

201418009A

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）  
平成 26 年度 総括・分担研究報告書

## 認知症のケア及び看護技術に関する研究

(H25-認知症-一般-007)

平成 27 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

兵庫県立大学大学院経営研究科 教授

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）  
平成 26 年度 総括・分担研究報告書

## 認知症のケア及び看護技術に関する研究

(H25-認知症-一般-007)

平成 27 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

兵庫県立大学大学院経営研究科 教授

# 目次

総括研究報告 .....	5
研究代表者：筒井孝子（国立保健医療科学院統括研究官）	
分担研究報告	
認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証 および認知症のステージ別の介護技術の検討 .....	13
研究代表者 筒井孝子	（所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
分担研究者 大冢賀政昭	（所属 国立保健医療科学院）
研究協力者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）
DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化 .....	26
研究代表者 筒井孝子	（所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
研究協力者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）
研究分担者 大冢賀政昭	（所属 国立保健医療科学院）
急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴 .....	43
分担研究者 大冢賀政昭	（所属 国立保健医療科学院）
研究代表者 筒井孝子	（所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
研究分担者 嶋森好子	（所属 東京都看護協会会長）
研究協力者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）
地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究 .....	71
研究分担者 栗田主一	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 杉山美香	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 井藤佳恵	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 宇良千秋	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 宮前史子	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 新川祐利	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 佐久間尚子	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 岡村 毅	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 伊集院睦雄	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 稲垣宏樹	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

## 研究要旨

**研究目的** 本研究の目的は、認知症のステージ別に、そのケアや看護技術を明らかにし、この標準化を行うことである。これにあたっては、研究代表者らがすでに開発した認知症の臨床像を総合的に評価するアセスメントツールである DASC（栗田 2012）等を用いて、介護保険施設や医療機関を利用している認知症の方へのケアや看護技術の実態調査を行うこととしている。平成 26 年度は、昨年度の研究成果を基に認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討や DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、を実施することとしていた。

今年度は、①認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討、②DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、③急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴、④地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究の四つの調査研究を実施した。

**研究方法** ①平成 24 年度より、内閣府によって検討されてきた介護キャリア段位制度の介護技術評価のフレームワークを活用し、平成 24 年度に研究代表者らが開発した、とくに臨床的知見を基に認知症ケアに必要とされた 257 の介護技術を取り上げ、臨床的妥当性が高いとされた介護技術を選定することとした。

②昨年度に引き続き、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 2 か月ごとに 4 回に渡って調査を実施し、このデータを活用して、各調査時における DASC のアセスメントおよびスコア、介護サービスの利用状況を分析した。DASC の調査項目ごとおよび DASC スコアの変化に差異があるか検証した。

③他計式 1 分間タイムスタディを実施できる急性期医療を提供している医療機関として DPC 対象病院Ⅱ群で 7 対 1 入院基本料を算定していた医療機関を対象として調査を実施し、調査対象患者一人あたりに提供されたケア時間および調査対象職員一人あたりが提供したケア時間をそれぞれ分析し、属性によるケア時間の差を比較した。

④65 歳以上の地域在住高齢者 7,682 名より無作為抽出した 3,000 名のうち、調査協力が得られた 1,341 名を対象に看護師と調査員が自宅を訪問し DASC-21 と MMSE を実施した（研究 1）。研究 1 の対象者のうち 131 名を対象に、研究 1 の結果を知らされていない医師と心理士が自宅を訪問し、CDR, MMSE, FAB を実施した（研究 2）。

**結果及び考察** ①認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定

された介護技術には違いがあることが明らかになった。今後は、介護キャリア段位のスキームを利用しながら、項目の臨床的妥当性を検証すると共に、こうした知見をさらに精査し、認知症者に対する介護技術の標準化に関する検討を行う必要があると考えられた。

②DASC スコアは調査対象を全体的にみると、経時的な悪化（スコアの上昇）傾向がみられ、DASC 評価項目ごとにも、生年月日に関する記憶（長期記憶）、家庭外の IADL（買い物、乗り物、金銭管理）、食事の準備、入浴は、6 か月という調査期間においては変化が見られなかったものの、その他の見当識障害、問題解決能力、電話のかけ方、薬の管理、着替えや排せつの自立といった ADL 能力については、6 カ月の間にすべて悪化する傾向が示されていた。また 2 か月ごとの DASC スコアの経時的な変化からは、要介護度との関連性が示され、要介護度が低く、認知症の症状が比較的、軽い状況での介入は生活機能の変化が起りやすいことが推察された。要介護度が低い高齢者については、居宅介護サービスを利用することで生活機能障害が改善されている可能性があることを示したものと見え、重要である。換言すると機能障害の改善を促すためには、認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントの実施による早期介入の仕組みが、より重要であるということであり、今後市町村に設置される認知症初期集中支援チームのみならず、介護サービス事業者においても今回の研究で用いた DASC 等によって経時的に認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントを実施し、その変動をモニタリングしていくことの実効性の高さが示されたといえる。

