

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

認知症における標準的なケアモデルの 構築に関する研究

平成18年度総括・分担研究報告書

(H18－長寿－一般－030)

主任研究者 加藤伸司

平成19(2007)年4月

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業
「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」
(H18－長寿－一般－030)

総括・分担研究報告書 目次

I. 総括研究報告書

「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」

加藤 伸司（認知症介護研究・研修仙台センター）	1
-------------------------------	---

- （資料） 1 活動分類コード表
2 支援行為、活動記録例
3 ケアコード一覧
4 会話記録記入例

II. 分担研究報告書

1 「調査対象者の属性に関する分析」

内藤 佳津雄（日本大学）	43
--------------------	----

2 「認知症高齢者の活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究」

矢吹 知之（認知症介護研究・研修仙台センター）	53
-------------------------------	----

3 「コミュニケーション支援モデルに関する研究」

吉川 悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター）	88
-------------------------------	----

4 「認知症高齢者への支援行為（関わり）の実態に関する研究」

内出 幸美（社会福祉法人 典人会）	115
-------------------------	-----

5 「認知症高齢者における環境支援の実態把握とモデル構築に関する研究」

阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター）	173
-------------------------------	-----

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	204
---------------------------	-----

<研究組織>

主任研究者

加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター センター長）

分担研究者

阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）*1

矢吹知之（認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員）*2

吉川悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター 専任研究員）

内藤佳津雄（日本大学文理学部心理学科 教授）*3

内出幸美（社会福祉法人 典人会 総所長）

研究協力者

大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会 理事長）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘 事務長）

吉田 恵（社会福祉法人 幸清会 グループホーム幸豊ハイツ 管理者）

行徳 秀和（社会福祉法人 幸清会 幸豊ハイツ 主任指導員）

小野寺 真（社会福祉法人 典人会 グループホームひまわり ）

所属・職名は平成19年4月10日現在

*1 平成18年度は主任研究員

*2 平成18年度は研修研究員

*3 平成18年度は助教授

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」

総括研究者 加藤 伸司 （認知症介護研究・研修仙台センター）

研究要旨

本研究は、認知症高齢者の属性別のコミュニケーションの実態、活動傾向、支援行為の傾向、環境支援の実態の把握とケア評価項目の提案を目的とし、グループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームに入居している認知症高齢者68名を対象に、平成18年12月～平成19年2月の1日について約12時間中の「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の支援行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察調査を実施した。その結果、ADLの程度が重度の場合、基本的な生活行為及びくつろぎ、会話による交流支援の評価指標が、ADL程度が軽度の場合、食事の準備や片づけ、洗濯、清掃など家事行為への支援評価指標を提案する必要性が示唆された。認知機能の程度との関連では、ADL程度が軽度を前提とし、認知機能の程度が中度以上の場合には食事の準備やあとかたづけなどの支援について、又、重度な場合は口腔ケア支援についての評価指標の必要性が示唆された。認知症高齢者へのコミュニケーション支援に関するモデル作成は高齢者側の属性要件とあわせて、支援状況や生活場面及び介護者側の属性要件別のコミュニケーション支援モデルを検討する必要性が示唆された。環境支援については、徘徊等が頻回な高齢者への見当識を補完するような環境支援、会話や交流支援を多く必要とする高齢者への刺激の質やふれあいを促進するような環境支援、ADL程度が重度な高齢者への安全と安心を保障したり、自己選択の機会を多くするような環境支援に関する詳細なモデル提示の必要性が示唆された。

分担研究者 阿部 哲也 （認知症介護研究・研修仙台センター）
矢吹 知之 （認知症介護研究・研修仙台センター）
吉川 悠貴 （認知症介護研究・研修仙台センター）
内藤 佳津雄（日本大学）
内出 幸美 （社会福祉法人 典人会）

A. 研究目的

介護保険制度は要介護者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的としており、「2015年の高齢者介護」報告^{*1)}においては認知症高齢者ケアの普遍化が謳われている。認知症ケアの普遍化にはケアの標準化が必須であり、認知症高齢者の有する能力に応じ、生活の中で主体的に能力を発揮できるような支援方法

の開発や系統的なエビデンスの収集と評価の確立が早急に求められている。今後、増加が予測される認知症専用型共同生活介護、小規模多機能型居住介護などのケアの質の確保及び向上、又、認知症ケアの専門家養成の観点からも施設・在宅を問わない標準的な認知症ケアのモデル構築や評価指標の作成は重要な課題であると考えられる。

認知症ケア技法に関する研究は近年、多方面からのアプローチがされており、認知症高齢者の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）への対応手法やＱＯＬ向上のための技法など基本介護や生活支援、アセスメントの方法に関する研究、認知症高齢者への声かけやコミュニケーションの方略に関する研究、生活活動やレクリエーションなど活動支援の手法に関する研究、物理的環境だけでなく対人的な関係を含む社会的環境や施設の運営方針やケア理念を含めた運営的環境等総合的な環境支援方法に関する研究など多種多領域からの実践研究が行われている。

その中でも認知症高齢者への介護技術開発や生活支援手法に関する研究は、認知症高齢者ケア研究の中核ともいえるテーマであるが、研究の多くは事例研究や質的な分析にとどまり、認知症高齢者ケアの一側面を捉えたものが多く、輻輳的なケア要素の関係を包括的に体系化したものは少なく、普遍性や一般性といった点で標準化された介護技法のモデル研究は充分とはいえないのが現状である。小松ら^{*2)}は介護老人福祉施設で勤務する介護スタッフへの観察及びインタビュー調査から認知症ケアにおける専門技術の概念構造を質的分析によって整理している。その結果、認知症ケア技術は高齢者の潜在能力を発見し活かすための技術である「パワーへの働きかけ」、個別性に配慮しペースをあわせる技術としての「波長合わせ」、ケアマネジメントの確実な実践とモニタリングとしての見守り技術を示す「介護のプロセス」、生命の保障や基本的介護を優先実行する技術として「レール敷き」の４つのカテゴリーに分類している。これらの分類は言い換えれば、有する能力を活用した生活活動支援の技術、受容的なコミュニケーション技術や個々の生活の継続性を考慮した環境支援の技術、生活に寄り添いながら実施する見守りの技術、生活の安全と安心を保障する基本介護技術と捉えることができるだろう。

一方、認知症ケアにおける評価指標の開発はケアアセスメントツールや高齢者の状態評価、事業所の運営管理面も含めた施設サービス評価、環境評価、コミュニケーションやアクティビティ支援などケアの方法評価等の開発研究が蓄積されつつあり、有用性が検証され実践の場で活用されているものも少なくない。特に、アセスメントツールの開発については高齢者のケアマネジメント手法が日本に導入されるとともに多種のツールが開発研究され活用されており、近年では認知症高齢者に特化した代表的なアセスメントツールとして認知症介護研究・研修センターを中心に開発された「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」^{*3)}がある。通称センター方式は、『その人らしいあり方』、『安心・快』、『自分の力の発揮』、『安全・健康』、『なじみの暮らしの継続』の５つの視点を基本とし、Ａ～Ｅのシートから適宜選択しながら、２４時間の生活の流れにそって利用者本位のアセスメントを行うためのケアプラン作成のためのツールである。あるいは、標準的な認

知症介護を生活状況別、B P S D別、活動別に例示し認知症介護のモデルを提案しているのがRichard Flemingら^{*4)}による痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプランである。身体的問題、基本的な生活行為、認知症に伴う行動・心理症状、余暇や他者との関係、看護など7分類についてそれぞれ55項目の詳細な状況ごとに予防や対応、根拠の具体的なモデルが例示され、それらを参考に個々の事例に応じてケアプランを作成することになっている。このケアモデルはオーストラリアの介護施設の専門家と著者らによって開発され、実際のケアプラン作成や教育教材として活用されている。内藤ら^{*4)}によって翻訳され日本語版が出版されており今後の日本での活用が期待される場所である。そして管理運営面を含んだ評価指標としてグループホームを含んだ地域密着型サービス用に開発されたものが地域密着型サービス評価項目^{*5)}である。評価方法は「理念に基づく運営」、「安心と信頼に向けた関係作りと支援」、「その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント」、「その人らしい暮らしを続けるための日々の支援」、「アウトカム評価」の5つの領域について100項目から構成され、取り組みの現状と要望について記述式で記入するようになっている。

これらの評価指標は今日の認知症介護の質の向上やケア技術の確立にとって認知症介護の専門家、事業所、高齢者にとって有用な指標としてさらなる活用が期待される。しかし、認知症専用型共同生活介護事業所や小規模多機能型共同生活介護事業所、小単位型特別養護老人ホームを代表とした認知症介護及び居住環境の小規模化は、物理的、人的環境になじみやすく、高齢者同士の関係性が安定しやすいといった特徴がある反面、密室性が高く、閉鎖的空間になりやすく、リスク発生時の対処が困難であるといった弊害の可能性も孕んでいるといわれている。これらの弊害は、認知症高齢者への不当な拘束、虐待等に発展する危険性があることは、昨今の介護に関連した不祥事が少なくないことからすれば明らかである。これらの危険性を無くし、弊害のリスクを最小限にするための手段としてケア評価指標の確立と普及は喫緊の課題と考えられる。先述した評価指標は多くの認知症介護に関連した事業所の質向上に貢献し、標準的なケアの遂行と教育に帰依してきたと考えられるが、一方で虐待や不当な拘束といった劣悪なケアの発生が生じているのも事実である。認知症ケアの全体的な質の向上には、質の低いケアを標準的な水準まで高める事と、実践における質の高いケアをより多く普及すること、双方からの取り組みが必要であり、特に、劣悪なケアを無くすための具体的な望ましくないケアモデルの例示・評価と、必ずしなくてはならない標準的なケアモデルの作成、そして質の高いケア事例の普及・浸透が早急な課題と考えられる。

本研究は、介護保険の理念である「能力に応じ自立した生活の実現」を認知症ケアのビジョンとして位置づけ、高齢者の身体機能、精神機能、生活能力を活用した自立生活を達成するためのコミュニケーション、生活支援、活動支援を包括的に体系化した認知症ケアに関する標準モデルを構築し、認知症ケアの質を保障するための評価指標の作成及び普及を最終目的としている。

今年度は、高齢者属性別、生活場面別のコミュニケーション技法、活動傾向、支援行為の実態把握及び、環境支援の実態把握と評価視点の整理を行い、次年度研究予定の認知症介護の専門性抽出調査の基礎資料とする事を目的としている。

B. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者は〇県のK施設、I県のT施設、H県のKH施設の3施設であり、いずれもグループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームを有する施設である。調査対象事業種はグループホーム3カ所、小規模単位型特養のユニット15カ所であり、K施設12ユニット、1グループホーム、H施設1ユニット、1グループホーム、KH施設3ユニット、1グループホームである。調査対象者は本人あるいは家族より研究同意を頂いた認知症高齢者68名である。

2. 調査方法

1) 調査期間及び手続き

平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間を調査期間とし、認知症高齢者1名に対し、調査トレーニングを受けた調査員2名が、7時～19時の約12時間について「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の支援行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い活動、発語、支援行為のコーディングを実施した。高齢者属性評価（年齢、性別、入居期間、認知症の原因疾患、認知症罹患期間、ADL、認知機能、BPSDの程度）及び環境評価（認知症高齢者施設環境配慮尺度PEAP日本語版^{*6)}）については調査と平行し各施設の調査担当職員が実施した。

(1) 支援行為及び活動調査

調査対象者の活動及び調査対象者に関わっている介護者の支援行為の記録については、調査対象者1名につき1名の調査員が、対象者が生活しているユニット或いはグループホームのリビングに対象者の起床時間から就寝時間まで滞在し、対象者の何らかの行為や活動が生起した時間と行為或いは活動の内容を予め分類されコード化された活動分類コード（参考資料1）を参考に所定の記録票（参考資料2）に記述を行った。調査対象者に関わっている介護者の行為についても同様に何らかの支援行為が生起した時間と行為の内容を予め分類されたケアコード一覧（参考資料3）を参考に所定の記録票（参考資料2）に記述を実施した。

行為の記述精度を高めるため、事前に活動及び支援行為の分類基準に関する説明を調査担当者が実施し、調査票への記録練習日を1日設定し調査員と調査担当者による模擬及び検討会を実施した。

活動及び行為生起時刻の記録については、1分間タイムスタディの記録方法を参考に、1分間中に連続して複数の行為が生起した場合、記述速度が記録対象行

為の生起速度に追いつかず、全ての記述が困難な場合は1分間中の主要な行為の記録を実施することで統一し、複数行為の記録が可能な場合のみ全ての記述を実施した。記録はあくまでも行為や活動の意図は考慮せず発現している行為のみを観察記述の対象とし、調査員交代時の記入もれを防ぐため調査対象ユニットのリビングの隅にビデオカメラを定点設置し映像記録も実施した。

(2) 職員の声かけと高齢者の発語調査

高齢者の発語及び高齢者への介護者の発語記録については、調査対象者1名について調査員1名がリビングに常駐し、調査対象者の起床時間から就寝時間までの会話及び発語を継続的に記録した。調査対象者の発語については意味不明なものも含め、一方向的な発話、独語、双方向の会話も全て記録を実施した(参考資料4)。発語の記録については発語速度が記述速度より速く、発語量も多い場合、記録が不正確になる可能性が高いため、本人及び家族に了承を得た上でICレコーダー及びビデオカメラのリモートマイクによる録音を実施した。発語の意図及び抑揚、発語時の表情などは今回の調査記録からは除外し、言語的な内容の記述のみにとどめた。介護者側の発語については、調査対象高齢者への発語及び調査対象者を含んだ複数の対象者に対する発語も記録した。記録の精度を高めるため事前に調査模擬日を設定し、発語記録の練習を行い検討会を実施した。発語量が多く、発語時間が長い場合の記録は可能な限り聞き取り可能な発語のみを正確に記述することとし、録音記録より不足部分を補足することとした。

2) 調査内容及び符号化

(1) 支援行為

支援行為に関する符号化基準は、要介護認定調査検討会(平成18年2月開催)におけるケアコード一覧を参考に10項目の大分類と各大分類ごとの中分類、中分類ごとに準備、言葉による働きかけ、介助、見守り、後始末の5つの小分類に分けそれぞれの援助行為について3桁のコード番号を付与した。更に、ケアコード一覧において小分類よりも更に行為の分類が必要なものについては詳細分類として4桁のコード番号を付与し、又、観測された行為がケアコードの詳細分類に分類困難な場合については新たに詳細分類コード番号を付加した(参考資料3)。

(2) コミュニケーション

コミュニケーションに関する分析指標については、分担研究における表3-1を参考に、コミュニケーションのトピックの始発及びトピック毎の発話の数、発話の機能分類、発話の交換構造である。発話分類については、言語行動(verbal act)に関する指標を参考に作成した。分類の構成としては、質問・指示・陳述・意思表示・フィードバックを基本的な分類とした上で、機能別に14種類及びその他等に細分類した。また発話の交換構造上の機能は、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。

本分担研究ではこれに加えて、反応と働きかけ（Response/Initiation）、再度の働きかけ（Re-initiation）、情報提供（Inform）、及び機能的に明確な場合に限るが、開始（Opening）と終了（Closing）を用いた。また、トピック毎に、対象とした高齢者の活動内容と対象高齢者への援助行為内容について、当該トピックの中で主要な内容を占めているものをコード化した。

（３）活動

活動内容の分類基準については、村木ら^{*7)}や阿部ら^{*8)}の先行研究を参考に生きるための身近活動を「日常生活行為」、社会的に必要な義務作業である仕事を「生活義務活動」、生活を楽しみ、潤いをもたらす余暇活動を「趣味・余暇活動」、いずれにも分類しがたい活動を「その他の活動」の４つに分類し、更に「日常生活行為」を基本行為と身辺管理行為、「生活義務活動」を家事活動、家内雑用、屋外作業、「趣味・余暇活動」を外出活動、音楽活動、運動、趣味・特技、レクリエーション、雑談・交流活動、文学、くつろぎ、その他、「その他の活動」を訓練、信仰、他者の援助、動物の世話、その他に分類した（参考資料１）。

（４）日常生活動作（活動）能力評価

調査対象者の日常生活動作（ADL）の測定については、Barthel Index^{*9)}を採用した。Barthel Indexは１９５５年以来、神経筋疾患や骨関節疾患における自立度の指標として用いられてきており、リハビリテーションの場で経過を評価する方法として有用性が確立され、主に基本的なADLの評価法として標準化されており世界的に普及している^{*10)}。指標の構成は食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの１０項目についてそれぞれ機能の程度に応じて配点の重み付けがされ、１００点満点中の合計得点によって自立度評価を行う。評価方法は、主に直接観察により直近の対象者の状態より、指標の項目について該当する機能程度をチェックするものであり、項目ごとの判定方法について解説が付記されている。本調査についても、調査対象者の入居するユニットにおける介護職員が直近の生活状況を基本とし観察によって評価を実施した。

（５）認知機能評価

調査対象者の認知機能の評価については、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）^{*11)12)}を採用した。HDS-Rは種々の認知機能検査の中でも比較的簡易に認知症をスクリーニングし、再現性、信頼性とも安定している^{*11)12)}。本研究における評価者は介護職員が主であり、評価トレーニングや評価自体が簡便で、スクリーニングの精度が高い評価法としてHDS-Rを採用した。評価方法は質問式評価法であり、主に見当識、短期記憶、長期記憶、簡単な計算などを確認する質問から構成され、それぞれ正答状況によって配点が決められ、３０点満点中の合計点によって２０点以下を認知症の疑いとし、１０点以下を高度認知症

と評価する。本研究においては、調査対象者に最も関わっている介護職員によって、直接、対象者本人に質問を実施して評価を行った。

(6) 認知症に伴う行動・心理症状（B P S D）重症度評価

認知症に伴う行動・心理症状の評価については、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale（B E H A V E－A D）^{*13)14)}を採用した。B E H A V E－A DはReisbergらによって主にアルツハイマー型認知症高齢者に特徴的な行動障害を評価する目的で開発された尺度であり、妄想観念、幻覚、行動障害、攻撃性、日内リズム障害、感情障害、不安及び恐怖の7つの下位尺度及び25項目と全体評価項目1項目から構成され、症状の重篤度に応じ4件法にて評価するため、全体評価項目を除いた合計点数は75点満点である。本邦においては浅田らによって日本語版B E H A V E－A Dの作成及び信頼性の検討が行われ、評価者信頼性及び内的整合性の有用性が認められている^{*14)}。元来、アルツハイマー型認知症用に作成されているものだが、浅田らの研究においても脳血管型認知症を恣意的に対象者として含んでおり、本研究においてもアルツハイマー型認知症に限定せず評価を実施した。

評価方法については、日本語版B E H A V E－A Dの項目に従い調査対象者の担当介護職員が最近2週間の状態について評価を実施した。

(7) 環境支援の実施度評価

環境支援の実施度に関する評価は近年、認知症高齢者の施設環境評価のための尺度として開発が行われその有用性が検証されているProfessional Environmental Assessment Protocole（認知症高齢者施設環境配慮尺度）の日本語版（P E A P日本語版）^{*6)}を採用した。従来より高齢者のための施設サービスや施設環境に関する評価については先行研究が多数行われてきているが、物理的な環境を主に扱うものが多く、あるいは認知症に特化した環境評価については充実しているとは言い難いのが現状である。P E A Pは1990年代以降、国外において開発されてきた認知症高齢者の環境評価に焦点をあてた評価尺度および環境指針であり、最近では児玉らにより日本語版の開発が実施され検証が進められてきている^{*6)15)}。

P E A P日本語版は全部で50項目の質問から構成され、8つの次元9分類の下位項目で分類されそれぞれの下位分類ごとの平均点を算出する。8次元、9つの下位分類（「環境における刺激の調整と質」は1次元であるが、分類としては「環境における刺激の調整」と「環境における刺激の質」に分けている）は、「能力への支援」、「環境における刺激の調整」、「環境における刺激の質」、「生活の継続性への支援」、「プライバシーの確保」、「自己選択への支援」、「ふれあいの促進」であり、「かなり実施されている」、「まあまあ実施されている」、「あまり実施されていない」、「まったく実施されていない」の4件法にて実施度を評価するものである。採点は「かなり実施されている」を4点とし、「まっ

たく実施されていない」を1点として各下位分類ごとに平均点を算出する。

3. 分析方法

1) 高齢者属性による分類

高齢者の属性による状態像分類を目的とし年齢、性別、認知症の原因疾患、認知症罹患期間、認知機能(HDS-R)、ADL(Barthel Index)、入居期間、BPSD程度(BEHAVE-AD)の各頻度及び得点についてクラスター分析(two-step法)を実施し、対象高齢者の属性によるタイプ分類を実施した。クラスター間の比較については、年齢、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症への罹患期間の連続量については、平均値を算出し分散分析及び有意な効果が認められた場合にはTukey法による多重比較を行った。性、要介護度、認知症の原因疾患等の離散量については、クラスター間の分布の差の検定にフィッシャーの直接確率法を実施し、セル単位での分布の偏りは χ^2 検定に基づく残差分析(調整済み残差)を実施した。

2) 支援行為の実態傾向について

支援行為については、要介護認定調査検討会(平成18年2月開催)におけるケアコード分類を参考に、調査によって記述された援助行為をコード化し、介護動作分類ごとに頻度及び実施人数の集計及び割合を算出し、介護動作分類別の実施状況について高齢者属性との関連度合いを検討するため、要介護度、認知症の原因疾患、事業種、入居場所、性別等の離散量との関連については χ^2 検定及び残差分析を実施し、年齢、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入居期間等の連続量の比較及び関連度合いについては分散分析、相関分析を実施した。

3) コミュニケーション構造

対象高齢者の発語に関する分析指標は会話のトピック(話題)の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話それぞれの機能、及び発話それぞれの交換構造における区分を採用した。分析の方針としてそれぞれの指標について職員と高齢者間の差を一つのコミュニケーション・パターンと捉え、①全般的な差の特徴を捉える、②高齢者の属性によって4つのクラスターを構成し、クラスター間の差の特徴を整理する、③さらに分析が可能な場合には場面の性質毎の、クラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンを検討するという手順をとった。

会話のトピック(話題)総数(始発が職員と高齢者のいずれかは問わない)について、活動の種類(生活関連活動、趣味・余暇活動・その他の活動・日常生活行為の4種類)及び支援行為の種類(入浴・清潔保持・整容・更衣、移動・移乗・体位交換、食事、排泄、生活自立支援、社会生活支援、行動上の問題、医療、機能訓練の9種類)と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析(混合配置)を実

施した。

職員及び高齢者のトピックの始発数について活動の種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）及び支援行為の種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

職員と高齢者それぞれのトピック毎の発話数の平均値について、高齢者属性によるクラスター及び話者（職員と高齢者）を要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

発話の機能分類については出現率に換算し、事例毎・話者（職員と高齢者）毎の平均値を算出し、機能分類毎に話者（職員と高齢者）間の差について t 検定を実施した。高齢者の属性クラスター別に発話機能毎の集計を行い、例数が十分な指標については話者（職員と高齢者）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

交換構造についても、機能分類と同様出現率に換算し、事例毎・話者（職員と高齢者）毎に出現率を算出し平均値を算出した。平均値の差について交換構造の分類毎に話者（職員と高齢者）間で t 検定を行った。高齢者の属性クラスター別に交換構造毎の集計を行い、話者（職員と高齢者）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行った。

4) 活動実態の傾向

調査対象者の活動については、活動分類を基準に記述された活動及び行為をコード化し、1日あたりの活動分類別頻度及び全対象者中の活動分類別実施人数を集計し割合を算出した。分類別の活動実施割合及び平均活動頻度と高齢者の属性との関連について χ^2 検定と残差分析及び t 検定、相関分析を実施した。

5) 環境支援実施度合いによる活動頻度への影響

環境支援については、PEAP 日本語版における下位項目 9 分類ごとに実施度得点の平均点を算出し、高齢者の活動頻度との関連について目的変数を活動頻度、説明変数を PEAP 下位項目 9 分類及び高齢者属性とし重回帰分析を行い、ステップワイズ法によって活動頻度に影響を与えている要因を探索的に分析し、環境支援の実施度による活動頻度への予測モデルを検証した。

（倫理面への配慮）

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症高齢者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

C. 結果と考察

1. 調査対象者の属性に関する分析

調査対象者68名中の属性別割合は、ユニット入居者45名(66.2%)、グループホーム入居者23名(33.8%)であり、入居施設はK施設38名(55.9%)、H施設10名(14.7%)、KH施設20名(29.4%)であり、ややKH施設入居者が多い傾向が認められた。平均年齢は85.23歳(SD6.04)、性別割合は男性13名(19.1%)、女性55名(80.9%)であり、要介護度別割合は要介護度Ⅰ8名(11.8%)、Ⅱ8名(11.8%)、Ⅲ24名(35.3%)、Ⅳ15名(22.1%)、Ⅴ13名(19.1%)であった。認知症の原因疾患別割合はアルツハイマー型が15名(22.1%)、脳血管疾患型が27名(39.7%)、混合型が1名(1.5%)、不明が25名(36.8%)と不明の割合が多い傾向が見られた。認知症の平均罹患期間は73.7ヶ月(SD46.75)、平均入居期間は50.7ヶ月(SD54.70)であり、対象者によってばらつきがあるが、入居前からの認知症罹患期間が長いことが示された。認知症の重症度はHDS-Rの平均が6.00(SD5.88)とやや重度の傾向が見られ、ADLはBarthel Indexの平均が45.51(SD30.31)、平均要介護度が3.25(SD1.23)であり、日常生活動作能力も低く、要介護度がやや重い傾向が見られた。BPSDの程度については、BEHAVE-AD得点の平均が75点満点中8.97点(SD8.01)であり、BPSD重症度は軽度の傾向がみられた。

本調査対象者の傾向は、平均年齢が85.23歳とやや年齢が高く、認知症が重度で罹患期間も長く、生活自立能力も低く、要介護度もやや重度の集団であるが、認知症に伴う行動心理症状は少なく安定している集団であることが明らかとなった。

本調査対象者の状態像についてタイプ別分類を行うため属性項目についてクラスター分析(Two-Step法)を実施し、4つのグループに分類された。グループ1は18名(26.5%)、年齢が高く(平均年齢88.22歳)、認知症は重度(HDS-R平均4.89点)、ADLはやや高く(Barthel Index平均61.11点)、BPSD程度は中程度(BEHAVE-AD平均9.50)、認知症の原因疾患は不明が17名(不明25名中68%)、グループ2は13名(19.1%)、認知症程度中度(HDS-R平均11.69点)、ADLが高く(Barthel Index平均71.54点)、BPSD程度が軽く(BEHAVE-AD平均3.08点)、認知症の原因疾患はアルツハイマー型が9名(アルツハイマー型15名中60%)、グループ3は13名(19.1%)、女性のみで構成され、平均年齢が低く(82.31歳)、認知症程度が最も重度(HDS-R平均3.23点)、ADLはやや重度(Barthel Index平均48.85点)、認知症罹患期間が最も長く(平均104.54ヶ月)、グループ4は24名(35.3%)、ADLが重度(Barthel Index平均17.92点)、BPSD程度が最も重く(BEHAVE-AD平均11.46点)、認知症の原因疾患は脳血管型が19名(脳血管型27名中70.4%)であった。

本研究における調査対象者のグループ別特性は、グループ1が高年齢で認知機能は重度、ADLが中位で要介護度3が多く、認知症の原因が不明な群、グループ2は年齢が中位、認知機能がやや高く、要介護度1,2が多く、ADLも良好でBPSD程度が軽いアルツハイマー型・混合型・不明混在群、グループ3は年齢が若く、認知機能が重度

で、認知症の罹患期間が長い、アルツハイマー型が多い群、グループ4は脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群であり、本調査における対象者の状態像は4つに分類されることが明らかとなった。

2. 認知症高齢者への支援行為(関わり)の実態に関する研究

1) 調査対象者全体の傾向

本調査により観測された支援行為(関わり)の種類は544種類であり、支援行為の分類基準に従い①入浴、清潔保持・整容・更衣、②移動・移乗・体位交換、③食事、④排泄、⑤生活自立支援、⑥社会生活支援、⑦行動上の問題への対応、⑧医療、⑨機能訓練、⑩対象者に直接関わらない業務の10項目に分類した。

起床時から就寝時の約12時間に観測された調査対象者68名に対する介護職員の支援行為(関わり)の総数は6,241回、ひとり一日平均96.8回、1時間に平均8回の支援行為(関わり)が実施されていた。

支援行為総数における分類別の頻度構成比は、「食事支援」2,055回(32.9%)、「生活自立支援」1,649回(26.4%)、「移動・移乗・体位交換」960回(15.4%)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」479回(7.7%)、「医療的な支援」333回(5.3%)、「排泄支援」239回(3.8%)、「社会生活支援」209回(3.3%)、「対象者に直接関わらない業務」171回(2.7%)、「行動上の問題への支援」116回(1.9%)、「機能訓練」30回(0.5%)であった。

対象者1名への1日あたり支援行為頻度の平均は、「食事支援」30.22回(SD=15.11)、「生活自立支援」24.25回(SD=22.95)、「移動・移乗・体位交換」14.12回(SD=10.75)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」7.06回(SD=6.67)、「医療支援」4.91回(SD=3.93)、「排泄支援」3.51回(SD=3.53)、「社会生活支援」2.82回(SD=5.57)、「対象者に直接関わらない業務」2.49回(SD=3.65)、「行動上の問題への支援」1.71回(SD=6.99)、「機能訓練」0.44回(SD=1.04)であった。

対象者68名中の支援行為分類別の実施割合は、「食事支援」及び「生活自立支援」(100%)、「移動・移乗・体位交換」(95.6%)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」(94.1%)、「医療支援」(94.1%)、「排泄支援」(75.0%)、「対象者に直接関わらない業務」(61.8%)、「社会生活支援」(39.7%)、「行動上の問題への支援」(39.7%)、「機能訓練」(19.1%)であった。

総じて、「食事支援」、「生活自立支援」の実施率は高く入居者全員に実施されており、「移動支援」、「入浴支援」、「医療支援」でも9割以上、「排泄支援」は7割強の認知症高齢者に対して実施されていた。認知症高齢者への支援行為の全般的な傾向として、基本的な生活遂行を保障するような身体介護を踏まえながら、生活の自立を促進するような支援の実施率が高いことが明らかになった。

2) 対象者属性と支援行為との関連

対象者の要介護度と支援行為分類ごとの実施人数及び割合との関連について χ^2 検定を実施し、有意に関連が認められた場合に残差分析を実施し、セル間の比較を行っ

た。その結果、「移動・移乗・体位交換」($\chi^2(4)=9.706$ $P=.046$)、「調理支援」($\chi^2(4)=13.937$ $P=.007$)、「排泄支援」($\chi^2(4)=26.000$ $P=.000$)について有意な関連が認められたため、残差分析を実施した結果、「移動・移乗・体位交換」支援の実施率が要介護度Ⅱ、Ⅳ、Ⅴで100%、Ⅲで95.8%と要介護度Ⅰに比較して有意に高く、「調理」の非実施割合が要介護度Ⅳ、Ⅴで有意に高く(100%)、「排泄」支援の実施率が要介護度Ⅳ、Ⅴの実施割合が有意に高く(100%)、要介護度Ⅰの実施割合が有意に低い事(25.0%)が明らかとなった。

支援行為分類ごとの実施群と非実施群における年齢、要介護度、入居期間、認知症罹患期間、長谷川式簡易知能評価スケール得点(HDS-R)、Barthel Index得点(ADL)、BEHAVE-AD scale得点(BPSD)の差について一元配置の分散分析を実施した結果、「洗面・手洗い」「口腔ケア」におけるHDS-R得点、「洗面・手洗い」「移動」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「排泄」「洗濯」「清掃」におけるBarthel Index得点、「排泄」「行動上の問題」におけるBEHAVE-AD得点、「洗面・手洗い」「移動」、「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「排泄」「コミュニケーション」における平均要介護度について有意な差が認められた。具体的には、「洗面・手洗い」「口腔ケア」の実施群は非実施群に比較して有意にHDS-R得点が低く、「排泄」「行動上の問題」への支援実施群は非実施群に比較してBEHAVE-AD得点が高い。又「洗面・手洗い」「移動」「排泄」の支援実施群は非実施群に比較してBarthel Index得点が低く、「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」への支援実施群は非実施群に比較して

Barthel Index得点が有意に高かった。要介護度については「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「コミュニケーション」への支援実施群は非実施群に比較して要介護度が高く、「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」への支援実施群は非実施群に比較して要介護度が有意に低い結果となった。

高齢者の属性と支援行為の関連傾向は、認知機能とADLが低く、BPSDの程度も重い高齢者への「洗面・手洗い」への支援行為実施率が高く、認知機能が低い高齢者への「口腔ケア」への支援実施率が高い。BPSD程度が重く、ADLが低い高齢者への「排泄」支援実施率も高い傾向がみられた。又、ADLが低い高齢者への「移動」や逆にADLが高い高齢者への「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」への支援実施率が高いことが特徴的であった。つまり、認知症高齢者への支援傾向はADLの能力を基準とし、ADLが低ければ入浴における洗面や手洗い・排泄・移動などのADL支援が基本となり、ADLが高く基本的な日常生活動作が自立していれば、調理や配膳・下膳、後片付けなど食事に関わる家事活動支援が中心となる傾向が認められた。認知症の重症度との関連については特に「口腔ケア」「洗面・手洗い」等の清潔保持に関する身体管理行為について認知機能の程度を鑑みる必要性が示唆された。BPSD程度との関連については、BPSDの症状として「排泄」

の失敗に関する症状が、介護上最も重要視されていることを反映していると考えられ、BPSD程度が重い高齢者への支援として「排泄」への支援実施率が高い結果となったことが予測される。要介護度と支援行為との関連はほぼADL程度との関連に類似しているが、「コミュニケーション」支援実施についてのみ要介護度が重度の高齢者への実施率が高い傾向が認められた。認知機能及びADL程度による差は無く要介護度の程度によって支援実施率に差があることから、「コミュニケーション」支援の実施は認知機能の程度やADLの程度よりも実際の介護の必要性によって影響を受ける事が示唆された結果となった。

3. 認知症高齢者の活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究

1) 活動実態の傾向について

認知症高齢者の活動傾向については、調査対象者68名中の各活動の実施割合について活動分類ごとに算出したところ、ADL関連行為の実施人数が68名(100%)、雑談交流活動が66名(97.1%)、くつろぎに関する活動が63名(92.6%)、日常生活管理行為が58名(85.3%)、家事活動が43名(63.2%)と半数以上が実施しており、実施率の低い活動は屋内作業1名(1.5%)、訓練活動1名(1.5%)、趣味活動2名(2.9%)、運動系活動3名(4.4%)、信仰と関連する活動5名(7.4%)、レク活動8名(11.8%)であった。

活動傾向を概括する上での考慮点として、半日のみの観察といった調査方法上の制約による結果への影響を付記しておきたい。例えば、対象者全員が実施していた中分類「ADL関連行為」では、「おやつを食べる」「移動」「水分補給」などが8割以上の実施率で高く、「睡眠」が2割程度で低かったことから観察時間が昼間の活動性の高い時間であったことの影響が推測できる。また、ADL関連については、本人の意思とは関係なく、入所する施設やグループホームの日課やスケジュールと関連する項目が多いことも明らかになった。

それらを踏まえた上で実施活動全体の傾向を概観すると活動の実施傾向に影響を及ぼす要因として、個人要因、認知症によるBPSD要因、入居施設方針に関する要因の3要因が認知症高齢者の活動実施に影響する大きな要因であると推察される。

性別、疾病、ADL等の個人の属性に関連する要因は、「ADL関連行為」「会話」「うなずく」や「趣味・余暇活動」中の「くつろぎ」における「テレビ鑑賞」「ひなたぼっこ」などの実施率が高く、「日常生活行為」に属する「身辺管理行為」中の「服薬」「洗面・手洗い」の実施率も高かった。これらの活動は、準備や計画が必要なものではなく、生活の流れの中で自然に実施されたり、多くの人が生活上必要な行為であるにも関わらず、活動性の高さを必要としない行動である。一方で、「爪を切る」「鼻をかむ」「目薬をさす」「写真を見せる」「居眠りをする」などは実施率が低く、個人の病歴や生活リズムによる影響が推測される。

認知症によるBPSD要因については、「食事の片づけ」「食事の準備」の実施率が高いが、「調理」実施率は少ない傾向が明らかになった。「単独の微細運動」は、

「周りを見回す」「独語」などの実施率が高く、「本を破く」などの行為は少なかったことから、認知症の記憶障害やBPSDの出現傾向との関連が高いことが推測される。調理をするためには、一定の手続き記憶や、実行機能が維持されていることが必要となる。また、「独語」の出現率は本を破くような常同行為よりは出現しやすいことも影響している。したがって、これらの実施傾向は認知症の症状や原因疾患との関連が影響していると考えられる。

入居施設環境やケアの方針による要因については、「訓練」「趣味特技」「体操・運動」「ゲーム、レク」「信仰」「屋外作業」など実施率が低い活動項目との関連が考えられ、入居施設環境や季節に応じて実施率が変容する可能性も示唆されることから更に詳細な分析が必要な活動であると考えられる。

2) 高齢者属性と活動実施率との関連（属性変数が離散量の場合）

施設・高齢者属性と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施したところ施設形態と援助系活動（ $\chi^2(1)=5.677, P<0.05$ ）、性別と文学活動（ $\chi^2=4.622, P<0.05$ ）・信仰活動（ $\chi^2(1)=5.833, P<0.05$ ）、要介護度と家事活動（ $\chi^2=15.131(4), P<0.05$ ）・援助系活動（ $\chi^2(4)=18.549, P<0.01$ ）・BPSD関連行為（ $\chi^2(4)=13.126, P<0.05$ ）・生活管理行為（ $\chi^2(4)=9.454, P<0.05$ ）、認知症の原因疾患と趣味活動（ $\chi^2(3)=8.651, P<0.05$ ）、年齢と趣味活動（ $\chi^2(2)=7.281, P<0.05$ ）・文学活動（ $\chi^2(2)=8.273, P<0.05$ ）について有意な関連が認められ、グループホーム入居者の方が特別養護老人ホームのユニット入居者に比較して他者への援助活動を実施する割合が多く、男性は文学活動や信仰活動を実施する割合が多い傾向が見られた。又、要介護度が軽度の方が家事活動や他者への援助を実施する割合が多く、重度の方がBPSDと関連する行為を行う割合が多い。認知症の原因疾患別ではアルツハイマー型や脳血管型認知症の方が原因疾患不明群に比較して趣味活動を実施する割合が低い傾向が見られた。年齢との関連については年齢が低い方が趣味活動や文学活動の実施割合が多い事が明らかとなった。

以上の結果より、男性の余暇活動は他者とのコミュニケーションを必要としないような独りで実施する活動が取り組みやすい傾向が明らかとなった。要介護度との関連では、要介護度が軽いほど「家事」「他者への援助」の活動実施率が高く、要介護度が重いほど「単独での微細運動」の実施率が高いことから、認知症によるBPSDとの関連が推察され、要介護度が重い認知症高齢者への目的を持った活動支援の方法が課題となる。「身辺管理行為」については、要介護がⅢ、Ⅳの実施率が高いことから、手続き記憶を活用した「洗面・手洗い」、歯磨きなどの「口腔ケア」、「更衣」などは認知症が進行した高齢者にも有効である事が示唆された。年齢との関連は、年齢が若いほど「趣味・特技」の実施率が高く、年齢が増加するにつれ、「趣味・特技」が実施されなくなっていることから年齢の増加に伴い低下する活動は、ADL等の身体状況等の個人要因に応じた提供方法と、本人ができることを生かす計画作成が望まれ

るだろう。

3) 活動実施の有無と高齢者属性との関連（属性変数が連続量の場合）

各活動の実施群と非実施群の年齢、要介護度、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入居期間の差についてt検定を実施した。

家事活動の実施群は要介護度が軽度($t(66)=3.985, P<0.01$)で、認知症程度は軽度($t(59.98)=-2.339, P<0.01$)、ADLも高く($t(66)=-5.011, P<0.01$)、家内雑用実施群は要介護度が軽度で($t(66)=2.430, P<0.05$)、認知症程度も軽く($t(66)=-2.741, P<0.01$)、ADLも高い事が明かとなった($t(66)=-3.078, P<0.01$)。文学活動実施群は年齢が低く($t(66)=2.908, P<0.01$)、援助活動実施群は要介護度が軽度($t(66)=4.357, P<0.001$)で、ADLが高い($t(66)=-3.856, P<0.01$)事が明らかとなった。家事行為については、食事の準備や後かたづけを実施している群は要介護度、認知症程度も軽度で、ADLが高く、洗濯のとりこみやたたみを実施している群はADLが高く($t(66)=-2.217, P<0.05$)、掃除実施群は要介護度が軽度で($t(66)=2.392, P<0.05$)、ADLが高く($t(66)=-3.304, P<0.01$)、散歩実施群は認知症程度が重度で($t(33.03)=2.392, P<0.05$)、BPSD程度が重度($t(66)=-3.414, P<0.01$)である傾向が明らかとなった。

以上の結果から要介護度軽度・認知症軽度・ADL高度群は家事活動、家内雑用の実施傾向が高いが、特に食事のあとかたづけ、準備は認知症の程度が軽い高齢者の実施率が高く、洗濯ものをたたむ活動はADLの程度が高ければ認知症の程度は関与しない傾向が示唆され、認知症の程度によって実施可能な家事活動の種類が異なることが明らかとなった。文学活動は年齢が若い方が実施割合が高く、特に散歩活動が認知症重度・BPSD重度と関連していることが明らかとなった。

全体的な傾向としては、ADLが高く、認知症が軽度で、要介護度が軽度な高齢者の活動は食事の準備やかたづけなどの家事活動や文学活動など活動の選択肢が多く、生活行為や運動を伴わない程度の趣味活動への支援方略の重要性が示唆された。一方、認知症が重度でADLが低く、要介護度が重度な高齢者の活動の選択肢は少なく、入浴、食事、排泄等の基本的な生活行為支援の重要性が示唆された。認知症が重度でADLが高い高齢者については散歩等の外出行為が多く実施されており外出活動支援の必要性が示唆された。

4. コミュニケーション支援モデルに関する研究 ―職員・高齢者間コミュニケーションの基礎構造―

認知症高齢者と介護職員の言語的コミュニケーションの構造を明らかにするため、会話のトピック（話題）の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話それぞれの機能、及び発話それぞれの交換構造について、対象高齢者の属性を4つのクラスターに分類し、クラスター間の差の特徴及び場面の性質毎のクラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンの検討を実施した。

その結果、会話のトピック（話題）の数（始発が職員と高齢者のいずれかは問わない）については、高齢者の属性クラスター単独では差がなかったが、活動や支援行為の場面別にみると、高齢者の属性クラスター2（認知症の程度が軽く、BPSD程度が軽くADLも高い群）とその他のグループとの差が顕著に認められた。この原因について、職員と高齢者がそれぞれ始発したトピックの数で比較すると、クラスター2では主に職員側がトピックの始発数を増減させていることによるものと考えられた。また、クラスター毎に詳細に検討すると、例えばクラスター4（脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群）で入浴や排泄、移動・移乗、食事等の支援において職員側のトピックの始発が多いなど、支援行為の場面間で高齢者属性のパターンによる差違が認められた。なお、以上の分析は高齢者の発話についても行ったが、高齢者のクラスターに関連した結果は認められなかった。トピック毎の発話数の平均値について話者（職員と高齢者）間の差を見ると、高齢者の属性クラスター間の差が認められ、クラスター2及びクラスター4では職員と高齢者の発話数の差が大きかった。発話の機能分類及び交換構造については、職員の全般的な特徴としては質問や指示の多用による働きかけの発話の多さが、高齢者の特徴としては職員の質問を肯定したり指示を受け入れるような発話の多さが認められた。発話の機能分類と交換構造の分類においては、上記のような全般的な特徴は認められたものの、高齢者の属性によるクラスターの影響は明確には確認されなかった。数値上はクラスター毎に多少の特徴はあったものの全て有意な影響ではなく、トピックや発話数で確認されたような差異よりも、職員が働きかけて高齢者が応じるという形式が強固であることが確認されたといえよう。本分担研究では詳細な検討を行えなかったが、活動もしくは支援行為の場面別にみると場面毎の発話内容の特徴がある程度あることがうかがわれた。以上の結果から、職員の関与の方略を中心とした、職員－高齢者間のコミュニケーション・パターンの基礎的な構造がある程度認められたといえる。

5. 認知症高齢者における環境支援モデルの構築に関する研究

環境支援モデル検討における調査はK施設の12ユニット、1グループホームを対象とし認知症高齢者施設環境配慮尺度（PEAP日本語版）によって環境支援の実施度を4件法にて採点し、認知症高齢者の活動頻度との関連を検討した。

調査対象者は12ユニット、1グループに入居している調査協力の同意をいただいた37名であり、平均年齢は85.30歳（SD5.76）、性別割合は男性8名（21.62%）、女性29名（78.38%）、平均要介護度は3.54（SD1.30）、認知症程度がHDS-R平均得点7.27点（SD6.15）、ADLはBarhel Index平均35.54点（SD29.55）、BEHAVE-AD得点平均10.41点（SD9.56）、認知症の平均罹患期間59.38ヶ月（SD47.46）、認知種別割合はアルツハイマー型3名（8.11%）、脳血管疾患型18名（48.65%）、不明16名（43.24%）であった。

調査対象者37名中の活動実施割合の傾向は半数以上が実施している活動として、基本的な生活行為37名（100%）、雑談交流活動36名（97.35%）、くつろぎ行為34名（91.9%）、身

の回りの生活管理行為30名(81.1%)、家事活動22名(59.5%)、B P S Dに関連する行為19名(51.4%)であり、逆に実施率の低い活動としては趣味活動1名(2.7%)、屋内作業1名(2.7%)、信仰活動3名(8.1%)であった。1日あたりの平均活動頻度は、雑談交流に関する活動が25.3回(SD23.24)と最も多く、次いで基本的な生活行為20回(SD11.57)、くつろぎ行為12.2回(SD11.10)と多く、運動、訓練、動物の世話などは全く行われていない傾向が明らかとなった。

環境支援の実施度については、4点を満点としP E A P日本語版の8次元9分類の下位尺度ごとに平均点を算出したところ13ユニット全体の平均で「プライバシーの確保」が3.72点(SD0.19)、「生活の継続性への支援」が3.36点(SD0.30)、「環境における刺激の調整」が3.24点(SD0.57)、「ふれあいの促進」が3.24点(SD0.58)、「機能的な能力への支援」が3.22点(SD0.30)、「環境における刺激の質」が3.16点(SD0.45)、「安全と安心への支援」が3.08点(SD0.19)、「自己選択への支援」が3.05点(SD0.36)、「見当識への支援」が2.70点(SD0.52)であり、「プライバシーの確保」の実施度が最も高く、「見当識への支援」の実施度が最も低い傾向であった。

環境支援の実施度による活動への影響を検討するため目的変数を各活動頻度、説明変数を高齢者属性(入居期間、長谷川式簡易知能評価スケール得点、年齢、B E H A V E - A D得点、Barthel Index得点、認知症の原因疾患、認知症の罹患期間、要介護度)、環境支援実施度(機能的な能力への支援、自己選択への支援、見当識への支援、生活の継続性への支援、プライバシーの確保、環境における刺激の調整、安全と安心への支援、ふれあいの促進、環境における刺激の質)とし、ステップワイズ法による重回帰分析を実施し、各活動に影響を及ぼす要因を探索的に抽出した。その結果、外出活動頻度について「入居期間($\beta=0.77$)」、「Barthel Index($\beta=0.24$)」、「見当識への支援($\beta=0.40$)」の3変数($R^2=0.75$)、雑談交流活動について「環境における刺激の質($\beta=0.55$)」、「長谷川式簡易知能評価スケール得点($\beta=0.51$)」、「機能的な能力への支援($\beta=-0.39$)」、「ふれあいの促進($\beta=0.42$)」の4変数($R^2=0.73$)、基本的な生活行為について「安全と安心への支援($\beta=0.44$)」、「Barthel Index($\beta=0.77$)」、「自己選択への支援($\beta=0.36$)」、「年齢($\beta=-0.34$)」、「入居期間($\beta=0.25$)」の5変数($R^2=0.61$)との関連が認められた。

散歩などの活動頻度は入居期間やADLの影響を強く受け、環境支援としては見当識への支援によって外出などの活動頻度が高まる事が予測される。雑談交流活動は認知機能の程度によって影響を受け、環境支援についても環境における刺激の質やふれあいの促進の実施度によって雑談交流の頻度が活性化されることが予測される。ADLに関連した入浴、食事、排泄、移動などの行為は年齢やADLの程度による影響を強く受けるが、安全と安心への支援や自己選択への支援の実施度によって自立行為の向上が予測される事が明らかとなった。

D. 結論

1. 認知症ケアの実態

本研究の結果より、認知症高齢者の状態像によるタイプ分類、認知症高齢者の活動実態、認知症高齢者へのコミュニケーション支援傾向、認知症高齢者への支援行為の実態、認知症高齢者への環境支援法に関する実態と今後のケアモデル標準化のための要素が整理された。

1) 調査対象者の属性に関する分析

高齢者のタイプ分類は、高年齢で認知症は重度、ADLが軽く認知症の原因が不明なタイプ、認知症の程度とBPSD程度が軽いアルツハイマー型認知症タイプ、年齢が若く、認知症が重度で、認知症の罹患期間が長いタイプ、脳血管疾患型認知症を主としたADLが重度でBPSD程度が重度なタイプに分類され、認知症高齢者のタイプ像はADLのレベルを基本とし、認知症の重症度と認知機能の程度との関連によって分類され、年齢や認知症の原因疾患、BPSD程度、要介護度はそれらの基本要素の状態によって影響される二次的な要素であり、今後はADL、認知機能程度によるタイプ別のケアモデル構築を検討する必要性が示唆された。

2) 認知症高齢者への支援行為（関わり）の実態に関する研究

認知症高齢者への支援行為の実態については、「食事支援」、「生活自立支援」の実施率が高く入居者全員に実施されており、「移動支援」、「入浴支援」、「医療支援」でも9割以上、「排泄支援」は7割強の認知症高齢者に対して実施されていた。認知症高齢者への支援行為の全般的な傾向として、基本的な生活遂行を保障するような身体介護を踏まえながら、生活の自立を促進するような支援の実施率が高いことが明らかになった。

高齢者の属性と支援行為の関連傾向は、認知機能とADLが低く、BPSDの程度も重い高齢者への「洗面・手洗い」への支援行為実施率が高く、認知機能が低い高齢者への「口腔ケア」への支援実施率が高い。BPSD程度が重く、ADLが低い高齢者への「排泄」支援実施率も高い傾向がみられた。ADLが低い高齢者への「移動」や逆にADLが中度以上の高齢者の「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」への支援実施率が高いことが特徴的であった。つまり、認知症高齢者への支援傾向はADLの能力を基準とし、ADLが低ければ入浴における洗面や手洗い・排泄・移動などのADL支援が基本となり、ADLが高く基本的な日常生活動作が自立していれば、調理や配膳・下膳、後かたづけなど食事に関わる家事活動支援が中心となる傾向が認められた。認知症の重症度との関連については特に「口腔ケア」「洗面・手洗い」等の清潔保持に関する身体管理行為について認知機能の程度を鑑みる必要性が示唆された。BPSD程度との関連については、恐らくBPSDの症状として「排泄」の失敗に関する症状が、介護上最も重要視されていることを反映していると考えられ、BPSD程度が重い高齢者への支援として「排泄」への支援実施率が

高い結果となったことが予測される。要介護度と支援行為との関連はほぼADL程度との関連に類似しているが、「コミュニケーション」支援実施についてのみ要介護度が重度の高齢者への実施率が高い傾向が認められた。認知機能及びADL程度による差は無く要介護度の程度によって支援実施率に差があることから、「コミュニケーション」支援の実施は認知機能の程度やADLの程度の影響による介護度によって影響を受ける事が示唆された結果となった。

3) 認知症高齢者の活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究

認知症高齢者の活動実態においては、ADLの程度によって実施可能な活動種が異なり、ADLが低い場合は入浴・排泄・食事などの基本的な生活行為と会話やテレビ鑑賞、くつろぎなどの団欒に関する行為が生活における活動の中心となっており、認知機能の程度による活動への影響は基本生活部分に限定される傾向が見られている。認知機能の程度が活動に影響する条件としては、ADLが軽く基本的な生活行為がほぼ自立している場合に限って認知機能の程度が実施活動に影響を与える事が明らかとなった。つまり、活動支援方略を検討する場合、ADLが重い場合は認知機能の程度によらず基本的な生活行為の自立支援と身体機能をあまり必要としない会話やくつろぎ・団欒などの活動支援を強化する必要がある、ADLが軽い場合はそれらを基本として掃除や洗濯ものの取り込みやたたみなど家事行為に関する活動支援方略を検討する必要性が示唆された。更にADLが軽く、認知機能の程度が軽い高齢者への食事の準備やあとかたづけは調理などの活動に比較して実施されている傾向が高く手続き記憶を活用した簡易な家事活動として支援方略を検討する必要性が示された。一方、認知機能の程度が重い場合は散歩などの外出活動が多く実施されており複雑な家事活動は敬遠されがちで、知的機能よりも身体機能を活用した活動支援方略の必要性が明かとなった。性別による活動支援の方向性は、男性の実施活動は読書や読経など他者との関わりを必要としない傾向が明らかとなり、性差を考慮した活動支援の必要性が示唆された。年齢、要介護度、入居期間等についてはADLの程度や認知機能の程度と関連する副次的な要因として捉えるにとどめ、あくまでもADLと認知機能の程度によって活動支援の方略を検討する必要性が示唆された。

4) コミュニケーション支援モデルに関する研究

認知症高齢者とのコミュニケーションの実態としては、職員と高齢者間のコミュニケーション・パターンは主に職員側の要因によって決定されと考えられた。発話の内容については明確な結果が得られなかったが、少なくともコミュニケーションの機会や長さをどれだけとるかといった点については、高齢者の状態像やアクティビティ・援助行為の場面に合わせて、介護行為上の必要性も大きいだろうが調整していることがうかがえる。ただし一方で、高齢者側のコミュニケーションの始発や量、内容を明確に変化させうるような方略については、本分担研究の中で検討した認知症及び身体介護状況等を勘案した高齢者の属性パターンという観点からは、明確には認めら

れなかった。今後の課題として、コミュニケーション技法のポイントとして認知症の程度や認知症の原因疾患、身体状況等を勘案した上で、高齢者側からのコミュニケーションを引き出しうる手法のモデルを検討していくことがあげられよう。

5) 認知症高齢者における環境支援の実態把握とモデル構築に関する研究

認知症高齢者への環境支援と活動との関連については、散歩などの活動頻度は入居期間やADLの影響を強く受け、環境支援としては見当識への支援によって外出などの活動頻度が高まる事が予測される。雑談交流活動は認知機能の程度によって影響を受け、環境支援についても環境における刺激の質やふれあいの促進の実施度によって雑談交流の頻度が活性化されることが示唆された。ADLに関連した入浴、食事、排泄、移動などの行為は年齢やADLの程度による影響を強く受けるが、安全と安心への支援や自己選択への支援の実施度によって活動自立行為の向上が予測される事が明らかとなった。今後の環境支援に関する方略として見当識の障害を考慮した支援による外出活動の活性化、刺激の質やふれあいの促進による交流活動の活性化、安全と安心への支援や自己選択への支援による基本的生活行為の活性化を促進するような環境支援法の具体的な手法の提案が今後の課題となった。

2. 今後の方向性

本研究の目的である認知症高齢者の属性・機能別ケアモデル作成と評価指標作成の方向性は、認知機能及び身体機能を主要因、年齢、性別等を副次的な要因とした基本的な生活行為の自立度に応じたケア評価項目の作成が基本となり、基本的な生活行為が中等度以上の認知症高齢者において、認知機能の程度に応じたケア評価項目作成の必要性が示唆されたといえるだろう。認知機能及び身体機能の低下によりADLが低下している場合は、入浴・食事・整容（洗面、手洗い）・排泄・移動などの基本的な生活活動が中心であり、それ以外はテレビ鑑賞、よこになっているなどのくつろぎに関する行為や他者との会話など活動性の低い行為が余暇活動の中心を占めている。支援行為の傾向についても、ADL程度が低い場合は、洗面・手洗い、移動、排泄などへの支援行為が中心を占めており、逆にADL程度が高い場合は、調理、下膳・配膳、食器の後片付け、洗濯、清掃などへの支援行為が中心である事から、ADL程度が重度の高齢者支援については、基本的生活行為に関するケア評価指標とくつろぎ方への支援モデル、会話による交流支援モデルの提案が必要であり、ADL程度が軽度の場合は、食事の準備や片づけ、洗濯、清掃など家事行為への支援評価指標を提案する必要性が示唆された。認知機能に応じたケア評価項目については、ADL程度が軽度の場合において認知機能程度を考慮したケアモデル提案の必要性が示唆された。ADL程度が軽度である場合、認知機能の程度が軽度な高齢者の活動は食事の準備やあとかたづけなどの比較的容易な家事行為が中心となっており、詳細な支援モデルの提案が必要となるだろう。ADLの程度が軽度で、認知機能の程度が重度な高齢者への支援傾向として口腔ケアの実施率が高い事が明らかとなり、認知機能の程度に応じた口腔ケア支援のモデル作成と評価指標作成の必

要性が示唆された。コミュニケーションの傾向としては、認知症の程度は中度、ADLが高く、BPSD程度が軽い高齢者群における介護者と高齢者間の会話の話題数が少なく、ADLの程度が重度で、BPSD程度も重度な高齢者群への入浴、食事、排泄、移動等の基本的な生活行為支援時の会話話題数が多い傾向が認められた。しかし、いずれの場合も介護者からの始発による質問や指示等の働きかけが多く、高齢者は肯定や受け入れによる応答が多い傾向が認められている。つまり、認知症高齢者へのコミュニケーションは高齢者側の属性要件を勘案して量や質がコントロールされているというよりも、支援状況や生活場面及び介護者側の属性要件によって使い分けられている可能性が高い事が推測され、今後は、生活場面ごとの支援状況別にコミュニケーション支援方略を検討する必要性が示唆されたといえる。環境支援については、徘徊等が頻回な高齢者への見当識を補完するような環境支援、会話や交流支援を多く必要とする高齢者への刺激の質やふれあいを促進するような環境支援、ADL程度が重度な高齢者への安全と安心を保障したり、自己選択の機会を多くするような環境支援モデル提示の必要性が示唆されたといえよう。

E. 参考文献

- 1) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護. 高齢者介護研究会報告書. 2003
- 2) 小松光代, 黒木保博, 岡山寧子：介護老人福祉施設における痴呆性高齢者ケア技術の明確化：介護スタッフの日常生活援助場面への参加観察による質的分析. 日本痴呆ケア学会誌, 2(1);56-67, 2003
- 3) 認知症介護研究・研修東京センター他：改訂認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方. 中央法規出版, 東京, 2006
- 4) Richard Fleming, John Bowles, Sue Todd, Theresa Kramer, シンクレアホームのスタッフ著、高齢者痴呆介護研究・研修東京センター監修：痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプラン. 株式会社ワールドプランニング、東京, 2004
- 5) 地域密着型サービスにおけるサービスの質の確保と向上に関する調査研究事業検討委員会監修：地域密着型サービスサービス評価ガイドブック 2006年版. 認知症介護研究研修東京センター, 東京, 2006
- 6) 下垣光、児玉桂子、影山優子、ほか：環境支援指針の作成と活用上の課題. 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり. 彰国社、東京、66-78、2003
- 7) 村木敏明・坂田美紀：日本における痴呆性高齢者に対する作業療法. 日本痴呆ケア学会誌、2(1);17-22、2003
- 8) 阿部哲也・加藤伸司・矢吹知之・吉川悠貴・松村砂織：認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究. 認知症介護研究研修仙台センター年報、No6;49-73, 2006
- 9) Mahoney FI et al：Functional evaluation：The Barthel Index. Md St Med J 14. 61-65, 1965

- 10) 江藤文夫：ADLの評価法. 高齢者の生活機能評価ガイド, 医師薬出版, 東京, 12-22, 1999
- 9
- 11) 加藤伸司ほか：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成. 老年精神医学雑誌11, 1339-1347, 1991
- 12) 大塚俊男・本間昭監修：高齢者のための知的機能検査の手引き. 株式会社ワールドプランニング、東京、9-13, 1991
- 13) Reisberg B・Borenstein J・Franssen E・Salob S et al: BEHAVE-AD; A clinical rating scale for the assessment of pharmacologically remediable behavioral symptomatology in Alzheimer's disease. In Alzheimer's disease problems, prospects, and perspectives, ed. By Altman A, 1-16, Plenum, New York, 1987
- 14) 浅田隆・本間昭・木村通宏・宇野正威：日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について. 老年精神医学雑誌10; 825-834, 1999
- 15) Weisman GD・Lawton MP・Slane PD et al: The professional environmental assessment protocol. School of architecture, University of Wisconsin at Milwaukee, 1966

