

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

認知症のケア及び看護技術に関する研究

（H25-認知症-一般-007）

平成 27 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

兵庫県立大学大学院経営研究科 教授

目次

総括研究報告 [5](#)

研究代表者：筒井孝子（国立保健医療科学院統括研究官）

分担研究報告

認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証

および認知症のステージ別の介護技術の検討 [13](#)

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）

分担研究者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）

研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化 [26](#)

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）

研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

研究分担者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）

急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴 [43](#)

分担研究者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）

研究分担者 嶋森好子 （所属 東京都看護協会会長）

研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究 [71](#)

研究分担者 栗田主一 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 杉山美香 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 井藤佳恵 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 宇良千秋 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 宮前史子 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 新川祐利 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 佐久間尚子 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 岡村 毅 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 伊集院睦雄 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究協力者 稲垣宏樹 （地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

平成 26 年度 総括研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）

研究要旨

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

今年度は、認知症に係わる介護技術評価項目のデータ分析による妥当性の検証および認知症のステージ別の介護技術の検討、DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴、

地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究の四つの調査研究を実施した。

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

昨年度に引き続き、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を 2 か月ごとに 4 回に渡って調査を実施し、このデータを活用して、各調査時における DASC のアセスメントおよびスコア、介護サービスの利用状況を分析した。DASC の調査項目ごとおよび DASC スコアの変化に差異があるか検証した。

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

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

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

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

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

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

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

結論 今年度の研究の結果、以下のことが明らかとなった。

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

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

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

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

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

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

A . 研究目的

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

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

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

B . 研究方法

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

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

が高いとされた介護技術を選定することとした。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

昨年度に引き続き、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を 2 か月ごとに 4 回に渡って調査を実施し、このデータを活用して、各調査時における DASC のアセスメントおよびスコア、介護サービスの利用状況を分析した。DASC の各調査項目および DASC スコアの変化に差異があるかを検証した。

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

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

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

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

C.研究結果

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

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

2) DASCによる認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

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

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

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

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

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

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

4) 地域在住高齢者を対象とするDASC-21の信頼性・妥当性に関する研究

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

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

D. 考察

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

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

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

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

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

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

3) 急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

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

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

4) 地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性について

今年度の研究によって、訓練を受けた看護師が、地域在住高齢者を対象に DASC-21 を実施した場合の DASC-21 の信頼性係数

は0.934、「家族からの情報がある DASC-21」では 0.950、「家族からの情報がない DASC-21」では 0.808 であり、いずれも十分な内的信頼性を有することが確認された。

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

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

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

E. 結論

今年度の研究の結果、以下のことが明らかとなった。

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

た介護技術の違いが明らかになった。

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

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

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

筒井孝子. 認知症施策のこれからと地域包括ケアシステムの取り組み,栗田圭一、認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援 第1章 中央法規出版株式会社、担当 p11-28, 東京, 2015.4.20

筒井孝子、東野定律、大冢賀政昭．居宅
介護サービス利用者の認知症診断群別の生
活機能障害及びサービスの利用状況の検討
第 73 回日本公衆衛生学会総会 p474 栃木
2014.11.5-7

H . 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
平成 26 年度 分担研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

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

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
分担研究者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）
研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）

研究要旨

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

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

研究結果 介護技術を適切な場面で、適切に提供していた割合（以下、通過率と略す）が

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

さて、今日、認知症に係る外来患者数は約 30 万人と非常に少ない。これは、認知症は早期の段階で診断をうけることが少ないからである。一般に、認知症は発見が遅れることが多く、発見された際には、すでに通院では対応ができない段階にすすんでいるため、外来患者としてではなく、すぐに入所、あるいは入院が求められることから、外来患者は少なくなっているものと推察されてきたところである。

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

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

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

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

これまでに介護技術の評価については、平成 24 年度から内閣府が実践キャリアアップ戦略介護キャリア段位制度を実施しており、筆者らは、このフレームにそった介護技術項目の妥当性の検証を行う²と共に、新たな評価項目の開発してきた³。

¹厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」平成 24 年 6 月 18 日
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/di/houkousei-02.pdf>

² 東野定律，木下隆志，大野賀政昭，筒井孝子．キャリア段位制度における介護職の

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

B. 研究方法

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

技術評価に関する研究 - 職員の属性別にみた業務内容の比較 - . 経営と情報 .

2014;27(1):1-13 .

³平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「認知症の人に関わる医療・介護従事者及び家族の共通理解を図るための支援方策や研修の実態把握についての調査研究事業報告書」平成 25 年 3 月ヴェクソンインターナショナル株式会社

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

1) 調査対象

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

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

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

2) 分析のプロセス

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

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

全介護技術の通過率を算出

通過率が 80%以上の介護技術を除く

未実施率が 70%以上の介護技術を除く

介護技術の評価に際して、3段階評価(「できる」、「できる場合とできない場合がある」、「できない」)のカテゴリーの分布に偏りがある技術を除く

介護技術間の相関が高い(0.7以上)技術を抽出し、いずれかひとつの技術を選択。

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

2) 認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に有意差のある項目の検討

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

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

C. 研究結果

1) 調査対象となった者の基本属性

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

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

経験年数は、平均 13.2 年、最小値が 6.0 年で、最も経験年数が長い職員が 24 年であ

った(表 3)。

2) 通過率、未実施率、相関係数による項目の縮約結果

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

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

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

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

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

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

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

3) 医療処置や見当識障害の有無別に有意差のあった認知症の技術

認知症に係わる医療処置の有無別に介護

技術が「できる」と、それ以外の評価に有意差が示されたのは、117 の技術のうち、12 の技術（10.2%）であった。

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

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

なお、医療処置の有無別に有意差があった 12 の技術のうち、半数の 6 技術（「シャンプーなどの置き場所を示す声かけをし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。」、「シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は洗髪はしないという判断もしているか。」、「聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。」、「体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。」、「Q3X1.4 緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。」、「次の排泄に向けての声かけをしているか。」）は、前述の 74 技術にも含まれており、これらの 2 種類の分析から共通して選択された（表 11）。

D. 考察

1) 選択された介護技術活用の可能性

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

本研究では、キャリア段位制度のスキームを利用して、新たに認知症ケアに必要とされる介護技術として、しかも第 3 者が客観的に判別できる技術として示すことが可能となった。

これらの技術は、通過率、未実施率、相関係数の分析から、257 種類の技術を 117 種類まで縮約した結果、示されたものであ

る。また認知症に係わる医療処置や見当障害といった具体的な状態像とも関連性がしめされ、さらに縮約が可能であることを示した。

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

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

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

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

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

す必要があるとの意見もある⁷。

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

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

2) 見当識障害や認知症に係わる医療処置の有無別の介護技術

現在、介護福祉士のカリキュラムには、形態別介護技術演習 (Exercise in care I-Classification of Impairments-) という演習科目があり、ここでは (聴覚障害者の理解：手話通じた聴覚障害者の生活理解と支援の方法の実際を理解する。 言語障害者の理解：高次脳障害と失語症・構音障害の理解と具体的対応を学ぶ。 言語障害児の理解：障害児の理解と具体的対応について学ぶ。 視覚障害者の理解：点字を中心とする視覚障害者の理解と対応について学習する。 認知症の理解：記憶と失見当識障害の理解と具体的対応について学習す

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

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

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

る。)といった5つの内容が具体的に示されている。

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

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

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

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

E. 結論

認知症の対応に係る介護技術項目を統計的手法及び臨床家の知見を基礎として選定

することができた。また認知症に係わる医療処置や見当識障害の有無別に、選定された介護技術には違いがあることが明らかになった。

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

¹¹ 千葉奈津記,松田千明,吉原真紀,茶谷麻衣子,滝谷知之.見当識障害から生活リズムの乱れが生じた症例に対するアプローチ～日中の活動量を維持するために～. 理学療法の歩み. 2011;22(1):32-37.

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

表1 調査対象となった機関の種別

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

表2 (認知症の方に介護技術を提供した)介護職員の性別

	N	%
男性	10	41.7
女性	14	58.3
合計	24	100.0

表3 (認知症の方に介護技術を提供した)介護職員の年齢と経験年数

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

表4 通過率90%以上あるいは通過率80%以上の介護技術

通過率が90%以上の項目		通過率	通過率が80%以上の項目		通過率
1	バイタルサインの測定、確認を行っているか。	87.5	29	時間帯に合せた声かけをしているか。	80.0
2	入浴に必要な準備をして、入浴することを伝えているか。	86.7	30	本人の食事の席・場所が準備されているかを確認しているか。	88.2
3	入浴を本人にわかりやすい言葉で伝え、本人の意向を確認しているか。	82.7	31	本人に食事の席・場所をわかりやすく伝えているか。	86.4
4	入浴のために浴室まで行くことを伝え、移動を促しているか。	93.1	32	はしやスプーンなどを準備し、本人の食事が配膳されたことを伝えているか。	94.6
5	本人にわかりやすい言葉で1で伝え、移動を促しているか。	91.3	33	実物(食事)を示しながら伝えているか。	89.0
6	浴室内外の段差などに注意を促しているか。	86.6	34	実物を目の前にして、食べることを後押しする言葉2を伝え、必要に応じて最初のきかけを作っているか。	80.0
7	利用者に声かけし、室温や湯温の感触を確認しているか。	83.3	35	食事の始まりを伝え、食べることを促しているか。	91.9
8	入浴のために衣類を脱ぐことを伝え、脱ぐ際にも声かけをしているか。	87.8	36	食事の終わりを伝えているか。	89.2
9	脱いだ衣類の片づけを適切に行っているか(指定の入れ物や棚などへの片づけ)。	87.8	37	食後に歯磨きをすることを伝えているか。	80.0
10	洗身に必要な物品がそろえられているか。	100.0	38	歯磨きを終われば居室へ帰ることを伝えているか。	84.4
11	シャワーの温度を確認しているか。	94.6	39	洗面所まで誘導し、手順を伝えているか。	80.6
12	シャワーの温度の好みを知り、適温に調整しているか。	87.8	40	終了後は再度、居室まで戻ること伝え、誘導しているか。	91.1
13	お湯が出る、お湯が身体にかかるということを認識できるように先にかかけを行い、足元からお湯を流し、温度を確かめながら、反応をみているか。	84.9	41	食事した事実を記録、報告しているか。	97.1
14	身体を洗うことを伝えているか。	97.3	42	トイレへ行くことを伝えているか。	92.9
15	浴槽の湯の温度を確認しているか、浴槽へ入ることを伝えているか。	94.1	43	排泄の感覚(尿意・便意)の有無や「トイレへ行くか、行かないか」などの声かけをしているか。	81.7
16	本人の好む温度を聞いてそのようにして、本人の浴槽への入り方を尋ねているか。	81.8	44	トイレを、本人にわかりやすい表現や掲示してある表現1で伝えているか。	84.3
17	滑り止めマットや手すりなどの確認をしているか。	84.6	45	移動では、利用者の状態に合わせて安全な介助(立ち位置、支えなど)を行っているか、トイレまでの段差や障害物に対応した誘導をしているか。	82.4
18	湯温は適当か尋ねているか。	87.1	46	移動がうまくいかない場合、時間をおいて再度誘導したり、対応する職員を替えて誘導しているか。	80.0
19	今から頭を洗うことを伝えているか。	93.2	47	衣類を下げることを伝えているか。	93.1
20	お湯をかけるので「目を閉じて下さい」と伝えているか。	90.5	48	排泄終了後、清拭することを伝えているか。	85.1
21	新しい衣類を準備しているか。	100.0	49	衣類を上げることを伝えているか。	89.0
22	着衣しやすいように、椅子を準備したりしているか。	88.3	50	排泄が無事済んだことを伝えながら1、素早く衣類を整えているか。	85.1
23	整容に必要な物品を準備しているか。	94.6	51	手を洗うことを伝えているか。	84.6
24	髪を乾かすなどこれからすることを伝えているか。	93.2	52	手洗いの場所を知らせて、手洗いを促しているか。	82.8
25	入浴終了を伝えるとともに後の移動先を伝え、移動を促しているか。	86.5	53	排泄後の移動先を伝え、移動を促しているか。	85.3
26	入浴した事実を記録、報告しているか。	94.3	54	排泄した事実を記録、報告しているか。	98.7
27	これから食事であることを伝えているか。	94.8	55	活動の終了を伝えているか。	89.1
28	食事のために食堂へ行くことを伝え、移動を促しているか。	90.0			

表5 実施していない(非担当、未実施)が70%以上の介護技術

	できる		できる時とできない時がある		できない		未実施	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 和式がいいか洋式がいいか尋ねているか。	2	2.4	0.0	0.0	4	4.9	76	92.7
2 和式であれば、「便器をまたぐこと、しゃがむこと」を伝えて、できることは自分でしてもらっているか。	2	2.4	0.0	0.0	1	1.2	79	96.3
3 まったく時などのふらつきに注意を払い、安定した姿勢を確認しているか。	2	2.4	0.0	0.0	1	1.2	79	96.3
4 和式がいいか洋式がいいか尋ねているか。	1	1.2	0.0	0.0	10	12.2	71	86.6

表6 「できる」「できる場合とできない場合がある」「できない」と3つの評価結果がなかった40種類の介護技術

	できる場合とできない場合がある		できない			できる場合とできない場合がある		できない	
	N	%	N	%		N	%	N	%
1 入浴に必要な準備をして、入浴することを伝えているか。	10	12.2			21 入浴した事実を記録、報告しているか。	4	4.9		0.0
2 入浴のために浴室まで行くことを伝え、移動を促しているか。	5	6.1	0.0	0.0	22 これから食事であることを伝えているか。	4	4.9		0.0
3 本人にわかりやすい言葉で伝え、移動を促しているか。	6	7.3	0.0	0.0	23 食事のために食堂へ行くことを伝え、移動を促しているか。	6	7.3		0.0
4 移動では、利用者の状態に合わせて安全な介助(立ち位置、支えなど)を行っているか、浴室までの段差や障害物に対応した誘導をしているか。	14	17.1		0.0	24 移動では、利用者の状態に合わせて安全な介助(立ち位置、支えなど)を行っているか、食堂までの段差や障害物に対応した誘導をしているか。	16	19.5		0.0
5 移動では、利用者の状態に合わせて安全な介助(立ち位置、支えなど)を行っているか、段差や障害物に対応した誘導をしているか。	14	17.1		0.0	25 利用者の状態に合わせ、手招きや文字に書いて1移動を促したり、動作の順を追うような声かけなどして、動作を一つづつ乗り越えるよう工夫しながら誘導しているか。	21	25.6		0.0
6 利用者に声かけし、室温や湯温の感触を確認しているか。	12	14.6		0.0	26 本人の食事の席・場所が準備されているかを確認しているか。	8	9.8		0.0
7 入浴のために衣類を脱ぐことを伝え、脱ぐ際にも声かけをしているか。	9	11.0		0.0	27 はしやスプーンなどを準備し、本人の食事が配膳されたことを伝えているか。	4	4.9		0.0
8 脱いだ衣類の片づけを適切に行っているか(指定の入れ物や棚などへの片づけ)。	9	11.0		0.0	28 実物(食事)を示しながら伝えているか。	8	9.8		0.0
9 洗身に必要な物品がそろえられているか。		0.0		0.0	29 実物を目の前にして、食べることを後押しする言葉2を伝え、必要に応じて最初のきかけを作っているか。	14	17.1		0.0
10 「シャampoo、や「リンス」などが元々のラベルとは別に、利用者にわかりやすい表記で明記しているか。		0.0	24	29.3	30 食事の始まりを伝え、食べることを促しているか。	6	7.3		0.0
11 シャワーの温度を確認しているか。	4	4.9		0.0	31 途中で食べる動作が止まった時など、声をかけながら見守りしているか。	15	18.3		0.0
12 身体を洗うことを伝えているか。	2	2.4		0.0	32 トイレへ行くことを伝えているか。	5	6.1		0.0
13 気分が悪くないかなど体調にも配慮でき、安全な姿勢であることを確認しているか。	15	18.3		0.0	33 移動では、利用者の状態に合わせて安全な介助(立ち位置、支えなど)を行っているか、トイレまでの段差や障害物に対応した誘導をしているか。	12	14.6		0.0
14 今から頭を洗うことを伝えているか。	5	6.1		0.0	34 和式がいいか洋式がいいか尋ねているか。		0.0	4	4.9
15 お湯をかけるので「目を閉じて下さい」と伝えているか。	7	8.5		0.0	35 和式であれば、「便器をまたぐこと、しゃがむこと」を伝えて、できることは自分でしてもらっているか。		0.0	1	1.2
16 新しい衣類を準備しているか。		0.0		0.0	36 まったく時などのふらつきに注意を払い、安定した姿勢を確認しているか。		0.0	1	1.2
17 本人の状態に適した対応をしているか。	25	30.5		0.0	37 和式がいいか洋式がいいか尋ねているか。		0.0	10	12.2
18 整容に必要な物品を準備しているか。	4	4.9		0.0	38 衣類を下げることを伝えているか。	5	6.1		0.0
19 髪を乾かすなどこれからすることを伝えているか。	5	6.1		0.0	39 排泄した事実を記録、報告しているか。	1	1.2		0.0
20 入浴終了を伝えるとともに後の移動先を伝え、移動を促しているか。	10	12.2		0.0	40 活動の終了を伝えているか。	7	8.5		0.0

