平成17年度老人保健事業
推進費等補助金による
助成事業

平成17年度老人保健事業報告書

認知症高齢者における介護予防
および介護技術開発に関する研究事業

平成18年３月

社会福祉法人　東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

目　　次

はじめに
認知症介護研究・研修仙台センター　センター長　長嶋　紀一

認知症高齢者における介護予防および介護技術開発に関する研究事業
― 総括研究報告書 ― …… 1
認知症介護研究・研修仙台センター　長嶋　紀一　浅野　弘毅
加藤　伸司　阿部　哲也
矢吹　知之　吉川　悠貴
日本大学　内藤佳津雄
いわき明星大学人文学部現代社会学科　菊池　真弓
日本大学商学部　時田　学
認知症介護研究・研修仙台センター　松村　砂織
創造学園大学　佐藤　佳子
東北福祉大学　後藤美恵子
仙台大学　後藤　満枝
日本大学大学院　佐々木心彩

加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査
― 国見地区の 2 年後の追跡調査 ― …… 11
認知症介護研究・研修仙台センター　加藤　伸司　吉川　悠貴
矢吹　知之　阿部　哲也
浅野　弘毅　長嶋　紀一

加齢と健康に関する縦断的第 2 次介入研究 …… 57
認知症介護研究・研修仙台センター　矢吹　知之　加藤　伸司
阿部　哲也　吉川　悠貴
浅野　弘毅　長嶋　紀一

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 1
― 認知症ケアにおける効果的な介護計画とその効果に関する研究 ― …… 69
日本大学　内藤佳津雄　長嶋　紀一
日本大学大学院　佐々木心彩

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 2
― 認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究 ― …… 113
認知症介護研究・研修仙台センター　阿部　哲也　加藤　伸司
吉川　悠貴　矢吹　知之
松村　砂織

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 3
― 効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究 ― …… 140
認知症介護研究・研修仙台センター　吉川　悠貴　阿部　哲也
加藤　伸司
仙台大学　後藤　満枝
創造学園大学　佐藤　佳子
東北福祉大学　後藤美恵子

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 4
― 認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究 ―　…… 179
いわき明星大学人文学部現代社会学科　菊池　真弓
認知症介護研究・研修仙台センター　阿部　哲也
日本大学商学部　時田　　学
認知症介護研究・研修仙台センター　加藤　伸司

は　じ　め　に

認知症介護研究・研修仙台センター
センター長　　長　嶋　紀　一

認知症介護研究・研修仙台センターでは、平成17年度研究事業として、「平成17年度老人保健健康増進等事業補助金」により、研究課題を「認知症高齢者における介護予防および介護技術開発に関する研究事業」として統括研究を含めて７課題を設定して、一部外部機関・施設の研究者の協力を得ながら調査・研究をすすめてきました。

本年度は、介護予防の可能性や認知症の進行抑制の要因を探ることを目的とした地域介入研究と、認知症ケアにおける基本的な介護技術の開発に関する学際的な研究に取り組み、その成果が広く在宅や施設介護の現場に普及していくよう、また同時に行政に反映できるものとなるよう研究をすすめてきました。

研究をすすめるにあたり、厚生労働省老健局計画課をはじめとして、多くの研究機関、老人福祉施設及びそれらの関係者、研究協力者の方がたのご協力、ご支援を賜り心より感謝申しあげます。

本報告書が認知症高齢者およびその家族の方がた、さらに認知症高齢者の介護に関わる多くの関係者の方がたに少しでも役に立てていただければ幸いです。

平成18年３月31日

認知症高齢者における介護予防および介護技術開発に関する研究事業

－　総括研究報告書　－

長　嶋　紀　一　（認知症介護研究・研修仙台センター、日本大学）
浅　野　弘　毅　（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
加　藤　伸　司　（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
阿　部　哲　也　（認知症介護研究・研修仙台センター、東北福祉大学）
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）
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）
菊　池　真　弓　（いわき明星大学）
時　田　　学　（日本大学）
松　村　砂　織　（認知症介護研究・研修仙台センター）
佐　藤　佳　子　（創造学園大学）
後　藤　美恵子　（東北福祉大学）
後　藤　満　枝　（仙台大学）
佐々木　心　彩　（日本大学大学院）

［はじめに］

2015年の高齢者介護に示されているように、これからの高齢社会においては「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を確保することが急務であり、たとえ介護が必要になった状態になっても「尊厳を支えるケア」を実現することは重要な課題となる。また要介護高齢者の約半数に認知症の影響が見られる現状を考えると、これからの高齢者介護は認知症介護を標準モデルに考えていくことが必要となる。さらに今後10年間で高齢者人口が類をみない早さで急増する状況を鑑みても、介護予防を含めた認知症高齢者介護の標準化が望まれている。

「高齢者が尊厳を持って暮らすこと」を確保するためには、高齢者自身が健康で質の高い生活を送ることができるような要因を探ることが重要となる。そのためには介護予防や認知症予防の要因を探り、それを広く一般社会に普及していくことが重要である。特に近年要支援、要介護１のレベルの人が急増していることを考えると、認知症介護に関する研究だけではなく、介護予防に関する研究も緊急課題といえるだろう。

本研究では、高齢者自身の介護予防の可能性と、軽度認知症を含む要支援者等の進行抑制の要因を明らかにすることを目的に、縦断的な地域調査と、継続した地域介入研究を行い、高齢者が健康で質の高い生活を送るための要因と介護予防や認知症予防の可能性を探るための研究を行った。また在宅や施設を含めた認知症高齢者に対するコミュニケーション技法を含めた基本的な介護技術の開発等に関して学際的な研究を行い、その成果を広く在宅や施設介護の現場に普及していくことにより、高齢者だけではなく、高齢者予備群、および認知症高齢者および介護家族の生活の質の向上と維持を図ることを目的に行われた学際的かつ実践的な研究事業である。

［研究目的と方法］

本研究は、大きく「介護予防と認知症予防に関する研究」と「認知症ケアにおける基本的な介護技術の開発」の２つの研究に分けられる。

介護予防と認知症予防に関する研究は、「加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査－国見地区の２年後の追跡調査－」と「加齢と健康に関する縦断的第２次介入研究」において行われた。

また「認知症ケアにおける基本的介護技術の開発」に関する研究は、「認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究」、「認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究」、「効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究」そして「認知症高齢者についての効果的介護行為の検討とQOL向上に関する研究」においてそれぞれ検討された。

１．介護予防と認知症予防に関する研究

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

（加藤伸司　他）

高齢者が健康で質の高い生活を送るためには、介護予防や認知症予防を含め、心身ともに健康な生活を維持していくことが重要であり、その要因を明らかにすることを目的にこれまで加齢と健康に関する縦断調査を行ってきた。本研究は、2003年に仙台市青葉区国見地区で行った縦断研究の基礎調査をもとに２年後の変化を比較することを目的に行った追跡調査である。調査内容は2003年の基礎調査とほぼ同一の項目で、「基本属性」「ADL：日常生活動作」「家族構成」「日常生活状況」「生活習慣」「一般健康状態」「健康状態に関する自覚」「日常活動状況」「対人交流」「社会活動」「老性自覚」等で構成されている。調査対象者は２年前の基礎調査に協力してくれた住民372人である。

調査方法は訪問面接調査であり、調査期間は、2005年８月２日～９月28日までの58日間である。今回の結果は、今回調査時の対象者230人と同一の230人の２年前のデータを比較したものである。

加齢と健康に関する縦断的第２次介入研究

（矢吹知之　他）

本研究は、地域在住高齢者の効果的な介護予防活動および介入プログラムの実用性と有効性を検証することを目的として行われた。対象は気仙沼大島地区住民であり、2003年に行った介入研究の結果を検討し、効果的であると考えられた生活介入型健康運動プログラムを提案し、実施率や身体機能測定値（６項目）の変容から介入前後を比較検討した。

介入プログラムは、１回につき約２時間であり、内容は、介護予防、認知症の理解を目的とした講義を20分間行い、その後健康チェック、身体機能測定を行った。また、健康や地域生活に関する質問紙を用いた聴き取り調査を行った。さらに、生活介入型運動プログラムの説明を実技として行い、内容を図示したポスターを配布した。同様の内容で、４ヵ月後に追跡を行った。

2．認知症ケアにおける基本的介護技術の開発

(1)　認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究

（内藤佳津雄　他）

本研究では、利用者主体の視点を持って、認知症ケアの複雑さや多様性を考慮しつつ、ケア手法を標準化することを目的とし、認知症介護の実務的専門家（エキスパート）のもつ問題解決上の知識を収集して、エキスパートシステム開発の方法を用いた情報の活用の可能性と有効性について検討した。

調査対象者は認知症介護研究・研修仙台センターにおいて認知症介護指導者養成研修を修了した258名の指導者であり、食事の介護場面について 3 つの場面と課題を設定し、(1) 理由や原因として考えられること、(2) それに対する介護・対応、(3) それがうまくいかなかったときの対応、(4) さらに確認を必要とする情報、について自由に記入を求めた。

(2)　認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究

（阿部哲也　他）

本研究は、現在グループホームにおいて認知症高齢者が行っている活動の実態把握を行うとともに、生活の中で継続的に行われている活動と認知症高齢者の属性及び認知症の行動・心理症状（BPSD）との関連を明らかにし、認知症高齢者の安定した生活支援のための効果的な活動方法を検討することを目的とした。調査は全国の認知症高齢者グループホーム389ヵ所について実施した。調査内容は施設に入居している高齢者を 1 名任意に選定してもらい、事例の属性（年齢、要介護度、性別、認知症の種類、入居期間）、入居時と現在の BPSD 頻度（無い～頻繁にあるまで 6 段階）及び施設の生活で現在継続している活動（生活義務活動、余暇活動、趣味活動等）の種類、活動時間、活動期間について複数回答及び記述式にて回答を依頼した。

(3)　効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究

（吉川悠貴　他）

本研究は、認知症高齢者に対する理解のしかたと、それに基づく対応方法、及び対象者理解や対応方法の選択へ影響する要因について検討することを目的とした。対象は 9 施設（特養・老健・デイサービス・グループホーム）の介護職員231名と、3 校の介護課程を持つ大学の学生275名であり、認知症高齢者の架空事例（「帰宅願望」「失禁不安」「他利用者への過度の援助」のうち 1 事例）を示し、事例への対応方法とその理由、事例の記述から使用した情報、対応の実施可能性等について、主に調査票への自由記述により回答を求めた。また認知症高齢者イメージと社会的スキル尺度を対象者全員に、介護職員にはバーンアウト尺度を、大学生には実習適応感尺度を実施した。

(4)　認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究

（菊池真弓　他）

本研究では、認知症高齢者に対する介護行為について、自らの行動の一部を語ることが可能な認知症高齢者と彼らの介護者に実際にその行為をどの様に受け止めているかについて聞き取り調査を実施し、両者の「介護行為」の受け止め方の比較を行なうことによって、両者

の差異点およびその原因、差異を少なくするような方法について検討し、認知症高齢者のQOLを向上するための介護行為を明らかにすることを目的とした。

本調査の対象者は、①S市グループホームに入居している認知症高齢者8名とその介護担当者6名、②M市グループホームに入居している認知症高齢者10名とその介護担当者11名であり、認知症高齢者の選定については、痴呆自立度Ⅱ以下・CDR1以下のいずれかに該当する人ととした。

調査対象者への調査項目は、「センター方式シート」（B-3「暮らしの情報（私の暮らし方シート）」、B-4「暮らしの情報（私の生活環境シート）」、D-1「焦点情報（私ができること・できないことシート）」）などを参考にしながら焦点化し、構成を検討した。それに基づき聞き取り面接調査のためのシートを作成した。また、調査員は、事前の教育・トレーニングを行なった教員2名、学生3名とし、面接時間は一人15分～30分程度で行なった。介護担当者には、認知症の症状にある調査対象者の「気持ち」と「支援してほしいこと」について聞き取り面接調査を実施した。また、調査員は、教員2名で、一人15分～30分程度で行なった。

［研究結果］

研究結果の概要を「介護予防と認知症予防に関する研究」と「認知症ケアにおける基本的介護技術の開発」のそれぞれの観点からまとめる。

1．介護予防と認知症予防に関する研究

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

（加藤伸司　他）

対象者は、国見地区の2003年の基礎調査に協力してくれた55歳以上の住民372人である。このうち今回の追跡調査に協力してくれたのは、6割にあたる230人であった。除外された142人の内訳は、死亡が8人、入院・入所・転居を含む調査辞退者が134人であった。調査対象者の内訳は、男性96人（41.7%）、女性134人（58.3%）であり、前回調査時の年齢コホート別内訳は、壮年期群61人（26.5%）、前期高齢期群82人（35.7%）、後期高齢期群87人（37.8%）であった。今回の結果は、今回調査時の対象者230人と同一の230人のデータを比較したものである。

今回の追跡調査の結果から、病気を有している人の増加、主観的健康感の低下傾向、老いの自覚の増加傾向など、加齢に伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし、趣味活動を行う人の増加傾向や趣味を行う頻度の増加傾向、毎日運動する人の増加傾向、日常生活能力の向上、昼寝の習慣がある人の増加傾向などが認められた。

(2)　加齢と健康に関する縦断的第2次介入研究

（矢吹知之　他）

介入前後の身体機能測定値では、「膝伸展筋」と柔軟性を測る「長座体前屈」が有意に向上し、「棒反応」については、有意に低下していた。また、参加者を「向上・維持群」と「低下群」のカテゴリーに分類し比較したところ、「棒反応」以外の5項目は維持または向上し

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

2．認知症ケアにおける基本的介護技術の開発

(1)　認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究

（内藤佳津雄　他）

調査票は、258名中63名から返送があり、計105部（回収率20.3%）の調査票を回収することができた。調査票の記入者は、平均年齢40.5歳（SD10.3：範囲24〜69歳)、認知症介護に関する平均経験年数9.3年（SD5.0：範囲 1 〜25年）であった。また資格については、介護福祉士が75名（71.4%）と最も多く、その他は看護師10名、社会福祉士 6 名などであった。

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

(2)　認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究

（阿部哲也　他）

認知症の行動・心理症状（BPSD）の増減と活動との関連を分析した結果、活動実施群の割合が有意に多いものは「運動実施と徘徊頻度増加割合」（実施群34.5%、未実施群22.1%)、「外出活動実施群と妄想頻度増加割合」（実施群42.4%、未実施群25.7%)、「家事活動実施と無気力症状が入居時から無くて現在も無い割合」（実施群56.0%、未実施群34.5%)、「屋外作業実施と無気力症状が入居時から無くて現在も無い割合」（実施群58.2%、未実施群49.6%）などがみられた（いずれも $p<.05$)。

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

(3)　効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究

（吉川悠貴　他）

今回の調査の有効回答数は、介護職員が89票（38.5%）、学生が81票（29.5%）であった。また介護経験の差によって対象者を 4 群に分け（学生実習未経験群／学生実習経験群／介護職員経験 3 年未満群／介護職員経験 3 年以上群）比較した。対応方法については、学生実習経験群では「『問題行動』への直接対処」、介護職員経験 3 年未満群で「本人の意思や個別性の尊重」がそれぞれ多く、介護職員経験 3 年以上群で「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」が多いなどの傾向が認められた。また対応方法を導いた理由と使用情報を比較した結果、対応方法と類似した選択傾向がみられた。対応の自身での実施可能性は、学生 2 群よりも介護職員 2 群がそれぞれ高かった。認知症高齢者イメージでは、因子分析により「親和性」と「力動性」の 2 因子が抽出され、対応方法等への影響はなかったが、学生実習未経験群で「親和性」の得点が低かった。また社会的スキルでは、合計得点の高低により比較を行ったが差はみられなかった。バーンアウトでは、因子分析の結果「情緒的消耗感と脱人格化」と「個人的達成感」の 2 因子が抽出され、「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群と「個人的達成感」の低い群では、「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を対応として選択しない傾向があり、理由や使用情報にも違いがみられた。実習適応感尺度では、因子分析の結果「適応感」「苦悩感」「独自性」の 3 因子が抽出され、対応方法として「苦悩感」が高い群で「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を選択する場合が多く、理由や使用情報についても違いがみられた。

(4)　認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究

（菊池真弓　他）

調査対象者の「気持ち」を聞き取った結果から出現頻度をみると、「興味・関心・遊びなど」（15.4%）、「その他」（14.1%）、「食事の習慣」（10.1%）、「心地よく過ごせる環境」（8.7%）、「人とのかかわりの場」（6.7%）などの項目に対する回答が多かった。また、調査対象者が「支援してほしいこと」をみると、「心地よく過ごせる環境」（17.7%）、「興味・関心・遊びなど」（15.2%）、「食事の習慣」（12.7%）、「移動・移乗」・「人のかかわりの場」（6.3%）などの項目の出現頻度が多くなっているという結果であった。また介護担当者に対して「調査対象者がどんな気持ちでいるのか」を聞き取った結果から出現頻度をみると、「その他」（69.1%）、「人とのかかわりの場」（7.7%）、「興味・関心・遊びなど」（7.1%）など、「その他」の項目が全体の約 7 割と圧倒的に多く、かなり個別性がみられた。

次に、「調査対象者の気持ちに対してどのような支援を心がけているか」についての結果をみると、調査対象者の気持ちと同様で「その他」（69.6%）、「人とのかかわりの場」（6.3%）、「興味・関心・遊びなど」（8.0%）など、「その他」の項目が全体の約 7 割を占めており、個別性がみられた。また調査対象者と介護担当者の気持ちと支援の整合性は、「両者の気持ちと支援に整合性がみられたもの」は 3 事例、「両者の気持ちと支援にずれが生じたもの」は 31 事例となっていることから、両者の気持ちと支援の整合性は全体の 1 割にも満たないという結果であった。このように、気持ちのずれや把握が難しい事例の場合は支援につながりにくいこと、気持ちの整合性はみられるが、対象者の支援の内容が示されない場合には支援の整合性につながりにくいことが本事例から明らかになった。

[考　　察]

本年度の研究事業では、認知症高齢者における介護予防および介護技術開発をめざして、「介護予防と認知症予防に関する研究」と「認知症ケアにおける基本的介護技術の開発」の視点から、6 つの研究プロジェクトを進めてきた。

「介護予防と認知症予防に関する研究」に関しては、要介護認定者の数が急速に増加している現状において、積極的に取り組むべき課題といえる。特に要支援と要介護 1 という比較的軽度の介護状態にある人が急増している現実を考えると、現在自立している高齢者の介護予防をいかに考えていくかは緊急の課題である。

我々は、平成16年度の研究事業で、加齢と健康に関する縦断研究の基礎調査を都市部の55歳以上の住民を対象に行ってきた。今回の調査は、2 年後の追跡調査であるが、今回の追跡調査の結果から、病気を有している人の増加傾向、主観的健康感の低下傾向、老いの自覚の増加傾向などの加齢に伴う経年変化の影響がいくつかみられた。しかし、趣味活動を行う人の増加傾向や趣味を行う頻度の増加傾向、毎日運動する人の増加傾向、日常生活能力の向上、昼寝の習慣がある人の増加傾向などが認められ、健康を維持するための努力や、生活の質の向上が図られていることが明らかとなった。しかし今回の調査では、前回に比べて 40.3 % の人がドロップアウトしており、今回調査に協力してくれた人たちは、健康を維持している一群と考えることもできる。そのため今後はドロップアウト群と今回調査に協力してくれた群の 2 年前の基礎調査のデータを比較し、その時点での生活習慣に違いが見られるのかどうかを検討していくことが重要であり、健康を維持して質の高い生活を送るための要因について、さらに詳細な分析を行っていくことが課題である。

また我々は、介護予防や認知症予防に関して、特定の地域に継続的な介入プログラムを実施することにより、検討してきた。これまで気仙沼大島地区を対象とした「大島スタディ」では、気仙沼大島地区の57歳以上の地域住民の日常生活習慣に溶解した介入プログラムと、運動プログラムの効果とその実用性について縦断的に検証した。まず、2003年と2005年に行った介入調査の基本項目の経年比較を行ったところ、日常生活中の運動習慣、地域活動への参加、健康状態の自覚それぞれについて若干の低下が見られた。しかし、これらの低下の比率はごくわずかであることから加齢の影響の範囲内であると理解できる。プログラム参加者数については、2003年と比較するとほぼ同数の参加者数で介入プログラムの定着も示唆された。大島地区における介入プログラムは、加齢と健康の関連の実態把握を目的とした訪問調査による「加齢と健康に関する縦断調査」と連動して実施されていることによって、地域住民の健康意識や介護予防の意識への介入効果をもたらし、参加行動を促進する働きかけがなされていると考えることができる。

次に、介入プログラムにおいては、日常生活で実施可能と思われる生活介入型運動プログラムの提案を行いその効果測定を各身体機能測定値で評価を行った。継続的に習慣化できる運動プログラムとは、導入において参加者が関心を持つことが重要であることから、提案した生活介入型各運動プログラムの実施予測は重要な手がかりとなり得る。その結果から手指運動のような微細運動は特に取り組みやすく、実際の実施率も高くなり、一方、下肢筋力の強化については、歩行のような日常生活動作をアレンジするものは実施率が高く、軽度の負荷をかけ非日常的な動作の中で直接的に筋力を強化する種目については実施率の低下を助長

することが示唆された。また、歩行に関しては実施予測と結果について大きな隔たりはないことから、最も実施しやすく、参加者の継続実施を評価しモチベーションを高めるために有効な運動であると考えられる。つまり、今回の結果から継続的な実施を可能にする運動プログラムは、歩行のような日常生活中の動作の延長にある動作で、手指、足指を動かす「微細運動（fingers）」が行動変容への心理的側面に与える影響として有効であることが推測された。

認知症は加齢とともに加速度的に増加する疾患であり、現在我が国には170万人とも180万人ともいわれる認知症の人がいるといわれている。このような現状において、認知症の人に対する基本的な介護技術の開発は、非常に重要な課題である。今回我々は、「認知症ケアにおける基本的介護技術の開発」という大きな研究テーマの中で、「認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究」、「認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究」、「効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究」そして「認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究」という 4 つのプロジェクト研究を行ってきた。

「認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究」では、多くのエキスパートに対する調査結果から、食事に関する認知症ケアの場面における「原因・理由」の集約を試みた。その結果、集約されたカテゴリーは多岐にわたり、多様性があり、またカテゴリーごとに出現頻度の違いが認められた。また、場面の違い（課題の違い）によって異なる「原因・理由」のカテゴリーが得られ、分布の様子も異なっていた。このようなデータは、多様性がありながら、その中からの選択を検討するための優先順を示唆するために有効であると考えられ、エキスパートシステムの原データとしての有効性の一端が示された。今後の課題としては、このような評価ステージを試行することと、他の場面についてもデータの取得を行い、同様のデータが得られるか検討することなどが挙げられる。とくに今回の事例 C では他の 2 事例に比べ、得られた回答の多様性がやや低いという結果が得られ、課題の特性とそれに対して得られる回答の傾向を検討しなければならないと考えられた。

「認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究」は、認知症高齢者の安定した生活支援のための効果的な活動方法を検討することを目的としている。認知症の行動・心理症状（BPSD）ごとの増減変化と活動実施の関連については、徘徊頻度の増加と運動、妄想頻度の増加と外出活動、無気力症状の抑止と家事活動、屋外作業に関連が認められた。BPSD 頻度の増減と活動種類の関連についてまとめると、家事活動、屋外作業などの生活関連活動は徘徊や妄想、無気力症状などの BPSD について改善あるいは症状出現防止の効果を期待できるものであり、外出や運動などの余暇活動は妄想や徘徊症状の改善効果を期待するよりも、現在のグループホームにおける対応の傾向を表した結果と考えられる。今後は、BPSD の頻度だけではなく症状の詳細な内容の収集と、活動の実施過程の分析が課題と考えられるだろう。

「効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究」では、認知症高齢者に対する理解のしかたと、それに基づく対応方法、及び対象者理解や対応方法の選択へ影響する要因ついて、介護職員と学生を比較して検討してきた。その結果、学生は BPSD 等や「危険・悪影響」という目の前のネガティブな状況にとらわれがちだが、介護職員は利用者の意思や精神安定の視点に立った対応や理由を選択する傾向がみられた。特に介護職員経験 3 年以上群の対応は、利用者の生活歴・背景をふまえた上でのものと考えられ、学生実習経験群の対応との差異が大きかった。また認知症高齢者に対する親和的イメージは、対応方法決定

への直接的な影響要因というよりは、介護経験自体の有無に関連するものと思われた。さらに、介護職員のバーンアウト傾向の高さや大学生の実習に対する「苦悩感」など、介護経験の長さには単純に還元できない対応方法や視点に関連する要因も見出され、支援や教育の必要性が示唆された。

「認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究」では、認知症高齢者に対する介護行為について、認知症高齢者とその人を介護する介護者に実際にその行為をどの様に受け止めているかについて聞き取り調査を実施し、両者の「介護行為」の受け止め方の比較を行なった。今回の結果から、調査対象者の気持ちは、興味・関心や食事などの習慣、人的物的な環境、日常生活を過ごすなかでの行為や人間関係などに基づき、介護担当者の気持ちは、調査対象者の行動障害、日常の体調、性格などから気持ちを推測しようとする傾向にあることが明らかとなった。介護担当者は、調査対象者の多種多様な気持ちをいかに気づき、本人が望むかかわり方、外出といってもその頻度や移動手段、役割といっても本人の体力や気持ちを考えたアクティビティへの配慮がなされた調整を行なうことが必要であり、課題であると考えられた。

今回の報告書にまとめられた平成17年度の研究事業は、一般の高齢者や認知症の人が健康で質の高い生活を送ることができるような具体的方法を検討することを目的に行われてきた。今年度の研究の大きな柱は、「介護予防と認知症予防」それに「認知症ケアにおける基本的な介護技術の開発」である。研究を進めるにあたって常に念頭に置いてきたことは、一般の高齢者や介護を学ぶ人たち、それに実際に介護現場で働く人たちにとって役立つ研究であるということであり、実際に高齢者にプログラムに参加してもらうことや、介護を学ぶ人に考えてもらうこと、研究結果を広く公開することなど、できる限り多くの人に研究に参加してもらったり、研究成果を認知症介護の現場に還元する努力を行ってきた。今回の研究で残された課題も多いが、今回の報告書の内容が在宅で生活する人や、施設において実際の介護に少しでも役立つことができれば幸いである。さらにそのことが一般の高齢者や認知症の人、および介護家族の生活の質の向上に役立てることができれば、研究の大きな目的は達成されたことになる。今後もさらに研究をすすめ、一般の高齢者や認知症の人、介護家族、および介護に携わるすべての人々のために貢献できるように努めていきたい。

[研究に対する倫理的配慮]

本研究事業は、分担研究すべてを含め、「認知症介護研究・研修仙台センター倫理審査委員会」において審査され、倫理的な面について十分な検討と配慮が行われた。調査研究に関しては、研究協力者となる認知症高齢者を含む高齢者および家族、調査対象となる施設職員、訪問介護員等に対して研究の趣旨、期待される成果等に関する十分な説明を行った上で同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に行われた。また個人情報を収集する調査等に関しては、説明書と同意書を用い、同意書に必要事項を記載してくれた対象者に対してのみ調査を行った。また認知症高齢者に対して同意を求めることが困難だった場合には、その家族に同意を求め、同意が得られた研究協力者を対象に調査を行った。

加齢と健康に関する縦断研究の追跡調査

― 国見地区の2年後の追跡調査 ―

認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学
加 藤 伸 司
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，東北福祉大学
矢 吹 知 之　　阿 部 哲 也　　浅 野 弘 毅
認知症介護研究・研修仙台センター，日本大学
長 嶋 紀 一

[はじめに]

世界に類をみない速さで高齢化と長寿化が進んできた我が国において、高齢者問題は、国民的関心事である。また団塊の世代と呼ばれる戦後のベビーブームに生まれた人たちが高齢者の仲間入りをする2015年を間近に控え、高齢者対策は急務といえるだろう。加齢に伴って慢性疾患の有病率が高まり、認知症の出現頻度も加速度的に増加するのは、周知の事実である。我々は誰しもが健康で生き甲斐のある生活を望んでおり、平均寿命を延ばすだけではなく、質の高い生活を維持できる活動余命をのばしていくことがこれからの課題となる。

高齢者が健康で質の高い生活を送るためには、介護予防や認知症予防を含め、心身ともに健康な生活を維持していくことが重要である。健康な生活を維持するための要因を日常生活の視点でとらえ、それを明らかにすることができれば、それを日常生活の中で実践していくことが可能となる。本研究は2003年に仙台市青葉区国見地区で行った縦断研究の基礎調査と2年後の変化を比較することを目的に行った追跡調査であり、加齢が健康に及ぼす影響と、介護予防の要因を明らかにすることを目的に行われている縦断的研究である。

[方　　法]

対象は仙台市青葉区国見地区に在住する2003年当時55歳以上の住民1,932人のうち、2年前の基礎調査に協力してくれた住民372人である。調査の内容は2003年の基礎調査とほぼ同一の項目であり、「基本属性」「ADL：日常生活動作」「家族構成」「日常生活状況」「生活習慣」「一般健康状態」「健康状態に関する自覚」「日常活動状況」「対人交流」「社会活動」「老性自覚」等で構成されている。調査を行うにあたっては、調査の趣旨と協力依頼を明記した手紙を個別に郵送し、その後電話で調査協力を依頼して調査日を調整することとした。調査は対象者の自宅に調査員が訪問する面接聞き取り調査とし、訪問時に調査内容の説明を行って同意が得られた人に対して調査を行った。調査期間は、2005年8月2日～9月28日までの58日間であった。

[結果の概要]

1．対象者の概要

■対象者の内訳

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

世帯構成は、単身者以外の対象者が世帯内で重複しているため、そのまま実数で比較することはできないが、夫婦世帯が96人（41.7%）と最も多く、次いで二世代と三世代がそれぞれ44人（19.1%）、単身世帯が40人（17.4%）、四世代が2人（0.9%）の順であり、その他が4人（1.7%）という結果であった。世帯構成は前回同様「夫婦世帯」が最も多く、全体の約4割を占めており、前回と比較すると3.0ポイント増えていた。また三世代は2.5ポイントとわずかに増えていたが、それ以外の「単身」「二世帯」「四世帯」はわずかに減っていた。

調査対象者の内訳

人数（%）

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

*年齢コホートの区分は初回調査時の年齢による

世帯構成（初回および第2回調査）　　人数（%）

	初回調査	第2回調査
単　身	41　(17.8%)	40　(17.4%)
夫　婦	89　(38.7%)	96　(41.7%)
二世代	55　(23.9%)	44　(19.1%)
三世代	37　(16.1%)	44　(19.1%)
四世代	3　(1.3%)	2　(0.9%)
その他	5　(2.2%)	4　(1.7%)
合　計	230　(100.0%)	230　(100.0%)

2．一般健康状態

■調査対象者の自立度

ADLに関しては、GBSスケールのADL評価を用いて「着脱衣」「摂食行動」「身体活動」「自発活動」「衛生管理」「用便管理」の項目について評価した。

調査対象者のGBSスケールADLでは今回の調査でも95%以上の人が完全に自立しており、低下した項目は見られなかった。

壮年期群で完全自立している人の割合は、「着脱衣」61人；100.0%（3.3ポイント増）、「摂食行動」61人；100.0%（前回同様）、「身体活動」61人；100.0%（1.6ポイント増）、「自発活動」61人；100.0%（1.6ポイント増）、「衛生管理」61人；100.0%（1.6ポイント増）、「用便管理」61人；100.0%（前回同様）という結果であった。

前期高齢期群で完全自立している人の割合は、「着脱衣」82人；100.0%（1.2ポイント増）、「摂食行動」82人；100.0%（前回同様）、「身体活動」82人；100.0%（3.7ポイント増）、「自発活動」81人；98.8%（7.3ポイント増）、「衛生管理」82人；100.0%（1.2ポイント増）、「用便管理」82人；100.0%（前回同様）という結果であった。

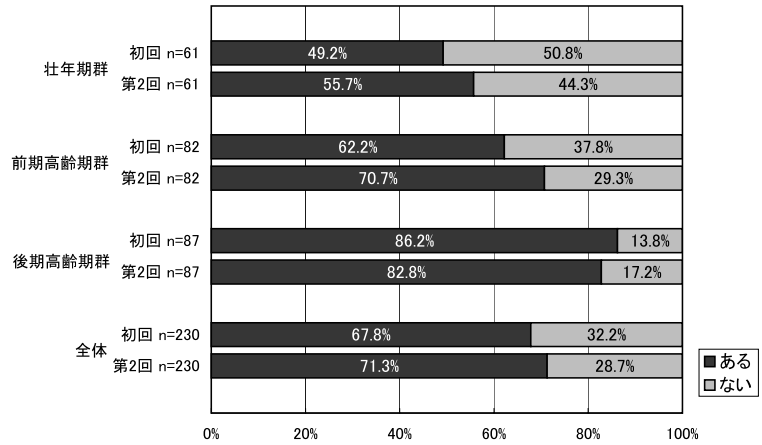
後期高齢期群で完全自立している人の割合は「着脱衣」87人；100.0%（2.3ポイント増）、「摂食行動」87人；100.0%（1.1ポイント増）、「身体活動」85人；97.7%（5.7ポイント増）、「自発活動」84人；96.6%（8.1ポイント増）、「衛生管理」85人；97.7%（1.1ポイント増）、「用便管理」86人；98.9%（2.3ポイント増）という結果であった。

年代別自立度（GBSスケール:ADL）

			着脱衣	摂食行動	身体活動	自発活動	衛生管理	用便管理
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	第2回	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		（初回）	(96.7%)	(100.0%)	(98.4%)	(98.4%)	(98.4%)	(100.0%)
	前期高齢期群	第2回	100.0%	100.0%	100.0%	98.8%	100.0%	100.0%
		（初回）	(98.8%)	(100.0%)	(96.3%)	(91.5%)	(98.8%)	(100.0%)
	後期高齢期群	第2回	100.0%	100.0%	97.7%	96.6%	97.7%	98.9%
		（初回）	(97.7%)	(98.9%)	(92.0%)	(88.5%)	(96.6%)	(96.6%)

■ 健康状態

［現在病院にかかるような病気はありますか？］



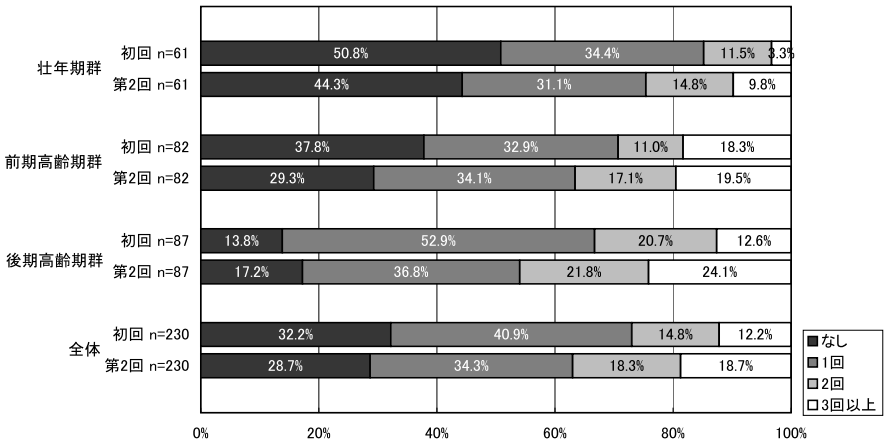
人数（%）

			ある	ない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	30（49.2%）	31（50.8%）	61（100.0%）
		第2回	34（55.7%）	27（44.3%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	51（62.2%）	31（37.8%）	82（100.0%）
		第2回	58（70.7%）	24（29.3%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	75（86.2%）	12（13.8%）	87（100.0%）
		第2回	72（82.8%）	15（17.2%）	87（100.0%）
全体		初回	156（67.8%）	74（32.2%）	230（100.0%）
		第2回	164（71.3%）	66（28.7%）	230（100.0%）

「現在病院にかかるような病気はありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は全体で164人；71.3%（前回；67.8%）であり、7割以上の人は病院にかかるような病気を有しているという結果であった。前回と比較すると、今回の方が3.5ポイント病気を有している人が増えている結果であった。

これを年代別に比較すると、壮年期群で病気を有している人は34人；55.7%（前回；49.2%）、前期高齢期群で58人；70.7%（前回；62.2%）、後期高齢期群で72人；82.8%（前回；86.2%）であった。年齢が高い群ほど病気を有している人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると、病気を有している人は壮年期群で6.5ポイント、前期高齢期群で8.5ポイント増えていたが、後期高齢期群では3.4ポイント減っているという結果であり、前期高齢期群で病気を有している人が増えている傾向が認められた。

［現在病院にかかるような病気はいくつありますか？］



人数（%）

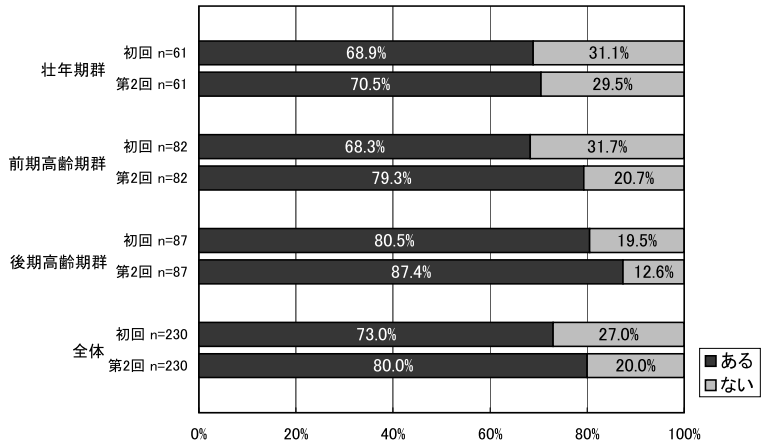
			なし	1	2	3以上	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	31（50.8%）	21（34.4%）	7（11.5%）	2（3.3%）	61（100.0%）
		第2回	27（44.3%）	19（31.1%）	9（14.8%）	6（9.8%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	31（37.8%）	27（32.9%）	9（11.0%）	15（18.3%）	82（100.0%）
		第2回	24（29.3%）	28（34.1%）	14（17.1%）	16（19.5%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	12（13.8%）	46（52.9%）	18（20.7%）	11（12.6%）	87（100.0%）
		第2回	15（17.2%）	32（36.8%）	19（21.8%）	21（24.1%）	87（100.0%）
全体		初回	74（32.2%）	94（40.9%）	34（14.8%）	28（12.2%）	230（100.0%）
		第2回	66（28.7%）	79（34.3%）	42（18.3%）	43（18.7%）	230（100.0%）

*第2回調査の前期高齢期群には病気数を4と回答した3名、後期高齢期群には4と回答した2名、5と回答した1名を含む。

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

これを年代別に比較すると、壮年期群で複数の病気を有している人は15人；24.6%（前回；14.8%）、前期高齢期群で30人；36.6%（前回；29.3%）、後期高齢期群で40人；46.0%（前回；33.3%）であり、高齢になるほど複数の病気を有している人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると複数の病気を有している人は、壮年期群で9.8ポイント、前期高齢期群で7.3ポイント、後期高齢期群で12.7ポイント増加しており、特に後期高齢期群で複数の病気を有している人が増えている傾向が認められた。

［過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我をしたことがありますか？］



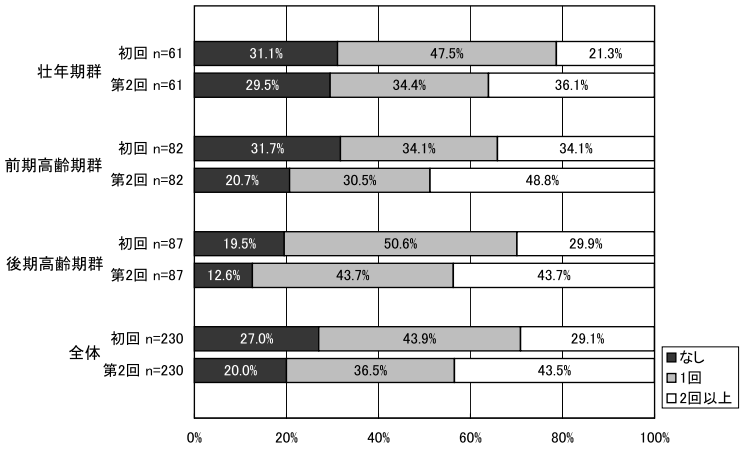
人数（%）

			ある	ない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	42（68.9%）	19（31.1%）	61（100.0%）
		第2回	43（70.5%）	18（29.5%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	56（68.3%）	26（31.7%）	82（100.0%）
		第2回	65（79.3%）	17（20.7%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	70（80.5%）	17（19.5%）	87（100.0%）
		第2回	76（87.4%）	11（12.6%）	87（100.0%）
全体		初回	168（73.0%）	62（27.0%）	230（100.0%）
		第2回	184（80.0%）	46（20.0%）	230（100.0%）

「過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我をしたことがありますか？」という質問では、「ある」と回答したのが全体で184人；80.0%（前回；73.0%）であり、8割以上の人が病気や怪我で入院したことがあるという結果であったが、前回と比較すると、入院したことがある人は16人（7.0ポイント）増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期群で入院したことがある人は43人；70.5%（前回；68.9%）、前期高齢期群で65人；79.3%（前回；68.3%）、後期高齢期群で76人；87.4%（前回；80.5%）であり、高齢になるほど過去に入院したことがある人が多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると過去の入院経験は、壮年期群で1.6ポイント、前期高齢期群で11.0ポイント、後期高齢期群で6.9ポイント増加しており、2年間で壮年期群の1人、前期高齢期群の9人、後期高齢期群の6人、計16人が入院を経験しているという結果であった。

［過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？］



人数（%）

			なし	1回	2回以上	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	19 (31.1%)	29 (47.5%)	13 (21.3%)	61 (100.0%)
		第2回	18 (29.5%)	21 (34.4%)	22 (36.1%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	26 (31.7%)	28 (34.1%)	28 (34.1%)	82 (100.0%)
		第2回	17 (20.7%)	25 (30.5%)	40 (48.8%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	17 (19.5%)	44 (50.6%)	26 (29.9%)	87 (100.0%)
		第2回	11 (12.6%)	38 (43.7%)	38 (43.7%)	87 (100.0%)
全体		初回	62 (27.0%)	101 (43.9%)	67 (29.1%)	230 (100.0%)
		第2回	46 (20.0%)	84 (36.5%)	100 (43.5%)	230 (100.0%)

*第2回調査対象者では全ての年齢コホートで3回以上の入院を「2回以上」に含めている

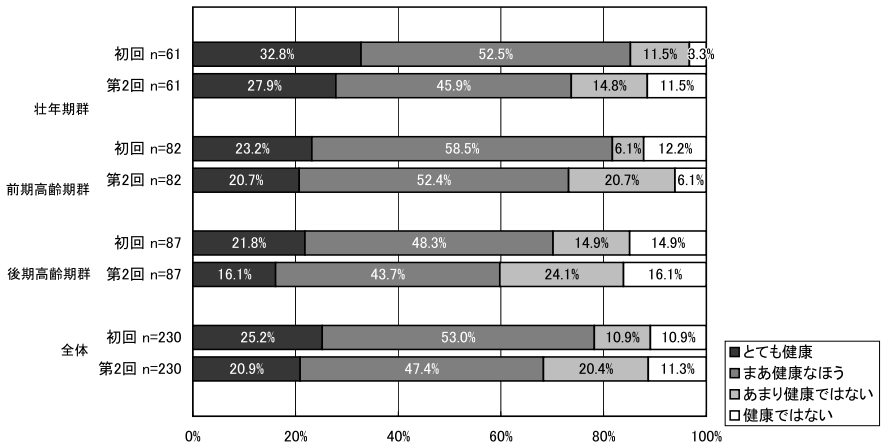
「過去に病院に入院するほどの大きな病気や怪我を何回したことがありますか？」という質問では、1回と回答した人が全体で84人；36.5%（前回；43.9%）、2回以上と回答した人が100人；43.5%（前回；29.1%）であり、2回以上入院したことがある人は14.4ポイント増加していた。

これを年代別に比較すると、壮年期群で2回以上入院したことがある人は22人；36.1%（前回；21.3%）、前期高齢期群で40人；48.8%（前回；34.1%）、後期高齢期群で38人；43.7%（前回；29.9%）であり、前期高齢期群で2回以上入院したことがある人が最も多いという結果は前回と同様であるが、前回と比べると複数回入院したことがある人は壮年期群で14.8ポイント、前期高齢期群で14.7ポイント、後期高齢期群で13.8ポイント増えており、複数回入院する人が増える割合は各年代間でほぼ同程度という結果であった。

3．健康状態の自覚

■主観的健康度

［あなたはふだん自分で健康だと感じますか？］



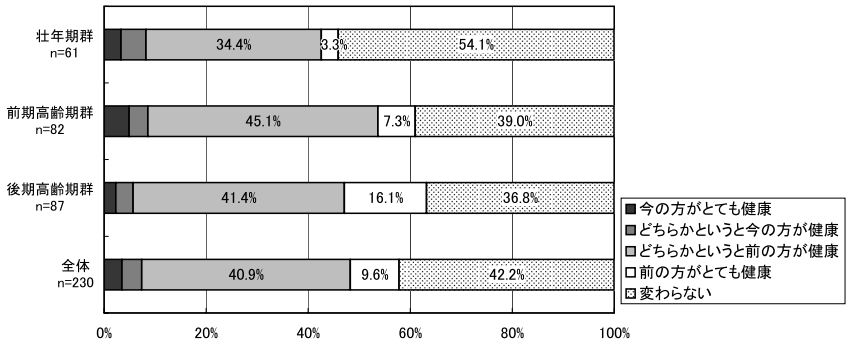
人数（%）

			とても健康	まあ健康なほう	あまり健康ではない	健康ではない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	20（32.8%）	32（52.5%）	7（11.5%）	2（3.3%）	61（100.0%）
		第2回	17（27.9%）	28（45.9%）	9（14.8%）	7（11.5%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	19（23.2%）	48（58.5%）	5（6.1%）	10（12.2%）	82（100.0%）
		第2回	17（20.7%）	43（52.4%）	17（20.7%）	5（6.1%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	19（21.8%）	42（48.3%）	13（14.9%）	13（14.9%）	87（100.0%）
		第2回	14（16.1%）	38（43.7%）	21（24.1%）	14（16.1%）	87（100.0%）
全体		初回	58（25.2%）	122（53.0%）	25（10.9%）	25（10.9%）	230（100.0%）
		第2回	48（20.9%）	109（47.4%）	47（20.4%）	26（11.3%）	230（100.0%）

「あなたはふだん自分で健康だと感じますか？」という質問を「1．とても健康」「2．まあ健康な方」「3．あまり健康ではない」「4．健康ではない」の4段階で回答してもらった。その結果「とても健康」と回答した人は全体で48人；20.9%（前回；25.2%）、「まあ健康な方」は109人；47.4%（前回；53.0%）であり、68.3%の人は健康と感じていたが、前回と比べると9.9ポイント低下していた。

年代別の比較では、「とても健康」と回答した人は壮年期群で17人；27.9%（前回；32.8%）、前期高齢期群で17人；20.7%（前回；23.2%）、後期高齢期群で14人；16.1%（前回；21.8%）であり、「まあ健康な方」の回答は、壮年期群で28人；45.9%（前回；52.5%）、前期高齢期群で43人；52.4%（前回；58.5%）、後期高齢期群で38人；43.7%（前回；48.3%）であった。「とても健康な方」と「まあ健康な方」と回答した人を合わせて「主観的に健康と感じている群」と考えると、壮年期群の45人；73.8%（前回；85.3%）、前期高齢期群の60人；73.1%（前回；81.7%）、後期高齢期群の52人；59.8%（前回；70.1%）の人たちが自分自身を健康と感じているという結果であった。年齢が高い群ほど主観的に健康と感じている人が少ないのは前回と同様の結果であった。しかし主観的に健康と感じている人は、壮年期群で11.5ポイント、前期高齢期群で8.6ポイント、後期高齢期群で10.3ポイント減少しており、主観的に健康と感じている人が減っているのは前期高齢期群にやや目立っていた。

［前回の調査の時の自分と比べて今の健康状態はどうですか？］



人数（%）

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

「前回（2年前）の調査の時と比べて、今の健康状態はどうですか？」という質問を「1．今の方がとても健康」「2．どちらかというと今の方が健康」「3．どちらかというと前の方が健康」「4．前の方がとても健康」「5．変わらない」の5段階で回答してもらった。

その結果、「変わらない」と回答した人が全体で97人；42.2%と最も高かったが、「どちらかというと前の方が健康」と回答した人が94人；40.9%とほぼ同じ割合でみられた。

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

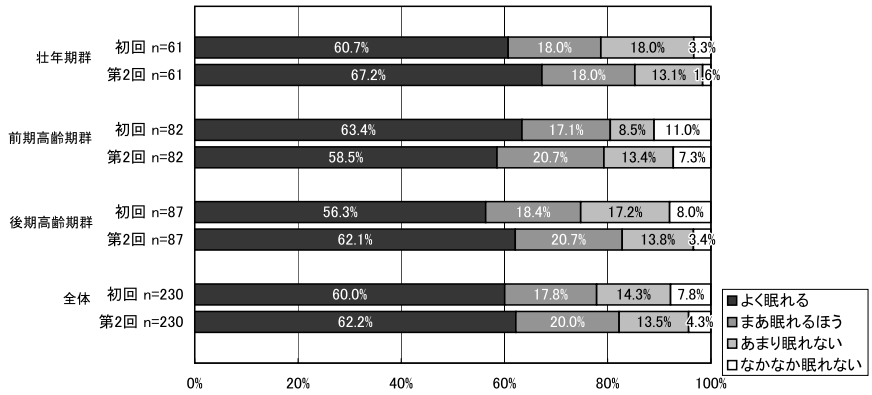
次に「今の方がとても健康」と「どちらかというと今の方が健康」をあわせて「現在の方が健康群」、「前の方がとても健康」と「どちらかというと前の方が健康」をあわせて「前の方が健康群」に分けて比較すると、全体で「今の方が健康群」が17人；7.4%、「前の方が健康群」が116人；50.5%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を43.1ポイント上回っていた。

これを年代別に比較すると、壮年期群の「今の方が健康群」が5人；8.2%、「前の方が健康群」が23人；37.7%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を29.5ポイント上回っていた。

前期高齢期群では、「今の方が健康群」が7人；8.6%、「前の方が健康群」が43人；52.4%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を43.8ポイント上回っていた。後期高齢期群では「今の方が健康群」が5人；5.7%、「前の方が健康群」が50人；57.5%であり、「前の方が健康群」が「今の方が健康群」を51.8ポイント上回っていた。以上の結果から、2年間の変化を見ると前の方が健康と感じている人は、年齢が高くなるに従って増えていくということが明らかになった。

■睡眠状況

［あなたはふだんよく眠れる方ですか？］



人数（%）

			よく眠れる	まあ眠れるほう	あまり眠れない	なかなか眠れない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	37 (60.7%)	11 (18.0%)	11 (18.0%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)
		第2回	41 (67.2%)	11 (18.0%)	8 (13.1%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	52 (63.4%)	14 (17.1%)	7 (8.5%)	9 (11.0%)	82 (100.0%)
		第2回	48 (58.5%)	17 (20.7%)	11 (13.4%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	49 (56.3%)	16 (18.4%)	15 (17.2%)	7 (8.0%)	87 (100.0%)
		第2回	54 (62.1%)	18 (20.7%)	12 (13.8%)	3 (3.4%)	87 (100.0%)
全体		初回	138 (60.0%)	41 (17.8%)	33 (14.3%)	18 (7.8%)	230 (100.0%)
		第2回	143 (62.2%)	46 (20.0%)	31 (13.5%)	10 (4.3%)	230 (100.0%)

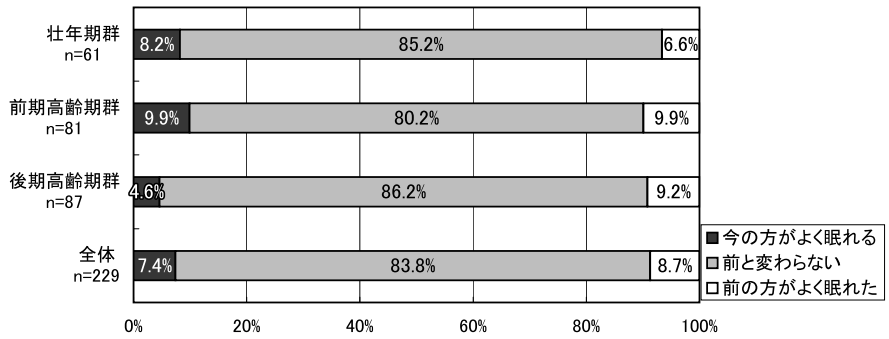
「あなたはふだんよく眠れる方ですか？」という質問を「1．よく眠れる」「2．まあ眠れる方」「3．あまり眠れない」「4．なかなか眠れない」の4段階で回答してもらった。その結果「よく眠れる」と回答した人は全体で143人；62.2%（前回60.0%）、「まあ眠れる方」46人；20.0%（前回；17.8%）、「あまり眠れない」31人；13.5%（前回；14.3%）、「なかなか眠れない」10人；4.3%（前回7.8%）という結果であった。

年代別の比較では、壮年期群で「よく眠れる」と回答した人は41人；67.2%（前回；60.7%）、前期高齢期群で48人；58.5%（前回；63.4%）、後期高齢期群で54人62.1%（前回；56.3%）であり、前期高齢期群で4.9ポイントとわずかに減少していたが、壮年期群では6.5ポイント、後期高齢期群で5.8ポイントとやや増えていた。

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

「よく眠れる」と「まあ眠れる方」を合わせて「睡眠良好群」と考えると、全体で82.2%（前回；77.8%）であり、前回よりも4.4ポイントとわずかに増えていた。また年代別比較でも、壮年期群で85.2%（前回；78.7%）、前期高齢期群で79.2%（前回；80.5%）、後期高齢期群で82.8%（前回；74.7%）であり、前期高齢期群で1.3ポイントとわずかに減っていたものの、壮年期群で6.5ポイント、後期高齢期群で8.1ポイントとわずかに増えていた。

［前回の調査の時と比べて今の睡眠はどうですか？］

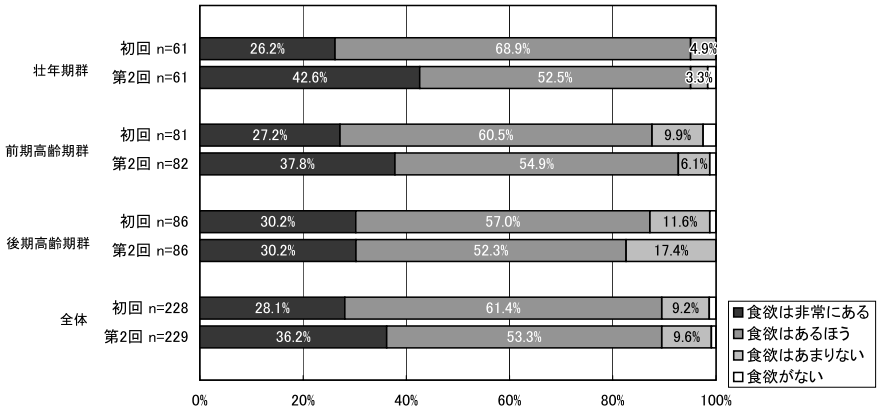


		今の方がよく眠れる	前と変わらない	前の方がよく眠れた	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	5 (8.2%)	52 (85.2%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	8 (9.9%)	65 (80.2%)	8 (9.9%)	81 (100.0%)
	後期高齢期群	4 (4.6%)	75 (86.2%)	8 (9.2%)	87 (100.0%)
全体		17 (7.4%)	192 (83.8%)	20 (8.7%)	229 (100.0%)

睡眠状況について、「前回の調査の時と比べて今の睡眠はどうですか？」という質問を行ったところ「前と変わらない」と回答した人は全体で192人；83.8%であり、年代別比較でも「前と変わらない」と回答した人は、壮年期群で52人；85.2%、前期高齢期群65人；80.2%、後期高齢期群で75人；86.2%と、8割以上の人に変化は見られなかった。しかし「前の方がよく眠れた」と回答した人は全体で20人；8.7%、「今の方がよく眠れる」が17人；7.4%であり、「前の方がよく眠れた」の回答が「今の方がよく眠れる」を1.3ポイント上回っていた。この傾向は後期高齢期群でやや特徴的で、「前の方がよく眠れた」人は8人；9.2%、「今の方がよく眠れる」は4人；4.6%であり、「前の方がよく眠れた」が「今の方がよく眠れる」よりも4.6ポイント上回っていた。壮年期群では「前の方がよく眠れた」人は 4人；6.6%、「今の方がよく眠れる」人は 5人；8.2%、前期高齢期群では「前の方がよく眠れた」人は 8人；9.9%、「今の方がよく眠れる」人は 8人；9.9%で、壮年期群と前期高齢期群では、この差はほとんどみられなかった。

■食欲

［食欲はいかがですか？］



人数（%）

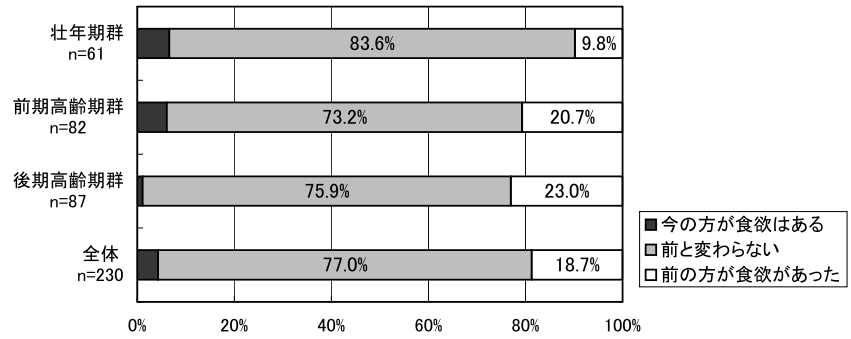
			食欲は非常にある	食欲はあるほう	食欲はあまりない	食欲がない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	16 (26.2%)	42 (68.9%)	3 (4.9%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
		第2回	26 (42.6%)	32 (52.5%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	22 (27.2%)	49 (60.5%)	8 (9.9%)	2 (2.5%)	81 (100.0%)
		第2回	31 (37.8%)	45 (54.9%)	5 (6.1%)	1 (1.2%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	26 (30.2%)	49 (57.0%)	10 (11.6%)	1 (1.2%)	86 (100.0%)
		第2回	26 (30.2%)	45 (52.3%)	15 (17.4%)	0 (0.0%)	86 (100.0%)
全体		初回	64 (28.1%)	140 (61.4%)	21 (9.2%)	3 (1.3%)	228 (100.0%)
		第2回	83 (36.2%)	122 (53.3%)	22 (9.6%)	2 (0.9%)	229 (100.0%)

「食欲はいかがですか？」という質問を「1．食欲は非常にある」「2．食欲はある方」「3．食欲はあまりない」「4．食欲がない」の4段階で回答してもらった。その結果「食欲は非常にある」と回答した人は全体で83人；36.2%（前回；28.1%）、「食欲はある方」は122人；53.3%（前回；61.4%）であり、両者をあわせて「食欲がある群」と考えると、全体で205人；89.5%（前回；89.5%）の人が食欲はあると回答しており、前回と差は見られなかった。

年代別の比較では、「食欲は非常にある」と回答した人は壮年期群で26人；42.6%（前回；26.2%）、前期高齢期群で31人；37.8%（前回27.2%）、後期高齢期群で26人；30.2%（前回；30.2%）であり、食欲が非常に旺盛である人は後期高齢期群では差がなかったが、前期高齢期群で10.6ポイント、壮年期群で16.4ポイント増加しており、年代が若い人ほど食欲が非常に旺盛な人が増えているという結果であった。一方「食欲はある方」と回答したのは、壮年期群で32人；52.5%（前回；68.9%）、前期高齢期群で45人；54.9%（前回；60.5%）、後期高齢期群で45人；52.3%（前回；57.0%）であり、すべての群で若干減っている傾向が認められた。

次に「食欲は非常にある」と「食欲はある方」をあわせて「食欲がある群」と考えた場合、全体で205人；89.5%（前回；89.5%）が食欲はあると回答しており、前回と差はみられなかった。年代別比較では、壮年期群が58人；95.1%（前回；95.1%）、前期高齢期群が76人；92.7%（前回；87.7%）、後期高齢期群が71人；82.5%（前回；87.2%）であり、前期高齢期群でわずかに増え、後期高齢期群でわずかに減っていたが、全体としては8割以上の人たちは食欲があるという結果であった。

［前回の調査のときと比べて今の食欲はどうですか？］



人数（%）

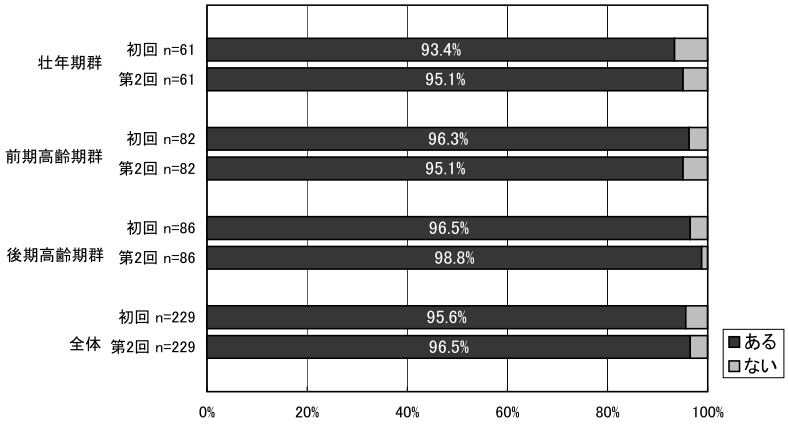
		今の方が食欲はある	前と変わらない	前の方が食欲があった	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	4 (6.6%)	51 (83.6%)	6 (9.8%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	5 (6.1%)	60 (73.2%)	17 (20.7%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	1 (1.1%)	66 (75.9%)	20 (23.0%)	87 (100.0%)
全体		10 (4.3%)	177 (77.0%)	43 (18.7%)	230 (100.0%)

食欲について、「前回の調査の時と比べて今の食欲はどうですか？」という質問を行ったところ「前と変わらない」と回答した人は全体で177人；77.0%であり、年代別比較でも「前と変わらない」と回答した人は壮年期群で51人；83.6%、前期高齢期群60人；73.2%、後期高齢期群で66人；75.9%と、7割以上の人に変化は見られなかった。

しかし「前の方が食欲はあった」と回答した人は全体で43人；18.7%、「今の方が食欲はある」が10人；4.3%であり、「前の方が食欲はあった」の回答が「今の方が食欲はある」の回答を14.4ポイント上回っていた。この傾向はすべての年齢群に共通しており、壮年期群で「前の方が食欲はあった」人は6人；9.8%、「今の方が食欲はある」人は4人；6.6%、前期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人は17人；20.7%、「今の方が食欲はある」人は5人；6.1%、後期高齢期群で「前の方が食欲はあった」人は20人；23.0%、「今の方が食欲はある」人は1人；1.1%であり、「前の方が食欲はあった」人が壮年期群で3.2ポイント、前期高齢期群で14.6ポイント、後期高齢期群で21.9ポイント、それぞれ「今の方が食欲はある」人を上回っていた。またこの傾向は年代が高い群になるにつれて顕著になる傾向が認められた。

■老性自覚

［これまでに自分が歳をとったなと感じたことがありますか？］



人数（%）

			ある	ない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	57 (93.4%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
		第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	79 (96.3%)	3 (3.7%)	82 (100.0%)
		第2回	78 (95.1%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	83 (96.5%)	3 (3.5%)	86 (100.0%)
		第2回	85 (98.8%)	1 (1.2%)	86 (100.0%)
全体		初回	219 (95.6%)	10 (4.4%)	229 (100.0%)
		第2回	221 (96.5%)	8 (3.5%)	229 (100.0%)

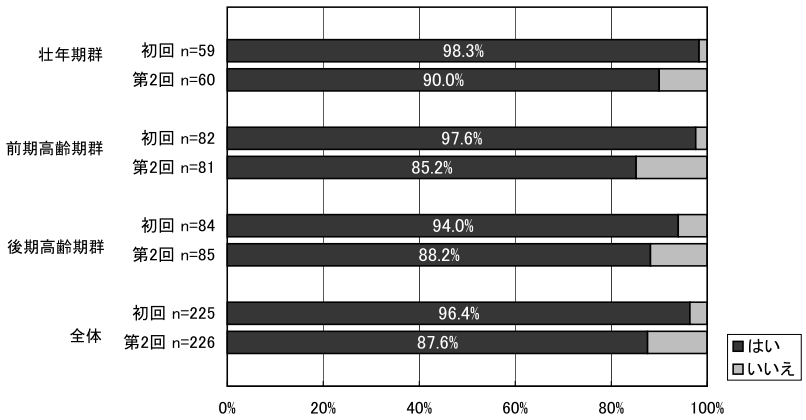
「これまでに自分が歳をとったなと感じたことがありますか？」という質問では、「ある」と答えた人が全体で221人；96.5%（前回；95.6%）であり、前回とほとんど変わらなかった。

年代別の比較では、壮年期群で自分が歳をとったなと感じたことがある人は58人；95.1%（前回；93.4%）、前期高齢期群で78人；95.1%（前回；96.3%）、後期高齢期群で85人；98.8%（前回；96.5%）であり、すべての群で95%以上の人に老性自覚がみられた。

