

表2 個別およびグループの WIB スコア表

とくに優れている	3.0 以上
優れている	2.4～2.9
良好	1.8～2.3
普通	1.2～1.7
大幅な改善が必要	1.2 未満

PD および、PE の 1 回目と 2 回目の回数比較を表 3 に示す。

PD の項目において、DCM 1 回目は、「その人の自尊心を傷つける声かけ=PD17(Disparagement)」、「介護者の優位な立場で力を使ってその人を脅かす=PD4(Intimidation)」、「できることをさせないで力を奪う=PD2(Disempowerment)」、「その人を物のように扱う=PD10(Objectification)」など、その人の価値を低める行為が 13 回みられた。2 回目の PD の項目は「自尊心を傷つける=PD17(Disparagement)」、「その人の力を奪う=PD2(Disempowerment)」などで、回数は 2 回に減少した。

表3 PD、PE の 1 回目、2 回目の比較(回数)

	PD(1)	PD(2)	PE(1)	PE(2)
A	1	0	1	3
B	0	1	2	2
C	1	0	4	5
D	4	0	2	1
E	3	0	2	8
F	2	0	1	5
G	2	1	1	3
計	13	2	13	27

PE の項目において、1 回目では「不安を除くための感覚刺激(ボディータッチ)=Timalation」、「あえて相談したり、交渉したりする=Negotiation」、「共に喜ぶ

=Celebration」など、賞賛すべきケアが 13 回みられた。2 回目では「協力して何かを成し遂げる=Collaboration」、「共に喜ぶ=Celebration」、「遊び心をもって子供のように介護者も一緒に楽しむ=Play」、「認知症の人がすること、したいことが容易にできるように助け舟になる=Facilitation」など、27 回の PE が記録された。

WIB スコア、PD、PE ともに 1 回目よりも 2 回目のほうがより改善(向上)している結果となった。

なお、これらの結果はマップパーにより報告書(Care summary)が作成され、1 回目、2 回目ともに、DCM をおこなった翌日のフィードバックセッションにより、すべてのデータは詳細に介護者に報告されている。

## 2) 英国での先進事例分析

英国サフォーク州(Suffolk)では、高齢者全国サービス基準(National Service Framework for Older People: NSF 2001)の基準達成過程の中で、州内 14 ある公立高齢者居住介護施設での DCM マップパーの育成および相互 DCM 評価をおこなっており、スタッフ教育ならびに認知症ケアの質の向上に効果を上げている。現在これらの活動は「サフォーク州近代化システム(Modernisation Programme, Social Care Suffolk) 2004-2006」の枠組みに組み込まれている。導入経緯詳細を表 4 に示す。

### 2-1) DCM 相互評価のシステム

2002 年公費によって育成された 29 名のマップパーには、年間最低 2 回のマッピングが義務づけられている。2003 年より開始された施設間相互評価では、2 名のマップパーが 1 組となり、自施設とは異なる 14 の施設を 23 名のマップパーがマッピングしている。

表 4 英国サフォーク州 (Suffolk) DCM 施設間相互評価の経緯

地域	英国 サフォーク州 (Suffolk)
制度名・管轄セクション・制度の目的	サフォーク近代化システム (Modernisation Programme, Social Care Suffolk) 2004-2006 Suffolk 州・局・部管轄 「施設ケアの評価と向上、基準への到達」
人口構成・高齢化率	678,200 人 (2003 年) 高齢化率 18.6% (2021 年予想: 75 才以上人口 34%、65-74 才人口 50%増加)
施設構成	施設数 154 ケアホーム 約 5000 床 (内 公的施設数 11 400 床・VSH 含まず (Very Sheltered Housing の略称。自立して生活するのに支援を必要とする高齢者のために、特別に設計されたコテージやフラットを提供するほか、支援やコミュニティ施設、食事なども合わせて提供する。))
国と自治体の役割分担	国は理念と基準を示し、自治体が実行に移す。高齢者全国サービス基準 (National Service Framework for Older People: NSF 2001) ではサービス提供者は基準を達成し、高齢者とその家族に真の改善をもたらすことを奨励している。 事業の根拠となる項目: 1) スタンダード2: 「パーソンセンタードケア (理念) → 高齢者は個別に扱われなくてはならない。高齢者は必要なケアを常時得られる状態にある必要がある (大略)」 2) スタンダード7: 「高齢者の精神保健サービスの利用 → 高齢者は NHS や Council によって提供されているメンタルヘルスサービスに常に関わっていないなくてはならない (大略)」
認知症ケアの位置づけ	痴呆ケアは病院、医療モデルから社会、コミュニティモデルへと次第に移行しつつある。医療と介護の協働とパーソンセンタードな心理社会的モデル (Person Centred Social Model) が最適の方針により、この実現のための1施策、品質保証サイクルの一環として DCM 相互評価を計画。 (Stanners 2003)
DCM 導入の経緯	1998 年、Suffolk 州職員であり看護師施設長が Bradford 大学心理学教授 Tom Kitwood よりパーソンセンタードケアの考え方を学ぶ。 2000 年、基礎マッパー認定取得。2001 年上級マッパー認定取得。 2002 年、Bradford 大学のトレーナーを召還し、29 人のマッパーを養成。 (施設長、チームリーダー、医療ケアスタッフからなる (独立機関、民間セクター含む)) 2003 年より DCM の施設間相互評価開始。

現在までに2度繰り返されており、2度のマッピングの間隔期間はおおむね6ヶ月程度である。詳細を表5に示す。

表5 DCM 相互評価実績 (2004.11 現在)

施設	マッパー 組(2名)	1回目 (年月)	2回目 (年月)	間隔 (か月)
A	a / b	04.3	04.10	7
B	c / d	04.4	04.9	5
C	e / f	03.11	04.6	7
D	g / h	03.9	04.5	8
E	i / j	04.1	04.10	9
F	k / l	03.11	04.5	6
G	m / n	04.4	04.8	4
H	o / p	03.11	04.8	9
I	q / r	03.9	04.5	8
J	b / s	03.8	04.9	13
K	a / d	03.11	04.9	10
L	t / u	03.11	04.6	7
M	c / v	03.11	04.8	4
N	w / e	04.4	04.5	6
計 14	延べ 23	-	-	-

#### 2-2) DCM 施設間相互評価の効果

DCM 施設間相互評価事業の効果について、組織的な評価はまだなされておらず、インタビュー等によって事業効果(波及効果)と思われる点を抜き出した。以下のような。

1) 「パーソンセンタードケア」の理念が言葉の共通化を通して職種間の共通認識となった。

29名のマッパーの中には、医療専門家も含まれており、これらの人々がマッピングを繰り返すことで、困難だった福祉と医療との協働に寄与している。また、「パーソンセンタードケア」の理念を中心としたセミナー開催

