れたり新たな提案が行われている．特にここ数年，従来型のケアの方略に加えて，小規模なケア単位を中心としたいわゆるユニットケアやグループホームといったケアの形が提案されており，特にグループホームでは，その施設数が飛躍的に増加している．

このような小規模なケアが行われるという状況の中で，本研究全体の目的である，現在痴呆性高齢者が利用している各種在宅支援サービスに加え，痴呆性高齢者に対するよりよい介護を支える新規在宅介護サービスの開発・構築を考えたとき，どの様な可能性が考えられるだろうか．

昨年度研究報告では，介護者が介護している高齢者について，介護者が持つ認識を手がかりに，新たな在宅支援サービスの構築に主観的 QOL の視点からどのようにかかわれるかについて探索的な検討を行い，被介護者が痴呆であると認識している介護者（以下，痴呆自覚介護者）は，認識していない介護者（以下，非自覚介護者）に比べて，被介護者の日常的な行動が似たようなものであっても，介護者側の主観的 QOL については，満足感といったものに何らかの影響を与えられることが明確になった．

今年度は，研究①として，在宅で高齢者を介護する介護者（以下，在宅介護者）に対して，研修会および家族懇談会を試みた．そして被介護者の要介護度などを手がかりとして，介入前後の在宅介護者の主観的 QOL 等との関連性を検討し，新たな在宅支援サービス構築に主観的 QOL の視点からどのように関われるかについて検討した．

また，研究②として在宅介護者について，そのサービスニーズについて，在宅介護者の主観的 QOL 等との関連性を検討した．以上の２つの点を中心として，新たな在宅支援サービス構築に主観的 QOL の視点からどのように関われるかについて検討した

B．研　　究①

1．方　　法

1）調査対象者

調査対象者は，東京都内の２ヶ所の老人施設の短期入所生活介護，通所介護，訪問介護，訪問看護を利用する高齢者を介護する在宅介護者 53 名であった．

2）調査項目

基本属性に加え，複数の既存の質問紙等をあわせて 1 つの質問票として作成した．質問票の主要な内容を以下に示した．

(1) 自覚健康度

「あなたは普段ご自分で健康だと思われますか？」の問いに，「とても健康だ」，「まあ健康な方だ」，「どちらともいえない」，「あまり健康でない」，「健康でない」の 5 段階の中からもっとも当てはまるものを選択する方式をとっている．5 点満点で良好な方に高得点を付与した．

(2) QOL 尺度について

今回用いた主観的 QOL 尺度は，石原ら (1992) によって作成されたもので 12 の質問項目から構成され，これまでの検討で安定して 3 因子（「現在の満足感」，「心理的安定感」，「生活のハリ」）がえられている（長嶋・内藤，1999）．今回の検討では 3 段階評定のものを「全くそう思わない」，「あまりそう思わない」，「どちらとも言えない」，「かなりそう思う」，「非常にそう思う」の 5 段階評定にし，当てはまるものを選択するという方式をとっている．そして得点化については，心理的に良好な方に高得点を付与し，算出した．

(3) Self-rating Depression Scale 日本語版

Self-rating Depression Scale（SDS）はZung が作成した尺度であり日本における標準化もなされて，うつ状態を測定する尺度として検討が進められている（福田・小林，1983）．この尺度の素点は最低 20 点から最高 80 点の値を示し，点数が高いほど抑うつ性が高いことを示している．前回と同様に，今回の調査でも在宅介護者の心理的な状態を測定する尺度として，抑うつの側面から検討を加えることを目的としてSDS 尺度を質問紙に加えた．

3）手続き

被介護者が利用している各施設を通じて対象者（在宅介護者）に個別に質問票を封筒に入れて配布した．また，対象者は回答後封筒に質問票を入れて厳封の後，各施設を通じて回収した．

4）介入方法

平成 14 年 10 から平成 15 年 1 月にかけて，被介護者が利用している各施設において，専門家による痴呆に関する講義を 2 回，また，在宅介護者同士が日頃の介護場面等を話し合う家族懇談会を 3 回，それぞれ 2 時間ずつ行なった．

5）調査期間

介入前後に 1 回目調査を平成 14 年 10 月，2 回目調査を平成 15 年 2 月に行なった．

2．調査の結果と考察

1）対象者の基本属性

調査対象者の性別年齢構成を Table1 に示した（平均年齢 60.3 歳，SD=8.21）．また被介護者の性別年齢構成は Table2 に示すとおりであった（78.6 歳，SD=11.17）．被介護者の要介護度に関して，要介護 2 が28.3％と最も多かった（Figure1）．さらに本研究では在宅介護者に関して，在宅介護者が介護する被介護者の要介護度を，介護度 3 以上を介護度高群（22 名），介護度 1 以下を介護度低群（16 名）として選択，分類して分析に用いた．また在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆の有無に関して，痴呆あり群は 6 名，痴呆なし群は 32 名であった．

2）自覚健康度

1 回目調査は平均 3.30（SD=1.08），2 回目は 3.25（SD=1.04）であり，介入前後で在宅介護者の自覚健康度に変化はなかった．

3）主観的 QOL 尺度について

介護度高群・低群の介入前後に関して，QOL 総得点，3 因子各々の得点それぞれについて比較を行なった．その結果，QOL 総得点，3 因子各々の得点について介護度高群・低群間で 5%水準で有意差が見られ，介護度高群の方が得点が高かった．しかしながら，介入前後間に関して両群間に有意差は見られなかった（Table3，Table4，Table5，Table6）．また QOL 下位 12 項目のうち，「2.ささいなことでも気にするようになったと思いますか」，「3.何となく不安にかられえることがありますか」，「4.これまでの生活に満足していますか」，「5.若い頃と同じように，興味ややる気がありますか」，「6. 今，幸せだと思いますか」，「7. 興味や楽しみごとを持って生活していますか」，「9. 何かをするとき，活力を持ってやっていますか」，「10. 今楽しく暮らしていますか」，「11. ささいなことが気になって眠れないことがありますか」，「12. これから先，何か楽しいことが起こると思いますか」の項目について介護度高群・低群間で 5%水準で有意差が見られ，介護度低群の方

が介護度高群よりも高かったが，介入前後間に関して有意差は見られなかった（Table7）.

