

原著論文

認知症グループホームのケアの質に関する 評価項目の信頼性・妥当性の検討

小林和成¹⁾・矢島正栄¹⁾・小林亜由美¹⁾・梅林奎子¹⁾

Examination of reliability and validity Regarding the quality of care in Group Homes for the Senile Elderly

Kazunari KOBAYASHI¹⁾, Masae YAJIMA¹⁾, Ayumi KOBAYASHI¹⁾, Keiko UMEBAYASHI¹⁾

要 旨

本調査の目的は、認知症グループホームのケアの質に関する評価項目の信頼性・妥当性の検討を行うことである。

1 県内の認知症グループホーム全168施設のうち、協力の得られた140施設で実際に利用者の介護を行っている介護従事者1,212人を対象に、自記式無記名調査用紙を用いた郵送調査を行った。先行研究により作成した評価項目50項目について、達成度を4段階に点数化したスケールを用いた調査用紙を送付し、介護従事者に自分が行っているケアの達成度を評価してもらい、その結果から項目の信頼性・妥当性を検討した。631名から回答を得た（回収率52.1%）。回答者の年齢は41.7±12.9歳であった。職種はホームヘルパー310名（49.1%）、介護福祉士148名（23.5%）、看護師39名（6.2%）、社会福祉士2名（0.3%）、その他77名（12.2%）であった。介護歴は4.6±4.5年であった。因子分析の結果、8因子が抽出された（累積寄与率59.6%）。第I因子「刺激のある生活づくり」（6項目）、第II因子「人間としての尊厳の保障」（6項目）、第III因子「意思決定の支援」（3項目）、第IV因子「安全・安楽の保障」（4項目）、第V因子「社会性の維持・向上」（5項目）、第VI因子「健康管理」（2項目）、第VII因子「生活能力の維持・向上」（2項目）、第VIII因子「基本的生活の維持・向上」（2項目）と名付けた。各因子のChronbachの α 係数は、0.959～0.961の範囲となり信頼性は確認された。また、介護歴との相関がみられたこと、因子構造が仮説の概念枠組みとほぼ一致していたことから、妥当性も確認することができた。各項目間の相関は、高すぎる相関でなく中程度からやや高い相関であった。このことから、各因子は独自のものを測定しており、認知症グループホームにおける利用者の生活の質は、一つの因子だけで測定できるものでなく、多因子構造になっていることが示唆された。今後の課題として、認知症グループホームにおいて今回作成した評価項目を用いて、評価尺度としての信頼性・妥当性の検証をさらに進めることが重要と考える。

キーワード：認知症グループホーム、ケアサービス、質評価

I. はじめに

認知症グループホームは、平成9年度に痴呆対応型老人共同生活援助事業として制度化され、平成12年度からは痴呆対応型共同生活介護として介護保険法に規

定する居宅サービスの一つに位置づけられた¹⁾。平成18年現在においては、介護保険法改正による新しい要介護認定の仕組みの導入に伴い、介護予防認知症対応型共同生活介護として、予防給付の対象に加わった²⁾。このため、要介護度1以上で認知症を有する高齢者の

1) 群馬バース大学保健科学部

ほか、要支援2の高齢者も利用できるサービスの一つとして、施設の設置数は増加傾向にある。厚生労働省の報告³⁾によれば、平成11年の266か所から平成18年3月現在では、約30倍の8,026か所が創設された。

平成13年には、各事業所で一定水準のサービスが提供されるよう、各都道府県は、高齢者認知症介護研究・研修東京センターが示す基準をもとに、具体的な自己評価項目を設定し、事業所毎の自己評価の実施を義務付けてきた。平成14年度には、各事業所が1回/年以上の外部評価を受けることが定められ、各都道府県が指定した評価機関に所属する調査員が評価に当たっている。高齢者認知症介護研究・研修東京センターの報告⁴⁾によれば、平成17年9月30日現在で当該施設を行った評価実施数は4,898か所で、外部評価経過措置対象グループホーム数は5,677か所(平成16年9月)である。平成18年度以降に関しては、介護保険法改正に関連して、介護サービス情報の公表に向けた実施体制の整備の動きが具体化しつつある。都道府県毎にばらつきはあるが、認知症グループホームの外部評価制度は、将来的に介護サービス情報の公表制度に統合されることになっている。

このように法律改正や制度統合がされる中で、施設毎に自己評価や外部評価等の取り組みが行われているが、評価に取り組む姿勢に温度差があったり評価のあり方等に意見や要望が出されたり^{5,6)}と、評価に関する課題は多い。認知症グループホームの評価においては、サービスの評価が重要な位置を占めており⁷⁾、評価の視点を明確にすることが急務である。そのためには、利用者の日々の生活におけるニーズを充足するサービス評価項目が用いられる必要があり、利用者と直接関わっている介護従事者の活動に焦点を当てることが有効と考える。

これまでの取り組みとして、認知症グループホームの介護従事者を対象に、日々行っているサービスの内容とその意図を聞き取り、整理分析し、評価項目50項目を抽出した。また、その項目の必要性を5段階評定(1. 必要でない—5. 必要である)で介護従事者に確認したところ、いずれの項目も4.1以上の評定が得られた。今後の課題は、抽出された評価項目の信頼性・妥当性を検証し、評価項目の選定を行い、現場で活用できる評価尺度を作成することである。

本研究の目的は、認知症グループホームのケアの質に関する評価項目の信頼性・妥当性の検討を行うことである。

II. 概念枠組み

本研究のテーマである「認知症グループホームのケアの質」を表す項目を明らかにするため、本研究に先立ち、認知症グループホームの介護従事者を対象に、日々行っているサービスの内容とその意図を聞き取り、整理・分析を行った。その結果、認知症グループホームのケアの質に関する10の視点と50の評価項目が導かれた。先行研究にて導かれた認知症グループホームのケアの質に関する10の視点を、A.H.マズローの「欲求段階説」⁸⁾にあてはめた結果を、「認知症グループホームのケアの質に関する概念枠組み」として図1に示す。

