

## 「認知症高齢者における通所サービス利用者の居住空間支援について —家族と通所サービス職員の認識の違いに焦点を当てて—

西村 美里, 岡本 華枝, 鈴木千絵子

### 抄 録

本研究の目的は、通所サービスを利用している認知症高齢者の ADL、IADL、居住空間の使い方に関して家族と施設職員の認識の違いを明らかにし、認知症高齢者の残存機能を最大限に活用した居住空間支援についての手がかりを得ることである。A 市の 2 施設で通所サービスを利用している認知症高齢者 56 名の家族と通所サービス職員を対象とし、ADL、IADL、居室の使い方についてアンケートを実施した。1 人の認知症高齢者に対し家族と通所サービス職員の 2 名でそれぞれ評価した項目について、認識の違いを比較検討した。

分析の結果、家族と通所サービス職員の認識は ADL と IADL の項目について 50% 以上一致していたことが明らかとなった。電話や金銭管理のような実際に施設で行っていない内容は職員のほうが能力を低く評価する傾向にあった。居住空間の使い方に関する項目は、「やる気がなくなってきたように感じる」等の感情面について家族は低く評価する傾向にあった。認知症高齢者の残存機能の維持向上のためには、家族と職員が「その人らしさ」や「なじみ」について互いに知ることで効果的な支援につながる可能性が示唆された。

キーワード：認知症高齢者 通所サービス ADL IADL 居住空間

### I. はじめに

認知症は脳細胞の破壊によって記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行能力の低下が中核症状として現れる。特に記憶障害や見当識障害は 1 人で外出後自宅に戻ることができなくなる等、認知症高齢者が事故や事件に巻き込まれて亡くなるケースも報道されている。また身元不明者として警察に保護される認知症高齢者数は、2008年から2014年の6年間に546名にも及ぶことが分かった<sup>1)</sup>。これらの事実から、もはや認知症高齢者の問題は家族だけで解決できるものではないといえる。2004年より厚生労働省は「認知症を知り地域を作る10ヵ年」の構想に取り組み、認知症を理解し支援するサポーターが地域に数多く存在することが重要であると表明している<sup>2)</sup>。地域全体で認知症高齢者と家族を支援する体制作りが普及される一方で、認知症高齢者の生活場所在宅へ移行することにより介護負担に関する家族の不安や心配は増大していると報告されている<sup>3)</sup>。家族への支援としては、介護負担感の軽減を図るために地域資

源の利用や、状況に応じて認知症高齢者が必要な医療や介護サービスが受けられるよう各機関との連携が重要である。認知症高齢者が自宅での生活をできるだけ長く継続できるように支援する通所サービスもその一つである。

しかし、鈴木らはサービスを利用することは認知症高齢者が自宅から地域に出て再び帰宅するといった一日の大きな移動環境が存在することを視野に入れなければならないと述べている<sup>4)</sup>。中核症状により環境の変化に適應できない認知症高齢者にとって、通所サービスは自宅以外のなじみの場所であることが重要である。通所サービスの利用において認知症高齢者の ADL や IADL の評価が着目されているが、なじみの環境づくりには認知症高齢者の ADL や IADL を家族と施設職員が同じように評価し、自宅での過ごし方について把握する必要があると考える。そこで、本研究では、ADL や IADL だけでなく鈴木ら<sup>5)</sup>の定義する居住空間の使い方に関する項目を参考にし、認知症高齢者の家族と通所サービス職員の認識について調査を行い、なじみの環境づくりの支援について考察を加え、提案することを目的とした。

Misato Nishimura  
Hanae Okamoto  
Chieko Suzuki  
関西福祉大学看護学部

### II. 研究方法

#### 1. 対象者

A 県 B 市の通所サービス施設 2 ヶ所を利用している認

知症高齢者の家族212名と通所サービス職員39名。

## 2. 研究期間

平成25年9月～平成26年1月

## 3. データ収集方法

該当施設管理者に口頭と依頼文で研究の趣旨や内容を説明し調査表配布の同意を得た。対象の選定は施設管理者に一任し、対象者には口頭と文書で研究の趣旨、プライバシーの保護、研究参加の自由、参加の辞退による不利益が生じないこと、データの保管方法や研究結果の公表方法について説明した。同意の得られた対象者には直接郵送法で調査票を回収した。

