

ととした。

6) 入居者の属性、職員の人員配置などについて後日、資料を提出してもらった。

## 6. 分析方法

1) 「関わり行為基準」に従い、調査によって記述された支援行為をコード化し、基準の介護動作分類別ごとに支援行為の頻度、実人数の集計および割合を算出した。また、関わり行為基準の10の大項目毎に参与観察で得られた特筆すべき記述も記載した。

2) 支援行為（関わり）と対象者の属性との関連性をみるために、支援行為（関わり）について、事業種別、入居場所、性別、認知症の種類、要介護度の属性毎にクロス表を作成し、変数間の独立性および関連性について $\chi^2$ 検定および残差分析を実施した。また、長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）、Behave AD（BPSD）、Barthel Index（ADL）、IADL、入居期間、年齢、罹患期間との関連性について相関分析（Spearman）および分散分析を実施した。

3) 散布図より、質の高い支援行為を抽出し、支援行為（関わり）の実態についてケーススタディにより行動分析を実施した。

4) 調査結果の集計はExcel2007、分析は統計ソフトSPSS12.0J for Windowsを用いた。

## C. 結果および考察

### 1. 対象者の属性

#### 1) 入居者の属性

調査対象者である入居者の属性割合は、ユニット入居者が45名（66.2%）、グループホーム入居者が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K施設入居者が多い傾向が認められた。性別割合は男性が13名（19.1%）、女性が55名（80.9%）であり、平均年齢85.23（SD=6.04）歳であった。

認知症の平均罹患期間は73.7ヶ月（SD=46.75）、平均入居年数は50.7ヶ月（SD=54.70）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。

認知症の重症度に関しては、HDS-Rの平均得点は6.00（SD=5.88）点であり、やや重度の傾向がみられ、5点以下の非常に高度は55.9%占められている。行動心理症状（BPSD）は、BEHAVE AD Scale 得点の平均が8.97（SD=8.01）で軽度であり、中核症状の進行はあるものの穏やかに暮らしている傾向がみられた。

認知症の種類別割合については対象者68名中、脳血管疾患型が27名（39.7%）、アルツハイマー型認知症が15名（22.1%）、レビー小体型1名（1.5%）、不明25名（36.8%）であり、脳血管疾患型が4割弱を占め、不明が36.7%と不明の割合が多い傾向が見られた。最近では、疾患別の行動特徴を踏まえた対応方法も研究されてい

る中では、実態が掴めていないことは課題である。

また、ADL機能的評価の一つの指標である Barthel Index は平均得点が 45.51 (SD=30.31) であり、全介助もしくは一部介助の状態であることがわかる。I ADL は平均得点が 0.15 点 (SD=0.98) であり、要介護度は、I=8名 (11.8%)、II=8名 (11.8%)、III=24名 (35.3%)、IV=15名 (22.1%)、V=13名 (19.1%) で平均要介護度は 3.25 (SD=1.23) であり、手段的日常生活能力、日常生活動作能力も低く、要介護度かやや重い傾向がみられた。

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はあるが、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。尚、この属性調査は調査の直前に施設職員がアセスメントしたものである。

## 2) 対象施設の運営期間および勤務体制について

本研究では入居者である認知症高齢者の属性特質と関わりを重視することから、施設職員の属性は調査対象とはしなかった。対象施設は、母体法人の開設がK法人 1978年、KH法人 1985年、H法人 1993年といずれの法人も 15年以上を経過している。ユニットの開設は 2005～2007年と比較的新しいが、入居年数が最長で 27年の入居者が存在していることから、母体施設の特別養護老人ホームから引き続き入居を継続している入居者も存在している。

グループホームは、1996年にH施設、1997年にKH施設、2006年にK施設が開催されている。いずれも 1ユニットのみの運営であった。

表 4-1 は対象施設の事業種別に職員配置図の基本形態を示したものである。各施設ともに標準形態を示したに過ぎず、入居者の生活パターン（お風呂の有無、外出、受診など）により臨機応変に勤務時間、人員などを変えていると回答している。

ユニット特養の場合、基準形態は早番帯 1名、日勤帯 0～1名、遅番帯 1～2名、夜勤 1名であった。夜勤帯は 2ユニットで 1名の施設が 1カ所、3ユニットで 2名が 2カ所であった。よって、日勤帯はユニットに職員が 1名のみになる時間帯も存在し、夜勤帯は 19：1もしくは 30：2の割合である。また、朝の着替え、洗面、食事や夕方の調理、食事、就寝の支援のためにパート職員が非常勤で強化されるなどの工夫もされているところもあった。

グループホームの場合、基準形態は早番帯 1名、日勤帯 2～3名、遅番帯 1名、夜勤帯 1名であった。日勤帯は常に 3人から 4人は勤務しており、いずれのグループホームも 1ユニットでの運営であるので、夜勤帯は 9：1の割合である。計画作成担当者の配置が義務化になったことにより、入居者や家族などに対し支援体制が強化されていることも特徴である。

ユニット特養とグループホームを比較すると、グループホームの方が人員配置的に手厚い支援体制が整っているといえる。

## 2. 入居者に対する支援行為（関わり）の状況

### 1) 支援行為（関わり）の種類と割合

参与観察で得られた支援行為（関わり）の実態を明らかにするため、まず、対象者 68 名について、「関わり行為基準」に定められたコードにより、コード化を行い、支援行為（関わり）の実態を 1 行為につき 1 カウントすることで定量化の作業を行った。当初は支援行為の時間を図り記録することとしていたが、観察者の仕事量が許容範囲を超えていたため、今回は支援行為の時間量については記録されるまでは至らなかった。したがって、支援行為（関わり）の頻度、構成比および実人数の割合について集計した。

#### (1) 支援行為（関わり）の状況について

日常の介護者の支援行為（関わり）種類を 544 種類とし、そのうち大分類は、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。

68 名の入居者に対し、支援行為（関わり）の総数は 6,241 回であり、ひとり一日平均 96.8 回の関わり行為が生活場面で行われていた。本調査は約 12 時間であり、一時間に平均 8 回の支援行為（関わり）が行われていたことが明らかになった。

支援行為（関わり）の構成比については、最も高いのは「食事支援」2055 回 (32.9%)、次いで「生活自立支援」1649 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」333 回 (5.3%)、「排泄」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こと」171 回 (2.7%)、「行動上の問題」116 回 (1.9%)、「機能訓練」30 回 (0.5%) であった (表 4-1、図 4-2)。