①健康管理、②基本的生活の維持は、生理的欲求を満たすことであると考えられる。③安全の保障、④安楽・安心感の保障、⑤経済負担の軽減は、安全の欲求を満たすことにつながる。また、⑥刺激のある生活づくり、⑦社会性の維持・向上に導くケアは、親和の欲求を満たすことにつながり、⑧人間としての尊厳の保障は、自我の欲求を満たすことと捉えられる。さらに、⑨生活能力の維持・向上、⑩意思決定の支援は、自己実現の欲求を満たすことにつながると考えられた。

質の高いケアとは、人が社会の中でいかなる状況、状態であろうと、人間らしく、いきいきと生活できることを自ら目指すことを援助するケアであり、「健康」と「生活の質」の確保と向上、つまり「自己実現」を支援することである。そこで、健康をどう捉えるか、人間をどう捉えるか、どのように人としての生活の確保と向上が図られているかが重要な鍵となる。WHO憲章の中で、健康とは身体的、精神的、社会的に「well-being」な状態と定義されている。それは、健康を生活概念として捉え、基本的権利としての健康を全ての人々が享受できることを基本としている。つまり、たとえ認知症であったとしても、人間は生涯発達する存在であると同時に、自己実現する存在であるという捉え方を、本研究における基本的な理念、考え方とする。

III. 方法

1. 対象

1県内の認知症グループホーム全168施設のうち、協力の得られた140施設で実際に利用者の介護を行っている介護従事者1,212人。

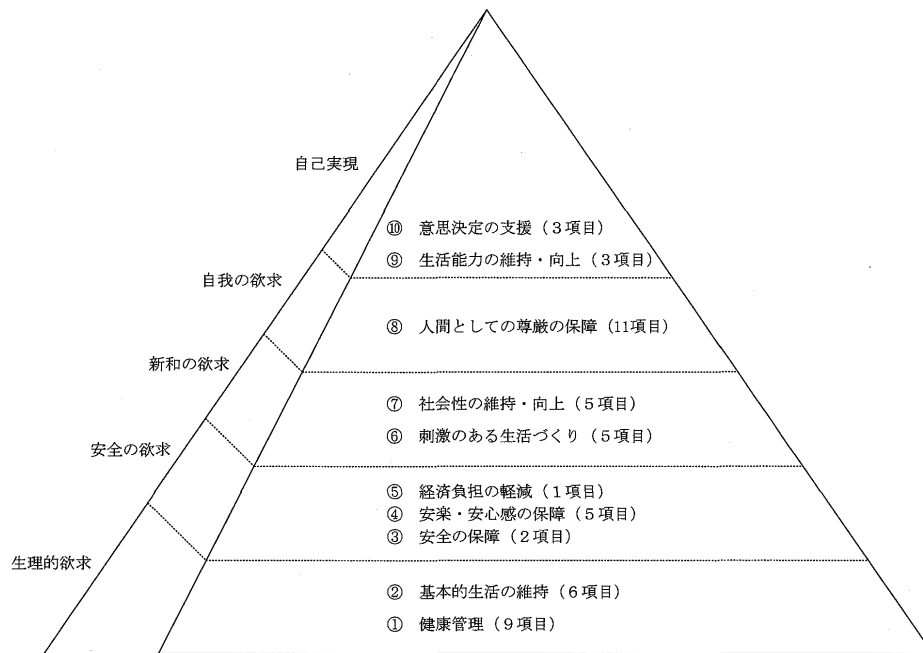


図1 認知症グループホームのケアの質に関する概念枠組み
(※ A.H.マズローの欲求段階説を参考に作成)

2. 方法

1) 調査方法

自記式無記名調査用紙を用いた郵送調査で、各介護従事者へ施設長を介して配付し、研究者への直接郵送により回収した。

2) 調査内容

研究者らによる先行研究にて得られた以下の50の評価項目に対して、介護従事者に自分が行っているケアの達成度として、「できている」「どちらかと言うとできている」「どちらかと言うとできていない」「できていない」の4段階評定を求めた。

50の評価項目は、①他者とふれ合う機会を提供する、②楽しみ・気分転換の機会を提供する、③趣味・特技を活かせる機会を提供する、④生き物や自然とのふれあいの機会を提供する、⑤頻回に声をかける、⑥清潔を保つ、⑦日常的な健康状態を把握する、⑧適切な医療を確保する、⑨症状に応じた日常生活を送れるようにする、⑩栄養状態を良好に保つ、⑪水分バランスを良好に保つ、⑫皮膚のトラブルを予防する、⑬服薬をきちんとできるようにする、⑭休養・睡眠を十分確保する、⑮自立度や身体状況に応じた介助をする、⑯一日の生活リズムをつける、⑰基本的な生活を自発的に行えるようにする、⑱自分らしい生活ができるようにする、⑲身だしなみを整える、⑳心身の機能を維持・