参考資料1 活動分類コード表

大分類	中分類	小分類	コード
1 生活義務活動	1 家事活動 屋内の生活に関連する家事活動	1 洗濯	111
		2 調理	112
		3 炊事	113
		4 掃除(テーブル拭きも含む)	114
		5 買い物	115
		6 食事の後片付け	116
		7 部屋等の整理整頓	117
		8 食事の準備	118
	2 家内雑用 屋内の生活に関連する家事以外の生活活動	1 新聞整理	121
		2 トイレのタオル交換	122
		3 カーテン開閉・窓の開閉・ドア開閉	123
		4 トイレトペーパーの交換	124
		5 しめなわづくり	125
		6 アルバムづくり	126
		7 タオル・服をたたむ・洗濯ものを取り込む	127
		8 ふとんを敷く	128
	3 屋外作業 敷地内の屋外などで行う生活に関連した活動	1 園芸	131
		2 みずやり	132
		3 草取り	133
		4 畑仕事	134
2 趣味・余暇活動	1 外出活動 生活にとって必ず必要ではない外出と関連した活動	1 散歩	211
		2 旅行	212
		3 ドライブ	213
		4 外食	214
		5 ハイキング	215
	2 運動 生活に直接関連しない楽しむような活動	1 体操	221
		2 踊り	222
	3 音楽活動	1 歌(口笛)	231
		2 演奏	232
		3 音楽に合わせリズムを取る	233
		4 楽譜を見る	234
		5 楽譜の準備	235
	4 趣味特技	1 ちぎり絵	241
		2 書道	242
		3 生け花	243
		4 あみもの	244
		5 折り紙	245
	5 レクリエーション	1 集団レク	251
		2 ゲーム	252
		3 囲碁将棋等	253
	6 雑談・交流	1 会話	261
		2 団らん	262
		3 うなづく・反応する	263
		4 写真を見せる	264
		5 手をつなぐ	265
		6 スキンシップ	266
	7 文学	1 読書	271
		2 新聞読み	272
		3 朗読	273
	8 くつろぎ	0 くつろぎ	280
		1 テレビ鑑賞	281
		2 ひなたぼっこ	282
		3 ぼおっとしている	283
		4 こたつでまったり	284
		5 居眠り・うたたね	285
		6 窓の外を見る	286
		7 花を見る	287
	9 その他	1 写真を見る	291
		2 チラシを見る	292
		3 ぬいぐるみを大事そうに抱く	293

参考資料1 活動分類コード表の続き

3 その他の活動	1 訓練	1 計算ドリル	311
		2 リハビリ	312
	2 信仰活動	1 写経	321
		2 読経	322
		3 お祈り	323
	3 援助・介助	1 車いす押し	331
		2 他の高齢者の介助・手伝い	332
		3 職員の手伝い	333
	4 動物の世話	1 犬の世話	341
		2 猫の世話	342
	5 その他	1 チャックの開閉	351
		2 独語	352
		3 本を破く	353
		4 紙を見る	354
		5 手を動かしている	355
		6 目をぱちぱち	356
		7 他者を注意	357
		8 キョロキョロする・周りを見回す	358
4 日常生活行為	1 基本行為	1 入浴	411
		2 排泄	412
		3 睡眠	413
		4 移動	414
		5 摂食行為	
		1 食事	4151
		2 おやつ	4152
		3 水分	4153
	2 身辺管理行為	6 起居・臥床	416
		7 起座・起立	417
		1 洗面・手洗い	421
		2 口腔ケア	422
		3 更衣	423
		4 服薬	424
		5 爪切り	425
		6 髭を剃る	426
		7 鼻をかむ	426
		8 目薬をする	428

調査員B用記録用紙(介護内容・アクティビティ用)

記録者()

対象者ID

調査対象者()

調査日 200 年 月 日

時刻	活動内容	活動分類	関わり時刻	関わりの内容	関わり分類	関わり時間
7:00						
15	朝食		7:14	職A: 膳のセッティング 声かけ・テーブルへの誘導		
45	食器のかたづけ(2分)					
50	食器洗い(5分)					
55	居室へ移動					
8:00			8:00~8:05	トイレ介助(声かけ・誘導のみ)		
5	テレビ鑑賞(20分)					
7	他者と会話(30秒)					
9:00						
10:00						
15	新聞拝読(10分)					
11:00						
12:00	対象者がしている活動を記入してください。 始まった時刻と終了した時刻を記入してください(分単位) 活動の内容は見たままを短く記入してください。 その後、可能であれば継続時間を記入してください。	ここは無記入でかまいません。	関わりの時刻については、1分以内の短いものについては開始時刻のみの記入です。 1分以上の場合は開始時刻から終了時刻までを分単位で記入してください。	対象者ではなく、対象者に関わっている人の関わりの内容を記入してください。 記入する関わりの内容は、調査員B用の資料①を参考にしてください。特に右端欄のケアの内容例くらいの表現で記入してください。 例) 職員が対象者に声をかけた場合は、「食事のための席誘導の声かけ」となります。かけた声の内容は書きません。 入浴中や排泄中、居室内中は対象者のプライバシーの問題があるので職員の方と相談の上、観察してください。 参考資料の内、特に7の行動上の問題に対する関わりも記入してください。 関わっている職員が後でだれか分かるように職員Aや職員Bのように識別できるように記入してください。 職員Aが対象者だけでなく、全員に声かけをしているような場合は、「全員に」のような注釈をつけておいてください。 できるだけ詳細に記録してもらいたいのですが、分からなくなったときは、担当者に相談してください。	ここは無記入でかまいません。	ここは無記入でかまいません。
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						

三桁	大分類	二桁	中分類	一桁	小分類	ケアの内容例	コード
1	入浴・清潔保持・整容・更衣	1	入浴 (主に浴室・脱衣所内での介助) * 洗身・洗髪・洗顔を含む * 浴室・脱衣所内の移動・移乗・体位変換・浴槽の出入り口を含む	1	準備	浴室・浴槽・簡易浴槽の準備(湯を沸かす・必要物品の点検など) 職員の入浴介助用の服装への着替え 浴室用ストレッチャ・車椅子(シャワーキヤリーを含む)などの準備 その他の準備(タオル配布、タオルを取りに行く、ストレッチャにタオルを敷くなど)	111-1 111-2 111-3 111-4
				2	言葉による働きかけ	入浴の誘いかけ・拒否時の説明(浴室・脱衣所内) 洗身・洗面・洗髪(入浴後のタオルでの身体拭き、保湿クリームなどの塗布など)の誘いか け・拒否時の説明	112-1 112-2
				3	介助	ストレッチャ・車椅子(シャワーキヤリーを含む)と浴槽間の移動・移乗・体位変換の誘いかけ、拒否時の説明 浴室への出入り時の移動・移乗・体位変換の誘いかけ・拒否時の説明 その他浴室内の移動・移乗・体位変換の誘いかけ・拒否時の説明 浴室内での会話(湯加減を訊ねるなど)	112-3 112-4 112-5 112-6
				4	見守り等	入浴介助 衣類の着脱 洗身・洗面・洗髪(入浴後のタオルでの身体拭き、保湿クリームなどの塗布など)介助 ストレッチャ・車椅子(シャワーキヤリーを含む)と浴槽間の移動・移乗・体位変換の 浴槽への出入り時の移動・移乗・体位変換介助 リフト操作 その他浴室内の移動・移乗・体位変換 入浴の見守り等	113-1 113-2 113-3 113-4 113-5 113-6 113-7 114-1
				5	後始末	洗身・洗面・洗髪(入浴後のタオルでの身体拭き、保湿クリームなどの塗布など)の見守り ストレッチャ・車椅子(シャワーキヤリーを含む)と浴槽間の移動・移乗・体位変換の 浴槽への出入り時の移動・移乗・体位変換の見守り その他浴室内の移動・移乗・体位変換の見守り 入浴後の浴室・浴槽・簡易浴槽の清掃・洗浄・整頓など 入浴後の浴室用ストレッチャ・車椅子(シャワーキヤリーを含む)などの後始末 その他の後始末(衣類を洗濯物入れに運ぶなど)	114-2 114-3 114-4 114-5 115-1 115-2 115-3
		2	清拭 (入浴時・排泄時を除く)	1	準備	清拭のためのお湯・洗面器・沐浴剤・清拭剤・ムース・タオルなどの準備 足浴・手指浴のためのお湯・洗面器・石鹸・タオルなどの準備 陰部清拭・洗浄(排泄を除く)、失禁時を除く、坐浴の洗面 タオルなどの準備 乾布清拭(清拭部位問わず)のための乾布などの準備	121-1 121-2 121-3 121-4 121-5
				2	言葉による働きかけ	お湯・沐浴剤を用いた清拭(清拭部位問わず)の誘いかけ・拒否時の説明 清拭剤・ムースを用いた清拭(清拭部位問わず)の誘いかけ・拒否時の説明 足浴・手指浴の誘いかけ・拒否時の説明 陰部清拭・洗浄(排泄を除く)、失禁時を除く、坐浴の誘いかけ・拒否時の説明 乾布清拭(清拭部位問わず)のための乾布などの誘いかけ・拒否時の説明	122-1 122-2 122-3 122-4 122-5
				3	介助	お湯・沐浴剤を用いた清拭(清拭部位問わず) 清拭剤・ムースを用いた清拭(清拭部位問わず) 足浴・手指浴の介助 陰部清拭・洗浄(排泄を除く)、失禁時を除く、坐浴の介助 乾布清拭(清拭部位問わず)	123-1 123-2 123-3 123-4 123-5
				4	見守り等	お湯・沐浴剤を用いた清拭(清拭部位問わず)の見守り等	

			清拭剤・ムースを用いた清拭(清拭部位問わず)の見守り等 足浴・手指浴の見守り等 陰部清拭・洗浄(排泄介助、失禁時を除く)、坐浴の見守り等 乾布清拭(清拭部位問わず)の見守り等		124
	5 後始末		清拭後のお湯・洗面器・沐浴剤・清拭剤・ムース・タオルなどの後始末 足浴・手指浴後のお湯・石鹸・洗面器・タオルなどの後始末 陰部清拭・洗浄(排泄介助、失禁時を除く)、坐浴後の洗面器・タオル始末などの後始末 乾布清拭(清拭部位問わず)後乾布などの後始末 洗髪のためのシャンプー・ドライヤー・洗面器などの準備		125
3 洗髪 (入浴時を除く)	1 準備		洗髪(ドライシャンプーを含む)の誘いかけ・拒否時の説明等		131
	2 言葉による働きかけ		洗髪(ドライシャンプーを含む)の誘いかけ・拒否時の説明等		132
	3 介助		洗髪(ドライシャンプーを含む)の介助		133
	4 見守り等		洗髪(ドライシャンプーを含む)の見守り等		134
	5 後始末		洗髪後のシャンプー・ドライヤー・洗面器などの後始末		135
4 洗面・手洗い (入浴時を除く) (排泄時を含む)	1 準備		洗面(タオルで顔を拭くことを含む)のためのタオル・洗面器などの(おしぼりで手を拭く)		141
	2 言葉による働きかけ		高齢者自身の手洗いのためのタオル・石鹸・洗面器などの準備 洗面(タオルで顔を拭くことを含む)の誘いかけ・拒否時の説明(おしぼりで手を拭く)		142-1
			高齢者自身の手洗いの誘いかけ・拒否時の説明		142-2
			消毒の誘いかけ・拒否時の説明		142-3
	3 介助		洗面(タオルで顔を拭くことを含む)の介助(おしぼりで手を拭く)		143-1
			高齢者自身の手洗いの介助		143-2
			消毒の介助		143-3
	4 見守り等		洗面(タオルで顔を拭くことを含む)の見守り等(おしぼりで手を拭く)		144-1
			高齢者自身の手洗いの見守り等		144-2
			消毒の見守り		144-3
	5 後始末		洗面(タオルで顔を拭くことを含む)後のタオル・洗面器などの後始末 高齢者自身の手洗いのためのタオル・石鹸・洗面器などの後始末 口腔洗浄(歯磨き)のための歯ブラシ・歯磨き粉・コップなどの準備		145
5 口腔・耳ケア (入浴時を除く)	1 準備		義歯の着脱のための義歯洗浄剤などの準備 義歯の洗浄のための義歯洗浄剤などの準備 うがいのためのイソジンガーグル・コップなどの準備 唾・痰を拭うためのタオル・ティッシュペーパーなどの準備 口唇の手入れのためのリップクリームなどの準備 耳掃除のための耳かき・綿棒などの準備 鼻をかむためのティッシュの準備		151-1
			口腔洗浄(歯磨き)の誘いかけ・拒否時の説明		151-2
	2 言葉による働きかけ		義歯の着脱の誘いかけ・拒否時の説明 義歯の洗浄の誘いかけ・拒否時の説明 うがい(イソジンガーグル使用など)の誘いかけ・拒否時の説明 唾・痰を拭うことの誘いかけ・拒否時の説明 口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の誘いかけ・拒否時の説明 耳掃除の誘いかけ・拒否時の説明 鼻かみの声かけ		151-3
			口腔洗浄(歯磨き)の誘いかけ・拒否時の説明		151-4
			義歯の着脱の誘いかけ・拒否時の説明		151-5
			うがい(イソジンガーグル使用など)の誘いかけ・拒否時の説明		151-6
			唾・痰を拭うことの誘いかけ・拒否時の説明		151-7
			口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の誘いかけ・拒否時の説明		151-8
			耳掃除の誘いかけ・拒否時の説明		152-1
			鼻かみの声かけ		152-2
			口腔洗浄(歯磨き)の誘いかけ・拒否時の説明		152-3
			義歯の着脱の誘いかけ・拒否時の説明		152-4
			うがい(イソジンガーグル使用など)の誘いかけ・拒否時の説明		152-5
			唾・痰を拭うことの誘いかけ・拒否時の説明		152-6
			口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の誘いかけ・拒否時の説明		152-7
			耳掃除の誘いかけ・拒否時の説明		152-8
	3 介助		鼻かみの声かけ 口腔洗浄(歯磨き)の介助、耳掃除の介助 義歯の着脱の介助		153-1
					153-2

				義歯の洗浄の介助	153-3
				うがい(イソジンガーゲル使用など)の介助	153-4
				唾・痰を拭う介助	153-5
				口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の介助	153-6
	4	見守り等		鼻水を拭きとる	153-7
				口腔洗浄(歯磨き)の見守り等	154-1
				義歯の着脱の見守り等	154-2
				義歯の洗浄の見守り等	154-3
				うがい(イソジンガーゲル使用など)の見守り等	154-4
				唾・痰を拭うことの見守り等	154-5
				口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の見守り等	154-6
				耳掃除の見守り等	154-7
				口腔内チェック	154-8
				口腔洗浄(歯磨き)後の歯ブラシ・歯磨き粉・コップなどの後始末	155
	5	後始末		義歯の着脱後の義歯用コップなどの後始末	
				うがい後のイソジンガーゲル・コップなどの後始末	
				唾・痰を拭った後のタオル・ティッシュペーパーなどの後始末	
				口唇の手入れ後のリップクリームなどの後始末	
				耳掃除後の耳かき・綿棒などの後始末	
	6	月経への対処	1	月経への対処の準備	161
			2	誘いかけ・拒否時の説明	162
			3	月経への対処の介助	163
			4	月経への対処見守り等	164
			5	月経への対処の後片付け	165
	7	整容 (入院後の頭髮のドライヤー乾燥を含む)	1	結髪・整髪のためのゴム・ヘアークラッシュ・鏡などの準備	171-1
				ドライヤーで乾燥、散髪のためのドライヤー・はさみなどの準備	171-2
				爪切り	171-3
				髭剃りのためのかみそり・ひげそり用ムースなどの準備	171-4
				おしゃれのための化粧水・乳液・ファンデーション・口紅・マニキュア・アクセサリーなど	171-5
			2	結髪・整髪の見守り等	172-1
				ドライヤーで乾燥の誘いかけ・拒否時の説明	172-2
				爪切り	172-3
				髭剃りの誘いかけ・拒否時の説明	172-4
				おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリー使用など)の誘いかけ・拒否時の説明	172-5
	3	介助		結髪・整髪の見守り等	173-1
				ドライヤーで乾燥の介助、散髪	173-2
				爪切り	173-3
				髭剃りの介助	173-4
				おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリー使用など)の介助	173-5
			4	結髪・整髪の見守り等	174-1
				ドライヤーで乾燥、散髪の見守り等	174-2
				爪切り	174-3
				髭剃りの見守り等	174-4
				おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリー使用など)の見守り等	174-5

2	移動・移乗・体位変換	8	更衣 ※浴室・脱衣所、トイレでの更衣を除く	5 後始末	結髪・整髪後のゴム・ヘアークラッシュ・くし・鏡などの後始末 ドライヤーで乾燥、散髪後のドライヤー・はさみなどの後始末 爪切り	175-1 175-2 175-3 175-4 175-5 181
				1 準備 2 言葉による働きかけ 3 介助 4 見守り等 5 後始末 9 その他	髭剃り後のかみそり・ひげそり用ムースなどの後始末 おしやれ後の化粧水・乳液・ファンデーション・口紅・マニキュア・アクセサリーなどの後始末 更衣のための衣服(靴下、靴含む)などの準備 更衣(靴下、靴含む)の誘いかけ・拒否時の説明 衣服を整えるための誘いかけ・拒否時の説明 更衣(靴下、靴含む)介助 衣服を整える 更衣(靴下、靴含む)の見守り等 衣服を整える時の見守り等 更衣後の衣服(靴下、靴含む)などの後始末 清潔・整容・更衣その他	182-1 182-2 183-1 183-2 184-1 184-2 185 199
2	移動・移乗・体位変換	9	1 敷地内の移動 (浴室内・脱衣所、トイレ内を除く) 2 移乗 (浴室内・脱衣所、トイレ内を除く)	1 準備 2 言葉による働きかけ 3 介助 4 見守り等 5 後始末 9 その他	移動のための歩行器・シルバーカー・つえ・ストレッチャー・車椅子などの準備 ひざかけをかける 歩行による移動の誘いかけ・拒否時の説明 歩行器・シルバーカーによる移動の誘いかけ・拒否時の説明 車椅子・ストレッチャーによる移動の誘いかけ・拒否時の説明 抱える、抱き上げる、背負っての移動の誘いかけ・拒否時の説明 (座ったままいすを動かすを含む) 転倒時の介助のため誘いかけ・拒否時の説明(座ったままの移動) 歩行による移動介助(一緒に移動する) 歩行器・シルバーカーによる移動介助(一緒に移動する) 車椅子・ストレッチャーによる移動介助 抱える、抱き上げる、背負っての移動介助 転倒時の介助(起こす) 歩行による移動の見守り(移動している様子を見守る)等 歩行器・シルバーカーによる移動の見守り(移動している様子を見る)等 車椅子・ストレッチャーによる移動の見守り等 転倒時、高齢者が起き上がる様子の見守り等 移動後の歩行器・シルバーカー・つえ・ストレッチャー・車椅子などの後始末 移乗のための椅子・車椅子・ストレッチャーなどの準備 移乗のための介助バー・ベッド柵の取り付けなど 車椅子から、床・マット・椅子・ベッドへの移乗の誘いかけ・拒否時の説明 床・マット・椅子・ベッドから、車椅子への移乗の誘いかけ・拒否時の説明(歩行器からの移乗を含む) ベッドから、ストレッチャーへの移乗の誘いかけ・拒否時の説明 ストレッチャーから、ベッドへの移乗の誘いかけ・拒否時の説明 ベッドからの昇降の誘いかけ・拒否時の説明 転落時の介助のための誘いかけ・拒否時の説明 車椅子とかではないところから、椅子に移乗(起立からいすへの移乗の誘いかけも含む) 車椅子から床・マット・椅子・ベッドへの移乗介助 床・マット・椅子・ベッドから車椅子への移乗介助(歩行器からの移乗介助) ベッドからストレッチャーへの移乗介助	211-1 211-2 212-1 212-2 212-3 212-4 212-5 213-1 213-2 213-3 213-4 213-5 214-1 214-2 214-3 214-4 215 221-1 221-2 222-1 222-2 222-3 222-4 222-5 222-6 222-7 223-1 223-2 223-3

				ストレッチャーからベッドへの移乗介助	223-4
				ベッドからの昇降介助	223-5
				転落時の介助(起こす)	223-6
			4 見守り等	(起立から)いすへの移乗の介助	223-7
				車椅子から床・マット・椅子・ベッドへの移乗の見守り等	224-1
				床・マット・椅子・ベッドから車椅子への移乗の見守り等	224-2
				ベッドからストレッチャーへの移乗の見守り等	224-3
				ストレッチャーからベッドへの移乗の見守り等	224-4
				ベッドからの昇降の見守り等	224-5
			5 後始末	転落時、入所(院)者が起きあがる様子の見守り等	224-6
				移乗後の椅子・車椅子・ストレッチャーなどの後始末	225
				移乗後の介助バー・ベッド柵の取り外しなど	
			1 準備	座布団等起座のための道具の準備	231
			2 言葉による働きかけ	誘いかけ・拒否時の説明	232
			3 介助	(どこに座るか尋ねることも含む)	
				座位を取らせる、座らせる際の介助	233
			4 見守り等	(痛くないようにパット、シーツを取り付ける)	
			5 後始末	起座時の見守り等(休憩)・シーツを取り付ける	234
			1 準備	起座のための道具の片付け	235
			2 言葉による働きかけ	履き物等起立のための道具の準備	241
				誘いかけ・拒否時の説明	242
			3 介助	立位を取らせる、立たせる際の介助	243
			4 見守り等	起立時の見守り等	244
			5 後始末	起立のための道具の後片付け	245
			1 準備	体位変換のための枕・足底板・円座・離被架などの準備	251
			2 言葉による働きかけ	誘いかけ・拒否時の説明	252
			3 介助	ギャッジベッドの操作の誘いかけ・拒否時の説明	253
				体位変換(体を起こす、支える、端座位から臥床させる、寝かせると	253-1
				座位を整える	253-2
				姿勢をたたく	253-3
				ギャッジベッドの操作	253-4
			4 見守り等	体位変換時の見守り等	254
			5 後始末	体位変換の枕・足底板・円座・離被架などの後始末	255
			1 準備	杖・義足など介助用具の準備	261
			2 言葉による働きかけ	誘いかけ・拒否時の説明	262
			3 介助	介助用具の着脱介助	263
			4 見守り等	介助用具の着脱時の見守り等	264
			5 後始末	介助用具の後片付け	265
			9 その他		299
			1 調理(対象者が調理するのを介助)	調理の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等。	312
			3 介助	調理の介助(材料の加工・準備・後始末など)	313
			4 見守り等	調理の見守り等	314

2	配膳・下膳 (対象者が配膳・下膳するのを介助)	2	言葉による働きかけ	配膳・下膳の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等。	322
		3	介助	配膳・下膳の介助	323
		4	見守り等	配膳・下膳の見守り等	324
		2	言葉による働きかけ	食器洗浄・食器の片付けの誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導。	332
3	食器洗浄・食器の片付け (対象者がするのを介助)	3	介助	食器洗浄・食器の片付けの介助	333
		4	見守り等	食器洗浄・食器の片付けの見守り等	334
		1	準備	食事・水分摂取のためのエプロン・ふきんなどの準備、食札数の確認(ランチョンマットを敷くことも含む)	341-1
				調理(食事を刻む、ミキサーにかけるなど)	341-2
4	摂食			食事の配膳・セッティング (食事中に食器の配置を変えることも含む)	341-3
				ハイキングスタイル時などの食事のとりわけ	341-4
		2	言葉による働きかけ	食事・水分摂取の誘いかけ・拒否時の説明、助言・指導 (口の周りについた食べかすの存在を教えることも含む)	342
		3	介助	配膳後の食事介助 (食べ物を口にもっていつて食べさせる、スプーンに手を添える)	343-1
5	水分摂取 (食事中を除く)			水分摂取介助(吸い飲み・コップのお茶や水などを飲ませるなど)	343-2
				小骨を除く、バナナの皮をむくなど	343-3
				むせた時の介助	343-4
				食事の時に汚れた口の周りを拭く	343-5
6	おやつ			食べ物が口の中に残っていないか確認する	343-6
		4	見守り等	食事・水分の摂取状況の確認 (おいしいかどうかの確認も含む)	344
		5	後始末	食事の後始末 (下膳、配茶の後始末、やかん・コップを集める、洗浄するなど)	345
		1	準備	与える水分・容器(吸い飲み・コップなど)を用意する(飲み物を温めたり冷ましたりすることを含む)	351-1
				容器に水分を適量入れる	351-2
				水分摂取のためのエプロン・ふきんなどの準備	351-3
				水分の入った容器等を配膳する	351-4
		2	言葉による働きかけ	水分摂取の誘いかけ・拒否時の説明	352
		3	介助	水分摂取介助(吸い飲み・コップのお茶や水などを飲ませるなど)	353
		4	見守り等	水分摂取の見守り等	354
		5	後始末	水分摂取の後始末(配茶の後始末、やかん・コップを集める、洗浄するなど)	355
		1	準備	食事・水分摂取のためのエプロン・ふきんなどの準備、食札数の確認	361-1
				調理(食事を刻む、ミキサーにかけるなど)	361-2
				食事の配膳・セッティング	361-3
				ハイキングスタイル時などの食事のとりわけ	361-4
		2	言葉による働きかけ	食事・水分摂取の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導。	362
		3	介助	配膳後の食事介助(食べ物を口にもっていつて食べさせる、スプーンに手を添える)	363-1
				水分摂取介助(吸い飲み・コップのお茶や水などを飲ませるなど)	363-2

4	排泄	9	その他	1	排尿 (移乗・体位変換を含む) (浴室内を含む)	小骨を除く、バナナの皮をむくなど)	363-3
						むせた時の介助	363-4
						食事の時に汚れた口の周りを拭く	363-5
						食べ物が口の中に残っていないか確認する	363-6
						食事・水分の摂取状況の確認	364
						食事の後始末(下膳、配茶の後始末、やかん・コップを集める、洗浄するなど)	365
						9 その他	399
						1 準備	411-1
						2 言葉による働きかけ	411-2
						トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗の誘いかけ・拒否時の説明	412-1
						排尿時に身体をささえる(収尿器・さし込み便器の挿入・除去時など)ための誘いかけ・拒否時の説明	412-2
						3 介助	412-3
						トイレでの衣類の着脱	413-1
						排尿動作介助	413-2
						排尿時の清拭	413-3
						失禁時の排尿介助(問題行動への対応は除く)	413-4
						排尿時トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗介助	413-5
						排尿時に身体をささえる(収尿器・さし込み便器の挿入・除去時など)	413-6
						4 見守り等	414-1
						排尿時の見守り等	414-2
						排尿時トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗の見守り等	414-3
		2	排便 (おむつに係る介助を含む) (浴室内を含む)			排尿時に身体をささえている収尿器・さし込み便器の挿入・除去時などの見守り等	414-3
						排尿時のトイレの水洗	415-1
						排尿の後始末(トイレ・ポータブルトイレの洗浄・消毒など)	415-2
						ポータブルトイレの後始末	415-3
						収尿器・さし込み便器の洗浄・消毒	415-4
						収尿器・さし込み便器の後始末	415-5
						排尿時の移乗・体位変換後の物品後始末	415-6
						排便のためのトイレ・ポータブルトイレなどの準備	421-1
						おむつ交換のためのおむつ・パッドなどの準備	421-2
						排便時の移乗・体位変換のための物品準備	421-3
		3	介助			排便の誘いかけ・拒否時の説明	422-1
						排便時の洗浄、坐浴の誘いかけ・拒否時の説明	422-2
						おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除去・装着の誘いかけ・拒否時の説明	422-3
						排便時ポータブルトイレの便座への移乗の誘いかけ・拒否時の説明	422-4
						排便時に身体をささえる(さし込み便器の挿入・除去時など)ための誘いかけ・拒否時	422-5
						トイレでの衣類の着脱	423-1
						排便動作介助	423-2
						排泄時の清拭	423-3
						排便時の洗浄、坐浴の介助	423-4
						失禁時の排便動作介助(問題行動への対応は除く)	423-5
		4	見守り等			おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除去・装着	423-6
						排便時トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗介助	423-7
						排便時に身体をささえる(さし込み便器の挿入・除去時など)介助	423-8
						排便時の見守り等	424-1

5	生活自立支援	9	その他 1 洗濯 (対象者がするのを介助)	5 後始末		排便時の洗浄、坐浴の見守り等	424-2
						おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除去・装着の見守り等	424-3
						トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗の見守り等	424-4
						排便時に身体をささえる(さし込み便器の挿入・除去など)の見守り等	424-5
						排便時のトイレの水洗	425-1
						排便の後始末(トイレ・ポータブルトイレの洗浄・消毒など)	425-2
						ポータブルトイレの後始末	425-3
						さし込み便器の洗浄・消毒	425-4
						さし込み便器の後始末	425-5
						おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの後始末(使用後のおむつを所定の位置まで運	425-6
						排便時の移乗・体位変換後の物品の後始末	425-7
							499
		9	その他 2 言葉による働きかけ			説明・指導等言葉による働きかけ	512-1
						洗濯の働きかけ	512-2
						洗濯のおれを言う	513-1
						洗濯(乾燥)機の設定	513-2
						洗濯物の出し入れ、洗濯物を運ぶ、干す、取り入れる、収納する等、洗濯の一連の行為に対する介助	513-3
						洗濯物たため(利用者がすることを介助)	514
						洗濯の一連の行為に対する見守り等	522
						清掃・ごみの処理時の誘いかけ	523
						家具等移動させる、清掃をする、ごみを処理する等、清掃・ごみの処理に関する一連の行為に対する介助	524
						ごみの処理に関する一連の行為に対する見守り等	532
		4	見守り等 2 言葉による働きかけ			説明・指導等言葉による働きかけ	533
						整理・整頓の一連の行為に対する介助	534
						整理・整頓の一連の行為に対する見守り等	542
						説明・指導等言葉による働きかけ	543
						食べ物の管理に対する一連の行為に対する介助	544
						食べ物の管理に対する一連の行為に対する介助	552
						説明・指導等の言葉による働きかけ	553
						金銭管理に関する一連の行為に対する介助 小口現金や領収書の管理など	554
						金銭管理に関する一連の行為に対する見守り等	562
						説明・指導等による言葉かけ	563
		3	介助 2 言葉による働きかけ			戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する介助	564
						戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する見守り	571
						目覚まし時計をかける、布団を持つてくる、音楽をかける	572
						起床・就寝時にベッドサイドでかける声かけや拒否時の説明	573
						目を覚まさせる、寝かしつける(腕をとんとたたく)	
		4	見守り等 2 言葉による働きかけ			説明・指導等言葉による働きかけ	542
						食べ物の管理に対する一連の行為に対する介助	543
						食べ物の管理に対する一連の行為に対する介助	544
						説明・指導等の言葉による働きかけ	552
						金銭管理に関する一連の行為に対する介助 小口現金や領収書の管理など	553
						金銭管理に関する一連の行為に対する見守り等	554
						説明・指導等による言葉かけ	562
						戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する介助	563
						戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する見守り	564
						目覚まし時計をかける、布団を持つてくる、音楽をかける	571
		1	準備 2 言葉による働きかけ			起床・就寝時にベッドサイドでかける声かけや拒否時の説明	572
						目を覚まさせる、寝かしつける(腕をとんとたたく)	573

		4 見守り等	起床・就寝前後の観察、見守り等	574
		5 後始末	就寝後に消灯する。カーテンを閉める等	575
		1 準備	その他の日常生活のための準備	581
		2 言葉による働きかけ	その他の日常生活の誘いかけ・拒否時の説明（散歩の誘いかけも含む）	582
		3 介助	物品をとる、たばこの火をつけるなど、テレビをつける（チャンネルを変える・ビデオをつける、カレンダーをかける、音楽をかけることも含む）	583-1
			身の回りの物の整理・整頓	583-2
			入退院（所）手続き	583-3
			散歩介助	583-4
		4 見守り等	散歩見守りを含むほえみかけ・アイコンタクト	584
		1 挨拶・日常会話	定時の挨拶	591-1
		2 心理的支援・訴えの把握	日常会話	591-2
		3 その他のコミュニケーション	不安・孤独、恐れ、痛みなどへの対応（話を聴く、そばにいる、手を握るなど）	592-1
			ニーズの把握、相談・確認	592-2
			本の朗読、手紙の代読・代筆、チラシをみる	593-1
			会話の援助、人間関係の調整、伝言の代行	593-2
			ナースコールの受理・応答、利用者から呼ばれていく	593-3
			食事や機能訓練の時間を伝達するために放送をかける	593-4
		4 生活指導	スキミング、ポデキャスト	593-5
			生活に関する本人・家族への指導（食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境整備など）入退所（院）時オリエンテーション	594
		9 その他	用事をお願いする	595
		1 準備	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の為に準備（会場・廊下などの飾り付け、展示物の陳列、使用物品の作成など）	611
		2 言葉による働きかけ	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の誘いかけ・拒否時の説明	612
		3 実施・評価・介	行事・クラブ活動、レクリエーション活動、趣味活動の実施 活動中の介助	613
		4 見守り等	行事・クラブ活動、レクリエーション活動中の見守り等	614
		5 後始末	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の後始末（使用物品の後始末、写真・資料の整理など）	615
		2 言葉による働きかけ	説明・指導等言葉による働きかけ	622
		3 介助	電話、FAX、E-mailを行う、手紙を書く際の一通の行為に対する介助	623
		4 見守り等	電話、FAX、E-mailを行う、手紙を書く際の一通の行為に対する見守り等	624
		2 言葉による働きかけ	説明・指導 助言等言葉による働きかけ	632
		3 介助	文書作成に対する一通の行為に対する介助	633
		4 見守り等	文書作成に対する一通の行為に対する見守り等	634
		2 言葉による働きかけ	本人、来訪者に対する言葉による働きかけ	642
		3 介助	対象者が来訪者への対応をする際のサポート	643
		4 見守り等	対象者が来訪者への対応をする際の見守り等	644
		0 その他		
6 社会生活支援	1 行事、クラブ活動			
		2 電話、FAX、E-mail、手紙（対象者がするのを介助）		
		3 文書作成（手紙を除く）（対象者が文書作成をするのを介助）		
		4 来訪者への対応（対象者が来訪者への対応をする際の介助）※家族を含む		

7	行動上の問題	5 外出時の移動	2 言葉による働きかけ	外出時の施設敷地外における誘いかけ・拒否時の説明等言葉による働きかけ	652
			3 介助	施設敷地外での移動介助	653
6	外出先での行為		4 見守り等	施設敷地外での移動時の見守り等	654
			2 言葉による働きかけ	その他の外出先での行為に対する言葉による働きかけ	662
7	職能訓練・生産活動		3 介助	その他の外出先での行為に対する介助(切符を買う)	663
			4 見守り等	その他の外出先での行為に対する見守り等	664
8	社会生活訓練 (日常生活訓練、対人関係訓練、SSTを含む)		1 準備	職能訓練・生産活動の際の準備	671
			2 言葉による働きかけ	職能訓練・生産活動の際の誘いかけや拒否時の説明等、言葉による働きかけ	672
9	その他		3 介助	職能訓練・生産活動の際の身体的介助	673
			4 見守り等	職能訓練・生産活動の際の見守り等	674
10	行動上の問題の発生時の対応		5 後始末	職能訓練・生産活動の際の後始末	675
			1 準備	社会生活訓練の際の準備	681
11	行動上の問題の発生時の対応		2 言葉による働きかけ	社会生活訓練の際の準備	682
			3 介助	社会生活訓練の際の身体的介助	683
12	行動上の問題の発生時の対応		4 見守り等	社会生活訓練の際の見守り等	684
			5 後始末	社会生活訓練の際の後始末	685
13	行動上の問題の発生時の対応		9 その他		699
			1 準備	問題発生時の対応のための物品の準備 徘徊時に落ち着かせるためのおやつや飲み物等の準備など	711
14	行動上の問題の発生時の対応		2 言葉による働きかけ	問題発生時の対応のための誘いかけ・拒否時の説明 徘徊時におやつや飲み物を提供するなどの説明等	712
			3 対応	徘徊への対応	
15	行動上の問題の発生時の対応			一緒に歩いて歩く、一緒に散歩をする、おやつや飲み物を提供	713-1
				誘発要因を除く、落ち着く場所へ誘導する、探索する、高齢者を徘徊の目的を捉える	
16	行動上の問題の発生時の対応			不潔行為への対応	713-2
				早めに声をかける、説明する、制止するなど	
17	行動上の問題の発生時の対応			暴力行為・暴言・大声などへの対応	713-3
				押さえつけようとする落着いて話を聴く、仲裁するなど	
18	行動上の問題の発生時の対応			破壊行為への対応	
				説明する、押さえつけないように制止する、落ち着いて話を聴く、誘発要因を除くなど(粗暴行為・自傷行為も含む)	713-4
19	行動上の問題の発生時の対応			収束癖への対応	713-5
				説明する、話を聴く、誘発要因を除くなど	
20	行動上の問題の発生時の対応			もの盗られ妄想・作話などへの対応	713-6
				否定せず一緒に探す、話を聴くなどの	
21	行動上の問題の発生時の対応			繰り返し訴え(帰宅願望など)や動作への対応	713-7
				その都度話を聴く、他に興味を持たせ気分転換をはかるなど	
22	行動上の問題の発生時の対応			不眠・昼夜逆転への対応	713-8
				不眠時話を聴く、おやつや飲み物を提供するなど	
23	行動上の問題の発生時の対応			実際にはないものが見えたり聞こえたりすることへの対応	713-9
				否定せず話を聴く、気分転換をはからせるなど	

	2	行動上の問題の予防的対応	不安、怒り、抑うつなど感情が不安定になることへの対応 話を聴く、スキンシップなど 性的な逸脱行動への対応 他に興味を持たせる、場をかえさせるなど 異食・盗食への対応 静かに話しかけ、食べているものをわたして口の中に残っているものを吐き出させるなど	713-10
				713-11
				713-12
				713-13
				714
				715
				721
				722
				723-1
				723-2
	3	言葉による働きかけ 対応	不安、怒り、抑うつなど感情が不安定になることへの対応 話を聴く、スキンシップなど 性的な逸脱行動への対応 他に興味を持たせる、場をかえさせるなど 異食・盗食への対応 静かに話しかけ、食べているものをわたして口の中に残っているものを吐き出させるなど その他の行動上の問題への対応 問題発生時の見守り等 徘徊時に見守るなど 問題発生時の対応後の物品の後始末 徘徊時に提供したおやつや飲み物などの後始末など 行動上の問題の予防的対応のための物品の準備 (徘徊の予防のために) 安全な空間を確保するための部屋の準備 行動上の問題の予防的対応のための誘いかけ・拒否時の説明 (徘徊の予防のために) 安全な空間を確保するための部屋の誘いかけ・拒否時の説明 徘徊への予防的対応 安全に動き回ることが出来る空間を確保する、転倒予防のために危険物を除去する 徘徊ルートなどを観察する、誘発要因を評価するなど 不潔行為への予防的対応 排泄パターンを把握する、随時トイレに誘導する、行為時の観察 トイレの場所を説明明示する、身ざれいにするなど 暴力行為・暴言・大声などへの予防的対応 人間関係を調整する、誘発要因を評価する、スキンシップ 傷の手当てをする等 破壊行為への予防的対応 周囲の物品を除去防護する、誘発要因を把握する 修理・修繕をするなど 収集癖への予防的対応 収集物を除去する、事前に収集物を準備しておく、収集時の観察をする 誘発要因の評価をするなど もの盗られ妄想・作話などへの予防的対応 持ち物に名前を付ける、寂しさを感じさせないように話しかける 誘発要因を評価するなど 繰り返し訴え(帰宅願望など)や動作への予防的対応 同じ内容や方法を繰り返し、安心安定させる、会話の内容を評価するなど 不眠・昼夜逆転への予防的対応 生活リズムを把握する、規則的な生活習慣をつける、昼夜の時間を短くする 日常生活の決まりごとを継続するなど 実際にはないものが見えたり聞こえたりすることへの予防的対応 誘発要因を除去・評価するなど 不安、怒り、抑うつなどの感情が不安定になることへの予防的対応 話を聴く、音楽を聴かせる、慣れ親しんだものを持たせる 調理・掃除など一緒に役割活動をする、誘発要因を評価するなど	723-3
				723-4
				723-5
				723-6
				723-7
				723-8
				723-9
				723-10

				性的な逸脱行動への予防的対応 環境を調整する、性的刺激を与えないようにする、適度なスキンシップ 誘発要因を評価するなど	723-11
				異色・盗食への予防的対応 危険物を目に入りやすいところや手の届くところへ置かない 残飯は素早く片付けるなど	723-12
				その他の問題行動への予防的対応 問題行動予防などのための個別的活動やグループ活動 生活歴に応じた慣れ親しんだ日常作業など	723-13 723-14
			4	見守り等 (徘徊の予防のために)安全な空間を確保した時の見守り等	724
			5	後始末 (徘徊の予防のために)安全な空間を確保した後の部屋の片付けなど	725
			1	準備 行動上の問題の予防的訓練のための物品の準備	731
			2	言葉による働きかけ 行動上の予防的訓練の誘いかけ・拒否時の説明	732
			3	実施・評価 五感の刺激、過去の体験の再現、回想などによる記憶や見当識の再生への働きかけ 写真を見せて思い出させるなど	733
			4	見守り等 行動上の問題の予防的訓練の見守り	734
			5	後始末 行動上の問題の予防的訓練後の物品の後始末	735
			9	その他 行動上の問題その他	799
			1	準備 処方箋と処方薬の照合、薬の区分け、与薬の準備、注射せんの整薬を服用・使用しやすく整える(オフラートに包む、散剤を溶かすなど)	811-1
			2	言葉による働きかけ 薬品戸棚、与薬車の管理、常備薬の管理、保冷庫の管理 薬物療法時の誘いかけ・拒否時の説明	811-2 812
			3	介助・実施 経口薬・坐薬、注射、自己注射、輸液・輸血など 輸液・輸血中の固定、上下肢の抑制、姿勢の保持	813-1 813-2
			4	観察・見守り等 内服の観察、自己注射(インシュリン注射など)の観察、その他の見守り等	814
			5	後始末 薬物療法後の後始末	815
			1	準備 呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置の物品の準備	821
			2	言葉による働きかけ 呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置の誘いかけ・拒否時の説明	822
			3	実施 呼吸器にかかる処置 吸引療法、ネブライザー、タッピング、体位排痰法 酸素吸入(テント法・経鼻カテーテル法・マスク法)、気管内挿管、気道の確保 気管切開、気管切開口のケア、カニューレ交換、在宅酸素・吸引などの機器点検 レスピレーター(人口呼吸器)の装着、胸腔内持続吸引カテーテルの管理など 循環器にかかる処置 カウンターストッキング(除細動操作)・心肺蘇生法の介助 弾性ストッキングの着用介助など	823-1 823-2
8	医療	3	行動上の問題の予防的訓練 3		
			9	その他 1 薬剤の使用 (経口薬、坐薬の投与、注射、自己注射、輸液、輸血など) 2 呼吸器、循環器、消化器、泌尿器にかかる処置 (吸引、吸入、排痰、経管栄養など)	

			消化器にかかる処置 経口栄養の実施、経管栄養(経鼻、胃瘻)の実施、嘔吐に対する胃チューブ(経鼻カテーテル)の交換 排便、浣腸、ストーマ(人口肛門)に関する処置 腹部マッサージなど、その他排便に関することなど	823-3
			泌尿器にかかる処置 膀胱訓練(手圧排尿殴打法)、導尿、膀胱・膀胱瘻留置カテーテルの交換 採尿器(ユリサーバー・ユリドームなど)の着脱、尿パットの交換 透析(HD、CAPD)の介助など	823-4
		4	観察・見守り等 処置にかかる上下肢の抑制、姿勢の保持 呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置中の観察・見守り等 むせた時に呼吸が荒いので背中をさする	823-5 824
		5	後始末 呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置後の物品の後始末	825
		1	準備 運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置の物品の準備	831
		2	言葉による働きかけ 運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置の誘いかけ・拒否時の説明	832
		3	実施 運動器にかかる処置 ベッド上での索引、ギブス巻き、カット 温冷あん法、温冷湿布、湯タンポ、氷嚢、氷枕の介助など	833-1
			皮膚にかかる処置 褥創、外科創などの処置包交、軟膏塗布、薬浴、軟膏を混ぜるなど皮膚処置の実施	833-2
			眼にかかる処置 点眼液・服用軟膏、目やにの処置など	833-3
			耳鼻咽喉にかかる処置 歯科にかかる処置 口腔内処置など	833-4
			手術にかかる処置 生検の介助、処置中の固定、術前・術後の処置、剃毛、など	833-5 833-6
			処置に係る上下肢の抑制、姿勢の保持	833-7
		4	観察・見守り等 運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術に係る処置中の観察・見守り等	834
		5	後始末 運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術に係る処置中の後始末	835
		1	準備 観察・測定・検査のための体温計・血圧計などの準備 検査伝票、検温板・温度板の準備・整理	841
		2	言葉による働きかけ 観察・測定・検査のための誘いかけ・拒否時の説明	842
		3	実施 バイタルサインのチェック、血圧・体温・脈拍・呼吸の測定 身長・体重・胸囲等の測定	843-1 843-2
			その他の観察・測定(呼吸音・心音聴診、腹部触診、睡眠の調節など)	843-3
			食事摂取量・水分量・チェック・水分出納管理、カロリー計算	843-4
			排尿頻度・量・間隔などの確認	843-5
			検体(血液、尿、便、痰、胃液等)の採取	843-6
			心電図・呼吸機能検査・エックス線・内視鏡・血糖値など	843-7
			観察・測定・検査結果などのメモ記入など	843-8
		5	後始末 観察・測定・検査後の物品の後始末	845
		1	準備 指導・助言のための物品の準備	851
		2	誘いかけ・拒否時の説明 指導・助言の誘いかけ・拒否時の説明	852
		3	観察・測定・検査 運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置 (索引・固定温・冷罫法など)	
		4	観察・測定・検査 観察・測定・検査のための体温計・血圧計などの準備 検査伝票、検温板・温度板の準備・整理	
		5	指導・助言 指導・助言のための物品の準備	

			3 実施	服薬、尿路感染じょくそう予防、口腔衛生などに関する指導・助言	853
			5 後始末	指導・助言後の物品の後始末	855
		6 病気の症状への対応 (診察介助等)	1 準備	診察介助のための物品の準備	861
			2 言葉による働きかけ	診察の誘いかけ・拒否時の説明、指導・助言	862
			3 実施	診察の介助等	863
			5 後始末	診察介助後の物品の後始末	865
		9 その他	9 その他		899
		1 基本日常生活訓練	1 準備	理学療法的訓練のための物品の準備	911
			2 言葉による働きかけ	理学療法的訓練のための誘いかけ・拒否時の説明	912
			3 実施・評価・デモンストレーション	間接可動域・可動性・筋力の評価・訓練(手の運動も含む) 筋緊張反射・感覚の評価訓練、疼痛の評価、片麻痺機能テスト 筋力増強・骨盤底筋(腹圧性尿失禁に対する)訓練 基本動作訓練(寝起き、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、バランス、移乗、移動、車いす操作、歩行、駆動、装具装着など) 理学療法的訓練等のデモンストレーション その他の基本日常生活訓練(神経筋促通手技など)	913-1 913-2 913-3 913-4
			4 見守り等	理学療法的訓練等を行っている際の見守り等	914
			5 後始末	理学療法的訓練等を行った後の物品の後始末	915
		2 応用日常生活訓練 (作業療法的訓練)	1 準備	作業療法的訓練等のための物品の準備	921
			2 言葉による働きかけ	作業療法的訓練等の誘いかけ・拒否時の説明	922
			3 実施・評価・デモンストレーション	嚥下訓練評価、上肢機能・手指巧緻性、協調性・耐久性の訓練・評価 受動的遊び、運動遊び、視覚聴覚前庭覚、知的グループ遊びの実施・評価 車・竹・等細工、編み物、手芸、陶芸、版画、習字、縫物彫刻、金工、簡易作業、おりがみ等の実施・評価 プーリーによる訓練、セラピスト訓練、習字・文具・楽器使用・事務的活動訓練 ワープロ、タイプ、パソコンなどの実施・評価 作業療法的訓練等のデモンストレーション その他の応用日常生活訓練 作業療法的訓練等を行っている際の見守り等 作業療法的訓練等を行った後の物品の後始末 言語・聴覚訓練のための物品の準備 言語・聴覚訓練の誘いかけ・拒否時の説明 知的精神機能評価、認知・見当識・失行・失認などの評価 失語の評価、構音障害の検査、失語症検査の実施、コミュニケーション能力の評価 発声、発語器官の運動をさせる、発声練習をさせる、構音練習をさせる 言語・聴覚訓練のデモンストレーション その他の言語療法的訓練 言語・聴覚訓練を行っている際の見守り等 言語・聴覚訓練後の物品の後始末 体操のためのカセットテープなどの準備 スポーツに用いるボールなど用具の準備	923-1 923-2 923-3 923-4 923-5 923-6 923-7 924 925 931 932 933 933 933 933 933 934 935 941 941
		3 言語・聴覚訓練 (言語・聴覚療法)	1 準備	言語・聴覚訓練のための物品の準備	931
			2 言葉による働きかけ	言語・聴覚訓練の誘いかけ・拒否時の説明	932
			3 実施・評価・デモンストレーション	知的精神機能評価、認知・見当識・失行・失認などの評価 失語の評価、構音障害の検査、失語症検査の実施、コミュニケーション能力の評価 発声、発語器官の運動をさせる、発声練習をさせる、構音練習をさせる 言語・聴覚訓練のデモンストレーション その他の言語療法的訓練 言語・聴覚訓練を行っている際の見守り等 言語・聴覚訓練後の物品の後始末 体操のためのカセットテープなどの準備 スポーツに用いるボールなど用具の準備	933 933 933 933 933 933 934 935 941 941
		4 スポーツ訓練 (体操・準備体操を含む)	1 準備	スポーツに用いるボールなど用具の準備	941

0	対象者に 直接関 わらない 業務	5	言葉による働 きかけ 3 実施・評価・デ モンストレー 4 見守り等 5 後始末 1 準備 2 言葉による働 きかけ 3 実施・評価・デ モンストレー 4 見守り等 5 後始末 9 その他	スポーツ訓練中の誘いかけ・拒否時の説明 (ラジオ体操の誘いかけも含む) 個人に対する体操・集団体操・競技の実施・評価 協議への参加・評価・デモンストレーション スポーツ訓練時の見守り等 スポーツ訓練に関する用具やカセットテープなどの後始末 牽引・温熱・電気療法、マッサージのための物品の準備 牽引・温熱・電気療法等の物理療法、マッサージの誘いかけ・拒否時の説明 牽引・温熱・電気療法等の実施・評価 マッサージ、さする 牽引・温熱・電気療法等やマッサージ中の見守り等 牽引・温熱・電気療法等物理療法やマッサージ後の物品の後始末 申し送り、ケアに関する打ち合わせ・連絡・報告等業務上の会話(他のスタッフへの電 話連絡含む) 看護・介護計画、個別ケア方策などの策定 カルテ回診 医療・行政担当者・義肢装具士ボランティア等との連絡・調整 要介護認定業務、ケアプラン作成業務 治療器具機材の購入・確認など 病歴・生活史・生活全般などについて本人・家族からの情報収集 家族との連絡・対応・調整等の話し合い カーデックス・看護介護記録の記入、ADL評価記録・リハビリケース記録の記入 受診ノートなどの記入 カルテ・エックス線フィルム・検査伝票類・検査ファイルへの記入など 文献検索・調べもの カルテからの情報収集 寝具・リネン整備 ベッドメーカーキング 寝具・リネンを整える 寝具・リネン交換 ベッド周辺環境整備・掃除 床頭台・オーバーテーブルの整頓 ナースコールの整備 入所者の病棟等環境整備・掃除(職員に関する場所を除く) 温度・湿度調節、換気、窓の開閉、採光など調整 カーテンなどの開閉 病棟等(居室、食堂、処置室、機材室、汚物室など)の整理・整頓・掃除・消毒・ゴミ捨 洗濯 洗濯ものを集める、洗濯室に持って行く、洗濯機などの準備、操作、後始末 洗濯物を手洗する、洗濯物を干す、乾燥させる、洗濯ものをたたむ、整理(アイロン 入所(院)者の依頼による物品購入(出前、通販含む) 新聞、手紙、雑誌等の配布・管理、衣服・日用品整理、入れ替え、不要物品の整理 ロッカー整頓、冷蔵庫の管理、日用品・衣服の名前付け、ネームプレートの作成 洗濯物の居室への配布・整頓・衣服の修理・修繕 生け花・鉢植えの水替え・手入れ、小口現金や領収書の管理 病棟内の巡回、食事・行事等の際の全体への見渡し 手洗い 勤務時間中の待機、仮眠など	942 943 943 944 945 951 952 953 953 954 955 999 011-1 011-2 011-3 011-4 011-5 011-6 011-7 011-8 012-1 012-2 012-3 012-4 012-5 013-1 013-2 013-3 013-4 013-5 013-6 014 15 021 022
2	対象者に 直接関 わらない 業務	2	1 連絡調節 9 その他	申し送り、ケアに関する打ち合わせ・連絡・報告等業務上の会話(他のスタッフへの電 話連絡含む) 看護・介護計画、個別ケア方策などの策定 カルテ回診 医療・行政担当者・義肢装具士ボランティア等との連絡・調整 要介護認定業務、ケアプラン作成業務 治療器具機材の購入・確認など 病歴・生活史・生活全般などについて本人・家族からの情報収集 家族との連絡・対応・調整等の話し合い カーデックス・看護介護記録の記入、ADL評価記録・リハビリケース記録の記入 受診ノートなどの記入 カルテ・エックス線フィルム・検査伝票類・検査ファイルへの記入など 文献検索・調べもの カルテからの情報収集 寝具・リネン整備 ベッドメーカーキング 寝具・リネンを整える 寝具・リネン交換 ベッド周辺環境整備・掃除 床頭台・オーバーテーブルの整頓 ナースコールの整備 入所者の病棟等環境整備・掃除(職員に関する場所を除く) 温度・湿度調節、換気、窓の開閉、採光など調整 カーテンなどの開閉 病棟等(居室、食堂、処置室、機材室、汚物室など)の整理・整頓・掃除・消毒・ゴミ捨 洗濯 洗濯ものを集める、洗濯室に持って行く、洗濯機などの準備、操作、後始末 洗濯物を手洗する、洗濯物を干す、乾燥させる、洗濯ものをたたむ、整理(アイロン 入所(院)者の依頼による物品購入(出前、通販含む) 新聞、手紙、雑誌等の配布・管理、衣服・日用品整理、入れ替え、不要物品の整理 ロッカー整頓、冷蔵庫の管理、日用品・衣服の名前付け、ネームプレートの作成 洗濯物の居室への配布・整頓・衣服の修理・修繕 生け花・鉢植えの水替え・手入れ、小口現金や領収書の管理 病棟内の巡回、食事・行事等の際の全体への見渡し 手洗い 勤務時間中の待機、仮眠など	011-1 011-2 011-3 011-4 011-5 011-6 011-7 011-8 012-1 012-2 012-3 012-4 012-5 013-1 013-2 013-3 013-4 013-5 013-6 014 15 021 022

				3 職員に関する 記録・調整	勤務表・日課表などの作成 看護・介護職員日誌などの記入 職員会議、その他の会議(ケアに関するもの以外) 施設(院)内研修など 職員自身の休憩(更衣、食事、トイレ、喫煙、私的会話、電話など)	023
				4 休憩		024
				5 職員に関する 環境整備・掃 除(入所(院) 者に関する場 所を除く)	ナースステーション、休憩室、更衣室などの環境整備・掃除	025
				6 移動	職員の移動(職員が居室に入室することを含む)	026
				7 その他職員に 関すること	その他職員に関すること	027
				9 その他		099

参考資料4 会話記録 記入例

調査員A用記録用紙(声かけ用)

記録者()

対象者ID

調査対象者()

調査日 200 年 月 日

時刻	状況・場面	声かけの内容と本人の言葉	反応の内容	感情分類
7:00		誰が声かけしたか記録する 職A「さあ、〇さん食事にしましょう、こっ ちへおすわりください」	反応	
15分	朝食	A氏「おはようさん、あれか、ご飯もうでき てんの」	笑顔でうなづく	楽しみ
20分	その時がど のような場 面や場所か を記入する こと。後で場 面が分かる ように各自 の判断に任 せる。	職A「この漬け物はうちで漬けたんだよ」 A氏「そう」	無表情でうなづく	関心・集中
8:00			調査員A用資料①を参 照し、6つの感情にお けるそれぞれの内容を 参考に職員の声かけ に対する反応を記入す る。	
9:00				
10:00				
13分	居間のソファ	職A「テレビおもしろいかや」 A氏「ふん、なんだかわかんねえけどな あ」	愛想笑いでこちらを見る	楽しみ
11:00				
12:00	職員の声 かけがはじ まった時間 を記入する こと。	できるだけ職員の対象者 に対する声かけの内容を そのまま記述すること。 可能であれば対象者の 発言も記録すること。		
13:00	可能であ れば終わっ た時間も記 入すること、分単位 まででよ い。	会話が長い場合や、書 ききれない場合は、要約 せずに1つの会話の内容 を正確に記入すること 聞き取りづらい場合は、 後で分かるようにマーク を付けておくこと。 全ての会話のやりとりを 記録することは困難であ るので、1回のやりとりを正 確に記入し、記入中に次 の会話が始まって記録で きない時は、1回目の声か けの内容を正確に記入す ることを優先し、記入中の 発言はとばすことも可能。 そのため録音をし、後で 確認がしやすいように、 マークを付けておくこと。		
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

調査対象者の属性に関する分析
クラスター分析による対象者のグループ化とその特性の検討

分担研究者 内藤 佳津雄（日本大学）

研究協力者 大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘）

研究要旨

認知症ケアモデル開発のために、調査対象者の属性を類型化するために、年齢、認知記憶機能（HDS-R）、ADL、BPSDの程度（BEHAVEAD）、罹患期間（以上は連続変量）および性、要介護度、認知症種類（以上は離散変量）を変数として、クラスター分析を行った。その結果、対象者を4つのクラスターに分けることができ、それぞれのクラスター（グループ）の特性を比較して、類型ごとの特徴を明らかにした。

その結果、各グループ間の特徴は、相対的に第1グループでは、年齢が高く罹患期間が中位、認知症の種類が不明な者が多く要介護3が多い、HDS-R・BEHAVEADが低い、ADLは中位であった。第2グループでは、年齢は中位で、罹患期間が短い、アルツハイマー型と混合型が多く、要介護1・2が多い、HDS-R・BEHAVEAD・ADLが相対的に良好であった。第3グループでは、年齢は低く、罹患期間が長く、アルツハイマー型が多く、要介護3が多い、HDS-R・BEHAVEADは低い、ADLは中位であった。第4グループでは、年齢は中位で、罹患期間が中位、脳血管性が多く、要介護4・5が多い、HDS-R・BEHAVEAD・ADLが低位であった。

A. 研究目的

本研究プロジェクトは、全体として認知症高齢者の属性及び生活場面別のコミュニケーション技術、身体介護・生活支援手法、アクティビティの実態把握と認知症ケアモデルの検討を目的としている。そのためには、認知症高齢者の属性とケアの関係を明らかにする必要がある、本分担研究においては、認知症高齢者の状態像について、いくつかの特性をもとに類型化することを目的とした。ただし、詳細な認知症高齢者像の構築を行うことよりも、後続の研究である生活場面別のコミュニケーション技術、身体介護・生活支援手法、アクティビティの実態把握と認知症ケアモデルの検討のために、今回の研究参加者の状態像分類を行うことを主な目的とした。

B. 研究方法

調査対象者はO県のK施設、I県のT施設、H県のKH施設の3施設であり、いずれもグループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームを有する施設であった。調査対象事業種はグループホーム3カ所、小規模単位型特養のユニット15カ所であり、K施設12ユニット、1グループホーム、H施設1ユニット、1グループホーム、KH施設1ユニット、1グループホームであった。調査対象者は本人あるいは家族より研究への参加の同意を得られた認知症高齢者68名であった。