③急性期病院で看護師が認知症患者に特別に提供している看護や看護技術はほとんどなく、看護補助者と同様のケアが提供されていた。このことは、今後の入院医療においては、看護師だけで患者らの療養上の世話や専門的看護を提供していくことを検討するのではなく、看護補助者との役割分担を明確にし、看護補助者が提供する介護サービスを前提とした、ケアミックスのあり方をさらに検討していく必要があると考えられた。

④本研究によって、訓練を受けた看護師が、地域在住高齢者を対象に DASC-21 を実施した場合の DASC-21 の信頼性係数は 0.934、「家族からの情報がある DASC-21」では 0.950、「家族からの情報がない DASC-21」では 0.808 であり、いずれも十分な内的信頼性を有することが確認された。

**結論** 今年度の研究の結果、以下のことが明らかとなった。

①認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術の違いが明らかになった。

②認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、そして変化の時期や属性別の変化の傾向に関する知見が得られた。

③認知症高齢者に対し、入院医療機関で提供されていた看護技術の実態が明らかになり、その技術は標準化されておらず、看護補助者との業務分担もできていないことがわかった。

④DASC-21 は、専門職が地域の中で高齢者の認知機能障害と生活障害を把握し、認知症

を検出し、重症度を評価するツールとして、適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有する。

研究の最終年度となる次年度は、認知症ケアのヒアリング調査を実施し、国内の認知症ケアの臨床知見(暗黙知としてのケア)の収集と整理を行うと共に、これまで実施している認知症のステージ別ケアの分析を引き続き実施し、DASC や認知症の方やご家族の方々へのQOLの測定に関する尺度を活用した、認知症者に対するケア・看護技術の標準化に向けた方策について検討を進めていくことを予定している。

## A. 研究目的

本研究の目的は、認知症のステージ別に、そのケアや看護技術を明らかにし、この標準化を行うことである。これにあたっては、研究代表者らがすでに開発した認知症の臨床像を総合的に評価するアセスメントツールである DASC（栗田 2012）等を用いて、介護保険施設や医療機関を利用している認知症の方へのケアや看護技術の実態調査を行うこととしている。

昨年度の研究成果を基礎として、認知症のステージ別の認知症に係わる介護・看護技術の内容の検討や DASC の妥当性の検証やこの尺度を用いた認知症に係わる生活機能障害の経時的変化を実施することとしていた。

そこで今年度は、①認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討、②DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、③急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴、④地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究の四つの調査研究を実施した。

## B. 研究方法

1) 認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討

平成 24 年度より、内閣府によって検討されてきた介護キャリア段位制度の介護技術評価のフレームワークを活用し、平成 24 年度に研究代表者らが開発した、とくに臨床的知見を基に認知症ケアに必要とされた 257 の介護技術を取り上げ、臨床的妥当性

が高いとされた介護技術を選定することとした。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

昨年度に引き続き、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 2 か月ごとに 4 回に渡って調査を実施し、このデータを活用して、各調査時における DASC のアセスメントおよびスコア、介護サービスの利用状況を分析した。DASC の各調査項目および DASC スコアの変化に差異があるかを検証した。

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

他計式 1 分間タイムスタディを実施できる急性期医療を提供している医療機関として DPC 対象病院Ⅱ群で 7 対 1 入院基本料を算定していた医療機関を対象として調査を実施し、調査対象患者一人あたりに提供されたケア時間および調査対象職員一人あたりが提供したケア時間をそれぞれ分析し、属性によるケア時間の差を比較した。

4) 地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究

65 歳以上の地域在住高齢者 7,682 名より無作為抽出した 3,000 名のうち、調査協力が得られた 1,341 名を対象に看護師と調査員が自宅を訪問し DASC-21 と MMSE を実施した（研究 1）。研究 1 の対象者のうち 131 名を対象に、研究 1 の結果を知らされていない医師と心理士が自宅を訪問し、CDR, MMSE, FAB を実施した（研究 2）。

