

# グループホーム従業員の精神的健康度 および認知症の行動・心理症状への対応に関する知識の実態

Psychological Health Status and Knowledge Level of Care of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia among Staff Members at Specialized Care Facilities for Dementia

清水 祐子<sup>1)</sup>, 新田 静江<sup>2)</sup>, 望月 紀子<sup>2)</sup>, 上村 奈美<sup>2)</sup>  
SHIMIZU Yuko, NITTA Shizue, MOCHIZUKI Noriko, UEMURA Nami

## 要 旨

本研究は、従業員の精神的健康度および認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応に関する知識の実態を明らかにすることを目的に、同意の得られた32事業所の従業員245名(回収率66.8%)を対象とした。日本語版GHQ-28で測定した精神的健康度は $7.66 \pm 6.11$ 点、精神的問題のある6点以上は56.3%、日勤と夜勤の交代勤務者に高く、夜勤のみ勤務者および看護職に低かった。BPSDへの対応に関する知識15項目中11項目で望ましい対応が選択されているが、残り4項目(徘徊, 異食, 拒食, 乱暴・暴言)では27.0%以上が望ましくない対応を選択していた。本結果から、グループホーム従業員は精神的健康を損ねていることが推測される。BPSDの対応に関する知識を測定する妥当性のある調査用紙の作成が課題であり、BPSDへの対処方法に関する従業員研修プログラムへの活用が期待できる。

キーワード グループホーム, 従業員, 認知症の行動・心理症状, 精神的健康度  
Key Words Specialized Facility for Dementia, Staff Members,  
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Psychological Health Status

## 1. はじめに

2003年から2005年の2年間に全国で7,300か所と倍増している認知症対応型共同生活介護(以下グループホームと略す)<sup>1)</sup>には、認知症のある要介護者8~9人が1ユニットに生活し、利用者の自立支援と日常生活の充実を図るために、利用者と従業員が家庭的な雰囲気の中で馴染の関係を築きやすいことを利点とし<sup>2)3)</sup>、その効果として「感情不安定」「被害妄想」「作話」の減少や、笑顔をみせレクリエーションを楽しむ様子などが報告されている<sup>4)</sup>。一方で、経済的負担、利用者個人の行動・反応の全体への影響、外部との接触機会の少なさに伴う密室化のリスクが指摘されている<sup>2)5)~7)</sup>。

グループホーム従業員には、認知症介護に関する専門的知識と技術を有することが求められており<sup>2)8)9)</sup>、従業

者に対する認知症の行動・心理症状(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) (以下BPSDと略す)への対処方法に関する研修が、援助技術の向上、知識レベルの向上、肯定的な態度、望ましい行動といった効果をもたらすことが欧米で報告されている<sup>10)11)</sup>。介護保険の指定居宅サービス等の事業に関する基準の169条には、事業者は従業員の資質の向上のために、研修の機会を確保しなければならないことが定められている<sup>12)</sup>。しかし従業員の間では、介護技術の認識率と実施率の低さ、法制度や疾病の知識不足などによる研修の必要性の指摘<sup>13)</sup>に加え、従業員自身も研修を希望しているものの、研修時間の確保は困難となっているのが現状である<sup>14)</sup>。グループホーム従業員にとって利用者のBPSDは、意思疎通や介護の適切さ・有効性の評価を困難にさせ<sup>2)</sup>、特に異常な性行動と暴言・暴行への対応に対する困難感は強く<sup>4)</sup>、介護業務負担と利用者との衝突体験が多いほど心理的ストレスが強くなっている<sup>15)</sup>。

そのため、本研究ではグループホーム従業員を対象とする研修計画の基礎的資料を得るために、グループホーム従業員の精神的健康度および認知症の行動・心理症状への対応(BPSD)に関する知識の実態を明らかにすることを目的とする。

