

介護老人保健施設の認知症入所者への 選択的支援ケアモデルの有効性

中谷 こそえ*¹, 白井 キミカ*¹, 兼田 美代*², 小嶋 健仁*³

抄 録

目的: 認知症をかかえる入所者が日常生活のなかで自分らしさを表現できる選択的支援ケアモデルを開発し、その有効性を入所者とケア提供者による主観的・客観的指標を用いて検証することである。

方法: ケア提供者が、入所者に入浴の時間や入浴時の支援者の選択、おやつや衣服の選択、衣服を選ぶなどの選択的支援ケアを行う準実験研究である。研究参加者は、入所者 21 名、ケア提供者 26 名である。期間は、基礎水準期 4 週間、介入期 8 週間、フォローアップ期 3 週間からなる準実験計画である。指尖脈波の 3 種類は、2 週間ごとに計 5 回収集した。

結果: 9 割の入所者は、認知度が維持もしくは改善していた。ケア提供者は、介入の前後の対応のある Wilcoxon の符号付き順位検定において、ケア実施頻度、JCQ-B (職業性ストレスの身体状態)、JCQ-D (職業性ストレスの仕事満足度)、生きがい意識が有意に上昇した。

考察: 選択的支援ケアは、入所者にとって認知度維持改善を見込めるケアであり、ケア提供者ではケアの実施頻度が上昇するのみでなく、生きがい意識や職業性ストレスに関連し自律神経の安定にも関与するケアである。

結論: 日常生活における選択的支援ケアは、両者にとって有効性のあるケアである。

Key Words: 介護老人保健施設, 選択的支援, ケア, ケア提供者, 認知症入所者

高齢者虐待防止研究, 16(1): 38-54, 2020

I. 緒 言

日本では 460 万人、世界中では 4400 万人以上の人が認知症を抱えて暮らしていると推計され、今後も増え続けていくと予想されている (Alzheimer's Association, 2018)。また、2017 年 WHO 総会では、世界認知症計画が承認され、各国での認知症の啓発、介護者支援、ケア、研究の進展が求められている。我々は日常生活の様々な事柄について、自ら決定しながら生活し、その人

生を自律的に生きる権利を有する。この「自律」の保障は、人格的・自己決定権の一環として、日本国憲法第 13 条によって保障された重要な基本的人権であり、国際的にも人である限り尊重されるべき基本的・根源的価値として承認されている (日本国憲法, 1946)。すなわち、認知症のために判断能力が不十分になったからといってその権利を奪われるものではない。

昨今、自己決定が支援される社会の実現に向けて、その一翼を担い得るものとして、成年後見制度の有効活用が求められているが、実際には財産的な視点が主要であり、認知症高齢者に対応した生活の中での活用はされておらず課題も多い (菅, 2013)。日本の成年後見年制度では職員の職務規程として、本人の意思や心身状態・生活状況に配慮する義務はあるが、イギリスの 2005 年意思決

受付日 2019.8.16 / 受理日 2020.1.23

* 1 Kozue Nakatani, Kimika Usui: 岐阜保健大学看護学部

* 2 Miyo Kaneda: 一宮研伸大学

* 3 Takehito Kojima: 岐阜県立郡上高等学校

* 1 〒500-8281 岐阜市東鶯 2 丁目 92

Tel: 058-274-5001

E-mail: k-nakatani@gifuhoken.ac.jp

定能力法のようなチェックリストを用いた指針を示してはいない。そのため、日本においては具体的プランを立案するためのツールさえもないなどの課題がある。

わが国における2017年度老人保健事業では、「障害者・高齢者や認知症者が日常生活を送るための意思決定支援の方策に関する研究事業」が進められてきているが、未だ、ガイドラインは示されていない(稲葉, 2017)。また、高齢者施設のケア提供者は、入所者の意向を全てくみ取ってその人らしく生きるための支援ができていようか。入所者の希望だとケア提供者が判断して行っているとしても、それは想像に過ぎず解釈を誤っていることも考えられる。とすれば、ケア提供者が入所者に選択的ケアを行うことは、その人の人生の一部を支えているものと考え、選択的ケアは入所者の意向を尊重し、自律を支えるケアである。そして、コンフォートな状態の患者はよりよい状態になることが述べられている(コルカバ, 2003/2013)。コンフォートな状態は、安心、緩和、超越へと進み、入所者のなりたい姿や求める姿へと近づくことができると考える。しかも、コンフォートな状態は入所者だけでなく、ケア提供者にも通じるものであり双方に影響を与えるケアであると考え。

国内外の文献検討の結果、高齢者の自律性を尊重しながらサポートする必要性は述べているが、高齢者施設で生活する認知症高齢者に対して選択的支援ケアモデルを用いて介入し、入所者とケア提供者への有効性を検証したものは見つけられなかった。そのため、本研究では、選択的支援ケアモデルを導入することによって、入所者とケア提供者によるアウトカムが、入所者のなりたい姿や希望に繋がるケアであることを検証したいと考えた。さらに、本研究は、新オレンジプランの「リハビリテーションモデル、介護モデル」を実際に提示し、実践するものである。ケア提供者による、高齢者の意思を確認する選択的支援ケアが継続的に実施されれば、施設における高齢者虐待を予防

できる一手段になると考える。Schultz, R., and Hanisa, B (1978) は、介護施設高齢者に関する研究で、ごく些細な事柄であっても自分で決めることを許された入所者は、職員に選択を押しつけられた入所者と比較して充足感や健康状態が良く、死亡率も低いという結果を示していた。自分がどのようにしたいのかを選ぶことは、認知症の有無に関わらず高齢者のケアでは重要なことであり、高齢者自らの生き方を決める力を引き出す援助となり得るものである。また、これらの関係性を明確にするため選択的支援ケアを導入し、さらには、以下の項目から、有効性を検証することはケアを推進することに繋がると考える。ケア介入による入所者のアウトカムは、幸福度、うつ症状の程度を測定した。ケア介入によるケア提供者のアウトカムは、生きがい感、職業性ストレスを測定した。

本研究の目的は、認知症をかかえる入所者が日常生活のなかで自分らしさを表現できる選択的支援ケアモデルを開発し、その有効性を入所者とケア提供者に関する主観的・客観的指標を用いて検証することである。

用語の定義

選択的支援ケア

選択的支援ケアとは、「ケア提供者が、高齢者施設入所者の日常生活の様々な場面で選択肢を提供し、入浴・衣服・おやつに際して自身で選び取ることを支援するケア」とする。入所者の生活場面における意思を確認することが支援である。さらに、その支援をその人らしさとして捉えながら実践していくことがケアである。また、「選択的」と表現している理由として、入所者の認知症が重度となりその人の意思を確認する術を無くしたとしても、今までの日常生活を想像しながらケアできるようにしたいという思いを含んでいるからである。

本研究で入浴、衣服、おやつに限定した理由は、日常生活において様々な場面があるが、全てを含めてしまうとケア提供者のモデルケアへの協力を

得ることが難しくなる可能性があると考えた。

Chernev (2003), Reutskaja & Hogarth (2009) は、「多すぎる選択肢は、選択の幅が広がると考えがちであるが、実際選ぶことは困難となる。」と述べており、認知症であればさらに、混乱を招く可能性にも繋がる。そのため、今回はそれぞれの活動について3種類の選択肢の中から、選択できるようにした。

