

原 著

精神科病院スタッフの認知症に対するイメージの抽出と 類型化および職種間比較

江口喜久雄¹⁾³⁾, 園田 徹¹⁾, 小川 敬之²⁾, 中山 広宣¹⁾¹⁾九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科²⁾京都橋大学健康科学部作業療法学科³⁾九州保健福祉大学大学院保健科学研究科

(2020年2月25日受付)

要旨:【目的】精神科病院スタッフが抱く認知症の人に対するイメージの抽出と類型化および職種間におけるイメージの相違を明らかにし, そのイメージの相違をもとに認知症の人に対する支援体制のあり方を検討した。

【方法】精神科病院6施設のスタッフに対し, 無作為にアンケート調査を依頼し, 無記名自記式で, 年代, 性別, 職種の記載を求めた。有効回答は248名であった。アンケート内容は, 認知症の人に対するイメージ, 認知症の知識, 社会資源の把握, 行動面の理解, 早期対応の重要性などの32項目で, 回答には4件法を用いた。分析はイメージの抽出には因子分析, スタッフの類型化にはクラスター分析, 職種間比較にはクラスカル=ウォリス検定と多重比較を用いた。

【結果】肯定的イメージと悲観的イメージが抽出された。スタッフは, イメージをもたない群, 肯定的・悲観的イメージ群, 悲観的イメージ群, 肯定的イメージ群の4つに類型化された。イメージをもたない群では, 看護職の割合が高く, 肯定的・悲観的イメージ群では, OT, PSWの割合が高かった。職種間比較では, 主にOT, PSWが肯定的イメージ, 認知症の知識, 社会資源の把握, 行動面の理解, 早期対応の重要性で看護職より高い認識をもち, 否定的イメージは看護職より低かった。

【考察】スタッフのイメージの相違は, 職種間比較の結果より, 教育や専門性の違いが影響していることが示唆される。つまり, 看護職は認知症の症状やADL障害, 疾病管理などの対応, OTは残存能力を活かしたQOLの向上やリハビリテーション, PSWは福祉支援というアプローチの違いが反映されたと考えられる。一方, 相反するイメージは対応困難な現実とのギャップや葛藤の反映とも考えられる。

【結論】各職種が認知症における基本的知識を学び, その違いをなくし, 共通の理解と対応ができることが重要である。加えて, お互いの専門性と役割を認識した上での支援体制の構築も重要である。

(日職災医誌, 68:291-300, 2020)

—キーワード—

認知症, 精神科病院スタッフ, 職種間比較

1. 緒 言

認知症の人の支援には, 医師, 看護師, 作業療法士, 理学療法士, 精神保健福祉士など多くの専門職がかかわるため, 共通の理解と支援方法の共有化が重要である。しかし, 現実の臨床場面では職種によって認知症に対する知識の内容や専門性が異なるためか, 認知症の人に対する理解の仕方や支援方法を共有化できないことがあ

る。そのため, 職種間でどのような相違があるのか, どのようなイメージを抱いているのかを明らかにすることで, 共有化を図る糸口にすることができるのではないかと考える。

認知症の人に対するイメージに関する研究は数多くある。看護学生¹⁾²⁾や作業療法学生³⁾を対象とした研究では, 講義前・実習前には否定的であったが, 実習後や学年が進むごとに好転し, 肯定感やプラスのイメージに変化する

という報告がある。一般病院に勤務する臨床看護師⁴⁾を対象とした研究では、認知症全般の正しい知識と認知症患者に対するプラスイメージは相互に関連が認められたことが報告されている。また、認知症の人に接する介護職員⁵⁾を対象とした研究では、仕事に対して前向きな姿勢は認知症の人に対する肯定的な態度に結びつくことが報告されている。加えて、地域住民⁶⁾や民生委員⁷⁾を対象とした研究では、認知症に関する知識や治療の知識量は認知症の人に対する肯定的態度と有意な正の相関を示すことが報告されている。さらに、国際アルツハイマー病協会の2012年のレポート⁸⁾によると、認知症の人に対して様々な支援を行う際、「困った人」「施設に入れるべき人」などの偏見は大きな阻害要因になることも報告されており、固定化されたイメージはケアに影響することが予測される。

以上のように、学生や看護、介護職、一般市民に対する認知症高齢者のイメージや態度に関する報告は数多くある。しかし、精神科病院スタッフの認知症の人に対するイメージを報告したものはみられなかった。また、認知症の知識や社会資源の把握、認知症の人の行動面の理解や早期対応の重要性、認知症の人に接した際の満足度や告知に対する捉え方を明らかにした報告もみられなかった。

そこで本研究の目的は、精神科病院スタッフが、認知症の人に対してどのようなイメージを抱いているのかを抽出・類型化し、職種間におけるイメージの相違を明らかにすることで、そのイメージの相違をもとに認知症の人に対する支援体制のあり方を検討することである。

II. 対象および方法

1. 調査対象と調査方法

日本精神科病院協会に所属する精神科病院で、病院機能評価を取得し、認知症治療病棟を有する4県23施設からランダムに8施設を抽出し、本研究への協力を要請した。そのうち6施設から承諾が得られた。調査依頼に当たってはアンケート用紙を取りまとめる責任者1名の選出を依頼し、アンケート用紙の配付は責任者に行ってもらった。アンケート対象者は、精神科病院スタッフとしたため、職種は問わず無作為に配付してもらった。アンケートは無記名自記式で行い、回答期間は1週間とし、記載後は回収封筒に提出していただくように依頼した。