4．生活習慣

■食生活

［食事は楽しんでいますか？］



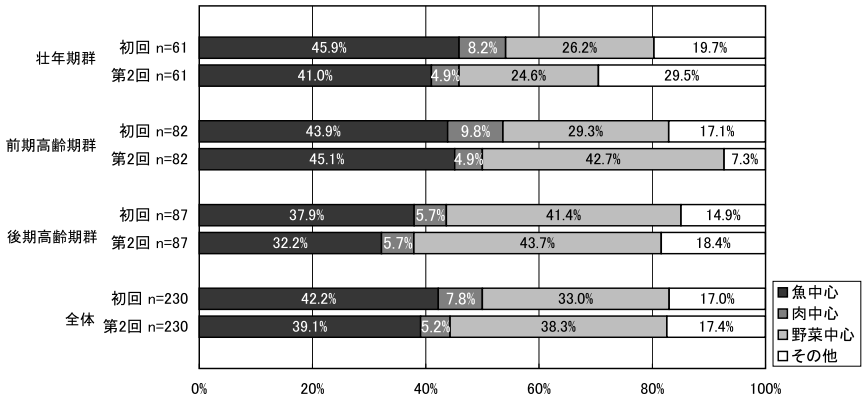
人数（%）

			はい	いいえ	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	58 (98.3%)	1 (1.7%)	59 (100.0%)
		第2回	54 (90.0%)	6 (10.0%)	60 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	80 (97.6%)	2 (2.4%)	82 (100.0%)
		第2回	69 (85.2%)	12 (14.8%)	81 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	79 (94.0%)	5 (6.0%)	84 (100.0%)
		第2回	75 (88.2%)	10 (11.8%)	85 (100.0%)
全体		初回	217 (96.4%)	8 (3.6%)	225 (100.0%)
		第2回	198 (87.6%)	28 (12.4%)	226 (100.0%)

「食事は楽しんでいますか？」という質問で、「楽しんでいる」と回答した人は全体で198人；87.6%（前回；96.4%）であり、前回に比べて8.8ポイント減少していた。

年代別の比較では、「食事を楽しんでいる」と回答した人は壮年期群で54人；90.0%（前回；98.3%）、前期高齢期群で69人；85.2%（前回；97.6%）、後期高齢期群で75人；88.2%（前回；94.0%）という結果であった。前回と比較すると、食事を楽しんでいると回答した人は、壮年期群で8.3ポイント、前期高齢期群で12.4ポイント、後期高齢期群で5.8ポイント減少しており、特に前期高齢期群の減少が目立った。

［あなたの家の食事は「魚」「肉」「野菜」のうち何が中心になっていますか？］



人数（%）

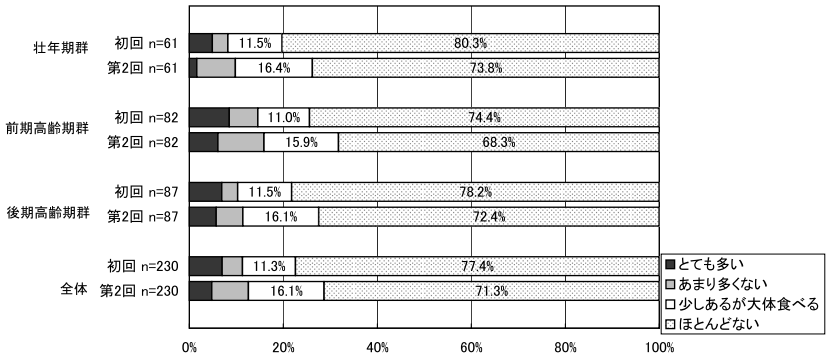
			魚中心	肉中心	野菜中心	その他	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	28（45.9%）	5（8.2%）	16（26.2%）	12（19.7%）	61（100.0%）
		第2回	25（41.0%）	3（4.9%）	15（24.6%）	18（29.5%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	36（43.9%）	8（9.8%）	24（29.3%）	14（17.1%）	82（100.0%）
		第2回	37（45.1%）	4（4.9%）	35（42.7%）	6（7.3%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	33（37.9%）	5（5.7%）	36（41.4%）	13（14.9%）	87（100.0%）
		第2回	28（32.2%）	5（5.7%）	38（43.7%）	16（18.4%）	87（100.0%）
全体		初回	97（42.2%）	18（7.8%）	76（33.0%）	39（17.0%）	230（100.0%）
		第2回	90（39.1%）	12（5.2%）	88（38.3%）	40（17.4%）	230（100.0%）

「あなたの家の食事は、魚、肉、野菜の何が中心になっていますか？」という質問では、「魚中心」と回答した人が全体で90人；39.1%（前回；42.2%）であり、次いで「野菜中心」が88人；38.3%（前回；33.0%）で、「魚中心」と「野菜中心」にほとんど差はなく、「肉中心」は12人；5.2%（前回；7.8%）で最も低いという結果であった。

年代別の比較では、「魚中心」と回答した人は壮年期群で25人；41.0%（前回；45.9%）、前期高齢期群で37人；45.1%（前回；43.9%）、後期高齢期群で28人；32.2%（前回；37.9%）であり、壮年期群で4.9ポイント、後期高齢期群で5.7ポイントと減少しており、前期高齢期群では1.2ポイントとわずかに増加していた。また「野菜中心」と回答した人は、壮年期群で15人；24.6%（前回；26.2%）、前期高齢期群で35人；42.7%（前回；29.3%）、後期高齢期群で38人；43.7%（前回；41.4%）であり、壮年期群では1.6ポイント減少していたものの、前期高齢期群では13.4ポイント増加しており、後期高齢期群でも2.3ポイントとわずかに増えていた。「肉中心」と回答した人はすべての群で最も少なく、壮年期群で3人；4.9%（前回8.2%）、前期高齢期群で4人；4.9%（前回；9.8%）、後期高齢期群で5人；5.7%（前回；5.7%）であり、前回よりさらに減少していた。

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

［食べ物の好き嫌いは多い方ですか？］



人数（%）

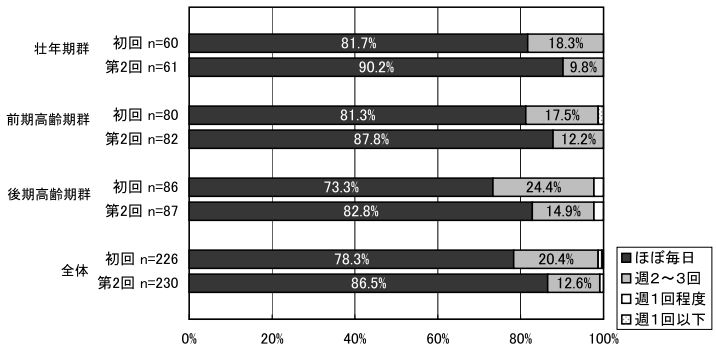
			とても多い	あまり多くない	少しあるが大体食べる	ほとんどない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	3 (4.9%)	2 (3.3%)	7 (11.5%)	49 (80.3%)	61 (100.0%)
		第2回	1 (1.6%)	5 (8.2%)	10 (16.4%)	45 (73.8%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	7 (8.5%)	5 (6.1%)	9 (11.0%)	61 (74.4%)	82 (100.0%)
		第2回	5 (6.1%)	8 (9.8%)	13 (15.9%)	56 (68.3%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	6 (6.9%)	3 (3.4%)	10 (11.5%)	68 (78.2%)	87 (100.0%)
		第2回	5 (5.7%)	5 (5.7%)	14 (16.1%)	63 (72.4%)	87 (100.0%)
全体		初回	16 (7.0%)	10 (4.3%)	26 (11.3%)	178 (77.4%)	230 (100.0%)
		第2回	11 (4.8%)	18 (7.8%)	37 (16.1%)	164 (71.3%)	230 (100.0%)

「食べ物の好き嫌いは多い方ですか？」という質問では、「ほとんどない」と回答した人が全体で164人；71.3%（前回；77.4%）であり、最も多かった。また「少しあるがだいたい食べる」を含めて「好き嫌いのほとんどない群」と考えると、全体で201人；87.4%（前回；88.7%）の人が好き嫌いなく食べていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「ほとんどない」と回答した人は壮年期群で45人；73.8%（前回；80.3%）、前期高齢期群で56人；68.3%（前回；74.4%）、後期高齢期群で63人；72.4%（前回；78.2%）であり、すべての年代で好き嫌いのない人が最も多かった。「少しあるがだいたい食べる」を含めた「好き嫌いのほとんどない群」では、壮年期群で55人；90.2%（前回；91.8%）、前期高齢期群で69人；84.2%（前回；85.4%）、後期高齢期群で77人；88.5%（前回；89.7%）であり、すべての群で8割以上の人は好き嫌いなく食べているという結果であった。前回と比べると、好き嫌いのほとんどない人は、壮年期群で1.6ポイント、前期高齢期群で1.2ポイント、後期高齢期群で1.2ポイントとすべての群でごくわずかではあるが減少していた。

■入　浴

［お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？］



人数（%）

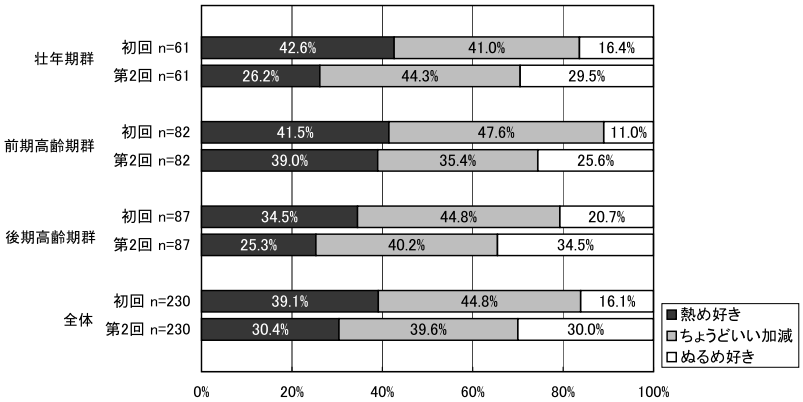
			ほぼ毎日	週2～3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	49（81.7%）	11（18.3%）	0（0.0%）	0（0.0%）	60（100.0%）
		第2回	55（90.2%）	6（9.8%）	0（0.0%）	0（0.0%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	65（81.3%）	14（17.5%）	0（0.0%）	1（1.3%）	80（100.0%）
		第2回	72（87.8%）	10（12.2%）	0（0.0%）	0（0.0%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	63（73.3%）	21（24.4%）	2（2.3%）	0（0.0%）	86（100.0%）
		第2回	72（82.8%）	13（14.9%）	2（2.3%）	0（0.0%）	87（100.0%）
全体		初回	177（78.3%）	46（20.4%）	2（0.9%）	1（0.4%）	226（100.0%）
		第2回	199（86.5%）	29（12.6%）	2（0.9%）	0（0.0%）	230（100.0%）

「お風呂はどのくらいの割合で入っていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で199人；86.5%（前回；78.3%）であり、前回よりも8.2ポイント増えていた。

年代別の比較では、「ほぼ毎日」入浴している人は壮年期群で55人；90.2%（前回；81.7%）、前期高齢期群で72人；87.8%（前回；81.3%）、後期高齢期群で72人；82.8%（前回；73.3%）という結果であった。また前回と比較して、すべての群で毎日入浴する人は増えており、壮年期群で8.5ポイント、前期高齢期群で6.5ポイント、後期高齢期群で9.5ポイント増加していたが、前回の結果と同様に年齢の高い群ほど毎日入浴する人は少ない傾向が認められた。

.

［お風呂の好みの熱さはどうですか？］



			熱め好き	ちょうどいい加減	ぬるめ好き	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	26（42.6%）	25（41.0%）	10（16.4%）	61（100.0%）
		第2回	16（26.2%）	27（44.3%）	18（29.5%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	34（41.5%）	39（47.6%）	9（11.0%）	82（100.0%）
		第2回	32（39.0%）	29（35.4%）	21（25.6%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	30（34.5%）	39（44.8%）	18（20.7%）	87（100.0%）
		第2回	22（25.3%）	35（40.2%）	30（34.5%）	87（100.0%）
全体		初回	90（39.1%）	103（44.8%）	37（16.1%）	230（100.0%）
		第2回	70（30.4%）	91（39.6%）	69（30.0%）	230（100.0%）

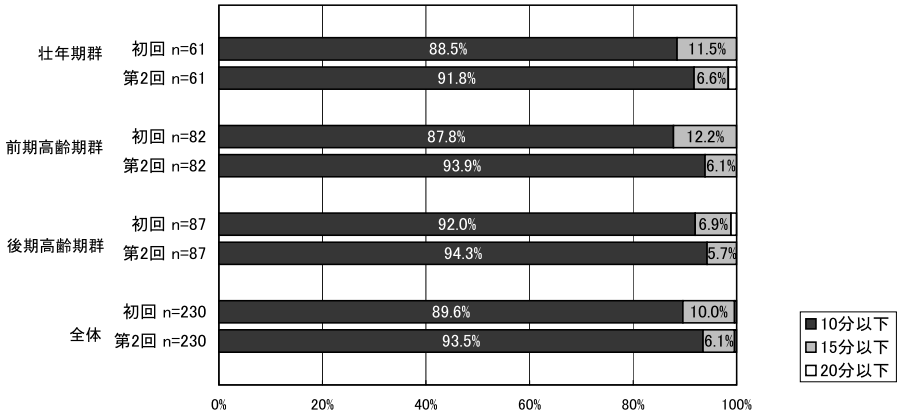
「お風呂の好みの熱さはどうですか？」という質問で、「熱めが好き」と回答した人は全体で70人；30.4%（前回；39.1%）、「ちょうどいい加減」91人；39.6%（前回；44.8%）、「ぬるめが好き」が69人；30.0%（前回；16.1%）であり、前回と同様に、「ちょうどいい加減」と回答した人がもっとも多かった。また「熱めがすき」が8.7ポイント、「ちょうどいい加減」が5.2ポイント減少していたが、逆に「ぬるめが好き」は、13.9ポイント増加していた。

年代別の比較では、「熱めが好き」と回答した人は壮年期群で16人；26.2%（前回；42.6%）、前期高齢期群で32人；39.0%（前回；41.5%）、後期高齢期群で22人；25.3%（前回；34.5%）であり、壮年期群で16.4ポイント、前期高齢期群で2.5ポイント、後期高齢期群で9.2ポイントとすべての群で減少しており、特に壮年期群の減少率が大きかった。

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

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

［入浴時間］



人数（%）

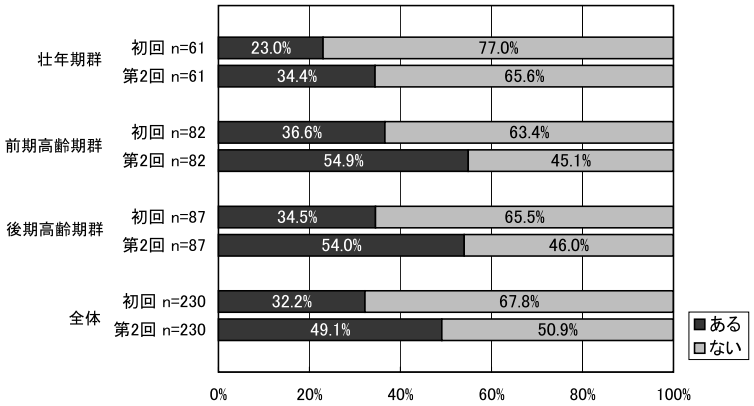
			10分以下	15分以下	20分以下	合計
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	54 (88.5%)	7 (11.5%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
		第2回	56 (91.8%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	72 (87.8%)	10 (12.2%)	0 (0.0%)	82 (100.0%)
		第2回	77 (93.9%)	5 (6.1%)	0 (0.0%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	80 (92.0%)	6 (6.9%)	1 (1.1%)	87 (100.0%)
		第2回	82 (94.3%)	5 (5.7%)	0 (0.0%)	87 (100.0%)
全体		初回	206 (89.6%)	23 (10.0%)	1 (0.4%)	230 (100.0%)
		第2回	215 (93.5%)	14 (6.1%)	1 (0.4%)	230 (100.0%)

入浴時間に関しては、10分以下と回答した人がもっとも多く、全体で215人；93.5%（前回；89.6%）であり、また15分以下が14人；6.1%（前回；10.0%）、20分以下が1人；0.4%（前回；0.4%）の順であった。入浴時間が15分以下は全体で229人；99.6%であり、ほとんどの人は入浴時間が15分以下という結果であった。

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

■昼寝の習慣

［昼寝の習慣はありますか？］



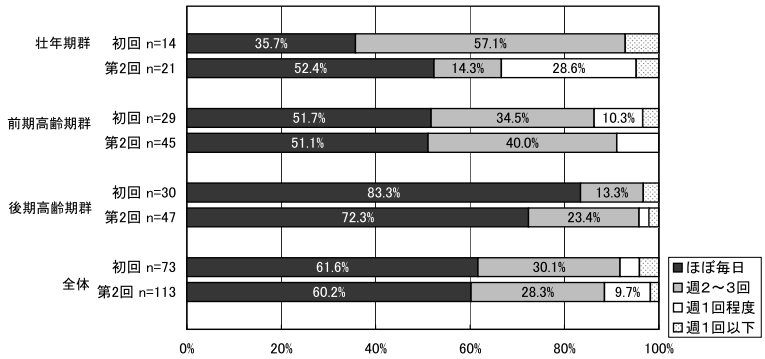
人数（%）

			ある	ない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	14 (23.0%)	47 (77.0%)	61 (100.0%)
		第2回	21 (34.4%)	40 (65.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	30 (36.6%)	52 (63.4%)	82 (100.0%)
		第2回	45 (54.9%)	37 (45.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	30 (34.5%)	57 (65.5%)	87 (100.0%)
		第2回	47 (54.0%)	40 (46.0%)	87 (100.0%)
全体		初回	74 (32.2%)	156 (67.8%)	230 (100.0%)
		第2回	113 (49.1%)	117 (50.9%)	230 (100.0%)

「昼寝の習慣はありますか？」という質問で、「ある」と回答したのは全体で113人；49.1%（前回；32.2%）であった。昼寝の習慣を有している人は前回に比べて16.9ポイント増加し、約半数の人が昼寝の習慣があることが明らかとなった。

年代別に比較すると、壮年期群で昼寝の習慣があると回答した人は21人；34.4%（前回；23.0%）、前期高齢期群で45人；54.9%（前回；36.6%）、後期高齢期群で47人；54.0%（前回；34.5%）であり、壮年期群で11.4ポイント、前期高齢期群で18.3ポイント、後期高齢期群で19.5ポイント増加していた。特に前期高齢期群と後期高齢期群で昼寝の習慣を有する人が増えており、半数以上の人は昼寝をする習慣があるという結果であった。

［昼寝の頻度］



人数（%）

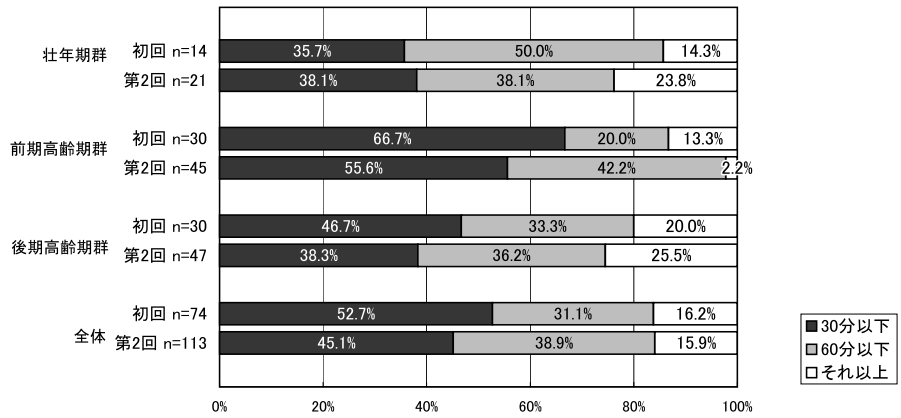
			ほぼ毎日	週2～3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	5 (35.7%)	8 (57.1%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	14 (100.0%)
		第2回	11 (52.4%)	3 (14.3%)	6 (28.6%)	1 (4.8%)	21 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	15 (51.7%)	10 (34.5%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)
		第2回	23 (51.1%)	18 (40.0%)	4 (8.9%)	0 (0.0%)	45 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	25 (83.3%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)
		第2回	34 (72.3%)	11 (23.4%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	47 (100.0%)
全体		初回	45 (61.6%)	22 (30.1%)	3 (4.1%)	3 (4.1%)	73 (100.0%)
		第2回	68 (60.2%)	32 (28.3%)	11 (9.7%)	2 (1.8%)	113 (100.0%)

「昼寝はどのくらいの頻度ですか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答したのは全体で68人；60.2%（前回；61.6%）であり、週2～3回を含めると100人；88.5%（前回；91.7%）の人が少なくても週2～3回以上の昼寝をしていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「ほぼ毎日」と回答している人は壮年期群で11人；52.4%（前回；35.7%）、前期高齢期群で23人；51.1%（前回；51.7%）、後期高齢期群で34人；72.3%（前回；83.3%）であった。また「週2～3回」を含めると、壮年期群で14人；66.7%（前回；92.8%）、前期高齢期群で41人；91.1%（前回；86.2%）、後期高齢期群で45人；95.7%（前回；96.6%）の人が少なくても週2～3回以上の昼寝をしていることが明らかとなった。

前回と同様に年齢が高い群ほど昼寝をする習慣のある人は多く、その昼寝の頻度も年齢の高い群ほど多いという結果であった。

［昼寝の時間］



人数（%）

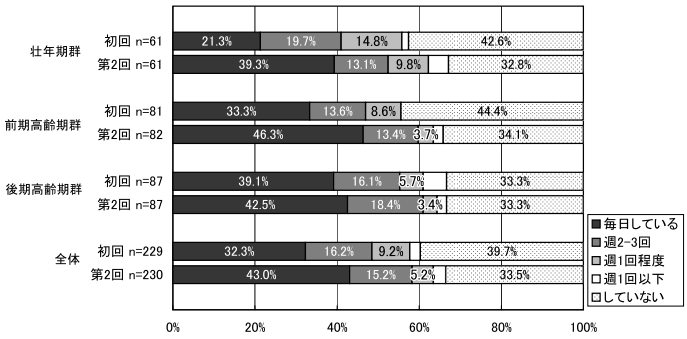
			30分以下	60分以下	それ以上	合計
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	5（35.7%）	7（50.0%）	2（14.3%）	14（100.0%）
		第2回	8（38.1%）	8（38.1%）	5（23.8%）	21（100.0%）
	前期高齢期群	初回	20（66.7%）	6（20.0%）	4（13.3%）	30（100.0%）
		第2回	25（55.6%）	19（42.2%）	1（2.2%）	45（100.0%）
	後期高齢期群	初回	14（46.7%）	10（33.3%）	6（20.0%）	30（100.0%）
		第2回	18（38.3%）	17（36.2%）	12（25.5%）	47（100.0%）
全体		初回	39（52.7%）	23（31.1%）	12（16.2%）	74（100.0%）
		第2回	51（45.1%）	44（38.9%）	18（15.9%）	113（100.0%）

昼寝の時間に関しては、30分以下と回答した人が全体で51人；45.1%（前回；52.7%）ともっとも多く、60分以下は44人；38.9%（前回；31.1%）で、合わせて95人；84.0%の人は昼寝の時間が60分以下であるということが明らかとなった。

年代別の比較では、昼寝の時間が30分以下と回答した人は壮年期群で8人；38.1%（前回；35.7%）、前期高齢期群で25人；55.6%（66.7%）、後期高齢期群で18人；38.3%（前回；46.7%）であり、30分以内の昼寝は前期高齢期群がもっとも多いという結果であった。また30分以下と60分以下を合わせて「1時間以内の昼寝をする群」と考えると、1時間以内の昼寝をする人は、壮年期群で16人；76.2%（前回；85.7%）、前期高齢期群で44人；97.8%（前回；86.7%）、後期高齢期群で35人；74.5%（前回；80.0%）という結果であり、1時間以内の昼寝をする人は前期高齢期がもっとも多いという結果であった。

■健康のための運動

［普段健康のために何か運動をしていますか？］



人数（%）

			毎日している	週2-3回	週1回程度	週1回以下	していない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	13 (21.3%)	12 (19.7%)	9 (14.8%)	1 (1.6%)	26 (42.6%)	61 (100.0%)
		第2回	24 (39.3%)	8 (13.1%)	6 (9.8%)	3 (4.9%)	20 (32.8%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	27 (33.3%)	11 (13.6%)	7 (8.6%)	0 (0.0%)	36 (44.4%)	81 (100.0%)
		第2回	38 (46.3%)	11 (13.4%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	28 (34.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	34 (39.1%)	14 (16.1%)	5 (5.7%)	5 (5.7%)	29 (33.3%)	87 (100.0%)
		第2回	37 (42.5%)	16 (18.4%)	3 (3.4%)	2 (2.3%)	29 (33.3%)	87 (100.0%)
全体		初回	74 (32.3%)	37 (16.2%)	21 (9.2%)	6 (2.6%)	91 (39.7%)	229 (100.0%)
		第2回	99 (43.0%)	35 (15.2%)	12 (5.2%)	7 (3.0%)	77 (33.5%)	230 (100.0%)

「普段健康のために何か運動をしていますか？」という質問では、「毎日運動している」と回答した人は全体で99人；43.0%（前回；32.3%）という結果であった。また「週2〜3回運動している」と回答した人を含めると全体で134人；58.2%（前回；48.5%）という結果であり、全体の6割弱の人たちは、健康のために週2〜3回以上の運動をしていることが明らかとなった。

年代別の比較では、「毎日運動している」と回答した人が壮年期群で24人；39.3%（前回；21.3%）、前期高齢期群で38人；46.3%（前回；33.3%）、後期高齢期群で37人；42.5%（前回；39.1%）であり、壮年期群に比べて前期高齢期群と後期高齢期群の方が毎日運動している人が多いという結果であった。

また「週2〜3回運動している」群を含めると、壮年期群で32人；52.4%（前回；41.0%）、前期高齢期群で49人；59.7%（前回；46.9%）、後期高齢期群で53人；60.9%（前回；55.2%）であり、壮年期群の半数以上、前期高齢期群と後期高齢期群の約6割の人たちは、少なくても週2〜3回以上は健康のために運動をしているという結果であった。

前回と比較すると、毎日運動している人は、すべての年齢群で増加しており、壮年期群で18.0ポイント、前期高齢期群で13.0ポイント、後期高齢期群で3.4ポイント増加しており、特に壮年期群で毎日運動する人が増えていることが明らかとなった。また週2〜3回運動している人を含めると、壮年期群で11.4ポイント、前期高齢期群で12.8ポイント、後期高齢期群で5.7ポイント増加しており、壮年期群と前期高齢期群で健康のために運動している人たちが増加しているということが明らかとなった。

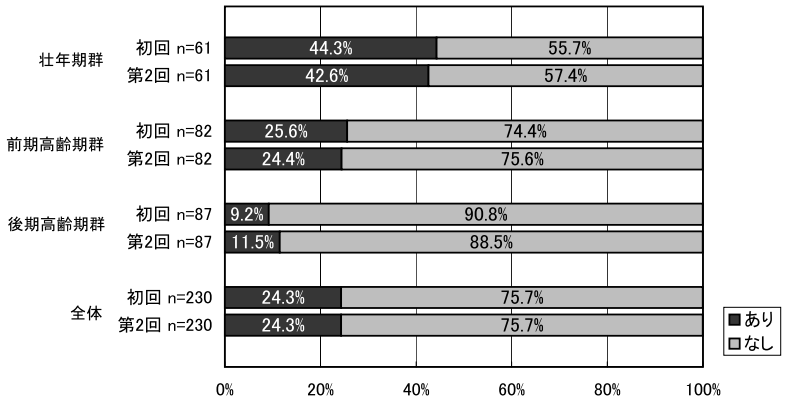
逆に「運動していない」と回答した人は、全体で77人；33.5%（前回；39.7%）と6.2ポイント減少していた。また年代別比較でも、壮年期群で運動していない人は20人；32.8%

（前回；42.6%）、前期高齢期群で28人；34.1%（前回；44.4%）、後期高齢期群で29人；33.3%（前回；33.3%）という結果であった。前回と比較すると、運動していない人は壮年期群で9.8ポイント、前期高齢期群で10.3ポイントと目立って減少していた。

5．日常活動状況

■収入を伴う仕事

［収入を伴う仕事をしていますか？］



人数（%）

			あり	なし	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	27（44.3%）	34（55.7%）	61（100.0%）
		第2回	26（42.6%）	35（57.4%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	21（25.6%）	61（74.4%）	82（100.0%）
		第2回	20（24.4%）	62（75.6%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	8（9.2%）	79（90.8%）	87（100.0%）
		第2回	10（11.5%）	77（88.5%）	87（100.0%）
全体		初回	56（24.3%）	174（75.7%）	230（100.0%）
		第2回	56（24.3%）	174（75.7%）	230（100.0%）

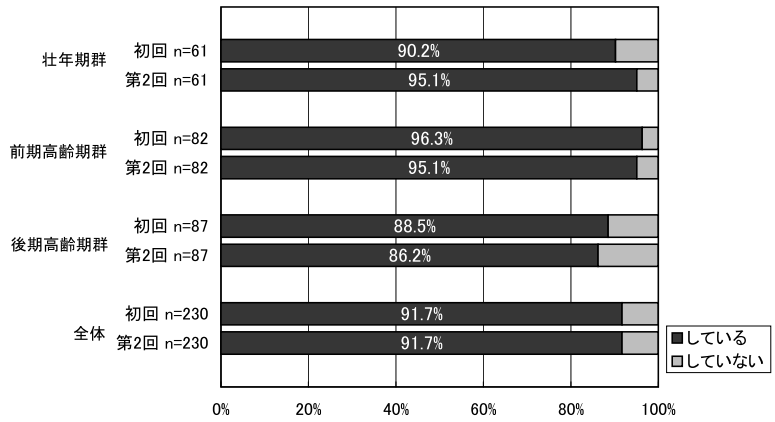
「収入を伴う仕事をしていますか？」という質問では、「している」と回答したのは全体で56人；24.3%（前回；24.3%）であり、前回と同じ値であった。

年代別の比較では、収入を伴う仕事をしている人は壮年期群で26人；42.6%（前回；44.3%）、前期高齢期群で20人；24.4%（前回；25.6%）、後期高齢期群で10人；11.5%（前回；9.2%）であり、前回と同様年齢の高い群ほど収入を伴う仕事をしている人は少ないという結果であった。

前回と比較すると、収入を伴う仕事をしている人は、壮年期群で1.7ポイント、前期高齢期群で1.2ポイントの減少、後期高齢期群で2.3ポイントの増加と、わずかな変化しかみられなかった。

■家庭の仕事

［家庭の仕事をしていますか？］



人数（%）

			している	していない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	55 (90.2%)	6 (9.8%)	61 (100.0%)
		第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	79 (96.3%)	3 (3.7%)	82 (100.0%)
		第2回	78 (95.1%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	77 (88.5%)	10 (11.5%)	87 (100.0%)
		第2回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
全体		初回	211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)
		第2回	211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)

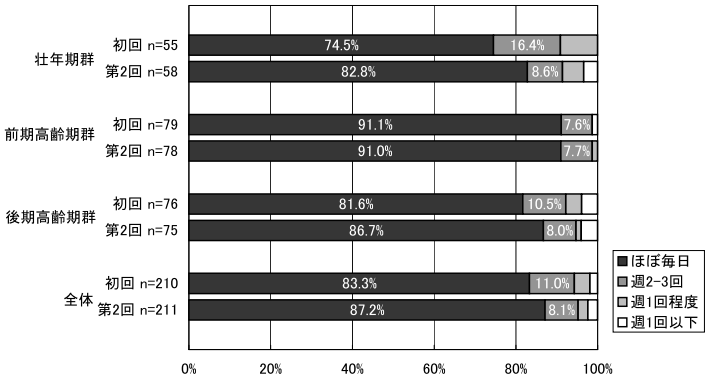
「家庭の仕事をしていますか？」という質問では、「している」と回答したのは全体で211人；91.7%（前回；91.7%）であり、前回と同じ値であった。

年代別の比較では、家庭の仕事をしている人は壮年期群で58人；95.1%（前回；90.2%）、前期高齢期群で78人；95.1%（前回；96.3%）、後期高齢期群で75人；86.2%（前回；88.5%）であり、年齢の高い人ほど家庭での仕事をしている人は少ないという結果であった。

前回と比較すると、家庭の仕事をしている人は、壮年期群で4.9ポイント増加しているが、前期高齢期群で1.2ポイント、後期高齢期群で2.3ポイントとわずかに減少していた。

■家庭の仕事

［家庭の仕事をどのくらい行っていますか？］



人数（%）

			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	41（74.5%）	9（16.4%）	5（9.1%）	0（0.0%）	55（100.0%）
		第2回	48（82.8%）	5（8.6%）	3（5.2%）	2（3.4%）	58（100.0%）
	前期高齢期群	初回	72（91.1%）	6（7.6%）	0（0.0%）	1（1.3%）	79（100.0%）
		第2回	71（91.0%）	6（7.7%）	1（1.3%）	0（0.0%）	78（100.0%）
	後期高齢期群	初回	62（81.6%）	8（10.5%）	3（3.9%）	3（3.9%）	76（100.0%）
		第2回	65（86.7%）	6（8.0%）	1（1.3%）	3（4.0%）	75（100.0%）
全体		初回	175（83.3%）	23（11.0%）	8（3.8%）	4（1.9%）	210（100.0%）
		第2回	184（87.2%）	17（8.1%）	5（2.4%）	5（2.4%）	211（100.0%）

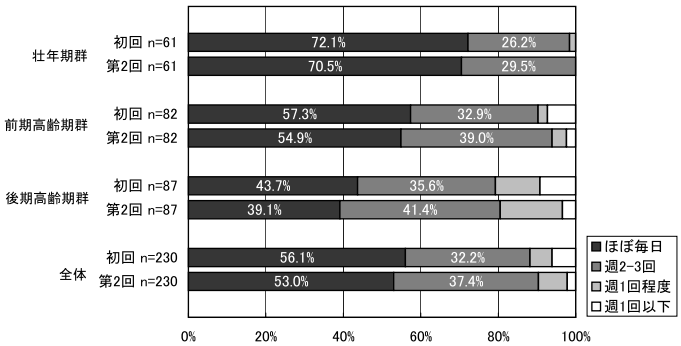
「家庭の仕事をどのくらい行っていますか？」という質問では、「ほぼ毎日」と回答した人が全体で184人；87.2%（前回；83.3%）であり、「週2〜3回」を含めると201人；95.3%（前回；94.3%）の人が週2〜3回以上仕事をしているという結果であった。

年代別に比較すると、「ほぼ毎日」仕事をしている人は壮年期群で48人；82.8%（前回；74.5%）、前期高齢期群で71人；91.0%（前回；91.1%）、後期高齢期群で65人；86.7%（前回；81.6%）であり、「ほぼ毎日」仕事をしている人は前期高齢期群で最も多く、次いで後期高齢期群、壮年期群の順であるという結果は前回と同様であった。前回と比較すると、前期高齢期群では前回とほとんど差はなかったが、壮年期群で8.3ポイント、後期高齢期群で5.1ポイント増加しているという結果であった。

また週2〜3回以上仕事をしている人を含めると、壮年期群で53人；91.4%（前回；90.9%）、前期高齢期群で77人；98.7%（前回；98.7%）、後期高齢期群で71人；94.7%（前回；92.1%）であり、9割以上の人たちは、週2〜3回以上家庭での仕事をしているという結果であった。

■一週間の外出頻度

［散歩や買い物を含めて一週間にどのくらい外出しますか？］



人数（%）

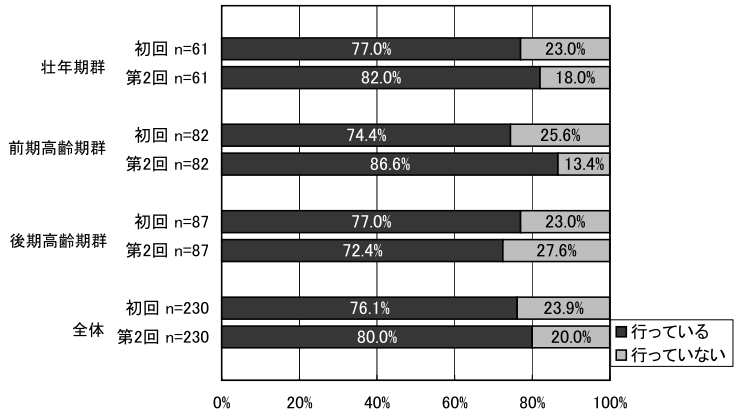
			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	44 (72.1%)	16 (26.2%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
		第2回	43 (70.5%)	18 (29.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	47 (57.3%)	27 (32.9%)	2 (2.4%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
		第2回	45 (54.9%)	32 (39.0%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	38 (43.7%)	31 (35.6%)	10 (11.5%)	8 (9.2%)	87 (100.0%)
		第2回	34 (39.1%)	36 (41.4%)	14 (16.1%)	3 (3.4%)	87 (100.0%)
全体		初回	129 (56.1%)	74 (32.2%)	13 (5.7%)	14 (6.1%)	230 (100.0%)
		第2回	122 (53.0%)	86 (37.4%)	17 (7.4%)	5 (2.2%)	230 (100.0%)

「散歩や買い物を含めて一週間にどのくらい外出しますか？」という質問では、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で122人；53.0%（前回；56.1%）であり、前回に比べて3.1ポイント減少していた。

年代別に比較すると、「ほぼ毎日外出している」と回答した人は壮年期群で43人；70.5%（前回；72.1%）、前期高齢期群で45人；54.9%（前回；57.3%）、後期高齢期群で34人；39.1%（前回；43.7%）であり、前回と同様に年齢が高い群ほど外出頻度が少ないという結果であった。また前回と比較すると、「ほぼ毎日」と回答した人は、すべての年齢群でわずかに減っており、壮年期群で1.6ポイント、前期高齢期群で2.4ポイント、後期高齢期群で4.6ポイント減少していた。また週2～3回以上外出している人を含めると、全体で208人；90.4%（前回；88.3%）であり、前回に比べて2.1ポイント増加していた。年代別に見ると、壮年期群で61人；100.0%（前回；98.3%）、前期高齢期群で77人；93.9%（前回；90.2%）、後期高齢期群で70人；80.5%（前回；79.3%）という結果であり、前回と比較すると、壮年期群で1.7ポイント、前期高齢期群で3.7ポイント、後期高齢期群で1.2ポイントと全ての群でわずかながら増加していた。

■趣味活動

［趣味的な活動を行っていますか？］



人数（%）

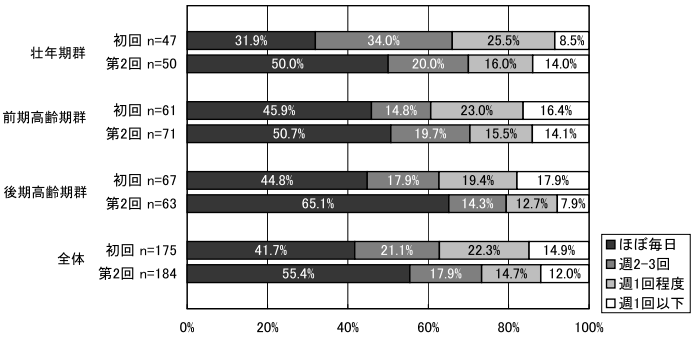
			行っている	行っていない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	47（77.0%）	14（23.0%）	61（100.0%）
		第2回	50（82.0%）	11（18.0%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	61（74.4%）	21（25.6%）	82（100.0%）
		第2回	71（86.6%）	11（13.4%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	67（77.0%）	20（23.0%）	87（100.0%）
		第2回	63（72.4%）	24（27.6%）	87（100.0%）
全体		初回	175（76.1%）	55（23.9%）	230（100.0%）
		第2回	184（80.0%）	46（20.0%）	230（100.0%）

「趣味的な活動を行っていますか？」という質問で、「行っている」と回答した人は、全体で184人；80.0%（前回；76.1%）であり、前回と比較して3.9ポイント増加していた。

年代別に比較すると、「行っている」と回答した人は壮年期群で50人；82.0%（前回；77.0%）、前期高齢期群で71人；86.6%（前回74.4%）、後期高齢期群で63人；72.4%（前回；77.0%）という結果であった。前回と比べると、趣味的な活動を行っている人は、後期高齢期群で4.6ポイント減少していたが、壮年期群では5.0ポイント、前期高齢期群で12.2ポイント増加しており、増加傾向は特に前期高齢期群で目立っていた。

.

［趣味的な活動は全ての趣味を合わせてどのくらい行っていますか？］



人数（%）

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

「趣味的な活動は全ての趣味を合わせてどのくらい行っていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は、全体で102人；55.4%（前回；41.7%）であり、前回と比較して13.7ポイント増加していた。

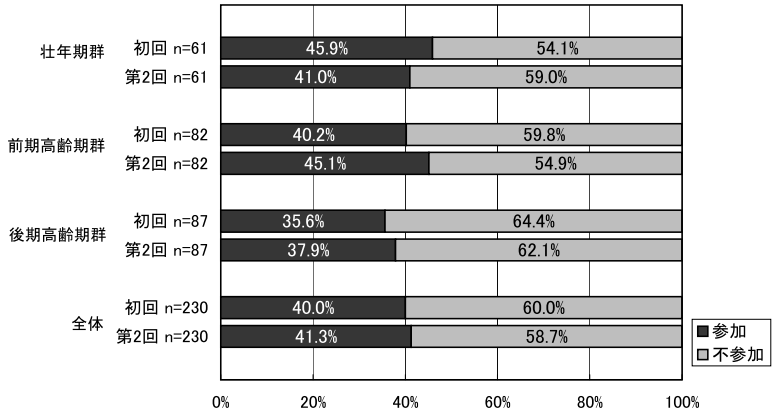
年代別に比較すると、「ほぼ毎日行っている」と回答した人は壮年期群で25人；50.0%（前回；31.9%）、前期高齢期群で36人；50.7%（前回；45.9%）、後期高齢期群で41人；65.1%（前回；44.8%）であり、趣味活動を毎日行っている人は年齢の高い群ほど多いという結果であった。また前回と比較すると、趣味的な活動を毎日行っている人は、壮年期群で18.1ポイント、前期高齢期群で4.8ポイント、後期高齢期群で20.3ポイント増加しており、特に壮年期群と後期高齢期群の増加が目立っていた。

趣味的な活動を週2～3回行っている人を合わせると、壮年期群で35人；70.0%（前回；65.9%）、前期高齢期群で50人；70.4%（前回；60.7%）、後期高齢期群で50人；79.4%（前回；62.7%）という結果であった。また前回と比較すると、壮年期群で4.1ポイント、前期高齢期群で9.7ポイント、後期高齢期群で16.7ポイント増加しており、特に後期高齢期群の増加が他の2群よりも大きかった。今回の結果から、すべての年齢群の7割以上は、週2～3回以上の趣味活動を行っていることが明らかとなった。

6．社会活動

■地域活動への参加

［地域での活動に何か参加なさっていますか？］



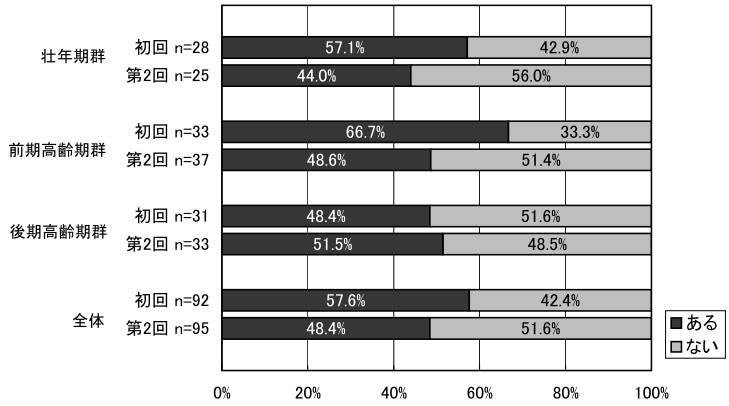
人数（%）

			参加	不参加	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	28（45.9%）	33（54.1%）	61（100.0%）
		第2回	25（41.0%）	36（59.0%）	61（100.0%）
	前期高齢期群	初回	33（40.2%）	49（59.8%）	82（100.0%）
		第2回	37（45.1%）	45（54.9%）	82（100.0%）
	後期高齢期群	初回	31（35.6%）	56（64.4%）	87（100.0%）
		第2回	33（37.9%）	54（62.1%）	87（100.0%）
全体		初回	92（40.0%）	138（60.0%）	230（100.0%）
		第2回	95（41.3%）	135（58.7%）	230（100.0%）

「地域での活動に何か参加なさっていますか？」という質問で、「参加している」と回答した人は、全体で95人；41.3%（前回40.0%）であり、前回と比較して1.3ポイントとわずかに増加しており、約4割の人が地域での活動に参加しているという結果であった。

年代別に比較すると、地域活動に参加していると回答した人は壮年期群で25人；41.0%（前回；45.9%）、前期高齢期群で37人；45.1%（前回；40.2%）、後期高齢期群で33人；37.9%（前回；35.6%）という結果であった。また前回と比較すると、地域での活動に参加している人は、壮年期群で4.9ポイント減少していたが、前期高齢期群で4.9ポイント、後期高齢期群では2.3ポイント増加していた。

［地域活動において何か役職についているものがありますか？］



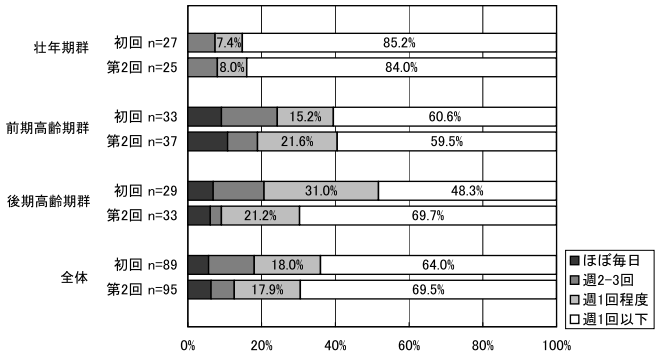
人数（%）

			ある	ない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	16（57.1%）	12（42.9%）	28（100.0%）
		第2回	11（44.0%）	14（56.0%）	25（100.0%）
	前期高齢期群	初回	22（66.7%）	11（33.3%）	33（100.0%）
		第2回	18（48.6%）	19（51.4%）	37（100.0%）
	後期高齢期群	初回	15（48.4%）	16（51.6%）	31（100.0%）
		第2回	17（51.5%）	16（48.5%）	33（100.0%）
全体		初回	53（57.6%）	39（42.4%）	92（100.0%）
		第2回	46（48.4%）	49（51.6%）	95（100.0%）

「地域活動において何か役職についているものがありますか？」という質問で、「ある」と回答した人は、全体で46人；48.4%（前回；57.6%）であり、前回と比較して9.2ポイント減少していた。

年代別に比較すると、地域活動において何か役職についている人は壮年期群で11人；44.0%（前回；57.1%）、前期高齢期群で18人；48.6%（前回；66.7%）、後期高齢期群で17人；51.5%（前回；48.4%）という結果であった。また前回と比較すると、地域活動において役職についている人は、後期高齢期群で3.1ポイントとわずかに増加しているが、壮年期群で13.1ポイント、前期高齢期群で18.1ポイント減少しており、特にこの傾向は前期高齢期群で目立っていた。

［地域での活動すべてを含め、どのくらいの頻度で参加なさっていますか？］



人数（%）

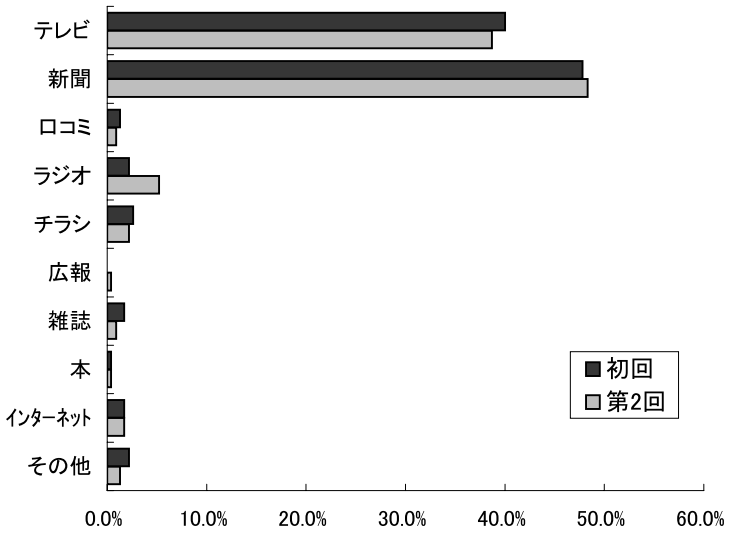
			ほぼ毎日	週2-3回	週1回程度	週1回以下	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	0 (0.0%)	2 (7.4%)	2 (7.4%)	23 (85.2%)	27 (100.0%)
		第2回	0 (0.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	21 (84.0%)	25 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	3 (9.1%)	5 (15.2%)	5 (15.2%)	20 (60.6%)	33 (100.0%)
		第2回	4 (10.8%)	3 (8.1%)	8 (21.6%)	22 (59.5%)	37 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	2 (6.9%)	4 (13.8%)	9 (31.0%)	14 (48.3%)	29 (100.0%)
		第2回	2 (6.1%)	1 (3.0%)	7 (21.2%)	23 (69.7%)	33 (100.0%)
全体		初回	5 (5.6%)	11 (12.4%)	16 (18.0%)	57 (64.0%)	89 (100.0%)
		第2回	6 (6.3%)	6 (6.3%)	17 (17.9%)	66 (69.5%)	95 (100.0%)

「地域での活動すべてを含め、どのくらいの頻度で参加なさっていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は、全体で6人；6.3%（前回；5.6%）であり、前回とほとんど差はなかった。また週1回程度参加している人を含めると、全体で29人；30.5%（前回：36.0%）という結果であり、約3人に1人は地域活動に週1回以上参加していることが明らかとなった。

年代別に比較すると、地域活動にほぼ毎日参加している人は壮年期群で0人（前回0%）、前期高齢期群で4人；10.8%（前回；9.1%）、後期高齢期群で2人；6.1%（前回；6.9%）という結果であった。また週1回程度参加している人を含めると、壮年期群で4人；16.0%（前回；14.8%）、前期高齢期群で15人；40.5%（前回；39.5%）、後期高齢期群で10人；30.3%（前回；51.7%）という結果であり、前回と比較すると地域活動への参加頻度は、壮年期群と前期高齢期群ではほとんど差はなかったが、後期高齢期群では、21.4ポイントの減少が見られた。

■社会の情報源

［身の回りの世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何ですか？］



人数（%）

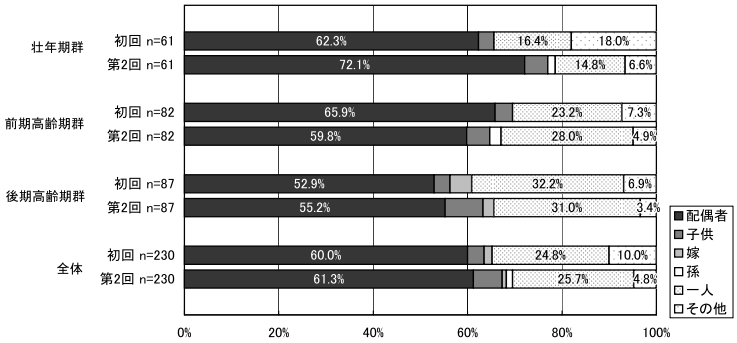
	初回調査		第2回調査	
テレビ	92	(40.0%)	89	(38.7%)
新聞	110	(47.8%)	111	(48.3%)
口コミ	3	(1.3%)	2	(0.9%)
ラジオ	5	(2.2%)	12	(5.2%)
チラシ	6	(2.6%)	5	(2.2%)
広報	0	(0.0%)	1	(0.4%)
雑誌	4	(1.7%)	2	(0.9%)
本	1	(0.4%)	1	(0.4%)
ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ	4	(1.7%)	4	(1.7%)
その他	5	(2.2%)	3	(1.3%)
合計	230	(100.0%)	230	(100.0%)

「身の回りの世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何ですか？」という質問では、「新聞」と回答した人が111人；48.3%（前回；47.8%）と前回と同様に最も多かった。次いで多かったのが「テレビ」の89人；38.7%（前回；40.0%）であり、「ラジオ」12人；5.2%（前回；2.2%）、「チラシ」5人；2.2%（前回；2.6%）、「インターネット」4人；1.7%（前回1.7%）の順であった。

7．対人交流

■家で一緒に過ごす相手

［家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？］



人数（%）

			配偶者	子供	嫁	孫	一人	その他	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	38 (62.3%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (16.4%)	11 (18.0%)	61 (100.0%)
		第2回	44 (72.1%)	3 (4.9%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	9 (14.8%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	54 (65.9%)	3 (3.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19 (23.2%)	6 (7.3%)	82 (100.0%)
		第2回	49 (59.8%)	4 (4.9%)	0 (0.0%)	2 (2.4%)	23 (28.0%)	4 (4.9%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	46 (52.9%)	3 (3.4%)	4 (4.6%)	0 (0.0%)	28 (32.2%)	6 (6.9%)	87 (100.0%)
		第2回	48 (55.2%)	7 (8.0%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	27 (31.0%)	3 (3.4%)	87 (100.0%)
全体		初回	138 (60.0%)	8 (3.5%)	4 (1.7%)	0 (0.0%)	57 (24.8%)	23 (10.0%)	230 (100.0%)
		第2回	141 (61.3%)	14 (6.1%)	2 (0.9%)	3 (1.3%)	59 (25.7%)	11 (4.8%)	230 (100.0%)

「家にいるときは主に誰と一緒に過ごしていますか？」という質問では、配偶者と回答した人が全体で141人；61.3%（前回；60.0%）と最も多く、前回と同じ結果であった。

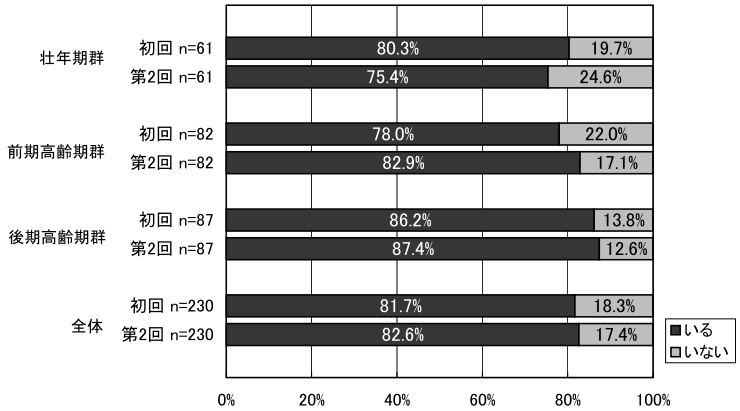
年代別に比較すると、「配偶者」と回答したのは壮年期群で44人；72.1%（前回62.3%）、前期高齢期群で49人；59.8%（前回；65.9%）、後期高齢期群で48人；55.2%（前回；52.9%）であり、年代の高い群ほど一緒に過ごす相手を「配偶者」と回答する人が少ないという結果であった。前回と比較すると、家に一緒にいるときに配偶者と一緒に過ごすと回答している人は、前期高齢期群で6.1ポイント減少していたが、壮年期群で9.8ポイント、後期高齢期群で2.3ポイント増加していた。

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

「一人」と回答した人は、全体で59人；25.7%（前回；24.8%）という結果であり、年代別にみると、壮年期群で9人；14.8%（前回；16.4%）、前期高齢期群で23人；28.0%（前回；23.2%）、後期高齢期群で27人；31.0%（前回；32.2%）であり、前回とほとんど変わらなかったが、年齢の高い群ほど一人で過ごす人が多いという結果は前回と同様であった。

■同居していない子供との連絡

［一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？］



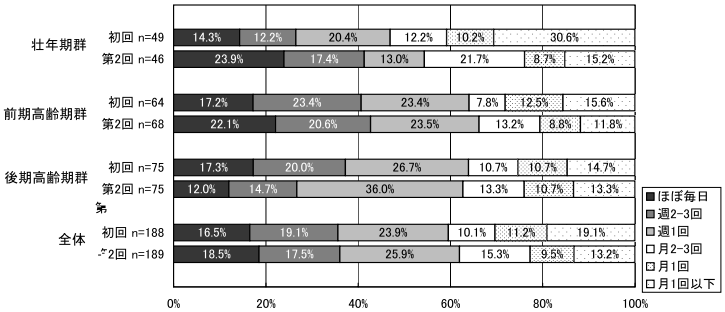
人数（%）

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

「一緒に住んでいないお子さんはいらっしゃいますか？」という質問で、「いる」と回答した人は、全体で190人；82.6%（前回；81.7%）であり、前回とほとんど差は見られなかった。

年代別に比較すると、一緒に住んでいない子供がいる人は壮年期群で46人；75.4%（前回；80.3%）、前期高齢期群で68人；82.9%（前回；78.0%）、後期高齢期群で76人；87.4%（前回；86.2%）であり、ほとんど差は見られなかった。

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



人数（%）

			ほぼ毎日	週2-3回	週1回	月2-3回	月1回	月1回以下	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	7 (14.3%)	6 (12.2%)	10 (20.4%)	6 (12.2%)	5 (10.2%)	15 (30.6%)	49 (100.0%)
		第2回	11 (23.9%)	8 (17.4%)	6 (13.0%)	10 (21.7%)	4 (8.7%)	7 (15.2%)	46 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	11 (17.2%)	15 (23.4%)	15 (23.4%)	5 (7.8%)	8 (12.5%)	10 (15.6%)	64 (100.0%)
		第2回	15 (22.1%)	14 (20.6%)	16 (23.5%)	9 (13.2%)	6 (8.8%)	8 (11.8%)	68 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	13 (17.3%)	15 (20.0%)	20 (26.7%)	8 (10.7%)	8 (10.7%)	11 (14.7%)	75 (100.0%)
		第2回	9 (12.0%)	11 (14.7%)	27 (36.0%)	10 (13.3%)	8 (10.7%)	10 (13.3%)	75 (100.0%)
全体		初回	31 (16.5%)	36 (19.1%)	45 (23.9%)	19 (10.1%)	21 (11.2%)	36 (19.1%)	188 (100.0%)
		第2回	35 (18.5%)	33 (17.5%)	49 (25.9%)	29 (15.3%)	18 (9.5%)	25 (13.2%)	189 (100.0%)

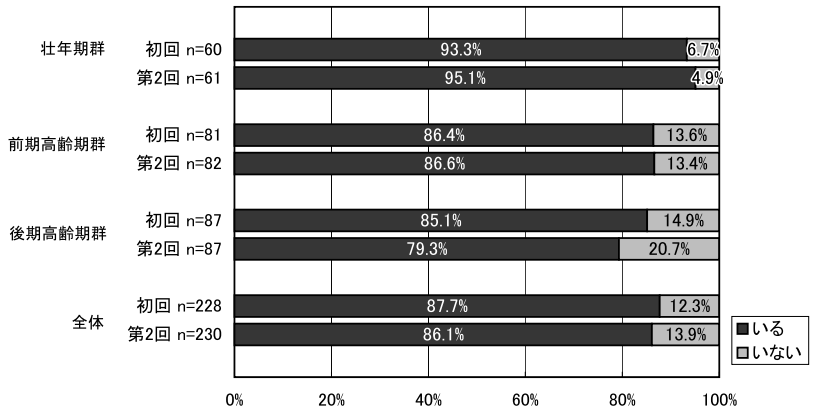
「同居していないお子さん全員を合計して大体何回くらい会ったり、電話で話したりしていますか？」という質問で、「ほぼ毎日」と回答した人は全体で35人；18.5%（前回；16.5%）であり、前回と比べると2.0ポイント増加していた。また週1回以上会ったり連絡している人を合わせると、117人；61.9%（前回；59.6%）の人が同居していない子供と週1回以上会ったり連絡を取ったりしており、前回とほとんど差はみられなかった。

年代別に比較すると、子供と毎日会ったり連絡を取ったりしている人は壮年期群で11人；23.9%（前回：14.3%）、前期高齢期群で15人；22.1%（前回；17.2%）、後期高齢期群で9人；12.0%（前回；17.3%）という結果であった。前回と比較すると、同居していない子供と毎日会ったり連絡している人の割合は、後期高齢期群で5.3ポイント減っているが、壮年期群で9.6ポイント、前期高齢期群で4.9ポイント増えているという結果であった。

また週1回以上会ったり連絡している人を合わせると、壮年期群で25人；54.3%（前回；46.9%）、前期高齢期群で45人；66.2%（前回；64.1%）、後期高齢期群で47人；62.7%（前回；64.0%）という結果であった。前回と比較すると週1回以上会ったり連絡したりしている人は後期高齢期群で1.3ポイントとわずかに減少していたが、壮年期群で7.4ポイント、前期高齢期群で2.1ポイント増加しているという結果であった。

■親戚付き合い

［ふだんつきあいのある親戚はいますか？］



人数（%）

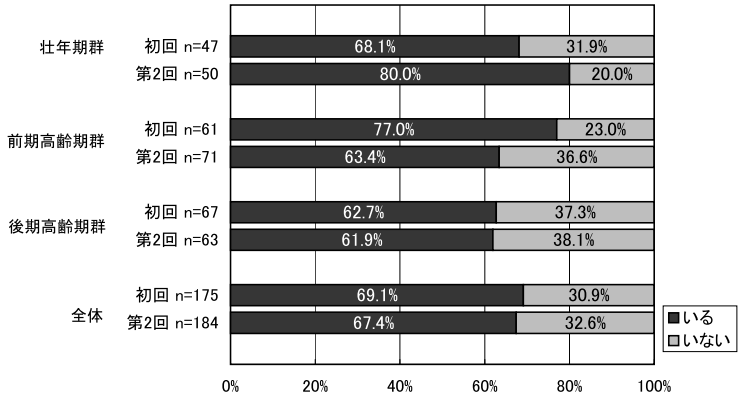
			いる	いない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	56 (93.3%)	4 (6.7%)	60 (100.0%)
		第2回	58 (95.1%)	3 (4.9%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	70 (86.4%)	11 (13.6%)	81 (100.0%)
		第2回	71 (86.6%)	11 (13.4%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	74 (85.1%)	13 (14.9%)	87 (100.0%)
		第2回	69 (79.3%)	18 (20.7%)	87 (100.0%)
全体		初回	200 (87.7%)	28 (12.3%)	228 (100.0%)
		第2回	198 (86.1%)	32 (13.9%)	230 (100.0%)

「ふだんつきあいのある親戚はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人は全体で198人；86.1%（前回；87.7%）であり、前回とほとんど差は見られなかった。

年代別に比較すると、ふだんつきあいのある親戚がいると回答した人は壮年期群で58人；95.1%（前回；93.3%）、前期高齢期群で71人；86.6%（前回；86.4%）、後期高齢期群で69人；79.3%（前回；85.1%）であり、約8割以上の人たちは、ふだんつきあいのある親戚がいるという結果であった。また前回と比較すると、壮年期群で1.8ポイント、前期高齢期群で0.2ポイント増加していたが、後期高齢期群では5.8ポイント減少しているという結果であった。

■余暇活動を一緒に行う相手

［趣味や余暇活動を一緒にやる人はいますか？］



人数（%）

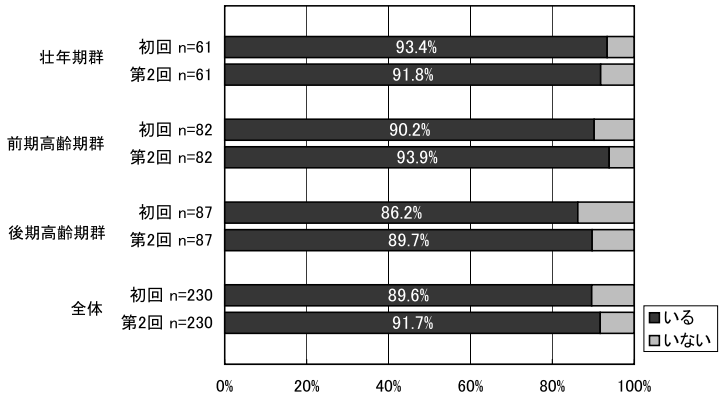
			いる	いない	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	32（68.1%）	15（31.9%）	47（100.0%）
		第2回	40（80.0%）	10（20.0%）	50（100.0%）
	前期高齢期群	初回	47（77.0%）	14（23.0%）	61（100.0%）
		第2回	45（63.4%）	26（36.6%）	71（100.0%）
	後期高齢期群	初回	42（62.7%）	25（37.3%）	67（100.0%）
		第2回	39（61.9%）	24（38.1%）	63（100.0%）
全体		初回	121（69.1%）	54（30.9%）	175（100.0%）
		第2回	124（67.4%）	60（32.6%）	184（100.0%）

「趣味や余暇活動を一緒にやる人はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人が全体で124人；67.4%（前回；69.1%）であり、前回と比べて1.7ポイントとわずかに減少していた。

年代別に比較すると、趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいる人は壮年期群で40人；80.0%（前回；68.1%）、前期高齢期群で45人；63.4%（前回；77.0%）、後期高齢期群で39人；61.9%（前回；62.7%）であり、趣味や余暇活動を行っている人の中の6割以上の人たちは趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいるという結果は、前回と同様であった。しかし前回と比較すると、趣味や余暇活動を一緒に行う仲間がいる人は、壮年期群で11.9ポイント増加しているが、前期高齢期群では13.6ポイント、後期高齢期群で0.8ポイント減少しているという結果であった。

■家族以外の緊急時の応援

［同居の家族以外で緊急な用があったときにかけつけてくれる人はいますか？］



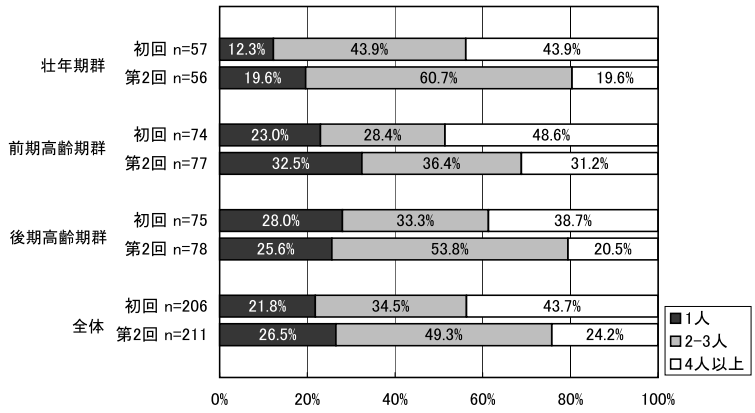
人数（%）

			いる	いない	全体
年齢コホート	壮年期群	初回	57 (93.4%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
		第2回	56 (91.8%)	5 (8.2%)	61 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	74 (90.2%)	8 (9.8%)	82 (100.0%)
		第2回	77 (93.9%)	5 (6.1%)	82 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	75 (86.2%)	12 (13.8%)	87 (100.0%)
		第2回	78 (89.7%)	9 (10.3%)	87 (100.0%)
全体		初回	206 (89.6%)	24 (10.4%)	230 (100.0%)
		第2回	211 (91.7%)	19 (8.3%)	230 (100.0%)

