

平成 15 年度老人保健事業推進費等補助金による研究報告書

平成 15 年度

小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成

報 告 書



SENDAI Dementia Care Research and Training Center

社会福祉法人 東北福祉会

高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター

この報告書をご覧ください皆様へ

本研究では、介護職員の方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ました。1つは、介護職員のコミュニケーションの評価（研究Ⅰ）に関するもので、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）についてです。これらの研究をもとに、介護職員のケアのあり方について、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しました。

この報告書は、上記の2つの研究をまとめたもので、研究方法や結果の詳しい説明が付けられています。そのため、全体としてはやや長いものとなっています。

報告書末尾の「まとめ」（43～46 ページ）で研究全体の概要とまとめを示しておりますので、概要をお知りになりたい方は、「まとめ」をご覧ください。

もくじ

はじめに	1
研究Ⅰ：介護者コミュニケーションの評価に関する研究	3
問題と目的	3
グループホーム職員に対するヒアリング調査	5
評価研究①	10
評価研究②	21
研究Ⅰのまとめ	31
研究Ⅱ：小集団コミュニケーションにおける介護職員の役割	33
問題と目的	33
方法	34
結果	37
考察	41
まとめ：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	43
謝辞	

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

はじめに

本研究は、平成 15 年度に実施された、高齢者痴呆介護研究・研修仙台センターの研究事業「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」の一環として行われたものです。

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ます。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ます。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きています。このような流れは、今後施設ケア全体に波及していくことと思われる。

加えて、高齢者の生活の充実は、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ます。また、重度の痴呆をもつ方であっても、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能力は比較的保たれることが指摘されています。

これらのことを鑑みると、施設利用者の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資料を示していくことが必要となると考えられます。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につながるでしょう。特に本邦においては、急速な高齢化によって介護職の需要が増えるとともに、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という状況もあります。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、一層こうした資料の必要性は高まっているものと思われれます。

そこで本研究では、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ました。1つは、介護職員のコミュニケーションの評価（研究Ⅰ）に関するもので、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）についてです。これらの研究をもとに、介護職員のケアのあり方について、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しました。

研究 I : 介護者コミュニケーションの評価に関する研究

[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のしかた（発話のスタイル）が指摘されています。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に、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、アメリカやカナダをはじめとして、海外では 1960 年代ころから積極的に研究が行われてきました。これらはその特徴から「第 2 のベビー・トーク」、「制限された話し方」、「高齢者語」などと表現されており、近年では“patronizing communication”と集約的に呼ばれる場合があります。これらのコミュニケーションのしかたは、「高齢者は無力で依存的である」との否定的な思い込みのため、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ています。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ますが、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ます。実際、このような発話スタイルの一部は、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ます。しかも、この問題は、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状況が深刻であることが示されるようになってきました。その中でも、痴呆性高齢者はもっともこうしたコミュニケーションを受けやすいとされていますし、介護職員はもっともその話し手となる可能性が高いことが指摘されています。しかし、このような問題は、最近では日本においても問題視されてきていますが、実証的な研究はほとんど行われていないのが現状です。そこで本研究では、大きな目的として、日本の現状を踏まえた上で、どのようなコミュニケーションのしかたがよい評価を得られるのかについて検討します。

ところで、これまで行われてきた先行研究を整理すると、次のような問題が指摘できます。その 1 つは、上記のようなコミュニケーションのしかた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す。このことについては、高齢者の尊厳や面子を保つという観点から、丁寧で敬意のある話し方が一定の評価を受けることが確認されつつあります。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本邦におけるケアの流れの中で、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ところです。先行研究ではほとんど念頭に置かれていませんが、「自宅でない在宅」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」を示すことが可能でしょうか。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すが、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実証的に明らかにしていく必要があると考えられます。そこで、本研究では、「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話し方を評価の選択肢の1つとして検討し、望ましいコミュニケーションのしかたについて分析しました。

第2点は、だれが評価するのか、という点です。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いようです。しかし、介護保険が浸透しつつある本邦の現状においては、高齢者、とくに痴呆のある高齢者の人権を守る担い手として、また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ます。また、家族を含めた評価者の間で、介護職員のコミュニケーションの評価が異なっている可能性も考えられます。そこで本研究では、施設を利用されている方と介護職員のほかに、施設利用者を抱える家族の方からの評価も求め、この三者の評価を比較しました。

そのほか、受け手側の応答のしかたによってコミュニケーションの評価がどのように変わってくるのか、という点、また従来ひとくくりに否定されてきたコミュニケーションのしかたを少し詳しく分けた場合に、どのような評価の違いがみられるか、という点についても同時に検討しました。

以上本研究では、上記の目的を達成するための検討を行いました。具体的には、介護職員が痴呆のある高齢者に話しかけている場面のVTRの評価を求め、その結果から検討しました。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ました。

[グループホーム職員に対するヒアリング調査]

1. 方法

■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 ヶ月でした。

■手続き

面接調査により、次のような質問への回答をいただきました。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」でした。また面接は質問者 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 分間でした。この調査は 2003 年 10 月に行われました。

2. 結果

回答は全体で 381 の意味内容に分けられました。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、“その場の対応”のレベルで言及していたものは 230 でした。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、集計しました。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ました(表 1 参照)。

■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 でした。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、集計しました。

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)」が含まれていました。「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)」、「やさしい表情で接する(3)」、「ゆっくり話す(2)」、「声のトーンを抑える(2)」、「その他(1)」が含まれていました。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

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)
	「望ましい対応」の根拠(33)	観察から(26) 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・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) 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望ましい対応が定まらない(9)

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)」、「礼儀ある態度(3)」、「その他(3)」が含まれていました。

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ました。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でした。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)」が含まれていました。「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)」がありました。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した。

■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でした。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、集計しました。

その結果、「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)」が含まれていました。「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)」が含まれていました。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)」が含まれていました。

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ました。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でした。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)」が含まれていました。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した。

■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でした。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)」に分けられました。

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)」となっていました。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」というものでした。

■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」について聞きました。回答が得られた意味内容は合計 52 でした。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）」に分けられました。

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）」が含まれていました。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）」が含まれていました。「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」に用いる対応でした。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、というものでした。

3. 考察

まず、「望ましい対応」と「望ましくない対応」及びその根拠から考察します。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す。1 点目は、発話を簡便にしようとする方略です。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ました。回答者らは、短く簡潔にゆつくりと、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ました。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、一定の効果を持ちうると思われます。また、目的の項で述べたような、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ました。これは非言語的な側面や態度や心構えの点で特徴的でした。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、利用者を受入れられるよい雰囲気を出演する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ました。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りました。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ると思われます。

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すが、圧倒的に多かったのが、介護者の発話に対する利用者の反応から判断する、というものです。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ます。

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ました。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す。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す。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しょう。

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ます。これを踏まえて、次に、2つの評価研究から、介護職員のコミュニケーションのしかたが、どのような評価を受けるかについて検討します。

[評価研究①]

1. 方法

■対象者

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 ヶ月でした。

施設利用者群：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した。

家族群：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 歳でした。被介護者との続柄は夫3名、妻3名、息子3名、娘7名、嫁4名でした。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した。

