

Title	高齢者介護施設職員の有能感に関する心理学的研究
Author(s)	大庭, 輝
Citation	大阪大学, 2016, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56038
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

博士論文

高齢者介護施設職員の有能感に関する心理学的研究

大阪大学大学院人間科学研究科
臨床死生学・老年行動学研究分野

大庭 輝

目次

要約	i
第 I 章 序論	1
第 1 節 認知症高齢者の増加と認知症施策	2
1-1. 世界の認知症疫学と国家戦略	2
1-2. 日本における認知症の疫学	4
1-3. 日本の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）と 医療のパラダイムシフト	5
第 2 節 介護職員の現状	7
2-1. 慢性的な人材不足	7
2-2. 専門職としての質的不足	9
第 3 節 認知症介護の質低下を招く要因	10
3-1. 介護職員の負担感	10
3-2. 介護職員の負担感の関連要因	12
3-3. 感情労働としての介護負担感	13
第 4 節 認知症介護の質向上に向けて	14
4-1. 身辺介護から全人的介護へ	14
4-2. 介護現場における認知症の知識	15
4-3. 認知症の知識の普及における課題	19
第 5 節 ボトムアップ型の実践システム構築に向けたアプローチ	20
5-1. 内発的動機づけの視点からの検討	20
5-2. 内発的動機づけの基となる有能感	21
第 6 節 目的	24

第Ⅱ章 有能感は認知症介護の質低下の抑制要因になりうるか？	25
研究 1 有能感と感情的負担感の関連	
目的	26
方法	26
結果	28
考察	36
第Ⅲ章 有能感は認知症介護の質向上の促進要因になりうるか？	39
研究 2 有能感と認知症に関する知識の関連	
目的	40
予備調査	41
目的	41
方法	42
結果と考察	43
本調査	49
方法	49
結果	50
考察	61
第Ⅳ章 有能感はどのような要因に影響を受けるのか？	65
研究 3 精神的健康と職場環境が有能感に及ぼす影響	
目的	66
方法	67
結果	69
考察	76
第Ⅴ章 総合考察	79
第 1 節 認知症介護における有能感研究の意義	80
第 2 節 有能感を高めるための前提条件	82
第 3 節 ボトムアップ型の実践システム構築に向けた提案	83
第 4 節 研究の限界	85
第 5 節 今後の展望	86
第 6 節 結語	87
引用文献	88

謝辞

付録

- 研究 1・研究 3 調査用紙
- 研究 2 調査用紙 (予備調査)
- 研究 2 調査用紙 (本調査)

要 約

第 I 章 序論

本研究の目的は、介護職員の有能感が認知症介護の質低下の抑制及び質向上の促進に寄与するのか、寄与するのであれば何が有能感に影響を及ぼすのかを検討することであった。認知症への対策は世界的な課題となっており、それは日本も例外ではない。日本における介護現場の課題として、慢性的な人材不足や専門職教育の不足に起因する負担感の増加に伴う認知症介護の質低下の抑制のみならず、介護に高度な専門知識や技術を要する認知症介護の質向上の促進という 2 つが挙げられた。この 2 つの課題はそれぞれ独立したものであるのではなく関連したものとして考えていくことが有効であり、課題の解決のためには従来行われてきたトップダウン型の方策だけでなく、介護職員個々が自らの専門職としての価値を見出し、業務内外において自律的に研鑽を積んでいくようなボトムアップ型の実践システムを構築していくことが必要であると考えられた。

本研究では、認知症介護の質低下を抑制し、認知症介護の質向上を促進するためのボトムアップ型の実践システムの構築に向けて、行動そのものが目的である内発的動機づけ及びその基となる有能感に着目した。そして、3 つの研究により、認知症介護における有能感研究の意義について検討した。研究 1 では、有能感が認知症介護の質低下の抑制要因となりうるかを明らかにするために、感情的負担感との関連を検討した。研究 2 では、有能感が認知症介護の質向上の促進要因となりうるかを明らかにするために、認知症の知識との関連を検討した。研究 3 では、有能感に影響を及ぼす要因を明らかにするために精神的健康と職場環境に着目して検討した。

第Ⅱ章 有能感は認知症介護の質低下の抑制要因になりうるか？

研究1では、介護職員が感じる負担感の中でも、認知症の人に対して感じる否定的感情に着目し、これを「感情的負担感」として有能感との関連を検討した。階層的重回帰分析の結果、有能感が高まるほど感情的負担感が軽減することが示された。有能感の高い職員は問題に対処できるという自信を持っていたり、解決に向けた行動を起こしたりするため感情的負担感が小さくなると考えられた。さらに、年齢と有能感の交互作用も認められた。年齢の高低に関わらず有能感の向上は感情的負担感の軽減に寄与するが、その影響は年齢が高い職員の方が大きかった。年齢が若い職員は有能感向上による感情的負担感の軽減の影響が少ないため、日常の業務に対する適切な評価やスーパーヴィジョンの導入など、組織による支援体制の構築も重要であると考えられた。

第Ⅲ章 有能感は認知症介護の質向上の促進要因になりうるか？

研究2では、介護職員の有能感と動機づけ、認知症の知識との関連を検討した。予備調査において、既存の認知症の知識を測定する検査の設問を選定し、より詳細に知識を測定できるよう修正を加えた。階層的重回帰分析の結果からは、認知症の知識を検討するにあたっては基本属性の影響を考慮する必要性が示された。有能感、動機づけが認知症の知識に及ぼす影響について雇用形態別の多母集団同時分析によるパス解析を行った結果、正規職員では能力の発揮や成長に関する有能感を高めることが内発的動機づけを介して認知症の知識につながることで、問題の予測や解決に関する有能感が外発的な動機づけを抑制することが示された。正規職員においては、日々の業務が学習の機会となっている可能性や、

業務への自立的な関与により外発的な動機づけが抑制されることが示唆された。

一方、非正規職員では、有能感を高めることが認知症に関する自主学習の頻度を増加させることで認知症の知識の増加につながることを示された。有能感を高めることは重要であるが、非正規職員は正規職員に比べて業務に自立的に携わりにくい状況にあることが示唆され、職場における環境調整も必要であることが示唆された。

第IV章 有能感はどのような要因に影響を受けるのか？

研究3では、介護職員の有能感に影響を及ぼす要因について精神的健康と職場環境に着目し、性差の影響も考慮して検討した。男女別の多母集団同時分析によるパス解析を行った結果、職場に参画できていることが精神的健康の改善につながり、精神的健康の改善は有能感の向上に寄与することが示された。また、女性においては、職場に参画できていることが能力の発揮や成長に関する有能感を高めることが示された。一方、介護職員の精神的健康は基準値に比べて悪く、慢性的に有能感が高まりにくい状況にあることも示された。介護職員の有能感を高めるためには精神的健康の改善が重要であり、そのためには職員の自己決定的な行動を促し、支援する環境づくりが必要であることが示唆された。

第V章 総合考察

研究1では、介護職員の有能感を高めることが認知症介護の質低下につながる感情的負担感の抑制に寄与すること、研究2では、内発的動機づけや自主的な学習行動を促進し、認知症の知識の増加に寄与することを明らかにした。これらの結果から、認知症介護にお

けるボトムアップ型の実践システムの構築に向けて、介護職員の有能感に着目することの有用性を示した。一方、研究 3 からは、そのための前提として職場環境の改善や公私含めた職員のメンタルヘルスの対策など、トップダウン型の介入もまた必要であると考えられた。そして、ボトムアップ型の実践システムの構築のためには、今後、有能感の向上に寄与する研修手法の検討や、職場内での事例検討会など日常的な業務の中で有能感を高める方法を検討していくことが必要であると考えられた。

本研究の限界と課題として 3 点挙げた。1 つ目は、研究 1 と研究 3 は介護福祉士のみを対象としていたため、他の職員でも同様の傾向が見られるかは検討の必要があること、2 つ目は認知症介護の質を測定するためには認知症の人の行動指標をアウトカムにした研究も必要であること、3 つ目は有能感の高い職員が実際にどのような行動を取っているのかを検討するために面接法などの質的研究を行う必要性があること、である。

今後の展望として、性格など特性要因と有能感の関連の検討、有能感の客観的測定に向けた行動指標の抽出や、発達的な視点から介護職員の有能感を捉えていく研究が必要であると考えられた。

第 I 章 序論

※本研究は下記の論文に加筆・修正を加えたものである。

大庭 輝 (2014) . 認知症ケアにおける内発的動機づけ研究の提案——介護職員を対象とした研究の現状と課題から—— 生老病死の行動科学, 17/18, 79-89.

第 1 節 認知症高齢者の増加と認知症施策

1 - 1. 世界の認知症疫学と国家戦略

World Health Organization (2015) によると、世界にはおよそ 4,750 万人の認知症の人がおり、今後 2030 年までに 7,560 万人、2050 年までに 1 億 3,550 万人にもなると推計されている。認知症への対策は世界的な課題となっており、各国において認知症に対する国家戦略が策定されている。

例えば、Alzheimer' s Association (2015) は、アメリカでは 530 万人がアルツハイマー型認知症に罹患しており、2025 年までに 65 歳以上では 40%増加の 710 万人、2050 年までにおよそ 3 倍の 1,380 万人が罹患すると推計している。国家戦略である National Plan to Address Alzheimer' s Disease (U.S. Department of Health and Human Services, 2015) では、①既存の資源を最適化し、継続的な活動を改善及び調整する、②行政－民間の結びつきを支援する、③認知症とその関連疾患へのアプローチ方法を転換する、の 3 つが基本原理として挙げられている。そのための目標として、2025 年までのアルツハイマー病の予防法と効果的な治療法の開発や介護の質と効率の向上といった、5 つの目標が設定されている。

Australian Health Ministers' Conference (2015) では、オーストラリアの認知症有病者数は 2011 年で 29.8 万人であり、今後 2020 年までに 40 万人、2050 年までに 3 倍の 90 万人が認知症有病者となることが予測されている。国家戦略である National Framework for Action on Dementia 2015-2019 では認知症の人の Quality of life (QOL) と支援ネットワークの改善をビジョンとし、そのための原理として、①認知症の人は選択の権利や尊厳、身体的・情緒的・心理的な安全と QOL といった価値を重んじられ、尊敬される、②介護者

は評価され、支援され、選択に敬意が払われる、③社会参加は積極的に支援され、可能な限り促進するよう試み、健康と多様性が受け入れられる、④認知症の人と介護者、家族は時に応じて優良で手ごろな支援サービスを利用できる、⑤サービスは利用者への直接介護の原則により提供され、個人のニーズや好みは特定され、可能な限り満たされるようパーソンセンタードの観点から行われる、⑥認知症の人と介護者、家族は差別されることなく必要なときに介護や支援サービスを受けられる、⑦知識と技術を備えた人員は提供する介護の質の根本をなす、⑧協働はサービスの変更や改善についての情報を与えるために導入される、⑨エビデンスに基づいたアプローチや方針、実践はすべての認知症に関連した活動やサービスに導入される。エビデンスが不十分な地域は今後の研究において優先される、の 9 点が掲げられており、そのための行動計画として 7 つの主となる領域を掲げている。

また、UK Government Department Health (2009) では、イギリスではおよそ 70 万人が認知症有病者であり、認知症にかかるコストは年間 170 億円とされている。今後 30 年間で認知症有病者数は倍の 140 万人となり、年間 500 億円以上のコストがかかると推計されている。国家戦略である Living well with dementia の狙いは、①認知症に対する意識の改善、②早期の診断と介入、③質の高いケア、という 3 つの鍵となる領域における認知症サービスの改善を保証することであり、そのために 17 の目標を掲げている。この戦略はタイトルにもある通り、「認知症と共により良く生きる」ことの実現が最大の目的となっている。

さらに、Norwegian Ministry of Health and Care Services (2015) によると、ノルウェーではおよそ 6 万 6 千人が認知症有病者であり、有病率も増加している。家族などの近い関係を含めると 25 万人が認知症による影響を受けているとされる。今後、認知症有病者

数は 2040 年までに倍となる 13 万 5 千人に達すると推定されている。ノルウェーの国家戦略である Dementia Plan 2015 は介護サービスを利用するすべての人に対して質が高い介護を提供することを意図して作成された Care Plan 2015 の項目の一つとして記載されている。Dementia Plan 2015 における認知症介護の基本原則として、①良い認知症介護はすべての人にとって良い介護である、②開放性と一体性がある、③切れ目のない統合された介護が提供される、④小規模単位での介護が提供される、⑤尊厳を持ち敬意が払われる、の 5 つが挙げられている。そのための実行計画として、認知症の人が意味ある生活を実現するための作業プログラムの充実や、認知症の人のニーズにあった生活施設の整備、認知症介護の知識や技術の向上などが掲げられている。

いずれの国においても、認知症有病者数は今後 30 年ほどの間に 2~3 倍になることが推計されており、国家主導で認知症対策が行われている。これらの国家戦略は基本理念として認知症の人がよりよく生活できるようになることが共通要素として挙げられ、国家や自治体のみならず介護者や家族など個人レベルも含めた対策が掲げられている。

1 - 2. 日本における認知症の疫学

一方、日本を見てみると、高齢者割合は 2014 年度時点で 26%とされ（内閣府, 2015）、人類史上経験のない超高齢社会を歩んでいる。Sekita, Ninomiya, Tanizaki, Doi, Hata, Yonemoto, Arima, Sasaki, Iida, Iwaki, Kanba, & Kiyohara（2010）による疫学調査の報告では、認知症の有病率は 1985 年時の 6.7%から、2005 年には 12.5%と増加しており、厚生統計協会（2010）では、認知症高齢者数は 2015 年時点で 250 万人と予測されていた。しか

し、朝田（2013）は、認知症有病率は 2010 年時点で 15%（95%信頼区間 12%～17%）であり、人数は約 439 万人（95%信頼区間 350 万人～497 万人）、認知症予備軍である軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment）有病率は 13%（95%信頼区間 10%～16%）、人数は約 380 万人（95%信頼区間 292 万人～468 万人）と、実に 800 万人以上の高齢者が認知機能の低下した状態であることを報告し、認知症有病者数は当初の推計を遥かに超えるペースで増加していることが明らかになった。朝田（2015）は、過去の推計よりも大きくずれた有病率になった理由として、平均寿命の伸長を挙げている。一方、認知症有病率は人口の高齢化を超えて上昇していることも指摘されている（清原, 2015）。高齢化以外の理由としては、認知症という言葉が世間に知れ渡るようになったことにより、早期に医療機関への受診をする高齢者が増えたことや、糖尿病などの認知症関連疾患の有病者数の増加が考えられる。今後の認知症の診断技術の向上と高齢者割合の増加を踏まえると、認知症有病者数はさらに増加していくことが予測され、認知症高齢者に対する施策の見直しも迫られている。

1-3. 日本の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）と医療のパラダイムシフト

わが国においても、厚生労働省が 2013 年に認知症施策推進 5 ヶ年計画（オレンジプラン）を策定した。従来の認知症施策は顕在化した認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD）などに対する対応が主だったのに対し、オレンジプランではできる限り BPSD が現れにくくするような予防的な視点を取り入れられている（本間, 2013）。しかし、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年には 65 歳以上高齢者に対する認知症有病者数の割合は約 5 人に 1 人となる見込みとの結果

が示されたことから、今後の認知症高齢者の増加を見据えて 2015 年 1 月に見直され「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりにむけて～」として新たに策定された（厚生労働省, 2015c）。

新オレンジプランでは、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、「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を目指す」ことが基本的な考え方として掲げられている。そのための柱として、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、の 7 つが提示されている。

また、日本学術会議（2014）からは、これからの日本の医学・医療のあり方について提言が出された。その中では、従来の医療界には医療と介護・福祉の問題を切り離して考えようとする傾向があったが、認知症患者や通院困難な要介護高齢者の急増、都市部における高齢者の急増に伴う看取りの場所の不足の予測から、医療機関で診る医療だけでなく、地域で見守る医療も必要であるという理解が広がりつつあることが指摘されている。そして、超高齢社会の現状を踏まえて、これまでの疾病の治療を目的とした「治す医療」から患者総体の QOL の極大点を得るための「治し支える医療」への転換の必要性を提言している。これは、癌や認知症など完治しない疾患に対する医療を見据えたものであり、そのためには「病院中心の医療」から介護・福祉と連携する「地域完結型医療」への転換が必要であるとされてい

る。厚生労働省（2015a）による保健医療 2035 においても、少子高齢化の急速な進展や疾病構造の大幅な変化、保健医療に係る財源・サービス・マンパワーに対する需要の増加の大きな変化を背景に、保健医療のパラダイムシフトの必要性が指摘されている。その中では、量の拡大から質の改善への転換や、ケア中心からケア中心への転換、といったことが掲げられている。

これらの施策や提言では、認知症を抱えながらも地域でできる限り本人らしく生活することを可能にするために、高齢者の生活を支えるための医療と介護の連携や、良質な介護人材の確保や介護の質向上の必要性が挙げられている。すなわち、専門職としての介護職員の役割は益々重要性を増してきている。

第 2 節 介護職員の現状

2-1. 慢性的な人材不足

このような現状の中、介護人材は 2015 年度で 167～176 万人、2025 年度には 237～249 万人が必要と推計されている（厚生労働省, 2015b）。しかし、福祉・介護人材の特徴として、宮崎（2008）は非常勤職員の占める割合が多いこと、入職率および離職率が高いこと、給与水準の低いこと、他の職種に比べて有効求人倍率が高いこと、などを挙げている。松本（2011）は、介護職員は給与や勤務体制・職員体制、研修や勉強会の機会、仕事量、仕事内容などに対して満足度が低いことを報告している。そして、人手不足による仕事量の増加、それに伴う残業や時間外勤務の増大が研修や勉強会の機会の減少や自己研鑽の意欲の低下につながるとして、それぞれの要因は関連しあっていることを指摘している。また、病院に勤務する

看護職のような対人援助職は精神的健康が低いことが示されており（影山・錦戸・小林・大賀・河島, 2003 ; 森・影山, 1995）、福祉施設においても竹田・太田（2014）は 63.8%が精神的健康の低い状態であったことを報告している。このように、介護現場では人材が必要であるにも関わらず福利厚生等の待遇面のみならずメンタルヘルスに関する対応の必要性があることも示されている。

介護労働安定センター（2015）によると、介護職員の離職率は 17.5%であり、7 割以上の者は 3 年以内に離職しているとされる。離職の理由としては職場の人間関係の問題が最も多く、次いで組織の理念や運営に対する不満、他に条件の良い仕事や職場があったことが挙げられている。介護職員の過不足については、57.6%の施設は不足感を抱いていると報告されており、人手不足が慢性化している。張・黒田（2008）は離職意向や離職率に関して検討しており、職場への所属意識の低さ、職員の待遇が良くないことが関連していることを示した。一方で、介護肯定感や職員の待遇が良いこと、年間の賃金の高さ、事業所から勧められて研修を受けているといった要因が離職意向や離職率を抑制することが示されている。しかし、介護保険財政における介護報酬は制度成立当初に比べて引き下げられており、賃金の上昇が困難な状況にある。加えて、施設の人員配置基準により職員が休みなどを利用して研修などに参加することが難しい。こうした介護業界特有の職場事情が離職の一因となっている。介護に対する社会的ニーズは大きいにも関わらず発生している介護労働市場のミスマッチの背景には、介護職は専門職と位置づけられたものの、依然としてアンペイドワークという意識が払拭されず、経験や専門性を積んでも賃金上昇率が低く、経済保障や身分保障が脆弱化していることが挙げられている（井上, 2010）。しかし、年金や老人医療など高齢

者に関わる社会保障給付は増大し続けており、財源の確保と給付の抑制が課題である中（佐藤, 2014）、制度面による改善は不透明である。

2-2. 専門職としての質的不足

介護現場における国家資格として介護福祉士が挙げられるが、施設における介護福祉士の資格保有率は 37.5%と少ない（介護労働安定センター, 2015）。現行の介護保険法の中では、介護職として勤めるにあたって資格基準は設けられておらず、無資格の者も数多く従事している。介護福祉士についても、2008 年に改正された新カリキュラムで認知症の理解に関する教育内容が明示されたが（井上, 2010）、必修となる時間は 60 時間であり、十分な教育を受けているとは言い難い。介護福祉士は 2013 年時点で 100 万人以上登録されているものの、従事率は 55.5%にすぎず（厚生労働省, 2015b）、また、職能団体である日本介護福祉士会への加入率は 3%に満たない状況であり（浅井, 2012）、資格取得後の教育・研修体制も十分とはいえない。さらには、福祉施設介護職責任者を対象に介護福祉士の専門性に関して検討を行った本間・八巻・佐藤（2008）では、84.2%の回答者が介護福祉士の専門性について低い、もしくは非常に低いと認識していることが示されている。この調査においては、性別や年齢、資格取得ルートといった要因差も見られておらず、回答者の多くが専門性について低い認識を持っていることが示された。また、介護福祉士の早期離職について質的に検討した古川（2010）によると、離職理由には介護福祉士として働くことに対する本人の認識不足、専門性を感じられないことや職場内でのコミュニケーション不足、揺れ動く気持ちをサポートする体制の不備、が挙げられており、介護職員個々の専門職としての資質の問題が

影響していることも示されている。

わが国における介護現場の現状は介護職員の量的な不足のみならず、専門職としての意識といった質的な不足も問題となっている。認知症介護を行うためには高度な専門的知識及び技術が必要であり、国家戦略においても役割が重要視されていながら、認知症介護を支える介護職員の現状はこの要求に応えることができていない。介護職員の現状としては、賃金や社会保障といったハード面の問題だけでなく、人材不足や職員のメンタルヘルスの悪化、専門性の未確立など多くの問題を抱えている。新オレンジプランにおいて認知症介護の質向上が掲げられているにもかかわらず、介護現場の現状はむしろ認知症介護の質低下の危険性を孕んでおり、質低下を如何に抑制するかが重要な課題の一つとなっている。

第 3 節 認知症介護の質低下を招く要因

3-1. 介護職員の負担感

離職などによる介護職員の人材の不足は、残された職員にとって大きな負担をかけるだけでなく、職員が頻繁に入れ替わることは認知機能障害により環境の変化への適応が難しくなっている認知症の人にとっては状態を悪化させるリスクが大きい。職員の離職により、既存の職員は新入職員に業務指導という通常とは別の仕事加わることで業務負担が大きくなる。一方、新入職員も利用者の身体的・心理的状态や個性などを把握できていないため、利用者一人ひとりの状態に応じた介護を提供できるようになるまでに時間がかかり、そのために BPSD を呈する認知症の人の介護が困難になることなど、様々な弊害が生じると考えられる。実際、Burgio, Fisher, Fairchild, Scilley, & Hardin (2004) は日勤時間帯に比べ

て職員 1 人に対する利用者の人数が多い夜勤時間帯には施設利用者の問題行動が多いことや、整容などの個別の対応が難しくなることを報告している。

そもそも、介護の仕事は 3K（きつい、汚い、危険）ともいわれ、負担感の大きな業務である。徳田・児玉（1997）は特別養護老人ホーム（以下、特養）職員の介護における身体負担について検討しており、入浴用介護機器や車椅子からベッドへの移乗介護のように上肢への強い加重とともに同一動作を頻繁に繰り返す作業や、排泄介護におけるオムツ交換など長時間にわたる脊椎の強い前屈と下肢の外転姿勢を強いる作業の身体負担が強いことを示した。また、特養の介護職員の負担感について検討した筒井（1993）は、もっとも精神的負担感が大きい業務は認知症の人の探索や監視であったことを報告している。認知症は記憶障害や見当識障害といった、脳の器質的障害による中核症状だけでなく、中核症状に伴う BPSD も呈することが特徴である。BPSD は不安や幻覚、妄想、攻撃性など多様な症状を示すため、認知症介護は介護職員にとって、身体的負担だけでなく強い精神的負担がかかると考えられる。Wallin, Jakobsson, & Edberg（2015）は、職務負担感の強い職員は抑うつ感や焦燥感、仕事後の身体的疲労感を訴える者が多いことを報告しており、Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson（2008）は職務負担感の大きな職員が多い部署では利用者の言語的な問題行動が起りやすいことを示している。このように、介護における負担感の増加は職員自身の健康状態の悪化のみならず、認知症の人に提供される介護の質にも影響することが示されている。これらの研究を踏まえると、認知症介護の質低下の抑制策について検討するにあたっては介護職員の負担感に着目する必要がある。

3-2. 介護職員の負担感の関連要因

介護職員の負担感に関連する認知症の人側の要因として、Edvardsson et al. (2008) は日常生活動作 (Activities of Daily Living; ADL) の低さや、歩行機能の低さといった身体的要因が関連することを示した。介護職員の負担感とは BPSD との関連も報告されており、國定 (2011) は介護職員にとって認知症の人の行動障害に対する介護や予防的介護がもつとも負担感が大きいことを示した。関・東島 (2013) は BPSD についてより詳細に検討しており、妄想や脱抑制、易刺激性、睡眠、不安が介護負担感に影響することを示している。看護師や看護助手などを対象とした Brodaty, Draper, & Low (2003) や Rodney (2000) は、利用者の攻撃性や非協調性、拒絶、予測不能な行動が職員にとって対処に困る行動であり、負担感を感じる要因となることを示した。

一方、負担感を感じやすい職員や職場の特徴として、Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck, & Sloane (2005) は男性であることや、年齢が若いこと、経験年数が短いことといった要因が関連することを、Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson (2009) は年齢が若いことや、教育歴が短いこと、職場風土に対する認識が悪いこと、困難や倫理的葛藤について議論する機会が少ないことが関連することを報告している。介護職員の負担感が大きくなることにより起こりうる深刻な問題は、無視や訴えに応じないといった、認知症の人に対する影響であるとされ (Heine, 1986)、このような対応が繰り返されることにより、最悪の場合には虐待につながる可能性も危惧される。認知症に伴う様々な症状は介護職員にとって大きな負担となるが、その一方で介護職員個々の特性や職場の環境なども負担感に影響する要因になることが示されている。

3-3. 感情労働としての介護負担感

対人援助職である介護職員は、施設利用者の食事や排泄、車椅子やベッドからの移乗といった身体的介護だけでなく、こころのケアといった広範な援助を提供することが求められる。介護は、介護する側とされる側の相互行為が中心であり（上野, 2008）、日常生活を支援するケアワークに必要な人間関係は多くの感情のやり取りがベースになっている（田中, 2008）。看護師を対象とした Josefsson, Sonde, Winblad, & Wahlin（2007）は一般介護に比べて認知症介護は特に感情的な要求度が高いことを示した。すなわち、BPSD への対応などによって生じる精神的負担は、認知症の人との関係性の中で感じる感情労働としての負担も伴う。感情労働とは、Hochschild（1983 石川・室伏訳, 2000）が提唱した概念であり、「自分の感情を誘発したり抑制したりしながら、相手の中に適切な精神状態を作り出すために、自分の外見を維持すること」と定義される。二木（2010）は感情労働を行うことが困難な状況では、利用者一人ひとりの状態に応じた介護ができなくなるだけでなく、職員自身がストレスや葛藤を抱えることで利用者に対して否定的な感情を抱きやすくなることを指摘している。そして、職員の感情労働が肯定的な経験となり得ないことが介護職員の離職の一因として挙げられている。荻野・瀧ヶ崎・稲木（2004）はリハビリテーション専門病院の看護職員・介護職員を対象に感情労働がバーンアウトやストレスに与える影響を検討しており、患者に対するネガティブな感情表出や、感じている感情と表出している感情の不協和がバーンアウトや不安、不眠、うつ傾向などに関連することを示している。

介護現場における、肉体労働としての身体的負担や BPSD への対処といった精神的負担、認知症の人とのやり取りの中で生まれる感情的負担といった様々な負担は認知症介護の質