対象者のうち、家族には年齢、性別、続柄、家族形態を、通所サービス職員には年齢、性別、職種について質問し、両者共通に認知症高齢者の介護度、日常生活自立度（痴呆度・寝たきり度）、居住空間の使い方の変化に関する項目10項目、IADL 5項目、ADL 6項目について質問した。居住空間の使い方の変化に関する10項目は、鈴木らの認知症患者の住環境に関する研究で得られたカテゴリと一致するものであり<sup>5)</sup>、思わない（3点）、あまり思わない（2点）、時々思う（1点）、よく思う（0点）の4段階の順序尺度を用いた。得点が高いほど能力が高い結果となる。ADL 6項目：食事摂取、水分摂取、更衣・整容、保清、排泄、活動とIADL 5項目：服薬管理、金銭管理、買い物、電話、洗濯は、渡邊らの研究で使用された項目と一致するものであり<sup>6)</sup>、全くない（1点）、ほとんどない（2点）、ややある（3点）、かなりある（4点）、全介助（5点）の順序尺度を用いて評価した。得点が高いほど能力が低い結果となる。

## 4. 分析方法

分析は記述統計を用いて検討した。1人の認知症高齢者に対し家族と通所サービス職員の2名でそれぞれ評価した各項目について、どちらが一点でも高くあるいは低く評価しているかを比較した。また、各項目について順序尺度を用いて得点を付け、家族と通所サービス職員の評価を比較し、平均値の差をみるためにウィルコクソンの符号付順位検定を行った。

## 5. 倫理的配慮

施設管理者と対象者に研究の趣旨、データの保管・管理方法、協力の有無によって不利益が生じないこと、施設や個人が特定されないこと、結果の公表方法を口頭と

文書で説明。なお、本研究は関西福祉大学内の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 6. 用語の定義

本研究で使用する居住空間とは、鈴木らの「認知症という疾患が高齢者に身体的変化を及ぼし、それにより影響された生活を通してみえてくる狭義な住環境、つまり、個人空間から家族空間までの小さな領域でみた生活領域」の定義を採用した<sup>5)</sup>。

## Ⅲ. 結果

### 1. 研究対象者の概要

認知症高齢者の家族56名と通所サービス職員39名より回答を得た。通所サービス職員39名は認知症高齢者2人以上について重複して回答していた。研究対象者の概要は表1に示した。認知症高齢者は、要介護度1が14人（25%）、要介護度2は18人（32.1%）、要介護度3が15人（26.8%）であった。日常生活自立度（痴呆度）は、IとⅢaがそれぞれ11人（19.6%）、次いで自立度Ⅱ、Ⅱb、Ⅳがそれぞれ8人（14.3%）であった。日常生活自立度（寝たきり度）はA1が25人（44.6%）であった。認知症の確定診断は37人（66.1%）で内訳はアルツハイマー型と老人性がそれぞれ16人（28.6%）であった。家族は平均年齢62.0歳（SD±8.6）で男性13人（23.2%）、女性43人（76.8%）で続柄は嫁と娘がそれぞれ19人（33.9%）、家族形態は構成員3人（34.0%）が一番多かった。通所サービス職員は平均年齢44.7歳（SD±12.9）女性のべ49人（87.5%）、男性のべ7人（12.5%）で介護士のべ31人（55.3%）、看護師はのべ10人（17.9%）であった。介護福祉士のべ9人（16.1%）、生活相談員のべ6人（10.7%）であった（表1）。

### 2. 認知症高齢者の居住空間の使い方の変化に関する項目

家族と職員の認識は「昔からなじんだことや場所の継続性がなくなった」、「自分で判断して決めることが難しい」、「物の価値の判断がつきにくい」、「考えることが億劫で面倒」、の項目で50%以上の認識の一致がみられた。家族と職員の認識の違いがあり、且つ家族が低く評価する項目は「感覚や視覚などの感覚の低下が顕著になった」、「自分の今したいことが優先される」、「やる気がなくなってきたように感じる」、「自分のものに執着する」、「自分の物の置き場所が整理整頓できない」であった。家族と職員の認識の違いがあり、且つ家族が高く評価する項目は「昔から馴染んだことや場所の継続性がなく