2. 調査項目と調査期間 (表1)

今回はスタッフが抱くイメージの探索的調査を行うため、アンケート用紙に「認知症の人に会ったことがありますか?」の項目を挙げた。また、先行研究^{9)~15)}を基に、認知症の人に対する肯定的イメージ(7項目)、認知症の人に対する否定的イメージ(6項目)、認知症の人に対する悲観的イメージ(3項目)、認知症の知識(3項目)、社会資源の把握(2項目)、認知症の人の行動面の理解(2

項目)、認知症の人への早期対応の重要性(4項目)、認知症の人に接した際の満足度(1項目)、認知症の告知(3項目)の全32項目をランダムに表記し、回答には4件法を用いた。さらに、基本情報として、年代、性別、職種の記載を求めた。

調査は2017年8~10月の間に実施した。

3. 解析方法

スタッフが抱くイメージの探索的調査を行うために、認知症の人へのイメージに関する22項目(Q8~23, 26~31)の天井効果(平均+1標準偏差の値が4以上)もしくは床効果(平均-1標準偏差の値が1以下)を確認し、因子分析(最尤法, プロマックス回転)を行い、因子の内容や信頼性を検討するためにCronbachの α 係数を算出した。また、抽出した因子の因子得点を基にスタッフを類型化するために、クラスター分析を行った。さらに、職種間の比較にはQ1「認知症の人に会ったことがありますか?」の項目を除く31項目それぞれにクラスカル=ウォリス検定と多重比較(Steel-Dwass)を行った。

なお、解析ソフトはBell Curve エクセル統計 for windows を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は、病院長に対して、文書にて目的や方法、研究の危険性、データを匿名化し学会や論文で発表した場合でも施設名や個人が特定されないようにプライバシーの保護に十分配慮することを説明し承諾を得た。また、対象者にも目的や方法、研究の危険性を文書にて説明した。さらに、この研究への参加は、自由意志によるもので、回答しない場合でも不利益を被ることはないことを文書にて説明し、アンケートを提出することで同意したこととみなした。なお、本研究は、所属する大学院の倫理審査委員会にて承認(受理番号16-042)を得て実施した。

III. 結果

1. 回収率と対象者

調査では、6施設の計440名にアンケート用紙を配付したところ、328名から回答(回収率74.5%)があり、アンケート項目の1項目でも記載不備があった30名を分析対象から除外した。また、十分に回答を得られると予測していたものの、結果的に回答者数が10名以下であった医師6名、栄養士6名、管理栄養士3名、言語聴覚士2名、事務職員5名、放射線技師4名、理学療法士7名、臨床検査技師5名、臨床心理士3名、薬剤師5名の計46名を分析対象から除外した。さらに、Q1「認知症の人に会ったことがありますか?」の項目において、「1会ったことがない、2会っただけで話したことはない」と回答した4名はイメージを探索するうえで不相当と考え、分析対象から除外し、248名(有効回答数59.0%)を分析対象とした。

表1 アンケート項目と回答割合

	4件法 回答者数	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	4件法回答 平均値	4件法回答 標準偏差
Q1		0 (0.0)	0 (0.0)	16 (6.5)	232 (93.5)	3.9	0.2
Q2		39 (15.7)	77 (31.0)	108 (43.5)	24 (9.7)	2.5	0.9
Q3		23 (9.3)	87 (35.1)	89 (35.9)	49 (19.8)	2.7	0.9
Q4		0 (0.0)	2 (0.8)	121 (48.8)	125 (50.4)	3.5	0.5
Q5		1 (0.4)	1 (0.4)	135 (54.4)	111 (44.8)	3.4	0.5
Q6		0 (0.0)	11 (4.4)	149 (60.1)	88 (35.5)	3.3	0.6
Q7		4 (1.6)	36 (14.5)	139 (56.0)	69 (27.8)	3.1	0.7
Q8		50 (20.2)	166 (66.9)	31 (12.5)	1 (0.4)	1.9	0.6
Q9		8 (3.2)	115 (46.4)	108 (43.5)	17 (6.9)	2.5	0.7
Q10		34 (13.7)	160 (64.5)	49 (19.8)	5 (2.0)	2.1	0.6
Q11		4 (1.6)	61 (24.6)	152 (61.3)	31 (12.5)	2.8	0.6
Q12		60 (24.2)	156 (62.9)	28 (11.3)	4 (1.6)	1.9	0.6
Q13		3 (1.2)	75 (30.2)	139 (56.0)	31 (12.5)	2.8	0.7
Q14		4 (1.6)	52 (21.0)	161 (64.9)	31 (12.5)	2.9	0.6
Q15		20 (8.1)	128 (51.6)	95 (38.3)	5 (2.0)	2.3	0.7
Q16		36 (14.5)	151 (60.9)	55 (22.2)	6 (2.4)	2.1	0.7
Q17		3 (1.2)	28 (11.3)	152 (61.3)	65 (26.2)	3.1	0.6
Q18		11 (4.4)	118 (47.6)	114 (46.0)	5 (2.0)	2.5	0.6
Q19		3 (1.2)	40 (16.1)	155 (62.5)	50 (20.2)	3.0	0.6
Q20		91 (36.7)	137 (55.2)	19 (7.7)	1 (0.4)	1.7	0.6
Q21		7 (2.8)	13 (5.2)	119 (48.0)	109 (44.0)	3.3	0.7
Q22		61 (24.6)	156 (62.9)	27 (10.9)	4 (1.6)	1.9	0.6
Q23		2 (0.8)	8 (3.2)	121 (48.8)	117 (47.2)	3.4	0.6
Q24		1 (0.4)	15 (6.0)	129 (52.0)	103 (41.5)	3.3	0.6
Q25		62 (25.0)	147 (59.3)	31 (12.5)	8 (3.2)	1.9	0.7
Q26		4 (1.6)	13 (5.2)	129 (52.0)	102 (41.1)	3.3	0.7
Q27		4 (1.6)	52 (21.0)	137 (55.2)	55 (22.2)	3.0	0.7
Q28		11 (4.4)	116 (46.8)	106 (42.7)	15 (6.0)	2.5	0.7
Q29		6 (2.4)	69 (27.8)	138 (55.6)	35 (14.1)	2.8	0.7
Q30		3 (1.2)	16 (6.5)	123 (49.6)	106 (42.7)	3.3	0.7
Q31		50 (20.2)	138 (55.6)	48 (19.4)	12 (4.8)	2.1	0.8
Q32		12 (4.8)	46 (18.5)	121 (48.8)	69 (27.8)	3.0	0.8

