

痴呆性（認知症）^(注) 高齢者介護現場の現状と課題

——職員が認識するケアと仕事上の負担との関連から——

種 橋 征 子

（文学研究科社会福祉学専攻博士課程後期）

I はじめに

近年高齢者の介護施設においては、入所者の個性と生活リズムを尊重した介護（個別ケア）が求められている⁽¹⁾。そもそも、人を尊重するということは、人間の持つて生まれた価値によるもので、その人が実際に何が出来るか、どのような行動をするかということに関係はなく、生活の主体者として生きる権利を尊重するということである⁽²⁾⁽³⁾。また、人は遺伝や環境の要素、生まれつきの知的能力や意欲、活動などの条件の違いにより個性を与えられ、それぞれ異なった生活体験や外的および内的条件を持っており、他の人とは異なる存在である。さらに、人は自分が二人としない独特な存在である⁽⁴⁾と意識し、一人の個人として対応されたいというニード、及び権利を持っているといわれている⁽⁴⁾。したがって、介護施設の入所者も、何らかのケアが必要であったり、生活の場が施設ということであって生活の主体者であることには変わりはなく、一個の全体的統一者（total organization）として尊重される必要がある⁽⁵⁾⁽⁶⁾。しかし、実際施設という集団生活の場においては、個を否定されるような支援が少なくなく、意図的に個の尊重を目標としなければならない状況

であつたと指摘されている。⁷⁾

生活施設である特別養護老人ホーム（以下、特養）は一九六三年に制度化されたが、当初は医学的管理の必要な高齢者の療養を目的にした医療系施設として構想されていた。そのため居室は六人部屋など多居室中心の大規模施設であり、個々の生活ニーズに基づくケアは重視されてこなかった。⁸⁾⁹⁾ その上、入所者の生活スケジュールは介護職員の仕事配分に左右され、¹⁰⁾ 集団を対象に管理と効率を重視した身体介護中心のケアが実施されていた。そういった中で、入所者の生活は施設内で完結し社会的な繋がりも閉ざされ、彼らの自律性や意欲は失われていったとされる。¹¹⁾ 一九八六年に医療系施設として発足し、病院と自宅の中間施設として設置された老人保健施設（以下、老健）も大規模施設であり、抱える問題は特養と同様であるといえる。¹²⁾

このような問題に対する介護現場の反省から、入所者の個別性を尊重したケアの必要性が認識され、家庭的な生活環境で、入所者・職員ともに少人数の関わりの中から信頼関係を築くグループホーム（以下、GH）やユニットケアというケアの方法が生まれた。¹³⁾ 厚生労働省も二〇〇一年には全室個室・ユニットケアを基本とした新型特養の整備を発表し、特養の居住環境を改善し、入所者の尊厳を重視したケアを推進している。¹⁴⁾

入所者の個別性を尊重したケアすなわち個別ケアは定義として定まったものはないが、看護や介護の分野においては、入所者が自分の個性や人間関係を保ち、生活上の問題解決やケア計画について参加、決定していくことができるように介護者が彼らの独自性を認め、個人のニーズや状況に合わせて援助することとして理解されている。¹⁵⁾ 個別ケアの提供について具体的には、施設職員が入所者を個人として理解すること、つまり彼らの従来の生活背景や生活習慣を理解し継続させることや、ケアプランの作成過程に入所者の参加を促すこと、入所者のプライバシーを確保することなどが、基本的な身体介護や安全性及び快適な物理的環境の提供を基盤としてさらに重視される。¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾ しかし、特養や老健など既存の大規模施設では、個別ケアを実現させるためのユニットケアなどの取り組みは始められたところであり、その実

現は容易ではない。⁽²³⁾ 先行研究における施設職員のインタビューや自由回答記述からは、個別ケア提供の阻害要因として、業務量の多さ、不十分な人員配置での個別ケアは業務の増加に繋がるとする職員の抵抗感、職員間のコミュニケーション不足や動線が長いといった生活環境の問題が指摘されている。⁽²⁴⁾ しかし、こういった現状を少しでも改善し、大規模施設での個別ケアを充実させるためには、職員が工作上的な負荷として認識している現象だけではなく、その背後にある原因について追求し、施設レベル、ユニットレベルなど負荷の次元やその構造を把握した上で、⁽²⁵⁾ 抜本的に改善策を検討する必要がある。

また、入所者の中でも、認知力や記憶力の低下等から不安症状や不適応行動などを呈し生活障害を抱えている痴呆性高齢者は、特に気持ちの理解、個人に適した刺激や環境の提供など個別性の高い介護や配慮が必要である。⁽²⁷⁾ 痴呆性高齢者は適切な意思伝達が困難であり、職員も彼らの気持ちを理解することも難しいが故に、職員の都合で物事が進められる危険性が高いといわれ、⁽²⁸⁾ 個別ケアが提供されにくい現状がうかがえる。このため、個別ケアを検討する際には特に個別対応が必要で、しかもそれが困難である痴呆性高齢者介護に焦点を当てる必要があると考えた。そこで、大規模施設における痴呆性高齢者に対する個別ケアの提供の充実を図るために、施設レベルやユニットレベルといった次元も視野に入れて、個別ケアの阻害要因とその改善策を検討することとした。

まず、第一段階として、施設規模に関わらず、個別性を重視したケアの提供に向けて施設職員がどのような介護目標、方針、介護方法等を必要と認識しているのか、実際の介護の中でどのような実現困難な課題を有しているのか、仕事上の負荷との関連性から明らかにし、第二段階として、大規模施設における個別ケアに影響を及ぼす仕事上の負荷の構造を考察し、施設が改善すべき問題点を検討することとした。ここでは、その第一段階として痴呆性高齢者介護に携わる介護施設職員に対し質問紙法を用いた調査を実施し、施設職員の認識する介護目標等とその実現を困難にしている要因を仕事上の負荷との関連性から分析した結果について報告する。

Ⅱ 研究方法

Ⅱ-1 調査対象者

本調査は痴呆性高齢者に対する個別ケアについての調査であるため、調査対象を痴呆性高齢者ケアに関する知識と経験を有する痴呆介護実務者研修修了者とした。痴呆介護実務者研修は、基礎課程と専門課程からなる研修で、痴呆介護技術の向上と痴呆介護の専門職員の養成を目的に、二〇〇〇年より都道府県を実施主体として開催されている。今回の調査対象者は専門課程修了者である。彼らは、所属施設においてチームリーダーとして活動するための能力養成を目的に、平成一三年度、一四年度に大阪府下全域（一四年度は大阪市は除く）から募集された。募集条件は、募集時点で痴呆介護実務者研修基礎課程もしくは二〇〇〇年以前に実施されていた痴呆介護研修を修了しており、介護実務に概ね五年以上従事した経験を有していることであった。

調査対象者は平成一三年度修了者四四名、一四年度修了者四六名と痴呆介護指導者養成研修修了者三名の合計九三名であった。一四年度修了者四六名と指導者養成研修修了者一名をあわせた四七名については、研修の最終日に調査票を配布し、その日のうちに記入させ、回収した。他の四六名は郵送調査であった。いずれも調査時期は平成一五年三月であった。

各年度における研修修了者は全員が異なる事業所の所属で、二年度に渡って同一事業所で参加したのは八一事業所のうち一一事業所であった。

回収率は集合調査が八五・一％、郵送調査が七三・九％であり、全体としては八一・七％であった。回収した七六名のうち無回答が一〇項目を超えた者と特養、老健、GH以外の所属の者あわせて二二名を除き六四名を有効回答とし

表1 分析対象者の属性

	13年度修了者	14年度修了者	全体
	(N=33)	(N=31)	(N=64)
	%	%	%
性別			
男	30.3	29.0	29.7
女	69.7	67.7	68.8
無回答	0	3.2	1.6
所属先			
GH	54.5	48.4	51.6
老健	9.1	19.4	14.1
特養	36.4	25.8	31.3
無回答	0	6.5	3.1
職種			
介護職員	39.4	48.4	43.8
看護師	0	3.2	1.6
介護支援専門員	6.1	3.2	4.7
サービス計画担当者	27.3	9.7	18.8
管理者（GH）	18.2	29.0	23.4
生活相談員	6.1	6.5	6.3
無回答	3.0	0	1.6
平均年齢	39.1歳（24～64歳）	38.8歳（23～58歳）	38.9歳（23～63歳）
無回答	1名	1名	2名
痴呆介護経験年数	6.2年（1～15年）	7.7年（1～24年）	6.9年（1～24年）
無回答	2名	4名	6名

た。この六四名のうち集合調査での回答者は三二名、郵送調査は三三名であった。分析対象者の属性は表1に示した。

II-2 調査項目

調査項目は、大きく二つに分けられる。一つ目は、施設職員が重要と認識している介護目標等を明らかにするための質問項目である。介護現場において痴呆性高齢者に対して必要と考えられる介護項目全四九項目について、その実現の程度と重要性の認識について質問した。二つ目は、施設職員の負荷の程度を明らかにするために、様々な仕事上の負荷を評定させた。仕事上の負荷については全二四項目で構成した。

