

タイムスタディ調査票

患者ID: _____

調査員氏名: _____

調査日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (/ 枚目)

| 確認 | 業務時刻 | | | 患者行為内容 (ニーズ等) | 苦痛や 症状の 訴えの 有無 | 看護業務内容 | 看護業務分類コード | | | | | 看護担当者 | | |
|----|------|-----|----|------------------|-------------------------|--------|-----------|----------|----------|----------|----------|-------|----|--|
| | 時 | 分 | 秒 | | | | コード 1 | コード 2 | コード 3 | コード 4 | コード 5 | 職員ID | 人数 | |
| | | | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | :00 | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :01 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :02 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :03 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :04 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :05 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :06 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :07 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :08 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :09 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :10 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :11 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :12 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :13 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |
| | | :14 | 20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | | | | | | | | |
| | | | 60 | | | | | | | | | | | |

苦痛や症状の訴えの有無: 0=無し 1=有り

患者調査票

| | | | | | |
|------|------|------|-----|---|---|
| 病院ID | 病棟ID | 患者ID | 実施日 | 月 | 日 |
|------|------|------|-----|---|---|

※ 以下、特に断りがない限り「実施日」の状態等に基づきご回答ください。 評価者氏名

I 患者の基本情報

| | | | | | | |
|----------|----------------|---|----------|--|---|---|
| 1. 性別 | 01 男性 02 女性 | 《該当番号》 <input style="width: 20px;" type="text"/> | 2. 生年月 | 西暦 | 年 | 月 |
| 3. 入院年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | 4. 疾患コード | <input style="width: 100px;" type="text"/> | | |

5. 入院期間中の医学管理・加算等の算定状況（過去の実績及び退院時等の予定を含む）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------|---|------------------|---|----------------------|---|------------|---|-------------|---|-----------------|---|------------------|---|---|---------------|---|----------------|---|-----------------|---|--------------|---|---------------|---|-------------|---|----------|---|----------|---|
| 《該当箇所全てに○》 | 《該当箇所全てに○》 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>■ 地域連携診療計画管理料</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 認知症専門診断管理料</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 強度行動障害入院医療管理加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 重度アルコール依存症入院医療管理加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 救急医療管理加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 超急性期脳卒中加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 超重症児(者)入院診療加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 準超重症児(者)入院診療加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </table> | ■ 地域連携診療計画管理料 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 認知症専門診断管理料 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 強度行動障害入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 救急医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 超急性期脳卒中加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 超重症児(者)入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 準超重症児(者)入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>■ 難病患者等入院診療加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 摂食障害入院医療管理加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 重症皮膚潰瘍管理加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 栄養サポートチーム加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 呼吸ケアチーム加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 退院調整加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>■ 総合評価加算</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </table> | ■ 難病患者等入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 摂食障害入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 重症皮膚潰瘍管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 栄養サポートチーム加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 呼吸ケアチーム加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 退院調整加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | ■ 総合評価加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ 地域連携診療計画管理料 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 認知症専門診断管理料 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 強度行動障害入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 救急医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 超急性期脳卒中加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 超重症児(者)入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 準超重症児(者)入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 難病患者等入院診療加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 摂食障害入院医療管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 重症皮膚潰瘍管理加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 栄養サポートチーム加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 呼吸ケアチーム加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 退院調整加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ 総合評価加算 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II 患者の状態等

| | |
|--|---|
| 6. 認知症の診断名 | 《該当番号》 <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| 00 認知症の診断名はない | |
| 01 脳血管障害を伴わないアルツハイマー型認知症 02 脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症 | |
| 03 血管性認知症 04 レビー小体型認知症 | |
| 05 前頭側頭型認知症 06 アルコール性認知症 | |
| 07 詳細不明の認知症 08 その他の認知症 (<input style="width: 100px;" type="text"/>) | |

7. 認知症に関連する疾患（ICD-10コードと疾患名）

| | |
|---|---|
| 《該当箇所全てに○》 | |
| ■ F04 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ F05 \$ せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ F06 \$ 脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ F07 \$ 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ F09 詳細不明の器質性または症状性精神障害 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G138 他に分類されるその他の疾患における主に中枢神経系を傷害する系統萎縮症 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G30 \$ アルツハイマー病 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G310 限局性脳萎縮(症) | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G311 老人性脳変性、他に分類されないもの | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G318 神経系のその他の明示された変性疾患 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ G320 他に分類される疾患における脊椎の亜急性連合変性症 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ I673 進行性血管性白質脳症 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| ■ I674 高血圧性脳症 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |

8. 要介護度

| | | | | | |
|------------|---------|---------|---------|---------|---|
| 01 未申請・申請中 | 02 非該当 | 03 要支援1 | 04 要支援2 | 05 要介護1 | |
| 06 要介護2 | 07 要介護3 | 08 要介護4 | 09 要介護5 | 10 不明 | 《該当番号》 <input style="width: 40px;" type="text"/> |

| | | | | |
|---------------------|----------|---------|---------|--------|
| 9. 認知症である老人の日常生活自立度 | | | | 《該当番号》 |
| 01 自立 | 02 I | 03 II a | 04 II b | □ |
| 05 III a | 06 III b | 07 IV | 08 M | |

| | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 10. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) | | | | | 《該当番号》 |
| 01 自立 | 02 J1 | 03 J2 | 04 A1 | 05 A2 | □ |
| 06 B1 | 07 B2 | 08 C1 | 09 C2 | | |

| | | |
|------------------|-----------------|--------|
| 11. 嚥下および栄養摂取の状況 | | 《該当番号》 |
| 00 正常 | | □ |
| 01 粥やきざみ食が必要 | 02 ピューレや流動食が必要 | |
| 03 経口摂取と経管栄養等を併用 | 04 経口摂取を全くしていない | |

| | | |
|-------------------------|---------------|--------|
| 12. 経管栄養等の状況(経口との併用を含む) | | 《該当番号》 |
| 00 経管栄養等を行っていない | | □ |
| 01 末梢静脈栄養 | 02 中心静脈栄養 | |
| 03 経鼻胃管(食事の時のみ留置) | 04 経鼻胃管(常時留置) | |
| 05 胃瘻・腸瘻 | | |

| | | |
|-----------------|------------------|--------|
| 13. 退院の予定 | | 《該当番号》 |
| 01 退院予定日が決まっている | 02 退院予定日は決まっていない | □ |

↓「01」を選択した場合、退院予定日と退院先を回答してください。

| | | | |
|----------------------|-----------------|---|--------|
| 退院予定日 | 月 | 日 | 《該当番号》 |
| ① 他の病院・診療所 | ② 介護療養型医療施設 | □ | |
| ③ 介護老人保健施設(療養型老健を含む) | ④ 介護老人福祉施設 | | |
| ⑤ グループホーム | ⑥ サービス付き高齢者向け住宅 | | |
| ⑦ 有料老人ホーム等 | ⑧ 自宅 | | |
| ⑨ その他 () | | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--------|
| 14. 30日後の病状の見通し | | 《該当番号》 |
| 01 治癒 | | □ |
| 02 軽快: 医療処置の必要性が減少、または医学的管理の必要性が低下 | | |
| 03 不変: 医療処置の必要性および医学的管理の必要性が現状維持される | | |
| 04 悪化: 医療処置の必要性が増加、または医学的管理の必要性が上昇 | | |
| 05 ターミナルケアを実施する状態 | | |

Ⅲ 重症度・看護必要度に係る評価

| | | | |
|--------------------------|---|---------------|---|
| 15. 一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目 | | | |
| A モニタリング及び処置等 | | | |
| (1) 創傷処置 | 点 | (9) 専門的な治療・処置 | 点 |
| (2) 血圧測定 | 点 | 《該当箇所全てに○》 | |
| (3) 時間尿測定 | 点 | ① 抗悪性腫瘍剤の使用 | □ |
| (4) 呼吸ケア | 点 | ② 麻薬注射薬の使用 | □ |
| (5) 点滴ライン同時3本以上 | 点 | ③ 放射線治療 | □ |
| (6) 心電図モニター | 点 | ④ 免疫抑制剤の使用 | □ |
| (7) シリンジポンプの使用 | 点 | ⑤ 昇圧剤の使用 | □ |
| (8) 輸血や血液製剤の使用 | 点 | ⑥ 抗不整脈剤の使用 | □ |
| | | ⑦ ドレナージの管理 | □ |

| B 患者の状況等 | | | |
|------------|---|------------|---|
| (10) 寝返り | 点 | (13) 移乗 | 点 |
| (11) 起き上がり | 点 | (14) 口腔清潔 | 点 |
| (12) 座位保持 | 点 | (15) 食事摂取 | 点 |
| | | (16) 衣服の着脱 | 点 |

16. HCU用の重症度・看護必要度のみの評価項目

| A モニタリング及び処置等 | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| (1) 蘇生術の施行 | 点 | | |
| (2) 輸液ポンプの使用 | 点 | | |
| (3) 動脈圧測定(動脈ライン) | 点 | | |
| (4) 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) | 点 | | |
| (5) 人工呼吸器の装着 | 点 | | |
| (6) 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル) | 点 | | |
| (7) 特殊な治療法等 | 点 | | |

《該当箇所全てに○》

| | |
|----------------------|--|
| ① CHDF(持続的血液濾過透析) | |
| ② IABP(大動脈バルーンポンピング) | |
| ③ PCPS(経皮的心肺補助法) | |
| ④ 補助人工心臓 | |
| ⑤ ICP(頭蓋内圧)測定 | |

| B 患者の状況等 | | | |
|------------------------|---|--------------------|---|
| (8) 床上安静の指示 | 点 | (11) 他者への意思の伝達 | 点 |
| (9) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | 点 | (12) 診療・療養上の指示が通じる | 点 |
| (10) 移動方法 | 点 | (13) 危険行動 | 点 |