■材料

VTR：評価の対象として、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を用いました。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ました。役者は介護職員役、高齢者役ともそれぞれ2名ずつの女性でした。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ります。

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、敬意のある丁寧な話し方。

BPF (talk Balancing Politeness and Familiarity)：丁寧さと親密さを併せ持った話し方。

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、それ

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ました。

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ました。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けられていました（表4参照）。

表2 実験1におけるVTR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下さい。
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	ややしかめつら	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 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目線を合わせる	やや近くから腰を曲げ目線を合わす	近くから腰を曲げ目線を合わせる
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。

評価項目：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ました。項目は介護者発話を「敬意」「冷たさ（逆転項目(逆方向からたずねる項目)で以下“R”と表記します)」「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」の程度を評価してもらうものでした。

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、施設利用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、それぞれ追加しました。

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段階で回答するものでした。

■手続き

対象者には、登場人物の説明を読んだ後、そのVTRを示し、評価を行っていただきました。また評価項目への回答は、1つのVTRの視聴が終わるごとに行われました。また、この調査は2004年1月から2月の間に行われました。

表5 評価研究①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		発話スタイル		発話スタイル		発話スタイル	
		DCT	SBT	PTF	BPF	DCT	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)
	施設利用者群	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)
	施設利用者群	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)
	施設利用者群	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)
	施設利用者群	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)
	施設利用者群	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(施設利用者群のみ)		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(家族群のみ)		0.67 (1.46)	2.28 (1.49)	3.28 (1.60)	4.06 (1.16)				

2. 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点刻みで得点化しました。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ました（表5参照）。

■介護者発話の特性評価

図1 「敬意」評価の平均のプロフィール

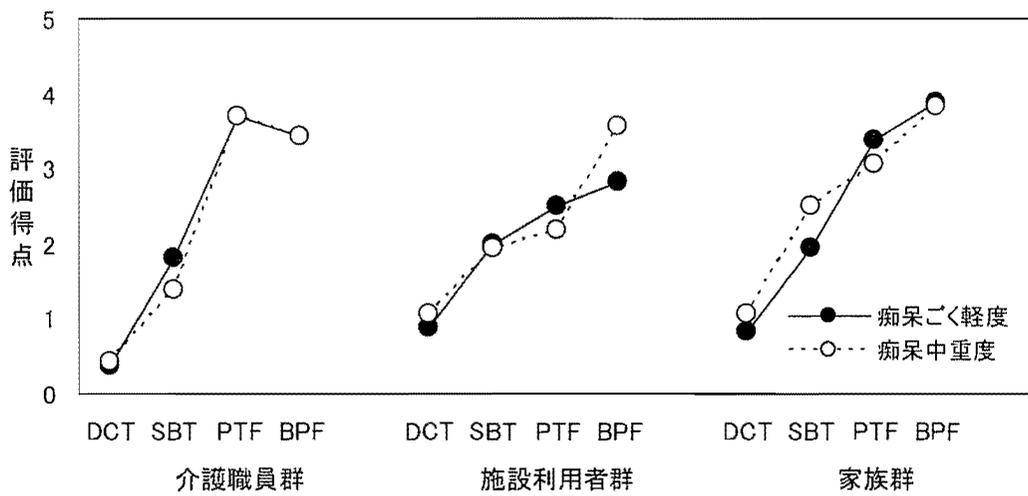


図2 「やさしさ」評価の平均のプロフィール

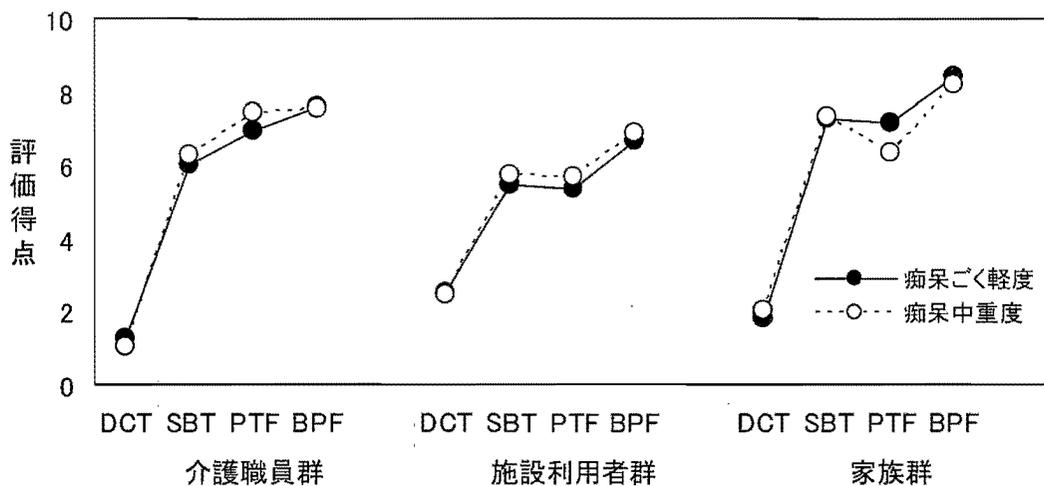
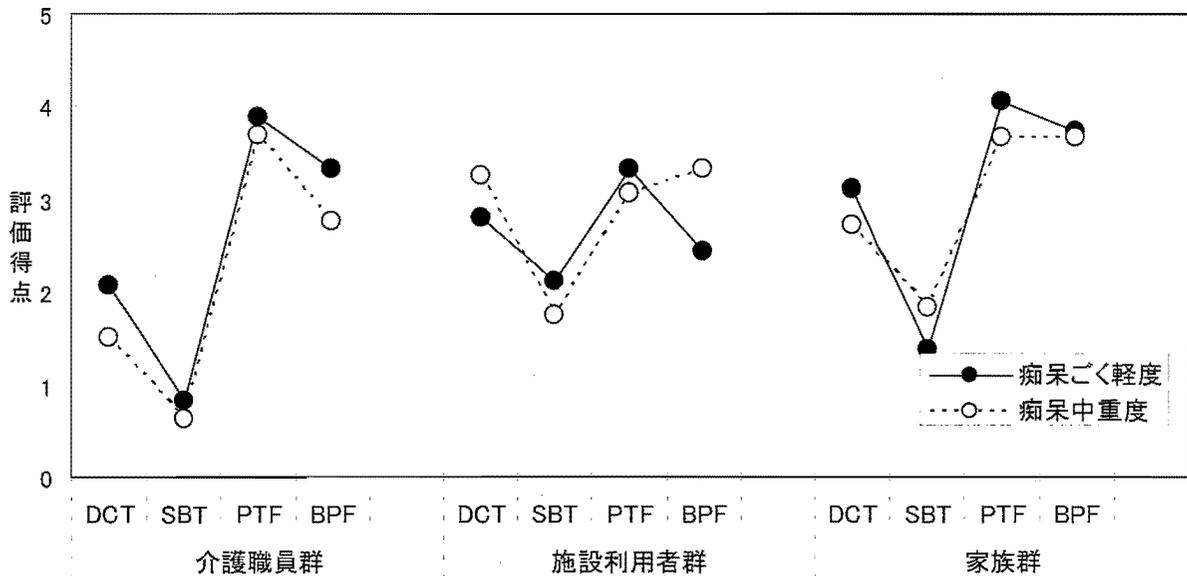


