

200718638A

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19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 20 (2008) 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」	1
加藤 伸司 (認知症介護研究・研修仙台センター)	
II. 分担研究報告書	
1. 「認知症高齢者に対する日常生活介護のニーズと状態像に関する研究」	18
—基礎的なデータ分析—	
内藤 佳津雄 (日本大学文理学部)	
2. 「認知症ケアにおけるアセスメントモデルの構築に関する研究」	59
—食事・着替え行為支援における認知症介護指導者の視点を通して—	
阿部 哲也 (認知症介護研究・研修仙台センター)	
3. 「認知症ケアにおけるアセスメントモデルの構築に関する研究」	128
—入浴・整容行為支援における認知症介護指導者の視点を通して—	
矢吹 知之 (認知症介護研究・研修仙台センター)	
4. 「認知症ケアにおけるアセスメントモデルの構築に関する研究」	200
—排泄・BPSD (認知症に伴う行動・心理症状) 支援における認知症介護指導者の視点を通して—	
吉川 悠貴 (認知症介護研究・研修仙台センター)	
5. 「認知症高齢者への支援行為 (関わり) の判断過程に関する研究」	268
—支援行為の意図に関する介護スタッフ・インタビューの分析—	
内出 幸美 (社会福祉法人 典人会)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	291

<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

内藤 佳津雄 (日本大学文理学部心理学科 教授)

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)

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)

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)

吉田 恵 (グループホーム幸豊ハイツ 管理者)

池田 和泉 (社会福祉法人愛生会唐松荘 事務長)

喜井 茂雅 (有限会社スローライフ 代表)

水島 隆 (グループホームひまわり 管理者)

新沼 康二 (介護老人福祉施設ひまわり 生活相談員)

小野寺 真 (社会福祉法人典人会 社会福祉士)

所属・職名は平成20年4月10日現在

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、認知症高齢者の能力を活用した自立生活を達成するための生活障害に対応するケアモデルを構築し、認知症ケアの質の確保と向上を図るための認知症ケア評価ツールの開発を目的とした3年計画の2年目にあたる研究である。

今年度は、認知症高齢者の生活行為（入浴、食事、排泄、移動、着替え、整容等）障害へのアセスメントに関するエキスパートモデルを検討し、ケア評価指標作成のための基礎資料を得ることを目的に、認知症高齢者の生活障害モデル把握調査研究と、認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査研究、認知症ケア実施に至る判断過程を明らかにすることを目的としたヒアリング調査を行った。

認知症高齢者の生活障害分類に関する調査は、認知症高齢者の日常生活における介護ニーズと状態像について数量的に明らかにすることを目的に自記式の質問紙調査が行われ、18,236人分のデータが分析された。その結果、尺度の実用化に向けた介護ニーズの判断に資するための基礎的なデータを収集することができた。また認知症高齢者の基本的な生活行為へのケアアセスメント項目についてエキスパートの視点を調査し、認知症ケア評価ツールにおけるアセスメント評価項目の作成のための基礎資料を得ることを目的とした研究は、認知症介護の専門家（認知症介護指導者）と新人職員の組み合わせで障害事例に関するアセスメント視点を調査し、新人職員とエキスパートのアセスメント視点の共通部分と異なる部分が明らかとなり、今後のアセスメント評価項目の作成のための基礎資料を得ることができた。

さらにヒアリング調査では、認知症高齢者の感情反応が介護スタッフの関わりと結びついていることや、深い理解に裏付けされたアセスメント・ポイントの適切性がBPSDの出現を予防していることも示唆された。これらの3つの研究より、認知症ケア評価ツールを作成する資料が得られ、ツール作成と検証を行うことが可能となった。

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

### 1. 研究の背景

認知症ケアの歴史において、わが国の社会福祉制度や医療制度が始まる以前は、認知症の人は主に在宅を中心にケアが行われてきたことになる<sup>1)</sup>。わが国における社会福祉制度の歴史は、戦後になってから始まったものであり、高齢者に対する社会福祉制度は1963年（昭和38年）の老人福祉法の制定から始まったといえる。ここではじめて介護機能を持つ「特別養護老人ホーム」が体系化されたことになり、認知症のケアは施設を中心に進められていくことになったといえるだろう。また1970年代になると、特別養護老人ホームの痴呆専門棟や老人病院、精神病院が受け皿となっており、特に1973年の老人医療費無料化により、全国に多くの老人病院が開設され、認知症の人の受け皿になってきたといえる。

認知症ケアの歴史を振り返ってみると、1960年代から70年代にかけては施設ケアを中心に考えられていた時代であり、そこでは主に食事・入浴・排泄介助のような基本的な身体ケアが中心に行われ、対応も個別対応というよりも集団処遇といわれる対応が行われてきた。また認知症の人の示す帰宅願望や徘徊、妄想、異食などの行動や症状は、ケアを困難にさせるやっかいなものとして「問題行動」と呼ばれ、それらの症状に対する対処的ケアを行ったり、薬物等も用いて症状を抑制するようなケアが行われてきた。このようなケアは問題対処型ケアともよばれている。この時代には認知症ケアについての明確な理念や方向性もなく、認知症の人が不安になると、本人に嘘をついたり、ごまかしたりして、とりあえず本人が落ち着くようなその場限りの場当たりのケアが行われていたことになる。

1980年代になると、認知症をとりまく状況に、社会的にもケアの面でも変化が見られるようになってくる。まず1980年には、ぼけ老人を抱える家族の会（現在の社団法人認知症の人と家族の会）が発足し、認知症の介護家族のネットワーク化が始まった。また認知症対策としては、1988年（昭和63年）に、老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイケア施設が創設され、さらに1987年にモデル施設を経て始まった老人保健施設も1988年に本格的に稼働し始め、1989年（平成元年）に老人性痴呆疾患センターが創設された。ゴールドプランが発表されたのもこの年である。認知症に関連する人材育成面でも新たな取り組みがあり、1984年（昭和59年）に、「痴呆性老人処遇技術研修」が各都道府県・政令指定都市に痴呆性高齢者を多数処遇している特養を県1カ所、政令市1カ所指定し、管内施設のケアワーカーを対象に実践的研修が始められている。さらにこの時代には、一部の先駆者たちによるグループホームや宅老所が試行的に始まっている。