17. 追加を検討する評価項目

| A モニタリング及び処置等 | | ★モニタリング及び処置等の具体的な内容 | |
|------------------------------|---|---------------------|--|
| (1) 広範・複雑なスキンケア | 点 | | |
| (2) 心電図モニター2(GRT, GRTD, ICD) | 点 | | |
| (3) 酸素飽和度の持続モニタリング | 点 | | |
| (4) 専門的な治療・処置2 | 点 | | |

《該当箇所全てに○》

| | | |
|--------------------|---|--|
| ① 抗悪性腫瘍剤の内服 | | |
| ② 麻薬の内服・貼付 | | |
| ③ 降圧剤の使用 | | |
| ④ フローランの使用 | | |
| ⑤ 抗血栓薬の持続点滴 | | |
| ⑥ 穿刺 | | |
| ⑦ 圧迫止血 | | |
| ⑧ 病棟で実施される内視鏡検査・治療 | | |
| (5) 特殊な治療法等2 | 点 | |

《該当箇所全てに○》

| | |
|-------------------|--|
| ① CAPD(持続携帯式腹膜透析) | |
| ② 自家幹細胞移植 | |
| ③ 電氣的除細動 | |

| B 患者の状況等 | | ★具体的な患者の状況 | |
|-------------------------|---|------------|--|
| (6) 身体的な症状の訴え | 点 | | |
| (7) 計画に基づいた10分以上の指導 | 点 | | |
| (8) 計画に基づいた10分以上の意思決定支援 | 点 | | |
| (9) その他(緊急入院、個室管理) | 点 | | |

IV 認知機能・BPSDに係る評価

| 18. 認知症アセスメント DASC-20 | | | | | | | | |
|--|---------|----|-------------|--------|----------|----|---------|----------------------|
| (1) もの忘れが多いと感じますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 感じない | 02 | 少し感じる | 03 | 感じる | 04 | とても感じる | <input type="text"/> |
| (2) 一年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 感じない | 02 | 少し感じる | 03 | 感じる | 04 | とても感じる | <input type="text"/> |
| (3) 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (4) 五分前に聞いた話を思い出せないことがありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (5) 自分の生年月日がわからなくなることがありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (6) 今日が何月何日かわからないときがありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (7) 自分のいる場所がどこかわからなくなことはありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (8) 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | まったくない | 02 | ときどきある | 03 | 頻繁にある | 04 | いつもそうだ | <input type="text"/> |
| (9) 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (10) 一日の計画を自分で立てることができますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (11) 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (12) 一人で買い物はできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (13) バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (14) 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (15) 電話をかけることができますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (16) 自分で食事の準備はできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (17) 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | だいたいできる | 03 | あまりできない | 04 | できない | <input type="text"/> |
| (18) 入浴は一人でできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | 見守りや声がけを要する | 03 | 一部介助を要する | 04 | 全介助を要する | <input type="text"/> |
| (19) 着替えは一人でできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | 見守りや声がけを要する | 03 | 一部介助を要する | 04 | 全介助を要する | <input type="text"/> |
| (20) トイレは一人でできますか | | | | 《該当番号》 | | | | |
| 01 | 問題なくできる | 02 | 見守りや声がけを要する | 03 | 一部介助を要する | 04 | 全介助を要する | <input type="text"/> |

| 19. 認知症行動障害尺度 DBD | |
|---|---|
| 0点:全くない 1点:ほとんどない 2点:ときどきある 3点:よくある 4点:常にある | |
| (1) 同じことを何度も何度も聞く | 点 |
| (2) よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている | 点 |
| (3) 日常的な物事に関心を示さない | 点 |
| (4) 特別な理由がないのに夜中起き出す | 点 |
| (5) 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける | 点 |
| (6) 昼間、寝てばかりいる | 点 |
| (7) やたらに歩き回る | 点 |
| (8) 同じ動作をいつまでも繰り返す | 点 |
| (9) 口汚くののしる | 点 |
| (10) 場違いあるいは季節にあわない不適切な服装をする | 点 |
| (11) 不適切に泣いたり笑ったりする | 点 |
| (12) 世話をされるのを拒否する | 点 |
| (13) 明らかな理由なしに物を貯め込む | 点 |
| (14) 落ちつきなくあるいは興奮してやたら手足を動かす | 点 |
| (15) 引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう | 点 |
| (16) 夜中に家の中を歩き回る | 点 |
| (17) 家の外に出てってしまう | 点 |
| (18) 食事を拒否する | 点 |
| (19) 食べ過ぎる | 点 |
| (20) 尿失禁する | 点 |
| (21) 日中、目的なく屋外や屋内をうろつきまわる | 点 |
| (22) 暴力を振るう(殴る、かみつく、引っかく、蹴る、唾をはきかける) | 点 |
| (23) 理由もなく金切り声をあげる | 点 |
| (24) 不適當な性的関係を持つようとする | 点 |
| (25) 陰部を露出する | 点 |
| (26) 衣服や器物を破ったり壊したりする | 点 |
| (27) 大便を失禁する | 点 |
| (28) 食物を投げる | 点 |

