

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

認知症における標準的なケアモデルの 構築に関する研究

平成18年度総括・分担研究報告書

(H18 - 長寿 - 一般 - 030)

主任研究者 加藤 伸 司

平成19(2007)年4月

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業
「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」
(H18 -長寿-一般- 030)

総括・分担研究報告書 目次

I. 総括研究報告書

「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」

加藤 伸司（認知症介護研究・研修仙台センター） 1

（資料） 1 活動分類コード表

2 支援行為、活動記録例

3 ケアコード一覧

4 会話記録記入例

II. 分担研究報告書

1 「調査対象者の属性に関する分析」

内藤 佳津雄（日本大学） 43

2 「認知症高齢者の活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究」

矢吹 知之（認知症介護研究・研修仙台センター） 53

3 「コミュニケーション支援モデルに関する研究」

吉川 悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター） 88

4 「認知症高齢者への支援行為（関わり）の実態に関する研究」

内出 幸美（社会福祉法人 典人会） 115

5 「認知症高齢者における環境支援の実態把握とモデル構築に関する研究」

阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター） 173

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 204

<研究組織>

主任研究者

加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター センター長）

分担研究者

阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）*1

矢吹知之（認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員）*2

吉川悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター 専任研究員）

内藤佳津雄（日本大学文理学部心理学科 教授）*3

内出幸美（社会福祉法人 典人会 総所長）

研究協力者

大久保 幸積（社会福祉法人 幸清会 理事長）

池田 和泉（社会福祉法人 愛生会 唐松荘 事務長）

吉田 恵（社会福祉法人 幸清会 グループホーム幸豊ハイツ 管理者）

行徳 秀和（社会福祉法人 幸清会 幸豊ハイツ 主任指導員）

小野寺 真（社会福祉法人 典人会 グループホームひまわり ）

所属・職名は平成19年4月10日現在

*1 平成18年度は主任研究員

*2 平成18年度は研修研究員

*3 平成18年度は助教授

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」

総括研究者 加藤 伸司（認知症介護研究・研修仙台センター）

研究要旨

本研究は、認知症高齢者の属性別のコミュニケーションの実態、活動傾向、支援行為の傾向、環境支援の実態の把握とケア評価項目の提案を目的とし、グループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームに入居している認知症高齢者68名を対象に、平成18年12月～平成19年2月の1日について約12時間中の「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の支援行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察調査を実施した。その結果、ADLの程度が重度の場合、基本的な生活行為及びくつろぎ、会話による交流支援の評価指標が、ADL程度が軽度の場合、食事の準備や片づけ、洗濯、清掃など家事行為への支援評価指標を提案する必要性が示唆された。認知機能の程度との関連では、ADL程度が軽度を前提とし、認知機能の程度が中度以上の場合には食事の準備やあとかたづけなどの支援について、又、重度な場合は口腔ケア支援についての評価指標の必要性が示唆された。認知症高齢者へのコミュニケーション支援に関するモデル作成は高齢者側の属性要件とあわせて、支援状況や生活場面及び介護者側の属性要件別のコミュニケーション支援モデルを検討する必要性が示唆された。環境支援については、徘徊等が頻回な高齢者への見当識を補完するような環境支援、会話や交流支援を多く必要とする高齢者への刺激の質やふれあいを促進するような環境支援、ADL程度が重度な高齢者への安全と安心を保障したり、自己選択の機会を多くするような環境支援に関する詳細なモデル提示の必要性が示唆された。

分担研究者 阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター）
矢吹 知之（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）
内藤 佳津雄（日本大学）
内出 幸美（社会福祉法人 典人会）

A. 研究目的

介護保険制度は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を目的としており、「2015年の高齢者介護」報告^{*1)}においては認知症高齢者ケアの普遍化が謳われている。認知症ケアの普遍化にはケアの標準化が必須であり、認知症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支援方法

の開発や系統的なエビデンスの収集と評価の確立が早急に求められている。今後、増加が予測される認知症専用型共同生活介護、小規模多機能型居住介護などのケアの質の確保及び向上、又、認知症ケアの専門家養成の観点からも施設・在宅を問わない標準的な認知症ケアのモデル構築や評価指標の作成は重要な課題であると考えられる。

認知症ケア技法に関する研究は近年、多方面からのアプローチがされており、認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）への対応手法やQOL向上のための技法など基本介護や生活支援、アセスメントの方法に関する研究、認知症高齢者への声かけやコミュニケーションの方略に関する研究、生活活動やレクリエーションなど活動支援の手法に関する研究、物理的環境だけでなく対人的な関係を含む社会的環境や施設の運営方針やケア理念を含めた運営的環境等総合的な環境支援方法に関する研究など多種多領域からの実践研究が行われている。

その中でも認知症高齢者への介護技術開発や生活支援手法に関する研究は、認知症高齢者ケア研究の中核ともいえるテーマであるが、研究の多くは事例研究や質的な分析にとどまり、認知症高齢者ケアの一側面を捉えたものが多く、輻輳的なケア要素の関係を包括的に体系化したものは少なく、普遍性や一般性といった点で標準化された介護技法のモデル研究は充分とはいえないのが現状である。小松ら^{*2)}は介護老人福祉施設で勤務する介護スタッフへの観察及びインタビュー調査から認知症ケアにおける専門技術の概念構造を質的分析によって整理している。その結果、認知症ケア技術は高齢者の潜在能力を発見し活かすための技術である「パワーへの働きかけ」、個別性に配慮しペースをあわせる技術としての「波長合わせ」、ケアマネジメントの確実な実践とモニタリングとしての見守り技術を示す「介護のプロセス」、生命の保障や基本的介護を優先実行する技術として「ルール敷き」の4つのカテゴリーに分類している。これらの分類は言い換えれば、有する能力を活用した生活活動支援の技術、受容的なコミュニケーション技術や個々の生活の継続性を考慮した環境支援の技術、生活に寄り添いながら実施する見守りの技術、生活の安全と安心を保障する基本介護技術と捉えることができるだろう。

