

# 特別養護老人ホームの介護職員における認知症高齢者の状態に関する認識

松山 郁夫\*1・小車 淑子\*2・羽江 美子\*3

Cognition of Care Workers about Condition of the Elderly with Dementia

Ikuo MATSUYAMA and Yoshiko OGURUMA and Yoshiko HAE

## 要 旨

特別養護老人ホームの介護職員における認知症高齢者の状態に関する認識について検討することを目的として、独自の質問項目からなるアンケート調査を実施した。質問項目について因子分析を行った結果、「身体状態」「言語・認知能力」「不適応状態」「生活意欲」「対人・情緒」の5因子が抽出された。またこれらの因子間には関連性が認められなかった。したがって介護職員は、各々を独立した概念として捉えていると推察した。

少人数を介護するユニットの形態では、多人数を介護する非ユニットの形態よりも、介護職員の認知症高齢者に対する「身体状態」「生活意欲」「対人・情緒」の程度が高く、「言語・認知能力」が低いことが認められた。ユニットの形態に関係なく「不適応状態」は差がなかった。

**Key words** : 特別養護老人ホーム、ユニット、介護職員、認知症高齢者

## I. はじめに

認知症高齢者を援助する立場から言えば、社会的・職業的機能が妨げられる程度の知的（記憶ならびに認知）機能の障害が認知症の第一条件であり、知的機能障害に基づき日常生活に様々な問題症状が出現するのが認知症であるといえる<sup>1)</sup>。このため、認知症高齢者の介護を行っている福祉施設の介護職員は、認知症高齢者が示す様々な状態に注意を向けながら接することが求められることになる。したがって、介護職員が、介護を行っている認知症高齢者の状態をどのように把握しているのかを明らかにすることが必要となろう。

特別養護老人ホームについては、「介護老人福祉施設」の呼称で老人福祉法第20条の5に規定され、当該施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、その他の

\*1佐賀大学文化教育学部健康スポーツ科学講座

\*2西日本短期大学社会福祉学科

\*3福岡女子短期大学福祉ビジネス学科非常勤講師

日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいう。「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいうと定められている（介護保険法7条21項）。

特別養護老人ホームは平成18年6月現在、全国で5,696施設が設置され、要介護高齢者の介護施設として重要な役割を果たしている。また、要介護高齢者の高齢化と介護度の重度化がすすむ中で認知症高齢者が増加しており、認知症に対する介護が重要課題となっている。

ユニットケアはグループホームと並んで厚生労働省が高齢者保健福祉政策の中で、利用者同士や利用者と介護職員の対人的交流の増加など、認知症介護の質的向上を目的として推進してきた小規模形態の介護システムである<sup>2)</sup>。

厚生労働省が2000年8月に「新しい施設は全室個室ユニットケア」を原則とするとの基準を示して以来、新型特別養護老人ホームの建設が一気に進み、ユニット型の新型特別養護老人ホームは2003年度までに225施設が整備されており、今後約5000既存施設へのユニットケアの導入が検討されている。

ユニットとは、入居者側からみた「生活単位」であり、入居者同士がなじみの関係を形成しやすく、個人が自分らしさを保てるグループの単位である。ユニットの単位規模については、6～15人程度と想定されるが、その適正規模は、状態像、介護の質、建築空間のあり方等により変わり、ユニット化された施設では、介護のあり方も変わると報告されている<sup>3)</sup>。

したがって、認知症高齢者の状態に関する介護職員の認識について検討する場合、ユニット形態であるか否かによっても違いがあることも考慮しなければならない。

以上のことから、本研究の目的は、特別養護老人ホームの介護職員が、認知症高齢者の状態に関してどのように把握しているのかを明らかにすることとする。加えて、特別養護老人ホームにおいて、ユニット形態で介護している介護職員と、ユニット形態を行っていない場合の介護職員の認識の違いについても検討する。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 調査対象と調査項目

調査対象は、特別養護老人ホームの介護職員とした。合計224人の回答のうち、介護職員でかつ全項目に回答したアンケートを有効とした。有効回答率は79.9%（179人）であった。

調査項目については介護職員のプロフィールに関しては、ユニットで介護しているか否かを問う項目、性別、介護経験年数、年齢である。加えて、特別養護老人ホームの介護職員であることを確認するために所属と職種の調査項目を付記した。

なお、以下、ユニット形態で介護を行っている者を「ユニット介護職員」、ユニット形態ではない場合を「非ユニット介護職員」とする。

分析対象者のプロフィールは、次の通りである。

ユニット介護職員は81人（45.3%）、非ユニット介護職員は98人（54.7%）であった。

性別については、全体で男性53人（29.6%）、女性126人（70.4%）であった。ユニット介護職員と非ユニット介護職員の性別は表1の通りであった。

高齢者介護の経験年数について、全体では最少1年、最長30年、平均5.4年（標準偏差4.4年）、ユニット介護職員では最少1年、最長17年、平均5.3年（標準偏差4.3年）、非ユニット介護職員では最少1年、

