

平成 23 年度 老人保健事業推進事業費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症者の要介護認定に係わる介護の手間

判定指標の開発

～ 介護の手間に関する評価尺度の開発 ～

報 告 書

平成 24 年 3 月

学校法人 日本社会事業大学
社会事業研究所

はじめに

平成 20 年 6 月に厚生労働省が発表した「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中で、介護保険認定調査等で用いられている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直しが提案されました。そこで私たちは、老人保健事業推進費等補助金を受け、認知症高齢者の要介護認定に効果的な新たな日常生活の状態を評価する測度開発のための研究事業を行ってきました。

平成 20 年 10 月から約 2 年半にわたる研究成果として、医師と認定調査員が簡便で一致する評価ができ、かつ信頼性と妥当性が確認される評価測度として「認知機能障害に伴う日常生活動作評価票 (ADL Cog)」、「認知機能障害に伴う行動・心理症状評価表票 (BPS Cog)」を開発しました。最終年度の平成 22 年度には、これらの評価票が認知機能障害を伴う高齢者の日常生活動作と行動心理症状 (BPSD) をだれもが判定しやすく、評価の不一致が少ない評価票であることを確認し、報告致しました。

しかし、これまでの研究では、2つの評価票を用いて ADL 障害と BPSD の 2つの状態像を評価することができても、認知症高齢者の日常生活における自立度や困難度を評価する事が可能か否かを確認することができませんでした。認知機能障害を伴った高齢者の日常生活自立度を明らかにするためには、生活の困難度と介護する手間を総合的に評価する測度の開発が求められます。

そこで、平成 23 年度からの本研究事業では、ADL-Cog ならびに BPS-Cog を用いて生活困難度を評価する方法を検討致しました。また、新たに要介護者を介護する上での介護の手間を測定する測度の開発に取り組みました。

本報告書は、認知症高齢者の介護の手間を判定する測度の開発研究に関する報告書です。本研究は、一般に用いられている言葉の「介護の手間」とはなにか、その定義を検討することから始まり、本年度は、認知症高齢者の「介護の手間」の構造を明らかにすることを達成目的としました。本年度の研究結果を基に、「介護の手間」の測度を開発し、ここで評価されて結果と、別紙の日常生活評価尺度の関連を明らかにし、認知症高齢者の全般的な生活困難度を表す測度を開発することが本研究の最終目的です。

最後に本研究事業にご協力いただきました、日本老年精神医学会の会員医師、全国の認定調査員・介護支援専門員の皆様、施設の方々、そして快く調査に協力していただいた被験者とそのご家族の皆様方にこの場を借りて御礼を申し上げます。

認知症者の介護の手間判定指標等の開発に関する研究委員会 -
委員長 今井幸充
(日本社会事業大学大学院教授)

第 1 章 研究事業の目的とねらい

1. 研究の背景としての社会状況

平成 12 年に介護保険制度が施行され、介護保険サービスを希望する被保険者は、介護保険申請を行い、要介護に該当すること及びその該当する要介護状態区分について要介護認定を受ける。要介護認定の基本設計として、要介護認定は一次判定ソフトによる判定から介護保険認定審査会における認定まで、原則として要介護認定等基準時間とよばれる「介護の手間」によって審査が行われている¹。「介護の手間」(介護にかかる時間)は、直接生活介助(食事・排泄・移動・清潔保持)、間接生活介助、BPSD 関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為の 5 つの行為区分に分かれている。つまり、これらの行為にかかる時間が「介護の手間」ということになる。また、介護保険認定審査会では、一次判定ソフトでの評価が難しい個別的な「介護の手間」を考慮した審査が行われている。

しかしながら、このように要介護認定の過程において「介護の手間」という言葉が使われているものの、「介護の手間」を測定する尺度は存在していないのが現状である。そのため、特に認知症などの状態把握が難しい被保険者を、適切かつ公平に評価するには、課題が残されていると考えられる。

2. 研究事業の目的とねらい

本研究事業の目的は、認知症者をはじめ認知機能障害を伴う高齢者に対する「介護の手間」を簡便に測定できる尺度を開発することである。それにより、現在の要介護認定調査において、常に議論されている認知症者の「介護の手間」を、容易にかつ一定の基準に従って評価できることが期待できる。