などが活発化しており、参加者はソーシャルワーカー、ホームケアマネージャー、認知症擁護ワーカーズ(Dementia Advocacy Workers)グループ、医療ソーシャルケアメンバーなどとなり、当理念が福祉、医療の上位概念となりつつある。

#### 2) 監査への影響

施設ケア査察委員会(The Commission for Social Care Inspection)がケアホームの監査責任者に対して、医療と介護の統合のための教育システムとして、「共通の言語(パーソンセンタードケア)」を使い始めており、また地域によっては高齢者施設に対してDCMの導入を公式に勧めている。

#### 3) 事業の拡大

2005年には、労働力開発連合(Workforce Development Confederation)の入札に参加し、新たに90名のマッパーが基礎マッパー認定者となる。将来的には周辺3州にまたがった事業展開を予定している。

### D. 考察)

#### 1) DCMの質的評価の側面

DCMでは認知症ケアの質を、1)高齢者の状態、2)提供されているケア、の2つの側面で総合的に評価していた。

1) 高齢者の状態、は「良い状態(well being)」か、「悪い状態(ill being)」かで評価する客観評価である。DCM マニュアルには判断の基準が詳細に記してあるが、現実をすべて網羅することはできず、実際の評価の段階でこの客観性をいかに担保するかが重要な課題である。

また、2) 提供されているケアについて、はWIBスコアの取り扱いルールやPD、PEといった項目で評価するが、認知症ケアのスタンダードが未だ確立されていない現状において、現場介護者がわかりやすく捉えやすい

項目分類及びルールは利点であるが、逆に認知症ケアそのものを規定してしまう恐れもある。これらの対応については、Bradford 大学 DementiaGroup が調査を続けており、時代と共に柔軟に改訂を加えている。(2004 年現在第7版、2005 年には第8版出版予定)これらの項目については、ケア文化の違い等によってさらに詳細に検討されなければならない。

#### 2) DCM の教育ツールとしての側面

マッピングによって得られた評価は、管理者が人事考課に使用することは使用ルール上許されておらず、介護職に対してケアの視点、方向性を与えるものである。その意味で、公開評価や第三者評価としてDCMを取り扱うことには注意を要する。英国の例では、「パーソンセンタードケア」の理念を職種間で共有する教育ツールと捉えられている。相互評価として機能させているのは、施設間や職種間での共通言語の普及による理念の共有というねらいがある。これらを進めてゆくためにはマップの育成や継続的教育システム、相互評価システムの構築を制度化する必要がある。

#### E. 結論)

PCC の考え方、それに基づいたDCMを日本の認知症介護現場への導入を検討した。試行研究では、DCM が日本の介護施設の認知症高齢者ケアサービスにおける質的評価や教育ツールとして有効であることが確かめられた。

先進事例研究では、継続的導入システムの構築が必要である事がわかった。

#### F. 健康危険情報)

なし

#### G. 研究発表)

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 参考文献及び資料)

Bradford Dementia Group (認知症介護研究・研修大府センター訳)『Evaluating Dementia Care The DCM Method 7th Edition』(2004)

Suffolk Social Care Services Suffolk Health Authority 『THE SUFFOLK EXTRA CARE / DEMENTIA DESIGN AND MANAGEMENT GUIDE』

Suffolk County Council 『Plan for Delivery of Excellence in Dementia Care Homes for Older People』

Moira Clare 『A Vision for Dementia Care ; Suffolk's Perspective』(2004)

National care standards commission 『INSPECTION REPORT Care Home For Older People』(2003)

## 厚生労働科学研究費補助金(痴呆・骨折臨床研究事業)

### (分担)研究報告書

#### 「痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)の痴呆性高齢者に対する効果に関する研究」

分担研究者 梅垣 宏行 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学 助手

大西 丈二 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学

研究要旨 近年わが国では痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)が急速に普及しているが、その現状および痴呆性高齢者に与える効果は十分に明らかでない。今回われわれはグループホームおよび老人保健施設、療養型病床における要介護高齢者のADL、認知機能および痴呆に伴う行動・心理症候(BPSD)の頻度と対応の困難さを中心に調査した。グループホームの入居者ではBarthel Index が平均16.2点、MMSEが平均13.2点とこれまで主に北欧で報告されてきたものと同様の程度であった。グループホームでは「帰宅要求」、「尿失禁」、「文句を言う」等が多くみられ、「異常な性行動」、「暴言・暴行」、「感情不安定」などで対応が困難であった。本研究は本邦のグループホームの現状を明らかにし、今後ケアを向上するうえで有用な知見を与えた。

#### A. 研究目的

わが国では2000年公的介護保険が導入されたことによって、自宅で療養する以外に、指定痴呆対応型共同生活介護(以後グループホーム)、介護老人保健施設、養護・特別養護老人ホーム、療養型病床等で、長期にわたって療養する生活場所が制度的に確立された。今もって根治療法がなく不可逆的に進行する認知症では、こうした介護・医療施設を病状や社会環境などに応じて利用することが重要である。

われわれは昨年よりグループホームにおける痴呆に伴う行動心理学的症候(Behavioral and psychological symptoms of dementia;BPSD)の頻度等について調査を続け一部報告しているが<sup>1)</sup>、今年度はBPSD等が介護施設種別によってどのように異なるかを比較するための調査を行った。

#### B. 研究方法

10施設のグループホーム(N=586)および5施設の老人保健施設(N=411)、1つの療養型病床群(N=84)において、65歳以上の要介護高齢者を対象として、ケアを担当する職員より構造的調査表を用いて調査を行った。調査には要介護高齢者の年齢、性別、入居年月日、基本的ADL(Activities of Daily Living)、認知機能、BPSDの頻度および対応の困難さを含めた。基本的ADLは20点を満点とするBarthel Index<sup>2)</sup>を、認知機能にはMini-Mental State Examination (MMSE)<sup>3)</sup>を用いて評価した。

BPSDは以前われわれが報告していた要介護認定における一次調査項目を基本として作成したBPSDリストを使用し(表1)<sup>4), 5)</sup>、。そしてそれぞれ「ない」「1回/週以下」「数回/週」「ほぼ毎日」「常に」の5段階で最も近いものを選択し、「ない」を0点、「1回/週以下」を1点、「数回/週」を2点、「ほぼ毎日」を3点、そして「常に」を4点として頻度の平均値を算出した。また、調査時におけるそれぞれのBPSDへの対応の困難さを担当職員に「容易」から

「極めて困難」までの5段階で回答を求め、「容易」を1点、「極めて困難」を5点として平均を算出した。

(倫理面への配慮)

本調査は個人を同定しない配慮を用いて施行した。また、本調査はケアを担当する職員によって評価がなされ、調査のためにインタビューを追加する場合は文書による同意のもとで行った。

### C. 研究結果

対象者の平均年齢は $81.1 \pm 8.6$ SD歳、Barthel Index  $10.4 \pm 6.3$ SD点、MMSE  $14.0 \pm 8.5$ 点であった(表2)。Barthel Indexはグループホームの場合、他の介護施設より有意に高かった。MMSEは療養型病床において、老人保健施設より有意に低かった。