図3 「なれなれしさ(R)」評価の平均のプロフィール



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ました。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」の合成変数としました。これらの評価については、回答者 (3 群)と発話スタイル(4 種類), 及び痴呆重症度(2)の 3 つの要因から分析を行いました。

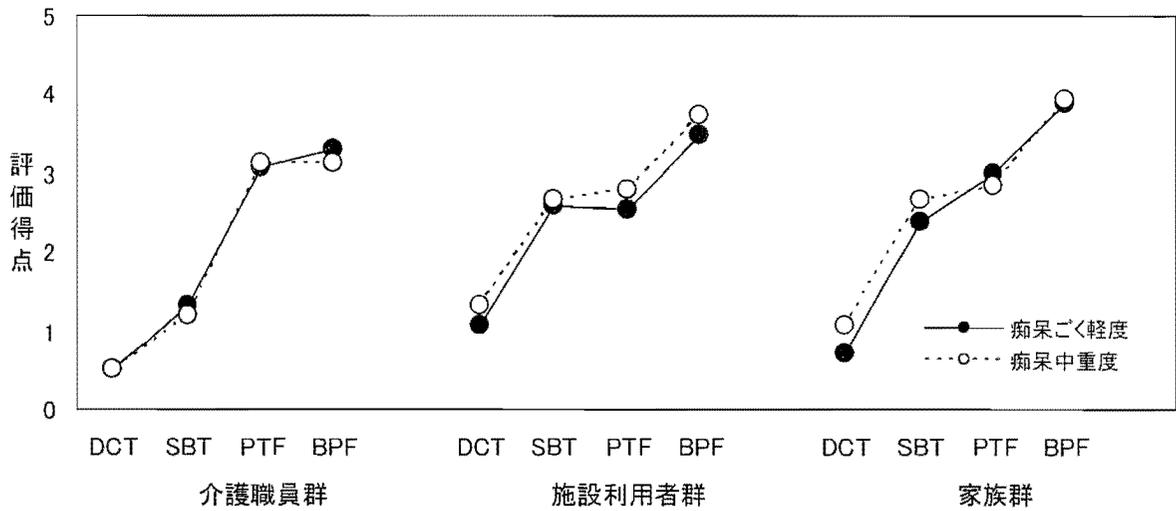
「敬意」については、介護職員群では DCT より SBT、SBT よりも BPF と PTF の評価が高く、BPF と PTF の間には差がありませんでした。施設利用者群では DCT より BPF が大きかったのですがその他のスタイル間で差はありませんでした。また家族群では、DCT より PTF と BPF がそれぞれ大きく、また SBT より BPF が評価が高いという結果でした。これらのことから、発話スタイルの敬意の評価が、3 群間で、特に介護職員群とその他の群間で異なっていることが考えられます。またこの差は、特に発話スタイル PTF に対する敬意の評価として表れると考えられます (図 1)。

次に、「やさしさ」の評価については、家族群が施設利用者群よりも評価が高く、また DCT より SBT、SBT よりも BPF が大きく、DCT より PTF、PTF よりも BPF が大きいという結果でした。SBT と PTF の間には差がありませんでした。これらの結果から、家族群が施設利用者群と比較して「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ります (図 2)。

最後に、「なれなれしさ (R)」については、施設利用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ります (図 3)。

■ 介護者発話の適切さの評価

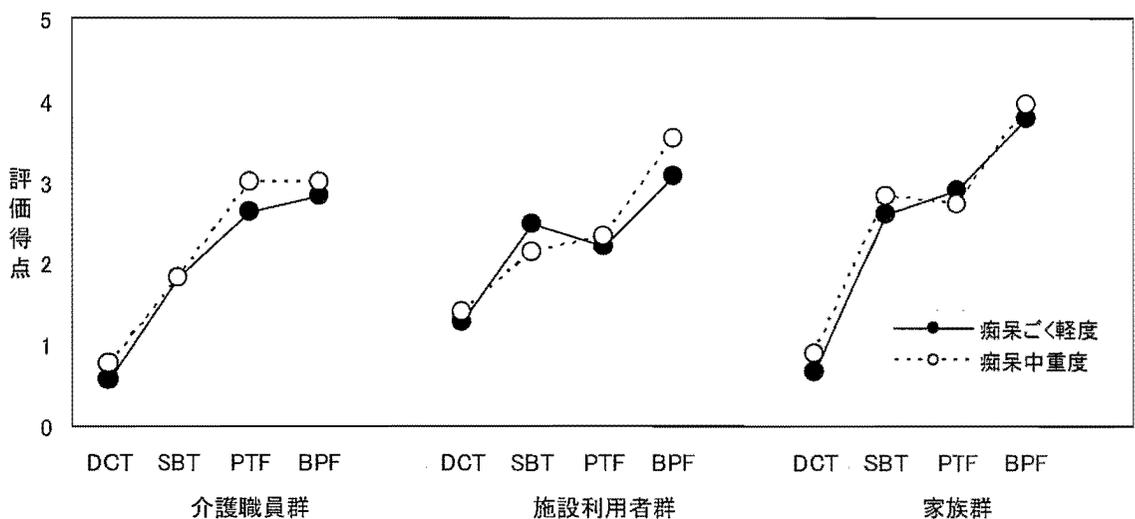
図4 「適切さ」評価の平均のプロフィール



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ています。結果、家族群が介護職員群より平均得点が高く、また発話スタイル別では、DCT<SBT<PTF<BPF の順で大きいという結果でした。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ます(図4)。

■ 受け手の満足度の評価

図5 「満足度」評価の平均のプロフィール



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と推測されるかを聞きました。結果は、DCTよりSBT、SBTよりもBPFが大きく、DCTよりPTF、PTFよりもBPFが大きいというものでした。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ります（図5）。

