

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 25 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 26 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 統括研究官

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		
看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討		
- 患者調査データを用いた分析 -	12	
研究代表者 筒井孝子	（所属 国立保健医療科学院）	
分担研究者 西川正子	（所属 国立保健医療科学院）	
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）	
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		26
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）	
認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴		
介護保険施設入所高齢者へのタイムスタディ分析をもとに	43	
研究代表者 筒井孝子	（所属 国立保健医療科学院）	
分担研究者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）	
分担研究者 田中彰子	（所属 山梨県立大学看護学部）	
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）	
認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討		108
研究分担者 粟田主一	（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 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 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 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）	
研究協力者 岩佐 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）	

研究代表者：筒井孝子（国立保健医療科学院統括研究官）

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 25 年度は、認知症ケアおよび看護技術の一般化に取り組んできた研究者による委員会を組織し、認知症ケアと看護技術を明らかにするための調査設計を行い、これに基づいた予備的な調査研究を実施することとしていた。

今年度は、看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討、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、認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討の四つの調査研究を実施した。

研究方法：

入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類（入院基本料）、認知症の有無について、記述統計を行った。また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターンの分析を行った。さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。

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。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。

平成 23 年 2 月に研究代表者らが実施した提供しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設（グループホーム及びユニット型介護老人保健施設）の入居者/入所者を対象として実施されたタイムスタディ調査データの二次分析を行った。調査対象となった介護保険施設（ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム）に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動（CDR）、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。

「東京都町田市の特定期間に在住する高齢者 7,682 名を対象に日本語版 WHO-5 を含む自記式アンケート調査を実施し（第 1 次調査）、同地区の地域在住高齢者 7,682 名より層化無作為抽出された 2,858 名を対象に看護師を含む 2 名の調査員が訪問し、DASC-21 を含む面接聞き取り調査（第 2 次調査）を実施した。

結果及び考察：

本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多く入院していた。また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多く場面が必要な患者であることは、B 得点の高さから明らかであろう。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。

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、A 得点は 0 であり、いずれの処置も発生していない患者であった。だが、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。

研究結果から、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。

認知症の CDR の分析結果から疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。また、認知症疾患とケア時間については、合計ケア時間及び大分類別ケア時間の分析結果からは、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった（ただし、3 名）。また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差は、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意にケア時間が長いことが明らかになった。

本研究において、介護保険施設入所者を対象として実施された認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析することによって、認知症疾患と認知機能や BPSD あるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性についての基礎資料が示された。

1,341 名に対して訪問調査を実施し、このうち 1,329 名において DASC-21 のすべての項目について評価した（実施率 99.1%）。DASC-21 の Cronbach α は 0.937、主因子法 / プロマックス回転による探索的因子分析で 3 因子構造（第 1 因子：身体的 ADL 障害、第 2 因子：手段的 ADL 障害、第 3 因子：認知機能障害）が確認された。DASC-21 は年齢が高

いほど、教育年数が低いほど、得点が高かった。DASC-21 は WHO-5-J とも有意に相関し、DASC-21 が高いほど、WHO-5-J は低かった。この関係は、年齢、教育年数で制御した偏相関分析においても確認された。

結論：

今年度の予備調査の結果、看護必要度評価による処置と ADL の状況からみた認知症入院患者の状態像、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、認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連性についての基礎的な知見が収集された。

今後は引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方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。平成 25 年度は、認知症ケアおよび看護技術の一般化に取り組んできた研究者による委員会を組織し、認知症ケアと看護技術を明らかにするための調査設計を行い、これに基づいた予備的な調査研究を実施することとしていた。

今年度は、1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討、2) 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、3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討の四つの調査研究を実施した。

B . 研究方法

1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討

入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類 (入院基本料) 認知症の有無について、記述統計を行った。また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターンの分析を行った。さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類 (ICD-10 準拠) の疾病コードが記されていた患者とした。

2) 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

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。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。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

平成 23 年 2 月に研究代表者らが実施した提供しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設(グループホーム及びユニット型介護老人保健施設)の入居者/入所者を対象として実施されたタイムスタディ調査データの二次分析を行った。調査対象となった介護保険施設(ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム)に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動(CDR)、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

「東京都町田市の特定期間に在住する高齢者 7,682 名を対象に日本語版 WHO-5 を含む自記式アンケート調査を実施し(第 1 次調査)同地区の地域在住高齢者 7,682 名より層化無作為抽出された 2,858 名を対象に看護師を含む 2 名の調査員が訪問し、DASC-21 を含む面接聞き取り調査(第 2 次調査)を実施した。

C. 研究結果

1) 看護必要度評価による認知症入院患者

の状態像の検討

認知症の有無別看護必要度得点の状況としては、「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、全体では、A 得点認知症なし 0.76 点、認知症あり 0.59 点であり、有意差は見られなかった。B 得点では、認知症なし 4.44 点、認知症あり 8.55 点と認知症ありの方が有意に得点が高かった。

また、病床種類別にみると、A 得点は、いずれの病床でも認知症の有無においての有意差は見られず、B 得点は、急性期は、認知症なし 2.83 点、認知症あり 5.45 点と有意差が見られ、その他においても認知症なし 7.72 点、認知症あり 11.50 点と有意差が見られた。ただし、「療養」では、認知症なし 9.09 点、認知症あり 9.17 点と有意差が見られなかった。

さらに、2 つの病床種類として、「急性期」と「療養」に着目し、認知症あり群における看護必要度の得点のパターンを分析した。A(モニタリング及び処置等)得点は、「1 創傷処置」、「2 血圧測定」、「3 時間尿測定」、「4 呼吸ケア」、「5 点滴ライン同時 3 本以上」、「6 心電図モニター」、「7 シリンジポンプの使用」、「8 輸血や血液製剤の使用」、「9 専門的な治療・処置」の 9 項目となっていた。

A 得点のパターンとして、「急性期」および「療養」で最も多かったのは、いずれの項目も「なし」で「急性期」では、11 名中 6 名(54.5%)、「療養」では 42 名中 24 名(57.1%)が占めていた。

B(患者の状況等)は、「1 寝返り」、「2 起き上がり」、「3 座位保持」、「4 移乗」、「5 口腔清潔」、「6 食事摂取」、「7 衣服の着脱」の 7 項目となっている。A 得点の状況と異なり、B 得点が 0 点の患者は、「急性期」も「療養」も各 1 名のみであった。

「急性期」・「療養」各 4 名となっていた。10 点以上の患者は、「急性期」が 11 名中 2 名 (18.2%) に対し、「療養」は、42 名中 29 名 (57.1%) であった。

2) 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

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、1057 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。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

認知症の CDR の分析結果から疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。また、認知症疾患とケア時間については、合計ケア時間及び大

分類別ケア時間の分析結果からは、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった (ただし、3 名)。また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症 (前頭側頭型、レビー小体型) の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差は、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意にケア時間が長いことが明らかになった。

本研究において、介護保険施設入所者を対象として実施された認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析することによって、認知症疾患と認知機能や BPSD あるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性についての基礎資料が示された。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

1,341 名に対して訪問調査を実施し、このうち 1,329 名において DASC-21 のすべての項目について評価した (実施率 99.1%)。DASC-21 の Cronbach α は 0.937、主因子法 / プロマックス回転による探索的因子分析で 3 因子構造 (第 1 因子: 身体的 ADL 障害、第 2 因子: 手段的 ADL 障害、第 3 因子: 認知機能障害) が確認された。DASC-21 は年齢が高いほど、教育年数が低いほど、得点が高かった。DASC-21 は WHO-5-J とも有意に相関し、DASC-21 が高いほど、WHO-5-J は低かった。この関係は、年齢、教育年数で制御した偏相関分析においても確認された。

D . 考察

1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討

本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類 (ICD-10 準拠) の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。

本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多くれの処置も発生していない患者であった。だが、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

2) 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

研究結果から、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。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

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

入院していた。また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多く場面が必要な患者であることは、B 得点の高さから明らかであろう。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。

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、A 得点は 0 であり、い

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。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

本研究は、地域に在住する一般高齢者を対象に、DASC-21 を用いて認知機能と生活機能を調査した最初の研究である。欠損値なく完全に実施できた割合は 99.1% であり、このことは、訓練を受けた専門職であれば、誰でも簡便にこのツールを使用できることを示している。尺度の内的一貫性も十分であり、因子分析の結果からも設計どおりの因子構造が保持されていることがわかる。

本調査では、WHO-5-J との有意な相関が確認されたが、このことは、DASC-21 を用いて専門職によって評価された認知機能や

生活機能の低下が、本人の主観的な精神的健康度の低下と関連していることを示すものである。認知症の初期に見られる認知機能 QOL の低下と深く関連することは臨床的実感とも一致している。

認知症高齢者の精神的健康 (Wellbeing)

E . 結論

今年度の予備調査の結果、看護必要度評価による処置と ADL の状況からみた認知症入院患者の状態像、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、認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の

能や生活機能の低下が、高齢者の精神的健康や

および QOL は、認知症初期の予防的介入のアウトカム指標として重要であり、実用的な指標の開発は急務の課題である。

開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連性についての基礎的な知見が収集された。

次年度以降は、引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方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 . 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

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 25 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」

看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討
- 患者調査データを用いた分析 -

研究代表者 筒井孝子 （所属 国立保健医療科学院）
分担研究者 西川正子 （所属 国立保健医療科学院）
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 厚生労働省では「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現」を目指した地域包括ケアシステムを推進しており、こうした「条件さえ整備されれば入院治療を行わなくても良い人」をできる限り地域で暮らせることを目標としている。認知症の方にとっては、住み慣れた環境で過ごすことそのものが認知症の治療上もプラスであるとされており、さらには、在宅で過ごすことができる街づくりという地域包括ケアシステムの目標は限りある医療資源が有効に活用されることにもつながると考えられている。

本研究事業では、認知症患者へのケア及び看護技術を明らかにすることを目的としているが、現行の入院医療体制において、どのような状態像の認知症患者が入院しているかを詳細に把握することは重要でありながら、これまでほとんど明らかにされていない。

そこで、わが国の入院医療機関の入院患者について調査した「平成 24 年度患者調査」のデータを用いて、看護必要度評価による認知症入院患者の状態像を把握するとともに、とりわけ急性期型と療養型の入院医療機関でどのように認知症入院患者の状態像が異なるかを把握することを目的とした。

研究方法 入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類（入院基本料）、認知症の有無について、記述統計を行った。

また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターンの分析を行った。

なお、これら入院基本料については、「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」を「急性期」とし、「亜急性期入院医療管理料」を「亜急性期」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「回復期」、「療養病棟入院基本料」を「療養」、それ以外の「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「不明」を「その他」と分類している。

さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コー

ドが記されていた患者とした。

研究結果 療養、急性期病床別に分析した結果、認知症ありの患者の割合は、「療養」が 42 名（11.6%）と最も多く、「その他」病床 4 名（2.9%）、「急性期」病床が 11 名（0.9%）、「回復期」病床 1 名（1.6%）であった。

「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、全体では、A 得点は、認知症なし群では、0.76 点、認知症あり群では 0.59 点であり、有意差は見られなかった。B 得点では、認知症なし群 4.44 点、認知症あり群 8.55 点と認知症あり群の方が有意に得点が高かった。

病床別には、A 得点においては、有意差はなかったが、B 得点は、急性期は、認知症なし 2.83 点、認知症あり 5.45 点と示され有意差があった。その他病床も認知症なし 7.72 点、認知症あり 11.50 点と有意差があった。しかし、「療養」では、認知症なし 9.09 点、認知症あり 9.17 点と有意差はなかった。

考察および結論 本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多く入院していた。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ることは、B 得点の高さから明らかになった。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。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、A 得点は 0 であり、いずれの処置も発生していない患者であった。だが、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とこれに必要な看護技術を明らかにし、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。

A . 研究目的

厚生労働省が発表した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」では、平成25～29年度の計画として、「1.標準的な認知症ケアパスの作成・普及」「2.早期診断・早期対応」「3..地域での生活を支える医療サービスの構築」「4.地域での生活を支える介護サービスの構築」「5.地域での日常生活・家族の支援の強化」「6.若年性認知症施策の強化」「7.医療・介護サービスを担う人材の育成」という7つの取組の柱を立て、それぞれに具体的な数値目標等を掲げて、推進することとしている。このうち「3.地域での生活を支える医療サービスの構築」では、「精神科病院に入院が必要な状態像の明確化」として、平成24年度以降、調査研究を実施することとされた。

認知症患者は増加してきただけでなく、将来的には更なる増加が見込まれており、それに伴い精神科病院に入院している認知症の人も増加し続けている。しかし、入院する認知症患者の中には、居宅や通所・施設での介護サービス等の支援環境があれば、必ずしも入院治療を行わなくても地域社会で生活できる人が少なからず含まれているのではないかと考えられている。

厚生労働省では「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現」を目指しており、こうした「条件さえ整備されれば入院治療を行わなくても良い人」は、できる限り地域で暮らせることが望ましい。このような人々の退院やこのような人々が入院することなく地域で生活することが実現されれば、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、住み慣れた環境で過ごすことそのものが認知症の治療上もプラスであるとされており、さらには限りある医療資源が有

効に活用されることにもつながるものと考えられる。

本研究事業においては、認知症患者へのケア及び看護技術を明らかにすることを目的としているが、現行の入院医療体制において、どのような状態像の認知症患者が入院しているかを詳細に把握することは重要である。

そこで、わが国の入院医療機関の入院患者について調査した「平成24年度患者調査」のデータを用いて、看護必要度評価による認知症入院患者の状態像を把握するとともに、とりわけ急性期型と療養型の入院医療機関でどのように認知症入院患者の状態像が異なるかを把握することを目的とした。

B . 研究方法

1) 分析データの作成

厚生労働省保険局医療課が実施した保険医療機関で測定している患者情報を調査した「平成24年度患者調査」のデータから、以下の手順で分析データを作成した。

1. 患者が入院する病床属性および患者情報を結合した延べ分析データを作成(57万件)。

2. 一患者かつ入院初日の患者の状態像を分析するため、入院初日のアセスメントデータのみを抽出(25,629件)。

3. 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)の疾病コードのうち、「血管性及び詳細不明の認知症」または「その他の精神及び行動の障害」が該当していた患者を抽出した(1,926件)。

4. 認知症に係わる患者を抽出するため、40歳未満の患者データを除外した(1,771件)。

2) 分析方法

分析対象とした患者調査を元にした入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類(入院基本料)、認知症の有無について、記述統計を行った。

また、入院基本料を「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」を「急性期」とし、「亜急性期入院医療管理料」を「亜急性期」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「回復期」、「療養病棟入院基本料」を「療養」、それ以外の「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「不明」を「その他」と分類し、病床種類別の認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。

また、認知症の有無別の病床種類別の看護必要度得点の比較を行った。この比較に際しては、T検定を実施した。

その後、病床種類から、最も多かった急性期と療養に着目し、認知症あり群における看護必要度得点パターンの分析を行い、それぞれの病棟種類において入院初日の認知症患者の状態像の特徴を把握した。

倫理的配慮としては、本研究の実施にあたり、国立保健医療科学院の倫理審査委員会の認証を受けた(NIPH-TRN#12006)。

C. 研究結果

1) 分析対象患者の属性

分析対象となった1,771名の患者の属性は以下の通りである。平均年齢については、73.7歳(標準偏差13.2)であった。性別については、「男性」839名(47.4%)、「女性」932名(52.6%)であった。年齢区分については、「80歳以上-90歳未満」が493名

(27.8%)と最も多く、次に多かったのは「70歳以上-80歳未満491名」(27.7%)であった。この「70歳以上-90歳未満」で約半数を占めていた。「60歳以上-70歳未満」342名(19.3%)、「90歳以上」179名(10.1%)、「50歳以上-60歳未満」164名(9.3%)、「40歳以上-50歳未満」102名(5.8%)と続いていた。

入院基本料としては、「入院基本料7対1」686名(38.7%)が最も多く、その後「療養病棟入院基本料」363名(20.5%)、「入院基本料10対1」350名(19.8%)と続いた。

これら3つの入院基本料を取得する病棟に入院していた患者は分析対象となった患者の78.9%を占めていた。

これ以外の入院基本料としては、「経過措置7対1」108名(6.1%)、「障害者施設等入院基本料」89名(5.0%)、「回復期リハビリテーション病棟入院料」62名(3.5%)、「入院基本料13対1」24名(1.4%)、「入院基本料15対1」23名(1.3%)、「亜急性期入院医療管理料」16名(0.9%)、「有床診療所入院基本料」19名(1.1%)、「特殊疾患病棟入院料」12名(0.7%)であった。

認知症の有無については、「認知症なし」1713名(96.7%)、「認知症あり」58名(3.3%)であった。

さらに、今回定義を行った病床種類割合をみると、「急性期」が1191名(67.3%)と最も多く、続いて「療養」363名(20.5%)、「亜急性期」16名(0.9%)、「その他」139名(7.8%)、「回復期」62名(3.5%)となっていた。

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。

表1 分析対象患者の属性

	平均	標準偏差
年齢	73.7	13.2
	N	%
性別		
男性	839	47.4
女性	932	52.6
合計	1771	100.0
年齢区分		
40歳以上-50歳未満	102	5.8
50歳以上-60歳未満	164	9.3
60歳以上-70歳未満	342	19.3
70歳以上-80歳未満	491	27.7
80歳以上-90歳未満	493	27.8
90歳以上-	179	10.1
合計	1771	100.0
入院基本料		
入院基本料7対1	686	38.7
経過措置7対1	108	6.1
入院基本料10対1	350	19.8
入院基本料13対1	24	1.4
入院基本料15対1	23	1.3
亜急性期入院医療管理料	16	.9
回復期リハビリテーション病棟入院料	62	3.5
障害者施設等入院基本料	89	5.0
特殊疾患病棟入院料	12	.7
療養病棟入院基本料	363	20.5
有床診療所入院基本料	19	1.1
不明	19	1.1
合計	1771	100.0
認知症の有無		
認知症なし	1713	96.7
認知症あり	58	3.3
合計	1771	100.0

表2 病床種類別 認知症の有無

病床種別	N	全体	認知症の有無				
			構成割合	認知症あり		認知症なし	
		%		N	%	N	%
急性期	1191	100.0	67.3	11	0.9	1180	99.1
亜急性期	16	100.0	0.9	0	0.0	16	100.0
回復期	62	100.0	3.5	1	1.6	61	98.4
療養	363	100.0	20.5	42	11.6	321	88.4
その他	139	100.0	7.8	4	2.9	135	97.1
合計	1771	100.0	100.0	58	3.3	1713	96.7

2) 看護必要度得点の状況

「一般病棟用重症度・看護必要度」得点については、A得点平均0.75点(標準偏差1.26)、B得点平均4.58点(標準偏差4.678)であった。

また、病床種類別にみると、A得点は、療養が最も高く0.80点、急性期は0.78点、

その他、0.72点、亜急性期は0.25点、回復期は0.19点であった。

B得点をみると、療養が最も高く9.10点、その他が7.83点、回復期が4.29点、亜急性期は2.94点、急性期は2.86点であった。

表3 病床種類別「一般病棟用重症度・看護必要度」得点

	A得点					B得点				
	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
全体	1771	0.75	1.260	0	9	1771	4.58	4.678	0	12
病床種別										
急性期	1191	0.78	1.394	0	9	1191	2.86	3.839	0	12
亜急性期	16	0.25	.577	0	2	16	2.94	3.732	0	11
回復期	62	0.19	.474	0	2	62	4.29	3.619	0	12
療養	363	0.80	.957	0	7	363	9.10	3.726	0	12
その他	139	0.72	.940	0	5	139	7.83	4.413	0	12

3) 認知症の有無別看護必要度得点の状況

「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、全体では、A得点認知症なし0.76点、認知症あり0.59点であり、有意差は見られなかった。

B得点では、認知症なし4.44点、認知症あり8.55点と認知症ありの方が有意に得点が高かった。

また、病床種類別にみると、A得点は、

いずれの病床でも認知症の有無においての有意差は見られず、B得点は、急性期は、認知症なし2.83点、認知症あり5.45点と有意差が見られ、その他においても認知症なし7.72点、認知症あり11.50点と有意差が見られた。

ただし、「療養」では、認知症なし9.09点、認知症あり9.17点と有意差が見られなかった。

表4 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」得点

			N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	P値	
A得点	全体	認知症なし	1713	0.76	1.271	0.031	0.31	
		認知症あり	58	0.59	0.859	0.113		
	急性期	認知症なし	1180	0.78	1.397	0.041	0.91	
		認知症あり	11	0.73	1.009	0.304		
	亜急性期	認知症なし	16	0.25	0.577	0.144	-	
		認知症あり	0	-	-	-		
	回復期	認知症なし	61	0.20	0.477	0.061	0.68	
		認知症あり	1	0.00				
	療養	認知症なし	321	0.83	0.968	0.054	0.14	
		認知症あり	42	0.60	0.857	0.132		
	その他	認知症なし	135	0.73	0.948	0.082	0.31	
		認知症あり	4	0.25	0.500	0.250		
	B得点	全体	認知症なし	1713	4.44	4.645	0.112	0.00 **
			認知症あり	58	8.55	3.849	0.505	
急性期		認知症なし	1180	2.83	3.830	0.111	0.02 *	
		認知症あり	11	5.45	4.156	1.253		
亜急性期		認知症なし	16	2.94	3.732	0.933	-	
		認知症あり	0	-	-	-		
回復期		認知症なし	61	4.28	3.648	0.467	0.85	
		認知症あり	1	5.00	-	-		
療養		認知症なし	321	9.09	3.760	0.210	0.14	
		認知症あり	42	9.17	3.499	0.540		
その他		認知症なし	135	7.72	4.431	0.381	0.00 **	
		認知症あり	4	11.50	0.577	0.289		

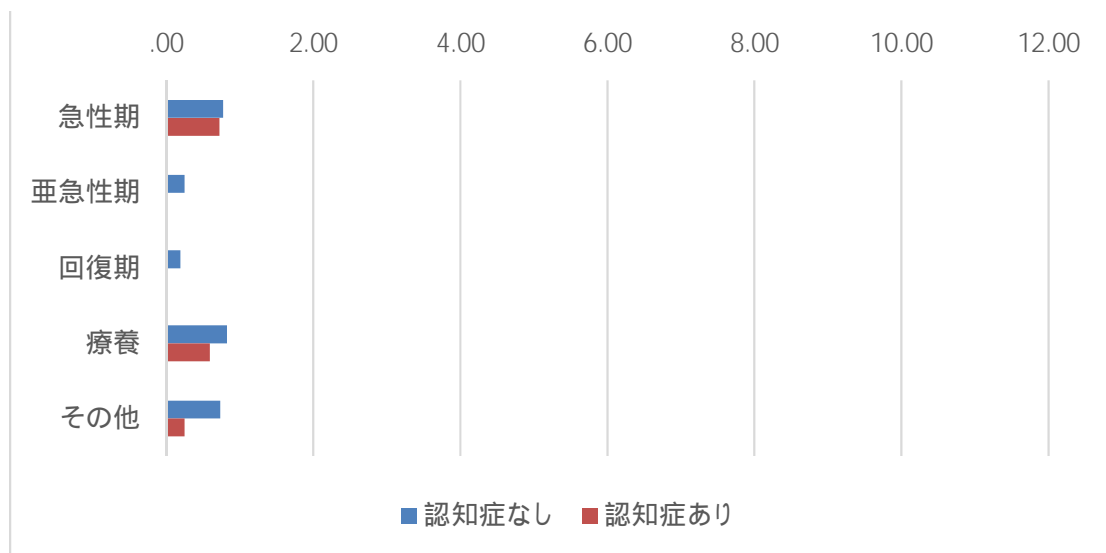


図1 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」A 得点

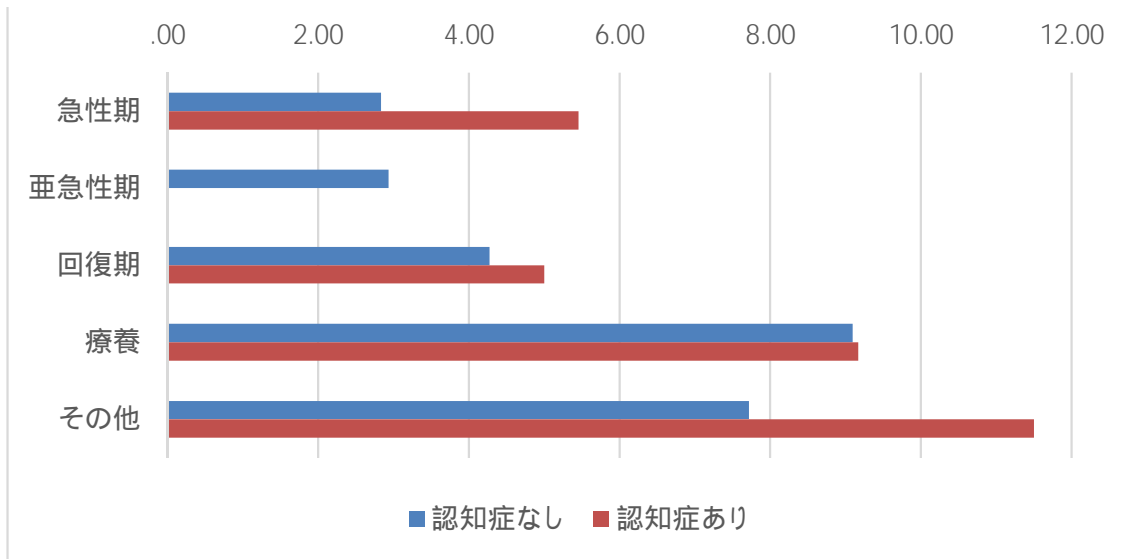


図2 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」B得点

4) 認知症あり群・「急性期」と「療養」における看護必要度A・B得点のパターン

2つの病床種類として、「急性期」と「療養」に着目し、認知症あり群における看護必要度の得点のパターンを分析した。

A(モニタリング及び処置等)得点は、「1 創傷処置」、「2 血圧測定」、「3 時間尿測定」、「4 呼吸ケア」、「5 点滴ライン同時3本以上」、「6 心電図モニター」、「7 シリンジポンプの使用」、「8 輸血や血液製剤の使用」、「9 専門的な治療・処置」の9項目となっていた。

A得点のパターンとして、「急性期」および「療養」で最も多かったのは、いずれの項目も「なし」で「急性期」では、11名中6名(54.5%)、「療養」では42名中24名(57.1%)が占めていた。

