

5-2及び図5-1)。

2) 要介護度別割合

本調査対象者 37 名中の要介護度別割合は、要介護度 I が 4 名 (10.81%)、要介護度 II が 3 名 (8.11%)、要介護度 III が 10 名 (27.03%)、要介護度 IV が 9 名 (24.32%)、要介護度 V が 11 名 (29.73%) であり、要介護度 III 以上で全体の約 8 割程度を占めており要介護度はやや重度の傾向がみられる (表 5-3 及び図 5-2)。

3) 認知症の種別割合

本調査対象者 37 名中の認知症種別割合は、アルツハイマー型が 3 名 (8.11%)、脳血管型が 18 名 (48.65%)、不明が 16 名 (43.24%) であった。脳血管型が全体の約半数を占め、アルツハイマー型が 1 割弱と少ない傾向がみられた。不明の内訳はほぼ全てが老年期認知症であり、正式には病名としては原因が不明なため不明として扱っている。しかし、全体の 4 割強が不明ということから未だ認知症の正確な診断がされていない傾向を示す傾向が示唆された (表 5-4 及び図 5-3)。

4) 調査対象者の属性の平均

表 5-5 は本調査対象者 37 名の年齢、要介護度、HDS-R 得点、Barthel Index 得点、BEHAVE-AD 得点、認知症罹患期間、入居期間の平均値を示したものである。調査対象者の平均年齢は 85.30 歳 (SD5.76) で、最若年齢 71 歳、最高年齢 94 歳と幅広い年齢層であり、ほぼ日本の平均寿命と同様であった。要介護度については平均 3.54 (SD1.30) とやや重度の傾向がみられ、認知症の程度については HDS-R 得点の平均が 7.27 点 (SD6.15)、最低点が 0 点、最高点が 19 点であった。本調査対象者は平均点から考慮すると認知症はやや重度の集団であることが示唆される。Barthel Index 得点の平均点は 35.54 点 (SD29.55) であり、最低得点が 0 点、最高得点が 85 点と非常に分布が広く、全体的な傾向として平均点が 40 点以下であるので基本動作に部分介助から全介助を要する集団と考えられる。BEHAVE-AD 得点の平均は 10.41 点 (SD9.56) であり最低点が 0 点、最高点が 42 点であった。全体的に BPSD の程度はそれほど高くない集団といえるだろう。認知症の平均罹患期間は 59.38 ヶ月 (SD47.76) であり最短で 1 ヶ月、最長で 252 ヶ月とばらつきが広いといえる。入居期間の平均は 48.11 ヶ月 (SD65.07) であり、最短 1 ヶ月、最長が 329 ヶ月と対象施設の開設年数に比例して入居期間の分布は広い傾向にある。

全体的に本調査の対象者は年齢がやや高く、認知症程度は重く、要介護度もやや重度、ADL も重度、入居期間にはばらつきがみられ BPSD の程度はやや低く認知症も ADL も重度であるが、落ち着いた集団である傾向が伺える。

2. 認知症高齢者施設環境配慮尺度 (PEAP) の結果

1) ユニット及び施設全体における環境支援の傾向

本調査対象者 37 名が入居しているユニット及びグループホーム 14 カ所について認知症高齢者環境配慮尺度 50 項目を使用し、環境支援の実施度について 4 件法にて評

価を実施した。表5-6及び図5-4は9次元の下位尺度別に各ユニットごとの平均点をあらわしたものである。全体的な傾向としては各ユニットによって非常にばらつきがみられているが、ユニットS1、S2、S3、S4、S5、T4、M3、M4において見当識への支援に関する得点が最も低く、グループホーム、ユニットS1、S2、S3、S4、S5、S6、T4、M2においてプライバシーの確保に関する得点が最も高い傾向がみられる。それ以外では、ユニットごとのばらつきが大きくユニットによって環境支援の実施度に差があることが明らかとなった。施設全体としては、最も得点が低いのが見当識への支援2.70、最も高かったのがプライバシーの確保3.72であり、それ以外は全て3点強でありほぼ近似した値であった。(図5-5)

見当識への支援は、迷いにくい廊下の作り、わかりやすいインテリア、目印、カレンダーや時計の配置等の実施であり、特に見当識の障害に応じた環境整備が十分ではないことが示唆された。一方、プライバシーの確保については対象施設がユニット型の老人ホームであることも影響し、実施率が高い結果と考えられる。

プライバシーの確保については、居室入室の際のロック実施、居室の扉開閉の自由、居室からの退出の誘導、入浴時のプライバシーへの配慮、小規模な食堂やテーブルの有無等の実施割合を測定したものであり個別ケアの実施率が高い結果となった。

3. 活動分類別実施傾向

調査対象者37名における起床時から就寝時までの活動について、活動分類コードに基づき集計し、活動の有無と活動頻度の平均値を算出し活動分類別に活動傾向を検討した。

1) 活動の実施割合

(1) 基本的な生活行為の実施割合

対象者37名中の活動分類別実施割合については表5-7及び図5-6を参照すると、食事は37名(100%)、移動は31名(83.8%)、水分摂取が31名(83.8%)、おやつ等の摂取が26名(70.3%)、排泄行為が20名(54.1%)、起居・臥床に関する行為が20名(54.1%)、洗面行為が20名(54.1%)、服薬が19名(51.4%)でありほぼ半数以上の高齢者が実施している活動であった。最も少ない実施活動は鼻をかむ1名(2.7%)、つめ切り1名(2.7%)、髭剃り4名(10.8%)、口腔ケア5名(13.5%)、更衣9名(24.3%)、うたたね等の睡眠11名(29.7%)、入浴11名(29.7%)であった。

基本的な生活行為については食事、排泄等はほぼ全員が実施しているは当然であり、排泄の実施人数が少ないのは調査実施上プライバシーの問題もありトイレ内での観察調査に制限があったため調査記録から漏れている可能性が高いためである。入浴については、高齢者自身の自発行為というよりは施設における入浴日との関連や、調査実施上の制限から入浴中の観察記録が困難であったため調査記録から漏れてしまい、実施割合が減ってしまったためと考えられる。特徴としては、服薬や洗面の実施率がほぼ半数であり、更衣の実施割合が1/4とやや少ない傾向が見られた。