受理日：2007年1月23日

1) ケアホーム木かげ：Carehome Kokage

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(高齢者看護学)：  
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering  
(Gerontological Nursing), University of Yamanashi

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン：関係探索研究

### 2. 研究対象

2005年11月現在のY県内の全グループホーム43事業所63ユニットのうち、同意の得られた32事業所46ユニットの介護従業者(以下従業者と略す)367名のうち、調査用紙を返送してきた245名(66.8%)を研究対象とした。

### 3. 測定用具

#### 1) 対象者概要調査用紙

従業者の概要調査用紙は、性別、年齢、職種、雇用形態、勤務形態、勤務年数、研修状況、介護系施設勤務経歴、家族介護経験などの項目で構成した。施設概要については、Y県の「認知症高齢者グループホーム一覧」から情報を得た。

#### 2) 日本語版精神健康調査票短縮版(GHQ-28)

従業者の精神的健康度を測定するGeneral Health Questionnaire 短縮版<sup>16)</sup>の日本語版GHQ-28<sup>17)</sup>(以下GHQ-28と略す)を用いた。GHQ-28は、4つの下位尺度(身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ状態)に各7項目の質問と、「まったくなかった」「あまりなかった」「あった」「たびたびあった」の4件法回答選択肢で構成されており、「あった」「たびたびあった」に1点を、「まったくなかった」「あまりなかった」に0点を配点することで、総合得点は0点～28点であり、得点が低いほど精神的に健康であることを示している。健常者群・神経症者群・大学生群から成る標準化データを用いての区分(臨界)点は、5/6点(最小誤区分率11.4%)と報告されている<sup>18)</sup>。GHQ-28は、基準関連妥当性と構成概念妥当性および、信頼性としての $\alpha$ 係数はGHQ全項目0.88、下位尺度の身体的症状0.78、不安と不眠0.76、社会的活動障害0.63～0.70、うつ状態0.80～0.85が報告されている<sup>19)20)</sup>。本研究での $\alpha$ 係数は、GHQ全項目0.905、下位尺度の身体的症状0.810、不安と不眠0.803、社会的活動障害0.682、うつ状態0.854であった。

#### 3) BPSD への対応の知識についての質問用紙

BPSDへの対応の知識の測定には、文献<sup>21)～27)</sup>を参考に老年看護学研究者3名が作成した質問用紙を用いた。はじめに回答方法を「認知症の症状への対応についてお尋ねします。当てはまると思うものを全て選び、番号に○をつけて下さい。他の人と相談せず、ご自分の意見でお答えください。」と記した。質問項目には15のBPSD(①徘徊、②帰宅願望、③同じ話の繰り返し、④作話、⑤物盗られ妄想、⑥幻覚、⑦異食、⑧拒食、⑨入浴拒否、⑩不潔行為、⑪尿失禁、⑫夜間不眠、⑬性的問題行動、⑭乱暴・暴言、⑮うつ状態)に対する3つの適切な対応と1

つの望ましくない対応の4つの対応選択肢を設けた。

### 4. 倫理的配慮とデータ収集方法

山梨大学医学部倫理委員会の審査後、管理者から承諾の得られたグループホームに対し、従業者数の研究協力依頼書、調査用紙、返信用封筒を郵送し、個別郵送にて回収した。なお、研究協力依頼書には、研究目的、研究協力に対する任意性、事業者名の番号化・無記名回答・個別回収による匿名性保持について記載し、用紙回収をもって同意とした。研究期間は2006年1月～2月であり、用紙回収後に、BPSDの対応の知識に関する資料をグループホーム管理者宛に郵送した。

### 5. 分析方法

統計解析ソフトはSPSS14.0Jを用いて記述統計および概要とGHQ得点との関係を、2群の平均値差は対応のないt検定、3群以上の平均値の分散は分散分析にて検定した。