また、入居者 1 人に対して行われた一日あたりの支援行為頻度の平均は、最も頻度が高いのは「食事支援」30.22 回 (SD=15.11)、次に「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」4.91 回 (SD=3.93)、「排泄」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こと」2.49 回 (SD=3.65)、「行動上の問題」1.71 回 (SD=6.99)、「機能訓練」0.44 回 (SD=104) であった。「生活自立支援」では平均値 24.25 回、最小値 1 回、最大値 99 回 (SD=22.95) とバラツキが認められ、個人差が大きいことが示された。また「行動上の問題」では平均回数は 1.71 回 (SD=6.99) と少なかったが、最大値 55 回は極端値であったことから個人差が大きいことが明らかとなった (表 4-2)。

支援行為の種類と割合は、最も実施割合が高いのは「食事支援」(100%)、「生活自立支援」(100%)、次いで「移動・移乗・体位交換」(95.6%)、「入浴・清潔保持・

整容・更衣」(94.1%)、「医療」(94.1%)、「排泄」(75.0%)、「対象者に直接関わらないこと」(61.8%)、「社会生活支援」(39.7%)、「行動上の問題」(39.7%)、「機能訓練」(19.1%)であった(表4-3、図4-3)。実施割合は、「食事支援」、「生活自立支援」では入居者全員、「移動」、「入浴」、「医療」では9割以上、「排泄」は4分の3に対して支援行為が行われており、基本介護の部分と自立支援を促し、コミュニケーションを図る生活自立支援の割合が高いことが明らかになった。

全体的な傾向としては「食事」、「入浴」、「排泄」、「医療」の基本介護支援とともに自立支援や会話・コミュニケーションを図る「生活自立支援」の割合が高いことが明らかになった。また、入居者の趣味活動や対外活動である「社会生活支援」は4割と意外と低く、「機能訓練」は2割の入居者に実施されていた。「行動上の問題」への支援は4割の入居者にしか実施されていないことは認知症という病をかかえているもののその日常生活は穏やかであり、ユニットおよびグループホームの特徴的傾向が明らかになった。

#### (2) 入浴・清潔保持・整容、更衣への支援について(表4-4、図4-4)

中項目は、①入浴、②清拭、③洗髪、④洗面・手洗い、⑤口腔・耳ケア、⑥月経への対処、⑦整容、⑧更衣、⑨その他である。最も実施割合が高かったのは「洗面・手洗い」40人(58.8%)であり、次が「口腔・耳ケア」の27人(39.7%)、整容、更衣の25人(36.8%)、入浴23人(33.8%)となっている。「洗面・手洗い」の小項目についてみると、「言葉による働きかけ」53回(50.5%)、「介助」44回(41.9%)、「見守り」8回(7.6%)であった。一方的な介助というよりは、声かけを行いながら、自立支援を促したり、自尊心に配慮したりしていることが明らかとなった(図4-5)。

「入浴」に関して参与観察から、介護者は洗髪などの支援行為をしながらもお湯加減を尋ねる声かけ、無事を確認するなどの声かけが記述された。「洗面・手洗い」については、日常生活動作能力の機能維持が比較的重度になるまで保たれる生活行為であることを考慮すると、言葉による働きかけにより自立支援を促している行為が50.5%占められていたことは能力の維持への支援行為(関わり)と考えられた。

また、ドライヤーで髪を乾かす際、「素敵になるようにしましょうね」など会話をしながらの支援行為(関わり)について記述されていた。

#### (3) 移動・移乗・体位交換について(表4-5、図4-6)

中項目は、①敷地内の移動(浴室内、脱衣所、トイレ内を除く)、②移乗、③起座、④起立、⑤その他の体位交換、⑥介助用具の着脱、⑦その他である。最も実施割合が高いのは「敷地内の移動」で61人(89.7%)、次いで「移乗」27人(39.7%)、「体位交換」26人(38.2%)、「起座」10人(14.7%)となっている。平均頻度は「敷地内の移動」が最も高く9.29回(SD=9.29)であり、敷地内の動きがあることが

確認された。

「敷地内の移動」は、トイレからリビング、居室からリビングなどの移動の際、認知症のためにまごつかないようにとの配慮から一緒に歩いての移動とそれに伴う誘導の声かけや日常会話の言葉による働きかけ、また、自分からは認知症のために座ることが理解できない入居者に対し、座るような声かけだけではなく、一緒に座ることで安心感を持ってもらうような場面が記述から観察された。このように「移動・移乗・体位交換」では一緒に行動を共にするということが確認された。

#### (4) 食事支援について (表4-6、図4-7)

食事支援の中で最も実施割合が高いのは「摂食」67人(98.5%)、次いで「水分摂取」61人(89.7%)、「おやつ」50人(73.5%)、「配膳・下膳」27人(39.7%)、「食器洗浄・食器片づけ」16人(23.5%)、「調理」9人(13.2%)であった。「摂食、水分摂取」についてはほとんどの入居者に対して支援行為が実施されていたが、「調理」に関わる支援行為が9人(13.2%)と低い割合であることが示された。また、摂食支援の小分類での頻度構成比をみると、「言葉による働きかけ」493回(60.9%)、「介助」204回(25.2%)、「見守り」等113回(13.9%)であり、「介助」よりも「言葉による働きかけ」割合が高く、ユニット特養、グループホームの特徴が明らかとなった(図4-8)。

日本人の場合、食が文化の中心に据えられているため、生活の手段として買い物、調理、摂食、後片づけへの関わり行為頻度が高くなると仮定されたが、摂食支援は全ての入居者に対して行われてるものの、調理、配膳・下膳、食器の後片づけへの支援行為(関わり)は、少数の入居者に対してであることが明らかになった。

参与観察により、介護者は一緒に食べながら、隣にいる入居者の介助をし、また他の入居者の目配りをし、複数の役割を果たしていることが記述から明らかになった。

#### (5) 排泄支援について (表4-7、図4-9)

中項目は、①排尿、②排便、③その他である。「排尿」の実施割合は37人(54.4%)、「排便」20人(29.4%)であった。排尿支援は、「言葉による働きかけ」71回(43.8%)、「介助」64回(39.5%)、「見守り」27回(16.7%)であり、「言葉による働きかけ」と直接介助が並行して行われていることが示された(図4-10)。

排尿の気配がすると、歌いながら誘い出しを行う支援行為(関わり)やトイレ内で時間をかけて入居者と話をする場面が記述から確認された。プライバシーを尊重するための工夫が示されていた。