さらに，在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群の介入前後に関して，同様に QOL 得点，3 因子各々の得点，QOL 下位 12 項目それぞれについて比較を行なった．その結果，「心理的安定」因子の得点について在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群間で，5%水準で有意差が見られ，痴呆なし群の方が痴呆あり群よりも心理的安定感得点が高かったが，介入前後については有意差は見られなかった（Table8）．また主観的 QOL 下位 12 項目のうち，「心理的安定」因子である「2.ささいなことでも気にするようになったと思いますか」，「3.何となく不安にかられえることがありますか」，「6. 今，幸せだと思いますか」，「11. ささいなことが気になって眠れないことがありますか」の 4 項目に関して，在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群間で，5%水準で有意差が見られ，痴呆なし群の方が痴呆あり群よりも高かったが，介入前後については有意差は見られなかった（Table9）.

4）SDS について

介護度高群・低群の介入前後に関して，SDS 得点について比較を行なった．その結果，介護度高群・低群間で 5%水準で有意差が見られ，介護度高群の方が介護度低群よりも得点が高かったが，介入前後に関して有意差は見られなかった（Table10）．同様に在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群の介入前後間に関して比較を行なった．その結果，在宅介護者が自覚する被介護者の痴呆あり群・痴呆なし群間で，5%水準で有意差が見られ，痴呆あり群の方が痴呆なし群よりも得点が高かったが，介入前後については有意差は見られなかった（Table11）.

以上の結果から，介護度の低い高齢者を介護する在宅介護者は介護度の高い高齢者を介護する在宅介護者に比べて主観的 QOL が高いことが示された．なかでも QOL 総得点，「現在の満足感」，「心理的安定感」，「生活のハリ」因子のそれぞれの得点で主観的 QOL が高かった．このことから，要介護度が高いと在宅介護者の主観的 QOL が低くなってくることが確認された．また，被介護者が痴呆ありと自覚する在宅介護者は，被介護者が痴呆なしと自覚する在宅介護者に比べて特に「心理的安定」因子の得点が低くなることが示された．このことから，痴呆の被介護者を介護する在宅介護者は，非痴呆の被介護者を介護する在宅介護者に比べて心理的に安定していないことが窺えた．

さらに，SDS に関して，介護度の高い高齢者を介護する在宅介護者は介護度の低い高齢者を介護する在宅介護者に比べて SDS 得点が高いことが示され，同様に被介護者が痴呆ありと自覚する在宅介護者は，被介護者が痴呆なしと自覚する在宅介護者に比べて SDS 得点が高いことが示された．このことから，介護度の高い高齢者を介護する在宅介護者および被介護者が痴呆ありと自覚する在宅介護者は，より抑うつ的であることが窺えた．

今回の検討では在宅介護者に対する介入の効果について検討したが，介入前後で在宅介護者の主観的 QOL 評価について統計的に期待された変化は示されなかった．しかし統計的に有意でなかったものの，特に主観的 QOL 尺度の「心理的安定感」得点

において，介入前後で数値の上昇が認められた（Table8）．今回は対象者が少なかったこと，また介入直後に効果の測定を行なわず，介入後から評価までの期間が長かったことも結果の原因として考えられる．そのため，対象者を増やすこと、介入から効果測定までの期間，さらには介入の効果を測定するための妥当性のある評価方法を考えていくことが今後の検討課題である．

C．研　究②

1．方　法

1）調査対象者

調査対象者は，東北地方の市に在住している住民を対象とした．当該市に協力を要請するとともに，要介護認定者の情報を市の情報公開制度に従って手続きを行い，その情報を基に，当該市で要介護認定を受けている者の介護者を，調査対象者として設定した．

2）調査項目

調査対象者の基本属性と調査対象者側からみた要介護認定者の基本属性に加え，複数の質問紙を合わせて１つの質問票として作成した．質問票の主要な内容を以下に示した．

(1) 要介護高齢者の状態に関する項目

調査対象者が把握している要介護認定者の症状，診断などについての項目を設定し，回答を求めた．

(2) 介護保険制度で利用できるサービスに関する項目

サービスニーズに関して調査することを目的として，現在実施されているサービス内容を 17 種類に分類し，それぞれのサービスを受けているか否かについて調査した．

(3) 介護や痴呆に関しての相談に関する項目

痴呆や介護に関する事柄についてその相談をする相手として，配偶者や専門家，友人など 11 種類の分類を行い，相談対象に該当する対象について回答を求めた．

(4) QOL 尺度

今回用いた主観的 QOL 尺度は，石原ら（1992）によって作成されたものに，健康に関する４項目を追加した尺度を用いた．今回使用した尺度は 16 の質問項目から構成され，これまでの検討で安定して３因子（「現在の満足感」，「心理的安定感」，「生活のハリ」）がえられている．今回の検討では 3 段階評定を行い，調査対象者が当てはまるものを選択するという方式をとっている．そして得点化については，心理的に良好な方に高得点を付与し，算出した．

(5) 介護する上で困っていることや意見，要望に関しての自由記述

3）調査方法

対象者全員に対して，郵送法を用いて実施した．調査期間は 2003 年 1 月～2 月であった．

2．結果と考察

当該市の協力を得て該当する対象者 7500 名に発送した．この中で実際に調査に対して回答を行った介護者は 4576 名（男性 1338 名，女性 3017 名，無回答 171 名）で回収率は 61.01％であった．また平均年齢は，64.74 歳（SD=14.17）であった．

今回の調査では特に在宅介護者のサービスニーズに関しての調査であることを考慮し，この中で在宅介護を行っている者を選択した結果、今回は 4262 名を調査対象者（在宅介護者）とした（男性 967 名，女性

2977 名，無回答 318 名）．平均年齢は，64.94 歳（SD=14.24）であった．

一方在宅介護者が介護を行っている対象者（要介護高齢者）は，4262 名（男性 1306 名，女性 2798 名，無回答 158 名）であった．また，平均年齢は，80.44 歳（SD=8.69）であった．

1）要介護高齢者の状態についての検討

これらの在宅介護者が介護している要介護高齢者の要介護度は，平均 2.89（SD＝1.51）であり，「要介護 1」と回答を行った在宅介護者が一番多かった（Table1）．また痴呆専門医から診断されたことがある要介護高齢者は 586 名（男性 178 名，女性 408 名）であったのに対して，診断を受けていない要介護高齢者は 3226 名（男性 1010 名，2216 名）であった（Table2）．

2）サービス利用の内容についての検討

介護保険で現在利用可能なサービス内容を，17 のサービスに分類し，現在利用しているサービスについての結果を Table3 に示した．現在利用しているサービスでは「通所介護」を利用している介護者が多く，ついで「訪問介護」，「福祉用具貸与サービス」の利用が多い結果である．一方将来利用したいサービスについての結果を Table4 に示した．将来利用したいサービスとしては，「ショートステイ」を希望する在宅介護者が多く，次いで「訪問介護」，「通所介護サービス」の利用が多くなっている結果が示された．

