

東北公益文科大学

総合研究論集

18

認知症ケア自己評価の研究

— 認知症ケア自己評価モデルの作成と検証 —

照 井 孫 久

2010年7月20日発行

認知症ケア自己評価の研究

— 認知症ケア自己評価モデルの作成と検証 —

照 井 孫 久

1 はじめに

我が国においては、高齢者人口の増大にともない急激に増加し、多様化しつつある介護ニーズに対応するために、より一層のケアの質の向上が求められている。特に、認知症高齢者へのケアでは、認知症の進行に伴う認知機能の低下やコミュニケーションの障害、さらには不穏興奮や徘徊等の行動障害がみられるため、一般の介護の場合以上にコミュニケーションと対人関係の側面を重視し、個人の尊厳を守るケアが必要となる。

認知症ケアの質の向上を目的とする取り組みでは、地域住民の認知症に対する理解の増進や認知症ケア提供施設の充実等といった環境整備が求められるが、ケアの質自体は様々な環境的要因と密接に関連しながら展開されるケアワーカーと認知症高齢者との日常的な関わりによって決定される。そのため、ケアの質を高めるための取り組みにおいては、ケアワーカーに対する教育訓練や業務改善への取り組みが重要な意味を持つ。認知症ケアの質向上のための研修や業務改善への取り組みでは、ケアの客観的評価だけでなく自己評価も有効である。本研究においては、ケアワーカー自身による認知症ケア自己評価と認知症チームケア自己評価の可能性を探り、自己評価の基準を見出すとともに、自己評価との関連から認知症ケアの課題を明らかにすることに取り組んだ。

2 研究の方法

始めに、認知症ケアの自己評価と関連するケアの概念について整理し、認知症の特徴と定義、原因、有病率、症状とアセスメント、鑑別の問題等を示しながら、認知症ケアの意義の考察を行った。次いで、認知症ケアに関する先行研

究の分析を行い、認知症ケアモデルの作成を試みた。さらに、先行文献研究により認知症ケア自己評価の意義を考察し、合わせてケアワーカー自身の認知症ケアに関する意識、及び認知症ケアの課題に関する調査を実施し、因子分析および共分散構造分析の手法を用いてケア自己評価モデルとチームケア自己評価モデルの構築を試みた。その後、認知症高齢者におけるQOLの問題を考察すると共に、ケアワーカー自身による認知症ケア自己評価、及び認知症チームケア自己評価と、認知症高齢者のQOL及び行動障害等についての調査を実施した。この調査結果について、自己評価やQOL及び行動障害に関係する要因間の相関の分析やパス解析を行い、認知症ケアの自己評価の意義と認知症ケアの課題の考察を行った。

3 研究における調査の位置づけ

本研究では「認知症ケア自己評価モデル」及び「認知症チームケア自己評価モデル」を作成し、さらに、モデルにもとづく自己評価スケールを用いて認知症高齢者のQOLや行動障害との関係について分析を行うために、表1に示す9種類の調査を実施した。

調査1は、認知症ケアにかかわる特別養護老人ホームと養護老人ホームの職員を対象とするアンケート方式による意識調査で、ケアワーカー自身による認知症ケア自己評価の意義についての分析を行った。調査2と調査3ではグループ討議により、それぞれ認知症ケアに関する課題とチームケアに関する課題を抽出し整理した。調査4では、I県の特別養護老人ホームのケアワーカーを対象に郵送によるアンケート調査を実施し、認知症ケアにおける課題の再確認と認知症ケアに関連する意識を分析した。調査5では、I県認知症高齢者介護実務者研修参加者へのアンケート調査により、認知症チームケアの課題の分析を行い「認知症チームケア自己評価モデル」の作成を試みた。調査6では、全国の認知症ケアとアクティビティに関する郵送アンケート調査により、認知症ケアに関連する知識・技術の問題や認知症高齢者の行動障害の課題についての分析を行った。調査7では、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム等の職員に対する留め置き方式のアンケート調査により、

認知症チームケアの課題への取り組み状況を分析し「認知症ケア自己評価モデル」を作成した。調査8では「認知症ケア自己評価モデル」と「認知症チームケア自己評価モデル」を用いて、I 県認知症高齢者介護実務者研修参加者による自己評価を実施した。調査9では、I 県の659名の認知症ケアに関わるケアワーカーに対して「認知症ケア自己評価」「認知症チームケア自己評価」「認知症ケア課題アセスメント」についての調査を行うとともに、ケアを提供する施設の利用者1,218名について「心身の状態に関するアセスメントシート」「認知症高齢者QOLスケール(QOL-D)」²¹⁾「Dementia Behavior Disturbanceスケール(DBD)」²⁶⁾による調査を行い、ケアの自己評価と認知症高齢者のQOLや行動障害との関連についての分析を行った。

表1 ケアワーカー自己評価モデル検討のための調査

調 査 番 号 (調査年月)	調 査 の 方 法 と 回 答 者 数	認知症ケア 自己評価				認知症チームケア 自己評価			
		意識 調査	課 題 分 析	モ デ ル 作 成	妥 当 性 検 討	意識 調査	課 題 分 析	モ デ ル 作 成	妥 当 性 検 討
調査1 (02年6月)	特養、養護職員へのアンケート調査、 N=228	○				○			
調査2 (03年6月)	特養職員によるグループ討議、参加 者133名		○						
調査3 (03年5月～11月)	I 県認知症高齢者介護実務者研修 参加者によるグループ討議、参加者 297名						○		
調査4 (03年11月)	I 県の特養介護職員(全職員の5分 の1対象)への郵送によるアンケート 調査、N=348	○	○						
調査5 (04年6月～11月)	I 県認知症高齢者介護実務者研修 参加者へのアンケート調査、N=272						○	○	
調査6 (04年11月)	全国の認知症ケア施設の職員への郵 送によるアンケート調査、N=255		○						
調査7 (05年3月)	施設職員等への留め置き方式による アンケート調査、N=286			○					
調査8 (05年6月～11月)	I 県認知症高齢者介護実務者研修 参加者へのアンケート調査、N=227				○				○
調査9 (05年12月～06年1月)	I 県認知症ケア施設に対する郵送 によるアンケート調査、介護職員 N=659、利用者N=1,218				○				○