#### (6) 生活自立支援について (表4-8、図4-11)

中項目は、①洗濯(入居者がするのを介助)、②清掃・ごみの処理(入居者がす

るのを介助)、③整理整頓(入居者がするのを介助)、④食べ物の管理(調理以外で入居者がするのを介助)、⑤金銭管理(入居者がするのを介助)、⑥戸締り・火の不始末(入居者がするのを介助)、⑦目覚まし・寝かしつけ、⑧その他の日常生活(集う、TVみる、読書をするなど)、⑨会話、その他のコミュニケーション、⑩その他である。最も実施割合が高いのは「相談・助言・指導を含む会話、コミュニケーション」66人(97.1%)、次に「日常生活支援」52人(76.5%)、「目覚まし・寝かしつけ」33人(48.5%)、「洗濯」13人(19.1%)、「掃除」12人(19.1%)、「整理・整頓」7人(10.3%)となっている。特に「会話・コミュニケーション」の一時間に1回から2回は会話していることが明らかとなった。しかし、最小値が0回、最大値が75回と個人差が大きくことが明らかとなった。そして、生活自立支援の最小値は1回であることから、日常的な挨拶、コミュニケーションがほとんど無い入居者の存在が認められたことは環境が良いとされているユニット、グループホームでは意外であった。

「挨拶・日常会話」の支援行為(関わり)の記述では、ほうきを持って清掃している入居者への感謝の言葉、手を握っての会話、介護者が移動しながらまた作業をしながらの声かけ、魚の調理の仕方や昔住んでいた家の思い出話など実に多様であった。職員の懇切丁寧な支援行為(関わり)であり、グループホームやユニットの特徴的な傾向が示された。

「その他の日常生活」の見守りでは、観察記述から全般的に笑顔を入居者に向けている、入居者が口のまわりを拭く仕草を見て笑顔向けている、など笑顔がキーワードとなっていたが、見守りの定義が曖昧でもあった。また、言葉による働きかけでは「ワカサギを見に行かないか」等の散歩の誘いかけ、絵本、新聞を読むことへの言葉かけが含まれていた。

「洗濯」、「清掃」、「整理整頓」、「食べ物の管理」、「戸締り」については、グループホームやユニットでは主体性をもって生活支援する目的があることから期待度が高かったが、少数の入居者(1人~13人)に対する支援に限られていることが明らかとなった。

生活自立支援の全体的な傾向は、「洗濯」、「清掃」などの支援行為頻度が少ないが、挨拶、日常会話などの支援行為(関わり)頻度が極めて多かったことから、介護者は他の入居者へのコミュニケーションへの配慮をされかつ温かく見守られながら生活している傾向が明らかとなった。

#### (7) 社会生活支援について(表4-9、図4-12)

中項目は、①行事、クラブ活動、②電話、FAX、手紙への支援、③文書作成(手紙除く)、④来訪者への対応への支援、⑤外出時の移動、⑥外出先での行為、⑦職能訓練・生産活動、⑧社会生活訓練(日常生活訓練、対人関係訓練等)、⑨その他である。

最も実施割合が高かったのは「行事、クラブ活動」22人(32.3%)、「外出時の移動」7人(10.3%)、「外出先での行為」4人(5.9%)であった。外出を支援している割合が1割以下と極めて低いことが明らかとなった。

「行事、クラブ活動」では、車での散策の提案、歌を歌うことへの促し、バスで出かける際の靴を履き替える時の見守りなどが記述されていた。移動で降車する際、介助する前に声かけをすることにより自分で降りることができたことから能力の見極めができていることが示された。また、外出先の具体例は買い物先、バスハイク先などだった。買い物の際は品物を選ぶことへの支援行為が記述されていた。

(8) 行動上の問題について(表4-10、図4-13)

中項目は①行動上の問題の発生時の対応(70.7%)、②行動上の問題の予防的対応(24.1%)、③行動上の問題の予防的訓練(4.3%)、④その他(0.9%)であった。

実施割合は、「行動上の問題の発生時の対応」13人(19.1%)、「行動上の問題の予防的対応」5人(7.4%)、「行動上の問題の予防的訓練」3人(4.4%)であり、全体的に支援行為が少ないことが明らかとなった。「発生時の対応」では、10回の頻度の次が39回と極端値も明らかとなり、問題の対応の困難さが示された。

他者の入居者のお菓子を奪ってしまう、録音用のマイクに触ってしまう、スリッパを弄ぶ、他の部屋に訪問する、落ち着きがなくなってしまうなどの行為に対し、一緒にソファに座って話しをする、廊下を歩く、気転をきかせて気をそらす、等の支援行為(関わり)が記述されていた。予防的対応としては、介護者は洗濯物を干しに他入居者と行動を共にしていると同時に、行動上の問題を抱えた入居者に対しては関心を引くようなちょっとした会話も並行して行っていることが記述により確認された。

(9) 医療について(表4-11、図4-14)

医療の実施割合は①薬剤の使用(経口薬、座薬の投薬、注射、自己注射、輸液、輸血等)53人(77.9%)、②呼吸器、循環器、消化器、泌尿器にかかる処置(吸引、吸入、排痰、経管栄養等)7人(10.3%)、③運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉科・歯科及び手術にかかる処置13人(19.1%)、④観察・測定・検査31人(45.6%)、⑤指導・助言1人(1.5%)、⑥病気の症状への対応(診察介助等)3人(4.4%)であった。

医療に関しての関わり行為が一日平均4.9回と示されている。具体的な内容を見ていくと服薬に関する支援と健康チェックについての回数が多くみられる。

薬剤の使用に関しては、主として服薬の支援であり、介助が多く、観察・見守りが少なかったのは確実に服用してもらわないと生命の危険にさらされるという意味合いが示された。

また、少し顔が赤くなっていることをユーモアを交えて会話の中に盛り込み、

さり気なく検温するといった関わりの工夫が記述されていた。

(10) 機能訓練について (表 4-12、図 4-15)

機能訓練の実施割合は、①基本日常生活訓練 5 人 (7.4%)、応用日常生活訓練 3 人 (4.4%)、言語・聴覚訓練 1 人 (1.5%)、スポーツ訓練 7 人 (10.3%)、牽引・電気療法 2 人 (2.9%) である。

一日に行われる機能訓練の回数も 0.44 回と極めて少ない。この機能訓練の中には手続き記憶に働きかける昔馴染んだ竹細工づくり、折り紙、習字、読み書き計算などへの関わり、口腔体操、ストレッチ体操などの基本動作への関わりが記述されている

(11) 対象者に直接関わらない業務

本調査は入居者への参与観察であったことから、入居者との関わりが無い部分は観察されてはいないので、入居者から離れて移動する際の行為が 76 回カウントされていた。対象者に直接関わらない業務については、介護者の参与観察が必要であり、今回は入居者の参与観察であったことから、正確なデータを収集することはできなかった。