痴呆性高齢者に対する介護項目については、先行研究^{(29) (33)}を参考に作成し、以下の五つのカテゴリーに分類した。

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

(1) 生活空間に関する問題（病院のような作りを改善、トイレや居室の場所がわかりやすい、自由に利用できる屋外スペースがある、を含む一〇項目）

(2) ADL・IADLの支援に関する問題（ADLなどの支援を必要ときに受けられるなど九項目）

(3) 生活上の配慮すべき問題（利用者の意思や選択の尊重、生活習慣の理解、使い慣れた私物を施設に持ち込める、を含む七項目）

(4) 新入所者の施設への適応の支援（他の利用者との交流を持てること、家族との関係を継続できること、職員との関係が良好であること、を含む一二項目）

(5) 介護職員に必要な知識と技術（痴呆症状をもたらす疾病の理解、権利擁護など法知識がある、痴呆性高齢者の気持ちの理解、生活歴を知ること、体調の変化を日頃から観察すること、を含む一一項目）

個別ケアといっても、介護の目的は基本的には障害や痴呆の有無や程度に左右されるものではない³⁴⁾。そのため、本調査における四九項目は痴呆のない高齢者に対する介護と通じる介護項目が多くを占める。しかし、介護の目的は障害や痴呆の有無や程度に左右されないとしても痴呆性高齢者は認知力や記憶力が低下しているため、痴呆のない高齢者に比較し配慮が必要な部分がある³⁵⁾。そこで、本調査では、介護項目全四九項目のうち、痴呆性高齢者の不安の除去と、彼らの意思や気持ちの理解を特に配慮すべき事柄と考え、「トイレや居室の場所がわかりやすい」、「痴呆性高齢者の生活歴を知ること」など一四項目を痴呆性高齢者特有の介護項目とした。これらの項目は前述の五つのカテゴリーに続く（一）内に示した。五つのカテゴリーのうち、「ADL・IADLの支援に関する問題」については痴呆性高齢者特有の介護項目は含んでいない。

各項目について、実現できている場合は○印、実現が十分ではない場合は△印を記入させた。重要性の認識については実現されているか否かに関わらず、痴呆性高齢者介護において必要と考えられる項目に関して、項目群の中で三つず

つ選択させた。

仕事上の負荷項目は、本調査に先立って特養で痴呆性高齢者に携わっている介護職員八名と生活相談員一名に対して実施した、日頃業務を通じて感じている痴呆性高齢者介護における負荷についての聞き取り調査結果を参考にした。回答方法は、「全くそう思わない」を1、「非常にそう思う」を5とした五段階評定法を用いた。

痴呆性高齢者に対して必要と考えられる介護項目については表2、仕事上の負荷項目については表3を参照された。

Ⅱ―3 分析方法

痴呆性高齢者に対する介護項目全四九項目について、実現しているとした回答の割合を実現率とし、その実現率から介護現場の現状を検討した。さらに、質問項目の各項目群で重要であるとした回答の割合を重要性の認識率とし、その認識率が高いにも関わらず、実現率が低い項目を抽出した。

痴呆性高齢者介護に関する仕事上の負荷二四項目については、因子分析によって仕事上の負荷因子を抽出し、重要性の認識が高いが実現困難な介護項目の実現率との関連を調べた。そして、その両者の関連性から実現困難な介護の障害要因を分析した。

Ⅲ 結 果

Ⅲ―1 分析対象者の属性

分析対象者の属性は表1に示したとおりである。一四年度修了者は研修終了時、一三年度修了者は研修終了一年が経

痴呆性（認知症） 高齢者介護現場の現状と課題

過した時点での調査であったため、両者には研修後の経験差や調査方法が郵送と集合という点で異なっている。これらが回答に影響を及ぼしている可能性があるため、両群の属性と回答に差が見られるのか確認した。

属性について両群を比較した結果、年齢や性別、痴呆介護経験年数に大きな差は見られなかった。

痴呆性高齢者に対する介護項目四九項目について、その実現と重要性の認識に対する両群間の回答の割合を一項目ずつ確認した。各項目について「実現されている」と回答した割合で両群間の差が一〇%を超えるのは六項目あり、いずれも一三年度修了者の実現率の方が実現率が高かった。六項目は、「他の利用者として過ごすスペースがあること」（一〇・九%）、「家族との関係を継続できること」（二一・〇%）といった他者との関係性を促進することに関する事柄や「必要な日常生活補助具がそろっていること」（二一・七%）、「適切な介護が安全に受けられること」（二一・三%）といった基本的な介護に関する事柄、「生活習慣の理解」（一〇・九%）、「痴呆性高齢者の気持ちの理解」（二二・五%）といった利用者個人の理解に関する事柄であった。重要性の認識率に関して、回答の割合に一〇%以上の差があったのは、「家庭に近い生活空間づくり」（一五・六%）、「利用者に自信を持ってもらうこと」（一一・〇%）の二項目で、これらも一三年度修了者の認識率の方が高かった。一三年度修了者の調査が研修終了一年を経過した時点であったため、各施設におけるその研修成果が実現率や認識率の差に影響を及ぼした可能性が推察される。

仕事上の負荷についても、後述の因子分析によって抽出された五因子を一三年度と一四年度修了者間で比較した。因子毎の平均評定値を比較した結果、いずれの因子も有意差（t検定）は見られなかった。

一三年度と一四年度の修了者の間で属性と仕事上の負荷に差が見られなかったことと、痴呆性高齢者に必要と考えられる介護項目における実現率と重要性の認識率について、両群間で差が最も大きいもので一五%程度であり、本研究の目的である施設職員が認識する介護目標等とその実現を困難にしている要因の分析に両群間の差が影響を及ぼすとは考えにくい。そのため、両群を区別せず合わせて後の分析を行った。

Ⅲ―2 介護現場の現状と課題

痴呆性高齢者に対して必要と考えられる介護全四九項目の実現率と重要性の認識率を表2に示した。全体を通して実現率が七〇%を超える項目は、「他の利用者と交流を持てること」、「家族の面会があること」、「体調の変化を日頃から観察すること」、「急変時の対応」、「家族との関係を継続できること」、「職員との関係が良好であること」、「他の利用者」と過ごすスペースがあること」の七項目であった。これらは、入所している痴呆性高齢者（以下、利用者）の人間関係や交流に関する事柄や健康管理に関する項目であった。特に、「他の利用者と交流を持てること」、「家族との関係を継続できること」、「職員との関係が良好であること」は人間関係や交流の良好さに関する項目である。施設においてなじみの人間関係を築くことは利用者の精神的安定に繋がるといわれている⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾。また、利用者は認知力の低下のため、体調の不調を自ら訴えることが困難である。それ故に利用者の体調の変化や管理には特に配慮が必要と考えられる⁽³⁸⁾。人間関係や交流の良好さに関する三項目と「体調の変化を日頃から観察する」を含めた四項目は、痴呆性高齢者に対して特に配慮が必要な介護項目であり、それらは介護現場において概ね実現されていることが示された。

逆に、実現率が三〇%以下と低かった項目は一一項目であった。五つの項目群のうち、実現率が三〇%以下の項目が最も多かったのは、「介護職員に必要な知識・技術」の項目群で、一一項目のうち「法制度に関する知識がある」、「自己覚知をすること」、「痴呆症状をもたらす疾病の理解」、「介護技術の向上」の四項目であった。いずれも、介護職員の専門性に関する事柄である。この四項目のうち、「痴呆症状をもたらす疾病の理解」は、痴呆症状の進行の見通しや、今後の対応を考える上では必要な事柄である⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾。また、「法制度に関する知識がある」は、痴呆症状があるが故に冒されやすい利用者の権利を守るために必要な知識であり、この二項目は特に配慮が必要な項目として挙げた項目であるが、介護職員の実現の程度は十分ではないことが示された。

実現率が最も低かった項目は、「新入所者の施設への適応の支援」に関する項目群の「地域で生活していた頃の活動

表2 痴呆性高齢者に対して必要であると考えられる介護項目に対する回答率 (%)