低下をもたらす主要な原因であると考えられる。介護職員の負担感是人材不足やメンタルヘルスの問題とも関連しあっている。これらの負担感が高くなれば、利用者に対する低い質の介護の提供、そのことによる利用者の BPSD の悪化をもたらし結果的に介護職員の負担感の増加やメンタルヘルスの悪化、離職につながるという悪循環に陥る危険性がある。一方、小野寺（2015）は離職への対応を人材育成の視点から捉えており、その背景として BPSD の理解の程度と対応方法の不十分さがあることを指摘している。BPSD は標的となる症状が特定され、それに適した対応ができれば消失する可能性が高くなることが指摘されている（長田・佐藤, 2011）。そのため、介護職員一人ひとりの認知症の人を理解するための専門知識や技術が向上し BPSD への対応方法を身につけることができれば、負担感の軽減につながる可能性がある。したがって、介護職員の負担感の増加による認知症介護の質低下を抑制するためには、認知症介護の質向上の促進という課題と関連づけて考えていくことが有効であると考えられる。

第 4 節 認知症介護の質向上に向けて

4-1. 身辺介護から全人的介護へ

従来の介護は身体的介助である「身辺介護」が中心であった。その目標は本人ができないことを援助し、生活を可能にすることである。しかし、認知症介護においては、従来の身辺介護ではなく、問題の所在を明確化し、心理的変化に対応し、自律性の拡大を目指す「全人的介護」という考え方へと転換する必要性が指摘されている（佐藤・大庭・新田, 2015）。例えば、BPSD の発生機序に関しては、一人ひとりの生活、歴史、心理的背景などを理解す

る必要があるとされる（高橋, 2010）。また、介護職員の負担感の関連要因として多く取り上げられている BPSD の背景には必ず何らかの中核症状による生活のしづらさやそれに伴う精神的な反応があり、対応を考える際には起こっている現象の元にある中核症状について考える必要があるとされている（藤本, 2010）。近年、認知症介護においてはパーソンセンタードケアやバリデーション、ユマニチュードなど、様々な理念や技法が提唱されている。しかし、北村（2015）はこうした技法は提唱者が実践すると効果的であるにもかかわらず、技法だけを学んで実践しようとしても効果的ではないことも多いことを指摘しており、その理由の一つとして、これらの理念や技法がコミュニケーションの「技術」としてだけ取り出されてしまっており、人間を全体でとらえる視点が欠けてしまっていることを挙げている。これらの指摘からも、認知症介護においては全人的介護の視点が不可欠であることがいえる。

4-2. 介護現場における認知症の知識

全人的介護を行うためには認知症の人を理解することが必要であり、それゆえに介護職員には高い専門性が求められる。今井（2006）は、認知症介護の専門性として、認知症介護に関する確かな知識と技術を実践の場で有効に活用する能力を、諏訪（2013）は、専門性の構成要素として専門的知識、技術、価値・倫理とこれらを活用する判断力を挙げている。山口（2010）は、介護に関する知識がないことにより、BPSD を悪化させてしまうことがあることを指摘している。つまり、認知症の「人」を理解するためには、「認知症」についての知識が不可欠である。

認知症の診断基準を見てみると、2013 年にアメリカ精神医学会により発刊されている *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* が改定され第 5 版となり (DSM-5; American Psychiatric Association; APA, 2013)、第 4 版 (DSM-IV; APA, 1994) から大きく変更がなされた。最も大きな変更としては認知症を意味する *Dementia* という用語が差別的な意味あいを含んでいたことから、神経認知障害 (*Neurocognitive Disorder*) として変更されたことが挙げられる。診断基準としては、DSM-IV では認知症の診断には記憶障害が必須であり、加えて失語、失行、失認、実行機能障害のうち 1 つ以上の認知機能障害を示していることが基準とされていたが、DSM-5 では複雑性注意、実行機能、学習及び記憶、言語、知覚-運動、社会的認知の 6 つの認知領域において 1 つ以上の機能低下を示していることが基準となった。これは、レビー小体病や前頭側頭型認知症など、初期には記憶障害が目立たないこともある認知症疾患に関する研究が進んだことが影響している。また、認知症疾患としてレビー小体病が新たに加わり、ピック病は前頭側頭葉変性症として記載された。このように、認知症に関する医学的なエビデンスはこの 20 年で大きく進歩しているが、介護現場においてはこうしたエビデンスが浸透していない。わが国においてもエビデンスに基づいた介護の必要性が提案されているが (大川, 2014)、そのためには介護現場における認知症の知識の普及が課題となっている。

Grol & Grimshaw (2003) によると、アメリカやオランダでは、30~40%の患者は科学的知見に基づいた介護を受けておらず、一方で 20%以上は不要、もしくは潜在的にはむしろ有害な介護が提供されていたことが指摘されている。Barrett, Haley, Harrell, & Powers (1997) は、一般医療に携わる専門職の認知症の知識の比較検討をしており、かかりつけ

医や心理職に比べて看護師やソーシャルワーカーの知識の得点が低かったことを示している。また、Robinson, Eccleston, Annear, Elliot, Andrews, Stirling, Ashby, Donohue, Banks, Toye, & McInerney (2014) は看護師や介護職員は家族介護者に比べて認知症の知識を有していたものの、介護職員は知識得点の分散が大きく、職員間の差が大きいことを示している。介護現場において認知症の人とかかわる中心職種である看護師やソーシャルワーカーの知識が不足していることや、介護職員間での知識の程度にばらつきがあつては、エビデンスに基づいた介護の提供は困難になる。わが国においても、介護職員として業務に従事するための資格要件が設けられておらず無資格の者でも構わない現状においては、資格教育課程における一定の教育水準が担保されていないため、職員間の知識の程度には大きな差があると考えられる。

介護現場における職員の知識の不足については様々な視点から研究が行われている。米国のナーシングホームの職員を対象に抗精神病薬の知識について検討した Lemay, Mazor, Field, Donovan, Kanaan, Briesacher, Foy, Harrold, Gurwitz, & Tjia (2013) は、管理者や直接介護者の抗精神病薬に関する認識には差があること、その一方で行動上の管理には抗精神病薬が有効である、もしくは抗精神病薬なしでは不可能であるという認識は共通していることを示し、抗精神病薬の副作用についての知識が不足していることを示した。Wu, Wu, & Huang (2013) は台湾において頻繁に身体抑制が行われている理由として、施設利用者を転倒から守るための最も良い方略だという誤った知識によることを指摘している。Griffiths, Knight, Harwood, & Gladman (2014) は、一般病院の医療従事者に対して面接調査を行っており、せん妄や認知症を含む精神疾患に関する知識や、困惑や精神上的の問題を

示す患者に対する知識、患者の協力や同意を得るためのかかわり方に対する技術が不足していることを報告している。

一方、Turner, Iliffe, Downs, Wilcock, Bryans, Levin, Keady, & O'Carrol (2004) は、かかりつけ医を対象に、認知症の知識とプライマリケアにおける診断と認知症の管理に対する態度や治療に関する自信の関連について検討しており、認知症の知識は治療に対する否定的な態度とは負の関連が見られ、肯定的な態度とは正の関連が見られることを報告した。杉山・川西・中尾・澤田・桐野・竹本 (2014) や金・黒田 (2012) も地域住民や介護職員を対象に認知症の知識と認知症の人に対する態度の関連について検討し、認知症の知識があることは認知症の人に対する肯定的な態度の促進や否定的態度の低減に影響することを報告している。柴田 (2007) は女性介護職員の認知症の知識と認知症高齢者イメージとの関連について検討しており、認知症の知識がある方が「心の広い」「社交的な」「親切な」といった肯定的なイメージを持っていることを示した。さらには、Kazui, Harada, Eguchi, Tokunaga, Endo, & Takeda (2008) は高齢者施設の職員の認知症の知識と施設利用者の QOL に関連が見られることを示した。このように、介護職員が認知症の知識を有していることは、認知症の人に対する肯定的なイメージや態度と関連するだけでなく、認知症の人自身にとっても好ましい影響を与えることが示されている。認知症に関する正しい知識の不足は、エビデンスに基づいた介護の提供を困難にし、認知症の人の残存能力や自己決定の機会を奪う危険性を孕んでいる。しかし、認知症に関する正しい知識を身につけることでこうした危険性を減らすことができるだけでなく、認知症の人の QOL の向上にも寄与することが示されている。そのため、介護職員の認知症に関する知識を改善し高めていく必要がある

ことが指摘されている (Jones, Moyle, & Stockwell-Smith, 2013)。

4-3. 認知症の知識の普及における課題

認知症に関する専門知識や技術を向上させるための方法として、研修を用いた介入研究が行われている。Testad, Aasland, & Aarsland (2005) はナーシングホームの職員に対する研修を行い、BPSD の増加が見られても身体抑制の程度は減少したことを示した。また、McCrow, Sullivan, & Beattie (2014) や Hobday, Savik, Smith, & Gaugler (2010) は看護師や准看護師を対象にインターネットを利用した教育プログラムを行い、せん妄や認知症の知識が向上したことを示している。これらの介入研究からは、研修を行うことで認知症に関する理解の深まりや、問題となる行動に対する認識の変化など、様々な気づきが職員に生まれる可能性が示唆されている。

新オレンジプランにおいても、認知症介護の質向上のために現場経験概ね 2 年以上の者が認知症介護の理念、知識及び技術を習得するための「認知症介護実践者研修」、現場経験概ね 5 年以上の者が事業所内のケアチームの指導者役となるための「認知症介護実践リーダー研修」、現場経験概ね 10 年以上の者が研修の企画立案・講師役等となるための「認知症介護指導者養成研修」というステップアップの研修体系の仕組みを見直し、受講者数の増加を図ることが掲げられている。そして、多くの高齢者施設は業務として研修を行うことが困難な職場環境であることを踏まえ、e ラーニングの部分的活用など、研修を受講しやすい仕組みの導入についても提案されている。しかしながら、介護現場においては仮に研修を行えたとしても管理的な視点が重視されてしまい、現場での活用まで至らないという問題も指

摘されている（中澤, 2013）。一方、Perry, Drašković, Lucassen, Vernooij-Dassen, van Achterberg, & Rikkert（2011）は認知症への教育的介入に関するシステマティックレビューを行い、介入プログラムが最も効果的になるのは、参加者が積極的に学ぶことを求めている時であると考察している。したがって、介護職員の認知症の知識を向上させ、認知症介護の質向上の促進を図るためには、組織主体で制度や教育、職場環境の改善を図るトップダウン型の方策だけでなく、介護職員個々に対するボトムアップ型の方策が重要になる。つまり、介護職員個々が自らの専門職としての価値を見出し、業務内外において自律的に研鑽を積んでいくような実践システムを構築していくことが必要であると考えられる。

第 5 節 ボトムアップ型の実践システム構築に向けたアプローチ

5-1. 内発的動機づけの視点からの検討

認知症介護におけるボトムアップ型の実践システムを構築するためには、職員個々の自律的な行動を動機づけることが必要である。したがって、何かに対する興味を満足させたり、達成感を得るために自己目的的に行動している状態である内発的動機づけ（長沼, 2004）に着目することが有効であると考えられる。内発的動機づけが高いと、自ら知識を深め技術や能力を高める、さまざまな方法や手段を試しアイデアを考案する、自発的に組織内外とコミュニケーションをとる、といった積極的で多様な行動が起こるとされている（井出, 2011）。

介護における内発的動機づけの研究では、Lindquist, Tam, Friesema, & Martin（2012）は有償介護者の介護に対する動機づけについて面接式による質問紙調査と半構造化面接を用いて検討しており、高齢者と共にいることを楽しむという介護することそのものを理由

に仕事を選んだ者は、利用者の転倒による骨折を経験することが少ないことを報告している。Quinn, Clare, McGuinness, & Woods (2012) は配偶者を主とする家族介護者を対象に調査を行い、内発的動機づけが高いことが介護を担わなければいけないという介護への囚われの感覚の低さや被介護者との良好な関係性と関連することを示している。Lyonette & Yardley (2003) は医療に従事している家族介護者の動機づけや被介護者との関係性について検討しており、「介護することは自然なことである」、「自分で決めて介護を行っている」といった内発的動機づけに基づいた介護を行っていることが満足感と関連する一方、義務感や責任感のような外発的動機づけに基づいた介護を行っていることがストレスと関連することを示した。このように、内発的動機づけを高めることは、負担感の増加による介護の質低下を抑制するだけでなく、介護の質向上にも寄与する可能性が示唆されている。介護現場においても、内藤 (2013) が介護職員の人材育成においては仕事と学びへの動機づけを高めることが必要であることを指摘している。そして、内発的動機づけに影響を及ぼすためには、自己決定的であることに加えて、認知された有能さ、すなわち有能感の変化が重要であるとされる (Deci, 1980, 石田訳, 1985)。

5-2. 内発的動機づけの基となる有能感

有能感は元々 White (1959) が視覚的な探索や、把握すること、歩くこと、注意や認知、言語や思考といった行動は単なる動因によって概念化することはできず、こうした有機体が環境と効果的に相互作用する能力をコンピテンス (有能さ) として提唱したものである。

White (1963, 中園訳, 1985) はコンピテンスの主観的側面であるコンピテンス感覚、すな

わち有能感は本人が感じた効力感の過去の歴史、つまり学習により築き上げられていると考えた。Deci (1980, 石田訳, 1985) は White (1959) のコンピテンスの概念を洗練して「有能さと自己決定の感覚」と呼んだ。そして、有能さと自己決定の感覚もまた、環境に対する本人の効果的・非効果的相互作用の経歴に由来すると考えた。Elliot, McGregor, & Thrash (2002) は White (1959) の有能さの概念をより幅広く捉え、課題を成し遂げることによって感じる課題基準による有能感、過去よりも能力が改善したことによって感じる過去基準による有能感、他者との比較により感じる他者基準による有能感という 3 つのタイプを区別した。課題基準、過去基準が個人内での評価プロセスなのに対して、他者基準は他者との比較という個人間の評価プロセスを必要とし、これらの概念は発達的に獲得されていくと考えた。

蘇 (2006) は介護職員の仕事の動機づけや職務満足に関する文献研究を行い、介護現場における有能感を用いた実証的研究の必要性を提案しており、蘇・岡田・白澤 (2005) は、これらの White (1959) や Deci (1980, 石田訳, 1985)、Elliot et al. (2002) らの研究を踏まえて、介護職員の仕事の有能感を「介護職員が仕事を遂行するにあたって利用者や職場環境との相互作用の中で自分の役割を担い、また、その過程で介護職員として求められる任務を達成し、自分の能力を発揮することによって得られる感覚である」と操作的定義を行い「業務の達成」、「能力の発揮・成長」、「仕事上の予測・問題解決」の 3 因子 12 項目からなる尺度を作成した。Schepers, Orrell, Shanahan, & Spector (2012) も、従来の研究は主として家族介護者に焦点を当てたものであり、職員側の要因について探索した研究が不足していることから、介護職員のポジティブな能力に着目するための要因として有能感が重要

であると指摘した。Schepers et al. (2012) は、有能感を必要なことを上手くこなすことができるといった自己認識と捉え、職務満足や認知症の人に対する肯定的な態度と関連する介護者にとって重要な能力であることを示した。

介護職員の有能感について検討した研究は少ないが、壬生・神庭 (2013) はユニット型 (少人数規模での介護) 施設と従来型 (多数床での介護) 施設の特養の介護職員を対象に有能感と仕事の満足感、仕事のやりがい感の関連について検討し、いずれの施設においても仕事の創意工夫や研鑽、仕事の役割遂行、チーム目標の達成といった有能感が仕事の満足感や、仕事のやりがい感に関連することを報告した。一方、業務の達成に関する有能感は仕事の満足感や、やりがい感と負の関連が見られたが、谷口・原野・桐野・藤井 (2010) は、業務の達成や能力を発揮し成長を感じているという有能感が働きやすい環境と関連することを報告しており、壬生・神庭 (2013) の結果には職場環境が影響している可能性が示唆される。

堀田・奥野・戸村・柳 (2009) は介護老人保健施設に勤務する介護職員の仕事の動機づけを促進する要因について検討し、有能感が専門職アイデンティティや仕事への満足感、動機づけに影響することを示した。新木 (2011) は看護職員や介護職員を中心とする特養の職員を対象に世代継承性と有能感の関連について検討しており、有能感が高いほど世代継承性の発達が促されることを示した。看護師や医師など他職種を対象とした研究では、有能感が離職意図の低減や (Takase, Teraoka, & Yabase, 2015)、認知症の人に対する肯定的な態度や診断に対する積極性 (Kaduszkiewicz, Wiese, & van den Bussche, 2008) と関連すること、家族介護者を対象とした研究では抑うつ傾向や負担感の低さ (Pendergrass, Beische, Becker, Hautzinger, & Pfeiffer, 2015) といった要因と関連することが示されている。

このように、有能感を高めることは業務における自律的な関与を増大させ、介護職員自身の専門性の認知の向上や負担感、離職の抑制にも寄与することが示唆されている。したがって、介護職員の有能感が負担感の軽減や認知症に関する知識の増加にどのような影響を及ぼすのかを検討することにより、認知症介護の質低下の抑制と質向上の促進という 2 つの問題の解決に寄与する知見を得ることができると考えられる。

第 6 節 目的

本研究では、認知症介護におけるボトムアップ型の実践システムの構築に向けて、認知症介護の質低下の抑制と質向上の促進という課題の解決のために有能感に着目し、次の 3 つのリサーチクエスションについて検討した。すなわち、認知症介護において、1. 有能感が認知症介護の質低下の抑制要因となりうるか、2. 有能感が認知症介護の質向上の促進要因となりうるか、3. 有能感がどのような要因に影響を受けるのか、について明らかにすることを目的とした。研究 1 では、認知症介護の質低下の抑制要因としての役割を明らかにするため、有能感と感情的負担感の関連について検討した。研究 2 では、認知症介護の質向上の促進要因としての役割を明らかにするため、有能感と認知症の知識の関連について検討した。そして、研究 3 では有能感に影響を及ぼす要因について、精神的健康と職場環境に着目して検討した。

第Ⅱ章

有能感は認知症介護の質低下の抑制要因となりうるか？

研究 1

有能感と感情的負担感の関連

※本研究は下記の論文を編集したものである。

大庭 輝・高 宏・佐藤 眞一（2014）．認知症の利用者に対する介護職員の感情的負担感に及ぼす有能感の影響 日本認知症ケア学会誌, 13, 482-489.

なお、本研究は平成 25 年～27 年度科学研究費助成（挑戦的萌芽研究 課題番号 25590186 研究代表者：佐藤眞一）を受けて実施した。

1. 目的

従来の研究で扱われている介護負担感に関しては、介護職員が利用者に対して感じる否定的感情といった感情的側面がほとんど検討されていない。認知症介護は一般介護に比べて感情的な要求度が高いことや (Josefsson et al., 2007)、介護職員は認知症の人に対して否定的感情が湧き上がることもあり、特に余裕がない場合に感じやすいことが報告されている (二木, 2010)。認知症に伴う BPSD は多くの研究で介護職員の負担感と関連することが示されているが、こうした負担感により認知症の人に対する否定的感情が増加するといった悪循環が生じてしまうと考えられる。加藤 (2011) が BPSD は介護者との関係性から生じる場合もあることを指摘しているからも、このような関係性の中で生じる負担感について検討することが必要である。そこで、本研究では介護職員の介護負担感の中でも、利用者に対して向けられる否定的感情による負担感を「感情的負担感」として定義し、有能感との関連を検討した。

2. 方法

2-1. 調査手続き

本研究を実施するにあたって、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系研究倫理委員会の承諾を得た(承認番号 24088)。2013年8月に社団法人日本介護福祉士会の19の支部に所属する介護福祉士2000名に対して郵送調査を実施した。質問紙のフェイスシートに調査の目的、質問紙の答え方、個人情報の扱いについて記載し、調査協力の同意を求める欄への回答を求めた。質問紙は2000部配布し、1485部回収した(回収率74.2%)。

2-2. 調査項目

基本属性として年齢、性別、職務継続意志(1. 思う～5. 思わない)、勤続年数、総経年数、雇用形態(1. 正規職員、2. 非正規職員、3. 派遣正職員、4. パートタイム、5. その他)、現在高齢者施設に勤めているか(1. はい、2. いいえ)、就職前に介護・福祉に関して勉強した場所(1. 高校、2. 専門学校、3. 短大、4. 大学、5. 独学、6. 勉強なし、7. その他)、勤務先の施設種、職位について尋ねた。

有能感の測定には蘇他(2005)が作成した介護職員の仕事の有能感尺度を用いた。「業務の達成」、「能力の発揮・成長」、「仕事上の予測・問題解決」の3因子12項目で構成される。

1. 全く思わない～5. 非常にそう思う、の5件法で実施し、合計得点を用いた。得点範囲は「業務の達成」、「仕事上の予測・問題解決」が3点～15点、「能力の発揮・成長」が6点～30点であった。

感情的負担感の測定には荒井・田宮・矢野(2003)によるZarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)8項目のうち、介護を必要とする状況に対する否定的な感情の程度について測定するPersonal strainに関する5項目を用いた。本尺度を採用したのは、①介護負担感について測定する尺度であること、②その中でも否定的な感情に焦点が当てられた項目であること、の2つの理由による。ただし、J-ZBIは家族介護者向けに作成された尺度であるため、介護職員に使用するにあたって、原文において「介護を受けている方」という表現を「利用者」に、「介護を誰かに任せてしまいたい」という表現を「仕事を誰かに任せてしまいたい」という表現に修正して用いた。また、認知症介護における感情的負担感を測定するために、「以下の質問について、認知症の利用者と接するにあたってどの程度感じますか」と教示し、

認知症の施設利用者に対する感情的負担感について回答するように求めた。回答は1. 思わない～5. いつも思うの5件法で実施し、合計得点を用いた。得点範囲は5点～25点であった。

2-3. 解析方法

基本属性の記述統計を算出した。感情的負担感尺度については、元々の介護負担感尺度の項目表現を一部修正して用いたため、探索的因子分析により因子構造を確認した。有能感尺度について、先行研究で用いられている3因子の上位に1因子を想定した場合の因子構造の適合度について共分散構造分析を用いて確認した。有能感尺度、介護負担感尺度については信頼性分析を行った。基本属性、有能感、感情的負担感の関連について相関係数を算出した。有能感と感情的負担感の関連について、有能感を独立変数、感情的負担感を従属変数、基本属性を統制変数とした階層的重回帰分析を用いて解析した。統計解析には IBM SPSS Statistics19 及び IBM SPSS Amos19 を使用した。

3. 結果

3-1. 分析対象者の抽出

分析にあたって、①現在高齢者施設に勤務していない者、②主要業務が利用者の直接介護ではないと考えられる管理職・施設長の者、③施設系、通所系サービスの勤務者と比べて利用者と接する時間が短いと考えられる訪問系サービスの勤務者を除外した。雇用形態については多くの者は正規職員であったため、1. 正規職員、0. 非正規職員の2群とし、就職前

に介護・福祉について勉強した場所については、専門職として一定以上の教育を受けていると考えられる高校、専門学校、短大、大学を1. 教育あり、その他を0. 教育なしの2群として分析を行った。最終的な分析対象は447名（男性118名、女性325名、性別不明4名）であり、平均年齢は41.0（ $SD = 11.3$ ）歳、年齢範囲は20歳－73歳であった（表1）。

3-2. 尺度の信頼性、因子的妥当性の検討

有能感尺度の因子間相関を算出したところ相関係数は.59～.64であり、各因子をそれぞれ独立変数、従属変数とした重相関係数は.67～.71であった。これらの因子を用いて重回帰分析を行った場合、多重共線性の問題が懸念されたため、蘇他（2005）で示されている「業務の達成」、「能力の発揮・成長」、「仕事上の予測・問題解決」の上位に「有能感」因子を想定した高次因子分析を行った（図1）。その結果、適合度は $\chi^2/df = 3.4$, $GFI = .937$, $AGFI = .903$, $RMSEA = .07$ であった。 GFI , $AGFI$ は0.90以上、 $RMSEA$ は0.05以下で当てはまりが良いとされる（豊田, 1998）。本モデルは GFI , $AGFI$ が0.90以上の値を示したため、一定の適合度を示していると判断した。 α 係数は「業務の達成」が.83、「能力の発揮・成長」が.86、「仕事上の予測・問題解決」が.82、「有能感」が.91と、十分な値を示した。

感情的負担感については介護負担感尺度の項目の表現を一部変更して用いたため、否定的感情を示す *personal strain* の1因子構造になるか探索的因子分析（最尤法）を行った（表2）。その結果、初期の固有値は3.14、累積寄与率は62.8%であり1因子構造であることが示された。 α 係数は.85であり、十分な値を示した。有能感、感情的負担感について性別、雇用形態、教育有無別の平均値の差の検定を行ったところ、雇用形態と教育有無では有意差

表 1 基本属性の記述統計

		<i>N</i>	%
年齢		41.0(±11.3)	
性別	男性	118	26.6
	女性	325	73.4
職務継続意志		2.3(±1.2)	
総経歴年数		10.5(±5.8)	
勤続年数		7.2(±5.9)	
教育の有無	あり	190	42.5
	なし	257	57.5
雇用形態	正規職員	363	83.8
	非正規職員	70	16.2
施設種	介護老人福祉施設	181	40.5
	介護老人保健施設	107	23.9
	介護療養型医療施設	33	7.4
	グループホーム	48	10.7
	ショートステイ	10	2.2
	通所介護	68	15.2

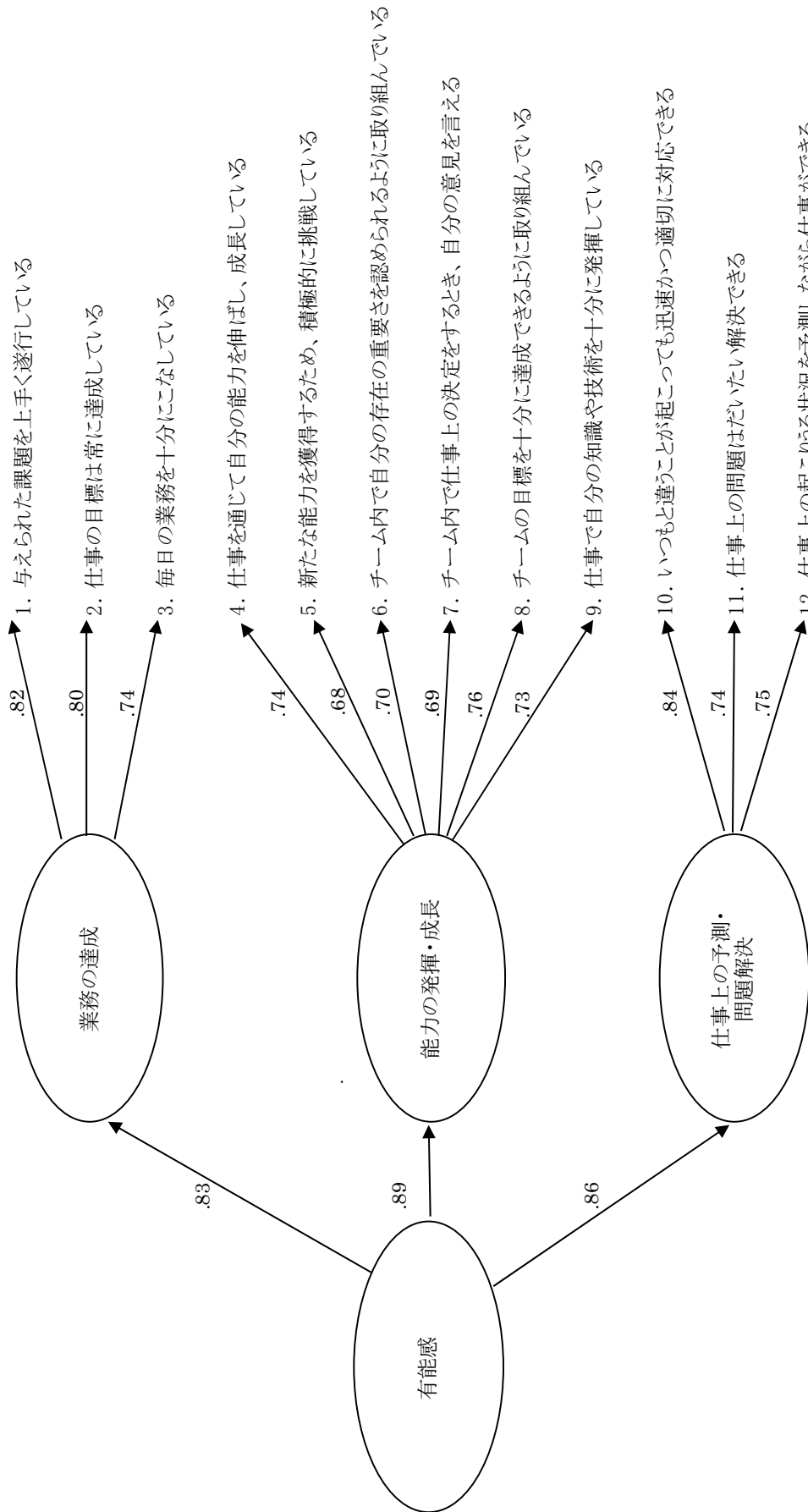
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

