

石川県立看護大学

大学院 看護学研究科

博士論文

認知症高齢者に対する長期的・継続的な

自己決定支援が

認知症高齢者とケア提供者に及ぼす効果

渡辺陽子

2018

# The effects of long-term and continuous self-determination support on elderly people with dementia and care providers

In this study, care providers implemented long-term and continuous self-determination support intervention for elderly people with dementia in a dementia care setting, in order to identify its effects and related issues for both the staff and elderly persons.

The authors previously implemented self-determination support intervention whereby care providers “indicate options for action and wait until elderly persons with dementia select their action”, and the result revealed that they were “capable of deciding for themselves if appropriate support is provided” and that their “mental functioning can be improved” by the intervention. Based on these results, this study provided long-term self-determination support intervention whereby care providers asked elderly persons to explain the reasons for their decisions, and extract responses that may facilitate emotional reactions of surprise and empathy among care providers.

The intervention support was provided by 27 care staff (9 nurses and 18 elderly care givers) working on two wards for dementia care in nursing care facilities. The elderly with acute

illnesses and who had been scheduled to be discharged were excluded from the subjects.

Individual care staff received an explanation of eight-week intervention provided in the following four settings: “eating snacks between meals”, “changing clothes”, “recreation”, and “moving”, and all care staff agreed to participate in the study. The care staff submitted reports on the details of intervention they provided, and the author confirmed the reports. An experimental plan for baseline, intervention, and follow-up phases was created, and a Wilcoxon signed-rank test was conducted to examine changes in the scores in the three phases.

Involving 16 elderly persons with dementia, an average of 79.6 interventions per person were performed. An implementation rate of 63.5% was considered appropriate to facilitate the application of intervention in clinical settings. As positive effects, a significant improvement was observed in the frontal lobe function ( $p=0.007$ ), mental functioning impairment scale ( $p=0.014$ ), and QOL scale ( $p=0.005$ ). As changes in elderly persons, care providers reported: “self-determination ability has improved” and “a person who used to be passive has become active”, indicating that the long-term and continuous self-determination support intervention had positive effects on the emotions and lives of elderly people with dementia. Scores for the

item ‘displaying negative emotions towards patients’ of the Emotional Labor Scale tended to decrease among care providers ( $p=0.079$ ). As a change in care providers, “Continuous self-determination has promoted changes in the elderly, which made me happy” was reported, showing their willingness to continue providing self-determination support despite a heavy burden.

Key word: self-determination, elderly people with dementia, care providers, nursing care facilities, intervention study

## 第 I 章 序論

1. 研究の背景	1
2. 研究の目的・意義	3
1) 研究の目的	3
2) 研究の意義	3

## 第 II 章 研究の枠組み

1. 文献検討	3
1) 「自己決定」について	3
2) 自己決定の神経学的基盤	4
3) 認知症の人の自己決定	5
(1) 自己決定・意思表出能力	6
(2) 日常生活における認知症高齢者の自己決定に影響する要因と思い	7
(3) 日常生活における自己決定支援の効果	9
4) 認知症の人とケア提供者の関係	11
5) 高齢者施設での生活	12
2. 研究仮説	13
3. 用語の操作的定義	14
4. 理論的枠組み	15
1) 認知症高齢者への自己決定支援過程	15
2) 長期的・継続的な自己決定支援の研究の枠組み	16

## 第 III 章 研究方法

1. 研究デザイン	19
2. 方法	19
1) 調査期間	19
2) 対象	19
3) データ収集方法	21
(1) 基本属性	21
(2) 評価尺度	21

3. 「自己決定支援プロトコル」作成	24
1) 支援プロトコル原案の作成	24
2) 「支援プロトコル原案」についての療養棟との討議	25
3) スタッフに対する説明と模擬	25
4) 支援の実施状況の確認（介入実施の保証）	27
（1）スタッフの実施の有無の自己申告	27
（2）研究者の定期的巡回による確認	28
4. データ分析方法	28
5. 倫理的配慮	28
1) 対象者の人権擁護のための配慮（プライバシー，身体面・精神面等への配慮）	28
2) 対象者に理解を求め，同意を得る方法（説明の内容等）	29
3) 対象者に生じる対象者への危険性及び不利益に対する配慮	30
4) 個人情報の保護の徹底	30

#### 第IV章. 結果

1. 「自己決定支援」の実施割合，実施に対するスタッフの意見	31
1) スタッフの自己申告による実施回数と実施期待回数に対する実施割合	31
2) 自由記載からの「自己決定支援」の意見	32
2-1. 長期的・継続的な自己決定支援の認知症高齢者に対する効果	35
1) 認知機能（MMSE）の変化	35
2) 前頭葉機能（FAB）の変化	36
3) 精神機能障害（MENFIS）の変化	37
（1）総得点	37
（2）「認知機能障害」「動機づけ機能障害」「感情機能障害」	39
4) 生活の質（DHC）の変化	41
2-2. 評価尺度ごとの重症度別比較	42
2-3. 認知症高齢者の変化についてのスタッフによる自由記載	43
3-1. 長期的・継続的な自己決定支援によるスタッフの変化	46
1) スタッフの認知症高齢者に対する感情の変化	46
（1）感情労働尺度	46

（２）共感経験尺度改訂版 .....	48
2) スタッフの道徳的感受性の高まり（改訂道徳的感受性質問紙日本語版） ...	50
3-2. 自己決定支援の実施によるスタッフ自身の変化の自由記載 .....	52

## 第V章 考察

1. 認知症高齢者の脳の活性化を図る非薬物療法としての自己決定支援 .....	55
2. 認知症高齢者が自己決定を支援されることでの生活全体への効果 .....	57
3. 自己決定支援によるスタッフの「ネガティブ感情表出」低下について .....	59
4. ケア提供者が認知症高齢者の思いや経験を「聞く」ことについて .....	61
5. 認知症高齢者への長期的・継続的な自己決定支援の実践可能性について ...	63

## 第Ⅷ章 結論

1. 結論 .....	65
2. 研究の限界と今後の課題 .....	66

謝辞 .....	67
----------	----

引用文献 .....	68
------------	----

資料1：スタッフ用依頼書 .....	73
付表1：認知症高齢者の評価尺度の得点変化と比較結果 .....	75
付表2：スタッフの評価尺度の得点変化と比較結果 .....	76

## 第 I 章 序論

### 1. 研究の背景

自己決定 (Self-determination, Autonomy) は、人間の生得的な権利と欲求である。しかし、この個人の権利の基本とされる「自己決定」においては、「自分で決める」こと、「適切に決める」ことが重要視されがちで、認知症の人においては「自己決定ができにくい」「正しく判断できない」と周囲からみなされ、選択・決定の機会すら奪われる傾向がある。確かに認知症の人は、記憶障害や見当識障害により情報を正しく理解し物事を認識する能力、自分の意思を正確に他者に伝える能力が低下する。それゆえ、胃ろう造設や終末期ケアの在り方など複雑な事柄を組み合わせての決定は、家族の代理意思決定が行われることが多くなる (二神ら, 2010 : 杉原ら, 2010 : 相場ら, 2011)。しかし認知症の進行は慢性的で、「自分で決める」能力は一気に低下するわけではない。それは、認知症の障害の程度に応じて変化するだけでなく、決定しようとする事柄の複雑さや、周囲の問いかけ方によっても変化するのである。

Smebye らは、認知症の人の日常生活を参加観察し、ヘルスケアに関する決定のなかでも日常生活行動については自律的な決定が行えていたこと (Smeby et al., 2012) を報告した。渡辺は、日常生活の中で支援者が「選択肢を提示」して「待つ」ことで認知症高齢者は行動を選択できたこと (渡辺ら, 2010 : 渡辺, 2011) を報告した。さらには、認知症の人は問い方によっては答えられること (新里ら, 2013 : 内ヶ島, 2009) が報告されている。認知症の人自身が「自分が (決定の) 中心にいることを望み」「可能な限り最期まで自分で決めることを望んでいる」 (Fetherstonhaugh et al., 2013) ことも報告されている。つまり認知症の人は、日常生活においてケア提供者が問いかけ方を工夫することで、十分に自分の意思で決められ、それを認知症の人自身も望んでいるということが明らかであるといえる。加えて近年では、意思決定の神経回路の実態が明らかになりつつあり、人が行動を選択・決定する際には前頭葉の活動 (De Martino et al., 2006) や海馬の活性化 (Wimmer et al., 2012) がみられることが報告されている。渡辺の先行研究においても、認知症高齢者に自己決定の支援を 14 日間継続的に行った結果、認知症高齢者の動機づけ (前頭前野領域の活動) が改善傾向を示している (渡辺ら, 2010)。

これらから考えると自己決定の支援とは、認知症高齢者の「人」としての権利を守ると同時に、認知症高齢者の精神機能の改善、及び認知機能や前頭葉機能の活性化につながるものが推察され、認知症高齢者を支える効果的な支援となるはずである。



しかしながら認知症高齢者のケア実践の現場で、ケア提供者は非常に多忙である。ケア提供者は、認知症高齢者の意思を確認する、希望に添ったケアの必要性は感じながらも、疾患ゆえの意思確認の困難さ、ケア実践の困難さの中で、「今日はこれを着ましよう」「今からこれをしましよう」など行動の誘導という一方向的な関わりを行いがちとなる。伊東は、業務に追い立てられる状況でケア提供者は、焦らされ余裕をなくした結果、「予定通りに動いてくれない認知症高齢者」に対して怒りや苛立ちの態度しかとれなくなると指摘する（伊東，2015）。このような関わりの連続は、ケア提供者の認知症高齢者に関心を寄せ尊重するという気持ちを薄れさせ、結果として、認知症高齢者の「(ケア提供者に)自分から働きかけよう」という気持ちを薄れさせる。

認知症高齢者の自己決定を支援するケアは、ケア提供者の認知症高齢者に対する一方向的な関わりを変化させる。渡辺がケア提供者となって実施した自己決定支援では、「選択肢を示し、どちらがいいかを尋ねる」、「(認知症高齢者が)考える」、「(ケア提供者が)待つ」、「(認知症高齢者が)選ぶ」、「(ケア提供者が)選んだことを支持する」を14日間継続した。その関わりによって認知症高齢者は明確な意思を示すように変化しただけでなく、ケア提供者への配慮の言葉が見られるなど、自らケア提供者に働きかけるように変化した(渡辺，2011)。この自己決定支援の実施で重要であったことは、「選択肢を示し尋ねたこと」がスムーズな関わりの開始として有効であった、「選択を待つ」などの14日間の実施継続を支えたのは認知症高齢者からの意外な反応に対するケア提供者側の驚き・喜びであった、認知症高齢者の変化は14日間の継続した関わりであったからこそ示された、である。

そこで、本研究では介護老人老健施設に勤務するスタッフを自己決定支援の介入実施者とし、多忙を極める現場において実際に実践が可能であるのか、認知症高齢者だけでなくケア提供者も認知症高齢者の反応から刺激を受け相互に影響し合うのか、長期間の介入によって効果が増加するのかについて明らかにすることを目的とした。なお、本研究では、自己決定支援の介入においては、ケア提供者と認知症高齢者の相互の影響をより高めるために、認知症高齢者に「尋ねる」だけでなく、「尋ね続ける」ことができるようにした。

## 2. 研究の目的・意義

### 1) 研究の目的

本研究では、認知症高齢者ケアの現場において、スタッフ全員が認知症高齢者に対して自己決定支援の介入を長期的に継続的に実施する。その長期間の継続的な実施における認知症高齢者とスタッフの双方における効果と課題を明らかにする。

### 2) 研究の意義

本研究で認知症高齢者が、ケア提供者の適切な支えがあれば自己決定が十分に可能であること、ケア提供者と相互に伝えあう関わりをするなかで、認知機能や前頭葉機能、精神機能が向上し、生活の質が向上することを明らかにできれば、高齢者施設等での日常的な自己決定支援の重要性が示され、この実践が現場で広がると期待される。

さらに、高齢者施設等での日常的な自己決定支援における看護職や介護職などケア提供者側の負担などを明らかにすることで、臨床現場で自己決定支援を日常的に行えるための課題を提示することができ、厚生労働省が掲げている、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」のための貴重な資料となると考える。

## 第Ⅱ章 研究の枠組み

### 1 文献検討

本研究では、高齢者施設のスタッフが、生活する認知症高齢者に、長期的・継続的に自己決定を支援することによる両者への効果を明らかにすることを目的としている。そこで、①「自己決定」について②自己決定の神経学的基盤について③認知症の人における自己決定について④認知症の人とケア提供者の関係について⑤高齢者施設での生活について、先行研究を概観する。なお文中で、認知症高齢者の自己決定について考える際に特に重要と考えられる内容については下線で示す。

#### 1) 「自己決定」について

「自己決定」の用語は、「意思決定」と混同されて使われていることが多い。「自己決定」の理論は「誰が決めるか」に重点をおいており、それに対して「意思決定」は「どのように決めるか」に重点をおいて使われることが多い。「自己決定」は教育学の分野で多く取り

上げられ、学習者が課題（活動）を自分で選択する、そのことで課題（活動）に対する興味・関心が高まり、活動成果（学習効果）が向上するという結果が報告され（安藤，2000：萩原ら，2008）教育方法の基本とされている。「意思決定」は消費者がどのように決定するかに関心をおく経済学分野の理論として扱われることが多い。

本研究での支援では、認知症高齢者が「自分で決める」ことを重視する。自己決定を支援するという介入を考えるにあたり、「自己決定理論」のなかで最もよく知られている Deci の自己決定理論を理論的基盤とした。Deci は、「自分で決める」ことが人間の動機づけを高め、活動への意欲向上や精神的健康をもたらすものであるとして、図 1 にあるように、「自己決定の基本構造」の 5 段階（刺激、意識的動機、目標設定、目標達成、動機達成）を示した。そのなかで特に、「行動が機械的に遂行されたもの（自動的）ではなく、選択されたもの（自己決定されたもの）であるならば、そこには必ずなんらかの内発的動機づけが関わりを持っている」として、「選択の機会」を重視している。選択する機会があることが「自己決定したい」「有能でありたい」という潜在的欲求を自覚させ（意識的動機）、内側から動機が生まれ、動機達成の満足が得られるというのである。Deci は「人は、行動とアウトカムが全く無関係であることを自覚し始めると、自己決定感覚を喪失してしまう」と述べ、選択の機会が奪われると人は「決定できなくなる」「決定しなくなる」と指摘している (Deci, 1980)。

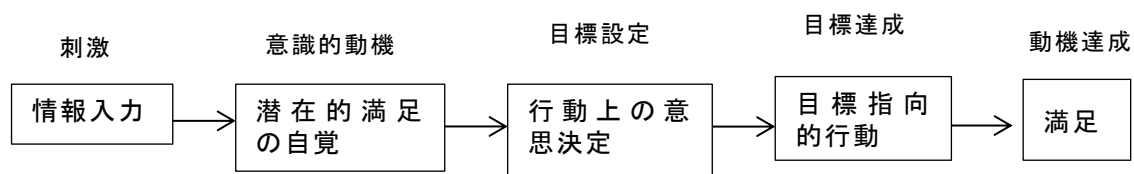


図 1. 自己決定された行動についての有機的理論の基本構造：(E. L. Deci, 1980)

## 2) 自己決定の神経学的基盤

意思決定（自己決定）はこれまで、哲学や心理学、経済学の学問で扱われてきた領域であった。しかし近年、磁気共鳴機能画像法（functional magnetic resonance imaging）を中心とした非侵襲性脳イメージングや認知・心理パラダイムの進歩により、脳神経科学分野・神経生物学分野で「意思決定」における神経学的基盤を明らかにすることが重要なテーマになってきている。

Rangel らは意思決定の研究をレビューし、意思決定の 3 つのシステムを示し、主として関与する神経学領域が異なることを報告した (Rangel et al., 2008)。

- ・ パブロフ型（好き嫌いや快不快の条件付けによる）：扁桃体がパブロフ型反応に影響する重要な役割を果たしている
- ・ 習慣型（朝にコーヒーを一杯飲むなど繰り返しの学習による経験をもとにした）：習慣のコントロールで背側線条体が重要な役割を果たしている
- ・ 目標指向型（どの映画を見ようかなど報酬の獲得にむけた）：眼窩前頭皮質や前頭前野皮質が欲求目標価値の行動測定（報酬の獲得に向けた行動への価値づけ）と関連している

さらに Rangel らは、アウトカムを評価する（報酬を受け取る）際に内側眼窩前頭皮質が活動することも報告した（Rangel et al., 2008）。他にも Matsumoto らは、サルが目標に向かって行動を選択する際の前頭前皮質の活動を示唆している（Matsumoto et al., 2003）。

また脳イメージング研究により、De Martino らは、大学生・卒業生 20 名に対して意思決定課題を実施し、「選択肢を評価する（どれがいかを選ぶ）」段階では、扁桃体を中心とする感情が関与したことを示した（De Martino et al., 2006）。一方 Winner らは、28 名の参加者に対する選択実験の研究によって、自分が直接的に経験したことの無い選択肢間での決定において海馬が関与することを報告した（Winner et al., 2012）。

人が選択する際の明確な神経学的基盤については、未だ確立されてはいないが、現時点での知見からは、前頭葉や海馬、扁桃体などの関与が示されているといえる。これらから考えると、渡辺が先行研究で実施した中等度・重度認知症高齢者への自己決定支援の際には次に示す領域の賦活が得られていたと考えられる。

- ・ 示されたお茶とコーヒーの選択を、好き嫌いで決める（扁桃体）
- ・ 選択するよう繰り返し勧められることで、決定する様になる（線条体）
- ・ 決定後にそれを飲む事をすすめられ、満足が得られる（前頭前野）
- ・ 通常はしていない選択を勧められる（海馬）

本研究は先行研究と異なり、現場の複数のスタッフが、日常における自己決定支援を長期的に繰り返す。そのため、渡辺の先行研究の結果では見られなかった、認知機能（特に海馬活性）、前頭葉機能（前頭葉・前頭前野領域活性）、生活の質（扁桃体活性）の改善効果が得られるのではないかと考えられた。

### 3) 認知症の人の自己決定

「認知症／dementia」, 「自己決定／self-determination」, 「意思決定／decision making」のキーワードで検索し、対象者が認知症の人ではない（家族や支援者のみを対象としてい

る)、日常生活の自己決定ではない(終末期、医療方針の決定など)、研究方法や支援方法が具体的でない論文は除外した。その結果 11 論文が抽出され、自己決定・意思表出能力に関する論文 4 件、日常生活における認知症高齢者の自己決定への関わり方と決めることに對する思いについての論文 5 件、日常生活における自己決定支援の効果の論文 2 件であった。

### (1) 自己決定・意思表出能力(4件)

—認知症の人はどれだけ意思決定できるか、どのように意思決定するか—

認知症高齢者の自己決定/意思表出能力を評価した研究の対象者は、4 件ともに言語的コミュニケーションが可能な人であった(表 1)。

新里は、胃ろう増設の希望を「嚥下障害により肺炎が起こるようになった場合に、おなかに穴をあけて管で栄養を入れるのがいいという人もいます。あなたはそういうようにされますか?」など具体的な言葉で本人に尋ね、81%の認知症の人がはっきりと胃ろうを拒否し、胃瘻を受けてよいと答えた人はいなかったとして、認知症の人に意思決定能力があると述べた(新里ら、2013)。

内ヶ島は、認知症高齢者の「選択の表明」と「論理的思考」を評価した。「選択の表明」能力では、食事などの日常生活ケアに関する質問について、自分の価値や好みに基づく選択を求める質問(タイプA)と、将来を予測して希望する対応の選択を求める質問(タイプB)を用意し、提示された4つの回答の中から一つを選択するという課題を各質問に対して2回ずつ実施した。その結果、1回も選択できなかった人はいなかったことと、将来の予測が必要なタイプBに比べて、好みで選択できるタイプAのほうが、選択肢から回答を選択できる割合が高かったことを報告し、認知症高齢者の選択の能力は、設問の内容によって左右されると述べた(内ヶ島、2009)。

松田は、商品購入時の評価能力を認知症群と統制群で比較した結果、評価基準の一貫性(整合度)において、認知症の人は評価基準に一貫性が有意に乏しかったことから、状況依存的な判断を下しやすいことが示唆されると述べた(松田、2012)。

認知症者群と健常高齢者の行動を選択する際のリスク回避、リスク志向について比較検討した Juwon らの研究では、相手の表現がネガティブな場合にリスクのある選択肢を選択する割合は、両者に有意差はなかった。が、表現がポジティブな場合に健常者はリスク回避の選択肢を選ぶが、認知症の人は有意にリスクのある選択肢を選び、認知症の人の意思決定は、相手の表現に影響されると述べた(Juwon et al., 2012)。

以上から、認知症の人は自己決定の能力が低下することなく維持されている。しかし軽度障がいから、場の状況や支援者の説明、質問の仕方に影響されやすいことが明らかになっている。しかし、どの論文も1~2回の質問での結果が報告されており、例えば、わかり易く具体的な質問での自己決定支援を繰り返すとどのように認知症高齢者が変わってゆくのかについては明らかになっていない。

表1. 自己決定・意思表出能力についての先行研究（4件）

タイトル	対象者	調査方法	結果
認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応 (新里ら, 2013)	認知症患者70名 (軽度認知障害6, AD 37, VD11, DLB2, 老年期精神病5, 他9), MMSE17.7±5.9	面接:「嚥下障害で肺炎がおこるようになった時管で栄養を入れるのがいいという人もいます。あなたは?」	「そんなことはしない」拒否返答57名(81%),「その時になってみないと解らない」と決められない7名(10%), 返答ない3名(4%), 医師に任せる3名(4%), 胃ろうを受けてもよいと返答した人0名
認知症高齢者の日常生活ケアに関わる「選択の表明」能力と「論理的思考」能力の特徴. (内ヶ島, 2009)	軽~中等度認知症24名 (AD8, VD7, 老人性認知症9), MMSE14.1±3.9	面接:意思決定に関わる「選択の表明」「論理的思考」を評価する面接を2回実施	「理解」「認識」は認知機能と生活動作低下に応じて低下した。「選択の表明」は24名中20名が選択した。設問の内容により認知機能障害の影響を受ける可能性があった。
成年後見制度における高齢者の判断能力判定に関する心理学的研究 (松田, 2012)	認知症群9名 (HDS-R21.2--軽度認知障害) 統制群30名(56~85歳)	実験:商品購入時評価基準(製造先の信用, 購入者数, 価格等)を「0:同じくらい重要」~「4:極めて重要」で回答	認知症群と統制群で, 商品購入の際に何を重要視するかには有意差はなく, 判断・評価ができていた。が, 整合度(個人の中で重視する評価基準が一貫しているか)では有意差があった。
Altered risk-aversion and risk-taking behaviour in patients with Alzheimer's disease (Juwon et al., 2012)	アルツハイマー病群14名 MMSE14.43 ± 4.67 CDR1~2), 健常高齢者群16名	実験:意思決定能力を評価する課題実施。ポジティブフレーム(金銭的報酬)とネガティブフレーム(損失回避)の質問を設定する	健常高齢者群に比べてAD群は, ネガティブフレームでリスクのある選択肢を選んだ。意思決定までに要した時間は両群に有意差はなかった。

AD:アルツハイマー病, VD:血管性認知症, DLB:レビー小体病, FTD:前頭側頭型認知症

## (2) 日常生活における認知症高齢者の自己決定に影響する要因と思い(5件)

Smebyeら(2012)は、認知症の人と専門職・家族を対象に面接と参加観察を行い、介護者が認知症の人との対話を通して意思を確認する【Shared decision making (意思決定の共有)】が最も一般的だったこと、数は少ないが日常的な事柄では【Autonomous decision making (自律的意思決定)】がされていたことを報告した(Smebye et al., 2012)。

Samsiら(2013)は在宅生活のアルツハイマー病の人と家族介護者の関わりの変化を1年間追跡した。最初、認知症の人は自分で決めたいと望み、介護者もそれを当たり前として生活全てを尋ねて決める【Mutual decision-making (相互的意思決定)】が行われていた。が、認知症の人が日々の決定の困難さを感じる段階で、介護者は手がかりを与える、選択肢を減らす【Reductive decision-making (還元を引き起こす意思決定)】や、一部分

の決定を促す【**Restrictive decision-making** (限定的意思決定)】、認知症の人の嗜好をもとにした【**Retrospective reflection for decision-making** (回想的意志決定)】を行うようになり、後半では介護者が認知症の人に意思を尋ねない【**Negotiating substitute decision-making** (代理意思決定の交渉)】がみられたが、そのことを認知症の人自身が受け入れていたとし、認知症の進行にともない、認知症の人の決定についての介護者の関わり方、認知症の人の支援のうけとり方が変化していたことを報告した (Samsi et al., 2013)。

財政管理に焦点を当て、夫婦の日常生活や買い物場面などの参加観察・面接を行ったのは Boyle である。21 組中 16 組が財務管理の決定の一部または全てを配偶者が行い女性は男性よりも決定を配偶者に委ねており、認知症の人が決定に関わり続けられるか否かは、性別や役割など社会的要因が影響していると報告した (Boyle, 2013)。

Fetherstonhaugh ら (2013) は意思決定に対する認知症の人自身の思いを調査した。その結果、①認知症の人は、意思決定できるための【**Subtle support** (巧みな支え)】を望んでいる、②認知症の人は自分で決定しつつづける【**Hanging on** (つかまっている)】と同時に、援助を受け入れる【**letting go** (決定を) 手放す】の両方が必要と分かっている、③周囲が認知症の人を意思決定に巻き込もうとしない時【**Feeling marginalised and excluded** (主流からはずされ排除される感情)】を感じ、周囲の人が自分を意思決定に参加させようとしてくれると【**Feeling central** (中央にいる感情)】を感じている。そして認知症の人の自己決定の本質は、「私は人間だ！私はここにいる！」の気持ちであるとした (Fetherstonhaugh et al., 2013)。

認知症高齢者が自己決定の機会を持つことで生活満足度が向上する、と報告したのは Onishi である。高齢女性 314 名 (認知症の人 165 名) の生活満足度を測定し、分析した結果、「認知症」の有無は生活満足度に影響せず、「住まいに対する意思決定を共有」「日常生活の決定に自らの見解が考慮された」者は、そうでない者に比べ、生活満足度が有意に高かったと報告している (Onishi et al, 2010)。

以上より、認知症の人はできるだけ最後まで自分で決めたい、決定の中心に居たい、という思いを持っている。他者の支援を受け入れることを含めて、自分で決めることが生活満足度の高まりにつながることも明らかである。しかしながら、実際に自分で決めることによって、生活の質が高まるのかは明らかになっていない。