(2) 生活関連活動の実施割合

生活関連活動については、表 5-8 及び図 5-7 を参照すると食事の後かたづけの実施率が 54.1%と半数以上が食事の後かたづけは実施しており認知症高齢者にとっての重要な活動の 1 つであることが伺える。それに対して食事の準備は 21.6%と 1/5 の実施率であり認知症高齢者にとっては食事の準備は後かたづけに比較して困難か、施設として推奨していない傾向が見られた。洗濯の取り込みが 27.0%と 1/4 の実施率でありやや実施率が高い傾向が見られている。掃除や部屋の整理・整頓は比較的实施率が低く 1 割未満となっていた。これらの結果から、グループホーム、ユニットにおける認知症高齢者は有する能力を活用して生活の中で継続できる事を実施する事が活動の特徴であるが、食事の後かたづけや洗濯の取り込み行為の実施率が高く生活活動の中でも比較的限定された活動を実施している傾向が見られている。

(3) 趣味余暇活動の実施割合

趣味余暇活動については非常に多様な内容になっており 27 種類の活動に分類された (表 5-9 及び図 5-8)。最も実施率が高いのは他者との会話 97.3%であり、双方向的なものだけでなく一方的なものも含んでいる。次いでテレビ鑑賞 73.0%、よこになっている 62.2%、反応する (アイコンタクトなど) 59.5%でありこれらの活動はほぼ半数以上の高齢者が実施していた。全体的な傾向としては、特別なレクリエーションや趣味活動は少なく生活の中で自然に行う行為が多い傾向でありグループホームやユニットケアの特性を反映した結果となった。

(4) その他の活動実施割合

その他の活動については、表 5-10 及び図 5-9 を参照すると全体的に実施割合は高くないが、比較的多いのは独語 27.0%、周囲を頻繁に見回す 27.0%と認知症に伴う行動・心理症状に関するものであった。それ以外の特徴は職員の手伝い 10.8%、他の高齢者の介助 8.1%と他者に対する援助行為が少なくない傾向が見られた。

(5) 活動分類割合

全 65 種類の活動について活動分類表を参考に 16 種類に分類し実施の有無を集計した。その結果、活動分類別の実施割合は表 5-11 及び図 5-10 を参照すると基本的な生活行為は全員実施されており、雑談や交流に関する活動が 97.3%、くつろぎに関する活動が 91.9%、身の回りの生活管理に関する活動が 81.1%、家事に関連する活動が 59.5%、意味不明な行動が 51.4%であり、これらの活動や行動は対象者の半数以上が実施していた。一方、趣味活動は 2.7%、屋内作業 2.7%、信仰に関する活動 8.1%と実施割合が少ない傾向が見られている。

全体的な傾向として、生活に直結する行為や、身の回りの生活管理に関する活動を実施しながら、会話を楽しんだりくつろいでいることが多く、認知症に伴う行動・心理症状がまれにある傾向が伺える。趣味に関連した活動や家事でも雑用的な活動、

リクリエーション活動などの実施割合は少ない傾向がみられ、本調査対象施設及び本調査対象者の傾向として、基本的な生活行為と会話、くつろぎが主な1日の活動の大部分を占める結果となった。

2) 活動分類別実施頻度

(1) 1日あたりの活動分類別平均頻度

対象者37名における1日に実施した活動別の平均回数を示したものが表5-12及び図5-11である。16種類の活動分類別にみると、最も実施回数が最も多いのは雑談や交流に関する活動であり25.3回(SD23.24)であった。次いで基本的な生活行為20.0回(SD11.57)、くつろぎに関する活動12.2回(11.10)と、いずれも標準偏差が高く非常にばらつきが見られている。それ以外の活動については最大値も少なく実施割合の低さも関連し実施回数は多くない傾向が見られている。

(2) 雑談交流活動に関する行為の平均回数

活動分類別の活動回数で最も多かった雑談交流に関する活動の内訳を見ると(図5-12)、他者との会話が18.0回と最も多く、次いでアイコンタクト6.8回であり、ほぼ雑談交流の大部分は他者との会話で占められている。つまり、入浴や排泄、食事に関する活動以外はほぼ職員や他の高齢者との会話が1日の主な活動であることが明かとなった。

4. 高齢者属性と認知症高齢者施環境配慮尺度(P E A P)得点との相関

調査対象者が入居しているユニット及びグループホームの認知症高齢者施設環境配慮尺度における9項目の下位尺度得点と、対象者の属性との相関についてPearsonの相関係数を算出したところ(表5-13)、年齢と「生活の継続性への支援」間で-0.34($p<0.05$)、長谷式簡易知能スケールと「プライバシーの確保」間で-0.33($p<0.01$)、Barthel Indexと「環境における刺激の調整」間で-0.33($p<0.05$)、「生活の継続性への支援」で-0.47($p<0.01$)、「プライバシーの確保」で-0.59($p<0.01$)、「自己選択への支援」で-0.42($p<0.01$)、「ふれあいの促進」で-0.40($p<0.01$)、P E A P全体で-0.45($p<0.01$)の相関が認められた。いずれも負の相関であり、高年齢になるほど「生活の継続性への支援」得点が低く、認知症が重度になるほど「プライバシーの確保」得点が高く、ADL能力が低くなるほど「環境における刺激の調整」「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」得点が高くなる傾向が認められた。つまり、認知症の程度が重度になるほどプライバシーの確保の実施度が高い傾向にあり、ADL能力が低いほど環境における刺激調整や生活継続性への支援やプライバシーの確保、自己選択への支援、ふれあいの促進に関する環境配慮を実施する傾向が強い傾向が明かとなった。特にADLと環境支援の実施度との負の相関が高くADL能力が低いほど環境支援の実施度が高いことが明らかとなり、環境支援とADL程度との相関が高い傾向がみられた。年齢と「生活の継続性へ

の支援」との相関では、年齢が低いほど「生活の継続性への支援」実施度が高まる傾向が示唆されたが、このことはおそらく高齢になるに従い生活に関連する活動が減少し援助の中でもADLに直接関係した介護行為が増えるとともに家事行為などの生活関連の活動が減少し生活の継続性を考慮した支援行為の機会も減少するためと考察できる。認知症の程度と「プライバシーの確保」実施度との相関からは、認知症が進行し認知機能が低下することで自分の居室確保などプライバシーに関する自己制御が困難になってくることが予測されるためであり、認知能力の低下とともに他者によるプライバシー確保のための支援がより必要となってくるためと考えられる。