※年齢、職務継続意志、総経歴年数、現職場年数については平均(標準偏差)を示す

※4名は性別不明

※欠損値は除外

は見られず、性別において「業務の達成」($t(434) = 1.97, p < .05$)、「能力の発揮・成長」 $t(175.6) = 2.13, p < .05$)、「有能感」($t(171.7) = 2.21, p < .05$)、「感情的負担感」 $t(433) = 2.25, p < .05$)で有意差が見られた(表3)。



$\chi^2/df=3.4$, $GFI=.937$, $AGFI=.903$, $RMSEA=.07$
 ※数値は標準化係数、誤差は省略

図1 有能感尺度の高次因子分析

表 2 感情的負担感尺度の探索的因子分析

	因子1
2.利用者のそばにいと、腹が立つことがありますか	.80
3.利用者のそばにいと、気が休まらないと思いますか	.76
1.利用者の行動に対し、困ってしまうとすることがありますか	.71
4.仕事を誰かに任せてしまいたいとすることがありますか	.70
5.利用者に対して、どうしていいかわからないとすることがありますか	.69
累積寄与率	62.8%
因子抽出法：最尤法	

表 3 有能感および感情的負担感の平均値と標準偏差

	全体		男性		女性		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
業務の達成	10.2	2.2	9.9	2.4	10.3	2.1	*
能力の発揮・成長	21.0	4.1	20.2	4.7	21.3	3.9	*
仕事上の予測・問題解決	10.1	2.2	9.9	2.5	10.2	2.1	
有能感	41.2	7.6	39.7	8.9	41.7	7.0	*
感情的負担感	12.0	4.1	12.8	4.0	11.8	4.1	*

* $p < .05$

3-3. 基本属性と有能感、感情的負担感の関連

基本属性と有能感の下位因子、感情的負担感の関連について Pearson の相関係数を算出した(表 4)。「能力の発揮・成長」は職務継続意志と有意な関連が見られた ($r = -.19, p < .001$)。「仕事上の予測・問題解決」は年齢及び総経験年数と有意な関連が見られた ($r = .11, p < .05$; $r = .17, p < .001$)。「有能感」は職務継続意志と有意な関連が見られた ($r = -.14, p < .01$)。「業務の達成」、「能力の発揮・成長」、「仕事上の予測・問題解決」、「有能感」は感情的負担感と有意な関連が見られた ($r = -.28, p < .001$; $r = -.29, p < .001$; $r = -.29, p < .001$; $r = -.32, p < .001$)。感情的負担感は年齢、職務継続意志と有意な関連が見られた ($r = -.24, p < .001$; $r = .12, p < .05$)。

表 4 各変数の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 年齢								
2 職務継続意志	-.03							
3 総経験年数	.42 ^{***}	-.04						
4 勤続年数	.21 ^{***}	-.06	.53 ^{***}					
5 業務の達成	.07	-.07	.01	-.05				
6 能力の発揮・成長	.07	-.19 ^{***}	-.01	-.03	.63 ^{***}			
7 仕事上の予測・問題解決	.11 [*]	-.06	.17 ^{***}	.04	.59 ^{***}	.64 ^{***}		
8 有能感	.09	-.14 ^{**}	.06	-.01	.80 ^{***}	.93 ^{***}	.83 ^{***}	
9 感情的負担感	-.24 ^{***}	.12 [*]	-.10	.00	-.28 ^{***}	-.29 ^{***}	-.29 ^{***}	-.32 ^{***}

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3-4. 有能感と感情的負担感の関連

基本属性を統制した上で有能感が感情的負担感にどのように影響するかを検討するために階層的重回帰分析を行った(表5)。新木(2011)では有能感に影響を及ぼす基本属性として年齢と総経験年数が示されており、感情的負担感への影響については交互作用がある可能性も考えられた。そこで、STEP1で基本属性、STEP2で「有能感」、STEP3で年齢と「有能感」の交互作用項、STEP4で総経験年数と「有能感」の交互作用項を投入する階層的重回帰分析を行った(表5、図2)。なお、交互作用項を投入するため、すべての変数は中心化した上で分析した。その結果、STEP2、STEP3における R^2 の変化量は有意であった($\Delta R^2 = .07, p < .001$; $\Delta R^2 = .01, p < .05$)。STEP2において、年齢、職務継続意志、「有能感」は感情的負担感と有意な関連を示した($\beta = -.24, p < .001$; $\beta = .10, p < .05$; $\beta = -.27, p < .001$)。STEP3においては、年齢、職務継続意志、「有能感」、年齢と有能感の交互作用項が有意な関連を示したが($\beta = -.22, p < .001$; $\beta = .10, p < .05$; $\beta = -.28, p < .001$; $\beta = -.10, p < .05$)、STEP4では総経験年数と「有能感」の交互作用項の影響は見られなかった。

STEP3において年齢と「有能感」の交互作用項の影響が見られたため、単純傾斜の分析を行った。その結果、年齢が低い場合($b = -.10, SE = .04, p < .01$)、高い場合($b = -.23, SE = .04, p < .001$)いずれにおいても「有能感」の非標準化回帰係数は感情的負担感に有意に影響を及ぼしていたが、年齢が高い場合の方が感情的負担感に及ぼす影響はより大きかった(図2)。

表5 有能感と感情的負担感の関連

STEP	1	2	3	4
基本属性				
年齢	-.26 ^{***}	-.24 ^{***}	-.22 ^{***}	-.22 ^{***}
性別	.03	.00	.01	.01
職務継続意志	.14 ^{**}	.10 [*]	.10 [*]	.10 [*]
総経年数	-.06	-.04	-.04	-.04
勤続年数	.09	.07	.06	.06
雇用形態	.02	.01	.00	.00
教育の有無	-.08	-.08	-.07	-.07
有能感		-.27 ^{***}	-.28 ^{***}	-.28 ^{***}
年齢*有能感			-.10 [*]	-.11 [*]
総経年数*有能感				.02
R^2	.08 ^{***}	.15 ^{***}	.16 ^{***}	.16 ^{***}
$Adj R^2$	.07	.14	.14	.14
ΔR^2		.07 ^{***}	.01 [*]	.00

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

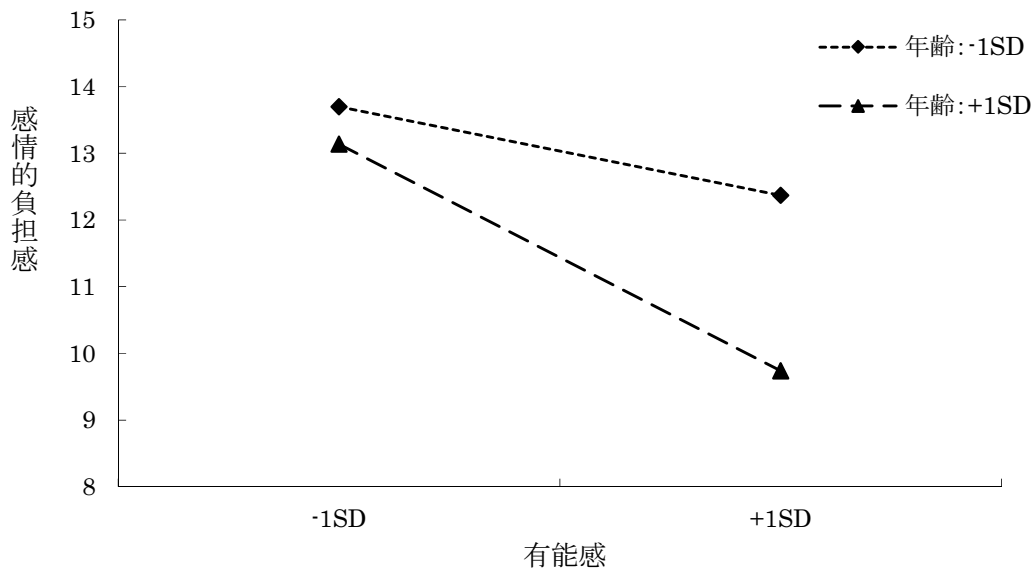


図2 年齢と有能感の交互作用

4. 考察

本研究では認知症の人に対する介護職員の介護負担感の中でも感情的側面に焦点を当てた感情的負担感に有能感が及ぼす影響について検討した。因子分析の結果から、本研究で用いた有能感尺度と感情的負担感尺度は共に因子的妥当性を備えており、また十分な信頼性があることが確認された。有能感尺度は「業務の達成」、「能力の発揮・成長」、「仕事上の予測・問題解決」の3因子で構成されるが、それら全てに影響を与えている「有能感」という上位因子があることが確認された。

階層的重回帰分析の結果から、介護職員が有能感を抱いていることは感情的負担感の軽減に寄与することが示された。介護職員に余裕がない場合、認知症の人に対して否定的感情を抱きやすいことが報告されているが（二木, 2010）、有能感を高く持つことができている介護職員は、認知症の人に行動上の問題が見られたとしてもそれに対処できるという感覚を抱いており、有能感の低い職員に比べて問題に対する耐性が高いために感情的負担感を抱きにくくなると考えられる。また、介護職員に対する認知症に関する研修についての研究では、せん妄や認知症に関する知識の向上や身体抑制の減少といった効果があることが示されている（McCrow et al., 2014; Hobday et al., 2010; Testad et al., 2005）。有能感の高い介護職員は、内発的動機づけが高まることでこうした研修に自主的に参加するなど、問題に対処するための積極的な行動を起こすために感情的負担感が小さくなった可能性が推測される。

また、年齢と感情的負担感に負の相関が見られ、年齢が若い者ほど感情的な負担を感じやすいという結果が得られた。Zimmerman et al. (2005) においても年齢が若い職員の方が

負担感を感じやすいことが示されており、本研究においても同様の傾向が示された。また、年齢と有能感には交互作用が見られ、年齢が若い場合においても有能感の向上は感情的負担感の軽減に寄与するが、その影響は年齢、有能感が共に高いほどより大きくなることが示された。杉山・中尾・澤田・桐野・竹本（2014）は、認知症高齢者の介護経験があると認知症に対する否定的態度が小さくなることを示している。本研究の対象者は女性が多く、平均年齢も41.0歳と成人期の職員が中心であることから、祖父母や両親の介護を担った経験がある者が多かった可能性があり、年齢が高い職員はこのような自身の親族の介護経験が有能感と感情的負担感に影響していると推測される。

相関分析、階層的重回帰分析の結果からは職務継続意志と有能感、感情的負担感との関連も示された。職務継続意志が低い職員は有能感が低下しているために、同じ業務をしても負担感を強く感じやすいと考えられる。職務継続意志の低さは将来的な離職につながるものが予測されるため、早期の支援が必要であると考えられる。職務継続意志を高めるためには、日常の業務に対する適切な評価や、スーパーヴィジョンの導入による知識・技術の向上を促進する取り組みの実施など、総合的な支援体制の改善が必要であることが指摘されている（大和，2010）。したがって、介護職員個々の有能感を高めると同時に、それを支援する組織的な対応も含めて対策を検討する必要があると考えられる。特に、若手の職員は年齢が高い職員に比べて有能感の向上による感情的負担感の軽減の影響が少ないため、支援体制の構築はより重要になると考えられる。

第Ⅲ章

有能感は認知症介護の質向上の促進要因になりうるか？

研究 2

有能感と認知症の知識の関連

※本研究は下記の論文を編集したものである。

大庭 輝・数井 裕光・佐藤 眞一 (2015) . 介護職員における認知症に関する知識の普及度とその関連要因 高齢者のケアと行動科学 特別号, 20(2), 135-150.

なお、本研究は平成 25 年～27 年度科学研究費助成（挑戦的萌芽研究 課題番号 25590186 研究代表者：佐藤眞一）および日本老年行動科学会平成 25 年度研究助成（研究代表者：大庭輝）を受けて実施した。

1. 目的

Hughes, Bagley, Reilly, Burns, & Challis (2008) は認知症の人に見られる精神症状への対応の自信が認知症の知識と関連することを示している。Schepers et al. (2012) は、有能感が必要なことを上手くこなすことができるという認識であると指摘していることから、自信は有能感の一つの側面として捉えることができ、有能感と認知症の知識との関連が示唆される。したがって、有能感が高まることで内発的動機づけが喚起され、何らかの行動を起こした結果として認知症の知識が増加するというモデルが想定される。一方、Schepers et al. (2012) は有能感と認知症の知識との関連について検討しており、彼女らが用いた有能感尺度の「専門性」因子は認知症の知識と負の相関を示し、他の因子は関連が見られなかったことを報告している。しかし、この研究においては単相関のみの検討であり、年齢や経験年数、雇用形態といった基本的な属性が考慮されていない。介護職員の背景要因は多様なため、有能感と認知症の知識について検討する上では、基本的な要因を考慮した上での検討が必要であると考えられる。特に、福祉労働においては、非正規職員は正規職員に比べて研修など学びの機会への参加の費用負担が自己負担になることが多いことや(亀山・田村・萩原, 2010)、介護の仕事に対する意識レベルの変革が必要である一方で正規職員とは役割と責任の自覚が異なること(汲田, 2012; 中井, 2015)などが報告されており、雇用形態によって学びに対する意識が異なる可能性が示唆される。そこで、本研究では介護職員の認知症の知識の普及度を明らかにすると共に、有能感及び内発的動機づけとの関係性について雇用形態の違いを踏まえて検討することを目的とした。

2. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたって、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 人行 26・2）。予備調査、本調査共に対象となる法人ないし施設の長に対して調査の目的を記した依頼文書を送り、調査の同意を得た。また、依頼文書と共に質問紙の見本も添付し、回答するかは職員の自由であることを確認してもらった。質問紙はまとめて施設に郵送し職員への配布を依頼した。対象となった各施設の職員に対しては、質問紙のフェイスシートにおいて、調査目的、研究以外の目的には使用せず、個人情報を守られることを記載し、回答を持って同意を得たものとした。質問紙の回収も施設毎にまとめて郵送を依頼したが、回答に対する自由と回答内容の秘密性を保持するために、回答者には同封した封筒に封をした上で施設に提出するようフェイスシートに記載すると共に施設側からも伝えてもらった。

3. 予備調査

3-1. 目的

介護施設に勤務する職員の認知症の知識を測定するにあたって、Kazui et al. (2008) は認知症に関するテキストや治療ガイドラインを基に20問からなる Professional Knowledge Test (PKT) を作成している。本検査は1設問につき4、5項目から構成され、適切な組み合わせを選択する解答方式^{注1)}である。そのため、各設問についての正答率については検討できないことに加え、設問数が多いために解答に時間がかかり、解答者の負担が大きくなることが懸念された。そこで、予備調査では、①解答に対する作業負担を減らすこと、②より

詳細に認知症の知識を測定することを目的に、設問の選定を行った。

3-2. 方法

(1) 手続き

2014年6月に近畿圏内にある高齢者複合施設の中の特別養護老人ホーム（定員100名）の職員に対して質問紙調査を実施した。配布数は120部であり、回収数は105部（回収率88%）であった。

(2) 調査項目

基本属性として、年齢、性別、保有資格、総経年数、勤続年数について尋ねた。PKTについては、20問の設問について、それぞれ4、5項目の中から正しい組み合わせを選ぶ方式から、すべての項目について1. 正しい、2. 正しくない、3. わからない、の3件法で解答を求めた。すべての項目について解答を求める形式に修正したところ、設問数は99問となった。実施にあたっては、テストではないこと、参考書等で調べたりしないよう教示文を記載した。

PKTの設問は認知症の医学的知識、介護の対応法、アクティビティ、制度など、認知症に関する多面的な視点から構成されている。妥当性についても、5年以上の認知症に関する臨床歴を持つ医師・看護師、臨床歴及び認知症に関する診療経験の浅いレジデント、医療従事者でない市民との得点比較を行い検証されている。なお、正解についてはKazui et al. (2008)に準じて設定し、正解が不明の設問については作成者に問い合わせ確認した。

3-3. 結果と考察

分析は、主要業務で施設利用者と接する機会の少ない事務職や送迎職員を除いた 94 名(女性 74 名、男性 20 名、平均年齢 45.7($SD = 11.2$)歳)を対象とした。対象者には看護職員(10 名)や機能訓練指導員(3 名)、生活相談員(3 名)、介護支援専門員(8 名)と介護職員以外の職種も含まれていたが、PKT 自体は介護施設に勤める職員の認知症の知識を測定する目的で作成されたため、項目の選定にあたってはこれらの職員も対象に含めた。基本属性の記述統計について表 6 に示す。

PKT の設問の選定にあたっては、村上(2006)を参考に 80%以上の正答率及び 20%以下の正答率の項目を除外した。次に、解答で「わからない」と答えた設問は不正解とし、正解に 1 点、不正解に 0 点を与えて合計得点を算出した。各設問と合計得点との点双列相関係数を算出し、有意でない設問を除外した。ただし、内容的に介護教育に有用と思われる設問は残した。その結果、57 問を抽出した。PKT の平均得点は 30.7($SD = 10.5$)点であり、得点範囲は 4 点-48 点であった。Kuder-Richardson の公式による信頼性係数は.943 であり、99 問版との相関係数は.978 であった。各設問の正答率及び点双列相関係数を表 7 に示した。

以上の結果から、PKT 修正版は十分な信頼性を有していることが確認された。妥当性についても、認知症に関するテキストや治療ガイドラインを基に作成されているため、内容的妥当性は確保されていると考えられる。

表 6 対象者の基本属性

		<i>N</i>	%
年齢		45.7(±11.2)	
総経験年数		8.1(±6.9)	
勤続年数		5.0(±3.9)	
性別	女性	74	78.7
	男性	20	21.3
雇用形態	正規職員	23	26.1
	非正規職員	65	73.9
職種	介護職員	70	74.5
	看護職員	10	10.6
	生活相談員	3	3.2
	介護支援専門員	8	8.5
	機能訓練指導員	3	3.2
	介護福祉士	43	45.7
	初任者研修修了	54	57.4
資格	社会福祉士	1	1.1
	介護支援専門員	13	13.8
	正看護師	9	9.6
	准看護師	2	2.1
	理学療法士	1	1.1
	作業療法士	1	1.1
	資格なし	1	1.1
その他	10	10.6	

※資格については保有者の人数及び割合、複数回答

※年齢、経験年数、勤続年数については平均値（標準偏差）

※雇用形態は 6 名が不明

表7 PKTの正答率と点双列相関係数

番号	項目名	正しい	正しくない	わからない	ρ_{pb}	p
1	認知症(痴呆症)の診断には頭部のCT検査やMRI検査は必要である。	<u>91.4</u>	7.5	1.1	-03	
2	認知症(痴呆症)の人は、自分が物忘れをしていることは自覚していることが少ない。	<u>60.9</u>	37.0	2.2	-16	
3	全ての認知症(痴呆症)に対して有効な治療法はなく介護しか手立てがない。	6.4	<u>88.3</u>	5.3	-01	
4	80歳以上になれればほとんどの人が認知症(痴呆症)になる。	7.5	<u>83.9</u>	8.6	.33	**
5	認知症(痴呆症)の人は、出来事の一部を忘れることがあっても、出来事そのものを忘れてしまうことは少ない。	17.4	<u>75.0</u>	7.6	.32	**
6	認知症(痴呆症)患者さんでも、自らの痛みや身体的な異変には早くから気づくものである。	41.9	<u>47.3</u>	10.8	.08	
7	認知症(痴呆症)患者さんでは、身体疾患に罹患しても精神面にはあまり影響はおよばない。	3.2	<u>90.4</u>	6.4	.28	**
8	認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常は、生活環境や周囲の人たちの対応の仕方に左右されることは少ない。	5.3	<u>91.5</u>	3.2	.33	***
9	認知症(痴呆症)患者さんの問題行動の背景にはその人なりのメッセージがあることと認識することは重要である。	<u>96.8</u>	2.2	1.1	.13	
10	認知症(痴呆症)患者さんの介護による介護負担は一般的に、身体的負担より精神的負担の方が大きい。	<u>74.5</u>	10.6	14.9	.20	
11	認知症(痴呆症)があっても、生活環境や生活のリズムの変化に順応する能力は十分残っている。	57.4	<u>31.9</u>	10.6	.34	**
12	第一線を退いた人が多いため、心配事が少なく、朗らかに生活していることが多い。	8.5	<u>81.9</u>	9.6	.44	***
13	認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常は認知症(痴呆症)の進行に伴なって末期まで顕著となり続ける。	38.0	<u>39.1</u>	22.8	.42	***
14	介護者が介護に疲弊すると認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常が悪化しやすい。	<u>76.1</u>	8.7	15.2	.46	***
15	認知症(痴呆症)患者さんの介護者の介護負担感を減らす方法として、家族会への参加は有効である。	<u>92.5</u>	7.5		.39	**
16	精神症状および行動異常に対して抗精神病薬がしばしば有効である。	<u>63.0</u>	13.0	23.9	.40	***
17	抗精神病薬の服用により、転倒しやすくなったり誤嚥しやすくなったりすることはほとんどない。	4.3	<u>80.9</u>	14.9	.39	***
18	レビー小体病の精神症状や行動異常に対しては、アルツハイマー病患者の同様の症状を治療するときよりも多い量の抗精神病薬を服用させるほうがよい。	2.1	<u>45.7</u>	52.1	.50	***
19	不眠の治療として昼間の日光浴は効果的である。	<u>92.6</u>	7.4		.22	*
20	最近、副作用の少ない抗精神病薬が使用可能となってきた。	<u>41.5</u>	4.3	54.3	.49	***
21	必要な服薬を拒否する患者さんに対しては、薬を食事に混ぜる方法が有用である。	50.5	<u>35.5</u>	14.0	.33	**
22	「長谷川式」と呼ばれる検査は、行動異常の範囲と程度を簡便に評価するために用いられる。	29.3	<u>39.1</u>	31.5	.37	***
23	何もせずに患者さんと一緒に過ごす時間をつくることは有用である。	<u>65.6</u>	16.1	18.3	.09	
24	認知症(痴呆症)の患者さんでは骨折しても患部の痛みや腫脹が目立たないことがある。	<u>46.8</u>	45.7	7.5	.16	
25	認知症(痴呆症)の患者さんに対して、「○○ちゃん」と呼ぶことは、患者さんも親しみを感じて有効である。	11.8	<u>88.2</u>		.20	

番号	項目名	正しい	正しくない	わからない	ρ_{pb}	p
26	不安、焦燥、興奮などが急に出現したり、頻回になったりするなどの変化が生じた場合には、認知症(痴呆症)の進行と捉えるべきである。	52.7	39.8	7.5	.20	
27	自宅にいるにもかかわらず、「家に帰りたい」という認知症(痴呆症)患者さんに対しては、根気よくことが自宅であるということの説明する方法が有効である。	10.6	76.6	12.8	.31	**
28	相手の言葉や行動に沿って演技をする対応法は患者さんのプライドを傷つけることになるのでとってはいけない方法である。	11.8	76.3	11.8	.36	***
29	家族が物を盗ったという妄想が患者さんに出現した時には、一時的にショートステイなどを利用して、患者さんと家族とが離れて生活することが有効である。	41.1	35.6	23.3	.10	
30	認知症(痴呆症)の患者さんの介護は、身体的な介助よりも監視や頻回の指示が必要となる場合が多い。	48.4	37.6	14.0	.10	
31	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常に対応する際には、患者が混乱しないよう一人で対応したほうが良い。	14.0	64.5	21.5	.19	
32	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常の原因や誘因はわからないことが多いので、原因や誘引の究明は必ずしも必要ではない。	9.6	81.9	8.5	.43	***
33	認知症(痴呆症)患者さんに対応する時には、まず患者さんの言い分をよく聞いて安心させることが重要である。	96.8	3.2		.41	***
34	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常への対応法として、お茶をすすめたり、散歩に連れ出したりして気分転換をはかることは有効である。	97.8	2.2		.09	
35	物盗られ妄想に対しては、患者の考えは間違っているということをきちんと説明して理解させる方法が有効である。	16.0	78.7	5.3	.33	**
36	火気の取り扱いをさせないようにするためには、「触らないでください」と貼紙をするより、「故障中危険」とするほうが有効である。	48.9	29.3	21.7	.13	
37	火が見える暖房器具の方が見えない暖房器具よりも患者さんにとっては安全である。	16.1	61.3	22.6	.17	
38	石鹸などを食べてしまったときには、無理に吐き出させようとしないで、まずいと感じて自ら吐き出すことが多い。	6.4	80.9	12.8	.18	
39	化粧品は独特の色と匂いがあるので口にすることは少ない。	2.1	84.0	13.8	.35	**
40	認知症(痴呆症)患者さんが非常に興奮して、何を言っても聞き入れてもらえないような状況では、その場をしばらく離れることも有効な対処法である。	67.7	19.4	12.9	.04	
41	靴に連絡先を書く方法は有効である。	73.1	14.0	12.9	.25	*
42	靴を隠す方法は有効である。	3.2	91.5	5.3	-.09	
43	玄関にセンサーをつける場合は、玄関の中より外の方がよい。	19.1	61.7	19.1	.30	**
44	自宅のドアの上の方などの患者さんの視界の外に新たな鍵をつけることで徘徊は減少する。	50.6	24.7	24.7	.18	
45	昔、サラリーマンであった人に対しては名刺を持たせることが有効である。	35.5	19.4	45.2	.23	*
46	妄想は確固とした体系化されたものに発展することが多い。	33.3	26.9	39.8	.38	***
47	物盗られ妄想のある患者さんが物を探しているときに、途中で、「疲れたからちよっとお茶でも飲んで、また後で探しましょう」という声かけで探していたことを忘れてしまうことがある。	91.5	4.3	4.3	.43	***
48	物盗られ妄想のある患者さんが失くした物を探しているときに、介護者が先に見つけて渡すことは患者さんの安心につながる。	17.2	68.8	14.0	.31	**
49	患者さんと一緒に探して、患者さんに見つけ出させるように誘導することはいい方法である。	94.6	5.4		.36	***
50	嫉妬妄想のある患者さんに対してはどのような用事でどこに出かけるかを紙に書いて置いていくことが有効な場合がある。	61.7	8.5	29.8	.31	**