最長30年、平均5.5年（標準偏差4.6年）であった。ユニット介護職員と非ユニット介護職員の高齢者介護の経験年数は表2の通りであった。

平均年齢は、全体で最年少19歳～最年長65歳、平均33.6歳（標準偏差10.9歳）、ユニット介護職員では最年少19歳、最年長57歳、平均31.6歳（標準偏差）、非ユニット介護職員では最年少20歳、最年長65歳、平均35.3歳（標準偏差11.3年）であった。ユニット介護職員と非ユニット介護職員の高齢者介護の年代別人数は表3の通りであった。

なお、介護職員の年齢と高齢者介護経験年数の平均値について、ユニット介護職員と非ユニット介護職員との間でt検定を行うと、年齢については有意差が認められた ( $t=2.31, p<.05$ ) が、高齢者介護経験年数については有意差がなかった ( $t=.188$ )。

表1 「ユニット介護職員」と「非ユニット介護職員」の性別

	ユニット介護職員	非ユニット介護職員	計
男性	16 ( 8.9)	37 (20.7)	53 (29.6)
女性	65 (36.3)	61 (34.1)	126 (70.4)
計	81 (45.2)	98 (54.8)	179 (100.0)

※単位：人 ( )内は%

表2 「ユニット介護職員」と「非ユニット介護職員」の高齢者介護の経験年数

	ユニット介護職員	非ユニット介護職員	計
5年未満	44 (24.6)	49 (27.4)	93 (52.0)
5年以上10年未満	27 (15.1)	35 (19.6)	62 (34.6)
10年以上20年未満	10 ( 5.6)	12 ( 6.7)	22 (12.3)
20年以上	0 ( 0.0)	2 ( 1.1)	2 ( 1.1)
計	81 (45.3)	98 (54.7)	179(100.0)

※単位：人 ( )内は%

表3 「ユニット介護職員」と「非ユニット介護職員」の年代別人数

	ユニット介護職員	非ユニット介護職員	計
10代	2 ( 1.1)	0 ( 0.0)	2 ( 1.1)
20代	43 (24.0)	35 (19.6)	78 (43.6)
30代	19 (10.6)	33 (18.4)	52 (29.1)
40代	9 ( 5.0)	13 ( 7.2)	22 (12.3)
50代以上	8 ( 4.5)	17 ( 9.5)	25 (14.0)
計	81 (45.3)	98 (54.7)	179(100.0)

※単位：人 ( )内は%

## 2. 調査期間と調査方法

平成18年2月7日から同年2月28日までの3週間を調査期間とした。無作為に選んだ特別養護老人ホーム30か所に、無記名で独自の質問紙を郵送により配布し、後日各々の施設から郵送により回収した。特別養護老人ホーム17か所から回答が得られた。

### 3. 調査内容と分析方法

予備調査として、認知症高齢者の介護経験のある福祉施設の介護職員30人及び介護福祉士養成施設の介護技術担当教員2人に、認知症高齢者の状態を把握する際の視点について聞いた。

その結果から、介護職員の認知症高齢者の状態に関する認識の度合いについて問う68項目からなるアンケート調査票を作成した。

調査方法は質問紙法による。なお、アンケート調査票には、認知症高齢者について「著明な麻痺がなく歩行が自立している認知症高齢者のこととする」との説明文を明記した。

介護職員に対して、認知症高齢者の状態に関する認識の度合いについて68項目を質問した。回答は、「まったく意識しない」を1点、「あまり意識しない」を2点、「やや意識する」を3点、「かなり意識する」を4点、「非常に意識する」を5点と等間隔で表記し、あてはまる数字に○をつけるようにした。

質問項目ごとに全体、ユニット介護職員、非ユニット介護職員において、平均値と標準偏差を算出した。さらに、質問項目ごとにユニット介護職員と非ユニット介護職員との間でt検定を行った。

介護職員の、認知症高齢者の状態を把握するための認識を明らかにするために、それぞれの質問項目について、バリマックス回転を伴う主因子法による因子分析を行った。さらに、抽出された因子ごとの加算得点を用いて、年齢、介護経験年数と各因子間の相関係数の算出、および因子ごとにユニット介護職員と非ユニット介護職員各々の間で有意差検定を行った。