平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間を調査期間とし、認知症高齢者1名に対し、調査トレーニングを受けた調査員2名が、7時～19時の約12時間について「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の援助行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い、活動、発語、援助行為のコーディングを実施した。また、施設・事業所の環境評価（認知症高齢者施設環境配慮尺度PEAP）についても実施した。

本分担研究で解析対象とする高齢者属性評価は、対象となる認知症高齢者ごとに年齢、性別、入居期間、認知症の種類、認知症罹患期間、認知症程度（HDS-R）、ADL（Barthel Index）、IADL（5項目IADL）、入居期間、BPSD程度（Behave AD）について評価を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症高齢者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

C. 結果と考察

1. クラスタ分析による被験者グループの分類

変数としては、連続量として、年齢、HDS-R得点、ADL得点、BEHAVE AD得点、罹患期間（月数）、離散量として、性、要介護度、認知症種類を採用し、クラスタ分析を実施した。IADLは3名を除いて0点であったこと、入居期間は罹患期間と相関強かったことから解析から除外した。なお、クラスタ分析はSPSS14によりTwostep法（連続量と離散量の両方を同時に分析対象とできる）を用いて解析した。

その結果、対象とした68例を4つのクラスタに分類することができた。分類した結果を表1-1に示した。

2. クラスターの特性別分析

1) 連続量について

年齢、HDS-R、ADL、BEHAVEAD、認知症への罹患期間について、クラスターごとの平均値を求めた（表1-2）。クラスター間の平均値を比較するために分散分析を行ない、有意な効果が認められた場合にはTukey法による多重比較を行った。

(1) 年齢

分散分析の結果、クラスター間に5%水準で有意な効果が認められた($F(3, 64)=2.88, p=.043$)。そこで、平均値についてTukeyによる多重比較を行った結果、第1グループ（平均値88.2）と第3グループ（平均値82.3）の間に有意差が認められた($Mse=33.7, \alpha=.05$)。第1グループと第2グループ（平均値85.2）と第4グループ（平均値84.3）の間、第3グループと第2グループと第4グループの間にはそれぞれ有意差は認められなかった。

(2) HDS-R

分散分析の結果、クラスター間に5%水準で有意な効果が認められた($F(3, 64)=6.73, p=.001$)。そこで、平均値についてTukeyによる多重比較を行った結果、第2グループ（平均値：11.7）と他のグループの間に有意差が認められた($Mse=27.6, \alpha=.05$)。第1グループ（平均値：4.9）、第3グループ（平均値3.2）、第4グループ（平均値5.3）間には有意差は認められなかった。

(3) ADL

分散分析の結果、クラスター間に5%水準で有意な効果が認められた($F(3, 64)=22.5, p<.001$)。そこで、平均値についてTukeyによる多重比較を行った結果、第4グループ（平均値：17.9）と他のグループの間に有意差が認められた($Mse=468.0, \alpha=.05$)。また、第3グループ（平均値48.9）と第2グループ（平均値71.5）の間にも有意差が認められた。第3グループと第1グループ間（平均値61.1）、第1グループと第2グループ間には有意差は認められなかった。

(4) BEHAVEAD

分散分析の結果、クラスター間に5%水準で有意な効果が認められた($F(3, 64)=3.52, p=.020$)。そこで、平均値についてTukeyによる多重比較を行った結果、第2グループ（平均値3.1）と第4グループ（平均値11.5）の間に有意差が認められた($Mse=57.7, \alpha=.05$)。第2グループと第1グループ（平均値9.5）と第3グループ（平均値9.5）の間、第1グループと第3グループと第4グループの間にはそれぞれ有意差は認められなかった。

(5) 罹患期間

分散分析の結果、クラスター間に5%水準で有意な効果が認められた($F(3, 64)=3.39, p=.023$)。そこで、平均値についてTukeyによる多重比較を行った結果、第2グループ(平均値53.1)と第3グループ(平均値104.5)の間に有意差が認められた($Mse=1975.3, \alpha=.05$)。第2グループと第1グループ(平均値63.1)と第4グループ(平均値76.2)の間、第1グループと第4グループと第3グループの間にはそれぞれ有意差は認められなかった。

2) 離散変数について

性、要介護度、認知症種類については、クラスターごとに大きな分布の偏りがあったため(表1-3~5、図1-1~3)、集計表全体としてフィッシャーの直接確率法(S P S S 14の正確有意確率)によってクラスター間の分布の差を検定し、セル単位での分布の偏りはカイ二乗検定に基づく残差分析(調整済み残差)を参考として検討した。

(1) 性別

フィッシャーの直接確率法に基づく検定の結果、クラスター間の有意差は認められなかった($p=.240$)。

(2) 要介護度

フィッシャーの直接確率法に基づく検定の結果、クラスター間の有意差が認められた($p<.001$)。残差分析の結果では期待値と比較して、第1グループでは、要介護3の度数が大きく要介護4・5の度数が小さい、第2グループでは、要介護1・2の度数が大きく要介護3・4・5の度数が小さい、第3グループでは、要介護3の度数が大きい(度数が小さい要介護度はない)、第4グループでは要介護4・5の度数が大きく要介護1~3の度数が小さいという結果であった。

(3) 認知症種類

フィッシャーの直接確率法に基づく検定の結果、クラスター間の有意差が認められた($p<.001$)。残差分析の結果では期待値と比較して、第1グループでは、不明の度数が大きくアルツハイマー・脳血管性の度数が小さい、第2グループでは、アルツハイマーの度数が大きい(度数が小さい要介護度はない)、第3グループでは、アルツハイマー・混合型の度数が大きく不明の度数が小さい、第4グループでは脳血管性の度数が大きくアルツハイマー・不明の度数が小さいという結果であった。

3. クラスター（グループ）の総合的特性

以上の特性別の解析結果を踏まえ、クラスター（グループ）ごとの特徴は以下のよう
に考えられる。

1) 第1グループ

- ・年齢が高く、罹患期間が中位。
- ・認知症の種類が不明な者が多く、要介護3が多い。
- ・HDS-R・BEHAVEADが低い、ADLは中位

2) 第2グループ

- ・年齢は中位で、罹患期間が短い。
- ・アルツハイマー型と混合型が多く、要介護1・2が多い。
- ・HDS-R・BEHAVEAD・ADLが相対的に良好

3) 第3グループ

- ・年齢は低く、罹患期間が長い。
- ・アルツハイマー型が多く、要介護3が多い。
- ・HDS-R・BEHAVEADは低い、ADLは中位

4) 第4グループ

- ・年齢は中位で、罹患期間が中位。
- ・脳血管性が多く、要介護4・5が多い。
- ・HDS-R・BEHAVEAD・ADLが低位。

D. 結論

本分担研究においては、調査対象者となった68名の属性について、ADL、知的機能、BPSD程度については数量化できる既存の尺度を用い、また性、年齢、要介護度、認知症種類については離散変量として、両者を同時に解析できるクラスター分析手法を用いて、対象者の属性の類型化を試みた。その結果、4つの累計に分類することが可能であった。各クラスターは、中核症状である認知記憶機能（HDS-R）、周辺症状であるBPSDの程度（BEHAVEAD）、身体機能を含むADL（Barthel Index）を中心として、その特徴が明らかになったが、第1、第3グループはこれらが同等でありながら認知症種類によって分類されていた。また、第2グループは他のグループよりも相対的にやや軽度であること、第4グループは脳血管性が多く重度であることなど、ケアモデルを検討するために、それぞれのクラスターは類型として理解しやすいものになっていると評価できる。

しかし、目的にも述べたようにケアモデルの検討のために必要な対象者の分類を行うた

めに、本研究は行ったため各クラスターに属する対象者数が後の解析に耐えられる程度の分類に止める必要があるという制約が存在していた。また、各クラスターの類型をわかりやすくするために、特性の数も制限し、各尺度を構成する個々の項目の内容ではなく、尺度得点を用いた。その結果として理解しやすい類型を示せたと言えるが、今回の結果が認知症高齢者の一般の状態像区分について、網羅的に適用可能であるかどうかはさらに例数を増やした上で検討を行うことが必要であり、今後の課題といえよう。

表1-1 クラスターへの所属

	N	%	累積%
クラスター 1	18	26.5%	26.5%
2	13	19.1%	19.1%
3	13	19.1%	19.1%
4	24	35.3%	35.3%
結合	68	100.0%	100.0%
合計	68		100.0%

表1-2 クラスターごとの各変数の平均値

	年齢		HDSR		ADL	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
クラスター 1	88.2	4.9	4.9	5.6	61.1	14.1
2	85.2	5.4	11.7	5.8	71.5	26.5
3	82.3	5.9	3.2	3.4	48.9	29.2
4	84.3	6.5	5.3	5.5	17.9	18.6
結合	85.1	6.0	6.0	5.9	45.5	30.3

	BEHAVEAD		罹患期間	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
クラスター 1	9.5	7.5	63.1	39.9
2	3.1	2.8	53.1	26.3
3	9.5	5.6	104.5	38.7
4	11.5	9.9	76.2	56.4
結合	9.0	8.0	73.7	46.8

表1－3 クラスターごとの度数分布(性別)

性別		男		女	
		度数	パーセント	度数	パーセント
クラス	1	4	30.8%	14	25.5%
	2	3	23.1%	10	18.2%
	3	0	0.0%	13	23.6%
	4	6	46.2%	18	32.7%
	合計	13	100.0%	55	100.0%

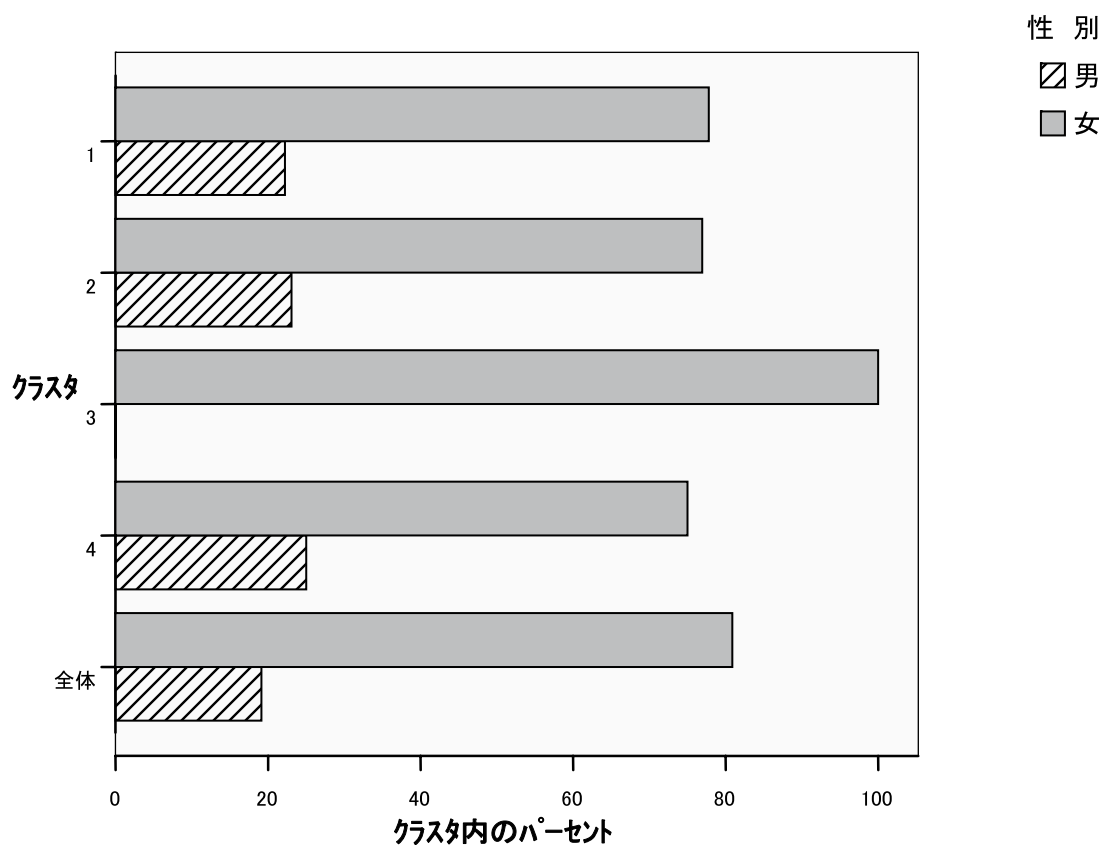


図1－1 クラスターごとの分布(性別)

表1－4 クラスターごとの度数分布(要介護度)

要介護度		1		2		3		4		5	
		度 数	パーセント	度 数	パーセント	度 数	パーセント	度 数	パーセント	度 数	パーセント
クラス	1	0	0.0%	4	50.0%	14	58.3%	0	0.0%	0	0.0%
	2	8	100.0%	4	50.0%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%
	3	0	0.0%	0	0.0%	9	37.5%	2	13.3%	2	15.4%
	4	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	86.7%	11	84.6%
	合計	8	100.0%	8	100.0%	24	100.0%	15	100.0%	13	100.0%

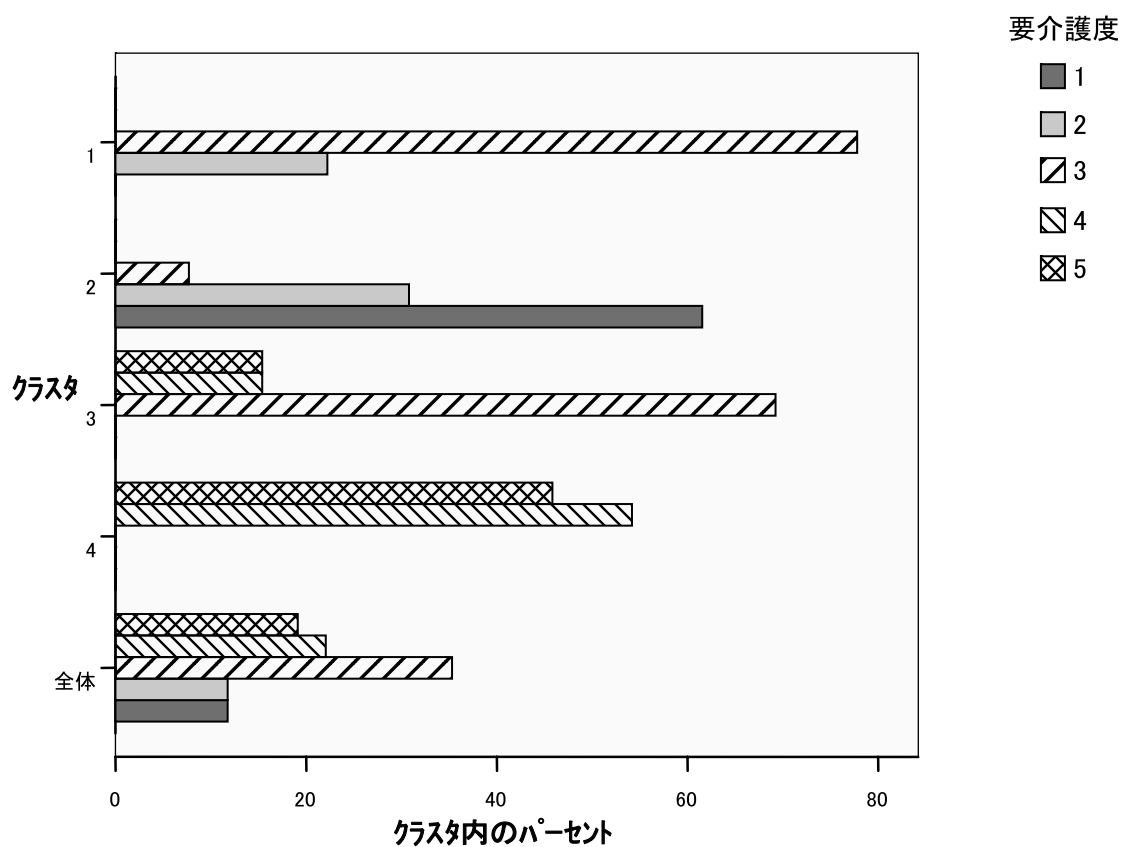


図1－2 クラスターごとの分布(要介護度)

表1-5 クラスターごとの度数分布(認知症の種類)

		アルツハイマー		脳血管性		混合型		不明	
		度数	パーセント	度数	パーセント	度数	パーセント	度数	パーセント
クラス	1	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	17	68.0%
	2	6	40.0%	4	14.8%	0	0.0%	3	12.0%
	3	9	60.0%	3	11.1%	1	100.0%	0	0.0%
	4	0	0.0%	19	70.4%	0	0.0%	5	20.0%
	合計	15	100.0%	27	100.0%	1	100.0%	25	100.0%

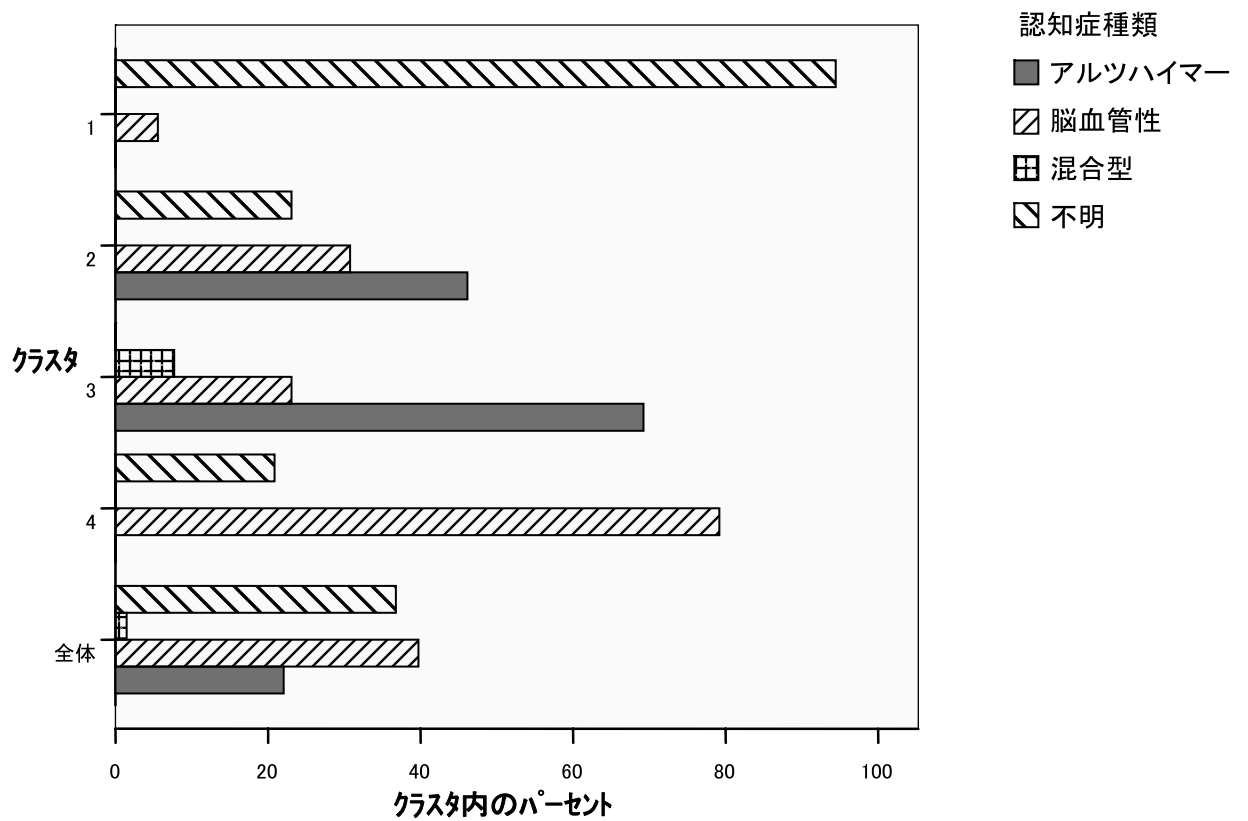


図1-3 クラスターごとの分布(認知症の種類)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究（仮題）

分担研究者 矢吹 知之（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）

研究協力者 大久保幸積（社会福祉法人 幸清会）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘）

研究要旨

本研究は、認知症高齢者の日常生活での活動の実態を明らかにし、認知症介護場面におけるアクティビティの支援モデルならびに評価指標を作成することを目的として行った。平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間を、認知症高齢者1名に対し、約12時間の「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い活動のコーディングを実施し、そのデータから実態の把握と活動形態の属性による傾向を分析した。結果、実施の実態および傾向には、第1に性別、疾病、ADL等の個人要因、第2に認知症によるBPSDと行動に関する要因、3番目に施設環境と施設のケア方針、理念などの施設要因の3要因に分類されることが明らかになった。属性との関連では、認知症が進行しても実施率が高い活動と、ADLとの関連がある活動や、入居期間との関連が高い活動などの傾向が明らかになった。それぞれの行為の目的による分類を再度検討し、活動支援の意味づけの再検討が必要である。来年度はそれらを含め活動の効果と意味づけを明らかにしたうえで、活動評価と計画、介入方法が明確となるようなケアモデルの構築のための活動の定義ならびに分類を作成する必要がある。

A. 研究目的

本研究は、高齢者属性別、生活場面別のコミュニケーション技法、アクティビティ支援法、基本介護法の実態把握とモデル検討と、認知症高齢者に対するコミュニケーション手法、アクティビティ支援手法、環境支援法、基本介護方法の評価項目の提案を行い、次年度研究予定の認知症介護の専門性抽出調査の基礎資料とする事を目的としている。

B. 方法

調査対象者はO県のK施設、I県のT施設、H県のKH施設の3施設であり、いずれもグループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームを有する施設である。調査対象事業種はグループホーム3カ所、小規模単位型特養のユニット15カ所であり、K施設12ユニット、1グループホーム、H施設1ユニット、1グループホーム、KH施設1ユニット、1グループホーム

ムである。調査対象者は本人あるいは家族より研究の主旨に同意を得た認知症高齢者 68 名である。

期間は平成 18 年 12 月～平成 19 年 2 月の 3 ヶ月間を調査期間とし、認知症高齢者 1 名に対し、調査トレーニングを受けた調査員 2 名が、7 時～19 時の約 12 時間の「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い活動のコーディングを実施した。高齢者属評価（年齢、性別、入居期間、認知症種、認知症罹患期間、ADL（Barthel Index）、IADL（5 項目 IADL）、認知程度（HDS-R）、BPSD 程度（BEHAVE-AD）については調査と平行し各施設の調査担当職員が実施した。（各評価指標の詳細については総括研究の章を参照）

調査対象者の活動については、阿部ら¹⁾、および村木ら²⁾における活動分類を基準とし記述された活動及び行為をコード化し、1 日あたりの活動分類別頻度及び全対象者中の活動分類別実施人数を集計し割合を算出した。分類別の活動実施割合及び平均活動頻度と高齢者の属性との関連について χ^2 検定及び t 検定、相関分析を実施した。なお、本研究内で使用される「活動」は、通常用いられている意図的な身体ならびに精神的な効用を求めるアクティビティだけではなく、非主体的な活動、無意識による反応も含んだ活動すべてを分析の対象としている。

C. 結果と考察

1. 結果

1) 活動実態と活動形態別分類

(1) 活動実態の分類

本研究の対象者の日常生活での活動の実態を把握するために、前述の先行研究を参考にし、タイムスタディを行なった約 12 時間について、認知症高齢者の行為及び活動についての記録を、既存のコードを基に活動のコーディングを実施した結果が表 2-1 である。

活動の詳細な分類は、活動の形態で 95 項目に分類された。既存の分類を基に中分類、ならびに大分類項目へ調整した結果、最終的に次のように分類された。大分類 1 は、日常生活を営む上で屋内、外で生じる、掃除、洗濯、炊事、カーテンの開閉、植物の世話等を含んでいるため「生活の活動」と命名した。なお、中分類は、「家事」、「屋内作業」、「屋外作業」に 3 分類され、小分類では 20 分類された。

大分類 2 は、生活の活動の中で、個人の趣味や志向に応じて行なわれる活動で、レクリエーション、運動、音楽、読書などを含んでいる「趣味・余暇活動」と命名した。なお、中分類は、「外出イベント」、「体操・運動」、「音楽関係」、「趣味・特技」、「ゲーム・レク」、「会話・団らん」、「読書・新聞」、「くつろぎ」、「単独の微細行動」に 9 分類され、小分類ではさらに 40 分類された。

大分類 3 は、対象となった事業所の理念、方針や、利用者属性の影響を受けやすい

内容で訓練、他者への援助、宗教等の信仰、動物との関わり等を含む「その他の活動」と命名した。なお、中分類は「計算ドリル」、「信仰活動」、「他者援助」、「動物の世話」、「その他」に5分類され、小分類ではさらに、18分類された。

大分類4は、日常生活を営む上で必ず必要となる行為で、食事、排泄、入浴、さらに身辺行為として整容等を含んでいるため「日常生活行為」と命名した。なお、中分類では「ADL関連行為」と「身辺管理行為」に2分類され、小分類でさらに17分類された。

(2) 活動実態分類別の実施割合

分類された活動それぞれの実施傾向を明らかにするために実施率を示したものが表2-2である。実施率の算出は、対象者68名を12時間の観察し一度でもその行為を実施した場合、実施とした。

対象者の活動傾向については、調査対象者68名中の各活動の実施割合について活動分類ごとに算出したところ、「ADL関連行為」の実施人数が68名(100%)、「雑談交流」が66名(97.1%)、「くつろぎ」に関する活動が63名(92.6%)、「身辺管理行為」が58名(85.3%)、「家事」が43名(63.2%)、「単独の微細運動」が34名(50%)と半数以上が実施しており、実施率の低い活動は「屋外作業」1名(1.5%)、「訓練」が1名(1.5%)、「趣味・特技」2名(2.9%)、「体操・運動」3名(4.4%)、「信仰」と関連する活動5名(7.4%)、「ゲーム・レク」が8名(11.8%)であった(図2-1、2-2、2-3、2-4)。

さらに、活動内容を具体化した小分類について実施率の高かった大分類の項目の詳細を明らかにした。

まず、対象者全員がなんらかの活動を実施していた「ADL関連行為」では、「おやつを食べる」が66名(97.1%)で最も実施率が高く、次いで「移動」が61名(89.7%)、「水分補給」が60名(88.2%)であった。一方、少なかったのは睡眠14名(20.6%)、「入浴」18名(26.5%)であったが、これは観察時間の問題であると思われる。

次に、実施率の高かった「雑談交流」66名(97.1%)については、「会話」が65名(95.6%)で、「うなずく・反応する」が35名(51.5%)で実施率が高かった。一方、実施率が低かったのは「写真を見せる」1名(1.5%)であった。

次に「くつろぎ」63名(92.6%)については、「テレビ鑑賞」が47名(69.1%)、「ひなたぼっこ」43名(63.2%)の実施率が高く、「居眠り」3名(4.4%)、「こたつでまったり」9名(13.2%)が低い実施率であった。

次に、「身辺管理行為」58名(85.3%)については、「服薬」41名(60.3%)、「洗面・手洗い」36名(52.9%)の半数以上の対象者が実施しており、一方、「爪きり」1名(1.5%)、「髭をそる」5名(7.4%)、「鼻をかむ」5名(7.4%)、「目薬をする」3名(4.4%)で低い値であった。これは、性別や、疾病の個人要因と関係していることが明らかになった。

次に、「家事」43名(63.2%)では、「食事の片付け」32名(47.1%)が最も多く、次に「食事の準備」22名(32.4%)であった。「調理」1名(1.5%)が少なかったことから、食事の準備や片付けは行なうが、実際に調理をする人は少ないことが明らかになった。

次に、「単独の微細運動」34名(50%)では、「周りを見回す」21名(30.9%)、「独語」18名(26.5%)の実施率が高く、一方「本を破く」2名(2.9%)、「目をぱちぱち」4名(5.9%)の実施率が低かった。これは、認知症による行動障害が関連しているために個人差が大きい。

(3) 活動実態分類別の行動の出現率

表2-3、2-4は、分類された活動のそれぞれの出現率を明らかにするために活動の大分類、中分類それぞれの分類別の出現率を示したものである。

中分類の出現率は、調査対象者68名の活動総数1,020ケースの出現率をそれぞれの活動大分類、中分類ごとに算出した。

まず、大分類では、「日常生活行為」が458回(44.9%)で最も多く、全体の半数弱を占めた。次いで「趣味・余暇活動」が378回(37.1%)、「その他の活動」が93回(9.1%)、「生活活動」91回(8.9%)と続いた。「日常生活行為」と「趣味余暇活動」が全体の8割を占めていることが明らかになった。

次に、それぞれの活動の大分類の具体的内容を示す中分類中の出現率については、まず、大分類「生活活動」では、「家事」が77回(84.6%)で最も多く、少なかったのは「屋外作業」1名(1.2%)であった。次に大分類「趣味・余暇活動」の中では、「くつろぎ」152回(40.2%)で最も多く、次いで「雑談・交流」であった。少なかったのは「運動」3回(0.7%)であった。次に、大分類「その他の活動」の中では、「単独の微細運動」66回(70.9%)が最も多く、次いで「他者への援助」66回(70.9%)であった。少なかったのは、「動物の世話」0回(0%)、「訓練」1回(1.1%)であった。

2) 属性と各活動実態の関連

(1) 施設属性と活動実施の関係

活動実施率をグループホームとユニット型特別養護老人ホーム間で比較し、その相違から施設形態による実施の実態を明らかにすることを目的に、施設属性と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施した。

分析では、施設属性をグループホーム、特別養護老人ホームを独立変数として、従属変数を中分類の19項目として行った結果以下の項目において有意な関連が認められた。

その結果、施設形態と「他者への援助」では、グループホームの方が特別養護老人ホームより多いことが明らかになった($\chi^2(1)=5.677, P<0.05$) (表2-5)。他の項目

については有意な関連は認められなかった。このことから、グループホームにおいては、利用者間のコミュニケーションを媒体としたアクティビティが有用であると考えられた。

(2) 性別と活動実施の関係

活動実施率を男・女間で比較しその相違から、性別による活動実施の実態を明らかにすることを目的に、性別と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施した。

分析では、性別を独立変数として、従属変数を中分類の19項目として行った結果以下の項目において有意な関連が認められた。

その結果、性別と「読書・新聞」では、男性の方が女性より読書や新聞を読んでいることが明らかになった($\chi^2=4.622, P<0.05$) (表2-6)。また、仏壇や神様へのお祈り等の信仰活動についても男性の方が女性よりも実施していることが明らかになった($\chi^2(1)=5.833, P<0.05$) (表2-7)。なお、他の項目については有意な関連は認められなかった。このことから、男性は女性よりも他者とのコミュニケーションを必要としないアクティビティは取り組みやすいことが明らかになった。

(3) 要介護度と活動実施の関係

活動実施率を要介護度で比較しその相違から、要介護度による活動実施の実態を明らかにすることを目的に、要介護度と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施した。なお、要介護度は、1～5までである。

分析では、要介護度を独立変数として、従属変数を中分類の19項目として行った結果以下の項目において有意な関連が認められた。

その結果、要介護度と「家事」の関連では、要介護度が軽いほど実施率が高くなっていることが明らかになった($\chi^2=15.131(4), P<0.05$) (表2-8)。また、「他者への援助」の関連では、要介護度が軽いほど実施率が高くなっていた($\chi^2(4)=18.549, P<0.01$) (表2-9)。「単独での微細運動」では、要介護度が高くなるほど実施率が高くなっていた($\chi^2(4)=13.126, P<0.05$) (表2-10)。「身辺管理行為」では、要介護3、4、2、1、5の順で身辺更衣の実施率が高くなっていた($\chi^2(4)=9.454, P<0.05$) (表2-11)。なお、その他の項目については有意な関連は認められなかった。このことから、要介護度との関連では、要介護度が重いほど「家事」、「他者への援助」、の活動実施率が低く、軽いほど実施率が高くなることが明らかになった。一方で、「単独での微細運動」は要介護度が高いほど実施率が高くなった。

(4) 年齢群と実施率の関連

活動実施率を年齢群で比較しその相違から、年齢による活動実施の実態を明らかにすることを目的に、年齢群と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施した。なお、

年齢群は、70歳～80歳、81歳～90歳、91歳以上の3群に分類した。

分析では、年齢群を独立変数として、従属変数を中分類の19項目として行った結果以下の項目において有意な関連が認められた。

その結果、年齢群と「趣味・特技」の実施の関連で70歳～80歳のほうが趣味や特技に関する活動の実施率が高くなっていた($\chi^2(2)=7.281, P<0.05$) (表2-12)。また、「読書・新聞」についても、70歳～80歳の実施率が高く、年齢が増すほど実施率が低くなっている($\chi^2(2)=8.273, P<0.05$) (表2-13)。このことから、81歳以上の高齢者には「趣味・特技」の発揮を促すための支援方法が重要であることが示された。

3) 各属性平均値の中分類の活動実施有無による差の比較

分類された活動の19の中分類について実施有無と各属性の平均値の差を比較した。その結果、「家事」、「屋内作業」、「読書・新聞」、「他者への援助」の4中分類について、いくつかの属性項目で有意な差が認められ、15中分類では認められなかった。以下では、有意差が認められた項目について結果を示した。

(1) 中分類「家事」の実施有無による属性平均値の比較

「家事」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差についてt検定を用いて確認した(表2-14)。

分析では、「家事」の実施有無を独立変数とし、実施している(実施群)、していない(非実施群)の2項、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。

t検定の結果、要介護度、HDS-R得点、Barthel Index得点について有意な差が認められた。

要介護度では、実施群が有意に軽度であった($t(66)=3.985, P<0.01$)。HDS-R得点では、実施群が有意に得点が高く認知症が軽度であった($t(59.98)=-2.339, P<0.01$)。また、Barthel Index得点でも、実施群が有意に高く、身体的にも自立していることが明らかになった($t(66)=-5.011, P<0.01$)。なお、年齢、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入居期間の平均値には有意な差は認められなかった。

以上のことから、「家事」の実施は、身体的に活動的で認知症のレベルが軽い高齢者の方が実施していることが明らかになった。

(2) 中分類「屋内作業」の実施有無による属性平均値の比較

「屋内作業」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差をt検定を用いて確認した(表2-15)。

分析では、「屋内作業」の実施有無を独立変数として、実施している(実施群)、実施していない(非実施群)の2項、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下

の項目について有意な差が認められた。

t 検定の結果、要介護度、HDS-R 得点、Barthel Index 得点について有意な差が認められた。

要介護度では、実施群が有意に軽度であった ($t(66)=2.430, P<0.05$)。HDS-R 得点では、実施群が有意に得点が高く認知症が軽度であった ($t(66)=-2.741, P<0.01$)。また、Barthel Index 得点でも、実施群が有意に高く、身体的にも自立していることが明らかになった ($t(66)=-3.078, P<0.01$)。なお、年齢、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入居期間の平均値には有意な差は認められなかった。

以上のことから、「屋内作業」の実施も、「家事」と同様に、身体的に活動的で認知症のレベルが軽い高齢者の方が実施していることが明らかになった。

(3) 中分類「読書・新聞」の実施有無による属性平均値の比較

「読書・新聞」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差を t 検定を用いて確認した (表 2-16)。

分析では、「読書・新聞」の実施有無を独立変数として、実施している (実施群)、実施していない (非実施群) の 2 項、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。

t 検定の結果、年齢についてのみ有意な差が認められた。
年齢では、実施群の方が有意に年齢が若いほど実施していることが明らかになった ($t(66)=2.908, P<0.01$)。

なお、要介護度、HDS-R 得点、Barthel Index 得点、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入所期間については有意な差は認められなかった。

以上のことから、「読書・新聞」は、年齢が若い方が実施していることが明らかになった。

(4) 中分類「他者への援助」の実施有無による属性平均値の比較

「他者への援助」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差を t 検定を用いて確認した (表 2-17)。

分析では、「他者への援助」の実施有無を独立変数として、実施している (実施群)、実施していない (非実施群) の 2 項、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t 検定の結果、要介護度と Barthel Index 得点について有意な差が認められた。

要介護度では、要介護度が低いほど有意に実施群が多かった ($t(66)=4.357, P<0.001$)。Barthel Index 得点でも、ADL レベルが高いほど有意に実施群が多かった ($t(66)=-3.856, P<0.01$)。

なお、HDS-R 得点、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入所期間につい

ては有意な差は認められなかった。

以上のことから、「他者への援助」は、認知症のレベルよりも要介護度とADLとの関連が強いことが明らかになった。

4) 各属性平均値の小分類の活動実施有無による差の比較

分類された活動の95の小分類について実施有無と各属性の平均値の差を比較した。その結果、「掃除」、「食事の片づけ」、「食事の準備」、「洗濯物をたたむ」、「散歩」、「歌（口笛）」、「職員の手伝い」の7小分類について、いくつかの属性項目で有意な差が認められ、88小分類では認められなかった。以下では、有意差が認められた項目について結果を示した。

(1) 小分類「掃除」の実施有無による属性平均値の比較

「掃除」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差をt検定を用いて確認した（表2-18）。

分析では、「掃除」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t検定の結果、要介護度とBarthel Index得点について有意な差が認められた。

要介護度では、実施群が有意に軽度だった（ $t(66)=2.392, P<0.05$ ）。Barthel Index得点では、実施群が有意に得点が高かった（ $t(66)=-3.304, P<0.01$ ）。なお、年齢、HDS-R得点、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入所期間については、有意な差は認められなかった。

以上のことから、「掃除」は、要介護度が軽く、Barthel Index得点が高いほうが実施していることが明らかになった。

(2) 小分類「食事の片づけ」の実施有無による属性平均値の比較

「食事の片づけ」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差をt検定を用いて確認した（表2-19）。

分析では、「食事の片づけ」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t検定の結果、要介護度とHDS-R得点、Barthel Index得点について有意な差が認められた。

要介護度では、実施群が有意に軽度だった（ $t(66)=2.440, P<0.01$ ）。HDS-R得点では、実施群が有意に得点が高かった（ $t(66)=-2.391, P<0.05$ ）。Barthel Index得点においても、実施群が有意に得点が高かった。年齢、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入所期間については、有意な差は認められなかった。

以上のことから、「食事の片づけ」は、認知症のレベルが低く、身辺行為が自立しているほうが実施していることが明らかになった。

(3) 小分類「食事の準備」の実施有無による属性平均値の比較

「食事の準備」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差を t 検定を用いて確認した（表 2-20）。

分析では、「食事の準備」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t 検定の結果、要介護度と HDS-R 得点、Barthel Index 得点について有意な差が認められた。

要介護度では、実施群が有意に軽度だった ($t(66)=3.244, P<0.001$)。HDS-R 得点では、実施群が有意に得点が高かった ($t(66)=-2.123, P<0.05$)。Barthel Index 得点においても、実施群が有意に得点が高かった ($t(66)=-4.311, P<0.01$)。年齢、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入所期間については、有意な差は認められなかった。

以上のことから、「食事の準備」は、「食事の片づけ」と同様の傾向を示し、認知症のレベルが低く、身辺行為が自立しているほうが実施していることが明らかになった。

(4) 小分類「洗濯物をたたむ」の実施有無による属性平均値の比較

「洗濯物をたたむ」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差を t 検定を用いて確認した（表 2-21）。

分析では、「洗濯物をたたむ」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t 検定の結果、Barthel Index 得点について有意に得点が高い方が実施することが認められた ($t(66)=-2.217, P<0.05$)。その他の項目については、有意な差は認められなかった。

以上のことから、「洗濯物をたたむ」行為は、認知症のレベルとは関係なく、身体的自立度が高い方が実施できる活動であることが明らかになった。

(5) 小分類「散歩」の実施有無による属性平均値の比較

「散歩」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差を t 検定を用いて確認した（表 2-22）。

分析では、「散歩」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t 検定の結果、HDS-R 得点、BEHAVE-

AD得点について有意な差が認められた。

HDS-R得点では、認知症レベルが高いほど「散歩」を実施していることが明らかになった ($t(33.03)=2.392, P<0.05$)。BEHAVE-AD得点では、BPSD出現頻度が高いほど「散歩」を多く実施していることが明らかになった ($t(66)=-3.414, P<0.01$)。なお、その他の項目で有意な差は認められなかった。

以上のことから、認知症のレベルが高く、BPSDが多く出現している方が、「散歩」を多く実施していることが明らかになった。これは、徘徊や不穏、帰宅願望などのBPSDが出現した場合への対処的な活動であることが伺える。

(6) 小分類「歌（口笛）」の実施有無による属性平均値の比較

「歌（口笛）」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差をt検定を用いて確認した（表2-23）。

分析では、「歌（口笛）」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t検定の結果、入居期間について有意な差が認められた。

入居期間では、入居期間が長いほど「歌（口笛）」を多く実施していることが明らかになった ($t(66)=-2.241, P<0.05$)。なお、その他の項目では、有意な差は認められなかった。

(7) 小分類「職員の手伝い」の実施有無による属性平均値の比較

「職員の手伝い」の実施要因を明らかにすることを目的に、実施の有無と各属性の平均値の差をt検定を用いて確認した（表2-24）。

分析では、「職員の手伝い」の実施有無を独立変数として、実施している（実施群）、実施していない（非実施群）の2群、従属変数は各属性項目として行なった結果、以下の項目について有意な差が認められた。t検定の結果、要介護度、Barthel Index得点について有意な差が認められた。

要介護度では、要介護度が低いほど「職員の手伝い」を多く実施していることが明らかになった ($t(66)=3.821, P<0.001$)。Barthel Index得点では、得点が高いほど「職員の手伝い」を多く実施していることが明らかになった ($t(66)=-2.804, P<0.05$)。なお、その他の項目では、有意な差は認められなかった。

以上のことから、「職員の手伝い」は、身体的自立度とあわせて要介護度が低いほど実施していることが明らかになった。

2. 考察

1) 活動実態と出現頻度

本研究では、村木、阿部の分類を参考に観察期間12時間全ての活動実態を対象者68名の期間中の活動内容の形態および動作別によって分類を試みた。その結果、大分類を4分類、さらに中分類を12分類し、具体的な小分類を95分類した。

村木らの分類では、大分類が3項目、中分類が14項目、小分類が27項目であったが、阿部らの分類を採用した本研究では大分類に「その他の活動」が新たに設定され、ADL、IADLに関する項目は、「日常生活行為」として別に設定された。また、村木らの分類では、「仕事・生産的活動」に分類されていた作業は、「生活活動」と分類されている。村木らの分類の主たる目的は、作業療法の視点である、作業活動として、自立生活を目指す上での問題を対象者の残存機能や個人史をもとに評価し、作業を通じて治療を行うことである。つまり、リハビリテーションの概念を根底にしたセラピーとしての評価の意味付けを行う上での指標で、身体障害等の肢体機能の低下の予防や維持、回復に関する臨床場面の経験を蓄積されて作成された分類である。

本研究は、認知高齢者の行動を観察し、詳細なデータをもとにそれぞれの行動を仮説的に整理したに過ぎないため、活動の意味づけが不十分であると考えられる。そこで、実態を明らかにし、評価指標を作成する上での基礎データを得るために実施傾向と活動全体に占める各活動の出現率を分析した。

今回記録された実施傾向は観察時間が実施率に影響を及ぼしていることが考えられる結果となった。例えば、対象者全員が実施していた中分類「ADL関連行為」では、「おやつを食べる」、「移動」、「水分補給」などが8割以上の実施率で高く、「睡眠」が2割程度で低かったことから観察した時間が昼間の活動性の高い時間であったことの影響が推測できる。また、ADL関連については、本人の意思とは関係なく、入所する施設やグループホームの日課やスケジュールと関連する項目が多いことも明らかになった。

このような条件であることを前提に活動の傾向を概観すると、活動の実施傾向に影響を及ぼす要因は以下の3つの要因が考えられた。

1つは、性別、疾病、ADL等の個人の属性に関連する要因である。「ADL関連行為」の次に実施率の高かった大分類「趣味・余暇活動」に属する中分類「雑談交流」では、「会話」が最も多く、「うなずく」が2番目であった。また、同じく大分類「趣味・余暇活動」の「くつろぎ」も90%を超える実施率で、その中でも「テレビ鑑賞」、「ひなたぼっこ」などの小分類の実施率が高くなった。さらに、大分類「日常生活行為」に属する、中分類「身辺管理行為」の小分類では、「服薬」、「洗面・手洗い」の実施率が高かった。これらの活動は、準備や計画が必要なものではなく、生活の流れの中で自然に実施されたり、多くの人が生活上必要な行為であったりしており、そして活動性が低いことが共通している。一方で、同様の中分類に属する内容であっても、「爪を切る」、「鼻をかむ」、「目薬をさす」、「写真を見せる」、「居眠りをする」などの小分類は実施率が低い。これは、個人の病歴や生活リズムとの関連が深いことから実施率が低

かったと思われる。

2つめの要因として、認知症による行動障害に関連する要因である。大分類「家事」に属する「食事の片づけ」、「食事の準備」は実施率が高く出現率も高いが、「調理」は少ない傾向が明らかになった。さらに、「単独の微細運動」は、「周りを見回す」、「独語」などの実施率高く、「本を破く」などの活動は少ないことから、認知症の記憶障害やBPSDとの出現傾向との関連が高いことが推測される。調理をするためには、一定の手続き記憶や、実行機能が維持されていること必要となる。また、「独語」の出現率は本を破くような常同行為よりは出現しやすいことも影響している。したがって、これらの実施傾向は認知症の症状や原因疾患との関連が影響していると考えられる。

3つめの要因としては、その施設やグループホームの環境やケアの方針、理念と関連する要因である。これは、活動実施率の出現率が低い項目との関連が考えられる。今回の調査では実施率が低かった大分類「趣味・余暇活動」に属する、中分類「訓練」、「趣味特技」、「体操・運動」、「ゲーム、レク」、「信仰」などの項目は実施率が低い。また、中分類「屋外作業」の実施率は低い。これらの活動は、環境や季節に応じて実施率の変容する可能性も示唆されることから更に詳細な分析が必要な項目である。

2) 属性と各活動実態の関連

今回対象とした特別養護老人ホームとグループホームを比較すると「他者への援助」はグループホームの方が実施率が高いことが明らかになった。これは、施設環境と対象者のADLとの関連も深く関与すると考えられるが、利用者間のコミュニケーションは、リビングなどを有効に活用したグループホームの方が実施しやすいと解釈できる。しかし、今回は小規模なユニットケア実施施設とグループホームとの比較であったため、ユニットケア非実施施設も対照群として設定して再度検討が必要であろう。

性別で活動実施の実態を検討したところ、男性は、女性より「読書・新聞」と「信仰」について実施していることが明らかになった。男性の余暇活動は課題として取り上げられることがあるが、他者とのコミュニケーションを必要としない内容であれば、男性は女性より独りで実施する活動が取り組みやすいといえよう。

要介護度との関連では、要介護度が重いほど「家事」、「他者への援助」、の活動実施率が低く、軽いほど実施率が低くなることが明らかになった。一方で、「単独での微細運動」は、要介護度が重いほど実施率が高くなった。この項目は、認知症によるBPSDとの関連が強いことから、要介護度が重い認知症高齢者への目的を持った意味のある活動支援の方法が課題となる。しかし、「身辺管理行為」については、要介護が3、4の人の実施率が高いことから、手続き記憶を活用した「洗面・手洗い」、歯磨きなどの「口腔ケア」、「更衣」などは認知症が進行した高齢者にも有効であると思われる。

年齢との関連は、年齢が若いほど「趣味・特技」の実施率が高く、年齢が増加するにつれ、「趣味・特技」が実施されなくなっている。年齢の増加に伴い低下する活動は、A

D L等の身体状況との関連も考えられるが、そのようなそれぞれの個人要因に応じた提供方法と、本人ができることを生かす計画作成が望まれる。

3) 属性平均値と各分類の活動実施との関連

(1) 大分類「生活活動」、中分類「家事」、「屋内作業」小分類「掃除」、「食事の片づけ」、「食事の準備」、「洗濯物をたたむ」

中分類「家事」については、HDS-R得点、Barthel Index得点が高いほど実施率が高いことが明らかになった。つまり、認知症のレベルと身体的自立度が高いほど家事が実施しやすいと解釈できる。

「家事」を具体的な小分類の活動からみると、「掃除」、「食事の片づけ」、「食事の準備」については、中分類と同様の結果で認知症レベルが低く、身体的自立度が高いほど実施率が高くなることが明らかになった。しかし、「洗濯物をたたむ」活動については認知症のレベルは関係なく、身体的自立度のみ関係していることが明らかになった。以上のことから、「家事」については、作業の際にその前後の行動との関連付けや、食器や掃除道具を使ったりするような活動は認知症のレベルに応じて提供する必要性が考えられる。「洗濯物をたたむ」ような行為は、きわめて単純作業であり手続き記憶として残された部分を有効に活用できる行為であると思われる。したがって、活動を支援する際には、記憶障害アセスメントの実施が個人に適応された活動を計画する際に有効であると思われる。

(2) 大分類「趣味・余暇活動」、中分類「読書・新聞」、小分類「散歩」、「歌（口笛）」

大分類「趣味・余暇活動」の中分類では「読書・新聞」が年齢と有意な差が認められた。認知症のレベルやBarthel Index得点と関係なく、年齢が若いことが実施率を上げていることから、個人要因である視力や学歴、生活歴との関係が考えられる。実施している対象者のなかでは、雑誌や本よりも新聞を読んでいる人の割合が高いことから社会情勢などから実施へのきっかけになり得る可能性も考えられる。

小分類では、「歌（口笛）」について、入居期間が長いほど実施していることが明らかになった。中分類「音楽」に属する「歌（口笛）」については、前述した実施傾向に影響を及ぼす要因の居住環境への適応との関連が深いと考えられる。入居が長くなるにつれ利用者が、スタッフや入居環境に適応することにより、促進されているのではないかとと思われる。

一方、小分類「散歩」については、認知症のレベルが高く、BPSDが多くなるほど実施することが多くなった。阿部らの先行研究にもあるように、帰宅願望や不穏、徘徊などが出現した場合への対処的な支援方法をとっていることが考えられる。しかし、必ずしもそれらの取り組み、実践が問題となるのではなく、小規模ケアを実践する上で、個別的に対応した結果最善の方策で、長期的にそれらが改善傾向にあること

も考えられることから、12時間の観察では捉えることは困難である。

(3) 大分類「その他の活動」、中分類「他者への援助」、小分類「職員の手伝い」

大分類「その他の活動」の中分類では「他者への援助」が要介護度とBarthel Index得点で有意な差が認められた。「他者への援助」は、認知症のレベルよりも、要介護度と身体的な自立度との関連が強いことが示唆された。これを小分類でみると「他者への援助」は、利用者間よりも「職員の手伝い」を多く実施していることが明らかになった。認知症が進行しても身体的な自立度が高ければ、職員との関係性を保ち、コミュニケーションを介して手伝いは実施しやすい活動であると考えられる。しかし、職員役割としては利用者への支援が多いことから、利用者間のコミュニケーションは職員を介して構築されていると考えられることから、間接的なコミュニケーション支援であると言えよう。

D. 結論

本研究は、小規模ユニットケア実施の特別養護老人ホームとグループホームに入所する68名の認知症高齢者を対象に、参与観察を用いて、7時～19時の約12時間の「認知症高齢者の行為及び活動」を調査票に記録し、活動の実態と属性によるその傾向を明らかにすることが目的であった。その結果、観察時間が夜間を含まないことを考慮して、実施の実態および傾向には、第1に性別、疾病、ADL等の個人要因、第2に認知症によるBPSDと行動に関する要因、3番目に施設環境と施設のケア方針、理念などの施設要因の3要因に分類されることが明らかになった。

また、活動と属性との関連では、認知症が進行しても実施率が高い活動と、ADLとの関連がある活動や、入居期間との関連が高い活動などの傾向が明らかになった。しかし、これらの分類は、参与観察期間の初回評価のみを採用しているため再現性が確保されているとは言い難い。季節や属性、職員の対応人数と等の要因が関連していることが考えられることから、今回の分類をもとに更に多くのサンプルを用いて検討する必要がある。

今回の分類については、実際の行為にのみ着目して活動を記録している。また、活動は認知症高齢者が主体的に実施したのか、それとも職員に促されて実施したのか、そして実施した期間は明らかになっていない。さらに、それぞれの行為の目的による分類を再度検討しなければ、活動支援の意味づけが困難になると思われる。したがって、来年度はそれらを含め活動の効果と意味づけを明らかにしたうえで、活動評価と計画、介入方法を明確となるようなケアモデルの構築のための活動の定義ならびに分類を作成する必要がある。

E. 参考文献

- 1) 阿部哲也、加藤伸司、矢吹知之ら：認知症高齢者の効果的な活動支援に関する研究。

認知症介護研究研修仙台センター年報（6），49－73，2006．

- 2）村木敏明、坂田美紀：日本における認知症高齢者の作業療法．日本認知症ケア学会誌，
2（1），17－22．

表2-1 活動分類コード表

大分類	中分類	小分類	コード
1 生活活動	1 家事	1 洗濯	111
		2 調理	112
		3 炊事	113
		4 掃除(テーブル拭きも含む)	114
		5 買い物	115
		6 食事の後片付け	116
		7 部屋等の整理整頓	117
		8 食事の準備	118
	2 屋内作業	1 新聞整理	121
		2 トイレのタオル交換	122
		3 カーテン開閉・窓の開閉・ドア開閉	123
		4 トイレトペーパーの交換	124
		5 しめなわづくり	125
		6 アルバムづくり	126
		7 タオル・服をたたむ・洗濯ものを取り込む	127
		8 ふとんを敷く	128
	3 屋外作業	1 園芸	131
		2 みずやり	132
		3 草取り	133
		4 畑仕事	134
2 趣味・余暇活動	1 外出活動 生活にとって必ず必要ではない外出と関連した活動	1 散歩	211
		2 旅行	212
		3 ドライブ	213
		4 外食	214
		5 ハイキング	215
	2 運動 生活に直接関連しない楽しむような活動	1 体操	221
		2 踊り	222
	3 音楽活動	1 歌(口笛)	231
		2 演奏	232
		3 音楽に合わせリズムを取る	233
		4 楽譜を見る	234
		5 楽譜の準備	235
	4 趣味特技	1 ちぎり絵	241
		2 書道	242
		3 生け花	243
		4 あみもの	244
		5 折り紙	245
	5 レクリエーション	1 集団レク	251
		2 ゲーム	252
		3 囲碁将棋等	253
	6 雑談・交流	1 会話	261
		2 団らん	262
		3 うなずく・反応する	263
		4 写真を見せる	264
		5 手をつなぐ	265
		6 スキンシップ	266
	7 文学	1 読書	271
		2 新聞読み	272
		3 朗読	273
	8 くつろぎ	0 くつろぎ	280
		1 テレビ鑑賞	281
		2 ひなたぼっこ	282
		3 ぼおとしている	283
		4 こたつでまったり	284
		5 居眠り・うたたね	285
		6 窓の外を見る	286
		7 花を見る	287
	9 その他	1 写真を見る	291
		2 チラシを見る	292
		3 ぬいぐるみを大事そうに抱く	293

表2-1 活動分類コード表その2

3 その他の活動	1 訓練	1 計算ドリル	311
		2 リハビリ	312
	2 信仰活動	1 写経	321
		2 読経	322
		3 お祈り	323
	3 援助・介助	1 車いす押し	331
		2 他の高齢者の介助・手伝い	332
		3 職員の手伝い	333
	4 動物の世話	1 犬の世話	341
		2 猫の世話	342
	5 その他	1 チャックの開閉	351
		2 独語	352
		3 本を破く	353
		4 紙を見る	354
		5 手を動かしている	355
		6 目をぱちぱち	356
		7 他者を注意	357
		8 キョロキョロする・周りを見回す	358
4 日常生活行為	1 ADL関連行為	1 入浴	411
		2 排泄	412
		3 睡眠	413
		4 移動	414
		5 摂食行為	
		1 食事	4151
		2 おやつ	4152
		3 水分	4153
	2 身辺管理行為	6 起居・臥床	416
		7 起座・起立	417
		1 洗面・手洗い	421
		2 口腔ケア	422
		3 更衣	423
		4 服薬	424
		5 爪切り	425
		6 髭を剃る	426
		7 鼻をかむ	426
		8 目薬をする	428

表2-2 活動実施率

大分類	中分類	活動人数	実施率	小分類	活動人数	実施率
1 生活活動	1 家事	43	63.2%	1 洗濯	4	5.9%
				2 調理	1	1.5%
				3 炊事	0	0.0%
				4 掃除(テーブル拭きも含む)	12	17.6%
				5 買い物	0	0.0%
				6 食事の後片付け	32	47.1%
				7 部屋等の整理整頓	6	8.8%
				8 食事の準備	22	32.4%
	2 屋内作業	19	27.9%	1 新聞整理	6	8.8%
				2 トイレのタオル交換	0	0.0%
				3 カーテン開閉・窓の開閉・ドア開閉	4	5.9%
				4 トイレトペーパーの交換	1	1.5%
				5 しめなわづくり	1	1.5%
				6 アルバムづくり	1	1.5%
				7 タオル・服をたたむ・洗濯ものを取り込む	0	0.0%
				8 ふとんを敷く	0	0.0%
	3 屋外作業	1	1.5%	1 園芸	0	0.0%
				2 みずやり	1	1.5%
				3 草取り	0	0.0%
				4 畑仕事	0	0.0%
2 趣味・余暇活動	1 外出活動	14	20.6%	1 散歩	13	19.1%
				2 旅行	0	0.0%
				3 ドライブ	1	1.5%
				4 外食	0	0.0%
				5 ハイキング	0	0.0%
	2 体操・運動	3	4.4%	1 体操	3	4.4%
				2 踊り	0	0.0%
	3 音楽活動	18	26.5%	1 歌(口笛)	15	22.1%
				2 演奏	3	4.4%
				3 音楽に合わせリズムを取る	5	7.4%
				4 楽譜を見る	3	4.4%
				5 楽譜の準備	1	1.5%
	4 趣味特技	2	2.9%	1 ちぎり絵	0	0.0%
				2 書道	0	0.0%
				3 生け花	0	0.0%
				4 あみもの	1	1.5%
				5 折り紙	1	1.5%
	5 ゲーム・レク	8	11.8%	1 集団レク	5	7.4%
				2 ゲーム	3	4.4%
				3 囲碁将棋等	0	0.0%
	6 雑談・交流	66	97.1%	1 会話	65	95.6%
				2 団らん	14	20.6%
				3 うなづく・反応する	35	51.5%
				4 写真を見せる	1	1.5%
				5 手をつなぐ	7	10.3%
				6 スキンシップ	8	11.8%
	7 読書・新聞	20	29.4%	1 読書	7	10.3%
				2 新聞読み	14	20.6%
				3 朗読	0	0.0%
	8 くつろぎ	63	92.6%	0 くつろぎ	14	20.6%
				1 テレビ鑑賞	47	69.1%
				2 ひなたぼっこ	43	63.2%
				3 ぼおとしている	21	30.9%
				4 こたつでまったり	9	13.2%
				5 居眠り・うたたね	3	4.4%
				6 窓の外を見る	15	22.1%
				7 花を見る	0	0.0%
	9 その他	12	17.6%	1 写真を見る	5	7.4%
				2 チラシを見る	5	7.4%
				3 ぬいぐるみを大事そうに抱く	2	2.9%
				4 手紙を書く	1	1.5%

表2-2 活動実施率その2

大分類	中分類			小分類	活動人数	実施率
3 その他の活動	1 訓練	1	1.5%	1 計算ドリル	1	1.5%
				2 リハビリ	0	0.0%
	2 信仰活動	5	7.4%	1 写経	0	0.0%
				2 読経	0	0.0%
				3 お祈り	5	7.4%
	3 他者への援助	20	29.4%	1 車いす押し	0	0.0%
				2 他の高齢者の介助・手伝い	6	8.8%
				3 職員の手伝い	15	22.1%
	4 動物の世話	0	0.0%	1 犬の世話	0	0.0%
				2 猫の世話	0	0.0%
	5 単独微細運動	34	50.0%	1 チャックの開閉	3	4.4%
				2 独語	18	26.5%
				3 本を破く	2	2.9%
				4 紙を見る	5	7.4%
				5 手を動かしている	7	10.3%
				6 目をぱちぱち	4	5.9%
				7 他者を注意	6	8.8%
				8 キョロキョロする・周りを見回す	21	30.9%
4 日常生活行為	1 ADL関連行為	68	100.0%	1 入浴	18	26.5%
				2 排泄	39	57.4%
				3 睡眠	14	20.6%
				4 移動	61	89.7%
				5 おやつを食べる	66	97.1%
				6 水分補給	60	88.2%
				7 起居・臥床	38	55.9%
				8 起座・起立	37	54.4%
	2 身辺管理行為	58	85.3%	1 洗面・手洗い	36	52.9%
				2 口腔ケア	16	23.5%
				3 更衣	18	26.5%
				4 服薬	41	60.3%
				5 爪切り	1	1.5%
				6 髭を剃る	5	7.4%
				7 鼻をかむ	5	7.4%
				8 目薬をする	3	4.4%