5. 高齢者の活動頻度に及ぼす環境支援の影響について

本研究では高齢者の属性及び環境支援方法が認知症高齢者の活動に与える影響を検討するため、目的変数を活動分類別の頻度、説明変数を高齢者属性（年齢、入居期間、HDS-R得点、BEHAVE-AD得点、Barthel Index得点、認知症の種類、認知症の罹患期間、要介護度）、認知症高齢者施設環境配慮尺度（PEAP）の下位尺度8次元9分類における実施度の平均得点（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た結果、外出活動について「入居期間」、「Barthel Index」、「見当識への支援」の3変数、雑談交流活動について「HDS-R得点」、「環境における刺激の質」、「機能的な能力への支援」、「ふれあいの促進」の4変数、基本的な生活行為について「年齢」、「Barthel Index」、「入居期間」、「安全と安心への支援」、「自己選択への支援」の5変数が選択された（表5-14）。

1) 外出活動への影響要因について（表5-15及び図5-13）

外出活動の頻度を目的変数、「入居期間」、「Barthel Index」、「見当識への支援」を説明変数とした時の決定係数は0.75、自由度調整済決定係数0.73であり重回帰式のあてはまりは比較的よいと考えられる。3つの変数の標準化係数 β は「入居期間」が0.77、「Barthel Index」が0.24、「見当識への支援」が0.40であり、外出活動の頻度について入居期間の長い事、ADLの能力が高い事が影響している事が示唆された。環境支援については9次元中「見当識への支援」の実施度が高い事が外出活動の頻度を高める傾向にあることが示唆された。

見当識への支援は場所・時間の見当識障害を補助する環境整備として目印の多様、空間の小規模化、わかりやすい廊下、インテリアなどの変化、家具の演出、定時の活動支援であるがこれらの実施率が散歩などの外出活動の頻度を高める可能性が示唆され、高齢者の属性としてADLの機能が高い方に限定される傾向が明らかとなった。入居期間の長さについては施設内での居場所づくりが安定し、生活圏が屋内

から屋外へ拡大化している事が予測される。

本調査における外出活動は主に散歩活動が主であるが37名中の実施率は6名であり実施率が高い活動とは言い難い。今回観測された散歩活動は高齢者が主体的に散歩に外出している活動のみではなく職員からの誘発による散歩活動も含んでいる。つまり、ADL程度が軽度の方と入居期間の長い高齢者への散歩あるいは買い物への誘導支援が多くなる可能性を視野に入れるべきであろう。

2) 雑談交流活動への影響要因について (表5-16及び図5-14)

雑談交流活動の頻度を目的変数、「HDS-R得点」、「環境における刺激の質」、「機能的な能力への支援」、「ふれあいの促進」を説明変数とした時の決定係数は0.73、自由度調整済決定係数は0.70であり、雑談交流活動の頻度はこれらの4変数によって70%は説明される結果となった。4つの変数の標準化係数 β は「環境における刺激の質」が0.55、「HDS-R得点」が0.51、「機能的な能力への支援」が-0.39、「ふれあいの促進」が0.42であった。これらの結果から、認知機能が低下している高齢者ほど会話やスキニップなど雑談交流活動の頻度が高まる事が予測され、環境における刺激の質を高めたり、ふれあいの促進を遂行するほど、そして逆に浴室、トイレの個別化や台所の専有化、庭や屋上の設置をしないほど他者との雑談交流頻度が増加することが予測される結果となった。つまり、認知能力が高い事や、個別活動を促進する環境を整備することは他者と交流頻度を減少しうる可能性が高く、認知能力が低い事や交流促進支援、会話を促進する椅子の設置、活動を傍観する場の設定、交流の場の設定、ラウンジの設定などのふれあい促進の取り組みや、室内の明るさの調整、香りの調整、インテリアの統一性、なじみのある装飾品の設置、日常生活への音楽の導入等の刺激調整を行う事が認知症高齢者の雑談交流頻度を高める重要な要因であることが示唆された。つまり、個別化を推進することは他者との交流機会を減らす可能性が高く、交流の回数のみから考慮すれば共有スペースやふれあいの促進を実施することは交流を増加させる要因となることが示唆された。しかし、単純に会話や交流が多い事が高齢者にとって必ず良いことかどうかは検討の余地がある。交流や会話の質といった点から個別化の効果を検証する必要があるだろう。あるいは個室化や個別化などプライバシーの確保などの環境支援を充実する際には必ず他者との交流機会を適度に促したり、確保するようなふれあいの促進に関する支援を徹底する必要があるだろう。そして、本研究において観測された会話行為は高齢者からの自発的な発話のみを対象としたわけではなく、職員側からの発話も含んでいるため、認知機能の低下している高齢者への声かけ頻度の増加も影響していることが考えられる。

3) 基本的な生活行為への影響要因について (表5-17及び図5-15)

基本的な生活行為の頻度を目的変数、「年齢」、「Barthel Index」、「入居期間」、「安全と安心への支援」、「自己選択への支援」を説明変数とした時の決定係数は0.61、自由度調整済決定係数は0.55であり、5変数による基本的な生活行為頻度へ説明率は55%とやや高い傾向が認められた。5つの変数の標準化係数 β は「安全と安心への支援」が0.44、「Barthel Index」が0.77、「自己選択への支援」が0.36、「年齢」が-0.34、「入居期間」が0.25であった。これらの結果からADL能力の高さ、年齢の低さ、入居期間の長さが食事、排泄、移動、入浴等の基本的な生活行為の頻度に影響している事が明らかとなった。しかし、食事や排泄、入浴の頻度はADLの程度と関係なく1日に実施する回数はほぼ一定であるため、今回の基本的な生活行為の頻度はほぼ移動の回数や水分摂取、おやつ摂取などの回数に依存していると考えられる。年齢が若く、ADL能力が高ければ基本的な生活行為の回数は増加する傾向がみられる事が示唆された。環境支援については安全な建物構造や出入り口の監視、危険な物の排除、床の材質の調整、角を無くし丸くするなどの安全や安心への支援の実施度及び就寝時間の選択、居室環境調整の選択、居室形態の選択、食事の選択、衣服の選択など自己選択の機会の増加が基本的な生活行為の活性化に影響していることが予測された。安全が確保され、自分で選択する機会に富んだ生活環境によって、生活の基本的な活動が活発化され自発的な行為が増加してくることが予測される。

D. 結論

本研究は、環境支援の実施状況が高齢者の生活活動に及ぼす影響を検討することを目的とし、特別養護老人ホーム及びグループホームを併設しているK施設に入居している37名の認知症高齢者について、起床時から就寝時までの約12時間の活動を参与観察にて記録した。平行して環境支援の実施度について、全14ユニット中調査対象者が入居している13ユニットおよびグループホーム1箇所について、PEAP日本語版における「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」の9分類について50項目の環境支援実施度を調査し、年齢、ADL、認知機能等の高齢者属性及び環境支援実施度による活動頻度への影響について重回帰分析によって探索的に検討した。その結果、散歩などの外出活動頻度は入居期間が長くADL程度が軽い方が多く実際されており、環境支援としては見当識への支援によって、屋内での生活が安定化し外出などの活動頻度が高まる傾向が示唆された。雑談交流活動については認知能力が軽い方が会話数が多く、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示唆された。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り、外出、交流、基本