1980年代の認知症ケアの動きに関しては、認知症の人のさまざまな症状には、それが起こる原因や背景があると考えられるようになり、これまでの行動を抑えるようなやり方に変わる方法を模索し始めた時期ともいえる。しかし多くの施設では、依然として集団処遇と、問題対処型ケアが行われていたのも事実であろう。認知症のケアに有効な建築構造として回廊式が流行したのもこの時期である。1980年代から1990年代にかけてのもう一つの特徴は、施設ケアやデイサービスの場面において、さまざまなレクリエーションやアクティビティを取

り入れたプログラムが実施されるようになったことである。それらのプログラムはレクリエーションやアクティビティプログラム、〇〇療法と呼ばれ、施設やデイサービスで展開されるようになった。このこと自体に大きな問題はないのだが、これは個人が選択するプログラムというより、プログラムに個人を合わせるようなやり方が多く、ある意味では、個別性や主体性の軽視、あるいは訓練化されたものという点で問題があったといえるだろう。

一方 1980 年代から主に建築系の研究者を中心にみられ始めた認知症の人の環境に関する研究は、1990 年代に入って活発化し、その多くの研究は、認知症の人の施設環境を中心に進められてきた<sup>2)</sup>。

1990 年代前半には、老人保健施設痴呆専門棟の創設(1991)やデイサービスセンター E 型の創設(1992)、「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進(1993)等が続き、1994 年には新ゴールドプランが発表された。その後 1996 年にグループホームのモデル事業が開始され、1997 年に痴呆対応型共同生活援助事業の創設があり、1998 年に痴呆性老人グループホームへの施設整備補助制度が始まった。

1999 年に策定されたゴールドプラン 21 では、今後取り組むべき具体的施策の一つとして認知症の問題をとりあげ、「痴呆性高齢者支援対策の推進」として、①認知症に対する医学的研究の推進、②グループホームの整備等介護サービスの充実、③介護の質の向上、④早期相談・診断体制の充実、⑤権利擁護体制の充実など、認知症の人が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送ることができ、家族も安心して社会生活を営むことができるような状態を実現することを重点課題として提示した。

2000 年には、介護保険制度が発足し、施設ケアにおいても措置から契約の時代が変わった。このことにより、利用者がサービスを選べる時代になったともいわれ、介護保険制度では本人の能力に応じ、自立した生活の支援が謳われた。

さらに認知症高齢者の人権擁護の立場から成年後見制度が施行されるなど、高齢者の主体性と自立性を尊重した制度が生まれたといってもいいだろう。

1980 年代に登場し、1990 年代の後半に広まっていったグループホームや宅老所の試みは、ケアの現場に大きな変化をもたらしたといってもいいだろう。その後グループホームは介護保険施行時に介護保険サービスに位置づけられるようになり、宅老所の発想から生まれた「小規模多機能型居宅介護」も制度化されていくことになる。

これまでの大規模施設で行われる集団的なケアから、小規模な単位で行われるケアは、家庭的であり、これまでの暮らしの継続性という意味では、本当の意味での「住まい」を実現させる試みであったともいえるだろう。これらのサービスが制度化されたことは、たとえ認知症になっても住み慣れた地域で、これまでと同じような生活を継続していくことを支援する上で大きな変化といえるだろう。

さらに 2003 年に報告された高齢者介護研究会による「2015 年の高齢者介護」報告では、認知症ケアは今後の高齢者介護の標準モデルであり、認知症高齢者ケアの普遍化の必要性が謳われた<sup>3)</sup>。しかし、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。

認知症ケア技法や非薬物療法に関する研究は、近年多方面からのアプローチがなされるようになってきている。具体的には認知症高齢者の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などがある。

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、こ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。しかしこれまでの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、輻輳的にケア要素の関係を包括的かつ総合的に体系化したものが少ないことや、普遍性や一般性といった点で標準化され体系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。

さらに不適切なケアと知りながら行われている例外3原則（切迫性・非代替性・一時性）に該当しない身体拘束が行われている施設が3割を超えているという事実や、施設における高齢者虐待が存在するという事実は、ケアの質の向上以前の問題といえるだろう<sup>4) 5)</sup>。

近年の認知症ケアの考え方は、本人の残存機能を活用した生活行為への支援や、住環境や人的環境にも考慮し、自分の力を発揮してこれまでの生活の継続性を考えた、生活支援型のケアが主流となっている。しかしこのようなケアのあり方が、広く介護現場に普及しているかどうかについては、疑問であり、未だに身体介護中心の問題対応型ケアから脱却していない施設・事業所が存在するのも事実であろう。

## 2. 目的

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化することと、質の高いケアを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、一般的に必ずし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支援」をビジョンとし、認知症高齢者の能力を活用した自立生活を達成するための生活障害に対応するケアモデルを構築し、認知症ケアの質の確保と向上を図るための認知症ケア評価ツールの開発を目的とした3年計画の2年目にあたる研究である。

初年度の研究では、グループホーム、小規模単位型特養のユニットにおける認知症高齢者への対応の実態調査を実施した。具体的には、コミュニケーション（声かけの内容、回数）、ア

クティビティ（種類、頻度、継続時間）、基本介護（食事、入浴、整容等の生活支援）、環境支援（PEAP項目）の実態調査をタイムスタディ方式にて実施し、高齢者属性（認知症種、性別、年齢、認知症罹患期間、認知能力、ADL、IADL、入居期間、趣味特技歴、服薬状況、疾患種）別に比較検証した。その結果、高齢者属性別のコミュニケーション支援、アクティビティ支援、基本介護の実態が明かとなり、ADLや認知機能の重症度に応じて、基本的生活行為や生活管理行為へのケア量に差があることが明らかとなった。

今年度は、初年度の研究結果を受け、認知症高齢者の生活行為（入浴、食事、排泄、移動、着替え、整容等）障害へのアセスメントに関するエキスパートモデルを検討し、ケア評価指標作成のための基礎資料を得ることを目的に、認知症高齢者の生活障害モデル把握調査研究と、認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査研究、それに認知症ケア実施に至る判断過程を明らかにすることを目的としたヒアリング調査を以下の通り行った。