4 認知症ケアの一般的なモデルの検討

(1) 認知症の特徴

認知症の特徴について本間¹⁾は発達期以降の知能低下、社会生活への影響、発達障害を含まない、せん妄等の意識障害の時にのみ障害が現れるのではない、という四点を上げている。しかし、認知症の定義一般については、研究者によって異なり様ではない。DSM-IV¹⁾では、認知症そのものを定義するのではなく、AD（アルツハイマー型認知症）、脳血管障害による認知症などのように、個々の疾患別に定義するという方向性が打ち出されている。

認知症の主な原因疾患としては脳出血、脳梗塞による脳血管障害、ADやパーキンソン病等の退行変性疾患、内分泌・代謝中毒症状や感染性疾患及び外傷性疾患等があげられる。1980年と1988年に実施された東京都在宅老年者疫学調査²⁾によると、80才未満では5%以下の有病率であるが、80才を超すと急激に有病率が上昇し、85才以上では20%を超すという結果が示されている。また、1980年から1985年にかけて行った10自治体を対象とする調査結果では、脳血管性が42.8%、ADが32.0%という認知症の原因割合が報告されている²⁴⁾。認知症の有病率並びに原因割合については調査の時期、場所、調査方法により異なるが、ADと脳血管性の割合が高いという点では共通である。

ADは記憶障害を引き起こし、初期においては記銘力障害から始まり、その後、失語失行、失認や実行機能の障害、見当識障害が見られるようになる。また、電話、買い物、食事の準備、掃除・洗濯、金銭管理等のIADLは比較的早い時期から障害されるが、身体機能は中期まで比較的保たれ、摂食、排泄、移動、着脱、入浴等のADLは症状が進行するまで一定程度保たれることがADの特徴となる²⁵⁾。脳血管障害による認知症は文字通り脳血管障害を原因とする認知症である。三好³⁾は脳血管性認知症について、NINCDS - AIREN (1993) の診断基準により「虚血性あるいは出血性の卒中、または低酸素症による脳障害を原因とする認知機能の障害」と定義されるとする。

認知症に見られる精神症状は中核症状と周辺症状にわけられる。中核症状は認知症であれば必ず認められる症状であり、記憶や判断力、問題解決能力、失語・失行・失認などの高次皮質障害、段取りや予定を組むことができないなど

の実行機能障害が含まれ、その症状は固定的かつ持続的である。これに対して、周辺症状は中核症状によって二次的に出現する様々な精神症状や行動の障害であり、幻覚・妄想状態、せん妄、睡眠障害、徘徊、攻撃的言動等が含まれる⁴⁾。周辺症状は随伴精神症状と呼ばれることもあり、急性に発症し、動揺性で、可逆的であることが多いとされる⁵⁾。これらの中核症状や周辺症状はコミュニケーションの障害を引き起こし、社会性を阻害するため、ケアワーカーは認知症高齢者との間にケアの専門的な関係を形成しながら、社会性を支えることが求められる。

(2) 認知症高齢者へのケア

「認知症ケア」という言葉は一般に「認知症介護」と同じ意味で用いられており、介護の中でも認知症を有する高齢者への介護が行われる場合をさす。「介護」という用語はADLへの援助、IADLへの援助、及び心理社会面への援助を意味するのに対して、「ケア」は関心や配慮などのより心理的な側面を強調し、「ケアワーク」では、「介護」に含まれる援助に加えて、援助の対象者の情緒的な側面や主観的側面への関わりを重視する。ケアワークの情緒的・主観的な側面への客観的な分析は困難を伴う⁶⁾。また、ケアワーカーとケアの対象者との関係性については、倫理的な側面と知識技術の側面とから考察を行う必要がある。そして、コミュニケーション障害と社会的な関係性の障害へ適切に対応するために、認知症高齢者の情緒的・主観的な側面への配慮が求められ、ケアワーカーとの関係論では倫理的な側面と知識・技術の側面からの考察が求められる⁷⁾。これらのケアワークの特徴と認知症の特徴から、認知症ケアにおいては、多様なアプローチが必要となる。

(3) 認知症を有する高齢者の理解

認知症ケアについての先行研究のうち人間学的な視点（室伏⁸⁾）、パーソン・センタード・ケアの視点（Kitwood⁹⁾等）、共生の視点（佐々木¹⁰⁾等）、QOLの視点（本間¹¹⁾等）、環境の視点（Rader¹²⁾等）、バリデーションの視点（Feil¹³⁾）、身体的要因への視点（Volicer¹⁴⁾等）、アクティビティの視点（野村¹⁵⁾等）による8つの視点を整理しながら、認知症高齢者の理解とケアの方法論、及び認

知症ケアモデルについて以下のような考察を行った。

認知症ケアでは認知症を治療困難な精神機能の障害と見なしたり、認知症を有する高齢者の症状に焦点を当て、精神機能の低下やADLの障害を有する援助の対象と見なしたりせず、人間存在としての全体性の理解へむけての取り組みが求められる。そのような認知症高齢者の理解は、その人らしさを大切にする視点や、共生の視点、人間学ないしは現象学的な視点に基づいた認知症高齢者とケアワーカーとの関係性において可能となる。

認知症ケアの目標については、認知症の症状を緩和するための対処としての治療的な視点より、共生の視点に立ち、一人一人の心や感情の動きを理解し、その人らしさを生かしながら、認知症高齢者と周囲の人間関係に生じる様々な障害を取り除くという視点が重要となる。具体的なケアの目標はケアの対象者によって異なり多面的な視点から検討されなければならないが、客観的な指標が全く存在しないという訳ではなく、認知症のレベルに応じた援助目標の設定や、QOLの概念を個別に適応すること等の配慮は有効であると考えられる。