施設の種類	実現されている				重要である			
	GH	老健	特養	全体	GH	老健	特養	全体
分析対象者数	33	9	20	64	33	9	20	64
痴呆性高齢者（利用者）の生活空間について								
1 同じ形の部屋が並んだ病院のような作りを改善すること	42.4	11.1	0	25.0	15.2	33.3	10.0	15.6
2 生活感のない食堂のような不必要な空間を取り除き、日常の家庭生活に近い生活空間を作り出すこと	75.8	0	10.0	45.3	48.5	55.6	85.0	59.4
3 利用者自身の好みで、居室空間をレイアウトできること	69.7	22.2	10.0	42.2	39.4	66.7	45.0	45.3
4 トイレの場所や自分の居室の場所が、わかりやすいこと	72.7	22.2	45.0	57.8	33.3	44.4	40.0	37.5
5 利用者の居室が、職員の詰め所に近いこと	54.5	44.4	35.0	48.4	9.1	0	0	4.7
6 他の利用者とは過ごすスペース（セミパブリックスペース）があること	78.8	55.6	65.0	70.3	42.4	22.2	30.0	37.5
7 一人で過ごすスペース（プライベートスペース）があること	72.7	33.3	10.0	48.4	27.3	33.3	50.0	35.9
8 居室は個室であること	97.0	11.1	10.0	57.8	30.3	0	15.0	20.3
9 自由に利用できる屋外スペースがあること	36.4	22.2	10.0	26.6	30.3	33.3	30.0	31.3
10 フロアや居室で、生活に適した照明や採光ができること	60.6	44.4	35.0	51.6	15.2	11.1	0	9.4
日常生活動作（ADL）・手段的日常生活動作（IADL）支援について								
1 ADL や IADL（手段的日常生活動作）に関する支援が、必要な時に受けられること	78.8	0	15.0	46.9	39.4	22.2	30.0	34.4
2 施設外部との通信・連絡の手段が、確保されていること	66.7	55.6	60.0	62.5	9.1	0	15.0	9.4
3 利用者自身が、少しでも身の回りのことが自分で出来るという自信を持つこと	48.5	22.2	15.0	34.4	66.7	77.8	60.0	67.2
4 利用者が介護を受ける時に、職員が親身な態度であること	72.7	55.6	45.0	62.5	48.5	55.6	50.0	50.0
5 リハビリなど、機能回復に向けての活動の機会があること	48.5	88.9	50.0	54.7	15.2	33.3	5.0	14.1
6 必要な日常生活補助具がそろっていること	63.6	77.8	65.0	65.6	3.0	11.1	10.0	6.3
7 廊下や居室に通行の妨げとなるものがないこと	90.9	88.9	40.0	75.0	0	0	5.0	1.6
8 その人にあった介護方法で、介護を安全に受けられること	66.7	55.6	45.0	57.8	63.6	66.7	80.0	70.3
9 事故や体調急変時などに、適切な対応をしてもらえること	78.8	77.8	80.0	79.7	48.5	33.3	45.0	43.8
痴呆性高齢者（利用者）の生活全般にわたって配慮すること								
1 ついたてや扉等を使用し、生活空間において利用者個人のプライバシーを保護すること	63.6	66.7	45.0	57.8	12.1	11.1	20.0	14.1
2 職員が利用者個人のプライバシーを尊重すること	69.7	44.4	60.0	60.9	39.4	33.3	60.0	45.3
3 日常のケアの場面で利用者の意思や選択を尊重すること	51.5	44.4	40.0	45.3	87.9	66.7	60.0	76.6
4 職員が利用者個々人の生活習慣を理解し、尊重すること	48.5	11.1	30.0	35.9	63.6	77.8	80.0	70.3
5 利用者が日常生活で行ってきた家事や活動を継続できる設備が、整っていること	48.5	0	5.0	26.6	36.4	66.7	45.0	43.8
6 利用者の希望を反映させて、入浴や食事の時間を決めること	30.3	0	0	17.2	24.2	11.1	15.0	18.8
7 利用者が使い慣れた家具や私物を、施設に持ち込むことができること	84.8	22.2	15.0	53.1	30.3	33.3	20.0	28.1

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

施設の種類	実現されている				重要である			
	GH	老健	特養	全体	GH	老健	特養	全体
分析対象者数	33	9	20	64	33	9	20	64
新入所の痴呆性高齢者（利用者）が生活に馴染むために必要な支援								
1 ADL や IADL（手段的日常生活動作）に関する支援が、必要な時に受けられること	72.7	33.3	25.0	51.6	21.2	22.2	15.0	18.8
2 利用者自身が、人の役に立っているという自己有用感を得られること	45.5	0	10.0	26.6	27.3	44.4	30.0	31.3
3 利用者自身が、少しでも身の回りのことを自分で出来るという自信をもてること	63.6	33.3	25.0	45.3	24.2	33.3	30.0	28.1
4 希望を表出する機会が、確保されていること	60.6	22.2	35.0	45.3	36.4	44.4	35.0	35.9
5 希望がかなえられる見通しがあること	51.5	11.1	20.0	35.9	24.2	0	15.0	17.2
6 他の利用者と交流を持つことができること	90.9	88.9	80.0	87.5	24.2	11.1	35.0	26.6
7 地域で生活していた頃の活動に参加できること	15.2	0	10.0	10.9	12.1	22.2	0	9.4
8 地域で生活していた頃の人間関係を、継続させることができること	27.3	22.2	15.0	21.9	21.2	55.6	30.0	29.7
9 家族との関係を継続させることができること	87.9	66.7	60.0	76.6	45.5	33.3	25.0	39.1
10 家族の面会があること	90.9	77.8	85.5	87.5	12.1	0	15.0	10.9
11 居室空間を、利用者自身の好みにレイアウトできること	78.8	22.2	20.0	50.0	6.1	11.1	10.0	7.8
12 職員との関係が良好であること	84.8	44.4	65.0	73.4	42.4	22.2	60.0	43.8
痴呆性高齢者（利用者）を介護する職員に必要な知識と技術								
1 痴呆症状をもたらす疾病について理解すること	36.4	11.1	20.0	26.2	27.3	22.2	5.0	20.3
2 職員自身が、自己覚知をすること	30.3	0	10.0	20.3	12.1	22.2	20.0	15.6
3 痴呆性高齢者を一人の人間として、尊重する視点を持つこと	66.7	22.2	45.0	54.7	63.6	66.7	45.0	57.8
4 チームメンバーが、利用者についての情報を共有化すること	72.7	77.8	50.0	65.6	12.1	22.2	20.0	18.8
5 周辺症状として現れる、痴呆性高齢者の気持ちや訴えようとすることを理解すること	54.5	0	35.0	40.6	63.6	55.6	45.0	54.7
6 介護技術を向上させること	24.2	44.4	25.0	26.6	6.1	22.2	5.0	7.8
7 痴呆性高齢者の家族と良好な関係を作ること	60.6	22.2	45.0	51.6	15.2	0	10.0	10.9
8 権利擁護事業など、痴呆性高齢者の人権を守る法制度に関する知識があること	15.2	11.1	20.0	15.6	3.0	0	5.0	3.1
9 痴呆性高齢者とじっくり関わる時間を、十分取ること	54.5	11.1	5.0	32.8	42.4	55.6	55.0	46.9
10 痴呆性高齢者の生活歴を知ること	45.5	22.2	30.0	37.5	9.1	22.2	40.0	21.9
11 痴呆性高齢者の体調の変化を、日頃からよく観察すること	87.9	77.8	75.0	81.3	48.5	11.1	35.0	39.1

※特に痴呆性高齢者に配慮が必要な介護項目 14 項目についてはゴシック体で示した

に参加できること」で一〇％程度に過ぎない。「地域で生活していた頃の人間関係を、継続させることができること」の実現率も二〇％程度であった。これら二項目は、地域との関係の継続性に関する項目である。この項目群では他に「利用者に自己有用感をもってもらうこと」の実現率が三〇％以下であった。

他の項目群の回答に着目してみると、「生活上の配慮すべき問題」に関する項目群で、実現率が三〇％以下と低かったのは「希望によって入浴や食事の時間を決めること」や「日常生活で行ってきた事柄を継続できる設備が整っていること」の二項目であった。いずれも、利用者の意思を尊重し生活の継続性を支援する項目である。

生活空間に関する項目群では、「病院のような作りの改善」や「自由に利用できる屋外スペースがある」といった二項目の実現率が三〇％以下と低かった。これらは施設の構造に関する項目である。「病院のような作りの改善」については、長くて単調な廊下に同じようなつくりの部屋が並ぶといった非住宅的な環境は利用者の混乱や方向喪失を招くと指摘され、利用者に安心感を提供するためには物理的な環境の改善や配慮が必要である。⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ また、屋外スペースは施設の収容的な雰囲気から開放され、作業などで身体を動かしたり、自然の中には痴呆性高齢者の五感に働きかける刺激が多くその効用は広く知られており、これら二項目とも痴呆性高齢者に対して特に配慮が必要な介護項目として挙げた項目である。

「ADL・IADLの支援に関する問題」には実現率が三〇％以下と低かった項目はみられなかった。全般的に見ると他の項目群に比べてこの項目群は比較的实现されているといえる。

全四九項目のうち、特に実現率の低かった地域との関係に関わる項目と介護知識・技術に関する四項目に関して施設職員は重要と考えているのか、重要性の認識率を確認した。地域で生活していた頃の人間関係の継続に関する項目の重要性の認識率は二九・七％であったが、他の五項目は概ね二〇％以下で、重要性の認識も低かった。

こうした実現率が施設の種類により差異があるのか、同じ生活施設である特養とGHの間で比較した。実現率におよ

そ五〇%以上の差が見られた項目は一〇項目で、いずれの項目も特養の実現率が低かった。一〇項目のうち四項目が生
活空間に関する項目であり、内容は「個室であること」、「一人で過ごすスペースがあること」など、従来の特養の設置
基準では求められていなかった視点である。さらに、介護の質的な項目として、「ADLやIADLの支援を必要な時
に受けられること」、「利用者と同じく関わる時間をとること」が挙げられた。多人数の利用者の介護に追われ、利用
者に必要と思う援助も必要な時にできないという特養の問題点⁴⁶が明確に現れた結果といえる。

