平成22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

「DCMを活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」報告書

平成23年3月

NPOシルバー総合研究所

はじめに

超高齢社会の進展に伴って、認知症高齢者の数も増加しています。2025年には認知症自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、323万人に達すると予想されています。現在数の約1．5倍ほどです。

その認知症のある方がどこで暮らしているかですが、2002年の厚生労働省の統計によると、当時149万人の認知症高齢者のうち、73万人が自宅、特養ホームに27万人、老人保健施設に20万人、介護療養型医療施設に10万人、グループホーム等に19万人となっています。認知症高齢者のうち、約半分が自宅で暮らしているということになります。

以上は統計的な話題ですが、この研究では、認知症のある方とその家族が、どのように自宅で暮らしているかを調査しました。そして、そこから見えてきたことをこれからのケアに活かしていこうという新しい試みでした。調査の方法は、実際に調査員が自宅に訪問して、最大5時間家に居させていただき、生活そのものを記録するという方法で行いました。

調査にあたっては、認知症介護の専門家の方々と相談しながら、協働という形で行っていきました。調査にご協力いただいたのは、マッパー（どのような人かは、第1章で解説しています）、ケアマネジャー、介護保険のサービス事業者、社会福祉協議会など、現在も地域で認知症の方とその家族を支えておられる方々です。

そして、認知症の人と家族の会や、地域で認知症の人を支えるさまざまな有志の会にもご協力いただきました。これまでに積み上げて来られた確たる地域の力で、この事業を受け止めていただいたと感謝しております。

本調査が、これら在宅ケアを支える方々の活動の一助となればたいへん光栄です。

最後に、これから介護を経験する人たちのためになればと、調査員を快く自宅に招き入れ、ご協力いただいた認知症の方とご家族に心より厚く御礼申し上げます。

平成23年3月

NPOシルバー総合研究所

【研究調査体制】

＜認知症在宅介護調査検討委員会＞

委員長	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長
委員	鈴木 みずえ	浜松医科大学 地域看護学講座 教授
	下山 久之	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科長
	本田 恵子	認知症介護研究・研修大府センター 研修指導員
	永田 寿子	社会福祉法人こうほうえん 理事　教育研修人材部部長
	吉野 立	公益社団法人 認知症の人と家族の会 常任理事 鳥取県支部代表
オブザーバー	水野 裕	社会医療法人杏嶺会いまいせ心療センター　副院長
	堀部 賢太郎	厚生労働省老健局高齢者支援課　認知症・虐待防止 対策推進室　認知症対策専門官

＜認知症在宅介護訪問調査ワーキング委員会＞

委員	内田 達二	学校法人常陽学園　専門学校東京医療学院
	小松 ゆり子	寿泉堂香久山居宅介護支援事業所 介護支援専門員
	佐久間 尚実	社会福祉法人沼風会指定居宅介護支援事業所 介護支援専門員
	鈴木 みずえ	浜松医科大学 地域看護学講座 教授
	関口 清貴	株式会社 HRS 代表取締役
	村田 康子	NPO その人を中心とした認知症ケアを考える会 代表
調査	阿部 崇	株式会社ニッセイ基礎研究所　社会研究部門
映像制作		株式会社シルバーチャンネル

＜認知症在宅介護アンケート調査ワーキング委員会＞

委員長	下山 久之	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科長
	牛田 篤	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科 助教
	汲田 千賀子	認知症介護研究・研修大府センター 研究部
	齊藤　妙子	医療法人幸会　老人保健施設みず里 サービス統括部長
	関 靖	公益社団法人 認知症の人と家族の会理事 長野県支部代表
	矢原 隆行	広島国際大学 医療福祉学部 准教授
調査		ケアワーク研究会

＜調査協力＞

公益社団法人 認知症の人と家族の会

認知症介護研究・研修大府センター

全国マッパー地区交流会

＜事務局＞

桑野 康一	ＮＰＯシルバー総合研究所　常務理事
小畑 美知	ＮＰＯシルバー総合研究所　研究員
鈴木 伸幸	ＮＰＯシルバー総合研究所　研究員
諏訪免 典子	ＮＰＯシルバー総合研究所　研究員

目　次

第１章　事業の概要 …… 7
１．事業の目的 …… 8
２．事業実施の概要 …… 8
３．用語の解説 …… 13

第２章　認知症の人を介護する家族へのアンケート調査 …… 23
１．調査概要 …… 24
２．調査結果 …… 26
(1) 主介護者の属性 …… 26
(2) 認知症の人の属性 …… 28
(3) 認知症の状態 …… 32
(4) 家族構成 …… 34
(5) 認知症の人の在宅での平均的な生活パターン …… 36
(6) 主介護者の健康状態 …… 40
(7) 認知症の人の行動で困っていること …… 42
(8) 介護のため生活上で困っていること …… 45
(9) 今後の介護の継続について …… 46
(10) 主介護者の介護に対する心情 …… 47
(11) 介護保険サービスの利用と費用 …… 49
(12) 現在利用している介護保険サービスへの不満 …… 51
(13) サービス限度額について …… 52
(14) 介護費用と生活費について …… 53
(15) 認知症の人がショートスティやデイサービス、デイケア等を利用しているときに、主介護者が気がかりなこと …… 54
(16) 認知症の人がショートスティやデイサービス、デイケア等を利用しているときの、主介護者の気分 …… 55
(17) 主介護者の交流関係 …… 56
(18) 親類・親族からの介護への支援 …… 57
(19) 介護の理解者や主介護者が信頼する人 …… 58
(20) 介護する上で頼りにしている専門職 …… 59
(21) 主介護者が介護を行うようになる前から行なっていたことで、現在も継続して行っていること …… 60
(22) 主介護者のストレス対処能力（首尾一貫性感覚）について …… 62

３．考　察 …… 64

第３章　認知症介護訪問調査 …… 66
１．調査概要 …… 67
２．調査結果 …… 70
(1) 対象者の基本属性と介護状況 …… 70
(2) DCM 全数データによる分析 …… 74
(3) DCM 加工後データによる分析 …… 105
(4) 相関分析 …… 108
(5) 発展分析 …… 111
(6) 質的分析 …… 114
３．考察 …… 118

第４章　今後に向けて …… 122
１．事業を振り返って …… 123
『在宅における「認知症ケア」の確立のために』 …… 124
公益社団法人　認知症の人と家族の会理事・鳥取県支部代表　吉野 立
『在宅でのＤＣＭを実施しての感想』 …… 125
社会福祉法人こうほうえん 理事　教育研修人材部部長　永田 寿子
『事業の振り返りと今後の展開にむけて』 …… 126
認知症介護研究・研修大府センター　本田 恵子
『事業を振り返って』 …… 127
名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科長　下山 久之
『認知症ケアマッピング（DCM）を在宅で活用することの意義とマッパーの使命』 …… 128
浜松医科大学 地域看護学講座 教授　鈴木 みずえ
２．訪問調査員へのグループヒアリング …… 130
３．訪問調査対象家族への事後アンケート …… 136

第５章　事業の考察 …… 144

資料編 …… 149
認知症の人を介護する家族へのアンケート調査票 …… 150
認知症介護訪問調査マニュアル …… 156

第1章 事業の概要

1. 事業の目的

在宅での認知症ケアは、それぞれの家族にとっては、一生のうち一度か二度の機会でしかない。おそらく誰もが初体験であり、試行錯誤しながら行っている。そのような性格故に、在宅において、どのようなケアが行われ、その結果が本人や家族にとって良い影響を及ぼしたのか、または良くない影響を及ぼしたか等を、客観データとして蓄積することは難しい。これまでにもあまり試みられてこなかった。超高齢化の進展に伴って、在宅において認知症ケアを経験する人が増える見込みであり、「在宅において認知症の人にどのようなケアを行うのが望ましいのか」を検討するための客観的なデータが、現在は強く求められてるようになった。

そこで本事業は、第三者的視点で認知症ケアを記録しデータ化して分析し、在宅での望ましい認知症ケアの姿を描くための基礎資料作成を目的とした。

2. 事業実施の概要

(1)調査研究検討委員会の開催

事業実施にあたって、事業全体の統括を行うために、「認知症在宅介護調査検討委員会」を親委員会として設置した。そして、親委員会の配下に2つのワーキング委員会を設置した。主に訪問調査について検討する「認知症在宅介護訪問調査ワーキング委員会」、主にアンケート調査について検討する「認知症在宅介護訪問調査ワーキング委員会」である。

ⅰ)認知症在宅介護調査検討委員会

①委員会の設置目的

第三者的視点で認知症ケアを記録しデータ化して分析し、在宅での望ましい認知症ケアの姿を描くための基礎資料作成を目的として設置した。実務を行う2つのワーキング委員会を統括した。

②委員会の構成

委員は、医師、研究者、認知症の人と家族の会、認知症ケアマッピング実践者で構成した。またオブザーバーとして、認知症ケアマッピング日本ストラテジックリード、厚生労働省認知症対策推進室が参加した。委員は p4 の「研究調査体制」にて報告した。

③委員会の開催

委員会は3回開催した。表1に示した。

ⅱ)認知症在宅介護訪問調査ワーキング委員会

①委員会の設置目的

居宅サービスを利用している認知症高齢者を対象に、在宅での行動や、その時の状態、ケアの内容、ケ

ア者との相互作用等について、一定期間記録を行い、集計分析する訪問調査の方法や結果を検討する目的のために設置した。

②委員会の構成

委員は、経験ある認知症ケアマッピング実践者（アドバンスドマッパー、エバリュエーター、トレーナー）によって構成した。委員は p4 の「研究調査体制」にて報告した。

③委員会の開催

委員会は4回開催した。表2に示した。

ⅲ）認知症在宅介護アンケート調査ワーキング委員会

①委員会の設置目的

認知症高齢者の介護家族を対象としたアンケート調査の方法や結果集計分析を目的として設置した。

②委員会の構成

研修者、認知症介護実践者、認知症の人と家族の会、認知症ケアマッピング実践者で構成した。委員は p4 の「研究調査体制」にて報告した。

③委員会の開催

委員会は4回開催した。表3に示した。

表 1　認知症在宅介護調査検討委員会の開催

	日程	検討内容
第一回	平成 22 年 9 月 22 日	1. 事業概要について 2. 認知症在宅介護訪問調査の調査計画について 3. アンケート調査の調査計画について
第二回	平成 22 年 10 月 26 日	1. 認知症在宅介護訪問調査の実施について 2. アンケート調査の実施について 3. 今後の進め方について
第三回	平成 23 年 2 月 15 日	1. 事業の実施経過報告 2. 認知症在宅介護訪問調査の結果について考察 3. アンケート調査の結果について考察 4. 取り纏めに向けて

表 2　認知症在宅介護訪問調査ワーキング委員会

	日程	検討内容
第一回	平成 22 年 9 月 26 日	1. 事業概要について 2. 訪問調査の方法及びスケジュールの検討 3. 必要書類等の検討
第二回	平成 22 年 10 月 23 日	1. プレ調査報告

		2. 訪問調査マニュアルの検討 3. マッパー説明会（勉強会）の内容検討
第三回	平成 23 年 2 月 5 日	1. 認知症介護訪問調査の現状報告 2. データ分析中間報告 3. データの集計と分析について検討
第四回	平成 23 年 2 月 19 日	1. 進捗状況報告 2. 調査結果の考察について 3. 取り纏めに向けて

表 3　認知症在宅介護アンケート調査ワーキング委員会

	日程	検討内容
第一回	平成 22 年 9 月 29 日	1. 事業概要について 2. アンケート調査の方法と内容について
第二回	平成 22 年 10 月 24 日	1. アンケート調査票について検討 2. 調査方法、スケジュール等について検討
第三回	平成 23 年 2 月 11 日	1. アンケート調査結果の中間報告 2. データ分析中間報告 3. 本事業の課題と、今後への提言
第四回	平成 23 年 3 月 13 日	1. 進捗状況報告 2. 調査結果の考察について 3. 取り纏めに向けて

(2) 認知症の人を介護する家族へのアンケート調査

①調査目的

在宅で生活する認知症の人と認知症の人を介護する家族の方が、どのような在宅生活を送られているかを調査し、在宅介護の継続を可能にする要因を探ることを目的とした。

②調査方法

居宅介護支援事業所の介護支援専門員等を通し、手渡しで配布し、返信用封筒で事務局へ返送いただいた。

※基本は、上記の方法であるが、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等が配布し、後日、回収し事業所が取りまとめて事務局に郵送するという方法をとったところもあった。さらに主介護者も高齢であるために、直接、アンケートに記入し回答することが難しいと判断し、居宅介護支援専門員等がアンケートに従い、聞きとり調査を実施し、回収したところもあった。

アンケート調査票の配布は、全国の協力マッパーが所属する法人を中心に行った。(マッパーについては、詳細は第1章3. 用語の解説 (3) 日本における認知症ケアマッピングの動向 で解説している)また、公益社団法人認知症の人と家族の会の全国支部、特定非営利活動法人アビリティクラブたすけあい、東京都介護支援専門員研究協議会等団体の協力を得て配布した。

調査実施期間は、平成 22 年 11 月 1 日から平成 23 年 2 月 28 日の3ヶ月間であった。

調査票の内容や配布の方法については、当 NPO において倫理委員会を開催し、承認を得た。

③調査結果

調査票 2222 通を配布し、925 通を回収した。そのうち、有効回答数は、885 通だった。回収率は 39.8%であった。

アンケート調査の結果の詳細は第2章にて報告する。

(3) 認知症介護訪問調査

①調査目的

在宅の認知症高齢者の暮らしとそれを支えるケアに着目し、第三者視点で在宅の認知症ケアの実態を示すデータを収集する事を目的とした。

②調査方法

a.対象

在宅で暮らす認知症高齢者と主介護者を調査の対象とした。認知症高齢者は、在宅介護サービスの利用者であり、在宅介護サービスの入っていない1日を観察記録日にした。独居高齢者は除外とした。

対象者は、基本的に調査員(マッパー)が所属する法人の居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、デイサービス、デイケア等を通して募集した。

調査の依頼の方法は、地域の事情や調査員の立場に応じて、それぞれに進めやすい方法をとった。例えば、介護予防教室等の家族会で呼びかけを行ったり、担当ケアマネジャーの紹介等である。

b.方法

訪問調査員マニュアル(テキスト版、DVD 版)、家族介護者説明用DVDを作成し、調査目的や方法の統一化を図った。

調査対象候補者が決定した場合、訪問調査員が自宅を訪問し、1時間程度の事前説明をおこなった。事前説明では、調査の内容や方法を詳細に説明し、同意が得られた方のみに後日訪問調査をおこなった。

訪問調査は、訪問調査員が予め設定した任意の 1 日に対象者の居宅を訪問し、本人および介護者の(調査時間原則 5 時間)のマッピングを行い、両者の WIB 値、BCC(行動カテゴリ)、PE・NE(≒PD)、見守り度(介護者のみ)等の DCM データを収集した。

調査結果は、訪問調査員の事後レポート、家族アンケート、基本属性アンケート、上述の DCM データである。これらデータを集計・分析した。

表 4　収集データ

データ	内　　容
DCM データ	WIB 値、BCC（行動カテゴリ）、PE・NE（≒PD）、見守り度（介護者のみ）
事後レポート	データ記録とともに質的な評価レポートおよび調査員アンケート
家族アンケート	対象者家族に対するアンケート調査
基本属性アンケート	郵送アンケート調査票の一部設問を利用し、対象者の基本属性（ADL 等の身体特性、認知症の程度、介護者との関係等）のデータを収集

c.訪問調査員説明会およびヒアリングの開催

調査実施にあたって、調査方法の検討と周知のための訪問調査員への説明会（訪問調査員勉強会、地域説明会）を開催した。また調査終了後、調査内容の質的補足と調査方法の課題抽出を目的とした訪問調査員へのグループヒアリングを行った。

表 5　訪問調査員説明会およびヒアリング

	実施日（実施場所）	目　　的
訪問調査員勉強会	平成 22 年 11 月 3 日（東京）	・調査方法の検討
地域説明会	平成 22 年 11 月 29 日（熊本） 平成 22 年 12 月 6 日（鳥取） 平成 22 年 12 月 9 日（鹿児島）	・調査方法の周知
訪問調査員へのグループヒアリング	平成 23 年 3 月 1 日（名古屋）	・調査内容の質的補足 ・調査方法の課題抽出

d.調査期間

第1期調査期間　平成 22 年 11 月 3 日～平成 23 年 1 月 31 日

第2期調査期間　平成 23 年 2 月 1 日～平成 23 年 3 月 10 日

※第2期調査期間は、サンプル数の追加を目的に調査期間を延長した

e.倫理委員会

調査の方法等については、当 NPO において倫理委員会を開催し、承認を得た。

③調査結果

在宅訪問調査データ　125 ケースを収集した。数量的分析は基本属性アンケートデータと突合できた N86 で実施した。

調査結果は、第3章にて報告する。

3. 用語の解説

(1) 認知症ケアマッピング（DCM：Dementia Care Mapping）

① 認知症ケアマッピングとは

認知症ケアマッピングは、英国ブラッドフォード大学の故トム・キットウッド教授らブラッドフォード認知症ケア研究グループによって、パーソン・センタード・ケア（後述）を施設で実践するために開発された観察評価ツールである。

認知症ケアマッピングの理論と実践を記したテキストは、1992 年に初版が作られた。以降実践者（マッパー：後述）や研究者により改訂が重ねられ、現在は第8版が研修や実践の場で使われている。認知症ケアマッピングの研修を取り入れている国は、10カ国以上に及ぶ。我が国では 2002 年より、認知症介護研究・研修大府センターが中心となり研修事業を行っている。認知症ケアマッピング研修の終了者であり実践者である“マッパー”は現在500名程度全国に存在している。

認知症ケアマッピングは、主に高齢者施設の認知症高齢者を記録し、高齢者のよい状態を維持向上させる目的のために使われている。“マッパー”とスタッフが協力しながら、認知症ケアを発展的に向上させていくツールである。

② マッパー

DCM には、パーソン・センタード・ケアの視点がさまざまな形で織り込まれている。DCM の実践においては、DCM を実践する“マッパー”は、認知症の人本人の視点を常に意識しながら記録にあたり、記録をもとにスタッフにフィードバック（報告）する。

“マッパー”は、DCM の推進者であり、実践には3つの段階がある。ブリーフィング、マッピング 、フィードバックである。ブリーフィング（事前説明）は、DCM の目的や実施について、管理者やスタッフなど施設関係者に説明し、合意を得るミーティングである。マッピングでは、施設の共用スペースで、マッパー1名あたり5名ほどの認知症高齢者を6時間程度記録する。この記録が、地図を書くように細かく記録されることから、記録することを“マッピング（地図をつけるの意）”といい、記録者は“マッパー”と呼ばれる。

本研究の訪問調査は、すべてマッパーが行っている。訪問調査ワーキング委員は、上級マッパー以上の資格を有した実践者である。調査にあたっては DCM の手法を一部改変した。DCM は認知症高齢者の施設ケアを対象に開発されたものであり、在宅向けに作られたものでないからである。調査手法は、マッパー間で検討した。実際の調査実務は、マッパーの地域交流会が中心となった。

③ 記録データ

認知症ケアマッピングにおいて、マッパーが記録するデータは、行動カテゴリーコード（BCC ： Behaviour Category Coding）、WIB 値（Well-being and Ill-being Value）の評価スケール、個人の価値を低める行為の

コード（PDC：　Personal Detraction Coding）、よい出来事（PE：Posittive Event）である。

・行動カテゴリーコード（BCC：Behaviour Category Coding、以下 BCC）

BCC は、認知症の人の行動を、要約して記号化して、5分に一度記録するコードである。ＡからＺまでの24種のアルファベットで表記する。表6に一覧を表示した。5分間に複数の行動が起こった場合には、どの記号を選ぶかは、ルールによって明確に規定されている。

今回の調査では、BCC は認知症の人だけでなく、介護者についても記録をおこなった。これは本来の DCM にはない実験的な試みである。家族介護者を、ケアスタッフのようなケア提供者と捉えるのではなく、ケアの参加者として捉えている。さらに、介護者の行動については、「見守り度」を新たに設定して記録した。「見守り度」は、直接介護をしているか(a)、言葉やしぐさにより誘導しているか(b)、見守りしているか(c)、見守りもしていないか(d)、a～d の4つの記号で記録した。BCC と同じように、5分間に一つ記録した。

・WIB 値（Well-being and Ill-being Value）の評価スケール（以下 WIB 値）

WIB 値は、認知症の人の状態を、極めてよい状態から極めて良くない状態まで、5分間の様子を、5段階で表すコードである。5分間に一つずつ、BCC と共に記録する。表7に示した。

・個人の価値を低める行為のコード（PDC：　Personal Detraction Coding）（以下 PD）

PD は、“悪性の社会心理”が観察された場合に、記録するコードである。“悪性の社会心理”は、認知症の人の人間性や尊厳が傷つけられるような出来事において、その原因となる社会心理のことを指している。表8に一覧を示した。施設ケアにおいては、PD はスタッフが無意識に行なっている場合がほとんどである。高齢者施設における DCM では、PD を意識的に減少させることが、一つの目標となる。

本調査では、PD を記録したが、PD という言葉は用いていない。良くない出来事（NE：Negative Event）という言葉で記録した。理由は、在宅介護において、家族はケア提供者でなく、ケアの参加者であるという、前述の捉え方のためである。今後、介護家族に対して、NE（≒PD）が適応出来るかどうか、検討する必要がある。

・よい出来事（PE：Posittive Event）

よい出来事（表9）は、よいケアが行われていることを示す出来事に関する記録である。特別な意義を有する出来事や、認知症の人や介護者にとって、未だ認識されていない可能性を見つけることでもある。

本調査では、介護者が体験したよい出来事についても記録した。

表 6　行動カテゴリーコード（BCC ： Behaviour Category Coding）

コード	記憶のヒント	カテゴリーの概要
A	Articulation	言語的、非言語的な周囲の人との交流 （これ以外の明確な行動を伴わない）
B	Borderline	周囲への関心はあるが、受身であること
C	Cool	周囲に関心を持たず、自分の世界に閉じこもっていること
D	Distress	苦痛が放置されている状態
E	Expression	表現活動あるいは創造的活動に参加すること
F	Food	飲食
G	Games	ゲームに参加すること
H	Handicraft	手芸または手工芸を行うこと
I	Intellectual	知的能力をともなう活動
J	Joints	エクササイズあるいは身体運動に参加すること
K	Kum and go	介助なしで歩くこと、立っていること、車椅子で動くこと
L	Labour	仕事あるいは仕事に類似した活動を行うこと
M	Media	メディアとの関わりあい
N	Nod, land of	睡眠、居眠り
O	Own care	自分の身の回りのことをすること
P	Physical care	身体的なケアを受けること
R	Religion	信仰・信心
S	Sex	性的表現と関係する行動
T	Timalation	感覚を用いた関わり
U	Unresponded to	一方的なコミュニケーションであり、相手からの反応がない状態（付随行動あるいは明らかな苦痛は認められない）
W	Withstanding	自己刺激の反復
X	X-cretion	排泄と関係する事柄

Y	Yourself	独語または想像上の相手と話すこと
Z	Zero option	上記のカテゴリーに分類されない行動

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第７版基礎コース資料

表７　WIB 値（Well-being and Ill-being Value）の評価スケール

+5	例外的によい状態：これよりもよい状態は存在しない。積極的なかかわり、自己表現、社交性がとくに高レベルである。
+3	よい状態を示す徴候が相当に存在する。例えば、積極的なかかわりや社交性があり、周囲に対して自分からかかわりを持つ。
+1	現在の状況に適応している、他者と何らかの交流がある。よくない状態を示す徴候は認められない。
-1	軽度のよくない状態が観察される。例えば、退屈、落ち着きのなさ、欲求不満が認められる。
-3	かなりよくない状態。例えば、悲嘆、恐怖／持続性の怒り、状態が悪化して無関心および引きこもりに至る。30 分以上にわたって無視されている。
-5	無関心、引きこもり、怒り、悲嘆／絶望感等が最も悪化した状態に至る。1 時間以上にわたって無視されている。

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第７版基礎コース資料

表８　個人の価値を低める行為のコード（PDC ： Personal Detraction Coding）

1. 騙（だま）したり、欺（あざむ）くこと：その場を取り繕ったり、思うようにあやつったり、無理に何かをさせるために、何らかのごまかしをすること。

2. 能力を使わせないこと：人がもっている能力を使わせないこと。人がやり始めた行動に対して、それを遂行するための適切な支援をしないこと。

3. 子供扱いをすること：無神経な親が幼児を取り扱うように、非常に庇護者ぶった態度で人に接すること。

4. 怖がらせること：脅しや物理的な力を使い、人に恐怖心を抱かせること。

5. 区別をすること：人を描写したり、人と相互に関わる際に、行動パターン（例：不潔行為者、裸体行為をする人）や‘器質性精神障害’等の区別を使うこと。

6. 差別をすること：違う世界に住むヤツ、社会のくずであるかのように差別すること。

7. 急がせること：相手が理解できないような速度で情報を提供したり、選択肢を提示すること。能力の限界以上の速度で何かをさせようとし、プレッシャーを与えること。

8. わかろうとしないこと：その人の体感しているその人にとっての真実、とくにその人が感じていることをわかろうとしないこと。

9. のけ者にすること：物理的あるいは心理的に人を遠くに追いやること、あるいは仲間はずれにすること。

10. 人扱いしないこと：人を物のように取り扱うこと。彼らに感情があることを忘れて、押したり、持ち上げたり、詰め込んだり、吸引したり、排液する等の処置を施すこと。

11. 無視すること：その人がそこに存在していないかのように、会話あるいは行動が実行されること。

12. 強制すること：人の意思を無視したり、選択の余地を与えないで何かを強制的にさせること。

13. 後回しにすること：頼んでいるのに注意を向けなかったり、明らかなニーズに対応しないこと。例：やさしい触れ合いを求めている場合。

14. 非難すること：能力の衰えあるいは状況に対する理解力の低下によって発生した行動あるいは失敗について責めること。

15. 中断させること：何かをしていたり、休んでいたりすることを無神経に邪魔すること。関心を寄せているものを乱暴に中断させること。

16. あざけること：その人の‘一風変わった’動きや物言いをばかにすること。からかったり、屈辱を与えたり、人をだしにして冗談を言ったりすること。

17. 侮辱すること：無能である、役に立たない、価値がない等の言葉で人を傷つけること。人の自尊心を傷つけるようなことを言うこと。

表 9　よい出来事　(PE : Posittive Event)

よい出来事は、マッピングの間に記録されるできごとであり、特によいケアの例である。よい出来事は何らかの意義を有するエピソードであるが、すぐにめざましい著明な効果をもたらすものでなくてもよい。

例えば、

- 明らかにその日初めて、参加者のニーズが満たされた。
- 参加者の持っている能力が引き出された。
- ケアワーカーが非常に優れたスキルまたは才能を示した。
- “問題行動（行動障害)”が、よい方向に転換された。
- 悪化している状況が、よい状態に方向転換された。
- 良好な感情がある人から次の人へと伝わるにつれて、何か非常にポジティブなことが集団に発生した。

<u>認知症ケアに求められること（資質、技量、才能）</u>

- **尊重する**：ケアワーカーは、認知症を型にはまった病気としてとらえることなしに、広い心をもった偏見のない姿勢で向き合い、認知症をもつ人達それぞれの個性を尊重する。
- **話し合う（相互理解する)**：これまでに決められていたことをそのまま行うのではなく、どうすればよいかを聞いたり、相談したりして選択肢を話し合い決める。

- **共に行う**：権力を使わないように留意し、強制、押し付けはどんな形のものも行わない。認知症をもつ人ができる限り活動に参加できるような“場（環境)”を作る。
- **楽しむ**：自由に、創造力を使って無邪気に遊びを楽しみ、冗談を言い合ったりすること
- **感覚を刺激する**：認知症をもった人が、感覚に対する直接の刺激を受けることによって、よい気持ちになる。これは、ケアワーカーが、自分のやましい気持ちや抵抗感を抱いたり、過度の緊張を持たずに、くつろいだ気持ちで向き合うという意味でもある。
- **喜び合う**：ケアワーカーには多くの仕事があり、今しなければいけないことがあっても、ちょっとしたよいことに対して喜んだり感謝したりすべきである。＜一緒に喜び、人生の贈り物に対して共に感謝する。
- **リラックスすること**：ケアワーカーは、忙しい仕事の手を少しの間休めることができ、時には、計画をする手も休めることができること。認知症をもった人のニーズと同じように、心身ともに、ゆっくりと休息をとる必要がある。
- **共感を持って理解する**：ケアワーカーは多くの関心事や先入観に関する自分自身の価値観にとらわれず、その人の感じ方に合わせた理解を心がけること。学問的知識よりも、その人の感情や情緒に対する感受性を重視する。
- **包み込む**：認知症をもつ人が経験している苦痛がどんなものであっても、ケアワーカー

は側に寄り添い、落ち着いて、自信を持ち、感受性を持って向き合う。ケアワーカー自身の内面を乱す感情をコントロールすることができる。

- **能力を引き出し、何かができるようにするためのサポートをする**：これには、非常に微妙で思いやりのある想像力を要する。認知症をもつ人の仕草や表情を読み、いつでもそれに対応することができる。その人の動作や表情を一方的に意味付けするのではなく、その意味することを一緒に探り創り出してゆき、何かができるようにする。
- **創造的な活動を促すこと（認知症をもつ人による創造的な活動）**：認知症をもつ人が、自らとった行動を、創造的な行動だと認識すること。ケアワーカーは、創造的な活動をコントロールしようとするのではなく、それに対してどう対応するかを考えること。
- **人のために何かをしてあげるようにできること（認知症をもつ人が何かを与えたり、他の人のために何かする）**：認知症をもつ人が、やさしい気持ちで何かをくれたり、手伝ってくれるときには，それがどんなものでも心から受けとり、真摯にその人のニーズを理解する。ケアワーカーが、保護しているとか、慈善を施しているとかというかつての考え方は不適切である。

Dementia Reconsidered　1997 年 119―120 ページより（訳：中川・水野）

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第７版基礎コース資料

(2) パーソン・センタード・ケア （Person-Centred Care）

パーソン・センタード・ケアは、DCM の根幹をなす認知症ケアの理念である。故トム・キットウッド教授によって提唱された。DCM 日本人トレーナー会の要約によると、パーソン・センタード・ケアとは『その人を取り巻く人々や社会とかかわりをもち、人として受け入れられ、尊重されいていると、本人が実感できるように、共に行っていくケア』である。

認知症の捉え方について、パーソン・センタード・ケアでは、表 10 に示しているように、認知症の行動や状態は、「脳の障害」だけでなく、「身体の良好な健康状態」や、「生活歴」、「性格傾向」、「社会的な心理」に影響されるとしている。

これらについて、本人や家族などからの情報収集等や本人の状態観察等、その人の視点に立ったアプローチを行っていくことが求められる。

また、認知症をもつ人達の心理的（潜在的）ニーズをあげ、これらのニーズを満たし、よい状態を高めることが、認知症ケアにおいて必要としている。「くつろぎ」、「自分らしさ」、「愛着、結びつき」、「たずさわること」、「共にあること」といったニーズであり、これらは「愛」を中心として、密接に関わりあっている。

表 10　認知症の行動・状態に影響する要因

認知症をもつ人の状態は これらすべてのことに影響される

- 脳の障害
- 身体の良好な健康状態
- 生活歴
- 性格傾向
- 社会的な心理

＝ 認知症におけるよい状態の
生物心理社会的モデル

Bradford Dementia Group,
University of Bradford（訳：水野）　2

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第７版基礎コース資料

表 11　認知症の人たちの心理的ニーズ

認知症をもつ人達の 心理的（潜在的）ニーズ

Bradford Dementia Group,
University of Bradford（訳：水野）　4

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第７版基礎コース資料

(3) 日本における認知症ケアマッピングの動向

① パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング基礎研修

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング基礎研修は、ブラッドフォード大学　認知症ケア研究室（以下 BDG）が研修の著作権を保有している。日本においては、認知症介護研究研修大府センターが、BDGのストラテジックパートナーとして、2002年より研修を行なっている。2007年より日本人講師が運営しており、現在は年間4回、毎年 120 名の研修生が履修している。上級研修（アドバンスコース）は、2008 年より開始され、2009 年から日本人講師によって開催されている。

2002 年	大府センター、BDG とのストラテジックパートナー締結
2003 年	基礎研修開始（英国講師招聘）
2007 年	日本人講師による基礎研修開始
2008 年	上級研修開始（英国講師招聘）
2009 年	日本人講師による上級研修開始

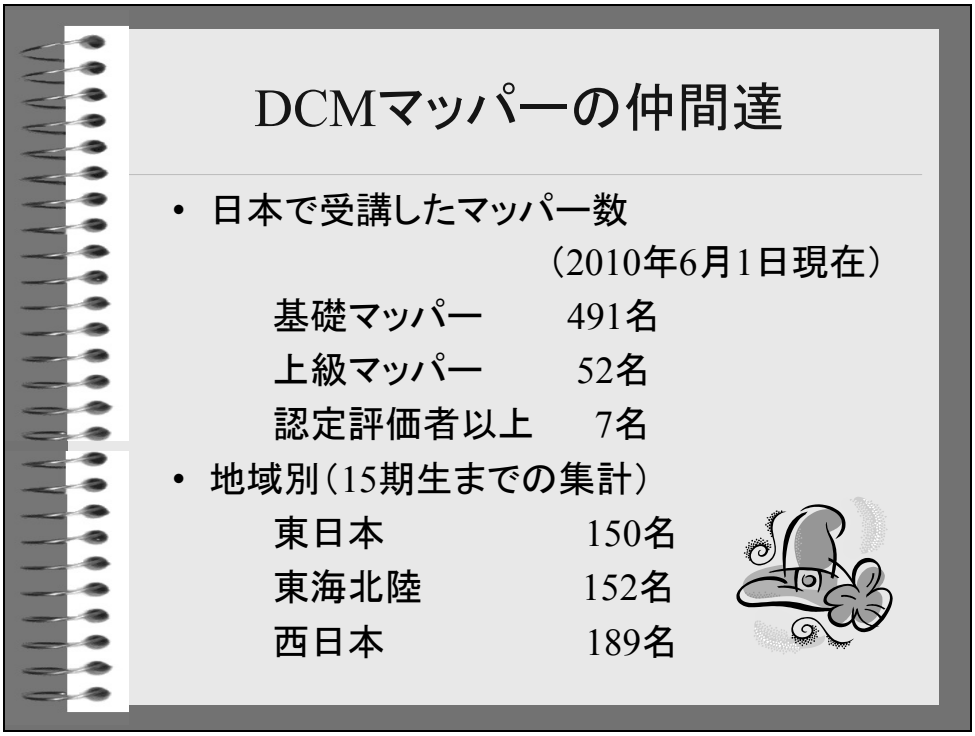
② マッパーの現状

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング基礎研修を終了した修了生は、マッパーとして活動することを認められる。表 12 は、2010 年 6 月現在のマッパーの現状だが、2011 年 3 月現在、マッパーは 557 名である。

地区活動であるが、現在全国 10 ヶ所程度の地区ブロックに、地区世話人が任命されている。活動は、それぞれの地域の事情によって異なるが、地区交流会として会を立ち上げ、新人マッパーのフォローアップ等、体験研修や勉強会を行っているグループもある。

本調査では、地区世話人や地区交流会に協力を呼びかけ、アンケート調査と訪問調査の実務を担当した。

表 12　DCM マッパーの仲間たち



パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第 7 版基礎コース資料

(4)参考文献

認知症介護研究・研修大府センター監修『Evaluating Dementia Care The DCM Method パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第 7 版　日本語版第 3 版』

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング第 7 版基礎コース資料

水野裕『実践パーソン・センタード・ケア』ワールドプランニング、2008

鈴木みずえ編集『認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集第 1 集』クオリティケア、2009

村田康子、鈴木みずえ、内田達二　編集代表『認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集第 1 集』クオリティケア、2010

ドーン・ブルッカー（著），水野裕（監修），村田康子（翻訳），鈴木みずえ（翻訳），中村裕子（翻訳），内田達二（翻訳）『VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア』クリエイツかもがわ、2010

第2章 アンケート調査

第2章　認知症の人を介護する家族へのアンケート

1. 調査概要

(1) 調査目的

在宅で生活する認知症の人と認知症の人を介護する家族が、どのような在宅生活を送っているのかを調べること。

在宅ケアに苦労している家族と、比較的良好に行えている家族の背景の違いを調べること。

(2) 調査方法

居宅介護支援事業所の介護支援専門員等を通し、手渡しで配布し、それを返信用封筒で、直接、NPO シルバー総合研究所に郵送してもらう。

※基本は、上記の方法であるが、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等が配布し、後日、回収し事業所が取りまとめて事務局に郵送するという方法をとったところもある。さらに主介護者も高齢であるために、直接、アンケートに記入し回答することが難しいと判断し、居宅介護支援専門員等がアンケートに従い、聞きとり調査を実施し、回収したところもある。そのため、配布地域ごとに回収率に差が見られるが、回答されたアンケート内容に地域差は認められなかった。

(3) 配布数と回収数

配布数:2140 通

回収数:925 通　うち有効回答数 885 通(回収率 39.8%)

(4) 実施期間　平成 22 年 11 月～平成 23 年 2 月

(5) その他

データ解析のために、SPSS17.0 を用いた。また、本研究は、NPO シルバー総合研究所の研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。アンケート調査対象者の一部には、在宅訪問調査にもご協力頂いた。在宅訪問調査とアンケート調査の双方を行う場合は、在宅訪問調査時に聞き取り調査という形式でアンケート調査を行った。アンケート調査の数値の背景にある事象を、このようにして知る試みを行った。アンケート調査の結果や考察には、在宅訪問調査で得た知見を加味した部分がある。

表　配布数と回収数

都道府県	配布数	回収数	回収率	都道府県	配布数	回収数	回収率
北海道	10	6	60.0%	滋賀県	13	7	53.8%
青森県	10	6	60.0%	京都府	10	1	10.0%
岩手県	10	1	10.0%	大阪府	27	1	3.7%
宮城県	10	5	50.0%	兵庫県	41	4	9.8%
秋田県	10	2	20.0%	奈良県	10	2	20.0%
山形県	10	4	40.0%	和歌山県	10	3	30.0%
福島県	11	5	45.5%	鳥取県	489	63	12.9%
茨城県	10	3	30.0%	島根県	0	0	0.0%
栃木県	10	8	80.0%	岡山県	10	8	80.0%
群馬県	114	5	4.4%	広島県	28	23	82.1%
埼玉県	14	6	42.9%	山口県	0	0	0.0%
千葉県	44	20	45.5%	徳島県	10	0	0.0%
東京都	55	32	58.2%	香川県	10	6	60.0%
神奈川県	11	4	36.4%	愛媛県	10	2	20.0%
新潟県	10	10	100.0%	高知県	0	0	0.0%
富山県	10	1	10.0%	福岡県	33	10	30.3%
石川県	10	9	90.0%	佐賀県	10	3	30.0%
福井県	12	5	41.7%	長崎県	10	3	30.0%
山梨県	10	3	30.0%	熊本県	122	68	55.7%
長野県	10	6	60.0%	大分県	0	0	0.0%
岐阜県	10	4	40.0%	宮崎県	10	4	40.0%
静岡県	42	10	23.8%	鹿児島県	28	13	46.4%
愛知県	863	486	56.3%	沖縄県	20	14	70.0%
三重県	15	9	60.0%	合計	2222	885	39.8%

2. 調査結果

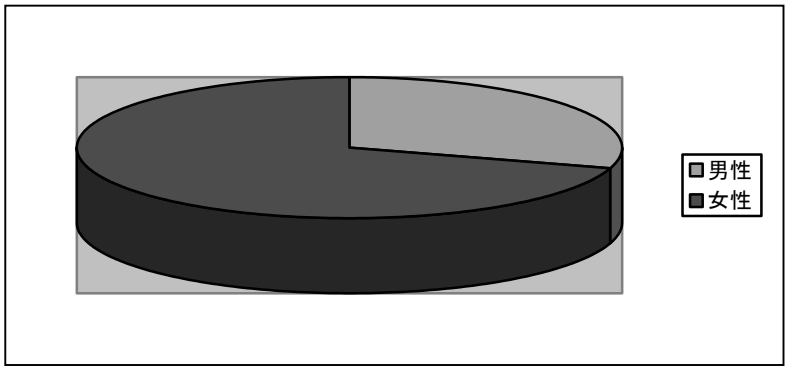
(1) 主介護者の属性

＜問１＞このアンケートに回答してくださる主介護者であるあなた自身についておたずねします。
① 性別　1. 男　2. 女
② 住所　（　　）都・道・府・県
③ 年齢　（　　）歳
④ 居住　1. 認知症の人と同居　2. 認知症の人と別居　3. その他（　　）
⑤ 認知症の人からみた主介護者の続柄
　1．夫　2. 妻　3. 息子　4. 娘　5. 息子の妻　6. 娘の夫　7. 孫
　8. 兄弟姉妹　9. 実父母　10. おい・めい　11. その他（　　）
⑥ 介護を始めてからの年数　（　　）年（　　）カ月
⑦ 就労の有無
　1. フルタイムで就労　2. パートタイムで就労　3. 就労していない

＜問１＞

①性別　1. 男性 29.7%(262 人)　2. 女性 70.3%(623 人)

図表 1－1　主介護者の性別　(n＝885)



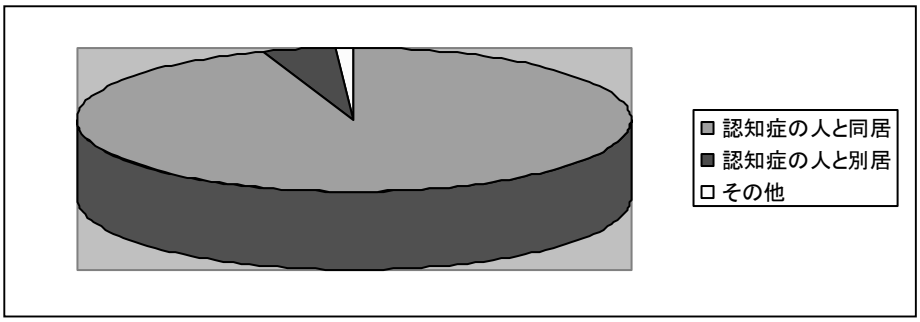
② 住所　住所地の都道府県は、＜回収数内訳＞参照のこと。

③ 年齢　平均 74 歳（±8.3）

10 代から 90 代までの回答が見られるが、60 代、70 代が 80%をしめる。高齢者が高齢者を介護していることがうかがえる。

④ 居住　1. 認知症の人と同居 94.6%　2. 認知症の人と別居 4.3%　3. その他 1.1%

図 1－2　　認知症の人と主介護者の居住形態　（n ＝885）



今回の調査は主介護者を対象としたため、同居していると回答された数が多い。別居しながら、日中介護に通われる家族も 4.3％見られた。また。また母屋に息子世帯が住み、離れに認知症の人が住むという形態も見られた。

⑤ 認知症の人から見た続柄

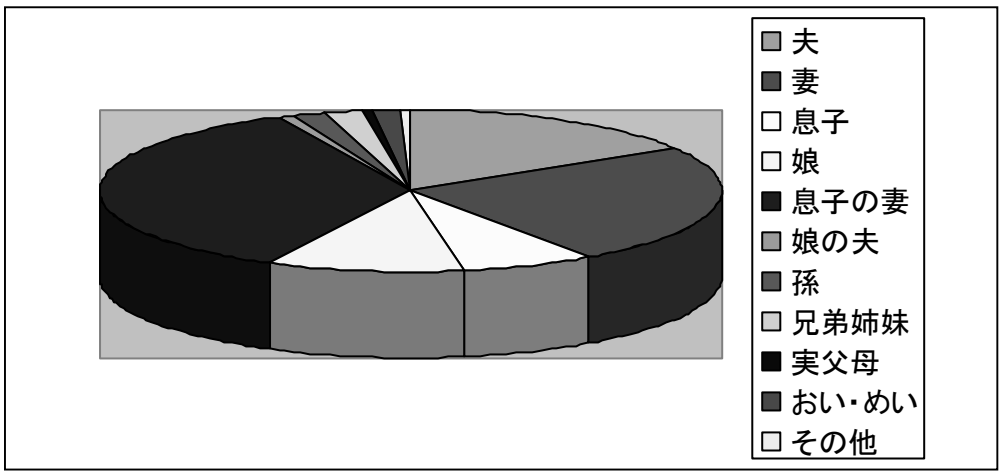
1. 夫 16.1%　　2. 妻 24.3%　　3. 息子 6.9%　　4. 娘 10.3%

5. 息子の妻 35.4%　　6. 娘の夫 0.8%　　7.孫 1.8%　　8.兄弟姉妹　　9. 実父母 0.6%

10. おい・めい 1.4%　　11. その他 0.6%　　未記入 1.2％

※その他として、血縁関係はない近所の人による介護が見られた。

図表 1－3　認知症の人と主介護者の続柄　（n ＝885）



夫婦間の介護も 40.3%見られ、介護される認知症の人も主介護者も年代が近く、共に高齢であるケースの割合が高い。

⑥ 介護を始めてからの年数

平均 4 年 6 カ月（＝54 カ月）（±13 カ月）

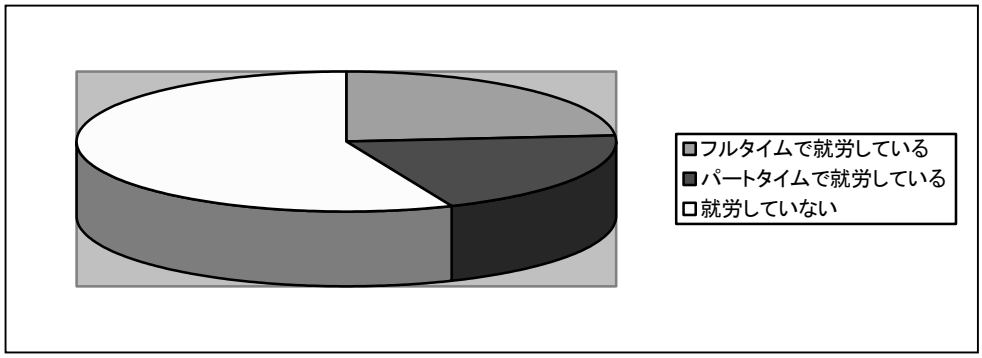
介護を経験してから 3 年から 5 年という回答も最も多い。

少数ながら介護を始めてから 1 カ月という回答から 12 年という長期に渡り介護を経験しているという回答まで見られた。

⑦ **就労の有無**　1. フルタイムで就労 23.7%　　2. パートタイムで就労 19.9%

3. 就労していない 56.4%

図表 1－4　主介護者の就労の有無　　(n＝885)



主介護者が高齢であるケースも多いため、就労していないという回答が多く見られた。

また、在宅訪問調査とアンケート調査の双方を行ったケースより、認知症の人を介護するようになって就労を辞めたという事例が多く見られた。

(2) 認知症の人の属性

＜問２＞認知症の人と、ご家族についておたずねします。わかる範囲でできるだけお書きください。

(a-1) 認知症の人の現状についておたずねします。あてはまる番号に○をつけ、空欄に数字を記入してください。

① 性別　1. 男性　　2. 女性

② 現在の年齢　(　　) 歳

③ 認知症に気付いた年齢　(　　) 歳

④ 診察を受けたかどうか　1. 受けた　　2. 受けていない

⑤ 認知症の診断名

1. アルツハイマー型認知症・アルツハイマー病　2. (脳) 血管型認知症
3. 若年期認知症・若年性認知症　4. レビー小体型認知症
5. 前頭側頭葉型認知症・ピック病　6. 混合型認知症
7. その他 (具体的に　　)　8. わからない・未診断

⑥ その他の疾患　1. ある (病名：　　)　2. ない

⑦ 医療処置　1. ある (具体的な処置：　　)　2. ない

⑧ 服薬　1. ある (薬の名称：　　)　2. ない

⑨ 介護度　1. 要支援 1　2. 要支援 2　3. 要介護 1　4. 要介護 2
5. 要介護 3　6. 要介護 4　7. 要介護 5　8. 申請中　9. 未申請

⑩ 住居形態 (住居)　1. 戸建住宅　2. 集合住宅 (　　) 階

⑪ 住居形態 (居室)　＜家の構造：２LDK、３DK など＞ (　　)

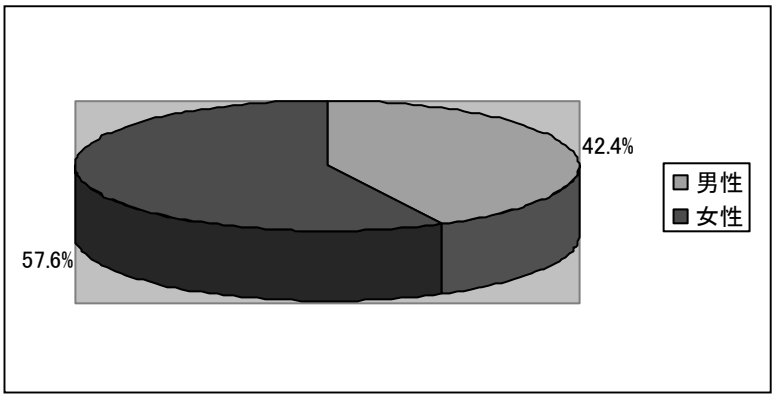
＜日中主に過ごす場所＞ (　　)

＜問２＞（a-1）

① 性別

1. 男性 42.4%(376 人)　　2. 女性 57.6%(509 人)

図表 2－1　認知症の人の性別　（n＝885）



② 現在の年齢　平均 78 歳（±7.1）

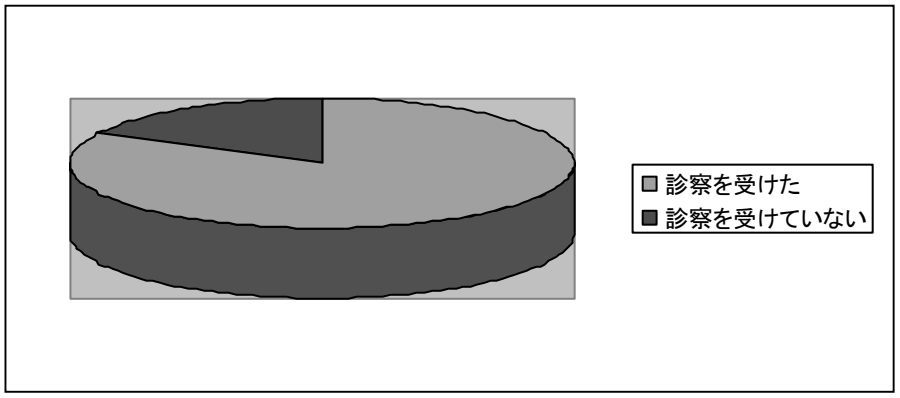
52 歳から 103 歳まで幅広い年齢が見られたが、70 代、80 代を合わせると 80%になる。

③ 認知症に気付いた年齢　平均 74 歳（±6.7）

認知症の診断を受けないままの人もいるため、この質問には空欄のままという回答者もいた。また何時頃からか、はっきりしないという回答も見られた。

④ 診察を受けたかどうか　1. 受けた 82.4%　2. 受けていない 17.6%

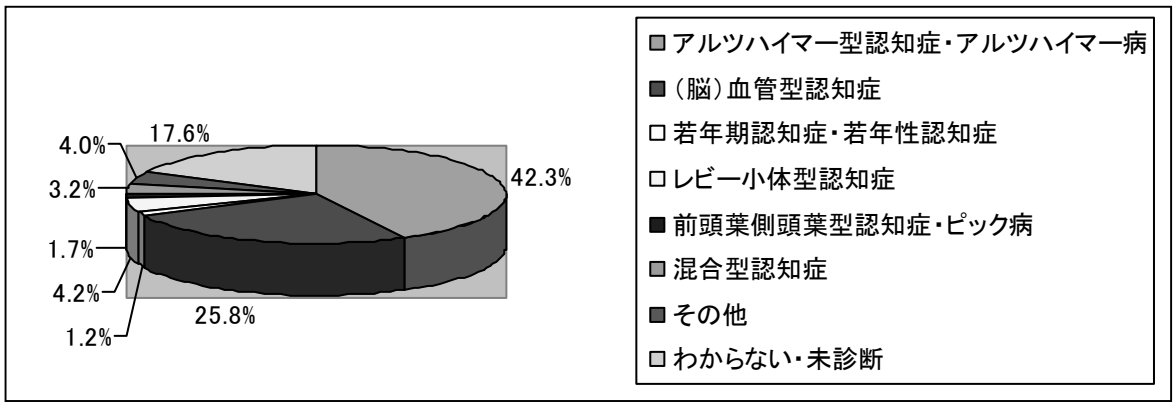
図表 2－2　認知症の診察を受けたかどうか　（n＝885）



⑤ 認知症の診断名

1. アルツハイマー型認知症・アルツハイマー病 42.3%
2. (脳)血管型認知症 25.8%
3. 若年期認知症・若年性認知症 1.2%
4. レビー小体型認知症 4.2%
5. 前頭葉側頭葉型認知症・ピック病 1.7%
6. 混合型認知症 3.2%
7. その他(　　)4.0%
8. わからない・未診断　17.6%

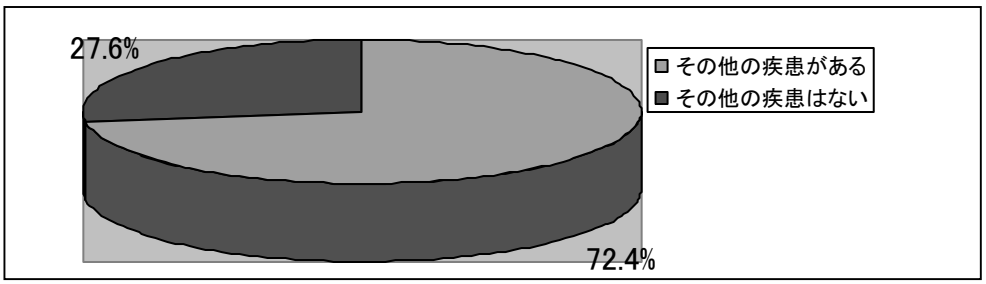
図表 2－3　認知症の診断名　(n＝885)



⑥ その他の疾患

1. ある　72.4%
(高血圧、高脂血症、糖尿病、心不全、前立腺肥大等)
2. ない　27.6%

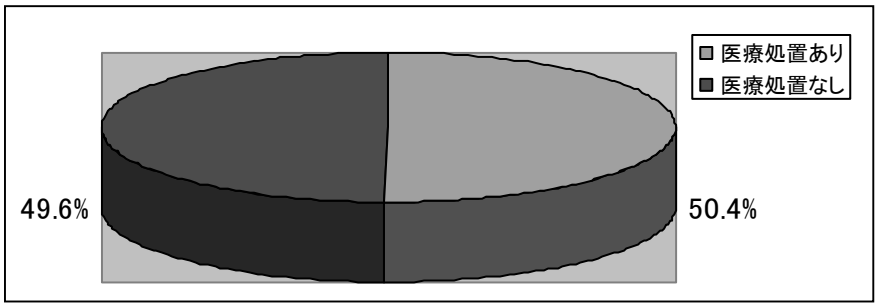
図表 2－4　認知症以外のその他の疾患の有無　(n＝885)



