

## D. 考察

### 1) 認知症患者の病床種類別入院の状況

病床種類別の認知症ありの割合は、「療養」が42名(11.6%)と最も多く、その後、「その他」4名(2.9%)、「急性期」が11名(0.9%)、「回復期」1名(1.6%)となっていた。

本研究における認知症ありの定義が、疾病データがあり、かつ、主傷病、副傷病(最大2つ)のいずれかのうち、疾病119分類(ICD-10 準拠)の疾病コードが記されていた患者であったため、かなりデータ数限られた中での分析ではあるが、本研究で「急性期」と定義した一般急性期病床(「入院基本料7対1」、「経過措置7対1」、「入院基本料10対1」、「入院基本料13対1」、「入院基本料15対1」)においては、認知症患者の入院はほとんどなく、むしろ、「療養病床入院基本料」を算定する療養病床に多く入院していることが明らかとなった。

先行研究でBPSDの既往のある症例は、介護保険施設入所を断られる事例が多いことも報告<sup>1)</sup>されており、このようなBPSDを持つ利用者の受け入れは、介護保険施設では難しいと考えられてきた。

さらに、これまでの夜間の増員が必要な利用者の状態を聞いた調査研究において、職員が最も高い割合の項目として「不穏、認知症の重症化」を挙げており、利用者にBPSDの既往があると介護保険施設入所の登録さえもできない状況が報告されている<sup>2)</sup>。

このような状況は、一般急性期入院医療機関でも起こっているものと考えられる。

つまり、認知症の症状がある患者は、なんらかの疾病において急性増悪に至ったとしても入院ができない状況になっているものと推察される。

今後、わが国に求められるのは、認知症に付随するBPSDへの対処と慢性疾患の急性増悪によって生じる医療処置への対応のできる体制整備であり、これに伴う、看護、介護技術の標準化であると考えられた。

### 2) 認知症の有無別の看護必要度得点の比較

「一般病棟用重症度・看護必要度」得点を認知症の有無別に分析をすると、今回の分析データ全体では、A得点に有意差は見られず、B得点にのみ有意差が示された。

また、病床種類別にみても、A得点は、いずれの病床種類にも認知症の有無で有意差が見られなかった。一方で、B得点は、急性期は、認知症なし2.83点、認知症あり5.45点と認知症があるとADLの自立度が下がる傾向が見られたが、「療養」や「その他」においては、認知症の有無による得点の有意差は見られず、いずれの患者も多くの療養上の世話が必要な状態であることが示されていた。

さらに、処置に関するA得点の詳細な状況をみていくと、認知症があり入院している患者の処置に関する状態像として、「急性期」と「療養」ともに、処置が全く発生していない患者が過半数を占めていたが、「急性期」では、「創傷処置」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」といった処置が必要な患者が入院しており、手術後の創部の処置や点滴による処置、バイタルの管理といった処置がなされていると考えられた。

一方、「療養」では、「呼吸ケア」に係わる医療ニーズを持つ者が42名中11名

1) 鷲見幸彦. 認知症、運動器疾患等の長寿(老年)医療に関わるネットワーク等社会基盤構築に関する研究. 長寿医療研究委託事業統括研究報告書, 国立長寿医療センター: 2008.  
2) 立教大学. 小規模多機能型ケアにおける専門職連携の在り方に関する研究報告書(平成21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), 2010.

(26.2%) おり、これ以外には、創傷処置が 8 名 (19.0%) と続いており、褥瘡や気管切開への処置が多いと考えられた。

ADL の状況を示す B 得点の状況をみると、「急性期」では、入院時の状態像として、B 得点が 2 点以下と 10 点以上の 2 極化された状態の患者がいる一方で、「療養」では、10 点以上の患者は、42 名中 29 名 (57.1%) であり、中でも、すべての項目に介助が必要なものは、13 名 (31.0%) を占めていたことから、認知症がある患者で療養病床に入院してくる患者は、多くの療養上の世話を必要としている患者が多いことが明らかになった。

今回、療養病床に入院していた認知症者の在宅生活は医療ニーズがある要介護高齢者を受け止める在宅介護サービスが整備されれば可能とも考えられるが、医療処置がある要介護高齢者の介護サービス利用の制約についての報告もなされている。

例えば、医療処置を要する利用者の介護保険サービスの利用の制約の有無を尋ねたところ、医療処置が必要なため通所系サービスを利用できない利用者が「いる」事業所は 32.7%、ショートステイを利用できない利用者が「いる」事業所は 43.6%であった。医療処置が必要なため「施設（特別養護老人ホーム）等への入所」を断念している利用者が「いる」事業所は 23.2%と示されていた<sup>3)</sup>。

今後は、今回、明らかになった状態像の高齢患者に必要なケアとその看護、介護技術を明らかにし、これを在宅環境でどのように可能にできるかについても検討していく必要があると考えられた。

## E. 結論

本研究における認知症ありの定義が、疾病 119 分類 (ICD-10 準拠) の疾病コードが記されていた患者であったため、かなりデータ数は限られた中での分析ではあるが、本研究で「急性期」と定義した一般急性期病床においては、認知症患者の入院はほとんどなく、むしろ「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床に多く入院していることが明らかとなった。

また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多く必要な患者であったが、療養病床においては、認知症の有無に係わらず ADL 介助が多く必要な患者が入院していることが明らかとなった。さらに、急性期と療養、いずれも認知症がある患者の半数はいずれの処置も発生していない患者であったが、急性期・療養ともに「創傷処置」そして、急性期では、点滴やモニターの管理が行われ、療養では気管切開に係わる処置が必要な患者が入院していた。

このような実態を踏まえ、今後は、急性期から慢性期にかけて入院医療機関の機能分化が進む中で、認知症の有無による処置や療養上の世話に係わるケアの特性を明らかにし、認知症患者の慢性疾患の急性増悪に対応できるケアを入院医療体制の中でも提供できる体制整備を整えていくことが重要となると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

<sup>3)</sup>財団法人日本訪問看護振興財団. 医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書 (平成 23 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), 2012.