一方、重要性の認識率が五〇%以上と高かった項目は全四九項目のうち八項目であった。「利用者の意思や選択の尊
重」、「生活習慣の理解」、「適切で安全な介護を受けられること」、「利用者に自信を持ってもらうこと」、「家庭生活に近
い生活空間づくり」、「一人の人間として尊重する視点を持つこと」、「痴呆性高齢者の気持ちの理解」、「職員が親身な態
度であること」である。この八項目は、利用者の主体性や個人を尊重し、自立、自助及び安全や生活の継続性を保障す
るといった生活支援上の理念にあたり、このような生活支援の理念に対する介護職員の重要性の認識は深いことが示さ
れた。この八項目の実現率は三四・四%、六二・五%の間であった。そのうち実現率が五〇%以下で、重要性の認識は
高いが実現が困難であると考えられる項目は五項目であった。痴呆性高齢者に対し特に配慮が必要な項目である「生活
習慣の理解」、「利用者の意思や選択の尊重」、「痴呆性高齢者の気持ちの理解」の三項目と「家庭生活に近い生活空間つ
くり」、「利用者に自信を持ってもらうこと」であった。これらは、それぞれ利用者の個人としての理解、利用者の選択
の尊重、ライフスタイルの継続性、利用者自尊心をもってもらうことを意味しており、個別ケア充実に向けての介護
目標にあたりと⁴⁶考え⁴⁷られた。

Ⅲ-3 介護目標の実現に影響を与える仕事上の負荷要因

仕事上の負荷二四項目について共通の背景要因の存在が考えられたため、主因子法による因子分析（プロマックス回

表3 痴呆性高齢者介護に対する施設全体に関わる問題の因子分析結果（プロマックス回転）

	第1因子 家族・利 用者の理 解	第2因子 介護職員 の人間関 係	第3因子 介護職員 の介護技 能	第4因子 施設全体 の介護方 針・規範	第5因子 仕事の忙 しさ
20 家族が利用者の介護方針などを、施設にまかせ っきりしている	0.849	-0.107	-0.061	-0.013	-0.024
21 現在の痴呆性高齢者の状態像に対して、家族の 理解が乏しい	0.777	-0.018	0.075	0.026	0.057
18 入所理由が、主として、家族の事情によるもの になっている	0.700	-0.106	0.155	-0.038	-0.134
22 施設の介護体制に関して、家族の理解が乏しい	0.688	0.369	0.154	-0.148	-0.048
17 入所に対する利用者自身の目的理解が不十分で ある	0.444	-0.116	0.186	0.027	-0.002
16 地域住民の痴呆性高齢者に対する理解がない	0.408	-0.025	-0.019	0.086	0.063
19 家族が施設に対して、過度な期待をしている	0.384	0.215	-0.255	0.024	0.059
15 施設内で事故が起こった時の連絡体制が整って いない	0.267	0.218	0.168	0.040	0.025
5 介護職員間の人間関係がうまくいっていない	-0.125	0.803	0.221	0.015	-0.263
6 管理職と介護職員の間関係がうまくいってい ない	-0.034	0.702	0.041	0.091	0.210
12 施設側が過度の費用効果を期待している	0.112	0.439	-0.004	0.283	0.052
2 介護職員と利用者の家族とのコミュニケーション が不足している	0.232	0.385	0.001	-0.160	0.344
7 介護職員間で介護方針が統一されていない	-0.034	0.365	0.704	0.085	-0.047
8 介護職員が利用者の人権を尊重する意識が希薄 である	-0.057	0.147	0.596	0.437	-0.199
4 介護職員の介護技術が未熟である	0.030	0.431	0.540	-0.173	-0.014
23 ケアプランの作成、及びプランにそった介護が 提供できていない	0.223	-0.083	0.510	0.049	-0.018
11 利用者個人の生活活動を、必要以上に制約して しまうことがある	-0.036	-0.044	0.071	0.621	0.094
9 施設に痴呆性高齢者のケアに対する全体的な方 針がなかったり、生かされていない	-0.096	0.065	0.349	0.609	0.134
13 施設入所に適していない状態の利用者を入所さ せている	0.276	0.190	-0.395	0.592	-0.151
10 施設では、痴呆性高齢者が安心して生活できる 住環境が整っていない	-0.065	0.013	0.070	0.480	0.331
14 医療機関が、なかなか痴呆性高齢者の検査や入 院を受け入れてくれない	0.281	-0.042	0.186	0.309	-0.005
1 フロア内の介護職員の数が不足している	-0.163	0.196	-0.271	0.065	0.866
24 ケース記録など、記録物が多い	0.170	-0.456	0.160	0.169	0.742
3 介護職員と利用者のコミュニケーションが不足 している	-0.017	0.429	0.231	0.004	0.446

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

転)を行った結果、固有値一以上で七因子が抽出された。七因子のうち二つの因子で一つの質問項目に偏って高い負荷量を示したため因子数を五に指定し、再度因子分析を行った。抽出された因子は、「家族・利用者の理解」、「介護職員の間関係」、「介護職員の介護技能」、「施設全体の介護方針・規範」、「仕事の忙しさ」と考えられた(表3)。

こうした仕事上の負荷因子が五つの介護目標、すなわち「利用者の意思や選択の尊重」、「生活習慣の理解」、「利用者」に自信を持ってもらうこと」、「家庭生活に近い生活空間づくり」、「痴呆性高齢者の気持ちの理解」を実現する上での困難さに関連しているのかを分析した。まずそれぞれの介護目標について、実現していると回答している人を実現群、実現が十分ではないと回答している人を非実現群とした。そして、因子分析によって得られた五つの負荷因子それぞれに所属する項目、例えば第一因子では「家族が利用者の介護方針を施設にまかせている」、「痴呆性高齢者の状態像について家族の理解が乏しい」など六項目の評定値の平均を求め、これが、実現群と非実現群で統計的に異なっているか、検定によって比較した。その結果は表4に示したように、いずれの負荷因子でも、非実現群の平均評定値の方が高いことが示された。このことは、仕事上の負荷を強く感じている群では、五つの介護目標の実現が困難と感じていることを示している。そこで、仕事上の負荷の認識の強さが、介護目標の実現率と関連していると考え、非実現群の平均評定値が実現群に比べ有意に高く(5.8.05)、両群の評定値の差が大きい、すなわち0.60以上の差のある介護目標に着目し、その目標の阻害要因を分析した。

実現群と非実現群を区別せず全体的に見ると、職員が最も負荷を強く感じているのは、家族や利用者の施設介護に関する理解不足を示す「家族・利用者の理解」であり、全体の平均評定値は三・一五で、「そう思う」と「かなりそう思う」の間に位置していた(図1)。しかし、この負荷因子において非実現群の平均評定値が高く、実現群との間で差が大きかった介護目標は存在せず、この負荷因子と介護目標の実現率との関連性は弱いと考えられた。逆に、最も負荷の認識が低かったのは、上司や同僚との人間関係に関する「介護職員の間関係」で、全体の平均評定値は二・四八で、

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

表4 介護目標の実現群・非実現群における仕事上の負荷因子別の平均評定値

		第1因子 「家族・利用者の理解」				第2因子 「介護職員の間関係」				第3因子 「介護職員の介護技能」				第4因子 「施設全体の介護方針・規範」				第5因子 「仕事の忙しさ」			
		平均 評定値	差	t 値	P	平均 評定値	差	t 値	P	平均 評定値	差	t 値	P	平均 評定値	差	t 値	P	平均 評定値	差	t 値	P
		職員が利用者の個々人の生活習慣を理解し、尊重すること	実現群 非実現群	2.83 3.33	0.50	2.786	**	2.04 2.72	0.68	3.445	**	2.51 3.04	0.53	3.157	**	2.23 3.03	0.80	4.389	***	2.69 3.25	0.55
利用者自身が少しでも、身の回りのことを自分で出来るという自信を持てること	実現群 非実現群	2.92 3.27	0.36	1.946	n.s.	2.09 2.68	0.59	2.896	**	2.48 3.05	0.57	3.773	***	2.33 2.96	0.63	3.213	**	2.62 3.27	0.65	2.706	**
日常のケアの場面で利用者の意志や選択を尊重すること	実現群 非実現群	3.06 3.22	0.16	0.881	n.s.	2.23 2.69	0.46	2.285	*	2.71 2.97	0.26	1.541	n.s.	2.55 2.90	0.35	1.723	n.s.	2.98 3.11	0.13	0.546	n.s.
生活感のない大食堂のような unnecessary 空間を取り除き、日常の家庭生活に近い生活空間を作り出すこと	実現群 非実現群	2.94 3.31	0.36	2.072	*	2.03 2.87	0.84	4.684	***	2.58 3.10	0.52	3.153	**	2.31 3.06	0.75	4.364	***	2.46 3.53	1.07	5.266	***
周辺症状として現れる、痴呆性高齢者の気持ちや訴えようとすることを理解する	実現群 非実現群	2.94 3.30	0.34	2.034	*	2.14 2.71	0.57	2.881	**	2.45 3.13	0.67	4.569	***	2.40 2.97	0.57	2.981	**	2.63 3.34	0.71	3.091	**