## C.研究結果

1) 認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討

介護技術を適切な場面で、適切に提供していた割合（以下、通過率と略す）が90%以上の技術項目が21項目、通過率80%以上90%未満が55項目と示された。また当該技術を実施していない（非該当、未実施率）が70%以上の項目が4項目あった。「できる」「できる場合とできないばあいがある」「できない」と3つの評価結果が示されなかった技術項目は40項目で、このうち通過率80%以下が11項目であった。さらに相関係数によって相関が高い項目を減じた結果、257の技術項目から、残ったのは117項目であった。

2) DASCによる認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

DASCスコアは調査対象を全体的にみると、経時的な悪化（スコアの上昇）傾向がみられ、DASCの評価項目ごとにも、生年月日に関する記憶（長期記憶）、家庭外のIADL（買い物、乗り物、金銭管理）、食事の準備、入浴は、6か月という調査期間においては変化が見られなかったものの、その他の見当識障害、問題解決能力、電話のかけ方、薬の管理、着替えやトイレといったADL能力については、6カ月の間にすべて悪化する傾向が示されていた。

2か月ごとのDASCスコアの経年的な変化をみると、変化なしの割合が調査時間が経過するごとに上昇していたことから、介入早期の方が生活機能の変化が起こりやすいことが推察された。また、一方で属性ご

とのDASCスコアの経時的な変化をみると、要介護度別の変化をみると、要介護1以上については有意にスコアEの上昇が見られるが、要支援2については、有意にスコアの減少が見られている。

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

本研究では、認知症自立度判定ではなく、認知症の判定の精度をあげるため、医師による診断やCDRの情報によって、認知症の有無を弁別し、その提供時間に有意な差があるかを検討したが、これまでの研究と同様、提供時間には有意差はなかった。

また、本研究では、これまでの先行研究で示されてきたBPSDの有無別の分析は実施しなかったが、中分類のケア内容別に提供時間を比較した結果、「排泄」、「食事・栄養・補液」、「起居と体位変換」、「清潔・整容」という療養上の世話について、認知症あり群の方がケア時間が長いことが示されていた。

4) 地域在住高齢者を対象とするDASC-21の信頼性・妥当性に関する研究

1,329名がDASC-21を完了した（実施率99.1%）。このうちすべてのデータに欠損値がない1,270名においてCronbach  $\alpha$  係数は0.934、「家族からの情報があるDASC-21」で0.950、「家族からの情報がないDASC-21」で0.808であった。看護師が実施したDASC-21は、医師が評価したCDR（総合得点、BOX得点）、心理士が評価したMMSE、FABと有意に相関した。DASC-21を従属変数とする分散分析ではCDRに主効果が認められ、認知症重症度が高まるとともにDASC-21の得点は高くなった。



認知症 (CDR1 以上) と非認知症 (CDR0 または 0.5) の弁別に関する ROC 分析では、「家族からの情報がある DASC-21」の曲線下面積 (AUC) は 0.895 ( $P < 0.001$ )、最適のカットオフ値は 30/31 (感度 94.1%、特異度 77.3%)、「家族からの情報がない DASC-21」の AUC は 0.804 ( $P = 0.015$ )、最適のカットオフ値は 30/31 (感度 83.3%、特異度 86.4%) であった。

#### D. 考察

1) 認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討

認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術には違いがあることが明らかになった。

今後は、介護キャリア段位のスキームを利用しながら、項目の臨床的妥当性を検証すると共に、こうした知見をさらに精査し、認知症者に対する介護技術の標準化に関する検討を行う必要があると考えられた。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

これは比較的状态像が軽い高齢者については、居宅介護サービスを利用することで生活機能障害が改善されていると推察された。このことは、言い換えると、機能障害の改善を促すためには、認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントの実施による早期介入の仕組みがより重要であるということであり、今後市町村に設置される

認知症初期集中支援チームのみならず、介護サービス事業者においても今回の研究で用いた DASC 等によって経時的に認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントを実施し、その変動をモニタリングしていくことが有効であるのではないかと考えられた。

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

今後、介護技術項目のデータ分析と今回収集したタイムスタディ調査データを合わせて分析をすることによって、臨床知を支持するエビデンス (いつ、どのようなケアが、どのような状態の高齢者に提供され、その結果どのようになったのか) を収集し、認知症ケアに看護技術や介護の在り方を標準化する必要があると考えられた。

また、急性期病院で看護師が認知症患者に特別に提供している看護や看護技術はほとんどなく、看護補助者と同様のケアが提供されていた。このことは、今後の入院医療においては、看護師だけで患者らの療養上の世話や専門的看護を提供していくことを検討するのではなく、看護補助者との役割分担を明確にし、看護補助者が提供する介護サービスを前提とした、ケアミックスのあり方をさらに検討していく必要があると考えられた。

