

## 認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難と その関連要因

フルムラミツヨ  
古村美津代<sup>\*,2\*</sup>

**目的** 認知症高齢者グループホーム（以下、GH）のケアスタッフが認知症高齢者との関わりの中で抱える困難とその関連要因を明らかにし、GH ケアスタッフへの支援を検討する。

**方法** 福岡県 A 市の GH 47か所に勤務するケアスタッフ600人に無記名自記式質問紙調査を実施した。回答の得られた333人を分析対象とした。

調査項目は、基本属性・施設環境14項目、GH ケアスタッフ10人の半構成面接より抽出した認知症高齢者との関わりの中で抱く困難27項目。分析は、GH ケアスタッフが抱える困難27項目の因子分析により因子構造を明らかにした。また困難とその関連要因を検討するため各因子の下位尺度の合計点と基本属性・施設環境との関連を分析した。

**結果** GH ケアスタッフが抱える困難は、「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の4因子構造となった。各因子の Cronbach の  $\alpha$  係数は0.75～0.82であり内的整合性が確認された。「認知症高齢者との葛藤」と有意に関連していたのは、将来の不安、介護経験、家族の意向の理解、施設理念の理解であった。「職場のサポート体制」と有意に関連していたのは、辞めたいと思った経験、協力体制だった。「スタッフ同士の葛藤」と有意に関連していたのは、将来の不安、辞めたいと思った経験、協力体制、情報交換であった。「負担感」と有意に関連していたのは、将来の不安、辞めたいと思った経験、協力体制、情報交換、勤務の要望であった。

**結論** GH ケアスタッフは、認知症高齢者との関わりの中で様々な困難を抱えていた。ケアスタッフが抱える困難を軽減するためには、GH の施設理念や認知症高齢者に対する家族の意向の理解など教育環境の整備の必要性が明らかになった。またスタッフ間の情報交換や協力体制、個々のケアスタッフが抱える困難に対する個別の支援などの組織的な取り組みが重要であることが明らかになった。

**Key words** : 認知症高齢者グループホーム, ケアスタッフ, 困難

### I 緒 言

認知症高齢者のグループホームは、ヨーロッパで始まり、1980年代の後半にスウェーデンで定着したものである<sup>1)</sup>。現在、我が国において認知症高齢者のグループホームは、介護保険制度下で居宅サービスの一つとして位置づけられ、認知症高齢者が地域で安心して生活できる認知症対応型共同生活介護事業所（以下 GH とする）として注目されている。GH は、介護保険スタート直前の2000年3月末時点では266か所であったが<sup>2)</sup>、その後、全国的に急速

に増加している。

GH は、住み慣れた自宅ではないが、家庭的な雰囲気の中で、専門のスタッフに見守られながら、認知症高齢者一人ひとりがその人らしい生活を再構築していくことを目指している<sup>3)</sup>。しかし、認知症は、記憶障害、失語、失行、失認などの中核症状が認められるとともに、徘徊や不潔行為、幻覚と妄想、興奮と暴力、不眠や昼夜逆転などの周辺症状も出現する<sup>4)</sup>。GH に入居する認知症高齢者の周辺症状では、徘徊、攻撃性、繰り返し尋ねるなどの行動異常や、不安、関心・意欲の低下、抑うつ<sup>5)</sup>の心理状態が多いとされる<sup>5)</sup>。

現在、GH の代表者および管理者の資格要件は定められているが、認知症高齢者のケアに直接従事するケアスタッフの資格要件については、とくに定め

\* 久留米大学医学部環境医学講座

<sup>2\*</sup> 久留米大学医学部看護学科

連絡先：〒830-0003 福岡県久留米市東櫛原町777-1  
久留米大学医学部看護学科 古村美津代

られていない。そのため、認知症に対して知識や介護経験のないケアスタッフが中核症状や周辺症状を伴う認知症高齢者のケアに携わることになる。GHの小規模で家庭的なケアの在り方は、ケアスタッフ個々の介護レベルや資質が施設介護力に直結し、認知症高齢者の生活の質に大きな影響を及ぼすと考える。厚生労働省は、2001年3月GHの質の確保を目的に、サービス評価・職員研修・情報公開の義務づけを定めるとともに、2002年には外部評価および開設前の研修を義務付け<sup>2)</sup>、GHの介護レベルや質の向上を目指している。しかし、全国グループホーム協会（以下全国GH協会）の2006年調査では、離職者の平均在職期間は、21.7か月であり2年に満たないことが報告されている<sup>6)</sup>。これらのことからGHケアスタッフが離職しやすい一因として、認知症高齢者のケアの中で様々な困難を抱えていることが考えられる。

高齢者ケアにおける従事者のストレスに関する先行研究では、身体的ストレスより精神的ストレスが大きき<sup>7)</sup>、男性より女性がストレスを強く感じていた<sup>8)</sup>。また、対人援助サービス従事者の職場ストレスは、職務量の多さ・職務の質的困難さ、クライアントとの関係、職場の人間関係に代表され、これらのストレスが精神的健康を阻害していることが報告されている<sup>9)</sup>。とくに認知症専用ユニットは、非専用ユニットに比較して介護的仕事の負荷、利用者とのコンフリクト、事務的仕事の負荷が大きく情動的ストレスや慢性疲労、燃え尽き症候群を示す割合が高いことが明らかになっている<sup>10)</sup>。また、介護従事者のバーンアウトに関する研究では、仕事の曖昧さ<sup>11)</sup>や労働時間・年齢との関連<sup>12)</sup>、性別との関連<sup>13)</sup>が報告されている。

GHケアスタッフのストレス研究では、老人施設介護者のためのストレス評価尺度において「介護的仕事の負荷」、「利用者とのコンフリクト」などの介護ストレスが抑うつ、不安、不機嫌、怒りのすべての心理的ストレス反応を引き起こし仕事満足度が低下している<sup>14)</sup>ことや、葛藤や不安の中で入居者への終末期ケアを行っていることが明らかになっている<sup>15)</sup>。しかしながら、これまでの先行研究は、介護老人保健施設や介護老人福祉施設など施設介護に従事する介護スタッフを対象としたストレスに関する研究<sup>7~11)</sup>が主である。しかし、GHのケアスタッフが限られた空間の中で認知症高齢者やケアスタッフとの関わりの中で難しいと感じていることや、ケアの中で感じる苦しみや悩みについて、またその関連要因について着目した研究はまだまだ少ない。そこで本研究では、GHケアスタッフが認知症高齢者と