■ 介護職員による受け手の高齢者の評価

図6 介護職員群による受け手の「明朗さ」評価

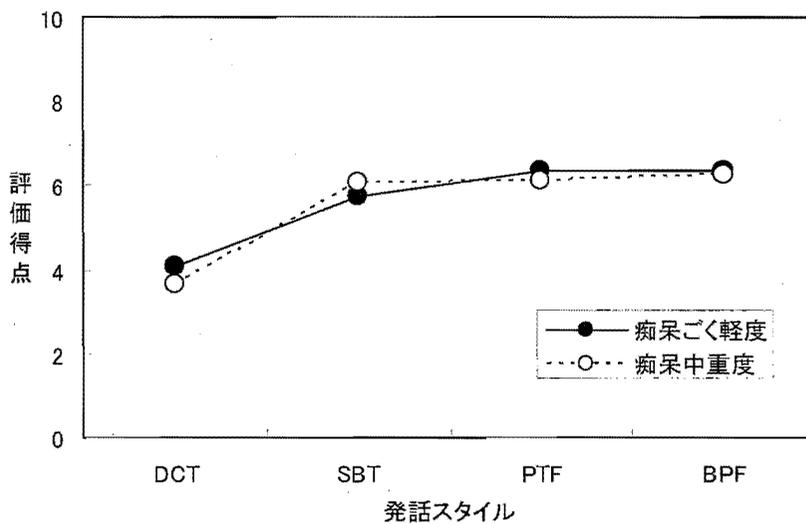
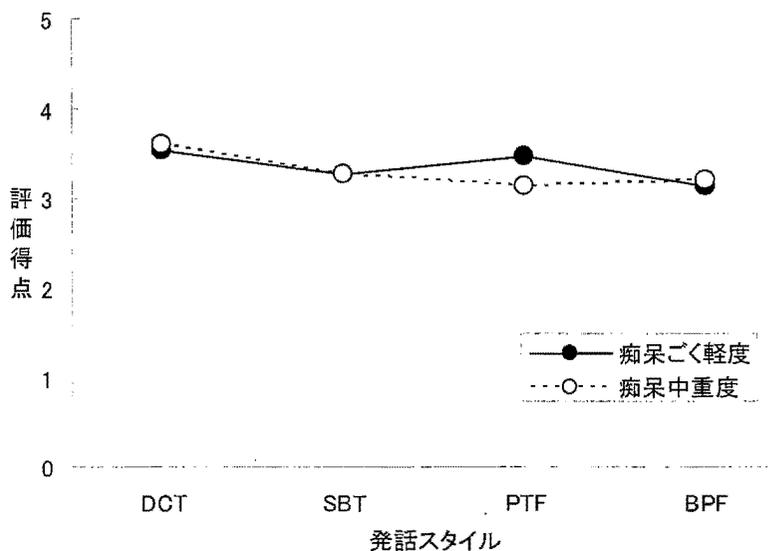


図7 介護職員群による受け手の「依存性(R)」評価

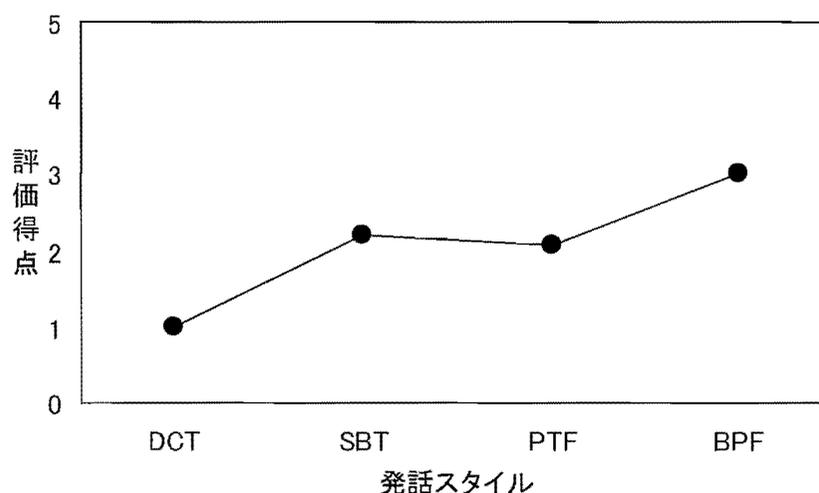


ここでは、介護職員群のみに、「元気さ」「状況の認知度」「依存性（R）」の3点について、受け手役の高齢者の評価を求めました。「元気さ」「状況の認知度」の合計得点を「明朗さ」とし、これと「依存性（R）」に分けて分析しました。

「明朗さ」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く、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ります（図6）。また「依存性（R）」の指標については、いずれの違いも見出されませんでした（図7）。

■施設利用者による自身を想定した評価

図8 施設利用者群による
「自身の入所を想定したうれしさ」評価



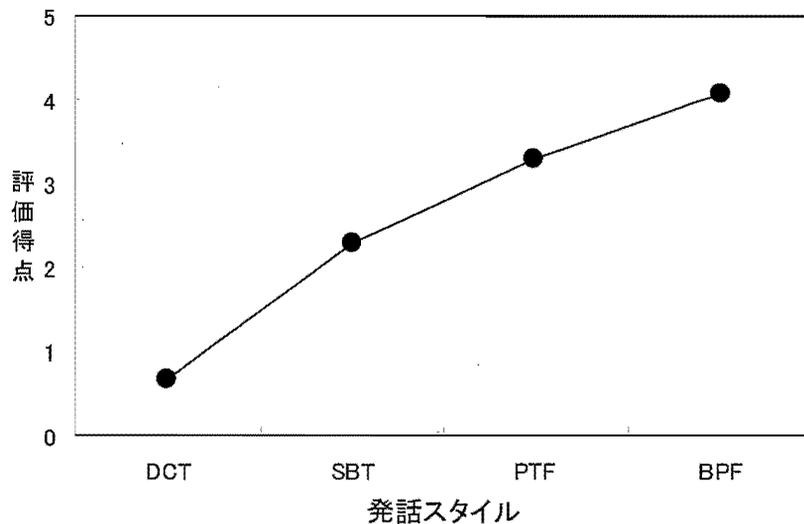
受け手が痴呆重症度の要因において「ごく軽度」の場合のみ、施設利用者には「もし自身がこのような施設に入所することになり、各々のVTRのように話しかけられたらどの程度うれしいか」を聞きました。結果から、BPFが施設利用者が自身を想定した場合の「うれしさ」の評価が高く、SBTとPTFは最下位のDCTよりは高いが、それほどよい評価は受けないことが推察されます（図8）。

■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」を聞きました。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ります（図 9）。

図9 家族群による
「自身の家族を想定した望ましさ」評価



3. 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）について考察します。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」や施設利用者群による「うれしさ」、家族群による「望ましさ」も高いものでした。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ありませんでした。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でしょう。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ます。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 との差があまりありませんでした。特に、この傾向は、施設利用者群と家族群で強く、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ります。また、子ども扱いするような発話スタイル 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」と評価されていました。ただし、施設利用者群と家族群では 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ます。指示・コントロールするような発話スタイル DCT は、全般的に評価が低く、SBT と比較しても低いものでした。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」効果と呼ばれるものが見出されました。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しょう。また痴呆重症度の要因はほとんど影響がなく、あくまで本研究で対象とした場面に限られますが、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ます。

[評価研究②]

1. 方法

■対象者

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、職歴は平均 21.68 (1 年 10 ヶ月) ± 22.46 ヶ月でした。

■材料

VTR：評価研究①と同様に、介護職員が高齢者に話しかけている場面の VTR を作製しました (シナリオは表 6)。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ました

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 (主張的) 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ました。

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ました (表 8)。

評価項目：評価研究①の介護職員群と同様のものを用いました。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」の程度を評価してもらう計 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す。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 段階で回答するものでした。

表6 実験IIにおけるVTRのシナリオ

DCT×協調的承諾

介護職員： ○○(姓)さん
 高齢者： はい、なんですか？
 介護職員： お屋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： お屋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： お屋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。それにもうちよつとでこの本も読み終わるし、その後にするわ。ちゃんと食べないとだめでしょ！
 介護職員： 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： お屋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×協調的承諾

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。それにもうちよつ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 × 協調的承諾