(4) ケアの方法論

上記の認知症ケアの8つの視点は、以下の5つの視点に整理することができる。第一に、人間学的な視点、パーソン・センタード・ケアの視点、共生の視点では認知症高齢者に対する治療的な対応の限界を認識し、認知症高齢者とケアワーカーとの関係性に焦点を当て、人間としての全体的な理解を模索し、その人らしさを重視し、共生を目指す。このような認知症ケアのあり方は客観性を重視すると言うよりはむしろ、関係性（Relation）を重視するアプローチとすることができる。第二に、QOLの視点と環境の視点では、客観的ないしは主観的な指標としてのQOL（Quality of life）に焦点が当てられており、指標で示される認知症高齢者に関わる状態像を重視しながら、物理的・社会的な環境の調整を目指すと言う意味で環境調整重視のアプローチと見なすことができる。第三に、アクティビティ（Activity）の視点においても、関係性や感情面の問題を重視し、更には身体的な側面にも配慮しながらケアが行われることになるが、療法的な視点を伴い、特に、外面的な行為としての動作に注目して援助を行うため行動的側面重視のアプローチとして理解することができる。第四に、バリ

デーションセラピーの視点は関係性を重視するアプローチに非常に近い関係にあるが、関係性そのものよりも認知症高齢者の感情や情緒などに焦点を当ててケアを行うものであり、感情的側面重視のアプローチとして理解される。第五に、身体的要因重視の視点では、環境要因への配慮も必要であるが、身体疾患等の身体的な要因についての配慮を怠ってはならないという指摘がなされており、身体的側面重視のアプローチと見なされる。以上のような認知症ケアのアプローチについて、それぞれのアプローチは図1 認知症ケアモデル $Q=A=R$ に示される要因として関係づけることができ、それぞれの要因は独立して存在するというよりは、相互に関連しあっているものと理解される。

(5) 認知症ケアモデル $Q=A=R$

認知症ケアにおける5つの視点から、「感情へのケア」「QOLへのケア」「関係性へのケア」「アクティビティへのケア」「身体面へのケア」による5つのケアの要因を導き出し、それらの要因間の関係性を検討することにより、「認知症ケアモデル $Q=A=R$ 」を作成した。このモデルの特徴としては、第一に実証的に検証されたモデルではなく、これまでの認知症ケアに係わる研究を基に、認知症ケアに特徴的な要因を抽出することにより構成された、仮説的なモデルであるということがあげられる。第二には、モデルに含まれる5つの構成要素は、それぞれが相互に影響を及ぼし合うものと考えられる。モデルとしては図1に示されるように「QOL」、「アクティビティ」、「関係性」のいずれが図の中央に来て要素間の関係は同一であるとみなされる。従って、どの要素を中央に配置するかということは、利用者の状況やケアを提供する側の体制、サービス提供機関の目的等によって異なってくる2次的な問題となると考えられる。モデルの特徴の第三は、「感情へのケア」と「身体へのケア」はモデルの中央に配置されることがないということである。このことは、認知症ケアにおいて「感情へのケア」と「身体へのケア」が重要な役割をはたすことが無いという事を意味しているわけではない。むしろ「感情へのケア」と「身体へのケア」は直接的に影響を及ぼし合うよりも、「関係性のケア」や「QOLのケア」、「アクティビティケア」の影響を通して間接的に影響を及ぼしあうと理解される。ただし、「身体へのケア」及び「感情へのケア」については、医学や心理療法のよ

うな認知症ケアそのものとは異なる専門領域と密接に関連していることも要因間の関係性を規定する背景となっている。第四の特徴としては、「身体へのケア」と「アクティビティケア」との間にも何らかの従属関係が予測される等、5つの要素間に従属関係が存在する可能性が上げられる。これらの要素間の関係性については、今後より詳細な検討を必要とする。

認知症ケアモデルQ=A=Rの要素間の関係性は不確定であるが、現時点で包括的な認知症ケアのモデルを見出すことができなかったため、本研究においては、このモデルを認知症ケアの全体的なイメージを表すモデルとして用いることとする。

モデルの構成要素のうち「人間関係へのケア」「QOLへのケア」「アクティビティへのケア」の3つの要素の優先順位については、認知症高齢者の状況やケアサービスの目的、ケアワーカーの専門的な資質等によって異なり、モデルは柔軟な構造を有する。認知症ケアモデルQ=A=Rは、非常にシンプルであるが、認知症ケアの全領域を含むものであり、状況に応じて関係性、QOL、アクティビティのいずれを優先する事もできるため、より柔軟で多様な認知症ケアの可能性を示すものである。