表2-3 活動実施出現率(中分類、小分類)

大分類	中分類	出現数	出現率
1 生活活動	1 家事	77	84.6%
	2 屋内作業	13	14.2%
	3 屋外作業	1	1.2%
	計	91	100.0%
2 趣味・余暇活動	1 外出活動	13	3.5%
	2 運動	3	0.7%
	3 音楽活動	27	7.1%
	4 趣味特技	11	2.9%
	5 ゲーム・レク	8	2.1%
	6 雑談・交流	130	34.4%
	7 読書・新聞	21	5.6%
	8 くつろぎ	152	40.2%
	9 その他	13	3.5%
	計	378	100.0%
3 その他の活動	1 訓練	1	1.1%
	2 信仰活動	5	5.4%
	3 他者への援助	21	22.6%
	4 動物の世話	0	0.0%
	5 単独の微細運動	66	70.9%
	計	93	100.0%
4 日常生活行為	1 ADL関連行為	333	72.7%
	2 身辺管理行為	125	27.3%
	計	458	100.0%
合 計		1020	

表2-4 活動実施出現率(大分類)

大分類	出現数	出現率
1 生活活動	91	8.9%
2 趣味・余暇活動	378	37.1%
3 その他の活動	93	9.1%
4 日常生活行為	458	44.9%
	1020	100.0%

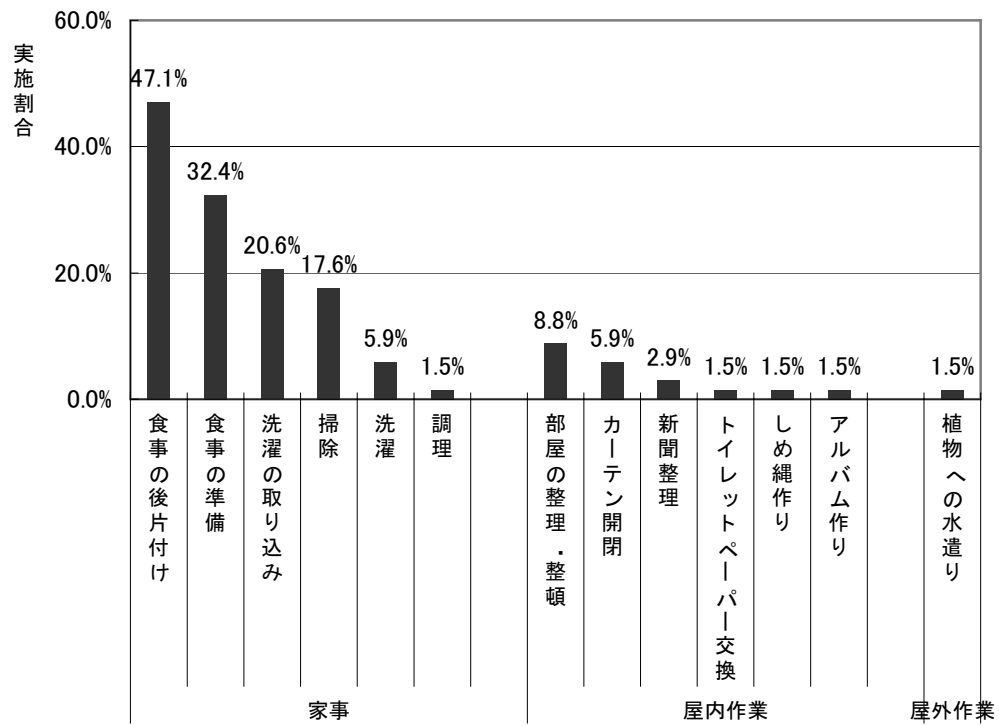


図2－1 生活関連の実施割合 (N=68)

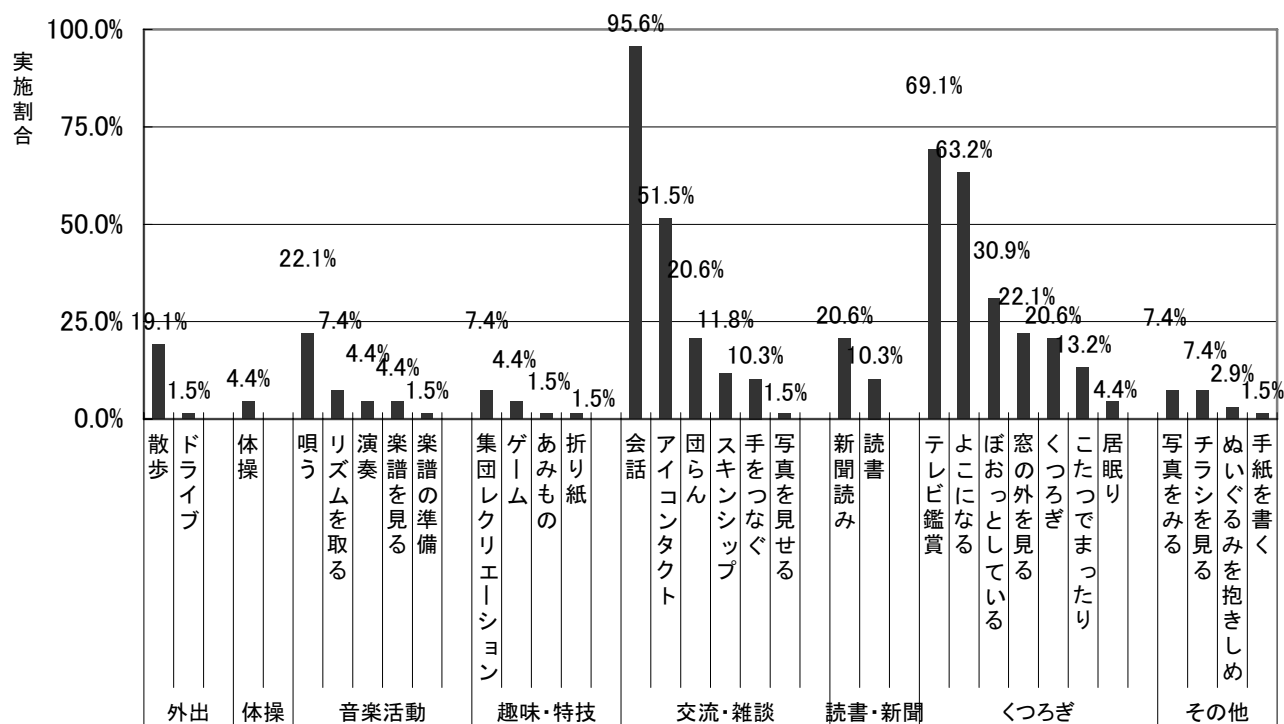


図2-2 趣味・余暇活動実施割合(N=68)

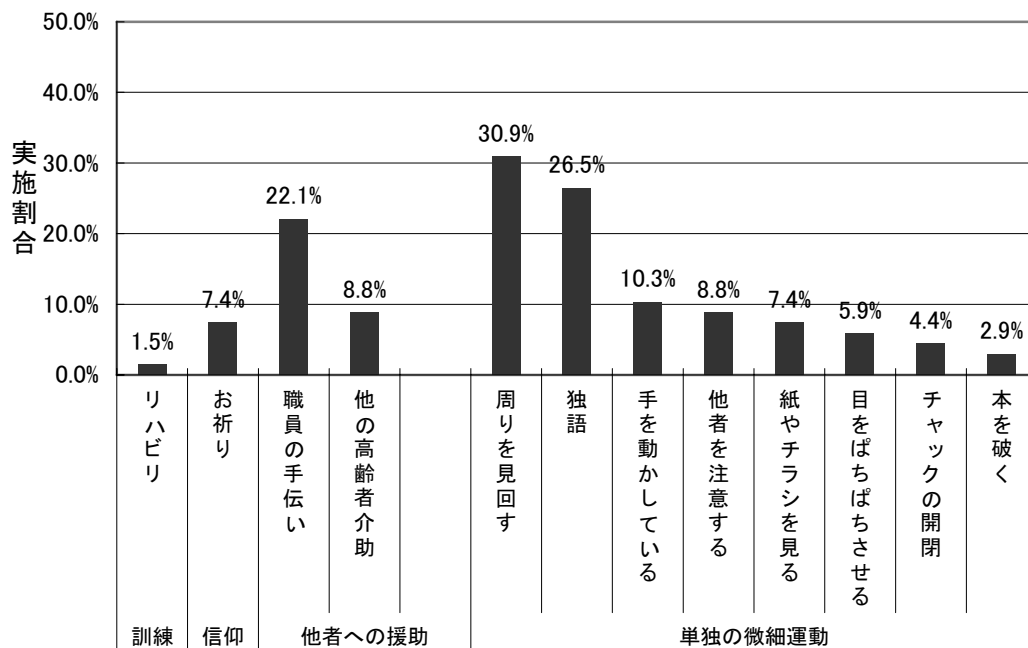


図2-3 その他の活動実施割合

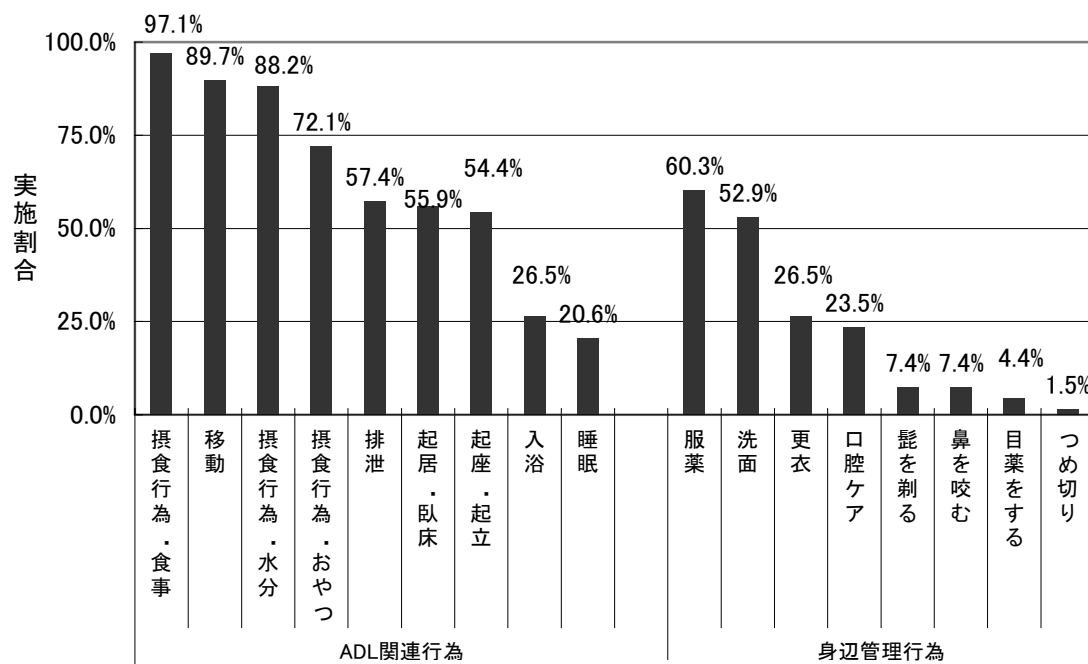


図2-4 基本生活行為実施割合 (N=68)

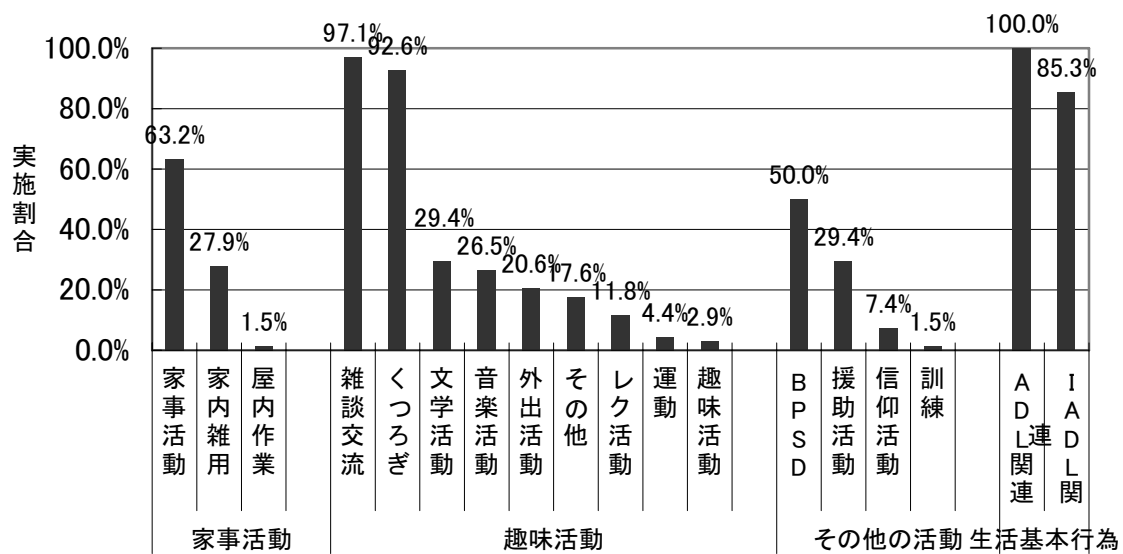


図2-5 活動分類別実施割合 (N=68)

表2-5 施設形態と他所への援助活動実施有無 ($\chi^2(1)=5.677, p<.05$)

			他者への援助活動		合計
			非実施	実施	
施設形態別	ユニット	度数	36	9	45
		実施割合	80.0%	20.0%	100.0%
		調 整 済 み 残差	2.4	-2.4	
	グループホーム	度数	12	11	23
		実施割合	52.2%	47.8%	100.0%
		調 整 済 み 残差	-2.4	2.4	
合計		度数	48	20	68
		実施割合	70.6%	29.4%	100.0%

表2-6 性別と読書・新聞活動実施有無 ($\chi^2=4.622, p<.05$)

			読書・新聞活動		合計
			非実施	実施	
性別	男性	度数	6	7	13
		実施割合	46.2%	53.8%	100.0%
		調整済み 残差	-2.1	2.1	
	女性	度数	42	13	55
		実施割合	76.4%	23.6%	100.0%
		調整済み 残差	2.1	-2.1	
合計		度数	48	20	68
		実施割合	70.6%	29.4%	100.0%

表2-7 性別信仰活動実施有無 ($\chi^2(1)=5.833, p<.05$)

			信仰活動		合計
			非実施	実施	
性別	男性	度数	10	3	13
		実施割合	76.9%	23.1%	100.0%
		調整済み 残差	-2.4	2.4	
	女性	度数	53	2	55
		実施割合	96.4%	3.6%	100.0%
		調整済み 残差	2.4	-2.4	
合計		度数	63	5	68
		実施割合	92.6%	7.4%	100.0%

表2-8 要介護度と家事実施有無 ($\chi^2=15.131(4), p<.05$)

			家事		合計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	1	7	8
		実施割合	12.5%	87.5%	100.0%
		調整済み 残差	-1.5	1.5	
	2	度数	1	7	8
		実施割合	12.5%	87.5%	100.0%
		調整済み 残差	-1.5	1.5	
	3	度数	6	18	24
		実施割合	25.0%	75.0%	100.0%
		調整済み 残差	-1.5	1.5	
	4	度数	7	8	15
		実施割合	46.7%	53.3%	100.0%
		調整済み 残差	.9	-9	
	5	度数	10	3	13
		実施割合	76.9%	23.1%	100.0%
		調整済み 残差	3.3	-3.3	
	合計		度数	25	43
実施割合			36.8%	63.2%	100.0%

表2－9 要介護度と他者への援助実施有無 ($\chi^2(4)=18.549, p<.01$)

			援助活動		合計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	2	6	8
		実施割合	25.0%	75.0%	100.0%
		調整済み 残差	-3.0	3.0	
	2	度数	3	5	8
		実施割合	37.5%	62.5%	100.0%
		調整済み 残差	-2.2	2.2	
	3	度数	19	5	24
		実施割合	79.2%	20.8%	100.0%
		調整済み 残差	1.1	-1.1	
	4	度数	11	4	15
		実施割合	73.3%	26.7%	100.0%
		調整済み 残差	.3	-.3	
	5	度数	13	0	13
		実施割合	100.0%	.0%	100.0%
		調整済み 残差	2.6	-2.6	
合計		度数	48	20	68
		実施割合	70.6%	29.4%	100.0%

表2－10 要介護度と単独での微細運動有無 ($\chi^2(4)=13.126, p<.05$)

			BPSD関連行為		合計
			無し	有り	
要介護度	1	度数	8	0	8
		有無割合	100.0%	.0%	100.0%
		調整済み 残差	3.0	-3.0	
	2	度数	3	5	8
		有無割合	37.5%	62.5%	100.0%
		調整済み 残差	-8	.8	
	3	度数	14	10	24
		有無割合	58.3%	41.7%	100.0%
		調整済み 残差	1.0	-1.0	
	4	度数	4	11	15
		有無割合	26.7%	73.3%	100.0%
		調整済み 残差	-2.0	2.0	
	5	度数	5	8	13
		有無割合	38.5%	61.5%	100.0%
		調整済み 残差	-9	.9	
合計		度数	34	34	68
		有無割合	50.0%	50.0%	100.0%

表2－11 要介護度と身辺管理行為有無実施 ($\chi^2(4)=9.454, p<.05$)

			IADL関連行為		合計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	2	6	8
		実施割合	25.0%	75.0%	100.0%
		調整済み残差	.9	-.9	
	2	度数	1	7	8
		実施割合	12.5%	87.5%	100.0%
		調整済み残差	-.2	.2	
	3	度数	1	23	24
		実施割合	4.2%	95.8%	100.0%
		調整済み残差	-1.8	1.8	
	4	度数	1	14	15
		実施割合	6.7%	93.3%	100.0%
		調整済み残差	-1.0	1.0	
	5	度数	5	8	13
		実施割合	38.5%	61.5%	100.0%
		調整済み残差	2.7	-2.7	
合計		度数	10	58	68
		実施割合	14.7%	85.3%	100.0%

表2－12 年齢区分別趣味活動実施割合 ($\chi^2(2)=7.281, p<.05$)

			趣味活動		合計
			非実施	実施	
年齢区分	70～80歳	度数	13	2	15
		実施割合	86.7%	13.3%	100.0%
		調整済み残差	-2.7	2.7	
	80歳以上90歳未満	度数	39	0	39
		実施割合	100.0%	.0%	100.0%
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	90歳以上	度数	14	0	14
		実施割合	100.0%	.0%	100.0%
		調整済み残差	.7	-.7	
合計		度数	66	2	68
		実施割合	97.1%	2.9%	100.0%

表2－13 年齢区分別と読書・新聞実施有無 ($\chi^2(2)=8.273, p<.05$)

			読書・新聞		合計
			非実施	実施	
年齢区分	70～80歳	度数	8	7	15
		実施割合	53.3%	46.7%	100.0%
		調整済み残差	-1.7	1.7	
	80歳以上90歳未満	度数	26	13	39
		実施割合	66.7%	33.3%	100.0%
		調整済み残差	- .8	.8	
	90歳以上	度数	14	0	14
		実施割合	100.0%	.0%	100.0%
		調整済み残差	2.7	-2.7	
合計		度数	48	20	68
		実施割合	70.6%	29.4%	100.0%

表2-14 家事における属性比較

	家事活動	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	25	84.40	6.982	
	実施	43	85.56	5.470	
要介護度**	非実施	25	3.96	1.098	t(66)=3.985,p<.01
	実施	43	2.84	1.132	
長谷川式簡易知能評価 スケール得点**	非実施	25	4.00	4.856	t(59.98)=-2.339,p<.01
	実施	43	7.16	6.168	
ADL**	非実施	25	24.80	24.978	t(66)=-5.011,p<.01
	実施	43	57.56	26.556	
BEHAVE-AD得点	非実施	25	10.48	8.752	
	実施	43	8.09	7.514	
認知症罹患期間	非実施	25	79.36	56.033	
	実施	43	70.44	40.785	
入居期間	非実施	25	67.32	71.751	
	実施	43	41.19	39.676	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-15 屋内作業における属性比較

	家内雑用	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	49	85.53	6.361	
	実施	19	84.11	5.152	
要介護度*	非実施	49	3.47	1.174	t(66)=2.430,p<.05
	実施	19	2.68	1.250	
長谷川式簡易知能評価 スケール得点**	非実施	49	4.84	5.490	t(66)=-2.741,p<.01
	実施	19	9.00	5.954	
ADL**	非実施	49	38.88	28.344	t(66)=-3.078,p<.01
	実施	19	62.63	29.125	
BEHAVE-AD得点	非実施	49	8.90	8.178	
	実施	19	9.16	7.776	
認知症罹患期間	非実施	49	77.90	50.370	
	実施	19	62.95	34.667	
入居期間	非実施	49	56.35	60.652	
	実施	19	36.47	32.049	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-16 読書・新聞における属性比較

	文学	N	平均値	標準偏差	
年齢**	非実施	48	86.44	6.007	t(66)=2.908,p<.01
	実施	20	82.00	4.995	
要介護度	非実施	48	3.40	1.233	
	実施	20	2.90	1.210	
長谷川式簡易知能評価スケール得点	非実施	48	5.81	5.511	
	実施	20	6.45	6.840	
ADL	非実施	48	41.77	29.508	
	実施	20	54.50	31.073	
BEHAVE-AD得点	非実施	48	9.67	8.990	
	実施	20	7.30	4.714	
認知症罹患期間	非実施	48	77.35	49.114	
	実施	20	65.00	40.360	
入居期間	非実施	48	56.08	60.790	
	実施	20	38.10	34.197	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-17 他者への援助における属性比較

	新援助活動	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	48	85.40	6.327	
	実施	20	84.50	5.405	
要介護度***	非実施	48	3.63	1.084	t(66)=4.357,p<.001
	実施	20	2.35	1.137	
長谷川式簡易知能評価スケール得点	非実施	48	5.21	5.339	
	実施	20	7.90	6.805	
ADL***	非実施	48	37.19	26.736	t(66)=-3.856,p<.01
	実施	20	65.50	29.598	
BEHAVE-AD得点	非実施	48	8.85	7.914	
	実施	20	9.25	8.441	
認知症罹患期間	非実施	48	74.58	50.381	
	実施	20	71.65	37.735	
入居期間	非実施	48	54.48	61.363	
	実施	20	41.95	33.464	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-18 掃除における属性比較

	掃除	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	56	85.07	6.102	
	実施	12	85.42	6.022	
要介護度*	非実施	56	3.41	1.247	t(66)=2.392,p<.05
	実施	12	2.50	.905	
長谷川式簡易知能評価 スケール得点	非実施	56	5.75	5.772	
	実施	12	7.17	6.534	
ADL**	非実施	56	40.27	28.911	t(66)=-3.304,p<.01
	実施	12	70.00	24.955	
BEHAVE-AD得点	非実施	56	8.98	8.370	
	実施	12	8.92	6.374	
認知症罹患期間	非実施	56	74.23	48.946	
	実施	12	71.33	36.470	
入居期間	非実施	56	52.84	58.830	
	実施	12	41.25	28.265	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-19 食事の後かたづけにおける属性比較

	食事の後片付け	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	36	85.22	6.388	
	実施	32	85.03	5.733	
要介護度**	非実施	36	3.58	1.156	t(66)=2.440,p<.01
	実施	32	2.88	1.238	
長谷川式簡易知能評価 スケール得点*	非実施	36	4.44	5.201	t(66)=-2.391,p<.05
	実施	32	7.75	6.196	
ADL**	非実施	36	36.39	30.557	t(66)=-2.760,p<.01
	実施	32	55.78	26.944	
BEHAVE-AD得点	非実施	36	9.64	8.198	
	実施	32	8.22	7.857	
認知症罹患期間	非実施	36	81.81	52.064	
	実施	32	64.63	38.773	
入居期間	非実施	36	61.42	63.871	
	実施	32	38.84	39.780	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-20 食事の準備における属性比較

	食事の準備	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	46	85.22	6.059	
	実施	22	84.95	6.153	
要介護度***	非実施	46	3.57	1.167	t(66)=3.244,p<.001
	実施	22	2.59	1.141	
長谷川式簡易知能評価スケール得点*	非実施	46	4.98	5.667	t(66)=-2.123,p<.05
	実施	22	8.14	5.890	
ADL**	非実施	46	35.76	27.079	t(66)=-4.311,p<.01
	実施	22	65.91	26.754	
BEHAVE-AD得点	非実施	46	9.67	7.572	
	実施	22	7.50	8.863	
認知症罹患期間	非実施	46	72.13	48.153	
	実施	22	77.05	44.600	
入居期間	非実施	46	54.09	59.219	
	実施	22	43.91	44.248	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-21 洗濯たたむ、取り込みにおける属性の比較

	洗濯の取り込み	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	54	85.50	6.303	
	実施	14	83.71	4.858	
要介護度	非実施	54	3.39	1.188	
	実施	14	2.71	1.326	
長谷川式簡易知能評価スケール得点	非実施	54	5.31	5.579	
	実施	14	8.64	6.500	
ADL*	非実施	54	41.48	28.709	t(66)=-2.217,p<.05
	実施	14	61.07	32.355	
BEHAVE-AD得点	非実施	54	9.11	8.522	
	実施	14	8.43	5.854	
認知症罹患期間	非実施	54	75.30	49.614	
	実施	14	67.64	34.377	
入居期間	非実施	54	54.15	58.940	
	実施	14	37.86	32.103	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-22 散歩における属性比較

	散歩	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	55	85.15	5.961	
	実施	13	85.08	6.639	
要介護度	非実施	55	3.22	1.272	
	実施	13	3.38	1.121	
長谷川式簡易知能 評価スケール得点*	非実施	55	6.58	6.208	t(33.03)=2.392,p<.05
	実施	13	3.54	3.455	
ADL	非実施	55	45.09	30.964	
	実施	13	47.31	28.476	
BEHAVE-AD得 点**	非実施	55	7.47	6.429	t(66)=-3.414,p<.01
	実施	13	15.31	10.889	
認知症罹患期間	非実施	55	67.02	38.604	
	実施	13	102.08	66.507	
入居期間	非実施	55	43.44	40.083	
	実施	13	81.92	90.433	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-23 唄う活動における属性比較

	唄う	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	53	84.75	5.598	
	実施	15	86.47	7.482	
要介護度	非実施	53	3.32	1.252	
	実施	15	3.00	1.195	
長谷川式簡易知能 評価スケール得点	非実施	53	5.68	5.670	
	実施	15	7.13	6.685	
ADL	非実施	53	42.45	29.362	
	実施	15	56.33	32.153	
BEHAVE-AD得 点	非実施	53	9.45	8.491	
	実施	15	7.27	5.946	
認知症罹患期間	非実施	53	69.32	47.717	
	実施	15	89.27	40.905	
入居期間*	非実施	53	43.11	55.526	t(66)=-2.241,p<.05
	実施	15	77.93	43.070	

(* p<.05, **p<.01, ***p<.001)

表2-24 職員の手伝いにおける属性比較

	職員の手伝い	N	平均値	標準偏差	
年齢	非実施	53	85.25	6.214	
	実施	15	84.73	5.587	
要介護度***	非実施	53	3.53	1.120	t(66)=3.821,p<.001
	実施	15	2.27	1.163	
長谷川式簡易知能 評価スケール得点	非実施	53	5.58	5.682	
	実施	15	7.47	6.556	
ADL*	非実施	53	39.81	27.333	t(66)=-2.804,p<.05
	実施	15	65.67	32.616	
BEHAVE-AD得 点	非実施	53	8.94	8.319	
	実施	15	9.07	7.076	
認知症罹患期間	非実施	53	72.72	49.768	
	実施	15	77.27	35.292	
入居期間	非実施	53	53.21	59.448	
	実施	15	42.27	33.055	

(* p<.05 , **p<.01 , ***p<.001)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

コミュニケーション支援モデルに関する研究
—職員—高齢者間コミュニケーションの基礎構造—

分担研究者 吉川 悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター）

研究協力者 大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘）

研究要旨

本研究は、認知症高齢者と介護職員間のコミュニケーションの実態を明らかにし、認知症高齢者に対する有効なコミュニケーション支援のための基礎資料の作成を目的としている。研究方法は、グループホーム及びユニットケアを実施している3施設に入居している68名の認知症高齢者を対象に、平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間について、7時～19時の約12時間における「職員の声かけと高齢者本人の発話」、「職員の援助行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を実施した。その結果、介護職員と高齢者間のコミュニケーション47例について、アクティビティ及び援助行為の観点から場面を区分し分析を行った。分析指標は会話のトピック（話題）の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話内容の機能と交換構造の区分であった。結果から、職員と高齢者間のコミュニケーション・パターンは主に職員側の要因によって決定され、発話の内容については明確な結果が得られなかったが、少なくともコミュニケーションの機会や長さについては、高齢者の状態像やアクティビティ・援助行為の場面に合わせて調整していることが推察された。一方、高齢者側のコミュニケーションの始発や量、内容を変化させるような方略は、高齢者の属性パターンという観点からは明確には認められなかった。今後の課題として、高齢者の属性等を勘案した、高齢者側からのコミュニケーションを引き出しうる手法のモデルを検討していくことがあげられた。

A. 研究目的

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など、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ことが知られている。また、重度の認知症高齢者であっても、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。これらのことを鑑みると、認知症高齢者への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。特に本邦においては、近年グループホームの事業所数が全国で9,000か所に迫るなど、認知

症高齢者へのケアを中心とする小規模ケアの場が急増している。そのため認知症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。しかしながら、これまで認知症高齢者と介護職員間のコミュニケーションに関する先行研究については、質的な分析からその性質を検討するものや、検査や面接場面のように日常の介護行為・生活行為からは切り離された場面での認知症高齢者のコミュニケーション能力の特徴を整理するもの、あるいは介護職員側のコミュニケーション方略のみに焦点を当てたものはみられるが、認知症高齢者と介護職員を同時に分析の俎上に載せ、かつ定量的に整理したものは非常に少ない。従って例えば高齢者の属性や、施設・事業所における日常生活活動や援助行為と、認知症高齢者－介護職員間のコミュニケーション・パターンとの関係といったことはあまり明らかにされていない。

そこで本研究では、以下の点について検討し、認知症高齢者に対する介護職員の有効なコミュニケーションを支援していくための基礎的な資料を提出することを目的とした。すなわち、認知症高齢者－介護職員間のコミュニケーション・パターンの、①全般的な傾向、②認知機能のレベルやBPSD（行動・心理症状）の程度、ADL状況などの認知症高齢者の状態像に影響しうる要因との関係、③施設・事業所内での日常生活活動（アクティビティ）の内容との関係、④援助行為の内容との関係、及び⑤上記②～④の複合的な関係、である。

B. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者はO県のK施設、I県のT施設、H県のKH施設の3施設であり、いずれもグループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームを有する施設である。調査対象事業種はグループホーム3カ所、小規模単位型特養のユニット15カ所であり、K施設12ユニット、1グループホーム、H施設1ユニット、1グループホーム、KH施設1ユニット、1グループホームである。調査対象者は本人あるいは家族より研究同意を頂いた認知症高齢者68名である。

2. 調査方法

1) 調査期間及び手続き

平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間を調査期間とし、認知症高齢者1名に対し、調査トレーニングを受けた調査員2名が、7時～19時の約12時間について「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の援助行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い活動、発語、援助行為のコーディングを実施した。高齢者属性評価（年齢、性別、入居期間、認知症種、認知症罹患期間、ADL、IADL、認知機能、BPSDの程度）及び環境評価（認知症高齢者施設環境配慮尺度PEAP）については調査と平行し各施設の調査担当職員が実施した。

（１）援助行為及び活動調査

調査対象者の活動及び調査対象者に関わっている介護者の援助行為の記録については、調査対象者１名につき１名の調査員が、対象者が生活しているユニット或いはグループホームのリビングに対象者の起床時間から就寝時間まで滞在し、対象者の何らかの行為や活動が生じた時間と行為或いは活動の内容を予め分類されコード化された活動分類基準（参考資料１参照）を参考に所定の記録票（参考資料２参照）に記述を行った。調査対象者に関わっている介護者の行為についても同様に何らかの援助行為が生じた時間と行為の内容を予め分類されコード化された援助行為分類基準（参考資料３参照）を参考に所定の記録票（参考資料２参照）に記述を実施した。

行為の記述精度を高めるため、事前に活動及び援助行為の分類基準に関する説明を調査担当者が実施し、調査票への記録練習日を１日設定し調査員と調査担当者による模擬及び検討会を実施した。

活動及び行為生起時刻の記録については、１分間タイムスタディの記録方法を参考に、１分間中に連続して複数の行為が生じた場合、記述速度が記録対象行為の生起速度に追いつかず、全ての記述が困難な場合は１分間中の主要な行為の記録を実施することで統一し、複数行為の記録が可能な場合のみ全ての記述を実施した。

あくまでも行為や活動の意図は考慮せず発現している行為のみを観察記述の対象とし、調査員交代時の記入もれを防ぐため調査対象ユニットのリビングの隅にビデオカメラを定点設置し映像記録も実施した。

（２）職員の声かけと発語調査

高齢者の発語及び高齢者への介護者の発語記録については、調査対象者１名について調査員１名がリビングに常駐し、調査対象者の起床時間から就寝時間までの会話及び発語を継時的に記録した。調査対象者の発語については意味不明なものも含め、一方向的な発話、独語、双方向の会話も全て記録を実施した（参考資料４参照）。発語の記録については発語速度が記述速度より速く、発語量も多い場合、記録が不正確になる可能性が高いため、本人及び家族に了承を得た上でＩＣレコーダー及びビデオカメラのリモートマイクによる録音を実施した。発語の意図及び抑揚、発語時の表情などは今回の調査記録からは除外し、言語的な内容の記述のみにとどめた。介護者側の発語については、調査対象高齢者への発語及び調査対象者を含んだ複数の対象者に対する発語も記録した。記録の精度を高めるため事前に調査模擬日を設定し、発語記録の練習を行い検討会を実施した。発語量が多く、発語時間が長い場合の記録は可能な限り聞き取り可能な発語のみを正確に記述することとし、録音記録より不足分を補足することとした。

3. 分析方法

1) 分析指標

本分担研究では、表3-1に示した分析指標を用いて、職員及び高齢者の会話内容の分析を行った。これらの指標の設定については、以下のような問題を考慮した。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以外に自由会話を対象としたり自然観察を用いたりしたもの多くは、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。そこで本分担研究ではこれらの状況を鑑み、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導入した。使用した指標はコミュニケーションのトピックの始発及びトピック毎の発話の数、発話の機能分類、発話の交換構造である。発話分類については、言語行動 (verbal act) に関する指標を参考に作成した。分類の構成としては、質問・指示・陳述・意思表示・フィードバックを基本的な分類とした上で、機能別に14種類及びその他等に細分類した。また発話の交換構造上の機能は、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。本分担研究ではこれに加えて、反応と働きかけ (Response/Initiation)、再度の働きかけ (Re-initiation)、情報提供 (Inform)、及び機能的に明確な場合に限るが、開始 (Opening)) と終了 (Closing) を用いた。また、トピック毎に、対象とした高齢者の活動内容と対象高齢者への援助行為内容について、当該トピックの中で主要な内容を占めているものをコード化した。そのため他の分担研究でコード化されている活動内容及び援助行為内容とは区分が異なる場合がある。

2) 分析方法

分析の方針としては、基本的にはそれぞれの指標について職員と高齢者間の差を一つのコミュニケーション・パターンと捉え、①全般的な差の特徴を捉える、②高齢者の属性によって4つのクラスターを構成し、クラスター間の差の特徴を整理する、③さらに分析が可能な場合にはアクティビティ及び援助行為の場面の性質毎の、クラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンを検討する、という手順をとった。統計解析には SPSS 11.5J を用いた。

なお、本分担研究では、研究事業全体の対象とした68事例のうち、上記の指標について事例の記録全般に渡って分析を行うことができた47例を対象としている。

(倫理面への配慮)

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症高齢者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研

究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

C. 結果と考察

1. 分析対象事例

本分担研究では、既述のように47事例を対象とした。対象事例における高齢者の属性については、性別は男性8名・女性39名、平均年齢は85.4 (SD=5.6) 歳であった。また要介護度別の人数は、要介護1が8名、要介護2が5名、要介護3が13名、要介護4が11名、要介護5が10名であった。その他、対象高齢者の認知症の原因疾患別人数、HDS-R・ADL (Barthel Index)・BEHAVE AD scale・認知症の罹患期間・入居期間についても整理した (以上対象高齢者の属性については表3-2から表3-5に示した。

2. 高齢者の属性からみた対象事例の分類

対象事例について、総括研究で行われたクラスター分析の結果から、対象事例の分類を行った。研究事業全体の対象事例68に対してクラスター分析(Two-Step 法)を実施した結果、4つのクラスターに分類されている。クラスター1は年齢が高く、認知症は重度、ADLはやや高く、BPSD程度は中程度、認知症種は不明が多い。クラスター2は認知症の程度は中度、ADLが高く、BPSD程度が軽く、認知症種はアルツハイマー型がやや多い。クラスター3は女性のみで構成され、平均年齢が低く、認知症程度が最も重度、ADLはやや重度、認知症罹患期間が最も長い。クラスター4はADLが重度、BPSD程度が最も重く、認知症種は脳血管型が多い。大まかな特徴としては、クラスター1が高年齢で認知症は重度であるが、ADLが高い認知症の原因が不明な群、クラスター2は認知症の程度が軽く、BPSD程度が軽くADLも高いアルツハイマー型認知症群、クラスター3は年齢が若く、認知症が重度で、認知症の罹患期間が長い、アルツハイマー型・脳血管型混在群、クラスター4は脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群と解釈できる。なお本分担研究の対象者では、クラスター1が10名、クラスター2が11名、クラスター3が7名、クラスター4が19名であった。

3. 結果

1) コミュニケーションのトピック数

会話のトピック (話題) の総数 (始発が職員と高齢者のいずれかは問わない) については、全体で平均35.4 (SD=18.9) であった。高齢者の属性クラスター別では、クラスター1が36.2 (SD=18.6)、クラスター2が26.8 (SD=17.1)、クラスター3が40.1 (SD=25.7)、クラスター4が38.3 (SD=17.3) であった (表3-6)。

次に、トピック毎に主要な活動であったアクティビティの種類に着目して分析を行った。アクティビティの種類（生活関連活動、趣味・余暇活動・その他の活動・日常生活行為の4種類）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行ったところ、交互作用に有意傾向が認められ（ $p < .10$ ）、アクティビティの主効果も有意であった（ $p < .01$ ）。クラスターの単純主効果を検定したところ「日常生活行為」で有意であり（ $p < .05$ ）、多重比較の結果クラスター2でのトピック数がクラスター1及び3それぞれよりも少なかった。またアクティビティの単純主効果を検定したところ全てのクラスターで有意であり（ $p < .01$ ）、多重比較の結果クラスター1では「日常生活行為」が他の活動よりも、クラスター2～4では「趣味・余暇活動」及び「日常生活行為」が、それぞれ「生活関連活動」及び「その他の活動」よりも始発数が多かった（表3-7）。

次に、トピック毎に主要な行為であった援助行為の種類に着目して分析を行った。援助行為の種類（入浴・清潔保持・整容・更衣、移動・移乗・体位交換、食事、排泄、生活自立支援、社会生活支援、行動上の問題、医療、機能訓練の9種類）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行ったところ、交互作用に有意傾向が認められ（ $p < .10$ ）、援助行為の主効果も有意であった（ $p < .01$ ）。クラスターの単純主効果を検定したところ、「移動・移乗・体位交換」「排泄」「医療」で有意であり（ $p < .05$ ）、多重比較の結果、「移動・移乗・体位交換」でクラスター2が同4よりも、「排泄」でクラスター2が同3及び4よりも少なく、逆に「医療」ではクラスター2が同3及び4よりも、クラスター1が同4よりも多かった。また援助行為の単純主効果を検定したところ全てのクラスターで有意であり（ $p < .01$ ）、多重比較の結果クラスター1では「食事」において「生活自立支援」を除く全ての行為よりも多く、「移動・移乗・体位交換」「医療」が「機能訓練」よりも多かった。クラスター2では「食事」において「生活自立支援」「医療」を除く全ての行為よりも、「医療」において「排泄」「行動上の問題」「機能訓練」よりも多かった。クラスター3では「食事」において「移動・移乗・体位交換」「生活自立支援」「行動上の問題」を除く全ての行為よりも多く、「移動・移乗・体位交換」「排泄」は「機能訓練」よりも多かった。クラスター4では「入浴・清潔保持・整容・更衣」が「社会生活支援」「医療」「機能訓練」よりも多く、「移動・移乗・体位交換」が「入浴・清潔保持・整容・更衣」「食事」「生活自立支援」以外の行為よりも多く、「食事」が「生活自立支援」以外の全ての行為よりも多く、「排泄」が「社会生活支援」「医療」「機能訓練」よりも多く、「生活自立支援」が「移動・移乗・体位交換」「食事」以外の全ての行為よりも多かった（表3-8）。

2) 職員及び高齢者のトピックの始発数

職員及び高齢者のそれぞれが各事例において始発したトピックの平均値は、全体

で職員が 29.9 (SD=14.8)、高齢者が 5.5 (SD=6.7) であった。高齢者の属性クラスター別では、クラスター 1 が職員 31.3 (SD=13.0) に対し高齢者 4.9 (7.6)、クラスター 2 が職員 21.5 (SD=8.2) に対し高齢者 5.5 (9.6)、クラスター 3 が職員 35.4 (SD=8.2) に対し高齢者 4.7 (SD=5.3)、クラスター 4 が職員 32.1 (SD=15.0) に対し高齢者 6.2 (5.0) であった (表 3-9)。

次に、トピック毎に主要な活動であったアクティビティの種類に着目して分析を行った。まず職員のトピックの始発数について、アクティビティの種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析 (混合配置) を行ったところ、交互作用が有意であり ($p < .05$)、アクティビティの主効果も有意であった ($p < .01$)。クラスターの単純主効果を検定したところ「日常生活行為」で有意であり ($p < .05$)、多重比較の結果クラスター 2 でのトピック数がクラスター 1 よりも少なかった。またアクティビティの単純主効果を検定したところ全てのクラスターで有意であり ($p < .01$)、多重比較の結果クラスター 1 及び 3 では「日常生活行為」が他の活動よりも、クラスター 2 及び 4 では「趣味・余暇活動」及び「日常生活行為」が、それぞれ「生活関連活動」及び「その他の活動」よりも始発数が多かった (表 3-10)。また、高齢者のトピックの始発数について同様に分析を行ったところ、アクティビティの主効果のみが有意であり ($p < .01$)、アクティビティの主効果の検定を行ったところ、「趣味・余暇活動」及び「日常生活行為」が、それぞれ「生活関連活動」及び「その他の活動」よりも始発数が多かった。

次に、トピック毎に主要な行為であった援助行為の種類に着目して分析を行った。まず職員のトピックの始発数について、援助行為の種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析 (混合配置) を行ったところ、交互作用が有意であり ($p < .05$)、援助行為の主効果も有意であった ($p < .01$)。クラスターの単純主効果を検定したところ、「移動・移乗・体位交換」「排泄」「医療」で有意であり ($p < .05$)、多重比較の結果、「移動・移乗・体位交換」と「排泄」でクラスター 2 が同 3 及び 4 よりも少なく、逆に「医療」ではクラスター 2 が同 3 及び 4 よりも多かった。また援助行為の単純主効果を検定したところ全てのクラスターで有意であり ($p < .01$)、多重比較の結果クラスター 1 では「食事」において「生活自立支援」を除く全ての行為よりも多く、「移動・移乗・体位交換」「医療」が「機能訓練」よりも多かった。クラスター 2 では「食事」において「生活自立支援」「医療」を除く全ての行為よりも、「医療」において「排泄」「行動上の問題」「機能訓練」よりも多かった。クラスター 3 では「食事」において「移動・移乗・体位交換」「生活自立支援」を除く全ての行為よりも多く、「移動・移乗・体位交換」「排泄」は「機能訓練」よりも多かった。クラスター 4 では「入浴・清潔保持・整容・更衣」が「生活自立支援」「社会生活支援」よりも多く、「移動・移乗・体位交換」が「入浴・清潔保持・整容・更衣」「食事」「生活自立支援」以外の行為よりも多く、「食事」が「生活自立支援」以外

の全ての行為よりも多く、「排泄」が「社会生活支援」「機能訓練」よりも多く、「生活自立支援」が「移動・移乗・体位交換」「食事」以外の全ての行為よりも多かった（表 3－1 1）。また、高齢者のトピックの始発数について同様の分析を行ったところ、交互作用及び 2 つの主効果がそれぞれ有意傾向 ($p < .10$) を示したが、いずれの下位検定でも有意差は見いだせなかった。

3) トピック毎の発話数

職員と高齢者のそれぞれについて、トピック毎の発話数の平均値を算出したところ、全体では職員が 5.0 (SD=3.0)、高齢者が 3.6 (SD=1.8) であった。高齢者の属性クラスター別では、クラスター 1 が職員 3.6 (SD=1.1) に対し高齢者 3.0 (1.3)、クラスター 2 が職員 5.0 (SD=3.9) に対し高齢者 3.6 (1.5)、クラスター 3 が職員 4.2 (SD=0.9) に対し高齢者 3.5 (SD=1.0)、クラスター 4 が職員 6.0 (SD=3.4) に対し高齢者 3.6 (1.8) であった（表 3－1 2）。このトピック毎の発話数について、クラスター及び話者（職員と高齢者）を要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行ったところ、交互作用に有意差が認められ ($p < .05$)、話者（職員と高齢者）の主効果も有意であった ($p < .01$)。クラスターの単純主効果を検定したところ、クラスター 2 及び 4 において有意であり ($p < .05$)、多重比較の結果、両群において職員の方が高齢者よりも発話数が大きかった。話者の単純主効果は有意ではなかった。

次に、アクティビティ及び援助行為の種類に着目して結果を整理した。ただし、このトピック毎の発話数については、当該のトピックにおいて発話数が 0 であった場合、対象者がその場面に参与していながら発話がなかったのか、それとも参与していなかったのかが、会話の記録からは必ずしも明確ではなかった。従って本分担保研究では参与していながら発話がなかったことが明確で合った場合のみ発話数を 0 とカウントしている。そのためもあり、アクティビティ毎、及び援助行為毎に発話数を整理すると例数が少なくなるため、以降の解析は行わなかった（表 3－1 3 及び表 3－1 4）。しかし、前述したクラスター間の差違はこの場合においても傾向が確認できた。アクティビティでは、職員と高齢者の間で発話数の平均値が 1 以上離れているのはクラスター 2 及び 4 の場合のみであり、クラスター 2 で上記の差があったのは「趣味・余暇活動」「その他の活動」「日常生活行為」、クラスター 4 では「生活関連活動」「日常生活行為」であった。ただし、援助行為においてはこの傾向はあまり強くはみられなかった。

4) 発話の機能分類

発話の機能分類については、全体の発話数の影響が大きいため、出現率に換算して整理した。

まず、全般的な傾向をみるために、事例毎・話者（職員と高齢者）毎に出現率を

算出し、その平均を求めた。その結果、「閉じた質問」は職員の平均値が 18.1 (SD=8.1) に対し高齢者が 4.8 (SD=4.3)、「開いた質問」が職員 5.7 (6.1) に対し高齢者 2.8 (SD=3.7)、「明確化要求」が職員 2.1 (SD=3.8) に対し高齢者 0.8 (2.0)、「否定的質問」が職員のみで 0.2 (SD=0.4)、「指示」が職員 22.2 (SD=15.6) に対し高齢者 2.4 (SD=3.5)、「勧誘」が職員 10.6 (6.2) に対し高齢者 0.6 (1.3)、「陳述」が職員 28.8 (SD=9.3) に対し高齢者 25.0 (SD=16.6)、「肯定・同意」が職員 2.6 (SD=2.9) に対し高齢者 38.8 (SD=23.5)、「否定・拒否」が職員 0.5 (SD=0.9) に対し高齢者 5.1 (SD=5.0)、「強化」が職員 0.3 (SD=0.6) に対し高齢者 0.1 (SD=0.5)、「あいづち詞」が職員 1.2 (SD=1.4) に対し高齢者 4.6 (SD=3.9)、「繰り返し」が職員 1.5 (SD=1.4) に対し高齢者 1.3 (SD=1.6)、「言い換え」が職員 0.6 (SD=1.0) に対して高齢者 0.2 (SD=0.6)、「文完成」が職員のみで 0.1 (SD=0.4) 及び「その他」が職員 5.3 (SD=5.2) に対し高齢者 8.4 (SD=11.4)、「分類不能」が職員 0.4 (SD=1.0) に対し高齢者 5.4 (SD=14.2) であった (表 3-15)。

これらの結果について、機能分類毎に話者（職員と高齢者）間の差について t 検定を行った。その結果、「閉じた質問」「開いた質問」「指示」「勧誘」（以上 $p<.01$ ）及び「明確化要求」「言い換え」（以上 $p<.05$ ）が有意に職員の方が平均の出現率が高かった。一方、「肯定・同意」「否定・拒否」「あいづち詞」（以上 $p<.01$ ）及び「分類不能」（ $p<.05$ ）において、高齢者の方が有意に平均出現率が高かった。

次に、高齢者の属性クラスター別に発話機能毎の集計を行い、例数が十分な指標については話者（職員と高齢者）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行った。結果は表 3-16 に示したとおりであり、「否定的質問」と「文完成」、及び「その他」と「分類不能」を除く指標について検定を行えたが、いずれにおいても、上述の t 検定と同様に話者の主効果が確認されたのみで、交互作用及びクラスターの主効果は検出されなかった。

なお、機能分類の分類数がやや多く、アクティビティ及び援助行為毎の分類を行うと例数が極端に少ない指標が多くなるため、アクティビティ、援助行為との関連をクラスターの影響を含めて検討することはしなかった。

5) 交換構造

交換構造についても、機能分類と同様出現率に換算して結果を整理した。

まず、全般的な傾向をみるために、事例毎・話者（職員と高齢者）毎に出現率を算出し、その平均を求めた。その結果、「Opening（開始）」は職員の平均値が 2.5 (SD=2.8) に対し高齢者が 0.5 (SD=1.1)、「Initiation（働きかけ）」が職員 52.7 (16.0) に対し高齢者 10.9 (SD=8.0)、「Response（反応）」が職員 10.3 (SD=7.8) に対し高齢者 58.3 (22.5)、「Response/Initiation（反応／働きかけ）」が職員 0.4 (SD=0.9) に対し高齢者 0.0 (SD=0.2)、「Feed back（フィードバック）」が職員

3.9(2.9)に対し高齢者 6.2(4.4)、「Re-Initiation (再度の働きかけ)」が職員 13.2(SD=11.9)に対し高齢者 1.6(SD=3.2)、「Inform (情報提供)」が職員 10.4(SD=7.2)に対し高齢者 8.6(SD=9.4)、「Closing (終了)」が職員 0.6(SD=1.0)に対し高齢者 0.1(SD=0.2)、及び「分類不能」が職員 6.0(SD=5.1)に対し高齢者 13.8(SD=17.4)であった(表3-17)。

これらの結果について、交換構造の分類毎に話者(職員と高齢者)間の差について、*t* 検定を行った。その結果、「Opening (開始)」「Initiation (働きかけ)」「Response/Initiation (反応/働きかけ)」「Re-Initiation (再度の働きかけ)」「Closing (終了)」で有意に職員の方が平均の出現率が高かった(全て $p<.01$)。一方、「Response (反応)」「Feed back (フィードバック)」「分類不能」において、高齢者の方が有意に平均出現率が高かった(全て $p<.01$)。

次に、高齢者の属性クラスター別に発話機能毎の集計を行い、話者(職員と高齢者)と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析(混合配置)を行った。結果は表3-18に示したとおりであり、いずれの指標においても、上述の *t* 検定と同様に話者の主効果が確認されたのみで、交互作用及びクラスターの主効果は検出されなかった。

次に、アクティビティ及び援助行為別に検討するために、対象事例個々の中で、アクティビティ及び援助行為の種類別に交換構造の分類それぞれの出現率を算出し、その平均を求めた(表3-19及び表3-20)。ただし、表にも示したようにそれぞれアクティビティ、援助行為との関連をクラスターの影響を含めて整理すると例数が極端に少ない場合が出てくるため、解析は行っていない。

4. 考察

会話のトピック(話題)の数(始発が職員と高齢者のいずれかは問わない)については、高齢者の属性クラスター単独では差がなかったが、アクティビティや援助行為の場面別にみると、クラスター2(認知症の程度が軽く、BPSD程度が軽くADLも高い群)とその他のクラスターとの差が目立って認められた。この原因について、職員と高齢者がそれぞれ始発したトピックの数で比較すると、クラスター2では主に職員側がトピックの始発数を増減させていることによるものと考えられた。また、クラスター毎に詳細にみていくと、例えばクラスター4(脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群)で入浴や排泄、移動・移乗、食事等の援助において職員側のトピックの始発が多いなど、援助行為の場面間で高齢者属性のパターンによる差違が認められた。なお、以上の分析は高齢者の発話についても行ったが、高齢者の属性クラスターに関連した結果は認められなかった。さらにこれに関連してトピック毎の発話数の平均値を話者(職員と高齢者)間の差という観点からみていくと、クラスター間の差が認められ、クラスター2及び4では職員と高齢者の発話数の差が

大きかった。

また、発話の機能分類及び交換構造からは、職員の全般的な特徴として、質問や指示を多用することによる働きかける発話の多さが、高齢者の特徴として職員の質問を肯定したり指示を受け入れるような発話の多さが認められた。この発話の機能分類と交換構造の分類においては、上記のような全般的な特徴は認められたものの、高齢者の属性によるクラスターの影響は明確には確認されなかった。数値上はクラスター毎に多少の特徴はあったものの全て有意な影響ではなく、トピックや発話数で確認されたような差異よりも、職員が働きかけて高齢者が応じるという形式が強固であることが確認されたといえよう。ただし、本分担研究では詳細な検討を行えなかったが、アクティビティもしくは援助行為の場面別にみると場面毎の発話内容の特徴がある程度あることがうかがわれた。

以上の結果から、職員の関与の方略を中心とした、職員－高齢者間のコミュニケーション・パターンの基礎的な構造がある程度認められたといえよう。

D. 結論

本分担研究では、コミュニケーションを1つの話題が継続した場面毎に区切り、場面毎に主要な活動であったアクティビティと主要な行為であった援助行為にそれぞれ場面の性質を区分した上で分析を行った。分析指標は会話のトピック（話題）の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話それぞれの機能、及び発話それぞれの交換構造における区分である。分析の方針としては、基本的にはそれぞれの指標について職員と高齢者間の差を一つのコミュニケーション・パターンと捉え、①全般的な差の特徴を捉える、②高齢者の属性によって4つのクラスターを構成し、クラスター間の差の特徴を整理する、③さらに分析が可能な場合には場面の性質毎の、クラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンを検討する、という手順をとった。

結果から、職員と高齢者間のコミュニケーション・パターンは主に職員側の要因によって決定されと考えられた。発話の内容については明確な結果が得られなかったが、少なくともコミュニケーションの機会や長さをどれだけとるかといった点については、高齢者の状態像やアクティビティ・援助行為の場面に合わせて、介護行為上の必要性も大きいだろうが調整していることがうかがえる。ただし一方で、高齢者側のコミュニケーションの始発や量、内容を明確に変化させようような方略については、本分担研究の中で検討した認知症及び身体介護状況等を勘案した高齢者の属性パターンという観点からは、明確には認められなかった。今後の課題として、コミュニケーション技法のポイントとして認知症の程度や認知症の種類、身体状況等を勘案した上で、高齢者側からのコミュニケーションを引き出しうる手法のモデルを検討していくことがあげられよう。

表3-1 分析指標

分 析 指 標		内 容
トピックの始発		・会話が開始された発話
トピック長		・トピック毎及び話者毎の発話の数
発話機能分類		
質 問	閉じた質問	・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	・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	・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	・明示的・暗示的に相手に返答もしくは行動を強いる、否定形を用いてなされる質問。「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	指示	・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
	勧誘	・明示的・暗示的に相手に特定の返答もしくは行動を誘いかける発話
陳 述	陳述	・他の指標の性質を含まない叙述発話
意 思 表 示	肯定・同意	・相手の発話に対して肯定や同意の意思を示す発話。なお、発話がない場合でも、「本人の反応」欄の記述(うなずく、微笑むなど)などから同様の機能が確認される場合はコードを付与する。
	否定・拒否	・相手の発話に対して否定や拒否の意思を示す発話。なお、発話がない場合でも、「本人の反応」欄の記述(首を横に振るなど)などから同様の機能が確認される場合はコードを付与する。
フ イードバック	強化	・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るような形で強化する肯定的な発話
	あいづち詞	・「うん」や「へえ」などごく短く典型的なあいづち。
	繰り返し	・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	・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	・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
そ の 他	その他	・何らかの発話の意味や機能は認められるが、他の分類には該当しないその他の発話
	分類不能	・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		
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
O (Opening)		・開始
C(Closing)		・終了

表3-2 対象高齢者の性別

	人数	割合
男性	8	(17.0%)
女性	39	(83.0%)
合計	47	(100%)

表3-3 対象高齢者の要介護度別人数

	人数	割合
要介護1	8	(17.0%)
要介護2	5	(10.6%)
要介護3	13	(27.7%)
要介護4	11	(23.4%)
要介護5	10	(21.3%)
合計	47	(100%)

表3-4 対象高齢者の認知症の種類

	人数	割合
アルツハイマー型	10	(21.3%)
脳血管疾患型	18	(38.3%)
混合型	1	(2.1%)
不明	18	(38.3%)
合計	47	(100%)

表3-5 対象高齢者のその他の属性

	平均値	(SD)
年齢	85.4	(5.6)
HDSR	6.0	(5.9)
ADL	46.2	(31.4)
BEHAVEAD	8.4	(8.2)
罹患期間(ヶ月)	73.8	(46.6)
入居期間(ヶ月)	52.1	(58.1)

表3-6 クラスタ別の総トピック数

属性クラスタ	事例数	平均値	(SD)
クラスタ 1	10	36.2	(18.6)
クラスタ 2	11	26.8	(17.1)
クラスタ 3	7	40.1	(25.7)
クラスタ 4	19	38.3	(17.3)
合計	47	35.4	(18.9)

表3-7 アクティビティ別の総トピック数

アクティビティ	属性クラスタ	平均値	(SD)
生活関連活動	クラスタ 1	2.1	(2.8)
	クラスタ 2	2.5	(3.0)
	クラスタ 3	1.3	(1.9)
	クラスタ 4	0.5	(0.9)
	総和	1.4	(2.2)
趣味・余暇活動	クラスタ 1	10.1	(9.8)
	クラスタ 2	8.5	(14.1)
	クラスタ 3	11.1	(15.6)
	クラスタ 4	15.1	(12.3)
	総和	11.9	(12.7)
その他の活動	クラスタ 1	0.5	(1.6)
	クラスタ 2	0.8	(1.2)
	クラスタ 3	1.1	(2.0)
	クラスタ 4	0.7	(1.1)
	総和	0.7	(1.4)
日常生活行為	クラスタ 1	21.2	(8.7)
	クラスタ 2	11.6	(4.9)
	クラスタ 3	22.0	(8.7)
	クラスタ 4	17.9	(8.1)
	総和	17.8	(8.4)

表3-8 援助行為別の総トピック数

援助行為	属性クラス	平均値	(SD)
入浴・清潔保持・ 整容・更衣	クラス1	2.8	(3.2)
	クラス2	1.2	(2.0)
	クラス3	2.6	(4.2)
	クラス4	4.1	(3.2)
	総和	2.9	(3.2)
移動・移乗・ 体位交換	クラス1	4.2	(2.7)
	クラス2	1.5	(1.6)
	クラス3	5.7	(4.1)
	クラス4	5.9	(4.6)
	総和	4.5	(3.9)
食事	クラス1	15.1	(8.8)
	クラス2	8.9	(3.8)
	クラス3	10.6	(5.1)
	クラス4	11.8	(4.1)
	総和	11.6	(5.7)
排泄	クラス1	1.3	(2.1)
	クラス2	0.1	(0.3)
	クラス3	2.6	(2.6)
	クラス4	2.7	(1.7)
	総和	1.8	(2.0)
生活自立支援	クラス1	7.5	(5.8)
	クラス2	7.6	(9.4)
	クラス3	9.9	(11.9)
	クラス4	10.4	(9.9)
	総和	9.1	(9.2)
社会生活支援	クラス1	0.7	(1.9)
	クラス2	1.5	(3.7)
	クラス3	1.6	(2.9)
	クラス4	0.4	(0.8)
	総和	0.9	(2.3)
行動上の問題	クラス1	0.4	(0.8)
	クラス2	0.1	(0.3)
	クラス3	2.6	(6.8)
	クラス4	1.2	(1.6)
	総和	1.0	(2.8)
医療	クラス1	2.4	(1.4)
	クラス2	3.7	(1.6)
	クラス3	1.4	(1.1)
	クラス4	0.7	(0.9)
	総和	1.9	(1.7)
機能訓練	クラス1	0.2	(0.4)
	クラス2	0.2	(0.4)
	クラス3	0.1	(0.4)
	クラス4	0.2	(0.9)
	総和	0.2	(0.6)