⑦ 医療処置

1. ある　50.4%
(定期的な通院。少数ながら人工透析、留置カテーテル使用等)
2. ない　49.6%

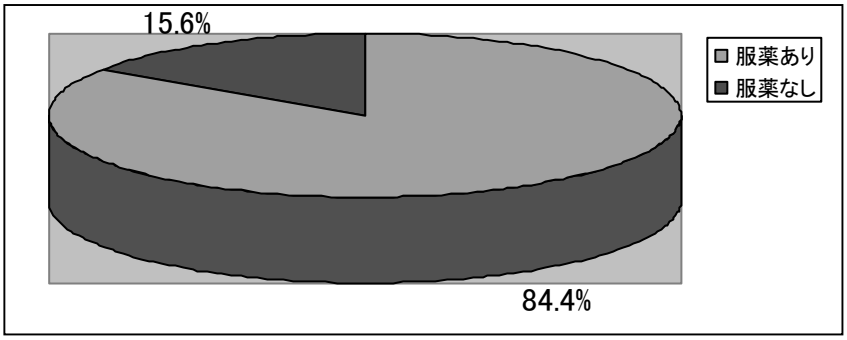
図表 2－5　医療処置の有無　　（n＝885）



⑧ 服薬

1. ある　84.4%　　2. ない 15.6%

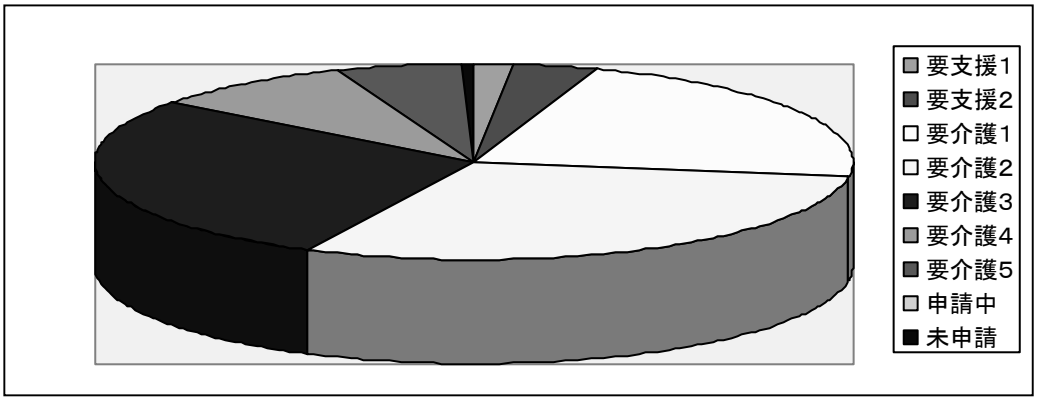
図表 2－6　服薬の有無　　（n＝885）



⑨ 介護度

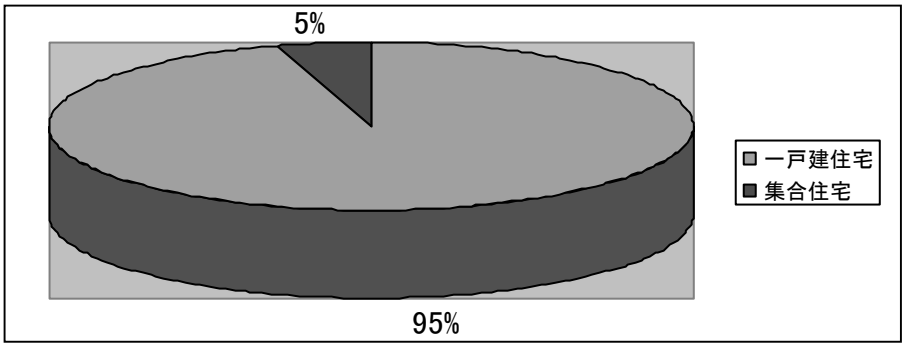
1. 要支援 1　1.8%
2. 要支援 2　3.4%
3. 要介護1　22.4%
4. 要介護 2　29.7%
5. 要介護 3　28.1%
6. 要介護 4　8.9%
7. 要介護 5　5.1%
8. 申請中　0%
9. 未申請　0.6%

図表 2－7　認知症の人の要介護度内訳　（n＝885）



⑩ **居住形態（住居）**　1. 戸建住宅 95%　2. 集合住宅 5%

図表 2－8　　認知症の人の居住形態　（n＝885）



⑪ **居住形態（居室）**　日中主に過ごす場所（リビング、居室）

※家の構造は5LDK,6DK 等部屋数の多い家が 80%を占める。しかし、認知症の人は、部屋数が多くてもほとんど居室あるいはリビングにおいて過ごされている。

(3) 認知症の状態

＜問２＞

(a-2) 現在の認知症の状態について、あてはまるものを選び番号に○をつけてください。

（下表の 3 領域に照らし合わせ、もっともあてはまる状態の番号1つを選んでください。）

回答	日常生活能力	日常会話	具体的な症状
1	通常の家庭内での行動はほぼ自立している 日常生活上、助言や介護は必要ないか、あっても軽度	ほぼ普通	社会的な出来事や興味や関心が乏しい 話題が乏しく、限られている 同じことを繰り返し話す、たずねる 今までできた作業（事務、家事、買い物など）にミスまたは能力低下が目立つ
2	知能低下の為、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない 助言や介助が必要	簡単な日常会話はどうやら可能 意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる	慣れない状況で場所を間違えたり、未知に迷う 同じ物を何回も買い込む 金銭管理や適性や服薬に他人の援助が必要
3	日常生活が一人ではとても無理 日常生活に多くの助言や介	簡単な日常会話すらおぼつかない	慣れた状況でも場所を間違え道に迷う さっき食事をしたことや、さっき言ったことすら忘れる

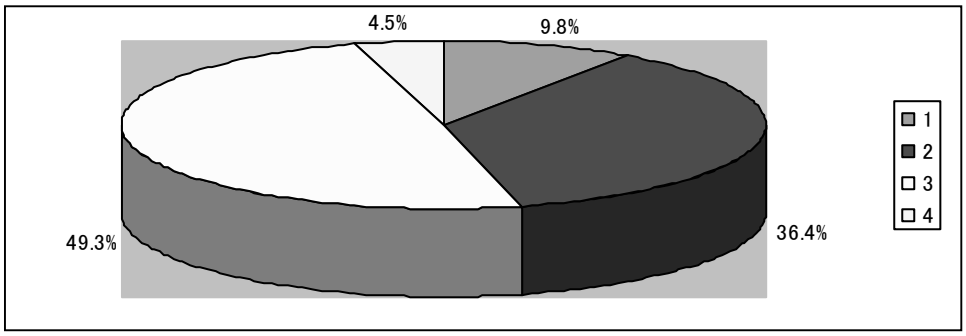
	助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	意思疎通が乏しく困難	
4	同上	同上	自分の名前や出生地すら忘れる 身近な家族と他人の区別もつかない

（評価スケールの出典：大塚俊夫・本間昭編著『高齢者のための知的機能検査の手引き』
「高齢者の知的障害の臨床的評価基準」より）

＜問２＞（a-2） 認知症の状態

回答　　1：9.8%　　2：36.4%　　3：49.3%　　4:4.5%

図表 2－9　認知症の状態　　（n＝885）



＜問2＞

(a-3) 現在、認知症の人に必要な介護について、あてはまる番号に○をつけてください。

A	金銭管理の援助	1. 必要　2. 不必要
B	服薬の援助	1. 必要　2. 不必要
C	掃除や収納の援助	1. 必要　2. 不必要
D	食事の用意への援助	1. 必要　2. 不必要
E	食品や衣料品などの購入	1. 必要　2. 不必要
F	外出の介助	1. 必要　2. 不必要
G	整髪、歯磨き、爪切り、洗面などの介助	1. 必要　2. 不必要
H	着替え、入浴、トイレなどの介助	1. 必要　2. 不必要
I	おむつ交換などの排泄の介助	1. 必要　2. 不必要
J	寝かせたり、起こすこと、車椅子の介助	1. 必要　2. 不必要
K	食事の介助	1. 必要　2. 不必要

＜問２＞（a-3） 認知症の人に必要な介護

・A　1. 必要 98.2%　2. 不必要 1.8%

・B　1. 必要 92.4%　2. 不必要 7.6%

・C　1. 必要 92.2%　2. 不必要 7.8%

・D　1. 必要 94.4%　2. 不必要 5.6%

・E　1. 必要 95.6%　2. 不必要 4.4%

・F　1. 必要 90.8%　2. 不必要 9.2%

・G　1. 必要 87.4%　2. 不必要 12.6%

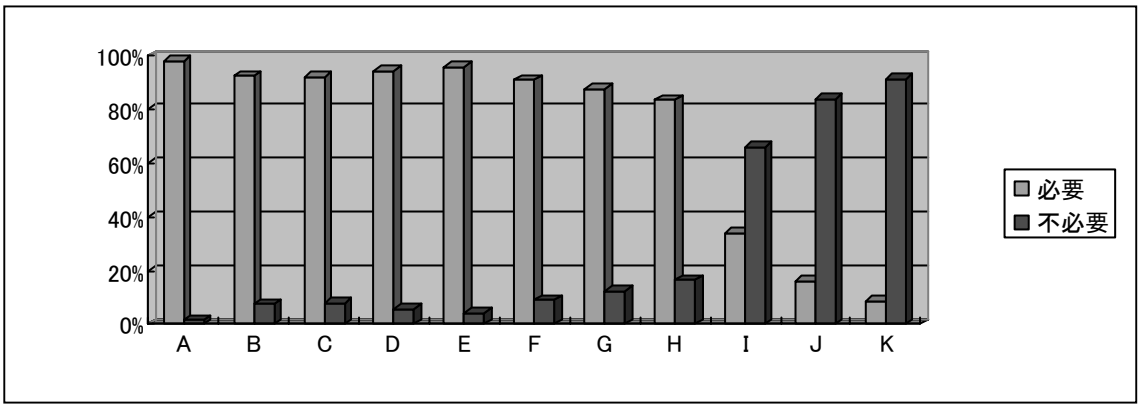
・H　1. 必要 83.4%　2. 不必要 16.6%

・I　1. 必要 34.1%　2. 不必要 65.9%

・J　1. 必要 16.3%　2. 不必要 83.7%

・K　1. 必要 8.9%　2. 不必要 91.1%

図表２－10　認知症の人に必要な介護　（n＝885）



「寝かせたり、起こすこと、車椅子の介助」「食事の介助」等、身体的介助を必要とする認知症の人の割合は高くないが、生活全般に渡り、見守りをするなどの配慮が必要であることがうかがえる。

(4) 家族構成

＜問2＞

(b)認知症の人を含む同居家族人数を記入し、あてはまる家族構成に○をつけてください。

人数	人	構成	1. 認知症の人一人　2. 夫婦二人　3. 夫婦(夫婦片方)と子ども 4. 夫婦(夫婦片方)と子ども家族　5. その他(　　)

＜問2＞(b)

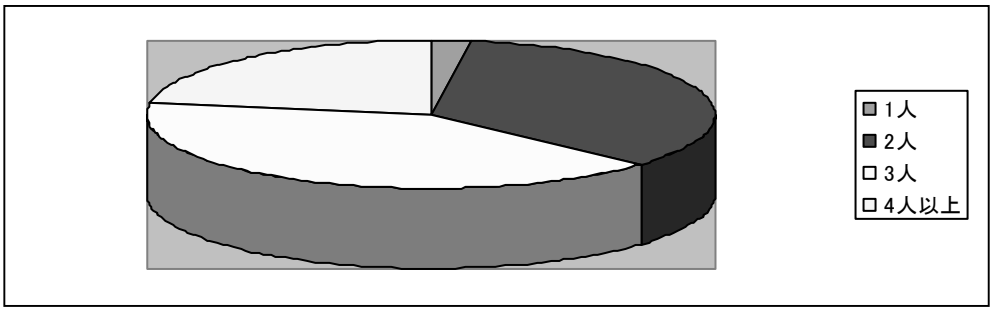
① 人数　1 人:2.3%　2 人:34.5%　3 人:40.7%　4 人以上:22.5%

② 構成　1:2.3%　2:28.8%　3:32.4%　4:26.6%　5:9.9%

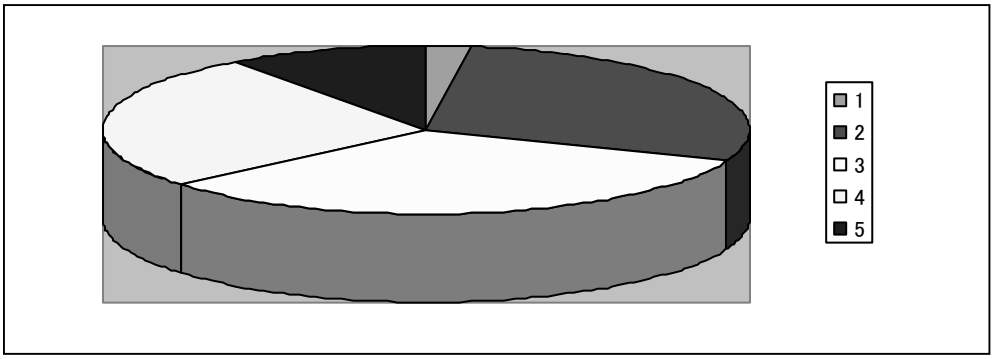
※その他としては、認知症の人のおい・めいが同居する等、認知症の人を介護するために、それまでの家族構成を変えて生活している場合などが見られる。

また、主介護者である夫婦のそれぞれの親(認知症の人)と同居している家族も見られる。

図表 2－11　認知症の人の同居人数(認知症の人を含む)(n＝885)



図表 2－12　認知症の人の同居の構成(認知症の人を含む)(n＝885)



(5) 認知症の人の在宅での平均的な生活パターン

＜問3＞現在の介護の状況についておたずねします。わかる範囲でできるだけお書きください。
(a)通所サービス等を利用せず、ほぼ一日在宅で過ごす時の平均的な認知症の人の毎日の生活パターンと、主介護者の関わりについて記入してください。散歩や買い物等の外出は、在宅生活の一部として考えます。

【記入のための注意事項】

○1 枠 30 分

○30 分の中に認知症の人の複数の行動種類が含まれる場合、主な行動3つにチェックを入れてください。

○介護者の関わりは、＜直接介助＞＜誘導＞＜見守り＞＜見守りもなし＞の 4 段階です。

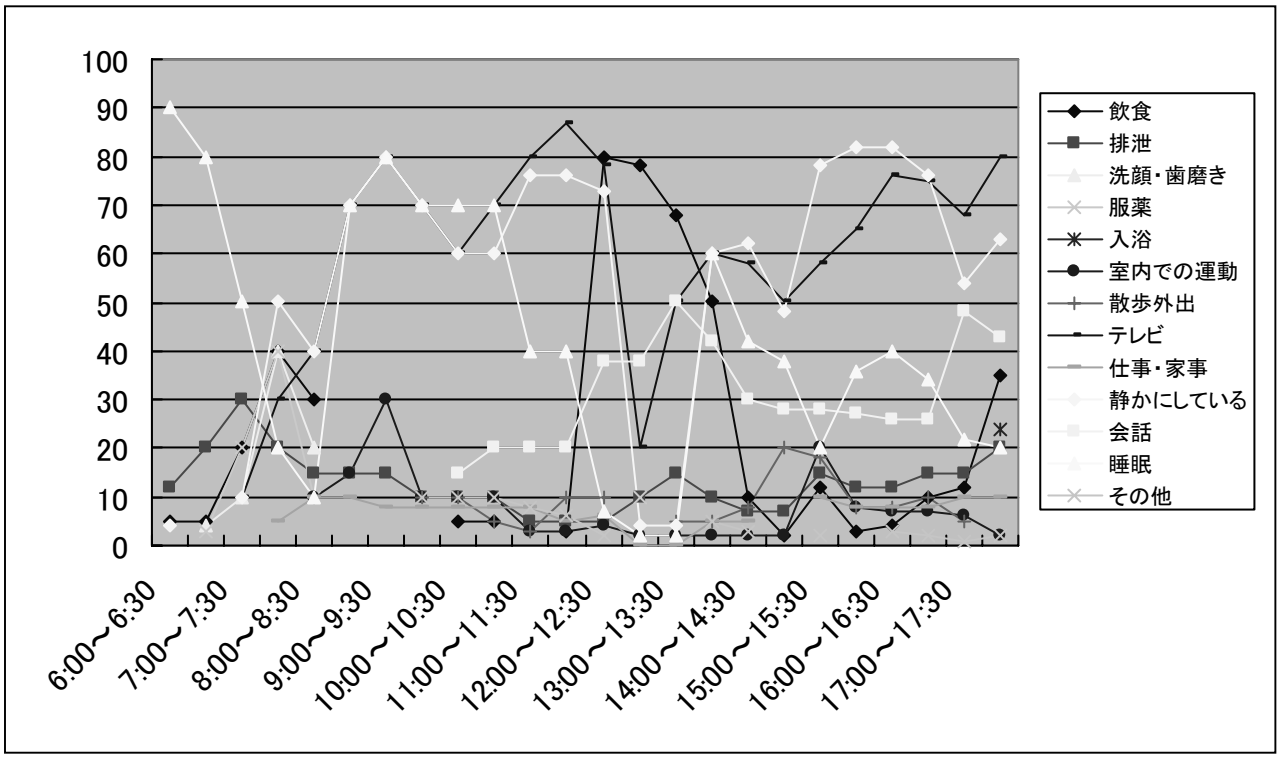
直接介助:身体に触れ、直接関わることを指します。

誘　導　:口頭指示による関わりを指します。

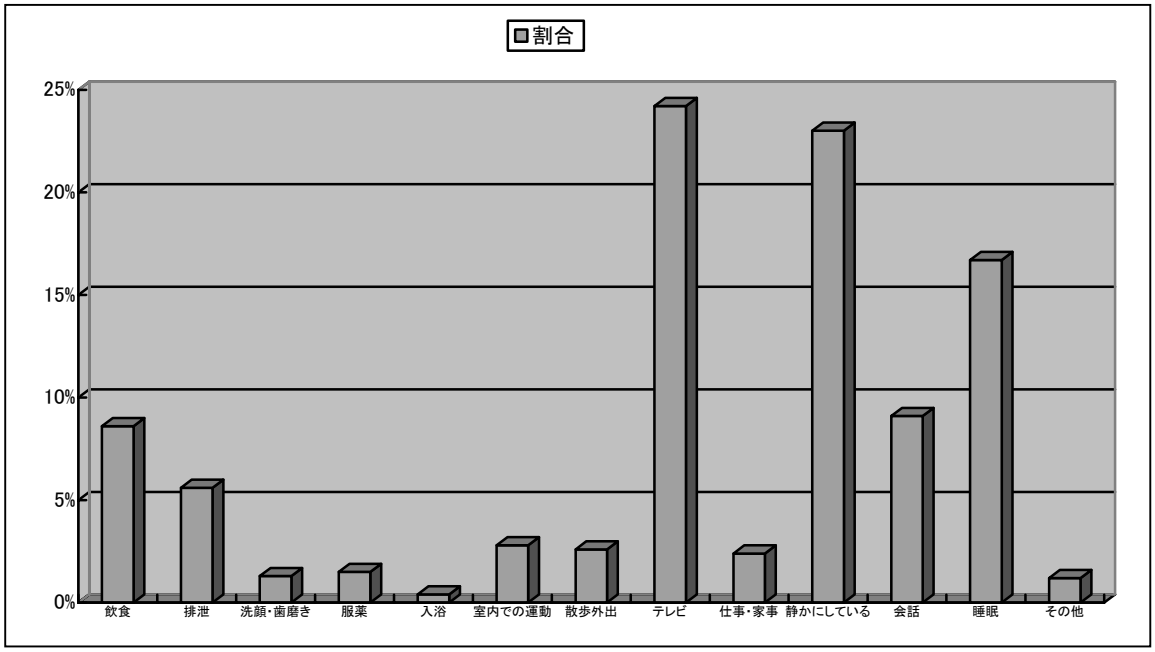
見守り　:口頭指示もせずに、ただ見守ることを指します。

30 分の枠の中で、介護者の関わりの段階が複数含まれる場合は、すべてにチェックを入れてください。

図表 3－1　認知症の人の主な生活パターン(6:00～18:00)　(n＝652)



図表 3-2　認知症の人の主な生活パターン（活動時間の割合）（6:00～18:00）（n＝652）



【認知症の人の日中の行動】

・＜テレビ＞＜静かにしている＞＜睡眠＞のセットが日中の活動のほぼ 8 割を占めている人が多い。

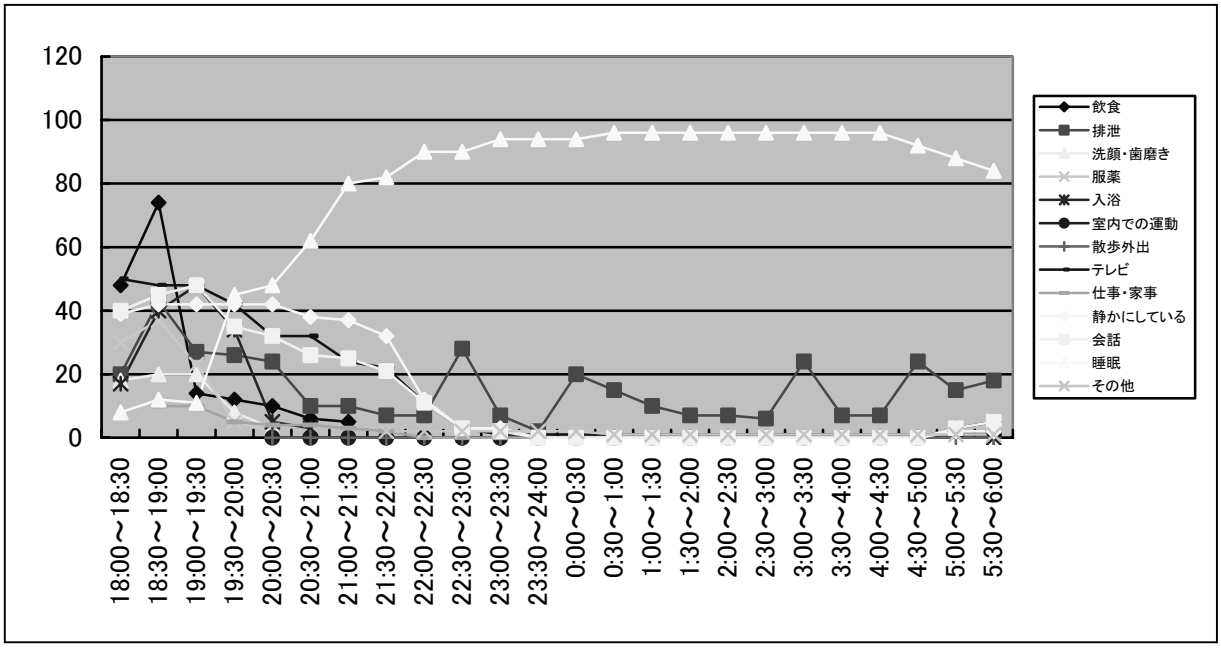
・午前中に＜散歩外出＞、午後に＜室内での運動＞等、毎日の運動を習慣化し、取り入れている人も 10%程度見られる。

・1 時間に 1 回以上排泄を行う認知症の人も少数だが見られる。（4%程度）

・要介護1、要介護2の認知症の人は、活動量が高い。

・要介護5の人は、日中も睡眠している時間が高くなる。

図表 3－3　認知症の人の主な生活パターン（18:00～6:00）　（n＝652）



図表 3-4　認知症の人の主な生活パターン（活動時間の割合）（18:00～6:00）（n＝652）

【認知症の人の夜間の行動】

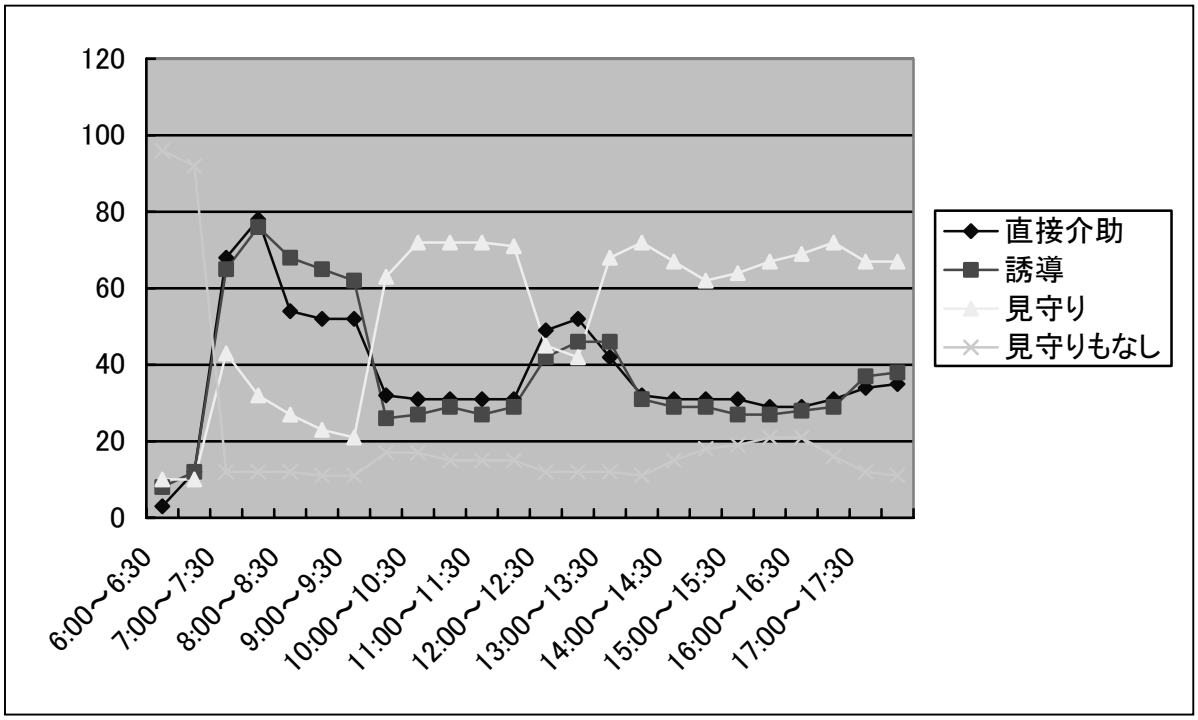
・夜間、2、3 回の排泄以外、睡眠を取り続ける認知症の人が多い。

・夜間、頻繁に起きてくる認知症の人も 20％程度見られる。

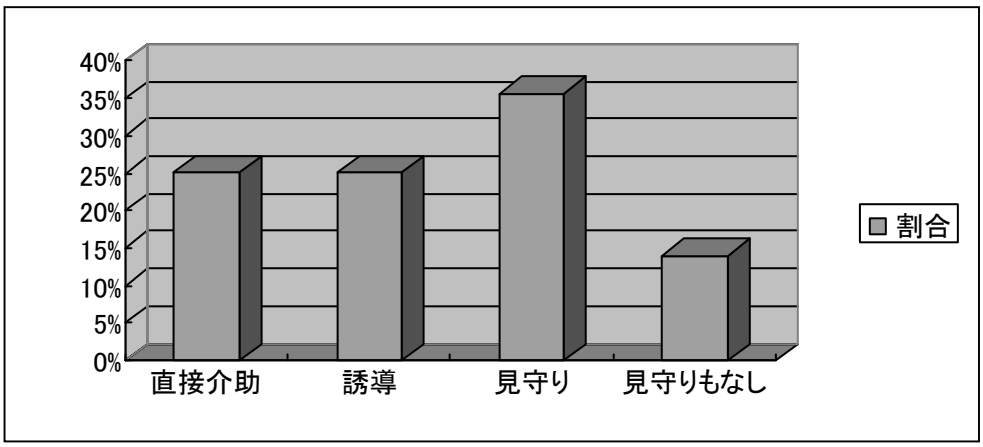
・夜間、頻繁に起きてくる認知症の人は要介護 1、要介護2に多い。

・夜間、寝ている間も、テレビを付け、居室の電気を付けたままにしている認知症の人も少数だが見られる。（1％程度）人の気配を感じられないと、安心して眠れないために、電気とテレビを付けているとのこと。

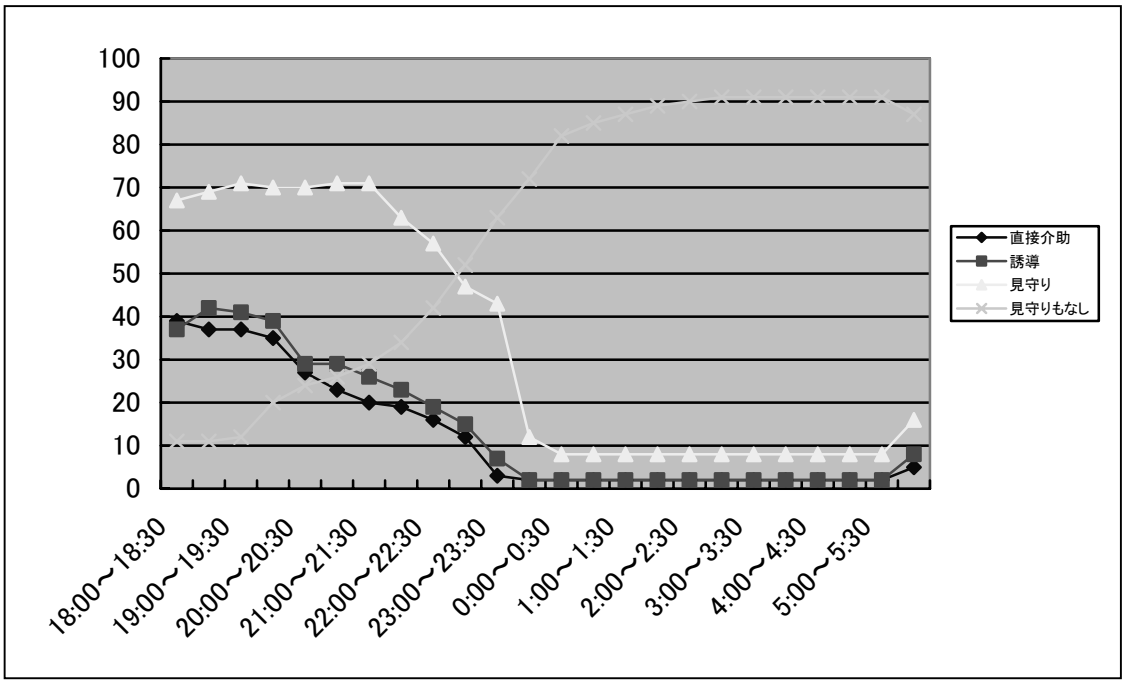
図表 3－5　主介護者の認知症の人への関わり（6:00～18:00）　（n＝652）



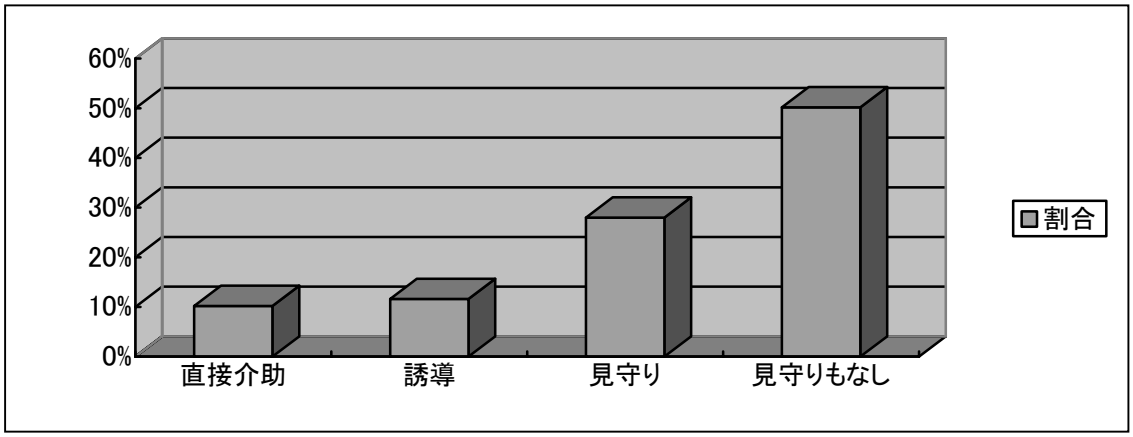
図表 3-6　主介護者の認知症の人への関わり時間の割合(6:00～18:00)(n＝652)



図表 3－7　主介護者の認知症の人への関わり(18:00～6:00)　　(n＝652)



図表 3-8　主介護者の認知症の人への関わりの割合(18:00～6:00)(n＝652)



【主介護者の関わり】

・食事、排泄、入浴等で直接介助あるいは誘導を行っていることが多い。
　約 80%がこれらの場面で何らかの関わりを持つ。

・日中、同じ空間に居て、一緒にテレビを見ながら時々、会話をして過ごす主介護者が多数見られる。この時は「見守り」とされている。

・夜間の排泄の度に、起きて誘導する主介護者は約 60%。

・夜間、寝ている間も気が抜けず「見守り」を付けている主介護者は約 8%。

(6) 主介護者の健康状態

＜問3＞

(b－1) 主介護者の現在の体調のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 体がだるい　2. 睡眠不足　3. 腰背部痛　4. 肩こり
5. 手足の関節の痛み　6. 頭痛　7. めまい　8. 体重減少
9. その他(　　)　10. 特に体調不良はない

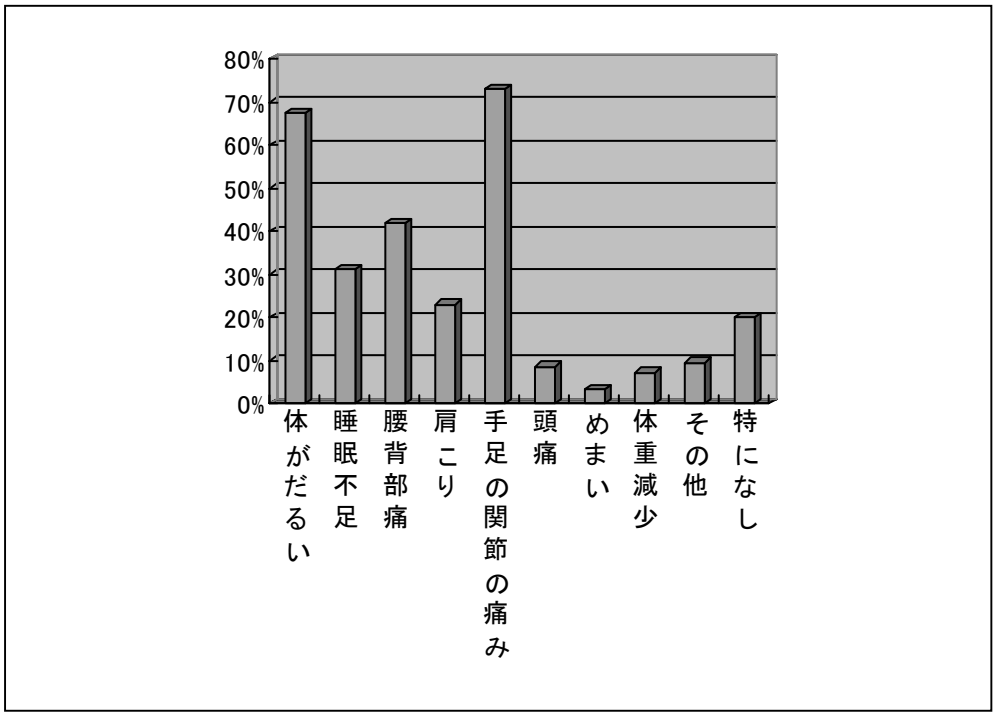
(b－2) 上記の問いで○をつけた中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを 1 番、2 番、3 番の順位をつけ、その番号を(　)の中にお書きください。

1 番目にあてはまること (　　)
2 番目にあてはまること (　　)
3 番目にあてはまること (　　)

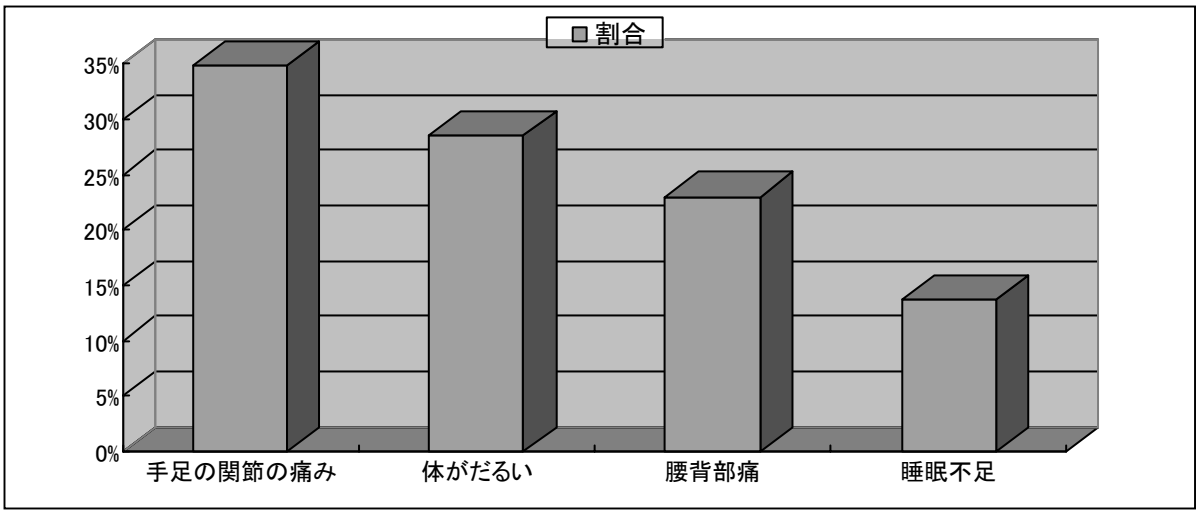
＜問３＞ (b-1) 主介護者の体調

1. 体がだるい 67.4%　2. 睡眠不足 31.2%　3. 腰背部痛 41.8%
4. 肩こり 23.1%　5. 手足の関節の痛み 72.9%　6. 頭痛 8.7%
7. めまい 3.4%　8. 体重減少 7.3%　9. その他(　)9.7%
10. 特に体調不良はない 20.1%

図表 3-9　主介護者の現在の体調　（n＝820）



図表 3-10　主介護者の現在の体調の順位　（n=820）



・1 番目、2 番目、3 番目の順位をつけた時に、「5. 手足の関節の痛み」が最もよくあげられている。次に「1. 体がだるい」があげられている。次に、「3. 腰背部痛」、「2. 睡眠不足」が続く。

・認知症の人が要支援 1 程度であるか、あるいは要介護 5 のように重度化している場合は、「10. 特に体調不良は無い」を付けられているケースが見られる。

・また「10. 特に体調不良は無い」をつけているのは、認知症の人と同居をしていない主介護者であった。

(7) 認知症の人の行動で困っていること

＜問3＞

(c-1) 主介護者が認知症の方の行動でお困りなのは、どのようなことですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 同じことを何度も聞かれる
2. 罪をきせられ責められる
3. 興奮しやすい
4. 暴力を振るわれる・攻撃される
5. 外に出ようとするので目が離せない
6. 夜、動き回る
7. 食事を食べたがらない
8. 食事を食べたことを忘れ、何度も要求する
9. 風呂に入りたがらない
10. 着替えをしたがらない
11. 妄想・徘徊などの行動・心理症状への対応
12. 車の運転をしたがる
13. サービスの利用を嫌がる
14. 転んだり、つまづいたりする
15. 火の不始末などの事故を起こしやすい
16. 言葉での意思疎通ができない
17. その他（　　）
18. 特にない

(c-2) 上記の問いで○をつけた中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを

1 番、2 番、3 番の順位をつけ、その番号を（　）の中にお書きください。

1 番あてはまること　（　　）

2 番目にあてはまること　（　　）

3 番目にあてはまること　（　　）

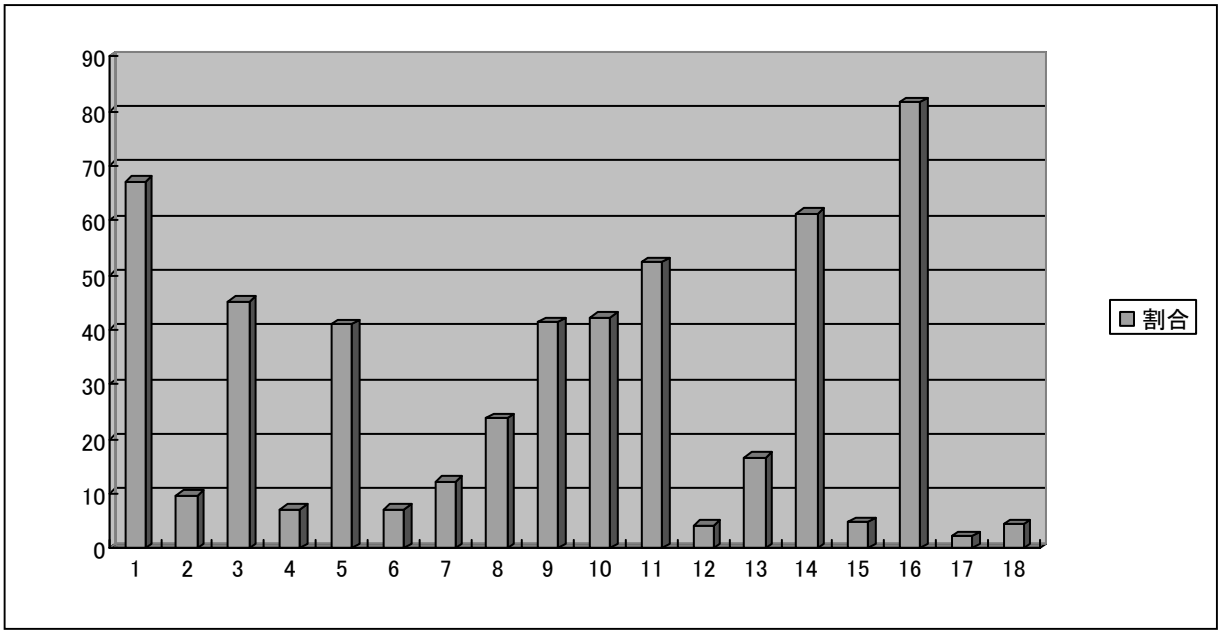
・60%以上の主介護者が困っていること

1. 同じことを何度も聞かれる
14. 転んだり、つまずいたりする
16. 言葉での意思疎通ができない

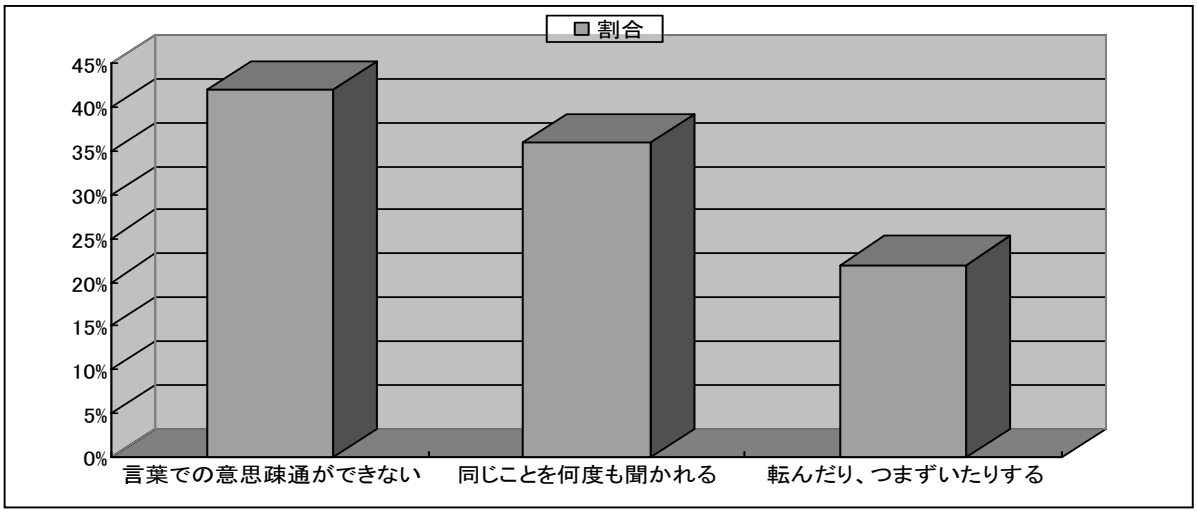
・40%以上の主介護者が困っていること

3. 興奮しやすい
5. 外に出ようとして目が離せない
6. 夜、動き回る
9. 風呂に入りたがらない
10. 着替えをしたがらない
11. 妄想・徘徊などの行動・心理症状への対応

図表 3-11　主介護者が認知症の人の行動で困っていること　　（n＝752）

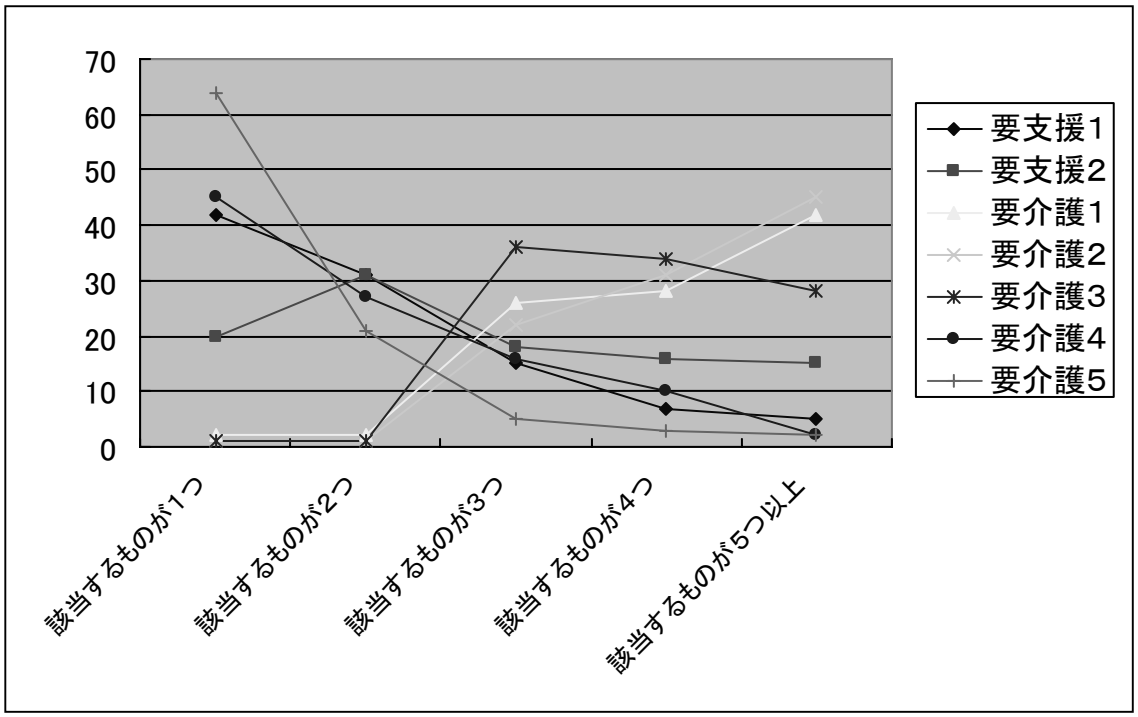


図表 3-12　主介護者が認知症の人の行動で困っていることの順位　（n=752）



・1 番目、2 番目、3 番目の順位を付けた時、「16. 言葉での意思疎通ができない」が最もよくあげられている。次に、「1. 同じことを何度も聞かれる」、「14. 転んだり、つまずいたりする」が続く。

図表 3-13　主介護者が認知症の人の行動で困っていることでチェックした個数と認知症の人の要介護度の関連性　　（n＝752）



＜問3＞(c－1)に5つ以上○をつけているのは、要介護1、要介護2の認知症の人を介護している主介護者が多い。欄外に、「以前は、ここに記述されている行動に悩まされていたが、現在は要介護5になっているため、それらの行動は見られなくなった」と書かれている主介護者が複数名いた。要介護度が進むにつれて、行動障害が多くなるのではなく、要介護1、要介護2の頃に主介護者を悩ませる行動障害が多く頻出する可能性が示される。

(8) 介護のため生活上で困っていること

＜問3＞

(d－1)主介護者がお世話するようになって、生活上の影響が出てお困りなのはどのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 家事に思うように手が回らない　　2. 仕事や家業に出られない
3. 育児に思うように手が回らない　　4. 留守をみてくれる人がいない
5. 家庭内がうまくいかない　　6. 外出ができない
7. 介助を手助けしてくれる人がいない　　8. 自分の時間が持てない
9. 経済的負担が大きい　　10. 親族との関係がうまくいかない
11. 気が休まらない　　12. 自分自身に病気がある
13.その他(　　)　　14. 特にない

(d－2)上記の問いで○をつけた中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを1番、2番、3番の順位をつけ、その番号を(　　)の中にお書きください。

1番あてはまること
2番目にあてはまること
3番目にあてはまること

＜問3＞(d-1)

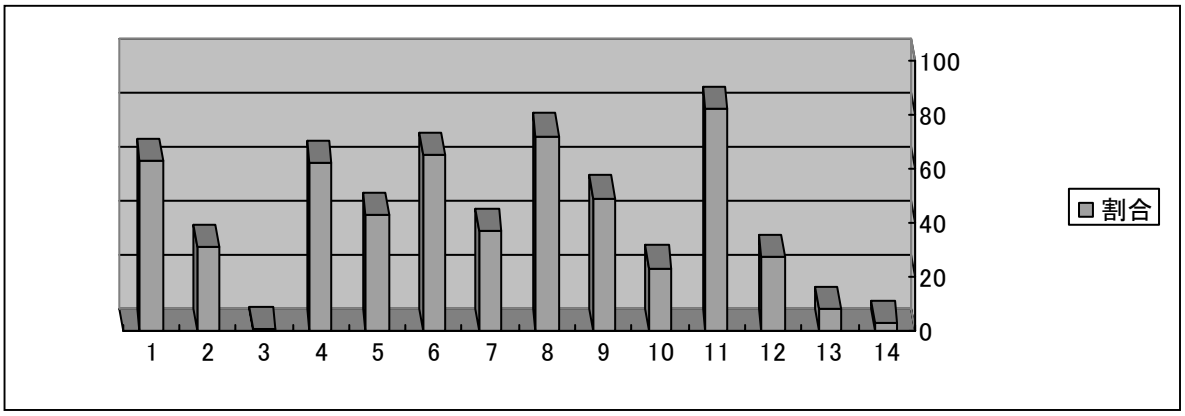
・60%以上の主介護者の生活上に影響が出て困っていること

1. 家事に思うように手が回らない　　4. 留守を見てくれる人がいない
6. 外出ができない　　8. 自分の時間が持てない
11. 気が休まらない

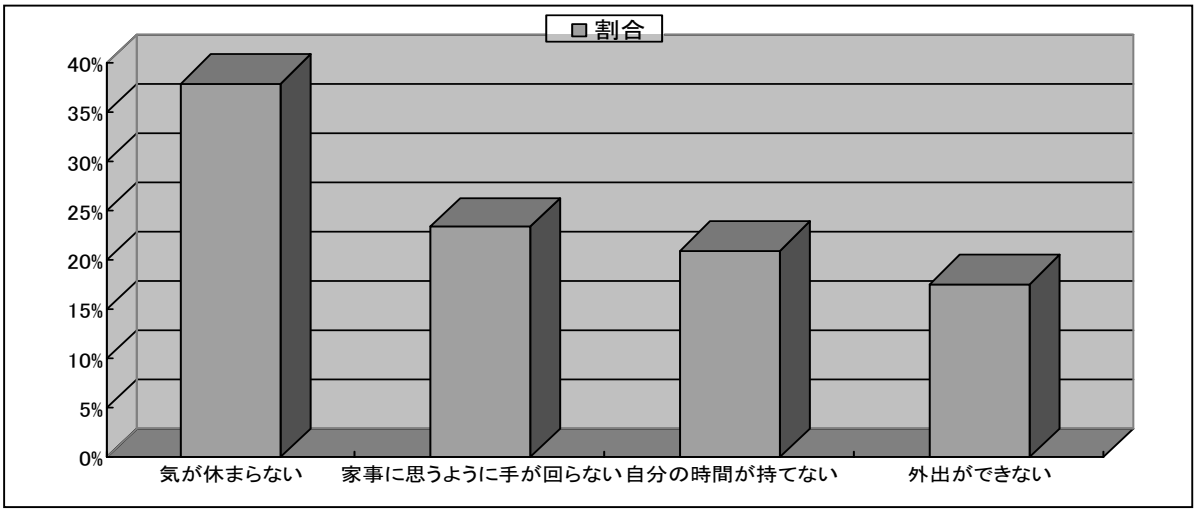
・40%以上の主介護者の生活上に影響が出て困っていること

5. 家庭内がうまくいかない　　9. 経済的負担が大きい

図表 3-14　主介護者が生活上に影響が出て困っていること　　(n＝752)



図表 3-15　主介護者が生活上に影響が出て困っていることの順位　　（n＝752）



・1 番目、2 番目、3 番目の順位を付けた時、「11. 気が休まらない」が最もよくあげられている。次に、「1. 家事に思うように手が回らない」、「8. 自分の時間が持てない」、「6. 外出ができない」が続く。

・認知症の人と主介護者の続柄により、この生活上の影響が出て困ることは異なることがうかがえた。主介護者が「長男の妻」である場合、5. 家庭内がうまくいかない、10. 親族との関係がうまくいかないをあげている割合が高くなる。

(9) 今後の介護の継続について

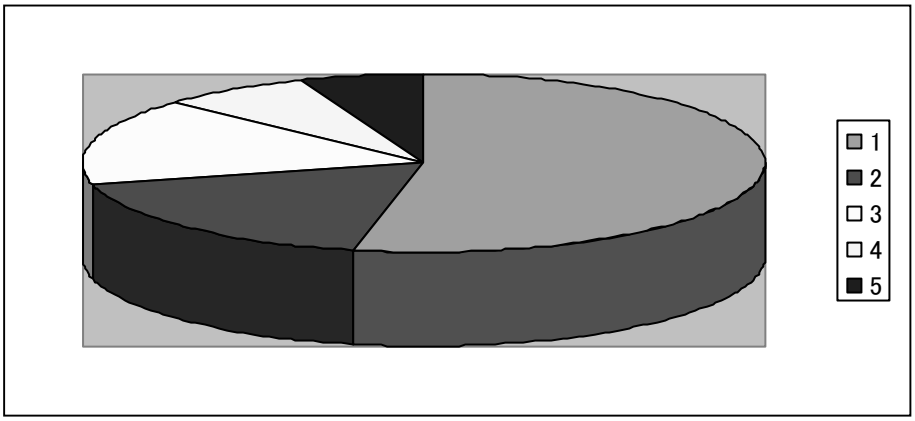
＜問3＞

(e) 主介護者の方は、今後、認知症の人の在宅での介護の継続についてどのようにお考えですか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1. 介護を続けたいので続けるつもり
2. 介護を続けたいが、現実的に厳しい
3. 介護したくないが、続けるしかない
4. 介護をしたくないので、やめたい
5. 特に介護をする必要がないので、わからない