## Ⅲ. 結 果

認知症高齢者に関する状態を把握するための質問68項目において、介護職員全体で平均値が4.0以上の項目は、表情、顔色、ふらつき、体調、嚥下状態、睡眠、徘徊、興奮、暴力的な行動、異食であった。また、平均値が3.0未満の項目は、歌が歌えるかどうか、字が書けるか、字が読めるかどうかであった。

全体、ユニット介護職員、非ユニット介護職員における質問項目ごとの平均値と標準偏差、および質問項目ごとのユニット介護職員と非ユニット介護職員との間でt検定を行った結果は、表4の通りであった。

ユニット介護職員と非ユニット介護職員との間で有意差 ( $p < .05$ ) が認められたのは、「表情」「顔色」「笑顔が出るかどうか」「発熱」「体調」「嚥下状態」「睡眠」「服装」「活気」「姿勢」「怒りっぽさ(易怒性)」「食欲」「大声」の13項目であった。13項目すべてユニット介護職員の方の平均値が高かった。

認知症高齢者の状態に関する認識について問う68項目については、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は0.91であった。また、Bartlettの球面性検定では有意性が認められた ( $p < .01$ )。このため、68項目については因子分析を行うのに適していると判断した。

表4 認知症高齢者の状態把握に関する質問項目の平均値と標準偏差

質問項目	全体		ユニット介護職員		非ユニット介護職員		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
1. 視線	3.54	.979	3.62	.956	3.47	.997	1.006
2. 表情	4.17	.838	4.32	.772	4.04	.872	2.253*
3. 自分をわかっているかどうか	3.34	1.011	3.26	1.034	3.40	.992	-.913
4. 顔色	4.03	.917	4.21	.832	3.89	.962	2.368*
5. 笑顔が出るかどうか	3.89	.969	4.09	.869	3.73	1.021	2.452*
6. 受け答え	3.84	.911	3.91	.951	3.79	.876	.935
7. 攻撃的な言動	3.85	.939	3.94	.899	3.78	.969	1.155
8. 話の内容	3.59	.940	3.58	.920	3.60	.960	-.154
9. 口数	3.48	.968	3.43	.999	3.52	.944	-.607
10. 短期記憶力	3.30	.994	3.16	.941	3.42	1.025	-1.738†
11. 呼吸	3.44	1.132	3.57	1.139	3.34	1.121	1.363
12. 歌が歌えるかどうか	2.82	.937	2.86	.848	2.79	1.008	.557
13. 字が書けるか	2.76	.902	2.81	.853	2.71	.942	.742
14. 字が読めるかどうか	2.93	.897	2.96	.872	2.91	.920	.406
15. 落ち着き	3.83	.886	3.93	.932	3.74	.841	1.364
16. 注意力	3.54	.943	3.59	.946	3.50	.944	.653
17. 興味のあること	3.82	.896	3.91	.840	3.73	.937	1.332
18. 物の用途がわかるかどうか	3.36	.884	3.36	.856	3.36	.911	.007
19. 長期記憶力	3.17	.909	3.07	.877	3.24	.931	-1.254
20. 指差したものがわかるかどうか	3.27	.886	3.16	.843	3.37	.913	-1.562
21. 発熱	3.96	1.035	4.14	1.022	3.82	1.029	2.074*
22. 独語	3.35	.927	3.31	.996	3.39	.869	-.567
23. 発語の状態	3.59	.839	3.65	.796	3.54	.875	.901
24. 場所がわかるかどうか	3.36	.951	3.23	.898	3.46	.986	-1.579
25. ジェスチャーがわかるかどうか	3.25	.867	3.21	.817	3.29	.908	-.582
26. 聴力	3.44	.942	3.42	.920	3.45	.965	-.206
27. 排泄が自分でできるか	3.79	.966	3.77	.991	3.81	.949	-.280
28. 視野	3.35	.956	3.44	.962	3.27	.948	1.250
29. 身体の動き	3.87	.920	4.01	.929	3.74	.900	1.950†
30. 筋力	3.56	.906	3.68	.946	3.47	.864	1.547
31. ふらつき	4.14	.879	4.22	.949	4.07	.815	1.143
32. 体調	4.20	.870	4.41	.833	4.03	.867	2.945**
33. 物の名前が言えるかどうか	3.32	.831	3.25	.734	3.38	.903	-1.047
34. 脈拍	3.51	1.046	3.65	1.142	3.39	.948	1.706†
35. 時間がわかるかどうか	3.12	.846	3.11	.791	3.13	.893	-.169
36. 血圧	3.57	1.054	3.73	1.129	3.44	.975	1.847†
37. 嚥下状態	4.03	.939	4.20	.980	3.89	.884	2.222*
38. 睡眠	4.11	.851	4.30	.782	3.95	.878	2.767**
39. 徘徊	4.22	.809	4.32	.834	4.13	.782	1.556
40. 痛み	3.87	.912	4.00	.949	3.77	.871	1.723†
41. 妄想	3.76	.908	3.88	.914	3.66	.896	1.571
42. 身だしなみ	3.52	.870	3.65	.809	3.41	.906	1.898†
43. 服装	3.49	.902	3.67	.894	3.35	.886	2.392*
44. うつ状態	3.89	.886	3.96	.901	3.83	.874	1.025
45. 食事が自分でできるか	3.69	.881	3.80	.886	3.60	.870	1.521
46. 巧緻動作(指先の動き)	3.40	.851	3.53	.939	3.29	.760	1.934†