表3-9 クラスター別のトピックの始発数

属性クラスタ	事例数	職員始発のトピック数		高齢者始発のトピック数	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
クラスタ 1	10	31.3	(13.0)	4.9	(7.6)
クラスタ 2	11	21.5	(8.2)	5.5	(9.6)
クラスタ 3	7	35.4	(21.2)	4.7	(5.3)
クラスタ 4	19	32.1	(15.0)	6.2	(5.0)
合計	47	29.9	(14.8)	5.5	(6.7)

表3-10 アクティビティ別のトピックの始発数

アクティビティ	属性クラスタ	職員始発のトピック数		高齢者始発のトピック数	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
生活関連活動	クラスタ 1	2.0	(2.8)	0.1	(0.3)
	クラスタ 2	1.8	(2.6)	0.6	(0.9)
	クラスタ 3	1.3	(1.9)	0.0	(0.0)
	クラスタ 4	0.5	(0.9)	0.0	(0.0)
	総和	1.3	(2.1)	0.2	(0.5)
趣味・余暇活動	クラスタ 1	7.7	(6.2)	2.4	(4.6)
	クラスタ 2	5.5	(7.2)	2.9	(7.1)
	クラスタ 3	9.1	(12.7)	2.0	(3.2)
	クラスタ 4	11.9	(10.4)	3.1	(3.1)
	総和	9.1	(9.4)	2.7	(4.5)
その他の活動	クラスタ 1	0.3	(0.9)	0.2	(0.6)
	クラスタ 2	0.5	(0.7)	0.3	(0.6)
	クラスタ 3	1.0	(1.7)	0.1	(0.4)
	クラスタ 4	0.5	(0.8)	0.2	(0.5)
	総和	0.5	(1.0)	0.2	(0.5)
日常生活行為	クラスタ 1	19.4	(8.3)	1.8	(2.0)
	クラスタ 2	10.4	(4.7)	1.5	(1.6)
	クラスタ 3	19.6	(6.1)	2.4	(2.9)
	クラスタ 4	15.7	(7.4)	2.3	(2.2)
	総和	15.8	(7.5)	2.0	(2.1)

表3-11 援助行為別のトピックの始発数

援助行為	属性クラス	職員始発のトピック数		高齢者始発のトピック数	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
入浴・清潔保持・ 整容・更衣	クラス1	2.4	(3.0)	0.1	(0.3)
	クラス2	1.0	(1.8)	0.6	(1.5)
	クラス3	2.6	(4.2)	3.0	(6.0)
	クラス4	3.7	(3.2)	0.7	(1.3)
	総和	2.6	(3.2)	0.9	(2.6)
移動・移乗・ 体位交換	クラス1	3.9	(2.5)	0.4	(1.0)
	クラス2	0.9	(1.3)	0.2	(0.4)
	クラス3	5.0	(2.9)	0.6	(1.1)
	クラス4	4.9	(3.5)	0.9	(1.2)
	総和	3.8	(3.2)	0.6	(1.0)
食事	クラス1	13.6	(7.3)	0.1	(0.3)
	クラス2	7.9	(3.8)	0.5	(1.0)
	クラス3	10.1	(4.4)	0.0	(0.0)
	クラス4	10.5	(4.2)	0.8	(1.9)
	総和	10.5	(5.1)	0.5	(1.3)
排泄	クラス1	1.1	(1.7)	0.1	(0.3)
	クラス2	0.1	(0.3)	0.1	(0.3)
	クラス3	2.4	(2.8)	0.1	(0.4)
	クラス4	2.3	(1.3)	0.8	(1.3)
	総和	1.6	(1.8)	0.4	(0.9)
生活自立支援	クラス1	6.1	(3.9)	0.3	(0.5)
	クラス2	5.3	(5.4)	1.0	(1.9)
	クラス3	8.4	(9.8)	0.0	(0.0)
	クラス4	8.2	(8.4)	0.9	(1.7)
	総和	7.1	(7.1)	0.7	(1.5)
社会生活支援	クラス1	0.6	(1.6)	0.0	(0.0)
	クラス2	1.4	(3.1)	0.4	(0.5)
	クラス3	1.6	(2.9)	0.1	(0.4)
	クラス4	0.3	(0.7)	0.9	(1.2)
	総和	0.8	(2.0)	0.5	(0.9)
行動上の問題	クラス1	0.3	(0.7)	0.1	(0.3)
	クラス2	0.0	(0.0)	0.1	(0.3)
	クラス3	1.9	(4.9)	0.1	(0.4)
	クラス4	0.5	(0.8)	1.2	(2.6)
	総和	0.6	(2.0)	0.5	(1.7)
医療	クラス1	2.3	(1.4)	0.0	(0.0)
	クラス2	3.6	(1.6)	0.9	(1.2)
	クラス3	1.4	(1.1)	1.1	(2.3)
	クラス4	1.0	(1.1)	0.3	(0.6)
	総和	2.0	(1.6)	0.5	(1.1)
機能訓練	クラス1	0.1	(0.3)	0.9	(2.2)
	クラス2	0.2	(0.4)	0.2	(0.6)
	クラス3	0.1	(0.4)	0.4	(1.1)
	クラス4	0.1	(0.5)	0.3	(0.9)
	総和	0.1	(0.4)	0.4	(1.3)

表3-12 クラスタ別の発話

属性クラスタ	事例数	職員のトピック毎発話数		高齢者のトピック毎発話数	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
クラスタ1	10	3.6	(1.1)	3.0	(1.3)
クラスタ2	11	5.0	(3.9)	3.6	(1.5)
クラスタ3	7	4.2	(0.9)	3.5	(1.0)
クラスタ4	19	6.0	(3.4)	4.0	(2.4)
合計	47	5.0	(3.0)	3.6	(1.8)

表3-13 アクティビティ別の発話数

アクティビティ	属性 クラスタ	職員のトピック毎発話数			高齢者のトピック毎発話数		
		事例数	平均値	(SD)	事例数	平均値	(SD)
生活関連活動	クラスタ1	6	4.1	(2.0)	6	3.8	(1.3)
	クラスタ2	6	2.9	(2.1)	6	2.4	(1.6)
	クラスタ3	3	3.0	(1.0)	3	2.0	(1.5)
	クラスタ4	6	4.9	(4.1)	6	2.7	(1.4)
	総和	21	3.8	(2.7)	21	2.8	(1.5)
趣味・余暇活動	クラスタ1	10	2.9	(1.6)	9	2.9	(1.5)
	クラスタ2	11	4.9	(3.4)	11	3.7	(2.3)
	クラスタ3	6	3.8	(1.7)	6	3.3	(1.8)
	クラスタ4	18	4.0	(2.0)	17	3.2	(1.6)
	総和	45	3.9	(2.3)	43	3.3	(1.7)
その他の活動	クラスタ1	1	4.8	—	1	4.8	—
	クラスタ2	6	4.1	(3.2)	6	2.7	(3.2)
	クラスタ3	2	3.5	(1.1)	2	2.7	(0.9)
	クラスタ4	6	5.8	(6.3)	4	5.4	(6.0)
	総和	15	4.7	(4.3)	13	3.7	(3.9)
日常生活行為	クラスタ1	10	3.8	(1.2)	10	3.0	(1.3)
	クラスタ2	11	5.1	(4.8)	11	3.5	(2.1)
	クラスタ3	7	4.5	(1.1)	7	3.6	(1.1)
	クラスタ4	19	7.6	(5.4)	19	4.8	(4.2)
	総和	47	5.7	(4.4)	47	3.9	(3.0)

表3-14 援助行為別の発話数

援助行為	属性 クラス	職員のトピック毎発話数			高齢者のトピック毎発話数		
		事例数	平均値	(SD)	事例数	平均値	(SD)
入浴・清潔保持・ 整容・更衣	クラス1	7	8.0	(10.7)	6	5.0	(4.6)
	クラス2	5	16.0	(23.5)	5	13.1	(24.6)
	クラス3	5	3.2	(1.6)	5	2.4	(1.3)
	クラス4	18	6.2	(6.8)	16	5.3	(5.6)
	総和	35	7.5	(11.1)	32	6.0	(10.4)
移動・移乗・ 体位交換	クラス1	9	2.8	(1.1)	8	2.4	(0.7)
	クラス2	7	3.2	(1.6)	7	3.4	(0.9)
	クラス3	7	2.9	(1.3)	6	2.5	(1.0)
	クラス4	18	7.3	(10.2)	17	4.1	(5.4)
	総和	41	4.9	(7.0)	38	3.4	(3.7)
食事	クラス1	10	3.5	(1.5)	10	2.9	(1.6)
	クラス2	11	5.1	(5.3)	11	3.5	(2.4)
	クラス3	7	5.0	(2.6)	7	4.0	(2.2)
	クラス4	19	7.2	(6.3)	19	4.4	(4.5)
	総和	47	5.6	(5.0)	47	3.8	(3.2)
排泄	クラス1	4	7.7	(2.8)	4	6.0	(3.1)
	クラス2	1	3.0	—	1	2.0	—
	クラス3	6	2.9	(1.9)	5	2.9	(2.2)
	クラス4	19	8.2	(4.1)	19	5.3	(3.3)
	総和	30	6.9	(4.1)	29	4.9	(3.2)
生活自立支援	クラス1	10	3.8	(3.3)	8	3.4	(1.6)
	クラス2	10	4.0	(1.5)	10	3.1	(1.1)
	クラス3	7	2.8	(1.3)	6	2.6	(1.2)
	クラス4	19	3.6	(2.0)	18	3.2	(1.6)
	総和	46	3.6	(2.2)	42	3.1	(1.4)
社会生活支援	クラス1	2	3.7	(1.0)	2	3.4	(1.9)
	クラス2	3	7.2	(3.9)	3	7.4	(2.9)
	クラス3	3	6.7	(5.1)	3	5.1	(4.2)
	クラス4	4	5.5	(3.3)	4	4.5	(3.5)
	総和	12	5.9	(3.5)	12	5.2	(3.3)
行動上の問題	クラス1	2	2.8	(2.5)	2	2.5	(2.1)
	クラス2	0	—	—	1	2.0	—
	クラス3	1	5.6	—	1	6.4	—
	クラス4	7	4.5	(3.8)	6	3.6	(3.2)
	総和	10	4.3	(3.4)	10	3.5	(2.8)
医療	クラス1	10	4.0	(2.4)	7	3.8	(2.7)
	クラス2	11	4.4	(3.3)	11	2.5	(1.3)
	クラス3	4	3.3	(1.4)	4	2.3	(0.3)
	クラス4	11	5.6	(3.8)	9	3.2	(1.7)
	総和	36	4.5	(3.1)	31	3.0	(1.8)
機能訓練	クラス1	2	3.0	(2.8)	2	2.5	(2.1)
	クラス2	2	7.0	(1.4)	2	2.5	(0.7)
	クラス3	1	4.0	—	0	—	—
	クラス4	1	6.5	—	1	2.0	—
	総和	6	5.1	(2.4)	5	2.4	(1.1)

表3－15 発話の機能分類

発話機能	職員		高齢者	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)
閉じた質問	18.1	(8.1)	4.8	(4.3)
開いた質問	5.7	(6.1)	2.8	(3.7)
明確化要求	2.1	(3.8)	0.8	(2.0)
否定的質問	0.2	(0.4)	—	—
指示	22.2	(15.6)	2.4	(3.5)
勧誘	10.6	(6.2)	0.6	(1.3)
陳述	28.8	(9.3)	25.0	(16.6)
肯定・同意	2.6	(2.9)	38.8	(23.5)
否定・拒否	0.5	(0.9)	5.1	(5.0)
強化	0.3	(0.6)	0.1	(0.5)
あいづち詞	1.2	(1.4)	4.6	(3.9)
繰り返し	1.5	(1.4)	1.3	(1.6)
言い換え	0.6	(1.0)	0.2	(0.6)
文完成	0.1	(0.4)	—	—
その他	5.3	(5.2)	8.2	(11.4)
分類不能	0.4	(1.0)	5.4	(14.2)

表3-16 高齢者属性クラスター別の発話の機能分類

発話機能	属性クラスター	職員		高齢者	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
閉じた質問	クラスター 1	13.8	(8.1)	3.8	(4.6)
	クラスター 2	19.1	(8.4)	7.7	(5.0)
	クラスター 3	16.5	(7.2)	2.5	(2.8)
	クラスター 4	20.5	(7.8)	4.5	(3.5)
	総和	18.1	(8.1)	4.8	(4.3)
開いた質問	クラスター 1	7.9	(9.1)	3.2	(2.8)
	クラスター 2	3.1	(3.4)	1.9	(2.7)
	クラスター 3	4.9	(4.9)	1.6	(2.8)
	クラスター 4	6.2	(5.6)	3.5	(4.8)
	総和	5.7	(6.1)	2.8	(3.7)
明確化要求	クラスター 1	1.4	(3.8)	0.7	(1.8)
	クラスター 2	3.1	(4.8)	1.3	(3.1)
	クラスター 3	1.9	(2.6)	0.0	(0.0)
	クラスター 4	1.9	(3.6)	0.9	(1.8)
	総和	2.1	(3.8)	0.8	(2.0)
否定的質問	クラスター 1	0.2	(0.5)	0.0	(0.0)
	クラスター 2	0.2	(0.5)	0.0	(0.0)
	クラスター 3	0.1	(0.2)	0.0	(0.0)
	クラスター 4	0.1	(0.3)	0.0	(0.0)
	総和	0.2	(0.4)	0.0	(0.0)
指示	クラスター 1	30.9	(20.5)	0.8	(1.4)
	クラスター 2	17.8	(12.2)	2.4	(3.7)
	クラスター 3	22.5	(22.7)	1.2	(1.6)
	クラスター 4	20.0	(9.9)	3.7	(4.2)
	総和	22.2	(15.6)	2.4	(3.5)
勧誘	クラスター 1	10.6	(10.4)	0.7	(0.9)
	クラスター 2	9.2	(5.4)	0.4	(0.7)
	クラスター 3	13.4	(5.3)	0.1	(0.2)
	クラスター 4	10.4	(3.8)	0.8	(1.8)
	総和	10.6	(6.2)	0.6	(1.3)
陳述	クラスター 1	25.0	(9.6)	21.1	(16.2)
	クラスター 2	32.1	(11.3)	30.3	(16.7)
	クラスター 3	27.1	(10.7)	10.9	(9.2)
	クラスター 4	29.4	(7.1)	29.1	(16.3)
	総和	28.8	(9.3)	25.0	(16.6)
肯定・同意	クラスター 1	3.0	(3.4)	40.6	(28.4)
	クラスター 2	4.4	(4.4)	36.2	(18.6)
	クラスター 3	1.5	(1.0)	48.1	(29.2)
	クラスター 4	1.8	(1.5)	35.9	(21.9)
	総和	2.6	(2.9)	38.8	(23.5)

(表3－16続き)

否定・拒否	クラスタ 1	0.3	(0.6)	5.3	(6.5)
	クラスタ 2	0.7	(0.9)	4.1	(2.7)
	クラスタ 3	0.3	(0.6)	4.6	(3.8)
	クラスタ 4	0.6	(1.0)	5.7	(5.6)
	総和	0.5	(0.9)	5.1	(5.0)
強化	クラスタ 1	0.1	(0.3)	0.0	(0.0)
	クラスタ 2	0.6	(1.0)	0.3	(0.7)
	クラスタ 3	0.3	(0.6)	0.0	(0.0)
	クラスタ 4	0.2	(0.4)	0.2	(0.5)
	総和	0.3	(0.6)	0.1	(0.5)
あいづち詞	クラスタ 1	1.1	(1.5)	4.6	(3.2)
	クラスタ 2	1.1	(1.4)	6.5	(4.8)
	クラスタ 3	0.7	(1.5)	4.1	(4.4)
	クラスタ 4	1.5	(1.4)	3.8	(3.3)
	総和	1.2	(1.4)	4.6	(3.9)
繰り返し	クラスタ 1	1.5	(1.9)	2.0	(2.3)
	クラスタ 2	1.1	(1.0)	1.6	(1.7)
	クラスタ 3	1.4	(0.9)	1.2	(1.2)
	クラスタ 4	1.7	(1.5)	0.9	(1.1)
	総和	1.5	(1.4)	1.3	(1.6)
言い換え	クラスタ 1	0.2	(0.4)	0.0	(0.0)
	クラスタ 2	0.6	(1.4)	0.2	(0.8)
	クラスタ 3	1.3	(1.3)	0.0	(0.0)
	クラスタ 4	0.4	(0.6)	0.3	(0.6)
	総和	0.6	(1.0)	0.2	(0.6)
文完成	クラスタ 1	0.0	(0.1)	0.0	(0.1)
	クラスタ 2	0.2	(0.8)	0.0	(0.0)
	クラスタ 3	0.2	(0.4)	0.0	(0.0)
	クラスタ 4	0.1	(0.2)	0.0	(0.0)
	総和	0.1	(0.4)	0.0	(0.0)
その他	クラスタ 1	4.0	(2.5)	13.7	(22.3)
	クラスタ 2	6.2	(6.7)	5.5	(7.3)
	クラスタ 3	7.0	(8.5)	9.0	(6.3)
	クラスタ 4	4.8	(3.7)	6.5	(3.8)
	総和	5.3	(5.2)	8.2	(11.4)
分類不能	クラスタ 1	0.1	(0.2)	3.6	(8.5)
	クラスタ 2	0.4	(0.9)	1.6	(2.1)
	クラスタ 3	1.0	(1.9)	16.7	(33.2)
	クラスタ 4	0.4	(0.8)	4.3	(6.8)
	総和	0.4	(1.0)	5.4	(14.2)

表3－17 発話の交換構造

交換構造	職員		高齢者	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)
O (Opening)	2.5	(2.8)	0.5	(1.1)
I (Initiation)	52.7	(16.0)	10.9	(8.0)
R (Response)	10.3	(7.8)	58.3	(22.5)
R/I (Response/Initiation)	0.4	(0.9)	0.0	(0.2)
F (Feed back)	3.9	(2.9)	6.2	(4.4)
Ir (Re-initiation)	13.2	(11.9)	1.6	(3.2)
Inf (Inform)	10.4	(7.2)	8.6	(9.4)
C(Closing)	0.6	(1.0)	0.1	(0.2)
分類不能	6.0	(5.1)	13.8	(17.4)

表3-18 高齢者属性クラスター別の発話の交換構造

交換構造	属性クラスター	職員		高齢者	
		平均値	(SD)	平均値	(SD)
O (Opening)	クラスター 1	1.2	(2.1)	0.1	(0.3)
	クラスター 2	2.3	(2.5)	0.3	(0.7)
	クラスター 3	2.1	(2.7)	0.1	(0.2)
	クラスター 4	3.4	(3.2)	1.0	(1.5)
	総和	2.5	(2.8)	0.5	(1.1)
I (Initiation)	クラスター 1	58.2	(15.6)	8.9	(7.4)
	クラスター 2	47.6	(9.3)	12.1	(5.4)
	クラスター 3	51.3	(20.3)	5.5	(6.7)
	クラスター 4	53.3	(17.6)	13.2	(9.2)
	総和	52.7	(16.0)	10.9	(8.0)
R (Response)	クラスター 1	8.5	(8.4)	56.4	(26.5)
	クラスター 2	13.6	(9.7)	57.3	(15.2)
	クラスター 3	8.2	(6.3)	57.0	(27.5)
	クラスター 4	10.0	(6.5)	60.3	(23.5)
	総和	10.3	(7.8)	58.3	(22.5)
R/I (Response/Initiation)	クラスター 1	0.2	(0.7)	0.1	(0.2)
	クラスター 2	0.5	(1.4)	0.0	(0.0)
	クラスター 3	0.2	(0.4)	0.0	(0.0)
	クラスター 4	0.5	(0.8)	0.1	(0.3)
	総和	0.4	(0.9)	0.0	(0.2)
F (Feed back)	クラスター 1	2.9	(2.4)	6.1	(4.7)
	クラスター 2	4.2	(4.2)	8.6	(4.4)
	クラスター 3	4.1	(2.1)	5.2	(4.9)
	クラスター 4	4.1	(2.4)	5.3	(3.8)
	総和	3.9	(2.9)	6.2	(4.4)
Ir (Re-initiation)	クラスター 1	10.2	(12.3)	0.4	(0.7)
	クラスター 2	13.1	(10.8)	4.2	(5.1)
	クラスター 3	16.8	(13.3)	0.0	(0.0)
	クラスター 4	13.6	(12.3)	1.3	(2.3)
	総和	13.2	(11.9)	1.6	(3.2)
Inf (Inform)	クラスター 1	13.9	(8.8)	9.4	(9.2)
	クラスター 2	11.7	(9.1)	10.1	(9.6)
	クラスター 3	9.4	(6.2)	6.7	(8.1)
	クラスター 4	8.3	(4.9)	8.0	(10.4)
	総和	10.4	(7.2)	8.6	(9.4)
C(Closing)	クラスター 1	0.6	(0.7)	0.0	(0.0)
	クラスター 2	0.4	(0.5)	0.1	(0.3)
	クラスター 3	0.1	(0.4)	0.0	(0.0)
	クラスター 4	1.0	(1.3)	0.1	(0.2)
	総和	0.6	(1.0)	0.1	(0.2)
分類不能	クラスター 1	4.3	(3.0)	18.6	(23.5)
	クラスター 2	6.6	(6.5)	7.3	(7.2)
	クラスター 3	7.8	(6.7)	25.5	(29.9)
	クラスター 4	5.8	(4.6)	10.8	(8.6)
	総和	6.0	(5.1)	13.8	(17.4)

表3-19 アクティビティ別の発話の交換構造

アクティビティ	交換構造	職員			高齢者		
		事例数	平均値	(SD)	事例数	平均値	(SD)
生活関連活動	O (Opening)	12	11.1	(16.1)	5	0.0	(0.0)
	I (Initiation)	21	37.1	(18.4)	21	19.0	(23.5)
	R (Response)	20	19.8	(20.0)	21	51.7	(31.5)
	R/I (Response/Initiation)	5	0.0	(0.0)	2	1.0	(1.4)
	F (Feed back)	19	8.1	(12.7)	20	5.6	(8.7)
	Ir (Re-initiation)	17	13.6	(19.7)	11	1.5	(4.3)
	Inf (Inform)	20	7.7	(12.9)	18	10.8	(16.8)
	C(Closing)	10	4.7	(6.1)	1	—	—
	分類不能	20	10.3	(18.0)	21	13.8	(22.7)
趣味・余暇活動	O (Opening)	29	8.3	(19.3)	15	2.8	(3.1)
	I (Initiation)	45	50.9	(22.2)	40	10.6	(9.5)
	R (Response)	43	11.2	(10.6)	42	57.8	(25.7)
	R/I (Response/Initiation)	10	2.0	(3.2)	3	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	39	4.1	(4.2)	40	8.0	(9.0)
	Ir (Re-initiation)	36	15.3	(15.8)	18	4.9	(6.7)
	Inf (Inform)	44	10.1	(10.4)	33	10.0	(12.0)
	C(Closing)	21	0.7	(1.8)	4	1.3	(1.9)
	分類不能	43	7.0	(8.7)	42	15.8	(18.8)
その他の活動	O (Opening)	12	3.6	(8.0)	5	1.7	(3.7)
	I (Initiation)	15	39.3	(29.2)	12	16.6	(29.9)
	R (Response)	14	20.1	(27.5)	13	52.3	(40.7)
	R/I (Response/Initiation)	4	4.0	(5.3)	1	—	—
	F (Feed back)	14	2.9	(5.8)	13	2.2	(5.5)
	Ir (Re-initiation)	13	18.6	(22.5)	6	1.4	(3.4)
	Inf (Inform)	14	5.8	(14.0)	9	12.4	(15.5)
	C(Closing)	7	16.1	(37.3)	0	—	—
	分類不能	15	6.4	(13.2)	12	22.0	(29.8)
日常生活行為	O (Opening)	29	3.4	(2.9)	15	1.0	(1.0)
	I (Initiation)	47	55.8	(16.8)	42	11.1	(7.7)
	R (Response)	44	9.1	(6.1)	46	61.6	(19.7)
	R/I (Response/Initiation)	10	1.6	(1.1)	3	1.2	(0.8)
	F (Feed back)	40	3.7	(3.1)	40	7.3	(5.2)
	Ir (Re-initiation)	37	18.0	(12.4)	18	3.1	(3.8)
	Inf (Inform)	46	10.1	(8.2)	35	11.5	(9.3)
	C(Closing)	21	1.2	(1.4)	4	0.6	(0.8)
	分類不能	44	5.9	(4.9)	44	14.3	(18.3)

表3-20 援助行為別の発話の交換構造

援助行為	交換構造	職員			高齢者		
		事例数	平均値	(SD)	事例数	平均値	(SD)
入浴・ 清潔保持・ 整容・更衣	O (Opening)	26	6.8	(13.4)	14	0.0	(0.0)
	I (Initiation)	36	57.5	(25.2)	30	16.7	(28.3)
	R (Response)	34	10.7	(12.5)	34	58.9	(36.6)
	R/I (Response/Initiation)	10	2.5	(2.5)	3	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	31	4.0	(6.3)	30	6.6	(12.3)
	Ir (Re-initiation)	27	14.6	(17.9)	14	0.8	(3.0)
	Inf (Inform)	36	8.0	(10.1)	24	8.7	(22.4)
	C(Closing)	22	0.7	(1.6)	4	0.0	(0.0)
	分類不能	34	4.4	(9.4)	34	14.1	(23.9)
移動・移乗・ 体位交換	O (Opening)	26	2.5	(5.7)	13	1.0	(2.3)
	I (Initiation)	41	63.8	(26.5)	36	11.5	(10.0)
	R (Response)	38	9.1	(14.1)	38	57.4	(31.8)
	R/I (Response/Initiation)	9	0.4	(1.0)	2	1.4	(2.0)
	F (Feed back)	35	3.1	(4.3)	33	5.3	(8.2)
	Ir (Re-initiation)	31	11.7	(13.5)	14	4.0	(5.3)
	Inf (Inform)	41	8.3	(9.3)	28	15.1	(22.2)
	C(Closing)	21	5.1	(21.8)	4	0.0	(0.0)
	分類不能	39	3.8	(5.8)	38	16.7	(26.8)
食事	O (Opening)	31	4.4	(4.3)	15	1.2	(2.3)
	I (Initiation)	47	53.2	(17.0)	42	10.9	(10.5)
	R (Response)	44	9.0	(7.2)	46	64.3	(24.9)
	R/I (Response/Initiation)	10	0.5	(0.9)	3	1.1	(1.2)
	F (Feed back)	40	2.9	(3.0)	40	6.0	(4.7)
	Ir (Re-initiation)	37	18.2	(11.2)	19	3.8	(5.3)
	Inf (Inform)	46	11.6	(9.5)	35	9.9	(9.7)
	C(Closing)	24	1.3	(1.7)	4	0.4	(0.7)
	分類不能	45	6.7	(8.0)	45	13.4	(19.7)
排泄	O (Opening)	22	3.6	(6.4)	13	1.1	(3.5)
	I (Initiation)	30	55.4	(23.0)	25	13.8	(17.2)
	R (Response)	27	10.7	(9.7)	29	57.0	(30.6)
	R/I (Response/Initiation)	8	2.0	(2.9)	3	3.0	(4.1)
	F (Feed back)	26	3.3	(4.8)	24	5.1	(6.9)
	Ir (Re-initiation)	22	19.2	(17.1)	11	0.0	(0.0)
	Inf (Inform)	30	5.4	(8.8)	19	14.6	(19.0)
	C(Closing)	17	2.0	(3.4)	3	2.4	(4.1)
	分類不能	30	8.2	(12.2)	29	16.3	(23.5)
生活自立 支援	O (Opening)	30	9.0	(21.1)	15	3.2	(3.8)
	I (Initiation)	46	47.4	(23.5)	40	12.2	(10.3)
	R (Response)	43	12.2	(12.4)	41	49.7	(26.8)
	R/I (Response/Initiation)	10	2.0	(3.6)	3	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	39	4.6	(4.7)	38	10.8	(14.5)
	Ir (Re-initiation)	36	12.6	(13.8)	18	4.8	(4.9)
	Inf (Inform)	45	10.2	(10.0)	33	13.1	(15.2)
	C(Closing)	23	1.7	(3.7)	4	1.6	(2.2)
	分類不能	44	10.7	(20.8)	41	16.8	(23.6)

(表3-20続き)

社会生活 支援	O (Opening)	10	3.1	(5.0)	6	2.0	(3.7)
	I (Initiation)	13	42.0	(26.2)	13	5.7	(7.9)
	R (Response)	13	14.3	(12.7)	13	51.0	(35.7)
	R/I (Response/Initiation)	6	5.3	(11.5)	2	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	13	2.9	(4.7)	12	14.9	(27.9)
	Ir (Re-initiation)	13	21.8	(29.4)	6	0.4	(0.9)
	Inf (Inform)	12	11.2	(13.1)	9	3.8	(5.2)
	C(Closing)	5	0.6	(1.4)	2	0.0	(0.0)
	分類不能	13	3.6	(6.1)	13	25.8	(36.0)
行動上の 問題	O (Opening)	9	1.3	(3.3)	7	2.0	(5.4)
	I (Initiation)	10	38.1	(28.0)	10	23.0	(24.4)
	R (Response)	9	18.6	(19.2)	10	40.8	(32.4)
	R/I (Response/Initiation)	4	0.0	(0.0)	3	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	9	10.8	(16.4)	10	4.6	(9.5)
	Ir (Re-initiation)	8	15.6	(12.7)	7	8.3	(18.6)
	Inf (Inform)	10	14.6	(20.2)	8	7.7	(15.4)
	C(Closing)	7	1.1	(2.9)	2	0.0	(0.0)
	分類不能	10	6.4	(11.0)	10	18.2	(30.2)
医療	O (Opening)	23	3.1	(5.7)	10	0.0	(0.0)
	I (Initiation)	38	54.0	(22.3)	30	10.8	(14.9)
	R (Response)	35	9.2	(14.3)	32	62.2	(26.9)
	R/I (Response/Initiation)	8	2.4	(5.1)	3	0.0	(0.0)
	F (Feed back)	31	2.7	(5.1)	29	12.0	(16.5)
	Ir (Re-initiation)	30	19.6	(21.4)	16	3.3	(6.3)
	Inf (Inform)	37	10.5	(13.6)	28	9.2	(11.9)
	C(Closing)	18	0.7	(2.2)	4	0.0	(0.0)
	分類不能	36	7.2	(10.3)	32	10.2	(21.4)
機能訓練	O (Opening)	5	7.5	(11.2)	2	0.0	(0.0)
	I (Initiation)	6	31.0	(22.5)	5	16.7	(23.6)
	R (Response)	6	11.4	(24.0)	5	26.7	(43.5)
	R/I (Response/Initiation)	3	0.0	(0.0)	1	—	—
	F (Feed back)	6	5.6	(8.6)	5	15.0	(22.4)
	Ir (Re-initiation)	6	23.6	(31.8)	3	0.0	(0.0)
	Inf (Inform)	6	2.8	(6.8)	4	12.5	(25.0)
	C(Closing)	3	0.0	(0.0)	0	—	—
	分類不能	6	19.4	(40.0)	4	39.6	(42.7)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

認知症高齢者への支援行為（関わり）の実態に関する研究
ーグループホーム及びユニット型特別養護老人ホームにおける参与観察調査を通じてー

分担研究者 内出 幸美（社会福祉法人 典人会）
研究協力者 大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会）
池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘）

研究要旨

本研究は、グループホーム及びユニット型特別養護老人ホーム（以下ユニット）に居住する68名の入居者及びそれに関わる職員を対象に、一日の参与観察を通じ、どのような支援行為（関わり）が現場で行われているのかを調査することにより基本的介護手法の実態把握とケアモデル提案を目的とした。全体的な傾向として、「食事支援」「生活自立支援」の構成比が高いことから生活支援重視型の支援行為であり、「行動上の問題」が低いことから対象者は穏やかに暮らしている特徴が明らかになった。属性との比較では、グループホームで「清掃」、ユニットで「移動・移乗」の関連が見られ、年齢が低い方が社会生活支援の割合が多いことが明らかになった。またADLが低いと「排泄」、「移動・移乗」支援の割合が高くなり、「調理」、「食器の後片付け」、「掃除」、「洗濯」の支援割合が低下する傾向が示された。また、ADL低下や認知症の重度化を伴う介護者の対応を見てみると、利用者一人ひとりに対する声かけや対応も違うことから、個人性を重視した関わりであることが調査による記述やケーススタディから明らかになった。

これらの結果から、生活支援の基本である食事、移動、排泄といった介護技能の向上と認知症高齢者の個人性を踏まえた自立支援、社会とのつながり、関係性への支援行為（関わり）の質の向上の必要性が示唆された。

A. 研究目的

1. 研究の背景

わが国の認知症高齢者ケアは、ケアなきケアの時代と言われた人権が無視された暗黒の時代を経て、現在は高齢者の尊厳を重視した考え方が浸透してきた。しかし、認知症高齢者に関わる者の意識や心構えはより良く変化してきているものの、実際には徘徊や不穏などの行動を有する高齢者を抱える家族の在宅介護は困難を極めており、また、専門職がいると見なされている多くの介護施設の職員でも「家に帰りたい」という利用者に対しては有効な手段や工夫が見つけられず日々悩んでいる姿が散見される。特にグル

ープホーム（2007 年 3 月末現在 8,841 カ所）やユニットケアの急増による基本介護技能の低下の問題、介護の長期化に伴う重度認知症高齢者に対する関わりが未だ体系化されていない現状である。また、認知症高齢者ケアに携わる人材育成が大切だとの認識はあるものの、認知症ケア教育にはばらつきがあるのも否めない。

よって、今後、急増が予測される認知症高齢者へのサービスの質の確保及び向上や認知症ケア専門家養成促進のため、認知症高齢者ケアの標準的なケアモデル構築、評価指標を作成し、それを呈示・普及することは痛切な課題であり、急務でもあると思われる。

2. 研究の目的

「2015 年の高齢者介護」においては認知症高齢者ケアの普遍化が謳われた。認知症高齢者ケアの基本は「尊厳の保持」であり、そのためには生活そのものをケアとして組み立てることにより、生活の継続性が維持され、ゆったりと安心でき、心身の力を最大限に発揮した豊かな暮らしの実現が保障されるとしている。具体的施策の一つとして、日常の生活圏を基本としたグループホーム、ユニットケアの普及が目指されている。

実際にグループホームやユニット型特養において生活支援がどのように具体化されているのかは興味があるところでもある。

そこで、本研究は、グループホームやユニットで行われている認知症高齢者への支援行為（関わり）のデータを収集することにより、高齢者の属性別に対する基本介護手法の実態把握とモデル提案の基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査期間

2006 年 12 月から 2007 年 2 月までの 3 カ月間

2. 調査対象者

対象者は I 県の T 施設、O 県の K 施設、H 県の KH 施設の 3 施設であり、いずれもグループホーム及び小規模生活単位型の特別養護老人ホームを有する施設である。調査対象事業種はグループホーム 3 カ所、小規模生活単位型特養のユニット 5 カ所であり、K 施設 12 ユニット、1 グループホーム、H 施設 1 ユニット、1 グループホーム、KH 施設 1 ユニット、1 グループホームである。調査対象者は本人あるいは家族、職員より研究同意を頂いた入居者（認知症高齢者）68 名とそれに関わっている介護者である施設職員から構成された。

3. 倫理面への配慮

倫理面への配慮としては、まず協力施設に対し研究目的を訪問依頼し文書で了解を得た。研究対象となる施設入居者の基本的な選定を行ってもらい紹介された。その研究対象者（入居者、家族、施設職員）に調査の目的、自由意志での参加、データは匿名として扱い個人は特定されないこと、調査結果を研究目的以外に使用しないこと、いつでも調査は中止できることなどを直接面談して説明した。研究対象者全員から研究への同意

が文書で得られた。

また、Aグループホームでは、昨年6月より「運営推進会議」が入居者、家族、職員、地域住民、行政等が参加して行われているが、この会議の議題の一つとして本研究の目的、方法、期待される効果等を説明し参加者からの理解を得ている。研究自体が閉鎖的なものではなく、より多くの人に理解を促すことで開かれたものとなる啓蒙的意味合いもあり有意義であった。

4. 調査内容

入居者の支援行為（厚生労働省の要介護認定調査項目検討会の基準である介護動作分類コードを参考にし、入浴、移動、食事、排泄、生活自立支援、社会生活支援、行動上の問題、医療、機能訓練、間接業務の10分類等における行為内容）の記述、頻度および人数を調査した。

5. 手続き

- 1) 調査前に調査対象者である入居者に対し、属性評価シート（巻末資料参照）に従い、年齢、性別、認知症の種類、長谷川式スケール得点、日常生活動作能力（ADL）をみる Barthel Index 得点、認知症に伴う行動心理症状をみる BEHAVE-AD 得点、認知症の罹患期間、入居期間、服薬している薬の種類、趣味・特技について施設職員が評価した。その評価者は、管理者、介護支援専門員、相談員、計画作成担当者、介護職員、看護職員などであった。
- 2) 調査は一日認知症高齢者1名に対し、調査トレーニングを受けた調査員2名が朝起きてから夕食を済ませるまで（7時から19時まで）の約12時間の間で行われた行為に対してどのような関わりが行われているのかを参与観察し、認知症高齢者への支援行為（関わり）を所定の様式（巻末資料参照）に逐次記述した。観察者及び記録者は、地元の福祉学部系の学生、看護学部の学生、福祉を専攻する大学院生等が携わった。観察者一人で行う内容は、入居者が何をしていたかの活動とその時間、それに対する介護者の関わりとその時間であり、タイムスタディー法のように時間で区切ることはせず、自由記述とした。尚、入浴中やトイレ使用時は控えることとし、後で関わりの内容を介護者から聞き取り、記録することで補うようにした。
- 3) 観察者の aid 行為として、ビデオカメラで撮影をし、書き漏らしたことを後で確認する作業を行った。
- 4) 予め作成された「関わり行為基準」（厚生労働省、要介護認定調査検討会資料を一部改訂）（巻末資料参照）に定められたコードにより、関わりのコード化を行った。日常の介護者の支援行為（関わり）を大項目として①入浴、清潔保持・整容・更衣、②移動・移乗・体位交換、③食事、④排泄、⑤生活自立支援、⑥社会生活支援、⑦行動上の問題への対応、⑧医療、⑨機能訓練、⑩対象者に直接関わらない業務の10項目に分類した。中項目は65、小項目は252、細項目は544と分類されている。
- 5) 一つの支援行為は、一つのコードに分類し、その度数を1としてカウントするこ

とした。

6) 入居者の属性、職員の人員配置などについて後日、資料を提出してもらった。

6. 分析方法

- 1) 「関わり行為基準」に従い、調査によって記述された支援行為をコード化し、基準の介護動作分類別ごとに支援行為の頻度、実人数の集計および割合を算出した。また、関わり行為基準の 10 の大項目毎に参与観察で得られた特筆すべき記述も記載した。
- 2) 支援行為（関わり）と対象者の属性との関連性をみるために、支援行為（関わり）について、事業種別、入居場所、性別、認知症の種類、要介護度の属性毎にクロス表を作成し、変数間の独立性および関連性について χ^2 検定および残差分析を実施した。また、長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）、Behave AD（BPSD）、Barthel Index（ADL）、IADL、入居期間、年齢、罹患期間との関連性について相関分析（Spearman）および分散分析を実施した。
- 3) 散布図より、質の高い支援行為を抽出し、支援行為（関わり）の実態についてケーススタディにより行動分析を実施した。
- 4) 調査結果の集計は Excel2007、分析は統計ソフト SPSS12.0J for Windows を用いた。

C. 結果および考察

1. 対象者の属性

1) 入居者の属性

調査対象者である入居者の属性割合は、ユニット入居者が 45 名（66.2%）、グループホーム入居者が 23 名（33.8%）であり、入居施設は K 施設 38 名（55.9%）、H 施設 10 名（14.7%）、KH 施設 20 名（29.4%）であり、やや K 施設入居者が多い傾向が認められた。性別割合は男性が 13 名（19.1%）、女性が 55 名（80.9%）であり、平均年齢 85.23（SD=6.04）歳であった。

認知症の平均罹患期間は 73.7 ケ月（SD=46.75）、平均入居年数は 50.7 カ月（SD=54.70）であり、対象者によってばらつきがあるが、入居前からの認知症罹患期間が長いことが示された。

認知症の重症度に関しては、HDS-R の平均得点は 6.00（SD=5.88）点であり、やや重度の傾向がみられ、5 点以下の非常に高度は 55.9% 占められている。行動心理症状（BPSD）は、BEHAVE AD Scale 得点の平均が 8.97（SD=8.01）で軽度であり、中核症状の進行はあるものの穏やかに暮らしている傾向がみられた。

認知症の種類別割合については対象者 68 名中、脳血管疾患型が 27 名（39.7%）、アルツハイマー型認知症が 15 名（22.1%）、レビー小体型 1 名（1.5%）、不明 25 名（36.8%）であり、脳血管疾患型が 4 割弱を占め、不明が 36.7% と不明の割合が多い傾向が見られた。最近では、疾患別の行動特徴を踏まえた対応方法も研究されてい

る中では、実態が掴めていないことは課題である。

また、ADL機能的評価の一つの指標である Barthel Index は平均得点が 45.51 (SD=30.31) であり、全介助もしくは一部介助の状態であることがわかる。I ADL は平均得点が 0.15 点 (SD=0.98) であり、要介護度は、I=8 名 (11.8%)、II=8 名 (11.8%)、III=24 名 (35.3%)、IV=15 名 (22.1%)、V=13 名 (19.1%) で平均要介護度は 3.25 (SD=1.23) であり、手段的日常生活能力、日常生活動作能力も低く、要介護度かやや重い傾向がみられた。

本調査対象者の傾向は、平均年齢が 85.23 歳とやや年齢が高く、認知症が重度で罹患期間も長く、生活自立能力も低く要介護度もやや重度の集団ではあるが、認知症に伴う行動心理症状は少なく、安定している集団であることが明らかとなった。

尚、この属性調査は調査の直前に施設職員がアセスメントしたものである。

2) 対象施設の運営期間および勤務体制について

本研究では入居者である認知症高齢者の属性特質と関わりを重視することから、施設職員の属性は調査対象とはしなかった。対象施設は、母体法人の開設が K 法人 1978 年、KH 法人 1985 年、H 法人 1993 年といずれの法人も 15 年以上を経過している。ユニットの開設は 2005～2007 年と比較的新しいが、入居年数が最長で 27 年の入居者が存在していることから、母体施設の特別養護老人ホームから引き続き入居を継続している入居者も存在している。

グループホームは、1996 年に H 施設、1997 年に KH 施設、2006 年に K 施設が開催されている。いずれも 1 ユニットのみの運営であった。

表 4-1 は対象施設の事業種別に職員配置図の基本形態を示したものである。各施設ともに標準形態を示したに過ぎず、入居者の生活パターン（お風呂の有無、外出、受診など）により臨機応変に勤務時間、人員などを変えていると回答している。

ユニット特養の場合、基準形態は早番帯 1 名、日勤帯 0～1 名、遅番帯 1～2 名、夜勤 1 名であった。夜勤帯は 2 ユニットで 1 名の施設が 1 カ所、3 ユニットで 2 名が 2 カ所であった。よって、日勤帯はユニットに職員が 1 名のみになる時間帯も存在し、夜勤帯は 19：1 もしくは 30：2 の割合である。また、朝の着替え、洗面、食事や夕方の調理、食事、就寝の支援のためにパート職員が非常勤で強化されるなどの工夫もされているところもあった。

グループホームの場合、基準形態は早番帯 1 名、日勤帯 2～3 名、遅番帯 1 名、夜勤帯 1 名であった。日勤帯は常に 3 人から 4 人は勤務しており、いずれのグループホームも 1 ユニットでの運営であるので、夜勤帯は 9：1 の割合である。計画作成担当者の配置が義務化になったことにより、入居者や家族などに対し支援体制が強化されていることも特徴である。

ユニット特養とグループホームを比較すると、グループホームの方が人員配置的に手厚い支援体制が整っているといえる。

2. 入居者に対する支援行為（関わり）の状況

1) 支援行為（関わり）の種類と割合

参与観察で得られた支援行為（関わり）の実態を明らかにするため、まず、対象者 68 名について、「関わり行為基準」に定められたコードにより、コード化を行い、支援行為（関わり）の実態を 1 行為につき 1 カウントすることで定量化の作業を行った。当初は支援行為の時間を図り記録することとしていたが、観察者の仕事量が許容範囲を超えていたため、今回は支援行為の時間量については記録されるまでは至らなかった。したがって、支援行為（関わり）の頻度、構成比および実人数の割合について集計した。

(1) 支援行為（関わり）の状況について

日常の介護者の支援行為（関わり）種類を 544 種類とし、そのうち大分類は、①入浴・清潔保持・整容・更衣、②移動・移乗・体位交換、③食事、④排泄、⑤生活自立支援、⑥社会生活支援、⑦行動上の問題への対応、⑧医療、⑨機能訓練、⑩対象者に直接関わらない業務の 10 項目に分類した。

68 名の入居者に対し、支援行為（関わり）の総数は 6,241 回であり、ひとり一日平均 96.8 回の関わり行為が生活場面で行われていた。本調査は約 12 時間であり、一時間に平均 8 回の支援行為（関わり）が行われていたことが明らかになった。

支援行為（関わり）の構成比については、最も高いのは「食事支援」2055 回 (32.9%)、次いで「生活自立支援」1649 回 (26.4%)、「移動・移乗・体位交換」960 回 (15.4%)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」479 回 (7.7%)、「医療」333 回 (5.3%)、「排泄」239 回 (3.8%)、「社会生活支援」209 回 (3.3%)、「対象者に直接関わらないこと」171 回 (2.7%)、「行動上の問題」116 回 (1.9%)、「機能訓練」30 回 (0.5%) であった (表 4-1、図 4-2)。

また、入居者 1 人に対して行われた一日あたりの支援行為頻度の平均は、最も頻度が高いのは「食事支援」30.22 回 (SD=15.11)、次に「生活自立支援」24.25 回 (SD=22.95)、「移動・移乗・体位交換」14.12 回 (SD=10.75)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」7.06 回 (SD=6.67)、「医療」4.91 回 (SD=3.93)、「排泄」3.51 回 (SD=3.53)、「社会生活支援」2.82 回 (SD=5.57)、「対象者に直接関わらないこと」2.49 回 (SD=3.65)、「行動上の問題」1.71 回 (SD=6.99)、「機能訓練」0.44 回 (SD=1.04) であった。「生活自立支援」では平均値 24.25 回、最小値 1 回、最大値 99 回 (SD=22.95) とバラツキが認められ、個人差が大きいことが示された。また「行動上の問題」では平均回数は 1.71 回 (SD=6.99) と少なかったが、最大値 55 回は極端値であったことから個人差が大きいことが明らかとなった (表 4-2)。

支援行為の種別と割合は、最も実施割合が高いのは「食事支援」(100%)、「生活自立支援」(100%)、次いで「移動・移乗・体位交換」(95.6%)、「入浴・清潔保持・

整容・更衣」(94.1%)、「医療」(94.1%)、「排泄」(75.0%)、「対象者に直接関わらないこと」(61.8%)、「社会生活支援」(39.7%)、「行動上の問題」(39.7%)、「機能訓練」(19.1%)であった(表4-3、図4-3)。実施割合は、「食事支援」、「生活自立支援」では入居者全員、「移動」、「入浴」、「医療」では9割以上、「排泄」は4分の3に対して支援行為が行われており、基本介護の部分と自立支援を促し、コミュニケーションを図る生活自立支援の割合が高いことが明らかになった。

全体的な傾向としては「食事」、「入浴」、「排泄」、「医療」の基本介護支援とともに自立支援や会話・コミュニケーションを図る「生活自立支援」の割合が高いことが明らかになった。また、入居者の趣味活動や対外活動である「社会生活支援」は4割と意外と低く、「機能訓練」は2割の入居者に実施されていた。「行動上の問題」への支援は4割の入居者にしか実施されていないことは認知症という病をかかえているもののその日常生活は穏やかであり、ユニットおよびグループホームの特徴的傾向が明らかになった。

(2) 入浴・清潔保持・整容、更衣への支援について(表4-4、図4-4)

中項目は、①入浴、②清拭、③洗髪、④洗面・手洗い、⑤口腔・耳ケア、⑥月経への対処、⑦整容、⑧更衣、⑨その他である。最も実施割合が高かったのは「洗面・手洗い」40人(58.8%)であり、次が「口腔・耳ケア」の27人(39.7%)、整容、更衣の25人(36.8%)、入浴23人(33.8%)となっている。「洗面・手洗い」の小項目についてみると、「言葉による働きかけ」53回(50.5%)、「介助」44回(41.9%)、「見守り」8回(7.6%)であった。一方的な介助というよりは、声かけを行いながら、自立支援を促したり、自尊心に配慮したりしていることが明らかとなった(図4-5)。

「入浴」に関して参与観察から、介護者は洗髪などの支援行為をしながらもお湯加減を尋ねる声かけ、無事を確認するなどの声かけが記述された。「洗面・手洗い」については、日常生活動作能力の機能維持が比較的重度になるまで保たれる生活行為であることを考慮すると、言葉による働きかけにより自立支援を促している行為が50.5%占められていたことは能力の維持への支援行為(関わり)と考えられた。

また、ドライヤーで髪を乾かす際、「素敵になるようにしましょうね」など会話をしながらの支援行為(関わり)について記述されていた。

(3) 移動・移乗・体位交換について(表4-5、図4-6)

中項目は、①敷地内の移動(浴室内、脱衣所、トイレ内を除く)、②移乗、③起座、④起立、⑤その他の体位交換、⑥介助用具の着脱、⑦その他である。最も実施割合が高いのは「敷地内の移動」で61人(89.7%)、次いで「移乗」27人(39.7%)、「体位交換」26人(38.2%)、「起座」10人(14.7%)となっている。平均頻度は「敷地内の移動」が最も高く9.29回(SD=9.29)であり、敷地内の動きがあることが

確認された。

「敷地内の移動」は、トイレからリビング、居室からリビングなどの移動の際、認知症のためにまごつかないようにとの配慮から一緒に歩いての移動とそれに伴う誘導の声かけや日常会話の言葉による働きかけ、また、自分からは認知症のために座ることが理解できない入居者に対し、座るような声かけだけではなく、一緒に座ることで安心感を持ってもらうような場面が記述から観察された。このように「移動・移乗・体位交換」では一緒に行動を共にするということが確認された。

(4) 食事支援について（表4-6、図4-7）

食事支援の中で最も実施割合が高いのは「摂食」67人（98.5%）、次いで「水分摂取」61人（89.7%）、「おやつ」50人（73.5%）、「配膳・下膳」27人（39.7%）、「食器洗浄・食器片づけ」16人（23.5%）、「調理」9人（13.2%）であった。「摂食、水分摂取」についてはほとんどの入居者に対して支援行為が実施されていたが、「調理」に関わる支援行為が9人（13.2%）と低い割合であることが示された。また、摂食支援の小分類での頻度構成比をみると、「言葉による働きかけ」493回（60.9%）、「介助」204回（25.2%）、「見守り」等113回（13.9%）であり、「介助」よりも「言葉による働きかけ」割合が高く、ユニット特養、グループホームの特徴が明らかとなった（図4-8）。

日本人の場合、食が文化の中心に据えられているため、生活の手段として買い物、調理、摂食、後片づけへの関わり行為頻度が高くなると仮定されたが、摂食支援は全ての入居者に対して行われてるものの、調理、配膳・下膳、食器の後片づけへの支援行為（関わり）は、少数の入居者に対してであることが明らかになった。

参与観察により、介護者は一緒に食べながら、隣にいる入居者の介助をし、また他の入居者の目配りをし、複数の役割を果たしていることが記述から明らかになった。

(5) 排泄支援について（表4-7、図4-9）

中項目は、①排尿、②排便、③その他である。「排尿」の実施割合は37人（54.4%）、「排便」20人（29.4%）であった。排尿支援は、「言葉による働きかけ」71回（43.8%）、「介助」64回（39.5%）、「見守り」27回（16.7%）であり、「言葉による働きかけ」と直接介助が並行して行われていることが示された（図4-10）。

排尿の気配がすると、歌いながら誘い出しを行う支援行為（関わり）やトイレ内で時間をかけて入居者と話をする場面が記述から確認された。プライバシーを尊重するための工夫が示されていた。

(6) 生活自立支援について（表4-8、図4-11）

中項目は、①洗濯（入居者がするのを介助）、②清掃・ごみの処理（入居者がす

るのを介助)、③整理整頓(入居者がするのを介助)、④食べ物の管理(調理以外で入居者がするのを介助)、⑤金銭管理(入居者がするのを介助)、⑥戸締り・火の不始末(入居者がするのを介助)、⑦目覚まし・寝かしつけ、⑧その他の日常生活(集う、TVみる、読書をするなど)、⑨会話、その他のコミュニケーション、⑩その他である。最も実施割合が高いのは「相談・助言・指導を含む会話、コミュニケーション」66人(97.1%)、次に「日常生活支援」52人(76.5%)、「目覚まし・寝かしつけ」33人(48.5%)、「洗濯」13人(19.1%)、「掃除」12人(19.1%)、「整理・整頓」7人(10.3%)となっている。特に「会話・コミュニケーション」の1時間に1回から2回は会話していることが明らかとなった。しかし、最小値が0回、最大値が75回と個人差が大きくことが明らかとなった。そして、生活自立支援の最小値は1回であることから、日常的な挨拶、コミュニケーションがほとんど無い入居者の存在が認められたことは環境が良いとされているユニット、グループホームでは意外であった。

「挨拶・日常会話」の支援行為(関わり)の記述では、ほうきを持って清掃している入居者への感謝の言葉、手を握っての会話、介護者が移動しながらまた作業をしながらの声かけ、魚の調理の仕方や昔住んでいた家の思い出話など実に多様であった。職員の懇切丁寧な支援行為(関わり)であり、グループホームやユニットの特徴的な傾向が示された。

「その他の日常生活」の見守りでは、観察記述から全般的に笑顔を入居者に向けている、入居者が口のまわりを拭く仕草を見て笑顔向けている、など笑顔がキーワードとなっていたが、見守りの定義が曖昧でもあった。また、言葉による働きかけでは「ワカサギを見に行かないか」等の散歩の誘いかけ、絵本、新聞を読むことへの言葉かけが含まれていた。

「洗濯」、「清掃」、「整理整頓」、「食べ物の管理」、「戸締り」については、グループホームやユニットでは主体性をもって生活支援する目的があることから期待度が高かったが、少数の入居者(1人～13人)に対する支援に限られていることが明らかとなった。

生活自立支援の全体的な傾向は、「洗濯」、「清掃」などの支援行為頻度が少ないが、挨拶、日常会話などの支援行為(関わり)頻度が極めて多かったことから、介護者は他の入居者へのコミュニケーションへの配慮をされかつ温かく見守られながら生活している傾向が明らかとなった。

(7) 社会生活支援について(表4-9、図4-12)

中項目は、①行事、クラブ活動、②電話、FAX、手紙への支援、③文書作成(手紙除く)、④来訪者への対応への支援、⑤外出時の移動、⑥外出先での行為、⑦職能訓練・生産活動、⑧社会生活訓練(日常生活訓練、対人関係訓練等)、⑨その他である。

最も実施割合が高かったのは「行事、クラブ活動」22人（32.3%）、「外出時の移動」7人（10.3%）、「外出先での行為」4人（5.9%）であった。外出を支援している割合が1割以下と極めて低いことが明らかとなった。

「行事、クラブ活動」では、車での散策の提案、歌を歌うことへの促し、バスで出かける際の靴を履き替える時の見守りなどが記述されていた。移動で降車する際、介助する前に声かけをすることにより自分で降りることができたことから能力の見極めができていることが示された。また、外出先の具体例は買い物先、バスハイク先などだった。買い物の際は品物を選ぶことへの支援行為が記述されていた。

（8）行動上の問題について（表4-10、図4-13）

中項目は①行動上の問題の発生時の対応（70.7%）、②行動上の問題の予防的対応（24.1%）、③行動上の問題の予防的訓練（4.3%）、④その他（0.9%）であった。

実施割合は、「行動上の問題の発生時の対応」13人（19.1%）、「行動上の問題の予防的対応」5人（7.4%）、「行動上の問題の予防的訓練」3人（4.4%）であり、全体的に支援行為が少ないことが明らかとなった。「発生時の対応」では、10回の頻度の次が39回と極端値も明らかとなり、問題の対応の困難さが示された。

他者の入居者のお菓子を奪ってしまう、録音用のマイクに触ってしまう、スリッパを弄ぶ、他の部屋に訪問する、落ち着きがなくなってしまうなどの行為に対し、一緒にソファに座って話しをする、廊下を歩く、気転をきかせて気をそらす、等の支援行為（関わり）が記述されていた。予防的対応としては、介護者は洗濯物を干しに他入居者と行動を共にしていると同時に、行動上の問題を抱えた入居者に対しては関心を引くようなちょっとした会話も並行して行っていることが記述により確認された。

（9）医療について（表4-11、図4-14）

医療の実施割合は①薬剤の使用（経口薬、座薬の投薬、注射、自己注射、輸液、輸血等）53人（77.9%）、②呼吸器、循環器、消化器、泌尿器にかかる処置（吸引、吸入、排痰、経管栄養等）7人（10.3%）、③運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉科・歯科及び手術にかかる処置13人（19.1%）、④観察・測定・検査31人（45.6%）、⑤指導・助言1人（1.5%）、⑥病気の症状への対応（診察介助等）3人（4.4%）であった。

医療に関しての関わり行為が一日平均4.9回と示されている。具体的な内容を見ていくと服薬に関する支援と健康チェックについての回数が多くみられる。

薬剤の使用に関しては、主として服薬の支援であり、介助が多く、観察・見守りが少なかったのは確実に服用してもらわないと生命の危険にさらされるという意味合いが示された。

また、少し顔が赤くなっていることをユーモアを交えて会話の中に盛り込み、

さり気なく検温するといった関わりの工夫が記述されていた。

(10) 機能訓練について（表 4－12、図 4－15）

機能訓練の実施割合は、①基本日常生活訓練 5 人（7.4%）、応用日常生活訓練 3 人（4.4%）、言語・聴覚訓練 1 人（1.5%）、スポーツ訓練 7 人（10.3%）、牽引・電気療法 2 人（2.9%）である。

一日に行われる機能訓練の回数も 0.44 回と極めて少ない。この機能訓練の中には手続き記憶に働きかける昔馴染んだ竹細工づくり、折り紙、習字、読み書き計算などへの関わり、口腔体操、ストレッチ体操などの基本動作への関わりが記述されている

(11) 対象者に直接関わらない業務

本調査は入居者への参与観察であったことから、入居者との関わりが無い部分は観察されてはいないので、入居者から離れて移動する際の行為が 76 回カウントされていた。対象者に直接関わらない業務については、介護者の参与観察が必要であり、今回は入居者の参与観察であったことから、正確なデータを収集することはできなかった。

2) 支援行為（関わり）と対象者属性との比較

ユニット特養およびグループホームで実施されている支援行為（関わり）の種類別に対象者の事業種別、入居場所、性別、認知症の種類、要介護度の支援人数について χ^2 検定を実施した。また、年齢、入居期間については支援人数について分散分析を実施した。支援行為（関わり）の種別は、食事支援および生活自立支援については 100% の支援行為（関わり）が行われており、支援行為なしが存在しないことから、食事支援は中項目の「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「水分摂取」、生活自立支援は中項目の「洗濯」、「清掃」、「コミュニケーション」を支援行為の種類に追加した。また、入浴、清潔保持・整容・更衣については支援行為の幅が大きすぎることから「洗面・手洗い」、「口腔ケア」、「整容」の中項目を加えることとした。尚、大項目にあった「対象者に直接関わらない業務」については関わり行為と直接的な関わりが無いので属性比較から除外した。