表3、表4に各種別介護施設で認められたBPSDの頻度および対応の困難さを示した。グループホームにおいて、BPSDは「帰宅要求」「尿失禁」「文句を言う」等が多くみられた。ほとんどのBPSDはグループホームにおいて最も多く認識されていた。グループホームでは、「異常な性行動」、「暴言・暴行」、「感情不安定」の順で対応が困難と答えられた。「帰宅要求」は他の種別の介護施設に比べ、対応の困難さが強かった。

### D. 考察

グループホーム入居者のADLはAnnerstedtらもKatzのIndexでステージAからEと報告しているが<sup>6)</sup>、今回の調査でもBarthel Indexが平均 $16.2 \pm 3.4$ 点と類似した結果が得られた。また、MMSEはこれまで平均9.0点から16.7点と報告されていたが<sup>7), 8), 9)</sup>、われわれの結果でも $13.2 \pm 6.1$ 点と同様であった。

今回の調査では、BPSDはグループホームでもっとも多

く認められてた。しかしこの結果は、グループホームでは担当職員と入居者の関係が他の施設に比べ濃密で、BPSDの頻度だけでなく職員によく認識されていたということも反映しているのかもしれない。

Wlmoらはグループホームの入居者が別の療養施設に転所しなくてはならなくなるのは、周囲に負担を与える行動障害と看護の必要性の増大の関与が大きいと報告しているが、今回の研究においてもこれらを示唆する知見が得られた。グループホームで療養を続けるには行動障害が比較的コントロールされていることが必要であり、ADLや認知障害、BPSDの程度によって適した療養環境を提供することが、認知症高齢者の療養に重要であると思われた。またグループホームにおける知見を蓄積することによって、認知症高齢者のケアにおけるニーズを正しく把握し、適切なケアの方法、施設のあり方について検討していくことが今後も不可欠であろう。

### E. 結論

グループホームの入居者ではBarthel Index が平均16.2点、MMSEが平均13.2点とこれまで主に北欧で報告されてきたものと同様の程度であった。グループホームでは「帰宅要求」、「尿失禁」、「文句を言う」等が多くみられ、「異常な性行動」、「暴言・暴行」、「感情不安定」などで対応が困難であった。本研究は本邦のグループホームの現状を明らかにし、今後ケアを向上するうえで、有用な知見を与えた。

### F. 健康危険情報 なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

「International Psychogeriatrics」誌に投稿中

#### 2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1.BPSDリスト

1. 健忘	19. 暴言・暴行
2. 家族など人物がわからない	20. 物を隠す
3. 今と昔を混同した言動	21. 破壊行為
4. 外出・帰宅要求	22. 徘徊
5. 収集癖	23. 文句を言う
6. 独りごと	24. まとわりつく
7. 物ごとに執着する	25. 介護に抵抗
8. 他者との関わりを嫌う	26. 不潔行為
9. 寂しがる	27. 自傷行為
10. 無意味な作業に熱中する	28. 異食
11. 関心・意欲の低下	29. 異常な食欲亢進・低下
12. 被害妄想	30. 異常な性行動
13. 幻覚	31. 嚥下障害
14. 作話	32. 無言・無動
15. 感情不安定	33. 尿失禁
16. 不眠・昼夜逆転	34. 便失禁
17. 落ち着きなく動き回る	35. 歩行障害・易転倒
18. 大声・奇声	



表2. 性別、年齢、基本的ADL、認知障害

	女性	年齢 (平均 ± SD)	Barthel Index <sup>s</sup> (平均 ± SD)	MMSE (平均 ± SD)
グループホーム (N = 91)	80.7%	81.4 ± 7.4	16.2 ± 3.4	13.2 ± 6.1
老人保健施設 (N = 411)	70.5%	81.3 ± 6.2	10.8 ± 5.7	14.4 ± 8.3
療養型病床 (N = 84)	71.2%	80.8 ± 9.8	6.3 ± 6.2	11.4 ± 10.3
合計	72.0%	81.1 ± 8.6	10.4 ± 6.3	14.0 ± 8.5

$p < 0.001$  (グループホーム vs 老人保健施設)  
 $p < 0.001$  (老人保健施設 vs 療養型病床)  
 $p = 0.040$  (グループホーム vs 療養型病床)

表3. The rate of older adults with the behavioral, psychological and physical symptoms and the frequencies of the symptoms § †

