示される。
- ② 施設サービス計画の策定は会議を経て介護支援専門員が行い、ユニット職員は情報提供という形で作成に関与という共通した認識がみられ、施設における介護支援専門員の役割が明確に位置づけられていることが伺える。
- ③ 利用者の意思の反映は尊重するとの意向だが、能力的になかなか表明できない現状も指摘している。またケアマネジメント会議への参加も行っている。職員が参加を促す基準は、利用者の会議内容に対する理解能力ではなく、利用者が心理的に傷つくことを回避するために会議内容が利用者にとってネガティブな内容かそうでないかが基準であった（例 排泄の失敗の増加など否定的な話題には呼ばない）。ケア理念のひとつである「利用者の主体性や尊厳の尊重」の実践はどのようにあるべきかを検討していく一つの例として、今後詳細な情報が必要であろう。
- ④ 家族の意思の反映は、日常の連絡のほかに、生活全体を話し合う家族の都合に合わせて開催されるケアマネジメント会議と問題点のみを検討する家族を呼ばないケアマネジメント会議が実施され、家族を傷つけないように表現に気を使うという指摘と合わせると、利用者に関する決定は職員独自に行うのではなく、職員と家族の両者によって行われるものだという明確な意識が職員にあることが伺える。

2. アクションケアプランの策定

- ① 作成はユニット職員、責任を持って作成する者はユニット主任と共通しており、施設サービス計画とアクションケアプランの作成は分離されている。今後、介護支援専門員が担当する施設サービス計画からどのように日常の介護計画に落とし込めるかに関する情報収集が課題である。

3. アクションケアプランの実行

- ① アクションケアプランや利用者個人専用の話し合いは設けていないが、ユニット会議の中で利用者の話を取り上げられるとのことであるが、どのように話し合うのかなどの詳細は不明であり、利用者の反応やユニット環境など様々な事柄に対する日常の業務の中での気づきとアクションケアプランをどう結びつけて考えていくかは今後の検討課題のように思われる。

4. 個別介護の記録と評価

- ① 施設サービス計画とアクションケアプランの記録と評価、および記録と評価の違いが分離していない状態が示される。記録のひとつに家族の意見や苦情を含めた回答や、評価に利用者の表情という回答もあり、どのような状況下におけるどのような行動を拾うかを明確にしていく必要があると思われる。

6 まとめ

以上のように、各施設において施設サービス計画→アクションケアプラン→介護の実行→記録→評価→プラン見直しという流れが必ずしも円滑に、それぞれの役割を果たしながら進んでいない部分が明らかになった。

アクションケアプランは介護の個別性を高め、職員間の情報や行動の共有を図るために必要であると考えられるが、一方で指摘があったように過重な内容で職員が実行できなかったり、入居者の生活やサービスの自発性を縛ったりするものであってはならない。したがって、内容としてどのような事が最低限必要であるのか検討しなければならない。

また、小規模ユニット化やグループ化（既存型も含む）を念頭に置けば、本人の希望や望み、生活のリズムを優先させる介護を目指す必要があるだろう。そのためには、主観的なことについても把握できるような様式や記録方法を開発する必要があるだろう。

今後の課題としては、今回の様式をさらに使いやすいものにして、導入を図る課程を明らかにすると同時に、アクションケアプランに必要な（かつ最低限で実用可能な）内容についても明らかにすることである。

利用者参加による生活環境づくりに関する研究

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター、せんだんの里

大橋 美幸 小原 ルミ子

1. はじめに

特別養護老人ホームにおいて、既存施設を一部改築して食堂や台所設備をもうけたり、全面改築して全室個室の新型特別養護老人ホーム^{注1)}にするなど、建物設備の変更を含めて、ケアの質の向上に向けた取り組みが活発に行われている。取り組みには現場スタッフが参加し、繰り返し検討が行われているが、これらの経過に、その施設を利用する施設入居者及び家族はどれだけ参加しているだろうか。施設を「もう一つの我が家」というのであれば、利用者がどう暮らしたいのかを聞き、一緒に考えていくことが必要であろう。