Q1：1 会ったことがない，2 会っただけで話したことがない，3 会って挨拶程度でも話したことがある，4 一緒に活動したことがある Q2, 3, 7：1 全く知らない，2 あまり知らない，3 ある程度知っている，4 良く知っている

Q4, 6, 8～32：1 全くそう思わない，2 そう思わない，3 そう思う，4 全くそう思う Q5：1 とても不満がある，2 不満がある，3 満足している，4 とても満足している

表2 イメージの探索的要因抽出

		第I因子 肯定的 イメージ	第II因子 悲観的 イメージ
Q17	認知症の人から学ぶことが多いと思いますか？	0.701	-0.051
Q14	認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやると思いますか？	0.677	-0.059
Q19	認知症になっても喜怒哀楽は豊かであると思いますか？	0.541	-0.052
Q13	認知症の人は一緒に居て楽しいと思いますか？	0.529	-0.238
Q11	認知症の人はたくさんの知識を持っていると思いますか？	0.527	0.042
Q27	認知症の人は、落ち込んでしまうと思いますか？	0.052	0.821
Q28	認知症の人は診断されたならば、人生をあきらめたくなると感じると思いますか？	-0.148	0.620
	固有値	4.107	1.487
	寄与率	0.205	0.074
	累積寄与率	0.205	0.280
	Cronbachの α 係数	0.771	0.667
因子負荷量 0.5 未満の項目			
Q21	認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っている場合が多いと思いますか？	0.406	0.116
Q26	認知症の人にとって早期発見が病気をより良く治療する機会を増やすと思いますか？	0.331	0.326
Q30	認知症の人は早い段階で認知症と診断され、医師より薬が処方されたならば、処方通りに服薬すると思いますか？	0.218	0.255
Q29	認知症の人は早い段階で認知症であると知っているならば、より健康的な生活を送る意欲を持つと思いますか？	0.176	0.015
Q9	認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されていると思いますか？	0.139	-0.055
Q18	認知症の人は衛生状態が良くないと思いますか？	-0.175	0.206
Q15	認知症の人は地域の公共の施設を利用するのが難しいと思いますか？	-0.194	0.113
Q16	認知症の人は地域で暮らし続けることができなと思いますか？	-0.201	0.030
Q31	認知症の人は診断されたことに対して、恥ずかしいことだと感じていると思いますか？	-0.218	0.298
Q8	認知症の人は私が何を言っているのか理解できないと思いますか？	-0.224	-0.004
Q10	認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまうと思いますか？	-0.285	0.115
Q12	認知症の人は他者に気遣うことができなと思いますか？	-0.301	-0.039
Q20	認知症の人の発言や行動には、特に理由はないと思いますか？	-0.311	-0.166
Q22	認知症に伴う行動上の問題は改善しなと思いますか？	-0.343	-0.079

因子抽出法は最尤法、プロマックス回転であり、因子負荷量を 0.5 以上とした。

2. 精神科病院スタッフが抱くイメージの探索的要因抽出 (表2)

認知症の人へのイメージに関する 22 項目 (Q8~23, 26~31) で床効果は認められず、天井効果が認められた項目 (Q23) は、分析対象項目から除外した。そのため、21 項目を分析対象とし、固有値のスクリープロットをもとに 2 因子と仮定し、探索的因子分析を実施した。因子負荷量は -1 以上 1 以下の値をとり、絶対値が大きいほど共通因子と各項目の間に強い相関がある。また、因子負荷量は 0.3~0.4 未満の場合、除外して分析を行う¹⁶⁾ため、今回は 0.5 以上を基準とした。その結果、因子負荷量 0.5 未満の 14 項目を除外し、抽出されたのは 2 因子 7 項目であり、第 I 因子は肯定的イメージ ($\alpha=0.771$)、第 II 因子は悲観的イメージ ($\alpha=0.667$) と命名した。なお、Cronbach の α 係数は、おおよそ 0.7 ぐらいが達成すべき目安¹⁷⁾であるため、今回抽出された因子の信頼性があると判断した。

3. 精神科病院スタッフの属性と類型化 (表3)

今回の対象者属性は表3の通りであった。また、因子得点をもとにクラスター分析を行った。各クラスターの数字は因子得点の平均値であり、各因子の要素をどの程度持っているかを数値化したもので、クラスターの特徴を表すものである。数値が大きいほど全体平均から見て

