

題名：認知症高齢者のアクティビティケアに対する看護職・介護職
の評価基準の類型化

著者所属：1)岡山大学大学院保健学研究科博士後期課程
2)岡山大学大学院保健学研究科

著者名：青柳 暁子¹⁾ 西田 真寿美²⁾

欄外見出し：アクティビティケア評価基準の類型化

連絡先：自宅：〒700 - 0072 岡山県岡山市北区万成東町 7-21

所属：岡山大学大学院保健学研究科 西田研究室
〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2 丁目 5 番 1 号

目的：日本の介護保険施設等では認知症高齢者の援助方法のひとつとしてアクティビティケアが注目されている。実践の現場では職員が各々の経験と認識に基づいて判断している現状がある。本研究では看護職・介護職が重要と認識するアクティビティケアの評価基準を類型化することによって、その特性を明らかにすることを目的とした。

方法：中国地方5県に所在する全ての特別養護老人ホーム・介護老人保健施設の看護主任および介護主任に郵送法による質問紙調査を実施し、657名を分析対象とした。調査は認知症高齢者に対するアクティビティケアの評価基準に関する項目について主観的な重要度を5段階尺度で回答を求めた。重要度の類似性を検討するため階層的クラスター分析と多次元尺度構成法(ALSCAL)を併用して分析した。

結果：クラスターは1「快・安楽の状態」、2「自発性」、3「緊張状態の消失」、4「他者との交流」の4つに分類された。重要度の平均値は高い順からクラスター1(4.48)、クラスター2(4.23)、クラスター3(3.95)、クラスター4(3.48)であった。2次元モデルにおいてはストレス値0.113、決定係数RSQ 0.948で良好な適合度が示された。次元1『複雑性』では、単純な表現から複雑な行為を表すクラスターが平均値の高い順に布置され、より単純な行為が重視されていた。次元2『開放性』では、中央付近とその下方にあるクラスター1と2の平均値が高く、上端のクラスター3と下方にあるクラスター4が低値であった。医療的な問題解決や高次の社会的な開放性よりも、個人の快・安楽や自発性などの個別的な開放性が重視されていた。

結論：従来のアクティビティケアの目的別の分類のみでは把握できなかった4類型と2次元構造の抽出によって、評価基準の重みづけの方向性が明瞭となった。その主観的な重要度の認識には、行為の複雑性と個別的な開放性に着目し、視覚的なわかりやすさ、測定可能である汎用性を目安にしていると考えられた。

和文キーワード：認知症高齢者，アクティビティケア，評価基準，
クラスター分析，多次元尺度構成法

緒言

日本における認知症高齢者の人口は年々増加傾向を示し、2010年には280万人に達している。その内の3割は介護保険施設に居住する高齢者である¹⁾。施設サービスにおいてアクティビティケアが認知症高齢者に対する有効なケアとして注目されている²⁾³⁾⁴⁾。

アクティビティとは「ADLを超えてwell-beingの感覚を得るためや自尊心、楽しみ、快さ、健康教育、創造性、成功感、経済的・感情的自立を得るために追求される活動」⁵⁾であり、1990年代に米国から入ってきた概念といわれている⁶⁾。これはアクティビティ専門職によって提供されている⁷⁾のに対し、日本では看護職・介護職によって提供されることが多い。そのため、実践的なケアと融合し独自に発展した概念⁸⁾としてアクティビティケアという用語が広がりを見せている。ここでは、アクティビティケアとは「その人独自のアクティビティを支援すること」を意味する。認知症高齢者は自らを適切に表現することが困難である場合が多く、ケアを提供する側との相互作用のなかから一人ひとりの反応に応じてその人固有の特性を類推し、生活や活動の質を高めていくケアが求められている。