の関わりの中でのどのような事柄に困難を抱えているのか、さらに、その困難に関連する要因を明らかにし、GHケアスタッフへの支援を検討することを目的とした。

## II 用語の定義

本研究においてGHケアスタッフが抱える「困難」とは、GHケアスタッフが認知症高齢者のケアに携わる中で非常に難しいと感じること、またケアの中で感じる苦しみや悩みとした。

## III 研究方法

### 1. 対象

対象は、福岡県A市のGH47か所に勤務するケアスタッフ600人。調査は、2009年10月～12月の期間に実施した。A市のGH部会にて各施設長に本研究の目的・研究方法について口頭と文書で説明し承諾を得た。その後、各GHに施設長を通じて自記式質問紙の配布を依頼した。

対象者には、質問紙に添付した依頼文書にて、研究の趣旨説明を行い、対象者の自由意思で研究への協力ができること、調査結果は無記名であり個人が特定されないこと、問い合わせ先を明記した。また、調査表の回答をもって同意とみなすことを記載し、個別封筒を添付した。質問紙は、無記名で対象者が封をし、各施設に設置した専用の回収箱に入れる方法により1か月の留め置き期間を設定し回収した。

### 2. 質問内容

#### 1) 基本属性

ケアスタッフの年齢、性別、GH経験年数、配偶者の有無、GH勤務時の資格、現在の資格、関連施設の勤務経験、家族の介護経験、仕事を辞めたいと思った経験、仕事に対する将来の不安、雇用形態、年収とした。また、ケアスタッフが勤務する施設環境として、就職時の介護方法、認知症の研修、就職後の定期的研修、夜勤の経験、受け持ち担当制、終末期の看取り、事故発生時の対応策の指示、ケアプランの理解、施設理念の理解、夜勤の要望、協力体制、定期的なカンファランスの実施、スタッフ間の情報交換とした。

#### 2) GHケアスタッフが抱える困難の抽出

GHケアスタッフが抱える困難の抽出のため、A市5か所のGHに勤務しているケアスタッフ10人に対し、認知症高齢者介護の困難について半構成面接を行った。ケアスタッフは、男性2人、女性8人、平均年齢 $35.3 \pm 12.3$ 歳、経験年数は $25.2 \pm 11.5$ か月であった。ケアスタッフの資格は、資格なし2

人(20%),ヘルパー1級または2級が6人(60%),介護福祉士2人(20%)であり,所属するGHの平均要介護度は $3.0 \pm 0.1$ ,看取りを実施している施設4施設(80%),看護師が勤務している施設2施設(20%)だった。面接後に逐語録を作成し,GHケアスタッフが認知症高齢者との関わりの中で抱く困難について記述している箇所を対象者の言葉を損なわないように意味単位で抽出し質的データとした。対象ごとに類似していると判断したコードを集めて一次コードを作成した。一次コードのまとまりをカテゴリー化し,全対象のカテゴリーを類似と差異の視点で比較検討し,類似したカテゴリーに集めサブカテゴリー,カテゴリーとしケアスタッフの困難を明らかにした<sup>16)</sup>。その後,インタビュー結果と全国GH協会の2006年調査報告<sup>6)</sup>について検討し,GHケアスタッフ間の関係性5項目,認知症高齢者および家族との関係性7項目,サポート体制5項目,身体・心理的負担10項目からなる計27項目の質問項目を自己作成した。各質問項目は,「非常に思う」,「思う」,「あまり思わない」,「思わない」の4択とした。

### 3. 分析方法

GHケアスタッフが抱える困難27項目の関係を調べるために因子分析を行い,因子構造を明らかにした。質問項目の因子分析では,自己作成した質問27項目について項目ごとに「非常に思う」4点,「思う」3点,「あまり思わない」2点,「思わない」1点とし,平均値,標準偏差を算出した。また,質問項目22,23~27は逆転項目として処理した。天井効果がみられた「夜勤時に何がおこるか不安」,「仕事に対する給与が見合っていない」の2項目,フロア効果がみられた「気分を落ち着かせるためタバコを吸う」,「眠るためお酒を飲む」の2項目,合計4項目を除外し,主因子法による因子分析を行った。その結果,固有値の値が1.00以上で因子の解釈可能性を考慮し4因子構造が妥当だと考えた。そこで,4因子構造とし主因子法・プロマックス回転を行った。因子負荷量が0.4であることを基準に項目の取舍選択を行い,十分な因子負荷量を示さなかった「高齢者同士の関係調整が難しい」,「自分の仕事に誇りを持っている」,「家族の望むケアが難しい」,「不眠である」の4項目を除外し,残りの19項目に対して再度主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。導き出された結果に対しCronbach係数により下位尺度の信頼性を検討した。次に,GHケアスタッフが抱える困難とケアスタッフの属性,職場環境との関連を明らかにするためにGHケアスタッフが抱える困難の4因子の各下位尺度の

合計点を従属変数,ケアスタッフの属性・職場環境を説明変数とし重回帰分析を行った。なお,統計学的有意水準は5%とした。

### 4. 倫理的配慮

対象者には,質問紙に添付した依頼文書にて,研究の主旨,調査内容は研究目的以外には使用せず責任をもって保管すること,プライバシーの保護を厳守することを明記した。調査票の回収にあたっては,所属GHの施設長にGH職員の回答内容がわからないようにするため,スタッフ自身が厳封した封筒を事業所単位で回収した。なお,本研究は,久留米大学倫理委員会にて承認を得て行った(No.09147)。

## IV 研究結果

### 1. 対象者の特性

アンケートの回収数は,392人(回収率65.3%)であり,回答に欠損がみられた59人については分析対象から除外した。有効回答数は,333人(有効回答率55.5%)であった。

### 2. ケアスタッフの基本的属性

ケアスタッフの属性を表1に示した。性別では,男性56人(16.8%),女性277人(83.2%)だった。ケアスタッフの平均年齢は $42.5 \pm 13.4$ 歳であり,経験年数(月)は, $44.6 \pm 31.1$ 月だった。施設経験有は177人(53.2%),家族の介護経験有は105人(31.5%),仕事を辞めたいと思った経験有は252人(75.7%),仕事に対する将来の不安有は271人(81.4%)だった。ケアスタッフの資格では,GH入職前の資格は,ヘルパー164人(49.2%),介護福祉士75人(22.5%),資格なし64人(19.2%),看護師20人(6.0%),その他10人(3.0%)の順であった。調査時の資格は,ヘルパー149人(44.7%),介護福祉士107人(32.1%),資格なし46人(13.8%),看護師21人(6.3%),その他10人(3.0%)の順であった。雇用形態では,正規職員251人(75.4%),パート・アルバイト76人(22.8%)であった。年収200万円未満は178人(53.5%),200万円以上は155人(46.5%)であった。