t 検定：df=62 ***：P<.001 **：P<.01 *：P<.05

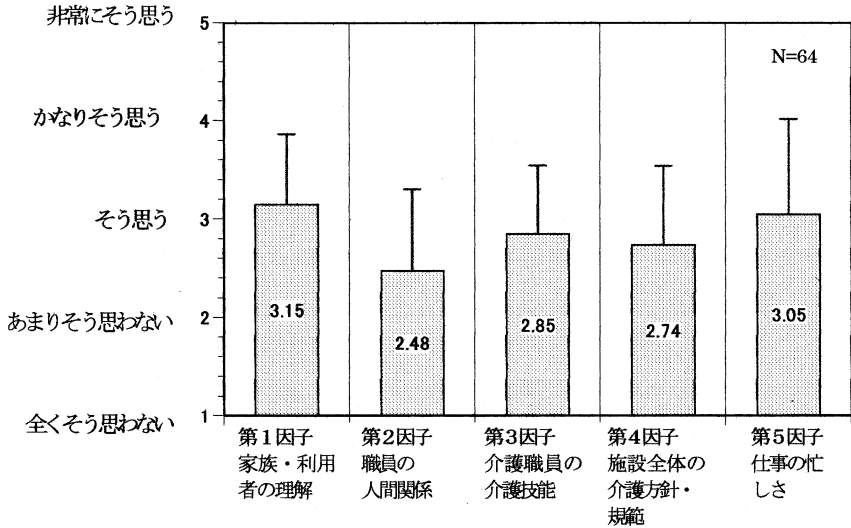


図1 仕事上の負荷因子の平均評定値

「そう思う」と「あまりそう思わない」の中間に位置していた。しかし、「生活習慣の理解」、「家庭に近い生活空間づくり」といった介護目標については、非実現群の方の平均評定値が高かった。これは、人間関係に関する負荷因子はその認識が十分ではないにも関わらず、特に「生活習慣の理解」、「家庭に近い生活空間づくり」といった介護目標の実現率の低下に関連する可能性を示している。

五つの介護目標の実現群・非実現群間で平均評価値に最も差が見られたのは、「仕事の忙しさ」を示す負荷における、「家庭に近い生活空間づくり」であり、差は1.07であった。「仕事の忙しさ」を示す負荷において両群間で平均評定値に差が見られた他の介護目標は「痴呆性高齢者の気持ちの理解」と「利用者」に自信を持ってもらうことであった。

実現群と非実現群間で平均評定値に差が見られた介護目標が最も多かった負荷は、「施設全体の介護方針・規範」と「仕事の忙しさ」で、いずれも三項目ずつであった。「施設全体の介護方針・規範」において差が見られた介護目標は、「生活習慣の理解」、「家庭に近い生活空間づくり」、「利用者」に自信を持ってもらうことであった。「仕事の忙しさ」において差が見ら

れた介護目標は前述のとおりである。それらはライフスタイルの継続性や職員の利用者に対する理解、利用者への自尊心の保持に対する支援を示す介護目標で、施設全体に関わる介護方針の問題や仕事の忙しさに関する問題が、個別ケアの実現に大きく関連していることを示唆している。

他に「介護職員の介護技能」を示す負荷について両群間の平均評定値に差が見られた介護目標は、「痴呆性高齢者の気持ちの理解」の項目であった。「介護職員の人間関係」の負荷は前述のように「生活習慣の理解」、「家庭に近い生活空間づくり」といった二つの介護目標で差が見られた。

仕事上の負荷因子が実現率の低下に最も関連すると考えられた介護目標は「家庭に近い生活空間作り」であった。「仕事の忙しさ」、「介護職員の人間関係」、「施設全体の介護方針・規範」の三つの負荷因子で非実現群の平均評定値が実現群に比べて高く、実現群との間で差が大きかった。逆に、介護目標の「利用者の意思や選択の尊重」は、いずれの負荷因子において実現群・非実現群間の平均評定値に大きな差は見られなかったことから、この介護目標の実現率と五つの負荷の関連性は弱いと考えられた。

IV 考察

IV-1 介護現場の現状と課題

本研究では分析対象者が六四名と少なく、わが国の介護施設全体の現状を反映しているとは言い難い。また、GHの職員が半数以上を占めているため、全施設を含めた集計結果では居室環境等の項目にGHの特性が強く現れているところがあるが、以下の結果が得られた。

介護現場の現状を痴呆性高齢者に対して必要と考えられる介護項目の五つの項目群毎にまとめた結果、利用者の基本

的な生活支援に関わる問題、介護職員に関わる問題、施設全体に関わる問題として大きく三つに分類された。

一つ目の利用者の基本的な生活支援に関する問題は、ADL・IADLの支援と、新入所者の施設への適応の支援に関する事項である。ADL・IADLの支援に関しては、実現率が三〇%に満たない項目は存在せず、他の項目群に比べると比較的实现率が高かった。ADL・IADLの支援は介護職員の基本的な役割であることを反映していると考えられる。この項目群のうち、「ADLやIADLの支援を必要な時に受けられること」は、支援を必要とする利用者の生活手段の確保、つまり生存権を保障することを意味する。この項目の実現率が五〇%以下ということは、介護現場では人としての基本的権利の保障がまだ十分ではない状況を示しているといえる。

新入所者の施設への適応の支援に関する問題については、重要性の認識率が五〇%を超える項目は存在しなかった。介護現場では、入所当初の段階において特に意識して行うべき支援内容が明確に認識されていないことが推察された。特養入所者の適応を規定する要因の一つは、対人場面で自信をもって行動できることといわれている⁸²⁾。本調査結果でも、利用者と介護職員、家族、他利用者など他者との人間関係に関する項目の重要性の認識率が概ね三〇%を超え、利用者の生活適応に対する人間関係の良好さの重要性は、比較的施設職員に認識されており、実現率も七〇%を超えている。特に痴呆性高齢者の精神的安定を図る上ではなじみの関係の形成が必要と言われているが、人間関係の良好さに関する項目の実現率の高さから、介護現場におけるなじみの関係作りに関しての取り組みは概ね実現されている現状がうかがえた。

二つ目の介護職員に関わる問題として、専門的知識や能力に関する事項が挙げられる。処遇理念（介護哲学）や専門的知識、専門的技術は、介護福祉士の専門性の基本的属性である⁸³⁾。しかし、本調査では介護に関する法制度や疾病といった専門的知識や対人援助職として必要な自己覚知、介護技術の向上といった専門的技術の重要性の認識率、実現率も三〇%以下と低かった。利用者の生活を安全を保障し個別ケアを提供するためには科学的根拠に基づいた介護の提供

が必要である。特に、痴呆性高齢者のケアに関しては専門的知識や技術の必要性が求められてきており、⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾個々の職員の見解と共に、自己研鑽や研修のあり方が問われる問題である。

三つ目の施設全体に関わる問題として、地域との関連性、生活空間作りの事項が挙げられた。住み慣れた地域で、なじみの人々とともに生活を送っていた利用者にとって、地域との関係の継続性は精神的安定のために必要な要素である。⁽⁵⁷⁾しかし、地域との関係に関する項目は施設の種類に関わらず、重要性の認識率・実現率ともに低い割合であった。地域との関係の継続性の困難さは、施設が郊外や人里はなれた環境にある等の立地条件が影響するため、⁽⁵⁸⁾今後施設建設における立地条件や他地域からの利用者も新たに関係を築けるよう地域との関わり方について検討が必要であると考えられる。

ここ二五年ほど、建築学の分野では痴呆性高齢者の住環境や特養の施設環境、環境評価の研究が増加し、住環境が職員や利用者の生活行動や精神的安定、ケアの質等に及ぼす影響について多様な知見が蓄積され、生活空間、環境整備の課題や効果が指摘されている。⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾特に痴呆性高齢者に対する施設環境整備では、安全性とわかりやすさを重視し、プライバシーの配慮や家庭的な環境づくりなど生活の継続性の支援が求められている。⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾しかし、施設職員は生活感のあるなじみの空間作りの重要性を認識してはいるものの、特に特養、老健といった既存の大規模施設では利用者個人の生活空間の確保が難しく、自由な生活空間作りや生活の継続性に対する支援が十分ではないことが本調査結果から示された。従来の設置基準による施設構造の改修や増改築は直ちには困難な問題である。しかし、既存施設において利用者の使い慣れた生活道具の配置や、ラテイス等のついたてを使用したしつらえを工夫することで生活環境を改善させた施設の取り組みがいくつか報告されている。⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾これらの報告には抜本的な増改築だけではなく、職員の出来る範囲での取り組みでも利用者の生活の質の改善に対する貢献の可能性が示されており、既存施設においては施設全体で環境改善に取り組み姿勢が望まれる。また、利用者の活動の場としてだけではなく治療的な意味でも屋外スペースの有効性は指摘されている