表 2. 認知症の人の自己決定についての先行研究（5件）

タイトル	対象者	調査方法	結果
How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care?  (Smebye et al., 2012)	認知症者と家族 10 組 (MMSE20.7, CDR2: 中等)	観察・面接: 3 タイプの決定 (日常行動, 医療ケア, 引越) を観察し, 家族と専門職に面接 意思決定能力をどのように評価するか/認知症の人の決定を何が促進し, 何が遅らせるか/利用しているサービスは何か	最も多かったのは【共有された意思決定】で, サービスの選択など重大な事柄では【共有された意思決定】や【代理の意思決定】, 日常的な事柄では【自律的な意思決定】がされていた。周囲が明確でない認知症の人の価値や嗜好に基づき決定する【偽の自律的な意思決定】, 選択の機会を与えない【関わらせない】があった。
Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers (Samsi et al., 2013)	在宅生活の AD と介護者 12 組。介護者は配偶者 7 名, 子供 3 名, 友人 1 名	面接 (3-4 ヶ月の 1 年間縦断面接)。認知症者と介護者の関わりの変化, 意思決定状況, 介護者負担状況, 満足度等	1 年間で「全てを認知症者に尋ね, 決める」から始まり「部分的決定を促す」「嗜好, 趣味をもとに介護者が決定」, 「認知症者の意思と介護者の都合のバランスを取り決定を行う」「介護者が常に決定」に変化した。
'She's usually quicker than the calculator' (Boyle, 2013)	認知症者 (診断されてから 1 年~12 年, 軽度~高度) と配偶者 12 組	観察 (自宅での生活, あるいはスーパーでの買い物場面) および面接法 日常生活の中における意思決定について, 財務管理に焦点を当てて調査	財務能力に欠けている夫 (妻) は, 妻 (夫) の発症後も財務管理の決定を妻 (夫) が継続して行うことを望んでおり, その人を財産管理の意思決定に関わらずか否かは, 家庭での性別に影響されていた。
Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia (Fetherstonhaugh et al., 2013)	n=6 (年齢 54~78 歳) 認知機能: 不明 (診断を受けて, 1.5~16 年経過)	面接: 「意思決定に含まれている時の例を私に教える事ができますか?」の質問から始め, 「決定する時にはどのように感じたか?」等で補足した	認知症の人は, ①【巧みな支え】を望んでおり, 【つかまっている】と同時に【(決定を)手放す】の必要性も感じている。③【主流からはずされ排除される感情】を感じ, 周囲の人が自分を意思決定に参加させようとしてくれると【中央にいる感情】を感じている。
Determinants of life satisfaction among Japanese elderly women  (Onishi et al., 2010)	認知症者 165 名 認知症でない人 149 名	質問紙法: VAS を用いて満足度 (健康状態・経済状況・家族関係・友人関係・日常生活) を評価 住まいの決定者, 決定への参加, 意見が考慮される程度	・認知症の有無に関わらず, 住まいに対する意思決定を共有している人は, そうでない人に比べ満足度が有意に高い。 ・認知症女性で, 生活の決定に自らの見解が考慮される人は, 生活満足度が有意に高い。

※AD:アルツハイマー病

### (3) 日常生活における自己決定支援の効果 (2件)

認知症の人が「自分で決めている」と感じられるための具体的な支援を実施し, 効果を評価した論文は, 本研究者である渡辺の論文 2 件のみであった (表 3)。

渡辺は, 中等度・重度の認知症高齢者 19 名を対象とし, 介入群には「食事」「間食」「更衣」「排泄」「レクリエーション」について自己決定の機会 (選択の機会) を提供する看護介入を連続 2 週間実施し, 通常通りのケアを受けた対照群と比較した。その効果を, 認知機能検査 (MMSE), 精神機能評価表 (MENFIS) などで評価した結果, 介入群に精神機能の有意な改善 (下位項目の「動機付け機能障害」の改善傾向) が示された。しかし, 認知機能の改善は見られなかった (渡辺ら, 2010)。



また、上記対象者のうち介入群 10 名への参加観察で、対象者における行動変化を示した。介入当初は、渡辺がケア提供者となって選択肢を提示し「どちらがいいですか？」と尋ねるといふ促しに対して「お茶にするわ」など【援助者に促されて選択の意思を示す】であったが、繰り返し選択の機会を提供されることで、介入 1 週間目以降には、ケア提供者に提示された選択肢以外のものを「あっちのほうがいいです」と要求するなどの【選択の意思を明確に示して行動する】ように変化した人がいた。それだけでなく、「そんな、私だけ勝手しても」など【援助者や他入所との関係を考えながら選択する】、「わたしお茶をもらうから、あなたは紅茶をどうぞ」とケア提供者に対して配慮してくださるなど【周囲に対して気を配りながら選択する】も見られるようになった（渡辺，2011）。

以上より、日常生活におけるケア提供者の意図的・継続的な自己決定支援が、認知症高齢者の日常生活そのものに対する動機づけを高め精神機能を向上させる可能性があることが明らかである。さらに自己決定支援は、認知症高齢者の「自分で決める力」や、「周囲との人間関係を築く力」を導き出すことの出来る支援であるということも明らかである。しかしこの研究では、渡辺のみがケア提供者として自己決定支援を行っている。実際のケア現場においてスタッフが自己決定支援を継続的に実施することは可能なのか、また長期間の実施によって得られる効果は何か、ということは、まだ明らかになっていない。

表 3. 認知症高齢者の自己決定支援の先行研究（2 件）

タイトル	対象者	調査方法	結果
施設で生活する中等度・重度認知症高齢者の自己決定の機会を提供する看護介入の効果  (渡辺ら，2010)	n = 20 介入群 10 名（年齢中央値 81.00±5.00 歳） 認知機能：MMSE 中央値 10.50±7.50 対照群 10 名（年齢中央値 84.00±4.25 歳） 認知機能：MMSE 中央値 10.00±2.50	準実験 「食事」「間食」「更衣」「排泄」「レク」について連続 14 日間、自己決定の機会を提供する看護介入を実施 介入前後で認知機能（MMSE）と精神機能（MENFIS）と変化を量的分析	・精神機能（MENFIS）の有意な改善、特に下位尺度「動機づけ機能障害」の改善傾向、「体操」場面での活動への意欲・関心（PAFED）の有意な改善がみられた。
高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者に自己決定の機会を提供する看護介入の有効性についての検討  (渡辺，2011)	n=10（年齢中央値 81.00±5.00 歳） 認知機能：MMSE 中央値 10.50±7.50 点（中等度～重度）	参加観察 日常生活の援助場面で連続 14 日間、自己決定の機会を提供する看護介入を実施 「間食」「更衣」「レク」場面における援助者とのやりとりを質的分析	・介入 12 日以降で【選択の意思を明確に示して行動する】がみられるように変化した ・介入 4 日目以降で【援助者や他入所者との関係を考えながら選択する】、12 日目以降で【周囲に対して気を配りながら選択する】といった行動がみられた

以上の認知症高齢者の自己決定についての先行研究から、認知症の人はどこまでも「自分は（決定できる）人間だ」と思っており、複雑な事柄でない日常生活の自己決定（意思決定）は可能で、自己決定ができることが生活満足度に影響するといえる。しかし、認知症の人に周囲が「関わらない」などで自己決定の機会自体が少なくなっていることも示さ

れている。さらに日常生活で、自己決定の機会を提供し続ける支援は、認知症高齢者が本来持っている自己決定する力、周囲との関係性を築く力を導き出し、認知症高齢者の精神機能を向上させることのできる支援である可能性が明らかとなっている。しかしまだ明らかにされていないのは、実際のケア現場で認知症高齢者の自己決定支援は継続できるのか、日常的、つまり長期の継続した自己決定支援で、精神機能の改善のほかに、認知機能の維持・改善に効果があるのか、である。

#### 4) 認知症の人とケア提供者の関係

医中誌で「認知症」「スタッフ」のキーワードで検索し、高齢者施設においてスタッフと認知症高齢者が相互に影響し合う点に焦点を当てた論文は8件あった。

認知症の人と看護師を含むケア提供者との関係を観察した研究に、小野塚、天津、小山の研究がある。小野塚らは、グループホームの軽度認知症高齢者と他入所者、スタッフが相互に作用しあう場面を参加観察し、【認知症高齢者が相手の反応に注意を払う相互作用】と、【認知症高齢者が相手の反応に注意を払わない相互作用】のカテゴリを抽出した。【相手の反応に注意を払う相互作用】は、＜気遣う＞＜応答する＞＜確認する＞などの7つのサブカテゴリから構成され、認知症高齢者は周囲と様々なやりとりをしながら生活していることを報告した（小野塚ら、2006）。天津は、スタッフと認知症高齢者との「ずれ」の場面における相互作用の特徴を明らかにすることを目的として参加観察を行った。スタッフが認知症高齢者の行為の意味や思いに《一貫して添っていかうとする相互作用》、行為の意味や思いに《添っていけない相互作用》、行為の意味や思いに《全く添っていかうとしない相互作用》が見られたことを報告し、ずれをより少なく、小さくするためには、「(認知症の人の) 行為の意味や思いにしっかり関心をよせること」「相手の感情の動きや言動に関心を払いながら、相手に影響を与えている自分の感情や言動についても注意を払うこと」が必要と述べている（天津ら、1998）。グループホームで生活する認知症の人とスタッフとの相互の関わりの特徴を明らかにした小山の研究では、スタッフと認知症の人との間には、＜活動を提案・勧誘・依頼するもの－応じて行動するもの＞という関係が見られていた（小山、2013）。また認知症高齢者とスタッフとのコミュニケーションの特徴としては、認知症高齢者の行動はスタッフの「～してくれる？」という依頼・「～しましょう」という誘いという発話から開始され、認知症高齢者はそれに応じて行動していたことを明らかにした（小山ら、2015）。

認知症の人の、周囲の環境との関わり方を継続的に観察しているのは、久米である。久米は、認知症の人が施設環境に適応していく過程を観察した。認知症の人は、入所当日は混乱や不安を示す。が、徐々に周囲を探り、スタッフや他患者と関わる様子を示すように変化しながら、他者と相互作用形成へ進んでいくことを報告した（久米ら，2010，2005）。

また、中等度・重度認知症高齢者が「他者を認識し、他者との相互作用がある」ことを明らかにしたのは高山らである。日常生活の流れに沿ってケアをしながら、対話によって得られた言葉を質的・帰納的に分析した結果、「照れ笑い」「自己決定する」などの他者に気持ちや感情を表現する力と、「大笑い」「繰り返し聞き返す」などの他者に働きかけて関係を作ろうとする力があることを明らかにし、「『聞く』ことによって予測しなかったほど多くの言葉が得られた」と述べた（高山ら，2001）。

さらに認知症高齢者との関わりが、スタッフの成長に繋がる可能性を明らかにしたのは溝田である。溝田は、グループホームにおいてスタッフと認知症高齢者が、「ともに生活する」という意識を共有することが、スタッフの自己成長と介護充足感に影響を与えることを報告した（溝田ら，2006）。

以上より、認知症高齢者はスタッフと様々なやり取りをしながら生活していること、スタッフの「誘う」「問いかける」などの働きかけに影響されて、認知症高齢者の言葉や行動が引き出されることも明らかである。また認知症高齢者から影響を受け、スタッフも変化することが明らかである。しかしこれらは、ケア提供者と認知症高齢者との関わり場面を参加観察することで明らかにされた関係である。ケア提供者が意図的に、認知症高齢者へ問いかけることで相互に影響しあう関係が促進されるのか、影響し合う関係が長期的に継続されることで認知症高齢者とケア提供者に及ぼされる効果は何か、は明らかにされていない。

## 5) 高齢者施設での生活

高齢者施設においては自律的な生活を送りにくくなるということが、木村、山本、窪内によって報告されている。また、高齢者施設において高齢者が自律的な生活を支援されることの効果を報告したのは、Langer である。

木村らは、高齢者施設で生活する 80 名を対象に日常生活の困りごとに関する質問紙調査を実施した。30%（24 名）を超える人が「食事の時に食べたいものが出ない」「食事の固さや刻み方が好みに合わない」などの＜食生活への困りごと＞、「入浴する日や時間帯を

自分で決めたい」「入浴の回数を増やしてほしい」などの＜快適な生活ペースや居住空間への要望や困りごと＞を感じていたと報告した（木村ら，2008）。また山本らは，高齢者福祉施設で生活する23名を対象に質問紙およびインタビュー調査を行った結果，19名が「自由に外出できない」「アクティビティや行事がつまらない」など施設の規則やアクティビティなどに対する不満を感じ，少数ではあるが3名が「職員が忙しすぎる」「職員の意見を優先する」など職員との関係に対する不満を感じていたと報告した（山本ら，2008）。加えて，高齢者施設で働くスタッフが，認知症高齢者の自己決定を支援するという意識について，窪内は，認知症ケアの実践者が抱く感情規制（労働者が，その職業のあるべき姿と考えている基準）の傾向を明らかにした。グループホームで勤務するスタッフ1,107名から回答を得ている。回答者が最も多かった内容は，「認知症の方の対応を一人で抱え込まずチームで関わることができる」76.3%であった。一方で，「認知症の方が自己決定できるように，認知症の人本人の意思を確認する」は56.5%であり，認知症の人本人の意思を確認することをあるべき姿(基準)と考える人が半数しかいないことが報告された（窪内，2016）。

Langer らは，ナーシングホームの居住者に全て自分で決めて行動するよう促したところ，スタッフに行動の全てを手助け（管理）されていた入居者に比べ，活動への自発的な参加が増加したと報告した（Langer et al., 1976）。

以上より高齢者施設での生活では，日課や規則があるなどの物的要因や職員が忙しいなどの人的要因から自己決定の機会が減少しているということ，それらに対して高齢者も不満を感じているということが明らかである。また高齢者施設において支援者が「自分で決めること」を支援することが，高齢者の意欲に影響することも示されている。

## 2. 研究仮説

本研究では介入効果として次の4点を設定し，測定（分析）方法を→で示した。

（1）認知症高齢者は，継続的に選択を求められ，決定に関する質問を受けて，「考える機会」「意思を伝える機会」が増加し，認知機能や前頭葉機能・精神機能が改善する→認知機能検査・前頭葉機能検査・精神機能障害評価票，アンケートへのスタッフの自由記載による認知症高齢者の変化

（2）認知症高齢者は，自己決定により自分で決めた生活ができ，スタッフとの対話が増すことで生活全体の質が向上する→生活の質評価尺度，アンケートへのスタッフの自由記載による認知症高齢者の変化

(3) スタッフは、継続的に認知症高齢者の思いを聞くことで、認知症高齢者への共感が生まれ、ケア時に感じる苛立ちなどネガティブな感情が減少する→共感経験尺度改訂版、感情労働尺度、アンケートへの自由記載によるスタッフの言葉

(4) スタッフは、自己決定を継続的に支援するなかで認知症高齢者の変化を感じ、認知症高齢者にとって善いケアとは何か、を感じとる力などが向上する→改訂道徳的感受性質問紙日本語版、アンケートへの自由記載によるスタッフの言葉

### **3. 用語の操作的定義**

#### **認知症高齢者の自己決定**

認知症高齢者が認知能力に合わせた支援を受けながら、食事、更衣などの日々の行動について自分の意思で決めること。自分の意思とは、支援者が行動の選択肢を準備し、「どちらがいいですか」と尋ねたことに対して「こちらがいい」と言葉で示す意思だけでなく、うなずく、好みの選択肢に対して視線を向ける、笑顔になる、など表情や態度で示す意思も含む。

#### **スタッフ**

認知症高齢者の生活援助を行う看護職（看護師・准看護師）と介護職（介護福祉士・介護士）の両者を示す。

#### 4. 理論的枠組み

本研究は、高齢者施設に勤務するスタッフが認知症高齢者に対して、長期的・継続的に生活における自己決定支援を行う介入である。介入における自己決定支援過程を図 2 に、全体概要を図 3 に示した。

##### 1) 認知症高齢者への自己決定支援過程

長期的な自己決定支援の基本となるのは、日々の「選択肢を提示し、選択理由を尋ねる」という支援である。図 2 に、自己決定支援過程におけるスタッフの態度と言葉、それに反応する認知症高齢者の態度と言葉、双方が相手の態度や言葉から刺激を受けて生じることが予測される感情を示した。スタッフと認知症高齢者の態度を\_\_\_\_\_, 認知症高齢者に生じると予測される神経学的変化を( )に、双方に生じると予測される感情の変化を[ ]に示した。

本支援過程において重視するスタッフの「態度」は、デシの自己決定理論(デシ, 1980)に沿った「選択肢の提示」と、アンダーソンらが提唱した「無知の姿勢」(アンダーソンら, 1992)で「選択理由を尋ねる」である。第 1・2 段階でスタッフは、「どちらがいいですか?」と尋ねながら「選択肢を提示」し、「決められるかな? 決めてほしいな」と考えながら、認知症高齢者の選択を「待つ」。これは、選択する機会があることで「自己決定したい」という欲求が自覚され、内側から動機が生まれ、動機達成の満足が得られることから設定した(デシ, 1980)。認知症高齢者は、自分で決めたいと内発的に動機付けられる〔動機づけの高まり〕と同時に、意思表示を待たれていると感じ、考え、好き、嫌いなどの嗜好や、過去の習慣をもとに選択する(扁桃体, 線条体, 海馬の活性)。スタッフは、認知症高齢者が選択できることに驚き〔ネガティブな感情表出の軽減〕、「なぜ?」と「選択理由を尋ねる」という態度を示す。

第 3 段階の「選択理由を尋ねる」際の「なぜ?」という質問は、「無知の姿勢」(アンダーソンら, 1992)で問うことが「相手の世界(思いや経験)に近づく」ことから設定した。「無知の姿勢」とは、相手の生きる世界に対して無知である「私」が、「あなた」のことをもっと知りたい、分かってほしい、という好奇心に導かれ、「聞く」という姿勢のことである(野口, 2002)。尋ねられる機会が減少している認知症高齢者は、スタッフに「なぜこれにしたのですか?」「これが好きですか?」と尋ねられることに驚きながら、なぜこれを選んだか、なぜこれが好きなのかを考え、「おいしそうだったから」「昔、子どもと遊んだから」など、自分の思いを伝えはじめる(前頭前野, 海馬の活性)〔感情表現の広がり〕。さらに選択を

否定されず、受け入れられることで、自分自身が尊重されていると感じ、周囲に対する興味や関心も広がる〔動機づけの高まり、感情表現の広がり〕。スタッフは、「なぜそれを選んだのですか？」と問いかける。それによって、同じ選択結果でも個々人で異なった理由や思い、独自の経験があることを知ることができる。そして相手に関心を寄せ、共感する〔共感力の高まり〕。4段階目で、自己決定した行動を終えた後に認知症高齢者に生じた感情を、スタッフが共有する。認知症高齢者は、自己決定への欲求が充足され「次も自分で決めたい」（目標志向型、前頭前野）と考える。スタッフは、「選択肢を提示する」「選択理由を尋ねる」という態度により、認知症高齢者の思いが引き出せることに気づき、「次は何を選んでもらおう」「次はどんな思いが聞かれるのだろうか」と考え、次の支援に繋がっていく〔より善いケアへの気づき〕。

つまり、本支援過程におけるスタッフの「選択肢を提示する」「選択理由を尋ねる」という態度が、認知症高齢者とスタッフ相互に影響しあう関係を促進し、感情を変化させ、長期的な支援継続に繋がっていくと考える。

## 2) 長期的・継続的な自己決定支援の研究の枠組み

本研究では、認知症高齢者への自己決定支援を、日々の「間食」「更衣」「レクエーション」「姿勢・活動」という4つの援助場面で、複数のスタッフが8週間に渡って継続的に積み重ねる。全体枠組み（図3）では、自己決定支援過程で、認知症高齢者とスタッフの態度と感情がやり取りされて影響しあう関係を図の中心の矢印で示し、予測される両者の関係性の広がりやらせん状の線で示した。やり取りの当事者である認知症高齢者を縦軸、スタッフを横軸、8週間継続的に繰り返すという時間軸を踏まえた変化を矢印で表した。認知症高齢者は、スタッフが繰り返し決めることを勧めるなかで、自分が尊重されている、決めてもいいという感覚を感じ（感情）、生活意識や精神状態が変化し（態度）、生活全体の質が向上する。スタッフは、認知症高齢者が自分で決めたことに驚き、関心を寄せ（感情）、更に「なぜ？」と問いかけ（態度）、理由を告げる認知症高齢者にさらに驚き見方が変わり、良いケアとは何かを考えるようになる。

以上のやり取りを8週間繰り返した結果、縦軸に示した認知症高齢者は、MMSE(認知機能)、FAB(前頭葉機能)、MENFIS(精神機能)、DHC(生活の質)が改善し、横軸に示したスタッフでは、感情労働尺度、共感経験尺度改訂版、改訂道徳的感受性質問紙日本語版の改善を仮説として示す。

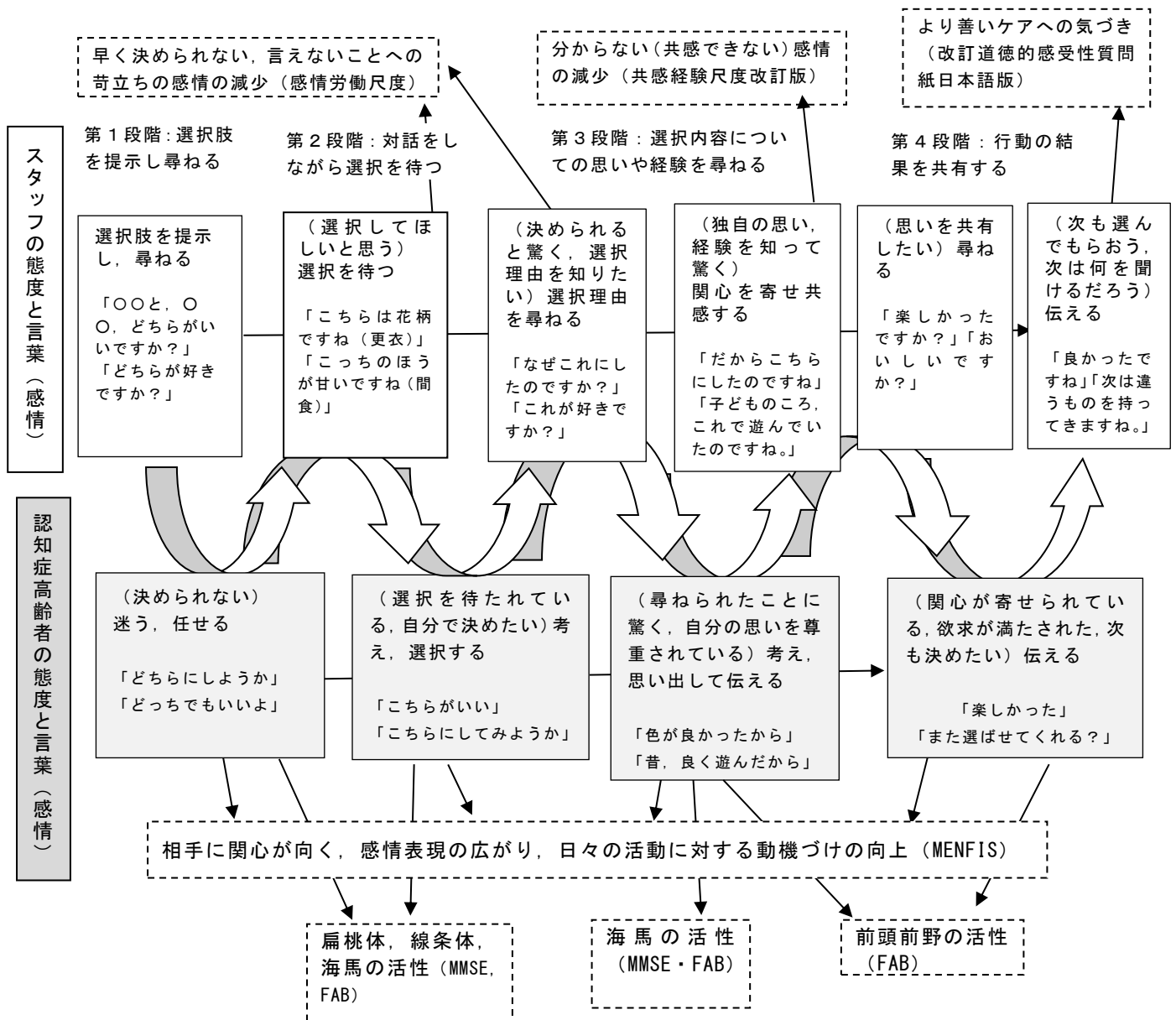


図2. 認知症高齢者への自己決定支援過程

※実線：認知症高齢者とスタッフの態度と言葉（感情）

破線：予測される変化と評価尺度



仮説1：認知機能や前頭葉機能・精神機能が改善する

(MMSE・FAB・MENFIS)

仮説2：高齢者施設における質の高い生活が継続する(DHC)