その評価については認知症高齢者自身の主観的評価を得ることが難しいため、職員が各々の認識に基づいて判断している現状がある。このような判断は個人の価値観や経験の度合いに依拠するためさまざまな差異を生じる。しかし、経験知による基準も重要であり、臨床経験のなかから形成された看護職・介護職による評価基準の重みづけの方向性を探ることは、ケアの適正な評価と効率的フィードバックを可能とする。先行研究ではアクティビティケアの実践報告がほとんどであり、経験的重要度を実証的に分析したものは極めて乏しい。

そこで本研究では看護職・介護職が重要と認識する認知症高齢者のアクティビティケア評価基準を類型化することによって、その特性を明らかにすることを目的とした。

方法

対象：中国地方 5 県全ての特別養護老人ホーム・介護老人保健施設 807 施設の看護主任・介護主任 1 名ずつ，計 1614 名を対象とした．職位を主任とした理由はケアの評価に際し一定程度の職務経験を有することが妥当と考えたためである．各施設は独立行政法人福祉医療機構が運営する WAM-NET (Welfare And Medical Service Network System) に登録されている施設から抽出し，郵送による質問紙調査を実施した．回収数 774 (回収率 48%) のうち対象外の職種による回答票 2 件と欠損値のあるものを除く 657 名を分析対象とした．

調査内容：既存の認知症高齢者のアウトカム評価基準の項目⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾と筆者らが 2009 年に事前調査として行ったアクティビティケアの評価に関するグループインタビューの結果に基づいて 50 項目を設定した．各項目について「アクティビティケアの効果を評価する基準として重要であると思うかどうか」の回答を求めた．この主観的重要度は 5 段階評定法 (5: とても重要である～1: まったく重要でない) を用いた．

分析方法：クラスター分析と多次元尺度構成法との併用によって変数間の「距離」と「位置」という 2 方向から相補的に類似性・非類似性を捉えることができる¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾ため両者を併用した．階層的クラスター分析では非類似度の指標として平方ユークリッド距離，結合方法は WARD 法によりデンドログラムを作成した．多次元尺度構成法は ALSCAL を適用した．分析には SPSS statistics19 を用いた．

倫理的配慮：各施設長宛に調査協力を依頼する文書と質問紙，返信用封筒を郵送し，諾否は自由意思であること，回答は無記名で対象者自身が個別に厳封して研究者宛に郵送されることを求めた．本研究を実施するにあたり，岡山県立大学倫理委員会の承認を得た．

結果

1. 属性および各項目の平均値

対象者の性別は看護職・介護職共に女性が多く (看護職 92.8%，

介護職 78.1%), 年代別では 50 代(看護職 42.9%, 介護職 33.8%), 経験年数では 10 年以上 15 年未満(看護職 25.4%, 介護職 35.2%) がもっとも多かった(表 1).

表 1
挿入

各項目の主観的重要度の平均値は「顔がこわばっていない」「身体の緊張がない」「表情の厳しさが無い」「沈んだ表情や暗い表情がない」の 4 項目に関して看護職の方が 0.1 ポイント程度高く

表 2
挿入

($p < 0.05$), 他の項目は両者に有意な差が認められなかった(表 2). そこで, 職種別にクラスター分析を行ったところ, クラスター数や構成項目に差異がなかったことから本研究では看護職・介護職を統合して分析を行った.

2. 階層的クラスター分析の結果

クラスターの結合過程と主成分分析による因子負荷量 0.2 以上を目安として各変数の影響力を検討した結果 28 項目を選択した. 距離係数 6.0 でデンドログラムを分割し, 4 つのクラスターを得た(図 1).

図 1
挿入

クラスター 1 は「穏やかな表情である」「表情の明るさがある」「笑顔が見られる」「喜びを表す」「満足げな表情になる」「リラックスしている」「よく眠れる」「不快感がない」「穏やかである」という 9 項目から構成され、『快・安楽の状態』と表記した.

クラスター 2 は「挨拶をする」「問いかけに応じる」「発語が増える」「自分の意志や願いを主張できる」「レクリエーションやリハビリへの参加が増える」「目の輝き・力がある」「表情の表出ができる」の 7 項目から構成され『自発性』と表記した.