これまでの研究(平成 20~22 年度老人保健健康増進等事業)では、「介護の手間」に大きく関わる要因として、認知症者の生活状態に着目して検討を行ってきた。具体的には、認知症者の生活状態を、簡便で誰が測定しても同じ評価ができる尺度の開発である。その結果、日常生活動作と行動・心理症状を評価

¹厚生労働省(2009):『介護認定審査会委員テキスト』

これまでの研究（平成 20～22 年度老人保健健康増進等事業）では、「介護の手間」に大きく関わる要因として、認知症者の生活状態に着目して検討を行ってきた。具体的には、認知症者の生活状態を、簡便で誰が測定しても同じ評価ができる尺度の開発である。その結果、日常生活動作と行動・心理症状を評価する「認知機能障害に伴う日常生活動作評価票（ADL-Cog）」と「認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票（BPS-Cog）」の 2 種類の新たな評価票を開発した。しかしながら、新たな評価票は、認知症者の生活状態を測定する尺度としては一定の有用性が認められたものの、認知症者の「介護の手間」を測定するには、不十分であるという課題が残った。すなわち、「介護の手間」は、認知症者に由来する要因である ADL と BPSD だけでは、適切に測定することが難しく、その他の要因も含まれる可能性が明らかとなった。

以上のことから、本研究事業では、認知症者の生活実態だけでなく、介護する側の視点も取り入れた認知症者にかかる「介護の手間」の評価尺度を開発することを目的とする。

第2章：研究の体制

(1) 研究委員会

委員は医療、介護、心理、行政の専門家で構成し委員会を開催する。
作業部会は日本社会事業大学大学院社会福祉研究科内に設置する。
事務局は日本社会事業大学社会事業研究所に設置する。

(2) 委員会日程

本事業は2011年7月1日～2012年3月31日の期間で実施した。

- ・ 第1回 2011年 9月 1日(木)
- ・ 第2回 2012年 1月 11日(水)
- ・ 第3回 2012年 3月 29日(木)

(3) 専門研究委員会メンバー

【委員長】(敬称略)

- ・ 今井 幸充 日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科

【医療関係】

- ・ 櫻井 博文 東京医科大学老年病学教室
- ・ 本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター
- ・ 堀内 ふき 佐久大学 看護学部看護学科老年看護学

【介護・自治体関係】

- ・ 木村 隆次 日本介護支援専門員協会
- ・ 内田 千恵子 株式会社あいゆうサポート

【心理・統計・福祉関係】

- ・ 長田 久雄 桜美林大学大学院老年学研究科
- ・ 北村 世都 日本大学文理学部心理学科
- ・ 長谷部 雅美 日本社会事業大学社会事業研究所共同研究員

【作業部会】

(統括者)

- ・今井 幸充 日本社会事業大学大学院

- ・長谷部 雅美 日本社会事業大学社会事業研究所
- ・永島 徹 日本社会事業大学大学院
- ・山崎 葉子 日本社会事業大学大学院
- ・田中 悠美子 日本社会事業大学大学院
- ・松本 望 日本社会事業大学大学院
- ・午頭 潤子 日本社会事業大学大学院
- ・朴 賢貞 日本社会事業大学大学院