一方、認知症ケアにおける評価指標の開発はケアアセスメントツールや高齢者の状態評価、事業所の運営管理面も含めた施設サービス評価、環境評価、コミュニケーションやアクティビティ支援などケアの方法評価等の開発研究が蓄積されつつあり、有用性が検証され実践の場で活用されているものも少なくない。特に、アセスメントツールの開発については高齢者のケアマネジメント手法が日本に導入されるとともに多種のツールが開発研究され活用されており、近年では認知症高齢者に特化した代表的なアセスメントツールとして認知症介護研究・研修センターを中心に開発された「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」^{*3)}がある。通称センター方式は、『その人らしいあり方』、『安心・快』、『自分の力の発揮』、『安全・健康』、『なじみの暮らしの継続』の5つの視点を基本とし、A～Eのシートから適宜選択しながら、24時間の生活の流れにそって利用者本位のアセスメントを行うためのケアプラン作成のためのツールである。あるいは、標準的な認

知症介護を生活状況別、BPSD別、活動別に例示し認知症介護のモデルを提案しているのがRichard Flemingら^{*4)}による痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプランである。身体的問題、基本的な生活行為、認知症に伴う行動・心理症状、余暇や他者との関係、看護など7分類についてそれぞれ55項目の詳細な状況ごとに予防や対応、根拠の具体的なモデルが例示され、それらを参考に個々の事例に応じてケアプランを作成することになっている。このケアモデルはオーストラリアの介護施設の専門家と著者らによって開発され、実際のケアプラン作成や教育教材として活用されている。内藤ら^{*4)}によって翻訳され日本語版が出版されており今後の日本での活用が期待される場所である。そして管理運営面を含んだ評価指標としてグループホームを含んだ地域密着型サービス用に開発されたものが地域密着型サービス評価項目^{*5)}である。評価方法は「理念に基づく運営」、「安心と信頼に向けた関係作りと支援」、「その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント」、「その人らしい暮らしを続けるための日々の支援」、「アウトカム評価」の5つの領域について100項目から構成され、取り組みの現状と要望について記述式で記入するようになっている。

これらの評価指標は今日の認知症介護の質の向上やケア技術の確立にとって認知症介護の専門家、事業所、高齢者にとって有用な指標としてさらなる活用が期待される。しかし、認知症専用型共同生活介護事業所や小規模多機能型共同生活介護事業所、小単位型特別養護老人ホームを代表とした認知症介護及び居住環境の小規模化は、物理的、人的環境になじみやすく、高齢者同士の関係性が安定しやすいといった特徴がある反面、密室性が高く、閉鎖的空間になりやすく、リスク発生時の対処が困難であるといった弊害の可能性も孕んでいるといわれている。これらの弊害は、認知症高齢者への不当な拘束、虐待等に発展する危険性があることは、昨今の介護に関連した不祥事が少なくないことからすれば明らかである。これらの危険性を無くし、弊害のリスクを最小限にするための手段としてケア評価指標の確立と普及は喫緊の課題と考えられる。先述した評価指標は多くの認知症介護に関連した事業所の質向上に貢献し、標準的なケアの遂行と教育に帰依してきたと考えられるが、一方で虐待や不当な拘束といった劣悪なケアの発生が生じているのも事実である。認知症ケアの全体的な質の向上には、質の低いケアを標準的な水準まで高める事と、実践における質の高いケアをより多く普及すること、双方からの取り組みが必要であり、特に、劣悪なケアを無くすための具体的な望ましくないケアモデルの例示・評価と、必ずしななければならない標準的なケアモデルの作成、そして質の高いケア事例の普及・浸透が早急な課題と考えられる。

本研究は、介護保険の理念である「能力に応じ自立した生活の実現」を認知症ケアのビジョンとして位置づけ、高齢者の身体機能、精神機能、生活能力を活用した自立生活を達成するためのコミュニケーション、生活支援、活動支援を包括的に体系化した認知症ケアに関する標準モデルを構築し、認知症ケアの質を保障するための評価指標の作成及び普及を最終目的としている。

今年度は、高齢者属性別、生活場面別のコミュニケーション技法、活動傾向、支援行為の実態把握及び、環境支援の実態把握と評価視点の整理を行い、次年度研究予定の認知症介護の専門性抽出調査の基礎資料とする事を目的としている。

B. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者はO県のK施設、I県のT施設、H県のKH施設の3施設であり、いずれもグループホーム及び小規模単位型の特別養護老人ホームを有する施設である。調査対象事業種はグループホーム3カ所、小規模単位型特養のユニット15カ所であり、K施設12ユニット、1グループホーム、H施設1ユニット、1グループホーム、KH施設3ユニット、1グループホームである。調査対象者は本人あるいは家族より研究同意を頂いた認知症高齢者68名である。

2. 調査方法

1) 調査期間及び手続き

平成18年12月～平成19年2月の3ヶ月間を調査期間とし、認知症高齢者1名に対し、調査トレーニングを受けた調査員2名が、7時～19時の約12時間について「職員の声かけと高齢者本人の発語」、「職員の支援行為」、「認知症高齢者の行為及び活動」について参与観察を行い、調査票に記録し、あらかじめコード化された分類コードに従い活動、発語、支援行為のコーディングを実施した。高齢者属性評価（年齢、性別、入居期間、認知症の原因疾患、認知症罹患期間、ADL、認知機能、BPSDの程度）及び環境評価（認知症高齢者施設環境配慮尺度PEAP日本語版^{※6)}）については調査と平行し各施設の調査担当職員が実施した。

(1) 支援行為及び活動調査

調査対象者の活動及び調査対象者に関わっている介護者の支援行為の記録については、調査対象者1名につき1名の調査員が、対象者が生活しているユニット或いはグループホームのリビングに対象者の起床時間から就寝時間まで滞在し、対象者の何らかの行為や活動が生じた時間と行為或いは活動の内容を予め分類されコード化された活動分類コード（参考資料1）を参考に所定の記録票（参考資料2）に記述を行った。調査対象者に関わっている介護者の行為についても同様に何らかの支援行為が生じた時間と行為の内容を予め分類されたケアコード一覧（参考資料3）を参考に所定の記録票（参考資料2）に記述を実施した。

行為の記述精度を高めるため、事前に活動及び支援行為の分類基準に関する説明を調査担当者が実施し、調査票への記録練習日を1日設定し調査員と調査担当者による模擬及び検討会を実施した。

活動及び行為生起時刻の記録については、1分間タイムスタディの記録方法を参考に、1分間中に連続して複数の行為が生じた場合、記述速度が記録対象行

為の生起速度に追いつかず、全ての記述が困難な場合は1分間中の主要な行為の記録を実施することで統一し、複数行為の記録が可能な場合のみ全ての記述を実施した。記録はあくまでも行為や活動の意図は考慮せず発現している行為のみを観察記述の対象とし、調査員交代時の記入もれを防ぐため調査対象ユニットのリビングの隅にビデオカメラを定点設置し映像記録も実施した。