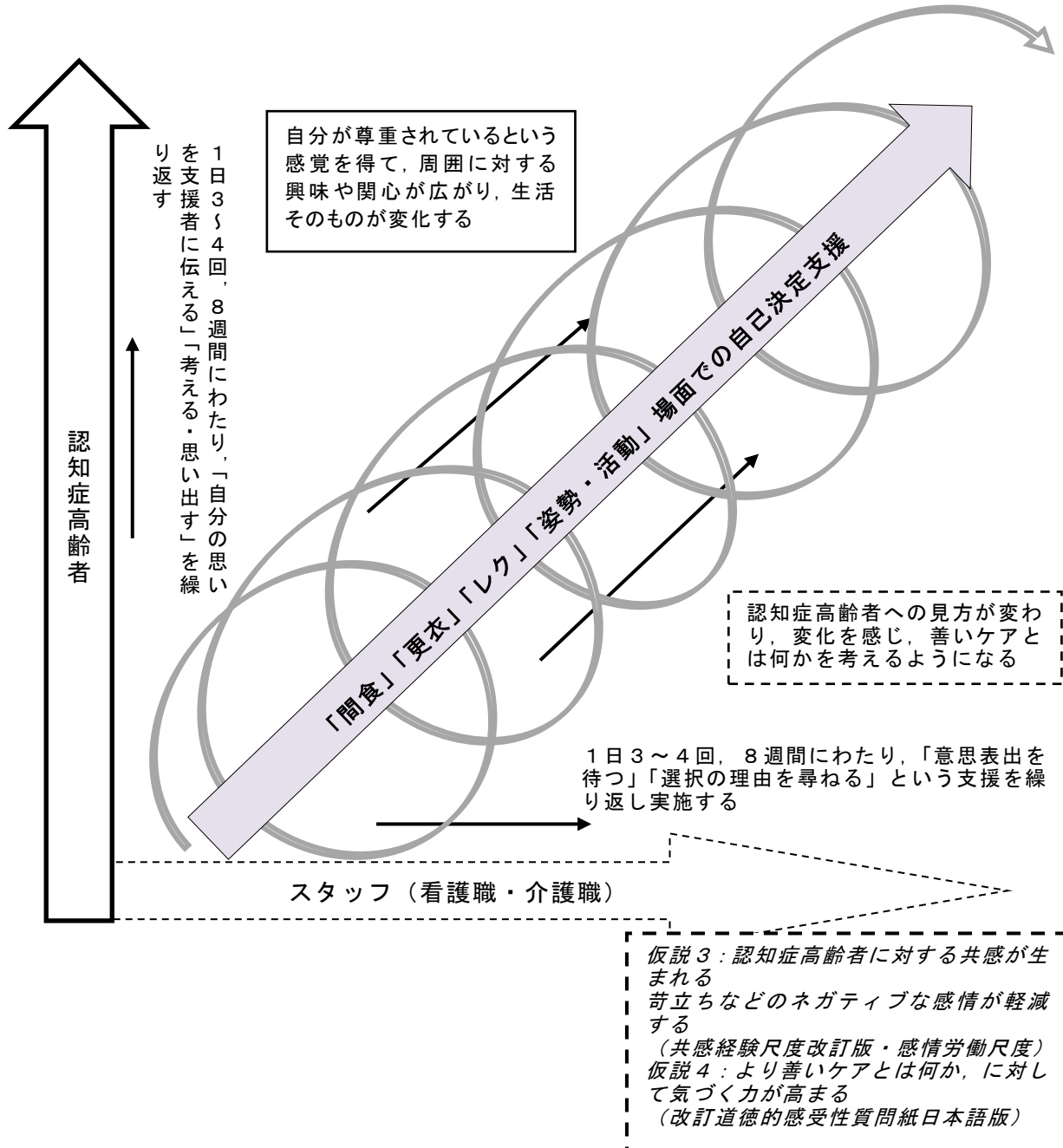


図3. 長期的・継続的な自己決定支援の効果についての研究の枠組み

※破線で示した横軸は自己決定支援を行うスタッフを示し、図中の実線で示した縦軸は支援を受ける認知症高齢者を示す。

※矢印は8週間という時間軸を踏まえた変化を示し、らせんは双方の関係性の広がりを示す。

※斜体文字は研究仮説と評価尺度を示す。

## 第Ⅲ章 研究方法

### 1 研究デザイン

研究デザインは準実験デザインとした。

本研究では、対照群を確保する群間比較は療養棟全体での介入となり困難であるため、ベースライン期、介入期、フォローアップ期の群内比較により評価した。

### 2 方法

#### 1) 調査期間

調査場所は、認知症専門棟 A 棟と B 棟であった。

調査期間は、ベースライン期間、介入期間、フォローアップ期間を含めて A 棟は平成 27 年 6 月～11 月、B 棟は平成 28 年 5 月～10 月であった（表 4）。

表 4. 研究の実施期間

	ベースライン期間(介入なし)	介入期間	フォローアップ期間(介入なし)
期間	8週間	8週間	8週間
時期	平成 27 年 6 月～7 月 平成 28 年 5 月～7 月	7 月～9 月 7 月～8 月	9 月～11 月 8 月～10 月

#### 2) 対象

##### 【認知症高齢者】

研究協力棟 A 棟、B 棟の入所者の中から対象者を選定した。選定基準を①65 歳以上、②入所後 2 ヶ月以上、③認知症の原因疾患が診断されている、あるいは脳血管疾患の既往がある、④発語が可能である、の 4 要件とし、若年性認知症は除外した。選定方法は、次の通りである。

- ① 研究協力施設の認知症専門棟 A 棟の入所者全員の中から上記の取り込み基準 4 要件を満たす対象者を全員抽出した。
  - ② そのうち、除外基準である①現在治療中の急性疾患のある者②現時点から 6 か月以内に退所予定が決まっている者③療養棟責任者が介入により状態が不安定になる可能性があるかと判断した者を除外した（表 5①）。
  - ③ ②の中から、ベースライン期間中の退所者、同意が得られなかった方を除外し（表 5②）、研究同意が得られた高齢者を研究対象者とし、介入を実施した（表 5③）。
- なお、介入終了後のフォローアップ期間中に退所した方（表 5④）は、分析対象者からは

除いた。調査開始時の 22 名のうち、調査の最後まで完了したのは 16 名(表 5⑤)であった。調査全期間中における退所者は表 5 のとおりである。結果として、分析対象者は女性 13 名、男性 3 名で、年齢の中央値(四分位偏差)は 87(4.00)歳、原因疾患はアルツハイマー病 6 名、血管性認知症 4 名、レビー小体型認知症疑い 1 名、認知症のみの記載だが脳血管疾患の既往ありが 5 名であった。ADL レベル(バーセルインデックス)の中央値(四分位偏差)は、42.50(25.63)点であった。MMSE の中央値(四分位偏差)は 9.50(4.88)点、重症度は軽度 1 名、中等度 7 名、重度 8 名であった。

表 5. ベースライン期間、介入期間、フォローアップ期間に対象から除かれた者

全入所者	選定基準該当者 (除外基準該当者除く)①	ベースライン 期間退所・同意 得られず②	介 入 対 象 者 ③	フ ォ ロ ー ア ッ プ 期 間 退 所 者 ④	分 析 対 象 者 ⑤
A 棟 39 名	11 名	1 名	10 名	0 名	10 名
B 棟 36 名	11 名	2 名	9 名	3 名	6 名
計	22 名	3 名	19 名	3 名	16 名

#### 【スタッフ】

研究協力施設の認知症専門棟 A 棟 B 棟に勤務するスタッフ全員に協力を依頼した。協力を同意を得たスタッフは、介入実施者であり調査対象者である。研究協力の依頼から同意を得るまでの手順と対象者数の変化は以下の通りである。

- ① 研究協力施設の看護部長および認知症専門棟の看護師長あるいは看護主任に、研究目的、方法を説明し、研究協力の同意を得てスタッフの依頼に入った。
- ② 研究者がスタッフの勤務状況に合わせて個別面談を行い書面(資料 1)にて研究目的・方法の説明を行った。棟全体での関わりとなるため個人では決定しにくいことも予測されたため、個別説明の場では同意書への署名は求めず、研究協力の同意を得られる場合は同意書に署名し、棟内に設置した封筒に入れていただくよう説明した。その際、研究同意の有無は療養棟管理者に伝えないことを説明した。説明の場で同意を得られた方については、その場で書面での同意を得た。
- ③ ②の後、スタッフ全員(A 棟 15 名、B 棟 14 名)の同意が得られたが、調査期間中に 2 名が部署移動となり、最終的に 27 名が対象となった。

対象となったスタッフ 27 名は看護職 9 名、介護職 18 名で、うち女性 24 名、男性 3 名であった。年齢の中央値(四分位偏差)は 43(7.00)歳であった。経験年数は 15(7.00)年、そのうち認知症ケアの経験年数は 7.50(3.51)年であった。

### 3) データ収集方法

#### (1) 基本属性

認知症高齢者については、以下のように基本属性、認知機能、ADLを調査した。

- ・基本情報：年齢、性別、認知症の原因疾患
- ・認知機能の重症度：Clinical Dementia Rating Scale（客観的行動観察尺度、以下 CDR\*）と Mini-Mental State Examination（主観的な認知尺度、以下 MMSE）の2つの測定結果を組み合わせ、次のように評価した（目黒，2004：日本老年医学会）。CDR，MMSEともに調査者が測定した。

軽度：CDR1，MMSE21点以上

中等度：CDR2，MMSE20～11点 重度：CDR3，MMSE10点以下

\*CDR：包括的重症度評価尺度で「記憶」「見当識」「判断力と問題解決」「地域社会活動」「家庭生活及び趣味・関心」「介護状況」の6項目で構成され、なし(0) 認知症疑い(0) 軽度(1) 中等度(2) 重度(3) で判定される

- ・ADL:バーセルインデックス

「歩行・起座」「生活圏」「着脱衣・入浴」「摂食」「排泄」など10項目の生活動作に対し正常(10点)から最重度(0点)まで7段階で評価する尺度で、得点範囲は0～100点である。高得点ほどADLレベルが高い。カルテから情報収集した。スタッフについては、年齢、経験年数(看護職/介護職としての経験年数、認知症ケア実践経験年数)、性別をデータ収集した。

#### (2) 評価尺度

「選択肢を提示し、選択理由を尋ねる」自己決定支援の介入評価として、認知症高齢者に対しては、認知機能検査、前頭葉機能検査、精神機能障害評価票、QOL評価尺度の計4つの測定尺度を用いた。スタッフに対しては感情労働尺度、共感経験尺度改訂版、改訂道徳的感受性質問紙日本語版の3つの測定と、調査者が作成したアンケートを用いて評価した。評価の時期は図4のとおりで、認知症高齢者4回、スタッフ3回(アンケートは介入期間終了後とフォローアップ期間終了後の2回)実施した。

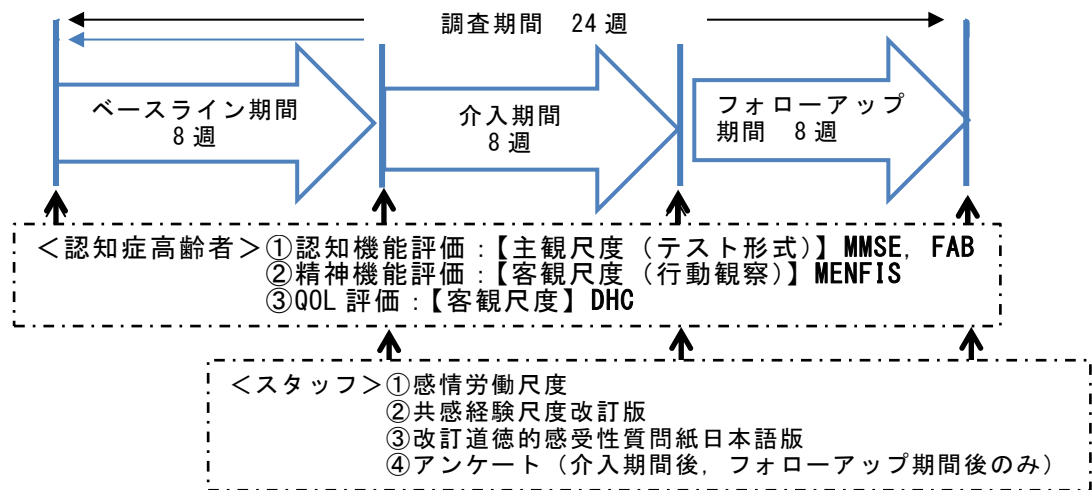


図 4. 介入の評価尺度と測定時期

① 認知症高齢者の変化の測定尺度

認知症高齢者の変化について、テスト法による評価、行動観察法による評価を行った。測定尺度について表 6 に示す。4 つの尺度のうち、行動観察による評価 (MENFIS) は、測定結果の客観性を保持するため、仮説を知らない者に依頼した。

② スタッフ (看護職・介護職) の変化の測定

スタッフの意識変化の評価としては、表 7 に示す 3 つの既存の測定尺度と、調査者作成のアンケート用紙の計 4 つの質問紙調査を行った。

質問紙をスタッフに渡して回答を依頼した。回答した後に質問紙を封筒に入れて封をした後に、回収用の袋に入れていただくように依頼して回収した。

表 6. 評価尺度と尺度の調査者

尺度名	尺度の内容	調査者
MMSE：認知機能検査 (Mini-Mental State Examination)	国際的に広く使用されている簡易認知機能テストで、言語性テスト 5 問、動作性テスト 6 問で構成される。長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) や、N 式精神機能検査などとの一致率が高い。得点範囲は 0~30 点。	専門的手技が必要となるため、研究者が測定。
FAB：前頭葉機能検査 (Frontal Assessment Battery at bedside) (Dunois et al., 2000; 小野, 2001)	「概念化課題」「知的柔軟性課題」「行動プログラム課題」「反応選択課題」「GO/NO-GO 課題」「把握行動課題」の 6 課題からなるテストで、前頭葉機能を評価する。得点範囲は 0~18 点。	研究者がテストを実施。
MENFIS：精神機能障害評価票 (Mental Function Impairment Scale) (本間ら, 1991)	「認知機能障害」「動機づけ機能障害」「感情機能障害」の 3 項目で構成され、13 の行動観察の下位項目があり、主介護者による情報が必要となる。各々独立して評価が可能である。「全く障害なし 0 点」から「完全な障害 6 点」まで 6 段階で評価する。得点範囲は 0~78 点で、得点が高いほど障害が高度となる。	研究仮説を知らせていない認知症看護認定看護師が対象者の行動を観察し、主介護者(看護師長、主任、介護主任より選定)に行動を質問し評価。
DHC:QOL 評価尺度 (Dementia Happy Check-Home Care Version-) (森本ら, 2002)	半構造化面接により介護家族に対象者の最近 1 週間の様子を聞く。「表情の変化」「会話の様子」「立ち居振る舞い」「身だしなみへの関心」「活動への参加態度」の 5 項目を「適応の様子が全くない 0 点」~「適応の様子が十分にある 10 点」の 11 件法で評価。得点範囲は 0~50 点。	対象者が施設生活のため、研究者が、本人の状況を良く知る看護師長・主任、介護主任に面接し評価。

表 7. スタッフの変化の評価尺度

尺度名	尺度の内容
感情労働尺度(萩野ら, 2004)	看護職者や介護職者における感情労働の在り方を測定する尺度。【患者へのネガティブな感情表出】【患者への共感・ポジティブな感情表出】【感情の不協和】【感情への敏感さ】の 4 因子、21 項目からなる。「ほとんどない 1 点~とてもよくある 5 点」の 5 件法で回答を求めると。得点範囲は、「患者へのネガティブな感情の表出」6~30 点、「患者への共感・ポジティブな感情表出」6~30 点、「感情の不協和」5~25 点、「感情への敏感さ」4~20 点。
共感経験尺度改訂版(角田, 1994)	「不快な気分にいる相手からその内容を聞いて、その人の気持ちを感じ取ったことがある」など他者の感情を分かち持つことができた【共有経験尺度】10 項目、「不快な気分にいる相手からその内容を聞いても、自分は同じように不快にならなかったことがある」などの他者の感情を感じ取れなかった【共有不全経験尺度】10 項目から構成され、「まったくあてはまらない 0 点」~「とてもあてはまる 6 点」の 7 件法で回答を求めると。得点範囲はいずれも 0 点から 60 点。
改訂道徳的感受性質問紙日本語版(前田ら, 2012)	道徳的感受性、すなわち、価値が対立している状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚を測定するための 9 つの質問項目からなる尺度。【道徳的強さ】【道徳的な気づき】【道徳的責任感】の 3 つの潜在因子から構成され「全くそう思わない 1 点」~「強くそう思う 6 点」までの 6 件法で回答を求めると。得点範囲は【道徳的強さ】3~18 点、【道徳的な気づき】4~24 点、【道徳的責任感】2~12 点。

③ スタッフへのアンケートによる認知症高齢者およびスタッフ自身の変化の有無とその理由

研究者が作成したアンケート用紙への回答を依頼した。アンケートでは、①スタッフ自身が感じた認知症高齢者の変化の有無とその理由、②スタッフが感じた自分自身の変化の有無とその理由、③「自己決定支援」を継続したことに対する気づきや意見、の3点について尋ねた。アンケートは、介入期間終了時とフォローアップ期間終了時の2回実施した。2回実施した理由は、介入期間終了直後に感じる変化と、フォローアップ期間を終えて感じる変化があると考えたためである。

### 3. 「自己決定支援プロトコル」作成

本研究では、職種や経験年数にかかわらず、認知症ケアを実践するスタッフ（看護職・介護職）全員が、介入枠組みにもとづいた支援を実践する。できるだけ同じ支援ができるためには、いつ・どのような場面で・どのような声かけを行うかなどの具体的な行動を示し、研究者とスタッフ間で共有する必要がある。そこで、「自己決定支援プロトコル（以下支援プロトコル）を作成した。

#### 1) 支援プロトコル原案の作成

支援プロトコル原案は、自己決定を進める流れに沿って、第1段階は、間食、更衣、レクリエーション、姿勢・活動での「選択肢を提示し意思を尋ねる」とし、第2段階「対話をしながら選択を待つ」、第3段階「選択した内容についての思いや経験を尋ねながら行動を支援する」、第4段階「選択した行動の結果を共有し欲求の充足をすすめる」を設定し、段階ごとのスタッフの言葉かけと、(推測される)認知症高齢者の反応に応じたスタッフの行動を示した。

特に、原案作成で注意したポイントは次の2点である。

ポイント①第2段階「対話をしながら、選択を待つ」ときの反応の多様さに対応

対象認知症高齢者の認知症の重症度は軽度から重度まで違いがあり、声かけの内容に対する理解力の違いがある。そのため、重症度に合わせて「潜在する欲求の自覚を進める」必要があった。渡辺の先行研究の結果（渡辺，2011）を参考に、「言い方を変える」「選択肢の実物を提示してやりとりする」「こちらの行動を見せる」などを設定した。

ポイント②第3段階「選択した内容についての思いや経験を尋ねる」において、選んだ理由を尋ねる際に、過去の経験を想起する会話をする。そして、「だから、これを選んだのですね」とスタッフの感情を表現する。このことによって、スタッフから認知症高齢者に向けた「感情のやり取り」が進むと考えた。

## **2) 支援プロトコル原案についての療養棟との討議**

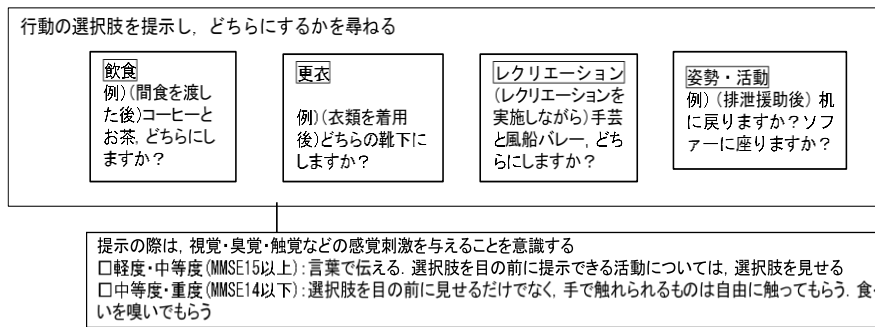
研究者が作成した「支援プロトコル原案」を、療養棟の責任者（看護師長あるいは看護主任）と、スタッフが通常業務の中で長期に継続して実施可能か、との視点で討議した。各棟における「間食」「更衣」「レク」「姿勢・活動」援助場面での通常の支援方法と、療養棟責任者ととも討議した本研究での具体的な支援方法（実施場面や回数、選択肢の提示方法）と声掛けの例を表8に示す。なお、通常の勤務体制と異なる土・日曜日は実施が困難であると意見がみられ、実施日は月～金曜日とした。

## **3) スタッフに対する説明と模擬**

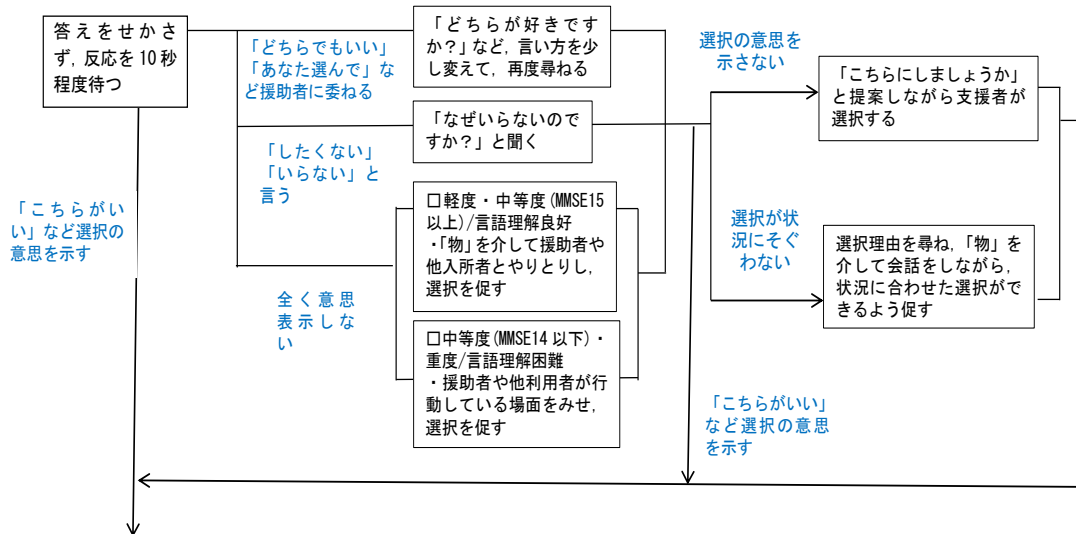
介入期間開始直前（ベースライン期間の7・8週目）に研究者が、スタッフの勤務に合わせて伺い、1～2名毎に、「支援プロトコル」（図5）に基づく説明と、具体的行動の模擬を行った。



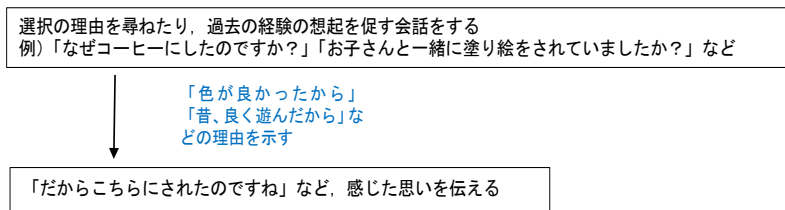
第1段階：選択肢を提示し意思を尋ねる



第2段階：対話をしながら選択を待つ (潜在している自己決定への欲求の自覚をすすめる)



第3段階：選択内容についての思いや経験をたずねながら行動を支援する



第4段階：選択した行動の結果を共有し欲求の充足をすすめる

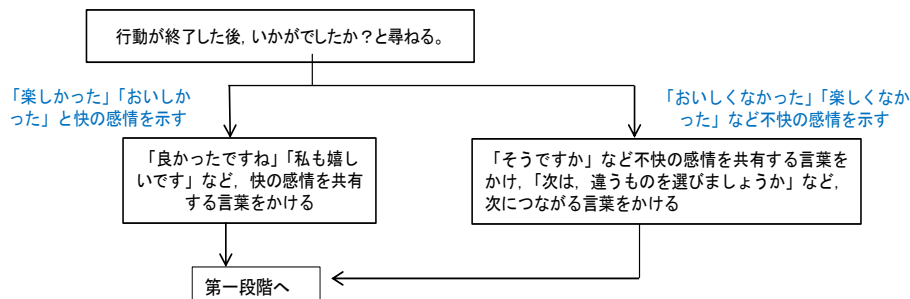


図5. 自己決定支援プロトコル

※青字 スタッフの関わりに対する認知症高齢者の反応 (推測した)

表 8. 本研究での具体的な支援方法（実施場面や回数，選択肢の提示方法）と声掛けの例

	間食	更衣	レク	姿勢・活動
通常 の支 援方 法	A棟：間食の際にお茶 を出す B棟：間食の際に牛乳 を出す	衣類の入った袋が 事前に用意され， 入浴後に更衣する	定期的に誕生会， おやつ作りなどの イベントが実施さ れる 通常では，入浴や 集団リハ等のない 午後に実施される	日中は自室外で過 す人が多い それぞれに日常的 に座る場所が決ま っている
実 施 場 面	間食の際に，2種類 の飲み物を用意し て，飲み物を渡す際 に尋ねる	入浴後の着衣時 に，2種類の靴下 からどちらを履く かを尋ねる	2種類のレクを用意 して，実施前に尋 ねる	日常的に座っている 場所から排泄やレク などで離れた後に， 戻る場所を尋ねる
各 棟 で の 方 法	A・B棟ともに1回／ 日	A・B棟とも2回／ 週	A棟 1回／日 B棟 2回／週	A・B棟とも1回／日
	A棟：入居者全員に 対して2種類の飲み 物を提示し，選択し ていただき，対象者 には意図的に「な ぜ？」と選択理由を 聞いていただく	A棟・B棟：入浴 後に更衣する衣類 を準備する際に， 対象者の衣類袋に 靴下を2種類入れ ておく	A棟・B棟：2種類 のレクリエーショ ンを準備し，対象 者に対してはどち らがいいか尋ねる	A棟：排泄援助後に 戻る場所を尋ねる
	B棟：間食で牛乳を 飲んだ後に対象者へ 2種類の飲み物を提 示する（対象者以外 の希望者にも提供）			B棟：一日の可能な 時間帯（例えばレク の後）の中で，戻る 場所を尋ねる
ス タ ッフ の 声 掛 け 例	【選択を待つ】 コーヒーとお茶，ど ちらにしますか？	【選択を待つ】 どちらの靴下にし ますか？	【選択を待つ】 カラオケと風船バ レーどちらにしま すか？	【選択を待つ】 いつもの場所に戻 りますか？ソファーに 座りますか？
	【理由や思いを尋ね る】 どうしてコーヒーが いいのですか？ コーヒーがお好きで すか？	【理由や思いを尋 ねる】 こちらの色が好き ですか？ なぜこちらがいい のですか？	【理由や思いを尋 ねる】 バレーお好きです か？ なぜバレーを選ん だのですか？	【理由や思いを尋ね る】 いつもの場所がいい ですか？

#### 4) 支援の実施状況の確認（介入実施の保証）

介入期間において支援がどのように実施されたか，を確認することは，介入結果を評価  
するにおいて重要である。介入の実施状況は次の2つの方法を組み合わせて，確認をした。

##### (1) スタッフの実施の有無の自己申告

各対象者への介入実施状況を記録する記録表を作成し，スタッフに，支援プロトコル  
に基づいた支援ができなかった場合に「×」を記載するよう依頼した。実施表には，実施

日、対象者氏名、実施場面を示した。

実施表への記載については、担当するスタッフを決めて頂くように依頼した。実施者が、実施の有無を自己申告し、担当者が実施表にその日の実施の有無を記録した。週の初めに、前週の実施状況記録表を調査者が回収した。

## **(2) 研究者の定期的巡回による確認**

介入期間中、週3日間程度、調査者である渡辺が療養棟に伺い、実施の有無、実施方法の確認を行った。

## **4. データ分析方法**

認知症高齢者およびスタッフの基本属性、スタッフの自己申告による支援実施回数は単純集計を行なった。

認知症高齢者およびスタッフの評価尺度の得点は、ウィルコクソンの符号付順位検定によって比較を行った。認知症高齢者はベースライン期間開始時と終了時(介入期間開始時)、介入期間開始時と終了時(フォローアップ期間開始時)、介入期間開始時とフォローアップ期間終了時の評価得点を比較した。スタッフは介入期間開始時と終了時(フォローアップ期間開始時)、介入期間開始時とフォローアップ期間終了時の評価得点を比較した。スタッフへのアンケートの自由記載については内容の類似した記述をまとめて分類した。