「急性期」では、「その他」の5名につい

ては、「1 創傷処置」のみ、「5 点滴ライン同時3本以上」のみ、「6 心電図モニター」のみ、「2 血圧測定」と「6 心電図モニター」、「2 血圧測定」と「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」という組み合わせがそれぞれ1名(9.1%)であった。

一方、「療養」では、いずれも「なし」に続いて多かったのは、「4 呼吸ケア」のみで、7名(16.7%)、「1 創傷処置」のみが6名(14.3%)、「4 呼吸ケア」と「1 創傷処置」が2名(4.8%)となっていた。

この他は、「5 点滴ライン同時3本以上」と「6 心電図モニター」、「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」、「2 血圧測定」と「3 時間尿測定」と「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」といずれも心電図モニターが必要な患者であり、それぞれ1名(2.4%)となっていた。

表5 認知症あり群・急性期と療養における看護必要度A得点のパターン

	急性期		療養		得点
	N	%	N	%	
0-0-0-0-0-0-0-0-0-0	6	54.5	24	57.1	0
0-0-0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1			1
0-0-0-0-1-0-0-0-0-0	1	9.1			1
0-0-0-0-1-1-0-0-0-0			1	2.4	2
0-0-0-1-0-0-0-0-0-0			7	16.7	1
0-0-0-1-0-1-0-0-0-0			1	2.4	2
0-1-0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1			2
0-1-0-1-0-1-0-0-0-0	1	9.1			3
0-1-1-1-0-1-0-0-0-0			1	2.4	4
1-0-0-0-0-0-0-0-0-0	1	9.1	6	14.3	1
1-0-0-1-0-0-0-0-0-0			2	4.8	2
合計	11	100.0	42	100.0	
					1点以下

B (患者の状況等)は、「1 寝返り」、「2 起き上がり」、「3 座位保持」、「4 移乗」、「5 口腔清潔」、「6 食事摂取」、「7 衣服の着脱」の7項目となっている。A得点の状況と異なり、B得点が0点の患者は、「急性期」も「療養」も各1名のみであった。「急性期」・「療養」各4名となっていた。

10点以上の患者は、「急性期」が11名中2名(18.2%)に対し、「療養」は、42名中

29名(57.1%)であった。中でも、すべての項目に介助が必要なものは、「療養」では13名(31.0%)を占め、認知症あり群の患者の中で最も多かった。

次に「療養」で多かったのは、「3 座位保持」のみ「支えがあればできる」でその他は介助が必要な患者が7名(16.7%)であった。その次に多かったのは、「6 食事摂取」のみ自立で3名(7.1%)であった。

表6 認知症あり群・急性期と療養における看護必要度B得点のパターン

	急性期		療養		得点
	N	%	N	%	
0-0-0-0-0-0-0-0	1	9.1	1	2.4	0
0-0-0-0-0-0-0-1	1	9.1	1	2.4	1
0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1	1	2.4	1
0-0-0-1-0-0-0-1			1	2.4	2
0-0-0-1-1-0-0-0	1	9.1			2
0-0-0-1-1-1-1-1			1	2.4	4
0-0-1-1-1-1-1-1					5
0-0-1-2-0-0-0-1	1	9.1	1	2.4	5
0-0-1-2-1-2-2-2			1	2.4	7
1-0-0-1-1-0-0-1			1	2.4	4
1-0-1-2-1-2-2-2			1	2.4	9
1-0-2-2-1-2-2-2			1	2.4	10
1-1-0-0-1-0-0-2	1	9.1			5
1-1-1-1-0-0-0-2			1	2.4	6
1-1-1-2-0-1-1-1			1	2.4	7
1-1-1-2-1-0-0-2	1	9.1			8
1-1-1-2-1-1-1-1			1	2.4	8
2-1-0-2-1-1-1-1			1	2.4	8
2-1-0-2-1-2-2-2			1	2.4	10
2-1-1-1-1-2-1-1	1	9.1			9
2-1-1-1-1-2-2-2			1	2.4	10
2-1-1-2-0-2-2-2			1	2.4	10
2-1-1-2-1-1-1-2			1	2.4	10
2-1-1-2-1-2-1-1			1	2.4	10
2-1-1-2-1-2-2-2			7	16.7	11
2-1-2-0-1-0-0-2	1	9.1			8
2-1-2-2-1-0-0-2	1	9.1	3	7.1	10
2-1-2-2-1-2-2-2	1	9.1	13	31.0	12
合計	11	100.0	42	100.0	
		2点以下		10点以上	

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。

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²⁾。

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。

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.

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を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見ていくと、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

(26.2%) あり、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 得点の状況を見ると、「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患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³⁾。

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。

³⁾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．

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

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，大冢賀政昭．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，大冢賀政昭，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。

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 25 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」

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 の場合は対応のない t 検定を実施し、2 つ以上の場合是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は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
前頭側頭葉型認知症	10	0.7
混合型	8	0.5

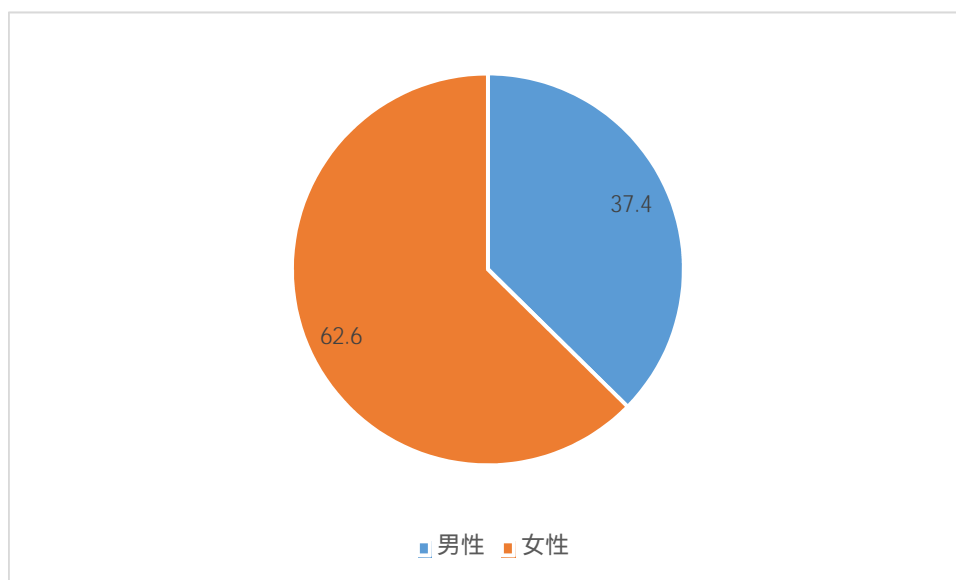


図1 性別

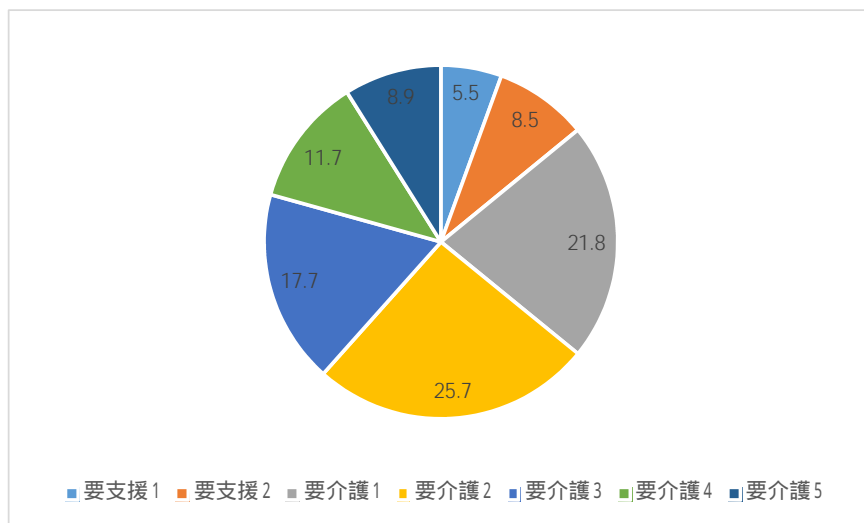


図2 要介護度

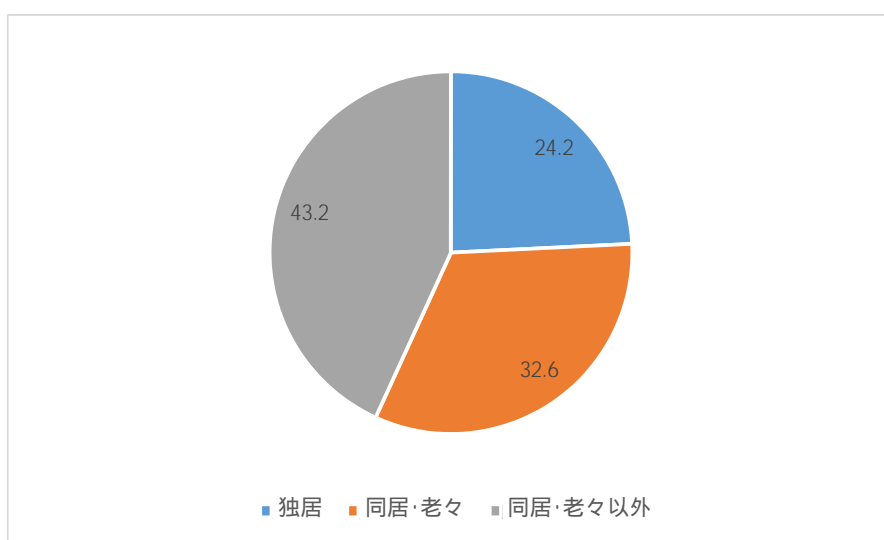


図3 居住形態

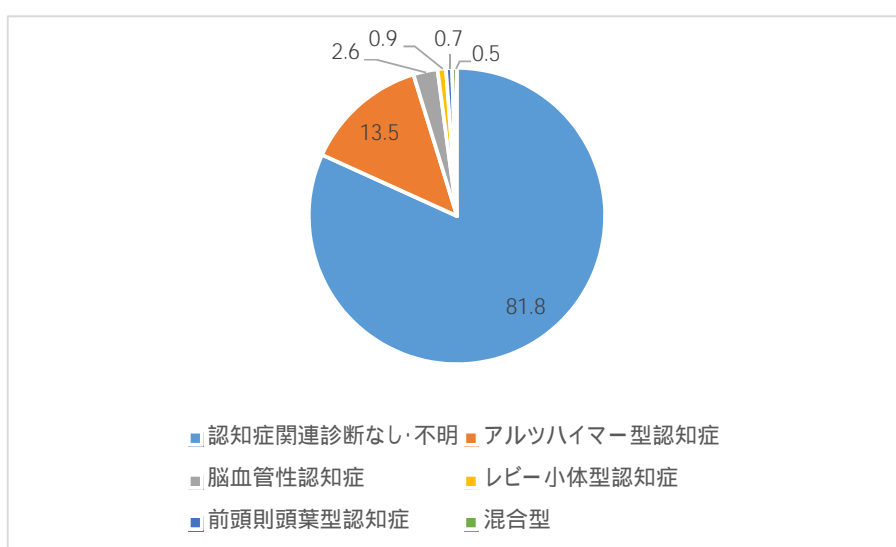


図4 認知症診断の状況

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

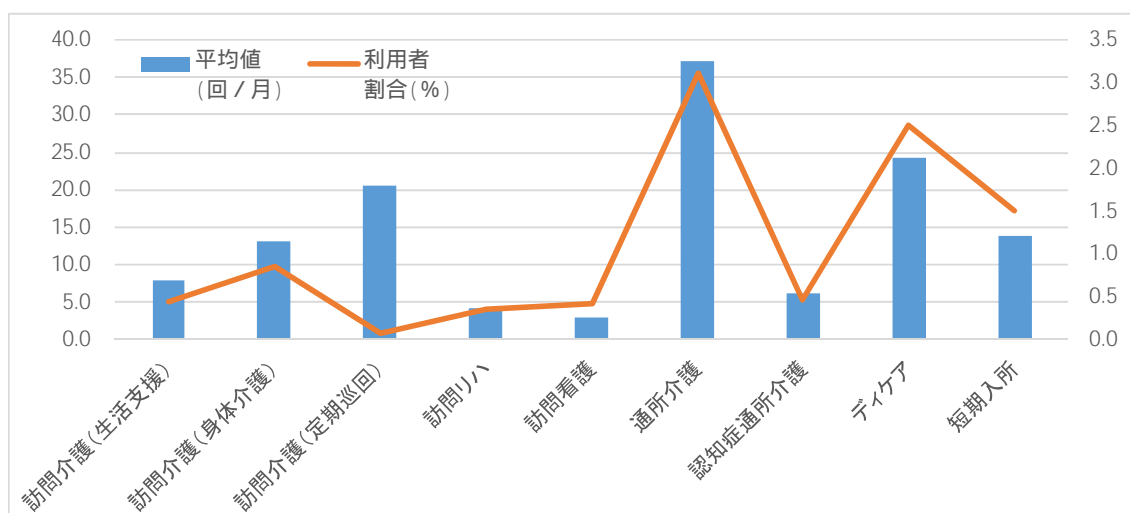


図 5 介護サービスの利用状況

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な有意差が示された。

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			

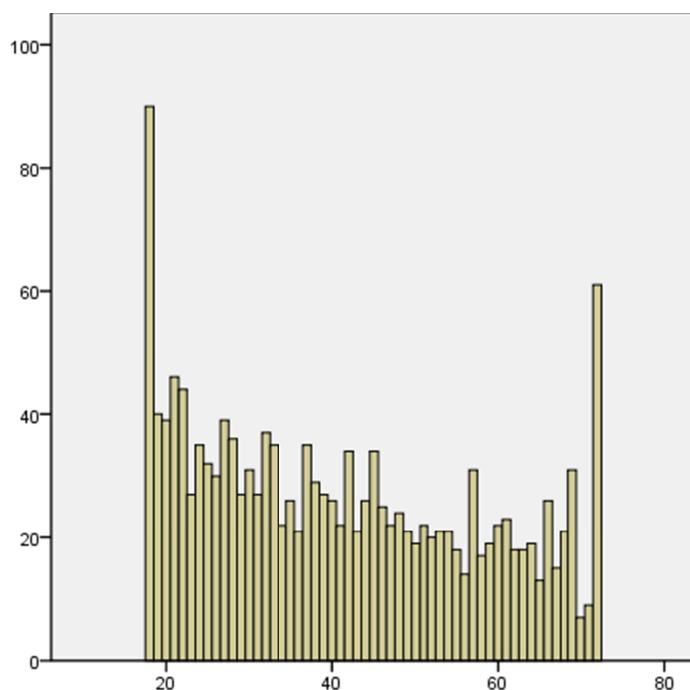


図 6 DASC SCORE の状況

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

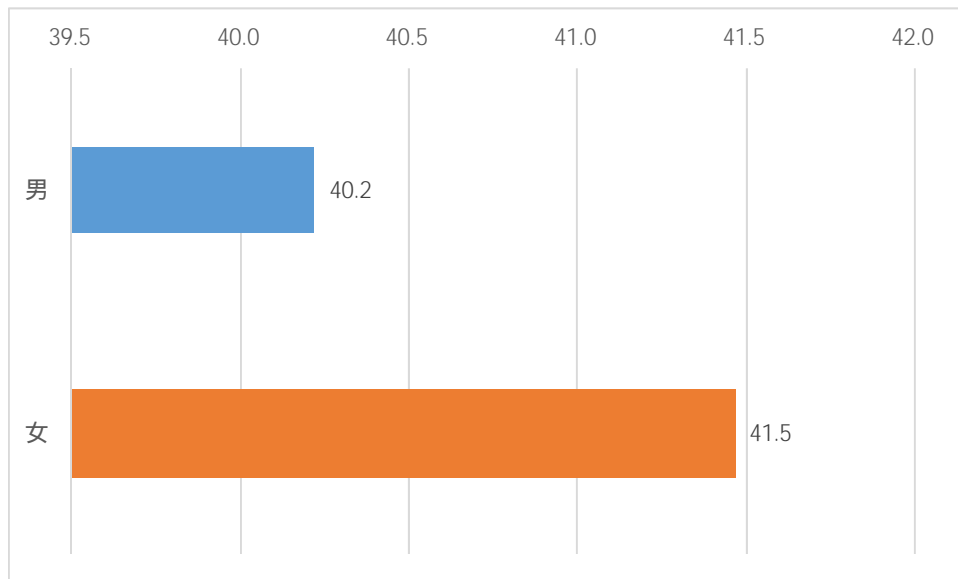


図7 性別のDASC SCOREの状況

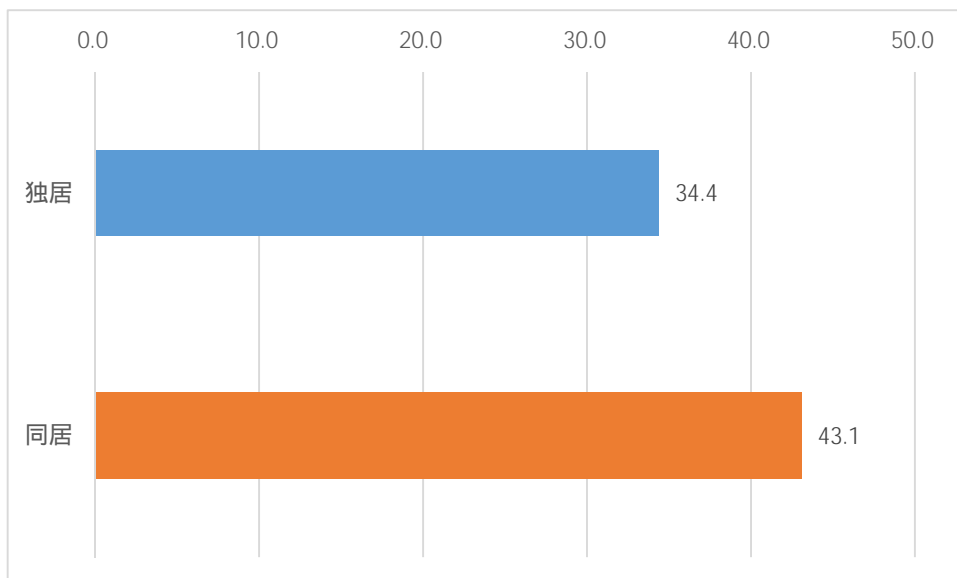


図8 居住形態別のDASC SCOREの状況

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

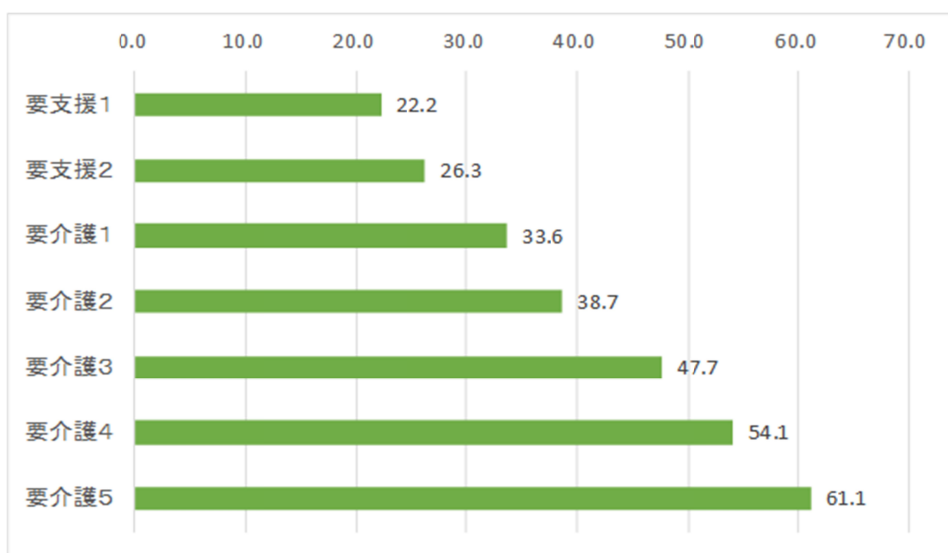


図9 要介護別の DASC SCORE の状況

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

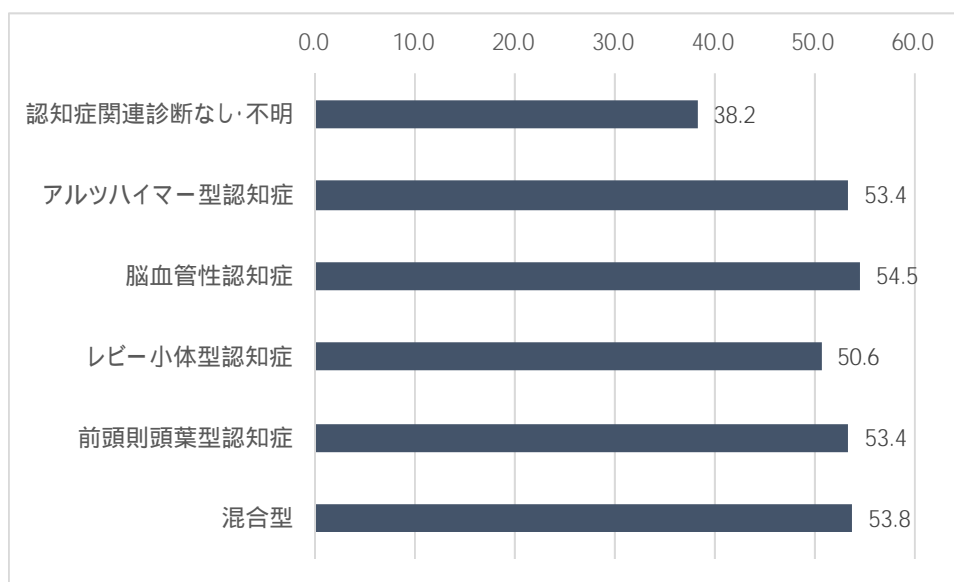


図9 認知症の疾患別の DASC SCORE の状況

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、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) にはディ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 **
ディケア	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 **

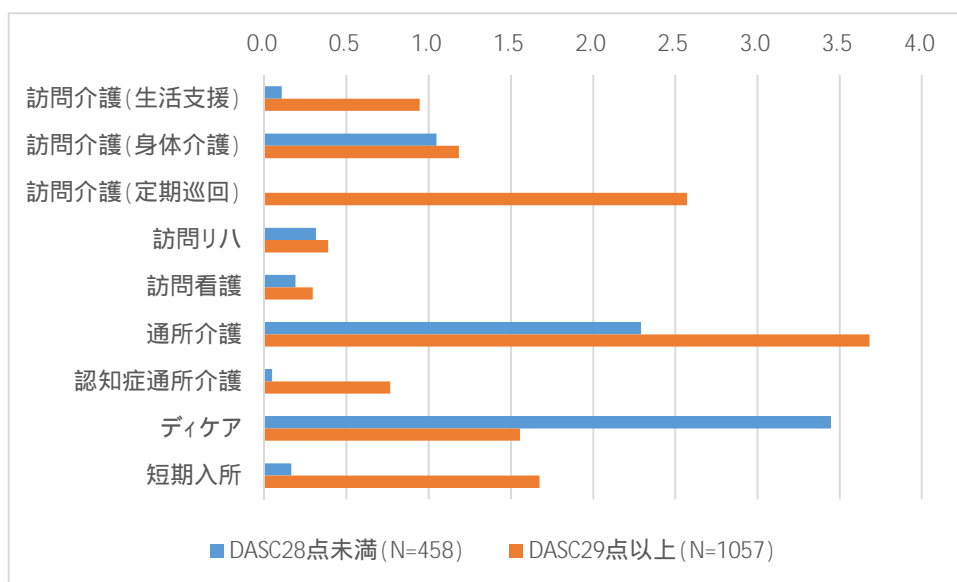


図 10 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況

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 **

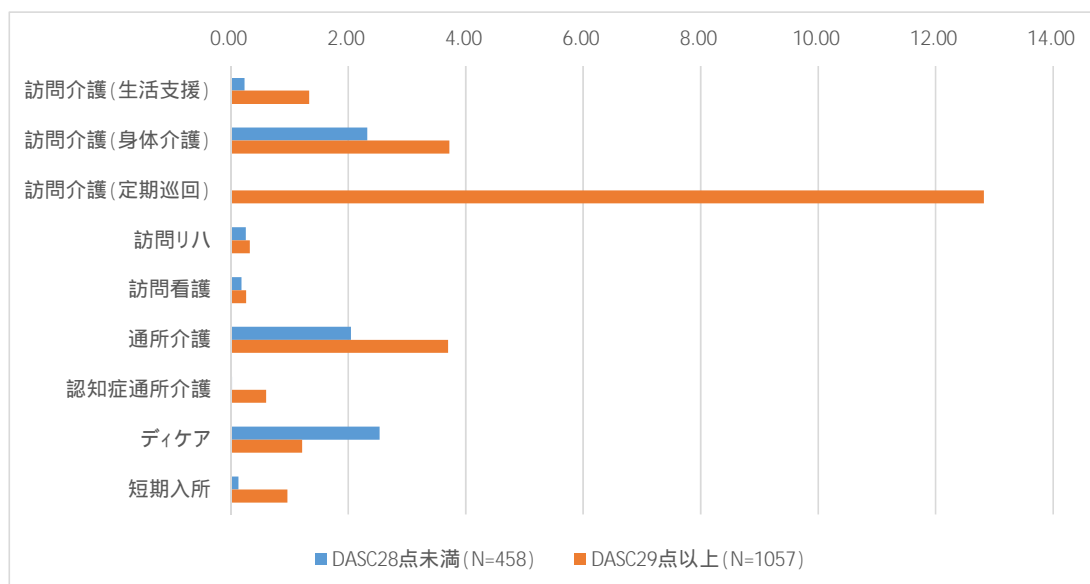


図 11 認知症の有無 (DASC29 点未満 29 点以上) と介護サービスの利用状況 (独居)

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, 判別的中率=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

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した。

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、今後はより詳細なケアの内容やケアの内容と認知症の進行度といった経年的分析によって、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。

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

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 25 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」

認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴
介護保険施設入所高齢者へのタイムスタディ分析をもとに

研究代表者 筒井孝子 （所属 国立保健医療科学院）
分担研究者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）
分担研究者 田中彰子 （所属 山梨県立大学看護学部）
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 これまでの認知症高齢者へのケアについては、認知症特有の精神症状や行動障害であり BPSD（Behavioraland Psychological Symptoms of Dementia）に注目した研究が実施されてきた。

しかしながら、ケアの流れを変えると題された厚生労働省で組織された認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について」という報告書においては、『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、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た介護サービスの整備が掲げられている。