表1 研究対象者の概要 人 (%)

|                     |                    |                   |           |
|---------------------|--------------------|-------------------|-----------|
| 高齢者<br>n =56        | 介護度                | 要介護1              | 14 (25.0) |
|                     |                    | 要介護2              | 18 (32.1) |
|                     |                    | 要介護3              | 15 (26.8) |
|                     |                    | 要介護4              | 5 (9.0)   |
|                     |                    | 要介護5              | 4 (7.1)   |
|                     | 日常生活自立度<br>(痴呆度)   | 自立                | 1 (1.8)   |
|                     |                    | I                 | 11 (19.6) |
|                     |                    | II                | 8 (14.3)  |
|                     |                    | II a              | 6 (10.7)  |
|                     |                    | II b              | 8 (14.3)  |
|                     |                    | III a             | 11 (19.6) |
|                     |                    | III b             | 2 (3.6)   |
|                     | IV                 | 8 (14.3)          |           |
| M                   | 1 (1.8)            |                   |           |
| 日常生活自立度<br>(寝たきり度)  | J1                 | 7 (12.5)          |           |
|                     | J2                 | 8 (14.3)          |           |
|                     | A1                 | 25 (44.6)         |           |
|                     | A2                 | 4 (7.1)           |           |
|                     | B1                 | 5 (8.9)           |           |
|                     | B2                 | 3 (5.4)           |           |
|                     | C1                 | 2 (3.6)           |           |
|                     | C2                 | 2 (3.6)           |           |
| 認知症の病名              | アルツハイマー型           | 16 (28.6)         |           |
|                     | 脳血管性               | 4 (7.1)           |           |
|                     | レビー小体型             | 1 (1.8)           |           |
|                     | 痴呆・老人性             | 16 (28.6)         |           |
|                     | 特になし               | 19 (33.9)         |           |
| 家族<br>n =56         | 性別                 | 男性                | 13 (23.2) |
|                     |                    | 女性                | 43 (76.8) |
|                     | 年齢 (49-88)         | 62.0±8.6 (平均±SD)  |           |
|                     | 続柄                 | 妻                 | 5 (9.0)   |
|                     |                    | 夫                 | 1 (1.8)   |
|                     |                    | 嫁                 | 19 (33.9) |
|                     |                    | 娘                 | 19 (33.9) |
|                     |                    | 息子                | 12 (21.4) |
|                     | 家族形態<br>(家族構成員の人数) | 1                 | 4 (7.1)   |
|                     |                    | 2                 | 9 (16.1)  |
| 3                   |                    | 19 (34.0)         |           |
| 4                   |                    | 11 (19.6)         |           |
| 5                   |                    | 3 (5.4)           |           |
| 6                   |                    | 5 (8.9)           |           |
| 7                   |                    | 5 (8.9)           |           |
| 職員<br>n =56<br>(重複) | 性別                 | 男性                | 7 (12.5)  |
|                     |                    | 女性                | 49 (87.5) |
|                     | 年齢 (22-66)         | 44.7±12.9 (平均±SD) |           |
|                     | 年齢別                | 20~30             | 8 (14.3)  |
|                     |                    | 31~40             | 11 (19.6) |
|                     |                    | 41~50             | 17 (30.4) |
|                     |                    | 51~60             | 12 (21.4) |
|                     |                    | 61~               | 8 (14.3)  |
| 職種                  | 看護師                | 10 (17.9)         |           |
|                     | 介護福祉士              | 9 (16.1)          |           |
|                     | 生活相談員              | 6 (10.7)          |           |
|                     | 介護士                | 31 (55.3)         |           |

なった」、「自分で判断して決めることが難しい」であった(図1)。

また、ウィルコクソンの符号付順位検定の結果、「やる気がなくなってきたように感じる」は、家族の平均値0.80±0.9、職員の平均値は1.38±0.9であり、家族の方が有意に低く評価していた。また、ADL項目の「食事摂取：食べこぼし」では、家族の平均値が2.48±0.95、職員の平均値は2.14±1.09であり、家族の方が有意に高く評価していた(表2)。

表2 家族と施設職員間で優位差のあった項目

| 項目 | やる気がなくなった   | ADL (食事摂取)   |
|----|-------------|--------------|
| 家族 | 0.80±0.9 ]* | 2.48±0.95 ]* |
| 職員 | 1.38±0.9 ]  | 2.14±1.09 ]  |

Wilcoxon signed-rank test \*P<0.01

### 3. IADL

家族と職員の認識はすべての項目で50%以上一致していた。家族と職員の認識に違いがあっても家族は職員より高く評価していた。特に「金銭管理」と「電話」の項目では、高く評価した家族は低く評価した家族の2倍以上であった(図2)。