施設を新築する時に、潜在的・将来的な利用者である地域住民などが意見を出し合って「自分たちが入りたい（入っても良い）」施設を作っていく取り組みは報告されている^{1, 2)}。また、通常、施設において利用者の意見を聞く取り組みとして、苦情対応³⁾、介護相談員⁴⁾、オンブズパーソン^{5, 6)}などがあり、入居者懇談会・家族会⁶⁾なども行われている。これらの取り組みを参考にしながら、すでに利用者がある既存施設の改築・新築移転において、生活環境づくりに向けた利用者の参加形態、参加に向けた配慮などを調査する。改築・新築移転の各段階における利用者参加及び利用者参加の仕掛けをまとめ、検討を行う。

2. 対象および方法

調査対象は、平成14～15年度に改築・新築移転を行った特別養護老人ホーム8ヶ所である(表1)。改築・新築移転は、既存施設よりも個室化・ユニットケア^{注2)}を進めたものを対象とし、改築途中のところを含めた。

調査方法は、訪問による聞き取り及び資料調査である。調査項目は、施設概要(開設年月、サービス種類、定員、スタッフ数)、改築・新築移転前における個室化・ユニットケアへの取り組み、改築・新築移転による生活環境の変化、改築・新築移転過程における利用者への説明・意見を聞く取り組み・出された意見と生活環境づくりへの反映、今後の課題などである。

3. 結果

調査結果は資料1～8のとおりである。改築・新築移転の各段階における利用者参加、利用者参加の仕掛けをまとめる。

(1) 改築・新築移転の各段階における利用者参加

① 基本設計時

スタッフが入居者に改築・新築移転後の施設像を随時口頭で説明しながら、施設2・5・8は入居者懇談会で説明して意見を聞いている。施設7は図面を貼りだし、施設8は入居者向けに文集を出しており、この中に図面を載せている。ユニットケアにして

「どうして分かれなければならないのか（施設1）」、全室個室となり「個室ではさびしい（施設8）」という意見もあり、居室変更について「私はどこになるのか」という質問もあがっていた（施設2）。

家族に対しては、面会時に随時説明しながら、施設1・3・4は説明文書を送り（施設3は葉書）、施設2・5・7・8は家族などに郵送する広報誌などの中で取り組みを紹介している。また、施設3は施設説明会、施設5は家族会総会、施設6は家族会で説明を行い、家族から意見を聞いている。家族からはホテルコスト（施設5）などについて質問が出ていた。

② 改築・新築途中

スタッフが入居者に工事の進捗状況などを随時口頭で説明しながら、施設2・5・8は入居者懇談会、施設8は入居者向けの文集の中で継続的に説明を行っている。家族に対しては、面会時に随時説明しながら、施設2・5・7・8は家族などに郵送する広報誌などの中で工事の進捗状況などを紹介している。また、施設3は施設説明会、施設4は家族会総会、施設6は家族会で継続的に説明を行っている。

これらに加えて、施設3ではモデルルームをつくり見学者から意見を聞いている。入居直前の施設公開はよく行われており、施設5は施設に入居申し込みをしている待機者にも呼びかけて見学会を行った。施設8は、新築移転にともない、旧施設からバスを出して、入居者の見学会を行っている。

また、引越間近となり、入居者一人ひとりに詳しい説明をして希望を聞いている（施設3・7・8）。聞いている希望は、一緒にグループになりたい人・居室の位置などであり、部屋割りなどに配慮されている。施設3は、居室ごとにカーテンを選択できるようにする計画であり、引越の1ヶ月くらい前から意見を聞く予定である。

入居者からの意見は「ご飯は静かな環境の中で、静かな人と食べたい（施設2）」、「新しい施設では1Fに移りたい（施設5）」、「（新しいグループでも）これまで担当していたスタッフにいて欲しい（施設7）」などである。家族からは個室希望（施設4）、部屋の広さ・構造・家具の持ち込みなどについて問い合わせがあった（施設7）。

③ 引越

引越にあたって、家族に引越日を知らせている。家族への協力の呼びかけは様々であり、施設6は新施設に移るにあたって、一度、自宅に帰ってもらうかたちをとり、入居者の半数程度が自宅に帰った。家族が旧施設に迎えに来て一緒に荷物の整理をし、新施設に送ってきて一緒に荷ほどきをしている。施設5は全面改築にともなって、入居者の荷物を一度、家族に持ち帰ってもらっているため、引越時に再び持ってきてもらうことになる。その際、タンスなどの持ち込みを呼びかける計画をしている。

④ 入居後

入居後も随時入居者に意見を聞きながら、施設2・8では入居者座談会が継続されており、入居後の感想や意見がよせられている。「2Fにも電話が欲しい（施設2）」「他の入居者が居室で見ているTVの音がうるさい（施設7）」「男子専用トイレがない（施設