向上できる機会を提供する、㉑生活能力を維持・向上できる機会を提供する、㉒生活感を失わないようにする、㉓プライバシーを守る、㉔自尊心を傷つけない、㉕個別性を尊重する、㉖生活を制限しない、㉗訴えをよく聞く、㉘自由な感情表現ができるようにする、㉙自信がもてるようにする、㉚希望を取り入れる、㉛平等に接する、㉜達成感を持つ機会を提供する、㉝利用者の権利を守る、㉞事故を予防する、㉟利用者間の良好な人間関係をつくる、㊱感染を予防する、㊲不快感を与えない、㊳誤嚥を予防する、㊴役割を持てるようにする、㊵季節の行事や風習に触れる機会を提供する、㊶社会参加できるようにする、㊷帰属意識を持てるようにする、㊸安らぎを得られるようにする、㊹利用者のペースに合わせる、㊺穏やかな態度で対応する、㊻不安感を与えない、㊼自己決定できるようにする、㊽意思を表出できるようにする、㊾自己決定を尊重する、㊿利用者の物を無駄使いしないである。

3) 分析方法

評価項目の信頼性の検討として、①各評価項目の平均値・標準偏差・Kolmogorov-Smirnov検定、②各評価項目の相関係数・Cronbachの α 信頼性係数、③評価項目の上位・下位分析を用いた。評価項目の妥当性の検討としては、①類似内容項目の整理、②判定に不適当な項目の削除、③項目の表現の修正、④削除項目

からの再抽出を行った。

統計処理には、SPSS 14.0 J for Windows を使用した。

4) 倫理的配慮

本調査は、群馬パース大学研究倫理委員会の審査を経て実施した。

また、調査を実施するにあたり、A県認知症高齢者グループホーム連絡協議会の定例会にて、会長及び理事に口頭・書面にて研究の主旨を説明し、同意を得た上で実施した。

5) 調査期間

平成18年2月～3月。

IV. 結 果

1. 対象の基本属性

631人から回答を得た（回収率52.1%）。回答者の年齢は41.7±12.9歳（19～70歳）、年齢階級別では「50歳代」が167人（26.5%）と最も多く、次いで「20歳代」が153人（24.2%）、「40歳代」が131人（20.8%）、「30歳代」が115人（18.2%）、「60歳以上」が46人（7.3%）、「10歳代」が1人（0.2%）であった（表1）。性別は男性112名（17.7%）、女性494名（78.3%）であった。職種はホームヘルパー310名（49.1%）、介護福祉士148名（23.5%）、看護師39名（6.2%）、社会福祉士2名（0.3%）、その他77名（12.2%）であった。介護歴は4.6±4.5年（1か月～40年）で、「1年以上3年未満」が187人（29.6%）と最も多かった。施設の設置主体は「有限会社」が154人（24.4%）、ユニット数は「1ユニット」が297人（47.1%）とそれぞれ最も多かった。スタッフ数は、平均12.5±6.5人（5～35人）で、「10人未満」が271人（42.9%）と最も多かった。利用者数は平均15.4±9.8人（5～45人）で、「10人未満」が355人（56.3%）と最も多かった。

2. 評価項目の内的整合性（信頼性）の検討

1) 各評価項目の平均値、標準偏差ならびに Kolmogorov-Smirnov 検定

各評価項目の平均値、標準偏差、Kolmogorov-Smirnov 統計量について表2に示した。各評価項目への対象者の回答の最大値は4点、最小値は1点であった。一評価項目の平均値は、最高3.68—最低2.52、標

表1 対象の基本属性 n=631

年齢	平均値±標準偏差 <最小—最大> 41.7±12.9歳 <19—70>	
	10歳代	1 (0.2)
	20歳代	153 (24.2)
	30歳代	115 (18.2)
	40歳代	131 (20.8)
	50歳代	167 (26.5)
	60歳以上	46 (7.3)
	不明	18 (2.9)
性別	男性	112 (17.7)
	女性	494 (78.3)
	不明	25 (4.0)
職種	ホームヘルパー	310 (49.1)
	介護福祉士	148 (23.5)
	看護師	39 (6.2)
	社会福祉士	2 (0.3)
	その他	77 (12.2)
	不明	55 (8.7)
介護歴	平均値±標準偏差 <最小—最大> 4.6±4.5年 <1か月—40年>	
	1年未満	46 (7.3)
	1年以上3年未満	187 (29.6)
	3年以上5年未満	170 (26.9)
	5年以上10年未満	134 (21.2)
	10年以上	75 (11.9)
	不明	19 (3.0)
施設の設置主体	有限会社	154 (24.4)
	株式会社	139 (22.0)
	医療法人	124 (19.7)
	社会福祉法人	52 (8.2)
	NPO 法人	43 (6.8)
	財団法人	2 (0.3)
	その他	1 (0.2)
	不明	116 (18.4)
ユニット数	1ユニット	297 (47.1)
	2ユニット	120 (19.0)
	3ユニット	97 (15.4)
	5ユニット	41 (6.5)
	不明	76 (12.0)
スタッフ数	平均値±標準偏差 <最小—最大> 12.5±6.5人 <5—35>	
	10人未満	271 (42.9)
	10人以上15人未満	151 (23.9)
	15人以上20人未満	76 (12.0)
	20人以上	88 (13.9)
	不明	45 (7.1)
利用者数	平均値±標準偏差 <最小—最大> 15.4±9.8人 <5—45>	
	10人未満	355 (56.3)
	10人以上19人未満	109 (17.3)
	19人以上28人未満	98 (15.5)
	28人以上	38 (6.0)
	不明	31 (4.9)

人数 (%)