4) 地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性について

今年度の研究によって、訓練を受けた看護師が、地域在住高齢者を対象に DASC-21 を実施した場合の DASC-21 の信頼性係数は 0.934、「家族からの情報がある DASC-

21」では 0.950、「家族からの情報がない DASC-21」では 0.808 であり、いずれも十分な内的信頼性を有することが確認された。

今年度の研究の第一の利点は、地域在住高齢者から無作為に抽出した比較的大規模のサンプルで信頼性と妥当性が検証されている点にある。DASC-21 は地域の中で使用することが想定されているのでより実践に近い条件で信頼性と妥当性が検証されたことになる。

第二の利点は、DASC-21 の実施率が 99.1%と高い値を示したことである。このことは、評価を行う側にとっても、受ける側にとっても、DASC-21 が比較的容易で受け入れやすい尺度であったことを示唆している。

第三に、「家族からの情報がある DASC-21」「家族からの情報がない DASC-21」という 2つの条件で信頼性と妥当性が検証されている点である。今後、一人暮らしの認知症高齢者の急増が予測されるわが国においては、一人暮らしで家族からの情報が得られない場合でも、観察法によって認知機能障害や生活障害を評価し、認知症の検出が可能なアセスメントツールを開発しておくことの意義は大きいであろう。

## E. 結論

今年度の研究の結果、以下のことが明らかとなった。

①認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術の違いが明らかになった。

②認知症に係わる生活機能障害の経時的変

化、そして変化の時期や属性別の変化の傾向に関する知見が得られた。

③認知症高齢者に対し、入院医療機関で提供されていた看護技術の実態が明らかになった。

④DASC-21 は、専門職が地域の中で高齢者の認知機能障害と生活障害を把握し、認知症を検出し、重症度を評価するツールとして、適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有する。

研究最終年度となる次年度は、認知症ケアのヒアリング調査を実施し、国内の認知症ケアの臨床知見(暗黙知としてのケア)の収集と整理を行うと共に、これまで実施している認知症のステージ別ケアの分析を引き続き実施し、DASC や認知症の方やご家族の方々への QOL の測定に関する尺度を活用した、認知症者に対するケア・看護技術の標準化に向けた方策について検討を進めていくことを予定している。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

筒井孝子. 地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者への支援のあり方. 公衆衛生 78(10), p672-677,2014.10

筒井孝子. 認知症施策のこれからと地域包括ケアシステムの取り組み,粟田主一、認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援 第 1 章 中央法規出版株式会社、担当 p11-28, 東京, 2015.4.20

筒井孝子、東野定律、大野賀政昭. 居宅介護サービス利用者の認知症診断群別の生活

機能障害及びサービスの利用状況の検討  
第 73 回日本公衆衛生学会総会 p474 栃木  
2014.11.5-7

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

平成 26 年度 分担研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証  
および認知症のステージ別の介護技術の検討

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）

分担研究者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）

研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

**研究要旨**

**研究目的** わが国の認知症高齢者数の 2025 年での推計値は最大で 730 万人に達し、認知症高齢者は、高齢者のおよそ 5 人に 1 人となるとの推計が示されている。しかし、現状における外来患者数は約 30 万人と非常に少なく、認知症を早期に発見し、これを予防することは、かなり困難な状況にあるといえよう。また、介護保険施設における認知症ケアの在り方については、認知症の多様な疾患別の特定の症状に応じたケアとしては、かなりの臨床的知見はあるものの、これらは標準化されておらず、いわゆる個別的なケアが行われているとされている。このため、現場では依然として認知症のケアは難しく、介護職員の疲弊の元凶とも言われている。今後の認知症高齢者数の大幅な増加に最低は、認知症の早期確定診断の推進と適切な医療・ケアの提供がなされる必要がある。また診断名（原因疾患）や症状に応じた認知症ケアのあり方を整理し、体系化することで介護現場における認知症ケアに携わる人材の育成をすることが求められている。すでに介護技術については、この認知症ケアの標準化の一步として、平成 24 年度から内閣府で実施されてきた実践キャリアアップ戦略介護キャリア段位制度において、筆者らは、このフレームにそった介護技術項目を開発してきた。そこで、本研究では、一般的な介護技術の項目と認知症ケアに用いられている介護技術との関連性を検討することによって認知症のステージや認知症診断別の介護技術の提供状況を反映できる新たな認知症の介護技術を明らかにすることを目的とした。