「同居の家族以外で緊急な用があったときにかけつけてくれる人はいますか？」という質問では、「いる」と回答した人は全体で211人；91.7%（前回；89.6%）であり、約9割にあたる人たちには緊急時にかけつけてくれる人がいるという結果は前回と同様であった。

年代別に比較すると、緊急時にかけつけてくれる人がいると回答した人は壮年期群で56人；91.8%（前回；93.4%）、前期高齢期群で77人；93.9%（前回；90.2%）、後期高齢期群で78人；89.7%（前回；86.2%）という結果であった。前回と比較しても、壮年期群で1.6ポイント減少していたが、前期高齢期群で3.7ポイント、後期高齢期群で3.5ポイント増加しており、前回との差はほとんどなかった。

［緊急時にかけつけてくれる人は何人いますか？］



人数（%）

			1人	2-3人	4人以上	全体
年齢ｺﾎｰﾄ	壮年期群	初回	7 (12.3%)	25 (43.9%)	25 (43.9%)	57 (100.0%)
		第2回	11 (19.6%)	34 (60.7%)	11 (19.6%)	56 (100.0%)
	前期高齢期群	初回	17 (23.0%)	21 (28.4%)	36 (48.6%)	74 (100.0%)
		第2回	25 (32.5%)	28 (36.4%)	24 (31.2%)	77 (100.0%)
	後期高齢期群	初回	21 (28.0%)	25 (33.3%)	29 (38.7%)	75 (100.0%)
		第2回	20 (25.6%)	42 (53.8%)	16 (20.5%)	78 (100.0%)
全体		初回	45 (21.8%)	71 (34.5%)	90 (43.7%)	206 (100.0%)
		第2回	56 (26.5%)	104 (49.3%)	51 (24.2%)	211 (100.0%)

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

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

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

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

ト減少しており、全体でも4.7ポイント減少していた。

駆けつけてくれるを「一人」と回答した人は56人；26.5%（前回；21.8%）であった。年代別に比較すると、壮年期群では11人；19.6%（前回；12.3%）、前期高齢期群で25人；32.5%（前回；23.0%）、後期高齢期群で20人；25.6%（前回；28.0%）という結果であった。前回と比較すると後期高齢期群で2.4ポイント減少していたが、壮年期群では7.3ポイント、前期高齢期群で9.5ポイント、全体でも4.7ポイント増加していた。

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

[考　　察]

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

調査から除外された人には死亡した人が8人含まれており、2年の間に55歳以上の初回調査協力者のうち2.2%の方が亡くなったことになる。調査から除外された人の割合を性別でみると、男性が33.8%、女性で41.0%であり、女性の脱落が目立っていた。また年代別の脱落率の比較では、壮年期群で38.4%、前期高齢期群で35.9%、後期高齢期群で40.0%であり、後期高齢期群と壮年期群で脱落が目立っていた。後期高齢期群の脱落の原因では、死亡や入院・入所による影響と考えられるが、壮年期群では調査辞退者が多かったことが考えられる。今回は、初回調査時の壮年期群（55歳〜64歳）、前期高齢期群（65歳〜74歳）、後期高齢期群（75歳以上）の3群のコホートの2年後の追跡調査の結果である。

まず対象者の一般健康状態であるが、自立度に関しては、GBSスケールの「着脱衣」「摂食行動」「身体活動」「自発活動」「衛生管理」「用便管理」の項目を用いて検討した。その結果、前回同様95%以上の人が完全に自立しているという結果であった。昨年行った気仙沼大島の調査では、ほとんどの項目で0.3ポイントから4.8ポイントというわずかなADLの低下傾向が認められているが、今回の国見地区の調査では、低下している項目は全く認められず、変化なしの項目から、最も高い変化を示したのは、後期高齢期群における「自発活動」の8.1ポイント増というものであった。高齢者の場合、加齢とともに日常生活動作能力は低下するというのが一般的な見解であるが、今回の結果では低下を示すというよりも、全体的にやや向上しているという結果であった。2年間で高齢者のADLが向上するという事実は考えにくいが、2年前の基礎調査時点から脱落の多かった地域で、2年後も調査に協力してくれるということは、おそらく今回の調査対象者が健康意識の高い優秀な高齢者群である可能性も考えられ、自分の健康管理や身体活動の維持向上に努力している人が多いという可能性も考えられるだろう。

疾患に関する調査では、7割前後の人が病気を有しており、年齢が高い群ほど病気を有している人が多く、複数の病気を有している人も多いという結果は前回と同様であるが、病気を有している人は前回より3.5ポイント増加しており、複数の病気を有している人も10.0ポイ

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

また主観的健康感に関しては、7割弱の人たちが「とても健康」「まあ健康な方」と回答していたが、前回と比べると約10ポイント減少しており、年齢が高い群ほど主観的に健康と感じている人が少ないのは前回と同様の結果であった。また「前の方が健康」と感じている人は全体の約半数であり、年齢が高い群ほど「前の方が健康」と回答した人が多いという結果であった。健康状態に関しては、加齢の影響が現れやすい部分でもあり、病気の数が増えるという客観的事実から考えても主観的な健康感が低下するのは、加齢によるひとつの影響と考えることができるだろう。

睡眠に関しては、「前の方がよく眠れた」と回答した人が「今の方がよく眠れる」と回答した人を1.3ポイントとわずかに上回っているが、全体的傾向としては睡眠良好群が全体の約8割を占めており、年代別に見ても約8割の人たちは「眠れる方」と回答している。また「よく眠れる」と「まあ眠れる方」を合わせた睡眠良好群は、前回よりもやや増えており、睡眠状況に関しては2年間の加齢の影響はほとんど見られないと考えられる。

食欲に関しても、約9割の人たちは「食欲はある方」と回答しており、前回とほとんど差が見られないことから、食欲に関しても2年間の加齢の影響はほとんど見られないと考えられる。しかし前回調査時と比べた現在の食欲では、「前の方が食欲があった」という回答が年齢が高い群ほど多く、特に後期高齢期群の約4分の1の人たちは以前の方が食欲があったと回答していることから、食欲自体がないわけではないが、食欲に関する自覚は、年齢が高い群ほど低くなると考えることができるだろう。

老性自覚に関しては、全体で0.9ポイントとごくわずかに増加していた。老性自覚は増加することはあっても減少することはない項目であるため、ほとんど変化しようがない項目と考えられるだろう。

生活習慣についてみると、食生活に関しては、「魚中心」と「野菜中心」がほぼ4割弱ずつであり、前回に比べると「野菜中心」がやや増えている。野菜中心の食生活は特に「前期高齢期群で目立って増えており、少ない数ではあるが、前期高齢期群の「肉中心」という回答も減っている。今回の調査は、2年前の基礎調査時と同じ人を比較したものであり、食生活の中心がわずかではあるが、魚中心から野菜中心に移行している可能性が認められており、おそらく食生活の中心が前期高齢期あたりで変化し始める可能性を示唆する結果といえるだろう。また食べ物の好き嫌いに関しては、「ほとんどない」と回答した人は全体の約7割であるが、前回と比べると6.1ポイント減少しており、この傾向は全ての群に共通していた。一般に食事は好き嫌いなくバランスよく食べることが健康の秘訣であるといわれている。また野菜と果物の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告や、魚の摂取がアルツハイマー病を予防するという報告が近年いくつかみられるようになってきており、本研究でもこれらの点について縦断的に調査していくことが重要な課題の一つである。

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

入浴温度に関しては「ちょうどいい加減」が約4割と最も多いが、前回に比べると「熱めが好き」と「ちょうどいい加減」は全体的に減少しており、「ぬるめが好き」が10ポイント以上増加している。またこの傾向はすべての年代に共通していた。入浴温度に関しては、実測値ではなく主観的な回答であるため明確にはいえないが、一般に「ぬるめの温度」の入浴は健康的な入浴温度といわれており、今後この入浴温度が健康にどのような影響を及ぼしているのかも検討することが必要である。入浴時間に関しては10分以下が最も多く、すべての年代で9割を超えており、全体的には毎日「ちょうどいい加減」から「ぬるめ」のお風呂に比較的短時間入るという習慣は変わっていないことが明らかとなった。

昼寝の習慣は約半数の人に見られ、前回よりも16.9ポイント増加していた。この傾向は全ての群に共通した特徴であり、特に年齢が高い群になるにつれて増加傾向が著しかった。2年前の基礎調査時の372人のデータでは、昼寝の習慣のある人が2割程度であり、昼寝の習慣のある人は5.2人に1人の割合だったのに比べると、今回の230人のデータでは、2人に1人が昼寝の習慣を有しているということになる。このうち毎日昼寝をする人は全体の約6割であり、週2〜3回程度を含めると全体の9割弱ということになる。

昼寝の習慣は、アルツハイマー病の予防因子である可能性が報告されており、特に短時間の昼寝が有効で、またそれは発病の10年前からの昼寝の習慣によるところが大きいといわれている。今回の追跡調査の結果では、30分以内の短時間の昼寝をする人が全体の45.1%であるが、年代の高い群ほど前回に比べて昼寝の時間が長くなっていく傾向がある。今後は短時間の昼寝の習慣のある人と、1時間以上の昼寝をする習慣のある人を縦断的に追跡調査し、その特徴を明らかにしていくことも課題である。

健康のための運動習慣では、「健康のために毎日運動している」と回答した人が前回より10.7ポイント増加しており、43.0%の人が毎日運動していることが明らかとなった。しかも、毎日運動している人はすべての年齢群で増加しており、特に最も増加傾向が高かったのは、壮年期群で18.0ポイント増加という結果であった。また毎日運動しているのは、前期高齢期群が最も多く、週2〜3回の運動を含めるとすべての群で2人に1人が週2〜3回以上健康のために運動しており、逆に運動していない人は壮年期群で9.8ポイント、前期高齢期群で10.3ポイントと目立って減少いることが明らかとなった。これらのことを考えると、今回の対象者は、前述したように健康に関する意識の高い集団である可能性がここでも示されているといえるだろう。

次に日常活動状況についてみると、収入を伴う仕事に関しては全体で4.1人に1人であったが、年齢の高い群ほど収入を伴う仕事をしている人は少なく、壮年期群で2.3人に1人、前期高齢期群で4.1人に1人、後期高齢期群で8.7人に1人の割合で収入を伴う仕事をしていることが明らかとなった。この結果は前回とほとんど変化がなく、2年間の間で収入を伴う仕事をしている人の増減はほとんどないことが明らかとなった。

家庭の仕事に関しては、9割以上の人が「している」と回答しており、前回と差はみられなかった。年代別の比較では、壮年期群で約5ポイント増加していたが、前期高齢期群と後

期高齢期群では、ほとんど差がなく、家庭の仕事をほぼ毎日している人は、壮年期群と後期高齢期群でわずかに増えているということが明らかとなった。

一週間の外出頻度では、毎日外出する人が全体で半数以上であり、すべての群でわずかに減少しているものの、前回と大きな違いはみられなかった。年代別に比較すると、壮年期群の1.4人に1人、前期高齢期群の1.8人に1人、後期高齢期群の2.6人に1人は毎日外出していることになる。また週2〜3回以上を含めると外出している人は全体の8割を超えており、壮年期群のすべての人、前期高齢期群の1.1人に1人、後期高齢期群の1.2人に1人は週2〜3回以上は外出しているということが明らかとなった。外出頻度は運動と密接に関連するものであり、健康のために意識的に運動することは大切であるが、日常生活の中の運動を継続していくこともさらに重要である。今回の対象者に関しては健康のために意識して運動している人が増えていることを合わせて考えると、やはり今回の対象者の健康に対する認識は高く、積極的なライフスタイルを有する人たちである可能性は高いといえるだろう。

一方趣味活動を行っている人は前回よりも3.9ポイント増え、8割の人が趣味活動を行っていることが明らかとなった。趣味活動を行っている人は、後期高齢期群で最も低いものの、7割以上が趣味活動を行っており、壮年期群と前期高齢期群では、8割を超える人たちが趣味活動を行っていて、特に前期高齢期群で増加傾向が顕著に認められている。また趣味活動を行っている人の2人に1人はその活動を毎日行っており、今回の対象者が、身体的な健康面に対する配慮だけではなく、趣味や娯楽などの文化的な面にも目を向けたライフスタイルを持っていることが明らかとなった。

社会活動では、地域活動に参加している人が約4割であり、全体として前回をわずかに上回っていたが、前回より減少したのは、壮年期群のみであった。地域活動に参加している人は壮年期群で2.4人に1人、前期高齢期群で2.2人に1人、後期高齢期群で2.6人に1人ということになる。また地域活動に参加している人の中で、週1回以上の頻度で参加している人は30.5%、3.3人に1人ということになるが、前回と比べると壮年期群と前期高齢期群でわずかに増加していたものの、後期高齢期群では21.4ポイント減少していた。地域活動に参加している人の数が少ないために一概にはいえないが、これはおそらく後期高齢者の地域活動からの引退の可能性も考えさせられる結果であった。

「身の回りや世の中の出来事を知るために最も利用している情報源は何か」という質問では、前回同様「新聞」が48.3%と約半数を占めており、2位の「テレビ」をほぼ10ポイント上回っていた。高齢者は一般にテレビを情報源とする人が多いと思われがちだが、今回の結果から、文字媒体を社会の情報源としているということが明らかとなった。

対人交流に関しては、家にいるときに一緒に過ごす相手が配偶者であると回答した人が最も多く、6割以上を占めていた。年代が高い群ほど配偶者と一緒にいる割合が少ないというのは以前行った大島の調査と同様であるが、基礎調査時と比べると壮年期群と後期高齢期群でわずかに増加しているものの前期高齢期群でやや減少しており、その分「1人」という回答がやや増えている。これは配偶者との死別や施設入所の結果とも考えられるが、これが後期高齢期群ではなく前期高齢期群に起こっている理由は今後検討すべき課題といえるだろう。

一方同居していない子供がいる割合は前回同様約8割であるが、連絡頻度に関しては、壮年期群と前期高齢期群において、「毎日連絡している」、「週2〜3回連絡している」という頻

繁に連絡している人が前回よりやや増えているが、後期高齢期群において減少しているという結果であった。また「ふだんつきあいのある親戚はいますか？」の質問では、前回に比べて後期高齢期群だけが減少している。後期高齢期群ほど、ADLの低下や病気を有する人が多いというなかで、同居していない子供との連絡頻度が減っていたり、親戚づきあいが減っているという点は、大きな問題といえるだろう。しかし「緊急時に駆けつけてくれる人がいる」と回答したのは後期高齢期群であっても約9割を占めており、そのうち約4分の3の人たちには、駆けつけてくれる人が複数いるという結果であった。今後後期高齢期を支えていくためには、家族だけではなく、地域でいかに支えていくかが大きな課題といえるだろう。

今回の追跡調査の結果から、全体として病気を有する人の増加傾向や、主観的健康感の低下傾向、老性自覚の増加傾向、緊急時に駆けつけてくれる人数の減少傾向など、加齢に関連したいくつかの影響がみられた。しかし、健康のための運動や、昼寝の習慣の実行、趣味活動の推進など、介護予防に関する積極的努力や、趣味活動に代表される生活の質の向上に関連するプラス方向への変化がいくつか認められた。これらのことを考えると、たとえ加齢の影響は避けられなくても、それに対抗する生活習慣を維持、あるいは向上しようとする積極的なライフスタイルがうかがわれた。

しかし、今回の調査対象者は、前回の基礎調査協力者の61.8%にあたる人たちであり、142人が脱落している。また悉皆調査とはいっても初回調査時点で協力者が20%を切っていること、さらに今回の対象者が調査対象となる住民の11.9%であることを考えると、今回の対象者は加齢や健康維持に対する問題意識の高い優秀な一群である可能性も否定できない。もしそうであるとすれば、今回の調査協力者230人の結果と、今回脱落した142人の基礎調査時点での比較が必要であり、そのことによって健康を維持する要因が明らかになってくる可能性がある。今後は以前行った大島スタディの結果も含め、分析していくことが課題である。

[謝　　辞]

今回の追跡調査の実施にあたり、長時間の調査に快くご協力してくださった仙台市青葉区国見地区の皆様、ならびに町内会の皆様、調査に多大なご理解を示してくださった仙台市役所等の関係諸機関の皆様に感謝を申し上げたいと思います。また実際に調査員としてトレーニングを受け、調査に望んだ東北福祉大学の学生を中心とする調査員の皆様にこころより感謝を申し上げます。

[調査員ならびに調査に携わったスタッフ]

石川　暁子	大和田絵美	栗林梨沙子	垂石　広子	丸岡　　綾
板澤　　寛	小沢なつ子	小山こころ	羽根田麻美	三浦ひろみ
遠藤　真則	加藤　恭平	佐藤　啓直	本間　　藍	水口　祥任
大島　泰斗	菊地　博子	高橋　佳織	前田　早香	吉田　　彩
大塚　広子	日下　　玲	多賀谷聡美	松本あずさ	

加齢と健康に関する縦断的第 2 次介入研究

認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹知之　　加藤伸司
阿部哲也　　吉川悠貴
浅野弘毅　　長嶋紀一

研究の背景と目的

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

2005年の 6 月に可決された改正介護保険制度によって、介護保険の理念である「自立支援」がより明確に示され、予防重視型システムへの転換が図られようとしている。改正法では、既に要介護状態にある高齢者の介護度の悪化を防ぐ新予防給付と、すべての高齢者を対象に要介護状態になることを防ぐ地域支援事業に区別された。こうした介護予防事業の効果的なマネジメントにおいては、活動前後の個人の身体機能および筋力の結果を評価し、改善、低下、維持を明らかにしたうえで、個別性を重視し継続的に支援することがきわめて重要になる。鈴木らは、介護保険改正に向けたモデル事業研究として全国69市町村の要支援から要介護 2 ハイリスク者の高齢者を対象に介護予防モデル事業を行った。3 ヵ月間の介入によって身体機能に関する測定値は、11種目中、1 項目を除き有意に改善し、要介護度の 1 次判定においてはマシン使用の有無に関わらず、すべての群において有意に改善したと報告している。[1) 6)]

このように、ハイリスクアプローチについては、本人および周囲が心身の機能低下に気づきやすく、参加への明確な動機付けがなされやすいことから介護予防の意識付けは容易である。一方、地域支援事業の対象者となる地域在住の多くの高齢者については、心身の諸問題が潜在化し、結果的にハイリスクの近似状態となった段階で顕在化することが予想される。今回の法改正によってポピュレーションアプローチの重要性が施策として明確に示されたものの、高齢者自身が自覚し、主体的に活動し、支援事業に参画しなければ、地域において効果的に介護予防事業が地域で展開することは難しい。つまり、地域住民の日常生活習慣が介護予防を意識したものへの変容が求められている。そのためには、単に知識の伝達や啓蒙・啓発だけではなく、計画的に介護予防と健康のセルフプロモーションに対して主体的な行動へと繋がる「知識の受容」「態度の変容」「行動の変容」を段階的に働きかけていくことが重要となる。[4) 7)]

我々は、平成14年度より、気仙沼市大島地区を対象に、加齢が健康にどのような影響を及ぼすかを明らかにするための基本的な状況を把握することを目的に55歳以上の全住民を対象として訪問調査による加齢と健康に関する悉皆調査（以下大島スタディ）を行っている。また、前述の対象に対して15年度には介護予防を目的とした介入調査をおこない、参加者の身

体機能水準の実態を明らかにし、日常生活への効率的な運動の習慣化を目的とした運動プログラムの提案をしその検証を行った。その結果、歩行に関する種目の実施率が高いうえに効率的に下肢筋力が向上し、そうした行動が余暇活動と認識され住民相互のコミュニケーションのきっかけとなることが明らかになった。[2) 8)]

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

方法

1）対象地区

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

2）対象者

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

3）介入プログラムの手続きおよび内容

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

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

4）身体機能測定種目の選定

身体機能測定種目は、平成17年度に介護予防市町村モデル事業で実施された種目を参考にして、虚弱高齢者にとっても安全にかつ簡易に実施できることを配慮し実施種目の選定

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

5 ）聴き取り調査の内容

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

6 ）生活介入型運動プログラムの内容

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

7 ）分析方法

身体機能体力水準の実態と加齢による変化量については、1 回目プログラム測定時と運動実施の働きかけを行った 4 ヵ月後の 2 回目プログラム測定時の変化量を対応のある t 検定で平均値の比較を行った。提案した運動の効果を測定するために、運動プログラムの実施、非実施と各身体機能測定値の平均の比較を行った。また、プログラム（ 5 項目）の実施の有無を目的変数、各測定値 6 項目を説明変数として、多重ロジスティック回帰分析を行い初回の身体機能測定値によるプログラムの実施との関係を確認した。各身体機能測定値を維持・向上群と低下群で提案したそれぞれの運動プログラムの項目の実施率でそれぞ

れクロス集計を行った。また、介入プログラムで地域住民に提案した健康運動の実施予測と実施結果の平均値の間の差の検定はWilcoxon符号付順位検定を行った。なお、比較の際、継続的に参加できなかった対象者のデータは欠損値として扱い分析からは除外した。これらの検定にはSPSSを使用した。

3．結果

１）対象者の属性および経年比較

本研究は2003年に実施した「加齢と健康に関する介入研究」の追跡調査である。その属性の変容を調べるにあたり、日常生活の健康や地域活動の志向に関する基本項目について比較した。まず、「日常生活の健康作りを目的とした運動習慣」については、2003年の調査では76.0%が「実施している」に対して、今回は72.6%が「実施している」と回答しており3.4%減少していた。一方、「地域活動への参加」については、2003年は70.8%であったのに対し、2005年は73.5%が地域活動へ参加しており、地域活動への参加が増加していることが明らかになった。「健康状態の自覚」については、2003年では、「とても健康」「まあ健康」を合わせると、84.9%が健康であると自覚しているのに対して、2005年は77.9%が「健康である」と感じていることから、健康自覚度が低下していると言う結果が示された。2003年から2年が経過していることからも、ライフスタイルに加齢の影響が現れていることが分かる（表１）。

２）身体機能水準測定値の介入前後による比較

前回の調査終了後から、今回の調査実施までに介護保険改正に伴う、介護予防モデル事業が行われており、高齢者の身体機能測定項目の検証がなされた。こうした背景から、前回調査と今回の調査においては測定項目の内容を変更することとした。なお、分析は、効果測定を行うため、介入前後の2回測定した者のみを対象として、平均値の比較を行った。なお、各測定項目については、握力は上肢の筋力及びそれらの協調性を測定する。膝伸展筋は下肢筋力と独歩能力を測定し、T-up & goは、総合的な移動能力の評価テストで最も一般的に用いられている。足底角は、歩行能力に起因する腓頸骨筋およびその周辺の筋肉の柔軟性の指標として用いられ、加齢の影響を受けやすい部位でもある。長座体前屈は、体幹や脚部の柔軟性を測定する項目である。そして、棒反応は敏捷性を測定するものである。

介入の前後の測定値と各項目について、対応のあるt検定を行った結果、膝伸展筋（t=-10.27,

表1　参加者の属性」縦断比較

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

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

表2　介入前後および経年の身体機能測定値の変化量

		2003年			2005年			2005年測定値の変化	
		介入前	介入後		介入前	介入後		向上･維持群	低下群
握力（kg）	n	113	113		96	96		49	34
	Mean±S.D	25.84±6.97	26.54±6.44	*	27.06±8.40	26.78±8.25		59%	41%
膝伸展筋（kg）	n	—	—		97	97		69	9
	Mean±S.D				24.59±10.27	31.62±11.95	***	88.5%	11.5%
T-Up & Go（秒）	n	110	110		99	99		51	31
	Mean±S.D	7.85±1.53	7.31±0.89		7.18±1.53	7.02±1.73		62.2%	26.3%
足底角度（度）	n	—	—		99	99		53	29
	Mean±S.D				15.31±6.57	16.11±6.80		64.6%	35.4%
長座体前屈（cm）	n	—	—		100	100		54	28
	Mean±S.D				28.70±8.72	30.72±7.76	***	65.9%	34.1%
棒反応（cm）	n	112	112		100	100		35	47
	Mean±S.D	30.02±8.30	30.29±6.77		27.46±7.82	30.11±6.63	***	42.7%	57.3%

（対応のあるt検定）

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

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

３）生活介入型運動プログラムの実施の実用性の評価

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

運動プログラムの実施のしやすさの評価指標として、介入前後に実施予測と実施結果を聞くことによって後ろ向きおよび前向き調査をすることとした（表３)。「毎日実施（できそう）（できた)」、「ほとんど実施（できそう）（できた)」、「あまり実施（できそうにない）（できなかった)」、「実施（できなそう）（できなかった)」の４段階評価を、介入前を「予測」、介入後を「結果」として比較を行った。Wilcoxon 符号付順位検定の結果、「柔軟」［on the bed］（p ＜.01)、「微細運動［fingers］」（p ＜.01)、「下肢筋力［legs］」（p ＜.001)、

「万歩計使用［pedometer］」（p ＜.001）で有意差が認められた。「歩行」［walking］については、実施予測と結果では大きな差が生じにくいことが明らかになった。また、実施率結果の平均得点から実施しやすさを比較すると、手指（微細運動）［fingers］3.30点、歩行［walking］2.38点、柔軟［on the bed］2.06点、万歩計使用［pedometer］1.96点、下肢筋力［legs］1.75点の順で実施しやすいことが示された。この結果から「歩行」以外の項目は、実施予測とその結果では大きく異なり、毎日できるという予測は達成される可能性が低く、特に下肢筋力に関する運動プログラムは実施されにくいことが明らかになった。最終的な実施率の高さにおいても、下肢筋力の実施率は最も低いことが示されている。

表３ 生活介入運動プログラムの実施予測と結果

		歩行(walking)		柔軟(on the bed)**		微細運動(fingers)**		下肢筋力(legs)***		万歩計使用(pedometer)***	
		予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果	予測	結果
毎日実施	n	44	19	55	12	63	40	46	8	50	12
	%	51.8%	22.4%	61.8%	13.5%	70.0%	44.4%	59.7%	10.4%	61.0%	14.6%
高頻度実施	n	32	37	29	41	24	37	24	24	26	32
	%	37.6%	43.5%	32.6%	24.1%	26.7%	41.1%	31.2%	31.2%	31.7%	39.0%
低頻度実施	n	6	9	5	15	3	2	4	16	3	12
	%	7.1%	10.6%	5.6%	16.9%	3.3%	2.2%	5.2%	20.8%	3.7%	14.6%
非実施	n	3	20	0	21	0	11	3	29	3	26
	%	3.5%	23.5%	0.0%	23.6%	0.0%	12.2%	3.9%	37.7%	3.7%	31.7%
合計		85	85	89	89	90	90	77	77	82	82
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値		3.42	2.38	3.52	2.06	3.7	3.3	3.43	1.75	3.42	1.96

（Wilcoxon 符号付順位検定）

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

４）生活介入型運動プログラムの有効性の評価

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

表4 生活介入型運動プログラム実施による測定値の変化量

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

（t検定）

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

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

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

微細運動［fingers］は、有意差が認められた項目はない。また、測定値は介入による変化が見られないことからこの項目は影響を及ぼさないことが分かる。

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

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

5 ）筋力測定値による生活介入型運動プログラムの実施予測因子

各運動プログラム実施を実施（1）、非実施（0）を目的変数、初回調査時の各身体機能測定値（ 6 項目）を説明変数として用いて、ロジスティック回帰分析を用いて初回測定値から継続実施の要因を予測した（表 5 ）。その結果、「歩行（walking）」で、「膝伸展筋」が正の関連する有意な項目であった。万歩計使用（pedometer）では、握力が正の関連する有意な項目であった。また、柔軟（on the bed）では、握力が有意な傾向を示した項目であった。

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

	歩行(walking)		柔軟(on the bed)		微細運動(fingers)		下肢筋力(legs)		万歩計使用(pedometer)	
測定項目	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
握力	1.05	.93−1.01	1.1†	1.03−1.22	1.07	.93−1.22	1.02	.93−1.12	1.13*	1.02−1.25
膝伸展筋	1.08*	1.01−1.18	0.96	.90−1.04	0.93	.85−1.02	1.02	.95−1.09	0.97	.90−1.03
Tーup&go	0.93	.65−1.33	1.06	.762−148	0.96	.63−1.46	0.88	.60−1.29	0.9	.67−1.20
足底角度	1.02	.94−1.14	0.98	.90−1.05	1.05	.94−1.09	0.99	.92−1.07	0.97	.90−1.04
長座体前屈	0.92	.85−.99	0.98	.92−1.05	1	.92−1.09	0.99	.93−1.05	1.22	.96−1.08
棒反応	1.05	.97−1.15	0.99	.91−1.07	1.03	.89−1.12	1.05	.96−1.15	1.06	.98−1.14

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

6 ）日常生活の意識・態度の変化の経年比較

2 回目の介入プログラム実施後に、参加後の日常生活中の運動や健康に関する11項目の変化をまとめた（表 6 ）。なお、対象者は継続的に参加した109名で、それ以外は欠損値として除外した。最も「向上した」という回答が多かったのは「健康を意識するようになった」で89.2%（91名）であった。次いで「積極的に歩くようになった」81.7%（85名）、「運動を心がけるようになった」81.2%（82名）、「食事に気を使うようになった」75.7%（78名）と続いた。意識や態度への変化は、この結果から、介入プログラムの主目的と一

致する変化が見られたことが分かる。また、2003年調査時と比較すると、11項目中９項目が向上していることが明らかになった

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

表6 介入プログラム参加による日常生活の意識・態度の変化の経年比較

		2003年		2005年	
		向上	変化無し	向上	変化無し
健康を意識するようになった	n	13	106	91	11
	%	10.9%	89.1%	89.2%	10.8%
認知症予防を意識するようになった	n	18	101	75	27
	%	15.1%	84.9%	73.5%	26.5%
食事に気を使うようになった	n	29	89	78	25
	%	24.6%	75.4%	75.7%	24.3%
運動を心がけるようになった	n	20	99	82	19
	%	16.8%	83.2%	81.2%	18.8%
よく眠れるようになった	n	45	74	68	31
	%	37.8%	62.2%	68.7%	31.3%
積極的に歩くようになった	n	38	81	85	19
	%	31.9%	68.1%	81.7%	18.3%
新しい余暇活動ができた	n	76	41	42	53
	%	65.0%	35.0%	44.2%	55.8%
外出する機会が増えた	n	62	57	41	54
	%	52.1%	47.9%	43.2%	56.8%
健康や痴呆予防の会話が増えた	n	45	72	60	39
	%	38.5%	61.5%	60.6%	39.4%
地域の活動に参加するようになった	n	32	87	68	33
	%	26.9%	73.1%	67.3%	32.7%
目標が出来た	n	44	72	44	53
	%	37.9%	62.1%	45.4%	54.6%

４．考察

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

まず、2003年と2005年に行った介入調査の基本項目の経年比較をおこなったところ、日常生活中の運動習慣、地域活動への参加、健康状態の自覚それぞれについて若干の低下が見られた。しかし、これらの低下の比率はごくわずかであることから加齢の影響の範囲内であると理解できる。プログラム参加者数については、2003年と比較するとほぼ同数の参加者数で介入プログラムの定着も示唆された。気仙沼大島地区における介入プログラムは、加齢と健康の関連の実態把握を目的とした訪問調査による大島スタディと連動して実施されていることによって、地域住民の健康意識や介護予防の意識への介入効果をもたらし、参加行動を促

進する働きかけがなされていると考えることができる。こうした行動変容を Kopesell, Wagner らは、「社会学習理論」のなかで「①アウトカムに対する正しい知識→②健康行動によってリスク軽減可能であるという認識→③態度変容→④行動変容の実現可能性の自覚→⑤行動変容のための技術の習得→⑥行動変容」のプロセスがあり、これらに対し適切に評価を与えていくことによって態度や意識の変容が継続的に達成されやすくなると述べている。[3)] 大島スタディにおける継続的な調査と介入の対象者となることによって自身の生活、健康を主体的に評価し「⑤行動変容の技術の習得」である介入プログラムへの参加という行動変容に繋がっている要因であると思われる。

次に、介入プログラムにおいては、日常生活で実施可能と思われる生活介入型運動プログラムの提案を行いその効果測定を各身体機能測定値で評価を行った。継続的に習慣化できる運動プログラムとは、導入期において参加者が関心を持つことが重要であることから、提案した生活介入型各運動プログラムの実施予測は重要な手がかりとなり得る。その結果から手指運動のような微細運動は特に取り組みやすく、実際の実施率も高くなることが明らかになった。下肢筋力の強化については、歩行のような日常生活動作をアレンジするものは実施率が高く、軽度の負荷をかけ非日常的な動作の中で直接的に筋力を強化する種目については実施率の低下を助長することが示唆された。また、歩行に関しては実施予測と結果について大きな隔たりはないことから、最も実施しやすく、参加者の継続実施を評価しモチベーションを高めるために有効な運動であると考えられる。一方、下肢筋力や万歩計の使用は予測と結果の隔たりの大きさから、事後評価を実施した際に参加者の挫折感を感じさせてしまう恐れも含んでいることからプログラムとしての採用は検討する必要がある。参加者の継続的な軽運動実施と評価は、容易に達成感を得ることが可能となる。それによって、参加意欲を高め、介入プログラムのような行動変容のための技術習得の場への継続参加を促し、介入効果をより高めることが可能であると考えられる。つまり、今回の結果から継続的な実施を可能にする運動プログラムは、「歩行（walking）」のような日常生活中の動作の延長にある動作で、手指、足指を動かす「微細運動（fingers）」は、継続的評価と、継続する成功経験の獲得により心理的側面に与える影響が行動変容に有効であることが推測された。

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

また、運動プログラムを提供する際に、実施率を高めるための地域住民への指導の際には、

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

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

本研究は、縦断的な介入研究であるために、本来、継続的な参加者の個別の経年的な推移を明確化にすることも必要であるが、今回は全体の変容から新たな示唆を得ることができた。まず、生活介入という視点から見た、運動プログラムの実用性については、初年度の結果も踏まえ、生活の動作中に含まれる運動である「歩行（walking）」と「微細運動（fingers）」に限定することによって実用性が高まり、継続性が期待できる可能性が見いだされた。そして、これらの運動を行うことによって、膝伸展筋と握力が有意に向上することから、高齢期の下肢筋力低下の抑制にきわめて有効な運動プログラムであるといえよう。さらに、これらの運動の継続性を向上する予測因子として握力測定値が微力ではあるが有効である。たとえば、握力の低い高齢者に対して継続への助言や声がけを行うことによって、継続する可能性は高まることも考えられる。さらに、近隣に運動施設や器具が無く、交通手段の乏しい、山間部や離島地域などにおいては運動実施のために参集するような形式ではなく、生活の中で準備も不要で習慣的に行える運動は実施を助長する要因になる。また、生活介入の継続性を高めるサポートグループの存在も重要である。こうした地域においては、地域の互酬的関係性が成り立っていることから、新たな組織形成よりも、既存の自治会、老人クラブをサポートグループとして活用し、帰属する地域行事への参加の際や作業へ積極的に歩いて参加し、社会交流することを促すことにより心身の健康に寄与するものと思われる。

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

より向上させ得るのではないだろうか。

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

謝辞

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

参　考　文　献

1）介護予防サービス評価研究委員会編：介護予防市町村モデル事業報告書．厚生労働省，2005.

2）加藤伸司，阿部哲也，矢吹知之ら：加齢と健康に関する縦断研究の基礎調査．高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報 3，2003.

3）Kopesell TD, WagnerEH et : Selected methodological issue in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. Annual Review of Public Health, 1992.

4）黒田研二：介護予防施策の概要と手法について：介護予防システムと介護保険制度．日本老年医学会雑誌41（6）；633-636，2004

5）西澤哲：地域高齢者の歩行能力について，長期プロジェクト研究報告書．東京都老人総合研究所，2000.

6）鈴木隆雄：介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル，厚生労働省，2005.

7）田高悦子，金川克子，立浦紀代子ら：地域虚弱高齢者に対する介護予防：試行的研究．日本地域看護学会誌，4（1）；61-68，2002

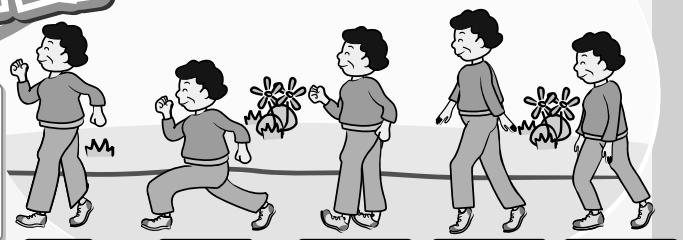
8）矢吹知之，加藤伸司，阿部哲也ら：加齢と健康に関する縦断的介入研究．高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報 4，2004.

（資料 1）3 とき運動ポスター

いきいき「ろく（さん）とき」運動

- 意識的に体を動かすことは脳の活性化に効果があるといわれています。
- 無理なく日常的に継続して行うことが大切です。
- 運動、食事、睡眠のバランスが大切です。

歩いているとき



早歩き　大股歩き　かかと歩き　つま先歩き　ナンバ歩き

※転ばないように注意して下さい!

布団の上にいるとき

居間にいるとき

てくてくチェック表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
＿月																															
＿月																															
＿月																															
＿月																															
＿月																															

（3000歩で○、5000歩以上で◎を記入して下さい）

東北福祉大学
気仙沼大島研究プロジェクトチーム
協力　気仙沼市
（医）渓仁会　ハーティケアセンターおおしま
大島地区　高年クラブ連合会

運動に関するお問い合わせ
社会福祉法人
東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201　宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1
TEL(022)303-7550　FAX(022)303-7570

認知症ケアにおける基本的な介護技術の開発 1

― 認知症ケアにおけるエキスパートシステム開発の基礎的研究 ―

日本大学
内 藤 佳津雄
認知症介護研究・研修仙台センター
阿 部 哲 也　加 藤 伸 司　長 嶋 紀 一
日本大学大学院
佐々木 心 彩

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

その１例としてオーストラリアのハモンドケアグループで作成された「モデルケアプラン」[1] がある。これは50項目程度の簡易なアセスメントと連動し、そこで抽出された課題の解決のために、まずは状況に応じた「問題の回避」の方法が整理されている。それでも解決しない場合には、ケアにおける自立度の高さの順に、「機会の提供」、「非指示的助言」、「指示的助言」、「身体介助／代行」という４つのレベルの順番に支援策を検討していくようになっており、それぞれにレベルに応じた対処とその理由がまとめられている。作成の手法は、文献研究および１つのナーシングホームの職員と研究者が綿密に話し合うことによって内容を抽出したと説明されている。このモデルケアプランについて評価できることは、尊厳や自立を尊重するという基本的な理念を反映した構造となっていることである。そして多様な状態像に対して、認知症の中核症状である認知記憶障害への配慮、周辺症状の原因となる環境的問題の検討、自立や自尊心を尊重し自発的行動を促すこと、コミュニケーションの重視といった理念にかなった手法をどのように用いるのか、そのモデルとなり得る多様な方法とその理由が提案されていることにある。

新たに認知症ケアの標準化を行うためには、モデルケアプランにみられるような認知症ケアの理念を反映した多様な方法を実用的にモデル化することが課題である。そのためにまず第１に多様な状態像とそれに対応する方法についての情報を収集する方法について検討する必要がある。次に、収集した多様な情報を整理し、それを活用可能な形式で構造化すること

ができる方法を検討する必要がある。本研究の目的は、このような認知症ケアの標準化のための有効な情報の収集や整理の方法について検討し、提案することである。本研究では、その手法の１つとして、「エキスパートシステム」の構築方法を参照することとした。

エキスパートシステムとは、知識工学の用語であり、「人間の専門家が持つ知識を格納することによって、専門家と同等、またはそれ以上の問題解決能力を持つシステム」[3)]とされている。エキスパートシステムは、実務専門家（エキスパート）のもつ手続き的な知識を収集し、それを数理モデルによって表現して、実用的判断を行わせるコンピュータシステムであり、例えば、医学的診断などの分野でも開発されている。解決する課題は、解法が機械的に一義に明らかにできるようなアルゴリズムが定まっている問題よりも、明解な解法が存在しない問題（悪構造問題： ill-structured problem）を対象とし、それを解決できる専門家（エキスパート）の持っている知識とその運用方法を取り出して、システム化（ソフトウエア化）するものである。認知症ケアも明解な解法が存在しない問題であり、それを解決できるエキスパートが存在すると考えられる分野であり、最終的に数理モデル化できるかどうかは将来の課題としても、前述のように情報の収集方法とその整理の方法を検討するにあたって、エキスパートシステムの考え方を応用することが有用であると考えられる。

そのためには、第１に情報の収集の方法について検討が必要である。エキスパートからその知識や運用方法に関する情報を収集する訳であるが、情報収集の方法は一人（あるいは少数の）エキスパートを対象にして、綿密に情報収集する方法と多数のエキスパートを対象として多様な情報を収集する方法が考えられる。情報間の関係を数理モデルによって整理するのがエキスパートシステムの目標であることから、いずれの方法をとるにしても多量の情報を収集する必要がある。認知症ケアにおいても両方の方法をとることができると考えられるが、前述のモデルケアプランは前者の方法に近いと考えられる。今回は、より多様な考え方を収集するために、後者の方法を試行することとした。認知症ケアはまだ発展途上であり、共通した理念を持っていても方法の選択が異なる可能性があること、後に数理的にモデル構成することを念頭に置き多くの情報を収集することが必要であり、量の点で有利な多数のエキスパートからの情報収集を採用し、その有効性について検討することとした。第２に収集した情報をどのように整理して有効なモデルを構築するのか、その方法について検討することが必要である。最終的には、構築するモデルの形式に応じて、情報の整理の方法が決定づけられ、それに応じて情報の収集の形式も決まると考えられる。しかし、どのようなモデルがいいのか模索している現時点においては、仮説的なモデルに基づいて調査を設計し、収集される実態的なデータの素性を分析した上で、その妥当性を検証する必要があろう。本研究では、利用者本位の理念に基づき高齢者の行動の背後にある動機を重要視し、回答者には、場面ごとに生じている行動の原因・理由（動機）の推定をまず求め、その原因や理由に応じた方策、その方策がうまくいかなかったときの代替的方策、判断に必要とする情報の順番で想起を促して、情報を得るとともに、情報の整理もこの道筋にしたがって行い、内容を分析することで方法の妥当性を検討することとした。

【目的】

認知症ケアの標準化を目指して、認知症ケアのエキスパートの持つ問題解決上の知識を収集し、その整理を試みた。

【方法】

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

方　　法：郵送によって調査票を配布し、郵送によって回収した。

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

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

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

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

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

【結果と考察】

（1）回収の状況と回答者の属性

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

定されるわけではないと考えられるが、エキスパートの選定条件については今後さらに検討すべき事項であると考えられる。

(2) 解析方法の検討

第 1 に、3 つの場面ごとに、最初に想起を求めた「原因・理由」に関する記述を起点として分析を行うこととした。認知症ケアの基本理念である「利用者本位」の考え方に基づけば、本人の主観性を尊重し、認知症高齢者の行動の背後には動機が存在すると考える。適切なケアの手法を考えるためには、その行動を出現させている動機を理解（推測）した上で、それに対応する適切な方法を選択することが必要であると考えられる。

「原因・理由」については、そこから想起をスタートしていることもあり、各場面とも多岐にわたる内容の回答が得られた。そこで、回答をカテゴリー化し、情報を集約することを試みた。ケアの標準化のために有効な情報としては、多岐にわたるオリジナルの回答のままでは実用的ではなく、あまり少数すぎず、しかしあまりに多数でない程度にカテゴリー化して集約することが必要となる。カテゴリー化・集約の方法はさまざまな可能性があるが、例えば、得られたテキスト構造を数理的に分析する手法（テキスト・マイニング）などもあるが、本研究では、得られたデータの内容を検証することが目的であったので、分類作業は研究者によって手作業で行った。なお、今後集約した情報を認知症ケアの標準化に役立てていく段階においては、数理的な解析を取り入れたり、複数の意見を取り入れたりする過程を設けることが必要であると考えられる。

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

第 2 に、行動の原因や理由の推測を適当な数に集約できるならば、その原因や理由ごとに行うべきケアの内容と判断に必要とする情報に関する回答について検討することができる。本研究では、必要とするケアの内容や情報については集約を行わず、原因や理由のカテゴリーごとに十分な量と多様性のあるケアの方法や必要とする情報に関する情報があり、今後の集約化に実用的に耐えられることを確認するに留めた。

表１　「途中で食事が止まってしまう」原因や理由の分布

414 件

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

表２　「食事を自発的にしない」原因や理由の分布

337 件

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

表 3　「他者の食事に手を出す」原因や理由の分布

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

(3) 原因・理由の集計・カテゴリー化

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

事例 A の「途中で食事が止まってしまう」については、40の小カテゴリーに分類し、それを 9 つの大カテゴリーに分類した。理由として最も多かったのは、大カテゴリーでは身体的問題（68件：16.4%）であり、次いで満腹感（64件：15.5%)、集中の中断（58件：14.0%）となっていた。小カテゴリーでみると「味が合わない」(35件：8.5%)、「環境・雰囲気のため集中が中断」(33件：8.0%)、「口腔内の痛み」(32件：7.7%）に関する回答が多かった。

事例 B の「食事を自発的にしない」については、35 の小カテゴリーに分類し、それを 9 つの大カテゴリーに分類した。理由として最も多かったのは、大カテゴリーでは食事に対する認知・忘却（106件：31.5%）であり、次いで身体的問題（67件：19.9%)、満腹感（43件：12.8%）となっていた。小カテゴリーでみると「食事をすることがわからない」(32件：9.5%)、「食事だと認識できない」(29件：8.6%)、「依存・全介助への慣れ」(26件：7.7%）に関する回答が多かった。

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

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

に対して、事例Bでは特定のカテゴリーへの集中度が高かった。事例Cではカテゴリー数が少なかったこともあり、特定のカテゴリーへの集中度が高かった。

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

また、もう1つは回答の頻度データについての有効性の検討が必要であると考えられる。回答の頻度が大きいということは多くのエキスパートがその回答をしたということであるが、回答が集中している「原因・理由」がその課題について真に優先的に検討すべき「原因・理由」であるとすれば、出現頻度をパラメータとして「原因・理由」の推定に関する検討をする際の優先度を示すことが可能となる。そのことを確認するためには、今回のように多人数から得られたカテゴリーの全体を複数のエキスパートに提示し、すべてのカテゴリーを対象として検討する際の優先度を評価してもらい、その結果が今回得られた頻度と一致するかどうか評価することが必要であると考えられる。

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

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

(4) ケアの方法・確認すべき情報の分析

(3) で分類集約した小カテゴリーごとに、「行うべきケアの内容」と「判断に必要とする情報」について整理を行い、一定の傾向を見いだすことが次の手順である。しかし、「原因・理由」とは異なり、得られた回答の内容は類似の内容であっても、趣旨が異なる記述が含まれているものが多く、集約化には工夫が必要であると考えられる。この点については今後の課題と位置づけて、本研究においては、小カテゴリーごとに、「行うべきケアの内容」と「判断に必要とする情報」の回答をまとめたものを資料として示すに留めた。

表 4-1　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
生活全体への不安：家や家族が心配	行動と精神面の観察。	思い出の場所、行って喜ぶ場所。
	定期的に家に帰ったり、家族を呼びよせる。家がなくなっていれば、生家の近くの思い出の場所で弁当を食べる。	心配の原因。
	「御主人の食事はヘルパーさんに頼んである」「同じ食事を弁当にして届ける」「職場は食堂もあるし、今日はそっちで食べると言っていた」等本人が安心できるような会話を持つ。なぜ心配なのか本人の答えを聞いてみる。	本人の気持を分析する為の情報。いつの時代の、どんな状況に戻っているのか日々変化するので、生活史は大切。
	本人の気持ちを否定しない。まずは食事を済ませてからの対応を説明する。本人の思いを言葉で引き出し、一つ一つ対応する。本人の気持ちが強い時は、付き添いながら言葉かけを行い、気持ちの和らぐのを待つ。のちに再度（食事を）うながす。	認知症についての知識。
	「きちんと残してあるから大丈夫」「さっき食べたと言っていた」等の声かけを行なう。家族に話を聞いてみる。	生活歴。
	しばらく行動を共にし、落ち着いてもらう。見守りをつづけ、きりの良い状態を見極め声をかける。	家の人の生活パターン（帰宅時間、外食の頻度。
	「お家の人は外で食べてくると連絡がありました」「家族は帰りが遅くなると言っていたから、先に食べて待っていましょう」と声かけしてみたり、「家族の分はきちんと取り置きしているから安心して食べて下さい」と声かけしてみる	
生活全体への不安：漠然とした不安感	本人の話を傾聴し、安心して頂く。どの様な時に不安な気持ちになるのか観察する。	経過。
	環境を整える（人、物も）。対面した人、物、言葉、動作を気づかう。	生活歴。
	信頼関係を築き、特に1～2名のスタッフと心を通わせる介護をしてみる。諦めず続けるしかない。	その人の存在を確かにする情報。
	役割を見つけ感謝する。	
	本人の思いを否定せず、食事をすすめる。残った食事を取っておき、落ちついた時点で食べて頂く。	
	スタッフと一緒に過ごす、家族との面会。食堂の場所をかえる（スタッフと1対1、又は一緒に食べる）。持ち込める物を持ち込む。	
	日頃の様子を観察し、本人が入居にあたり納得できていないものを探る。家族の聞き取り。	
生活全体への不安：居場所・人間関係	食事環境の見直し（共に楽しく会話できる入居者との食事の促し）。逆の発想でさらに少人数化し、落ち着いて食事を摂れる環境の見直し。本人とのコミュニケーションの中で探っていく。	本人の以前の食事環境（家族から）。
	食事環境の見直し（なじみのあるスタッフとの食事の促し）。	本人の調理参加への意欲度、できる行為。
	食事環境の見直し（家族との食事機会を作る）。	なじみの生活用品。
	調理の段階からの参加を促す。	好きなこと、日常の習慣を施設でも再現できるような情報。
	生活歴を見直し、趣味、嗜好を知る。同じ姿勢を保つのがつらいのか、椅子が合っていないのか見極め、合った物を提供する。	バックグラウンドと現在の食事状況。
	本人に合った食事を提供する。筋力低下について考える。	本人にとっての不安や緊張の原因。
	声かけするが、無理をさせない（食事を嫌なものと思わせない）。時間（数日）をかけても同じようであれば、本人がリラックスできるよう、日常の会話を増やし、本人の好きなレク、音楽をきいてもらい安定を心がける。	本人の性格。
	なにが好みなのか本人→家族の情報をいただく→馴れるまで一人のスタッフがそばにいて仲良くなれるよう配慮する。	好き嫌い。
	安心感が得られるような声かけを行い、食事を共にする。スタッフや他入居者との関係の構築のための支援。	
	ここにいても大丈夫だと安心してもらえるような対応、声かけを試みる。安心してもらえるように何度も気長に声かけをしていく、コミュニケーションをしっかりとる、時には大丈夫だと手を握ったりして、スキンシップを図り安心してもらう	
	世間話（どういう料理が好きだったか、できたら食事に関する事）をしてリラックスしてもらい、食事をするよう誘ってみる。嫌いな物、食べられない物ではないか確認し、もしそうであったら他の入居者に気づかれないよう食べられる物に変える。	
生活全体への不安：環境変化 （次のページに続く）	側に座り、何気ない話、世間話をしながら一緒に食事をする。落ち着かれるまで他の入居者の方と少し時間をずらしてみる。	食事だけでなく1日全般の様子。
	今まで使われていた食器類を用意し使って頂く。	睡眠量。
	慣じめる環境作り。しばらくまわりの環境を変えない。生活リズムを整える（睡眠、覚醒、運動）。	本人の性格、好む環境。
	個人の特性、くせ、習慣を理解し、温かな雰囲気づくり。	個別の生活習慣、生活リズムの情報。時間、場所、好みの献立。
	徐々に施設での環境になじんでもらう。臨床心理士による心理相談をしてもらい、食事を途中でやめてしまう悩みを共に解決させる。	本人が比較的係わりを持つ方。
	本人の生活状況をしばらく観察し、本人の同意を得られる環境にての食事摂取を行ってみる。急激な時間や場所の移動はとまどいやすい。特に起床時など体や感化が覚醒していない。時間を調整したり、ゆったり個別対応する	他者との交流の程度、過ごし方。

（注）（2）の介護・対応と（3）

表 4-2　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
生活全体への不安：環境変化 (前のページの続き)	ホームに慣じむよう援助、ご本人の活躍のできる場を作り、人間関係の構築を図る。入居者の中から慣じめそうな方がおられれば一緒の席についてもらう。スタッフと自室で食事をしてみる。	入居について本人はどう感じていたのか。
	職員がそばに付き添い、嗜好品や家族関係など聞きながら、摂食動作へ誘導する。家族の方へ協力していただき、環境にな。れるまで一食付きあってもらう。	家庭での食事状況（食事量、回数、場所、誰と食べていたか等）。
	相手側から話をきり出してくれるような態度を示す（促しの声かけ）よう努力する。訪問回数（声かけの仕方の工夫）を増やし、信頼関係をきづくよう努めていく。	生活歴。心配事。
	寄り添い不安を取り除く。本人が安心できる居場所づくり。	家にいた頃の家具の配置など環境の情報
	入居者同士の関係作りのみに頼らず、スタッフとのかかわりの中でも安心感を持っていただけるよう声掛けしながら摂取を促す。本人にとって望ましい環境での摂取を試みる。	
	スタッフも一緒に食卓を囲む。	
	発熱、風邪症状等みられないか確認（あれば治療）。室外で食事をとる。お弁当のようにする等環境をかえてみる。	
	家庭に近い雰囲気作り（本人の茶碗等使用）。	
	楽しい雰囲気作り。	
	安心して食事が続けられるような声かけや徐々に不安を取り除くような係わりや環境づくり。スタッフと一緒にコミュニケーションを図りながら食事をする	
	できれば以前と同じ状態（環境）をつくる様にする（明るさ、テーブル、イスなど）。家族の方に協力を得たりして、まず安心して新しい場所に慣れていただく	
	又使用者の方と人間関係づくりし安心していただきる環境の一部に自分がなれる様にする。	
	そばについて声かけしたり、見守ったりして不安を和らげる。家族に面会を促し、協力を得る。	
	声かけを多くする。その人らしい空間づくり（居室）→居室で摂取促す	
	食事の際は必ず横に座り、笑顔やゆったりとした会話で緊張をほぐすよう試みる。食事の時以外にも過ごす時間を増やしたり、仲の良い方をつくったり、利用者間の中心的人物との仲持ちをし、打ちとけやすくする。	
身体的問題：口腔内 (次のページに続く)	口腔内確認し異変がある場合はNS報告。処置施行。歯科受診検討。毎食後の口腔ケア。義歯の洗浄。嚥下体操。疼痛の観察（訴え、表情、しぐさ）。	口渇を副作用にもつ薬の服用有無
	口の中を確認させていただく。異常があれば報告し治療する。	既往歴、かかりつけの歯科医、食形態
	口腔ケア、歯科受診を勧める。口腔内の状態を知る。歯科受診を勧める。上手に対応してくれる訪問歯科などを紹介。	治療内容
	食事の型状を変える。刻み食、一口大にするなど。口腔体操、口腔ケアをする。	義歯の有無。あわない時はどうするか
	口腔ケアの際等に口腔内を確認する。そしゃく、えん下のトラブルはないかを確認する。実施状況を詳細に記録し、時間帯、状況の違いなどを検討。	下痢、便秘の確認
	義歯の状況確認。食事の形態が本人のえん下能力に適していない可能性があるため、様々な形態の食べ物を試してみる。	食事量の低下に伴う栄養失調の恐れ
	歯、義歯の状態、口腔内の観察。医師に相談。	嚥下の確認
	歯や義歯の状態、口内炎等の異常の有無を確認。歯科医、歯科衛生士に相談。	歯の疾患
	口腔内、及び義歯が身体に合っているものかどうか、食形態の見直し、炎症などはないか把握していく。口腔ケアの再検討を行ってみる。痛みや食べづらさなど継続する時は歯科受診し、専門的治療をうける。	口腔内の疾患
	義歯の状態や口腔内の状況の改善。口腔の清潔、口腔リハビリ。	
	義歯などの場合、きちんと合っているか確認する。	
	キザミ食や主食の形態の変更。歯の治療。	
	専門医に診てもらい相談。	
	義歯の状態を確認、義歯を外しうがいを行う。口腔内の腫れ、傷の有無。	
	口腔内のチェック。ムシ歯、義歯の確認。	
	口の中を観察し、確認する。	
	摂取時の咀嚼、えん下の状態を観察する。	
	歯の治療や適合した義歯　　着についてのアドバイス。歯科診療。	
	食後の口腔ケアの習慣つけ。	
	栄養士による調理方法の工夫。	
	口腔内の確認→歯科受診へ。ゼリー、栄養補助飲料などにて水分量、栄養素の確保しながら長期的に取り組む。	

表 4-3　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題：口腔内 (前のページの続き)	口腔ケア、マッサージなど的確な方法を行う。	
	嚥下訓練にて、唾液の分泌を図る。	
	各々を確認し、異常があれば専門医に相談する。	
	噛む早さ、呑み込み具合、顔の表情、食事の姿勢などなどを観察の上、食事意欲を引出す声掛けをする。	
	口腔内の炎症や出血がないか確認する。咬み合わせ、義歯の不適合が見られた場合、NS報告の上、歯科依頼し、治療する。定期的に口腔内、歯、義歯に問題がないか観察していき、問題発生時にはその都度対応していく	
	歯肉炎や痛みの訴えがないか確認する。	
	本人様へ不具合や食物がはさまり食べにくくなっていないか等の確認を行う	
	柔らかいものや、飲みやすい物を提供してみる。口腔内の炎症改善。	
	口の中の確認。口腔ケアの徹底。	
	入れ歯があわないのなら、やわらかい食べやすいものを用意する。	
	口腔ケアをすると共に、食事の柔らかさ、切り方等考える。	
	義歯確認。	
	看護師、医師に報告し、治療を受ける。	
	ご本人に体調や歯の痛み等についてお聞きする。答えられなかったり、分からない時は熱を測る、血圧を測るなどしてみる。何度も同じことが続くようであれば、適切な手立てが継続的に行えるようケアプランに位置づける。	
	食事の内容、調理の工夫（やわらかく調理する、小さくして食べやすく）。通院し、口腔内を調べて頂く。	
	ポリグリップ等固定剤の使用。	
	咀嚼の様子や嚥下具合を観察する。義歯の洗浄の徹底。	
	歯みがきの徹底。	
	歯科の受診。	
	口腔内の確認（歯ぐき、舌、入れ歯etc）。	
身体的問題：便秘 (次のページに続く)	便秘状況はないか、腹部不快な様子は見られないか観察をする	利用前の排便リズム
	排便の有無、パターンの把握。下剤の使用。医師に相談	下剤使用の有無、下剤使用頻度
	食事、水分の摂取、運動の確保。医師に相談	既応歴
	排便状況のコントロール	毎日の水分摂取量
	十分な食事、水分摂取量、運動量の確保。下剤使用の検討	（食事量は足りているか）入居までの食事量
	食事前のトイレ誘導や排便の状況確認	自分なりの健康法など
	本人からの訴えにより、不快感の解消に努める（内服、病院受診）	
	日中の運動プログラムを組んでみる。	
	形、量など食事形態を変えてみる。食事を何度かに分けてみる（1日4回など）	
	便秘があれば医師と相談し、浣腸薬、緩下剤でまずは排便の促進を図る	
	発熱等はないか確認する。芋類、野菜等の食事（食品）により便秘解消を図る	
	いつもの食事の時はどうか？記録して様子を見て、どの様な時に止まるのか把握していく	
	下剤服用等の確認をとり、服用であれば無理をせず様子をみてトイレ誘導を行なってみる	
	腹部膨満がないか聞いて見る。可能であれば腹部が張っていないか触れてみる（異常があればNS報告）。腹部膨満が見られる場合、NS報告し、指示にそって対応する（下痢の服用）。（看護面）便、尿をチェック項目としてあげ、観察していく（薬等の管理もふくむ）	
	定期的に散歩を見守りで行なう、又は施設内の説明もかね、一緒に歩いてみる（気散し的効果も期待できる）。腹部膨満が見られる場合、意識して水分補給を促していく。（介護面）水分チェック、食事摂取、間食等のチェックをしていく	
	腹部膨満が見られる場合、ケアプランチェック項目としてあげる。心理的ストレスを持たないような働きかけを行う（散歩、レクリエーションの参加等）	
	排便の確認をする。声かけ、見守りで食事に気持ちを向ける	
	1日の運動量の改善	
	排便の有無の確認。排便パターンを確認し、下剤を使用しつつ定期排便へ。それが確立すると自然排便へ	

表 4-4　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題：便秘 (前のページの続き)	定期的排便の習慣化	
	水分摂取、食事内容の検討	
	(下剤服用していたのなら)薬使用	
	不調の訴えはなかったかバイタルの値の確認、又は触診(汗、熱、冷感etc)	
	不快症状の確認。便秘、下痢、発熱etc	
身体的問題：発熱(の予兆)	体調不良の訴えがないか確認する。継続して状態観察をおこない、その都度対応していく。体調不良時には(疲労が見られる場合)食事介助を行い、体力の消耗を防ぐ等、悪化を未然におさえるよう努めていく。	
	気分不快、不穏状態はないか確認する。食後の口腔ケア、清潔保持に努めていく(二次感染の予防)	
	全身倦怠感、脱力感の訴えの確認を行う	
	活気が普段に比べてなくなっていないか確認する	
	顔色も普段と比べ変化がないか確認する	
身体的問題：体調・病気・脱水	バイタルチェック	歯科受診
	看護ケアの実施	家族環境、信頼関係の変化、流れ
	日常の行動の観察(歩行や動作)	転倒等のリスク
	身体にあざや腫れがあるかの確認	食事がいつも途中で止まってしまうのか
	病気や薬の理解。投薬の変更	今までのパターン、生活歴
	体調観察、診察、対応、水分補給。小わけの提供	現在病、既往歴、服薬状況、服薬による副作用の有無
	好みのもの提供	排泄状況、排便のコントロール
	別な原因を考える	口腔内や咀嚼、嚥下状態
	痛いところがないかどうか確認。痛いところ、具合の悪いところの確認	口腔清潔能力の評価
	トイレに行きたい・・と思っていないかどうか。便のチェック等	睡眠状況
	便の状況(便秘？)を観察、対応する	
	歯の具合(口腔内の具合も含む)を観察、対応する	
	声かけにて摂取を促すが、無理には勧めない。不調箇所の見極め	
	水分の摂取量を確認する。必要に合わせて専門機関への通院、相談。	
	体調に異常なければ食べるのに疲れたり、あきてしまうこともある。	
	消化の良い食材や調理法、通院にて疾患の調査、治療	
身体的問題：覚醒水準・眠い	日中の離床等により生活リズムの改善を図る。声掛けや会話を多く持ち、昼間なるべく起きていてもらう	排泄状況
	個人にあった活動をすすめ、日中の傾眠状態を防ぐ。声かけ、共に動くことでいねむりを防ぎ、生活リズムを整える	心理的要因の有無
	食事の時間をズラす(覚醒してから、摂取してもらう)	日課、食べる前の過ごし方
	食事場面だけでなく全般的に生活リズムを整えられるようなアプローチをする	内服について、薬物の量、時間は適切か
	声掛けし、覚醒を促す。無理強いはせず、眠たいようであれば横になる事を促す	体調確認
	本人の就眠状況の観察(安眠を妨げている原因を分析。精神的な事、環境など)	活動量と水分摂取量の比較
		嗜好
		睡眠について。安眠を妨げている精神的な不安
身体的問題：味覚異常	口腔内の点検と口腔ケア(義歯を含む)	
	その食事がなんであるのか、どんな味がするのかを目で見て、においをかぎ、五感を使って確認しながら一緒に食事を摂る。原材料を目にしたり、調理の際の香りを嗅ぐなどをして五感での認知を試みる	
嗜好・習慣との不一致：味があわない　(次のページへ続く)	食に関してのアセスメントを行う(好き嫌い、味付けなど)、実際に食べて味の確認をする。他の利用者の意見、感想を聞く、本人の気持ちをきく、確認する	出身地等、生活歴(山、海、街、田舎)など
	声掛けし、促す。本人に嗜好物を確認し、可能な限り食事を変更する	(家族に)嗜好、味覚についての情報。味覚の変化の有無、調味料の量・種類の変化の有無等も。
	口腔内確認(味覚の変化、舌苔の有無など)	体調面の確認(内科的、歯科)、食事制限
	食生活についての調査が必要。時間、量、代替メニュー、嗜好しらべ。好みのメニュー以外、味付け、かたさ等はどうか	食材と調理方法、食事形態
	本人と一緒に好みの物を作ってみる	軟らかさ、硬さ
	好みの食材、適切な調理法で本人の食欲を増進する。スタッフが気配し、冷めたら暖める。夏場なら冷たくする等の工夫をする	食べ易さ、食べにくさ等