47. 興奮	4.06	.812	4.15	.808	3.98	.812	1.385
48. 視力	3.37	.879	3.42	.906	3.33	.859	.705
49. レクリエーションの参加状況	3.41	.884	3.44	.866	3.38	.903	.503
50. 幻覚	3.70	.885	3.70	.980	3.70	.802	-.003
51. 暴力的な行動	4.09	.833	4.14	.802	4.06	.859	.595
52. 活気	3.96	.860	4.16	.766	3.79	.900	2.965**
53. 入浴が自分でできるか	3.39	.885	3.23	.912	3.47	.852	-1.778†
54. 異食	4.18	.803	4.26	.787	4.12	.816	1.135
55. 他者とのかかわり	3.71	.896	3.78	.935	3.65	.863	.927
56. 機嫌	3.80	.870	3.94	.857	3.68	.869	1.964†
57. 失禁	3.68	.914	3.67	.922	3.69	.913	-.198
58. 意欲	3.72	.807	3.84	.782	3.62	.819	1.802†
59. 生活のリズム	3.71	.789	3.79	.786	3.64	.790	1.244
60. 姿勢	3.57	.874	3.84	.858	3.35	.826	3.901**
61. 怒りっぽさ (易怒性)	3.72	.848	3.90	.860	3.57	.812	2.632**
62. 食欲	3.85	.871	4.05	.835	3.68	.869	2.853**
63. 話につじつまがあうかどうか	3.35	.907	3.35	.951	3.35	.875	-.009
64. 不潔	3.88	.832	3.95	.820	3.83	.800	1.021
65. 大声	3.70	.832	3.88	.842	3.56	.800	2.562*
66. 無関心	3.41	.904	3.54	.909	3.31	.890	1.757†
67. 物忘れ	3.32	.891	3.33	.822	3.32	.948	.127
68. 更衣が自分でできるか	3.28	.848	3.28	.794	3.28	.894	.066

※†.05<p<.10    \*p<.05    \*\*p<.01

※t値については、ユニット介護職員と非ユニット介護職員間でt検定を行った結果得られた値である。

表5 認知症高齢者の状態把握に関する質問項目の因子分析

質 問 項 目	I 因子	II 因子	III 因子	IV 因子	V 因子	共通性
「身体状態」						
37. 嚥下状態	.830	.019	.132	.039	.206	.750
36. 血圧	.810	.042	-.017	.115	.138	.691
34. 脈拍	.755	.059	.004	.198	.085	.620
32. 体調	.739	.032	.165	.091	.227	.634
40. 痛み	.700	.082	.287	.063	.173	.613
21. 発熱	.681	.156	-.013	.118	.258	.569
30. 筋力	.681	.173	.225	.236	.084	.607
31. ふらつき	.661	.114	.349	.060	.150	.597
11. 呼吸	.633	.261	-.063	.231	.165	.554
29. 身体の動き	.619	.190	.367	.128	.106	.582
62. 食欲	.588	.074	.302	.317	.266	.614
28. 視野	.569	.309	.229	.214	.017	.518
26. 聴力	.566	.359	.303	.059	-.008	.544
48. 視力	.549	.295	.263	.237	-.139	.534
46. 巧緻動作 (指先の動き)	.464	.441	.190	.317	.023	.546
52. 活気	.437	.203	.264	.346	.303	.513
44. うつ状態	.428	.233	.331	.343	.117	.479
45. 食事が自分でできるか	.425	.388	.413	.123	.005	.517
53. 入浴が自分でできるか	.425	.422	.323	.165	-.130	.506