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」

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

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

目的: 地域の中で認知機能障害と生活障害を把握し、認知症を検出し、認知症重症度を評価するための観察式評価尺度 The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21) を作成し、信頼性と妥当性を検証した。

方法: 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)。

結果: 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 α 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。

結論: 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、DASC-21 は適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有する。

A. 研究目的

2012年地域包括ケアシステムの構築を国及び地方公共団体の責務と定めた介護保険法改正と軌を一にして、厚生労働省は認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)を発表した¹⁰⁾。このプランでは、認知症の初期段階で「診断へのアクセス」と「統合ケアの調整」を推進する仕組みとして、認知症初期集中支援チームという新たな事業が提案された¹¹⁾。これは、認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムの実現をめざした実践的プログラムにほかならない。

地域包括ケアシステムとは、国際的には、Community-based Integrated Care Systemと呼ばれる新たなサービス提供体制を意味している²⁶⁾。このシステムは、Community-based care(地域に根ざしたケア)とIntegrated Care(統合ケア)という2つの概念を結合させたものであり、それによってサービスへのアクセス、質、利用者満足度、経済効率が向上するものと考えられている²¹⁾。

臨床像が複雑化するリスクをもつ認知症²⁾の人にとって、地域包括ケアシステムは理に適ったサービス提供体制であろう。しかし、これを実現するためには、地域の中で、支援に関わる専門職が、認知症に気づき、生活支援ニーズを総合的に把握し、多職種間で情報を共有し、必要な支援を統合的に調整できる仕組みが必要である。そのためには、専門職が地域の中で認知機能障害や生活障害を系統的に評価し、認知症を検出し、重症度を評価し、情報が共有できる観察式アセスメントツールが有用であろう。

認知症の人の認知機能障害と生活障害を簡

便に評価する観察式アセスメントツールを開発する試みはすでにある。Jormら⁸⁻⁹⁾は、認知機能や生活機能を幅広く評価することができるInformant Questionnaire on Cognitive Decline(IQCODE)を作成している。Kossら¹¹⁾は、アルツハイマー型認知症の人の記憶障害を、普段の様子をよく知る家族や介護者に本人の日常生活の様子を質問しながら測定するShort Memory Questionnaire(SMQ)を開発しており、牧ら^{13,14)}がその日本語版を作成している。また山内ら²⁷⁾は、Morrisら¹⁷⁾が開発したCognitive Performance Scale(CPS)の日本語版を作成している。小野ら²⁰⁾は、認知症の症状を危険因子、境界徴候、周辺症状、中核症状(軽度、重度)に分類して測定するAssessment Scale for Symptoms of Dementia(ASSD)を作成している。

しかし、これらの尺度は、必ずしも認知症の人の認知機能障害や生活障害を地域の中で評価できるようには設計されていない。また、家族から情報が得られない場合の使用は難しい。さらに、地域在住高齢者を対象とする信頼性と妥当性の検証は十分に行われていない。

そこで筆者らは、地域の中で認知症支援に携わる専門職が家族からの情報の有無に関わらず、本人の日常生活の様子から認知機能障害と生活障害を系統的かつ簡便に把握し、認知症を検出し、認知症の重症度を評定し、情報共有できるアセスメントツールの開発をめざして、4件法21項目の観察式尺度(The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System - 21 items, DASC-21)を作成した(表1, 付表1)²³⁻²⁵⁾。本研究の目的は地域在住高齢者を対象に、DASC-21の信頼性と

妥当性を検証することにある。

B. 研究方法

1) 研究 1

東京都内の特定地域に在住する 65 歳以上高齢者 7,682 名より無作為抽出した 3,000 名のうち、調査に同意が得られた 1,341 名を対象に、看護師と調査員が自宅を訪問し、基本情報と健康状態を聴取し、DASC-21 を実施した。また、研究 2 の対象をサンプリングするために、最後に Mini-Mental State Examination (MMSE)⁴⁾ を実施した。

尚、DASC-21 は、家族からの情報の有無に関わらず評価できるように、家族からの情報が得られない場合の評価方法のマニュアルを含む研修テキストを作成し、講義と実習による 8 時間の研修を実施した（研修テキストとマニュアルは dasc.jp より入手可）。研究 1 では、DASC-21 の実施率、得点分布、年齢・性・教育が得点分布に及ぼす影響を確認し、信頼性係数 Cronbach α を算出した。統計学的解析には Student's *t*-test, χ^2 検定、一元配置分散分析、Dunnett の多重比較検定を用いた。