1. 介護を続けたいので続けるつもり:53.4%
2. 介護続けたいが、現実的に厳しい:17.7%
3. 介護をしたくないが、続けるしかない:15.8%
4. 介護をしたくないので、やめたい:7.4%
5. 特に介護をする必要がないので、わからない:5.7%

図表 3-16　介護の継続について　　（n＝807）



・主介護者が妻または夫であり、夫婦二人だけの世帯の場合、「1. 介護を続けたいので続けるつもり」という回答も多い半面、主介護者自身が病気などを抱える場合、「2. 介護を続けたいが、現実的に厳しい」という回答となっている。

・要支援1程度の場合と、主介護者が別居している場合は、「5. 特に介護をする必要がないので、わからない」という回答になっているケースが多い。

(10) 主介護者の介護に対する心情

＜問3＞

(f－1) 主介護者の現在の心情を表すものすべてに○をつけてください。

1. 認知症の人の行動を、病気御せいだとはなかなか思えない。
2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う。
3. 「自分だけがなぜ？」「こんなに頑張っているのに」と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ。
4. 認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる。
5. 認知症の人の症状に振り回され精神的・肉体的に疲労困憊する。
6. 認知症の人をありのままに受け入れた対応が出来るようになった。
7. 介護に前向きになった。
8. 怒ったりイライラしても仕方がないと気づいた。
9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた。
10. 認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることとして感じられるようになった。

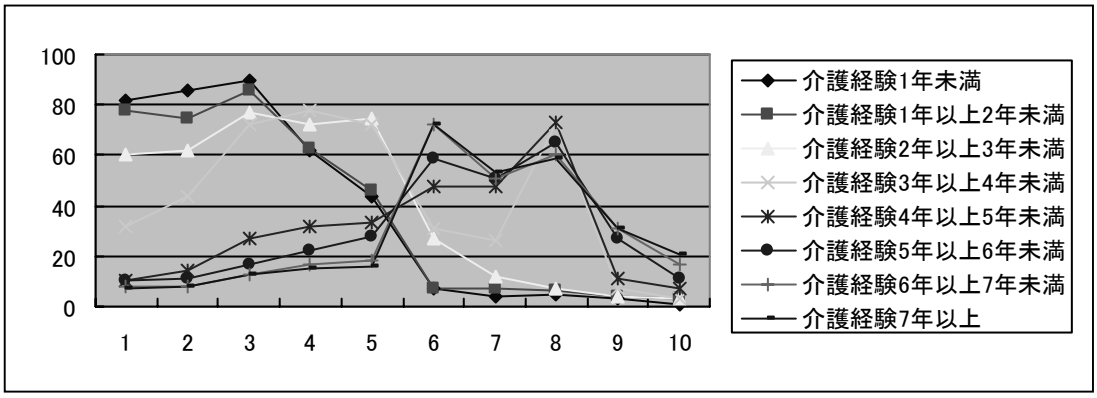
(f－2) 上記の問いで○をつけた中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを 1 番、2 番、3 番の順位をつけ、その番号を(　　)の中にお書きください。

1 番あてはまること　　(　　)

2 番目にあてはまること　(　　)

3 番目にあてはまること　(　　)

図表 3-17　主介護者の現在の心情　　（n＝739）



・この質問は、介護経験年数との回答された番号との相関関係が強く見られた。

・認知症の人の介護を始めて 2 年以内の主介護者は、「1. 認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない」「2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う」「3.『自分だけがなぜ？』『こんなに頑張っているのに』と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ」を 80%の割合で選んでいる。

・認知症の人の介護を始めて 3, 4 年程度の主介護者は、「4. 認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる」「5. 認知症の症状に振り回され精神的・肉体的に疲労困憊する」から「6. 認知症の人をありのままに受け入れた対応が出来るようになった」「7. 介護に前向きになった」へ移行する時期であることがうかがえた。

・認知症の人の介護を始めて 7 年以上の経験がある主介護者は、「8. 怒ったりイライラしても仕方がないと気づいた」「9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた」を選ばれる割合が高い。また「10.認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることと感じられるようになった」を選ばれる人も見られる。

・ただし、認知症の人の介護経験年数が 7 年以上になるものの、「1. 認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない」「2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う」「3.『自分だけがなぜ？』『こんなに頑張っているのに』と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ」「4. 認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる」を選ばれている主介護者も見られる。介護経験年数が長期になってもこのような心情にある主介護者は、介護に対する家族からの協力が得られない、近隣に理解者や協力者が得られずに、社会的・心理的に孤立している状況にあるケースであった。

(11) 介護保険サービスの利用と費用

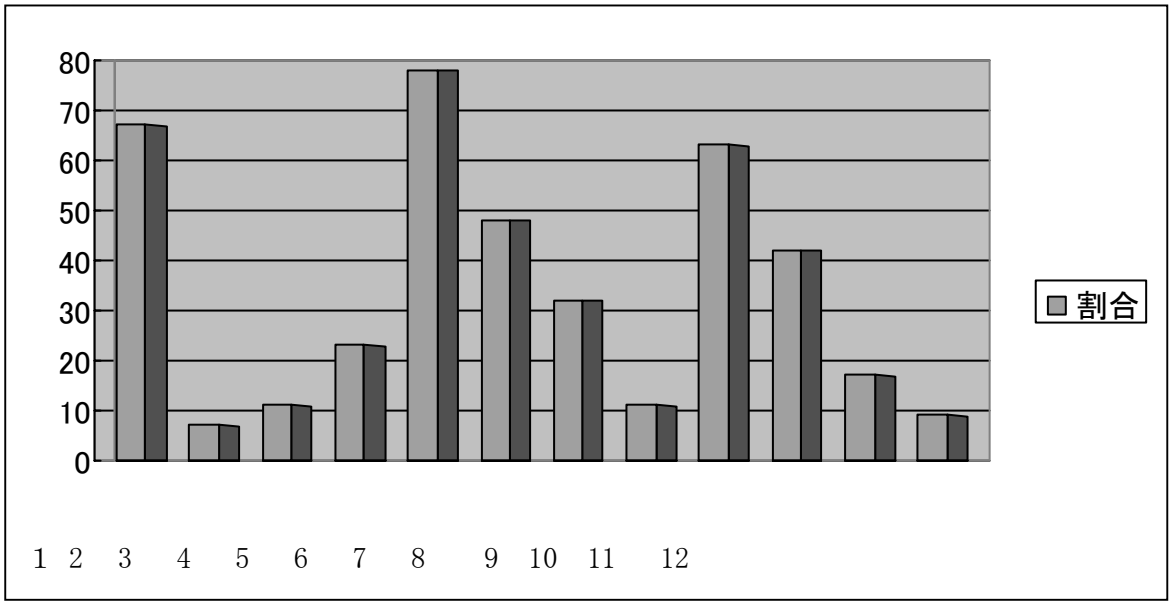
＜問4＞介護保険サービスの利用と費用についておたずねします。

(a)現在、利用している介護保険サービスに○をつけてください。

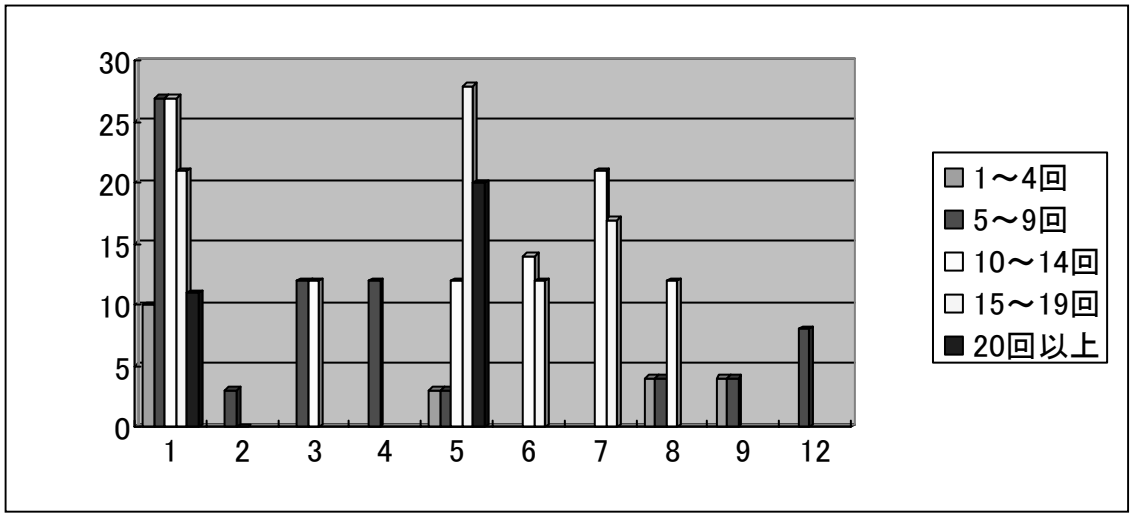
また、1ケ月に利用する回数をお書きください。

	利用しているものに○	1カ月に利用する回数		利用しているものに○	1カ月に利用する回数
(1)訪問ヘルパー (身体介護・生活支援)			(7)小規模多機能居宅介護		
(2)夜間訪問ヘルパー (夜間対応型訪問介護)			(8)ショートステイ		
(3)訪問看護			(9)医師・薬剤師などが訪問する居宅療養管理		
(4)訪問入浴介護			(10)福祉用具の貸与または購入		
(5)デイサービス(通所介護)			(11)住宅改修		
(6)認知症デイサービス			(12)その他(　　)		

図表 4-1　現在、利用している介護保険サービス　　(n＝743)



図表 4-2　利用している介護保険サービスの利用頻度　　（n＝743）



・利用している介護保険サービス

＜訪問ヘルパー＞＜デイサービス＞＜ショートステイ＞＜福祉用具＞＜住宅改修＞のセットが最も多く見られた。この組み合わせの中で、＜訪問ヘルパー＞と＜デイサービス＞のセット、あるいは＜デイサービス＞と＜ショートステイ＞の組み合わせなどのバリエーションが見られる。

・デイサービス、ショートステイを合わせて、1ヶ月間の約半数以上の日数を利用されるケースが多い。

・1日2回の訪問ヘルパーの利用をされているケースも見られる。（月 60 回）

・要介護5、あるいは医療処置を必要としている認知症の人は訪問看護の利用が見られる。

(12) 現在利用している介護保険サービスへの不満

＜問4＞
(b)現在、使用している介護サービスに満足している、あるいは不満がある場合、その理由をお書きください。

・デイサービス、ショートステイ、あるいは訪問ヘルパーの利用に対し、「満足している」「感謝している」という回答が 80%を占める。
・満足している理由として、「主介護者である自分自身の息抜きができる。ずっと家の中で一緒だと、正直、こちらの方が、気が狂いそうになる。一人で居られる時間が持てるので、大変、助かっている」「デイサービス等を利用してもらえないと買い物にも行けない。常に家で一緒に居ると、精神的にきつくなり、つい強く当たってしまう。デイサービスから帰って来る頃には、自分自身にも気持ちに余裕ができ、また優しい対応ができる」等の記述が多い。介護者にとってのレスパイトサービスという側面から、感謝しているという記述が多く見られる。
・「家にいると、何もすることなく、ただボーっとしている。デイサービスに行くと塗り絵をしたり、他の利用者さんと話をしたり、生活に変化が出て、笑顔が見られるので良い。家族では、なかなか丁寧な対応が出来ないので、デイサービスで丁寧なケアを受け、助かっている」という記述も多く見られる。
・「訪問ヘルパーさん、デイサービスの介護職員さんから、介護の仕方などを教えてもらいとても助かっている。家族は初めてのことに戸惑うことが多い。そのような時に、いろいろな情報を提供してもらえるのはとても心強い」と、専門職からの情報を感謝している記述も見られる。
・「デイサービスの利用やショートステイの利用は、正直、本人の要望というより、家族の希望である。そのため認知症の人に申し訳ないという気持ちも感じている。もし、デイサービス利用時やショートステイ利用時に、本人が喜んでいるようなら、家族としては大変嬉しい。どのように過ごしているのかを家族にも伝えるようにして頂きたい」という要望も記されている。
・「介護者が病気になった時など、緊急時になかなか臨機応変にショートステイが利用できないのが困る。自分の親の葬式や、自分の病気の時などを考えると臨機応変なショートステイの利用をお願いしたい」という要望も見られる。
・「2 か所のデイサービスを利用しているが、同一料金なのに送迎の時間を含め、サービス利用時間にかなりの開きがあることに疑問を感じる」「デイサービス送迎の時間が、大きくずれることがあり、イライラさせられることがある」「デイサービス利用時にどのように過ごしているのかを伝えてほしい。連絡ノートがあるものの、定型的な文章記述しかない」等の要望も記されている。

(13) サービス限度額について

＜問4＞

(c)利用中のサービスは限度額のどの範囲ですか。あてはまる数字を記入してください。

① 利用限度額を知っていますか。　　1. 知っている　2. 知らない

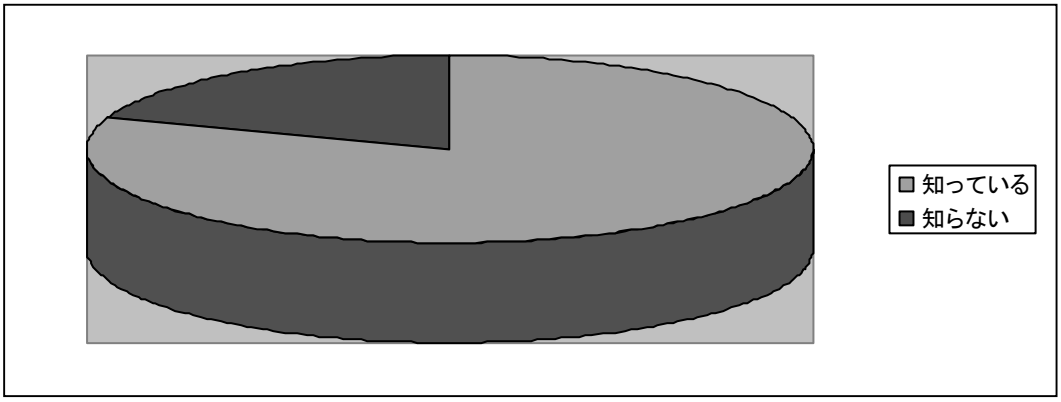
② 利用限度額のおよそ何割を使っていますか？　(　　)割

③ 利用限度額を超えている場合、1カ月分のおよそ超過額はどのくらいですか？

(　　)万円

① 利用限度額を知っているか

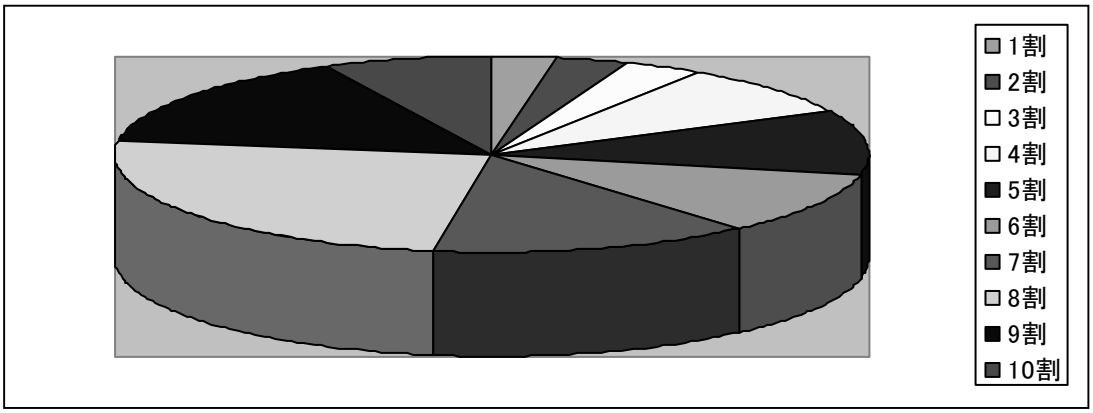
図表 4-3　介護保険の限度額を知っているか　　(n＝622)



・利用限度額については、80.4%の主介護者が知っていた。しかし 19.6%の主介護者は限度額を知らないという状況である。

② 利用限度額のおよそ何割を使っていますか？

図表 4-4　現在利用している額は、利用限度額の何割程度か (n＝497)



・利用限度額の 8 割程度の利用が多い。中には 4 割、5 割しか利用していない家族も見られるが、「その程度の利用で十分であるのではなく、自分たち家族が負担できる支払い金額により、そこまでしか利用できないでいる」という欄外の書き込みも見られた。年金等の収入に合わせて、介護保険サービスを利用しているため、利用回数を制限せざるを得なかったという。

・10 割を利用し、利用限度額を超えた分を自己負担とし、サービスを利用している家族も見られる。限度額の超過分は 3 万円程度が多いものの、中には 5 万円以上も超過しているケースも見られる。

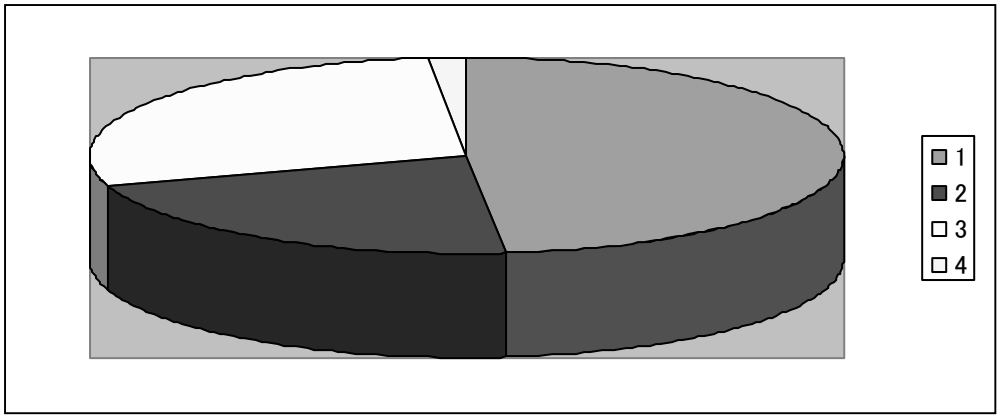
(14) 介護費用と生活費について

＜問4＞

(d)認知症の人の介護費用や生活費は、認知症の人の収入と資産(預貯金)等でまかなえていますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 認知症の人の預貯金を含めて、認知症の人のお金でまかなえている。
2. 認知症の人と配偶者(認知症の人の夫・妻)の収入・預貯金でまかなえている。
3. 本人と配偶者の収入等でまかなえず、子、孫、親類などが経済的援助をしている。→援助をしている金額は月額【　　】円程度
4. その他(具体的に:　　)

図表 4-5 認知症の人の介護費用や生活費のまかない方 (n＝508)



・70%以上が 1. 認知症の人の預貯金を含めて、認知症の人のお金でまかなえている、あるいは 2. 認知症の人と配偶者(認知症の人の夫・妻)の収入・預貯金でまかなえている、であった。

・30%が、本人と配偶者の収入等でまかなえず、子、孫、親類などが経済的援助をしていた。金額は 3 万円程度が最も多いが、10 万円を超える額を援助している場合も見られる。経済的援助をしている場合＜問3＞(d－1)で「経済的負担が大きい」を選ぶ割合が高い。

(15) 認知症の人がショートスティやデイサービス、デイケア等を利用しているときに、主介護者が気がかりなこと

＜問4＞

(e) 主介護者は、認知症の人がショートステイやデイサービス、デイケア等を利用している時、どのようなことが気がかりですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 施設での生活になじめているだろうか
2. どのような生活（活動やリハビリテーション）をしているだろうか
3. 施設の職員に迷惑をかけていないだろうか
4. 施設の職員は認知症に人をよく世話してくれているだろうか
5. 気がかりなことはない
6. その他（　　）

＜問4＞(e)

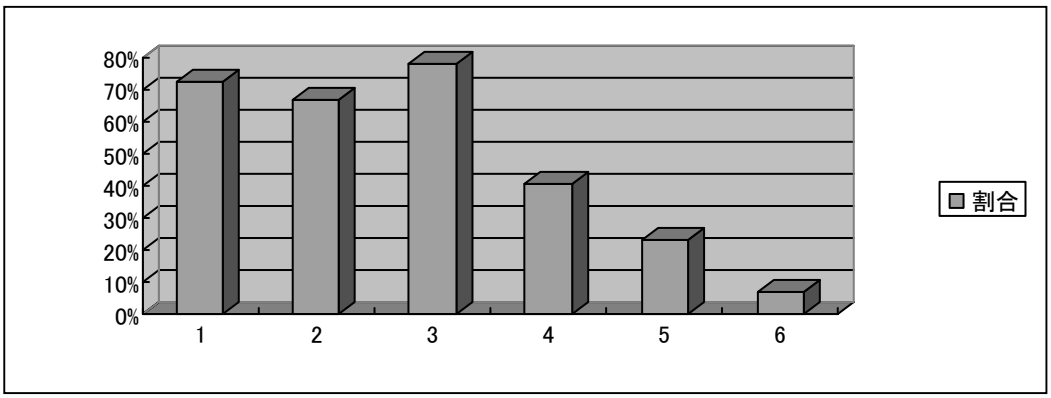
1. 施設での生活になじめているだろうか：72.3%
2. どのような生活（活動やリハビリテーション）をしているだろうか：66.7%
3. 施設の職員に迷惑をかけていないだろうか：78.1%
4. 施設の職員は認知症の人をよく世話してくれているだろうか：40.9%
5. 気がかりなことはない：23.4%
6. その他：7.2%

※その他の欄に記述されていたもの

・熱などで帰宅してもらうように呼び出されるのではないか。

・興奮していていられなくなり、迎えに来るように連絡が入るのではないか。等

図表 4-6　認知症の人がサービスを利用している時、主介護者が気がかりなこと（n＝744）



・多くの主介護者は、施設や認知症の人に対し遠慮や気兼ねの気持ちを抱いていることがうかがえる。

・欄外に「『気がかりなことはない』と割り切らないと、心配が尽きず、施設の職員との関係も良好にならない」という書き込みも見られた。まったく心配がないから「気がかりなことはない」と記述するだけではなく、その背景には複雑な心理が働いていることもうかがえる記述であった。

(16) 認知症の人がショートステイやデイサービス、デイケア等を利用しているときの、主介護者の気分

＜問4＞

(f) 主介護者は、認知症の人がショートステイやデイサービス、デイケア等を利用している時、どのような気分がしますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

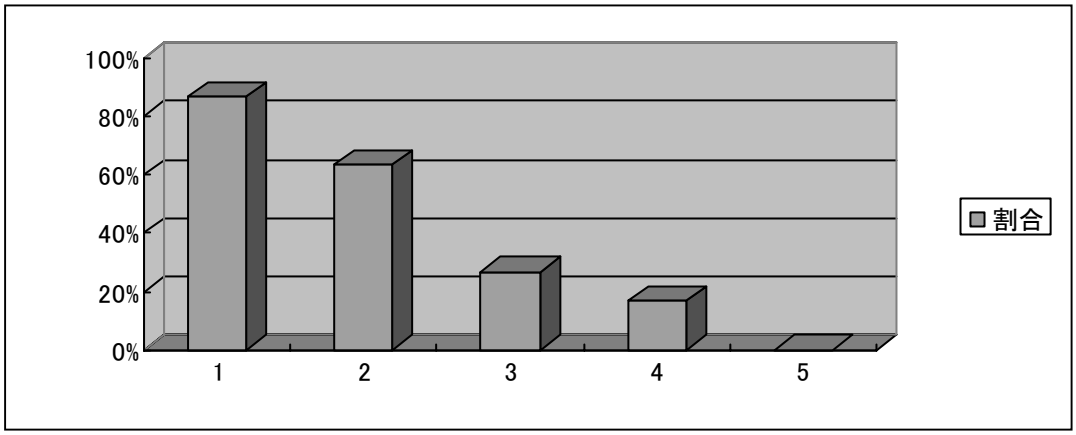
1. 自分が介護から一時的にでも解放されてよかったと思う
2. 帰ってきたらまた介護を頑張ろうと思う
3. 認知症の人に申し訳ないと思う
4. このまま帰ってこなければいいのにと思う
5. その他（　　）

＜問4＞(f)

1. 自分が介護から一時的にでも解放されてよかったと思う:86.4%
2. 帰ってきたらまた介護を頑張ろうと思う:63.2%
3. 認知症の人に申し訳ないと思う:26.8%
4. このまま帰ってこなければいいのにと思う:16.9%
5. その他:0%

図表 4-7　認知症の人がデイサービスやショートステイを利用している時の主介護者の気持ち

（n＝744）



・「1. 自分が介護から一時的にでも解放されてよかったと思う」「2. 帰ってきたらまた介護を頑張ろうと思う」と同時に「4. このまま帰ってこなければいいのにと思う」をつけている主介護者も少数ながら見られた。主介護者の気持ちは常に揺れ動いていることがうかがえる。

・「4. このまま帰ってこなければいいのにと思う」をつけている状態におかれている主介護者は、＜問3＞(d)で「気が休まらない」「外出ができない」「自分の時間が持てない」「家庭内がうまくいかない」「家事に思うように手が回らない」等、5 つ以上の回答をつけているケースが多い。また＜問3＞(f-1)では「1. 認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない」「2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う」「3.『自分だけが何故？』『こんなに頑張っているのに』と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ」を回答として選んでいるケースが多い。

(17) 主介護者の交流関係

＜問5＞主介護者の交流関係等についておたずねします。

(a)主介護者の同居家族で、あなた以外に介護を手伝ってくれる人はいますか。

あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. いる　　(　　)人
2. いない
3. 私以外同居家族はいない

＜問5＞(a)

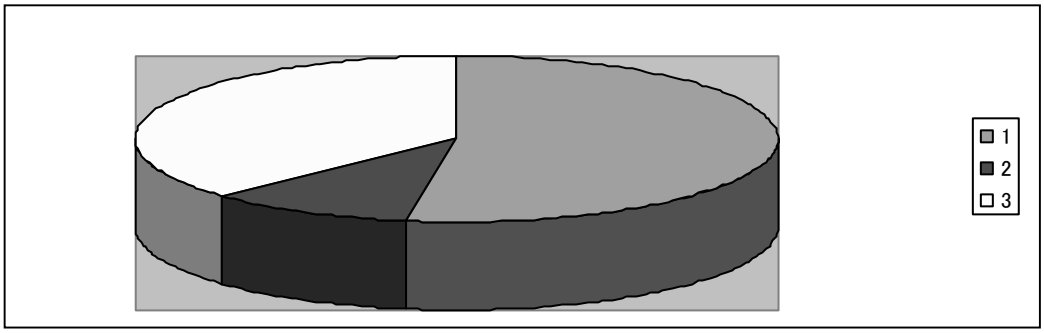
1.いる:52.4%

協力してくれる人数は、1 人、2 人が最も多い。3 人以上の回答も少数ながら見られる。

2.いない:10.7%

3.私以外同居家族はいない:36.9%

図表 5－1　同居家族で介護を手伝ってくれる人の存在　(n＝607)



・同居家族がいながら、介護の協力を得られない主介護者もいることがうかがえる。この場合、＜問3＞(d)で「5. 家庭内がうまくいかない」「10.親族との関係がうまくいかない」を選んで回答しているケースが多い。介護負担感を強く感じる要因として、「協力者の不在」があげられよう。

(18) 親類・親族からの介護への支援

＜問5＞

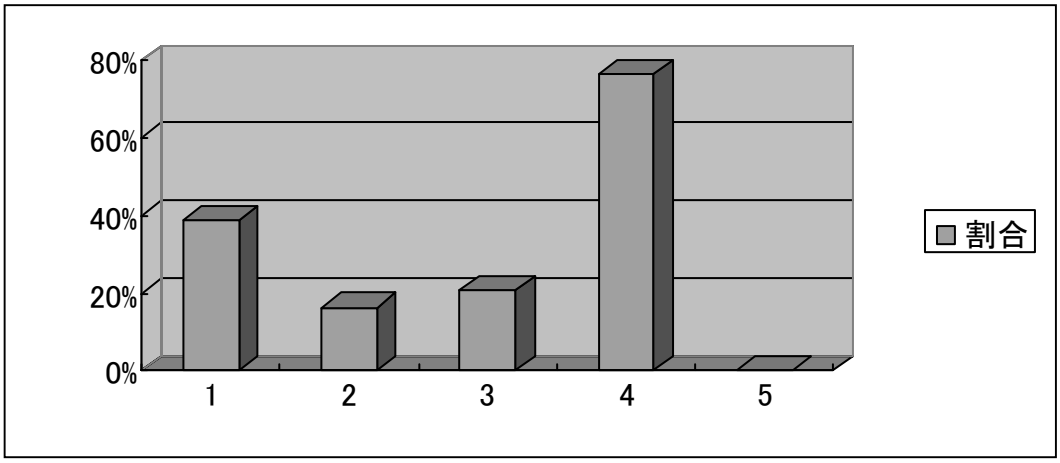
(b)主介護者や認知症の人の親類・親族からあなたの介護に対してどのような支援がありますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. まったく支援がない
2. 金銭的な支援
3. 介護を交代してくれたり、時々認知症の人を預かってくれる
4. 話を聞いてくる程度の支援
5. その他(　　)

＜問5＞(b)

1. まったく支援がない:38.8%
2. 金銭的な支援:16.4%
3. 介護を交代してくれたり、時々認知症の人を預かってくれる:20.9%
4. 話を聞いてくる程度の支援:76.1%
5. その他:0%

図表 5-2　主介護者に対する親類・親戚からの支援　　(n＝588)



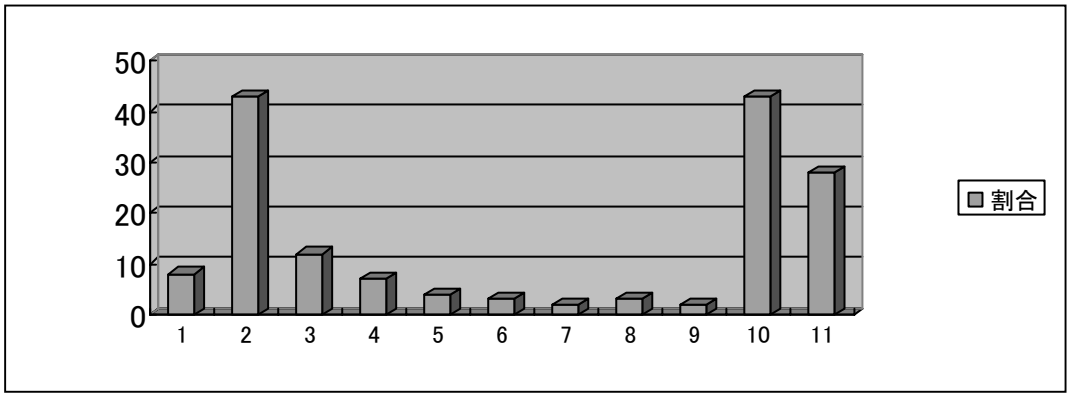
・親類・親族からの協力は、「1. まったく支援がない」が 38.8%であり、あっても多くの場合、常日頃とても助けられているという大きなものではなく、比較的、軽度の支援であることがうかがえる。
・「4. 話を聞いてくる程度の支援」であっても、あることにより精神的負担感が軽減する、という欄外の記述も見られた。

(19) 介護の理解者や主介護者が信頼する人

＜問5＞
(c) 主介護者の介護を理解してくれており、主介護者が信頼している人はいますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 民生委員　2. 近所の人(町内)　3. 買い物に行く商店の人
4. 飲食店の人　5. 美容院の人　6. 薬局の人　7. クリーニング店の人
8. 新聞店の人　9. 大屋さん　10.その他(　　)
11.いない

図表 5-3　主介護者の介護を理解してくれている周囲の人々　(n＝594)



・1～10 までのどれかに1つ以上○をつけている主介護者が 72%であった。「2. 近所の人」、10. で「介護を経験している友人」を信頼している人としてあげている主介護者が多い。少数ながら、1～10 まですべての回答が選ばれていた。
・「11. いない」を選ばれた主介護者が 28%いる。このうち、＜問5＞(a)(b)で家族や親類・親族からの支援も受けられない主介護者は、とても介護負担感が大きくなっていることが伺える。このようなケースでは、＜問3＞(d-1)の生活上の影響が大きく、＜問3＞(e)で「2. 介護を続けたいが、現実的に厳しい」あるいは「4. 介護をしたくないので、やめたい」と介護の継続を困難にしている。

(20) 介護する上で頼りにしている専門職

＜問5＞

(d) 主介護者が現在、認知症の人を介護する上で頼りにしている専門職はどなたですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1.かかりつけ医　2.通院先の看護師　3. 利用している施設の生活相談員

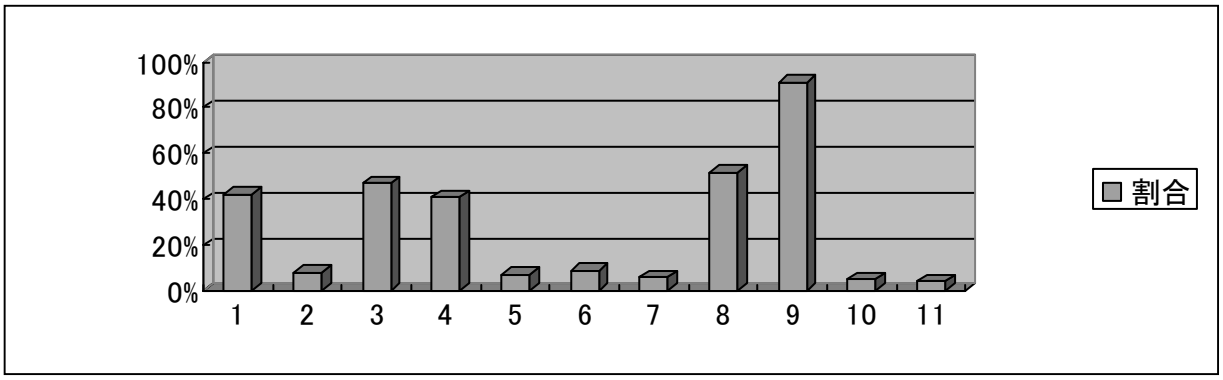
4. 利用している施設の介護士　5. 市役所の職員

6. 社会福祉協議会の職員　7. 地域包括支援センターの職員

8. ホームヘルパー（訪問介護員）　9. ケアマネジャー（介護支援専門員）

10. 訪問看護師　11. いない

図表 5-4　主介護者が頼りにしている専門職　（n＝594）



・1～10 までの職種で頼りにしている専門職がいると回答した主介護者は96％であった。最も多かったのは「9. ケアマネジャー（介護支援専門員）」で 90％の主介護者が選んでいた。次に「1. かかりつけ医」「3. 利用している施設の相談員」「4. 利用している施設の介護士」「8. ホームヘルパー（訪問介護員）」が多く選ばれていた。それ以外の専門職も少数ながら回答を得ていた。

・主介護者が頼りにしている専門職は、「9. ケアマネジャー（介護支援専門員）」であることがうかがえるが、＜問4＞(b)で「現在使用している介護サービスに満足している、あるいは不満がある場合、その理由をお書きください」という質問に対し、「デイサービス、ショートステイ等の利用時の認知症の人の様子を知らせて欲しい」という要望が記されていたことから、主介護者との関わりは主にケアマネジャー（介護支援専門員）、認知症の人との関わりは施設の介護士等と区分されていることがうかがえる。ケアマネジャー（介護支援専門員）と施設の介護士の情報共有がなされ、主介護者への報告がなされることが望まれている。

・頼りにしている専門職は、「11. いない」と回答された主介護者が 4％であった。この回答を選ばれた主介護者は、＜問4＞(b)で、現在、使用している介護サービスについての不信感を記されている。介護

サービスを利用しながら、不信感を抱えてることにより、より主介護者の心理的・社会的孤立を強めている結果になっていることがうかがえる。

(21) 主介護者が介護を行うようになる前から行なっていたことで、現在も継続して行っていること

＜問6＞

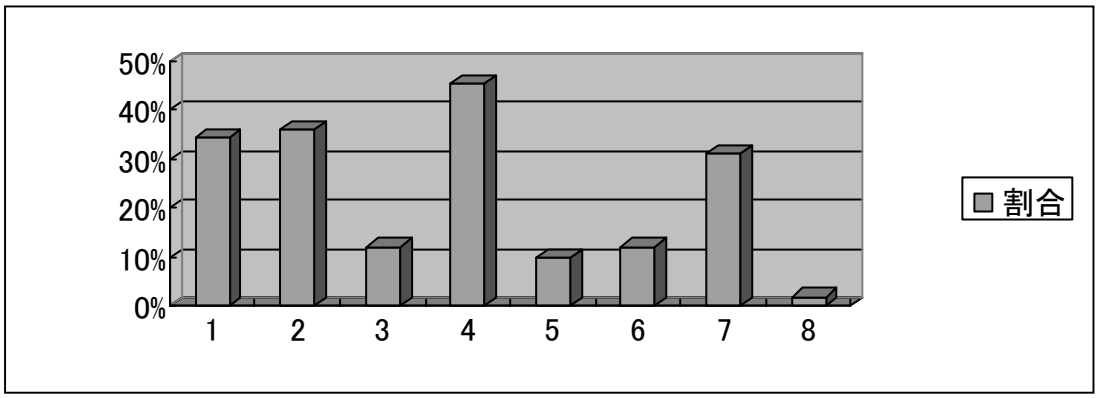
(a-1) 主介護者が、介護を行うようになる前から行っていたことで現在も継続して行っていることはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 就労　　2. 趣味(一人で家でするもの以外)　　3. ボランティア活動
4. 友人・知人との食事　　5. 定期的な旅行
6. 映画や美術・音楽鑑賞などの文化的活動　　7. 自分の健康管理のための通院
8. その他(　　)

(a-2) 上記の問いで○をつけた中で、順位をつけるとすると最も継続したいものを1番、2番、3番の順位をつけ、その番号を(　　)の中にお書きください。

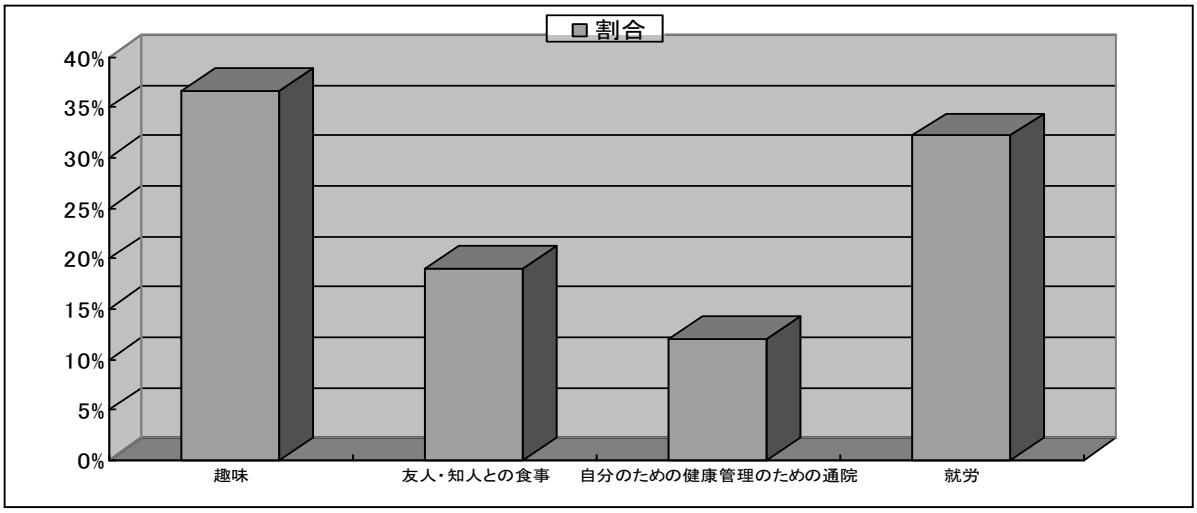
1番あてはまること　(　　)
2番目にあてはまること　(　　)
3番目にあてはまること　(　　)

図表 6-1　主介護者が介護を行う前から行っていることで継続していること (n=422)



・介護を行うようになる前から行っていたことで現在も継続して行っていることが無いために、この質問には回答できないという主介護者も40%程度いた。
・この質問に回答を頂いた主介護者の中では、「1. 就労」「2. 趣味(一人で家でするもの以外)」「4. 友人・知人との食事」「7. 自分の健康管理のための通院」を選ばれている人が多かった。

図表 6-2　主介護者が介護を行う前から行っていることで継続していることの順位（n=422）



・現在、就労している人は、「1 番あてはまること」として「1. 就労」を選ばれる割合が高かった。

・現在、就労していない人は、「1 番あてはまること」「2 番目にあてはまること」「3 番目にあてはまること」として、「2. 趣味（一人で家でするもの以外）」「4. 友人・知人との食事」「7. 自分の健康管理のための通院」を選ばれている割合が高かった。

・「ボランティア活動」「5. 定期的な旅行」「6. 映画や美術・音楽鑑賞などの文化的活動」を選ぶ主介護者も見られた。

(22) 主介護者のストレス対処能力（首尾一貫性感覚）について

＜問7＞

以下のそれぞれの考え方について、あなた自身の感じ方にはどの程度あてはまりますか。

もっとも近いところの番号1つに○をつけてください。

私は、日常生じる困難や問題を理解したり予測したりできる。

1　2　3　4　5　6　7

まったく　　非常によく

あてはまらない　　あてはまる

私は、日常生じる困難や問題の解決策を見つけることができる。

1　2　3　4　5　6　7

まったく　　非常によく

あてはまらない　　あてはまる

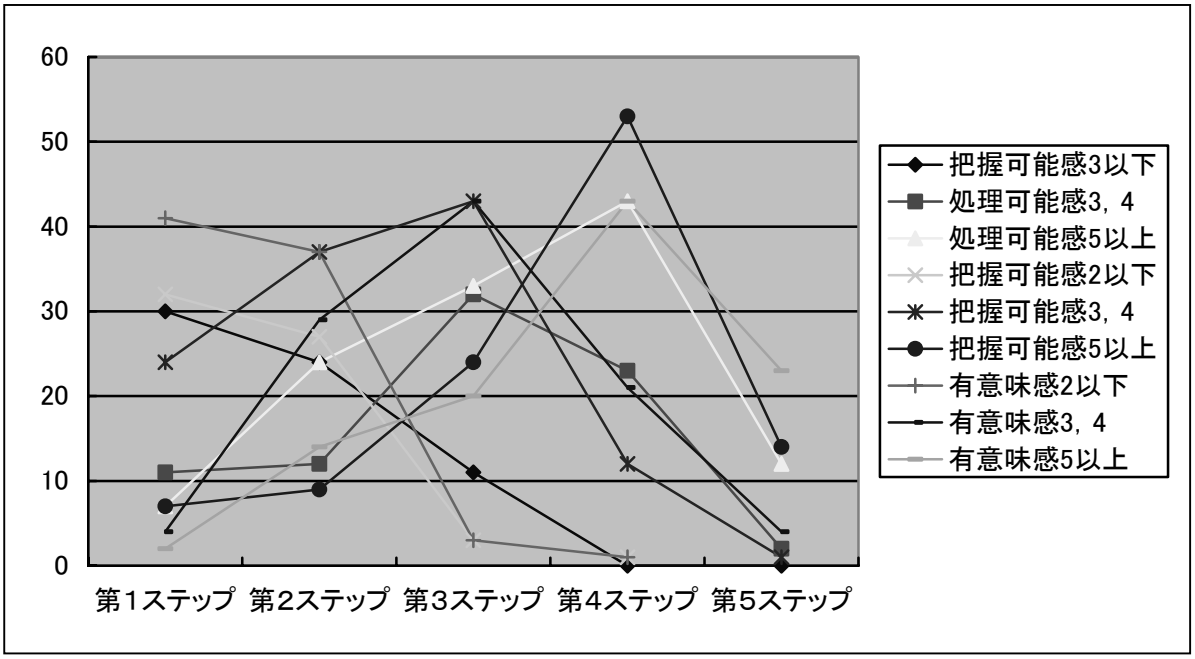
私は、人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思う。

1　2　3　4　5　6　7

まったく　　非常によく

あてはまらない　　あてはまる

図 7-1　主介護者の首尾一貫性感覚と、家族がたどる心理ステップの関連性　（n＝447）



（補足）
＜問7＞はストレス対処能力（首尾一貫性感覚）を問う質問であり、（1）で把握可能感、（2）で処理可能感、（3）で有意味感をみる。それぞれを 2 以下の低位グループ、3，4 の中位グループ、5 以上の上位グループに分類し、それと家族がたどる心理ステップの関連性を分析した。
家族がたどる心理ステップは、＜問3＞（f－1）の 1，2，3 の段階を第1ステップ、4，5 の段階を第 2 ステップ、6，7，8 を第 3 ステップ、9 を第 4 ステップ、10 を第 5 ステップとする。（出典:『認知症の理解』中央法規出版　232 ページ）

・（1）（2）は、3、4を選ばれる割合が高く、また（1）（2）より（3）の回答を1つか2つ上の数値を選ばれる主介護者が多く見られた。

・（1）（2）（3）ともに、6，7という高い数値を選ばれる主介護者は、＜問3＞（f-1）の主介護者の心情をたずねる質問に対し、「8. 怒ったりイライラしたりしても仕方がないことに気付いた」「9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた」「10. 認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることとして感じられるようになった」を選ばれている割合が高い。また＜問3＞（e）では「1. 介護を続けたいので続けるつもり」を選ばれている。
・介護経験年数が 7 年以上であるにも関わらず、＜問3＞（f-1）の主介護者の心情をたずねる質問に対し、「1. 認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない」「2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う」「3.『自分だけがなぜ？』『こんなに頑張っているのに』と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ」「4. 認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる」「5. 認知症の症状に振り回され精神的・肉体的に疲労困憊する」を選ばれている主介護者は、（1）（2）（3）ともに 1，2 という低い数値を選ばれている。

・介護経験年数が 1 年に満たないものの、＜問3＞（f-1）で「1. 認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない」「2. 認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う」「3.『自分だけがなぜ？』『こんなに頑張っているのに』と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ」「4. 認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる」「5. 認知症の症状に振り回され精神的・肉体的に疲労困憊する」と同時に「8. 怒ったりイライラしたりしても仕方がないことに気付いた」「9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた」「10. 認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることとして感じられるようになった」を選ばれている主介護者は、（1）（2）（3）ともに 5、6、7 という高い数値を付けていた。特に（3）の問いに対し最も高い数値を付ける傾向が見られる。＜問3＞（f-1）の質問に対し、主介護者の心情が揺れ動いていることがうかがえるが、この後、比較的短い期間に、「8. 怒ったりイライラしたりしても仕方がないことに気付いた」「9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた」「10. 認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることとして感じられるようになった」の心理ステージに移行していく可能性が示される。

3. 考察

・在宅で暮らす認知症の人は、デイサービス、ショートステイなどの介護保険サービスを利用していない日は、かなり長い時間を「テレビを見ている」「静かにしている」「睡眠」の3つの状態を繰り返し、過ごされていることが明らかとなった。「テレビ」「静かにしている」「睡眠」の3つのセットは、認知症の人に限らず、休日の日本の茶の間の風景であるとも言えよう。この状況が認知症の人にも当てはめられていると考えることができる。

・在宅訪問調査とアンケート調査の双方を行ったケースより、テレビを付けていることにより、認知症の人と主介護者の二者関係で、やや雰囲気が硬直している状況を打破し、笑いや会話が生じる機会となることがわかった。このようにテレビの活用により、認知症の人が日中、主に過ごすリビングや居室に人の気配を感じさせるものにしていたり、雰囲気を和ませていることが明らかとなった。

・しかし、同時にテレビは、認知症の人にとって混乱にきっかけになっていることも明らかとなった。テレビのチャンネルを変えられない認知症の人が、多数見られる中、突然、殺人シーンなどになり、テレビの世界と現実世界が混同してしまい混乱に陥る認知症の人の様子が、主介護者より報告されていた。

・主介護者は、概ね、高齢であることが分かった。そのため、認知症の人の介護を始めたことが原因であるとは限らずに、「腰背部痛」「肩こり」「手足の関節の痛み」等の体調不良を抱えていた。

・主介護者は、認知症の人の介護経験が長期化するにつれ、認知症の人に対する心情が変化し、介護に前向きになったり、認知症の人をありのままに受け入れることができるようになっていく傾向が高い。しかしながら、認知症の人を心理的に受け入れられるようになっても、生活上の影響として「気が休まらない」状態は減らず、また「腰背部痛」「肩こり」「手足の関節の痛み」等の身体的不調もなくなってはいない。

・認知症の人の介護に前向きになっている主介護者とそうではない場合の大きな違いは、主介護者が心理的・社会的に孤立している状態であるか否かによっている。主介護者が介護の協力者や理解者を得られない時に、介護負担感が増し、介護の継続を困難にしていることが明らかとなった。

・また主介護者は、就労、趣味、友人・知人との食事等、何らかの息抜きの機会を持つ場合、認知症の人の介護に前向きになれる傾向が見られた。ただ認知症の人の介護を契機に、それまで行っていた活動をすべて中止せざるを得なかった主介護者も多く見られる。

・主介護者の持つ傾向であるストレス対処能力（首尾一貫性感覚 sense of coherence：SOC）により、認知症の人の介護負担感や介護の継続性は大きく影響を受けることが示唆された。首尾一貫性感覚の中でも、有意味感が高い場合、認知症ケアに対し高い適応力を持っている可能性があるといえよう。

・主介護者の持つ傾向であるストレス対処能力の傾向を捉え、その不足分を補う支援を考えていく必要があろう。ストレス対処能力には、下位項目として「有意味感」「把握可能感」「処理可能感」がある。把握可能感、処理可能感が不足すると感じられる主介護者には、家族介護教室等を通し、認知症ケアの

知識と技術を教授することが、在宅ケアの継続の可能性を高めるであろう。また一人だけでは、意味の捉え直しが出来ない主介護者は、同様に認知症の人を介護している経験を持つ家族介護者と話し合う機会を持つことが、大きな助けになるであろう。認知症の人を介護している家族介護者との話し合いは、ピア・カウンセリングとして機能することが期待される。

・認知症の人と、主介護者の続柄の違いによっても、異なる支援が必要となろう。長男の妻が主介護者の場合、認知症ケアに関わらず抱える「嫁－姑」関係等がある。長男の妻が抱える家族間の状況の上に、認知症ケアという新たな問題が上乗せされることとなる。基本の構図である家族関係を理解し、そこに上乗せされる認知症ケアが与える影響を考慮し、親族間の調整が必要となろう。このような状況では、ファミリー・ソーシャル・ワークが役立つものと思われる。

【本研究の限界と課題】

・本研究は、在宅で生活する認知症の人と認知症の人を介護する家族が、どのような在宅生活を送っているかを調べるために、主介護者に回答して頂くという形式でアンケート調査を行ったため、最初から独居高齢者を除いた調査となった。また、アンケートの記述量が多いため、高齢の主介護者には負担感が大きく、回収率に影響を与えたものと思われる。今回のアンケート調査ならびに在宅訪問介護調査を受け入れ、最後までアンケートに協力頂ける主介護者は、その時点で、平均的な介護者像を表すとは言い難いところがあろう。つまり、最初から相当、前向きな傾向の高い介護者を通した調査になっている可能性は否めない。そのような限界から、今回の調査を通じて言えることは、あくまでも限定的なことに過ぎないことをお断りしておく。しかし、そうであっても在宅生活での認知症ケアの大変さを知る大変、良い機会であったことに、本研究へのご協力を頂いた認知症の人ならびにご家族様に御礼申し上げたい。

・おぼろげながら見えてきた本研究の結果は、この後、さらに詳細に検証していかなければならない。また独居高齢者や在宅ケアに行き詰っている家族をも、どのようにすれば調査対象としていくことが出来るのかも課題としていかなければならないだろう。

・研究のための研究ではなく、今後の認知症の人とご家族のより良い暮らしを実現していくための調査であり続けることを最大の課題とし、今後も当事者との対話を大切にしていきたい。

第3章 認知症介護訪問調査

DCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDC

第 3 章　認知症介護訪問調査
～DCMを用いた在宅認知症介護の実態調査～

1. 調査概要

(1)調査目的

在宅の認知症高齢者の暮らしとそれを支えるケアに着目し、第三者視点で在宅の認知症ケアの実態を示すデータを収集する。

(2)調査方法

①対象者（選定理由と事前対応）

○在宅で暮らす認知症高齢者と主介護者

※認知症高齢者は、在宅介護サービスの利用者であり、在宅介護サービスの入っていない1日を調査日とした。

※なお、介護者との関係も調査項目とすることから独居高齢者は除外とした。

○対象者の選定は、基本的に調査員（マッパー）が所属する法人の居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、デイサービス、デイケア等を通して募集した。

※調査依頼は、地域の事情や調査員の立場に応じて、それぞれに進めやすい方法をとった。

（例えば、介護予防教室等の家族会での呼びかけを行ったり、担当ケアマネジャーの紹介等）

※候補者が決定した場合、調査員が自宅を訪問し、1時間程度の事前説明を実施。事前説明では、調査の内容や方法を詳細に説明し、同意が得られた方のみに後日訪問調査を行った。

②調査方法

・在宅訪問調査

訪問調査員（マッパー）と対象者が予め合意設定した調査日に対象者の居宅を訪問し、本人および介護者の（調査時間原則 5 時間）のマッピングを行い、WIB 値、BCC（行動カテゴリ）、PE（よい出来事）・NE（よくない出来事≒PD）、見守り度（介護者のみ）等の DCM データを収集

・事後レポート

データ記録とともに質的な評価レポートおよび調査員アンケート

・家族アンケート

対象者家族に対するアンケート調査

・基本属性アンケート

郵送アンケート調査票の一部設問を利用し、対象者の基本属性（ADL 等の身体特性、認知症の程度、介護者との関係等）のデータを収集

なお、調査の実施にあたっては、当NPO内の倫理委員会の承認を得た。

③調査期間

第1期調査期間　　平成 22 年 11 月 3 日～平成 23 年 1 月 31 日

第2期調査期間　　平成 23 年　2 月 1 日～平成 23 年 3 月 10 日

※第2期調査期間は、サンプル数の追加を目的に調査期間を延長した

④取得データ数

在宅訪問調査データ　108 人(3 月 15 日現在)

※数量的分析は基本属性アンケートデータと突合できた N86 で実施

(3)分析方法(前提条件)

①データ

【在宅訪問調査】

項目	内容	本人	介護者
BCC	24 種類の行動カテゴリ	○	○
WIB 値	-5～+5　までの 6 段階の状態評価	○	○
見守り度	a～d　までの 4 段階の介護者の行動評価		○
PE	よい状態のきっかけとなった出来事	○	○
NE	悪い状態のきっかけとなった出来事(≒PD)	○	○
日常生活自立度	障害(自立、J、A、B、C)・認知症(自立、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、M)	○	
質的評価	WIB 値や PE・NE 等を質的に記述評価	○	