当該因子の傾向が強く、マイナスの場合は弱い(または、ほとんど影響を受けていない)ことを意味する¹⁶⁾。そのため、因子の影響度合いの違いにより、スタッフを 4 つのクラスターに類型化することができた。

クラスター 1 はイメージをもたない群、クラスター 2 は肯定的・悲観的イメージ群、クラスター 3 は悲観的イメージ群、クラスター 4 は肯定的イメージ群であった。その中で、クラスター 1 では、看護師、准看護師、看護助手の割合が 50~60% と高く、OT では 16% と低かった。さらに、クラスター 2 では、OT、PSW の割合が 35~50% と高く、看護師、准看護師、看護助手の割合が 10~20% と低かった。

4. 各項目における職種間比較 (表4)

1) 認知症の人に対する肯定的イメージ (7 項目) について

Q9「認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されていると思いますか?」、Q19「認知症になっても喜怒哀楽は豊かであると思いますか?」では、職種間の有意差は認められなかった。Q11「認知症の人はたくさんの知識を持っていると思いますか?」では、OT は准看護師より有意に高かった。Q13「認知症の人は一緒に居て楽しいと思いますか?」では、看護師、OT は准看護師より有意に高かった。Q14「認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思

表3 対象者の属性と類型化

		クラスター1		クラスター2		クラスター3		クラスター4	
		イメージをもたない群		肯定的・悲観的イメージ群		悲観的イメージ群		肯定的イメージ群	
第I因子	肯定的イメージ	-0.585		1.150		-0.344		0.681	
第II因子	悲観的イメージ	-0.317		0.250		1.236		-1.306	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
対象者数	248 (100.0)	120 (48.4)	60 (24.2)	44 (17.7)	24 (9.7)				
性別									
男性	65 (26.2)	30 (46.2)	17 (26.2)	12 (18.5)	6 (9.2)				
女性	183 (73.8)	90 (49.2)	43 (23.5)	32 (17.5)	18 (9.8)				
年代									
20歳代	32 (12.9)	13 (40.6)	8 (25.0)	9 (28.1)	2 (6.3)				
30歳代	74 (29.8)	27 (36.5)	28 (37.8)	12 (16.2)	7 (9.5)				
40歳代	57 (23.0)	28 (49.1)	11 (19.3)	12 (21.1)	6 (10.5)				
50歳代	62 (25.0)	39 (62.9)	9 (14.5)	8 (12.9)	6 (9.7)				
60歳代	23 (9.3)	13 (56.5)	4 (17.4)	3 (13.0)	3 (13.0)				
職種									
看護師	72 (29.0)	37 (51.4)	16 (22.2)	10 (13.9)	9 (12.5)				
准看護師	62 (25.0)	40 (64.5)	7 (11.3)	13 (21.0)	2 (3.2)				
OT	43 (17.3)	7 (16.3)	21 (48.8)	9 (20.9)	6 (14.0)				
PSW	37 (14.9)	14 (37.8)	13 (35.1)	6 (16.2)	4 (10.8)				
看護助手	34 (13.7)	22 (64.7)	3 (8.8)	6 (17.6)	3 (8.8)				

各因子の数値は、各クラスターの因子得点の平均値

いやだと思いますか?」では、OTは准看護師、看護助手より有意に高く、PSWは准看護師より有意に高かった。Q17「認知症の人から学ぶことが多いと思いますか?」では、看護師は看護助手より有意に高く、OT、PSWは准看護師、看護助手より有意に高かった。Q23「環境を整え、適切にサポートすることで、認知症になっても出来ることはたくさんあると思いますか?」では、OTは看護師、准看護師、看護助手より有意に高く、PSWは准看護師より有意に高かった。つまり、大まかにまとめると、認知症の人に対する肯定的イメージは、OTが最も高く、次にPSW、看護師、看護助手、准看護師の順であった。

2) 認知症の人に対する否定的イメージ(6項目)について

Q8「認知症の人は私が何を言っているのか理解できないと思いますか?」では、PSWは准看護師より有意に低かった。Q10「認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまうと思いますか?」では、PSWは准看護師、看護助手より有意に低かった。Q12「認知症の人は他者に気遣うことができないと思いますか?」では、OTは准看護師より有意に低かった。Q15「認知症の人は地域の公共の施設を利用するのが難しいと思いますか?」では、職種間の有意差は認められなかった。Q16「認知症の人は地域で暮らし続けることができないと思いますか?」では、PSWは看護師、准看護師より有意に低かった。Q18「認知症の人は衛生状態が良くないと思いますか?」では、PSWは看護師、准看護師、OT、看護助手より有意に低かった。つまり、大まかにまとめると、認知症の人に対する否定的イメージは、PSWが最も低く、次にOT、看護師、看護助手、准看護師の順であった。

3) 認知症の人に対する悲観的イメージ(3項目)について

Q27, 28, 31で職種間の有意差は認められなかった。

4) 認知症の知識(3項目)について

Q2「あなたは「治る可能性のある認知症」があることをご存知ですか?」では、OTが看護助手より有意に高かった。Q4「認知症の進行に関して、進行は人によって違うと思いますか?」では、看護師、OT、PSWが准看護師、看護助手より有意に高かった。Q21「認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っている場合が多いと思いますか?」では、OTは准看護師より有意に高かった。つまり、大まかにまとめると、認知症の知識は、OTやPSWが高く、その次に看護師、准看護師と看護助手の順であった。