#### 1) 認知症高齢者の生活障害モデル把握調査（内藤担当）

本調査は、認知症高齢者の日常生活における介護ニーズと状態像について数量的に明らかにすることを目的に行われた。

#### 2) 認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査

##### ①食事・着替え行為に関する支援のアセスメント調査班（阿部担当）

本研究は、認知症高齢者の生活における食事・着替えに関する行動障害へのケアアセスメントについて、認知症介護エキスパートの視点を抽出し、食事、着替え行動に関するケアアセスメントモデル作成の基礎資料とすることを目的に行われた。

##### ②入浴・整容行為に関する支援のアセスメント調査班（矢吹担当）

本研究は、認知症高齢者の生活における入浴・整容に関する行動障害へのケアアセスメントについて、認知症介護エキスパートの視点を抽出し、入浴・整容行為に関するケアアセスメントモデル作成の基礎資料とすることを目的に行われた。

##### ③排泄行為・BPSDに関する支援のアセスメント調査班（吉川担当）

本研究は、認知症高齢者の生活における排泄・BPSDに関するケアアセスメントについて、認知症介護エキスパートの視点を抽出し、排泄行為・BPSDに関するケアアセスメントモデル作成の基礎資料とすることを目的に行われた。

#### 3) 認知症ケアアセスメントに関するヒアリング調査（内出担当）

本調査研究は、ビデオ観察法による事例調査により、認知症ケアにおける介護職員の関わる際の判断過程を明らかにし、生活支援に即した誰にでもわかり易い関わりの視点の一部を提案し、それを現場で活用するためにはどのような方法が望ましいかをモデル提示することを目的に行われた。

## B. 研究方法

### 1. 認知症高齢者の生活障害モデル把握調査（内藤担当）

調査は悉皆調査とし、平成19年12月現在開設されている全国の特別養護老人ホーム6,009



カ所と認知症対応型共同生活介護事業所 9,488 カ所を対象として利用者の状態像に関する郵送調査を実施した。調査対象に関しては、調査票を1つの施設・事業所について最大4名分を同封し、計61,988名（回収率100%時）を対象とした。調査は、対象者の所属する施設・事業所のうち①要介護認定を受けていて認知症であることが明らかである利用者の人、②食事・排尿・入浴・着替えの4つの生活機能のいずれかについて支援を必要としている人の2つの条件に当てはまる人をランダムに選定してもらい、その状態像や介護の内容等について、各施設・事業所の保有する記録と担当職員の人々の日常の観察を中心として記入する自記式の質問紙である。

## 2. 認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査

### 1) 食事・着替え行為に関する支援のアセスメント調査班（阿部担当）

本研究の対象となった認知症介護専門家（エキスパート）の選定にあたっては、認知症介護研究・研修センターにおいて養成を受けた認知症介護指導者であることと、認知症介護に関する経験が豊富であることの2点を考慮した。

調査対象者は、平成13年度1回目～平成19年度第2回目までの認知症介護指導者研修を修了した全国の認知症介護指導者996名より、受講時期、地域を勘案し2段階抽出を行い、食事に関するアセスメント調査が163名、着替えに関するアセスメント調査が168名を対象とし、比較群として指導者が所属する事業所の経験1年未満の新人職員も同数を対象とした。調査方法は、食事及び着替えに関する架空事例を5つずつ作成し、対応の視点に関する自記式質問紙を郵送にて配布し、返送にて回収する郵送調査を実施した。調査内容は回答者属性として、年齢、性別、所属事業所、所有資格、役職、教育歴、介護経験年数、勤続年数、認知症介護年数、認知症介護頻度、認知症介護成功体験の有無、頻度、認知症介護実施人数等及び、食事行為（食事中断・食事拒否・食事奪取・偏食・てづかみ）及び、着替え行為（重ね着・着替え拒否・使用済衣服の不管理・着衣失行・衣服盗み）に関する対応の留意点、重要視点の自由記述式回答の設問にて構成された。

またエキスパートモデルに関する調査における回答者の基本属性に関しては、3種類の調査とも、「年齢」「性別」「所属事業種」「勤続年数」「所有資格」「役職」「最終学歴」「介護経験年数」をエキスパート群と新人群の共通項目として設定した。

### 2) 入浴・整容行為に関する支援のアセスメント調査班（矢吹担当）

調査対象者は、平成13年度1回目～平成19年度第2回目までの認知症介護指導者研修を修了した全国の認知症介護指導者996名より、受講時期、地域を勘案し2段階層化抽出を行い、入浴に関するアセスメント調査が165名、整容に関するアセスメント調査が163名を対象とし、比較群として指導者が所属する事業所の経験1年未満の新人職員も同数を対象とした。調査方法は、入浴及び整容に関する架空事例を5つずつ作成し、対応の視点に関する自記式質問紙を郵送にて配布し、返送にて回収する郵送調査を実施した。調査内容は回答者属性として、年齢、性別、所属事業所、所有資格、役職、教育歴、介護経験年数、勤続年数、認知症介護年数、認知症介護頻度、認知症介護成功体験の有無、頻度、認知症介護実施人数

等及び、入浴行為（入浴拒否・出浴拒否・介助拒否・洗髪拒否・浴槽栓抜き）及び、整容行為（歯磨き拒否・入れ歯拒否・洗顔拒否・耳掃除拒否・うがい失行）に関する対応の留意点、重要視点の自由記述式回答の設問にて構成された。

### 3) 排泄行為・BPSDに関する支援のアセスメント調査班（吉川担当）

調査対象者は、平成13年度1回目～平成19年度第2回目までの認知症介護指導者研修を修了した全国の認知症介護指導者996名より、受講時期、地域を勘案し2段階層化抽出を行い、排泄に関するアセスメント調査が162名、BPSDに関するアセスメント調査が165名を対象とし、比較群として指導者が所属する事業所の経験1年未満の新人職員も同数を対象とした。調査方法は、排泄及びBPSDに関する架空事例を5つずつ作成し、対応の視点に関する自記式質問紙を郵送にて配布し、返送にて回収する郵送調査を実施した。調査内容は回答者属性として、年齢、性別、所属事業所、所有資格、役職、教育歴、介護経験年数、勤続年数、認知症介護年数、認知症介護頻度、認知症介護成功体験の有無、頻度、認知症介護実施人数等及び、排泄行為（トイレ以外の放尿・便器外の放尿・おむつ流し・おむつ交換拒否・便器で手洗い）及び、BPSD（徘徊・無断外出・夜間起き出し・帰宅願望・質問の繰り返し）に関する対応の留意点、重要視点の自由記述式回答の設問にて構成された。