(2) 職員の声かけと高齢者の発語調査

高齢者の発語及び高齢者への介護者の発語記録については、調査対象者1名について調査員1名がリビングに常駐し、調査対象者の起床時間から就寝時間までの会話及び発語を継時的に記録した。調査対象者の発語については意味不明なものも含め、一方向的な発話、独語、双方向の会話も全て記録を実施した(参考資料4)。発語の記録については発語速度が記述速度より速く、発語量も多い場合、記録が不正確になる可能性が高いため、本人及び家族に了承を得た上でICレコーダー及びビデオカメラのリモートマイクによる録音を実施した。発語の意図及び抑揚、発語時の表情などは今回の調査記録からは除外し、言語的な内容の記述のみにとどめた。介護者側の発語については、調査対象高齢者への発語及び調査対象者を含んだ複数の対象者に対する発語も記録した。記録の精度を高めるため事前に調査模擬日を設定し、発語記録の練習を行い検討会を実施した。発語量が多く、発語時間が長い場合の記録は可能な限り聞き取り可能な発語のみを正確に記述することとし、録音記録より不足部分を補足することとした。

2) 調査内容及び符号化

(1) 支援行為

支援行為に関する符号化基準は、要介護認定調査検討会(平成18年2月開催)におけるケアコード一覧を参考に10項目の大分類と各大分類ごとの中分類、中分類ごとに準備、言葉による働きかけ、介助、見守り、後始末の5つの小分類に分けそれぞれの援助行為について3桁のコード番号を付与した。更に、ケアコード一覧において小分類よりも更に行為の分類が必要なものについては詳細分類として4桁のコード番号を付与し、又、観測された行為がケアコードの詳細分類に分類困難な場合については新たに詳細分類コード番号を付加した(参考資料3)。

(2) コミュニケーション

コミュニケーションに関する分析指標については、分担研究における表3-1を参考に、コミュニケーションのトピックの始発及びトピック毎の発話の数、発話の機能分類、発話の交換構造である。発話分類については、言語行動(verbal act)に関する指標を参考に作成した。分類の構成としては、質問・指示・陳述・意思表示・フィードバックを基本的な分類とした上で、機能別に14種類及びその他等に細分類した。また発話の交換構造上の機能は、基本的には働きかけ(Initiation)、反応(Response)、フィードバック(Feed back)から構成される。

本分担研究ではこれに加えて、反応と働きかけ（Response/Initiation）、再度の働きかけ（Re-initiation）、情報提供（Inform）、及び機能的に明確な場合に限るが、開始（Opening）と終了（Closing）を用いた。また、トピック毎に、対象とした高齢者の活動内容と対象高齢者への援助行為内容について、当該トピックの中で主要な内容を占めているものをコード化した。

（3）活動

活動内容の分類基準については、村木ら^{*7)}や阿部ら^{*8)}の先行研究を参考に生きるための身近活動を「日常生活行為」、社会的に必要な義務作業である仕事を「生活義務活動」、生活を楽しみ、潤いをもたらす余暇活動を「趣味・余暇活動」、いずれにも分類しがたい活動を「その他の活動」の4つに分類し、更に「日常生活行為」を基本行為と身辺管理行為、「生活義務活動」を家事活動、家内雑用、屋外作業、「趣味・余暇活動」を外出活動、音楽活動、運動、趣味・特技、レクリエーション、雑談・交流活動、文学、くつろぎ、その他、「その他の活動」を訓練、信仰、他者の援助、動物の世話、その他に分類した（参考資料1）。

（4）日常生活動作（活動）能力評価

調査対象者の日常生活動作（ADL）の測定については、Barthel Index^{*9)}を採用した。Barthel Indexは1955年以来、神経筋疾患や骨関節疾患における自立度の指標として用いられてきており、リハビリテーションの場で経過を評価する方法として有用性が確立され、主に基本的なADLの評価法として標準化されており世界的に普及している^{*10)}。指標の構成は食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの10項目についてそれぞれ機能の程度に応じて配点の重み付けがされ、100点満点中の合計得点によって自立度評価を行う。評価方法は、主に直接観察により直近の対象者の状態より、指標の項目について該当する機能程度をチェックするものであり、項目ごとの判定方法について解説が付記されている。本調査についても、調査対象者の入居するユニットにおける介護職員が直近の生活状況を基本とし観察によって評価を実施した。

（5）認知機能評価

調査対象者の認知機能の評価については、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）^{*11)12)}を採用した。HDS-Rは種々の認知機能検査の中でも比較的簡易に認知症をスクリーニングし、再現性、信頼性とも安定している^{*11)12)}。本研究における評価者は介護職員が主であり、評価トレーニングや評価自体が簡便で、スクリーニングの精度が高い評価法としてHDS-Rを採用した。評価方法は質問式評価法であり、主に見当識、短期記憶、長期記憶、簡単な計算などを確認する質問から構成され、それぞれ正答状況によって配点が決められ、30点満点中の合計点によって20点以下を認知症の疑いとし、10点以下を高度認知症

と評価する。本研究においては、調査対象者に最も関わっている介護職員によって、直接、対象者本人に質問を実施して評価を行った。

(6) 認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）重症度評価

認知症に伴う行動・心理症状の評価については、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale（BEHAVE-AD）^{*13)14)}を採用した。BEHAVE-ADはReisbergらによって主にアルツハイマー型認知症高齢者に特徴的な行動障害を評価する目的で開発された尺度であり、妄想観念、幻覚、行動障害、攻撃性、日内リズム障害、感情障害、不安及び恐怖の7つの下位尺度及び25項目と全体評価項目1項目から構成され、症状の重篤度に応じ4件法にて評価するため、全体評価項目を除いた合計点数は75点満点である。本邦においては浅田らによって日本語版BEHAVE-ADの作成及び信頼性の検討が行われ、評価者信頼性及び内的整合性の有用性が認められている^{*14)}。元来、アルツハイマー型認知症用に作成されているものだが、浅田らの研究においても脳血管型認知症を恣意的に対象者として含んでおり、本研究においてもアルツハイマー型認知症に限定せず評価を実施した。