8)」 「介助浴のリフターチェアが高く座りにくい（施設8）」などの意見があり、入居当初「個室になってさびしい（施設4・6）」という声もあった。

家族に対しては、面会時に随時説明をしながら、施設2・7・8は家族などに郵送する広報誌などの中で入居後の生活を継続的に紹介している。家族からの意見は、入居者の食堂の席からの眺めが悪いなどである（施設2）。

入居後、居室が広くなり、施設7では冷蔵庫やタンス・ポットを買った人がおり、施設8ではタンスや観葉植物をスタッフと一緒に買いに行った人がいる。また、施設4では家族がTVや観葉植物を持ってきたり、ベッドを買ってきたり、施設7では家族が椅子やタンスを持ってきたりしている。

ユニットの共用空間について、施設4・7・8では、ユニットごとに予算を決めて、入居後に家具や小物類を買い揃えている。のれん、食器などを、入居者とスタッフが一緒に買い物に行く様子が見られた。

また、施設8は移転前の生活の継続性に配慮して、旧施設の近隣の商店・医療機関まで新施設から巡回バスを出している。多くは併設の養護老人ホーム入居者が利用しているが、特別養護老人ホーム入居者もスタッフ同伴で利用することができる。

(2) 利用者参加の仕掛け

① 入居者懇談会

入居者懇談会を行っているのは、施設2・5・8である。施設改築・新築移転の計画、工事の進捗状況、入居後の生活など、繰り返し説明が行われ、意見交換が行われている。

施設2では月1回実施、入居者80人のうち30人程度が参加、施設からは生活相談員、介護職員、ケアマネージャーが出席している。施設5では2ヶ月に1度、入居者120人のうち20～30人が参加、施設からは施設長、相談員、栄養士、医務室、介護職員3人が出席している。施設8では2ヶ月に1度、入居者100人のうち20～30人が参加、各フロアからスタッフ1人が出席しており、結果はフロアごとに拡大コピーして貼りだしている。

苦情対応と連動しているところはないが、施設5では介護相談員が入居者懇談会に参加しており、入居者懇談会で入居者から出た意見に対して、その次の訪問時に改善されていなかったため、施設側に注意をうながしたこともあった。

② 家族会など

施設3では年1回、施設説明会を行っており、入居者100人の家族40～50人が参加している。施設5では家族会が年1回総会を行っており、入居者120人の家族50～60人が参加している。施設6にも家族会がある。この時に、施設改築・新築移転、工事の進捗状況、日頃の取り組みなどの報告が行われている。

大人数の中ではなかなか意見も出にくいだが、施設5の家族会は、毎月、入居者の誕生日である家族が集まって食事会を行っている。食事会には介護相談員が参加し、家族から意見を聞いている。また、施設5の苦情対応第三者委員の一人は家族会の代表であり、施設には言いにくい家族からの意見を日常的に受け付ける窓口にもなっている。

③ 広報誌

広報誌などで、施設改築・新築移転、工事の進捗状況、入居後の生活などが紹介されている。施設8では入居者向けに月1回、文集を発行し、誕生月の入居者の家族にも郵送している。また、施設2は月1回広報誌、施設3は葉書、施設5は年4回広報誌、施設7は年6回広報誌を家族などに郵送している。広報誌などは、家族以外に、ボランティア、近隣機関、入居申し込みをしている待機者などに郵送されており、施設2・3・5はホームページで公開している。

4. 考察

(1) 改築・新築移転の各段階における利用者参加について

基本設計時、入居者から出た意見はユニットや個室に批判的で、居室変更など、生活が変わることに対する不安が表に出たものである。家族からの質問も、ホテルコストなど費用負担の話であり、具体的な生活を展望したものではない。

この段階での利用者参加は、改築・新築移転後の施設像についてコンセプトを共有し、そのイメージを施設経営者・スタッフと一緒に具体化していくことであるが、ユニットケアや図面の説明で、施設側が持つコンセプトが入居者や家族に十分に伝わっておらず、具体的な生活像がイメージできていなかったことが考えられる。

このような入居者や家族からの意見は、工事が始まり、進捗状況が説明され始めると、少し具体的なものになっていた。居室に対する希望、家具の持ち込みに関する問い合わせなどがあり、施設側から繰り返し説明を行い意見を聞くとともに、入居者一人ひとりに詳しい説明をして意見を聞いたり、モデルルームや見学会などを行った成果と考えられる。