「言語・認知能力」						
14. 字が読めるかどうか	.171	.727	.024	.369	.086	.571
13. 字が書けるか	.201	.715	-.050	.091	.092	.571
33. 物の名前が言えるかどうか	.087	.709	.230	.135	.134	.600
20. 指差したものがわかるかどうか	.148	.649	.189	.193	.368	.521
24. 場所がわかるかどうか	.022	.648	.308	.138	-.011	.535
10. 短期記憶力	-.014	.642	.256	.172	.177	.539
12. 歌が歌えるかどうか	.212	.640	-.009	.141	.154	.498
35. 時間がわかるかどうか	.198	.603	.109	.217	.183	.495
25. ジェスチャーがわかるかどうか	.280	.594	.125	.134	.203	.505
19. 長期記憶力	.094	.570	.127	.195	.146	.409
18. 物の用途がわかるかどうか	.126	.546	.207	.138	.149	.399
68. 更衣が自分でできるか	.359	.540	.315	.318	-.070	.625
63. 話につじつまがあうかどうか	-.088	.472	.431	.294	-.071	.507
16. 注意力	.296	.463	.259	.333	.080	.487
8. 話の内容	-.050	.452	.388	.123	.219	.420
3. 自分をわかっているかどうか	.087	.427	.218	.041	.256	.305
67. 物忘れ	-.053	.409	.273	.335	-.047	.360
9. 口数	.155	.399	.323	.193	.181	.357
「不適応状態」						
39. 徘徊	.177	.124	.684	.215	.174	.591
51. 暴力的な行動	.218	.145	.639	.120	.081	.498
41. 妄想	.104	.292	.577	.206	.089	.479
47. 興奮	.386	.138	.574	.142	.152	.541
61. 怒りっぽさ (易怒性)	.145	.165	.525	.410	-.046	.494
64. 不潔	.292	.217	.518	.369	-.050	.540
27. 排泄が自分でできるか	.404	.462	.513	.010	.030	.640
38. 睡眠	.459	.087	.478	.183	.286	.562
59. 生活のリズム	.240	.193	.468	.410	.192	.519
65. 大声	.101	.185	.443	.425	-.004	.422
57. 失禁	.244	.323	.440	.222	-.006	.406
54. 異食	.256	.073	.439	.169	.285	.375
50. 幻覚	.050	.365	.438	.272	.089	.409
7. 攻撃的な言動	.053	.194	.436	-.071	.318	.336
15. 落ち着き	.272	.303	.331	.221	.218	.372
「生活意欲」						
58. 意欲	.271	.263	.199	.559	.244	.555
42. 身だしなみ	.281	.295	.182	.557	.239	.567
43. 服装	.354	.297	.131	.513	.238	.550
60. 姿勢	.392	.171	.193	.505	.146	.496
55. 他者とのかかわり	.200	.307	.219	.504	.296	.524
49. レクリエーションの参加状況	.186	.434	.216	.453	.162	.500
56. 機嫌	.275	.253	.275	.451	.329	.526
23. 発語の状態	.350	.347	.245	.431	.220	.538
66. 無関心	.219	.247	.297	.424	.034	.378
22. 独語	.167	.336	.209	.393	.122	.354

「対人・情緒」							
2. 表情	.253	.162	.049	.177	.671	.574	
4. 顔色	.500	.132	-.053	.197	.554	.616	
5. 笑顔が出るかどうか	.296	.194	.202	.124	.489	.421	
6. 受け答え	.075	.413	.298	.041	.478	.495	
1. 視線	.236	.202	.100	.174	.467	.354	
17. 興味のあること	.272	.349	.104	.246	.374	.407	
因子寄与	10.20	9.31	6.81	5.04	3.37		
寄与率	15.00	13.70	10.01	7.41	4.95		
累積寄与率	15.00	28.70	38.71	46.12	51.07		

因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った結果、5因子が抽出された。因子負荷量が0.40以上の項目は59項目、0.40未満0.30以上の項目は9項目であった。累積寄与率は51.1であった（表5）。

さらに、因子分析により検出された5因子についての内的一貫性を、Cronbachの $\alpha$ 係数を用いて検討したところ、全項目に関しては、 $\alpha=0.973$ であり、かなり高い信頼性を示していると考えられる。また、第I因子に関しては $\alpha=0.946$ 、第II因子に関しては $\alpha=0.928$ 、第III因子に関しては $\alpha=0.912$ 、第IV因子に関しては $\alpha=0.901$ 、第V因子に関しては $\alpha=0.811$ であった。このことにより、全体としても、各因子別にみても、高い内的一貫性があると確認された。