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てください。
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てください。
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： 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てください。
高齢者： わたし今はまだおなかはずいてないの。
それにもうちよつ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てください。
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： そうですか。それではまた後でお誘いしてみますね。

BPF × 協調的承諾

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。
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。
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： 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。
高齢者： わたし今はまだおなかはずいてないの。
それにもうちよつ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。
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： 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。

■ 手続き

まず実験概要及び登場人物の説明を、資料を示しながら口頭で行い開始しました。16 種類の VTR が対象者ごとにランダムな順序で提示され、1 つの VTR を見終えるごとに評価尺度に回答を求めました。また調査は 2003 年 12 月から翌年 1 月の間に行われました。

2. 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点刻みで得点化しました。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ました（表9参照）。

表9 評価研究②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)

■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ました。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」の合成変数としました。これらの評価について、発話スタイル(4種)と応答スタイル(4種)の影響を分析しました。

図10 「敬意」評価の平均のプロフィール

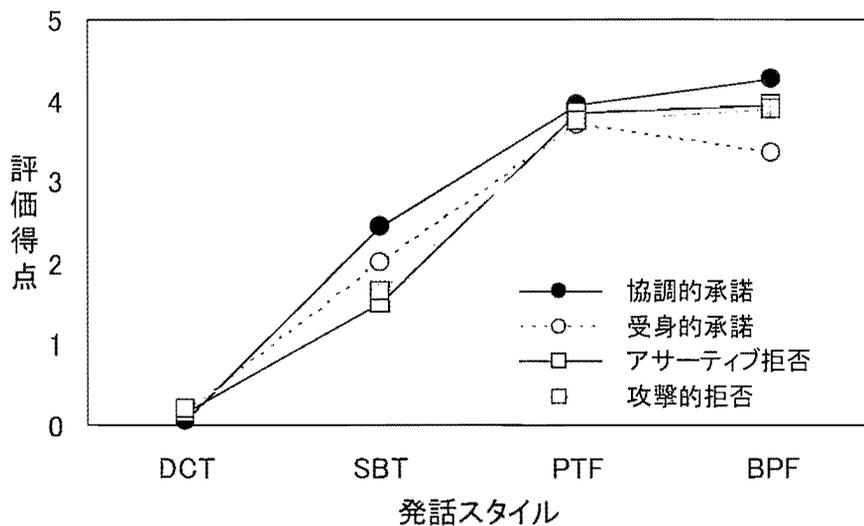
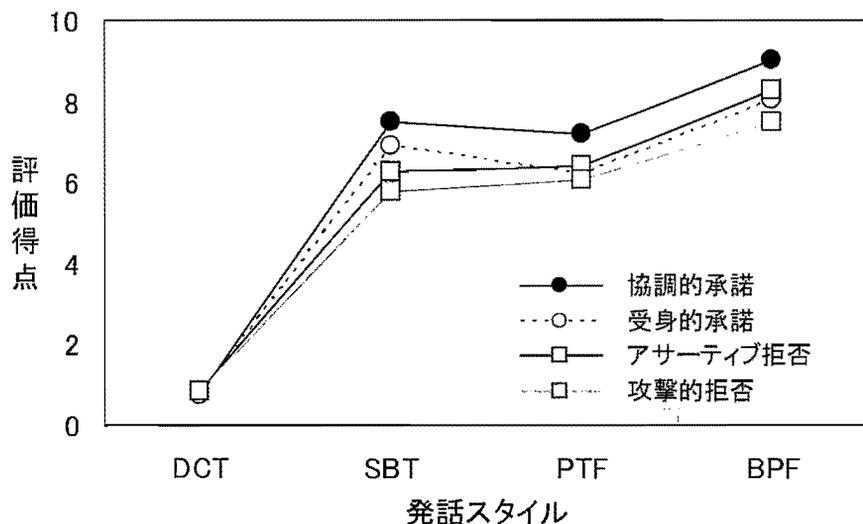


図11 「やさしさ」評価の平均のプロフィール

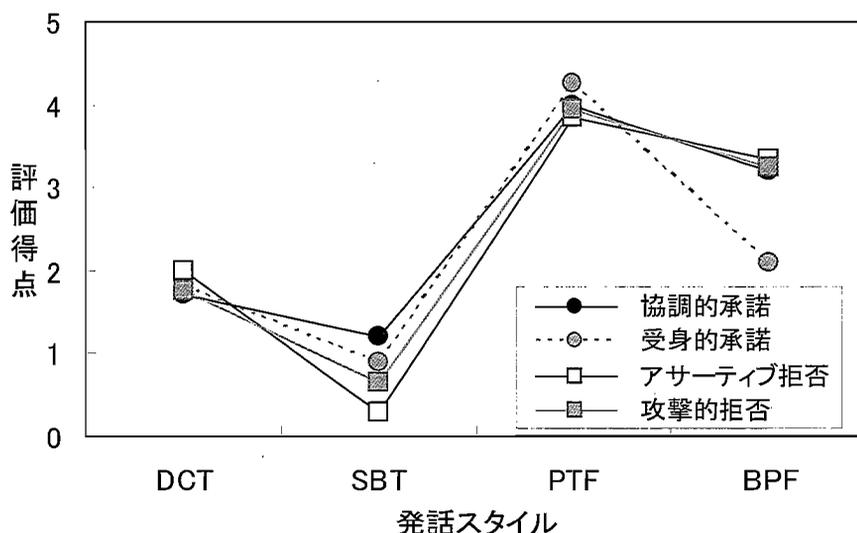


「敬意」についての結果から、発話スタイルとして BPF もしくは PTF を行う場合、DCT や SBT と比較して敬意の評価は高くなりますが、発話スタイルによっては協調的承諾という応答スタイルが敬意の評価を上げることが考えられます（図 10）。

次に、「やさしさ」の評価については、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ります（図 11）。

最後に、「なれなれしさ (R)」については、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 の順になりますが、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ます（図 12）。