3）介護や痴呆に関しての相談に関する検討

相談相手に対する希望は，「介護サービスに関わる人たち」を希望する在宅介護者が多く全体の 50％を越えている．次いで，「かかりつけの医師」，「自分自身の子供」を選択する在宅介護者が多くなっている結果が示された．介護サービスは日常的に提供されている可能性も多いと考えられるが，その中で相談，あるいは情報交換が不完全である可能性が指摘される（Table5）．

4）QOL 指標の検討

QOL16 項目について、共通性の初期値を SMC とし、反復主因子法、直交ヴァリマックス回転、にて因子分析を行った。その結果、「満足感」、「生活のハリ」、「心理的安定感」という 3 因子が確認された（Table6）．そこで，サービスの利用に関して，そのサービスを利用している在宅介護者と，それ以外の在宅介護者について QOL 尺度得点に差があるかについて分散分析を行った．その結果，「訪問看護」（$F(1,4059)=8.58$，$p<.01$），「通所リハビリテーション」（$F(1,4039)=8.61$，$p<.01$），「ショートステイ」（$F(1,4057)=14.89$，$p<.01$），「福祉用具貸与」（$F(1,4056)=26.24$，$p<.01$），でサービス利用についての有意差が見られた．QOL 得点の平均値については，「通所リハビリテーション」を除いて，利用している介護者のほうが平均値は低下する結果となった．このことは，サービスを利用したからといって，必ずしも介護者の QOL 得点が上昇するということにつながらない事と，リハビリテーションの持つ意味を示していると考えられる．また「通所介護」，「訪問介護」，「福祉用具貸与サービス」といった現在利用しているサービスの中でも利用している在宅介護者のほうが QOL 得点は低下しており，サービスの内容や意義についての検討を進める必要があるのではないかと考えられる．

次に，介護者の利用したいサービスについて，同様に検討したところ，「特定施設入

所者生活介護」(F(1,4062=11.00, p<.01),「介護老人福祉施設入所」(F(1,4062)=28.42, p<.01),「介護老人保健施設への入所」(F(1,4065)=27.90, p<.01),「介護療養型医療施設入所」(F(1,4066)=41.44, p<.01)に関してサービス利用を望む利用者と特に望まない利用者との間に有意差を認めた.利用を望んでいる利用者は,どのサービス利用項目でもQOL得点が低下していた.しかし,望んでいるサービスの上位に挙げられた「ショートステイ」,「訪問介護」,「通所介護サービス」については,望んでいる在宅介護者とそうでない者のQOL得点に差は見られなかった.このことから,サービスを望んでいる利用者,特に何らかの施設入所の形態を望んでいる在宅介護者については,彼らの現時点での生活の質が低下している可能性が推察されると共に,在宅介護を継続する中で,望まれるサービスとは何かを今後検討する必要があると考えられる.

さらに,痴呆や介護に関する事柄についてその相談をしたい相手としては,「あなたの配偶者」(F(1,4056)=6.96, p<.01),「痴呆のことがよく分かってくれる友達」(F(1,4067)=8.16, p<.01)に関して有意差を認めた.また,QOL得点は,相談したいと望む在宅介護者のQOL得点が両項目とも上昇していた.

相談したい項目の比較的上位を占めている項目は「介護サービスに関わる人たち」や「要介護認定者のかかりつけの医師」といったものであり,このことは,相談したいと望んでいる在宅介護者にとって専門的サービスを望んではいる事が推察される.しかし今回の結果と併せて考えると,専門的なサービスを望むか否かはQOLにあまり影響を与えていないことが示された.このことは,現在のサービスの問題点を表しているように考えられる.つまり,在宅介護者はこれらの相談に積極的であるかもしれないが,彼らの期待に応えられていないようなサービスの現状が示されている可能性が考えられる.

これらのことをまとめてみると,現在のサービスについて,その意味や内容を考えることが大前提となるが,サービスの専門性や在宅との関係性について,現行のサービスについて検討を行い,その中から,サービスとして新たな視点を確立する必要があるのではないかと考えられる.今回の分析は,細かいところまでの分析は行っていないが,サービスを取り巻く視点と言う観点からは,意味のあるものであると考えられる.

【文献】

福田一彦・小林重雄　1983　日本版SDS自己評価式抑うつ性尺度(Self-rating Depression Scale)使用手引き　三京房.

石原治　内藤佳津雄　長嶋紀一　1992　主観的尺度に基づく心理的な側面を中心としたQOL評価票作成の試み　老年社会科学,14,32-51.

長嶋紀一　内藤佳津雄　1999　生きがいのある老年期のライフスタイル　―主観的QOL指標による検討―　日本大学心理学研究,20,1-8.

錦織荘　1977　SDS(Zung)についての二,三の知見と考察　心身医学　17,219-227.

Table1 在宅介護者の性別ごとの年齢

	N	平均年齢	SD
男性	13	62.9	9.42
女性	40	59.5	7.73

Table2 被介護者の平均年齢

N	平均年齢	SD
53	78.6	11.17

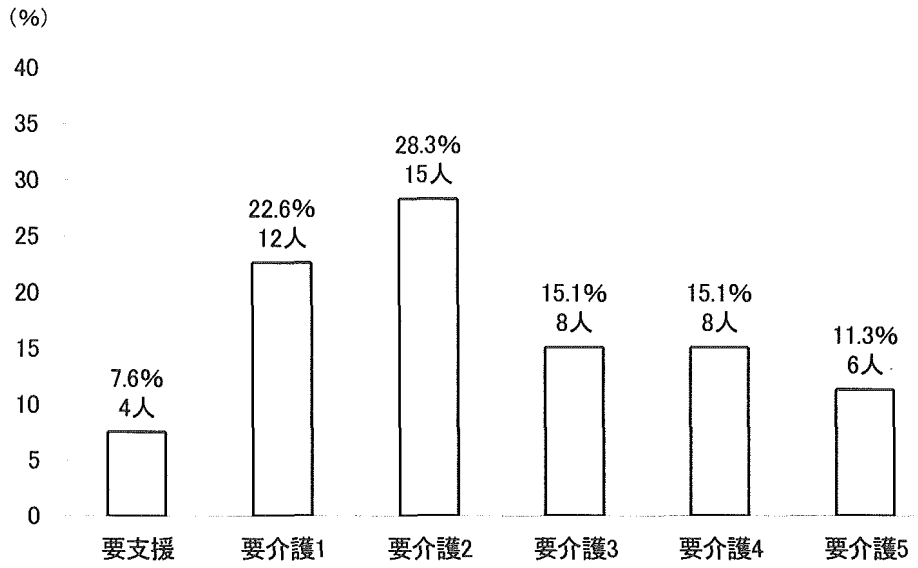

Figure1 被介護者の要介護度 (N=53)