表7 相関係数が0.7未満となった67種類の介護技術

1	本人が入浴の見当をつけられるような生活の中の事柄と結びつけた声かけや工夫を行っているか。
2	待機時に声かけをしているか。
3	利用者の状態などを、他の職員に的確に伝えているか。
4	利用者の行動が止まらないような、わかりやすい声かけをしているか。
5	途中で何をしているのかわからなくなったときには、適切な声かけができていますか。
6	「脱健着患」を意識して対応しているか。
7	脱いだ衣類について、気にしないように声かけしているか。
8	脱いだ衣類を渡すことを拒まれた場合、介護職員がこだわると「物盗られ妄想」のきっかけになったりするという認識し、本人の置きたい場所を優先して対応しているか。
9	シャンプーなどと明記された物が目につきやすい場所に見えるように置かれているか。
10	シャンプーなどの置き場所を示す声かけをし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。
11	タオルを直接渡して次の動作へつなく言葉も添えているか。
12	シャワーの温度調整をしたあとに自分で確認してもらうように促しているか。蛇口の場所や温度調整の仕方を説明しているか。
13	びっくりしたり嫌がったりする表情や動作があったら、動作が先に進めるように前向きな声かけをしているか。
14	自分で洗い出すことができたら、本人の前などではなく見えないところで見守っているか。
15	強弱のコントロールができるような声かけをしているか。
16	洗身ができにくそうであれば、本人の手に介助者が手を添えながらと一緒に洗い、1人でできるようになれば手を添えることをやめているか。この繰り返しができているか。
17	経過時間を伝えることで、自分で洗う速さを調整できるような声かけをしているか。
18	浴槽の湯の高さをあらかじめ本人に合わせて調整しているか。本人の入りを優先しているか
19	入り方がわからず躊躇している時は、ジェスチャーで伝えるなどの工夫をしているか。体調や様子により、シャワー浴のみで終わると判断もしているか。
20	湯温の調整(ぬるめたり、熱くしたり)ができることを伝えながら行っているか。
21	時間の予告をして、時間になれば声をかけてあげてもらっているか。
22	浴槽に入って予定時間が過ぎたことを伝えて、自分であがることを意識し、決められるように声をかけているか。
23	シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は洗髪はしないという判断もしているか。
24	自分でも頭を洗うように声をかけ促しているか。耳栓を使うなどで恐怖心を和らげる工夫をしているか。
25	新しい衣類は着る順番に並べ(重ねる)ているか。

26	自分の衣類ではないと思われることもあるため、確認したり、適切に対応しているか。
27	くしやブラシを選んでもらったりしているか。
28	自分ですか、任せてもらうかなどを確認しているか。
29	(自分で使う場合)ドライヤーの使い方を説明したり、ドライヤーの音や熱に注意するように伝えて いるか。
30	行動の区切りを伝えて、次回の入浴の予定日を伝えたり、次回に向けての希望を聞いたりしてい るか。
31	食事以外の事柄などで、本人の見当識に関わる声かけをしているか。
32	本人の不安を軽減するような声かけをしているか。
33	体調の確認は行っているか。
34	本人に、「体調の変調の有無」や「食事は食べられるか否か」などを確認しているか。
35	バイタルや直前の食事量や食べている間の様子、所要時間や集中力などを確認しているか。
36	反応が鈍かったりした場合などは、認知症の症状と身体疾患の不調との見極めが行えるように関 わっているか。
37	移動がうまくいかない場合、時間をおいて再度誘導したり、対応する職員を替えて誘導している か。
38	本人の食事と他者の食事が混同する場合を想定して、自分の食事がわかる対応をしているか。
39	配膳される順番に気をつけているか。
40	本人の動作を待ち、声かけは少なくして静かに見守っているか。
41	聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。
42	食事中は何を食べているかを伝えながら、食べられないもの(バラン・骨など)を取り除いたりし て、食事を勧めているか。
43	箸などが使いこなせているかを確認したり、同じ器の物ばかり食べている時は別の器を勧めてい るか。
44	口腔内に詰め込み過ぎないかを確認したり、飲み込みはできているかを確認したり、噛むこと、飲 み込むことなどを伝えたりしているか。
45	一口量の調整を促したり、食べこぼしをさりげなく拭きとったりなど、様々なことに着目し、それぞ れ確認しながら見守りをしているか。
46	動作が止まった時には、もう一度食べる動作を促したり、「ごっくん」と飲み込む言葉を伝えたり、 もう一度確認をしているか。
47	集中力持続のため、あえて声はかけない選択をしたり、繰り返し、同じ言葉で食べることに集中で きるように声をかけたりしているか。
48	口腔内に食べ物が残っていないか確認しているか。
49	食事を終えたことを伝え、感想(おいしかったなど)や満腹に感じているかなど認識や感覚を確か めているか。
50	自分で下膳ができるように工夫をしているか。
51	食後の体調変化などを確認する声をかけているか。

52	食事が終了後から話を展開し、これからのことへの意見や回答を求めたり、その話をするこ で食事の終わりであることの認識に働きかけているか。
53	歯磨きという言葉は使わないで誘導したり、あるいは現物をみてもらい、理解を促しているか。
54	一つひとつの行動を声をかけて促したりし、また、これからの行動を呼び掛けたり、紙に書いて読 んでもらったりして自分で気づく工夫をしているか。
55	体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。
56	最近の排泄パターンを確認しているか。
57	排泄パターンにとらわれず、我慢している様子や落ち着かない様子などに気づき、声をかけてい るか。
58	緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。
59	トイレが空いていることを確認して、必要な物品(パットなど)も準備した上で、意識しやすいような 声かけをしているか。
60	掲示してある表現を本人に確認してもらいながら、声をかけて誘導しているか。
61	わからなくなることで混乱させないように、トイレに手順の張り紙をしたり工夫をしながら、自分で できるように支援しているか。
62	洋式であれば、「便器のふたを開けたりすること、身体の向きを変えなければいけないこと」を伝 えて、できるところは自分でしてもらっているか。
63	衣類を自分で上げて、できにくい部分だけを手伝うことを伝えて了解をもらっているか。
64	排泄後の様子、バイタルなどに変化がないか確認しているか。
65	次の排泄に向けての声かけをしているか。
66	自力歩行や自走の人でも、排泄直後に血圧の変動などの変化があることを知り、適切な移動手 段を選んでいるか。
67	準備している間もこれから何をするのかを説明したりして、目的を伝えているか。

表 8 相関係数が複数の項目で 0.7 以上であったが縮約された 50 技術

1	着替えの選択を頼んだり、好みを確認したりしているか。
2	移動がうまくいかない場合、時間をおいて再度誘導したり、対応する職員を替えて誘導している か。
3	室温や湯温を温度計などで確認しているか。
4	利用者が不安定にならないよう配慮し、浴室の環境を整えているか。
5	できにくいところを手伝うことを伝えているか。
6	今までの習慣に合わせた準備となっているか。
7	洗う順序を伝えているか。
8	次の動作を細かく伝えているか。
9	入る前に自分でお湯の温度を確かめるように促しているか。入るときは手すりを先に握ってもらっ ているか。

10	強弱の調整をしているか。短時間で終了しているか。
11	タオルを手渡しているか。
12	浴室内でタオルを手渡し露出を少なくし、身体を覆いながら拭いているか。
13	本人がうまく拭けない場合は、本人にも拭いてもらいながら、手伝いの声かけをしてから、別のタオルで手早く拭いているか(本人のタオルを取り上げない)。
14	水分補給について伝えているか。
15	次の行動の予告をしているか。
16	利用者の状態に応じた対応をしているか。
17	いつもと違う状態の気づきなどを記録、報告しているか。
18	時間と共に伝えているか。
19	食事に気持ちを向けるような具体的な声かけをしているか。
20	本人に食事のことを具体的に伝えたり、行き先がわかりやすく伝えられ、移動を促しているか。
21	利用者の状態に合わせ、手招きや文字に書いて移動を促したり、動作の順を追うような声かけなどして、動作を一つずつ乗り越えるよう工夫しながら誘導しているか。
22	着席から配膳されるまでの時間、気持ちがそれたり、集中力が途切れないようにしているか。
23	洗面所でも一つずつの動作を伝えて、自分でできるようにしているか。
24	いつもと違う状態の気づきなどを記録、報告しているか。
25	利用者の状態に合わせ、“トイレという言葉を使わない選択”と、“言葉で伝える選択”の両方を使い分けているか。
26	本人にトイレの意識をさせないようにしながら、さり気ない様子で声かけをするなどの工夫をしているか。
27	移動がうまくいかない場合、「トイレ」などの言葉を使わず、手招きで移動を促したり、絵やマークなどを一緒に探す等、再度促しているか。
28	トイレの仕組み(鍵の開閉、照明のスイッチ、水を流すレバー、トイレトペーパーの位置など)を伝えているか。
29	恐怖心や安全確保に配慮した対応をしているか。
30	長時間になった場合の重心のブレや立ち上がる時の支えなどを行っているか。
31	外で待っている場合は、声をかけて確認しているか。
32	衣類を自分で下げて、できにくい部分だけを手伝うことを伝えて、了解をもらっているか。
33	清拭を自分で行い、できにくい部分だけ手伝うことを伝えて、了解をもらっているか。
34	自分で行う場合、ペーパーの設置場所を伝えて自分で切ってもらうか、適切な長さのペーパーを手渡しているか。
35	自分でしてもらうようにするか、介助者が行うかを負担を考えて判断しているか。

36	蛇口や石鹸、手拭きタオルなどを説明しながら、手洗いの動作を一つずつ、自分でしてもらえように促しているか。
37	手洗いの前に驚かないように声をかけているか。
38	排泄が終わったことを伝え、体調などについて聞いているか。
39	いつもと違う状態の気づきなどを記録、報告しているか。
40	興味や関心のあることを事前に本人に聞くなどしているか。
41	興味や関心のあることにとらわれず、様々な活動の準備も同時にしているか。
42	活動に利用する道具などを準備しているか。
43	活動に必要な道具などは何かを、本人と一緒に話したり考えたりしているか。
44	本人が自分で気付いたり、行動を起こせるような工夫をしているか。
45	準備されたことをするだけでなく、本人が自分の力で考える時間が持てるような声かけをしているか。
46	周囲の様子を具体的に伝えているか。
47	本人同士での会話に気付いたら、間に入るような声かけは控えて本人同士に任せているか。
48	活動について振り返りを行っているか。
49	使われた物品などを、一緒に片づけているか。
50	具体的な事柄を記入し、それに対して考えられることまで記入しているか。

表 9 認知症に関連する医療処置の有無別に介護技術提供に違いのあった 12 技術

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

11	次の排泄に向けての声かけをしているか。
12	本人同士での会話に気付いたら、間に入るような声かけは控えて本人同士に任せているか。

表 10 見当識障害の有無別に介護技術提供に違いのあった 74 技術

1	本人が入浴の見当をつけられるような生活の中の事柄と結びつけた声かけや工夫を行っているか。
2	着替えの選択を頼んだり、好みを確認したりしているか。
3	待機時に声かけをしているか。
4	利用者の状態などを、他の職員に的確に伝えているか。
5	利用者の行動が止まらないような、わかりやすい声かけをしているか。
6	室温や湯温を温度計などで確認しているか。
7	「脱健着患」を意識して対応しているか。
8	できにくいところを手伝うことを伝えているか。
9	脱いだ衣類について、気にしないように声かけしているか。
10	今までの習慣に合わせた準備となっているか。
11	シャンプーなどの置き場所を示す声かけをし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。
12	タオルを直接渡して次の動作へつなく言葉も添えているか。
13	びっくりしたり嫌がったりする表情や動作があったら、動作が先に進めるように前向きな声かけをしているか。
14	洗う順序を伝えているか。
15	自分で洗い出すことができたら、本人の前などではなく見えないところで見守っているか。
16	次の動作を細かく伝えているか。
17	強弱のコントロールができるような声かけをしているか。
18	洗身ができにくそうであれば、本人の手に介助者が手を添えながらと一緒に洗い、1人でできるようになれば手を添えることをやめているか。この繰り返しができているか。
19	入る前に自分でお湯の温度を確かめるように促しているか。入るときは手すりを先に握ってもらっているか。
20	浴槽の湯の高さをあらかじめ本人に合わせて調整しているか。本人の入りを優先しているか。
21	湯温の調整(ぬるめたり、熱くしたり)ができることを伝えながら行っているか。
22	時間の予告をして、時間になれば声をかけてあがってもらっているか。
23	浴槽に入って予定時間が過ぎたことを伝えて、自分であがることを意識し、決められるように声をかけているか。
24	シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は洗髪はしないという判断もしているか。
25	自分でも頭を洗うように声をかけ促しているか。耳栓を使うなどで恐怖心を和らげる工夫をしているか。

26	タオルを手渡しているか。
27	新しい衣類は着る順番に並べ(重ねる)ているか。
28	浴室内でタオルを手渡し露出を少なくし、身体を覆いながら拭いているか。
29	本人がうまく拭けない場合は、本人にも拭いてもらいながら、手伝いの声かけをしてから、別のタオルで手早く拭いているか(本人のタオルを取り上げない)。
30	くしやブラシを選んでもらったりしているか。
31	(自分で使う場合)ドライヤーの使い方を説明したり、ドライヤーの音や熱に注意するように伝えているか。
32	水分補給について伝えているか。
33	利用者の状態に応じた対応をしているか。
34	いつもと違う状態の気づきなどを記録、報告しているか。
35	時間と共に伝えているか。
36	食事に気持ちを向けるような具体的な声かけをしているか。
37	本人の不安を軽減するような声かけをしているか。
38	本人に、「体調の変調の有無」や「食事は食べられるか否か」などを確認しているか。
39	本人に食事のことを具体的に伝えたり、行き先がわかりやすく伝えられ、移動を促しているか。
40	利用者の状態に合わせ、手招きや文字に書いて移動を促したり、動作の順を追うような声かけなどして、動作を一つずつ乗り越えるよう工夫しながら誘導しているか。
41	配膳される順番に気をつけているか。
42	本人の動作を待ち、声かけは少なくして静かに見守っているか。
43	聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。
44	食事中は何を食べているかを伝えながら、食べられないもの(バラン・骨など)を取り除いたりして、食事を勧めているか。
45	食後の体調変化などを確認する声をかけているか。
46	食事が終了後から話を展開し、これからのことへの意見や回答を求めたり、その話をする事で食事の終わりであることの認識に働きかけているか。
47	いつもと違う状態の気づきなどを記録、報告しているか。
48	体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。
49	最近の排泄パターンを確認しているか。
50	緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。
51	掲示してある表現を本人に確認してもらいながら、声をかけて誘導しているか。
52	本人にトイレの意識をさせないようにしながら、さり気ない様子で声かけをするなどの工夫をしているか。
53	移動がうまくいかない場合、「トイレ」などの言葉を使わず、手招きで移動を促したり、絵やマークなどを一緒に探す等、再度促しているか。
54	トイレの仕組み(鍵の開閉、照明のスイッチ、水を流すレバー、トイレットペーパーの位置など)を伝えているか。