### 3. 認知症ケアアセスメントに関するヒアリング調査（内出担当）

調査対象は、特別養護老人ホームのユニット及びグループホームの介護職員14名であり、調査対象者の日常的な認知症ケア場面をビデオ撮影し、後日ケアの意図、その観察根拠、より望ましいと感じるケア等の価値観、アセスメント視点に関するヒアリング調査を実施した。観察対象となった入居者は、事前に本人および家族から同意の得られた人とし、「ケア環境によりBPSDの出現が左右されやすいと判断した認知症高齢者」という理由で選定した。調査期間は、平成20年2月27日から3月12日までの15日間である。方法は、①入居者と介護職員の日常的な関わりを一日にわたり撮影。その撮影したものを入居者一人につき30分の内容にまとめた。一人あたり2から4場面とし、それぞれの場面は基本的にノーカットとした。②看護学を専攻するE大学の学生2名と施設介護職員1名により、撮影したDVDを時間見本法により観察し、所定の記録用紙に1分間毎に、入居者の行動、介護職員の関わり、入居者の反応およびケアのoutcomeの指標として入居者の感情反応を分析しカテゴリー化した。カテゴリー化に関してはREPD Sの改訂版(2002)を使用し、Positive反応、Negative反応、Neutral反応、その他の反応にカテゴリー化した。③また、撮影後、3日以内にその関わった介護職員に対して撮影したDVDを視聴してもらい、その時の関わり（支援行動）の意図、根拠について自由にかつ詳細に記述してもらった。④そして、関わった介護職員が所属する施設職員に複数集まってもらい、視聴しながら関わりの根拠、望ましいケア、望ましくないケアの価値観、アセスメントの視点等についてディスカッションを実施した。

## C. 結果と考察

### 1. 認知症高齢者の生活障害モデル把握調査（内藤担当）

回答は、特別養護老人ホームと認知症対応型共同生活介護事業所を合わせて 5,383 カ所から返送され、回収率は 34.7%であった。回収された調査票は合計 19,161 名分であり、性別・年齢・要介護度が不明な調査票は分析から除外され、計 18,236 名分（有効回答 29.4%）が解析の対象となった。分析は、まず食事、排尿、入浴、着替えの状況に関する項目をそれぞれ主成分分析に基づいたいくつかの合成得点に縮約した。摂食について 15 項目のニーズについて因子分析の結果 4 因子が抽出され、「食事に対する認知」「食事動作」「食欲の過剰」「食欲のなさ」と命名した。排尿についての 20 項目のニーズについて因子分析の結果 6 因子が抽出され、「排尿に対する認知」「オムツ介助」「排尿感がなく漏らしてしまうことがある」「ポータブルトイレ使用」「排尿介助への嫌悪」「カテーテル使用」と命名した。入浴について 14 項目のニーズについて因子分析の結果 3 因子が抽出され、「動作の困難」「入浴の拒絶」「清拭のみ」と命名した。着替えについて 17 項目のニーズについて因子分析の結果 3 因子が抽出され、「動作の困難」「着替えに対する認知」「着替えの拒絶」と命名した。

これらの因子分析によって得られた各因子について、介護ニーズの尺度得点の検討を行った。その結果各因子の信頼性は良好であったが、摂食の「食欲の過剰」「食欲のなさ」は信頼性が低く、尺度として用いるには課題があると考えられ、今後尺度の実用化を進めていく上で検討が必要であるという結果であった。

次に「食事」「排尿」「入浴」「着替え」の 4 つの介護ニーズ別に各因子に基づく尺度得点を用いて対象者のクラスター分析を行った。その結果得点のパターンが示す状態像については、さらに詳細に整理・検討することが今後の課題として明らかにされ、特に人数が非常に多いクラスターについては、個人差を可能な限り明らかにできる分析が必要であることが示唆された。

さらに各クラスターの特徴を明らかにするために、「食事」「排尿」「入浴」「着替え」ごとに要介護度、中核症状、周辺症状についてのクラスター間の比較を行った。具体的にはクラスター分析に基づく対象者のグループ分けと要介護度や介護職員が評定した介護の必要性（全介助、一部介助、見守り等）との一致や、そのグループに特有な状態像の項目を明らかにすることで、それぞれのグループ分けの妥当性と介護の方法を選択するために重要視すべき情報について検討することができた。その結果、例えば摂食介護ニーズによる第 11 クラスター（状態像パターン：食事の認知 3，食事動作 4，食欲過剰 4，食欲なし 1）は平均要介護度が最も高く、中核症状（記憶，コミュニケーションとも）も最も重篤であったが、周辺症状はいずれも軽度である特徴を持っていたなどの傾向が見られた。

本研究では、認知症高齢者の日常生活上の介護ニーズの出現パターンを数量的に明らかにし、そのパターンに関連する認知症の中核症状や周辺症状と日常生活動作等の状態像との関係を明らかにすることで、介護ニーズの判断に資するための基礎資料を得ることができた。

今後は今回の解析データをより詳細に分析し、実用的な指標を作成する段階に来ている。また得られた情報から適確に妥当な介護手法を選択するためには、多くの情報から実用的にニーズや状態像の判断を行い、特徴を明らかにするプロセスを検討することも重要な課題と