表2 各評価項目の平均値、標準偏差、Kolmogorov-Smirnov 統計量

n=631

項目	最小値	最大値	平均値	標準偏差	平均-SD	平均+SD	K-S統計量	Kolmogorov-SmirnovのZ
1 他者とふれ合う機会を提供する	1	4	2.96	0.80	2.16	3.75	0.264	6.51
2 楽しみ・気分転換の機会を提供する	1	4	3.15	0.70	2.45	3.84	0.271	6.73
3 趣味・特技を活かせる機会を提供する	1	4	2.64	0.79	1.85	3.43	0.236	5.86
4 生き物や自然とのふれ合いの機会を提供する	1	4	2.67	0.87	1.80	3.54	0.214	5.31
5 頻りに声をかける	1	4	3.50	0.63	2.87	4.13	0.354	8.85
6 清潔を保つ	1	4	3.48	0.61	2.86	4.09	0.335	8.37
7 日常的な健康状態を把握する	1	4	3.51	0.60	2.91	4.10	0.350	8.75
8 適切な医療を確保する	1	4	3.33	0.73	2.60	4.06	0.291	7.24
9 症状に応じた日常生活を送れるようにする	1	4	3.30	0.62	2.68	3.91	0.312	7.77
10 栄養状態を良好に保つ	1	4	3.40	0.65	2.75	4.05	0.305	7.60
11 水分バランスを良好に保つ	1	4	3.40	0.65	2.75	4.05	0.305	7.61
12 皮膚のトラブルを予防する	1	4	3.24	0.68	2.56	3.92	0.272	6.79
13 服薬をきちんとできるようにする	1	4	3.68	0.57	3.11	4.24	0.436	10.84
14 休養・睡眠を十分確保する	1	4	3.50	0.62	2.88	4.12	0.346	8.63
15 自立度や身体状況に応じた介助をする	1	4	3.39	0.62	2.77	4.01	0.293	7.31
16 一日の生活リズムをつける	1	4	3.29	0.64	2.65	3.93	0.289	7.21
17 基本的な生活を自発的にできるようにする	1	4	3.04	0.69	2.34	3.73	0.274	6.77
18 自分らしい生活ができるようにする	1	4	2.97	0.72	2.25	3.69	0.277	6.90
19 身だしなみを整える	1	4	3.39	0.61	2.78	4.00	0.293	7.31
20 心身の機能を維持・向上できる機会を提供する	1	4	3.04	0.69	2.34	3.73	0.287	7.16
21 生活能力を維持・向上できる機会を提供する	1	4	3.02	0.68	2.35	3.70	0.299	7.42
22 生活感を失わないようにする	1	4	3.20	0.68	2.53	3.88	0.281	6.99
23 プライバシーを守る	1	4	3.41	0.71	2.71	4.12	0.318	7.92
24 自尊心を傷つけない	1	4	3.35	0.66	2.69	4.01	0.280	7.02
25 個性を重視する	1	4	3.32	0.69	2.64	4.01	0.268	6.69
26 生活を制限しない	1	4	2.98	0.72	2.26	3.69	0.280	6.94
27 訴えをよく聞く	1	4	3.35	0.64	2.72	3.99	0.279	6.96
28 自由な感情表現ができるようにする	1	4	3.32	0.66	2.66	3.97	0.271	6.72
29 自信がもてるようにする	1	4	3.12	0.69	2.43	3.81	0.277	6.89
30 希望を取り入れる	1	4	3.10	0.68	2.42	3.78	0.285	7.08
31 平等に接する	1	4	3.34	0.74	2.60	4.07	0.290	7.23
32 達成感を持つ機会を提供する	1	4	2.93	0.74	2.19	3.67	0.259	6.42
33 利用者の権利を守る	1	4	3.40	0.63	2.77	4.03	0.298	7.38
34 事故を予防する	1	4	3.40	0.65	2.75	4.04	0.301	7.50
35 利用者間の良好な人間関係をつくる	1	4	3.17	0.68	2.50	3.85	0.283	7.03
36 感染を予防する	1	4	3.47	0.65	2.83	4.12	0.334	8.30
37 不快感を与えない	1	4	3.28	0.65	2.63	3.93	0.288	7.15
38 誤嚥を予防する	1	4	3.44	0.63	2.81	4.07	0.318	7.90
39 役割を持てるようにする	1	4	3.16	0.69	2.47	3.86	0.265	6.58
40 季節の行事や風習に触れる機会を提供する	1	4	3.49	0.67	2.82	4.16	0.354	8.81
41 社会参加できるようにする	1	4	2.52	0.83	1.69	3.35	0.240	5.94
42 帰属意識を持てるようにする	1	4	2.76	0.73	2.03	3.49	0.274	6.68
43 安らぎを得られるようにする	1	4	3.20	0.65	2.55	3.84	0.307	7.63
44 利用者のペースに合わせる	1	4	3.22	0.71	2.51	3.93	0.258	6.42
45 穏やかな態度で対応する	1	4	3.38	0.65	2.73	4.04	0.293	7.31
46 不安感を与えない	1	4	3.29	0.63	2.66	3.92	0.301	7.47
47 自己決定できるようにする	1	4	3.08	0.71	2.37	3.79	0.260	6.46
48 意思を表出できるようにする	1	4	3.20	0.64	2.56	3.83	0.312	7.75
49 自己決定を尊重する	1	4	3.25	0.67	2.59	3.92	0.282	7.02
50 利用者の物を無駄使いしない	1	4	3.68	0.56	3.12	4.24	0.435	10.85