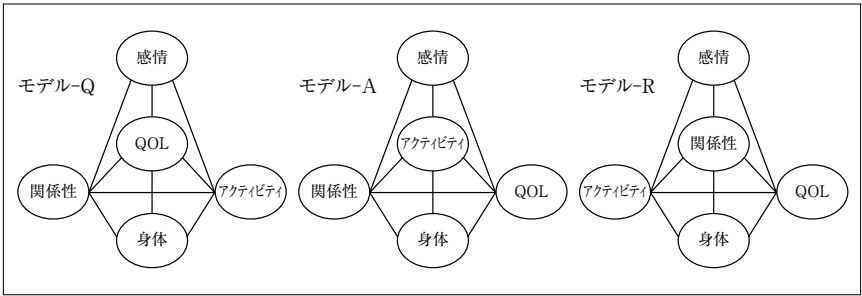


図1 認知症ケアモデルQ=A=R

5 認知症ケア自己評価の意義

(1) 高齢者福祉における評価

高齢者介護を含む福祉領域における評価の問題は評価の目的、評価の対象、評価者及び評価手法という4つの視点から捉えられる。評価の目的については

介護サービスの質の向上、利用者への情報提供、事業運営の改善があげられる。評価対象の分類では白石¹⁶⁾、山田¹⁷⁾、秋本¹⁸⁾等は利用者や家族に対する直接的な介護その他の「生活支援サービス」と、そのサービスを支える組織体制や人員体制及び経理等の法人運営に関わる「運営・管理」の二種類に大別している。評価者の分類についてはサービス提供者自身が行う自己評価、近隣や学識経験者等第三者が行う他者評価、自己および他者が行う相互評価の三種類に区分する場合¹⁷⁾、自己評価と利用者評価及び第三者評価の三種類に区分する場合²⁰⁾、第三者評価と自己評価の二種類に区分する場合¹⁸⁾等が見られ、評価の目的をどこに置くかによって分類の仕方が異なっている。評価手法として質的手法をもちいるか量的手法を用いるか、又は質問紙によるアンケート調査を用いるかインタビューの手法を用いるかといった評価手法は目的、対象、評価者の組み合わせによって最適なものが選択される。

(2) 認知症ケアにおけるケアの自己評価

認知症ケアの評価においては、利用者評価は不可能ではないが、合理的な判断ができないために困難な場合が多くなる¹⁷⁾。本間²⁰⁾や鎌田等²¹⁾は利用者本人の評価に代わる評価としてQOLを測定することの可能性をあげているが、現時点では研究段階であり、確立された手法とはなっていないことも指摘している。第三者評価に代表される他者評価ではケアを提供する業務の体制を評価することが中心となるため、認知症高齢者とケアワーカーの微妙な関係性に関わるようなケアの質の評価としては不十分であり、評価の基準も明確であるとは言いがたい。ケアの事業者側からの自己評価も、基本的には第三者評価の評価基準をそのまま適用しているため、第三者評価と同様な問題が残るものと考えられた。これに対して、ケアワーカー自身による自己評価では、評価結果の客観性に問題はあるが、ケアワーカーと認知症高齢者との微妙な関係性についての評価が可能になること、研修等との関連でケアの質向上のための直接的なインセンティブとなりうること、ケアワークの専門性向上のための議論の契機となり得ること等のメリットが考えられた。ケアワーカー自身の自己評価は、一般的な評価手法が確立されているとは言えず、重要な課題となると考えられた。

6 認知症ケア自己評価モデル (DC-SEM) の作成

(1) ケアワーカーの自己評価に関する意識

調査1と調査4からはケアの自己評価とチームへの評価との相関が高いこと ($r=.661$) が明らかになっている。また、回答者全体で認知症ケアが適切に行われているかどうかという質問項目と最も強い相関を示したのは認知症高齢者との「会話が楽しい」 ($r=.51$) であった。それが、個別援助や安全な援助を目指して取り組みを行っている職場のケアワーカーの場合は、「会話が楽しい」 ($r=.10$) が認知症ケアの自己評価に与える影響力は小さくなり、「知識技術の活用」との相関 ($r=.46$) が高くなることが確認された。この結果は、職場におけるケアの専門性向上への取り組みは、ケアワーカーの意識に大きな影響を与える可能性を示していた。

(2) 認知症ケアの課題抽出

調査2ではI県内の介護老人福祉施設で認知症ケアに関わっている介護職員 (108)、看護職員 (8)、相談員 (6)、事務員 (11) の133名 (14グループ) により、認知症ケアの課題を明らかにするためのグループ討議をおこなった。グループ討議の中でKJ法的な手法を用いて課題の整理を行い、最終的に94項目の課題として整理した。

調査4では、認知症ケアの課題についての自由記述を求める質問項目が含まれており、認知症高齢者への対応やコミュニケーションで困っていることや改善をする必要があると感じていることについて177名から回答を得ている。

この自由記述の回答について介護老人福祉施設の職員2名と社会福祉学研究科に在籍する大学院生4名が個別に項目の分析を行い、その分析結果を集計することにより50項目の課題を得た。合わせて144項目の認知症ケアの課題は共通する内容の項目を整理することにより最終的に68項目に整理することができた。

(3) 認知症ケア自己評価モデルの検討

調査7では、認知症ケアに関わる308名の介護職員を対象に、(a) 回答者の属性：年齢、性別、保有資格、勤続年数、職種、(b) 勤務施設の状況：施設の

種別、(c) 認知症ケアの課題68項目についてのアンケート調査を実施した。68項目の認知症ケアの自己評価に関する質問では、課題への取り組みの状況について「はい」「どちらかというとその通り」「どちらとも」「どちらかと言うといいえ」「いいえ」の5段階評価による自己評価の回答を求めた。

調査対象者308名中300名から回答があり、そのうち有効回答は286（有効回答率92.8%）であった。回答者の性別では、女性が223名（78%）、男性が63名（22%）であり、年齢では最低が19才、最高が61才で平均年齢36.0才（SD = 11.0）となっていた。経験年数では最低は1年未満、最高は31年で、平均年数は6.9年（SD=6.4）であった。勤務している施設の種別では、特別養護老人ホーム85（29.7%）、老人保健施設54（18.9%）、デイサービスセンター51（17.8%）、デイケアセンター5（1.7%）、病院11（3.8%）、在宅介護支援センター5（1.7%）、グループホーム61（21.3%）、その他12（4.2%）であった。

認知症ケアの課題（68項目）への回答について因子分析を行うことにより、「適切なアセスメント」「意図的なアクティビティ支援」「その人らしさの支援」「感情のコントロール」の4つの因子をもつ「認知症ケア自己評価モデル（Dementia Care Self Evaluation Model=DC-SEM）」を導き出すことができた。このモデルは因子的妥当性を有し、Amos5を用いた共分散構造分析による適合度指数はGFI=.940、AGFI=.914であった。またDC-SEMの因子は、先に作成した5つの領域からなる「認知症ケアモデル」のうち「QOLへのケア」を除く他の4つの要素と共通するものであった。