II. 研究方法

1. 研究の実施施設と研究参加者

施設の経営主体は社会福祉法人で、50床規模の介護老人保健施設のユニット型の2フロアで行う。

入所者側の条件は、当該施設に1ヶ月以上入所しており、認知症の重症度にかかわらず、質問に回答できる65歳以上の高齢者とする。

ケア提供者側の条件は、当該施設での経験年数が1年以上で入所者のケアに直接関わっている施設職員とする。

2. 研究スケジュール

調査期間は、2017年9月24日から2018年1月5日までの連続した15週間である。基礎水準期は、9月24日から10月21日の4週間、介入期は10月22日から12月16日の8週間とする。フォローアップ期は12月17日から1月6日の3週間とする。

3. 研究デザイン

シングルケース研究法のA-Bデザインに基づき、基礎水準期、介入期、フォローアップ期からなる準実験計画を用いた。

A-Bデザインとは、変容させようとする行動の観察期間から始まり、この期間における標的行動が十分に安定していることを確かめた後で、それに対応する独立変数の操作を導入する期間を設け、標的行動の測定を継続して行い、A・Bの両

期間における測定値を比較することで導入した操作の効果を検討するものである(岩本, 川俣, 1990)。Aとは、基礎水準期、Bは介入期を示している。

選択的支援ケアは入所者の自律を支えるケアであり、ケア提供者と入所者の双方にコンフォートによって「超越」に向かう可能性のあるケアであると考え、そのため、コルカバのコンフォートが入所者、ケア提供者それぞれ両者のアウトカムに関連するという概念枠組みを構築した(図1)。

4. 介入方法

1) 介入手続きの手順

研究者は、高齢者施設の法人理事長に研究の協力を依頼し、承認を得たのち、施設と施設長の紹介を受けた。施設長へ研究の概要を説明し、入所者40名とその家族への依頼文書と同意書を郵送で配付した。入所者へは研究者が個々に研究依頼を行った。ケア提供者に対しては、第1段階としてリーダークラスの職員に研究の概要と協力の内容を説明し、第2段階として全てのケア提供者31名に研究概要と、ケアモデル内容の説明を30分程度行い、研究協力依頼をした。同意書の返信があった入所者29名、ケア提供者31名を研究参加者とした。そのうち、分析対象となった入所者は状態が悪化による入院で1名、測定値に欠損のあった2名を除いた26名である。ケア提供者は、測定値に欠損のあった4名と部署異動1名を除いた26名を研究対象者とする。

2) 介入のプロセス

(1) 選択的支援ケアモデルの開発

選択的支援ケアモデルの具体的内容は、起床時から就寝時までの日常生活の中で、選択できる場面から選定をした。

ケア提供者のおやつ時に提供するおやつと飲み物、更衣の希望は、着衣の種類、入浴の希望時間を、3つ程度の選択肢の中から選択を促す問いかけについて、言動を統一する。さらに、ケアモデ

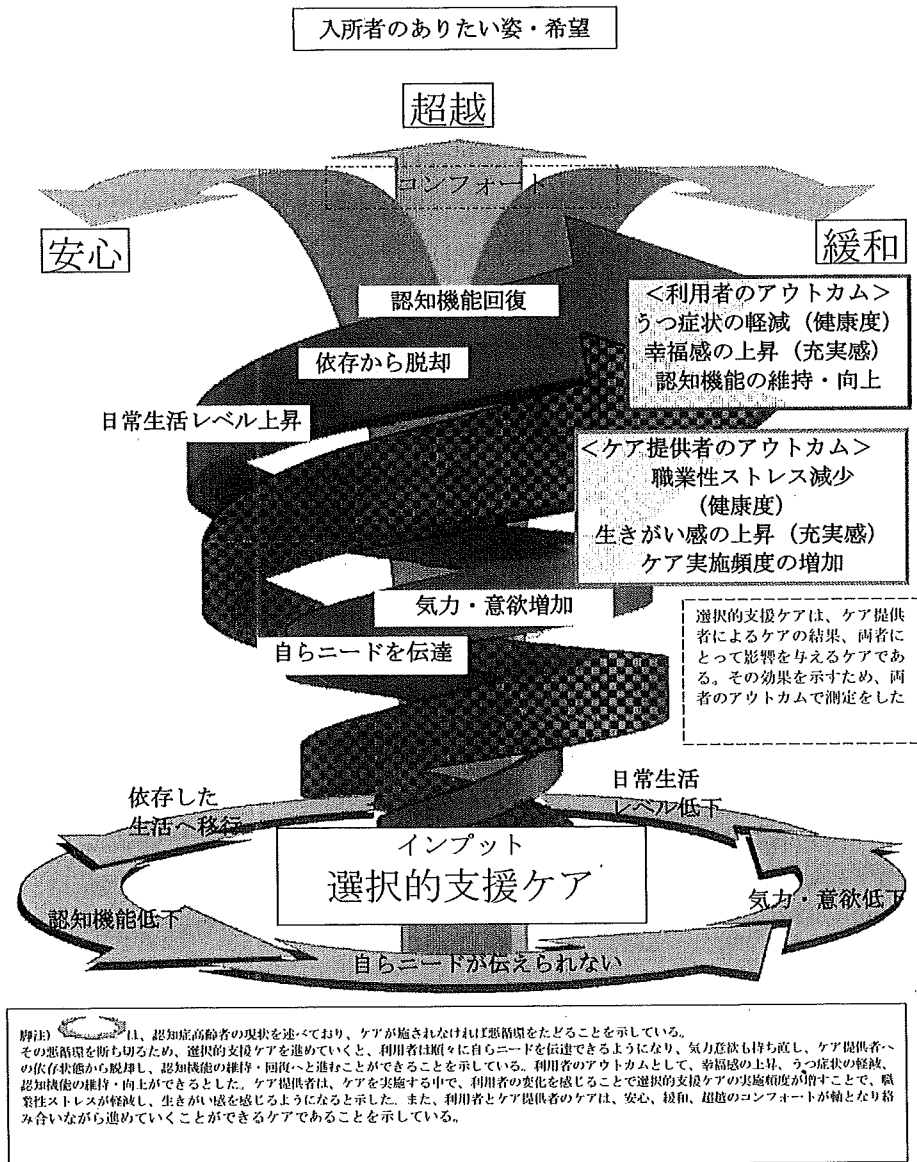


図1 コンフォート理論を用いた選択的支援ケアの有効性の概念枠組み(筆者作成)

ルは、表1に示す。洋服の選択、入浴の希望時間帯、入浴支援者の選択、週1回のおやつ選択、飲み物とその器の選択の5項目をユマニチュードの技法を参考に作成した(本田, イヴ, ロゼット, 2014)。

日常生活の選択的支援ケアは、ケア提供者に一任をし、週1回のおやつ選択に関しては、ケア提供者の負担増を避けるため研究者が主導で実施した。メニュー選択や作成場所などの衛生に関わる内容は、施設長と栄養士、看護師との相談の上で実施した。おやつ選択メニュー6回分の組み合わせ

をを表1に示す。可能な限り、冷温や色合いが同一にならないようにした。また、施設内ではメニューに加えられないおやつを可能な限り抽出して取り上げた。

3) アウトカム指標の調査内容

入所者では研究者の聞き取り調査で老人性うつ尺度(Geriatric Depression Scale 短縮版以下GDS15)、改訂版PGCモラル・スケール(以下PGC)、Mini Mental State Examination(以下MMSE)の3項目を介入前(基礎水準期3週間目)