評価方法については、日本語版BEHAVE-ADの項目に従い調査対象者の担当介護職員が最近2週間の状態について評価を実施した。

(7) 環境支援の実施度評価

環境支援の実施度に関する評価は近年、認知症高齢者の施設環境評価のための尺度として開発が行われその有用性が検証されているProfessional Environmental Assessment Protocole（認知症高齢者施設環境配慮尺度）の日本語版（PEAP日本語版）^{*6)}を採用した。従来より高齢者のための施設サービスや施設環境に関する評価については先行研究が多数行われてきているが、物理的な環境を主に扱うものが多く、あるいは認知症に特化した環境評価については充実しているとは言い難いのが現状である。PEAPは1990年代以降、国外において開発されてきた認知症高齢者の環境評価に焦点をあてた評価尺度および環境指針であり、最近では児玉らにより日本語版の開発が実施され検証が進められてきている^{*6)15)}。

PEAP日本語版は全部で50項目の質問から構成され、8つの次元9分類の下位項目で分類されそれぞれの下位分類ごとの平均点を算出する。8次元、9つの下位分類（「環境における刺激の調整と質」は1次元であるが、分類としては「環境における刺激の調整」と「環境における刺激の質」に分けている）は、「能力への支援」、「環境における刺激の調整」、「環境における刺激の質」、「生活の継続性への支援」、「プライバシーの確保」、「自己選択への支援」、「ふれあいの促進」であり、「かなり実施されている」、「まあまあ実施されている」、「あまり実施されていない」、「まったく実施されていない」の4件法にて実施度を評価するものである。採点は「かなり実施されている」を4点とし、「まっ

たく実施されていない」を1点として各下位分類ごとに平均点を算出する。

3. 分析方法

1) 高齢者属性による分類

高齢者の属性による状態像分類を目的とし年齢、性別、認知症の原因疾患、認知症罹患期間、認知機能(HDS-R)、ADL(Barthel Index)、入居期間、BPSD程度(BEHAVE-AD)の各頻度及び得点についてクラスター分析(two-step法)を実施し、対象高齢者の属性によるタイプ分類を実施した。クラスター間の比較については、年齢、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症への罹患期間の連続量については、平均値を算出し分散分析及び有意な効果が認められた場合にはTukey法による多重比較を行った。性、要介護度、認知症の原因疾患等の離散量については、クラスター間の分布の差の検定にフィッシャーの直接確率法を実施し、セル単位での分布の偏りは χ^2 検定に基づく残差分析(調整済み残差)を実施した。

2) 支援行為の実態傾向について

支援行為については、要介護認定調査検討会(平成18年2月開催)におけるケアコード分類を参考に、調査によって記述された援助行為をコード化し、介護動作分類ごとに頻度及び実施人数の集計及び割合を算出し、介護動作分類別の実施状況について高齢者属性との関連度合いを検討するため、要介護度、認知症の原因疾患、事業種、入居場所、性別等の離散量との関連については χ^2 検定及び残差分析を実施し、年齢、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入居期間等の連続量の比較及び関連度合いについては分散分析、相関分析を実施した。

3) コミュニケーション構造

対象高齢者の発話に関する分析指標は会話のトピック(話題)の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話それぞれの機能、及び発話それぞれの交換構造における区分を採用した。分析の方針としてそれぞれの指標について職員と高齢者間の差を一つのコミュニケーション・パターンと捉え、①全般的な差の特徴を捉える、②高齢者の属性によって4つのクラスターを構成し、クラスター間の差の特徴を整理する、③さらに分析が可能な場合には場面の性質毎の、クラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンを検討するという手順をとった。

会話のトピック(話題)総数(始発が職員と高齢者のいずれかは問わない)について、活動の種類(生活関連活動、趣味・余暇活動・その他の活動・日常生活行為の4種類)及び支援行為の種類(入浴・清潔保持・整容・更衣、移動・移乗・体位交換、食事、排泄、生活自立支援、社会生活支援、行動上の問題、医療、機能訓練の9種類)と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析(混合配置)を実

施した。

職員及び高齢者のトピックの始発数について活動の種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）及び支援行為の種類と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

職員と高齢者それぞれのトピック毎の発話数の平均値について、高齢者属性によるクラスター及び話者（職員と高齢者）を要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

発話の機能分類については出現率に換算し、事例毎・話者（職員と高齢者）毎の平均値を算出し、機能分類毎に話者（職員と高齢者）間の差について t 検定を実施した。高齢者の属性クラスター別に発話機能毎の集計を行い、例数が十分な指標については話者（職員と高齢者）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を実施した。

交換構造についても、機能分類と同様出現率に換算し、事例毎・話者（職員と高齢者）毎に出現率を算出し平均値を算出した。平均値の差について交換構造の分類毎に話者（職員と高齢者）間で t 検定を行った。高齢者の属性クラスター別に交換構造毎の集計を行い、話者（職員と高齢者）と高齢者の属性クラスターを要因とする二元配置分散分析（混合配置）を行った。

4) 活動実態の傾向

調査対象者の活動については、活動分類を基準に記述された活動及び行為をコード化し、1日あたりの活動分類別頻度及び全対象者中の活動分類別実施人数を集計し割合を算出した。分類別の活動実施割合及び平均活動頻度と高齢者の属性との関連について χ^2 検定と残差分析及び t 検定、相関分析を実施した。

5) 環境支援実施度合いによる活動頻度への影響

環境支援については、PEAP 日本語版における下位項目 9 分類ごとに実施度得点の平均点を算出し、高齢者の活動頻度との関連について目的変数を活動頻度、説明変数を PEAP 下位項目 9 分類及び高齢者属性とし重回帰分析を行い、ステップワイズ法によって活動頻度に影響を与えている要因を探索的に分析し、環境支援の実施度による活動頻度への予測モデルを検証した。

(倫理面への配慮)

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症高齢者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