	Group homes			Nursing homes			A long-term care hospital		
	57.8%	1.34 ± 0.14	14.2%	0.35 ± 0.91	38.9%	0.59 ± 1.32	a,b		
Request to go home	57.8%	1.34 ± 0.14	14.2%	0.35 ± 0.91	38.9%	0.59 ± 1.32	a,b		
Obsessed with loneliness	56.7%	1.23 ± 1.30	15.5%	0.36 ± 0.85	23.3%	0.36 ± 0.89	a,b		
Complaint	50.0%	1.26 ± 1.39	18.8%	0.43 ± 0.96	20.0%	0.33 ± 0.82	a,b		
Delusion of being robbed	48.9%	1.02 ± 1.25	13.5%	0.29 ± 0.80	17.8%	0.29 ± 0.82	a,b		
Changeable mood	47.8%	1.12 ± 1.36	23.6%	0.59 ± 1.04	28.9%	0.43 ± 0.94	a,b,c		
Urinary incontinence	46.7%	1.26 ± 1.49	45.7%	1.54 ± 1.58	72.2%	2.49 ± 1.89	b,c		
Attaching to things	40.0%	0.98 ± 1.31	18.5%	0.52 ± 1.10	11.1%	0.51 ± 0.75	a,b,c		
Restlessness	36.7%	1.02 ± 1.37	17.0%	0.51 ± 1.10	33.3%	0.51 ± 1.07	a,b		
Reduction of interest or morale	34.4%	0.76 ± 1.14	35.5%	1.05 ± 1.39	42.2%	0.67 ± 1.27	c		
Reluctance to contact with others	33.3%	0.72 ± 1.10	14.5%	0.32 ± 0.82	11.1%	0.33 ± 0.63	a,b,c		
Monology	32.2%	0.89 ± 1.32	18.5%	0.52 ± 1.10	26.7%	0.56 ± 1.06	a,b		
Hording useless things	30.0%	0.88 ± 1.32	6.9%	0.27 ± 0.88	4.4%	0.30 ± 0.43	a,b,c		
Confabulation	28.9%	0.79 ± 1.33	9.4%	0.26 ± 0.82	6.7%	0.13 ± 0.52	a,b,c		
Verbal and non-verbal abuse	28.9%	0.60 ± 1.04	11.7%	0.26 ± 0.75	7.8%	0.12 ± 0.53	a,b,c		
Wandering	28.9%	0.72 ± 1.20	11.9%	0.37 ± 1.02	6.7%	0.11 ± 0.53	a,b,c		
Fecal Incontinence	28.9%	0.66 ± 1.17	34.3%	1.06 ± 1.47	74.4%	2.36 ± 1.92	b,c		
Hiding things	26.7%	0.68 ± 1.22	7.1%	0.15 ± 0.65	2.2%	0.02 ± 0.20	a,b		
Resistant to care	25.6%	0.52 ± 0.99	14.2%	0.31 ± 0.80	10.0%	0.19 ± 0.69	b		
Walking disturbance	25.6%	0.79 ± 1.33	41.9%	1.33 ± 1.58	86.7%	3.50 ± 1.71	a,b,c		
Sleep disturbance or reversion of day and night	23.3%	0.60 ± 1.11	12.4%	0.27 ± 0.72	16.7%	0.29 ± 0.81	a,b		
Compulsive behavior	20.0%	0.62 ± 1.24	8.9%	0.23 ± 0.82	7.8%	0.17 ± 0.70	a,b		
Loud voice	20.0%	0.42 ± 0.94	13.2%	0.25 ± 0.78	17.8%	0.26 ± 0.80			
Hallucination	17.8%	0.53 ± 1.12	5.6%	0.11 ± 0.51	5.6%	0.06 ± 0.29	a,b		
Filthy behavior	16.7%	0.32 ± 0.76	8.4%	0.20 ± 0.73	15.6%	0.30 ± 0.89			
Hanging around persistently	13.3%	0.36 ± 0.90	4.3%	0.08 ± 0.43	5.6%	0.12 ± 0.57	a,b		
Dysphagia	10.0%	0.19 ± 0.63	8.6%	0.23 ± 0.84	24.4%	1.15 ± 0.16	c		
Bradykinesia	8.9%	0.21 ± 0.73	10.2%	0.32 ± 0.97	1.1%	0.53 ± 1.23			
Destroying property	7.8%	0.13 ± 0.52	4.3%	0.07 ± 0.45	3.3%	0.08 ± 0.47			
Abnormal appetite	5.6%	0.17 ± 0.71	7.4%	0.14 ± 0.62	1.1%	0.01 ± 0.21			
Allotriophagy	4.4%	0.06 ± 0.28	3.0%	0.04 ± 0.37	1.1%	0.01 ± 0.07			
Inappropriate sexual behavior	2.2%	0.03 ± 0.24	2.8%	0.02 ± 0.25	0.0%	0.01 ± 0.00			
Self mutilation	0.0%	0.00 ± 0.00	2.5%	0.01 ± 0.10	6.7%	0.16 ± 0.70	b,c		

§ Scored with 0 for none, 1 for less than once a week, 2 for a few times in a week, 3 for almost everyday, and 4 for always.

† percent of the patients with the symptom were also shown.

a. Significant difference between group homes and health-care facilities ( $p < 0.05$ )

b. Significant difference between group homes and a long-term care hospital ( $p < 0.05$ )

c. Significant difference between health-care facilities and a long-term care hospital ( $p < 0.05$ )

表4. The difficulties to cope with observed behavioral, psychological and physical symptoms§

	Group homes	Nursing homes	A long-term care hospital
Inappropriate sexual behavior	4.50 ± 0.71	1.64 ± 1.29	-
Verbal and non-verbal abuse	3.27 ± 1.19	2.39 ± 1.34	4.14 ± 0.90
Changeable mood	3.21 ± 1.25	2.65 ± 1.27	3.04 ± 1.43
Sleep disturbance or reversion of day and night	3.14 ± 1.32	2.31 ± 1.29	3.33 ± 1.45
Loud voice	3.00 ± 1.37	2.50 ± 1.35	3.94 ± 1.18
Hanging around persistently	3.00 ± 1.13	2.12 ± 1.41	4.60 ± 0.89
Request to go home	2.96 ± 1.19	2.30 ± 1.17	2.03 ± 1.15
Wandering	2.85 ± 1.12	2.43 ± 1.30	3.33 ± 1.63
Hallucination	2.81 ± 1.56	2.27 ± 1.24	3.40 ± 1.14
Abnormal appetite	2.80 ± 1.64	1.69 ± 1.44	1.00 ± 0.00
Restlessness	2.79 ± 1.08	2.58 ± 1.21	3.53 ± 1.33
Delusion of being robbed	2.77 ± 1.33	2.53 ± 1.35	2.75 ± 1.34
Complaint	2.73 ± 1.16	2.23 ± 1.26	2.89 ± 1.61
Resistant to care	2.65 ± 1.11	2.63 ± 1.18	3.56 ± 1.59
Reluctance to contact with others	2.63 ± 1.13	2.12 ± 1.15	3.10 ± 1.29
Walking disturbance	2.61 ± 0.99	2.28 ± 1.26	3.05 ± 1.42
Attaching to things	2.58 ± 1.11	2.34 ± 1.17	2.20 ± 1.23
Confabulation	2.58 ± 1.47	2.19 ± 1.20	2.17 ± 1.84
Destroying property	2.57 ± 1.27	2.18 ± 1.43	4.00 ± 0.00
Fecal Incontinence	2.54 ± 1.17	2.12 ± 1.11	4.28 ± 1.17
Reduction of interest or morale	2.45 ± 1.06	2.38 ± 1.12	3.55 ± 1.41
Dysphagia	2.44 ± 0.88	2.26 ± 1.31	3.41 ± 1.14
Hiding things	2.38 ± 1.14	2.14 ± 1.18	3.00 ± 1.41
Compulsive behavior	2.33 ± 1.14	2.40 ± 1.44	2.57 ± 1.62
Urinary incontinence	2.26 ± 1.01	2.02 ± 1.11	4.18 ± 1.32
Allotriophagy	2.25 ± 1.50	2.08 ± 1.68	2.00 ± 0.00
Hording useless things	2.22 ± 1.19	2.76 ± 1.38	4.50 ± 0.58
Obsessed with loneliness	2.16 ± 0.95	2.02 ± 1.06	2.70 ± 1.01
Filthy behavior	2.07 ± 1.03	2.48 ± 1.42	4.57 ± 0.94
Monology	2.03 ± 1.38	1.95 ± 1.04	2.33 ± 1.58
Bradykinesia	1.63 ± 0.74	2.30 ± 1.24	1.00 ± 0.00
self mutilation	-	1.40 ± 0.84	4.83 ± 0.41

§ Scored from 1 for easy to 5 for extremely difficult to cope with the symptom.