クラスター 3 は「周囲を警戒しない」「過度に緊張しない」「顔がこわばっていない」「身体の緊張がない」「表情の厳しさが無い」「沈んだ表情や暗い表情がない」「怒りいらつきがない」「興奮しない」の 8 項目から構成され『緊張状態の消失』と表記した.

クラスター 4 は「周りの人の必要なものや気持ちを察した行動ができる」「誰かの手助けをする」「他人への配慮ができる」「他の混乱した人たちを受け入れる」の 4 項目から構成され『他者との交流』

と表記した。

各クラスターの主観的重要度の平均値は高い方から順に，クラスター1 (4.48)，クラスター2 (4.23)，クラスター3 (3.95)，クラスター4 (3.48) であった (表 2)。

3. 多次元尺度構成法による分析の結果

次元数の決定は s-stress の減衰率が最も大きいところに注目し 2 次元を採択した。このモデルにおけるストレス値 0.113，決定係数 **RSQ 0.948** で良好な適合度が示された (図 2)。

図 2
挿入

次元 1 (横軸) において左端から順にクラスター1「快・安楽の状態」，クラスター2「自発性」，クラスター3「緊張状態の消失」，クラスター4「他者との交流」という布置がなされていることから右端へ向かうほど複雑な行為であるということが出来る。このことから次元 1 は行為の『複雑性』を示していると解釈できる。この軸では単純な表現から複雑な行為を表すクラスターが平均値の高い順に布置されていることから，より単純な行為を重視していることが示された。

次元 2 (縦軸) は下端から，ほぼ同位置にクラスター2「自発性」とクラスター4「他者との交流」，中央付近にクラスター1「快・安楽の状態」，最も上端にクラスター3「緊張状態の消失」が布置された。下端のクラスターは他者に向けられた社会的な開放性を意味し，上端へ向かうほど個人内部の安楽や，緊張状態の消失という医療的な視点を含む開放性を表している。このことから次元 2 は『開放性』を示すと解釈できる。この軸では，中央付近とその下方にあるクラスター1と2の平均値が高く，上端のクラスター3と下方にあるクラスター4が低値であった。つまり，医療的な問題解決や高次の社会的な開放性よりも，個人の快・安楽や自発性などの個別的な開放性を重視していることが示された。

考察

クラスター1「快・安楽の状態」における主観的重要度の平均値

は最も高い。これはアクティビティケアがレクリエーション的意味から派生していることや「生活の快」¹⁶⁾との認識があることからポジティブな変化を期待されるため、そのような表情や言動が評価基準として最も重要だと認識されていると推測される。またレクリエーションなどで見られる反応として頻度が多い¹⁷⁾ためとも考えられる。

クラスター2「自発性」は4つのクラスター中、平均値は2番目に高い。クラスター1の項目が反応としての表情や言動であるのに対し、クラスター2は高齢者自身の意思を伴って表現された能動的な言動であると解釈できる。その人固有の活動を支援するという視点から高齢者の自発性が重視されていると考えられる。

クラスター3「緊張状態の消失」は4つのクラスター中、平均値の高さは3番目である。この項目群はBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) 改善の意味も含まれる。アクティビティがBPSDの減少に効果がある¹⁸⁾¹⁹⁾と報告されているように、医療やリハビリテーション分野における症状や状態の改善・回復という目的をもち、治療的レクリエーション²⁰⁾²¹⁾²²⁾²³⁾²⁴⁾に近いものである。このクラスターでは4項目の平均値において看護職が介護職よりも有意に高く、治療的な視点が強いことが伺える。

クラスター4「他者との交流」の平均値は最も低かった。このクラスターに属する項目は、慣習としての行為や単一な反応ではなく、他者と積極的に関わる姿勢を内包する交流を表している。これらの平均値が低かった背景として、介護保険施設で行われてきた従来の集団管理的なケアに対し、一人ひとりの個性を尊重するケアの重要性が強調されるようになったことである。職員の視点を認知症高齢者の個別性に集中させた結果として、集団内での他者との交流という視点が希薄になっている可能性が考えられる。また、職員による認知症高齢者の能力評価は実際より過小評価されている²⁵⁾との報告があり、本研究の対象者は認知症高齢者において他者との交流や社会性を期待することは困難と判断していることも否定できない。