的生活行為を活性化しうる環境支援方略の方向性が明らかとなった。今後の課題としては、本研究における活動頻度は、高齢者の自発的行為と職員からの支援によって誘導された行為の双方を含んでいるため、高齢者自身の活動の活性化への影響要因と、職員の活動支援行為の活性化に影響する要因が混在している可能性があり、行動観測における高齢者の自発性に関する観測精度を高める必要があるだろう。

E. 参考文献

- 1) 独立行政法人医療機構ホームページ、介護事業者情報、 <http://www.wam.go.jp/wam/>
- 2) 松永公隆、児玉桂子、足立啓、ほか：アメリカにおける痴呆性高齢者環境評価尺度の開発動向. 純心現代福祉研究, (6):41-50(2000)
- 3) 児玉桂子、足立啓、長倉真寿美、ほか：痴呆性高齢者のための環境評価尺度の開発と適応に関する研究(3)；痴呆性高齢者のための治療的環境に関する評価項目の研究. 厚生科学研究費補助金効果的医療技術確立推進臨床研究事業 15 年度報告書（痴呆性高齢者にふさわしい生活環境に関する研究）、106-132, 日本社会事業大学, (2004)
- 4) Weiman GD, Lawton MP, Slane PD, et al: The professional environmental assessment protocol. School of architecture, University of Wisconsin at Milwaukee(1996)
- 5) 下垣光、児玉桂子、秋葉直子、ほか痴呆性高齢者ケアにおける環境を活かした支援に関する研究；日本版の研究から. 日本社会事業大学研究紀要, 49:215-227(2003)
- 6) 下垣光、児玉桂子、影山優子、ほか：環境支援指針の作成と活用上の課題. 痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり、66-78、彰国社、東京（2003）
- 7) 潮谷有二、児玉桂子：痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と活用方法（児玉桂子、足立啓、下垣光、ほか編）；痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり. 104-118, 彰国社、東京(2003)
- 8) 児玉桂子、原田奈津子、潮谷有二ほか：痴呆性高齢者への環境配慮と職員のストレス. 平成 11～12 年度科学研究費補助金報告書（痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と有効性に関する長期的評価研究）. 93-102, 日本社会事業大学（2001）
- 9) 児玉桂子、秋葉直子、潮谷有二ほか：痴呆性高齢者の行動に影響を及ぼす環境の次元に関する研究；物理的環境と職員の関わりの検討. 厚生科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業平成 13 年度報告書（在宅痴呆性高齢者の環境適応の円滑化と介護負担軽減のための居住支援プログラムの開発に関する研究）. 14-20, 日本社会事業大学（2002）
- 10) 足立啓、植野知津子、村上綾江ほか：痴呆ユニットのケア環境が入居者の行動と滞在場所に与える影響；K 老人保健施設を事例として. 厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業平成 13 年度報告書（在宅痴呆性高齢者の環境適応の円滑化と介護負担軽減のための居住支援プログラムの開発に関する研究）. 5-13, 日本社会事業大学(2002)
- 11) 高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護. 高齢者介護研究会報告書. (2003)
- 12) 世界保健機関（WHO）：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—、中央法規、2003

- 13) 是枝祥子：特別養護老人ホームにおけるアクティビティの必要性、高齢者のケアと行動科学、Vol. 2;27-35(1995)
- 14) 村木敏明・坂田美紀：日本における痴呆性高齢者に対する作業療法、日本痴呆ケア学会誌、2(1);17-22(2003)

表5-1 対象ユニット別対象人数

ユニット名	対象人数	割合
ユニットS1	3	8.11%
ユニットS2	2	5.41%
ユニットS3	1	2.70%
ユニットS4	3	8.11%
ユニットS5	2	5.41%
ユニットS6	2	5.41%
ユニットM1	4	10.81%
ユニットM2	2	5.41%
ユニットM3	2	5.41%
ユニットM4	2	5.41%
ユニットT1	3	8.11%
ユニットT2	2	5.41%
ユニットT3	2	5.41%
GH	7	18.92%
施設全体	37	100.00%

表5-2 調査対象者の性別割合

	人数	割合
男性	8	21.62%
女性	29	78.38%
合計	37	100.00%

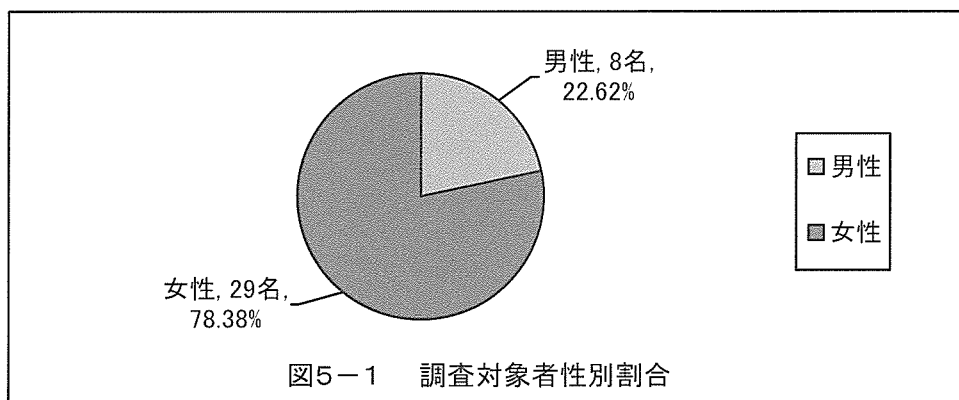


表5-3 調査対象者の要介護度別割合

要介護度	人数	割合
I	4	10.81%
II	3	8.11%
III	10	27.03%
IV	9	24.32%
V	11	29.73%
合計	37	100.00%