表1 選択的支援ケアモデルの内容

<p>1) 毎日着用する洋服の選択</p> <p>(1) 毎日、着替えをする際に、タンスやクローゼットを開いて一緒に見て、上下の洋服を3種類程度の中から、どの洋服にするのかを尋ねて選んで貰った洋服を着ていただく支援をする。</p> <p>(2) 洋服を着用後に、季節に合っている、よく似合っているなどの声を掛ける。</p>		
<p>2) 入浴の希望時間帯や入浴支援者の選択</p> <p>(1) 週2回の入浴日の朝、1日の活動を利用者に確認し、施設内の予定があればその内容も合わせて、スケジュールを確認した上で、3パターンの時間帯からどの時間帯にしたいかを尋ねる。</p> <p>(2) 入浴支援者の希望があれば、当日の担当者との相談の上、入浴時間を決定する。</p> <p>(3) 入浴時間や入浴支援者を変更したい場合は当日の入浴担当者との相談する。</p>		
<p>3) 週1回のおやつ、飲み物とその器の選択</p> <p>(1) 毎週日曜日に下記の種類でのおやつ選択をしていただく。</p> <p>(2) 施設のカレンダーにおやつ選択日を付け、見えるようにしておく。</p> <p>(3) 施設のリーダーが当日の朝、利用者にアナウンスをする。</p> <p>(4) おやつになったら、1人ひとり声を掛ける。</p> <p>(5) 写真付きのメニュー表で、おやつと飲み物を選んでいただく。</p> <p>(6) 飲み物の器も選んでいただく。</p>		
<p><おやつ選択メニュー></p> <p>1回目：プリン、チーズケーキ、たこ焼き</p> <p>2回目：ホットケーキ、マンゴープリン、饅頭</p> <p>3回目：コーヒーゼリー、おはぎ、クッキー</p> <p>4回目：綿菓子、いちごのショートケーキ、チョコレート</p> <p>5回目：蒸しケーキ、胡麻プリン、スイートポテト</p> <p>6回目：お好み焼き、カップケーキ、ぜんざい</p>	<p><飲み物選択種類></p> <table border="1"> <tr> <td> <p>コーヒー</p> <p>紅茶（ミルク・レモン）</p> <p>緑茶</p> </td> </tr> </table>	<p>コーヒー</p> <p>紅茶（ミルク・レモン）</p> <p>緑茶</p>
<p>コーヒー</p> <p>紅茶（ミルク・レモン）</p> <p>緑茶</p>		
<p><ケア方法></p> <p>① 目を見て視線を合わせて挨拶をする。</p> <p>② 心地良く優しく語りかけ、今、話をしても良いかどうかの同意を得る。</p> <p>③ ケア内容の説明をする。</p> <p>④ 3つ程度の選択肢からどれがいいのかを聞く。</p>		

と介入後(介入8週間)で比較した。

ケア提供者では、ケア実態、ケア認識、生きがい意識尺度(以下Ikigai-9)、職業性ストレス(Job Content Questionnaire 以下JCQ)、の4項目を介入前後で比較した。

なお、主観的データの測定時期に関して、間隔が短いと、前回の内容からのバイアスが生じる可能性を考え、期間を2ヶ月おいて測定をした。

両者共通指標として、指尖容積脈波の心拍数、LLE、自律神経バランスの3項目を基礎水準期、介入2週間後、介入4週間後、介入8週間後、フォローアップ期2週間後の合計5回測定し、モデルの効果を測定した(表2)。

入所者の測定は研究者が行い、ケア提供者は自身で行ってもらった。測定時間は、統一するため、入所者では、入浴日とそれ以外の週2回の午前

表 2 入所者とケア提供者の測定項目とその測定時期一覧

	項目	測定尺度	基礎水準期 2 週間目	基礎水準期 3 週間目	介入期 2 週間目	介入期 4 週間目	介入期 8 週間目	フォロー アップ期	
入所者	老人用性うつ尺度	GDS15		○			○		
	自尊感情	PGC モラールスケール		○			○		
	認知機能	MMSE		○			○		
	指尖容積脈波	心拍数		○		○	○	○	○
		最大リアプノフ指数(LLE)		○		○	○	○	○
		自律神経バランス		○		○	○	○	○
ケア提供者	ケア実施頻度と認識	択的支援ケア実施頻度	○					○	
		選択的支援ケア認識	○					○	
	生きがい感	きがい意識尺度 Ikigai - 9		○			○		
	職業性ストレス	JCQ		○			○		
	指尖容積脈波	心拍数		○		○	○	○	○
		最大リアプノフ指数(LLE)		○		○	○	○	○
自律神経バランス			○		○	○	○	○	

は、毎勤務の勤務開始直前と勤務後に 3 分間、座位姿勢で測定した。指尖容積脈波は、時間や感情、動きなどに左右されやすい。特に、ケア提供者は変則勤務であるため、同一には測定できない。そのため、勤務毎に前後に測定する必要がある。その変動を鑑み中央値を用いた。指尖脈波測定機器の使用方法は、ケア提供者がひとりで使用できるまで説明を行った。

選択的支援ケアモデルの実施確認は、その日の受け持ちケア提供者が責任を持ち、衣服の更衣、入浴の時間確認、入浴支援者の選択を行い、カルテに実施サインをしてもらった。さらに、その際の言動も記載してもらった。おやつ選択に関しては、研究者が主になり聴取した。基礎水準期は、ケア実施頻度得点で判断し、介入期は、ケア提供者による実施確認サインを確認し、フォローアップ期は、ケアモデルの維持を確認する期間であるため、実施記載なども研究者からの指示はしていない。

(1)入所者の主観的評価

(a)GDS15(Geriatric Depression Scale)

GDS15(渡辺, 今川, 2013)は老人性うつ尺度 30 項目 GDS (Brink et al. 1982) で高齢者のうつ症状

され 15 点満点、5 点以上がうつ傾向、10 点以上がうつ状態と評価する。

(b) PGC (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)

PGC(前田, 1979)は、Lawton が開発したスケールを翻訳し、日本版とした改訂版 PGC モラールスケールである。主観的幸福感の判定は、「心理的動揺」「孤独・不満足感」「老いに対する態度」から構成され、17 点満点である。点数が高いほど、生活満足感や幸福感などの主観的な quality of life(以下 QOL)が保たれていることを意味する。

(c)MMSE(Mini Mental State Examination)

MMSE は、認知症の診断用に 1975 年米国でフォルスタインらが開発した質問紙調査票で 30 点満点の 11 の質問から見当識、記憶力、計算力、言語能力、図形的能力などを確認している。23 点以下は軽度認知症、20 点未満は中等度認知症、10 点未満は重度認知症として評価する。

(2)ケア提供者の主観的評価

(a)ケア実施頻度、必要性認識

ケア実施頻度・必要性認識は、研究者が作成した質問紙調査票を用いる(中谷, 白井, 兼田, 2019)。老人保健施設の看護師と介護士を対象と

した調査で、ケア実施頻度 25 項目 5 件法は、信頼係数クロンバック $\alpha = .885$ 、必要性認識 25 項目 5 件法はクロンバック $\alpha = .938$ であることを確認した上で使用している。日常生活の選択的支援項目のケア実施頻度は、「1. 全く実施していない」から「5. 必ず実施している」の 5 件法 20 項目の質問紙票で構成され、合計得点をケアの実施頻度として使用し、合計得点を用い評価する。日常生活の選択的支援ケア項目の必要性認識には、「1. 全く重要でない」から「5. かなり重要である」の 5 件法 20 項目の質問紙票で構成され、合計得点を必要性認識として使用し評価する。得点が高いほど、ケア実施頻度・必要性認識が高いことを意味する。