いえる。

## 2. 認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査

### 1) 食事・着替え行為に関する支援のアセスメント調査班（阿部担当）

食事行為に関するアセスメント調査については、調査対象施設 163 事業所中 45 事業所より回答が得られ、有効回収率は 27.6%であった。対象者概要は、エキスパート（認知症介護指導者）45 名（以下指導者）、介護経験 1 年未満職員 45 名（以下新人）であった。平均年齢は指導者が 47.6 歳、新人職員 28.4 歳であり、指導者の年齢は新人よりも有意に高いという結果であった。性別割合は指導者が男性 36.4%、女性が 63.6%、新人が男性 35.9%、女性 64.1%であり、有意な関連は見られなかった。職名、資格に関する特性は、新人の 68.6%がケアワーカーで、そのうち 57.1%が介護福祉士、45.7%がヘルパーであったのに対し、指導者は 68.2%がケアマネージャーであった。勤続年数に関しては、指導者が平均 10.7 年、新人が平均 10.3 ヶ月、総介護経験年数は、指導者が平均 15.1 年、新人が平均 1.4 年であり、いずれも指導者の方が長いという結果であった。さらに認知症介護経験年数をみると、指導者の平均が 12.3 年、新人が 11.7 ヶ月であり、指導者の方が有意に長いという結果であった。認知症介護の頻度については、指導者の 8 割以上、新人の 9 割以上が週に数回～毎日介護をしており、両者に有意な差は認められなかった。今までの認知症介護実施人数については、指導者が平均 191.7 人、新人が 33.1 人と有意に大きな違いがみられた。認知症介護の成功体験の有無については、指導者の 97.7%、新人の 82.5%が有り、新人の 17.5%が無しであり、有意に指導者の成功体験が多いという結果であった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 17.1%が毎身体験しており、新人の 16.1%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

食事行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、食事中断事例では健康状態、食の嗜好、食事量、排泄状況、口腔状況、食事雰囲気、刺激、嚥下機能、満腹感等の視点が、食事拒否事例では、体調、健康状態、食事量、食の嗜好、認知機能、排泄状況、空腹感、食環境、口腔状況の視点が、隣人の食事奪取事例では、食環境、空腹感、認知機能、視力、食の嗜好、認知症の原因疾患、食習慣、食事量、人間関係、生活暦、食器の配膳状況等の視点が、偏食事例については、食の嗜好、食習慣、食材、食事量、配膳、健康状態、職員の対応、味覚、認知症の原因疾患、認知機能、視力等の視点が、食事の手づかみ事例では認知機能、食器、上肢機能、食習慣、認知症の原因疾患、配膳、空腹感、職員の対応、使用食材、調理方法等が選択率の高い項目であった。

着替え行為に関するアセスメント調査については、調査対象施設 168 事業所中 45 事業所より回答が得られ、有効回収率は 26.8%であった。対象者概要は、認知症介護指導者 45 名、介護経験 1 年未満職員 42 名であり、平均年齢が指導者 45.0 歳、新人職員 25.7 歳であり、指導者の年齢は新人よりも有意に高いという結果であった。今までの認知症介護実施人数については、指導者が平均 115 名、新人が 34 名と大きな違いがみられ、認知症介護の成功体験の有無については、指導者の 100%、新人の 89.5%が有りと回答していた。新人の 10.5%が

無しという結果であり、有意に指導者の成功体験が多いという結果であった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 47.6%が週に数回は体験しており、新人の 38.2%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

重ね着・着替え拒否・使用済衣服の不管理・着衣失行・衣服盗み事例など着替え行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、生活歴、習慣、日常生活の行動状況、認知機能等の視点は新人と共通した部分であるが、指導者特有の視点として精神、気分、本人の意志、気持ち、対人関係の視点は新人に比較して選択されやすい傾向が見られており、行動の原因を高齢者中心に捉えたり、周囲との人間関係による動的な状況の中でアセスメントしようとする特性が明らかとなった。

## 2) 入浴・整容行為に関する支援のアセスメント調査班（矢吹担当）

入浴行為に関するアセスメント調査については、調査対象施設 165 事業所中 46 事業所より回答が得られ、有効回収率は 27.8%であった。対象者概要は、認知症介護指導者 46 名（以下指導者）、介護経験 1 年未満職員 45 名（以下新人職員）であった。平均年齢は指導者 45.3 歳、新人職員 29.2 歳であり、指導者の方の年齢が有意に高かった。平均勤続年数は、指導者が 10.6 年、新人職員が 10.0 ヶ月であり、勤続年数は指導者の方が有意に長いという結果であった。認知症介護に関する平均介護年数は、指導者が 11.8 年、新人職員が 1.1 年であり、指導者の方が認知症介護経験が長いという結果であった。認知症介護に関する平均人数に関しては、指導者が 170.9 人、新人職員が 35.9 人であり、指導者の方が有意に多いという結果であった。認知症介護成功体験の有無に関しては、成功体験のある人が指導者で 97.8%、新人職員では 82.9%であり、指導者の成功体験が新人職員よりも有意に多いという結果であった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 32.6%が週に数回体験しており、新人の 25.0%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

入浴拒否・出浴拒否・介助拒否・洗髪拒否・浴槽栓抜き事例など入浴行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、全体を通して、指導者にも新人にも共通の視点として、入浴拒否事例では体調やバイタルを、出浴拒否事例では入浴時間、湯温を、介助拒否事例では介助者の性別を、洗髪拒否事例では洗髪時の反応を、栓抜き事例では認知機能の程度を重要視する傾向がみられ、全体を通じた指導者特有の視点としては、過去から最近までの入浴習慣や洗髪習慣、認知機能の程度をアセスメント視点として選択している傾向が認められた。

整容行為に関するアセスメント調査については、調査対象施設 163 事業所中 51 事業所より回答が得られ、有効回収率は 31.2%であった。対象者概要は、認知症介護指導者 51 名、介護経験 1 年未満職員 50 名であった。平均年齢は指導者が 44.4 歳、新人職員 28.4 歳であり、指導者の平均年齢の方が有意に高いという結果であった。平均勤続年数は、指導者が 10.9 年、新人職員が 1.3 年であり、勤続年数は指導者の方が有意に長いという結果であった。認知症介護に関する平均介護年数は、指導者が 11.4 年、新人職員が 1.2 年であり、指導者の方が認知症介護経験が長いという結果であった。認知症介護に関する平均人数に関しては、指導者が 154.6 人、新人職員が 55.5 人であり、指導者の方が有意に多いという結果

であった。認知症介護成功体験の有無に関しては、成功体験のある人が指導者全員が成功体験を有しており、新人職員の 86.7%と比較して指導者の成功体験が新人職員よりも有意に多いという結果であった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 34.7%が週に数回以上体験しており、新人の 26.3%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