## III. 結果

### 1. 対象者概要

協力の得られた対象者が所属する施設は、社会福祉法人(n=94, 38.4%)と医療法人(n=68, 27.8%)が主たる設置主体であり、2ユニットが半数(n=129, 53.5%)、平均利用者定員は13.5±4.9人(5～18人)、従業者数は平均12.1±4.1人(7～20人)、開設から平均2～3年(30.5±17.9か月)が経過していた。対象者である従業者の平均年齢は45.3±12.6歳(18～78歳)であり、女性が89.4%(n=219)、ヘルパー(n=156, 63.7%)または介護福祉士(n=50, 20.4%)資格を有するものが多かった。現在勤務するグループホームに平均20.8±16.2か月(1年9か月±1年4か月)勤務し、過半数(n=158, 64.5%)は他介護施設で66.7±70.2か月(5年7か月±5年10か月)の勤務を経験していた。74.3%(n=182)は認知症に関する研修を、平均24.3±44.3時間(1～400時間)受講しており、研修の主催は、行政機関(n=55, 22.4%)又は複数の機関など(n=62, 25.3%)であった(表1)。

### 2. 精神的健康度

GHQ-28総合得点は7.66±6.11(range0-24)であり、下位尺度得点は「身体的症状」2.57±2.20(range0-7)、「不安と不眠」2.84±2.23(range0-7)、「社会的活動障害」1.35±1.59(range0-7)、「うつ傾向」0.90±1.67(range0-7)であった。GHQ-28総合得点の区分(臨界)点となる5/6点で分けると、精神的健康度が低い6点以上の者が56.3%(n=138)を占めていた。精神的健康度に問題のない5点以下を対象者概要でみると、免許・資格における看護職の

表1 施設及び対象者概要

n=245

項目	n (%)	平均	SD (範囲)
施設概要			
ユニット数			
1ユニット	114 (46.5)		
2ユニット	131 (53.5)		
設置主体			
医療法人	68 (27.8)		
社会福祉法人	94 (38.4)		
NPO法人	20 (8.2)		
株式会社	30 (12.2)		
有限会社	33 (13.5)		
利用者(人)		13.5	4.9 (5-18)
従業者(人)		12.1	4.1 (7-20)
開設からの期間(月)		30.5	17.9 (4-68)
対象者概要性別			
男	26 (10.6)		
女	219 (89.4)		
年齢(才)		45.3	12.6 (18-78)
免許・資格(複数回答)			
ケアマネージャーのみ	4 (1.7)		
看護職	12 (5.0)		
介護福祉士	49 (20.4)		
ヘルパー(1~3級)	144 (60.0)		
無資格	31 (12.9)		
雇用形態			
常勤	144 (58.8)		
非常勤	101 (41.2)		
勤務形態			
日勤のみ	77 (31.4)		
夜勤のみ	7 (2.9)		
日勤と夜勤	155 (63.3)		
無回答	6 (2.4)		
グループホーム勤務(月)		20.8	16.3 (0-96)
他介護施設での勤務経験			
あり	158 (64.5)		
なし	86 (35.1)		
無回答	1 (0.04)		
経験(月) <sup>注1)</sup>		66.7	70.2 (2-384)
家族介護経験			
あり	58 (23.7)		
なし	184 (75.1)		
無回答	3 (0.01)		
経験(月) <sup>注2)</sup>		36.4	32.2 (2-120)
認知症についての研修経験			
あり	182 (74.3)		
なし	59 (24.1)		
無回答	4 (0.02)		
経験(時間) <sup>注3)</sup>		24.3	44.3 (1-400)

注1) n=152 注2) n=50 注3) n=109

得点(4.83 ± 4.43)と夜間のみ勤務者の得点(4.43 ± 4.24)であった(表2)。

GHQ-28得点と対象者概要との関連では、夜間のみ勤務者(4.43 ± 4.24)、昼間のみ勤務者(6.51 ± 6.17)、日勤と夜勤の交代勤務者(8.25 ± 6.07)の順に高く、有意差がみられた(F=3.102, p=0.047)が、2群間比較には有意差がなかった。GHQ-28下位尺度「不安と不眠」では昼間のみ勤