表2 認知症ケアの課題因子分析

	適切な アセスメント	その人らしさの 支援	意図的な アクティビティ支援	感情の コントロール
生活歴の理解	.904	-.033	-.053	-.054
病名の把握	.848	-.016	-.048	-.044
認知症原因理解	.462	.022	.170	.050
個別援助目標理解	.453	.114	.034	.132
穏やかな言葉	-.015	.763	.046	-.099
表情のコントロール	.046	.745	-.063	-.016
余裕を持ち接する	-.043	.635	.009	.163
役割への配慮	-.006	-.046	.768	.006
生活習慣の尊重	.029	.082	.748	-.087
記念の私物へ配慮	-.050	-.030	.661	.059
リハビリへの取組	-.093	-.030	-.088	.892
レクリエーション取組	-.018	.085	.007	.511
OTへの取組	.118	-.074	.120	.439
ケアプラン活用	.187	.005	.148	.397

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

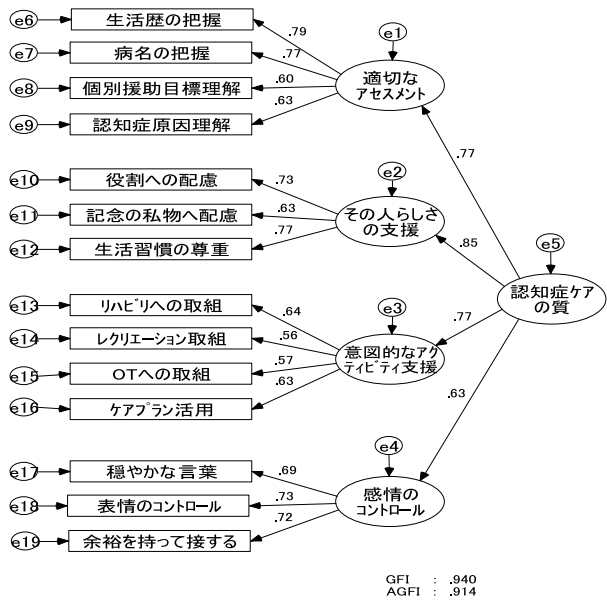


図2 認知症ケア自己評価モデル(DC-SEM)

7 認知症チームケアモデルの作成

調査1と調査4では、ケアワーカー自身による自己評価とチームケア評価との相関が高いことが明らかになっていた。チームケアに関する先行文献の研究からは、多職種による認知症高齢者ケアではtrans-disciplinary model²²⁾を適用するのがよいと考えられた。しかし、認知症ケアの大半はケアワーカーによって行われているにも関わらず、同一職種における認知症チームケアモデルは存在しないため、新たにモデル作成する必要があった。

(1) 認知症チームケアの課題検討

認知症チームケアの課題を明確化するために、認知症ケアにかかわる職員297名(35グループ)によるグループ討議を実施した。グループ討議で得られた106項目の認知症ケアの課題について、KJ法の手法を活用することにより「基本的理念や援助目標の共有」、「アセスメント情報、心身の状態変化についての情報の共有」、「職員研修の体制整備(知識・技術の共有)」、「職務権限と責任体制の明確化」、「チーム内の日常的コミュニケーションの活発化」、「お互いの助け合い、サポート体制の確立」という6つの中項目を得ることができた。さらに、106項目の課題のうち、類似している項目を整理して75項目に絞り込み、認知症ケアにおけるチームケアの現状把握のための質問項目を作成した。

(2) 認知症チームケアモデルの検討

調査5では、I県の認知症高齢者介護実務者研修会(基礎課程)参加者272名を対象に認知症チームケアの現状についてのアンケート調査を実施した。調査項目は(a)回答者の属性として年齢、性別、職種、経験年数、(b)勤務施設の状況:施設種別、(c)認知症高齢者とのコミュニケーション=頻度、訴えの理解、会話、コミュニケーションの適切性、(d)チームケアの全体的な印象評価:職場におけるチームケアの全体的な印象について「良好」「やや良好」「どちらとも言えない」「やや不良」「不良」の5段階での評価、(e)75項目の認知症チームケアの課題への取り組みの状況について「そう思う」「どちらかというと思う思う」、「どちらとも言えない」「どちらかというと思うわない」「そう思

わない」の5段階での評価を得ている。

調査の結果、有効回答数は263であった。年齢は「20代」35%、「30代」24%、「40代」27%、「50代」11%、「60歳以上」3%となっており、性別では「男性」24%、「女性」76%であった。職種では「施設の介護職員」が最も多く64%、次いで「在宅の介護職員」が11%、「管理者」6%、「介護支援専門員」6%、「相談員」6%、「看護師」3%、「その他」4%となっている。経験年数については「1～3年」が最も多く45%、次いで「4～6年」は33%、「7～9年」は10%、「10～12年」8%、「13年～」は6%であった。勤務している施設の種別では「グループホーム」が最も多く30%、次が「特別養護老人ホーム」の25%、「老人保健施設」と「デイサービス」が同率で13%、「居宅支援事業所」が4%、「訪問介護事業所」が3%、「その他」が12%となっていた。この「その他」の施設には病院（3）、介護療養型施設（3）、養護老人ホーム（2）等が含まれる。

認知症チームケアの自己評価に関する75項目の回答について、天井効果とフロア効果の確認を行い、フロア効果の見られた項目18項目を除外し、残りの57項目について因子分析を実施することにより表3「認知症チームケアの課題因子分析」に示すように「協働の体制」「資質向上への取り組み」「情報の共有」の3つの因子を析出することができた。この結果について、さらにAmos5を用いて共分散構造分析を行うことにより図3に示される「認知症チームケア自己評価モデル（Dementia Team Care Self Evaluation Model=DTC-SEM）」を作成した。モデルの適合度指数はGFI=.933、AGFI=.903であった。DTC-SEMは、3つの1次因子の下にさらに2次因子を持ち、「資質向上への取り組み」は「指導体制」と「研修のあり方」へ、「情報の共有」は「連絡と報告」と「目的の共有」へ、「協働の体制」は「適切な役割分担」と「個人の尊重」へそれぞれ影響を及ぼす構造となっている。