### 4. ADL

家族と職員の認識は「食事摂取」、「水分摂取」、「保清」、「排泄」、「活動」の5項目で50%以上一致していた。家族と職員の認識に違いがあり、且つ家族が高く評価する項目は「水分摂取」、「更衣・整容」、「保清」であった。家族と職員の認識に違いがあり、且つ家族が低く評価する項目は「食事摂取」、「排泄」、「活動」であった(図3)。

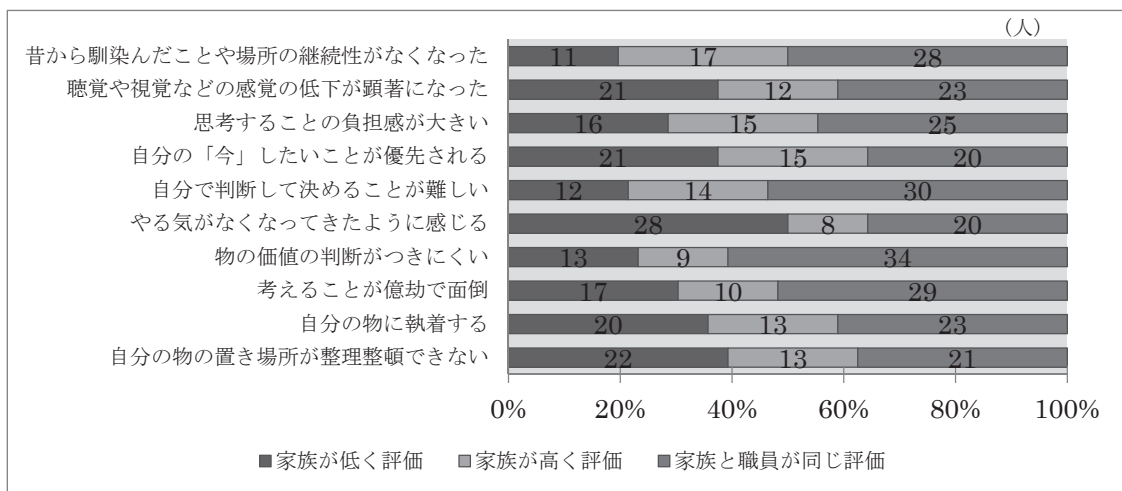


図1 家族と職員が評価する「高齢者の居住空間」の認識の違い n=56

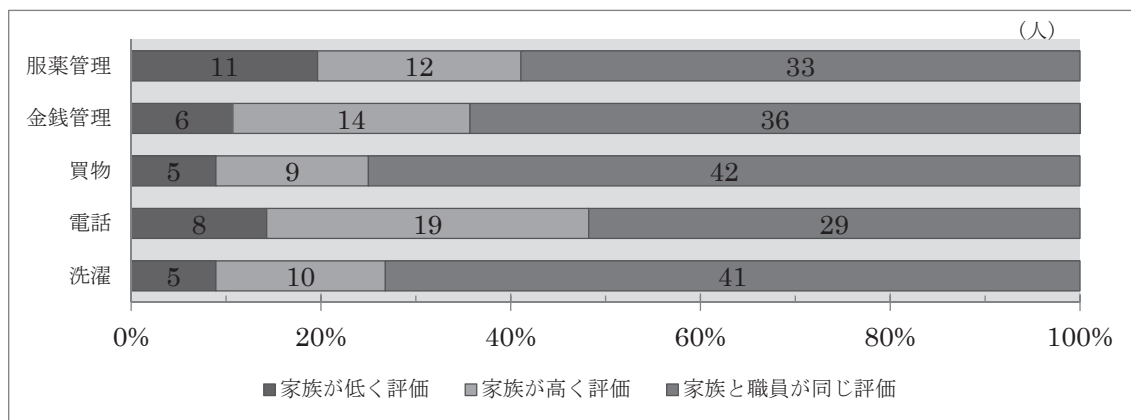


図2 家族と職員が評価する「セルフケア IADL」の認識の違い n=56

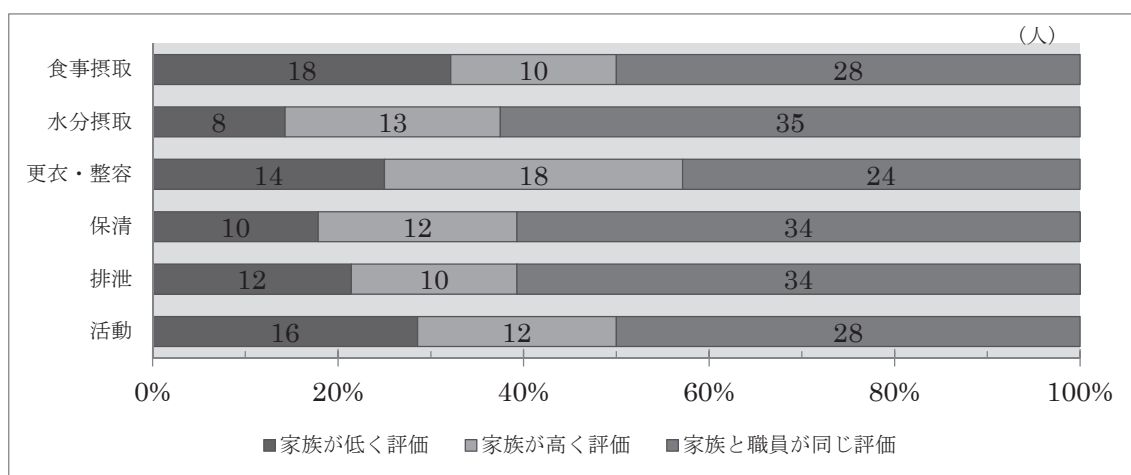


図3 家族と職員が評価する「セルフケア ADL」の認識の違い n=56

#### IV. 考察

##### 1. 家族と通所サービス職員の認知症高齢者評価の特徴

調査の結果、家族と職員の認識は「IADL」と「ADL」の項目で半数以上の一致がみられた。A市の2施設では家族とのコミュニケーションを大切に、認知症高齢者の自宅や施設での過ごし方や様子をノートに記録し交換している。家族と施設がお互いに理解するためにコミュニケーションを図り努力する姿勢は、認知症高齢者とその家族に見合ったケアプランの提供につながるといえる。しかし、IADLの「金銭管理」や「電話」など実際に施設で実施していない内容は、職員の方が低く評価する傾向があった。パーソンセンタードケアが主流となっている認知症高齢者ケアにおいて、その人らしさ（パーソンフード）や良い状態（ウェルビーイング）を維持することが重要だと言われている。職員は認知症高齢者の良い状態について把握するために家族とかかわりながらケアを実践することが望まれる<sup>7)</sup>。認知症高齢者の全体