### 3. 施設環境

対象者が所属するGHの施設環境を表2に示した。「就職時の介護の方法の研修」有は172人(51.7%),「認知症の理解についての研修」有は166人(49.8%),「就職後の定期的研修」有は242人(72.7%)だった。「夜勤の経験」有は298人(89.5%)であり,「終末期の看取り」を行っている施設は226人(67.9%)だった。また,「入居者のケアプランの理解」有は309人(92.8%),「施設の理念の理解」

表1 GH ケアスタッフの基本属性

n=333 人 (%)

項目		
年齢(年)±SD	全体	42.5±13.4
	男性	35.8±11.4
	女性	43.8±13.4
性別	男性	56(16.8)
	女性	277(83.2)
経験(月)±SD	全体	44.6±31.1
	男性	45.0±24.9
	女性	44.8±32.3
配偶者	有	140(42.0)
	無	182(54.7)
	記入なし	11(11.3)
施設経験	有	177(53.2)
	無	156(46.8)
家族介護経験	有	105(31.5)
	無	228(68.5)
仕事を辞めたいと思った経験	有	252(75.7)
	無	81(24.3)
仕事に対する将来の不安	有	271(81.4)
	無	62(18.6)
資格 入職前	ヘルパー	164(49.2)
	介護福祉士	75(22.5)
	資格なし	64(19.2)
	看護師	20( 6.0)
	その他	10( 3.0)
調査時	ヘルパー	149(44.7)
	介護福祉士	107(32.1)
	資格なし	46(13.8)
	看護師	21( 6.3)
	その他	10( 3.0)
雇用形態	正規	251(75.4)
	パート・アルバイト	76(22.8)
	その他	6( 1.8)
年収	200万円未満	178(53.5)
	200万以上～300万円未満	134(40.2)
	300万以上～400万円未満	20( 6.0)
	400万円以上	1( 0.3)

有は326人(97.9%)だった。「夜勤などの勤務の要望を聞いてくれる」は275人(82.6%)、「スタッフ同士の協力体制」有は291人(87.4%)、「定期的なカンファレンス」有は296人(88.9%)、「スタッフ間の情報交換の実施」有は324人(97.4%)だった。

#### 4. ケアスタッフの抱える困難

ケアスタッフが抱える困難について表3に示し

表2 GHの施設環境の現況

n=333 人 (%)

項目	有	無
就職時の介護の方法の研修	172(51.7)	161(48.3)
就職時の認知症の理解の研修	166(49.8)	167(50.7)
就職後の定期的な研修	242(72.7)	91(27.3)
夜勤の経験	298(89.5)	35(10.5)
入居者受け持ち担当制	265(79.6)	68(20.4)
終末期の看取り	226(67.9)	107(32.1)
事故時の対応策の指示	321(96.4)	12( 3.6)
入居者のケアプランを理解している	309(92.8)	24( 7.2)
施設の理念を理解している	326(97.9)	7( 2.1)
入居者の家族の意向を理解している	295(88.6)	38(11.4)
夜勤などの勤務の要望を聞いてくれる	275(82.6)	58(17.4)
スタッフ同士の協力体制はとれている	291(87.4)	42(12.6)
入居者のカンファレンス定期的に実施	296(88.9)	37(11.1)
スタッフ間で入居者の情報交換の実施	324(97.3)	9( 2.7)

た。ケアスタッフが抱える困難で「非常に思う」・「思う」が最も多かった項目は、スタッフ関係では「スタッフ間でケアに対する想いのずれ」、認知症高齢者・家族との関係では「認知症症状への対応が難しい」、身体・心理面では「夜勤時に何が起るか不安」、サポートでは、「困った時、職場の同僚は頼りになる」であった。また、すべての項目において「非常に思う」・「思う」が最も多かった項目は、「夜勤に何が起るか不安」、「給与は見合っていない」、「自分の仕事に誇りをもっている」が上位の項目であった。

因子負荷量の低い項目を除去し、19項目を採用したプロマックス回転後の最終因子パターンを表4に示した。「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の4因子が抽出された。4因子の累積寄与率は55.3%であった。各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は、「認知症高齢者との葛藤」0.82、「職場のサポート体制」0.78、「スタッフ同士の葛藤」0.77、「負担感」0.75であり、全体の信頼係数は0.74で内的整合性が確認された。

#### 5. 下位尺度と属性との関連

「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の下位尺度得点の合計とケアスタッフの属性、施設環境の関連についてt検定した結果を表5、表6に示した。「認知症高齢者との葛藤」は、平均年齢以下、介護経験無、辞めたいと思った経験有、将来に対する不安有、調査時資格有、施設理念の理解無、家族の意向の理解無の者が有意に高かった( $P<0.05$ )。「職場のサポート体制」では、辞めたいと思った経験有、正規職員、施設理念の理解無、夜勤の要望をきいてもらえない、スタッフ間の協力体制無、情報交

表3 GH ケアスタッフが抱える困難

n=333 人 (%)

項 目		非常に思う	思 う	あまり 思わない	思わない
ス タ ッ フ 関 係	1. スタッフ間でケアに対する想いのずれ	45(13.5)	180(54.1)	94(28.2)	14( 4.2)
	2. 経験者と未経験者の関係性が困難	41(12.3)	133(39.9)	134(40.2)	25( 7.5)
	3. スタッフの年齢差による関係性が困難	32( 9.6)	92(27.6)	144(43.2)	65(19.5)
	4. スタッフ間の人間関係に思い悩む	63(18.9)	125(37.5)	110(33.0)	35(10.5)
	5. 高齢者に対するケアが不公平	27( 8.1)	109(32.7)	147(44.1)	50(15.0)
認 知 症 と 高 齢 者 の 関 係	6. 高齢者との人間関係に思い悩む	14( 4.2)	83(24.9)	170(51.1)	66(19.8)
	7. コミュニケーションの方法がわからない	3( 0.9)	47(14.1)	176(52.9)	107(32.1)
	8. 高齢者の気持ちがつかめない	4( 1.2)	87(26.1)	182(54.7)	60(18.0)
	9. 生活習慣や性格が理解できない	4( 1.2)	47(14.1)	213(64.0)	69(20.7)
	10. 認知症症状への対応が難しい	43(12.9)	166(49.8)	92(27.6)	32( 9.6)
	11. 高齢者同士の関係調整困難	37(11.1)	167(50.2)	102(30.6)	27( 8.1)
	12. 家族の望むケアが難しい	24( 7.2)	160(48.0)	126(37.8)	23( 6.9)
身 体 ・ 心 理 面 へ の 影 響	13. 夜勤時の身体的負担が大きい	86(25.8)	133(39.9)	98(29.4)	16( 4.8)
	14. ケアに伴う身体的負担が大きい	52(15.6)	145(43.5)	115(34.5)	21( 6.3)
	15. 夜勤時に何が起こるか不安	141(42.3)	137(41.1)	41(12.3)	14( 4.2)
	16. 時間外業務がある	58(17.4)	97(29.1)	106(31.8)	72(21.6)
	17. 家庭生活への影響が大きい	49(14.7)	102(30.6)	124(37.2)	58(17.4)
	18. 給与は見合っていない	140(42.0)	127(38.1)	53(15.9)	13( 3.9)
	19. 不眠である	27( 8.1)	75(22.5)	125(37.5)	106(31.8)
	20. 気を落ち着かせるためタバコ	47(14.1)	39(11.7)	25( 7.5)	222(66.7)
	21. 眠るためにお酒を飲む	21( 6.3)	41(12.3)	45(13.5)	226(67.9)
	22. 自分の仕事に誇りもっている	88(26.4)	167(50.2)	65(19.5)	13( 3.9)
サ ポ ー ト	23. 困った時、上司は頼りになる	67(20.1)	173(52.0)	64(19.2)	29( 8.7)
	24. 困った時、職場の同僚は頼りになる	66(19.8)	205(61.6)	52(15.6)	10( 3.0)
	25. 個人的な問題上司はよく聞いてくれる	70(21.0)	162(48.6)	74(22.2)	27( 8.1)
	26. 個人的な問題同僚はよく聞いてくれる	67(20.1)	182(54.7)	70(21.0)	14( 4.2)
	27. 管理者から認められている	20( 6.0)	113(33.9)	161(48.3)	39(11.7)