つまり、今後は、これまでのような認知症の BPSD への対処的な対応ではなく、認知症の進行状況や疾患別に、その過程において必要なケアを明らかにし、これに基づいた介護サービス提供体制を整備していく必要があるということと考えられる。

しかしながら、これまでエビデンスに基づいた認知症の進行状況や疾患別に必要なケアについての先行知見は、わが国にはほとんど示されていない。

本研究事業は、エビデンスに基づいた認知症高齢者へのケアや看護技術を明らかにし、これを体系化することを目的としており、入院医療機関におけるケアの実態調査を計画している。

そこで、今年度は、介護保険施設で過去に実施された他計式タイムスタディ調査データの二次分析を実施し、疾患や認知症の程度がわかるアセスメントデータと結合したデータセットを作成の上、提供されていたケア提供の実態を分析し、認知症の進行状況や疾患別に必要なケア、および看護、介護技術の基礎資料を提示することを目的とした。

研究方法 本研究では、平成 23 年 2 月に研究代表者らが実施した提供しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設(グループホー

ム及びユニット型介護老人保健施設)の入居者/入所者を対象として実施されたタイムスタディ調査データの二次分析を行った。

タイムスタディ調査対象となった施設数・高齢者数は、グループホームが 3 施設、介護老人保健施設が 2 施設、合計 5 施設に入所する 45 名であった。

調査対象となった介護保険施設(ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム)に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動(CDR)、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。

なお基本属性、認知機能・問題行動(CDR)の比較には、Kruskal Wallis 検定および Mann-Whitney's U 検定を実施し、要介護認定基準時間およびケア時間の差の比較には、T 検定および一元配置分散分析を行った。

研究結果および考察 認知症疾患と認知機能・BPSD、CDR による重症度については、認知症の疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等との関係を分析した結果、疾患別に有意差が示されたのは、「c . 意欲がなく、新しいことへの興味がない」、「e . 発想が乏しい」、「i . ちょっとしたことでもイライラする」、「m . やさしい計算でも間違える」の 4 項目であった。

さらに、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した結果からは、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」で有意差が示されたのは、上述の 4 項目に加え、「k . 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする」、「r . よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る」、「s . 忍耐力がなく、集中力が低下している」の 3 項目であり、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」で有意差が示されたのは、「i . ちょっとしたことでもイライラする」のみであった。このことから、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうがあてはまる傾向が高く示されていることがわかった。

一方、認知症の CDR の分析結果から疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。さらに、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」で有意差が示されたのは、「見当識」以外の「記憶」、「判断力と問題解決」、「地域社会活動」、「家庭生活および趣味関心」、「介護状況」すべてに有意差が示され、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうが重度の傾向が示されていた。

認知症疾患とケア時間については、合計ケア時間及び大分類別ケア時間の分析結果からは、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった(ただし、3 名)。

また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツ

ハイマー型認知症」、その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差は、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意にケア時間が長いことが明らかになった。

結論 本研究において、介護保険施設入所者を対象として実施された認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析することによって、認知症疾患と認知機能や BPSD あるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性についての基礎資料が示された。

今後は引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方について検討を進めていく必要がある。

A. 研究目的

これまでの認知症高齢者へのケアについては、認知症特有の精神症状や行動障害であり BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) に注目した研究が実施されてきた。このため、BPSD については、主に問題行動自体の重症度や頻度を測定するスケールが開発されてきた^{1,2}。

また、この BPSD ごとの介護負担がどのように発生するかについては、以下の杉浦(2007)の先行研究の知見が参考になる。

在宅認知症高齢者の問題行動に由来する特有の介護者負担に着目し、従来の介護負担感尺度とは異なる視点から新たに介護負担感 (Caregiver's Burden caused by Behavioral and psychological symptoms of Dementia : CBBBD、以下 CBBBD と略す) を評価する項目を作成し、高齢者の介護者全般を対象にした大規模サンプルを用いて測定した上で、CBBBD の特性を統計学的に明らかにしている³。

認知症の症状と介護負担感つまり CBBBD の関係をみると、CBBBD は全項目にて、認知症高齢者の興奮・妄想的行動と強い関連がみられた。

その他の症状については夜何回も起きる、常時監視の必要性、不潔に嫌悪感はや介護者の記憶障害と、近所に迷惑、非難拒否が辛い、予想不可で怖い・不安という負担

は、認知症高齢者の見当識障害と強い関連がみられた。

さらに、家事が増えた、不潔に嫌悪感があるという負担は、認知症高齢者の異食行動と強い関連が確認されている。

また、タイムスタディ調査という手法を用いて、ケア提供内容や量に係わる客観的なデータを収集し、BPSD の有無別にケア内容がどのように異なるかについて明らかにした先行研究もこれまでに散見される。

2002年に東野が在宅の認知症要介護高齢者に家族介護者が提供したケア内容を把握した研究⁴や2010年に認知症グループホーム入所者に対して BPSD の有無別に介護職員によるケアがどのように異なるかを把握した研究⁵や2014年の大野賀による研究⁶では、在宅要介護高齢者の家族や居宅介護サービス事業者の職員が24時間にどのようなケアをどの程度提供したかを検討しているが、BPSD の有無別にこの特徴を比較した場合、「BPSD への対応」が「深夜」に発生しており、ここで行われていた具体的なケアは、「目が離せない」や「昼夜逆転」といった BPSD が関連していることが明らかにされている。

先行研究で BPSD の既往のある症例は、

⁴東野定律，筒井孝子，大野賀政昭．認知症対応型グループホーム入所高齢者の BPSD 等の状態と提供されるケア内容の関連に関する研究．介護経営 2010;5(1):15-25.を対象に実施した調査

⁵東野定律，筒井孝子．介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態．東京保健科学学会誌 2003;5(4):244-257．

⁶大野賀政昭．在宅生活の継続を支える24時間ケア提供システムに関する研究．立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士論文,2014年3月

¹ 博野信次．Neuropsychiatric Inventory (NPI)．日本臨牀 2003; 61: 154-158.

² 朝田隆，本間昭，木村通宏ほか：日本語版 BEHAVEAD の信頼性について．老年精神医学雑誌 1999; 10:825-834.

³ 杉浦圭子，伊藤美樹子，三上洋．家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性．日本老年医学会雑誌.2007;44(6):717-725.

施設入所を断られる事例が多いこと⁷⁾や入所の登録さえもできない状況が報告されている⁸⁾。

これは、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背景があるがゆえといえ、だからこそ、これまでBPSDに着目した研究が行われてきたともいえる。

しかしながら、ケアの流れを変えると題された厚生労働省で組織された認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について」という報告書においては、『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おり、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た介護サービスの整備が掲げられている。

つまり、これまでの認知症のBPSDへの対応という視点ではなく、認知症の進行状況や疾患別に必要なケアを明らかにし、これに基づいた介護サービス提供体制を整備

していく必要があるとされている。

しかしながら、これまでエビデンスに基づいた認知症の進行状況や疾患別に必要なケアについての先行知見が提示されていない。

本研究事業では、エビデンスに基づいた認知症高齢者へのケアや看護技術を明らかにし、これを体系化することを目的として、入院医療機関等のケアに関する実態調査を計画しているが、今年度においては、介護保険施設で過去に実施された他計式タイムスタディ調査データの二次分析を実施し、疾患や認知症の程度がわかるアセスメントデータと結合したデータセットを作成の上、提供されていたケア提供実態を分析し、認知症の進行状況や疾患別に必要なケアについての基礎資料を提示することを目的とした。

B．研究方法

1) 調査方法

本研究では、提供しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設(グループホーム及びユニット型介護老人保健施設)の入居者/入所者を対象として平成23年2月に研究代表者らが実施したタイムスタディ調査データの二次分析を行った。

調査対象は、高齢者状態調査の調査対象者に対して、ケアを提供する可能性のある職員。(医師・薬剤師・事務員・調理師・栄養士・清掃員・実習生・ボランティア等は対象外)調査方法は、他計式1分間タイムスタディ調査法で1人の調査対象職員に1人の調査員がついて計測された(毎分00秒の瞬間に、何のケアを、誰に提供しているか

⁷⁾ 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.

⁸⁾ 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

を観察し記録する)。

そして、調査対象高齢者および職員の属性に関するデータが同時に収集された。

高齢者の状態に関しては、要介護認定調査と同じ内容と「身体機能・起居動作に関連する項目」、「生活機能に関連する項目」、「認知機能に関連する項目」、「精神・行動障害に関連する項目」、「社会生活への適応に関連する項目」、「特別な医療についての項目」、「日常生活自立度に関連する項目」で構成された調査項目に加え、「ケア対象者

ID 番号」、「ケア対象者数」、CDR (Clinical Dementia Rating)「認知症に関する診断名」、「薬剤の1日量」などのデータが収集された。

タイムスタディ調査対象となった施設は、グループホームが3施設、介護老人保健施設が2施設、合計5施設であった。施設名はアルファベットで匿名化された。各協力施設の調査対象ユニット数及び高齢者数は、表1の通りである。

表1 調査対象施設数及び施設別調査対象高齢者数

	調査対象ユニット数	調査対象高齢者数
グループホームA	1	9人
グループホームB	1	9人
グループホームC	1	9人
介護老人保健施設D	1	8人
介護老人保健施設E	1	10人
合計	5	45人

2) 分析方法

データの加工について

タイムスタディデータについては、在宅調査用のケアコードを用いて、ケア時間の数量化がなされていたため、T.C.C へのリコード処理を行った。

在宅タイムスタディ調査は、家族による自記入式の時間日記法を採用したため、ストップウォッチ法による調査と比較すると、詳細なケア内容が記述ないという特長があったため、T.C.C へリコードする際に、小分類よりも枠組みが大きいT.C.C 中分類のカテゴリを採用した(T.C.C コード数は表2、

構造は表3を参照)。リコード処理の詳細は、表4のとおりである。)なお、このリコード処理については、研究者や臨床家による確認を依頼した。

これらのリコード処理を経て、共通するケアコード中分類別ケア提供時間およびケア発生割合を在宅および施設データにおいて算出し、その比較を行った。なお、ケア発生割合とは、「タイムスタディ調査の対象となった者のうち、ケアが発生していた者の割合」と定義した。施設の全利用者が複数の職員から、当該ケアが提供されていたかを示す指標となる。

表2 TCCのケアコード数

	ケア内容	中分類
療養上の世話	189	20
専門的看護	78	16
リハビリテーション	72	11
ケアシステム関連	32	10
在宅ケア関連	18	8
総コード数	389	65

表3 ケアコードの構造例（中分類：清潔・整容）

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
清潔・整容	洗面	1	洗面所までの誘導
		2	洗面動作の指示
		3	洗面一部介助
		4	洗面全介助
		5	必要物品準備
		6	使用物品の後始末
	口腔の清潔維持	7	口腔清潔(歯みがきなど)
		8	うがい
		9	入れ歯の手入れ
		10	口唇の乾燥を防ぐ、痰や唾をティッシュでとる
		11	必要物品準備
		12	使用物品の後始末
	体の清潔維持	13	部分清拭
		14	全身清拭
		15	手指浴・足浴
		16	陰部洗浄、肛門部洗浄(坐浴)
		17	乾布清拭
		18	必要物品準備
		19	使用物品の後始末
	洗髪	20	洗髪一部介助
		21	洗髪全介助
		22	必要物品準備
		23	使用物品の後始末
	整容	24	結髪・整髪(準備・後始末含む)
		25	散髪(準備・後始末含む)
		26	爪切り(準備・後始末含む)
		27	髭剃り(準備・後始末含む)、化粧の指導・実施、入浴後、保湿用クリームを塗る
		28	耳掃除(準備・後始末含む)
	沐浴	29	必要物品準備
		30	使用物品の後始末
	入浴	31	浴室準備、シャワー椅子の準備
		32	浴槽、リフトへの誘導
	入浴時の移乗	33	ストレッチャーから浴槽内リフトへ
		34	浴槽内リフトからストレッチャーへ
		35	ストレッチャーから特殊浴槽へ
		36	特殊浴槽からストレッチャーへ、特殊浴槽(用)ストレッチャーからストレッチャーへの移乗
		37	車椅子から浴槽内リフトへ、椅子から浴槽への移乗介助 *シャワーキャリーは車椅子扱い
		38	浴槽内リフトから車椅子へ、浴槽から椅子への移乗介助
		39	車椅子から特殊浴槽ストレッチャーへの移乗介助
		40	特殊浴槽ストレッチャーから車椅子への移乗介助
		41	浴槽外から浴槽内への移乗介助
		42	浴槽内から浴槽外への移乗介助
		43	抱える、抱き上げる、背負っての移動
	洗身	44	洗身一部介助、入浴後のタオルでの身体拭き
		45	洗身全介助
	監視	46	浴室内の監視
	機械操作	47	リフトの操作、入浴用リフトでの移動の介助
	浴室整備	48	入浴作業終了後の浴室・浴槽の清掃、洗浄

表4 ケアコードのリコード一覧

2007年在宅タイムスタディ調査		T.C.C.中分類(2008年度版)	
c11	入浴	CC1	入浴介助
c12	清拭	CC1	清潔・整容
c13	洗髪	CC1	清潔・整容
c14	洗面・手洗い	CC1	清潔・整容
c15	口腔・耳ケア	CC1	清潔・整容
c16	月経への対処	CC1	清潔・整容
c17	整容	CC1	清潔・整容
c18	更衣	CC2	更衣
c19	その他の入浴	CC18	その他の見守り
c21	敷地内の移動	CC7	移動(施設内)
c22	移乗	CC6	移乗
c23	体位変換	CC5	起居と体位変換
c24	起座	CC5	起居と体位変換
c25	起立	CC5	起居と体位変換
c26	介助用具の着脱	CC8	運動(身体)機能の維持・促進
c29	その他の移動	CC18	その他の見守り
c31	調理	CC51	食事・栄養・補液の介助
c32	配膳・下膳	CC4	食事・栄養・補液の介助
c33	食器洗浄・食器の片づけ	CC51	食事・栄養・補液の介助
c34	摂食	CC4	食事・栄養・補液の介助
c35	水分摂取	CC4	食事・栄養・補液の介助
c39	その他の食事	CC18	その他の見守り
c41	排尿	CC3	排泄
c42	排便及びおむつ・パット介助	CC3	排泄
c49	その他の排泄	CC18	その他の見守り
c51	洗濯	CC17	洗濯
c52	清掃・ごみの処理	CC45	屋内の整理・清掃
c53	整理整頓	CC15	環境
c54	食べ物の管理	CC16	入院・入所者の物品管理
c55	金銭管理	CC16	入院・入所者の物品管理
c56	戸締まり・火の始末・防災	CC44	設備・備品の保守・管理
c57	起床・就寝	CC14	寝具・リネン
c58	その他の日常生活	CC11	コミュニケーション
c59	その他の会話	CC11	コミュニケーション
c50	その他の生活自立支援	CC18	その他の見守り
c61	行事・クラブ活動	CC40	行事・クラブ活動
c62	電話、FAX、E-mail、手紙	CC41	連絡・報告、情報収集
c63	文書作成	CC42	ケア関連会議・記録
c64	来訪者への対応	CC49	その他
c65	外出時の目的地までの移動	CC57	送迎・外出支援
c66	外出時の目的地での行為	CC13	入退院・外出
c67	職能訓練・生産活動	CC37	作業療法
c68	社会生活訓練	CC37	作業療法
c69	社会生活支援のその他	CC37	作業療法
c71	行動上の問題の発生時の対応	CC9	BPSDへの対応
c72	行動上の問題の予防的対応	CC9	BPSDへの対応
c73	行動上の問題の予防的訓練	CC9	BPSDへの対応
c79	その他の行動上の問題	CC9	BPSDへの対応
c81	薬剤の使用	CC21	与薬・薬の塗布
c82	呼吸器、循環器、消化器、泌尿器 にかかるとる処置	CC22	呼吸器系 / 循環器系の処置
c83	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉歯科 及び手術にかかるとる処置	CC27	運動器 / 感覚器系 / 皮膚の処置
c84	観察・測定・検査	CC10	巡視・観察・測定
c85	指導・助言	CC12	教育
c86	病気の症状への対応	CC212	検査・採取・治療等
c89	その他の医療	CC212	検査・採取・治療等
c91	基本日常生活訓練	CC31	運動器系機能の訓練
c92	応用日常生活訓練	CC32	生活基本動作の拡大
c93	言語・聴覚訓練	CC36	言語療法
c94	スポーツ訓練	CC310	運動器系機能の評価
c95	牽引・温熱・電気療法	CC33	物理療法
c99	その他の機能訓練	CC38	その他のリハ関連
c101	対象者に関する間接業務	CC41	連絡・報告、情報収集
c102	職員に関する間接業務	CC48	職員の行動
c109	その他の間接業務	CC49	その他のケアシステム関連

分析方法について

調査対象となった介護保険施設（ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム）に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動（CDR）、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。基本属性、認知機能・問題行動（CDR）の比較には、Kruskal Wallis検定およびMann-Whitney's U検定を実施し、要介護認定基準時間およびケア時間の差の比較には、T検定および一元配置分散分析を行った。

（倫理面への配慮）

本研究で扱った調査については、国立保健医療科学院に設置される研究倫理審査委員会の承認を得てから調査が実施された（審査番号 NIPH-IBRA#11019）。

調査実施に際しては、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。調査データの利用お

よび加工にあたっては、個人情報が入名化されたデータのみを取り扱っている。

C . 研究結果

1) 調査対象者の基本属性

年齢は、平均 83.5 歳、標準偏差 8.3 であった。性別は、男性 10 名（22.2%）、女性 35 名（11.1%）であった。

要介護度は、「要介護 3」が 13 名で 28.9%、「要介護 2」が 12 名で 26.7%、「要介護 4」が 8 名で 17.8%、「要介護 5」が 6 名で 13.3%、「要介護 1」が 5 名で 11.1%、「要支援 1」が 1 名で 2.2%であった。

障害高齢者の日常生活自立度は、A1 が 18 名(40.0%)、A2 が 12 名で 26.7%、B28 名（17.8%）であった。B 以上は 15 名で 33.3%であった。

認知症高齢者の日常生活自立度は、以上は、39 名（86.7%）であった。

認知症診断の状況は、「脳血管性認知症」が 22 名で 48.9%、「その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」が 11 名で 24.4%、「アルツハイマー型認知症」が 5 名で 11.1%、「なし」が 4 名で 8.9%であった。

表5 調査対象者の基本属性

	平均値	標準偏差
年齢	83.5	8.3
	N	%
性別		
男性	10	22.2
女性	35	77.8
要介護度		
要支援1	1	2.2
要介護1	5	11.1
要介護2	12	26.7
要介護3	13	28.9
要介護4	8	17.8
要介護5	6	13.3
要介護3以上（再掲）	27	60.0
障害高齢者日常生活自立度		
A1	18	40.0
A2	12	26.7
B1	5	11.1
B2	8	17.8
C1	1	2.2
C2	1	2.2
B以上	15	33.3
認知症高齢者日常生活自立度		
自立	1	2.2
a	4	8.9
b	2	4.4
a	7	15.6
b	13	28.9
a	3	6.7
b	13	28.9
M	1	2.2
欠損値	1	2.2
以上（再掲）	39	86.7
認知症診断名		
なし	4	8.9
脳血管性認知症	22	48.9
アルツハイマー型認知症	5	11.1
その他の認知症 （前頭側頭型、レビー小体型）	11	24.4
詳細不明の認知症	3	6.7

表 6 認知症の疾患別・調査対象者の基本属性

	なし (N=4)		脳血管性認知症 (N=22)		アルツハイマー型認知症 (N=5)		その他の認知症 (前頭側頭型、レビー小体型) (N=11)		詳細不明の認知症 (N=3)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢	88.3	3.9	84.0	6.7	77.8	12.5	82.9	10.0	85.0	7.0
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
性別										
男性			4	18.2	1	20.0	4	36.4	1	33.3
女性	4	100.0	18	81.8	4	80.0	7	63.6	2	66.7
要介護度										
要支援 1							1	9.1		
要介護 1	1	25.0	2	9.1			2	18.2		
要介護 2	3	75.0	6	27.3	2	40.0	1	9.1		
要介護 3			7	31.8	2	40.0	3	27.3	1	33.3
要介護 4			5	22.7			2	18.2	1	33.3
要介護 5			2	9.1	1	20.0	2	18.2	1	33.3
障害高齢者の日常生活自立度										
A1	2	50.0	12	54.5	1	20.0	3	27.3		
A2	2	50.0	4	18.2	2	40.0	3	27.3	1	33.3
B1			4	18.2			1	9.1		
B2			2	9.1	1	20.0	4	36.4	1	33.3
C1									1	33.3
C2					1	20.0				
認知症高齢者の日常生活自立度										
自立					1	20.0	1	9.1		
a	1	25.0	1	4.5	2	40.0				
b	2	50.0	3	13.6			1	9.1	1	33.3
a	1	25.0	7	31.8	1	20.0	2	18.2	2	66.7
b			2	9.1			1	9.1		
			7	31.8			6	54.5		
M					1	20.0				

表 7 認知症の疾患別・調査対象者の基本属性の検定結果

(一元配置分散分析、Kruskal Wallis 検定結果)

	F値	自由度	P値
年齢	1.0	4	0.43
	カイ 2 乗	自由度	P値
性別	2.8	4	0.59
要介護度	6.3	4	0.18
障害高齢者の日常生活自立度	8.1	4	0.09
認知症高齢者の日常生活自立度	7.0	4	0.13

2) 調査対象者の認知機能・問題行動等

調査対象者の認知機能・問題行動等について、「あてはまる」傾向がもっとも高かったのは、「n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない」66.7%であった。

続いて、「q. 新しい歌やゲームが覚えられない」46.7%、「a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う」42.2%、「e. 発想が乏しい」42.2%、「g. 動作がのろくなっている」42.2%、「s. 忍耐力がなく、集中力が低下している」40.0%、と続き、40%台であった。

30%台であったのは、「m. やさしい計算でも間違える」35.6%、「c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い」33.3%、「t. 自発性に乏しく、他人に頼りがちである」33.3%、「f. 身だしなみを気にしない」31.1%であった。

20%台であったのは、「d. ごく簡単なこ

とでも理解できない」28.9%、「k. 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする」26.7%であった。

10%台であったのは、「i. ちょっとしたことでもイライラする」22.2%、「b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う」17.8%、「l. 不潔、清潔の区別がつかず、わざと汚したりする」17.8%、「r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る」17.8%、「h. 食べ物でもないものを食べようとする」13.3%

10%未満であったのは、「o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する」8.9%、「u. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある」8.9%、「p. 時々、死にたいと言う」6.7%、「j. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある」4.4%であった。

表 8 調査対象者の認知機能・問題行動等

認知機能・問題行動等	あてはまる		すこし傾向がある		あてはまらない	
	N	%	N	%	N	%
a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う	19.0	42.2	17.0	37.8	9.0	20.0
b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う	8.0	17.8	7.0	15.6	30.0	66.7
c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い	15.0	33.3	19.0	42.2	11.0	24.4
d. ごく簡単なことでも理解できない	13.0	28.9	15.0	33.3	17.0	37.8
e. 発想が乏しい	19.0	42.2	9.0	20.0	17.0	37.8
f. 身だしなみを気にしない	14.0	31.1	14.0	31.1	17.0	37.8
g. 動作がのろくなっている	19.0	42.2	11.0	24.4	15.0	33.3
h. 食べ物でもないものを食べようとする	6.0	13.3	4.0	8.9	35.0	77.8
i. ちょっとしたことでもイライラする	10.0	22.2	15.0	33.3	20.0	44.4
j. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある	2.0	4.4	0.0	0.0	43.0	95.6
k. 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする	12.0	26.7	9.0	20.0	24.0	53.3
l. 不潔、清潔の区別がつかず、わざと汚したりする	8.0	17.8	6.0	13.3	31.0	68.9
m. やさしい計算でも間違える	16.0	35.6	16.0	35.6	13.0	28.9
n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない	30.0	66.7	10.0	22.2	5.0	11.1
o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する	4.0	8.9	6.0	13.3	35.0	77.8
p. 時々、死にたいと言う	3.0	6.7	5.0	11.1	37.0	82.2
q. 新しい歌やゲームが覚えられない	21.0	46.7	17.0	37.8	7.0	15.6
r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る	8.0	17.8	10.0	22.2	27.0	60.0
s. 忍耐力がなく、集中力が低下している	18.0	40.0	11.0	24.4	16.0	35.6
t. 自発性に乏しく、他人に頼りがちである	15.0	33.3	18.0	40.0	12.0	26.7
u. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	4.0	8.9	5.0	11.1	36.0	80.0

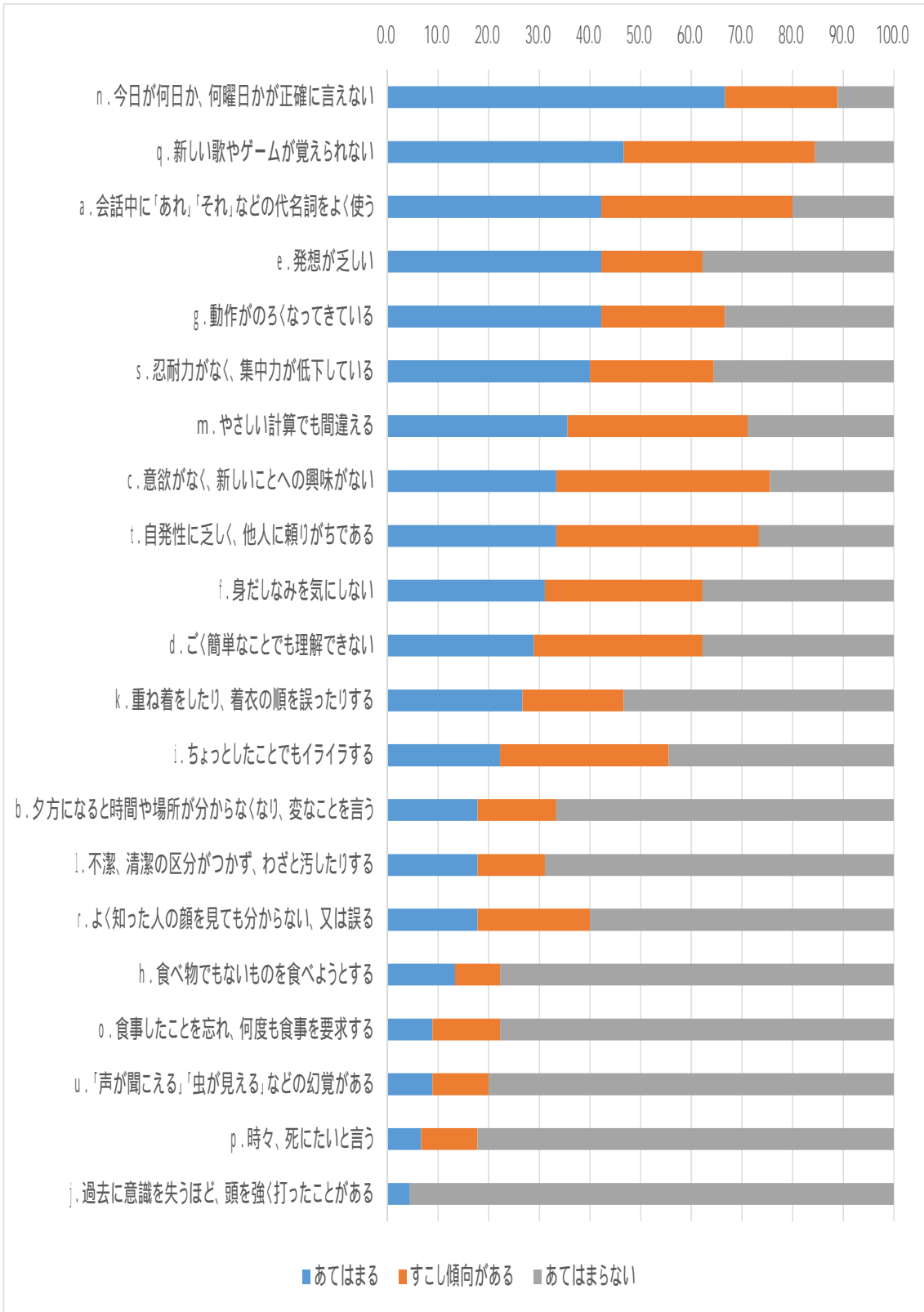


図 1 調査対象者の認知機能・問題行動等（あてはまる降順）

認知症の疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等をみると、疾患別に有意差が示されたのは、「c . 意欲がなく、新しいことへの興味がない」、「e . 発想が乏しい」、「i . ちょっとしたことでもイライラする」、「m . やさしい計算でも間違える」の四つの項目であった。