2). 支援行為 (関わり) と対象者属性との比較

ユニット特養およびグループホームで実施されている支援行為 (関わり) の種類別に対象者の事業種別、入居場所、性別、認知症の種類、要介護度の支援人数について  $\chi^2$  検定を実施した。また、年齢、入居期間については支援人数について分散分析を実施した。支援行為 (関わり) の種別は、食事支援および生活自立支援については 100% の支援行為 (関わり) が行われており、支援行為なしが存在しないことから、食事支援は中項目の「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「水分摂取」、生活自立支援は中項目の「洗濯」、「清掃」、「コミュニケーション」を支援行為の種類に追加した。また、入浴、清潔保持・整容・更衣については支援行為の幅が大きすぎることから「洗面・手洗い」、「口腔ケア」、「整容」の中項目を加えることとした。尚、大項目にあった「対象者に直接関わらない業務」については関わり行為と直接的な関わりが無いので属性比較から除外した。

その結果、事業種別における「移動・移乗・体位交換」、「生活自立支援」の「清掃」、入居場所における「食事支援」の「調理」、「排泄」、「生活自立支援」の「掃除」、「行動上の問題」、「機能訓練」、認知症の種類における「生活自立支援」の「掃除」、要介護度における「移動・移乗・体位交換」、「食事支援」の「調理」、「排泄」、年齢における「社会生活支援」について危険率 5%未満で有意な差が認められた (表 4-13)。

$\chi^2$  検定によって変数間の独立性および関連が有意なものについては残差分析を実施し詳細に検討を行った。残差分析については標準化された調節済み残差について絶対値 1.65 以上 1.96 未満を有意傾向、1.96 以上 2.58 未満を  $P < 0.05$ 、2.58 以上を  $P <$

0.01 とし有意な残差として人数の偏りを示した。尚、クロス表内における期待度5のセル20%以上、セルの中に1つ以上の0を含む場合は $\chi^2$ 検定が妥当ではないものとして検定から除外した。

#### (1) 事業種別による比較

ユニットとグループホームにおける支援行為実施割合について $\chi^2$ 検定を実施したところ、「移動・移乗・体位交換」( $\chi^2(1)=6.140$   $P=.013$ ) および生活自立支援の「清掃」( $\chi^2(1)=11038$   $P=.001$ ) について関連性が明らかとなった。

##### ①「移動・移乗・体位交換」

事業種別と「移動・移乗・体位交換」の実施割合について残差分析を実施した結果、ユニット特養での実施割合が有意に高く(100%)、グループホームでの実施割合が有意に低い(87.0%) 傾向が示された(表4-14)。

##### ②生活自立支援の「清掃」

事業種別と生活自立支援の「清掃」の実施割合に着いて残差分析を実施した結果、グループホームでの実施割合が有意に高く(39.1%)、ユニット特養での実施割合が有意に低い(6.7%) 傾向が示された(表4-15)。

#### (2) 居住場所による比較

居住場所における関わり行為状況の割合について $\chi^2$ 検定を実施したところ、食事の「調理」( $\chi^2(7)=14.339$   $P=.045$ )、「排泄支援」( $\chi^2(7)=20.392$   $P=.005$ )、生活自立支援の「清掃」( $\chi^2(7)=21.193$   $P=.003$ )、「行動上の問題」( $\chi^2(7)=16.203$   $P=.023$ )「機能訓練」( $\chi^2(7)=23.006$   $P=.002$ )の実施割合について関連性が明らかとなった。

##### ①食事の「調理」

入居場所と「調理」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-H施設で有意に高く(66.7%)、U-K施設で有意に低い事(0%)が明らかとなった(表4-16)。

##### ②「排泄支援」

入居場所と排泄支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-M施設、U-K施設で有意に高く(100%)、U-KH施設では有意に低い事(36.4%)が明らかとなった(表4-17)。

##### ③生活自立度の「清掃」

入居場所と「清掃」の割合について残差分析を実施した結果、実施割合がG-H施設で有意に高く(71.4%)、U-K施設で有意に低い事(0%)が明らかとなった(表4-18)。

##### ④「行動上の問題」

入居場所と「行動上の問題」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、実施割合がU-K施設が有意に高く(57.1%)、G-K施設が有意に低い事(0%)

が明らかとなった（表4-19）。

#### ⑤「機能訓練」

入居場所と「機能訓練」支援の実施割合について残差分析を実施した結果、G-H施設で実施している割合が有意に高く（71.4%）、G-K施設では実施されていなかった（0%）。

入居場所と5つの支援行為（関わり）で関連性が明らかとなった。全体的な傾向としては、「排泄」支援頻度が高い施設は「調理」、「清掃」への支援行為（関わり）が全く実施されておらず、入居場所により偏りがみられた（表4-20）。

### （3）認知症の種類による比較（表4-21）

支援行為実施状況における認知症の種類の実施割合について $\chi^2$ 検定を実施したところ、生活自立支援の「清掃」（ $\chi^2(3)=12.218$   $P=.007$ ）との関連性が明らかとなった。認知症の種類と「清掃」の実施割合について残差分析を実施した結果、「清掃」における混合型の実施割合が有意に高く（100%）、アルツハイマー病はやや高い（40.0%）、不明群は有意に低い事（8.0%）が明らかとなった。混合型の入居者の実数が1名であったため、100%の実施割合となっているが、実際は脳血管性病群と比較しアルツハイマー病群は清掃の実施割合が高いことが示されている。

### （4）要介護度による比較

支援行為実施状況における要介護度別の実施割合について $\chi^2$ 検定を実施したところ、「移動・移乗・体位交換」（ $\chi^2(4)=9.706$   $P=.046$ ）、食事の「調理」（ $\chi^2(4)=13.937$   $P=.007$ ）、「排泄」（ $\chi^2(4)=26.000$   $P=.000$ ）について関連性が明らかとなった。

#### ①「移動・移乗・体位交換」

要介護度と「移動・移乗・体位交換」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、要介護度2、4、5の実施割合が有意に高く（100%）、要介護度1が有意に低い事（75%）が明らかとなった。要介護度2の実施割合も95.8%であることから要介護度1を除いては支援行為が行われていた。（表4-22）

#### ②食事の「調理」

要介護度と食事「調理」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、「調理」の未実施割合が要介護度4、5で有意に高く（100%）、要介護度2が有意に低い事（50%）が示された。要介護度4、5の重度になると全く調理への支援行為がないということが明らかになった（表4-23）。

#### ③「排泄」

要介護度と「排泄」支援行為実施割合について残差分析を実施した結果、「排泄」支援の実施割合が要介護度4、5の実施割合が有意に高く（100%）く、要介護度1の実施割合が有意に低い事（25.0%）が明らかとなった。要介護度2の実施割合が37.5%、要介護度3が75.0%であることから、要介護度が高くなると支援行為