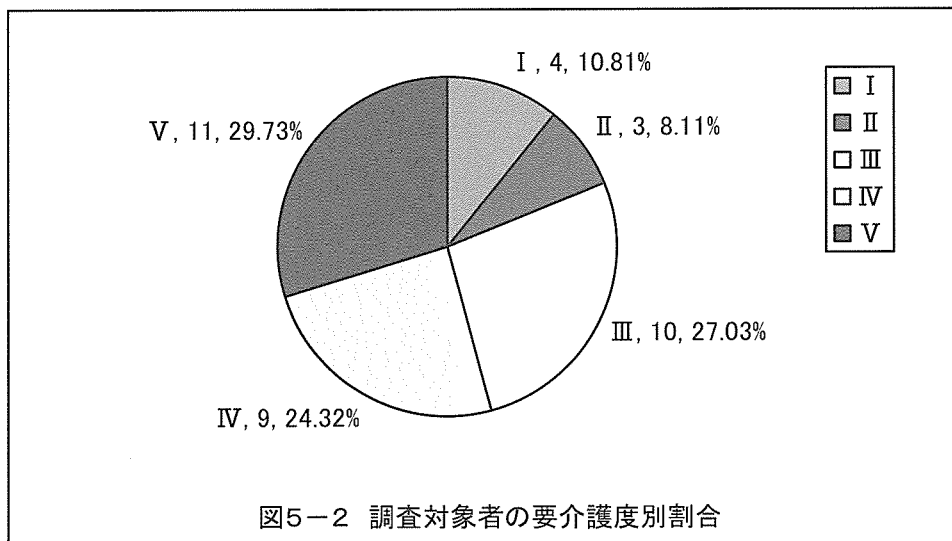


表5-4 調査対象者の認知症種別割合

認知症種	人数	割合
アルツハイマー型	3	8.11%
脳血管疾患型	18	48.65%
不明	16	43.24%
合計	37	100.00%

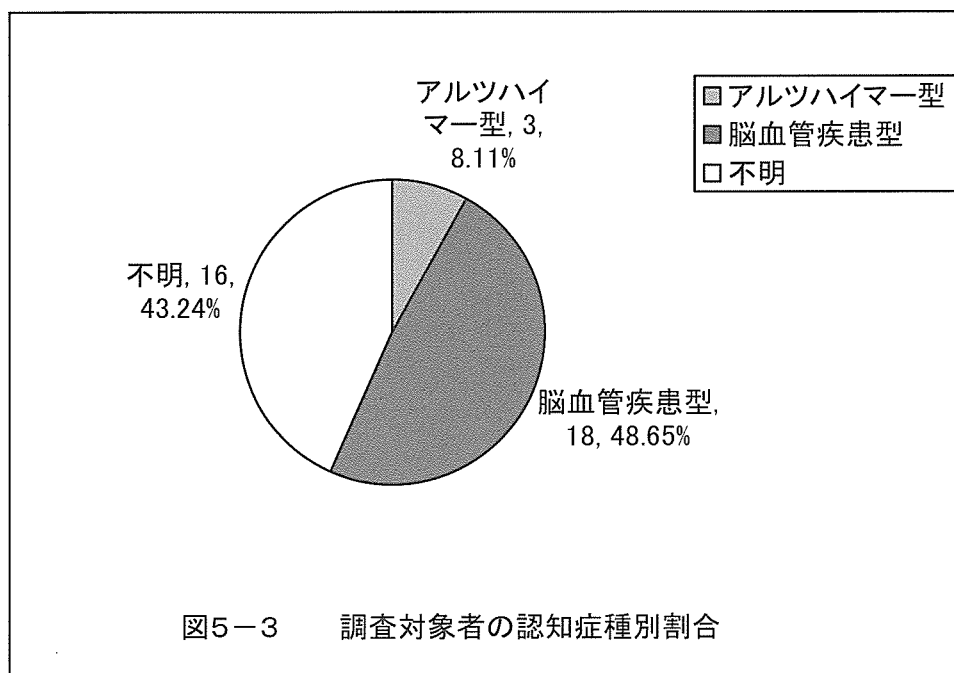
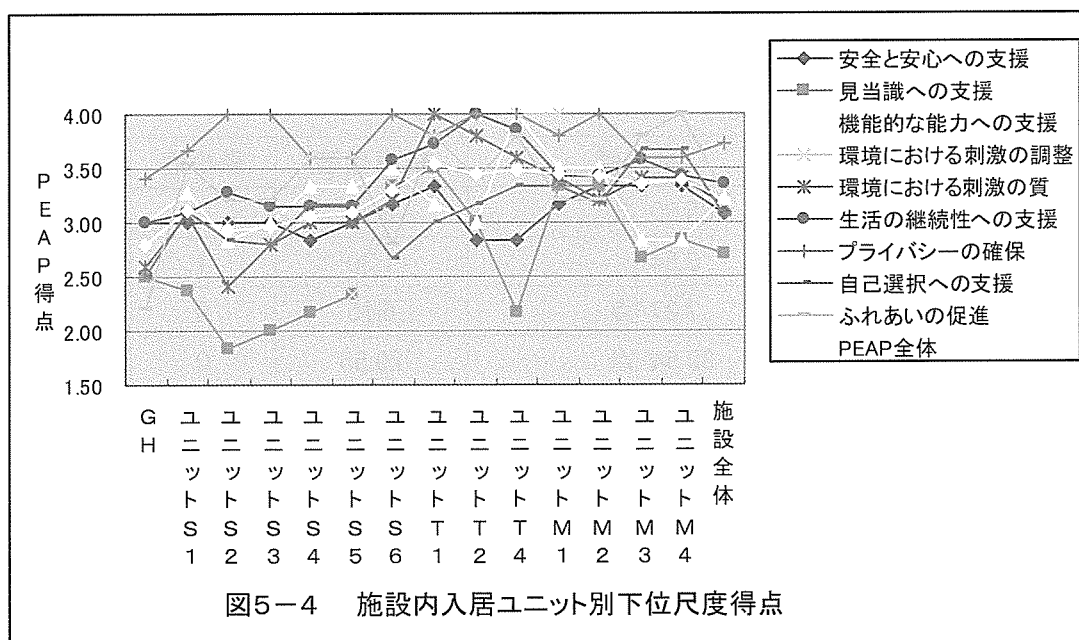


表5-5 対象者属性の平均値(N=37)

属性	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	85.30 歳	5.76	71	94
要介護度	3.54	1.30	1	5
HDS-R 得点	7.27 点	6.15	0	19
Barthel Index	35.54 点	29.55	0	85
BEHAVE-AD 得点	10.41 点	9.56	0	42
認知症の罹患期間	59.38 ヶ月	47.76	7	252
入居期間	48.11 ヶ月	65.07	1	329