## G. 研究発表

- ・筒井孝子. わが国における地域包括ケアシステムの動向と認知症ケア. 第28回日本老年精神医学会, 大阪, 2013. 6. 5.
- ・西川正子, 筒井孝子, 東野定律, 大塚賀政昭. 入院医療機関における処置と患者の状況の検討(1) - 在院日数別看護必要度得点の推移による分析 - 第72回日本公衆衛生学会総会, p264, 三重, 2013. 10. 23-25
- ・筒井孝子, 東野定律, 大塚賀政昭, 西川正子. 入院医療機関における処置と患者の状況の検討(2) - 認知症の有無別の看護必要度得点の比較 - 第72回日本公衆衛生学会総会, p264, 三重, 2013. 10. 23-25

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0～4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
13 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
15 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

注) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。  
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。  
Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。

DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性

分担研究者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

研究代表者 筒井孝子 （所属 国立保健医療科学院）

研究協力者 大冢賀政昭 （所属 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）

**研究目的** 認知症施策検討プロジェクトチームが、平成 24 年 6 月 18 日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について」の「4. 地域での生活を支える介護サービスの構築」において、『今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくためには、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは、十分に対応できないおそれがある。』との問題認識が示されている。

具体的な対応策としては、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである認知症ケアパスの整備や認知症にふさわしい介護サービスの整備が掲げられている。

しかし、これまでに、地域で生活している認知症（MCI レベルを含む）の疾患別の生活機能障害の特徴を詳細に把握する、すなわち認知症の進行状況を把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について、示された知見はこれまでにはない。

そこで、本研究においては、A 県 B 市にある C 法人より、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を実施した調査データを収集し、認知症診断群別の生活機能障害およびこの障害を基にした認知症進行状況の把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について明らかにすることとした。

**研究方法** 調査対象となった 1,517 名のうち、分析にあたっては、DASC データに欠損値がなかった 1515 名のデータを用いた。調査対象となった居宅介護サービス利用者の属性を記述したのち、DASC の得点について属性別（性別、独居・同居別・要介護別・認知症診断群別）の分析を行った。独立変数のカテゴリ（グループ）数が 2 つの場合は対応のない t 検定を実施し、2 つ以上の場合は一元配置分散分析を行った。また、認知症罹患の可能性がある DASC29 点未満と 29 点以上の 2 群に分けて、介護サービスの利用状況を分析した。その後、認知症の有無（DASC28 点未満 or DASC29 点以上）を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析（ステップワイズ法）を実施し、認知症の有無と介護サービスの利用の関連性について検討を行った。

**研究結果** DASC SCORE の状況は、今回の調査対象においては平均 41.0 点（標準偏差 16.6）であり、最小 18 点から最大 72 点まで分布していた。認知症ありが疑われる DASC29 点以上は、1,057 名（69.8%）と全体の 7 割近くを占めていた。

DASC SCORE による認知症の疑いの有無別介護サービスの利用状況は、DASC SCORE による認知症の疑いの有無別（DASC29 点未満 29 点以上）介護サービスの利用状況をみたところ、訪問介護（身体介護）以外に統計的有意差が示され、ディケアでは DASC29 点未満の群が有意にサービス利用が多く、その他のサービスはいずれも DASC 29 点以上の群の方がサービス利用が多かった。

また、認知症の有無（DASC28 点未満 or DASC29 点以上）を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析（ステップワイズ法）を実施したところ、四つのサービスが選択され、認知症あり群（DASC29 点以上）には、認知症通所介護、通所介護、訪問介護（生活支援）が多く利用され、認知症なし（DASC28 点未満）の利用者には、ディケアが多く利用されることが明らかになった。

**考察および結論** 本研究の結果から、認知症確定診断の有無別に score の有意差が示され、DASC はとりわけ認知症の疑い弁別に有効であることが明らかにされた。また、認知症の疑いの有無別に介護サービスの利用状況が異なることが示された。

今後は、より詳細な介護や看護のケアの内容や、これらのケアの内容と認知症の進行度との関係を経年的に分析することによって、認知症の生活機能障害や進行度合いに応じたケアパスを開発するためのエビデンスを収集していく必要があると考えられた。

## A. 研究目的

認知症施策検討プロジェクトチームが、平成24年6月18日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について」の「4. 地域での生活を支える介護サービスの構築」において、『今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくためには、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは、十分に対応できないおそれがある。』としている。

また、『在宅での認知症ケアを推進していくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、地域社会に根ざした認知症ケアの拠点としての活動を推進する必要があるが、現状では十分に機能していない。また、入所者の重度化への対応が十分できていない。』との問題認識が示されている。

具体的な対応策としては、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである認知症ケアパスの整備や認知症にふさわしい介護サービスの整備が掲げられている。

しかし、これまでに、認知症の疾患別の生活機能障害の特徴を詳細に把握する、あるいは認知症の進行状況を把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について示された知見はこれまでにはない。

そこで、本研究においては、A 県 B 市の居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を実施した調査結果を用いて、認知症診断群別の生活機能障害およびこの

障害を基にした認知症進行状況の把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について明らかにすることとした。

## B. 研究方法

### 1) 調査の実施

本研究においては、A 県 B 市にある C 法人より、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を実施した調査データを収集した。

この調査の実施にあたっては、研究代表者、分担研究者らによって C 法人職員 77 名を対象に DASC の研修会を実施し、その後研修を受講した職員によって法人内の伝達講習会が開催され 143 名が受講した。これら職員によって、C 法人の平成 25 年 10 月に居宅介護サービスを利用実績のあった全利用者 1,517 名を対象に DASC によるアセスメントが実施された。

調査項目としては、DASC の他に、年齢・性別、介護サービス利用状況（10 月実績）、要介護度、居住の形態（独居、老々世帯など）、認知症診断の情報が収集された。

### （倫理的配慮）

対象者が不利益や心身の負担を被ったりすることがないように、また、その人権が侵害されたりする恐れはないよう、対象者への研究参加の説明と同意の手続きを行った。個人データについては、個人情報データについては、統計的に処理し、個別情報がそのままの形で外部へ出ることないように配慮した。