割合が高くなる傾向が明らかとなった（表4-24）。

要介護度の全体的な傾向としては、要介護度が4、5と重度になると「排泄」、「移動・移乗・体位交換」の実施割合が高くなり、「調理」支援行為は全く実施されないことが示された。

#### （5）年齢による比較

各支援行為の支援実施群と未実施群の平均年齢について分散分析を実施したところ、社会生活支援（ $F(1, 65) = 4.322$   $P = .042$ ）における平均年齢について有意な差が認められた（表4-25）。社会生活支援の実施状況による平均年齢は社会生活支援群の平均年齢が83.38歳（ $SD = 5.96$ ）、未支援群の平均年齢が86.44歳（ $SD = 5.797$ ）であり、社会生活支援群のほうが未支援群に比較して年齢が低いことが明らかとなった。

次に、対象者の年齢、入居期間、罹患期間、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、Barthel Index（ADL）、IADLスクリーニング（IADL）、BHAVE AD scale（BPSD）、入居期間、年齢、罹患期間については支援行為頻度との相関係数（Spearman）の有意差検定および各属性の平均について分散分析を実施した。尚、要介護度については残差分析結果では分かりにくかったことから再度分散分析を実施した。

相関分析の結果は、HDS-Rについては入浴の「口腔ケア」（ $-0.443$ ）、「移動・移乗・体位交換」（ $-0.330$ ）、食事の「水分摂取」（ $-0.320$ ）、BPSDについては「排泄」（ $0.428$ ）、生活自立支援の「コミュニケーション」（ $0.322$ ）、「行動上の問題」（ $0.340$ ）、ADLについては「移動・移乗・体位交換」（ $-0.435$ ）、食事の「調理」（ $r = .354$ ）「配膳・下膳」（ $0.406$ ）「食器の後片付け」（ $0.374$ ）、「排泄」（ $-0.323$ ）、生活自立支援の「清掃」（ $0.330$ ）、罹患期間については入浴の「洗面・手洗い」（ $0.320$ ）、食事の「配膳・下膳」（ $-0.340$ ）について関連性が明らかになった（表4-26）。

分散分析の結果は、HDS-Rについては入浴の「洗面・手洗い」、「口腔ケア」および「排泄」、ADLについては入浴の「洗面・手洗い」、「移動」、食事の「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」、「排泄」、生活自立支援の「洗濯」「清掃」、BPSDについては「排泄」「行動上の問題」、要介護度については入浴の「洗面・手洗い」「移動」食事の「調理」「配膳・下膳」「食器の片付け」「排泄」、生活自立支援の「コミュニケーション」の実施群と未実施群の平均について有意な差が認められた（表4-27～4-38）。

#### （6）改訂長谷川簡易知能評価スケール（HDS-R）との関連性

相関分析の結果、HDS-R得点と入浴の「口腔ケア」、「移動・移乗・体位交換」、食事の「水分摂取」について関連性が明らかとなった。相関係数は「口腔ケア」（ $-0.443$ ）、「移動・移乗・体位交換」（ $-0.330$ ）、「排泄」（ $-0.385$ ）であり、有意であった。認知症の重症度の進行とともに移動、「口腔ケア」、「移動・移乗・

体位交換」、「水分摂取」への支援行為の頻度が高くなることが示された。

各支援行為の実施と未実施のHDS-Rについて分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」と「口腔ケア」の平均得点について有意な差が認められた。「洗面・手洗い」の実施群のHDS-R平均得点が4.15点(SD=4.693)、未実施群の平均得点が8.64点(SD=6.471)であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して得点が低いことが明らかとなった。また、「口腔ケア」の実施群HDS-R平均得点が2.89点(SD=4.585)であり、未実施群の平均得点が8.05点(SD=4.585)であり、「口腔ケア」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が低いことが示された。

#### (7) BEHAVE AD scale (BPSD) との関連性

相関分析の結果、BEHAVE AD得点と「排泄」、「コミュニケーション」、「行動上の問題」について関連性が明らかになった。相関係数は排泄(0.428)、コミュニケーション(0.322)、行動上の問題(0.340)であり、有意であった。

各支援行為の実施と未実施のBPSDについて分散分析を実施したところ、「排泄」と「行動上の問題」の平均得点について有意な差が認められた。「排泄」の実施群のBPSD平均得点が10.51点(SD=8.415)、未実施群の平均得点が4.35点(SD=4.152)であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。また、「行動上の問題」の実施群BPSD平均得点が14.41点(SD=11.694)であり、未実施群の平均得点が7.16点(SD=5.368)であり、「行動上の問題」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が高いことが明らかとなった。

BPSD症状の強い入居者に対して、排泄、コミュニケーション、行動上の問題への支援行為(関わり)の頻度が高くなっていることが示された。したがって、排泄やコミュニケーションへの配慮が大切であることが示唆された。

#### (8) Barthel Index (ADL) との関連性

相関分析の結果、Barthel Index得点と「移動」、「排泄」、「調理」、「配膳」、「後片付け」「掃除」について関連性が明らかになった。相関係数は「移動」-0.435、「排泄」-0.323、「調理」0.354、「配膳」.406、「後片付け」0.374、「掃除」0.330であり、「移動」、「排泄」は負の相関、「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「掃除」は正の相関を示している。

各支援行為の実施と未実施のADLについて分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「洗濯」「清掃」の平均得点について有意な差が認められた。

「洗面・手洗い」の実施群のADL平均得点が38.75点(SD=26.789)、未実施群の平均得点が55.18点(SD=32.843)であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して得点が低いことが明らかとなった。

また、「移動」の実施群ADL平均得点が 43.62 点 (SD=29.613) であり、未実施群の平均得点が 86.67 点 (SD=7.638) であり、「移動」実施群のほうが未実施群に比較して平均得点が低いことが明らかとなった。

「排泄」の実施群のADL平均得点が 37.45 点 (SD=27.520)、未実施群の平均得点が 69.71 点 (SD=25.524) であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して得点が低いことが明らかとなった。

「調理」の実施群のADL平均得点が 79.33 点 (SD=26.458)、未実施群の平均得点が 41.27 点 (SD=28.747) であり、「調理」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「配膳・下膳」の実施群のADL平均得点が 58.70 点 (SD=29.437)、未実施群の平均得点が 36.83 点 (SD=27.945) であり、「配膳・下膳」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「食器の後片付け」の実施群のADL平均得点が 65.94 点 (SD=27.762)、未実施群の平均得点が 39.23 点 (SD=28.446) であり、「食器の後片付け」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「洗濯」の実施群のADL平均得点が 62.69 点 (SD=28.549)、未実施群の平均得点が 41.45 点 (SD=29.513) であり、「洗濯」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