55	洋式であれば、「便器のふたを開けたりすること、身体の向きを変えなければいけないこと」を伝えて、できるところは自分でしてもらっているか。
56	恐怖心や安全確保に配慮した対応をしているか。
57	長時間になった場合の重心のブレや立ち上がる時の支えなどを行っているか。
58	外で待っている場合は、声をかけて確認しているか。
59	衣類を自分で下げて、できにくい部分だけを手伝うことを伝えて、了解をもらっているか。
60	自分で行う場合、ペーパーの設置場所を伝えて自分で切ってもらうか、適切な長さのペーパーを手渡しているか。
61	自分でしてもらうようにするか、介助者が行うかを負担を考えて判断しているか。
62	衣類を自分で上げて、できにくい部分だけを手伝うことを伝えて了解をもらっているか。
63	蛇口や石鹸、手拭きタオルなどを説明しながら、手洗いの動作を一つずつ、自分でしてもらえように促しているか。
64	手洗いの前に驚かないように声をかけているか。
65	排泄後の様子、バイタルなどに変化がないか確認しているか。
66	排泄が終わったことを伝え、体調などについて聞いているか。
67	次の排泄に向けての声かけをしているか。
68	活動に利用する道具などを準備しているか。
69	活動に必要な道具などは何かを、本人と一緒に話したり考えたりしているか。
70	準備している間もこれから何をするのかを説明したりして、目的を伝えているか。
71	本人が自分で気付いたり、行動を起こせるような工夫をしているか。
72	準備されたことをするだけではなく、本人が自分の力で考える時間が持てるような声かけをしているか。
73	周囲の様子を具体的に伝えているか。
74	具体的な事柄を記入し、それに対して考えられることまで記入しているか。

表 11 認知症に係わる医療処置の有無および見当識障害の有無別に共通した介護技術提供に違いのあった 6 技術

1	シャンプーなどの置き場所を示す声かけをし、実物を見せながら置き場所の確認をしているか。
2	シャワーを使わず、洗面器でお湯を流すという判断もしているか。今回は洗髪はしないという判断もしているか。
3	聞き慣れた「食事の始まり」の言葉を強調して伝えているか。
4	体調や排泄に関する薬の情報などを確認しているか。
5	緊張感を持たせないような話をしたり、徐々に関わるようにするなどの対応をしているか。
6	次の排泄に向けての声かけをしているか。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
平成 26 年度 分担研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

DASC による認知症に係わる生活機能障害の経時的変化

研究代表者 筒井孝子 （所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
研究協力者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）
研究分担者 大冢賀政昭 （所属 国立保健医療科学院）

研究要旨

研究目的 平成 27 年 1 月 27 日に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、「2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」が示され、「認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現する。」とされた。しかし、国内の研究において、こうした仕組みの前提となる認知症の疾患別の生活機能障害の特徴を詳細にアセスメントによって、その進行状況を把握した知見が体系化された研究というものは、これまでほとんどない。そこで本研究では、栗田分担研究者によって開発された、地域で生活する高齢者に対しても、その認知症の重症度を評価できる観察式評価尺度である「The Dementia Assessment Scale for Community-based Integrated Care System (DASC)」を用いて、認知症に係わる生活機能障害の経時的な変化を詳細に把握することを目的とした。

研究方法 経時的な変化の分析は、1 回目調査から 4 回目の調査までのすべてにデータのあった 1,096 件を分析対象とした。これらの対象者の基本属性を明らかにした後、各調査時点での DASC のアセスメント及び、そのスコアを分析した。なお、DASC の各調査項目の変化、及び DASC スコアを変化量については、1 回目と 4 回目の評価を用いて、対応のある T 検定を実施した。

研究結果および考察 調査対象全体の DASC スコアの平均値からは、経時的に悪化する傾向が示されていた。また、DASC 評価尺度を構成する各項目に着目すると、「生年月日に関する記憶」、「家庭外の IADL」、「食事の準備」、「入浴の自立度」については、6 か月間の変化は示されなかったが、これ以外の「見当識障害」、「問題解決能力」、「電話のかけ方」、「薬の管理」、「着替え」や「トイレ」といった主に ADL に関する能力は、悪化する傾向があることが示された。また、2 か月ごとの DASC スコアの変化を分析した結果からは、「変化なし」の割合が調査回数を経るごとに高くなっていった。基本属性別には、DASC スコアの経年的な変化から、要介護度別の変化をみると、要介護 1 以上では、有意に DASC スコアは上昇しており、悪化がみられたが、要支援 2 では、有意に DASC スコアの低下が示され、改善と解釈できる状態像の変化があった。この結果からは、要支援という比較的、ADL が維持されていた高齢者においては、通所をはじめとする介護サービスを利用することで生活機能障害が改善される傾向がある可能性が示された。すべての対象は、調査期間に等しく 6 か月間サービスを利用しており、これを一定期間とみなすと、初回の要介護度との関連性があるものと推察された。

結論：本研究では、2か月ごとに4回調査したDASCによるアセスメントの経年的データを用いて、認知症に係わる生活機能障害の経時的変化の状況を詳細に把握した。この変化に関しては、要介護度との関連という、新たな知見が示されており、さらに介護サービスの利用状況等がどのように影響を与えたかについて、引き続き分析をする必要があると考えられた。

A . 研究目的

平成 27 年 1 月 27 日に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)¹³においては、「2 . 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」という項目があげられている。この基本的な考え方として、「2025(平成37)年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする循環型の仕組みを構築することで、本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防 発症初期 急性増悪時 中期 人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現する。」と示されている。

急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。」との認識から、「既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。」とされている。

同様に、介護の提供にあたっては、「本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような形でサービスを提供することが求められている。」という認識から、このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく必要があるとの考え方が示されている。

しかしながら、これまでに国内の研究において、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アセスメントによっ

て、認知症の進行状況を把握した上で、この進行状況別の介護サービスの利用状況とその変化との関連性を示した知見はこれまでにほとんど示されていない。

そこで、昨年度は、本研究において、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したところである。

今年度は、昨年度、実施した調査に加え、同法人でサービスを提供している対象者 1,096 件での 3 回の追調査(2 か月ごと)した経年的データを用いて、認知症に係わる生活機能障害の経年変化を詳細に把握することを目的とした。

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 2 か月ごとに、4 回に渡って実施した。

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。これらの職員によって、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 1,523 名を対象とし、DASC によるアセスメントが実施された。

調査項目は、DASC によるアセスメントの他に、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

¹³ 厚生労働省 . 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ~ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて ~ 平成 27 年 1 月 27 日

居、老々世帯など) 認知症診断の情報が収集された。その後、2 か月ごとに同様に DASC によるアセスメントが実施された。

(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、個人情報のデータについては、統計的に処理し、個別情報

が外部へ出ることないように配慮した。

2) 分析方法

分析にあたって、1 回目調査から 4 回目の調査まで、すべてにデータの欠損がなかった 1,096 件を分析対象とし、これらの基本属性を明らかにした後、各調査時における DASC のアセスメントおよびスコア、介護サービスの利用状況を分析した。

DASC の各調査項目および DASC スコアを変化量については、1 回目と 4 回目の評価を用いて、対応のある T 検定を実施した。

表 1 調査実施月と調査対象件数

調査	調査日	件数
第1回	平成25年10月	1,523
第2回	平成25年12月	1,493
第3回	平成26年2月	1,731
第4回	平成26年4月	1,914
延べ		6,661
4回存在したデータ		1,096

C. 研究結果

1) 対象患者の基本属性

年齢は、平均 80.9 歳、標準偏差 8.6 であった。性別は、男性 410 名 (37.4%)、女性 686 名 (62.6%) であった。居住形態は、「同居・老々以外」が 484 名で 44.2%、「同居・老々」が 335 名で 30.6%、「独居」が 484 名で 44.2% であった。要介護度は、「要介護 2」が 281 名で 25.6%、「要介護 1」が 251 名で 22.9%、「要介護 3」が 179 名で 16.3%、「要介護 4」が 120 名で 10.9%、「要支援 2」が 103 名で 9.4%、「要介護 5」が 93 名

で 8.5%、「要支援 1」が 68 名で 6.2% であった。

2) 認知症診断の状況

「認知症関連診断なし・不明」が 900 名で 82.1%、「アルツハイマー型認知症」が 139 名で 12.7%、「脳血管性認知症」が 32 名で 2.9%、「レビー小体型認知症」が 8 名で 0.7%、「前頭側頭葉型認知症」が 9 名で 0.8%、「混合型」が 8 名で 0.7% であった(表 2)。

表 2 調査対象者の属性

	平均	標準偏差
年齢	80.9	8.6
	N	%
性別		
男	410	37.4
女	686	62.6
居住形態		
独居	277	25.3
同居・老々	335	30.6
同居・老々以外	484	44.2
要介護度		
自立	1	0.1
要支援1	68	6.2
要支援2	103	9.4
要介護1	251	22.9
要介護2	281	25.6
要介護3	179	16.3
要介護4	120	10.9
要介護5	93	8.5
認知症診断群		
認知症関連診断なし・不明	900	82.1
アルツハイマー型認知症	139	12.7
脳血管性認知症	32	2.9
レビー小体型認知症	8	0.7
前頭側頭葉型認知症	9	0.8
混合型	8	0.7

2) DASC スコアの経時的な変化(全体)

第1回目調査の平均値は39.7点(標準偏差16.3)で、第2回目が平均40.4点(標準偏差16.5)、第3回目が平均40.8点(標準偏差17.1)、第4回目が平均41.0点(標準偏差17.4)と経時的に得点が上昇し、悪化していることが示されていた(表3、図1、

図2)。

なお、このDASCスコアからは、MCIレベル以上と見做せる得点として23点の蓋然性が高いとされており、これによると本調査対象の80%弱がMCIレベル以上であった。

表3 DASC スコアの経時的な変化(全体)

	DASCスコア		MCI相当(23点以上)	
	平均値	標準偏差	人数	全体に占める割合(%)
第1回目	39.7	16.3	868	79.2
第2回目	40.4	16.5	867	79.1
第3回目	40.8	17.1	836	76.3
第4回目	41.0	17.4	835	76.2

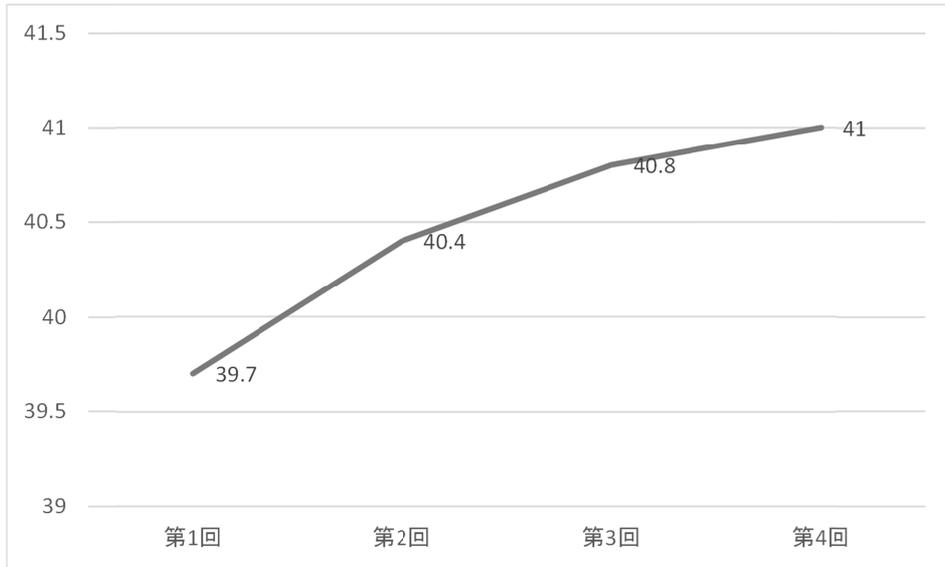


図1 DASC 得点の経年的な変化（全体）

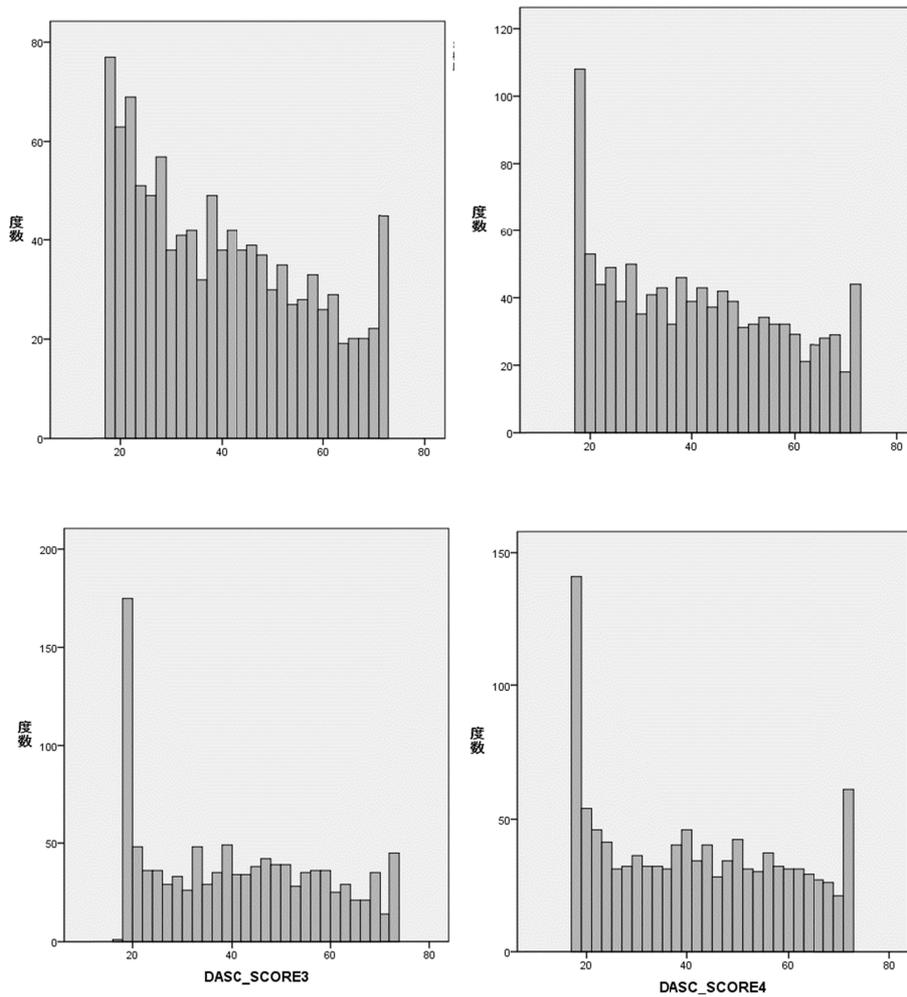


図2 DASC 得点の度数分布（1回目から4回目）

3) 2 か月ごとの DASC スコアの経時的な変化区分 (変化なし、増加、減少)

2 か月ごとの DASC スコアの変化を「変化なし」、「増加(悪化)」、「減少(改善)」の3区分に分け、その割合を分析した。この結果、「変化なし」は、2 か月ごとにみると、「1 - 2 回目」は 21.8%、「2 - 3 回目」は 28.3%、「3 - 4 回目」は 36.4%とその割合が高くなっていった。「増加(悪化)」の割合は「1 - 2 回目」は 42.6%、「2 - 3 回目」は 38.3%、「3 - 4 回目」は 34.2%とその割合は低くなっていった。同様に、「減少(改善)」の割合も「1 - 2 回目」は 35.6%、「2 - 3 回目」は 33.4%、「3 - 4 回目」は 29.4%と低