さらに、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認

知症」で有意差が示されたのは、上述の四つに加え、「k . 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする」、「r . よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る」、「s . 忍耐力がなく、集中力が低下している」の三つであり、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」で有意差が示されたのは、「i . ちょっとしたことでもイライラする」のみであり、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうがあてはまる傾向が高く示されていた。

表9 認知症の疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等

	なし (N=4)		脳血管性認知症 (N=22)		アルツハイマー型認知症 (N=5)		その他の認知症 (前頭側頭型、レビー小体型) (N=11)		詳細不明の認知症 (N=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う										
あてはまる	1	25.0	10	45.5	1	20.0	7	63.6		
少し傾向がある	3	75.0	8	36.4	2	40.0	3	27.3	1	33.3
b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う										
あてはまる			5	22.7			3	27.3		
少し傾向がある			4	18.2	1	20.0	2	18.2		
あてはまらない	4	100.0	13	59.1	4	80.0	6	54.5	3	100.0
c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い										
あてはまる			10	45.5			3	27.3	2	66.7
少し傾向がある	2	50.0	8	36.4	1	20.0	8	72.7		
あてはまらない	2	50.0	4	18.2	4	80.0			1	33.3
d. ごく簡単なことでも理解できない										
あてはまる	1	25.0	8	36.4	1	20.0	3	27.3		
少し傾向がある			8	36.4	1	20.0	5	45.5	1	33.3
あてはまらない	3	75.0	6	27.3	3	60.0	3	27.3	2	66.7
e. 発想が乏しい										
あてはまる	1	25.0	10	45.5			6	54.5	2	66.7
少し傾向がある			6	27.3			3	27.3		
あてはまらない	3	75.0	6	27.3	5	100.0	2	18.2	1	33.3
f. 身だしなみを気にしない										
あてはまる			6	27.3	1	20.0	6	54.5	1	33.3
少し傾向がある	1	25.0	10	45.5			3	27.3		
あてはまらない	3	75.0	6	27.3	4	80.0	2	18.2	2	66.7
g. 動作がのろくなってきている										
あてはまる	1	25.0	10	45.5	1	20.0	5	45.5	2	66.7
少し傾向がある	1	25.0	4	18.2	1	20.0	4	36.4	1	33.3
あてはまらない	2	50.0	8	36.4	3	60.0	2	18.2		
h. 食べ物でもないものを食べようとする										
あてはまる			6	27.3						
少し傾向がある			3	13.6			1	9.1		
あてはまらない	4	100.0	13	59.1	5	100.0	10	90.9	3	100.0
i. ちょっとしたことでモライラする										
あてはまる	1	25.0	7	31.8			2	18.2		
少し傾向がある	1	25.0	11	50.0	1	20.0	2	18.2		
あてはまらない	2	50.0	4	18.2	4	80.0	7	63.6	3	100.0
j. 過去に意欲を失うほど、頭を強く打ったことがある										
あてはまる			1	4.5			1	9.1		
あてはまらない	4	100.0	21	95.5	5	100.0	10	90.9	3	100.0
k. 履ね着をしたり、替衣の履き替りをする										
あてはまる	1	25.0	8	36.4			2	18.2	1	33.3
少し傾向がある	1	25.0	3	13.6			5	45.5		
あてはまらない	2	50.0	11	50.0	5	100.0	4	36.4	2	66.7
l. 不潔、清潔の区別がつかず、わざと汚したりする										
あてはまる			4	18.2			3	27.3	1	33.3
少し傾向がある			5	22.7			1	9.1		
あてはまらない	4	100.0	13	59.1	5	100.0	7	63.6	2	66.7
m. やさしい計算でも間違える										
あてはまる	2	50.0	9	40.9			3	27.3	2	66.7
少し傾向がある			9	40.9			7	63.6		
あてはまらない	2	50.0	4	18.2	5	100.0	1	9.1	1	33.3
n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない										
あてはまる	2	50.0	15	68.2	2	40.0	9	81.8	2	66.7
少し傾向がある	1	25.0	6	27.3			2	18.2	1	33.3
あてはまらない	1	25.0	1	4.5	3	60.0				
o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する										
あてはまる			2	9.1			2	18.2		
少し傾向がある			5	22.7			1	9.1		
あてはまらない	4	100.0	15	68.2	5	100.0	8	72.7	3	100.0
p. 時々、死にたいと言う										
あてはまる			2	9.1	1	20.0				
少し傾向がある	1	25.0			1	20.0	2	18.2	1	33.3
あてはまらない	3	75.0	20	90.9	3	60.0	9	81.8	2	66.7
q. 新しい歌やゲームが覚えられない										
あてはまる	1	25.0	11	50.0	2	40.0	5	45.5	2	66.7
少し傾向がある	1	25.0	10	45.5			5	45.5	1	33.3
あてはまらない	2	50.0	1	4.5	3	60.0	1	9.1		
r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る										
あてはまる	1	25.0	6	27.3			1	9.1		
少し傾向がある			6	27.3			4	36.4		
あてはまらない	3	75.0	10	45.5	5	100.0	6	54.5	3	100.0
s. 忍耐力がなく、集中力が低下している										
あてはまる	2	50.0	9	40.9			5	45.5	2	66.7
少し傾向がある			8	36.4			3	27.3		
あてはまらない	2	50.0	5	22.7	5	100.0	3	27.3	1	33.3
t. 自覚性に乏しく、他人に頼りがちである										
あてはまる	1	25.0	9	40.9	1	20.0	2	18.2	2	66.7
少し傾向がある	2	50.0	8	36.4			8	72.7		
あてはまらない	1	25.0	5	22.7	4	80.0	1	9.1	1	33.3
u. 「声がかえる」「虫が見える」などの幻覚がある										
あてはまる			2	9.1			2	18.2		
少し傾向がある			2	9.1			3	27.3		
あてはまらない	4	100.0	18	81.8	5	100.0	6	54.5	3	100.0

表 10 認知症疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等 (Kruskal Wallis 検定結果)

	カイ 2 乗	自由度	P値
a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う	7.4	4	0.12
b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う	5.3	4	0.26
c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い	11.1	4	0.03 *
d. ごく簡単なことでも理解できない	4.6	4	0.34
e. 発想が乏しい	10.2	4	0.04 *
f. 身だしなみを気にしない	8.2	4	0.08
g. 動作がのろくなってきている	3.8	4	0.43
h. 食べ物でもないものを食べようとする	9.1	4	0.06
i. ちょっとしたことでもイライラする	11.9	4	0.02 *
j. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある	1.1	4	0.90
k. 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする	4.6	4	0.33
l. 不潔、清潔の区分がつかず、わざと汚したりする	4.8	4	0.31
m. やさしい計算でも間違える	9.8	4	0.04 *
n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない	5.5	4	0.24
o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する	4.5	4	0.34
p. 時々、死にたいと言う	3.1	4	0.55
q. 新しい歌やゲームが覚えられない	4.6	4	0.33
r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る	7.1	4	0.13
s. 忍耐力がなく、集中力が低下している	8.1	4	0.09
t. 自発性に乏しく、他人に頼りがちである	4.4	4	0.36
u. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	7.1	4	0.13

表 11 脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の調査対象者の認知機能・問題行動等 (Mann-Whitney 検定結果)

	U	P値
a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う	37.0	0.23
b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う	41.0	0.31
c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い	16.0	0.01 *
d. ごく簡単なことでも理解できない	37.0	0.23
e. 発想が乏しい	15.0	0.01 **
f. 身だしなみを気にしない	31.0	0.11
g. 動作がのろくなってきている	39.0	0.28
h. 食べ物でもないものを食べようとする	32.5	0.09
i. ちょっとしたことでもイライラする	17.5	0.01 *
j. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある	52.5	0.63
k. 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする	27.5	0.05 *
l. 不潔、清潔の区分がつかず、わざと汚したりする	32.5	0.09
m. やさしい計算でも間違える	10.0	0.00 **
n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない	30.5	0.07
o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する	37.5	0.15
p. 時々、死にたいと言う	39.0	0.11
q. 新しい歌やゲームが覚えられない	34.5	0.16
r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る	25.0	0.04 *
s. 忍耐力がなく、集中力が低下している	12.5	0.00 **
t. 自発性に乏しく、他人に頼りがちである	27.5	0.07
u. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	45.0	0.31

表 12 脳血管性認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の認知機能・問題行動等（Mann-Whitney 検定結果）

	U	P値
a. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う	97.0	0.31
b. 夕方になると時間や場所が分からなくなり、変なことを言う	114.5	0.78
c. 意欲がなく、新しいことへの興味が無い	115.0	0.80
d. ごく簡単なことでも理解できない	113.0	0.74
e. 発想が乏しい	107.0	0.56
f. 身だしなみを気にしない	89.0	0.19
g. 動作がのろくなってきている	109.0	0.62
h. 食べ物でもないものを食べようとする	79.5	0.05
i. ちょっとしたことでもイライラする	70.0	0.04 *
j. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある	115.5	0.61
k. 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする	120.5	0.98
l. 不潔、清潔の区別がつかず、わざと汚したりする	121.0	1.00
m. やさしい計算でも間違える	114.0	0.77
n. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない	103.5	0.39
o. 食事したことを忘れ、何度も食事を要求する	119.5	0.94
p. 時々、死にたいと言う	112.0	0.54
q. 新しい歌やゲームが覚えられない	113.0	0.73
r. よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る	101.0	0.41
s. 忍耐力がなく、集中力が低下している	120.0	0.97
t. 自発性に乏しく、他人に頼りがちである	109.5	0.63
u. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	89.0	0.12

調査対象者の CDR の下位項目の評価の状況を見てみると、「なし・疑い」がもっとも低かったのは「介護状況」4.4%であり、その後「地域社会活動」11.1%、「判断力と問題解決」11.0%、「家庭生活および趣味・

関心」20.0%、「記憶」24.4%、「見当識」24.4%と続いた。

ただし、「判断力と問題解決」は、次の「軽度・中等度」が 86.7%を占めており、これが「ない・軽度」、「重度」でない集団であるのが今回の調査対象者の特徴であった。

表 11 調査対象者の CDR

	なし		疑い		軽度		中等度		重度	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
記憶	4.0	8.9	7.0	15.6	10.0	22.2	13.0	28.9	11.0	24.4
見当識	6.0	13.3	5.0	11.1	9.0	20.0	13.0	28.9	12.0	26.7
判断力と問題解決	3.0	6.6	2.0	4.4	13.0	28.9	26.0	57.8	1.0	2.2
地域社会活動	2.0	4.4	3.0	6.7	5.0	11.1	13.0	28.9	22.0	48.9
家庭生活および趣味・関心	3.0	6.7	6.0	13.3	6.0	13.3	18.0	40.0	12.0	26.7
介護状況	2.0	4.4	0.0	0.0	8.0	17.8	21.0	46.7	14.0	31.1

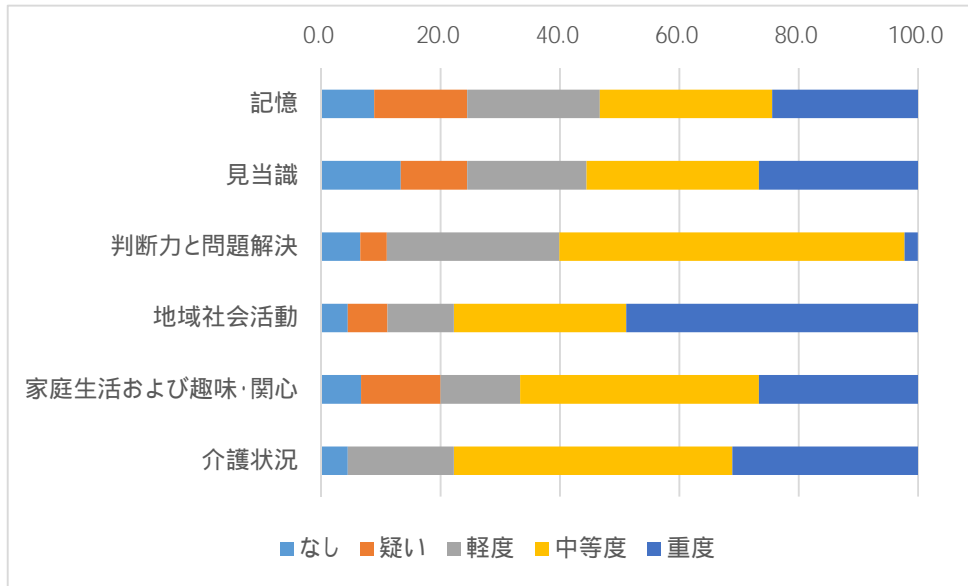


図2 調査対象者の CDR

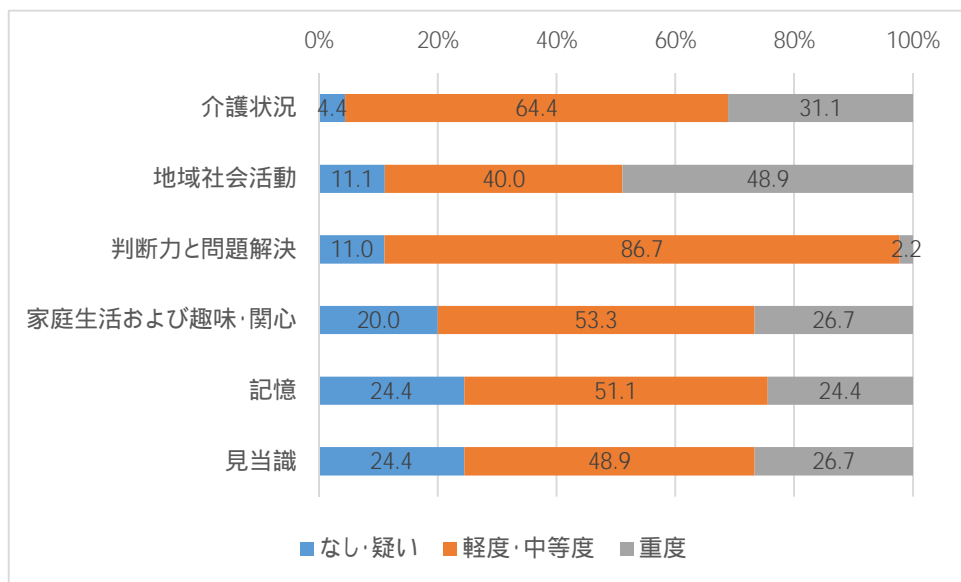


図3 調査対象者の CDR (「なし・疑い」降順)

認知症の CDR をみてみると、疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。

さらに、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」で有意差が示されたのは、「見当識」

以外の、「記憶」、「判断力と問題解決」、「地域社会活動」、「家庭生活および趣味関心」、「介護状況」すべてに有意差が示され、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうが重度の傾向が示されていた。

一方、「脳血管性認知症とその他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)」ではいずれの項目にも有意差は示されなかった。

表 13 認知症疾患別・調査対象者の CDR

	なし (N=4)		脳血管性認知症 (N=22)		アルツハイマー型認知症 (N=5)		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型) (N=11)		詳細不明の認知症 (N=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
記憶										
疑い	2	50.0	3	13.6			2	18.2		
軽度			4	18.2	1	20.0	4	36.4	1	33.3
中等度			9	40.9			4	36.4		
重度	1	25.0	6	27.3	1	20.0	1	9.1	2	66.7
見当識										
なし	2	50.0			3	60.0	1	9.1		
疑い	1	25.0	3	13.6					1	33.3
軽度			6	27.3	1	20.0	2	18.2		
中等度			7	31.8			6	54.5		
重度	1	25.0	6	27.3	1	20.0	2	18.2	2	66.7
判断力と問題解決										
なし					2	40.0				
疑い			2	9.0	1	20.0				
軽度	3	75.0	6	27.3	1	20.0	2	18.2	1	33.3
中等度	1	25.0	13	59.1	1	20.0	9	81.8	2	66.7
重度			1	4.5						
地域社会活動										
なし					2	40.0				
疑い			2	9.1	1	20.0				
軽度	2	50.0	1	4.5	1	20.0			1	33.3
中等度			8	36.4			5	45.5		
重度	2	50.0	11	50.0	1	20.0	6	54.5	2	66.7
家庭生活および趣味関心										
なし					3	60.0				
疑い	2	50.0	3	13.6	1	20.0				
軽度			4	18.2			1	9.1	1	33.3
中等度	2	50.0	10	45.5			6	54.5		
重度			5	22.7	1	20.0	4	36.4	2	66.7
介護状況										
なし					2	40.0				
軽度	2	50.0	3	13.6	2	40.0	1	9.1		
中等度	1	25.0	14	63.6			5	45.5	1	33.3
重度	1	25.0	5	22.7	1	20.0	5	45.5	2	66.7

表 14 認知症の疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等 (Kruskal Wallis 検定結果)

	カイ 2 乗	自由度	P値
記憶	4	8.3	0.08
見当識	4	6.5	0.16
判断力と問題解決	4	9.1	0.06
地域社会活動	4	7.2	0.13
家庭生活および趣味関心	4	10.0	0.04 *
介護状況	4	9.0	0.06

表 15 脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の調査対象者の認知機能・問題行動等 (Mann-Whitney 検定結果)

	U	P値
記憶	24.0	0.046 *
見当識	25.0	0.05
判断力と問題解決	23.0	0.03 *
地域社会活動	20.0	0.02 *
家庭生活および趣味関心	21.0	0.03 *
介護状況	22.5	0.03 *

表 16 脳血管性認知症とその他の認知症 (前頭側頭型、レビー小体型) の認知機能・問題行動等 (Mann-Whitney 検定結果)

	U	P値
記憶	88.0	0.19
見当識	117.0	0.87
判断力と問題解決	101.5	0.37
地域社会活動	108.0	0.58
家庭生活および趣味関心	87.0	0.16
介護状況	93.0	0.23

3) 要介護認定基準時間

要介護認定の一次判定ロジックで推計される「要介護認定等基準時間」については、平均 78.0 分（標準偏差 28.6）であった。

また、項目別推計時間の平均値は「食事」

11.9 分、「排泄」11.8 分、「移動」10.1 分、「清潔保持」10.8 分、「BPSD 関連」9.7 分、「間接」8.1 分、「医療関連」6.5 分、「機能訓練」4.2 分、「認知症加算」4.8 分と示された。

表 17 調査対象者の要介護認定基準時間

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
要介護認定等基準時間	78.0	28.6	28.6	140.1	45
項目別					
食事	11.9	11.0	1.1	65.9	45
排泄	11.8	9.3	0.2	25.9	45
移動	10.1	6.1	0.4	20.5	45
清潔保持	10.8	5.6	1.2	23.1	45
間接	8.1	3.2	0.4	11.3	45
BPSD関連	9.7	4.7	5.8	21.2	45
機能訓練	4.2	3.1	0.5	10.5	45
医療関連	6.5	7.1	1.0	41.1	45
認知症加算	4.8	11.3	0.0	40.0	45

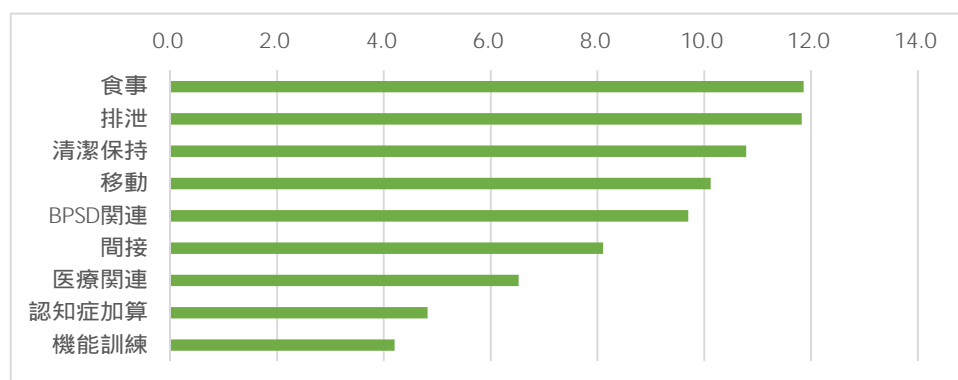


図 4 調査対象者の要介護認定基準時間 (降順)

認知症疾患別に分析したところ、要介護認定基準時間に、有意差がみられた組み合わせは、「なしとその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」の組み合わせのみであり、「その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」のほうが有意に長かった。

項目別に見てみると、間接の「脳血管性認知症と詳細不明の認知症」では、「脳血管性認知症」が有意に長く、「アルツハイマー

型認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」では、「その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」有意に長かった。

BPSD 関連では、「なしと脳血管性認知症」、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、「脳血管性認知症と詳細不明の認知症」の 3 種類の組み合わせであり、いずれも脳血管性認知症のほうが有意に長かった。