- : No patients had the symptom

a. Significant difference between group homes and health-care facilities (p<0.05)

b. Significant difference between group homes and a long-term care hospital (p<0.05)

c. Significant difference between health-care facilities and a long-term care hospital (p<0.05)

センター方式を用いたケアサービスの質的評価に関する研究

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療センター

研究要旨

痴呆（認知症）高齢者のケアサービスの質的評価に関する基礎的なデータを収集する行うことを目的に研究を行った。まず介護サービスの評価の整理を行った。これまで痴呆性高齢者のグループホーム（GH）には第三者評価が行われてきたが、まだ十分に機能しているわけではない。その中でグループホームの自己評価表は都道府県単位の監査にも参考にされていることから、今回は自己評価表を用いて「認知症ケアマネジメント センター方式」を用いて、その有効性を検討した。その結果センター方式の有効性が示されたが、もともと自己評価表が高得点で質の高い施設はセンター方式を導入しても評価点は変化しないことが示された。自己評価はその結果を省みて、今後の改善につなげることで有用であることが示唆された。

A. 研究目的

痴呆（認知症）高齢者のケアサービスの質的評価に関する基礎的なデータを収集し、より効果的な監査制度や第三者評価を行うことを目的に研究を行った。まず介護サービスの自己評価の検討を行った。これまで痴呆性高齢者のグループホーム（GH）には第三者評価が行われてきたが、まだ十分に機能しているとはいえない。その中でグループホームの自己評価表は主に管理者により記入されているが、都道府県単位の監査にも自己評価表の結果が参考にされていることから、今回のその信頼性の検討を行った。

B. 研究方法

今回厚労省が指標を作成し、A 県で用いられている自己評価表を用いて、同じ事業者で別の地域で運営されている3ユニット（旧設 GH、中間施設 GH、新設 GH）で、その管理者と可能な限り多くの介護職員にグループホームの自己評価表と介護負担度の

記入を依頼した。

同じ事業者の新設 GH と開設から経験をそれなりに積んでいる中設 GH と歴史の長い旧設 GH の3箇所において自己評価表を記入してもらい、その平均値と標準偏差を比較検討した。なお介護負担の研究には Zarit の介護感尺度を用いて調査した。

（倫理面への配慮）本研究は統計処理を行った結果のみを公表するものであるが、患者の個人情報を扱わず、GH の管理者ならび介護職員で同意が得られた人を対象に GH の自己評価表の記入を依頼したので倫理的には問題がない。

C. 研究結果

旧設 GH は事前も事後も変化なく自己評価点は154.0 点であった。新設 GH の自己評価点は事前が117.6 であり、センター方式による介入によって点数は132.9 まで改善したが、有意な差ではなかった（図1）。

次に施設職員の介護負担の研究を行った。旧設 GH は 4.36、中間施設 GH は 4.02 新設 GH は 3.76 であり、介護負担の観点からいえば、新設 GH に比べ旧設 GH において負担感が少ないという結果であり、両者の間で有意な差がみられた（図 2）。

#### D. 考察

GH の評価は多角的に行う必要があり、自己評価表を用いることもその一つである。しかし自己評価表は職員全体が相談して、総意で判定すること、またその結果を振り返り、次回には改善の取り組みが重要であることが明確になった。センター方式の有用性を検討したが、旧設 GH はもともと高得点で変化しようがなく、前後で変化がなかった。新設 GH においてはセンター方式を用いることで、ケアの質の向上が図られ、結果として自己評価点が改善した。しかし前後では有意な差ではなかった。職員の介護負担に関する研究では旧設 GH では介護負担がそれほどでもないが、新設 GH では介護負担感が認められた。

#### E. 結論

セルフチェック表はそれなりに目的に沿って利用すれば有用であり、グループホームの自己評価に用いることは意義がある。さらにこれを用いてサービスの質を評価したところ、前後比較では、もともと経験がある上で自己評価点が高く、サービスの質が良い施設では評価点は前後では変化が見られなかったが、経験が十分でなく、浅い歴史の施設においては最初自己評価点が低かったが、センター方式を導入することでいわゆる「パーソンセンタードケア」の理念の導入が進み、結果としてケアの向上が図られた結果、セルフチェック評価点が向上した。この結果よりセルフチェック表の有用性と、センター方式の有用性が示唆された。グループホームや小規模多機能居宅介護などをターゲットにして、今後も研

究方法を変えてさらに検証してゆく意義がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) ONISHI J,SUZUKI U,UMEGAKI H,ENDO H,KAWAMURA T,IMAIZUMI M,IGUCHI A :

Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. Int Psychogeriatr. :1-12 ,2006

2) Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki

Umegaki, Hidetoshi Endo, Takashi Kawamura, Akihisa Iguchi : A comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: factor analysis of geriatric depression scale. J Geriatr Psychiatry Neurol. 19(1):26-31,2006

3) Hideki Nomura, Hatsuyo Hayashi, Toshio

Hayashi, Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura, Shosuke Satake and Akihisa Iguchi : Bowel incontinence is related to improvement in basic activities of daily living in residents of long-term health care facilities for the elderly in Japan. Geriatrics and Gerontology International 5:48-52,2005

4) Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, Akira Nakamura, Hidetoshi Endo, Akihisa Iguchi : Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD) and environment of care on caregivers'burden Archives of Gerontology and Geriatrics 41:159-168,2005

5) 三浦久幸、金山由美子、茂木七香、遠藤英俊：第 1 回プロジェクト研究論文  
軽症認知症高齢者に対する音楽療法の効果と意義—生活自立度、認知機能、介護負担度、脳画像への影響について— 日本音楽療法学会誌

5(1):48-57,2005

6) 有園陽子、三浦久幸、遠藤英俊、藤田千恵：高齢者に対するナラティブ・ベイスト・メディスンの実践—軽度認知機能障害(MCI)と診断された女性の事例を通して考える 臨床心理学

5(6):827-837,2005.11

7)遠藤英俊、三浦久之、佐竹昭介、小沢律恵、今井真理：高齢者への代替医療 臨床看護

31：302-304,2005

8) 渡辺智之、福田博美、宮尾克、水野裕、小長谷陽子、柴山漠人、志村ゆず、三浦久幸、遠藤英俊：痴呆性高齢者に対する音楽療法に関するシステムティックレビュー 愛知教育大学研究報告 54：

57-61,2005

9) 遠藤英俊：認知症ケアの標準化をめざす「センター方式」って何ですか？ エキスパートナース

21(11):18-20,2005

10) 遠藤英俊：介護保険とアルツハイマー病 日本医師会雑誌 134(6): 1033-1036,2005

11) 栗山 勝、井形昭弘、佐々木健、月岡関夫、遠藤英俊：痴呆診療：診断と治療の進歩と問題点 日本内科学会雑誌 94(8): 113-132,2005

12) 遠藤英俊：介護保険の改正と認知症ケアの新しい潮流 日本プライマリ・ケア学会誌 28(3):

161-168,2005

13) 遠藤英俊：ここが変わる介護保険法—改正のポイント— 看護展望 30(12): 50-55,2005

14) 遠藤英俊：介護保険制度の現状と展望 クリニカルプラクティス 24(11): 1124-1128,2005

15) 遠藤英俊：認知機能を保つ のぼそう健康長寿 :59-63,2005

16) 遠藤英俊：特集 ケアマネジメントの新潮流認知症のケアマネジメント ケアマネジメント学 4:

24-28,2005

## 2. 学会発表

1)遠藤英俊：高齢者虐待防止のための地域システムの構築に関する調査研究 日本老年医学会 2005.6.16

2) 遠藤英俊：一般病院から見た老年病専門医の役割 日本老年医学会学術集会 2005.6.16

3) 遠藤英俊：介護保険法改正の流れ 市民公開シンポジウム 2005.6.17

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図1. グループホームの介入前後の自己評価の結果 (1;新設 GH 介入前, 2;GH 介入後)

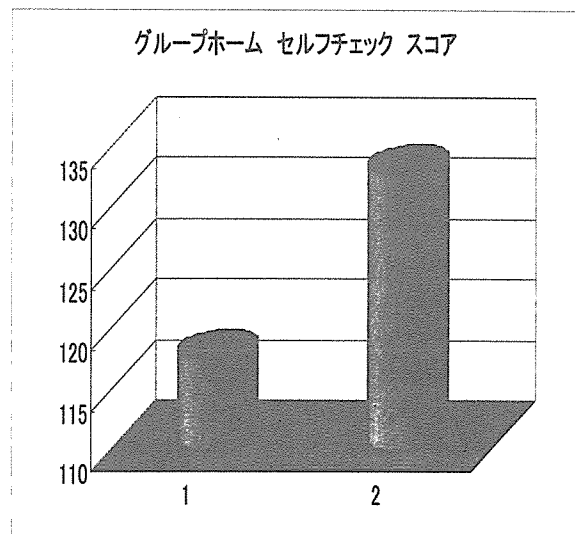
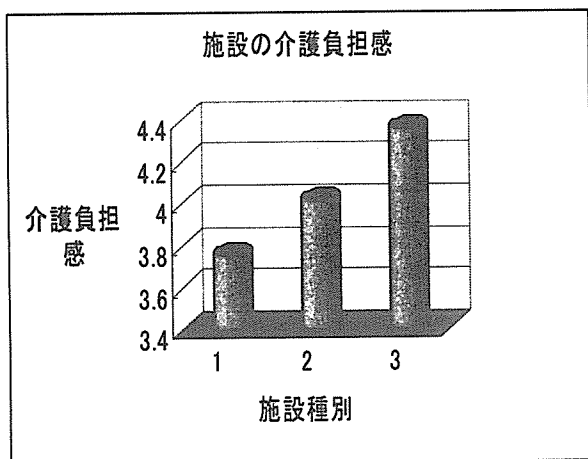


図2. GH職員介護負担感  
(1; 新設GH、2; 中間施設GH、3; 旧設GH)



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

介護職員の有する専門的知識の多寡とその施設を利用している認知症性高齢者の生活の質との関連に関する研究

分担研究者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

研究要旨：認知症性高齢者の介護を適切に行うためには認知症、およびその介護法に関する専門的知識が必要である。本研究では介護施設の職員が有する専門的知識の多寡を介護の質を規定する重要な因子と考え、職員の知識の多寡と認知症性高齢者の生活の質(QOL)との関連を12の介護支援施設で検討した。それぞれの施設の職員に対して専門的知識を問う問題に解答させ、その結果を施設ごとに平均した。一方、それぞれの施設を利用している認知症性高齢者のQOLをQOL-Dで評価した。そしてこれら関連を検討したところ、専門的知識を持っている職員が多い施設ほど認知症性高齢者のQOLが高いことが明らかになった。このことより介護職員の専門教育の重要性が示唆された。

A. 研究目的。

介護支援事業所を開設するための建物の基準や職員数などについては法令によって厳格に決められているため、これらの点における質は比較的確保されやすい。しかし施設で働く職員の質については十分に確保されているとは言い難い。特に認知症性高齢者の介護には認知症に関する知識やその介護法に関する専門的知識が必要である。しかしこれらの専門的知識を十分に習得していない介護職員もいるとの指摘がなされている。しかし一方で、認知症およびその介護法に関する知識を有している職員がいる施設ほど認知症性高齢者のQuality of life (QOL) が良くなるとの知見はない。今回我々は、介護職員の認知症およびその介護法に関する知識の量と、その施設を利用している認知症性高齢者のQOLとの関連を検討した。

B. 研究方法

対象：8つのデイサービスセンターと4つのグループホームの職員140名（男性24名、女性116名、平均年齢43.4 ± 11.8

歳）とこれらを利用している認知症性高齢者91名（男性24例、女性67例、平均年齢84.1 ± 6.9歳）。施設職員の職種は、介護職員が107名、看護師が12名、施設長10名、事務職員5名、Social Worker3名、栄養士3名であった。介護福祉士の取得者は全体では55名で、これは全参加職員の39.3%に相当した。介護福祉士の有資格者の平均年齢は39.5 ± 11.6歳、無資格者のそれは45.9 ± 11.4歳で有意差（ $t(138)=3.2, p<0.005$ ）を認めた。参加者の人数は各施設によって多様で、各施設的全職員の27.7%～100%であった。施設間において、年齢（ $F(11, 128)=5.4, p<0.001, \text{one way ANOVA}$ ）、性別（ $F(11, 128)=1.2, p=0.31, \text{one way ANOVA}$ ）には有意差を認めなかったが、現在の職業についてからの期間（ $F(11, 128)=3.6, p<0.001, \text{one way ANOVA}$ ）と勤務年数（ $F(11, 128)=9.1, p<0.001, \text{one way ANOVA}$ ）には有意差を認めた。

対象となった認知症性高齢者は、職員がよく接する認知症性高齢者やその介護者をと職員がしばしば会話したり介護指導したりしていた者であった。要介護度の平均



は2.3 ± 1.2であった。協力者の数は施設によって多様で、それぞれの施設を利用している全認知症性高齢者の14.3%~86.7%であった。施設間において、年齢 (F(11, 79)=1.24, p=0.28, one way ANOVA)、施設の利用日数 (F(11, 79)=0.69, p=0.74, one way ANOVA) には有意差を認めなかったが、性別 (F(11, 79)=2.3, p=0.05, one way ANOVA)、要介護度では (F(11, 79)=2.3, p<0.05, one way ANOVA) 有意差を認めた。

認知症に関する知識の普及度調査問題:本研究では、介護施設の職員の認知症、およびその介護に必要な、あるいは役に立つ知識を評価するために新たに「認知症に関する知識の普及度調査問題」を作成した。この調査問題は20題からなり、回答は全て5択の選択問題であった。設問は我が国における認知症の介護に携わる介護者の教科書である、高齢者痴呆介護実践講座 I・II (高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会編著) および、痴呆ケア標準テキスト (日本痴呆ケア学会編) 4冊 (痴呆ケアの基礎、痴呆ケアの実際 I・総論、痴呆ケアの実際 II・各論、痴呆ケアにおける社会資源) に記載されている内容とした。痴呆疾患の治療ガイドライン (中村重信編著) も設問作成の参考とした。