表3 認知症チームケアの課題因子分析

項 目	協働の体制	資質向上取組	情報の共有
日頃の信頼関係	.83	.24	.23
人間関係良好	.78	.23	.22
個性を認め合う雰囲気	.71	.20	.27
意見言いやすい	.63	.22	.36
バランス良い職員配置	.43	.27	.26
自主的勉強会	.17	.73	.13
研修プログラム明確	.11	.68	.26
プロ意識強化指導	.26	.60	.32
カンファレンスを研修に活用	.22	.57	.20
新人指導担当明確	.19	.43	.12
日誌の活用検討	.22	.21	.61
些細なことの共有	.36	.13	.60
記録と口頭連絡の徹底	.30	.16	.59
チーム目標確認	.19	.47	.55
(個別) 目標の確認	.15	.39	.55
主体的な関わり	.30	.36	.54

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

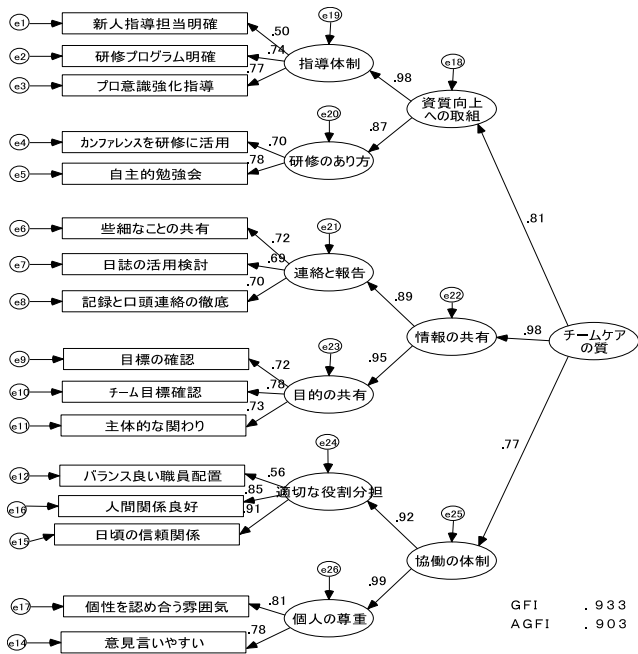


図3 認知症チームケア自己評価モデル(DTC-SEM)

8 自己評価と認知症高齢者のQOL

(1) QOLの意義

QOL概念の歴史的な経緯、医療及び精神医療におけるQOL、障害者福祉におけるQOL、高齢者及び認知症高齢者のQOLの問題について概観するなかで、QOLは人間の生活の多様性を前提とし、様々な分野で様々な用いられ方をしてきたことが明らかになっている。QOLは非常に柔軟性を持った概念であり、人間の生活を特定のシステムに結びつけて固定的な視点から捉えようとする傾向への一定の歯止めの効果を持つものと考えられる。

認知症高齢者の認知症の症状は不可逆的に進行するため、認知症高齢者のQOL測定に認知機能および行動障害を含めることは認知症の診断と同じ意味になってしまい適切ではないが、感情表出は有効な評価領域となり得る²³⁾。認知症高齢者の認知的側面や行動障害の表出をQOL評価に用いることには疑問が残るが、認知症ケアに関わるケアワーカーによる対人関係と物理的な要因の両方を含む環境面に関する評価、及び認知症高齢者の感情面に関する評価は、認知症高齢者のQOL評価として有効であると考えられた。

(2) 自己評価によるQOLの検討

調査8において、DC-SEMとDTC-SEMについて、中堅職員を対象とする認知症介護実務者研修への参加者に対して、「はい」「どちらかというとその通り」「どちらとも」「どちらかと言うといいえ」「いいえ」の5段階評価による自己評価を行うための調査を実施した。DC-SEMでは、余裕を持ってケアを行っている場合は高齢者の役割への配慮を重視する傾向が、逆にケアに余裕が無い場合は排他自立支援を重視する傾向がみられた。DTC-SEMでは、チームケアの具体的な評価実施前の印象である「初期のチームケア評価」が高いワーカーでは、チームとしての日誌の活用やバランスの良い職員配置、チーム目標といった職場の体制に関わる側面を重視し、逆に低い場合は、ワーカー個々の記録や口頭連絡の徹底、プロ意識の指導、些細なことの共有といった個人的な要因を重視する傾向が明らかになった。調査8の調査対象は中堅職員であったため、調査5・調査7との比較ではケアに余裕があり、初期のチーム評価が高

くなる傾向がみられ、また、ケアの余裕と初期のチーム評価に関連する項目では分散に有意な差が見られた。これらのことは、調査8では、回答者であるケアワーカーが全員中堅職員であり、「余裕を持って」ケアを行っており、チームケアへの要求度が高い等の点で回答に偏りが見られたため、モデルの適合度を低下させる原因となったことを示すものと解釈された。