不明を除く

表4 認知症グループホームのケアの質に関する評価項目：因子負荷量（主因子法・バリマックス回転）

因子	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8
刺激のある生活づくり	楽しみ・気分転換の機会を提供する	0.698	0.210	0.102	0.184	0.074	0.189	0.118	0.109
	他者とふれ合う機会を提供する	0.631	0.111	0.102	0.074	0.059	0.086	0.054	0.151
	趣味・特技を活かせる機会を提供する	0.553	0.068	0.140	0.141	0.238	0.183	0.190	0.105
	生き物や自然とのふれ合いの機会を提供する	0.536	0.215	0.044	0.076	0.243	0.059	0.210	0.083
	達成感を持つ機会を提供する	0.432	0.201	0.273	0.199	0.342	0.214	0.284	0.132
	役割を持てるようにする	0.356	0.251	0.300	0.216	0.244	0.093	0.248	0.183
	自由な感情表現ができるようにする	0.197	0.650	0.238	0.138	0.132	0.290	0.105	0.117
人間としての尊厳の保障	訴えをよく聞く	0.221	0.591	0.167	0.216	0.104	0.131	0.095	0.187
	利用者のペースに合わせる	0.171	0.483	0.276	0.283	0.240	0.092	0.148	0.141
	自信がもてるようにする	0.306	0.456	0.225	0.254	0.260	0.267	0.220	0.086
	安らぎを得られるようにする	0.338	0.422	0.233	0.376	0.336	0.131	0.165	0.165
	希望を取り入れる	0.262	0.400	0.273	0.199	0.254	0.218	0.236	0.063
意思決定の支援	自己決定できるようにする	0.195	0.274	0.674	0.197	0.215	0.232	0.119	0.192
	意思を表出できるようにする	0.201	0.403	0.567	0.234	0.141	0.255	0.144	0.187
	自己決定を尊重する	0.122	0.306	0.563	0.261	0.207	0.227	0.172	0.092
安全・安楽の保障	不快感を与えない	0.165	0.280	0.233	0.619	0.146	0.303	0.129	0.213
	不安感を与えない	0.217	0.373	0.274	0.493	0.118	0.169	0.109	0.171
	利用者間の良好な人間関係をつくる	0.202	0.313	0.213	0.466	0.200	0.177	0.198	0.133
	身だしなみを整える	0.235	0.227	0.188	0.377	0.082	0.321	0.171	0.255
	社会参加できるようにする	0.452	0.217	0.164	0.086	0.525	0.082	0.130	0.132
社会性の維持・向上	帰属意識を持てるようにする	0.366	0.187	0.289	0.144	0.520	0.135	0.136	0.179
	自分らしい生活ができるようにする	0.281	0.201	0.145	0.193	0.422	0.254	0.253	0.389
	生活を制限しない	0.115	0.321	0.231	0.249	0.377	0.146	0.162	0.259
	生活感を失わないようにする	0.240	0.198	0.209	0.214	0.360	0.244	0.303	0.325
健康管理	症状に応じた日常生活を送れるようにする	0.168	0.197	0.192	0.135	0.094	0.598	0.161	0.149
	皮膚のトラブルを予防する	0.187	0.199	0.180	0.223	0.150	0.573	0.141	0.150
生活能力の維持・向上	心身の機能を維持・向上できる機会を提供する	0.387	0.192	0.182	0.181	0.156	0.229	0.639	0.168
	生活能力を維持・向上できる機会を提供する	0.332	0.196	0.173	0.170	0.238	0.245	0.598	0.229
基本的な生活の維持・向上	基本的な生活を自発的に行えるようにする	0.260	0.188	0.155	0.201	0.259	0.175	0.183	0.674
	一日の生活リズムをつける	0.270	0.208	0.211	0.206	0.069	0.329	0.116	0.452
回転後の負荷量平方和		3.401	2.957	2.278	2.077	2.003	1.913	1.648	1.606
因子寄与率		11.336	9.856	7.595	6.922	6.678	6.376	5.494	5.352
累積寄与率		11.336	21.192	28.787	35.708	42.386	48.762	54.256	59.608

準偏差は、最高0.87—最低0.56であった。全項目の平均値は3.23であり、標準偏差は0.68であった。Kolmogorov-Smirnovの正規性の検定では、表統計量0.214から0.436、Kolmogorov-SmirnovのZ5.31から10.85、 $P < 0.001$ で各項目の得点は正規分布であることを示していた。

なお、天井効果の見られた20項目(5、6、7、8、10、11、13、14、15、23、24、25、31、33、34、36、38、40、45、50)は、以後の分析から除く。

2) 評価項目の相関係数、 α 係数による内的整合性
各評価項目の相関係数、 α 係数については、表3に示した。各項目間の相関係数の値は、0.234から0.744であった。また、各項目と合計得点との相関係数の値は、0.461から0.780であった。相関係数については、全ての項目に強度の相関関係はなく、弱いから中程度の相関ありと見なして採用することにした。

全体の α 係数は0.961であり、各項目を削除した時の α 係数は、0.959から0.961であった。従って、項目を削除したときの α 係数の値が上昇した項目はなかった。

3) 評価項目の上位・下位分析 (good-poor analysis)

有効回答617部についてそれぞれ対象毎の合計得点を算出し、その合計得点から上位群(高得点群)、下位群(低得点群)に分け、上位群からは高得点の順に154人(25%)、下位群からは低得点の順に154人(25%)の対象者を抽出した。一人あたりの合計得点は、最高120点から最低30点であった。上位群から抽出した154人は合計得点120~102点、下位群から抽出した154人は合計得点82点~30点であった。抽出した上位群154人と下位群154人の2群間における項目毎の平均値の差について t 検定を行った。t 検定の結果、 $P < 0.001$ で全項目間に有意差がみられた。

3. 因子分析による評価項目の構成的(構成概念)妥当性ならびに因子の内的整合性

因子分析は、主因子法・バリマックス回転を行った。因子数の決定については、先行研究から導いた仮説及び解釈可能性から表4に示すように、8因子を抽出した。回転後の各因子の寄与率は11.3%から5.4%であり、8因子までの累積寄与率は59.6%であった。各因子を構成する質問項目は、因子負荷量の0.30以上、かつ当該因子に最も高い因子負荷量を示すことを基準に