表 18 認知症疾患別・要介護認定等基準時間

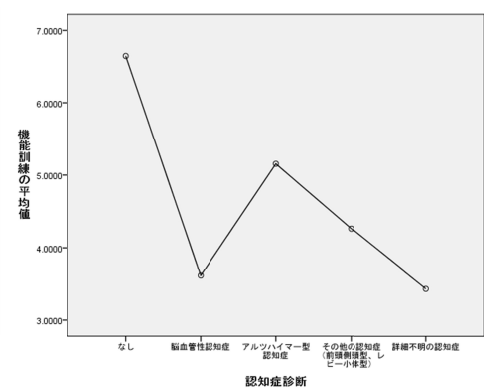
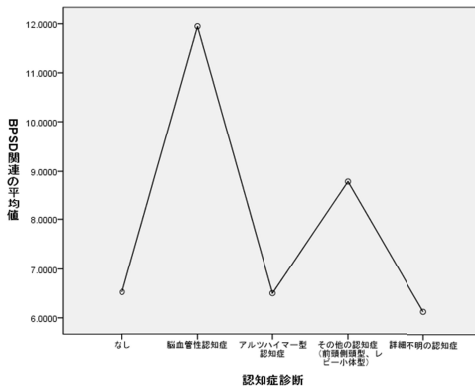
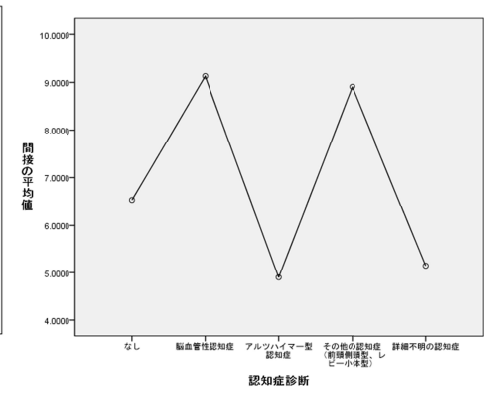
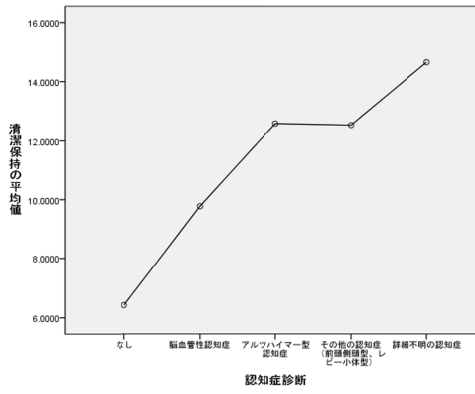
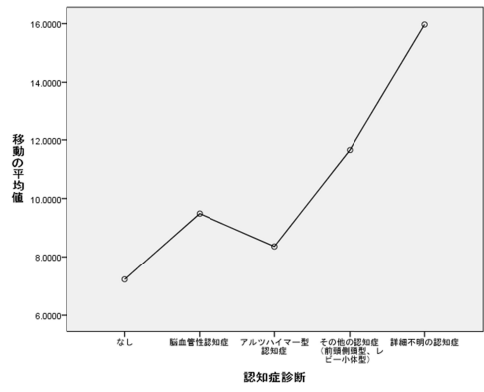
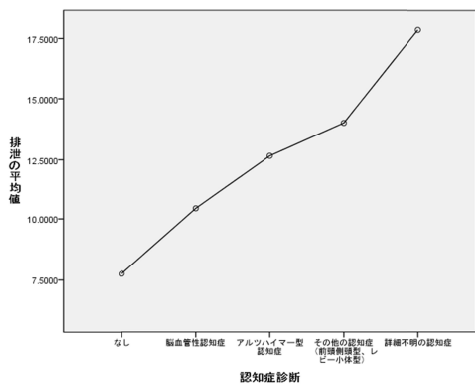
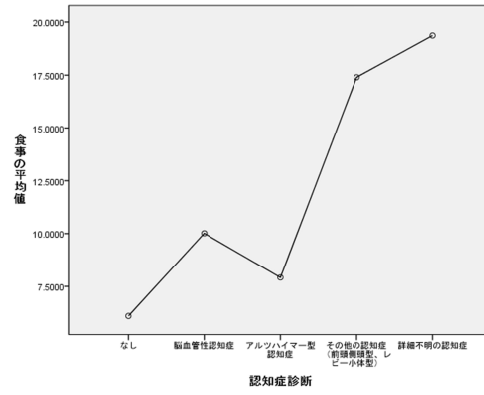
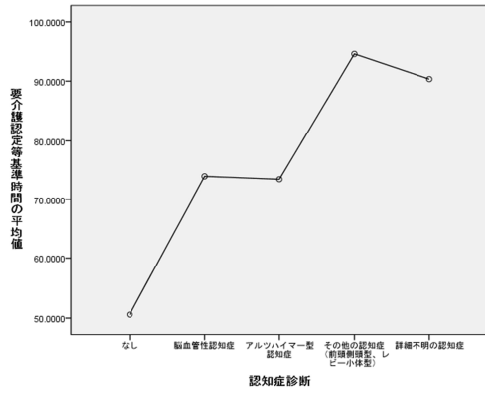
		平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N
要介護認定等基準時間	なし	50.6	24.7	12.4	30.5	85.3	4
	脳血管性認知症	73.9	25.7	5.5	28.6	119.4	22
	アルツハイマー型認知症	73.4	28.0	12.5	34.3	99.5	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	94.7	29.0	8.7	41.0	140.1	11
	詳細不明の認知症	90.4	30.5	17.6	55.2	110.0	3
	合計	78.0	28.6	4.3	28.6	140.1	45
食事	なし	6.1	3.3	1.6	3.4	10.1	4
	脳血管性認知症	10.0	6.4	1.4	3.4	34.2	22
	アルツハイマー型認知症	7.9	8.4	3.7	1.1	21.6	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	17.4	17.8	5.4	6.8	65.9	11
	詳細不明の認知症	19.4	10.3	5.9	7.5	25.3	3
	合計	11.9	11.0	1.6	1.1	65.9	45
排泄	なし	7.8	9.2	4.6	0.2	20.5	4
	脳血管性認知症	10.5	8.9	1.9	0.2	24.1	22
	アルツハイマー型認知症	12.6	9.6	4.3	2.0	22.1	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	14.0	10.8	3.2	2.9	25.9	11
	詳細不明の認知症	17.9	5.5	3.1	11.6	21.5	3
	合計	11.8	9.3	1.4	0.2	25.9	45
移動	なし	7.2	6.2	3.1	0.4	14.2	4
	脳血管性認知症	9.5	6.3	1.3	0.4	20.5	22
	アルツハイマー型認知症	8.4	4.4	2.0	4.1	14.6	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	11.7	6.1	1.8	4.1	19.1	11
	詳細不明の認知症	16.0	5.3	3.0	10.2	20.5	3
	合計	10.1	6.1	0.9	0.4	20.5	45
清潔保持	なし	6.4	3.9	2.0	1.2	10.5	4
	脳血管性認知症	9.8	4.6	1.0	1.2	17.5	22
	アルツハイマー型認知症	12.6	5.2	2.3	6.0	17.7	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	12.5	7.0	2.1	1.2	23.1	11
	詳細不明の認知症	14.7	6.3	3.6	8.0	20.4	3
	合計	10.8	5.6	0.8	1.2	23.1	45
間接	なし	6.5	3.7	1.8	2.7	10.9	4
	脳血管性認知症	9.1	2.3	0.5	3.2	10.9	22
	アルツハイマー型認知症	4.9	4.3	1.9	0.4	10.9	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	8.9	3.3	1.0	1.7	11.3	11
	詳細不明の認知症	5.1	1.0	0.6	4.5	6.3	3
	合計	8.1	3.2	0.5	0.4	11.3	45
BPSD関連	なし	6.5	0.7	0.4	5.8	7.5	4
	脳血管性認知症	12.0	5.6	1.2	6.4	21.2	22
	アルツハイマー型認知症	6.5	1.4	0.6	5.8	9.0	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	8.8	2.1	0.6	6.2	10.8	11
	詳細不明の認知症	6.1	0.1	0.0	6.1	6.2	3
	合計	9.7	4.7	0.7	5.8	21.2	45
機能訓練	なし	6.7	2.8	1.4	4.5	10.5	4
	脳血管性認知症	3.6	3.2	0.7	0.5	10.4	22
	アルツハイマー型認知症	5.2	1.9	0.8	2.5	7.1	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	4.3	3.2	1.0	0.5	10.4	11
	詳細不明の認知症	3.4	3.9	2.2	0.5	7.8	3
	合計	4.2	3.1	0.5	0.5	10.5	45
医療関連	なし	3.4	2.2	1.1	1.8	6.6	4
	脳血管性認知症	5.0	3.7	0.8	1.0	16.9	22
	アルツハイマー型認知症	11.6	16.6	7.4	2.0	41.1	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	8.0	7.0	2.1	2.6	27.8	11
	詳細不明の認知症	7.8	6.5	3.7	3.0	15.2	3
	合計	6.5	7.1	1.1	1.0	41.1	45
認知症加算	なし	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4
	脳血管性認知症	4.5	10.3	2.2	0.0	39.0	22
	アルツハイマー型認知症	3.8	8.5	3.8	0.0	19.0	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	9.1	16.4	4.9	0.0	40.0	11
	詳細不明の認知症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3
	合計	4.8	11.3	1.7	0.0	40.0	45

表 19 認知症疾患別・要介護認定基準時間(1)(一元配置分散分析、最小有意差分析)

			平均値の			
			差	標準誤差	P値	
要介護認定基準時間	なし	脳血管性認知症	-23.3	14.7	0.12	
	なし	アルツハイマー型認知症	-22.8	18.1	0.21	
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-44.1	15.8	0.01 *	
	なし	詳細不明の認知症	-39.8	20.6	0.06	
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	0.5	13.4	0.97	
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-20.7	10.0	0.04	
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-16.5	16.6	0.33	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-21.2	14.6	0.15	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	-17.0	19.7	0.39	
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	詳細不明の認知症	4.3	17.6	0.81	
	なし	脳血管性認知症	-3.9	5.8	0.50	
	なし	アルツハイマー型認知症	-1.8	7.1	0.80	
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-11.3	6.2	0.08	
	なし	詳細不明の認知症	-13.3	8.1	0.11	
	排泄	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	2.1	5.3	0.69
		脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-7.4	3.9	0.07
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	-9.4	6.6	0.16	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-9.5	5.7	0.11	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	-11.4	7.8	0.15	
その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)		詳細不明の認知症	-2.0	6.9	0.78	
なし		脳血管性認知症	-2.7	5.1	0.60	
なし		アルツハイマー型認知症	-4.9	6.3	0.44	
なし		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-6.3	5.5	0.26	
なし		詳細不明の認知症	-10.1	7.1	0.16	
脳血管性認知症		アルツハイマー型認知症	-2.2	4.6	0.64	
脳血管性認知症		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-3.5	3.5	0.31	
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	-7.4	5.8	0.21	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-1.4	5.0	0.79	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	-5.2	6.8	0.45	
その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)		詳細不明の認知症	-3.9	6.1	0.53	
移動	なし	脳血管性認知症	-2.3	3.3	0.49	
	なし	アルツハイマー型認知症	-1.1	4.0	0.78	
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-4.4	3.5	0.22	
	なし	詳細不明の認知症	-8.7	4.6	0.06	
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	1.1	3.0	0.71	
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-2.2	2.2	0.34	
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-6.5	3.7	0.09	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-3.3	3.3	0.32	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	-7.6	4.4	0.09	
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	詳細不明の認知症	-4.3	3.9	0.28	
	清潔保持	なし	脳血管性認知症	-3.4	2.9	0.26
		なし	アルツハイマー型認知症	-6.2	3.6	0.10
		なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-6.1	3.2	0.06
		なし	詳細不明の認知症	-8.2	4.1	0.05
		脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	-2.8	2.7	0.30
		脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-2.8	2.0	0.18
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	-4.9	3.3	0.15	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	0.1	2.9	0.99	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	-2.1	4.0	0.60	
その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)		詳細不明の認知症	-2.1	3.5	0.55	
間接		なし	脳血管性認知症	-2.6	1.6	0.11
		なし	アルツハイマー型認知症	1.6	1.9	0.41
		なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-2.4	1.7	0.17
		なし	詳細不明の認知症	1.4	2.2	0.53
		脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	4.2	1.4	0.01
		脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	0.2	1.1	0.84
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	4.0	1.8	0.03 *	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-4.0	1.6	0.01 *	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	-0.2	2.1	0.91	
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	詳細不明の認知症	3.8	1.9	0.05	

表 20 認知症疾患別・要介護認定基準時間(2)(一元配置分散分析、最小有意差分析)

			平均値の		
			差	標準誤差	P値
BPSD関連	なし	脳血管性認知症	-5.4	2.3	0.02 *
	なし	アルツハイマー型認知症	0.0	2.8	0.99
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-2.3	2.5	0.36
	なし	詳細不明の認知症	0.4	3.2	0.90
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	5.5	2.1	0.01 *
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	3.2	1.6	0.05
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	5.8	2.6	0.03 *
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-2.3	2.3	0.32
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	0.4	3.1	0.91
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	2.6	2.7	0.34	
機能訓練	なし	脳血管性認知症	3.0	1.7	0.08
	なし	アルツハイマー型認知症	1.5	2.1	0.48
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	2.4	1.8	0.20
	なし	詳細不明の認知症	3.2	2.4	0.19
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	-1.5	1.5	0.32
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-0.6	1.2	0.58
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	0.2	1.9	0.93
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	0.9	1.7	0.60
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	1.7	2.3	0.45
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	0.8	2.0	0.69	
医療関連	なし	脳血管性認知症	-1.6	3.8	0.67
	なし	アルツハイマー型認知症	-8.2	4.7	0.09
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-4.6	4.1	0.27
	なし	詳細不明の認知症	-4.4	5.4	0.41
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	-6.5	3.5	0.07
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-3.0	2.6	0.26
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-2.8	4.3	0.52
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	3.5	3.8	0.36
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	3.7	5.1	0.47
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	0.2	4.6	0.97	
認知症加算	なし	脳血管性認知症	-4.5	6.2	0.48
	なし	アルツハイマー型認知症	-3.8	7.7	0.62
	なし	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-9.1	6.7	0.18
	なし	詳細不明の認知症	0.0	8.7	1.00
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	0.7	5.7	0.91
	脳血管性認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-4.6	4.2	0.28
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	4.5	7.0	0.53
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	-5.3	6.2	0.40
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	3.8	8.3	0.65
	その他の認知症(前頭側頭型、レビー小体型)	9.1	7.4	0.23	



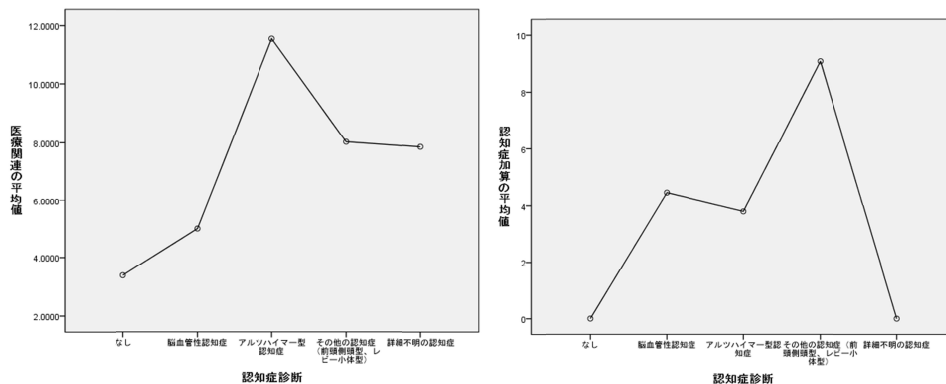


図5 認知症疾患別要介護認定基準時間

4) ケア時間の分析

調査対象者に提供されたケア時間の分析をしたところ、合計ケア時間は平均 97.0 分 (標準偏差 64.1) であった。

大分類別のケア時間を見ると、「療養上の世話」が 73.9 分 (標準偏差 56.1)、「専門的

看護」10.7 分 (標準偏差 11.6)、「リハビリテーション」8.9 分 (標準偏差 16.1)、「ケアシステム関連」1.5 分 (標準偏差 3.2)、「在宅ケア関連」2.0 分 (標準偏差 5.0) であった。

21 調査対象者に提供されたケア時間

	平均値 (分)	標準偏 差	最小値	最大値	ケア発 生割合 (%)	発生し ていた 人数
合計ケア時間	97.0	64.1	8.4	277.4	100.0	45
大分類別ケア時間						
療養上の世話	73.9	56.1	2.0	258.3	100.0	45
専門的看護	10.7	11.6	0.0	70.4	97.8	44
リハビリテーション	8.9	16.1	0.0	72.4	51.1	23
ケアシステム関連	1.5	3.2	0.0	14.5	37.8	17
在宅ケア関連	2.0	5.0	0.0	18.0	20.0	9

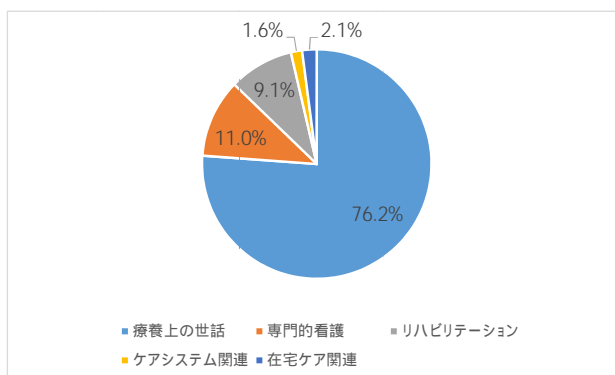


図5 調査対象者に提供されたケアの構成割合

認知症疾患別に分析したところ、ケア提供時間に、有意差がみられた組み合わせは、「脳血管性認知症と詳細不明の認知症」、「アルツハイマー型認知症と詳細不明の認知症」であり、いずれも「詳細不明の認知症」のほうが有意に長かった。

また、大分類別にみても、リハビリテーションは、「脳血管性認知症と詳細不明の認知症」、「アルツハイマー型認知症と詳

細不明の認知症」、「その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」と詳細不明の認知症」であり、いずれも「詳細不明の認知症」のほうが有意に長かった。

ケアシステム関連は、「なしとアルツハイマー型認知症」、「なしとその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」であり、いずれもなしのほうが有意に長かった。

表 22 認知症疾患別ケア時間

		平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N
合計ケア時間	なし	98.5	11.2	5.6	82.9	109.9	4
	脳血管性認知症	91.2	69.2	14.7	17.3	277.4	22
	アルツハイマー型認知症	65.0	59.7	26.7	8.4	156.4	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	100.3	57.8	17.4	29.8	198.4	11
	詳細不明の認知症	177.8	57.4	33.1	125.4	239.2	3
	合計	97.0	64.1	9.6	8.4	277.4	45
療養上の世話	なし	65.4	17.9	8.9	44.2	81.9	4
	脳血管性認知症	73.7	65.3	13.9	6.8	258.3	22
	アルツハイマー型認知症	41.3	35.6	15.9	2.0	86.0	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	77.6	46.5	14.0	14.1	143.7	11
	詳細不明の認知症	126.6	59.0	34.1	83.9	193.9	3
	合計	73.9	56.1	8.4	2.0	258.3	45
専門的看護	なし	15.2	10.9	5.5	5.6	29.6	4
	脳血管性認知症	9.7	6.6	1.4	1.2	27.1	22
	アルツハイマー型認知症	18.8	28.9	12.9	3.4	70.4	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	6.4	3.9	1.2	0.0	10.9	11
	詳細不明の認知症	14.4	16.3	9.4	2.6	33.0	3
	合計	10.7	11.6	1.7	0.0	70.4	45
リハビリテーション関連	なし	11.6	9.0	4.5	0.0	19.9	4
	脳血管性認知症	4.8	15.5	3.3	0.0	72.4	22
	アルツハイマー型認知症	4.6	7.4	3.3	0.0	16.9	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	10.8	18.0	5.4	0.0	54.9	11
	詳細不明の認知症	35.2	1.2	0.7	34.0	36.4	3
	合計	8.9	16.1	2.4	0.0	72.4	45
ケアシステム関連	なし	6.3	6.4	3.2	0.0	14.5	4
	脳血管性認知症	1.5	3.2	0.7	0.0	13.5	22
	アルツハイマー型認知症	0.3	0.7	0.3	0.0	1.5	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	0.5	0.7	0.2	0.0	2.0	11
	詳細不明の認知症	1.7	1.4	0.8	0.0	2.5	3
	合計	1.5	3.2	0.5	0.0	14.5	45
在宅ケア関連	なし	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4
	脳血管性認知症	1.6	4.8	1.0	0.0	18.0	22
	アルツハイマー型認知症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	5.0	6.9	2.1	0.0	15.5	11
	詳細不明の認知症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3
	合計	2.0	5.0	0.7	0.0	18.0	45

表 23 認知症疾患別ケア時間（一元配置分散分析、最小有意差分析）

			平均値の差	標準誤差	P値	
合計ケア時間	なし	脳血管性認知症	7.2	33.9	0.83	
	なし	アルツハイマー型認知症	33.4	41.8	0.43	
	なし	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-1.9	36.4	0.96	
	なし	詳細不明の認知症	-79.4	47.6	0.10	
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	26.2	30.9	0.40	
	脳血管性認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-9.1	23.0	0.70	
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-86.6	38.3	0.03 *	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-35.3	33.6	0.30	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	-112.8	45.5	0.02 *	
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	詳細不明の認知症	-77.5	40.6	0.06	
	療養上の世話	なし	脳血管性認知症	-8.3	30.3	0.79
		なし	アルツハイマー型認知症	24.1	37.4	0.52
なし		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-12.2	32.5	0.71	
なし		詳細不明の認知症	-61.2	42.6	0.16	
脳血管性認知症		アルツハイマー型認知症	32.4	27.6	0.25	
脳血管性認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-3.9	20.6	0.85	
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	-52.9	34.3	0.13	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-36.3	30.1	0.23	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	-85.3	40.7	0.04 *	
その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）		詳細不明の認知症	-49.0	36.3	0.18	
専門的看護		なし	脳血管性認知症	5.5	6.2	0.39
		なし	アルツハイマー型認知症	-3.7	7.7	0.64
	なし	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	8.7	6.7	0.20	
	なし	詳細不明の認知症	0.8	8.8	0.93	
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	-9.1	5.7	0.12	
	脳血管性認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	3.2	4.2	0.45	
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-4.7	7.1	0.51	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	12.4	6.2	0.05	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	4.5	8.4	0.60	
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	詳細不明の認知症	-7.9	7.5	0.30	
	リハビリテーション関連	なし	脳血管性認知症	6.9	8.0	0.40
		なし	アルツハイマー型認知症	7.0	9.9	0.48
なし		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	0.8	8.6	0.93	
なし		詳細不明の認知症	-23.6	11.3	0.04	
脳血管性認知症		アルツハイマー型認知症	0.2	7.3	0.98	
脳血管性認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-6.1	5.5	0.27	
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	-30.4	9.1	0.00 **	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-6.3	8.0	0.44	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	-30.6	10.8	0.01 *	
その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）		詳細不明の認知症	-24.4	9.6	0.02 *	
ケアシステム関連		なし	脳血管性認知症	4.8	1.6	0.01
		なし	アルツハイマー型認知症	6.0	2.0	0.00 **
	なし	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	5.8	1.7	0.00 **	
	なし	詳細不明の認知症	4.6	2.3	0.05	
	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	1.2	1.5	0.44	
	脳血管性認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	1.0	1.1	0.39	
	脳血管性認知症	詳細不明の認知症	-0.2	1.8	0.91	
	アルツハイマー型認知症	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-0.2	1.6	0.90	
	アルツハイマー型認知症	詳細不明の認知症	-1.4	2.2	0.53	
	その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	詳細不明の認知症	-1.2	1.9	0.55	
	在宅ケア関連	なし	脳血管性認知症	-1.6	2.7	0.55
		なし	アルツハイマー型認知症	0.0	3.3	1.00
なし		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-5.0	2.9	0.09	
なし		詳細不明の認知症	0.0	3.7	1.00	
脳血管性認知症		アルツハイマー型認知症	1.6	2.4	0.51	
脳血管性認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-3.3	1.8	0.07	
脳血管性認知症		詳細不明の認知症	1.6	3.0	0.59	
アルツハイマー型認知症		その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）	-5.0	2.6	0.07	
アルツハイマー型認知症		詳細不明の認知症	0.0	3.6	1.00	
その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）		詳細不明の認知症	5.0	3.2	0.13	