表 4-5　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
嗜好・習慣との不一致：味があわない　（前のページの続き）	口なおしに好きなものを食膳から選び、供する。利用者の日頃好んで食べるものを準備する	既往症、現病
	一緒に食事し、体にいい食べ物であることを説明する。本人が美味しく食事できるよう五感を刺激する。	今まで(自宅等で)の食事、誰が調理等を行っていたのかの情報
	(または)本人の好物を聞き、それを出してみる。本人の好きな食べ物は何かを聞き出し、その食べ物を用意し、食事していただく	本人の生活リズム
	食事の好みなどを聞き、できるだけ添える様にする	服薬を確認(量、種類)
	食事が止まってしまう状態と献立、調理状態と関係を把握し、本人の嗜好に沿った、食べやすい食事を提供する。嚥下障害や消化器系の問題はないか調べる	環境の変化によるストレス
	他職種(栄養士)と連携を図り、本人の好きな食物を献立に取り入れてもらう	表情の観察
	いろいろ試してみて、少しでも食のすすむものがあれば献立に取り入れる(おやつ類でもOK)	最近の変化の有無(食事量、体重など)
	何が好きな食べ物か詳しく調査する。外出して食堂などで食事を選んでもらうことを何度か行い、好きな物を知る	スタッフの関わり方
	どんなものを好んで食べるのか？特に好きなものは何か等をFaから情報として聞き、準備し、摂取する状況(量)を確認する。本人と一緒に調理を行い適度な味付けや柔らかさを思い出してもらう。	以前よく食べた物、どんな時によく食べたのか
	本人、ご家族へ味付けや量などについて確認してみる。栄養士、調理師、本人等と話をし、検討、メニューを考える	視力
	一緒に同じものをたべ、好みを知る	聴力
	本人や家族から認知症が発症するまでの食生活をアセスメントする。家族に協力を得て、本人が好きだった物を持ってきてもらう(栄養士、担当職員と相談の上)	好き嫌いについて本人、家族から情報収集
	どんな味付の時に食べて、残しているかの調査。一品だけごはんを食べるのに塩分の高いおかずをつける(梅干し、すじこ、塩辛、納豆、漬物等)	食事内容への不満
	食事制限を考慮しながら好みの味付けに近づける	残しているもの
	家族に食べ物の嗜好を聞く。外食など、本人の意欲が増すよう考える	よく食べている物(味の濃い物、甘いもの、辛いものなど)
	食事内容の検討。調理法、盛りつけの工夫を検討	
	食事の出し方の工夫(温かいものは温かく、冷たいものは冷たいうちに)	
	嗜好を本人より再確認行う。家族より嗜好を確認行う	
	魚はお嫌いですか。等の声かけで嗜好の確認をする。本人の好みの食品を用意してみる(調理、献立の工夫をする)	
	噛む早さ、呑み込み具合、顔の表情、食事の姿勢などなどを観察の上、食事意欲を引出す声掛けをする。又、原因を推察する。尋ねる。調味料(しょうゆ等)をかけるよう促す	
	もう食べたくないのか、味つけはどうか本人の表情、しぐさ等で把握する。少しずつの量を数回に分けて食べていただく	
	嗜好を調べ、食欲が増すようにできるだけ対応する(もりつけ方、色どり、味つけあとは話術とか・・・)。次から一緒に食事作りしたり(作り方を教えてもらったり、あと、自分で少しでも作ったものということで食欲がアップするかも)	
	あまり強制せず見守る	
	好きな味つけや食べやすさを聞き、やわらかいものや一口大のものが良ければ準備する。一旦食事をさげる。	
	食事内容、摂取量をチェックする	
	味のこと、好きな食べ物等たずねる。他の食物をすすめて見る(目先をかえる)	
	本人に確認しながら、食卓の調味料使用を促す。味付けにあわせ、見た目、温度も考慮する。	
	メニューを考える	
	家族より嗜好について情報を収集し、本人の食に対するこだわりを見つけ提供してみる	
	家族や本人に情報収集。嗜好の変化を考慮し、いろいろな食事を試みる	
	本人から食べたいもの、好きな物を聞いて対応する。一緒に作ってみる、又は本人さんに作ってもらう。	
	家族の差し入れをお願いする	
	外食、出前の利用	
	調理の際に本人に味の調整をしてもらう。食事をしながら味が調整できるよう調味料を近くにおいてみる。	
	毎食、口腔清拭を徹底して行う	

表 4-6　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
嗜好・習慣との不一致：嫌いなものがあること	「お口に合いませんか、どのような物が好きですか」「これもおいしいですよ、食べてみませんか」など声かけをし、自力摂取を促す。介助にて摂取して頂く	本人の嗜好
	下膳する	食事の習慣、癖
	キライな食べ物はないか？また、昔と嗜好が変わっていないかを調べる。好きな食べ物の時は全部食べるか調べる	(回りに)不穏な方の有無
	あまり食べないようなら栄養課と相談し、メニューの工夫をする	視力低下
	他の食べ物をすすめてみる。家族の協力を得て、好みの物をもって来てもらったり、嗜好調査をする。	
	本人の好みの確認	
	盛りつけや切り方、味つけ等で食欲をそそるようにする	
嗜好・習慣との不一致：食事時間・形態	食前の間食の管理(少なくしたり)。食事時間を後にずらす	夜間の睡眠状態
	少しづつ時間を違えての食事も試みる	歯科受診
	キザミ食等の提供はやめて、見た目でおいしそうな常食の提供を検討する	生活リズム、生活習慣
	時間をおいてから勧めてみる。今までの回数、時間帯に合わせた提供環境づくり	家庭での生活状況
	食事時間の改善。規則的な生活パターンの確立	本人が集中して食べられる座位(姿勢)、環境など
	食事形態を変更してみる。口腔の確認(歯の状態、義歯は合っているか)	
	昼間は散歩等室外へ出たり、本人の好みのことがあれば、とりくみ、身体を動かす(昼間はよく動き、夜間は熟睡する生活のリズムをつくる)。話しかけ等より、まず信頼関係を作り、少しずつ身体を動かすようにする	
	在宅時、又は前施設での食事スタイルの情報を得て、それに近い形で提供してみる(テーブル、椅子の高さ、食べる場所の環境、食事時間、テーブルでたべる、座卓で座ってたべるのか、どんな物を食べていたか等)。自宅へ外出して、食事を食べてみてもらう。	
	家族と同席して一緒に食べてもらう	
	食事の内容、好みや食器の使い方や以前の食事方法(はし、スプーン)について一緒話し合い、対応していく。食事内容変更希望の場合、栄養士と相談の上変更、出来事は対応していく(内容の説明)。栄養士と本人様とで今まで以上に食事内容について話し合っていただく。	
満腹感：食欲の低下	そばに寄り添い、時々声をかけて促す。そばで一緒に食事を摂り、食事メニューや季節のことなど話しながら和やかな雰囲気づくりをする	視力や視野
	家族や友人と一緒に食事	嗜好品の情報
	本人の好みの品やメニューで食欲を促進する。本人の食べやすい食事形態にしてみる(形のあるものや反対に形のないもの等)	生活歴や生活習慣(食事に関する)
	受診によりある程度の検査を実施する	体調、健康状態
	声掛けをする。食べる事を促さず、時間をしばらくおいて再度の声掛けをする	排尿便の状態
	盛りつけの工夫。小分けにするなど	何を好んで食べたか等
	冷たい物、暖かい物が適切に提供される事。食事の調理はあらかじめ栄養上に個別に依頼する	食欲不振の原因となる疾患の有無
	汁物、水分で胃酸分泌を促す	
	本人とのコミュニケーションから他の自覚症状を探す。引き続き観察を続け他に他覚的に症状として現れていないかをチェックする。	
	消化器疾患の既往歴などを探る。食事を摂る姿勢を考慮し、食塊が落下しやすい状況での摂取を試みる	
	その方にあった食事の時間を見直す	
	運動量を増やす	
	食事以外に飲食をチェック、見直してみる	
	1日トータルでみて、摂取カロリーに問題がなければ、無理にすすめない	
	日中、しっかり体を動かしていただく	
	テーブル、食器類、食事する場所の清潔に務める。テーブルに座る位置に気をつけ、楽しく食べられるようにする。イス、テーブルの高さ、硬さなどその人に適しているものにする。	
	照明を明るくする	
	途中で止まった時点で声をかける。また、口元に誘導し、再度集中力をあげる。嗜好物を提供し、気持をリセットさせ集中力を高める工夫をする。	
	レク等で身体を動かしたり、又一緒に食事をつくる事で食欲を引き出す	
	他入居者とのコミュニケーションを図っていく	

表 4-7　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
満腹感：途中で満腹	「まだこんなに残っていますよ。もう少し食べてみましょう」と声かけをし、自力摂取を促す。介助にて摂取して頂く	本人の食事摂取量
	嫌いなものかどうか尋ねる	入居前の状態（摂取の時間、回数、量）
	食事の時間をずらしてみる。食事を無理強いしない	覚醒時間や活動量
	食事量の検討をする（ST、栄養士、担当職員）	排泄状況
	お腹いっぱいなのかきいてみる。お腹いっぱいなら、本人の許可を得て食事を下げる。お腹いっぱいでないのなら、声かけをしてもう少し様子をみてみる	午前と午後ではどちらかが満腹感を感じているか（朝昼夜）
	本人、家族より食形態や好味のあじ、好き嫌い、家での食事量や食事の時間などをアセスメントし、本人の好む食事の用意をする。食事面だけではなく、食環境、身体状況、睡眠状況等のアセスメントや確認を行い、試みる。	心配事の有無
	食事時に空腹になるよう間食の調整や運動。食物繊維等の摂取、トイレ習慣、下剤服用	バイタル確認
	好きな物をすすめる	在宅での食習慣についての情報（摂取の時間、回数、好み、量、種類等）
	他の食物をすすめてみる。	
	無理強いはせず、本人が満腹感を得る許容内で摂取してもらう。本人に理由を説明して必要最小限のカロリーを摂取してもらう。	
	一緒に食べて見る	
	噛む早さ、呑み込み具合、顔の表情、食事の姿勢などなどを観察の上、食事意欲を引出す声掛けをする。	
	摂取量の確認やおやつ、間食を調べる。	
	本人に確認。ほんとうにイラナイと言っているのかどうか日頃のかかわりで判断。本日の状況だったり、前回の食事の様子等を聞き、1回目は本人の訴えを重視する。次回の食事の時、注意して様子みる。	
	当日の状況をみながら対応	
	体重の観察。栄養素別の摂取状況の確認。全般的に摂取できているならば、満腹の可能性もあるが、かたよりがある場合には偏食の疑いもある。食事内容の観察をしながら、その見極めをする必要がある。	
	顔色やまぶたの色、爪の色等に注意。好きなもの、嫌いなもの別の摂取量の確認	
	食事摂取量のグラフ化	
満腹感：食事の量が多い	普段の食事摂取状況を見て、体重の減少がなければ主食の量などを1/2などにして様子を見る。	入居前の食事量、食事時間帯
	（又は）数回に分けて食べられる方なのかを見て分食の方法	趣向
	何が好きなのかを本人、家族に確認し、本人の好みに合わせてみる	咀しゃく、えん下がきちんとできているかどうか
	食事量のチェックをして量の確認をする	摂取量や様子の確認
	最初から量が多すぎたりする時は小分けして勧めて見る。食べにくい状態であれば、食べやすいおにぎり等にして様子を見る	食器等が本人に適切かどうか
	入居以前の様子の確認（摂取量、嗜好、時間等）。できるだけ以前と同じ様にして対応する。	
	量を少なめにし、栄養の多いものを工夫する	
	本人が食事を摂っていた時間に変更してみる。	
	満腹かどうか本人に確認し、そうでなければ再度食事をして頂く様、声掛けを行う	
	食事内容変更の希望が聞かれた場合、方法（自助具）の検討。使いなれた食器や好きな食器を食事の中に取り入れる等工夫する。	
	家での摂取量を調査する	
	自分で食べられる量を把握する。見守りながら自分で食べられるようさりげなく声を掛ける	
満腹感：運動不足	散歩やレクリエーションを行い、体を使って頂く。運動不足の可能性がない場合は捕食としておやつ等、本人の好む食物を提供する。	体重、体調の変化
	24時間の行動パターンを把握し、運動量（活動量）を増加させるプログラム編成する。職員もしくは家族と外出の機会を設けるなどして、場面から自分の摂りたいと思える食事を認識させる。実施した状況を詳細に記録して様々な時間帯、状況の違いなどを検討する	利用前の活動内容、活動量
	散歩や施設内の手伝いなどを活動として増やす	本人が好んで行っていた活動
	日中のレク活動、リハビリ等好みのプログラムへの参加を促してみる。昼夜リズム確立のための計画を立てる	本人の趣味などについて
	日中の活動の見直し（本人の楽しめる又集中して、活発に行える活動の提供）。原因、課題の視点を変えて対応を検討します	
	日中どのような活動状況であるのか記録してみる。本人の日中の過ごし方を検討する	

表 4-8　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
満腹感：食前の摂取	三食以外に口にするものの内容、量を確認する。三食を美味しくたべてもらうため、間食等の量を調整する	摂取量、カロリー量の面で栄養士からのケアや医療的ケアの必要性
	食事をきちんと食べてもらえるくらいにおさえる	嗜好の確認
	生活リズムの確立。食事作り、盛りつけから行動をともにする	生活歴の確認
	お手伝いなど動きのある生活。買い物に一緒に行く。	
	空腹感を感じてもらう	
	居室の食べ物が減っていないか確認する	
満腹感：小食	食生活についての調査が必要。時間、量、代替メニュー、嗜好しらべ。家族等今までの主たる介護者に教えてもらう	本人の意見（沢山伺う努力）
	本人の様子観察強化	（家族などから）嗜好（メニュー、味付け）
	水分や栄養のバランスを考え、言葉かけによる促し。無理強いせず残菜の量、種類を確認する	家庭での状況（量について）
	本人が負担に感じないような量にて摂取を促す。（食事摂取量の低下が続くようであれば）まずは本人の嗜好を優先し、食欲の向上につなげる	
	本人が常備していたものをテーブルに準備する（つけものなど）。捕食の促し（お菓子などでも）	
	食事制限を考慮しながら、本人の好物を提供していく。流動食等、少量で栄養が取れるものを飲んでもらったり、食べてもらう。	
	無理強いしない声かけ	
満腹感：今は食べたくない	「お腹がすいていないのですか？」「どこか痛い所があるのですか？」と聞き「今食事を摂らないと後でお腹がすきますよ」と言いしばらく様子を見る。介助にて摂取して頂く	排便、腹部の膨満、熱、歯痛の有無などの状態（バイタル）
	食欲の増進を図る為、事前に口腔体操等を行い食欲を促す	口腔内や身体的異常
	事前に摂食した物の把握。時間、場所を違えて促す	服薬状況
	本人に確かめてみる。無理に食べることをすすめない。	活動量
	場所を変えてみる	生活歴
	時間をおいてから再度すすめてみる	家族構成
	まずコミュニケーションをはかりながら、原因をさぐる。それによって環境づくりやその利用者が食事にきもちよく集中できるように対応する。時間をあけて様子をみる。	意思伝達能力の程度
	好きな時に食べられるよう置いておき、しばらく様子みる	間食の有無、量
	日常生活のみなおし	提供されている時間（本人にあっているか）
	時間をずらし再度摂取を勧めてみる。摂取量、摂取の様子を観察しながら本人へ声掛けし反応、返答を引き出す	もともとの食事量
	家族から食事の状況を調査する	
	家ではどんな物を食べられ、量はどれくらいであったのか聞く。家での食事時間は決まっていたのか聞いてみる。	
集中の中断：環境・雰囲気 （次のページに続く）	途中で楽しい雰囲気で食に関する話などをして、なるべく休みながらでも自力で摂取出来るような対応をする。40分くらい経過しても摂取できないようであれば、本人に確認し一部介助する。元来の本人ペースなのかも知れないので、表情、摂取状況を本人に確認、観察してみる。	最近の食事摂取状況、時間等（Faに確認）、以前の状況。他の職員のときの状況。
	環境の整備、本人に継続的に声かけして食事を促す。延食（時間を置いて対応）。	毎食中断するのか
	他の方の食べ方、物の音など環境は問題ないのか	生活歴。食事をしていた状況。家族構成、職業、食事環境。
	どうしたのかと声を掛けてみる。その返答に対して何らかの対応をしてみる。本人が納得できる対応の方法を模索してみる。	本人の嗜好の有無
	食事をする環境を整える（他者の動き、雑音、会話の内容、TV）	食事の量（適切か）、これまでの状況
	集中できない、気がちってしまうのは何か考える、例えば、テレビばかりみていたら、声をかけたり、食事がおわってからゆっくりテレビをたのしんで頂く。テレビをみながらでもなんでもそばにスタッフが座り、一緒に食事をする	今まで使用していた物等本人の馴染んだもの（家族からの情報）
	影響をおよぼしていると考えられるものの除去（例　におい、音、光、温度等）。食事スタイルの検討（イスか座りか）。	気になっていたこと
	環境を整える、気をとられないようにする。環境を整えた所で、一緒に同じ目線、同じように摂食してみる。	環境についての専門的な資料
	先ず、落ち着いて食事が出来る雰囲気、環境を作る。何故周りが気になってしまうのか隣で一緒に食事を摂り、同じ目線に立ち考えてみる。	本人のくせや行動のパターン（職員間で情報を共有）
	安心して食事が摂れる様な声かけ	家庭での介護者の介助度
	気になっている事に耳を傾け、まずはその対応をし、欲求を満たす	食事時の座る位置による食べ方の変化等（他の職員に聞いたり、ケース記録を読む）
	必要に応じて声をかけ、食事に意識を向ける	食事開始から止まるまでの時間や周りのもの、本人の様子等（記録して、平均的な情報で考察する）

表 4-9　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
集中の中断：環境・雰囲気 （前のページの続き）	手がとまって再び食べはじめる様子が見受けられない時は、声かけをし、食事に注意が向けられるよう促す。他のことに気をとられる場合は、食事に集中できる環境にする（さみしいけど皆と離れるなど）。	他入居者の方、職員との相性
	食事中であることを説明し、食べ物の方に注意を向けてもらえるようにする。何に興味が移っているのか確認し、本人の視野から可能な限り排除する。	
	在宅での食事環境に近づける。	
	落ちついた環境での食事（騒音等がないか）。仲のよい利用者とテーブルを一緒にしてみる。	
	環境の見直し。どういう時に食事が止まってしまうか、観察する	
	同じテーブルになる方の検討	
	側に座って、見守りをする。気になる原因を本人に聞いてみる。	
	再び食べるように声をかける	
	声かけ、食事を促す。散歩などをして、ある程度時間をおいて再度声をかける。	
	おにぎりを握ったり、本人のもののみ準備してもらったりなどスタッフと一緒に行う	
	急な食事量の増加は望まず、本人に適しているものは何かを徐々に経過を見ていく。	
	美味そうですね。等さりげない声かけをし、気持をほぐし、側で一緒に食してみる。利用者が好まない状況が周囲で起こって居ないか、目に入っていないか等の確認をする。	
	食べきれない場合でもすぐに下げず、しばらく側に置いて気長く支援する。	
	会話をしながら、気になっていることはないか把握する	
	小声でそっと尿意の有無をたずねてみる（前回の排尿時間の確認後）	
	噛む早さ、呑み込み具合、顔の表情、食事の姿勢などなどを観察の上、食事意欲を引出す声掛けをする。在宅での食習慣を調べる。	
	TVの音、他の雑音、光り等食べることに集中できる環境を作る。器やはしを持たせたり、食べる行為を促したり、食器やはし、コップを変えたりして本人の行為を促す。なじみの物を持ってきていただき、今までの生活に近づける。	
	介護者は集中できるように動きを考える（居る場所を考え、食事を一緒にそばで食べながら、さりげなく見守り介助する）。席や場所、時間を変えてみる。	
	環境面を考える（食堂の位置、音、光などを食事ができる雰囲気に変える）。自分たちだけではなく、第三者に意見を求める。	
	例えばテレビを消す。気になるものをさりげなくのける等。一度食事をやめ、気になることをすませ、食事に集中できる環境をつくって再度すすめる。	
	食べることに集中できるようにする	
	周りから声をかけられたりすると、集中出来ないため、席替えを行い、本人用のテーブルを用意する。おへやへ配膳し、自分のペースで食べていただく	
	又は食事時間をずらす	
	なぜ食事を止めてしまっているのか理由をうかがい、気を再度食事へ向けられるよう声かけを行う。気になっている内容を解消出来るよう努める。	
	本人の気がすむように行動してもらい、もう一度食卓についてもらう。いつまでも食卓に戻らない時はむりに誘導せずに様子をみる。	
	気分がえに移動してみる。介助してもダメなら一度終了して、少し時間をおいてから声かけから食事モードにもっていく。	
	食事に集中できるような場を作る	
	本人の気の合う方など少人数にし、TVなどは消して、食事に集中できるようにする。1対1の対応を行う。	
	又、都度声かけをする様、心掛ける。個室で食べていただく。	
	沢山の人や物を見渡せる位置ではなく、比較的静かで食べ物に集中できるような場所で食べて頂く。食べ物を見てもらえるように「おいしそうですね」と関心を惹き付けるような言葉掛けを行う。	
	ケアプランに位置づけて、職員、家族に認知してもらう	
	集中して食事ができる環境作り（TVの音のボリューム調節やBGMだけにする）。職員とマンツーマンで集中して食べられる環境を作ってみる。	
	目の前（対面）で食事を一緒に摂り、途中で止まった時に声を掛けながら、おいしそうに食事を食べる。周りのお年寄りにも声を掛け、適度な間隔で食事をすすめてもらえるようにする。	

表 4-10　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
集中の中断：他のことが気になる	何か気になることがありますかとたずねてみる	転歴
	家で使っていた食器を使用する	食習慣
	食事に集中できる環境をつくる。TV、音楽を消す。多人数で食べる場合、スクリーン等で仕切ったり、居室で食べる。	在宅時の食事環境。家族と一緒に食べていたか。
	その都度声をかけ、食事に意識を集中してもらうようにする。たとえ時間がかかろうとも落ち着くまで待つ。落ち着いてから食事をしてもらう。環境になじんでもらう。	
集中の中断：排泄感	表情、動作からシグナルをつかむ。心身に異常がないことを確認できたら、あらためて食事環境を整える。	姿勢
	苦痛原因除去を優先しおこなう	身体的情報。体調（バイタル）、便、尿、食糧、水分量、運動量、薬に関する情報。
	改めて安寧を見図り、食事環境づくり	
	さりげなく声かけし、その場から立ち去り、一緒に付き添いトイレに行く。食後、再度トイレに行くようにし、食卓に戻り食事をしていただく。	
	排泄を促してみる。本人様にそっとたずねてみる。尿意があるようであれば、他者を気づかいながら排尿を促す。排尿後、再度食事を促す。	
	声かけには十分配慮する	
	事前に排泄を促す事が基本	
	食事前に必ず排泄を済まし、落ち着いてもらう。もし尿意を感じていると思われる時はこっそり本人に聞いてみてトイレに誘導し、落ち着いてからまた食事をすすめる。	
	排便の有無を確認し、トイレに誘導	
	顔の表情、体の動きなど、通常の行動と少し変化が見られる場合があるので、耳もとで声かけし、別の場所にて本人よりの訴えを聞いたり、直接排泄対応する	
	食事に来る前にトイレへ行ってきたことを伝える。食事を中断し、トイレ誘導をしてみる。	
	トイレ誘導	
	「トイレに行きたくないですか？」と聞いてみる。行きたいと言われたらお連れする。何度も同じことが続くようであれば、適切な手立てが継続的に行えるようケアプランに位置づける。	
	行きたくないと言われたら他の原因を考えてみる	
集中の中断：集中力	延食、時間を置いて対応する	視力低下の有無
	声掛けをする（再度）。嗜好を聞いたりしながらコミュニケーションをとり、食べる意欲を高める。	家での情報、状態。嗜好、食事時間など。
	今は食事をしているのだと認知してもらう	依存心
	食前の排泄。排泄の有無を知り、トイレ誘導。	トイレの有無（全スタッフが分かる様メモ書きし、掲示する）
	そばにいる。目線を合わせ「食べる事」を理解してもらう。	入居前の状態（摂取の時間、回数、量）
	声掛けにて促す。時間をずらし、食事をして頂く。	（回りに）不穏な方の存在の有無
	介護者と一緒に食事をする。器を変える。	食事の摂取量
	集中出来ない理由を探る	
	集中出来る様集団での食事ではなく、マンツーマン対応での介助	
	場所を変える	
	音楽、周囲の方との関係等に気をつけてみる	
	見守りや声掛けで食事をすすめる。それでも食事がすすまない時は、一旦様子をみて、時間がたってからもう一度すすめる。	
	家での摂取量と比べ、施設での食事が多いような時はムリにすすめる必要はない	
	時間をおいてから再度食事にさそう	
	気を散らしてしまう環境要因はないか考え、あれば取り除く（TVが大きな音でついている→TVを消す　etc	
集中の中断：介助者の過干渉	必要以上に（むだな）声かけをせず、見守りを主にする	介助者との信頼関係
	急がせないこと。介助者が業務優先にならない様、教育、指導する。	配膳から下膳までの時間配分
	飲みこみ、えん下の状態を確認する。使用者のペースに合わせた食事介助をする。他者とくらべない。	職員の人数
集中の中断：食事の内容	食器の色、柄はシンプルな物や食べ物がきちんと認識できる様なものにする	箸の種類、食器の大きさ
	食べやすい形状や食べ物とわかりやすい献立の工夫。箸でなく、持ちやすいおにぎり等の形状。	どういった状況や環境で食事をとっていたか
	皿数を認知力に合わせて検討する。模様のない皿等。	
集中の中断：座位	食事直前に離床してもらい、早く配膳なるべく食事の時間を短かくする。ベット上にて食事を摂ってもらう。食事低下が関係する病気等でないか診察をしてもらう。	

表 4-11　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
集中の中断：食べ方の忘却	食事を食べましょうとことばを掛け、再度茶碗を持って頂き、食事を食べるように勧める。	いつもの食事量
	見守り後、食べる様子がない場合は介助する	その人に効果的な言葉掛け
	声掛けをする。箸や茶碗などを持ち、根気よく傍で対応する。	家での情報
	少し口に入れてあげる	生活歴
	さりげない助け舟。間をおく。その後再度同じアプローチをする。	おいしさの表現の有無
	食事の進み具合を見ながら、食べやすいように器の位置を変えてみる。食事に際して、食事が始まること、料理の内容、楽しい食事になるといいことなどを本人と確認し、食事の動機付けをしていく。	記憶、見当識、判断力などの認知機能の状態。他の生活行為においての様子。
	声かけをおこない動作を助けるなど	摂取量、カロリー量の面で栄養士からのケアや医療的ケアの必要性
	症状の理解。食事作り、盛りつけから行動をともにする。	嗜好
	利用者からみえるように近くで一緒にこちらも食事をし、コミュニケーションはかっていく	食形態、箸なのかスプーン（大きさも含め）なのか、使用用具は適切か
	「はし」を置く様であれば、その都度持って頂く	職員の気づいた点
	頬、のどのマッサージ。すっぱい物、甘い物など、少し刺激のある物をすすめてみる。	本人のペースや止まる理由（観察、色んなことを介助してみる）
	分かりやすく食べ方（順序とか）を説明する。少し様子をみてみる。食事動作の分析をして、食形態は適切か？箸なのかスプーン（大きさも含め）なのか、使用用具は適切か？を確認する。	食べなくなってきた時期
	適時、摂取を促す声掛け。部分的に介助を行い、摂取行為を促す。	他の食事場面での様子
	本人のたべ方を知る。できなくなったり、分からなくなったりした時、そばでさりげなく介助する。	
	食べやすい形体にする（食事）。何ができて、何が分からないのか。	
	そのつど器とはしをもたせる。どの程度の食事の形体にすれば良いか？（はしでつまめるよう、骨をとる、器を１つに・・等々）本人がわかりやすいようにする	
	さりげなく介助する	
	器を入れかえる	
	味覚を呼び起こすために目線、臭い、口腔内をお箸、みそ汁で刺激してみる。味の濃い物を口腔内に少量介助し、食という行為そのものを呼び起こす。食べものが受けつけないようであれば、飲用物はどうか確認し、栄養剤を試してみる。	
	トイレ誘導してみる	
	隣りで食べる動作をまねてみたり、もう一度箸（スプーン）を手に持たせてみる。箸（スプーン）を手に持ってもらったのを介助者がそのまま口に運んだりしてみる。	
	ご本人に「どうされましたか？」と聞いてみる。困った表情や食べ方が分からなさそうだったら、声かけしながら手を添えてみる。箸やスプーン、フォークなどの工夫をしてみる。	
	他のご利用者や職員が一緒に側で食べるなどする。何度も同じことが続くようであれば、適切な手立てが継続的に行えるようケアプランに位置づける	
集中の中断：食事自体 （次のページに続く）	声掛けを行い、手を支へ口元まで運ぶ事や食べてる身振り等をして動作のきっかけを作る。一部介助、半介助にて対応する。	以前の食事状況
	茶わんから別の茶わんへ、又は他の場所へ食べ物を移す行動が見られた場合は、何口か介助して口に食物を運ぶ動作を思い出して頂き、主になる茶わんを持って頂き集中して食事を摂って頂けるよう対応する。見守り行い、うまく食べれない場合は介助する。	認知症の状態、その時の状況でうまくいった対応方法
	どうして食べないのか声掛けをして確かめてみる。しばらく様子をみる。	本人の嗜好（家族に聞く）
	今は食事の時間であることを説明し、食事を続けて頂くようにする。時計を見せるなどをして食事の時間であることを認識させ、納得した上で食べて頂くようにする。	食事摂取時の本人の状況
	声掛け。止まるたびに「食べている事」を認識して頂ける様声掛けする。	（回りに）不穏な方の存在の有無
	一部介助。一口介助し、食べるきっかけを作る。	視力低下の有無
	代替食を用意し、食べて頂く	量の把握、仲間関係
	声を掛けながら食べることを伝える	本人の食事の時間に見ていたTV番組や好き嫌い
	雰囲気づくり、皆で食べている食器の音、香りで五感に感じていただく。一緒に摂食してみる。話題、食への会話も促してみる。	利用者の体重、1日に必要な食事摂取量、全量摂取する必要性の有無
	声かけも必要	他の職員が対応した時の様子（聞いたり、ケース記録を読む）
	雰囲気作りは大切。隣りに座わり、同じ食事を食べながら、それとなく自然に伝えたり、食べる姿を見てもらい理解してもらう。	入居するまでの経歴や状態

表 4-12　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
集中の中断：食事自体 （前のページの続き）	しばらくしてから新たに食事をすすめる。一旦食卓をはなれ「食事にしますか？」と新たにすすめる。	
	料理の内容（メニュー）などについての話をする。例．タマゴは好きですか？ではこのタマゴを食べてみましょう。在宅での食事環境に似せる。	
	食器、はしは自持ちのもの使用	
	本人の好きなおかずの追加（みそ、のり、梅干など）	
	手が止まる毎に「今日の〇〇はおいしいですよ。食べてみて下さい」と声かけを行う。時間を空けて、違う声かけをしてみる。それでもだめなら一部介助を行う。	
	声をかけて、食べてもらうようにすすめる。本人が食べる意欲、食べたいと思うメニューを提供してみる。	
	食べる動作をジェスチャーと一緒に伝える	
	おにぎりなどにしてみる	
	声かけ、食事メニューや味付け、食材の話など行い、食欲が増すように対応（興味もって頂けるよう）。利用者の状態や様子を観察しながら必要に応じて摂取動作の一部介助をし、また自力で食べ始められるように援助する。	
	今は食事中だと説明し、納得してもらえるような声かけする。満腹しているのかも考慮する。	
	不安をとりのぞいて声掛けをし、安心して食べて良い事を伝える。お金などの事が気になるようなら、安心できる声掛けや、必要なら家に連絡をとり説明して頂く。	
	その方の好みの味付け、暮らしていた環境、今までの食事状況を調べできるだけその方にあった環境整備をする。声かけ、食事摂取介助により食事の習慣づけとする。又は想い出してもらう。	
	声かけや手をそえて口まで運ぶ	
	側について一緒に食事をする。「お肉を食べませんか」「これは和えものですね」と食事に関する声かけを行う。	
	ケアプランに位置づけて、職員、家族に認知してもらう	
集中の中断：食事の内容	席の工夫。目の前の席に正しく食する人に居てもらう。	飲み物でも同様の事が起こるのか。好き嫌い
	声掛け	食事のスピード
	手を添え近い所にある食物を箸、スプーン等でつまむ、すくうよう促す。水分、汁物（温かい）で口内を刺激する。	口内に入れた後の咀嚼、嚥下動作の有無
	食器を口に運ぶよう手を軽く添え促す	食べ物の存在の理解度
	咀嚼、嚥下動作があれば次の動作がすすむ	味つけ、調理方法、食材などの適性度
	残量がわかりやすいように集める	使用用具も検討
	食欲を促す。味覚を刺激する為に濃い目の味つけ食等を先に食べるよう促す。全くすすまない時は全介助し、途中一部介助、自立の行動を促す。	食へのこだわり
	食器の色をかえる。よく手の出る方向をみきわめて、その方向に食器を移動させていく。	視野の程度
	食べ物であることを説明する。しばらく様子をみる。	入所前の食事形態、食事量
	介助で一口食べてもらい認識してもらう	昔の一般的な食事環境など
	声掛けしながら皿の位置を変えていく。食べ方に本人のこだわりがないか、確認してみる。	白内障、緑内障の有無
	皿の位置を職員が動かし、まんべんなく食べてもらう様にする。皿の色を変更し、食事が見えやすい様にする。眼科受診し、どの程度視野があるか確認する。	病歴
	食事全般からとして本人に役割づけをしてみる。認知状態に合った手伝いから本人の自信向上→食欲の向上を図る　ex）米を本人にといでもらう→本人がといだこと、感謝ねぎらいの言葉を向けてみる。嗅覚での刺激。食前の準備の匂い、雰囲気に触れてもらう。	マヒの有無
	食器を目立つものや使いやすいものに変えたり、盛りつけを工夫するなど食事を食べたい雰囲気作り。普段使用している食器など用いる。	
	食器の大きさをかえる	
	テーブル、イスの高さ調整して、全体的に食事が見えるようにする	
	声かけにより片側の食事を認知してもらう。認知できる側に食事を全部置く。	
	食器を膳に置いてみる	
	他者や職員と共に一緒に食べる	
	空いた食器は片付け、又目の前に食べ物が入っている食器をおく	
	なぜ食べたくなくなったのか？を聞いてみる。嫌いな物は何かを探るため献立一つ一つを口に運んでみる。	
	もう一度メニューを説明する	

表 4-13　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
疲れ：動作の疲れ	食事を食べましょうと言葉をかけて見守る。食事を食べる様子が見られない場合は介助する。介助して口の開きが良好であれば全介助する。	ADLの状況
	自力で摂取できるところまでたべていただいて、そ～職員が介助する。自助具の検討。	補助具等の必要性
	声掛け。スプーンやホークに食品を乗せてみる。	口腔内の異常
	調理形態の工夫	活動量
	食事の声がけをかえる。入浴後とか前の食事との間隔を考みる。入浴後一度休む。	疾病
	待つ時間も独りでじっとなっていないようそばに気の合うスタッフがいる	睡眠時間
	食器、はし、スプーンが原因でゆっくりになっていないか確認する→変えてみる	以前又は今までの様子
	始まりの時間を把握し、どれ位で止まるかを観察する。パターン化出来ない時は違う原因を探る。	食事形態
	食べ方を観察し、本人の状態を知る。口腔内に問題は無いか観察する。	義歯か自歯か（義歯の場合調整する）
	平行して理学依頼し筋力アップを図るように訓練をする。適切な調品での食事の提供。	口腔ケアの状況
	少し介助で食べてもらい、まだ満腹ではない事を確認する	間食の有無
	介助で食べるようなら、しばらくそっとしておき、自分で食べはじめるのを待つ	椅子とテーブル（高さなど）
	食器、はし、スプーン、食形態の見直し。食事量が本人に適切か検討する。	1回の食事量、数回にわけて食事をとることの可否（本人、家族）
	活動量が低下していないか・・・	以前、入所前の食事量
	食事形態を見直し、かみやすい食事へ変更する。おにぎりにする等し、手でつかんで食べられる様工夫する。	好きな食べ物（家族に）
	きちんと食事がすくえているか観察し、こぼれる量が多いようなら一部介助を行う。おやつにバナナ等を食べてもらい栄養を補充する。	食べた物、残したている物
	声かけをして摂取を促してみる。一旦食事を中断し、休で頂き、しっかり覚醒されてから食べて頂く。昼夜逆転がある場合は日中の生活の工夫で夜間良眠できる方向を考える。	集中がきれる時間
	ようすを見て、再開するようならばそのまま食べてもらう。再開しない場合は介助して食べてもらうか食べ始めのきっかけをつくる。	
	自助具の使用。リハビリ、レクレーション等による上肢筋力の向上。	
	その方に合わせて食事時間を長くとる	
	食べやすいように食材を料理する	
	少し時間をおいて、もう一度食べる様に声かけしてみる。最初の何口かは介助し、その後は自分で食べてみるように再度声かけしてみる	
	食べられる状況を詳しく観察する。口に入れてから飲みこまれる状況を確認する。	
疲れ：食器やいす、テーブル （次のページに続く）	丼からではなく小さな器に移して食べやすく、すくいやすい工夫した。ハシの先にズベり止めのあるものを使用してもらう.間食で調整。	在宅でも同様のことがあったのか、その時にはどうされたのか、生活パターン。
	スプーン等他の食器具で試してみる	病歴
	食器や自助具の工夫	実施状況記録（様々な時間帯、状況の違いなど）
	使いやすい食器や自助具などを使ってみる。機能訓練や生活のなかでのリハビリを行い機能回復をはかる。	身体機能の状態
	本人が困難な部分は声をかけながら介助をおこなう	以前は正座かイスか
	在宅においてどのような食事風景だったかを近親者から情報を得る。似た状況を作る。テーブルの配置や場所、そこにおける利用者同士の関係などを考慮して模様替えを行う。実施した状況を詳細に記録。	使い易い食器、道具（OT,STと連携する）。重さ、長さ。
	どのようなものを用いて摂取していたかを情報として入手し、本人に添ったものを使用する	高次脳機能障害（半側無視、失行）
	イス、テーブルの高さを本人に合った高さに調整してみる	食事と食器の色
	家で本人が使用していた物を家族に持ってきてもらう。食器の種類を少なくしてみる（ワンプレートのお皿等）。	
	食事用の道具（箸、スプーン、フォーク、ストロー等の）見直し	
	手で食べられる物を試みる（一口おにぎり、サンドイッチ等）	
	テーブルが高すぎたり、イスが低すぎたりしない様、状態に合わせて対応	
	器やスプーンは軽いものを使用してもらう。主食をおにぎりにしてみる。	

表 4-14　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
疲れ：食器やいす、テーブル (前のページの続き)	摂取動作等をみて、食器やおはし、あとテーブルやイスetcを変えてみる。その時々の状態にあわせて、いろいろやってみて、できるだけ自力にて食べて頂けるよう声かけや一部介助しながら様子みていく。	
	本人が食べやすいような食事形態に変えてみる。少し時間をあけて、もう一度やってみる。	
	小さな器に取り分けて、少しずつ食べてもらう。できるだけ自力で食べていただき、たいへんな様子なら介助する。のみ込みなど注意する。	
	食器を軽くする	
落ち着かない・不安：周囲の人 (次のページに続く)	食べたくなるような雰囲気作りや席替えをしてみる。同席者にも声掛けし、主が食べたくなるような会話ができる様な雰囲気作りを試みる。	体重、体調の変化
	食事の話しをしながら一緒に食べる。家族やなじみの方と一緒に食べられるような工夫	以前の食事時の環境
	ゆっくり、ゆったりと落ち着いて食べる雰囲気作りをする、スタッフも一緒に食べる、楽しい会話	食卓の高さや椅子の高さ、位置
	ここは以前いた所ではなく、新しく来た場所であり、これからはこの場所で食事をして頂くようになったころを説明する。職員が付いて1対1の対応をし、自力にて摂取して頂くよう促す。	生活歴、好きな話題、嫌いなこと、好きな人、嫌いな人
	本人が食べたいと思う場所で自由な時間に自由に食べてもらう	情動に影響する出来事の有無
	おだやかな音楽を流す等おちついた雰囲気作りをこころがける。食事摂取の困難なメンバーは受け持ち制とし、細かな気配り。	安心して接することのできる好みのスタッフの存在
	スタッフの適切な声かけの必要	利用者同士の関係
	介護者の交替。自室に帰り、一人食事の環境づくり。	排泄パターン
	食卓の移動。時間を置き、改めて食事の場づくり。	最初は自分で食べ始められるのに、どの様な状態で止まるのか、又その時の表情など
	おちつく環境づくり(例. カーテンを閉め日差しをさえぎる、静かな音楽、椅子の高さ、位置etc)。なじみのスタッフ(介助者)による介助を試みる	日昼の行動パターン、運動量
	他のことに関心を向けさせ、一緒に楽しく食事する。以前、使用していた食器を用意し、環境に慣れるまで一緒に食事する	食事にかかる時間
	環境を変えてみる。1人なら皆んなの所へ。複数で食べているなら1人へ	
	本人が落ちついて食事を摂ることのできるよう場所を変えてみる。1人で静かに落ちついて食べれるようにしてみる。	
	外食してみてはどうか	
	ご本人の家族、友人に来訪してもらい一緒に食事をしてみてもらう	
	噛む早さ、呑み込み具合、顔の表情、食事の姿勢などなどを観察の上、食事意欲を引出す声掛けをする。	
	場所を変えてみる。	
	入所前の状況に近いような環境に変えてみる。食器等の問題がある場合は本人のなじみの食器類に変えてみる。	
	人目が気にする場合は一人で静かに摂取していただいたりする	
	相手を敬う気持ちを忘れず、何に対しての不安があるのか聞いてみる。上手く本人の思いや不安を聞き出せない場合、食事環境を変えてみる。担当NS、同スタッフと協力し、対応を統一することで不安の軽減に努める。	
	自室1人での食事に不安や心配がないか聞いてみる。上手く本人様の思いや不安を聞き出せない場合、食事時間一緒に過ごして様子を観察する。自室1人の食事から、食堂での食事に変えてみる(又は同室者どうしの食事)	
	さりげなく聞いてみたり、大げさにならない程度に他の入居者を混じえて話しをする	
	食べるように声掛けをしてすすめてみる。状態観察を行う	
	テレビをけしてみる。食べやすい環境(おちついた場所)	
	一人だけの席を用意する。さりげなく声掛けをし、済んだ食器を下げる。	
	集中して食事を摂る。リラックス出来る様な声掛けをする。	
	その方の視界に入らない所からそっと見守る。環境に慣れるまで他の方と少し離れた所または居室で食事をして頂く。	
	(また)他の入居者の方が見ておられる様なら声かけし視線をそらす様にしてみる	
	同じようなスピードの人の近くで食べる。居室や離れた場所でスタッフと食べる。疎外感を感じない環境づくり。	
	スタッフとの顔みしり、なじみの関係を作っていく。家族の協力を得、家ではどのような環境(場所、時間、雰囲気、誰と・・)で食事をしていたのかアセスメントし、近かずけた環境の工夫をする。	

表 4-15　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
落ち着かない・不安：周囲の人 （前のページの続き）	周りが騒がしかったりすると落ち着いて食べられない時があるので、落ち着いて食事が摂れる様な環境作りに務める。見慣れた人の隣りに座ったり、食事の席は定位置に決めておく	
	介助もゆったりと落ち着いているか考えてみる。本人のペースに合った時間か、空腹かどうか観察する。	
	気分を落ち着かせる会話をする	
	隣にスタッフが座って話しながら楽しい雰囲気を作る。スタッフの交替、話題についての考察	
	大勢の食事場面から、小じんまりとした隅のコーナーで食べられるように環境を考えてみる。	
	本人の気になる事を知り、その対応。時間をづらしたり、席をずらしたりし、気になっている事をはずす工夫。うまくいった時の対応の共有。	
	ゆっくり食べる人達と々テーブルにする。	
	時間がかかっても良いこと、ここに居ても良いことを話す。声かけを根気よくする。	
	職員も同じペースで食べ、安心感をもってもらう。	
	好きな時間、好きな場所で食べてみてもらう	
	席順を考慮する。下膳を考慮する	
	コミュニケーションを図りながら、無理なく徐々になじんでいってもらう。なじみの関係になる時間が必要	
	かかわり、積み重ねる事により信頼関係を築いていく	
	声掛けを行い、食事の方へ意識を戻す様促す。席替えを行い、落ちついて食べられる環境を整える。	
落ち着かない・不安：失見当識	本人の名前を呼び、安心して皆で一緒に食べて良い事を伝える	今現在の本人が感じること、想うこと。本人の気持ちの安定につながる言葉かけ。
	ここがどこで、どのようないきさつで来たのか、家族はここにいることを知っていること等を説明する。「ご飯がすんだら、家族に連絡してみましょう」と食事を勧める。	出身地、家族の連絡先、家族構成、入所に至った経緯など
	今、食事時間だと理解してもらえる対応、声かけをする。ここにいても大丈夫だと安心してもらえるようなコミュニケーションをとる。	環境の整備
落ち着かない・不安：お金の心配（混乱）	本人と会話する。施設入所した事を困乱しないように説明。支払いも心配ない事を伝え、安心して頂く。人物を変えて対応する。・SWより説明・家族に電話など。	家での状況
	スタッフとの顔みしり、なじみの関係を作っていく。継続してなじみの関係を作りながら、今どこにいると感じているのかアセスメントし、感じている場所に合うような声かけや行動を一緒に行ってみる	よく外食をしていた店の名前、店内の雰囲気、値段など
	家族に協力を得、お金を持たせてもらい事務所などに協力を得、会計をしているという環境を作る	スタッフの声かけや促しの方法、関わり方
	何か気になることがありますかとたずねる	経済状況
	お金は必要ないことの説明を行う。本人の性格を考慮した対応。	もともとの生活習慣、金銭に関する価値観
	お金の支払いに対しては、役場から出るようになている事を伝え、すぐにいらないことを伝える＜声かけ対応＞	
	お金は必要ないことを伝え、安心して食べるように勧める。ここがどこで、どのようないきさつで来たか、家族はここにいることを知っている等を説明する	
	「いただいていますよ」と伝え、安心出来るよう声かけする。ウソの領収書を作成し、本人に手渡す。	
落ち着かない・不安：うるさい	ゆっくりと食事ができる様な雰囲気作りをする。静かな音楽を流す。職員は私語をつつしみ、食事をしている間はむやみに動きまわらない。食事が終了するまで食器は下げない。他者を気にするのであれば、グループではなく一人用のテーブルを使用する。	食事中の会話（楽しいもの）
	自室で食べて頂く	照明やテーブルクロス（ランチョンマット等）の必要性
	スタッフ間での食環境に対する意識を改善する。ロールプレイングを行い、どういう環境が落ちついて食事がとれるかを実感し、実践していくようスタッフに促していく。	音楽の好み
	スタッフも腰をおろし、ゆったりとした雰囲気をもつ	食事に適した場所
		スタッフの声のかけ方や関わり方
楽しくない：全	食卓、食堂の環境づくりを行なう。テーブル配置、同席者の組み合わせ、介護者との関係を検討し必要に応じて変更する。別な原因を探る。	本人の性格、生い立ちなどの生活歴
	環境を見直す	今までの食事時の環境、時間
	会話をしながら職員と一緒に食べる。使いなれた食器を使ってもらうことで楽しみを増やす。	
	食事を食べることについて職員全員で話し合う。具体的な取り組みを行ってもらう（ケアプランに盛り込むなど）。実施後アセスメントを行う。	

表 4-16　事例 1　課題：なぜ食事が途中でとまってしまうのか、それにどのように対応するのか？

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
心理的問題:意欲減退	声をかけて食事を促しながら様子を見守る。レクリエーションやゲームなどの機会を日常の中に設けたり、スキンシップなど良い刺激を受けてもらうことで意欲を引き出す	本人の趣味や興味のあること、かつてしていたこと
	声をかけながら要所で手を添えて動作を助ける	他の生活場面(入浴、着替え、トイレなど)での様子
	手にもてる様介助、行動の部分援助	(家族から)家庭内での様子
	食事時間を知らせる工夫をする。意欲低下を防ぐ体操とか、自助具の工夫をする。	
	会話をしながら気持ちを食べる事へ向けて戴く	
心理的問題:依存・全介助の慣れ	座席の検討(食事の場所)、本人に継続的に声かけして食事を促す	(家族や今までの介護者から)今までの食事の状況
	表情観察	本人の精神の安定をもたらす言葉かけ、人的環境等
	“お手伝いしましょうか？”の声かけにより、直接介助をする	
	本人の毎日のパターンを知る。食事のペースがあるので、その辺をみきわめる。時にはあまえも必要。本人が意識的に途中でやめるのか。職員によってのあまえがあるのかをさぐる。ケアーの統一。	
	ゆっくりとこぼしても良いこと等自分のペースで食べられるように声かけたり、介助する。本人の様子や疲れ具合に合わせ、途中で食べさせてあげることも必要(栄養管理も含め)	
	横に座って話しかけながら食事する。職員と食べさせあいっこする。	
	ちょっかいを出してみる	
	声掛けを行う。利用者本人の手にスプーン、箸を手渡し、これだけは自分で食べるというように意識づけをする。	

表 5-1　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
生活全体への不安：家や家族が心配	家人は仕事で遅くなるから「先に食べましょう」と声かけしてみる。「私も食べるから、一緒に食べよう」と声かけしてみる	家族の誰を待っているのか。仕事や外出先から戻ってくるのはいつも何時くらいか。家族の中で亡くなっている方はいるのか
生活全体への不安：漠然とした不安	話し相手となり良き理解者となる。ふだんからの信頼関係の構築につとめる	
生活全体への不安：食事について	食事内容への不満等は栄養士と相談の上、対応していく。専門職との連携の上での対応に合わせ改善が見られない場合、繰り返し相談し、その都度対策案にそって対応していく。不安、心配事を少しでも取りのぞけるようサービスを受ける側の立場になり、声かけ、寄り添う気持を忘れずケアしていく	不安や思い
	心理的不安からの食欲低下については不安、心配事を少しでも取りのぞけるようサービスを受ける側の立場になり、声かけ、寄り添う気持を忘れずケアしていく。又、ケアとして不安を取りのぞけるよう常に表情や話し、訴えに耳を傾け寄り添う姿勢を忘れない	
	病的な問題から空腹感が感じられない場合はNS報告の上対応していく	
生活全体への不安：居場所・人間関係	根気よくスタッフが説明し、安心してもらえるよう声かけする。続けてみる。	本人が不安を感じている事。
	本人の気持を緩和する。声かけ、スキンシップなど不安の除去をする	
生活全体への不安：金銭問題	少しづつ聞き出して共感する。悩みを言ってもらえるまでさりげなく続ける。	
身体的問題：口腔内	歯科医の受診の検討。痛いようなら、せめてはずして食せる物を提供。はずしてみたり、装着してみたりと様子を見る。歯科医と相談しながら口腔ケア	在宅での様子をうかがう
	同時に水分量も把握する	障害（医療的等）
	のど仏の動きや水のみテストで嚥下機能を確認する。トロミ食や摂取時ののみ込みを注意深く行う。	食事、水分量
	歯の治療、口腔ケア、義歯の装着状態の観察。訪問歯科診療等家族への情報提供。口腔機能の維持強化に食前の口腔体操を継続する。	熱発の有無
	口腔ケア時等、他のケアを実施時に様子を観察する。前項実施時の状況を根底に「手をかえ」「品をかえ」「人をかえ」「ものをかえ」プランを考え出す。→実施してみる。	病歴
	受診等を行い、不安等を除く	なじみの医者、病院
	様子を観察し、食物の形を考え、合った物を提供する。誤嚥に注意し、ゆっくり介助する。	下痢、便秘の有無
	義歯の場合調整をする。自歯の場合、口腔ケアで口腔内を清潔にする。義歯調整が出来るようなじみの医者に見て戴く。磨くのは介助で。	
	嚥下体操を行ってみる	
	歯の治療、入れ歯の装置に対してのアドバイス。食事内容の工夫。	
	口腔ケアの習慣づけ。歯科診療。	
	口腔内の異常がないか日常の口腔ケアを通し観察していく。発生時は速やかにNS報告、歯科治療を依頼し、治療。義歯等の調整も行なう。口腔内トラブル治療後も再発防止に努め、毎食後必要時の口腔内清潔保持を図っていく（口腔内観察、歯ブラシ、義歯洗浄、舌苔除去等）。各ケアを継続することで再発、悪化を防止していく。	
	口腔ケア	
	義歯の確認	
身体的問題：便秘	摂取水分量の改善	病歴、生活習慣
	便秘の改善	飲まれる時にムセるか
	低栄養の改善	好みの飲み物
	運動量の改善	
	確実に排泄状況を記録する。便秘の場合は水分補給につとめる。	
	排尿、排便の有無確認。トイレへの声かけ、オムツ交換。	
身体的問題：副作用	状態観察をした上でNSへ報告。改善が見られない場合、NS報告後指示を仰ぎ、サポートと状態観察を継続することで異常への早期発見に努める	
	傾眠に対しては声かけを行い、目を開け覚醒した上で自発的摂取可能かを確認した上で食べていただくよう促す。無理な場合は介助を行う。	
身体的問題：体調・病気・情緒不安定 （次のページに続く）	看護師又栄養士に相談し、今後の対応を検討していく	受診結果
	初めに自力にて摂取するよう促し、摂取されないようなら介助にて行う。全介助にて行い、食事量をチェックする。	排便、腹部の膨満、熱、歯痛の有無などの状態確認（バイタルチェック）
	食事形態を検討する。刻み食、一口大、ミキサー食などの工夫。介助の仕方の工夫。	家での食事形態
	体形姿勢はよいか	水分確認
	最近の食事摂取量に変化はないか。他に不安や心配事はないか。	スタッフが見逃しているサイン

表 5-2　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題：体調・病気・情緒不安定 （前のページの続き）	表情や行動、言葉に変化はないか。排便やすいみんのリズムは整っているかなど把握する。	
	体重の変化はないか	
	いつもと何となく違うと感じられるところはないか観察してみる	
	体調把握。排便の習慣を知った援助。	
	排便を整える、食前のトイレ誘導	
	バイタルチェックや身体面の確認。医療機関への受診。	
	基本情報の確認	
	精神面での安定がはかられるように接する機会を増し、声かけ等していく。本人にとっての安定した状態はどの時か観察する。家族等と連絡取り、情報収集、面会に来ていただく。	
	バイタルの確認	
	病気はうつ状態ではないか。異常が認められない場合、薬物による副作用はないか確認	
	排便の状況の確認	
	口腔内のトラブルはないかの確認	
	発熱はしていないか	
	日常の状態観察を密に行ない、記録。病態の悪化時はNSと共に完治に向けケアしていく（指示のもと）。担当ナース、専門職との連携を図り、ケアサポート、異常時の早期発見に努める。	
	NSへの報告、変化時の対応を続ける。拘縮等に関しては各専門職と相談、リハビリ等を通しケアしていく。	
	便秘、腹痛、身体的不調があるのではないか→確認と受診の検討をする	
	口腔内の確認→歯科受診	
身体的問題：覚醒水準	よく食べる方々を見られるような席について頂き、自発を促す	服薬の内容と時間
	定時の食事時間でなく本人に合わせた時間の設定で摂取を促す。食事時間や摂取量で状況の経過観察。	睡眠時間と生活時間
	コミュニケーションをはかる	家での睡眠情報
	冷温湿布などを首に当て、しっかり覚醒してもらう。口腔内の刺激、口腔体操をする。	嗜好など
	活気ある生活。ナース、Drと連携、内服薬の調整（過剰投薬？）。	
	食事前マッサージ	
	（ボーッとしている場合は）解決は難しい。介助するしかない・・・	
	（眠い場合は）覚醒している時に食事を出す（食事に限らず、生活全般のリズムを整える）	
	声掛け覚醒を促す	
	薬剤の調整を考える	
	あえて朝、昼、夕の食事時間をずらしてみる。本人の中で食べるタイミングというものが1日の内どこかにあるのではないかと検討。スタッフの対応の見直し、統一性をもつ。	
	日中の離床を促し、余暇時間を充実させる。夜間入浴を行い夜間の良眠を図る。	
身体的問題：味覚異常	味のはっきりした好みのものを出す。くふうが足りているか、知識が不足していないかもういちど考える。	水分量
	食器を変えたり、盛りつけに工夫する	排尿、排便の確認
	食器の配列、位置の確認	
身体的問題：視覚障害	障害に合わせてセッティングし手渡す。持ちやすい食器を用意し、1つずつ手渡す。	視力の程度
	ご本人から食べ物が見えるかどうか確認を行い、見えなければ机をかえる（低くするなどする）。スプーンを持ってもらい、職員が手を添える。	うまくいった例（他の職員に聞いてみる）。
	ことばかけを行う	
	ムスビなど手に持って食べられるような工夫を行う	
身体的問題：ADLの低下	離床時間の検討。食事時間30前くらいになたら離床し、食事できる環境を作る	筋力の低下の有無
	体調の管理	本人の好嗜
	食事時間に合わせて活動を始める。そばに寄り添い、無理強いせずに自分で食べられる様促しながら介助する。	
	バイタル検討する。尿便、運動量、薬は	
	日頃の状態と変化時の見わけが大切	
	体の痛み	

表 5-3　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題：上肢の運動機能の低下	ADL能力の把握。一部介助、半介助等により出来る事から実践する。OT等に相談。介護用品、補助具検討。	ADL能力。麻痺・拘縮有無
	筋力をつける為、日々の生活の中で訓練を行う。本人の興味を引くように工夫する。	手指の異常、痛みの有無
	自助具や使いやすい食器などを使ってみる。機能訓練や生活の中でのリハビリを行い機能回復をはかる。	身体機能の状態
	入所前の食事の状況を情報として入手する。前項実施時の状況を根底に「手をかえ」「品をかえ」「人をかえ」「ものをかえ」プランを考え出す。→実施してみる。 どのような型ででも、口に『食べものを運ぶことを良し』として受け入れて行く	愛用品（あれば持参して頂く） 生活全般の依存の度合
	一日の生活をしばらく経時的に記入し、自発的な運動をプログラムとして入れる（散歩や場所をかえたコミュニケーション、ひなたぼっこ）→散歩、買いもの、手仕事など。前項実施時の状況を根底に「手をかえ」「品をかえ」「人をかえ」「ものをかえ」プランを考え出す。	疾病
	手指の可動域など身体レベルの確認。ある程度の介助も必要と思われる。	食欲
	スプーン、フォーク、自助具の使用。コミュニケーションをとる。	
	目の前で一緒にたべる	
	リハビリの検討	
	食事の一部援助をしながら自力摂取をうながす	
	自助具利用を再度考え試る。食卓の高さ、椅子のすわり具合をもう1度チェックする。正しい姿勢ですわれる様にタオル等で工夫をする。	
	姿勢を正しくする	
	手にもってもらい口元まで徒手的に誘導する	
	リハビリスタッフに拘縮があるか、関節がどのくらい動くか評価してもらう。軽いスプーン、フォーク等を使用してもらう。	
	個別訓練を実施して手の動きの改善を目指す	
	持ちやすく、使いやすい物を準備する	
	まずは「はし」「茶わん」を持って頂き、声掛け等により摂取を促す。一部介助を行いつつ、同様に摂取を促す。	
	介助用の物品、器やはしやスプーンを本人が使える物にしてみる。あきらめずに色々ためして、本人に合ったものをみつける。	
	大丈夫、一人で食べられますと気持ちを引きたてる、声掛けをする。人に見られるのが嫌なのかもしれない。一人で食べられる場所を設定（職員は側に必ず居り、淋しいと思わないような環境をつくる）。	
	自助具の使用	
	皿→口までの腕の動きがスムーズにできるようなリハビリをOT、PTと検討する	
嗜好・習慣との不一致：嫌いなものがあること	好物を家族にきく。施設で用意できるものは提供してみる。	食べ物の好き嫌い
	ご家族にも協力を仰ぐ	うまくいった例（他の職員に聞いてみる）。
	本人の好きな物を聞きだし、好物をたべてもらう。たべたい物を一緒に作ってみる。	家族から好物の確認、家庭の味、指し入れの協力
	好みを知り、食卓へ出す形体を合わせる。うつわも見た目、もりつけもおいしそうにできるかぎりのことを行う。おいしそうに見える工夫。	
	車イスではなく、本人に合ったイスやテーブルにしてみる。体勢を整える（タオル、クッション等を使う）。	
	本人の好む食材を知る。	
	無理には勧めない。嫌いなものは、調理法を工夫するなどして食べることができるか試してみる。	
	嫌いなものと同様の栄養価があるようなものを代替食として提供	
	メニューを考える	
	軟らかさ、形など食べにくさの問題はないか観察する。	
嗜好・習慣との不一致：食事時間、形態 （次のページに続く）	嗜好調査、本人としっかり話す	活動時間（朝型か夜型か）
	過去の生活サイクルの情報を集め、食事時間の検討	趣味、仕事等本人の過去の生活
	調理を工夫する。一口大にする、きざみ食、盛りつけを工夫し小分けにする等	服薬の確認（量、種類）
	家庭的なメニューにする。色どりを良くしたり、盛りつけなどを一緒にしてみる。	家庭での状況、食生活
	盛り付けを工夫する。本人が好きだった食物を提供する。	嗜好を調べる
	誤嚥などに注意しながら食事形態を変えてみる。ある程度の介助も必要と思われる。	家族の協力度
	メニューの説明をしながら介助する。栄養士、調理師と話し合う。	好きな食べもの
	軟食、キザミ食等へ。	食事量や時間、形態は適切であるか
	家での生活リズムをくわしくアセスメントし、本人の生活リズムに合わせていく。	スタッフの声かけや介助の方法
	食事の時は家族にいっしょに居てもらう	食器の工夫、食事の雰囲気作りの工夫等
	日課活動、レクへの参加。筋力低下の可能性の検討。	PT、OTによるリハビリ
	食事形態の変更。	口腔内の異常の有無

表 5-4　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
嗜好・習慣との不一致：食事時間、形態 (前のページの続き)	家ではどのような食事環境にあったか(盛り付け、食器、好みの調理法、食べていた場所、人など・・・)を再アセスメントする。家族の協力を得、家で使用していた食器や慣れ親しんだ味つけや調理法のアドバイスをもらい行ってみる。	入歯の時は具合は悪くないか
	生活スタイルを調査し、以前と同じ時間帯での食事を試みる	
	場合によっては、今迄使用していた食器を使用する	
	声かけにより嗜好を確かめる。食べ物の形状はあっているか。	
	本人の好む食事を用意する	
	何も食べ物を与えない時間を作り、空腹時を狙い促してみてはどうか。ご本人の目の前でスタッフが「おいしい」とオーバーリアクションをとり続ける。	
	食欲をそそるような色合いや盛りつけなど、栄養課と相談する	
	スプーン、自助食器を使用したり、おにぎりに変更したりして様子をみる。静かなところで少人数の場所で食事をすすめてみる。	
	食事中に会話の時間を持つ	
満腹感：食欲の低下	「おいしいですよ」「一口でもいいので食べてみましょう」等の声かけをしてすこしづつでも自力摂取していただくようにする。どうしても自力摂取しない時はやはり介助にて摂取していただく。	食欲のない原因
	声掛けや目の前に美味しそうに食する者を座らせる。空腹の時間を待つ。	空腹であるのか、食事の時間
	リハビリ、口腔体操で体や口を動かし、食欲を促す。配膳を工夫したり(小分け)、箸やスプーンを持つことで意欲を高める。	家での情報。嗜好など。
	時間をずらし、本人が食べる意欲が出たら、さりげなく声かけし食事していただく。再度、時間をずらし、好きな食べ物など聞き出し、食べる意欲が出たら食事していただく。	摂取制限の有無、また持病の有無(家族、医師にきく)
	食べ物(好き嫌い)の話をする	本人の慣れしたしんだ食事時間や環境
	食事以外のものも自発的にたべないのか、おかしやのみ物を一緒にたべてみる	スタッフの声かけや介助の方法
	日中の運動量の増加	義歯の具合
	なぜ食べたくないと感じているのか把握する。原因が明らかになったら、原因を改善していく(本人の様子を観察しながら)	ご家族との関係
	見た目でおいしそうな常食へ食事形態の変更を検討	痛みや掻痒、しびれなどの有無
	一緒に動作を行い、味を伝える。一口介助をして、食べる意欲をかきたてる。その際デザート系、食べたいと思うものから提供してみる。	日常の自己決定能力
	関心を食べる行為に向ける工夫をする。食べ易い物、好きな物を提供し、楽しい、おいしい感覚を呼びもどして戴	不安や緊張、ストレスなど精神状況
	本人の好きな物を手で持ってもらい、口まで運んでもらう。目の前で調理するなど嗅覚を刺激してみる。	どういう物を食べ、何を残しているか
	1日の中で必要な栄養が摂れていれば無理強いはしない。これなら食べられる！というものを試行錯誤の。	運動量、食事量
	時間をかえて声をかける	脱水の有無
	すこし時間をおいて再度すすめてみる。好きなものを出して見る。	
	5感への刺激(好物の提供、においのするもの。声かけ。	
	外で食べる(外食、遠足)	
	食べたい欲求を引き出す(食前の顔ふき、口腔ケア、運動)	
	本人の食に対する意欲を知る。全てに反応がないのか。介助すれば食べる・・なら自分でできる事、食べる事ができないのか。全介助の理由とその対応	
	本人の状況、状態を知る。・・・介助しないとほんとうに食べれない人なのか	
	もりつけなどを考える。全員で再度考える。	
	声掛けにより返答を引き出す。本人のいる場所で食事を作り嗅覚を刺激する	
	負担にならない程度にレク等行い、体を動かし、空腹感を感じるように働きかける。好みの食品を提供し、食事の意欲がわくようきっかけをつくる。	
	身体を動かす	
	好みのものを1品入れる	
	無理じいしない声かけ	
	状態に合わせた主食や副菜の在り方(粥又は軟飯、キザミなど)。好物で補いながら、体調を把握していく。	
	食事の内容を説明したり、食事の色どり、食卓の雰囲気をとり上げる。本人の好みのものを提供していく。	
	調理への参加(味見でも)し、意欲へつなげる。食事の提供量は適切か(見た目多すぎないか)。	