務者(2.23 ± 2.12)、夜間のみ勤務者(2.43 ± 2.37)、日勤と夜勤勤務者(3.15 ± 2.24)の順に高く、有意差がみられた(F=4.610, p=0.011)、2群間比較では、昼間のみ勤務者と交代勤務者間に有意差がみられた(p=0.008)(表2)。

### 3. BPSDへの対応の知識

BPSDへの対応に関する知識(表3)の質問15項目中11

表2 施設・対象者概要とGHQ-28得点の関連

項目	GHQ-28					
	総合得点	検定 <sup>注2)</sup>	下位尺度得点			
			身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
全体	7.66 ± 6.11 <sup>注1)</sup>	(range0-24)	2.57 ± 2.20 (range0-7)	2.84 ± 2.23 (range0-7)	1.35 ± 1.59 (range0-7)	0.90 ± 1.67 (range0-7)
施設概要	ユニット数					
	1ユニット	7.83 ± 6.43	2.66 ± 2.31	2.73 ± 2.22	1.38 ± 1.62	1.07 ± 1.82
	2ユニット	7.50 ± 5.84	2.49 ± 2.11	2.94 ± 2.24	1.32 ± 1.56	0.76 ± 1.52
	設置主体					
	医療法人	7.94 ± 5.82	2.88 ± 2.09	2.94 ± 2.17	1.32 ± 1.56	0.79 ± 1.62
	社会福祉法人	6.94 ± 5.97	2.28 ± 2.19	2.53 ± 2.19	1.24 ± 1.48	0.88 ± 1.61
	NPO法人	9.95 ± 7.52	3.40 ± 2.60	3.55 ± 2.37	1.85 ± 2.06	1.15 ± 2.03
	株式会社	8.27 ± 5.72	2.17 ± 2.00	3.43 ± 2.24	1.67 ± 1.86	1.00 ± 1.49
	有限会社	7.18 ± 6.46	2.61 ± 2.29	2.55 ± 2.24	1.09 ± 1.38	0.94 ± 1.94
対象者概要	性別					
	男	7.19 ± 5.86	2.46 ± 2.06	2.31 ± 2.11	1.65 ± 1.79	0.77 ± 1.63
	女	7.71 ± 6.15	2.58 ± 2.22	2.90 ± 2.24	1.31 ± 1.57	0.92 ± 1.68
	免許・資格(重複回答) <sup>注3)</sup>					
	ケアマネジャーのみ	6.75 ± 4.65	1.25 ± 0.96	1.05 ± 1.92	3.25 ± 2.22	0.75 ± 0.05
	看護職	4.83 ± 4.43	2.00 ± 2.17	1.83 ± 1.75	0.75 ± 0.87	0.25 ± 0.62
	介護福祉士	8.29 ± 5.28	2.94 ± 2.09	3.10 ± 2.11	1.39 ± 1.46	0.86 ± 1.62
	ヘルパー(1~3級)	7.83 ± 6.31	2.59 ± 2.28	2.94 ± 2.21	1.35 ± 1.61	0.94 ± 1.71
	無資格	6.74 ± 6.81	2.23 ± 2.05	2.39 ± 2.51	1.13 ± 1.65	1.00 ± 1.81
	雇用形態					
	常勤	8.25 ± 6.05	2.75 ± 2.14	3.09 ± 2.21	1.46 ± 1.58	0.95 ± 1.70
	非常勤	6.81 ± 6.13	2.31 ± 2.27	2.49 ± 2.21	1.19 ± 1.60	0.83 ± 1.63
	勤務形態 <sup>注4)</sup>					
	日勤のみ	6.51 ± 6.17 *	2.22 ± 2.27	2.23 ± 2.12	1.27 ± 1.53	0.78 ± 1.72
	夜勤のみ	4.43 ± 4.24	1.43 ± 1.90	2.43 ± 2.37	0.57 ± 0.98	0.00 ± 0.00
	日勤と夜勤	8.25 ± 6.07	2.73 ± 2.15	3.15 ± 2.24 **	1.40 ± 1.65	0.97 ± 1.67
	他施設での勤務経験 <sup>注4)</sup>					
	あり	8.09 ± 6.03	2.81 ± 2.22	3.01 ± 2.22	1.35 ± 1.67	0.91 ± 1.73
	なし	6.71 ± 6.07	2.09 ± 2.09	2.49 ± 2.21	1.29 ± 1.61	0.84 ± 1.51
	家族介護経験 <sup>注4)</sup>					
	あり	8.05 ± 6.80	2.67 ± 2.26	2.86 ± 2.37	1.45 ± 1.76	1.07 ± 1.93
	なし	7.55 ± 5.89	2.53 ± 2.18	2.85 ± 2.19	1.31 ± 1.54	0.86 ± 1.59
	認知症についての研修経験 <sup>注4)</sup>					
	あり	7.76 ± 5.91	2.69 ± 2.22	2.90 ± 2.24	1.31 ± 1.51	0.85 ± 1.56
	なし	7.69 ± 6.75	2.31 ± 2.16	2.75 ± 2.21	1.53 ± 1.86	1.12 ± 2.03