(b) Ikigai-9

Ikigai-9(今井, 長田, 西村, 2012)は、「生きがい」を測定する簡易な尺度実用のために開発された 9 項目から構成される尺度である。45 点を満点とし、5 件法で構成されている。得点が高いほど、生きがいに対する意識が高いことを意味する。

(c) JCQ (Job Content Questionnaire)

JCQ (Karasek, 1985) は、職業性ストレス測定法として一般的に用いられている。JCQ-A は、仕事の量・質、JCQ-B は、身体の状態、JCQ-C は、周囲からのサポート、JCQ-D は、仕事満足度の 4 項目から構成され、A ~ D の各項目は 4 件法で測定されている。点数化に関しては、A、B の一部の逆転項目は、反転させて点数化している。得点が高いほど、仕事に関連するストレスが高い状態を意味する。また、項目毎にそのストレス度合いも確認できる。

(3) 客観的評価

指尖容積脈波（以下指尖脈波）は、「指先の毛細血管を流れるヘモグロビンの増減」を測定したものである(雄山, 2012)。指尖脈波は心拍を測定し、スペクトル分析で交感神経と副交感神経の活動を読み取る。指尖脈波はカオス的に揺らいでおり、そのアトラクターの 1 つが最大リアプノフ指数 (Largest Lyapunov Exponent / 以下 LLE) は心の揺らぎを示している。LLE は、0 から 10 で表

示され、低値の場合は認知症やうつ病など何らかの誘因があり、交感神経と副交感神経のバランスを崩していることを示す。自律神経バランスも 0 から 10 で表示され、10 に近い状態は交感神経が優位な状態を示す。今回はカオテック研究所の Lyspect を使用しており、信頼性と妥当性は先行研究において評価されている(今西, 雄山, 2008, 2009a, 2009b, 板生, 2017)。

4) ケアモデルの有効性

選択的支援ケアモデル介入基礎水準期, 介入期, フォローアップ期の 3 段階の経時的変化から、入所者とケア提供者の両者への有効性を検証した。

入所者は、ケアモデル介入前後の MMSE, PGC や GDS15, おやつを選択から評価する。ケア提供者は、ケアモデル介入前後の Ikigai-9, JCQ, ケア実施頻度, ケア認識から評価する。入所者とケア提供者共通の客観的情報としては、基礎水準期から介入期, フォローアップ期の指尖脈波 (LLE, 心拍数, 自律神経バランス) の変化を評価する。

4. 分析方法

選択的支援ケアモデルの介入前後主観的データの比較は、Wilcoxon の符号付順位和検定を用いた。また、客観的データである指尖脈波は、Friedman 検定を用い、有意差のあった場合に多重比較として Wilcoxon の符号付順位和検定をした。

アウトカム指標のデータは、基礎水準期, 介入期, フォローアップ期に測定週で曜日を変えて 2 回収集し、入所者ごとに各期の平均値を算出し分析する。また、ケア提供者は、勤務体系により測定条件が異なるため測定は、各勤務の開始・終了時の 2 回測定し、各期の平均値として算出した。なお、分析には IBM SPSS Statistics 25.0 ver. (以下 SPSS) を用いた。

5. 出力結果の適合度

本研究では、質問紙票の信頼性を検討するため、

入所者とケア提供者間の測定値の適合度を、それぞれクロンバック α 、級内相関係数で評価した。すなわち、アウトカム指標のケア提供者のケア実態と認識の質問紙調査結果の信頼性については、クロンバック α 係数で確認し、「.80」以上であれば適合度の正当性があると判断する。研究参加者内・参加者間信頼性を表す級内相関係数 ICC を確認し、「.61」以上であれば適合度の正当性があると判断した。

6. 倫理的配慮

本研究は、介入研究の前に UMIN 臨床試験登録システムに登録を行った (UMIN000028146)。さらに、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した (2017N-007)。また、研究協力機関の法人理事長及び施設長には、研究の趣旨を依頼文書と口頭で説明し、法人理事会で承認を得て、文書で研究参加の同意を得た。入所者、ケア提供者には依頼文書を示し、口頭での説明を行った。研究協力は自由意思であり、参加不参加によってケアの不利益は生じないこと、プライバシーに関わる情報は記号化して用いること、研究結果は公表する予定であることについて説明し、同意が得られた者のみを研究参加者とした。得られたデータは、本研究以外の目的では使用せず、研究終了後5年間の保管後、研究者が責任を持って消去する。また、本研究に際して、事業所や入所者、ケア提供者から経済的利益供与は受けておらず、開示すべき利益相反はない。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の属性 (表 3)

参加の同意が得られ、測定値の欠損値を除いた入所者 21 名、ケア提供者 26 名について基礎水準期、介入期、フォローアップ期の値を比較した。入所者は男性 5 名、女性 16 名で、平均年齢は入所者 87.1 歳 (SD±17.99) である。認知症の種類は、アルツハイマー型認知症 17 名、脳血管型認知症 4

名であり、認知症重症度は軽度 6 名、中等度 7 名、重度 8 名であった。ケア提供者は、男性 3 名、女性 23 名で、平均年齢は 47.7 歳 (SD±11.94) である。ケア提供者の平均高齢者施設経験年数は、11.42 年 (SD±8.31) であり、職種は、看護職 3 名、介護職は 23 名であった。

2. 入所者への効果の有効性

入所者の選択的支援ケア介入前後を検定した結果、MMSE のみ有意差があった。 ($p=0.042$) (表 4)。PGC、GDS15 も項目ごとに差を確認したが有意差はみられなかった。また、MMSE の測定値が上昇していた入所者は 8 名であり、その認知症の重症度の内訳は軽度 2 名、中等度 5 名、重度 1 名であった。MMSE の測定値が低下していたのは、中等度 1 名、重度 1 名の 2 名であり、残りの 11 名は変化しなかった。MMSE の測定値に変化なし 11 名と上昇者 8 名を含めた 19 名の PGC と GDS15 の介入前後の差を確認したが、有意差はみられなかった。

選択的支援ケアによる指尖脈波の変化の結果、LLE は、ケア介入の時間経過による有意差はみられなかった (表 5)。そのため、認知症重症度別による効果を検証するため、軽度認知症と中等度認知症者のみを抽出して再度検定をした結果、両者とも有意に上昇していた ($p = 0.002$)。さらに、介入時期の有効性については、基礎水準期と比較し介入 2 週間目 ($p = 0.028$) と介入 4 週間目 ($p = 0.036$) で有意に上昇した。また、軽度認知症と中等度認知症者の介入期間中の LLE の推移を示した (図 2-①, 図 2-②)。指尖脈波の心拍数と自律神経バランスのいずれにおいてもケア介入による時間経過による有意差はみられなかった。また、認知症のアルツハイマー型もしくは、脳血管型かの類型に関しては、全ての項目に有意な差はみられなかった。入所者の測定値適合度を表す級内相関係数は .728 ($p<0.001$) であり、その妥当性を確認した。