表 5-5　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
満腹感：空腹でない	日常生活の流れを確認。(EX. 車椅子の利用、使用は適切か)→本人の希望などを考え、運動等を行い、生活リズムの改善を図る	現在病、既往歴
	ずうっと寝っぱなしではないか	排泄状況
	身体を動かしているか	睡眠状況、活動状況
	無理に摂取させずにすこし様子をみてみる。様子をみたが、どうしても食べない。体調不良の為かもしれないのでドクターにみてもらう。	日頃の摂取量
	間食を少なめにする。身体を動かしてエネルギー消費、食欲をうながす。	食事の好みや時間帯
	日中の生活に運動などを取り入れ、空腹感を感じられるようにする	(本人や家族の方から)生活等に関しての情報
	間食の有無を確認(家族が面会時に色々食べさせていないか？)	間食の有無
	活動を見直し、本人の状況にあわせた作業をおこなってみる	通常の食事摂取量
	食事前後の様子を観察する	消化器官の疾患
	今日のおかずは〇〇で〇〇の材料から作っている。こんな味付けをしているので食べてみたら？等と勧める。介助する。	生活リズム
	食事の時間である事を伝え、一緒に食べる。空腹になる様に運動量を増す。	服薬状況、服薬による副作用の有無
	見た目で楽しめ、食べたいという意欲がわくような盛り付けや食器の使用。	身体不調の有無。痛みの有無
	適温適量での提供	口腔内トラブルの有無。嚥下・咀嚼状態
	少し時間をおいてから召し上がって頂くよう対応する	
	30分程度前から「もうすぐ食事ですよ」と声かけし、食事モードに気持ちをもっていく。本人が空腹を訴えるまで食事をまつ。	
	声かけだけ行い、少し時間をおいて様子を見てみる。「少し味見だけしてみて下さい」と言い、一口だけでも口に入れてもらうようにする。	
	時間をずらす。レクリエーション等の参加を促す。	
	調理の段階から本人様に参加して頂く	
	散歩運動にて運動量をふやす。通院し、他疾患の確認、治療。	
	気分転換	
	役割活動等にて生活への意欲を	
心理的要因：依存 (次のページに続く)	「自分で食べたらおいしいよ」とか食べやすい様におにぎり等を工夫して少しでも食べる様に援助する。ご家族と一緒の食事場面を作って頂いたり、時々は少し手伝い声をかけて頂き、心理面の安定へ。関係づくり(Fa含めて)。	嗜好的な情報、生活スタイル等、
	本人の訴えを聞く(手伝って欲しいのか？食べるのがめんどう？)。一部介助、半介助にて少しでも自力で摂取できるよう促す。	自発的に食事をしなくなった時期、原因
	介助はせず声掛け見守りにて対応。おやつの時だけ自分で食べる等時間を限定して様子を見る。	全介助になった時期、きっかけ
	席の検討(本人の見える範囲で他者の食事介助をしない)	家での状態、困まる事など
	一部介助、半介助に変更し本人が出来る事を探りながら実践する	自宅での食事の様子、環境
	ずっと離れて様子をみてみる	好きなもの、手をつける順番
	少しでも自力にて摂取するよう促す。一口食べたら誉める。一口食べたら介助するなど。全介助にて行う。	本人の性格、生い立ちなどの生活歴
	徐々に手に箸等を持ってもらい、口元に運ぶようにする。手に持ってもらう回数を多くする。	誰に対して一番依存心が強いのか、把握する(家族、職員)
	食べやすい形態の工夫。少し腕に手を添え、動かして頂くようにする。	日常生活の残存機能の把握
	介護者、全介助だが自もスプーンなどを持ち食べる意欲を促す。自らの食べる意欲を高める工夫を考える。コミュニケーションをとる、本人のペースに合わす。	不安の原因
	自分でできることは自分で摂取していただき、できないところは摂食介助する。その場合は楽しく関わる。一緒に食事し、箸がフォークを持ってもらい、食べていただく。	スタッフの声かけや自力摂取にむけての促し方
	空腹感を感じたら、自分から食べられるのではないか。食介せず見守りをしてみる。前もっておかずなどフォークに刺し、それを持ってもらい声かけしながら口に運んでもらう。	なじみの関係の有無
	言葉かけで促す。メニューや食材、季節など他の話をしながら勧める。手元へ皿を持っていき勧める。	他の日常生活動作における本人の依存度
	依存的となっている原因(心理状態、健康状態、起因した出来事など)を探り、関係づくり、その解決をはかる。別な原因を探る。	
	必要に応じ介助する	
	何故、依存心が強いのか、本人が本当何を望んでいるのか(ニーズ)、過去の生活歴からアセスメントする(本人と家族)。情緒面が不安定の時は、安心して生活できる様な環境作りをして(物的、人的、社会的)不安を取り除く。	
	本人がどこまで自力で食べる力があるか、どこからに介助を必要とするか再アセスメントをする。どのような声かけや環境が整うと自発的に食事をしたく感じるか、色々とさぐっていき、把握する。	
	はしなどの用具が本人に使いやすいものであるか観察。自分で摂取できることの喜びを共に感じれるような関わり方を工夫してみる。	
	1口でも摂取できたら共に喜び、自信を感じてもらう	

表 5-6　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
心理的要因：依存 （前のページの続き）	食事前の口腔リハビリや手足を動かせてみる。生活の意欲がもてる様、好きな事で生活のリズムを作る。	
	食事をセッティングし、声をかけたあと、しばらくそっとしておく（さりげなく見守る）。本人の視界に入る所に介助で食事する人がいたら、目に入らない所に移動する（本人か、介助の人が動きやすい方）。「人が食べさせてもらっている」→「自分も食べさせて・・・」と思うのかもしれないから。	
	自分で食べるように声かけ、見守り。甘い物や好物を提供して、自ら食べないか試みる。	
	食べ物をスプーンにのせ、本人に手渡す	
	自分で食べるよう配膳し、自分で口まで運べた時一緒に喜び、すすめる。飲みものだけでも自分で飲めるよう工夫してみる。	
	一緒に会話しながら飲む	
	できるところはしっかり本人にやってもらうという、できる、できないを明確に峻別した上で自立性を向上させる。食事介助の提供。	
	声かけし、摂取を促す。余暇時間にお手玉等本人のできることを少しずつ行い、指先等を動かして頂くよう心がけ、機能低下防止に努める。	
	箸（スプーン）を持っていただき、自力摂取を促す	
	介助の度合いを徐々に減らしていく	
	少し食べるとほめる	
	「半分でもいいから自分で食べてみて！食べさせられるよりずっとおいしいと思うよ」と声かけしてお願いしてみる。しつこくお願いする。泣きおどし。人情に訴える。最後は交換条件。	
	少しずつ声をかけ、手助けしながら摂食することになれていってもらう。食器等自力で取れる工夫をしながら体調を把握していく。時間が経過する事によって変化があるのはあたり前である。その人自身の変化に対する職員の認識	
	自力摂取される皆さんと一緒に食事のテーブルについてただき、皆の食事、風景を見てもらい食べることを思い出していただく	
	介護者も一緒に食べるなど	
心理的要因：かまってほしい	あなたのことを大事に思っていますよという対応をする。お手伝いさせて頂きますね。と声かけし、少しの間介助し、その後は自力で摂取してもらうよう声かけする。	食事前後の職員との接し方、関わり方
	やさしいまなざしで見つめ、自分で食べるよう声かけもする	さみしく思うことの有無
	側にいつも居ることを伝える。スキンシップ。	不安に思うこと有無
	声かけをしながら不安を解消するような対応する。一人じゃないという声かけ	
	無理に一人で食べてもらわず、途中までででも食べることができたらほめる	
心理的要因：意欲の低下	入居以前の様子の確認（嗜好、摂取量、時間等）。再度カンファレンスをし、他の原因を再検討する。	食事量、様子の確認
	入居以前の状態にできるだけ同じ様にして対応してみる	医療への相談
	好みのものを出す。薬物の服用があるかないかを確認。	日常生活の中で、できること、できないこと
	食べる場所、雰囲気をかえてみる	本人の好みの食事など、食事についての各年代の情報
	生活全体の過し方	病歴
	本人の好みの献立	家庭での生活状況（1日のすごし方）
	外での食事	既往症や現在の健康状態の把握（投薬の確認）
	自分たちで作る、献立（かかわる食事）	生活全般の様子のなかで、介助を要する時と介助を必要としない時の状況の違い
	新しい仲間で食べる。一人ですきな時間に食べる。	
	生活リズムを整える（離床、昼間は身体を動かす）。他者との交流を深め、生活にはりをもってもらう。	
	体調を整え、本人の役割（仕事）をもってもらう	
	食事の色彩や好物で食欲をひき出す。家族との関係づくり、面会を呼びかけ食事時の協力で食欲が出るような係わりをもってみる。	
	又、食器等補助具の工夫	
	献立の説明をしながら、すこしでも自力摂取できるような声かけをしながら安心して食事をしてもらう	
	他入居者とのコミュニケーションを援助し、なじみの関係づくり	
	相性の良いスタッフや他入居者とのテーブル配置を考える	
	御家族と一緒の食事	
	違った献立や外食、出前の検討	
	食事以外の時に生活の中での役割をもつことで意欲の向上につなげていく。本人の得意なことを成功できる状況をつくることで自信の回復を図り、意欲の向上につなげていく。	

表 5-7　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
介護の問題	全介助に至った経緯を考えながら原因を考える。メニュー？雰囲気？	家族の情報
	本人と話しをし、気持ちを確認する	服薬の種類、量
	本人と向き合って一緒に考える	飲む時間
	一緒に待つ。待つ間にもコミュニケーションをしっかりとる	職員の認知症についての理解
	薬は食事にはまぜない。食卓に薬は置かないで、食事が終了し、しばらく経ってから服薬を促す（食卓に置くと、混ぜられてしまうのではと利用者に不安を与える）。	自発的に食べない原因
	主食、副食はまぜないで別々に（交互に）介助する。献立の説明をていねいに行なう。	入所前の介助者の対応方法
	「食事ですよ」と促す。食事に薬をまぜたら、どう味が変わってしまうか職員が身をもって体験する。	家での食事時間の確認（朝昼夜）
	主食、副食全てをまぜてしまった食事がどんな物か職員が見た目、味の変化を身を持って体験する	口腔内の衛生状態
	まずは小茶碗などに小分けしたものを本人に持ってもらい、食事意識をもってもらう（はしを含む）。できる限りはしが良い。以前は当たり前のようにはしを使っていたと思われるため→そうしたうえで必要に応じて介助を行い本人の反応を見ていく。	咀嚼、嚥下機能の状態
	まずは本人の手で口まで運べるよう手をそえ介助する事から始める	食のリズムの把握
	この方のペースでゆっくりと食事介助をする	食事時間による疲労度の確認
	食べる時、自発的になる時は全くないのかを知る。食べる時があるとすればどうゆう時なのかを知る。さらに細かく見て、全く食事に関して興味を示さないのかをさぐる。	
	少しでもできることを引き出す。できることを共通認識して同じようにできるようにチームケアを行う。本人の食に対して楽しいものになるようにカンファレンス等を行い、計画し、統一認識し、計画性をもってケアする。	
	反応を知り、できることを考える。讃して本人の意欲を。	
	少しでもできることがあれば全介助せず、本人のペースに合わせる	
	食事の形態を変えてみる。主食をおにぎりにするとか・・・	
	嗜好を聞いてヒルのみ麺にするなど	
	お一人で食べられることを前提に声かけをする。全介助は最後の手段。	
	まず声かけ、手を添えて少しでも一人で食べてもらえるよう努力する	
	声かけして「〇〇がおいしそう食べてみる？」と誘ってみる。箸につまんで本人に渡す。	
	手をのばそうとしたら応援し、自分で動かせたら拍手する。動作アクションをおこしてみる。	
	1つでも自分で食べたら大いに喜ぶ	
	家族から食事にどの位時間を要していたのかアセスメントする。食器に触れたり、持つことを根気よく勧める。	
	スプーンを持っていただいて、口に運ぶまでを援助する。食事の間に休憩を入れる。	
運動不足による影響	日中の活動量をレクレーション等で増す	活動量と食事意欲の様子の関係性
	徘徊などの行動の把握	
	生活にメリハリをつける。日中の～、行事、クラブ、リハビリ等への参加をうながし、日中を活動的にする	
	散歩等室外に出て、身体を動かす。食事内容や盛りつけ、食べる場所、雰囲気を考え、食欲をそそるようにする。	
	散歩等にて気分転換や活動量の向上をはかる。移動時（本人の好まない時、排泄等の急ぐ時以外）は歩行介助にて歩くことで活動の向上、腹部の圧迫を改善する。	
	食事づくりを一緒に行うことで活動量の向上と食欲の増進を図る	
認知力低下：食事と認識できない （次のページに続く）	食事の話しをしながら一緒に食べる。環境を変えてみる。	食事以外の行動に対して（例　トイレ動作など）の認知力
	食事であるという事を認識出来るよう、穏やかで食事を意識した会話をもち、職員が横に座り共に同じ食事を摂る。職員にも慣れずに緊張している可能性もあり、家族の面会をお昼に合わせて協力していただき、家族と共に食事をしていただく。	家族と職員との違いを確認
	少しでも自力摂取可能なのか観察	上肢の可動域
	本人に食事をすることを認識して頂くために、スプーンを持って頂く。根気強く続ける。	家での食事状況。
	食事である事を話す	ADLの確認
	全介助の前に食事摂取を促す様声かけをし、食べる動作（～と口目を箸を持って食べる介助）を援助して自力摂取をすすめる。食べることは認知症がかなり重度になっても自力可能と思う。辛抱強く待つことが大切。	記憶、見当識、判断力などの認知機能の状態。食事に限ったことなのか、他の生活場面での様子。
	食事の仕方がわからない。料理を認識できない。箸やスプーンを上手く使えない。	誰の隣で食べたいのか

表 5-8　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：食事と認識できない（前のページの続き）	食事に際して、これから食事が始まること、食事の意味（栄養、健康面や楽しみ）を本人と確かめるなど食事にのぞむ動機をつくる。1日を通して要所で今がいつでどのようなことをする時間かを利用者にわかるように繰り返し毎日説明していく。	在宅での再現できる情報
	「ご飯を食べる」「食事をする」と言うことを認識して行けるようにする。一緒に食事を取る。前項実施時の状況を根底に「手をかえ」「品をかえ」「人をかえ」「ものをかえ」プランを考え出す。→実施してみる。	本人の全体の食事量
	必ず誰かが寄り添い「食べる」とはどんな事なのかを感じられる設定を作る。（「食べる」「ごはん」「〇〇〇」（食材量名）「おいしい」などのキーワードを投げかけ、記憶に働きかける	自分から食べようとしていたもの。好み、盛りつけ。
	「食べましょう」「御飯です」等表現を変えながらの声掛け。器を見せ、「食べるもの」として理解出来る様な声掛け。	今までの時間帯、食事を含めた生活時間の流れ
	器を持って頂く。介助必要。	生活歴
	食事と理解できる様に声がけ、食事を見せる	箸が持てるかどうか等（自助具の検討）
	食事である事の意識づけのための声かけを行ってみる。周りに食事摂取が自立している利用者の中で食べていただく。	
	聴覚、視覚を働かせる習慣になるようにする　ex＞食事時の音楽を決める	
	食事に意識が向くような環境等の工夫（テーブルの見直し→高さ、大きさなど）	
	食事に意識が向くような環境等の工夫（イスへの移乗→苦痛を感じないよう配慮）	
	食事に意識が向くような環境等の工夫（本人が使いやすい食器の見直し→なじみのものでもよい。はし、茶碗）	
	隣でスタッフも食べて会話しながら注意を向ける。仲の良い利用者が隣りに座り、同じように試みる。	
	食事前本人の手を取り「いただきます」のあいさつをする。介助者がスプーンで全介するのではなく、本人の手でスプーンをもってもらい本人の手ごと口までスプーンをもっていくという全介助を行ってみる。	
	食事の良い臭いを感じてもらう（一品ごとに臭いをかいでもらう）	
	今から食事をとることを感じてもらうため、「いただきます」と一緒に言って食べてみる	
	時間を告げ、食事時間をわかってもらう。好きなものを出して見る。	
	食卓についた際、食事だという事の説明を行い、認知（理解）を促す。一口目を介助にて摂取して頂き、食事の認知を促し、その後声掛けにより、摂食行為を促す。	
	食前、準備風景を近くで感じてもらうこと（5感に対する刺激）により食欲の活性化を促す。何度か続け、何かしら表情等の変化がないか様子を見る。	
	食前に献立、食べ物に関する会話を促してみてはどうか	
	説明（メニューや味付け、食材など）しながら動作援助していく。本人のそしゃくやえん下状態に合わせて、全介助していく。（その間もずっと声かけしながら、少しでも意欲や興味がでるように援助）。	
	認識できない範囲が右側だったり、左側だったりするので、お膳をよせてあげたり、配膳時の声掛けをする。よりそって一つずつ確認しながら食事を促す。甘い物から先にあげてみる。空間無視などがないか医師の診断も必要	
	他入所者と同席していただき、皆も食事しているところを見ていただく。「おいしそう」「今日の食事は～なんですね」「甘そうですね」など、食事に関する声かけ	
	食事の時間だということを思い出していただき食事に関心を向けさせる	
	まったくの全介助ではなく、本人に箸やスプーンなど持ってもらいスタッフはそれらに手を添え、口まで運ぶ	
	ひとつずつ今日の献立や内容を話しながら「食事～食べる」を意識できるように働きかけて隣で一緒に食べる。但しうるさく、しつこくならないようにする。食事以外の食べる時間（おやつ）でも同様に自発的にしないのか見てみる。そこで好みのものや味が分かるヒントがあるかもしれない。	
	声掛けし、他者や職員と共に食事をする	
	その方の認知できない部分の補完（時間、状況、食器等）。その方の好みの味付け、好みの食事、暮らしていた環境、今までの食事状況を調べ、できるだけその方にあった環境整備をする。	
	理解していただくよう声かけ（視覚、聴覚、臭覚等を利用し）。少し介助して箸や食器をもっていただく。	
	食卓についたら声かけをし、目の前にある物は食事であることを伝える	
	食器と箸orスプーンを手に持ってもらい、手をそえて口まで運び、食べ物であることを知ってもらう	
	声かけを行う	
	声掛けとセッティングの工夫	
	献立を説明したり、認知しやすい食器等の工夫	
	車椅子→椅子に移乗してもらって食事	

表 5-9　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：食べ物だと認知できない	食べ物である事が解るよう視覚、嗅覚を刺激するよう工夫する。解りやすい食品を目前で調理したり食べてみせる。	嚥下障害の有無
	料理の献立を興味が持てるように説明する。視覚機能など感覚機能に障害がないか確認する。	視覚、視力、視野などの感覚器官の健康状態
	香り、調理状態など感覚を通して感じてもらう。視空間失認がないかなど確認する。	失認などの有無
	はし又はスプーン、茶わんをもっていただき、きっかけを作る	たべなくなった時期、きっかけ
	全介助ではなく口までもっていききっかけをつくる	認知能力、理解力の程度
	食事の準備でお手伝いできることがあればして頂く	味覚、嗅覚の程度
	食器や箸、スプーンなど手に持ってもらう	好んで食べるものの有無
	視覚、嗅覚により五感を食べ物で触発し、食べ物に関心を持って頂く。どうしても自発行動が出ない場合、介助をするがあせらずその人のペースに合わせ食べ物の説明をしながら介助する。	箸やスプーンが使えないのか
	愛着や馴染みのある食器などに盛りつけ、提供してみる。「おいしい」ことやどのような材料でどのような味付けでできているのか、説明し、興味をもってもらう	今までどのような環境で食事していたの
	介助の途中で手渡してみる。おにぎりやパンなど手で持って食べるものを渡してみる。	摂食量や体重の変化（看護との連携で体調管理）
	「今からお食事をしましょう」などの声かけをし、目の前の物が食べ物だと理解してもらえるような声かけ、対応する。介助で少し食べ物を口に含んでいただく	
	安心して食事しても大丈夫だと理解していただくように努める	
	キザミ食などの場合、食材がわからないので、おかずの味を一口ずつ確認していただいてから食べていただく	
認知力低下：食事することがわからない （次のページに続く）	声掛け行い、スプーンやはし等を持ってもらうよう促す。食事をする環境の見直し。	本人の咀嚼力、嚥下の確認
	手を支え、口元へ運ぶ事や食べている身振り等をして動作のきっかけを作る。一部介助、半介助にて対応する。	食事を自分でとらなくなった時期、きっかけ
	声掛けを動作分割する。延食、時間を置いて対応する。	利用者の状態
	好むものから介助にて促す	気分
	茶わんを持って頂き、食物を食べる動作や食べ方をくりかえし行う事で、食事をする事を思い出させる介護、対応を行う。根気強く、同様の対応し、利用者の状況を見ながら介助する。	今までの食事への援助方法
	口頭で食べ方の説明。手をそえて少し介助して食べてもらう。	記憶、見当識、判断力などの認知機能の状態。他の生活行為の様子
	手にお茶碗と箸（スプーン）を持たせ、自力にて摂取するよう促す。職員が持っている手を動かし、口に食事を運び介助する。	嗜好品、嗜好の食器
	一緒に食事をし、箸の持ち方から食べる動作まで声かけしながら真似をしてもらう	認知症の現在の進行程度、その進行過程は緩やかに進んだのか急か
	声をかけながらスプーンや器などを持ってもらい食事を促してみる（介護者が食事の順序立てを行い、その順番で行ってみる）。内容を説明しながら介助行い、食事の流れを徐々に本人に確認してもらっていく。	以前の生活習慣や生活スタイル
	隣り、もしくは対面して食べる動作を一緒に行う。声かけしながら動作を促す。その際、味、食品も伝える。	認知能力、理解力の程度
	隣りや向いに座わり、一緒に同じ物を食べて、食べることを伝える。初めの1口を介助し、食べて理解してもらえたらスプーンやはしを手に持たせる。	内服はどうか
	箸又はスプーン等きちんと手に持って頂き、一品ずつ手渡し、声かけ、見守りしながら状態を観る。口に一口食べ物を入れて、その後様子を見たり、本人の好きな物から勧めて見る。	うまくいった例（他の職員に聞いてみる）。
	はしを持ってもらい、今日の献立を説明し「○○を食べましょう」と声かけする。良く食べられる利用者の前に座ってもらい、食べる行為を思い出してもらう。	
	食事の動作を一緒に行ない、どこまで行なえるか確認していく。食べやすい道具の工夫。	
	食形態の工夫	
	「食事をする」という認識を再び取り戻せるよう働きかける（食事動作における一挙手一動作に対してこまめに声かけする等）。食事介助の提供。	
	きちんと言葉をかけ、食べてもらうようにすすめる。食べやすいように、持ちやすいようにオニギリにしてみる。	
	一緒に食べる。好きなものを出して見る。	
	何口か介助した後、スプーン又はハシを持っていただき、食事をとっていただくよう促す	
	となりに座り	
	声かけを行ない、食器、箸を手に持って頂き様子をみる。口に運ぶ動きがあるかを観察する。口に運ぶ行為が少しでも見えれば、おにぎり等形態の工夫、食器等の工夫を行なう。	
	家族に状況を聴く	
	手とり、足とり食べる行為を促す（1口1口、器とスプーンを使い、本人の手もそえ食べさせる）。根気強く続けてみて、食べる行為が本当に無理かどうか見極め介助する。“もしかして”とできる可能性をさがす。	
	食事前後の課題をしながら、今ごはんを食べようという事を伝える	

表 5-10　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：食事することがわからない (前のページの続き)	スタッフが食事を共にし、モデリングをする摂取を促す声かけを行う。声かけを行い、箸(スプーン)を持っていただき、一度介助し、食事に意識を向けてもらう。本人に合った箸やスプーンの選択。	
	食べ物の説明をしながら、食事に意識が向くよう働きかける	
	声掛けしながら手渡し動作を促す。モデリングを行いながら一緒に食べる。	
	ごはんを食べるということを説明する。手を添えながら、一緒に食べてもらう。	
	順次声かけしながら召し上がって頂くように努める。最初、介助で口に含んでもらい、食事だと理解してもらいながら食事をしてもらう。あまりあせらない。	
	茶わんとおはしを持たせ、一口ぐらい口に運んであげてみる。途中で再び動作を忘れる事もあるので必ず見守り、促す。	
	箸を持つ事から少しずつ声かけしていく	
	声かけして、箸(スプーン)を手に持ってもらい、一つ一つメニューを説明しながら箸を持った手に添えて口に運んでみる。一緒に口を開けて見せる。その際、開けてくれれば口の中に少量づつ入れて食べてもらう。	
	口に運ぶ動作を何回か一緒に行っていく	
	食器を持ってもらったり、スプーンを持ってもらい、声かけを行う。スプーンを持ってもらい、職員が手を添える。	
	ことばかけを行う	
	ムスビなど手に持って食べられるような工夫を行う	
	声掛けし(順番に)進めていく。目の前でモデリングを行い、進めていく。	
	スプーン、箸を右手にもたせ、前の食器を左手に持って頂く	
認知力低下：食べ方がわからない	一つ一つの感覚を整理してみる。食事を見ての反応→食べたいと思うかどうか、手を伸ばして口に入れようとするか、口に含んで咀嚼するかどうか、一つ一つの行為に伝達の確認をしても答えが見いだせない場合は栄養ケアカンファレンスをし、方向を見つける	過去の食事に対する家族情報
	声かけして「〇〇がおいしそう食べてみる？」と誘ってみる。手をそえて食べる動作を介助してみる。	箸等の道具を使えていたか、手づかみでの食事ではなかったのか
	本人の好みのものをさぐり提供する	
認知力低下：食事に関する認知	会話の機会を多く持ち、食物の話題で元気な頃を思い出して戴く。覚醒を促し介助する。	摂取時間
	声掛けして、注意を向けて戴き介助する。生活空間を拡大し、メリハリをつける	食事の量等(家族から)
	食物の香りやメニューを話し、食欲を刺激する	
	認知症の状況を理解し、その人の自発的にならないのかを知る。認知症の為で介助が必要と判断した場の対応のしかたの検討。ケアーの統一。ケアカンファレンス等を行う。	
	現在はいつの食事で、回りの人も食べているので食べましょうと勧める。お腹が空いていないか確認する→時間を置いて勧める。	
認知力低下：食事にする場所・環境	少しずつ”人の声”が聞こえる所等へ慣れて頂く様に	家庭ではこたつだったか、いすだったか
	小規模で家庭的な雰囲気を作る。あえて自立摂取出来る方と同じ席にしてみる。	性格
	本人の身体寸法を正しく計測し、適切な車イス(場合によってはイスに座りかえる)と机を用意する。他の原因をさぐる。	生活歴
	食卓についたら、これから食事だという旨を伝える。その際、朝食か昼食かタ食かを本人にわかり易く伝える。しかし、本当は昼食の時間なのに利用者が「朝食」と言ったらそれは否定しないこと。配膳をしたら、介助者もいっしょにすわり共に食事をする。食事が無理ならお茶だけでも側で飲んで「あたたかくて、おいしいですよ。いっしょにいかがですか」と促す。	食事をする時の環境、場所、時間
	食卓にテーブルセッティングをしておく	食事をする時の環境。箸等の設置場所
	スプーンや箸の再検討	食事をする時の環境。ランチョンマットの色、デザインの工夫
	家庭での食事の雰囲気に似たような環境を作る。食器等も本人の好みがあれば一緒に買いに行き、「自分の食事」であることを理解してもらう。	入所前の食事の人数、家庭での食事の形、様子
	生活歴の中にある食事の環境の雰囲気づくりに努める(家庭的雰囲気か)。広い空間、狭い空間、人が多い、少ない等考えながら提供してみる。	仲間関係の把握、気のあう人、気のあう職員
	別の席についてみる。車いすではなく、いすに腰かける。	イスに移っても大丈夫か。テーブルの位置、高さ。
	居室、人間関係など環境の整備を行なう。家族への協力依頼、一緒に食べてもらう。食事の空間を自宅と全く同様のものにしてみる。	
	昔使っておられた食器等持ちこみ配膳、つぎ分けをその段階から見ておいてもらい、会話にもだす	
	まず、スタッフでも入居者でも「この人なら」と思われる人を見つける	
	家の人に家庭での食事や食卓の様子を聞き、何かヒントがあれば実行してみる	
	はしを持つ、口に運ぶを声かけしながら食べてもらう。声かけで、大丈夫、きちんと食べられていると自信をもってもらう。ケアを統一する。	
	「今から食事だから」という事を伝える。一緒に「いただきます」を言ってみる。	
	テーブルの高さ、周囲の音の配慮、照明の明るさなど工夫する	

表 5-11　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：時間	声をかけながらスプーンや器などを持ってもらい食事を促してみる(介護者が食事の順序立てを行い、その順番で行ってみる)。料理の献立を興味が持てるように説明する。	自助具や使いやすい食器など
	最初の一口を介助で食べてもらい、食事の時間であり、目の前にあるものは食べものであり、それをこれから食べるのだ・・・ということを理解してもらう。道具類を持った手を徒手的に誘導する。	
認知力低下：全般的	利用者の食物である事を説明し、遠慮なく食事をしてほしい事話し勧める。根気強く同様の対応で勧め、それでも食べなかったら介助する。	どのような環境の中で食事をしていたのか
	本人にどうして食べないのかを聞いてみる。安心して食べてほしい事を伝える	いつもの食事の時間帯や食べ方など
	そばで一緒に食事を摂りながら自己摂取を促す(半介助をしながら)。家族や親しいなじみの人達と楽しく食べる雰囲気づくりをする。	本人の表情
	症状の理解。ある程の介助も必要と思われる。	食べる楽しみ、その人らしさをどの様にして導きだすか
	必ず"食べること"に関することばがけ。とにかくゆっくりと、やさしい技法、ていねいに、忍耐強く介助する。嚥下したことの確認が鉄則。	介助者と心が通い合うケア方法
	一さじでも必ず自手で運び口に持って行くよう手助けする	食姿勢の工夫
	口唇の刺激を促し、開口できる状態をつくる	今の状態から進行したときに発生する徴候
	口内に運んだあと、咀嚼できるよう下顎(下唇の下あご)をV字に支え、顎運動を促して、のみ込み易くする	性格
	手掌をマッサージ、タッチングし、口のうごきを促し、スプーン挿入のタイミングをつかむ	生活歴
	口内に入れる食量は少なからず多からず個別量を考える(咀嚼動作がバロメーターになる)	認知症の低下レベル
	食べるきっかけをつくる。声かけ、器をもってもらう、一口口に入れる。会話等で食事への意識を高める。	
	おむすび、パンなど直接手にもって食べられるものを提供する	
	「どうぞ」ときちんと声をかけてたべてもらう。一緒に食べてみる。	
	さあ、食事にしましょう。これ〇〇さんのですヨ。の声かけ、食行動の誘発	
	安心できる声掛けで食事を促す。慣れない場所での食事で気おくれしている可能性もあるので居室での食事も試みてみる必要がある。	
食べにくい：車イス、テーブルの問題	きちんとした姿勢で食事がとれるようにイスにすわりかえる	入居前の食べる環境
	テーブルの高さをきちんと設定する。足を床につける等してみる	握力、上肢の廃用の程度
	本人にあった高さのテーブルを使用する。テーブルのみではなく食べることに望ましい体勢であるか確認する。	車イスの確認
	テーブルの高さ、車イスのすわりごこちを確認し、楽な姿勢(食事をするために)を工夫する。車イスから普通のイスへ移る。	うまくいった例(他の職員に聞いてみる)
	本人の体格に合った椅子に座りかえるか、車イスのフットレストを上げて、足を床につける(つかなければ台を乗せる)。前かがみの食事に適した姿勢になっているかみる。	
食べにくい：姿勢	自力摂取できる状況に整え、声掛けし、見守りを行う。箸やスプーンを持って頂き、手を添えながら口まで運ぶ動作を行う。	既応歴(以前骨折がなかったかどうか)
	その方に合った椅子に座ってもらい、腰の痛みを軽減する。クッション等挟む。貼布を貼ったり、痛み止めを服薬してもらい痛みを軽減。	車椅子から他のものに座ってる時の様子と、その活動と食事量の関係について
	クッション～かどうか確認する。場所をかえてみる。	
	椅子を変えてみる	
	水分、食事摂取量に関してはチェック項目として毎食記録し、完水、全量摂取に努める(強要はしない)	
	食事の時には椅子に座りなおすことで痛の軽減を図る。食事以外でも椅子やソファ等他のものに座りなおすことで体を動かし関節痛や拘縮の予防に努める。	
食べにくい：食器の問題	さあ、食事にしましょうね。と声かけをして、お箸と茶わんを手に持って頂き、食べる動作につなげる。口に一口入れてあげて食行為を誘発する。	咀嚼状況の確認
	視野に入りやすい位置で一緒に食べて食行為を促す	嚥下状況の確認
	本人に持ってもらい、手を添えて食事をする。本人に持ってもらい、手を添えて食事を繰り返し行い習慣化する。	家庭での食事内容
	本人に合った自助具の検討	好き嫌い
	主食もおにぎりがよければ変更	
	スプーンや箸を持っていただき働きかけをしてみる	
	手に持ってもらった後、手をそえて口までもっていき、とっかかりをつくる	
	食器の持ちやすさ、重さ、箸orスプーンがいいのか？など本人に適した食器を検討し、試してみる	

表 5-12　事例 2　課題：なぜ食事を自発的にしないのか？それにどのように対応するのか

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
食べにくい:集中できない	焦らずゆっくり食事が摂れる環境を整える。食事が楽しく摂れる様な声かけ、コミュニケーションも大切。	排泄状況
	食事に注意が向くよう促す(声かけ、視野に食事(器)をもって行きみせるなど)。食事に集中しやすい環境を作る。静かで落ち着ける場所。ガヤガヤは×。目の前(視界の内)で人がウロウロしない場所　など。	
	テーブルの位置関係も考慮し、安心できる場所を提供する。本人が今まで使用していた愛着のある茶わん等を使用してみる。	
	声掛けしながら口への運びを促す。気になることを探る。	
	TVのそばや人通りの多い場所、さわがしい方や世話やきの方から離れ、落ち着いて食べれる席へ替わっていただく。食事のもりつけや食器など工夫し、見た目を工夫し興味をひく。	
	気分転換を図りながら、ゆっくりとした態度で見守り、声掛けする	
	食事に集中できる環境作り(座る席やテーブルの位置、音や他入居者の発言などの環境確認)	
	何か違和感があるのではないか→クッション、椅子、テーブルの検討	
食べにくい:環境変化	雰囲気作りを心がける。キーパーソン(Fa)に面会を依頼する。関係保持を願う(精神面へのアプローチ)。	生活情報。嗜好品、生活パターン
	食事時間帯に食事に集中しやすい環境(人の動きが視野に入らない、静かな座席、好きな音楽をかける等)を考慮して対応してみる。本人の快適といえる環境設定ではなかったのか、音楽が嫌いだったのか、集団での場所だったので別な空間での対応が望ましいのか。	本人の食生活環境(家族に確認)
	関わりを多く持ち、不安を少しでも和らげる声掛けをする。	利用者が摂取した時の状況
	状況を把握して早くなじみになれるような環境づくりや声かけをする。食べる場所、時間を本人の意思に合わせて援助する。	その方の人生史、性格、交友歴
	毎食の声かけにより、安心して食べて良い場所だという事を理解していただく。毎食の食事への自力摂取を促すと共に、一部介助を行い序々に全自力摂取へ結びつけていくよう時間をかけ努めていく。介護度の重い方は意志疎通がうまく図れない事が多いので表情観察を常に行い、対応する事が大切だと思います	家庭での食事の状況
	以前の食事環境に近いふんいきを作っていく事で慣れていただく。急ぐ事のないよう心がけ、ゆっくりと信頼関係を築いていく事が情報引き出しの早道である	うまくいった例(他の職員に聞いてみる)
	緊張や不安を緩和できるよう同席の入所者との間に入り仲介する	
	皆で楽しい雰囲気となるよう出身地の話などする	
	介護スタッフを担当制にする。入居(利用)者に親しい方ができる様に援助する。	
	病院受診。食卓にて集団で食べることでストレスがあるようならば、まずは職員と一対一で様子を観て、少しずつ他者の中に入っていく。	
	家庭に近い環境作り	
	排便の確認(定期排便を促す)	
	できれば以前と同じ状態(環境)をつくる様にする(明るさ、テーブル、イスなど)	
	又使用者の方と人間関係づくりし安心していただきる環境の一部に自分がなれる様にする	
	声かけを多くする	
	こじんまりとした環境の中で食事をとって頂く。できるだけ同じ職員が対応する。	

表 6-1　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題:視覚	お膳の位置、色等	食生活、持病など(家族、医師に情報をきく)
	本人が見えやすい、分かりやすい食器の工夫。使い慣れた食器の使用。	マヒの有無
	置き場所の調整と支援	視力の確認
	済んだ食器を下げる。本人の視界確認。	定期的な眼科受診の情報
	視界内に食器を置く工夫など	既病歴の情報
	済んだ食器を下げ、視界に食器をおき直す。本人の視界確認と眼科受診が必要。	視野狭窄等視力障害はないか(専門医に相談する)
	さりげなく声かけし、本人の食べ物が視野に入るよう位置を変えて食事していただく。間にスタッフが入り、一緒に楽しく食事する。	色の区別、認知能力の程度
	脳神経疾患の既往歴を情報として得る。情報の持ち寄りから状況を分析し、何か新しい対応策を生み出す。	状況の確認(特にうっかりと手が伸びているのか、度々手が伸びているのか)
	テーブルもしくはイス等をかえ、配慮する	食べやすいような環境
	視力、視野を確認する	疾患
	配膳場所を少しかえてみる	梗塞の為か緑内障、その他脳内疾患
	NSや相談、HPへ通院	手の可動域
	両眼で見えているかの確認。眼科医へ相談。	
	隣の人と場所を変えてみる	
	食事場面だけでなく、他の生活場面においても視野の確認をしてみる。視野のさだまった所に食品の提供を図る。	
	配膳の工夫。目立つ食器を使用。	
	他人の物と自分の物との区別ができない場合、先に配膳して食べて頂く	
	となりとの間隔を少しあけ、手が伸びそうな所にお膳をおく。食卓に花や飾りなどを置いて、何げなくしきりを作ってみる。	
	視力検査を受ける。簡単な方法を探り、目の検査をする。	
	見えやすい位置にトレー(食事)をおく	
	見えている範囲を確認し、食器の位置、隣席者の場所を決める	
	手が行く方向においてみる	
	本人がきちんと配膳されているものがみえているのか確認、見える範囲に並べる	
	席を一人用にしてみる	
	体調管理をする	
	身体アセスメントを行い、早期発見の手がかりにする	
	茶わん類は目に入りやすい前方部に置く(本人の食べ物を視線が向かうところ、目に入りやすい前方部に)。声かけで茶わんの位置を伝える。	
	本人が認識できる位置にズラして置く	
	担当NSへ報告、必要があれば眼科受診をすすめる	
	食事時の席を変更し、介護スタッフ見守りの中摂取していただく	
	声かけ説明し、自分の食事に意識が向くよう働きかける。隣りの人の食事と区別がつくような工夫をする。トレイにセッティング、ランチョンマットの使用。	
	本人が使い慣れている食器を使用し、自分の物だと認識してもらう	
	食事の席の見直し	
	視野にあわせたセッティング。隣の方の物が視野に入らないよう配置する。	
	スタッフが隣に座り、手が伸びそうになったら本人の皿へと誘導する	
	本人の視野の範囲である位置確認、その場所に食事を動かす。本人の食事に声かけ誘導する。	
	視野を確認し、見えにくいところがあるならば、そちらに皿等はおかない	
	自分の物と他人の物を区別させる(認識させる)。繰り返すことが大切。一人分として区切ってみる。	
	テーブルにつく位置を少し変えてみて、本人の斜め前に食事をおいてみる。少し隣の席の人と距離をつけてみる。	
	やはり最後にその方にお持ちする	
	食事のセッティングの工夫。位置を変えてみる。席の工夫。トラブルにならない位置の確保。スタッフが間に座る。	
	見える範囲という部分をきちんと把握して、見えやすい所にセッティングする	
	状態の把握	
	必要があれば受診	
	眼鏡を使用するようにする。眼科を受診。	
	一人前づつお盆にすることで、自分の食事の区別がつきやすいようにする	

表 6-2　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
身体的問題:座位・既往症	隣(取ってしまう側)には職員が座り、手を伸ばして食べてしまっても良い状況を作る。情報の持ち寄りから状況を分析し、何か新しい対応策を生み出す	イスは本当は嫌で、タタミの方がいいのではないか
	席をかえてみる	原因の本質
	座位を整える	
	食べやすい姿勢、高さ、視野を考慮した配置、声かけをする。続けてみる。	
	配膳を１番にする。本人と他の利用者の間に介護が入って見守り介助する。	
	名前が大きく乗った食さつを付けたまま食事してもらう。介護者が食事中よく会話を取り込み、時間をかけ食べてもらうことで満腹中枢を刺激する。食事だけが楽しみになってしまっていないか、そうであれば日常的な活動量を増やす必要がある。	
	利用により、環境に慣れていない事が原因と考えられる為、会話時間を多く取り、話しに耳を傾け、思いや不安の理解に努める。くり返し、対応、他スタッフとの連携のもと、介護にあたる。	
嗜好・習慣との不一致:食事のスピード	おかず等を小鉢にすこしづつ盛りゆっくり食べてもらうように声かけをしたり、取ってあげたりして食べていただく	食事を残すことにどういう風に思っているのか
	配膳するタイミングの工夫(食事のペースが同じ人と同じ席、同じ時に配膳する)	まわりに関心があるのか、ないのか
	性格に関する情報を得る。興味のある事をして戴く。例　テーブル拭き。	
	会話しながら、全食出来た事を知らせる	
	食べの悪い人と同じテーブルにしない。残す人と同じテーブルにしない	
	適切なスピードで食べすすめる人と同じテーブルにする	
	配膳を遅くし、他の方と食べ終わる時間を同じにする	
	あえてそしゃくに時間がかかる固めの食べ物を提供し、食事時間を長くする	
	本人に自分の分を食べた事を説明するが、ダメな時は少し新しく出してあげてもいいのでは。カンファレンス等を行って、いつもの行為なのか、又対応をどうしているかを共有する。Drに相談。本人が食べたいだけ食べさせていいのか	
	一番最後に出してみる、少しおかわりを出す	
	これは他の方のものですよと仲介する。メンタル面を気にかけて行う場合は、安易にこちらの思いつきで席替え等行えない場合もある。本人に合わせた対応がいちばん大切。	
	配膳時、今日のごはんはこちらですよとお膳の中のメニューを説明し、これで1人分だということも意識づける	
	職員が近くに座り、ゆっくり食べるよう声かけしたり、話しながら楽しい雰囲気で食事をとる(他の人の食事に注意が向かないように)。副食を小さめに切る等ゆっくりと食べられる工夫をする。	
	となりに手がのびようとするとさり気なく止める	
	「残しているんじゃなくて、まだ食べてる途中なので追いといて下さい」と声かけする。食事を出す時間をずらしてみる。	
	食事を数回に分けて出す。１人用のテーブルにしてみる。皆の輪の中に入りながら、１人用のテーブルを作っていく。	
嗜好・習慣との不一致:配膳の仕方	周りの方々との摂取のペース状況を観察	食事以外の時の隣人との関係
	配膳のタイミングを考える。食べるスピードが同じような方々と一緒にたべて頂く。	今までの食事量。現在の食事量、カロリー、運動量
	食事の摂取時間の確認。食べおえたら、他の場所でお茶やコーヒーでくつろいで頂く。	
	はしがつかえるが、スプーンをつかってあっという間にたべてしまうので、はしを使用してたべて頂く	
	隣の人のお膳と同時に配膳する	
	配膳するタイミングの工夫	
	なるべく先に配膳等行い、トラブルにならないよう配慮する。他者とのトラブル回避のため、若干の距離の調整も行う(テーブル内で)。	
嗜好・習慣との不一致:食事の量 (次のページに続く)	早喰いであれば、食後アメ等口の中にしばらく残る物で捕食する	嗜好
	食事の量を増やすか	体重
	栄養士と相談。食事量の調整。咀嚼、嚥下状況を観察し、ゆっくり良くかんで食べて頂くよう声掛けする。	１日の食事量、水分量
	利用者の状態を観察して食事量の把握を行う。利用者の行動を観察し、自分の食事を全部食べていたら別のルームに移動して気分転換を勧めてみる	一日のカロリー等
	食事が後った頃デザートやお茶を勧めてみる	行動の把握
	多目の量に変更する。満腹感が得られる様、小さ目の器でおかわりをする。	食事回数
	間食を摂る。、捕食(おやつ)を行う。	生活歴、習慣、食へのストレス
	大盛りにしてみる。間食の検討。	活動(運動量)
	満腹感の確認のために、食品の提供を試みてみる。体重、健康管理、疾病等も考慮しながら、おかわりの提供も試みる。	生活歴
	食事量を増やす。好みの食品もつけてみる。	服薬状況、服薬による副作用の有無

表 6-2　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
嗜好・習慣との不一致：食事の量（前のページの続き）	体調に合わせて、量の調節をする	今までの体重や運動量など
	おやつ等で工夫する	既応歴など。カロリー制限の必要性。
	入居以前の様子（摂取量、嗜好、時間等）。生活リズムを作る。栄養士と相談。	現在病、既往歴
	できるだけ以前と同じ様にして対応。充分に水分を摂ってもらう。医療との連携。	もともとの食事量。急激に増えたのか。
	量が少ない場合は栄養士と相談し、対応	以前の食事摂取量
	食事量の検討をする。食事を増やす（ごはん）。低カロリーで多めに摂っても太りにくいものを追加する	うまくいった方法（他の職員に聞いてみる）。
	食事量を増やしてみる	排便状態
	摂取カロリーを考慮しつつ、食事の増量を検討する	食べるペース
	食べきり、盛りきりではなく、おかわりできるようにする	
	食事量が不足していないか。量を検討してみる。間でおやつをとる。	
	食事量を増やしてみる	
	食事量を増す（持病等を考慮しつつ）	
	栄養過多になりすぎない程度に量を増やしてみる。本人がどこまで食べれるものか好きなだけ食べてみてもらう。	
	メニュー改善、満腹感得られる様なメニューへ。バイキング形式の実施。	
	間食を増やすか、しっかりしたものを食べてもらう。食事を個別に分けない、おかずごとに大皿に分け、直箸でつついて食べてもらう。	
	栄養士にその人のBMIを調べて頂く。数値により食事量の増減。	
	食事量の記録	
	本人の食事量を知り合わせる。今までの食事量を知り、摂取していただく。Drから量の増を相談。	
	疾病的に問題がなければ食事量を考慮する。食事量を変更できない場合は食事前にお茶など飲用していただき、満腹感を与える。栄養士と相談し、満腹感を与えやすい食事内容にする。	
	体重や病気などを考えながら、食事内容（量やそざいなど）を検討。あまりたくさん食べすぎるのなら、満腹感がえられる補助食品等の検討。	
	量が足りているかを聞き、量を増やす。周りの人と席を離す。	
	お代わりの提供。摂取カロリーに配慮しながら、満腹感を得られるような食事の提供。	
	おかわりができる環境の提供。ゆっくりと会話をしながら時間をかけて食べていただく。	
	手を伸ばしそうになったら、その皿のものを少しずつ用意する	
	状況が許せば、おかわり等も考える。量を増やして食べる時間を長くなるよう工夫する。食事が終わる頃をみはからってトイレやお部屋へ戻る声掛けをしてみる。「たくさん食べたね」とか「おいしかったね」など満足を感じる声掛けをする	
	少量、おかわりする	
	食事前にお茶など飲んでもらってから食事をする	
	体重の管理を行いながら、食事量を調節する	
	間食を与える	
	一度に全部提供せずに食べたら少し間をおいて次々と小出しにする。手の届く範囲に他者をおかない。	
	健康面とてらしあわせ、食事量を考える	
	糖尿等の問題がなければおかわりをさしあげたり、お茶を2杯差し上げるなどを行う。他の人と少し食事時間をずらしてみる（遅めに食べ始めてもらう）	
	満足感のある食事、献立の検討	
	捕食の検討	
嗜好・習慣との不一致：好きな物	おかわりが出来るようにする	手を伸ばしている食べ物の種類や様子。好みの物だけ手を伸ばしているのか。
	分量を多くする	好物
	隣を職員にし、手を伸ばしても良い環境にする。	
	もし、隣りの人のお皿に手を伸ばしたら、その皿をその人にわたし、隣の人には新しい皿をわたす。隣の人へ言葉でフォロー。食べすぎないよう注意。	
	どんな食べ物を好んでいるのか、家族への聞きとりや観察を行う。おかわりができるようにする。	
	好きな物の量を増やしたり、皿を増やすことで欲求を満たせるようにする	
嗜好・習慣との不一致：食事の内容（次のページに続く）	同じ食事内容の人の隣りに席を移し、それでも手を出すのか観察する。本人の食事も2つのお膳に分けてもらい、隣りにセットして、自由に好きなように食べれる状態にしてみる。1つのお膳に好きな物を入れてみては。協力可能な範囲で本人の好きな物を持参していただく。	食形態、食環境の工夫
	同じものを食べる人と一緒の環境を作る。隣りの人との間に介護者が入り、一緒に食べる。	（食事の時だけなのか）普段のその人との関係。
	その方に配膳してある食事が美味しそうですねと誉める	以前の食事場所、援助方法
	可能な限り刻まない。眼の前にはこばれてきてから刻んでみる	入所前は（自宅）ではどうだったのか

表 6-3　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
嗜好・習慣との不一致：食事の内容 （前のページの続き）	職員がついて声かけをしながら見守りの中で食事をする	食べる速さ
	自分のも隣の人のも同じ食事だと言うことを説明する。配膳時に一番最初に配膳をし、先に食べて頂く。	いつからこの状況になったのか。きっかけ。以前の状況。
	盛付けの工夫	昔からのクセなど
	同じテーブルで食する人を考える	表情の観察
	間にスタッフが入り、声かけしながら一緒に楽しく食事する。本人の好きな食べ物を出し、位置を変えて一緒に楽しく食事する。	本人の好む味付、嗜好
	環境（席をかえる、同じ形態の方々とたべる）をかえてみる。隣席にはスタッフが座ってみる。	生活歴、誰が料理を作っていたか
	誤嚥などに注意して常食を試みる。外食など環境を変えてみる。	手を伸ばすものに偏りはないのか。手を伸ばさないときの状況。言動。
	メリハリのある生活のリズムを確立する	メンタル面
	隣に座る人を同じ食形態の人にしてみる。なぜ、隣の人の食事の方がおいしくみえるのかを知り、工夫していく。	
	1/2食を2つ用意し、本人と隣の人との間に置き、食べても良い工夫をする	
	同じ食形態の利用者と同じ席にする。「とてもおいしそうですよ。あたたかいうちに食べましょう」と促す。	
	本人の嗜好も考慮し、食事の提供を行う	
	食形態の工夫	
	おかずを並べながら、食べながらスタッフの声かけ。続けてみる。一つのおかずを2～3ケの食器、皿に分けて10皿くらいごはんの回りに配置してみる。	
	好きな物を調べておき、おかわりができるようにする	
	となりに職員がすわり一緒にたべてみる	
	食事中は特別食とせず同じようにする	
	並べ方等に気をつける	
	物により取るのであれば、その皿を手の届かない所に置いてみる	
	皿をふやす（1皿を3皿に）。隣にとってもいいおぜんをおいておく。	
	テーブル毎に大皿に入れ、とりわける	
	トラブルの原因になるため、ゆとりのある座席の確保する。座席のレイアウトの変更する。	
	食事内容の不満等については栄養士と相談の上、対応していく。食事内容に差が生じている理由を理解していただく（くり返し、話し合いをしていく）	
	「あなたの母、又は息子さんが作ってくれた食事はこれですよ。美味しそうでしょう」と勧める。周りの人と席を離す。	
	食形態、食器の見直し。嗜好に合わせてメニューに取り入れる。	
	席替えをし、スタッフが常にいる席で召し上がっていただく。周りの入所者へも「隣の分がおいしそうに見えるから手を伸ばす」ことを伝える。 手を伸ばしたら、本人の分はそっちだよ、皆同じものを食べているんだよと教えてあげてほしいと話す。	
	自分の物と他人の物を区別させる（認識させる）。繰り返すことが大切。一人分として区切ってみる。	
	本人の嗜好を調査する	
	隣の利用者と同じ食事形態、メニューになるようなテーブルに座っていただく	
嗜好・習慣との不一致：食事の形態	隣の人をしっかりとした方にし、見守りをしてもらう。職員による見守り。	表情の観察
	大皿から皆にとりわける動作から行ってみる。大皿から皆にとりわける動作を自らやっていただく。	場面時間の認知力
	本人の手が伸びる所に食事をつまめるようセッティングする。食事場所の見直し（隣にスタッフが座る等）。	礼儀、作法の理解、周知度
	生活歴を知り、合った形態にする（オードブル様式とか）。食事が終わった事を説明し、口腔ケアに誘う。	本当に食べたいもの
	目の前に大皿に果物を入れて置いて、安心感を持ってもらう（いつでも食べれるんだ・・・）。大皿に何を入れるか？色々なもので試してみよう。	隣の人が入れ替わっても食べるのか
	時々はバイキングで食事をしてみる	朝・昼・夕食それぞれの様子
	ここでは1人分ずつお膳に用意されていることを伝える。向かいの席を無人とし、本人の食事を半分に分けて、半分は本人へ、半分は向かいの席に配膳してみる。	どんなおかずが多いのか
		以前の生活の様子、習慣
		メンタル面
満腹感：満腹感 （次のページに続く）	みそ汁をうすくしてもう1杯食してもらい、多少なりの満腹感へとつなげる。他の食べ物をさりげなく勧めてみたり、空の食器を見てもらう。	一日の摂取量（食事、水分、間食）等
	捕食、水分補給等を増やして対応	以前の食事の状況（人数、食事内容など）
	食事摂取状況観察	食動作の特徴
	職員が話しかけ、ゆっくりと食事をするよう促す。ご飯のみ大盛にするなど食事の量を増やす。	徘徊などによる運動量の消費、一日の運動量、体重の増減
	食事をゆっくり、良く咀嚼する。10時、3時のおやつを少しボリウムアップする（駄菓子、おにぎり等）。	満腹中枢の機能低下や認知障害の有無

表 6-4　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
満腹感：満腹感 (前のページの続き)	空腹の緩和に何回にも分けて食べる(5回食)	糖尿病などの既往症、現病。食事制限、塩分制限の状況など
	食札を明確にし、配膳を優先する。表情、ちょっとしたしぐさを早く感じ、さりげなき方向転換できる様にする。	利用前の食事時間、量、間食の有無
	捕食の選択(満腹維持につながる食品選択　パン、ムスビ、イモ類等)。捕食、分食による満腹感の持続維持。動作がすばやい為、食器がとるなど危険性がある。	CTスキャン等による脳内分析
	栄養補給のバランス調整	食事と食事の間の時間
	低カロリーで満腹感が得られる料理、調理方法を検討する。1日の食事摂取総カロリーのもと、間食などの時間を食前に持ってきて、空腹な状態を作らない	体重、身長
	一番初めに配膳してみる。食べる早さが同じ位の利用者と並んでもらう。	
	食事量が適切か確認し、ゆっくり食べることができるようスプーンを小さくするなど工夫する	
	理由を説明し、納得してもらう(それにより、他者の物に手を出さないようにしてもらう)。他者との食事席の距離を遠ざける(隔離)。	
	食べたいだけ食べさせていいかの検討を行う。また、満腹感のある食事等栄養士へ相談する。	
	食器に少量づつつぎ、隣の人のを食べようとしたら「お代わり」と言って次のを出す。食べたらお代わりしてもらうように勧める	
	医療スタッフと連携して医学的なケアをする。声かけ、介助により、自分の食事を認知してもらう。	
	利用者の食事が終れば、誘導し、その場を離れ他者や職員と交流を図る。小分けにし、1回の食事を2～3回に分けて出す。	
	病院受診	
	少しずつ食事量をへらし、運動を行う	
	甘い物を先に食べたりして、満腹感がえられるようにする	
	「おかわりが欲しかったら、これ食べたらまたついであげるから」と声かけする。ごはんがなくなったのを見計らいおかわりをしてくる。	
	本人用に少しづつ盛し、おかわりをしていただく様にする	
	カロリーの少ない捕食等用意し、食事が終了したらそれを食べてもらったりする	
	食事量を増やす。食事を数回に分けて出す。	
満腹感：食欲	食事量を増やす。スタッフと会話しながら食べる。	糖尿病などの有無
	1/2食を2つ用意し、1つを食べ終えたところで本人に聞き、もう1つ(1/2)を提供してみる。食事量の工夫(適切な量であるか)1/2食を時間をおき2回にして提供してみる。	食べる速さ
	席の工夫。食間に何か食べてもらう。	歯ごたえのある食形態であるかどうか
	職員の対応。Drとの相談。	昔からのクセなど
	食事量は適当かチェックする。少ない場合は害の無い物を提供し、満足のいく量にする。食事が終わった事を説明し、口腔ケアに誘う。	生活歴
	食前にコップ1枚の飲み物やカロリーオーバーにならないようなゼリー類など用意しておく	本人の必要なカロリー
	様々な会話、活動の提供にて他に集中できるものを引き出す	体重等の増減
	量的に工夫。となりの席を少しズラしてみる。	メンタル面
	栄養士とも相談し、小鉢の量をふやす(全て小盛で今までと全体量は同じ)。席替えをし、スタッフが常にいる席で召し上がっていただく。	
	食べ始めをずらして他者とペースをあわせる	
認知力低下：座席、配膳の場所 (次のページに続く)	テーブルの位置等検討し、隣の人との距離をおく。常に誰かが側で見守り、声掛けを行う。	メンタル面
	ゆったりとしたスペースで提供	家でも同じようなことがあったか、家での配膳方法、テーブル、食事の人数。
	席を離してみる	食事以外の時の隣人との関係
	手の届く範囲に他利用者を座らせない。隣と空間を空けて、本人の食品を手元に寄せる。本人と隣りの利用者の間にスタッフが座わり見守る。	食器による差(大きさ)
	分かりやすいように食器の色を変える	家庭での品数、盛り付け
	食器と食器の間隔を狭くする	
	お盆を使う	
	個人用に同じ色の食器にする	
	本人の食事はどれかを説明を行い、理解して頂く。席に間隔をおく。	
	若しくは、一人用のテーブルにて食事をして頂く	
	自分の目の前のより、他の人の分が気になるので、さりげなく話しながら対応	
	ひとりずつわかるようにお膳にのせていく。スタッフがなにげなくとなりに座り、一緒に食べながら対応していく。	
	声かけ。何げなく花瓶にお花を生けて置いたり。	
	その方の食事と隣の方の食事を少し離し、手が延びるようだとそっと自分の食事を側に置く。自尊心を傷つけず、その方や隣の方にも気配り、フォローする対応や声かけをする。隣の方と少し席を離れて配膳し、召し上がって頂くよう努める。	

表 6-5　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：座席、配膳の場所 (前のページの続き)	席替えをし、スタッフが常にいる席で召し上がっていただく。本人用のテーブルを用意し、そちらで食べていただく。	
	周りの入所者へも「隣の分がおいしそうに見えるから手を伸ばす」ことを伝える。 手を伸ばしたら、本人の分はそっちだよ、皆同じものを食べているんだよと教えてあげてほしいと話す	
	本人の分は“これとこれ”ですよと伝えて本人の納得を得る。1人分をトレイにのせる。他の入居者も同じようにする(ランチョンマットも)。	
	隣はスタッフが座る	
	メニューを一つ一つ説明して、一人前の食事が本人の食事であると説明する。こじんまりと本人の目の前に本人の食事だけを置き、横の人の食事は少しスペースを空けて置くようにする。	
	一緒に食べることの楽しさを伝える	
認知力低下：自他の区別 (次のページに続く)	主のお膳の説明を行い、声掛け、見守りしながら食べて頂く。けんかにならない様な相手と食事をして頂く。	精神状態
	他者との距離を考えた席の配置	自宅ではどのような状況の時にこのような行動をしていたのか、始まった時期
	これはお隣の方のですとことばで知らせ、間に入りながらさりげなく手の届かない所へ動かす。ほしい状況なので、予備食や補食をすすめる。坐る位置の工夫。間にCWが入り、一緒に食べる場面を配慮する(楽しく、ゆっくりと)	(食事の時だけなのか)普段のその人との関係
	間に職員が入り、他人との区別を状況的に理解してもらい、けんかにならないよう配慮する。自宅で使用していた食器を持参していただき、自分の食器である事を認識出来るか確認してみる。	食事量
	隣りの人との間に介護者が入り、一緒に食べる。個別性のある食器を使ってみる。	満足してもらえる代替(食物)
	区別がつくような配置、ランチョンマット等の使用。けんかにならないよう隣にスタッフに座ってもらう。	自宅で使用していた茶碗等
	目印となるものとして普使用されたものを使って見る	育った環境、生活歴など
	テーブルのスペースを(隣りの人との間隔)広く、ゆとりをとって行動観察する。更にテーブルの位置などを検討し、環境を工夫する。	他の生活場面での判断力などの状態
	けんかにならないよう職員が間に座る	生活状況
	他者を離して手が届かない距離にする。職員が必ず側に付き添う。	満腹中枢の機能低下や認知障害の有無
	本人の目の前になるのが自分の食事であることを説明し摂取を促す。本人が食べ終わるまで職員が付いている。	視覚障害の有無
	食事の配膳も順番を考えたり、食事の場所の工夫をする	食べてしまうときの状況、状態
	介助者がそばで見守り、けんかにならないよう支援する。隣の人を人選し、気分を害さず楽しく食事ができるよう関係を調整する。	食べている物(好きなものか)
	隣の人との間隔を少し離す	毎回そうなのか
	区別がわかりやすい配膳の工夫をする(トレー、マット)。視覚に入るよう更に工夫。	他の利用者や職員との関係
	都度の声掛け	表情の観察
	見守り助言。済んだ食器を下げたり、常にやんわりと助言必要。	食べる速さ
	お盆など利用し、区別をはっきりさせる	歯ごたえのある食形態であるかどうか
	食事中のけんかが発生しない様スタッフが間に入るとか、お膳の位置をはなす等セッティングの工夫をしてみる。ゆっくり食べる人、早くすませる人をテーブル毎に分ける。	昔からのクセなど
	他人の食事に手を出さない様座席を考える	認知症の進行程度
	側に座り一緒に食事をしながら常に見守り声かけをする。隣の方の食事に手を伸ばしても届かない位の位置へ移動する。	在宅での食習慣
	食器や道具、お膳などを、他利用者の物と区別できるように、本人のものの形や色などを独自の物に変える。手を伸ばしても隣席の利用者の食事に届かないような位置取りをして座ってもらう。	嗜好
	テーブル配置を変更し、個人用のテーブルで食事をしてもらう	うまくいった方法(他の職員に聞いてみる)
	自宅から使いなれた食器を持参してもらうなど、以前の生活に近い状況の設定を行う。情報の持ち寄りから状況を分析し、何か新しい対応策を生み出す	隣の人の食事に手を伸ばす時に、隣の人、手を伸ばすもの、時、状況
	本人の気に入る食器やランチョンマットなどを使用して、「自分の分」と言う興味を持ってもらう	複数で食べることが望ましいのか
	「あなたのはこっちです」と教える。そばで見守る(その都度教える)。	食事以外でのトラブル
	個別にて食事して頂く	
	お膳かテーブルに名札をつける。隣の人とは相性が悪いので、席を別にする。	
	隣の人より先に配膳する	
	1/2食を2つ用意し、本人と隣の人との間に置き、食べても良い工夫をしてみる。なぜ隣の人の食事も自分のものだと感じているのかを知り、工夫していく	
	自己、他者の～少し空間設定をしてみる。空間のみならず、食器も自己のもの、他者のものと違えてみる。自分のものを購入しに行く所から行ってみて、自己のものという認識を深める関わりづくりを発展してみる。	
	席の位置(隣の人との間に職員を配置)。食事の時間を変えてみる。	
	食器を変えて区別しやすくしてみる。席を離してみる。	
	再度カンファレンスし、他の原因を再検討	