注1) GHQ-28 6点以上：n=138 (56.3%) 5点以下：n=107 (43.7%) \*p<0.05 \*\*p<0.01  
 注2) 2群間の検定はt検定, 3群 2群の平均値差は対応のないt検定, ≥3群の平均値の分散は分散分析にて検定  
 注3) 重複回答者は, 看護職, 介護福祉士, ヘルパーの順に免許・資格とした  
 注4) 無回答は検定から除外

項目②帰宅願望, ③同じ話の繰り返し, ④作話, ⑤物盗られ妄想, ⑥幻覚, ⑨入浴拒否, ⑩不潔行為, ⑪尿失禁, ⑫夜間不眠, ⑬性的問題行動, ⑮うつ状態)で望ましくない対応を選択した対象は14.7%以下であった。これらの項目において66.5%以上が選択した対応は, ②帰宅願望で「なぜ帰りたいのか聞く」(n=163, 66.5%), ③同じ話の繰り返しで「困らせようとしているわけではないと受け止める」(n=163, 66.5%), ④作話で「相づちをうつ」(n=191, 78.0%), ⑥幻覚で「手を握って安心させる」(n=187, 76.3%), ⑨入浴拒否で「気分の良い時入浴」(n=121, 90.6%), ⑩不潔行為で「他人の眼に触れないように処理」(n=179, 73.4%)と「排泄パターンの把握」

(n=200, 82.0%), ⑪尿失禁で「さっぱりしましょうと更衣を促す」(n=192, 78.7%), ⑫夜間不眠で「日中の活動を促す」(n=211, 86.5%), ⑬性的問題行動で「他の話題や作業に誘う」(n=203, 83.2%), ⑮うつ状態で「そばに寄り添う」(n=168, 68.9%)であった。これら11項目の望ましい対応で26.6%以下が選択したのは, ④作話で「辻つま合わせと受け止める」(n=30, 12.3%), ⑩不潔行為で「羞恥心の現れと受け止める」(n=65, 26.6%), ⑬性的問題行動で「性的欲求への自制困難ととらえる」(n=39, 16.0%)であった。一方, 約1/4以上の対象者が望ましくない対応を選択した項目は, ①徘徊(n=80, 32.7%), ⑦異食(n=66, 27.0%), ⑧拒食(n=67, 27.5%), ⑭乱暴・暴言(n=77, 31.6%)であった。