【基本属性調査(アンケート調査票)】

項目	設問番号	内容
要介護度	問2　a-1	要介護度(要支援 1～要介護 5)
発症からの期間	問2　a-1	発症からの期間（現在の年齢－認知症に気付いた年齢)
認知症の状態	問2　a-2	1～4 段階
サービス利用状況	問4　a	訪問介護、通所介護の利用の有無
在宅介護期間	問1	在宅介護期間(年/ヵ月)
介護意識	問3　e	介護意識（続けたいので続ける　～　したくないので止めたい)
介護ステージ	問3　f-1	1～5 段階 ※選択肢 1～10 の加重平均値を四捨五入して 5 段階にあてはめ 1～2:否定・戸惑/3～5:怒り・拒絶/6～8:あきらめ/9:理解/10:受容
介護の支援者	問5　a	支援者の有無

②データの加工（一部数量的分析のため）

一部の数量的分析（項目間の相関分析等）のため、WIB 値、BCC 等の DCM データを対象者ごとに固有の“1データ”となるように加工する。

具体的には、対象者 1 人について 5 分に 1 個記録された BCC や WIB 値を約 50 データずつ持つことになるが、それらを個別に取り扱わず、1 人につき 1 つのデータとして、「WIB 値の平均値」「調査時間中の BCC 回数（例：F が 10 回出現したら“F=10”など）（以下「基本データ」とする）で把握する。加工の具体的な内容は以下の通りである。

取得データ数にバラつきがあり（調査実施時間の差に伴い、“1 時間分の 12 データ（5 分×12 枠）に止まるもの”、“5 時間分 60 データあるもの”等が混在）、数量的分析に適さないため、全ての対象者のデータを 最頻値の **4 時間（240 分＝5 分×48 枠）** に揃える。

※48 を超える場合は“スタートから”のデータを採用し、不足する場合は不足分を欠損値として取扱う

2. 調査結果

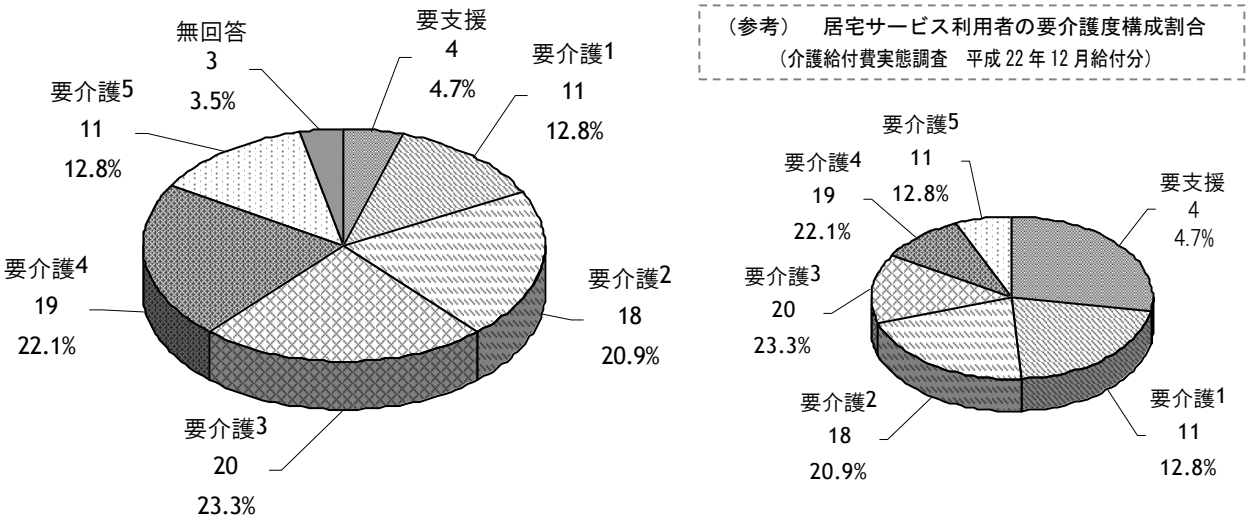
(1)対象者の基本属性と介護状況

①要介護度（アンケート調査より）

対象者 86 人の要介護度は、「要介護 3」が 20 人(23.3%)と最も多く、以下「要介護 4」が 19 人(22.1%)、「要介護 2」が 18 人(20.9%)の順であった。

なお、居宅サービス利用者一般との比較では、若干要介護度が重度の割合が高い対象群であった。

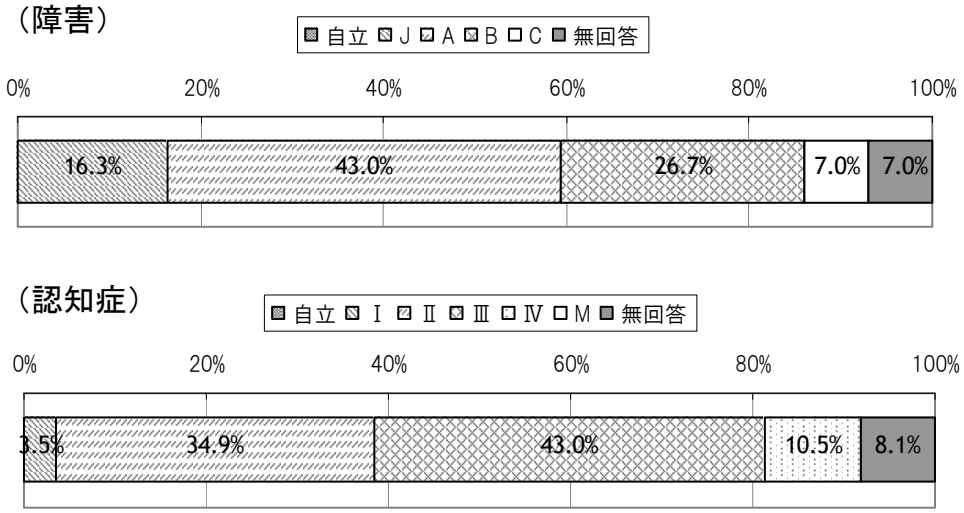
図表 1-1　要介護度



②日常生活自立度（在宅訪問調査より）

障害高齢者の日常生活自立度は、「A」が 43.0%、「B」が 26.7%、「J」が 16.3%の順であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、「Ⅲ」が 43.0%、「Ⅱ」が 34.9%、「Ⅳ」が 10.5%の順であった。障害、認知症とも「自立」の方はいなかった。

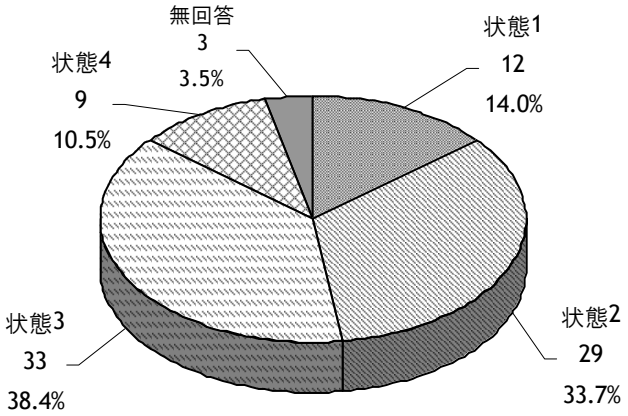
図表 1-2　日常生活自立度



③認知症の状態

認知症の状態（日常生活能力、日常会話、具体的な症状から総合判断）は、「状態 3」が 33 人（38.4%）と最も多く、次いで「状態 2」が 29 人（33.7%）、「状態 1」が 12 人（14.0%）であった。

図表 1-3　認知症の状態

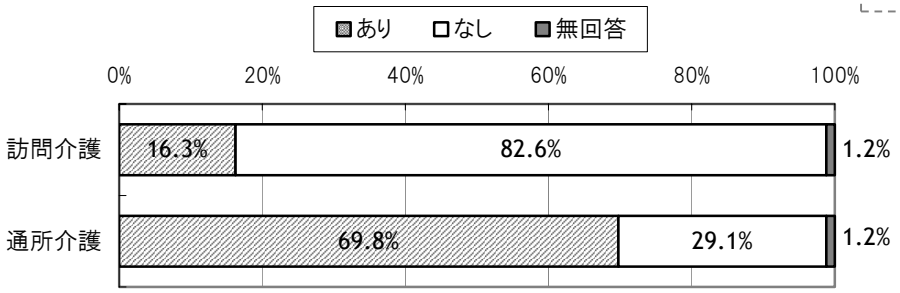


	日常生活能力	日常会話	具体的な症状
状態 1	・通常の家庭内での行動はほぼ自立している ・日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度	・ほぼ普通	・社会的な出来事への興味や関心が乏しい ・話題が乏しく、限られている ・同じことを繰り返し話す、たずねる ・今までできた作業（事務、家事、買物など）にミスまたは能力低下が目立つ
状態 2	・知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない ・助言や介助が必要	・簡単な日常会話はどうやら可能 ・意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる	・慣れない状況で場所を間違えたり、道に迷う ・同じ物を何度も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
状態 3	・日常生活が一人ではとても無理 ・日常生活に多くの助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難	・慣れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したことや、さっき言ったことすら忘れる
状態 4	・同上	・同上	・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない

④介護サービスの利用

訪問介護と通所介護（認知症対応型通所介護含む）利用状況は、訪問介護は「（利用）あり」が16.3%、通所介護は「あり」が69.8%であった。

図表 1-4　訪問介護・通所介護の利用状況



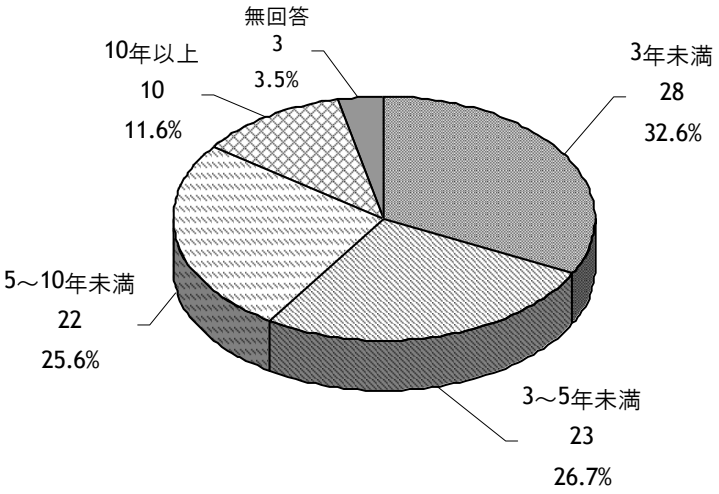
（参考）　訪問介護・通所介護の利用割合
（介護給付費実態調査　平成22年12月給付分）

	あ　り	な　し
訪問介護	39.8%	60.2%
通所介護	43.9%	56.1%

⑤介護期間

介護期間（階級別）については、「3 年未満」が 28 人（32.6%）と最も多く、次いで「3～5 年未満」が 23 人（26.7%）、「5～10 年未満」が 22 人（25.6%）であった。

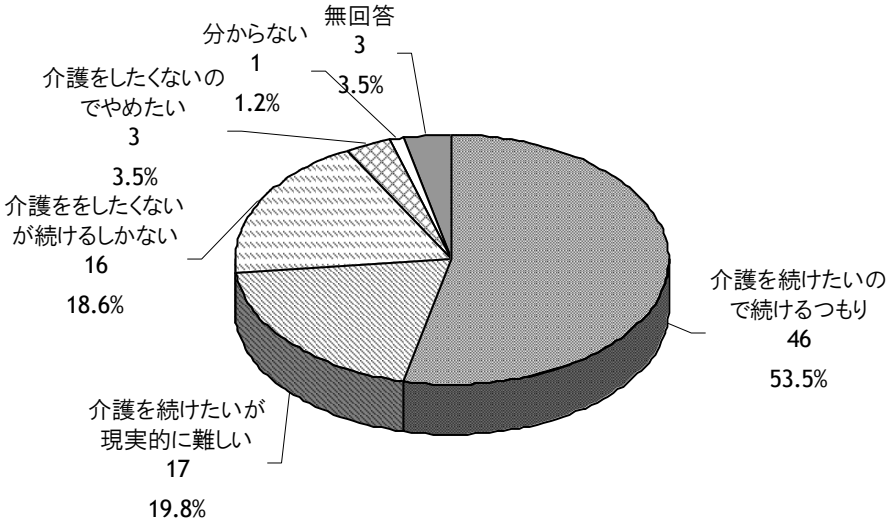
図表 1-5　介護期間（階級）



⑥介護意識

主介護者の介護意識について、「介護を続けたいので続けるつもり」が 46 人(53.5%)と 5 割超となり、次いで「介護を続けたいが現実的に難しい」が 17 人(19.8%)、「介護をしたくないが続けるしかない」が 16 人(18.6%)の順であった。

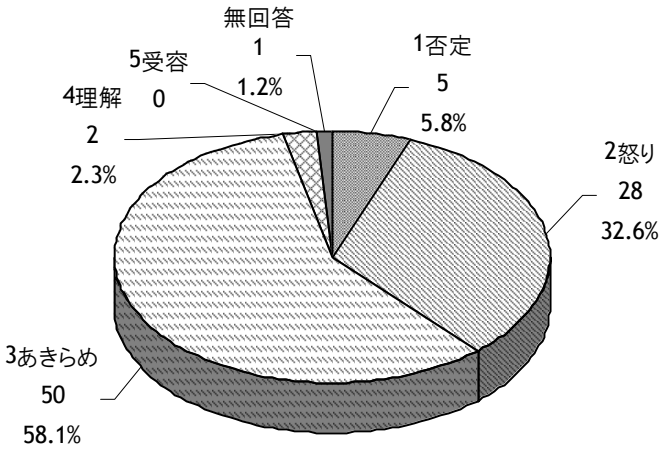
図表 1-6　介護意識



⑦介護ステージ(本人と主介護者の関係性)

主介護者の心理状態としての介護ステージは、「第 3 段階　あきらめ」が 50 人(58.1%)と 6 割弱であり、以下、「第 2 段階　怒り」が 28 人(32.6%)、「第 1 段階　否定」が 5 人(5.8%)の順であった。「第 5 段階　受容」は該当者がいなかった。

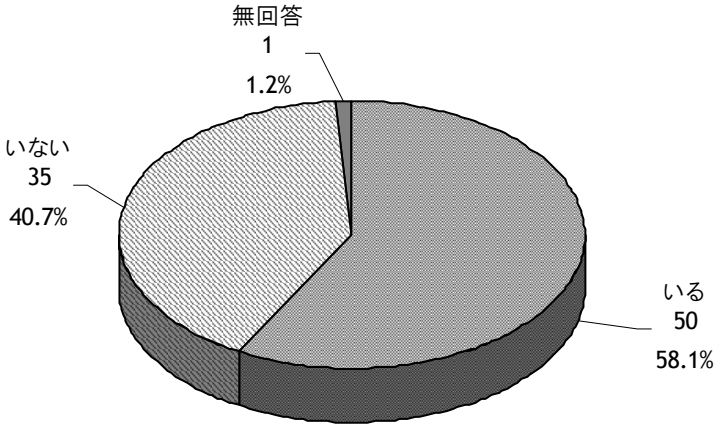
図表 1-7　介護ステージ(主介護者の心理状態)



⑧介護の支援者

介護の支援者の有無については、「いる」が 50 人(58.1%)、「いない」が 35 人(40.7%)であった。

図表 1-8　介護の支援者



(2)DCM 全数データによる分析（86 人×48 枠＝N4,128）

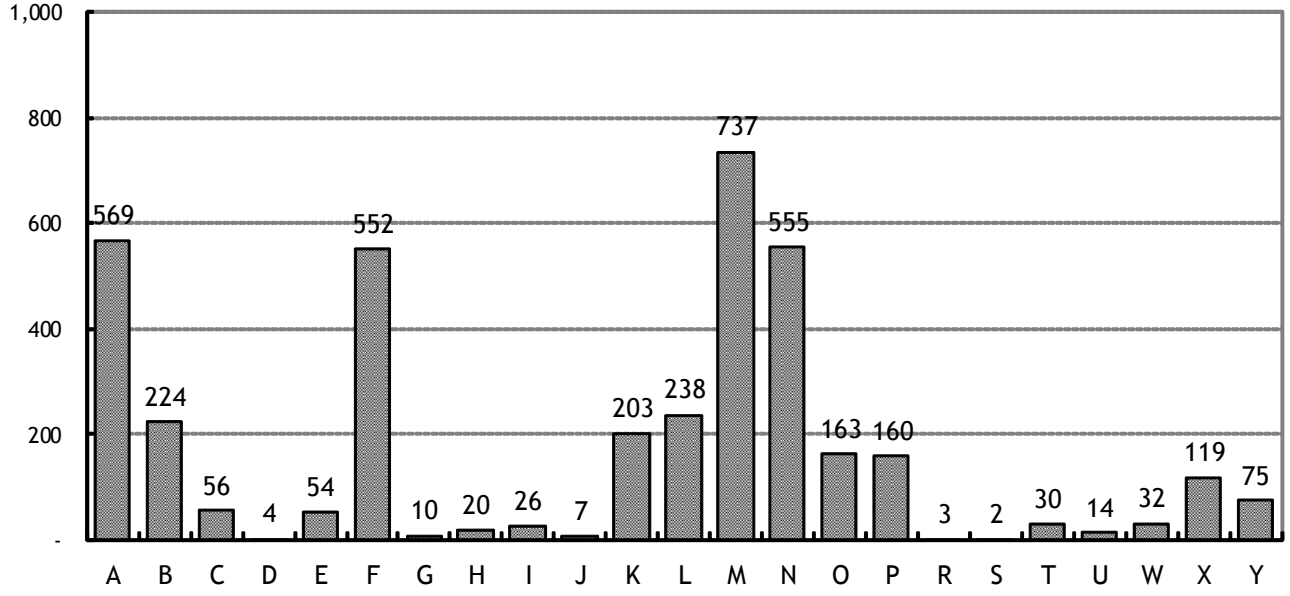
次に、在宅訪問調査によるマッピングデータ(BCC、WIB 値等のコーディング)について、対象者 86 人の全ての 5 分ごとのデータN4,128 の全体状況を示す。

①全体集計

ｉ)本人の BCC 分布（有効 N3,853）

本人のBCC 分布は、「M(メディア)」が 737 件(19.1%)で最も多く、次いで「A(交流)」が 569 件(14.8%)、「N(睡眠)」が 555 件(14.4%)、「F(飲食)」が 552 件(14.3%)の順であった。この 4 種類のコードが突出していて、5 番目に多い「L(仕事)」は 238 件であり、300 件以上離れていた。

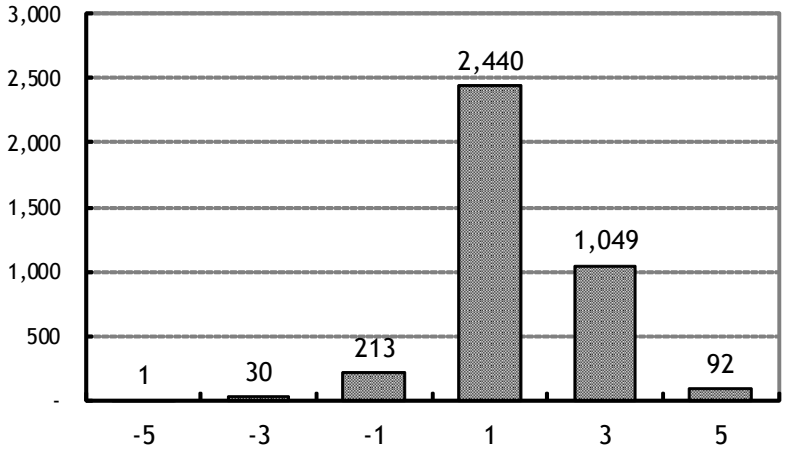
図表 2-1-1　本人の BCC 分布



ⅱ）本人の WIB 値分布（有効 N3,825）

本人の WIB 値の分布は、「1」が 2,440 件(63.8%)と最も多く、次いで「3」が 1,049 件(25.4%)、「-1」が 213 件、「5」が 92 件であった。なお、平均値は 1.66 であった。

図表 2-1-2　本人の WIB 値分布



ⅲ）PE・NE

PE(よい出来事)・NE(よくない出来事)の出現回数は、「PE」は 270 件(6.5%)であった。また、「NE」は 56 件(1.4%)であった。

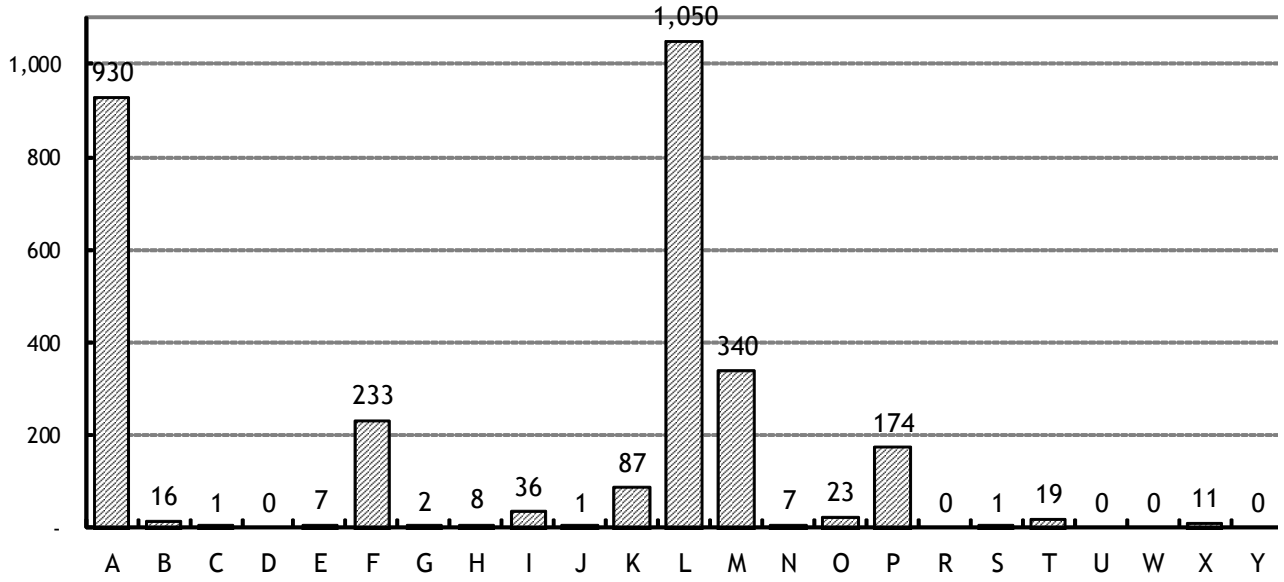
図表 2-1-3　PE・NE

PE	全体
270	4,128
6.5%	100.0%
NE	**全体**
56	4,128
1.4%	100.0%

ⅳ）主介護者の BCC 分布（有効 N2,946）

主介護者の BCC 分布では、「L（仕事）」が 1,050 件（35.6%）、「A（交流）」が 930 件（31.6%）と多くなっていた。以下、「M（メディア）」が 340 件（11.5%）、「F（飲食）」が 233 件（7.9%）、「P（身体ケア）」が 174 件（5.9%）の順であった。

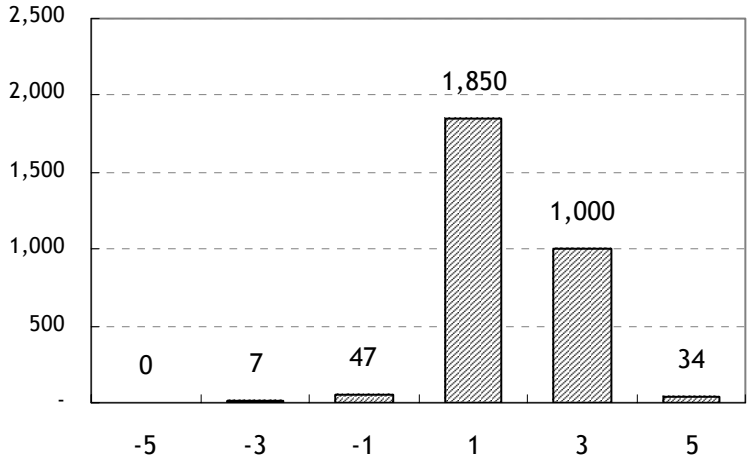
図表 2-1-4　主介護者の BCC 分布



ⅴ）主介護者の WIB 値分布（有効 N2,938）

主介護者の WIB 値の分布は、「1」が 1,850 件（63.0%）と最も多く、次いで「3」が 1,000 件（34.0%）、「−1」が 47 件、「5」が 34 件であった。なお、平均値は 1.68 であった。

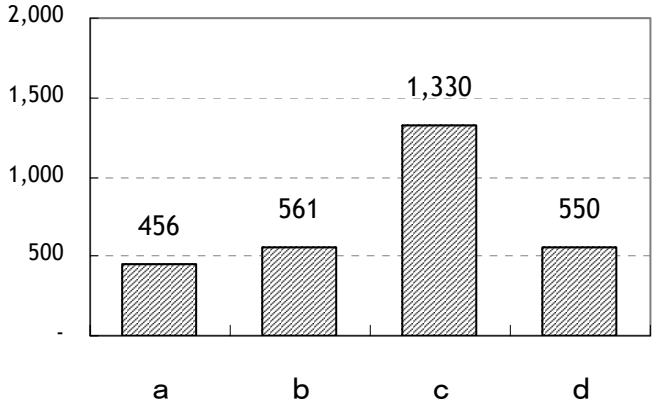
図表 2-1-5　主介護者の WIB 値分布



ⅵ）主介護者の見守り度分布（有効 N2,897）

主介護者の見守り度（4段階評価）の分布は、「c（見守り）」が1,330件（45.9%）と最も多く、他は、「b（誘導）」が561件（19.4%）、「d（見守りもしていない）」が550件（19.0%）、「a（直接介助）」が456件（19.0%）であった。

図表 2-1-6　主介護者の見守り度分布



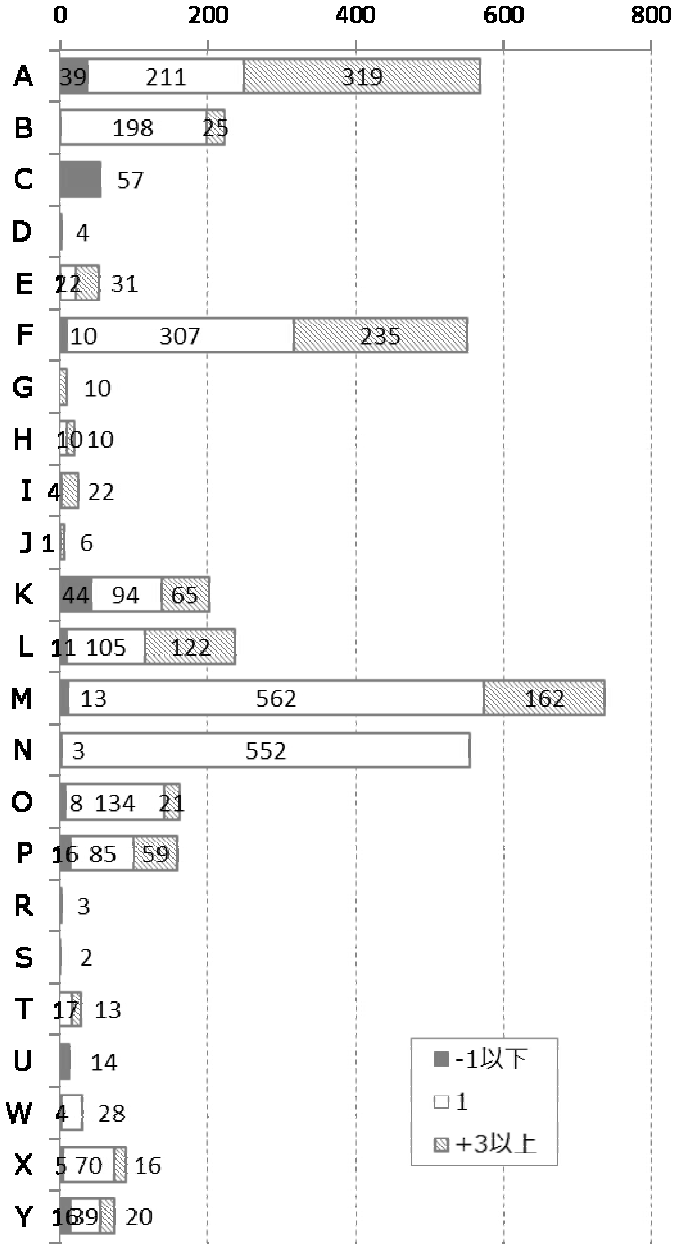
見守り度	
a	直接介助
b	誘導
c	見守り
d	見守りもしていない

vii）本人 BCC 別の WIB 値構成割合・平均 WIB 値

本人の BCC ごとに WIB 値の構成割合（3 段階「-1 以下」「+1」「+3 以上」）をみると、「A（交流）」では 56.1%が「+3 以上」を占めていた他、N50 以上の BCC のうち「+3」が多いものは、「E（表現活動）」57.4%、「F（飲食）」42.6%、「L（仕事）」51.3%、「P（身体ケア）」36.9%であった。

WIB 値平均値（N10 以上）の下位 5 種類をみると、「C（閉じこもり）」-1.04、「U（一方的）」-0.86、「X（排泄）」0.93、「Y（独語）」0.95、「N（睡眠）」0.98 であった。

図表 2-1-7 本人 BCC 別の WIB 値の構成割合



	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	569	6.9%	37.1%	56.1%	2.09
B	223	0.0%	88.7%	11.3%	1.21
C	57	100.0%	0.0%	0.0%	-1.04
D	4	100.0%	0.0%	0.0%	-2.00
E	54	1.9%	40.7%	57.4%	2.15
F	552	1.8%	55.6%	42.6%	1.88
G	10	0.0%	0.0%	100.0%	3.20
H	20	0.0%	50.0%	50.0%	2.10
I	26	0.0%	15.4%	84.6%	2.85
J	7	0.0%	14.3%	85.7%	2.71
K	203	21.7%	46.3%	32.0%	1.13
L	238	4.6%	44.1%	51.3%	2.03
M	737	1.8%	76.3%	22.0%	1.43
N	555	0.5%	99.5%	0.0%	0.98
O	163	4.9%	82.2%	12.9%	1.18
P	160	10.0%	53.1%	36.9%	1.54
R	3	0.0%	0.0%	100.0%	3.67
S	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
T	30	0.0%	56.7%	43.3%	1.87
U	14	100.0%	0.0%	0.0%	-0.86
W	32	12.5%	87.5%	0.0%	0.75
X	91	4.2%	58.8%	13.4%	0.93
Y	75	21.3%	52.0%	26.7%	0.95

【本人 BCC 別の本人 WIB 値構成割合 集計表】

	-5	-3	-1	1	3	5
A	0	6	33	211	282	37
	0.0%	1.1%	5.8%	37.1%	49.6%	6.5%
B	0	0	0	198	25	0
	0.0%	0.0%	0.0%	88.7%	11.3%	0.0%
C	0	1	56	0	0	0
	0.0%	1.8%	98.2%	0.0%	0.0%	0.0%
D	0	2	2	0	0	0
	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
E	0	0	1	22	30	1
	0.0%	0.0%	1.9%	40.7%	55.6%	1.9%
F	0	0	10	307	216	19
	0.0%	0.0%	1.8%	55.6%	39.1%	3.4%
G	0	0	0	0	9	1
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	90.0%	10.0%
H	0	0	0	10	9	1
	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	45.0%	5.0%
I	0	0	0	4	20	2
	0.0%	0.0%	0.0%	15.4%	76.9%	7.7%
J	0	0	0	1	6	0
	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
K	0	8	36	94	65	0
	0.0%	3.9%	17.7%	46.3%	32.0%	0.0%
L	0	1	10	105	110	12
	0.0%	0.4%	4.2%	44.1%	46.2%	5.0%
M	0	1	12	562	150	12
	0.0%	0.1%	1.6%	76.3%	20.4%	1.6%
N	0	2	1	552	0	0
	0.0%	0.4%	0.2%	99.5%	0.0%	0.0%
O	0	0	8	134	19	2
	0.0%	0.0%	4.9%	82.2%	11.7%	1.2%
P	1	2	13	85	55	4
	0.6%	1.3%	8.1%	53.1%	34.4%	2.5%
R	0	0	0	0	2	1
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%
S	0	0	0	0	2	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
T	0	0	0	17	13	0
	0.0%	0.0%	0.0%	56.7%	43.3%	0.0%
U	0	0	14	0	0	0
	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
W	0	0	4	28	0	0
	0.0%	0.0%	12.5%	87.5%	0.0%	0.0%
X	0	1	4	70	16	0
	0.0%	0.8%	3.4%	58.8%	13.4%	0.0%
Y	0	6	10	39	20	0
	0.0%	8.0%	13.3%	52.0%	26.7%	0.0%
合計	1	30	213	2440	1049	92
	0.0%	0.7%	5.2%	59.1%	25.4%	2.2%

(2)DCM 全数データによる分析（86 人×48 枠＝N4,128）

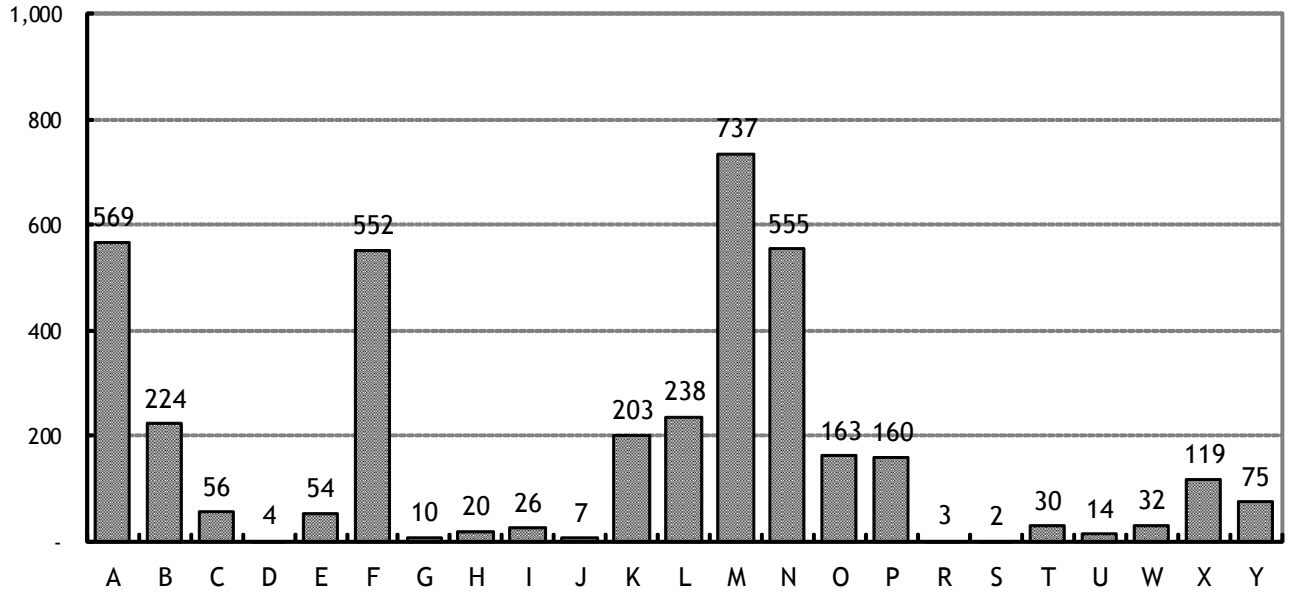
次に、在宅訪問調査によるマッピングデータ（BCC、WIB 値等のコーディング）について、対象者 86 人の全ての 5 分ごとのデータN4,128 の全体状況を示す。

①全体集計

ⅰ）本人の BCC 分布（有効 N3,853）

本人のBCC 分布は、「M（メディア）」が 737 件(19.1%)で最も多く、次いで「A（交流）」が 569 件（14.8%）、「N（睡眠）」が 555 件（14.4%）、「F(飲食)」が 552 件（14.3%）の順であった。この 4 種類のコードが突出していて、5 番目に多い「L（仕事）」は 238 件であり、300 件以上離れていた。

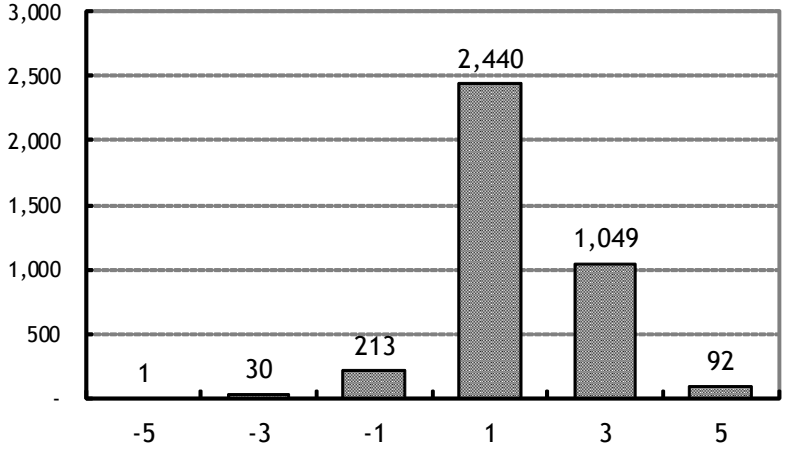
図表 2-1-1　本人の BCC 分布



ⅱ）本人の WIB 値分布（有効 N3,825）

本人の WIB 値の分布は、「1」が 2,440 件（63.8%）と最も多く、次いで「3」が 1,049 件（25.4%）、「-1」が 213 件、「5」が 92 件であった。なお、平均値は 1.66 であった。

図表 2-1-2　本人の WIB 値分布



ⅲ）PE・NE

PE・NE の出現回数は、「PE」(本人の良い状態の原因となったできごと)は 270 件(6.5%)であった。また、「NE」(本人の悪い状態の原因となったできごと)は 56 件(1.4%)であった。

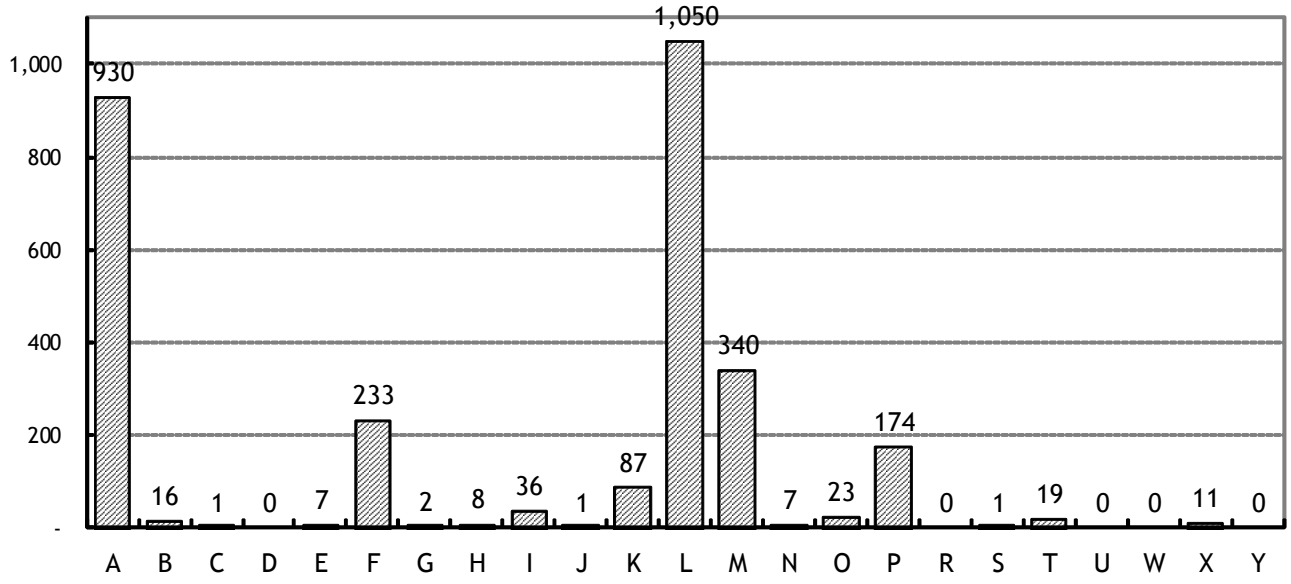
図表 2-1-3　PE・NE

PE	全体
270	4,128
6.5%	100.0%
NE	**全体**
56	4,128
1.4%	100.0%

ⅳ）主介護者の BCC 分布 （有効 N2,946）

主介護者の BCC 分布では、「L(仕事)」が 1,050 件(35.6%)、「A(交流)」が 930 件(31.6%)と多くなっていた。以下、「M(メディア)」が 340 件(11.5%)、「F(飲食)」が 233 件(7.9%)、「P(身体ケア)」が 174 件(5.9%)の順であった。

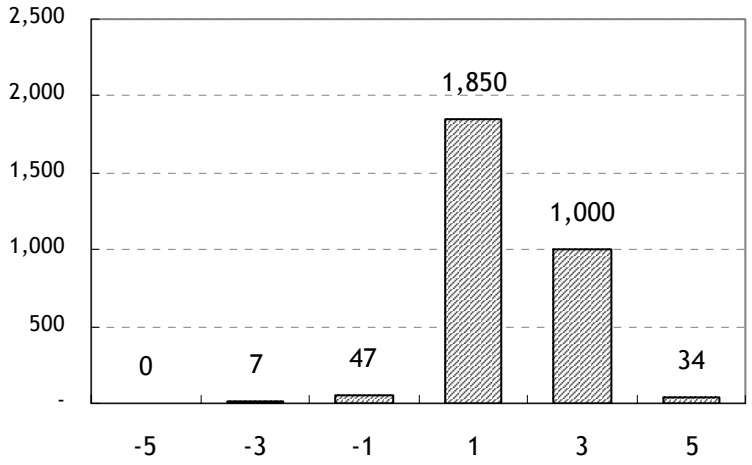
図表 2-1-4　主介護者の BCC 分布



ⅴ）主介護者の WIB 値分布（有効 N2,938）

主介護者のWIB値の分布は、「1」が1,850件(63.0%)と最も多く、次いで「3」が1,000件(34.0%)、「-1」が 47 件、「5」が 34 件であった。なお、平均値は 1.68 であった。

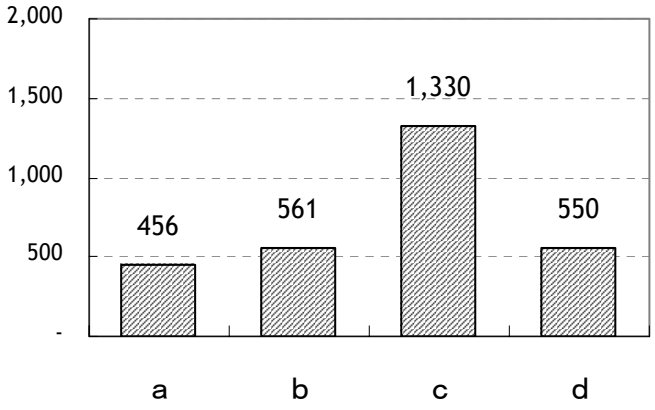
図表 2-1-5　主介護者の WIB 値分布



ⅵ）主介護者の見守り度分布（有効 N2,897）

主介護者の見守り度(4段階評価)の分布は、「c(見守り)」が1,330件(45.9%)と最も多く、他は、「b(誘導)」が 561 件(19.4%)、「d(見守りもしていない)」が 550 件(19.0%)、「a(直接介助)」が 456 件(19.0%)であった。

図表 2-1-6　主介護者の見守り度分布



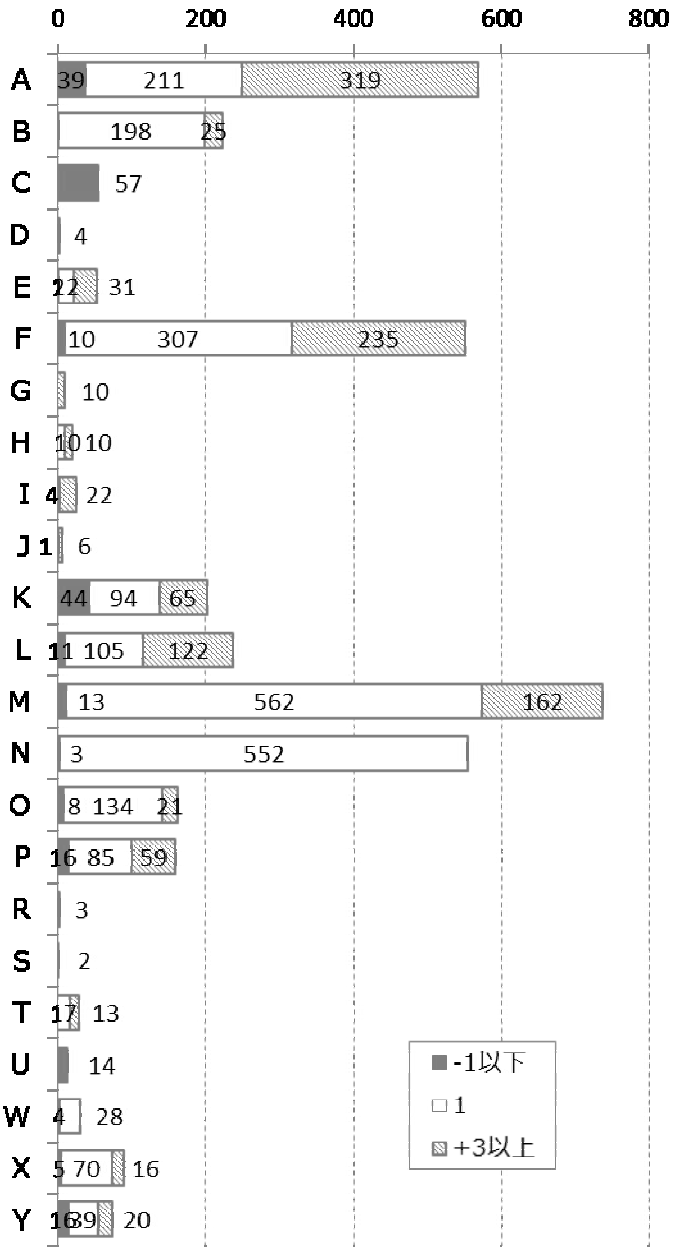
見守り度	
a	直接介助
b	誘導
c	見守り
d	見守りもしていない

vii）本人 BCC 別の WIB 値構成割合・平均 WIB 値

本人の BCC ごとに WIB 値の構成割合（3 段階「-1 以下」「+1」「+3 以上」）をみると、「A（交流）」では 56.1%が「+3 以上」を占めていた他、N50 以上の BCC のうち「+3」が多いものは、「E（表現活動）」57.4%、「F（飲食）」42.6%、「L（仕事）」51.3%、「P（身体ケア）」36.9%であった。

WIB 値平均値（N10 以上）の下位 5 種類をみると、「C（閉じこもり）」-1.04、「U（一方的）」-0.86、「X（排泄）」0.93、「Y（独語）」0.95、「N（睡眠）」0.98 であった。

図表 2-1-7 本人 BCC 別の WIB 値の構成割合



	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	569	6.9%	37.1%	56.1%	2.09
B	223	0.0%	88.7%	11.3%	1.21
C	57	100.0%	0.0%	0.0%	-1.04
D	4	100.0%	0.0%	0.0%	-2.00
E	54	1.9%	40.7%	57.4%	2.15
F	552	1.8%	55.6%	42.6%	1.88
G	10	0.0%	0.0%	100.0%	3.20
H	20	0.0%	50.0%	50.0%	2.10
I	26	0.0%	15.4%	84.6%	2.85
J	7	0.0%	14.3%	85.7%	2.71
K	203	21.7%	46.3%	32.0%	1.13
L	238	4.6%	44.1%	51.3%	2.03
M	737	1.8%	76.3%	22.0%	1.43
N	555	0.5%	99.5%	0.0%	0.98
O	163	4.9%	82.2%	12.9%	1.18
P	160	10.0%	53.1%	36.9%	1.54
R	3	0.0%	0.0%	100.0%	3.67
S	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
T	30	0.0%	56.7%	43.3%	1.87
U	14	100.0%	0.0%	0.0%	-0.86
W	32	12.5%	87.5%	0.0%	0.75
X	91	4.2%	58.8%	13.4%	0.93
Y	75	21.3%	52.0%	26.7%	0.95

【本人 BCC 別の本人 WIB 値構成割合 集計表】

	-5	-3	-1	1	3	5
A	0	6	33	211	282	37
	0.0%	1.1%	5.8%	37.1%	49.6%	6.5%
B	0	0	0	198	25	0
	0.0%	0.0%	0.0%	88.7%	11.3%	0.0%
C	0	1	56	0	0	0
	0.0%	1.8%	98.2%	0.0%	0.0%	0.0%
D	0	2	2	0	0	0
	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
E	0	0	1	22	30	1
	0.0%	0.0%	1.9%	40.7%	55.6%	1.9%
F	0	0	10	307	216	19
	0.0%	0.0%	1.8%	55.6%	39.1%	3.4%
G	0	0	0	0	9	1
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	90.0%	10.0%
H	0	0	0	10	9	1
	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	45.0%	5.0%
I	0	0	0	4	20	2
	0.0%	0.0%	0.0%	15.4%	76.9%	7.7%
J	0	0	0	1	6	0
	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
K	0	8	36	94	65	0
	0.0%	3.9%	17.7%	46.3%	32.0%	0.0%
L	0	1	10	105	110	12
	0.0%	0.4%	4.2%	44.1%	46.2%	5.0%
M	0	1	12	562	150	12
	0.0%	0.1%	1.6%	76.3%	20.4%	1.6%
N	0	2	1	552	0	0
	0.0%	0.4%	0.2%	99.5%	0.0%	0.0%
O	0	0	8	134	19	2
	0.0%	0.0%	4.9%	82.2%	11.7%	1.2%
P	1	2	13	85	55	4
	0.6%	1.3%	8.1%	53.1%	34.4%	2.5%
R	0	0	0	0	2	1
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%
S	0	0	0	0	2	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
T	0	0	0	17	13	0
	0.0%	0.0%	0.0%	56.7%	43.3%	0.0%
U	0	0	14	0	0	0
	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
W	0	0	4	28	0	0
	0.0%	0.0%	12.5%	87.5%	0.0%	0.0%
X	0	1	4	70	16	0
	0.0%	0.8%	3.4%	58.8%	13.4%	0.0%
Y	0	6	10	39	20	0
	0.0%	8.0%	13.3%	52.0%	26.7%	0.0%
合計	1	30	213	2440	1049	92
	0.0%	0.7%	5.2%	59.1%	25.4%	2.2%

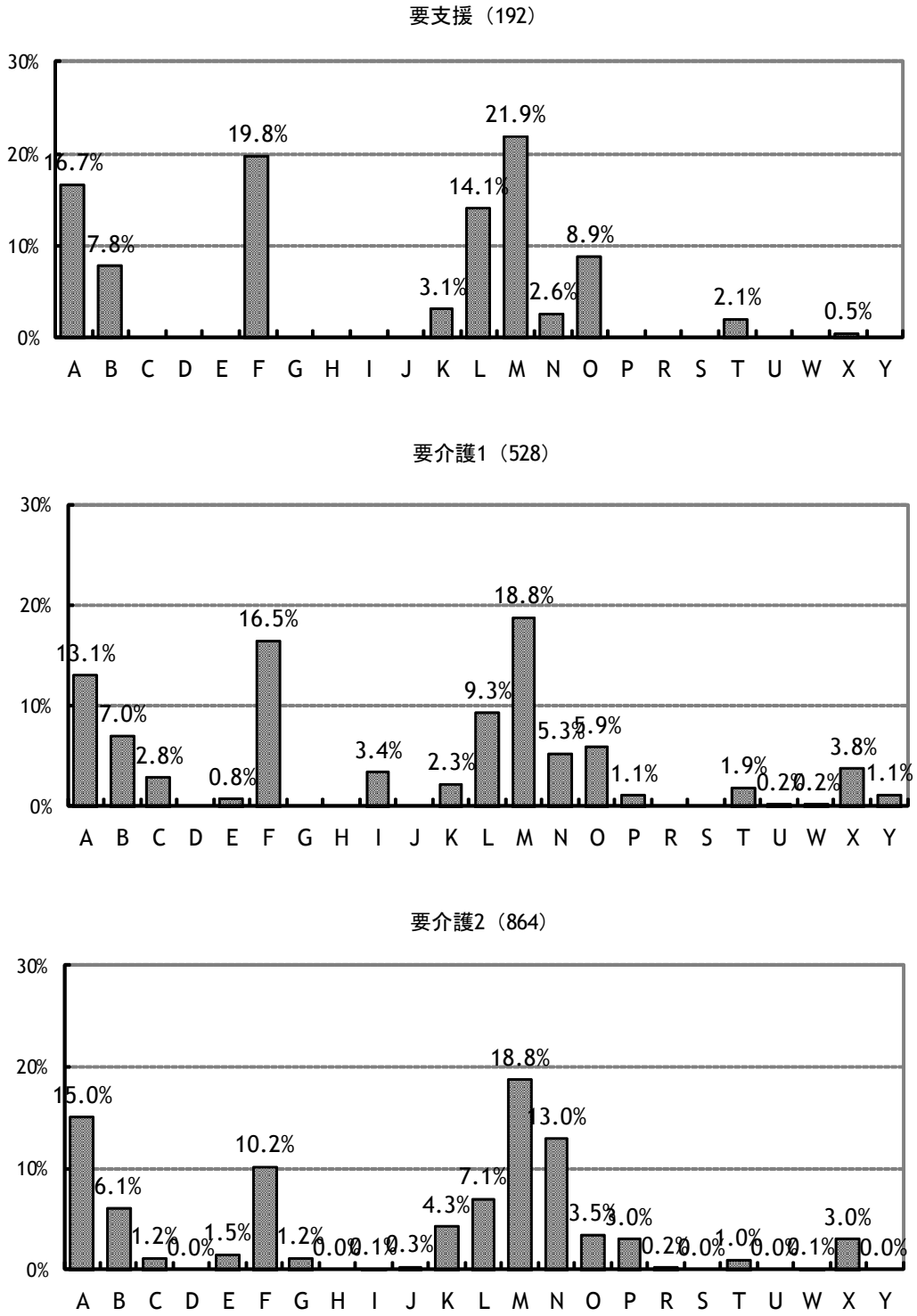
②基本属性・介護状況別の状況

ｉ）要介護度別の本人 BCC・WIB 値・PE/NE の状況

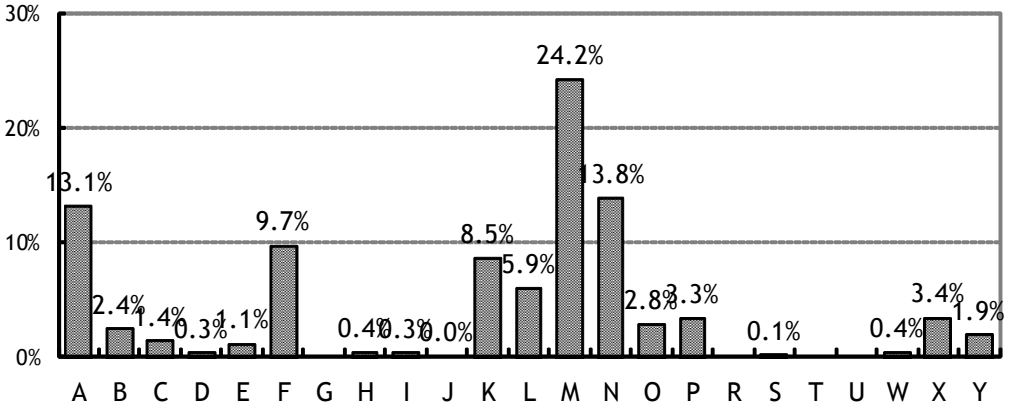
【BCC の分布】

要介護度ごとの BCC の分布では、要支援～要介護 3 の軽中度では「A（交流）」「F（飲食）」「M（メディア）」が高い割合を示した（F は減少傾向）が、要介護 4 以上の重度になるに従ってそれらは減少し、「N（睡眠）」「P（身体ケア）」が増加していた。