下していた (図 3)。

1 回目と 2 回目の 2 か月間の変化においては、「増加(悪化)」が 42.6%と最も高く、次に「減少(改善)」35.6%、「変化なし」は 21.8%であった (図 4)。

1 回目と 3 回目の 4 か月間の変化においては、「増加(悪化)」が 46.1%と最も高く、次に「減少(改善)」37.5%、「変化なし」は 16.4%であった (図 4)。

1 回目と 4 回目の 6 か月間の変化においては、「増加(悪化)」が 48.0%と最も高く、半数近くを占めていた。次に「減少(改善)」36.2%が、「変化なし」は 15.8%であった (図 4)。

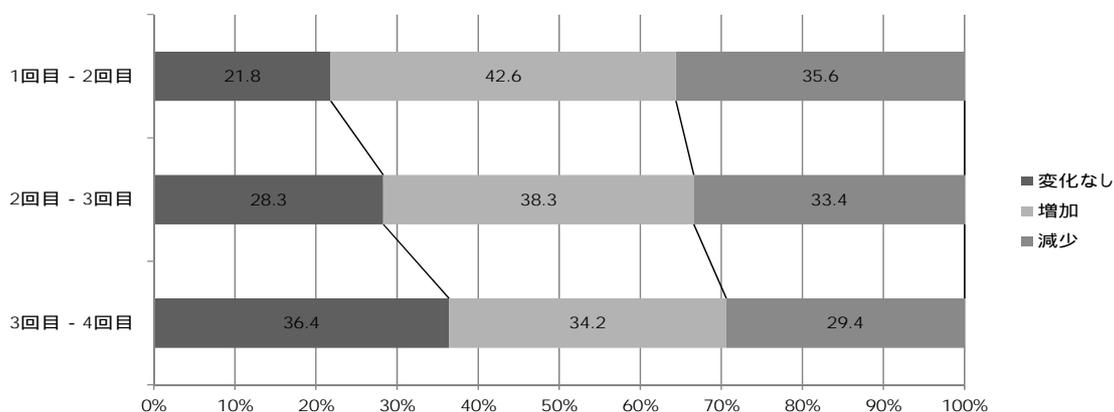


図 3 DASC スコアの 2 ヶ月ごとの変化

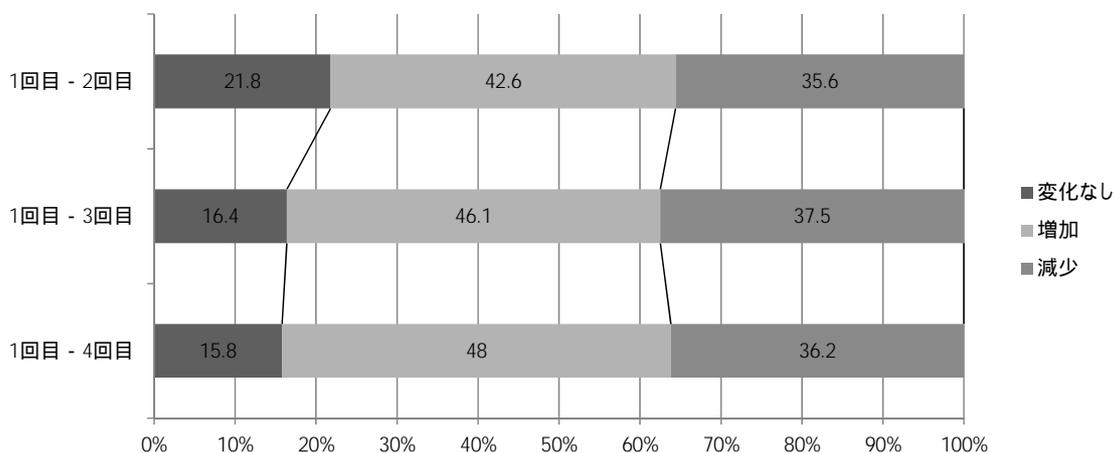


図 4 DASC スコアの 2 ヶ月後、4 ヶ月後、6 ヶ月後の変化

4) 属性別 (要介護度別・認知症診断別) DASC スコアの経時的な変化

属性別（要介護度別・認知症診断別）DASC スコアの経時的な変化を表4、図5、図6に示した。1回目から4回目のDASCスコアの6か月の変化を対応あるT検定で分析したところ、要介護別には、「要支援2」、「要介護2」、「要介護3」、「要介護4」、「要介護5」のみに有意差が示され、「要支援2」

をのぞいて、いずれもスコアが増加(悪化)していた。

認知症診断別には、「認知症関連診断なし・不明」、「脳血管性認知症」のみに有意差が示され、いずれも増加(悪化)していた。

表4 DASC SCOREの経年的な変化(要介護度別・認知症診断別)

要介護度別	第1回			第2回			第3回			第4回		
	平均値	標準偏差	N									
自立				23.0		1	23.0		1	23.0		1
要支援1	21.9	4.1	69	21.7	5.9	70	21.2	6.2	68	21.5	6.2	68
要支援2	26.6	8.9	109	25.5	8.5	104	24.7	8.9	103	24.5	8.7	103
要介護1	33.7	12.4	254	33.3	11.8	251	33.8	13.5	253	33.8	13.6	251
要介護2	38.1	13.2	276	39.5	14.0	274	39.4	14.0	279	40.0	14.9	281
要介護3	46.5	13.4	178	48.8	12.8	179	48.7	13.8	176	49.2	13.7	179
要介護4	52.2	15.3	117	53.4	14.3	117	54.3	12.5	122	53.9	13.3	120
要介護5	60.5	14.0	92	61.3	12.0	87	63.3	11.1	93	63.7	11.6	93
認知症診断の状況												
認知症関連診断なし・不明	36.8	15.5	900	37.4	15.7	891	37.8	16.6	899	38.1	16.8	900
アルツハイマー型認知症	52.7	12.6	139	53.8	12.6	136	53.8	12.6	139	53.9	13.6	139
脳血管性認知症	53.1	14.4	32	54.7	12.6	31	54.9	12.4	32	56.1	13.3	32
レビー小体型認知症	48.0	17.8	8	50.8	17.7	8	50.0	19.9	8	53.5	14.5	8
前頭側頭葉型認知症	54.9	15.6	9	54.6	17.8	9	56.1	17.6	9	53.4	20.3	9
混合型	53.8	11.6	8	58.9	9.7	8	58.3	8.2	8	56.5	8.2	8

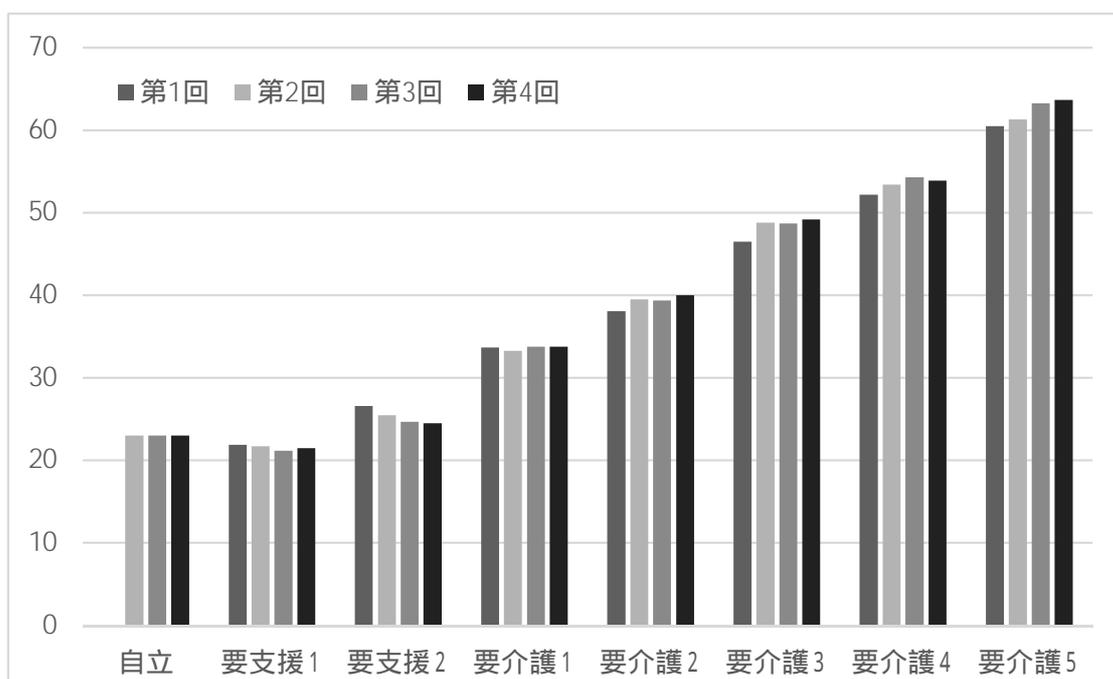


図5 DASC SCOREの経年的な変化(要介護度別)

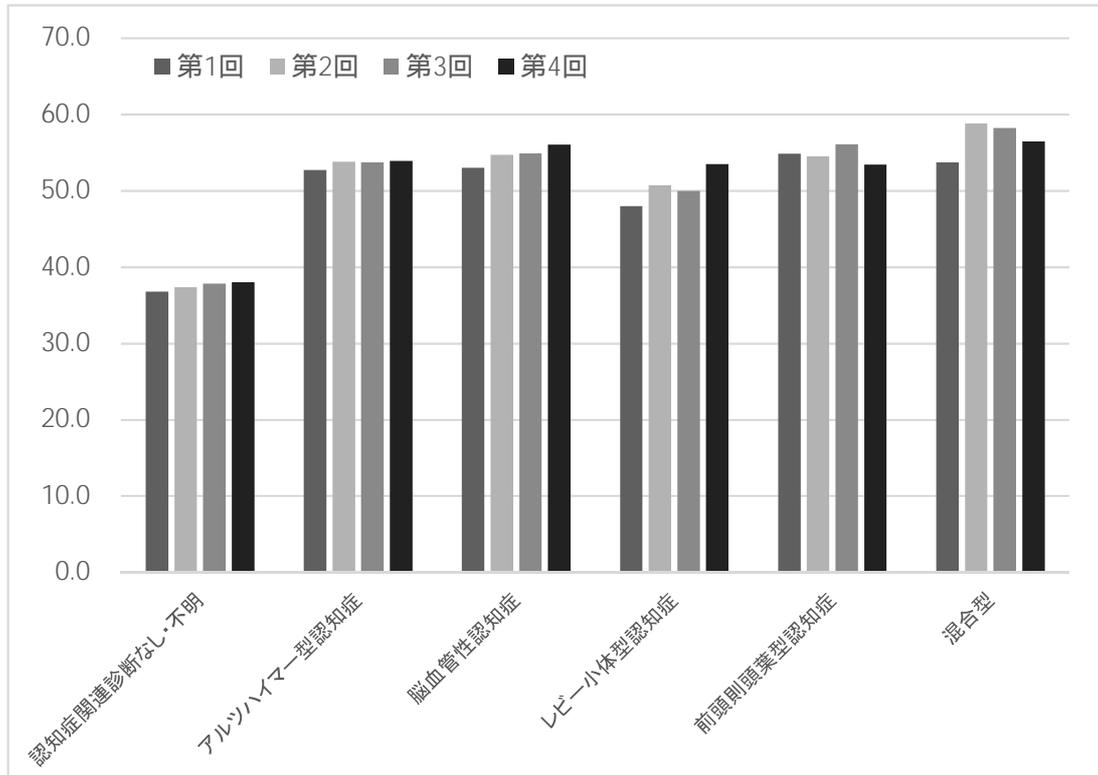


図6 DASCスコアの経時的な変化（認知症診断別）

表5 DASCスコアの6か月の変化（要介護度別・認知症診断別）

	第1回目		第4回目		P値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
合計	39.7	16.3	41.0	17.4	0.00 **
要介護度別					
要支援1	21.9	4.1	21.5	6.2	0.50
要支援2	26.6	8.9	24.5	8.7	0.02 *
要介護1	33.7	12.4	33.8	13.6	0.28
要介護2	38.1	13.2	40.0	14.9	0.00 **
要介護3	46.5	13.4	49.2	13.7	0.00 **
要介護4	52.2	15.3	53.9	13.3	0.01 *
要介護5	60.5	14.0	63.7	11.6	0.00 **
認知症診断の状況					
認知症関連診断なし・不明	36.8	15.5	38.1	16.8	0.00 **
アルツハイマー型認知症	52.7	12.6	53.9	13.6	0.11
脳血管性認知症	53.1	14.4	56.1	13.3	0.01 *
レビー小体型認知症	48.0	17.8	53.5	14.5	0.15
前頭側頭葉型認知症	54.9	15.6	53.4	20.3	0.67
混合型	53.8	11.6	56.5	8.2	0.26

対応のあるサンプルの t 検定 *P<0.05, **P<0.01

5) DASC 評価項目ごとの6か月の変化

DASC 評価項目ごとの1回目と4回目の変化について、対応ある T 検定の分析を実施したところ、導入における「もの忘れが多いと感じますか」、「1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか」には有意差が示された。また、記憶における「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」、「5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか」にも有意差が示された。

見当識に関する3項目、「今日が何月何日かわからなくなることがありますか」、「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」、「道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか」についても有意差が見られた。

問題解決に関する3項目も「電気や水道やガス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」、「一日の計画を自分で立てることができますか」、「季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか」すべて有意差が見られた。

家庭外 IADL については、3項目いずれも有意差は見られず、家庭内の IADL については「電話をかけることができますか」、「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」に有意差が示された。

ADL については、「着替えは一人でできますか」、「トイレは一人でできますか」の2項目に有意差が示された。

以上の有意差が示された項目はすべて有意に状態が悪化する傾向が示されていた。

表6 DASC 評価項目ごとの6か月の変化量

	1回目		4回目		P値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
導入	もの忘れが多いと感じますか	2.26	1.015	2.31	1.109	0.02 *
	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	2.10	0.981	2.21	1.084	0.00 **
	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	2.14	0.989	2.23	1.078	0.00 **
記憶	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1.95	1.028	2.05	1.108	0.00 **
	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1.59	0.970	1.60	0.989	0.50
	今日が何月何日かわからなくなることがありますか	1.97	1.057	2.10	1.115	0.00 **
見当識	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	1.60	0.968	1.69	1.021	0.00 **
	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか	1.80	1.101	1.94	1.186	0.00 **
	電気や水道やガス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	2.70	1.109	2.76	1.193	0.02 *
問題解決	一日の計画を自分で立てることができますか	2.32	1.147	2.39	1.199	0.00 **
	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	2.00	1.086	2.12	1.137	0.00 **
	一人で買い物に行けますか	2.72	1.188	2.74	1.244	0.55
家庭外IADL	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	2.89	1.161	2.89	1.234	0.92
	貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	2.83	1.159	2.86	1.232	0.30
	電話をかけることができますか	2.20	1.212	2.35	1.256	0.00 **
家庭内IADL	自分で食事の準備はできますか	2.74	1.139	2.73	1.210	0.77
	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	2.35	1.197	2.48	1.220	0.00 **
	入浴は一人でできますか	2.20	1.007	2.24	1.056	0.06
ADL	着替えは一人でできますか	1.92	1.006	1.99	1.043	0.00 **
	トイレは一人でできますか	1.74	1.016	1.82	1.063	0.00 **

対応のあるサンプルの t 検定 *P<0.05, **P<0.01

D. 考察

1) DASC スコアおよび DASC 項目ごとの経時的変化の傾向

DASC スコアは全調査対象においては、経時的に悪化(スコアの上昇)傾向がみら

れた。具体的には、DASC 評価項目である「生年月日に関する記憶(長期記憶)」、「家庭外の IADL(買い物、乗り物、金銭管理)」、「食事の準備」、「入浴」以外の「見当識障害」、「問題解決能力」、「電話のかけ方」、「薬