表3 認知症の行動・心理症状への対応に関する知識についての質問項目と対応割合(重複回答有)

質問項目	望ましくない対応	n(%)	望ましい対応	n(%)
①徘徊	外へ出ないように注意する	80(32.7)	付き添って外に出る	202(82.4)
			必要に応じて鍵をかける	56(22.9)
			疲労感に気を配る	87(35.5)
②帰宅願望	帰宅できないと言いつけさせる	29(11.8)	なぜ帰りたいのか話を聞く	163(66.5)
			家族と面会や外泊の相談をする	118(48.2)
			家に対する愛着の現われととらえる	124(50.6)
③同じ話の繰り返し	同じ話を繰り返していると伝える	7(2.9)	困らせようとしているわけではないと受け止める	163(66.5)
			別の話題に変えようとする	127(51.8)
			グループの活動に誘う	133(54.3)
④作話	聞こえない振りをする	5(2.0)	話しただけ話してもらおう	163(66.5)
			話に相づちをうつ	191(78.0)
			辻つま合わせと受け止める	39(15.9)
⑤物盗られ妄想	盗まれるはずがないことを説明する	36(14.7)	「その事が気になるのね」と問いかける	91(37.1)
			一緒に探す	206(84.1)
			周囲の人に状況を説明しておく	95(38.8)
⑥幻覚	見える理由がないと言いつけさせる	6(2.4)	不安感の現われとしてとらえる	149(60.8)
			手を握って安心させる	187(76.3)
			内服薬の影響を医療者に聞いてみる	102(41.6)
⑦異食	空腹の現われと受け止める	66(27.0)	見える範囲から灰皿をなくす	121(49.4)
			食事中はテレビを消して静かにする	30(12.3)
			食事を共にする	169(69.3)
⑧拒食	本人が食べるまで食事を置いておく	67(27.5)	不安感・精神的ストレスの現われと受け止める	143(58.6)
			義歯や眼鏡の具合を確認する	129(52.9)
			好物を用意する	135(55.3)
⑨入浴拒否	2人がかりでシャワーし汚れだけでも落とす	14(5.7)	着衣交換時に温かいタオルを渡す	72(29.5)
			入浴に気がすすまない訳をたずねる	128(52.5)
			気分の良い時を待って入浴をすすめる	121(90.6)
⑩不潔行為	排泄物は汚いと説明する	27(11.1)	羞恥心の現われと受け止める	65(26.6)
			他の人の目に触れないように処理する	179(73.4)
			排泄パターンを把握しておく	200(82.0)
⑪尿失禁	尿汚染は恥ずかしいことと言いつけさせる	4(1.6)	トイレの入り口に目印をつける	137(56.1)
			「さっぱりしましょう」と更衣を促す	192(78.7)
			2時間おきにトイレに誘う	139(57.0)
⑫夜間不眠	睡眠剤を飲む習慣をつける	3(1.2)	日中に活動の機会を多くする	211(86.5)
			話し相手になり気分を紛らわす	163(66.8)
			室内の温度,湿度,音を確認する	134(54.9)
⑬性的問題行動	見て見ぬふりをする	15(6.1)	穏やかな口調で注意する	118(48.4)
			他の話題や作業に誘う	203(83.2)
			性的欲求への自制困難ととらえる	39(16.0)
⑭乱暴・暴言	いけないことはいけないと叱る	77(31.6)	自己防衛や不満との関連を考える	169(69.3)
			間違えや失敗の指摘をしない	118(48.4)
			短時間一人にする	37(15.2)
⑮うつ状態	元気になるように励ます	35(14.3)	失敗したことを叱らない	133(54.5)
			一人になる時間をつくらないようにする	123(50.4)
			そばに寄り添う	168(68.9)

#### IV. 考察

本研究の対象となったグループホーム従業員における精神的健康度は、精神的健康に問題のないことを示す5点以下が40代の健常者における割合(70.7%)<sup>17)</sup>より少な