【研究室事務】

日本社会事業大学今井幸充研究室 池田 順子

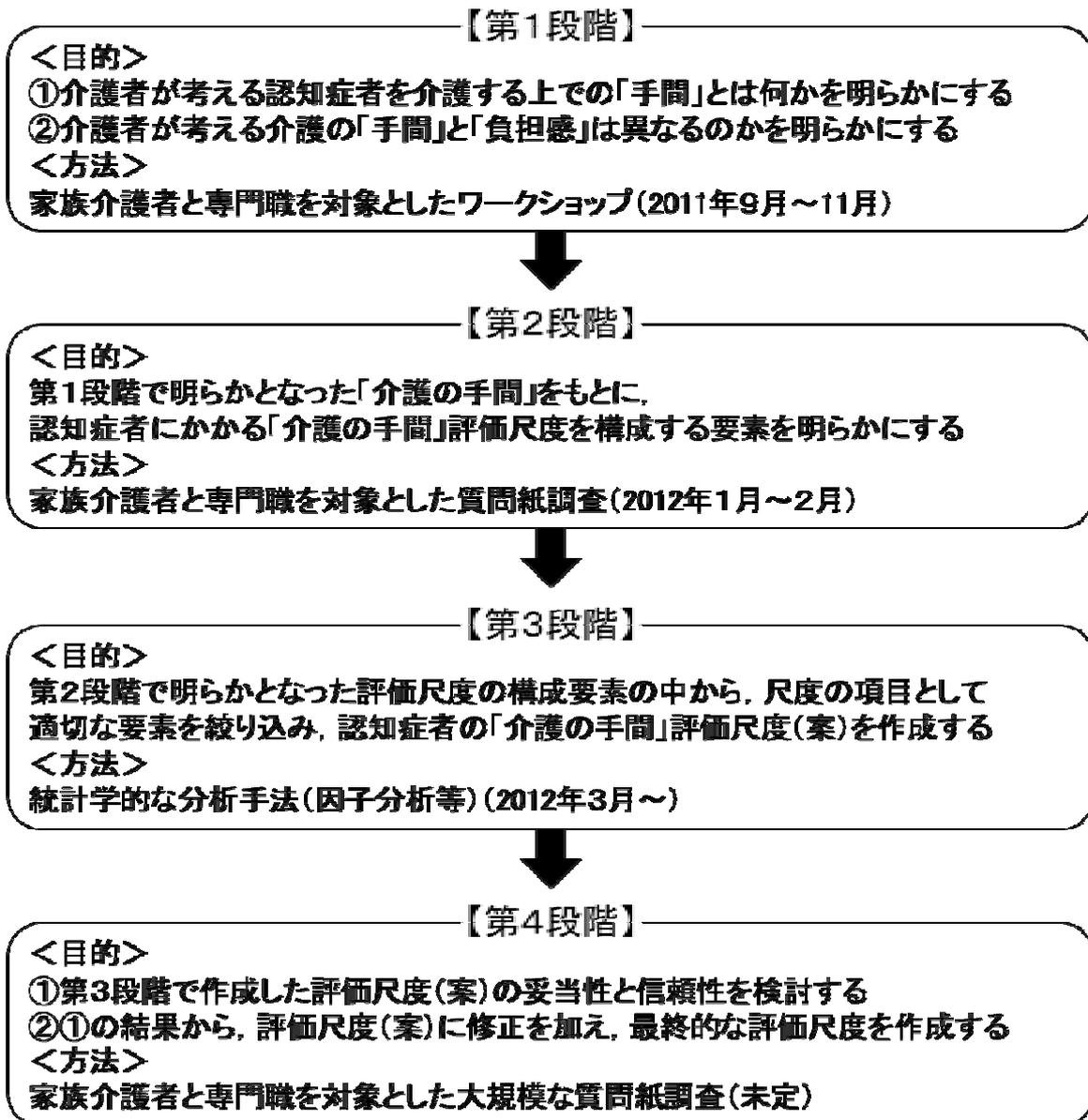
【調査分析】

株式会社 生活構造研究所

第 3 章 「介護の手間」尺度に関する研究枠組み

1. 本研究の枠組みと流れ

本研究では，認知症者にかかる「介護の手間」の評価尺度開発に向けて，4つの段階を設定した（下図参照）。



図表 1 - 1 本研究の流れ

2. 本年度の研究枠組み

本年度は、第1段階と第2段階の検討を行うこととする。

第1段階では、家族介護者と専門職を対象に、5～6名から成るグループでのワークショップを実施する。ワークショップを実施する目的は、第1に、介護者が考える認知症者の「介護の手間」とは何か、その構成要素を明らかにすることである。第2に、介護者にとって介護の「手間」と「負担感」は異なるのかを検討することである。

第2段階では、第1段階の結果をもとに、認知症者の「介護の手間」評価尺度を構成する要素を明らかにすることを目的とする。具体的には、ワークショップから示された「介護の手間」の構成要素をもとに、家族介護者と専門職に改めて質問紙調査を実施する。