「清掃」の実施群のADL平均得点が 67.50 点 (SD=21.899)、未実施群の平均得点が 40.80 点 (SD=29.921) であり、「清掃」実施群のほうが未実施群に比較して得点が高いことが明らかとなった。

日常生活動作能力が高いと「調理」、「配膳」、「後片付け」、「掃除」は実施されることが示唆され、また「移動」と「排泄」の基本的介護は日常生活動作能力が低い時に支援行為が行われていることが明らかとなった。

#### (9) IADLとの関連性

支援行為（関わり）とIADLの関連性の有意差は示されなかった。しかし、今調査では相関係数 0.300 以上を関連性があると判断したが、移動が $-0.273$ と弱い相関を示していたことから、手段的日常生活能力が高いと移動に対する関わり行為の頻度が少なくなる傾向が推測できた。

#### (10) 入居期間との関連性

支援行為（関わり）と入居期間との関連性は示されなかった。

#### (11) 罹患期間との関連性

相関分析の結果、罹患期間と入浴の「洗面・手洗い」(0.320)、食事の「配膳・下膳」( $-0.340$ )について関連性が明らかになった。「洗面・手洗い」は正の相関、「配膳・下膳」は負の相関が示された。罹患期間が長いと基本的介護支援である「洗面・手洗い」への支援行為頻度が高くなり、「配膳・下膳」などの手段的日常生活

生活能力を活用する支援行為頻度が少なくなる傾向がみられた。

#### ※要介護度との比較

各支援行為の実施と未実施の要介護度について分散分析を実施したところ、「洗面・手洗い」「移動」「排泄」「調理」「配膳・下膳」「食器の後片付け」「コミュニケーション」の平均得点について有意な差が認められた。

「洗面・手洗い」の実施群の要介護度が 3.58 (SD=1.107)、未実施群の平均得点が 2.79 (SD=1.287) であり、「洗面・手洗い」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

また、「移動」の実施群の要介護度が 3.32 (SD=1.200) であり、未実施群が 1.67 (SD=1.155) であり、「移動」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

「排泄」の実施群の要介護度が 3.67 (SD=1.052)、未実施群が 2.00 (SD=0.866) であり、「排泄」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

「調理」の実施群の要介護度が 2.33 (SD=0.707)、未実施群が 3.39 (SD=1.246) であり、「調理」実施群のほうが未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「配膳・下膳」の実施群の要介護度が 2.78 (SD=1.121)、未実施群が 3.56 (SD=1.226) であり、「配膳・下膳」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「食器の後片付け」の実施群の要介護度が 2.69 (SD=1.250)、未実施群が 3.42 (SD=1.194) であり、「食器の後片付け」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が低いことが明らかとなった。

「会話・コミュニケーション」の実施群の要介護度が 3.20 (SD=1.218)、未実施群が 5.00 (SD=0.00) であり、「会話・コミュニケーション」実施群の方が未実施群に比較して要介護度が高いことが明らかとなった。

### 3. ケーススタディに表わされる支援行為（関わり）の分析

前述したように食事支援の中でも摂食による支援行為は 67 人 (98.5%) とほとんどの入居者に対して実施されているが、調理への支援行為は 9 人 (13.2%) と低い実施割合であることが明らかとなった。また、属性との関連性では日常生活動作能力と「調理」への実施支援との間には正の相関 (0.354) が認められた。

そこで、日常生活動作能力が低くかつ認知症の重症度も重度な入居者群において、調理の言葉による働きかけ及び調理介助の支援行為有無を調べるため、「調理の言葉による働きかけ」及び「調理の介助」を y 軸、x 軸に HDS-R と Barthel Index の散布図を作成した。

その結果、日常生活自立度低下が著しく（Barthel 20 点）かつ認知症が非常に重度（HDS-R 4 点）な入居者 1 名を抽出し、認知症高齢者（A 氏）に関する支援行為（関わり）のケーススタディを行った。

A 氏への支援行為（関わり）の回数で最も高いのは生活自立支援 60 回、次に食事 57 回、移動・移乗・体位交換 40 回、医療 9 回、社会生活支援 11 回、入浴・清潔保持・整容・更衣 8 回、排泄 3 回、直接関わらないこと 3 回、行動上の問題と機能訓練はなしであった（図 4-16）。これを支援行為の頻度の高い「食事」と「生活自立支援」について中項目でみてみると、全体の調理支援 4 回（全体平均 0.7 回）、日常会話などのコミュニケーション 42 回（18.3 回）の頻度が高くなっている。A 氏は洗面、整容、更衣、移動、摂食、健康管理の基本的介護に加え、本人の特徴を理解した声かけや配慮に加え、買い物による外出（社会生活支援）、日常会話、調理への参加支援（生活自立支援）がバランスよく行われていることが観察された。

次に支援行為を具体的にみていくために、A 氏への支援行為の行動分析を試みた。記録用紙に示されている支援行為（関わり）を直接的関わり－間接的関わりという観点で関わりコードに従って転記するように看護学を専攻する女子学生 2 人に教示した。この際、間接的関わりとは、介護スタッフの「配慮」「見守り」を含む行為であり、直接的関わりは介護スタッフ-入居者間での身体的介助や両者の相互作用が認められるものであると説明した。

入居者 A 氏への介護スタッフの関わり行動を示した（表 4-39）。

直接的支援行為は 167 回、間接的支援行為は 33 回であった。前者は食事場面で多く出現し、朝食時、昼食時、夕食時での記述されていた。一方、間接的支援行為は一日を通じて、見守りがなされていることがうかがえた。しかし、明らかに A 氏を観察していただろうと推察される場面も多くみられたが、見守り支援行為がカウントされていなかったことも明らかになった。内容について、直接的支援行為は排泄、移動、摂食などの基本介護行為に関する直接的介助のみではなく、誘導の声かけ、その人の馴染んだ、関心・興味のあるような会話がが多く、個人性を踏まえた介護スタッフからの積極的な促しが示されていた。間接的支援行為行動については、直接的支援行為には至らない A 氏の状況確認や笑顔に見られる温かさのような見守りも示された。

全体的傾向としては、日常生活自立度の低下から移動、食事の摂食時の支援、医療についての関わりが多く、また調理、洗濯、清掃、買い物、散歩などの行為は難しくなっているものの、できる可能性や生活範囲を広げることを模索して、献立を一緒に決める、車イスを利用した買い物、本人ができる範囲の調理への参加することで、暮らしが組み立てられていることが示された。