表3 研究参加者の属性

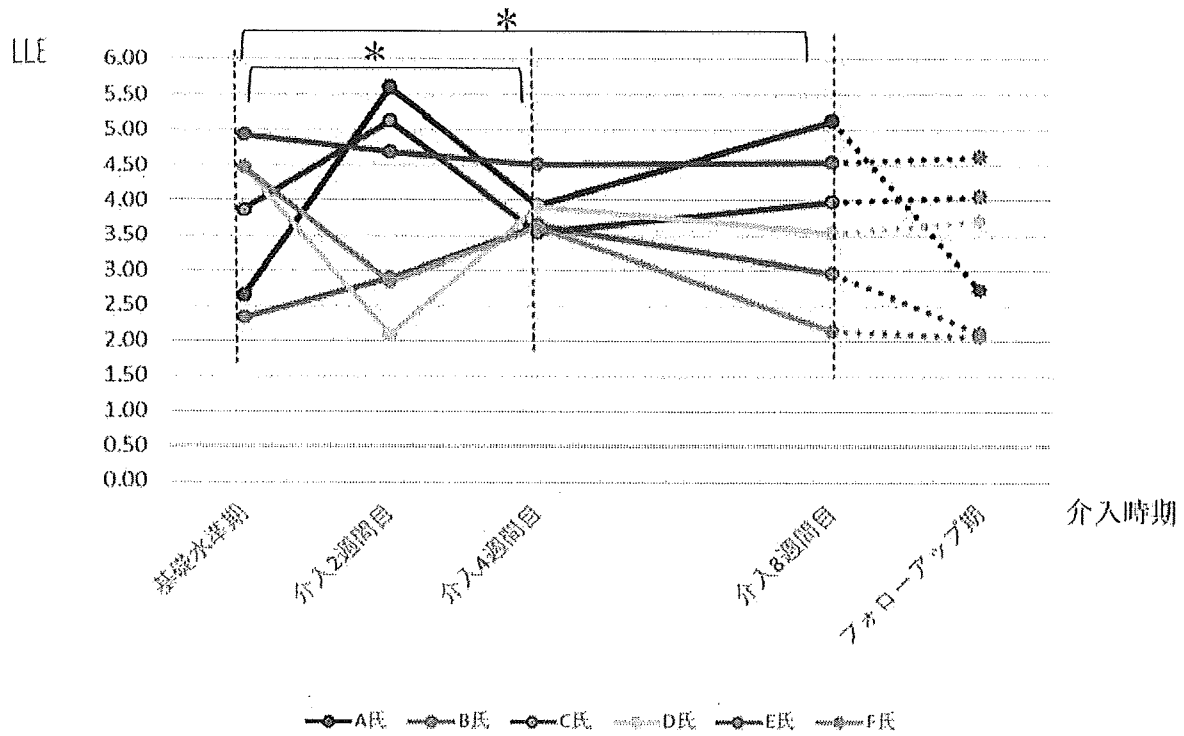
<利用者>		人数(%)		n=21
フロア		A n = 11(52.4)	B n = 10(47.6)	計
性別	男性	3(27.3)	2(20.0)	5(23.8)
	女性	8(72.7)	8(80.0)	16(76.2)
年代(年齢)	70歳以上 80歳未満	2(18.2)	1(10.0)	3(14.3)
	80歳以上 90歳未満	5(45.4)	5(50.0)	10(47.6)
	90歳以上 100歳未満	4(36.4)	4(40.0)	8(38.1)
認知症の種類	アルツハイマー型	8(72.7)	9(90.0)	17(81.0)
	脳血管型	3(27.3)	1(10.0)	4(19.0)
認知症の程度	軽度	6(54.5)	-	6(28.6)
	中等度	5(45.4)	2(20.0)	7(33.3)
	重度	-	8(80.0)	8(38.1)
要介護度	要介護2	4(36.4)	-	4(19.0)
	要介護3	5(45.4)	6(60.0)	11(52.4)
	要介護4	2(18.2)	2(20.0)	4(19.0)
	要介護5	-	2(20.0)	2(9.5)

<ケア提供者>		人数(%)		n=26
フロア		A n = 11(42.3)	B n = 15(57.7)	計
性別	男性	2(18.2)	2(13.3)	4(15.4)
	女性	9(81.2)	13(86.7)	22(84.6)
職種	看護職	1(9.1)	2(13.3)	3(11.5)
	介護職	10(90.9)	13(86.7)	23(88.5)
年代(年齢)	20歳以上 40歳未満	2(18.2)	4(26.7)	6(23.1)
	40歳以上 60歳未満	6(54.5)	9(60.0)	15(57.7)
	60歳以上 70歳未満	3(27.3)	2(13.3)	5(19.2)
高齢者施設経験	1年以上 5年未満	-	7(46.7)	7(26.9)
	5年以上 10年未満	1(9.1)	5(33.3)	6(23.1)
	10年以上 15年未満	2(18.2)	-	2(7.7)
	15年以上 20年未満	3(27.3)	1(6.7)	4(15.4)
	20年以上	5(45.4)	2(13.3)	7(26.9)

表4 利用者のMMSE, PGC, GDS15の介入前後比較

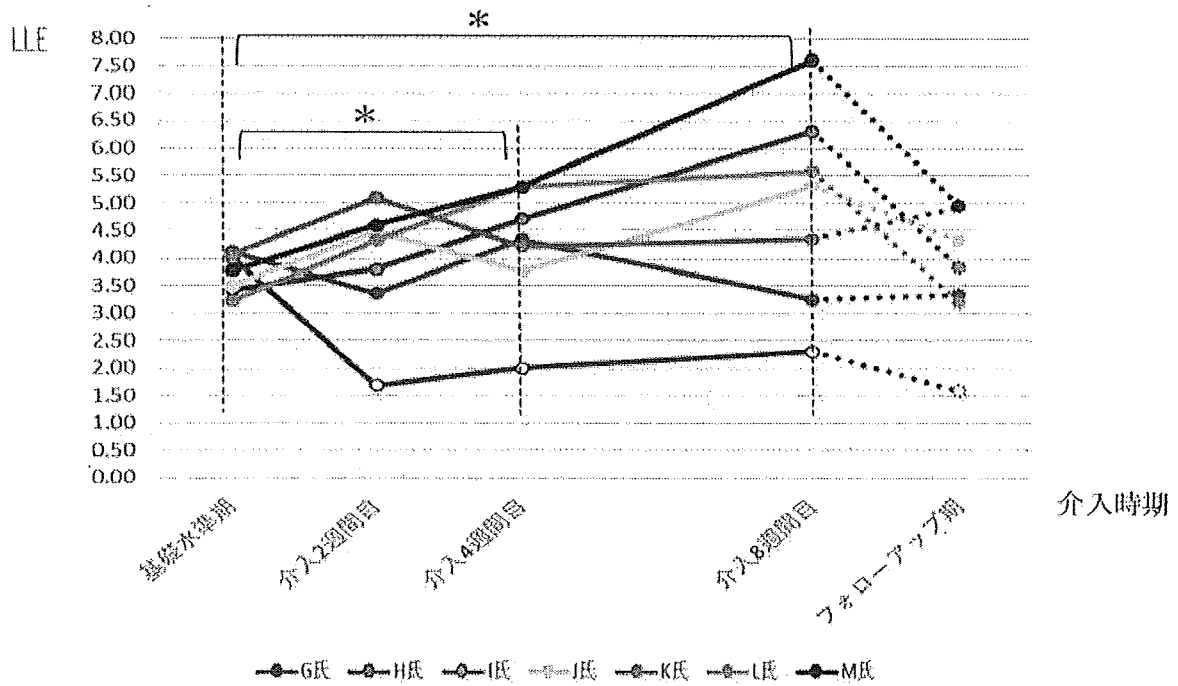
測定時期				n=21
項目	介入前 (平均値 ± 標準偏差)	介入後 (平均値 ± 標準偏差)	p値	
MMSE	13.1 ± 7.3	13.4 ± 7.5	0.046*	
PGC	10.1 ± 3.7	10.2 ± 3.5	0.782	
GDS	5.9 ± 2.4	5.3 ± 1.9	0.114	