本研究事業の最終目的は、認知症者にかかる「介護の手間」の評価尺度を開発することであるが、本年度の目的は、評価尺度を構成する要素（項目）を探ることとする。

3. 本研究の倫理的配慮

本研究で実施したすべての調査は、その調査方法と対象者への倫理的配慮に関する項目について、日本社会事業大学倫理委員会に倫理審査を申請し、倫理上問題がないとの評価を得た後に実施した。

第 1 章 ワークショップの目的と方法

1. ワークショップの目的

第 1 に、介護者の視点から認知症者の「介護の手間」の構成要素を明らかにすることである。

第 2 に、介護者にとって介護の「手間」と「負担感」は異なるのかを検討することである。

2. 調査対象者

調査対象者は、家族介護者（認知症の人と家族の会会員）10 名と専門職（認知症ケア学会認定上級認知症ケア専門士 24 名・介護支援専門員 6 名，ホームヘルパー 6 名）36 名とした。

3. 調査時期

調査時期は、平成 23 年 9 月～11 月とした。

4. 倫理的配慮

事前に、ワークショップ参加の可否について書面で確認した後、参加が可能な方には、調査協力に関する同意書にご記入していただいた。

5. 調査の流れ

下記の手順で、家族介護者・認知症ケア学会認定上級認知症ケア専門士・介護支援専門員・ホームヘルパーそれぞれ 5，6 名のグループを作り 4 つのワークを行った。

【ワーク 】アイスブレイク

目的：グループ内コミュニケーション，発想力の活性化，ブレインストーミング法の練習。

方法：自己紹介とともに，「介護の息抜きの方法」など，各対象ごとに発想しやすいテーマを提示し，ブレインストーミング法を行い，グループ内で発表。

【ワーク 】【『手間』とは？】

目的：介護に限らず「手間」とは何かについて意見を出し合うことで，「手間」の概念を抽出する。また，そのことによって，介護を行う上で似た概念である「手間」と「負担感」の違いを参加者に認識していただく。

方法：ブレインストーミング法，KJ 法的分類

- ・「手間がかかると思う事」「手間がかからないと思う事」をそれぞれブレインストーミング法を用い意見を出す。
- ・出された意見をグループで KJ 法的に分類し，島を作りタイトルをつける。

【ワーク 】【『認知症者の介護の手間』とは？】

目的：『認知症者の介護の手間』の概念を抽出する。

方法：ブレインストーミング・KJ 法的分類

- ・認知症者を介護する際に「手間の多い介護」「手間の少ない介護」をそれぞれブレインストーミング法を用い意見を出す。
- ・出された意見をグループで KJ 法的に分類し，島を作りタイトルをつける。

【ワーク 】【『介護の手間』の多寡と負担の程度について】

目的：「介護の手間の多寡」と「介護の負担の程度」を明らかにする。

方法：ワーク の「介護の手間」KJ 法で出された島のタイトル 1 つ 1 つについて，手間が多いとした理由と順位，負担と思う理由と順位をそれぞれ個人で書き出す。

【追加調査】

介護支援専門員とヘルパーを対象としたワークショップでは、「独居」の認知症者への、「介護の手間」について家族等と同居している場合と異なるのかについても検討した。

目的：「独居」の認知症者への、「介護の手間」について家族等と同居している場合と異なるのか。

方法：フォーカスグループインタビュー（半構造化）

- ・「独居認知症者」に対する介護の手間は、その他の認知症者の介護の手間と異なるか。独居はより手間がかかるのか。について、グループごとにディスカッションを行う。

第 2 章 家族介護者（家族会）ワークショップ

家族会

A グループ

「手間の多さ」順位づけ

Aグループ(家族介護者)

順位	島	タイトル
1位	H	(何度も)説明する
2位	F/N/Q	食事の介護/見守り(家の外の徘徊等)/身支度に関する介護
3位	G	夜間の行動への対応
4位	J/O	水分補給をすること/社会サービス利用時の移動の介助
5位	A/D/P	嘔吐の片づけ/おむつ処理/病院受診・薬の服薬
6位	K	納得してもらうこと
7位	L	見守り
8位	R	伝達が難しい介護(コミュニケーション)
9位	B	トイレの見守り
10位	M	～ばなしの後処理
11位	C	トイレの後処理