表 6-7　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：自他の区別 (前のページの続き)	片側だけに手を伸ばすなら、席を端に変わってもらう　例＞右の膳をとるならテーブルの一番右の席にしてみる等。食卓に花や飾りなどを置いて、何げなくしきりを作ってみる	
	慣じみの器等を使用してみる。側で最後まで介助を行う(手を伸ばしたところに本人の食事をもってゆくとか、出来る事はしていただく)。	
	隣の席と離す。隣りとの間に木や花を置く、環境整備。テーブルの位置を変えてみる。	
	間に介助者がすわる	
	他者の食事に手が届かないような席の配置にする。さみしいけど周囲にあまり他者のいないような環境・・・にする	
	本人の食事トレー(あれば)に名前をかく、かいたものをはっておく	
	「あなたの食事はこれですよ」という声かけの実施	
	一人の空間を広くとり、区別しやすくする。職員の間に入り、防止する。	
	オーバーテーブルを使用したり、席を工夫し、他の人の食事に届かない様にする	
	理由を説明し、納得してもらう(それにより、他者の物に手を出さないようにしてもらう)。他者との食事席の距離を遠ざける(隔離)。	
	本人の物とわかるように食器をかえてみたり、色をかえたりして特別にしてみる	
	側で見守りをする	
	食札など自他の区別がつくようにしておく。座る位置、動線の変更。	
	トラブル時の対処法の統一化	
	その都度他人の物と言う事を説明して、決しておこらない。食事場所を変えてみる。手のとどかない場所で食べて頂く。	
	食べられた隣の人へのフォロー職員より謝る。または必ず職員が付き添える場所で食べて頂く。	
	お盆を使用し、はっきり区別できるようにする。お盆に並べた時点で本人に食席まで運んでもらい、様子をみてみる。	
	ご自宅で使っておられた食器を使用してみる。副菜をさらに何分割かに分け、皿の数を多くしてみる。	
	スタッフと二人の席での食事をしてみる(周りに人がいると気が散っているのではないか)。席の変更、他入居者と席を離してみる。	
	向い側にての届くような面式で食事をしないよう配慮する。見守とやさしい声かけで自分の物を認識して頂く。	
	隣席との間隔を十分にとる	
	日常生活でも区別ができるのか把握。	
	隣の人の距離をとり配膳をする	
	職員の席を間に設け、さりげなく器の移動をしたり、本人の手を出しやすい所に置く。左右どちらの人の食事を食べるのかを知り、席を変えてみる。	
	職員が中にさりげなく位置(食器)をかえてみる。食器の位置、本人の席などを工夫。時間等を少しずらす。	
	NS、医師報告、指示に従いサポートケアしていく。	
	食事と食事の間に間水、おやつを取り入れ、空腹感を満たしていただく	
	水分の多い食事(汁、スープ等)にトロミ食を使い、満腹感を味わっていただく	
	本人の尊厳を第一に考えた上でスタッフと本人だけで食事をして、状況を記録してみる→モニタリング→カンファレンスケア内容の方向性の決定。さらに記録したことを続けてみる。記録→分析→カンファレンス→ケア内容を行う	
	トレーを用意して、その上に乗せて食事を出すなどして区別をつける。自分の食器を用いて、それを使用する。	
	声かけ説明し、自分の食事に意識が向くよう働きかける。隣の人の食事と区別がつくような工夫をする。トレイにセッティング、ランチョンマットの使用	
	本人が使い慣れている食器を使用し、自分の物だと認識してもらう。	
	食事の席の見直し	
	スタッフが一緒に食べながら未然に防ぐ。食卓を一緒に囲むがある程度の距離を置く。	
	ランチョンマットなど使用。一人一人の食事の領域がわかるようにする。隣の人との位置を離す。ケアの統一。	
	配膳の工夫(隣の方と一緒に)。介護者が間に座り、話題提供などをする。	
	同じテーブルで食事する方をだいたい同じペースで食事する方に変更する	
	お膳(お盆の上)に名札をおく。他の人の物に手が届かない所まで席をはなす。	
	食事をする環境を整え、隣の人との間隔を開ける	
	攻撃的な人の隣にしない	
	職員が間に入る	
	配席の工夫や隣の人のお膳の位置を離す。配膳、盛りつけの工夫(今まで使用していた本人のなじみの食器を使ってみる)。	
	一番最初にその方に配膳を行う	

表 6-8　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
認知力低下：自他の区別 （前のページの続き）	又、個別テーブルで食べていただく	
	隣りの人との間を手が届かない程度開ける	
	食器をお盆にのせ、区別しやすいようにする。隣の席と少し離す。	
	お膳→弁当箱のようなワンプレートのものに変えてみる	
	常に介助者のいるテーブルで手が伸びそうになった時、ご自分のではないことを説明する	
	他の方と少し距離をおいてみる。ご自分の食事に着目できるよう声かけを行う。	
	食事を1人前づつお盆にする等して、自分の食事という認識をしやすくする。副食のつぎ分け等を一緒に行うことで、一人一人の食事の量の認識がしやすいようにしていく。	
認知力低下：記憶力の低下	座席の検討。食事を小分けにしてゆっくり食べて頂く。	周囲との対人関係
	職員必ず側で付き添い見守り。本人用の昔使用していたなじみの食器等を使用し工別する。	食に対する執着心の訴えの有無
	本人用の食事を用意している事を伝える	食後の本人の様子。食事した事、メニュー等を覚えているか。
	食事が終わっても、お膳などはすぐに下げずテーブルの上に置き、周りの利用者が終わってから一緒に下げるようにする。食後は、居間など別の場所で過ごしてもらうようにする。	本人のできること、得意とすること、かつてやっていたこと、など
	食後の日課（役割、午睡など）を設け、一連の流れとして食後の本人の関心をそちらに向けてもらうようにする	隣席の人は黙って取られてしまうのか、怒るのか、怒ると本人は手を出さないのか
	ご本人と隣の方の食事を同時に配り、ご本人にゆっくり食べていただくよう常にうながす。オーバーテーブルなどを使い、テーブルから少しはなれていただく	食事制限の有無
	時間をずらして対応してみる	食事の形態
	本人の気持の安定をはかりつつ食事安定の為の対応をする。食事量、環境、声かけ	認知低下防止について
	配膳、下膳の考慮。席順の考慮。	早喰い、大喰い
	席の並びを工夫する。端、隣りに職員、距離	るいそう、肥満の状態
	声掛け	排泄状況
	なるべく注意のいく物を配置し、意欲を促す。隣の席の人物にも気を付けてしっかり助言してくれる人を配置す。	徘徊の有無とその特徴（エリア）
	皿数を増やす（小分けにする）	落ちつき度
	食卓の位置、間をあける	異食の有無
	一人で静かな環境で摂食	特技、好きなこと
	食直後、その場から早く離れるよう促し、他の場所で気分転換を図るアプローチ（好きな音楽をかける、本を読む）	
	生活の中に食事をすると言う認識を持てるような声かけや生活行為を持つ。情報の持ち寄りから状況を分析し、何か新しい対応策を生み出す。	
	スタッフも同席し、必要に応じて声がけ、トラブル回避に努める	
	本人の欲求を確認し対応する→その後食事を促す	
生活全体への不安：人間関係	人間関係を把握し、それが原因の場合には席を他の組み合わせに交換する。個人用のテーブルを使って食事をしてもらう。	他の利用者との人間関係
	席を仲の良い利用者の隣にしてみる。職員もその席に座り一緒に楽しい話し等しながら食事をしてみる（ふんいき作り）。	好む話
	となりの方との距離を保つ。隣人を職員にして行動観察、最後まで御本人の気のすむように行動してもらう。	日常のストレス
	となりの方をかえてみる	入所までの生活歴
	隣の席の人をかえてみる。本人より強そうな人や仲の良い人に。	入居前の他者とのかかわり
	行動をできるだけ抑制せず、無理じいしない声かけをする	本人が相手をどう認識しているか
	職員と会話を交えながら食事を一緒に摂ってみる	入居生活への不満の有無
	行動、表情、仕草をみきわめる。関わる時間を長く持ち、いつでも側にスタッフが居ることで安心して頂く。	食事形態
	なじみの関係をつくり、安心できる環境づくり、声かけをする	
	席を変える。職員が隣でさりげなく他の人のを食べないよう見守る（対応する）	
	テーブル配置をかえる。一人で食べても落ち着く環境をつくる。	
	相性の観察	
	テーブルに座る位置の検討	
	ひとりで集中して食べれる環境の工夫など	

表 6-9　事例 3　課題：隣の人の食事に手を伸ばして食べてしまうために、けんかになることが多い。

(1)理由や原因として考えられること	(2)(3)それに対する介護・対応	(4)確認を必要とする情報
生活全体への不安:環境変化	体幹の傾きに対してはクッションや体変用枕等を活用し、対応する	満足しているかどうかの確認
	スタッフが食事を共にする。イライラの原因の見極め。	ストレスの有無
	常にトラブルにならないようスタッフが側について声かけ、見守りを行う。お弁当風にしたり、色彩等の工夫。	不調、不快、痛みの有無
生活全体への不安:精神的なもの	なじみの場所や空間となじみの人間関係づくりをする	生活歴における食事場面の習慣や癖などの確認
	孤独や疎外感を感じていないか、また起因する出来事などがないか状況を把握し、本人の話を傾聴し安心感をもってもらうような関わりを行なう。同じような経歴や悩みを持っている利用者との間に関係づくりを考える。	本人の生活歴(若い頃の職業、役柄、趣味)や時代背景など
	原因の把握につとめ、叱ったり、説得しない。家族との交流(面会、外出)。	
	目線を下げ(利用者様より)、敬う気持ちを常に持ち、不満や心配事がないか話し合いを持つ。継続して声かけ、傾聴する事を心掛け、介護にあたる。	
	継続していく事で信頼関係を築き、表情などで察する事が出来るようになれるよう介護してゆく。相手の気持ちを理解するよう努めていく。	

【結論】

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

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

【 引　用　文　献 】

1 ）Fleming, R., Bowles, J., Todd, S., Kramer, T., and the staff of Sinclair Home : Model Care Plans for Carers of People with Dementia, 1996（内藤佳津雄・今井幸充訳：痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプラン．ワールドプランニング，2004）

2 ）高齢者介護研究会： 2015 年の高齢者介護，2003

3 ）溝口理一郎：エキスパートシステム I 入門．朝倉書店，1993

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 2

― 認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究 ―

認知症介護研究・研修仙台センター
阿 部 哲 也　　加 藤 伸 司　　吉 川 悠 貴
矢 吹 知 之　　松 村 砂 織

Ⅰ．目的

介護保険制度は創設以来、その理念を要介護者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することとし、2004年 6 月に報告された高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」[5] においても、認知症ケアは生活そのものをケアとして組み立てることを基本とし、身体機能や低下していない認知機能を生活の中で活用することが、認知症高齢者の不安を軽減し、安定した生活を可能にすると述べている。今後の認知症ケアは、高齢者の有する能力に応じ、生活の中で主体的に能力を発揮できるような活動の機会を適正に提供できることが重要であると考えられる。

2001年に WHO より提唱された国際生活機能分類（ICF）[17] によれば、生活機能とは心身機能・心身構造・活動・参加の全てを内包した包括的な概念であり、活動という要素が生活機能を円滑にするための重要な一要素であることを示している。活動という概念はとても広く、アクティビティ、作業、行為、動作などの用語と同義で使用される場合も多い。ICF [17] では activity を活動とし課題や行為の個人における遂行であると定義している。是枝ら [5] は特別養護老人ホームにおける高齢者の創作活動について、生活の中で高齢者が主体的に楽しみを見いだすその人らしい生きがい活動をアクティビティと名づけている。認知症高齢者へのアクティビティの効果に関する研究についても近年様々な観点から行われており、例えば六角 [16] はアクティビティを認知症高齢者の自己実現欲求の達成を助けながら、QOL を高めるための日常的・非日常的な援助の全てであり、行為のみならず感覚に関する一切の行為を含むものとして捉え、日常生活機能の改善や社会的交流能力、生活意欲向上への有効性を検証し効果を確認している。沖田ら [13] は、アクティビティの効果を認知症高齢者の生活安定や社会性の向上として捉え、アクティビティプログラムの効果的な介入モデルを示している。林田ら [3] は、認知症高齢者が自分自身で生活している実感をもってもらうように、職員が生活パートナーとして支援する生活療法的ケアを調理活動において実施し、笑顔、落ち着き、応答の増加や自発的な発現、行動の増加を確認している。以上のようにアクティビティが認知症高齢者や生活に対し、生活障害の改善、行動や症状の緩和、生活の安定化、社会性の向上などの有効性を示す研究は数く報告されてきている。しかし、アクティビティや活動、作業、行為などといった概念は研究者によって捉え方が異なり、本研究においても再度、整理をする必要があるだろう。村木ら [8] は認知症高齢者に対する作業療法において「作業」の分類を、生きるための「身辺活動」、社会的に必要な義務作業である「仕事」、自由な時間における作業である「余暇活動」として 3 つに大別し、これらの実践を通して 1 人の人間の自律を目標とするのが作業療法の広義の意味であると述べている。本研究で取り扱う「活動」

は高齢者が生活上実施している行為、作業の全てを含み、村木ら[8]の分類を参考に、生活の基本的な要素である身辺活動と身の回りの生活管理に必要な生活義務活動、生活を楽しみ、潤いをもたらすための余暇活動に分類し捉えることとする。

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

Ⅱ．方法

Ⅱ－1　調査方法及び対象者

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

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

Ⅱ－2　調査期間

平成18年2月～3月

Ⅱ－3　調査内容

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

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

(1)　施設概要項目（開設期間、施設型、常勤職員人数）

(2)　事例属性（年齢、性別、要介護度、認知症種類、入居期間、認知症以外の疾患名、機能障害の有無）

(3)　選択事例に関するBPSD頻度（入居時に見られた行動と頻度、現在に見られる行動と頻度）

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

(4)　選択事例に関する継続活動

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

Ⅱ－4　分析方法

(1)　活動分類

調査によって回答された活動は生活上全ての行為・活動を含むため、上田・大塚・鈴木

ら[18]の作業療法分類及び、村木ら[8]による作業分類を参考に以下のように分類した。

表 1　生活中における活動の分類

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

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

(2)　BPSD 分類

本研究における入居時及び現在にみられる行動の特徴については、行動の種類が多数で度数にばらつきがあることが予測されるため、国際老年精神医学会における BPSD 分類[1]を参考に認知症高齢者にみられる行動の特徴を「妄想」「幻覚」「抑うつ」「無気力」「誤認」「不安」などの心理症状、「睡眠覚醒障害」「徘徊」「焦燥」「不穏」「身体攻撃性」「言語的攻撃性」「社会的な不適切行動」「無目的行動」「悲哀」「喚声」「繰り返し」「依存」「拒否」などの行動症状に分類した。

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

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

(3)　分析内容

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

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

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

III．結果

IIIー１　対象者概要

IIIー１－１　対象施設概要

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

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

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

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

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

IIIー１－２　対象事例属性

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

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

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

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

認知症の種類別割合については有効回答者数380名中、アルツハイマー型認知症が198名（52.1%）、脳血管疾患型が90名（23.7%）、前頭側頭型が5名（1.3%）、混合型が24名（6.3%）、

不明が62名（16.3%）であり、アルツハイマー型認知症が半数以上を占め、不明が16.3%と意外に多い結果となっている。

認知症以外の疾患有無の割合については有効回答者数387名中、無しが152名（39.3%）、有りが235名（60.7%）であり半数以上が認知症以外の疾患を併発している。

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

III－ 2　グループホームにおける認知症高齢者の活動実施状況

III－ 2 － 1　活動の種類と割合

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

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

III－ 2 － 1 － 1　生活関連活動の実施状況（図 1 参照）

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

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

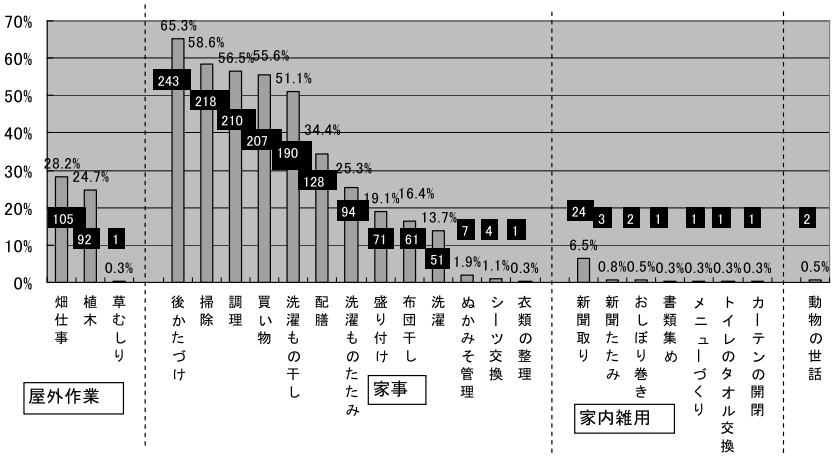


図 1　生活活動の実施割合（N ＝372）

III－２－１－２　余暇活動の実施状況（図２参照）

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

調査対象者372名における余暇活動の実施数と割合については、最も実施割合が高いのは外出活動における散歩（74.5%）であり次いで運動活動における体操（66.7%）、音楽活動におけるカラオケ（36.8%）、外出活動における旅行（14.5%）、ドライブ（４%）、趣味活動における裁縫（3.8%）であった。全体的に余暇活動は活動種類が多く、多種多様な活動が実施されている傾向が明らかとなった。認知症高齢者の特技や特性を考慮した個別的な活動が実施されていることが特徴的でありグループホームの個別ケアの特性が表れた結果となっている。しかし、多種多様な余暇活動の中でも散歩、体操、カラオケの実施割合は顕著に高く老人ホームで従前より実施されてきた体操やカラオケはグループホームにおいても実施率が高いことが明かとなっている。散歩の実施率の高さについては地域との関係を重視しているグループホームに特徴的な結果とも考えられるし、逆に施設内の面積が広くないために屋外での活動が生活における活動として大きい割合を示している。

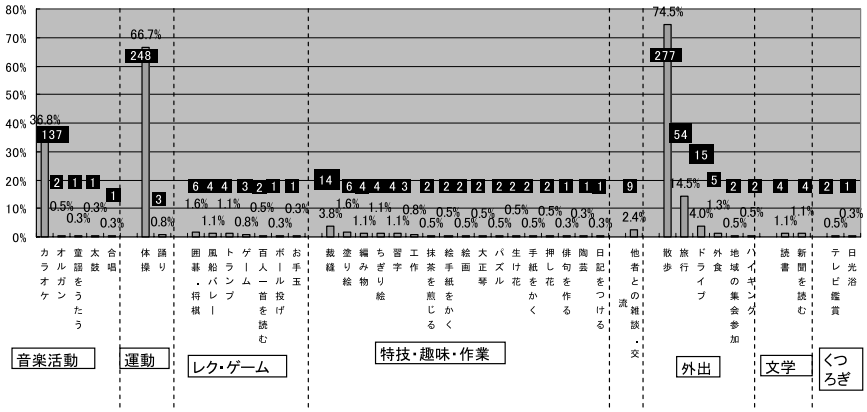


図２　余暇活動の実施割合（N ＝372）

III－２－１－３　その他の活動実施状況（図３参照）

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

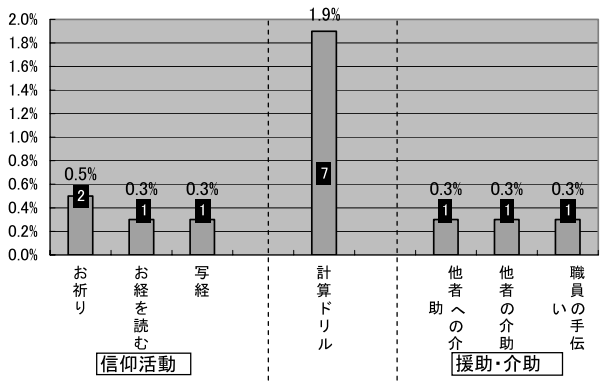


図３　その他の活動実施割合（N ＝372）

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

III－２－１－４　分類後の活動実施状況

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

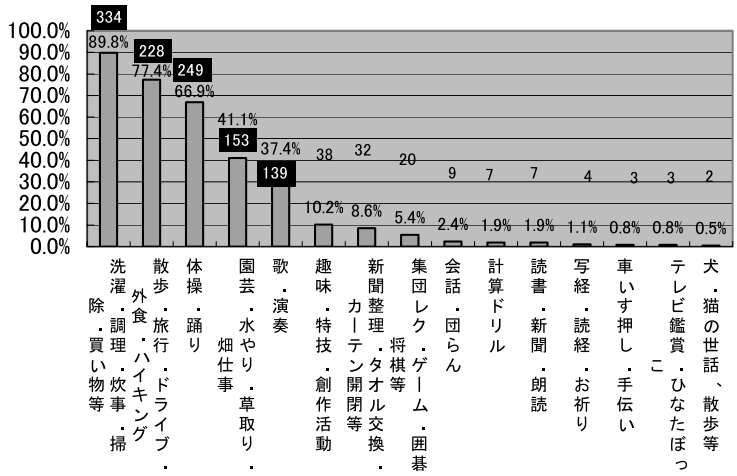


図 4　実施している活動の割合（N ＝372）

最も実施割合が高いのは家事関連活動（89.8%）、次いで外出活動（77.4%）、運動活動（66.9%）、屋外作業活動（41.4%）、音楽関連活動（37.4%）、趣味活動（10.2%）、屋内家事雑用（8.6%）、集団レク（5.4%）、交流・雑談（2.4%）、計算ドリルなど訓練プログラム（1.9%）、読書などの文学活動（1.9%）、お祈りなどの信仰活動（1.1%）、他者の車椅子押し、職員の手伝いなどの介助活動（0.8%）、テレビ鑑賞などのくつろぎ（0.8%）、動物の世話（0.5%）であった。全体的な傾向としては趣味活動や余暇活動、レクリエーションなどよりも、家事活動や散歩、園芸など生活に必要な義務活動が多くグループホームに特徴的な傾向が示された。逆に体操やカラオケなども実施割合が高く、生活活動の実施率の高さとともに運動やカラオケといった従来より老人ホームなどで行われてきた活動も継続して実施されていることが明かとなった。

III－２－２　グループホームにおける活動あたりの平均所要時間

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

全体の活動の中で最も 1 回あたりの平均活動時間が長いのは旅行（360.00分）であり、次いでハイキング（210.00分）、テレビ鑑賞（180.00分）、雑談（133.33分）、外食（130.00分）、陶芸（120.00分）である。最も平均活動時間が短いのは新聞の取り込み（5.00分）、次いでぬ

かみその管理（10.00分）、植木の水やり（12.14分）、体操（14.18分）、食事の後かたづけ（14.67分）であった。

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

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

表２　全活動の平均所要時間（単位：分）　　＊欠損値は除く、黒塗りは度数が１の場合

分類		活動	平均活動時間（分）	標準偏差	最短時間	最長時間	実施者数
生活義務活動	屋外作業	畑仕事	34.30	44.04	3	340	71
		植木	12.14	8.34	3	30	65
	家事	買い物	46.42	25.48	10	150	159
		シーツ交換	37.50	31.82	15	60	2
		調理	28.68	24.52	3	240	178
		布団干し	25.84	52.34	5	300	44
		洗濯	19.76	14.97	1	60	38
		盛り付け	17.77	18.31	1	120	56
		洗濯ものたたみ	16.72	10.77	3	60	79
		掃除	16.30	12.39	2	90	169
		配膳	16.25	33.51	1	330	97
		洗濯もの干し	16.09	10.13	1	60	158
		後かたづけ	14.67	10.49	1	60	170
		ぬかみそ管理	10.00	3.54	5	15	5
	屋内雑用	新聞たたみ	30.00		30	30	1
		書類集め	20.00		20	20	1
		新聞取り	5.00	2.65	1	10	13
	生活義務活動全体		21.61	10.75	1	340	
余暇活動	音楽活動	童謡	60.00		60	60	1
		カラオケ	35.71	22.02	5	120	92
		合唱	30.00		30	30	1
		オルガン演奏	15.00		15	15	1
	運動	踊り	32.50	24.75	15	50	2
		体操	14.18	9.81	1	60	197
	レクリエーション	ボール投げ	60.00		60	60	1
		お手玉	60.00		60	60	1
		囲碁・将棋	40.00	28.28	20	60	2
		風船バレー	32.50	38.89	5	60	2
		トランプ	30.00		30	30	1
	趣味・作業	陶芸	120.00		120	120	1
		裁縫	84.00	91.00	30	240	5
		俳句	60.00		60	60	1
		パズル	60.00		60	60	1
		押し花	60.00		60	60	1
		習字	60.00	51.96	30	120	3
		編み物	52.50	28.72	30	90	4
		ちぎり絵	50.00	17.32	30	60	3
		絵画	47.50	17.68	35	60	2
		生け花	37.50	31.82	15	60	2
		工作	31.67	2.89	30	35	3
		大正琴	30.00		30	30	1
		塗り絵	30.00		30	30	1
		抹茶を煎じる	25.00		25	25	1
	雑談	雑談	133.33	196.30	20	360	3
	外出	旅行	360.00	143.43	120	600	8
		ハイキング	210.00	42.43	180	240	2
		外食	130.00	147.99	30	300	3
		ドライブ	73.50	46.07	30	180	10
		散歩	24.54	12.40	3	60	211
		地域集会への参加	20.00		20	20	1
	文学	新聞読み	78.33	88.08	25	180	3
		読書	27.50	3.54	25	30	2
	くつろぎ	テレビ鑑賞	180.00		180	180	1
		日光浴	60.00		60	60	1
	余暇活動全体		68.20	66.86	1	600	
その他	計算訓練	計算ドリル	27.50	3.54	25	30	2
	介助	介助・作業補助	30.00		30	30	1

III－２－３　グループホームにおける活動あたりの平均活動期間

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

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

活動分類別では生活義務活動中最も平均実施期間が長いのは洗濯ものたたみ（17.66 ヶ月）、

表３　全活動の平均活動時間（単位：カ月）　　＊欠損値は除く、黒塗りは実施者数が１の場合

分類		活動	平均活動期間（カ月）	標準偏差	最短期間	最長期間	実施者数
生活義務活動	屋外作業	畑仕事	15.31	11.69	2	60	48
		植木の水やり	14.44	12.10	3	60	54
	家事	洗濯ものたたみ	17.66	14.27	1	78	62
		後かたづけ	16.64	17.95	1	131	133
		調理	16.12	15.31	0.1	131	122
		掃除	15.48	15.92	0.6	131	126
		配膳	15.29	12.95	0.2	60	73
		洗濯もの干し	14.60	11.89	0.1	78	114
		買い物	14.59	16.29	0.1	131	112
		盛り付け	14.54	12.07	0.2	58	47
		布団干し	14.39	14.31	0.3	60	34
		洗濯	12.62	6.34	2	36	26
		シーツ交換	12.00	0.00	12	12	2
		ぬかみそ管理	11.40	7.47	6	24	5
	屋内雑用	カーテンの開閉	36.00		36	36	1
		新聞取り入れ	10.89	7.56	1	23	9
		新聞たたみ	10.00		10	10	1
		トイレのタオル交換	2.00		2	2	1
	生活義務活動の平均活動期間		14.66	6.37	0.1	131	
余暇活動	音楽活動	合唱	131.00		131	131	1
		カラオケ	17.08	18.04	0.3	120	62
	運動	踊り	39.00		39	39	1
		体操	15.24	13.44	0.13	99	136
	レクリエーション	ゲーム	12.00		12	12	1
		囲碁・将棋	6.00		6	6	1
		トランプ	5.00		5	5	1
		風船バレー	4.00		4	4	1
	趣味・作業	絵画	30.00		30	30	1
		編み物	24.00		24	24	1
		パズル	24.00		24	24	1
		ちぎり絵	18.00	8.49	12	24	2
		裁縫	16.80	17.63	3	47	5
		工作	12.00		12	12	1
		塗り絵	12.00		12	12	1
		生け花	12.00	0.00	12	12	2
		押し花	12.00		12	12	1
		大正琴	8.00		8	8	1
		俳句	5.00		5	5	1
	雑談・交流	雑談・交流	30.00		30	30	1
	外出	ハイキング	131.00		131	131	1
		散歩	14.93	17.09	0.16	131	135
		ドライブ	14.33	6.50	6	24	6
		外食	12.00	0.00	12	12	3
		地域集会への参加	12.00		12	12	1
		旅行	8.36	9.66	0.06	36	14
	文学	読書	30.00		30	30	1
		新聞読み	30.00		30	30	1
	くつろぎ	日光浴	24.00		24	24	1
	余暇活動の平均活動期間		24.47	30.82	0.06	131	
その他	計算ドリル	計算ドリル	30.00		30	30	1

最も短いのは新聞の取り込み（10.89ヶ月）であり、実施者数１人を含むと最も長い活動はカーテンの開閉（36.00ヶ月)、最も短い活動はトイレのタオル交換（2.00ヶ月）であった。

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

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

III－３　調査対象事例における BPSD 状況

III－３－１　入居時と現在における BPSD の有無割合

国際老年精神医学会の BPSD 分類[9] 及び BehaveAD の BPSD 分類[1] を参考に、本調査における対象者の行動特徴を分類し入居時及び現在の BPSD の有無について有効回答中の割合を示したのが表４及び図５である。

入居時における BPSD 有無に関する有効回答365名中に占める BPSD 別の割合は、最も多いのが不穏症状（75.9%）であり、次いで無目的行動（69.0%)、徘徊行動（64.9%)、妄想症状（61.9%）であった。現在の BPSD 有無に関する回答者369名中に占める BPSD 別の割合は最も多いのが徘徊行動（70.2%)、次いで不穏（69.4%)、妄想症状（68.3%)、無目的行動（64.5%）であった。

BPSD 別に入居時と現在における割合を比較すると現在における BPSD の割合が多いもの

表４　入居時と現在の BPSD 種別別割合の比較

BPSD 種類	入居時(N=365)		現在(N=369)	
	人数	割合	人数	割合
妄想	226	61.9%	252	68.3%
幻覚	6	1.6%	3	0.8%
抑鬱	1	0.3%	1	0.3%
睡眠障害	7	1.9%	4	1.1%
不安	17	4.7%	12	3.3%
誤認	16	4.4%	13	3.5%
身体攻撃性	3	0.8%	3	0.8%
徘徊	237	64.9%	259	70.2%
不穏	277	75.9%	256	69.4%
社会的不適切行動	53	14.5%	33	8.9%
無目的行動	252	69.0%	238	64.5%
喚声	4	1.1%	2	0.5%
悲哀	102	27.9%	96	26.0%
言語攻撃性	8	2.2%	4	1.1%
無気力	98	26.8%	156	42.3%
繰り返し	13	3.6%	8	2.2%
依存	3	0.8%	2	0.5%
介護拒否・抵抗	8	2.2%	8	2.2%

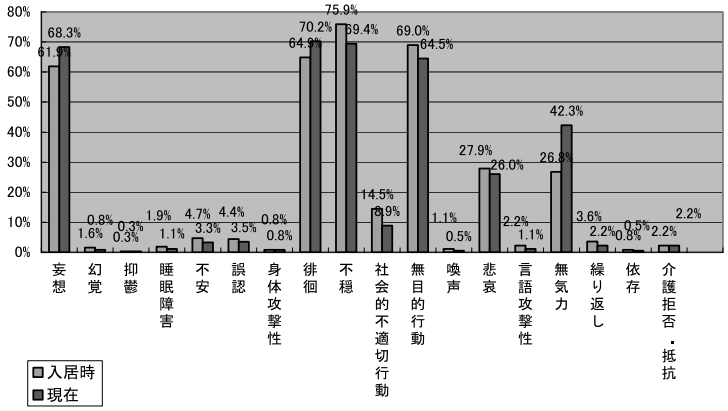


図 5　入居時（N ＝365）と現在（N ＝369）の BPSD 割合

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

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

IIIー 3 ー 2　入居時と現在における BPSD 頻度の変化割合

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

表 5 は入居時及び現在の BPSD 頻度を 6 段階で評価したものを比較し、頻度が入居時に比較して増加したものを増加群、頻度が減少したものを減少群、頻度が変わらないものを変化なし群として BPSD 別に人数と割合を示したものである。尚、変化なし群については、入居時に BPSD があった群と無かった群では変化なしの意味が異なると考えられるため、変化なし群とは別に入居時に BPSD が全く無く、現在も無い群を「無しから無し群」として分類し集計した。

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

全体的な傾向としては BPSD の症状の中での増減割合は減少、増加とも不穏、妄想、徘徊、無目的行動、不適切行動などが双方とも多く入居に伴い変化しやすい BPSD 症状であることが明かとなった。しかし BPSD 症状の中で無気力のみが頻度の増加割合が多い傾向が認めら

れ、減少割合、変化なし割合が多い傾向は認められなかった。入居の経過と無気力症状の増

表 5　BPSD 種別ごとの変化割合

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

加には何らかの関連がある事が推測される。

IIIー 4　活動別の対象者属性比較

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

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

事例属性＼活動		活動							
		音楽活動	運動	レクゲーム	趣味手芸	屋外作業	家事	家内雑用	雑談
属性	年齢	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	$t_{(374)}=-2.202$, $P=.028$	n.s	n.s
	性別	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	$\chi^2_{(1)}=5.668$, $P=.017$	n.s	n.s
	認知症種類	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	$\chi^2_{(5)}=11.584$, $P=.041$
	要介護度	n.s	n.s	n.s	n.s	$\chi^2_{(4)}=14.137$, $P=.007$	$\chi^2_{(4)}=14.137$, $P=.000$	n.s	n.s
	入居期間	n.s	n.s	n.s	n.s	$\chi^2_{(4)}=10.853$, $P=.028$	n.s	n.s	n.s
	施設型	n.s	$\chi^2_{(1)}=6.176$, $P=.013$	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	開設期間	$t_{(227.049)}=-2.686$, $P=.008$	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

事例属性＼活動		活動							
		外出	信仰	レクゲーム	計算ドリル	文学	他者への介助	くつろぎ	動物の世話
属性	年齢	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	性別	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	認知症種類	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	要介護度	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	入居期間	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	施設型	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	開設期間	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

認められた（表 6 参照）。

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

Ⅲ－４－１　施設型による比較

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

表 7　施設型と運動系活動の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

			運動		合計
			実施	未実施	
施設型	併設型	度数	95	36	131
		施設型 の ％	72.5%	27.5%	100.0%
		運動 の ％	38.6%	26.1%	34.1%
		調整済み残差	2.5*	−2.5*	
	単独型	度数	151	102	253
		施設型 の ％	59.7%	40.3%	100.0%
		運動 の ％	61.4%	73.9%	65.9%
		調整済み残差	−2.5*	2.5*	
合計		度数	246	138	384
		施設型 の ％	64.1%	35.9%	100.0%
		運動 の ％	100.0%	100.0%	100.0%

独型グループホームでの運動実施割合が有意に低い（59.7％）傾向が示された。

Ⅲ－４－２　年齢による比較

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

家事活動の実施状況による平均年齢は家事活動実施群の平均年齢が83.04歳（SD6.272）、未実施群の平均年齢が85.11歳（SD7.091）であり、家事活動実施群の方が未実施群に比較し

表 8　家事活動における平均年齢の比較

家事活動	N	平均年齢	標準偏差	平均値の標準誤差
実施	322	83.04	6.272	.350
未実施	54	85.11	7.091	.965

て年齢が低い事が明かとなった。

Ⅲ－４－３　性別による比較

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

表 9　家事活動と性別の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

家事活動と性別の割合について残差分析を実施した結果、女性における家事活動の実施割合が有意に高く（87.0%）、男性における家事活動の実施割合は有意に低い事（73.2%）が明かとなった。

III－４－４　要介護度による比較

各活動実施状況における要介護度の割合についてχ2検定を実施したところ、屋外作業活動及び家事活動の実施割合について関連性が明かとなった。

III－４－４－１　屋外作業（表10参照）

屋外作業活動と要介護度の割合について残差分析を実施した結果、要介護度Ⅰにおける屋外作業活動の実施割合が有意に高く（60.0%）、要介護度Ⅳにおける屋外作業活動の実施割合は有意に低い事（27.3%）が明かとなった。

III－４－４－２　家事活動（表11参照）

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

表10　屋外作業と要介護度の比較
（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

表11　家事活動と要介護度の比較
（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

IIIー４－５　入居期間による比較

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

屋外作業活動と入居期間別の割合について残差分析を実施した結果、入居期間３ヶ月未満における屋外作業活動の実施割合は有意に低く（18.2%）、３ヶ月から１年未満における屋外作業実施割合はやや低い（32.1%）傾向が見られた。逆に入居期間１年以上２年未満における屋外作業実施割合は有意に高い（48.4%）事が明かとなった。

表12　屋外作業と入居期間の比較
（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

IIIー４－６　開設期間による比較

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

音楽活動における実施群と未実施群における平均開設期間は音楽活動実施群が3.57年（SD2.46）、未実施群が2.91年（SD1.89）と音楽活動実施群の方が未実施群に比較して開設期

表 13　音楽活動における開設期間の比較

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

間が長い事が明かとなった。

IIIー５　BPSD の変化と活動実施状況の比較

入居時と現在の BPSD 頻度の変化割合についてグループホームで実施されている活動の実施状況割合についてχ^2検定を実施したところ、妄想の変化と外出活動、徘徊の変化と運動活動、無目的行動の変化と家事活動、無気力症状の変化と屋外作業活動、家事活動の実施割合について危険率５％未満で有意な差が認められた（表14参照）。

χ^2検定によって分布の偏りが有意に認めたれたものについて残差分析を実施し詳細な検討を行った。残差分析については標準化された調整済み残差について絶対値1.65以上1.96未満を有意傾向、1.96以上2.58未満を P<0.05、2.58 以上を P<0.01とし有意な残差とし人数の偏

りを示した。尚、クロス表内における期待度数 5 のセルが20%以上、セルの中に 1 つ以上 0

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

BPSD変化＼活動		活動						BPSD変化＼活動		活動								
		音楽活動	運動	レク・ゲーム	趣味手芸	屋外作業	家事			家内雑用	雑談	外出	信仰	計算ドリル	文学	他者への介助	くつろぎ	動物の世話
BPSDの変化	妄想	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	BPSDの変化	妄想	n.s	n.s	$\chi^2_{(3)}$=9.461, P=.024	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	幻覚	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		幻覚	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	抑鬱	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		抑鬱	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	不安	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		不安	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	睡眠障害	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		睡眠障害	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	誤認	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		誤認	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	身体攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		身体攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	徘徊	n.s	$\chi^2_{(3)}$=8.400, P=.038	n.s	n.s	n.s	n.s		徘徊	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	不穏	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		不穏	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	不適切行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		不適切行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	無目的行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	$\chi^2_{(3)}$=8.703, P=.034		無目的行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	喚声	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		喚声	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	悲哀	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		悲哀	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	言語攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		言語攻撃性	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	無気力	n.s	$\chi^2_{(3)}$=24.752, P=.000	n.s	n.s	$\chi^2_{(3)}$=10.176, P=.017	$\chi^2_{(3)}$=14.441, P=.002		無気力	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	依存	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		依存	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	拒否・抵抗	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		拒否・抵抗	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	繰り返しの訴え・行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		繰り返しの訴え・行動	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

の値を含む場合は χ^2 検定が妥当ではないものとして残差分析から除外した。

IIIー 5 ー 1　妄想の変化と活動との比較（表15参照）

外出活動（散歩、ハイキング、旅行、ドライブ、外食等）の実施群、未実施群と妄想症状の増減人数について残差分析を実施したところ、外出活動実施群における妄想症状の増加割合が有意に高く（42.4%）、未実施群における妄想症状の増加割合が有意に低い（25.7%）事

表 15　外出活動と妄想変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

が明らかとなった。

IIIー 5 － 2　徘徊の変化と活動の比較（表16参照）

運動（体操や踊り）系の活動の実施群、未実施群と徘徊症状の増減人数について残差分析を実施したところ、運動実施群において徘徊症状の増加が有意に高く（34.5%）、変化なしの人数が有意に低い事（24.1%）が明らかとなった。運動未実施群においては徘徊症状の増加人数が有意に低く（22.1%）、変化なしの人数割合が有意に高いこと（34.3%）が明らかと

表 16　運動と徘徊変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

なった。つまり、運動活動は徘徊症状の増加と有意に関連していることが示された。

IIIー 5 － 3　無目的行動と活動の比較（表17参照）

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

表 17　家事活動と無目的行動変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

			家事		合計
			実施	未実施	
無目的行動の増減	減少	度数	72	19	91
		無目的行動の増減 の %	79.1%	20.9%	100.0%
		家事 の %	21.6%	34.5%	23.5%
		調整済み残差	−2.1*	2.1*	
	変化なし	度数	104	8	112
		無目的行動の増減 の %	92.9%	7.1%	100.0%
		家事 の %	31.2%	14.5%	28.9%
		調整済み残差	2.5*	−2.5*	
	増加した	度数	66	14	80
		無目的行動の増減 の %	82.5%	17.5%	100.0%
		家事 の %	19.8%	25.5%	20.6%
		調整済み残差	−1.0	1.0	
	無しから無し	度数	91	14	105
		無目的行動の増減 の %	86.7%	13.3%	100.0%
		家事 の %	27.3%	25.5%	27.1%
		調整済み残差	.3	−.3	
合計		度数	333	55	388
		無目的行動の増減 の %	85.8%	14.2%	100.0%
		家事 の %	100.0%	100.0%	100.0%

IIIー５－４　無気力と活動の比較

IIIー５－４－１　運動と無気力の比較（表18参照）

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

表 18　運動と無気力症状変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

力症状の頻度増減は変化しない傾向が示唆された。

IIIー５－４－２　屋外作業と無気力の比較（表19参照）

屋外作業の実施群、未実施群と無気力症状の変化について残差分析を実施したところ、屋外作業の未実施群について無気力症状の増減変化なし割合が有意に高く（13.1%）、無気力症状が元々無く、現在も無い割合が低い（49.6%）傾向が示された。屋外作業実施群においては無気力症状の増減変化なし割合が有意に低く（3.9%）、無気力症状が元々無く、現在も無い割合が高い（58.25）傾向が示された。つまり、屋外作業の実施は無気力症状の増減に

表 19　屋外作業と無気力症状変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

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

ついてはあまり影響を及ぼしていないことが明らかとなった。

III－５－４－３　家事活動と無気力の比較（表20参照）

家事活動の実施群、未実施群と無気力症状の増減について残差分析を実施したところ、家事活動の実施群において無気力症状の減少（6.9%）、変化なし割合（8.4%）について有意に低い傾向が示された。家事活動未実施群における無気力症状の減少（18.2%）、変化なし割合（16.4%）については有意に高い傾向が示された。そして無気力症状が元々無くて現在も症状が無い割合について家事活動実施群における有意に高い（56.0%）事が示された。家事

表 20　家事活動と無気力症状変化の比較（†＝1.65以上、＊＝1.96以上、＊＊＝2.58以上）

			家事		合計
			実施	未実施	
無気力増減	減少	度数	23	10	33
		無気力増減 の %	69.7%	30.3%	100.0%
		家事 の %	6.9%	18.2%	8.5%
		調整済み残差	−2.8**	2.8**	
	変化なし	度数	28	9	37
		無気力増減 の %	75.7%	24.3%	100.0%
		家事 の %	8.4%	16.4%	9.5%
		調整済み残差	−1.9†	1.9†	
	増加した	度数	96	17	113
		無気力増減 の %	85.0%	15.0%	100.0%
		家事 の %	28.7%	30.9%	29.0%
		調整済み残差	−.3	.3	
	無しから無し	度数	187	19	206
		無気力増減 の %	90.8%	9.2%	100.0%
		家事 の %	56.0%	34.5%	53.0%
		調整済み残差	3.0**	−3.0**	
合計		度数	334	55	389
		無気力増減 の %	85.9%	14.1%	100.0%
		家事 の %	100.0%	100.0%	100.0%

活動実施と、無気力症状が無い高齢者に対する発現抑止の関連が明かとなった。

IV．考察

IV－１　施設・事例属性と活動の関連

IV－１－１　施設型と運動（体操や踊り）

施設型と運動の実施状況との関連は、単独型グループホームよりも併設型グループホームの方が運動系活動の実施割合が有意に高い結果となった。このことは併設型グループホームは併設している介護老人福祉施設における活動実施状況に影響されている要因が考えられる。従来より介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などでは高齢者のレクリエーション活動として集団レクリエーションや集団体操などを実施している傾向が高い事と、理学療法士による理学療法や日常生活動作訓練などが義務づけられ実施されてきた傾向があることを考え合わせれば併設型グループホームにおいてもそれらの活動が実施されている可能性が高いことが予測される。

IV－１－２　年齢と家事活動

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

らない家事活動や簡易な雑用の必要性が考えられる。

Ⅳ－１－３　性別と家事活動

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

Ⅳ－１－４　要介護度と活動の関連

Ⅳ－１－４－１　屋外作業と要介護度

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

Ⅳ－１－４－２　家事活動と要介護度

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

IVー１－５　入居期間と屋外作業

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

IVー１－６　開設期間と音楽活動

開設期間と音楽活動の実施状況については、音楽活動を実施しているグループホームの方が未実施のグループホームよりも開設期間が長いことが明らかとなった。音楽活動とはカラオケや楽器演奏などの活動であるが主な活動はカラオケであり、グループホームの開設期間の長さとカラオケの活動との関連については今回の調査データからは解釈が困難であるが、推測されるのは活動種と施設創設時期との関連が考えられる。つまり、グループホームは2000年頃より創設されはじめ2006年現在で7,000箇所を超え急増してきた施設であり、開設期間の比較的長い2000年くらいに創設されたグループホームでは、グループホームの本来的な主旨である認知症高齢者への生活活動支援という理念の浸透が遅れた事と、グループホームの主旨や理念が理解されていても具体的な活動やケアとしての方略が少なく、従来より実施されてきたレクリエーションやカラオケなどの活動プログラムが実施されてきた経緯が予測される。５年が経過する中で徐々にグループホームの理念や主旨が浸透し、高齢者の生活活動のパターンや活動支援の方略が充実したものとなり比較的新しいグループホームにおいてはカラオケなどの活動実施割合は少ないと考えられる。グループホーム創設当時はグループホーム自体が老人ホームの延長線上にあり小規模化した老人ホームという傾向も少なくなく、従前より老人ホームのプログラムでも主流だったカラオケなどを中心としたプログラムが踏襲されたままグループホームでも実施されていた可能性が予測される。そのことが開設期間の長さと音楽活動の実施状況の関係に影響しているのではないだろうか。

IVー２　BPSD の変化と活動の関連

IVー２－１　妄想頻度の増減と外出系活動

外出活動を実施している高齢者は入居時に比較して現在の妄想に関する症状頻度が増加しており、逆に外出活動を実施していない高齢者は妄想に関する症状の増加が少ない事が明らかとなった。本研究における妄想群の中でも帰宅願望（本研究では自宅を自宅ではないと思っている妄想として分類）の割合が多い事から外出活動と妄想に関する症状の増加は外出活動が原因となって妄想症状が増加しているのか、妄想症状が増加したため外出活動を実施している割合が高いのかは今後の研究課題と考えられる。帰宅願望に対する対応として散歩や

買い物、ハイキングなどの外出活動は実際に介護現場では多用されている最も一般的な対応と考えられるが、その効果としては外出によって家に帰りたいという気分や感情を逸らすような対蹠的・一時的な効果の可能性が考えられる。今回の結果によれば、外出活動の実施と妄想症状の増加が有意に関連していることから、妄想症状改善の根本的な解決方法として一時的な外出活動は妄想症状改善の活動として効果が低い事が予測される。今回の結果よりグループホームでは認知症高齢者に妄想症状が見られた場合、症状の頻度が多いほど外出活動（散歩、買い物、ドライブ等）が実施されやすい傾向にあることが明らかとなった。

一方、外出活動の未実施群について入居時に妄想症状が見られず、現在も妄想症状が見られない割合が多い（35.6%）傾向が明かとなった。これは、今回の外出活動の分類に散歩や買い物だけではなくハイキングや旅行といった比較的レジャー的要素の高い活動も含んだためと考えられる。入居時、妄想に関する症状が見られず旅行やハイキングなどの活動が可能な高齢者がそれらの活動をすることで妄想に関する症状の出現が抑止された可能性も考えられるだろう。

Ⅳ－２－２　運動と徘徊頻度の増減

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

Ⅳ－２－３　無目的行動の増減と家事活動

家事活動は洗濯、調理、掃除、洗濯など生活遂行上必ず必要な義務活動であり、生活の中心をなす行為である。一方、無目的行動は本人にとっては意味のある行動だが、他者や一般通念上、行動の理由が不可解なものであり蒐集癖や服をわざとちらかしたりする行動等を指している。家事活動とこれらの BPSD 症状の減少との関連が有意に示されたが、家事活動自体は認知症になる以前から行ってきた活動であり認知症になってもそれらの活動は行為の複雑さによっては遂行が困難な行為もあるが、簡易な行為を含めば生活の中で最も必要で遂行の継続が容易と考えられる活動である。今回の結果は家事活動を実施していない高齢者は無目的行動症状の減少割合が高く、家事活動を実施している高齢者は無目的行動の減少割合は低いが変化なし割合が有意に高かった。つまり、家事活動の実施は無目的行動の症状の減少には影響しないが、行動の増加を抑止する要因として考えられる。一方、家事活動未実施群については無目的行動の減少割合が高く、家事活動以外の要因が考慮される。しかし、他活

動における無目的行動の変化割合との関連についてはχ^2検定の結果からも特に有意な差は認めれず、無目的行動の症状の増減については活動以外の他の要因を検証する必要があるだろう。いずれにしろ、家事活動の実施は無目的行動の頻度増加を抑止しており、無目的行動自体が本人か他者の生命に何らかの危険を及さず、施設および職員が容認していれば家事活動の実施は効果的な活動と推測できるだろう。無目的行動の原因と家事活動の遂行との詳細な関連について今後の課題と考えられる。

Ⅳ－２－４　無気力状態の増減と活動状況

Ⅳ－２－４－１　運動と無気力状態の増減

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

Ⅳ－２－４－２　屋外作業と無気力状態の増減

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

Ⅳ－２－４－３　家事活動と無気力状態の増減

家事活動の実施は無気力症状が無い高齢者に対しては症状の発現を抑止する要因となりうる可能性が示唆されたが、元々無気力症状がみられる高齢者に対しては無気力症状の減少とは関連せず、むしろ家事活動をしていない群の方が症状の維持、減少と関連している傾向が示された。つまり、無気力症状が認められる高齢者に対しては家事活動を無理強いしても改善要因とはなりにくく、影響が少ないことが明らかとなった。しかし、無気力症状が認められない高齢者に対しては家事活動の実施は無気力症状の発現を防止する要因となりうる可能性が示唆された。つまり、家事活動は病前から定期的に継続的に実施してきた活動として、認知症高齢者でもその一部を遂行できる可能性があり、生活活動の中でも無理なく継続できる役割として認知症高齢者の継続活動として望ましいとされているものであるが、無気力と

いった症状に対してはあまり効果が無い可能性が考えられる。この事は家事活動が無気力症状の改善に効果が無いと考えるか、実際にグループホームで実施されていないと解釈するかによって解釈が異なるが、恐らく家事活動の導入方法の困難さを考慮すれば後者の理由と考えることができる。つまり、現在、グループホームでは無気力症状の無い高齢者に対しては家事活動を実施する事で症状の発現を防止している傾向があるが、入居時より無気力症状のある高齢者に対しては家事活動の実行が困難であり活動の勧め方や導入方法に課題があるのではないだろうか。今後は、何もしたがらないとか、部屋に閉じこもっている高齢者に対してのアプローチ手法の対策が必要となるであろう。

Ⅳー３　まとめ

（活動状況）

本研究におけるグループホームで実施されている活動の状況は、分類前の活動数が73種類であり新田らの研究による特別養護老人ホームにおけるアクティビティ総数約54種類（その他は１種類として算出）に比較しても多種の活動が実施されている事が明かとなった。特別養護老人ホームでのアクティビティとの違いは家事関連活動など生活活動における種類の差であった。73種類の活動を生活義務活動、余暇活動、その他の活動に分類すると生活義務活動が24種類（32.8%）、余暇活動が42種類（57.5%）と種類数としては余暇活動の方が多いが、実施割合としては家事関連活動が334件（89.8%）、余暇活動が散歩・旅行等228件（77.4%）と家事関連活動の方が実施割合が高い結果となった。実施時間については生活義務活動は平均で21.61分（SD10.75）、余暇活動は平均68.20分（SD66.86）と生活関連活動の方が所要時間は短い傾向となった。活動期間については生活義務活動の平均が14.66ヶ月（SD6.37）、余暇活動の平均が24.47ヶ月（SD30.82）で生活関連活動の活動期間の方が短い傾向が明らかとなった。生活関連活動は１回あたりの活動時間が短時間で活動期間は余暇活動に比較して短い傾向となったが、標準偏差からみても高齢者の状態や活動の種類によってばらつきが多いため参考程度の指標と考えられる。特に割合の多い活動を個別に見ると家事活動の中でも後かたづけ、掃除、調理、買い物、洗濯もの干し、配膳、洗濯ものたたみ、盛り付け、布団ほしなどが多く、屋外作業では畑仕事や植木のみずやり、雑用では新聞の取り込みであった。家事活動は主に食事と洗濯に関連する活動が多く、グループホームの入居者が女性が多いことも影響しているだろう。余暇活動については散歩、体操、カラオケの実施割合が顕著に多くその他の活動は10%以下で分布している。新田らの調査結果と比較しても特別養護老人ホームにおける活動の中で音楽関連活動、体操、外出活動の割合は生活関連活動よりも高い割合を示している。特別養護老人ホームとの違いは、年中行事や運動会、敬老会などイベントや催しものなどがグループホームでは少ない傾向が明らかとなりむしろ、生活の中で毎日行う家事活動などが主流である結果となった。

（高齢者属性と活動の関係）

属性別の活動実施割合については（表21参照）、家事活動では年齢が若く、男性より女性の方が、要介護度Ⅳ、ⅤよりⅠ、Ⅱの方が実施割合が高いことが明らかとなった。家事活動は比較的身体機能や年齢に関係なく介護が必要となっても、認知機能が低下しても継続して実施可能な活動と予測されたが、要介護度Ⅳ以上では家事活動の実施も困難である可能性が

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

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

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

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

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

＊表中の（＋）は割合が多かったもの、（－）は割合が少なかったもの

細な分析検討が必要である。

（BPSD の変化と活動の関係）

BPSD 種別ごとの増減変化と活動実施の関連については（表22参照）、本調査の結果より徘徊頻度の増加と運動、妄想頻度の増加と外出活動、無気力症状の抑止と家事活動、屋外作業に関連が認められた。運動活動と徘徊頻度の増加の関連は、体操などの運動が徘徊の増加に影響しているという考え方と、徘徊が増加してきたために体操などの運動を実施する割合が増加したという考え方と 2 通りの解釈が可能である。いずれにしろ、徘徊の原因との関連を

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

BPSD 頻度の増減と活動種類の関連についてまとめると、家事活動や屋外作業などの生活関連活動は無気力症状などの BPSD について改善あるいは症状出現防止の効果を期待できるものであり、外出や運動などの余暇活動は妄想や徘徊症状の改善効果を期待するよりも、現在のグループホームにおける対応の傾向を表した結果と解釈するのが妥当ではないだろうか。

（課題）

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

Ⅴ．謝辞

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

文　　献

(1) 朝田隆・本間昭・木村通宏・宇野正威：日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について．老年精神医学雑誌，10 ； 825-834，1999

(2) 田和子・下江由記・末丸修三：青空緑芝 Outdoor アクティビティ・プログラム（FY-OACP）の痴呆高齢者における意欲および生活の質（QOL）に及ぼす効果―積極的自立排泄支援を併せた複合ケア介入の評価―．日本痴呆ケア学会誌，2（1）;68-78，2003

(3) 林田あゆみ・山中克夫・窪田理恵：女性痴呆高齢者の調理場面における生活療法的ケアからの介入に関する事例研究．日本痴呆ケア学会誌，3（2）;222-229，2004

(4) 今井幸充：痴呆の非薬物療法の概念―レクリエーションとの区別のために―．老年社会科学，26（1）;5-14，2004

(5) 是枝祥子：特別養護老人ホームにおけるアクティビティの必要性．高齢者のケアと行動科学，Vol.2;27-35，1995

(6) 高齢者介護研究会： 2015 年の高齢者介護研究報告，

(7) 水島眞由美：要介護老人の居宅生活を支援する作業療法実践の分析研究．日本在宅ケア学会誌，5（3）;37-46，2002

(8) 村木敏明・坂田美紀：日本における痴呆性高齢者に対する作業療法．日本痴呆ケア学会誌，2（1）;17-22，2003

(9) 日本老年精神医学会　監訳： BPSD　痴呆の行動と心理症状．アルタ出版，2005

(10)　日本老年精神医学会　監訳：プライマリケア医のための BPSD ガイド．アルタ出版，2005

(11)　日本精神病院協会　監修：痴呆性老人のための作業療法の手引き．株式会社ワールドプランニング，2002

(12)　新田静江，箕浦とき子：特別養護老人ホーム利用者に対するアクティビティの目的，参加基準，および効果の関連．高齢者のケアと行動科学，vol.2 ； 27-35，1995

(13)　沖田裕子・岡本玲子・中山貴美子：通所ケア施設における痴呆性高齢者中心の介入方法―看護・介護職によるアクティビティプログラム実施に焦点を当てて―．老年看護学，6（1）;30-39，2001

(14)　大川弥生：生活機能（functioning）向上にむけたリハビリテーション―目標志向的プログラムにたって―．日本老年医学会雑誌，40（6）;582-585，2003

(15)　大川弥生・太田喜久夫：痴呆性老人に対する作業療法の適応意義と限界―身体障害リハの立場から―．老年精神医学雑誌，7（4）;362-367，1996

(16)　六角僚子：アクティビティという視点がもつケアの有効性―痴呆性高齢者ケアの実践から―．老年看護学，6（1）;114-122，2001

(17)　世界保健機関（WHO）：国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー．中央法規，2003

(18)　鈴木明子：痴呆性老人に対する作業療法の適応・意義と限界　精神障害リハの立場から．老年精神医学雑誌，7（4）;368-374，1996

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 3

― 効果的な対象者理解とコミュニケーション技法に関する研究 ―

認知症介護研究・研修仙台センター
吉 川 悠 貴
認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学
阿 部 哲 也　　加 藤 伸 司
仙台大学
後 藤 満 枝
創造学園大学
佐 藤 佳 子
東北福祉大学
後 藤 美恵子

はじめに

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

このような状況に対して、都道府県・政令指定都市が実施する認知症介護実践者研修・実践リーダー研修をはじめとして、認知症介護に焦点を置いた教育・研修の機会が多く提供されるようになってきている。しかし、すでに介護職に一定期間以上従事している職員のスキルアップはもちろんのことだが、前述のような傾向に合わせて、あらたに介護職従事者となる人が増加し、同時に介護福祉士養成等のいわゆる介護課程に学ぶ学生も多くなってきている。また介護職従事者の離職率の高さはしばしば指摘されるところであり、しかも離職のピークは経験年数 2 年から 3 年程度である[3) 15)]。これらのことを考えると、学生教育や経験の短い介護職従事者への研修等も含めて、認知症介護の質の向上がはかられていく必要がある。

特に、認知症高齢者のケアで困難さを抱えやすいのは、身体介護以外では、いわゆるBPSD（認知症の行動・心理症状）の問題を中心とした、認知症高齢者とのコミュニケーションに関連する部分であろう。このことについて、例えば加藤[4)]は、BPSD は介護者との関係性によっても誘発され、かつケアのあり方、対応のあり方によって改善しうることを指摘

している。そのため、当然のことではあろうが、認知症高齢者に対する具体的な対応方法について、前述のような教育・研修等のあり方を念頭に置いた上で検討していくことは、認知症介護の質の向上に最も直接的に寄与することの一つであると考えられる。また、認知症高齢者への対応方法については、従来は一種マニュアル然とした形式によって項目列挙的に示されることが多かった。しかし、それらによって得られるのは提示された事例や状況に合致する場合の対応方法のみであり、異なった場面、新奇な状況への応用がそのような形の学習で可能かどうかは不明である。むしろ、必要な情報を探索して対象者を理解し、そこから対応方法の根拠を導き出す技能を身につけることの方が、多種多様な介護場面に出会わなければならない介護職従事者にとって、より有効であると思われる。

目　　的

筆者らは、「介護経験年数の差による対応と視点の比較検討」として、認知症高齢者ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究を行った（平成16年度）。そこでは、介護者が考える要介護高齢者への適切な対応と視点を明らかにするため、特別養護老人ホームと老人保健施設の介護職員、介護実習経験のある大学 2 年生～ 4 年生を対象に、施設利用者の典型的な架空事例を用いた質問紙調査を実施した。対象者には、利用者へのその場での対応とその理由・根拠、事例から使用した情報、不足情報について回答を求めた。その結果、介護経験年数の長い人ほど多くの情報から対応を導く傾向にあった。また全体的に個別性や残存機能を活用した対処を最も適切な対応と考えていたが、経験年数 5 年を超える介護職員は利用者の生活上の課題に対する物理的な対処を、大学生は精神的安定と関係形成の対応を挙げる傾向もみられた。理由・根拠としては利用者の心情や意思の尊重を、使用情報・不足情報としては身体状況に関することを経験年数に関わらず共通して挙げていた。

しかし、ここで示された知見の確度を高めていくためには、また認知症高齢者への対応という観点から検討していくためには、次のような点が課題と考えられた。すなわち、

1） 認知症高齢者への対応に焦点を当てた事例ではなかった。
2） 介護経験年数以外の要因について検討していない。
3） 特に学生については、学年差や課程の違い、特に実習経験に関わる属性による差を検討できなかった。
4）「対応」について、「その場ではじめに行う対応」の回答を期待したが、教示がやや不十分なせいもあり、中長期的な対応目標と分かちがたい回答が多かった。
5） 事例への自由記述による回答を対象者 1 名あたり 5 例要求したため、やや回答率が低く、かつ特定の回答者が集まった可能性がある。

といったことである。

したがって本研究では、以上の課題について修正した上で、介護職に従事する施設職員、および介護福祉士等の養成課程に在学する学生における、認知症高齢者に対する理解の方略と、それに基づくコミュニケーション方略について検討する。なお、各課題への対処は以下のようにして行い、対象者理解やコミュニケーションの方略の選択へ影響する要因について明らかにする。

1） 認知症高齢者への対応へ焦点を当てることについては、16年度の研究で使用した5事例から、BPSDを中心とした認知症高齢者の3事例を、事例間の重症度等を調整した上で使用する。

2） 介護経験年数以外の要因、及び3）学生の属性については、先行研究により認知症高齢者を含む高齢者への対応との関連が指摘されている要因を用いることとする。具体的には、認知症高齢者イメージ、コミュニケーション評価（社会的スキル）を対象者全体に、ストレス（バーンアウト）を介護職員に、介護実習への適応感を学生に対して用いる。加えて、「はじめに」で指摘した点を踏まえて、対象者の分布を踏まえた上ではあるが、介護職員の経験年数の区分については3年程度を目途に再考を行い、学生については主に介護実習の経験の有無によって区分するといった形で、介護経験の差の要因についても調整を行う。また対応方法や理由・根拠等の分類についても再考する。

4） 及び5）については、例示及び教示について再考して「事例に対してその場ではじめに行う対応」であることを充分意識付けできるようにし、かつ提示事例は1例のみとし（3事例をランダムに提示)、対応方法も唯一のものを回答するよう求めることとする。

方　法

1．調査票の作成

平成16年度老人保健事業「認知症高齢者及び介護家族の生活の質の向上と維持に関する研究事業」の一環として行われた「認知症ケアにおける効果的な対象者理解の方略に関する研究」で行われた調査から事例の改変と精選・項目の追加等を行ったため、本調査を実施するにあたって予備調査を実施した。予備調査では、研究担当者らで構成する研究委員会で予備調査用の調査票を作成し調査票の構成や回答のしやすさ等に関する自由記述欄を設けた上で、介護課程に在学する大学生12名と介護職員12名の計24名に対して実施した。調査項目は、次項で示す本調査の項目とほぼ同一であった。予備調査の結果から調査票の構成、教示・回答の方法等を調整し、再度研究委員会で検討の上本調査の調査票を作成した。

2．本調査の実施

1）対象者

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

2）調査方法

調査は、無記名自記式の質問紙調査とした。

介護職員については、該当施設の現場責任者相当者に調査の趣旨と概要を説明し、調査

票の配布を依頼した。介護職員個々人に対しては施設を通して調査票が配布され、記入後は密封の上個別に返送することとした。

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

3）調査項目

調査内容の詳細については、文末に資料（資料1～3）として示した。具体的な項目は以下のとおりである。

- 基本属性（介護職員）：①性別、②年齢、③従事施設の種別、④ユニットケア実施の有無、⑤現在の職場での経験年数、⑥高齢者介護に従事してからの総経験年数、⑦取得済みの資格、⑧認知症介護に関する研修等への参加の有無及び内容（資料1-1）
- 基本属性（大学生）：①性別、②年齢、③学年、④取得（予定）の資格の有無と内容、⑤認知症高齢者に対するボランティア等の経験の有無、⑥所属学校での認知症介護に関する講義の受講経験、⑦資格取得に関わる実習経験の有無と内容（資料1-2）
- 認知症高齢者の架空事例への対応方法等：認知症高齢者の概略と、当該の高齢者が、「帰宅願望」「失禁不安」「他の利用者への過度の援助」のいずれかの行動を示している場面の描写からなる事例を提示した。事例の提示に際しては、上記の行動についてのラベルをつけることを避け、「利用者A（～C）さんの事例」というように表記した。回答者にはこの3事例のいずれか1つが提示され、提示された事例に対して回答者が最も適切と考える、その場ではじめに行う対応方法と、その理由・根拠、及び事例の記述の中から回答に使用した情報について自由記述にて回答を求めた。さらに、回答した対応が自身でどの程度実際に行うことが可能かを「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までの6件法で回答するよう求めた。また事例に対して中長期的に見込まれる対応方法と、回答に際して不足していると思われた情報について自由記述にて回答を求めた（資料2-1～2-3。介護職員・大学生共通）。
- 認知症高齢者イメージ：古谷野ら[10]が開発した、SD法による老人イメージの尺度を用いた。本尺度は20個の形容詞対について、老人に関する一般的なイメージを5段階で評定するものであったが、これを「認知症高齢者全般に対するイメージ」として回答を求めた。回答及び処理方法についても古谷野ら[10]にならい、回答の信頼性を確認するために、20個の形容詞対のうち2対は同一の形容詞対が左右を入替えられたものとなっている（「明るい」「暗い」と「暗い」「明るい」）。この2つの形容詞対について、左右を揃えて比較したときに2段階以上の差があったものについては分析から除いた。なお、古谷野らの原論文では因子ごとに負荷量順に形容詞対が示されているため、形容詞対の順序はランダムなものに直して使用した（資料3-1。介護職員・大学生共通）。
- 社会的スキル尺度：菊池[6]による、KiSS-18（Kikuchi's Social Skill Scale・18項目版）を用いた。本尺度は、初歩的なスキル・高度のスキル・感情処理のスキル・攻撃に代わるスキル・ストレスを処理するスキル・計画のスキルを含む総合的な社会的スキルを測定する尺度で、18項目について自分にどれだけ当てはまるかを「いつもそうだ」から

「いつもそうでない」までの 5 件法で回答するものである（資料 3-2。介護職員・大学生共通）。

・バーンアウト尺度：久保・田尾[11] によるバーンアウト尺度を用いた。本尺度は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の 3 因子を想定した、バーンアウト（燃えつき症候群）の症状を測定する尺度である。原尺度のとおり、合計17項目について、最近 6 ヵ月程度の間で経験した頻度を「いつもある」から「ない」までの 5 件法で回答を求めた（資料 3-3。介護職員のみ）。