像を把握するためには、施設外での能力の評価も参考にケアプランに取り組む必要があると考える。

「居住空間の使い方の変化」は認知症高齢者の居住空間における感情や判断、感覚についての項目を調査しているが、判断能力に関する項目で家族と通所サービス職員の認識が半数以上一致していた。「やる気がなくなってきたように感じる」、「自分の今したいことが優先される」等、感情面の変調については家族の方が職員よりも低い評価をしている傾向がみられた。特に「やる気がなくなってきたように感じる」についてはウィルコクソンの符号付順位検定の結果より、家族の方が職員よりも優位に低く評価していることが明らかとなった。杉山は認知症高齢者の特徴を理解するための9つの法則について述べており、認知症高齢者は出来事の実事関係を把握できないが、感情が支配する世界に住んでいるため認知症高齢者が形成する世界を理解することが大切だと提言する<sup>8)</sup>。判断力の低下は「やる気」の減退につながり、感



情は残るが感情を制御できないため物への執着が生じる。家族は認知症高齢者の判断能力の低下について職員と同じように理解をしているが、判断能力の低下が感情に影響を及ぼしていることに関して職員の方が認知症の特徴をより理解している傾向にあるといえる。家族介護者は認知症高齢者の症状に対応できないと精神的不安感が強い等、介護に対して否定的な評価をする<sup>9)</sup>。職員は認知症高齢者に関わる専門職として家族の疾患理解をサポートする必要があると考える。