その結果、事業種別における「移動・移乗・体位交換」、「生活自立支援」の「清掃」、入居場所における「食事支援」の「調理」、「排泄」、「生活自立支援」の「掃除」、「行動上の問題」、「機能訓練」、認知症の種類における「生活自立支援」の「掃除」、要介護度における「移動・移乗・体位交換」、「食事支援」の「調理」、「排泄」、年齢における「社会生活支援」について危険率 5%未満で有意な差が認められた（表 4－13）。

χ^2 検定によって変数間の独立性および関連が有意なものについては残差分析を実施し詳細に検討を行った。残差分析については標準化された調節済み残差について絶対値 1.65 以上 1.96 未満を有意傾向、1.96 以上 2.58 未満を $P < 0.05$ 、2.58 以上を $P <$

0.01 とし有意な残差として人数の偏りを示した。尚、クロス表内における期待度5のセル20%以上、セルの中に1つ以上の0を含む場合は χ^2 検定が妥当ではないものとして検定から除外した。

(1) 事業種別による比較

ユニットとグループホームにおける支援行為実施割合について χ^2 検定を実施したところ、「移動・移乗・体位交換」($\chi^2(1)=6.140$ $P=.013$) および生活自立支援の「清掃」($\chi^2(1)=11.038$ $P=.001$) について関連性が明らかとなった。

①「移動・移乗・体位交換」

事業種別と「移動・移乗・体位交換」の実施割合について残差分析を実施した結果、ユニット特養での実施割合が有意に高く(100%)、グループホームでの実施割合が有意に低い(87.0%) 傾向が示された(表4-14)。

②生活自立支援の「清掃」

事業種別と生活自立支援の「清掃」の実施割合に着いて残差分析を実施した結果、グループホームでの実施割合が有意に高く(39.1%)、ユニット特養での実施割合が有意に低い(6.7%) 傾向が示された(表4-15)。

(2) 居住場所による比較

居住場所における関わり行為状況の割合について χ^2 検定を実施したところ、食事の「調理」($\chi^2(7)=14.339$ $P=.045$)、「排泄支援」($\chi^2(7)=20.392$ $P=.005$)、生活自立支援の「清掃」($\chi^2(7)=21.193$ $P=.003$)、「行動上の問題」($\chi^2(7)=16.203$ $P=.023$)「機能訓練」($\chi^2(7)=23.006$ $P=.002$)の実施割合について関連性が明らかとなった。

①食事の「調理」

入居場所と「調理」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-H施設で有意に高く(66.7%)、U-K施設で有意に低い事(0%)が明らかとなった(表4-16)。

②「排泄支援」

入居場所と排泄支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-M施設、U-K施設で有意に高く(100%)、U-KH施設では有意に低い事(36.4%)が明らかとなった(表4-17)。

③生活自立度の「清掃」

入居場所と「清掃」の割合について残差分析を実施した結果、実施割合がG-H施設で有意に高く(71.4%)、U-K施設で有意に低い事(0%)が明らかとなった(表4-18)。

④「行動上の問題」

入居場所と「行動上の問題」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-K施設が有意に高く(57.1%)、G-K施設が有意に低い事(0%)

が明らかとなった（表 4－19）。

⑤「機能訓練」

入居場所と「機能訓練」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、G－H施設で実施している割合が有意に高く（71.4%）、G－K施設では実施されていなかった（0%）。

入居場所と 5 つの支援行為（関わり）で関連性が明らかとなった。全体的な傾向としては、「排泄」支援頻度が高い施設は「調理」、「清掃」への支援行為（関わり）が全く実施されておらず、入居場所により偏りがみられた（表 4－20）。

（3）認知症の種類による比較（表 4－21）

支援行為実施状況における認知症の種類の実施割合について χ^2 検定を実施したところ、生活自立支援の「清掃」（ $\chi^2(3)=12.218$ $P=.007$ ）との関連性が明らかとなった。認知症の種類と「清掃」の実施割合について残差分析を実施した結果、「清掃」における混合型の実施割合が有意に高く（100%）、アルツハイマー病はやや高い（40.0%）、不明群は有意に低い事（8.0%）が明らかとなった。混合型の入居者の実数が 1 名であったため、100%の実施割合となっているが、実際は脳血管性群と比較しアルツハイマー病群は清掃の実施割合が高いことが示されている。

（4）要介護度による比較

支援行為実施状況における要介護度別の実施割合について χ^2 検定を実施したところ、「移動・移乗・体位交換」（ $\chi^2(4)=9.706$ $P=.046$ ）、食事の「調理」（ $\chi^2(4)=13.937$ $P=.007$ ）、「排泄」（ $\chi^2(4)=26.000$ $P=.000$ ）について関連性が明らかとなった。

①「移動・移乗・体位交換」

要介護度と「移動・移乗・体位交換」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、要介護度 2、4、5 の実施割合が有意に高く（100%）、要介護度 1 が有意に低い事（75%）が明らかとなった。要介護度 2 の実施割合も 95.8%であることから要介護度 1 を除いては支援行為が行われていた。（表 4－22）

②食事の「調理」

要介護度と食事「調理」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、「調理」の未実施割合が要介護度 4、5 で有意に高く（100%）、要介護度 2 が有意に低い事（50%）が示された。要介護度 4、5 の重度になると全く調理への支援行為がないということが明らかになった（表 4－23）。

③「排泄」

要介護度と「排泄」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、「排泄」支援の実施割合が要介護度 4、5 の実施割合が有意に高く（100%）、要介護度 1 の実施割合が有意に低い事（25.0%）が明らかとなった。要介護度 2 の実施割合が 37.5%、要介護度 3 が 75.0%であることから、要介護度が高くなると支援行為

割合が高くなる傾向が明らかとなった（表４－２４）。

要介護度の全体的な傾向としては、要介護度が４、５と重度になると「排泄」、「移動・移乗・体位交換」の実施割合が高くなり、「調理」支援行為は全く実施されないことが示された。

（５）年齢による比較

各支援行為の支援実施群と未実施群の平均年齢について分散分析を実施したところ、社会生活支援（ $F(1,65)=4.322$ $P=.042$ ）における平均年齢について有意な差が認められた（表４－２５）。社会生活支援の実施状況による平均年齢は社会生活支援群の平均年齢が 83.38 歳（ $SD=5.96$ ）、未支援群の平均年齢が 86.44 歳（ $SD=5.797$ ）であり、社会生活支援群のほうが未支援群に比較して年齢が低いことが明らかとなった。

次に、対象者の年齢、入居期間、罹患期間、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、Barthel Index（ADL）、IADLスクリーニング（IADL）、BHAVE AD scale（BPSD）、入居期間、年齢、罹患期間については支援行為頻度との相関係数（Spearman）の有意差検定および各属性の平均について分散分析を実施した。尚、要介護度については残差分析結果では分かりにくかったことから再度分散分析を実施した。

相関分析の結果は、HDS-Rについては入浴の「口腔ケア」（ -0.443 ）、「移動・移乗・体位交換」（ -0.330 ）、食事の「水分摂取」（ -0.320 ）、BPSDについては「排泄」（ 0.428 ）、生活自立支援の「コミュニケーション」（ 0.322 ）、「行動上の問題」（ 0.340 ）、ADLについては「移動・移乗・体位交換」（ -0.435 ）、食事の「調理」（ $r=.354$ ）「配膳・下膳」（ 0.406 ）「食器の後片付け」（ 0.374 ）、「排泄」（ -0.323 ）、生活自立支援の「清掃」（ 0.330 ）、罹患期間については入浴の「洗面・手洗い」（ 0.320 ）、食事の「配膳・下膳」（ -0.340 ）について関連性が明らかになった（表４－２６）。

分散分析の結果は、HDS-Rについては入浴の「洗面・手洗い」、「口腔ケア」および「排泄」、ADLについては入浴の「洗面・手洗い」、「移動」、食事の「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」、「排泄」、生活自立支援の「洗濯」「清掃」、BPSDについては「排泄」「行動上の問題」、要介護度については入浴の「洗面・手洗い」「移動」食事の「調理」「配膳・下膳」「食器の片付け」「排泄」、生活自立支援の「コミュニケーション」の実施群と未実施群の平均について有意な差が認められた（表４－２７～４－３８）。

（６）改訂長谷川簡易知能評価スケール（HDS-R）との関連性

相関分析の結果、HDS-R得点と入浴の「口腔ケア」、「移動・移乗・体位交換」、食事の「水分摂取」について関連性が明らかとなった。相関係数は「口腔ケア」（ -0.443 ）、「移動・移乗・体位交換」（ -0.330 ）、「排泄」（ -0.385 ）であり、有意であった。認知症の重症度の進行とともに移動、「口腔ケア」、「移動・移乗・

体位交換」、「水分摂取」への支援行為の頻度が高くなることが示された。

各支援行為の実施と未実施のHDS-Rについて分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」と「口腔ケア」の平均得点について有意な差が認められた。「洗面・手洗い」の実施群のHDS-R平均得点が4.15点(SD=4.693)、未実施群の平均得点が8.64点(SD=6.471)であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。また、「口腔ケア」の実施群HDS-R平均得点が2.89点(SD=4.585)であり、未実施群の平均得点が8.05点(SD=4.585)であり、「口腔ケア」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が高いことが示された。

(7) BEHAVE AD scale (BPSD) との関連性

相関分析の結果、BEHAVE AD得点と「排泄」、「コミュニケーション」、「行動上の問題」について関連性が明らかになった。相関係数は排泄(0.428)、コミュニケーション(0.322)、行動上の問題(0.340)であり、有意であった。

各支援行為の実施と未実施のBPSDについて分散分析を実施したところ、「排泄」と「行動上の問題」の平均得点について有意な差が認められた。「排泄」の実施群のBPSD平均得点が10.51点(SD=8.415)、未実施群の平均得点が4.35点(SD=4.152)であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。また、「行動上の問題」の実施群BPSD平均得点が14.41点(SD=11.694)であり、未実施群の平均得点が7.16点(SD=5.368)であり、「行動上の問題」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が高いことが明らかとなった。

BPSD症状の強い入居者に対して、排泄、コミュニケーション、行動上の問題への支援行為(関わり)の頻度が高くなっていることが示された。したがって、排泄やコミュニケーションへの配慮が大切であることが示唆された。

(8) Barthel Index (ADL) との関連性

相関分析の結果、Barthel Index得点と「移動」、「排泄」、「調理」、「配膳」、「後片付け」、「掃除」について関連性が明らかになった。相関係数は「移動」-0.435、「排泄」-0.323、「調理」0.354、「配膳」.406、「後片付け」0.374、「掃除」.330であり、「移動」、「排泄」は負の相関、「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「掃除」は正の相関を示している。

各支援行為の実施と未実施のADLについて分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」の平均得点について有意な差が認められた。

「洗面・手洗い」の実施群のADL平均得点が38.75点(SD=26.789)、未実施群の平均得点が55.18点(SD=32.843)であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

また、「移動」の実施群ADL平均得点が 43.62 点 (SD=29.613) であり、未実施群の平均得点が 86.67 点 (SD=7.638) であり、「移動」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が低いことが明らかとなった。

「排泄」の実施群のADL平均得点が 37.45 点 (SD=27.520)、未実施群の平均得点が 69.71 点 (SD=25.524) であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して得点が低いことが明らかとなった。

「調理」の実施群のADL平均得点が 79.33 点 (SD=26.458)、未実施群の平均得点が 41.27 点 (SD=28.747) であり、「調理」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「配膳・下膳」の実施群のADL平均得点が 58.70 点 (SD=29.437)、未実施群の平均得点が 36.83 点 (SD=27.945) であり、「配膳・下膳」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「食器の後片付け」の実施群のADL平均得点が 65.94 点 (SD=27.762)、未実施群の平均得点が 39.23 点 (SD=28.446) であり、「食器の後片付け」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「洗濯」の実施群のADL平均得点が 62.69 点 (SD=28.549)、未実施群の平均得点が 41.45 点 (SD=29.513) であり、「洗濯」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「清掃」の実施群のADL平均得点が 67.50 点 (SD=21.899)、未実施群の平均得点が 40.80 点 (SD=29.921) であり、「清掃」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

日常生活動作能力が高いと「調理」、「配膳」、「後片付け」、「掃除」は実施されることが示唆され、また「移動」と「排泄」の基本的介護は日常生活動作能力が低い時に支援行為が行われていることが明らかとなった。

(9) IADLとの関連性

支援行為（関わり）とIADLの関連性の有意差は示されなかった。しかし、今調査では相関係数 0.300 以上を関連性があると判断したが、移動が -0.273 と弱い相関を示していたことから、手段的日常生活能力が高いと移動に対する関わり行為の頻度が少なくなる傾向が推測できた。

(10) 入居期間との関連性

支援行為（関わり）と入居期間との関連性は示されなかった。

(11) 罹患期間との関連性

相関分析の結果、罹患期間と入浴の「洗面・手洗い」(0.320)、食事の「配膳・下膳」(-0.340)について関連性が明らかになった。「洗面・手洗い」は正の相関、「配膳・下膳」は負の相関が示された。罹患期間が長いと基本的介護支援である「洗面・手洗い」への支援行為頻度が高くなり、「配膳・下膳」などの手段的日常生活

生活能力を活用する支援行為頻度が少なくなる傾向がみられた。

※要介護度との比較

各支援行為の実施と未実施の要介護度について分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「コミュニケーション」の平均得点について有意な差が認められた。

「洗面・手洗い」の実施群の要介護度が 3.58 (SD=1.107)、未実施群の平均得点が 2.79 (SD=1.287) であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

また、「移動」の実施群の要介護度が 3.32 (SD=1.200) であり、未実施群が 1.67 (SD=1.155) であり、「移動」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

「排泄」の実施群の要介護度が 3.67 (SD=1.052)、未実施群が 2.00 (SD=0.866) であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

「調理」の実施群の要介護度が 2.33 (SD=0.707)、未実施群が 3.39 (SD=1.246) であり、「調理」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「配膳・下膳」の実施群の要介護度が 2.78 (SD=1.121)、未実施群が 3.56 (SD=1.226) であり、「配膳・下膳」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「食器の後片付け」の実施群の要介護度が 2.69 (SD=1.250)、未実施群が 3.42 (SD=1.194) であり、「食器の後片付け」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「会話・コミュニケーション」の実施群の要介護度が 3.20 (SD=1.218)、未実施群が 5.00 (SD=0.00) であり、「会話・コミュニケーション」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

3. ケーススタディに表わされる支援行為（関わり）の分析

前述したように食事支援の中でも摂食による支援行為は 67 人 (98.5%) とほとんどの入居者に対して実施されているが、調理への支援行為は 9 人 (13.2%) と低い実施割合であることが明らかとなった。また、属性との関連性では日常生活動作能力と「調理」への実施支援との間には正の相関 (0.354) が認められた。

そこで、日常生活動作能力が低くかつ認知症の重症度も重度な入居者群において、調理の言葉による働きかけ及び調理介助の支援行為の有無を調べるため、「調理の言葉による働きかけ」及び「調理の介助」を y 軸、x 軸に HDS-R と Barthel Index の散布図を作成した。

その結果、日常生活自立度低下が著しく（Barthel 20 点）かつ認知症が非常に重度（HDS-R 4 点）な入居者 1 名を抽出し、認知症高齢者（A 氏）に関する支援行為（関わり）のケーススタディを行った。

A 氏への支援行為（関わり）の度数で最も高いのは生活自立支援 60 回、次に食事 57 回、移動・移乗・体位交換 40 回、医療 9 回、社会生活支援 11 回、入浴・清潔保持・整容・更衣 8 回、排泄 3 回、直接関わらないこと 3 回、行動上の問題と機能訓練はなしであった（図 4-16）。これを支援行為の頻度の高い「食事」と「生活自立支援」について中項目でみると、全体の調理支援 4 回（全体平均 0.7 回）、日常会話などのコミュニケーション 42 回（18.3 回）の頻度が高くなっている。A 氏は洗面、整容、更衣、移動、摂食、健康管理の基本的介護に加え、本人の特徴を理解した声かけや配慮に加え、買い物による外出（社会生活支援）、日常会話、調理への参加支援（生活自立支援）がバランスよく行われていることが観察された。

次に支援行為を具体的にみていくために、A 氏への支援行為の行動分析を試みた。記録用紙に示されている支援行為（関わり）を直接的関わり－間接的関わりという観点で関わりコードに従って転記するように看護学を専攻する女子学生 2 人に教示した。この際、間接的関わりとは、介護スタッフの「配慮」「見守り」を含む行為であり、直接的関わりは介護スタッフ－入居者間での身体的介助や両者の相互作用が認められるものであると説明した。

入居者 A 氏への介護スタッフの関わり行動を示した（表 4-39）。

直接的支援行為は 167 回、間接的支援行為は 33 回であった。前者は食事場面で多く出現し、朝食時、昼食時、夕食時での記述されていた。一方、間接的支援行為は一日を通じて、見守りがなされていることがうかがえた。しかし、明らかに A 氏を観察していただろうと推察される場面も多くみられたが、見守り支援行為がカウントされていなかったことも明らかになった。内容について、直接的支援行為は排泄、移動、摂食などの基本介護行為に関する直接的介助のみではなく、誘導の声かけ、その人の馴染んだ、関心・興味のありそうな会話が多く、個人性を踏まえた介護スタッフからの積極的な促しが表示されていた。間接的支援行為行動については、直接的支援行為には至らない A 氏の状況確認や笑顔に見られる温かさのような見守りも示された。

全体的傾向としては、日常生活自立度の低下から移動、食事の摂食時の支援、医療についての関わりが多く、また調理、洗濯、清掃、買い物、散歩などの行為は難しくなっているものの、できる可能性や生活範囲を広げることを模索して、献立を一緒に決める、車イスを利用しての買い物、本人ができる範囲の調理への参加することで、暮らしが組み立てられていることが示された。

D. 考察

1. 支援行為（関わり）の状況

(1) 支援行為（関わり）の頻度と構成比

68名の入居者に対し、支援行為の総数は6,241回であり、ひとり一日平均96.8回の支援行為が実施されていた。本調査は約12時間であり、一時間に平均8回程度の直接的介助、言葉による働きかけ、見守りなどの支援行為が実施されていた。先行研究と比較してはいないが、一時間に8回の支援行為の頻度は高く、ユニットおよびグループホームの特徴が明らかになった。大項目で最も平均頻度が高かったのは「食事」の30.22回、次に「生活自立支援」の24.25回であった。「食事」の中項目をみていくと最も平均頻度が高かったのは「摂食」の19.57回、「生活自立支援」の中項目では「コミュニケーション・会話」の18.31回となっていた。このことから摂食場面での支援行為とコミュニケーション・会話を目的とした支援行為を重要視していることが理解された。

支援行為（関わり）の構成比については、最も高いのは「食事支援」2055回（32.9%）、次いで「生活自立支援」1649回（26.4%）、「移動・移乗・体位交換」960回（15.4%）、「入浴・清潔保持・整容・更衣」479回（7.7%）、「医療」333回（5.3%）、「排泄」239回（3.8%）、「社会生活支援」209回（3.3%）、「対象者に直接関わらないこと」171回（2.7%）、「行動上の問題」116回（1.9%）、「機能訓練」30回（0.5%）であった（表4-1・図4-2）。食事への支援は、三食摂る生活の要でもあるので支援行為頻度が高くなることは予想されたが、自立支援や日常的なコミュニケーションを図る「生活自立支援」が次に高い比率を示したことはユニット特養、グループホームの特徴とみることができる。「入浴・清潔保持・整容・更衣」、「排泄」の基本介護の比率が低く、従来型の特養のように食事、排泄、入浴介助に追われるようなイメージは払拭されている。「行動上の問題」への支援行為は認知高齢者がほとんどであることを鑑みると極めて比率が低い、個人性が発揮できると思われる「社会生活支援」、「機能訓練」は極めて低い比率となっていることが明らかになった。今後のユニットおよびグループホームの課題と考える。

グループホームやユニットでの特徴は、「入浴」、「排泄」の支援行為はほとんどの入居者に実施されているものの、支援行為頻度の構成比からみるとその占める割合は1割以下と意外と少なく身体介護中心の支援ではなく、「食事」の摂食支援と「生活自立支援」の日常会話やコミュニケーションに重きが置かれており、BPSDへの対応も少なく穏やかに生活しているが、社会生活支援や機能訓練が今後の課題であることが示唆された。

(2) 声かけによる働きかけ、介助、見守りの状況

「入浴・清潔保持・整容・更衣」、「排泄」、「移動・移乗・体位交換」の身体介護を主体する支援行為は、介助だけではなく、言葉による働きかけ、見守りが4割から5割認められたことから、入居者の生活の自立性を尊重している傾向がみられている。参与観察から車で降車する際にすぐ手をかけて介助するのではなく、

降りるための声かけ誘導をしできるだけ自分で行えるような支援が実施されていることなどが記述されていた。グループホームとユニットの特徴として、その人の能力を評価した生活の組み立てがコミュニケーションを通じて行われていることが明確化された。しかし、配膳の際入居者にテーブル拭きを頼み、はし入れを入居者に渡すなどの自立支援行為も確認できたが、日常生活能力の予防および自立支援のためにも言葉による働きかけ、見守りの支援行為は効果的である可能性が示唆された。

見守りに関しては、観察の記述をみると入居者が牛乳を飲んでいるのを傍で介護者見ていた状況が明らかであったにもかかわらず、見守りがカウントされていない場面がみられた。これによりいかに見守りの第三者判断が困難であるかが示唆された。今後、この見守りという支援行為についての定義、観察手段の検討が必要である。

(3) 支援行為の実施割合と実人数

支援行為の実施割合は、「食事」、「生活自立支援」で入居者全員、「移動」、「入浴」、「医療」は9割以上、「排泄」は3／4の入居者に対して基本介護の部分と自立支援を促し、コミュニケーションを図る生活自立支援の割合が高いことが明らかになった。しかし、「生活自立支援」の平均値 24.25 回、最小値 1 回、最大値 99 回、SD=22.95 とバラツキが認められ、個人差が大きいことが示されると同様に「行動上の問題」への支援割合 39.7%、平均値 1.71 回 (SD=6.99) と低かったがバラツキもあり最大値 55 回は極端値であることが明らかとなり、問題の対応の困難さが示された。

次に実人数であるが、「食事」支援では摂食行為はほとんどの入居者に対して行われているが、調理 9 人 (13.2%)、配膳・下膳 27 (39.7%) 人、食器の後片付け 16 人 (23.5%) となっており、特に調理への実人数は 9 人と極めて少ない。日本人の場合、食が文化の中心に据えられているため、その生活手段として買い物、調理、摂食、後片付けという一連の行動への支援行為 (関わり) の頻度は日常生活動作能力や認知症の重症度に関わらず、多くなると仮定されたが、調理は 9 人、後片付け 16 人と意外な結果が示された。しかし、入居者の活動を追った記録 (これに関しては他の共同研究者の分担部分である) をみると、アクティビティとしての食事準備 (調理と同意義) 活動実施人数は 22 人、食後の後片付け 32 人との結果であった。調理に関していえば、介護者の支援行為としては 9 人であったのに対し、入居者の活動としては 22 人に認められたことになる。この 13 人の差はどこから生じたものであろうか。本研究者は、介護者である職員が調理を実施している入居者を確認した場合、介助、声かけ、見守りのいずれかの手段を用いて支援行為が行われるべきものであり、かつ支援行為の人数と実際に活動した対象者の人数は一致すると仮定した。しかし、実際には 13 人のズレが生じた。このズ

レの原因は全く介護者の視野に入っておらず、対象者が単独で自ら調理をおこなっていたか、もしくは介助、声かけ、見守りを観察者が見落とし、記述しなかったか、いくつかの原因が推察された。前項同様今後、この見守りという支援行為についての定義、観察手段の検討の重要性が示唆された。

2. 施設・入居者属性と支援行為（関わり）の関連

（1）事業種別との関連

事業種と「移動・移乗・体位交換」の関連はグループホームよりもユニットの方が支援行為の実施割合が有意に高い結果となった。その要因として要介護度別との関連が考えられたため、グループの平均から分散分析を行った結果、「移動」支援行為における事業種別の要介護度に有意差が認められた。 $(F(1, 66) = 5.266, P < 0.05)$ ユニット特養の実施群の平均介護度 3.49 (SD=1.121) グループホームの実施群の平均介護度は 2.95 (SD=1.317) であり、グループホームの実施群に比較してユニット特養の実施群の要介護度が高い事が明らかとなった。したがって、ユニットには重度の対象者がグループホームに比較して多いので、「移動・移乗・体位交換」の実施割合が有意に高くなっていることが確認された。

また、「清掃」との関連はグループホームでの実施割合が有意に高く、ユニット特養に比較して普通の生活への実践を行っていることが明らかになったと考えられる。また、「清掃」支援を可能にしている要因としてグループホームがユニットに比較し職員配置が若干手厚いことが考えられるが詳細については今後検討したい。

（2）居住場所との関連

「調理」、「排泄」、「清掃」、「行動上の問題」、「機能訓練」の実施割合についての関連性が明らかとなったが、「排泄」、「行動上の問題」の実施割合が高い施設においては「調理」「清掃」の実施割合が低い傾向が示された。調理、清掃などの家事活動、機能訓練への支援は暮らしの継続、馴染みの関係、手続き記憶への働きかけなどの観点からも重要な支援行為であることから、必要な支援行為としての意識づけが必要であろう。

小規模という環境は共通なのだが、そこで展開されている支援行為（関わり）の内容は有意差が認められたことからケア環境の重要性が示唆された。これは施設の介護理念や方針との影響、教育システムなどを今後検証・検討する課題を示唆するものである。

（3）認知症の種類との関連

「清掃」における混合型の実施割合が高くなっていたが、1人という実人数であったことから、より多くの対象者数での検討をする必要性がある。認知症高齢者の支援行為（関わり）においては、生活全般を支えるケア的な視点と医学的な

視点があり、この2つの視点をバランスよくマネジメントすることが重要であろう。支援行為（関わり）をトータルでつないでいくためにも、脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症、レビー小体認知症、前頭側頭葉変性症の特徴を理解し、ケアのポイントを把握しておくことの必要であり、今後の認知症ケアモデルの早期構築、研修・教育制度の充実などの重要性を示唆するものである。

（４）要介護度との関連

「調理」、「配膳・下膳」、「食器の後片付け」という家事活動の実施と要介護度は有意に関連することが示唆されたが、特に要介護度Ⅳ、Ⅴは支援行為が全くみられていないことが明らかとなった。また、実施群の平均介護度は2.33～2.78とⅡの範囲での活動となっている。家事活動には身体機能は活動にさほど影響は考えられないことから、認知症の重症度の要因によるものであり、介護度Ⅳ以上の高齢者においては身体機能とあわせて調理参加への工夫の必要性があるだろう。認知症高齢者の生活動作能力の評価による遂行難易度、興味・関心のある内容、作業の工夫などを考慮する必要性を示唆している。

（５）年齢との関連

社会生活支援の実施群が未実施群に比較して年齢が低く、未実施群の方が年齢が高いことは、高年齢の高齢者は身体機能の能力から困難となってきたと考えられる。ユニットおよびグループホームにおける外出などを通じて地域と共に歩むことの重要性が認知されている現状において、本人にとっての意味深い場所や楽しい場面を評価し、ケアプランに盛り込み、介護者の共通認識として取り組むことも必要であると考え。小規模の生活単位であるフットワークの良さを活かしつつ、高齢者の満足度も高められるような支援行為の必要性を示唆するものである。

（６）HDS-Rとの関連

認知症の重症度の進行とともに「移動」、「口腔ケア」、「排泄」への支援行為の頻度が高くなることが明らかとなった。認知症の重症度に伴う対応は生育暦、生活環境、人的環境、地域環境などの要因により異なるために、支援行為（関わり）の質が問われる。例えば、前頭側頭葉変性症の人の場合、進行が進めば進むほど新しい生活パターンを獲得することが難しくなるので、入浴、歯磨きといった身の回りの清潔を保つ支援行為を初期から習慣化するなど、移動、排泄の癖を理解した上での支援行為の創意工夫も重要である。

（７）BPSDとの関連

認知症に伴う行動心理症状の強い高齢者に対して、「排泄」、「行動上の問題」、「コミュニケーション」への支援行為（関わり）の頻度が高くなっていることが明らかになったが、排泄との相関が強くみられている要因として、特にデリケートな対応が重要であることが考えられた。また、認知症に伴う行動心理症状が見られ

た場合、症状の頻度が多いほど外出活動（散歩、買い物、ドライブ等）を実施することにより症状が緩和するとの報告も多くされていることから、社会生活支援の積極的な実施が今後の課題と考えられる。

また、認知症に伴う行動心理症状が見られた場合、現れた症状を抑えることを支援目標とするのではなく、あくまでも高齢者の個人性を見据え、生活の豊かさ、楽しみを求める支援行為により、心の安寧が担保され则认为られる。

（８）ADLとの関連

日常生活動作能力が高いと「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「掃除」の支援行為（関わり）は実施され、低いと「移動」、「排泄」支援行為（関わり）が実施されることが明らかとなった。「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「清掃」等の家事活動を毎日暮らしの中で行うことにより、身体機能能力の低下予防、認知症の予防という視点からも大切であるとする。この家事活動の習慣化の影響については今後詳細な検討が必要である。

また、日常生活動作能力が低いと日常生活も単調になりやすいが、頻繁な会話・コミュニケーション、社会生活支援など、広い視点でのアプローチの工夫も必要であることが示唆された。

３．ケーススタディ

身体機能低下と認知症の重度化を伴った認知症高齢者１名に対するケーススタディであった。日常生活の能力から評価すると、常に介護者の支援がなければ生活空間自体を広げることは難しい事例であった。Ａ氏は、午前中はリビングで職員との会話を時折楽しみながらゆっくりと過ごし、昼食後、買い物、夕食づくりへのお手伝いという一日を過ごされていた。

Ａ氏への支援行為は、摂食、移動の基本介護支援頻度が高く、日常生活動作能力をカバーしているのが示されていたが、同時に献立決めへの参加、簡単な調理支援、買い物の外出、興味・関心のある日常会話により何か（暮らしの楽しみ？ 豊かさ？）をＡ氏と共に同じベクトルに向かって支援している関係性が示された。その支援行為は本人から意欲的に示されるというよりは介護者が意図的に能力を発揮してもらうための働きかけのように考えられた。

特に、摂食、排泄、入浴などの直接的介護にまつわる声かけ、見守りではなく、自立支援や社会生活を行う上での精神的支援、つまり関係性を考えたり、その人の満足、楽しみを模索したりする上での介護者の意図が認知症高齢者の暮らしに影響を与えることが示された。

認知症高齢者の残存機能を活用し、自立性を維持するということを支援行為（関わり）の主眼におくと、自ずと介護スタッフは入居者の行動を「見守り」、その時々で利用者のニーズと状況を察し、必要に応じて手をかすという距離関係をとるようになると思えら

れる。

本調査を通じて、記録の記述から第三者によっても間接的・直接的関わり行動を分類することは可能であることが確かめられた。しかし、第三者の目からは関わりの意図を汲みにくい行動（記述）があることもうかがえた。また、生活の流れに即して、直接的支援行為が出現した。介護スタッフが入居者の様子を気にかけていることが判る記述としての間接的関わりは、自覚的に報告されにくいから、介護者の態度表出に個人差が大きいこともうかがわれた。

E. まとめ

1. 支援行為（関わり）の状況

本調査からグループホーム及びユニット型での支援行為は、食事への支援が中心で会話が多く見られる生活支援重視型である傾向がみられている。また、行動上の問題への対応も極めて少ないことは特徴的である。また、支援行為については個人差が大きいゆえに個人性の尊重の重要性が示唆された。いずれも小規模単位の生活の良い特性が出ていると考えられた。しかし、地域とのつながり、社会性を重視している社会生活支援の実施割合が低いことから、アクティブに暮らすことへの課題が明らかとなった。

2. 属性との関連

高齢者属性との関連性は、認知症の種類や居場所との関連性が明らかとなったことから、疾患別の特徴を理解し、その上で関わりのポイントをしっかりと共通認識することが重要であることが明らかになったことにより、研修、教育体制の早期確立が急務であることが理解された。また、日常生活動作能力の低下や認知症の進行に伴い、摂食、排泄、入浴、移動などの基本的・直接的支援行為の割合も高く、自立支援に向けての声かけ等も確認されたことにより、支援頻度が高いと統計的に定量化されたが、質までは分析できなかったため今後の課題が示された。

また、日常生活動作能力の低下および認知症状の進行に伴い、家事活動の頻度が少なくなっている傾向が認められたことから、そのような状態の高齢者を対象にした社会生活支援や暮らしを豊かにする創意工夫の必要性も示唆された。

3. ケーススタディからの学び

身体機能低下や認知症状に伴う行動への対応を見てみると、機能低下しているからこのような対応がある、といった関わりのロジックがあるのではなく、高齢者一人ひとりの特徴や個人性をベースとし、それを踏まえて暮らしへ参加することにより、主体的に生きる姿勢をつくる関わりが必要であることがケーススタディから理解することができた。

認知症高齢者の意欲やパワーを取り戻すために、介護者の支援が不可欠である。その人にとっての価値ある暮らしを経験することは、その人の能力とは関係なく、全ての人

に与えられた権利であることを考えると、生活に活動性が要求されるであろう。特に、日本では団塊の世代が高齢期を迎えようとしている現状を考えると、認知症ケアの中に、ますます個性や独自のライフスタイル、楽しみへの支援といった精神的ケア要素が重要視されるようになるであろう。

4. 課題

第一の課題は、本研究は介護者の支援行為の実態を把握するためのものであったが、高齢者属性と支援行為の関係性については検討したが、今後、介護者である施設職員の属性を調査し支援行為と比較検討する必要性があると考えられた。

第二の課題は、データ収集の際の協力対象者数である。本研究では 68 人のユニット特養およびグループホーム入居者に協力していただいたが、68 人のデータでは個人性が出るために一般化することは困難であった。参与観察法は協力を仰ぐことが難しい手法ではあるが、今後はサンプリング数を増やす努力は必要である。

第三の課題は、データ分析である。「介助」、「声かけ」、「見守り」、「配慮」などの支援行為（関わり）は、行為というよりもむしろ状態と考えられる関わり行動であるので、頻度でのカウントよりも、時間の長さを用いての測定か、あるいは「頻度×時間の長さ」とするなど、変数を組み合わせての測定がより適切であったとも考えられた。関わりのこの側面を図るためには、実査の精度および指標や枠組みの設定に関して、さらなる検討が必要である。

第四の課題は、本研究では、参与観察という手法を用いたが、その作業に携わった学生、院生、一部介護スタッフからは、「大変な作業だったが、関わりについてじっくりと勉強する良い機会になった」との感想が寄せられている。スタッフにおいては「自分の行動を再点検する意味合いも強く感じた」との言及からも明らかなように、支援行為を記述すること自体がセルフ・モニタリング・スキルを高める教育材料の役目も果たしていたことも示唆された。いずれにせよ、記録の量や詳細さには、個人差も見られているので、結果を比較する際にはその点を考慮する必要もあるだろう。

5. 展望

今調査からグループホーム、ユニットで生活している認知症高齢者への支援行為の実態が把握されたことにより、新たな課題も明らかになった。特に、支援モデル構築にあたり、次のステップとして、第三者からは確認が困難である介護支援の「気配り」「目配り」「見守り」「配慮」「思いやり」などの精神的ケアの部分及び直接的介護の関わりの意図の解明の必要性が示唆された。それを模索する手立てとして、介護場面における介護者の関わりの意図を主観的視点と客観的視点の両者により評価することで、体系化することにより、見えない介護者の心の部分が言語化されることが考えられる。

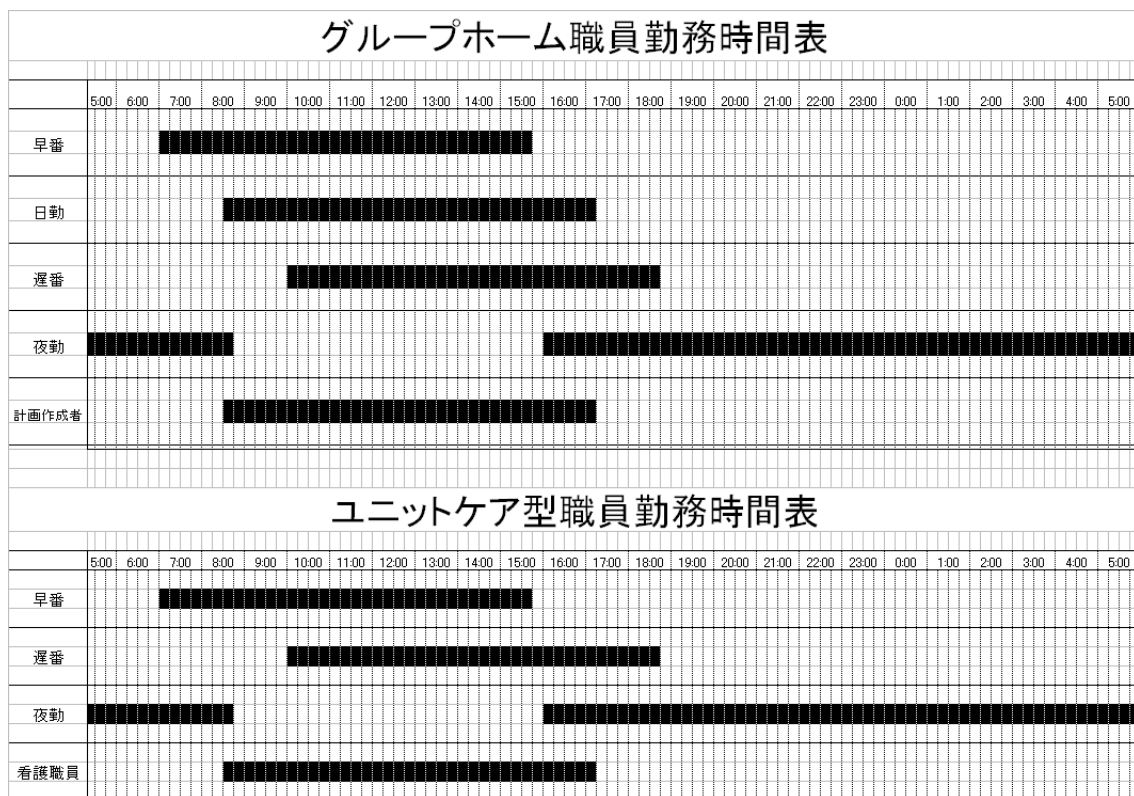


図4－1 職員勤務時間表

表4－1 支援行為(大項目)の度数及び構成比

支援行為(関わり)	度数	構成比
入浴・清潔保持・整容・更衣	479	7.7%
移動・移乗・体位交換	960	15.4%
食事	2,055	32.9%
排泄	239	3.8%
生活自立支援	1,649	26.4%
社会生活支援	209	3.3%
行動上の問題	116	1.9%
医療	333	5.3%
機能訓練	30	0.5%
対象者に直接関わらないこと	171	2.7%
計	6,241	100%

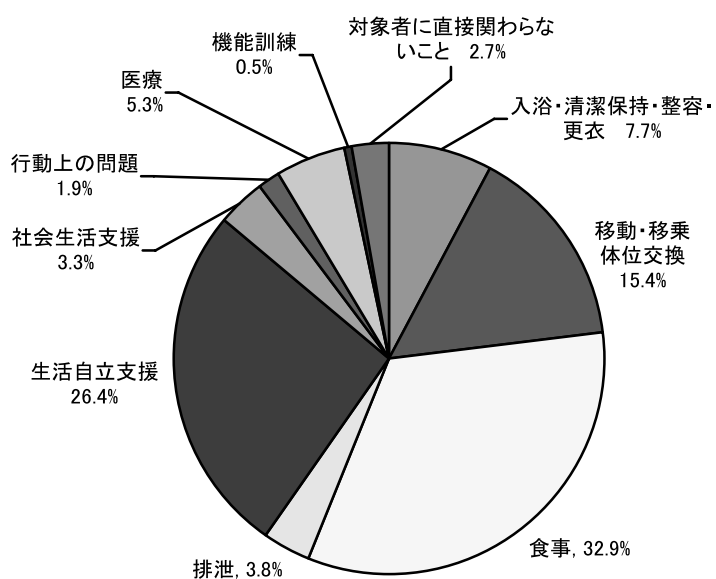


図4-2 支援行為(関わり)の構成比

表4-2 支援行為別の1日あたりの頻度の平均(N=68)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
入浴・清潔保持・整容・更衣	7.06	6.67	0	36
移動・移乗・体位交換	14.12	10.75	0	49
食事	30.22	15.11	7	77
排泄	3.51	3.53	0	13
生活自立支援	24.25	22.95	1	99
社会生活支援	2.82	5.57	0	31
行動上の問題	1.71	6.99	0	55
医療	4.91	3.93	0	20
機能訓練	0.44	1.04	0	5
対象者に直接関わらないこと	2.49	3.65	0	18

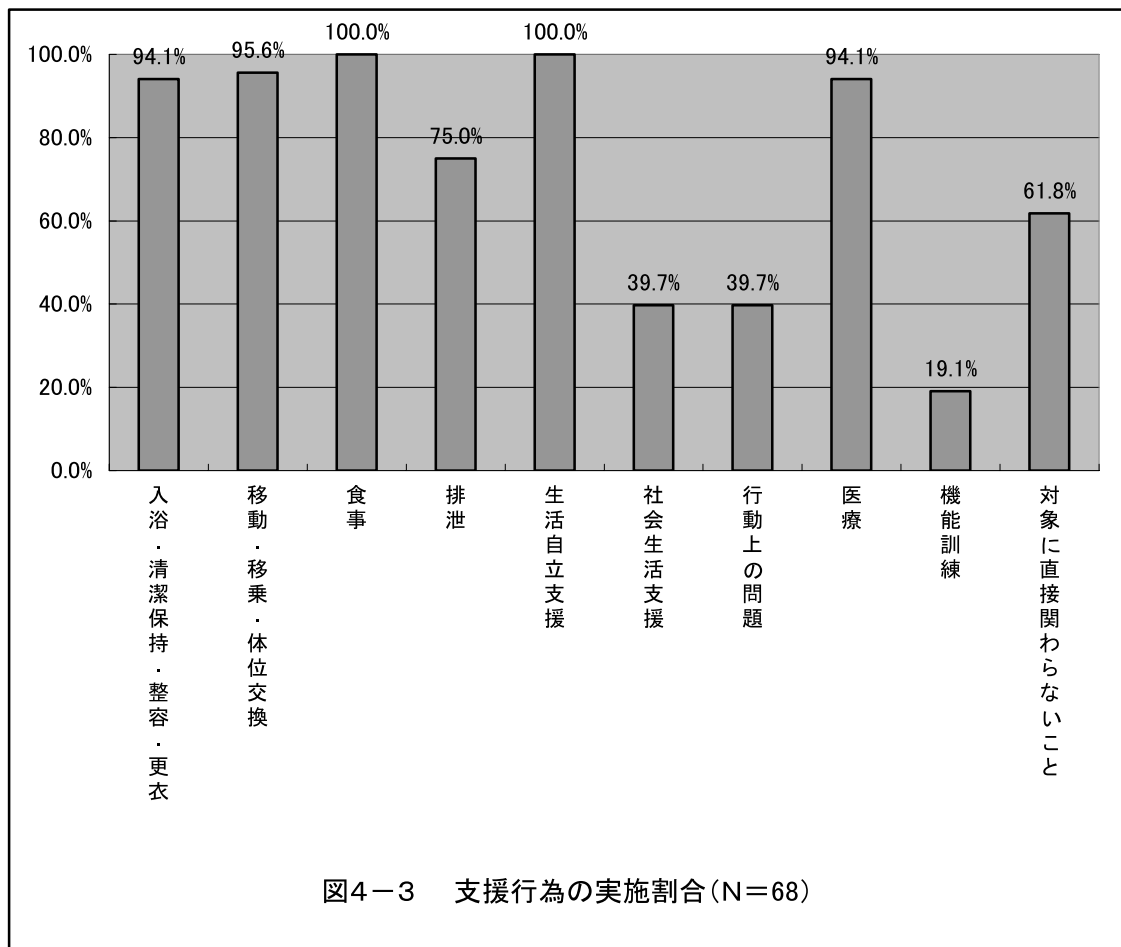


表4-3 支援行為(関わり)実施割合 (N=68)

支援行為	実人数	実施割合
入浴・清潔保持・整容・更衣	64	94.1%
移動・移乗・体位交換	65	95.6%
食事	68	100.0%
排泄	51	75.0%
生活自立支援	68	100.0%
社会生活支援	27	39.7%
行動上の問題	27	39.7%
医療	64	94.1%
機能訓練	13	19.1%
対象者に直接関わらないこと	42	61.8%

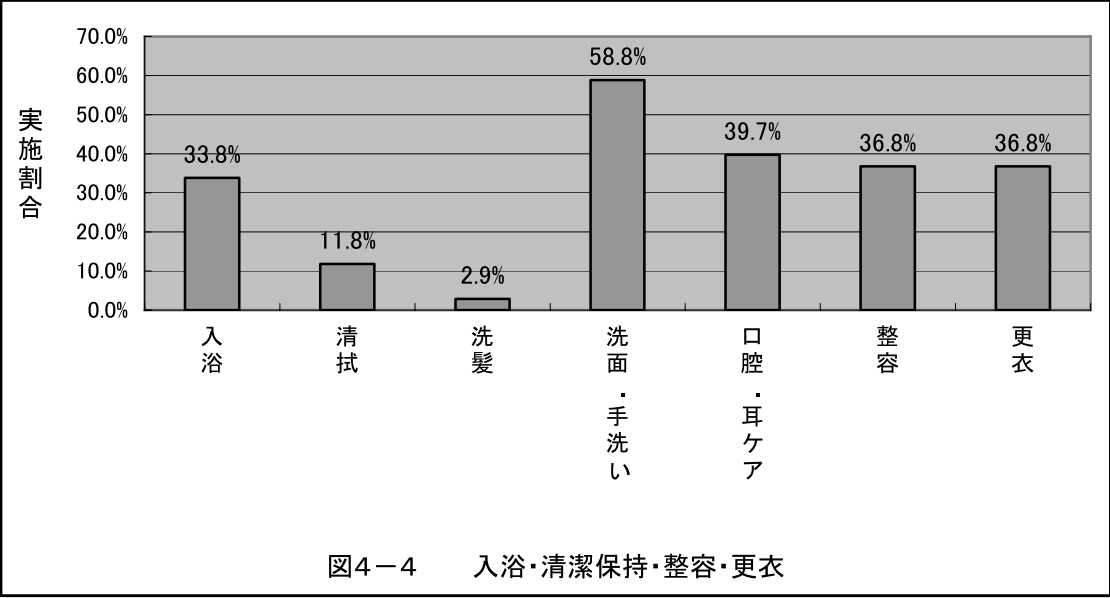
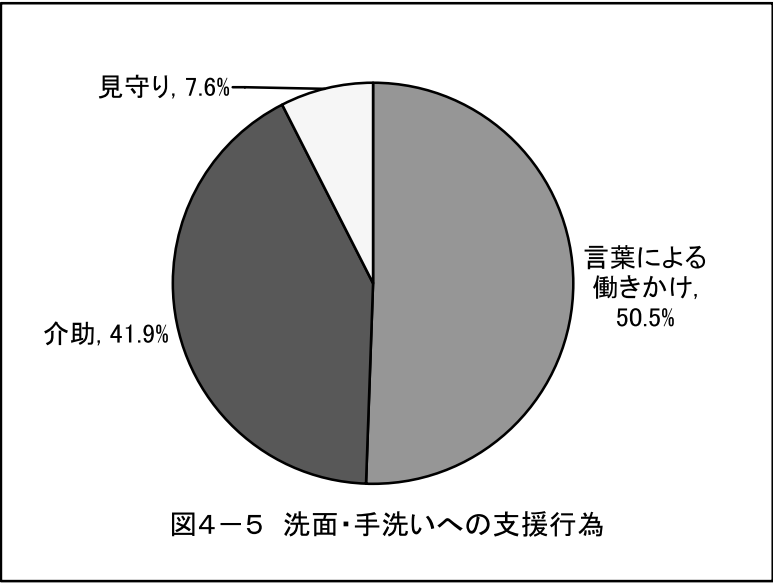


表4-4 入浴・清潔保持・整容・更衣

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
入浴	23	33.8%	2.16	4.667	0	24
清拭	8	11.8%	0.33	1.561	0	12
洗髪	2	2.9%	0.04	0.270	0	2
洗面・手洗い	40	58.8%	1.66	2.495	0	15
口腔・耳ケア	27	39.7%	1.15	2.420	0	14
整容	25	36.8%	0.69	1.273	0	5
更衣	25	36.8%	0.01	1.120	0	5



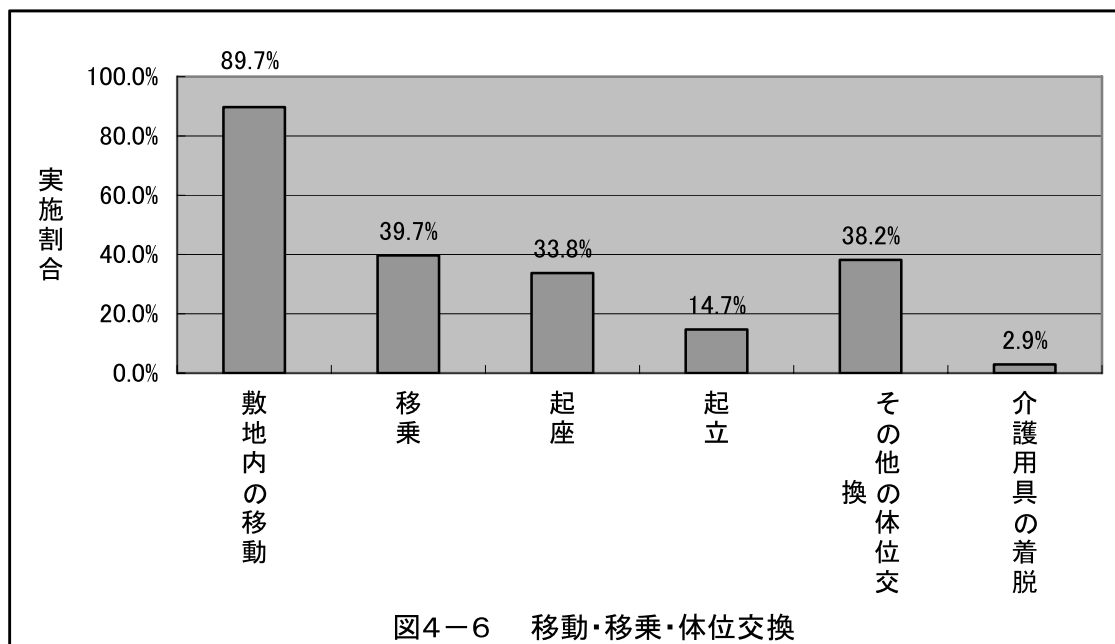


表4-5 移動・移乗・体位交換

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
敷地内の移動	61	89.7%	9.29	7.19	0	35
移乗	27	39.7%	1.49	2.50	0	12
起座	23	33.8%	1.12	2.75	0	16
起立	10	14.7%	0.71	2.07	0	9
その他の体位交換	26	38.2%	1.49	2.91	0	16
介護用具の着脱	2	2.9%	0.30	0.17	0	1

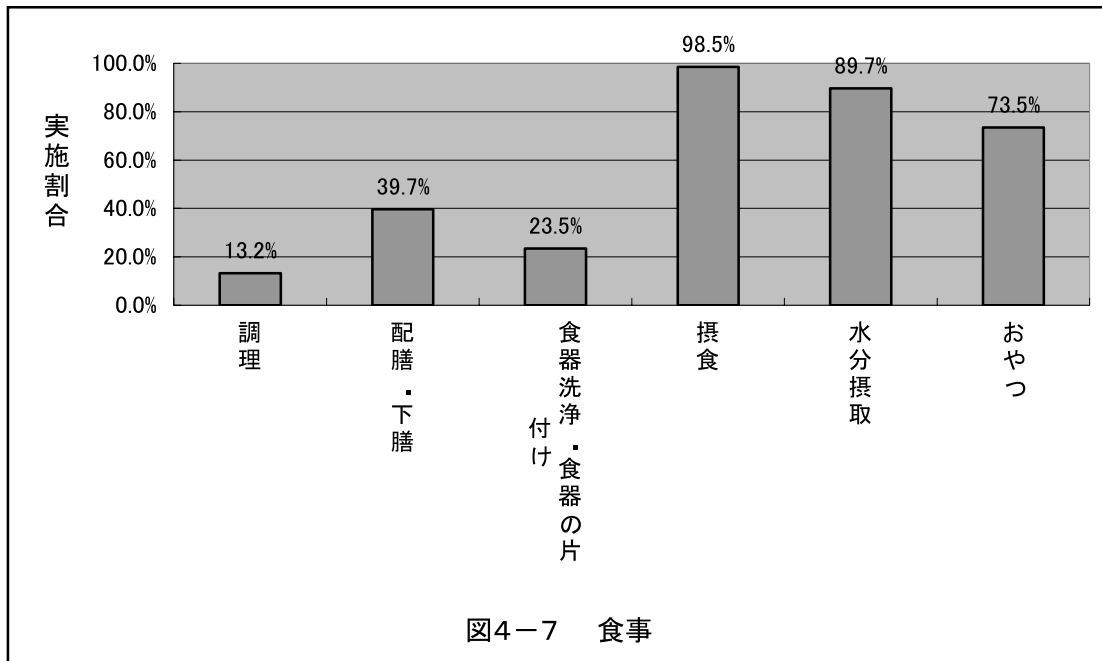
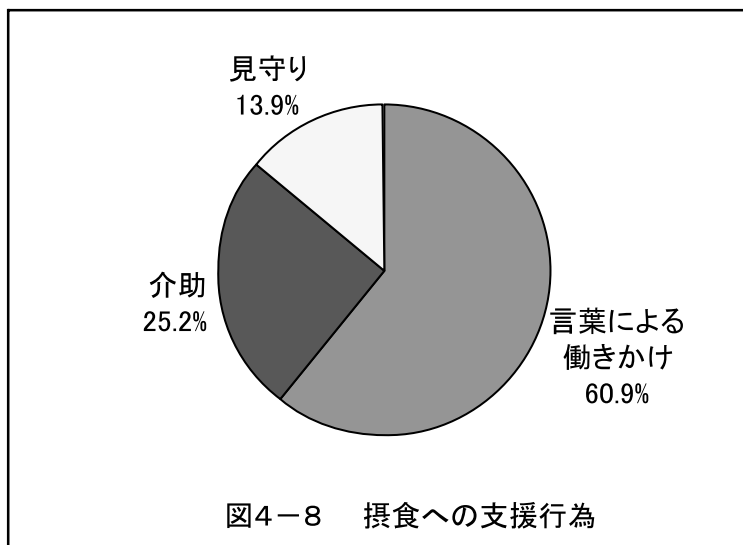


表4-6 食事

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
調理	9	13.2%	0.74	2.44	0	14
配膳・下膳	27	39.7%	0.96	1.93	0	13
食器洗浄・食器の片付け	16	23.5%	0.53	1.30	0	7
摂食	67	98.5%	19.57	13.31	0	74
水分摂取	61	89.7%	5.96	4.97	0	28
おやつ	50	73.5%	2.44	2.42	0	10



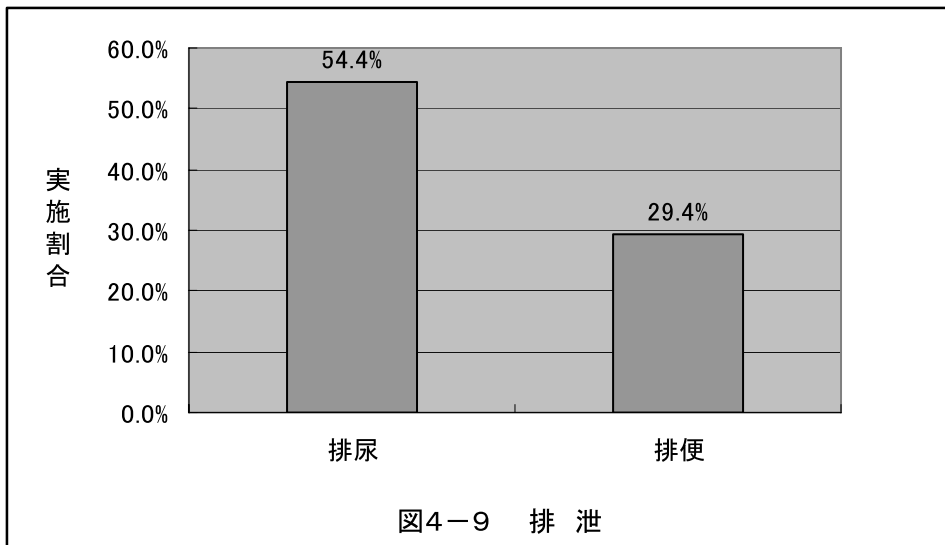
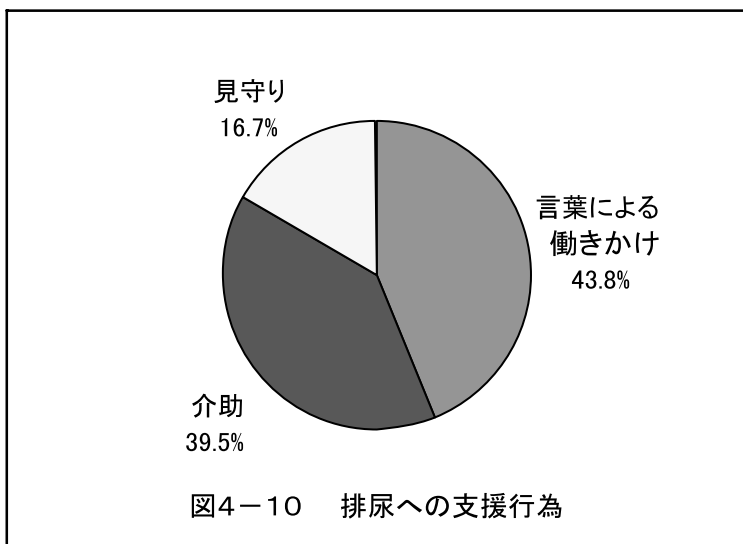


表4-7 排泄

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
排尿	37	54.4%	2.43	3.24	0	13
排便	20	29.4%	1.07	2.07	0	8



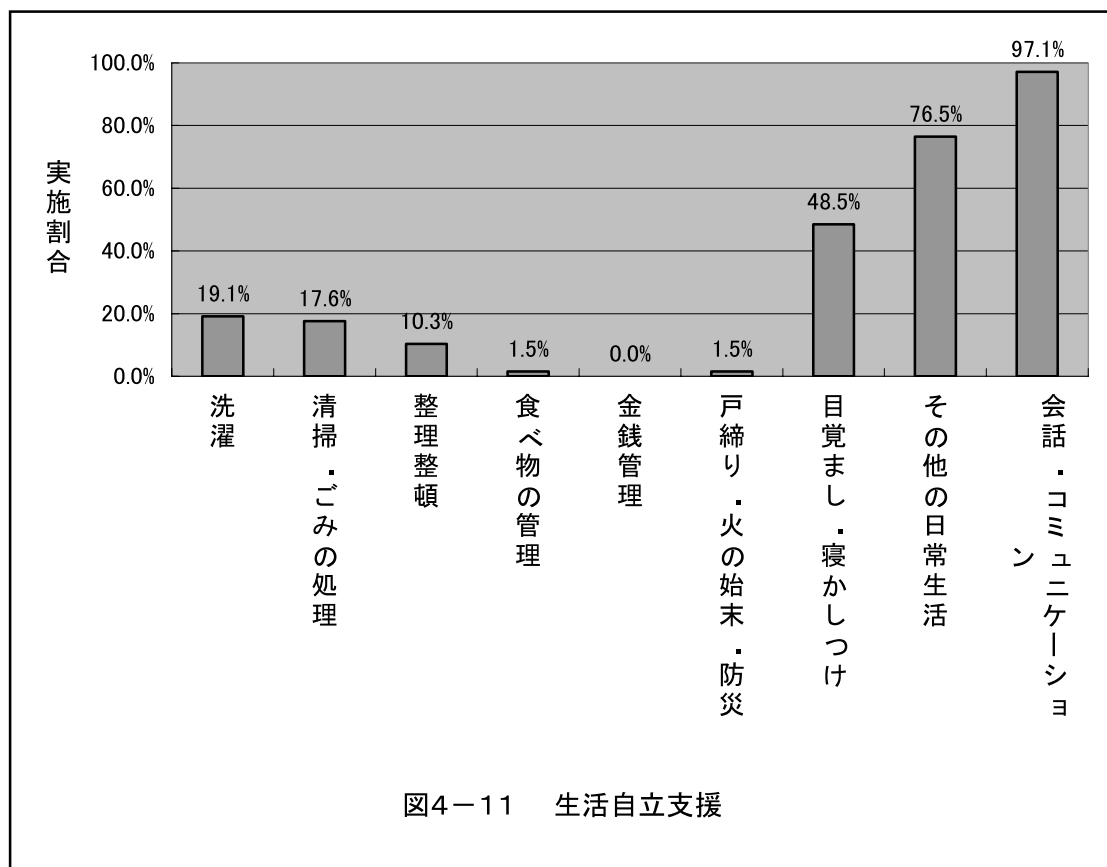


表4-8 生活自立支援

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
洗濯	13	19.1%	0.47	1.20	0	6
清掃・ごみの処理	12	17.6%	0.62	2.00	0	14
整理整頓	7	10.3%	0.21	0.72	0	4
食べ物の管理	1	1.5%	0.09	0.73	0	6
金銭管理	0	0.0%	0.00	0.00	0	0
戸締り・火の始末・防災	1	1.5%	0.10	0.12	0	1
目覚まし・寝かしつけ	33	48.5%	1.35	2.44	0	15
その他の日常生活	55	76.5%	3.19	4.50	0	22
相談・助言・指導を含む会話、その他のコミュニケーション	66	97.1%	18.31	18.76	0	75