統計解析には SPSS ver23.0 を使用し、有意水準 5%、有意傾向 5~10%とした。

## **5. 倫理的配慮**

本研究は、県立広島大学研究倫理委員会の許可を得て行った(承認番号第 14MH044 号-01)。研究協力を依頼している施設では、施設内に研究倫理委員会が設置されていないため、研究者の所属施設の倫理委員会への審査を経て研究を実施した。

### **1) 対象者の人権擁護のための配慮(プライバシー、身体面・精神面等への配慮)**

#### **(1) 認知症高齢者に対する配慮**

本研究は中等度、重度と認知症が進行した高齢者を対象としている。加えて、日常生活援助を実施しながら計画した介入を実施する。よって人権擁護のための一層の配慮を行なった。同意を得る際に次のことを説明した。

- ・ 本人が不利益を被らないよう配慮を行う
- ・ 得られた情報は研究以外に使用しないこと、学会発表、論文作成に当たっては個人が特

定されないように配慮する

- ・ データは厳重に管理し研究終了時には全て破棄する
- ・ 介入効果の評価では、テスト形式の評価尺度を用いるために、心理的負担感を感じると推察された。実施中に測定に対する不快感の表出、拒否があった評価尺度については、測定を中止した。

## (2) スタッフに対する配慮

本研究はスタッフが支援実施者であり、研究対象者にもなる。スタッフに対しては、研究協力の依頼は療養棟管理者の協力を得るが、研究参加への意思確認は研究者が個別に行った。その際に次のことを説明した。

- ・ 研究協力はいくまでも本人の自由意思に基づいて決定されるものであり研究開始後でも中止することができる。研究同意の取り消しは、同意撤回書を研究者宛ての封筒に入れて郵送していただき、管理者を介さずに意思を示していただく。
- ・ 得られた情報は研究以外に使用せず、データは厳重に管理し研究終了時には全て破棄する。学会発表、論文作成に当たっては個人が特定されないように配慮する。
- ・ 研究内容についていつでも質問できるように、同意書に研究者の連絡先を明記する。
- ・ 研究結果を報告する。

## 2) 対象者に理解を求め、同意を得る方法（説明の内容等）

介護老人保健施設の施設長に、研究計画書を提示し、調査協力の同意を書面で得た。協力施設の看護部長に研究計画書を提示し協力の同意を得た後に、協力棟の看護師長あるいは看護主任に研究内容の説明と協力の依頼を行い、同意を得た。

### (1) 認知症高齢者に同意を得る方法

対象認知症高齢者には、研究開始前に口頭での説明を行い、了解を得た。対象認知症高齢者の家族に対しては、協力棟の看護師長、看護主任、あるいは介護主任の協力を頂き、研究の内容および方法を書面及び口頭で説明し、了解を得られた後に同意書に署名していただいた。対象認知症高齢者本人と家族の両者から同意を得るよう努めたが、対象者の研究参加への意思確認が困難な場合には、家族の同意をもって、対象者本人からの拒否がない範囲において研究を進めた。同意書は 3 枚複写とし、研究者と家族、および対象者控えとして協力施設の個人カルテにも保管した。

## **(2) スタッフから同意を得る方法**

スタッフに対しては、研究者から個別での依頼を行った。書面(資料 1)を用いて研究内容・方法について説明し、認知症高齢者への介入実施と調査への参加を依頼した。その際、1)の倫理的配慮についても説明を行い、書面での同意を得た。同意書は 2 枚複写とし、研究者と対象者が 1 枚ずつ保存した。

## **3) 対象者に生じる対象者への危険性及び不利益に対する配慮**

### **(1) 認知症高齢者への配慮**

認知症高齢者および家族には、研究に同意したのちにも同意を取り消せること、それによって療養上の不利益を受けないことを口頭および文書で説明し、同意撤回書を渡した。

渡辺が実施した先行研究により、本介入により認知症高齢者の身体・心理状態が悪化する危険性がないことは確認済みである。しかしながら介入内容が自己決定を促すというものであり、「どちらにしますか?」と何度も聞くことは、それ自体が苦痛になる可能性もある。また、場合によっては混乱し一時的に何らかの行動障害が出現する可能性がある。苦痛表情が見られる場合はすぐに介入を中止する、無理強いしない、などの配慮を行い、支援実施スタッフとともに確認した。

また研究者が生活の場に入り対象高齢者との関わりを持つことになるため、万が一の事故などに備えて保険に加入した。

### **(2) スタッフへの配慮**

協力の依頼時に、日常的な援助場面で援助を実施していただき、さらには複数回の質問紙調査をお願いすることとなるため、通常業務への支障を来したり、勤務時間帯以外でのご協力をお願いすることになる可能性があることも説明し、研究に同意した後にも同意を取り消せること、それによって勤務上の不利益を受けないことを説明し、同意撤回書を渡した。

## **4) 個人情報の保護の徹底**

データは個人を特定できないように、ID 番号を用いた処理をして扱った。

同意書、フィールドノート、集計データは、他人の目に触れないように細心の注意を払って扱い、研究者の研究室内の鍵のかかる場所に保管した。

## 第IV章. 結果

### 1 「自己決定支援」の実施割合，実施に対するスタッフの意見

本研究では、「間食」「更衣」「レクリエーション（以下レク）」「姿勢・活動」の4場面において、「支援プロトコルに沿った」援助を，毎日3～4回，8週間の長期に介入し，効果を評価した。その評価においては，介入がどれほど実施されたかの実施割合が重要である。また，実施の継続性を考える上では，介入実施者であるスタッフの実施に対する意見が重要である。そこで，スタッフ27名の自己申告による実施回数，期待実施数に対する実施割合，および介入後のアンケートでの自由記載の内容の結果を示す。

#### 1) スタッフの自己申告による実施回数と実施期待回数に対する実施割合

実施回数は，介入実施者であるスタッフ（27名）が1日ごとに実施の有無を自己申告し，その日の担当者（スタッフ）が記録表に集約して記載した。研究者は，定期的に巡回して確認を行った。

実施割合は，実施期待回数に対する割合である。実施期待回数は，介入期間（8週間，月曜～金曜日の実施）の，各対象者1名における，4つの場面ごとの回数で，各病棟のスケジュールで予定されているレク回数などである。算定根拠は表9のようであった。

表9 対象者1名における実施期待回数とその算定根拠（場面別）

対象者数	間食 (5回/週)	レク (B棟は2回/週)	更衣 (2回/週)	姿勢・活動 (5回/週)
A棟(10名) 週5日×8週間	40回	40回	16回	40回
B棟(6名) 週5日×8週間	40回	16回	16回	40回

表10に示したように，各対象者に対する介入回数は平均79.6回（67～89回）で，期待実施回数に対する実施割合は平均63.5%で，約6割の実施ができていた。

場面別にみると，実施回数が最も多かったのは間食で，予定回数40回のうち平均31.4回，期待実施回数に対する実施割合も78.4%と高かった。更衣は，実施期待回数が16回と少ないが実施割合は80.9%と最も高かった。レクリエーションと姿勢・活動は，実施割合が63.0%，43.3%と低かった。

表10. 支援予定回数と対象者ごとの実施回数、実施度

I D	実施棟	間食		レク		更衣		姿勢・活動		計		
		予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	
		40		40		16		40		136		
		回数	実施度	回数	実施度	回数	実施度	回数	実施度	回数	実施度	
1	A棟	33	82.5%	22	55.0%	13	81.3%	6	15.0%	74	54.4%	
2		28	70.0%	22	55.0%	13	81.3%	19	47.5%	82	60.3%	
3		32	80.0%	21	52.5%	13	81.3%	16	40.0%	82	60.3%	
5		15	37.5%	21	52.5%	13	81.3%	18	45.0%	67	49.3%	
6		33	82.5%	21	52.5%	13	81.3%	9	22.5%	76	55.9%	
8		33	82.5%	17	42.5%	13	81.3%	21	52.5%	84	61.8%	
9		33	82.5%	21	52.5%	13	81.3%	5	12.5%	72	52.9%	
10		32	80.0%	21	52.5%	13	81.3%	5	12.5%	71	52.2%	
12		33	82.5%	22	55.0%	13	81.3%	10	25.0%	78	57.4%	
13		32	80.0%	23	57.5%	13	81.3%	21	52.5%	89	65.4%	
			予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度
4		B棟	33	82.5%	13	81.3%	13	81.3%	25	62.5%	84	75.0%
7			33	82.5%	13	81.3%	13	81.3%	25	62.5%	84	75.0%
11	33		82.5%	13	81.3%	13	81.3%	25	62.5%	84	75.0%	
14	33		82.5%	13	81.3%	13	81.3%	25	62.5%	84	75.0%	
15	33		82.5%	12	75.0%	13	81.3%	22	55.0%	80	71.4%	
16	33		82.5%	13	81.3%	12	75.0%	25	62.5%	83	74.1%	
			予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度	予定回数	実施度
平均		31.4	78.4%	18.0	63.0%	12.9	80.9%	17.3	43.3%	79.6	63.5%	

## 2) 自由記載からの「自己決定支援」の意見

介入期間終了直後、スタッフ 27 名に対して、自己決定支援を実施したことによる感想の記述を求めた。その記述の分類から、「支援による認知症高齢者の変化、自分の変化などから支援に前向きになった」「(実施は) 難しいと思う」の両方の意見が認められた(表 11)。

支援に前向きであった意見は、『認知症の人でも自分で決めることができた、変化した』と、認知症高齢者の効果から支援の実施に肯定している意見があったが、それ以上に、『スタッフの満足感につながる』『コミュニケーションが増えた・増やしたいと思った』など支援実施者側の変化から自己決定支援に前向きであった意見が多かった。その一方で、『認知症の人が決めることは難しい』など認知症ゆえの意思確認の難しさ、『業務の中では落ち着いた支援ができない』という実践現場の忙しさゆえの支援継続の難しさの意見も多くみられた。

表 11. 自己決定支援を実施することについて（スタッフ 27 名：記載あり 22 名，なし 5 名）

【支援による認知症高齢者の変化，自分の変化などから支援に前向きになった】18 名\*

カテゴリー(数) ※	記述内容
認知症の人も自分で決めることができた，変化した（4）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体的に自分が想定していたものより，良く選択が行えていたように思う。</li> <li>・根気よく続けていくことで通じる反応として決定したことを言えたり，指さしで選択されるようになった。自分の意思で決定されたのかは定かではないが，継続していくことで，<u>変化はあった</u>と思う。</li> <li>・認知症の方は，初めは悩む人が沢山で，時間もかかったが，続けていく中ですと決められる方が増え，<u>良かった</u>。</li> <li>・今まで職員が一方的に決めつけ（判断し）行っていたけど，小さなことでも1つ1つ相手の意向を確認することで，意思の流出（言葉の表出）が増え，それにより，<u>わずかでも活性化が図れるのではと期待が持てるようになった</u>。</li> </ul>
今まで見えていなかった認知症高齢者の思いを知れた（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4項目の中では，「間食」が一番はっきりと選択できていたと思う。こういう関わりをすることで，今まで見えていなかった利用者さんの内面を知るきっかけになり，<u>興味深かった</u>。</li> <li>・しっかり自分の意思を言ってくれたりして，<u>日ごろ見られないところが見られた</u>。</li> <li>・どのように自分の気持ちを伝えたいのか分かりづらいが，決定されることでどちらがいいのか気持ちがわかることがあった。ケアに対し拒否されるのは，何か嫌な気持ちがあるのではと思う。声かけ・話しかけの中で<u>自己決定をとり入れてあげたらと思う</u>。</li> </ul>
自己決定を支援することは嬉しい・楽しい（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・選択できないだろうと思っていた人が<u>選んでくださった時は嬉しかった</u>。</li> <li>・どういった反応を示してくれるか，どちらを選んでもくれるのかと，私自身も<u>ちよっと楽しんでいる</u>ことに気付いた。</li> <li>・（日ごろ見られないところが見られて）<u>楽しかった</u>。</li> </ul>
スタッフの満足感にもつながる（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員にとっても，利用者をより知ることができるし，満足や達成感を得られ，<u>やりがいを感じることもできた</u>。お一人お一人に接する時間が多くなるので，よい期間になった。</li> <li>・軽度の方は自分で考えて選ばれるので，本人も満足感が得られるし，職員も効果が実感できたときは，<u>満足感，達成感のようなものを感じられて良かった</u>。</li> </ul>
実践可能な支援だった（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の自己決定を行うにあたり，具体的に，くつ下2択，飲物2択，座る場所2択と支援内容が簡単で行いやすく，また，対象者の反応も分かりやすかったので，<u>実践しやすかった</u>。</li> <li>・日々の作業，業務の中，忙しいと思うことはあったが，出来ないことはなかった。</li> </ul>
コミュニケーションが増えた・増やしたいと思った（4）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これで何が変わるのかと思ったが，<u>利用者に関わる時間が増えた</u>と思う。</li> <li>・日常生活の中でも選択するという声かけを行っていきコミュニケーションをとっていきたいと思う。</li> <li>・利用者様とコミュニケーションをしっかりと理解することが大切なんだと改めて気づかされた。</li> <li>・人間関係を深めていきたい</li> </ul>
意思を聞いていなかったことに気づいた（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活は，小さな自己決定の連続であるが，利用者様はその機会が少なく職員任せになっている。</li> <li>・今までの日常生活の中で自己決定できる人，できない人をこちらが勝手に決めて行っていた様に思う。</li> </ul>

【（実施は）難しいと思う】（5名）\*

カテゴリー(数) ※	記述内容
本当に本人の意思だったのか疑問（1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・選ぶことが出来ない利用者に対しては一緒に（寄り添って）選んでいたが，それはそれでよかったとは思いますが，反面，本当はどうなのかとか。自分（職員）の自己満足なのかと考えるとところもあり，自分としては，支援が難しいと感じた。</li> </ul>



<p>認知症の人が決めることは難しいことが多い (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話の内容ではなかなかコミュニケーションがとりにくい時があった。</li> <li>・自分で決定するのは難しいことだと思う。どっちでもいいよ～と言う方がほとんどだった。何色がいい、と聞き直すと赤色と答える方がいた。</li> <li>・軽度の認知の方は自己決定支援に向いているとは思いますが、<u>認知が進んでいる方は5分後には覚えていなかったり、自己決定することができなかった。</u></li> <li>・どっちでもいいという人が多い。コーヒーが好きな人が多い。</li> <li>・「どちらでも」が多く、怒り気味の方もいた。</li> </ul>
<p>業務の中では落ち着いた支援ができない (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒がないようみまもりをしながらの選択、それに伴う会話等は、<u>落ち着いてできないことが多かった</u>と感じた。</li> </ul>
<p>一人一人の思いを受け入れることは難しい (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人一人の訴え、気持ちを全部受け入れ、共感するのは難しいし、自分が持たなくなると思う。</li> </ul>

\* 同一者に支援の「良さ」「難しさ」の両方の記述があったため、合計人数が22名ではない。

※同一者に複数の記述が見られた場合もあり、カテゴリー数は記載人数とは一致しない

※表中のアンダーラインは、スタッフの自己決定支援に対する特徴的な気づきが示された記述である。

## 2-1. 長期的・継続的な自己決定支援の認知症高齢者に対する効果

8週間という長期間、スタッフ全員による「選択肢を提示し、選択理由を尋ねる」自己決定支援介入を実施した認知症高齢者に対する効果は、MMSE(認知機能)、FAB(前頭葉機能)、MENFIS(精神機能障害)、DHC(生活の質)で評価した。

4つの測定尺度は対象者16名に対し、ベースライン開始時、ベースライン終了時=介入開始時、介入終了時=フォローアップ開始時、フォローアップ終了時の4回実施された。以下、各期のデータは全て中央値(四分位偏差)で示し、得点範囲と変化、比較結果を箱ひげ図で示す。なお、ひげの上下限は四分位範囲の1.5倍であり、それ以上、以下の値は外れ値として示されている。

### 1) 認知機能(MMSE)の変化(表13.4.図6.付表1)

MMSE(満点30点)は、得点が高いほど良好な認知機能を示す。4回の測定のうち、1回でも測定を拒否した対象者1名を分析から除き、分析対象者は15名で、認知症の重症度は軽度1名、中等度7名、重度7名であった。

中央値(四分位偏差)(図6,付表1)は、ベースライン開始時9.00(5.00)、ベースライン終了時(介入開始時)11.00(7.00)、介入終了時(フォローアップ開始時)12.00(6.50)、フォローアップ終了時12.00(6.50)であった(表12)。ウィルコクソン符号付順位検定を行った結果、介入開始時と介入終了時において中央値の上昇はみられたが、有意な変化は見られなかった( $p=0.253$ )。

対象者毎の介入前後の得点変化(表13)は、改善が9名、悪化が5名であった。

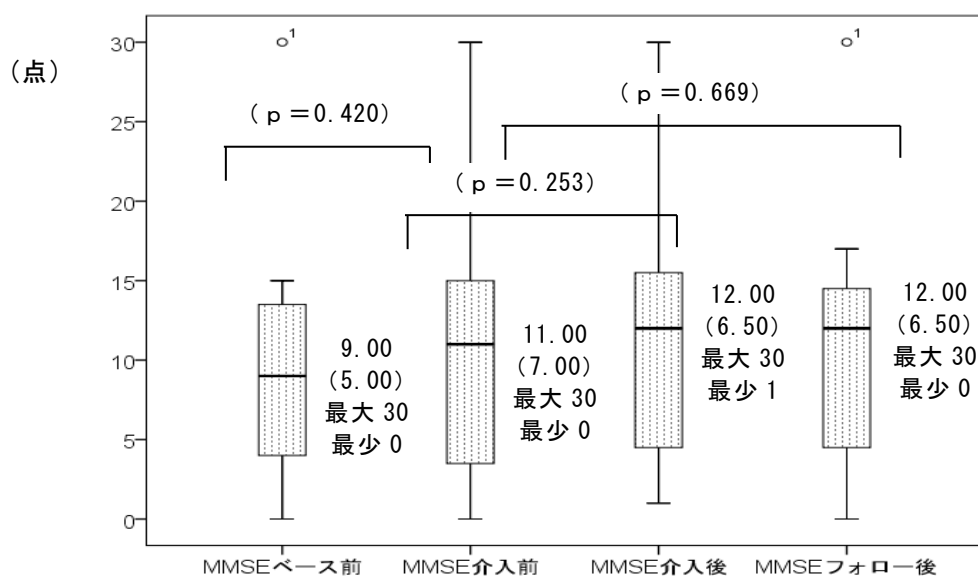


図6. MMSE 得点変化 (n=15)

※30点満点で得点が高いほど認知機能が良好

※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる

## 2) 前頭葉機能 (FAB) の変化 (表 12.13. 図 7. 付表 1)

FAB 得点 (満点 18 点) は、得点が高いほど良好な前頭葉機能であることを示す。分析対象者は 2 名が測定を拒否したため、14 名 (軽度 1 名, 中等度者 6 名, 重度者 7 名) で、得点差の検定は、ウィルコクソン符号付順位検定を行った。中央値 (四分位偏差) (図 7, 付表 1) は、ベースライン開始時 4.00 (2.00) 点, ベースライン終了時 (介入開始時) 3.00 (1.63) 点, 介入終了時 (フォローアップ開始時) 4.00 (1.00), フォローアップ終了時 3.50 (3.13) であった。ベースライン前後で有意に低下し ( $p=0.039$ ) ていたが, 介入前後で有意に改善した ( $p=0.007$ )。

介入後の得点の変化 (表 13) では, 改善 9 名, 維持は 5 名, 悪化はいなかった。

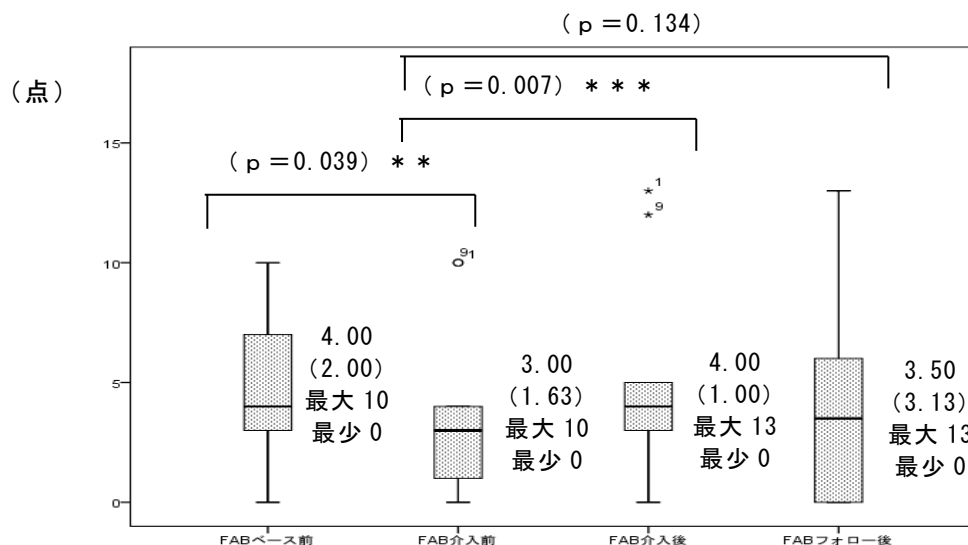


図 7. FAB 得点変化 (  $n = 14$  )

※18 点満点で得点が高いほど前頭葉機能が良好

※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる

※ \*\*  $< 0.05$     \*\*\*  $< 0.01$

表 12. 対象者毎の MMSE, FAB 得点

ID	MMSE ( $n = 15$ ) (/30)				FAB ( $n = 14$ ) (/18)			
	ベース前	介入前	介入後	フォロー後	ベース	介入前	介入後	フォロー後
1	30	30	30	30	10	10	13	13
2	15	17	14	15	4	4	4	7
3	15	11	10	12	7	3	3	5
4	13	17	13	14	7	4	5	4
5	14	14	15	14	4	3	4	2
6	12	13	16	15	4	4	5	6
8	10	16	18	17	×	×	×	×
9	9	13	16	14	10	10	12	11
10	8	7	12	10	3	3	5	4
11	7	8	7	7	4	1	4	3
12	4	5	6	7	3	3	3	3
13	4	2	1	0	0	0	0	0
14	4	1	3	2	3	0	3	0
15	2	2	3	1	3	3	3	0
16	0	0	2	1	0	0	3	0
中央値 (四分位)	9.00 (5.00)	11.00 (7.00)	12.00 (6.50)	12.00 (6.50)	4.00 (2.00)	3.00 (1.63)	4.00 (1.00)	3.50 (3.13)

※ID 7 は MMSE, FAB ともに測定拒否

表 13. 介入開始時と終了時での得点変化人数

尺度名 (人数)	向上	維持	悪化
MMSE (n=15)	9	1	5
FAB (n=14)	9	5	0

### 3) 精神機能障害 (MENFIS) の変化

MENFISは「認知機能障害」「動機づけ機能障害」「感情機能障害」の3項目で構成された精神機能全体を評価する尺度で、得点範囲は0点～78点である。得点が高いほど障害が高度であることを示す。対象者の行動観察とあわせて、主介護者(看護師長, 主任, 介護主任のうち1名)に対象者の行動を質問し6段階で評価した。測定は、測定バイアスを排除するため、研究仮説を知らせていない、対象認知症高齢者を知らない、認知症看護認定看護師が実施した。分析対象者は16名(軽度1名, 中等度8名, 重度7名)で、総得点と、下位項目ごとの分析が可能であるため、総得点, 下位項目ごとに分析した。

#### (1) 総得点 (表 14.15. 図 8. 付表 1)

総得点(満点78点)の得点が高いほど、精神機能障害が高度である。

中央値(四分位偏差)(図8, 付表1)は、ベースライン開始時38.00(10.25), ベースライン終了時(介入開始時)39.00(9.88)で、介入終了時(フォローアップ開始時)36.00(10.88), フォローアップ終了後40.00(10.63)であった。ウィルコクソン符号付順位検定を行った結果, 介入開始時と終了時において有意に低下していた( $P=0.014$ )。

介入後の得点変化(表15)は, 改善(得点低下)13名, 悪化(得点上昇)2名であった。

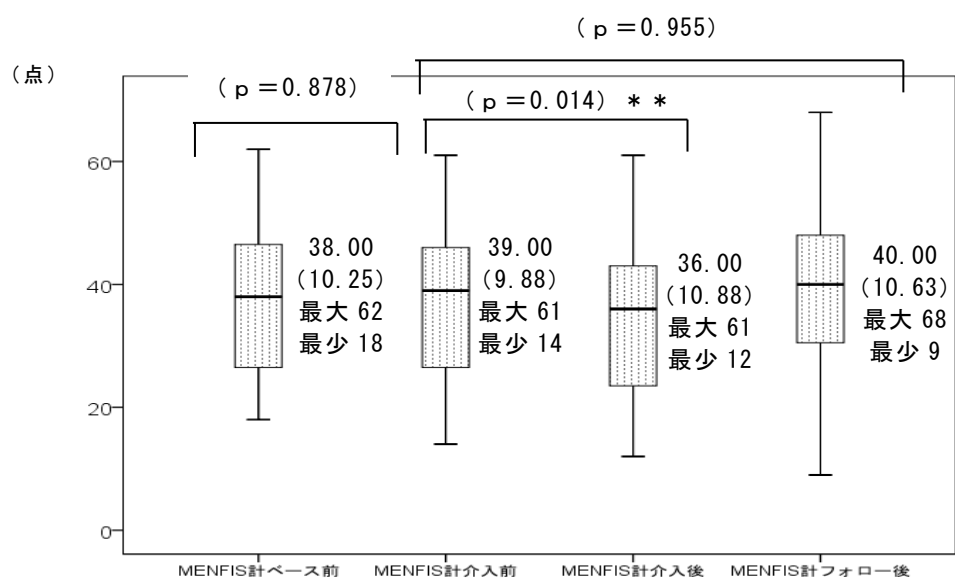


図 8. MENFIS 総得点 得点変化 (n=16)

※78点満点で得点が高いほど精神機能障害が高度

※ウィルコクソン符号付順位検定※ \* < 0.1 \*\* \* < 0.001

表 14. 精神機能障害 (MENFIS) 総得点対象者毎の得点変化 (n = 16)