**研究方法** 内閣府キャリア段位制度の介護技術評価のフレームワークを活用し、研究代表者らが開発した臨床的知見を基とした認知症ケアを実施する際の介護技術 257 項目を認知症のケアの質が高いと厚生労働省認知症対策室に設置された委員会において推薦された認知症グループホームや認知症介護のためのユニットを持つ老人保健施設等の介護事業所で調査を実施した結果から、臨床場面で、これらの認知症ケア技術の実施の有無を調査し、さらに臨床的妥当性が高いと考えられる技術を統計的に精査していくことで認知症のステージに対応しうる技術項目を選定することとした。

**研究結果** 介護技術を適切な場面で、適切に提供していた割合（以下、通過率と略す）が 90%以上の技術項目が 21 項目、通過率 80%以上 90%未満が 55 項目と示された。また当該

技術を実施していない（非該当、未実施率）が70%以上の項目が4項目あった。「できる」「できる場合とできない場合がある」「できない」と3つの評価結果が示されなかった技術項目は40項目で、このうち通過率80%以下が11項目であった。さらに相関係数によって相関が高い項目を減じた結果、257の技術項目から、残ったのは117項目であった。

**考察および結論** 認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術には違いがあることが明らかになった。今後は、介護キャリア段位のスキームを利用しながら、項目の臨床的妥当性を検証すると共に、こうした知見をさらに精査し、認知症者に対する介護技術の標準化に関する検討を行う必要があると考えられた。

## A. 研究目的

認知症とは、「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」をいい、原因疾患別に、アルツハイマー型、脳血管型、レビー小体型、前頭側頭葉型などに分類される。

我が国の認知症高齢者数は、約 200 万人とさてきたが、2015 年に福岡県久山町で 1961 年から継続されてきた住民の健康診断データなどを基礎とし、各年齢層の認知症有病率を算出した結果から推計された認知症高齢者数は団塊の世代が全員 75 歳以上になる 2025 年には 675 万人に、2060 年には 850 万人に達すると発表された。

これは、別の研究班が 2012 年時点で推計した 462 万人より大幅に増えた数値であり、10 数年で 1.6 倍に急増し、高齢者のおよそ 5 人に 1 人に上る見通しと大きく報道され、大きな話題となった。

新たな推計値は認知症になる割合は年齢とともに高くなることから、研究班が団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 10 年後の 2025 年での割合を新たに推計した結果を基に 19% という数値を使い、推計人数は 675 万人となったとされている。

さて、今日、認知症に係る外来患者数は約 30 万人と非常に少ない。これは、認知症は早期の段階で診断をうけることが少ないからである。一般に、認知症は発見が遅れることが多く、発見された際には、すでに通院では対応ができない段階にすすんでいるため、外来患者としてではなく、すぐ

に入所、あるいは入院が求められることから、外来患者は少なくなっているものと推察されてきたところである。

一方、介護保険関連施設における認知症ケアは、認知症疾患別の症状に応じた効果的な治療・ケアについては標準化がすすんでいない。これは、そもそも認知症については早期の鑑別診断がほとんどされていないからである。

このため、現状としては、認知症疾患というよりは、認知症患者の個別の特性に応じた、いわゆる個別的ケアが行われているとされてきた。

しかし、その実態は、平成 24 年 6 月 18 日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが発表した「今後の認知症施策の方向性について」において、これまでのケアの在り方<sup>1)</sup>に反省が書かれているように、認知症の方々へのケアは現場では困難を極めており、大きな課題として認識されている。

今後の急激な認知症高齢者の増加を受け、診断名（原因疾患）や症状に応じた認知症ケアのあり方が標準化され、これらを整理し、体系化することで、介護現場において着実に人材育成が図られることが求められている。

これまでに介護技術の評価については、平成 24 年度から内閣府が実践キャリアアップ戦略介護キャリア段位制度を実施しており、筆者らは、このフレームにそった介

<sup>1)</sup>厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」平成 24 年 6 月 18 日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>

護技術項目の妥当性の検証を行う<sup>2</sup>と共に、新たな評価項目の開発してきた<sup>3</sup>。

そこで、本研究においては、キャリア段位制度に用いられている介護技術と、新たに検討された認知症ケアにおける介護技術とされた項目の両方を用いて調査を実施し、認知症のステージや認知症診断、認知症に係わる医療的なケアの有無別に、従来の介護技術項目と、新たな臨床的視点から検討されてきた認知症ケアに要する介護技術項目との関連性を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

平成 24 年度より、内閣府によって検討されてきた介護キャリア段位制度の介護技術評価のフレームワークを活用し、平成 24 年度に研究代表者らが開発<sup>4</sup>した、とくに臨床的知見を基に認知症ケアに必要とされた 257 の介護技術を取り上げ、以下の 2 つの分析を実施し、より臨床的妥当性が高いとされた介護技術を選定することとした。

### 1) 調査対象

<sup>2</sup> 東野定律, 木下隆志, 大冢賀政昭, 筒井孝子. キャリア段位制度における介護職の技術評価に関する研究—職員の属性別にみた業務内容の比較—. 経営と情報. 2014;27(1):1-13.