5) 社会資源の把握(2項目)について

Q3「「認知症サポーター」についてご存知ですか?」では、OTは看護助手より有意に高く、PSWは看護師、准看護師、看護助手より有意に高かった。Q7「認知症に関する相談窓口(病院・包括支援センター・行政窓口など)を知っていますか?」では、看護師は看護助手より有意に高く、PSWは看護師、看護助手より有意に高かった。つまり、大まかにまとめると、社会資源の把握は、PSWが最も高く、その次にOT、看護師、准看護師、看護助手の順であった。

6) 認知症の人の行動面の理解(2項目)について

Q20「認知症の人の発言や行動には、特に理由はないと思いますか?」では、OTは看護師、准看護師、看護助手より有意に低く、PSWは准看護師、看護助手より有意に低かった。Q22「認知症に伴う行動上の問題は改善しな

表4 各項目における職種間比較

質問項目	看護師 n=72	准看護師 n=62	OT n=43	PSW n=37	看護助手 n=34
認知症の知識	Q2 2.4 (0.9)	2.4 (0.8)	2.8 (0.9)	2.6 (1.0)	2.1 (0.7)
	Q4 3.6 (0.5)	3.3 (0.5)	3.6 (0.5)	3.7 (0.5)	3.3 (0.5)
	Q21 3.3 (0.8)	3.2 (0.6)	3.5 (0.7)	3.4 (0.7)	3.4 (0.5)
	Q3 2.7 (0.9)	2.5 (0.9)	2.8 (0.8)	3.2 (0.8)	2.2 (0.8)
社会資源の把握	Q7 3.1 (0.6)	3.0 (0.8)	3.1 (0.7)	3.5 (0.5)	2.7 (0.7)
	Q20 1.8 (0.6)	1.9 (0.6)	1.3 (0.5)	1.5 (0.7)	2.1 (0.6)
認知症の人の行動面の理解	Q22 1.8 (0.6)	2.1 (0.6)	1.6 (0.5)	1.8 (0.6)	2.2 (0.6)
認知症の人への早期対応の重要性	Q6 3.3 (0.5)	3.3 (0.5)	3.5 (0.6)	3.4 (0.6)	3.3 (0.5)
	Q26 3.2 (0.6)	3.2 (0.7)	3.6 (0.6)	3.4 (0.7)	3.3 (0.6)
	Q29 2.8 (0.6)	2.7 (0.8)	2.8 (0.8)	2.9 (0.6)	2.9 (0.6)
	Q30 3.3 (0.7)	3.2 (0.6)	3.5 (0.7)	3.4 (0.6)	3.4 (0.5)
認知症の人に接した際の満足度	Q5 3.4 (0.5)	3.5 (0.5)	3.4 (0.5)	3.5 (0.5)	3.3 (0.7)
認知症の告知	Q24 3.2 (0.6)	3.5 (0.5)	3.3 (0.7)	3.4 (0.6)	3.4 (0.6)
	Q25 2.0 (0.7)	2.0 (0.9)	1.9 (0.9)	1.9 (0.6)	1.9 (0.6)
	Q32 3.0 (0.8)	3.0 (0.8)	3.0 (0.9)	3.1 (0.9)	3.0 (0.8)
認知症の人に対する肯定的イメージ	Q9 2.6 (0.7)	2.4 (0.6)	2.6 (0.7)	2.7 (0.8)	2.5 (0.6)
	Q11 2.8 (0.6)	2.6 (0.7)	3.1 (0.6)	3.0 (0.6)	2.7 (0.7)
	Q13 2.9 (0.7)	2.5 (0.7)	3.0 (0.6)	2.9 (0.7)	2.7 (0.5)
	Q14 2.9 (0.6)	2.7 (0.7)	3.1 (0.4)	3.1 (0.6)	2.7 (0.6)
	Q17 3.2 (0.6)	2.9 (0.6)	3.4 (0.5)	3.3 (0.7)	2.8 (0.6)
	Q19 3.1 (0.7)	2.9 (0.7)	3.1 (0.6)	3.1 (0.6)	2.9 (0.5)
	Q23 3.4 (0.6)	3.2 (0.6)	3.7 (0.6)	3.6 (0.5)	3.3 (0.6)
	Q8 1.9 (0.6)	2.1 (0.6)	1.8 (0.4)	1.7 (0.6)	2.0 (0.7)
	Q10 2.1 (0.6)	2.3 (0.7)	1.9 (0.6)	1.8 (0.5)	2.3 (0.8)
	Q12 2.0 (0.7)	2.0 (0.6)	1.7 (0.6)	1.7 (0.7)	2.0 (0.5)
	Q15 2.3 (0.6)	2.5 (0.7)	2.3 (0.6)	2.1 (0.8)	2.5 (0.5)
	Q16 2.2 (0.7)	2.3 (0.6)	2.0 (0.6)	1.8 (0.7)	2.1 (0.6)
	Q18 2.5 (0.6)	2.5 (0.6)	2.7 (0.5)	2.0 (0.6)	2.5 (0.7)
認知症の人に対する悲観的イメージ	Q27 2.9 (0.6)	2.9 (0.7)	3.2 (0.7)	3.1 (0.7)	2.9 (0.8)
	Q28 2.5 (0.7)	2.6 (0.7)	2.5 (0.6)	2.4 (0.7)	2.5 (0.8)
	Q31 2.1 (0.7)	2.2 (0.8)	1.9 (0.8)	1.8 (0.7)	2.3 (0.8)