重度の認知症高齢者でも他者との交流は保たれる²⁸⁾²⁹⁾。職員による認知症高齢者の能力評価は適切でない場合もあり²⁴⁾ケアを提供する職員のとらえ方によって能力評価は左右される³⁰⁾。アクティビティ評価基準を考える上で職員の適切な能力評価の力量が必須であると考えられた。

以上のとおり、抽出された4つのクラスターは支援目的別に分類されるアクティビティに近似している。すなわち、①楽しみの支援、②生活の活性化、③治療的介入、④他者との交流の機会・場の提供²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾である。このことから、アクティビティケアの評価は種々の文献で提示されているアクティビティの目的に影響を受け、それらを網羅する多面性を有することが伺えた。

次に、多次元構成法によって見出された次元について検討する。次元1（横軸）の『複雑性』では、単純な表現から複雑な行為を表すクラスターが平均値の高い順に布置されていることから、より単純な行為を重視していることが示された。これは単純な行為ほど可視化されたわかりやすさがあること、さらに、認知症高齢者の重症度が高くなるほど日常生活の複雑な行動が困難となり、アクティビティケア提供後に観察される頻度も多くなることが予測される。

次元2（縦軸）の『開放性』では、中央付近のクラスター1とその下方にあるクラスター2の平均値が高く、最上端のクラスター3と中央より下位のクラスター4が低値であった。これは緊張・興奮など症状の改善をめざす医療的な問題解決や他者との交流という高次の社会的な開放性よりも、個人の快・安楽や自発性などの個別的な開放性を重視していると言える。認知症高齢者の社会性の回復や認知症に伴うBPSD等への対応は困難な場合が多く、評価指標としての有用性が低いという判断がなされていると推察される。

従って、従来のアクティビティケアの目的別の分類のみでは把握できなかった4類型と2次元構造の抽出によって、評価基準の重みづけの方向性が明瞭となった。看護職と介護職の主観的な重要度の認識には、行為の複雑性と個別的な開放性に着目し、視覚的なわか

りやすさ，測定可能である汎用性を目安にしていると考えられた．
今後は，このような認識に何が影響を及ぼしているのか検討し，両
職種が共通に利用可能な指標を開発することが課題である．

謝辞

ご協力を頂いた介護保険施設の皆様に深く感謝致します．

本研究は科学研究費補助金基盤研究(C)「認知症高齢者のアクティ
ビティケア評価指標：看護と介護の共同モデルの開発」（研究代表
者 青柳暁子）の一環として実施した．

文献

- 1) 厚生労働省報道発表資料,2012年8月
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>
- 2) 堤 雅恵,田中マキ子,原田秀子,涌井忠昭,小林敏生:認知症高齢者を対象としたアクティビティケアの効果の検討: エネルギー消費量および対人交流時間からの分析. 山口県立大学社会福祉学部紀要 2007;13: 65-71.
- 3) 福岡裕美子, 畠山禮子:グループホームで暮らす認知症高齢者のアクティビティに関する研究-テキストマイニング手法による紙芝居の感想の分析-.弘前学院大学看護紀要 2012;7: 31-35.
- 4) 平林美保,水谷信子:痴呆症高齢者に対する新たなグループケアプログラムの開発: セッションの場で起きたこと, 引き出された力. 老年看護学 2003;7(2):44-56.
- 5) James EA: Nursing Home Federal Requirements Guidelines to Surveyors and Survey Protocols, 7th Edition, springer, New York,2010,p53-66.
- 6) 柏木美和子: アクティビティを考える.アクティビティサービス研究 2011;1(1):2-18.
- 7) Lanza SE: Essentials for the activity professional in long-term care, Delmar,Tront,1997,p10-12.
- 8) 青柳暁子: 高齢者介護施設におけるアクティビティ-その概念についての文献レビュー-.介護福祉学 2012;20 (1) :83-88.
- 9) 内田陽子:認知症ケアのアウトカム評価票原案の開発.北関東医学 2007;57:231-238.
- 10) 山地佳代:ケア効果としての痴呆性老人の変化の構造;痴呆棟で働く看護職への質問紙調査を通して.老年看護学 2000;5(1):107-114.
- 11) 湯浅美千代,小川妙子:重度認知症高齢患者に対するケアの効果을把握する指標の開発(第1報);心地よさ “comfort”の概念をとり入れた指標の事例適用.千葉看護学会会誌 2007;13(2):80-88.