Table3 介護度高群・低群の在宅介護者の介入前後の QOL 総得点

	N		介入前	介入後	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
介護度低群	16	平均得点	39.0	39.8	*	n.s.
		SD	7.34	6.20		
介護度高群	22	平均得点	33.0	32.8		n.s.
		SD	8.45	7.16		

Table4 介護度高群・低群の在宅介護者の介入前後の心理的安定感得点

	N		介入前	介入後	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
介護度低群	16	平均得点	12.9	12.8	*	n.s.
		SD	4.30	3.00		
介護度高群	22	平均得点	10.7	10.5		n.s.
		SD	3.97	3.36		

Table5 介護度高群・低群の在宅介護者の介入前後の現在の満足感得点

	N		介入前	介入後	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
介護度低群	16	平均得点	12.9	13.6	*	n.s.
		SD	2.82	2.87		
介護度高群	22	平均得点	11.0	11.2		n.s.
		SD	3.15	2.75		

Table6 介護度高群・低群の在宅介護者の介入前後の生活のハリ得点

	N		介入前	介入後	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
介護度低群	16	平均得点	13.2	13.4	*	n.s.
		SD	2.64	2.22		
介護度高群	22	平均得点	11.3	11.1		n.s.
		SD	2.95	2.49		

Table7　介護度高群・低群の介入前後の主観的QOL下位12項目の得点

	QOL 項目		N	介入前 平均値	介入前 標準偏差	介入後 平均値	介入後 標準偏差	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
1	今の生活に満足していますか	介護度低群	16	2.9	1.00	3.1	0.96	N.S.	N.S.
		介護度高群	22	2.5	0.91	2.8	0.73		
2	ささいなことでも気にするようになったと思いますか	介護度低群	16	3.4	1.20	3.3	0.77	*	N.S.
		介護度高群	22	2.7	1.04	2.6	0.95		
3	何となく不安にかられえることがありますか	介護度低群	16	3.1	1.39	2.8	1.11	*	N.S.
		介護度高群	22	2.5	1.14	2.3	0.89		
4	これまでの生活に満足していますか	介護度低群	16	3.1	0.77	3.3	0.77	*	N.S.
		介護度高群	22	2.5	0.86	2.6	1.01		
5	若い頃と同じように，興味ややる気がありますか	介護度低群	16	3.4	1.02	3.2	0.83	*	N.S.
		介護度高群	22	2.8	1.10	2.6	0.85		
6	今，幸せだと思いますか	介護度低群	16	3.4	0.63	3.6	0.89	*	N.S.
		介護度高群	22	2.9	0.99	2.9	0.77		
7	興味や楽しみごとを持って生活していますか	介護度低群	16	3.4	0.89	3.6	0.81	*	N.S.
		介護度高群	22	3.0	1.13	2.9	1.23		
8	気分の落ち込むことがありますか	介護度低群	16	2.9	1.20	3.1	0.89	N.S.	N.S.
		介護度高群	22	2.6	1.01	2.6	0.85		
9	何かをするとき，活力を持ってやっていますか	介護度低群	16	3.6	0.63	3.6	0.72	*	N.S.
		介護度高群	22	3.1	0.99	3.1	0.68		
10	今楽しく暮らしていますか	介護度低群	16	3.5	0.89	3.6	0.89	*	N.S.
		介護度高群	22	3.0	1.07	2.9	0.81		
11	ささいなことが気になって眠れないことがありますか	介護度低群	16	3.6	1.15	3.6	1.03	*	N.S.
		介護度高群	22	3.0	1.21	3.0	1.17		
12	これから先，何か楽しいことが起こると思いますか	介護度低群	16	2.8	0.91	3.0	0.89	*	N.S.
		介護度高群	22	2.4	0.67	2.5	0.80		

Table8　被介護者が痴呆あり群・痴呆なし群の，在宅介護者の介入前後の心理的安定感得点

	N		介入前	介入後	痴呆群・非痴呆群間の有意差	介入前後の有意差
痴呆あり群	6	平均得点	7.7	9.8	*	n.s.
		SD	3.67	3.06		
痴呆なし群	32	平均得点	12.4	11.8		n.s.
		SD	3.90	3.38		

Table9 被介護者が痴呆あり群・痴呆なし群の，在宅介護者の介入前後の主観的 QOL 下位 12 項目の得点

QOL 項目		N	介入前 平均値	介入前 標準偏差	介入後 平均値	介入後 標準偏差	痴呆群・非痴呆群間の有意差	介入前後の有意差
今の生活に満足していますか	痴呆あり群	6	2.3	1.03	2.8	0.75	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	2.8	0.94	3.0	0.86		
ささいなことでも気にするようになったと思いますか	痴呆あり群	6	2.0	1.10	2.7	0.82	*	N.S.
	痴呆なし群	32	3.2	1.08	2.9	0.95		
何となく不安にかられえることがありますか	痴呆あり群	6	1.7	0.52	2.0	0.63	*	N.S.
	痴呆なし群	32	2.9	1.27	2.6	1.04		
これまでの生活に満足していますか	痴呆あり群	6	2.5	0.84	2.5	0.84	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	2.8	0.86	2.9	0.98		
若い頃と同じように，興味ややる気がありますか	痴呆あり群	6	3.2	1.17	2.8	0.75	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	3.0	1.09	2.8	0.92		
今，幸せだと思いますか	痴呆あり群	6	3.0	0.63	2.7	0.52	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	3.1	0.94	3.3	0.92		
興味や楽しみごとを持って生活していますか	痴呆あり群	6	3.0	1.41	2.8	0.75	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	3.2	1.00	3.3	1.17		
気分の落ち込むことがありますか	痴呆あり群	6	1.8	0.75	2.5	0.55	*	N.S.
	痴呆なし群	32	2.9	1.07	2.9	0.94		
何かをするとき，活力を持ってやっていますか	痴呆あり群	6	3.5	0.55	3.2	0.41	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	3.3	0.92	3.3	0.79		
今楽しく暮らしていますか	痴呆あり群	6	3.3	1.21	3.2	0.75	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	3.2	1.00	3.2	0.94		
ささいなことが気になって眠れないことがありますか	痴呆あり群	6	2.2	1.47	2.7	1.37	*	N.S.
	痴呆なし群	32	3.4	1.07	3.3	1.09		
これから先，何か楽しいことが起こると思いますか	痴呆あり群	6	2.3	0.82	2.8	0.75	N.S.	N.S.
	痴呆なし群	32	2.6	0.79	2.7	0.89		