の管理」、「着替え」や「排せつ」の自立度に関わる ADL 能力は 6 カ月間であっても、すべてにおいて悪化する傾向が示されていた。

これは調査対象の平均年齢が 80.9 歳であり、認知症がいわゆる脳の老化であることから鑑みれば、相当の結果であったともいえよう。

また、DASC の調査項目である「生年月日に関する記憶（長期記憶）」や「家庭外の IADL（買い物、乗り物、金銭管理）」、「食事の準備」、「入浴」の悪化が顕著に示されない限り、在宅で生活することが可能となっていることを示したともいえ、とくに重要な知見といえる。

さらに、本調査の経時的調査の対象となった高齢者は認知症の診断がなされていたのは、約 2 割であった。調査当時に用いた DASC のスコア (DASC-18) からは、23 点以上が MCI レベルの認知症である蓋然性が高いとされており¹⁴、今回の調査対象の〇%は軽度の認知症であろうと予想される。

このことは、換言すれば、本研究で妥当性の検証をしている DASC によって、認知症の発症を早期に発見できたともいえ、今後は、これらのデイサービス利用者で DASC のスコア (DASC-18) 23 点以上あるいは DASC-21 で 31 点以上であった者に対しては、段階的に医師への受診を勧奨するということが、すでに調査対象施設においては、検討されており、今回の研究結果は、臨床的にも大きな貢献ができた。

2) 調査期間や属性ごとの変化の状況

2 か月ごとの DASC スコアの経年的な変化からは、2 か月では「変化なし」の割合が高いものの、4 か月程度で悪化や改善の状況が顕著となることがわかった。

通所サービスでは、一般的に個別的なケアというよりは、集団的なレクリレーションやリハビリテーションといったケアが実施されている¹⁵。

このことは、通所型デイサービスの利用者の入れ替えを考慮すると、介護職員が個々の利用者の特性やその一定期間での変化を考慮して、サービス提供していくことの難しさを示している。職員が悪化の前兆を把握し、介入をする時期を誤らないためには、定期的な調査を実施し、生活機能の変化を随時、把握しておくことが必要であることが推察された。

とくに、DASC スコアの経時的な変化と要介護度との関連性が今回の分析結果からは示されており、要介護 1 以上では、有意に DASC スコアは上昇しており、これは悪化を示しているものと推察された。

一方で要支援 2 の利用者は、有意に DASC スコアは減少しており、改善と解釈できる変化が示されていた。これは、要介護度が低い高齢者においては、こういった通所サービスの利用により、生活機能を維持し、さらに改善へと進行する可能性があることを示しているものと推察された。

本研究で用いた DASC は、認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントであ

¹⁴ 栗田主一．老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」平成 23 年度研究報告書．

¹⁵ 内田陽子. (2003). 在宅ケア機関別にみた顧客のサービス利用と費用・ケア実施・アウトカムの特徴. 日本看護管理学雑誌, 7(1), 17-26.

るが、これを経時的に実施していくことで、早期介入が可能であり、改善する可能性がある高齢者をスクリーニングできる仕組みを創ることを今後は市町村に設置される認知症初期集中支援チーム等を活用しながら検討すべきであることを示している¹⁶。

介護サービス事業者は、利用者に対して今回の研究で用いた DASC 等によるアセスメントを経時的に実施し、その変動をモニタリングしていくことが、地域で高齢者の生活を継続させていくためには有効であると考えられた。

E . 結論

本研究では、2 か月ごとに 4 回調査した DASC によるアセスメントの経年的データを用いて、認知症に係わる生活機能障害の経年変化の状況を詳細に把握した。その結果、認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、そして変化の時期や属性別の変化の傾向に関する知見が得られた。この変化に介護サービスの利用状況等がどのように影響を与えたかについては引き続き分析をする必要があると考えられた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

筒井孝子，東野定律，大冢賀政昭．居宅介護サービス利用者の認知症診断群別の生活機能障害及びサービスの利用状況の

検討．第 73 回日本公衆衛生学会総会，p474，栃木，2014.11.5-7

H . 知的財産権の出願・登録状況

なし

¹⁶「認知症初期集中支援チーム」の設置は、平成 27 年度全国で実施が予定され、平成 30 年度までには完了することが「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」に示されている。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

平成 26 年度 分担研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

分担研究者 大冢賀政昭（所属 国立保健医療科学院）
研究代表者 筒井孝子（所属 兵庫県立大学大学院経営研究科）
研究分担者 嶋森好子（所属 東京都看護協会会長）
研究協力者 東野定律（所属 静岡県立大学経営情報学部）

研究目的 これまでの認知症高齢者へのケアは、主に認知症特有の精神症状や行動障害である BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) への対処方法に関心が払われながら、多くの臨床事例が蓄積されてきた。しかし、この BPSD への対応は、その多くが臨機応変の対処行動となることが多いことから、これらを活用するにあたっては、介護側の高い応用能力が必要とされるといえよう。これから、認知症高齢者は急激に増加することが予想されており、このような高い応用能力をもった介護職員の確保は極めて困難と考えられる。以上のことを鑑みると、今後、認知症の疾患別、進行別の各過程で起こる可能性が高い BPSD の発現と、これへのケアを標準化することは喫緊の課題といえる。そして、一定の研修によって、これらの標準化されたケアを提供できる職員を養成していくことが求められている。これまで認知症の進行状況や疾患別の BPSD の発現については検討されてきたものの、その発現の姿が多様であることから、対処方法を標準化し、体系化するまでには至っていない（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 2012）。昨年度は、提供している看護や介護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/入所者に介護サービスを提供していた介護職員を対象に、介護内容についてのタイムスタディ調査を実施し、どのような利用者に、どのような介護サービスが提供されていたかを示すデータを入手した。本年度は、これらデータに加え、DPC 群病院に入院していた患者で、その主疾患や認知症疾患の有無、疾患の進行状況を把握した上でタイムスタディ調査を実施し、これらの患者に提供されていたケアを明らかにした。

研究方法 本研究では、他計式 1 分間タイムスタディを実施できる急性期の医療機関 1 施設において、認知症と非認知症の患者に提供されているケア時間及びケア内容についてデータを収集し、非認知症患者と認知症や BPSD を発症している患者のケア時間やケア内容の違いについて分析した。

研究結果 認知症の有無別に提供されていたケア時間に有意な差はなかったが、38 のケア内容のうち排泄、食事、体位変換、整容といった 4 つの代表的なケア内容は認知症がある方に長い時間が提供されていた。また看護師が提供していたケアは療養上の世話が 8 割以

上を占めており、専門的看護はわずか全業務時間のわずか 4.3%であった。さらに、看護補助者と比較し、提供時間が有意に長かったケアの内容としては、薬物の扱いや患者に対する教育的指導だけであり、看護師と看護補助者が行うケアに大きな差異はなかった。

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

A. 研究目的

認知症高齢者への看護や介護サービスの提供にあたって認知症特有の精神症状や行動障害である BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) は長年にわたって、臨床家にとって大きな課題であり続けている。しかし、これまでは認知症に係わる看護技術に関する知見の報告は多数あるものの¹⁷⁻²¹、これらの具体的な看護技術やケアの内容を認知症の進行状況や疾患別に体系づけるといった試みは、ほとんど示されていない。今後は、これまでのような認知症の BPSD への対処的な方法だけでなく、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²²を明らかに

し、これに基づいた看護や介護サービス提供体制を整備していく必要がある。そして、一定の研修によって、これらの標準化されたケアを提供できる職員を養成していくことが求められている。これまで認知症の進行状況や疾患別の BPSD の発現については検討されてきたものの、その発現の姿が多様であることから、対処方法を標準化し、体系化するまでには至っていない²³。

このため、昨年度は、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。

そして、今年度は、認知症の高齢患者が急性増悪によって入院する可能性が高いとされる急性期医療機関において、認知症高齢患者に対して、どの様な看護技術が提供されていたかを明らかにするために、看護師や看護補助者に対して、1 分間タイムスタディ調査を実施し、これらの患者へ提供されていた看護・介護サービスとして提供

17 加藤哲也:攻撃的態度を示す老人性痴呆疾患患者の看護問題的行動を受容・理解して、日本精神科看護学会誌, 45 (1) 84-87. 2002.

18 鍋島麗子:俳佞や他の患者への迷惑行動で目の離せないアノレツハイマー病患者の看護症状の沈静化を目指して、日本精神科看護学会誌, 49 (1), 130-131, 2006.

19 河村充洋, 渡部治子, 梶村礼子他:認知症における問題行動の要因とその対応 DBDS からみる前頭葉優位型アルツハイマー病患者に対する効果的な対応と援助, 日本精神科看護学会誌, 49 (2), 444-448, 2006.

20 増田恵津子, 堀内真一路:痴呆性高齢者の問題行動に対する看護行動理解への試み, 日本精神科看護学会誌, 46 (1), 279-282, 2003.

21 鈴木和代, 前崎正江:認知症高齢者の役割意識に基づいた行動障害への援助, 日本精神科看護学会誌, 48 (2), 347-351, 2005.

22 なお、本研究で使っている「ケア」については、看護師や介護福祉士等の看護補助者が提供しているサービス全般を指し、1989 年から筒井によって開発されてきた看護・介護領域で唯一、標準化されてきた

ケアコード(T.C.C.)によって示される 389 種類のケア内容を指すものとする。T Tsutsui, S Higashino. Development of Tsutsui Total Care Code: revealing the nature and quantity of care services provided in Japan Fields of nursing care, long-term care, and care services for children, Review of Administration and Informatics 2011;24(1):23-49.

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

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

されるケア時間データを収集した。なお、本研究で扱う「ケア」については、看護師や看護補助者が提供しているサービス全般を指し、1997年から開発されてきた看護・介護領域で唯一、標準化されてきたケアコード(T.C.C.)によって示される389種類のケア内容を指すものとする。

B. 研究方法

1) 調査対象

他計式1分間タイムスタディを実施できる急性期医療を提供している医療機関としてDPC対象病院群で7対1入院基本料を算定していた医療機関を対象として調査を実施した。認知症と非認知症の患者に提供されていた看護及び介護サービスの時間等についてのデータを収集した。調査対象となった患者は最も医療資源を投入していたとされるDPC²⁴による傷病名が脳梗塞、心不全、股関節大腿近位骨折、肺炎のいずれかに該当していた患者である。これらの患者をさらにCDR²⁵の調査結果を用いて

認知症患者と非認知症患者に区分した。なお、CDRについては、当該病院の医師らが診断を行った。

²⁴ DPCとは、DPC(Diagnostic Procedure Combination)と呼ばれる一日当たり疾患別定額払いであり、諸外国で言うすなわちDRG/PPSに対応し、2003年4月から日本で、特定機能病院82病院に導入された。14桁のコードで構成されている。このうち最初の6桁は、入院期間中に「医療資源を最も投入した傷病名」に基づく分類コードで、これはICD10(国際疾病分類第10版)に対応しており、「基本DPC」と呼ばれる。そのうち上位2桁が主要診断群(Major Diagnostic Category; MDC)で(MDCは当初16種類でしたが、2008年度から細分化され18種類に増えている)。

²⁵ CDR(Clinical Dementia Rating)とは、認知症の重症度を評価するための方法であり、記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家族状況及び趣味、介護状況の6

項目について、患者の診察や周囲の人からの情報で評価する。それらを総合して健康(CDR0)、認知症の疑い(CDR0.5)、軽度認知症(CDR1)、中等度認知症(CDR2)、高度認知症(CDR3)のいずれかに評価する。杉下和行&杉下守弘(2010)認知症評価における認知機能テストの問題点。医学のあゆみ, 235(6), 633-637.

表1 調査対象者

傷病名: 脳梗塞 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名
傷病名: 心不全 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名
傷病名: 股関節大腿近位骨折 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名
傷病名: 肺炎 合計患者数: 6名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名
	65歳未満	1名	1名

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は、在宅タイムスタディ用 T.C.C によってコード化処理を行い、看護・介護サービスをケアコードによって表現できるようにした。昨年度の報告書の結果と比較できるように中分類のカテゴリ²⁶を用いて、集計を行い、ケア提供時間およびケア発生割合²⁷を算出した。

²⁶ T.C.C は、「療養上の世話」、「専門的看護」、「リハビリテーション」、「ケアシステム関連」、「在宅ケア関連」の5つの大分類、65の中分類、389のケアコードから成り立っている。

²⁷ 本分担研究報告書における「ケア発生割合」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」と定義している。この割合は、調査対象となる医療機関において、入院患者の全体のうちどの程度の人数にケアが発生していたかを示す割合であることから、そのケアが普遍的に提供されるケアか否かを弁別する指標として有用である。

表2 T.C.C.のケアコード数²⁸

	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
総ケアコード数	389	65

²⁸ T Tsutsui , S Higashino. Development of Tsutsui Total Care Code: revealing the nature and quantity of care services provided in Japan Fields of nursing care, long-term care, and care services for children ,Review of Administration and Informatics 2011;24(1):23-49.

分析方法

調査対象病院の入院患者の基本属性、性別、年齢、認知症の有無、疾病区分を記述分析した。

その際、調査対象患者一人あたりに提供されたケア時間および調査対象職員一人あたりが提供したケア時間をそれぞれ分析し、5つのT.C.C.大分類（療養上の世話、専門的看護、リハビリテーション、ケアシステム関連、在宅ケア関連）ごと

（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

のケア時間も同時に算出した。

また、これらの患者へ提供されていたケア時間については、認知症の有無によって異なるかを分析し、さらに職員が提供したケア時間については看護師と看護補助者による看護や介護サービス提供時間の差異についても比較した。これら属性によるケア時間の差の比較に際しては、対応のないサンプルのT検定を行った。

員会の承認を得てから調査が実施された（審査番号 NIPH-TRN#12008）。

C . 研究結果

1) 調査対象となった患者および職員の基本属性

調査対象となった患者 11 名の属性の分析を行った。

年齢は、平均 74.7 歳、標準偏差 8.7 であった。性別は、男性 8 名（72.7%）、女性 3 名（27.3%）であった。年齢区分は、「60 - 70 歳以下」が 1 名（9.1%）、「71 - 80 歳以下」が 4 名（36.4%）、「81 歳以上」が 6 名（54.5%）であった。

認知症の有無については、「なし」5 名

（45.5%）、「あり」6 名（54.5%）であった。

疾病区分は、「脳梗塞」4 名（36.4%）、「心不全」3 名（27.3%）、「大腿部骨折」3 名（27.3%）、「肺炎」1 名（9.1%）であった。

調査対象となった職員の 61 名の基本属性は、経験年数は平均 2.9 年（標準偏差 3.6）であった。職種は、「看護職」33 名（54.1%）、「看護補助者」9 名（14.8%）、「理学療法士」5 名（8.2%）、「言語聴覚士」2 名（3.3%）、「医師」7 名（11.5%）であった。なお、これらの雇用状況については、常勤が 53 名（88.5%）、非常勤 2 名（3.3%）であった。

表 4 調査対象となった患者および職員の基本属性

平均			範囲		
年齢	74.7 (±8.7)	60 - 80	経験年数	2.9 (±3.6)	0.1 - 16.0
	N	%		N	%
性別			性別		
男性	8	72.7	男性	12	19.7
女性	3	27.3	女性	44	72.1
年齢区分			不明	5	8.2
60-70	1	9.1	職業区分		
71-80	4	36.4	看護職	33	54.1
81-	6	54.5	看護補助者	9	14.8
認知症の有無			理学療法士	5	8.2
なし	5	45.5	言語聴覚士	2	3.3
あり	6	54.5	医師	7	11.5
疾病区分			不明	5	8.2
脳梗塞	4	36.4	雇用状況		
心不全	3	27.3	常勤	54	88.5
大腿部骨折	3	27.3	非常勤	2	3.3
肺炎	1	9.1	不明	5	8.2

2) 患者に提供された看護・介護サービスとしてのケア時間

平均提供時間

患者に提供された看護や介護サービスの合計時間は、平均 98.8 分 (標準偏差 99.0) であった。ケアコードの中で最もおおまかな分類である大分類 (療養上の世話、専門