表5-6 各ユニットにおける下位尺度の平均点

入居ユニット	安全と安心への支援	見当識への支援	機能的な能力への支援	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	PEAP全体
GH	3.00	2.50	3.00	3.00	2.60	3.00	3.40	2.50	2.20	2.80
ユニットS1	3.00	2.38	3.28	2.56	3.07	3.10	3.67	3.11	3.53	3.11
ユニットS2	3.00	1.83	2.83	3.00	2.40	3.29	4.00	2.83	3.20	2.92
ユニットS3	3.00	2.00	3.00	3.33	2.80	3.14	4.00	2.80	3.20	2.96
ユニットS4	2.83	2.17	3.33	2.33	3.00	3.14	3.60	3.17	3.60	3.06
ユニットS5	3.00	2.33	3.33	2.33	3.00	3.14	3.60	3.17	3.60	3.10
ユニットS6	3.17	3.33	3.50	3.33	3.20	3.57	4.00	2.67	2.80	3.30
ユニットT1	3.33	3.50	3.17	3.67	4.00	3.71	3.80	3.00	3.80	3.54
ユニットT2	2.83	3.00	3.00	4.00	3.80	4.00	4.00	3.17	3.40	3.44
ユニットT4	2.83	2.17	4.00	4.00	3.60	3.86	4.00	3.33	3.80	3.48
ユニットM1	3.17	3.33	3.50	4.00	3.40	3.43	3.80	3.33	3.20	3.44
ユニットM2	3.33	3.33	3.50	3.67	3.20	3.43	4.00	3.17	3.20	3.42
ユニットM3	3.33	2.67	2.83	3.33	3.40	3.57	3.60	3.67	3.80	3.36
ユニットM4	3.33	2.83	2.83	3.33	3.40	3.43	3.60	3.67	4.00	3.38
施設全体	3.08	2.70	3.22	3.24	3.16	3.36	3.72	3.05	3.24	3.20



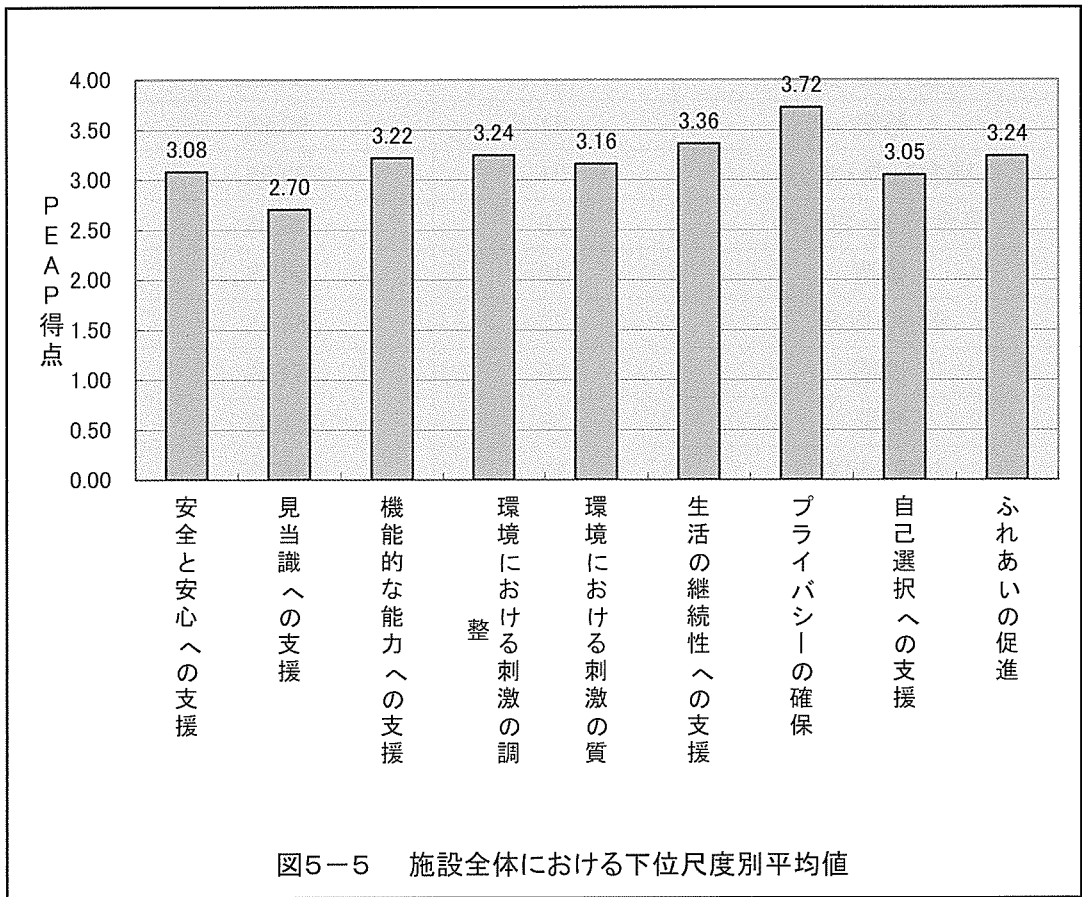


表5-7 基本的生活行為実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
摂食行為・食事	37	100.0%
移動	31	83.8%
摂食行為・水分	31	83.8%
摂食行為・おやつ	26	70.3%
排泄	20	54.1%
起居・臥床	20	54.1%
洗面	20	54.1%
服薬	19	51.4%
起座・起立	13	35.1%
入浴	11	29.7%
睡眠	11	29.7%
更衣	9	24.3%
口腔ケア	5	13.5%
髭を剃る	4	10.8%
つめ切り	1	2.7%
鼻を咬む	1	2.7%