換無の者で高かった ( $P<0.05$ )。「スタッフ同士の葛藤」では、平均年齢以下、辞めたいと思った経験有、将来に対する不安有、定期的研修無、施設理念の理解無、家族の意向の理解無、夜勤の要望を聞いてもらえない、スタッフ間の協力体制無、情報交換無の者が高かった ( $P<0.05$ )。「負担感」では、辞めたいと思った経験有、将来に対する不安有、入職前・調査時資格有、夜勤の要望を聞いてもらえない、協力体制無のケアスタッフの得点が高かった ( $P<0.05$ )。「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の下位尺度得点とケアスタッフの性別や配偶者の有無、施設経験の有無においては有意な差はなかった。

ケアスタッフが抱える困難に関連する個人的要因や施設環境要因を検討するために、「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の下位尺度得点の合計を目的変

数とし、ケアスタッフの基本的属性、研修の有無や施設理念の理解、協力体制などの14項目の施設環境要因を説明変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った結果を表7に示した。「認知症高齢者との葛藤」と有意に関連していたのは将来の不安、介護経験、家族の意向の理解、施設理念の理解であった。「職場のサポート体制」と有意に関連していたのは、辞めたいと思った経験、協力体制だった。「スタッフ同士の葛藤」と有意に関連していたのは将来の不安、辞めたいと思った経験、協力体制、情報交換であった。「負担感」と有意に関連していたのは、将来の不安、辞めたいと思った経験、協力体制、情報交換、勤務の要望であった。

## V 考 察

### 1. GH ケアスタッフが抱える困難

ケアスタッフが抱える困難において、「非常に思

表4 GHケアスタッフが抱く困難に関する因子分析

		因 子			
		1	2	3	4
認知症葛藤高藤者	8. 高齢者の気持ちがあつかめない	0.838	-0.039	-0.086	-0.046
	9. 生活習慣・性格が理解できない	0.794	0.024	-0.020	-0.038
	7. コミュニケーションの方法がわからない	0.738	0.018	0.038	-0.072
	6. 高齢者との人間関係に悩む	0.594	-0.024	0.096	0.048
	10. 認知症 症状の対応が難しい	0.507	-0.001	0.073	0.042
職場制のサポート	23. 上司は頼りになる	0.052	0.819	0.017	-0.006
	25. 個人的問題—上司よく聞いてくれる	-0.024	0.778	0.150	0.038
	24. 同僚頼りになる	0.037	0.656	-0.060	-0.026
	26. 個人的問題—同僚よく聞いてくれる	0.015	0.561	-0.139	0.043
	27. 管理者から認められている	-0.108	0.424	0.017	0.02
スタッフ同士	3. スタッフ年齢差の関係性困難	0.028	0.023	0.782	-0.118
	4. スタッフ間の人間関係の困難	0.017	-0.067	0.716	-0.038
	2. 経験者と未経験者の関係性	0.022	0.098	0.650	0.015
	1. スタッフ間ケアの思いのずれ	-0.070	-0.058	0.447	0.253
	5. 高齢者のケアの不公平	0.073	-0.099	0.317	0.263
負担感	13. 夜勤 身体的負担	0.069	-0.028	-0.047	0.723
	17. 家庭生活への影響が大きい	-0.035	0.073	0.013	0.670
	14. ケアに伴う身体的負担が大きい	0.216	0.002	-0.063	0.647
	16. 時間外業務	-0.193	0.028	-0.002	0.617
	寄与率%	25.03	13.39	9.54	7.33
	累積寄与率%	25.03	38.42	47.96	55.29
	因子相関	因子 1	0.84	.355	.431
		因子 2		.342	.535
		因子 3			.535

う・「思う」で最も多かった項目は、「夜勤に何が起るか不安」、「給与は見合っていない」、「自分の仕事に誇りを持っている」であった。介護労働者のストレス<sup>17)</sup>においても、「夜勤時に何が起るか不安」、「仕事のわりに賃金が低い」などが上位の項目であり本研究と同様の結果であった。本研究の対象者の9割は夜勤を経験し7割は看取りを経験していた。本研究の対象者の入職時の資格では、約7割のケアスタッフは、ヘルパーまたは資格なしであった。そのため、夜勤時の高齢者の急変や転倒の危険性など夜勤時に何が起るか不安、適切なケアができるかなどの不安を常に抱いていると考えられる。また、本研究では、正規職員が約7割であったが、ケアスタッフの年収は、200万未満が約半数であり、9割以上のケアスタッフの年収は300万円未満であった。介護従事者の離職要因として「仕事がつきついで」、「給料が安い」などの労働条件が最も多い<sup>17)</sup>ことや年収試算額の比較においても低い状況<sup>18)</sup>が報告されている。これらのことから、GHにおいても、