### 2) 分析方法

分析にあたっては、DASC データに欠損値がなかった 1,515 名のデータを用いた。

調査対象となった居宅介護サービス利用者の属性を記述したのち、DASCの得点について属性別（性別、独居・同居別・要介護別・認知症診断群別）の分析を行った。

独立変数のカテゴリ（グループ）数が2つの場合は対応のないt検定を実施し、2つ以上の場合は一元配置分散分析を行った。

また、認知症の恐れがあるDASC29点未満と29点以上の2群に分けて、介護サービスの利用状況について分析を行った。その後、認知症の有無（DASC28点未満orDASC29点以上）を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析（ステップワイズ法）を実施し、認知症の有無と介護サービスの利用の関連性について検討を行った。

## C. 研究結果

### 1) 対象患者の属性

年齢は、平均81.4歳、標準偏差8.8であ

った。

性別は、男性566名（37.4%）、女性949名（62.6%）であった。

要介護度は、「要介護2」が389名で25.7%、「要介護1」が330名で21.8%、「要介護3」が268名で17.7%、「要介護4」が178名で11.7%、「要介護5」が135名で8.9%、

「要支援2」が129名で8.5%、「要支援1」が84名で5.5%であった。

居住形態は、「同居・老々以外」が654名で43.2%、「同居・老々」が494名で32.6%、「独居」が367名で24.2%であった。

認知症診断の状況は、「認知症関連診断なし・不明」が1,239名で81.8%、「アルツハイマー型認知症」が204名で13.5%、「脳血管性認知症」が40名で2.6%、「レビー小体型認知症」が14名で0.9%、「前頭側頭葉型認知症」が10名で0.7%、「混合型」が8名で0.5%であった。



表1 調査対象者の属性

	平均値	標準偏差
年齢	81.4	8.8
	N	%
性別		
男性	566	37.4
女性	949	62.6
要介護度		
要支援1	84	5.5
要支援2	129	8.5
要介護1	330	21.8
要介護2	389	25.7
要介護3	268	17.7
要介護4	178	11.7
要介護5	135	8.9
欠損値	2	0.1
要介護3以上(再掲)	581	38.3
居住形態		
独居	367	24.2
同居・老々	494	32.6
同居・老々以外	654	43.2
認知症診断の状況		
認知症関連診断なし・不明	1239	81.8
アルツハイマー型認知症	204	13.5
脳血管性認知症	40	2.6
レビー小体型認知症	14	0.9
前頭則頭葉型認知症	10	0.7
混合型	8	0.5

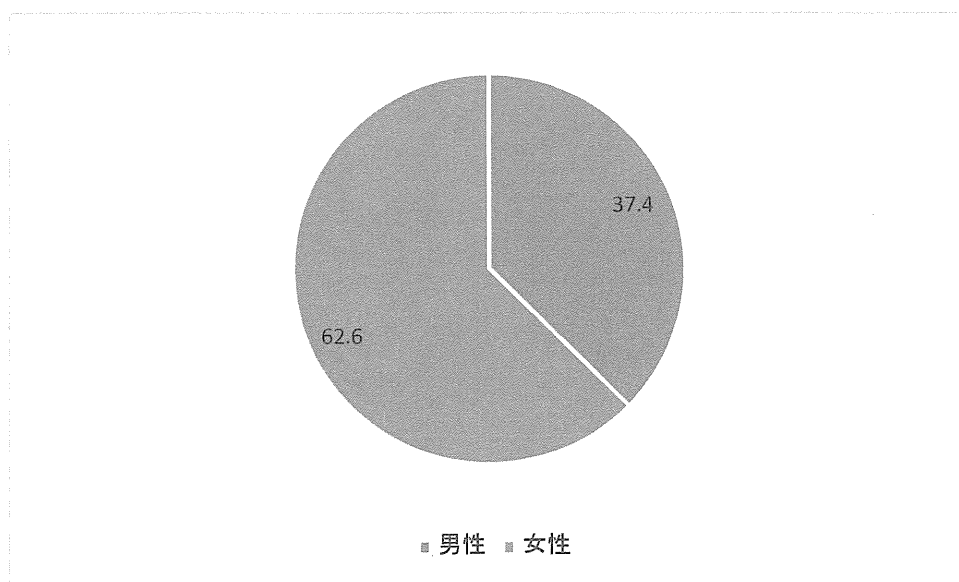
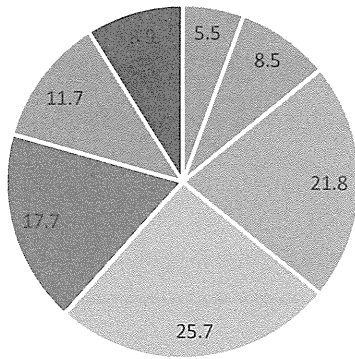
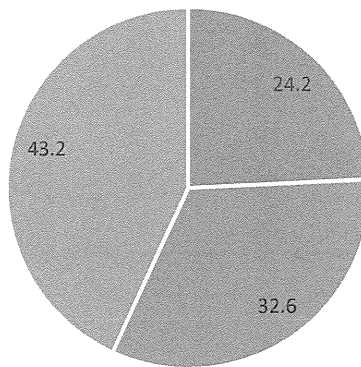


図1 性別



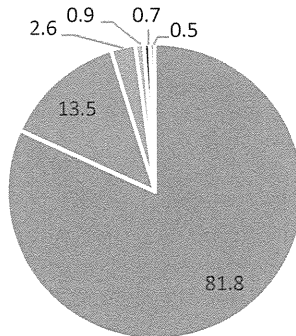
■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