注)検定は, Wilcoxon の符号付き順位検定 *p<.05



注) * $p < .05$

図 2-① 軽度認知症者 6 名の指尖脈波 LLE の介入期間における推移 (Wilcoxon 検定)



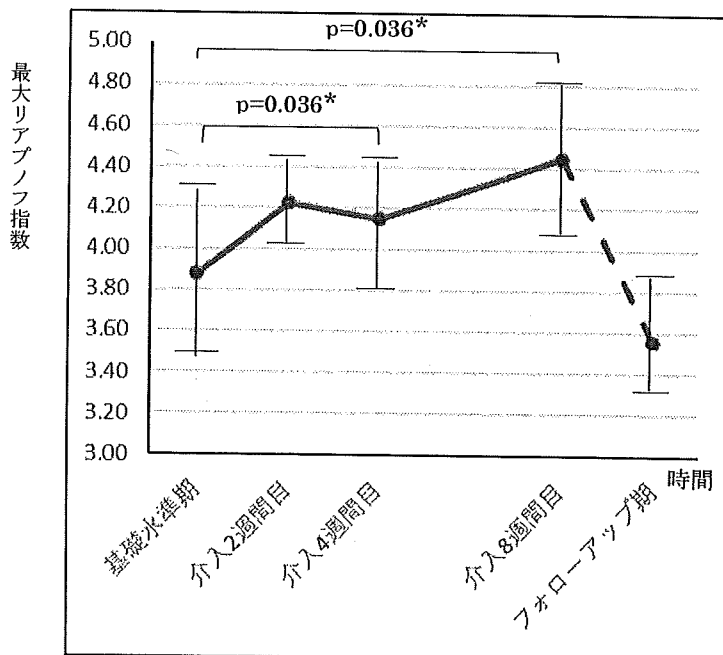
注) * $p < .05$

図 2-② 中等度認知症者 7 名の指尖脈波 LLE の介入期間における推移 (Wilcoxon 検定)

表5 認知症重症度別 指尖脈波最大リアプノフ指数平均値の介入期間における推移 n=21

介入時期	認知症重症度	軽度・中等度 n=13 平均値 ± 標準偏差	重度 n=8 平均値 ± 標準偏差
基礎水準期		3.5 ± 0.9	4.5 ± 1.2
介入2週間目		4.5 ± 1.6	3.8 ± 1.4
介入4週間目		4.4 ± 1.3	4.2 ± 1.3
介入8週間目		4.7 ± 1.6	4.1 ± 1.4
フォローアップ期		3.6 ± 1.4	3.5 ± 1.4

注)検定は、Wilcoxon 検定 * $p < .05$



n=26

注) * $p < .05$

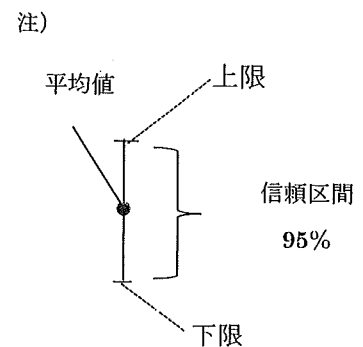


図3 介入によるケア提供者指尖脈波のLLE 平均値推移

入所者は、衣類の選択を毎日選択し、入浴時の時間の希望、入浴支援者の希望は、入浴時に選択をしていた。入所者が回答できたかどうかについては、軽度認知症者と中等度認知症者は応答が可能であり、回答がなされていたのを記録で確認し、重度認知症者は、1割程度の返答率であった。しかし、おやつを選択については、認知症重症度を問わず、全員がいずれかを選ぶことができていた。

3. ケア提供者への効果の有効性

ケア提供者の介入によりその値が上昇したのは、ケアの実施得点($p = 0.001$)、JCQ-B〔身体状態〕($p = 0.000$)、JCQ-D〔仕事満足度〕($p = 0.018$)、

生きがい ($p=0.016$) であり、それぞれに有意差を認めた(表6)。選択的支援ケア介入期間における指尖脈波変化のLLEは、基礎水準期と比較し介入2週間目と介入4週間目に上昇した。また、指尖脈波のデータの1つであるLLEを用いて測定した結果、 $p=0.002$ で有意に上昇していた(表7)。また、介入において基礎水準期との差をそれぞれの介入期で確認した結果、介入期4週間目($p=0.036$)、介入8週間目($p=0.036$)のLLEは有意に上昇していた。また、心拍数では有意差は認めず、自律神経バランスは、基礎水準期との差を確認した結果、介入4週目($p=0.036$)のみに有意に上昇を認めた(図3)。

表6 選択的支援ケア介入によるケア提供者の変化 n=26

項目	測定時期	介入前 (平均値 ± 標準偏差)	介入後 (平均値 ± 標準偏差)	p 値
ケア実施得点		66.8 ± 16.4	70.4 ± 15.2	0.001**
ケア認識得点		98.1 ± 12.1	100.8 ± 12.0	0.071
職業性ストレス A (JCQ-A) (仕事の量・質)		37.0 ± 3.2	36.6 ± 3.5	0.588
職業性ストレス B (JCQ-B) (身体の状態)		61.0 ± 12.6	56.7 ± 11.6	0.000***
職業性ストレス C (JCQ-C) (周囲のサポート)		20.5 ± 5.8	20.2 ± 5.8	0.567
職業性ストレス D (JCQ-D) (仕事満足度)		4.1 ± 1.1	3.9 ± 1.1	0.023*
生きがい感		26.6 ± 7.7	28.1 ± 8.1	0.016*

注)検定は、Wilcoxon の符号付き順位検定 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ 検定

表7 選択的支援ケア介入期間におけるケア提供者の指尖脈波変化 n=26

介入時期	リアプノフ指数 平均値 ± 標準偏差	心拍数 平均値 ± 標準偏差	自律神経バランス 平均値 ± 標準偏差
基礎水準器	4.3 ± 1.2	77.6 ± 9.7	6.5 ± 1.6
介入 2 週間目	4.5 ± 0.8	75.5 ± 9.9	6.1 ± 1.8
介入 4 週間目	5.0 ± 1.2	77.8 ± 11.7	5.7 ± 1.4
介入 8 週間目	4.9 ± 1.3	77.4 ± 9.1	5.9 ± 1.4
フォローアップ期	4.1 ± 1.0	79.8 ± 10.5	6.5 ± 1.6

注)検定は、Wilcoxon の符号付順和 検定 * $p < .01$

ケア提供者の測定値適合度を示す級内相関係数は、.796($p < 0.001$)でその妥当性を確認した。また、ケア実施頻度とケアの認識の質問紙調査のクロンバック α は、.829 で信頼性を確認できた。

IV. 考察

1. 日常生活における選択的支援ケアの有効性

1) 入所者への有効性

この研究の介入期間は8週間であり、1日に少なくとも1回以上、勤務体制でみると2交代であることから2回以上は入所者の意向が聞いてもらえていることの成果であると考えられる。そもそも認