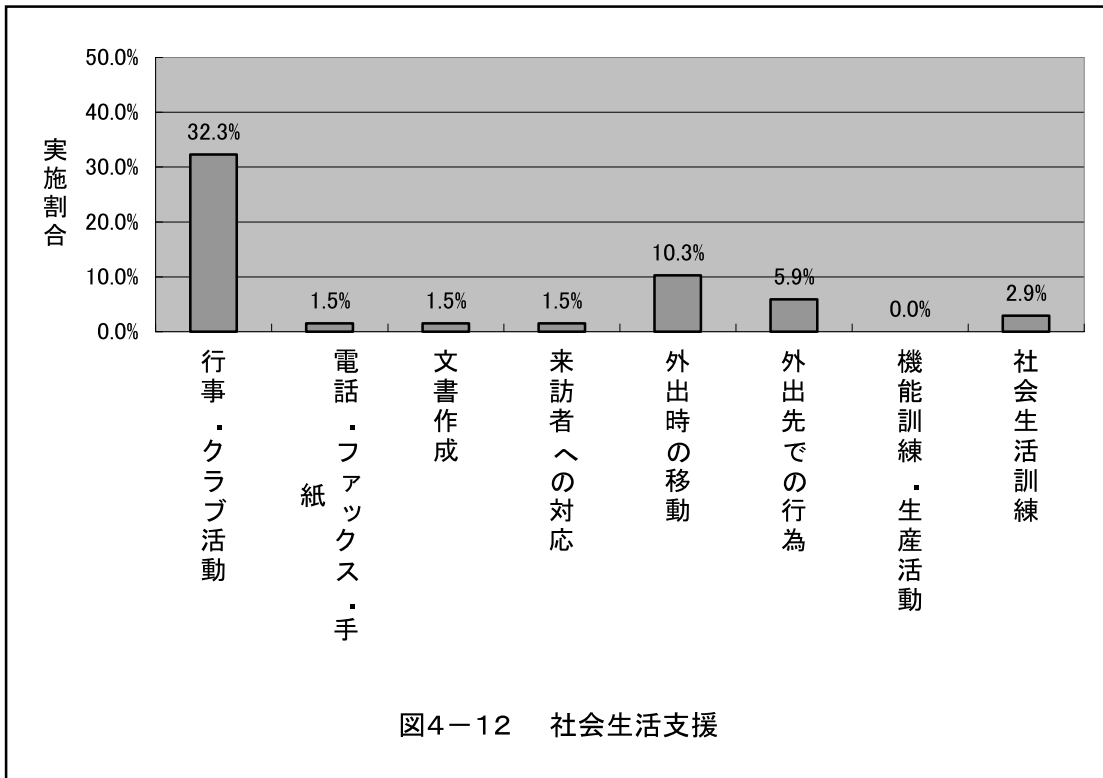


表4-9 社会生活支援

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
行事・クラブ活動	22	32.3%	1.85	3.86	0	20
電話・ファックス・E-mail・手紙	1	1.5%	0.03	0.24	0	2
文書作成	1	1.5%	0.03	0.24	0	2
来訪者への対応	1	1.5%	0.01	0.12	0	1
外出時の移動	7	10.3%	0.53	1.90	0	11
外出先での行為	4	5.9%	0.31	1.77	0	14
機能訓練・生産活動	0	0.0%	0.00	0.00	0	0
社会生活訓練	2	2.9%	0.29	0.17	0	1

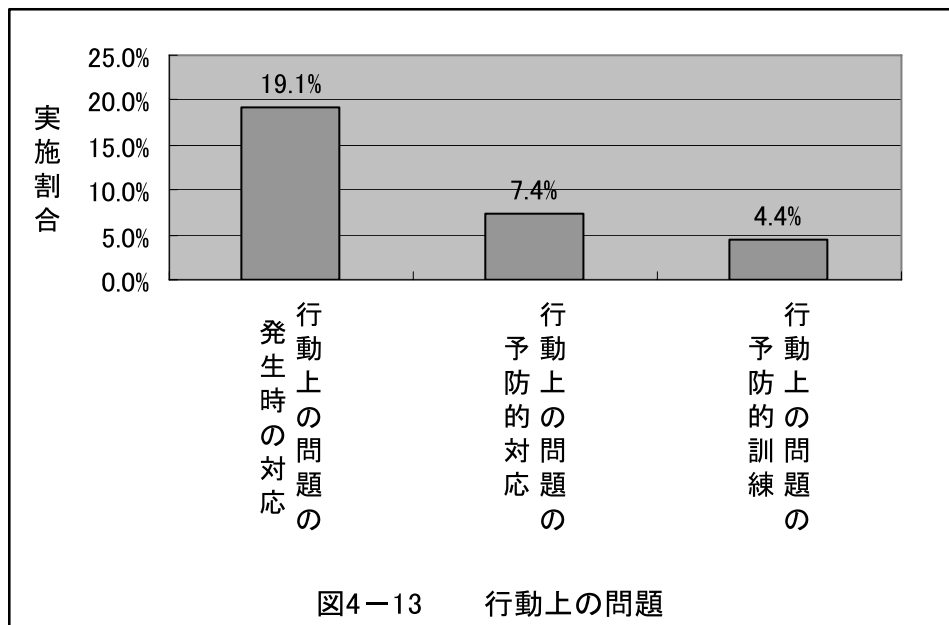


表4-10 行動上の問題

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
行動上の問題の発生時の対応	13	19.1%	1.21	5.00	0	39
行動上の問題の予防的対応	5	7.4%	0.41	2.10	0	16
行動上の問題の予防的訓練	3	4.4%	0.07	0.40	0	3

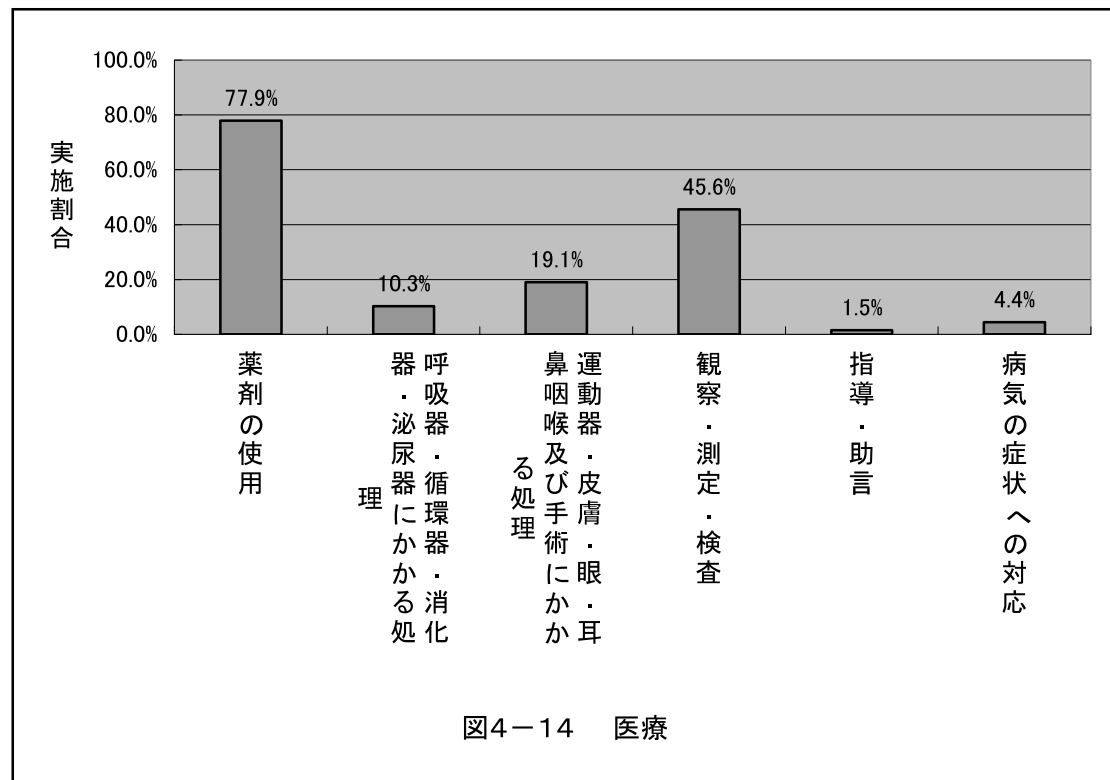


表4-11 医療

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
薬剤の使用	53	77.9%	4.16	3.83	0	16
呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処理	7	10.3%	0.32	1.20	0	6
運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉及び手術にかかる処理	13	19.1%	0.41	1.56	0	12
観察・測定・検査	31	45.6%	0.99	1.49	0	6
指導・助言	1	1.5%	0.01	0.12	0	1
病気の症状への対応	3	4.4%	0.07	0.40	0	3

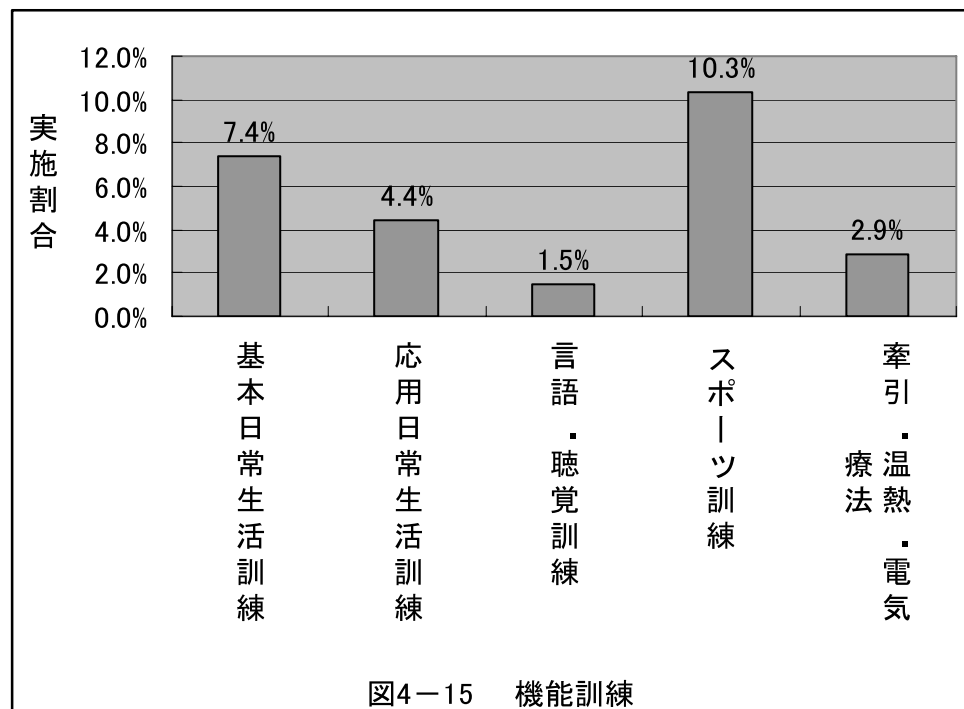


表4-12 機能訓練

分 類	実人数	実施割合	平均値	標準偏差	最小値	最大値
基本日常生活訓練	5	7.4%	0.12	0.44	0	2
応用日常生活訓練	3	4.4%	0.09	0.51	0	4
言語・聴覚訓練	1	1.5%	0.01	0.12	0	1
スポーツ訓練	7	10.3%	0.19	0.63	0	3
牽引・温熱・電気療法	2	2.9%	0.03	0.17	0	1

表4-13 支援行為と属性による χ^2 検定及び分散分布の結果(P<0.5を掲載)

		事業種	入居場所	性別	認知症の種類	要介護度	年齢	入居期間
1.入浴・清潔保持・整容・更衣	洗面・手洗い	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	口腔・耳ケア	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	整容	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2.移動・移乗・体位交換		$\chi^2(1)=6.140$ P=.013	n.s.	n.s.	n.s.	$\chi^2(4)=9.706$ P=.046	n.s.	n.s.
3.食事	調理	n.s.	$\chi^2(7)=14.339$ P=.045	n.s.	n.s.	$\chi^2(4)=13.937$ P=.007	n.s.	n.s.
	配膳・下膳	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	食器洗浄・食器の片付け	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	水分摂取	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
4.排泄		n.s.	$\chi^2(7)=20.392$ P=.005	n.s.	n.s.	$\chi^2(4)=26.000$ P=.000	n.s.	n.s.
5.生活自立支援	洗濯	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	清掃・ごみの処理	$\chi^2(1)=11.038$ P=.001	$\chi^2(7)=21.193$ P=.003	n.s.	$\chi^2(3)=12.218$ P=.007	n.s.	n.s.	n.s.
	コミュニケーション	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6.社会生活支援		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		F(1.66)=4.332 P=.042	n.s.
7.行動上の問題		n.s.	$\chi^2(7)=16.203$ P=.023	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
8.医療		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
9.機能訓練		n.s.	$\chi^2(7)=23.006$ P=.002	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

表4-14 事業種別と「移動・移乗・体位交換」の比較 ($\chi^2(1)=6.140$ $P<0.05$)

			移動・移乗・体位交換		合 計
			非実施	実施	
事業種別	ユニット	度数	0	45	45
		事業種の%	0.0%	100.0%	100.0%
		移動の%	0.0%	69.2%	69.2%
		調整済み残差	－2.5	2.5	
	グループホーム	度数	3	20	23
		事業種の%	13.00%	87.00%	100.0%
		移動の%	100.0%	30.80%	33.80%
		調整済み残差	2.5	－2.5	
合 計		度数	3	65	68
		事業種の%	4.40%	95.60%	100.0%
		移動の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4-15 事業種別と「清掃」の比較 ($\chi^2(1)=11.038$ $P<0.05$)

			清掃		合 計
			非実施	実施	
事業種別	ユニット	度数	42	3	45
		事業種の%	93.3%	6.7%	100.0%
		移動の%	75.0%	25.0%	69.2%
		調整済み残差	3.3	－3.3	
	グループホーム	度数	1.4	9	23
		事業種の%	60.90%	39.1%	100.0%
		移動の%	25.0%	75.00%	33.80%
		調整済み残差	－3.3	3.3	
合 計	度数	56	12	68	
	事業種の%	4.40%	95.60%	100.0%	
	移動の%	100.0%	100.0%	100.0%	

表4—16 入居場所と「調理」の比較 ($\chi^2(4)=14.339$ $P<0.05$)

			調理		合 計
			非実施	実施	
入居場所	U－K ①	度数	10	0	10
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		調理の%	16.9%	0.0%	14.7%
		調整済み残差	1.3	－1.3	
	U－K ②	度数	13	0	13
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		調理の%	22.0%	0.0%	19.0%
		調整済み残差	1.6	－1.6	
	U－K ③	度数	7	0	7
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		調理の%	11.9%	0.0%	10.3%
		調整済み残差	1.1	－1.1	
	G－K	度数	7	1	8
		入居場所の%	87.5%	12.5%	100.0%
		調理の%	11.9%	11.1%	11.8%
		調整済み残差	0.1	－0.1	
	G－H	度数	5	2	7
		入居場所の%	71.4%	28.6%	100.0%
		調理の%	8.5%	22.2%	10.3%
		調整済み残差	－1.3	1.3	
	U－H	度数	1	2	3
		入居場所の%	33.3%	66.7%	100.0%
		調理の%	1.7%	22.2%	4.4%
		調整済み残差	－2.8	2.8	
	G－KH	度数	7	2	9
		入居場所の%	77.8%	22.2%	100.0%
		調理の%	11.9%	22.2%	13.2%
		調整済み残差	－9	9	
	U－KH	度数	9	2	11
		入居場所の%	81.8%	18.2%	100.0%
		調理の%	15.3%	22.2%	16.2%
		調整済み残差	－0.5	0.5	
合 計		度数	59	9	68
		入居場所の%	86.8%	13.2%	100.0%
		調理の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—17 入居場所と「排泄」の比較 ($\chi^2(4)=20.392$ $P<0.05$)

			排泄		合 計
			非実施	実施	
入居場所	U－K ①	度数	0	10	10
		入居場所の%	0.0%	100.0%	100.0%
		排泄の%	0.0%	19.6%	14.7%
		調整済み残差	－2	2	
	U－K ②	度数	0	13	13
		入居場所の%	0.0%	100.0%	100.0%
		排泄の%	0.0%	25.5%	19.1%
		調整済み残差	－2.3	2.3	
	U－K ③	度数	1	6	7
		入居場所の%	14.3%	85.7%	100.0%
		排泄の%	5.9%	11.8%	10.3%
		調整済み残差	－0.7	0.7	
	G－K	度数	4	4	8
		入居場所の%	50.0%	50.0%	100.0%
		排泄の%	23.5%	7.8%	11.8%
		調整済み残差	1.7	－1.7	
	G－H	度数	1	6	7
		入居場所の%	14.3%	85.7%	100.0%
		排泄の%	5.9%	11.8%	10.3%
		調整済み残差	－0.7	0.7	
	U－H	度数	1	2	3
		入居場所の%	33.3%	66.7%	100.0%
		排泄の%	5.9%	3.9%	4.4%
		調整済み残差	1.5	－1.5	
	G－KH	度数	3	6	9
		入居場所の%	33.3%	66.7%	100.0%
		排泄の%	17.6%	11.8%	13.2%
		調整済み残差	0.6	－0.6	
	U－KH	度数	7	4	11
		入居場所の%	63.6%	36.4%	100.0%
		排泄の%	41.2%	7.8%	16.2%
		調整済み残差	3.2	－3.2	
合 計	度数	17	51	68	
	入居場所の%	25.0%	75.0%	100.0%	
	排泄の%	100.0%	100.0%	100.0%	

表4—18 入居場所と「清掃」の比較 ($\chi^2(7)=21.193$ $P<0.05$)

			清掃		合 計
			非実施	実施	
入居場所	U－K ①	度数	10	0	10
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		清掃の%	17.9%	0.0%	14.7%
		調整済み残差	1.6	－1.6	
	U－K ②	度数	12	1	13
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		清掃の%	21.4%	8.3%	19.1%
		調整済み残差	1.0	－1.0	
	U－K ③	度数	7	0	7
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		清掃の%	12.5%	0.0%	10.3%
		調整済み残差	1.3	－1.3	
	G－K	度数	7	1	8
		入居場所の%	87.5%	12.5%	8.0%
		清掃の%	12.5%	8.3%	11.8%
		調整済み残差	4	－4	
	G－H	度数	2	5	7
		入居場所の%	28.6%	71.4%	100.0%
		清掃の%	3.6%	41.4%	10.3%
		調整済み残差	－3.9	3.9	
	U－H	度数	2	1	3
		入居場所の%	66.7%	33.3%	100.0%
		清掃の%	3.6%	8.3%	4.4%
		調整済み残差	－0.7	0.7	
	G－KH	度数	6	3	9
		入居場所の%	66.7%	33.3%	100.0%
		清掃の%	10.7%	25.0%	13.2%
		調整済み残差	－1.3	1.3	
	U－KH	度数	10	1	11
		入居場所の%	90.9%	9.1%	100.0%
		清掃の%	17.9%	8.3%	16.2%
		調整済み残差	0.8	－0.8	
合 計		度数	56	12	68
		入居場所の%	82.4%	17.6%	100.0%
		清掃の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—19 入居場所と「行動上の問題」の比較 ($\chi^2(7)=16.203$ $P<0.05$)

			行動上の問題		合 計
			非実施	実施	
入居場所	U－K ①	度数	6	4	10
		入居場所の%	60.0%	40.0%	100.0%
		行動の%	11.8%	23.5%	14.7%
		調整済み残差	－1.2	1.2	
	U－K ②	度数	10	3	13
		入居場所の%	76.9%	23.1%	100.0%
		行動の%	19.6%	17.6%	19.1%
		調整済み残差	0.2	－0.2	
	U－K ③	度数	3	4	7
		入居場所の%	42.9%	57.1%	100.0%
		行動の%	5.9%	23.5%	10.3%
		調整済み残差	－2.1	2.1	
	G－K	度数	8	0	8
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		行動の%	15.7%	0.0%	11.8%
		調整済み残差	1.7	－1.7	
	G－H	度数	3	4	7
		入居場所の%	42.9%	57.1%	100.0%
		行動の%	5.9%	23.5%	10.3%
		調整済み残差	－2.1	2.1	
	U－H	度数	2	1	3
		入居場所の%	66.7%	33.3%	100.0%
		行動の%	3.9%	5.9%	4.4%
		調整済み残差	－0.3	0.3	
	G－KH	度数	9	0	9
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		行動の%	17.6%	0.0%	13.2%
		調整済み残差	1.9	－1.9	
	U－KH	度数	10	1	11
		入居場所の%	90.9%	9.1%	100.0%
		行動の%	19.6%	5.9%	16.2%
		調整済み残差	1.3	－1.3	
合 計		度数	51	17	68
		入居場所の%	75.0%	25.0%	100.0%
		行動の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—20 入居場所と「機能訓練」の比較 ($\chi^2(7)=21.193$ $P<0.05$)

			機能訓練		合 計
			非実施	実施	
入居場所	U－K ①	度数	9	1	10
		入居場所の%	90.0%	10.0%	100.0%
		機能訓練の%	16.4%	7.7%	14.7%
		調整済み残差	0.8	－0.8	
	U－K ②	度数	12	1	13
		入居場所の%	92.3%	7.7%	100.0%
		機能訓練の%	21.8%	7.7%	19.1%
		調整済み残差	1.2	－1.2	
	U－K ③	度数	6	1	7
		入居場所の%	85.7%	14.3%	100.0%
		機能訓練の%	10.9%	7.7%	10.3%
		調整済み残差	0.3	1.3	
	G－K	度数	8	0	0
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		機能訓練の%	14.5%	0.0%	11.8%
		調整済み残差	－0.7	0.7	
	G－H	度数	2	5	7
		入居場所の%	28.6%	71.4%	100.0%
		機能訓練の%	3.6%	38.5%	10.3%
		調整済み残差	－2.7	2.7	
	U－H	度数	1	2	3
		入居場所の%	33.3%	66.7%	100.0%
		機能訓練の%	1.8%	15.4%	4.4%
		調整済み残差	－2.1	2.1	
	G－KH	度数	9	0	9
		入居場所の%	100.0%	0.0%	100.0%
		機能訓練の%	16.4%	0.0%	13.2%
		調整済み残差	1.6	－1.6	
U－KH	度数	8	3	11	
	入居場所の%	72.7%	27.3%	100.0%	
	機能訓練の%	14.5%	23.1%	16.2%	
	調整済み残差	－0.8	0.8		
合 計		度数	55	13	68
		入居場所の%	80.9%	19.1%	100.0%
		機能訓練の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—21 認知症種類と「清掃」の比較 ($\chi^2(3)=12.218$ $P<0.05$)

			清掃		合 計
			非実施	実施	
認知症の種類	アルツハイマー型	度数	9	6	15
		認知症種類の%	60.0%	40.0%	100.0%
		清掃の%	16.1%	50.0%	22.1%
		調整済み残差	-2.6	2.6	
	脳血管疾患	度数	24	3	27
		認知症種類の%	88.9%	11.1%	100.0%
		清掃の%	42.9%	25.0%	39.7%
		調整済み残差	1.1	-1.1	
	混合型	度数	0	1	1
		認知症種類の%	0.0%	100.0%	100.0%
		清掃の%	0.0%	8.3%	1.5%
		調整済み残差	-2.2	2.2	
	不 明	度数	23	2	25
		認知症種類の%	92.0%	8.0%	100.0%
		清掃の%	41.1%	16.7%	36.8%
		調整済み残差	1.6	-1.6	
合 計	度数	56	12	68	
	認知症種類の%	82.4%	17.6%	100.0%	
	清掃の%	100.0%	100.0%	100.0%	

表4—22 要介護度と「移動・移乗・体位交換」の比較 ($\chi^2(4)=9.706$ $P<0.05$)

			移動・移乗・体位交換		合 計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	2	6	8
		要介護度の%	25.0%	75.0%	100.0%
		移動の%	2.9%	8.8%	11.8%
		調整済み残差	3.0	-3.0	
	2	度数	0	8	8
		要介護度の%	0.0%	100.0%	100.0%
		移動の%	0.0%	11.8%	11.8%
		調整済み残差	-0.6	0.6	
	3	度数	1	23	24
		要介護度の%	4.2%	95.8%	100.0%
		移動の%	1.5%	33.8%	35.3%
		調整済み残差	-0.1	0.1	
	4	度数	0	15	15
		要介護度の%	0.0%	100.0%	100.0%
		移動の%	0.0%	22.1%	22.1%
		調整済み残差	-0.9	0.9	
	5	度数	0	13	13
		要介護度の%	0.0%	100.0%	100.0%
		移動の%	0.0%	19.1%	19.1%
		調整済み残差	-0.9	0.9	
合 計		度数	3	65	68
		要介護度の%	4.4%	95.6%	100.0%
		移動の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—23 要介護度と「調理」の比較 ($\chi^2(4)=13.937$ $P<0.05$)

			調理		合 計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	7	1	8
		要介護度の%	87.5%	12.5%	100.0%
		調理の%	11.9%	11.1%	11.8%
		調整済み残差	0.1	-0.1	
	2	度数	4	4	8
		要介護度の%	50.0%	50.0%	100.0%
		調理の%	6.8%	44.4%	11.8%
		調整済み残差	-3.3	3.3	
	3	度数	20	4	24
		要介護度の%	83.3%	16.7%	100.0%
		調理の%	33.9%	44.4%	35.3%
		調整済み残差	-0.6	0.6	
	4	度数	15	0	15
		要介護度の%	100.0%	0.0%	100.0%
		調理の%	25.4%	0.0%	22.1%
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	5	度数	13	0	13
		要介護度の%	100.0%	0.0%	100.0%
		調理の%	22.0%	0.0%	19.1%
		調整済み残差	1.6	-1.6	
合 計		度数	59	9	68
		要介護度の%	86.8%	13.2%	100.0%
		調理の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—24 要介護度と「排泄」の比較 ($\chi^2(4)=26.000$ $P<0.05$)

			排泄		合 計
			非実施	実施	
要介護度	1	度数	6	2	8
		要介護度の%	75.0%	25.0%	100.0%
		排泄の%	35.3%	3.9%	11.8%
		調整済み残差	3.5	-3.5	
	2	度数	5	3	8
		要介護度の%	62.5%	37.5%	100.0%
		排泄の%	29.4%	5.6%	11.8%
		調整済み残差	2.6	-2.6	
	3	度数	6	18	24
		要介護度の%	25.0%	75.0%	100.0%
		排泄の%	35.3%	35.3%	35.3%
		調整済み残差	0	0	
	4	度数	0	15	15
		要介護度の%	0.0%	100.0%	100.0%
		排泄の%	0.0%	29.4%	22.1%
		調整済み残差	-2.5	2.5	
	5	度数	0	13	13
		要介護度の%	0.0%	100.0%	100.0%
		排泄の%	0.0%	25.5%	19.1%
		調整済み残差	-2.3	2.3	
合 計		度数	17	51	68
		要介護度の%	25.0%	75.0%	100.0%
		排泄の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4—25 社会生活支援における平均年齢の比較

社会生活支援	平均値	度数	標準偏差	平均の標準誤差
未実施	86.44	41	5.797	.905
実施	83.38	26	5.960	1.169
合計	85.25	67	6.006	.734

表4—26 入居者の属性と支援行為頻度との相関(spearman)

		HDS-R	BPSD (Behave AD)	ADL (Barthel Index)	IADL	入居期間	年齢	罹患期間
1.入浴・清潔保持・整容・更衣	洗面・手洗い	-0.259	0.159	-0.165	-0.075	0.149	-0.052	0.320*
	口腔・耳ケア	** -0.443	-0.021	-0.181	-0.168	0.057	0.046	0.148
	整容	0.008	0.046	-0.116	0.141	0.014	0.009	-0.098
2.移動・移乗・体位交換		** -0.330	0.218	** -0.435	* -0.273	0.137	-0.40	0.233
3.食事	調理	0.174	-0.043	** 0.354	0.142	0.095	0.049	0.038
	配膳・下膳	* 0.296	-0.083	** 0.406	0.126	0.024	-0.104	* -0.340
	食器洗浄・食器の片付け	0.294	-0.099	** 0.374	0.199	-0.013	0.033	0.031
	水分摂取	** -0.320	0.209	0.066	* -0.244	0.009	0.034	0.074
4.排泄		-0.189	** 0.428	** -0.323	-0.111	0.264	-0.099	* 0.263
5.生活自立支援	洗濯	0.214	0.053	* 0.274	0.074	0.007	-0.115	-0.114
	清掃・ごみの処理	-0.086	0.127	** 0.330	0.099	0.133	-0.003	-0.071
	コミュニケーション	0.044	** 0.322	-0.056	0.065	0.134	-0.167	0.252
6.社会生活支援		0.004	0.086	0.089	0.031	-0.061	-0.156	0.239
7.行動上の問題		-0.80	** 0.340	0.089	0.027	-0.078	-0.029	0.089
8.医療		0.206	-0.156	0.184	-0.007	-0.063	-0.098	0.066
9.機能訓練		-0.198	-0.166	0.033	0.093	0.101	-0.091	0.091

* 5%水準で有意

■ は相関係数絶対値 0.3 以上

表4-27 洗面・手洗いにおける属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	28	85.5	6.415	
	支援	40	84.88	5.841	
要介護度	非支援	28	2.79	1.287	F(1.66)=7.322 P<0.05
	支援	40	3.58	1.107	
HDS-R	非支援	28	8.64	6.471	F(1.66)=11.029 P<0.05
	支援	40	4.15	4.693	
ADL	非支援	28	55.18	32.843	F(1.66)=5.137 P<0.05
	支援	40	38.75	26.789	
BPSD	非支援	28	7.18	5.894	
	支援	40	10.22	9.071	
罹患期間	非支援	20	55.35	40.517	
	支援	37	79.19	48.45	
入居期間	非支援	28	38.21	41.743	
	支援	40	59.6	61.162	

表4-28 口腔ケアにおける属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	41	84.68	5.953	
	支援	27	85.81	6.227	
要介護度	非支援	41	3.15	1.276	F(1.66)=15.147 P<0.05
	支援	27	3.14	1.185	
HDS-R	非支援	41	8.05	5.792	
	支援	27	2.89	4.585	
ADL	非支援	41	48.17	33.499	
	支援	27	41.48	24.761	
BPSD	非支援	41	9.27	8.594	
	支援	27	8.52	7.17	
罹患期間	非支援	36	64.36	38.73	
	支援	21	81.90	57.659	
入居期間	非支援	41	46.54	44.104	
	支援	27	57.26	68.16	

表4-29 移動における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	3	82.33	6.506	
	支援	65	85.26	6.045	
要介護度	非支援	3	1.67	1.155	F(1.66)=5.473 P<0.05
	支援	65	3.32	1.2	
HDS-R	非支援	3	11.00	2.646	
	支援	65	5.77	5.902	
ADL	非支援	3	86.67	7.638	F(1.66)=6.237 P<0.05
	支援	65	43.62	29.613	
BPSD	非支援	3	5.67	2.082	
	支援	65	9.12	8.156	
罹患期間	非支援	3	62.67	36.295	
	支援	54	71.28	47.628	
入居期間	非支援	3	32.33	42.158	
	支援	65	51.65	55.318	

表4-30 排泄における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	17	85.29	5.998	
	支援	51	85.08	6.118	
要介護度	非支援	17	2.00	0.866	F(1.66)=34.715 P<0.05
	支援	51	3.67	1.052	
HDS-R	非支援	17	8.71	6.715	F(1.66)=5.080 P<0.05
	支援	51	5.1	5.356	
ADL	非支援	17	69.71	25.524	F(1.66)=18.129 P<0.05
	支援	51	37.45	27.520	
BPSD	非支援	17	4.35	4.152	F(1.66)=8.358 P<0.05
	支援	51	10.51	8.415	
罹患期間	非支援	10	54.20	24.284	
	支援	47	74.36	49.873	
入居期間	非支援	17	32.12	33.060	
	支援	51	57.02	59.173	

表4-31 調理における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	59	84.88	5.742	
	支援	9	86.78	7.965	
要介護度	非支援	59	3.39	1.246	F(1.66)=6.118 P<0.05
	支援	9	2.33	0.707	
HDS-R	非支援	59	5.69	5.926	
	支援	9	8.00	5.523	
ADL	非支援	59	41.27	28.747	F(1.66)=9.897 P<0.05
	支援	9	79.33	26.458	
BPSD	非支援	59	9.17	8.334	
	支援	9	7.67	5.635	
罹患期間	非支援	50	70.72	48.521	
	支援	7	71.57	35.851	
入居期間	非支援	59	50.61	57.469	
	支援	9	52.00	33.347	

表4-32 配膳・下膳における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	41	85.41	5.933	
	支援	27	84.70	6.299	
要介護度	非支援	41	3.56	1.226	F(1.66)=7.105 P<0.05
	支援	27	2.78	1.121	
HDS-R	非支援	41	4.95	5.736	
	支援	27	7.59	5.859	
ADL	非支援	41	36.83	27.945	F(1.66)=9.562 P<0.05
	支援	27	58.70	29.437	
BPSD	非支援	41	9.46	8.530	
	支援	27	8.22	7.245	
罹患期間	非支援	37	78.30	42.028	
	支援	20	57.00	53.112	
入居期間	非支援	41	51.10	47.407	
	支援	27	50.33	65.211	

表4-33 食器洗浄・後片付けにおける属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	52	84.98	5.956	
	支援	16	85.62	6.500	
要介護度	非支援	52	3.42	1.194	F(1.66)=4.545 P<0.05
	支援	16	2.69	1.250	
HDS-R	非支援	52	5.35	5.562	
	支援	16	8.13	6.582	
ADL	非支援	52	39.23	28.446	F(1.66)=10.902 P<0.05
	支援	16	65.94	27.762	
BPSD	非支援	52	9.31	8.004	
	支援	16	7.88	8.197	
罹患期間	非支援	43	68.95	38.864	
	支援	14	76.57	67.383	
入居期間	非支援	52	48.77	44.439	
	支援	16	57.38	81.178	

表4-34 洗濯における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	55	85.44	6.109	
	支援	13	83.85	5.814	
要介護度	非支援	55	3.38	1.240	
	支援	13	2.69	1.109	
HDS-R	非支援	55	5.44	5.64	
	支援	13	8.38	6.539	
ADL	非支援	55	41.45	29.513	F(1.66)=5.509 P<0.05
	支援	13	62.69	28.549	
BPSD	非支援	55	9.02	8.552	
	支援	13	8.77	5.403	
罹患期間	非支援	47	73.09	49.579	
	支援	10	60.20	30.976	
入居期間	非支援	55	52.76	58.974	
	支援	13	42.46	31.015	

表4-35 清掃における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	56	85.16	6.184	
	支援	12	85.00	5.592	
要介護度	非支援	56	3.32	1.281	
	支援	12	2.92	0.996	
HDS-R	非支援	56	6.25	6.28	
	支援	12	4.83	5.254	
ADL	非支援	56	40.80	29.921	F(1.66)=8.527 P<0.05
	支援	12	67.5	21.899	
BPSD	非支援	56	8.91	8.569	
	支援	12	9.25	4.861	
罹患期間	非支援	46	66.89	49.463	
	支援	11	87.27	30.477	
入居期間	非支援	56	50.73	58.33	
	支援	12	51.08	34.786	

表4-36 行動上の問題における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	51	85.33	6.317	
	支援	17	84.53	5.269	
要介護度	非支援	51	3.10	1.285	
	支援	17	3.71	0.985	
HDS-R	非支援	51	6.08	5.621	
	支援	17	5.76	6.806	
ADL	非支援	51	45.69	30.183	
	支援	17	45.00	31.623	
BPSD	非支援	51	7.16	5.368	F(1.66)=12.205 P<0.05
	支援	17	14.41	11.694	
罹患期間	非支援	41	67.29	38.367	
	支援	16	79.87	64.483	
入居期間	非支援	51	49.69	42.110	
	支援	17	54.12	83.501	

表4-37 会話・コミュニケーションにおける属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	2	85.00	4.243	
	支援	66	85.14	6.114	
要介護度	非支援	2	5.00	0.00	F(1.66)=4.319 P<0.05
	支援	66	3.20	1.218	
HDS-R	非支援	2	1.50	2.121	
	支援	66	6.14	5.917	
ADL	非支援	2	5.00	7.071	
	支援	66	46.74	29.904	
BPSD	非支援	2	3.5	0.707	
	支援	66	9.14	8.074	
罹患期間	非支援	2	34.5	2.121	
	支援	55	72.15	47.206	
入居期間	非支援	2	41.00	42.426	
	支援	66	51.09	55.528	

表4-38 社会生活支援における属性比較

		N	平均値	標準偏差	
年齢	非支援	41	86.44	5.797	F(1.65)=4.322 P<0.05
	支援	26	83.38	5.96	
要介護度	非支援	41	3.27	1.342	
	支援	26	3.27	1.076	
HDS-R	非支援	41	5.56	5.509	
	支援	26	6.19	6.099	
ADL	非支援	41	43.78	30.594	
	支援	26	46.54	29.657	
BPSD	非支援	41	8.34	6.56	
	支援	26	10.27	9.91	
罹患期間	非支援	32	69.84	51.104	
	支援	24	74.08	41.513	
入居期間	非支援	41	56.54	63.077	
	支援	26	42.88	38.707	

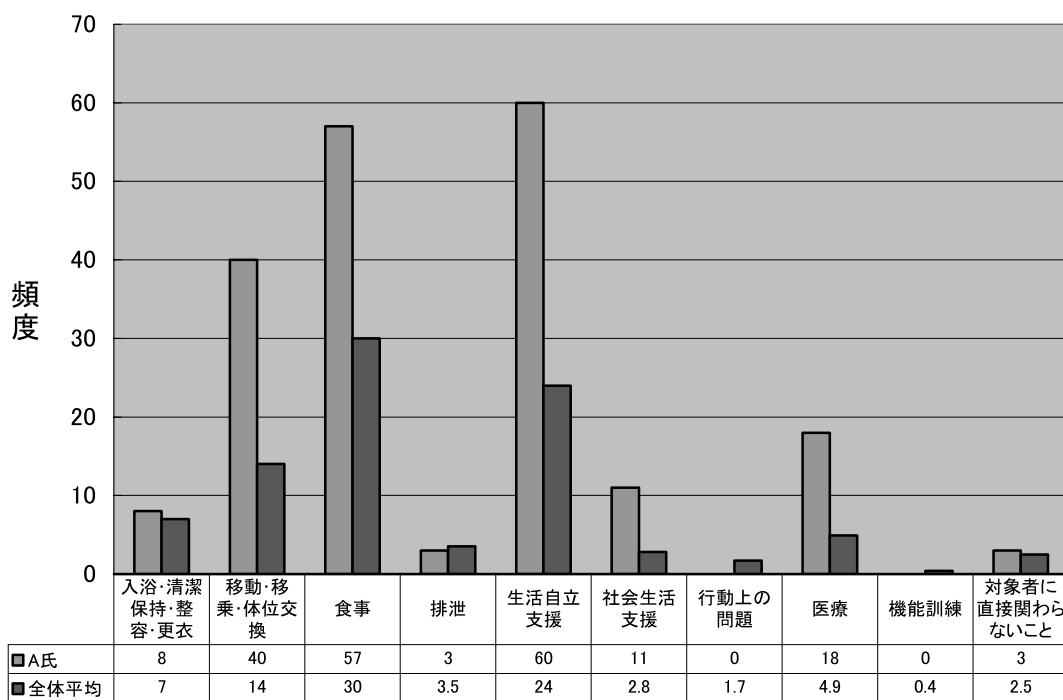


図4－16 A氏への支援行為における全体との頻度比較

表4-39 入居者A氏への介護スタッフの行動分析

場面	直接的関わり	回	間接的関わり	回
リビング	リビングでの朝の挨拶	2	朝の様子を(見て)確認	1
	牛乳を渡す	1		
	牛乳を飲むための声かけ	1		
	飲ませる	1	こぼれないよう見守り	1
朝食	朝食声かけ、挨拶	2		
	食卓起座の介助、声かけ	2		
	食事の準備、声かけ	3	食事を開始したかの確認	1
	摂食の介助、声かけ、後始末	12	食事の様子・ペースに目配り	2
	食事の談笑	1	食事が済んだかの確認	1
	食事の後始末	1		
	服薬介助、声かけ	4	服薬と一緒に	1
リビング	ズボンについて話かける	1	A氏の着衣について観察	1
	うがいの声かけ			
	隣に座り、健康チェック	2	チェックしながら目配り	2
	日常会話(買い物の話など)	2	会話しながら見守り	1
トイレ	手を握り、体を起こす	1	A氏の座っている状態に目配り	1
	スキンシップをしながら談笑	2	笑いかける	1
	トイレかどうかを尋ねる	1		
	手をつないでトイレまで往復	2		
	手洗いの声かけ	1		
おやつ	日常会話(スリッパの話)	2	A氏の足をちらりと見る	1
	おやつ誘いの声かけ	2	他者を巻き込みながらの会話	1
	膝を触りながらの会話	3	隣に座る	1
	おやつ準備、声かけ	3	水分摂取の見守り	1
	おやつ摂食介助、声かけ	3	おやつ摂食の様子に目配り	1
	会話	5		
	おやつの後始末	1		
トイレ	起きる声かけ	2	A氏の状態に目配り	1
	手をつないでトイレまで往復	2		
	トイレ介助	1		
昼食	食事の誘いの声かけ	2		
	食事の準備、声かけ	5	A氏の向かいに座りC氏の様子も伺い	1
	摂食の介助、声かけ	5	ながら見守る	
	食事の後始末	2		

	服薬介助、声かけ	4	飲みきるまでの見守り 口の中に残っていないかの見守り	1 1
トイレ	お誘いの声かけ 立位の声かけ 移動介助 日常会話	1 1 2 2	移動の見守り	2
リビング	爪きりの声かけ 爪きりの介助 爪きりの後始末 日常会話(夕飯のメニューについて) 日常会話(野鳥観察、お酒の話) 買い物へのお誘いの声かけ 日常会話 上着を着せながらの声かけ	1 1 1 1 5 1 1 1	爪きりをしながらの見守り A 氏の顔を覗き込む	1 1
買い物	乗車までの移動介助、声かけ ありがとうの声かけ 日常会話(湯豆腐の話) 車からお店までの移動介助、声かけ 会話(品物どれを選ぶか) お店から車までの移動介助、声かけ	4 2 2 5 15 10	品物を見ながら見守り	1
トイレ	誘導の声かけ 手をつないでの歩行介助	1 2	様子みている	1
調理	食品管理の声かけ(昆布を渡す) 調理へのお手伝いの声かけ 調理介助 会話 歩行介助	6 3 1 5 1	様子みている 一緒に調理をしながら見守り	1 1
夕食	食事のため、テーブルへ移動 食事の準備(鍋から器に盛る) 摂食の介助、声かけ 鍋についての会話	1 2 1 5	食事中的見守り 談笑	1 1
合計		167		33

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

認知症高齢者における環境支援の実態把握とモデル構築に関する研究
—認知症高齢者の活動に及ぼす環境支援の影響—

分担研究者 阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター）

研究協力者 大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会）

吉田 恵（社会福祉法人 幸清会）

行徳 秀和（社会福祉法人 幸清会）

小野寺 真（社会福祉法人 典人会）

研究要旨

本研究は、認知症高齢者に対する環境支援が生活活動に及ぼす影響を検討することを目的に、〇県のK施設に入居している37名の認知症高齢者を対象とし、参与観察法による約12時間の活動の観測及び対象者が入居している13ユニットとグループホーム1箇所におけるPEAP日本語版50項目による環境支援実施度の調査を実施した。分析方法は、年齢、ADL、認知機能等の高齢者属性及び環境支援実施度を説明変数とし活動頻度を目的変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行い、活動頻度への影響要因を探索的に検討した。その結果、散歩などの外出活動頻度には入居期間及びADL程度、見当識への支援実施度が影響していることが明らかとなり、雑談交流活動については認知機能、環境における刺激の質やふれあいの促進の実施度が影響し、ADLに関連した入浴、食事、排泄、移動などの行為頻度へは年齢、ADL程度、安全と安心への支援、自己選択への支援の実施度が強く影響していることが示唆され、外出、交流、基本的な生活行為を活性化しうる環境支援方略の方向性が明らかとなった。

今後の課題はADL、認知機能、年齢などの高齢者の機能別環境支援の方略を具体的にモデル化する必要性が示唆された。

A. 研究目的

近年、わが国における認知症高齢者グループホームの数は急激に増加しており、2000年10月には約700件程度であった事業所登録数が、2007年3月現在で約8800件にまで拡大している¹⁾。そして2003年には、特別養護老人ホームにおけるユニットケアの制度化が厚生労働省によって推進されている。これらの現状からここ数年の認知症高齢者を取り巻く居住環境は小規模化の方向で進んでおり、ようやく日本においても認知症ケアにおける環境支援の重要性が浸透してきていると考えられる。

高齢者の環境に関する研究は1960年代よりアメリカにおいて環境老年学という見地から蓄積が行われ、特に認知症高齢者については1990年代頃より環境評価における尺度開発という観点から研究が進んできた²⁾。代表的なものとしては Therapeutic Environment Screening Scale (TESS)³⁾、Nursing Home Unit Rating Scale(NURS)、Professional Environmental Assessment Protocols(PEAP)⁴⁾等であり、基本的な考え方としてはいずれも環境を物理的環境、社会的環境、運営的環境の3つの側面から捉えようとしている点であり、従来のハードウェアのみに焦点をあてた環境概念とは明らかに異なるものである。特にPEAPは環境を固定的で恒久的な側面と、可変可能な非固定的な側面に分けて捉えており、生活に関連した小物類やインテリア、装飾など個々の高齢者に合わせて適宜調整が可能なしつらえとしての環境面を提唱している。PEAPの日本への適用は2003年に下垣ら⁵⁾⁶⁾によってPEAP日本版3(痴呆性高齢者への環境支援指針)として作成され、同年、潮谷ら⁷⁾によって痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発が行われている。一方、環境支援の効果に関する研究は未だ質量ともに充足しているとはいえないが、近年、環境評価手法の開発とともに蓄積されつつある。児玉ら⁸⁾は環境配慮と介護職員のストレスの関係について、環境配慮への要求水準と実施状況の差異が職員のストレスを高めることを明らかにしており、特に小規模なケア環境は介護負担の増加を招く可能性も示唆した上で介護環境の質を向上するような研究の必要性を述べている。環境支援による高齢者本人への影響については、児玉ら⁹⁾によればプライバシーへの環境配慮と職員による環境調整の関わりが高い場合、高齢者本人の楽しみやくつろぎなどの肯定的表出行動が高く、環境配慮と職員の関わりの双方が伴わない場合は肯定的表出行動が低いことを明らかにしている。足立ら¹⁰⁾は、特別養護老人ホームのユニット化に伴う認知症高齢者の行動変化について調査したところ、家庭的な雰囲気のデイルームでの集まりは安定的であり、滞在場所が選択できることが他者との関わりの多様性を生じさせること、そして小規模な環境が個別的対応を容易にすることを明らかにしている。

わが国における認知症介護の方向性は、2003年に高齢者介護研究会によって報告されている「2015年の高齢者介護」によれば¹¹⁾、有する能力に応じ自立した生活を支援することを高齢者介護のビジョンとしている。つまり、認知症介護の目標は高齢者の自立した生活を、有する能力に応じて支援し尊厳をもってもらうことである。つまり、環境支援を含めた認知症介護の目的は能力を活用した生活の自立化と、高齢者自身のQOL向上であると考えられるだろう。能力を活用した生活の自立化とは、高齢者の現状の身体、精神、認知機能によって、他者からの援助や支援を伴いながら、当該の生活行為を完遂し、安定した豊かな暮らしを実現することと考えられる。

本研究では、認知症介護における主要な要素である環境に焦点をあて、環境を物理的な環境だけでなく、介護者や他者の関わりなどを社会的環境、施設の方針などを運営的環境として捉え、それらの環境支援の実施状況が高齢者の生活活動に及ぼす影響を検討することを目的としている。

B. 研究方法

1. 調査期間及び対象者

調査対象者は、〇県の特別養護老人ホーム及びグループホームを併設しているK施設に入居しており、ご本人あるいはご家族に調査同意を得た37名を対象とし(表5-1)、平成18年12月～平成19年1月中の無作為に選定した日の起床時から就寝時までの約12時間の活動を参与観察にて記録した。

K施設は昭和53年に開設した定員100名の特別養護老人ホームであり、平成18年に14ユニットを備えた新型特別養護老人ホームとして新設している。敷地面積36,117㎡、建物面積8,621㎡で、特別養護老人ホーム部分の面積が7,940㎡、個室が130室(1室19.25㎡)、全室完全個室の大規模な老人ホームである。施設の理念は「個々の尊重」、「自立支援」、「プライバシーの完全保護」を重点としており、1ユニット内にリビング、キッチン、浴室を完備しパブリックスペースには地域交流ホール、小ホール、機能回復訓練室、売店、美容院、託児施設を備えている。グループホームは施設に離れて隣接し、瓦葺の平屋建てで9室の1ユニット型である。

施設全体に共通している環境設備は、床材は衝撃を緩和できる素材、玄関には消毒用ポンプが必須、施設外の遊歩道、中庭、テラス等と一体化した造り、屋外広場の確保、露天風呂の設置、小談話スペースの確保、喫茶店設置、礼拝室設置等である。介護職員配置は、特養、グループホームとも看護職員と介護職員を合わせて2.5:1、介護職員のみで2.7:1の配置となっている。

2. 調査方法

1) 調査内容

(1) 高齢者の活動実態調査

① 活動の定義

活動という概念はとても広範でありアクティビティ、作業、行為、動作などの用語と同義で使われる場合も多い。ICF¹²⁾ではactivityを活動とし課題や行為の個人における遂行であると定義している。是枝ら¹³⁾は特別養護老人ホームにおける高齢者の創作活動について、生活の中で高齢者が主体的に楽しみを見いだすその人らしい生きがい活動をアクティビティと名づけている。村木ら¹⁴⁾は認知症高齢者に対する作業療法の観点から「作業」の分類を、生きるための「身辺活動」、社会的に必要な義務作業である「仕事」、自由な時間における作業である「余暇活動」として3つに大別し、これらの実践を通して1人の人間の自律を目標とするのが作業療法の広義の意味であると述べている。本研究で取り扱う「活動」は高齢者が生活上実施している行為、作業の全てを含み、村木らの分類を参考に、入浴や排泄、食事等に関する生活遂行のための基本的な生活行為、家事・炊事や水遣りなど生活の管理を遂行するための生活義務活動、うるおいある生活を実現するための趣味余暇活動を活動として捉え、単な

る振る舞いや動き、行為も含めて広義の活動とし調査の対象とした（参考資料1）。

② 符号化基準

調査によって観測された活動あるいは行為は、先行研究を参考にあらかじめ分類した活動分類基準に従い符号化を行った。符号については、基本的な生活行為、生活関連の義務活動、趣味余暇活動、その他の活動として4つに分類し、さらに4分類の中で行為の目的や意味に応じて分類を行い活動コードを設定した。観測された行為あるいは活動が活動分類コードの中に該当しない場合は新たに活動コードを増やし活動分類基準を修正していった。活動の分類およびコード設定については研究者2名が先行研究を参考に実施した。

（2）環境支援調査

① 環境支援の測定

本研究における環境支援に関する測定は近年、認知症高齢者の施設環境評価のための尺度として開発が行われその有用性が検証されている認知症高齢者施設環境配慮尺度日本語版（PEAP）を採用した。従来より高齢者のための施設サービスや施設環境に関する評価については先行研究が多数行われてきているが、物理的な環境を主に扱うものが多く、あるいは認知症に特化した環境評価については充実しているとは言い難いのが現状である。PEAPは1990年代以降、国外において開発されてきた認知症高齢者の環境評価に焦点をあてた評価尺度および環境指針であり、最近では児玉らにより日本語版の開発が実施され検証が進められてきている。

PEAP日本語版は全部で50項目の質問から構成され、8つの次元9分類の下位項目で分類されそれぞれの下位分類ごとの平均点を算出する。8次元、9つの下位分類（「環境における刺激の調整と質」は1次元であるが、項目としては「環境における刺激の調整」と「環境における刺激の質」に分けている）は、「能力への支援」、「環境における刺激の調整」、「環境における刺激の質」、「生活の継続性への支援」、「プライバシーの確保」、「自己選択への支援」、「ふれあいの促進」であり、「かなり実施されている」、「まあまあ実施されている」、「あまり実施されていない」、「まったく実施されていない」の4件法にて実施度を評価するものである。採点は「かなり実施されている」を4点とし、「まったく実施されていない」を1点として下位分類ごとに平均点を算出する。

2）調査手続き

（1）高齢者の活動実態調査

高齢者の活動調査については、調査期間中の1日を選択し、1ユニットから調査の協力同意を得た高齢者を1名選び、起床時から就寝時までの日中約12時間について調査員1名がユニット内に常駐し、所定の調査記録票に活動生起時刻、活動の

内容をあらかじめ設定している活動分類コード表を参考に記述にて記録した。調査日の選定については、今回の研究の主旨が生活における活動の実態把握を目的としているため、できるだけ特別な行事や祭事の無い標準的な日課を調査日として選択した。調査員はあらかじめ調査日前に活動分類コード表の説明を受け、記録のトレーニングを半日ほど実施している。これらの調査を、施設全14ユニット中13ユニットおよび、グループホーム1箇所に入居している37名の高齢者について実施している。調査日は意図的にユニットごとに異なる日を選び、日課によるバイアスを考慮した。

調査の性質上、高齢者の生活場面への参与調査であるためプライバシーの問題には細心の注意を払い、浴室内、トイレ内については観察困難なため介助者に質問して調査を実施し、移動については可能な限り追跡して調査しているが外出など観察困難な場合は記録を中止し、観察可能な場面から再開している。

(2) 環境支援調査

環境支援の実施度に関する調査は、全14ユニット中調査対象者が入居している13ユニットおよびグループホーム1箇所について、各担当職員にPEAPの50項目の実施度について4件法にて回答を依頼した。

3) 分析方法

活動実態については、活動の実施人数について37名中の実施割合を算出し、PEAP得点については下位次元ごとに施設全体及びユニットごとの平均点を算出した。活動の実施頻度とPEAP得点の相関についてはPearsonの積率相関係数を、活動の実施頻度へのPEAP下位次元ごとの平均得点、高齢者属性の影響については重回帰分析を実施した。分析にはSPSS統計解析パッケージver12.0 for Windowsを使用した。

(倫理面への配慮)

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症高齢者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

C. 結果と考察

1. 調査対象者の属性

1) 性別割合

本調査における対象者の性別割合は、調査対象者37名中、男性8名(21.62%)、女性29名(78.38%)であり、8割弱が女性の入居者とはほぼ男性の4倍となっている(表

5-2及び図5-1)。

2) 要介護度別割合

本調査対象者 37 名中の要介護度別割合は、要介護度Ⅰが 4 名 (10.81%)、要介護度Ⅱが 3 名 (8.11%)、要介護度Ⅲが 10 名 (27.03%)、要介護度Ⅳが 9 名 (24.32%)、要介護度Ⅴが 11 名 (29.73%) であり、要介護度Ⅲ以上で全体の約 8 割程度を占めており要介護度はやや重度の傾向がみられる (表 5-3 及び図 5-2)。

3) 認知症の種別割合

本調査対象者 37 名中の認知症種別割合は、アルツハイマー型が 3 名 (8.11%)、脳血管型が 18 名 (48.65%)、不明が 16 名 (43.24%) であった。脳血管型が全体の約半数を占め、アルツハイマー型が 1 割弱と少ない傾向がみられた。不明の内訳はほぼ全てが老年期認知症であり、正式には病名としては原因が不明なため不明として扱っている。しかし、全体の 4 割強が不明ということから未だ認知症の正確な診断がされていない傾向を示す傾向が示唆された (表 5-4 及び図 5-3)。

4) 調査対象者の属性の平均

表 5-5 は本調査対象者 37 名の年齢、要介護度、HDS-R 得点、Barthel Index 得点、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入居期間の平均値を示したものである。調査対象者の平均年齢は 85.30 歳 (SD5.76) で、最若年齢 71 歳、最高年齢 94 歳と幅広い年齢層であり、ほぼ日本の平均寿命と同様であった。要介護度については平均 3.54 (SD1.30) とやや重度の傾向がみられ、認知症の程度については HDS-R 得点の平均が 7.27 点 (SD6.15)、最低点が 0 点、最高点が 19 点であった。本調査対象者は平均点から考慮すると認知症はやや重度の集団であることが示唆される。Barthel Index 得点の平均点は 35.54 点 (SD29.55) であり、最低得点が 0 点、最高得点が 85 点と非常に分布が広く、全体的な傾向として平均点が 40 点以下であるので基本動作に部分介助から全介助を要する集団と考えられる。BEHAVE-AD 得点の平均は 10.41 点 (SD9.56) であり最低点が 0 点、最高点が 42 点であった。全体的に BPSD の程度はそれほど高くない集団といえるだろう。認知症の平均罹患期間は 59.38 ヶ月 (SD47.76) であり最短で 1 ヶ月、最長で 252 ヶ月とばらつきが広いといえる。入居期間の平均は 48.11 ヶ月 (SD65.07) であり、最短 1 ヶ月、最長が 329 ヶ月と対象施設の開設年数に比例して入居期間の分布は広い傾向にある。

全体的に本調査の対象者は年齢がやや高く、認知症程度は重く、要介護度もやや重度、ADL も重度、入居期間にはばらつきがみられ BPSD の程度はやや低く認知症も ADL も重度であるが、落ち着いた集団である傾向が伺える。

2. 認知症高齢者施設環境配慮尺度 (PEAP) の結果

1) ユニット及び施設全体における環境支援の傾向

本調査対象者 37 名が入居しているユニット及びグループホーム 14 カ所について認知症高齢者環境配慮尺度 50 項目を使用し、環境支援の実施度について 4 件法にて評

価を実施した。表 5－6 及び図 5－4 は 9 次元の下位尺度別に各ユニットごとの平均点をあらわしたものである。全体的な傾向としては各ユニットによって非常にばらつきがみられているが、ユニット S 1、S 2、S 3、S 4、S 5、T 4、M 3、M 4 において見当識への支援に関する得点が最も低く、グループホーム、ユニット S 1、S 2、S 3、S 4、S 5、S 6、T 4、M 2 においてプライバシーの確保に関する得点が最も高い傾向がみられる。それ以外では、ユニットごとのばらつきが大きくユニットによって環境支援の実施度に差があることが明らかとなった。施設全体としては、最も得点が低いのが見当識への支援 2.70、最も高かったのがプライバシーの確保 3.72 であり、それ以外は全て 3 点強でありほぼ近似した値であった。(図 5－5)

見当識への支援は、迷いにくい廊下の作り、わかりやすいインテリア、目印、カレンダーや時計の配置等の実施であり、特に見当識の障害に応じた環境整備が十分ではないことが示唆された。一方、プライバシーの確保については対象施設がユニット型の老人ホームであることも影響し、実施率が高い結果と考えられる。