検討した。

第1因子は、「楽しみ・気分転換の機会を提供する」や「他者とふれ合う機会を提供する」等の6項目であり、「刺激のある生活づくり」と命名した。第2因子は、「自由な感情表現ができるようにする」や「訴えをよく聞く」等の6項目であり、「人間としての尊厳の保障」と命名した。第3因子は、「自己決定できるようにする」や「意思を表出できるようにする」等の3項目であり、「意思決定の支援」と命名した。第4因子は、「不快感を与えない」や「不安感を与えない」等の4項目であり、「安全・安楽の保障」と命名した。第5因子は、「社会参加できるようにする」や「帰属意識を持てるようにする」等の5項目であり、「社会性の維持・向上」と命名した。第6因子は、「症状に応じた日常生活を送れるようにする」と「皮膚のトラブルを予防する」の2項目であり、「健康管理」と命名した。第7因子は、「心身の機能を維持・向上できる機会を提供する」と「生活能力を維持・向上できる機会を提供する」の2項目であり、「生活能力の維持・向上」と命名した。第8因子は、「基本的な生活を自発的に行えるようにする」と「一日の生活リズムをつける」の2項目であり、「基本的な生活の維持・向上」と命名した。因子の判定に不適当な項目の削除、及び項目の表現修正の必要性を検討した結果、いずれにおいても削除、修正の必要はなかった。

各因子は下位尺度とし、下位尺度毎の平均値、標準偏差、 α 係数を表5に示した。この表からみると、平均値は3.29から2.89、標準偏差は0.76から0.64、 α 係数は0.882から0.700であった。

表5 下位尺度の平均値、標準偏差、 α 係数

下位尺度名	平均値	標準偏差	α 係数
刺激のある生活づくり	2.92	0.76	0.825
人間としての尊厳の保障	3.23	0.66	0.882
意思決定の支援	3.18	0.67	0.872
安全・安楽の保障	3.29	0.64	0.842
社会性の維持・向上	2.89	0.74	0.841
健康管理	3.27	0.65	0.700
生活能力の維持・向上	3.03	0.69	0.853
基本的な生活の維持・向上	3.17	0.67	0.723

V. 考 察

1. データの適切性

認知症グループホームのケアの質に関する50の評価

項目を選定する先行研究を踏まえ、調査票の回収率を約30～50%と想定して、A県内における認知症グループホーム介護従事者の全数調査を試みた。協力の得られた140施設1,212人に調査票を配布した結果、回収率52.1%にあたる631人から回答を得ることができた。データについては、Kolmogorov-Smirnovの正規性の検定によって正規分布であることを確認した。これは、各評価項目の得点及び合計得点が平均値を中心に、低得点から高得点の全範囲に渡っていることを意味し^{9,10)}、本研究データは信頼性・妥当性の検証を行うにあたり適当なデータであることを示していた。しかし、回収率が52.1%であったことから、選択バイアスがかかっている可能性を捨て切ることができないと考える。福富ら¹¹⁾は、回収率が低い時には、回答者が調査に関心の高い者に偏ることもあり、結果の解釈には特に注意しなければならないと述べている。

介護歴については、1年未満の者が46人(7.3%)いたが、1年以上3年未満と3年以上5年未満が約3割、5年以上10年未満が約2割と、階級毎に人数が比較的均一に分かれていたことから、介護歴による各評価項目の得点への著しい偏りは生じないと考える。

2. 評価項目の信頼性

本研究においては、各項目の4段階評定(1.できている、2.どちらかと言うとできている、3.どちらかと言うとできていない、4.できていない)を行っており、平均値+標準偏差が4を上回る20項目(5、6、7、8、10、11、13、14、15、23、24、25、31、33、34、36、38、40、45、50)を削除した。これは、 α 係数の算出や因子抽出等の際に影響を与え兼ねないため、削除が妥当と考えた。

各項目間の相関係数の値は、0.234から0.744の範囲で、各評価項目と合計得点との相関係数については、0.461から0.780の範囲をとっていることから、全ての項目に $0.8 \leq r$ の強度の相関関係はなく、 $0.2 \leq r < 0.5$ の弱いから $0.5 \leq r < 0.8$ の中程度の相関あり¹²⁾と判断して以後の分析に進めた。

全体の評価項目の α 係数は0.961であり、一般に0.700以上であれば許容範囲で、0.800以上の場合は一貫度が高い^{13,14)}と言われていることから、信頼性は高いと考える。また、項目を削除したときの α 係数は0.959から0.961であり、項目を削除したときの α 係数の上昇した項目は尺度全体の相関が低く、内的整合性を脅かす不適切な項目と考えるが、ここでは上昇した

項目はなかった。

評価項目の上位・下位分析では、一人ひとりの合計得点から上位群は高得点順に154人、下位群は低得点順に154人の対象者を抽出し、それぞれ上位群、下位群として各評価項目における2群間の平均値の差についてt検定を行った。この結果、 $P < 0.001$ で全項目に有意差がみられ、評価項目の内的整合性が確認された。

また、各因子(下位尺度)毎の α 係数は0.882から0.700であり、全ての下位尺度で内的整合性が確認された。

3. 評価項目の妥当性

構成概念妥当性については、測定用具が実際に何を測定しているかを問うもの^{15,16)}であり、それを明らかにするために主因子法・バリマックス回転による因子分析を行った。この結果から、表4に示すように8因子が抽出された。各因子を構成する質問項目は、因子負荷量の絶対値0.30以上¹⁷⁾、かつ当該因子に最も高い因子負荷量を示すことを基準に検討した。なお、因子数の決定については、ガットマン・カイザーの基準やスクリー基準での検討も行ったが、研究者らの先行研究¹⁸⁾から得られた仮説及び解釈可能性を考慮して因子数8を導いた。