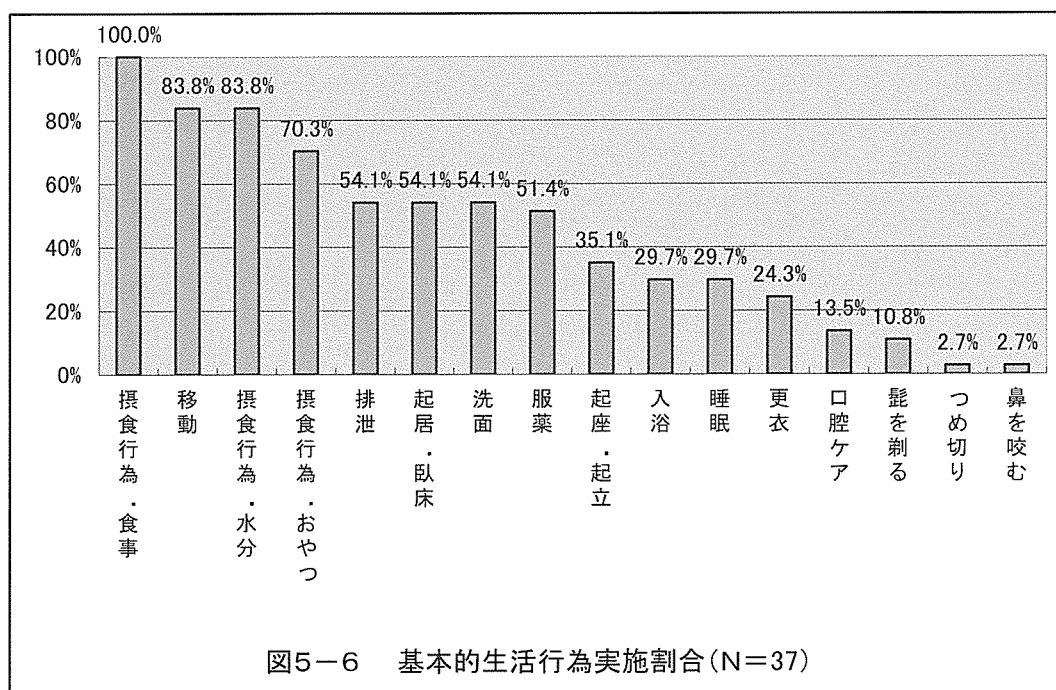


表5-8 生活関連活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
食事の後片付け	20	54.1%
洗濯の取り込み	10	27.0%
食事の準備	8	21.6%
掃除	4	10.8%
部屋の整理・整頓	2	5.4%
新聞整理	2	5.4%
洗濯	1	2.7%
トイレトーパー交換	1	2.7%
しめ縄作り	1	2.7%
アルバム作り	1	2.7%
植物への水遣り	1	2.7%

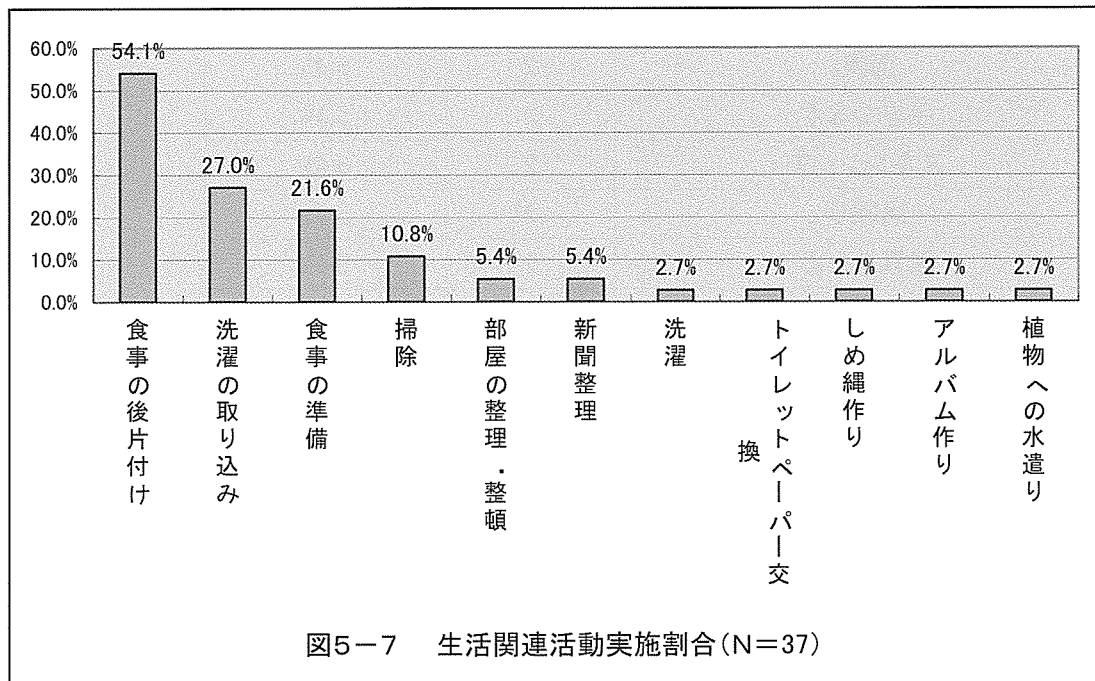


表5-9 趣味余暇活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
会話	36	97.3%
テレビ鑑賞	27	73.0%
よこになる	23	62.2%
反応する	22	59.5%
ぼおっとしている	11	29.7%
くつろぎ	8	21.6%
こたつでまったり	7	18.9%
窓の外を見る	7	18.9%
散歩	6	16.2%
新聞読み	6	16.2%
唄う	5	13.5%
団らん	5	13.5%
集団レクリエーション	3	8.1%
ゲーム	3	8.1%
読書	3	8.1%
演奏	2	5.4%
手をつなぐ	2	5.4%
スキンシップ	2	5.4%
居眠り	2	5.4%
写真をみる	2	5.4%
チラシを見る	2	5.4%
リズムを取る	1	2.7%
楽譜を見る	1	2.7%
あみもの	1	2.7%
写真を見せる	1	2.7%
ぬいぐるみを抱きしめる	1	2.7%
手紙を書く	1	2.7%