人材確保に向けキャリアや能力に見合う給与水準の引き上げなどの労働環境の整備が重要な課題と考えられる。

本研究において、GHケアスタッフが認知症高齢者との関わりの中で抱える困難は、「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の4因子構造となった。矢富ら<sup>19)</sup>は、老人施設介護者の主要なストレス因子として上司、同僚、利用者との対人関係に関する対人的なコンフリクト及び具体的な仕事の過剰な負荷、介護自体の仕事の負荷の5因子を指摘し、「老人介護スタッフのストレス—評価尺度」を示している。この「老人介護スタッフのストレス—評価尺度」と本研究の結果を比較すると「認知症高齢者との葛藤」、「スタッフ同士の葛藤」、「職場のサポート体制」の3つの因子は、矢富らの上司、同僚、利用者との対人関係に関する対人的なコンフリクトに対応する結果となった。

認知症の周辺症状では、最も対応が困難と思われる

表5 属性とGHケアスタッフの抱える困難との関連

		認知症高齢者 との葛藤	職場のサポート 体制	スタッフ同士 の葛藤	負担感
性別	男 (n=56)	11.0±2.6	10.9±2.7	13.3±3.1	10.5±2.6
	女 (n=277)	10.6±2.8	11.1±2.9	12.5±3.0	10.4±2.8
年齢	>42.5 (n=167)	11.0±2.8	10.9±2.9	13.0±3.2	10.5±2.8
	<42.5 (n=166)	10.3±2.6	11.3±2.8	12.2±2.8	10.3±2.7
経験 (月)	>44.6 (n=180)	10.9±2.8	11.1±2.9	12.5±3.0	10.2±2.7
	<44.6 (n=153)	10.5±2.7	11.0±2.8	12.7±3.0	10.7±2.7
配偶者	有 (n=140)	10.5±2.7	11.0±2.7	12.7±3.0	10.5±2.7
	無 (n=182)	10.8±2.8	11.1±3.0	12.5±3.1	10.3±2.8
施設経験	有 (n=177)	10.7±2.8	11.4±2.9	12.7±3.1	10.5±2.7
	無 (n=156)	10.6±2.7	10.8±2.8	12.5±2.9	10.3±2.7
介護経験	有 (n=105)	10.2±2.6	11.2±2.8	12.8±2.9	10.6±2.7
	無 (n=228)	10.9±2.8*	11.1±2.9	12.4±3.0	10.3±2.7
辞めたい経験	有 (n=252)	10.9±2.8	11.4±2.7	13.0±2.9	10.9±2.6
	無 (n=81)	10.0±2.6**	10.1±2.8**	11.3±3.0**	9.0±2.6***
将来不安	有 (n=271)	11.0±2.7	11.3±2.6	12.9±2.8	10.7±2.6
	無 (n=62)	9.5±2.5***	10.5±3.6	11.2±3.3***	9.0±2.7***
入職前資格	有 (n=269)	10.8±2.7	11.2±2.8	12.8±2.9	10.6±2.7
	無 (n=64)	10.2±2.8	10.8±3.2	12.0±3.3	9.8±2.6**
調査時資格	有 (n=287)	10.8±2.7	11.2±2.8	12.7±2.9	10.6±2.7
	無 (n=46)	10.8±2.7**	10.5±3.4	12.2±3.7	9.5±2.7**
雇用形態	正規 (n=251)	10.6±2.7	11.3±2.7	12.8±3.0	10.5±2.6
	パート (n=82)	10.9±2.8	10.6±3.1*	12.0±3.0	10.0±3.0

平均値±SD

t検定 \* P&lt;0.05 \*\* P&lt;0.01 \*\*\* P&lt;0.001

る「興奮・攻撃性」は、認知症疾患の経過中に25～50%の頻度で出現する<sup>20)</sup>ことが報告されている。本研究の対象者の約半数は施設勤務の経験がなく、7割のケアスタッフは介護経験がなかった。また、ケアスタッフの約半数は、入職時に介護方法や認知症についての研修を受けていなかった。そのためケアスタッフは、認知症高齢者の周辺症状にばかり目を奪われていて、認知症高齢者が「なぜそうするのだろうか」という視点や発想がもてず<sup>21)</sup>、認知症高齢者に対して暴力をふるう人、同じことを何度も言う人ととらえ、入居者個々の本質的な問題に対応できないのではないかと考える。ケアスタッフは、認知症高齢者との関わりの中で、高齢者の個別の生活習慣や性格、高齢者の思い、高齢者が何を求めているのかをつかむことができない<sup>16)</sup>。そのためどのようなケアを実施していいのか、あるいは今、実施しているケアが本当に正しいのかと悩み、ストレスを抱えながら日々のケアに携わっていると考える。田尾

ら<sup>22)</sup>は、ストレスを引き起こす要因として、「職場の中で、人は期待されていることが分からなかったり、また期待が大きすぎてその期待を十分に果たすことができなったりするとストレスを感じる」と述べている。経験の乏しいケアスタッフは、認知症高齢者が何を求めているか理解できないことから高齢者個々のケアにつなげることができず、常に「認知症高齢者との葛藤」を抱えケアしていると考えられる。とくに小規模のGHにおけるケアにおいては、利用者の個別に応じたケア、利用者とのなじみある関係づくりの必要性が高まるため、それをこなせる力量を持っていないケアスタッフは認知症高齢者との関わりがストレスになる<sup>23)</sup>と考えられる。またケアスタッフは、「スタッフ同士の葛藤」を抱えていた。現在、GHケアスタッフは、資格要件が定められていない。そのため様々な職種のケアスタッフが連携・協働し、認知症高齢者をケアしていくことが重要である。しかし、ケアスタッフの資