2) 研究 2

研究 1 において、MMSE を完全に実施することができた 1,319 名（実施率 98.4%）のうち、MMSE23 点以下のすべての高齢者 143 名と MMSE24 点以上の 1,176 名より年齢・性をマッチングさせて層化無作為抽出した 143 名を対象に文書を郵送し、研究協力を依頼した。研究に同意が得られた 131 名を対象に、研究 1 の結果を知らされていない精神科医と心理士が自宅を訪問し、MMSE、Frontal Assessment Battery

(FAB)³⁾、Clinical Dementia Rating (CDR)^{7,17)} を実施した。

MMSE は、ベッドサイドで簡便に全般的認知機能を評価するために開発された質問法による心理検査である。原版は Folstein 夫妻ら⁴⁾によって開発され、日本語版は森ら¹⁶⁾、杉下ら⁵⁾によって作成されている。

FAB は、ベッドサイドで簡便に前頭葉機能を評価するために開発された心理検査である。原版は Dubois ら³⁾によって開発され、日本語版は Kugo ら¹²⁾、Nakaaki ら¹⁹⁾によって作成され、信頼性と妥当性が確認されている。

CDR は、本人のことをよく知る家族や介護者等からの情報に基づいて認知機能障害と生活障害を評価する観察法の尺度であり、認知症の重症度を評価することができる。原版は Hughes ら⁷⁾、Morris ら¹⁸⁾によって開発され、日本語版は本間ら⁶⁾、目黒ら¹⁵⁾、杉下ら²²⁾によって作成されている。

本研究では、以下の方法で DASC-21 の併存的妥当性と弁別的妥当性を検討した。

①併存的妥当性：看護師が実施した DASC-21 と心理士が実施した MMSE, FAB, 医師が実施した CDR（総合得点、BOX 得点）の偏相関係数（年齢、性、教育年数を共変量に投入）を算出した。

②弁別的妥当性：年齢、性別、教育年数を共変量に投入した分散分析を用いて、CDR 総合得点別の DASC-21 の得点の群間比較を行った。また、CDR1 以上を「認知症」、CDR0 または CDR0.5 を「非認知症」と定義し、「認知症」と「非認知症」の弁別力を Receiver Operating Characteristic (ROC) 分析を用いて評価した。

3) 倫理的配慮

本研究を実施するにあたっては、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た(25健事第330号)。訪問調査に際しては、本人または家族に、研究の目的、方法、個人情報の保護、同意撤回の自由について文書と口頭で説明し、文書による同意を得た。

C. 研究結果

1) 研究1

(1) DASC-21の実施率、分析対象者の特徴

研究1でDASC-21を実施した1,341名(男性659名、女性682名)のうち、DASC-21が完全に実施できたのは1,329名(男性655名、女性674名)、実施率は99.1%(男性99.4%、女性98.8%)であった。

DASC-21を完全に実施することができた1,329名のうち、年齢、性別、教育年数、「家族からの情報の有無」に関する情報に欠損値がない1,270名(男性628名、女性642名)を研究1の分析対象とした(表2)。分析対象者1,270名のうち、家族からの情報を得てDASC-21を実施することができたのは475名(男性308名、女性167名)、37.4%(男性49.0%、女性26.0%)であった。家族から情報が得られる割合は男性で有意に高かった($\chi^2=71.93$, $P<0.001$)(表2)。

家族からの情報の有無別にみた研究1の分析対象者の特徴を表3に示す。男女いずれも、「家族からの情報がある」対象者は、「家族からの情報がない」対象者よりも、年齢は有意に高かったが、教育年数には有意差は認められなかった。

(2) 得点分布

DASC-21の得点分布を図1に示す。山の

頂上が左端に偏し、右方に向かって急峻に下降した後、右端に向かってなだらかに傾斜する分布である(図1)。DASC-21の合計点の平均±標準偏差は23.77±6.52(男性23.89±6.53、女性23.65±6.52、 $P=0.511$)、中央値は22、最頻値は21、最小値は21、最大値は78、歪度は4.42±0.07、尖度は23.03±0.14であった。

(3) 年齢、性別、教育年数との関連

「家族からの情報があるDASC-21」と「家族からの情報がないDASC-21」の平均得点±標準偏差は表3のとおりである。男女いずれも、「家族からの情報があるDASC-21」の平均得点の方が有意に高かった($P<0.001$)。

「家族からの情報があるDASC-21」と「家族からの情報がないDASC-21」の性別・年齢階級別の平均得点±標準偏差を表4に示す。一元配置分散分析の結果、いずれのDASC-21についても年齢階級に主効果が認められた($P<0.001$)。その後の多重比較検定では、男女いずれとも、65~74歳群または75~84歳群と比較すると、85歳以上群の得点が有意に高かった($P<0.001$)。

年齢と性別を統制して、DASC-21と教育年数との偏相関係数を算出したところ、「家族からの情報があるDASC-21」では $r=0.165$ ($df=471$, $p<0.001$)、「家族からの情報がないDASC-21」では $r=0.103$ ($df=791$, $P=0.004$)であり、いずれも弱い負の相関が認められた。