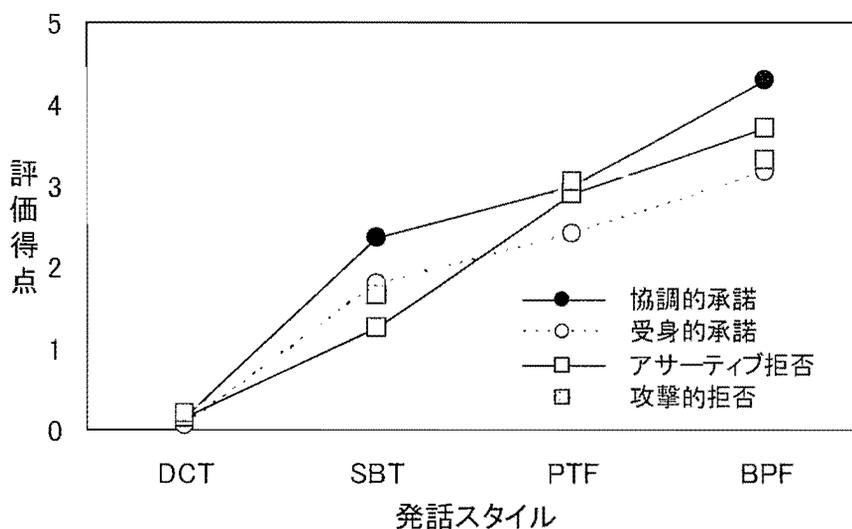
図12 「なれなれしさ(R)」評価の平均のプロフィール



■ 介護者発話の適切さの評価

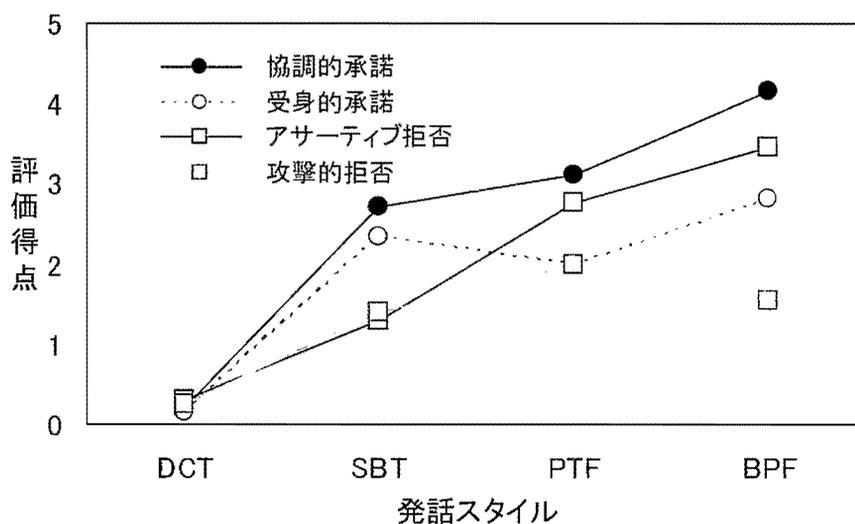
ここでは、それぞれの介護者発話について、全体的な適切さを聞きました。結果から、どの応答スタイルによっても、介護者発話の適切さの評価には $DCT < SBT < BPF$ 、 $DCT < PTF$ という関係が成り立っていますが、受け手の高齢者側が拒否の応答スタイルをとる場合（アサーティブ、攻撃的とも）、 $SBT < PTF$ という差が生じること、また協調的な承諾の応答スタイルがあると $PTF < BPF$ という差が生じることが分かります。また SBT や BPF という発話スタイルとの組み合わせで、協調的承諾の応答スタイルが適切さの評価を上げることがうかがえます（図 13）。

図13 「適切さ」評価の平均のプロフィール



■ 受け手の満足度の評価

図14 「満足度」評価の平均のプロフィール



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きました。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ります。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ます。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ります（図 14）。

■ 受け手の高齢者の評価

図15 「明朗さ」評価の平均のプロフィール

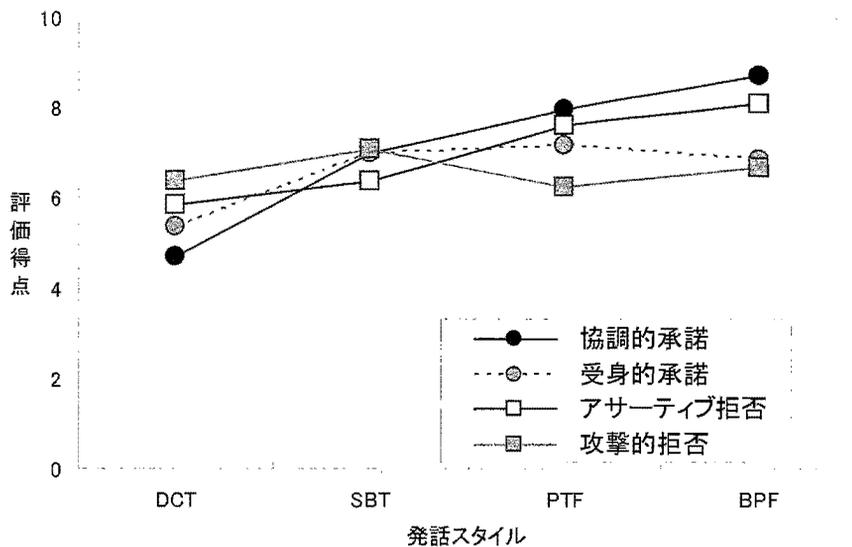
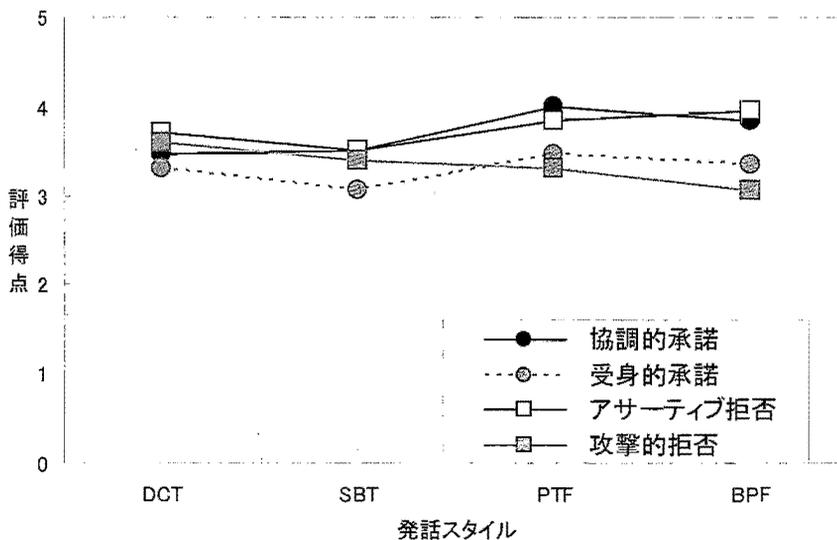


図16 「依存性(R)」評価の平均のプロフィール



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ました。「元気さ」「状況の認知度」の合計得点を「明朗さ」とし、これと「依存性 (R)」に分けて分析を行いました。

「明朗さ」においては、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ます (図 15)。また、「依存性」については、いずれの違いも見出されませんでした (図 16)。

3 . 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、評価研究①と同様のものでした。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ました。

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ました。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ました。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ふ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ます。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、一部気を付けなければならない点があると考えられます。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ませんでした。評価研究①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面があります。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ました。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ます。さらに DCT では、評価研究①と同様に全体的に見て最も評価が低かったのですが、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ました。これは、評価研究①で認められた「被害者を非難する」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ます。

次に、応答スタイルについてですが、協調的承諾がおおむね評価につながっていました。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ました。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した。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しょう。また、応答スタイルの効果が 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す。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でしょう。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のしかたを検討する上で欠かせないものといえます。

[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いました。結果はそれぞれの項で示し、考察したとおりです。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ます。

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ました。その特徴はそれぞれの結果で示したところですが、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 との違いです。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ります。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ました。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面があります。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ました。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」とでもいうべき環境を実現させるための介護者のあり方です。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しょう。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ます。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ありませんし、いかなる場合にも適用可能であるというわけでもありません。またさらに重要な側面を考慮することで、より高い評価を得るスタイルが検討できると思われます。しかし、少なくとも、特定のコミュニケーションのしかた（DCT や SBT）をさけることや、さけられるものに直接対応するような替わりの方略（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ます。