歯磨き拒否・入れ歯拒否・洗顔拒否・耳掃除拒否・うがい失行等の整容行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、認知機能、口腔、耳、顔面の疾患に関する視点は新人と共通の視点であり双方の選択率は高かったが、指導者のみの視点として特徴的なのは職員の対応や日常生活の様子、生活習慣、生活歴を重要視していることが明らかとなった。

### 3) 排泄行為・BPSDに関する支援のアセスメント調査班（吉川担当）

排泄行為に関するアセスメント調査については、調査対象施設 162 事業所中 46 事業所より回答が得られ、有効回収率は 28.4%であった。対象者概要は、認知症介護指導者 46 名（以下指導者）、介護経験 1 年未満職員 44 名（以下新人職員）であった。平均年齢は指導者 47.1 歳、新人職員 26.8 歳であり、指導者の方の年齢が有意に高かった。平均勤続年数は、指導者が 10.5 年、新人職員が 10.3 ヶ月であり、勤続年数は指導者の方が有意に長いという結果であった。認知症介護に関する平均介護年数は、指導者が 12.3 年、新人職員が 1.0 年であり、指導者の方が認知症介護経験が長いという結果であった。認知症介護に関する平均人数に関しては、指導者が 314.5 人、新人職員が 256.6 人であり、指導者と新人職員に有意な差は認められなかった。認知症介護の成功体験の有無については、指導者の 100%、新人の 87.5%が有り、新人の 12.5%が無しであり、有意に指導者の成功体験が多いという結果であった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 25.0%が週に数回以上体験しており、新人の 37.1%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

トイレ以外の放尿・便器外の放尿・おむつ流し・おむつ交換拒否・便器で手洗い等の排泄行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、トイレ習慣、排泄パターン、認知機能、トイレ環境、職員の対応、見当識、トイレの形状、尿意、職員との関係性について選択率が高い結果となった。新人の視点との比較において、指導者の視点の特徴としては、職員の対応や本人の気持ちや意志を重要視したアセスメントが多く、行動の原因およびケアの判断基準や方向性が本人中心の視点と、関わり方の問題を重視していることが明らかとなった。

BPSDに関するアセスメント調査については、調査対象施設 165 事業所中 46 事業所より回答が得られ、有効回収率は 27.9%であった。対象者概要は、認知症介護指導者 45 名、介護経験 1 年未満職員 46 名であった。平均年齢は指導者 41.9 歳、新人職員 28.9 歳であり、指導者の方の年齢が有意に高かった。平均勤続年数は、指導者が 9.4 年、新人職員が 1.0 年であり、勤続年数は指導者の方が有意に長いという結果であった。認知症介護に関する平均介護年数は、指導者が 10.3 年、新人職員が 1.1 年であり、指導者の方が認知症介護経験が長いという結果であった。認知症介護に関する平均人数に関しては、指導者が 228.0 人、新人職員が 31.1 人であり、指導者の方が有意に多いという結果であった。認知症介護の成

成功体験の有無については、指導者の 97.5%、新人の 90%が有り、新人の 10%が無しであり、やや指導者の成功体験が多いが、有意な差はなかった。成功体験者の成功体験頻度についても、指導者の 29.4%が週に数回以上体験しており、新人の 23.5%はまれにしか経験していない事が明らかとなった。

徘徊・無断外出・夜間起き出し・帰宅願望・質問の繰り返し等の BPSD に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、徘徊では、本人の意図や目的、排泄状況の確認の必要性は新人と同様であり、指導者の視点としては生活歴を重要視している点が特徴的である。無断外出については、認知機能や時間帯については新人と同様であるが、生活歴の確認や本人の意志や心理をくみとろうとする視点は指導者の特徴である。夜間起きだしについては、食事量、排泄状況、活動量をアセスメントする視点は新人と同様であり、居住環境、睡眠状況、服薬状況の視点は指導者に特徴的な視点であった。帰宅願望については本人の意志、気持ち、家族との関係、家族構成の視点は新人と同様の視点として重要視されており、居場所の有無、環境適応、他者との関係性の視点については指導者特有の視点であった。質問の繰り返しについては、認知機能の程度や職員の対応を確認することは新人と同様の視点であり、指導者特有の視点としては、認知症の種類や原因疾患、生活歴の確認が特徴的な視点であった。

### 3. 認知症ケアアセスメントに関するヒアリング調査（内出担当）

#### 1) 入居者の感情反応について

入居者の感情反応については、Positive 反応 72.0%、Negative 反応 9.7%、Neutral 反応 7.1%、Others 11.2%という結果であり、どの事例においても Positive な感情反応の占める比率が高かった。入居者の Positive 反応は 7 割に認められ、Negative 反応が 1 割に満たなかったことから、調査施設のグループホームやユニットケアで生活している認知症高齢者は一日を通じて、介護職員の関わりにより、快感情が多く占められていることが理解された。先行研究では、グループホームやユニットケアは「生き生きと」「意欲を持って」「心穏やかに」「楽しく」等の代名詞に表現されており、今回の結果からもそのことが証明され、Positive に過ごしていることが示された。また、認知症高齢者の感情表出は介護職員の関わりと深く結びついていることが明らかになった。

#### 2) 介護職員の関わりの意図

介護者の関わりの意図については、14 名の介護職員のインタビューから多数の意図が抽出された。また、一つの関わり行動についても複数の意図の存在も確認することができた。さらに、表現に多少の違いはあっても関わりの意図として捉えてみると、いくつかのまとまりに分類することができ、介護職員の関わりの動議付けを確認することができた。その指標として、マズローの欲求段階モデルを応用し、身体状況や安全性に配慮した最低限必要な「生命維持」のための関わり、馴染みの関係や共感、安心感を持ってもらう等「人、社会との関係性」を重視した関わり、可能性、創造性、自尊心、価値観等を大切に「自己実現」のための関わりと 3 つの大項目に分類し、中項目にはそれぞれにインタビューから抽出された

意図を当てはめていくことが可能となった。

### 3) 感情反応と関わりの意図との関係

感情反応と関わりの意図と関係に関して、介護者の支援行為に対する outcome の指標として、4 人の入居者の感情反応を調査することで、支援の成功、不成功を振り返った。