第1因子は、「刺激のある生活づくり」であり、利用者の認知症の状態や症状の維持・改善を図るために、利用者間のコミュニケーションを促進したり、達成感や役割意識を持たせたりする重要な概念と考える。松永ら¹⁹⁾は、コミュニケーション量を増やす関わりが認知症高齢者の生活の質の向上につながると述べており、昨今ではアクティビティケアの実践や研究^{20,21)}も重要視されている。第3、5因子の負荷量0.30以上が1項目ずつあったが、「刺激のある生活づくり」が「意思決定の支援」や「社会性の維持・向上」に共通した部分があるためであると考えられる。

第2因子は、「人間としての尊厳の保障」であり、安らぎや希望のある生活は認知症高齢者においても重要であり、また、利用者の感情や意見を出せる機会をつくり、感情や意見の表出を支えていくことが重要である。1991年の国連総会で採択された「国連高齢者原則」の中でも、認知症高齢者に対する意識環境として特に重要な原則として「尊厳(dignity)」が取り上げられている²²⁾。また、中島²³⁾は、尊厳の保持はケアを行う際の基本に置かれていなければならないものと述べており、認知症高齢者本人の人格を尊重してその人

らしさを支える重要な概念であると考え。負荷量0.30以上が第1因子に2項目、第4、5因子に1項目ずつあったことから、今後さらに検討を続けていく必要があると考える。

第3因子は、「意思決定の支援」であり、利用者の感情や意見の表出を促す支援だけでなく、意見を支持したり尊重したりすることも重要であり、項目数は少ないが大事な概念であると考え。認知症の人は、言葉の理解力が低下する反面、口調や表情、身振り、視線等の非言語的態度に敏感になる²⁴⁾とされていることから、それらの方法で認知症高齢者の思いを汲み取り、受け止めていく姿勢が重要と考える。第2因子に負荷量0.30以上の項目が2つあるが、利用者の意見の支持や尊重は「人間としての尊厳の保障」に共通した部分があるためであると考えられる。

第4因子は、「安全・安楽の保障」であり、利用者には不快や不安な感情を抱かせないこと、危険が伴うようなこと等をしないのは、認知症高齢者のケアにおいて基本的な概念であると考え。中島²⁵⁾は、新しい認知症ケアの5つの視点と称して、上述した「尊厳」の他に「安心・快」を掲げ、不安や悩み、苦痛の除去、他者との関係や日常の環境からの刺激に留意することの重要性を述べている。第2、6因子に負荷量0.30以上が1項目ずつあったが、「安全・安楽の保障」が「人間としての尊厳の保障」や「健康管理」につながる部分があるためであると考えられる。

第5因子は、「社会性の維持・向上」であり、施設内の人に限らず地域住民や関係施設等の人たちとの交流は、利用者の社会性や生活感の維持・向上のため重要である。老化による社会的役割の喪失と、それに関連した集団への所属や参加が減少することで社会的結合が弱くなると言われており²⁶⁾、認知症という病気を抱えながら家族と離れて暮らしている認知症高齢者においては、特に支援を要するものと考え。第1、2、6、8因子に負荷量0.30以上の項目が点在しているのは、あらゆる項目が「社会性の維持・向上」に関連しているためと考える。

第6因子は、「健康管理」であり、「安全・安楽の保障」と同様に認知症高齢者のケアにおいても基本的な概念であると考え。大阪市の認知症高齢者サポート事業の報告²⁷⁾では、適切な認知症の医療が受けられていない、合併症の治療が難しい等の問題が挙げられていることから、定期的な健康診断の実施と適切な治療の継続を考慮した項目の検討が必要である。項目数は

2項目と少ないが、大事な概念であると考え。

第7因子は、「生活能力の維持・向上」であり、利用者一人一人のADLや生活パターン等を把握した上で、現在の日常生活の維持・向上に向けたはたらきかけを行っていくことは重要である。中島²⁵⁾は、新しい認知症ケアの5つの視点の1つに「リハビリテーション・自立」を掲げ、認知症高齢者の持つ力を日々の生活の中で活かしていくことの有用性を述べている。また、昨今では老年期認知症とは異なった特徴を有する若年期認知症に焦点を当てた研究²⁸⁾も行われてきたことから、項目数は2項目と少ないが、大事な概念であると考え。

第8因子は、「基本的生活の維持・向上」であり、「生活能力の維持・向上」とともにグループホームでの利用者の生活を守っていく上での重要な概念であると考え。このことについても、中島²⁵⁾は新しい認知症ケアの5つの視点の1つに「暮らしの継続」を位置づけ、日々の暮らしの継続が認知症の人にとっての生命線であり、なじんだ暮らし方を支えていけば認知症の人が安心し、かつ自身の秘された力をなんとか活かして自立に近づくことにつながると述べている。

以上の8因子については、それぞれ認知症グループホームのケアの質に関する重要な概念であり、下位尺度である。研究者らの先行研究¹⁸⁾と比較をしても、構成概念妥当性は十分であるものと考え。他因子における負荷量0.30以上の項目や下位尺度の表現妥当性等については、今後も継続して検討を行っていく必要がある。

VI. おわりに

今後の課題として、今回の研究で信頼性・妥当性が確認された30項目の「認知症グループホームのケアの質に関する評価項目」については、さらに確実なものにしていくために検証を継続していく必要がある。認知症グループホームにおいて今回作成した評価項目を実際に用いて、評価尺度としての信頼性・妥当性の検証を行っていききたい。