Table10 介護度高群・低群の在宅介護者の介入前後の SDS 得点

	N		介入前	介入後	介護度低群・高群間の有意差	介入前後の有意差
介護度低群	16	平均得点	35.0	37.1	*	n.s.
		SD	9.62	8.25		
介護度高群	22	平均得点	42.1	40.6		n.s.
		SD	10.90	10.83		

Table11 被介護者が痴呆あり群・痴呆なし群の，在宅介護者の介入前後の SDS 得点

	N		介入前	介入後	痴呆群・非痴呆群間の有意差	介入前後の有意差
痴呆あり群	6	平均得点	49.7	46.5	*	n.s.
		SD	5.79	6.92		
痴呆なし群	32	平均得点	37.1	37.8		n.s.
		SD	10.45	9.80		

Table12 要介護者の要介護度

	男性	女性	合計
要支援	140	508	681
要介護 1	336	948	1310
要介護 2	288	503	806
要介護 3	191	266	460
要介護 4	138	193	338
要介護 5	138	221	361
	1231	2639	306
		欠損値	392

Table13 痴呆専門医からの診断

	男性	女性	合計
ある	178	408	586
ない	1010	2216	3226
		欠損値	394

Table14 介護保険制度で利用できるサービス 現在利用している項目

サービス内容	利用している	利用していない	欠損値	合計
1 訪問介護	1375	2862	25	4262
2 訪問看護	455	3793	14	4262
3 訪問リハビリテーション	56	4190	16	4262
4 訪問入浴介護	433	3809	20	4262
5 居宅療養管理指導	345	3902	15	4262
6 通所介護	1634	2559	69	4262
7 通所リハビリテーション	756	3472	34	4262
8 ショートステイ	652	3595	15	4262
9 福祉用具貸与	980	3266	16	4262
10 福祉用具購入	768	3481	13	4262
11 住宅改修	794	3452	16	4262
12 痴呆対応型共同生活介護	0	4254	8	4262
13 特定施設入所者生活介護	0	4254	8	4262
14 居宅介護支援	801	3454	7	4262
15 介護老人福祉施設入所	0	4251	11	4262
16 介護老人保健施設への入所	0	4251	11	4262
17 介護療養型医療施設入所	0	4253	9	4262
18 いずれも利用していない	455	3786	21	4262
19 いずれも知らない	41	4215	6	4262

Table15　介護保険制度で利用できるサービス　現在利用している項目

	サービス内容	利用したい	利用を考ない	欠損値	合計
1	訪問介護	1176	3073	13	4262
2	訪問看護	662	3589	11	4262
3	訪問リハビリテーション	504	3750	8	4262
4	訪問入浴介護	698	3552	12	4262
5	居宅療養管理指導	529	3725	8	4262
6	通所介護	1015	3229	18	4262
7	通所リハビリテーション	607	3637	18	4262
8	ショートステイ	1215	3038	9	4262
9	福祉用具貸与	806	3445	11	4262
10	福祉用具購入	612	3636	14	4262
11	住宅改修	740	3513	9	4262
12	痴呆対応型共同生活介護	257	3998	7	4262
13	特定施設入所者生活介護	133	4119	10	4262
14	居宅介護支援	483	3773	6	4262
15	介護老人福祉施設入所	621	3631	10	4262
16	介護老人保健施設への入所	442	3813	7	4262
17	介護療養型医療施設入所	738	3518	6	4262
18	いずれも利用していない	203	4048	11	4262
19	いずれも知らない	72	4183	7	4262

Table16　介護や痴呆に関しての相談　相談したい項目

	項目	相談したい	そう思わない	欠損値	合計
1	あなたの配偶者	816	3430	16	4262
2	あなたの子ども	1032	3204	26	4262
3	あなたの配偶者と子ども以外の親族	486	3769	7	4262
4	要介護認定者のかかりつけの医師	1397	2856	9	4262
5	痴呆の専門医	706	3549	7	4262
6	介護サービスに関わる人たち	2346	1907	9	4262
7	痴呆症の人の介護経験者	411	3842	9	4262
8	痴呆や介護のことがよく分かっている友達	349	3908	5	4262
9	痴呆や介護のことがよく分かっている知り合い	319	3937	6	4262
10	その他	55	4203	4	4262
11	愚痴を言える人や慰めてくれる人はいない	108	4148	6	4262

Table17　QOL 尺度項目の因子分析

項目	因子１	因子２	因子３	h2
1 今の生活に満足していますか	0.796	0.075	0.258	0.705
5 これまでの生活に満足していますか	0.780	0.134	0.208	0.670
8 今，幸せだと思いますか	0.717	0.333	0.163	0.651
13 今楽しく暮らしていますか	0.641	0.446	0.230	0.662
6 病気があっても自分なりの生活ができているとおもいますか	0.481	0.273	0.137	0.324
9 病気があっても生活に支障を感じなくなりましたか	0.378	0.272	0.206	0.260
12 何かするとき，活力を持ってやっていますか	0.240	0.681	0.187	0.556
10 趣味や楽しみごとを持って生活していますか	0.232	0.630	0.151	0.473
7 若い頃と同じように，興味ややる気がありますか	0.069	0.619	0.143	0.409
16 これから先，何か楽しいことが起こると思いますか	0.233	0.494	0.123	0.314
4 何となく不安にかられることがありますか	0.166	0.096	0.653	0.463
11 気分の落ち込むことがありますか	0.161	0.132	0.633	0.445
3 ささいなことでも気にするようになったと思いますか	0.200	0.118	0.609	0.425
14 ささいなことが気になって眠れないことがありますか	0.068	0.178	0.569	0.361
2 病気のために趣味や余暇活動が制限されたと感じていますか	0.271	0.155	0.390	0.250
15 病気のために非常に不自由だと感じていますか	0.179	0.320	0.351	0.258
	2.915	2.168	2.143	7.226

厚生科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

痴呆性高齢者介護実務者および在宅介護者の介護教育に関する研究

── ケアスタッフにおける「痴呆性高齢者」の情況の推察 ──

分担研究者　永田久美子（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター）

研究要旨

本研究は、ケアスタッフに与えた痴呆の有無という条件の違いが、その人への見方や見え方、気持ちの推察に与える影響を検証し、ケアスタッフと痴呆性高齢者の相互作用の構造を明らかにした。方法は、都内A医療法人高齢者施設に勤務するケアスタッフ120名に市販の痴呆介護研修用ビデオをみせ、ケアスタッフの痴呆性高齢者に向けた“まなざし”について検討した。具体的には、対象者のケアスタッフをビデオに登場する被介護高齢者ついて「アルツハイマー型痴呆」または「痴呆なし」の2種類の教示し、痴呆の有・無と異なる教示与えることによる①高齢者の見え方に与える影響について、②高齢者とケアスタッフの両者の関わりの見方に与える影響について、③高齢者の気持ちの推察に与える影響について、検討した。