C. 結果と考察

1. 調査対象者の属性に関する分析

調査対象者68名中の属性別割合は、ユニット入居者45名(66.2%)、グループホーム入居者23名(33.8%)であり、入居施設はK施設38名(55.9%)、H施設10名(14.7%)、KH施設20名(29.4%)であり、ややKH施設入居者が多い傾向が認められた。平均年齢は85.23歳(SD6.04)、性別割合は男性13名(19.1%)、女性55名(80.9%)であり、要介護度別割合は要介護度Ⅰ8名(11.8%)、Ⅱ8名(11.8%)、Ⅲ24名(35.3%)、Ⅳ15名(22.1%)、Ⅴ13名(19.1%)であった。認知症の原因疾患別割合はアルツハイマー型が15名(22.1%)、脳血管疾患型が27名(39.7%)、混合型が1名(1.5%)、不明が25名(36.8%)と不明の割合が多い傾向が見られた。認知症の平均罹患期間は73.7ヶ月(SD46.75)、平均入居期間は50.7ヶ月(SD54.70)であり、対象者によってばらつきがあるが、入居前からの認知症罹患期間が長いことが示された。認知症の重症度はHDS-Rの平均が6.00(SD5.88)とやや重度の傾向が見られ、ADLはBarthel Indexの平均が45.51(SD30.31)、平均要介護度が3.25(SD1.23)であり、日常生活動作能力も低く、要介護度がやや重い傾向が見られた。BPSDの程度については、BEHAVE-AD得点の平均が75点満点中8.97点(SD8.01)であり、BPSD重症度は軽度の傾向がみられた。

本調査対象者の傾向は、平均年齢が85.23歳とやや年齢が高く、認知症が重度で罹患期間も長く、生活自立能力も低く、要介護度もやや重度の集団であるが、認知症に伴う行動心理症状は少なく安定している集団であることが明らかとなった。

本調査対象者の状態像についてタイプ別分類を行うため属性項目についてクラスター分析(Two-Step法)を実施し、4つのグループに分類された。グループ1は18名(26.5%)、年齢が高く(平均年齢88.22歳)、認知症は重度(HDS-R平均4.89点)、ADLはやや高く(Barthel Index平均61.11点)、BPSD程度は中程度(BEHAVE-AD平均9.50)、認知症の原因疾患は不明が17名(不明25名中68%)、グループ2は13名(19.1%)、認知症程度中度(HDS-R平均11.69点)、ADLが高く(Barthel Index平均71.54点)、BPSD程度が軽く(BEHAVE-AD平均3.08点)、認知症の原因疾患はアルツハイマー型が9名(アルツハイマー型15名中60%)、グループ3は13名(19.1%)、女性のみで構成され、平均年齢が低く(82.31歳)、認知症程度が最も重度(HDS-R平均3.23点)、ADLはやや重度(Barthel Index平均48.85点)、認知症罹患期間が最も長く(平均104.54ヶ月)、グループ4は24名(35.3%)、ADLが重度(Barthel Index平均17.92点)、BPSD程度が最も重く(BEHAVE-AD平均11.46点)、認知症の原因疾患は脳血管型が19名(脳血管型27名中70.4%)であった。

本研究における調査対象者のグループ別特性は、グループ1が高年齢で認知機能は重度、ADLが中位で要介護度3が多く、認知症の原因が不明な群、グループ2は年齢が中位、認知機能がやや高く、要介護度1,2が多く、ADLも良好でBPSD程度が軽いアルツハイマー型・混合型・不明混在群、グループ3は年齢が若く、認知機能が重度

で、認知症の罹患期間が長い、アルツハイマー型が多い群、グループ4は脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群であり、本調査における対象者の状態像は4つに分類されることが明らかとなった。

2. 認知症高齢者への支援行為(関わり)の実態に関する研究

1) 調査対象者全体の傾向

本調査により観測された支援行為(関わり)の種類は544種類であり、支援行為の分類基準に従い①入浴、清潔保持・整容・更衣、②移動・移乗・体位交換、③食事、④排泄、⑤生活自立支援、⑥社会生活支援、⑦行動上の問題への対応、⑧医療、⑨機能訓練、⑩対象者に直接関わらない業務の10項目に分類した。

起床時から就寝時の約12時間に観測された調査対象者68名に対する介護職員の支援行為(関わり)の総数は6,241回、ひとり一日平均96.8回、1時間に平均8回の支援行為(関わり)が実施されていた。

支援行為総数における分類別の頻度構成比は、「食事支援」2,055回(32.9%)、「生活自立支援」1,649回(26.4%)、「移動・移乗・体位交換」960回(15.4%)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」479回(7.7%)、「医療的な支援」333回(5.3%)、「排泄支援」239回(3.8%)、「社会生活支援」209回(3.3%)、「対象者に直接関わらない業務」171回(2.7%)、「行動上の問題への支援」116回(1.9%)、「機能訓練」30回(0.5%)であった。

対象者1名への1日あたり支援行為頻度の平均は、「食事支援」30.22回(SD=15.11)、「生活自立支援」24.25回(SD=22.95)、「移動・移乗・体位交換」14.12回(SD=10.75)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」7.06回(SD=6.67)、「医療支援」4.91回(SD=3.93)、「排泄支援」3.51回(SD=3.53)、「社会生活支援」2.82回(SD=5.57)、「対象者に直接関わらない業務」2.49回(SD=3.65)、「行動上の問題への支援」1.71回(SD=6.99)、「機能訓練」0.44回(SD=1.04)であった。

対象者68名中の支援行為分類別の実施割合は、「食事支援」及び「生活自立支援」(100%)、「移動・移乗・体位交換」(95.6%)、「入浴・清潔保持・整容・更衣」(94.1%)、「医療支援」(94.1%)、「排泄支援」(75.0%)、「対象者に直接関わらない業務」(61.8%)、「社会生活支援」(39.7%)、「行動上の問題への支援」(39.7%)、「機能訓練」(19.1%)であった。

総じて、「食事支援」、「生活自立支援」の実施率は高く入居者全員に実施されており、「移動支援」、「入浴支援」、「医療支援」でも9割以上、「排泄支援」は7割強の認知症高齢者に対して実施されていた。認知症高齢者への支援行為の全般的な傾向として、基本的な生活遂行を保障するような身体介護を踏まえながら、生活の自立を促進するような支援の実施率が高いことが明らかになった。