調査9は、ケアワーカー659人を対象にDT-SEM、DTC-SEM、認知症課題アセスメント票により、利用者1,218人を対象に心身の状態に関するアセスメントシート、QOL-D、DBDによる調査を実施した。調査結果の分析から、2つの自己評価モデルは因子の妥当性を持つこと、及びモデルの適合度も十分であることが明らかになった。しかしながら、DT-SEM及びDTC-SEMとQOL-D及びDBDとの相関は当初の予想よりも低いものであった。ここで、QOL-Dを因子分析することにより状況理解の側面に関わるQOL（「状況理解QOL」）、情緒的側面に関わるQOL（「情緒的QOL」）、対人行動に関わるQOL（「対人行動QOL」）の3つの因子を抽出した。また、DBDの因子分析により「軽中度行動障害」と「重度行動障害」の2つの因子を抽出した。改めてDT-SEM並びにDTC-SEMとQOL-D並びにDBDの因子との相関を調べることで、次のようなことが明らかになった。個別援助の目標が明確で、かつ、認知症自立度が低い場合はDC-SEMと「情緒的QOL」とは $r=.29$ 、DTC-SEMと「情緒的QOL」は $r=.41$ という相関がみられた。このことは、2つの自己評価モデルが認知症高齢者のQOLに影響を及ぼし得ること、及び情緒的QOLは認知症高齢者のQOLの指標として有効である可能性を示すものと解釈された。ただし、「情緒的QOL」と2つの自己評価との相関が認知症高齢者の自立度によって変化するとは認知症の進行の度合いによって優先されるQOLの指標が異なるという可能性を示すことが考えられた。例えば、自立度が高い場合アクティビティの状況をQOLの指標として用い、自立度が低い場合は情緒的な側面をQOL評価の基準とする可能性等が考えられたが、この点については、将来の課題として残される。

また、図4と図5に示すように個別目標が明確な群では、DC-SEMとDTC-SEMのどちらの場合でも自己評価が上がると軽中度行動障害が増加し、重度行動障害が減少することが見出された。重度行動障害について、ケア自己評価

とチームケア自己評価が上がると行動障害が減少するという点については、自己評価の高いケアは行動障害を減少させるという解釈が可能である。しかし、軽中度行動障害で自己評価が上がると行動障害の頻度が増加するという点についての解釈は困難を伴う。一つの可能性としては、個別目標が明確で、自己評価が高いケアワーカーやケアチームでは、認知症高齢者の軽中度行動障害をQOLのマイナス要因としては見なさず、行動障害の表出を容認、または積極的な評価を行っているという状況が考えられた。次に、個別目標が、明確になっていないチームでは、チーム自己評価が上昇してもQOLの上昇はみられず、逆に低下することが見出された。このことは、認知症高齢者一人一人の心身の状況に応じたケアという基本的な視点が無いチームケアは、効果が無いばかりでなく、高齢者に対してマイナスの要因として働く可能性があることを示すものと考えられた。

DT-SEMとDTC-SEMとは一定の条件のもとで、情緒的QOLとの相関を示すにもかかわらず、QOL-D及びDBDとの相関が低くなっているという結果については以下のようなことが考えられた。第一には、自己評価モデルの効果の限定性があげられる。この限定性とは認知症の障害のレベルが低い場合は、モデルの有効性が低下すること、及び、個別支援の視点が確立されていない場合は個々のケアワーカーとケアチームがケアの質を高めようと努力しても成果を上げることができないことを意味する。第二には、認知症高齢者のQOLにおける行動障害の位置づけの問題が考えられた。DT-SEMとDTC-SEMは、一定の条件下では、認知症高齢者のQOLと相関が見られるため、行動障害をあらわすDBDとの相関が非常に低いことは次の可能性を示すと考えられた。①行動障害はQOLのプラスの側面を示す、②行動障害はQOLのマイナスの側面を示す、③行動障害はQOLの構成要素となりえない。調査の分析結果は①と②の可能性を示唆していたが、ケアワーカーが認知症高齢者の行動障害の出現をQOL低下として否定せず、感情の表出やコミュニケーションの機会ととらえる場合、認知症高齢者の情緒的QOLに良い影響を与える可能性が高くなることが推測された。認知症高齢者の行動障害をQOLの中でどのように位置づけるのかという問題は、今後重要な課題となるものと考えられる。

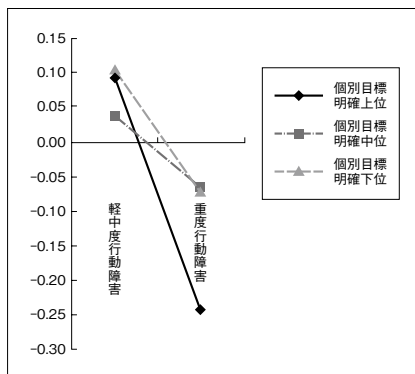


図4 DC-SEMと行動障害の相関

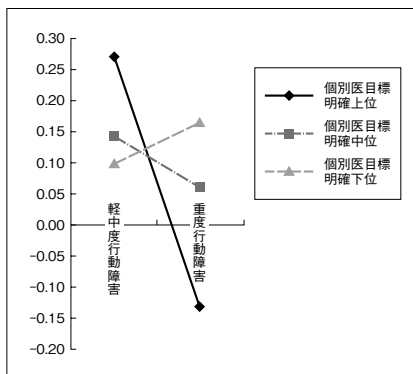


図5 DTC-SEMと行動障害の相関

9 DC-SEMとDTC-SEMの自己評価モデルとしての意義

認知症ケアにおけるケアのあり方や業務の見直しのための資料を得ることを目的に作成したDC-SEMとDTC-SEMは以下のような特徴を有する。第一には、2つの自己評価モデルは認知症ケアにおける課題対応のあり方を説明するモデルとして活用可能なこと。第二には、個人を尊重するという視点があって、初めてケア及びチームケアの自己評価の基準としての意味を持つものであるということ。第三には、認知症高齢者の自立度が低下すると、自己評価とQOLの相関が高くなり、ケアの質に与える自己評価の効果が表れること。第四には、DC-SEMとDTC-SEMによって測定される自己評価の結果はケアを行う上で余裕を感じているか否か、また、チームケアに対する当初の期待度によって影響を受けるものであること。

DT-SEMとDTC-SEMの具体的な活用方法としては次のようなことがあげられる。第一には認知症ケアの質向上の取り組みの契機として、第二には研修や職場のケアの質の向上の取り組みの成果を測定するためのツールとして、第三には認知症ケアの課題やQOL等の問題を考察する際の資料を提供するツールとして有効活用が可能である。