今回作成した「認知症に関する知識の普及度調査問題」を臨床経験、認知症診療の経験がともに5年以上の専門医および専門看護師8名 (男/女:6/2、平均年齢:41.5 ± 4.6歳)、臨床経験が2年以内、認知症診療の経験はほとんどない臨床研修医10名 (男/女:5/5、平均年齢:27.4 ± 1.7歳)、医療関連の仕事に従事したことがない非医療者10名 (男/女:0/10、平均年齢:34.3 ± 3.2歳) に施行してその成績を比較した。この専門医および専門看護師は我が国の広範な地域の様々な施設に勤務する者であり、所属施設の所在地は大阪府、兵庫県、山口県、福井県、茨城県、新潟県、愛媛県など広範にわたった。臨床研修医は大阪大学医

学部附属病院の臨床研修医であった。3群間比較一元配置分散分析でおこなった結果、3群間に有意な差を認めた (F(2, 25)=74.2, p<0.001)。Post hoc Tukey HSD testにて全ての2群間で有意差を認めた (専門医療者:18.0 ± 2.1、臨床研修医:11.4 ± 1.8、非医療者:6.4 ± 2.1; 専門医療者と臨床研修医: p<0.001、臨床研修医と非医療者: p<0.001、専門医療者と非医療者: p<0.001)。この結果より「認知症に関する知識の普及度調査問題」は認知症に関する専門的知識の多寡を敏感に評価できると考えられた。本研究では、施設職員にこの問題に解答させ、これを採点し「職員の認知症に関する知識」とした。さらに「職員の認知症に関する知識」を施設ごとに平均した「施設の認知症に関する知識」を算出した。

QOLの評価:本研究では認知症性高齢者のQOLを評価するためにQuality of life (QOL) questionnaire for dementia (QOL-D) (Terada et al, 2002)を用いた。これは我が国で標準化された唯一のQOL尺度であるからである。この尺度では「陽性感情」、「コミュニケーション能力」、「他者への愛着」、「自発性&活動性」、「陰性感情&陰性行動」、「落ち着きのなさ」の6個の大項目に分類され、それぞれの大項目に4から7個の下位項目が配置されている。この下位項目ごとに以下の5つに分類評価する尺度である。それぞれの下位項目に対して、「見られない≒4週に1回未満:1点」、「まれに見られる≒週に1回~4週に1回:2点」、「ときどき見られる≒週に数回:3点」、「よく見られる≒ほぼ毎日:4点」の4段階のどれかに判定する。6個の大項目の内、前者4項目は評価点が高いほど、QOLが高いことを意味するが、後者2項目は評価点が高いほど低いQOLを意味する。本研究では、対象となった認知症性高齢者のQOLをこの尺度を用いて施設職員が評価した。そして前者4大項目の総和から後者2項目の総和を引き算した得点を認知

症性高齢者ごとに計算し、これを QOL-D スコアとした。

解析法：「職員の認知症に関する知識」については、デイサービス勤務者とグループホーム勤務者との間の群間比較と介護福祉士の資格の有無による群間比較を t 検定で行った。また 12 施設間の比較を one-way ANOVA で行った。さらに職員の年齢、性別、現在の職業についてからの経験年数、現在の施設での勤務年数それぞれとの関連を Pearson's correlational analysis で検討した。QOL-D スコアについては、デイサービス利用群とグループホーム利用群との間で t 検定で比較した。また 12 施設間の比較を one-way ANOVA で行った。さらに認知症性高齢者の年齢、性別、要介護度、施設の利用期間との関連を Pearson's correlational analysis で検討した。また各施設の介護福祉士資格取得率をその施設を利用している認知症性高齢者に割り振り、QOL-D スコアと各施設の介護福祉士資格取得率の関連を Pearson's correlational analysis で検討した。次に「施設の認知症に関する知識」をその施設を利用している認知症性高齢者に割り振り、QOL-D スコアとの関連を Pearson's correlational analysis で検討した。さらにこの関連を認知症性高齢者の年齢、性別、要介護度の施設ごとの平均を交絡因子として QOL-D スコアを従属変数、「施設の認知症に関する知識」を独立変数とした偏相関分析でも分析した。有意水準は 0.05 に設定した。

#### （倫理面への配慮）

本研究は認知症性高齢者および介護職員の臨床データを扱うため、個人情報秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後におこなった。

### C. 研究結果

知識の普及度調査問題の結果：「職員の認知症に関する知識」の平均点は 10.4 ±

3.1 であった (Fig. 1) で、デイサービス勤務者とグループホーム勤務者との間には有意差は認めなかった ( $t(138)=-0.88, p=0.38$ )。しかし介護福祉士の資格の有無では、資格を有している職員の方が有していない職員よりも有意に得点が高かった (有資格者： $12.0 \pm 2.9$ 、無資格者  $9.4 \pm 2.9$ 、 $t(138)=-5.4, p<0.001$ )。12 施設間では有意差を認めた ( $F(11, 128)=2.5, p<0.01$ , one way ANOVA)。「職員の認知症に関する知識」と職員に関する因子との関連では、施設職員の年齢 ( $r=-0.24, p<0.005$ ) との間に有意な相関を認めたが、性別 ( $r=-0.02, p=0.84$ )、現在の職業についてからの経験年数 ( $r=0.03, p=0.76$ )、現在の施設での勤務年数 ( $r=0.02, p=0.84$ ) との間には有意な相関を認めなかった。

QOL-D の結果：QOL-D スコアの全患者の平均は  $8.4 \pm 2.8$  であった (Fig. 1)。domain ごとの平均は、「陽性感情」が  $3.1 \pm 0.7$ 、「コミュニケーション能力」が  $3.0 \pm 0.7$ 、「自発性&活動性」が  $2.8 \pm 0.9$ 、「他者への愛着」が  $2.6 \pm 0.9$ 、これら 4 つの陽性の domain の和が  $11.8 \pm 2.5$  であった。一方、陰性の domain は、「陰性感情&陰性行動」が  $1.6 \pm 0.8$ 、「落ち着きのなさ」が  $1.8 \pm 0.7$  で、この 2 つの和が  $3.4 \pm 1.3$  で、陽性のスコアにくらべ陰性のスコアが低かった。デイサービス利用群とグループホーム利用群との間で QOL-D スコアには差を認めなかった ( $t(89)=1.50, p=0.14$ )。しかし 12 施設間では有意な差を認めた ( $F(11, 79)=3.4, p<0.001$ , one way ANOVA)。QOL-D スコアは年齢 ( $r=0.23, p<0.05$ )、性別 ( $r=-0.32, p<0.005$ ) 有意に相関したが、施設の利用期間 ( $r=-0.14, p=0.19$ )、要介護度 ( $r=-0.06, p=0.60$ ) とは相関しなかった。また QOL-D スコアと各施設の介護福祉士資格取得率との間には有意な関連を認めなかった ( $r=0.06, P=0.58$ )。