引越では、いくつかの施設で家族の協力を呼びかけていた。荷物を一時期持ち帰って再び持ってきてもらったり、移転にともなって一度自宅に帰ってもらったりすることで、家族が荷物の整理・荷ほどきに参加していた。入居後、面会に行き、居室が広がったことに気づいた家族が、TVや観葉植物を持ち込んだり、ベッドを買ったりしていることと考え合わせると、移行経過から、家族が生活環境づくりに参加することは、好ましい結果を生むことが推測される。

入居後、入居者からの意見は、旧施設の時よりも建物設備に関するものが増えていた。改築・新築移転にともなって建物設備に目が向き、使ってみて分かる不便さなどが様々なかたちで現れている。施設ではこれらの意見に細やかに対応しており、新しい施設と一緒に作っていく作業が行われていた。

これに比べて、家族の意見は増えていない。改築・新築移転の計画・工事中に、家族に説明を行い意見を求めていたのに対して、入居後に、家族に対して積極的なアプローチが行われていないためと考えられる。改築・新築移転前に家族の承諾を得て、引越を終えたからそれで終わりではなく、継続的に家族に引越後の生活状況を説明し意見を求めていくことが必要と考える。入居後に面会に行き、居室が広がったことに気づいた家族が家具などを持ち込んでおり、家族は変化に対応して生活環境づくりを行っている。継続的に家族に引越後の生活状況を説明し意見を求めていくことで、これらの家族の働きかけをさらに活かしていくことができると考える。

また、いくつかの施設において、ユニットごとに予算を決めて、入居後に家具や小物類

を買い揃えており、入居者とスタッフが一緒に買い物に出かける様子が見られた。これまでイメージでしかなかったものが具体的なかたちとなり、入居者及びスタッフも決まり、少しずつ確かめながら作っていくことができる段階で、現場スタッフに権限をおろして、入居者が参加しやすい状況をつくりだしていると考え。計画や工事の過程で自分の意見を言うことが難しかった入居者が、さまざまなかたちでスタッフに自分の意志を伝え、一緒に暮らしを作っていることが分かる。

(2) 利用者参加の仕掛けについて

入居者懇談会、家族会は比較的古くからある形態であるが、施設改築・新築移転にともなう継続的な説明と意見交換によく利用されている。介護相談員が入居者懇談会に参加して改善に向けて指摘をしたり、家族会の代表が苦情対応第三者委員をつとめているなど、介護保険後に導入されたシステムとも連動して、利用者参加を保证するかたちが作られつつある。

しかし、問題なのは、入居者懇談会では参加している人数、家族会では実施される頻度である。入居者懇談会の参加者は、入居者の2～3割程度である。懇談会という形態を好まない人、また、懇談会という形態の中で情報を得て自分の意見を言うことが難しい人への配慮が必要と考えられる。また、家族会は年1回である。家族が個々の入居者に関する事柄だけでなく、施設の計画・進捗状況などを把握し、みんなの「暮らし」づくりに参加する機会を増やしていくことが必要と考えられる。

これまで施設改築・新築移転などは、施設経営者・スタッフが、ケアとは別枠の時間帯や場所で検討し、従来の入居者懇談会や家族会のように少しあらたまった場で入居者や家族に説明し意見を求めていた。この検討をケアの場に持ち込み、入居者や家族がいるところで日常生活の中で行うことはできないだろうか。ユニットの食堂で図面を広げれば、近くにいる入居者や家族がのぞきこんで、これまで意見を言わなかった人たちも、一緒に説明を聞き意志を伝えることができると思われる。

そして、前述した、ユニットごとの予算を決めて、家具や小物を入居者とスタッフが一緒に買いに出かけているように、「暮らし」を一緒に作っていく。従来の入居者懇談会や家族会では、入居者や家族は「意見を言う人」、施設側が「応える人」であった。しかし、例えば、居室における家具の持ち込みは、施設側が「呼びかける人（お願いする人）」、入居者や家族が「応える人」であり、比重が逆転している。それを居室だけに終わらせず、ユニットの共用部分から段階的に一緒に考えて一緒に作っていくことができないだろうか。