10 おわりに

本研究により、認知症ケアの質向上のために以下のような課題に取り組む必要があることが明らかになっている。その第一は、ケアの実践において、認知症高齢者個人を支えるケアと、情緒面へのケアについての具体的な方法論の確立を目指すこと。第二は、認知症高齢者のQOLを構成する要因の優先順位は認知症のレベルに応じて変化する可能性があり、認知症高齢者の状況に応じたQOL評価の手法を検討すること。第三に、行動障害を認知症高齢者のQOLとの関係でどのように位置づけるのかという点について、再検討すること。第四に、ケアの評価については、本調査で取り扱った自己評価の要因以外の領域についての自己評価のモデルを検討するとともに、第三者評価やQOL評価との組み合わせによる評価手法の確立を目指すこと。第五に、認知症ケアの実践、ケアの評価及びQOL評価に関する研究に取り組むなかで、尊厳を守る、共生、その人らしさの支援、well-beingといったケアの目標について総合的に吟味を行っていくこと。以上のような、課題への取組をすすめながら、ケアワーカーの認知症ケアに関する専門的な知識・技術およびケアの心構えやケアの態度、更にはチームケアのあり方について、より一層の研修と研鑽に努力する必要がある。認知症ケアの質の向上とケアワークの専門性の向上を目的とする実践と研究は、客観的な資料に基づいて行われなければならない。本研究で作成した「認知症ケア自己評価モデル（DT-SEM）」と「認知症チームケアモデル（DTC-SEM）」は、ケアワーカーに対する研修等による基本的なケアの見直しと、専門性向上のための研究課題への取り組みの双方において、有効な評価の基準を提供することができるものとする。

< 参考文献 >

- 1) American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.
- 2) 柄沢昭秀,1991,老年期痴呆, 5, 39
- 3) 三好功峰,1995,「痴呆の疫学と実態」,長谷川和夫（監修）,『老年期痴呆診療マニュアル』,日本医師会,pp.110-111

- 4) 本間昭,2000,「痴呆の症状と特徴」,本間昭(編),『在宅 痴呆診療マニュアル』,日本医事新報社,p.20-25
- 5) 笠原洋勇,1995,「痴呆の診断のすすめ方」,長谷川和夫(監修),『老年期痴呆診療マニュアル』,日本医師会,p.79
- 6) 広井良典,1997,『ケアを問い直す <深層の時間>と高齢化社会』,ちくま書房,pp.166-176
- 7) 三井さよ,2004,『ケアの社会学 臨床現場との対話』,勁草書房,pp.65-77
- 8) 室伏君士,1998,『痴呆性老人への対応と介護』,金剛出版,pp.17-18
- 9) Kidwood, T. 1997, Dementia reconsidered: The person comes first, Open University Press, pp.3-47
- 10) 佐々木健,2004,「痴呆性高齢者のケアの理念」,江草安彦(監修),『新・痴呆性高齢者の理解とケア』,メディカルレビュー社,p.2
- 11) 本間昭,2004,「痴呆ケアのプロセスと目標」,『Dementia 痴呆ケアの実際Ⅰ: 総論』,ワールドプランニング,pp.21-24
- 12) 老齡健康科学研究財団(訳),2000,『個人に合わせた痴呆の介護』,日本評論社, Rader, J.; Tornquist, E.M. “Individualized dementia care – creative, compassionate, approaches ” , p.3
- 13) Feil, N.1992, Chapter 12 Validation therapy with late-onset dementia population, “Care Giving In Dementia” Jhones, G.; Misen, B.M.L. eds. Routledge, p.199
- 14) Volicer, L.,Hurley, A.C., and Mahoney, E. ,1998,” Behavioral Symptoms of Dementia” , ” Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia” , Springer,p.68
- 15) 野村豊子,2006,「非薬物療法」,『老年期認知症ナビゲーター』,メディカルレビュー社,pp.276-277
- 16) 白石雅一,1999,「第2章よりよい生活を目指して 5 QOL評価とその動向」,岡本民夫・井上千鶴子(編),『介護福祉入門』,有斐閣アルマ,pp.68-75
- 17) 山田恵子,2002,「サービス評価とは何か」,小笠原祐次(編著),『介護老人福祉施設の生活援助 利用者本位の「アセスメント」「ケアプラン」「サービス評価』,ミネルヴァ書房,pp.116-136

- 18) 秋本美世,2004,「第5章 利用者支援施策の展開」,三浦文夫(監修)『新しい社会福祉の焦点』,光生館,pp.100-107
- 19) 岸田宏司,2003,「第2章 介護サービス評価の手法」,深谷昌弘(監修),『評価が変える介護サービス』,法研,pp.44-69
- 20) 本間昭,2001,「痴呆性高齢者のQOLを考える」,老年社会科学, 23, 17-24.
- 21) 鎌田ケイ子他,2001,「痴呆高齢者の生活の質尺度(QOL-D)」,老人ケア研究, 14, 1-11
- 22) Schofield, R.F. and Amodeo, M. 1999, Interdisciplinary teams in healthcare and human services settings: Are they effective?, National Association of Social Workers, pp.210-219
- 23) 本間昭,2001,「痴呆性高齢者のQOLを考える」,老年社会科学, 23,pp.17-24
- 24) 石井徹郎・本間昭,1995,「痴呆の疫学と実態」,長谷川和夫(監修),『老年期痴呆診療マニュアル』,日本医師会,p.44
- 25) 寺田整司・黒田重利・石津秀樹,2004,「痴呆の原因疾患と危険因子」,江草安彦(監修),『新・痴呆性高齢者の理解とケア』,メディカルレビュー社,p.31
- 26) 溝口環,飯島節,江藤文夫,石塚影映,折茂肇,1993,「DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance)による老年期痴呆患者の異常行動評価に関する研究」,日老医誌 30,pp.835-840