「負担の重さ」順位づけ

Aグループ(家族介護者)

順位	島	タイトル
1位	H	(何度も)説明する
2位	F/N/Q	食事の介護/見守り(家の外の徘徊等)/身支度に関する介護
3位	G	夜間の行動への対応
4位	J/O	水分補給をすること/社会サービス利用時の移動の介助
5位	A/D/P	嘔吐の片づけ/おむつ処理/病院受診・薬の服薬
6位	K	納得してもらうこと
7位	L	見守り
8位	R	伝達が難しい介護(コミュニケーション)
9位	B	トイレの見守り
10位	M	～ばなしの後処理
11位	C	トイレの後処理

家族会

B グループ

「手間の多さ」順位づけ

Bグループ(家族介護者)

順位	島	タイトル
1位	E/F	思いが伝わらない / 身支度の準備
2位	D	物忘れによる繰り返し行動
3位	A/B	こだわり・不安の行為 / 排泄の後始末
4位	H/J	身辺の管理 / 薬の管理
5位	C	夜間徘徊の心配
6位	G/K	入浴の世話 / 食事の介助
7位	I	ペットとの関係

「負担の重さ」順位づけ

Bグループ(家族介護者)

順位	グループ	タイトル
1位	D	物忘れによる繰り返し行動
2位	A	こだわり・不安の行為
3位	B/E	排泄の後始末 / 思いが伝わらない
4位	F	身支度の準備
5位	G	入浴の世話
6位	J	薬の管理
7位	C	夜間徘徊の心配
8位	K	食事の介助
9位	H	身辺の管理
10位	I	ペットとの関係

アンケート
(参加者の属性)

第 3 章 専門職（上級認知症ケア専門士）ワークショップ

A グループ

「手間の多さ」順位づけ

Aグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	H	食事摂取への工夫
2位	T	精神症状に対しての寄り添い(傾聴)
3位	U	排泄誘導から処理まで
4位	N	本人の世界観に合わせる
5位	R	セルフケア困難・入浴介助
6位	A	コミュニケーション障害(家族の理解)
7位	S	夜間の対応(不眠)
8位	D/G	医療関係行為 / 相手のペースに合わせる
9位	M/P	帰宅願望 / 入浴までの声かけ
10位	L	食事拒否のときの対応
11位	J	環境整備
12位	C/E	コミュニケーション障害(職員のスキルアップ) / 高次機能障害
13位	I	解りやすい言葉(声掛け)
14位	Q	外出時の身支度
15位	K/O	歯磨き拒否のときの対応 / せん妄時の対応

「負担の重さ」順位づけ

Aグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	S	夜間の対応
2位	T	精神症状に対しての寄り添い(傾聴)
3位	N	本人の世界観に合わせる
4位	D	医療関係行為
5位	E	高次機能障害
6位	P	入浴までの声掛け
7位	M	帰宅願望
8位	A/H J/R	コミュニケーション障害(家族の理解) / 食事摂取への工夫 環境整備 / セルフケア困難・入浴介助
9位	U	排泄誘導から処理まで
10位	C/O	コミュニケーション障害(職員のスキルアップ) / せん妄時の対応
11位	I	解りやすい言葉(声掛け)
12位	B/L	コミュニケーション障害(本人) / 食事拒否のときの対応
13位	Q	外出時の身支度
14位	G	相手のペースに合わせる

B グループ

「手間の多さ」順位づけ

Bグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	G	傾聴・スキンシップ
2位	B	声掛け誘導
3位	H	安全の確保と環境整備
4位	F	食事認識してもらう声掛け誘導
5位	A	後始末
6位	E	声掛け(食事)
7位	C	介助
8位	D	後片付け(食事)

「負担の重さ」順位づけ

Bグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	B	声掛け誘導
2位	A	後始末
3位	C/G	介助 / 傾聴・スキンシップ
4位	F	食事認識してもらう声掛け誘導
5位	H	安全の確保と環境整備
6位	E	声掛け(食事)
7位	D	後片付け(食事)