表6 施設環境とGHケアスタッフの抱える困難との関連

		認知症高齢者 との葛藤	職場のサポート 体制	スタッフ同士 の葛藤	負担感
介護研修	有 (n=172)	10.6±2.8	11.0±2.9	12.5±3.1	10.3±2.7
	無 (n=161)	10.8±2.7	11.2±2.8	12.7±2.9	10.5±2.8
認知症研修	有 (n=166)	10.6±2.7	10.8±2.9	12.4±3.2	10.4±2.8
	無 (n=167)	10.8±2.8	11.4±2.8	12.8±2.8	10.4±2.7
定期的研修	有 (n=242)	10.6±2.8	11.1±2.9	12.4±2.9	10.3±2.7
	無 (n=91)	11.0±2.6	11.1±2.7	13.2±3.2*	10.6±2.7
夜勤経験	有 (n=298)	10.7±2.8	11.2±2.9	12.6±3.0	10.4±2.7
	無 (n=35)	10.8±2.1	10.4±2.8	12.7±3.2	10.0±2.9
受け持ち担当制	有 (n=265)	10.8±2.8	11.2±2.8	12.6±3.0	10.5±2.6
	無 (n=68)	10.2±2.5	10.8±3.0	12.5±3.2	10.1±3.0
終末期看取り	有 (n=226)	10.5±2.8	10.9±2.9	12.5±3.1	10.4±2.7
	無 (n=107)	11.0±2.6	11.5±2.7	12.9±2.8	10.4±2.7
事故時対応策	有 (n=321)	10.7±2.7	11.1±2.9	12.6±3.0	10.4±2.7
	無 (n=12)	10.2±2.9	11.8±2.7	14.1±3.7	11.3±2.4
ケアプラン理解	有 (n=309)	10.6±2.7	11.1±2.9	12.6±3.0	10.4±2.8
	無 (n=24)	11.4±3.2	11.0±2.4	12.9±3.0	10.6±2.2
施設理念の理解	有 (n=326)	10.6±2.7	11.1±2.8	12.5±3.0	10.4±2.7
	無 (n=7)	13.7±2.6**	13.6±2.6*	15.4±3.2*	11.9±3.4
家族意向理解	有 (n=295)	10.5±2.7	11.0±2.9	12.5±3.0	10.3±2.7
	無 (n=38)	12.0±2.7**	11.6±2.6	13.3±2.8**	11.0±2.6
夜勤要望きいてくれる	有 (n=275)	10.7±2.7	10.9±2.8	12.4±2.9	10.1±2.7
	無 (n=58)	10.9±3.0	12.2±2.8*	13.7±3.0**	12.1±2.6***
協力体制	有 (n=291)	10.6±2.8	10.8±2.8	12.2±2.9	10.2±2.7
	無 (n=42)	11.0±2.5	13.0±2.6***	15.1±2.5***	12.0±2.7***
定期的カンファランス	有 (n=296)	10.7±2.7	11.1±3.0	12.5±3.0	10.3±2.7
	無 (n=37)	10.8±2.8	11.5±2.8	13.2±3.1	11.0±3.0
情報交換	有 (n=324)	10.6±2.7	11.1±2.9	12.5±2.9	10.4±2.7
	無 (n=9)	12.4±3.6	13.1±2.3*	16.4±4.0***	10.6±3.3

平均値±SD

t検定 \* P<0.05 \*\* P<0.01 \*\*\* P<0.001

格、年齢、施設経験、介護経験などの違いは、認知症高齢者に対する想いやケアにずれを生じさせる。そのため同一職員による小規模で家庭的なGHのケアの在り方は、「ケアスタッフ同士の葛藤」を生み出す結果になったと考える。GHケアスタッフは、「職場のサポート体制」の困難を抱えていた。GHは、複数のケアスタッフが配置されていても、ローテーション勤務のため一人のケアスタッフしかその場面に居合わせないことも多い。そのため、認知症高齢者の実際のケアの場面でケアスタッフ同士が気持ちを共有・共感しあう機会が殆どなく、ケアスタッフが一人で悩みを抱え込んでしまう<sup>24)</sup>のでは

ないかと考える。

また、本研究で得られた「負担感」は、矢富ら<sup>14)</sup>の介護的仕事の負荷と事務的仕事の負荷を含む1因子を形成する結果となった。GHは、入所当初、比較的自立度が高い認知症高齢者であっても、加齢に伴う諸機能の低下により重症化し、医療ニーズや終末期ケアの要求度が高くなっている<sup>25,26)</sup>。とくにGHケアスタッフは、終末期ケアの経験が少ないことから、介護職員の精神的サポート体制づくりや地域医療との連携、終末期ケアの学習の機会の必要性<sup>15)</sup>が報告されている。本研究においても7割のケアスタッフが看取りを経験しており、8割のケアス



表7 GH ケアスタッフの抱える困難に関する重回帰分析

項目	認知症高齢者との葛藤 $\beta$	職場のサポート体制 $\beta$	スタッフ同士の葛藤 $\beta$	負担感 $\beta$
属性	将来の不安(有)	.166**	—	.123*
	辞めたいと思った経験(有)	—	.139*	.187**
	介護経験(無)	.130*	—	—
施設環境	家族の意向の理解(無)	.130*	—	—
	施設理念の理解(無)	.128*	—	—
	協力体制(無)	—	.212***	.221***
	情報交換(無)	—	—	.121*
	勤務の要望(無)	—	—	—
R <sup>2</sup>	.147	.164	.225	.220

ステップワイズ法 \*  $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$  \*\*\*  $P < 0.001$   
 表中の(—)は、有意な差が認められなかったことを示す

スタッフは夜勤時何がおこるか不安と感じていた。GH ケアスタッフは、認知症高齢者の加齢に伴う身体機能の低下や終末期ケアの経験から身体的・心理的に「負担感」を抱えていると考えられる。

矢富らのストレス尺度は、2000年介護保険が導入される以前の1991年に作成されたものであり、すでに20年以上が経過している<sup>19)</sup>。これまでの経緯の中で社会情勢や介護現場の環境が変化したにも関わらず、本研究で得られたGH ケアスタッフが抱える困難の因子構造は矢富らの因子構造とほぼ同一であった。また、本研究の下位尺度の $\alpha$ 係数が0.74~0.82であったことから内的整合性を確認することができGH ケアスタッフの抱える困難の尺度として信頼性をもつものと考えられる。

## 2. GH ケアスタッフが抱える困難とその関連要因

本研究において7~8割のケアスタッフは、仕事を辞めたいと思った経験や仕事に対して将来の不安を感じていた。仕事を辞めたいと思った経験のあるケアスタッフは、「認知症高齢者との葛藤」、「スタッフ同士の葛藤」、「職場のサポート体制」、「負担感」の困難が有意に高かった。また、将来に不安を感じているケアスタッフは、「認知症高齢者との葛藤」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の困難が有意に高かった。このことから、GH ケアスタッフは、認知症高齢者との関わりやスタッフ同士の関わり、職場のサポート体制、身体的・心理的負担などの困難を抱え、様々なストレスにおいて逃避や諦めが高く積極的な問題解決が見出せず<sup>7)</sup>、将来の不安や離職願望により離職に至るのではないかと考えられる。介護老人福祉施設における先行研究では、バーンアウトが上司・同僚とのコンフリクト、利用者とのコンフリクトと関連している<sup>27,28)</sup>ことや小規模ケアを

実施している施設において利用者の中心的介護や集団の雰囲気、施設長のリーダーシップがストレスに関連している<sup>21)</sup>ことが報告されており、本研究と同様の結果であった。また、松岡<sup>29)</sup>は、女性の看護・介護職者が対人援助のためかなりのストレス状態にあることを示しており、ストレス・マネジメントのための支援の必要性を指摘している。ケアスタッフの心の健康づくりを推進するためには、労働者が自分のストレスやストレス反応に気づき、これを対処するための知識や方法を身につけ実施する<sup>30)</sup>ことが重要である。