図2 要介護度



■ 独居 ■ 同居・老々 ■ 同居・老々以外

図3 居住形態



■ 認知症関連診断なし・不明 ■ アルツハイマー型認知症  
 ■ 脳血管性認知症 ■ レビー小体型認知症  
 ■ 前頭則頭葉型認知症 ■ 混合型

図4 認知症診断の状況

介護サービスの利用状況については、利用回数については、通所介護が平均3.3回と最も多く、デイケアが2.1回、訪問介護（定期巡回）が1.8回、訪問介護（身体介

護）が1.1回と続いた。

調査対象者における利用割合をみると、通所介護35.6%と最も多く、続いてデイケア28.6%、短期入所17.2%と続いた。

表2 調査対象者の介護サービスの利用状況

	平均値 (回/月)	標準偏差	最小値	最大値	利用者数 (人)	利用 割合(%)	利用者にお ける平均値 (回/月)
訪問介護(生活支援)	0.7	4.1	0	62	76	5.0	13.8
訪問介護(身体介護)	1.1	4.9	0	66	150	9.9	11.5
訪問介護(定期巡回)	1.8	20.3	0	294	14	0.9	194.1
訪問リハ	0.4	1.9	0	26	63	4.2	8.8
訪問看護	0.3	1.4	0	20	73	4.8	5.5
通所介護	3.3	5.3	0	27	539	35.6	9.2
認知症通所介護	0.5	2.6	0	24	81	5.3	10.3
デイケア	2.1	4.0	0	27	434	28.6	7.4
短期入所	1.2	3.6	0	30	260	17.2	7.1

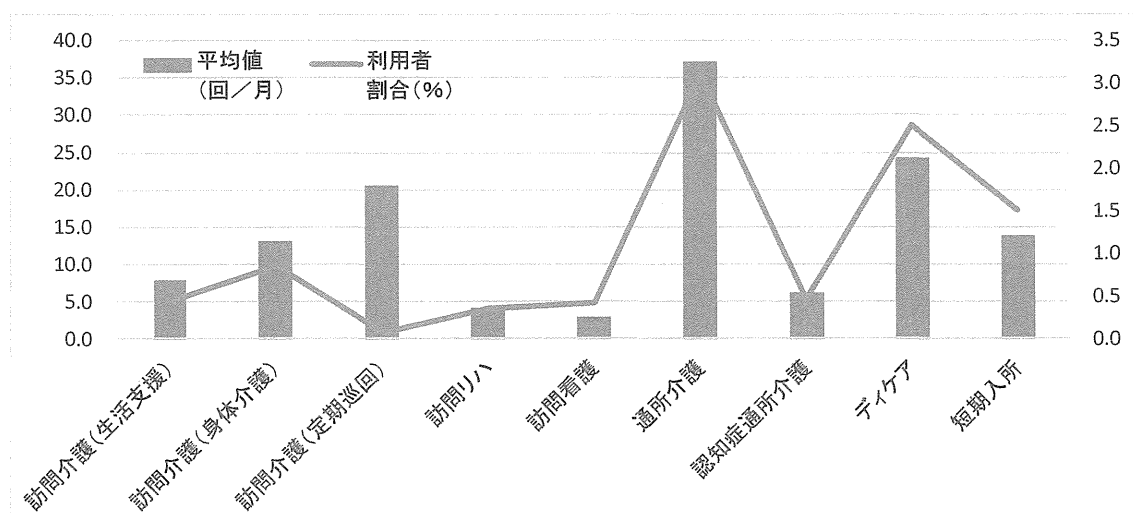


図5 介護サービスの利用状況

## 2) DASC SCORE の状況

DASC-20 SCORE は、4 件法で 80 点満点であるが、今回の調査対象においては平均 41.0 点（標準偏差 16.6）であり、最小 18 点から最大 72 点まで分布していた。

認知症ありが疑われる DASC29 点以上は、1057 名（69.8%）と全体の 7 割近くを占めていた。

性別・居住形態別の SCORE の状況を見ると、「男性」40.2 点、「女性」41.5 点と男女で統計的有意差が示されず、居住形態別では、「独居」34.4 点、「同居」43.1 点と同居群の方が有意に DASC スコアが高い状況が示された。

また、要介護度別の SCORE の状況を見ると、「要支援 1」は、22.2 点、「要支援 2」

は 26.3 点、「要介護 1」は、33.6 点、「要介護 2」は、38.7 点、「要介護 3」は 47.7 点、「要介護 4」は、54.1 点、「要介護 5」は 61.1 点と要介護が上がるほど、スコアは高くなり、いずれの群間にも統計的有意差が示された。

さらに、認知症の診断群別の SCORE の状況を見ると、「認知症関連診断なし・不明」は、38.2 点、「アルツハイマー型認知症」は、53.4 点、「脳血管性認知症」は、54.5 点、「レビー小体型認知症」は、50.6 点、「前頭側頭葉型認知症」は、53.4 点、「混合型」は、53.8 点であり、「認知症関連診断なし・不明」とその他の群間のみ統計的有意差が示された。

表 3 DASC SCORE の状況

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
DASC_SCORE	41.0	16.6	18	72	1515
	N	%			
DASC28点未満	458	30.2			
DASC29点以上	1057	69.8			