## D. 考察

### 1. 支援行為（関わり）の状況

## (1) 支援行為（関わり）の頻度と構成比

68名の入居者に対し、支援行為の総数は6,241回であり、ひとり一日平均96.8回の支援行為が実施されていた。本調査は約12時間であり、一時間に平均8回程度の直接的介助、言葉による働きかけ、見守りなどの支援行為が実施されていた。先行研究と比較してはいないが、一時間に8回の支援行為の頻度は高く、ユニットおよびグループホームの特徴が明らかになった。大項目で最も平均頻度が高かったのは「食事」の30.22回、次に「生活自立支援」の24.25回であった。「食事」の中項目をみていくと最も平均頻度が高かったのは「摂食」の19.57回、「生活自立支援」の中項目では「コミュニケーション・会話」の18.31回となっていた。このことから摂食場面での支援行為とコミュニケーション・会話を目的とした支援行為を重要視していることが理解された。

支援行為（関わり）の構成比については、最も高いのは「食事支援」2055回(32.9%)、次いで「生活自立支援」1649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」333回(5.3%)、「排泄」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こと」171回(2.7%)、「行動上の問題」116回(1.9%)、「機能訓練」30回(0.5%)であった(表4-1・図4-2)。食事への支援は、三食摂る生活の要でもあるので支援行為頻度が高くなることは予想されたが、自立支援や日常的なコミュニケーションを図る「生活自立支援」が次に高い比率を示したことはユニット特養、グループホームの特徴とみることができる。「入浴・清潔保持・整容・更衣」、「排泄」の基本介護の比率が低く、従来型の特養のように食事、排泄、入浴介助に追われるようなイメージは払拭されている。「行動上の問題」への支援行為は認知高齢者がほとんどであることを鑑みると極めて比率が低いが、個人性が発揮できると思われる「社会生活支援」、「機能訓練」は極めて低い比率となっていることが明らかになった。今後のユニットおよびグループホームの課題と考える。

グループホームやユニットでの特徴は、「入浴」、「排泄」の支援行為はほとんどの入居者に実施されているものの、支援行為頻度の構成比からみるとその占める割合は1割以下と意外と少なく身体介護中心の支援ではなく、「食事」の摂食支援と「生活自立支援」の日常会話やコミュニケーションに重きが置かれており、BPSDへの対応も少なく穏やかに生活しているが、社会生活支援や機能訓練が今後の課題であることが示唆された。

## (2) 声かけによる働きかけ、介助、見守りの状況

「入浴・清潔保持・整容・更衣」、「排泄」、「移動・移乗・体位交換」の身体介護を主体する支援行為は、介助だけではなく、言葉による働きかけ、見守りが4割から5割認められたことから、入居者の生活の自立性を尊重している傾向がみられている。参与観察から車で降車する際にすぐ手をかして介助するのではなく、

降りるための声かけ誘導をしできるだけ自分で行えるような支援が実施されていることなどが記述されていた。グループホームとユニットの特徴として、その人の能力を評価した生活の組み立てがコミュニケーションを通じて行われていることが明確化された。しかし、配膳の際入居者にテーブル拭きを頼み、はし入れを入居者に渡すなどの自立支援行為も確認できたが、日常生活能力の予防および自立支援のためにも言葉による働きかけ、見守りの支援行為は効果的である可能性が示唆された。

見守りに関しては、観察の記述をみると入居者が牛乳を飲んでいるのを傍で介護者見ていた状況が明らかであったにもかかわらず、見守りがカウントされていない場面がみられた。これによりいかに見守りの第三者判断が困難であるかが示唆された。今後、この見守りという支援行為についての定義、観察手段の検討が必要である。

### (3) 支援行為の実施割合と実人数

支援行為の実施割合は、「食事」、「生活自立支援」で入居者全員、「移動」、「入浴」、「医療」は9割以上、「排泄」は3/4の入居者に対して基本介護の部分と自立支援を促し、コミュニケーションを図る生活自立支援の割合が高いことが明らかになった。しかし、「生活自立支援」の平均値 24.25 回、最小値 1 回、最大値 99 回、SD=22.95 とバラツキが認められ、個人差が大きいことが示されると同様に「行動上の問題」への支援割合 39.7%、平均値 1.71 回 (SD=6.99) と低かったがバラツキもあり最大値 55 回は極端値であることが明らかとなり、問題の対応の困難さが示された。

次に実人数であるが、「食事」支援では摂食行為はほとんどの入居者に対して行われているが、調理 9 人 (13.2%)、配膳・下膳 27 (39.7%) 人、食器の後片付け 16 人 (23.5%) となっており、特に調理への実人数は 9 人と極めて少ない。日本人の場合、食が文化の中心に据えられているため、その生活手段として買い物、調理、摂食、後片付けという一連の行動への支援行為 (関わり) の頻度は日常生活動作能力や認知症の重症度に関わらず、多くなると仮定されたが、調理は 9 人、後片付け 16 人と意外な結果が示された。しかし、入居者の活動を追った記録 (これに関しては他の共同研究者の分担部分である) をみると、アクティビティとしての食事準備 (調理と同意義) 活動実施人数は 22 人、食後の後片付け 32 人との結果であった。調理に関していえば、介護者の支援行為としては 9 人であったのに対し、入居者の活動としては 22 人に認められたことになる。この 13 人の差はどこから生じたものであろうか。本研究では、介護者である職員が調理を実施している入居者を確認した場合、介助、声かけ、見守りのいずれかの手段を用いて支援行為が行われるべきものであり、かつ支援行為の人数と実際に活動した対象者の人数は一致すると仮定した。しかし、実際には 13 人のズレが生じた。このズレ

レの原因は全く介護者の視野に入っておらず、対象者が単独で自ら調理をおこなっていたか、もしくは介助、声かけ、見守りを観察者が見落とし、記述しなかったか、いくつかの原因が推察された。前項同様今後、この見守りという支援行為についての定義、観察手段の検討の重要性が示唆された。

## 2. 施設・入居者属性と支援行為（関わり）の関連

### (1) 事業種別との関連

事業種と「移動・移乗・体位交換」の関連はグループホームよりもユニットの方が支援行為の実施割合が有意に高い結果となった。その要因として要介護度別との関連が考えられたため、グループの平均から分散分析を行った結果、「移動」支援行為における事業種別の要介護度に有意差が認められた。 $(F(1, 66) = 5.266, P < 0.05)$  ユニット特養の実施群の平均介護度 3.49 (SD=1.121) グループホームの実施群の平均介護度は 2.95 (SD=1.317) であり、グループホームの実施群に比較してユニット特養の実施群の要介護度が高い事が明らかとなった。したがって、ユニットには重度の対象者がグループホームに比較して多いので、「移動・移乗・体位交換」の実施割合が有意に高くなっていることが確認された。