GH ケアスタッフが抱く「認知症高齢者との葛藤」の関連要因は、将来の不安、介護経験、家族意向の理解、施設理念の理解であった。畦地<sup>31)</sup>らは、介護職員の介護方針の把握や受容の程度がストレスに影響するため介護理念や介護方針の明確化と浸透の徹底の必要性を報告している。また2002年より開始された外部評価の項目では、管理者とケアスタッフの理念の共有と実践、本人・家族を含めた意見を反映しその人らしい暮らしを続けるための介護計画とモニタリングの必要性が義務づけられている<sup>2)</sup>。GH は、少人数の環境のため、ケアスタッフの対応が入居者に大きな影響を及ぼす。ケアスタッフにとって施設理念の実現は、ケアスタッフの質の向上ややりがいをもって働くことに繋がり、認知症高齢者との関わりに影響を与えているのではないかと考えられる。このことからケアスタッフは、入職時より施設の理念や認知症高齢者の家族がケアに対してどのような意向をもっているかについて理解し、認知症高齢者のケアに携わることが重要であると考えられる。また、ケアスタッフの家族介護経験が「認知症高齢者との葛藤」に関連していた。これは、ケアスタッフの介護経験

が高齢者や認知症の理解につながり、認知症高齢者との関わりに影響を与えたのではないかと考える。

認知症 GH 実態調査<sup>6)</sup>による研修状況では、衛生・安全、虐待防止・権利擁護、介護技術、看護技術の研修が開催されており、正規職員が1年間に受講する研修は1~2日未満が約7割であることが報告されている。また、本研究の半数のケアスタッフは、入職時に認知症や介護の方法の研修を受けていない。これらのことから、ケアスタッフ自身がストレスに気づき、これを対処するための知識や方法、介護方法、認知症の理解に向けた研修の検討が必要である。また、ケアスタッフがGH入職時に施設の理念や認知症高齢者の家族がケアに対してどのような意向をもっているかについての教育や定期的な研修を受ける時間の確保など教育環境の整備に向けた支援体制の構築が重要であると考えられる。「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」では、辞めたいと思った経験、スタッフ同士の協力体制が関連していた。また、「スタッフ同士の葛藤」では情報交換、「負担感」では勤務の要望が関連していた。バーンアウトに関する先行研究では、労働時間の長さや上司との関係性<sup>12)</sup>、夜勤回数や休日の回数、仲間との肯定的関係や上司との絆感<sup>32)</sup>がバーンアウトに大きく影響することが報告されている。また介護職の離職を思いとどまらせた要因や離職を考えた時支えになった要因として、上司や同僚と愚痴を言い合える環境や介護に関して同じ悩みや理想を有する同僚の存在、友人・同僚からの情緒的支援<sup>33)</sup>が報告されている。

GHのスタッフについては、資格要件が定められていないため年齢や経験、価値観や人生観、ケアの考え方など背景の異なるケアスタッフが限られた空間の中で、認知症高齢者のケアに携わっている。また、GHのケアスタッフは、認知症高齢者に対するケアを一人で行うことが多く、その場での気づきや判断、実際の支援にいたるまで常に単独で実施しなければならない。そのため、ケアスタッフは、認知症高齢者との関わりやケアの方法などを一人で悩み、抱え込むことが多い<sup>22)</sup>。これらのことからケアスタッフ同士が、年齢や資格にとどまらず、互いに悩みや意見を言い合える場の設定や雰囲気づくり、認知症高齢者個々の情報交換やケアの方向性について話し合いができる職場環境を十分に確保し、ケアスタッフ同士の協力体制を整えることや個々のケアスタッフが抱える困難に対し個別の支援体制の構築が重要であると考えられる。とくに少ないスタッフ同士では、相互協力やスタッフ間の相互連携が重要である<sup>34)</sup>。情報交換やスタッフ同士の協力体制を充実す

ることは、スタッフ間で認知症高齢者に対して統一したケアに繋がり、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の困難が軽減すると考えられる。

しかし、GHでは、入居者の認知症による表現行動は刻々と変化することや高齢者の身体的状況により予断を許さないことが多い。今後は、研修内容、研修時間の確保などの教育環境の整備やケアスタッフ同士が悩みや意見を言い合える場の設定、意見交換や情報交換の時間の確保が重要な課題と考える。

本研究は、1県のみ結果であり、地域の特性が影響していることや医療法人、社会福祉法人などの設置主体においても違いが考えられるため一般化することは難しい。今後は、調査対象を全国のGHに広げていくことや設置主体の違いについても考察していくことが必要であると考えられる。また、GHケアスタッフの抱える困難に関する重回帰分析では、4つの因子のモデルとして有意性はあるものの、 $R^2$ 値が低いことより、今後従属変数を説明する要因の項目を検討していくことが重要な課題となる。

## VI 結 語

GHケアスタッフの7~8割は、仕事を辞めたいと思った経験があり仕事に対して将来の不安を感じていた。また、GHケアスタッフは、認知症高齢者との関わりの中で「認知症高齢者との葛藤」、「職場のサポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の困難を抱え日々のケアに携わっていた。ケアスタッフの困難には、GHの施設理念の理解、認知症高齢者に対する家族の意向の理解、スタッフ同士の情報交換や協力体制が影響していた。ケアスタッフの抱える困難を軽減するためには、ケアスタッフに向けた研修内容の検討や研修時間の確保などの教育環境の整備や認知症高齢者個々の情報交換やケアの方向性について話し合いができる場の設定、ケアスタッフが抱える困難に対して互いに悩みや意見を言い合える雰囲気づくり、個々が抱く困難に対する個別の支援などの組織的な取り組みが重要であることが明らかになった。

本研究のご指導を賜りました、久留米大学医学部環境医学講座石竹達也教授に厚く御礼申し上げます。また、ご協力いただきましたGHケアスタッフの皆様方に感謝の意を表します。

(受付 2010.10.25)  
採用 2011. 6. 8)