的看護、リハビリテーション、在宅ケア関連) 別にケア提供時間をみると、その平均値は、療養上の世話が 83.8 分 (84.8%) を占め、続いて、ケアシステム関連 5.4 分 (5.5%)、リハビリテーション 5.2 分 (5.3%)、専門的看護 4.2 分 (4.2%) と続いていた (表 5)。

表 5 患者に提供されていたケア内容 (大分類) 別平均時間

	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	最小値	最大値	N
合計ケア時間	98.8	100.0	99.0	45.3	389.3	11
ケア内容別ケア時間						
療養上の世話	83.8	84.8	89.5	31.8	346.3	11
専門的看護	4.2	4.2	2.9	0.7	10.6	11
リハビリテーション	5.2	5.3	4.1	0.0	10.7	11
ケアシステム関連	5.4	5.5	8.4	0.3	29.9	11
在宅ケア関連	0.2	0.2	0.4	0.0	1.5	11

認知症有無別平均提供時間

患者の認知症疾患の有無別に、平均提供時間を比較した結果、合計ケア時間、大分類別時間いずれも有意差はなかった (表 6)。

ケアの中分類別認知症の有無別に有意差が見られたのは、38 種類のケア内容のうち、5 種類であった。認知症あり群に有意に長く提供されていたケアの内容は、排尿排便維持や回復に係わる介助、おむつ介助とい

った内容を含む「排泄」、食事動作・栄養・水分摂取への援助（朝・昼・夕）、食間食・分割食の介助、治療的栄養・水分補給の介助などの内容を含む「食事・栄養・補液」、体位変換・良肢位の維持の介助、起居の援助といった内容を含む「起居と体位変換」、洗面・洗髪・整容・沐浴の介助、口腔や体

の清潔維持の介助、入浴時の移乗介助、洗身介助といった内容を含む「清潔・整容」の4種類であった。

逆に認知症なし群が長かったのは、入浴時の脱衣所から浴室へや排泄時の病室からトイレへの移動の見守り・介助を含む内容の「移動（施設内）」であった（表7）。

表6 患者に提供されていたケア時間（認知症の有無別）

	認知症あり(N=6)			認知症なし(N=5)			P値
	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	平均値	構成割合 (%)	標準偏差	
合計ケア時間	138.4	100.0	124.3	51.3	100.0	4.2	
ケア内容別ケア時間							
療養上の世話	119.2	86.1	112.5	41.3	80.5	7.4	
専門的看護	4.8	3.5	3.3	3.5	6.7	2.5	
リハビリテーション	5.7	4.1	3.5	4.6	9.0	5.1	
ケアシステム関連	8.6	6.2	10.6	1.6	3.0	1.2	
在宅ケア関連	0.0	0.0	0.0	0.3	0.7	0.7	

**P<0.01 , *P<0.05

表 7 認知症の有無別中分類別提供時間の比較

	認知症あり(N=6)			認知症なし(N=5)			差	P値
	平均値	標準偏差	%	平均値	標準偏差	%		
1 その他の見守り	36.6	89.3	50.0	0.7	0.8	80.0	35.9	
2 コミュニケーション	14.5	4.6	100.0	15.2	4.8	100.0	-0.6	
3 排泄	11.5	5.3	100.0	2.0	2.3	100.0	9.4 **	
4 食事・栄養・補液	10.8	8.2	100.0	1.7	0.7	100.0	9.1 **	
5 巡視・観察・測定	10.3	6.9	100.0	4.2	1.4	100.0	6.1	
6 起居と体位変換	10.0	5.5	100.0	0.9	2.0	40.0	9.0 **	
7 清潔・整容	5.8	3.2	100.0	2.5	1.1	100.0	3.4 **	
8 ケア関連会議・記録	4.9	9.0	83.3	0.3	0.6	60.0	4.6	
9 移乗	4.5	2.8	100.0	1.7	2.4	60.0	2.8	
10 更衣	3.6	2.8	100.0	0.9	1.2	80.0	2.7	
11 寝具・リネン	3.5	1.8	100.0	0.4	0.3	80.0	3.1	
12 連絡・報告、情報収集	3.5	2.4	100.0	1.1	1.2	80.0	2.4	
13 運動器系機能の訓練	3.4	2.6	83.3	0.4	0.8	20.0	3.1	
14 環境	2.7	1.1	100.0	2.2	0.8	100.0	0.5	
15 移動（施設内）	1.4	1.0	100.0	6.9	2.4	100.0	-5.5 **	
16 薬物療法	1.3	0.6	100.0	1.8	1.3	100.0	-0.4	
17 検査・採取・治療等	1.2	1.3	100.0	1.0	1.3	80.0	0.2	
18 問題行動	1.2	1.6	66.7	0.0	0.1	20.0	1.1	
19 感染予防	1.0	2.3	33.3	0.0	0.0	-	1.0	
20 運動（身体）機能の維持・促進	1.0	1.7	33.3	0.4	0.6	-	0.6	
21 生活基本動作の拡大	0.9	1.0	83.3	2.8	3.0	80.0	-1.9	
22 教育	0.9	0.8	83.3	1.1	0.7	80.0	-0.2	
23 運動器系機能の評価	0.8	1.6	83.3	0.0	0.0	40.0	0.8	
24 治療・処置呼吸器系	0.6	1.2	66.7	0.0	0.0	-	0.6	
25 皮膚	0.4	0.7	33.3	0.3	0.7	40.0	0.1	
26 作業療法	0.3	0.8	16.7	0.0	0.0	-	0.3	
27 職員の行動	0.2	0.5	16.7	0.0	0.0	-	0.2	
28 入院・入所者の物品管理	0.2	0.3	50.0	0.1	0.1	40.0	0.1	
29 言語療法	0.2	0.4	16.7	0.6	1.4	20.0	-0.5	
30 循環器系	0.1	0.2	16.7	0.4	0.5	-	-0.2	
31 物理療法	0.1	0.2	33.3	0.8	1.8	40.0	-0.7	
32 腎・泌尿器系	0.1	0.2	16.7	0.0	0.0	-	0.1	
33 設備・備品の保守・管理	0.1	0.1	33.3	0.0	0.0	20.0	0.0	
34 洗濯	0.0	0.0	16.7	0.1	0.2	20.0	-0.1	
35 食事・栄養・補液	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	-	0.0	
36 送迎（移送サービス）	0.0	0.0	0.0	0.3	0.7	0.0	-0.3	
37 その他	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	-0.2	
38 入退院・外出	0.0	0.0	0.0	0.0	0.04	20.0	-0.02	

**P<0.01 , *P<0.05

3) 職員が提供したケア時間

職員が提供したケア時間の平均は 178.1 分 (標準偏差 175.0) であった。大分類別のケア内容によると、療養上の世話が 151.0 分 (84.8%) と患者に提供されたケア時

間と同様に全時間の 8 割以上を占めていた。続いて、ケアシステム関連が 9.8 分 (5.5%)、リハビリテーションが 9.4 分 (5.3%)、専門的看護が 7.6 分 (4.2%) と続いていた(表 8)。

表 8 職員が提供したケア時間

	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	最小値	最大値	N
合計ケア時間	178.1	100.0	175.3	2.0	856.0	61
ケア内容別ケア時間						
療養上の世話	151.1	84.8	150.6	2.0	806.0	61
専門的看護	7.6	4.2	10.1	0.0	50.0	61
リハビリテーション	9.4	5.3	17.2	0.0	67.0	61
ケアシステム関連	9.8	5.5	22.7	0.0	149.0	61
在宅ケア関連	0.3	0.2	1.2	0.0	8.0	61

また、看護職と看護補助職の提供していたケア時間を比較した結果、合計時間、5 つの大分類別で示されたおおまかなケア内容別ケア時間のいずれの内容に関しても有意差はなかった(表 9)。

さらに中分類別ケアにおいて、看護職と看護補助職の間に有意差があったのは、38 種類のうち、3 種類のみで、これらのうち看護職の方が看護補助者より長く提供していたケア内容は、与薬(経口薬・坐薬)、注射、輸液・輸血、薬品管理といった内容を含む「薬物療法」、食事、服薬、尿路感染・

褥創予防などに関する助言・指導、術後の指導、教育、手術前指導・オリエンテーション(栄養指導、調理指導を含む)、患者や家族に対する看護計画に基づくケアに関する指導(食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等)、教育・心理的支援を含む「教育」の 2 種類であった。

逆に看護補助職の方が長く提供していたケア内容は、温・冷あん法、冷・温湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の準備・実施・後始末を含む「循環器系」であった(表 10)。

表 9 職員が提供したケア時間(看護職と看護補助職の比較)

	看護職 (N=33)			看護補助者 (N=9)			P値
	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	
合計ケア時間	212.7	100.0	204.5	199.9	100.0	91.4	
ケア内容別ケア時間							
療養上の世話	183.2	86.2	175.9	179.6	89.8	92.3	
専門的看護	9.2	4.3	9.8	5.9	2.9	5.1	
リハビリテーション	5.7	2.7	13.2	7.3	3.7	12.3	
ケアシステム関連	14.3	6.7	29.7	6.9	3.4	8.5	
在宅ケア関連	0.2	0.1	0.9	0.2	0.1	0.7	

**P<0.01、*P<0.05

表 10 職員が提供したケア内容別ケア時間（看護職と看護補助職の比較）

	看護職(N=33)			看護補助職(N=9)			差	P値
	平均値	標準偏差	%	平均値	標準偏差	%		
1 その他の見守り	76.9	106.2	63.6	63.3	90.2	77.8	13.6	
2 コミュニケーション	29.5	29.7	97.0	26.9	11.4	100.0	2.6	
3 巡視・観察・測定	20.8	28.6	93.9	6.4	6.1	100.0	14.3	
4 ケア関連会議・記録	19.5	36.0	42.4	4.7	5.5	33.3	14.8	
5 排泄	19.5	15.6	90.9	15.2	5.6	100.0	4.3	
6 食事・栄養・補液	16.8	18.5	90.9	14.8	12.5	100.0	2.0	
7 運動器系機能の訓練	15.0	15.3	18.2			0.0	15.0	
8 起居と体位変換	14.9	14.2	87.9	14.6	9.6	100.0	0.3	
9 清潔・整容	10.8	11.7	72.7	13.2	11.2	100.0	-2.5	
10 作業療法	10.0	2.8	6.1			0.0	10.0	
11 移乗	9.3	7.1	66.7	8.6	5.8	100.0	0.7	
12 物理療法	9.0	8.5	6.1	15.0		11.1	-6.0	
13 移動（施設内）	8.4	9.5	81.8	9.0	6.1	100.0	-0.6	
14 連絡・報告、情報収集	8.4	9.7	63.6	6.7	5.0	77.8	1.7	
15 その他	8.0		3.0			0.0	8.0	
16 感染予防	7.5	6.3	18.2	3.5	0.7	22.2	4.0	
17 更衣	6.9	6.7	63.6	7.7	6.0	100.0	-0.8	
18 生活基本動作の拡大	6.8	7.2	24.2	13.7	10.1	33.3	-6.9	
19 薬物療法	6.4	5.0	66.7	1.8	0.8	66.7	4.5	**
20 運動器系機能の評価	6.0		3.0			0.0	6.0	
21 寝具・リネン	5.8	6.9	81.8	5.0	2.3	77.8	0.8	
22 教育	5.7	4.9	36.4	1.3	0.5	44.4	4.4	**
23 環境	5.1	6.1	81.8	6.2	3.8	100.0	-1.1	
24 治療・処置呼吸器系	5.0	5.4	18.2	1.0		11.1	4.0	
25 職員の行動	4.3	2.9	9.1			0.0	4.3	
26 検査・採取・治療等	4.3	6.6	48.5	1.5	0.7	22.2	2.8	
27 問題行動	3.6	3.1	33.3	3.3	1.5	33.3	0.3	
28 皮膚	3.5	3.5	6.1	6.0	7.1	22.2	-2.5	
29 送迎（移送サービス）	3.5	2.1	6.1	2.0		11.1	1.5	
30 入院・入所者の物品管理	3.0	1.4	12.1	1.0		11.1	2.0	
31 運動（身体）機能の維持・促進	2.4	2.6	15.2	13.0		11.1	-10.6	
32 循環器系	2.0	1.1	18.2	6.5	2.1	22.2	-4.5	**
33 洗濯	1.7	1.2	9.1	1.0		11.1	0.7	
34 設備・備品の保守・管理	1.0	0.0	6.1	1.0		11.1	0.0	
35 入退院・外出	1.0		3.0			0.0	1.0	
36 食事・栄養・補液	1.0		3.0			0.0	1.0	
37 言語療法			0.0	10.0		11.1	-10.0	
38 腎・泌尿器系			0.0	6.0		11.1	-6.0	

**P<0.01、*P<0.05

D. 考察

1) 急性期入院医療機関における患者の認知症の有無とケア時間の関係

グループホームや介護保険施設において、認知症の有無別にケア内容が異なるかに関しては、本研究だけでなく、これまでに、いくつかの報告がなされている^{29,30)}。これ

²⁹⁾ 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

らの研究では、介護保険制度で認知症を判断する基準となっている認知症日常生活自立度を用いて、そのレベルが 以上と示さ

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.

³⁰⁾ 大野賀政昭，筒井孝子，東野定律，西川正子，筒井澄栄．小規模多機能型居宅介護におけるケア提供実態の検討．第 72 回日本公衆衛生学会総会，p434，三重，2013.10.23-25

れた高齢者と 未満の高齢者間での比較がされているが、これらの分析からは、認知症自立度別には提供されていたケアに関する時間には有意差がなかったことが示されている。つまり、認知症自立度判定によるレベルによる提供時間の長さには有意な関連性がないことを示してきたといえる。ただし、先行研究においては、BPSD の発生別には、例えば、「落ち着きが無い」、「目が離せない」という BPSD を発現していた高齢者の平均ケア時間は、これらの行動がなかった高齢者よりも有意に長いという結果が示されていた⁶⁾。

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

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

これは、DPC 群で7対1入院基本料を算定している急性期病院のデータであることを鑑みると、増加している高齢患者において急性増悪状態でかつ、認知症を併発する患者という医療も介護サービスも必要とする患者が増加していることを示している。

これらの患者の増加に対して、看護師が対応するという体制では十分なケアを行えなくなっている可能性があり、今回は看護

補助者と看護師とのケアの提供の新たな在り方を検討すべきと考えられる。例えば、入院基本料において、こうした療養上の世話への対応として、看護師でなく看護補助者加算の在り方の見直しといった診療報酬上の再配分についても議論すべきとも考えられた。

一方で、先行研究で BPSD の既往のある症例は、精神科以外の一般急性期医療機関や介護保険施設への入院・入所を断られる事例が多いことも報告されており、とりわけ、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」を挙げている³¹⁾。

この結果、BPSD を持つ高齢患者は医療機関や介護保険施設では難しいとされ³²⁾、受け入れ先がないことから、精神病院に入院しているという実態が報告されている³³⁾が、そこでのケアの実態については、十分には明らかにされていない状況にある。

本報告書では、認知症に対する具体的な配慮の視点を加味した具体的な介護技術項目の検討を行っており、今後入院医療機関でこうした BPSD を有する高齢患者を受け入れるためには、具体的なケア提供場面に

³¹⁾ 村田麻起子．介護保険施設サービスにおけるチームマネジメントとその課題．佛教学大学院社会福祉学研究科篇 2013;41:63-80

³²⁾ 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.

³³⁾ 平成 25 年度老人保健健康増進等事業「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業（富士通総研）」報告書

おける認知症に由来する見当識障害への配慮、転倒・転落防止といったセーフティマネジメントや各ケア提供における確認行為といったことを可視化し、研修を徹底していく必要があるだろう。

すでに、こういった内容は、現在、認知症患者の受け入れが多いとされる精神科病棟では実施されていることが示されており、例えば、認知症高齢者を対象にした研究 9 編をレビューした片丸らの研究³⁴においては、精神科看護における認知症高齢者の BPSD への対応の要素が抽出されている。この要素は、1)なじみの関係をつくる、2)安定した場所の確保、3)BPSD の背後にある要因をアセスメントする、4) 自尊感情を守る関わり、5) コミュニケーションの工夫、6) 介入のタイミングを見計らう、7)セーフティマネジメント、8) 非薬物療法への参加を奨める。の 8 つとされているが、これらの要素に基づいて具体的な介護技術を標準化し、体系化することが求められている。

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

³⁴ 片丸美恵, 宮島直子, & 村上新治. (2008). 精神科看護における認知症高齢者の BPSD への対応と課題:「問題行動」をキーワードとしたケーススタディの文献検討から. 看護総合科学研究会誌, 11(1), 3-13.