番号	項目名	正しい	正しくない	わからない	ρpb	p
51	アルツハイマー病は認知症(痴呆症)を引き起こす原因となる病気の中で最も頻度の多いものである。	<u>72.5</u>	13.2	14.3	.36	**
52	老人性認知症(痴呆症)という病気はない。	<u>27.7</u>	52.1	20.2	.23	*
53	アルツハイマー病の初発症状は徘徊であることが多い。	10.6	<u>70.2</u>	19.1	.36	***
54	アルツハイマー病の患者さんでは病初期でも尿便失禁を認めることが多い。	24.5	<u>53.2</u>	22.3	.26	*
55	アルツハイマー病患者さんは病初期でも会話の障害が明らかである。	18.1	<u>61.7</u>	20.2	.45	***
56	アルツハイマー病の患者さんは発病から死亡するまでの期間は平均8年くらいである。	<u>12.8</u>	43.6	43.6	.31	**
57	アルツハイマー病の患者さんが命を落とす原因として最も多いのは、転倒などの事故である。	22.3	<u>47.9</u>	29.8	.49	***
58	アルツハイマー病と最も関係のある脳内の神経伝達物質はセロトニンである。	30.4	<u>25.0</u>	44.6	.31	**
59	重症のアルツハイマー病の患者さんに対する薬物治療としてアリセプトは有効である。	34.4	<u>28.9</u>	36.7	.20	***
60	アリセプトはアルツハイマー病の進行を止めることはできない。	<u>61.7</u>	9.6	28.7	.62	***
61	血管性痴呆症は我が国の認知症(痴呆症)の原因疾患として2番目に多い。	<u>57.4</u>	10.6	31.9	.51	***
62	血管性痴呆症は予防が可能である。	<u>69.1</u>	7.4	23.4	.60	***
63	血管性痴呆症の患者に対してはリハビリテーションが重要である。	<u>64.5</u>	6.5	29.0	.52	***
64	血管性痴呆症の初期の症状としては、自発性の低下、意欲低下、夜間の精神不安定などがある。	<u>53.8</u>	7.5	38.7	.50	***
65	アスピリンの服用を指示された血管性痴呆症の患者さんは長期間、服用するのが一般的である。	14.9	<u>24.5</u>	60.6	.34	**
66	幻視を認める認知症(痴呆症)患者さんはこの疾患である確率が低い。	25.5	<u>48.9</u>	25.5	.43	***
67	せん妄をおこしやすい。	<u>55.9</u>	8.6	35.5	.62	***
68	認知症(痴呆症)の原因疾患として我が国では3番目に多いとされている。	<u>51.6</u>	12.9	35.5	.58	***
69	アリセプトが有効である可能性がある。	<u>22.3</u>	24.5	53.2	.29	**
70	歩行障害を有することは少ない。	5.4	<u>64.1</u>	30.4	.70	***
71	認知症(痴呆症)の患者さんはせん妄をおこしやすい。	<u>64.5</u>	11.8	23.7	.48	***
72	薬の副作用でせん妄が出現することがある。	<u>75.5</u>	5.3	19.1	.49	***
73	せん妄は昼間よりも夕暮以降の夜に起こりやすい。	<u>72.3</u>	4.3	23.4	.54	***
74	せん妄のために患者さんや周囲の者が危険や事故に遭遇することは少ない。	1.1	<u>86.7</u>	12.2	.49	***
75	患者さんが普通に会話できればせん妄にはなっていないと考えられる。	10.9	<u>73.9</u>	15.2	.30	**

番号	項目名	正しい	正しくない	わからない	ρ_{pb}	p
76	数週間をかけて認知症(痴呆症)が進行してきた場合には、頭部打撲の有無を確認しなければならぬ。	<u>58.5</u>	17.0	24.5	.27	**
77	歩行が不安定な認知症(痴呆症)患者さんは適切な治療により治る可能性がある。	<u>51.6</u>	21.5	26.9	.14	
78	見当識障害や幻覚・妄想などの症状が短期間のうちに良くなったり悪くなったりする患者さんは認知症(痴呆症)以外の疾患を考慮すべきである。	<u>61.7</u>	10.6	27.7	.33	**
79	性格の変化、抑制のきかない反社会的行動が目立つ認知症(痴呆症)患者さんは、前頭側頭型痴呆症である可能性が高い。	<u>54.8</u>	4.3	40.9	.54	***
80	アルツハイマー病でも初期ならば薬の管理を患者さんに任せると良い。	19.1	<u>66.0</u>	14.9	.15	
81	前頭側頭型痴呆症の患者さんは口が一杯になるまで食べ物をかきこむことがある。	<u>53.2</u>	9.6	37.2	.45	***
82	前頭側頭型痴呆症の患者さんは徘徊しても道に迷うことは少ないので、安全な経路であれば好きなように徘徊させておく介護法も考慮すべきである。	<u>9.7</u>	64.5	25.8	.20	
83	進行性核上性麻痺の患者さんは歩行時の観察は必要であるが、食事中に観察する必要はあまりない。	19.1	<u>80.9</u>		.28	**
84	皮質基底核変性症の患者さんが家の中で迷うことは少ない。	8.5	<u>42.6</u>	48.9	.31	**
85	コミュニケーションの回復にはあまり効果がない。	6.4	<u>87.2</u>	6.4	.33	**
86	生活の活性化、生活の充実という点で有効である。	<u>93.6</u>	6.4	.40		***
87	リアリティーオリエンテーションによって欲求不満や抑うつが引き起こされることがある。	<u>16.0</u>	50.0	34.0	.03	
88	リアリティーオリエンテーションは、認知機能と行動面の両方の改善に有効である。	<u>78.5</u>	21.5	.57		***
89	回想法は認知機能の改善に有効である。	81.2	<u>3.5</u>	15.3	.03	
90	介護保険制度によるサービスは65歳以上でないと受けられない。	30.9	<u>63.8</u>	5.3	.28	**
91	介護保険制度の認定審査は、一定の年齢に達した人に対して自動的に行われる。	7.4	<u>87.2</u>	5.3	.48	***
92	介護保険制度の認定審査のための訪問面接調査は患者さんの自宅で受けなければならない。	22.3	<u>70.2</u>	7.4	.41	***
93	介護保険では、訪問サービス、通所サービス、住宅改修費が給付対象サービスに含まれるが、福祉用具貸与は含まれない。	7.4	<u>86.2</u>	6.4	.37	***
94	高齢者の自立度を、自立、要支援、要介護1~7のどれかに判定する。	23.4	<u>72.3</u>	4.3	.33	**
95	成年後見人制度は全ての認知症(痴呆症)の患者さんが利用できることを目的に作られた制度である。	<u>7.4</u>	79.8	12.8	.02	
96	認知症(痴呆症)は精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。	46.8	<u>20.2</u>	33.0	.24	*
97	精神症状や行動障害が著しい認知症(痴呆症)患者さんは老人性痴呆疾患療養病棟での治療が適当である。	40.9	<u>41.9</u>	17.2	.31	**
98	老人性痴呆疾患センターは、専門医療相談、鑑別診断、治療方針の選定をするよう設置されたセンターであるが、夜間や救急対応はしていない。	16.0	<u>40.4</u>	43.6	.19	
99	「呆け老人をかかえる家族の会」は全国レベルの家族会である。	<u>35.1</u>	12.8	52.1	.33	**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

※番号の下線つき、太字は採用した設問、正答率は太字・下線つきが正答

4. 本調査

4-1. 方法

(1) 手続き

2014年9月～11月に調査を行った。対象となる介護施設は、著者及び共同研究者が研究協力を提携している近畿圏内及び関東圏内にある施設と、提携施設からの紹介による計5施設の職員を対象として質問紙調査を実施した。質問紙は293部配布し、247部回収した(回収率84.3%)。

(2) 使用尺度

基本属性として、性別(1. 男性、0. 女性)、年齢、雇用形態(1. 正規職員、0. 非正規職員)、総経験年数、勤続年数、施設形態、保有資格、職種、認知症に関する研修参加頻度(1. 全く参加していない、2. あまり参加していない、3. どちらともいえない、4. たまに参加している、5. よく参加している)及び自主学習の頻度(1. 全くしていない、2. あまりしていない、3. どちらともいえない、4. たまにしている、5. よくしている)について尋ねた。なお、保有資格については複数回答で尋ねた。

認知症の知識の測定には予備調査で作成したPKT修正版57問を用いた。なお使用にあたっては、予備調査と異なり設問数を選定したことで主語が不明瞭な項目などが見られたため、項目表現を一部修正した。各設問について、1. 正しい、2. 正しくない、3. わからない、の3件法で解答を求めた。なお、実施にあたっては、テストではないこと、参考書等で調べたりしないよう教示文を記載した。

有能感の測定には蘇他(2005)の作成した介護職員の仕事の有能感尺度3因子12項目を

用いた。1. まったくそう思わない～5. 非常にそう思う、の 5 件法で尋ねた。

動機づけの測定には岡田・中谷（2006）による大学生用学習動機づけ尺度 34 項目を用いた。本尺度は Ryan & Deci（2000）の自己決定理論における動機づけの概念を用いて作成されている。外発的動機づけを自律性の程度によって整理しており、「外的」、「取り入れ」、「同一化」、「内発」の 4 因子で構成される。本研究では介護職員に対して用いるため、項目を一部修正して用いた。1. あてはまらない～5. あてはまる、の 5 件法で尋ねた。

4-2. 解析方法

基本属性について、回答者の記述統計を算出した。PKT については各設問の解答率及び平均得点、中央値、得点範囲を算出した。動機づけ尺度は大学生を対象に作成されたものであるため、介護職員における因子構造を確認的因子分析と探索的因子分析により解析した。認知症の知識に影響を与える要因について重回帰分析を用いて検討した。認知症の知識に影響を及ぼす要因間の関係性については共分散構造分析を用いて解析した。分析にあたっては IBM SPSS Statistics19 及び IBM SPSS Amos19 を使用した。

4-3. 結果

本調査では介護職員の認知症の知識を検討するため、分析にあたって職種についての質問で「介護職員」と回答しなかった者を除外した。また、PKT の欠損値は不正解として扱った。ただし、多すぎる欠損値は解答に対する態度といった知識以外の要因による影響も考えられるため、解答率が 9 割以上の者を対象として扱った。分析対象は 210 名（女性

表 8 分析対象者の基本属性

		<i>N</i>	%
年齢 ¹⁾		42.6(±13.1)	
性別 ²⁾	女性	150	72.1
	男性	58	27.9
雇用形態 ²⁾	正規職員	115	55.3
	非正規職員	93	44.7
総経年数 ¹⁾		8.1(±5.2)	
勤続年数 ¹⁾		5.3(±4.6)	
施設形態	介護老人福祉施設	83	39.5
	介護老人保健施設	89	42.4
	短期入所生活施設	2	1.0
	通所介護	13	6.2
	認知症対応型通所介護	1	0.5
	訪問介護	3	1.4
	その他	19	9.0
保有資格 ³⁾	介護福祉士	134	63.8
	初任者研修修了	62	29.5
	社会福祉士	7	3.3
	介護支援専門員	18	8.6
	資格なし	11	5.2
	その他	5	2.4
研修参加頻度 ¹⁾		3.3(±1.3)	
自主学習頻度 ¹⁾		3.0(±1.2)	

1)平均(±標準偏差)を示す

2)性別、雇用形態共に2名は不明

3)複数回答

150名、男性58名、性別不明2名)であり、平均年齢は42.6 ($SD = 13.1$)歳であった。

本研究における対象者の属性を介護労働実態調査(介護労働安定センター, 2014; 介護労働安定センター, 2015)と比べて見ると、介護福祉士有資格者の割合は63.8%と介護労働実態調査で示されている37.5%よりも高かった。一方、性別と雇用形態の割合は女性72.1%、正規職員55.3%と、介護労働実態調査で示されている女性73.0%、正規職員56.7%という割合と概ね同様の値であった。対象者の基本属性の記述統計を表8に示す。

介護職員の認知症に関する知識の普及度を検討するために、PKTの各設問の正答率を算出した(表9)。「わからない」と答えた設問は不正解とし、正解に1点、不正解に0点を与え合計得点を算出した。PKTの平均得点は28.3($SD=9.2$)点であり、得点範囲は3点-46点であった。また、性別、雇用形態、介護福祉士資格有無による得点の比較を行ったところ、性別では有意差は見られず、雇用形態では正規職員31.3($SD=8.4$)点、非正規職員24.7($SD=8.9$)点と有意差が見られ($t=5.4, df=206, p<.001$)、介護福祉士資格有無では資格あり30.8($SD=8.5$)点、資格なし24.1($SD=8.9$)点と有意差が見られた($t=5.4, df=208, p<.001$)。

岡田・中谷(2006)の動機づけ尺度について確認的因子分析を行ったところ、 $\chi^2/df=3.3$ 、 $CFI=.673$ 、 $RMSEA=.10$ と適合度が低かった。この理由として、元々の作成段階で想定していた因子と異なる因子に含まれる項目があり、因子として不安定な項目があると考えられた。また、桜井(1997)は学習に自発的に取り組み、その学習が何らかの手段となっていることを社会化された内発的学習意欲と呼び、これは内発的動機づけと同義として差し支えないとしている。大学生の学習と異なり介護職員においては、自発的な学習が資格や昇進といった目的を達成するための手段となっている可能性が考えられるため、岡田・中谷(2006)とは異なる因子に含まれる項目があると考えられた。そこで、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行いあらためて因子構造の検討を行った(表10)。岡田・中谷(2006)及びRyan & Deci(2000)から4因子が想定されるため、因子数を4に固定し、因子負荷が.40未満の項目及び複数の項目に同程度の因子負荷を示した項目を削除し再度分析を行った結果、26項目が抽出された。その中には岡田・中谷(2006)の研究とは異な

表 9 PKT の正答率

	正しい	正しくない	わからない
1 認知症の人は、自分が物忘れをしていることは自覚していることが少ない。	70.3	26.3	3.3
2 認知症の人は、出来事の一部を忘れることがあっても、出来事そのものを忘れてしまうことは少ない。	31.1	58.9	10.0
3 認知症患者さんでも、自らの痛みや身体的な異変には早くから気づくものである。	35.7	51.2	13.0
4 認知症患者さんの介護による介護負担は一般的に、身体的負担より精神的負担の方が大きい。	95.1	11.1	3.8
5 認知症があっても、生活環境や生活のリズムの変化に順応する能力は十分残っている。	60.8	32.5	6.7
6 認知症患者さんの精神症状および行動異常は認知症の進行に伴って末期まで顕著となり続ける。	41.4	41.0	17.6
7 介護者が介護に疲弊すると認知症患者さんの精神症状および行動異常が悪化しやすい。	78.8	8.7	12.5
8 精神症状および行動異常に対して抗精神病薬がしばしば有効である。	47.6	23.8	28.6
9 レビー小体病の精神症状や行動異常に対しては、アルツハイマー病患者の同様の症状を治療するときよりも多い量の抗精神病薬を服用させるほうがよい。	3.3	40.0	56.7
10 最近、副作用の少ない抗精神病薬が使用可能となってきている。	38.3	7.1	59.5
11 必要な服薬を拒否する患者さんに対しては、薬を食事と一緒に混ぜる方法が有用である。	44.9	40.6	14.5
12 「長谷川式」と呼ばれる検査は、行動異常の範囲と程度とを簡便に評価するために用いられる。	28.5	51.2	20.3
13 不安、焦燥、興奮などが急に出現したり、頻回になったりするなどの変化が生じた場合には、認知症の進行と捉えるべきである。	42.6	46.4	11.0
14 自宅にいるにもかかわらず、「家に帰りたい」という認知症患者さんに対しては、根気よくここが自宅であるということの説明する方法が有効である。	14.4	74.6	11.0
15 相手の言葉や行動に沿って演技をする対応法は患者さんのプライドを傷つけることになるのでとはいけない方法である。	18.3	68.9	17.8
16 物盗られ妄想に対しては、患者の考えは間違っているということをきちんと説明して理解させる方法が有効である。	5.2	88.1	6.7
17 徘徊に対する対応法として、靴に連絡先を書く方法は有効である。	50.0	31.7	18.3
18 徘徊に対する対応法として、玄関にセンサーをつける場合は、玄関の中より外の方がよい。	12.4	66.2	21.4
19 徘徊に対する対応法として、昔、サラリーマンであった人に対しては名刺を持たせることが有効である。	38.0	23.4	43.5
20 妄想は確固とした体系化されたものに発展することが多い。	21.4	27.7	51.0
21 物盗られ妄想のある患者さんが失くした物を探しているときに、介護者が先に見つけて渡すことは患者さんの安心につながる。	20.0	68.3	16.7
22 嫉妬妄想のある患者さんに対してはどのような用事でどこに出かけるかを紙に書いて置いていくことが有効な場合がある。	56.6	14.1	29.3
23 アルツハイマー病は認知症を引き起こす原因となる病気の中で最も頻度の多いものである。	64.3	17.9	17.9
24 老人性認知症という病気はない。	38.0	41.3	25.7
25 アルツハイマー病の初発症状は徘徊が多い。	11.1	64.3	24.6
26 アルツハイマー病の患者さんでは病初期でも尿便失禁を認めることが多い。	28.1	45.7	26.2
27 アルツハイマー病患者さんは病初期でも会話の障害が明らかである。	19.5	59.0	21.4
28 アルツハイマー病の患者さんが命を落とす原因として最も多いのは、転倒などの事故である。	25.7	43.8	30.5
29 アルツハイマー病と最も関係のある脳内の神経伝達物質はセロトニンである。	30.3	18.8	51.0
30 コリンエステラーゼ阻害薬(アリセプト、ドネペジルなど)はアルツハイマー病の進行を止めることはできない。	37.1	19.5	43.3
31 血管性認知症は我が国の認知症の原因疾患として2番目に多い。	44.3	17.6	38.1

	正しい	正しくない	わからない
32 血管性認知症は予防が可能である。	59.8	9.1	31.1
33 血管性認知症の患者に対してはリハビリテーションが重要である。	61.0	8.6	30.5
34 血管性認知症の初期の症状としては、自発性の低下、意欲低下、夜間の精神不安定などがある。	47.6	17.1	35.2
35 アスピリンの服用を指示された血管性認知症の患者さんは長期的に服用する場合がある。	26.2	13.3	60.5
36 幻視を認める認知症患者さんはレビー小体病である確率が低い。	19.1	43.1	37.8
37 レビー小体病はせん妄をおこしやすい。	55.2	6.2	38.6
38 レビー小体病は認知症の原因疾患として我が国では3番目に多いとされている。	30.5	13.3	56.2
39 レビー小体病はコリンエステラーゼ阻害薬(アリセプト、ドネペジル)などが有効である可能性がある。	14.5	16.4	69.1
40 レビー小体病は歩行障害を有することは少ない。	14.9	39.9	45.2
41 認知症の患者さんはせん妄をおこしやすい。	60.0	19.0	21.0
42 薬の副作用でせん妄が出現することがある。	72.7	4.8	22.5
43 せん妄は昼間よりも夕暮以降の夜に起こりやすい。	77.1	5.2	17.6
44 患者さんが普通に会話できればせん妄にはなっていないと考えられる。	6.2	71.0	22.9
45 数週間をかけて認知症が進行してきた場合には、頭部打撲の有無を確認しなければならぬ。	47.6	21.4	31.0
46 見当識障害や幻覚・妄想などの症状が短期間のうちに良くなったり悪くなったりする患者さんは認知症以外の疾患を考えるべきである。	56.9	12.9	30.1
47 性格の変化、抑制のさかない反社会的行動が目立つ認知症患者さんは、前頭側頭型認知症である可能性がある。	42.6	7.7	49.8
48 前頭側頭型認知症の患者さんは口が一杯になるまで食べ物をかきこむことがある。	26.2	12.9	61.0
49 皮質基底核変性症の患者さんが家の中で迷うことは少ない。	5.7	19.6	74.6
50 リアリティーオリエンテーションによって欲求不満や抑うつが引き起こされることがある。	20.0	14.8	65.2
51 リアリティーオリエンテーションは、認知機能と行動面の両方の改善に有効である。	32.5	4.3	63.2
52 介護保険制度によるサービスは65歳以上でないと受けられない。	13.9	76.0	10.1
53 介護保険制度の認定審査のための訪問面接調査は患者さんの自宅で受けなければならない。	14.8	74.2	11.0
54 介護保険制度は、高齢者の自立度を、自立、要支援、要介護1～7のどれかに判定する。	18.6	75.2	6.2
55 認知症は精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。	41.1	27.8	31.1
56 精神症状や行動障害が著しい認知症患者さんは老人性認知症疾患療養病棟での治療が適当である。	30.6	38.8	30.6
57 「認知症の人と家族の会(旧 泉ヶ老人をかかえる家族の会)」は全国レベルの家族会である。	41.4	8.6	50.0
	平均得点(±標準偏差)	28.3(±9.2)	
	中央値	30.0	
	得点範囲	3-46	

※太字、下線つきが正解

※得点は正解を1点、不正解・わからないを0点で換算

表 10 学習動機づけ尺度の因子分析

因子	1	2	3	4
【外的】 $\alpha=.86$				
12 まわりからやれといわれるから	.96	-.04	.02	-.10
23 やらされているから	.80	.05	-.22	.01
8 しないとまわりの人が文句を言うから	.74	-.06	.08	.02
1 上司がうるさいから	.69	-.08	-.14	-.02
20 きまりのようなものだから	.63	.01	.12	-.01
13 まわりの人により印象を与えたいから	.59	.05	.08	.13
16 今の社会ではしななければならないようになっているから	.40	.24	.14	.13
【内発】 $\alpha=.82$				
15 考えたり、頭を使ったりするのが好きだから	.00	.79	-.03	-.07
30 好奇心が満たされるから	-.10	.75	-.11	.20
26 教材や本などがおもしろいから	.07	.73	-.04	-.13
7 難しい内容を学ぶのが楽しいから	.00	.66	.03	-.12
4 おもしろいから	-.11	.52	.02	.04
18 知識を得ることで幸せになれるから	.15	.47	.21	.09
【同一化】 $\alpha=.79$				
10 将来いろいろなことに役立つから	-.03	-.03	.92	-.11
25 自分の能力を高めることになるから	-.01	.04	.79	-.03
3 そうすること自体が大切なことだから	-.12	-.05	.69	.13
14 就職試験や職業にとって必要だから	.20	-.02	.55	.06
【取り入れ】 $\alpha=.74$				
32 まわりの人についていけなくなるのが嫌だから	.09	-.13	-.01	.81
6 しておかないと不安だから	-.20	.10	.02	.63
28 後で困るのが嫌だから	.04	.00	.19	.59
2 しておかないと恥ずかしいから	.16	.05	-.11	.55
	累積寄与率		51.8%	
	因子間相関			
	因子1			
	因子2 .00			
	因子3 -.16 .49			
	因子4 .34 .25 .47			

※最尤法、プロマックス回転

る因子に含まれた項目が見られたため、内容から判断して該当項目を削除し再度因子分析を行った。ただし、先行研究で本来想定されていた因子に含まれた項目については残した。以上の手続きから 21 項目を抽出し、第一因子を「外的」、第二因子を「内発」、第三因子を「同一化」、第四因子を「取り入れ」と命名した。これらの項目で確認的因子分析

を行ったところ、 $\chi^2/df=2.6$ 、 $CFI=.817$ 、 $RMSEA=.09$ であり、従来の因子よりも適合度が改善したため、今後の分析にはこちらの結果を用いることとした。 α 係数は.74～.86であり、十分な信頼性を示した。

認知症の知識に関連する要因について検討するために、PKT得点と各変数との相関係数を算出した（表11）。基本属性のうち、PKTと関連していたのは、研修参加頻度（ $r=.14$, $p<.05$ ）、自主学習頻度（ $r=.26$, $p<.001$ ）、総経年数（ $r=.19$, $p<.01$ ）であった。有能感との関連では、「仕事上の予測・問題解決」（ $r=.23$, $p<.01$ ）と「有能感」（ $r=.16$, $p<.05$ ）で有意な関連が見られた。動機づけとの関連では、「外的」（ $r=-.19$, $p<.01$ ）、「同一化」（ $r=.16$, $p<.05$ ）、「内発」（ $r=.17$, $p<.05$ ）と有意な関連が見られた。

認知症の知識に影響する要因を検討するために、PKT得点を従属変数、有能感、動機づけを独立変数とし、基本属性を調整変数とした階層的重回帰分析をおこなった（表12）。STEP1で有能感、STEP2で動機づけの各因子、STEP3で基本属性を投入し、基本属性の影響を調整した上でも有能感、動機づけの影響が残るかどうか検討した。なお、研究1により、有能感尺度については重相関係数が高く多重共線性の可能性が考えられたため有能感因子を用いた。その結果、STEP1では「有能感」が有意な影響を示し（ $\beta=.16$, $p<.05$ ）、STEP2では「外的」が有意な影響（ $\beta=-.16$, $p<.05$ ）を示したが、STEP3においては有能感、動機づけの影響は見られなくなった。STEP3においてPKT得点に有意な影響を及ぼしていたのは雇用形態（ $\beta=.30$, $p<.001$ ）、介護福祉士資格有無（ $\beta=.19$, $p<.05$ ）、自主学習頻度（ $\beta=.22$, $p<.01$ ）であった。STEP2、STEP3における R^2 の変化量はいずれも有意であった（STEP2： $\Delta R^2=.05$, $p<.05$ ；STEP3： $\Delta R^2=.22$, $p<.001$ ）。

表 11 基本属性と有能感、動機づけ、PKT の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 年齢													
2 研修参加頻度	.22 ^{**}												
3 自主学習頻度	.32 ^{***}	.39 ^{***}											
4 総経年数	.33 ^{***}	.06	.10										
5 勤続年数	.22 ^{**}	.13	.04	.59 ^{***}									
6 業務の達成	.24 ^{**}	.15 [*]	.16 [*]	.03	.08								
7 能力の発揮・成長	.17 [*]	.12	.37 ^{***}	.09	.10	.57 ^{***}							
8 仕事上の予測・問題解決	.10	.06	.23 ^{**}	.30 ^{***}	.25 ^{***}	.59 ^{***}	.61 ^{***}						
9 有能感	.20 ^{**}	.13	.32 ^{***}	.15 [*]	.16 [*]	.82 ^{***}	.90 ^{***}	.82 ^{***}					
10 外的	-.01	-.04	-.23 ^{**}	-.01	.04	-.04	-.10	-.17 [*]	-.12				
11 同一化	.06	.07	.16 [*]	-.01	-.13	.02	.24 ^{**}	.08	.16	-.03			
12 内発	.17 [*]	.10	.24 ^{***}	.06	-.01	.11	.29 ^{**}	.18 ^{**}	.25 ^{***}	.06	.40 ^{***}		
13 取り入れ	.00	.00	.08	.00	.00	-.03	.07	-.06	.00	.37 ^{***}	.38 ^{***}	.18 ^{**}	
14 PKT	-.02	.14 [*]	.26 ^{***}	.19 ^{**}	.07	.05	.13	.23 ^{**}	.16 [*]	-.19 ^{**}	.16 [*]	.17 [*]	.00

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表 12 認知症の知識に影響を与える要因

STEP	1	2	3
有能感	.16*	.08	.02
動機づけ			
外的		-.16*	-.09
同一化		.08	.10
内発		.14	.09
取り入れ		-.03	-.05
基本属性			
性別			.06
年齢			.02
雇用形態			.30***
介護福祉士有無(1:あり 0:なし)			.19*
初任者研修修了(1:あり 0:なし)			.04
研修参加頻度			.00
自主学習頻度			.22**
総経過年数			.02
勤続年数			.04
R^2	.03*	.08*	.30***
$Adj R^2$	.02	.05	.24
ΔR^2		.05*	.22***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