・実習適応感尺度：看護学生用に開発された実習適応感尺度（吉永ら[19]）の表現を介護実習に沿うように変更したものを使用した。表現の変更にあたっては、内容そのものの改変は行わず、「患者」を「利用者」とするなど、用語等を介護実習に合わせたものにする程度に止めている。本尺度は20項目からなり、「実習適応感」「実習モラトリアム」「実習拡散感」の 3 因子が想定されている。原尺度どおり各項目について「非常によくあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの 5 件法で回答を求めた（資料 3-4。大学生のみ）。

4 ）調査時期

調査は、平成18年 1 月から 3 月にかけて行われた。

結　果

1 ．調査対象者の概要

1 ）回収率

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

2 ）対象者の属性

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

想定したように総経験年数が 3 年に至っているか否かで介護職員を 2 群に分けることとした。

大学生については、有効回答81のうち男性が49名、女性が32名、平均年齢は21.15±2.40歳であった。学年は 1 年生が 2 名、2 年生が50名、3 年生が20名、4 年生が 9 名、大学院生が 1 名であった。取得予定の資格については、入学以前もしくは学外の課程で取得した資格があるのが11名で、内訳（複数回答）は介護福祉士が 1 名、ホームヘルパー 2 級が 6 名、教員免許が 2 名、その他が 3 名であった。在学中に国家試験受験資格を含めて取得予定の資格（複数回答）については、介護福祉士が47名、教員免許が14名、社会福祉士が70名、精神保健福祉士が12名、その他が 4 名であった。また認知症高齢者に対するボランティア経験の有無に関しては、経験ありが28名（うち27名から頻度の回答があり、21名が大会・催事等に伴う単発のもの、6 名が週に 1 回程度以上の継続的なものであった)、経験なしが53名であった。所属学校での認知症介護に関する講義の受講経験については、経験ありが66名、経験無しが15名であった。また資格取得に関わる実習経験のうち、介護関連の実習経験がある対象者が33名、経験がないのが48名であった。

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

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

学生実習経験群の平均年齢は21.84±2.95歳、学生実習未経験群は20.71±1.88歳であった。

2．回答分類カテゴリー

1）分類方法

自由記述によって回答を求めた項目の分類については、平成16年度研究事業の際に行った分類を基本的には採用した。16年度研究事業では、得られた回答をもとに、「その場の対応」、「理由・根拠」、「使用情報」、「不足情報」の 4 項目について、それぞれ事例ごとにカテゴリー化を繰り返し、抽象度を上げていった。そして最終的に全体を包括する大カテゴリーを抽出した。カテゴリーの抽出は、妥当性を高めるため、筆者を含め、介護の実務経験者や学識経験者等 3 名で検討し行った。

また、その後に行ったコーディングは、研究の目的を知らない大学院生及び大学生が独立して行った。コーディングに際しては、作業者の主観に左右されないよう、客観的な判断（一貫性）と整合性を確保するため、分類の指標を作成して行った。分類が困難なものについては、回答者の属性等をブラインドにした上で、研究委員会の合議により分類を決定した。これらの課程の中で、16年度研究事業で設定したカテゴリーを再検討し、一部を再構成した。なお、コーディングの際、「対応方法」については 1 つの対応あたり 1 つのカテゴリーに当てはめることとし、それ以外の「理由・根拠」、「使用情報」等については、回答によっては複数のカテゴリーに当てはめても構わないことにした。

分析の結果、最終的に抽出されたカテゴリー数は、その他に分類されるものを含めて「対応方法」が 4 つ、「理由・根拠」が 8 つ、「使用情報」が 7 つ、「長期的な対応」が 8 つ、

「不足情報」が10であった。各カテゴリーの内容と補足説明を以下に示す。

2）「対応方法」のカテゴリー

①『問題行動』への直接対処

・本人の行動を改善するよう説得する

危険を伴うことや悪影響を及ぼすことを回避するために利用者本人の行動を変えてもらうような説明をし、理解・納得してもらうように試みるというものである。この「危険」や「悪影響」とは、単に事例の中の利用者本人についてのみならず、その家族や他の利用者などに対するそれも含めた。

・生活上の課題に対する介護者側の判断による物理的な対処

利用者本人の意思に関する記載の有無に関わらず、介護者が何らかの理由で判断し、利用者本人の生活上の問題そのものについて物理的に対処、解決しようとするものである。ここでいう「生活上の問題」とは、利用者本人のとる行動において利用者自身や他者に何らかの悪影響を与えているもの、あるいは悪影響に発展する可能性を秘めているものを指す。

＊本カテゴリーについては、主に介護者側から見て対処の課題となる本人の行動という意味で、“『問題行動』”との語を用いることとする。

②本人の意思や個別性の尊重

・個別性や残存機能を活用した対処

利用者の生活上の課題そのものだけを見てそれを直接対処するのではなく、個別性に配慮したり、残存機能を活かせるような、より効果的なケアの手段を見出し対処するものである。

・本人の要求どおりのケアの実践

利用者本人の望みにそのまま応え、要求するとおりのケアを行うものである。ただしここには、理由・根拠において本人の心情や意思に沿ったり精神的安定を図るといった意図が明確な場合には、帰宅願望に対して迎えの車を頼むふりをするなど、表面上の対応も含む。

③意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成

・本人の意思の確認

利用者本人がどうしたいのかなどという意思や意向、訴えに耳を傾け、意思を確認するものである。ここでは特に「確認」という意味合いを強く含んでいる。

・精神的安定と関係形成

利用者本人の不安感などを取り除けるよう、コミュニケーション等を通じて関係づくりをし、精神的安定を図るものである。生活上の課題そのものへの直接の対処よりも、まずは不安を取り除くことや、利用者と介護者との関係性を重視している。信頼関係の構築に加え、承認、共感、話し方や言葉遣い等への配慮もこれに含めた。

④その他及びその場で完全には実施不可能なもの

3）「理由・根拠」のカテゴリー

①危険や悪影響を回避するため

利用者本人、または家族や他の利用者の心身への危険や悪影響を回避することに視点を置いたものである。どちらかというと、表現の仕方が「危険や悪影響をなくすため」という否定的なとらえ方になっていることも特徴の一つである。

②客観的状況の把握から対処する

客観的な状況、情報をとらえ、それを対処する際の判断材料としたものである。

③精神的安定を図るため

不安や落ち込み、心配事、興奮状態を軽減し、利用者本人が精神的に安定した状態でいられることを視野に入れたものである。安心感や自信を持ってもらえるように努める視点に立ったものについてはこれに含めた。

④本人の心情や意思に沿うため

利用者本人の心情を読み取り、本人が遠慮したり抵抗感などなく生活できるようなケアの視点に立ったもの、また、利用者本人の理解の仕方や感情を読み取り把握した上で、その意向に沿うものである。遠慮や羞恥心、抵抗感に対する配慮の他、本人を理解しようと探ることについてもこれに含めた。

⑤本人からの理解や納得を得るため

本人に理解・納得してもらえるようにするためというものであり、説得という意味合いも関連要素として含まれる。

⑥ QOL や ADL の向上のため

生活意欲の向上や生活の活性化などによって QOL を向上させたり、また、ADL を向上させることに視点を置いたものである。良い面をさらに向上させるというように、どちらかというと、表現としては肯定的なとらえ方であると言えることも特徴の一つである。

⑦他の利用者のため

他の利用者の個別性の確保・尊重など、特に周囲の利用者本位の理由。ただし、危険や悪影響の回避はこれに含めない。

⑧その他

4）使用情報のカテゴリー

①生活歴・入所の背景

施設入所以前の利用者本人の様子を指す。入所からの経過日数（年数）についてもこれに含めた。

②現在の心身の状況

利用者本人の現在の身体状況・心理状態や身体活動についてのものである。本人のADL レベルや活動状況、認知症の有無や程度についてもこれに含めた。

③他者との交流

職員や他の利用者との関係、交流状況、職員の対応や他者の動向についてのことである。

④家族の状況

家族に関する情報の他、利用者本人と家族との交流についてはこれに含めた。

⑤本人のニーズ

利用者本人の訴えや要望の他、本人の気持ちや意思、心理面についてのものである。失禁に対する不安についてはこれに含めた。

⑥他の利用者の状況

周囲の利用者の心身の状況など。

⑦その他

5 ）長期的な対応のカテゴリー

①スタッフとの信頼関係の形成

介護職員との信頼関係の形成を目的とするもの。

②家族との関係性

家族との連携を深める、家族との相談を行うなど、家族との関係に関するもの。

③残存能力活用・ ADL 向上

生活意欲の向上や生活の活性化などによって QOL を向上させたり、また、ADL を向上させることに視点を置いたもの。

④精神的な安定をはかる

不安や落ち込み、心配事、興奮状態を軽減し、利用者本人が精神的に安定した状態でいられることを視野に入れたもの。

⑤環境調整

生活環境を整えることを主眼としたもの。

⑥他利用者との関係の安定化

他の利用者との関係の形成、安定化や、利用者どうしの認識の仕方に対してアプローチするもの。

⑦内容不明のスタッフの働き

ケアプランを作成する、カンファレンスを開くなど、その内容は不明であるが、スタッフのみの合議などを回答したもの。

⑧その他

6）不足情報のカテゴリー

①生活歴・入所の背景

施設入所以前の利用者本人の様子を指す。

②心身の状況

利用者本人の現在の身体状況・心理状態や身体活動についてのものである。本人のADL レベルや活動状況、認知症の有無や程度についてもこれに含めた。

③これまでの対応

介護意外にも看護・医療を含めて、事例に対してこれまで行われてきた対処。

④他者との交流

職員や他の利用者との関係、交流状況、職員の対応や他者の動向についてのことである。何人部屋であるかや、対人交流に関わる居室の環境などについてはこれに含めた。

⑤家族の状況

家族に関する情報の他、利用者本人と家族との交流についてはこれに含めた。

⑥本人のニーズ

利用者本人の訴えや要望の他、本人の気持ちや意思、心理面についてのものである。失禁に対する不安についてはこれに含めた。

⑦環境

居室や施設内の物理的な環境条件に関するもの。

⑧職員間のケアの統一

事例への対応方法や、ケアのあり方等についてのスタッフの合意状況やその内容に関するもの。

⑨他の利用者の状況

周囲の利用者の心身の状況など。

⑩その他

3．介護経験の差による対応と視点の相違について

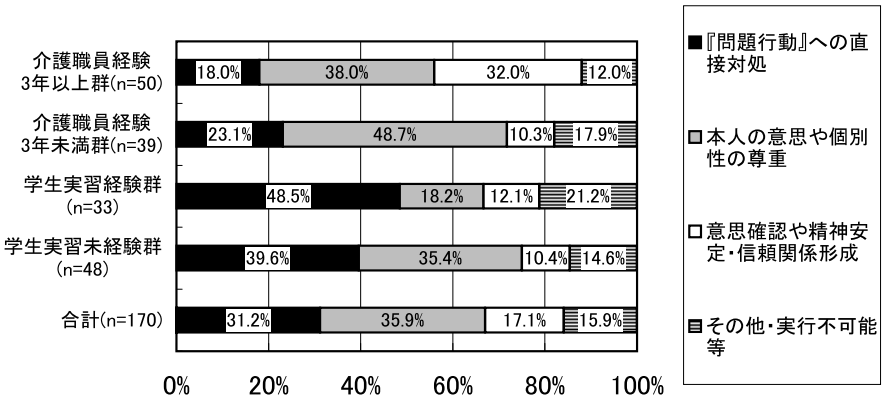
1）対応方法

対応方法については、全体で最も多かったのが「本人の意思や個別性の尊重」で61件（35.9%）であり、次いで「『問題行動』への直接対処」が53件（31.2%）、「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」が29件（17.1%）、「その他・実行不可能等」が27件（15.9%）の順であった（表1及び図1参照）。この対応方法の分類について、介護経験の差による4群間での比較をχ^2検定により行ったところ、有意差が認められた（χ^2=23.136、df=9、p<.01）。残差分析の結果、以下のような群間の差が認められた。すなわち、学生実習経験群では他の群よりも「『問題行動』への直接対処」が多く「本人の意思や個別性の尊重」が少ない、介護職員経験3年未満群では「本人の意思や個別性の尊重」が多い、介護職員経験3年以上群では「『問題行動』への直接対処」が少なく「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」が多い傾向が認められた（有意傾向含む）。

表1　対応方法の比較

	『問題行動』への直接対処	本人の意思や個別性の尊重	意思確認や精神安定・信頼関係形成	その他・実行不可能等	合計
介護職員経験3年以上群(n=50)	9 (18.0%)	19 (38.0%)	16 (32.0%)	6 (12.0%)	50 (100.0%)
介護職員経験3年未満群(n=39)	9 (23.1%)	19 (48.7%)	4 (10.3%)	7 (17.9%)	39 (100.0%)
学生実習経験群(n=33)	16 (48.5%)	6 (18.2%)	4 (12.1%)	7 (21.2%)	33 (100.0%)
学生実習未経験群(n=48)	19 (39.6%)	17 (35.4%)	5 (10.4%)	7 (14.6%)	48 (100.0%)
合計(n=170)	53 (31.2%)	61 (35.9%)	29 (17.1%)	27 (15.9%)	170 (100.0%)

図1　対応方法の比較



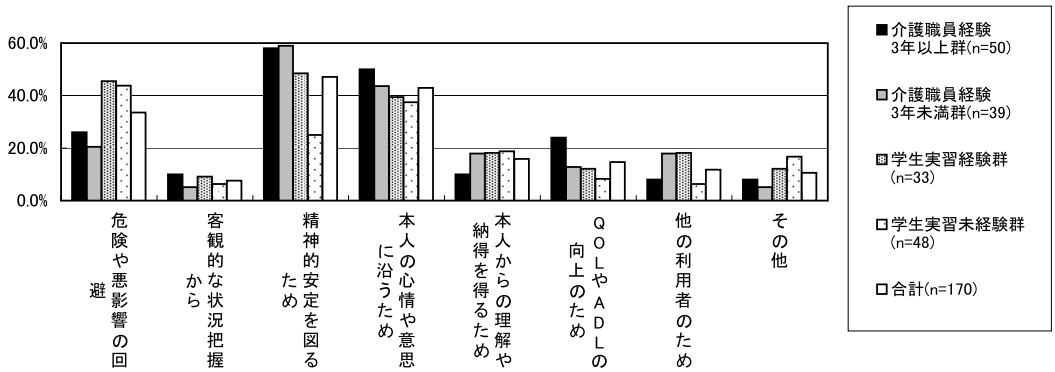
2）理由・根拠

理由・根拠については、それぞれのカテゴリーに該当する回答があったか否かを複数回答形式で集計した。全体で最も多かったのが「精神的安定をはかるため」で80件（47.1%）、次いで「本人の心情や意思に沿うため」が73件（42.9%）、「危険や悪影響の回避」が57件（33.5%）、「本人からの理解や納得を得るため」が27件（15.9%）、「QOL や ADL の向上のため」が25件（14.7%）、「他の利用者のため」が20件（11.8%）、「その他」が18件（10.6%）、「客観的な状況把握から」が13件（7.6%）の順であった（表 2 及び図 2 参照）。この理由・根拠について、それぞれのカテゴリーに関して 4 群間の選択率を χ^2 検定により比較した。その結果、「危険や悪影響の回避」「精神的安定をはかるため」において有意差が認められた（それぞれ $\chi^2=8.592$、df=3、$p<.05$ ； $\chi^2=14.027$、df=3、$p<.01$）。残差分析の結果、学生実習未経験群では他の群よりも「危険や悪影響の回避」を選択し「精神的安定をはかる」を選択しない傾向があり、介護職員経験 3 年未満群では「危険や悪影響の回避」を選択せず「精神的安定をはかる」を選択する傾向が、介護職員経験 3 年以上群では「精神的安定をはかる」を選択する傾向があることが示された（有意傾向含む）。

表 2　理由・根拠の比較

	危険や悪影響の回避	客観的な状況把握から	精神的安定を図るため	本人の心情や意思に沿うため	本人からの理解や納得を得るため	QOLやADLの向上のため	他の利用者のため	その他	全体
介護職員経験3年以上群(n=50)	13 (26.0%)	5 (10.0%)	29 (58.0%)	25 (50.0%)	5 (10.0%)	12 (24.0%)	4 (8.0%)	4 (8.0%)	50
介護職員経験3年未満群(n=39)	8 (20.5%)	2 (5.1%)	23 (59.0%)	17 (43.6%)	7 (17.9%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	2 (5.1%)	39
学生実習経験群(n=33)	15 (45.5%)	3 (9.1%)	16 (48.5%)	13 (39.4%)	6 (18.2%)	4 (12.1%)	6 (18.2%)	4 (12.1%)	33
学生実習未経験群(n=48)	21 (43.8%)	3 (6.3%)	12 (25.0%)	18 (37.5%)	9 (18.8%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	8 (16.7%)	48
合計(n=170)	57 (33.5%)	13 (7.6%)	80 (47.1%)	73 (42.9%)	27 (15.9%)	25 (14.7%)	20 (11.8%)	18 (10.6%)	170

図 2　理由・根拠の比較



3）使用情報

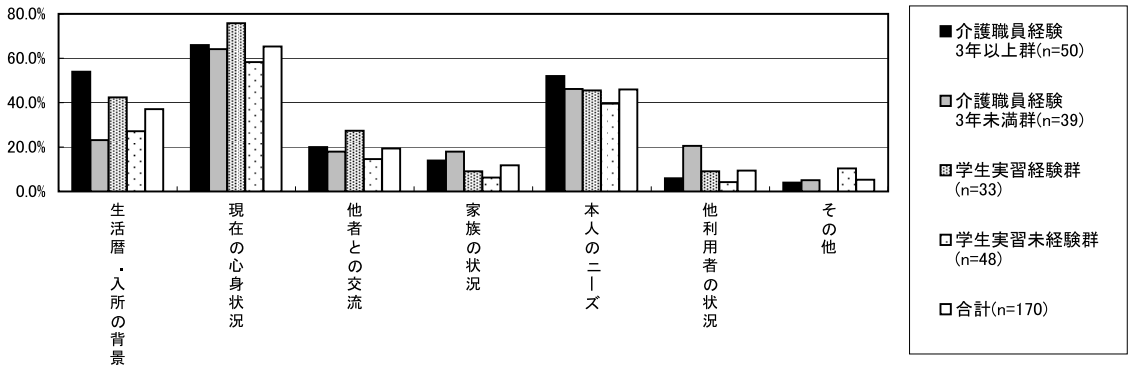
使用情報については、それぞれのカテゴリーに該当する回答があったか否かを複数回答形式で集計した。全体で最も多かったのが「現在の心身の状況」で111件（65.3%）、次いで「本人のニーズ」が78件（45.9%）、「生活暦・入所の背景」が63件（37.1%）、「他者と

の交流」が33件（19.4%）、「家族の状況」が20件（11.8%）、「他の利用者の状況」が16件（9.4%）、「その他」が 9 件（5.3%）であった（表 3 及び図 3 参照）。この使用情報について、それぞれのカテゴリーに関して 4 群間の選択率を χ^2 検定により比較した。その結果、「生活暦・入所の背景」にのみ有意差が認められた（χ^2=11.876、df=3、p<.01）。残差分析の結果、学生実習未経験群及び介護職員経験 3 年未満群では使用情報として「生活暦・背景」を選択しない傾向があること、介護職員経験 3 年以上群では「生活暦・背景」を選択する傾向があることが示された（有意傾向含む）。

表 3　使用情報の比較

	生活暦・入所の背景	現在の心身状況	他者との交流	家族の状況	本人のニーズ	他利用者の状況	その他	全体
介護職員経験3年以上群(n=50)	27 (54.0%)	33 (66.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	26 (52.0%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	50
介護職員経験3年未満群(n=39)	9 (23.1%)	25 (64.1%)	7 (17.9%)	7 (17.9%)	18 (46.2%)	8 (20.5%)	2 (5.1%)	39
学生実習経験群(n=33)	14 (42.4%)	25 (75.8%)	9 (27.3%)	3 (9.1%)	15 (45.5%)	3 (9.1%)	0 (0.0%)	33
学生実習未経験群(n=48)	13 (27.1%)	28 (58.3%)	7 (14.6%)	3 (6.3%)	19 (39.6%)	2 (4.2%)	5 (10.4%)	48
合計(n=170)	63 (37.1%)	111 (65.3%)	33 (19.4%)	20 (11.8%)	78 (45.9%)	16 (9.4%)	9 (5.3%)	170

図 3　使用情報の比較



4 ）対応の実施可能性

回答した対応が自身でどの程度実際に行うことが可能かを「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までの 6 件法で回答するよう求めた結果について、「非常にそう思う」を 6 点、「全くそう思わない」を 1 点として得点化し、集計した。4 群の平均値はそれぞれ、介護職員経験 3 年以上群が4.96±0.73、介護職員経験 3 年未満群が4.90±0.75、学生実習経験群が4.39±1.00、学生実習未経験群が 4.19 ± 0.90 であった。（表 4 参照）この対応の実施可能性の得点について、ノンパラメトリック検定（クラスカル・ウォリス検定）により 4 群間の比較を行ったところ、有意差が認められた（H=26.023、df=2、p<.01）。多重比較としてマン・ホイトニー検定を行った（全体の有意水準を 5 %としたライアン法を適用）。その結果、学生実習未経験群よりも介護職員経験 3 年以上群及び介護職員経験 3 年未満群が、学生実習経験群よりも介護職員経験 3 年以上群及び介護職員経験 3 年未満群の方が実施可能性が高いことが示された。

表 4　実施可能性

	平均値	(SD)
介護職員経験 3年以上群(n=50)	4.96	(0.73)
介護職員経験 3年未満群(n=39)	4.90	(0.75)
学生実習経験群 (n=33)	4.39	(1.00)
学生実習未経験群 (n=48)	4.19	(0.91)
合計(n=170)	4.62	(0.90)

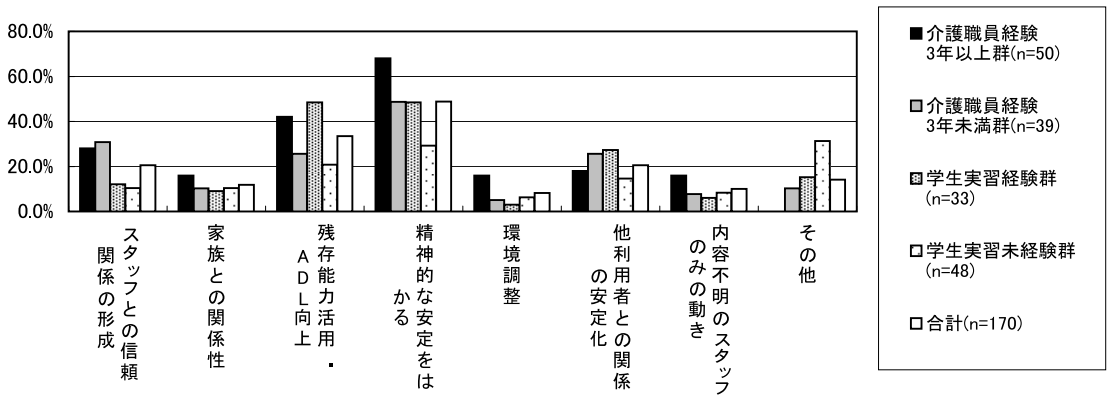
5 ）長期的な対応

事例に対して中長期的に見込まれる対応方法については、それぞれのカテゴリーに該当する回答があったか否かを複数回答形式で集計した。全体で最も多かったのが「精神的な安定をはかる」で83件（48.8%）、次いで「残存能力活用・ ADL 向上」で57件（33.5%）、「スタッフとの信頼関係の形成」及び「他利用者との関係の安定化」が 35 件（20.6%）などであった（表 5 及び図 4 参照)。この長期的な対応方法について、それぞれのカテゴリーに関して 4 群間の選択率を χ^2 検定により比較した。その結果、「スタッフとの信頼関係の形成」及び「残存能力の活用・ ADL 向上」「精神的な安定をはかる」に有意差が認められた（それぞれ $\chi^2=8.637$，df=3，$p<.05$ ；$\chi^2=9.482$，df=3，$p<.05$ ；$\chi^2=14.783$，df=3，$p<.01$)。残差分析の結果、学生実習未経験群ではいずれのカテゴリーについても回答せず、学生実

表 5　長期的な対応の比較

	ｽﾀｯﾌとの信頼関係の形成	家族との関係性	残存能力活用・ADL向上	精神的な安定をはかる	環境調整	他利用者との関係の安定化	内容不明のｽﾀｯﾌのみの動き	その他	全体
介護職員経験 3年以上群(n=50)	14 (28.0%)	8 (16.0%)	21 (42.0%)	34 (68.0%)	8 (16.0%)	9 (18.0%)	8 (16.0%)	0 (0.0%)	50
介護職員経験 3年未満群(n=39)	12 (30.8%)	4 (10.3%)	10 (25.6%)	19 (48.7%)	2 (5.1%)	10 (25.6%)	3 (7.7%)	4 (10.3%)	39
学生実習経験群 (n=33)	4 (12.1%)	3 (9.1%)	16 (48.5%)	16 (48.5%)	1 (3.0%)	9 (27.3%)	2 (6.1%)	5 (15.2%)	33
学生実習未経験群 (n=48)	5 (10.4%)	5 (10.4%)	10 (20.8%)	14 (29.2%)	3 (6.3%)	7 (14.6%)	4 (8.3%)	15 (31.3%)	48
合計(n=170)	35 (20.6%)	20 (11.8%)	57 (33.5%)	83 (48.8%)	14 (8.2%)	35 (20.6%)	17 (10.0%)	24 (14.1%)	170 (100.0%)

図 4　長期的な対応の比較



習経験群は「残存能力の活用・ ADL 向上」を選択する傾向があった。また介護職員経験 3 年以上群では「精神的な安定をはかる」を選択する傾向があった。

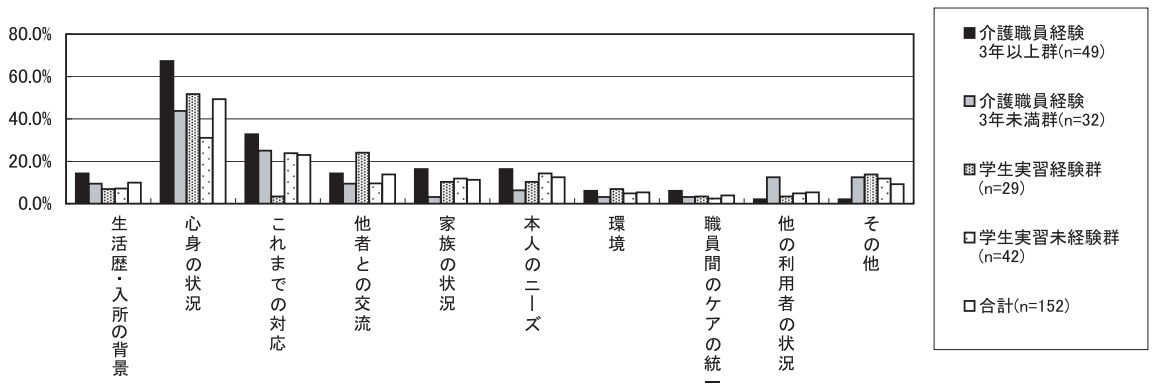
6 ）不足情報

回答に際して不足していると思われた情報については、対象者170名のうち152名から回答が得られ、それぞれのカテゴリーに該当する回答があったか否かを複数回答形式で集計した。全体で最も多かったのが「心身の状況」で75件（49.3 %）、次いで「これまでの対応」が35件（23.0%）、「他者との交流」が21件（13.8%）などであった（表 6 及び図 5 参照）。この長期的な対応方法について、それぞれのカテゴリーに関して 4 群間の選択率を χ^2 検定により比較した。その結果、「心身の状況」及び「これまでの対応」で有意差が認められた（それぞれ $\chi^2=12.504$, df=3, $p<.01$ ； $\chi^2=8.918$, df=3, $p<.05$）。残差分析の結果、学生実習未経験群では「心身の状況」について回答しない一方で、介護職員経験 3 年以上群では回答する傾向があり、学生実習経験群では「これまでの対応」を選択しない傾向があった。

表 6　不足情報の比較

	生活歴・入所の背景	心身の状況	これまでの対応	他者との交流	家族の状況	本人のニーズ	環境	職員間のケアの統一	他の利用者の状況	その他	全体
介護職員経験3年以上群(n=49)	7 (14.3%)	33 (67.3%)	16 (32.7%)	7 (14.3%)	8 (16.3%)	8 (16.3%)	3 (6.1%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	49
介護職員経験3年未満群(n=32)	3 (9.4%)	14 (43.8%)	8 (25.0%)	3 (9.4%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)	4 (12.5%)	32
学生実習経験群 (n=29)	2 (6.9%)	15 (51.7%)	1 (3.4%)	7 (24.1%)	3 (10.3%)	3 (10.3%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	4 (13.8%)	29
学生実習未経験群 (n=42)	3 (7.1%)	13 (31.0%)	10 (23.8%)	4 (9.5%)	5 (11.9%)	6 (14.3%)	2 (4.8%)	1 (2.4%)	2 (4.8%)	5 (11.9%)	42
合計(n=152)	15 (9.9%)	75 (49.3%)	35 (23.0%)	21 (13.8%)	17 (11.2%)	19 (12.5%)	8 (5.3%)	6 (3.9%)	8 (5.3%)	14 (9.2%)	152 (100.0%)

図 5　不足情報の比較



4 ．認知症高齢者イメージによる対応方法の相違と介護経験によるイメージの差について

1 ）認知症高齢者イメージの因子構造

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

いて、左右を揃えて比較したときに 2 段階以上の差があったものについては分析から除いた。またこの 2 つの形容詞対について、1 段階の差があった場合は、古谷野[10] にならいより否定的な選択肢のスコアを採用した。また各形容詞対についてもっとも肯定的な選択肢が 5 点、最も否定的な選択肢が 1 点となるように得点化した。その後、項目の取捨選択と因子数の変更を行いながら因子分析を重ねた（主因子法・バリマックス回転）ところ、最適解を得たのは 2 因子（11項目による）の場合であった（累積説明率40.34％。表 7 参照)。因子負荷量の高い項目を優先し、かつ先行研究との整合性をとりながら因子の解釈と命名を行った。第一因子には「愛想のよい（無愛想な)」「やさしい（きびしい)」「好きな（嫌いな)」「上品な（下品な)」「暖かい（冷たい)」「優れた（劣った)」「明るい（暗い)」が含まれており、先行研究の因子「親和性」を中心に「洗練性」が加わったものと考えられたので、「親和性」と命名した。第二因子には「活発な（不活発な)」「速い（遅い)」「敏感な（鈍感な)」「積極的な（消極的な)」が含まれており、先行研究の「力動性」因子と対応するものと考えられたため、「力動性」と命名した。

表 7　認知症高齢者イメージの因子分析の結果

	平均値	(SD)	回転後因子負荷量		
			親和性	力動性	共通性
愛想のよい(無愛想な)	3.24	(0.96)	0.782	0.037	0.613
やさしい(きびしい)	3.05	(0.91)	0.639	−0.067	0.413
好きな(きらいな)	3.23	(0.86)	0.634	0.205	0.444
上品な(下品な)	2.76	(0.72)	0.594	0.061	0.356
暖かい(冷たい)	3.54	(0.75)	0.582	0.114	0.352
優れた(劣った)	2.75	(0.82)	0.507	0.360	0.387
明るい(暗い)	2.97	(0.92)	0.495	0.278	0.322
活発な(不活発な)	3.16	(1.01)	0.125	0.704	0.511
速い(遅い)	2.66	(0.89)	0.028	0.595	0.355
敏感な(鈍感な)	3.28	(1.19)	0.177	0.573	0.360
積極的な(消極的な)	2.86	(0.97)	0.040	0.567	0.323
説明分散			2.665	1.772	4.437
因子寄与率(%)			24.23	16.11	40.34

2 ）認知症高齢者イメージによる対応方法の相違

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

この各因子の得点によって分けられた 2 群について、事例への対応方法が異なるか否かを χ^2 検定によって比較したところ、いずれの因子の場合も有意差は認められなかった（各因子ごとの 2 群の選択した対応方法については表 8 及び表 9 参照)。

表 8　親和性イメージの高低による対応方法の相違

	『問題行動』への直接対処	本人の意思や個別性の尊重	意思確認や精神安定・信頼関係形成	その他・実行不可能等	合計
親和性ｲﾒｰｼﾞ高群	33 (30.3%)	37 (33.9%)	21 (19.3%)	18 (16.5%)	109 (100.0%)
親和性ｲﾒｰｼﾞ低群	20 (32.8%)	24 (39.3%)	8 (13.1%)	9 (14.8%)	61 (100.0%)
合計	53 (31.2%)	61 (35.9%)	29 (17.1%)	27 (15.9%)	170 (100.0%)

表 9　力動性イメージの高低による対応方法の相違

	『問題行動』への直接対処	本人の意思や個別性の尊重	意思確認や精神安定・信頼関係形成	その他・実行不可能等	合計
力動性ｲﾒｰｼﾞ高群	31 (31.6%)	32 (32.7%)	20 (20.4%)	15 (15.3%)	98 (100.0%)
力動性ｲﾒｰｼﾞ低群	22 (30.6%)	29 (40.3%)	9 (12.5%)	12 (16.7%)	72 (100.0%)
合計	53 (31.2%)	61 (35.9%)	29 (17.1%)	27 (15.9%)	170 (100.0%)

3）介護経験の差による認知症高齢者イメージの相違

既述のように事例への対応方法について、介護経験の差による 4 群間で差が認められていたため、介護経験の差と認知症高齢者イメージの高低が共変関係にあるか否かを検討した（表10参照）。4 群間の一元配置分散分析により各因子の得点を比較したところ、「親和性」因子において有意差が認められた（F=19.072、df=3、p<.01）。Tukey の HSD 検定により多重比較を行ったところ、学生実習未経験群がその他の群と比較して有意に得点が低かった（p<.05）。

表10　介護経験の差による認知症高齢者イメージの得点

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

5．社会的スキルと対応方法の相違

1）社会的スキルの得点化

菊池[6]による、KiSS-18（Kikuchi's Social Skill Scale ・18項目版）を用いた。本尺度は、総合的な社会的スキルを測定する尺度で、18項目について自分にどれだけ当てはまるかを「いつもそうだ」から「いつもそうでない」までの 5 件法で回答するものである。ここでは、菊池[6]にならい、「いつもそうだ」を 5 点、「いつもそうでない」を 1 点として全項目の合計点を算出した。なお、本尺度は18項目で総合的な社会スキルを測定する尺度であり、高い信頼性と妥当性が確認されている尺度であるため、あらためて因子構造の確認などの作業は行わなかった。

この合計得点について、菊池[7]に示されている成人男性、大学生の性別の平均値を基準に、社会的スキル得点の高低で対象者を分けた。

2）社会的スキルの得点と対応方法

上述のように社会的スキル得点の高低で対象者を二分し、事例への対応方法が異なるか否かを χ^2 検定によって比較したところ、有意差は認められなかった（ 2 群の選択した対

応方法については表11参照)。

表11　社会的スキル得点の高低による対応方法の相違

	『問題行動』への直接対処	本人の意思や個別性の尊重	意思確認や精神安定・信頼関係形成	その他・実行不可能等	合計
社会的スキル低群	29 (32.2%)	35 (38.9%)	13 (14.4%)	13 (14.4%)	90 (100.0%)
社会的スキル高群	24 (30.0%)	26 (32.5%)	16 (20.0%)	14 (17.5%)	80 (100.0%)
合計	53 (31.2%)	61 (35.9%)	29 (17.1%)	27 (15.9%)	170 (100.0%)

3）社会的スキルの得点及び介護経験の差と対応方法

社会的スキルの高低のみでは対応方法には差が認められなかったが、介護経験の差を含めた上で再度検討するため、介護経験の差による 4 群それぞれにおいて社会的スキルの高低により対応方法が異なるか否かを検討した。群ごとの例数が少なくなるため、対応方法を「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」であるか否かで二分した上で、フィッシャーの直接確率法により比較した。その結果、いずれの群においても有意差は認められなかった（それぞれの群で選択された対応方法については表12参照)。

表12　社会的スキル（SS）得点及び介護経験の差による対応方法の相違

		本人の意思や個別性へのアプローチ	その他の対応	合計
介護職員経験3年以上群	SS低群	19 (76.0%)	6 (24.0%)	25 (100.0%)
	SS高群	16 (64.0%)	9 (36.0%)	25 (100.0%)
	合計	35 (70.0%)	15 (30.0%)	50 (100.0%)
介護職員経験3年未満群	SS低群	12 (52.2%)	11 (47.8%)	23 (100.0%)
	SS高群	11 (68.8%)	5 (31.3%)	16 (100.0%)
	合計	23 (59.0%)	16 (41.0%)	39 (100.0%)
学生実習経験群	SS低群	3 (20.0%)	12 (80.0%)	15 (100.0%)
	SS高群	7 (38.9%)	11 (61.1%)	18 (100.0%)
	合計	10 (30.3%)	23 (69.7%)	33 (100.0%)
学生実習未経験群	SS低群	14 (51.9%)	13 (48.1%)	27 (100.0%)
	SS高群	8 (38.1%)	13 (61.9%)	21 (100.0%)
	合計	22 (45.8%)	26 (54.2%)	48 (100.0%)

6．介護職員のバーンアウト傾向と対応方法選択の関係について

1）本研究対象者におけるバーンアウト尺度の因子構造

介護職員に対しては、久保・田尾[11]によるバーンアウト尺度を施行したが、本尺度については、例えば教員など看護職以外の対象者では因子構造が異なる場合があることが指摘されている[2)16)]ため、この因子構造を確認した。まず、先行研究のとおり主成分法による因子抽出とバリマックス回転により因子軸の回転を施す因子分析を行ったが、明確な

因子構造が得られなかった。そのため、項目の取捨選択と因子数の変更を行いながら因子分析を重ねた（主因子法・バリマックス回転）ところ、最適解を得たのは 2 因子（14項目による）の場合であった（累積説明率49.44％。表13参照）。因子負荷量の高い項目を優先し、かつ先行研究との整合性をとりながら因子の解釈と命名を行った。第一因子は原尺度の「情緒的消耗感」と「脱人格化」が一つの因子を形成したと考えられる「情緒的消耗感と脱人格化」（10項目）であり、第二因子は「個人的達成感」（ 4 項目）に対応するものと考えられた。

表 13　バーンアウト尺度の因子分析の結果

	平均値	(SD)	回転後因子負荷量 親和性	力動性	共通性
①「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	2.57	(1.36)	0.795	−0.136	0.651
⑧ 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。	2.36	(1.26)	0.765	−0.250	0.648
⑯ 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	3.07	(1.22)	0.703	0.066	0.499
⑥ 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	1.78	(1.11)	0.697	−0.367	0.621
⑤ 同僚や患者（利用者）の顔を見るのも嫌になることがある。	1.72	(0.98)	0.692	−0.178	0.510
⑫ 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	2.82	(1.29)	0.679	−0.150	0.484
⑩ 同僚や患者（利用者）と、何も話したくなくなることがある。	1.80	(1.00)	0.651	−0.200	0.464
③ こまごまと気配りすることが面倒に感じることがある。	2.44	(1.03)	0.575	−0.256	0.396
⑦ 一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある。	3.29	(1.26)	0.476	−0.183	0.260
⑪ 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1.55	(0.92)	0.426	−0.344	0.299
⑮ 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある。	2.65	(1.12)	−0.224	0.788	0.670
② 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	2.67	(1.18)	0.067	0.717	0.518
⑨ 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	3.18	(0.94)	−0.273	0.610	0.446
⑬ 今の仕事に、心から喜びを感じることがある。	3.02	(1.12)	−0.293	0.607	0.454
説明分散			4.516	2.406	6.922
因子寄与率(%)			32.26	17.18	49.44

2 ）バーンアウト傾向の有無による対応方法の相違

本研究におけるバーンアウト尺度の 2 つの因子について、それぞれの項目の得点を合計し項目数で除したものを各因子の得点とした。各因子の得点に関して、介護職員経験 3 年以上群と介護職員経験 3 年未満群との間で比較したところ（対応のない t 検定）有意差が認められなかったため、両群を合わせて、バーンアウトの 2 因子の得点の高低によってそれぞれ 2 群に分けた（回答尺度の「時々ある =3 点」を基準にした）。

この各因子の得点によって分けられた 2 群について、事例への対応方法が異なるか否かを χ^2 検定によって比較した（例数が少ないため、対応方法については「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」であるか否かで 2 分している。表14参照）。その結果、両因

表14　バーンアウト傾向の有無による対応方法の相違

		本人の意思や個別性へのアプローチ	その他の対応	合計
情緒的消耗感と脱人格化	低群	52 (75.4%)	17 (24.6%)	69 (100.0%)
	高群	6 (30.0%)	14 (70.0%)	20 (100.0%)
	合計	58 (65.2%)	31 (34.8%)	89 (100.0%)
個人的達成感	低群	5 (31.3%)	11 (68.8%)	16 (100.0%)
	高群	53 (72.6%)	20 (27.4%)	73 (100.0%)
	合計	58 (65.2%)	31 (34.8%)	89 (100.0%)

子について有意差が認められた（それぞれ「情緒的消耗感と脱人格化」χ^2=14.056、df=1、p<.01 ；「個人的達成感」χ^2=9.887、df=1、p<.01）。残差分析の結果「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群と、「個人的達成感」の低い群では、「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を対応として選択せずその他の対応を選択する傾向があった。

3）バーンアウト傾向の有無による理由・根拠と使用情報の相違

上述のように対応方法に違いがみられたため、同様に各因子の得点によって分けられた2群について、対応方法を導いた理由・根拠と事例の記述から使用した情報が異なるか否かをχ^2検定によって比較した。なお、理由・根拠と使用情報については複数の回答を許したため、それぞれの回答カテゴリーにおいて4群間の選択率の比較を行った。

その結果、理由・根拠については、「情緒的消耗感と脱人格化」について、「危険や悪影響の回避」で有意差が認められ（χ^2=3.851、df=1、p<.05）、残差分析の結果、「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群では「危険や悪影響の回避」を選択する傾向があった。また「個人的達成感」について、「QOLやADLの向上のため」で有意差が認められ（χ^2=4.606、df=1、p<.05）、残差分析の結果、「個人的達成感」の低い群では、利用者の「QOLやADLの向上のため」という理由を選択しない傾向があった（表15参照）。

表15　バーンアウト傾向の有無による理由・根拠の相違

		危険や悪影響の回避	客観的な状況把握から	精神的安定を図るため	本人の心情や意思に沿うため	本人からの理解や納得を得るため	QOLやADLの向上のため	他の利用者のため	その他	全体
情緒的消耗感と脱人格化	低群	13 (18.8%)	7 (10.1%)	43 (62.3%)	34 (49.3%)	11 (15.9%)	16 (23.2%)	8 (11.6%)	4 (5.8%)	69
	高群	8 (40.0%)	0 (0.0%)	9 (45.0%)	8 (40.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	3 (15.0%)	2 (10.0%)	20
	合計	21 (23.6%)	7 (7.9%)	52 (58.4%)	42 (47.2%)	12 (13.5%)	17 (19.1%)	11 (12.4%)	6 (6.7%)	89
個人的達成感	低群	5 (31.3%)	1 (6.3%)	10 (62.5%)	5 (31.3%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	16
	高群	16 (21.9%)	6 (8.2%)	42 (57.5%)	37 (50.7%)	9 (12.3%)	17 (23.3%)	10 (13.7%)	4 (5.5%)	73
	合計	21 (23.6%)	7 (7.9%)	52 (58.4%)	42 (47.2%)	12 (13.5%)	17 (19.1%)	11 (12.4%)	6 (6.7%)	89

表16　バーンアウト傾向の有無による使用情報の相違

		生活暦・入所の背景	現在の心身状況	他者との交流	家族の状況	本人のニーズ	他利用者の状況	その他	全体
情緒的消耗感と脱人格化	低群	29 (42.0%)	49 (71.0%)	13 (18.8%)	13 (18.8%)	35 (50.7%)	6 (8.7%)	2 (2.9%)	69
	高群	7 (35.0%)	9 (45.0%)	4 (20.0%)	1 (5.0%)	9 (45.0%)	5 (25.0%)	2 (10.0%)	20
	合計	36 (40.4%)	58 (65.2%)	17 (19.1%)	14 (15.7%)	44 (49.4%)	11 (12.4%)	4 (4.5%)	89
個人的達成感	低群	28 (38.4%)	50 (68.5%)	16 (21.9%)	13 (17.8%)	38 (52.1%)	9 (12.3%)	3 (4.1%)	73
	高群	8 (50.0%)	8 (50.0%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)	16
	合計	36 (40.4%)	58 (65.2%)	17 (19.1%)	14 (15.7%)	44 (49.4%)	11 (12.4%)	4 (4.5%)	89

また、使用情報については、「情緒的消耗感と脱人格化」について、「現在の心身の状況」で有意差が認められ（χ^2=4.623、df=1、p<.05）、残差分析の結果、「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群では利用者の「現在の心身の状況」を情報として使用しない傾向があった（表16参照）。

7．大学生の介護実習への適応感と認知症高齢者への対応方法

1）介護実習への適応感の因子構造

看護学生用に開発された実習適応感尺度[19]の表現を介護実習に沿うように変更したものを大学生の対象者に使用した。各項目について「非常によくあてはまる」を5点、「まったくあてはまらない」を1点として得点化を行った。なおここでは、他の分析項目と異なり、対象とした学生のうち、実習後に再度調査票への回答を行った者も含めて、介護実習経験があり、基本属性及び本項の分析に使用した指標に欠損のない49名のデータを用いている（男性20名・女性29名、平均年齢21.18±2.27歳。学年は1年生が2名・2年生が16名・3年生22名・4年生9名。実習回数は1回が19名・2回8名・3回15名・4回7名）。

実習適応感尺度は看護実習用のため、その後あらためて因子分析を行った。因子分析（主因子法・バリマックス回転）の結果、20項目中14項目が選択され、3因子が抽出された（累積説明率44.81%。表17参照）。因子負荷量の高い項目を優先し、かつ先行研究との整合性をとりながら因子の解釈と命名を行った。因子は既存尺度では「適応感」「モラト

表17　実習適応感尺度の因子分析の結果

		平均値	(SD)	回転後因子負荷量 適応感	苦悩感	独自性	共通性
⑭	私は前回の実習やこれまでの経験を生かし、自分なりの目的を持って実習に臨んでいる。	4.10	(0.77)	0.866	0.063	−0.164	0.780
⑬	実習中、困難にぶつかったとき、自分だけの考えにとらわれず、指導者や友人の意見をきいて解決策を見いだすようにしている。	4.04	(0.82)	0.695	−0.065	0.035	0.489
⑮	私は、実習を通して“あなたの目標とする職種”の課程を学ぶ学生としての自己の課題が明確になってきた。	3.69	(0.89)	0.662	0.132	−0.129	0.473
⑫	私は実習中は多少困難であっても、やりがいのある利用者を受け持ちたいと思う。	3.86	(0.94)	0.569	0.331	0.242	0.492
⑤(R)	できるだけ責任の重いことにはかかわりたくないので、軽症・軽度の利用者を受け持ちたい。	3.41	(1.14)	0.495	−0.142	0.144	0.286
①(R)	私は実習中、学習しようという気がおこらず、なんとなく日を過ごしてしまう。	4.04	(0.87)	0.420	−0.139	−0.094	0.205
⑥	私は実習ではいつも、着実な努力家としてのペースを保っている。	3.12	(0.78)	0.411	−0.230	0.049	0.224
⑯	私は実習中、自分なりに努力をしているが、力を十分に発揮できず悩むことが多い。	3.80	(0.96)	0.247	0.779	0.152	0.691
③	私は実習中、自分ひとりの判断で決めなければならないとき、ひどく混乱する。	3.27	(1.17)	−0.093	0.763	−0.139	0.610
⑦(R)	実習中は、どのような利用者を受け持っても不安におちいることはほとんどなく、気持ちは安定している。	3.33	(1.01)	−0.094	0.476	−0.059	0.239
⑧	私は利用者の評価よりも指導者の評価を気にすることが多い。	2.73	(1.06)	−0.313	0.460	0.252	0.373
⑩	私は実習中、グループでのカンファレンスで意見が異なっても、私の考え方を変えることはほとんどない。	2.45	(0.71)	−0.004	−0.311	0.692	0.576
⑰	実習中、指導者からなんと言われようと、自分が納得できるかどうかが問題である。	2.78	(1.12)	0.152	0.044	0.640	0.435
⑲	実習も大切だが、他にやるべきことがあるのではないかと思う。	2.88	(1.17)	−0.223	0.176	0.567	0.402
説明分散				2.835	1.984	1.455	6.274
因子寄与率(%)				20.25	14.17	10.39	44.81

R: 逆転項目（得点化の際に方向は逆転させた）

リアム」「拡散感」の 3 因子であったが、本研究では第一因子から順に、実習に対する「適応感」「苦悩感」「独自性」にあたると考えられた。「適応感」は実習に対して自分なりの意味や課題が明確になり、積極的に取組む姿勢を、「苦悩感」は実習中の自分の方法に疑問を感じ、努力はしているものの悩み不安に思っている状態を、「独自性」は指導者などの意見よりも自分自身のあり方を重視する姿勢を指しているものと思われる。

2 ）実習適応感による対応方法の相違

本研究における実習適応感尺度の 3 つの因子について、それぞれの項目の得点を合計し項目数で除したものを各因子の得点とした。その後 3 因子の得点の高低によってそれぞれ 2 群に分けた（平均値を基準にした）。

この各因子の得点によって分けられた 2 群について、事例への対応方法が異なるか否かを χ^2 検定によって比較した（例数が少ないため、対応方法については「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」であるか否かで 2 分している。表18参照）。その結果、対応方法については、「適応感」が高い群、「苦悩感」が高い群、「独自性」が高い群では「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を選択する場合が多かったが、「苦悩感」でのみ有意傾向が認められた。（χ^2 =4.128、df=1、p<.05）。

表18　実習適応感と対応方法の相違

		本人の意思や個別性へのアプローチ	その他の対応	合計
適応感	低群	8 (33.3%)	16 (66.7%)	24 (100.0%)
	高群	9 (36.0%)	16 (64.0%)	25 (100.0%)
	合計	17 (34.7%)	32 (65.3%)	49 (100.0%)
苦悩感	低群	6 (22.2%)	21 (77.8%)	27 (100.0%)
	高群	11 (50.0%)	11 (50.0%)	22 (100.0%)
	合計	17 (34.7%)	32 (65.3%)	49 (100.0%)
独自性	低群	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100.0%)
	高群	9 (47.4%)	10 (52.6%)	19 (100.0%)
	合計	17 (34.7%)	32 (65.3%)	49 (100.0%)

3 ）実習適応感による理由・根拠と使用情報の相違

上述のように対応方法に違いがみられたため、同様に各因子の得点によって分けられた 2 群について、対応方法を導いた理由・根拠と事例の記述から使用した情報が異なるか否かをフィッシャーの直接確率法によって比較した。なお、理由・根拠と使用情報については複数の回答を許したため、それぞれの回答カテゴリーにおいて 4 群間の選択率の比較を行った。

その結果、理由・根拠については、「苦悩感」について、利用者の「QOL や ADL の向上のため」で有意差が認められ（p<.05)、「苦悩感」が高い群では「QOL や ADL の向上のため」を選択していなかった。また「独自性」について、「危険や悪影響の回避」で有意差が認められ（p<.05)、「独自性」の高い群では、「危険や悪影響の回避」という理由を選択しない傾向があった（表19参照)。

また、使用情報については、「適応感」について、「他者との交流」で有意差が認められ（p<.05)、「適応感」が高い群では「他者との交流」を情報として使用する傾向があった。また「苦悩感」について利用者の「現在の心身の状況」及び「本人のニーズ」で有意差が認められ（p<.05)、「苦悩感」が高い群では「現在の心身の状況」を選択する一方で、「本人のニーズ」は選択しない傾向があった（表20参照)。

表19　実習適応感と理由・根拠の相違

		危険や悪影響の回避	客観的な状況把握から	精神的安定を図るため	本人の心情や意思に沿うため	本人からの理解や納得を得るため	QOLやADLの向上のため	他の利用者のため	その他	全体
適応感	低群	9 (37.5%)	2 (8.3%)	11 (45.8%)	11 (45.8%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	4 (16.7%)	5 (20.8%)	24
	高群	11 (44.0%)	1 (4.0%)	11 (44.0%)	11 (44.0%)	6 (24.0%)	5 (20.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	25
	合計	20 (40.8%)	3 (6.1%)	22 (44.9%)	22 (44.9%)	10 (20.4%)	6 (12.2%)	7 (14.3%)	6 (12.2%)	49
苦悩感	低群	9 (33.3%)	0 (0.0%)	15 (55.6%)	10 (37.0%)	6 (22.2%)	6 (22.2%)	4 (14.8%)	4 (14.8%)	27
	高群	11 (50.0%)	3 (13.6%)	7 (31.8%)	12 (54.5%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	2 (9.1%)	22
	合計	20 (40.8%)	3 (6.1%)	22 (44.9%)	22 (44.9%)	10 (20.4%)	6 (12.2%)	7 (14.3%)	6 (12.2%)	49
独自性	低群	16 (53.3%)	1 (3.3%)	14 (46.7%)	13 (43.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	30
	高群	4 (21.1%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)	9 (47.4%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	19
	合計	20 (40.8%)	3 (6.1%)	22 (44.9%)	22 (44.9%)	10 (20.4%)	6 (12.2%)	7 (14.3%)	6 (12.2%)	49

表20　実習適応感と使用情報の相違

		生活暦・入所の背景	現在の心身状況	他者との交流	家族の状況	本人のニーズ	他利用者の状況	その他	全体
情緒的消耗感と脱人格化	低群	11 (45.8%)	17 (70.8%)	4 (16.7%)	2 (8.3%)	11 (45.8%)	3 (12.5%)	1 (4.2%)	24
	高群	11 (44.0%)	17 (68.0%)	11 (44.0%)	2 (8.0%)	6 (24.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25
	合計	22 (44.9%)	34 (69.4%)	15 (30.6%)	4 (8.2%)	17 (34.7%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	49
個人的達成感	低群	11 (40.7%)	15 (55.6%)	8 (29.6%)	3 (11.1%)	13 (48.1%)	1 (3.7%)	1 (3.7%)	27
	高群	11 (50.0%)	19 (86.4%)	7 (31.8%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	22
	合計	22 (44.9%)	34 (69.4%)	15 (30.6%)	4 (8.2%)	17 (34.7%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	49
個人的達成感	低群	13 (43.3%)	23 (76.7%)	9 (30.0%)	3 (10.0%)	11 (36.7%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	30
	高群	9 (47.4%)	11 (57.9%)	6 (31.6%)	1 (5.3%)	6 (31.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19
	合計	22 (44.9%)	34 (69.4%)	15 (30.6%)	4 (8.2%)	17 (34.7%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	49

考　察

1．介護経験の差による対応と視点の相違について

1）対応方法

本研究で用いられた認知症高齢者の事例に対して行うその場での対応については、「『問題行動』への直接対処」「本人の意思や個別性の尊重」「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」「その他・実行不可能等」の 4 つのカテゴリーに分類し、分析を行った。

結果から、全体で最も多く回答されていたのは「本人の意思や個別性の尊重」の35.9%であり、「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」の17.1%を合わせると、全体の半数以上は本人の意思や個別性に向けたアプローチをしていることが分かる。

これに対して、介護経験の差によって、学生実習未経験群／学生実習経験群／介護職員経験 3 年未満群／介護職員経験 3 年以上群という 4 群に対象者を分け、群間で対応方法の回答傾向が異なるか否かを検討したところ、差が認められた。具体的には、学生実習経験群では他の群よりも「『問題行動』への直接対処」が多く「本人の意思や個別性の尊重」が少ない、介護職員経験 3 年未満群では「本人の意思や個別性の尊重」が多い、介護職員経験 3 年以上群では「『問題行動』への直接対処」が少なく「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」が多いというものである。すなわち、学生でかつ介護実習を未経験な場合は全体に比して回答方法に大きな偏りがなかったものが、実習を経験した場合には「『問題行動』への直接対処」が多くなり、介護職員でかつ経験年数が 3 年に満たない場合では「本人の意思や個別性の尊重」が対応の中心になり、3 年以上の経験を持つと「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」が増えるという形で、対応の焦点が移っていくことが示唆される。

2）理由・根拠

次に、対応方法を導いた理由については、「危険や悪影響を回避するため」「客観的状況の把握から」「精神的安定を図るため」「本人の心情や意思に沿うため」「本人からの理解や納得を得るため」「QOL や ADL の向上のため」「他の利用者のため」「その他」の 8 つのカテゴリーに、複数回答を許した上で分類した。

結果から、全体で最も多かったのが「精神的安定をはかるため」の47.1%であり、次いで「本人の心情や意思に沿うため」が42.9%、「危険や悪影響の回避」が33.5%の順で多く、ほぼ全体としては対応方法と連動していることが分かる。

これに対して、介護経験の差による 4 群の間で比較したところ、学生実習未経験群では他の群よりも「危険や悪影響の回避」を選択し「精神的安定をはかる」を選択しない傾向があり、介護職員経験 3 年未満群では「危険や悪影響の回避」を選択せず「精神的安定をはかる」を選択する傾向が、介護職員経験 3 年以上群では「精神的安定をはかる」を選択する傾向があることが示された。これらの傾向についても、対応方法で認められた 4 群間の違いをほぼ反映していると考えられる。経験を経ることで、その根拠が変化した上で対応方法に違いがみられていることが示唆される。

3）使用情報

対応方法を導くにあたって、提示した事例の記述の中から使用した情報については、「生活歴・入所の背景」「現在の身心の状況」「他者との交流」「家族の状況」「本人のニーズ」「他の利用者の状況」「その他」の 7 つのカテゴリーに分類した。

結果から、全体として選択率が高い順に「現在の心身の状況」が65.3%、次いで「本人のニーズ」が45.9%、「生活暦・入所の背景」が 37.1 %などであり、本人の状況をニーズや生活背景も含めて情報として使用していることが分かる。

これに対して、介護経験の差による 4 群の間で比較したところ、学生実習未経験群及び介護職員経験 3 年未満群では使用情報として「生活暦・背景」を選択しない傾向があること、介護職員経験 3 年以上群では「生活暦・背景」を選択する傾向があることが示された。これらの傾向は、介護職キャリアを一定期間以上積むことによって、単なる本人の身体状況だけでなく、生活背景など幅広い情報を知った上で対応にあたろうとする姿勢が生じていることを示唆していると思われる。逆に学生の立場では、そうした面にまで目を向けるという点についてやや気づきにくいことが示唆される。ただし、介護職経験 3 年未満群では「生活暦・背景」を選択しない傾向が最も強く、対応方法として「本人の意思や個別性の尊重」が最も多いことを考えると、介護職に従事している期間がそれほど長くない場合は、生活暦等を捉えてまずは本人の心情を理解するということよりも、本人の意思などを尊重する方向ではあるものの現況から即時的な対応を導きやすいことが示唆される。

4）対応の実施可能性

回答した対応が自身でどの程度実際に行うことが可能かを「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までの 6 件法で回答するよう求めた結果について、4 群間の比較を行ったところ、学生実習未経験群よりも介護職員経験 3 年以上群及び介護職員経験 3 年未満群が、学生実習経験群よりも介護職員経験 3 年以上群及び介護職員経験 3 年未満群の方が実施可能性が高いことが示された。この結果から、介護職に従事し実際に日常的に業務にあたることで、自身の行う対応に対する確信をある程度持てるようになることが示唆される。ただし経験 3 年以上群と 3 年未満群の間に差はなく、かつこの 2 群間で対応方法の傾向が異なることから、本研究では例数が少なく検討できなかったが、介護職に従事してからの変化については、単に自信が向上するといったことではなく、ケアの内容も含めて質的かつ多面的な変化が起こっている可能性がある。同様に学生についても、実習経験の有無で大きな差はなく、後述のような実習への適応状態や、指導・教育体制など、実習を経験した学生については複数の要因が関与している可能性がある。

5）長期的な対応について

事例に対して中長期的に見込まれる対応方法については、「スタッフとの信頼関係の形成」「家族との関係性」「残存能力活用・ ADL 向上」「精神的な安定をはかる」「環境調整」「他利用者との関係の安定化」「内容不明のスタッフの働き」「その他」の 8 つのカテゴリーに、複数回答を許した上で分類した。

全体で最も多かったのが「精神的な安定をはかる」の48.8%、次いで「残存能力活用・ADL 向上」が33.5%、「スタッフとの信頼関係の形成」及び「他利用者との関係の安定化」

が 20.6 %といった結果が得られた。この長期的な対応方法について、それぞれのカテゴリーに関して 4 群間の選択率を比較したところ、学生実習未経験群では「スタッフとの信頼関係の形成」及び「残存能力の活用・ ADL 向上」「精神的な安定をはかる」のいずれのカテゴリーについても回答せず、学生実習経験群は「残存能力の活用・ ADL 向上」を選択する傾向があった。また介護職員経験 3 年以上群では「精神的な安定をはかる」を選択する傾向があった。実習を経験していない学生では、当然のことながら他の群が選択するような長期的な視野に立った検討は行いがたいものと思われる。また学生実習経験群では、理由・根拠としては「残存能力の活用・ ADL 向上」が多く回答されており、長期的にはこうした目標を考えているものの、その場での対応からは連動していないことが推察される。また介護職員経験 3 年以上群では「精神的な安定をはかる」を選択する傾向があったが、これはこの群のその場での対応方法やその理由とも合致しており、このことが最大の目標となっていると考えられる。

6 ）不足情報について

回答に際して不足していると思われた情報については、対象者170名のうち152名から回答が得られ、全体で最も多かったのが「心身の状況」（49.3%）で、次いで「これまでの対応」（23.0%）、「他者との交流」（13.8%）などの順であった。この長期的な対応方法について、4 群間の選択率を χ^2 検定により比較した結果、学生実習未経験群では「心身の状況」について回答しない一方で、介護職員経験 3 年以上群では回答する傾向があり、学生実習経験群では「これまでの対応」を選択しない傾向があった。このことから、経験の長い介護職員にとっては、提示された以上に、事例の心身の状況について把握した方がよい情報があることが推察される。また学生実習経験群では「これまでの対応」を選択しない傾向があったが、このことは、この群の対象者が回答したその場での対応方法が「『問題行動』への直接対処」に偏っていたことと関連している、つまり即時的な対処に注目するとそれまでの対応の経緯に目が向きにくくなることによると思われる。

2 ．認知症高齢者イメージによる対応方法の相違と介護経験によるイメージの差について

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

次に、ここで抽出された 2 つの因子について、その高低によって事例への対応方法が異なるか検討したところ、いずれの因子においても差は認められなかった。また、対応方法等と同様に介護経験の差による 4 群の間でそれぞれの因子に含まれる項目全体の平均得点を比較

したところ、「親和性」因子において、学生実習未経験群が他の群よりも平均得点が低かった。これらの結果から、本研究で用いた認知症高齢者イメージについては、直接対応方法の違いに関係するというよりも、対応方法の違いに大きく影響する介護経験、特にその多寡よりも介護経験自体の有無に関連して変化するものと思われる。あるいは高齢者や障害児者との直接の接触経験が態度変容をもたらすという一連の知見[5)9)14)17)]と同様、「介護」の経験よりも実習という形で一定期間継続して接触経験を持つことが、認知症高齢者への親和的なイメージの形成に寄与するといえるかもしれない。一方、介護職に従事するということの経験及びその長さそれ自体は、全般的な認知症高齢者イメージの変動に対して肯定的にも否定的にも働かなかった。このことについては、やや古い知見も含むが、古谷野[9)]が先行研究を整理した上で述べているように、重度の障害老人と接する機会の多いサービス提供者ほど否定的な高齢者観を持っているという知見があることとも関係している、つまり、介護職の経験により認知症高齢者への理解が深まる一方で、認知症高齢者への介護に伴う困難さなどが拮抗条件として働き、結果として変化をもたらしていない可能性がある。あるいは、認知症高齢者への対応経験が増え、理解が深まるとともに、認知症高齢者の個別性とその多様性への気づきが生じるなどしている可能性もある。

３．社会的スキルと対応方法の相違について

ここでは、既存の総合的な社会的スキルを測定する尺度を用いて、社会的スキル得点の高低により対応方法が異なるかどうかを検討したが、社会的スキルを単独の要因とした場合でも、介護経験の要因を合わせて検討した場合でも、対応方法の差は認められなかった。したがって本研究の範囲では、対応方法の（大まかな分類による）選択には社会的スキルの高低はそれほど作用しないことが示唆される。ただし、社会的スキルの概念は行動の非言語的な側面や態度なども含んでおり[1)]、より詳細にみた場合、例えば同じ対応方法の中での質的な違いについての検討などを行うと異なった結果が得られる可能性はある。

４．介護職員のバーンアウト傾向と対応方法選択の関係について

ここでは、対象者のうち介護職員について、田尾・久保[11)]によるバーアウト尺度を施行した。既述のように、本尺度については看護職以外では因子構造が異なる場合があることが指摘されているため、あらためて因子分析を行ったところ、「情緒的消耗感と脱人格化」及び「個人的達成感」の 2 因子が抽出された。既存尺度と異なる点は、項目選択の過程でやや抜け落ちた項目があること、「情緒的消耗感」と「脱人格化」が一つの因子を形成していることであったが、「情緒的消耗感」と「脱人格化」が一つの因子を形成することについてはいくつかの研究で例があり[2)16)]、本研究の結果についても先行研究と大きく異なるものではないと考えられる。

次に、このバーンアウトの 2 つの因子について、それぞれの因子に属する項目の得点を合計し項目数で除したものを各因子の得点とし、この高低により対象者を 2 群に分けた。またこの 2 群間で事例への対応方法とその理由、及び使用情報を比較した。その結果、「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群と、「個人的達成感」の低い群では、「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を対応として選択しない傾向があった。また「情緒的消耗感と脱人格化」が高い群では、利用者の「現在の心身の状況」を使用情報として選択せず、理由として「危

険や悪影響の回避」を選択する傾向があった。さらに「個人的達成感」の低い群では、利用者の「QOL や ADL の向上のため」という理由を選択しない傾向があった。これらの結果から、バーアウトの傾向は、利用者への対応方法や、対応方法を導くための視点にも影響することが分かる。一般に、ヒューマン・サービスに関わる職種に従事する者の場合、情緒的消耗感あるいは脱人格化が高まると、クライエントから距離を置く、対応や視点が画一的になるといった行動がみられることが指摘されている[12]。本研究の結果でも「情緒的消耗感と脱人格化」が高い場合「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を対応として選択せず、利用者の現在の心身の状況から対応を考える割合が減り、「危険や悪影響の回避」を対応選択の理由とする割合が高まっていた。また個人的達成感が低下している場合はサービスに対する積極性が低下することが指摘されている[12]が、本研究でみられた「QOL や ADL の向上のため」という理由を選択しない傾向もこの一つといえよう。

5．大学生の介護実習への適応感と認知症高齢者への対応方法について

ここでは、看護学生用に開発された実習適応感尺度[19]の表現を介護実習に沿うように変更したものを大学生の対象者に使用した。看護実習用の尺度であったため、あらためて因子分析を行ったところ、実習に対する「適応感」「苦悩感」「独自性」の 3 因子が抽出された。既存尺度と異なっていた点は、全体に項目の入れ替えがいくつかみられた上、「実習モラトリアム」「実習拡散感」に変わって「苦悩感」「独自性」に相当すると思われる因子が見出された点である。このことについては、看護実習と介護実習の間の教育体制や受け入れ施設内での指導体制などの違いや、対人援助の比重が異なるといったことなどが理由として考えられる。

次に、この実習適応感の 3 つの因子について、それぞれの因子に属する項目の得点を合計し項目数で除したものを各因子の得点とし、この高低により対象者を 2 群に分けた。またこの 2 群間で事例への対応方法とその理由、及び使用情報を比較した。その結果、特に実習に対する「苦悩感」の有無が、認知症高齢者への対応を考える際に関係していることが示唆された。苦悩感が高い群の特徴は、対応として「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」をしようとするが、利用者の情報には目を向けているものの、本人のニーズを考える視点が少なく、結果対応の際に利用者の QOL 等の向上を目的としていない、といった点があげられる。おそらくそのために、実際の実習中に行った対応が受け入れられなかったり、自分の対応に確信を持てずにいたりする、といったことが発生しているのではないかと考えられる。したがって、実際に行っている対応の詳細を調べると、例えば同じく「本人の意思や個別性の尊重」や「意思確認や精神的な安定・信頼関係の形成」といった分類に入る対応を行っていても、苦悩感が高い学生では質的な違いやその成否の違いなどがみられるかもしれない。また、例えば看護実習前後あるいは実習中と実習後の比較を行った研究[13][18][20]などでは、実習の経験により全体的な傾向としては適応感や自己効力感の高まりが認められているが、本研究の結果を考えるとむしろ実習中の悩みや不安を抱える一群に的確に対処していくことが重要であり、これらの研究自身においても指摘されているようにそれは教育・指導上の問題として捉えられよう。

ま と め

以上のように、本研究では介護職に従事する施設職員、および介護福祉士等の養成課程に在学する学生における、認知症高齢者に対する理解の方略と、それに基づくコミュニケーション方略について検討した。また同時に認知症高齢者イメージ、社会的スキルやストレス、実習適応感及びそれらの変化等との関係についても検討し、対象者理解やコミュニケーションの方略の選択へ影響する要因についても検討した。

ここまで述べた結果から、まず、対応方法とそれを導くための理由、及びそのために使用した情報については、介護経験の差によってある程度明確な差が認められたといえよう。経験を経ることで、事例に対する視点や思考方法が変化し、結果対応方法の違いとなって現れてきているものと考えられる。本研究は対応の成否に関する資料は得られないデザインだったので対応方法の是非について論じることは難しいが、肯定的に捉えれば、この変化はより利用者中心のものへの変化として解釈できよう。ただしこのような介護経験の差による変化を、単に経験が増えることを待てばよい、という立場で捉えるわけにはいかない。はじめに述べたように、近年の本邦において認知症介護をめぐる人的環境は大きく変わりつつあり、このような経験による発達を確保・促進するための援助を考えていくべきである。特に、経験のレベルによってある程度の連続性は推察されたものの、本研究で設定した 4 群の間では対応方法を中心に比較的大きな差がみられた。そのため、今後は学生の実習経験による変化や、介護職に従事して間もない時期からの変化などについてより詳細に検討していく必要がある。

またこのことは、認知症高齢者への対応方法に影響すると予想された他の要因の結果から強調できる。本研究で対応方法に差が認められたのは、介護職員におけるバーンアウト傾向と、学生における実習適応感の要因であった。さらに、回答した対応方法を自身でどの程度実行することが可能かを聞いたところ、学生と介護職員の間でのみ差が認められた。また認知症高齢者イメージについては、実習を経験していない学生のみが他の群よりもイメージ得点が低いという結果であった。

したがって、対応方法について、前述のように学生と介護職員の間ではある程度連続性のある違いが認められたものの、それぞれの中では対応方法に影響する固有の要因があるものと思われる。例えば介護職員については、従来から指摘されているように、バーンアウト傾向の強さと対象者理解の視点や対応方法に認められる消極性や画一化との間の関連が認められており、それは経験年数に関わらず確認された。また学生については、実習経験によって認知症高齢者への親和的なイメージは高まるものの、対応としてはいわゆる「問題行動」に焦点を当てるなど、心理的な変容と実際の対応の変化が必ずしも整合していない可能性も示唆される上、実習に苦悩感を持っている学生の葛藤が正に「利用者の意思や個別性に対するアプローチ」を選択しようとすることと関連していることが予想される。さらに長期的な対応や不足情報の結果からは、実習を経験した学生の一部は、いわゆる『問題行動』への即時的な対処に集中し、その場での対応についてはやや視野が狭まっている可能性が指摘できる。そのため、学生については学生教育、特に実習教育の体制・方法などの影響について、介護職員については職務に関連するストレスに加えて、ストレスに対するコーピングや技能習得の度合い、施設形態や施設体制といった経験年数以外の新たな要因の影響について、今後それぞれ検討していく必要がある。

文　　献

1）相川　充、津村俊充（編）：社会的スキルと対人関係－自己表現を援助する－．誠信書房、1996.
2）伊藤美奈子：教師のバーンアウト傾向を規定する諸要因に関する探索的研究－経験年数・教育観タイプに注目して－．教育心理学研究、48 ； 12-20.
3）介護労働安定センター：介護事業所における介護労働実態調査．2005.
4）加藤伸司：痴呆性高齢者の心理的特徴．日本痴呆ケア学会編、痴呆ケア標準テキスト痴呆ケアの基礎、ワールドプランニング； 57-22、2004.
5）川間健之介：障害を持つ人に対する態度－研究の現状と課題－．特殊教育学研究、34 ； 59-68、1996.
6）菊池章夫：思いやりを科学する．川島書店、1988.
7）菊池章夫：また／思いやりを科学する．川島書店、1989.
8）高齢者介護研究会： 2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－．2003.
9）古谷野亘：通年講義による老人観の変容－専門科目「老人福祉論」の場合－．桃山学院大学社会学論集、23（2）； 1-19、1990.
10）古谷野亘、児玉好信、安藤孝敏、浅川達人：中高年の老人イメージ－ SD 法による測定－．老年社会科学、18 ； 147-152、1997.
11）久保真人、田尾雅夫：バーンアウトの測定．心理学評論、34 ； 412-431、1992.
12）久保真人、田尾雅夫：バーンアウトの理論と実際－心理学的アプローチ－．誠信書房、1996.
13）百瀬由美子、山崎章恵、阪口しげ子：患者との関わりにおける看護学生の自己効力感（Ⅱ）－基礎看護実習前後の比較と自己効力感を高める要因．信州大学医療技術短期大学紀要、24 ； 71-79、1998.
14）生川善雄：わが国における知的障害児（者）に対する態度研究の現状と課題．特殊教育学研究、35 ； 67-72、1998.
15）日本社会事業大学：介護保険施設における介護職員の業務のあり方に関する研究報告書．2004.
16）田尾雅夫：ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定．京都府立大学学術報告（人文)、40 ； 101-123、1987.
17）山内隆久：偏見解消の心理－対人接触による障害者の理解－．ナカニシヤ出版、1996.
18）山崎章恵、百瀬由美子、阪口しげ子：看護学生の臨地実習前後における自己効力感の変化と影響要因．信州大学医療技術短期大学紀要、26 ； 25-35、2000.
19）吉永喜久恵、大沢正子、高橋　光：看護学生の自我同一性と実習適応感．神戸市立看護短期大学紀要、8 ； 67-80、1989.
20）吉永喜久恵、近森栄子、大沢正子：臨床実習にともなう自我同一性と実習適応感の変化．神戸市立看護短期大学紀要、9 ； 35-45、1990.