これらの結果から、今回の研究では、Positive な感情反応を示す割合が高い背景には、一人ひとりの入居者の行動をはじめとし、その人の人となりまでも理解していることが認識された。中核症状から生じる生活上の不自由、まごつきをカバーできていることが、少ない事例ではあるがうかがい知ることができた。一方通行ではなく、双方向のコミュニケーションであり、相手の意を汲み取ることで本人と介護者の共有部分が多くなり、ズレが少なくなっていると思われる。その人の行動パターンをよく理解している介護者がアセスメント・ポイントを押さえて指導することにより、BPSD の出現を予防することの必要性も示されていた。このことから、新人研修等を実施する際は職員にとって心配な行動を入居者がとることが予想される場合は buddy system のような入居者を理解している熟練度の高い先輩職員と新人職員が 2 人 1 組となって関わるシステムが有効と考えられた。また「感情反応と関わりの意図との関係」に関して、介護者一人一人が持っている倫理観、価値観などの違いが介護アプローチに影響を与えている事実から、介護者がチームで共通認識することが大切であることも理解された。本研究は、4 事例と少ない調査ではあったが、入居者の感情反応を介護者の関わりの outcome としての指標の一つとして成り得たことは大きな収穫であった。入居者の行動を的確に観察し、関わりの際に何が大切な視点なのかを見極めることの重要性が示唆された。

今後の研究課題として、関わる際の支援の根拠、観察視点などを体系化し、誰でもどこでも最低限の関わりから豊かな関わりまでを明文化することが必要と思われた。

## D. 結論

### 1. 今年度の研究成果

本研究は 3 ヶ年継続研究の 2 年目にあたる研究であり、初年度の研究結果を受け、認知症高齢者の生活行為（入浴、食事、排泄、移動、着替え、整容等）障害へのアセスメントに関するエキスパートモデルを検討し、ケア評価指標作成のための基礎資料を得ることを目的に、認知症高齢者の生活障害モデル把握調査研究と、認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査研究、それに認知症ケア実施に至る判断過程を明らかにすることを目的としたヒアリング調査を行った。

#### 1) 認知症高齢者に対する日常生活介護のニーズと状態像に関する研究

認知症高齢者のタイプ別生活障害モデルと、エキスパートの生活障害別、アセスメント情報および根拠の特徴が示され、障害別の標準的アセスメントモデルが明確化されてきた。

日常生活介護のニーズと状態像に関する研究において、例えば食事については、食事の認識と中断に関する課題、ADL による食事の課題、食欲が旺盛なことで生じる課題、不安や食欲



不振といった心理的課題といったパターンに分類することができた。その他にも認知症高齢者の日常生活上の介護ニーズの出現パターンを数量的に明らかにし、そのパターンに関連する認知症の中核症状や周辺症状と日常生活動作等の状態像との関係を明らかにすることで、最終目標である尺度作成のための資料が得られている。

## 2) 認知症ケアにおけるアセスメントモデルの構築に関する研究

認知症ケアアセスメントのエキスパートモデルに関する調査では、認知症高齢者の生活行為障害へのケアアセスメントについて、認知症介護エキスパートと新人職員のアセスメントの共通した視点と、認知症介護エキスパート特有の視点が明らかになってきた。

「食事行為」に関する指導者のアセスメント視点は、認知機能や認知症の種類を中心とした「認知症に関する情報」、食事の質や量等の「食事自体の状態」、配膳や食器、席の位置、温度、刺激など「食事の物理的環境に関する事」、食事中の顔ぶれや会話など「人的な環境に関する事」、食事の時間やスピード、食事前後の目線や表情など「食事行動中の本人の状態に関する事」、健康状態や身体機能、身体状態に関する「身体状況に関する事」、気分や興味・関心、気持ち、意図など「精神・心理に関する事」、家族、職員、他の高齢者など「他者との関係状態に関する事」、「生活歴」等が対応の際に留意する視点として選択されていることが明らかとなった。

「着替え行為」に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、生活歴、習慣、日常生活の行動状況、認知機能等の視点は新人と共通した部分であるが、指導者特有の視点として精神、気分、本人の意志、気持ち、対人関係の視点は新人に比較して選択されやすい傾向が見られており、行動の原因を高齢者中心に捉えたり、周囲との人間関係による動的な状況の中でアセスメントしようとする特性が明らかとなった。

「入浴行為」(入浴拒否・出浴拒否・介助拒否・洗髪拒否・浴槽栓抜き事例など)に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、全体を通して、指導者にも新人にも共通の視点として、入浴拒否事例では体調やバイタルを、出浴拒否事例では入浴時間、湯温を、介助拒否事例では介助者の性別を、洗髪拒否事例では洗髪時の反応を、栓抜き事例では認知機能の程度を重要視する傾向がみられ、全体を通じた指導者特有の視点としては、過去から最近までの入浴習慣や洗髪習慣、認知機能の程度をアセスメント視点として選択している傾向が認められた。

「整容行為」(歯磨き拒否・入れ歯拒否・洗顔拒否・耳掃除拒否・うがい失行など)に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、認知機能、口腔、耳、顔面の疾患に関する視点は新人と共通の視点であり双方の選択率は高かったが、指導者のみの視点として特徴的なのは職員の対応や日常生活の様子、生活習慣、生活歴を重要視していることが明らかとなった。

「排泄行為」(トイレ以外の放尿・便器外の放尿・おむつ流し・おむつ交換拒否・便器で手洗いなど)の排泄行為に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、トイレ習慣、排泄パターン、認知機能、トイレ環境、職員の対応、見当識、トイレの形状、尿意、職員と

の関係性について選択率が高い結果となった。新人の視点との比較において、指導者特有の視点の特徴としては、職員の対応や本人の気持ちや意志を重要視したアセスメントが多く、行動の原因およびケアの判断基準や方向性が本人中心の視点と、関わり方の問題を重視していることが明らかとなった。