ID	( / 78 )			
	ベース前	介入前	介入後	フォロー後
1	18	14	12	9
2	27	27	16	16
3	26	46	33	41
4	33	33	36	41
5	40	40	37	40
6	41	38	36	35
7	21	26	22	23
8	26	26	25	35
9	29	23	22	26
10	36	36	27	40
11	42	44	40	45
12	47	46	46	51
13	46	46	38	37
14	59	57	61	59
15	53	59	58	57
16	62	61	58	68
中央値 (四分位)	38.00 (10.25)	39.00 (9.88)	36.00 (10.88)	40.00 (10.63)

※得点が高いほど障害が高度

表 15. 介入開始時と終了時での得点変化人数

尺度名 (人数)		改善	維持	悪化
	総得点	13	1	2
MENFIS (n=16)	認知機能障害	9	5	2
	動機づけ機能障害	6	10	0
	感情機能障害	9	5	2
DHC (n=16)		12	3	1

(2) 「認知機能障害」「動機づけ機能障害」「感情機能障害」(表 15. 16. 図 9～11, 付表 1)

「認知機能障害」(42 点満点)は、得点が高いほど認知機能障害が高度である。中央値(四分位偏差)(図 9, 付表 1)は、ベースライン開始時 21.00(7.63), ベースライン終了時(介入開始時)24.00(8.00), 介入終了時(フォローアップ開始時)20.50(6.88), フォローアップ終了時 24.50(6.88)であった。ウィルコクソン符号付順位検定で、介入前後の改善傾向があった( $p=0.060$ )。介入後の得点変化(表 15)では 9 名が改善(得点低下)し、2 名が悪化(得点上昇)していた。

「動機づけ機能障害」(18 点満点)は、得点が高いほど動機づけ機能障害が高度である。ベースライン開始時 6.00(3.38), ベースライン終了時(介入期開始時)7.50(2.88), 介入終了時(ベースライン開始時)6.50(3.25), フォローアップ終了時 7.00(4.00)であった(図 10, 付表 1)。ウィルコクソン符号付順位検定で、介入前後の有意な改善があった( $p=0.026$ )。介入後の得点変化(表 15)では 6 名が改善(得点低下)し、悪化はいなかった。

「感情機能障害」(18 点満点)は、得点が高いほど感情機能障害が高度である。ベースライン開始時 6.00(1.50), ベースライン終了時(介入期開始時)7.00(1.50), 介入終了時(フォローアップ開始時)4.50(3.13), フォローアップ終了時 6.00(2.75)であった(図 11, 付表 1)。ウィルコクソン符号付順位検定で、介入前後で有意な改善があった( $p=0.022$ )。介入後の得点変化(表 15)では 9 名が改善(得点低下)し、悪化(得点上昇)が 2 名であった。

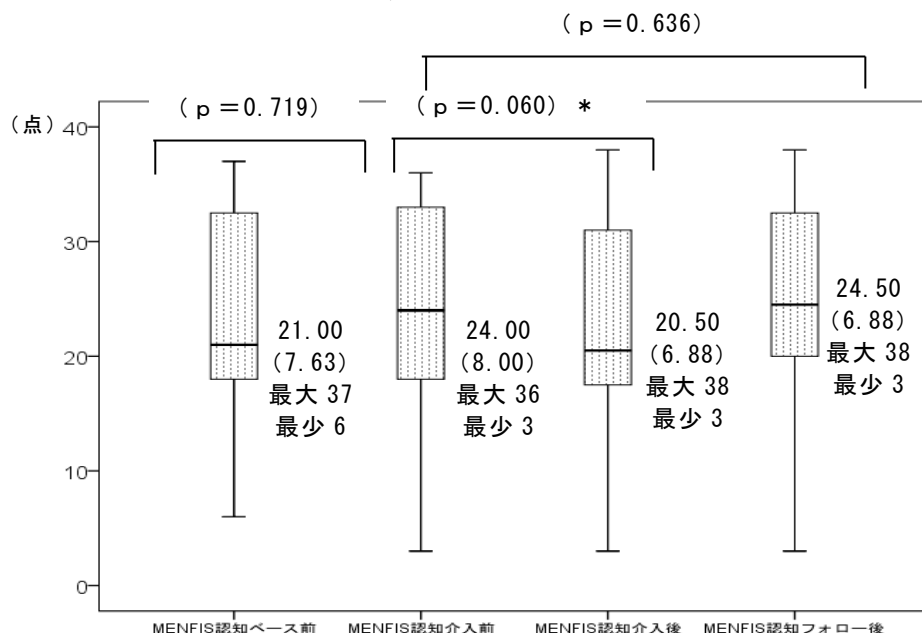


図9. 認知機能障害 得点変化 (n = 16)

※42 点満点で高得点ほど認知機能障害が高度  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定 ※\* < 0.1

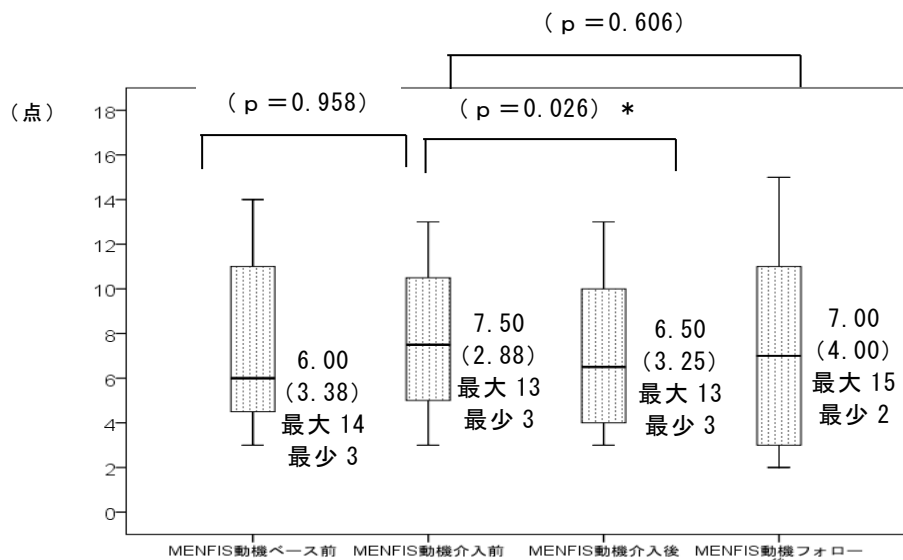


図 10. 動機づけ機能障害 得点変化 (n = 16)

※18点満点で高得点ほど感情機能障害が高度  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定 ※ \* \* < 0.05

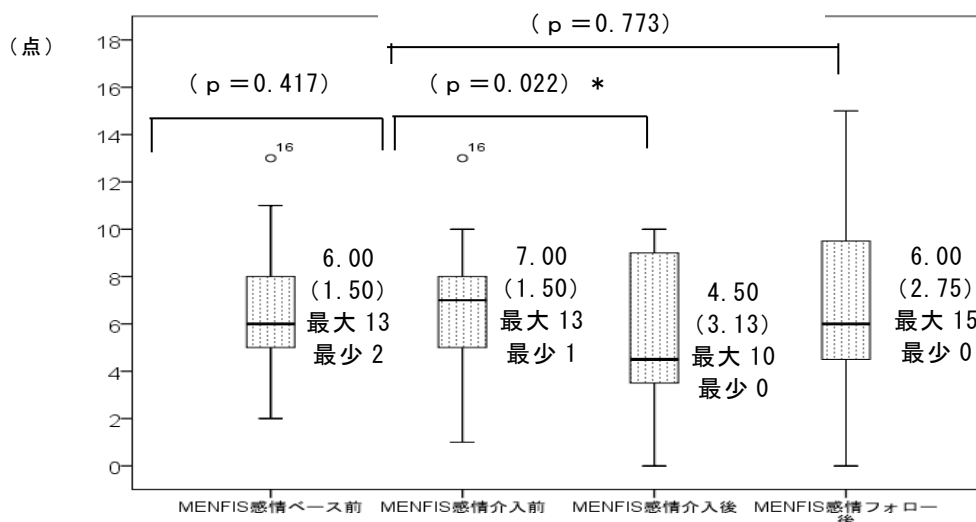


図 11. 感情機能障害 得点変化 (n = 16)

※18点満点で高得点ほど感情機能障害が高度  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる ※ \* \* < 0.05

表 16. MENFIS 下位項目 対象者毎の得点変化 (n = 16)

ID	認知機能障害 (/42)				動機づけ機能障害 (/18)				感情機能障害 (/18)			
	ベース前	介入前	介入後	フォロー後	ベース前	介入前	介入後	フォロー後	ベース前	介入前	介入後	フォロー後
1	6	3	3	3	6	5	5	2	6	6	4	4
2	18	18	10	10	4	4	4	3	5	5	2	3
3	18	29	21	26	4	10	8	10	4	7	4	5
4	19	17	19	22	8	9	9	11	6	7	8	8
5	21	23	21	21	11	10	9	8	8	7	7	11
6	18	18	18	19	12	10	8	7	11	10	10	9
7	12	15	14	14	3	4	3	3	6	7	5	6
8	18	18	17	22	5	5	5	7	3	3	3	6
9	21	19	19	23	6	3	3	3	2	1	0	0
10	25	25	20	28	5	5	5	6	6	6	2	6
11	31	31	30	31	4	5	4	7	7	8	6	7
12	31	31	31	34	11	11	11	11	5	4	4	6
13	35	35	31	31	6	6	3	3	5	5	4	3
14	37	36	38	37	14	13	13	12	8	8	10	10
15	34	36	35	34	11	13	13	13	8	10	10	10
16	37	36	36	38	12	12	12	15	13	13	10	15
中央値	21.00 (7.63)	24.00 (8.00)	20.50 (6.88)	24.50 (6.88)	6.00 (3.38)	7.50 (2.88)	6.50 (3.25)	7.00 (4.00)	6.00 (1.50)	7.00 (1.50)	4.50 (3.13)	6.00 (2.75)

※得点が高いほど障害が高度

#### 4) 生活の質 (DHC) の変化 (表 15.17. 図 12. 付表 1)

対象者が施設生活のため、研究者が、本人の状況を良く知る看護師長・主任、介護主任いずれか1名に面接し評価した。得点範囲は0~60点で高得点ほどQOLが高い。

中央値(四分位偏差)(図12, 付表1)は、ベースライン開始前28.00(5.00), ベースライン終了時(介入開始時)27.00(5.00), 介入終了時(フォローアップ開始時)30.00(9.00), フォローアップ終了時29.00(10.50)点であった。ウィルコクソン符号付順位検定で、介入前後( $p=0.005$ ), 介入前とフォロー終了時( $p=0.001$ )で有意な改善があった。介入後の得点変化(表15)で、得点が上昇12名, 低下1名であった。

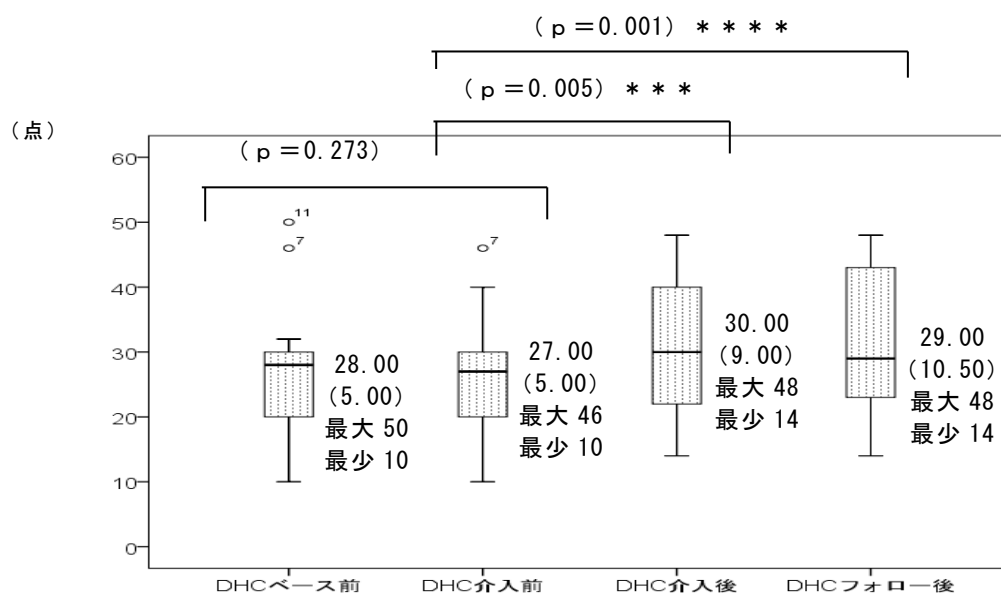


図 12. DHC 得点の変化 (n = 16)

※60点満点で得点が高いほどQOLが高い

※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる

※\*\*\* < 0.01      \*\*\*\* < 0.005

表 17. DHC 対象者毎の得点変化 (n = 16)

ID	ベース	介入前 (/60)	介入後	フォロー後
1	32	36	40	38
2	30	30	38	46
3	28	22	22	24
4	28	28	30	28
5	20	20	24	28
6	26	26	34	34
7	46	46	48	48
8	30	30	40	42
9	30	30	42	44
10	28	28	30	30
11	50	40	44	44
12	20	20	26	22
13	26	26	22	28
14	16	14	14	16
15	18	18	18	20
16	10	10	16	14
中央値 (四分位偏差)	28.00(5.00)	27.00(5.00)	30.00(9.00)	29.00(10.50)



## 2-2. 評価尺度ごとの重度別比較（表 18）

4つの評価尺度について、認知症の重症度別に比較した。ここでは、軽度は1名であったので除外し、中等度者8名、重度者7名の計15名を分析対象とした。

MMSE（認知機能）は、中等度者7名（1名が拒否）、重度者7名についてそれぞれ、ウィルコクソン符号付順位検定で比較した。中等度者、重度者とも有意な変化はなかった。

FAB（前頭葉機能）は中等度者6名（2名が拒否）、重度者7名を分析対象とした。中等度者、重度者のいずれも、介入前後での改善傾向がみられた（ $p = 0.059$ ,  $p = 0.059$ ）。

MENFIS（精神機能障害）は、中等度者のみ、「総得点」と「動機づけ機能障害」で、改善傾向がみられた（ $p = 0.058$ ,  $p = 0.063$ ）。

DHC（生活の質）では、中等度者が、介入前後、介入前-フォローアップ後の比較で有意な改善がみられた（ $p = 0.018$ ,  $p = 0.018$ ）。重度者は、介入前とフォローアップ後の比較のみ有意な改善がみられた（ $p = 0.014$ ）。

以上より、特に重度より中等度において、より自己決定支援の効果があつた。（前頭葉機能、精神機能）

表 18. 4つの評価尺度における重症度別の中央値と比較結果（中等度8名、重度7名）

尺度名	重症度	n	中央値（四分位偏差）			p 値	
			介入前	介入後	フォロー後	介入前-後	介入前-フォロー後
MMSE	中等度	7	14.0 (2.00)	15.00 (1.50)	14.00 (1.50)	0.932	1.000
	重度	7	2.00 (3.00)	3.00 (2.50)	2.00 (3.00)	0.121	0.546
FAB	中等度	6	4.00 (1.25)	4.50 (1.50)	5.50 (2.25)	0.059*	0.102
	重度	7	1.00 (1.50)	3.00 (0.50)	0.00 (1.50)	0.059*	1.000
MENFIS							
総得点	中等度	8	30.0 (6.75)	29.00 (7.00)	35.00 (8.50)	0.058*	0.865
	重度	7	46.00 (7.50)	46.0 (10.0)	51.00 (9.50)	0.141	0.446
認知機能障害	中等度	8	18.0 (2.38)	18.5 (2.88)	21.5 (3.75)	0.139	0.833
	重度	7	35.00 (2.50)	31.00 (3.00)	34.00 (3.00)	0.223	0.673
動機づけ機能障害	中等度	8	7.00 (3.00)	6.50 (2.75)	7.00 (3.25)	0.063*	0.595
	重度	7	11.00 (4.00)	11.00 (4.50)	11.00 (3.50)	0.180	0.683
感情機能障害	中等度	8	7.00 (1.75)	4.50 (2.75)	6.00 (2.63)	0.102	0.943
	重度	7	8.00 (2.50)	6.00 (3.00)	7.00 (2.00)	0.180	0.400
DHC	中等度	8	29.00 (3.50)	36.00 (8.00)	38.0 (8.75)	0.018**	0.018**
	重度	7	20.0 (7.00)	22.0 (7.00)	22.0 (7.00)	0.174	0.014**

※ウィルコクソンの符号付き順位検定

※ \* < 0.1    \*\* < 0.05

### 2-3. 認知症高齢者の変化についてのスタッフによる自由記載（表 19. 20）

介入終了後、およびフォローアップ終了後に、スタッフに対するアンケートによって、支援の実施による認知症高齢者の変化の有無および、「変化があった」と答えた理由、「変化がなかった」と答えた理由についての自由記載を求めた。

介入前後で認知症高齢者の変化があると感じた人は15名、無しと回答した人は12名であった。介入前とフォローアップ後で変化ありと感じた人は10名、無しと回答した人は17名であった。変化があると回答した人が感じた理由について表19に、変化がなしと答えた人の理由について表20に示す。

「変化があった」と答えたスタッフが感じた変化は、『決められなかった方が決められるようになった』『受動的だった方が積極的になった』など、単に尋ねられて思いを伝えるだけでなく、自ら話そうとする態度が見られるようになったことが伺えた。一方で、変化なしと答えたスタッフからは、『「こちらがいい」という明確な意思表示がみられなかった（変化が見られなかった）』などの記述や、『現状維持で精一杯』といった、臨床現場の忙しさゆえに十分な支援が実践できなかったことが、認知症高齢者の変化に至らなかった、変化を見られなかったとした記述がみられた。

表19. 変化有と回答したスタッフが感じた変化（介入後15名，フォローアップ後10名）\*  
**【意思の示し方の変化や，スタッフに対する感情表現の増加，生活の活性化や落ち着きが見られるように変化した】**

カテゴリー	記述内容	
	介入後（15名）	フォローアップ後（10名）
決められなかった方が，決めることができるようになった（9）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>最初の頃は無反応のように感じていたが，何回か繰り返していくうちに指で示したり，色で決められるようになり，自分の意思を少しづつ伝えて来られた。</u></li> <li>・ 初めはなかなか決められなくて悩んでいたが，続けていくうちにさっと決める事ができる人が増えた気がする。</li> <li>・ 最初は受け答えにとまどっていたけど，はっきりと答えるようになった。</li> <li>・ 少しは自分の自己決定が出来るようになった。</li> <li>・ 選択理由を述べられなくても，確実にどちらかを選択できている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己決定する時間が短くなった人が多いと思う。</li> <li>・ なかなか選択できなかった方も，すぐに選択できるようになった。</li> <li>・ 選択にかかる時間が短くなった。</li> <li>・ 自己決定できることはするようになった。</li> </ul>
選択の促しが「伝わった」と思うことがあった（1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>選ぶということに慣れ，会話の中で「あれ？伝わった！」</u>と思うことがあった。</li> </ul>	
受動的だった方が積極的になった（6）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今までは提供されることを受け入れるだけだった利用者さん達が，選べることで積極的になった気がする。</li> <li>・ <u>またあれはしてくれる？またあれが飲みたいと言われた。</u></li> <li>・ 自ら希望を言う人もいた。</li> <li>・ <u>いつもどちらでもいいという利用者の方がちゃんと選べるようになった。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ どちらでもいいではなく，言うようになった。</li> <li>・ 認知が軽度の方の一人のみ，「次の服を選ぶんじゃる」「今日はコアなのね」など，自分から発してきた。</li> </ul>
「ありがとう」という言葉が増えた（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>「ありがとう」という言葉がたくさん聞かれるようになった。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己決定の機会に，<u>「ありがとう」「また選ばせてくれる？」</u>との思いを伝えてこられた。</li> </ul>
選択の機会があることで笑顔が見られた（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 選択時に笑顔も見られた。</li> <li>・ 昔の話をしたり，<u>普段笑顔が見られない方から笑顔が見られた。</u></li> <li>・ その時々で以前に比べたら笑顔が見られたり（お話されたりが）増えた。</li> </ul>	
以前より会話が増えた（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会話の際に前よりは<u>返答してくれる事が多くなった方がいた。</u></li> <li>・ その時々で以前に比べたら（笑顔が見られたり）お話されたりが増えた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ あまり発語のなかった方が，少し発語が多くなった。</li> </ul>
生活の中で活気がでた（6）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いつもより元気，活気があった。</li> <li>・ 歩行が安定（した方がいた）。</li> <li>・ 生活の中に興味や真剣になる時間，目標をもつ表情が現われてきた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 靴下選びから，洋服選びになって，生き生きしてきたと思う。</li> <li>・ 外出されなかった方が<u>喜んで行かれるようになった。</u></li> <li>・ 回りを観察されることが増えた。</li> </ul>
自己決定支援を通して会話をすることで，大声や抵抗が減少した（1）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 望まれていないことをして大声があったり，抵抗がみられた方が選択で話をすると分かってもらえたのか，笑顔と抵抗がない日があった。</li> </ul>

\* 介入後，フォローアップ後に，「変化あり」と回答した人数を示している

※同一者が複数の理由を記載している場合があり，記述数と回答人数は一致しない

※表中のアンダーラインは，特徴的な変化を示した記述である

表 20. 変化なしと回答したスタッフが変化を感じなかった理由(介入後 12 名, フォロ後 17 名)\*

【認知症の人に変化が見られず, フォローアップ期間では支援が継続できなかった】

カテゴリー	記述内容	
	介入後 (12 名)	フォローアップ後 (17 名)
「こちらがいい」という明確な意思表示がみられなかった (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更衣についてはどっちでもいいという回答が多かった。飲み物もお茶じゃない方を選ぶのが当たり前な感じになっていた。</li> <li>・いつ聞いても、<u>どっちでもいい</u>という意見が多かったりした。</li> <li>・用意されているものが<u>嫌だとか、あっちのほうがよかった等の言葉は、誰からもなかった。</u></li> </ul>	
普段と変わらない (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段と変わっていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前と比べ、それを理由に変わった感じはしない。</li> <li>・普段と変わった様子が見られないため。</li> <li>・何の変化も見えない。</li> <li>・開始前, 終了後との違いを感じない。</li> </ul>
全員は変化していない (一部は変わった) (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お茶以外の飲み物を楽しみにされている方は 2 名ほどおられるが、全体的には変化があったと思わない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小さな変化はあったのかもしれないが、対象者全員が大きく変化が見られたという実感は言いきれない。</li> <li>・楽しみにしている利用者の方もいるが、すぐに忘れてしまっている方もあり、大きな変化は見られなかった。</li> </ul>
変化が見つけれなかった (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が利用者さんの変化を見つけていないだけかもしれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分からない (変化に気づけてないのか, 変化があるのか)。</li> </ul>
選択を尋ねた場面だけの変化だった (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その場では自己決定できるが、持続されなかった。終了しても選択物があるかないかの質問はなかった。</li> <li>・支援実施していない時は、今までと一緒に思った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介入期の状態のまま継続しているように思う。</li> <li>・現状のままでは変わらない。</li> </ul>
支援を継続できなかったので変化がわからない (2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続できてない為変化には気がつかない。</li> <li>・終了時よりなかなか継続できていないから。</li> </ul>
現状維持で精一杯 (1)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師介護士などの支援不足 (時間の不足)。<u>現状を維持することに精一杯で、向上は難しい。</u></li> </ul>

\* 介入後, フォローアップ後に, 「変化なし」と回答した人数を示している

※同一者が複数の理由を記載している場合があり, 記述数と回答人数は一致しない

※表中のアンダーラインは, 特徴的な理由を示された記述である

### 3-1. 長期的・継続的な自己決定支援によるスタッフの変化

「間食」「更衣」「レク」「姿勢・活動」の4場面において、「選択肢を提示し、選択理由を尋ねる支援プロトコルに沿った」援助を、毎日3~4回、8週間の長期に介入したスタッフ27名の感情の変化（感情労働尺度、共感経験尺度）、道徳的感受性の変化（道徳的感受性質問紙）を、ウィルコクソン符号付順位検定で評価した。分析対象は、スタッフ27名（看護職9名、介護職18名）であった。以下、各期のデータは全て中央値（四分位偏差）で示し、得点範囲と変化、比較結果を箱ひげ図で示す。なお、箱ひげ図のひげの上下限は四分位範囲の1.5倍であり、それ以上、以下の値は外れ値として示されている。

#### 1) スタッフの認知症高齢者に対する感情の変化

感情の変化は、「感情労働尺度」「共感経験尺度」で評価した。

##### (1) 感情労働尺度（表 21. 22. 図 13~16. 付表 2）

感情労働尺度は、「患者へのネガティブな感情表出」「患者への共感・ポジティブな感情表出」「感情の不協和」「感情の敏感さ」の4つの下位項目で構成される。

「患者へのネガティブな感情表出」（得点範囲 6~30 点）は、得点が高いほどネガティブな感情表現があり、得点低下はネガティブ感情表出が減少したことになる。中央値（四分位偏差）（図 13, 付表 2）は、介入開始時 16.00（2.00）、介入終了時（フォローアップ開始時）15.00（2.50）、フォローアップ終了時は 16.00（3.00）で、介入前後でネガティブな感情表出の改善傾向がみられた（ $p=0.071$ ）。介入後の得点変化人数（表 22）では、介入後に 17 名が改善したが、6 名のネガティブ感情が強くなっていた。

「患者への共感・ポジティブな感情表出」（6~30 点）は、得点が高いほど共感・ポジティブな感情表現が多い。介入開始時 21.0（2.00）、介入終了時（フォローアップ開始時）21.00（2.50）、フォローアップ終了時点で 21.00（3.00）で、介入前-フォローアップ後で低下傾向がみられた（ $p=0.073$ ）（図 14, 付表 2）。得点変化人数（表 22）では、介入後に 10 名が共感・ポジティブな感情表出が高くなったが、17 名が低くなっていた。

「感情の不協和」（5~25 点）は、得点が高いほど感情の不協和がある。介入開始時点 15.00（2.50）、介入終了時（フォローアップ開始時）が 16.00（4.00）、フォローアップ期間後 16.00（3.00）で、有意な変化はなかった（図 15, 付表 2）。得点変化人数（表 22）をみると、介入後で 12 名の感情の不協和が改善したが、14 名が悪化していた。

「感情への敏感さ」（4~20 点）は、得点が高いほど感情が敏感である。介入開始時 12.00

(2.50), 介入終了時 (フォローアップ開始時) 12.00 (2.50), フォローアップ終了時 13.00 (2.00) 点で, 有意な低下傾向があった ( $p=0.079$ ) (図 16, 付表 2)。得点変化人数 (表 22) を見ると介入後で 9 名が感情の敏感さが改善したが, 15 名が悪化していた。