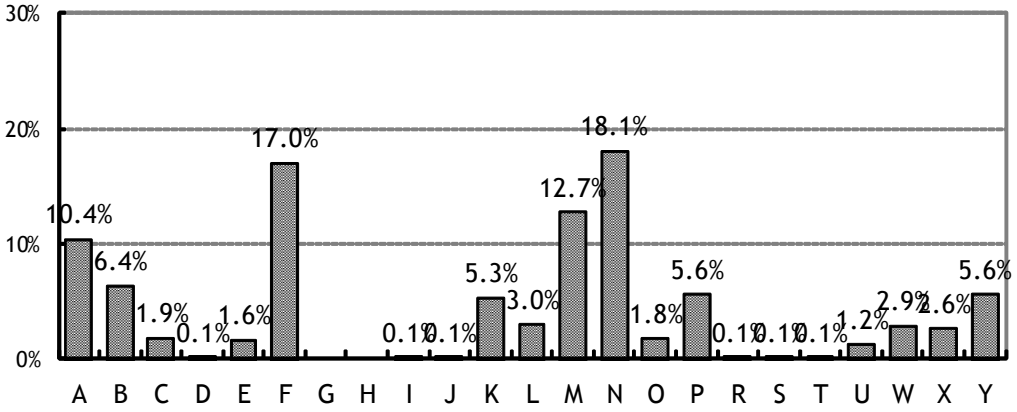
図表 2-2-1 要介護別の本人 BCC の分布



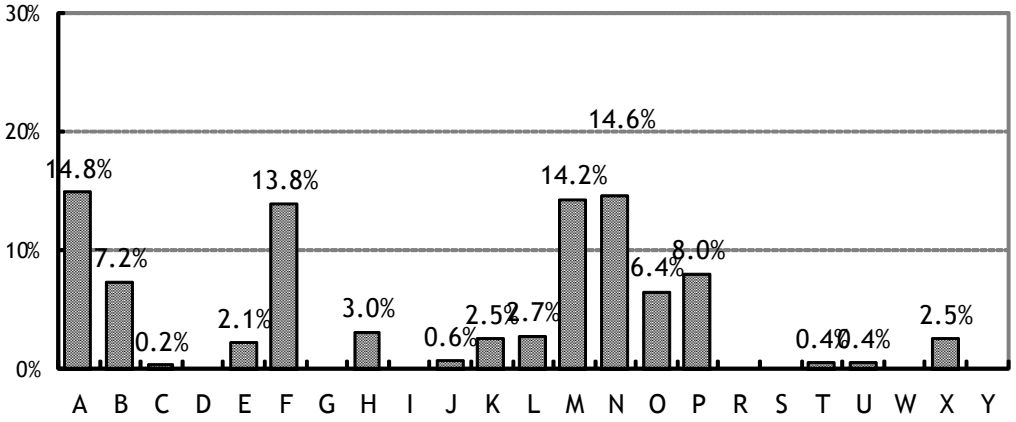
要介護3（960）



要介護4（912）



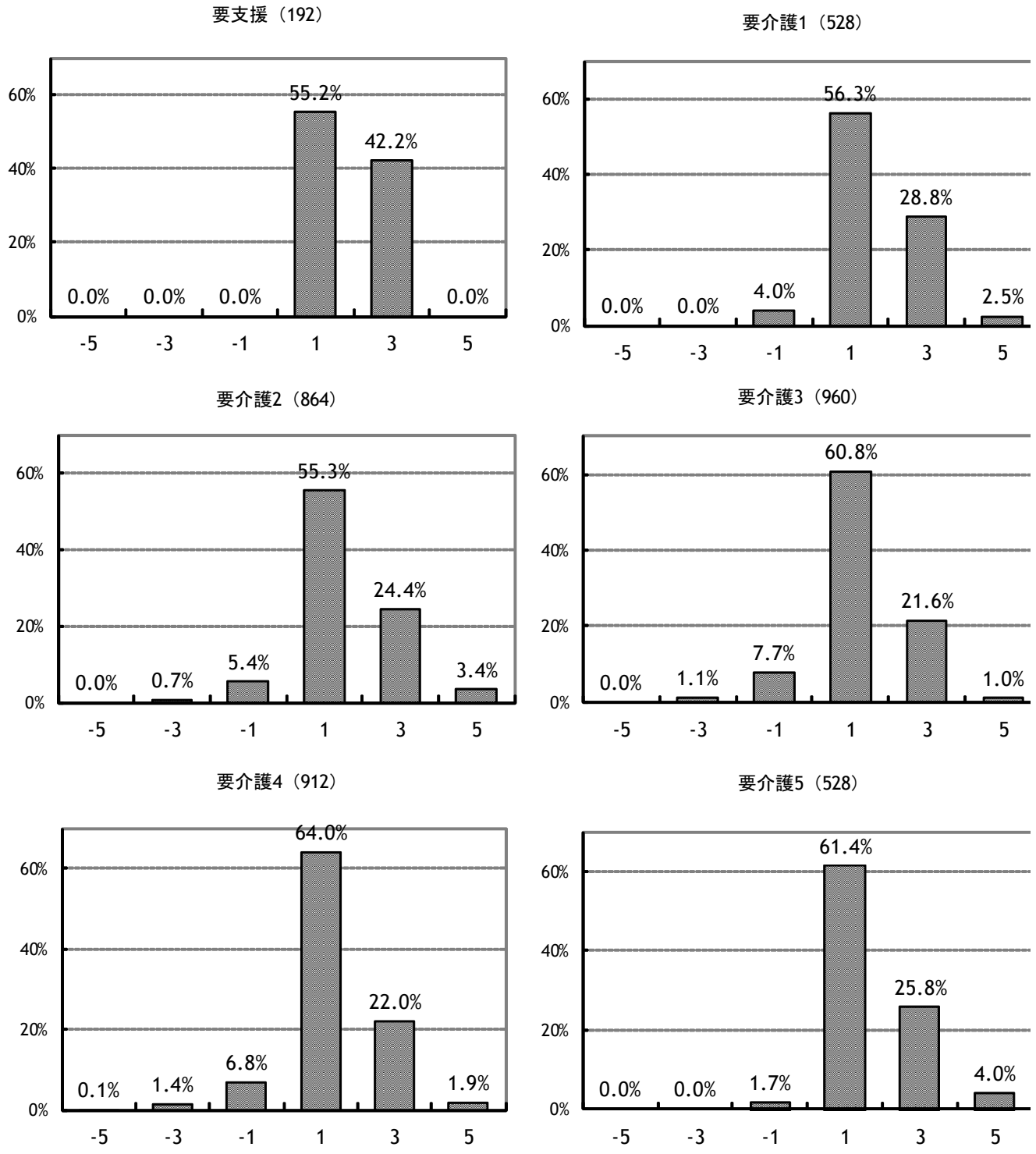
要介護5（528）



【WIB 値の分布】

要介護度ごとの WIB 値の分布では、「+1」が 5～6 割を占め中心的であることに差異はないが、「−1 以下」は要介護 1 から出現し始め、要介護 3 まで暫増するが、要介護 4 から要介護 5 にかけて減少傾向にあった。逆に「+3 以上」は要支援では 4 割以上あったが、要介護 1 で 3 割強となり、要介護 3 まで減少する。要介護 4 で増加傾向に転じ、要介護 5 では 3 割弱まで増加していた。

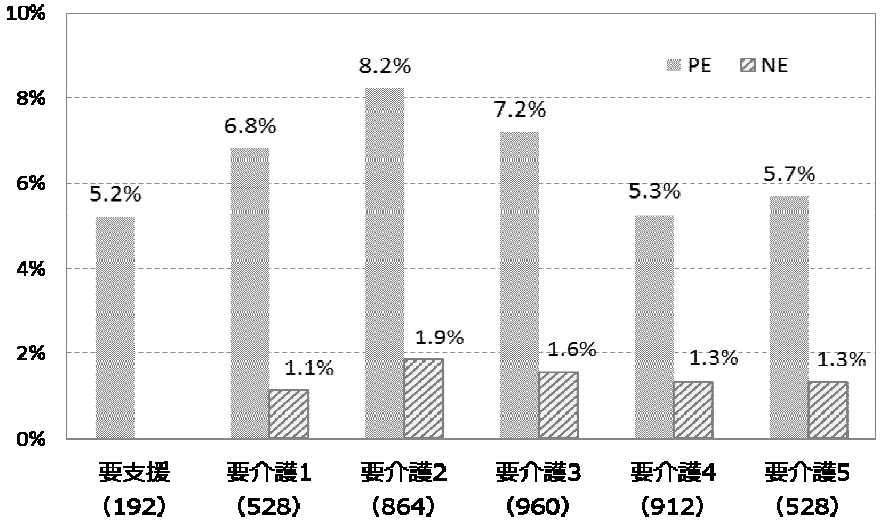
図表 2-2-2 要介護別の本人 WIB 値の分布



【PE/NE】

要介護度ごとの PE の状況（出現率）は、要支援の 5.2%から要介護 2 の 8.2%まで増加し、それをピークに要介護 4 まで減少傾向となり、要介護 5 で微増していた。一方、NE の状況は、同じく要介護 2 の 1.9%でピークとなり、その後減少するが、要介護 5 で増加に転じることはなかった。

図表 2-2-3 要介護別の PE/NE の出現状況

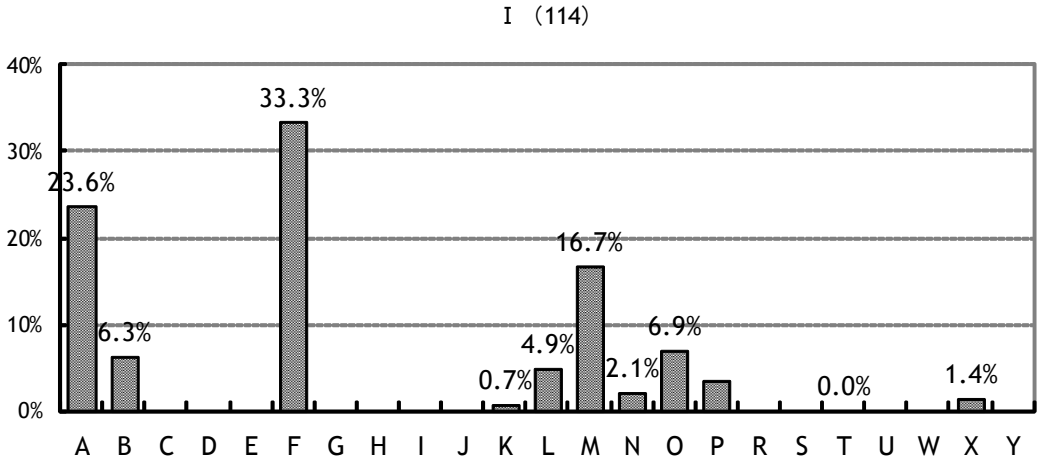


ⅱ）認知症高齢者の日常生活自立度別の本人 BCC・WIB 値・PE/NE の状況

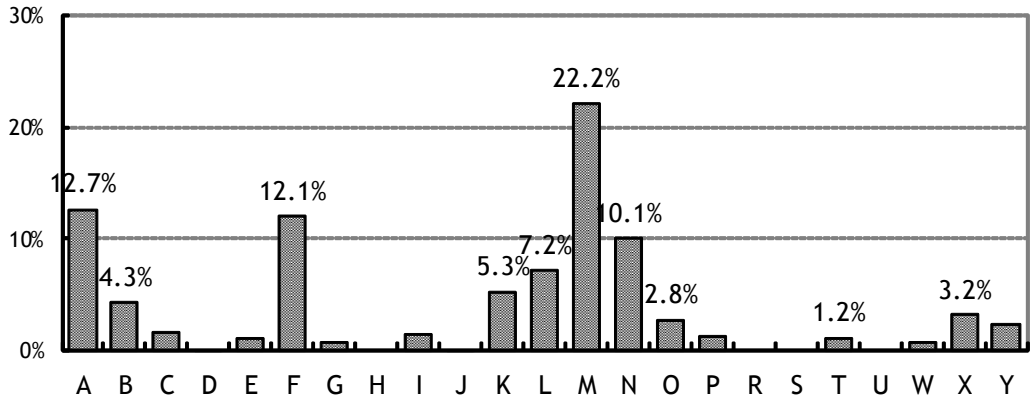
【BCC の分布】

認知症自立度ごとの BCC の分布では、ランクⅠでは「A（交流）」「F（飲食）」「M（メディア）」が高い割合を示したが、ランクⅡ以上では、それらが減少するとともに、「N（睡眠）」「P（身体ケア）」が増加していた。

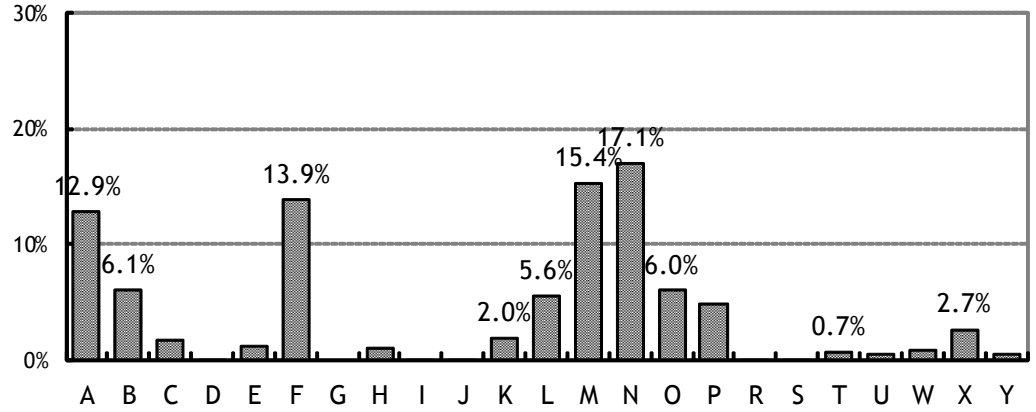
図表 2-2-4 認知症自立度別の本人 BCC の分布



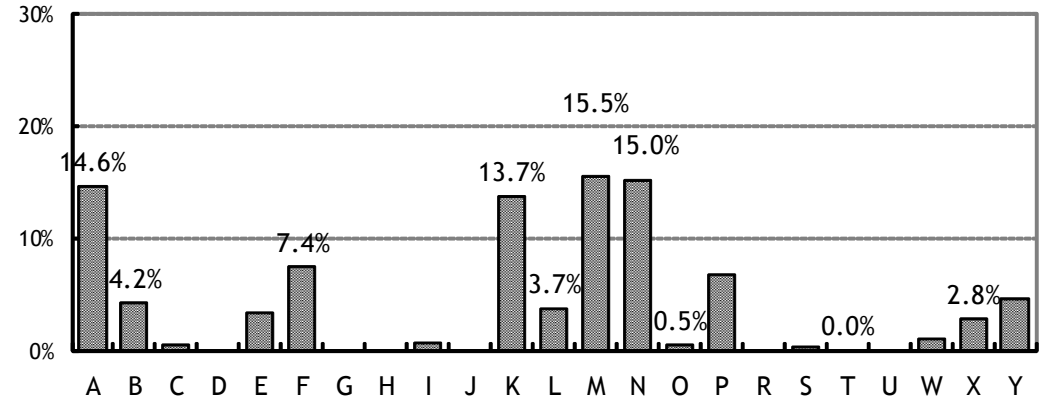
Ⅱ（1,440）



Ⅲ（1,776）



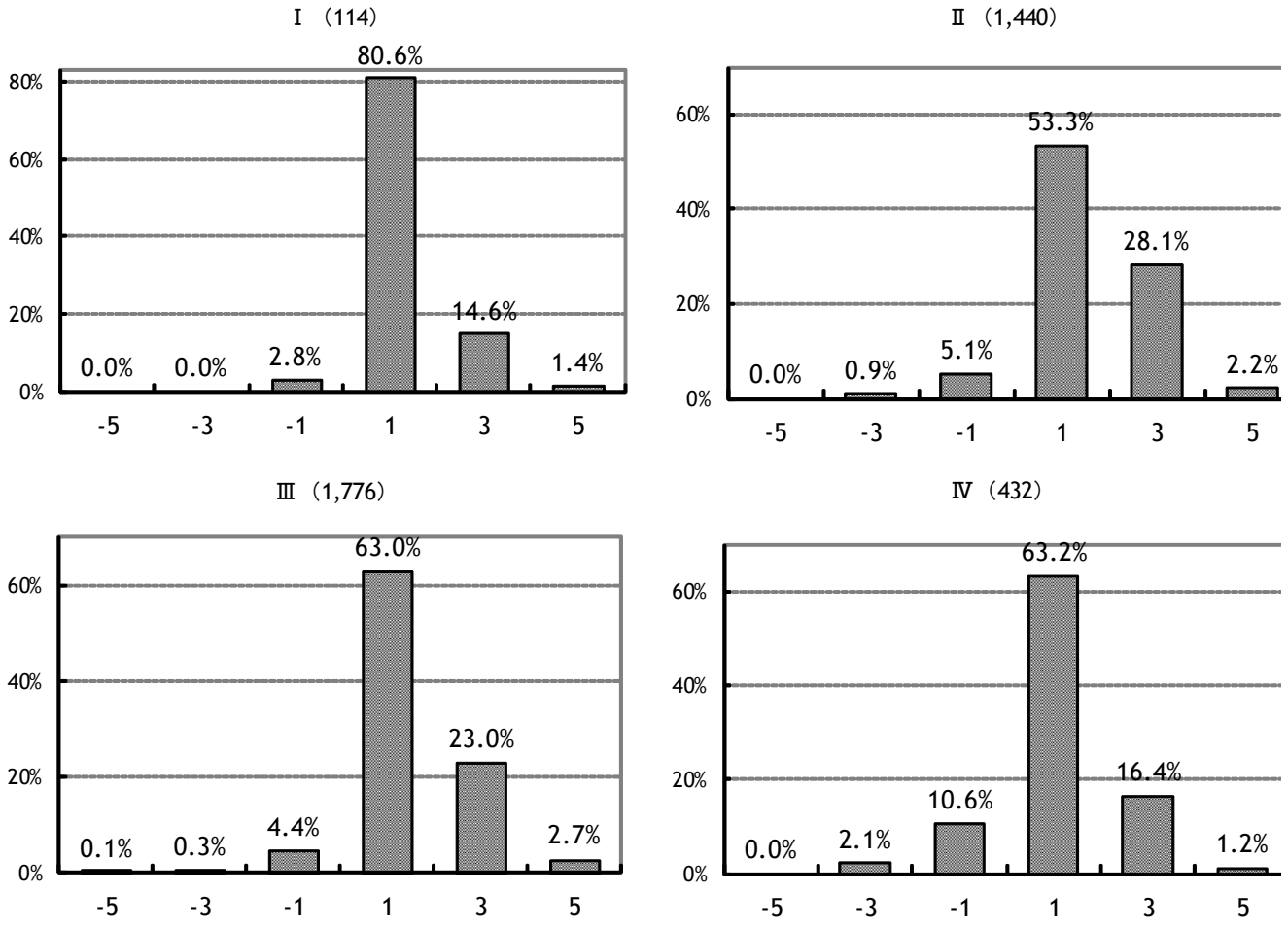
Ⅳ（432）



【WIB 値の分布】

認知症自立度ごとの WIB 値の分布では、ランクⅠでは「+1」が 8 割、「+3 以上」は 15%強であったが、ランクⅡでは「+3 以上」が 30%強まで増加していた。それをピークに、ランクⅢ以上の重度では、「+3 以上」は減少した。「−1 以下」はランクⅠからⅣまで一貫して暫増傾向にあった。

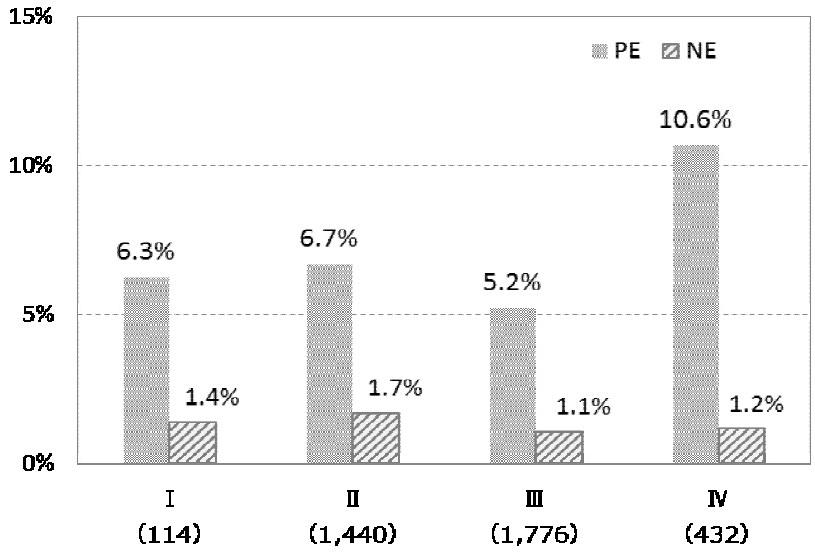
図表 2-2-5 認知症自立度別の本人 WIB 値の分布



【PE/NE】

認知症自立度ごとの PE の状況(出現率)は、ランクⅠ～Ⅲまでがほぼ横ばい傾向にあったが、ランクⅣで 10.6%に急増していた。一方、NE はランクⅡをピークにランクⅢ、Ⅳでも低い水準で推移した。

図表 2-2-6 認知症自立度別の PE/NE の出現状況

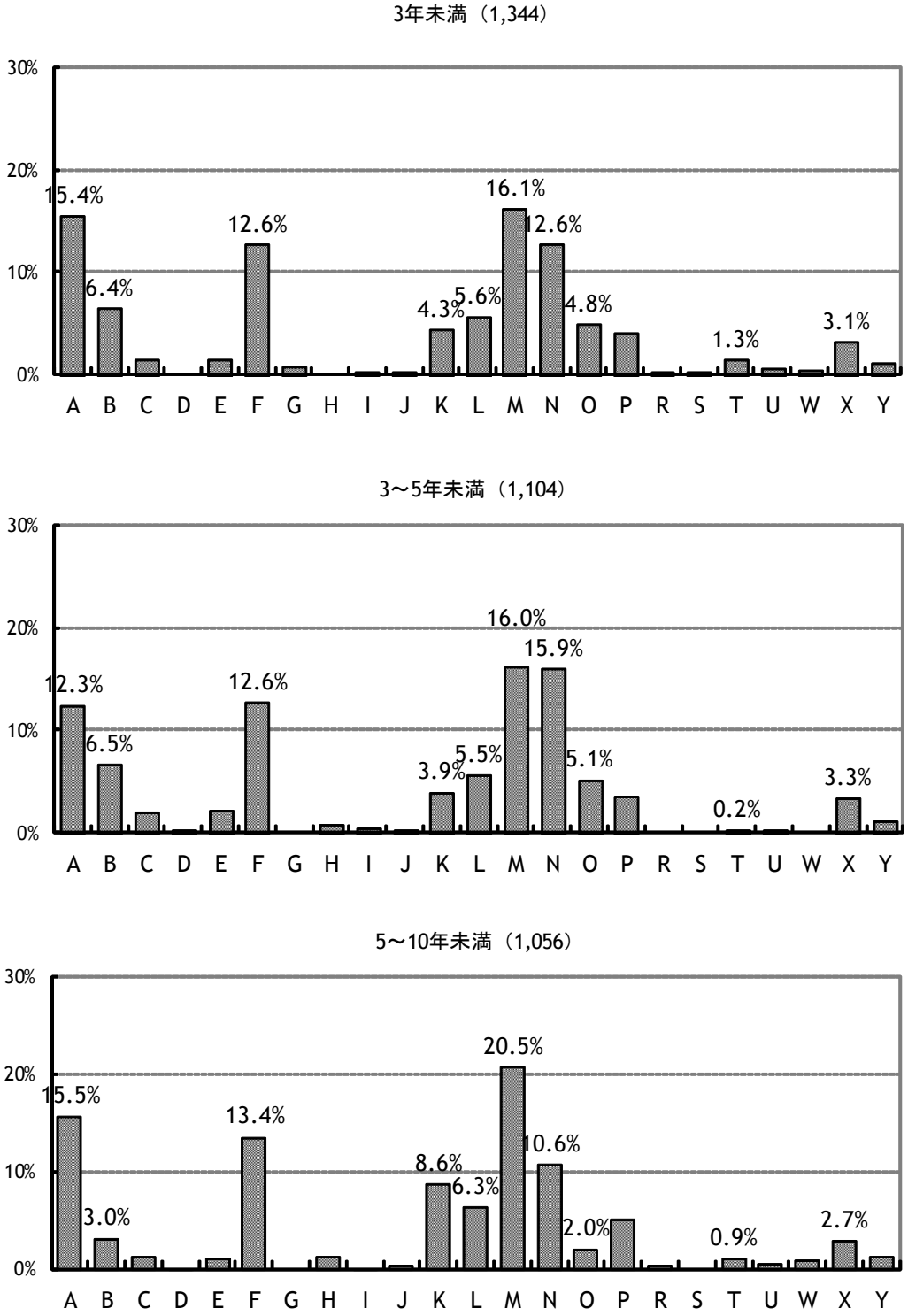


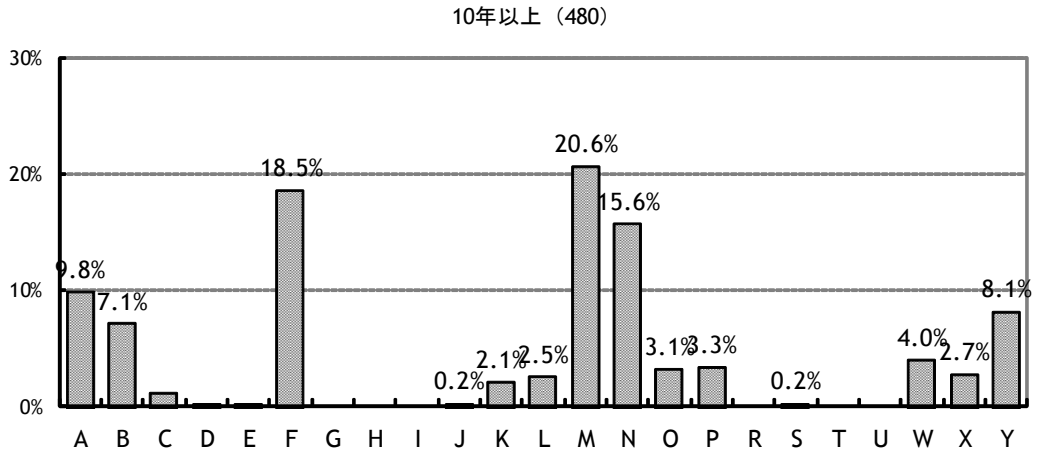
ⅲ）介護期間（階級）別の本人 BCC・WIB 値・PE/NE の状況

【BCC の分布】

介護期間ごとの BCC の分布では、3 年未満で「A（交流）」とともに「M（メディア）」が高い割合を示したが、5～10 年未満、10 年以上と長期になるに従って「M（メディア）」が増加する中で、「A」が減少、「N（睡眠）」「Y（独語）」が増加した。「A」+「M」から、「N」+「M」、「Y」+「M」という中身に変化していることが示唆された。

図表 2-2-7 介護期間別の本人 BCC の分布

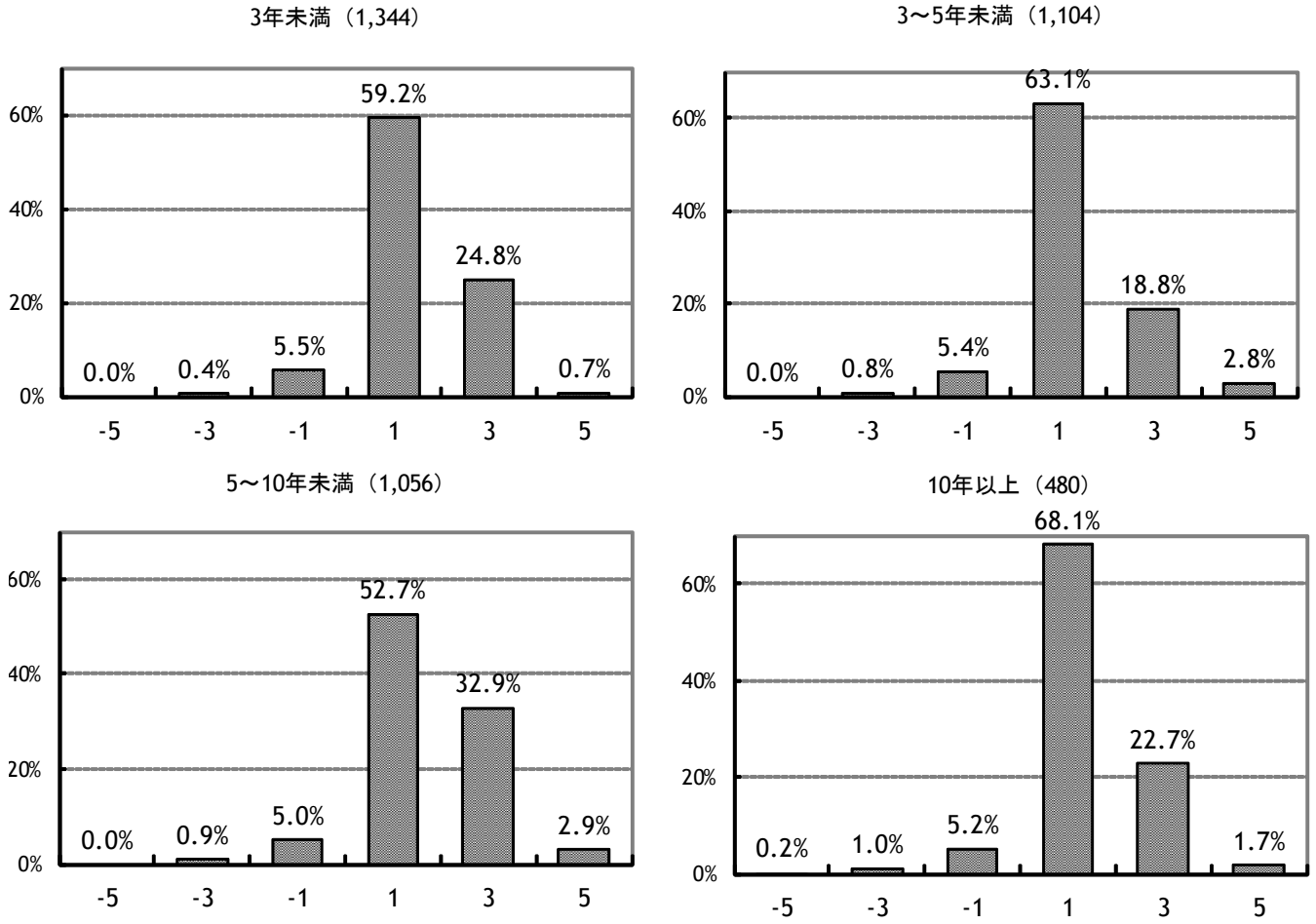




【WIB 値の分布】

介護期間ごとのWIB値の分布では、5～10年未満で「+3以上」が35%以上に増加するものの、10年以上では再び減少していた。また、「-1 以下」は介護期間によって大きな変化は見られず、期間の長短による傾向的な差異は認められなかった。

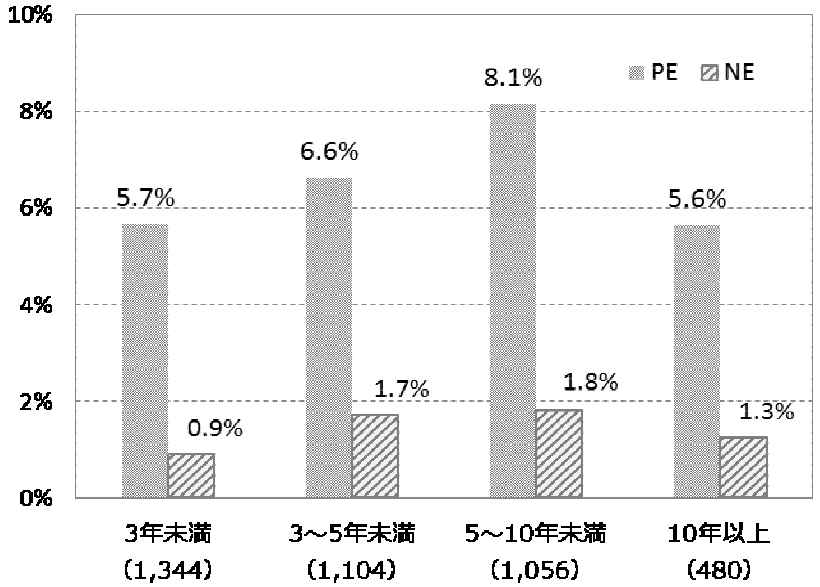
図表 2-2-8 介護期間別の WIB 値の分布



【PE/NE】

介護期間ごとのPEの状況（出現率）は、3年未満から5～10年未満までが一貫して増加傾向にあり、10年以上になると3年未満の水準に減少した。一方、NEは3～5年未満、5～10年未満を中心にゆるやかに増加し10年以上で再びゆるやかに減少推移した。

図表 2-2-9 介護期間別の PE/NE の出現状況

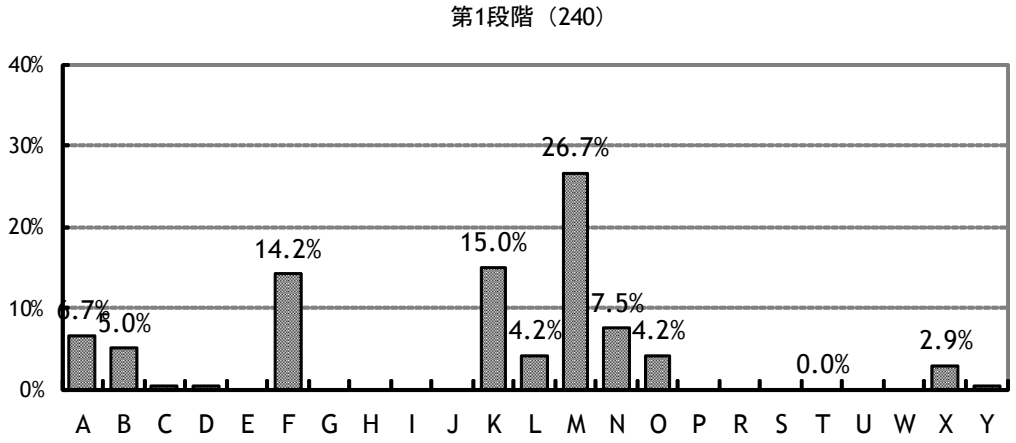


ⅳ）介護ステージ別の本人 BCC・WIB 値・PE/NE の状況

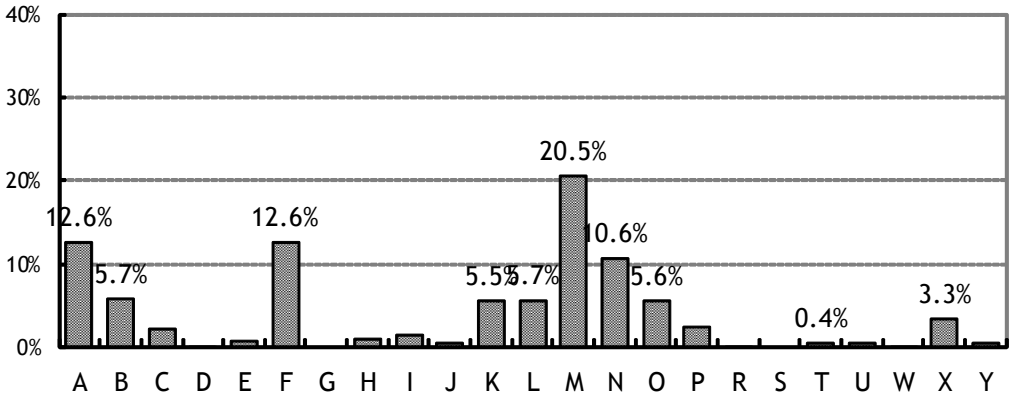
【BCC の分布】

介護ステージごとのBCCの分布では、第1段階（否定）では「M（メディア）」が高い割合を示す一方、「A（交流）」が低い水準にとどまっていた。第2段階（怒り）～第4段階（受容）と段階が上がるにつれ、「A」と「M」の割合が逆転していた。また、「L（仕事）」「N（睡眠）」も増加していた。

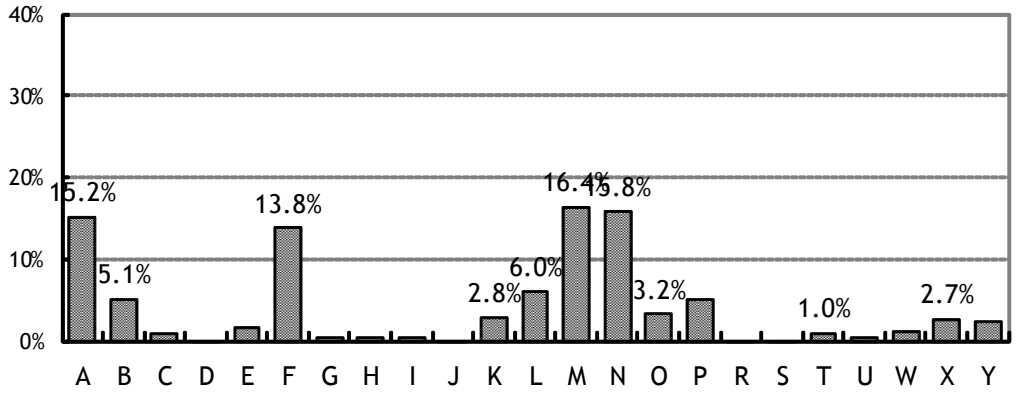
図表 2-2-10 認知症自立度別の本人 BCC の分布



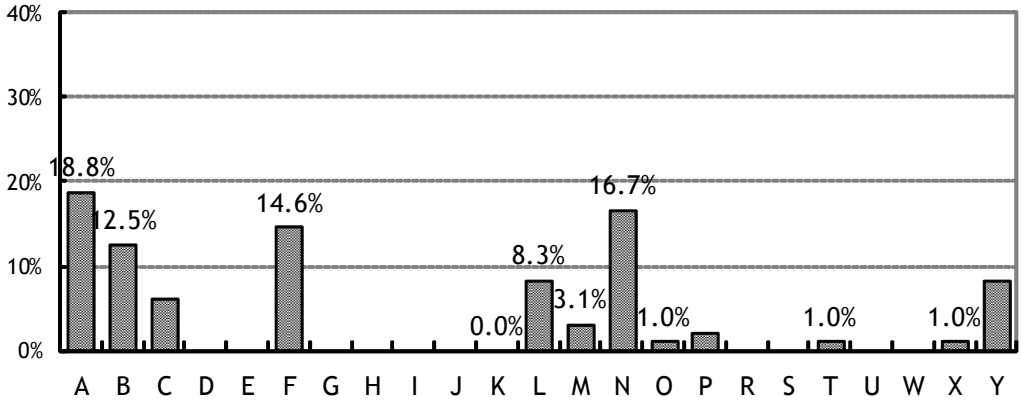
第2段階（1,344）



第3段階（2,400）



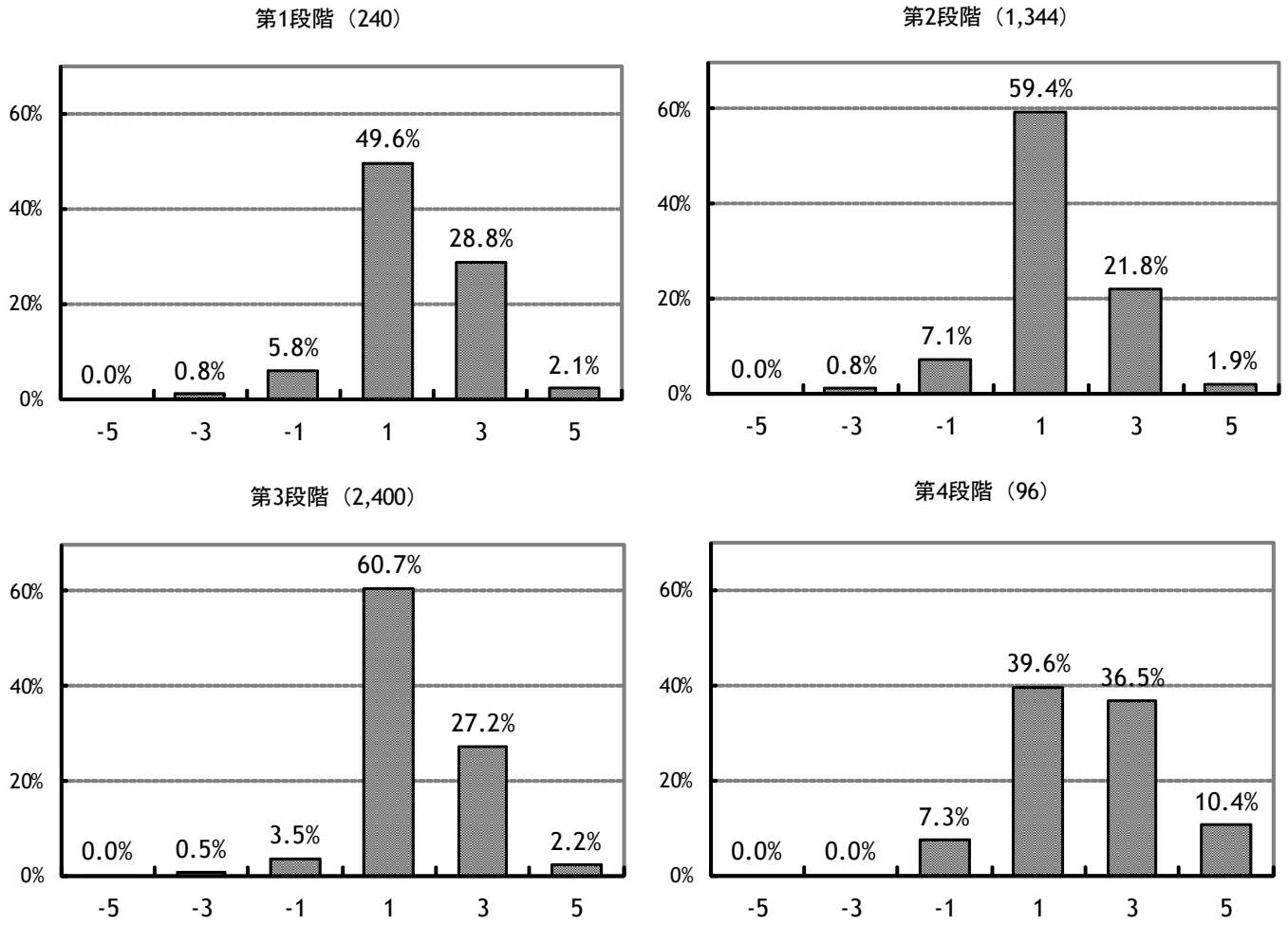
第4段階（96）



【WIB 値の分布】

介護ステージごとの WIB 値の分布では、第 1 段階(否定)から第 2 段階(怒り)にかけては若干 WIB 値が低下したが、第 2 段階から第 3 段階、さらに第 4 段階に移行するに従って、顕著な WIB 値の上昇傾向がみられた。特に第 4 段階では「+3 以上が 50%弱に近づいた。

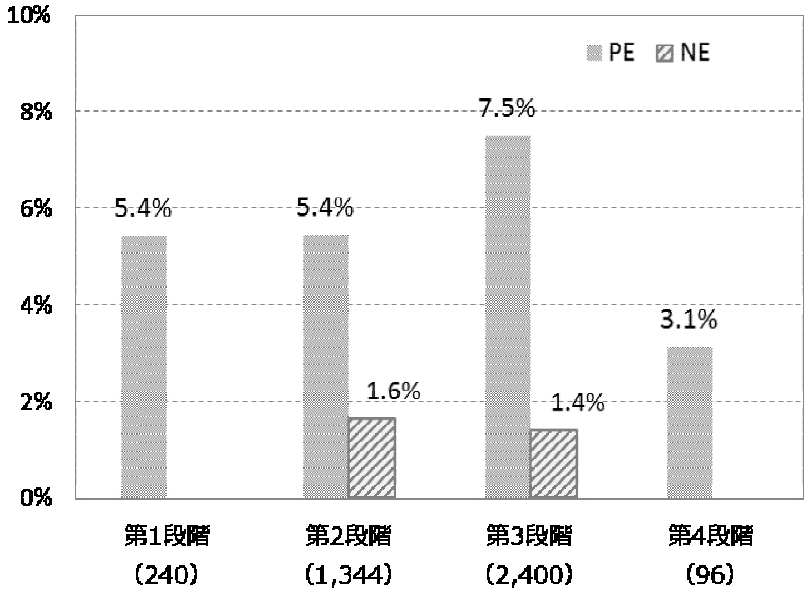
図表 2-2-11 介護ステージ別の WIB 値の分布



【PE/NE】

介護ステージごとの PE の状況(出現率)は、第 3 段階でいったん増加するものの、第 4 段階では第 1 段階、第 2 段階より低い水準まで減少していた。年未満から 5～10 年未満までが一貫して増加傾向にあり、10 年以上になると 3 年未満の水準に減少した NE は第 1 段階、第 4 段階では出現しなかった。

図表 2-2-12 介護ステージ別の PE/NE の出現状況



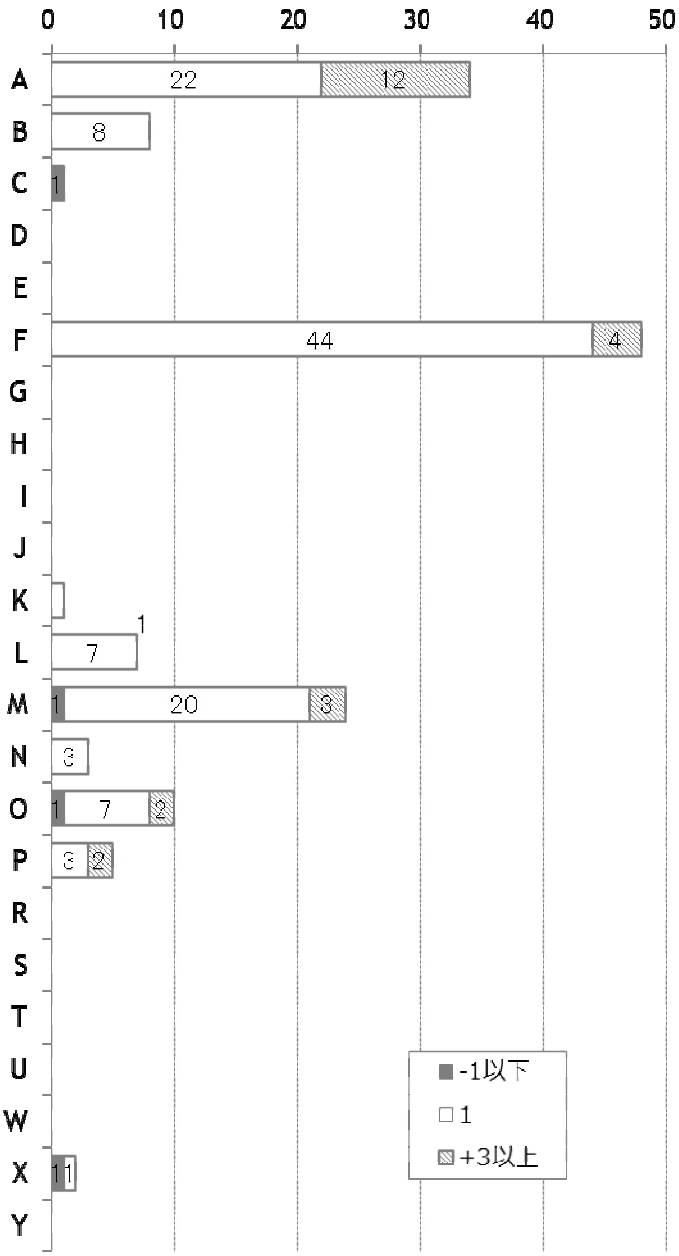
③基本属性別（認知症自立度・介護ステージ）にみた本人 BCC ごとの WIB 値構成割合の状況

ｉ）認知症高齢者の日常生活自立度

【自立度ランクⅠ】

認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅠでは、まず BCC の分布では「F（飲食）」、「A（交流）」、「M（メディア）」が多く、WIB 値の構成割合は、「A」では「+3 以上」が 35.5%と高い割合を示していた。「F」は BCC の出現は多かったが、WIB 値は 9 割強が「1」であった。

図表 2-3-1 認知症自立度Ⅰ×本人 BCC×WIB 値構成割合

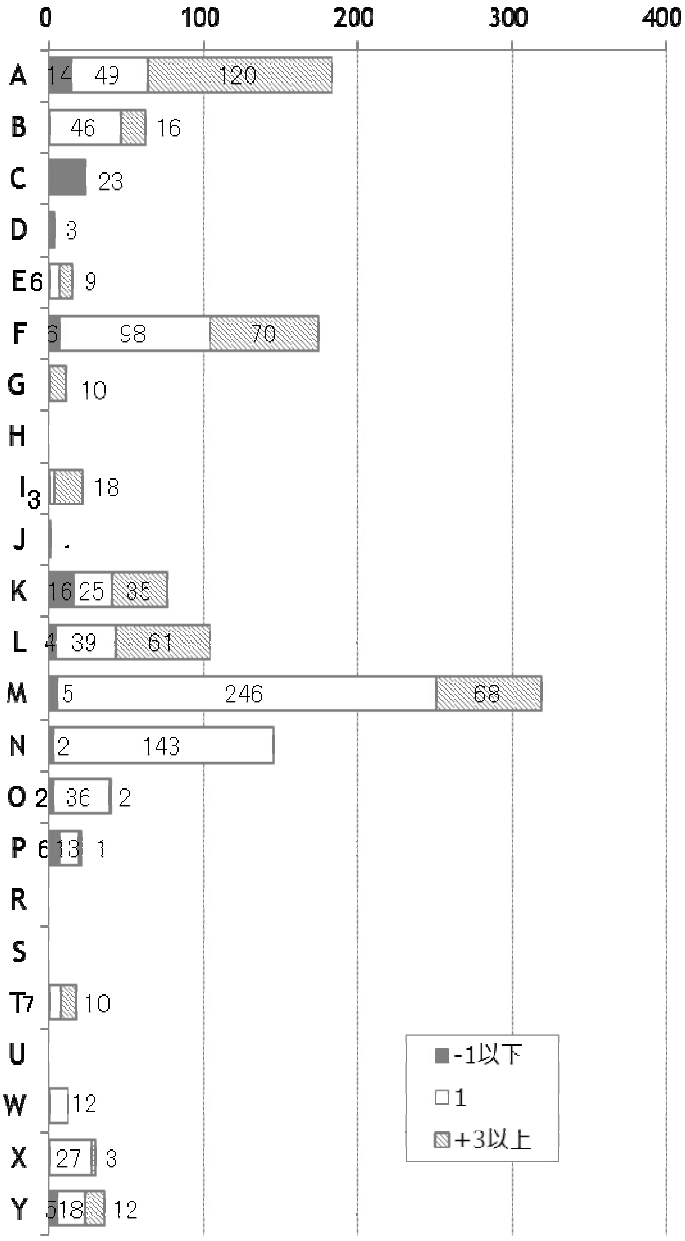


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均WIB値
A	34	0.0%	64.7%	35.3%	1.71
B	8	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
C	1	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D					
E					
F	48	0.0%	91.7%	8.3%	1.17
G					
H					
I					
J					
K	1	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
L	7	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
M	24	4.2%	83.3%	12.5%	1.25
N	3	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
O	10	10.0%	70.0%	20.0%	1.40
P	5	0.0%	60.0%	40.0%	1.80
R					
S					
T					
U					
W					
X	2	50.0%	50.0%	0.0%	0.00
Y					

【自立度ランクⅡ】

ランクⅡでは、まず BCC の分布は「M(メディア)」、「A(交流)」、「F(飲食)」の順に多く、その他「N(睡眠)」、「L(仕事)」の出現が多くなっていた。WIB 値の構成割合は、「A」では「+3 以上」が 65.6 と約 3 分の 2 を占め、WIB 平均値 2.26 と高い割合を示していた。「M」でも「+3 以上」が 2 割を超えており、ランクⅠの「M」とは内容的な差異があると思われた。

図表 2-3-2 認知症自立度Ⅱ×本人 BCC×WIB 値構成割合

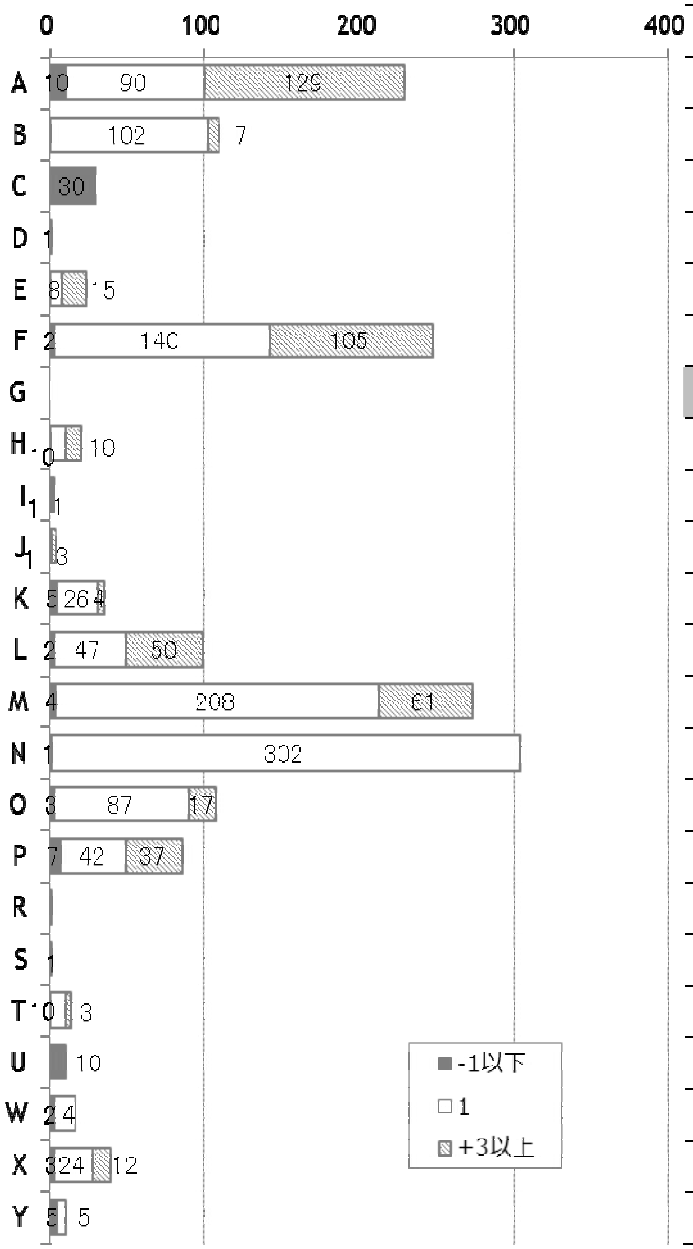


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	183	7.7%	26.8%	65.6%	2.26
B	62	0.0%	74.2%	25.8%	1.52
C	23	100.0%	0.0%	0.0%	-1.09
D	3	100.0%	0.0%	0.0%	-2.33
E	15	0.0%	40.0%	60.0%	2.20
F	174	3.4%	56.3%	40.2%	1.83
G	10	0.0%	0.0%	100.0%	3.20
H					
I	21	0.0%	14.3%	85.7%	2.90
J	1	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
K	76	21.1%	32.9%	46.1%	1.39
L	104	3.8%	37.5%	58.7%	2.19
M	319	1.6%	77.1%	21.3%	1.42
N	145	1.4%	98.6%	0.0%	0.94
O	40	5.0%	90.0%	5.0%	1.00
P	20	30.0%	65.0%	5.0%	0.50
R					
S					
T	17	0.0%	41.2%	58.8%	2.18
U					
W	12	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
X	30	0.0%	58.7%	6.5%	1.20
Y	35	14.3%	51.4%	34.3%	1.29