Q1「認知症の人に会ったことがありますか?」の項目を除く。Q2～Q32までの各項目をそれぞれ比較した。

Mean (SD)

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

いと思いますか?」では、OTは准看護師、看護助手より有意に低く、PSWは看護助手より有意に低かった。つまり、大まかにまとめると、認知症の人の行動面の理解は、OTが最も高く、次にPSW、看護師、准看護師、看護助手の順であった。

7) 認知症の人への早期対応の重要性(4項目)について

Q6「認知症の対応・治療に関して、早く対応・治療すれば進行を遅らせることができますか?」、Q29「認知症の人は早い段階で認知症であると知っているならば、より健康的な生活を送る意欲を持つと思いますか?」では、職種間の有意差は認められなかった。Q26「認知症の人にとって早期発見が病気をより良く治療する機会を増やすと思いますか?」では、OTは看護師、准看護師より有意に高かった。Q30「認知症の人は早い段階で認知症と診断され、医師より薬が処方されたならば、処方通りに服薬すると思いますか?」では、OTは准看護師より有意に高かった。つまり、大まかにまとめると、認知症の人への早期対応の重要性は、OTが最も高く、次にPSW、看護助手、看護師、准看護師の順であった。

8) 認知症の人に接した際の満足度(1項目)について

Q5「あなたは認知症の人に接した時のご自身の対応や関わり方に満足していますか?」では、職種間の有意差は認められなかった。

9) 認知症の告知(3項目)について

Q24、25、32で職種間の有意差は認められなかった。

IV. 考 察

今回、精神科病院スタッフが、認知症の人に対してどのようなイメージを抱いているのかを抽出・類型化し、職種間におけるイメージの相違を検証した。その結果、因子分析によって肯定的イメージと悲観的イメージが抽出された。

認知症の人に対するイメージは、すべての職種において肯定的イメージをもつ割合が高く、行動面の理解も示していた。これは、精神科病院スタッフであっても、学生^{1)~3)}や看護⁴⁾、一般市民⁶⁾と同様に、認知症の人と接する機会を通して肯定的イメージをもち得るという今日までの報告と一致する結果であった。一方、相反する悲観的イメージについては、特に因子の項目であるQ27とQ28では、「3そう思う」と回答した割合が高かった。これは、本研究結果から導き出せない推論であるが、認知症は進行する病であること、また、先行研究で指摘されているように、根本的な治療がない¹⁸⁾ことが影響している可能性が推察される。

クラスター分析により、各群がもつ認知症の人に対するイメージの特徴として、クラスター1はイメージをもたない群、クラスター2は肯定的・悲観的イメージ群、クラスター3は悲観的イメージ群、クラスター4は肯定

的イメージ群の4つに類型化されることが明らかとなった。

その中で、クラスター1のイメージをもたない群に看護職が多く、OTに低いという結果については、項目別の職種間比較で示されているように、認知症の人に対する肯定的イメージ、認知症の人に対する否定的イメージ、認知症の知識、社会資源の把握、認知症の人の行動面の理解、認知症の人への早期対応の重要性の6項目において、看護師の特性が認められなかったことがその要因と考えられる。これは、推論であるが、病棟での関わりが多い看護職は、認知症の症状やそれに伴うADL障害ならびに疾病管理や転倒などの二次障害の予防への対応に日々直面している。そのため、認知症の人の生命体の奥に潜む心的交流に対するイメージが表出されなかったのではないかと考えられる。また、OTは残存能力をいかに活用して、QOLの向上とリハビリテーション(以下、リハ)を遂行するかというアプローチの違いが反映されていると考えられる。

一方、相反するイメージを同時にもつクラスター2の肯定的・悲観的イメージ群に、OTやPSWの割合が高かった結果については、認知症の人に対するリハの困難さを反映していると考えられる。OTは認知症の人の行動面の理解や残存能力の活用、早期対応の重要性を認識し、PSWは家族調整、地域とのつながりを検討し、本人・家族を含めた適切な退院を進めている。しかし、OTやPSWは、進行する認知症の症状・障害への対応、地域でのフォローの難しさに直面するという現実とのギャップとその葛藤の中で支援しているため、相反するイメージを同時にもつという結果が認められたのではないかと考えられる。

各質問項目の職種間比較の結果は上記の説明と同様であるが、クラスター分析を裏付ける結果と考えられる。認知症の人に対する肯定的イメージ、認知症の人の行動面の理解では、OT、PSWが有意に理解していた。また、社会資源の把握では、特にPSWが有意に把握しており、認知症の人に対する否定的イメージでは、PSWが有意に低かった。これらは、OTがリハの専門職としてポジティブな捉え方や残存能力の重要性を意識したアプローチを行っており、PSWが家族調整や、地域支援を重視した職種であるという専門性が反映されたためではないかと考えられる。さらに、認知症の人への早期対応の重要性についての認識は、特にOTが有意に高かった。これは、OTが薬物療法や精神療法とともに行われる治療の一つであり、早期から活動・参加の肯定的側面に焦点を当てたりハを実施する職種であるためではないかと考えられる。

これらクラスター分析や職種間比較の結果には、看護職とOT、PSWという専門性の違いが反映している可能性が示唆される。

また、認知症の知識の項目は、准看護師や看護助手よりも、看護師、OT、PSW がより知識を有していたため、教育課程の違い¹⁹⁾が影響しているのではないかと考えられる。