Ⅰ．調査票に記入される方についておうかがいします。該当する番号に○印をつけ、必要事項をご記入ください。

記入年月日：平成　　年　　月　　日

①　性別

１．男性　　２．女性

②　年齢

満（　　）歳

③　現在勤務されている施設の種別

１．特別養護老人ホーム　２．老人保健施設　３．デイサービス

４．デイケア　５．グループホーム　６．その他（　　）

④　現在勤務されている施設の形態（③の質問に「１」または「２」と回答された方のみ）

１．ユニットケアを実施している　→　１ユニットあたりの利用者（　　）人

２．ユニットケアを実施していない

⑤　現在の職場での経験年数

（　　）年（　　）ヶ月

⑥　高齢者介護に従事してからの総経験年数（現在の職場を含む）

通算（　　）年（　　）ヶ月

⑦　現在お持ちの資格（複数回答可）

１．介護福祉士　２．ホームヘルパー（　　）級　３．看護師

４．社会福祉士　５．ケアマネジャー　６．資格なし

７．その他（　　）

⑧　認知症介護に関する研修等への参加の有無および内容

１．有（下の選択肢から、受講経験のある内容をすべて選んでください）

＊任用の基礎となるような資格（介護福祉士・社会福祉士・ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰなど）取得のためのものは除く。
＊一度の研修の中に複数の内容が含まれていた場合も、該当するものをすべて選んでください。

１）講義・講演等の聴講（会の大小や時間の長さは問いません）

２）演習（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ・ﾛｰﾙﾌﾟﾚｲなど）（内容：　　）

３）実習・実地研修（施設実習など）（内容：　　）

４）その他（　　）

２．無

Ⅰ．調査票に記入される方についておうかがいいたします。該当する番号または記号に○印を付け、必要事項をご記入下さい。

記入年月日：平成　　年　　月　　日

①　性別　　１．男性　　２．女性

②　年齢　　満（　　）歳

③　学年　　（　　）年

④　取得（予定）資格の有無と内容

１．有（下記から入学以前や学外の課程で取得したものには△、在学中に国家試験受験資格を含めて取得(予定)のものには○印を付けてください）

１）介護福祉士　　２）ホームヘルパー（　　）級　　３）教員免許（科目：　　）

４）社会福祉士　　６）精神保健福祉士　　７）看護師

８）その他（　　）　　（複数回答可）

２．無

⑤　認知症高齢者に対するボランティア等の経験の有無（実習などの資格取得・課程に伴うものを除く）

１．有（下記からその継続の程度も選択してください）

１）大会・催事等に伴う単発のもの　　２）週に１回程度以上の継続的なもの

２．無

⑥　所属学校での認知症介護に関する講義（認知症の理解、認知症高齢者への対応等）の受講経験

１．有　→　内容（　　）

２．無　　＊講義の一部であった場合も含む

⑦　資格取得に関わる実習経験の有無

１．有

回数	期間（総日数）	施設の種別	学年	認知症高齢者への対応経験の有無	実習の目的となる資格
1				有　　無	
2				有　　無	
3				有　　無	
4				有　　無	
5				有　　無	
6				有　　無	

＊「施設の種別」欄には「特別養護老人ホーム」などの施設の種類を記入してください。
＊教員免許等取得のための「教育実習」「介護等体験」を含みます（「実習の目的となる資格」欄に記入してください）。

２．無

利用者Aさんの事例

Aさんは75歳の男性です。5年前までは奥さんと自宅で酒屋を営んでいましたが、奥さんに先立たれてから、次第に認知症（痴呆症）の症状が現れるようになり、電話での注文で相手の名前を忘れてしまったり、配達のし忘れやお金の計算ミス等が目立つようになりました。Aさんは人柄もよく、近所の人からはもちろんのこと、町内の人からも慕われていました。Aさん自身、長年やってきた酒屋の仕事こそが生きがいでした。

Aさんの長男は独り身で、他県で暮らし電気関係の会社に勤めています。

お盆になり、長男が実家に帰省したときのことです。Aさんは、近所にちょっと買い物に行ってくると言って出かけたきり、なかなか帰ってきません。心配になった長男が探しに行こうとしたときに、Aさんが近所の人に付き添われて帰ってきました。近所の人の話によると、Aさんは自宅までの道に迷ったらしく、独りで自宅に戻ることができなくなったようで、様子がおかしいので声をかけたとのことです。長男が詳しく聞くと、近所の人は、これまでに同じようなことが何度かあったことや、酒屋でのミスのことなどを話してくれました。そこではじめて、長男はAさんが認知症になっているのではないかと気づきました。その後病院に行って検査してもらったところ、アルツハイマー型認知症と診断されました。

その後Aさんのことを気にかけながら仕事をしていた長男ですが、1ヵ月後、思い切って仕事を辞め、Aさんと同居し面倒をみながら酒屋を引き継いでいくことを決心しました。長男は、半年間酒屋の仕事をしながらAさんの面倒を見ていましたが、仕事とAさんの介護の両立が難しくなり、次第に施設への入所を考えるようになりました。そしてAさんは、先月特別養護老人ホームに入所しました。ADLはほぼ自立していますが、入所当初から帰宅願望が強く、Aさんは何度も「家に帰りたい」、「家に電話して迎えに来てもらうように言ってほしい」と介護職員に頼んでいます。

今夜も何度も施設の外に出ようとして、他の利用者が寝ているにもかかわらず、大声で「家に帰る」「家に電話しろ」「玄関を開けろ」などと叫び訴えています。

利用者Bさんの事例

Bさんは80歳の女性です。75歳まで保育園の園長をしていましたが、今から4年前に脳梗塞で倒れ、その後遺症で左片麻痺になりました。これまで老人保健施設に入所したり通所するなどしてリハビリ訓練に励んできましたが、年齢を重ねるごとに次第に下肢の筋力が低下してきており、現在は、老人保健施設にて車椅子での生活を送っています。中程度の認知症（痴呆症）がありますが、身体機能には特に支障はありません。

病気になる前は体が丈夫であることに自信をもっていたBさんですが、病気になってからは少し自信をなくしてしまいました。自宅には長男夫婦がいますが、日中は仕事でBさんの面倒をみることができません。休日になると、長男夫婦や、また隣町にいる娘夫婦や孫たちがBさんに面会に訪れることが多く、Bさんはいつも休日を心待ちにしています。面会時には穏やかな表情で過ごしています。

Bさんは、尿意があり自力でトイレでの排泄を行っていましたが、老人保健施設に入所した当初、就寝中に失禁してしまい、着ている服やベッドのシーツ等を汚してしまったことがありました。それ以来、Bさんはまた失禁してしまうのではないかと心配になり、失禁に対して過度に不安を抱き、それを頻繁に訴えるようになりました。日中はトイレでなんとか自力で排泄をしていますが、夜間はオムツをしてほしいと介護職員に強く訴えるようになりました。介護職員は、はじめの頃はBさんの希望どおりオムツをするようにしました。しかしそれからというもの、「排尿があったからオムツを取り替えてほしい」という訴えが一晩に何度もあるものの、確認するとオムツは汚れていないことがほとんどでした。失禁してしまったのは入所当初の一度だけで、それからは失禁は見られません。介護職員がもうオムツをはずしてみてはどうかとBさんに問いかけましたが、Bさんはまた失禁してしまうのが心配だと言って納得することはなく、ずっと同じ状況のまま現在に至っています。

今夜もBさんからのナースコールがあり、いつものようにオムツを取り替えてほしいとの訴えが聞かれました。

利用者Cさんの事例

C さんは特別養護老人ホームに入所している 73 歳の女性です。認知症（痴呆症）は中程度ですが、ADL はほぼ自立しています。Cさんは、3 年前までは自宅で小料理屋を営んでいました。昔から人付き合いが上手でお客さんから大変慕われ、Cさんと話をしたりCさんのおいしい料理を期待してお客さんが来ていました。しかし、次第に宴会の予約を忘れたり、日常生活の中においても、お風呂を空焚きしてしまうなどといったことがたびたび見られるようになりました。そうしたことが離れて暮らしているCさんの子どもたちの耳にも入り、子どもたちは心配していました。

そんなある日、火の消し忘れが原因でとうとうぼやを起こしてしまいました。それ以来、子どもたちに店を続けることを強く反対され、まもなく大好きな店をたたむことになりました。子どもたちはCさんのことが心配ではいましたが、それぞれ離れて暮らしておりCさんの面倒を見ることができないため、現在の特別養護老人ホームへの入所に至りました。

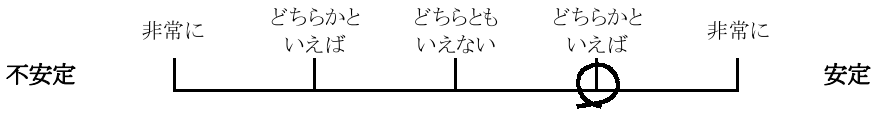
Cさんは、施設内でも、洗い物をしたり洗濯物をたたんだり、食事の配膳をしたりと行動的です。じっとしていることが苦手で、他の利用者に対しても車椅子を押してあげるなど、手を貸す場面が多く見られます。しかし、相手の意向を無視して行うため、トラブルとなることもしばしばでした。

ある日、同室の利用者 O さんが居室でカーディガンのボタンをかけようとしていましたが、なかなかかけられずにいました。それに気づいたCさんは、「どれどれ、私がやってあげるから」と言って居室に入り、O さんの返事も聞かずにボタンをかけてあげました。O さんは普段は時間をかければ身の回りのことは自分で行えている方で、C さんのこの行為には不満な様子でした。その場面を、シーツ交換をしに来た介護職員が偶然目にしました。

Ⅲ．あなたが持つ、認知症のある高齢者へのイメージをお聞きします。

２つの形容詞が対になっていますので、２つの形容詞の間で、あなたが持つ認知症高齢者全般に対するイメージに最も近い場所に○を付けてください。

【記入例】



＊中間部分には○を付けないでください。

ここからが質問です。あなたの認知症高齢者に対するイメージをお答えください。

	非常に	どちらかといえば	どちらともいえない	どちらかといえば	非常に	
1 冷たい						暖かい
2 地味な						派手な
3 騒がしい						静かな
4 明るい						暗い
5 受動的な						能動的な
6 積極的な						消極的な
7 落ち着きのない						落ち着きのある
8 好きな						嫌いな
9 不活発な						活発な
10 枯れた						みずみずしい
11 速い						遅い
12 にぎやか						さびしい
13 敏感な						鈍感な
14 劣った						優れた
15 上品な						下品な
16 柔軟な						頑固な
17 きびしい						やさしい
18 強い						弱い
19 無愛想な						愛想のよい
20 暗い						明るい

Ⅳ. 以下の文章を読んで、自分にどれだけ当てはまるか答えてください。

	いつもそうだ	たいていそうだ	どちらともいえない	たいていそうでない	いつもそうでない
1 他人と話していて、あまり会話が途切れない方ですか。					
2 他人にやってもらいたいことを、うまく指示することができますか。					
3 他人を助けることを、上手にやれますか。					
4 相手が怒っているときに、うまくなだめることができますか。					
5 知らない人とでも、すぐに会話が始められますか。					
6 まわりの人たちとのあいだでトラブルが起きても、それを上手に処理できますか。					
7 こわさや恐ろしさを感じたときに、それをうまく処理できますか。					
8 気まずいことがあった相手と、上手に和解できますか。					
9 仕事をするときに、何をどうやったらよいか決められますか。					
10 他人が話しているところに、気軽に参加できますか。					
11 相手から非難されたときにも、それをうまく片付けることができますか。					
12 仕事の上で、どこに問題があるかすぐに見つけることができますか。					
13 自分の感情や気持ちを、素直に表現できますか。					
14 あちこちから矛盾した話が伝わってきても、うまく処理できますか。					
15 初対面の人に、自己紹介が上手にできますか。					
16 何か失敗したときに、すぐに謝ることができますか。					
17 まわりの人たちが自分とは違った考えをもっていても、うまくやっていけますか。					
18 仕事の目標を立てるのに、あまり困難を感じないほうですか。					

Ｖ．あなたは最近6ヶ月位のあいだに、次のようなことをどの程度経験しましたか。右欄のあてはまると思う番号に〇印をつけて下さい。

	いつもある	しばしばある	時々ある	まれにある	ない
1 「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	5	4	3	2	1
2 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	5	4	3	2	1
3 こまごまと気配りすることが面倒に感じることがある。	5	4	3	2	1
4 この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	5	4	3	2	1
5 同僚や患者（利用者）の顔を見るのも嫌になることがある。	5	4	3	2	1
6 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	5	4	3	2	1
7 一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある。	5	4	3	2	1
8 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。	5	4	3	2	1
9 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	5	4	3	2	1
10 同僚や患者（利用者）と、何も話したくなくなることがある。	5	4	3	2	1
11 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	5	4	3	2	1
12 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	5	4	3	2	1
13 今の仕事に、心から喜びを感じることがある。	5	4	3	2	1
14 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある。	5	4	3	2	1
15 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある。	5	4	3	2	1
16 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	5	4	3	2	1
17 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	5	4	3	2	1

Ⅴ．高齢者介護に関わる実習経験がある方のみお答えください。

下の文章は、現在のあなたにどの程度あてはまりますか。「非常によくあてはまる」から「全くあてはまらない」までの5つの中から、あなたの状態に一番近いところの数字を○でかこんでください。

		非常によくあてはまる	かなりあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない
1	私は実習中、学習しようという気がおこらず、なんとなく日を過ごしてしまう。	5	4	3	2	1
2	私は実習中、友人や指導者のいうことをすぐに受け入れて、他人の言うままに動いてしまう。	5	4	3	2	1
3	私は実習中、自分ひとりの判断で決めなければならないとき、ひどく混乱する。	5	4	3	2	1
4	実習中、指導者から見られている自分と自分が見ている自分に矛盾が生じ、どうしてよいかわからなくなる。	5	4	3	2	1
5	できるだけ責任の重いことにはかかわりたくないので、軽症・軽度の利用者を受け持ちたい。	5	4	3	2	1
6	私は実習ではいつも、着実な努力家としてのペースを保っている。	5	4	3	2	1
7	実習中は、どのような利用者を受け持っても不安におちいることはほとんどなく、気持ちは安定している。	5	4	3	2	1
8	私は利用者の評価よりも指導者の評価を気にすることが多い。	5	4	3	2	1
9	指導者の指示には素直に従う。しかし自分のよいと思っていることを指導者に認められないことがある。	5	4	3	2	1
10	私は実習中、グループでのカンファレンスで意見が異なっても、私の考え方を変えることはほとんどない。	5	4	3	2	1
11	私は実習中にいきづまり、限界を感じた経験がある。しかし今は、“あなたの目標とする職種”になる自信が生まれている。	5	4	3	2	1
12	私は実習中は多少困難であっても、やりがいのある利用者を受け持ちたいと思う。	5	4	3	2	1
13	実習中、困難にぶつかったとき、自分だけの考えにとらわれず、指導者や友人の意見をきいて解決策を見いだすようにしている。	5	4	3	2	1
14	私は前回の実習やこれまでの経験を生かし、自分なりの目的を持って実習に臨んでいる。	5	4	3	2	1
15	私は、実習を通して“あなたの目標とする職種”の課程を学ぶ学生としての自己の課題が明確になってきた。	5	4	3	2	1
16	私は実習中、自分なりに努力をしているが、力を十分に発揮できず悩むことが多い。	5	4	3	2	1
17	実習中、指導者からなんと言われようと、自分が納得できるかどうかが問題である。	5	4	3	2	1
18	実習中、記録類の提出が遅れても、内容が高まることの方が大切だと思う。	5	4	3	2	1
19	実習も大切だが、他にやるべきことがあるのではないかと思う。	5	4	3	2	1
20	実習が自分にとってどのような意味や価値があるかをいつも考えているがわからない。	5	4	3	2	1

認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 4

― 認知症高齢者についての効果的介護行為の検討と QOL 向上に関する研究 ―

いわき明星大学人文学部現代社会学科
菊 池 真 弓
認知症介護研究・研修仙台センター
阿 部 哲 也
日本大学商学部
時 田 学
認知症介護研究・研修仙台センター
加 藤 伸 司

1．研究目的

認知症高齢者の QOL を高めるような介護行為に対して、様々な側面から検討する必要があることは、現在まで繰り返し指摘されていることである。その中で、認知症高齢者の多様なニーズに的確に対応したアセスメントが必要不可欠であると考えられる。一方、多忙な現場で実際に行なわれるアセスメントについて、彼らのニーズを的確に捉え介護に継続することはなかなか難しい側面もあることは様々に指摘がなされてきた。現在では、認知症ケアの質を向上させることを検討する中で、認知症高齢者の当該症状の医学的診断を基礎とした彼らのニーズに対応したサービスの多面的展開が適切になされ、その結果として QOL が高まることを目指した介護行為の萌芽が見出されている。そこで本研究では、介護行為の QOL を高め、その評価に妥当性を求めるために、自らの行動の一部を語ることが可能な認知症高齢者とその介護者に介護現場で行なわれている「介護行為」について、その行為をどのように受け止めているかについて聞き取り調査を実施し、両者の「介護行為」の受け止め方の比較を通し、両者の差異の様相及びその要因、差異を少なくするような方略について検討し、認知症高齢者の QOL を向上するための介護行為を明らかにすることを目的とする。

2．研究方法

（1）調査対象者

本調査の対象者は、当該施設の職員との事前話し合いにおいて、痴呆自立度Ⅱ以下・CDR1 以下のいずれかに該当する認知症高齢者を選定した。本調査においては、① S 市グループホームに入居している認知症高齢者 8 名とその介護担当者 6 名、② M 市グループホームに入居している認知症高齢者10名（ただし、1 名は当日体調不良のために調査を実施しなかった）とその介護担当者11名を調査対象者とした。

（2）方法

①施設・事業所管理者への説明、協力依頼と調査実施承諾の確認

②当該施設・事業所対象者・家族への説明会の開催と協力依頼・承諾の確認
③当該施設・事業所対象者の担当職員への説明会の開催と協力依頼・承諾の確認
④調査対象者への聞き取り面接調査

本調査の目的は、調査対象者の「気持ち」と「支援してほしいこと」について聞き取り面接調査を実施し、認知症高齢者のニーズを明らかにすることである。調査項目としては、「センター方式シート」（B-3「暮らしの情報（私の暮らし方シート）」、B-4「暮らしの情報（私の生活環境シート）」、D-1「焦点情報（私ができること・できないことシート）」）などを参考にしながら焦点をしぼり、それに基づき聞き取り面接調査のためのシートを作成した。また、調査員は、インタビューを実施することによる高齢者への心理的影響が考えられるため、事前の教育・トレーニングを行なった教員 2 名、学生 3 名、面接時間は一人15分～30分程度で行なった。調査時期は、2006年 2 月～ 3 月であった。

⑤介護担当者への聞き取り面接調査

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

⑥データの収集・分析

データは、聞き取り面接調査を行なった内容に関して担当者がまとめと入力を行ない、電子化した情報を基に複数の分析者が内容について分析を行なった。

⑦結果のまとめ

以上のことから得られた結果を比較することにより、介護行為の受け止め方のずれを調査対象者・介護担当者双方について明らかにし、その改善点と具体的な課題を検討した。

3．分析・考察

(1) 調査対象者（気持ちと支援）

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

これらの結果からは、調査対象者の気持ちに比べて具体的な支援に対する回答が少ないといえるが、気持ちと支援の両方に回答があった項目をみると、出現頻度がほぼ一致する結果となっている。以下では、調査対象者の気持ちと支援の聞き取り調査の結果に基づき、出現頻度の項目別の具体的な内容について分析・考察を加える。

①「興味・関心・遊びなど」

調査対象者の気持ちを具体的にみると、「たまに来る実習生が、対戦ゲームの相手をしてくれることがとてもうれしい。」（対象者 3 ）、「子どもの頃から花が好きだった。」（対象者 5 ・10・12）、「入居者とその家族で花見に出かけたことが楽しかった。」（対象

者８）、「ゴルフとかわいい小物を集めるのが趣味」（対象者11）、「カルタ、ボール遊び、野菜作りが楽しみ」（対象者13）、「孫の成長と面会が楽しみ」（対象者16）などである。これらの結果からは、対戦ゲームやボール遊びなどといったレクリエーション活動、花見や野菜作りなどの自然とのかかわり、若い頃からのゴルフなどの趣味活動、孫の成長といったような楽しみの内容にも個別の多様性があることが考察できる。

次に、調査対象者の支援してほしいことをみると、「職員さんは忙しいのでしょうがない。」（対象者３）、「花が身近にあればまた生けたい。」（対象者５）、「元気になったら、犬を飼いたいし、ゴルフもやりたい。」（対象者11）などのように、それぞれの興味や関心に対する気持ちはあるものの、本人の健康面、職員の時間面、グループホームの物理的な環境面など支援の実現には課題があるといえる。

②「その他」

「その他」に関する調査対象者の気持ちを具体的にみると、「体の調子が悪いからここにいる。」（対象者２）、「T 温泉に行きたいと思っているが、体力がないのでもういけない。」（対象者３）、「何か１つぐらいはやりたい事はある。ここまでわかっていたのだけど、忘れてしまったね。」（対象者４）、「好きなことができなくて悲しい。」・「痴呆性（認知症）の人はわからない。うろうろして言うのは変だが仕方がないのか。」（対象者16）、「何か買ってもらいたいのかもしれないが、時々孫が会いに来てくれることがうれしい。」（対象者17）などである。これらの結果からは、体調や体力、認知症の気持ちや認知症高齢者同士のかかわり、家族関係などのように個別の多様な気持ちがあることが考察できる。

また、具体的な支援に対する回答は２事例と少ないといえるが、「散歩で外へ行くと環境が広がる（社会が広がる）。」（対象者１）、「こうやって（人形が）話をしてくるとうれしい。」（対象者２）、「孫は成人し、子どもも立派になったので一緒に住もうとは思わない。もう私が近くで見守ってあげる必要はない。」（対象者17）のように、散歩や家族などの人とのかかわりに対するニーズが回答に表れている。

③「食事の習慣」

「食事の習慣」に関する調査対象者の気持ちをみると、「好き嫌いはない。」（対象者１・３・４・８）、「昔、貧乏していたので何でも食べる。」（対象者１）、「おいしい。」（対象者４・７）、「健康を考えている。」（対象者８・17）、「余りおいしくない。」（対象者16）などである。全体の傾向として、この世代の調査対象者の大半は、昔の苦労の経験や作る人の気持ちを考えると好き嫌いは言えないこと、次に自分の健康を意識した食生活を考えていることなどが回答から考察できる。

また、その気持ちに対しての支援をみると、「リクエストすると出してくれるため満足している。」（対象者３）、「職員さんに感謝している。」（対象者８・12）、「教育が悪いのか、言ってもその通りにしない。」（対象者16）などそれぞれの要望はあるとはいえるが、大半は満足し、感謝していることが窺える。

④「心地よく過ごせる環境」

調査対象者の気持ちを具体的にみると、「満足している。」（対象者11・13・14・15）と現在の環境に満足しているといった意見が多いといえる。一方で、「一人では寂しい。なかなか気の合う人がいない。」（対象者１）、「みんなで話しをするのも好きだが、１人の時間も好き。」（対象者５）、「なぜここにいるのかがわからない。」（対象者７）などのように、寂しい、一人の時間を大切にしたい、不安な気持ちも表れている。

また、具体的な支援の内容をみると、「満足している。」（対象者３・５）、「今のままで充分」（対象者13）といった意見と、「ホームの生活と一人暮らしを比べるとどちらが良かったかは難しい。」（対象者３）、「実家は家が大きく、自分一人になるので帰りたくない。」（対象者７）、「他の施設のような大きく立派な建物に住みたい。」（対象者10）などの要望がある。このように、ほとんどの調査対象者は現在の環境に満足しているが、具体的な支援を回答している調査対象者の場合は、グループホームと自宅での生活環境の違い、他のグループホームの環境を比較した上での要望などが表れているように考察できる。

⑤「人とのかかわりの場」

「人とのかかわりの場」の場合は、「ここは、年寄りが多い。」（対象者1)、「楽しい。」（対象者３・７・12・17)、「会話できる入居者がいなくて寂しい。」（対象者３）、「痴呆（認知症）の人と同じことはできないと思うから部屋に一人でいる。」（対象者16）などのように、話し相手としての人とのかかわりに満足している気持ちと相手がいない寂しさや不満な気持ちの両面が考察できる。

また、具体的な支援に対する要望は少ないようであるが、「あきらめている。」（対象者３）、「若い人と話すことは楽しい。」（対象者９）、「ホームを出たくない。」（対象者12）のように、話し相手などの人とのかかわりに対するニーズが回答に表れている。

⑥「移動・移乗」

調査対象者の気持ちを具体的にみると、「足腰が弱らないように散歩している。」（対象者５）、「体力に自信がなく外出はあきらめている。」（対象者9)、「自立したい。」（対象者11)、「車椅子なので外出したくない。」（対象者14）など、予防や自立したい気持ちと ADL の低下などから外出したくない気持ちの両面が表れている。

さらに「移動・移乗」に関する支援をみると、「外出は疲れるのであまり好きではない。」（対象者９）、「これ以上、外出回数が増え、遠くに行くことは望まない。」（対象者12)、「車での外出は少し疲れるが、もう少し回数を増やして欲しい。」（対象者17）などのように体力、回数、移動手段の配慮の必要性が考察できる。

以上のことから、全体的には、「満足している」、「よくしてもらっている」、「感謝している」といったプラス面の回答が多いといえる。しかしながら、調査対象者の「気持ち」には、過去から現在に至る人生のなかで本人に影響を与えたであろう日常生活の習慣、食の好み、興味・関心のあるもの、体調や体力、認知症、家族関係などに対する多様な気持ち、本人が現在生活しているグループホームの入居者や職員との人間関係、住

環境などの人的物的な環境に対する気持ちなどが表れていることが考察できる。また、「外出は良いが、疲れる」、「車での外出や買い物なら行きたい」、「手の込んだ家事や細かな小物作りはあまりやりたくない」、「話し相手になって欲しいが、職員さんが忙しいのでしょうがない」などのニーズから、調査対象者は生活全般に満足しているものの、本人の体力や気持ちを考えたアクティビティ活動、ゆっくり話し相手として職員にかかわってもらいたい気持ちが考察できる。

(2) 介護担当者（気持ちと支援）

介護担当者に対して「調査対象者がどんな気持ちでいるのか」を聞き取った結果から出現頻度をみると、「その他」(69.1%)、「人とのかかわりの場」(7.7%)、「興味・関心・遊びなど」(7.1%) など、「その他」の項目が全体の約 7 割と圧倒的に多く、かなり個別性がみられる【図 1 参照】。具体的な内容には、「家に帰りたい。」、「寂しい。」、「不安（体力、認知の低下など）」などのように、調査対象者の帰宅願望、身体的・精神的な面での気持ちについての出現頻度が多くなっている。また、「私に注目して欲しい。」、「家族に会いたい。」、「ここでずっと生活する。」などの他の入居者や家族とのかかわり、今後の生活といった気持ちについての回答も目立っている。

次に、「調査対象者の気持ちに対してどのような支援を心がけているか」についての結果をみると、調査対象者の気持ちと同様で「その他」(69.6%)、「人とのかかわりの場」(6.3%)、「興味・関心・遊びなど」(8.0%) など、「その他」の項目が全体の約 7 割を占めており、個別性がみられる【図 2 参照】。具体的な支援としては、「ゆっくり話しをする。」、「声かけ」が最も多く、続いて「楽しい、良いかかわり」、「外出や散歩」、「役割」、「自信」などの回答が目立っている。つまり、介護担当者は、調査対象者との対話や声かけを通じたかかわり、外出や散歩をきっかけとした気分転換や地域社会との接触、本人ができる役割を通じた自立・達成感への支援を心がけていることが考察できる。

4．調査対象者と介護担当者の整合性（気持ちと支援）

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

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

さらに、本研究では、調査対象者と介護担当者の気持ちと支援ずれを明らかにするために、「すべてに回答」(10事例)、「対象者の気持ちと介護担当者の気持ち・支援に回答」(16事例)、「対象者の気持ち・支援と介護担当者の気持ちに回答」(7 事例)、「対象者の気持ち・支援と介護担当者の支援に回答」(1 事例) 計34事例に基づき、分析・考察を加えることにする。また、34事例の具体的な項目別にみると、「人とのかかわりの場」(7 事例)、「興味・関心・遊びなど」(6 事例)、「その他」(5 事例)、「移動・移乗」・「食事の習慣」・「家事」・「心地よく過ごせる環境」(各 3 事例)、「毎日の習慣」(2 事例)、「食事準備・片付け」・

「安心して居られる場所」（各１事例）に分類できる。以下では、調査対象者の回答に対して介護担当者の回答が整合性あり、整合性なしかを事例に併記しながら、分析・考察を加える。

①「人とのかかわりの場」

【対象者 3 の事例（男性，79歳，Ⅱ a，要介護度１）】

（気持ち）

対象者 3 ：ホーム内は人がたくさんいて話し相手もいて楽しい。物理的に会話ができる入居者がいなくて寂しい。

介護担当者１：テレ屋。人と一緒に、輪に入ること、心の中では輪に入りたいが入って行けない。「自分は仲間に入れてもらえない」孤独感が、「フラストレーション」へ。人と話すのは好き、しかし自分から行くことは苦手。スタッフの関わりによっては「寂しい思いをしている」。

介護担当者 2 ：周りの男性とうまくコミュニケーションがとれない。お年寄りとスタッフにも入れず。「一人と感じる。」「どちらにも自分の思いが伝わらない。」爆発！

（支援）

対象者 3 ：職員さんが長時間話し相手になってくれないことは寂しいがしょうがない。あきらめている。

介護担当者１：少しでも話し相手に。夜勤帯で話す時間を、朝の挨拶などちょこちょこと声かけ。「寂しい気持ちが極限まで行かないように」。

介護担当者 2 ：みんな平等と伝えつつ、「S さんだけ」という特別の印象を与える。「優越感」。一日で「ゆっくり何分がお話」、「自分の思いを話してくれている」。

【対象者 7 の事例（女性，91歳，Ⅲ a，要介護度 3 ）】

（気持ち）

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

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

（支援）

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

【対象者 9 の事例（女性，84歳，Ⅱ a，要介護度１）】

（気持ち）

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

介護担当者１：にぎやかということで、対応したりもてなしたりできる。

（支援）

対象者 9 ：若い人と話すことは楽しい。

【対象者10の事例（女性，80歳，Ⅰ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者10：他の入居者に「どこの人」「誰」と言われたり、買い物へ行き、お土産を買ってきても「ありがとう」と言われないので気分がよくない。
介護担当者１：思いが空回りしている。共同生活のなかで、比較的はっきりしている。
介護担当者２：フロアでボーっとしている。一人になる。何も言わないで、じっとしている。見ていることが多い。
（支援）
対象者10：そのことについて自分から口にしないので願いは何もない。
介護担当者１：間に入ることを心がける。話をしながら、話題を振る。表情には出さない。全体との折り合いを。

【対象者11の事例（女性，80歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者11：確保されている。入所者との会話が好き。
介護担当者１：一日、ボーとしないように。ゲーム（トランプ・将棋など）をしたりしている。いつもいいだしっぺ。「自分が一番でいたい」「楽しみ事が勝負事になってしまう」。まわりの人も、理解できているかな？
（支援）
対象者11：特に要望はない。

【対象者12の事例（女性，93歳，Ⅱａ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者12：ここは人が大勢いて楽しい。一人暮らしは寂しかった。もしも倒れたとしても誰かいてくれるので安心している。
介護担当者１：居室にこもりがち。退院後そのまま、入居。自分と合わない方がいる。居室でアルバムや本をみたりしている。
（支援）
対象者12：ホームを出たくない。
介護担当者１：声かけをして、みんなと一緒に。声かけ支援。

【対象者16の事例（女性，83歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者16：痴呆（認知症）の人と同じことはできないと思うから部屋に一人でいることになる。
介護担当者１：人手が良いので。ここの生活の中で、あんな人とは違うと思っているのではないか。目障りのように思っている。そのため居室にいることが多い。早口、聞こえないので、他の利用者との会話はつながらない。しょうがないなあという感じがある。

（支援）
介護担当者１：他の利用者と重ならないように、午後に共有スペースに出てくることを計画している。

【分析・考察】
対象者３の事例には、人とのかかわりに対する「楽しい」と「寂しい」といった両面の複雑な気持ちが表れている。一方、介護担当者は、対象者３の気持ちを「孤独感」、「寂しい思い」、「フラストレーション」、「自分の思いが伝わらない」と受け止めて、「ゆっくりとした話し相手」、「声かけ」といった支援を考えている。これらの場合は、両者の「気持ちと支援」の整合性がとれている事例と考察できる。
次に、対象者10の事例は、他の入居者（認知症高齢者）の言動や態度に対して「気分がよくない」と感じているが、同時にその気持ちを口に出さないようにしている。一方、介護担当者は対象者10の気持ちを「思いの空回り」、「一人になる」、「じっとしている」などと捉えて、他の入居者との「間に入り、全体との折り合いを」つける支援を心がけている。また、対象者12は、一人暮らしの「寂しさ」に比べて、「大勢の人がいて楽しい」、「誰かがいてくれるので安心」と感じていることから、「ホームを出たくない」と望んでいる。一方、介護担当者は対象者12の気持ちを「自分と合わない人がいるため、居室にこもっている」と捉えて、「いかに声かけをし、みんなと一緒に過ごしてもらうか」の支援を心がけている。これらの２つの場合は、両者の「気持ちと支援」の理解の部分にずれが生じている事例と考察できる。
さらに、対象者７の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に対象者７の具体的な支援内容、対象者９・対象者11の事例は、両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容、対象者16の事例は両者の「気持ち」の整合性はあるが対象者16の具体的な支援内容が示されていないことから調査対象者と介護担当者の「気持ちと支援」のずれを生じさせていると考察できる。

②「興味・関心・遊びなど」
【対象者２の事例（女性，78歳，Ⅲａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者２：何もない。
介護担当者１：前は、意欲的ではなかった。今は、自分で「しよう」とするお気持ちがある。
（支援）
対象者２：やってみたい事？（「ウーン」と考え込む）。

【対象者３の事例（男性，79歳，Ⅱａ，要介護度１）】
（気持ち）
対象者３：昔から将棋や囲碁、オセロなど対戦ゲームが好きだった。日頃、職員さんが忙しく対戦相手がいない。たまに来る実習生が相手をしてくれる。
介護担当者１：性格的に「人に気を遣い、優しい」。スタッフに対して「見て欲しい」

を発信しているのに、「申し訳ない」とスタッフに気を遣わせている。「もっといろんなことをしたい」と思っているが、気を遣ってそれができていない。

（支援）

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

介護担当者１：もっと、「良い時間」を過ごして頂きたい。具体策は模索中。

【対象者10の事例（女性，80歳，Ⅰ，要介護度２）】

（気持ち）

対象者10：花が好きだった。入居の際、息子が買ってくれたシクラメンと、自分が買った花が枯れてしまった。残念。

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

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

（支援）

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

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

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

【対象者13の事例（女性，85歳，Ⅰ，要介護度３）】

（気持ち）

対象者13：若いころは主人とよく三味線を弾きながら歌を歌っていた。あと主人と日本全国北海道から沖縄まで旅行したこと。今はみんなでカルタやボール遊びをすることが楽しみ。畑で野菜を作ることも楽しみの一つである。

介護担当者１：体が動けば、三味線をしたい。でも使えない。百姓をしていた。

（支援）

介護担当者１：苗を選んだり、畑仕事を教えてもらったりと主体になってもらう。

【対象者16の事例（女性，83歳，Ⅱａ，要介護度３）】

（気持ち）

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

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

介護担当者２：お花を生けることが楽しいと思っている。お花を見に行くことが楽しいと思っている。
（支援）
介護担当者２：楽しいこと、お花を買ってくる。

【対象者17の事例（女性，84歳，Ⅱｂ，要介護度１）】
（気持ち）
対象者17：お誕生日会が好き。お寿司など好きなものをリクエストするとだしてくれる事がうれしい。
介護担当者１：お金、お酒、カラオケと豪遊生活、気さくな方。
介護担当者２：作ること、食べること、でかけることが好き、甘いものも好き。社交的。
介護担当者３：外出、外食をしたい。遊びに行きたい。骨折した時に通院のたび、外食（ご飯を食べて、お茶も飲む、ケーキなども食べる）。とても良い表情だった。治療よりも外食が目的になっていた。職員は自費なので週２回の外食は大変だった。
（支援）
介護担当者１：デパートへ連れて行きたいと考えている。「帰りたい」ストレスを解消させたい。３名の職員が連携してしっかりかかわって行くこと、利用者とつりあえるケアを考える。
介護担当者２：「思うように外出させてあげられない」。気候が良くなったら外へでかけ、外の人とのふれあう計画を考えている。店員さんとお話、お話する相手がいる地域の集まりに連れて行きたい。例えば、ゲートボールへ。同じ年位の近所の人と体も動かせるし、気分転換になるのでは？
介護担当者３：グループホーム以外の人で話し相手になる人（老人会・ゲートボールなどの人）、普通の話ができる人みつかったら良い。そのようなプランにしたい。

【分析・考察】
対象者３は、「対戦ゲームを楽しむ」というよりも「一緒に楽しむ相手」を望む気持ちが強く、「職員の忙しさ」から「あきらめている」様子も窺える。一方、介護担当者も対象者３の気持ちを「スタッフへの気遣い」と受け止めて、もっと「良い時間」を過ごしてもらうための支援を模索していることから、両者の「気持ちと支援」の整合性がとれている事例と考察できる。

次に、対象者10の場合は、「花が好き」、「息子が買ってくれた花が枯れてしまったことは残念」であるが、「ホームの畑の花や植物」で満足と感じている事例といえる。一方、介護担当者は、「買い物」、「食べること」、「畑仕事」が対象者10の好きなこととして捉えて、それらの気持ちに対する支援を考えている。これらの場合は、両者の「気持ちと支援」の理解にずれが生じている事例と考察できる。

さらに、対象者16・17の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他にそれぞれの対象者の具体的な支援内容、対象者２の事例は、両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容、対象者13の事例は両者の「気持ち」の整合性はみられるが対象者13の具体的な支援内容が示されていないことから調査対象者と介護担

当者の「気持ちと支援」のずれを生じさせていると考察できる。

③「その他」

【対象者 1 の事例（男性，81歳，Ⅱ b，要介護度 2 ）】

（気持ち）

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

介護担当者 1 ：散歩は、毎日を望んでいる。外の雪がすごく、いつも考えている。

（支援）

対象者 1 ：「散歩で外へ行くと環境が広がる（社会が広がる）」。

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

【対象者 2 の事例（女性，78歳，Ⅲ a，要介護度 3 ）】

（気持ち）

対象者 2 ：体の調子が悪いからここにいる。

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

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

介護担当者 3 ：体の調子で気持ちも変わる。体の調子が治ってきている。

（支援）

介護担当者 1 ：痛いけれど、できることをしてもらい「自尊心と自立心」を。

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

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

【対象者 4 の事例（女性，80歳，Ⅲ a，要介護度 2 ）】

（気持ち）

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

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

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

（支援）
介護担当者１：「環境を保つこと」人に流されずに落ち着いていられること。安心できる人、なじみの人の中で楽しくできる環境。できそうなことを、一緒にお手伝い。プラスに待っていく。「笑顔」で過ごせる。それをやっている時間、不満ならないように。
介護担当者２：「ここにいて本人が安心」。

【対象者６の事例（女性，83歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者６：「息子は私が死んだらＨを離れると言っている」と悲しい顔で言った。
介護担当者１：家族を愛されている。本州にいる息子さん、お嫁さんに絶対的な信頼。日頃、寂しい、会いに来て欲しい。「本当は、家族と生活していたい」のかな。
介護担当者２：ご家族と暮らしたいけど暮らせない「寂しい」気持ち。一人暮らしはしたい、家族は本州に離れて生活している。会いたい時に、会えない。
（支援）
介護担当者１：「会いたい」「本人がダウンしへこんでいる」時、彼女の心強い存在となれるように。スタッフがいれば、「私は大丈夫と」。それが続くように、ちゃんと関われるように。「寂しい」気持ちにさせないように、また原因をつくらないように心掛けている。
介護担当者２：家族と生活している気持ち、「寂しくなる前になんとかできるように」。家族が来た時は、外食・買い物・どんどん出歩いてもらっている。

【対象者16の事例（女性，83歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者16：娘に嫁と折り合いが悪いのだから仕方がないといわれたが、以前（戦前は）教育勅語の影響でしっかりしていたことが戦争に負けておかしくなった。外国の真似ばかりしてはいけない。
介護担当者１：家に帰りたいと思っている。家が市内であるので、息子や嫁に指導したい。嫁とは折り合いが悪い、全拒否。切なく思っているのではないか。
（支援）
介護担当者１：家に帰りたいということについては、家に行ってみる（家族の了解・いないとき）。しかし部屋もない状態であるという、ショックが強すぎるのでは。難しいとしてペンディング。あるから何とかなる場合もあるのではないか。

【分析・考察】
対象者１の場合は、本人の「散歩をしたい」という気持ちを、介護担当者も対象者１の日常生活の様子から同様に受け止めて、「行動と休息」のバランスを配慮した支援を心がけていることから、両者の「気持ちと支援」の整合性がとれている事例といえる。
また、対象者２・４・６・16の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」の整合性がみられるにもかかわらず、それぞれの対象者の具体的な支援内容が示されていな

いことから両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

④「移動・移譲」
【対象者 9 の事例（女性，84歳，Ⅱ a，要介護度 1 ）】
（気持ち）
対象者 9 ：今は体力に自信がなくあきらめている。
（支援）
対象者 9 ：車での外出も疲れるのであまり好きではない。
介護担当者 1 ：歩けることができるように続けていく。

【対象者11の事例（女性，80歳，Ⅱ a，要介護度 3 ）】
（気持ち）
対象者11：自分で歩けるようになりたい。自立したい。
介護担当者 1 ：以前は、歩けない、トイレにも行けなかった。現在は、元気のあまり、食の欲求がある。廊下を歩く、散歩へ行くことなど、生活は意欲的。
（支援）
介護担当者 1 ：周りがざわついたりした時は、うまく散歩に誘ったりしている。

【対象者14の事例（女性，90歳，Ⅱ a，要介護度 4 ）】
（気持ち）
対象者14：常に車椅子なので外出はしたくない。
介護担当者 1 ：車椅子にのっている。ユーモアあり、かわいい。楽しみをみつけた生活をしている。ここに行きたいとかは別にない。自分のすることがない。何でも面倒ください。車椅子でいける（「車椅子ごといければ良いなあ」）。
（支援）
介護担当者 1 ：外出したりする時間を。みんなと楽しめることをみつけて行きたい。

【分析・考察】
対象者 9 の場合は、介護担当者の「気持ち」が示されていないことから、調査対象者と介護担当者の「支援」のずれを生じさせていると考察できる。
対象者 11 の事例は、調査対象者と介護担当者の「歩けるようになりたい」という「気持ち」の整合性はみられるが対象者 11 の具体的な支援内容が示されていないこと、対象者 14 の場合は、「車椅子なので外出したくない」という本人の気持ちに対して、介護担当者は「車椅子ならば良い」と「気持ち」にずれが生じている上に、対象者 14 の具体的な支援内容が示されていないことから、両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

⑤「食事の習慣」
【対象者10の事例（女性，80歳，Ⅰ，要介護度 2 ）】
（気持ち）

対象者10：魚が嫌いで、野菜が好き。嫌いなものは、その時によって箸をつけたりつけなかったりする。
介護担当者１：血圧が高いので漬物が食べられない。⇔好きなものを作ることができても食べられない。
（支援）
対象者10：「嫌いなものはださないで」とか「好きなものは多くだして」という思いはない。

【対象者11の事例（女性，80歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者11：飴（糖分）が欲しい。
介護担当者１：糖尿病。「食べたいけど、食べられない」欲求が満たされない。自分では分かっているが、歯止めが利かない。
介護担当者２：レベル的には重度の糖尿病。「何かをくれー」「あめをくれー」という食べ物に対する欲求がある。ときどき、ヒステリックになる。日々、台所へ入って食べたりする。とはいっても、「悪化できない」という気持ちもある。10時と３時のおやつであることは分かっている、一生懸命待とうとしている。
（支援）
対象者11：飴を買いに行きたい。
介護担当者１：混乱した時は、「散歩」に行ったりして気分転換を図る。足の運動の声かけをする。お茶を飲んでもらう。欲求が強い時は、低カロリーの生野菜などを食べてもらう。本人とゆっくり対話する。
介護担当者２：「ここは病院ではないこと」「できるだけ皆と同じもの」「3時を待ちましょう」とお話をする。うまく切りかえる。年月をかけて、関係ができている。ワンクッションがきっかけに。味見や火をみてもらう。低カロリー、きのこやこんにゃくを食べてもらい、欲求を満たしてもらう。おやつまでの時間以外に、何か楽しかったと思うことを。その時その時の積み重ねのなかで、雰囲気をつくって行きたい。

【対象者16の事例（女性，83歳，Ⅱａ，要介護度３）】
（気持ち）
対象者16：味付けを昔は隣組で覚えたものだ。異なった家の味付けを覚えるようにしたものである。特に食事のことでおいしいのはおいしい、おいしくないのはおいしくないとはっきり言うべきだと思う。ここにも１人作る人がいて、その人は余りおいしくない。果物はたくさんあったのでお菓子が食べたいことが多かった。食は楽しみなので何とかならないかと思うが、そのためにみんなに教えるのはどうかと思う。面倒くさい。少しのものをたくさんの種類食べたいのだが、それは口がおごっていることに結局なっている。いつもその話題で終わってしまう。
介護担当者１：好き嫌いがスタッフにも激しい。職員に対して注意することがある。
介護担当者２：食べ物の好みがうるさい。肉・青魚、においでだめ。「何でこんなもの出すの」といらいらする。食事を楽しくとりたい。好みのものはよく食べる。

（支援）
対象者16：今の人は家で作っていないのではないか。言ってもその通りにしない。教育が悪いのか。広告を見ながら、あさりも少しだけ食べたいと思う。少しだけなので、みんなの分を買ってみるのはへんな感じもする。作って食べたいと思うのだが一人分を作って食べようとすると、全員の分を作らなくてはならないということになる。そんなことはできないが味付けを教えてまで食べたくはない。
介護担当者１：本人のスタッフに対する駄目だしがあるので職員もなれないうちは難しい。3 ヶ月目くらいからなれる。

【分析・考察】
対象者11の場合は、糖尿病で食事制限があることは分かっているものの、「飴（糖分）が欲しい」、「飴を買いに行きたい」という気持ちと支援を望んでいる事例といえる。介護担当者も対象者11の気持ちを理解し、なるべく本人の病気の悪化につながらないような支援を心がけているが、両者の「支援」にずれが生じている事例と考察できる。
一方、対象者16の場合は、「味付け」、「食を楽しみ」など食にこだわる気持ちはあるものの、「他の入居者を考えると、自分の分だけを作り、食べるわけには行かない」、「味付けを教えてまで食べたくない」と回答している。それに対して、介護担当者は「好き嫌いが激しい」、「好みがうるさい」と対象者16の気持ちを捉えていることから、両者の「支援」の理解にずれが生じている事例と考察できる。
さらに、対象者10の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれと、介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

⑥家事
【対象者 1 の事例（男性，81歳，Ⅱ b，要介護度 2 ）】
（気持ち）
対象者１：妻が喘息もちだったので、食事のしたく、買い物、庭の草むしりなどをいつも家でやっていた。好きでやっていたというより、妻の体が弱かったのでやらなくてはならず（やらないと自分も困るから）やっていた。だから、家事は苦にならない。
介護担当者１：メニュー書き、りんごの皮むき、何でも出来る。
（支援）
介護担当者１：対応がまずいと疲れてしまう。「気持ちの良い達成感」「自信をもってできる」接触。

【対象者 9 の事例（女性，84歳，Ⅱ a，要介護度 1 ）】
（気持ち）
対象者 9 ：食べ物の商売をしていた。今、ホームに食事を作りに来ている。当番みたいなもの。一人で家にいてもしょうがない。
介護担当者１：スタッフからみると、食事の支度などはＴさん、Ｏさん、Ｅさんの 3 人ともできる。どうしても他の 2 人から浮いてしまう。感情がわくことがわかる。抑え

ることになってしまう（本人的にも）環境的にも、気持ちを抑えてしまう。
（支援）
対象者９：若い人はよく手伝ってくれるし、よく動いてくれて助かる。
介護担当者１：色々なところで、成功体験をして欲しい。

【対象者10の事例（女性，80歳，Ⅰ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者10：料理は得意ではないがよくしていた。簡単なものなら作れる。
介護担当者１：本人は家族になっているかもしれない。ご飯支度すること。
介護担当者２：家事をしている。楽しい＋やらなきゃ、でも自分ばかりが‥‥。
（支援）
対象者10：難しいものは作りたくない。

【分析・考察】
対象者９の場合は、「ホームの食事を作りに来ている」気持ちで、「若い人はよく手伝ってくれるので助かる」と回答している。一方、介護担当者は、「他の人から浮いている」、「気持ちを抑えている」と気持ちを捉えてそれに対する支援を考えている。これらの場合は、両者の「気持ちと支援」の理解にずれが生じている事例と考察できる。
さらに、対象者１の事例は、両者の「気持ち」の整合性がみられるが対象者１の具体的な支援内容が示されていないこと、対象者10の事例は、両者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから調査対象者と介護担当者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

⑦「心地よく過ごせる環境」
【対象者１の事例（男性，81歳，Ⅱｂ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者１：「毎日、毎日、一人では寂しい」。「なかなか、気の合う人がいないしね」。
一人になると、何もすることがない。
介護担当者１：今までいたところのことを、寂しくなると思い出す。
介護担当者２：実家へ帰りたい。
（支援）
対象者１：妻が先に逝き、一人で住んでいた頃は、寂しいので、近くの老人会やデイケアへ毎日出かけていた。そこでは、設備が整っていたので、皆で、カラオケで歌を歌ったりしていた。カラオケ屋にも行ったりした。旅行へ行ったりもした。皆、近所の人で顔なじみの人達だった。
介護担当者２：止めることは良くない。別の時間に、楽しく、良い関わり、「気持ちが落ち着く」。

【対象者14の事例（女性，90歳，Ⅱａ，要介護度４）】
（気持ち）

対象者14：職員、利用者の皆さんがよくしてくれるのでここでの生活には満足している。
介護担当者１：別の利用者が攻撃的、車椅子では逃げられない「不安」がある。
（支援）
介護担当者１：「私たちがいるから大丈夫よ」という気持ちと声かけ。

【対象者17の事例（女性，84歳，Ⅱｂ，要介護度１）】
（気持ち）
対象者17：一人居室で過ごす時間は楽しいとかではなく、頭から布団を被り休んでいる。休養の時間。
介護担当者１：部屋にこもり外にでない。パジャマで１日過ごすことも。
（支援）
介護担当者１：なるべく「おやつなどでできてもらう」「部屋に入って、行こうか」と声かけ。「監督さん」をしてもらう。出て行くのは嫌だけど監督は良い（献立・味見・スタッフと会話・居眠り・コーヒーを飲んだりなど）。

【分析・考察】
対象者１の場合は、「寂しい」という気持ちを介護担当者の一人が理解してはいるが、その介護担当者の具体的な支援が示されていないことから両者の「支援」にずれが生じている事例と考察できる。
さらに、対象者14・17の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に調査対象者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

⑧「毎日の習慣」
【対象者１の事例（男性，81歳，Ⅱｂ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者１：「夜は何もやることがなく退屈」だから、毎日１篇「絵日誌、日記」を書いている。「手を動かすことはとても良い」（仕事をしていた時は良いが、今は手を動かさないから）。誰に見せるわけではないので、立派なことを書く必要はない。思いついたことを日誌に書いたり、絵を描く。
介護担当者１：一日が充実したこと、手を動かしたことを忘れていない。「夜になると寂しくなった」。毎日、毎日が新しいこと。
介護担当者２：日記（書きなぐり）、息子への手紙。あまり口にださない。書くことが、「発散」になる。
（支援）
介護担当者１：自分の達成感、風呂に入れたことなど、自信をつけるスケージュル。役割を自信につなげる。一気に進めないこと。

【対象者12の事例（女性，93歳，Ⅱa，要介護度２）】
（気持ち）
対象者12：朝晩、必ず仏壇に手を合わせ、鐘を鳴らして拝んでいる。今でも継続している。今まで何度も神様に助けられた。
介護担当者１：若いころの信仰宗教を愛している。現在も信仰を続けている。いつも拝んでいる。
（支援）
介護担当者１：たまには、お経のお話を聞いたり、そのお寺に行ったりしている。昔からの暮らしを活かせるように。

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

⑨食事準備・片付け
【対象者10の事例（女性，80歳，Ⅰ，要介護度２）】
（気持ち）
対象者10：「おいしい」とおだてられ作っている。
介護担当者１：本人は家族になっているかもしれない。ご飯支度すること。
介護担当者２：家事をしている。楽しい＋やらなきゃ、でも自分ばかりが。
（支援）
対象者10：私は少しだけ手伝っているので特にはない。

【分析・考察】
対象者10の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

⑩安心して居られる場所
【対象者９の事例（女性，84歳，Ⅱa，要介護度１）】
（気持ち）
対象者９：家を空けてホームに来ている。近所の人が駐車場として利用しているので安心している。
介護担当者１：さみしさの不安がある。子どもがいない、持ち家に対する不安。表情から現れる。
（支援）
対象者９：安心はしているが、時々帰って顔を出さないと。帰りたい。

【分析・考察】

対象者 9 の事例は、調査対象者と介護担当者の「気持ち」のずれの他に介護担当者の具体的な支援内容が示されていないことから両者の「支援」の比較ができないものと考察できる。

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

「人とのかかわりの場」の事例からは、調査対象者と他の利用者、調査対象者とスタッフなどの人間関係のなかでの複雑な気持ちの変化、様々な理由から気持ちを言葉や態度で表現が難しいことが、調査対象者と介護担当者の「気持ち」にずれを生じさせていることが明らかになった。次に、「興味・関心・遊びなど」、「その他」、「食事の習慣」、「毎日の習慣」の調査対象者の気持ちには、個人の過去から現在に至るライフコース、生活習慣や好み、病気による制限や認知症の症状などが関連しており、本人の楽しみや習慣の背後にある気持ちの理解が両者のずれを生じさせない支援につながるといえる。また、「安心して居られる場所」、「心地よい環境」の調査対象者の気持ちは、人とのかかわりや個人のライフコースや好みなどが重複しており、両者の気持ちを理解するのには難しいものと考える。さらに、「移乗・移動」、「家事」、「食事準備・片付け」といったアクティビティ活動に関しては、調査対象者の健康状態や体力、気持ちを配慮した支援や計画が求められるようである。

5．おわりに

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

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

次に、介護担当者の調査対象者への気持ちと支援については、「ここでの生活に満足している」といったプラス思考の回答が最も多く示された。しかしながら、事例分析の結果から

は、複雑な人間関係のなかで生活を送っている調査対象者の気持ちをいかに介護担当者が気づき、その気持ちに配慮した支援ができるのか、という点が重要であることが確認された。また、「興味・関心・遊びなど」、「食事の習慣」、「毎日の習慣」の場合は、過去と現在に至る個人のライフコース、生活習慣や好みなど、調査対象者の言葉や行動の背後にある気持ちをいかに介護担当者が理解することができ、かつその気持ちに応えることができるという点が重要であると考えられる。また、病気などによる制限がある場合には、調査対象者と介護担当者の気持ちにズレが生じやすいことなどが明らかになった。そのため、特に対象者自身の行動に制限が加えられている場合は、本人のニーズを満たす支援がなかなか難しく、医師などの専門職や複数スタッフとの連携が課題となることが示唆された。さらには、「移乗・移動」、「家事」、「食事準備・片付け」といった外出、役割に対する支援についても両者の微妙なずれが生じていることから、本人が望むかかわり方、外出についてはその頻度や移動手段、役割については本人の体力や気持ちを考えたアクティビティへの配慮がなされた調整を行なうことが必要であり、課題であると考える。

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

謝　　辞

本研究の実施において対象者としてご協力いただいた入居者の皆様、職員の皆様には厚く感謝いたします。また、特段のご配慮をいただいた調査対象施設の職員の皆様にも厚く御礼申し上げます。

本研究は厚生労働省平成17年度老人保健健康増進等事業の補助金を受けて行なわれたものである。

参　考　文　献

１）認知症介護研究・研修東京センター監修：新しい認知症介護　実践者編．中央法規，2005.
２）認知症介護研究・研修東京センター監修：新しい認知症介護　実践リーダー編．中央法規，2005.
３）認知症介護研究・研修東京センター・認知症介護研究・研修大府センター・認知症介護研究・研修仙台センター編：認知症の人のためのケアマネジメント　センター方式の使い方・活かし方．中央法規，2005.
４）全国痴呆性高齢者グループホーム協会（全国 GH 協会）監修：グループホームの手引き解説から運営まで．ワールドプランニング，2004.

図1　本人の気持ち

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

図2　支援してほしいこと

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

図3　出現頻度

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

出現したものに○

平成17年度　老人保健事業報告書
**認知症高齢者における介護予防
および介護技術開発に関する研究事業**

2006年3月31日発行

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

発行者　認知症介護研究・研修仙台センター
センター長　長嶋　紀一

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