2) 対象者属性と支援行為との関連

対象者の要介護度と支援行為分類ごとの実施人数及び割合との関連について χ^2 検定を実施し、有意に関連が認められた場合に残差分析を実施し、セル間の比較を行っ

た。その結果、「移動・移乗・体位交換」($\chi^2(4)=9.706$ $P=.046$)、「調理支援」($\chi^2(4)=13.937$ $P=.007$)、「排泄支援」($\chi^2(4)=26.000$ $P=.000$)について有意な関連が認められたため、残差分析を実施した結果、「移動・移乗・体位交換」支援の実施率が要介護度Ⅱ、Ⅳ、Ⅴで100%、Ⅲで95.8%と要介護度Ⅰに比較して有意に高く、「調理」の非実施割合が要介護度Ⅳ、Ⅴで有意に高く(100%)、「排泄」支援の実施率が要介護度Ⅳ、Ⅴの実施割合が有意に高く(100%)、要介護度Ⅰの実施割合が有意に低い事(25.0%)が明らかとなった。

支援行為分類ごとの実施群と非実施群における年齢、要介護度、入居期間、認知症罹患期間、長谷川式簡易知能評価スケール得点(HDS-R)、Barthel Index得点(ADL)、BEHAVE-AD scale得点(BPSD)の差について一元配置の分散分析を実施した結果、「洗面・手洗い」「口腔ケア」におけるHDS-R得点、「洗面・手洗い」「移動」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「排泄」「洗濯」「清掃」におけるBarthel Index得点、「排泄」「行動上の問題」におけるBEHAVE-AD得点、「洗面・手洗い」「移動」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「排泄」「コミュニケーション」における平均要介護度について有意な差が認められた。具体的には、「洗面・手洗い」「口腔ケア」の実施群は非実施群に比較して有意にHDS-R得点が低く、「排泄」「行動上の問題」への支援実施群は非実施群に比較してBEHAVE-AD得点が高い。又「洗面・手洗い」「移動」「排泄」の支援実施群は非実施群に比較してBarthel Index得点が低く、「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」への支援実施群は非実施群に比較して

Barthel Index得点が有意に高かった。要介護度については「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「コミュニケーション」への支援実施群は非実施群に比較して要介護度が高く、「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」への支援実施群は非実施群に比較して要介護度が有意に低い結果となった。

高齢者の属性と支援行為の関連傾向は、認知機能とADLが低く、BPSDの程度も重い高齢者への「洗面・手洗い」への支援行為実施率が高く、認知機能が低い高齢者への「口腔ケア」への支援実施率が高い。BPSD程度が重く、ADLが低い高齢者への「排泄」支援実施率も高い傾向がみられた。又、ADLが低い高齢者への「移動」や逆にADLが高い高齢者への「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」への支援実施率が高いことが特徴的であった。つまり、認知症高齢者への支援傾向はADLの能力を基準とし、ADLが低ければ入浴における洗面や手洗い・排泄・移動などのADL支援が基本となり、ADLが高く基本的な日常生活動作が自立していれば、調理や配膳・下膳、後片付けなど食事に関わる家事活動支援が中心となる傾向が認められた。認知症の重症度との関連については特に「口腔ケア」「洗面・手洗い」等の清潔保持に関する身体管理行為について認知機能の程度を鑑みる必要性が示唆された。BPSD程度との関連については、BPSDの症状として「排泄」

の失敗に関する症状が、介護上最も重要視されていることを反映していると考えられ、BPSD程度が重い高齢者への支援として「排泄」への支援実施率が高い結果となったことが予測される。要介護度と支援行為との関連はほぼADL程度との関連に類似しているが、「コミュニケーション」支援実施についてのみ要介護度が重度の高齢者への実施率が高い傾向が認められた。認知機能及びADL程度による差は無く要介護度の程度によって支援実施率に差があることから、「コミュニケーション」支援の実施は認知機能の程度やADLの程度よりも実際の介護の必要性によって影響を受ける事が示唆された結果となった。

3. 認知症高齢者の活動実態把握と活動支援モデル構築に関する研究

1) 活動実態の傾向について

認知症高齢者の活動傾向については、調査対象者68名中の各活動の実施割合について活動分類ごとに算出したところ、ADL関連行為の実施人数が68名(100%)、雑談交流活動が66名(97.1%)、くつろぎに関する活動が63名(92.6%)、日常生活管理行為が58名(85.3%)、家事活動が43名(63.2%)と半数以上が実施しており、実施率の低い活動は屋内作業1名(1.5%)、訓練活動1名(1.5%)、趣味活動2名(2.9%)、運動系活動3名(4.4%)、信仰と関連する活動5名(7.4%)、レク活動8名(11.8%)であった。

活動傾向を概括する上での考慮点として、半日のみの観察といった調査方法上の制約による結果への影響を付記しておきたい。例えば、対象者全員が実施していた中分類「ADL関連行為」では、「おやつを食べる」「移動」「水分補給」などが8割以上の実施率で高く、「睡眠」が2割程度で低かったことから観察時間が昼間の活動性の高い時間であったことの影響が推測できる。また、ADL関連については、本人の意思とは関係なく、入所する施設やグループホームの日課やスケジュールと関連する項目が多いことも明らかになった。

それらを踏まえた上で実施活動全体の傾向を概観すると活動の実施傾向に影響を及ぼす要因として、個人要因、認知症によるBPSD要因、入居施設方針に関する要因の3要因が認知症高齢者の活動実施に影響する大きな要因であると推察される。

性別、疾病、ADL等の個人の属性に関連する要因は、「ADL関連行為」「会話」「うなずく」や「趣味・余暇活動」中の「くつろぎ」における「テレビ鑑賞」「ひなたぼっこ」などの実施率が高く、「日常生活行為」に属する「身辺管理行為」中の「服薬」「洗面・手洗い」の実施率も高かった。これらの活動は、準備や計画が必要なものではなく、生活の流れの中で自然に実施されたり、多くの人が生活上必要な行為であるにも関わらず、活動性の高さを必要としない行動である。一方で、「爪を切る」「鼻をかむ」「目薬をさす」「写真を見せる」「居眠りをする」などは実施率が低く、個人の病歴や生活リズムによる影響が推測される。

認知症によるBPSD要因については、「食事の片づけ」「食事の準備」の実施率が高いが、「調理」実施率は少ない傾向が明らかになった。「単独の微細運動」は、

「周りを見回す」「独語」などの実施率が高く、「本を破く」などの行為は少なかったことから、認知症の記憶障害やB P S Dの出現傾向との関連が高いことが推測される。調理をするためには、一定の手続き記憶や、実行機能が維持されていることが必要となる。また、「独語」の出現率は本を破くような常同行為よりは出現しやすいことも影響している。したがって、これらの実施傾向は認知症の症状や原因疾患との関連が影響していると考えられる。