C グループ

「手間の多さ」順位づけ

Cグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	P	不安・イライラ・不穏症状
2位	I	嚥下障害系食事介助
3位	K	(理解力がない為の)歩行介助
4位	O	(拒食)食事拒否
5位	J	食事が認識できないための食事介助
6位	L	(ADL・身体的)歩行介助
7位	H/Q	徘徊 / 訴えがある方への介助
8位	N/V/X	(機能)食事拒否 / 睡眠障害・昼夜逆転 / コミュニケーション・トラブル系
9位	U	理解できない医療
10位	R	入浴拒否
11位	A	意志の伝達ができない医療的治療の必要な方への介助
12位	S	判断・理解力障害
13位	E/G	嚥下障害のある内服介助 / 飲み忘れのある服薬管理
14位	T	体形への手間
15位	C/F	(理解できない)排泄 / 個別ケアが必要な介助

「負担の重さ」順位づけ

Cグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	P/Q	不安・イライラ・不穏症状 / 訴えがある方への介助
2位	K/X	(理解力がない為の)歩行介助 / コミュニケーション・トラブル系
3位	L	(ADL・身体的)歩行介助
4位	V	睡眠障害・昼夜逆転
5位	H/I	徘徊 / 嚥下障害系食事介助
6位	U	理解できない医療
7位	S	判断・理解力障害
8位	C/E/R	(理解できない)排泄 / 嚥下障害のある内服介助 / 入浴拒否
9位	N/O/T	(機能)食事拒否 / (拒食)食事拒否 / 体形への手間
10位	J	食事が認識できないための食事介助
11位	M	(夜間徘徊・特に転倒しやすい方)歩行介助
12位	A	意志の伝達ができない医療的治療の必要な方への介助

D グループ

「手間の多さ」順位づけ

Dグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	D	ケアへの拒否があり、スムーズな介護ができない
2位	E	リスク管理に多くの時間を取られる
3位	C/F	コミュニケーションがスムーズにとれない/ 排泄ケアがうまくいかない場合のストレス
4位	A	摂食行動における手間
5位	G	特に強い記憶障害に振り回されてしまう
6位	B	食事後のこぼしたり、汚れた物の掃除・後始末
7位	J	病識に関して身体管理維持に時間がかかる
8位	H	家族及び本人を取り巻く人にケア内容を理解してもらえない。
9位	I	第三者に対してに(家族や他の利用者など)ケアを誤解されてしまうストレス

「負担の重さ」順位づけ

Dグループ(上級認知症ケア専門士)

順位	島	タイトル
1位	D	ケアへの拒否があり、スムーズな介護ができない
2位	F	排泄ケアがうまくいかない場合のストレス
3位	C/E	コミュニケーションがスムーズにとれない/ リスク管理に多くの時間を取られる
4位	A	摂食行動における手間
5位	I	第三者に対してに(家族や他の利用者など)ケアを誤解されてしまうストレス
6位	G	特に強い記憶障害に振り回されてしまう
7位	J	病識に関して身体管理維持に時間がかかる
8位	H	家族及び本人を取り巻く人にケア内容を理解してもらえない
9位	B	食事後のこぼしたり、汚れた物の掃除・後始末

アンケート
(参加者の属性)

第 4 章 専門職(介護支援専門員・ホームヘルパー)ワークショップ

介護支援専門員

「手間の多さ」順位づけ

介護支援専門員

順位	島	タイトル
1位	J/D	食事の摂り方と確認 / 正しい服薬ができない
2位	T	トイレの場所がわからない
3位	P	入浴の必要性がわからない
4位	A	不安の訴え
5位	U	排泄行為の拒否
6位	Q	場所の認識ができない
7位	M	介護に抵抗がある
8位	B	安否確認が取れない
9位	I	判断理解ができない
10位	N/R/V	日時認識ができない / 家族へのアプローチ / 行為がうまくできない
11位	S	近隣の方への理解協力
12位	L	環境整備ができない
13位	F	デイの送り出し
14位	H	通院介助
15位	G	短期記憶ができない