第I因子は、「嚙下」「血圧」「脈拍」「体調」「痛み」など、主として身体の状態に関する内容であったため、「身体状態」と名づけた。第II因子は、「字が読めるかどうか」「字が書けるかどうか」「物の名前がわかるかどうか」「指差したものがわかるかどうか」など、言語や認知に関する内容であったため、「言語・認知能力」と名づけた。第III因子は、「徘徊」「暴力」「妄想」「興奮」など、主として生活において不適応として問題視される状態や行動に関する内容と解釈し、「不適応状態」と名づけた。第IV因子は、「意欲」「身だしなみ」「服装」「姿勢」など、主として生活における意欲に関する内容と解釈し、「生活意欲」と名づけた。第V因子は、「表情」「顔色」「笑顔」「受け答え」など、主として対人的関わりや情緒の安定についての内容と解釈し、「対人・情緒」と名づけた。

因子得点を使用して、年齢、介護経験年数、および各因子間の相関係数を表6に示した。年齢と介護経験年数、年齢と第II因子「言語・認知能力」、介護経験年数と第II因子「言語・認知能力」については相関が認められた。

因子ごとに因子得点を使用してユニット介護職員と非ユニット介護職員との間でt検定を行った。その結果、第I因子「身体状態」( $t=2.07$ ,  $p<.05$ )、第II因子「言語・認知能力」( $t=-2.23$ ,  $p<.05$ )、第IV因子「生活意欲」( $t=2.60$ ,  $p<.05$ )、第V因子「対人・情緒」( $t=2.39$ ,  $p<.05$ )の4因子については有意差が認められた。第I因子、第IV因子、第V因子についてはユニット介護職員、第II因子については非ユニット介護職員の方の因子得点が高かった。第III因子「不適応状態」( $t=.533$ )について有意差は認められなかった。

表6 認知症高齢者の状態把握に関する各因子間の相関変数

	介護経験	年齢	身体状態	言語・認知能力	不適応状態	生活意欲	対人・情緒
介護経験	1.000						
年齢	.554	1.000					
身体状態	.098	.190	1.000				
言語・認知能力	.264	.239	.003	1.000			
不適応状態	.024	.014	.024	.041	1.000		
生活意欲	.093	.033	.030	.056	.068	1.000	
対人・情緒	.159	.032	.044	.020	-.003	.048	1.000

#### IV. 考 察

##### 1. 認知症高齢者の状態に関する認識の程度について

介護職員は、認知症高齢者の状態に関して、健康や安全という生命維持について強く認識していることが伺えた。介護保険制度開始以降、利用者は施設の選択が自由になり、施設の安全管理責任が重要視されるようになった。また、認知症高齢者は状況認知が困難なことが多いため、自己の健康状態に対する認識ができなかったり、危険にさらされることが多く、リスクマネジメントが求められている<sup>4)5)</sup>。さらにマズローの欲求階層説では、利用者のニーズの把握の際に、基本的欲求が満たされ成長のための欲求が満たされて、初めて自己実現が成就するとされている<sup>6)</sup>。これらのことから介護職員は、介護保険制度上、認知症高齢者の健康や安全の把握を重要視せざるをえないこと、或は、認知症高齢者の自己実現を考えて、生理的欲求・安全の欲求の充足を優先した介護を行っていることが推察される。

介護職員は、認知症高齢者の状態のうち、読み書きや歌唱に関する認識の程度が低いようである。文字の読み書きの状態は、言語能力を把握するために重要な視点である。しかし、介護における援助場面では、言葉でのやりとりが中心となるために、読み書きについてあまり意識していないものと考えられる。認知症高齢者に簡単な計算や音読といった課題を遂行することが前頭前野を活性化し、認知機能に望ましい結果をあたえるとの報告があることから<sup>7)</sup>、介護職員は、認知症高齢者の読み書きの機会を、生活援助の中にとりいれながら援助していくことの重要性を認識する必要があると言えよう。

また、認知症高齢者を対象とする音楽療法の効果が報告されている<sup>8)9)</sup>。音楽療法とは音楽の持つ生理的・身体的・社会的働きを心身の障害の回復機能の維持改善、生活の向上に向けて意図的・計画的に活用しておこなわれる治療法であるというのが一般的であるために<sup>10)</sup>、治療法としての認識が強く、生活援助場面の中ではあまり意識されていないようである。音楽の働きとして、知的過程を通らずに直接情動に働きかける、身体運動を誘発する、社会性が要求されるなど生活面での効果が期待でき、入浴中音楽を使用して興奮状態が減少した例もあるように、歌などの音楽を生活にとり入れた援助の工夫が望まれている。介護職員には、認知症高齢者に対する音楽の作用についての認識を深めることも求められよう。

認知症高齢者を把握する際、ユニット介護職員と非ユニット介護職員を比較すると、13項目においてユニット介護職員の方が認識の程度が高かった。ユニット化により入居者と1対1で向き合う時間が増える<sup>3)</sup>とされている。また流れ作業的なケアではなく、「生活を一緒にしていく」というケアを目指す展開が含まれており、一人一人が個として見えてくるために<sup>11)</sup>、状態把握に関する認識の程度が高いと推察される。