## 文 献

- 1) 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子. 痴呆性老人グループホームケアの理念と技術. 東京: バオバブ社, 1996; 4-5.
- 2) 永田久美子, 中島民恵子, 平林景子. 痴呆性高齢者グループホームにおける外部評価の目指すものと課題. 日本痴呆ケア学会誌 2003; 2: 262-268.
- 3) 三浦文夫. 痴呆性高齢者ケアの経営戦略. 東京: 中央法規出版, 2002; 33-34.
- 4) 石東嘉和, 山中克夫, 編. 認知症高齢者の理解とケア. 東京: 学習研究社, 2007; 2-11.
- 5) 新倉真理子, 角田貞治, 日野博昭, 他. 認知症高齢者グループホームにおけるメンタルクリニックの役割: 現状と課題について. 神奈川県精神医学会誌 2005; 55: 59-67.
- 6) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会. 認知症グループホーム事業実態調査・研究事業結果報告書. 2007.
- 7) 中島朱美, 原谷隆史. 医療・福祉従事者の職場ストレスとコーピング. 介護福祉学 2005; 12: 63-73.
- 8) 三徳和子, 森本寛訓, 矢野香代, 他. 施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴. 川崎医療福祉学会誌 2008; 18: 121-128.
- 9) 森本寛訓. 医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状と, その維持方策について: 職業性ストレス研究の枠組みから. 川崎医療福祉学会誌 2006; 16: 31-40.
- 10) 矢富直美, 川野健治, 宇良千秋, 他. 特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス. 老年社会科学 1995; 17: 30-39.
- 11) 田尾雅夫. バーンアウト: ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス. 社会心理学研究 1989; 4: 91-97.
- 12) 藤原和美, 小坂淳子, 今岡洋二, 他. 介護従事者の労働実態とバーンアウト. 大阪健康福祉短期大学紀要 2008; 7: 125-132.
- 13) 澤田有希子. 高齢者福祉施設介護職員のバーンアウト因果モデルに関する実証的研究. 社会福祉学 2007; 47: 136-148.
- 14) 松井美帆. 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. 日本痴呆ケア学会誌 2004; 3: 21-29.
- 15) 平木尚美, 大町弥生. 認知症高齢者グループホームの終末期ケアに対する介護職員の思い. 日本看護福祉学会誌 2008; 13: 119-131.
- 16) 古村美津代, 石竹達也. 認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフが抱える困難: インタビュー調査における質的検討. 久留米医学会雑誌 2010; 73: 217-224.
- 17) 財団法人介護労働安定センター. 介護労働者のストレス. 総合ケア 2006; 16: 88-90.
- 18) 財団法人介護労働安定センター. 介護労働者のストレスに関する調査報告書. 2005.
- 19) 矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき. 老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発. 社会老年学 1991; 34: 49-59.
- 20) Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. Am J Psychiatry 2000; 157: 708-714.
- 21) 福岡痴呆ケアネットワーク, NPO 法人全国抑制廃止研究会. 個室・ユニットケアの老人病院. 東京: 法研, 2003; 134.
- 22) 田尾雅夫, 久保真人. バーンアウトの理論と実際. 東京: 誠信書房, 1996; 64.
- 23) 張 允瑛, 長三紘平, 黒田研二. 特別養護老人ホームにおける介護職員のストレスに関する研究: 小規模ケア型施設と従来型施設の比較. 老年社会科学 2007; 29: 366-374.
- 24) 障害者生活支援システム研究会. 障害者の「暮らしの場」をどうするか. 京都: かもがわ出版, 2009; 47-49.
- 25) 井口昭久. 高齢者の終末期医療. 日本老年医学会雑誌 2005; 42: 285-287.
- 26) 村井淳志, 川合一良, 塩 榮夫, 他. 高齢者福祉施設におけるターミナルケアの在り方に関する調査研究. 日本老年医学会雑誌 2006; 43: 541-542.
- 27) 義本純子, 富岡和久. 介護老人福祉施設における職員のバーンアウト傾向とストレス要因の関係について. 北陸学院短期大学紀要 2007; 39: 161-173.
- 28) 小野寺敦志, 畦地良平, 志村ゆず. 高齢者介護職員のストレスとバーンアウトとの関連. 老年社会科学 2007; 28: 464-475.
- 29) 松岡治子, 鈴木庄亮. 看護・介護職者の自覚的健康および抑うつ度と自覚症状との関係. 産業衛生学雑誌 2008; 50: 49-57.
- 30) 大塚泰正, 鈴木綾子, 高田末里. 職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実際. 日本労働研究雑誌 2007; 49: 41-53.
- 31) 畦地良平, 小野寺敦志, 遠藤 忠. 介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因. 老年社会科学 2006; 27: 427-437.
- 32) 西堀好恵, 諸井克英. 看護婦におけるバーンアウトと対人環境. 看護研究 2000; 33: 245-255.
- 33) 安部幸志, 大橋 明. 介護職従事者の離職要因に関する質的データ分析の試み. 老年社会科学 2009; 31: 296.
- 34) 中島紀恵子. グループホームケア. 東京: 日本看護協会出版会, 2001; 167-170.

## Difficulties faced by caregivers at group homes for elderly with dementia and related factors

Mitsuyo FURUMURA<sup>\*,2\*</sup>

**Key words** : group home for elderly with dementia, caregiver, difficulty

**Objectives** To identify difficulties that caregivers at group homes for elderly with dementia (hereafter “GH”) have in dealing with residents and related factors, and to study how to best provide support to GH caregivers.

**Methods** An anonymous, self-administered questionnaire was distributed to 600 caregivers working at 47 GHs in “A” City, Fukuoka Prefecture. Analysis was conducted on 333 responses.

The questionnaire consisted of 14 items for basic attributes and facility environments, and 27 items for difficulties caregivers perceive in dealing with the demented elderly. These 27 were derived from semi-structured interviews with 10 GH caregivers conducted in advance and their factor structure was determined by factor analysis. In addition, relationships of total subscale scores for each factor with basic attributes and facility environments were analyzed.

**Results** The difficulties perceived by GH caregivers were subsumed into 4 categories, namely “conflict with the demented elderly,” “support system at workplace,” “conflict among staff members,” and “sense of burden.” The Cronbach’s alphas of individual factors were found to be in the range from 0.75 to 0.82, confirming their internal consistency. The items significantly related to “conflict with the demented elderly” were anxiety for the future, care-giving experience, understanding the wishes of residents’ families, and understanding the GH facility principles. The items significantly related to “support system at workplace” were thoughts of quitting their job and a cooperative system, while those for “conflict among staff members” were anxiety for the future, thoughts of quitting their job, a cooperative system, and information sharing. The items significantly related to “sense of burden” were anxiety for the future, thoughts of quitting their job, information sharing, and wishes regarding working schedule arrangements.

**Conclusion** The GH caregivers had various difficulties in dealing with the demented elderly. It became clear that, for alleviation of the difficulties caregivers perceive, the educational system needs to be improved to help the caregivers have better understanding of GH facility principles and the wishes of the residents’ families. It was also clarified that organizational efforts to promote information sharing and a cooperative system among staff members, as well as to provide support to individual caregivers by addressing the difficulties encountered, are of great importance.

---

\* Department of Environmental Medicine, Kurume University School of Medicine

<sup>2\*</sup> Kurume University School of Nursing