く、公共企業体職員の総合得点(平均5.59 ± 5.27)および下位尺度得点(身体的症状2.10 ± 1.90;不安と不眠1.79 ± 1.90;社会的活動障害1.16 ± 1.59;うつ傾向0.54 ± 1.28)<sup>28)</sup>のいずれよりも高い値を示している。これは、9人以下の認知症のある利用者が共同生活をしているグループホー

ムで従業者は、利用者との意思疎通を図ることは容易ではなく、時に介護困難や利用者との衝突を体験し、利用者1人の行動が全体に影響を及ぼす環境で就業している<sup>2)4)~7)15)</sup>ことが、精神的健康度を損ねる要因となっているものと推察される。

グループホームは医療機関とは異なり、夜間は認知症のある少人数の利用者の生活を支援するために1人で勤務する従業者の精神的ストレスが近年論じられているが、本研究では夜間のみ勤務者ではなく、交代勤務者に精神的問題があるという興味深い結果が示されている。また、看護職の精神的健康に問題がなかったことは、看護職が対象のわずか5%のみであったことから、結果の一般化には限界がある。これらの結果が、グループホーム従業者に特有な状態であるのかを明らかにしていくには、他の介護施設従業者や交代勤務をしている職種との比較などを探求していく必要がある。

BPSDについて、全体として適切な対応を選択した割合が比較的高いものの、作話・不潔行為・性的問題行動に対する適切な捉え方を示す対応は少数の従業者が選択しており、約3割がうつ状態に対して科学的根拠に乏しい対応<sup>22)24)</sup>を選択していた。この結果から、作話・不潔行為・性的問題行動・うつ状態への対応に関する知識は、充分とはいえない実態が推察される。一方、望ましくない対応が多かった異食と拒食は、発症頻度の低さ<sup>4)</sup>が反映していると推測される。徘徊および乱暴・暴言における望ましくない対応は、いずれも行動を抑制し要求(欲求)を阻止する対応であり、攻撃行動や興奮行動を誘発させる場合も多い<sup>25)</sup>。しかし、従業者が付き添って外出出来ない状況下では、「外へ出ないように注意する」対応も考えられ、乱暴場面で注意したり叱るという対応は他の利用者保護の観点から必要であったり、語調・表情や距離などによっては必ずしも誤った対応になるとは言い難い。

従って、BPSDへの対応に関する知識の程度を明らかにするためには、認知症の重症度や状況を踏まえた対応を含む調査用紙の回答選択肢の内容妥当性の検討が大きな課題である。従業者の援助技術、知識レベル、態度や行動に有効であると欧米で報告されているBPSDへの対処方法に関する研修プログラム<sup>10)11)</sup>の推進には、適切な対処方法を明示した資料が不可欠であり、研修の実施はグループホーム従業者の研修希望を満たすのみならず、適切な介護提供や良好な精神的健康状態につながると思われる。