## 2. 認知症高齢者の残存機能を活用した居住空間の使い方について

記銘力の低下や判断能力の低下により、認知症高齢者は混乱を来し易い。小規模のユニットケアでは認知症高齢者が自宅で使用していたリネン類を使用したり、思入れのある品物を持ち込んだりと認知症高齢者のなじみの環境づくりを積極的に行っている。浪花らは「なじみの環境」は認知症高齢者が安心して自分らしく穏やかに過ごすことができる「安心できる居場所」であると述べ、介護職員のスキンシップや声かけ等のケア技術の展開がなじみの環境を形成すると提言している<sup>10)</sup>。なじみの環境を提供するためには、ADLやIADLだけでなく認知症高齢者の判断能力や感情についても着目する必要がある。認知症高齢者の場合、判断能力は低下するが、物への執着やこだわり等の強い感情の表出があるため家族介護者は対応困難感を感じやすい。なじみの環境は、認知症高齢者の肯定的な感情を引き出し介護者の対応困難感を軽減させることに有効だと考える。

通所サービスを利用する認知症高齢者は、サービス利用日の生活場所の変化が混乱を来す原因となることも考えられる。通所サービスや施設においても認知症高齢者のなじみの環境が求められている。鈴木らは、デイサービスを含む居宅サービスの基本的役割について、利用者が自宅での生活をできるだけ長く継続することが重要であるとし、通所サービス利用時間内に観察できる利用者像のみで評価するのではなく、サービスでの過ごし方や体験が自宅での生活継続にどのように貢献しているかという視点が必要であると述べている<sup>4)</sup>。認知症高齢者の家族や通所サービス職員は、認識の一致や違いの有無を明らかにし、共通認識のもと認知症高齢者が自宅でも通所サービスでも同じように残存機能を活かした生活ができるよう対応する必要があると考える。

## 3. 研究の限界

本研究では、研究対象者の施設利用期間や職員の経験年数、家族の同居の有無などの項目について調査しておらず、これらの因子が認知症高齢者の理解に影響を及ぼす可能性は否定できない。これらの因子がなじみの環境づくりにどのような影響を与えているのか、今後の研究課題である。

## V. 結語

1. 認知症高齢者のIADLとADLは家族と通所サービス職員の認識が50%以上一致していた。
2. 電話や金銭管理のような実際に施設で実施していない内容は通所サービス職員の方が能力を低く評価する傾向にあった。
3. 認知症高齢者の居室空間に関する項目は家族の方が能力を低く評価する傾向にあった。

認知症高齢者が残存機能を活用した居室空間でその人らしく暮らすためには、家族と共に自宅と施設の過ごし方の両方について、能力だけでなく情意情動に関する行動に働きかけることが大切である。

## 謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきましたご家族と通所サービス職員の皆様に心より感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 山田泰蔵, 銭場裕司: 認知症一時保護546人, 医療と健康, 通巻 (26), 38, 2014.
- 2) 厚生労働省「認知症を知り地域を作る10ヵ年」の構想 (2004). <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html>
- 3) 中島眞由美: 認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係, 社会福祉学, 52 (4), 66-79, 2012.
- 4) 鈴木みな子, 児玉圭子: デイサービスの環境づくり—認知症高齢者への環境支援指針PEAP日本版3のデイサービスへの適応—, 日本社会事業大学研究紀要, 59, 167-184, 2013.
- 5) 鈴木千絵子: 認知症患者の住環境に関する研究—日常生活における認知・行動からみた健常高齢者との比較から—, 住総研研究論文集, 39, 155-164, 2012.
- 6) 渡邊久美, 山下亜矢子, 村上礼子, 他 (2014); 在宅認知症ケアにおける情報共有のための訪問看護師向け医看連携支援システムの開発に向けた基礎的研究

(第1報)一面接調査に基づく情報共有の現状とニーズ―,研究成果最適展開支援プログラム A-STEP 報告, [http://www.jst.go.go.jp/a-step/kadai/h25-1fs\\_tansaku.html](http://www.jst.go.go.jp/a-step/kadai/h25-1fs_tansaku.html)

- 7) 小木曾加奈子,安藤邑恵,平澤泰子,他:介護老人保健施設における認知症ケアに対する職場教育の課題について,岐阜医療科学大学紀要,(4),27-32,2010.
- 8) 杉山孝博:認知症の9大法則50症状と対応策(第1版),28-30,株式会社法研,東京,2012.
- 9) 菅沼真由美,佐藤みつ子:認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法,日本看護研究学会雑誌,34(5),41-49,2011.
- 10) 浪花美穂子,横山正博:認知症高齢者のグループホームにおける「なじみの環境」形成の影響に関する検討,日本認知症ケア学会誌,11(2),529-543,2012.