入居施設環境やケアの方針による要因については、「訓練」「趣味特技」「体操・運動」「ゲーム、レク」「信仰」「屋外作業」など実施率が低い活動項目との関連が考えられ、入居施設環境や季節に応じて実施率が変容する可能性も示唆されることから更に詳細な分析が必要な活動であると考えられる。

2) 高齢者属性と活動実施率との関連 (属性変数が離散量の場合)

施設・高齢者属性と活動実施人数との関連について χ^2 検定を実施したところ施設形態と援助系活動 ($\chi^2(1)=5.677, P<0.05$)、性別と文学活動 ($\chi^2=4.622, P<0.05$)・信仰活動 ($\chi^2(1)=5.833, P<0.05$)、要介護度と家事活動 ($\chi^2=15.131(4), P<0.05$)・援助系活動 ($\chi^2(4)=18.549, P<0.01$)・B P S D関連行為 ($\chi^2(4)=13.126, P<0.05$)・生活管理行為 ($\chi^2(4)=9.454, P<0.05$)、認知症の原因疾患と趣味活動 ($\chi^2(3)=8.651, P<0.05$)、年齢と趣味活動 ($\chi^2(2)=7.281, P<0.05$)・文学活動 ($\chi^2(2)=8.273, P<0.05$) について有意な関連が認められ、グループホーム入居者の方が特別養護老人ホームのユニット入居者に比較して他者への援助活動を実施する割合が多く、男性は文学活動や信仰活動を実施する割合が多い傾向が見られた。又、要介護度が軽度の方が家事活動や他者への援助を実施する割合が多く、重度の方がB P S Dと関連する行為を行う割合が多い。認知症の原因疾患別ではアルツハイマー型や脳血管型認知症の方が原因疾患不明群に比較して趣味活動を実施する割合が低い傾向が見られた。年齢との関連については年齢が低い方が趣味活動や文学活動の実施割合が多い事が明らかとなった。

以上の結果より、男性の余暇活動は他者とのコミュニケーションを必要としないような独りで実施する活動が取り組みやすい傾向が明らかとなった。要介護度との関連では、要介護度が軽いほど「家事」「他者への援助」の活動実施率が高く、要介護度が重いほど「単独での微細運動」の実施率が高いことから、認知症によるB P S Dとの関連が推察され、要介護度が重い認知症高齢者への目的を持った活動支援の方法が課題となる。「身辺管理行為」については、要介護がⅢ、Ⅳの実施率が高いことから、手続き記憶を活用した「洗面・手洗い」、歯磨きなどの「口腔ケア」、「更衣」などは認知症が進行した高齢者にも有効である事が示唆された。年齢との関連は、年齢が若いほど「趣味・特技」の実施率が高く、年齢が増加するにつれ、「趣味・特技」が実施されなくなっていることから年齢の増加に伴い低下する活動は、ADL等の身体状況等の個人要因に応じた提供方法と、本人ができることを生かす計画作成が望まれ

るだろう。

3) 活動実施の有無と高齢者属性との関連 (属性変数が連続量の場合)

各活動の実施群と非実施群の年齢、要介護度、HDS-R得点、Barthel Index得点、BEHAVE-AD得点、認知症罹患期間、入居期間の差について t 検定を実施した。

家事活動の実施群は要介護度が軽度 ($t(66)=3.985, P<0.01$) で、認知症程度は軽度 ($t(59.98)=-2.339, P<0.01$)、ADL も高く ($t(66)=-5.011, P<0.01$)、家内雑用実施群は要介護度が軽度で ($t(66)=2.430, P<0.05$)、認知症程度も軽く ($t(66)=-2.741, P<0.01$)、ADL も高い事が明かとなった ($t(66)=-3.078, P<0.01$)。文学活動実施群は年齢が低く ($t(66)=2.908, P<0.01$)、援助活動実施群は要介護度が軽度 ($t(66)=4.357, P<0.001$) で、ADL が高い ($t(66)=-3.856, P<0.01$) 事が明らかとなった。家事行為については、食事の準備や後かたづけを実施している群は要介護度、認知症程度も軽度で、ADL が高く、洗濯のとりこみやたたみを実施している群はADL が高く ($t(66)=-2.217, P<0.05$)、掃除実施群は要介護度が軽度で ($t(66)=2.392, P<0.05$)、ADL が高く ($t(66)=-3.304, P<0.01$)、散歩実施群は認知症程度が重度で ($t(33.03)=2.392, P<0.05$)、BPSD程度が重度 ($t(66)=-3.414, P<0.01$) である傾向が明らかとなった。

以上の結果から要介護度軽度・認知症軽度・ADL 高度群は家事活動、家内雑用の実施傾向が高いが、特に食事のあとかたづけ、準備は認知症の程度が軽い高齢者の実施率が高く、洗濯ものをたたむ活動はADLの程度が高ければ認知症の程度は関与しない傾向が示唆され、認知症の程度によって実施可能な家事活動の種類が異なることが明らかとなった。文学活動は年齢が若い方が実施割合が高く、特に散歩活動が認知症重度・BPSD重度と関連していることが明らかとなった。

全体的な傾向としては、ADL が高く、認知症が軽度で、要介護度が軽度な高齢者の活動は食事の準備やかたづけなどの家事活動や文学活動など活動の選択肢が多く、生活行為や運動を伴わない程度の趣味活動への支援方略の重要性が示唆された。一方、認知症が重度でADLが低く、要介護度が重度な高齢者の活動の選択肢は少なく、入浴、食事、排泄等の基本的な生活行為支援の重要性が示唆された。認知症が重度でADLが高い高齢者については散歩等の外出行為が多く実施されており外出活動支援の必要性が示唆された。

4. コミュニケーション支援モデルに関する研究 —職員・高齢者間コミュニケーションの基礎構造—

認知症高齢者と介護職員の言語的コミュニケーションの構造を明かにするため、会話のトピック (話題) の始発者及びその数、トピック毎・話者毎の発話の数、発話それぞれの機能、及び発話それぞれの交換構造について、対象高齢者の属性を4つのクラスターに分類し、クラスター間の差の特徴及び場面の性質毎のクラスターの影響を考慮したコミュニケーション・パターンの検討を実施した。