- 12) Kitwood T and Bredin K: Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society* 1992;2(3):269-287.
- 13) Kruskal JB and Myron W: *Multidimensional Scaling* 1978, sage, california/多次元尺度法 (高根芳雄訳),朝倉書店,東京,1980,p44.
- 14) 齋藤堯幸, 宿久洋:関連性データの解析法—多次元尺度構成法とクラスター分析法.共立出版,東京,2006,p2.
- 15) 岡太 彬訓:社会学におけるクラスター分析と MDS の応用. *理論と方法* 2002;17(2):167-181.
- 16) 廣池利邦,柏木美和子,浦尾和江:アクティビティ・サービス日常生活援助の実践的アプローチ(アクティビティ・サービス協議会編),中央法規, 東京,2008,p9
- 17) 塩谷久子, Schreiner AS, 山本映子,中村百合子:老人施設における認知症高齢者の感情と言動の観察-レクリエーション時と普通時の違いに着目して-.*広島国際大学医療福祉学科紀要* 2005;1:1-8.
- 18) Connell BR, Sanford JA, Lewis D:Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia. *Journal of Housing For the Elderly* 2007; 21: 195–209.
- 19) Woodhead EL, Zarit SH, Braungart ER, Rovine MR, Femia EE: Behavioral and psychological symptoms of dementia: the effects of physical activity at adult day service centers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2005;20 (3): 171-179.
- 20) Cohen-Mansfield J : Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;9 : 361-381.
- 21) 長谷川真人:セラピューティックレクリエーション. *理学療*

- 法科学 2007; 22 (1) : 177-182.
- 22) Buettner L, Kolanowski A, Fick DM: Recreational Activities to Reduce Behavioural Symptoms in Demantia. *Geriatrics& Aging* 2009; 12(1): 37-42.
- 23) 日本神経学会監修：認知症疾患診療ガイドライン 2010（認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会編），医学書院，東京，2011,p115-120.
- 24) 牧陽子,山口晴保:認知症の非薬物療法. *BRAIN MEDICAL* 2013;25(1):57-63.
- 25) 川口裕見, 佐藤眞一：痴呆性高齢者の認知能力の他者評価に関する研究. *高齢者のケアと行動科学* 2002;8(2): 37-45.
- 26) 田中小百合,太田節子,西尾ゆかり:S県における介護保険施設のアクティビティケア. *滋賀医科大学看護学ジャーナル* 2007;5(1):109-112.
- 27) 照井孫久, 今井幸充, 渡邊光子, 野村豊子:高齢者施設におけるアクティビティの実態. *老年精神医学雑誌* 2006;17(11):1199-1207.
- 28) 阿保順子：痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル 痴呆老人の生活世界への理解に向けて. *看護研究* 1993;26(6):529-550.
- 29) 天田城介：施設入所痴呆性老人のロビーにおける相互作用特性に関する研究—痴呆性老人間の成立・不成立のソシオグラムを中心として—. *老年社会科学* 1997;19(1):39-47.
- 30) 湯浅美千代, 野口美和子：認知症を有する高齢者を肯定的に表現する職員間コミュニケーションの効果. *老年看護学* 2006;10(2):51-61.