加えて、このような評価傾向が当事者側（施設利用者群・家族群）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ます。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

です。

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ました。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ます。DCTにおいては、全体的にどの評価者においても評価が低だけでなく、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ります。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ものと思われます。

研究Ⅱ：小集団コミュニケーションにおける介護職員の役割

〔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ります。従来、痴呆のある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ました。その一方で、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ります。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言われており、単に言語やコミュニケーションの障害を明らかにするだけでなく、今後は後者のような視点を含めた検討が必要となってくると考えられます。

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、小規模ケアの場です。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します。例えば、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の調査では、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ミュニケーション」が展開されることが示されています。このとき、日常のコミュニケーションの充実に支援するために職員の果たす役割は大きいと考えられます。しかし、現時点ではその役割は必ずしも明確ではありません。

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することを目的としました。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します。

[方法]

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 10 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 ヶ月でした。

■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 歳でした。また要介護度及び痴呆度を含めた入居者の方の様子は表 10 のとおりです。

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

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保した場合のコミュニケーションを比較します。従って下記の 2 つの会話条件の下、会話の記録を行わせていただきました。

■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ました。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お願いしました。

■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いただきました。職員の方へは、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依頼しました。

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ました。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分間ずつ行われました。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決まりはなく、基本的に自由な会話としました。会話の記録は、ICレコーダー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いました。また、ICレコーダー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ました。記録は、2004年1月から3月の間に断続的に行われました。会話は、2つの条件でそれぞれ10例ずつ記録されました。

3. 分析指標

分析対象とされた各10例の会話音声は、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ました。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）の別に分類を行いました。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）も求めました。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分間としました。

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ました。

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。「まだ終わっていないでしょう?」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。

[結果]

1. 発話数

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.

** $p < .01$, Me(中央値), Q(四分位偏差)

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、条件間で比較しました。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 と違いが認められました。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ります。

また入居者のみの発話を、同様に条件間で比較しました。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、職員専従条件の方が多い傾向があったものの、統計学的に有意な差ではありませんでした (表 12)。

2. トピック数及びトピック長

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.

† $p < .10$.

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、条件間で比較しました。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 と差が見られました。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ります。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ました。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

* これ以降の表中にある統計記号は、次のことを表します。† ($p < .10$)、* ($p < .05$)、** ($p < .01$) はそれぞれ 10%、5%、1%の危険率 (本当は差がないのに「差がある」としてしまふ危険性) で統計学的に意味のある差であることを示します。また「n.s.」は、そのような差が認められなかったことを意味します。

は 5.34、職員専従条件では 8.21 で、明らかな差はありませんでした（表 13）。

3 . 重複・割込み発話数

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 *

* $p < .05$

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、条件間で比較しました。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 と差がありました。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りますが生じてくるのが分かります（表 14）。

4 . 発話分類

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)			
閉じた質問	8.08	(2.45)	5.68	(1.23)	11.89	(3.17)	5.60 †	n.s	*
開いた質問	3.17	(1.96)	1.91	(1.38)	7.17	(2.45)	8.58 *	n.s	*
明確化要求	1.72	(1.37)	1.79	(2.38)	8.05	(5.24)	3.68	n.s.	
否定的質問	0.00	(0.00)	0.00	(0.00)	0.00	(0.13)	4.00	n.s.	
指 示	4.98	(4.61)	4.28	(3.45)	3.60	(5.25)	1.20	n.s.	
陳 述	51.46	(14.57)	61.00	(13.79)	40.73	(9.59)	2.60	n.s.	
否 定	2.04	(1.24)	2.34	(2.71)	0.36	(0.99)	3.83	n.s.	
強 化	1.51	(2.05)	2.96	(3.52)	3.20	(2.74)	7.12 *	n.s	n.s
あいづち詞	9.63	(4.86)	7.21	(3.39)	11.08	(4.41)	2.40	n.s.	
繰り返し	0.43	(1.02)	1.48	(1.15)	4.02	(2.67)	5.11 †	n.s	n.s
言い換え	0.00	(0.05)	0.00	(0.00)	0.36	(1.07)	3.18	n.s.	
文 完 成	0.00	(0.23)	0.00	(0.30)	0.00	(0.00)	2.00	n.s.	
分類不能	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%

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ました。各指標について、その出現率を比較し

たところ、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」で差が見られました。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ります。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、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ります（表 15）。

5. 交換構造

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%

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ました。

まず、各タイプについて、その出現率を比較したところ、「Ir」において、職員専従条件での入居者と職員間で差が見られました。従って、少数ではありますが、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ります。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ましたが、どの形態においても差は見出されませんでした（表 16）。

6 . 発話の適切性

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*

* $p < .05$

入居者の発話の意味的な適切性について、条件間で比較しました。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 と差があり、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ります。

一方、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ました。その結果、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 と差があり、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ります（表 17）。

[考察]

まず、職員専従条件の肯定的な効果からまとめます。職員専従条件の肯定的な効果は、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ます。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ります。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るでしょう。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、会話がより活発になったものとして評価できると考えられます。

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す。つまり、職員専従条件の効果は、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ます。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ます。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ります。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、別の意味で注目すべき点でもあります。つまり、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）形式的に選択するかというコミュニケーションの能力は、痴呆のある高齢者であっても、かなり残存することが確かめられたとも考えられます。

またそうした中で、入居者の発話の質的な違い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す。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ました。このことは、職員専従条件の肯定的な効果に加えることができると考えられます。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ます。はじめに論じたように、痴呆をもつ高齢者にとって、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、そこで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ます。特に痴呆のある高齢者にとっては、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において「話が通じる」ということの持つ意味は大きいと考えられます。

以上のことを総合すると、職員専従条件の肯定的な効果は一定程度認められたと考えられます。しかしながら、ここで注目しなければならないのは、通常業務条件での職員の発話です。例数は少ないのですが、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ました。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した。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ます。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す。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依頼しました。そのような状況においては、当然ながら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ます。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積極的なものとし、その結果入居者のコミュニケーションを活発にし、意味的な了解性を持たせるといふ、肯定的な効果をもたらしたものと考えられます。

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とされています。その意味でも、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ます。

まとめ：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ました。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）についてです。これらの研究から、以下のような結果が得られました。

[研究Ⅰ]