結果から、被介護高齢者に対して、「痴呆」という情報が予め伝わることにより、その高齢者を見ようとする視点が、はじめから「疾病」を見る視点として準備され、ささいな言動までも、予測された臨床状態のせいとみなされていく、という可能性を示唆した。また、ケアスタッフは、当初から「痴呆症状を持った人」と限定してしまい、本人の理解しがたい言動や行動が意味する背景を探るという視点がほとんどみられなかったことが明らかになった。

以上から、高齢者痴呆のケアスタッフの導入教育において痴呆に対する正確な知識と情報をあたえることがスタッフの介護行動におおきな影響を与えることが示唆された。

研究協力者　影山優子（日本社会事業大学大学院）
今井幸充（日本社会事業大学大学院）

A．研究目的

本研究は、ケアスタッフと痴呆性高齢者の両者の相互作用についての研究を行う。両者の関係を扱った研究はいくつかあるが、ケアスタッフの痴呆性高齢者への見方や思いに注目し、ケアスタッフの感情に視点を当てた研究はほとんどない。そこで、本研究では、ケアスタッフに与えた痴呆の有無という条件の違いが、その人への見方や見え方、気持ちの推察に与える影響を検証することから、ケアスタッフと痴呆性高齢者の相互作用の構造を明らかにすることを目的とする。具体的には、ケアスタッフの痴呆性高齢者に向けた“まなざし”に、痴呆の有無によっての違いがあるかということを、①高齢者の見え方に与える影響について、②高齢者とケアスタッフの両者の関わ

りの見方に与える影響について、③高齢者の気持ちの推察に与える影響について、の三点から検討する。

ケアの質の向上が叫ばれる今日、実際に痴呆性高齢者に日々向き合っているケアスタッフは痴呆性高齢者にどのようなまなざしを向けているのかを研究していくことにより、ケアスタッフに対する痴呆性高齢者の介護導入教育に重要な示唆を与えることが出来るものと考える。

B．研究の方法

本研究において、ケアスタッフが気持ちを推察する高齢者は、彼らにとって面識のない相手とした。通常、日常的な関係を持つ相手の情況を推察、理解しようとする際には、それまでの相手との関わりの経験や、相手に対する思いなどが、推察する内容に大きく影響すると言われている[2)]。

しかし、本研究では推察内容への「痴呆の有無」の影響だけを見るために、それ以外の要因をできるだけ除外する方法を選択する。つまり、「痴呆である」という条件だけで、どこまで彼らに対する見方や見え方が変わるのかを明らかにすることを試みる。

本研究では、このような統制された条件を設定することができる方法として、場面想定法を用いて調査を実施した。

1．調査対象者

調査対象は、都内A医療法人高齢者施設に勤務するケアスタッフ120名を対象とした。（以下ケアスタッフ）調査は、A施設における施設内研修の際に協力を求め、実施した。

2．研究の手続き

ビデオ視聴にさきがけ、ケアスタッフ120名を、各群が均等数になるように2群に振り分けた。そのうえで、ビデオに登場する被介護高齢者Bさんについて「アルツハイマー型痴呆です」（以下痴呆あり）または「痴呆はありません」（以下痴呆なし）の2種類の教示文をそれぞれの群に配布した。

次に、これから見るビデオに登場するBさんの情報（教示文）を5分程度でよく読み、Bさんのイメージを予めつかんでおくようケアスタッフに指示した。その後、ビデオを全員に対して一斉に視聴させ、ビデオにおける二人のやりとりについての質問項目が記された調査票への記入を求めた。調査票は、6項目からなる質問項目と、調査対象者の属性として、年齢、性別、経験年数、職種、介護・看護における教育歴の有無、所持資格の記入及び選択を求めた。

回収は、研修終了後、席を立つ際に調査票を自席に置いて帰るよう求めた。

3．使用したビデオ教材

調査で使用したビデオ場面は、痴呆介護研修用ビデオ『日々の暮らしの中から』（2001）の「生き生きと話す利用者」の一場面（5分程度）であり、施設に居住する高齢者とケアワーカーCさん（以下ケアワーカーと記す）の二者のやりとりが撮影されている。場面の選定に際しては、①登場する高齢者が、「痴呆である」あるいは「痴呆ではない」のどちらともとれる様子や言動であること、②場面の状況が、施設においてよく見られる日常的な場面であること、の二点に留意した。なお、教材の使用に際しては、作成者の許可を得た。

ビデオに登場するBさんの情報について、

「アルツハイマー型痴呆（痴呆あり）」「痴呆はない（痴呆なし）」の２種類のＢさんについての情報を作成した。作成した教示文を表３に示す。教示文のうち、情報が異なるのは痴呆症状のみで、それ以外のＢさんの性格や生活暦などの情報は２群とも全て同じである。

なお、Ｂさんの性格に関する内容は、大塚[3]らの看護学生の老人のイメージに関する研究を参考に、老人に対するポジティブイメージの上位「温和」「思いやり深い」と、ネガティブイメージの上位、「頑固」「考えが古い」をそれぞれ２項目ずつ採用して作成した。

４．調査項目

ビデオ視聴後に、４つの項目について、質問紙への記入を求めた。

項目①は、「ケアワーカーのＢさんに対する関わりについて評価してください」を、「大変適切」から「大変不適切」までの５件法と「ケアワーカーの関わりについて気がついたこと」の自由記述を求めた。

項目②は、「Ｂさんの満足度について評価してください」を、「大変満足」から「大変不満足」までの同じく５件法と、「Ｂさんの様子で気がついたこと」の自由記述を求めた。

項目③は「Ｂさんは＿＿＿＿＿と感じている、考えている」について、下線部に当てはまるＢさんの気持ちを記入することを求めた。

項目④は、ビデオに登場したＢさんについて、最初に与えた教示に関係なく「あなたはＢさんを痴呆だと思いましたか？」を（1）痴呆だと思う、（2）痴呆だと思わない（3）わからない　の３件法と、そのように判断した理由の自由記述を求めた。

５．分析の手順

本調査でははじめに、項目④において教示が痴呆の判断に与える影響を明らかにする。次に、項目①、②、③において、教示がケアワーカーの関わりやＢさんの様子や気持ちの推察に与える影響を明らかにする。なお、項目①と項目②は、５段階の尺度による評価と自由記述による評価をあわせた項目である。これは、一つの問題を調査するのに多様な調査方法を使用するという、「調査法の triangulation」[4]に基づき設定した。