有能感が動機づけに影響を及ぼし、その結果認知症の知識に影響するという仮説を検討するために、共分散構造分析を用いた分析を行った（図 3）。有能感や動機づけを高めることが何らかの行動を介して認知症の知識に影響すると考えられる。本研究では行動指標として自主学習頻度を尋ねているため、有能感、動機づけから認知症の知識へのパスだけでなく、自主学習を介して認知症の知識に影響するというパスを引いた。なお、相関係数及び重回帰分析の結果から、影響がないと考えられたパスについてはあらかじめ除外した。重回帰分析と異なり独立変数間に相関を仮定することが可能なため、有能感尺度については各因子を用いた。また、重回帰分析で影響がみられた介護福祉士資格有無は統制変数と

し、多母集団同時分析を用いて雇用形態別の検討を行った。モデルの比較にあたっては変数のみを同一とする配置不変モデルと、パス係数も同一とする測定不変モデルを比較した。モデルの適合度は配置不変モデルが $\chi^2/df = 1.3$, $CFI = .969$, $RMSEA = .04$, $AIC = 229.0$ であり、測定不変モデルが $\chi^2/df = 1.4$, $CFI = .940$, $RMSEA = .05$, $AIC = 228.1$ であった。以上の結果から、雇用形態によりパス係数が異なるとする配置不変モデルを採用することが妥当であると判断した。正規職員の場合、「能力の発揮・成長」から自主学習 ($\beta = .28, p < .01$) と「内発」 ($\beta = .22, p < .05$) へのパスが有意であり、また、「内発」から PKT ($\beta = .28, p < .01$) へのパスも有意であった。「仕事上の予測・問題解決」から「外的」 ($\beta = -.27, p < .01$)、「外的」から自主学習 ($\beta = -.32, p < .001$) へのパスが有意であった。非正規職員では、「能力の発揮・成長」から「同一化」 ($\beta = .29, p < .01$)、「内発」 ($\beta = .37, p < .01$)、自主学習 ($\beta = .41, p < .01$) へのパスが有意であり、自主学習から PKT へのパス ($\beta = .34, p < .001$) が有意であった。また、「外的」から PKT へ有意なパス ($\beta = -.29, p < .001$) がみられた。パラメータの一対比較を行ったところ、「外的」から PKT へのパス係数に対する検定統計量は 2.39 ($p < .01$) で非正規職員の方が強い負の影響を示し、「内発」から PKT へのパス係数に対する検定統計量は 2.33 ($p < .01$) で正規職員の方が強い正の影響を示した。

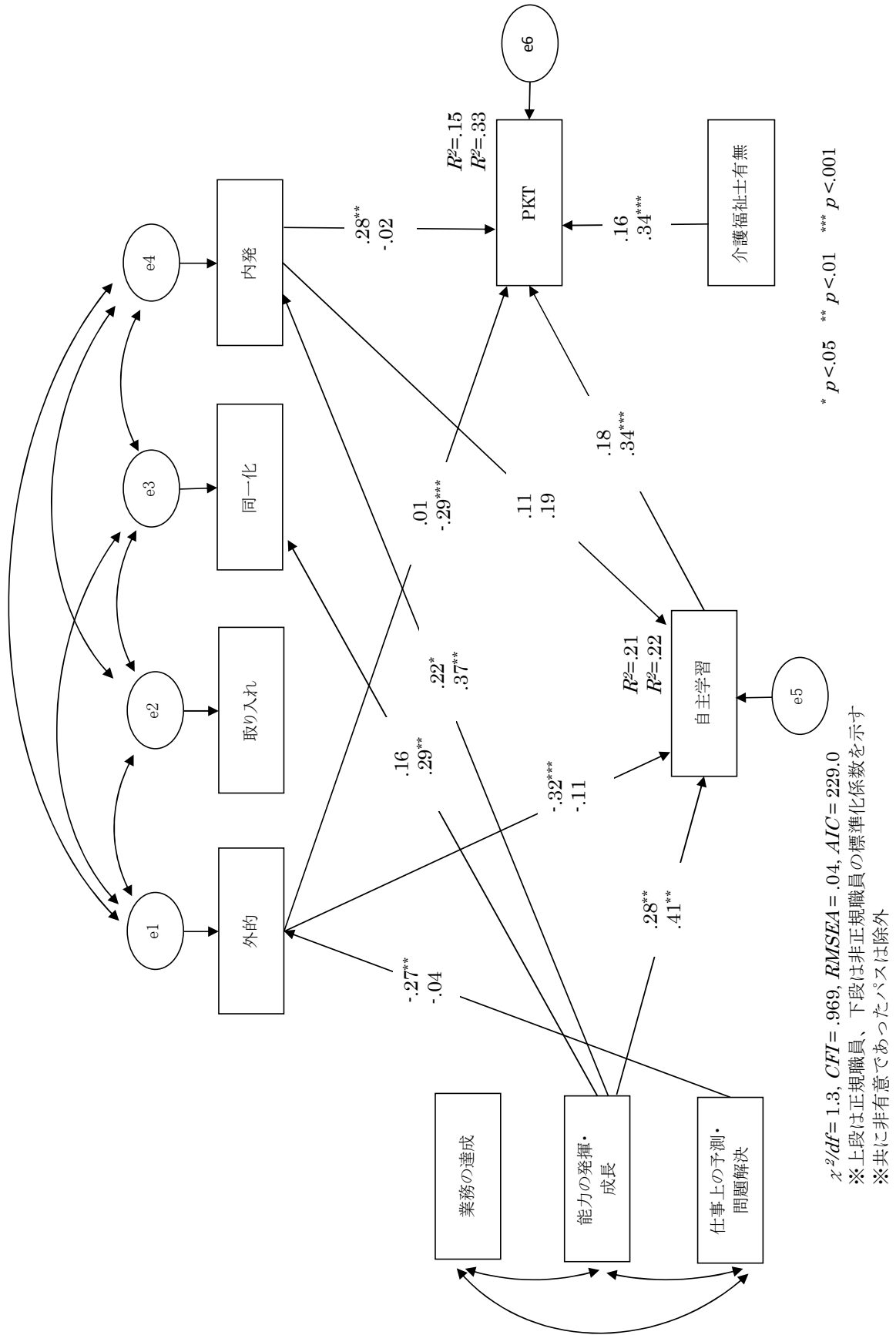


図3 PKTと関連要因間の関係性

5. 考察

PKT の正答率は 57 点満点中の 28.3 点と 5 割程度であり、得点範囲も 3 点－46 点と幅がみられた。重回帰分析の結果から、基本属性の中でも雇用形態、介護福祉士資格有無、自主学習の頻度が認知症の知識に影響を及ぼしていることが示された。一方、勤続年数や総経験年数とは関連が見られず、このことは Kazui et al. (2008) と同様の結果であった。これらの結果から、介護職員によって知識の程度には大きく差があり、単に経験年数を積むだけでは知識を身につけるには不十分であることが示された。そのため、介護職員が認知症の知識を身につけられるよう教育や学習の機会を確保することは極めて重要であると考えられる。ただし、研修参加頻度は認知症の知識に影響を及ぼしておらず、自主学習頻度が影響することが示されたことから、研修等の教育・学習機会を確保すると同時に、如何に自主学習につなげていくかを考えていく必要がある。現状において介護職員は無資格の者でも従事することが可能であり、非正規職員の割合も 4 割を超える（介護労働安定センター, 2014）。しかし、介護福祉士であることや正規職員であることが認知症の知識に影響を及ぼしていることから、これらの職員を雇用することができるよう介護報酬や人員配置基準など制度面の改善を含めた方策を検討することも必要であると考えられる。

認知症の知識に影響する要因間の関係性については正規職員と非正規職員で異なる結果が得られた。正規職員の場合、業務の中で自らが能力を発揮し成長していると感じられていることは、内発的動機づけを介して認知症の知識に影響することが示された。これらの介護職員は内発的動機づけが高まることにより日々の業務により自律的に携わっていると考えられる。そのため、例えば BPSD への対応を考え、実践するといった日々の業務が学

習となり、認知症の知識を増加させる機会になっているのかもしれない。逆に、やらされているといった外発的な動機づけにより業務に携わっている者は、自主学習の意欲が抑制されてしまうことが示された。外発的な動機づけにより業務に携わる職員が増えることは、認知症介護の質の低下を招く危険性があるが、仕事上で起こりうる問題を予測し問題解決につなげられているという感覚を抱くことができているならば、外発的な動機づけが抑制されることが示された。Ryan & Deci (2000) は外発的に動機づけられた行動の内在化には有能感が関連していることを指摘している。問題の予測や解決ができていると感じている職員は、その問題に対してより自律的に関与することになり外発的動機づけが内在化されていくため、やらされているといった感覚が小さくなると考えられる。

非正規職員においては、能力を発揮し成長を感じられていることは内発的動機づけを高めることに加え、自主学習を介して認知症の知識に影響を及ぼしていた。一方、正規職員とは異なり、内発的動機づけが認知症の知識には影響していなかった。汲田 (2012) は、正規職員は非正規職員が自らの職務内容を限定しがちであると考えていることを報告している。このことから、非正規職員は業務に自律的に携わりにくい状況にあることが示唆され、そのために内発的動機づけが認知症の知識に対して直接的な影響を及ぼさなかったと考えられる。また、外発的な動機づけが高いことは少ない認知症の知識と関連していたが、正規職員と異なり、有能感の外発的動機づけに対する抑制効果は見られなかった。したがって、非正規職員に対しては、自律的に業務に携われるような機会の提供などの環境調整がより必要になると考えられる。

注 1) PKT は問題に対する答えを求める「検査」であるため、質問や要求に答えることを意味する「回答」ではなく、問題を解いて答えを出すことを意味する「解答」の使用が適切と考えた。

第Ⅳ章

有能感はどのような要因に影響を受けるのか？

研究 3

精神的健康と職場環境が有能感に及ぼす影響の検討

本研究は下記の論文を編集したものである。

大庭輝・豊田麻実・佐藤眞一（印刷中）．精神的健康と職場環境が介護職員の有能感に及ぼす影響 生老病死の行動科学, 20.

本研究は平成 25 年～27 年度科学研究費助成（挑戦的萌芽研究 課題番号 25590186 研究代表者：佐藤眞一）を受けて実施した。

1. 目的

研究1、研究2より、介護職員の有能感を高めることが認知症介護の質低下の抑制と質向上の促進につながる可能性が示された。そこで、本研究では有能感に影響を及ぼす要因について検討する。まず注目すべきは、福祉施設で働く対人援助職者は精神的健康度が低く、メンタルヘルスに関する対応の必要性があることが指摘されていることである（竹田・太田, 2014）。例えば、うつ病の症状では自己評価の低下や自己批判的な思考が見られるため、精神的健康の悪化は本来感じるべき有能感を抑制してしまう可能性が考えられる。また、蘇・岡田・白澤（2006）や、谷口他（2010）は有能感に影響を及ぼす要因として職場での人間関係や働きやすい環境が関連することを報告しているが、職場環境はストレスの増加や（細羽, 2011）、バーンアウト（井村, 2005；森本, 2003）などの視点から精神的健康との関連が示されており、吉村・川上・堤・井上・小林・竹内・福田（2013）は職場環境の改善が有効なメンタルヘルス対策の一つであることを示している。これらの研究を踏まえると、精神的健康と有能感の関連については、介護職員の職場環境を考慮した上で検討することが有益であろう。さらに、様々な業種に勤める有職者を対象に仕事の意味づけについて検討した坂井・半澤（2008）では、男性は専門的な職業能力を高めたい、出世や昇進のためにはつらいことでも我慢したいといった専門上昇志向が女性よりも高かったことが示されている。同様に、澤田（2007）でも男性は女性に比べて昇進意思が高いことが示されている。認知症の人の介護においては男性の方がストレスを感じやすいことが報告されていることから（Zimmerman et al., 2005）、職場環境が有能感に及ぼす影響を検討するにあたっては性差の影響も示唆される。そこで、本研究では介護職員の有能感に影響を与える要因について職

場環境と精神的健康に着目して検討すると同時に、性差の影響について比較検討することを目的とした。

2. 方法

2-1. 調査手続き

本研究を実施するにあたって、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系研究倫理委員会の承認を得た(承認番号 24088)。2013年8月に日本介護福祉士会を通して全国19支部の会員1000名に対して郵送法による調査を行った。質問紙は各支部に郵送し、支部から研修等の際に会員に配布してもらい、回答者から個別に返送してもらった。配布した1000部のうち、返送があったのは720部(回収率72%)であった。その中には回答を拒否した者が1名(拒否率0.1%)いた。なお、本研究の調査対象者は研究1と一部重複している。

2-2. 調査項目

基本属性として年齢、性別、総経年数、勤続年数、雇用形態(1. 正規職員、2. 非正規職員、3. 派遣正職員、4. パートタイム、5. その他)、現在高齢者施設に勤めているか(1. はい、2. いいえ)、就職前に介護・福祉に関して勉強した場所(1. 高校、2. 専門学校、3. 短大、4. 大学、5. 独学、6. 勉強なし、7. その他)、勤務先の施設種、職位について尋ねた。

有能感の測定には蘇他(2005)が作成した介護職員の仕事の有能感尺度3因子12項目を用いた。1. まったく思わない～5. 非常にそう思う、の5件法で実施し、合計得点を用い

た。

精神的健康の測定には中川・大坊（1985）による精神健康調査票（General Health Questionnaire ; GHQ）を用いた。本尺度のオリジナルは一般的健康や心臓脈管系・筋神経系・消化器系といった身体的側面も含む 60 項目の質問から構成されるが、さまざまな短縮版が開発されている。本研究では、福西（1990）で妥当性が検討されている 12 項目版を用いた。得点が高いほど精神的健康が悪いことを示す。4 件法で実施し、採点については GHQ 採点法（0-0-1-1 方式）を用いた。

職場環境の測定を行うにあたって、介護現場における職場環境を測定する尺度が存在しないため、日本労働研究機構（2003）のワークシチュエーションチェックリストを参考に介護職員向けに項目を作成した。これらの項目については、豊田（2014）が因子分析を行い、職場における学びの機会や上司からの評価に関する項目から構成される「教育・評価」、職場において他職種も含めて職員同士が共通のビジョンや認識をもっているかどうかに関する項目から構成される「共通認識」、介護を行う上でどの程度自分の意見を発信できるかということに関する項目から構成される「参画」の 3 因子 14 項目を抽出している。本研究ではこの 14 項目について、1. まったくそう思わない～5. かなりそう思う、の 5 件法で実施し、合計得点を用いた。

2-3. 解析方法

各変数の記述統計を算出し、性差の比較を行った。基本属性と職場環境、有能感、GHQ の関連について、 χ^2 検定、t 検定及び相関分析により検討した。職場環境尺度については、

確認的因子分析を行い、因子的妥当性の検討を行った。有能感に影響を及ぼす要因について検討するため、基本属性、職場環境、精神的健康を説明変数にした階層的重回帰分析を行った。性差の影響を考慮した上で職場環境、精神的健康、有能感の関係性を検討するために男女別の多母集団同時分析によるパス解析を行った。なお、解析にあたっては IBM SPSS Statistics19 及び IBM SPSS Amos19 を使用した。

3. 結果

3-1. 分析対象者の抽出

分析にあたって、①現在高齢者施設に勤務していない者、②利用者の直接介護が主要業務ではないと考えられる施設長や管理職の者、③通所系サービスの勤務者と比べて利用者と接する時間が短いと考えられる訪問系サービスに勤務している者、を除いた。また、雇用形態については 1. 正規職員、0. 非正規職員の 2 群に、教育については専門職として一定の教育を受けていると考えられる高校、専門学校、短大、大学を 1. 教育あり、その他を 0. 教育なしの 2 群に分けた。分析対象は 220 名（女性 159 名、男性 61 名）であり、平均年齢は 41.6 ($SD=11.1$) 歳、平均経験年数は 10.8 ($SD=6.1$) 年であった。各変数の性差について比較した結果、女性は年齢が男性よりも有意に高かった ($t=4.15, df=140.3, p<.001$)。また、教育を受けていない者の割合が男性よりも多かった ($\chi^2=7.56, p<.01$)。GHQ の平均得点は 5.7 ($SD=3.0$) 点であり、福西 (1990) の示した cut-off point である 2/3 点よりも高かった。基本属性の記述統計及び性差について表 13 に示す。

表 13 基本属性と各尺度の記述統計と性差の比較

	全体(N = 220)		女性(N = 159)		男性(N = 61)		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
年齢	41.6	11.1	43.5	11.4	36.8	8.8	***
雇用形態							
正規職員	186 (84.9%)		132 (83.5%)		54 (88.5%)		
非正規職員	33 (15.1%)		26 (16.5%)		7 (11.5%)		
教育有無							
高卒以上	85 (40.1%)		53 (34.4%)		32 (55.2%)		**
教育なし	127 (59.9%)		101 (65.6%)		26 (44.8%)		
経験年数	10.8	6.1	11.3	6.4	9.7	5.0	
勤続年数	7.0	6.1	7.3	6.5	6.1	4.7	
業務の達成	10.2	2.3	10.3	2.1	10.0	2.7	
能力の発揮・成長	20.5	4.3	20.9	3.9	19.6	5.0	
仕事上の予測・問題解決	10.2	2.3	10.3	2.0	9.7	2.8	
GHQ	5.7	3	5.6	2.9	5.8	3.4	

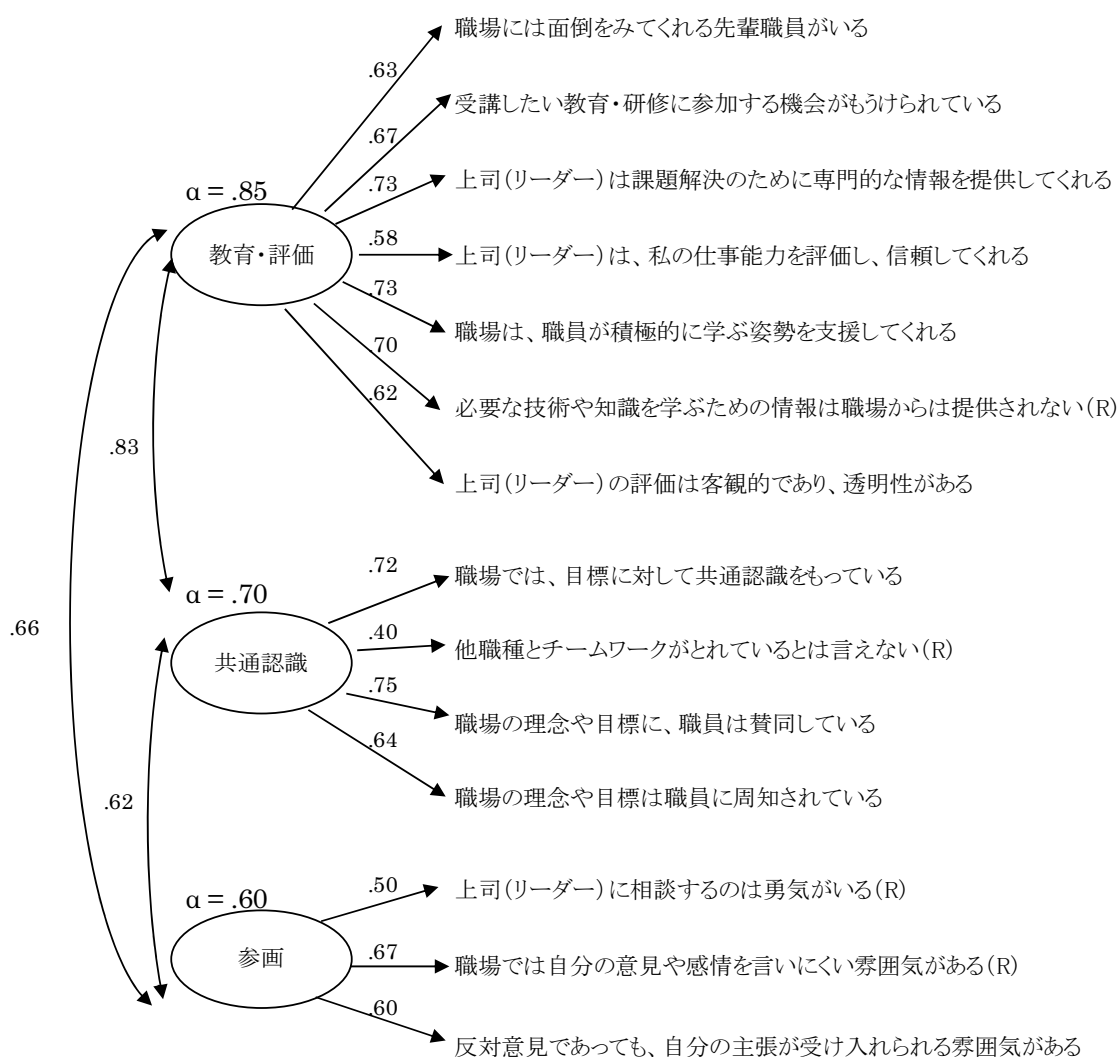
※雇用形態、教育有無については N(%)を示す

※雇用形態について女性 1 名、教育有無については女性 5 名、男性 3 名欠損

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3-2. 職場環境尺度の検討

本研究の対象者における職場環境尺度の因子的妥当性を検討するために確認的因子分析を行ったところ、 $\chi^2/df = 2.4$, $CFI = .893$, $RMSEA = .08$ であった (図 4)。豊田 (1998) によると、 CFI は 1 に近いほど当てはまりが良く、 $RMSEA$ は 0.05 以下であれば当てはまりが良く 0.1 以上であれば当てはまりが悪いとされる。本尺度の $RMSEA$ は 0.05 以上であったが、当てはまりが悪いとされる 0.1 を下回っていたため、一定の適合度があると判断した。各因子の α 係数は、「教育・評価」が.85、「共通認識」が.70、「参画」が.60 であった。また、これらの因子について性差の比較を行ったところ、「共通認識」は女性の得点が有意に高かった ($t = 2.53$, $df = 213$, $p < .05$) (表 14)。



$\chi^2/df = 2.4$, $CFI = .893$, $RMSEA = .08$

※(R)は逆転項目

※誤差は省略

図4 職場環境尺度の確認的因子分析

表14 職場環境尺度の記述統計と性差の比較

	全体(N = 220)		女性(N = 159)		男性(N = 61)		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
教育・評価	22.8	6.0	23.0	5.8	22.3	6.7	*
共通認識	12.6	3.2	12.9	3.0	11.7	3.5	
参画	8.6	2.6	8.8	2.6	8.3	2.7	

* $p < .05$

3-3. 要因間の関連の検討

有能感と関連する要因について Pearson の相関係数を用いて検討した（表 15）。その結果、「業務の達成」は「参画」（ $r = .25, p < .001$ ）、GHQ（ $r = -.42, p < .001$ ）と有意な関連が見られた。「能力の発揮・成長」は「教育・評価」（ $r = .30, p < .001$ ）、「共通認識」（ $r = .27, p < .001$ ）、「参画」（ $r = .38, p < .001$ ）、GHQ（ $r = -.53, p < .001$ ）と有意な関連が見られた。「仕事上の予測・問題解決」は年齢（ $r = .18, p < .01$ ）、総経年数（ $r = .21, p < .01$ ）、「参画」（ $r = .24, p < .001$ ）、GHQ（ $r = -.37, p < .001$ ）と有意な関連が見られた。

表 15 各変数の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 年齢									
2 総経年数	.36 ^{***}								
3 勤続年数	.14 [*]	.59 ^{***}							
4 教育・評価	-.12	-.10	.01						
5 共通認識	.04	-.02	-.03	.64 ^{***}					
6 参画	-.09	.10	.10	.49 ^{***}	.40 ^{***}				
7 GHQ	-.06	.01	-.03	-.26 ^{***}	-.29 ^{***}	-.36 ^{***}			
8 業務の達成	.11	.00	-.08	.07	.08	.25 ^{***}	-.42 ^{***}		
9 能力の発揮・成長	.11	.07	.01	.30 ^{***}	.27 ^{***}	.38 ^{***}	-.53 ^{***}	.68 ^{***}	
10 仕事上の予測・問題解決	.18 ^{**}	.21 ^{**}	.07	.06	.09	.24 ^{***}	-.37 ^{***}	.58 ^{***}	.64 ^{***}

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3-4. 有能感に影響を及ぼす要因の検討

有能感に影響を及ぼす要因について検討するため、有能感の各因子を従属変数にし、STEP1 で基本属性、STEP2 で職場環境尺度の各因子、STEP3 で GHQ を説明変数として投入した階層的重回帰分析を行った (表 16)。その結果、「業務の達成」(STEP2: $\Delta R^2 = .09$, $p < .001$; STEP3: $\Delta R^2 = .14$, $p < .001$)、「能力の発揮・成長」(STEP2: $\Delta R^2 = .18$, $p < .001$; STEP3: $\Delta R^2 = .16$, $p < .001$)、「仕事上の予測・問題解決」(STEP2: $\Delta R^2 = .06$, $p < .01$; STEP3: $\Delta R^2 = .12$, $p < .001$) いずれの因子においても、STEP2、STEP3 における R^2 の変化量は有意であった。STEP3 において「業務の達成」に有意な影響を及ぼしていたのは、勤続年数 ($\beta = -.19$, $p < .05$)、参画 ($\beta = .22$, $p < .01$)、GHQ ($\beta = -.41$, $p < .001$) であった ($Adj R^2 = .24$)。「能力の発揮・成長」に有意な影響を及ぼしていたのは参画 ($\beta = .20$, $p < .01$)、GHQ ($\beta = -.44$, $p < .001$) であった ($Adj R^2 = .35$)。「仕事上の予測・問題解決」に有意な影響を及ぼしていたのは総経験年数 ($\beta = .24$, $p < .01$)、参画 ($\beta = .16$, $p < .05$)、GHQ ($\beta = -.37$, $p < .001$) であった ($Adj R^2 = .21$)。

3-5. 職場環境、精神的健康、有能感の関係性の検討

各要因の関係性を検討するために、共分散構造分析を行った。相関係数及び階層的重回帰分析の結果から、「参画」が精神的健康及び有能感の各因子に影響を及ぼし、精神的健康も有能感の各因子に影響すると仮定した飽和モデル (モデル 1) の検討を行った。その結果、「参画」から有能感の下位因子である「業務の達成」、「仕事上の予測・問題解決」へのパスが非有意であったため、これらのパスを削除したモデルを作成し男女別の多母集団同時分