## V. 研究の限界と課題

本研究では、郵送法のため対象者以外の回答および対象者相互の相談や資料参照による回答の可能性は否定で

きない。今後は、BPSDへの対応に関する調査用紙の妥当性の確立と、従業者育成のための研修プログラムを推進していくことが課題である。

## 謝辞

本研究にご協力をいただきました施設管理者および従業者の皆様へ感謝申し上げます。本研究は、山梨大学における平成17年度戦略的プロジェクトとして実施されたものです。

## 文献

- 1) 厚生労働省(2006)介護給付費実態調査月報 平成17年11月審査分. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2005/11.html>
- 2) 加藤伸司(2004)グループホームにおける痴呆ケアの実際. 日本痴呆ケア学会誌, 3(1): 77-81.
- 3) 中島紀恵子(2004)グループホームに込められているケアの革新性. 日本痴呆ケア学会誌, 3(1): 56-63.
- 4) 大西丈二, 梅垣宏行, 遠藤英俊, 他(2004)グループホームにおける痴呆の行動心理学的症候(BPSD)の頻度と対応の困難さ. 老年精神医学雑誌, 15(1): 59-67.
- 5) 藤沢嘉勝, 横田修(2004)グループホームケアの現状と限界, および将来の可能性. *Cognition and Dementia*, 3(2): 152-157.
- 6) 中島民恵子, 永田久美子, 平林景子(2005)認知症高齢者グループホームのサービス評価結果の活用に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 4(1): 62-72.
- 7) 時田純(2004)グループホームの評価と潤生園の通所介護サテライトの実践. 日本痴呆ケア学会誌, 3(1): 82-89.
- 8) 川原秀夫(2004)宅老所・グループホームはケアスタッフの介護負担を軽減するのか. 老年精神医学雑誌, 15(8): 943-948.
- 9) 小林厚子(2004)エキスパートを養成するー痴呆ケア教育計画. 痴呆介護, 5(3): 85-90.
- 10) Chang C, Lin L (2005) Effects of a feeding skills training program on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10): 1185-1192.
- 11) Cohen-Mansfield J, Werner P, Culpepper WJ, et al. (1997) Evaluation of a inservice training program on dementia and wandering. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(10): 40-47.
- 12) 京極高宣(2005)介護保険六法 平成17年版. 新日本法規, 愛知.
- 13) 種橋征子(2005)痴呆性(認知症)高齢者介護現場の現状と課題ー職員が認識するケアと仕事上の負担との関係から. 評論・社会
- 14) 赤池千波, 永井あけみ(2003)グループホームにおける痴呆性高齢者に関する情報収集の現状ー情報収集担当者を対象とした質問紙調査. 九州大学医学部保健学科紀要, 1: 89-98.
- 15) 松井美帆(2004)痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. 日本痴呆ケア学会誌, 3(1): 21-29.
- 16) Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General

- Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 : 139-145.
- 17) 中川泰彬, 大坊郁夫(1985)日本語版GHQ 精神健康調査票手引. 日本文化科学社, 東京.
  - 18) 大坊郁夫, 中野星(1987)日本版GHQ短縮版の有効性. 日本心理学会第51回大会発表論文集 : 737.
  - 19) Goldberg DP, Williams P(1988) A user's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, London.
  - 20) 成田健一(1994)日本語版 General Health Questionnaire の因子構造 -28 項目版を用いて-. *老年社会科学*, 16(1) : 19-28.
  - 21) 大川一郎, 水上脩(1999)【事例集】高齢者のケア① 痴呆症状と生活の障害 I -徘徊/帰宅願望/器物破損/記憶障害/見当識障害. 井上勝也(監), 中央法規出版, 東京.
  - 22) 木内清, 粹田俊邦(1998)【事例集】高齢者のケア⑤ 幻覚妄想/うつ/拒食. 井上勝也(監), 中央法規出版, 東京.
  - 23) 佐藤真一, 米山淑子(1999)【事例集】高齢者のケア④ 不安/訴え/心気症状. 井上勝也(監), 中央法規出版, 東京.
  - 24) 菅山信子, 川崎友嗣(1997)【事例集】高齢者のケア② 痴呆症状と生活の障害 II -異食/不潔行為/自発性欠如/食事を遊ぶ. 井上勝也(監), 中央法規出版, 東京.
  - 25) 野村豊子, 箕浦とき子(1999)【事例集】高齢者のケア③ 暴力/孤立/入所時の適応困難. 井上勝也(監), 中央法規出版, 東京.
  - 26) 河合眞(2002)ホームヘルパー現任研修テキストシリーズ⑥ホームヘルパーのための痴呆ケアハンドブック-痴呆性高齢者の基本的理解とその介護(第1版). 日本医療企画, 東京.
  - 27) 森敏(2001)痴呆性老人のとらえ方・対応の仕方. 金芳堂, 京都.