また、「清掃」との関連はグループホームでの実施割合が有意に高く、ユニット特養に比較して普通の生活への実践を行っていることが明らかになったと考えられる。また、「清掃」支援を可能にしている要因としてグループホームがユニットに比較し職員配置が若干手厚いことが考えられるが詳細については今後検討したい。

### (2) 居住場所との関連

「調理」、「排泄」、「清掃」、「行動上の問題」、「機能訓練」の実施割合についての関連性が明らかとなったが、「排泄」、「行動上の問題」の実施割合が高い施設においては「調理」「清掃」の実施割合が低い傾向が示された。調理、清掃などの家事活動、機能訓練への支援は暮らしの継続、馴染みの関係、手続き記憶への働きかけなどの観点からも重要な支援行為であることから、必要な支援行為としての意識づけが必要であろう。

小規模という環境は共通なのだが、そこで展開されている支援行為（関わり）の内容は有意差が認められたことからケア環境の重要性が示唆された。これは施設の介護理念や方針との影響、教育システムなどを今後検証・検討する課題を示唆するものである。

### (3) 認知症の種類との関連

「清掃」における混合型の実施割合が高くなっていたが、1人という実人数であったことから、より多くの対象者数での検討をする必要がある。認知症高齢者の支援行為（関わり）においては、生活全般を支えるケア的な視点と医学的な

視点があり、この2つの視点をバランスよくマネジメントすることが重要であろう。支援行為（関わり）をトータルでつないでいくためにも、脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症、レビー小体認知症、前頭側頭葉変性症の特徴を理解し、ケアのポイントを把握しておくことの必要であり、今後の認知症ケアモデルの早期構築、研修・教育制度の充実などの重要性を示唆するものである。

#### （4）要介護度との関連

「調理」、「配膳・下膳」、「食器の後片付け」という家事活動の実施と要介護度は有意に関連することが示唆されたが、特に要介護度Ⅳ、Ⅴは支援行為が全くみられていないことが明らかとなった。また、実施群の平均介護度は2.33～2.78とⅡの範囲での活動となっている。家事活動には身体機能は活動にさほど影響は考えられないことから、認知症の重症度の要因によるものであり、介護度Ⅳ以上の高齢者においては身体機能とあわせて調理参加への工夫の必要性があるだろう。認知症高齢者の生活動作能力の評価による遂行難易度、興味・関心のある内容、作業の工夫などを考慮する必要性を示唆している。

#### （5）年齢との関連

社会生活支援の実施群が未実施群に比較して年齢が低く、未実施群の方が年齢が高いことは、高年齢の高齢者は身体機能の能力から困難となってきたと考えられる。ユニットおよびグループホームにおける外出などを通じて地域と共に歩むことの重要性が認知されている現状において、本人にとっての意味深い場所や楽しい場面を評価し、ケアプランに盛り込み、介護者の共通認識として取り組むことも必要であると考えられる。小規模の生活単位であるフットワークの良さを活かしつつ、高齢者の満足度も高められるような支援行為の必要性を示唆するものである。

#### （6）HDS-Rとの関連

認知症の重症度の進行とともに「移動」、「口腔ケア」、「排泄」への支援行為の頻度が高くなることが明らかとなった。認知症の重症度に伴う対応は生育歴、生活環境、人的環境、地域環境などの要因により異なるために、支援行為（関わり）の質が問われる。例えば、前頭側頭葉変性症の人の場合、進行が進めば進むほど新しい生活パターンを獲得することが難しくなるので、入浴、歯磨きといった身の回りの清潔を保つ支援行為を初期から習慣化するなど、移動、排泄の癖を理解した上での支援行為の創意工夫も重要である。

#### （7）BPSDとの関連

認知症に伴う行動心理症状の強い高齢者に対して、「排泄」、「行動上の問題」、「コミュニケーション」への支援行為（関わり）の頻度が高くなっていることが明らかになったが、排泄との相関が強くみられている要因として、特にデリケートな対応が重要であることが考えられた。また、認知症に伴う行動心理症状が見られ

た場合、症状の頻度が多いほど外出活動（散歩、買い物、ドライブ等）を実施することにより症状が緩和するとの報告も多くされていることから、社会生活支援の積極的な実施が今後の課題と考えられる。

また、認知症に伴う行動心理症状が見られた場合、現れた症状を抑えることを支援目標とするのではなく、あくまでも高齢者の個人性を見据え、生活の豊かさ、楽しみを求める支援行為により、心の安寧が担保されると考えられる。

#### （8）ADLとの関連

日常生活動作能力が高いと「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「掃除」の支援行為（関わり）は実施され、低いと「移動」、「排泄」支援行為（関わり）が実施されることが明らかとなった。「調理」、「配膳・下膳」、「後片付け」、「清掃」等の家事活動を毎日暮らしの中で行うことにより、身体機能力の低下予防、認知症の予防という視点からも大切であると考ええる。この家事活動の習慣化の影響については今後詳細な検討が必要である。

また、日常生活動作能力が低いと日常生活も単調になりやすいが、頻繁な会話・コミュニケーション、社会生活支援など、広い視点でのアプローチの工夫も必要であることが示唆された。

### 3. ケーススタディ

身体機能低下と認知症の重度化を伴った認知症高齢者1名に対するケーススタディであった。日常生活の能力から評価すると、常に介護者の支援がなければ生活空間自体を広げることは難しい事例であった。A氏は、午前中はリビングで職員との会話を時折楽しみながらゆっくりと過ごし、昼食後、買い物、夕食づくりへのお手伝いという一日を過ごされていた。

A氏への支援行為は、摂食、移動の基本介護支援頻度が高く、日常生活動作能力をカバーしているのが示されていたが、同時に献立決めへの参加、簡単な調理支援、買い物の外出、興味・関心のある日常会話により何か（暮らしの楽しみ？豊かさ？）をA氏と共に同じベクトルに向かって支援している関係性が示された。その支援行為は本人から意欲的に示されるというよりは介護者が意図的に能力を発揮してもらうための働きかけのように考えられた。

特に、摂食、排泄、入浴などの直接的介護にまつわる声かけ、見守りではなく、自立支援や社会生活を行う上での精神的支援、つまり関係性を考えたり、その人の満足、楽しみを模索したりする上での介護者の意図が認知症高齢者の暮らしに影響を与えることが示された。

認知症高齢者の残存機能を活用し、自立性を維持するということを支援行為（関わり）の主眼におくと、自ずと介護スタッフは入居者の行動を「見守り」、その時々で利用者のニーズと状況を察し、必要に応じて手をかすという距離関係をとるようになると考えら