表 16 基本属性、職場環境、精神的健康と有能感の階層的重回帰分析

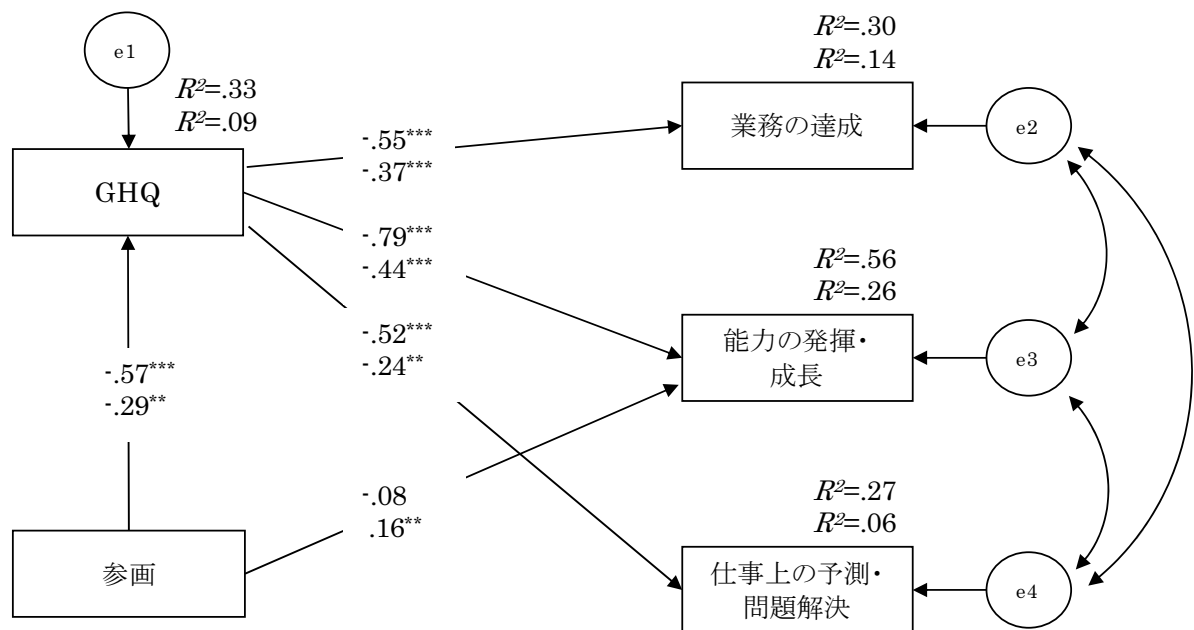
STEP	業務の達成			能力の発揮・成長			仕事上の予測・問題解決		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
基本属性									
年齢	.09	.14	.11	-.06	.03	.01	.06	.10	.08
性別	-.03	.00	-.01	-.13	-.06	-.06	-.09	-.06	-.06
雇用形態	.08	.09	.09	.05	.06	.06	.03	.05	.04
教育有無	-.01	.00	-.04	.12	.12	.08	.01	.02	-.01
総経験年数	.10	.05	.07	.14	.11	.13	.26**	.22**	.24**
勤続年数	-.21*	-.21*	-.19*	-.13	-.14	-.12	-.10	-.11	-.09
職場環境									
教育環境・目標		-.03	-.04		.15	.14		.02	.01
共通認識		-.06	-.13		.01	-.06		-.05	-.11
参画		.34***	.22**		.32***	.20**		.27**	.16*
GHQ			-.41***			-.44***			-.37***
R^2	.05	.14**	.28***	.05	.23***	.39***	.07*	.14**	.25***
$Adj R^2$	.02	.10	.24	.02	.19	.35	.04	.09	.21
ΔR^2		.09***	.14***		.18***	.16***		.06**	.12***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

析によるパス解析を行った。性別間で要因もパス係数も違いはないとする測定不変モデル（モデル 2）と、要因は同じだがパス係数は異なるという配置不変モデル（モデル 3）の比較検討を行った。その結果、モデル 1 の適合度は $\chi^2/df = 0$, $CFI = 1.000$, $AIC = 80$ 、モデル 2 の適合度は $\chi^2/df = 2.6$, $CFI = .961$, $RMSEA = .09$, $AIC = 85.3$ 、モデル 3 の適合度は $\chi^2/df = 1.1$, $CFI = .999$, $RMSEA = .02$, $AIC = 76.3$ であった。モデル 1 に比べてモデル 3 では AIC の改善が見られたことから、モデル 3 を採用することが妥当であると考えられた。

男女共に「参画」は GHQ に影響を及ぼしており（男性: $\beta = -.57$, $p < .001$; 女性: $\beta = -.29$, $p < .01$ ）、また GHQ は「業務の達成」（男性: $\beta = -.55$, $p < .001$; 女性: $\beta = -.37$, $p < .001$ ）、「能力の発揮・成長」（男性: $\beta = -.79$, $p < .001$; 女性: $\beta = -.44$, $p < .001$ ）、「仕事上の予測・問題

解決」(男性: $\beta = -.52, p < .001$; 女性: $\beta = -.24, p < .01$) に影響を及ぼしていた。一方、女性においてのみ「参画」から「能力の発揮・成長」へのパス係数が有意であった ($\beta = .16, p < .01$)。また、パラメータ間の差の検定を行ったところ、「参画」から GHQ へのパス係数に対する検定統計量は 2.61 ($p < .001$)、GHQ から「能力の発揮・成長」へのパス係数に対する検定統計量は 3.26 ($p < .001$)、「仕事上の予測・問題解決」へのパス係数に対する検定統計量は 2.37 ($p < .01$) と男性の方が有意に強い負の影響を及ぼしており、「参画」から「能力の発揮・成長」へのパスに対する検定統計量は 2.18 ($p < .05$) と女性の方が有意に強い正の影響を及ぼしていた (図 5)。



$\chi^2/df = 1.1, CFI = .999, RMSEA = .02, AIC = 76.3$
 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

※上段は男性、下段は女性の標準化係数を示す

図 5 精神的健康と職場環境及び有能感の関係性

4. 考察

介護職員にとって、精神的健康が悪化することや職場内で自分の意見を発信できないような環境にあることは有能感の低下につながることを示された。また、本研究における介護職員の GHQ の平均得点は 5.7 点と cut-off である 2/3 点を上回っており、全体として精神的健康が不良な状況にあることが示された。竹田・太田 (2014) においても、福祉施設で働く対人援助職者は一般人口や看護師、要介護認定を受けた第一号被保険者の主介護者よりも精神的健康度の低い人が多いことが示されており、本研究でも同様の結果が得られた。介護職員は慢性的に有能感が高まりにくい状態にあることが示されたため、介護職員の有能感を高めるためには職員個々に対する精神的健康への対策が重要になると考えられる。

共分散構造分析の結果から、精神的健康を改善するためには、職場で意見を発信でき、積極的に業務に参画できるような環境を整えることが有効であることが示された。森本 (2003) や井村 (2005) においても、ケアプランを決定する際に自らの意見を活かすことができるといった仕事に対する裁量度が高いことや、上司が意見を聞いてくれたり、助言をしてくれるといった良好な関係にあることでバーンアウト傾向や心理的ストレス反応が低くなることを示されており、本研究でも同様の傾向が示された。一方、稲谷・津田・村田・神薊 (2008) は高齢者介護施設職員の精神的健康の関連要因として仕事以外の心配事があることを示しており、精神的健康に対しては公私含めた総合的な支援が必要であると考えられる。

職場環境と有能感の関係については、女性においてのみ業務に参画できているほど能力を発揮し成長できているという有能感を感じやすくなることが示された。これは、坂井・半澤 (2008) や澤田 (2007) で示されているように、性別による仕事に対する意識の違いを

反映していると考えられる。男性は女性に比べて昇進意思や専門上昇志向が高いため（坂井・半澤, 2008; 澤田, 2007）、自分の意見を発信しているという成果が見えにくい業務に対する関与だけでは有能感が高まらないと考えられる。よって、昇進や昇給、自分が関わることで利用者の状態が改善するといった目に見える結果が伴うことによって有能感が向上する可能性が示唆される。一方で、業務に積極的に参画できない状況は昇進や専門職としての立場を脅かす状況であるために、女性よりも強く参画因子が精神的健康に強く影響したと考えられる。

職場での教育・研修機会や上司からの情報提供といった教育や評価に関する要因や職場での共通認識を持っていることは、相関分析では能力の発揮・成長因子と関連していたが、重回帰分析ではその影響が見られなくなった。White (1959) の「環境と効果的に相互作用する能力」という定義を踏まえると、参画因子に比べて教育・評価因子や共通認識因子は環境に対する働きかけが少ない。Elliot et al. (2002) の有能感の下位概念である課題基準、過去基準、他者基準に照らし合わせても、課題の達成や能力を発揮するためには、自ら選択し行動するという環境への働きかけが必要である。そのため、環境に対する関与度の強い参画因子に影響を受けたことで有意な影響が見られなくなったと考えられる。したがって、介護職員の有能感を高めるためには、研修機会の確保や職場での目標設定に加え、研修への参加意志や目標達成に向けた職員の自己決定的な行動を促し、支援する環境づくりが必要であるとされる。

さらに、本研究では、基本属性として勤続年数の長さが業務の達成に関する有能感に負の影響を及ぼしていた。認知症は進行性の疾患であるため、進行の早さに個人差はあるものの、

必ず悪化していくのが特徴である。勤続年数が長くなると、認知症の進行に伴う機能低下を実感する機会が増えるため、自分が行った介護の成果が見えにくくなり達成感を感じにくくなると考えられる。一方、総経験年数の長さは仕事上で起こりうる問題の予測や解決に関する有能感に正の影響を及ぼすことが示された。研究 2 では、総経験年数は認知症の知識に影響を及ぼしていなかったが、Polanyi (1966, 佐藤訳, 1980) は「人は言葉にできることよりも多くのことを知ることができる」として暗黙知の概念を、また、中村 (1992) は直感と経験と類推の積み重ねから成り立つ臨床の知を提唱している。経験年数の長い職員は、このような非言語的な知識があるために問題の予測や解決に関する有能感に影響を及ぼした可能性が考えられる。

第V章 総合考察

本研究では、認知症介護の現状と課題について整理し、認知症介護の質低下の抑制と質向上の促進を図るためには、介護職員個々が自らの専門職としての価値を見出し、業務内外において自律的に研鑽を積んでいくようなボトムアップ型の実践システムの構築の必要性があることを示した。そのためには介護職員の有能感に着目することが有効であると考えられ、次のリサーチクエスチョンについて検討した。すなわち、1. 有能感が認知症介護の質低下の抑制要因となりうるのか、2. 有能感が認知症介護の質向上の促進要因となりうるのか、3. 有能感がどのような要因に影響を受けるのか、の3つである。本章では、本研究で得られた知見をまとめると共に、ボトムアップ型の実践システムの構築に向けた提案を行う。そして、研究の限界、認知症介護における有能感研究の展望について考察する。

第1節 認知症介護における有能感研究の意義

研究1では有能感が認知症介護の質低下の抑制要因となりうるかを検討するため、認知症介護の質低下の指標として感情的負担感に着目した。従来の研究では介護における職員の身体的負担やストレスなどの精神的負担に焦点が当てられることが多く、職員と認知症の人との関係性における負担という点にはあまり検討されてこなかった。しかし、介護は介護する側とされる側の相互行為が中心であり（上野，2008）、その中では多くの感情のやり取りがベースになっていることから（田中，2008）、職員の感情的負担感には認知症の人との関係、つまり提供する介護の質に大きく影響する要因であると考えられた。そこで、有能感と感情的負担感の関連について検討した結果、年齢に関わらず有能感が高まることで感情的負担感が抑制されることが示された。また、年齢と有能感に交互作用がみられ、有能感が

高まることは特に年齢の高い職員の感情的負担感の軽減に対してより大きな影響があることが示された。

研究 2 では有能感が認知症介護の質向上の促進要因となりうるかを検討するために、介護の質向上の指標として認知症の知識を用いて検討を行った。介護現場においては認知症に関する知識が不足しており (Robinson et al., 2014)、科学的知見に基づいた介護を受けていないことが報告されていた (Grol & Grimshaw, 2003)。一方、近年、認知症の人の自律性の拡大を目指す全人的介護の必要性が指摘されており (佐藤他, 2015)、その実践のためには認知症の「人」のみならず「認知症」を理解することも必要であると考えられた。有能感と認知症の知識の関連を検討した結果、正規職員においては、有能感が高まることにより学習に対する内発的動機づけが喚起されることで認知症の知識に影響を及ぼすことが示された。非正規職員では、有能感が高まることにより認知症に関する自主学習頻度が増加することで認知症の知識に影響を及ぼすことが示された。

研究 1、研究 2 の結果から、介護職員の有能感を高めることが認知症介護の質低下につながる感情的負担感を抑制するだけでなく、内発的動機づけを高めたり、認知症介護の質向上のために必要な認知症の知識を増やすための自主的な行動を促進する可能性があることが示された。このことは、わが国における認知症介護における課題の解決のためには介護職員の有能感に着目することが有用であることを示している。本研究は認知症介護における有能感研究の有用性を明らかにし、ボトムアップ型の実践システム構築に向けた基礎的な知見を提示したことに意義があると考えられる。

第2節 有能感を高めるための前提条件

一方で、介護現場における問題点としてメンタルヘルスに対する対応の必要性や職場内のサポート体制の不備などが示されており（竹田・太田, 2014; 古川, 2010）、これらの問題が介護職員の有能感に影響を及ぼしている可能性が考えられた。そこで、研究3では、有能感がどのような要因に影響を受けるのかを明らかにするため、精神的健康と職場環境に焦点をあてて検討した。その結果、男性は職場において参画していることが精神的健康を介して有能感に影響すること、女性は精神的健康を介してだけでなく職場内での参画が直接有能感に影響することが示された。加えて、介護職員の精神的健康状態は全体として不良な状態にあること、勤続年数が長くなると業務の達成に関する有能感が低くなること、特に男性においては業務における参画が精神的健康に大きく影響し、精神的健康の悪化による有能感低下の影響も大きいことが示された。

また、研究2の結果からは認知症の知識を身につけるためには教育や学習の機会の確保や非正規職員が自律的に業務に携われるような環境調整の必要性が、研究1の結果からは感情的負担感の軽減には年齢の若い職員に対する有能感向上を図ること以外の支援体制の必要性も示唆された。Perry et al. (2011) は認知症に関する教育的介入は参加者が積極的に学ぶことを求めている時に最も効果的であると指摘していることから、有能感が高まっている時に学習やスーパーヴィジョンの機会が提供されれば、より自発的な参加が促され高い効果が得られることが期待される。こうした対策は介護職員の有能感の向上を意図するのみならず、高まった有能感を維持するためにも重要であると考えられる。

以上の結果を踏まえると、介護職員の有能感を向上させ、その維持を図るためには、提供

した介護を振り返る機会やスーパーヴィジョンなどの学習・教育機会の確保、公私含めた職員のメンタルヘルスへの対策など、トップダウン型の介入もまた前提条件として重要であると考えられる。

第3節 ボトムアップ型の実践システム構築に向けた提案

本研究の結果から、ボトムアップ型の実践システムを構築するためには有能感を高めることが有効であることが示された。したがって、介護職員の有能感をどのように高めるかについて検討していく必要がある。本節では、本研究で得られた知見を踏まえて、ボトムアップ型の実践システム構築のための方策について考察する。

介護業界においては近年、介護人材の処遇改善事業におけるキャリアパス用件等の導入に伴い、各事業所は職員に様々な学びを深めるための機会を設けるようになったが、研修を受けても参加の復命書を提出することが研修の総括とされ、何回参加したか、全員参加したかといった管理的視点が重視されてしまっている状況がある（中澤, 2013）。つまり、研修効果の評価がなされていない。本研究の結果からは、このような研修の成果の指標として有能感を取り入れることが有用であることが示唆される。研修により介護職員の有能感が高まっていれば、その職員は研修後も自律的に認知症の知識を身につけるための学習や負担感軽減のための対策といった行動を起こしていくと考えられる。一方、大庭・佐藤（2015）による予備的研究では、地域包括支援センター職員に対する研修において、研修後に有能感が下がった職員は経験年数が短かったことが示されている。管理的視点が重視されすぎることの弊害として、研修内容とのミスマッチにより研修参加が逆に職員の有能

感を低下させてしまう可能性が推測される。したがって、ボトムアップ型の実践システムを構築するためには、研修対象者の属性や研修形式、内容など、有能感の向上に寄与する研修手法を検討していくことが必要である。

また、業務内での参加、自主的な参加いずれにおいても研修は非日常的な学びの場であるため、実践システムという点を踏まえると日常的な介護実践の中で有能感をどのように高めていくかを検討していくことも重要である。研究2では、仕事上で起こりうる問題の予測や問題解決を行えるようになることが外発的な動機づけを抑制することが示された。問題の予測や問題解決を行うためには、業務の中で認知症の人の問題やその対応方法について検討する事例検討の機会を作るといった方法が有効である可能性が推測される。一方で、事例検討の場においては、何らかの答えを早急に求めたがる、事例提供者が攻撃の対象になる、強い権限を持つ人が自分の意見を押しつけるといった生産的でない運営が少なからず行われている（岩間, 2014）。例えば、村山（2012）は臨床心理学における事例研究の中で、発表者が傷ついてしまう場合がある事実や派閥間の闘争になりやすい事実があることを踏まえて、PCAGIP（ピカジップ）法という新しい事例検討法を提案している。この方法の特徴は、「事例提供者を絶対に批判しない」「全員が順番に質問をする」といったルールが明確に打ち出されていることにある。研究3において、女性においては業務に参画できていることが能力の発揮や成長の実感につながることを示された。事例検討を行うだけでなく、検討の仕方としてPCAGIP法に見られるようなルールを設定するなどの工夫をし、どの職員も参画できるように配慮することで介護職員の有能感を高めることができると考えられる。

第4節 研究の限界

本研究の限界として、1. 研究対象者の抽出における限界、2. 介護の質の測定における限界、3. 介護職員の行動指標の課題、の3点について述べる。

第一に、研究1、研究3においては、介護職員の中でも介護福祉士有資格者のみを対象とした。介護専門職として国家資格で定められている介護福祉士は認知症介護の中心を担うべき職種である。そのため、介護福祉士の有能感が認知症介護の中でどのような役割を担っているかを検討することは重要である。一方で、介護現場における介護福祉士有資格者の割合は37.5%（介護労働安定センター, 2015）であり、多くの職員は他の資格、もしくは無資格で従事している。本研究では大規模な調査により現場において人数の少ない介護福祉士のみを対象にしたこと自体に意義があるものの、他の職員においても同様の傾向が見られるのかどうかについては今後の検討が必要である。

第二に、本研究では認知症介護の質を示す要因として感情的負担感や認知症の知識との関連について検討したが、笑顔や発話の頻度が増えた、BPSDが減少したといった認知症の人の行動の変化を指標にした検討は行っていない。認知症介護の質という点から考えれば、認知症の人の行動をアウトカムとして有能感との関連を検討していく必要もあると考えられる。そのためには、質問紙による横断研究だけでなく、有能感の高い介護職員と認知症の人の関わりについての観察研究や、介護職員の有能感の変化を継続的に調査しそれに併せて認知症の人の行動の変化を追跡するといった縦断研究を行っていく必要がある。

第三に、本研究では有能感の高い職員がどのような実際にどのような行動をとっているのかという点についてほとんど検討できていない。研究1では感情的負担感の軽減のため

にどのような行動をとっているのかは明らかでない。研究 2 においては自主学習の頻度の増加ということが示されたが、具体的にどのような自主学習を行っているのかについては明らかにできていない。今後の課題として、面接法を用いた質的研究や、有能感の向上に伴う介護職員の行動の変化の追跡といった縦断研究を行っていく必要がある。

第5節 今後の展望

本研究では、有能感に影響を及ぼす要因として介入可能な職場環境や精神的健康に着目した。一方で、開放性や外向性、誠実性といった性格特性が学習に対する動機づけと関連することを示した研究なども見られるため (Major, Turner, & Fletcher, 2006)、介護職員としての適性という視点から考えると、性格のような特性要因と有能感の関連について検討することも必要であると考えられる。また、本研究で扱った有能感は主観的なものであり、客観的な評価が難しい。人事管理においては高業績と関連し、行動として顕在化する職務遂行能力に関わるコンピテンシーという概念が用いられており、看護管理にも応用されている (高橋, 2009; 武村, 2014)。介護現場においても有能感の高い職員の行動を抽出し、評価の指標とすることで、客観的な評価が可能になるだけでなく、人材育成にも役立つ指標にすることができると考えられる。研究 3 では、経験年数を積むことにより仕事で起こりうる問題の予測や解決に関する有能感が向上する可能性が示唆された。Dreyfus & Dreyfus (1980) は航空機操作や第二言語の学習、チェスの技能学習について検討し、5段階からなるモデルを提案している。このモデルを基に看護学においては、Benner (1982) が看護師の技能習得について初心者から達人までの 5 つの段階を提唱している。介護職においては

こうした技能獲得のモデルはまだ検討されていないものの、介護専門職としてどのように熟達していくのかを検討していくと共に、それに伴い有能感がどのように変化していくのか、発達的な視点を含めた検討も行っていくことが必要であると考えます。

第6節 結語

2015年9月24日、政府は2020年代初めまでに特養入所の待機者の解消を目指すと発表した（読売新聞, 2015年9月24日朝刊）。そのためには、介護職員の定着による人材の量的充実のみならず、個々の職員の専門職としての能力発達を促す質的充実が不可欠である。認知症高齢者の増加は当初の推計を遥かに超えるペースであり、少子高齢化の現代において今後も加速度的に増加していくことが推測される。このような「待ったなし」の現状において、認知症の人の生活を支える柱となる役割を担う介護職員の有能感を高めることの効果や有能感を高めるための方法について、研究が蓄積されていくことが望まれる。

引用文献

Alzheimer's Association. (2015) . 2015 Alzheimer's disease facts and figures.

Retrieved from https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf

(November, 3, 2015)

American Psychiatric Association. (1994) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition.

American Psychiatric Association. (2013) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition.

荒井 由美子・田宮 菜奈子・矢野 栄二 (2003) . Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成——その信頼性と妥当性に関する検討—— 日本老年医学会雑誌, 40, 497-503.

新木 真理子 (2011) . 特別養護老人ホーム職員のジェネラティビティと仕事の有能感の関連 日本老年医学会雑誌, 48, 679-685.

朝田 隆 (2013) . 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書.

朝田 隆 (2015) . 認知症有病率調査からみえた現状と課題 老年精神医学雑誌, 26 (増刊号 - I) , 27-32.

浅井タヅ子 (2012) . ソーシャルキャピタルとしての介護福祉士会の役割と機能 東海学院

大学紀要, 5, 1-5.

Australian Health Ministers' Conference. (2015) . National Framework for Action on Dementia 2015-2019.

Retrieved form https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2015/national-framework-for-action-on-dementia-2015-2019.pdf

(November, 3, 2015)

Barrett, J. J., Haley, W. E., Harrell, L. E., & Powers, R. E. (1997) . Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer disease and associated disorders, 11*, 99-106.

Benner, P. (1982) . From novice to expert. *American journal of nursing, 82*, 402-407.

Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing, 44*, 583-590.

Burgio, L. D., Fisher, S. E., Fairchild, J. K., Scilley, K., & Hardin, J. M. (2004) . Quality of care in the nursing home: Effects of staff assignment and work shift. *The gerontologist, 44*, 368-377.

張 允楨・黒田 研二 (2008). 特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究
厚生指標, *55(15)*, 16-23.

Deci, E. L (1980) . *The psychology of self-determination*. Massachusetts: D. C. Heath & Company.

- (E. L. デシ 石田 梅男訳 (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)
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L (1980) . A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Berkeley, February, 1980. (Unpublished study).
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008) . Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International psychogeriatrics*, 20, 764-776.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S. (2009) . Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of nursing management*, 17, 59-65.
- Elliot, A. J., McGregor, H. A., & Thrash, T. M. (2002) . The need for competence. Deci, E. L., & Ryan, M. (Eds.) *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.
- 藤本 直規 (2010) . 認知症の中核症状と BPSD について 認知症ケア事例ジャーナル, 3, 266-281.
- 福西 勇夫 (1990) . 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point 心理臨床, 3, 228-234.
- 古川 和稔 (2010). 介護福祉士の早期離職に関する質的研究 自立支援介護学, 3, 78-85.
- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., & Gladman, J. R. F. (2014) . Preparation to care

for confused older patients in general hospitals: A study of UK health professionals.

Age and ageing, 43, 521-527.

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003) . From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-1230.

Heine, C. A. (1986). Burnout among nursing home personnel. *Journal of gerontological nursing*, 12(3), 14-18.

Hobday, J. V., Savik, K., Smith, S., & Gaugler, J. E. (2010) . Feasibility of internet training for care staff of residents with dementia: The CARES® program. *Journal of gerontological nursing*, 36(4), 13-21.

Hochschild (1983) . *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California press.

(A. R. ホックシールド著, 石川 准・室伏 亜希訳 (2000) . 管理される心——感情が商品になるとき—— 世界思想社)

本間 昭 (2013) . わが国の認知症施策をどうみるか 老年精神医学雑誌, 24, 1014-1022.

本間 美幸・八巻 貴穂・佐藤 郁子 (2008) . 介護福祉士の専門性に関する研究——福祉施設介護職責任者の意識調査結果から—— 人間福祉研究, 11, 39-49.

細羽 竜也 (2011) . 介護支援専門員の職業性ストレスに及ぼす職場環境の影響 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 11, 41-52.

堀田 和司・奥野 純子・戸村 成男・柳 久子 (2009) . 介護老人保健施設に勤務する介護職員「仕事へのモチベーション」を促進する要因 日本公衆衛生雑誌, 56, 863-874.

Hughes, J., Bagley, H., Reilly, S., Burns, A., & Challis, D. (2008) . Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence. *Dementia*, 7, 227-238.

井出 亘 (2011) . 仕事への動機づけ 田中 堅一郎 (編) 産業・組織心理学エッセンシャルズ 改訂三版 (pp. 1-30) ナカニシヤ出版

今井 幸充 (2006) . 認知症ケアに対する専門資格制度 老年社会科学, 28, 41-49.

井村 弘子 (2005) . 介護職員のメンタルヘルス——職場環境とバーンアウトの関連—— 沖縄大学人文学部紀要, 6, 79-89.

稲谷 ふみ枝・津田 彰・村田 伸・神菌 紀幸 (2008) . 高齢者介護施設職員の精神的健康度に対するワークストレスの認知的評価の影響 久留米大学心理学研究, 7, 35-40.

井上 千津子 (2010). 介護福祉士を対象とした教育の現状と課題 老年精神医学雑誌, 21, 1082-1088.

岩間 伸之 (2014) . 認知症ケアにおける事例検討の意義と性質 認知症ケア事例ジャーナル, 7, 281-290.

Jones, C., Moyle, W., & Stockwell-Smith, G. (2013) . Caring for older people with dementia: An exploratory study of staff knowledge and perception of training in three Australian dementia care facilities. *Australasian journal on ageing*, 32, 52-55.

Josefsson, K., Sonde, L., Winblad, B., & Wahlin, TB. R. (2007) . Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44, 71-82,.

Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., & van den Bussche, H. (2008) . Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey. *BMC health services research* 8:54 doi: 10.1186/1472-6963-8-54.

影山 隆之・錦戸 典子・小林 敏生・大賀 淳子・河島 美枝子 (2003) . 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連 大分看護科学研究, 4, 1-10.

亀山 幸吉・田村 恵一・萩原 英敏 (2010) . 保育・介護労働の現状と課題——その 2 福祉労働の実態について—— 淑徳短期大学研究紀要 49, 31-65.

介護労働安定センター (2014) . 平成 25 年度介護労働実態調査.

介護労働安定センター (2015) . 平成 26 年度介護労働実態調査.

加藤 伸司 (2011) . 心理学からの対応 日本認知症ケア学会 (編) 認知症ケア基本テキスト BPSD の理解と対応 (pp.51-76) ワールドプランニング

Kazui, H., Harada, K., Eguchi, Y. S., Tokunaga, H., Endo, H., & Takeda, M. (2008) . Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 21, 72-78.

金 高閻・黒田 研二 (2012) . 認知症の人に対する介護職員の態度とその関連要因 社会問題研究, 61, 101-112.

北村 世都 (2015) . 老年臨床心理学からみた認知症の人とのコミュニケーション 日本認知症ケア学会誌, 14, 457-463.

清原 裕 (2015) . 認知症のコホート研究——久山町研究——. 老年精神医学雑誌, 26 (増刊

号 - I) , 138-144.

厚生労働省 (2015a) . 保健医療 2035 提言書 「保健医療 2035」 策定懇談会.

Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjik-anshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf

(2015 年 11 月 9 日)

厚生労働省 (2015b) . 介護人材の確保について 第 4 回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 参考資料 3.

Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075028.pdf

(2015 年 11 月 9 日)

厚生労働省 (2015c) . 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ——認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて——.

Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchisho-ugyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf

(2015 年 11 月 9 日)

厚生統計協会 (2010) . 国民の福祉の動向 57(11).

汲田 千賀子 (2012) . 常勤職員が求める非常勤職員像——介護福祉現場の雇用の多様化をめぐって—— 介護福祉学, 19, 166-173.