2) 急性期病院における看護師の提供したケア時間の特徴

看護職と看護補助職のケア時間を比較したところ、合計ケア時間、ケア内容別ケア時間のいずれにも有意差はなく、中分類別の提供されたケアに関する分析結果からは、看護職と看護補助職の提供時間に有意差があったのは、38 種類のケアのうち、わずかに 3 種類であった。

看護職の方が長かったケア内容は、与薬（経口薬・坐薬）注射、輸液・輸血、薬品管理といった内容を含む「**薬物療法**」、食事、服薬、尿路感染・褥創予防などに関する助言・指導、術後の指導、教育、手術前指導・オリエンテーション（栄養指導、調理指導を含む）患者や家族に対する看護計画に基づくケアに関する指導（食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等）教育・心理的支援を含む「**教育**」の 2 種類であった。これは看護補助者と比較すると、薬物の扱いや患者に対する教育的指導のみ看護職が長く提供しているケアであるということを示していると考えられた。

看護補助職の方が長かったケア内容は、「**循環器系**」であったが、より詳細な項目でみると「温・冷あん法、冷・温湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の準備・実施・後始末」といったものであり、これらの介護を提供していた。

これらの結果からは、急性期病院で看護師が認知症患者に特別に提供している看護や看護技術はほとんどなく、看護補助者と同様のケアが提供されていた。

このことは、今後の入院医療においては、看護師だけで患者らの療養上の世話や専門的看護を提供していくことを検討するので

はなく、看護補助者との役割分担を明確にし、看護補助者が提供する介護サービスを前提とした、ケアミックスのあり方をさらに検討していく必要があると考えられた。

E . 結論

認知症高齢者に対し、入院医療機関でどのような看護技術が提供されているかを明らかにするために、急性期病院で認知症を有する患者がいる病棟でタイムスタディ調査を実施し、これら患者へ提供されていたケアを明らかにした。

この結果から、急性期病院においては、認知症の有無によっては提供時間には有意な差がなく、また、これを提供していた看護師と看護補助者の提供内容やその技術にも有意な差は薬物管理や患者指導に関する以外はないことが示された。

以上の結果からは現在、急性期病院で認知症患者のケアについての標準化や体型化が十分でないため、看護師らの役割が明確にされていないことが示唆されている。

看護師と看護補助者あるいは、他の職種との業務の新たな在り方を検討するためには、時間帯別の分析やさらに具体的な看護や介護技術項目の提供との関連性の分析していくことが必要と考えられた。

これらの分析を継続することで、入院医療機関や介護保険機関における認知症患者に対して提供するケアのエビデンスから具体的な対応方策を示し、この内容を周知することで、これらの機関における認知症状を有する患者への対応に際して、より有用な看護が検討されることになるものと考えられる。

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

参考資料・調査票

(調票 01) 病院概況調査票

(調票 02) 患者アセスメント票

(調票 03) タイムスタディ調査票 表紙

(調票 03) タイムスタディ調査票 記録用紙

(調票 04) 突発事象調査票

(調票 05) 患者調査票

病院概況調査票

病院ID	
------	--

病院名			
記入者氏名		部署・役職	
電話番号		FAX番号	

病院全体の基本情報

1. 開設者 (平成25年2月1日時点)				(該当番号) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
01 国立(独立行政法人を含む)	02 公立	03 公的	04 社会保険関係	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
05 医療法人	06 個人	07 その他の法人		

2. 承認等の状況 (平成25年2月1日時点)				(該当箇所全てに)
在宅療養支援病院		病院群輪番制病院		
地域医療支援病院		高度救命救急センター		
地域連携診療計画管理病院		救命救急センター		
がん診療連携拠点病院		二次救急医療機関		
認知症疾患医療センター		小児救急医療拠点病院		
災害拠点病院		小児救命救急センター		

3. 許可病床数 (平成25年2月1日時点)					
一般病床	床	医療療養病床	床	介護療養病床	床
精神科病床	床	結核病床	床	感染症病床	床
合計	床				

4. 延べ入院患者数 (平成25年1月の1か月間)					
一般病床	人	医療療養病床	人	介護療養病床	人
精神科病床	人	結核病床	人	感染症病床	人

5. 平均在院日数 (平成24年11月～平成25年1月の3か月間)					
一般病床	日	医療療養病床	日	介護療養病床	日

6. 全身麻酔手術の件数 静脈麻酔は除く (平成25年1月の1か月間)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 件
-------------------------------------	--

7. 職員数 (平成25年2月1日時点)									
医師	常勤	人	非常勤	人	看護師	常勤	人	非常勤	人
歯科医師	常勤	人	非常勤	人	准看護師	常勤	人	非常勤	人
薬剤師	常勤	人	非常勤	人	看護補助者	常勤	人	非常勤	人

8. 新人看護職員のプリセプターシップ (直近の事業年(度))		(該当番号)
01 プリセプターシップあり	02 プリセプターシップなし	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

9. 夜間管理看護師長の配置 (平成25年2月1日時点)		(該当番号)
01 配置あり	02 配置なし	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

(調票01)

DPC算定対象病床の基本情報

10.管理票(様式01)で病棟IDを割当てた一般病棟数	病棟
-----------------------------	----

11.DPC算定対象病床の状況(～:平成25年2月1日時点、と:平成24年11月～平成25年1月の3か月間)							
病棟ID	DPC算定対象病床数	DPC算定対象患者数	病棟配置の看護職員数		平均在院日数	重症度・看護必要度の平均得点	
			専従	専任		A項目	B項目
01	床	人	人	人	日	点	点
02	床	人	人	人	日	点	点
03	床	人	人	人	日	点	点
04	床	人	人	人	日	点	点
05	床	人	人	人	日	点	点
06	床	人	人	人	日	点	点
07	床	人	人	人	日	点	点
08	床	人	人	人	日	点	点
09	床	人	人	人	日	点	点
10	床	人	人	人	日	点	点
11	床	人	人	人	日	点	点
12	床	人	人	人	日	点	点
13	床	人	人	人	日	点	点
14	床	人	人	人	日	点	点
15	床	人	人	人	日	点	点
16	床	人	人	人	日	点	点
17	床	人	人	人	日	点	点
18	床	人	人	人	日	点	点
19	床	人	人	人	日	点	点
20	床	人	人	人	日	点	点
21	床	人	人	人	日	点	点
22	床	人	人	人	日	点	点
23	床	人	人	人	日	点	点
24	床	人	人	人	日	点	点
25	床	人	人	人	日	点	点
26	床	人	人	人	日	点	点
27	床	人	人	人	日	点	点
28	床	人	人	人	日	点	点
29	床	人	人	人	日	点	点
30	床	人	人	人	日	点	点

急性期病床でのタイムスタディ調査

(調票02)

患者アセスメント票

	病院ID	病棟ID	患者ID	実施日	月 日
性別	生年月日	西暦	年 月 日	入院年月日	西暦
年 月 日	疾患コード	疾患名	DPCコード		

精神科病院 精神科病棟への転院 転棟の必要性: 01必要性がある / 02必要性はない

一般病棟用の重症度・看護必要度		認知症アセスメント DASC-20	
A モニタリング及び処置等	点	01 感じない / 02 少し感じる / 03 感じる / 04 とても感じる	合計(以下の選択肢番号を足しあげたもの)
1 創傷処置	点	: 01 感じない / 02 少し感じる / 03 感じる / 04 とても感じる	
2 血圧測定	点	: 01 前年と比べてもの忘れが増えたと感じますか。	
3 時間尿測定	点	: 01 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。	
4 呼吸ケア	点	: 01 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	
5 点滴ライン同時3本以上	点	: 01 自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	
6 心電図モニター	点	: 01 今日が何月何日かわからないときがありますか。	
7 シリンジポンプの使用	点	: 01 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	
8 輸血や血液製剤の使用	点	: 01 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	
9 専門的な治療・処置	点	: 01 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。	
B 患者の状況等	点	: 01 一日の計画を自分で立てることができる / 02 だいたいできる / 03 あまりできない / 04 できない	
10 寝返り	点	: 01 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	
11 起き上がり	点	: 01 一人で買い物はできますか。	
12 座位保持	点	: 01 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。	
13 移乗	点	: 01 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。	
14 口腔清潔	点	: 01 電話をかけることができますか。	
15 食事摂取	点	: 01 自分で食事の準備はできますか。	
16 衣服の着脱	点	: 01 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。	
		: 01 入浴は一人でできますか。	
		: 01 着替えは一人でできますか。	
		: 01 トイレは一人でできますか。	

「合計」 35の場合が「認知症あり」に該当します。

合計(以下の選択肢番号を足しあげたもの)

タイムスタディ調査票 とりまとめ表紙

病院 I D 病棟 I D

病院 名 _____ 患者 I D

調査日 月 日 : ~ : ;

調査員氏名

以下、該当する箇所の 欄に、チェック"レ"を入れてください。
タイムスタディ 1日目(24時間)
タイムスタディ 2日目(24時間)
他計式(調査中はケアに携わらず、専ら観察・記録を行う)
自計式(ケアに携わるもの自らが、調査票への記録を行う)
(注)自計式は、深夜帯もしくは消灯後の準夜勤帯に限り可とします。

備考:

急性期病床でのタイムスタディ調査
タイムスタディ調査票

(調票03)

患者I.D.:

調査員氏名:

調査日:西暦 年 月 日 (/ 枚目)

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

苦痛や症状の訴えの有無: 0 = 無し 1 = 有り

患者調査票

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

以下、特に断りがない限り「実施日」の状態等に基づきご回答ください。

評価者氏名

患者の基本情報

1. 性別	01 男性	02 女性	(該当番号)	2. 生年月	西暦	年	月
3. 入院年月日	西暦	年	月	日	4. 疾患コード		

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

(該当箇所全てに)		(該当箇所全てに)	
地域連携診療計画管理料		難病患者等入院診療加算	
認知症専門診断管理料		摂食障害入院医療管理加算	
強度行動障害入院医療管理加算		褥瘡ハイリスク患者ケア加算	
重度アルコール依存症入院医療管理加算		重症皮膚潰瘍管理加算	
救急医療管理加算		栄養サポートチーム加算	
超急性期脳卒中加算		呼吸ケアチーム加算	
超重症児(者)入院診療加算		退院調整加算	
準超重症児(者)入院診療加算		総合評価加算	

患者の状態等

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

7. 認知症に関連する疾患 (ICD-10コードと疾患名)

(該当箇所全てに)	
F 0 4 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの	
F 0 5 \$ せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの	
F 0 6 \$ 脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害	
F 0 7 \$ 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害	
F 0 9 詳細不明の器質性または症状性精神障害	
G 1 3 8 他に分類されるその他の疾患における主に中枢神経系を傷害する系統萎縮症	
G 3 0 \$ アルツハイマー病	
G 3 1 0 限局性脳萎縮(症)	
G 3 1 1 老人性脳変性、他に分類されないもの	
G 3 1 8 神経系のその他の明示された変性疾患	
G 3 2 0 他に分類される疾患における脊椎の亜急性連合変性症	
I 6 7 3 進行性血管性白質脳症	
I 6 7 4 高血圧性脳症	

8. 要介護度

01 未申請・申請中	02 非該当	03 要支援1	04 要支援2	05 要介護1	(該当番号)
06 要介護2	07 要介護3	08 要介護4	09 要介護5	10 不明	

9. 認知症である老人の日常生活自立度				(該当番号)
01 自立	02	03 a	04 b	<input type="text"/>
05 a	06 b	07	08 M	

10. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)					(該当番号)
01 自立	02 J 1	03 J 2	04 A 1	05 A 2	<input type="text"/>
06 B 1	07 B 2	08 C 1	09 C 2		

11. 嚥下および栄養摂取の状況		(該当番号)
00 正常		<input type="text"/>
01 粥やきざみ食が必要	02 ピューレや流動食が必要	
03 経口摂取と経管栄養等を併用	04 経口摂取を全くしていない	

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

13. 退院の予定		(該当番号)
01 退院予定日が決まっている	02 退院予定日は決まっていない	<input type="text"/>

「01」を選択した場合、退院予定日と退院先を回答してください。

退院予定日 月 日

他の病院・診療所		介護療養型医療施設	(該当番号) <input type="text"/>
介護老人保健施設(療養型老健を含む)		介護老人福祉施設	
グループホーム		サービス付き高齢者向け住宅	
有料老人ホーム等		自宅	
その他 ()			

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

重症度・看護必要度に係る評価

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

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

16. HCU用の重症度・看護必要度のみの評価項目

A モニタリング及び処置等

(1) 蘇生術の施行	点		
(2) 輸液ポンプの使用	点		
(3) 動脈圧測定(動脈ライン)	点		(該当箇所全てに)
(4) 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	点	CHDF(持続的血液濾過透析)	
(5) 人工呼吸器の装着	点	IABP(大動脈バルーンパンピング)	
(6) 肺動脈圧測定(スワンガツカテール)	点	PCPS(経皮的心肺補助法)	
(7) 特殊な治療法等	点	補助人工心臓	
		ICP(頭蓋内圧)測定	

B 患者の状況等

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

17. 追加を検討する評価項目

A モニタリング及び処置等	
(1) 広範・複雑なスキンケア	点
(2) 心電図モニター2(CRT, CRTD, ICD)	点
(3) 酸素飽和度の持続モニタリング	点
(4) 専門的な治療・処置2	点

モニタリング及び処置等の具体的な内容

(該当箇所全てに)

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

(該当箇所全てに)

CAPD(持続携帯式腹膜透析)	
自家幹細胞移植	
電氣的除細動	

B 患者の状況等

(6) 身体的な症状の訴え	点
(7) 計画に基づいた10分以上の指導	点
(8) 計画に基づいた10分以上の意思決定支援	点
(9) その他(緊急入院、個室管理)	点

具体的な患者の状況

認知機能・BPSDに係る評価

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

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

与薬・特別なケア等の状況

20. 認知症治療薬の使用状況 実施日を基準に、過去7日間	
00 認知症治療薬を使用していない	
01 ドネペジル塩酸塩を使用している	02 メマンチン塩酸塩を使用している
03 ガランタミン臭化水素酸塩を使用している	04 その他 ()

(該当番号)
□

21. 医療用漢方製剤の使用状況 実施日を基準に、過去7日間		(該当箇所全てに)
抑肝散		□
釣藤散		□
その他の医療用漢方製剤 ()		□

22. その他の薬剤の使用状況 実施日を基準に、過去1か月間			
(該当箇所全てに)		(該当箇所全てに)	
インスリン	□	抗精神病薬	□
抗生物質	□	抗不安薬	□
降圧薬	□	抗うつ薬	□
昇圧薬	□	睡眠薬	□
強心薬	□	利尿薬	□

23. 認知症の非薬物療法の実施状況 実施日を基準に、過去1か月間			
(該当箇所全てに)		(該当箇所全てに)	
リアリティ・オリエンテーション(RO)	□	回想法	□
音楽療法	□	バリデーション	□
その他の非薬物療法 ()			□

24. 身体抑制の状況 実施日を基準に、過去7日間		(該当箇所全てに)
四肢の抑制		□
体幹部の抑制		□
ベッドを柵(サイドレール)で囲む		□
介護衣(つなぎ服)の着用		□
車いすや椅子から立ち上がれないようにする(抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用)		□
ミトンの着用(手指の機能抑制)		□
居室等への隔離(患者の意思による出入りの制限)		□
その他の身体抑制 ()		□