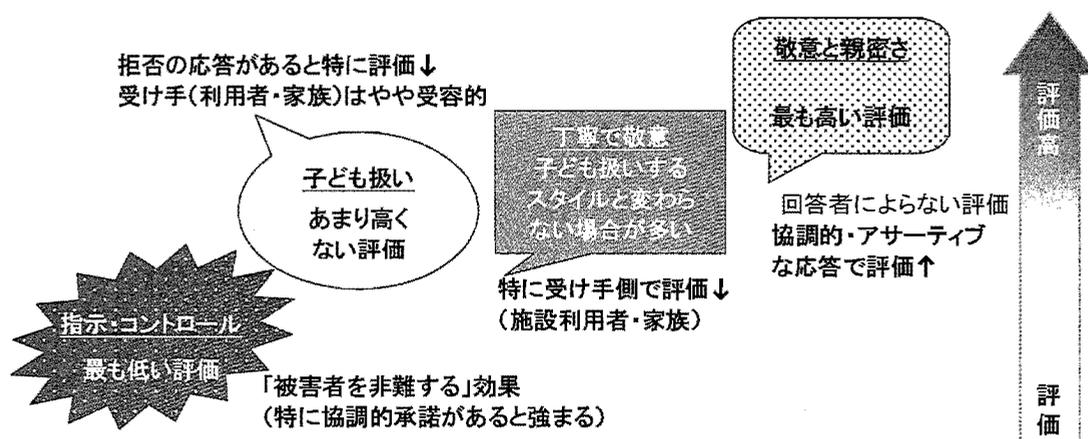


図17:発話スタイルを中心とした研究Ⅰの結果

グループホーム職員へのヒアリング調査をもとに作成した、介護職員が4種の発話スタイルで重度及び軽度の痴呆性高齢者に話しかけている場面のVTRに対して、介護職員、施設利用者、家族に評価を求める研究と、同様の4種の発話スタイルに対して痴呆性高齢者側が4種の応答スタイルを行う16種類の会話場面のVTRについて、介護職員に評価を求める研究の2つの評価研究を行いました。その結果、敬意と親密さの両者の特性を持つ発話スタイルは、評価者や受け手の痴呆重症度に関わらず高い評価を受けていました。これに対して、敬意のある（親密さを問わない）発話スタイルは、しばしば子ども扱いするようなスタイルと近い評価を受け、特に受け手側（施設利用者、家族）の満足度が低いなどそれのみでは不完全と思われました。また子ども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し、拒否の応答があると評価が

低下するなど、潜在的には否定されるべきものと考えられました。指示的で相手をコントロールする発話は、全体的な評価が低いのに加えて「被害者を非難する」効果が著しく、高齢者の状態像を低く見積らせる可能性があると考えられました。さらに、高齢者側の応答スタイルによっても評価は左右されており、望ましい（あるいは望ましくない）発話スタイルの評価は、最終的には受け手側の反応に委ねられるものと考えられます(図 17)。

[研究 II]

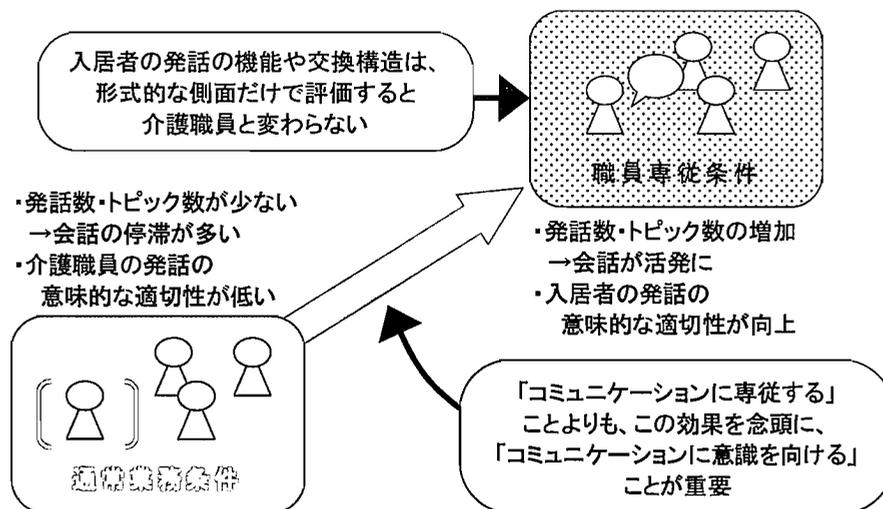


図 18: 研究 II の結果のまとめ

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ました。結果、介護職員が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；10 例）においては、集団の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しました。しかし、通常の業務どおりの条件（通常業務条件；10 例）で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していました。特に、このとき介護職員の発話の適切性も同時に低下していました。また、入居者の発話は、意味的な適切さや整合性を除けば、形式的な機能の面では介護職員との差はあまりありませんでした。これらの結果から、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中で、「コミュニケーションのことを優先して考える」ことができる状況が、職員のコミュニケーションを積極的なものとし、その結果入居者のコミュニケーションを活発にし、意味的な了解性を持たせるといふ、肯定的な効果をもたらしたと考えられます。(図 18)。

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ります。そのためここでは、限定的ではありますが、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ました。

① 多面的な観点とそ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のしかた（DCT や SBT）を避けたり、またそのようなコミュニケーションに直接対応するような代替の方略（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）から検討する必要性があります。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性があります。

② 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す。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でしょう。

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す。本研究では、全てではありませんが、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ました。例えば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でしょうか。

③ 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ものです。例えば研究Ⅰ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ました。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ります。

④ コミュニケーションに意識をむける

研究Ⅱ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い面がありました。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ました。このことから、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ります。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だと思われま

⑤ 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ませんが、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、入居者の方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の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した。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踏まえて、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と思われま

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ません。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ます。ただし、一言で「コミュニケーション」といっても、そこに含まれる意味は広く、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きます。今後はより広範に検討するとともに、具体的な実践を念頭に置いた、あるいは試験的な実践を踏まえた具体的なモデルの作成が必要と考えております。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力頂きました全ての皆様に感謝いたします。利用者の皆様、ご家族の皆様におかれましては、貴重なお時間を割いて本研究にご参加頂きましたこと、心より感謝しております。また現場の最前線で介護にあたられている職員の皆様につきましても、忙しい職務の中快くご協力頂き、誠にありがとうございました。本研究に残された課題は少なくないものと思いますが、今回の結果を踏まえ、少しでも有益な資料をお示しできるよう、今後の研究に活かしていきたいと存じます。

なお、研究の実施に際し、下記施設にご協力頂きました。記して感謝いたします。

社会福祉法人 東北福祉会 せんだんの里*

小原 ルミ子 (生活支援部マネージャー)

新沼 清孝 (住居介護1課チーフ)

齋藤 嘉美 (在宅支援課チーフ)

白井 富久子 (住居介護3課チーフ)

千脇 隆志 (相談実習課チーフ)

国見ヶ丘3丁目グループホーム (住居介護1課サブチーフ 浅田哲也)

特別養護老人ホーム南ユニット (リーダー 佐藤和仁)

デイサービス (リーダー 菅本裕昭)

* 所属は平成15年度当時

有限会社ライフアート (代表取締役/総合施設長 武田純子)

グループホーム福寿荘

グループホーム福寿荘Ⅱ

(敬称略)

研究実施に携わったスタッフ

吉川 悠貴 (東北大学大学院教育学研究科)

後藤 満枝 (仙台大学・東北福祉大学大学院総合福祉学研究科)

本間 藍 (東北福祉大学大学院総合福祉学研究科)

杉山加奈子 (東北福祉大学大学院総合福祉学研究科)

設楽 梢 (東北福祉大学総合福祉学部)

小澤 裕之 (東北福祉大学総合福祉学部)

平成 15 年度 老人保健事業報告書

小規模ケアにおける効果的介入方法モデルの作成

2003 年 3 月 31 日発行

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

発行者 高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター
センター長 長嶋 紀一

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