６．倫理面への配慮

調査に参加した対象者には、本研究の主旨、研究方法について十分な説明を口頭で行い、本人の自由意志で本調査に参加した。また、回答が記載された調査表に関しては本研究以外の目的には用いないこと、また結果については本人が特定されるような内容は公表しないことを文章と口頭で説明した。

Ｃ．結果

１．調査対象者の属性

調査票は120票配布し、そのうち102票（回収率85.0％）が回収された。ここから、属性の未記入や評価方法に明らかな誤りが認められた４票を除外した、98票を本調査における分析対象とした。各教示群の回収票数は「痴呆あり」が48票(49.0%)、「痴呆なし」が50票（51.0％）であり、両群の回収票数はほぼ均等量であった。

調査対象者の属性を表６に示す。調査対

象者の性別内訳は、男性 12 名、女性 86 名であった。年齢は、20 代 14 名、30 代 16 名、40 代 32 名、50 代 36 名であった。また、ケア関係における経験年数は、1 年未満が 8 名、2～3 年が 16 名、4～6 年が 15 名、6 年以上が 58 名（欠損 1 名）であり、年齢層、経験年数ともに高い傾向が見られた。

職種の内訳は、介護職 41 名、看護師 30 名、ホームヘルパー2 名、相談員 1 名、その他 24 名であった。また、「その他」のなかには、PSW、事務職員、管理職などが含まれている。介護や看護における教育歴の有無は、「教育を受けたことがある」が 57 名で、「教育を受けたことがない」は 39 名であった（欠損 2 名）。

所持資格は、看護師 27 名、ホームヘルパー17 名、介護福祉士 9 名などであった。なお、本研究では、調査の回答者全体を、痴呆性高齢者のケアに関わる職種であることから、以下「ケアスタッフ」として表記する。

2．痴呆の有・無の教示条件の違いがケアスタッフの判断に与える影響

1）クロス集計結果

Ｂさんについて「痴呆あり」「痴呆なし」という 2 種類の教示が、実際のＢさんの見え方に与えた影響についての検討を行った。教示と「あなたはＢさんを痴呆だと思いますか？」との質問項目に対する回答のクロス集計表を表 7 に示す。

χ^2 検定の結果、統計的に有意な関連が認められた（χ^2=10.801、df=2、$p<.01$）。即ち、教示で「B さんは痴呆あり」という情報を得たケアスタッフはＢさんを痴呆があると判断し、反対に教示で「B さんは痴呆なし」という情報を得たケアスタッフはＢさんを痴呆なしと判断したことが明らかになった。

これらの結果から、全く同じ場面を視聴したのにも関らず、同じ人物（B さん）について、最初に「痴呆」あるいは「痴呆ではない」と思い込むことにより、痴呆の人と見えたり、痴呆ではない人と見えたりする傾向があると考えられる。

2）自由記述結果

次に、ケアスタッフ自身が「痴呆がある」と判断した理由と「痴呆はない」と判断した理由の自由記述を表８、９に示す。

Bさんの痴呆の有無をどのような点から判断したのかについて、自由記述により回答を求めた。自由記述の分析は、回答の全体的傾向を把握することに適した手法である[5] ＫＪ法を用いた。

その結果、「痴呆だと思う」と判断した理由としては、【診断名がある】という一人の回答を除いて、「同じ話を繰り返す」「自分の年齢を間違えて言っている」「状況把握が出来ていない」「ケアワーカーとの会話が成立していない」などの、【痴呆症状がある】という理由からであった。

反対に「痴呆だと思わない」と判断した理由としては、「会話が成立している」「年齢相応の態度」「自己が確立している」といった、【痴呆症状が見られない】という理由と「状況から見ても仕方ない」「Bさんの生きてきた人生が出ている」といった、Bさんの【Bさんの置かれた状況が出ている】という理由であった。

次に、痴呆の有無の判断した理由の記述量の比較を表10に示す。カテゴリ間の記述量を比較した結果、「痴呆だと思う」と判断した理由として最も多かったものは、「ワ

ーカーとの会話が成立していない」で12件であった。ついで、「同じ話を繰り返している」、「自分の年齢を間違えている」であった。

また、「痴呆だと思わない」と判断した理由で最も多かったものは「会話がしっかりと成立している」の6件であり、これは、「痴呆だと思う」理由で最も多くの記述が見られた理由（「ワーカーとの会話が成立していない」）と反対の理由であった。ついで、「年齢相応に見える」「自己が確立している」「人生がにじみ出ている」などであった。

3．痴呆の有無の教示条件の違いが被介護者の見方や見え方に与える影響

ここでは、教示と痴呆の有無の判断に明らかに影響があった票、つまり、教示と判断が一致した票を分析の対象とする。したがって分析の対象は、「痴呆あり - 痴呆だと思う群」の24名と、「痴呆なし - 痴呆だと思わない」の20名の2群44名で行う。

B さんの様子についての評価は、1）ケアワーカーの関わり、2）B さんの満足度や様子、の両面から検討した。

1）教示条件とケアワーカーの関わりについてのクロス集計結果

ビデオ場面においてBさんに関わりを持つケアワーカーの関わりの適切さについて「大変不適切」から「大変適切」の5段階評定を求めた結果を表 11 に示す。教示条件とのクロス集計の結果、統計的有意な関連は認められなかった（χ^2=3.008、df=4、ns.）。しかし、「大変不適切」と「やや不適切」を合わせた「不適切」とする評価は、教示「痴呆あり群」では1件(4.2%)だけなのに対し、教示「痴呆なし群」では4件(20%)であった。このことから、教示「痴呆あり群」よりも、教示「痴呆なし群」の方がケアワーカーの関わり方に対する評価が厳しい傾向があるといえる。

2）ケアワーカーの B さんに対する関わりについての自由記述

「ケアワーカーのBさんに対する関わりについて気がついたこと」についての自由記述を教示群ごとに KJ 法を用いて意味内容に分類した。

教示「痴呆あり群」「教示なし群」それぞれにおいて抽出されたカテゴリとその自由記述を記述量の多い順(以下同)に表12、13に示す。

教示の違いによる自由記述の内容に、大きな差は見られなかった。しかし、教示「痴呆あり群」においては、「目線を合わせる」「うなづく」などのケアワーカーのケアの技法に多く(11記述)注目が集まる傾向が見られた。このことは、「痴呆ケア」における技術や技法への関心の高さを示したものと考えることができる。