(4) 信頼性係数

研究1の「分析対象者全体のDASC-21」、「家族からの情報があるDASC-21」、「家族からの情報がないDASC-21」についてCronbach α 係数を算出したところ、それぞ

れ 0.934, 0.950, 0.808 であった。

2) 研究 2

(1) 分析対象者の特徴

研究 1 で実施した MMSE23 点以下の 143 名のうち、研究 2 の調査を完了した者は 53 名 (男性 32 名, 女性 21 名) (有効回答率 37.1%)、研究 1 で実施した MMSE24 点以上の 1,176 名より無作為抽出した 143 名のうち、研究 2 の調査を完了した者は 73 名 (男性 32 名, 女性 41 名) (有効回答率 51.0%) であった。以上、合計 126 名 (男性 64 名, 女性 62 名) を研究 2 の分析対象者とした (表 5)。

(2) 併存的妥当性

表 6 に、DASC-21 と CDR 総合得点、CDR-BOX 得点、MMSE, FAB との偏相関係数 (年齢, 性別, 教育年数を統制) を示す。分析対象者全体の DASC-21 は、CDR 総合得点、CDR-BOX 得点と強い正の相関を示し、MMSE, FAB と強い負の相関を示した。特に、「家族からの情報がある DASC-21」は、CDR 総合得点、CDR-BOX 得点、MMSE のいずれとも、絶対値が 0.7 以上の強い相関を示した。一方、「家族からの情報がない DASC-21」は、CDR 総合得点、CDR-BOX 得点とは中等度の正の相関、MMSE とは中等度の負の相関、FAB とは弱い負の相関を示した。

(3) 弁別的妥当性

表 7 に、CDR 総合得点別にみた DASC-21 の平均得点を示す。DASC-21 の平均得点は CDR 総合得点が高くなるほど有意に高くなった。

「分析対象者全体の DASC-21」について ROC 分析を行ったところ (図 2)、DASC-21 は、曲線下面積(AUC)が 0.886 (95%信

頼区間 : 0.805-0.966) で、CDR1 以上で定義される認知症高齢者と CDR0 または 0.5 で定義される非認知症高齢者を有意に弁別した ($P < 0.001$)。感度と特異度の合計が最大となる点を最適なカットオフ値とみなすと、最適なカットオフ値は 30/31 点となり、このときの感度は 91.3%、特異度は 82.5%、陽性的中率は 53.8%、陰性的中率は 97.7% となった。「家族からの情報がある DASC-21」、「家族からの情報がない DASC-21」について同様の分析を行ったところ、いずれも認知症高齢者と非認知症高齢者を有意に弁別し (AUC=0.895, $P < 0.001$; AUC=0.804, $P < 0.015$)、最適なカットオフ値は 30/31 点となり、そのときの感度と特異度は、それぞれ 94.1%と 77.3%、83.3%と 86.4% になった (表 8)。

D. 考察

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。

DASC-21 は、CDR 総合得点、CDR-BOX 得点、MMSE, FAB との間に中等度～強度の相関を認めた。このことは、DASC-21 が、認知機能障害や生活障害を評価する尺度として適切な併存的妥当性を有することを示している。特に、「家族からの情報がある DASC-21」ではより強い相関を認めた。このことは、家族同席の下で DASC-21 を実施することによって、より適切に認知機能障害と生活障害を評価することができるこ

とを示している。

一方、「家族からの情報がない DASC-21」は FAB との相関が弱かった。このことは、問題解決や判断力、手段的日常生活動作 (IADL) などのような前頭葉機能に関連する行動変化を日常生活の様子を知る家族からの情報なしで評価することの難しさを示唆している。

DASC-21 は、CDR で評価される認知症重症度が高まるとともに、得点が有意に増加することが確認された。また、中等度認知症(CDR2)と重度認知症(CDR3)の間での得点増加は急峻であり (表 7)、天井効果は認められなかった。

これらのことは、DASC-21 の合計点が認知症重症度を反映し、認知症が重度であってもその程度の評価が可能であることを示している。ただし、「家族からの情報がない DASC-21」については、CDR2 以上の高齢者のデータは得られなかった。中等度以上の認知症高齢者が家族の同席なしで本研究に参加することが困難であったためかと思われる。

ROC 分析の結果、家族からの情報の有無に関わらず、AUC は有意であり、DASC-21 が認知症(CDR1 以上)と非認知症(CDR0 または 0.5)を有意に弁別することが確認された。また、最適なカットオフ値は家族からの情報の有無に関わらず 30/31 であり、その際の感度は 83.3%~94.1%、特異度は 77.3%~86.4%であった。

このことは、研修を受けた看護師であれば、家族からの情報の有無に関わらず、DASC-21 を用いて、地域の中で認知症高齢者を適正な感度と特異度で検出できることを示している。しかし、陽性反応的中率が