入居者懇談会や家族会について述べてきたが、もう一つの利用者参加の仕掛けとして広報誌などがある。広報誌などは、家族に郵送されるだけでなく、幅広い人たちへの情報提供ツールとして使われている。入居者や家族という点から見ると、特に入居申し込みをしている待機者にとって、施設の情報を継続的に得る貴重な機会になっていると考え。入居申し込みをしている待機者に対しては、この広報誌などを通じて、見学会や施設公開への呼びかけも行われており、現在入居している入居者や家族だけでなく、利用者のすそ野を広げて、施設の計画・進捗状況について説明を行い意見を求めていく取り組みであると考え。

今後、建物設備の変更を含めたケアの質の向上に向けた取り組みの中で、利用者参加の創

意工夫の発展が期待される。

注 記

- 1) 2002年度からユニットケア型の特別養護老人ホーム（小規模生活単位型特別養護老人ホーム）に対応した施設整備費補助金が設けられた。また今年度から、ユニットケア型の特別養護老人ホームについて、従来型よりも高い介護報酬が設定された⁷⁾
- 2) ユニットケアは、集団処遇に疑問を持った施設職員や、痴呆性高齢者グループホームが痴呆性高齢者ケアに効果を発揮している状況を見た施設職員が、施設での試みとして、入所者をいくつかの小グループごとに分けて個別にケアを行うことにより産み出したものとされる。ユニットケアは、在宅に近い居住環境で、入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う手法である。その実現のためには、個性や生活のリズムを保つための個室と、他の入居者との人間関係を築くための共同生活室というハードウェアが必要であり、同時に、小グループごとに配置されたスタッフによる一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位的一致）というソフトウェアが必要となる。ユニットケアとは、ソフトウェアとハードウェアが相俟って効果を発揮するものであり、そのどちらが欠けても効果的なケアを行うことは難しい⁷⁾

文 献

- 1) 風の村記録編集委員会：風かおる終の棲家 ーもしわたしが暮らすとしたら…から始まった私たちの特別養護老人ホーム作り、ミネルヴァ書房、2001年
- 2) 大森弥、東日本監査法人編：新型特別養護老人ホーム 個室化・ユニットケアへの転換、中央法規、2002年
- 3) 福祉オンブズマン研究会：福祉“オンブズマン” 新しい時代の権利養護、中央法規、2000年
- 4) 社会福祉法人大阪府社会福祉協議会大阪社会福祉研修センター編：福祉サービスにおける第三者委員苦情解決ハンドブック、中央法規、2000年
- 5) 介護相談・地域づくり連絡会：介護相談派遣事業ハンドブック、介護相談・地域づくり連絡会、2000年
- 6) 社会福祉法人函館カリタスの園法人25年史編集委員会：夢の咲く丘 グロード神父と『旭ヶ岡』の25年、法人25年史編集委員会、2002年
- 7) 厚生労働省 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護、2003年

表 1 調査対象施設

	開設年	定員	現在のユニット数 (建物形態)	改築新築移転
1	平成7年	50人	5 (既存施設利用)	平成15年1月一部改築
2	平成6年	80人	4 (既存施設利用)	平成15年2月一部改築
3	平成12年	100人	5 (既存施設利用)	平成16年4月増築完成予定 (50人・7ユニット)
4	平成2年	65人	5 (全面改築)	平成15年1月全面改築
5	昭和48年	120人	6 (既存+新型特養に改築中)	平成16年11月全面改築完成予定
6	昭和49年	60人	6 (新築・新型特養)	平成14年4月新築移転
7	昭和47年	80人	8 (新築・新型特養)	平成15年4月新築移転
8	昭和43年	100人	6 (新築)	平成14年8月新築移転