一方、職種により違いが認められなかった項目は、認知症の人に接した際の満足度と認知症の告知であった。認知症の人に接した際の満足度では、全職種において「3 そう思う」や「4 全くそう思う」と回答する割合が高かった。これは、それぞれの職種が専門性を活かし、やりがいを感じながらケアを行っている結果と捉えるべきであろうが、進行する症状への試行錯誤のケアには、自己肯定感・貢献感がないとやりがいに結びつかないという防衛が働いている可能性が考えられる。また、認知症の告知については、「3 そう思う」、「4 全くそう思う」の割合が高く、患者本人²⁰⁾や家族²¹⁾、一般生活者²²⁾と同様に精神科病院スタッフも告知を望んでいることが明らかとなった。この結果は、早期に告知を受けることでその後の生活を検討する機会とすることの重要性が、一般市民から精神科病院スタッフまで浸透している結果ではないかと考えられる。また、Q25の項目からもわかるように、一人で疾患を抱えるのではなく、周りの協力も得ながら認知症への対応を検討するという社会的啓蒙の効果があるのではないかと考えられる。

V. まとめ

今回、精神科病院スタッフが、認知症の人に対してどのようなイメージを抱いているのかを抽出・類型化し、職種間におけるイメージの相違を検証した。その結果、肯定的イメージと悲観的イメージが抽出された。また、スタッフをイメージをもたない群、肯定的・悲観的イメージ群、悲観的イメージ群、肯定的イメージ群の4つに類型化することができた。その中で、イメージをもたない群では、看護職の割合が高く、肯定的・悲観的イメージ群では、OT、PSW の割合が高く、職種によってイメージや捉え方に違いがあることが明らかとなった。加えて、職種間比較では、主にOT、PSW が肯定的イメージ、認知症の知識、社会資源の把握、行動面の理解、早期対応の重要性で看護職より高い認識をもち、否定的イメージでは看護職より低かったことは、各職種における教育内容や専門性の違いが反映されていると考えられる。これらは、看護職では認知症の症状やADL障害、疾病管理などの対応、OTでは残存能力を活かしたQOLの向上やリハビリテーション、PSWでは福祉支援というアプローチの違いが反映されたと考えられる。その一方で、相反するイメージは対応困難な現実とのギャップや葛藤の反映とも考えられる。

一方、悲観的イメージ、認知症の人に接した際の満足度、認知症の告知では、職種間の違いは認められなかった。

以上より、認知症に対する支援には、まずは、各職種が認知症における基本的知識を学ぶこと、そして、職種間の基本的知識の違いをなくし、共通の理解と対応ができるようにすることが重要であることが考えられる。また、各専門職において認知症に対するイメージの捉え方に相違が認められたことは、専門職の特性を反映していると考えられるため、お互いの専門性と役割を認識した上で支援体制を構築することが重要であると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は、精神科病院スタッフが、認知症に対してどのような捉え方をしているのかを把握するアンケート内容であり、質問項目が増えることによるアンケート対象者へのストレスに配慮して、その要因となる質問項目を提示しなかった。

そのため、本研究の限界としては、出現したイメージの要因や職種によってイメージに相違が認められた根拠を検証できなかったことである。

今後の課題として、認知症の人のケアにどのように携わっているのか、また、認知症の人に接した際の満足度は何を表しているのか、自己肯定感ならびに経験年数や教育年数、中核症状や周辺症状への知識や対応方法の理解との関連性も視野に入れて情報収集し検証することで、イメージの要因を明らかにして、対策を講じていきたい。

謝辞：本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。

[COI開示] 本論文に関して開示すべきCOI状態はない

文 献

- 1) 中村勝喜, 高木初子: 看護学生の認知症高齢者に対するイメージと影響要因の文献検討. 聖徳大学研究紀要 (26): 93-99, 2015.
- 2) 桂 晶子, 佐藤このみ: 看護大学生が抱く認知症高齢者のイメージ. 宮城大学看護学部紀要 11(1): 49-56, 2008.
- 3) 山下英美, 横山 剛: 作業療法学生の認知症高齢者に対する理解—講義前後と実習前後の知識とイメージの変化—. 愛知医療学院短期大学紀要 (5): 21-27, 2014.
- 4) 佐野 望, 中澤明美: 一般病院に勤務する臨床看護師の認知症に対する知識とイメージの関連. 共立女子短期大学看護学科紀要 (4): 57-65, 2009.
- 5) 金 高閏, 黒田研二: 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 (140): 101-112, 2012.
- 6) 杉山 京, 川西美里, 中尾竜二, 他: 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 (5): 556-565, 2014.
- 7) 竹本与志人, 杉山 京, 神部智司: 民生委員を対象とした認知症に関する知識尺度の構成概念妥当性の検討. 老年社会科学 41 (1): 18-27, 2019.
- 8) Alzheimer Disease International: World Alzheimer Re-