【自立度ランクⅢ】

ランクⅢでは、BCC の分布で「N(睡眠)」が最も多かった。以下、「M(メディア)」、「F(飲食)」、「A(交流)」の順に多く、その他「N(睡眠)」、「L(仕事)」の出現が多くなっていた。WIB 値の構成割合は、「F」と「A」において相対的に高い割合を示していた。

図表 2-3-3 認知症自立度Ⅲ×本人 BCC×WIB 値構成割合

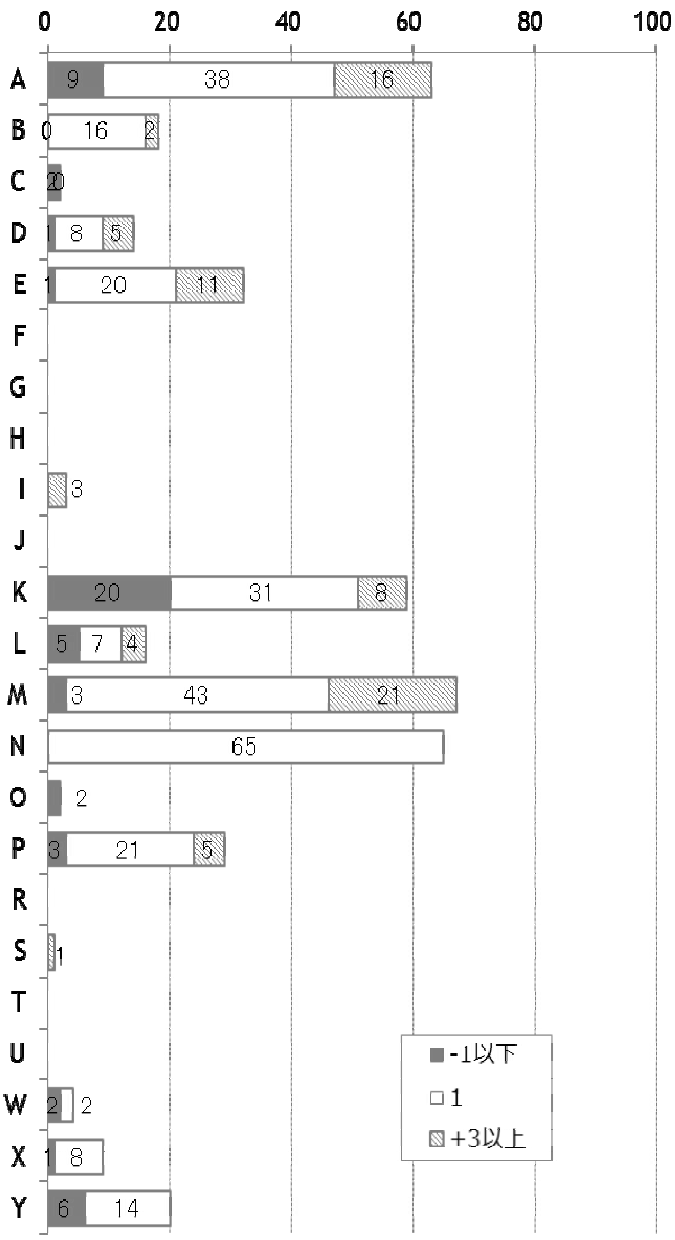


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	229	4.4%	39.3%	56.3%	2.21
B	109	0.0%	93.6%	6.4%	1.13
C	30	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D	1	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
E	23	0.0%	34.8%	65.2%	2.39
F	247	0.8%	56.7%	42.5%	1.92
G					
H	20	0.0%	50.0%	50.0%	2.10
I	2	0.0%	50.0%	50.0%	2.00
J	4	0.0%	25.0%	75.0%	2.50
K	35	14.3%	74.3%	11.4%	0.94
L	99	2.0%	47.5%	50.5%	2.03
M	273	1.5%	76.2%	22.3%	1.45
N	303	0.3%	99.7%	0.0%	0.99
O	107	2.8%	81.3%	15.9%	1.28
P	86	8.1%	48.8%	43.0%	1.70
R	1	0.0%	0.0%	100.0%	5.00
S	1	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
T	13	0.0%	76.9%	23.1%	1.46
U	10	100.0%	0.0%	0.0%	-0.80
W	16	12.5%	87.5%	0.0%	0.75
X	39	6.3%	50.0%	25.0%	1.46
Y	10	50.0%	50.0%	0.0%	-0.40

【自立度ランクⅣ】

ランクⅣでは、BCC の分布で「N(睡眠)」、「A(交流)」、「M(メディア)」が多い点、他のランクと変わらなかったが、「F(飲食)」の出現数が下がり、逆に「K(移動)」が上がっていた。WIB 値の構成割合は、出現が多くなった「K」で 33.9%と高い割合を示し、また、「A」でも 14.3%とランクⅢまでの「A」よりも悪い状態が占める率が高かった。

図表 2-3-4 認知症自立度Ⅳ×本人 BCC×WIB 値構成割合



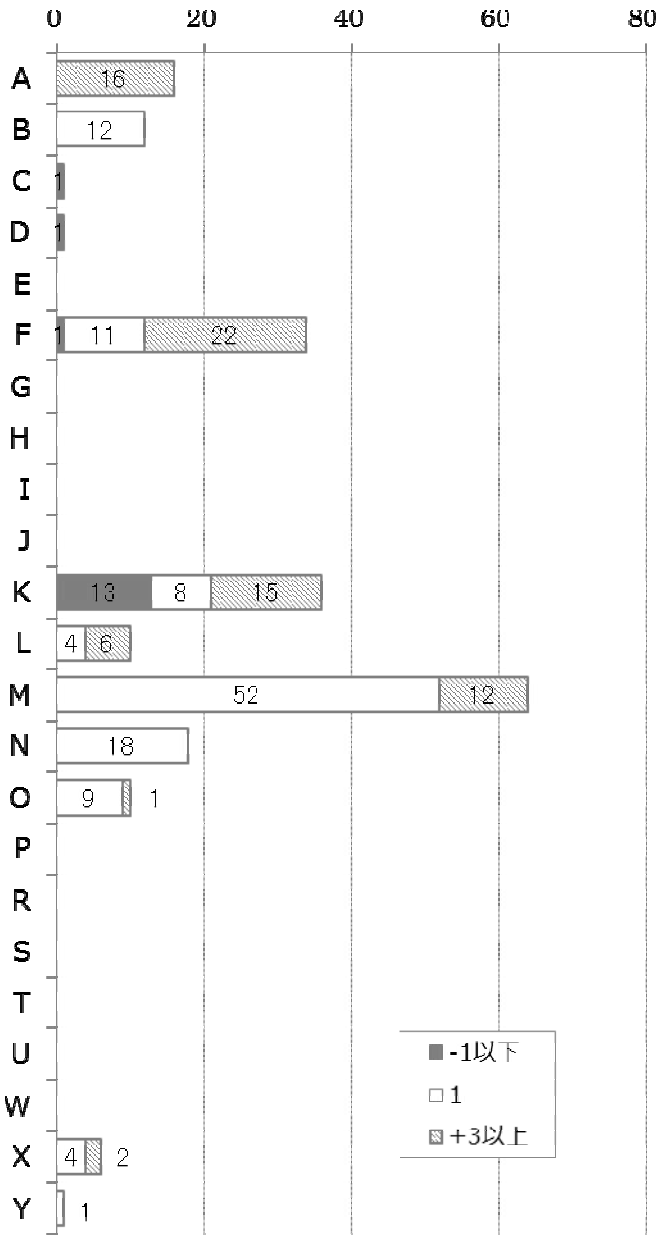
	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	63	14.3%	60.3%	25.4%	1.25
B	18	0.0%	88.9%	11.1%	1.22
C	2	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D					
E	14	7.1%	57.1%	35.7%	1.57
F	32	3.1%	62.5%	34.4%	1.63
G					
H					
I	3	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
J					
K	59	33.9%	52.5%	13.6%	0.46
L	16	31.3%	43.8%	25.0%	1.00
M	67	4.5%	64.2%	31.3%	1.57
N	65	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
O	2	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
P	29	10.3%	72.4%	17.2%	1.14
R					
S	1	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
T					
U					
W	4	50.0%	50.0%	0.0%	0.00
X	9	8.3%	66.7%	0.0%	0.56
Y	20	30.0%	70.0%	0.0%	0.20

ⅱ)介護ステージ(本人と主介護者の関係性)

【第 1 段階(否定・戸惑い)】

介護ステージ第 1 段階では、出現する BCC が 13 種類であった。BBC の分布では「M(メディア)」、「K(移動)」、「F(飲食)」の順に多かった。WIB 値をみると、第 1 段階にありながら、「+3 以上」が「A(交流)」では 100.0%、「F」でも 64.7%と高い割合を示した。「K」は「+3 以上」が 4 割を超えた一方で「-1 以下」も 36.1%あり、本人の状態に違いが大きい項目であることがうかがえた。

図表 2-3-5 介護ステージ第 1 段階×本人 BCC×WIB 値構成割合

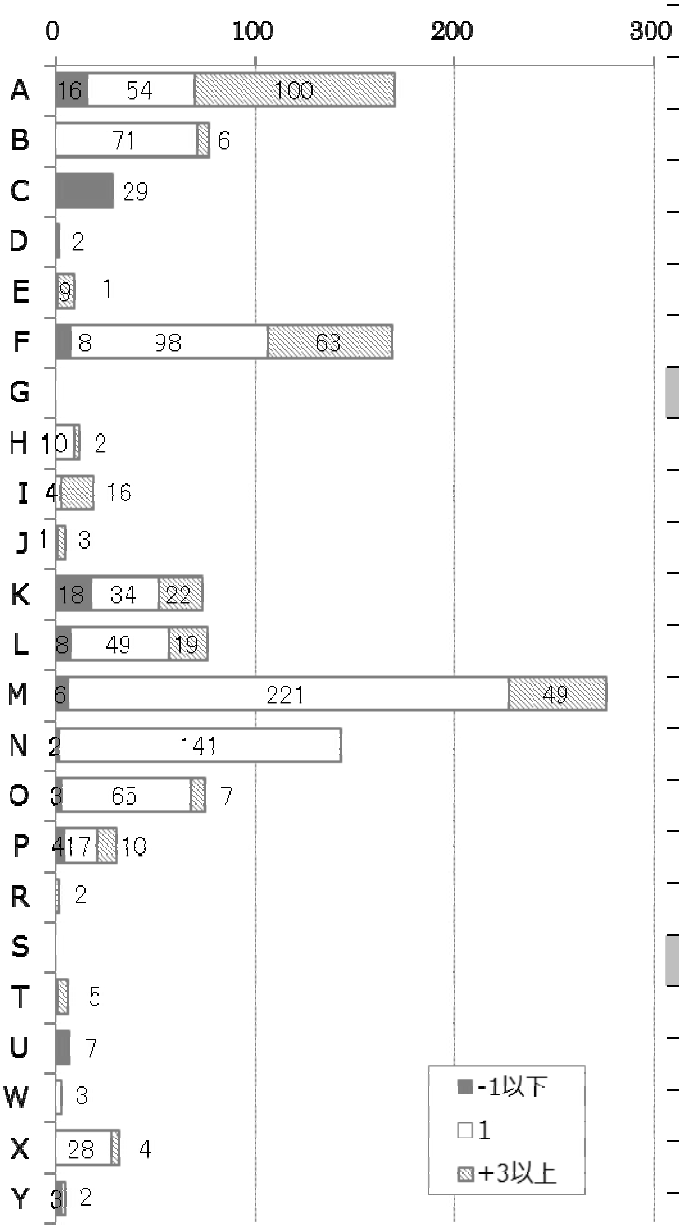


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	16	0.0%	0.0%	100.0%	3.38
B	12	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
C	1	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D	1	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
E					
F	34	2.9%	32.4%	64.7%	2.24
G					
H					
I					
J					
K	36	36.1%	22.2%	41.7%	1.00
L	10	0.0%	40.0%	60.0%	2.60
M	64	0.0%	81.3%	18.8%	1.38
N	18	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
O	10	0.0%	90.0%	10.0%	1.20
P					
R					
S					
T					
U					
W					
X	7	0.0%	57.1%	28.6%	1.43
Y	1	0.0%	100.0%	0.0%	1.00

【介護ステージ 第 2 段階(怒り・拒絶)】

介護ステージ第 2 段階の BBC の分布では「M(メディア)」が最も多く、以下、「A(交流)」、「F(飲食)」の順に多く、「K(移動)」の出現は第 1 段階から相対的に少なくなっていた。WIB 値をみると、「M」は第 1 段階とあまり変化はみられなかったが、「A」「F」では、「+3 以上」が占める割合が低下し、「-1 以下」の場合も 5～10%程度見られた。

図表 2-3-6 介護ステージ第 1 段階×本人 BCC×WIB 値構成割合

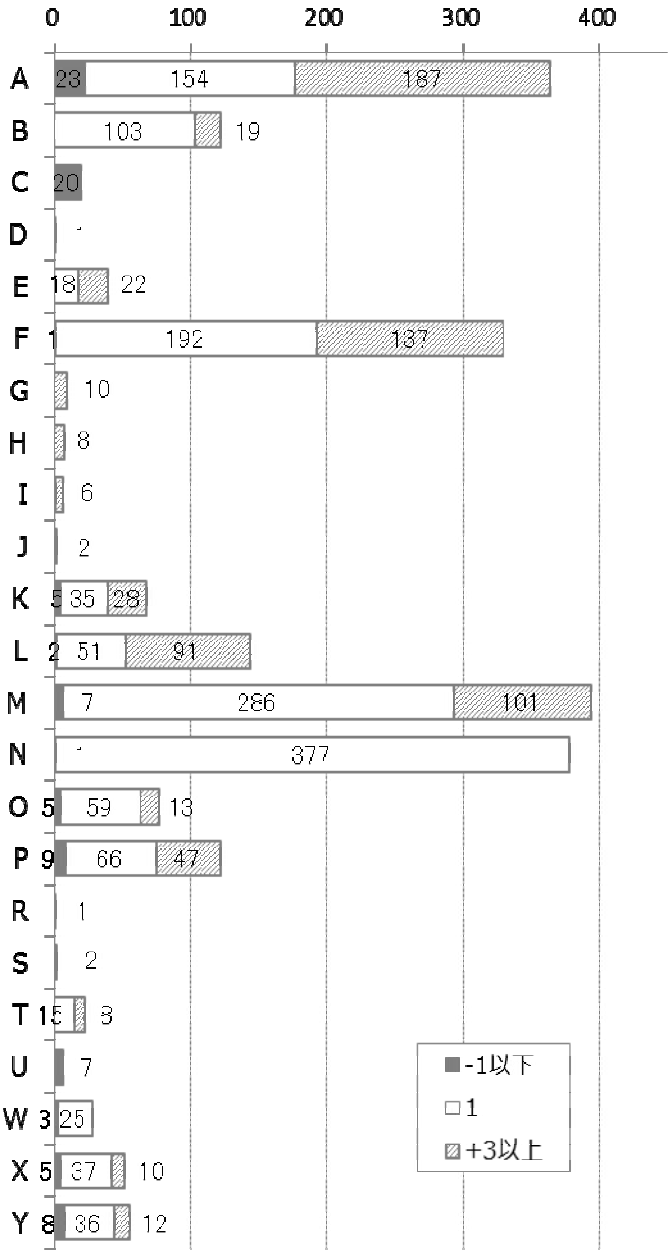


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	170	9.4%	31.8%	58.8%	2.05
B	77	0.0%	92.2%	7.8%	1.16
C	29	100.0%	0.0%	0.0%	-1.07
D	2	100.0%	0.0%	0.0%	-3.00
E	10	0.0%	10.0%	90.0%	2.80
F	169	4.7%	58.0%	37.3%	1.78
G					
H	12	0.0%	83.3%	16.7%	1.50
I	19	0.0%	15.8%	84.2%	2.79
J	5	0.0%	20.0%	80.0%	2.60
K	74	24.3%	45.9%	29.7%	1.00
L	76	10.5%	64.5%	25.0%	1.29
M	276	2.2%	80.1%	17.8%	1.34
N	143	1.4%	98.6%	0.0%	0.94
O	75	4.0%	86.7%	9.3%	1.11
P	31	12.9%	54.8%	32.3%	1.45
R	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
S					
T	6	0.0%	16.7%	83.3%	2.67
U	7	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
W	3	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
X	45	0.0%	62.2%	8.9%	0.89
Y	5	60.0%	40.0%	0.0%	-0.20

【介護ステージ 第 3 段階(あきらめ)】

介護ステージ第 3 段階の BBC の分布では「M(メディア)」、「N(睡眠)」、「A(交流)」、「F(飲食)」の順に多かった。WIB 値では、「+3 以上」が「A」で 5 割以上を保ち、「F」および「M」では第 2 段階よりも割合が若干高くなった。また、「L(仕事)」では出現数は相対的に少ないものの、「+3 以上」が 63.2%と高い割合を示した。

図表 2-3-7 介護ステージ第 3 段階×本人 BCC×WIB 値構成割合

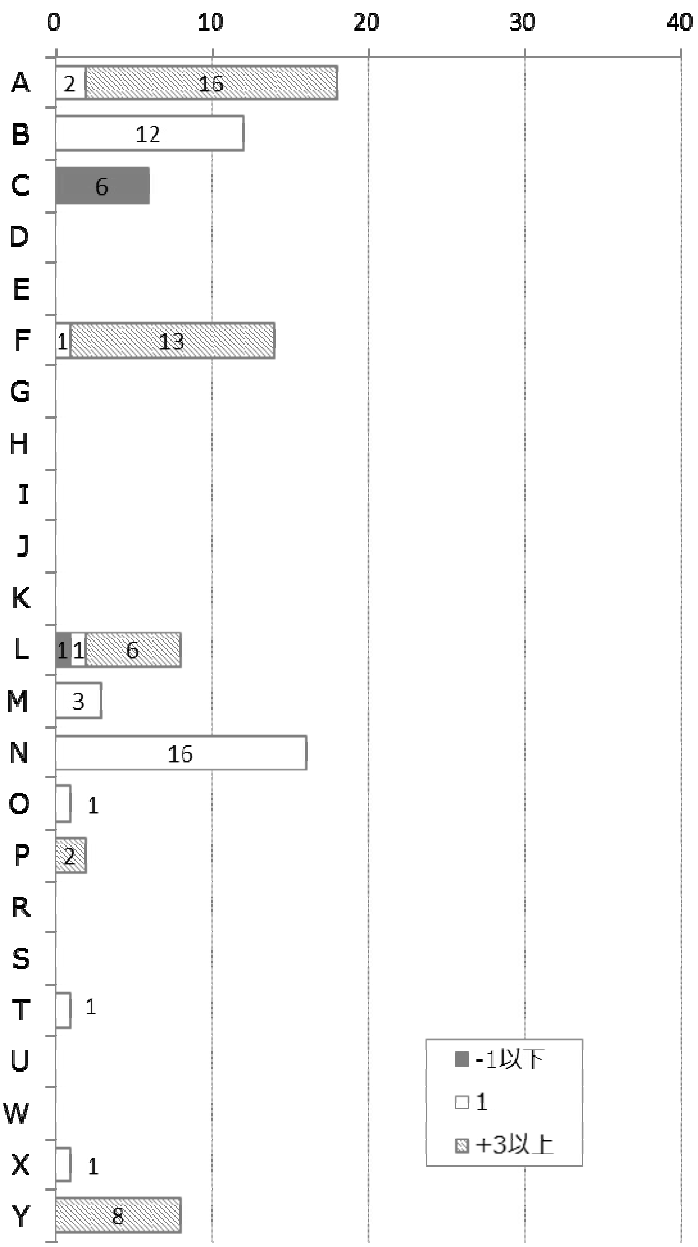


	N	-1 以下	1	+3 以上	平均 WIB 値
A	364	6.3%	42.3%	51.4%	2.00
B	123	0.0%	84.6%	15.4%	1.29
C	20	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D	1	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
E	40	0.0%	45.0%	55.0%	2.15
F	330	0.3%	58.2%	41.5%	1.87
G	10	0.0%	0.0%	100.0%	3.20
H	8	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
I	7	0.0%	14.3%	85.7%	3.00
J	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
K	68	7.4%	51.5%	41.2%	1.68
L	144	1.4%	35.4%	63.2%	2.31
M	394	1.8%	72.6%	25.6%	1.51
N	378	0.3%	99.7%	0.0%	0.99
O	77	6.5%	76.6%	16.9%	1.26
P	122	7.4%	54.1%	38.5%	1.62
R	1	0.0%	0.0%	100.0%	5.00
S	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
T	23	0.0%	65.2%	34.8%	1.70
U	7	100.0%	0.0%	0.0%	-0.71
W	28	10.7%	89.3%	0.0%	0.79
X	64	7.8%	57.8%	15.6%	0.94
Y	56	14.3%	64.3%	21.4%	1.00

【介護ステージ 第 4 段階(理解)】

介護ステージ第4段階のBBCの分布では「A(交流)」、「N(睡眠)」、「F(飲食)」の順に多かった。WIB値では、「A」、「F」、「L(仕事)」、「Y(独語)」で「+3 以上」が 9 割前後を占めた(「L」では 75.0%)。第 4 段階では、BCC によって WIB 値の状況が異なる(棒グラフがほぼ単色になる=1 種類の BCC に一定割合で WIB 値がばらつかない)傾向が見られた。

図表 2-3-8 介護ステージ第 4 段階×本人 BCC×WIB 値構成割合



	N	-1 以下	1	+3 以上	平均WIB値
A	18	0.0%	11.1%	88.9%	3.33
B	12	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
C	6	100.0%	0.0%	0.0%	-1.00
D					
E					
F	14	0.0%	7.1%	92.9%	3.00
G					
H					
I					
J					
K					
L	8	12.5%	12.5%	75.0%	3.25
M	3	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
N	16	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
O	1	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
P	2	0.0%	0.0%	100.0%	3.00
R					
S					
T	1	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
U					
W					
X	1	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
Y	8	0.0%	0.0%	100.0%	3.00

(3)DCM 加工後データによる分析

対象者 1 人が 48 枠／5 分の BCC、WIB 値等の基本データを持っているが、それを頻出項目、平均値によって 1 対象者＝1 データに加工した 86 人分の DCM データによって以下分析する。

①全体像

加工後の 86 データの WIB 値の平均値、頻出 10 種類の BCC の平均出現回数等は以下の通りとなっていた。

※BCC コーディング　A:交流　B:周囲に関心あるが受身　F:飲食　K:移動　L:仕事
M:メディア　N:睡眠　O:身の回り　P:身体ケア　X:排泄

※PE・NE　内容・程度は考慮していない

※見守り度　a～dを 1～4 に機械的に置換えている
(a:直接介助⇒ 1　b:誘導⇒ 2　c:見守り⇒ 3　d:見守りもしていない⇒ 4)

図表 3-1 WIB 値平均値、BCC 等平均出現回数

	N	本人		介護者		本人 BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
全体	86	2.51	2.02	2.84	1.90	8.0	4.4	7.4	4.3	4.4	8.8	6.6	3.6	3.9	3.3	4.3	2.5	3.3

②基本属性別の状況

ｉ)要介護度

要介護度別に WIB 値等の平均値をみると、本人 WIB 値は要介護 3、4 で WIB 値が低く、対して介護者 WIB 値は要介護 2、3 が低くなっていて、全体的に V 字に推移していた。また、PE と NE は要介護 2 のときに最も出現回数が多く、標準偏差をみても状態の上下があることがうかがえた。

図表 3-2 要介護度別の WIB 値平均値、BCC 等平均出現回数

	N	本人		介護者		BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
支	4	1.86	0.57	1.90	0.74	8.0	3.8	9.5	1.5	6.8	10.5	1.3	4.3	0.0	0.3	2.5	0.0	2.9
1	11	1.61	0.93	1.62	0.77	6.3	3.4	7.9	1.1	4.5	9.0	2.5	2.8	0.5	1.8	3.3	0.5	2.8
2	18	1.54	1.10	1.47	0.91	7.2	2.9	5.0	2.0	3.5	8.9	5.3	1.7	1.3	1.3	3.8	0.9	2.6
3	20	1.26	0.98	1.39	0.65	6.3	1.2	4.7	4.1	2.9	11.6	6.6	1.4	1.6	1.7	3.2	0.6	2.9
4	19	1.32	1.07	1.85	0.53	4.7	3.1	7.4	2.7	1.2	6.4	8.6	0.4	2.5	1.3	2.5	0.7	2.2
5	11	1.66	0.92	1.95	0.57	7.1	3.5	6.6	1.2	1.3	6.8	7.0	3.1	3.8	1.2	2.7	0.6	2.4

ⅱ)認知症高齢者の日常生活自立度

認知症の自立度別にWIB値等の平均値をみると、本人WIB値はランクⅡの1.54をピークにランクⅣでは1.08に急落している。介護者WIB値はランクⅢの1.76をピークとしⅣでは1.20に下がっていた。PEはランクⅠ～Ⅲまで横ばいだったものが、ランクⅣで倍増していて、一方、NEはランクⅠ～Ⅳにかけて暫減していた。見守り度は逆に徐々に重くなっていく(数値は下がっていく)傾向が見られた。

図表 3-3 認知症自立度別のWIB値平均値、BCC等平均出現回数

	N	本人		介護者		BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
Ⅰ	3	1.29	0.83	1.30	0.83	11.3	3.0	16.0	0.3	2.3	8.0	1.0	3.3	1.7	0.7	3.0	0.7	2.9
Ⅱ	30	1.54	0.95	1.63	0.70	6.1	2.1	5.8	2.5	3.5	10.2	3.6	1.4	0.6	1.5	3.0	0.7	2.8
Ⅲ	37	1.48	0.98	1.76	0.58	6.1	2.9	6.3	1.1	2.6	7.5	8.1	2.6	2.2	1.3	2.5	0.5	2.5
Ⅳ	9	1.08	1.02	1.20	0.79	6.9	2.0	3.6	6.6	1.8	7.4	7.2	0.2	3.2	1.3	4.8	0.4	2.5

③介護者との関係別の状況

ⅰ)介護期間

介護期間(4階級)別にWIB値等の平均値をみると、本人WIB値、介護者WIB値とも介護期間の経過に対して上下しており、特徴的な関係は認められなかった。本人は5～10年に1.66でピークとなり、介護者は10年～に2.01でピークであった。見守り度も3～5年で若干軽く(数値は大きく)なっていたもののほぼ横ばいであった。

図表 3-4 介護期間別のWIB値平均値、BCC等平均出現回数

	N	本人		介護者		BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
～3	28	1.43	0.86	1.58	0.68	7.4	3.1	6.1	2.1	2.9	7.9	5.5	2.2	1.7	1.4	2.6	0.4	2.5
3～5	23	1.34	1.03	1.47	0.67	5.9	3.1	5.8	1.8	2.7	7.7	7.6	2.4	1.7	1.5	3.1	0.7	2.8
5～10	22	1.66	1.10	1.72	0.73	7.4	1.5	6.2	4.4	2.8	9.5	5.1	1.0	2.4	1.3	3.9	0.9	2.5
10～	10	1.36	1.00	2.01	0.46	4.7	3.4	8.7	1.0	1.2	9.9	7.5	1.5	1.6	1.3	2.3	0.6	2.5

ⅳ)介護ステージ

介護ステージ別に WIB 値等の平均値をみると、第 2 段階(怒り)で本人 WIB 値平均が 1.32、介護者 WIB 値平均が 1.42 と最も低くなっていた。しかし、第 3 段階(あきらめ)では両者とも増加に転じ、第 4 段階(理解)では(N が 2 と少ない点に注意)本人 2.06、介護者 2.07 と高い値を示していた。PE は第 3 段階がピークで第 4 段階では減少していたが、NE は第 4 段階では出現がなかった。

図表 3-5 介護ステージ別の WIB 値平均値、BCC 等平均出現回数

	N	本人		介護者		BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
第 1	5	1.68	1.25	2.00	0.86	3.2	2.4	6.8	7.2	2.0	12.8	3.6	2.0	0.0	1.4	1.8	0.0	2.8
第 2	28	1.32	0.98	1.42	0.66	6.1	2.8	6.1	2.6	3.0	10.1	4.5	2.6	0.9	1.5	2.6	0.7	2.7
第 3	50	1.55	0.93	1.76	0.69	7.2	2.5	6.3	1.4	2.7	7.6	7.1	1.4	2.4	1.3	3.5	0.7	2.5
第 4	2	2.06	1.56	2.07	0.51	9.0	6.0	7.0	0.0	4.0	1.5	8.0	0.5	1.0	0.5	1.5	0.0	3.0

(4)相関分析

図表 4 加工データ全項目の相関関係

	WIB 値	標準偏差	介護者WIB 値	標準偏差	BCC_A	BCC_B	BCC_F	BCC_K	BCC_L	BCC_M	BCC_N	BCC_O	BCC_P
WIB 値	1	0.078	.707(**)	-0.03	.303(**)	0	0.045	-0.132	.279(**)	0.045	-0.121	-0.082	-0.073
標準偏差	0.078	1	0.185	.409(**)	0.093	-0.029	-0.176	.240(*)	0.064	-0.037	-0.172	-0.007	0.009
介護者WIB 値	.707(**)	0.185	1	-0.16	0.129	0.066	0.039	-0.171	0.016	-0.022	0.015	0.06	0.077
介護者標準偏差	-0.03	.409(**)	-0.16	1	0.146	0.057	-0.08	0.111	0.14	-0.014	-0.159	-0.067	0.024
BCC_A	.303(**)	0.093	0.129	0.146	1	0.162	0	-0.035	0.017	-0.203	-0.154	-0.094	0.048
BCC_B	0	-0.029	0.066	0.057	0.162	1	0.11	-.262(*)	-.257(*)	-0.146	-0.076	0.128	-0.054
BCC_F	0.045	-0.176	0.039	-0.08	0	0.11	1	-0.153	-0.135	-0.062	-0.048	0.046	-0.055
BCC_K	-0.132	.240(*)	-0.171	0.111	-0.035	-.262(*)	-0.153	1	0.101	-0.058	-.226(*)	-0.077	0.003
BCC_L	.279(**)	0.064	0.016	0.14	0.017	-.257(*)	-0.135	0.101	1	-0.004	-.255(*)	-0.081	-.271(*)
BCC_M	0.045	-0.037	-0.022	-0.014	-0.203	-0.146	-0.062	-0.058	-0.004	1	-.297(**)	-0.119	-0.181
BCC_N	-0.121	-0.172	0.015	-0.159	-0.154	-0.076	-0.048	-.226(*)	-.255(*)	-.297(**)	1	-0.142	.265(*)
BCC_O	-0.082	-0.007	0.06	-0.067	-0.094	0.128	0.046	-0.077	-0.081	-0.119	-0.142	1	-0.048
BCC_P	-0.073	0.009	0.077	0.024	0.048	-0.054	-0.055	0.003	-.271(*)	-0.181	.265(*)	-0.048	1
BCC_X	-0.071	0.03	-0.08	-0.092	0.079	-0.105	-0.07	-0.011	-0.072	0.123	0.003	-0.063	-0.073
NE	-.271(*)	.230(*)	-.276(*)	0.158	-0.04	-0.033	-0.096	0.004	-0.167	0.136	-0.07	-0.084	0.136
PE	0.183	0.194	0.002	.305(**)	0.108	-0.047	-0.051	0.039	0.117	0.104	-0.065	-0.183	-0.11
見守り度	-0.1	0.024	-.235(*)	0.029	0.023	-0.115	0.054	-0.043	-0.048	0.192	0.051	0.039	-.222(*)
要介護度	-0.098	0.091	0.125	-.223(*)	-0.082	-0.02	-0.042	0.053	-.307(**)	-0.115	.229(*)	-0.122	.408(**)
障害自立度	-0.151	-.260(*)	0.167	-.457(**)	-0.177	0.21	0.035	-.388(**)	-.376(**)	-0.174	.362(**)	0.002	.300(**)
認知症自立度	-0.127	0.08	-0.045	-0.042	-0.054	0.028	-.272(*)	0.167	-0.105	-0.108	.237(*)	-0.036	.379(**)
発症期間	0.035	.250(*)	0.175	0.017	-0.175	-0.114	-0.024	0.051	-0.044	-0.044	0.151	-0.018	0.205
介護期間	-0.028	0.14	0.147	-0.114	-0.098	-0.058	0.214	0.065	-0.105	0.035	0.05	-0.066	0.03
認知症の状態	-0.093	0.068	0.109	-0.049	-0.052	0.066	-0.054	0.114	-0.157	-0.215	.216(*)	0.039	.378(**)
介護意識	0.088	.229(*)	0.028	0.074	-0.006	-0.148	-0.2	.298(**)	-0.021	0.059	-0.081	-0.023	-0.125
介護ステージ	0.115	-0.071	0.124	-0.046	0.182	0.03	0.001	-.350(**)	0.02	-0.206	0.161	-0.133	.306(**)
訪問介護	0.141	0.095	0.128	0.019	-0.008	0.051	0.144	0.069	0.041	0.015	-.253(*)	-0.104	-0.072
通所介護	-0.191	-0.029	-0.167	0.081	0.018	-0.035	-0.06	0.077	0.021	-.263(*)	.279(**)	-0.056	0.173
介護の支援者	-0.101	-0.105	-0.113	-0.131	-0.06	0.188	-0.053	-0.033	-0.162	-0.064	0.08	0.1	.288(**)

BCC_X	NE	PE	見守り度	要介護度	障害自立度	認知症自立度	発症期間	介護期間	認知症の状態	介護意識	介護ステージ	訪問介護	通所介護	介護の支援者
-0.071	.271(*	0.183	-0.1	-0.098	-0.151	-0.127	0.035	-0.028	-0.093	0.088	0.115	0.141	-0.191	-0.101
0.03	.230(*	0.194	0.024	0.091	.260(*	0.08	.250(*	0.14	0.068	.229(*	-0.071	0.095	-0.029	-0.105
-0.08	.276(*	0.002	.235(*	0.125	0.167	-0.045	0.175	0.147	0.109	0.028	0.124	0.128	-0.167	-0.113
-0.092	0.158	305(**	0.029	.223(*	.457(*	-0.042	0.017	-0.114	-0.049	0.074	-0.046	0.019	0.081	-0.131
0.079	-0.04	0.108	0.023	-0.082	-0.177	-0.054	-0.175	-0.098	-0.052	-0.006	0.182	-0.008	0.018	-0.06
-0.105	-0.033	-0.047	-0.115	-0.02	0.21	0.028	-0.114	-0.058	0.066	-0.148	0.03	0.051	-0.035	0.188
-0.07	-0.096	-0.051	0.054	-0.042	0.035	.272(*	-0.024	0.214	-0.054	-0.2	0.001	0.144	-0.06	-0.053
-0.011	0.004	0.039	-0.043	0.053	.388(*	0.167	0.051	0.065	0.114	298(**	.350(*	0.069	0.077	-0.033
-0.072	-0.167	0.117	-0.048	.307(*	.376(*	-0.105	-0.044	-0.105	-0.157	-0.021	0.02	0.041	0.021	-0.162
0.123	0.136	0.104	0.192	-0.115	-0.174	-0.108	-0.044	0.035	-0.215	0.059	-0.206	0.015	.263(*	-0.064
0.003	-0.07	-0.065	0.051	.229(*	362(**	.237(*	0.151	0.05	.216(*	-0.081	0.161	.253(*	279(**	0.08
-0.063	-0.084	-0.183	0.039	-0.122	0.002	-0.036	-0.018	-0.066	0.039	-0.023	-0.133	-0.104	-0.056	0.1
-0.073	0.136	-0.11	.222(*	408(**	300(**	379(**	0.205	0.03	378(**	-0.125	306(**	-0.072	0.173	288(**
1	0.165	0.176	0.046	-0.01	0.09	0.003	-0.066	-0.072	0.097	0.167	-0.09	0.126	-0.17	0.022
0.165	1	317(**	0.11	0.038	-0.168	-0.08	0.085	0.098	-0.128	-0.008	0.04	0.036	0.051	0.124
0.176	.317(**)	1	0.022	-0.076	-0.14	0.069	0.029	-0.046	0.058	-0.112	0.126	0	-0.209	-0.004
0.046	0.11	0.022	1	.282(*	.291(*	.241(*	-0.089	-0.008	.303(*	0.107	-0.147	-0.12	-0.083	-0.083
-0.01	0.038	-0.076	-.282(*)	1	397(**	437(**	.260(*	.247(*	450(**	-0.036	0.175	-0.094	-0.032	0.145
0.09	-0.168	-0.14	-.291(*)	.397(**)	1	306(**	0.141	0.116	324(**	-0.133	0.119	-0.063	-0.078	0.111
0.003	-0.08	0.069	-.241(*)	.437(**)	.306(**)	1	0.094	-0.143	473(**	0.078	0.119	-0.08	0.102	.251(*
-0.066	0.085	0.029	-0.089	.260(*)	0.141	0.094	1	701(**	.284(*	0.001	0.003	0.02	-0.05	0.112
-0.072	0.098	-0.046	-0.008	.247(*)	0.116	-0.143	.701(**)	1	0.017	-0.065	0.047	0.036	-0.119	0.04
0.097	-0.128	0.058	-.303(**)	.450(**)	.324(**)	.473(**)	.284(*)	0.017	1	-0.073	0.096	-0.019	0.027	0.148
0.167	-0.008	-0.112	0.107	-0.036	-0.133	0.078	0.001	-0.065	-0.073	1	.521(*	0.048	.280(*	0.086
-0.09	0.04	0.126	-0.147	0.175	0.119	0.119	0.003	0.047	0.096	-.521(**)	1	0.004	-0.057	-0.036
0.126	0.036	0	-0.12	-0.094	-0.063	-0.08	0.02	0.036	-0.019	0.048	0.004	1	-0.131	.258(*
-0.17	0.051	-0.209	-0.083	-0.032	-0.078	0.102	-0.05	-0.119	0.027	.280(*)	-0.057	-0.131	1	0.08
0.022	0.124	-0.004	-0.083	0.145	0.111	.251(*)	0.112	0.04	0.148	0.086	-0.036	-.258(*)	0.08	1

※アンケート項目の回答選択肢に関する補足

介護意識	1～5	⇒	積極的(前向き)～消極的
介護ステージ	1～5	⇒	否定～受容
訪問介護・通所介護	1～2	⇒	1 利用あり　2 利用なし
介護者の支援	1～2	⇒	1 支援者あり　2 支援者なし

相関分析の結果から、本人 WIB 値に影響がある他の項目は「介護者 WIB 値」＝0.707、「A(交流)」＝0.303、「L(仕事)」＝0.279 が認められ、また、「NE」にも一定の相関関係(NE が少ないと本人 WIB 値がよい状態になる)がみられた(-0.271)。また、介護者の WIB 値には「NE」＝-0.276、「見守り度」＝-0.235 いと介護者 WIB 値がよい状態になる)がみられた。

表中の(**)は高い相関関係を、(*)は一定の相関関係を表している。

なお、相関分析結果について、項目間の 1 対 1 関係の評価の他、“最終的に WIB 値に至る経路”を評価することも試みた。(分析結果から直接的に導かれるものではなく、あくまで評価・解釈の 1 つとして)

WIB 値に寄与する過程として、

①本人属性からのアプローチ　(要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度)

②介護者との関係性からのアプローチ　(介護意識、介護ステージ)

が考えられる。

本分析の結果からは、例えば以下の経路での評価・解釈が可能と思われる。なお、各経路における「⇒」は相関分析結果で示されている。

①本人属性からのアプローチとしては

例) 日常生活自立度が重度 ⇒ 要介護度が重度 ⇒ BCC_L(仕事)が少ない ⇒ WIB 値が低い

②介護者との関係性からのアプローチとしては

例 1) 介護ステージが高い(理解・受容) ⇒ 介護意識が積極的 ⇒ 通所介護の利用あり
⇒ BCC_N が少ない ⇒ BCC_L(仕事)が多い ⇒ WIB 値が高い

例 2) 介護ステージが高い ⇒ BCC_P(身体ケア)が多い ⇒ BCC_N が多い ⇒ BCC_L が少ない
⇒ WIB 値が低い

※介護ステージが高い状態にあっても具体的な関わり方(通所介護の利用により適度な距離感を維持しているか、身体ケアが中心となっているか)の違いによって WIB 値に逆方向の影響を与えている可能性があり、上記はあくまで経路の例示にとどまる点で注意を要する。

(5)発展分析

以下、2 種類の発展分析を行った結果を示す。

①重回帰分析

【分析概要】

全ての調査データ(加工後)を用いて、本人 WIB 値に影響を与えている要因分析(WIB 値変動に影響ある項目は何か)を析出する。

※相関分析との違いは 1 対 1 の関係性ではなく、「WIB 値 対 複数項目」という複数要因のセットで WIB 値との関係性を見ていくところにある

【分析結果】

ⅰ)“本人 WIB 値”の変動に対する影響度(寄与度)として 1%水準で有意に析出(ステップワイズ法)された「組み合わせ」を構成する項目は「介護ステージ」「BCC_L」「通所介護」であった。

図表 5-1 重回帰分析

モデル		非標準化係数 B	非標準化係数 標準誤差	標準化係数 ベータ	t	有意確率
1	(定数)	0.797	0.523		1.523	0.133
	通所介護	−0.457	0.161	−0.32	−2.834	0.006
	BCC_L	0.043	0.016	0.307	2.748	0.008
	介護ステージ	0.407	0.164	0.28	2.487	0.016

a 従属変数: WIB 平均値

ⅱ)具体的には、

・介護ステージが高く ≒ 本人と介護者との関係が「理解」「受容」に近い段階にある

・BCC_L の出現頻度が多く ≒ 仕事・類似した活動が多く、本人が活動的・能動的である

・通所介護を利用している ≒ 本人が活動的、または、一定時間のレスパイトが確保されている

を要素とする組み合わせが、本人 WIB 値が高くなる傾向が示された。

ⅲ)変数の重み(本人 WIB 値への影響の度合い)は、

・介護ステージ　0.28 (ステージが高くなるベクトルが本人 WIB 値を高くする方向に寄与)

・BCC_L　0.31(回数が多くなるベクトルが本人 WIB 値を高くする方向に寄与)

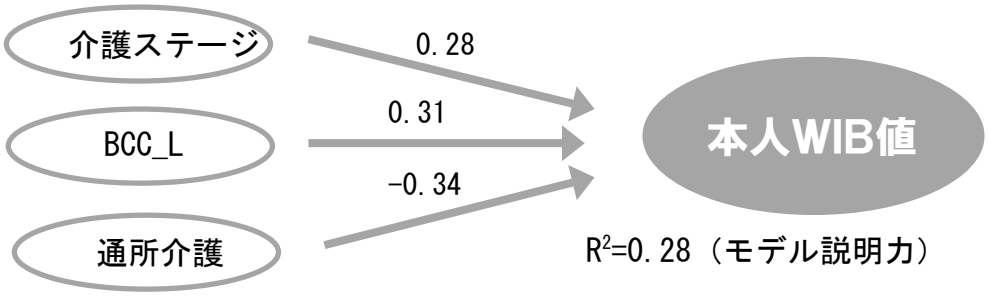
・通所介護　−0.34(利用あり(1)のベクトルが本人 WIB 値を高くする方向に寄与)

であった。(相関係数と同じく、“−1～1”の間で 0 からどのくらい離れているか、で考える)

ⅳ)この 3 つの変数によって、本人 WIB 値が高くなる変化の約 30%が説明されている。

(本人の WIB 値が高くなる要因の 3 割が「介護ステージが高く」「BCC_L が多く」「通所介護を利用している」というセットによるものと考えられる)

図表 5-2 分析結果イメージ



※この分析結果はあくまで「そういう状態にある場合にWIB値が高い傾向がみられた」ということにとどまり、この3つをクリアすることが本人WIB値に直結するものではない。

②クラスター分析

【分析概要】

在宅訪問調査データ（DCMデータ）を用いて、対象者の類似度によって定量的（数学的）に分類できる群にグループ分けし（最も特性が違うものとしてグループ分けし）、アンケート調査データ（本人属性・介護者との関係等の属性データ）とクロス集計する。DCM データによるグループを属性データで特徴（傾向）を析出する。

【分析結果】

ｉ）DCMデータ（WIB値、標準偏差、BCC（頻出10項目）、PE/NE、見守り度）から4つのクラスター（グループ）が析出（Ward法）された。

図表 5-3　クラスター分析結果

クラスタ	N	本人		介護者		BCC										PE	NE	見守り度
		WIB	標準偏差	WIB	標準偏差	A	B	F	K	L	M	N	O	P	X			
1	8	0.95	1.28	1.13	0.87	4.5	1.9	4.9	3.6	0.5	13.5	4.0	0.6	2.0	1.6	6.6	4.4	2.8
2	37	1.30	0.72	1.40	0.55	5.7	2.6	6.2	0.7	1.4	9.7	8.1	2.7	1.9	1.7	2.4	0.4	2.7
3	21	1.51	1.33	1.59	1.04	7.1	1.5	5.0	4.8	6.7	7.7	3.3	1.1	2.1	1.0	3.6	0.2	2.6
4	16	2.14	0.97	2.66	0.40	9.4	4.3	9.4	1.5	2.4	4.8	4.9	1.3	1.4	0.9	2.5	0.0	2.3
1	8	×	○	×	△	×	×	△	△	×	○	△	×	○	○	○	○	○
2	37	△	△	△	×	×	△	△	×	×	△	○	○	○	○	×	△	△
3	21	△	○	△	○	△	×	△	○	○	△	△	△	○	△	×	△	△
4	16	○	△	○	×	○	○	○	×	△	×	△	△	△	△	×	△	×

ⅱ）具体的には、

1：悪い状態になりやすい（WIB 値）、介助の必要性が相対的に高い（P）　N8

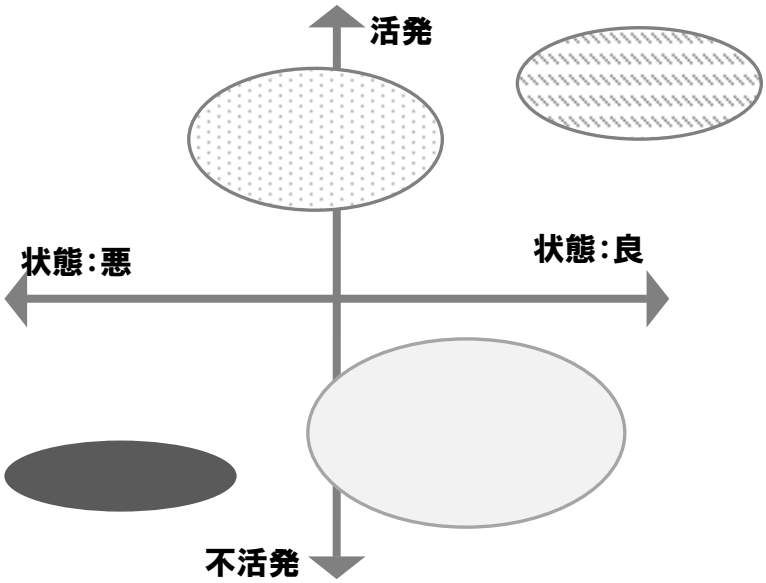
2：状態変化があまりない（標準偏差）、行動があまり活発でない（M・N）　N37

3：行動が活発（K・L）、状態変化が大きい（標準偏差）　N21

4：良い状態で安定（WIB 値）、交流が活発（A）　N16

という特徴を持つ 4 つのクラスタ（グループ）に分類された。

図表 5-4　クラスターイメージ



ⅲ）これを属性データの介護ステージ（4 段階）とクロス集計すると、介護ステージが高い（4・3）ほど、状態が良い（WIB 値が高い）クラスタ（4・2）の割合が高い傾向が示された。

図表 5-5　クラスターと介護ステージのクロス集計

			介護ステージ 1	2	3	4	合計
クラスタ	1	N	0	3	5	0	8
		%	0.0%	37.5%	62.5%	0.0%	100.0%
	2	N	1	12	24	0	37
		%	2.7%	32.4%	64.9%	0.0%	100.0%
	3	N	1	7	11	1	20
		%	5.0%	35.0%	55.0%	5.0%	100.0%
	4	N	1	4	10	1	16
		%	6.3%	25.0%	62.5%	6.3%	100.0%
合計		N	3	26	50	2	81
		%	3.7%	32.1%	61.7%	2.5%	100.0%

なお、(5)発展分析については、限られた N において、探索的に分析手法や方向性を示したところが大きく、今後のデータ蓄積や精度の向上によって、より在宅認知症ケアの特徴づけや傾向的把握が可能になると思われる。

(6) 質的分析～PE/NE について

DCM では、PE/NE を認知症の人の心理的ニーズとの関係で捉えることが多い。PE は心理的ニーズを充足し、NE は心理的ニーズを阻害することに影響を及ぼすことが考えられる。パーソン・センタード・ケアにおける心理的ニーズとしては、「くつろぎ」「自分らしさ」「愛着・結びつき」「たずさわること」「共にあること」といったすべての人に必要なものである(表)。今回観察された、PE/NE をこれらの観点から整理してみる。

表　心理的ニーズと PE/NE

ニーズ	よい出来事(PE)		よくない出来事(NE)
くつろぎ	1	思いやり(やさしさ，温かさ)	怖がらせること
	2	包み込むこと	後回しにすること
	3	リラックスできるペース	急がせること
自分らしさ	4	尊敬すること	子ども扱いすること
	5	受け容れること	区別をすること
	6	喜び合うこと	侮辱すること
愛着・結びつき	7	尊重すること	非難すること
	8	誠実であること	騙したり，欺くこと
	9	共感をもってわかろうとすること	わかろうとしないこと
たずさわること	10	能力を発揮できるようにすること	能力を使わせないこと
	11	必要とされる支援をすること	強制すること
	12	関わりを継続できるようにすること	中断すること
	13	共に行うこと	人扱いしないこと
共にあること	14	個性を認めること	差別をすること
	15	共にあること	無視すること
	16	一員として感じられるようにすること	のけものにすること
	17	いっしょに楽しむこと	あざけること

表　クラスター別　ＰＥ・ＮＥ

	種別	共にあること	結びつき	携わること	くつろぎ	自分らしさ	計
クラスター1	PE	12(31.6)	3(7.9)	11(28.8)	5(13.2)	7(18.4)	38(100)
	NE	5(16.1)	15(48.4)	4(12.9)	2(6.5)	5(16.1)	31(100)
クラスター2	PE	30(26.3)	26(22.8)	34(29.8)	16(14.0)	8(7.0)	114(100)
	NE	9(30.0)	9(30.0)	6(20.0)	2(6.7)	4(13.3)	
クラスター3	PE	23(27.1)	11(12.9)	30(35.3)	12(14.1)	9(10.6)	85(100)
	NE	5(31.3)	3(18.8)	2(12.5)	5(31.3)	1(6.3)	
クラスター4	PE	5(22.7)	7(31.8)	7(31.8)	3(13.6)	0(0)	22(100)
	NE	0	0	0	0	0	0

PE について

極端に多かったPEは「いっしょに楽しむ」というPEで、これは「共にあること」という心理的ニーズを満たす働きかけである。このPEを生んだBCCはA(交流)とM(メディア)、F(飲食)などであった。一緒にお喋りをしたり、テレビを見ながら思い出話をしたり、美味しいものを食べながら話し合ったりといった場面で観察されている。このニーズを満たす時にとても活躍したのは「テレビ」である。1対1でのコミュニケーションが困難な時、その間に「テレビ」などの道具が入るとコミュニケーションが活発になることがある。家庭の中で自然に「三項関係」を利用した関わりが行われていることが分かる。

次に多かったPEは「能力を発揮出来るようにすること」というもので、「たずさわること」という心理的ニーズを満たす働きかけである。このPEに特徴的なのはL(仕事)が多く含まれていること。また、介護度や自立度が高くなるとP(身体ケア)でも見られるようになる。何かしらの役割を果たしたり、持てる能力を適切な支援で発揮出来ることは、その人らしさを維持することに有効であり、良い状態を維持することに寄与する。「L」が良い状態をもたらす場合には主に二つのあり方がある。一つ目は介護者や他の誰かとコミュニケーションをとりながら仕事をしたり、積極的に熱心に取り組んでいる時。もう一つは行った仕事に対して「ありがとう」と感謝され、労われた時である。「L」が良い状態をもたらすから・・・と言って、一人で黙々と仕事しているだけでは良い状態をもたらすことはないのである。

3番目に多かったグループは「愛着・結びつき」に関わるPE群で「尊重すること」「誠実であること」「共感をもってわかろうとすること」である。このPEは、「A」や「F」で多く観察された。家族間の交流の中で、食事やおやつなどを楽しむ中で、認知症の人を気遣い、はげまし大切に思いながら対応している場面が多く観察されている。「愛着・結びつき」と「共にあること」のニーズに関わるPEだけで総数の約5割近くを占める。

「くつろぎ」の心理的ニーズを満たすことに関わるPEは、「思いやり」「包み込むこと」「リラックスできるペース」が含まれる。これらのPEの総数は全体の1/8程度と少なかったのは、「くつろぎの場」である家庭での調査であるため、この項目の評価がしづらいということがあるのではないかと考える。施設ならば見えやすいこ

れらの PE は、家庭ではわざわざ評価することはない。そのため調査員の見え方の違いがあったのではないかと思われる。これが在宅 DCM の課題でもあるだろう。
最も少ない PE 群が「自分らしさ」を満たすことに関わるもので、「尊敬すること」「受け容れること」「喜びあうこと」といった PE が含まれている。家族だからこそ、この心理的ニーズもわざわざ声高に言う必要がないのかも知れないし、もしかすると認知症になった家族を介護する側の葛藤があって認知症の人の「今の自分らしさ」を中々受け容れられないことによるものであるのかも知れない。