知症の中核症状には薬物療法も有効ではないとされているが、入所者のMMSEが維持・上昇した理由は、ケアによって選択できたことで認知活動が活性化されたからだと考える。認知症高齢者に対して、集団レクリエーション(坂本, 佐藤, 駒崎ら, 2017), 園芸療法(寺岡, 小西, 小野ら, 2016), 音楽療法(高橋, 高野, 2015)の介入前後を比較した結果, MMSEの上昇がみられていた。それらの効果からも, 認知症は時間の経過とともに症状は進行していくが適切なケアが施されれば症状の進行を緩やかにすることは可能である(認知症介護研究・研修センター, 2016)。キッドウッド(1997 / 2017)は、「例え認知症があったとしても, 入所者は, 誰が本当に自分に関心を持ってい

るのかを見分ける力を持っている」と述べている。このことから、信頼できるケア提供者に自分の意思を伝えることができる機会がMMSEにも影響を与えた可能性があると考えられた。また、認知症の症状は、中核症状と行動・心理症状から成り立っている。このことは逆に、選択的支援ケアは入所者にとって特別なケアでなく、違和感が無いもので自然な形で受け入れられたのではないかと考える。環境が大きく変化をすると、認知症入所者は不安や戸惑いを感じてしまう。そのため、中核症状と行動・心理症状へも影響を与えかねない。しかし、そのことに反してこのケアモデルは、認知症の症状を悪化させる不安要素のないケア内容であり、安心して受け入れられるケアであることも確認できた。

重度認知症者は、ケアモデルによって主観的、客観的指標を測定したが明らかに有意差を示すことはできなかった。明らかに、おやつを選択場面では、自身で決められ、普段食べない形態の物を喜んで食べていた。Perrin(1997)は、重度な認知症患者29名に対して散歩、食べ物に関すること、社会的相互作用、表現力豊かな活動などの14タイプの作業療法的介入の結果、前向きな効果が約40%の被験者に認められた。これは、認知症が重度であってもその人らしさの潜在力が残っていることを示していた。そのため、認知症重症度だからといってケアをあきらめてしまうのではなく、選択的支援ケアを繰り返し施す必要性も導き出されたのだと考える。

2) ケア提供者への有効性

ケア提供者は介入により有効な変化をもたらしたのは、JCQ-B(職業性ストレスの身体状態)、JCQ-D(職業性ストレスの仕事満足度)であった。

職業性ストレスの身体状態は、心身症状がケア介入前後比較するとケア後に改善していたのは、今回の取り組みで仕事量は増えて実質的負担度は増えていたのではないかと推察する。しかし、それ以上に職業性ストレスの仕事満足度も増え、生

きがい意識も上昇に繋がっていたということは、LLEは各期の有意差とも適合していると考える。神谷(2004)は人間はみな自分の生きていることに意味や価値を感じたい欲求があると述べている。自己実現は自分の生きている証であり、ケア提供者による選択的支援ケアが入所者の様々な反応からケア提供者にも影響を与えたと考えられた。生きがい感が職業性ストレスの仕事満足度へと繋がりに、相乗効果により良い結果に繋がっていたからではないかと考える。

認知症ケアメソッドにパーソンセンタードケアがある。そのケアメソッドの5つの構成要素の1つに「自己決定の支援を実践すること」が掲げられており、認知症ケアにとって大変重要な要素である。具体的実践方法は、選択する機会を与え尊重することであると述べている(認知症介護研究・研修センター, 2016)。結果として、本研究でケアの実施頻度を上昇させることに繋がっていたことは、認知症ケアとして必要な支援であるとケア提供者が認識したからに他ならない。しかし、ケア提供者の根底にあるケア認識はもともと、全ての項目が「重要である」と回答したのは26名中16名(61.5%)であり、今回の結果はその変化が少なかったことが推察される。これは、施設の習慣によって基準を超えてケアを提供しようとする介護者には努力をしないように圧力がかけられ、仲間はずれにされるようなこともある(キッドウッド, 1997/2017)。そのため、今まで十分にケアをしていないケアを必要だと受け入れて変革させるということは、たやすいことではない。それでも、日常生活における些細な選択の積み重ねが重大な場面での選択に繋がりに、ひいては「自分らしくありたい」と希望する、それを支えるのがケア提供者であり、入所者の可能性を引き出すものである。

今回、入所者の明らかな変化からケア提供者は、選択的支援の意味を理解し、認知症高齢者への必要性やケアの有効性を実感したはずである。入所者は無力感にさいなまれ「あきらめた」「もうどうでもいい」という感情を打破してもらうには、ま

ずは入所者の声を「どうして欲しいのか」を問い続ける必要があると考える。確かに、ケア提供者の現状として、時間・人手・心の余裕は無いかも知れないが、入所者の様子を目の当たりにしてケア提供者にも笑みがこぼれた瞬間でもあったと考える。そして、入所者とケア提供者が楽しいと感じることができた支援であり、選択的支援ケアは両者の自己実現に向かうことのできる「看護・介護支援」であると確信できたのではないかと考える。Kitwood (1995) は、認知症ケアの新しい文化として、認知症者の一般的見方を変革することから始まり、その人らしさを維持し高めるための、人間に対する理解とスキルを高めることを求めている。さらには、ケア提供者自身の不安、感情、弱さを無視せずに、介護を前向きな資源に変える必要性を述べている。これらのことから、入所者やケア提供者の QOL の変化を糸口に、日常生活の中での選択的支援ケアを変革させることにも繋がることが示唆された。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、準実験研究であるが、日常生活におけるケアの一部に限定された内容であるため、バイアスとなるものを全て取り除くことは不可能な中での選択的支援ケアモデルであった。また、重度認知症の評価の信頼性、妥当性に関しては、現在、施設で使用されている医師の診断書を活用して研究を進めてきたものの、確保できない点は、認知度の測定尺度を変える必要性があるとも考えられた。また、介入研究にあたって、日常生活におけるケアであることから、どの項目がより効果があったのかまでは評価することはできなかった。

さらに本研究は、1施設の限られた入所者とケア提供者が対象であるため、この点は研究の限界である。そのため、今後は施設数や入所者とケア提供者数も増やして効果を検証していくことが必要である。今回は、日常生活支援の一部の選択的支援ケアを2ヶ月間介入した入所者とケア提供者

への効果の検証であったが、さらにその支援の幅を広げ検証していくことが今後の課題である。

本研究では、ケア提供者が協力的に実施してくださったからこそその成果でもあったと考える。そのため、今後は高齢者施設でのケアを変えたいと希望する管理者やケア提供者からの教育応援の希望を募り、数ヶ所の施設から取り組んで行きたいと考えている。

選択的支援を行う上で、自己決定の支援は重要課題であり、精神障害者や認知症を抱えていてもその根本的な考えは変わるものではない。人としての当然の権利とは何かを踏まえることの必要性を改めて実感できた研究であったと感じる。イギリスでは2005年に意思決定能力法の基に本人の意思を尊重する方針が打ち出され、その法律を参考に日本でも包括的な代理権をもつ成年後見制度がある。しかし、生命、財産に関わることに特化しており、看護・介護ケアとは同化されることはなかった。しかし、些細な日常生活に毎日形づくられていることから、法的にも認知症看護・介護を捉えていく必要があると考える。さらに、菅 (2013) は、「認知症を抱えて暮らす人々に対しても、成年後見人等による自己決定支援の質保証を担保するためにも、成年後見人等が一定程度の自己決定支援技術を身につける必要がある」ことを述べている。このことから、高齢者・精神看護にも、選択的支援ケアを一層推進して進めていかなければならないと考える。