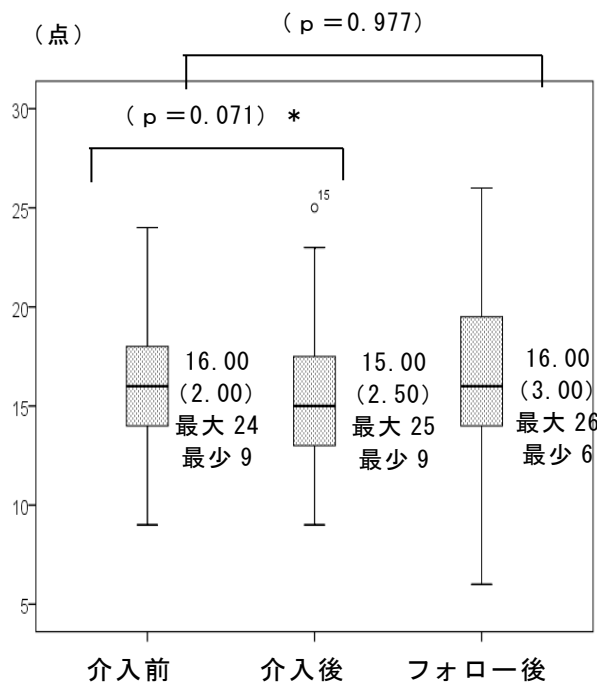


図 13. ネガティブな感情表出 (n=27)  
 ※6~30 点で高得点ほどネガティブ感情表出が多い  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定\*\* < 0.1  
 ※外れ値は分析に含んでいる

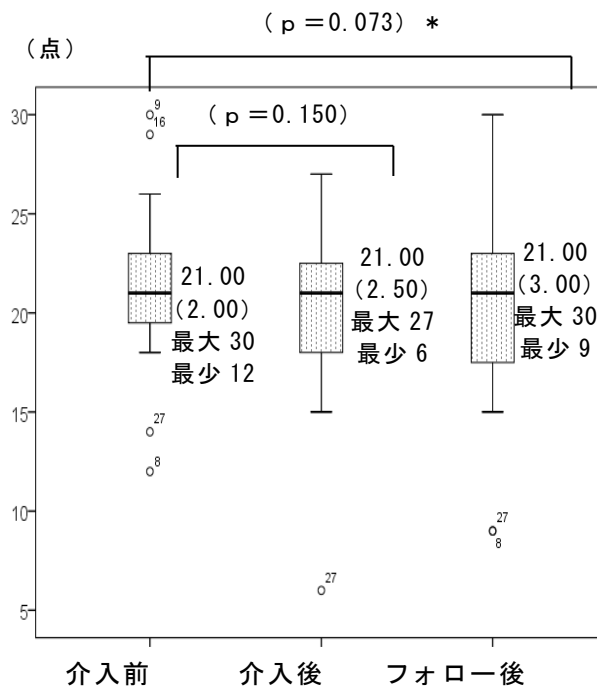


図 14. 共感・ポジティブな感情表出 (n=27)  
 ※6~30 点で高得点ほど共感・ポジティブ感情表出が多い  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定\*\* < 0.1  
 ※外れ値は分析に含んでいる

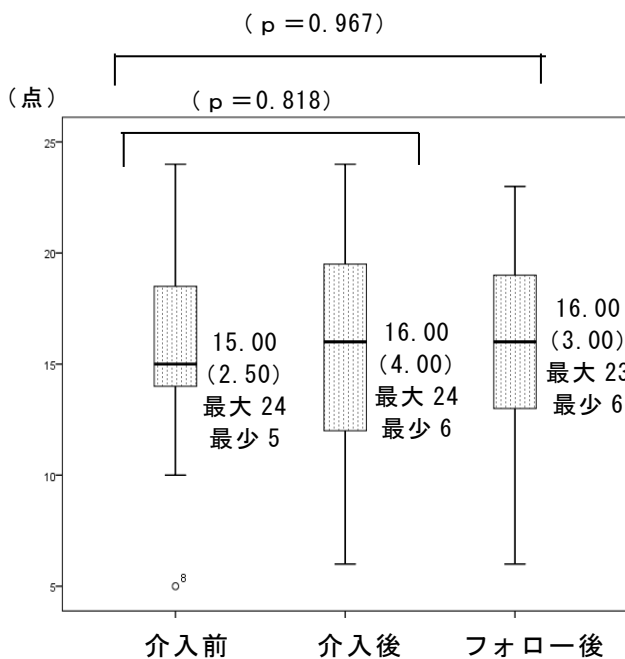


図 15. 感情の不協和 (n=27)  
 ※5~25 点で高得点ほど不協和  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定  
 ※外れ値は分析に含んでいる

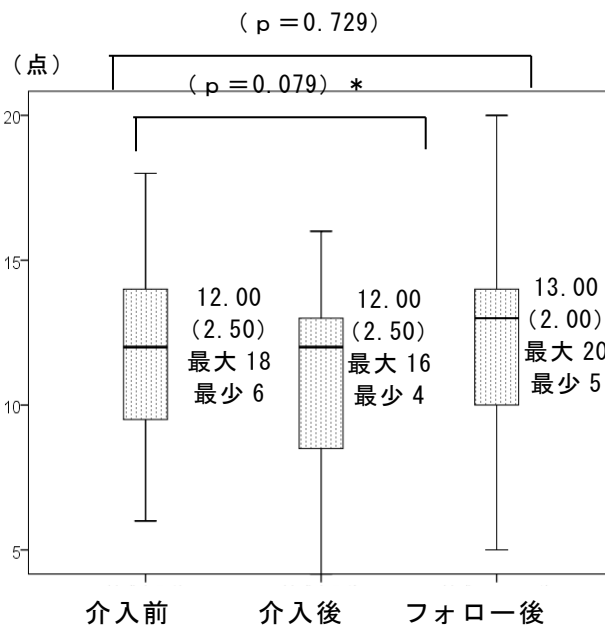


図 16. 感情への敏感さ (n=27)  
 ※4~20 点で高得点ほど感情が敏感  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定\*\* < 0.1

表21. 感情労働尺度 対象者毎の得点変化 (n=27)

職種	ID	感情労働尺度											
		患者へのネガティブな感情表現(/30)			患者への共感・ポジティブな感情表出(/30)			感情の不協和(/25)			感情への敏感さ(/20)		
		介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後
看護職	1	12	9	9	21	16	15	15	11	9	12	9	6
	2	18	15	19	18	21	18	14	11	13	11	8	12
	3	16	13	16	24	22	20	15	18	19	12	13	14
	4	17	15	18	26	24	30	22	24	23	15	16	18
	5	13	21	20	22	23	23	13	12	13	9	8	11
	6	13	13	12	18	19	17	10	14	12	14	7	6
	7	16	18	14	20	18	19	14	16	15	11	12	9
	8	9	10	6	12	16	9	5	9	6	7	8	6
	9	16	15	26	30	26	28	24	18	20	17	15	20
介護職	10	15	14	19	21	22	21	19	22	20	14	12	16
	11	20	20	21	23	21	21	23	20	22	14	12	13
	12	18	13	16	18	17	16	15	10	16	12	9	13
	13	15	17	14	18	15	15	16	15	15	9	12	10
	14	14	11	9	21	19	23	13	13	14	10	8	8
	15	18	25	22	19	21	23	12	18	18	9	13	15
	16	24	23	20	29	21	22	23	20	18	18	14	14
	17	20	17	17	22	16	22	18	10	8	13	7	10
	18	17	17	15	23	26	23	21	22	21	13	13	14
	19	18	20	18	20	24	21	17	19	19	13	13	14
	20	16	14	19	24	22	20	14	12	18	9	10	11
	21	14	13	15	24	20	23	14	15	19	12	10	13
	22	17	16	25	23	26	30	20	22	23	16	16	16
	23	18	18	21	21	19	21	18	19	19	9	12	13
	24	14	11	8	20	18	16	15	16	11	10	9	11
	25	15	12	14	23	27	24	18	21	16	13	15	11
	26	14	13	14	23	21	19	17	16	16	15	13	14
	27	17	11	16	14	6	9	12	6	8	6	4	5
中央値	16.00	15.00	16.00	21.00	21.00	21.00	15.00	16.00	16.00	16.00	12.00	12.00	13.00
四分位偏差	2.00	2.50	3.00	2.00	2.50	3.00	2.50	4.00	3.00	2.50	2.50	2.50	2.00

表 22. 介入開始時と終了時の得点変化人数 (n=27)

		改善	維持	悪化
感情労働 尺度	ネガティブな感情表出	17	4	6
	患者への共感・ポジティブ	10	0	17
	感情の不協和	12	1	14
	感情への敏感さ	9	3	15
共感経験 尺度改訂版	共有経験尺度	11	3	13
	共有不全経験尺度	15	3	9

(2) 共感経験尺度改訂版 (表 22. 23, 図 17. 18. 付表 2)

共感経験尺度は、個人の共感性のタイプを評価する尺度で、他者の感情を分かち持つことができた「共有経験尺度」10項目、他者の感情を感じ取ることができなかった「共有不全経験尺度」10項目からなっている。得点範囲はいずれも0~60点で「共有経験尺度」は得点が高いほど共有経験が多い、「共有不全経験」は得点が高いほど不全経験が高いとなる。

「共有経験尺度」の中央値(四分位偏差)(図 17, 付表 2)は、介入開始時 34.00(4.00)、介入終了時(フォローアップ開始時) 34.00(5.50)、フォローアップ終了時 32.00(5.50)で有意な変化はなかった(p=0.148, p=0.205)。得点変化人数(表 22)では、介入後に11名の共有経験が多くなり13名が少なくなっていた。「共有不全経験」は、介入開始時で

31.00 (4.50), 介入終了時 (フォローアップ開始時) 28.00 (9.00) 点, フォローアップ終了時 31.00 (8.00) で有意な変化はなかった ( $p=0.954$ ,  $p=0.838$ )。得点変化人数 (表 22) では, 介入後に 15 名の不全経験が減少し 9 名が多くなっていた。

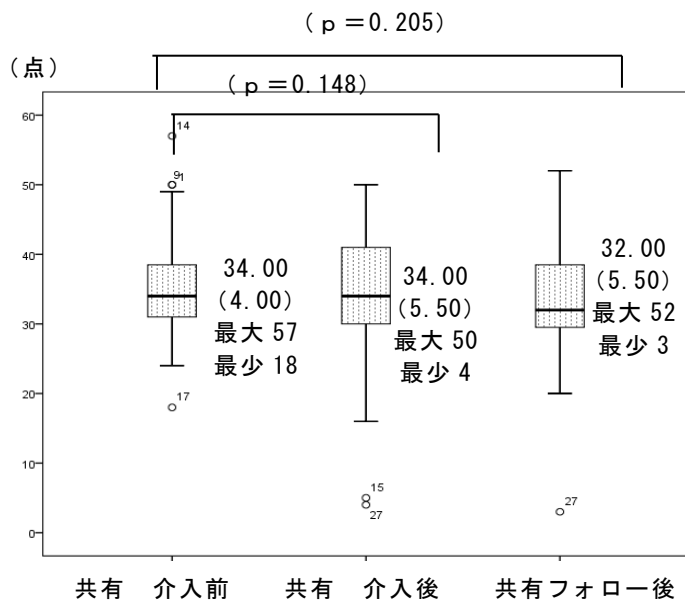


図 17. 共有経験 (n=27)

※60 点満点で得点が高いほど共有経験が多い  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる

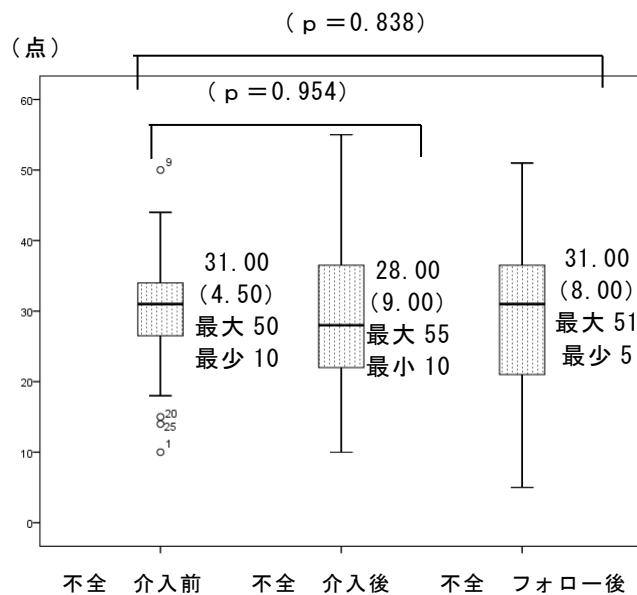


図 18. 共有不全経験 (n=27)

※60 点満点で得点が高いほど共有不全経験が多い  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含んでいる

表 23. 共感経験尺度改訂版 対象者毎の得点変化 (n=27)

職種	ID	共有経験 (/60)			共有不全経験 (/60)		
		介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後
看護職	1	50	50	46	10	10	5
	2	37	33	32	31	26	37
	3	30	30	33	32	30	31
	4	31	32	31	39	50	51
	5	33	34	33	29	35	40
	6	38	36	35	32	27	20
	7	42	37	32	44	40	29
	8	29	27	32	34	33	36
	9	50	46	30	50	20	27
介護職	10	28	34	32	30	28	34
	11	31	32	28	31	28	33
	12	34	35	20	32	49	40
	13	34	30	21	31	30	38
	14	57	46	51	18	20	8
	15	31	5	21	28	55	44
	16	35	41	41	24	24	28
	17	18	16	28	39	45	29
	18	36	44	37	20	17	19
	19	30	30	37	30	30	21
	20	49	34	52	14	30	21
	21	33	27	30	34	27	32
	22	39	42	34	40	38	34
	23	38	29	29	25	19	29
	24	32	34	40	34	27	36
	25	42	44	47	15	20	19
	26	37	41	44	28	17	15
	27	24	4	3	28	42	48
中央値		34.00	34.00	32.00	31.00	28.00	31.00
四分位偏差		4.00	5.50	5.50	4.50	9.00	8.00



2) スタッフの道徳的感受性の高まり (改訂道徳的感受性質問紙日本語版) (表 24.25.

図 19~21. 付表 2)

道徳的感受性は「改訂道徳的感受性質問紙日本語版」で評価した。道徳的強さ (MS), 道徳的な気づき (SMB), 道徳的責任感 (MR) の 3 つの潜在因子, 9 つの質問項目からなる。「道徳的強さ」(得点範囲 3~18 点) は, 介入開始時で 10.00(1.00), 終了時で 11.00(1.00) と, 中央値の上昇はあったが有意な変化はなかった ( $p=0.245$ ) (図 19, 付表 2)。「道徳的な気づき」(4~24 点) も, 介入開始時 16.00(1.50), 介入終了時 16.00(1.50), フォローアップ終了時 16.00(2.00)で, いずれも有意な変化はなかった ( $p=0.280$ ,  $p=0.163$ ) (図 20, 付表 2)。「道徳的責任感」(2~12 点) も, 介入開始時 8.00(1.00), 介入終了時 8.00(1.00), フォローアップ終了時 8.00(1.00)と, 中央値の変化はなく, 有意な変化はなかった ( $p=0.848$ ,  $p=0.564$ ) (図 21, 付表 2)。対象者別では, 「道徳的強さ」は介入後に 11 名の強さが向上し, 7 名が低下していた。「道徳的な気づき」は介入前後で 12 名の気づきが向上し, 6 名が低下していた。「道徳的責任感」は介入後で 7 名の責任感が向上し, 13 名が低下していた。

( $p=0.126$ )

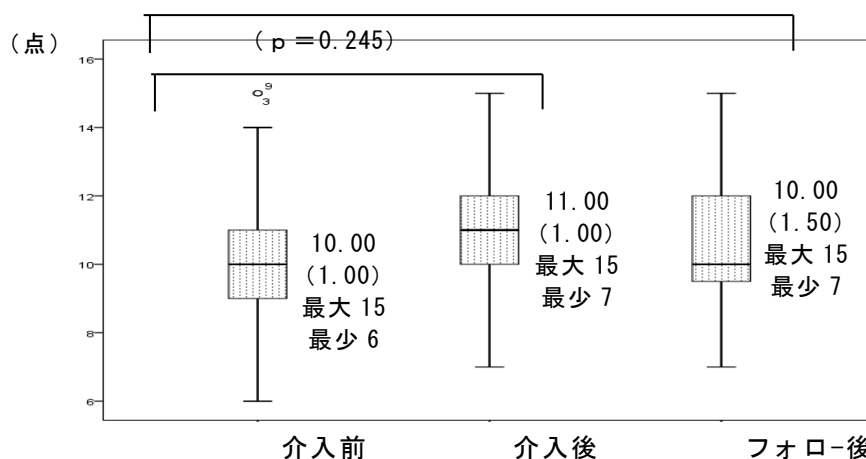


図 19. 道徳的強さ (n=27)

※3~18 点で高得点ほど強さあり※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含む

( $p=0.163$ )

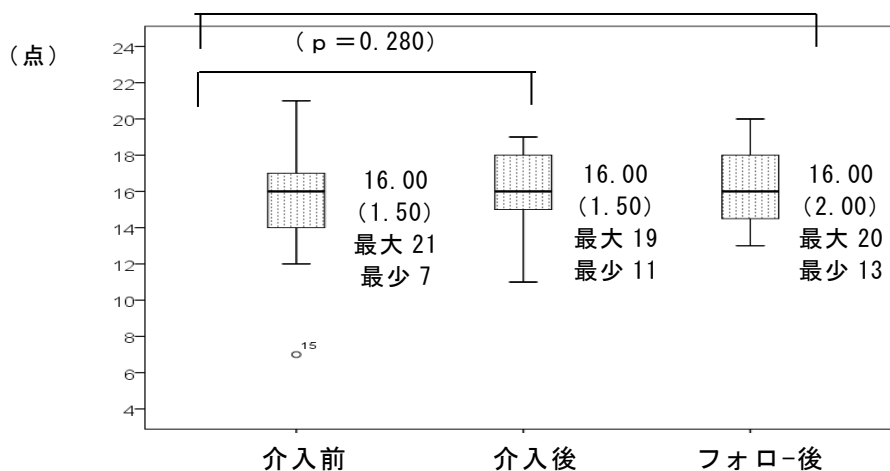


図 20. 道徳的な気づき (n=27)

※4~24 点満点で高得点ほど気づきあり※ウィルコクソン符号付順位検定。外れ値も分析に含む

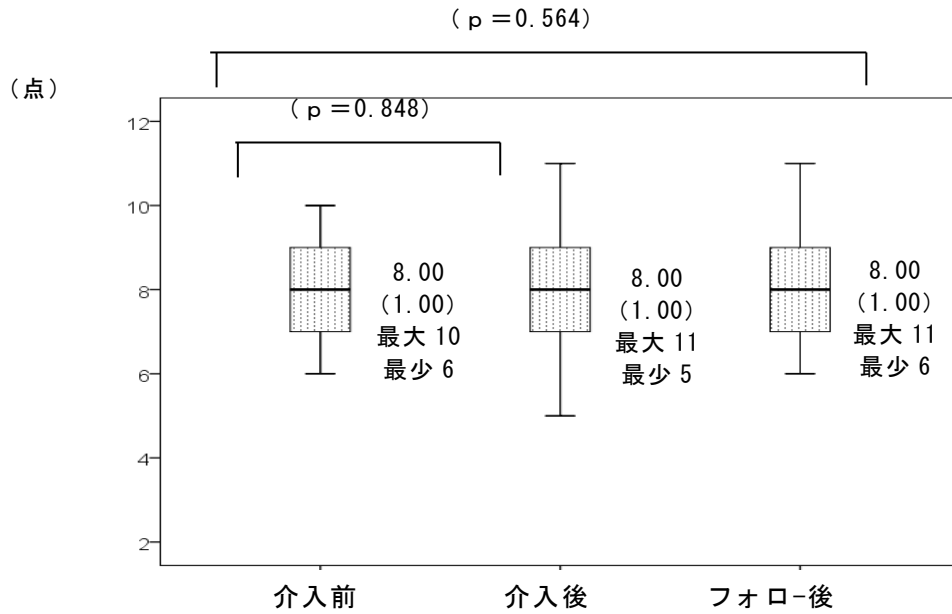


図 21. 道徳的責任感 (n = 27)

※2～12点満点で高得点ほど責任感あり  
 ※ウィルコクソン符号付順位検定

表 24. 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 対象者毎の得点変化

職種	ID	道徳的強さ(/18)			道徳的気づき(/24)			道徳的責任感(/12)		
		介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後	介入前	介入後	フォロー後
看護職	1	12	12	12	21	19	20	10	9	11
	2	13	13	12	15	15	17	7	10	9
	3	15	13	14	17	19	19	7	7	7
	4	10	10	12	16	17	14	10	9	8
	5	6	8	7	16	17	18	8	10	10
	6	10	11	8	14	15	15	8	8	8
	7	8	13	9	15	16	19	9	9	10
	8	10	10	10	13	16	14	9	7	9
	9	15	10	15	14	11	19	8	11	11
介護職	10	10	13	11	14	18	16	7	9	7
	11	11	10	13	18	18	17	7	6	7
	12	10	9	10	12	12	13	6	7	8
	13	7	7	8	13	12	14	7	7	8
	14	14	13	15	18	18	18	8	8	8
	15	9	8	9	7	15	13	10	8	7
	16	10	11	12	19	19	17	9	8	6
	17	9	10	10	15	14	15	9	8	8
	18	11	12	10	13	15	16	9	8	9
	19	12	12	12	16	16	15	7	7	7
	20	11	11	11	15	13	15	8	7	6
	21	10	11	10	16	18	18	8	7	7
	22	10	10	9	17	18	17	9	9	7
	23	9	10	11	17	18	18	7	6	8
	24	9	15	11	18	18	15	6	5	6
	25	11	10	10	17	17	17	7	10	7
	26	9	9	10	19	16	14	9	10	9
	27	9	11	8	15	15	14	10	8	7
中央値		10.00	11.00	10.00	16.00	16.00	16.00	8.00	8.00	8.00
四分位偏差		1.00	1.00	1.50	1.50	1.50	2.00	1.00	1.00	1.00

表 25. 介入開始時と終了時の得点変化人数 (n = 27)

	向上	維持	低下
道徳的強さ	11	9	7
道徳的な気づき	12	9	6
道徳的責任感	7	7	13

### 3-2. 自己決定支援の実施によるスタッフ自身の変化の自由記載

介入終了後、およびフォローアップ後に、自己決定支援の実施によるスタッフ自身の変化について、アンケートによる回答を求めた。回答内容の類似性に基づいて分析した。以下、カテゴリー名を『 』で示す。

介入前後で自分自身に変化ありと回答した人は17名、なしと回答した人は10名、介入前とフォローアップ後で変化ありと回答した人は18名、なしと回答した人は9名であった。変化ありと回答した理由について表25に、なしと回答した理由について表26に示す。

変化ありと回答したスタッフ（表25）の介入終了時の記述では、『認知症高齢者の考えにびっくりしたり驚いたりした』『できないだろうと勝手に決め付けていたことに気づいた』など、認知症高齢者の反応に驚き、そのことから自分自身のケアに気づくという変化がみられた。また『次はこうしよう、こうしてみたい、という思いが出てきた』『選択していただくことで、その人についてよりよく知れた』など、認知症高齢者に対する関心が増してきている変化が伺え、さらにフォローアップ後に『自己決定支援を継続するために業務改善をしようと思った』『多忙な業務の中でも、自己決定支援を継続したいという思いを持った』など、業務改善を意識し始める変化がみられた。一方で、変化なしと回答したスタッフ（表26）の理由としては『多忙なため支援ができなかった』が多かった。多忙な中で認知症高齢者と向き合い、自己決定を支援することの難しさが、変化に至らなかった理由として述べられていた。

表25. 自分自身に変化有と答えたスタッフの変化理由（介入終了時17名，フォロー終了時18名）\*  
**【自己決定支援の継続により，認知症の人の言葉や持っている力に驚き関心が増し，支援することの楽しさや嬉しさを感じた】**

カテゴリー (記述数)	記述内容	
	介入終了時 (n=17)	フォローアップ終了時 (n=18)
選ぶことができることに感動した(1)	・単純に「あっ，選ぶことができるんだあ」という感動があった	
認知症高齢者の考えにびっくりしたり驚いたりした(3)	・(選択)理由を聞いて再び驚いた事が沢山あった。新鮮な気持ちになった ・考え方も其々でびっくりや，笑いが出た	・食べ物を選ぶのに，この方はこっちだろうと思っていても， <u>意外な返事</u> があったりして，驚いた
できないだろうと勝手に決め付けていたことに気づいた(2)	・日々出来ないだろう，しないだろう，分からないだろうなど， <u>勝手に決めつけて生活していた</u> と反省した	・何をしてもすぐ忘れるのだからと思う考えがあったが，これからはしっかりと声をかけようと思う
選択の機会を提示していなかったと気づいた(1)		・選択の機会を提示していなかったと気づいた
もっとゆっくり関わりたいと感じた(1)	・(支援で)会話が楽しかったが， <u>ゆっくりと関わりたい</u> とますます感じた	
次はこうしよう，こうしてみたい，という思いが出てきた(3)	・ <u>また楽しみにしてくれているだろうか？次は何を選ぶだろうか</u> と思うようになった ・利用者さんの考えが色々きけることで，次はこんなことができるかも，こうしてみたいかもとモチベーションがあがる	・ <u>新たな思いを聞きたくて</u> ，今まで着られなかった服などを奥の方から引っ張り出したりした
選択していただくことで，その人についてよりよく知れた(6)	・飲み物，靴下を選んでもらう事で利用者の性格が少しわかったように思う ・利用者の気持ちや好みなど知ることができたように思う ・どちらを選ぶかで，利用者さんを今までよりよく知るきっかけができた ・話が出るきっかけにもなり少しでもどのように思っているか聞いた	・この人はこの飲み物が好きなんだな，とか，その方の好みがわかって， <u>より接しやすくなった</u> ・本人の自己決定をしてもらうことで，好きなことが発見できてよかったと思ひ，これからも心がけていきたい
自己決定支援を継続することによる変化を感じ，嬉しいと感じた(5)	・自己決定支援を続けていく中で，利用者の方の笑顔や少しの変化をみることで良かった ・入所者の反応が続けることで，できるようになったことが <u>嬉しく思った</u> ・何と返事が返ってくるか楽しみになった ・声をかけた時の <u>反応が楽しみになった</u>	・回数を重ねるごとに「選ぶ」ができる利用者さんの反応を楽しめた
楽しく支援が行えた(3)	・(選択理由を聞いて驚いたり笑ったり)職員にも楽しい時間になった ・靴下の色について話すことはなかったため，楽しかった	・今まで実践したことのない，支援法だったので楽しんで行えた