「BPSD」(徘徊・無断外出・夜間起き出し・帰宅願望・質問の繰り返しなど)に関する指導者のアセスメント視点の特徴としては、徘徊では、本人の意図や目的、排泄状況の確認の必要性は新人と同様であり、指導者の視点としては生活歴を重要視している点が特徴的である。無断外出については、認知機能や時間帯については新人と同様であるが、生活歴の確認や本人の意志や心理をくみとろうとする視点は指導者の特徴である。夜間起きだしについては、食事量、排泄状況、活動量をアセスメントする視点は新人と同様であり、居住環境、睡眠状況、服薬状況の視点は指導者に特徴的な視点であった。帰宅願望については本人の意志、気持ち、家族との関係、家族構成の視点は新人と同様の視点として重要視されており、居場所の有無、環境適応、他者との関係性の視点については指導者特有の視点であった。質問の繰り返しについては、認知機能の程度や職員の対応を確認することは新人と同様の視点であり、指導者特有の視点としては、認知症の種類や原因疾患、生活歴の確認が特徴的であった。

認知症介護エキスパート(認知症介護指導者)は新人職員に比べて年齢や平均勤続年数、認知症介護に関する平均介護年数も長いだけでなく、認知症介護の成功体験や成功体験頻度も多い。これらのことが新人職員にはみられないエキスパートのアセスメント視点を生んでいくものと思われるが、これらの視点を抽出して認知症ケアツールにおけるアセスメント評価項目作成に役立てていくことになる。

障害事例全体における認知症介護指導者の視点の特徴は、新人に比較してアセスメントの視点数が多く(平均項目数:指導者 37.2 項目、新人 26.1 項目)、新人が本人の外見的な情報のみを重視しているのに対し、周囲の雰囲気や刺激など環境情報や、職員、家族、高齢者など他者との関係性、生活史、気持ちや心理を重要視しており、行動障害の原因を本人の状態だけでなく、周囲からの影響による心理状態を主な原因として捉えている傾向が明らかとなっている。

### 3) 認知症高齢者への支援行為(関わり)の判断過程に関する研究

認知症ケアアセスメントに関するヒアリング調査では、調査施設のグループホームやユニットケアで生活している認知症高齢者は一日を通じて、介護職員の関わりにより、快感情が多く占められていることや、認知症高齢者の感情表出は介護職員の関わりと深く結びついていることが明らかになった。また介護スタッフの支援行為(関わり)の判断の背景には、一人ひとりの行動をはじめとして、その人の人となりまでも理解していることが示された。そのことによるアセスメント・ポイントの適切性がBPSDの出現を予防していることも示唆された。さらに今後の課題としては、認知症の人に関わる際の根拠、観察視点などを体系化し、誰でもどこでもでも行える最低限の関わりから豊かな関わりまでを明文化することが必要

と考えられた。

## 2. 今後の方向性

今回行った3つの研究を通し、研究全体の成果として認知症高齢者の基本属性、身体能力、認知機能、精神状態、ADL、IADLのタイプ別生活障害像が明らかとなり、生活障害像に対応した認知症介護のケアアセスメント視点が整理され、今後の認知症高齢者属性及び生活障害のタイプに対応したケアアセスメント視点の抽出及びケア評価指標の基礎データを得ることができたと考えられる。

今後は、認知症介護エキスパートのアセスメントモデルを基にした生活場面別の詳細な障害事例を作成し、認知症介護エキスパートの実施ケア手順について調査を実施し、事例に対する望ましいケア行為についてデータを収集し、ケア行為の必要度合いについてランク評価を自記式質問紙法にて実施する。さらに認知症介護エキスパートによる認知症ケアランク及びアセスメントモデルを基に、基本的な生活場面別ケア行為及びアセスメント視点をA（高水準）、B（標準）、C（最低基準）に分類し認知症ケア評価項目及びアセスメント視点チェック項目を作成する。その上で、モデル施設を対象に評価シート試案を使用したケア評価を継続的に実施し、高齢者の障害状況の変化を測定し、評価項目の妥当性を検証する。更に評価前後の職員のアセスメント手法の変化、ケアプランの変化を調査し、評価の適切性を検証し、認知症ケア評価シートが完成することになる。

この評価シートの普及によって認知症ケアの実践現場にもたらされる効果は次のようになる。

- ①認知症ケアの標準モデルが具体的に提示され、評価ツールにより簡易評価が可能となる事で、今後増加が予測されるグループホーム、小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者用デイサービス等を代表とする認知症ケアサービスの水準の確保及び向上が期待できる。
- ②認知症ケア評価項目と高齢者評価項目を対応させて評価することにより、望ましい認知症ケアの方法の普及だけでなくケアの効果を評価する観点を意識づけることが可能となり、画一的なケアの提示ではなく高齢者本人の状態を基準とした根拠ある認知症ケアの確立が促進される。
- ③認知症ケアの標準モデルが確立されることにより、認知症に限定しない要介護高齢者における介護モデルとしての活用が可能となる。
- ④虐待、拘束、放棄など劣悪な認知症ケアを改善するためのガイドラインとして機能することが期待される。
- ⑤全国で実施されている認知症介護研修事業及び、各事業所での人材養成における評価基準となり、認知症ケア教育の目標として活用することが可能となる。

これら5点の効果が得られることは、これまで経験的に行われてきた認知症ケアの標準化につながることになり、この評価シートを用いることにより、認知症介護における最低基準のケア、標準的ケアが明らかになり、さらには、今後目指すべき高水準のケアが明確になっていくことになる。これらのことが認知症ケアの質の向上につながることになり、認知症の人

の生活の質の向上に果たす役割は大きいといえるだろう。

#### E. 参考文献

- 1) 冷水豊：認知症の人を取り巻く社会的環境－否定的意識環境の克服を目指して－。（日本認知症ケア学会編）認知症ケア標準テキスト；改訂・認知症ケアの基礎. 59－78, WP. 東京. (2004).
- 2) 赤城徹也, 足立啓：痴呆性高齢者の居住環境における環境行動的視点の重要性・日本痴呆ケア学会誌, 3(2)：230－238 (2004).
- 3) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護；高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて. 高齢者介護研究会報告書, 法研, 東京. (2003).
- 4) 認知症介護研究・研修仙台センター：介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業報告書, 平成17年度老人保健健康増進等事業による研究報告書. (2006).
- 5) 認知症介護研究・研修仙台センター：施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業, 平成18年度老人保健健康増進等事業による研究報告書. (2007).