資料1 調査対象施設1の概要

1. 施設概要

平成7年開設 定員50人 5ユニット（平成15年11月現在）

2. 改築内容

2Fフロアの寮母室カウンターを取り除き、入居者食堂として利用する

3. 改築の経過

平成13年 1Fフロア37人を2つにグループ分けしてケアを始める

平成15年1月 2Fフロアの寮母室カウンターを取り除き、入居者食堂として利用。

2Fフロア33人を2つにグループ分けしてケアを始める。

平成15年9月 2Fフロア33人を3つにグループ分けしてケアを始める。

4. 改築経過における利用者の参加

(1) 設計時・改築中

①入居者に対して

説明 居室担当スタッフが口頭で説明。その他に、食堂に貼り紙。

意見 ユニットケアのイメージが具体的にできないためか、当初「どうして分か
れなければならないのか」という意見もあった。

②家族に対して

説明 全員に文書で通知。

意見 特になし

(2) 改築後

①入居者からの意見

「2Fにも電話が欲しい」という意見があり、電話を設置した。

「移動の時に机が邪魔になる」という意見があり、机の配置を変更した。

②家族からの意見

入居者の食堂の席からの眺めが悪いと指摘があり、席を変更した。

5. 改築経過における利用者参加に対する施設側のコメント

改築後、グループに分かれスタッフが固定されたことで、これまで聞けなかった意見が聞けるようになったと感じている。

資料2 調査対象施設2の概要

1. 施設概要

平成6年開設 定員80人 4ユニット（平成15年12月現在）

2. 改築内容

1F オープンスペース・廊下の間仕切りをして、入居者食堂にする。

2F 倉庫・談話室を改築して、入居者食堂にする。

3. 改築の経過

平成13年 8月 ユニットケアに関する職員アンケート実施

9月 ユニットケアに関する職員研修

10月 寮母主任会議で改築を決める

11月 ユニットケアプロジェクト発足（スタッフ5～6人が参加、週1回の打ち合わせ）。

平成14年 4月 80人を4つにグループ分けしてケアを始める。

平成15年 2月 1F オープンスペース・廊下の間仕切り。2F 倉庫・談話室の改築。

4. 改築経過における利用者の参加

①入居者懇談会

月1回実施。入居者30人ほどが参加。施設からは生活相談員、介護職員、ケアマネージャーが出席。

その中でユニットケアや改修について、随時説明。居室変更、工事の騒音などについて入居者から質問があがっていた。食堂が近くなることについて肯定的な意見が多く、グループ分けについては具体的にイメージできていなかったようで、あまり意見はなかった。

例1：平成14年2月入居者懇談会議事録から一部抜粋

ユニットケア導入に関する説明（担当 相談員）

現在の皆様のご生活は（中略）施設に求める介護のあり方自体も開設時の8年前から考えると大きく変わってまいりました。このような問題を解決すべく職員一同で検討に検討を重ねた結果、大幅な施設の改造と、皆様への日常介護の仕組みの抜本的な変更に取り組むこととなりました。この取り組みは、世間では「ユニットケア」という名称で呼ばれています。その内容は簡単に申し上げれば、①食堂を4つに増やし、そのそれぞれに属する4つのグループに分かれていただく。②そのグループのメンバーは、身体的精神的にも同じような生活リズムをもった方々で構成する。③職員都合の介護の仕組みは極力排して、入居者皆様の生活のリズムにあわせた介護を行っていく、ということです。どの程度皆様にご満足いただけるかはまだわかりませんが、職員一同が最大限の努力をしてご期待に添えるように努力して参ります。

<入居者皆様からのご意見>

特になし

例2：平成14年3月入居者懇談会議事録から一部抜粋
施設改修について（担当 相談員）

入居者皆様の生活の質（QOL）を高める為に施設を改修を行うということで説明を行う。つまり、食堂の増設により食と住の環境が隣り合うことになり、今までの食事に関する長い待ち時間がなくなりますと説明した。また、異なる生活レベル（痴呆度や生活自立度）の方の居室が隣り合う事によるトラブル発生を防ぐ為には施設改修に加えて居室の変更が必要である旨もお伝えした。最後に別紙資料を用いて施設改修後にどの場所にどのようなADLの方が移動していただくかを説明した

<入居者皆様からのご意見>

「あたしはどちらになりますか？」〇〇氏

施設からの回答→おそらく1Fか2F東になります

例3：平成14年10月入居者懇談会議事録から一部抜粋
施設改修工事について（担当 相談員）

先日来お知らせしていた施設改修工事が11月中旬から開始できる旨お伝えする。入居者の方からは特に質問は無かったが、「楽しみです。ごはんが部屋の側で食べられて嬉しい」との声があった。また、〇〇氏から「ごはんは静かな環境の中で、静かな人と食べたい」との声があった。「静かな人たちのグループ（ユニット）もできるであろうが、その場所が現在の〇〇さんのお部屋があるグループとは限らないので、今の場所を取るか、静かなところに移動するかの二者択一になります」とお答えした。

②広報誌

月1回発行して、家族などに郵送。ホームページでも公開している。

ユニットケアへの取り組み・改築なども広報誌で紹介したが、家族からの意見は特になかった。

③苦情受付

2Fフロア中央に相談室があり、苦情受付窓口を兼ねている。「ご飯がまずい」「物がなくなった」等さまざまな意見・相談がもちこまれ、その都度対応している。苦情箱もあるが、入っていない。