もの⁽⁸⁵⁾、わが国の施設環境の研究では、具体的に屋外スペースについての研究はみあたらない^{(86) (88)}。このことは本調査結果も示しているように、いずれの種類の施設でも自由に利用可能な屋外スペースの確保が十分ではないことが影響しているのではないかと推察される。今後、施設の改築や新築を計画する場合には、屋外スペースの確保が介護施設全体として考慮すべき課題として捉えることが必要であろう。

以上のように大きく三つの問題が指摘できたが、中でも利用者の基本的な生活支援に関する問題は利用者の生活保障に関わる問題である。この問題は職員個々の自覚だけでなく、仕事量や体制の問題も実現率に影響していると推察され、施設全体で早期に改善に取り組むべき問題であると考えられる。施設全体に関わる問題については、いずれもその事項の実現が十分ではなくても、利用者の安全や最低限の生活は保障される。しかし、利用者を一人の人として捉え、身体的、精神的な障害を持っていても、障害を持たない人々と変わらない暮らしを営むといったノーマライゼーションの理念に基づく生活支援のためには、さらに実現率を向上させることが必要であると考えられた。

また、痴呆性高齢者の不安の除去と彼らの意思や気持ちの理解に着目した特に配慮すべき介護項目一四項目の結果を見てみると、痴呆性高齢者の不安の除去につながる物理的生活環境の整備が十分ではないことが明らかになった。「使い慣れた私物を施設に持ち込める」の実現率は五〇%を超えているが、これは、GHの施設環境がほとんど個室であることを反映して実現率が八〇%を超えているためである。老健・特養では概ね二〇%以下という結果であり、多床室の大規模既存施設では不安の軽減にも繋がる私物の持込の制限が厳しい現実を示している。同様に「トイレや居室の場所がわかりやすい」の全体の実現率は五〇%を超えているが、特に老健では概ね二〇%という結果であった。しかし、なじみの関係作りを促進させうる人間関係の良好さに関する項目については概ね実現されており、不安の除去に関してはハード面に対応しきれない部分をソフト面で補えるよう配慮している介護現場の現状が推察された。

利用者の意思や気持ちの理解に関する「生活習慣の理解」、「利用者の意思や選択の尊重」、「痴呆性高齢者の気持ちの

「理解」の三項目は、個別ケアの介護目標にあたると思われる、重要性の認識が高い介護項目にも関わらず実現が困難であるという結果であった。このことは、介護現場においては介護目標として利用者の個別性の尊重は掲げられており、その目標の重要性について職員は認識してはいるものの、実際にはこの目標を達成するための具体的な介護方法が十分理解されていない可能性を示唆している。

IV-2 介護目標の実現に影響を与える仕事上の負荷要因

施設職員が重要性を認識しながら実現が困難な介護とは、利用者の個人としての理解、利用者の選択の尊重、ライフスタイルの継続性、利用者に自尊心をもってもらうこと、といった個別ケアを充実させるための介護目標にあたる事項であった。これらの介護目標の阻害要因を仕事上の負荷因子との関連性から分析した。

「家族・利用者の理解」等五つの負荷因子のうち、個別ケアを充実させるための介護目標に対して特に関連性が示されたのは、「仕事の忙しさ」と「施設全体の介護方針・規範」を示す負荷因子であった。この結果は、過重負担⁽⁷⁾や施設の組織管理⁽¹⁾の問題が、特になじみのある生活環境などライフスタイルの継続性や職員の利用者に対する理解、利用者への自尊心を保持する支援の実現に影響を及ぼす可能性を示唆している。

「仕事の忙しさ」について、多忙やあわただしさは過重負担に起因しており、利用者にとつくりと関わったり、環境改善に取り組むための時間の余裕がとれないだけでなく、職場内外の人間関係に影響を及ぼすといわれている⁽²⁾。人間関係に対する負荷は、仕事に対する満足度やモチベーションの低下、ストレスや抑圧、身体症状に影響を及ぼし、結果として利用者に対するケアの質を低下させることが指摘されている^{(3)・(4)}。また、介護施設は複数の職種、職員の連携・協働によって成立しており、職員の共通認識の下で一貫性のあるケアの提供が求められ、チームワークが重要な要素となる⁽⁵⁾。しかし、職員間に人間関係の葛藤が存在した場合、職員間の連携やケアの統一が図れず、結果的に利用者の混乱や不安

を招きケアの質の低下に繋がる可能性がある。本調査結果では、人間関係に対する負荷の認識は低かったものの、介護目標である「生活習慣の理解」や「家庭に近い生活空間づくり」といったライフスタイルの継続性に関する事柄の実現率の低下に関連している可能性が示されており、過重負担と同時に留意すべき負荷として捉える必要があると考えられる。

「施設全体の介護方針・規範」を示す負荷因子は、施設全体における介護方針や運営方針のあいまいさ、つまり施設としての理念・目標のあいまいさを示していると考えられる。

組織は単なる人の集まりではなく、明確な目的とその目的を合理的に達成するための構造と過程を持っており、構成員はその目的達成に積極的に協力することが求められる。⁷⁵⁾ 介護施設も、利用者の自立生活支援を目的とした意図的な組織である。このような組織においては、目的や目標が具体的に提示されることで、それに適合するような規範や基準が作られる。また、何をどこまですれば良いのかといった基準が定まることで、メンバーの適応が容易な環境が形成されるといわれている。⁷⁶⁾ したがって、施設の理念や目標のあいまいさに対して負荷を感じるような介護現場では、職員の価値基準や行動規範が定まらず、普段の介護に迷いが生じ、結果として利用者に対するケアの質の低下につながる可能性は高いと思われる。この負荷は五つの負荷因子のうち中位にあり、特に強く負荷として認識されているわけではない。しかし、この負荷は組織風土や文化にも関連していることから、⁷⁹⁾⁸⁰⁾ この負荷が軽減されなければ職員の職務不満足感やバーンアウト、人間関係の悪化に繋がる恐れがある。⁸¹⁾⁸²⁾ このため、職員が快適な職場環境の中で利用者ケアを提供できるよう、組織管理の問題として早急に検討する必要がある負荷ではないかと考えられた。

家族の理解に関する負荷は最も強く認識されており、利用者の支援上家族との連携も必要なため、⁸³⁾ この負荷を強く感じていれば、介護目標の実現率は低下すると考えられた。しかし、実現率との関連性は明確に示されなかった。これは、職員は家族等の施設に対する理解不足についての負荷を強く感じていても二四時間体制で介護を提供し、利用者の

生活がある程度保障できるため、介護目標の実現率に影響しなかったのではないかと考えられる。このことから、家族と職員が利用者に関する情報を共有し、同じ視点にたった生活支援の実現には至っていない現状が推察された。

本調査では、介護目標である「利用者の意思や選択の尊重」の実現率と五つの仕事上の負荷との関連性は強くないことが示された。本調査における仕事上の負荷については現場職員の顕在化された負荷項目から抽出された五つの因子で分析しており、介護現場における仕事上の負荷について全て網羅できているとは言いがたく、この介護目標の実現率には他の負荷要因が関連している可能性が推察された。特に、利用者の自律的行動の支援には、利用者の判断能力に対するアセスメントや選択を可能とさせる情報提示の仕方など、職員の技量が求められる⁽⁸⁾。このため、介護職員のアセスメント技能や利用者とのコミュニケーションの困難さなどの負荷が実現率に関連するのではないかと考えられた。しかし、本調査ではこのような利用者との関わりに関連した負荷についての質問項目を設定していなかったため、分析することが出来なかった。

V 結 論

個別ケアを充実させるための介護目標の阻害要因について仕事上の負荷因子との関連性から分析した結果、三つの問題点が関連している可能性が指摘できた。

- (1) 施設での生活空間づくりや施設全体の利用者に対する介護方針がはっきりせず、介護職員が指針とすべき方向性や介護方法が定まっていないこと
- (2) 職員配置数が十分ではない、業務も忙しく利用者に関わる時間も十分にとれないこと
- (3) 上司や同僚との人間関係がうまくいっていないこと

Coxらは、業務負担を仕事の背景に関連するものと仕事の内容に関連するものと大きく二つにまとめている⁸⁵⁾。これによれば、本調査結果は(1)の組織目標の不明瞭さと(3)の人間関係の問題は前者に、(2)の仕事の忙しさに関する問題は後者に分類され、これらは、対人葛藤や組織管理など組織関連要因の問題であった⁸⁶⁾。

以上の結果から、利用者に対する個別ケアを充実させるためには、施設全体に対する介護方針を具体的に実践可能なレベルで明確にし、周知させることで職員のケア内容に対する迷いを軽減させることや、職員の人員配置や業務密度にゆとりのある仕事の仕方などを検討する必要があると考えられた。