VI. 結論

入所者21名、ケア提供者26名を対象に、選択的支援ケアモデルの介入準実験研究の有効性を検証した結果、以下のことが明らかになった。

- ① 入所者の認知機能を維持することが可能であった。
- ② 軽度、中等度認知症者に対して、選択的支援ケアを8週間続けると4週間目と8週間目にLLE(心の揺らぎ)が上昇し、心を前向きにさせ

ていた。

- ③ ケア提供者の職業性ストレスの仕事満足度が上昇し、生きがい意識も上昇させることができた。

以上のことから、選択的支援ケアは入所者の認知症の増悪軽減だけでなく、ケア提供者にとっても生きがいや職業性ストレスを軽減させる有効な一手技であると示唆される。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました入所者、ケア提供者の皆様に深謝申し上げます。

【引用文献】

- Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/jp/dementia-alzheimers-japan.asp>. (2018年1月16日検索).
- Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO, Yesavage JA. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.
- Chernev, A. (2003). When more is less and more: The role of ideal point availability and assortment in consumer choice. *Journal of Consumer Research* 30 (2), 170-183.
- 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ. (2014). ユマニチュード入門, 医学書院, 東京, 98-121.
- 今井忠則, 長田久雄, 西村芳貢. (2012). 生きがい意識尺度 (Ikigai-9) の信頼性と妥当性の検討. *日本公衆衛生学会誌*, 59 (7), 433-438.
- 稲葉一人. (2017). 認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業の概要, *実践成年後見* 70, 5-14.
- 今西 明, 雄山真弓. (2008). 生理心理学における新たな解析手法の提案. *人文研究* 58(3), 23-42.
- 今西 明, 雄山真弓. (2009 a). カオス解析における設定値の際が解析結果に与える影響: 指脈波容積脈波における検討. *人間工学* 45 (2), 141-147.
- 今西 明, 雄山真弓. (2009 b). 指尖容積脈波のカオス解析における遅延時間の検討. *人間工学* 45 (5), 303-305.
- 板生 清. (2017). 生体データ活用の最前線 スマートセンシングによる生体情報計測とその応用<第4章・第3節>. *サイエンス & テクノロジー*, 東京, 233-257.
- 岩本隆茂, 川俣甲子夫. (1990). シングル・ケース研究法 新しい実験計画法とその応用, 第1版, 勁草書房, 東京, 157-158.
- 神谷美恵子. (2004). 生きがいについて, 第12版, みすず書房, 東京, 167-168.
- Karasek. R. (1985). *Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide, Version 1.1*. Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California, Los Angeles.
- Kolcaba K. (1995). The process and product of comfort merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing Practice* 13 (2), 117-131.
- Kitwood, T. (1995). Positive long-term changes in dementia: some preliminary observations. *Journal of Mental Health*, 4, 133-144.
- キャサリン・コルカバ. (2003/2013). 太田喜久子(監訳). *コルカバコンフォート理論 理論の開発過程と実践への適応*, 第1版第2刷, 医学書院, 東京, 11-19.
- 監修 認知症介護研究・研修センター. (2016). *認知症介護実践者研修標準テキスト*. 株式会社ワールドプランニング. 第2版, 東京, 104.
- 前田大作, 浅野仁, 谷口和江 (1979). 老人の主観的幸福感の研究—モラル・スケールによる測定の試み—. *社会老年学* 11, 15-31.
- 中谷こずえ, 白井キミカ, 兼田美代. (2019). 介護老人保健施設における日常生活の選択的支援ケア実施頻度と必要性の認識, *高齢者虐待防止研究* 15 (1), 101-113.
- 日本国憲法. (1946). www.ndl.go.jp/constitution/etc/j01.html (2018年11月9日検索)
- 雄山真弓. (2012). ころの免疫力を高める「ゆらぎ」の心理学, 祥伝社. 第1版, 東京, 165-168.
- Perrin, Tessa. (1997). Occupational need in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 934-941.
- Reutskaja E., and Hogarth, R. (2009). Satisfaction in choice as a function of the number of alternatives: When 'goods satiate'. *Psychology and Marketing* 26 (3), 197-203.
- Schultz R., and Hanisa, B. (1978). Long-term effects of control and predictability-enhancing interventions: Finding and ethical issues. *Journal of Personality and Social Psychology* 36 (11), 1194-1201.

- 菅富美枝. (2013). イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理. 京都市, ミネルヴァ書房, 初版第2刷, 京都, 244-247.
- 坂本将徳, 佐藤三矢, 駒崎卓代, 他. (2017). 集団レクリエーション介入が認知症高齢者における行動・心理症状 (BPSD) および QOL に及ぼす効果. 理学療法科学 32(4), 487-491.
- 高橋多喜子, 高野裕治. (2015). 高齢者への集団音楽療法による認知機能維持効果—音楽療法とカラオケを比較して—, 国際経営・文化研究 20 (1), 179-184.
- 寺岡佐和, 小西美智子, 小野ミツ, 他. (2016). 認知症高齢者への園芸活動が認知機能面にもたらす効果. 老年看護学 21 (1), 59-68.
- トム・キッドウッド. (2017). 高橋誠一 (訳). 認知症のパーソンセンタードケア. クリエイツかもがわ, 第1版, 京都, 211-213, 233-244.
- 渡辺 舞, 今川民雄. (2013). GDS (老人用鬱尺度) 短縮版の因子構造に関する研究—信頼性と妥当性の検討およびカットオフポイントの検討. パーソナリティ研究 22(2), 193-197.

Effectiveness of a Choice-based Care Model for Dementia Residents Living in a Long-term Care Facility for the Elderly

Kozue Nakatani*¹, Kimika Usui*¹, Miyo kaneda*², Takehito Kojima*³

*¹*Gifu University of Health Science, School of Nursing*

*²*Ichinomiya Kenshin College*

*³*Gifu Prefectural Gujo Senior High School*

Objective: To investigate the effectiveness of a choice-based care program aimed at enabling residents with dementia living in a long-term care facility for the elderly to live their daily lives in their own way. Subjective and objective outcome markers were used to verify program effectiveness for residents and care providers.

Methods: A quasi-experimental intervention study design was used in which care providers performed choice-based care, allowing residents to make their own choices, such as when to bathe and with whose help, what snacks to eat, and which clothes to wear. Participants comprised 21 residents and 26 care providers. The study was divided into a 4-week standard care, 8-week intervention, and 3-week follow-up period. Data for outcome markers were collected every 2 weeks (total, 5 times).

Results: Awareness remained stable or improved in 90% of residents. A paired t-test comparison of care providers before and after intervention showed significant increases in frequency of care implementation; JCQ-B (Job Content Questionnaire-Body State) and JCQ-D (Job Content Questionnaire -Degree of Satisfaction) scores; and feelings of life satisfaction.

Discussion: For residents, choice-based care offers the prospect of maintaining or improving awareness. For care providers, this type of care not only increases frequency of care implementation but also relates to feelings of life satisfaction and occupational stress and helps to stabilize the autonomic nervous system.

Conclusion: Choice-based care during daily living is effective for both care receivers and providers.

Key Words: long-term care facility for the elderly, choice-based care, care provider, resident with dementia