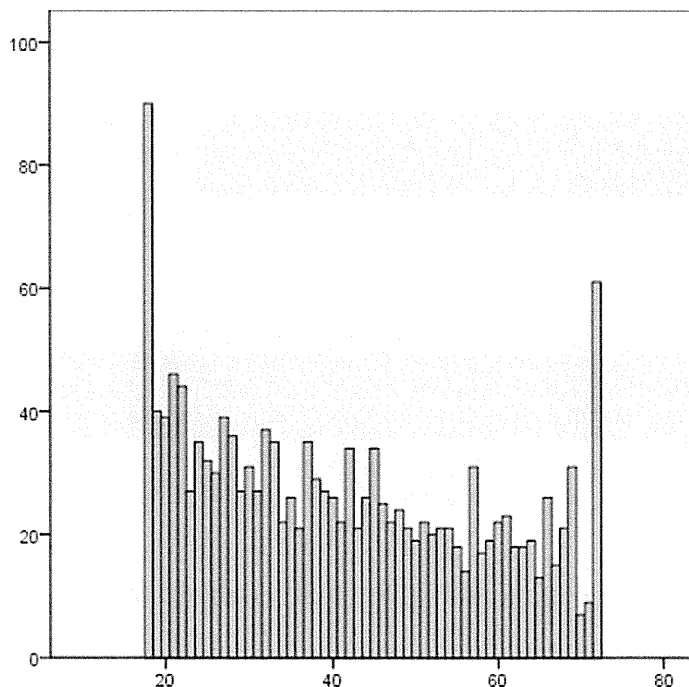


図 6 DASC SCORE の状況

表 4 性別・居住形態別の DASC SCORE の状況

		平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	N	t 値	P値
性別	男	40.2	16.2	0.7	566	-1.411	0.16
	女	41.5	16.8	0.5	949	-1.424	
同居・独居	独居	34.4	14.6	0.8	367	-8.964	0.00 **
	同居	43.1	16.7	0.5	1148	-9.608	

\*\*P<0.01, \*P<0.05

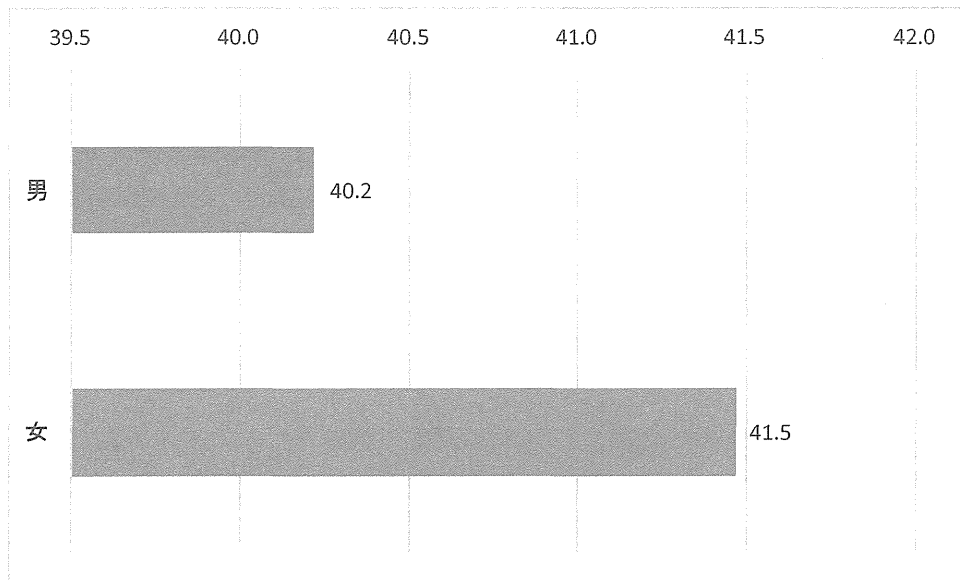


図 7 性別の DASC SCORE の状況

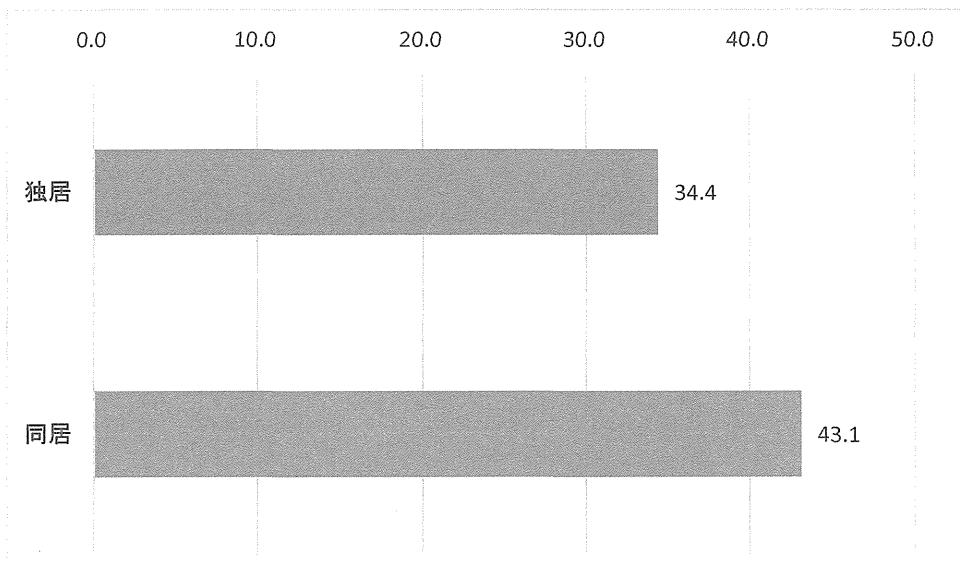


図 8 居住形態別の DASC SCORE の状況

表5 要介護別のDASC SCORE の状況

	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N
要支援1	22.2	4.4	0.5	18	35	84
要支援2	26.3	8.9	0.8	18	59	129
要介護1	33.6	12.1	0.7	18	66	330
要介護2	38.7	13.4	0.7	18	72	389
要介護3	47.7	13.6	0.8	18	72	268
要介護4	54.1	15.2	1.1	18	72	178
要介護5	61.1	13.2	1.1	19	72	135