**【自己決定を支援するための方法を模索するようになった】**

カテゴリー (記述数)	記述内容	
	介入終了時 (n=17)	フォローアップ終了後 (n=19)
自己決定する場を作ろうと思うようになった(1)		・あたりまえのことだが， <u>自己決定権利の場</u> をしっかりと取っていきこうとおもうようになった
スタッフ間で自己決定支援について話す機会を持つようになった(1)		・部署内で最近できてない事を話すなど，職員間で自己決定支援に対する思いや考えを言い合う点で変化があった

好みに合わせて、活動の選択肢をつくらうと思った（１）	・レクの種類で好みがあり、みんな同じではなく、利用者単位で違ったレクをしようと思った	
選択できるように工夫をするようになった（３）	・少しでもその方の意思を大切にしよう、そのためにはどうしたらいいか、という考えのもとで動くようになった ・選択の機会をとってもらおうと声かけを行うようになった	・どちらを選ぶか期待感はあるが「どちらでもいい」という答えが返ってくると、選んでもらうために話をしたり説明したりで、工夫ができた
自己決定支援を継続するために業務改善をしようと思った（１）		・（自己決定により）利用者が自信を取り戻され、笑顔が増えることが、スタッフの仕事へのモチベーションアップになるなら、そこに時間をとることが大切だと思うと、 <u>業務改善していこうという気持ちになった</u>
多忙な業務の中でも、自己決定支援を継続したいという思いを持った（５）		・業務に追われてはいるが、自己決定支援で感じたことは心に残っているので少しの関わりでも、自己決定支援での対応をしていこうと思っている ・多忙な中でも選択肢を作る事の効果を感じた ・毎日の業務に追われながらも、飲み物を選ばれたときの生き生きとした目を見たような感じがした ・支援を増やしていきたいという意思が増した ・時々には選択してもらおうと思えるようになり、実践できている時もある

\* 介入後、フォローアップ後に、「変化あり」と回答した人数を示している

※同一者が複数の理由を記載している場合があったため、記述数と人数は一致しない

※表中のアンダーラインは、特徴的な理由を示された記述である

表 26. 自分自身に変化無と答えたスタッフの理由（介入終了時 10 名、フォロー-終了時 9 名）\*

**【変化を感じない】【自己決定の支援自体ができなかった】**

カテゴリー (記述数)	記述内容	
	介入終了時 (n=10)	フォローアップ終了時 (n=9)
多忙なため支援ができなかった（７）	・携わりができておらず、変わった感じがしない ・患者さんにとっては楽しく良いことなので続けていけたらよいと思うけど、多忙なため難しいことが沢山あった ・忙しい時に聞いたり、気持ちに余裕がなくてただ聞くだけの時もあり、利用者様とうまく関わることができなかった	・もっと一人一人に対して時間があればよいが、最低限の言われたことだけで不十分 ・もっとゆとりがあったら、変わっていたかなと思う ・業務や人員に余裕があれば利用者と話をするが、特に今回増えたとは思わなかった。以前と変わらない気がする ・期間中は意識して行うも、終わると通常業務に追われ全然なくなっている。期間中ですらできていない事ありだった
変化を感じない（４）	・毎日の業務が同じだから ・気持ち的に変わっていない	・とくになし ・あまり変わっていないように思う
支援は楽しいと感じたが、変わっていない（１）	・選択してもらおうことで、楽しいことや発見もあったが、自分自身が変わった様子はない	

\* 介入後、フォローアップ後に、「変化なし」と回答した人数を示している

※同一者が複数の理由を記載している場合があったため、記述数と人数は一致しない

※表中のアンダーラインは、特徴的な理由を示された記述である

## 第V章 考察

本研究では、介護老人保健施設で生活する認知症高齢者に対して、療養棟に勤務する全てのスタッフにより、間食やレクなどの活動場面で「選択肢を提示」し、「選択理由を尋ねる」という自己決定支援が、8週間という長期間にわたり実施された。期間中の各対象者に対する介入支援の実施回数は平均 79.6 回(67~89 回)で、期待実施回数に対する実施割合は平均 63.5%であった。介入の結果、認知症高齢者の介入後の前頭葉機能 (FAB)、精神機能障害 (MENFIS)、QOL (DHC) が有意に改善した。そして、介入終了 8 週間後においても QOL は維持していた。介入支援者であったスタッフにおいては、介入後の感情労働尺度「患者へのネガティブな感情表出」が低下する傾向が認められた。

以上の結果に基づき、長期的・継続的な認知症高齢者への自己決定支援の効果と意味について、認知症高齢者とスタッフ双方への効果から考察する。さらに、介入実施率や実施後のスタッフへのアンケートから、実践現場における自己決定支援の実施可能性と課題について考察する。

### 1. 認知症高齢者の脳の活性化を図る非薬物療法としての自己決定支援

認知症に対する治療としては、原因から治す根本的治療薬はない。ゆえに、非薬物的療法を中心として、認知症という困難を抱えて生きる人を支えることが極めて重要である(山口ら, 2011)。スタッフによる長期的・継続的な自己決定支援により、認知症高齢者の前頭葉機能は有意に改善した ( $p = 0.007$ )。これは、ケア提供者の日常生活援助が、認知症高齢者の脳を活性化させる非薬物的な支援となる可能性を示唆している。そこで、自己決定支援における前頭葉機能の改善効果について、脳への生理学的刺激という視点から考えていく。

スタッフは、「食事」「レク」など 4 つの場面における援助の際に 2 種類の選択肢を準備し、「これはコーヒー、こちらは紅茶です。どちらを飲みますか?」、「花柄の靴下と、無地の黒い靴下です。どちらを履きますか?」など尋ね、選択を促した。人は選択する際、好き・嫌いという情動、習慣、報酬の獲得に向けた目標指向など、様々な選択をする。スタッフの言葉によれば、選択を促されることに慣れていない認知症高齢者は、「最初は無反応のように感じていたが、何回か繰り返していくうちに自分の意思を少しずつ伝えて来られた」と、繰り返すことで習慣化され選択の意思を表出できるようになったことが伺える。そして、8 週間毎日のようにスタッフに促されることによって、「また、あれはしてくれ

る？またあれが飲みたい」と、自らの希望を叶えたいという目標指向的な選択をするよう変化した。また、「生活の中に興味や真剣になる時間、表情が現れてきた」とほかの生活行動に関心を広げる変化を示した認知症高齢者も見られた。目標指向的な選択やそれに基づく行動には前頭前野が関与するという知見が示されている (Rangel et al., 2008)。本研究では、認知症高齢者がより選択しやすい形で選択肢を設け、行動を選択することを繰り返して促したことで、その行動を達成できたことによる満足感を得られたこと、その経験を積み重ねたことが、前頭葉の賦活に繋がったことが考えられる。

前頭葉は、行動や言語の発動性・自発性にも関与している。また、他者の笑顔などから快感情を受け取る際に、扁桃体が活性化して前頭前野が活性化することも明らかとなっている (森岡ら, 2010)。本支援でスタッフは、「なぜそれにしたのですか？」と選択理由を繰り返し尋ね、認知症高齢者との対話を繰り返した。認知症高齢者の変化についてスタッフは、『以前より会話が増えた』『選択の機会があることで笑顔がみられた』と述べている。

『「ありがとう」という言葉が増えた』の記述もある。日常的に「尋ねられる」機会が減少している認知症高齢者は、スタッフから「なぜ？」と尋ねられたことに驚きながらも、スタッフが自分に対して関心を寄せている、思いが尊重されている、と感じたと推察される。病者と医療者の関わりは、相互の「語り」を通して展開していく、と述べたのは野口である。野口は、支援する側とされる側の分かりあえなさは、「分かろうとしない姿勢にある。」

「それなら分かろうとすればいい。教えてもらうという姿勢で質問すればいい。それが分かり合えなさを解消する出発点となる」とも述べている (野口, 2002)。スタッフが「話せない」「言えない」と思わずに、「なぜ？」と尋ねる支援にしたことで、認知症高齢者は「関心が寄せられている」と実感して発語が促された。発語が促されることでスタッフとの感情の交流ができ、認知症高齢者は相手 (スタッフ) に関心を持つ。そして感謝の気持や笑顔が現れる。これは「なぜ？」と聞くことなしには現れない、長期間の繰り返しなしには現れない前頭葉の賦活であると考えられる。以上からスタッフに、単に「選択肢を提示する」だけでなく、そこからさらに「選択理由を尋ねる」というプロトコルに基づいて自己決定支援を行って貰ったこと、長期間行っていただいたことが、認知症高齢者とスタッフとの交流を促し、前頭葉賦活につながったと言える。

以上のような様々な刺激により、脳機能の一つである前頭葉機能が改善されたと考えられる一方で、認知機能は改善しなかった。理由としては、本研究の対象者の MMSE 中央値は 9 点で認知症の程度が中等度～重度と進行していたこと、本支援が記憶や見当識など

に直接的に働きかける支援ではなかったことがあげられる。Wimmerらは「人生においては頻繁に、以前一度も考えたことがない選択肢の間で決めなければならない」が、このような選択には海馬が関与していることを報告した（Wimmer et al., 2012）。日常における行動選択の組み合わせは一定ではなく、「コーヒーとお茶」「紅茶とジュース」など、沢山の組み合わせがある。特に本支援のレクについては、「玉入れか歌を歌う」など、普段は勧められることのない組み合わせでの選択肢が提示された。それゆえ、本支援によって普段は行わない、日々異なった選択肢間で比較することで、海馬への刺激が与えられると予測した。さらに選択理由を尋ねた際に「昔これで遊んだことがありますか？」など、スタッフが過去を想起させる質問をすることでも、海馬の活性が図れると考えた。しかし認知症疾患は病理的变化が進むほどに脳の可塑性は失われ、直接的障害である認知機能改善の可能性は減少する。認知症高齢者への認知リハビリテーションについての研究を概観した報告（朝田，2017）では、効果が得られている研究の多くは、対象者が軽度～中等度者であった。本支援のように疾患が進行した認知症高齢者に対しては、自己決定支援を通じた海馬への働きかけのみでは、認知機能の改善には至らなかったと考える。しかしながら、介入期間8週間、フォローアップ期間8週間の計16週間、認知機能の有意な低下がみられなかった。介入前後の得点の個別変化では、悪化者は5名いたが、改善者が9名いた。このことも認知症が非可逆性疾患であるがゆえに重要である。高齢者施設では生活の多くがスタッフの誘導によって行われがちとなるため、「決める」「考える」機会が減少することも廃用性の認知機能低下の一因となると考えられる。今後は、より長期的・継続的な支援の実施により、認知機能の低下防止効果について検討していきたいと考える。

## 2. 認知症高齢者が自己決定を支援されることの生活全体への効果

本研究では、「何を飲むか」「何を着るか」など、日常生活において自分で決める機会を持つことで、認知症高齢者の精神機能障害が有意に改善した（ $p = 0.014$ ）。精神機能とは、「精神もしくは知性の活用」と定義される（臨床神経学辞典，1991）。また精神機能障害について本間は、老年期の認知症の中核にみられると述べ、精神機能障害を「認知機能」「動機づけ機能」「感情機能」の3つの主たる機能の障害と仮定している（本間ら，1991）。つまり精神機能障害とは、意欲や感情など人が社会生活を送る上で必要な機能の障害ということであり、これらの改善は、認知症高齢者が生き生きとした生活を送り続けるために、非常に重要な結果であったと考える。



本研究では、高齢者施設において日常的な生活行動に対する長期的・継続的な自己決定支援の介入 8 週間後に、精神機能障害評価票の下位項目である動機づけ機能障害 ( $p = 0.026$ )、感情機能障害 ( $p = 0.022$ ) が有意に改善した。これは、2010 年に渡辺らが「(選択肢を示し) 自己決定の機会を提供する」看護介入を 14 日間継続した結果、「動機づけ機能」のみ改善傾向が見られた ( $p = 0.066$ ) 結果と異なっている (渡辺ら, 2010)。この結果の違いについて 2 つの研究の介入方法の違いから考察する。

本研究と先行研究の違いは、先行研究は介入期間 14 日間であったが本研究は 8 週間と長期であったこと、先行研究では「選択肢を示す」ことが中心の自己決定支援であったが、本研究ではそれに加えて決定した内容に対し「なぜ」と聞くことを組み込んだこと、支援者が先行研究では研究者 1 名のみであったが本研究では全てのスタッフであったことである。これらの違いから考えると、慣れ親しんだスタッフによって日常の中での自己決定を支援され続けたこと、「なぜ？」という質問によってスタッフとの交流が繰り返し促されたことが、認知症高齢者の「動機づけ機能障害」「感情機能障害」の改善に繋がったといえる。この結果は、次の事を意味していると考えられる。中等度・重度と進行した認知症高齢者の「動機づけ」は、目の前に、必ず獲得することのできる物や活動 (たとえば飲み物、レクリエーションなど) が提示されていることによって発動される、ということである。認知症高齢者は、将来起こるであろう「楽しみ」に向かって動機づけられ意欲を維持し、行動することは難しい。それゆえ目の前に選択肢を提示され、決めるように促され、すぐに行動の結果 (満足) が得られるという本支援は、彼らの意欲を引き出しやすかったと考える。さらに認知症高齢者の「感情」は、目の前に、ともに会話し笑顔をかわす他者がいることによって引き出されるということである。認知症高齢者は、人に対する見当識が障害されるため、徐々に、周囲の人が自分にとっての「誰」かを認識することが困難になる。周囲との関係性の構築が困難となった彼らにとって、日々関わるスタッフにより、熱心に話しかけられるという支援であったからこそ、「感情機能障害」の改善に至ったのだと考える。

加えて本支援によって、認知症ケア実践について語られる際に必ず挙げられる「QOL」についても、介入前後で有意に改善した ( $p = 0.005$ )。このことは、認知症高齢者の生活の中の小さな自己決定を支えることが、認知症高齢者の生活全体の変化に繋がるということを示す貴重な結果であると考えられる。認知症高齢者の QOL の改善効果を報告した研究には、Woods らの MMSE の平均 14 点の認知症高齢者に対して週 2 回 7 週間の認知刺激療法 (Cognitive Stimulation Therapy) を行った研究 (Woods et al., 2006)、坂本らの MMSE

の平均 11.9 点の認知症高齢者に対して週 2 回 3 か月の集団レクリエーションを実施した研究がある（坂本ら，2017）。これらの研究と異なり，本研究では，看護職・介護職といったケア提供者が日々の生活における自己決定を支援する関わりを行ったことによって，QOL の改善効果が示され，更に，介入終了後 8 週間においてもその QOL は維持されていた。スタッフの記述からも，「生き生きしてきた」「喜んで（活動に）いかれるようになった」などの生活の中で感じた変化が述べられていた。これは介入期間の 8 週間という長期間，日常生活の中で自己決定を支援され続けた結果，認知症高齢者とスタッフ双方に，「（スタッフが）意思を聞く」「（認知症高齢者が）自分の意思を伝える」ことが当たり前となる環境が作られたためかもしれない。もしくは自己決定支援を通してスタッフが，認知症高齢者個々人の立ち振る舞いに目が行きやすくなり，その結果，彼らの生活の豊かさに気付くようになり，それが介入期間を終えた後の QOL の維持に繋がったのかもしれない。本研究の結果のみで，自己決定支援による QOL 向上効果について十分に検討することは出来ない。しかし，日本人高齢者を対象とした研究で，認知症の有無に関わらず，生活の中に自分の見解が考慮された高齢者の生活満足度が高いという報告もある（Onishi et al., 2010；松平ら，2010）。何も特別なことでなく，生活における小さな自己決定を支援するという当たり前のことが，認知症高齢者の QOL を高めるという結果は，今後の認知症高齢者に対する非薬物的な介入について検討する上で重要な示唆を与えたと考える。

### 3. 自己決定支援によるスタッフの「ネガティブ感情表出」低下について

本研究では，自己決定支援過程において認知症高齢者に対し「選択肢を提示する」「選択の理由を尋ねる」という関わりを 8 週間継続することで，認知症高齢者が「決められる」「答えられる」ということに気づき，スタッフの苛立ちや怒りなどのネガティブな感情が軽減するという仮説をたてた（感情労働尺度）。加えて「選択理由を尋ねる」ことで語られる認知症高齢者の独自の経験，思いを知ることで，認知症高齢者に対する「分からない」「理解ができない」という見方が変化し，共感性が高まるという仮説もたてた（共感経験尺度）。さらには，自己決定支援の継続による認知症高齢者の変化を感じ，自己決定支援の重要性を感じることで，認知症高齢者にとってより善いケアとは何か，に気づく力が向上すると考えた（道徳的感受性）。しかし結果的には，ネガティブな感情については，感情労働尺度の下位項目の「患者へのネガティブな感情表出」が少なくなる（改善）有意傾向を示したのみで（ $p = 0.071$ ），共感性（共感経験尺度），道徳的感受性（道徳的感受性質問紙）

は有意な変化は見られなかった。しかし認知症高齢者にとっては、スタッフの共感経験が高まること、道徳的な感受性が高まることよりも、スタッフが自己決定支援を実施することで「ネガティブな感情表出」が低下したという結果は非常に重要であり、本研究の結果は大きな意味を有すると考えられる。

感情労働尺度における「ネガティブな感情」とは、「患者に怒りの感情を示さなければならぬことがある」「患者と話しているとき自分から話を切り上げることがある」などである。このようなケア提供者の感情表出は、認知症高齢者に大きなマイナスの影響を与える。認知症ケアを実践するケア提供者のネガティブな感情について、湯浅はスタッフが問題視する認知症高齢者の言動を「持っている力」と肯定的に捉えてスタッフ間で共有することで、スタッフの否定的な行動減少、不満感が軽減したと報告した（湯浅ら、2006）。伊藤らは、BPSDについて学習した後、具体的場面を挙げて患者の置かれている状況をイメージしロールプレイで適切な対応を体験する、という学修会を受講したことでスタッフの苛立ちや嫌悪などの陰性感情が減少したと報告した（伊藤ら、2014）。これらから、認知症高齢者に対するスタッフのネガティブな感情は、否定的になりがちな認知症高齢者に対する見方を肯定的に変える、認知症高齢者の視点から関わり方を考える、などによって変化すると言える。

本研究でスタッフは、「選択肢を提示する」ことによって『決められなかった方が、決めることができるようになった』『選択の促しが「伝わった」と思うことがあった』など、「認知症高齢者は決められない、理解できない」という見方が変化していた。『できないだろうと勝手に決め付けていたことに気づいた』『選択の機会を提示していなかったと気づいた』など、ケア提供者であるスタッフ自身の思い、行動が認知症高齢者に対する「ネガティブな感情表出」の原因であった可能性へ意識を向けている変化がみられた。さらに、認知症高齢者の『「ありがとう」という言葉が増えた』『選択の機会があることで笑顔が見られた』などの反応が、スタッフの『自己決定支援を継続することによる変化を感じ、嬉しいと感じた』などのポジティブな感情を引き出し、『次はこうしよう、こうしてみたい、という思いが出てきた』『多忙な業務の中でも、自己決定支援を継続したいという思いを持った』などの認知症高齢者にとってより善いケアへの気付きにも繋がっていた。本研究の自己決定支援は、「どちらかを選んでください」から開始する。この関わりは必然的に「選んでほしい」「どれを選ぶかな？」というスタッフのポジティブ感情を引き出す。認知症高齢者が決定したときに「なぜそれを決めたのですか？」という問いは必然的に「どんな理由で決め

たか知りたいな」として関心を寄せる態度に繋がったと考えられる。

以上のことから、「なぜ？」という問いかけから始まる自己決定支援が、スタッフの「ネガティブな感情表出」を低下させた。それによって認知症高齢者の持つ力に気づき、見方がポジティブに変化し、認知症ケアそのものに対する興味や関心が引き出されたといえる。このことから推察すると、認知症高齢者へのネガティブな感情表出が軽減し、認知症高齢者の持つ力に目が行きやすくなった後に、ポジティブな感情や共感性が高まり、道徳的感受性の向上がみられるのかもしれない。より長期間の支援の継続が必要であると推察され、今後の課題とする。

#### 4. ケア提供者が認知症高齢者の思いや経験を「聞く」ことについて

本支援では認知症高齢者に対してスタッフが、自己決定支援過程において「なぜ？」（「無知の姿勢」）と「選択理由を尋ねる」ことによって、スタッフの認知症高齢者に対する共感性が高まると考えた。結果的に共感性の有意な変化はなかったが、スタッフのアンケートへの自由記載から、認知症高齢者に「聞く」ことによってこそ得た気づきがあることが示されていた。そこで、認知症高齢者に対して「聞く」ことの意味について考察する。

まず、認知症高齢者の意思をケア提供者が「なぜ聞かなく（聞けなく）なるのか」ということについて考える。認知症が中等度以降になると、語彙の減少や言語の流暢性の低下、言い間違いや名称の想起困難などがみられるようになり、ケア提供者が認知症高齢者の思いを正しく理解することが困難となる。加えて記憶や見当識障害の進行、判断能力の低下などにより、状況に応じた適切な選択が困難となってくる。このような状況になるとケア提供者は、認知症疾患や対応方法についての知識があるがゆえに、「思いを汲みとる」という関わりを重視するようになる。しかし Smeby らは、認知症高齢者には【偽の自律的な意思決定】があることを明らかにした（Smeby et al., 2012）。これは、十分に明確でない認知症の人の価値や嗜好に基づく決定であり、本人に「聞いていない」決定である。他にもケア提供者側の、認知症高齢者に対して意思を確認するということに対する意識の不十分さがあり（窪内, 2016）、これはわが国の、認知症高齢者自身よりも介護家族に代理決定をゆだね、高齢者自身も暗黙のうちに家族に自己決定を委ねるという文化的背景（佐々木ら, 2010）に起因しているといえる。さらには、加齢に伴う聴覚や視覚の変化による、「話し声の聞こえにくさ」「相手の表情の見えにくさ」によっても、ケア提供者が聞かない、認知症高齢者が伝えない、ということに繋がる。これら様々な理由から、認知症高齢者に対して

は容易に「聞かない（聞けない）」という状況が作られてしまうこととなる。

本支援では、自己決定の支援過程で認知症高齢者に「なぜ？」と聞くことを重視した。そしてスタッフの感想からは、聞くことによって「(選択の)理由を聞いて再び驚いた事が沢山あった。新鮮な気持ちになった」「食べ物を選ぶのに、この方はこっちだろうと思っていても、意外な返事があったりして驚いた」などが示されていた。また「新たな思いを聞きたくて、今まで着られなかった服などを引っ張り出した」など、相手に対する興味や関心も生まれていた。高山は、中等度から重度の認知症高齢者の言葉は、「彼らの経験を少しでも知りたいと考えるケア提供者からの問いかけによって引き出された」と述べる（高山ら、2000）。本研究によっても同様に、認知症高齢者の思い、経験が引き出されたということは、スタッフが「知りたい、分かってほしい」という姿勢で関わったからこそであるといえる。さらには、フォローアップ期間終了後のスタッフの感想として、『スタッフ間で自己決定支援について話す機会を持つようになった』『自己決定支援を継続するために業務改善をしようと思った』『多忙な業務の中でも、自己決定支援を継続したいという思いを持った』などの、新たなケア方法への模索が述べられていた。自己決定支援によってスタッフが、認知症高齢者の思い、経験を知ることが、日常的な認知症ケア実践や、日常業務の振り返りにまで繋がっていく可能性が示されたと考える。

しかし忙しい実践現場において、認知症高齢者のそばにとどまり「聞く」ことは、容易ではなかったと推察される。スタッフが自分自身の変化を感じなかった理由として、「携われなかった」「忙しくて単に聞くだけの時もあった」など『多忙なために支援が出来なかった』ことが述べられていた。本研究により、自己決定支援を通して認知症高齢者の思いを「聞く」ことによって、認知症高齢者独自の思いや経験に目を向けることができるようになることが示された。しかし反面、多忙な実践現場において、認知症高齢者のそばにとどまり「聞く」という支援を継続的に実践することの難しさも示された。スミスは、忙しいヘルスケア現場では、「『お話をすること』は『本当』の仕事が完全に終わった後でやることと考えられている」（スミス、1992）と指摘している。実践現場においてケア提供者が、認知症高齢者に「なぜ？」と聞かせることができるようになるためには、何が必要なのかということについて、今後考えていかねばならないと考える。

## 5. 認知症高齢者への長期的・継続的な自己決定支援の実践可能性について

本研究では、自己決定支援を臨床現場で実践していく上での課題を明らかにすることも目的とした。そこで支援の実施状況やスタッフの感想から、認知症ケアの実践現場への導入方法、支援の実施方法・内容について振り返り、今後の実践可能性について検討する。

まず、実践現場への支援の導入方法についてである。本支援では、介護老人保健施設で勤務するスタッフを介入実施者として、認知症高齢者に対して8週間という長期間の支援が継続でき、スタッフの自己申告による支援の実施度も63.5%であった。多忙な実践現場において高い実施率であったと評価できる。これは介入開始前に、「選択肢を提示」し「選択理由を尋ねる」という支援枠組みをもとに作成した介入案を提示し、棟の管理者（看護師長あるいは主任、介護主任）とともに実施可能かを検討したこと、介入実施者となるスタッフに対して具体的行動を示す支援プロトコルを提示したこと、介入期間中も研究者が定期巡回しフォローできる体制をとったことによると考えられる。実践現場への支援の導入の際には、日常の実践場面に落としこんだ具体的な方法を提案し、スタッフとの密な連携を取りながら進めていくことが必要である。

次に、「選択肢を提示する」「選択理由を尋ねる」という支援方法について検討する。本研究では、「間食（飲み物）」「更衣（靴下）」「レク（活動内容）」「姿勢・活動（座る場所）」という4つの場面で、2種類の選択肢を提示し尋ねるという支援を行った。支援継続に対して前向きな感想として、「靴下2択、飲物2択、座る場所2択と支援内容が簡単で行いやすく、対象者の反応も分かりやすかったので実践しやすかった。」とあり、日常生活援助の中に取り入れやすい支援であったといえる。一方で、支援継続が難しいと感じたスタッフの感想には、『認知症の人が決めることは難しいことが多い』が多くみられた。継続的に支援を実践するためには、認知症高齢者の自己決定能力をより引き出せるような支援方法を提案していく必要があると考える。「選択理由を尋ねる」に関しては、「転倒がないよう見守りをしながらの選択、それに伴う会話は、落ち着いてできないことが多かった」などの感想から、多忙な実践現場で、認知症高齢者の傍にとどまり会話することは困難な場合もあったことが伺えた。しかし、認知症高齢者の言葉について高山らは、「生活の場で散歩などを通じて働きかけながら、また認知症高齢者から働きかけられながらの関係性」によって引き出されると述べ（高山ら、2001）、永田は、「誰かが傍らに居続けてくれた経過の中で生み出される」と述べる（永田、2015）。つまり、ケア提供者が認知症高齢者に一方向的に「どちらがいいか選んでください」と促すと、「これがいい」と選ぶことはできる。し