謝 辞

本調査を行うにあたり、御指導、御助言をいただきましたA県認知症高齢者グループホーム連絡協議会の会長様、並びに御協力いただきました認知症グループ

ホームの皆様に深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 特定非営利活動法人全国痴呆性高齢者グループホーム協会：認知症高齢者グループホーム法令通知集。中央出版株式会社，2005：p259-280。
- 2) 全国認知症高齢者グループホーム協会：認知症グループホーム法令通知集 平成18年度版。中央出版株式会社，2006：p3。
- 3) 厚生労働省：厚生労働白書 平成18年版。株式会社ぎょうせい，2006：p148。
- 4) 高齢者認知症介護研究・研修東京センター：認知症高齢者グループホーム評価調査員研修シート2005年，2005：p23。
- 5) 高齢者認知症介護研究・研修東京センター：認知症高齢者グループホーム評価調査員研修シート2005年，2005：p34。
- 6) 中島民恵子、永田久美子、平林景子：認知症高齢者グループホームのサービス評価結果の活用に関する研究—自己評価と外部評価との総合的分析をとおして—。日本認知症ケア学会誌 4(1)：2005：p62-72。
- 7) 保住 功：スウェーデンと日本における認知症高齢者の医療と看護。臨床看護 31(14)：2005：p2222-2226。
- 8) 坂野雄二、菅野 純、佐藤正二ほか：臨床心理学〈ベーシック現代心理学8〉。株式会社有斐閣，1999：p28-30。
- 9) 市原清志：バイオサイエンスの統計学—正しく活用するための実践理論—。株式会社南江堂，2005：p284-287。
- 10) 石村貞夫、デズモンド・アレン：すぐわかる統計用語。東京図書株式会社，2002：p89, 136。
- 11) 福富和夫、橋本修二：保健統計・疫学。株式会社南山堂，2005：p78。
- 12) 日本疫学会：はじめて学ぶやさしい疫学—疫学への招待。株式会社南江堂，2005：p84。
- 13) スティーブン・B・ハリ、木原雅子：医学的研究のデザイン第2版—研究の質を高める疫学のアプローチ—。株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル，2004：p242。
- 14) 中村好一：論文を正しく読み書くためのやさしい統計学。株式会社診断と治療社，2006：p173, 181。
- 15) 石井秀宗：統計分析のここが知りたい—保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方—。株式会社文光堂，2005：p90。
- 16) 石井京子、多尾清子：ナースのための質問紙調査とデータ解析。株式会社医学書院，2004：p32。
- 17) 古谷野亘：数学が苦手な人のための多変量解析ガイド。有限会社川島書店，2001：p133。
- 18) 小林和成、矢島正栄、小林亜由美他：認知症高齢者グループホームのケアの質に関する評価視点の枠組みの検討。群馬パース大学紀要 1(1)：2005：p43-49。
- 19) 松永美輝恵、井関智美：認知症高齢者のコミュニケーション量と感情の分析、新見公立短期大学紀要 25：2004：p171-177。
- 20) 六角僚子：認知症ケアの考え方と技術。株式会社医学書院，2005：p38-40。
- 21) 日本認知症ケア学会：日本認知症ケア学会誌第6回日本認知症ケア学会プログラム・抄録集。株式会社ワールドプランニング，2005：p273-289, 364-370, 385-390, 425-430。
- 22) 日本認知症ケア学会：認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎—。株式会社ワールドプランニング，2005：p83-85。
- 23) 中島紀恵子：グループホームケア 改訂版 認知症の人々のケアが活きる場所。株式会社日本看護協会出版会，2005：p191。
- 24) 渡辺俊之：ケアを受ける人の心を理解するために。中央法規出版株式会社，2005：p160-170。
- 25) 中島紀恵子：グループホームケア 改訂版 認知症の人々のケアが活きる場所。株式会社日本看護協会出版会，2005：p194-195。
- 26) 渡辺俊之：ケアを受ける人の心を理解するために。中央法規出版株式会社，2005：p156-159。
- 27) 中村淳子：援助者をサポートする—相談窓口での対応から 認知症高齢者サポート事業から見えてきた必要な支援体制。訪問看護と介護 10(6)：2005：p459-464。
- 28) 駒井由起子：若年発症者をめぐる現状と課題①若年認知症のケアとリハビリテーション。訪問看護と介護 10(6)：2005：p477-480。

英文要旨

This survey examined the reliability/appropriateness of evaluation items related to the quality of life of residents of group homes for elderly persons with senile dementia.

The subjects were 1,212 persons engaged in nursing care at 140 cooperating institutions out of a total of 168 institutions in one prefecture of Japan. A mail survey was conducted using an anonymous self-administered questionnaire covering 50 evaluation items. Subjects were asked to evaluate the degree of achievement of the care which they themselves gave using a 4-step scale, and the reliability and appropriateness of the items were investigated based on the results. Replies were received from 631 subjects (52.1%) aged 41.7 ± 12.9 years. By type of work, the respondents included home attendants, 310 persons (49.1%), nursing care workers, 148 (23.5%), professional nurses, 39 (6.2%), social welfare workers, 2 (0.3%), and others, 77 (12.2%). These persons had careers as caregivers of 4.6 ± 4.5 years. Factor analysis identified 8 factors with a cumulative contribution rate of 59.6%. Chronbach's coefficient α for these factors was in the range of 0.959~0.961, confirming reliability. Appropriateness was confirmed from the fact that there was a correlation with the length of career as a caregiver and the factor structure was substantially in agreement with the conceptual framework of the hypothesis. While the correlation between the scales was not excessive, there was a somewhat high correlation beginning around the intermediate range. This indicates that each factor measures an independent item, suggesting that the quality of life of residents of group homes for elderly persons with senile dementia cannot be measured by a single factor, but has a multi-factorial structure. As a future issue, we believe that a further examination of the reliability/appropriateness of the evaluation form is important, using the evaluation form prepared in this research.

Key words : Group home, senile, elderly, care service, evaluate quality