38.5%~68.5%の範囲内にとどまることに注意する必要がある。このことは、DASC-21 の得点が 31 点以上であった場合でも、実際には認知症ではない場合が少なくないことを示している。DASC-21 の目的は「診断」ではなく、「診断へのアクセス」と「統合ケアの調整」を促進することにある。31 点以上である場合には、必要に応じて医療サービスと連携し、診断につなぐという対応が推奨される。

本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本研究では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で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。

一方、以下のような限界もある。第一に、本研究では、DASC-21 の評価者間信頼性と再検査信頼性は確認されていない。DASC-

21 を多職種間の情報共有ツールとして活用していくためには、多職種の評価者間信頼性と再検査信頼性を確認しておく必要がある。筆者らは、現在、地域ベースとクリニック・ベースで信頼性を確認するためのデータ収集を進めている。その結果は改めて報告する予定である。

第二に、本研究では研究 1 の訪問調査の際に MMSE を実施しているために、DASC-21 の心理測度学的特性に影響を与えていないかという問題がある。しかし、①MMSE は訪問調査の最後に実施していること、②DASC-21 は日常生活の様子を評価するものであり、MMSE とは評価の視点が異なることから、MMSE が DASC-21 の心理測度学的特性に及ぼす影響は小さいものとする。

第三に、DASC-21 の本来の目的は認知症の統合ケアの促進に寄与することにある。これを検証するためには、DASC-21 を活用した認知症初期支援事業の質と効果を評価しなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