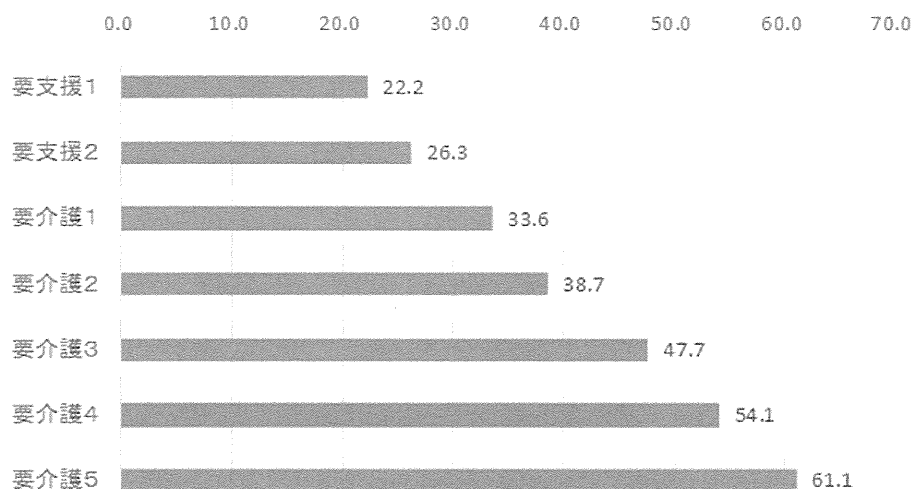


図9 要介護別のDASC SCORE の状況

表6 一元配置分散分析（最小有意差）の結果

		平均値の差	標準誤差	P値
要支援1	⇔ 要支援2	-4.1	1.8	0.02 *
要支援1	⇔ 要介護1	-11.4	1.6	0.00 **
要支援1	⇔ 要介護2	-16.4	1.5	0.00 **
要支援1	⇔ 要介護3	-25.5	1.6	0.00 **
要支援1	⇔ 要介護4	-31.9	1.7	0.00 **
要支援1	⇔ 要介護5	-38.9	1.8	0.00 **
要支援2	⇔ 要介護1	-7.3	1.3	0.00 **
要支援2	⇔ 要介護2	-12.4	1.3	0.00 **
要支援2	⇔ 要介護3	-21.4	1.4	0.00 **
要支援2	⇔ 要介護4	-27.8	1.5	0.00 **
要支援2	⇔ 要介護5	-34.8	1.6	0.00 **
要介護1	⇔ 要介護2	-5.1	1.0	0.00 **
要介護1	⇔ 要介護3	-14.1	1.0	0.00 **
要介護1	⇔ 要介護4	-20.5	1.2	0.00 **
要介護1	⇔ 要介護5	-27.5	1.3	0.00 **
要介護2	⇔ 要介護3	-9.1	1.0	0.00 **
要介護2	⇔ 要介護4	-15.4	1.1	0.00 **
要介護2	⇔ 要介護5	-22.4	1.3	0.00 **
要介護3	⇔ 要介護4	-6.4	1.2	0.00 **
要介護3	⇔ 要介護5	-13.4	1.3	0.00 **
要介護4	⇔ 要介護5	-7.0	1.4	0.00 **

\*\*P<0.01, \*P<0.05

表7 認知症の疾患別のDASC SCOREの状況

	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N
認知症関連診断なし・不明	38.2	16.0	0.5	18	72	1239
アルツハイマー型認知症	53.4	13.1	0.9	19	72	204
脳血管性認知症	54.5	15.1	2.4	19	72	40
レビー小体型認知症	50.6	17.5	4.7	25	72	14
前頭側頭葉型認知症	53.4	15.5	4.9	32	72	10
混合型	53.8	11.6	4.1	39	72	8

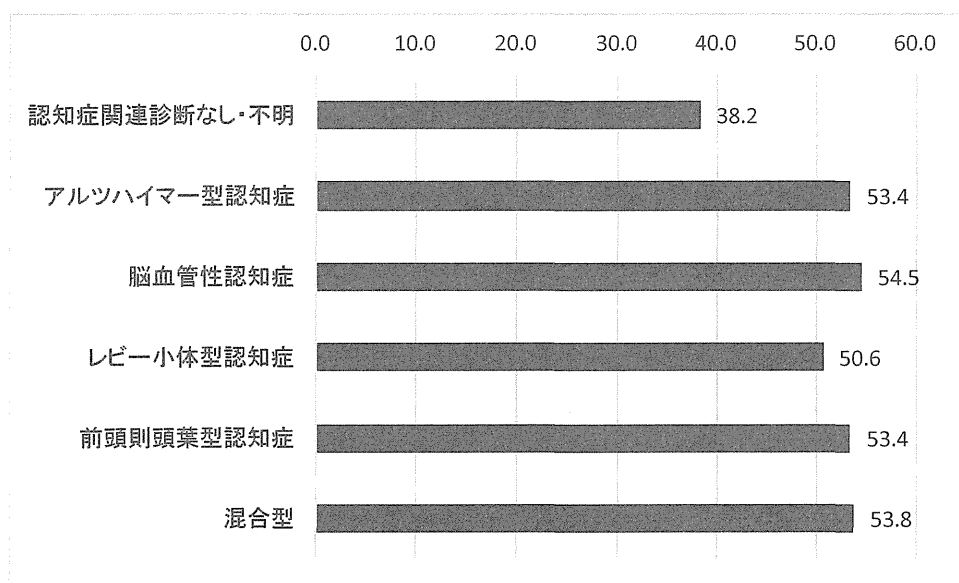


図9 認知症の疾患別のDASC SCOREの状況

表8 一元配置分散分析（最小有意差）の結果

		平均値の差	標準誤差	P値
認知症関連診断なし・不明	⇔ アルツハイマー型認知症	-15.1	1.2	0.00 **
認知症関連診断なし・不明	⇔ 脳血管性認知症	-16.3	2.5	0.00 **
認知症関連診断なし・不明	⇔ レビー小体型認知症	-12.4	4.2	0.00 **
認知症関連診断なし・不明	⇔ 前頭側頭葉型認知症	-15.2	4.9	0.00 **
認知症関連診断なし・不明	⇔ 混合型	-15.5	5.5	0.01 *
アルツハイマー型認知症	⇔ 脳血管性認知症	-1.2	2.7	0.67
アルツハイマー型認知症	⇔ レビー小体型認知症	2.7	4.3	0.53
アルツハイマー型認知症	⇔ 前頭側頭葉型認知症	0.0	5.0	1.00
アルツハイマー型認知症	⇔ 混合型	-0.4	5.6	0.95
脳血管性認知症	⇔ レビー小体型認知症	3.9	4.8	0.42
脳血管性認知症	⇔ 前頭側頭葉型認知症	1.1	5.5	0.84
脳血管性認知症	⇔ 混合型	0.8	6.0	0.90
レビー小体型認知症	⇔ 前頭側頭葉型認知症	-2.8	6.4	0.67
レビー小体型認知症	⇔ 混合型	-3.1	6.9	0.65
前頭側頭葉型認知症	⇔ 混合型	-0.4	7.4	0.96