「負担の重さ」順位づけ

介護支援専門員

順位	島	タイトル
1位	P	入浴の必要性がわからない
2位	Q	場所の認識ができない
3位	T	トイレの場所がわからない
4位	M	介護に抵抗がある
5位	U	排泄行為の拒否
6位	A	不安の訴え
7位	B	安否確認が取れない
8位	J/V	食事の摂り方と確認 / 行為がうまくできない
9位	G	短期記憶ができない
10位	C	感情不安定
11位	D	正しい服薬ができない
12位	R	家族へのアプローチ
13位	N/S	日時認識ができない / 近隣の方への理解協力
14位	E/L	異食行為 / 環境整備ができない
15位	I	判断理解ができない
16位	F	デイの送り出し
17位	O	場所の認識ができない

ホームヘルパー

「手間の多さ」順位づけ

ホームヘルパー

順位	島	タイトル
1位	C	ヘルパーが毎日入る薬が分からない
2位	F	促す 嫌いでも
3位	A	物忘れ 一緒にする
4位	G	ささやかな抵抗 芝居と嘘
5位	J	頑固
6位	D	外に出たい
7位	H	解放感
8位	B	冷蔵庫へのこだわり対応
9位	K	さみしい
10位	E	促す
11位	I	本人のこだわり

「負担の重さ」順位づけ

ホームヘルパー

順位	島	タイトル
1位	G	抵抗 芝居と嘘
2位	A	物忘れ 一緒にする
3位	C	ヘルパーが毎日入る薬が分からない
4位	D	外に出たい
5位	F	促す 嫌いでも
6位	H	解放感
7位	B	冷蔵庫へのこだわり対応
8位	J/K	頑固 / さみしい
9位	E/I	促す / 本人のこだわり

アンケート
(参加者の属性)

第 5 章 ワークショップの結果のまとめ

1. 「手間の少ない介護」とは

認知症者と接する家族や専門職が日ごろ感じている介護の手間を明らかにするため、「手間が多い介護」「手間が少ない介護」についてグループ内で列挙し、KJ 法的手法によって分類し検討した。

まず「手間が少ない介護」としては、「ひとりで寝ることができる」「食事を準備すれば自分で食べることができる」「排泄が一人でできる」「自分のリズムで生活している」など、「認知機能や ADL のレベルが高い人への介護や『見守りだけの介助』」などが挙げられていた一方で、「言葉を発しない」「寝たきり」など、「ADL が著しく低下し、『介助者側のペースと方法で生活リズムが維持できる』」などの場合の介護等も、「手間が少ない」と考えられていた。

また認知機能や ADL のみならず「暴力行為のない方への移乗」「奇声・大声で要求を伝えることがない」など、「『BPSD がない人』への介護等」も挙げられており、BPSD と手間との関連が示唆された。

その他、「声掛けや誘導で行動できる方への介護」「要求がわかりやすい人への介護」「入浴や排せつの援助をいやがらない」など、「互いの意思の疎通が可能な状態・状況での介護等」が、「手間が少ない介護」と捉えられていた。

2. 「手間の多い介護」とは

「手間の多い介護」としては、「失行のある人のトイレ介助」「歩けないのに歩けると思ってしまい転倒が多い。常にみていないといけない」「外出・帰宅、火の元、電気の管理ができない」「一日に何十回も他の部屋に間違っ入るそのつど本人の居室に誘導すること」など、「認知機能・ADL のレベルが低い人への介護や見守り等」以外にも、「感情が高ぶり落ち着かない時の対応」「被害妄想のある方への対応」「徘徊をする方を見守り介助」「オムツ外し、便いじりのある人の夜間のオムツ交換と更衣介助」など BPSD に関連した内容が多くみられ、「BPSD への対応等」も「手間の多い介護」として考えられていた。

その他にも、「本人が思っている事を言葉等で上手く表現できず、ニーズを確認するまでの時間がかかる」など、「ニーズを把握する事」自体も、「手間の多い介護」として挙げられていた。

3. 居住形態による「介護の手間」の違い

ワークショップで明らかとなった「介護の手間」は、居住形態（独居、家族と同居、施設に入居している場合など）によって異なるのか検討するため、「独居」の認知症者の介護の手間に焦点を当て、介護支援専門員とホームヘルパーを対象に同様の調査を行った。

その結果、「今後どうしていきたいのか確認や現状の理解の説明」「家族が認知症だということを理解していないと余計手間がかかる」など「認知症者の家族に説明し理解を求めるなど家族への『アプローチ』」が、手間と考えられていた。また、「家族が同居していないので現状把握ができない」「確認が取れないか」など、独居の場合は食事や排せつなど、「日常生活の様子や認知症者本人の体調などの状態・状況が確認・把握しにくい事」も「手間」として挙げられていた。