國定 美香 (2011). 介護老人福祉施設の介護業務における介護労働時間とその負担度と達成度の関連性に関する研究 日本保健福祉学会誌, 17, 1-8.

Lemay, C. A., Mazor, K. M., Field, T. S., Donovan, J., Kanaan, A., Briesacher, B. A., Foy, S., Harrold, L. R., Gurwitz, J. H., & Tjia, J. (2013). Knowledge of and perceived need for evidence-based education about antipsychotic medications among nursing home leadership and staff. *Journal of the American medical directors association, 14*, 895-900.

Lindquist, L.A., Tam, K., Friesema, E., & Martin, G. J. (2012). Paid caregiver motivation, work conditions, and falls among senior clients. *Archives of gerontology and geriatrics, 55*, 442-445.

Lyonette, C., & Yardley, L. (2003). The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Ageing and society, 23*, 487-506.

Major, D. A., Turner, J. E., & Fletcher, T. D. (2006). Linking proactive personality and the big five to motivation to learn and development activity. *Journal of applied psychology, 91*, 927-935.

松本 佳代 (2011). 介護職員の職場環境と職務満足度および離職に関する考察 熊本大学医学部保健学科紀要, 7, 85-105.

McCrow, J., Sullivan, K. A., & Beattie, E. R. (2014). Delirium knowledge and recognition: A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses. *Nurse education today, 34*, 912-917.

壬生 尚美・神庭 直子 (2013). 介護職員の仕事の満足感・やりがい感に影響を及ぼす要因

——ユニット型施設と従来型施設による比較—— 人間生活文化研究, 23, 287-299.

関 敏・東畠 弘子 (2013) . 認知症高齢者の BPSD が介護職員の介護負担感に及ぼす影響
自立支援介護学, 7, 28-33.

宮崎 民雄 (2008) . 高齢者施設介護職員の労働環境の整備——人材の定着・確保を促進す
る視点から—— 老年社会科学, 30, 426-432.

森 俊夫・影山 隆之 (1995) . 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査 産業
衛生学雑誌, 37, 135-142.

森本 寛訓 (2003) . 高齢者施設介護職員の精神的健康に関する一考察——職務遂行形態を
仕事の裁量度の視点から捉えて—— 川崎医療福祉学会誌, 13, 263-269.

村上 宣寛 (2006) . 心理尺度のつくり方 北大路書房

村山 正治 (2012) . PCAGIP 法開発の経緯 村山正治・中田行重 (編) 新しい事例検討法
PCAGIP 入門——パーソンセンタードアプローチの視点から—— (pp.34-41) 創元社.

長沼 君主 (2004) . 自律性と関係性からみた内発的動機づけ研究 上淵寿 (編) 動機づけ研
究の最前線 (pp.30-60) 北大路書房

内閣府 (2015) . 平成 27 年版高齢社会白書.

Retrieved from <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>

(2015 年 11 月 30 日)

内藤 佳津雄 (2013) . 認知症ケアにおける職場内訓練 (OJT) の役割と効果的方法 認知症
ケア事例ジャーナル, 6, 43-51.

- 中川 泰彬・大坊 郁夫 (1985) . 日本版 GHQ 精神健康調査票<手引> 日本文化科学社.
- 中井 良育 (2015) . 介護サービス事業所の人材確保及び職場定着の方策等の現状と課題の考察 同志社政策科学研究, 17, 119-135.
- 中村 雄二郎 (1992) . 臨床の知とは何か 岩波新書
- 中澤 純一 (2013) . 職場内訓練 (OJT) と職場外研修 (Off-JT) の位置づけとその意味について考える 認知症ケア事例ジャーナル, 6, 32-33.
- 日本学術会議 (2014) . 超高齢社会のフロントランナー日本: これからの日本の医学・医療のあり方 (提言) 日本学術会議臨床医学委員会 老化分科会
- 日本労働研究機構 (2003) . 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発——HRM チェックリストの開発と利用・活用—— 調査研究報告書, 161
- 二木 泉 (2010) . 認知症介護は困難か——介護職員の行う感情労働に焦点をあてて——. 社会科学ジャーナル, 69, 89-118.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2015) . Dementia plan 2015.
Retrieved from <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans/Norway>
(November, 3, 2015)
- 大庭 輝・佐藤 眞一 (2015) . 研修参加による介護職員の有能感の変化 日本老年行動科学会第 18 回気仙沼大会抄録集, 27.
- 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, 371-377.

- 岡田 涼・中谷 素之 (2006) . 動機づけスタイルが課題への興味に及ぼす影響——自己決定理論の枠組みから—— 教育心理学研究, *54*, 1-11.
- 小野寺 敦志 (2015) . 介護職員の離職を考える——メンタルヘルスと人材育成の視点から—— 老年社会科学, *37*, 341-346.
- 大川 一郎 (2014) . 日本老年行動科学会・ステップ式仮説検証型事例検討——多職種連携・協働による試み—— 日本老年行動科学会 (監修) 高齢者のこころとからだ事典 (pp.200-201) 中央法規
- 長田 久雄・佐藤 美和子 (2011) . 認知症の行動・心理症状の考え方 日本認知症ケア学会 (編) 認知症ケア基本テキスト BPSD の理解と対応 (pp.1-11) ワールドプランニング
- 大和 三重 (2010). 介護労働者の職務満足度が就業継続意向に与える影響 介護福祉学, *17*, 16-23.
- Pendergrass, A., Beische, D., Becker, C., Hautzinger, M., & Pfeiffer, K. (2015) . An abbreviated German version of the sense of competence questionnaire among informal caregivers of relatives who had a stroke: development and validation. *European journal of ageing*, *12*, 203-213.
- Perry, M., Drašković, I., Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., van Achterberg, T., & Rikkert, M. O. (2011) . Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, *26*, 1-11.
- Polanyi, M. (1966) . *The tacit dimension*. Routledge & Kegan Paul Ltd, London.

(佐藤 敬三訳 (1980) . 暗黙知の次元——言語から非言語へ—— 紀伊國屋書店)

Quinn, C., Clare, L., McGuinness, T., & Woods, R. T. (2012). The impact of relationships, motivations, and meanings on dementia caregiving outcomes. *International psychogeriatrics, 24*, 1816-1826.

Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K. E., Andrews, S., Stirling, C., Ashby, M., Donohue, C., Banks, S., Toye, C., & McInerney, F. (2014) . Who knows, who cares?: Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of palliative care, 30*, 158-165.

Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of advanced nursing, 31*, 172-180.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000) . Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist, 55*, 68-78.

坂井 敬子・半澤 礼之 (2008) . 成人前期 (25-39 歳) 有職者における仕事意味づけと目標意識 心理学研究, *79*, 60-65.

桜井 茂男 (1997) . 学習意欲の心理学——自ら学ぶ子どもを育てる—— 誠信書房

佐藤 英晶 (2014) . 介護保険制度下の施設サービス供給の現状と課題——特別養護老人ホームを中心に—— 帯広大谷短期大学紀要, *51*, 47-56.

佐藤 眞一 (監修代表)・大庭 輝・新田 慈子 (2015) . 3 ステップで理解する 認知症 相談・

対応のポイント 大阪府

澤田有希子 (2007) . 介護職のキャリア意識にみるジェンダー構造——高齢者福祉施設調査を通して—— 関西学院大学人権研究, 11, 27-37.

Schepers, A. K., Orrell, M., Shanahan, N., & Spector, A. (2012) . Sence of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: Development, reliability, and validity. *International psychogeriatrics*, 24, 1153-1162.

Sekita, A., Ninomiya, T., Tanizaki, Y., Doi, Y., Hata, J., Yonemoto, K., Arima, H., Sasaki, K., Iida, M., Iwaki, T., Kanba, S., & Kiyohara, Y. (2010) . Trends in prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia in a Japanese community: the Hisayama study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 122, 319-325.

柴田 雄企 (2007) . 認知症高齢者に対するイメージと認知症についての知識——短期大学女子学生と女性介護職員の比較—— 大分県立芸術文化短期大学研究紀要, 45, 21-28.

蘇 珍伊・岡田 進一・白澤 政和 (2005) . 特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究——尺度構造の検討—— 生活科学研究誌, 4, 179-190.

蘇 珍伊 (2006) . 介護職員の仕事の動機づけと職務満足に関する文献的考察——内発的動機づけと仕事の有能感に焦点を当てた実証的研究の提案—— 生活科学研究誌, 5, 129-138.

蘇 珍伊・岡田 進一・白澤 政和 (2006) . 特別養護老人ホームにおける介護職員の職場環境と仕事の有能感の関連. 介護福祉学, 13, 204-213.

杉山 京・川西 美里・中尾 竜二・澤田 陽一・桐野 匡史・竹本 与志人 (2014) . 地域住民

における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連 老年精神医学雑誌, 25,
556-565.

杉山 京・中尾 竜二・澤田 陽一・桐野 匡史・竹本 与志人 (2014) . 民生委員における認
知症の知識量と認知症に対する態度の関連 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 21, 95-
103.

諏訪 徹 (2013) . キャリアパスと職場内訓練 (OJT) 認知症ケア事例ジャーナル, 6, 34-42.

高橋 潔 (2009) . コンピテンシー概念の効用と限界 海保 博之 (監修) 山口 裕幸 (編)
朝倉実践心理学講座 6 コンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学, (pp. 1-20)
朝倉書店

高橋 幸男 (2010) . 認知症の精神症状——BPSD とその治療、対応を再考する—— 老年精
神医学雑誌, 21 (増刊号 - I) , 124-129.

Takase, M., Teraoka, S., & Yabase, K. (2015) . Investigating the adequacy of the
competence-turnover intention model: How does nursing competence affect nurses'
turnover intention?. *Journal of clinical nursing*, 24, 805-816.

竹田 伸也・太田 真貴 (2014) . 福祉施設で働く対人援助職者のメンタルヘルス行動の動機
づけと精神的健康との関連について 米子医学雑誌, 65, 89-94.

武村 雪絵 (編) (2014) . 看護管理に活かすコンピテンシー——成果につながる「看護管理
力」の開発—— メヂカルフレンド社

田中 かず子 (2008) . 感情労働としてのケアワーク 上野 千鶴子・大熊 由紀子・大沢 真
理・神野 直彦・副田 義也 (編) ケア その思想と実践 2 巻; ケアすること (pp.97-119)

岩波書店

谷口 敏代・原野 かおり・桐野 匡史・藤井 保人（2010）．介護職の仕事継続動機と関連要因 介護福祉学, 17, 55-65.

Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. （2005）．The effect of staff training on the use of restraint in dementia: A single-blind randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 587-590.

徳田 哲男・児玉 桂子（1997）．特別養護老人ホームにおける介護負担の改善に関する調査研究 老年社会科学, 18, 113-122.

豊田 秀樹（1998）．共分散構造分析 [入門編] 構造方程式モデリング 朝倉書店

豊田 麻実（2014）．高齢者施設介護職員の専門職行動に関する研究 大阪大学大学院人間科学研究科 2013 年度修士論文, 未公刊.

筒井 孝子（1993）．特別養護老人ホームの介護職員における介護負担感の数量化に関する研究 社会福祉学, 34, 43-82.

Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E., Keady, J., & O'Carroll, R. （2004）．General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*, 33, 461-467.

上野 千鶴子（2008）．ケアされるということ——思想・技法・作法—— 上野 千鶴子・大熊 由紀子・大沢 真理・神野 直彦・副田 義也（編） ケア その思想と実践 3 巻 ; ケアされること （pp.1-33） 岩波書店

UK Government Department of Health （2009）．Living well with dementia: A national

dementia strategy.

Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf

(November, 3, 2015)

U.S. Department of Health and Human Services (2015) . National plan to address Alzheimer's disease: 2015 update.

Retrieved from <http://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/107031/NatlPlan2015.pdf>

(November, 3, 2015)

Wallin, A. O., Jakobsson, U., & Edberg, A. K. (2015) . Job strain and stress of conscience among nurse assistants working in residential care. *Journal of nursing management*, *23*, 368-379.

White, R. W. (1959) . Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological review*, *66*, 297-333.

White, R. W. (1963) . *Ego and reality in psychoanalytic theory: A proposal regarding independent ego energies*. International universities press

(R. W. ホワイト 中園 正身訳 (1985) . 自我のエネルギー——精神分析とコンピテンス—— 新曜社)

World Health Organization (2015) . Mental health and older adults.

Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

(October, 15, 2015)

Wu, S. C., Wu, S. F., & Huang, H. C (2013) . Nurses' attitudes towards physical activity care among older people. *Journal of clinical nursing*, 22, 1653-1662.

山口 晴保 (2010) . 介護者教育で認知症の行動・心理症状 (BPSD) を予防. 山口 晴保 (編) 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第 2 版——快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう—— (pp.128-129) 共同医書出版社

読売新聞 (2015) . 特養増設 待機解消へ 2015 年 9 月 24 日朝刊.

吉村 健佑・川上 憲人・堤 明純・井上 彰臣・小林 由佳・竹内 文乃・福田 敬 (2013) . 日本における職場でのメンタルヘルスの第一次予防対策に関する費用便益分析 産業衛生学雑誌, 55, 11-24.

Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The gerontologist*, 45, 96-105.

謝 辞

博士論文を執筆するにあたり、多くの方にご指導、ご支援賜りました。

佐藤眞一教授は、私の博士課程進学をずっと気にかけて下さり、私を研究の世界へと導いて下さりました。博士論文に関する研究以外にも様々な研究と実践の場を与えて下さり、多くのご指導を賜りました。権藤恭之准教授は、私が研究で悩んでいることにいつもはっとさせられる助言を下さりました。自分の研究に自信がなくなった時もありましたが、先生からの助言を聞くと研究にもっと自信を持たないといけないと励みになりました。中川威助教はいつも唐突に質問しに行く私に丁寧に相談に乗って下さりました。歳が近いこともあり、身近なお手本として多くのことを学ばせて頂きました。臨床死生学・老年行動学研究室の先輩方、同期や後輩たちは研究だけでなく、気持ちの面でも大きく支えて頂きました。いつも遅くまで研究している姿が、自分のモチベーションにもつながりました。博士論文を書き上げることができたのも、臨床死生学・老年行動学研究室に在籍し、先生方や仲間たちからご指導、ご助言頂けたからこそだと思います。心より感謝申し上げます。

社会福祉法人みささぎ会の奥田益弘理事長、認知症予防自立支援推進室の畑八重子室長、桑田直弥研究員には、大学の用事で突然欠勤することになってもいつも勤務日や仕事を配慮して頂き、私の研究状況を気にかけて応援して下さい感謝申し上げます。みささぎ会に勤めていなければ、仕事をしながら大学院に通うことはできませんでした。

医療法人恒昭会藍野病院の藤田雄先生には、研究だけでなく臨床心理士としての活動にいつもご支援下さりました。臨床経験が豊富な先生にご助言頂くことで、臨床家としての

姿勢も学ばせて頂きました。先生と知り合えたおかげで大阪での活動の幅が広がり、多くの人と出会うことができました。

医療法人社団恵泉会荏原中延クリニックの酒井隆院長先生、たゆらか倶楽部の職員の皆様、東邦大学医学部の井原一成先生、医療法人社団清心会藤沢病院の石井千恵先生には、大阪に移ってからも共同研究のお声かけや調査の際にご支援賜りました。東京から離れても自分のことを応援して下さる先生方がいたことが、博士論文執筆の大きな原動力になりました。

東京での経験、大阪での経験、すべてが自分にとって財産です。ご指導、ご支援賜りました皆様に心より御礼申し上げます。最後に、仕事を辞めて大学院に進学することを応援してくれ、大阪での生活を支えてくれた両親と兄に心より感謝申し上げます。

2015年12月17日

大庭 輝

付録

1. 研究 1、研究 3 調査用紙
2. 研究 2 予備調査用紙
3. 研究 2 本調査用紙

※研究 1、研究 3 は複数の研究者による大規模調査の一つとして行ったため、調査用紙については本研究に関連するページのみ載せた。

介護の仕事に関するアンケート

目的とご協力のお願い

この調査は、皆様の日頃のお仕事に対する考え方をお聞きすることを目的としています。多くの設問がありますが、ぜひご協力下さいますよう、よろしくお願い致します。

アンケートは無記名で行われ、統計的に処理いたしますので、個人の情報が外部に漏洩しないことをお約束いたします。また、ご回答していただいた結果につきましては、研究以外の目的では使用致しません。

回答する前に

アンケートのご回答には「正しい答え」や「間違った答え」などといったものはございません。あまり深く考えずに思った通りにお答えください。記入漏れがございますと、データとして使用できない場合がありますので、質問は飛ばさずにお答え下さい。ただし、どうしても答えたくない質問がありましたら、ご回答頂かなくても構いません。

*間違った場合は、間違った欄に×をつけ、正しい数字に○をして下さい。

返送期限：8月20日（火）

※返送期限の間近に本紙をお受け取り下さった場合は、期限に関わらず、お受取日から1週間以内にご返送をお願い致します。

上記の内容に同意し、調査に参加ご協力いただけますか。「1.はい」または「2.いいえ」に○をして下さい。

1. はい

2. いいえ

「はい」と答えられた場合・・・以下の質問から回答を始めて下さい。

「いいえ」と答えられ場合・・・そのまま本アンケート用紙をご返送下さい。

※なお、「いいえ」と答えられた場合も、お手間を取っていただきましたので薄謝ですが、お受け取りくださるようお願い致します。

あなたは、現在、高齢者福祉施設で働いていますか	1	はい	2	いいえ
-------------------------	---	----	---	-----

【質問1】あなた自身のことについてお聞きします。空欄に必要事項を記入し、当てはまる数字に○をして下さい。

1) 年齢	歳	2) 性別	1 女性	2 男性
-------	---	-------	------	------

3) 介護福祉士以外で保有している資格についてお答えください				
1	なし	2	ホームヘルパー (訪問介護員)	3 介護支援専門員
4	社会福祉士	5	看護師	6 臨床心理士
7	精神保健福祉士	8	その他 ()	

4) 介護職として働く前に、主にどこで介護・福祉について勉強しましたか					
1	高等学校	2	専門学校	3 短期大学	4 4年制大学
5	独学	6	就職前には 特に勉強していない	7 その他 ()	

5) 介護職としての総経験年数	※現在の職場以外も含む	計	年	ヶ月
-----------------	-------------	---	---	----

6) 現在のあなたの婚姻状態についてお答えください						
1	未婚	2	既婚(同居)	3 既婚(別居)	4 離婚	5 死別

7) お子さんはいらっしゃいますか	1	はい……()人	2	いいえ
-------------------	---	----------	---	-----

8) 現在のあなたの経済状況について教えてください						
1	非常に ゆとりがある	2	やや ゆとりがある	3 普通である	4 あまり ゆとりがない	5 全く ゆとりがない

【質問2】次に、あなたの現在の職場での職務についてお聞きします。
※現在、働いておられない方は、最後に勤務された職場についてお答え下さい。

1) 現在の職場での職務経験年数	年	ヶ月
------------------	---	----

2) 現在の職場がある都道府県	
-----------------	--

3) 現在の雇用形態についてお答えください				
1	正社員	2	契約社員	3 派遣社員
4	パートタイム	5	その他 ()	

4) 現在勤務している施設の種類をお答えください									
1	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	2	介護老人保健施設	3	介護療養型医療施設 (療養病床)	4	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	5	訪問介護
6	短期入所生活介護・短期入 所療養介護(ショートステイ)	7	小規模多機能居宅介護	8	通所介護 (デイサービス)	9	その他()		

5) 現在勤務している施設での職位をお答えください ※複数兼務している場合は主たる役割									
1	なし	2	リーダー (ユニットリーダー等)	3	管理職(主任・課長等)	4	施設長		
5	その他()								

6) 今後も、現在の職場で仕事を続けていこうと思えますか									
1	思う	2	やや思う	3	どちらとも いえない	4	あまり思わない	5	思わない

7) 現在勤務する職場には、認知症ケア／看取りケアについての基本方針がありますか								
認知症ケアの基本方針	1	はい	2	いいえ	3	わからない		
看取りケアの基本指針	1	はい	2	いいえ	3	わからない		

【質問3】以下の文章に述べられていることがらを、あなたの職場でどのぐらい感じていますか。全ての項目について、最も近いものを1つ選び、当てはまる数字に○をして下さい。
※この質問において“人”とは、あなたの職場での同僚・上司を意味しています。

		全 く な い	め っ た に な い	と き ど き あ る	い つ も あ る
1)	人と親密だと感じる	1	2	3	4
2)	他人から孤立していると感じる	1	2	3	4
3)	まわりの人たちと共通点が多いと感じる	1	2	3	4
4)	まわりに人はいるけれど、心は通っていないと感じる	1	2	3	4
5)	独りぼっちだと感じる	1	2	3	4
6)	ほんとうに自分のことを理解してくれている人たちがいると感じる	1	2	3	4

【質問4】各質問について、あなたの職場について最も当てはまる数字に○をして下さい。

		思 全 わ く な い う	あ ま り な い う	ど い ち え ら な い も	少 し そ う 思 う	そ う か な り 思 う
1)	同僚に相談する機会がある	1	2	3	4	5
2)	職場には、面倒をみってくれる先輩職員がいる	1	2	3	4	5
3)	同僚と、利用者や介護方法についての情報交換する機会がある	1	2	3	4	5
4)	上司(リーダー)に相談するのは勇気がいる	1	2	3	4	5
5)	受講したい教育・研修に参加する機会がもうけられている	1	2	3	4	5
6)	仕事と生活が両立できるよう、配慮されている	1	2	3	4	5
7)	ケアプランの策定に参加する機会がある	1	2	3	4	5
8)	上司(リーダー)は課題解決のために専門的な情報を提供してくれる	1	2	3	4	5
9)	休暇をとるのは難しい	1	2	3	4	5
10)	上司(リーダー)は私の仕事能力を評価し、信頼してくれる	1	2	3	4	5
11)	職場では、目標に対して共通認識をもっている	1	2	3	4	5
12)	職場で自分の意見や感情を言いにくい雰囲気がある	1	2	3	4	5
13)	他職種とチームワークがとれているとは言えない	1	2	3	4	5
14)	職場は、職員が積極的に学ぶ姿勢を支援してくれる	1	2	3	4	5
15)	同じ利用者に対する介護方法は職員によって違っている	1	2	3	4	5
16)	必要な技術や知識を学ぶための情報は職場からは提供されない	1	2	3	4	5
17)	反対意見であっても、自分の主張が受け入れられる雰囲気がある	1	2	3	4	5
18)	職場の理念や目標に、職員は賛同している	1	2	3	4	5
19)	勤務時間は融通がきく	1	2	3	4	5
20)	上司(リーダー)の評価は客観的であり、透明性がある	1	2	3	4	5
21)	職場は友好的な雰囲気ではない	1	2	3	4	5
22)	現在の給与は、労働時間に合っている	1	2	3	4	5
23)	職場の理念や目標は職員に周知されている	1	2	3	4	5
24)	ケアプランなど、職場で決める方針には自分の意見が反映される	1	2	3	4	5

【質問6】現在のあなたの職場環境とあなた自身の仕事に対する姿勢についてお聞きします。最も当てはまる数字に○をして下さい。

	あてはまらない	あてはまらな い	どちらとも いえな い	ややあてはまる	あてはまる	
あなたの職場についてお聞きします						
1)	認知症ケアについて悩んだ際、気軽に相談できる環境がある	1	2	3	4	5
2)	看取りケアについて悩んだ際、気軽に相談できる環境がある	1	2	3	4	5
あなた自身についてお聞きします						
3)	これまで、認知症ケアに関する教育を受けてきた	1	2	3	4	5
4)	現在、認知症ケアについての勉強を積極的にしている	1	2	3	4	5
5)	これまで、看取りケアに関する教育を受けてきた	1	2	3	4	5
6)	現在、看取りケアについての勉強を積極的にしている	1	2	3	4	5

【質問7】あなたにとって認知症ケアの目標は何ですか。最も重要だと考えている項目を**1つだけ**選んで、当てはまる数字に○をして下さい。

1	認知症の症状の改善	2	認知症の症状の悪化を防ぐ	3	認知症の予防
4	認知症の人の幸福感向上	5	認知症の人のご家族の介護負担軽減		
6	その他()				

【質問8】各質問について、**認知症の利用者と接するにあたって**あなたの気持ちに最も当てはまると思う数字に○をして下さい。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う	
1)	利用者の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	1	2	3	4	5
2)	利用者のそばにいと、腹が立つことがありますか	1	2	3	4	5
3)	利用者のそばにいと、気が休まらないと思いますか	1	2	3	4	5
4)	仕事をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか	1	2	3	4	5
5)	利用者に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	1	2	3	4	5

【質問10】あなたは、普段の業務の中で下記の質問についてどの程度思いますか。最も当てはまる数字に○をして下さい。

		まったく そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	まあ まあ そう 思う	非常に そう 思う
1)	与えられた課題を上手く遂行している	1	2	3	4	5
2)	仕事の目標は常に達成している	1	2	3	4	5
3)	毎日の業務を十分にこなしている	1	2	3	4	5
4)	仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している	1	2	3	4	5
5)	新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している	1	2	3	4	5
6)	チーム内で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる	1	2	3	4	5
7)	チーム内で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える	1	2	3	4	5
8)	チームの目標を十分に達成できるように取り組んでいる	1	2	3	4	5
9)	仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している	1	2	3	4	5
10)	いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる	1	2	3	4	5
11)	仕事上の問題はだいたい解決できる	1	2	3	4	5
12)	仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる	1	2	3	4	5
13)	チーム内で他のメンバーとうまく協力しながら仕事をしている	1	2	3	4	5
14)	介護職としての価値観あるいは信念をもっている	1	2	3	4	5
15)	介護に関する幅広い知識と熟練した技術を持っている	1	2	3	4	5

【質問11】以下の文章について、最近のあなたに最も当てはまる数字に○をして下さい。

1) 何かをする時にいつもより集中して							
1	できた	2	いつもと変わらなかった	3	できなかった	4	全くできなかった
2) 心配事があって、よく眠れないようなことは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
3) いつもより自分のしていることに生きがいを感じることは							
1	たびたびあった	2	あった	3	あまりなかった	4	全くなかった
4) いつもより容易に物ごとを決めることは							
1	できた	2	いつもと変わらなかった	3	できなかった	4	全くできなかった
5) いつもストレスを感じたことは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
6) 問題を解決できなくて困ったことは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
7) いつもより日常生活を楽しく送ることは							
1	できた	2	いつもと変わらなかった	3	できなかった	4	全くできなかった
8) いつもより問題があった時に、積極的に解決しようとするは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
9) いつもより気が重くて憂うつになることは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
10) 自信を失ったことは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
11) 自分は役に立たない人間だと考えたことは							
1	全くなかった	2	あまりなかった	3	あった	4	たびたびあった
12) 一般的にみてしあわせだといつもより感じたことは							
1	たびたびあった	2	あった	3	あまりなかった	4	全くなかった

「介護施設職員の認知症に関する知識の普及度に関する調査」

ご協力をお願い

この調査は、介護職員の認知症に関する知識の普及度について調べることを目的としています。質問の多くは認知症に関する知識について回答してもらうものですが、**これは試験ではありません**。**現状を調査するためのものですので、他の人と相談したり、参考書などで調べたりしないで****お答えください**。

お答え頂いた内容は、個人が特定されない形に処理を致しますので、個人情報外部に漏れたり、個人が特定される形でデータが公表されることはありません。

多くの質問がありますが、これからの認知症ケアを考える上での資料となりますので、ご多忙とは思いますがぜひご協力くださいますよう、よろしくお願い致します。

お答え頂いたアンケートは、**封筒に入れて封をした上でご提出ください**。同封しました回答用のボールペンは、お返しいただく必要はございません。粗品ではありますが、日常の業務にご活用頂ければ幸いです。

ご質問などございましたら、下記までお問い合わせください。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-2

大阪大学大学院人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野

大阪府社会福祉事業団研修・研究センター

研究代表者 大庭 輝

指導教員・統括研究員(併任) 佐藤 眞一

E-mail : hkroba@gmail.com

(1)あなたについて教えてください。

性別 1.女 2.男 年齢 _____歳 雇用形態 1.正規職員 2.非正規職員

現場に出てからの総経験年数 _____年_____ヶ月

現在の職場での勤務年数 _____年_____ヶ月

現在の部署での勤務年数 _____年_____ヶ月

現在勤務している施設の部署に○をつけてください。

- 1.特別養護老人ホーム 2.ショートステイ 3.一般型通所介護
4.認知症対応型通所介護 5.訪問介護事業所 6.居宅介護支援事業所
7.その他(_____)

保有している資格について教えてください。(複数ある場合は全て○をつけてください)

- 1.介護福祉士 2.介護職員初任者研修(ホームヘルパー) 3.社会福祉士
4.精神保健福祉士 5.介護支援専門員 6.正看護師
7.准看護師 8.理学療法士 9.作業療法士
10.資格なし 11.その他(_____)

職種について当てはまるものに○をつけてください。

- 1.介護職員 2.看護職員 3.生活相談員 4.介護支援専門員 5.機能訓練指導員
6.その他(_____)

日ごろ、認知症に関する研修(施設内・外は問いません)にはどれくらい参加していますか?