- port 2012 Overcoming the stigma of dementia. 2012-9-21. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012ExecutiveSummary.pdf>. (accessed 2016-12-29).
- 9) 特定非営利活動法人日本介護経営学会：平成 27 年度老人保健健康推進費等補助金事業 認知症早期発見・初期集中対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究. https://www.kaigokeieigakkai.jp/wp1/wp-content/uploads/2017/08/h27_kenkyu_houkokusho_hp.pdf. (参照 2016-12-29).
- 10) 三重県長寿介護課：高齢者のイメージ及び認知症に対する理解について. <http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/index.html?a=top;result&id=44>. (参照 2016-12-29).
- 11) エーザイ株式会社：47 都道府県 認知症に関する意識・実態調査. 2012-9-14. <http://www.eisai.co.jp/pdf/other/20120919.pdf>. (参照 2016-12-29).
- 12) 公益社団法人日本医師会：平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症の人の理解を深めるための啓発戦略の開発に関する調査研究事業報告書. http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/26ninchi_study.pdf. (参照 2016-12-29).
- 13) Adebisi AO, Fagbola MA, Olakehinde O, Ogunniyi A: Enacted and implied stigma for dementia in a community in south-west Nigeria. *Psychogeriatrics* 16 (4): 268—273, 2016.
- 14) Tan WJ, Hong SI, Luo N, et al: The lay public's understanding and perception of dementia in a developed asian nation. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2 (1): 433—444, 2012.
- 15) Braun SR, Reiner K, Tegeler C, et al: Acceptance of and attitudes towards Alzheimer's disease screening in elderly German adults. *International Psychogeriatrics* 26 (3): 425—434, 2014.
- 16) 山村桃子, 宮原紀壽, 古木二郎：環境意識と行動の違いによる消費者のセグメンテーションに関する調査研究. 三菱総合研究所所報 (54)：70—84, 2011.
- 17) 尾崎フサ子, 金井 Pak 雅子, 柳井晴夫, 他：尺度開発の課題と今後の方向性. *日本看護管理学会誌* 15 (2)：175—184, 2011.
- 18) 下方浩史：認知症の要因と予防. *名古屋学芸大学健康・栄養研究所年報* (7)：1—14, 2015.
- 19) 田中美恵子, 嵐 弘美, 柳 修平, 他：精神科看護者が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討. *東京女子医科大学看護学会誌* 9 (1)：21—29, 2014.
- 20) 高橋 忍, 新妻加奈子, 小野寺敦志, 他：痴呆患者への病名告知の研究. *老年精神医学雑誌* 16 (4)：471—477, 2005.
- 21) 杉山美香, 矢富直美, 宇良千秋, 本間 昭：地域高齢者家族の痴呆の告知に対する態度. *日本痴呆ケア学会誌* 2 (2)：140—149, 2003.
- 22) 安部幸志, 荒井由美子：認知症の病名告知に対する希望に関する探索的検討. *日本医事新報* (4339)：64—68, 2007.

別刷請求先 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1
九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科
江口喜久雄

Reprint request:

Kikuo Eguchi

Department of Occupational Therapy, School of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare, 1714-1, Yoshinomachi, Nobeoka, Miyazaki, 882-8508, Japan

Extraction and Classification of Psychiatric Hospital Staff's Impressions of Dementia as well as Inter-professional Comparisons

Kikuo Eguchi^{1,3)}, Tohru Sonoda¹⁾, Noriyuki Ogawa²⁾ and Hironobu Nakayama¹⁾

¹⁾Department of Occupational Therapy, School of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare

²⁾Department of Occupational Therapy, Faculty of Health Science, Kyoto Tachibana University

³⁾Graduate School of Health Sciences, Kyushu University of Health and Welfare

Purpose: We extracted and classified the psychiatric hospital staff's impressions of people with dementia and clarified inter-professional differences in impressions. Furthermore, based on the difference in the impressions, we considered the support system for people with dementia.

Methods: We randomly asked questions to staff from six psychiatric hospitals. The questionnaire was anonymous and self-administered; disclosure of each participant's age group, gender and occupation was requested. We targeted 248 valid answers in total. The questionnaire comprised 32 items, including the impressions of people with dementia, knowledge of dementia, understanding of social resources, understanding of behavioural aspects and importance of early intervention. We used a four-point scale as the answering method and factor analysis to extract impressions, cluster analysis to classify staff and the Kruskal-Wallis test with multiple comparisons (Steel-Dwass) for inter-professional analyses.

Results: Positive and pessimistic impressions were extracted. The staff was classified into four groups: those without impressions of people with dementia, those with both positive and pessimistic impressions, those with only pessimistic impressions and those with only positive impressions. Among them, the group without impressions of people with dementia contained a high proportion of staff with nursing occupations. Furthermore, groups with both positive and pessimistic impressions contained a high ratio of occupational therapists (OTs) and psychiatric social workers (PSWs). The inter-professional comparison results suggested that OTs and PSWs had better recognition of positive impressions, knowledge of dementia, understanding of social resources, understanding of behavioral aspects and importance of early intervention than staff with nursing occupations. Moreover, they had less negative impressions than staff with nursing occupations.

Discussion: The results of inter-professional comparisons suggest that differences in staff's impressions are influenced by differences in educational curricula and specialty. In other words, nursing occupations reflected the differences in approaches toward dementia symptoms, activities of daily living disorders and disease management; OTs reflected the improvement of quality of life and rehabilitation by utilising remaining capacity and PSWs reflected the differences in approaches toward welfare support. However, we thought that the conflicting impressions reflected differences and conflicts between the ideal approach and the reality that was difficult to deal with.

Conclusion: It is important for each occupation to have the basic knowledge of dementia, eliminate the differences, and be able to have a common understanding and correspondence. In addition, it is important to build a support system that recognizes each other's expertise and role.

(JJOMT, 68: 291—300, 2020)

—Key words—

dementia, psychiatric hospital staff, inter-professional comparison