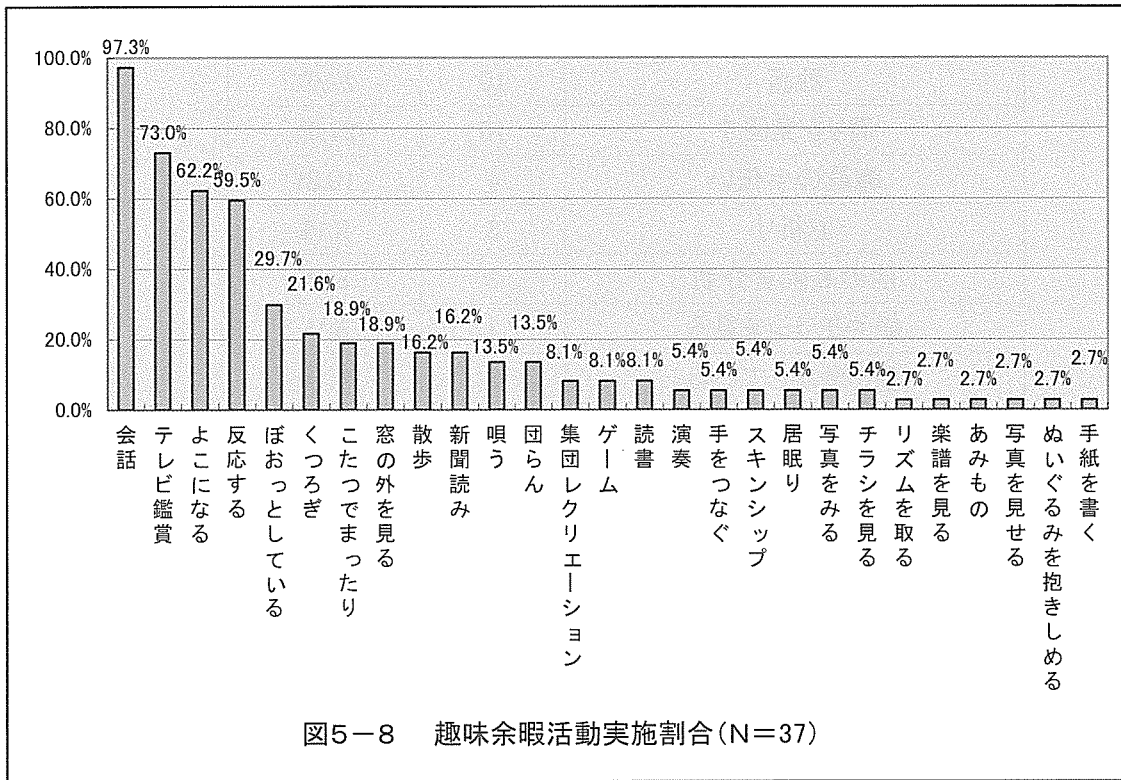


図5-8 趣味余暇活動実施割合(N=37)

表5-10 その他の活動実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
独語	10	27.0%
周りを見回す	10	27.0%
職員の手伝い	4	10.8%
お祈り	3	8.1%
他の高齢者介助	3	8.1%
紙やチラシを見る	3	8.1%
手を動かしている	3	8.1%
他者を注意する	3	8.1%
チャックの開閉	2	5.4%
目をぱちぱちさせる	2	5.4%
本を破く	1	2.7%

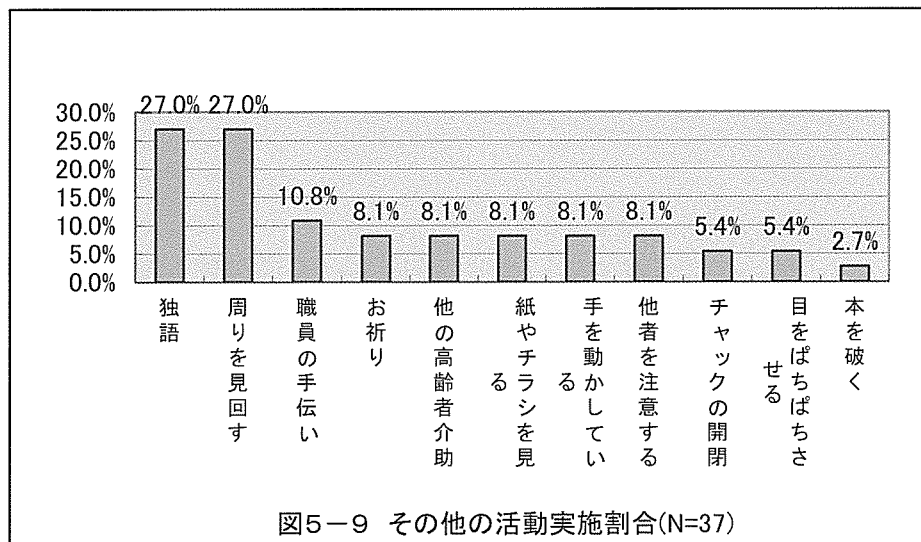


表5-11 活動分類別実施割合(N=37)

活動種	活動人数	実施割合
基本的な生活行為	37	100.0%
雑談・交流活動	36	97.3%
くつろぎ	34	91.9%
生活管理行為	30	81.1%
家事活動	22	59.5%
意味不明行為	19	51.4%
家内雑用	12	32.4%
文学活動	9	24.3%
音楽系活動	7	18.9%
外出活動	6	16.2%
リクリエーション	6	16.2%
その他の活動	6	16.2%
援助活動	6	16.2%
信仰活動	3	8.1%
屋内作業	1	2.7%
趣味活動	1	2.7%

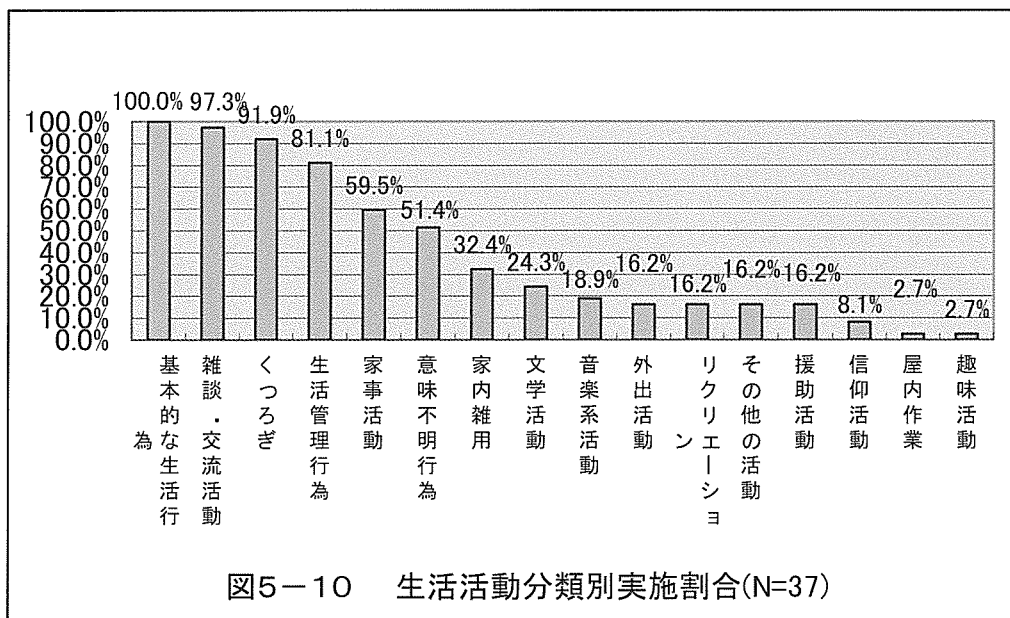


図5-10 生活活動分類別実施割合(N=37)