- 1.よく参加している 2.たまに参加している 3.どちらともいえない
4.あまり参加していない 5.全く参加していない

日ごろ、認知症に関する自主的な学習はどれくらいしていますか?

- 1.よくしている 2.たまにしている 3.どちらともいえない
4.あまりしていない 5.全くしていない

- (2) 次の質問は認知症(痴呆症)に関する知識の普及度を調べるための質問です。各質問について該当する数字に○をつけてください。

(注意)これは試験ではありません。現状を調査するためのものですので、他の人と相談したり参考書などで調べたりしないでください。

1	認知症(痴呆症)に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	認知症(痴呆症)の診断には頭部のCT検査やMRI検査は必要である。	1	2	3
(2)	認知症(痴呆症)の人は、自分が物忘れをしていることは自覚していることが少ない。	1	2	3
(3)	全ての認知症(痴呆症)に対して有効な治療法はなく介護しか手立てがない。	1	2	3
(4)	80歳以上になればほとんどの人が認知症(痴呆症)になる。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)の人は、出来事の一部を忘れることがあっても、出来事そのものを忘れてしまうことは少ない。	1	2	3

2	次の認知症(痴呆症)の患者さんについての文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	認知症(痴呆症)患者さんでも、自らの痛みや身体的な異変には早くから気づくものである。	1	2	3
(2)	認知症(痴呆症)患者さんでは、身体疾患に罹患しても精神面にはあまり影響はおよばない。	1	2	3
(3)	認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常は、生活環境や周囲の人たちの対応の仕方に左右されることは少ない。	1	2	3
(4)	認知症(痴呆症)患者さんの問題行動の背景にはその人なりのメッセージがあると認識することは重要である。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)患者さんの介護による介護負担は一般的に、身体的負担より精神的負担の方が大きい。	1	2	3

3	次の認知症(痴呆症)の患者さんについての文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	認知症(痴呆症)があっても、生活環境や生活のリズムの変化に順応する能力は十分残っている。	1	2	3
(2)	第一線を退いた人が多いため、心配事が少なく、朗らかに生活していることが多い。	1	2	3
(3)	認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常は認知症(痴呆症)の進行に伴って末期まで顕著となり続ける。	1	2	3

(4)	介護者が介護に疲弊すると認知症(痴呆症)患者さんの精神症状および行動異常が悪化しやすい。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)患者さんの介護者の介護負担感を減らす方法として、家族会への参加は有効である。	1	2	3

4	次の文章について、正しいと思うかどうか選んでください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	精神症状および行動異常に対して抗精神病薬がしばしば有効である。	1	2	3
(2)	抗精神病薬の服用により、転倒しやすくなったり誤嚥しやすくなったりすることはほとんどない。	1	2	3
(3)	レビー小体病の精神症状や行動異常に対しては、アルツハイマー病患者の同様の症状を治療するときよりも多い量の抗精神病薬を服用させるほうがよい。	1	2	3
(4)	不眠の治療として昼間の日光浴は効果的である。	1	2	3
(5)	最近、副作用の少ない抗精神病薬が使用可能となってきている。	1	2	3

5	認知症(痴呆症)患者さんの介護に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	必要な服薬を拒否する患者さんに対しては、薬を食事に混ぜる方法が有用である。	1	2	3
(2)	「長谷川式」と呼ばれる検査は、行動異常の範囲と程度とを簡便に評価するために用いられる。	1	2	3
(3)	何もせずに患者さんと一緒に過ごす時間をつくることは有用である。	1	2	3
(4)	認知症(痴呆症)の患者さんでは骨折しても患部の痛みや腫脹が目立たないことがある。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)の患者さんに対して、「○○ちゃん」と呼ぶことは、患者さんも親しみを感じて有効である。	1	2	3

6	認知症(痴呆症)の患者さんの行動異常に対する対応法に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	不安、焦燥、興奮などが急に出現したり、頻回になったりするなどの変化が生じた場合には、認知症(痴呆症)の進行と捉えるべきである。	1	2	3
(2)	自宅にいるにもかかわらず、「家に帰りたい」という認知症(痴呆症)患者さんに対しては、根気よくここが自宅であることを説明する方法が有効である。	1	2	3
(3)	相手の言葉や行動に沿って演技をする対応法は患者さんのプライドを傷つけることになるのでとってはいけない方法である。	1	2	3

(4)	家族が物を盗ったという妄想が患者さんに出現した時には、一時的にショートステイなどを利用して、患者さんと家族とが離れて生活することが有効である。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)の患者さんの介護は、身体的な介助よりも監視や頻回の指示が必要となる場合が多い。	1	2	3

7	認知症(痴呆症)の患者さんの行動異常に対する対応法に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常に対応する際には、患者が混乱しないように一人で対応したほうが良い。	1	2	3
(2)	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常の原因や誘因はわからないことが多いので、原因や誘引の究明は必ずしも必要ではない。	1	2	3
(3)	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常に対応する時には、まず患者さんの言い分をよく聞いて安心させることが重要である。	1	2	3
(4)	認知症(痴呆症)患者さんの行動異常への対応法として、お茶をすすめたり、散歩に連れ出したりして気分転換をはかることは有効である。	1	2	3
(5)	物盗られ妄想に対しては、患者の考えは間違っているということをきちんと説明して理解させる方法が有効である。	1	2	3

8	認知症(痴呆症)患者さんの介護に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	火気の取り扱いをさせないようにするためには、「触らないでください」と貼紙をするより、「故障中危険」とするほうが有効である。	1	2	3
(2)	火が見える暖房器具の方が見えない暖房器具よりも患者さんにとっては安全である。	1	2	3
(3)	石鹼などを食べてしまったときには、無理に吐き出させようとしなくても、まずいと感じて自ら吐き出すことが多い。	1	2	3
(4)	化粧品は独特の色と匂いがあるので口にすることは少ない。	1	2	3
(5)	認知症(痴呆症)患者さんが非常に興奮して、何を言っても聞き入れてもらえないような状況では、その場をしばらく離れることも有効な対処法である。	1	2	3

9	認知症(痴呆症)患者さんの徘徊に対する対応法に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	靴に連絡先を書く方法は有効である。	1	2	3
(2)	靴を隠す方法は有効である。	1	2	3
(3)	玄関にセンサーをつける場合は、玄関の中より外の方がよい。	1	2	3

(4)	自宅のドアの上の方などの患者さんの視界の外に新たな鍵をつけることで徘徊は減少する。	1	2	3
(5)	昔、サラリーマンであった人に対しては名刺を持たせることが有効である。	1	2	3

10	認知症(痴呆症)患者さんの妄想に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	妄想は確固とした体系化されたものに発展することが多い。	1	2	3
(2)	物盗られ妄想のある患者さんが物を探しているときに、途中で、「疲れたからちょっとお茶でも飲んで、また後で探しましょう」という声かけで探していたことを忘れてしまうことがある。	1	2	3
(3)	物盗られ妄想のある患者さんが失くした物を探しているときに、介護者が先に見つけて渡すことは患者さんの安心につながる。	1	2	3
(4)	患者さんと一緒に探して、患者さんに見つけ出させるように誘導することはいい方法である。	1	2	3
(5)	嫉妬妄想のある患者さんに対してはどのような用事でどこに出かけるかを紙に書いて置いていくことが有効な場合がある。	1	2	3

11	以下の文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	アルツハイマー病は認知症(痴呆症)を引き起こす原因となる病気の中で最も頻度の多いものである。	1	2	3
(2)	老人性認知症(痴呆症)という病気はない。	1	2	3
(3)	アルツハイマー病の初発症状は徘徊であることが多い。	1	2	3
(4)	アルツハイマー病の患者さんでは病初期でも尿便失禁を認めることが多い。	1	2	3
(5)	アルツハイマー病患者さんは病初期でも会話の障害が明らかである。	1	2	3

12	以下の文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	アルツハイマー病の患者さんは発病から死亡するまでの期間は平均8年くらいである。	1	2	3
(2)	アルツハイマー病の患者さんが命を落とす原因として最も多いのは、転倒などの事故である。	1	2	3
(3)	アルツハイマー病と最も関係のある脳内の神経伝達物質はセロトニンである。	1	2	3

(4)	重症のアルツハイマー病の患者さんに対する薬物治療としてアリセプトは有効である。	1	2	3
(5)	アリセプトはアルツハイマー病の進行を止めることはできない。	1	2	3

13	以下の文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	血管性痴呆症は我が国の認知症(痴呆症)の原因疾患として2番目に多い。	1	2	3
(2)	血管性痴呆症は予防が可能である。	1	2	3
(3)	血管性痴呆症の患者に対してはリハビリテーションが重要である。	1	2	3
(4)	血管性痴呆症の初期の症状としては、自発性の低下、意欲低下、夜間の精神不安定などがある。	1	2	3
(5)	アスピリンの服用を指示された血管性痴呆症の患者さんは長期間、服用するのが一般的である。	1	2	3

14	レビー小体病に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	幻視を認める認知症(痴呆症)患者さんはこの疾患である確率が低い。	1	2	3
(2)	せん妄をおこしやすい。	1	2	3
(3)	認知症(痴呆症)の原因疾患として我が国では3番目に多いとされている。	1	2	3
(4)	アリセプトが有効である可能性がある。	1	2	3
(5)	歩行障害を有することは少ない。	1	2	3

15	せん妄に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	認知症(痴呆症)の患者さんはせん妄をおこしやすい。	1	2	3
(2)	薬の副作用でせん妄が出現することがある。	1	2	3
(3)	せん妄は昼間よりも夕暮以降の夜に起こりやすい。	1	2	3

(4)	せん妄のために患者さんや周囲の者が危険や事故に遭遇することは少ない。	1	2	3
(5)	患者さんが普通に会話できればせん妄にはなっていないと考えられる。	1	2	3

16	次の文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	数週間をかけて認知症(痴呆症)が進行してきた場合には、頭部打撲の有無を確認しなければならない。	1	2	3
(2)	歩行が不安定な認知症(痴呆症)患者さんは適切な治療により治る可能性がある。	1	2	3
(3)	見当識障害や幻覚・妄想などの症状が短期間のうちに良くなったり悪くなったりする患者さんは認知症(痴呆症)以外の疾患を考えるべきである。	1	2	3
(4)	性格の変化、抑制のきかない反社会的行動が目立つ認知症(痴呆症)患者さんは、前頭側頭型痴呆症である可能性がある。	1	2	3

17	以下のそれぞれの認知症(痴呆症)について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	アルツハイマー病でも初期ならば薬の管理を患者さんに任せても良い。	1	2	3
(2)	前頭側頭型痴呆症の患者さんは口が一杯になるまで食べ物をかきこむことがある。	1	2	3
(3)	前頭側頭型痴呆症の患者さんは徘徊しても道に迷うことは少ないので、安全な経路であれば好きなように徘徊させておく介護法も考慮すべきである。	1	2	3
(4)	進行性核上性麻痺の患者さんは歩行時の観察は必要であるが、食事中に観察する必要はあまりない。	1	2	3
(5)	皮質基底核変性症の患者さんが家の中で迷うことは少ない。	1	2	3

18	認知症(痴呆症)の患者さんに対するアクティビティプログラム(リアリティーオリエンテーション、回想法、音楽療法など)に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	コミュニケーションの回復にはあまり効果がない。	1	2	3
(2)	生活の活性化、生活の充実という点で有効である。	1	2	3
(3)	リアリティーオリエンテーションによって欲求不満や抑うつが引き起こされることがある。	1	2	3
(4)	リアリティーオリエンテーションは、認知機能と行動面の両方の改善に有効である。	1	2	3

(5)	回想法は認知機能の改善に有効である。	1	2	3
-----	--------------------	---	---	---

19	介護保険制度に関する文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	介護保険制度によるサービスは65歳以上でないと受けられない。	1	2	3
(2)	介護保険制度の認定審査は、一定の年齢に達した人に対して自動的に行われる。	1	2	3
(3)	介護保険制度の認定審査のための訪問面接調査は患者さんの自宅で受けなければならない。	1	2	3
(4)	介護保険では、訪問サービス、通所サービス、住宅改修費が給付対象サービスに含まれるが、福祉用具貸与は含まれない。	1	2	3
(5)	高齢者の自立度を、自立、要支援、要介護1～7のどれかに判定する。	1	2	3

20	次の文章について、正しいと思うかどうか○をつけてください。	正しい	正しくない	わからない
(1)	成年後見人制度は全ての認知症(痴呆症)の患者さんが利用することを目的に作られた制度である。	1	2	3
(2)	認知症(痴呆症)は精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。	1	2	3
(3)	精神症状や行動障害が著しい認知症(痴呆症)患者さんは老人性痴呆疾患療養病棟での治療が適当である。	1	2	3
(4)	老人性痴呆疾患センターは、専門医療相談、鑑別診断、治療方針の選定をするよう設置されたセンターであるが、夜間や救急対応はしていない。	1	2	3
(5)	「呆け老人をかかえる家族の会」は全国レベルの家族会である。	1	2	3

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。

「介護施設職員の認知症に関する知識の普及度と その関連要因に関する調査」

ご協力をお願い

この調査は、介護職員の認知症に関する知識の普及度とその関連要因について調べることを目的としています。

質問の中に認知症に関する知識について回答してもらいますが、これは試験ではありません。現状を調査するためのものですので、他の人と相談したり、参考書などで調べたりしないでお答えください。

お答え頂いた内容は、個人が特定されない形に処理を致しますので、個人情報外部に漏れたり、個人が特定される形でデータが公表されることはありません。

多くの質問がありますが、これからの認知症ケアを考える上での資料となりますので、ご多忙とは思いますがぜひご協力くださいますよう、よろしくお願い致します。なお、回答したくないという項目がありました場合、無理にご回答頂く必要はございません。

お答え頂いたアンケートは、封筒に入れて封をした上でご提出ください。同封しました回答用のボールペンは、お返しいただく必要はございません。粗品ではありますが、日常の業務にご活用頂ければ幸いです。

ご質問などございましたら、下記までお問い合わせください。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-2

大阪大学大学院人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野

大阪府社会福祉事業団 OSJ 研修・研究センター

研究代表者 大庭 輝

指導教員・統括研究員(併任) 佐藤 眞一

E-mail : hkroba@gmail.com

(1) あなたについて教えてください。

性別 1. 女 2. 男

年齢 _____ 歳

雇用形態 1. 正規職員 2. 非正規職員

現場に出てからの総経験年数 _____ 年 _____ ヶ月

現在の職場での勤務年数 _____ 年 _____ ヶ月

現在のあなたの婚姻状態について教えてください。

1. 未婚 2. 既婚(同居) 3. 既婚(別居) 4. 離婚 5. 死別

現在勤務している施設の部署について教えてください。

1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. ショートステイ
4. 一般型通所介護 5. 認知症対応型通所介護 6. 訪問介護事業所
7. 居宅介護支援事業所 7. その他()

保有している資格について教えてください。(複数ある場合は全て○をつけてください)

1. 介護福祉士 2. 介護職員初任者研修(ホームヘルパー) 3. 社会福祉士
4. 精神保健福祉士 5. 介護支援専門員 6. 正看護師
7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士
10. 資格なし 11. その他()

職種について教えて下さい。複数ある場合は、主となる役割に○をつけて下さい。

1. 介護職員 2. 看護職員 3. 生活相談員 4. 介護支援専門員 5. 機能訓練指導員
6. その他()

(2)下記の質問について、当てはまる数字に○をつけて下さい。

日ごろ、認知症に関する研修(施設内・外は問いません)にはどれくらい参加していますか?

- 1. 全く参加していない
- 2. あまり参加していない
- 3. どちらともいえない
- 4. たまに参加している
- 5. よく参加している

日ごろ、認知症に関する自主的な学習はどれくらいしていますか?

- 1. 全くしていない
- 2. あまりしていない
- 3. どちらともいえない
- 4. たまにしている
- 5. よくしている

今後、新たな資格の取得や昇進試験といった、キャリアアップについて考えていますか?

- 1. 全く考えていない
- 2. あまり考えていない
- 3. どちらともいえない
- 4. 少し考えている
- 5. とても考えている

業務で困ったことがあったとき、上司や同僚へは相談しやすいですか?

- 1. 相談しにくい
- 2. やや相談しにくい
- 3. どちらともいえない
- 4. やや相談しやすい
- 5. 相談しやすい

給与や休暇のとりやすさ、福利厚生などの勤務待遇についてどう思いますか?

- 1. 満足していない
- 2. あまり満足していない
- 3. どちらともいえない
- 4. やや満足している
- 5. 満足している

今後も、今の職場で働き続けようと思えますか?

- 1. 全く思わない
- 2. あまり思わない
- 3. どちらともいえない
- 4. やや思う
- 5. とても思う

- (3) あなたは、普段の業務の中で下記の質問についてどの程度思いますか。
最も当てはまる数字に○をして下さい。

		まったくそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	まあまあ そう思う	非常に そう思う
1	仕事の目標は常に達成している	1	2	3	4	5
2	毎日の業務を十分にこなしている	1	2	3	4	5
3	与えられた課題を上手く遂行している	1	2	3	4	5
4	仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している	1	2	3	4	5
5	仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している	1	2	3	4	5
6	新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している	1	2	3	4	5
7	仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる	1	2	3	4	5
8	仕事上の問題はだいたい解決できる	1	2	3	4	5
9	いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる	1	2	3	4	5
10	チームの目標を十分に達成できるように取り組んでいる	1	2	3	4	5
11	チーム内で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える	1	2	3	4	5
12	チーム内で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる	1	2	3	4	5

- 普段の業務や研修、資格試験対策など、日常においてさまざまなことを学んだり、勉強したりすることについてお尋ねします。あなたはそのような学習・勉強などの活動をどのような理由で行っていますか？

		あては まらない	ややあ てはま らない	どち らとも いえ ない	やや あて はま る	あて はま る
1	上司がうるさいから	1	2	3	4	5
2	しておかないと恥ずかしいから	1	2	3	4	5
3	そうすること自体が大切なことだから	1	2	3	4	5
4	おもしろいから	1	2	3	4	5
5	しなければならぬようになっているから	1	2	3	4	5
6	しておかないと不安だから	1	2	3	4	5

		あてはまらない	ややあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
7	難しい内容を学ぶのが楽しいから	1	2	3	4	5
8	しないとまわりの人が文句を言うから	1	2	3	4	5
9	しないと罪悪感を感じるから	1	2	3	4	5
10	将来いろいろなことに役立つから	1	2	3	4	5
11	知識や能力が身につくのが楽しいから	1	2	3	4	5
12	まわりからやれといわれるから	1	2	3	4	5
13	まわりの人によい印象を与えたいから	1	2	3	4	5
14	就職試験や職業にとって必要だから	1	2	3	4	5
15	考えたり、頭を使ったりするのが好きだから	1	2	3	4	5
16	今の社会ではしなければならないようになっているから	1	2	3	4	5
17	それを通して自分の価値が感じられるから	1	2	3	4	5
18	知識を得ることで幸せになれるから	1	2	3	4	5
19	自分がそうしたいと思うから	1	2	3	4	5
20	きまりのようなものだから	1	2	3	4	5
21	まわりの人に能力を示したいから	1	2	3	4	5
22	わからなかったことがわかるようになると自信がつくから	1	2	3	4	5
23	やらされているから	1	2	3	4	5
24	上司を悲しませたくないから	1	2	3	4	5
25	自分の能力を高めることになるから	1	2	3	4	5
26	教材や本などがおもしろいから	1	2	3	4	5
27	よい成績や評価を得たいから	1	2	3	4	5
28	後で困るのが嫌だから	1	2	3	4	5
29	その内容が知りたいから	1	2	3	4	5
30	好奇心が満たされるから	1	2	3	4	5
31	課題などのやらなければならないものを与えられるから	1	2	3	4	5
32	まわりの人についていけなくなるのが嫌だから	1	2	3	4	5
33	将来の成功に結びつくから	1	2	3	4	5
34	内容を理解できるようになるのがうれしいから	1	2	3	4	5

- (5) 次の質問は認知症(認知症)に関する知識の普及度を調べるための質問です。各質問について該当する数字に○をつけてください。

(注意)これは試験ではありません。現状を調査するためのものですので、他の人と相談したり参考書などで調べたりしないでください。

		正しい	正しくない	わからない
1	認知症の人は、自分が物忘れをしていることは自覚していることが少ない。	1	2	3
2	認知症の人は、出来事の一部を忘れることがあっても、出来事そのものを忘れてしまうことは少ない。	1	2	3
3	認知症患者さんでも、自らの痛みや身体的な異変には早くから気づくものである。	1	2	3
4	認知症患者さんの介護による介護負担は一般的に、身体的負担より精神的負担の方が大きい。	1	2	3
5	認知症があっても、生活環境や生活のリズムの変化に順応する能力は十分残っている。	1	2	3
6	認知症患者さんの精神症状および行動異常は認知症の進行に伴なって末期まで顕著となり続ける。	1	2	3
7	介護者が介護に疲弊すると認知症患者さんの精神症状および行動異常が悪化しやすい。	1	2	3
8	精神症状および行動異常に対して抗精神病薬がしばしば有効である。	1	2	3
9	レビー小体病の精神症状や行動異常に対しては、アルツハイマー病患者の同様の症状を治療するときよりも多い量の抗精神病薬を服用させるほうがよい。	1	2	3
10	最近、副作用の少ない抗精神病薬が使用可能となってきている。	1	2	3
11	必要な服薬を拒否する患者さんに対しては、薬を食事に混ぜる方法が有用である。	1	2	3
12	「長谷川式」と呼ばれる検査は、行動異常の範囲と程度とを簡便に評価するために用いられる。	1	2	3
13	不安、焦燥、興奮などが急に出現したり、頻回になったりするなどの変化が生じた場合には、認知症の進行と捉えるべきである。	1	2	3
14	自宅にいるにもかかわらず、「家に帰りたい」という認知症患者さんに対しては、根気よくここが自宅であることを説明する方法が有効である。	1	2	3
15	相手の言葉や行動に沿って演技をする対応法は患者さんのプライドを傷つけることになるのでとってはいけない方法である。	1	2	3
16	物盗られ妄想に対しては、患者の考えは間違っているということをきちんと説明して理解させる方法が有効である。	1	2	3
17	徘徊に対する対応法として、靴に連絡先を書く方法は有効である。	1	2	3
18	徘徊に対する対応法として、玄関にセンサーをつける場合は、玄関の中より外の方がよい。	1	2	3

		正しい	正しくない	わからない
19	徘徊に対する対応法として、昔、サラリーマンであった人に対しては名刺を持たせることが有効である。	1	2	3
20	妄想は確固とした体系化されたものに発展することが多い。	1	2	3
21	物盗られ妄想のある患者さんが失くした物を探しているときに、介護者が先に見つけて渡すことは患者さんの安心につながる。	1	2	3
22	嫉妬妄想のある患者さんに対してはどのような用事でどこに出かけるかを紙に書いて置いていくことが有効な場合がある。	1	2	3
23	アルツハイマー病は認知症を引き起こす原因となる病気の中で最も頻度の多いものである。	1	2	3
24	老人性認知症という病気はない。	1	2	3
25	アルツハイマー病の初発症状は徘徊であることが多い。	1	2	3
26	アルツハイマー病の患者さんでは病初期でも尿便失禁を認めることが多い。	1	2	3
27	アルツハイマー病患者さんは病初期でも会話の障害が明らかである。	1	2	3
28	アルツハイマー病の患者さんが命を落とす原因として最も多いのは、転倒などの事故である。	1	2	3
29	アルツハイマー病と最も関係のある脳内の神経伝達物質はセロトニンである。	1	2	3
30	コリンエステラーゼ阻害薬(アリセプト、ドネペジルなど)はアルツハイマー病の進行を止めることはできない。	1	2	3
31	血管性認知症は我が国の認知症の原因疾患として2番目に多い。	1	2	3
32	血管性認知症は予防が可能である。	1	2	3
33	血管性認知症の患者さんに対してはリハビリテーションが重要である。	1	2	3
34	血管性認知症の初期の症状としては、自発性の低下、意欲低下、夜間の精神不安定などがある。	1	2	3
35	アスピリンの服用を指示された血管性認知症の患者さんは長期的に服用する場合がある。	1	2	3
36	幻視を認める認知症患者さんはレビー小体病である確率が低い。	1	2	3
37	レビー小体病はせん妄をおこしやすい。	1	2	3
38	レビー小体病は認知症の原因疾患として我が国では3番目に多いとされている。	1	2	3

		正しい	正しくない	わからない
39	レビー小体病はコリンエステラーゼ阻害薬(アリセプト、ドネペジルなど)が有効である可能性がある。	1	2	3
40	レビー小体病は歩行障害を有することは少ない。	1	2	3
41	認知症の患者さんはせん妄をおこしやすい。	1	2	3
42	薬の副作用でせん妄が出現することがある。	1	2	3
43	せん妄は昼間よりも夕暮以降の夜に起こりやすい。	1	2	3
44	患者さんが普通に会話できればせん妄にはなっていないと考えられる。	1	2	3
45	数週間をかけて認知症が進行してきた場合には、頭部打撲の有無を確認しなければならない。	1	2	3
46	見当識障害や幻覚・妄想などの症状が短期間のうちに良くなったり悪くなったりする患者さんは認知症以外の疾患を考えるべきである。	1	2	3
47	性格の変化、抑制のきかない反社会的行動が目立つ認知症患者さんは、前頭側頭型認知症である可能性がある。	1	2	3
48	前頭側頭型認知症の患者さんは口が一杯になるまで食べ物をかきこむことがある。	1	2	3
49	皮質基底核変性症の患者さんが家の中で迷うことは少ない。	1	2	3
50	リアリティーオリエンテーションによって欲求不満や抑うつが引き起こされることがある。	1	2	3
51	リアリティーオリエンテーションは、認知機能と行動面の両方の改善に有効である。	1	2	3
52	介護保険制度によるサービスは65歳以上でないと受けられない。	1	2	3
53	介護保険制度の認定審査のための訪問面接調査は患者さんの自宅で受けなければならない。	1	2	3
54	介護保険制度は、高齢者の自立度を、自立、要支援、要介護1～7のどれかに判定する。	1	2	3
55	認知症は精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。	1	2	3
56	精神症状や行動障害が著しい認知症患者さんは老人性認知症疾患療養病棟での治療が適当である。	1	2	3
57	「認知症の人と家族の会(旧呆け老人をかかえる家族の会)」は全国レベルの家族会である。	1	2	3

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。