また、教示「痴呆なし群」にのみ見られたカテゴリとして「自己紹介や説明がない」が挙げられた。これは、「Bさんに接する際に要件を最初に伝えなかった」「挨拶をしなかった」などの意見であり、これらの記述が「痴呆あり群」には見られなかった理由としては、そうした事前の説明や声がけは痴呆がある場合にはあまり注目されるものではないということが考えられる。

3）教示条件とBさんの満足度評価のクロス集計結果

ビデオ場面においてBさんの満足度について「大変不満足」から「大変満足」の5段階評定を求めた結果を表14に示す。教示条件とのクロス集計の結果、統計的有意な

関連は認められなかった（χ^2=2.593、df=4、ns.）。

4）Bさんの様子で気がついたことの自由記述結果

「Bさんの様子で気がついたこと」についての自由記述を、教示群ごとにKJ法により意味内容で分類したものを表15、16に示す。

教示「痴呆あり群」に特徴的なカテゴリとしは、「痴呆により会話がかみ合っていない様子」を挙げる事ができる。これらは、Bさんの様子について痴呆という情報を前提とした注目の仕方であり、痴呆であるという前提でBさん見た場合、その症状や言動の矛盾にケアスタッフの関心が集まりやすいといえる。一方、教示「痴呆なし」群では「自分の意思をはっきり持っている様子」というカテゴリが抽出された。これは場面に登場するBさんに若干言動の矛盾があっても、それを本人の意思の強さの現われと捉えた結果であるといえる。

教示の痴呆の有無がBさんの見方に与える影響について、「ケアワーカーのBさんへの関わり」と「Bさんの様子や満足度」の２つの視点からそれぞれ、評価尺度と自由記述で検討した。

その結果、若干の傾向は見られたものの、痴呆の有無の情報の違いがBさんの見方に与える影響は認められなかった。

しかし、自由記述においては、痴呆ありと見ると、いわゆる「痴呆らしさ」をBさんに見出そうとするなど、痴呆情報の有無によってケアスタッフが注目する点には大きな違いが見られた。同一の場面を視聴しているのにも関わらず、注目される点が異なるということの背景には、「痴呆あり」という事前情報が与えられると、無意識的に「痴呆らしさ」を見つけ出そうとしていくことが考えられる。

4．痴呆の有無の教示条件の違いが被介護者の気持ちの推察に与える影響

ケアスタッフにBさんになったつもりでBさんの気持ちの記述を求めた。記入されたBさんの気持ちを教示群ごとに分類したものを表17、18に示す。

教示「痴呆あり」群で、最も多く推察されたBさんの気持ちは、「役に立ちたい」「遠慮・申し訳ないと思う」気持ちであった。以下、「おやつは欲しくない」「あきらめ」の気持ちと続く。

また、教示「痴呆なし」群で最も多く推察されたBさんの気持ちは「おやつには行きたくない」「自分の話を聞いて欲しい」であった。以下、「ワーカーへのネガティブな感情」「役に立ちたい」気持ちと続いていた。

教示「痴呆あり」群で最も多く推察された「役に立ちたい」「申し訳ない」という気持ちはビデオ場面において実際にBさんが発言している言葉でもあるため、Bさんの気持ちとして当てはめやすい感情であったといえる。また、痴呆あり群に、特徴的な気持ちの推察としては、「生きていても仕方ない」「私はもう何も出来なくなった」といった「あきらめ」を現す気持ちが挙げられたことである。こうした気持ちは、ビデオ場面におけるBさんの言動や様子からは直接は読み取りにくい言葉であるため、ケアスタッフ自身が持つ痴呆に対する一種の諦念が投影されたものと考えることも出来る。

一方で、「痴呆なし」群において最も多かったBさんの気持ちの推察は「おやつには行きたくない」「自分の話を聞いて欲し

い」という自分の主張であった。これらの気持ちも、ビデオの中のBさんが直接発言した言葉にはないが、そうした気持ちが「痴呆あり」群では全く推察されなかったことは興味深い結果であるといえる。

D．考察

研究１では、痴呆の有無という条件の違いが、その人への見方や見え方、気持ちの推察にどのように影響するのかということについて検証することにより、ケアスタッフと痴呆性高齢者の相互作用の構造を明らかにした。

本研究の結果、全く同じ場面を視聴したにも関わらず、本人に対する見方や見え方、気持ちの推察内容は、事前の痴呆の有無の違いによって、大きく影響を受けていたことが明らかになった。

本研究では、triangulationの観点から、ケアスタッフのBさんに対する見方や見え方、気持ちの推察について三点から検討したが、そのいずれにおいても、痴呆あり群、痴呆なし群の両群の記述には、同じビデオの場面に出てくる同じ人物についての表現とは考えがたいほど、大きな違いが見られた。

１．強調される「痴呆らしさ」

Bさんを痴呆だと見ると、会話の不成立や年齢を間違えるなど、いわゆる行動障害や物忘れなどの"痴呆らしさ"をBさんに見出していた。一方で、痴呆ではないという前提で見ると、同じ言動に対しても、本人の性格や主張の強さといった"Bさんらしさ"をそこに見出していた。また、Bさんの言動に多少の矛盾が見られても、それを「遠慮した結果」や、「状況からして仕方がない」としてBさんをかばおうとする傾向が見られた。

この結果は、「痴呆」という情報が予め入ることにより、Bさんを見ようとするまなざしが、はじめから「疾病」を見るそれとして準備された結果といえ、出口[6]の、「老人性痴呆」という医学的視点が付与されることで、「痴呆の症状を持った人々とその症状」という視点の転換が行われるという指摘や、あるいは南川[7]の、「相手の出来なくなった部分にケア提供者の注目の多くが集まる」という調査の結果を実証、支持したものであると考えることができる。また、Gubrium[8]やLyman[9]らの言う、「痴呆」というバイオメディカルな説明モデルを過剰に一般化することによって、一度「老人性痴呆」とラベルされた人たちは、ささいな言動までも、予測された臨床状態のせいとみなされていく、という可能性についても示唆した結果であるといえる。

２．痴呆性高齢者についての表面的な見方

Bさんの気持ちの推察について、痴呆がないと見た場合にはビデオ場面におけるBさんの言葉や言動からは直接的には読み取ることが出来ない、「ゆっくりと話がしたい」「私の話をきちんと聞いて欲しい」「大勢の中には行きたくない」といったBさんの背景にある気持ちや主張を推察し、Bさんの真意を量ろうとしていた。

しかし、痴呆があると見た場合には、そうしたBさんの意思は「今はおやつは欲しくない」という気持ち以外は推察されず、Bさんがビデオ場面で発言している言葉をそのままBさんの気持ちとして受け止める傾向が見られた。これは、小澤[10]の言う、痴呆性高齢者のさまざまな表出を単に「痴