\*\*P<0.01, \*P<0.05

### 3) DASC SCORE による認知症の疑いの有無別介護サービスの利用状況

DASC SCORE による認知症の疑いの有無別 (DASC29 点未満 29 点以上) 介護サービスの利用状況をみると、訪問介護 (身体介護)、訪問リハ、訪問看護、以外に統計的有意差が示され、デイケアでは DASC29 点未満の群が有意にサービス利用が多く、その他のサービスは、いずれも DASC 29 点以上の群の方がサービス利用が多かった。

認知症の有無 (DASC28 点未満 or DASC29 点以上) を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析 (ステップワイズ法) を実施したところ、四つのサービスが選択され、認知症あり群 (DASC29 点以上) には、認知症通所介護、通所介護、訪問介護 (生活支援) が多く利用され、認知症なし (DASC28 点未満) にはデイケアが多く利用されることが明らかになった。

表 7 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況の差

	DASC28点未満(N=458)			DASC29点以上(N=1057)			P値
	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値	標準偏差	標準誤差	
訪問介護(生活支援)	0.1	1.0	0.0	0.9	4.8	0.1	0.00 **
訪問介護(身体介護)	1.0	3.2	0.1	1.2	5.5	0.2	0.61
訪問介護(定期巡回)	0.0	0.0	0.0	2.6	24.3	0.7	0.00 **
訪問リハ	0.3	1.6	0.1	0.4	2.0	0.1	0.50
訪問看護	0.2	1.2	0.1	0.3	1.5	0.0	0.14
通所介護	2.3	4.1	0.2	3.7	5.7	0.2	0.00 **
認知症通所介護	0.0	0.7	0.0	0.8	3.0	0.1	0.00 **
デイケア	3.4	4.3	0.2	1.6	3.7	0.1	0.00 **
短期入所	0.2	1.1	0.1	1.7	4.2	0.1	0.00 **

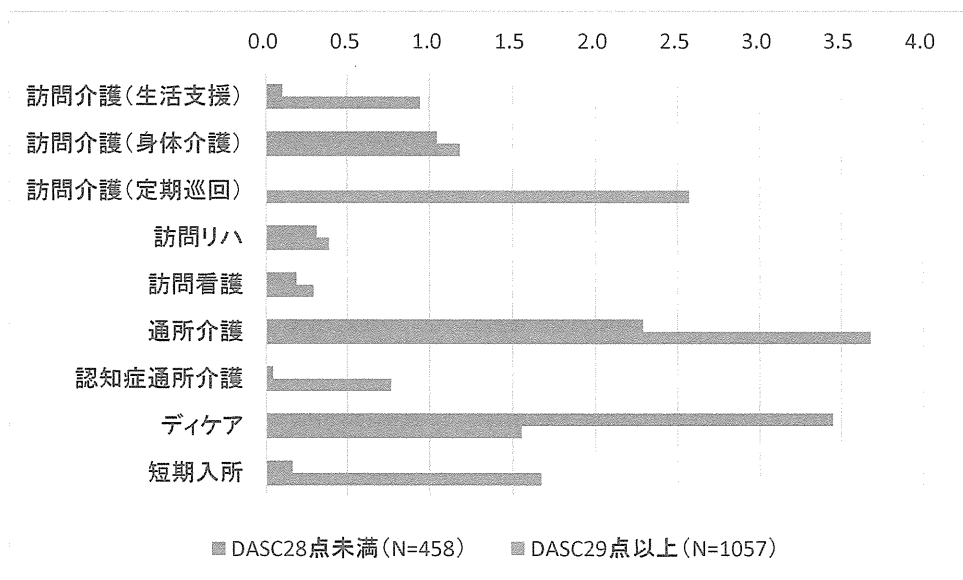


図 10 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況



表 8 認知症の有無（DASC29 点未満 29 点以上）と介護サービスの関係（判別分析結果）

介護サービス	正準判別関数
訪問介護（生活支援）	0.35
通所介護	0.34
認知症通所介護	0.47
ディケア	-0.65

判別の有意性の検定：Wilks のラムダ=0.93, カイ 2 乗=115.7, P 値=0.00, 判別の中率=71.6%

4) 独居群における DASC SCORE による認知症の疑いの有無別介護サービスの利用状況

DASC SCORE による認知症の疑いの有無別 (DASC29 点未満 29 点以上) 介護サービスの利用状況をみると、全体の分析結果と同様、訪問介護 (身体介護)、訪問リハ、訪問看護、以外に統計的有意差が示され、ディケアでは DASC29 点未満の群が有意にサービス利用が多く、その他のサービスはいずれも DASC 29 点以上の群の方がサービス利用が多かった。

認知症の有無 (DASC28 点未満 or DASC29 点以上) を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析 (ステップワイズ法) を実施したところ、五つのサービスが選択され、認知症あり群 (DASC29 点以上) には、全体の分析で示された内容と同様に、認知症通所介護、通所介護、訪問介護 (生活支援) の四つのサービスが利用され、独居の場合には、これに加えて、訪問介護 (定期巡回) が多く利用されていた。

表 9 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況の差 (独居)