NE について

NE が一番多く観察された活動は、「A」の場面である。内容としては、「同じことを訴える」時に話を遮ったり、無視したり、諌めたりといったことが観察された。これは「共にあること」「愛着・結びつき」の心理的ニーズを阻害することに繋がるものと考えられるが、家族の立場から考えると、毎日繰り返される要求に対応する困難さや元気な時のことを知っているが故の家族の戸惑いや落胆といった感情を伴った反応とも言える。

次に多かった場面は、「P」の場面で、自分で穿けるズボンを介護者のペースで穿かせたり、入れ歯を外すのが遅いとそれを急かしたり、力加減が分からないので手足をやや乱暴に動かすなどであり、同様のことは、X(トイレ介助)においても観察された。排泄に関する NE では、失敗したことに対する叱責も少なからずみられた。

その他特徴的だったのは、「L」であり、認知症の方がよかれと思って机の上を片付けたり、食器を洗おうとする行為を介護者が制止するといった場面であった。その時に「もういいから」「危ないから」などと言われるとご本人はがっかりした様子となるようであった。K(立ち上がり・移動)の場面でも同様なことがあった。在宅という限られたスペースで一人で介護をしないとならない場合、できるだけ目の届く所にいてもらうために制止せざるを得なくなるのである。スプーンや着替えの服など物品を探す時、介護者の援助がなく、そのことができなかったり、血圧測定や部屋の明かりを消すなどの動作が途中でわからなくなり、介護者から小言を言われることもあった。

これらにより「たずさわり」のニーズが損なわれ、そのことで認知症の方の自信や意欲に影響を与えていることが示唆された。

まとめ

今回の調査の中では、NE(よくない出来事)が 56 件(1.4%)に対して、PE(よい出来事)が 270 件(6.5%)と、明らかにPEの方が多く観察された。家族の方が、より積極的に関わっていることのあらわれであり、NE が一件も観察されなかったケースが、PE と NE が両方観察されたケースよりも多いということは、特筆すべきであろう。また、施設で頻繁に観察される「人扱いしない」「子供扱いする」といった NE が一度も観察されなかった。

NE が1件も観察されなかった群では通所介護を利用している家庭が多く、NE も PE も観察された群では

通所介護の利用率は低くなる。やはり通所介護などの介護保険サービスを上手に利用しながら家族も自分の時間を作り、息抜きをきちんと出来ていれば、精神的な緩みも生まれるということなのだろうか。

約半数の家庭では NE も観察されているが、同時に PE も観察されており、毎日が「共にあること」や「結びつき」への葛藤となっているのかも知れない。僅かではあるが NE だけが観察され、PE が1件も観察されなかったケースもある。それらのケースの事情は様々で、混乱の真っ最中かケアをすることで精一杯であったり、また、「自分のケアは正しい」と絶対の自信を持っていて、施設職員のように「業務中心」となっている家庭も見受けられた。

今回の調査において、NE 数は本人ならびに主介護者の WIB 値との相関もあり、NE 数が少ないほど、WIB 値が高い(よい状態)となっていることから、NE は認知症の人本人ならびに家族のよい状態のバロメーターとも言える。今回の NE は、認知症の方が分からないからどう対応すればいいのか分からず、認知症の方本人に対して家族としてどうしても感情的になってしまう、または、あきらめて無視してしまうために起こることが分かった。これらのことから、介護者に対する教育(情報の提供)の必要性が示唆された。通所介護を適度に利用しながら、日々のケアの手かがりを示していくことが在宅生活には必要と考えられる。また、認知症の症状が中等度の時、物品の操作や目の前にないものを探すという場面で十分な援助がなく、認知症の方の自信や意欲の喪失につながる場面があり、その人の症状にあった家庭での生活援助のやり方に対する専門的なアドバイスは重要と思われる。

家庭内での身体介護や排泄の場面での苦悩が、NE に繋がっていると思われる節もあり、在宅で身体ケアサービスを柔軟に利用できるような対応も必要と考えられた。

この調査の限界であるが、今回、調査に伺えたのは、ケアマネージャーをはじめとした介護サービスの事業者と家族の関係が良好な家庭で、かつ、調査員に実際の介護をみせても大丈夫という比較的余裕がある家族が対象であったということである。従ってすべての家庭がこのような状態であるとは言えない。

3. 考　察

在宅の認知症高齢者の暮らしと、それを支えるケアに着目して、第3者視点で在宅の認知症ケアの実態を示すデータを収集することを目的とした。実施にあたっては、認知症ケアマッピング（DCM）の手法を用いて、訪問調査員が自宅に伺い記録を行った。

調査データの集計分析結果に基づいて、以下考察を行った。

1. 在宅で過ごす認知症高齢者の状況

① 主に BCC（行動）について

今回、日中の4時間の観察において、最も多く観察されたBCCは、全体では、TVを見るなどのM（メディア）19.1%であった。認知症自立度別にみると、Ⅱ群が最も多く 22.2%で、Ⅳ群が最も少なく 15.5%であった。また、Mの行動の時のWIB値は、大半が+1だが、+3も平均22.0％見られており、PEとして報告されているように、家族の関わりや本人の好む番組選びの工夫などのPEによって、本人のよい状態が多く観察されていた。

二番目に多く観察されたBCCは、会話などのA(交流)14.8%であった。認知症自立度別にみると、Ⅰ群が最も多く23.6%で、Ⅱ群が最も少なく12.7%であった。Aの行動の時のWIB値は、+3以上が最も多く全体では56.1％で、とりわけⅡとⅢの群に多く見られた。一方、Ⅳ群では、+3が最も少なく、−1以下が最も多く、本人の言語障害の進行に伴って家族間の交流が難しくなっていることが伺われた。

三番目に多く観察された BCC は、N（睡眠）14.4%があった。認知症自立度別にみると、Ⅰ群が最も少なく2.1％であった。Ⅱ群以上では 10～17%見られていた。通所介護利用者では、N が少ない傾向が認められた。これは、そもそも体調や体力に問題のある人が、通所を利用しにくい場合や、通所利用を通じて、活動と睡眠のリズムが一定程度保たれる場合も、考えられるかもしれない。

四番目に多く観察されたBCCは、食事やお茶などのF(飲食)14.3%であった。認知症自立度別にみると、他の群が 10%前後であったのに対して、Ⅰ群が 33.3%と最も多く、かつその WIB 値を見ると、+3 が 8.3%と4つの群のうちで最も少なかった。Ⅰ群の人たちは飲食にあまり介助が必要でないためとも考えられるが、食事やお茶の時に、家族との関わりが少ないことが推察された。

注目すべき BCC としては、L（仕事）がある。Lは、家庭の中では家事仕事等やその一部を行う事である。周囲が「仕事」と捉えられなくとも、本人が「仕事」をしているという実感を伴っていると記録者が判断できたとき、Lを記録した。認知症自立度別にみると、Ⅱ・Ⅲ群では5%以上見られるのに対して、Ⅰ・Ⅳ群では2～3%と少ない。また、L の時の WIB 値も、Ⅱ・Ⅲ群では+3 以上が 50%以上とよい状態であるのに対して、Ⅰ・Ⅳ群では、+3 以上が少ない。Ⅳ群では、目的的作業が難しくなっているためと考えられるが、Ⅰ群については、L（仕事）を生活の中で生かす働きかけを増やすことで、よい状態が高められる可能性があるものと考えられる。

Chung の長期療養施設における調査[1]では、臨床認知症評価法（CDR）の軽度である CDR1 では最も多かったのはF(食事)、次いでA（交流）、B(受け身の交流)、中度のCDR2ではB(受け身の交流)、F(食事)、A(交流)、重度の CDR3 では N(睡眠)、C(閉じこり)、B(受け身の交流)であり、自立度の関係や施設ケアと在宅ケアの相違から、本調査では M(メディア)が最も多いと考えられた。後期高齢者に対する意識調査において、7 割近くの人が「TV やラジオ」を普段の生活における楽しみとして挙げていることが報告されており[2]、それらの結果裏付けることが明らかになった。先の Chung の報告では施設ケアにおいては、H(手芸)、I(知的活動)、J(体操)などもわずかであるが、M(メディア)はこれらのアクティビティと同様の頻度であり、施設ケアにおける M の位置づけは異なる可能性が大きい。在宅においては TV を活用した家族の関わりや好みの番組などケアの方法によってケアの質が高まることが示唆された。N（睡眠）に関しては、CDR の重症度が高まるにつれて割合も多くなり、心身機能の低下なども関連することも考えられる。L(仕事)については、Chung の報告はわずかであるが、レベルが高いほどあり、CDR3 では見られなかった。在宅ケア、施設ケアともにこれらの活動を維持することが重要であることが考えられる。

② 主に WIB 値（よい～よくない状態）について

ご本人の WIB 値について、認知症自立度別に見ると、よい状態(+3)以上はⅡ・Ⅲでは 25%以上見られたのに対して、Ⅳは 17.6%、Ⅰは 16.0%と最も少なかった。またよくない状態(-1)以下はⅠ～Ⅳへと増加する傾向が見られた。よくない状態の増加は、認知機能の低下が一定程度影響しているものと考えられるが、よい状態が、Ⅰ群で最も少ない点は注目すべきことと考える。Ⅰ群では、まだ認知症の症状も比較的軽度であるが、認知症の発症に、ご本人も家族も戸惑い、どのように相互に関わりを持ちながら家庭生活を過ごしていけばよいか悩む時期なのではないかと考えられた。この段階の要介護認定では、利用できるサービス量も限られているが、実際には、家族と本人が最も支援を必要とする時期にあることが示唆された。Ⅰ群については、在宅ケアをその先継続できるかどうかにかかわる重要な時期であると再認識し、認知症に関わる要介護認定やサービス提供のあり方について再検討する必要があるものと考える。

2. 主介護者の状況と認知症介護の状況について

① 主介護者の状況について

主介護者の BCC 分布では、「L（仕事）」が最も多く 35.6%だった。次に「A（交流）」が 31.6%と多くなっていた。「P（身体ケア）」は、5.9％と少なかった。主介護者の見守り度では、「見守り」が最も多く 45.9%、「直接介

[1] Chung, J. C. C. (2004). Activity participation and well-being in people withdementia in long-term care settings. OTJR: Occupation, Participationand Health, 24(1), 22-31.
[2] http://www.rad.co.jp/client/core/2011SpOP/201102newsrelease.pdf ～リサーチ・アンド・ディベロプメント ９０歳まで対象の後期高齢者調査を実施～後期高齢者の６割 趣味や娯楽で人生を楽しむ

助」、「見守りもしていない」の割合は共に 19.0%と少なかった。これらを合わせて検討すると、家族は、大半の時間は家事等を行いながら認知症の人を見守っており、時に食事や排泄等の日常の諸作業について、誘導を行ったり直接介助を行うという、介護のスタイルをとっていると考えられた。見守りを中心とした、つかず離れずの間合いを持って介護にあたっている。この状況は、日中の多くの時間続いており、「見守りもしていない」時間はわずかである。「気が休まらない」という言葉で表されるこの様な認知症介護の状況は、身体介護を中心とした介護との違いを明らかに示していた。

② 認知症介護の状況について

認知症の人の WIB 値平均と介護者の WIB 値平均との間に、今回、強い相関が認められた。このことは、在宅において、ご本人の QOL と家族介護者の QOL を切り離して考えることはできないこと、両者共に高めていく必要があることが示唆されたと言えよう。

家族介護者にとって、NE は、自立度Ⅰ・Ⅱ群により多く見られ、家族も、認知症の人と共に戸惑い、どう関わりをもっていいか悩んでいる状況が推察された。

実際、NE 数は、ご本人の WIB 値平均および介護者の WIB 値平均との間に、一定程度負の相関が見られている。家族をして NE に至らしめる要因について、今後さらに検討し、それらを改善することで、家族介護者およびご本人のよい状態をより高める効果が期待できるとともに、在宅ケアを継続できる環境整備につなげることができるのではないかと考える。

また、「通所介護」、「仕事（認知症の人の行動）」、主介護者の「介護ステージが高い」ことと、認知症の人の WIB 値が高いことに相関が見られた。「通所介護」を在宅介護に上手く取り入れていること、例えば訪問調査のケースでは、入浴は通所介護で済ませ、自宅では入浴は一切しないといった家族があった。このケースの場合は、通所介護と家族との役割分担を明確にすることにより、良い結果に繋がっていると思われた。また、「仕事」に関しては、家族が本人が出来ることを準備して、出来るところを本人が行い、結果については問わない、という考え方のもとで行われている家族があった。このような働きかけは、Ⅱ群やⅢ群で多く見られた。介護ステージの高い介護者は、認知症介護の工夫として意識して行っていることが推測された。これらの介護の工夫をさらに詳細に調査検証し、事例として広く普及していくことで、これから介護を行う家族にとっては、大きな支援になると考えられる。

今回の調査の限界であるが、調査対象者の選定の段階で、本人及び家族の属性に偏りが生じていることは考慮に入れるべきである。調査を希望して引き受けた家族は、ケアマネジャーや在宅介護サービス事業者からの紹介であった為、在宅サービス事業を十分に使い安定的な介護を行っている家族が多く見受けられた。選定の段階で、調査員が自宅に入る事を負担に感じ、調査を希望しなかった家族もあった。現在介護に拒否感や戸惑いを強く感じている層は、本調査の対象者には少ないと感じている。今後このような層にも、本調査手法に限らず、何らかの形で現状を把握をし、分析を加えてていく必要がある。

調査手法についてであるが、調査時間や時期について今後検討が必要である。家族の事後アンケート（第4章に詳細）によれば、夜間や早朝等の介護が大変な時期に調査して欲しいという希望や、24時間見て欲しい等の希望が挙げられていた。今回の調査は、日中の5時間を記録しており、その時間においての在宅介護を表現しているが、すべてを代表しているとは言えない。今後調査手法についてさらに検討する必要がある。

今回の調査では、DCMという手法を用いて、認知症の在宅介護の実態を第三者視点で描くことを目的とした。結果、これまで十分に明らかにされていなかった在宅介護の部分に光をあてることができた。しかし本調査によって、在宅介護のすべてを描くことができたわけではない。今後調査手法の課題等を一つ一つ解決し、家族や認知症の方ご本人、ケアマネジャーや介護サービス事業者との協働のもとに、家族介護の実態を社会に継続的に発信していく必要があると考える。

第4章 今後に向けて

DCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDC

1. 事業を振り返って

1. 事業を振り返って

『在宅における「認知症ケア」の確立のために』

公益社団法人　認知症の人と家族の会理事・鳥取県支部代表　吉野　立

認知症の人と家族の会が 2010 年に行った「暮らしと介護保険に関するアンケート調査」によると、介護保険が始まってから 10 年を経た現在、介護保険サービスの日常的な利用により介護の手間については軽減されていますが、介護する家族の「気が休まらない」とういう状況はあまり変わっていません。介護家族は依然大きな負担感を持ちながら認知症の人の介護にかかわっているのです。

そうした中、今までは主に専門職の認知症の人かかわるケアについて活用されてきたDCMを在宅で介護家族を対象に試みる今回の調査研究は、在宅における「認知症ケア」のあり方をすすめる良い機会になるのではないかと考え参加させていただきました。

しかし一方では、認知症の人を介護している在宅へ入ってのマッピングという手法に「大丈夫だろうか」という不安もありました。私も相談活動にかかわりながら在宅訪問をよく行いますが、まずは家族やご本人の話を良く聴くことに専念する関係づくりから行っていますので、マッパーが6時間もの間、本人と家族を見続けることに強い拒否反応が起こるのではないかと思ったのです。

従って、本事業の本来の目的とは少しはずれるかもしれませんが、今回の事業の成果のひとつにはマッパーの人たちがそうした困難の中でマッピングを行ったことにあるといえます。ひとケース毎のマッパーの人たちの体験を集積することから今後の在宅における認知症ケアのあり方が見えてくるのではないかと思うのです。

また、調査の主旨を理解していただき、マッパーの訪問を受けていただいた家族から、マッピングを受けた後に、「受けて良かった」という言葉を聞くケースが多くあったことも、在宅で介護する家族の前向きさを感じることができ嬉しいことでした。

訪問してのマッピングと併せて取り組んだアンケート調査も、普通おこなわれる○×式や記述式とは異なり、1日の本人の行動の時間経過を記入してもらうなどアンケートとしては回答にかなり手がかかるものでしたが、認知症の人と家族の会がおこなったアンケートとの関連がどのように出てくるのかと期待しています。

2015 年の高齢者介護の基本は「認知症ケア」と言われながら、今だその確立がなされていない今、今回の調査研究事業は在宅における認知症ケアのあり方について取り組むための様々な課題を導き出してくれたのではないかと考えます。在宅に依拠したこうした調査研究事業が今後も継続して行われることを願いたいものです。

『在宅でのDCMを実施しての感想』

社会福祉法人こうほうえん 理事 教育研修人材部部長 永田 寿子

在宅でのDCMを 14 例ではあったが、10 名のマッパーによって実施できたことでほっとしている。

30 年ぶりの大雪に見舞われ、予定していた対象者、また、ご家族に、トラブルや病気、そして、当事者は快く引き受けてくださっても親戚の考えなどが入り、実施できなかった例などもあった。しかし、訪問先の方々は、全員、快く迎えてくださり、その多くは、「また、参考になるのなら来て下さい」と温かい声を掛けてくださった。

地域の中に入っていく、ともに、認知症ケアを考えていくという流れはあっても、どう具体的に考え、動いていったらいいのだろうかとの思いを強く持っていた一人として、実施した後、1つの光が見えたような気がした。

認知症のケアを考えた時、悩みながら、不安も持ちながら介護をしていらっしゃる方の本心に触れ、その思いに寄り添う大切さを考えたとき、在宅での様子を 6 時間見せていただいた意味は大きいと思う。

役割を自覚し、介護を引き受けている介護者が、介護に誇りを持ちながら、サービスを上手に使い、「自分への褒美で、これが楽しみ」と旅行を計画されている姿を拝見して、このような形の介護の担い方もいいなーと感じた。その期間をしっかりと安心できるサービスを提供して支える地域でありたいと思えた。また、サービスをご利用時の姿と在宅での過ごし方とのギャップを知って、サービスの提供方法にヒントを得たケースから利用いただく側がカンファレンスを開き、個別のメニューを提供するようになったケースもあった。

ある意味で、深く関わるDCM、在宅で受け入れられることで、サービス提供について本物のヒント？を得るきっかけができたり、また、介護者の思いに寄り添うことで、介護力や気持ちが落ち着いたり・・・家族を含めたケア提供方法が議論されたりを拡大していく。そんな中から、パーソンセンタードな関係が広がっていく。

6 時間を共有するマッピングを通して、認知症のケアについて、さりげなく伝えながら、分かち合い、介護者を温かく肯定的ストロークで支えあっていく、これも素晴らしい方法だと実感した。

『事業の振り返りと今後の展開にむけて』

認知症介護研究・研修大府センター　本田　恵子

認知症介護研究・研修大府センター（以下大府センター）は、シルバー総合研究所と共に平成16年度より、「パーソン・センタード・ケア及びDCM法」の研修を主催し、パーソン・センタード・ケアとDCM法について普及活動をしている。私は、大府センターの研修部兼DCM推進室の一員として、またDCMユーザーとして研修の運営や活動に関与している。今回の事業には、在宅でDCM法を活用するとのことで参加させていただいた。

DCMの研修や普及に関与している立場として研究事業を振り返ると、以下の三つの成果があったと思われる。

一点目は、本来施設等で使用するDCMを在宅で使用していく為の基礎マニュアルが形作られた事である。このことにより、認知症ケアの質の向上のための方法の幅が広がったのではないかと考える。

二点目は、本事業を通して多くのDCMユーザーの協力が得られたことと学習の場になったことである。DCM推進室の課題でもあるDCMユーザーのフォローアップという点でも取り組みのヒントを得られたと考える。

三点目は、従来、在宅生活あるいは在宅介護を知る手段は限られており、主として家族の訴えなどから知ることが多かった。今回、初めてDCMの視点を導入することで客観的なものとしてデータ化した事は、DCMの有効性を表す重要な成果であると考える。以上の事から、DCMが在宅で初めて活用された意義は大きいと感じた。

上記のような成果が得られた一方で、今後の課題も明確になった。それは、今回の訪問調査の目的が在宅での認知症ケアの在り方について知るための基礎データ収集であることから、DCMの特性であるケアの向上を図る発展的評価は活かされていない。より良い活用法を考えていくうえでは、この点をどのようにしていくかについて検討が必要である。また、今回収集したデータは、第三者が家庭に介入できる状態にある所のデータであるため、それを第三者が介入できないが支援を必要としている家庭にどのように活かしていくかが課題となっていくのではないだろうか。家族や専門職の意見や得られた成果を次に繋げていくうえでも、本研究事業を継続していくことが望ましいと考える。

最後に、訪問調査にご協力いただいた皆様、ご指導いただきました委員の先生に深く感謝申し上げます。

『事業を振り返って』

名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科長　下山　久之

在宅で過ごされる認知症の人の生活を知るための基礎調査として、この調査研究事業は始まった。認知症ケアについての量的調査のみならず質的調査をも行うために、調査手法として認知症ケアマッピング＝DCMを用いることとなった。従来、DCMは入所施設あるいは通所施設の認知症ケアを評価するための観察式評価法として開発されたものであるため、それをそのまま在宅ケアに適用することに慎重になる声も聞かれた。また在宅に第三者が入ることで、既に「いつもの状態」ではなくなるため、調査の意味があるのかという疑問も投げかけられた。このような点を考慮しつつ、従来のDCMの手法を一部改編し、在宅ケアバージョンとして、今回の調査のために調整された手法を用いて、調査は開始されることとなった。

また、在宅への訪問調査と合わせて、主介護者に対するアンケート調査も同時に行われた。このアンケート作成に関しては、財団法人認知症の人と家族の会に多大なご協力を頂いた。ただ認知症の人の状態を調べるだけではなく、「認知症の人」と「認知症の人を介護する主介護者」の相互作用を見ることも目的に加え、主介護者の背景や個人因子を分析することで、在宅での認知症ケアを継続可能とする要因を探っていくこととした。

本調査研究事業は、在宅への訪問調査とアンケート調査という大きな二本柱の元、進められることとなった。

実際に調査事業を進めていく中で、認知症の人とご家族の協力を得て、在宅への訪問調査にも携わった。実施前のディスカッションで出てきた懸念は、あまり大きな障害にはならず、調査を進めていくことができた。そして、調査を進めていく中で、それぞれの認知症の人とご家族が抱えている困難や生活上の工夫等、様々なことを教えて頂くことができた。このような調査を通し、これまで介護保険制度や介護福祉士養成を通して考えられてきた「介護福祉の専門性」自体を、今一度問い直す必要性すら感じる機会となった。多くのご家族は、実際にはそれ程、身体介護を必要としない時期ですら、かなり多くの時間を認知症ケアに費やしている。それは身体介護という関わり方ではなく、存在そのものを認め、交流し続けるというコミュニケーションという方法を通してであった。身体介護ではないから容易かというと、そうではない。むしろ、多くの精神的ストレスを生む、専門性の高い関わり技法でもある。このような場面を目撃する中で、介護福祉の専門性などについて再考するという宿題も頂いた調査であった。多くの気づきと感動を頂いた本調査事業に関われたことに、心より感謝申し上げたい。

『認知症ケアマッピング(DCM)を在宅で活用することの意義とマッパーの使命』

浜松医科大学 地域看護学講座 教授 鈴木 みずえ

介護保険制度が開始されてから認知症の人のための介護サービスが充実し、従来は施設でしか生活できないとされていた認知症の人も在宅療養が可能となってきた。英国サフォーク州 では、高齢者全国サービス基準(National Service Framework for Older People:NSF 2001))の基準達成過程において、州内 14 の公立高齢者居住介護施設の DCM マッパーの育成および相互 DCM 評価を実施してスタッフ教育ならびに認知症ケアの質の向上に効果を上げたと報告しており、英国では地域ケアシステムにおいて DCM の導入がなされている。DCM は施設ケアを対象にしているが、在宅においては家族の介護負担や高齢者虐待などの問題も潜んでおり、さらに在宅におけるケアの質を評価する必要がある。家族介護者と認知症の人がどのように介護や生活を構築しているのかは十分明らかではない。さらに、今後、わが国の今後の在宅における認知症の人の増加を見据えて、在宅療養の場においてもパーソン・センタード・ケアやその理念に基づいた DCM の導入が必要である。本事業の目的は、在宅マッピング本事業では DCM を活用して、マッパーによる第三者的視点で、在宅で暮らす認知症の方の生活やケアを記録し、その結果を今後の在宅での認知症ケアのあり方に資する基礎資料とすることを目的としている。

本事業で最も大きな課題は、DCM が施設ケアのフロアなどの共同スペースで実施され、寝室など個人のスペースでは実施されないという基本ルールであり、在宅にいては発想を大きく転換しなければならなかった。在宅調査ワーキングではこの点について何度も議論を行った結果、認知症の人だけではなく、家族もマッピングすることで認知症在宅介護の相互作用が明確になると考えた。在宅マッピングの結果を分析することで、認知症の人と家族のWIB値とBCCの相互の関係が明らかにされ、在宅の認知症介護の糸口が明確になるであろうと期待している。実際に訪問してマッピングさせて頂いたA氏は週のほとんどはディサービスを使用されており、サービスをまったく利用されていない1日をマッピングさせて頂いた。A氏はディサービスでは人との交流を好まれる社交的な人との評判であったが、家庭内ではその評判とは異なっていた。在宅における一般的な認知症の人の生活は単に1日だけを評価するのではなく、ディサービス利用日も含めてトータルに考える必要がある。家族にとっての介護は 24 時間であり、認知症の人の介護とご自分の生活や健康のバランスを取らなければ在宅介護を継続することができない。ご本人は過去の自分と現在の自分のギャップに苦しみ、ご自分の心安らぐ居場所を探し求めていらっしゃることが伺えた。認知症の在宅介護は認知症の人とご家族の長い長い人生の歴史があり、個々の価値観、地域などの文化に根付いた掛け替えの貴重な体験である。マッパーがご家庭での介護の場に同席させて頂いて在宅マッピングの機会を与えられたということは、ご本人とご家族の介護の苦しみをありのままに受け止めて、さらに今後のわが国の在宅の認知症の家族介護のあり方を明確にする使命を、反対にご家族から与えられたのではない

かと感じている。

在宅マッピング・アンケートにご協力頂きました認知症のご本人の皆様、ご家族の皆様に深く感謝するとともに、ご家族の期待に応えられるように、本事業の成果を分析して在宅の認知症介護を担っている方々に少しでも貢献できるようにより努力していきたい。

2. 訪問調査員へのグループヒアリング

2. 訪問調査員へのグループヒアリング

①目　的

今後の調査の方向性や方法等について、課題や改善案を収集することを目的として、認知症訪問調査の調査員を対象としたグループヒアリングを行った。

②調査方法

フォーカスグループヒアリング。司会者による半構成的質問に回答する形式。集計および分析は、ヒアリング時の逐次メモの要約によって行った。

a. 調査日時	平成 23 年 3 月 1 日（火）	
b. 場所	安保ホール 202 号室（愛知県名古屋市）	
c. 参加者		
司会	下山久之	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科長
調査員	牛田篤	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科 助教
	林三代志	名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科
	市川宰子	株式会社　ラ・プラス　副統括
	坂本涼子	ＮＰＯ法人　みんなのひろば　副理事長
書記	桑野康一	ＮＰＯシルバー総合研究所　常務理事

③調査結果

１．認知症の人を家で介護しているご家庭を実際に観察記録して、どのようなことを感じたか

「家族なりの方法を確立している」

それぞれの事情に合わせて介護方法を確立している家族が多い。その介護方法を安定して行い続けている。安定感がある。

「家族ごとの環境や背景等の制約がある中でケアを続けている」

環境や経済的理由等、様々な制約の中で出来ることを家族は行い続けている。中には働きながら介護している家族もいる。その家族が抱える制約の中でケアを行っているので、単純に良いケア、良くないケアという評価を行えるものではない。

「家族は情報を求めている」

家族なりの介護方法を確立しているようであっても、もっと適切な介助方法や介護保険サービスの情報等を求めている家族が多い。専門職からの情報は役に立つものであると家族も考えている。専門職の訪問は情報を得る良い機会となった。

「話を聞いて欲しいと願っている家族が多い」

安定した家族なりの介護方法を確立し、提供し続けていても、時々、積もり積もった感情や体験を誰かに聞いて欲しいと願っている家族が多い。そこで訪問者としてたずねると、話を聞いてくれる相手として迎え入れられた。

２．訪問調査の手法や手続きについて、どのような感想を持ったか

「コード付」

今回は主介護者も利用者としてコード付したが、家族は、L、K、A、Fとコード付されることが多い。家族のコード付は無くてもよいのではないかと感じた。

「調査者の性別」

利用者やご家族の構成から、男性あるいは女性の訪問者のどちらが良いのかを考えて、調査者を選ぶ必要もあるかもしれない。在宅の場合、狭い空間であるため、訪問者が男性であるか女性であるかというちょっとしたことも影響を与え得る。

「最初の説明の大切さ（＝調査の目的の共有）」

調査の目的を、分かりやすく伝え、ケアのヒントや工夫を発見していくことだと伝えると、理解され、過剰に気を使われることが無くなった。最初にきちんと説明をし、目的を共有することが非常に大切になるのだと思う。

「家族の状況を共有する存在の大切さ」

ビデオテープを流しながら、状況を記録するのではなく、同じ時と場所を共有することにより、ご家族は、まさに何に困っているのか家族が感じられている事柄を共有することができ、家族の話や感情を丁寧に聞いていく機会となった。調査者という人が、感情を持ってそこに立ち会うことによって生じる信頼関係が、家族の助けになる部分があるのではないか。

「昼食等の準備」

コンビニエンスストアで買ったおにぎりとお茶を、コンビニのビニール袋に入れて持参した。最初からご家

族の目につくように持参したことから、お茶等の気遣いを無用にして頂くことができた。

「施設でのDCMに活かせること」

在宅での訪問調査は、ご家族の良いところを自然と探すように意識が働いた。施設でDCMを行っている時には、自然と職員に多くを求め、やや荒さがしになっていたと思う。今回のご家族に対する姿勢を施設でのDCMにも活かさなければならないのだと思う。

３．訪問調査によって、家族や本人のいつもの生活に影響を及ぼしたと思うか

「いつもよりやや良い状態に」

認知症の人はいつもよりやや良い状態であることが多かったようである。外部からの訪問者の存在を感じ、良好な状態を保つこともできるというのは、認知症の人ご本人の持つ潜在能力である。これを家族と共に感じ、どのように活かしていけるのかを検討できれば、その後に活かして繋げられると思う。

「見捨てられていないという気持ちに」

国が自分のような者に関心を持ってくれており、見捨てられていないという気持ちになったと家族から言われた。生活場面そのものには大きく影響しなかったと思う。

「観察方法の工夫が必要」

狭い空間の中で、どこに座るか、極力、直接目を合わさないようにするなど、小さな工夫が必要。これは施設でのDCMにも活用できること。

「勉強しているという姿勢を示すことに」

介護についての勉強に来ていることを伝え、シートに記録を付けている様子を示すと、その後はあまり関心を払わなくなった。何のために来て何をしているのかが分かると、それっきり放っておかれた。最初にきちんと説明しておくことが大切だろう。

４．観察記録の後の、ご家族への「振り返り」について、どのような感想をもったか「振り返り」は有用だと思うか

「アドバイスを求めてくる家族には返答を」

特別、家族へのフィードバックは行わなかった。ただ、どうすれば良いかアドバイスを求めてくる家族に対しては、その都度、答えるようにした。

「何気ない会話の中で、ねぎらいや感想を伝える」

最後にまとめてフィードバックということはしなかったが、観察中も家族と何気ない会話をすることがあったので、その都度、ねぎらいや感想を伝えるようにした。

「印象に残る素晴らしい場面を伝える」

観察中に目の当たりにした素晴らしい場面を、ねぎらいを含めて伝えるようにした。話を聞いて欲しい、苦労を認めてほしいと思う家族にはねぎらいの言葉だけでも、とても意味があるだろう。

５．ケアマネジャーや、他のサービス事業者への情報提供や情報共有を行ったか

「家族の了解を得て、ケアマネジャーと情報を共有する」

今回の調査は、基礎資料としてのデータ収集であることをケアマネジャーに伝えてあったが、ご利用者のためになる情報があればそれを共有し、ケアプラン等に反映させていきたいとケアマネジャー、事業所から申し出があった。家族に確認したところ、サービスに活かされるなら喜んで許可するということであった。ケアマネジャー、事業所を対象に、調査の報告会を実施した。ケアマネジャーや事業所からは、すでに知っていた情報を、長時間の観察によって裏付けられた部分と、そこまで詳細に把握していなかったこと、またご家族の細やかな気持ち等、これからのサービスに活かせる情報が数多くあったと言われた。ケアマネジャーは多くの利用者を抱えているために、なかなか一件ずつを丁寧に関わりきれないでいる。ケアマネジャーに代わって、情報を丁寧に見つめ直す役割を果たせたのではないかと思う。ケアマネジャーとの連携は、とても意味あることだと思う。

「ケアマネジャーや事業所から、情報の共有を求められた」

ケアマネジャーは情報を求めている。ご家族の同意を得るという手順は大切だが、それが得られれば、情報を具体的なサービスに活かしていけるだろう。利用している小規模多機能事業所では興奮して大変な利用者が、在宅ではとても穏やかに過ごされていた。小規模多機能事業所でもDCMを実施したことがある。この差異からご本人の求めていることを事業所と一緒に考えていくのは意味があるだろう。

６．もし、またこのような機会があったら、訪問調査をやってみたいか。訪問調査のメリット、デメリットあるいは改善するべき点はどのようなことだと思うか

「メリットは家族とケアマネジャーを繋ぐ存在になれること」

家族とケアマネジャーを繋ぐ存在になり、なかなか表現できないご家族の思いや家での認知症の人の様子等を共有し、ご家族、ケアマネジャーと共に認知症の人のために出来ることを考えていける役割を担える

ことがメリットだと思う。

「デメリットは在宅バージョンになり切っていないこと」

コード付など今後検討していく必要があるのではないか。施設で行われていた手法を在宅で用いたために、再度、細かいところを検討していく必要はあるだろう。

７．その他調査に関わって感じたこと

「熱意のあるケアマネジャーの存在により成立した調査事業」

今回、調査事業を受けてくれた家族は、ケアマネジャーに信頼をおいていたため、ケアマネジャーからの紹介ということで快く調査にご協力頂けた。ケアマネジャーとご家族の信頼関係があったからこそ行うことが出来た調査事業であると感じた。

「次の世代の役に立つことを」

何のためにこのような調査を行うのかと家族や認知症の人に聞かれた時に、「介護保険制度の改正や、今後の在宅ケアに必要なことを知るために行っている調査です」と答えると、「私たちの時代には間に合わないかもしれないが、次の世代に役立つなら意味があるね」「生きていて本当に良いのかと思う時があるが、生きていて調査に協力することで、次の世代の役に立つならばとても嬉しい」という感想を述べられた方がいた。

「制度に対する二つの姿勢」

家族の中には、もっと自分たちのことを知って制度を良くして欲しいというグループと、今の制度の中でこんなにいい思いをしてありがたいと感じているグループがいる。多くのご家族の意見を聞き、望まれる制度にしていく必要があると思う。

以上

3. 訪問調査対象家族への事後アンケート

3. 訪問調査対象家族への事後アンケート

(1) 目　的

訪問調査が家族や認知症の人に与えた影響(負担感)や、調査への感想等を収集し、調査手法の改善につなげることを目的とした。

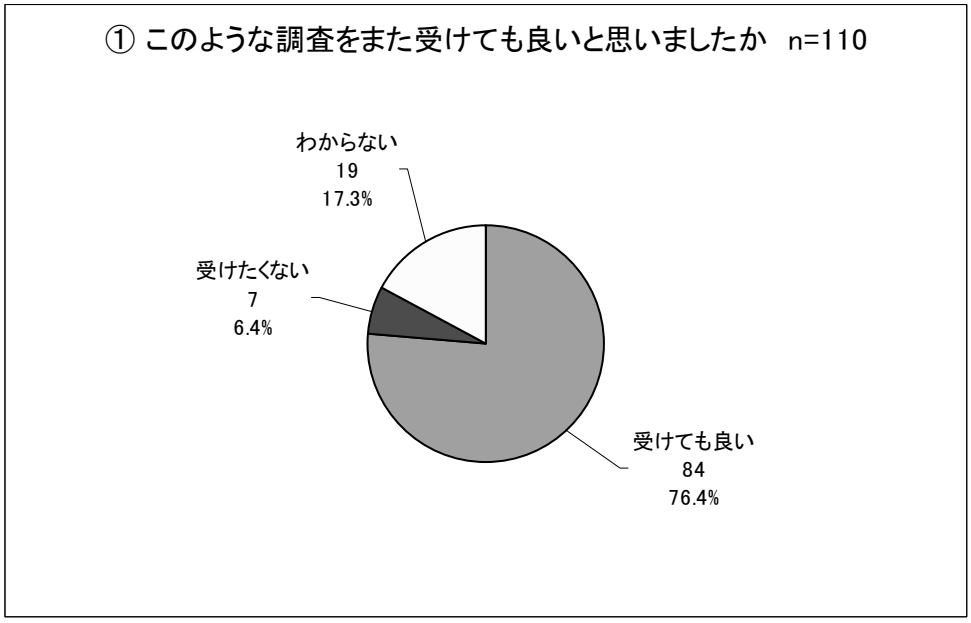
(2) 方　法

調査票は、訪問調査終了日に、調査員から家族に手渡たされた。家族は、調査票を記入し、調査事務局宛に直接郵送した。調査票は無記名となっている。

(3) 結　果

① 訪問調査を受けた感想

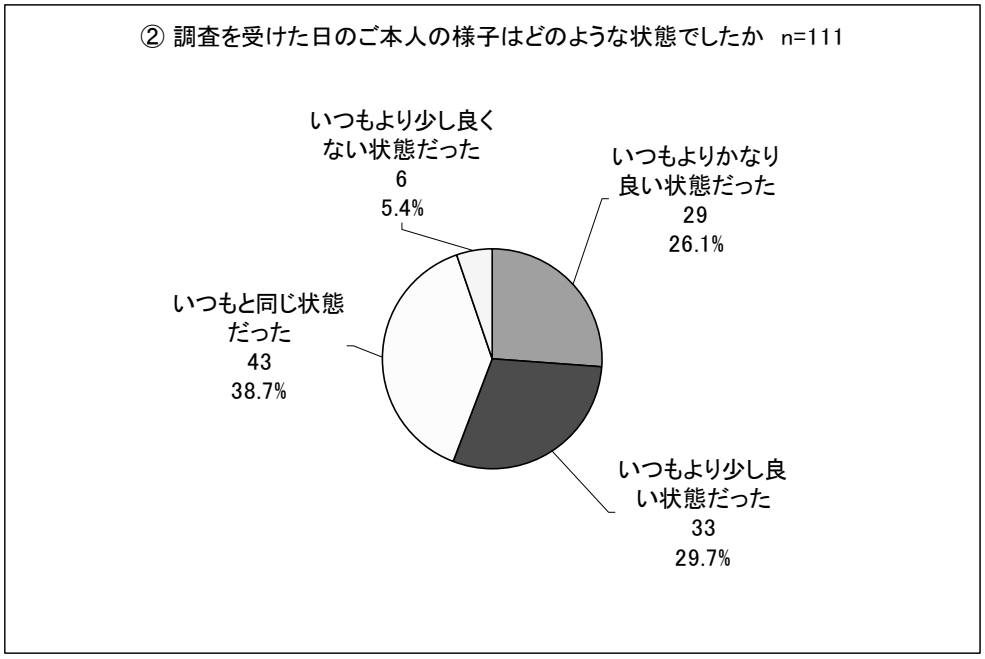
訪問調査を受けた感想では、「受けても良い」が 84 人(76.4%)と最も多く、「受けたくない」は、7 人(6.4%)だった。自由記述より、「受けたくない」理由は、「1 回の観察では本人の実態が十分把握できないと思うから」という感想が1人あった。「受けたい」理由としては、「介護者、被介護者の実態を正しく把握し、今後のより良いサポートシステムを作って頂きたいため」、「在宅での認知症ケアを記録として残すことで、家族の負担をわかって頂けると思うから」といった意見が多く見られた。



② 調査を受けた日のご本人の様子

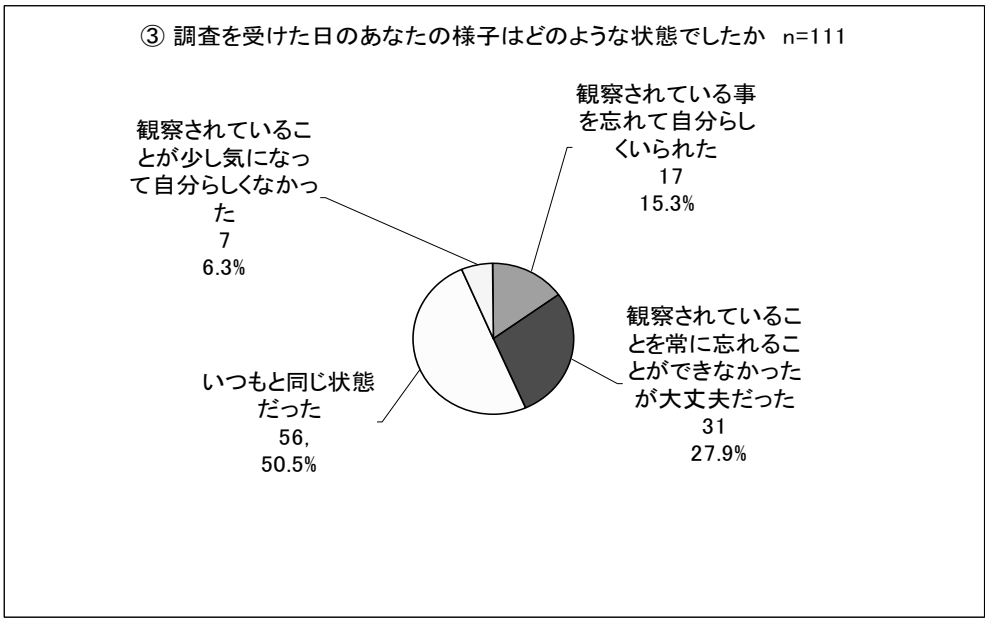
調査を受けた日のご本人の様子では、「いつもと同じ状態だった」が 43 人(38.7%)で最も多かった。次に「いつもより少し良い状態だった」が 33 人(29.7%)、「いつもよりかなり良い状態だった」が 29 人(26.1%)であった。調査当日のご本人の様子は、概していつもより良い状態だったと推測できた。

反面「いつもより少し良くない状態だった」は、6 人(5.4%)で、わずかではあるが、いつもより良くない状態の方もいた。



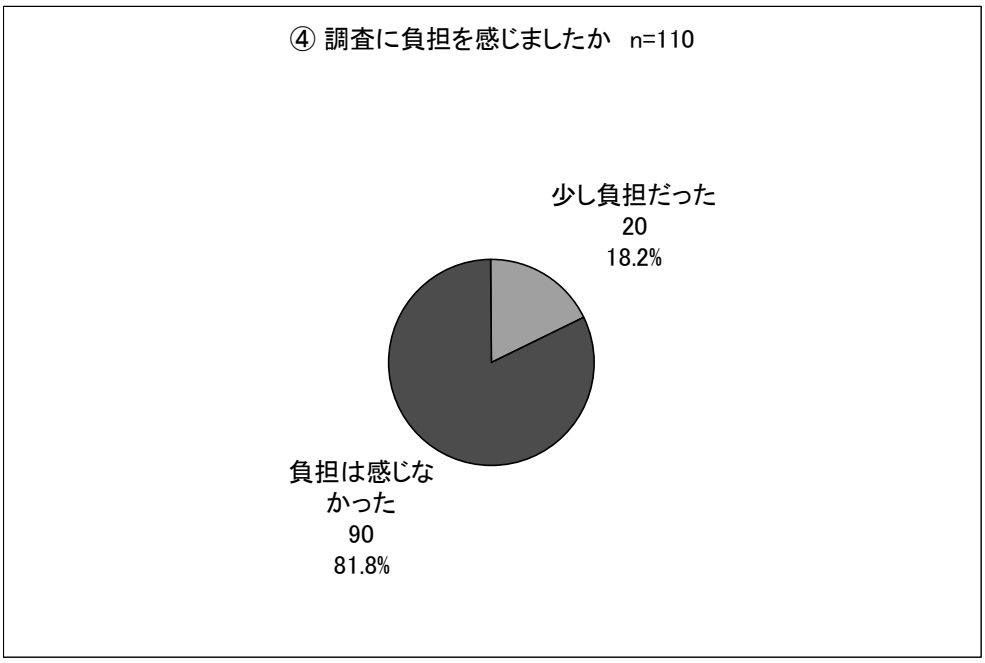
③ 調査を受けた日の主介護者の様子

調査を受けた日の主介護者の様子では、「いつもと同じ状態だった」が、56 人(50.5%)で最も多かった。次に「観察されていることを常に忘れることができなかったが大丈夫だった」が、31 人(27.9%)、「観察されていることを忘れて自分らしくいられた」が、17 人(15.3%)だった。主介護者は、概していつもとさほど変わらない様子であったと推測できた。「観察されていることが少し気になって自分らしくなかった」は、7 人(6.3%)だった。「観察されていることが常に気になってまったく自分らしくなかった」を選んだ主介護者はいなかった。



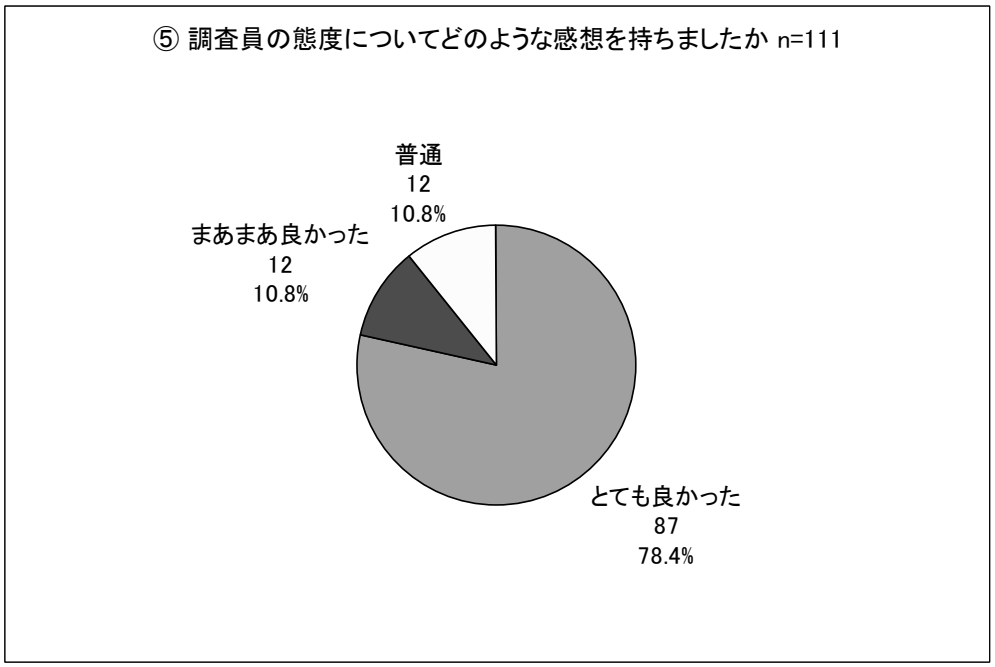
④ 訪問調査の負担（主介護者）

主介護者の訪問調査による負担を聞いた質問では、「負担は感じなかった」が、90 人（81.8%）、「少し負担だった」が 20 人（18.2%）だった。



⑤ 訪問調査員の印象

調査員の態度についての感想では、「とても良かった」が 87 人（78.4%）で最も多く、「まあまあ良かった」が 12 人（10.8%）、「普通」が 12 人（10.8%）だった。



⑥ 調査の要望や感想（自由記述）

調査の要望や感想は、35人より回答があった。回答は「調査の感想」、「調査への要望」、「介護保険制度への要望」の3つに大別された。

「調査の感想」では、「調査員が相談に乗ってくれたり、話を聞いてくれたのが良かった」という感想が最も多かった。次に、「調査結果を今後の制度に活かしてほしい」という制度への反映を期待する声が多かった。少数ではあるが、「調査員が来たことでご本人がいつもより良い状態になったことが嬉しかった」、逆に「とても緊張感が感じられ」調査が負担に感じられたという意見もあった。

「調査への要望」では、調査時間に関して「夜間（朝）を見てほしい」という要望が最も多く見られた。その他「丸1日見てほしい」等の要望があった。家族は介護が大変な時間を調査して、在宅介護全体の様子をわかって欲しい、大変さをわかって欲しいという要望を持ったと考えられた。また、「認知症の初期段階の最も混乱した時期」や、状況変化を捉えるために「ある程度の期間を置いて」再度調査して欲しいという要望もあった。また夜間はビデオを使って記録してはどうか、という提案もあった。

「介護保険制度への要望」では、おむつ代補助金の長期受給希望や、ショートスティやグループホームの整備に対する要望があった。

a. 「調査の感想」に関する回答

厚労省が実態を把握し、それを行政や職場、利用者（本人）家族の介護の改善の為に生かしてくださるなら、今後も協力していきたいと思います。是非現状改善に向け尽力下さることを願っています。

最初知らない人が 5 時間おられると思うと不安でしたが、逆に知らない人がいる中で母親を見て改めて、おだやかな性格等忘れかけていた心を見て安心しました。ありがとうございました。

何かの役にたてたなら、本人、家族共々よかったと思います。

介護の疲れなどが溜まっていたが、他人が居る事で本人がいい人を演じて、笑顔が少し多くなり、久しぶりに家族もホッとした。

初めての経験で気にならないのは嘘に成りますが、結果が生かされれば幸いです。要望等はマッパーとの会話の中、既存する制度の見直しを成すべき時機ではないかと実感します。私のライフスタイルの人生の最後の演目は、在宅介護と成りましたが、余生の終幕まで変えるわけにはゆきません。人の命はシリアスで尊く大切にしたいと思います。葉っぱのフレディーの如く寂しさは在りますが、余生を軌道修正しながらも生き抜く限りです。

初めてで緊張感が感じられたので、もう少しリラックス出来たらもっと違う部分も見えたかも。

お話をいただいた時には、正直抵抗が有りましたが、色々お話を聞き、まあ少しでも介護に役立てばと開き直って受けました。調査の方もとてもいい人で、なるべく普段通りでと接したつもりですが、なかなか母も私も少々かまえてしまいました。調査も大変だなあと感心しました。今は介護する側ですが、じき介護され

る側になります。少しでもよい社会になる事を祈っています。

調査員が帰られたら、3 回も昼ごはん食べたと言いました。調査員がおられて緊張してご飯がノドを通らなかったのでは・・・。オーバーアクション手を合わせて拝む姿。良い姿を見せたかったのでは・・。とても良い半日でした。いろいろとありがとうございました。

調査員の方がとても感じが良かったので余り負担は感じなかった。

調査に負担は感じなかったが、自分の介護に自身がないので次回の調査を受けても良いか迷う。調査員が相談にのってくれたので良かった。調査員の対応、人柄によっては次回の調査を考えたい。

家庭によっては、この調査方法は負担が大きいと思います。

今回の調査が全国で200 人というのが、介護度もあり、片寄った選出になると、結果として、どのように生かされるかが、よく分からないと思います。時間帯もお昼間、安定している時と、夜間とか朝とかの大変な時の様子がわからないので、なかなか難しいです。かといって、調査に協力できる時間帯は、夜間となると難しいこともあります。

認知症、介護、及び老人への対応が改善され、穏やかな生活が続けられるようになってほしい。

見知らぬ調査員の方が長時間いらっしゃることで、本人にも不可解な気持ちや、「失礼をしないように」との気持ちが少なからずあったようです。そのため普段よりしっかりしており、状態も良く、いつも困っている言動があまり出てこなかった感は否めません。それでも、素の部分が出ていた時の心理状況までよく観察していただき、主介護者が見ていないときの様子を教えていただいたことは、大変有難く思いました。調査員の方は、存在をあまり気に留められないよう上手にされていましたが、在宅介護の調査においては、施設での調査に比べると普段の日とのギャップはどうしても大きく、その差をなるべく少なく出来る方法があればなお良いと思います。調査後、時間を作っていただき、お話を伺う中で、私自身も自分の介護のしかたについて、普段はあまりしていない”振り返り”ができて、とてもよい経験となりました。ありがとうございました。

今回はいつもと違い機嫌も良く、調査が終わったとたんに、いつもの母に戻り外出したくなり、近所に一緒に行きました。短時間でしたので様子もわかりにくかった事と思いますので、二回位は調査をされてもよいかなと思いました。

もう少し長く見てもらいたいと思いました。いつも私と 2 人ですので、主人も喜んで、とてもおだやかに過しました。私の気持ちも聞いてもらいとても良かったです。

実際の介護している様子を観てもらい、色々とアドバイスや話を聞いてもらえる機会となったので良かった。調査員からの介護に関するアドバイスを教えてくれると調査に協力することがより有意義となる。

介護は突然やってくるので、研究を進めて頂き、助けて頂ければありがたいと思います。

専門家の方が、自宅での母を見て頂けたことは、私にとってはとても有りがたい事でした。調査員の方は、いつも親切に相談に乗って頂いているので安心して自宅に来て頂けました。デイサービスには、母が喜んで行っています。皆様に感謝し、この調査を受けてお役に立てることは嬉しいです。今後、役にたつことにつなげて頂けると有がたいです。

b.「調査への要望」に関する回答

今回のみの調査で済ませず、ある程度の期間をおいて再度調査して頂きたいと思います。病気の進行などの状態も把握して欲しいと思います。また調査の方法は、今回いつもの状態が出来る限り再現できる様考慮して頂いた事に感謝申し上げます。この機会を元に、協力仕合えた家族も、一同に会して話し合える機会があればと思います。

調査員が常に近くにいて調査する方法だと、調査される側は完全に日常の状態であり続けることは難しい。特に認知症の被介護者は事情を正しく理解できないため、なぜ知らない人が常に側にいるのか、何をしているのかなど強い疑問や不安がある様だ。したがって正しいデータを取るためには調査の方法に一考の余地があると感じた。例えばビデオカメラを設置してモニターする等の方法であれば、より日常に近い、普段の状況を知ることができるのではなかと思われる。買い物など、外出する場合は調査員が同行する必要はあるが。

丸 1 日を観察していただきたい（特に夜中）

普段疑問に思っていることをお聞きして納得することが多々ありました。昼間より夜間の方が問題があることがありますので、その辺の調査はいかがでしょうか。ありがとうございました。

ビデオ等で 24 時間の調査も行ってみては!!（うちではかまいません!!）母がおかしくなる時間帯から外れていたので朝方か夕方の調査、1 日で一番悪い時間に調査願う。私たちも 20～30 年後バケます。その時の良いデータとなるならいつでも調査して下さい。数時間ではデータとはいえないのでは。1 週間ぐらい見ては？

うちは正直、今落ち着いているので、もっと認知の初期で、本人も混乱していて、それに家族も混乱し、ふりまわされているような家庭こそ、調査していただけたらと思います。調査したくても協力してもらえないというのがあるかもしれませんが。