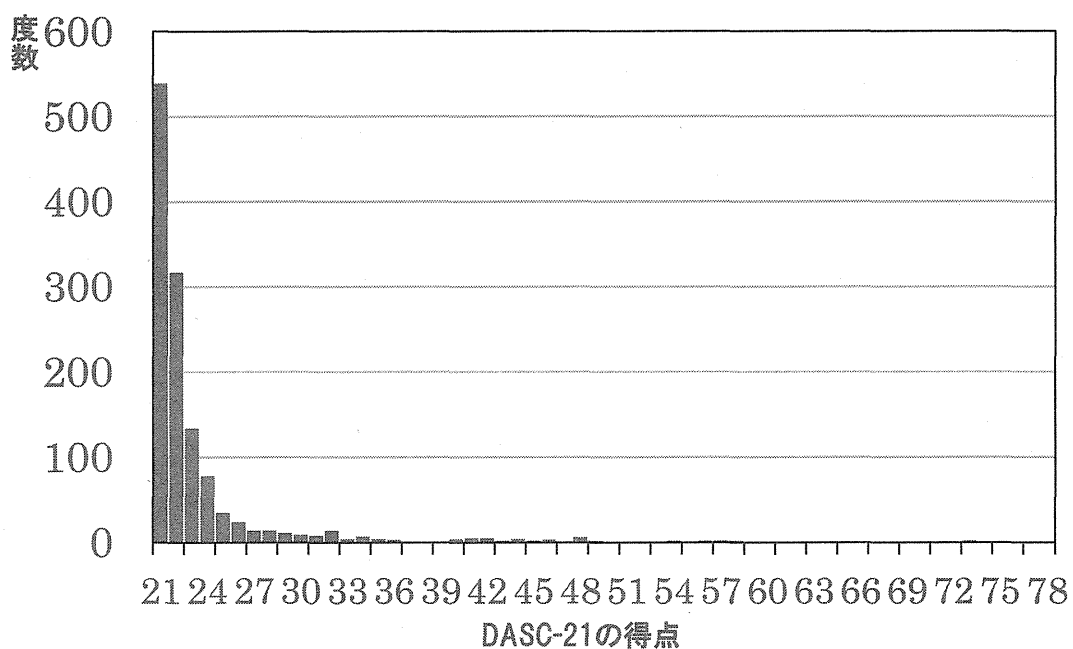


図 1. DASC-21 の得点分布

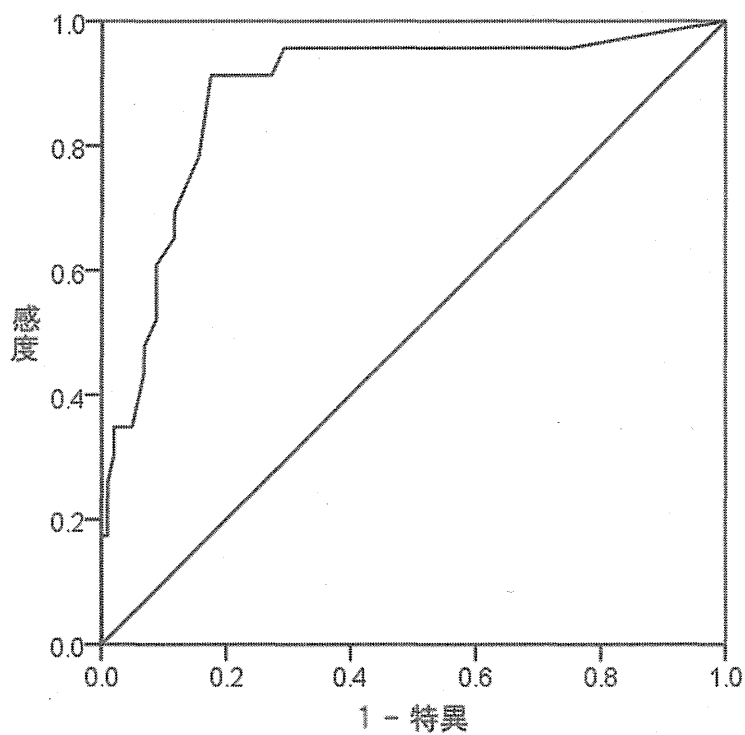


図 2. DASC-21 の ROC 曲線

表 1. DASC-21 の作成手順

-
- 1 認知症の臨床に精通した精神科医、保健師、臨床心理士で作業グループを結成し、認知症の認知機能障害や生活障害に起因する行動の変化を評価する既存の尺度、介護保険要介護認定調査項目、基本チェックリストを参考にして、専門職の日常臨床の経験を踏まえ、認知症の人に見られる認知機能障害・生活障害に関連する行動変化を評価するための 147 の候補項目を作成した。

 - 2 ②上記で収集した候補項目を精査し、内容の普遍性、一般性、重複性、わかりやすさを考慮した上で、記憶障害に関連する 3 項目（近時記憶障害 2 項目、遠隔記憶障害 1 項目）、失見当識または視空間認知に関連する 3 項目（時間失見当識 1 項目、場所失見当識 1 項目、道順障害 1 項目）、問題解決・判断力に関する 3 項目（問題解決 2 項目、判断力 1 項目）、家庭外の IADL に関連する 3 項目（買い物、交通機関の利用、金銭管理）、家庭内の IADL に関連する 3 項目（電話の使用、服薬管理、食事の準備）、身体的 ADL に関連する 3 項目（着替、入浴、排泄）（計 18 項目）を選定した。

 - 3 項目ごとに質問文を作成し、文の内容によって、「①問題なくできる」、「②だいたいできる」、「③あまりできない」、「④できない」、または「①まったくない」、「②ときどきある」、「③頻繁にある」、「④いつもそうだ」の 4 件法の選択肢を設け、各項目について 1 点～4 点（合計点 21 点～84 点、得点が高いほど重症度が高い）に得点できる質問票を作成した(DASC-18)。

 - 4 この質問票を用いて医療機関を受診する認知症高齢者と介護予防教室に参加する健常高齢者を対象にパイロット調査を実施したところ、認知症スクリーニングツールとしての適切な信頼性と妥当性は確認されたが、天井効果が見られるために、重症度を評価する尺度としては不十分であることが確認された。

 - 5 パイロット調査の結果を踏まえ、内容のわかりやすさを考慮して質問文の一部を修正し、さらに重症度評価が可能となるように身体的 ADL に関する 3 項目（整容、食事、移動）を追加して、計 21 項目からなるアセスメントシート(DASC-21)を作成した。また、多職種が DASC-21 を活用できるようにするための研修テキストと使用マニュアルを作成した。）

DASC-21: The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System – 21 items

表 2. 研究 1 の分析対象の特徴：性別の比較

| 性別 | 男性 N = 628 | 女性 N = 642 | P |
|-----------------|---------------|---------------|---------------------|
| 年齢 | 74.19±6.21 | 74.42±6.53 | 0.510 ^a |
| 教育年数 | 13.57±3.04 | 11.69±2.40 | <0.001 ^a |
| DASC-21 | 23.89±6.53 | 23.65±6.52 | 0.511 ^a |
| 家族からの情報（あり／なし） | 308／320 | 167／475 | |
| 家族からの情報ありの割合（%） | 49.0% | 26.0% | <0.001 ^b |

a: Student's t-test; b: χ^2 test

DASC-21: The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System – 21 items

表 3. 研究 1 の分析対象の特徴：家族からの情報の有無による比較

| 性別 | 男性 | | | 女性 | | |
|---------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------|
| | あり N = 308 | なし N = 320 | P | あり N = 167 | なし N = 475 | P |
| 家族からの情報 | | | | | | |
| 年齢 | 75.38±6.42 | 73.04±5.78 | <0.001 ^a | 76.74±7.79 | 73.61±5.83 | <0.001 ^a |
| 教育年数 | 13.49±2.99 | 13.66±3.09 | 0.486 ^a | 11.46±2.71 | 11.77±2.28 | 0.144 ^a |
| DASC-21 | 25.34±8.67 | 22.49±2.71 | <0.001 ^a | 26.98±11.15 | 22.48±2.95 | <0.001 ^a |

a: Student's t-test

DASC-21: The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System – 21 items