<sup>3</sup>平成 24 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分)「認知症の人に関わる医療・介護従事者及び家族の共通理解を図るための支援方策や研修の実態把握についての調査研究事業報告書」平成 25 年 3 月ヴェクソンインターナショナル株式会社

<sup>4</sup> 4 つのカテゴリ「尊厳保持」、「要因探

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症対策室より推薦を受けた介護保険施設および認知症対応型グループホーム等で認知症に対するケアが充実している<sup>5</sup>とされる 24 施設が対象となった。

この内訳としては、介護老人福祉施設が 10 施設で認知症対応型グループホームは 4 施設、訪問介護事業所 3 施設、介護老人保健施設 3 施設、小規模多機型居宅介護が 2 施設、地域密着型特定施設が 1 施設、通所介護事業所が 1 施設であった。

各施設から 1 名ずつ、評価者と被評価者が設定され、施設内で認知症ケアの介護技術を含む、介護技術評価が行われた。

### 2) 分析のプロセス

認知症ケアに必要とされる介護技術項目を選定するためのプロセスは、以下の 5 段階を経て、実施した。

なお、以下のプロセスを経た介護技術については、さらに臨床家からの意見を聴取し、項目の臨床的妥当性を精査することとした。

①全介護技術の通過率を算出

②通過率が 80%以上の介護技術を除く

索」、「情報収集と理解」、「観察」に留意しつつ、キャリア段位介護プロフェッショナルの基本介護技術項目である「入浴介助」、「食事介助」、「排泄介助」に認知症特有な技術として、「活動」を加えて、四つの区分を選定し、これに係る介護技術の評価基準(チェック項目)を専門家によるワーキングチームを組織し、開発されている。

<sup>5</sup> 認知症専門ケア加算(I)あるいは、認知症専門ケア加算(II)を取得している等の条件を設定した。

- ③未実施率が70%以上の介護技術を除く
- ④介護技術の評価に際して、3段階評価(「できる」、「できる場合とできない場合がある」、「できない」)のカテゴリの分布に偏りがある技術を除く
- ⑤介護技術間の相関が高い(0.7以上)技術を抽出し、いずれかひとつの技術を選択。

## 2) 認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に有意差のある項目の検討

通過率、未実施率、相関係数の分析から、縮約された117項目を用いて、認知症に係わる医療処置があるとされた者とそうでない者で介護技術の評価に有意な差(「できる」とそれ以外の評価)があったかを $\chi^2$ 乗検定で検討した。

同様に見当識障害の有無(DASC項目で「⑦自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか」、「⑧道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか」)がいずれも「4. いつもそうだ」と回答された者とそれ以外の者についても、介護技術の評価に有意な差(「できる」とそれ以外の評価)があったかについて、 $\chi^2$ 乗検定で検討した。

## C.研究結果

### 1) 調査対象となった者の基本属性

認知症ケアに必要とされる介護技術の評価を実施した施設は、介護老人福祉施設が最も高い割合を占めており、41.7%であった。次いで、認知症対応型グループホーム16.7%、訪問介護事業所、介護老人保健施設が共に12.5%、小規模多機能型居宅介護8.3%、地域密着型特定施設、通所介護事業所が共に4.2%と続いていた(表1)。

認知症介護技術を提供していた職員の性別は、男性41.7%、女性58.3%で女性の割合が高かった。年齢の平均値は、41.8歳で、最も若い職員が29歳、最高齢が63.0歳であった(表2)。

経験年数は、平均13.2年、最小値が6.0年で、最も経験年数が長い職員が24年であった(表3)。

### 2) 通過率、未実施率、相関係数による項目の縮約結果

介護技術を適切に提供していた割合(以下、通過率と略す)が90%以上の技術項目は21項目であった。通過率80%以上90%未満が55項目であった(表4)。

また、当該技術を実施していない(非担当、未実施)と示された技術が70%以上と示されたものが4項目あった(表5)。

「できる」「できる場合とできない場合がある」「できない」と3つすべての評価結果が示されなかった技術は40項目で、このうち通過率80%以下が11項目であった(表6)。