	DASC28点未満 (N=458)			DASC29点以上 (N=1057)			P値
	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値	標準偏差	標準誤差	
訪問介護(生活支援)	0.23	1.61	0.13	1.33	5.03	0.35	0.00 **
訪問介護(身体介護)	2.33	4.34	0.34	3.73	9.85	0.69	0.07
訪問介護(定期巡回)	0.00	0.00	0.00	12.82	53.71	3.76	0.00 **
訪問リハ	0.26	1.56	0.12	0.32	2.09	0.15	0.74
訪問看護	0.18	1.01	0.08	0.26	1.23	0.09	0.50
通所介護	2.05	3.70	0.29	3.70	5.56	0.39	0.00 **
認知症通所介護	0.02	0.31	0.02	0.60	2.72	0.19	0.00 **
ディケア	2.53	4.20	0.33	1.22	3.66	0.26	0.00 **
短期入所	0.13	0.86	0.07	0.97	3.96	0.28	0.00 **

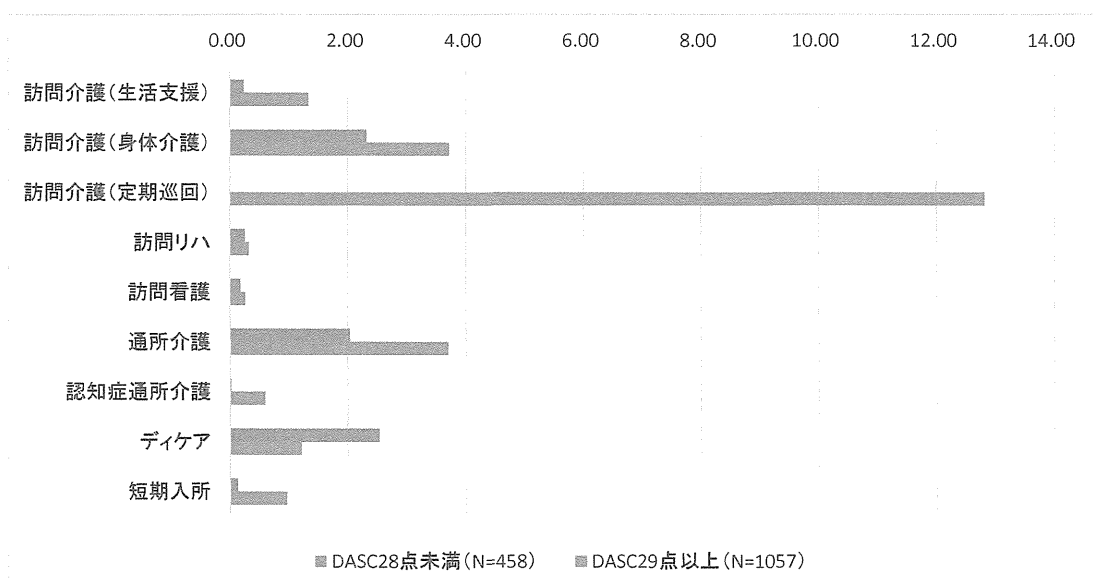


図 11 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況 (独居)

表 1 0 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの関係 (判別分析結果)  
(独居)

介護サービス	標準化された正準判別 関数係数
訪問介護 (生活支援)	0.49
訪問介護 (定期巡回)	0.34
通所介護	0.54
認知症通所介護	0.51
短期入所	0.50

判別の有意性の検定: Wilks のラムダ=0.89, カイ 2 乗=43.7, P 値=0.00, 判別の中率=61.6%

## D. 考察

### 1) DASC を用いた認知症の生活機能障害

DASC を用いて評価した認知症の生活機能障害は、要介護度と強く相関していること、そして、家族同居の方が生活機能障害の程度が高いということが明らかになった。ただし、疾患別の DASC SCORE による認知症の生活機能障害の程度には有意差が示されず、これは 20 の項目別にみても同様であった。

DASC SCORE は、29 点以上が「認知症の疑いがあり」とされるが、今回の居宅介護サービス利用者においては、7 割程度が「認知症疑いあり」とされたことは、全国の居宅介護サービス利用者も同様に、半数以上が認知症疑いがあるものであるものと推察された。

すでに、認知症の早期診断や早期介入の政策を実行に移してきた英国保健省では早期診断および早期介入への取り組みとして、メモリーサービスを行っている。このメモリーサービスは、できるだけ適切で早期の診断を軽度、中度の認知症患者が行えるよう設立されたものであり、そのために行うべきこととして、診断の質を良くすることや、認知症の人たちとその介護者への診断をまめに行うことや、中間的な治療やケア、サポートに関するアドバイスを、適切に行うとされている。このサービスでは、認知症を抱える人のケアへの統合的アプローチと彼らの介護者へのサポートを地域の保健医療組織、社会医療組織、ボランティア組織と協力し、確実に提供することが定められており、日本における地域包括ケアシステムと同様の地域圏域でのサービス提供体制が採られている。

このサービスは、軽度の認知機能障害と診断された人（おそらく非アルツハイマー

型変性認知症の早期段階を飛ばした記憶機能障害を含む）に、早期ケアプランを立てるため、認知機能低下の経緯と他の認知症の可能性のある兆候を観察し、経過観察というサービスを提供している。

すでに日本においても、オレンジプランによって、早期診断や初期集中支援サービス等の取り組みが始まっており、こうしたシステムによって、スクリーニングされた集団が必要とするケアについてのエビデンスを収集し、認知症早期にどのようなケアプランを立案すべきかについての方策を検討していく必要があると考えられた。

### 2) 認知症の疑いの有無別介護サービスの利用状況

DASC による認知症疑い有無別では、認知症疑いなし群には、ディケアが多く利用され、認知症疑いあり群には「認知症通所介護」や「訪問介護（生活支援）」「通所介護」などが利用されていることが明らかになった。このような認知症疑いの有無による介護サービス利用に差異があったことは重要な知見であると考えられた。

英国や多くの欧米諸国では、買い物や基本的な家事仕事のためのサポートという専門性が低いレベルのサービスニーズは、もはや社会サービスの範囲外とされていることから、いわゆるインフォーマルケアとして、これらの支援は行われている。

今回の研究においては、介護サービスの利用状況に着目したが、今後は、どのようなケアが必要かという詳細なエビデンスを収集することによって、必要があると考えられる。

## E. 結論

本研究においては、A 県 B 市にある C 法