かし、スタッフも思いがけないような認知症高齢者の思い、経験など、彼らの世界に近づくような言葉を引き出すことはできない。スタッフの感想で、「これで何が変わるのかと思ったが、利用者に関わる時間が増えたと思う」とあった。多忙な中でも、認知症高齢者の傍にとどまり、一緒にレクをしながら、歩行介助をしながら、「なぜ？」と尋ねながら彼らの自己決定を支援する。そのような支援を実践するために何が必要かを、スタッフとともに検討する機会を持っていく必要があると考える。

また活動場面別でみると、4つの中で実施回数が最も多かったのは間食で、40回の実施予定に対して平均31.4回、実施割合も78.4%と高かった。スタッフの感想でも、「4つの項目の中では間食が一番はっきりと選択できていた」とあり、認知症高齢者が選択しやすく、スタッフも支援しやすい活動であったといえる。「更衣」は、週2回の入浴後での支援であったため、実施回数は16回と少なかったが、実施割合は80.9%と高かった。「靴下の色を選んでもらうことで利用者の性格が少し分かったように思う」とあり、スタッフにとって「その人らしさ」の分かる支援であったと考える。一方レクは、実施回数18.0回、実施割合63.0%と低かった。棟の忙しさやスタッフ人数などによっては2種類のレクの準備が困難であったためである。しかしスタッフの感想で、「レクの種類で好みがあり、みんな同じではなく、利用者単位で違ったレクをしようと思った」とあった。活動内容を選択することで、認知症高齢者が意欲的に取り組めるという報告がある(村上ら, 2007; 藤田ら, 2014)。決められたレクより活気がでるなど、スタッフが、選択肢があることの良さを実感できる活動であったといえる。4つの中で「姿勢・活動」の実施割合が最も低かった(実施回数17.3回、実施割合43.3%)理由として、歩行自立・車いす自走の方は自らの意思で移動していたことが一因であると考えられる。認知症高齢者にとって望ましいケア環境として「空間の配置や、居場所の選択などにおける融通性」などの自己選択への支援がすすめられている(下垣, 2007)。ソファースペースや畳コーナーを作る、日中も居室で過ごせるよう配慮するなど、安全で自由に移動できる環境作りが自己決定支援になると考える。

以上より実践現場において、「選択肢を提示する」「選択理由を尋ねる」という支援は実施可能性があると評価できるが、多忙な中で傍にとどまり意思を確認することや、会話することの難しさも示された。スタッフの負担を増し、ストレスを増加させてしまうとすれば、長期的な継続には繋がりにくい。より長期間・継続的な実践を継続するためには、実践現場のスタッフとともに、実施可能な方法を検討していく必要があると考える。

## 第Ⅶ章 結論

### 1. 結論

本研究では、介護老人保健施設で生活する認知症高齢者 16 名に対して、療養棟に勤務するすべてのスタッフ 27 名により、間食やレクなどの 4 つの活動場面で 1 日 3~4 回「選択肢を提示」し、「選択理由を尋ねる」という自己決定支援が、8 週間という長期間にわたって継続的に実施された。結果として、以下のことが明らかとなった。

#### 1) 長期的・継続的な自己決定支援の効果について

認知症高齢者及びスタッフ双方への効果について、ウィルコクソン符号付順位検定で評価した結果、以下の 2 点が明らかとなった。

(1) 8 週間継続的に選択肢を提示され、選択理由を尋ねられたことで、介入後に認知症高齢者の前頭葉機能は有意に改善し ( $p = 0.007$ )、精神機能障害 (MENFIS) 総得点 ( $p = 0.014$ ) と下位項目である動機づけ機能障害 ( $p = 0.026$ )、感情機能障害 ( $p = 0.022$ ) が有意に改善した。さらに生活における小さな自己決定を支援されることで、認知症高齢者の生活の質 (DHC) が有意に改善した ( $p = 0.005$ )。改善した QOL は介入終了後 8 週間経過後も維持し、介入時点とフォローアップ終了時でも有意に改善した ( $p = 0.001$ )。

(2) スタッフは、継続的・長期的な自己決定支援を行い、繰り返し行動の選択肢を提示し、選択理由を尋ねたことで、ネガティブな感情表出が減少する傾向にあった ( $p = 0.071$ )。

#### 2) 実践現場における自己決定支援の実践可能性と課題について

(1) 期間中の各対象者に対する自己決定支援の実施回数は平均 79.6 回 (67~89 回) で、期待実施回数に対する実施割合は平均 63.5%であった。自己決定支援に対するスタッフの感想からは、『認知症の人でも自分で決めることができた、変化した』『スタッフの満足感にもつながる』などの支援継続に対する前向きな意見がみられた。これらから、実践現場における実践可能性は高いと評価できた。

(2) 『認知症の人が決めることは難しいことが多い』『業務の中では落ち着いた支援ができない』などの意見から、継続的に実践するためには、認知症高齢者の自己決定能力をより引き出せるような支援方法を提案すること、多忙な中で継続的に実践可能な方法をスタッフとともに検討していくことが必要であると考えられた。



## 2. 研究の限界と課題

本研究は、日常生活の中でスタッフによって介入が実施されたため、対照群の設定が困難であった。生活の場で行う介入研究であり、影響要因の制御に限界があるため、「自己決定」以外の要因が結果に影響した可能性も否定はできない。本研究は 1 施設のみで行ったが、今後は複数施設で実施するなどの工夫を行い、対照群が確保できるような研究デザインを検討していく必要がある。

本研究の介入期間は 8 週間であったが、スタッフの変化を促すためには、より長期的な支援が必要とも考えられる。本研究では、研究者が主体となって支援方法を考案しスタッフに提案したが、長期間継続的に支援を実践するためには、スタッフが主体となり支援方法を検討していくことが望ましい。本研究の結果を基盤とし、実践現場のスタッフと協働しながら今後の研究を進めることで、より効果的で、かつ長期的に実践可能な自己決定支援方法を検討し、実践していく必要があると考える。

スタッフの効果については、認知症ケアを実践するケア提供者への効果を明らかにすることを目的としたため、職種別の分析は行っていない。介護老人保健施設では介護職の人数配置が多いため、職種別の比較を行うまでの人数を確保することは困難であった。職種によって、認知症高齢者の反応から受ける感情も異なることが予測される。職種別の効果について明らかにすることは、今後の課題とする。

## 謝辞

本研究の調査にご協力いただきました高齢者の皆様，ご家族の皆様に心よりお礼を申し上げます。また調査をはじめるにあたり快く引き受けてくださいました施設長，看護部長，長期間に渡る調査にご理解・ご協力いただきました看護師長をはじめとするスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。皆様のご協力なしには本研究を遂行することはできませんでした。

本研究を進めるにあたり，研究計画の段階から論文作成に至るまで多大なるご指導，ご助言をいただきました，金城大学看護学部の高山成子教授に，心より感謝申し上げます。

石川県立看護大学の川島和代教授には，論文執筆にあたりご指導・ご支援をいただきました。深謝申し上げます。本論文をご精読いただき，貴重なご意見とご指導をいただきました，石川県立看護大学の林一美教授，小林宏光教授に深謝申し上げます。また同大学の長谷川昇教授には，研究計画の段階からご意見をいただきました。心よりお礼申し上げます。

そして，研究計画の立案，データの分析に際し貴重なご意見をいただきました，県立広島大学の古屋泉教授，同大学の中垣和子助教に，感謝いたします。

博士後期課程の先輩，同期の皆様の支えなくしては，ここまでたどり着くことはできませんでした。ありがとうございました。

最後に，大学院生活を見守り支援してくれた家族に，感謝します。

なお本研究は，平成 24 年度 若手研究(B)（課題番号：24792583），平成 28 年度 挑戦的萌芽研究（課題番号：16K15963）の助成を受けて実施しました。

## 引用文献

- 相場 健一, 小泉 美佐子 (2011): 重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス. 老年看護学, 16 (1), 75-84.
- 天津 栄子, 中田 まゆみ (1998): 老人保健施設における痴呆性老人とケアスタッフの相互作用にみられるずれの特徴. 老年看護学, 3 (1), 52-63.
- 安藤 史高 (2000): 重視する英語技能の生徒一教師間での不一致・授業に対する不満と英語学習動機づけとの関連. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. 心理発達科学, 47, 185-195.
- 朝田 隆 (2017): 知的活動による認知症の進行抑制. 老年精神医学雑誌, 28 (1), 44-50.
- Boyle Geraldine (2013): 'She's usually quicker than the calculator': financial management and decision-making in couples living with dementia. Health and Social Care in the Community, 21(5), 554-562.
- De Martino B, Kumaran D, Seymour B, et al. (2006): Frames, biases, and rational decision-making in the human brain. Science, 313, 684-687.
- E.L. Deci (1980) / 石田 梅男 (1985): 自己決定の心理学—内発的動機づけの鍵概念をめぐって, 誠信書房, 東京.
- Dunois B, Slachevsky A, Litvan I, et al. (2000): The FAB: A Frontal assessment battery at bedside. Neurology, 55, 1621-1626.
- Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R (2013): Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. Journal of Aging Study, 27, 143-150.
- 藤田 芽名, 山田 孝, 石井 良和 他 (2014): 人間作業モデルに基づく活動選択と環境支援が認知症高齢者の周辺症状の改善に有効だった一事例. 作業行動研究, 18(1), 26-33.
- 萩原 俊彦, 櫻井 茂男 (2008): “やりたいこと探し”の動機における自己決定性の検討: 進路不決断に及ぼす影響の観点から. 教育心理学研究, 56, 1-13.
- ハーレーン・アンダーソン, ハロルド・グーリシャン (1992) / 野口 裕二, 野村 直樹 (2014): 第2章クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ. シーラ・マクナミー, ケネス・J・ガーゲン編. ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践. 43-64, 遠見書房, 東京.
- 本間 昭, 新名 理恵, 石井 徹郎 他 (1991): 老年期痴呆を対象とした精神機能障害評価

- 票の作成. 老年精神医学雑誌, 2 (10), 1217-1222.
- 伊東 美緒 (2015) : 認知症高齢者が当たり前の対人関係を持つこと. 認知症の最新医療, 5 (3), 128-131.
- 伊藤 信子, 大野 明子, 西尾 穂波 他 (2014) : 認知症患者の行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考, 言葉, 行為の変化. 日本認知症ケア学会誌, 13 (2), 512-520.
- Juwon HA, Eun-Jin KIM, Sewon LIM, et al. (2012) : Altered risk-aversion and risk-taking behaviour in patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 12 (3), 151-158.
- 角田 豊 (1994) : 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み. 教育心理学研究, 42 (2), 193-200.
- 木村 勇介, 深谷 安子 (2008) : 施設入所高齢者の日常生活行動に関する要望や困りごとの構成要素. 老年看護学, 13 (1), 49-56.
- 小山 幸代 (2013) : 認知症高齢者グループホームの成員が形成している集団の特性 エスノメソドロジー研究による相互作用の分析から. 北里看護学誌, 15 (1), 11-24.
- 小山 幸代, 片井 美菜子, 千葉 京子 他 (2015) : 認知症高齢者の生活行動を引き出すコミュニケーションの特徴 エスノメソドロジー研究による相互作用分析から. 日本早期認知症学会誌, 8 (2), 78-87.
- 窪内 敏子 (2016) : 認知症ケアの実践者が抱く感情規則の傾向. 日本看護福祉学会誌, 21 (2), 165-182.
- 久米 真代, 高山 成子, 西山 みどり (2010) : 認知症高齢者の入所後の適応プロセス 居室開放型施設での適応行動の観察から. 神戸市看護大学紀要, 14, 11-20.
- 久米 真代, 高山 成子, 丸橋 佐和子 (2005) : 中等度から重度の痴呆患者が入院環境になじんでいくプロセスに関する研究. 老年看護学, 9 (2), 124-132.
- Langer EJ, Rodin J (1976) : The Effect of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting, *Journal of Personality and Social Psychology*, 191-198.
- 前田 樹海, 小西 恵美子 (2012) : 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証—第1報—. 日本看護倫理学会誌, 4 (1) 32-37.
- 松田 修 (2012) : 成年後見制度における高齢者の判断能力判定に関する心理学的研究 階層分析法による高齢者の意思決定過程の分析とワーキングメモリ負荷条件下における時

- 間的プレッシャーの有無が判断課題の成績に与える影響の検討. 生存科学 B, 22, 103-114.
- 松平 裕佳, 高山 成子, 菅沼 成文 他 (2010): 介護老人福祉施設入所者の主観的幸福感に関連する要因. 日本公衆衛生雑誌, 57 (2), 121-130.
- Matsumoto K, Suzuki W, Tanaka K (2003): Neuronal correlates of goal-based motor selection in the prefrontal cortex, Science, 301, 229-232.
- 目黒謙一 (2004): 痴呆の臨床 - CDR 判定用ワークシート解説. 医学書院, 東京.
- 溝田 順子, 横山 正博 (2006): 認知症高齢者グループホームにおける生活共有の有用性. 日本認知症ケア学会誌, 5 (3), 471-479.
- 森本 美奈子, 柿木 達也, 柏木 哲夫 他 (2002): アルツハイマー型痴呆患者の Quality of Life 評価尺度「Dementia Happy Check-Home Care Version」の開発. 老年精神医学雑誌, 13 (9), 1051-1060.
- 森岡 陽介, 福永 雅喜, 田中 忠蔵 他 (2010): 表情動画を用いた扁桃体賦活の検討 - 事象関連的 fMRI 研究 -. 生理心理学と精神生理学, 28 (1), 17-27.
- 村上勝俊, 望月昭 (2007): 認知症高齢者の行動的 QOL の拡大をもたらす援助設定 - 選択機会設定による活動性の増加の検討 -. 立命館人間科学研究, 15, 9-24.
- 永田久美子監修 (2015): 認知症の人たちの小さくて大きなひと言 私の声が見えますか?. 153, 株式会社 harunosora, 神奈川.
- 日本老年医学会: 認知機能の評価法と認知症の診断. [https://www.jpn-geriatrics.or.jp/tool/tool\\_02.html](https://www.jpn-geriatrics.or.jp/tool/tool_02.html).
- 新里 和弘, 大井 玄 (2013): 認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応. Dementia Japan, 27 (1): 70-80.
- 二神 真理子, 渡辺 みどり, 千葉 真弓 (2010): 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. 老年看護学, 14 (1), 25-33.
- 野口 祐二 (2002): 物語としてのケアーナラティブ・アプローチの世界へ. 医学書院, 90-106, 東京.
- 荻野 佳代子, 瀧ヶ崎 隆司, 稲木 康一郎 (2004): 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響. 心理学研究, 75 (4), 371-377.
- Onishi C, Yuasa K, Sei M, et al. (2010): Determinants of life satisfaction among Japanese elderly women. The Journal of Medical Investigation, 57, 69-80.

- 小野 剛 (2001) : 簡単な前頭葉機能テスト. 脳の科学, 23 (6), 487-493.
- 小野塚 元子, 奥野 茂代 (2006) : グループホームに入居している認知症高齢者と他の入居者, ケアスタッフとの相互作用. 高齢者のケアと行動科学, 12 (1), 43-51.
- パム・スミス (1992) / 武井麻子, 前田康樹 (2000) : 感情労働としての看護. 187, ゆみる出版, 東京.
- Rangel A, Camerer C, Montague P. R (2008) : A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 545-556.
- 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.
- Samsi K, Manthorpe J (2013) : Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. *International Psychogeriatrics*, 25 (6), 949-961.
- 佐々木 裕子, 山口幸恵 (2010) : 高齢者の自己決定を支える看護援助について—日本文化と家族との関係を通して—. *ホスピスケアと在宅ケア*, 18 (1), 2-8.
- 下垣 光 (2007) : 【認知症と住環境】 環境支援の基本的考え方. *老年精神医学雑誌*, 18 (2), 133-138.
- Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K (2012) : How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Services Research*, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/241>.
- 杉原 百合子, 山田 裕子, 武地 一 (2010) : 認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究—家族介護者の語りの介護開始時期からの分析—. *日本認知症ケア学会誌*, 9 (1), 44-55.
- 高山 成子, 水谷 信子 (2000) : 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. *老年看護学*, 5 (1), 88-95.
- 高山成子, 水谷信子 (2001) : 中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究—看護者との対話から—. *日本看護科学会誌*, 21 (2), 46-55.
- 内ヶ島 伸也 (2009) : 認知症高齢者の日常生活ケアに関わる「選択の表明」能力と「論理的思考」能力の特徴. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 5 (1), 39-47.
- 渡辺 陽子, 高山 成子 (2010) : 施設で生活する中等度・重度認知症高齢者の自己決定の機

- 会を提供する看護介入の効果：老年看護学，14（1），5-15.
- 渡辺 陽子（2011）：高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者に自己決定の機会を提供する看護介入の有効性についての検討. 人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌，11（1），29-40.
- ウィリアム・プライス・フィリップス（1995）／伊藤直樹（1991）：臨床神経学辞典，679，医学書院，東京.
- Wimmer GE, Shohamy D（2012）：Preference by Association: How Memory Mechanisms in the Hippocampus Bias Decisions. *Science* , 338, 270-273.
- Woods B, Thorgrimsen L, Spector A et al(2006) : Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219-226
- 山口 晴保，牧 陽子（2011）：非薬物療法の現状と展望 概論. 認知症学（下） - その解明と治療の最新知見 - . 日本臨床増刊号，69（10），98-103
- 山本 麻衣，城 仁士（2008）：高齢者福祉施設入居者の施設への愛着の構造と形成. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要，2（1），133 - 141.
- 湯浅 美千代，野口 美和子（2006）：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，10（2），51-61.

## 調査協力をお願い

本研究は下記の目的・方法で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意を頂ける場合は、同意書にご署名下さい。

## 記

## 1. 研究の目的

この研究の目的は、次の二つです。

① 支援者による継続的な自己決定支援が、認知症の人の精神機能および認知機能に及ぼす影響を明らかにする

研究者が作成した自己決定支援プロトコルをもとにした援助を、日々の生活援助場面で実践して頂くことで、認知症の人の精神機能・認知機能が改善することが予測されます。皆様に援助を実践して頂き、介入の効果を評価したいと考えています。

② 継続的な自己決定支援による、支援者の意識の変化について明らかにする

認知症の人と支援者が互いに働きかけ影響を及ぼしあいながら「自己決定支援」を行うことで、支援者側の「認知症の人に対する思い」が変化することが予測されます。支援を行うことによる支援者側の意識の変化を評価したいと考えています。

## 2. 研究方法・期間

## ① 調査実施期間

調査実施時間は図 1 に示すとおりです。

## ② 援助の実践

今までの研究の結果、認知症の人の「意思」を引き出すためには、支援者の意図的な、相互作用のある働きかけが重要であることが分かりました。

そこでこの度、渡辺が今までの研究成果をもとに作成した「認知症の人の自己決定支援過程」に添った援助を、8週間実施していただきたいと考えています。

## ③ 意識の変化の評価方法

- ・アンケート：支援開始時、終了時、終了して8週間経過時の3回、3種類のアンケートに答えて頂きます。

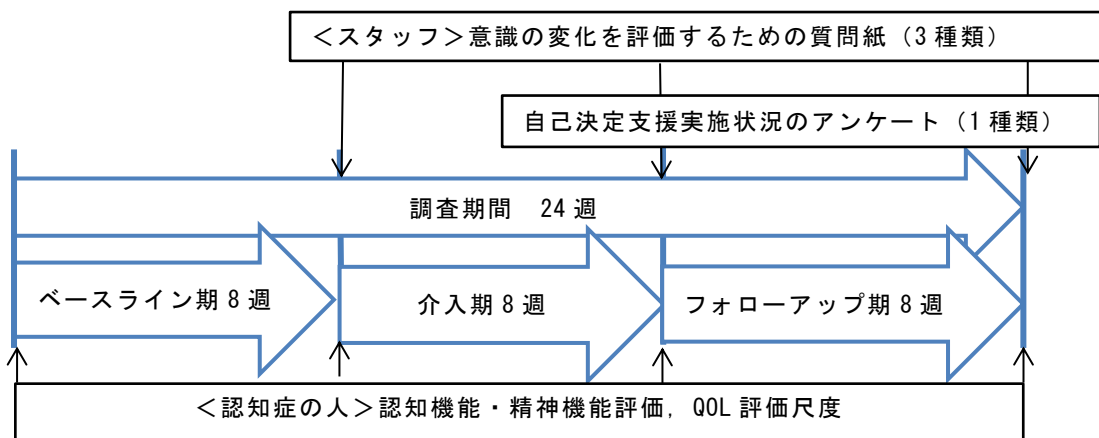


図 1. 調査期間と測定時期



### 3. この研究の予想される結果および予測される社会的な影響

認知症の人への自己決定支援は、認知症ケアの基本的な理念でもあり重要性は周知されていますが、日常的な支援の中での実施が困難なことも事実です。本研究により、認知症の人の自己決定能力を高めるための介入方法を具体的なプロセスとして提示することができれば、実践者へのケア指針を提示することができます。

認知症は非可逆性の進行疾患であり、現時点では薬物療法と併用し、非薬物的療法によって生活の質を向上させるケアが主流です。非薬物療法として、回想法や音楽療法などの介入が実施され効果が検証されていますが、それらは認知症が中等度、重度と進行した場合に継続して実践することは困難です。日常生活援助は、疾患が進行しても毎日実施する援助です。日々の生活の中で実施する本介入の精神機能、認知機能改善効果を示すことができれば、認知症の人が最後まで、生活の質を少しでもよい状態に保つためのケア方法の開発に繋がると考えます。

### 4. 起こるかもしれない不利益と、その対応について

本研究では、日常的な援助場面で介入を実施していただき、さらに介入実施による評価のための質問紙調査や面接をお願いします。通常業務への支障を来したり、勤務時間帯以外でのご協力をお願いすることになる可能性があります。できるだけ通常業務に差障らないよう配慮したいと考えております。

### 5. 研究への参加とその撤回について

この研究への参加・協力は、お断りになることもできます。研究への参加・協力は、自由意思によって行ってください。また研究への参加・協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができます。研究への参加・協力を取りやめることによって不利益をこうむることは一切ありません。

### 6. プライバシーの保護

研究データおよび結果は、研究の目的以外に用いることはありません。この研究の結果は学会発表や論文での報告に使用しますが、プライバシーに関することは全て秘密を厳守します。施設名や個人を識別する情報は上記の報告において一切使用しません。

### 7. 研究中・終了後の対応

この研究の期間中および終了後でも、この研究に関する質問がありましたら、ここに記載されている研究者までお尋ねください。

#### <研究責任者>

石川県立看護大学看護学研究科博士後期課程 渡辺陽子

勤務先：県立広島大学保健福祉学部看護学科

連絡先 住所 三原市学園町 1-1

電話 0848-60-1120 (内線 3410)

メール ywatanabe@pu-hiroshima.ac.jp

付表1. 認知症高齢者の評価尺度の得点変化と比較結果

尺度名	人数	中央値(四分位偏差)				p値		
		得点範囲				ベースライン 期間前後	介入期間 前後	介入期間前- フォローアップ 期間終了後
		ベースライン 期間前	介入期間開始 時(ベースライ ン期間終了時)	介入期間終了 時(フォローアッ プ期間開始時)	フォローアップ 期間終了後			
MMSE	15	9.00(5.00) 0-30	11.00(7.00) 0-30	12.00(6.50) 1-30	12.00(6.50) 0-30	0.420	0.253	0.669
FAB	14	4.00(2.00) 0-10	3.00(1.63) 0-10	4.00(1.00) 0-13	3.50(3.13) 0-13	0.039**	0.007***	0.134
MENFIS 総得点	16	38.00(10.25) 18-62	39.00(9.88) 14-61	36.00(10.88) 12-61	40.00(10.63) 9-68	0.878	0.014**	0.955
認知機能障害	16	21.00(7.63) 6-37	24.00(8.00) 3-36	20.50(6.88) 3-38	24.50(6.88) 3-38	0.719	0.060*	0.636
動機づけ機能 障害	16	6.00(3.38) 3-14	7.50(2.88) 3-13	6.50(3.25) 3-13	7.00(4.00) 2-15	0.958	0.026**	0.606
感情機能障害	16	6.00(1.5) 2-13	7.00(1.50) 1-13	4.50(3.13) 0-10	6.00(2.75) 0-15	0.417	0.022**	0.773
DHC	16	28.00(5.00) 10-50	27.00(5.00) 10-46	30.00(9.00) 14-48	29.00(10.50) 14-48	0.273	0.005***	0.001***

※ウィルコクソンの符号付順位検定

※\* < 0.1 \*\* < 0.05 \*\*\* < 0.01

付表2. スタッフの評価尺度の得点変化と比較結果 (n=27)

尺度名	中央値(四分位偏差) 得点範囲			p値		
	介入期間 開始時	介入期間終了 後(フォローアッ プ期間開始時)	フォローアップ 期間終了時	介入期間 前後	介入期間前-フォロー アップ期間終了後	
感情労働 尺度	患者へのネガティブ な感情表出	16.00(2.00) 9-24	15.00(2.50) 9-25	16.00(3.00) 6-26	0.071*	0.977
	患者への共感・ポジ ティブな感情表出	21.00(2.00) 12-30	21.00(2.50) 6-27	21.00(3.00) 9-30	0.150	0.073*
	感情の不協和	15.00(2.50) 5-24	16.00(4.00) 6-24	16.00(3.00) 6-23	0.818	0.967
	感情への敏感さ	12.00(2.50) 6-18	12.00(2.50) 4-16	13.00(2.00) 5-20	0.079*	0.729
	共有経験尺度 改訂版	34.00(4.00) 18-57	34.00(5.50) 4-50	32.00(5.50) 3-52	0.148	0.205
	共有不全経験尺度	31.00(4.50) 10-50	28.00(9.00) 10-55	31.00(8.00) 5-51	0.954	0.838
改訂道徳的 感受性質問紙 日本語版	道徳的強さ	10.00(1.00) 6-15	11.00(1.00) 7-15	10.00(1.50) 7-15	0.245	0.126
	道徳的な気づき	16.00(1.50) 7-21	16.00(1.50) 11-19	16.00(2.00) 13-20	0.280	0.163
	道徳的責任感	8.00(1.00) 6-10	8.00(1.00) 5-11	8.00(1.00) 6-11	0.848	0.564

※ウィルコクソンの符号付順位検定

※ \* < 0.1