これらの分析から、認知症の介護技術として「適切でない」と考えられた67種類は削除の対象とした。この結果、257種類の介護技術から190種類が選定された。

さらに、この190技術項目間の相関係数を算出し、相関係数0.7未満である項目は67項目であった(表7)。

複数の技術間で相関係数が0.7以上見られた技術は、一つの技術を基準とし、もうひとつの技術を削除することとした。その際、削除する技術は、他の技術と相関する技術がより少ない技術を削除することとした。これにより、50の介護技術が残った(表8)。



この 50 の技術と先の 67 種類の技術を加え、最終的に 117 の技術を認知症の介護技術として選択した。

### 3) 医療処置や見当識障害の有無別に有意差のあった認知症の技術

認知症に係わる医療処置の有無別に介護技術が「できる」と、それ以外の評価に有意差が示されたのは、117 の技術のうち、12 の技術 (10.2%) であった。

具体的には、入浴介助に係わる 7 技術「③脱いだ衣類を渡すことを拒まれた場合、介護職員がこだわると「物盗られ妄想」のきっかけになったりするということを認識し、本人の置きたい場所を優先して対応しているか。」、「④シャンプーなどと明記された物が目につきやすい場所に見えるように置かれているか。」、「⑥シャンプーなどの置き場所を示す声かけし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。」、「③シャワーの温度調整をしたあとに自分で確認してもらうように促しているか。蛇口の場所や温度調整の仕方を説明しているか。」、「③自分で洗い出すことができたなら、本人の前などではなく見えないところで見守っているか。」、「④次の動作を細かく伝えているか。」、「⑤シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は、洗髪はしないという判断もしているか。」、「食事介助に係わる 1 技術「②聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。」、排泄介助に係わる 3 項目「①体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。」、「④緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。」、「③次の排泄に向けての声かけをして

いるか。」活動に係わる 1 技術「④本人同士での会話に気付いたら、間に入るような声かけは控えて本人同士に任せているか。）」

一方、見当識障害の有無別に介護技術提供に有意差が見られたのは、117 の技術のうち、74 技術 (63.2%) であった (表 10)。

なお、医療処置の有無別に有意差があった 12 の技術のうち、半数の 6 技術 (「⑥シャンプーなどの置き場所を示す声かけをし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。」、「⑤シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は洗髪はしないという判断もしているか。」、「②聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。」、「①体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。」、「Q3X1.4④緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。」、「③次の排泄に向けての声かけをしているか。）」は、前述の 74 技術にも含まれており、これらの 2 種類の分析から共通して選択された (表 11)。

## D. 考察

### 1) 選択された介護技術活用の可能性

今後、大幅な増加が見込まれるとされる認知症の方々の生活をどのように保障していくべきかを示す国の対策については、認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) として、2015 年 1 月 27 日に策定され、12 の関係府省庁による横断的な対策が実施されることとなった。この中で認知症介護実践者研修の見直しも進められるとのことである。

本研究では、キャリア段位制度のスキームを利用して、新たに認知症ケアに必要と

される介護技術として、しかも第3者が客観的に判別できる技術として示すことが可能となった。

これらの技術は、通過率、未実施率、相関係数の分析から、257種類の技術を117種類まで縮約した結果、示されたものである。また認知症に係わる医療処置や見当障害といった具体的な状態像とも関連性がしめされ、さらに縮約が可能であることを示した。

したがって、今回の結果は、今後、見直しが検討される認知症介護実践者研修体系に活用できるものと考えられる。

また、今回の調査にあたっては、キャリア段位制度のスキームの中の内部評価の仕組みを利用した。この制度は、施設内のアセッサーが被評価者となる介護職員の介護技術の評価するという仕組みと、この内部評価の仕組みを外部評価機関が審査するという2重の技術評価の仕組みを持っている<sup>6</sup>。この制度では、これまでの臨床的知見の集積として、いわゆる「見える化」が困難とされてきた介護技術を客観的に評価するための方法論を開発し、これを介護技術の段位化まで結びつけるという仕組みを中核としている。

つまり、この制度内では、これまで抽象化されてきた介護技術は「見える化」され、評価できるものとして、位置づけられているわけだが、このスキームの中で認知症に必要とされる介護技術を取り扱うことができたことは、極めて重要といえる。

ただし、現段階で評価の対象となる介護技術は、生活全般だけでなく、今後の地域包括ケアシステムの進展を鑑み、多くの技術が網羅されていることから、内部評価者であるアセッサーの負担が大きいとの指摘もあり、これまでの事業実績や収集データの分析から、評価する介護技術項目を見直す必要があるとの意見もある<sup>7</sup>。