ま と め

本研究は、特に個別対応が必要な痴呆性高齢者介護に焦点を当て、施設職員が必要と認識している介護目標、方法等や実際の介護の中で有する実現困難な課題を明確にすることで大規模介護施設における個別ケア充実のための改善策検討の資料を得ようとし、介護施設職員に対して質問紙調査を行った。

その結果、利用者の不安の除去と彼らの意思や気持ちの理解に着目した特に痴呆性高齢者に配慮すべき介護項目一四項目からは、利用者の不安の除去につながる物理的生活環境の整備の実現は十分ではないことが明らかになった。逆に利用者の精神的安定に資する人間関係の良好さに関する項目については概ね実現されており、利用者の不安の除去に関しては、ハード面での対応は十分ではないが、その分ソフト面で補えるよう配慮している介護現場の現状が推察された。

施設職員が重要性を認識しながら実現が困難な介護として、(1)利用者個人として理解すること、(2)利用者の選択を尊重すること、(3)ライフスタイルを継続させること、(4)利用者に自尊心をもってもらうこと、といった個

別ケア充実のための介護目標にあたる事柄が挙げられた。これらの介護目標を阻害する要因として、仕事の忙しさ、施設全体の介護方針のあいまいさ、職員間の人間関係といった問題点が関連している可能性が指摘できた。これらの問題は職員個人の努力のみでは解決困難な問題である。今後の改善策として、施設全体の介護方針を具体的に実践可能なレベルで明確化し、周知させることと人員配置や業務密度にゆとりのある仕事の仕方の検討が必要であると考えられた。

ただし、本調査における仕事上の負荷は、現場職員の顕在化された負荷から構成されており、五つの種類しか抽出されていない。このため個別ケアの充実に向けた介護目標の阻害要因を説明するには十分ではない。本調査結果で明らかになった仕事の忙しさなど阻害要因と関連する可能性がある問題は、組織関連要因の問題として捉えられる。そういった問題を詳しく分析し、介護目標の阻害要因を明らかにするためには、組織関連要因を多面的に捉え、さらに利用者特性の問題など負荷の種類を幅広く採用し、分析する必要がある。

今後は、本研究結果を踏まえ、さらに仕事上の負担の種類を広げ、対象施設種別や職員の職種を限定した上で調査を実施し、大規模施設における個別ケアの提供の現状と実現困難な課題を構造的に考察して、具体的な改善策を検討していきたい。

（付記）本稿は本学大学院社会学研究科岡本民夫教授のご指導により執筆し、ご校閲を受けたものであり、ここに深く謝意を表します。

（注）二〇〇四年一月に痴呆症という呼称が認知症に変更されることが決まったが、本調査が実施されたのが変更時より以前のため、本研究では調査当時のまま痴呆という呼称を使用した。

文献

- (1) 高齢者介護研究会 (二〇〇三) 『二〇一五年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—』
- (2) Butryn, Z. T. (1976) "The Nature of Social Work" The Macmillan Press (＝川田誉音 (一九八六) 『ソーシャルワークとは何か』川島書店、五五—八五頁。)
- (3) 平岡蕃 (一九九六) 『方法論的視座からのケースワークの原理と原則』(編) 足立毅・佐藤俊一・平岡蕃 『ソーシャルケースワーク 対人援助の臨床福祉学』中央法規、一〇六—一二三頁。
- (4) Felix P. Brestek, S. J. (1957) "The casework relationship" Loyola University Press. (＝尾崎新・福田俊子・原田和幸 (訳) 『ケースワークの原則 援助関係を形成する方法』誠信書房、三三—五〇頁。)
- (5) 岡本民夫 (一九七三) 『ケースワーク研究』ミネルヴァ書房、一八三—一八六頁。
- (6) 小笠原祐次 (一九九五) 『介護の基本と考え方 老人ホームの仕組みと生活援助』中央法規。一七八—一九〇頁。
- (7) 小笠原祐次 (一九九五) 前掲書、一七八—一九〇頁。
- (8) 小笠原祐次 (一九九九) 『生活の場』としての老人ホーム その過去 現在 明日』中央法規、一五九—一六三頁。
- (9) 第四回ユニットケア全国セミナー実行委員会 (二〇〇二) 『施設福祉の今後の方向性について』『最新のユニットケアがわかる2』第四回ユニットケア全国セミナー実行委員会、二—七頁。
- (10) 林宰次 (一九八三) 『老人ホームにおける利用者の生活』(編) 山口善久 『福祉施設の管理と職員の役割』いなほ書房、一五七—一六〇頁。
- (11) 大森彌 (二〇〇二) 『高齢者介護 自立支援への変換』(編) 大森彌 『新型特別養護老人ホーム 個室化・ユニットケアへの転換』中央法規、一四—一六頁。
- (12) 荻田秋雄 (一九九九) 『老人保健施設』『老年精神医学雑誌』10(5)、五四九—五四四頁。
- (13) 武田和典 (二〇〇二) 『ユニットケアとは何か—なぜ、ユニットケアなのか』(編) 特養・老健・医療施設ユニットケア研究会・武田和典・池田昌弘 『別冊総合ケア ユニットケア最前線』医歯薬出版、二—四頁。
- (14) 厚生労働省 (二〇〇一) 『全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム (新型特養) の整備について』
- (15) Brown, S. J. (1992) Tailoring Nursing care to Individual client : Empirical challenge of a Theoretical Concept. Research in nursing & health, 15, 39—46.

痴呆性 (認知症) 高齢者介護現場の現状と課題

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

- (16) 入所施設における個別ケアの研究委員会（二〇〇四）『入所施設における個別ケアの研究』高齢者痴呆介護研究・研修東京セミナー
- (17) Cox, C. L. (1982) An interaction model of client health behavior : Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(1), 41-51.
- (18) Happ, M. B., Williams, C. C., Strumpf, N. E., et al. (1996) Individualized Care for Frail Elders : Theory and Practice, *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 6-14.
- (19) Chapman, S. A., Keating, N., Eals, J. (2002) Client-centered, community-based care for frail seniors, *Health and Social care in the community*, 11(3), 253-61.
- (20) Evans, L. K. (1996) Knowing the patient –The route to individualized care, *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 15-19.
- (21) Suhonen, R., Valimaki, M., Katajisto, J. (2000) Individualized care in a Finnish healthcare Organization, *Journal of clitical Nursing*, 9, 218-27.
- (22) Hawes, C. (1999) A key piece of the integration puzzle : Managing the Chronic Care Needs of the Frail Elderly in Residential Care Settings, *Generations*, 23, 51-55.
- (23) 京都府保健福祉部高齢化対策課・京都府老人福祉施設協議会（2003）『特別養護老人ホームにおけるユニットケア実践に向けて—個別ケアの充実のために—』
- (24) Gnaedinger, N. (2003) Changing in Long-term care for elderly people with dementia a report from the front lines in British Columbia, Canada, *Journal of Social Work in Long term care*, 2(3/4), 355-71.
- (25) Curry, L., Porter, M., Michalski, MA., et al. (2000) Individualized care and nurse's aides, *Journal of Gerontological Nursing*, 26(7), 45-51.
- (26) Cohen-Mansfield, J (1995) Stress in nursing home staff –A review and a Theoretical model, *Journal of Gerontology*, 14(4), 444-66.
- (27) 鎌田ケイ子（二〇〇一）「痴呆介護の基本的理念・原則」高齢者痴呆介護研究・研修セミナーテキスト編集委員会編『高齢者痴呆介護実践講座Ⅰ』第一法規、一八一-一九四頁。
- (28) 長谷川和夫（二〇〇二）「痴呆ケアの新しい道」『日本痴呆ケア学会誌』1(1)、三七-四四頁。
- (29) 下垣光・見玉桂子・影山優子・ほか（二〇〇二）「痴呆ケア実践のための環境指針の開発とその適応に関する研究(1)―痴呆性