その結果、会話のトピック（話題）の数（始発が職員と高齢者のいずれかは問わない）については、高齢者の属性クラスター単独では差がなかったが、活動や支援行為の場面別にみると、高齢者の属性クラスター2（認知症の程度が軽く、BPSD程度が軽くADLも高い群）とその他のグループとの差が顕著に認められた。この原因について、職員と高齢者がそれぞれ始発したトピックの数で比較すると、クラスター2では主に職員側がトピックの始発数を増減させていることによるものと考えられた。また、クラスター毎に詳細に検討すると、例えばクラスター4（脳血管型認知症を主としたADLが低いBPSD程度が重い群）で入浴や排泄、移動・移乗、食事等の支援において職員側のトピックの始発が多いなど、支援行為の場面間で高齢者属性のパターンによる差違が認められた。なお、以上の分析は高齢者の発話についても行ったが、高齢者のクラスターに関連した結果は認められなかった。トピック毎の発話数の平均値について話者（職員と高齢者）間の差を見ると、高齢者の属性クラスター間の差が認められ、クラスター2及びクラスター4では職員と高齢者の発話数の差が大きかった。発話の機能分類及び交換構造については、職員の全般的な特徴としては質問や指示の多用による働きかけの発話の多さが、高齢者の特徴としては職員の質問を肯定したり指示を受け入れるような発話の多さが認められた。発話の機能分類と交換構造の分類においては、上記のような全般的な特徴は認められたものの、高齢者の属性によるクラスターの影響は明確には確認されなかった。数値上はクラスター毎に多少の特徴はあったものの全て有意な影響ではなく、トピックや発話数で確認されたような差異よりも、職員が働きかけて高齢者が応じるという形式が強固であることが確認されたといえよう。本分担研究では詳細な検討を行えなかったが、活動もしくは支援行為の場面別にみると場面毎の発話内容の特徴がある程度あることがうかがわれた。以上の結果から、職員の関与の方略を中心とした、職員－高齢者間のコミュニケーション・パターンの基礎的な構造がある程度認められたといえる。

5. 認知症高齢者における環境支援モデルの構築に関する研究

環境支援モデル検討における調査はK施設の12ユニット、1グループホームを対象とし認知症高齢者施設環境配慮尺度（PEAP日本語版）によって環境支援の実施度を4件法にて採点し、認知症高齢者の活動頻度との関連を検討した。

調査対象者は12ユニット、1グループに入居している調査協力の同意をいただいた37名であり、平均年齢は85.30歳（SD5.76）、性別割合は男性8名（21.62%）、女性29名（78.38%）、平均要介護度は3.54（SD1.30）、認知症程度がHDS-R平均得点7.27点（SD6.15）、ADLはBarhel Index平均35.54点（SD29.55）、BEHAVE-AD得点平均10.41点（SD9.56）、認知症の平均罹患期間59.38ヶ月（SD47.46）、認知種別割合はアルツハイマー型3名（8.11%）、脳血管疾患型18名（48.65%）、不明16名（43.24%）であった。

調査対象者37名中の活動実施割合の傾向は半数以上が実施している活動として、基本的な生活行為37名（100%）、雑談交流活動36名（97.35%）、くつろぎ行為34名（91.9%）、身

の回りの生活管理行為30名(81.1%)、家事活動22名(59.5%)、B P S Dに関連する行為19名(51.4%)であり、逆に実施率の低い活動としては趣味活動1名(2.7%)、屋内作業1名(2.7%)、信仰活動3名(8.1%)であった。1日あたりの平均活動頻度は、雑談交流に関する活動が25.3回(SD23.24)と最も多く、次いで基本的な生活行為20回(SD11.57)、くつろぎ行為12.2回(SD11.10)と多く、運動、訓練、動物の世話などは全く行われていない傾向が明らかとなった。

環境支援の実施度については、4点を満点としPEAP日本語版の8次元9分類の下位尺度ごとに平均点を算出したところ13ユニット全体の平均で「プライバシーの確保」が3.72点(SD0.19)、「生活の継続性への支援」が3.36点(SD0.30)、「環境における刺激の調整」が3.24点(SD0.57)、「ふれあいの促進」が3.24点(SD0.58)、「機能的な能力への支援」が3.22点(SD0.30)、「環境における刺激の質」が3.16点(SD0.45)、「安全と安心への支援」が3.08点(SD0.19)、「自己選択への支援」が3.05点(SD0.36)、「見当識への支援」が2.70点(SD0.52)であり、「プライバシーの確保」の実施度が最も高く、「見当識への支援」の実施度が最も低い傾向であった。

環境支援の実施度による活動への影響を検討するため目的変数を各活動頻度、説明変数を高齢者属性(入居期間、長谷川式簡易知能評価スケール得点、年齢、BEHAVE-A D得点、Barthel Index得点、認知症の原因疾患、認知症の罹患期間、要介護度)、環境支援実施度(機能的な能力への支援、自己選択への支援、見当識への支援、生活の継続性への支援、プライバシーの確保、環境における刺激の調整、安全と安心への支援、ふれあいの促進、環境における刺激の質)とし、ステップワイズ法による重回帰分析を実施し、各活動に影響を及ぼす要因を探索的に抽出した。その結果、外出活動頻度について「入居期間($\beta=0.77$)」、「Barthel Index($\beta=0.24$)」、「見当識への支援($\beta=0.40$)」の3変数($R^2=0.75$)、雑談交流活動について「環境における刺激の質($\beta=0.55$)」、「長谷川式簡易知能評価スケール得点($\beta=0.51$)」、「機能的な能力への支援($\beta=-0.39$)」、「ふれあいの促進($\beta=0.42$)」の4変数($R^2=0.73$)、基本的な生活行為について「安全と安心への支援($\beta=0.44$)」、「Barthel Index($\beta=0.77$)」、「自己選択への支援($\beta=0.36$)」、「年齢($\beta=-0.34$)」、「入居期間($\beta=0.25$)」の5変数($R^2=0.61$)との関連が認められた。

散歩などの活動頻度は入居期間やADLの影響を強く受け、環境支援としては見当識への支援によって外出などの活動頻度が高まる事が予測される。雑談交流活動は認知機能の程度によって影響を受け、環境支援についても環境における刺激の質やふれあいの促進の実施度によって雑談交流の頻度が活性化されることが予測される。ADLに関連した入浴、食事、排泄、移動などの行為は年齢やADLの程度による影響を強く受けるが、安全と安心への支援や自己選択への支援の実施度によって自立行為の向上が予測される事が明らかとなった。