しかしながら、キャリア段位制度における技術の評価は、第3者が客観的に観察できる介護者の具体的行動を評価するという視点にたっており、認知症に罹患している利用者への接遇や配慮といった視点をも加味できる認知症ケアにおける介護技術は、今後の制度の発展にとっても極めて重要であると考えられた<sup>8</sup>。

したがって、すでにキャリア段位制度に活用されている項目との関連性を検討することで、キャリア段位制度との連動も検討できると予想するものである<sup>9</sup>。

## 2) 見当識障害や認知症に係わる医療処置の有無別の介護技術

現在、介護福祉士のカリキュラムには、形態別介護技術演習 I (Exercise in care I- Classification of Impairments-) という演習科目があり、ここでは①聴覚障害者の理解：手話通じた聴覚障害者の生活理解と支援の方法の実際を理解する。②言語障害者の理解：高次脳障害と失語症・構音障害の理解と具体的対応を学ぶ。③言語障害児の理

<sup>6</sup> 内閣府. 第11回介護プロフェッショナルワーキング・グループ資料2「介護キャリア段位制度の概要」

<sup>7</sup> 内閣府. 第11回介護プロフェッショナルワーキング・グループ資料4「27年度の課題と対応」p9

<sup>8</sup> 株式会社三菱総合研究所「介護人材分野におけるキャリア段位制度の評価基準に係る実証事業」(2012年3月)

<sup>9</sup> 内閣府. 第11回介護プロフェッショナルワーキング・グループ資料5「資料5 筒井孝子委員提出資料」

解：障害児の理解と具体的対応について学ぶ。④視覚障害者の理解：点字を中心とする視覚障害者の理解と対応について学習する。⑤認知症の理解：記憶と失見当識障害の理解と具体的対応について学習する。）といった5つの内容が具体的に示されている。

今回、分析の結果示された見当識障害への配慮に係わる介護技術項目12項目は、こうした介護技術を具体的に可視化したものとも説明できる。

特に施設入所者においてもこうした見当識障害があると転倒発生率が高まること<sup>10</sup>、生活のリズムに乱れがあること<sup>11</sup>がすでに報告されている。

また、夜間の徘徊や人を起こすといった家族介護者や施設職員への負担を高めるBPSDとの関連は、見当識障害の有無と関連していることが報告されており<sup>12</sup>、先に示したような12項目の内容は、こうした生活機能障害を持つ利用者に提供すべき項目の内容としても活用できるものと考えられる。

以上の結果は、これらの認知症の状態像と介護技術の実施の有無を調査することで、認知症者に対する介護技術の優良を評価しうる可能性を示したともいえ重要である。

## E. 結論

認知症の対応に係る介護技術項目を統計

的手法及び臨床家の知見を基礎として選定することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術には違いがあることが明らかになった。

今後は、介護キャリア段位のスキームを利用しながら、項目の臨床的妥当性を検証すると共に、こうした知見をさらに精査し、認知症者に対する介護技術の標準化に関する検討を行う必要があると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

筒井孝子. 地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者への支援のあり方. 公衆衛生 78(10), p672-677, 2014.10

筒井孝子. 認知症施策のこれからと地域包括ケアシステムの取り組み, 粟田主一, 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASCによる認知症アセスメントと初期支援 第1章 中央法規出版株式会社, 担当 p11-28, 東京, 2015.4.20

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<sup>10</sup> 重森健太,大城昌平,高橋達也. 介護老人保健施設における痴呆症状と転倒. 日本理学療法学会大会, E0128-E0128, 2004

<sup>11</sup> 千葉奈津記,松田千明,吉原真紀,茶谷麻衣子,滝谷知之.見当識障害から生活リズムの乱れが生じた症例に対するアプローチ～日

中の活動量を維持するために～. 理学療法の歩み. 2011;22(1):32-37.

<sup>12</sup> 平良雅人,大賀徹夫. 痴呆患者の問題行動の寛解予測方法に関する研究:一特に徘徊などについて一. 昭和医学会雑誌 1993; 53: 3.

表1 調査対象となった機関の種別

	N	%
介護老人福祉施設	10	41.7
認知症対応型グループホーム	4	16.7
訪問介護事業所	3	12.5
介護老人保健施設	3	12.5
小規模多機能型居宅介護	2	8.3
地域密着型特定施設	1	4.2
通所介護事業所	1	4.2
合計	24	100.0

表2 (認知症の方に介護技術を提供した) 介護職員の性別

	N	%
男性	10	41.7
女性	14	58.3
合計	24	100.0

表3 (認知症の方に介護技術を提供した) 介護職員の年齢と経験年数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	41.8	9.2	29.0	63.0
経験年数	13.2	5.0	6.0	24.0