- 高齢者への環境支援のための指針 Professional Environmental Assessment Protocol 日本版3の作成―『厚生科学研究費補助金 21世紀型医療開拓推進研究事業 平成13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』日本社会事業大学。
- (30) 狩野徹 (二〇〇二) 「痴呆性高齢者とケア環境の効果について」『日本痴呆ケア学会誌』 1(1)、二六―三二頁。
- (31) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センターサービス評価推進室 (二〇〇二) 『痴呆性高齢者グループホーム評価調査員研修テキスト二〇〇二年度版 資料集』高齢者痴呆介護研究・研修東京センターサービス評価推進室。
- (32) 全国老人福祉施設協議会 (二〇〇一) 『施設運営チェックリスト より良い介護・福祉サービスの確立に向けて』全国老人福祉施設協議会。
- (33) 鎌田ケイ子 (二〇〇二) 前掲書、一八一―一九四頁。
- (34) (編) 高齢政策センター (二九九九) 『高齢者施設ケアの実践綱領―イギリスの高齢者居住施設とナースینگホームの運営基準』学苑社、七頁。
- (35) 矢内伸夫 (一九九五) 『痴呆性老人の理解と介護』ワールドプランニング、九〇頁。
- (36) 村松茂 (一九九三) 「情緒・感情の安定」(編) 村地俊二・葛谷文男・井神隆憲 『痴呆老人百科』中央法規、二九九―三〇二頁。
- (37) 鎌田ケイ子 (二〇〇二) 前掲書、一八一―一九四頁。
- (38) 川室優 (二〇〇二) 「施設介護の在り方」『からだの科学』218、八五―八九頁。
- (39) 内藤佳津夫 (二〇〇二) 「痴呆介護の基本的方法」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 『高齢者痴呆介護実践講座Ⅰ』第一法規、二〇四頁。
- (40) 長谷川和夫 (一九九二) 「痴呆性老人の対応をどうするか」『老年社会科学』14 Supple. 11-22。
- (41) 高村浩 (一九九七) 「痴呆性高齢者の人権」『老年看護学』 2(1)、三六―三九頁。
- (42) 斎藤正彦 (二〇〇二) 「老年期精神医学と成年後見制度」『精神医学』 43(6)、五九三―九八頁。
- (43) Cohen, U. and Weisman, G. D. (1991) 『Holding on to home Designing Environments for People with Dementia』 The Johns Hopkins University press. (一九九五、岡田威海監訳・浜崎裕子訳 『老人性痴呆症のための環境デザイン』彰国社)。
- (44) 大橋美幸 (二〇〇二) 「生活環境づくり」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 『高齢者痴呆介護実践講座 痴呆性(認知症) 高齢者介護現場の現状と課題』

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

座Ⅰ』第一法規、二四三―四九頁。

- (45) Cohen, U. and Weisman, G. D. (1991) 前掲書
- (46) 小笠原祐次（一九九九）前掲書、三六―三八頁。
- (47) 小笠原祐次（一九九五）前掲書、一七八―一九〇頁。
- (48) Evans, L. K. (1996) 前掲論文
- (49) Happ, M. B., Williams, C. C., Strumpf, N. E., et al. (1996) 前掲論文
- (50) 下垣光・児玉桂子・影山優子・ほか（二〇〇二）前掲論文
- (51) Zingmark, K., Sandman, P. O., Norberg, A. (2002) Promoting a good life among people with Alzheimer's disease, *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 50-58.
- (52) 中里克治・下仲順子・権藤恭之ほか（一九九四）「特別養護老人ホームの入所と心理的適応」『社会老年学』39、三五―四一頁。
- (53) 成清美治（一九九三）「専門職」としての介護福祉士―ケアワークとソーシャルワークの緊張関係の中で―『ソーシャルワーク研究』19(1)、六一―七〇頁。
- (54) 六角遼子・本間昭（二〇〇四）「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」『日本痴呆ケア学会誌』3(1)、一〇七―一二頁。
- (55) 高齢者介護研究会（二〇〇三）前掲書
- (56) 今井幸充（二〇〇四）「痴呆の専門介護」『日本痴呆ケア学会誌』3(1)、一三三―一三六頁。
- (57) 泉田照雄（二〇〇三）「小規模多機能ホームのすすめ」『季刊痴呆性老人研究』9、四―一六頁。
- (58) 滝沢雄二・佐藤平・関沢勝一・ほか（二〇〇〇）「特別養護老人ホームの立地環境と人的交流に関する研究」『介護福祉学』7(1)、一一―二三頁。
- (59) 赤木徹也・足立啓・舟橋國男（二〇〇〇）「わが国における痴呆性老人の住環境に関する研究動向と課題」『老年社会科学』22(3)、四一―四四頁。
- (60) 島田美和子・無漏田芳信（二〇〇四）「特別養護老人ホームの研究動向と計画課題に関する研究」『福山大学工学部紀要』28、一七七―一八四頁。

- (61) 赤木徹也・足立啓(二〇〇四)「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)、一三〇―一三八頁。
- (62) 影山優子・下垣光・児玉桂子(二〇〇三)「環境支援指針からみたユニットケア施設」(編) 児玉桂子ら『痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり 実践に役立つ環境評価と整備手法』彰国社、七九―八五頁。
- (63) 鈴木みな子・堀江敬子・今野比奈子ほか(二〇〇三)「施設側からみた施設環境作りの取り組みと課題」(編) 児玉桂子・足立啓・下垣光・潮谷有二『痴呆性高齢者が安心できるケア環境作り 実践に役立つ環境評価と整備手法』彰国社、九五―一〇二頁。
- (64) のびのび委員会(地域型高齢者協働居住推進委員会)(二〇〇一)『特養でその人らしく生きるために 奈良・万葉苑ユニットケアの取り組み』地域型高齢者協働居住推進委員会(二〇〇一) 前掲書
- (65) Cohen, U. and Weisman, G. D. (1991) 前掲書
- (66) 赤木徹也・足立啓・舟橋國男(二〇〇〇) 前掲論文
- (67) 島田美和子・無漏田芳信(二〇〇四) 前掲論文
- (68) 赤木徹也・足立啓(二〇〇四) 前掲論文
- (69) 倉田康路(一九九九)「特別養護老人ホームにおけるサービスの理念に関する検討―施設運営(事業)計画の分析を通して―」『介護福祉学』6(1)、七三―八〇頁。
- (70) 田尾雅夫(一九九五)『ビューマン・サービスの組織 医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社、九五―一二二頁。
- (71) Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2000) Research on work-related Stress, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 61-86.
- (72) 田尾雅夫(一九九五) 前掲書、九五―一二二頁。
- (73) Schaefer, J. A., Moos, R. H. (1996) Effects of Work Stressors and Work Climate on Long-term care Staff's job morale and functioning, Research in Nursing & Health, 19, 63-73.
- (74) Cohen-Mansfield, J. (1989) Sources of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results, Journal of Advanced Nursing, 14, 383-88.
- (75) 田尾雅夫(一九九五) 前掲書、九五―一二二頁。

痴呆性(認知症) 高齢者介護現場の現状と課題

痴呆性（認知症）高齢者介護現場の現状と課題

- (76) 小笠原祐次（一九九九）「施設サービスと運営」（編）小笠原祐次・福島雄・小國英夫『社会福祉施設』有斐閣、一三三—五五頁。
- (77) 古川順一（一九八五）「経営組織の意義」（編）車戸實『組織経営論』二二—一八頁。
- (78) 田尾雅夫（一九九九）『新版 組織の心理学』有斐閣、三六—三九頁。
- (79) Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2000) 前掲書、六一—八六頁。
- (80) 梅沢正（一九八八）「組織開発の課題」（編）三隅不二・山田雄一・南隆男『応用心理学講座—組織の行動科学』福村出版、二七—四一九三頁。
- (81) Sheridan, E. J., White, J., Fairchild, T. J. (1992) Ineffective staff, Ineffective Supervision or Ineffective Administration? Why some nursing home frail to provide adequate care?, The Gerontologist, 32(3), 334–41.
- (82) Jenkins, H., Allen, C. (1998) The relationship between staff burnout/stress and interactions with residents in two residential homes for older people, International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 466–72.
- (83) Rowles, G. D. and High, D. M. (1996) Individualizing Care: Family Roles in Nursing Home Decision-making, Journal of Gerontological Nursing, 22(3), 20–25.
- (84) Hofland, B. F. (1994) When capacity fades and autonomy is constricted: A clientcentered approach to residential care, Generations, Winter 94, 18(4) 31–35.
- (85) Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2000) 前掲書、六一—八六頁。
- (86) 田尾雅夫（一九九五）前掲書、九五—一二三頁。
- (87) 梅沢正（一九八八）前掲書、二七—四一九三頁。
- (88) 田尾雅夫（一九九九）前掲書、一五—一六六頁。

Conditions and Issues at Nursing Care Facility for the Elderly People with Dementia : Relationship between job stressor and the care perspective of staff

Seiko Tanehashi
(Doshisha University)

The aim of the survey was to clarify the staff's perspective on necessary nursing care policies, objectives and methods, and their specific situations, which make their work difficult as a professional caregiver at a nursing care facility, and also to understand the factors, which make it difficult to provide individualized care at a large-scale nursing care facility. A questionnaire survey was conducted with facility staffs at nursing care facilities with the focus on the elderly people with dementia, who especially require individualized care. The survey included two categories of questions ; (1 a care-related category, focusing on what is considered necessary for the elderly suffering from senile dementia including maintenance of daily living space and ADL/IADL support an (2 a work-related category, day-to-day stress factors for the staff. In total, 64 valid responses were collected.

As a result, four care items were pointed out as difficult to realize though considered highly important ; (1) Perceiving patients as an individualized, (2) Respecting the choice of the patients, (3) Helping patients continue with their lifestyle, and (4) Helping patients have self-esteem. All these care areas are related to the objectives of care giving in realizing individualized care.

When analyzed the correlation between the barriers to realize the care objectives and work-related stress, issues such as overall vague care policy at facilities, busy work routine and poor relationships among staff were identified.

As improvement areas for the future, clarifying the overall policy related to nursing care at each facility and getting it across to the entire staff, and providing a comfortable work environment with more lenient staff/work assignment are considered crucial.

Key words : Elderly People with Dementia, Nursing Care Facility, Individualized Care, Facility Staff, Job stressor