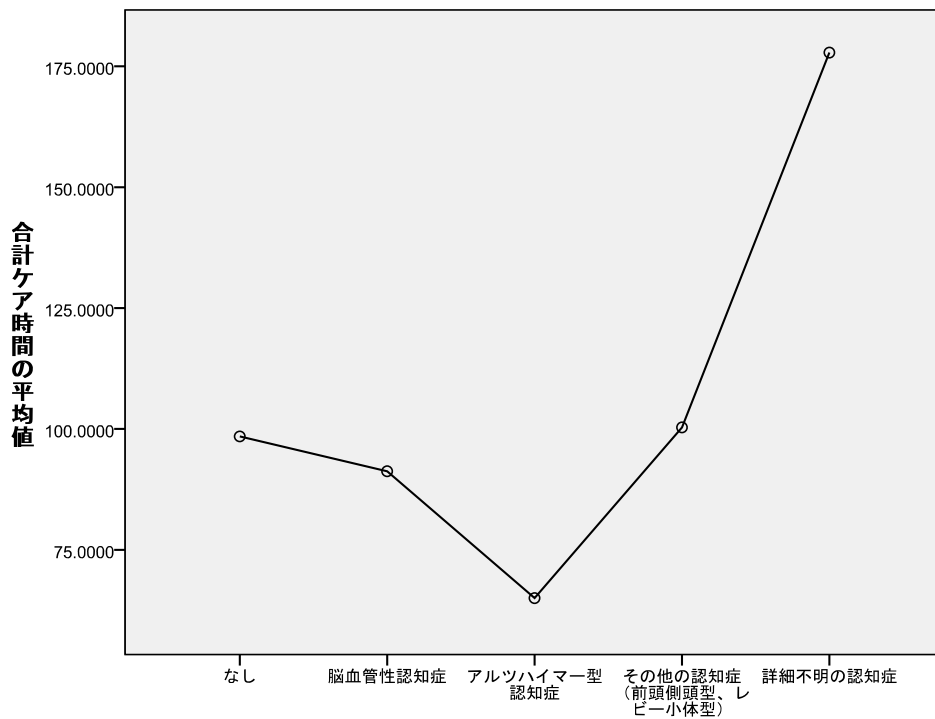


図 6 認知症疾患別合計ケア時間の平均値

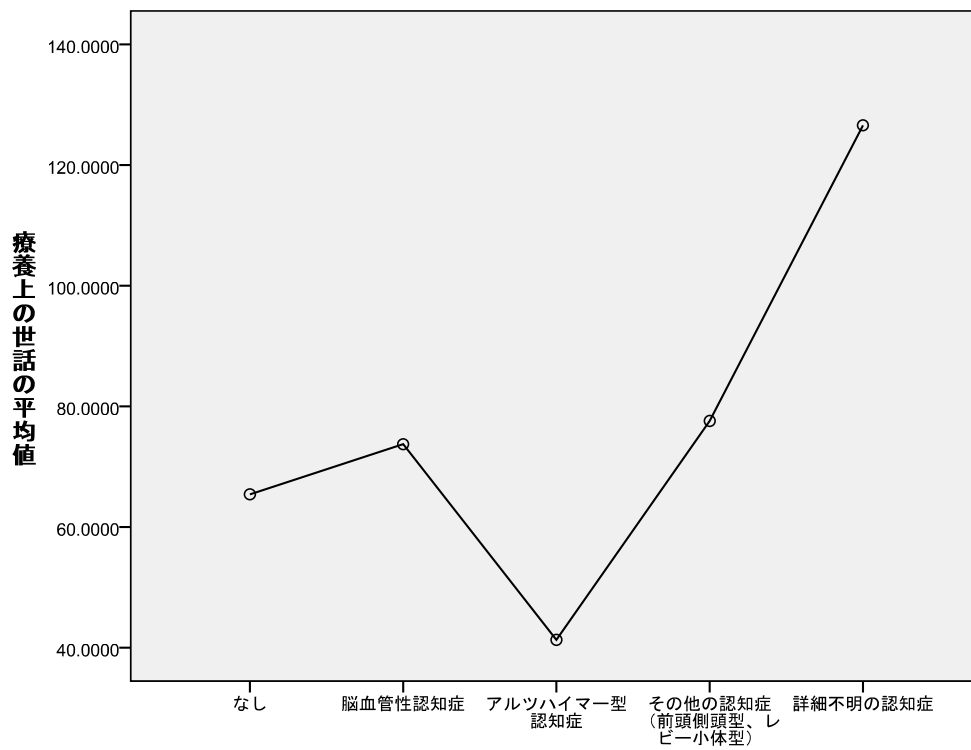


図 7 認知症疾患別療養上の世話の平均値

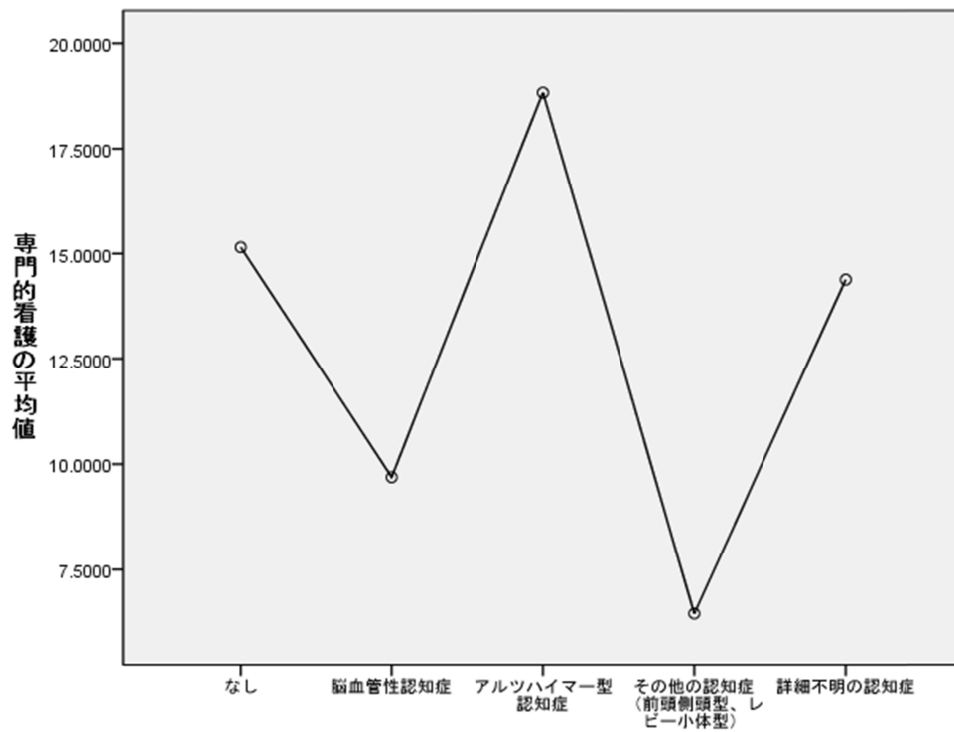


図 8 認知症疾患別専門的看護の平均値

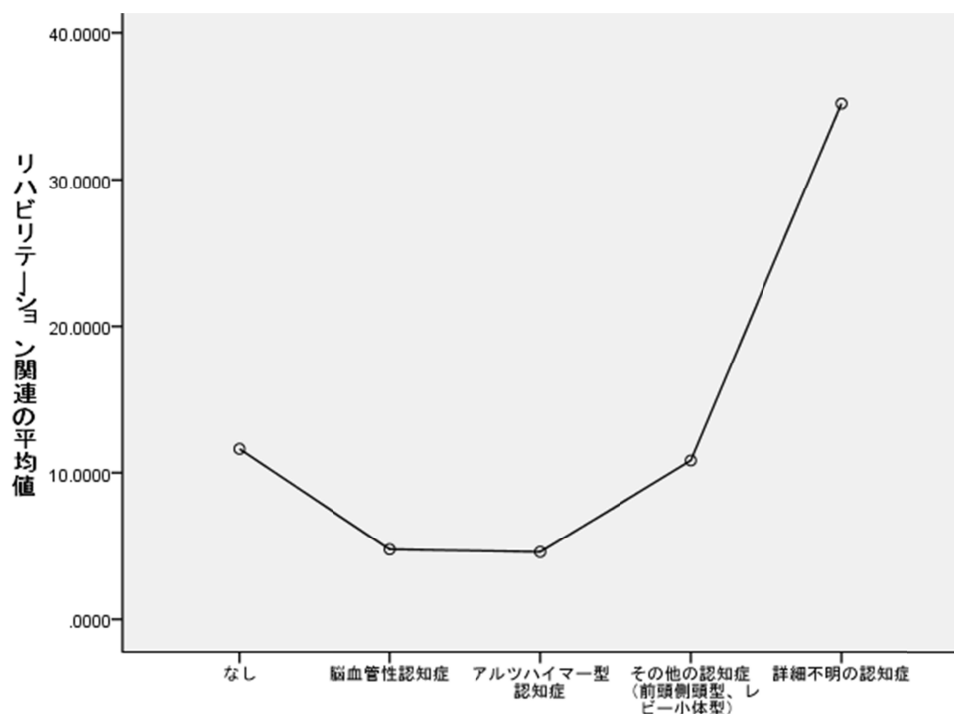


図 9 認知症疾患別リハビリテーションの平均値

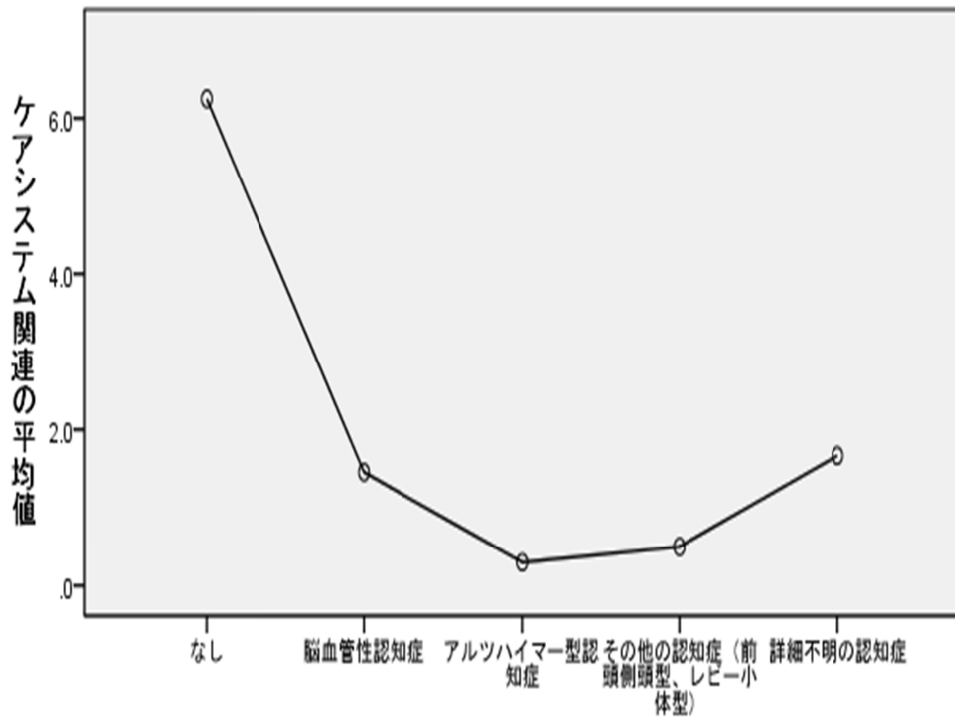


図 10 認知症疾患別ケアシステム関連の平均値

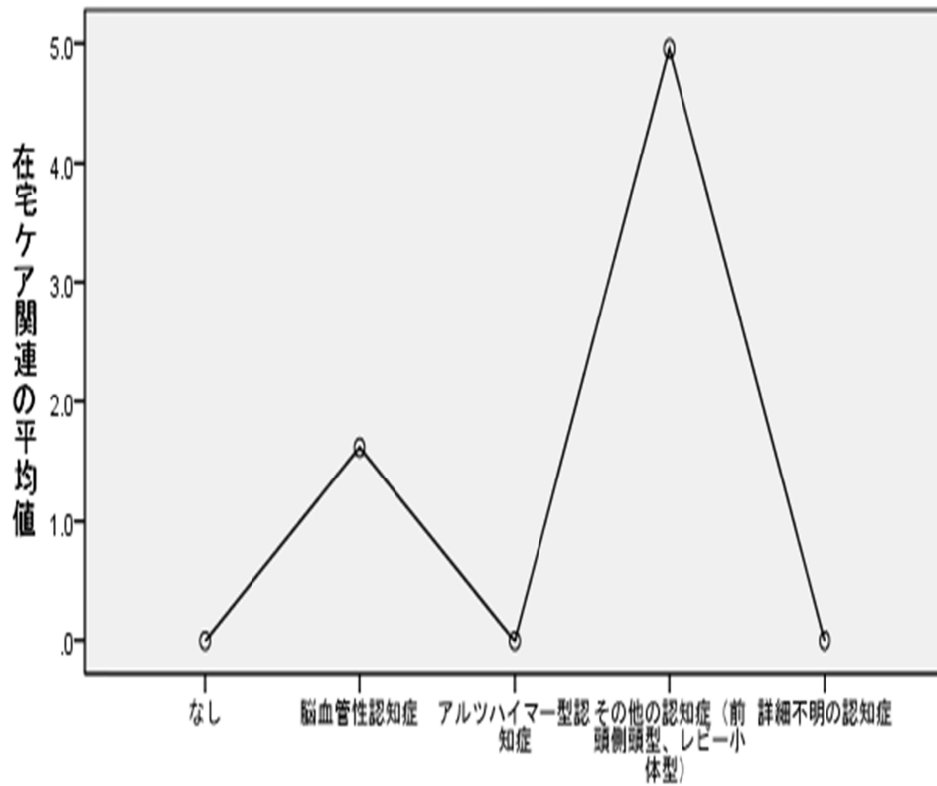


図 11 認知症疾患別在宅ケア関連の平均値

5) ケア内容別ケア発生割合・提供時間の分析

ケア内容別ケア発生割合を分析したところ、もっとも発生割合が高かったのは、「与薬・薬の塗布」97.8% (平均 6.8 分)であった。その後、「清潔・整容」が 93.3% (平均 16.2 分)、「移動(施設内)」93.3% (平均 10.7 分)と続き、入所者の 90%以上に発生していたのは、この 3 種類のケアのみであった。70%台は、「起居と体位変換」75.6% (平均 5.3 分)「更衣」71.1% (4.0 分)の二つのケアであった。60%台は、「移乗」62.2% (平均 3.8 分)「巡視・観察・測定」62.2%(平均 3.4 分)「コミュニケーション」62.2%(平均 9.2 分)の 3 種類のケアであった。50%台は、「寝具・リネン」55.6% (平均 1.5 分)「BPSD への対応」63.3% (平均 3.7 分)の 2 種類のケアであった。40%台は、「排泄」44.4% (平均 14.5 分)のみであっ

た。30%台は、「感覚器系の処置」33.3%(平均 1.7 分)「運動器系機能の評価」33.3% (平均 1.1 分)の 2 種類のケアであった。20%台は、「運動器系機能の訓練」28.9%(3.5 分)「洗濯」26.7% (平均 1.2 分)「生活基本動作の拡大」26.7%(平均 2.9 分)「行事・クラブ活動」26.7%(平均 1.2 分)「送迎(移送サービス)」20.0% (平均 2.0 分)の 4 種類のケアであった。10%台は、「呼吸器系の処置」11.1%(平均 2.2%)「言語療法」11.1% (平均 1.0 分)「屋内の整理・清掃」11.1% (平均 0.2 分)の 3 種類のケアであった。10%未満は、「運動(身体)機能の維持・促進」8.9% (平均 0.2 分)「物理療法」6.7% (平均 0.2 分)「環境」2.2%(平均 0.1 分)「入院・入所者の物品管理」2.2%(平均 0.1 分)「作業療法」2.2% (平均 0.1 分)「ケア関連会議・記録」2.2% (平均 0.2 分)の 6 種類のケアであった。

表 24 ケア内容別ケア発生割合・提供時間の分析

	平均値 (分)	標準偏差	最小値	最大値	発生割合 (%)	発生人数 (人)
与薬・薬の塗布	6.8	5.7	0.0	27.1	97.8	44
清潔・整容	16.2	15.0	0.0	49.0	93.3	42
移動(施設内)	10.7	10.9	0.0	47.4	93.3	42
起居と体位変換	5.3	6.2	0.0	23.1	75.6	34
更衣	4.0	4.4	0.0	16.0	71.1	32
移乗	3.8	6.7	0.0	41.0	62.2	28
巡視・観察・測定	3.4	4.5	0.0	18.0	62.2	28
コミュニケーション	9.2	10.7	0.0	38.9	62.2	28
寝具・リネン	1.5	3.2	0.0	19.0	55.6	25
BPSDへの対応	3.7	8.9	0.0	47.0	53.3	24
排泄	14.5	19.0	0.0	71.0	44.4	20
感覚器系の処置	1.7	4.6	0.0	28.6	33.3	15
運動器系機能の評価	1.1	2.0	0.0	8.0	33.3	15
運動器系機能の訓練	3.5	7.9	0.0	34.5	28.9	13
洗濯	1.2	2.4	0.0	10.0	26.7	12
生活基本動作の拡大	2.9	7.3	0.0	35.0	26.7	12
行事・クラブ活動	1.2	3.1	0.0	14.5	26.7	12
送迎(移送サービス)	2.0	5.0	0.0	18.0	20.0	9
呼吸器系の処置	2.2	9.7	0.0	61.0	11.1	5
言語療法	1.0	4.2	0.0	25.0	11.1	5
屋内の整理・清掃	0.2	0.7	0.0	4.0	11.1	5
運動(身体)機能の維持・促進	0.2	0.7	0.0	4.0	8.9	4
物理療法	0.2	1.4	0.0	9.0	6.7	3
環境	0.1	0.6	0.0	4.0	2.2	1
入院・入所者の物品管理	0.1	0.4	0.0	3.0	2.2	1
作業療法	0.1	0.6	0.0	4.0	2.2	1
ケア関連会議・記録	0.2	1.0	0.0	7.0	2.2	1

また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析したところ、有意差が見られ

たのは、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、いずれも脳血管性認知症のほうが有意に長かった。

表 25 脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症のケア内容別ケア時間（記述統計、T 検定）

	脳血管性認知症(N=22)			アルツハイマー型認知症(N=5)			P 値
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
清潔・整容	17.0	15.5	3.3	4.7	4.4	2.0	0.00 **
更衣	3.5	4.3	0.9	2.4	4.3	1.9	0.61
排泄	13.2	20.6	4.4	12.4	20.4	9.1	0.94
起居と体位変換	4.0	4.6	1.0	7.2	9.0	4.0	0.26
移乗	4.0	8.9	1.9	2.9	4.0	1.8	0.78
移動（施設内）	9.7	8.5	1.8	2.7	5.0	2.2	0.09
運動（身体）機能の維持・促進	0.1	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.53
BPSDへの対応	7.0	12.0	2.6	0.0	0.0	0.0	0.01 *
巡視・観察・測定	3.5	5.1	1.1	4.8	5.2	2.3	0.61
コミュニケーション	8.6	10.5	2.2	3.8	8.5	3.8	0.35
寝具・リネン	1.3	2.1	0.4	0.4	0.5	0.2	0.33
環境	0.2	0.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.64
洗濯	1.6	2.7	0.6	0.0	0.0	0.0	0.01 *
与薬・薬の塗布	9.1	6.6	1.4	5.7	3.5	1.6	0.28
呼吸器系の処置	0.3	0.9	0.2	12.2	27.3	12.2	0.38
感覚器系の処置	0.3	0.6	0.1	0.9	2.0	0.9	0.55
運動器系機能の訓練	2.3	8.0	1.7	0.6	1.3	0.6	0.64
生活基本動作の拡大	1.7	7.4	1.6	2.8	6.3	2.8	0.76
物理療法	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.50
言語療法	0.0	0.0	0.0	0.6	1.3	0.6	0.37
運動器系機能の評価	0.7	1.4	0.3	0.6	1.3	0.6	0.91
行事・クラブ活動	1.2	3.2	0.7	0.3	0.7	0.3	0.53
屋内の整理・清掃	0.2	0.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.57
送迎（移送サービス）	1.6	4.8	1.0	0.0	0.0	0.0	0.46

表 26 脳血管性認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）のケア内容別ケア時間（記述統計、T検定）

	脳血管性認知症 (N=22)			その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）(N=11)			P値
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
清潔・整容	17.0	15.5	3.3	20.2	17.9	5.4	0.60
更衣	3.5	4.3	0.9	5.0	5.5	1.7	0.40
排泄	13.2	20.6	4.4	18.9	19.6	5.9	0.45
起居と体位変換	4.0	4.6	1.0	4.2	3.5	1.1	0.93
移乗	4.0	8.9	1.9	3.4	3.7	1.1	0.82
移動（施設内）	9.7	8.5	1.8	11.1	10.2	3.1	0.67
運動（身体）機能の維持・促進	0.1	0.5	0.1	0.1	0.3	0.1	0.77
BPSDへの対応	7.0	12.0	2.6	1.2	2.1	0.6	0.04
巡視・観察・測定	3.5	5.1	1.1	2.1	2.1	0.6	0.40
コミュニケーション	8.6	10.5	2.2	8.8	9.2	2.8	0.96
寝具・リネン	1.3	2.1	0.4	1.2	1.8	0.6	0.87
環境	0.2	0.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.49
入院・入所者の物品管理	0.0	0.0	0.0	0.3	0.9	0.3	0.34
洗濯	1.6	2.7	0.6	1.2	2.1	0.6	0.66
与薬・薬の塗布	9.1	6.6	1.4	5.0	3.9	1.2	0.07
呼吸器系の処置	0.3	0.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.16
感覚器系の処置	0.3	0.6	0.1	1.4	2.7	0.8	0.22
運動器系機能の訓練	2.3	8.0	1.7	5.7	10.2	3.1	0.30
生活基本動作の拡大	1.7	7.4	1.6	0.5	1.5	0.4	0.62
物理療法	0.1	0.3	0.1	0.8	2.7	0.8	0.40
言語療法	0.0	0.0	0.0	2.3	7.5	2.3	0.34
作業療法	0.0	0.0	0.0	0.4	1.2	0.4	0.34
運動器系機能の評価	0.7	1.4	0.3	1.1	2.2	0.7	0.47
行事・クラブ活動	1.2	3.2	0.7	0.2	0.5	0.2	0.32
屋内の整理・清掃	0.2	0.9	0.2	0.3	0.6	0.2	0.88
送迎（移送サービス）	1.6	4.8	1.0	5.0	6.9	2.1	0.17

D . 考察

1) 認知症疾患種類別認知機能・BPSD、CDR による重症度

認知症の疾患別・調査対象者の認知機能・問題行動等を分析した結果からは、疾患別に有意差が示されたのは、「c . 意欲がなく、新しいことへの興味が無い」、「e . 発想が乏しい」、「i . ちょっとしたことでもイライラする」、「m . やさしい計算でも間違える」の4項目であった。

また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」で有意差が示されたのは、上述の4項目に加え、「k . 重ね着をしたり、着衣の順を誤ったりする」、「r . よく知った人の顔を見ても分からない、又は誤る」、「s . 忍耐力がなく、集中力が低下している」の3項目であり、「脳血管性認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」で有意差が示されたのは、「i . ちょっとしたことでもイライラする」のみであり、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうがあてはまっていた。

この結果からは、脳血管性認知症の方々におけるBPSDの症状が多様であることが示されたものと推察される。

一方、認知症のCDRの結果からは、疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。

さらに、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とその他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）」

の組み合わせに着目し、認知症疾患別に認知機能・問題行動等を分析した。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」で有意差が示されたのは、「見当識」以外の、「記憶」、「判断力と問題解決」、「地域社会活動」、「家庭生活および趣味関心」、「介護状況」すべてに有意差が示され、いずれも今回の調査対象者においては、脳血管性認知症のほうが重度の傾向が示されていた。

2) 認知症疾患とケア時間との関係

合計ケア時間・大分類別ケア時間をみると、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった、ただし、データは3名と少なかった。

「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差があったのは、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSDへの対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意に長かった。

E . 結論

本研究では、介護保険施設入所者を対象として実施した認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析した。

この結果、認知症の疾患種類と認知機能やBPSDあるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性について

での重要な基礎資料が示された。

今後は引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて、検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方について検討を進めていく必要がある。

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

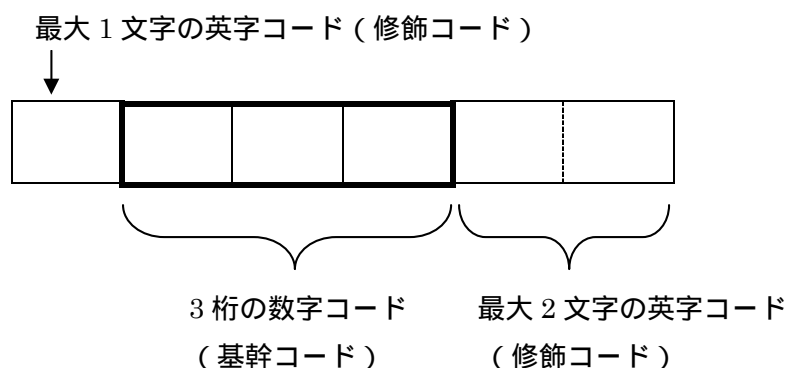
= ケアコード表 及び コード化方法 =

目 次

基本的な考え方.....	1
基幹コード（3桁の数字）.....	2
修飾コード（英字）.....	12
ケアコードの例.....	14
注意事項.....	19

< 基本的な考え方 >

H18 年高齢者介護実態調査のケアコード（3桁の数字）を基幹コードとし、前1文字の英字コード、後2文字の英字コードで修飾したものを、本調査のケアコードとします。



（1）前置する修飾コード

3桁の数字コードの前に“X”を付けることで、H18年高齢者介護実態調査の計測対象外のサービス内容であることを表現します。計測対象外のサービス内容の具体的例は、<ケアコードの例>に示しています。

（2）詳細情報を付加するための修飾コード

3桁の数字コードの後に英字を付加して、詳細情報を表現します。例えば、H18年高齢者介護実態調査のケアコードでは、問題行動に対するケアを行ったことは記録できますが、どのような問題行動だったかは記録できないので、「徘徊」、「暴言」などの問題行動の内容を詳細情報として付加します。

< 基幹コード > H18 年高齢者介護実態調査のケアコード

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例
1	入浴・清潔保 持・整容・更 衣	1	入浴 (主に浴室、脱衣 所内での介助) 洗身・洗髪・ 洗面を含む 浴室・脱衣所 内の移動・移 乗・体位変 換・浴槽への 出入りを含む	1	準備	111	浴室・浴槽・簡易浴槽の準備(湯を沸かす・ 必要物品の点検など) 職員の入浴介助用の服装への着替え 浴室用ストレッチャー・車椅子(シャワーキャリーを含む) などの準備 その他の準備(タオル配布、タオルを取りに行く、 ストレッチャーにタオルを敷くなど)
				2	言葉による働き かけ	112	入浴の誘いかけ・拒否時の説明(浴室・脱 衣所内) 洗身、洗面、洗髪(入浴後のタオルでの身体拭き、 保湿クリーム塗布など)の誘いかけ・拒否時 の説明 ストレッチャー・車椅子(シャワーキャリー含)と浴槽間の 移動・移乗・体位変換の誘いかけ・拒否時 の説明 浴槽への出入り時の移動・移乗・体位変換 の誘いかけ・拒否時の説明 その他浴室内の移動・移乗・体位変換の誘 いかけ・拒否時の説明
				3	介助	113	入浴介助 衣類の着脱 洗身・洗面・洗髪(入浴後のタオルでの身体拭 き、保湿クリーム塗布など)介助 ストレッチャー・車椅子(シャワーキャリーを含む)と浴槽 間の移動・移乗・体位変換の介助 浴槽への出入り時の移動・移乗・体位変換 介助 リフト操作 その他浴室内の移動・移乗・体位変換介助
				4	見守り等	114	入浴見守り等 洗身・洗面・洗髪(入浴後のタオルでの身体拭 き、保湿クリーム塗布など)も見守り ストレッチャー・車椅子(シャワーキャリーを含む)と浴槽 間の移動・移乗・体位変換の見守り 浴槽への出入り時の移動・移乗・体位変換 の見守り その他浴室内の移動・移乗・体位変換の見 守り
				5	後始末	115	入浴後の浴室・浴槽・簡易浴槽の清掃・洗 浄・整頓など 入浴後の浴室用ストレッチャー・車椅子(シャワーキャ リーを含む)などの後始末 その他の後始末(衣類を洗濯物入れに運ぶ など)
		2	清拭 (入浴時・排泄 時を除く)	1	準備	121	清拭のためのお湯・洗面器・沐浴剤・清拭 剤・ムース・タオルなどの準備 足浴・手指浴のためのお湯・洗面器・石鹸・ タオルなどの準備 陰部清拭・洗浄(排泄介助時、失禁時を除 く)坐浴のための洗面器・タオルなどの 準備 乾布清拭(清拭部位問わず)のための乾布な どの準備

			2	言葉による働きかけ	122	お湯・沐浴剤を用いた清拭（清拭部位問わず）の誘いかけ・拒否時の説明 清拭剤・ムースを用いた清拭（清拭部位問わず）の誘いかけ・拒否時の説明 足浴・手指浴の誘いかけ・拒否時の説明 陰部清拭・洗浄（排泄介助時、失禁時を除く）坐浴の誘いかけ・拒否時の説明 乾布清拭（清拭部位問わず）の誘いかけ・拒否時の説明	
			3	介助	123	お湯・沐浴剤を用いた清拭（清拭部位問わず） 清拭剤・ムースを用いた清拭（清拭部位問わず） 足浴・手指浴の介助 陰部清拭・洗浄（排泄介助時、失禁時を除く）坐浴の介助 乾布清拭（清拭部位問わず）	
			4	見守り等	124	お湯・沐浴剤を用いた清拭（清拭部位問わず）の見守り等 清拭剤・ムースを用いた清拭（清拭部位問わず）の見守り等 足浴・手指浴の見守り等 陰部清拭・洗浄（排泄介助時、失禁時を除く）坐浴の見守り等 乾布清拭（清拭部位問わず）の見守り等	
			5	後始末	125	清拭のためのお湯・洗面器・沐浴剤・清拭剤・ムース・タオルなどの後始末 足浴・手指浴のためのお湯・洗面器・石鹸・タオルなどの後始末 陰部清拭・洗浄（排泄介助時、失禁時を除く）坐浴のための洗面器・タオルなどの後始末 乾布清拭（清拭部位問わず）のための乾布などの後始末	
			3	洗髪（入浴時を除く）	1	準備	131
			2	言葉による働きかけ	132	洗髪（ドライシャンプーを含む）の誘いかけ・拒否時の説明等	
			3	介助	133	洗髪（ドライシャンプーを含む）の介助	
			4	見守り等	134	洗髪（ドライシャンプーを含む）の見守り等	
			5	後始末	135	洗髪後のシャンプー・ドライシャンプー・洗面器などの後始末	
		4	洗面・手洗い（入浴時を除く）（排泄時を含む）	1	準備	141	洗面（タオルで顔を拭くことを含む）のためのタオル・洗面器などの準備 高齢者自身の手洗いのためのタオル・石鹸・洗面器などの準備
				2	言葉による働きかけ	142	洗面（タオルで顔を拭くことを含む）の誘いかけ・拒否時の説明 高齢者自身の手洗いの誘いかけ・拒否時の説明
				3	介助	143	洗面（タオルで顔を拭くことを含む）の介助 高齢者自身の手洗いの介助
				4	見守り等	144	洗面（タオルで顔を拭くことを含む）の見守り等 高齢者自身の手洗いの見守り等
				5	後始末	145	洗面（タオルで顔を拭くことを含む）のためのタオル・洗面器などの後始末