##### 2. 認知症高齢者の状態に関する認識の構造について

認知症高齢者の状態に関する認識の度合いについて問う68項目の因子分析から、介護職員は、「身体状

態」「言語・認知能力」「不適応状態」「生活意欲」「対人・情緒」の5つ構造からなる捉え方をしていることが明らかになった。

認知症高齢者は認知機能障害に加え、多彩な精神症状や問題行動を生じ、他の要介護高齢者とは、質、量ともに異なった介護が必要となる<sup>12)</sup>。

記憶訓練や読み書き訓練の結果、意欲・活動性の向上や情動の安定化が見られたという症例が報告されており<sup>13)</sup>、言語・認知能力の向上を図ることが生活意欲の向上につながると考えられる。また、パワーリハビリテーションにより、身体活動能力の向上とともに、生活意欲、対人関係の向上がみられたとの報告がなされている<sup>14)</sup>。これら身体状態、生活意欲、及び対人・情緒については関連しているといえる。

身体状態の不調は、精神の不調に関連し、認知症を悪化させる要因とされている。認知障害とは認識・理解・判断と呼ばれる作業をとおして状況の「意味を見出せないこと」であり、その状況と自分の身体的・精神的・社会的立場との「関係」がわからないことを示している<sup>15)</sup>。このため、不適応状態は、認知症であるために環境に対して適切に認識・理解・判断ができずに生じた反応として捉えることができ、身体状態、言語・認知能力と関連している。

生活とは生活行為の集積であり、生活行為は、常に状況との関係において行われている。生活行為には状況の認知と、行為への動機が存在する<sup>16)</sup>。認知症高齢者は、身体能力的にできることであっても、意欲がないためにしようとならない場合も多く、認知症の程度が重度となると、日常生活動作障害が生活に関する様々な面に影響を及ぼすようになり、自立してできることが少なくなってくる<sup>16)</sup>。

これらのことから、認知症高齢者については、身体状態、言語・認知能力、不適応状態、生活意欲、対人・情緒に関することについて、互いに関連していると見ることができよう。しかし、介護職員における認知症高齢者に対する「身体状態」「言語・認知能力」「不適応状態」「生活意欲」「対人・情緒」の5因子間の関連性は認められなかった。このため、介護職員はこれらを独立したものとして捉えていることが推察される。したがって、認知症高齢者の介護職員には、これらの一部ではなくすべてについて意識するように心がけること、或は関連あるものとして捉える視点を持つことが求められよう。

因子分析によって得られた5因子のうち、「身体状態」、「生活意欲」、「対人・情緒」についてはユニット介護職員の方が認識の程度が高かった。ユニットの形態は、非ユニットの形態よりも生活空間や交流範囲が限定され、一日の流れに縛られず個人にかかわる機会が多いため、介護職員における認知症高齢者の「身体状態」「生活意欲」「対人・情緒」のそれぞれに関する認識の程度が高くなっていることが推察される。

「言語・認知能力」については非ユニット介護職員の方が認識の程度が高い。介護職員の年齢と「言語・認知能力」に相関が認められる。また、非ユニット介護職員の方の年齢が有意に高い。しかしながら、介護経験年数についてはユニット介護職員と非ユニット介護職員間には有意差はない。さらに、介護経験年数と「言語・認知能力」、介護職員の年齢と介護経験年数についても各々相関が認められる。

集団におけるコミュニケーションと対人コミュニケーションを比較してみると、対人コミュニケーションにおいては、非言語的コミュニケーションがかなり重要な位置を占めるのに対して、集団におけるコミュニケーションでは言語的コミュニケーションが主体となるといわれている<sup>17)</sup>。多人数を介護する非ユニットの形態では、少人数を介護するユニットの形態よりも、一度に多くの理解が得られるよう、言葉かけなどの働きかけを意図して行わざるをえない。つまり、多人数を介護する介護職員には、認知症高齢者の言語・認知能力を意識して、その程度に応じた理解しやすい働きかけを行うことがより求められる。このため、介護職員における認知症高齢者の「言語・認知能力」に関する認識が高いことが推察される。

「不適応状態」については、周囲に影響を及ぼすことが多く、介護者の負担感も高いことから<sup>13)</sup>、多人

数を介護する非ユニットの形態、少人数を介護するユニットの形態に関係なく対応せざるをえない。このため、「不適応状態」の程度には差がないのであろう。

言語理解等の認知能力を把握することは、その人を理解しようとする動機づけを強め、言葉をかけようとする心がけを高めることにもつながる<sup>18)</sup>。このため、ユニット介護職員には非ユニット介護職員よりも、より「言語・認知能力」について意識することを心がける必要があるだろう。