平成 26 年度 分担研究報告書「認知症のケア及び看護技術に関する研究」

地域在住高齢者を対象とする DASC-21 の信頼性・妥当性に関する研究

研究分担者 栗田主一 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 杉山美香 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 井藤佳恵 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 宇良千秋 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 宮前史子 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 新川祐利 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 佐久間尚子 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 岡村 毅 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 伊集院睦雄 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 稲垣宏樹 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)

研究要旨

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

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

結果：1,329 名が DASC-21 を完了した (実施率 99.1%)。このうちすべてのデータに欠損値がない 1,270 名において Cronbach α 係数は 0.934、「家族からの情報がある DASC-21」で 0.950、「家族からの情報がない DASC-21」で 0.808 であった。看護師が実施した DASC-21 は、医師が評価した CDR (総合得点, BOX 得点)、心理士が評価した MMSE, FAB と有意に相関した。DASC-21 を従属変数とする分散分析では CDR に主効果が認められ、認知症重症度が高まるとともに DASC-21 の得点は高くなった。認知症 (CDR1 以上) と非認知症 (CDR0 または 0.5) の弁別に関する ROC 分析では、「家族からの情報がある DASC-21」の曲線下面積 (AUC) は 0.895 ($P < 0.001$)、最適のカットオフ値は 30/31 (感度 94.1%, 特異度 77.3%)、「家族からの情報がない DASC-21」の AUC は 0.804 ($P = 0.015$)、最適のカットオフ値は 30/31 (感度 83.3%, 特異度 86.4%) であった。

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

A. 研究目的

2012 年地域包括ケアシステムの構築を国及び地方公共団体の責務と定めた介護保険法改正と軌を一にして、厚生労働省は認知症施策推進 5 年計画(オレンジプラン) を発表した¹⁰⁾。このプランでは、認知症の初期段階で「診断へのアクセス」と「統合ケアの調整」を推進する仕組みとして、認知症初期集中支援チームという新たな事業が提案された¹⁾。これは、認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムの実現をめざした実践的プログラムにほかならない。

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

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

認知症の人の認知機能障害と生活障害を簡便に評価する観察式アセスメントツールを開

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

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

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

B . 研究方法

1) 研究 1

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

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

2) 研究 2

研究 1 において、MMSE を完全に実施することができた 1,319 名 (実施率 98.4%) のうち、MMSE23 点以下のすべての高齢者 143 名と MMSE24 点以上の 1,176 名より年齢・性をマッチングさせて層化無作為抽出した 143 名を対象に文書を郵送し、研究協力を依頼した。研究に同意が得られた 131 名を対象に、研究 1 の結果を知らされていない精神科医と心理士が自宅を訪問し、MMSE、Frontal Assessment Battery (FAB)³⁾、Clinical Dementia Rating (CDR)^{7,17)} を実施した。

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

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

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

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

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

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

3) 倫理的配慮

本研究を実施するにあたっては、東京都

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

C . 研究結果

1) 研究 1

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

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

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

(2) 得点分布

DASC-21 の得点分布を図 1 に示す。山の頂上が左端に偏し、右方に向かって急峻に

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

(3) 年齢、性別、教育年数との関連

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

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

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

(4) 信頼性係数

研究 1 の「分析対象者全体の DASC-21」、「家族からの情報がある DASC-21」、「家族からの情報がない DASC-21」について Cronbach α 係数を算出したところ、それぞれ 0.934, 0.950, 0.808 であった。

2) 研究 2

(1) 分析対象者の特徴

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

(2) 併存的妥当性

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

(3) 弁別的妥当性

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

「分析対象者全体の DASC-21」について ROC 分析を行ったところ (図 2) DASC-21 は、曲線下面積 (AUC) が 0.886 (95% 信頼区間: 0.805-0.966) で、CDR1 以上で定義さ

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

このことは、研修を受けた看護師であれば、家族からの情報の有無に関わらず、DASC-21 を用いて、地域の中で認知症高齢者を適正な感度と特異度で検出できることを示している。しかし、陽性反応的中率が 38.5% ~ 68.5% の範囲にとどまることに

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

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

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

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

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

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

第二に、本研究では研究 1 の訪問調査の際に MMSE を実施しているために、DASC-21 の心理測度学的特性に影響を与えていないかという問題がある。しかし、

MMSE は訪問調査の最後に実施していること、DASC-21 は日常生活の様子を評価するものであり、MMSE とは評価の視点が異なることから、MMSE が DASC-21 の心理測度学的特性に及ぼす影響は小さいものとする。

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

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

なし

H . 知的財産権の出願・登録状況

なし

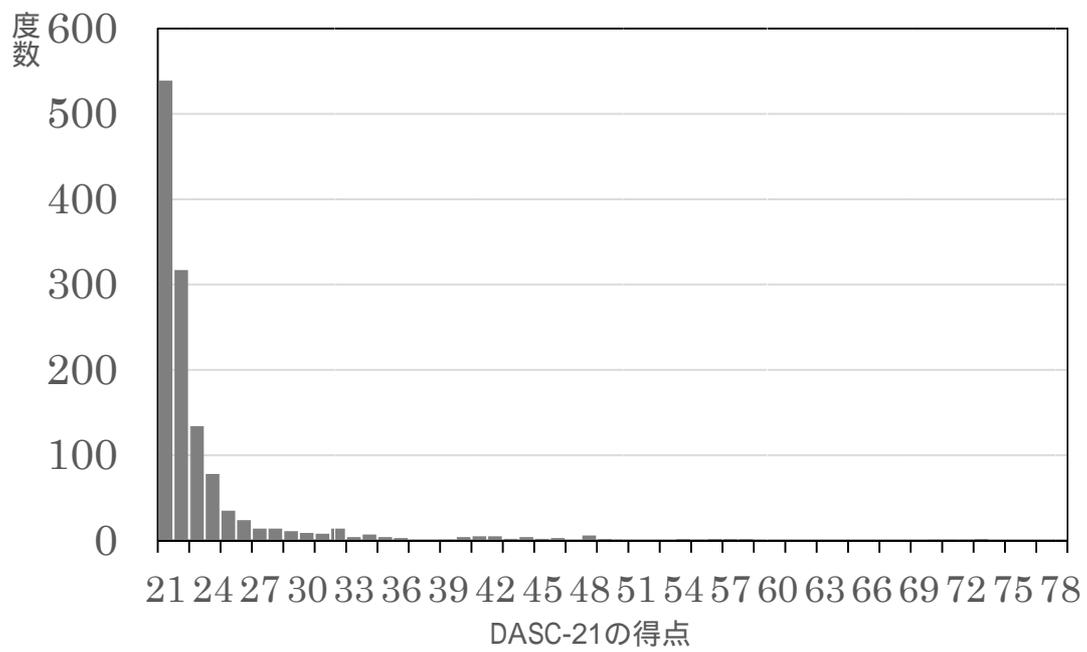


図 1. DASC-21 の得点分布

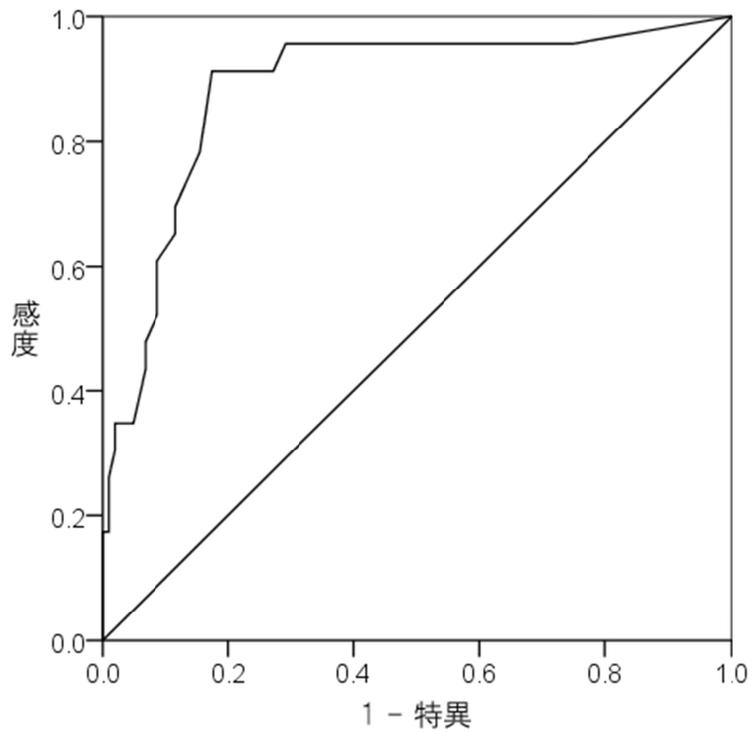


図 2. DASC-21 の ROC 曲線

表 1. DASC-21 の作成手順

- 1 認知症の臨床に精通した精神科医、保健師、臨床心理士で作業グループを結成し、認知症の認知機能障害や生活障害に起因する行動の変化を評価する既存の尺度、介護保険要介護認定調査項目、基本チェックリストを参考にして、専門職の日常臨床の経験を踏まえ、認知症の人に見られる認知機能障害・生活障害に関連する行動変化を評価するための 147 の候補項目を作成した。
- 2 上記で収集した候補項目を精査し、内容の普遍性、一般性、重複性、わかりやすさを考慮した上で、記憶障害に関連する 3 項目（近時記憶障害 2 項目、遠隔記憶障害 1 項目）、失見当識または視空間認知に関連する 3 項目（時間失見当識 1 項目、場所失見当識 1 項目、道順障害 1 項目）、問題解決・判断力に関する 3 項目（問題解決 2 項目、判断力 1 項目）、家庭外の IADL に関連する 3 項目（買い物、交通機関の利用、金銭管理）、家庭内の IADL に関連する 3 項目（電話の使用、服薬管理、食事の準備）、身体的 ADL に関連する 3 項目（着替、入浴、排泄）（計 18 項目）を選定した。
- 3 項目ごとに質問文を作成し、文の内容によって、「問題なくできる」、「だいたいできる」、「あまりできない」、「できない」、または「まったくない」、「ときどきある」、「頻繁にある」、「いつもそうだ」の 4 件法の選択肢を設け、各項目について 1 点～4 点（合計点 21 点～84 点、得点が高いほど重症度が高い）に得点できる質問票を作成した(DASC-18)。
- 4 この質問票を用いて医療機関を受診する認知症高齢者と介護予防教室に参加する健常高齢者を対象にパイロット調査を実施したところ、認知症スクリーニングツールとしての適切な信頼性と妥当性は確認されたが、天井効果が見られるために、重症度を評価する尺度としては不十分であることが確認された。
- 5 パイロット調査の結果を踏まえ、内容のわかりやすさを考慮して質問文の一部を修正し、さらに重症度評価が可能となるように身体的 ADL に関する 3 項目（整容、食事、移動）を追加して、計 21 項目からなるアセスメントシート(DASC-21)を作成した。また、多職種が DASC-21 を活用できるようにするための研修テキストと使用マニュアルを作成した。）

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

表 2. 研究 1 の分析対象の特徴：性別の比較

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

a: Student's t-test; b: χ^2 test

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

表 3. 研究 1 の分析対象の特徴：家族からの情報の有無による比較

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

a: Student's t-test

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

表 4. DASC-21 の性別・年齢階級別得点

性別	年齢階級	家族からの情報がある DASC-21			家族からの情報がない DASC-21		
		N	平均値	標準偏差	N	平均値	±標準偏差
男性	65～74 歳	140	24.26	7.54	191	22.25	2.01
	75～84 歳	143	25.32	8.42	121	22.69	3.10
	85 歳以上	25	31.52	12.89**	8	25.38	7.03**
	全年齢階級	308	25.34	8.67	320	22.49	2.71
女性	65～74 歳	76	23.03	6.47	287	22.18	2.30
	75～84 歳	58	26.60	9.34	164	22.43	2.33
	85 歳以上	33	36.76	15.98**	24	26.38	7.62**
	全年齢階級	167	26.98	11.15	475	22.48	2.95

家族からの情報がある DASC-21: 性別(F=2.99, P=0.085)、年齢階級(F=29.84, P<0.001)、性別×年齢階級(F=3.01, P=0.050)

家族からの情報がない DASC-21: 性別(F=0.31, P=0.576)、年齢階級(F=20.44, P<0.001)、性別×年齢階級(F=0.60, P=0.549)

Dunnett の多重比較: 65 歳～74 歳、75～84 歳との比較で、**P<0.001

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

表 5. 研究 2 の分析対象の特徴

	男性 N=64	女性 N=62	全体 N=126
年齢	78.31±5.53	79.97±7.69	79.13±6.71
教育年数	11.06±2.78	10.10±2.75	10.59±2.80
DASC-21	28.22±10.65	28.85±9.98	28.53±10.29
家族からの情報（あり / なし）	32/32	29/33	61/65
家族からの情報ありの割合（%）	50.0%	46.8%	50.8%

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

表 6. DASC-21 と CDR, MMSE, FAB との偏相関係数

		DASC-21	家族からの情報がある DASC-21	家族からの情報がない DASC-21
CDR 総合得点	r	0.69	0.73	0.30
	P	<0.001	<0.001	0.02
	df	121	56	60
CDR-BOX 得点	r	0.75	0.78	0.45
	P	<0.001	<0.001	<0.001
	df	121	56	60
MMSE	r	-0.65	-0.71	-0.36
	P	<0.001	<0.001	<0.001
	df	121	56	60
FAB	r	-0.50	-0.60	-0.29
	P	<0.001	<0.001	0.02
	df	121	56	60

r: 年齢、性別、教育年数を統制した偏相関係数 ; P: 有意確率 (両側検定); df: 自由度

CDR: Clinical Dementia Rating; MMSE: Mini-Mental State Examination; FAB: Frontal Assessment Battery

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

表 7. CDR 総合得点別にみた DASC-21 の平均得点と標準偏差

CDR	分析対象者全体の DASC-21 ^a			家族からの情報がある DASC-21 ^b			家族からの情報がない DASC-21 ^c		
	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差
0	64	24.77	6.202	25	25.52	7.676	39	24.28	5.094
0.5	39	27.05	7.078	19	29.89	8.359	20	24.35	4.271
1	15	35.80	8.073	9	37.67	8.456	6	33.00	7.239
2	5	43.40	11.546	5	43.40	11.546			
3	3	67.00	7.937	3	67.00	7.937			
全体	126	28.53	10.288	61	32.18	12.681	65	25.11	5.599

a:CDR に主効果を認める（年齢、性別、教育年数を共変量に投入した分散分析：F=33.32, P<0.001，調整済 R2 乗=0.577）

b:CDR に主効果を認める（年齢、性別、教育年数を共変量に投入した分散分析：F=19.01, P<0.001，調整済 R2 乗=0.612）

c:CDR に主効果を認める（年齢、性別、教育年数を共変量に投入した分散分析：F=7.93, P=0.001，調整済 R2 乗=0.232）

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

表 8. DASC-21 の ROC 分析の結果

	DASC-21	家族からの情報がある DASC-21	家族からの情報がない DASC-21
AUC	0.886	0.895	0.804
95%信頼区間	0.805-0.966	0.818-0.972	0.567-1.000
有意確率	P<0.001	P<0.001	P=0.015
カットオフ値	30/31	30/31	30/31
感度	91.3%	94.1%	83.3%
特異度	82.5%	77.3%	86.4%
陽性反応的中率	53.8%	61.5%	38.5%
陰性反応的中率	97.7%	97.1%	98.1%

ROC 分析：Receiver Operating Characteristic Analysis; AUC: Area Under the Curve（曲線下面積）

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

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
筒井孝子	認知症施策のこれからと地域包括ケアシステムの取り組み	栗田主一	認知症初期集中支援チーム実践テキストブック DASC による認知症アセスメントと初期支援	中央法規出版株式会社	東京	2015	11-28

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
筒井孝子	地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者への支援のあり方	公衆衛生	78(10)	672-677	2014

学会発表

発表者氏名	タイトル名	学会名	場所	日	発表年
筒井孝子、東野定律、大野賀政昭	居宅介護サービス利用者の認知症診断群別の生活機能障害及びサービスの利用状況の検討	第73回日本公衆衛生学会総会	栃木	11.5-7	2014