							高齢者自身の手洗いのためのタオル・石鹸・洗面器などの後始末
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	数字コード	ケアの内容例
1	入浴・清潔保持・整容・更衣	5	口腔・耳ケア (入浴時を除く)	1	準備	151	口腔洗浄(歯磨き)のための歯ブラシ・歯磨き粉・コップなどの準備 義歯の着脱のための義歯などの準備 義歯の洗浄のための義歯洗浄剤などの準備 うがいのためのイソジンガーグル・コップなどの準備 唾・痰を拭うためのタオル・ティッシュペーパーなどの準備 口唇の手入れのためのリップクリームなどの準備 耳掃除のための耳かき・綿棒などの準備
				2	言葉による働きかけ	152	口腔洗浄(歯磨き)の誘いかけ・拒否時の説明 義歯の着脱の誘いかけ・拒否時の説明 義歯の洗浄の誘いかけ・拒否時の説明 うがい(イソジンガーグル使用など)の誘いかけ・拒否時の説明 唾・痰を拭うことの誘いかけ・拒否時の説明 口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の誘いかけ・拒否時の説明 耳掃除の誘いかけ・拒否時の説明
				3	介助	153	口腔洗浄(歯磨き)の介助、耳掃除の介助 義歯の着脱の介助 義歯の洗浄の介助 うがい(イソジンガーグル使用など)の介助 唾・痰を拭う介助 口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の介助
				4	見守り等	154	口腔洗浄(歯磨き)の見守り等 義歯の着脱の見守り等 義歯の洗浄の見守り等 うがい(イソジンガーグル使用など)の見守り等 唾・痰を拭うことの見守り等 口唇の手入れ(リップクリーム塗布など)の見守り等 耳掃除の見守り等
				5	後始末	155	口腔洗浄(歯磨き)のための歯ブラシ・歯磨き粉・コップなどの後始末 義歯の着脱のための義歯などの後始末 義歯の洗浄のための義歯洗浄剤などの後始末 うがいのためのイソジンガーグル・コップなどの後始末 唾・痰を拭うためのタオル・ティッシュペーパーなどの後始末 口唇の手入れのためのリップクリームなどの後始末

						耳掃除のための耳かき・綿棒などの後始末
	6	月経への対処	1	準備	161	月経への対処の準備
			2	言葉による働きかけ	162	誘いかけ・拒否時の説明
			3	介助	163	月経への対処の介助
			4	見守り等	164	月経への対処の見守り等
			5	後始末	165	月経への対処の後片付け
	7	整容 (入浴後の頭髪のドライヤー乾燥含む)	1	準備	171	結髪・整髪のためのゴム・ヘアブラシ・くし・鏡などの準備 ドライヤーで乾燥、散髪のためのドライヤー・はさみなどの準備 爪切りの準備 髭剃りのためのかみそり・ひげそり用ムースなどの準備 おしゃれのための化粧水・乳液・ファンデーション・口紅・マニキュア・アクセサリなどの準備
			2	言葉による働きかけ	172	結髪・整髪誘いかけ・拒否時の説明 ドライヤーで乾燥、散髪誘いかけ・拒否時の説明 爪切りの誘いかけ・拒否時の説明 髭剃りの誘いかけ・拒否時の説明 おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリ使用など)の誘いかけ・拒否時の説明
			3	介助	173	結髪・整髪介助 ドライヤーで乾燥、散髪介助 爪切りの介助 髭剃りの介助 おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリ使用など)の介助
			4	見守り等	174	結髪・整髪の見守り等 ドライヤーで乾燥、散髪の見守り等 爪切りの見守り等 髭剃りの見守り等 おしゃれ(化粧・マニキュアを塗る・アクセサリ使用など)の見守り等
			5	後始末	175	結髪・整髪のためのゴム・ヘアブラシ・くし・鏡などの後始末 ドライヤーで乾燥、散髪のためのドライヤー・はさみなどの後始末 爪切りの後始末 髭剃りのためのかみそり・ひげそり用ムースなどの後始末 おしゃれのための化粧水・乳液・ファンデーション・口紅・マニキュア・アクセサリなどの後始末
	8	更衣 浴室・脱衣所・トイレでの更衣を除く	1	準備	181	更衣のための衣服(靴下、靴含む)などの準備
			2	言葉による働きかけ	182	更衣(靴下、靴含む)の誘いかけ・拒否時の説明 衣服を整えるための誘いかけ・拒否時の説明
			3	介助	183	更衣(靴下、靴含む)の介助 衣服を整えるための介助
			4	見守り等	184	更衣(靴下、靴含む)の見守り 衣服を整えるための見守り
			5	後始末	185	更衣のための衣服(靴下、靴含む)などの後始末
	9	その他	9	その他	199	清潔・整容・更衣その他

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例
2	移動・移乗・ 体位変換	1	敷地内の移動 (浴室・脱衣 所・トイレ内を除 く)	1	準備	211	移動のための歩行器・シルバーカー・つえ・ ストレッチャー・車椅子などの準備 ひざかけをかける
				2	言葉による働き かけ	212	歩行による移動の誘いかけ・拒否時の説明 歩行器・シルバーカーによる移動の誘い かけ・拒否時の説明 車椅子・ストレッチャーによる移動の誘い かけ・拒否時の説明 抱える、抱き上げる、背負っての移動の誘 いかけ・拒否時の説明 転倒時の介助のための誘いかけ・拒否時の 説明
				3	介助	213	歩行による移動介助(一緒に移動する) 歩行器・シルバーカーによる移動介助(一 緒に移動する) 車椅子・ストレッチャーによる移動介助 抱える、抱き上げる、背負っての移動 転倒時の介助(起こす)
				4	見守り等	214	歩行による移動の見守り(移動する様子 を見守る)等 歩行器・シルバーカーによる移動の見守り (移動している様子を見守る)等 車椅子・ストレッチャーによる移動の見守 り等 転倒時、高齢者が起きあがる様子 の見守り等
				5	後始末	215	移動後の歩行器・シルバーカー・つえ・ス トレッチャー・車椅子などの後始末
		2	移乗 (浴室・脱衣 所・トイレ内を除 く)	1	準備	221	移乗のための椅子・車椅子・ストレッチャ ーなどの準備 移乗のための介助バー・ベッド柵の取り付 けなど
				2	言葉による働き かけ	222	車椅子から、床・マット・椅子・ベッドへ の移乗の誘いかけ・拒否時の説明 床・マット・椅子・ベッドから、車椅子へ の移乗の誘いかけ・拒否時の説明 ベッドから、ストレッチャーへの移乗の誘 いかけ・拒否時の説明 ストレッチャーから、ベッドへの移乗の誘 いかけ・拒否時の説明 ベッドからの昇降の誘いかけ・拒否時の説 明 転落時の介助のための誘いかけ・拒否時の 説明
				3	介助	223	車椅子から、床・マット・椅子・ベッドへ の移乗介助 床・マット・椅子・ベッドから、車椅子へ の移乗介助 ベッドから、ストレッチャーへの移乗介助 ストレッチャーから、ベッドへの移乗介助 ベッドからの昇降介助 転落時の介助(起こす)
				4	見守り等	224	車椅子から、床・マット・椅子・ベッドへ の移乗の見守り等

						床・マット・椅子・ベッドから、車椅子への移乗の見守り等 ベッドから、ストレッチャーへの移乗の見守り等 ストレッチャーから、ベッドへの移乗の見守り等 ベッドからの昇降の見守り等 転落時、入所（院）者が起き上がる様子の見守り等
			5	後始末	225	移乗後の椅子・車椅子・ストレッチャーなどの後始末 移乗後の介助バー・ベッド柵の取り外しなど
3	起座 (ギャッジベッドは含まない)	1	準備		231	座布団等起座のための道具の準備
		2	言葉による働きかけ		232	誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助		233	座位を取らせる、座らせる際の介助
		4	見守り等		234	起座時の見守り等
		5	後始末		235	起座のための道具の後片付け
4	起立	1	準備		241	履き物等起立のための道具の準備
		2	言葉による働きかけ		242	誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助		243	立位を取らせる、立たせる際の介助
		4	見守り等		244	起立時の見守り等
		5	後始末		245	起立のための道具の後片付け
5	その他の体位変換 (浴室・脱衣所・トイレ内・起座・起立時を除く) (ギャッジベッドの操作を含む)	1	準備		251	体位変換のための枕・足底板・円座・離被架などの準備
		2	言葉による働きかけ		252	誘いかけ・拒否時の説明 ギャッジベッドの操作の誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助		253	体位変換(体を起こす、支える、端座位から臥床させる、寝かせるなど) 座位を整える 姿勢をただす ギャッジベッドの操作
		4	見守り等		254	体位変換時の見守り等
		5	後始末		255	体位変換後の枕・足底板・円座・離被架などの後始末
6	介助用具の着脱	1	準備		261	杖・義足など介助用具の準備
		2	言葉による働きかけ		262	誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助		263	介助用具の着脱介助
		4	見守り等		264	介助用具の着脱時の見守り等
		5	後始末		265	介助用具の後片付け
9	その他の体位変換	9	その他		299	

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例			
3	食事	1	調理 (対象者が調理するのを介助)	2	言葉による働きかけ	312	調理の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等			
				3	介助	313	調理の介助(材料の加工・準備・後始末など)			
				4	見守り等	314	調理の見守り等			
		2	配膳・下膳 (対象者が配膳・下膳するのを介助)	2	言葉による働きかけ	322	配膳・下膳の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等			
				3	介助	323	配膳・下膳の介助(材料の加工・準備・後始末など)			
				4	見守り等	324	配膳・下膳の見守り等			
		3	食器洗淨・食器の片づけ (対象者がするのを介助)	2	言葉による働きかけ	332	食器洗淨・食器の片づけの誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等			
				3	介助	333	食器洗淨・食器の片づけの介助(材料の加工・準備・後始末など)			
				4	見守り等	334	食器洗淨・食器の片づけの見守り等			
		4	摂食		1	準備	341	食事・水分摂取のためのエプロン・ふきんなどの準備、食札数の確認 調理(食事を刻む、ミキサーにかけるなど) 食事の配膳・セッティング バイキングスタイル時などの食事のとりわけ		
					2	言葉による働きかけ	342	食事・水分摂取の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導		
					3	介助	343	配膳後の食事介助(食べ物を口にもって行って食べさせる、スプーンに手を添える 水分摂取介助(吸い飲み・コップのお茶や水などを飲ませるなど) 小骨を除く、バナナの皮をむくなど) むせた時の介助 食事の時に汚れた口の周りを拭く 食べ物が口の中に残っていないか確認する		
					4	見守り等	344	食事・水分の摂取状況の確認		
					5	後始末	345	食事の後始末(下膳、配膳の後始末、やかん・コップを集める、洗淨するなど)		
					5	水分補給	1	準備	351	与える水分・容器(吸い飲み・コップなど)を用意する 容器に水分を適量入れる 水分摂取のためのエプロン・ふきんなどの準備 水分の入った容器等を配膳する
							2	言葉による働きかけ	352	水分摂取の誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助	353			水分摂取介助(吸い飲み・コップのお茶や水などを飲ませるなど)			
		4	見守り等	354			水分摂取の見守り等			
		9	その他	355	水分摂取の後始末(配膳の後始末、やかん・コップを集める、洗淨するなど)					
		9	その他		9	その他	399			
4	排泄	1	排尿 (浴室を含む) (移乗・体位変換を含む)	1	準備	411	排尿のためのトイレトペーパーなどの準備 排尿時の移乗・体位変換のための物品準備			
				2	言葉による働きかけ	412	排尿の誘いかけ・拒否時の説明 トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗の誘いかけ・拒否時の説明 排尿時に身体をささえる(収尿器・さし込			

						み便器の挿入・除去時など)ための 誘いかけ・拒否時の説明
			3	介助	413	トイレでの衣類の着脱 排尿動作介助 排尿時の清拭 失禁時の排尿介助(問題行動への対応時は 除く) 排尿時トイレ・ポータブルトイレの便座へ の移乗介助 排尿時に身体をささえる(収尿器・さし込 み便器の挿入・除去時など)介助
			4	見守り等	414	排尿時の見守り等 排尿時トイレ・ポータブルトイレの便座へ の移乗の見守り等 排尿時に身体をささえている収尿器・さし 込み便器の挿入・除去時などの見守り等
			5	後始末	415	排尿時のトイレの水洗 排尿の後始末(トイレ・ポータブルトイレ の洗浄・消毒など) ポータブルトイレの後始末 収尿器・さし込み便器の洗浄・消毒 収尿器・さし込み便器の後始末 排尿時の移乗・体位変換後の物品の後始末
	2	排便 (おむつに係る 介助を含む) (移乗・体位変 換を含む) (浴室内を含 む)	1	準備	421	排便のためのトイレトペーパーなどの準備 おむつ交換のためのおむつ・パッドなどの 準備 排便時の移乗・体位変換のための物品準備
			2	言葉による働き かけ	422	排便の誘いかけ・拒否時の説明 排便時の洗浄、坐浴の誘いかけ・拒否時の 説明 おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除 去・装着の誘いかけ・拒否時の説明 排便時トイレ・ポータブルトイレの便座へ の移乗の誘いかけ・拒否時の説明 排便時に身体をささえる(さし込み便器の 挿入・除去時など)ための 誘いかけ・拒否時の説明

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	数字コード	ケアの内容例
4	排泄	2	排便 (おむつに係る介助を含む) (移乗・体位変換を含む) (浴室を含む)	3	介助	423	トイレでの衣類の着脱 排便動作介助 排便時の清拭 排便時の洗浄、坐浴の介助 失禁時の排便動作介助(問題行動への対応時は除く) おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除去・装着 排便時トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗介助 排便時に身体をささえる(さし込み便器の挿入・除去時など)介助
				4	見守り等	424	排便時の見守り等 排便時の洗浄、坐浴の見守り等 おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの除去・装着の見守り等 トイレ・ポータブルトイレの便座への移乗の見守り等 排便時に身体をささえている(さし込み便器の挿入・除去時など)の見守り等
				5	後始末	425	排便時のトイレの水洗 排便の後始末(トイレ・ポータブルトイレの洗浄・消毒など) ポータブルトイレの後始末 さし込み便器の洗浄・消毒 さし込み便器の後始末 おむつ(パッドを含む)・おむつカバーの後始末 (使用後のおむつを所定の位置まで運ぶなど) 排便時の移乗・体位変換後の物品の後始末
				9	その他	499	
5	生活自立支援	1	洗濯 (対象者がするのを介助)	2	言葉による働きかけ	512	説明・指導等言葉による働きかけ
				3	介助	513	洗濯(乾燥)機の設定 洗濯物の出し入れ、洗濯物を運ぶ、干す、取り入れる、収納する等、洗濯の一連の行為に対する介助
				4	見守り等	514	洗濯の一連の行為に対する見守り等
		2	清掃・ごみの処理 (対象者がするのを介助)	2	言葉による働きかけ	522	清掃・ごみの処理の誘いかけ・拒否時の説明。助言・指導等
				3	介助	523	家具等を移動させる、清掃をする、ごみを処理する等、清掃・ごみの処理に関する一連の行為に対する介助
				4	見守り等	524	ごみの処理に関する一連の行為に対する見守り等
		3	整理整頓 (対象者がするのを介助)	2	言葉による働きかけ	532	説明・指導等言葉による働きかけ
				3	介助	533	整理・整頓の一連の行為に対する介助
				4	見守り等	534	整理・整頓の一連の行為に対する見守り等
		4	食べ物の管理 (対象者がするのを介助) (調理以外)	2	言葉による働きかけ	542	説明・指導等言葉による働きかけ
3	介助			543	食べ物の管理に対する一連の行為に対する介助		

		4	見守り等	544	食べ物の管理に対する一連の行為に対する見守り等
	5 金銭管理 (対象者がするのを介助) (家計簿・請求書処理以外)	2	言葉による働きかけ	552	説明・指導等言葉による働きかけ
		3	介助	553	金銭管理に関する一連の行為に対する介助 小口現金や領収書の管理など
		4	見守り等	554	金銭管理に関する一連の行為に対する見守り等
	6 戸締まり・火の始末・防災 (対象者がするのを介助)	2	言葉による働きかけ	562	説明・指導等言葉による働きかけ
		3	介助	563	戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する介助
		4	見守り等	564	戸締まり・火の始末・防災に関する一連の行為に対する見守り等
	7 目覚まし、寝かしつけ	1	準備	571	目覚まし時計をかける、布団を持ってくる、音楽をかける
		2	言葉による働きかけ	572	起床・就寝時にベッドサイドでかける声かけや拒否時の説明
		3	介助	573	目を覚まさせる、寝かしつける(胸をとんとたたく) ふとんをかける
		4	見守り等	574	起床・就寝前後の観察、見守り等
		5	後始末	575	就寝後に消灯する。カーテンを閉める等
	8 その他の日常生活 (集う、テレビを見る、読書をする、たばこを吸うなど)	1	準備	581	その他の日常生活のための準備
		2	言葉による働きかけ	582	その他の日常生活の誘いかけ・拒否時の説明
		3	介助	583	物品をとる、たばこの火をつけるなど 身の回りの物の整理・整頓 入退院(所)手続き
		4	見守り等	584	その他の日常生活の見守り等
		5	後始末	585	その他の日常生活の後始末

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例
5	生活自立支援	9	相談・助言・指導を含む会話、その他のコミュニケーション	1	挨拶・日常会話	591	定時の挨拶 日常会話
				2	心理的支援・訴えの把握	592	不安、孤独、恐れ、痛みなどへの対応（話を聴く、そばにいる、手を握るなど） ニーズの把握、相談・確認
				3	その他のコミュニケーション	593	本の朗読、手紙の代読・代筆 会話の援助、人間関係の調整、伝言の代行 ナースコールの受理・応答 食事や機能訓練の時間を伝達するために放送をかける
				4	生活指導	594	生活に関する本人・家族への指導（食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境整備など） 入退所（院）時オリエンテーション
		0	その他	9	その他	509	
6	社会生活支援	1	行事、クラブ活動	1	準備	611	行事・クラブ活動、レクリエーション活動のための準備（会場・廊下などの飾り付け、展示物の陳列、使用物品の作成など）
				2	言葉による働きかけ	612	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の誘いかけ・拒否時の説明
				3	実施・評価・介助	613	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の実施 活動中の介助
				4	見守り等	614	行事・クラブ活動、レクリエーション活動中の見守り等
				5	後始末	615	行事・クラブ活動、レクリエーション活動の後始末（使用物品の後始末、写真・資料の整理など）
		2	電話、FAX、E-mail、手紙（対象者がするのを介助）	2	言葉による働きかけ	622	説明・指導等言葉による働きかけ
				3	介助	623	電話、FAX、E-mailを行う、手紙を書く際の一連の行為に対する介助
				4	見守り等	624	電話、FAX、E-mailを行う、手紙を書く際の一連の行為に対する見守り等
		3	文書作成（手紙を除く）（対象者が文書作成するのを介助）	2	言葉による働きかけ	632	説明・指導・助言等言葉による働きかけ
				3	介助	633	文書作成に対する一連の行為に対する介助
				4	見守り等	634	文書作成に対する一連の行為に対する見守り等
		4	来訪者への対応（対象者が来訪者への対応をする際の介助） 家族を含む	2	言葉による働きかけ	642	本人、来訪者に対する言葉による働きかけ
				3	介助	643	対象者が来訪者への対応をする際のサポート
				4	見守り等	644	対象者が来訪者への対応をする際の見守り等
		5	外出時の移動	2	言葉による働きかけ	652	外出時の施設敷地外における誘いかけ・拒否時の説明等言葉による働きかけ
				3	介助	653	施設敷地外での移動介助
				4	見守り等	654	施設敷地外での移動時の見守り等
		6	外出先での行為	2	言葉による働きかけ	662	その他の外出先での行為に対する言葉による働きかけ
				3	介助	663	その他の外出先での行為に対する介助(切

						符を買うなど)
			4	見守り等	664	その他の外出先での行為に対する見守り等
		7	職能訓練・生産活動	1	準備	671 職能訓練・生産活動の際の準備
			2	言葉による働きかけ	672	職能訓練・生産活動の際の誘いかけや拒否時の説明等、言葉による働きかけ
			3	実施・評価・介助	673	職能訓練・生産活動の際の身体的介助
			4	見守り等	674	職能訓練・生産活動の際の見守り等
			5	後始末	675	職能訓練・生産活動の際の後始末
		8	社会生活訓練 (日常生活訓練、対人関係訓練、SSTを含む)	1	準備	681 社会生活訓練の際の準備
			2	言葉による働きかけ	682	社会生活訓練の際の誘いかけや拒否時の説明等、言葉による働きかけ
			3	実施・評価・介助	683	社会生活訓練の際の身体的介助
			4	見守り等	684	社会生活訓練の際の見守り等
			5	後始末	685	社会生活訓練の際の後始末
		9	その他	9	その他	699
7	行動上の問題	1	行動上の問題の発生時の対応	1	準備	711 問題発生時の対応のための物品の準備 徘徊時に落ち着かせるためのおやつや飲み物などの準備など
				2	言葉による働きかけ	712 問題発生時の対応のための誘いかけ・拒否時の説明 徘徊時におやつや飲み物を提供するための誘いかけ・拒否時の説明など

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例
7	行動上の問題	1	行動上の問題の発生時の対応	3	対応	713	徘徊への対応 一緒について歩く、一緒に散歩をする、おやつや飲み物を提供する 誘発要因を除く、落ち着く場所へ誘導する、探索する、高齢者を捜す 徘徊の目的を捉えるなど 不潔行為への対応 早めに声をかける、説明する、制止するなど 暴力行為・暴言・大声などへの対応 押さえつけようとせず落ち着いて話を聴く、仲裁するなど 破壊行為への対応 説明する、押さえつけないように制止する、落ち着いて話を聴く 誘発要因を除くなど 収集癖への対応 説明する、話を聴く、誘発要因を除くなど もの盗られ妄想・作話などへの対応 否定せず一緒に探す、話を聴くなど 繰り返しの訴え（帰宅願望など）や動作への対応 その都度話を聴く、他に興味を持たせ気分転換をはからせるなど 不眠・昼夜逆転への対応 不眠時話を聴く、おやつや飲み物を提供するなど 実際にはないものが見えたり聞こえたりすることへの対応 否定せず話しを聴く、気分転換をはからせるなど 不安、怒り、抑うつなど感情が不安定になることへの対応 話を聴く、スキンシップなど 性的な逸脱行動への対応 他に興味を持たせる、場をかえさせるなど 異食・盗食への対応 静かに話しかけ、食べているものをわたしてもらおう 口の中に残っているものを吐き出させるなど その他の行動上の問題への対応
				4	見守り等	714	問題発生時の見守り等 徘徊時に見守る等
				5	後始末	715	問題発生時の対応後の物品の後始末 徘徊時に提供したおやつや飲み物などの後始末など
		2	行動上の問題の予防的対応	1	準備	721	行動上の問題の予防的対応のための物品の準備 （徘徊の予防のために）安全な空間を確保するための部屋の準備など
				2	言葉による働き	722	行動上の問題の予防的対応のための誘いか

				かけ		け・拒否時の説明 (徘徊の予防のために)安全な空間を確保するための部屋への誘いかけ・拒否時の説明など
			3	実施・評価・介助	723	<p>徘徊への予防的対応 安全に動き回ることが出来る空間を確保する、転倒予防のために危険物を除去する、徘徊ルートなどを観察する、誘発要因を評価するなど</p> <p>不潔行為への予防的対応 排泄パターンを把握する、随時トイレに誘導する、行為時の観察をする トイレの場所を説明明示する、身ざれいにするなど</p> <p>暴力行為・暴言・大声などへの予防的対応 人間関係を調整する、誘発要因を評価する、スキンシップ、傷の手当をするなど</p> <p>破壊行為への予防的対応 周囲の物品を除去防護する、誘発要因を把握する、修理・修繕をするなど</p> <p>収集癖への予防的対応 収集物を除去する、事前に収集物を準備しておく、収集時の観察をする 誘発要因の評価をするなど</p> <p>もの盗られ妄想・作話などへの予防的対応 持ち物に名前を付ける、寂しさを感じさせないように話しかける 誘発要因を評価するなど</p> <p>繰り返しの訴え(帰宅願望など)や動作への予防的対応 同じ内容や方法を繰り返し、安心安定させる、会話の内容を評価するなど</p> <p>不眠・昼夜逆転への予防的対応 生活リズムを把握する、規則的な生活習慣をつける、昼寝の時間を短くする 日常生活の決まり事を継続するなど 実際にはないものが見えたり聞こえたりすることへの予防的対応 誘発要因を除去・評価するなど</p> <p>不安、怒り、抑うつなど感情が不安定になることへの予防的対応 話を聴く、音楽を聴かせる、慣れ親しんだものを持たせる 調理・掃除など一緒に役割活動をする、誘発要因を評価するなど</p> <p>性的な逸脱行動への予防的対応 環境を調整する、性的刺激を与えないようにする、適度なスキンシップ 誘発要因を評価するなど</p> <p>異食・盗食への予防的対応 危険物を目に入りやすいところや手の届くところへ置かない 残飯は素早く片づけるなど</p> <p>その他の問題行動への予防的対応 問題行動予防などのための個別的活動やグループ活動 生活歴に応じた慣れ親しんだ日常作業な</p>

						ど	
				4	見守り等	724	行動上の問題の予防的見守り (徘徊の予防のために)安全な空間を確保した時の見守りなど
				5	後始末	725	行動上の問題の予防的対応のための物品の後始末 (徘徊の予防のために)安全な空間を確保した後の部屋の片づけなど

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例
7	行動上の問題	3	行動上の問題の 予防的訓練	1	準備	731	行動上の問題の予防的訓練のための物品の準備
				2	言葉による働きかけ	732	行動上の問題の予防的訓練の誘いかけ・拒否時の説明
				3	実施・評価	733	五感の刺激、過去の体験の再現、回想などによる記憶や見当識の再生への働きかけ 写真を見せて思い出させるなど
				4	見守り等	734	行動上の問題の予防的訓練の見守り
				5	後始末	735	行動上問題の予防的訓練後の物品の後始末
		9	その他	9	その他	799	行動上の問題その他
8	医療	1	薬剤の使用 (経口薬、坐薬の投薬、注射、自己注射、輸液、輸血など)	1	準備	811	処方箋と処方薬の照合、薬の区分け、与薬の準備、注射せんの整理 薬を服用・使用しやすく整える(オブラートに包む、散剤を溶かすなど) 薬品戸棚、与薬車の管理、常備薬の管理、保冷庫の管理
				2	言葉による働きかけ	812	薬物療法時の誘いかけ・拒否時の説明
				3	介助・実施	813	経口薬・坐薬、注射、自己注射、輸液・輸血など 輸液・輸血中の固定、上下肢の抑制、姿勢の保持
				4	観察・見守り等	814	内服の観察、自己注射(インシュリン注射など)の観察、その他見守り
				5	後始末	815	薬物療法後の後始末
		2	呼吸器、循環器、消化器、泌尿器にかかる処置 (吸引、吸入、排痰、経管栄養など)	1	準備	821	呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置の物品の準備
				2	言葉による働きかけ	822	呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置の誘いかけ・拒否時の説明
				3	実施・評価	823	呼吸器にかかる処置 吸入療法、ネブライザー、タッピング、体位排痰法 酸素吸入(テント法・経鼻カテーテル法・マスク法)、気管内挿管、気道の確保 気管切開、気管切開口のケア、カニューレ交換、在宅酸素・吸引などの機器点検 レスピレーター(人工呼吸器)の装着、胸腔内持続吸引カテーテルの管理など 循環器にかかる処置 カウンターショック(除細動操作)・心肺蘇生法の介助 弾性ストッキングの着用介助など 消化器にかかる処置 経口栄養の実施、経管栄養(経鼻、胃瘻)の実施、嘔吐に対するケア 胃チューブ(経鼻カテーテル)の交換 摘便、浣腸、ストーマ(人工肛門)に関する処置 腹部マッサージなど、その他排便に関することなど 泌尿器にかかる処置 膀胱訓練(手圧排尿殴打法)、導尿、膀胱・膀胱瘻留置カテーテルの交換