## V. 結 論

認知症高齢者の介護を行っている福祉施設の介護職員は、認知症高齢者が示す様々な状態に注意を向けながら接することが求められる。そこで、認知症高齢者の状態に関する68項目の独自の質問項目を使い、介護職員の認識を検討した。その結果、認識の構造として、「身体状態」「言語・認知能力」「不適応状態」「生活意欲」「対人・情緒」の5因子があることが認められた。

少人数を介護するユニットの形態では、多人数を介護する非ユニットの形態よりも生活空間が狭いため、介護職員における認知症高齢者の「身体状態」「生活意欲」「対人・情緒」の認識程度が高いこと、「不適応状態」については、ユニットの形態に関係なく対応することが欠かせないため、「不適応状態」の認識の程度には差がないこと、非ユニットの形態で多人数を介護する介護職員には、認知症高齢者の言語・認知能力に応じた働きかけを行う必要があるため、「言語・認知能力」に関する認識が高いことが示唆された。

さらに、これらの因子間には関連性が認められないため、各々が独立した概念として捉えられるが、認知症高齢者の介護職員としては、これらのすべてについて関連付けるように意識することが必要だと考えた。

## VI. 今後の課題

今回の研究によって、ユニット形態の介護職員は、認知症高齢者の状態に関する認識の程度が高いが、構造についての因子を関連づけて認識することはしていなかった。したがって今後の課題は、介護職員が認知症高齢者の状態に関する認識の程度が高くなり、認識の構造の因子を関連づけて捉えられるようになれば、介護の質が向上するかどうかを検討することであろう。

### 【引用文献】

- 1) 天津栄子・金川克子青葉安里(編):老年期痴呆の治療と看護 南江堂 106-115 2002
- 2) 田辺毅彦 足立 啓 大久保幸積:特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討 老年社会科学 第27巻3号 339-344 2005
- 3) 介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究 財団法人医療経済研究・社会福祉保険協会医療経済研究機構平成12年度調査報告 2000
- 4) 須貝佑一 杉山智子 小林奈美:高齢者の精神医療における事故防止の試み;リスクマネジメントの試み 老年精神医学雑誌 14(6) 734-739 2003
- 5) 柴尾慶次:老人福祉施設におけるリスクマネジメント 老年精神医学雑誌 13(12);1392-1395 2002
- 6) 岩橋成子編著:介護福祉士選書 14 新版介護福祉概論 建帛社 13 2003
- 7) 吉田 甫 川島隆太 杉本幸司 他:学習課題の遂行が老年期痴呆患者の認知機能に及ぼす効果 老年精神医学雑誌15(3) 319-324 2004
- 8) 鈴木みずえ 金森雅夫 長澤晋吾ほか:痴呆性高齢者の音楽療法における行動障害、ストレス、免疫機能に関する評価

- 手法の検討 日本老年医学会雑誌42(1) 72-82 2005
- 9) 高橋多喜子：痴呆性高齢者に対する「なじみの歌法」の効果 高齢者のケアと行動科学 5 80-88 1998
  - 10) 渡辺恭子 池田 学：痴呆に対する音楽療法老年精神医学雑誌第3巻9号 1031-1035 2002
  - 11) 外山 義 辻 哲夫 大塚由紀子他：ユニットケアのすすめ筒井書房 22-28 2003
  - 12) 博野信次 小林広子 森 悦朗：痴呆症患者の介護者の負担—日本語版 Zarit Caregiver Burden Interview による検討—脳神経 50(6) 561-567 1998
  - 13) 有馬由紀子 浜田博文 大塚信行他：老年期痴呆患者に対する記憶訓練—日常生活記憶、日常生活行動と情動に効果の見られた一症例—老年精神医学雑誌 14(11) 1385-1390 2003
  - 14) 竹内孝仁：パワーリハビリ その成果と地域での進め方老年精神医学雑誌15(1) 21-25 2004
  - 15) 竹内孝仁：認知症のケア；認知症を治す理論と実際、年友企画 16-30 2005
  - 16) 松山郁夫：要介護高齢者における認知症と日常生活動作との関連 佐賀大学文化教育学部研究論文集10-2 173-180 2006
  - 17) 深田博己編著：コミュニケーション心理学 北大路書房 131 2002
  - 18) 小車淑子・松山郁夫：会話ができない痴呆性高齢者に対する介護者の意識に関する調査研究 高齢者のケアと行動科学 9(2) 63-68 2004

## 謝 辞

調査に際し、特別養護老人ホームの施設長をはじめ、介護職員の皆様にご協力頂きました。記して感謝申し上げます。