調査に少し負担を感じたのは時間の長さが気になった。調査員によっては、かなり負担感が強くなる調査だと思った。

可能なら 22 時位まで在宅調査を実施して頂きたい。

いろいろなケースがあると思うが、出来ればその調査結果である程度説明（紹介）できるケースがあったら知りたいと思います。比較してみたいと思う。半年に一回位のペースで調査してくれればと思います。毎日患者を見ていると、病状の進行状態が把握しにくいので調査結果が分かると良いと思う。

時間が長く、調査員の方が気の毒に思えた。時間を 2H と 2H に分けて、朝と夜とか日常生活の 2 場面での調査をしたらどうかと思いました。

c.「介護保険制度への要望」に関する回答

補助金（おむつ代がかかる。申請が 2 年以上使用に限るのをなくしてほしい。）

現在のデイサービスも結構ですしありがたいですが、ショートの施設もふやしていただければ、大変ありがたいのでよろしくお願いします。

近くで認知症のグループホームが出来ることを望みます。

(4) 考　察

DCMの手法を活用した訪問調査が、家族や認知症の人に与えた影響（負担感）や、調査への感想等を収集し、調査手法の改善につなげることを目的として、家族へのアンケートを行い、分析した。以下、考察を述べる。

1. 訪問調査時間、時期について

調査を受けた家族は、訪問調査を「また受けてもいい」と考える人が多かった。そして「在宅介護をもっとよく見て欲しい」、「夜間や朝、24時間等一番大変な時を見て欲しい」という希望があった。これは、在宅での認知症ケアが、単純なものでなく、時間や日によって変化し、家族の柔軟な対応力が求められる場であることを表していた。そして社会の中で共有して欲しい、という家族の強い要望でもあった。

今後、訪問調査の時間や時期、回数等について、最も効果的な調査の方法を検討し、継続して調査をする必要があると考えられた。

2. 認知症の人に対する訪問調査員のアプローチの方法について

調査が与えた影響については、本人はいつもよりよい状態、介護者はあまり気にならなかったという回答が多く見られらた。介護保険の認定調査等でも話題にされるが、認知症の人は訪問者がある時、まるで認知症でないようにきちんと振舞われることがある。本来の姿を捉えることが難しいという反面、これはサポートによって、本人の力を発揮することが出来るということでもある。

これらを念頭に、事前説明や当日の調査員の対応等、ご本人が出来るだけ気を使わなくて良いようなアプローチの方法や観察の方法を、今後吟味する必要がある。

3. 家族の思いを聞く役割の重要性について

「相談員と話をしたり、相談できたことが良かった」という声が多かった。訪問調査員のヒアリングからは、家族はケアマネジャーを信頼しているが、実質的にはじっくりと話をする機会があまり持てていない、との意見も聞かれた。

訪問調査員のように、家庭の現状を見て、家族の思いを聞いたり、相談に乗る役割が、家族に求められていることが明らかとなった。

今後、「振り返り」を重要な訪問調査員の役割として認識していくことが必要である。また地域家包括ケアの中で、家族の思いを受け止める何らかの方策が必要である。

第5章　事業の考察

DCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDCMDC

事業の考察～在宅ケアの有効な支援に向けて

在宅での認知症ケアは、それぞれの家族にとっては、一生のうち一度か二度の機会でしかない。おそらく誰もが初体験であり、試行錯誤しながら行っている。そのような性格故に、在宅において、どのようなケアが行われ、その結果が本人や家族にとって良い影響を及ぼしたのか、または良くない影響を及ぼしたか等を、客観データとして蓄積することは難しい。

そこで本事業では、第三者的視点で認知症ケアを記録し、在宅での望ましい認知症ケアの姿を描くための基礎資料の作成を目的とした。

基礎資料となる調査結果は、それぞれの章において紹介し考察を加えた。その概要を表「在宅における認知症介護の特徴」としてまとめた。詳細はそれぞれの章を参照いただきたい。この章では以下、今後取り組むべき課題として重要だと思われる事柄を取り上げて考察を行った。

1. 認知症の軽度　本人と家族の精神的サポート

認知症の軽度で、家族と認知症の人との交流が少なくなっていた。また、認知症の軽度から中等度で主介護者のよくない関わりが見られ、そのことが認知症の人のよくない状態に繋がっている状況があった。

認知症軽度の段階では、認知症の発症にご本人も家族も戸惑い、どのように相互に関わりを持ちながら家庭生活を過ごしていいか悩む時期なのではないかと考えられた。介護保険では使えるサービスは限られているが、実際には家族と本人が精神的に最も支援を必要とする時期であると再認識し、サービス提供の在り方について再検討する必要があると考えられた。

また、主介護者は自分なりの介護を確立していく過程で、適切な介護方法や介護保険サービスの情報を求めていた。介護者への情報発信が必要であると考えられた。

2. 認知症中等度　家庭での介護の工夫　ケアマネジャー、通所介護との情報交換と連携

認知症中等度では、主介護者は、自分なりの介護を確立していた。認知症の人本人の良くない状態につながる関わりが減少して、良い出来事が多く記録されている。

自宅では「テレビを観ている時間」が最も多い。主介護者は、本人が好きな番組を録画しておき、「テレビ」を一緒に楽しむ等、テレビをケアに取り入れていた。一方で、殺人シーン等の「テレビ」の刺激が、認知症の人の混乱のきっかけになることがあった。

また、家事等の本人が出来る「仕事」を支援して、本人の精神的な安定をもたらしている家族も多かった。

「仕事」をケアの工夫として提供していた。時間は多くは無いが、「会話」を楽しんでいた。

本人のこれまでの生活や、嗜好、性格傾向を知るからこそ出来る家族の介護を、専門職に情報提供することが必要だと考えられた。

通所介護を活用する家族が多かった。「通所介護」、「仕事」、介護者の「介護ステージが高い」ことが、本人のよい状態に関連していた。通所介護は、入浴や生活リズムを整える等、家族とのケアの役割分担を明確にする必要があると考えられた。そのための家族とケアマネジャー、通所介護との連携が必要である。

訪問調査では、少数ではあるが認知症による本人の行動のために、通所介護を断られ、介護保険サービスの支援や地域コミュニティから切り離されて、自分なりの介護を工夫しながら暮らす家族もあった。介護保険だけでなく、自治体等によるソーシャルサポートが必要である家族も一定数あると思われた。

3. 認知症重度　アプローチの方法等、専門職からの情報発信や直接支援が求められる。

認知症の重度では、「テレビを観ている時間」は最も少なく、日中の「睡眠」時間が多くなっていた。また、「会話」の時間が少なくなっており、心身ともに活動性が下がっていると考えられた。言語障害等の進行に伴って交流が困難となっていると考えられる。

訪問調査では、「昨年までは動いて大変だったが、足腰が弱って逆に介護が楽になった」といった声を多く聞いた。

認知症の重度では、認知症の人本人へのアプローチの方法に、心身状況に合わせた関わりが必要だと考えられた。そのようなケアは未だ確立されていない領域であるが、廃用性症候群等 ADL の極端な低下を招かないよう、専門職から家族へのアドバイスを行うことや、専門家から本人へ直接働きかけを行うことが必要だと考える。通所介護利用者では、自宅での日中の睡眠が少なかった、という結果が出ていた。介護保険が提供するサービスでは、一日の生活リズムを整えること等、本人の生活状況に合わせて提供するサービスを調整することが必要である。

4. 在宅ケアの有効な支援に向けて

一部の訪問調査では、担当ケアマネジャーから自宅での様子を教えて欲しいという希望があった。ケアマネジャーも在宅での情報を求めており、訪問調査員がケアマネジャーへの情報提供の役割を果たしたケースであった。

今回の訪問調査員のような、家族の思いを受け取る身近な相談者が、地域で必要であると感じた。地域によっては、民生委員や家族の会がその役割を果たしている。その役割は、相談だけでなく、自分なりに発見してきた家族介護の振り返りを促す評価者であることが求められる。何気ない会話の中で、ねぎらいや感

想を伝え、印象に残る素晴らしいケアの場面を伝えること。さらに社会に発信していく存在である。

このような役割を担う人材が、地域で活躍できる制度が必要である。

最後に、本調査の限界であるが、調査対象者の選定の段階で、本人及び家族の属性に偏りが生じていることは考慮に入れるべきである。調査を希望して引き受けた家族は、ケアマネジャーや在宅介護サービス事業者からの紹介であった為、在宅サービス事業を十分に使い安定的な介護を行っている家族が多く見受けられた。

調査手法についてであるが、訪問調査は DCM を活用した調査であり、本人と介護者の相互関係に特に着目した。今後、認知症の人と家族の会によって行われている、調査数が多く長期に渡る貴重なアンケート結果等と照らし合わせて、詳細な検討が必要である。

その他、アンケートや訪問調査の手法の検討については、各章の考察で言及した。

超高齢社会の進展に伴って、在宅での認知症ケアを社会的に支えることは、喫緊の重要課題となっている。本調査研究では、その現状の一端に光をあてた。今後、家族や認知症の人本人の思いを受け取り、精神的なサポートや情報発信等の支援の提供と、それを支える地域の相談者や専門職の連携をさらに強固にしていくことが必要である。

表　在宅における認知症介護の特徴（抜粋）　※下線は結果の考察から得られた示唆

・認知症の人は「ＴＶを見る」、「静かにしている」、「睡眠」、「食事」、「会話」、「仕事」をしている時間が多い。
・主介護者は、おおむね高齢であり、「腰背部痛」、「肩こり」、「手足の関節の痛み」等を抱えている。
・主介護者は、家事等の仕事をしながら、一日の多くの時間「見守り」をしており、常に「気が休まらない」状態が続いている。「直接介助」、「見守りもしていない」時間は共に少ない。
・家族なりの介護を確立している。
・認知症の人のよい状態と、主介護者のよい状態は強く関連している。
・「通所介護」、「仕事（認知症の人の行動）」、主介護者の「介護ステージが高い」ことが、認知症の人のよい状態に関連する。
・通所介護利用者は、家での日中の睡眠が少ない。
・主介護者が社会的に孤立したり、周囲の協力者がないと介護負担が増し、介護の継続が困難となる。
・就労、趣味、友人・知人との食事等、息抜きの機会を持っている場合、介護に前向きになれる。
・主介護者のストレス対応能力（首尾一貫感覚）と介護負担感や介護の継続に関連がある。
・主介護者はケアマネジャーを信頼しているが、じっくり話をする機会が少ないと考えている。
・主介護者は「話を聞いていほしい」と願っている。
※ 主介護者への継続的な精神的支え、介護サービスとのケアの役割分担等が求められる。

(認知症 軽度)
・「会話」や「食事」の時間が多い。「食事」やお茶の時間に、家族との関わりが少ない。
・日中「睡眠」時間は少ない。
・「仕事」をしている時間は少ない。
・「よい状態」が最も少ない。
・認知症の人と主介護者の「良くない出来事（関わり）」が多い。
※ 認知症の人と主介護者の精神的なサポートが求められる。

(認知症 中等度)
・「テレビを観ている時間」が最も多い。
・殺人シーン等「テレビ」の刺激が認知症の人の混乱のきっかけになることがあった。
・好きな番組を録画しておき、「テレビ」を一緒に楽しむ。テレビをケアの工夫に使っていた。
・時間は多くは無いが、「会話」を楽しんでいる。
・「仕事」の時間を楽しんでいる。「仕事」をケアの工夫として提供していた。
※ 家庭での介護の工夫等、ケアマネジャー、通所介護との情報交換と連携が求められる。

(認知症 重度)
・日中の「睡眠」時間が多い。「テレビを観ている時間」は少ない。
・「会話」が少なく、言語障害の進行に伴って交流が困難となっている。
※ 認知症重度者へのアプローチ等、専門職からの情報発信や支援が求められる。

資料編

ID No　　—

＜認知症の人を介護する家族へのアンケート＞

この調査は、平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として、在宅で生活する認知症の人と認知症の人を介護する家族の方が、どのような在宅生活を送られているのかを調べるために、在宅で中心となって認知症の人を介護する方（以下、主介護者）を対象に実施するものです。

お答え頂いた内容については、統計的に処理いたしますので、みなさまにご迷惑をおかけすることは一切ございません。ご本人およびご家族のお名前は、調査用紙等には記入せず、番号やイニシャルを用います。さらに、NPO シルバー総合研究所にてデータを厳しく管理しますので、プライバシーは完全に保護されます。本調査で得られた個人の情報は集団の結果として厚生労働省に報告されます。調査の結果は、将来の政策などに活用されたり、学会などに報告されることで、その成果を広めていきます。

DCM を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業
委員長　国立長寿医療センター内科総合診断部長　遠藤英俊

NPO シルバー総合研究所　理事長　　来島修志
〒 105-0013 東京都港区浜松町 1-12-5-3F
電話 03-5425-2383　FAX03-5405-1184

調査業務委託先：名古屋文理大学短期大学部介護福祉学科
介護福祉学科長　下山久之
〒 451-0077 愛知県名古屋市西区笹塚町 2-1
電話 052-521-2251　FAX052-521-2259

○アンケート回答の締め切り：平成 **22** 年 **12** 月 **20** 日（月）
○回答方法：同封の**返信用封筒で郵送**ください。
○郵送先：**NPO シルバー総合研究所**
【このアンケートについてのお問い合わせ先】（電話）**03-5425-2383**
NPO シルバー総合研究所　担当：桑野

調査員名		ご家族名（イニシャル）	

※この欄は、調査員が書いてください。

問 1　このアンケートに回答してくださる主介護者であるあなた自身についておたずねします。

性　別	1. 男性　2. 女性	住　所	[　　] 都・道・府・県
年　齢	(　　) 歳	居　住	1．認知症の人と同居 2．認知症の人と別居 3．その他（　　）
認知症の人からみた主介護者の続柄	1．夫　2．妻　3．息子　4．娘　5．息子の妻 6．娘の夫　7．孫　8．兄弟姉妹　9．実父母 10．おい・めい 11．その他（　　）		
介護を始めてからの年数	(　　) 年 (　　) カ月		
就労の有無	1．フルタイムで就労　2．パートタイムで就労　3．就労していない		

問 2　認知症の人と、ご家族についておたずねします。わかる範囲でできるだけお書きください。

a/-1　認知症の人の現状についておたずねします。
あてはまる番号に○をつけ、空欄に数字を記入してください。

性　別	1．男性　2．女性	現在の年齢（　　）歳	認知症に気付いた年齢 （　　）歳
診察を受けたかどうか	1．受けた　2．受けていない		
認知症の診断名	1．アルツハイマー型認知症・アルツハイマー病 3．若年期認知症・若年性認知症 5．前頭側頭葉型認知症・ピック病 7．その他（具体的に　　）	2．（脳）血管型認知症 4．レビー小体型認知症 6．混合型認知症 8．わからない・未診断	
その他の疾患	1．ある （病名：　　） 2．ない		
医療処置	1．ある （具体的な処置：　　） 2．ない		
服　薬	1．ある （薬の名称：　　） 2．ない		
介護度	1．要支援１　2．要支援２　3．要介護１　4．要介護２　5．要介護３ 6．要介護４　7．要介護５　8．申請中　9．未申請		

住居形態	住居	1．戸建住宅　　2．集合住宅（　　）階
	居室	＜家の構造：2LDK、3DK など＞（　　） ＜リビング、キッチン、居室など＞ 日中主に過ごす場所（　　）

a/-2　現在の認知症の状態について、あてはまるものを選び番号に○をつけてください。
（下表の３領域に照らし合わせ、もっともあてはまる状態の番号１つを選んでください。）

回答	日常生活能力	日常会話	具体的な症状
1	・通常の家庭内での行動はほぼ自立している ・日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度	・ほぼ普通	・社会的な出来事への興味や関心が乏しい ・話題が乏しく、限られている ・同じことを繰り返し話す、たずねる ・今までできた作業（事務、家事、買い物など）にミスまたは能力低下が目立つ
2	・知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない ・助言や介助が必要	・簡単な日常会話はどうやら可能 ・意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる	・慣れない状況で場所を間違えたり、道に迷う ・同じ物を何回も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
3	・日常生活が一人ではとても無理 ・日常生活に多くの助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難	・慣れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したことや、さっき言ったことすら忘れる
4	同　上	同　上	・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない

a/-3　現在、認知症の人に必要な介護について、あてはまる番号に○をつけてください。

A.	金銭管理の援助	1．必要　　2．不必要
B.	服薬の援助	1．必要　　2．不必要
C.	掃除や収納の援助	1．必要　　2．不必要
D.	食事の用意への援助	1．必要　　2．不必要
E.	食品や衣料品などの購入	1．必要　　2．不必要
F.	外出の介助	1．必要　　2．不必要
G.	整髪、歯磨き、爪切り、洗面などの介助	1．必要　　2．不必要
H.	着替え、入浴、トイレなどの介助	1．必要　　2．不必要
I.	おむつ交換などの排泄の介助	1．必要　　2．不必要
J.	寝かせたり、起こすこと、車椅子の介助	1．必要　　2．不必要
K.	食事の介助	1．必要　　2．不必要

b/　認知症の人を含む同居家族人数を記入し、あてはまる家族構成に○をつけてください。

人数	人	構成	1．認知症の人一人　　2．夫婦二人　　3．夫婦（夫婦片方）と子ども 4．夫婦（夫婦片方）と子ども家族　　5．その他（　　）

問３　現在の介護の状況についておたずねします。わかる範囲でできるだけお書きください。

a/　通所サービス等を利用せず、ほぼ一日在宅で過ごす時の平均的な認知症の人の毎日の生活パターンと、主介護者の関わりについて記入してください。
散歩や買い物等の外出は、在宅生活の一部として考えます。

【記入のための注意事項】

○ **１枠 30 分**です。

○ 30 分の中に認知症の人の複数の行動種類が含まれる場合、主な行動３つにチェックを入れてください。

○介護者の関わりは、＜直接介助＞＜誘導＞＜見守り＞＜見守りもなし＞の４段階です。
　直接介助：　身体に触れ、直接関わることを指します。
　誘　　導：　口頭指示による関わりを指します。
　見 守 り：　口頭指示もせずに、ただ見守ることを指します。
30 分の枠の中で、介護者の関わりの段階が複数含まれる場合は、すべてにチェックを入れてください。

《記入例》

	認知症の人の行動													介護者の関わり			
時　間	飲食	排泄	洗顔・歯磨き	服薬	入浴	室内での運動	散歩外出	テレビ	仕事・家事	静かにしている	会話	睡眠	その他	直接介助	誘導	見守り	見守りもなし
6:00 ～ 6:30												レ					レ
6:30 ～ 7:00												レ					レ
7:00 ～ 7:30			レ											レ			
7:30 ～ 8:00	レ													レ			
8:00 ～ 8:30		レ		レ				レ							レ		

実際に記入する際は、0:00 ～ 24:00 まで 24 時間分をお願いいたします。

《認知症の人の在宅での平均的な生活パターン》

	認知症の人の行動													介護者の関わり			
時　間	飲食	排泄	洗顔・歯磨き	服薬	入浴	室内での運動	散歩外出	テレビ	仕事・家事	静かにしている	会話	睡眠	その他	直接介助	誘導	見守り	見守りもなし
6:00 ～ 6:30																	
6:30 ～ 7:00																	
7:00 ～ 7:30																	
7:30 ～ 8:00																	
8:00 ～ 8:30																	
8:30 ～ 9:00																	
9:00 ～ 9:30																	
9:30 ～10:00																	
10:00 ～10:30																	
10:30 ～11:00																	
11:00 ～11:30																	
11:30 ～12:00																	
12:00 ～12:30																	
12:30 ～13:00																	
13:00 ～13:30																	
13:30 ～14:00																	
14:00 ～14:30																	
14:30 ～15:00																	
15:00 ～15:30																	
15:30 ～16:00																	
16:00 ～16:30																	
16:30 ～17:00																	
17:00 ～17:30																	
17:30 ～18:00																	

《認知症の人の在宅での平均的な生活パターン》

	認知症の人の行動													介護者の関わり			
時　間	飲食	排泄	洗顔・歯磨き	服薬	入浴	室内での運動	散歩外出	テレビ	仕事・家事	静かにしている	会話	睡眠	その他	直接介助	誘導	見守り	見守りもなし
18:00 ～18:30																	
18:30 ～19:00																	
19:00 ～19:30																	
19:30 ～20:00																	
20:00 ～20:30																	
20:30 ～21:00																	
21:00 ～21:30																	
21:30 ～22:00																	
22:00 ～22:30																	
22:30 ～23:00																	
23:00 ～23:30																	
23:30 ～24:00																	
0:00 ～ 0:30																	
0:30 ～ 1:00																	
1:00 ～ 1:30																	
1:30 ～ 2:00																	
2:00 ～ 2:30																	
2:30 ～ 3:00																	
3:00 ～ 4:30																	
4:30 ～ 5:00																	
5:00 ～ 5:30																	
5:30 ～ 6:00																	

b/-1 主介護者の現在の体調のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．体がだるい　2．睡眠不足　3．腰背部痛　4．肩こり
5．手足の関節の痛み　6．頭痛　7．めまい　8．体重減少
9．その他（　　）
10．特に体調不良はない

b/-2 上記の問いで○をつけて中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを１番、２番、３番の順位をつけ、その番号を（　　）の中にお書きください。

１番あてはまること　（　　）
２番目にあてはまること　（　　）
３番目にあてはまること　（　　）

c/-1 主介護者が認知症の方の行動でお困りなのは、どのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．同じことを何度も聞かれる　2．罪をきせられ責められる
3．興奮しやすい　4．暴力を振るわれる・攻撃される
5．外に出ようとするので目が離せない　6．夜、動き回る
7．食事を食べたがらない　8．食事を食べたことを忘れ、何度も要求する
9．風呂に入りたがらない　10．着替えをしたがらない
11．妄想・徘徊などの行動・心理症状への対応
12．車の運転をしたがる　13．サービスの利用を嫌がる
14．転んだり、つまづいたりする　15．火の不始末などの事故を起こしやすい
16．言葉での意思疎通ができない
17．その他（　　）
18．特にない

c/-2 上記の問いで○をつけて中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを１番、２番、３番の順位をつけ、その番号を（　　）の中にお書きください。

１番あてはまること　（　　）
２番目にあてはまること　（　　）
３番目にあてはまること　（　　）

d/-1 主介護者がお世話するようになって、生活上の影響が出てお困りなのはどのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．家事に思うように手が回らない　2．仕事や家業に出られない
3．育児に思うように手が回らない　4．留守をみてくれる人がいない
5．家庭内がうまくいかない　6．外出ができない
7．介助を手助けしてくれる人がいない　8．自分の時間が持てない
9．経済的負担が大きい　10．親族との関係がうまくいかない
11．気が休まらない　12．自分自身に病気がある
13．その他（　　）　14．特にない

d/-2 上記の問いで○をつけて中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを１番、２番、３番の順位をつけ、その番号を（　　）の中にお書きください。

１番あてはまること　（　　）
２番目にあてはまること　（　　）
３番目にあてはまること　（　　）

e 主介護者の方は、今後、認知症の人の在宅での介護の継続についてどのようにお考えですか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1．介護を続けたいので続けるつもり　2．介護を続けたいが、現実的に難しい
3．介護をしたくないが、続けるしかない　4．介護をしたくないので、やめたい
5．特に介護をする必要がないので、わからない

f/-1 主介護者の現在の心情を表すものすべてに○をつけてください。

1．認知症の人の行動を、病気のせいだとはなかなか思えない。
2．認知症の人のおかしな行動に驚き、戸惑う。
3．「自分だけがなぜ？」「こんなに頑張っているのに」と苦労しても理解してもらえないことに腹が立つ。
4．認知症の人を拒絶しようとする。そんな自分が嫌になる。
5．認知症の症状に振り回され精神的・肉体的に疲労困憊する。
6．認知症の人をありのままに受け入れた対応が出来るようになった。

7. 介護に前向きになった。
8. 怒ったりイライラしても仕方がないと気づいた。
9. 認知症の症状を問題と捉えなくなり、認知症の人に対するいとおしさが増してきた。
10. 認知症の人の介護の体験が、自分の人生において意味あることとして感じられるようになった。

f/-2 **上記の問いで○をつけて中で、順位をつけるとすると最もあてはまるものを１番、２番、３番の順位をつけ、その番号を（　　）の中にお書きください。**

１番あてはまること　（　　）
２番目にあてはまること　（　　）
３番目にあてはまること　（　　）

問４ 介護保険サービスの利用と費用についておたずねします。

a **現在、利用している介護保険サービスに○をつけてください。**
また、１ヶ月に利用する回数をお書きください。

	利用している○もの	1ヶ月に利用する回数		利用している○もの	1ヶ月に利用する回数
訪問ヘルパー（身体介護・生活支援）			小規模多機能型居宅介護		
夜間訪問ヘルパー（夜間対応型訪問介護）			ショートステイ		
訪問看護			医師・薬剤師などが訪問する居宅療養管理		
訪問入浴介護			福祉用具の貸与または購入		
デイサービス（通所介護）			住宅改修		
認知症デイサービス			その他（　　）		

b **現在、使用している介護サービスに満足している、あるいは不満がある場合、その理由をお書きください。**

c **利用中のサービスは限度額のどの範囲ですか。あてはまる数字を記入してください。**

1. 利用限度額を知っていますか →	1. 知っている　　2. 知らない
2. 利用限度額以内 →	利用限度額のおよそ何割程度ですか？ （　　）割
3. 利用限度額を超えている →	１ヵ月分のおよその超過額はどのくらいですか？ （　　）万円

d **認知症の人の介護費用や生活費は、認知症の人の収入と資産（預貯金）等でまかなえていますか。**
あてはまる番号１つに○をつけてください。

1. 認知症の人の預貯金を含めて、認知症の人のお金でまかなえている
2. 認知症の人と配偶者（認知症の人の夫・妻）の収入・預貯金でまかなえている
3. 本人と配偶者の収入等でまかなえず、子、孫、親類などが経済的援助をしている
   →援助をしている金額は月額 [　　] 円程度
4. その他（具体的に：　　）

e **主介護者は、認知症の人がショートステイやデイサービス、デイケア等を利用している時、どのようなことが気がかりですか。**
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 施設での生活になじめているだろうか
2. どのような生活（活動やリハビリテーション）をしているだろうか
3. 施設の職員に迷惑をかけていないだろうか
4. 施設の職員は認知症の人をよく世話してくれているだろうか
5. 気がかりなことはない
6. その他（　　）

f **主介護者は、認知症の人がショートステイやデイサービス、デイケア等を利用している時、どのような気分がしますか。**
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 自分が介護から一時的にでも解放されてよかったと思う
2. 帰ってきたらまた介護を頑張ろうと思う
3. 認知症の人に申し訳ないと思う
4. このまま帰ってこなければいいのにと思う
5. その他（　　）

問5 主介護者の交流関係等についておたずねします。

a 主介護者の同居家族で、あなた以外に介護を手伝ってくれる人はいますか。
あてはまるもの１つに○をつけてください。

1．いる　（　　）人
2．いない
3．私以外同居家族はいない

b 主介護者や認知症の人の親類・親族からあなたの介護に対してどのような支援がありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．まったく支援がない
2．金銭的な支援
3．介護を交代してくれたり、時々認知症の人を預かってくれる
4．話を聞いてくる程度の支援
5．その他（　　）

c 主介護者の介護を理解してくれており、主介護者が信頼している人はいますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．民生委員　2．近所の人（町内）　3．買い物に行く商店の人
4．飲食店の人　5．美容室の人　6．薬局の人
7．クリーニング店の人　8．新聞店の人　9．大家さん
10．その他（　　）
11．いない

d 主介護者が現在、認知症の人を介護する上で頼りにしている専門職はどなたですか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．かかりつけ医　2．通院先の看護師　3．利用している施設の生活相談員　4．利用している施設の介護士　5．市役所の職員
6．社会福祉協議会の職員　7．地域包括支援センターの職員
8．ホームヘルパー（訪問介護員）　9．ケアマネジャー（介護支援専門員）
10．訪問看護師　11．いない

問6 主介護者の生活についておたずねします。

a-1 主介護者が、介護を行うようになる前から行っていたことで現在も継続して行っていることはありますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

1．就労　2．趣味（一人で家でするもの以外）　3．ボランティア活動
4．友人・知人との食事　5．定期的な旅行　6．映画や美術・音楽鑑賞などの文化的活動　7．自分の健康管理のための通院
8．その他（　　）

a-2 上記の問いで○をつけて中で、順位をつけるとすると最も継続したいものを１番、２番、３番の順位をつけ、その番号を（　　）の中にお書きください。

１番あてはまること　（　　）
２番目にあてはまること　（　　）
３番目にあてはまること　（　　）

問7 以下のそれぞれの考え方について、あなた自身の感じ方にはどの程度あてはまりますか。もっとも近いところの番号１つに○をつけてください。

（1）私は、日常生じる困難や問題を理解したり予測したりできる。

1	2	3	4	5	6	7
まったくあてはまらない						非常によくあてはまる

（2）私は、日常生じる困難や問題の解決策を見つけることができる。

1	2	3	4	5	6	7
まったくあてはまらない						非常によくあてはまる

（3）私は、人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思う。

1	2	3	4	5	6	7
まったくあてはまらない						非常によくあてはまる

平成２２年度老人保健事業推進費等補助金
『DCM（認知症ケアマッピング）を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業』

認知症介護訪問調査
調査員マニュアル
（ver4.3）

平成 22 年 11 月

NPO シルバー総合研究所

＜目次＞

１．事業の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

２．方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

(1) 調査の概要

① 調査の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

② 調査方法（DCM と認知症介護訪問調査との差異）　・・５

③ 調査全体を通しての留意点・・・・・・・・・・・・・・６

(2) 各プロセスの詳細と留意点

① 準備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７

② 事前説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９

③ 観察記録と振り返り（訪問調査）・・・・・・・・・・１１

④ 事後処理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５

※ 調査経費について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５

３．チェックリスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６

４．別添書類一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７

５．委員一覧および事務局 連絡先　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８

参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９

１.事業の目的

在宅での認知症ケアは、それぞれの家族にとっては一生のうち一度か二度の機会でしかありません。多くの場合、それは「初めて」の経験であり、たくさんの戸惑いや不安を感じながら介護にあたられていることでしょう。そのような中で、認知症のあるご本人に「どのような話し方や接し方が良いのか？」と悩んだり迷ったりしている家族のおもいをよくお聞きします。

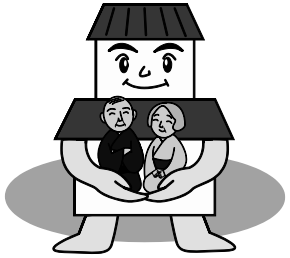
しかし、これまで、それらの悩みや迷いはご家族一人ひとりの経験だけに留まり、客観的な記録としてはあまり残されてきませんでした。
そのような記録があれば、現在介護を経験されている方々や、これから介護を経験する方への有益な情報となるのではないかと考えます。

そこで、本事業では、DCM の観察の枠組みを一部改変しつつ用いて、観察記録者の第三者的視点で、在宅で暮らす認知症の方の生活やケアを観察記録する「訪問調査」を実施したいと考えています。その結果を、今後の在宅での認知症ケアのあり方に資する基礎資料とし、また、その貴重な記録から、在宅での有効なケアのあり方について検討することを目指しています。

DCM は、マニュアルにも書かれているように、施設で実施するものであり、在宅で DCM を実施することは、本来の使用法ではありません。当然、様々な制約やリスクが予想されます。

そこで、委員や協力いただくマッパーの方々と、訪問調査の進め方や方法について慎重に検討し、認知症のご本人やご家族に対してはパーソン･センタードな姿勢を保ち、十分な配慮をもって、調査に臨みたいと考えています。

調査の結果は、厚生労働省に報告され、今後の将来の政策などに活用されたり、学会や雑誌などに報告されることで成果を広めていきたいと考えております。



２．方法

(1) 調査の概要

①　調査の流れ

認知症介護訪問調査の調査全体の流れは、以下の図のように４つの段階にわかれています。次のページからそれぞれの段階を解説します。

① 準備	→	② 事前説明（自宅訪問）（１時間）	→	③ 観察記録と振り返り（訪問調査）（６時間）	→	④ 事後処理
・対象者の選定 ・事務局への連絡 ・対象者との連絡 ・信頼性テスト		・事業の説明 ・ｱﾝｹｰﾄの記録 ・日時の決定 ・同意書		・状況確認（30 分） ・観察記録（5 時間） ・振り返り（30 分） ・事後アンケートのお願い		・レポートの作成 ・事務局への報告

① 準備　では、調査の準備を行ないます。対象者を決定し事前説明の手はずを整えます。また、観察記録の準備を行ないます。

② 事前説明　では、ご家族に事業について詳細に説明して、協力の同意が得られれば実際の訪問調査の具体的な日程や時間を決定します。１時間程度の自宅訪問を想定しています。

③ 観察記録と振り返り　では、３０分の状況確認（その日の状態がいつもと変わらないか、その日のスケジュールの確認等）の後、５時間の観察記録、３０分の振り返りをおこないます。

④ 事後処理 では、データを整理し、特記事項や観察記録の感想などを所定の書式（エクセルシート）へ入力し事務局に送付します。

②　調査方法（DCM と認知症介護訪問調査との差異）

今回の訪問調査は、認知症の方が在宅でどのような暮らしをされているか、またどのような介護が行われているかを記録することが主な目的です。本事業の認知症介護訪問調査の調査員は「観察記録」が主な役割となり、本来の DCM マッパーの役割とは異なります。

そこで、ケアを改善するために発展的評価をおこなうという DCM マッパーと、本調査の調査員との役割の違いを明確にするために対比表を作成しました。この対比表をご覧いただき、調査員の役割についてご確認下さい。

DCM と認知症介護訪問調査との差異

項目	DCM	認知症在宅調査
参加者	認知症をもつご本人	認知症のご本人、家族
マッピング場所	施設の共用スペース	自宅の居間、食堂
マッピング時間	6 時間以上	４～５時間（状況により短縮）
BCC	マニュアル通り	DCM に準じる
WIB	マニュアル通り	DCM に準じる
スラッシュ	マニュアル通り	目が合った程度はスラッシュとしない
格下げルール	マニュアル通り	適用しない
PD/NE	PD をスタッフの行動について適用	NE（よくない出来事）として、本人の視点に立って、よくない状態を引き起こしたり、心理的ニーズを損なうような出来事を記述する（PD 参考）
PE/PE	PE をスタッフの行動について適用	PE（よい出来事）として、本人の視点に立って、よい状態を引き出したり、心理的ニーズを満たすような出来事を記述する（PPW 参考）
介助の程度	―	主介護者のみ記録：見守り～直接介助の程度
フィードバック	結果をケアチームに報告し、話し合う	結果は基本的に家族には報告しない。家族の話を共感的に聞き、理解に努める。　調査結果報告書を後日送付。
報告書	サマリーを作成し、ケアチームに届ける	記録内容を報告用ソフトに入力し、また、NE や PE など質的データなどはレポートにまとめて、事務局に提出。

③　調査全体を通しての留意点

守秘義務

・事前説明から事後処理までに得られた個人情報は、いかなることがあっても他人に漏らしてはなりません。

・調査で使った、帳票類（生データシート、アンケート等）、や個人が特定できるメモ等は調査が終わるまで厳重に管理してください。そして、調査が終了したら速やかに事務局に送付して下さい。

倫理的配慮

・寝室、トイレ、風呂等の個人的なスペースでは記録しません。しかし、リビングが寝室であったり、さまざまな居住環境が考えられます。こういった場合は調査員自身が、判断するようにします。判断の基準は、調査することが、その人のプライバシーを著しく損ねていないかどうか、パーソン・センタード・ケアの理念に沿います。判断できない場合は、事務局や世話人に事前に相談しましょう。

観察記録を中止する場合

・調査員自身の体調が良くないとき。インフルエンザ等伝染性の疾患に罹ったとき。

・ご家族、ご本人が中止を要求した場合。

・調査によって、ご本人のよくない状態が継続して、改善しなかった場合。

・虐待を発見した場合。

虐待を発見した場合の対応

・調査のときに虐待や虐待のサインを発見した場合は、躊躇せずに担当ケアマネジャーに相談します。報告すべき事柄かどうか悩んだときは、事務局にご相談下さい。

・虐待のサインなど、高齢者虐待の詳細についての情報は、以下のページ等が参考になります。

「高齢者虐待防止について」　鹿児島県のホームページ
URL:http://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/koreisya/gyakutai/koureigyakutaiboushi.html
※　鹿児島県　高齢者虐待　で検索するとヒットします。

苦情等の処理

・本事業に係わるご家族や専門職からの苦情やトラブルの報告などは、たとえ現場で解決できたとしても、事務局にお知らせ下さい。事務局は倫理審査委員会に報告の義務があります。苦情やトラブルが頻発する場合は、倫理審査委員会で審議され、調査研究を中止することもあります。ご承知おき下さい。

(2) 各プロセスの詳細と留意点

調査のそれぞれの段階での詳細と留意点について解説しています。

① 準備

① 準備　では、調査の準備を行ないます。対象者を決定し事前説明の手はずを整えます。また、観察記録の準備を行ないます。

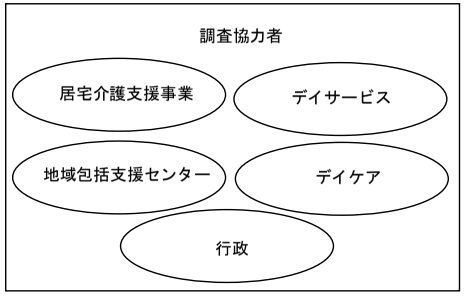
調査協力体制を作る

・調査を行うにあたって、調査員が所属する法人等に、調査協力を依頼します。調査全般にわたって、随時進捗状況を報告するようにして、協力体制を維持しながら進めるようにします。

・対象者の選定から調査の各段階で、担当ケアマネジャーと連絡をとりあって、協力体制を作ります。調査概要について理解していただくだけでなく、調査日程をあらかじめ報告したり、場合によっては調査に同行していただくことも考えましょう。

・必要であれば、担当行政（市区町村の高齢福祉課等）へ、事業実施への理解を求めます。

・協力体制は、地域の実情によって異なってくると思います。それぞれの地域の実情に合わせて柔軟に行って下さい。（書類　２）



対象者の選定

・対象者は、認知症高齢者とそのご家族です。在宅介護サービスの利用者で、サービスの入っていない１日を観察記録します。独居高齢者は除外とします。

・対象者は、居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、デイサービス、デイケア等を通して依頼するようにします。

・依頼については、地域の事情や調査員の立場に応じて、それぞれに進めやすい方法をとってください。例えば、介護予防教室等の家族会で呼びかける、担当ケアマネジャーや直接のケア担当者に仲介してもらうなど、です。

アンケート調査協力機関のご紹介

・「認知症の人を介護する家族へのアンケート」（書類　５）は、認知症介護訪問調査と併せて、在宅で暮らす認知症の方とそのご家族を対象に全国で行うアンケートです。このアンケート調査にご協力をお願いできる地域の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、デイサービスやデイケアセンターをご紹介下さい。事務局から調査協力を依頼させていただきます。

事務局への連絡

・調査対象者が決まったら、事務局へ報告します。（書類　４）後日事務局より、調査書類の一式が送付されます。また、調査費用の振込みがありますので、ご確認下さい。

対象者との連絡

・協力していただけるご家族が決まったら、自宅を訪問、もしくは電話によって連絡します。事業の概要について説明をします。理解が得られたら、事前説明の日程、時間を相談して決めます。事前説明はご自宅に伺って、１時間程度時間をとって行ないます。

観察記録の準備

・本調査マニュアルで、調査するデータを確認します。調査するデータは多岐に渡るため、記録内容を事前に確認しておきます。わからないことがあった場合は、事務局か地区世話人にご相談下さい。

・観察記録にあたっては、予めマッパー間の信頼性テストをできるだけ行いましょう。信頼性テストとは、複数のマッパーで同じ参加者をマッピングし、コードづけ（ＢＣＣ、ＷＩＢ）の一致率を確認することで、できれば７０％以上あることが望まれます。周辺にマッパー仲間がいるときは、仲間同士でおこなってください。いない場合は、事務局か地区世話人に相談してください。また、事務局ではマッパー間の勉強会の開催支援なども行ないますので、お気軽にご相談下さい。

② 事前説明

事前説明では、ご家族に事業概要について詳細に説明します。協力の同意が得られたら、実際の訪問調査の具体的な日程や、時間を決定します。１時間程度の自宅訪問を想定しています。

訪問

・可能であれば、ご本人ご家族の緊張を和らげるために、担当ケアマネジャー等、ご本人ご家族と親しい関係の専門職や知人に同行していただくとよいでしょう。

事業概要の説明

・ご家族説明用のビデオ、説明書類（書類　３）を使い事業の説明を行います。
・調査にあたっては、個人のプライバシーに十分配慮します。そこで、事前に在宅での記録が、どの程度可能か、ご家族と相談しておきましょう。例えば、ご本人の生活パターンをお聞きしておき、調査場面を想定します。調査がパーソン・センタード・ケアの倫理に反するようであれば、調査を中止することも考えましょう。
　例えば、ご家族は調査を承諾しているが、調査員が家庭に長時間入ることでご本人のストレスが予測される場合、ご本人が調査を望んでいない場合など、です。

アンケートの記録

・事業への協力の意思が確認できたら、アンケートの記入をお願いしましょう。（書類　５）調査員がヒアリングによって、代理記述するのが良いでしょう。

・その場でわからない場合や、本人が記入したほうがよいと判断した場合は、後日回収する旨を伝え、ご家族に預けます。

訪問調査の日時の決定

・在宅サービスの入っていない１日を記録します。特別なイベントがある日は、できるだけ避けるようにします。例えば、通院、特別な買い物に町に出る、たまにしか来ない来訪者がある日等。休日および日曜日はできるだけ避けましょう。

・調査時間は、９時から１７時までの間の、６時間とします。（３０分の状況確認、４～５時間の観察記録、終了後３０分の事後説明）時間は、ご家族やご本人の都合を聞きながら、相談して決めましょう。

・日時が決まったら、「認知症介護訪問調査日程表」（書類　６）をその場で書いて、ご家族に手渡します。

・ご家族に調査の際に、不要な心配や配慮をさせないようにしましょう。昼食を挟む場合は、昼食について打ち合わせをしておき、伝えておくようにしましょう。基本的には、調査員の昼食は調査員自身が用意して持ち込むようにしましょう。だだし、好意で家族が準備してくださったものに関しては調査員自身で判断しましょう。

同意書

・調査協力の意思を確認し、また実際の調査について理解が得られたら、同意書の記入をお願いします。（書類　７）文面を読みながら、一緒にチェックをして、サインをもらいましょう。同意書は、調査員が持ち帰り保管します。調査がすべて終わったら、他の書類と共に事務局に送付下さい。当日記録が難しい場合は、後日受け取るようにしてもよいでしょう。

③ 観察記録と振り返り（訪問調査）

観察記録と振り返り　では、３０分の状況確認（その日の状態がいつもと変わらないか、その日のスケジュールの確認等）の後、４～５時間の観察記録、３０分の振り返りをおこないます。

状況確認（３０分）

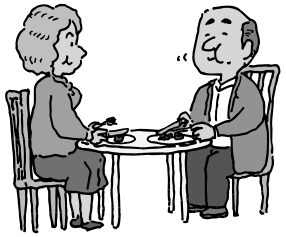
・ご自宅に伺ったら、場を和らげるために、ご家族やご本人と積極的にコミュニケーションをとるようにしましょう。

・いつもの状況と変わりがないか、ご本人やご家族の体調、特別なイベントがないか等の確認をします。状況によっては、記録を中止したり、時間を短縮することも考えましょう。

観察記録（４～５時間）

①記録するコードについて

・ご本人、主介護者のＢＣＣとＷＩＢ値を生データシートに記録します。（書類　８）
　※ ＢＣＣとＷＩＢ値は、ＤＣＭ本来の記録内容と同じです。
・ＮＥ（ＰＤ）およびＰＥについては観察された事柄を所定の用紙に記述します。（書類　８）
・主介護者の介助の状況を、スケールに従って記録します。（Ｐ　１３を参照）
・主介護者以外の方については、ご本人と何らかの接触があった場合のみ記録します。



記録例

日付：平成 22 年 11 月 23 日　期間：11：30～13：30

施設：北川宅　参加者数：3 名　観察者：西 陽子

参加者氏名	時間	1135	1140	1145	1150	1155	1200	1205	1210	1215	1220	1225	1230	1235	1240
北川 宏　様（ご本人）	BCC	B	B	F	F	F	F	F	F	A	A	A	M	M	
	WIB	+1	+3	+1	+1	+3	+3	+1	−1	+3	+3	+3	+1	+1	
	ＮＥ／ＰＥ					PE楽しむ			NE急がせる						
北川 南　様（主介護者）	BCC	L	L	A	A	A	P	P	P	A	A	A	L	L	
	WIB	+1	+1	+1	+1	+3	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	
	介助程度	d	d	b	b	b	a	a	a	c	c	c	d	d	
	ＮＥ／ＰＥ														
北川 美子　様（娘）	BCC					A	A	A	A	A	A	A	V		
	WIB					+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3			
	介助程度					c	c	c	c	c	c	c			

② 介助の程度について

a　直接介助　：直接体に触れて介助を行っている場合を示しています

b　誘導　　：声かけやゼスチャー等によって、誘導している場合を示しています。

c　見守り　　：直接手を出したり声かけを行わずに、見守っている場合を示します。

d　見守りもしていない　　：見守りもしていない場合を示しています。

※　5 分間で、a～d のいくつかが見られた場合は、その時間の長さに関係なく、アルファベットの若い方を優先して記録します。a>b>c>d

③ＮＥ（ＰＤ）・ＰＥについて

個人の価値を低める行為（ＰＤ）の枠組みが、在宅でのご家族とご本人の間に当てはまるかどうか、明確な答えはありません。そこで今回は、これまでのＰＤに準じて、観察された事柄を記述し、後日集計の時点で、質的に分析する予定です。記録上ではＮＥ（Negative event）と表記します。ＰＤの程度（a～d）は記録しません。

今回の調査では、認知症ご本人にとってのＮＥだけでなく、主介護者にとってのＮＥも記録の対象とします。

ＰＥは、別添書類に沿って記録して下さい。基礎コースで配布された資料と同じ項目です。（書類　８）

記録例

時間	ＮＥ・ＰＥ	出来事
１１：２５	ＮＥ8（わかろうとしないこと）	時江さんは「家にかえる」と言って、出ていこうとするが、「何言ってるの、ここが自分のうちじゃない。いつもこうなんですよ」と幸子さんは言い、昼食の準備を続けていた。
１３：３０	ＰＥ（リラックスすること）	録画してあった「歌謡ショー」をソファーに座って一緒に見る。幸子さんは時江さんの手を握って、歌を口づさんでいた。

④　スラッシュ、Ｖについて

在宅での記録ということもあり、ご本人やご家族と、調査員とのコミュニケーションが頻繁に起こる可能性があります。この調査ではスラッシュは次の基準に従ってください。

目が多少合った程度の軽微な交流の場合には、スラッシュとしない。調査員の関与が、その人の行動（ＢＣＣ）に何らかの影響を与えた場合にスラッシュを記録する。

ご本人やご家族が調査員の前から居なくなった時は、Ｖを記録します。観察記録では、調査員が観察したことのみを記録し、仮に生活音や話し声、本人やご家族からあとから聞いた情報等によって、その時の状況がわかったとしても、その場でマッパーの目に入らなかった場合はＶを記録します。

振り返り（３０分）

・まず、記録が終わったことをご家族、本人に明確に伝えます。そして、調査協力への謝辞と緊張をしいられたことに対してねぎらいの言葉を伝えます。

・振り返りは、調査員が、ご家族の『介護の大変さや介護者自身の気持ち』を聞きとり、それを共感をもって受け取り、理解することを主眼とします。教えたり、指摘したりするのではなく、家族介護者から学ばせていただく姿勢で接しましょう。

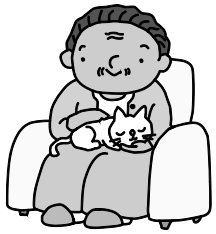
・この調査は、今後の認知症介護の対策に向けての調査です。ご家族の生の声を今後の対策に活かしていきたいという姿勢で取り組むことで、ご家族も調査に参加してよかったなという感想を残すことができればと思います。

謝金の支払い

・振り返りが終わったら調査謝金（１万円）を手渡します。封筒に入れてお渡しします。受領書（書類　９）にサインをもらい、後日事務局に送付下さい。

②事後アンケート

・事後アンケートは、事業をうけた感想をご家族に書いてもらうシートです。（書類　10）この事後アンケートは後日書き込んでもらい、郵送で事務局に送ってもらうようにします。無記名で良いこと、また正直に何を書いても良いことを伝えます。



④ 事後処理

事後処理 では、データを整理し、特記事項や調査員自身が訪問調査で感じた感想などを、所定の書式（エクセルシート）へ入力し事務局に送付します。また、家族の同意書、謝金の受領書は、まとめて事務局へ郵送します。

レポートの作成

・レポートは、エクセルのブック形式になっています。それぞれのシートの項目を入力します。

シート１：ＢＣＣ、WIＢ値、介助の程度
シート２：ＮＥ・ＰＥ表
シート３：基礎情報、特記事項
シート４：感想や意見

事務局への報告

・記入したエクセルシートを、メールで事務局に送付します。
・家族の同意書、謝金の受領書は、人数分まとめて事務局へ郵送します。

調査経費について

調査経費は、１調査対象あたりの金額です。
調査対象が決まったら、事務局より人数分の調査経費が指定の口座に振り込まれます。
ご家族への謝礼は、調査員から調査終了日にお渡しください。
旅費交通費は、一律となっております。
経費が以下の金額を著しくオーバーするなどありましたら、事務局にご相談下さい。

ご家族		
	謝礼	１０，０００円
調査員		
	調査手当	１５，０００円
	旅費交通費	４，０００円
	諸経費	２，５００円

３．チェックリスト

① 準備

- □ 地域の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、デイサービスセンター、デイケアセンターを通じて調査協力（アンケート調査、訪問調査）を依頼（書類　１、２）
- □ ご家族への調査協力依頼（書類　３）
- □ 事務局への調査対象者の報告（書類　４）
- □ 調査費用振込の確認
- □ 訪問調査対象者との連絡。事前説明のための訪問日の決定。
- □ 調査データの確認（ＢＣＣ、ＮＥ、ＰＥ、介助の程度等）
- □ 信頼性テスト

② 事前説明

- □ ビデオ、説明書類を使って事業説明（書類　３）
- □ 調査場面を想定し、プライバシーに配慮出来るかどうか確認
- □ アンケート記入をお願いする（ヒアリングによる代理記述）（書類　５）
- □ 日程の決定（特別なイベントがある日は避ける）
- □ 「認知症介護訪問調査日程表」（書類　６）を記入して確認のためお渡しする
- □ 昼食や飲み物について説明する
- □ 一緒にチェックしながら同意書の記入。持ち帰る。（書類　７）

③ 観察記録と振り返り（訪問調査）

- □ その日の状況を確認する（特別なことがないか、体調や調子は？）
- □ ＢＣＣ、ＮＥ、ＰＥ、介助の程度等の記入（書類　８）
- □ ＮＥ、ＰＥは時間、内容を別紙に記録したか（書類　８）
- □ 振り返りでは、ご家族の介護の大変さや介護者自身の気持ちを受け取る
- □ 今後の認知症介護に活かしていきたいことを伝える
- □ 謝金の手渡しと、受領書の受け取り（書類　９）
- □ 事後アンケートと返信用封筒の手渡し（書類　10）

④ 事後処理

- □ レポートの作成（書類　11）
  - □ ＢＣＣ、WIＢ値、介助の程度
  - □ ＮＥ・ＰＥ表
  - □ 特記事項
  - □ 感想や意見
- □ レポートの送付（メールに添付）
- □ ご家族のアンケート、同意書、受領書との送付（郵送）（書類　５，７，９）

お疲れ様でした！

４．別添書類一覧

書類No	使用する時期	名称	用途
1	準備	事業概要	調査研究事業の事業概要説明書と委員一覧表
2	準備	認知症介護訪問調査とアンケート調査協力のお願い（法人用）	調査協力を依頼する際に使う依頼文。法人用のもの。 ・認知症介護訪問調査協力依頼（法人用） ・アンケート調査依頼（法人用）
3	準備	認知症介護訪問調査協力のお願い（家族用）	ご家族に「認知症介護訪問調査」を協力依頼する際に使う、依頼文。
4	準備	調査協力者一覧（事務局報告用）	アンケート調査対象者や認知症介護訪問調査対象者等の協力者の一覧。事業を開始する前に事務局に提出。
5	事前説明	認知症の人を介護する家族へのアンケート	事前説明の際に、調査員が質問しながら書き込むアンケート。調査員が持ち帰り、事務局に郵送。
6	〃	認知症介護訪問調査　日程表	事前説明の際に、訪問調査の日程を書き込むシート。ご家族に確認の意味でお渡ししておく。
7	〃	同意書	事前説明の後、調査研究への同意が得られたら、ご家族に記入願う。調査員が持ち帰り、事務局に郵送。
8	観察記録	観察記録用紙	・生データシート ・ＮＥ（ＰＤ）およびＰＥ　記録表 ・ＰＥ　表（資料）
9	振り返り	受領書（ご家族用）	ご家族に書いていただく謝金の受領書（領収書）調査員が持ち帰り、事務局に郵送。
10	〃	事後アンケート（ご家族用）	封筒とともに渡します。ご家族が記入して投函します。
11	事後処理	事後レポート（調査員用）	観察記録のレポート。事務局へ提出するレポートです。（データで配布します）。

５．委員一覧および事務局連絡先

認知症介護訪問調査　ワーキング委員

鈴木 みずえ　浜松医科大学地域看護講座
村田 康子　NPO その人を中心とした認知症ケアを考える会
内田 達二　学校法人常陽学園　専門学校東京医療学院
佐久間 尚実　社会福祉法人沼風会沼風苑指定居宅介護支援事業所
関口 清貴　（株）HRS
小松 ゆり子　財団法人湯浅報恩会寿泉堂香久山在宅介護支援事業所

事務局
桑野 康一　NPO シルバー総合研究所
小畑 美知
諏訪免 典子
鈴木 伸幸

連絡先
NPO シルバー総合研究所
〒105-0013　東京都港区浜松町 1-12-5-3F
電話： 03-5425-2383　FAX：03-5405-1184
メール：kuwano@silver-soken.com
ホームページ：http://www.silver-soken.com/

※ 本調査に係わる、ご家族や専門職からの苦情や相談などは、事務局にご連絡下さい。

参考文献

『Evaluating Dementia Care The DCM Method』
パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング
第７版　日本語版第４版

英国ブラッドフォード大学認知症介護研究グループ
監修　認知症介護研究・研修大府センター

平成２２年度老人保健事業推進費等補助金
『DCM（認知症ケアマッピング）を活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業』

認知症介護訪問調査
調査員マニュアル
(Ver4.3)

平成 22 年 11 月
NPO シルバー総合研究所

平成22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

「DCMを活用した在宅ケアの有効性に関する調査研究事業」報告書

平成23年３月

発行：NPOシルバー総合研究所
〒105－0013　東京都港区浜松町1－12－5－3Ｆ
TEL：03-5425-2383　　FAX: 03-5405-1184
Eメール：info@silver-soken.com
ホームページ： http://www.silver-soken.com