改築に伴う意見は特になかったが、改築当初、「(これまでの)食堂に行かなくても良いのか」という質問があり、入居者の戸惑いを感じられた。

5. 改築経過における利用者参加に対する施設側のコメント

改築後、グループに分かれ、面会に来た家族が食堂ですぐすことが多くなった。これまで聞けなかった意見をこれから聞いていきたいと考えている。

資料3 調査対象施設3の概要

1. 施設概要

平成12年開設 定員100人 5ユニット（平成15年12月現在）

2. 改築内容

隣の敷地に、62人・7ユニットの増築（新型特養）。

定員が増えるのは50人であり、既存部分から12人が移動する。そして、既存部分の空いた部屋（12人・3部屋）を入居者食堂などに変更する。

3. 改築の経過

平成12年 1号棟48人を4つにグループ分けしてケアを始める。

平成15年 1月 増築（3号棟）のため準備室をもうける（スタッフ6人が参加、週2回の打ち合わせ）

平成15年 12月 増築部分のモデルルーム公開

平成16年 4月 3号棟完成予定。

一部の入居者が3号棟に移り、2号棟の空いた部屋を入居者食堂などに改築する予定。

4. 改築経過における利用者の参加

(1) 全体に対する説明

①説明会

年1回、敬老の日前後に、施設の取り組みなどを説明する会を行っている。

平成11年頃の介護保険の説明から、平成12年頃に拘束廃止・ユニットケアへの取り組みを報告するようになり、今年は増築準備室スタッフが増築部分の説明を行った。

家族40～50人が参加。特に家族に限っている訳ではないが、入居者の参加はなかった。

既存部分から一部入居者が増築部分に移るため、詳しい説明を希望する10組が残り、そのうち3組が移行を希望した。

②広報誌

葉書で進捗状況を家族に知らせている。一部をホームページでも公開。

葉書で増築部分に移る希望者を募ったが、反応はなかった。

③モデルルーム

居室2部屋を先行してつくったもの。準備室スタッフが、実際につくってみて、修正するためにつくったもので、入居申し込みをしている待機者・併設のケアハウス入居者にも呼びかけて、見学を行っている。

見学会での説明内容

入 口	○扉	色3種類、目地3種類、取っ手3種類（木製）
	○スイッチ	高さは車椅子使用の方でも、立位の方でも操作しやすいように少し低めに設置
トイレ	○扉	3枚引き戸のため、開口部が広く車椅子でも出入りがしやすい
	○便器	色6種類、暖房便座、シャワー洗浄取り付け可能、ロータンク（家庭での生活に近づけるため、自動センサーは設置せずレバー式）、ナースコール設置
	○手すり	木目調。背もたれ・肘掛けの設置により安定した姿勢が維持できる
	○照明	2種類
洗面台	○洗面台	色3種類、薄目で高さは車椅子対応。温度制限ができるように蛇口にストッパーコンセントは感電などの危険防止のため、水場から離れた洗面台下に設置
	○鏡	2種類
	○照明	鏡に合わせて2種類
部屋	○障子	組み方3種類
	○広さ	トイレを除いて8畳
	○壁	壁紙は2つの部屋は違うものを使用（木目は床色に合わせて2種類、柄6種類）。コート掛け設置、画鋲や釘を打って絵画、写真などを飾ることができる。棚設置
	○天井	木目調、照明2種類
	○電気設備	TV持ち込み可能。エアコン設置。電話は外線・内線対応、必要がなければ取り外し可能（電気代、電話代は別途。各部屋にメーター設置）
	○ベッド	高さは最も低い場合25cm、3モーター（背上げ、膝上げ、昇降）。転落の危険がある方に衝撃緩和の専用マットを用意している（家具の持ち込み可能）
	○床	色2種類、フローリング仕様、クッション性があり身体への衝撃が少ない

入居申し込みをしている待機者から出た意見

待機者200数人のうち51組が見学。多くは家族のみであったが、高齢者本人が2～3人訪れている。

意見・質問は「居室に床暖房はないのか？」「トイレの3枚扉が重い（開閉しにくい）」「壁の飾り棚が、ベッドを壁によせて置くには邪魔」「ワンルームマンションみたい」「きれい」など。