						採尿器(コリサーバー・コリドームなど)の着脱、尿パットの交換 透析(HD、CAPD)の介助など 処置に係る上下肢の抑制、姿勢の保持
			4	観察・見守り等	824	呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置中の観察・見守り等
			5	後始末	825	呼吸器・循環器・消化器・泌尿器にかかる処置の処置後の物品の後始末
	3	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉科及び手術にかかる処置 (牽引・固定温・冷罨法など)	1	準備	831	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置の物品の準備
			2	言葉による働きかけ	832	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置の誘いかけ・拒否時の説明
			3	実施	833	運動器にかかる処置 ベッド上での牽引、ギプス巻き、カット温冷あん法、温冷湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の介助など 皮膚にかかる処置 褥創、外科創などの処置包交、軟膏塗布、薬浴、軟膏を混ぜるなど皮膚処置の実施など 眼にかかる処置 点眼液・眼用軟膏、目やにの処置など 耳鼻咽喉にかかる処置 点鼻薬・耳外用薬、鼻出血の手当など 歯科にかかる処置 口腔内処置など 手術にかかる処置 生検・穿刺等の介助、処置中の固定術前・後の処置、剃毛、など 処置に係る上下肢の抑制、姿勢の保持
			4	観察・見守り等	834	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置中の観察・見守り等
			5	後始末	835	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術にかかる処置後の物品の後始末

3 桁	大分類	2 桁	中分類	1 桁	小分類	数字 コード	ケアの内容例		
8	医療	4	観察・測定・検査	1	準備	841	観察・測定・検査のための体温計・血圧計などの準備 検査伝票、検温板・温度板の準備・整理		
				2	言葉による働きかけ	842	観察・測定・検査のための誘いかけ・拒否時の説明		
				3	実施	843	バイタルサインのチェック、血圧・体温・脈拍・呼吸の測定 身長・体重・胸囲等の測定 その他の観察・測定（呼吸音心音聴診、腹部触診、睡眠の状態など） 食事摂取量・水分量チェック、水分出納管理、カロリー計算 排尿頻度・量・間隔などの確認 検体（血液、便、尿、痰、胃液等）の採取 心電図・呼吸機能検査・エックス線・内視鏡・血糖値など 観察・測定・検査結果などのメモ記入など		
				5	後始末	845	観察・測定・検査後の物品の後始末		
		5	指導・助言	1	準備	851	指導・助言のための物品の準備		
				2	誘いかけ・拒否時の説明	852	薬物療法時の誘いかけ・拒否時の説明		
				3	実施	853	服薬、尿路感染褥そう予防、口腔衛生などに関する指導・助言		
				5	後始末	855	指導・助言後の物品の後始末		
		6	病気の症状への対応 （診察介助等）	1	準備	861	診察介助のための物品の準備		
				2	言葉による働きかけ	862	診察の誘いかけ・拒否時の説明。指導・助言		
				3	実施	863	診察の介助等		
				5	後始末	865	診察介助後の物品の後始末		
		9	その他	9	その他	899			
		9	機能訓練 （居室での機能訓練を含む）	1	基本日常生活訓練 （理学療法的訓練）	1	準備	911	理学療法的訓練等のための物品の準備
						2	言葉による働きかけ	912	理学療法的訓練等の誘いかけ・拒否時の説明
						3	実施、評価、デモンストレーション	913	関節可動域・可動性・筋力の評価・訓練 筋緊張反射・感覚の評価訓練、疼痛の評価、片麻痺機能テスト 筋力増強・骨盤底筋（腹圧性尿失禁に対する）訓練 基本動作訓練 （寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、バランス、移乗、移動、車椅子操作 歩行、駆動、装具装着など） 理学療法的訓練等のデモンストレーション その他の基本日常生活訓練（神経筋促通手技など）
4	見守り等					914	理学療法的訓練等を行っている際の見守り等		
5	後始末					915	理学療法的訓練等を行った後の物品の後始末		
2	応用日常生活訓練 （作業療法的訓練）			1	準備	921	作業療法的訓練等のための物品の準備		
				2	言葉による働きかけ	922	作業療法的訓練等の誘いかけ・拒否時の説明		
				3	実施、評価、デ	923	嚥下訓練評価、上肢機能・手指巧緻性、協		

				モンストレーション		調性・耐久性の訓練・評価 受動的遊び、運動遊び、視覚聴覚前庭覚、知的グループ遊びの実施・評価 革・竹・等細工、編み物、手芸、陶芸、版画、習字、縫い物彫刻、金工、簡易作業などの実施・評価 プーリーによる訓練、セラプラスト訓練、習字・文具・楽器使用・事務的活動訓練(ワープロ、タイプ、パソコンなど)の実施・評価 作業療法的訓練等のデモンストレーション その他の応用日常生活訓練
			4	見守り等	924	作業療法的訓練等を行っている際の見守り等
			5	後始末	925	作業療法的訓練等を行った後の物品の後始末
	3	言語・聴覚訓練 (言語・聴覚療法)	1	準備	931	言語・聴覚訓練のための物品の準備
			2	言葉による働きかけ	932	言語・聴覚訓練の誘いかけ・拒否時の説明
			3	実施、評価、デモンストレーション	933	知的精神機能評価、認知・見当識・失行・失認などの評価 失語の評価、構音障害の検査、失語症検査の実施、コミュニケーション能力の評価 発声・発語器官の運動をさせる、発声練習をさせる、構音練習をさせる 言語・聴覚訓練のデモンストレーション その他の言語療法的訓練
			4	見守り等	934	言語・聴覚訓練を行っている際の見守り等
			5	後始末	935	言語・聴覚訓練後の物品の後始末
	4	スポーツ訓練 (体操・準備体操含む)	1	準備	941	体操のためのカセットテープなどの準備 スポーツに用いるボール等用具の準備
			2	言葉による働きかけ	942	スポーツ訓練中の誘いかけ・拒否時の説明
			3	実施、評価、デモンストレーション	943	個人に対する体操、集団体操、競技の実施・評価 競技への参加、評価、デモンストレーション
			4	見守り等	944	スポーツ訓練時の見守り等
			5	後始末	945	スポーツ訓練に関係のある用具やカセットテープなどの後始末

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	数字コード	ケアの内容例
9	機能訓練 (居室での機能訓練を含む)	5	牽引・温熱・電気療法	1	準備	951	牽引・温熱・電気療法、マッサージのための物品の準備
				2	言葉による働きかけ	952	牽引・温熱・電気療法等の物理療法、マッサージの誘いかけ・拒否時の説明
				3	実施、評価、デモンストレーション	953	牽引・温熱・電気療法等の実施・評価 マッサージ、さする
				4	見守り等	954	牽引・温熱・電気療法等やマッサージ中の見守り等
				5	後始末	955	牽引・温熱・電気療法等物理療法やマッサージ後の物品の後始末
		9	その他	9	その他	999	
0	対象者に直接関わらない業務	1	対象者に関する こと	1	連絡調整	011	申し送り、ケアに関する打ち合わせ・連絡・報告等業務上の会話 看護・介護計画、個別ケア方策などの策定 カルテ回診 医療・行政担当者・義肢装具士ボランティア等との連絡・調整 要介護認定業務、ケアプラン作成業務 治療器具器材の購入・確認など 病歴・生活史・生活全般などについて本人・家族からの情報収集 家族との連絡・対応・調整等の話し合い
				2	記録・文書作成	012	カーデックス・看護・介護記録の記入、ADL評価記録・リハビリケース記録の記入 受診ノートなどの記入 カルテ・エックス線フィルム・検査伝票類・検査ファイルへの記入など 文献検索・調べもの カルテからの情報収集
				3	入院(所)者の病棟等 環境整備・掃除 (職員に関する場所・病室(居室)内を除く)	013	寝具・リネン整備(ベッドメーキング) 寝具・リネンを整える、寝具・リネン交換 ベッド周囲環境整備・掃除 床頭台・オーバーテーブルの整頓 ナースコールの整備 入所者の病棟等環境整備・掃除(職員に関する場所を除く) 温度・湿度調節、換気、窓の開閉、採光など調整 カーテンなどの開閉 病棟等(居室、食堂、処置室・器材室・汚物室など)の整理・整頓・清掃・消毒、ごみ捨て 洗濯 洗濯物を集める、洗濯室に持っていく、洗濯機などの準備・操作・後始末 洗濯物を手洗いする、洗濯物を干す・乾燥させる 洗濯物をたたむ・整理(アイロン含む)
				4	入所(院)者物品管理(物品購入を含む)	014	入所(院)者の依頼による物品購入(出前、通販を含む) 新聞、手紙、雑誌等の配布・管理、衣服・日用品整理、入れ替え、不要物品の整理 ロッカー整頓、冷蔵庫の管理、

					日用品・衣服の名前付け、ネームプレートの作成 洗濯物の居室への配布・整頓、衣服の修理、修繕 生け花・鉢植えの水替え・手入れ、小口現金や領収書の管理
		5	巡回、見直し	015	病棟内の巡回、食事・行事等の際の全体への見渡し
2	職員に関すること	1	手洗い	021	手洗い
		2	待機（仮眠）	022	勤務時間中の待機、仮眠など
		3	職員に関する記録・調整	023	勤務表・日課表などの作成 看護・介護職員日誌などの記入 職員会議、その他の会議（ケアに関するもの以外） 施設（院）内研修など
		4	休憩	024	職員自身の休憩（更衣、食事、トイレ、喫煙、私的会話、電話など）
		5	職員に関する環境整備・掃除（入所（院）者に関する場所を除く）	025	ナースステーション、休憩室、更衣室などの環境整備・掃除
		6	移動	026	職員の移動
		7	その他職員に関すること	027	その他職員に関すること
9	その他	9	その他	099	その他（通夜・告別式などの準備、出席、後始末など）

以下、基幹コード（数字3桁）の例を示します。

入浴ケア

ケア内容	ケアコード
入浴の誘い	1 1 2
↓	
居室から脱衣所までの移動の見守り	2 1 4
↓	
衣服をぬぐ際の見守り	1 1 4
↓	
脱衣所から洗い場への移動の見守り	1 1 4
↓	
洗い場から浴槽への移動の見守り	1 1 4
↓	
入浴の見守り	1 1 4
↓	
洗身の介助	1 1 3
↓	
浴槽から脱衣所への移動の見守り	1 1 4
↓	
濡れた身体を拭く介助	1 1 3
↓	
衣服を着る際の見守り	1 1 4
↓	
浴室から居室までの移動の見守り	2 1 4
↓	
職員が浴室まで戻る	0 2 6

排泄ケア

例1：車椅子でトイレに移動させ排泄介助を行う場合

ケア内容	ケアコード
排泄の誘い	4 1 2
↓	
ベッドから車椅子への移乗介助	2 2 3
↓	
トイレまでの車椅子をおす	2 1 3
↓	
車椅子から便器への移乗介助	4 1 3
↓	
衣服を脱がせる	4 1 3
↓	
排泄の介助	4 1 3
↓	
排泄後の清拭介助	4 1 3
↓	
衣服を着せる	4 1 3
↓	
便器から車椅子への移乗介助	4 1 3
↓	
手洗いの介助	1 4 3
↓	
病室までの車椅子を押す	2 2 3
↓	
車椅子からベッドへの移乗介助	2 2 3

例 2 : オムツ交換を行う場合

ケア内容	ケアコード
オムツ交換の声かけ	4 2 2
↓	
排泄時の体位変換介助	4 2 3
↓	
衣服を脱がせる	4 2 3
↓	
オムツカバーをはずす	4 2 3
↓	
オムツをはずす	4 2 3
↓	
おしりをふく介助	4 2 3
↓	
オムツをつける	4 2 3
↓	
オムツカバーをつける	4 2 3
↓	
腰をあげてもらふ	4 2 2
↓	
衣服を着せる	4 2 3

食事ケア

ケア内容	ケアコード
食事のテーブルのセッティング	3 4 1
↓	
食事の誘い	3 4 2
↓	
ベッドから車椅子の移乗介助	2 2 3
↓	
食事のテーブルまでの車椅子での移動介助	2 1 3
↓	
エプロンをつける	3 4 1
↓	
食事の配膳	3 4 1
↓	
スプーンで食べさせる	3 4 3
↓	
吸い飲みでお茶を飲ませる	3 4 3
↓	
バナナの皮をむく	3 4 3
↓	
入居者の方の口の回りをふく	3 4 3
↓	
口の中に食べ物が残っていないか確認	3 4 3
↓	
エプロンをとる	3 4 5
↓	
車椅子で洗面所へいく	2 1 3
↓	
義歯を取り外すのを見守る	1 5 4
↓	
義歯用洗淨水を準備する	1 5 1
↓	
義歯を洗淨水に入れる	1 5 3
↓	
義歯を入れた洗淨水を所定の位置に置く	1 5 5

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 25 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」

認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との
関連の検討

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	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	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	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）
研究協力者	岩佐 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）

研究要旨

目的：地域在住高齢者を対象に DASC-21 を実施してその信頼性、妥当性、実用性を検証するとともに、主観的な精神的健康度（Wellbeing）との関連を検討した。方法：東京都町田市の特定地区に在住する高齢者 7,682 名を対象に日本語版 WHO-5 を含む自記式アンケート調査を実施し（第 1 次調査）、同地区の地域在住高齢者 7,682 名より層化無作為抽出された 2,858 名を対象に看護師を含む 2 名の調査員が訪問し、DASC-21 を含む面接聞き取り調査（第 2 次調査）を実施した。結果：1,341 名に対して訪問調査を実施し、このうち 1,329 名において DASC-21 のすべての項目について評価した（実施率 99.1%）。DASC-21 の Cronbach は 0.937、主因子法 / プロマックス回転による探索的因子分析で 3 因子構造（第 1 因子：身体的 ADL 障害、第 2 因子：手段的 ADL 障害、第 3 因子：認知機能障害）が確認された。DASC-21 は年齢が高いほど、教育年数が低いほど、得点が高かった。DASC-21 は WHO-5-J と有意に相関し、DASC-21 が高いほど、WHO-5-J は低かった。この関係は、年齢、教育年数で制御した偏相関分析においても確認された。結論：(1)DASC-21 は適正な内的信頼性と因子的妥当性を有し、訓練を受けた専門職であれば地域の中で簡便に使用できる。(2)DASC-21 で測定される認知機能低下および生活機能低下は、高齢者の精神的健康度低下（不良な Wellbeing）と関連する。

A . 研究目的

本研究の目的は、認知症の人の QOL を測定する実用的な 尺度を開発することにある。本年度は、筆者らが開発を進めてきた、地域の中で認知機能低下と生活機能低下を評価するための尺度 (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care Systems, DASC) を地域在住の一般高齢者を対象に実施し、その信頼性、妥当性、実用性を検証するとともに、主観的な精神的健康度を評価する尺度 (World Health Organization Five Mental Health Wellbeing Index, WHO-5) (<http://www.who-5.org/>) を用いて、高齢者の認知機能低下、生活機能低下、精神的健康度低下との関連を明らかにすることを目的とした。

B . 研究方法

東京都、町田市、東京都健康長寿医療センター研究所の 3 者の共同研究において、以下の(1)～(3)の調査を実施した。

(1) 第 1 次調査

東京都町田市内の特定地域に在住し、住民基本台帳上 2013 年 3 月 31 日時点で 65 歳以上となる高齢者 7,682 名を対象に、2013 年 1 月 (2,483 名)および 2013 年 6 月 (5,199 名)の 2 期に分けて、郵送留置回収法による自記式アンケート調査を実施した。調査項目には、日本語版 WHO-5 (以下、WHO-5-J)の他、基本属性、家族状況、健康状況、経済状況、社会状況に関する項目が含まれている。調査の結果、有効回答が得られたのは 6,932 名(1月:2,283 名、6月:4,649 名)であり、有効回答率は 90.2%であった。

(2) 第2次調査

第1次調査の対象者7,682名より、年齢

階級と性を比例割当した層化無作為抽出によって3,000名を抽出した。そのうち、先に実施した1次調査の時点で、転居、死亡、調査拒否等が確認できた142名を除外した2,858名を第2次調査の対象とした。調査対象者には予め文書で調査協力依頼を郵送するとともに、電話で調査協力を依頼し、同意が得られた場合には訪問調査日を調整し、看護師を含む2名の調査員が訪問し、DASCおよびMMSEを含む面接聞き取り調査を行った。調査期間は2013年11月～2013年12月である。調査の結果、実際に訪問調査が実施できたのは1,341名(男性659人、女性682人)、実施率は53.1%であった。

(3) 第3次調査

第2次調査を実施できた1,341名のうちMMSE24点未満の者は全員、MMSE24点以上の者はその同数を層化無作為抽出し、第3次調査の対象とした。調査対象者には予め文書で調査協力依頼を郵送するとともに、電話で調査協力を依頼し、同意が得られた場合には訪問調査日を調整し、熟練した精神科医と心理士が訪問し、MMSE、FAB、CDRを実施するとともに、認知症が疑われる場合には問診を行い、診断歴を確認し、未診断の場合には専門医療機関への受診勧奨を行い、臨床診断を行った。本調査の実施機関は2014年1月～4月であり、現在進行中である。

(4) データ解析

上記のうち、本研究では第2次調査で訪問調査が実施できた1,341名を対象に、DASCの実施率、得点分布、内の一貫性、因子構造、精神的健康度との関連を分析した。

(倫理面への配慮)

本研究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て実施した。調査対象者には文書と口頭で研究の趣旨および方法等を説明し、文書による同意を得た。調査データはすべて記号化し、個人情報の漏洩を防止した。また、すべてのデータは分担研究者が厳重に管理し、個人および家族のプライバシーを保護した。

C. 研究結果

訪問調査を実施した1,341人のうち21項目版のDASC(DASC-21)が完全に実施できたのは1,329名(男性655名,女性674名)であり、実施率は99.1%(男性99.4%,女性98.8%)であった。

DASC-21のCronbach α は0.937であった。主因子法/プロマックス回転を用いた探索的因子分析の結果、固有値を1に固定して3因子が抽出された。因子負荷量の高い項目の内容から、第1因子は基本的な生活機能障害(BADLの障害)、第2因子は手段的な生活機能障害(IADLの障害)、第3因子は認知機能障害と命名した。

DASC-21の平均値 \pm 標準偏差は23.91 \pm 6.78(男性23.98 \pm 6.74,女性23.84 \pm 6.83, Mann-Whitney U-test, $P=0.603$)、中央値は22.00、最頻値は21、最小値は21、最大値は78であった、また、歪度は4.271、尖度は21.183であり、正規分布と比較すると、分布の山は左にずれ、裾野は右側に広がり、山の尖りは急峻であった(図1)。

DASC-21と他の変数の関係をSpearmanの相関係数を用いて検討すると、DASC-21は年齢($r=0.241$, $P<0.001$)、教育年数($r=-0.119$, $P<0.001$)と有意に相関し、年齢が高い程、教育年数が低いほど、DASC-21

の得点は高かった。DASC-21の平均点 \pm 標準偏差は前期高齢者(65歳~74歳、 $N=710$)で22.79 \pm 6.78、後期高齢者(75歳~84歳、 $N=510$)で23.71 \pm 5.97、超高齢者(85歳以上、 $N=109$)で32.10 \pm 13.40であった。

また、DASC-21はWHO-5-Jとも有意に相関し($r=-0.169$, $P<0.001$)、DASC-21の得点が高いほどWHO-5-Jの得点が低かった。この相関は年齢および教育年数を制御した偏相関分析においても確認された($r=-0.146$, $P<0.001$)。

D. 考察

DASC-21は、訓練を受けた専門職が、地域の中で、高齢者の認知機能低下や生活機能低下を簡便かつ総合的に評価し、これによって「認知症の疑い」がある高齢者に気づき、多職種で情報を共有し、必要なサービスを統合的に提供できるようにしていくことを目的に筆者らが作成したアセスメントツールである。認知症の人に比較的共通に見られる認知機能障害(記憶、見当識、問題解決・判断力の障害)に関連する9項目、手段的な生活機能障害(買物、交通機関の利用、金銭管理、電話、食事の準備、服薬管理)に関する6項目、身体的生活機能障害(入浴、着替え、排泄、整容、食事、移動)に関する6項目の計21項目で構成されている。各項目はいずれも4件法で測定され、項目1~項目6は「まったくない」~「いつもそうだ」、項目7~項目14は「問題なくできる」~「まったくできない」、項目15~項目21は「問題なくできる」~「全介助を要する」で評価する。合計点の範囲は21点~84点であり、得点が高くなるほど認知症の重症度が高まるように設計され

ている。

WHO-5 は、欧州の世界保健機関 (WHO) 協力センター (Fredriksborg General Hospital) の Per Bech 教授によって作成された精神的健康状態 (Mental Health Wellbeing) の測定尺度である。日本語版は 2007 年に Awata らが作成し、うつ病性障害 (Awata et al. 2007)、高齢者の自殺念慮 (Awata et al. 2007)、QOL (岩佐ら, 2007) を外的基準にして、その信頼性と妥当性が確認されている。5 項目 (6 件法) の簡便な尺度であり、得点範囲は 0 点 ~ 25 点で、得点が高くなるほど精神的健康度が高い状態を示すように設計されている。

本研究は、地域に在住する一般高齢者を対象に、DASC-21 を用いて認知機能と生活機能を調査した最初の研究である。欠損値なく完全に実施できた割合は 99.1% であり、このことは、訓練を受けた専門職であれば、誰でも簡便にこのツールを使用できることを示している。尺度の内的一貫性も十分であり、因子分析の結果からも設計どおりの因子構造が保持されていることがわかる。

本調査では、WHO-5-J との有意な相関が確認されたが、このことは、DASC-21 を用いて専門職によって評価された認知機能や生活機能の低下が、本人の主観的な精神的健康度の低下と関連していることを示すものである。認知症の初期に見られる認知機能や生活機能の低下が、高齢者の精神的健康や QOL の低下と深く関連することは臨床的実感とも一致している。認知症高齢者の精神的健康 (Wellbeing) および QOL は、認知症初期の予防的介入のアウトカム指標として重要であり、実用的な指標の開発は急務の課題である。

E . 結論

- (1) DASC-21 は適正な内的信頼性と因子的妥当性を有し、訓練を受けた専門職であれば地域の中で簡便に使用できる。
- (2) DASC-21 で測定される認知機能低下および生活機能低下は、高齢者の精神的健康度 (不良な Wellbeing) と関連する。

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

表 1. DASC-21 の統計値

度数	有効	1329
	欠損値	12
平均値		23.91
中央値		22.00
最頻値		21
標準偏差		6.783
歪度		4.271
歪度の標準誤差		.067
尖度		21.183
尖度の標準誤差		.134
最小値		21
最大値		78
合計		31774

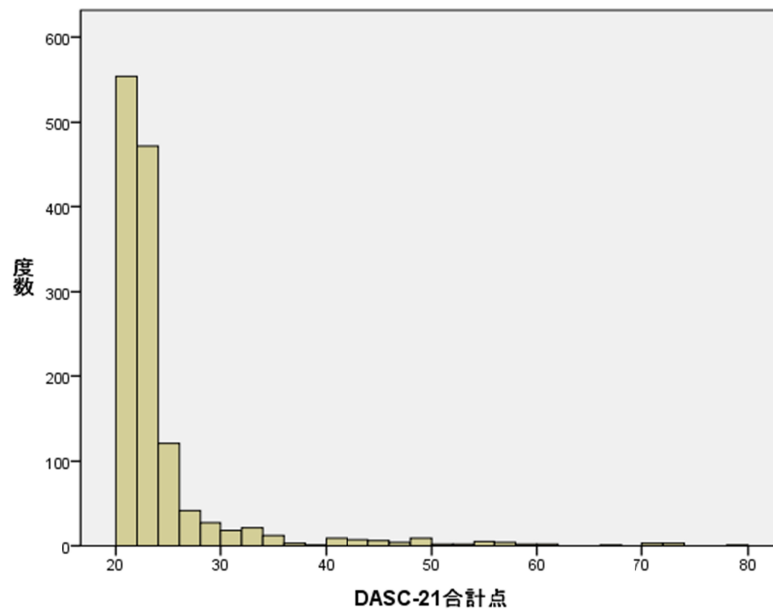


図1. DASC-21の得点分布



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO-5 精神的健康状態表

(1998 年版)

以下の5つの各項目について、最近2週間のあなたの状態に最も近いものに印をつけてください。数値が高いほど精神的健康状態が高いことを示していますのでご注意ください。

例：最近2週間のうち、その半分以上の期間を、明るく、楽しい気分で過ごした場合には、右上の角に3と記されている箱をチェックする。

	最近2週間、私は・・・	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
1	明るく、楽しい気分で過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2	落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3	意欲的で、活動的に過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4	ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5	日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

参考資料 2. DASC-21

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日: 年 月 日 (歳)		男・女	独居・同居	
本人以外の情報提供者の氏名:		(本人との続柄:)		記入者氏名: (所属・職種:)		
		1点	2点	3点	4点	評価項目
(i)	もの忘れが多いと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	導入の質問 (採点せず)
(ii)	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	
1	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。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	
5	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。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	問題解決 判断力
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	a. まったくない	b. とときがある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	
7	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。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内の IADL
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内の IADL
10	一人で買い物はできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	
11	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。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	身体的 ADL ①
12	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。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	
13	電話をかけることができますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	身体的 ADL ②
14	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	
15	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。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	身体的 ADL ②
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	移動
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	
20	食事は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	
DASC 18: (1~18項目まで)の合計点		点/72点		DASC 21: (1~21項目まで)の合計点		点/84点

© 栗田圭一 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム(認知症・うつ予防と介入の促進)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

該当なし

雑誌

該当なし