QOL-D と知識の普及度調査問題の結果との相関：「施設の認知症に関する知識」と QOL-D

スコアとの間には有意な相関が認められた ( $r=0.27, p<0.01$ ) (Fig. 2)。認知症性高齢者の年齢、性別、要介護度を交絡因子とし、QOL-Dスコアを従属変数、「施設の認知症に関する知識」の得点を独立変数とした偏相関分析でも有意な相関を認めた ( $\beta=0.24, P<0.05$ )。「施設の認知症に関する知識」とQOL-Dの下位項目の施設ごとの平均との相関は、4項目の陽性の項目の和 ( $r=0.21, p<0.05$ )、2項目の陰性の項目の和 ( $r=-0.17, p=0.11$ )、「陽性感情」 ( $r=0.26, p<0.05$ )、「コミュニケーション能力」 ( $r=0.10, p=0.32$ )、「自発性&活動性」 ( $r=0.09, p=0.40$ )「他者への愛着」 ( $r=0.24, p<0.05$ )、「陰性感情&陰性行動」 ( $r=-0.16, p=0.13$ )、「落ち着きのなさ」 ( $r=-0.14, p=0.18$ )であった。

#### D. 考察

本研究では、認知症に関する知識や認知症性高齢者の介護に必要な、あるいは役に立つ知識を問う認知症に関する知識の普及度調査問題を作成した。この調査問題の設問の選定には、特に実用性を重視し、これらの知識が直ちに毎日の認知症性高齢者の介護や介護者に対する介護教育に役立つことを重視した。さらにこの問題の正答率は非医療者、臨床経験2年目の臨床研修医、認知症の専医療者の順に高くなり、3群間で有意差を認めた。従って、この調査問題は認知症に関する知識や介護に必要な知識を適切に評価できる尺度であると考えられた。そして本研究では、この調査問題の平均得点が高い施設ほど、利用している認知症性高齢者のQOLが高いことが明らかとなった。この関連は、QOLに影響を及ぼす可能性のある認知症性高齢者の年齢、性別、さらには要介護度で評価される重症度の影響を除外しても残った。デイサービスとグループホームという利用している施設の差、あるいはそれぞれの施設を利用せざるを得なくなった状況の差が今回の結果に

影響した可能性については、本研究でQOL-Dのスコアも知識の普及度調査問題の得点とともにデイサービス群とグループホーム群の間で有意差を認めなかったことより、低いと考えられた。従って、本研究の結果は、認知症に関する知識や認知症性高齢者に対する介護法に関する知識を職員がより多く有している施設では、重症度の如何に関わらず、認知症性高齢者のQOLが高く維持される可能性を示唆するものであった。

知識の普及度調査問題の得点と施設職員の現在の職業についての経験年数、現在の施設での勤続年数との間には有意な相関を認めなかった。このことから単に経験を積むだけでは認知症に関する知識や介護法に関する知識は得られにくいと考えられた。逆に施設職員の年齢と調査問題の得点との間には負の相関を認めた。この結果は介護福祉士の資格を有する者は有さない者よりも年齢が若く、かつ調査問題の得点が高かったによるものと考えられた。しかし各施設の介護福祉士資格の取得率とQOL-Dのスコアとの相関は有意水準には至らなかったこと。従って、介護福祉士の資格を有する者が多い施設ほど利用している認知症性高齢者のQOLが良くなる可能性はあるが、現在の介護福祉士が学習した知識だけでは不十分であると考えられた。

今回の研究では、「施設の認知症に関する知識」とQOL-Dの陽性項目の4つの和との間に正の相関を認めた。また項目ごとの解析では、「陽性感情」と「他者への愛着」との間に有意な相関を認めた。このことから専門的な知識を有する職員に介護されると患者は精神的に穏やかになり、生活を楽しめ、周囲の人とも好ましい人間関係が構築できると考えられた。陽性の項目でも、「コミュニケーション能力」と「自発性&活動性」と「施設の認知症に関する知識」とは有意な相関を認めなかった。この部分は認知症の中核的な認知機能障害による可能性が高く、介入に反応しにくい

かもしれない。一般的には介護者が専門的な教育を受けることによって、まず期待されることは、認知症性高齢者のbehavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)の軽減である。しかし本研究では、陰性項目の2つのdomainおよびその和と「施設の認知症に関する知識」との関連は有意水準にはいたらなかった。これは今回の症例の陰性項目のQOLが概して良かったことと、陰性項目は元々2項目しかないのので、有意な相関が得られにくかったことによるのかもしれない。

本研究の結果の解釈にあたっては注意を要する点が何点かある。第一は本研究に参加した認知症性高齢者はそれぞれの施設の全認知症性高齢者ではなかった。このためそれぞれの施設を利用している認知症性高齢者全体のQOLを反映していない可能性があった。しかし今回、QOLの評価を了解した認知症性高齢者、およびその介護者は、職員との交流が深い認知症性高齢者とその介護者となったため、職員の言動の影響を特に受けやすい一群であると考えられた。従って今回の研究目的である、職員の専門知識の多寡と介護される認知症性高齢者のQOLとの関連を評価するには逆に好都合の群であったと考えられた。第二は本研究に参加した施設職員が各施設の職員の全てではなかったことである。従って、我々が規定した「施設の認知症に関する知識」は各施設の職員の全体の知識の多寡を反映していない可能性があった。しかし12施設中10施設で本研究に参加した職員の割合は50%を越えていたため、「施設の認知症に関する知識」についてはおおむね各施設の全体の状況を反映していると考えられた。第三は職員が患者のQOLの評価を行ったことである。グループホーム入居者の場合、家族は患者の日常の様子を知らないため、QOLの評価が困難であった。そこでやむなく職員に評価させた。職員数の多い施設では、QOL-Dで患者を評価する職員は知識の

普及度調査問題に回答する職員と別の人にすよう依頼した。また職員は、「施設の認知症に関する知識」とQOL-D scoreとの関連を調べることは知らせていなかった。従って、職員がテストに回答し、患者のQOLを評価したことによる結果への影響はほとんどないと考えられた。第四は本研究で職員に対して評価を行ったのは認知症に関する知識の多寡であって、実際にその知識を生かして適切な介護が行えているか否かではなかった。しかしまず適切な専門知識を有していなければ、適切な介護はできないので、知識の多寡を評価することは重要である。今後は実際に適切な介護が行えているか否かの評価と認知症性高齢者のQOLとの関連を前向き研究で検討することが重要である。

#### E. 結論

本研究の結果から、認知症及びその介護法に関する知識が多い職員がいる施設ほど利用している認知症性高齢者のQOLが高いことが明らかになった。この結果より施設職員に対する認知症、およびその介護法に関する教育は重要であり、これにより認知症性高齢者のQOLがより改善される可能性があると考えられた。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし。
2. 学会発表  
なし。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
なし。