プライバシーの確保については、居室入室の際のロック実施、居室の扉開閉の自由、居室からの退出の誘導、入浴時のプライバシーへの配慮、小規模な食堂やテーブルの有無等の実施度合を測定したものであり個別ケアの実施率が高い結果となった。

3. 活動分類別実施傾向

調査対象者 37 名における起床時から就寝時までの活動について、活動分類コードに基づき集計し、活動の有無と活動頻度の平均値を算出し活動分類別に活動傾向を検討した。

1) 活動の実施割合

(1) 基本的な生活行為の実施割合

対象者 37 名中の活動分類別実施割合については表 5－7 及び図 5－6 を参照すると、食事は 37 名 (100%)、移動は 31 名 (83.8%)、水分摂取が 31 名 (83.8%)、おやつ等の摂取が 26 名 (70.3%)、排泄行為が 20 名 (54.1%)、起居・臥床に関する行為が 20 名 (54.1%)、洗面行為が 20 名 (54.1%)、服薬が 19 名 (51.4%) でありほぼ半数以上の高齢者が実施している活動であった。最も少ない実施活動は鼻をかむ 1 名 (2.7%)、つめ切り 1 名 (2.7%)、髭剃り 4 名 (10.8%)、口腔ケア 5 名 (13.5%)、更衣 9 名 (24.3%)、うたたね等の睡眠 11 名 (29.7%)、入浴 11 名 (29.7%) であった。

基本的な生活行為については食事、排泄等はほぼ全員が実施しているは当然であり、排泄の実施人数が少ないのは調査実施上プライバシーの問題もありトイレ内での観察調査に制限があったため調査記録から漏れている可能性が高いためである。入浴については、高齢者自身の自発行為というよりは施設における入浴日との関連や、調査実施上の制限から入浴中の観察記録が困難であったため調査記録から漏れてしまい、実施割合が減ってしまったためと考えられる。特徴としては、服薬や洗面の実施率がほぼ半数であり、更衣の実施割合が 1 / 4 とやや少ない傾向が見られた。

(2) 生活関連活動の実施割合

生活関連活動については、表 5－8 及び図 5－7 を参照すると食事の後かたづけの実施率が 54.1%と半数以上が食事の後かたづけは実施しており認知症高齢者にとっての重要な活動の 1 つであることが伺える。それに対して食事の準備は 21.6%と 1／5 の実施率であり認知症高齢者にとっては食事の準備は後かたづけに比較して困難か、施設として推奨していない傾向が見られた。洗濯の取り込みが 27.0%と 1／4 の実施率でありやや実施率が高い傾向が見られている。掃除や部屋の整理・整頓は比較的实施率が低く 1 割未満となっていた。これらの結果から、グループホーム、ユニットにおける認知症高齢者は有する能力を活用して生活の中で継続できる事を実施する事が活動の特徴であるが、食事の後かたづけや洗濯の取り込み行為の実施率が高く生活活動の中でも比較的限定された活動を実施している傾向が見られている。

(3) 趣味余暇活動の実施割合

趣味余暇活動については非常に多様な内容になっており 27 種類の活動に分類された（表 5－9 及び図 5－8）。最も実施率が高いのは他者との会話 97.3%であり、双方向的なものだけでなく一方向的なものも含んでいる。次いでテレビ鑑賞 73.0%、よこになっている 62.2%、反応する（アイコンタクトなど）59.5%でありこれらの活動はほぼ半数以上の高齢者が実施していた。全体的な傾向としては、特別なレクリエーションや趣味活動は少なく生活の中で自然に行う行為が多い傾向でありグループホームやユニットケアの特性を反映した結果となった。

(4) その他の活動実施割合

その他の活動については、表 5－10 及び図 5－9 を参照すると全体的に実施割合は高くないが、比較的多いのは独語 27.0%、周囲を頻繁に見回す 27.0%と認知症に伴う行動・心理症状に関するものであった。それ以外の特徴は職員の手伝い 10.8%、他の高齢者の介助 8.1%と他者に対する援助行為が少なくない傾向が見られた。

(5) 活動分類別割合

全 65 種類の活動について活動分類表を参考に 16 種類に分類し実施の有無を集計した。その結果、活動分類別の実施割合は表 5－11 及び図 5－10 を参照すると基本的な生活行為は全員実施されており、雑談や交流に関する活動が 97.3%、くつろぎに関する活動が 91.9%、身の回りの生活管理に関する活動が 81.1%、家事に関連する活動が 59.5%、意味不明な行動が 51.4%であり、これらの活動や行動は対象者の半数以上が実施していた。一方、趣味活動は 2.7%、屋内作業 2.7%、信仰に関する活動 8.1%と実施割合が少ない傾向が見られている。

全体的な傾向として、生活に直結する行為や、身の回りの生活管理に関する活動を実施しながら、会話を楽しんだりくつろいでいることが多く、認知症に伴う行動・心理症状がまれにある傾向が伺える。趣味に関連した活動や家事でも雑用的な活動、

リクリエーション活動などの実施割合は少ない傾向がみられ、本調査対象施設及び本調査対象者の傾向として、基本的な生活行為と会話、くつろぎが主な1日の活動の大部分を占める結果となった。

2) 活動分類別実施頻度

(1) 1日あたりの活動分類別平均頻度

対象者37名における1日に実施した活動別の平均回数を示したものが表5-12及び図5-11である。16種類の活動分類別にみると、最も実施回数が最も多いのは雑談や交流に関する活動であり25.3回(SD23.24)であった。次いで基本的な生活行為20.0回(SD11.57)、くつろぎに関する活動12.2回(11.10)と、いずれも標準偏差が高く非常にばらつきが見られている。それ以外の活動については最大値も少なく実施割合の低さも関連し実施回数は多くない傾向が見られている。

(2) 雑談交流活動に関する行為の平均回数

活動分類別の活動回数で最も多かった雑談交流に関する活動の内訳を見ると(図5-12)、他者との会話が18.0回と最も多く、次いでアイコンタクト6.8回であり、ほぼ雑談交流の大部分は他者との会話で占められている。つまり、入浴や排泄、食事に関する活動以外はほぼ職員や他の高齢者との会話が1日の主な活動であることが明かとなった。

4. 高齢者属性と認知症高齢者施設環境配慮尺度(P E A P)得点との相関

調査対象者が入居しているユニット及びグループホームの認知症高齢者施設環境配慮尺度における9項目の下位尺度得点と、対象者の属性との相関についてPearsonの相関係数を算出したところ(表5-13)、年齢と「生活の継続性への支援」間で-0.34($p<0.05$)、長谷式簡易知能スケールと「プライバシーの確保」間で-0.33($p<0.01$)、Barthel Indexと「環境における刺激の調整」間で-0.33($p<0.05$)、「生活の継続性への支援」で-0.47($p<0.01$)、「プライバシーの確保」で-0.59($p<0.01$)、「自己選択への支援」で-0.42($p<0.01$)、「ふれあいの促進」で-0.40($p<0.01$)、P E A P全体で-0.45($p<0.01$)の相関が認められた。いずれも負の相関であり、高年齢になるほど「生活の継続性への支援」得点が低く、認知症が重度になるほど「プライバシーの確保」得点が高く、ADL能力が低くなるほど「環境における刺激の調整」「生活の継続性への支援」「プライバシーの確保」「自己選択への支援」「ふれあいの促進」得点が高くなる傾向が認められた。つまり、認知症の程度が重度になるほどプライバシーの確保の実施度が高い傾向にあり、ADL能力が低いほど環境における刺激調整や生活継続性への支援やプライバシーの確保、自己選択への支援、ふれあいの促進に関する環境配慮を実施する傾向が強い傾向が明かとなった。特にADLと環境支援の実施度との負の相関が高くADL能力が低いほど環境支援の実施度が高いことが明らかとなり、環境支援とADL程度との相関が高い傾向がみられた。年齢と「生活の継続性へ

の支援」との相関では、年齢が低いほど「生活の継続性への支援」実施度が高まる傾向が示唆されたが、このことはおそらく高年齢になるに従い生活に関連する活動が減少し援助の中でもADLに直接関係した介護行為が増えるとともに家事行為などの生活関連の活動が減少し生活の継続性を考慮した支援行為の機会も減少するためと考察できる。認知症の程度と「プライバシーの確保」実施度との相関からは、認知症が進行し認知機能が低下することで自分の居室確保などプライバシーに関する自己制御が困難になってくることが予測されるためであり、認知能力の低下とともに他者によるプライバシー確保のための支援がより必要となってくるためと考えられる。

5. 高齢者の活動頻度に及ぼす環境支援の影響について

本研究では高齢者の属性及び環境支援方法が認知症高齢者の活動に与える影響を検討するため、目的変数を活動分類別の頻度、説明変数を高齢者属性（年齢、入居期間、HDS-R得点、BEHAVE-AD得点、Barthel Index得点、認知症の種類、認知症の罹患期間、要介護度）、認知症高齢者施設環境配慮尺度（PEAP）の下位尺度8次元9分類における実施度の平均得点（機能的な能力への支援、自己選択への支援、見当識への支援、生活の継続性への支援、プライバシーの確保、環境における刺激の調整、安全と安心への支援、ふれあいの促進、環境における刺激の質）とし、ステップワイズ法による重回帰分析を実施した結果、外出活動について「入居期間」、「Barthel Index」、「見当識への支援」の3変数、雑談交流活動について「HDS-R得点」、「環境における刺激の質」、「機能的な能力への支援」、「ふれあいの促進」の4変数、基本的な生活行為について「年齢」、「Barthel Index」、「入居期間」、「安全と安心への支援」、「自己選択への支援」の5変数が選択された（表5-14）。

1) 外出活動への影響要因について（表5-15及び図5-13）

外出活動の頻度を目的変数、「入居期間」、「Barthel Index」、「見当識への支援」を説明変数とした時の決定係数は0.75、自由度調整済決定係数0.73であり重回帰式のあてはまりは比較的よいと考えられる。3つの変数の標準化係数 β は「入居期間」が0.77、「Barthel Index」が0.24、「見当識への支援」が0.40であり、外出活動の頻度について入居期間の長い事、ADLの能力が高い事が影響している事が示唆された。環境支援については9次元中「見当識への支援」の実施度が高い事が外出活動の頻度を高める傾向にあることが示唆された。

見当識への支援は場所・時間の見当識障害を補助する環境整備として目印の多様、空間の小規模化、わかりやすい廊下、インテリアなどの変化、家具の演出、定時の活動支援であるがこれらの実施率が散歩などの外出活動の頻度を高める可能性が示唆され、高齢者の属性としてADLの機能が低い方に限定される傾向が明らかとなった。入居期間の長さについては施設内での居場所づくりが安定し、生活圏が屋内

から屋外へ拡大化している事が予測される。

本調査における外出活動は主に散歩活動が主であるが37名中の実施率は6名であり実施率が高い活動とは言い難い。今回観測された散歩活動は高齢者が主体的に散歩に外出している活動のみではなく職員からの誘発による散歩活動も含んでいる。つまり、ADL程度が軽度の方と入居期間の長い高齢者への散歩あるいは買い物への誘導支援が多くなる可能性を視野に入れるべきであろう。

2) 雑談交流活動への影響要因について（表5-16及び図5-14）

雑談交流活動の頻度を目的変数、「HDS-R得点」、「環境における刺激の質」、「機能的な能力への支援」、「ふれあいの促進」を説明変数とした時の決定係数は0.73、自由度調整済決定係数は0.70であり、雑談交流活動の頻度はこれらの4変数によって70%は説明される結果となった。4つの変数の標準化係数 β は「環境における刺激の質」が0.55、「HDS-R得点」が0.51、「機能的な能力への支援」が-0.39、「ふれあいの促進」が0.42であった。これらの結果から、認知機能が低下している高齢者ほど会話やスキンシップなど雑談交流活動の頻度が高まる事が予測され、環境における刺激の質を高めたり、ふれあいの促進を遂行するほど、そして逆に浴室、トイレの個別化や台所の専有化、庭や屋上の設置をしないほど他者との雑談交流頻度が増加することが予測される結果となった。つまり、認知能力が高い事や、個別活動を促進する環境を整備することは他者と交流頻度を減少しうる可能性が高く、認知能力が低い事や交流促進支援、会話を促進する椅子の設置、活動を傍観する場の設定、交流の場の設定、ラウンジの設定などのふれあい促進の取り組みや、室内の明るさの調整、香りの調整、インテリアの統一性、なじみのある装飾品の設置、日常生活への音楽の導入等の刺激調整を行う事が認知症高齢者の雑談交流頻度を高める重要な要因であることが示唆された。つまり、個別化を推進することは他者との交流機会を減らす可能性が高く、交流の回数のみから考慮すれば共有スペースやふれあいの促進を実施することは交流を増加させる要因となることが示唆された。しかし、単純に会話や交流が多い事が高齢者にとって必ず良いことかどうかは検討の余地がある。交流や会話の質といった点から個別化の効果を検証する必要があるだろう。あるいは個室化や個別化などプライバシーの確保などの環境支援を充実する際には必ず他者との交流機会を適度に促したり、確保するようなふれあいの促進に関する支援を徹底する必要があるだろう。そして、本研究において観測された会話行為は高齢者からの自発的な発話のみを対象としたわけではなく、職員側からの発話も含んでいるため、認知機能の低下している高齢者への声かけ頻度の増加も影響していることが考えられる。

3) 基本的な生活行為への影響要因について（表5-17及び図5-15）

基本的な生活行為の頻度を目的変数、「年齢」、「Barthel Index」、「入居期間」、「安全と安心への支援」、「自己選択への支援」を説明変数とした時の決定係数は0.61、自由度調整済決定係数は0.55であり、5変数による基本的な生活行為頻度へ説明率は55%とやや高い傾向が認められた。5つの変数の標準化係数 β は「安全と安心への支援」が0.44、「Barthel Index」が0.77、「自己選択への支援」が0.36、「年齢」が-0.34、「入居期間」が0.25であった。これらの結果からADL能力の高さ、年齢の低さ、入居期間の長さが食事、排泄、移動、入浴等の基本的な生活行為の頻度に影響している事が明らかとなった。しかし、食事や排泄、入浴の頻度はADLの程度と関係なく1日に実施する回数はほぼ一定であるため、今回の基本的な生活行為の頻度はほぼ移動の回数や水分摂取、おやつ摂取などの回数に依存していると考えられる。年齢が若く、ADL能力が高ければ基本的な生活行為の回数は増加する傾向がみられる事が示唆された。環境支援については安全な建物構造や出入り口の監視、危険な物の排除、床の材質の調整、角を無くし丸くするなどの安全や安心への支援の実施度及び就寝時間の選択、居室環境調整の選択、居室形態の選択、食事の選択、衣服の選択など自己選択の機会の増加が基本的な生活行為の活性化に影響していることが予測された。安全が確保され、自分で選択する機会に富んだ生活環境によって、生活の基本的な活動が活発化され自発的な行為が増加してくることが予測される。

D. 結論

本研究は、環境支援の実施状況が高齢者の生活活動に及ぼす影響を検討することを目的とし、特別養護老人ホーム及びグループホームを併設しているK施設に入居している37名の認知症高齢者について、起床時から就寝時までの約12時間の活動を参与観察にて記録した。平行して環境支援の実施度について、全14ユニット中調査対象者が入居している13ユニットおよびグループホーム1箇所について、PEAP日本語版における「能力への支援」「環境における刺激の調整」「環境における刺激の質」「生活の継続性への支援」「プライバシーの確保」「自己選択への支援」「ふれあいの促進」の9分類について50項目の環境支援実施度を調査し、年齢、ADL、認知機能等の高齢者属性及び環境支援実施度による活動頻度への影響について重回帰分析によって探索的に検討した。その結果、散歩などの外出活動頻度は入居期間が長くADL程度が軽い方が多く実際されており、環境支援としては見当識への支援によって、屋内での生活が安定化し外出などの活動頻度が高まる傾向が示唆された。雑談交流活動については認知能力が軽い方が会話数が多く、環境支援についても環境における刺激の質やふれあいの促進の実施度によって雑談交流の頻度が活性化されることが示唆された。ADLに関連した入浴、食事、排泄、移動などの行為は年齢やADLの程度による影響を強く受けるが、安全と安心への支援や自己選択への支援の実施度によって自立行為の向上が予測される事が明らかとなり、外出、交流、基本

的生活行為を活性化しうる環境支援方略の方向性が明らかとなった。今後の課題としては、本研究における活動頻度は、高齢者の自発的行為と職員からの支援によって誘導された行為の双方を含んでいるため、高齢者自身の活動の活性化への影響要因と、職員の活動支援行為の活性化に影響する要因が混在している可能性があり、行動観測における高齢者の自発性に関する観測精度を高める必要があるだろう。

E. 参考文献

- 1) 独立行政法人医療機構ホームページ、介護事業者情報、 <http://www.wam.go.jp/wam/>
- 2) 松永公隆、児玉桂子、足立啓、ほか：アメリカにおける痴呆性高齢者環境評価尺度の開発動向. 純心現代福祉研究, (6):41-50(2000)
- 3) 児玉桂子、足立啓、長倉真寿美、ほか：痴呆性高齢者のための環境評価尺度の開発と適応に関する研究(3) ; 痴呆性高齢者のための治療的環境に関する評価項目の研究. 厚生科学研究費補助金効果的医療技術確立推進臨床研究事業 15 年度報告書 (痴呆性高齢者にふさわしい生活環境に関する研究)、106-132, 日本社会事業大学, (2004)
- 4) Weiman GD, Lawton MP, Slane PD, et al: The professional environmental assessment protocol. School of architecture, University of Wisconsin at Milwaukee(1996)
- 5) 下垣光、児玉桂子、秋葉直子、ほか：痴呆性高齢者ケアにおける環境を活かした支援に関する研究 ; 日本版の研究から. 日本社会事業大学研究紀要, 49:215-227(2003)
- 6) 下垣光、児玉桂子、影山優子、ほか：環境支援指針の作成と活用上の課題. 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり、66-78、彰国社、東京 (2003)
- 7) 潮谷有二、児玉桂子：痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と活用方法 (児玉桂子、足立啓、下垣光、ほか編) ; 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり. 104-118, 彰国社、東京(2003)
- 8) 児玉桂子、原田奈津子、潮谷有二ほか：痴呆性高齢者への環境配慮と職員のストレス. 平成 11~12 年度科学研究費補助金報告書 (痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と有効性に関する長期的評価研究) . 93-102, 日本社会事業大学 (2001)
- 9) 児玉桂子、秋葉直子、潮谷有二ほか：痴呆性高齢者の行動に影響を及ぼす環境の次元に関する研究 ; 物理的環境と職員の関わりの検討. 厚生科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業平成 13 年度報告書 (在宅痴呆性高齢者の環境適応の円滑化と介護負担軽減のための居住支援プログラムの開発に関する研究) . 14-20, 日本社会事業大学 (2002)
- 10) 足立啓、植野知津子、村上綾江ほか：痴呆ユニットのケア環境が入居者の行動と滞在場所に与える影響 ; K 老人保健施設を事例として. 厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業平成 13 年度報告書 (在宅痴呆性高齢者の環境適応の円滑化と介護負担軽減のための居住支援プログラムの開発に関する研究) . 5-13, 日本社会事業大学(2002)
- 11) 高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護. 高齢者介護研究会報告書. (2003)
- 12) 世界保健機関 (WHO)：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—、中央法規、2003

- 13) 是枝祥子：特別養護老人ホームにおけるアクティビティの必要性、高齢者のケアと行動科学、Vol. 2;27-35 (1995)
- 14) 村木敏明・坂田美紀：日本における痴呆性高齢者に対する作業療法、日本痴呆ケア学会誌、2 (1);17-22 (2003)

表5—1 対象ユニット別対象人数

ユニット名	対象人数	割合
ユニットS1	3	8.11%
ユニットS2	2	5.41%
ユニットS3	1	2.70%
ユニットS4	3	8.11%
ユニットS5	2	5.41%
ユニットS6	2	5.41%
ユニットM1	4	10.81%
ユニットM2	2	5.41%
ユニットM3	2	5.41%
ユニットM4	2	5.41%
ユニットT1	3	8.11%
ユニットT2	2	5.41%
ユニットT3	2	5.41%
GH	7	18.92%
施設全体	37	100.00%

表5—2 調査対象者の性別割合

	人数	割合
男性	8	21.62%
女性	29	78.38%
合計	37	100.00%

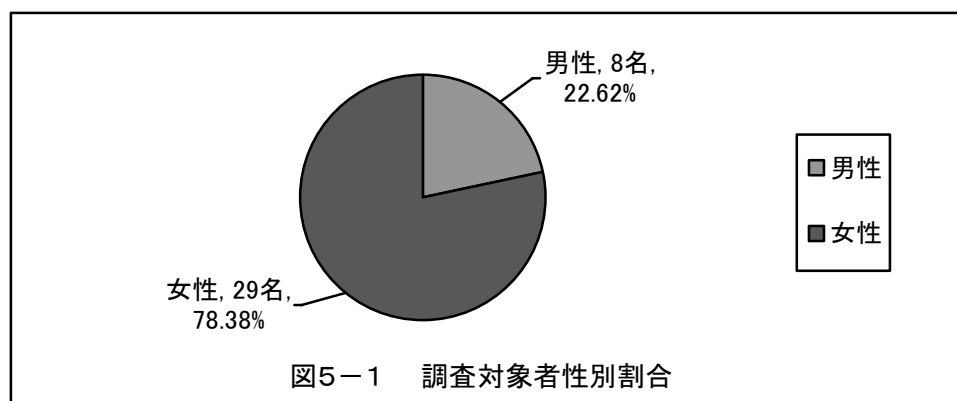


表5－3 調査対象者の要介護度別割合

要介護度	人数	割合
I	4	10.81%
Ⅱ	3	8.11%
Ⅲ	10	27.03%
Ⅳ	9	24.32%
V	11	29.73%
合計	37	100.00%

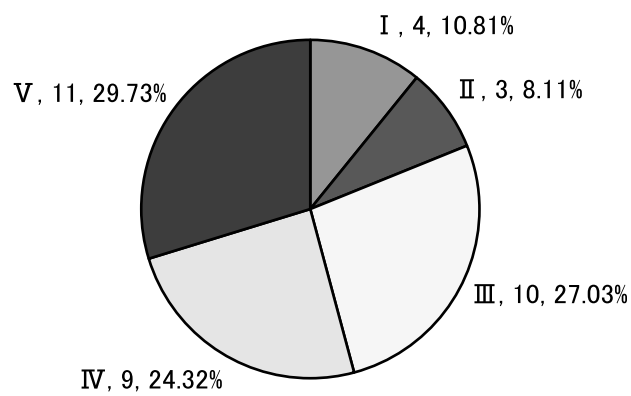


図5－2 調査対象者の要介護度別割合

表5－4 調査対象者の認知症種別割合

認知症種	人数	割合
アルツハイマー型	3	8.11%
脳血管疾患型	18	48.65%
不明	16	43.24%
合計	37	100.00%

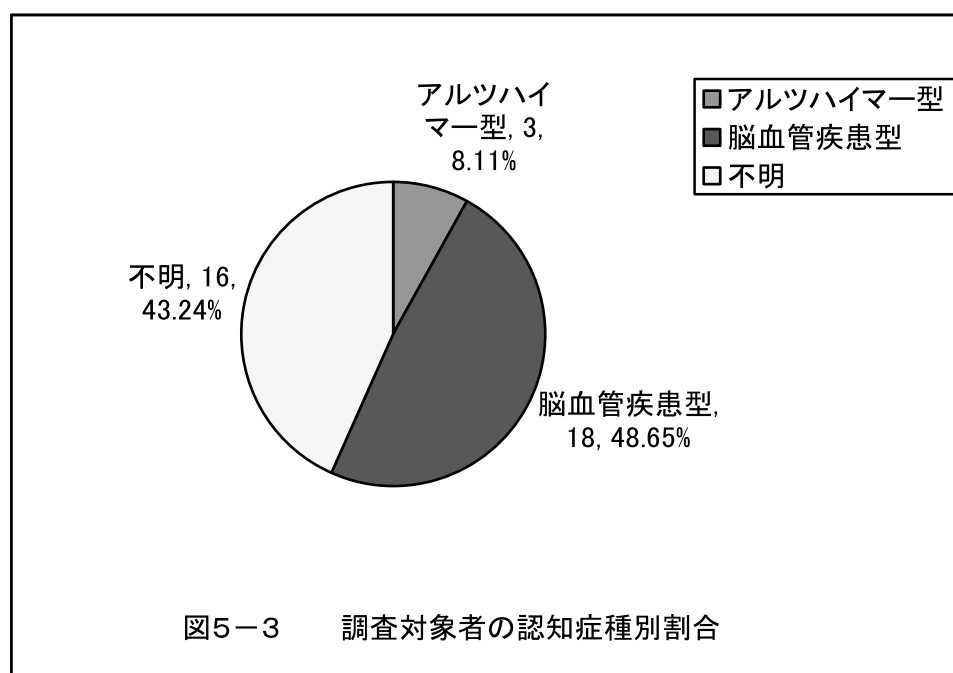
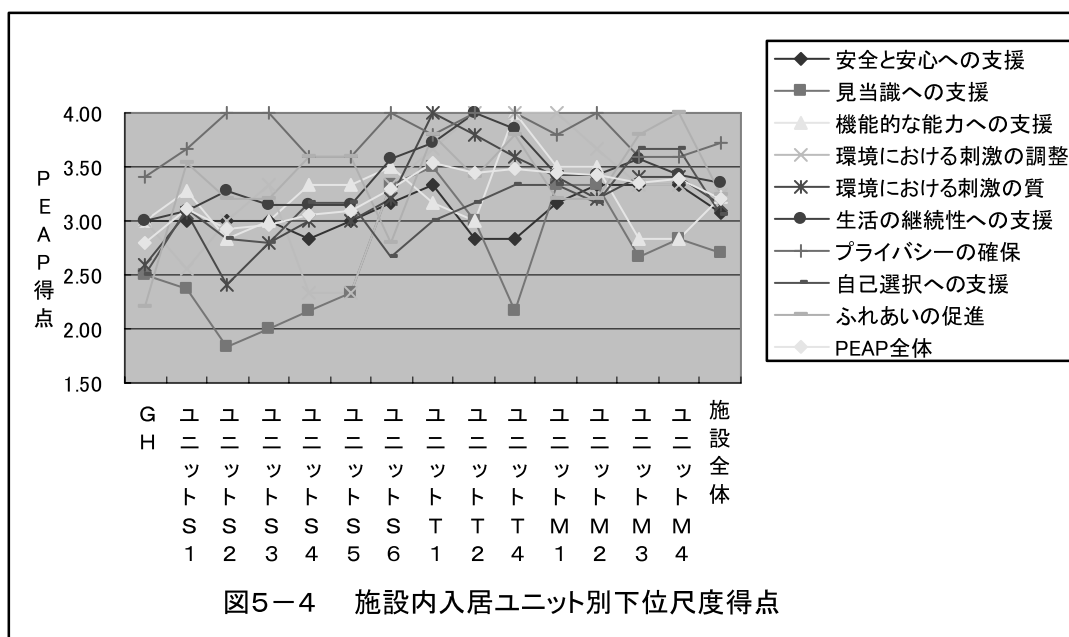


表5－5 対象者属性の平均値(N=37)

属性	平均値		標準偏差	最小値	最大値
年齢	85.30	歳	5.76	71	94
要介護度	3.54		1.30	1	5
HDS-R 得点	7.27	点	6.15	0	19
Barthel Index	35.54	点	29.55	0	85
BEHAVE-AD 得点	10.41	点	9.56	0	42
認知症の罹患期間	59.38	ヶ月	47.76	7	252
入居期間	48.11	ヶ月	65.07	1	329

表5-6 各ユニットにおける下位尺度の平均点

入居ユニット	安全と安心への支援	見当識への支援	機能的な能力への支援	環境における刺激の調整	環境における刺激の質	生活の継続性への支援	プライバシーの確保	自己選択への支援	ふれあいの促進	PEAP全体
GH	3.00	2.50	3.00	3.00	2.60	3.00	3.40	2.50	2.20	2.80
ユニットS1	3.00	2.38	3.28	2.56	3.07	3.10	3.67	3.11	3.53	3.11
ユニットS2	3.00	1.83	2.83	3.00	2.40	3.29	4.00	2.83	3.20	2.92
ユニットS3	3.00	2.00	3.00	3.33	2.80	3.14	4.00	2.80	3.20	2.96
ユニットS4	2.83	2.17	3.33	2.33	3.00	3.14	3.60	3.17	3.60	3.06
ユニットS5	3.00	2.33	3.33	2.33	3.00	3.14	3.60	3.17	3.60	3.10
ユニットS6	3.17	3.33	3.50	3.33	3.20	3.57	4.00	2.67	2.80	3.30
ユニットT1	3.33	3.50	3.17	3.67	4.00	3.71	3.80	3.00	3.80	3.54
ユニットT2	2.83	3.00	3.00	4.00	3.80	4.00	4.00	3.17	3.40	3.44
ユニットT4	2.83	2.17	4.00	4.00	3.60	3.86	4.00	3.33	3.80	3.48
ユニットM1	3.17	3.33	3.50	4.00	3.40	3.43	3.80	3.33	3.20	3.44
ユニットM2	3.33	3.33	3.50	3.67	3.20	3.43	4.00	3.17	3.20	3.42
ユニットM3	3.33	2.67	2.83	3.33	3.40	3.57	3.60	3.67	3.80	3.36
ユニットM4	3.33	2.83	2.83	3.33	3.40	3.43	3.60	3.67	4.00	3.38
施設全体	3.08	2.70	3.22	3.24	3.16	3.36	3.72	3.05	3.24	3.20



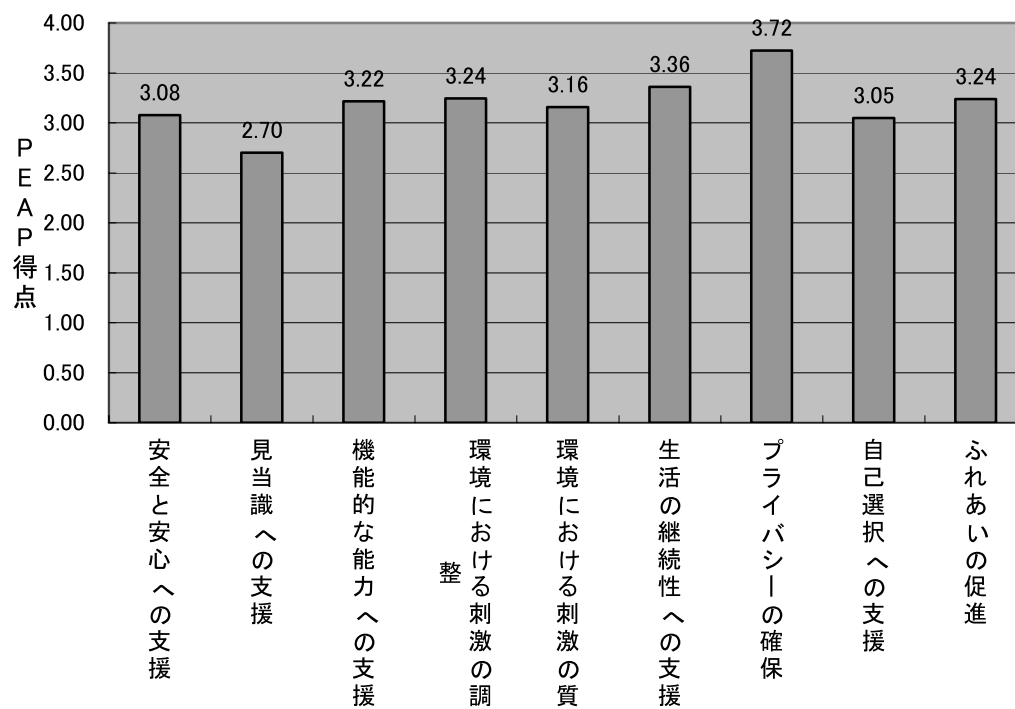


図5－5 施設全体における下位尺度別平均値

表5－7 基本的生活行為実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
摂食行為・食事	37	100.0%
移動	31	83.8%
摂食行為・水分	31	83.8%
摂食行為・おやつ	26	70.3%
排泄	20	54.1%
起居・臥床	20	54.1%
洗面	20	54.1%
服薬	19	51.4%
起座・起立	13	35.1%
入浴	11	29.7%
睡眠	11	29.7%
更衣	9	24.3%
口腔ケア	5	13.5%
髭を剃る	4	10.8%
つめ切り	1	2.7%
鼻を咬む	1	2.7%

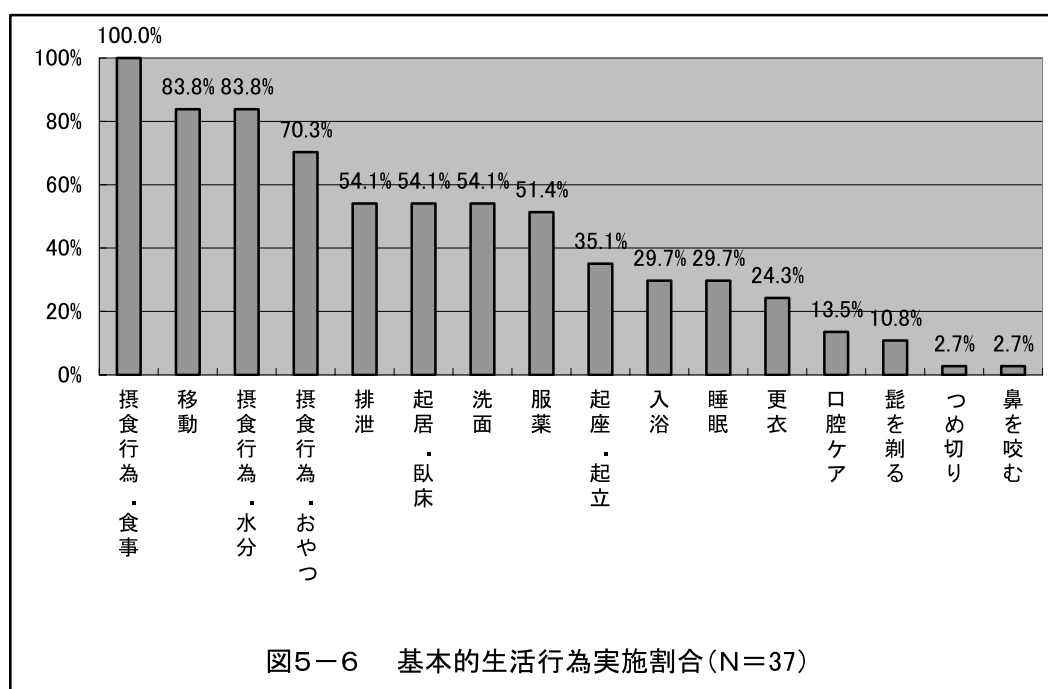


表5－8 生活関連活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
食事の後片付け	20	54.1%
洗濯の取り込み	10	27.0%
食事の準備	8	21.6%
掃除	4	10.8%
部屋の整理・整頓	2	5.4%
新聞整理	2	5.4%
洗濯	1	2.7%
トイレトペーパー交換	1	2.7%
しめ縄作り	1	2.7%
アルバム作り	1	2.7%
植物への水遣り	1	2.7%

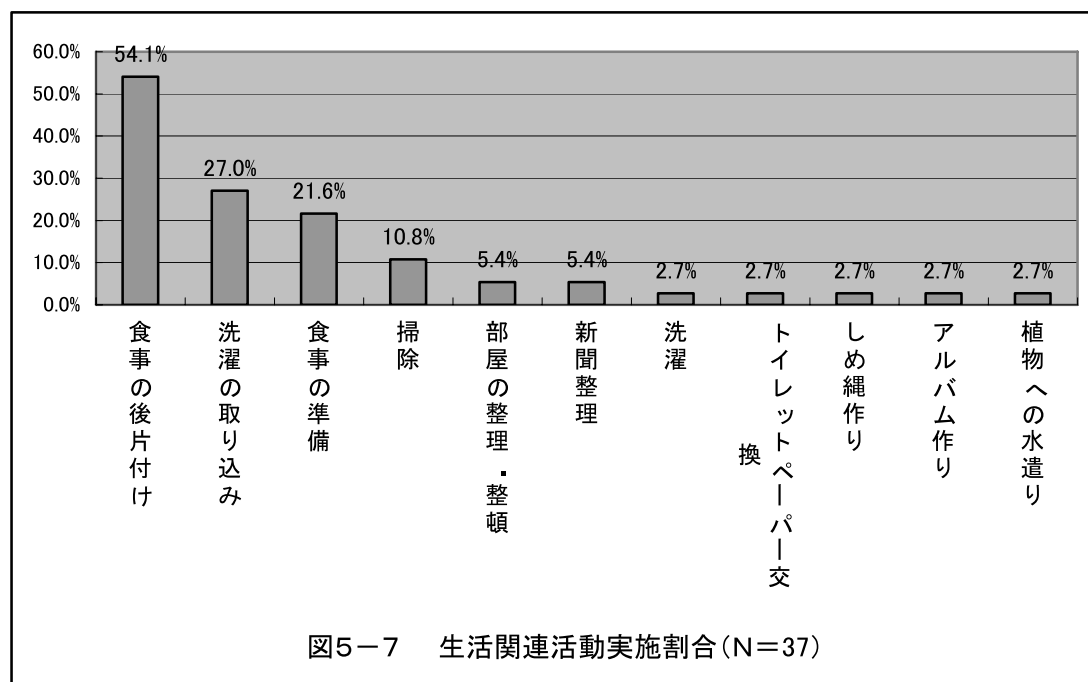


図5－7 生活関連活動実施割合 (N=37)

表5－9 趣味余暇活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
会話	36	97.3%
テレビ鑑賞	27	73.0%
よこになる	23	62.2%
反応する	22	59.5%
ぼおっとしている	11	29.7%
くつろぎ	8	21.6%
こたつでまったり	7	18.9%
窓の外を見る	7	18.9%
散歩	6	16.2%
新聞読み	6	16.2%
唄う	5	13.5%
団らん	5	13.5%
集団レクリエーション	3	8.1%
ゲーム	3	8.1%
読書	3	8.1%
演奏	2	5.4%
手をつなぐ	2	5.4%
スキンシップ	2	5.4%
居眠り	2	5.4%
写真をみる	2	5.4%
チラシを見る	2	5.4%
リズムを取る	1	2.7%
楽譜を見る	1	2.7%
あみもの	1	2.7%
写真を見せる	1	2.7%
ぬいぐるみを抱きしめる	1	2.7%
手紙を書く	1	2.7%

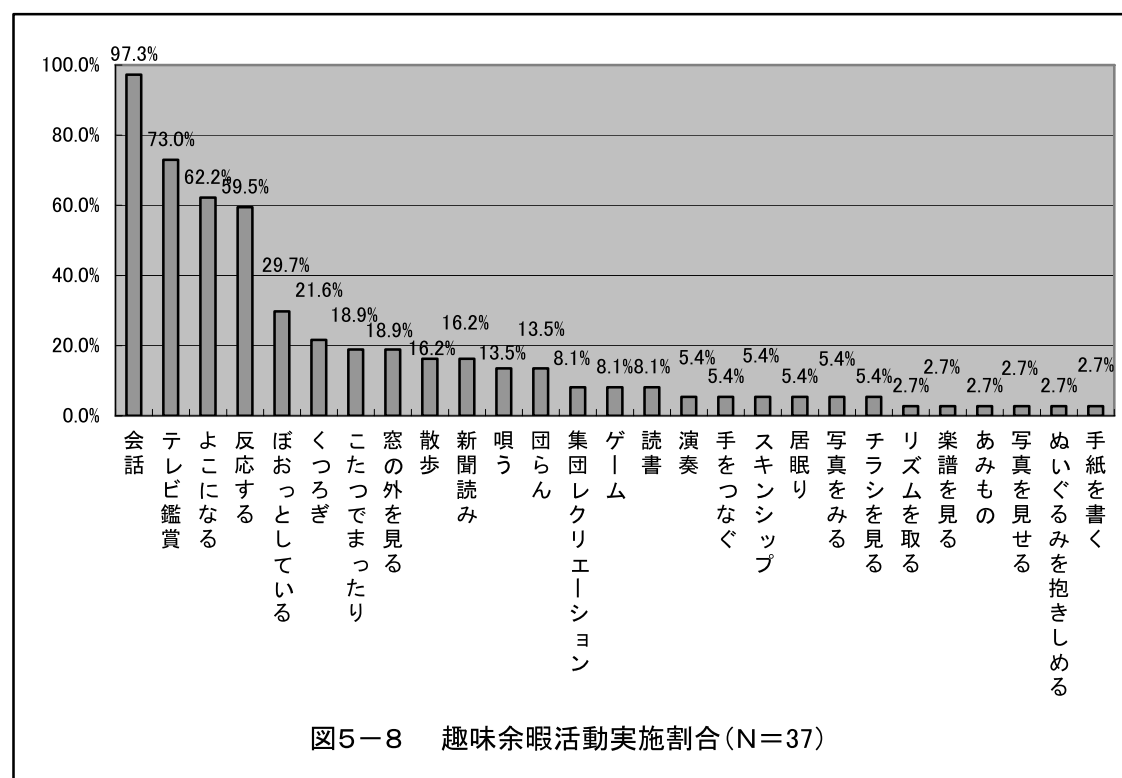


表5－10 その他の活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
独語	10	27.0%
周りを見回す	10	27.0%
職員の手伝い	4	10.8%
お祈り	3	8.1%
他の高齢者介助	3	8.1%
紙やチラシを見る	3	8.1%
手を動かしている	3	8.1%
他者を注意する	3	8.1%
チャックの開閉	2	5.4%
目をぱちぱちさせる	2	5.4%
本を破く	1	2.7%

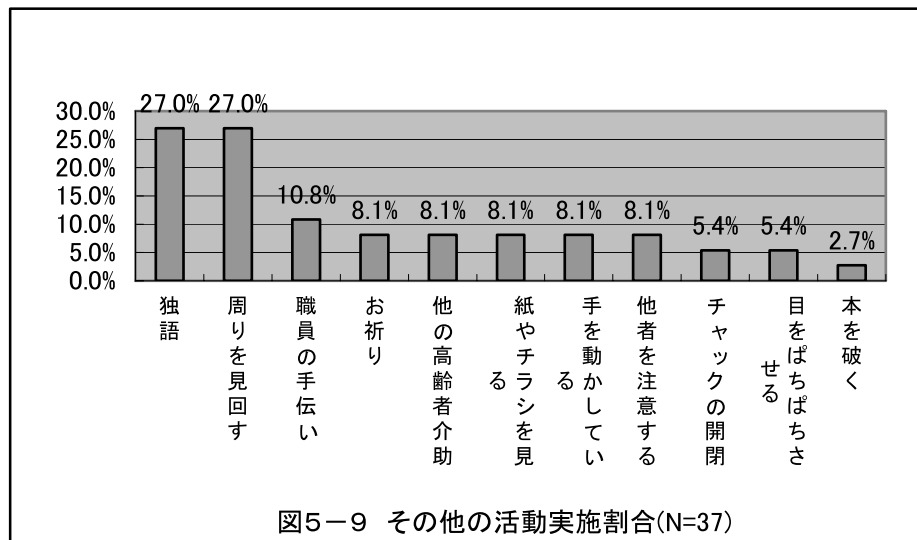


表5－11 活動分類別実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
基本的な生活行為	37	100.0%
雑談・交流活動	36	97.3%
くつろぎ	34	91.9%
生活管理行為	30	81.1%
家事活動	22	59.5%
意味不明行為	19	51.4%
家内雑用	12	32.4%
文学活動	9	24.3%
音楽系活動	7	18.9%
外出活動	6	16.2%
リクリエーション	6	16.2%
その他の活動	6	16.2%
援助活動	6	16.2%
信仰活動	3	8.1%
屋内作業	1	2.7%
趣味活動	1	2.7%

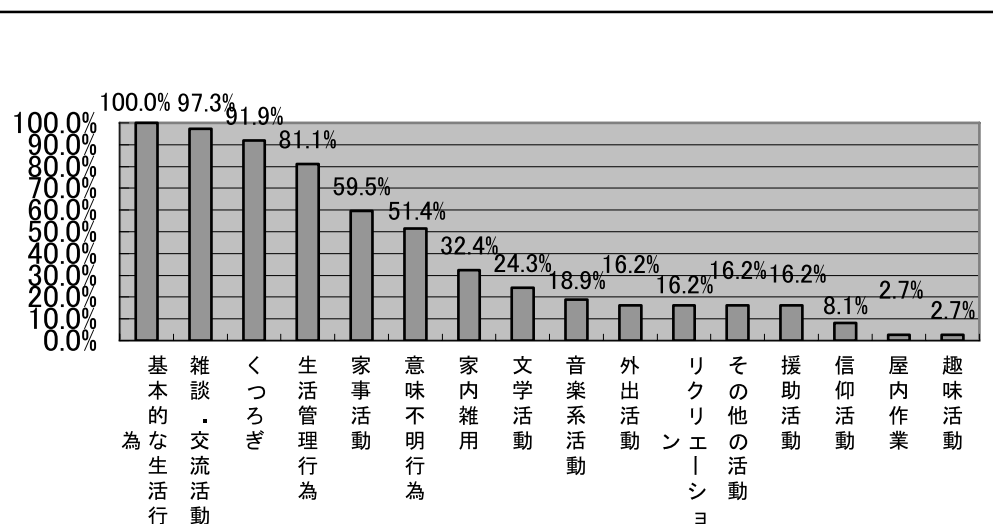


図5－10 生活活動分類別実施割合(N=37)

表5－12 1日あたりの活動分類別頻度平均(N=37)

活動分類名	平均回数	標準偏差	最小値	最大値
雑談交流	25.3 回	23.24	0	80
基本的な生活行為	20.0 回	11.57	4	43
くつろぎ	12.2 回	11.10	0	49
生活管理行為	3.2 回	3.78	0	16
BPSD関連行為	2.9 回	5.33	0	26
家事活動	2.6 回	3.49	0	13
音楽活動	2.0 回	6.18	0	30
家内雑用	0.7 回	1.29	0	5
文学	0.6 回	1.86	0	11
外出活動	0.5 回	1.64	0	8
レクリエーション	0.5 回	1.14	0	5
援助活動	0.3 回	0.69	0	3
趣味その他	0.2 回	0.37	0	1
信仰	0.1 回	0.54	0	3
趣味活動	0.1 回	0.49	0	3
屋内作業	0.0 回	0.16	0	1
運動	0.0 回	0.00	0	0
訓練	0.0 回	0.00	0	0
動物の世話	0.0 回	0.00	0	0

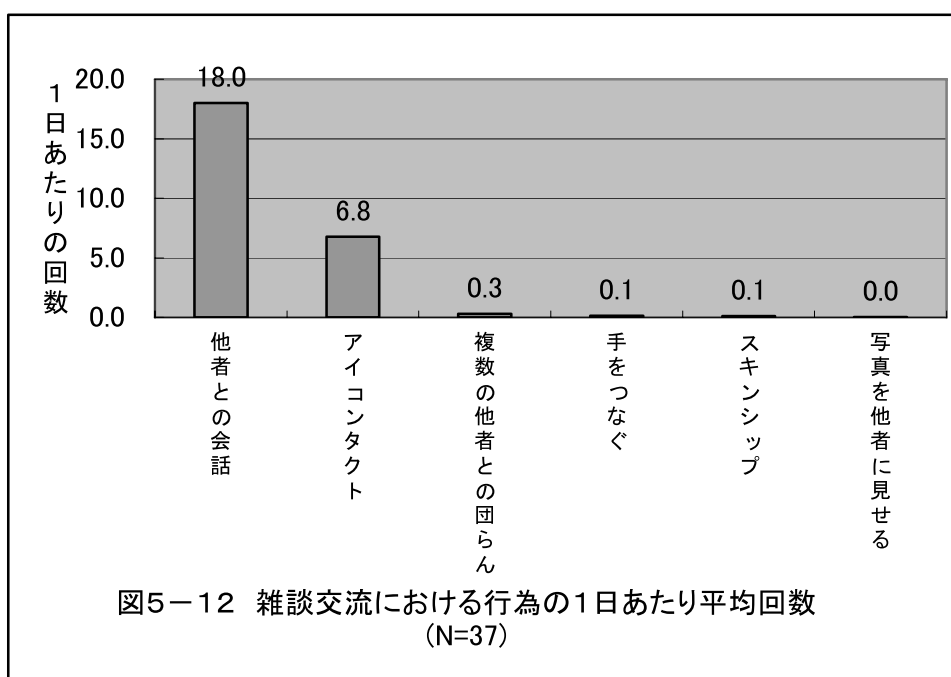
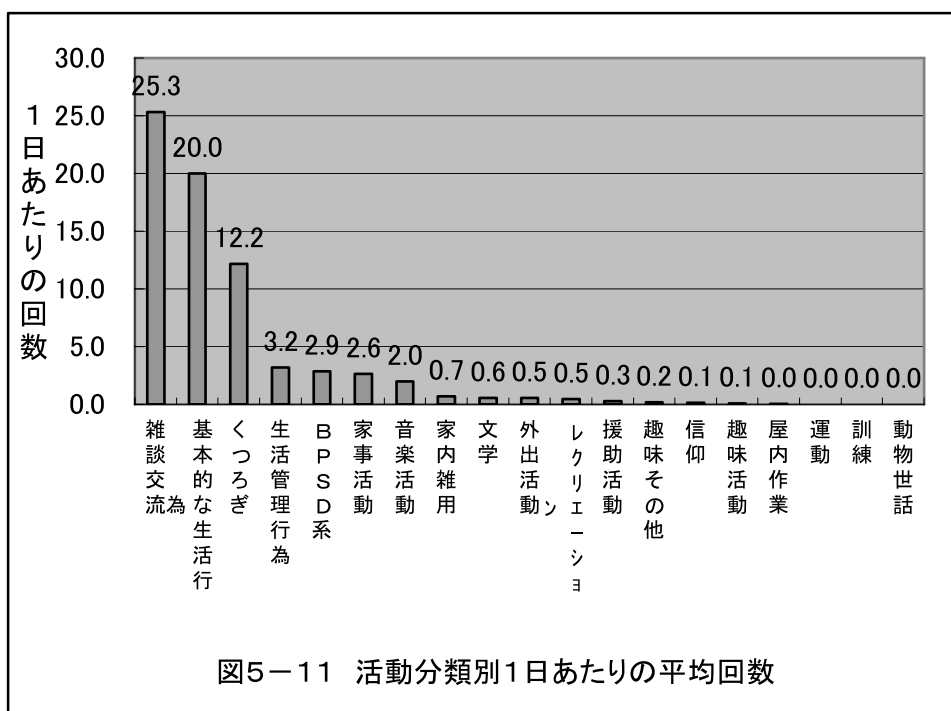


表5-13 高齢者属性とPEAP 下位尺度との相関(pearson)

	年齢	HDS-R	Barthel Index	BEHAVE-AD
安全と安心への支援	-0.05	-0.29	-0.29	-0.13
見当識への支援	-0.25	-0.17	-0.19	0.05
機能的な能力への支援	0.05	0.07	0.01	-0.09
環境における刺激の調整	-0.27	0.02	-0.33*	-0.02
環境における刺激の質	-0.30	-0.21	-0.29	0.29
生活の継続性への支援	-0.34*	-0.20	-0.47**	0.18
プライバシーの確保	-0.14	-0.33*	-0.59**	0.16
自己選択への支援	-0.24	-0.08	-0.42**	0.05
ふれあいの促進	-0.16	-0.29	-0.4**	0.24
PEAP 全体平均	-0.29	-0.23	-0.45**	0.14

表5-14 活動に関する重回帰分析結果(ステップワイズ法)

目的変数	説明変数	R	R ² 乗	調整済み R ² 乗	推定値の標準誤差	R ² 乗変化量	F 変化量	自由度 1	自由度 2	有意確率 F 変化量
外出活動	入居期間 見当識への支援 Barthel Index	0.87	0.75	0.73	0.86	0.05	6.82	1	33	0.01
雑談交流	環境における刺激の質 HDS-R 得点 機能的な能力への支援 ふれあいの促進	0.85	0.73	0.70	12.81	0.09	11.12	1	32	0.00
ADL 関連行為	安全と安心への支援 Barthel Index 自己選択への支援 年齢 入居期間	0.78	0.61	0.55	7.76	0.05	4.22	1	31	0.05

表5－15 外出活動における要因別標準化係数

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	β		
(定数)	-4.24	0.82		-5.15	0.00
入居期間	0.02	0.00	0.77	8.51	0.00
見当識への支援	1.25	0.28	0.40	4.47	0.00
Barthel Index	0.01	0.01	0.24	2.61	0.01

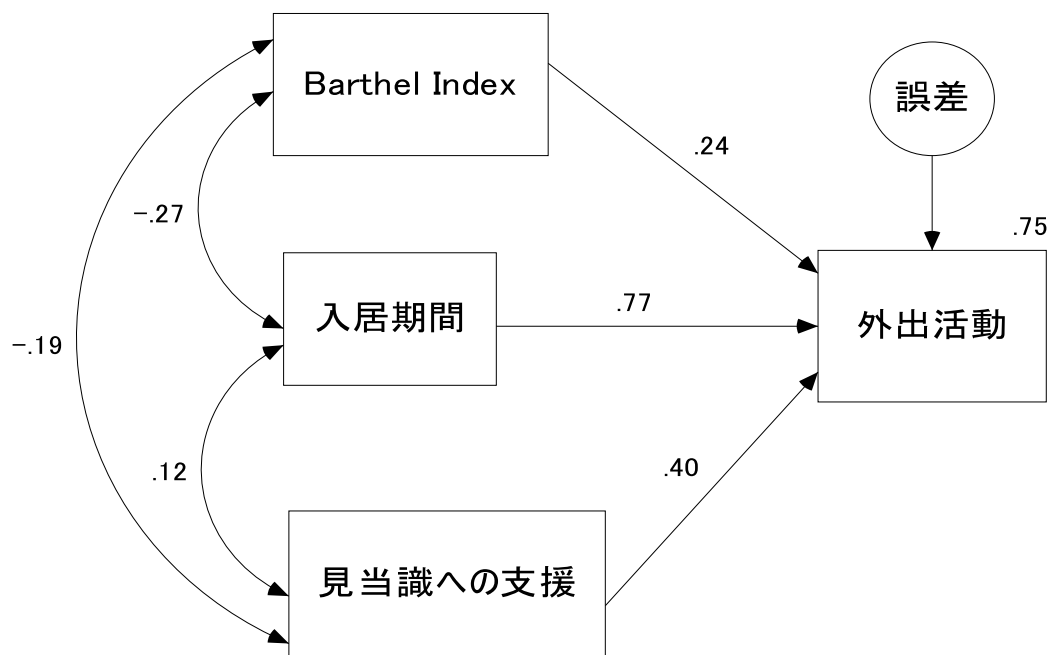


図5－13 外出活動に影響を及ぼす要因

表5－16 雑談交流における要因別標準化係数

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	β		
(定数)	-35.30	24.49		-1.44	0.16
環境における刺激の質	28.02	6.56	0.55	4.27	0.00
HDS-R 得点	1.92	0.37	0.51	5.23	0.00
機能的な能力への支援	-29.87	7.50	-0.39	-3.98	0.00
ふれあいの促進	16.77	5.03	0.42	3.33	0.00

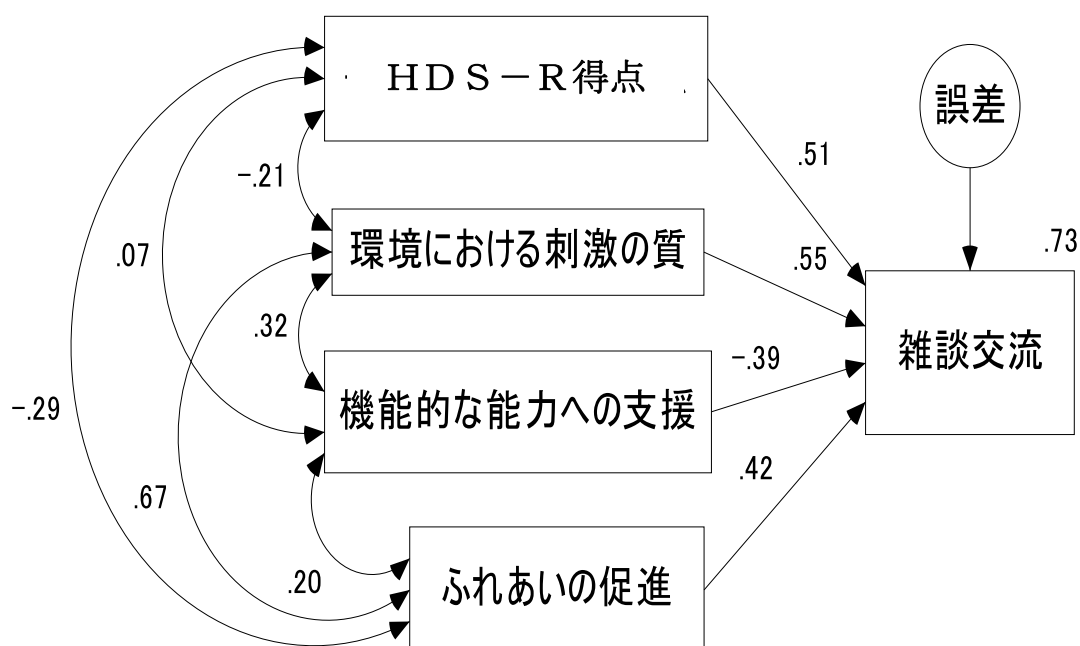


図5－14 雑談交流活動に影響を及ぼす要因

表5－17 ADL関連行為における要因別標準化係数

	非標準化係数		標準化係数	t	有意 確率
	B	標準誤差	β		
(定数)	-50.75	32.15		-1.58	0.12
安全と安心への支援	26.39	7.19	0.44	3.67	0.00
Barthel Index	0.30	0.05	0.77	5.79	0.00
自己選択への支援	11.50	4.06	0.36	2.83	0.01
年齢	-0.68	0.24	-0.34	-2.84	0.01
入居期間	0.04	0.02	0.25	2.05	0.05

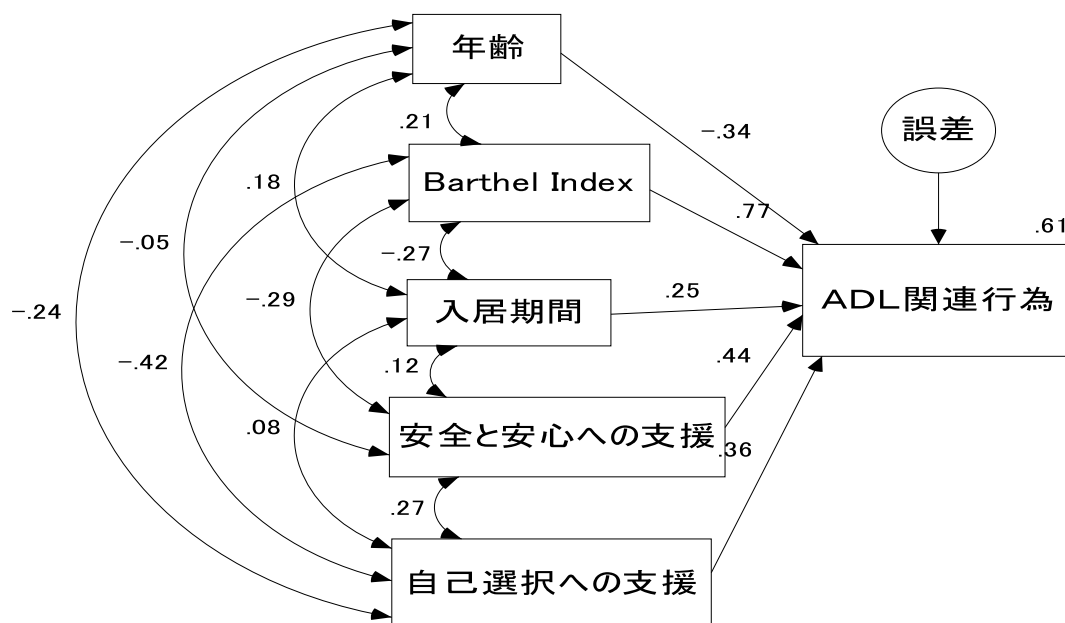


図5－15 ADL関連行為に影響を及ぼす要因

Ⅲ.研究成果の刊行に関する一覧表

現在のところなし（準備中）

平成18年度 厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業報告書

認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究

2007年4月発行

発行者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤 伸司
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)