しかし具体的な介護行為（直接的または身体接触を伴う介護行為）に関しては、家族と同居している場合と独居の場合との違いを指摘する意見はみられず、居住形態による認知症者の状況・状態やそれに伴う介護の手間に違いがみられない可能性が示唆された。

4. 「介護の手間」と「負担感」との関係

「介護の手間の多寡」と「介護の負担感の程度」との関連について調べるため、ワークショップの参加者個々人にアンケート調査を実施し、「手間が多い介護」として出されたものの順位づけと、「負担感の程度」の順位づけを行ってもらい、その関連を調べた。

その結果、認知症者の状態・状況に対する「介護の手間の多寡」や「負担感の程度」の順位は、家族など一部のグループにおいてはほぼ同様の順位を示し

たグループもみられたが、その他のグループではグループ内・グループ間においても順位が異なるなど、一貫した傾向はみられなかった。

これは調査対象者一人ひとりが抱く、個々の認知症者の状態・状況についてのイメージの違いが影響しているものと考えられる。例えば、一言に「徘徊への対応」と言ってもその徘徊の頻度や程度についてのイメージが回答者によって異なると、「介護の手間の多寡」や「負担感の程度」の認識の違いにも影響するものと考えられる。よって、認知症者の状態や状況について一定程度、統一をした上で個々の状態や状況の「介護の手間の多寡」と「負担感の程度」について検討し、どのような状態・状況へのどのような介護が手間となり負担となるのか、調査対象を拡大し再度検討する必要があるといえる。

ただ、個々の回答者ごとに介護の手間と負担感の順位を比較すると、その認知症者の状態や状況、回答者によっても多少の違いはみられるものの、概ね一致した傾向がみられた。

以上から、「介護の手間」には認知症者本人の状態や状況、特に BPSD の状況（程度や頻度）などが大きく関与している可能性、そして「介護の手間」と「負担感」には一定程度関連していることが示唆された。

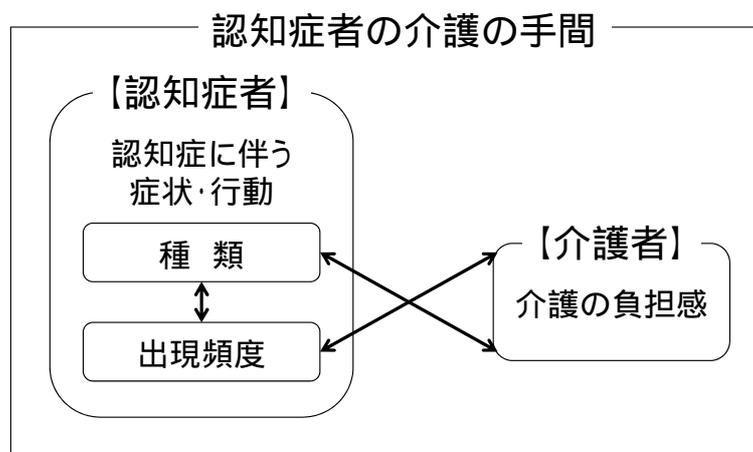
第 1 章：計量的調査の目的と方法

1. 調査の目的

本調査では、家族や専門職を対象にしたワークショップ等の結果を受け、介護の「手間」や「負担感」に大きく影響を与えられ、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）を中心とした「認知症者の症状・行動」に焦点を当てた質問紙調査を実施した。質問紙調査を通して、認知症者の「介護の手間」評価尺度を開発する上での基礎資料（尺度を構成する要素）を得ることを目的とした。

なお、本調査の実施にあたっては、以下のような操作的概念を定義した（下図参照）。すなわち、認知症者の「介護の手間」とは、「認知症者の状態」と「介護者の負担感」で構成されるということである。これは、研究の第 1 段階であるワークショップの結果で、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が「介護の手間」の構成要素として示されたことと、介護者からみた認知症者の「介護の手間」と「介護への負担感」には強い関連があるだけでなく、概念としても似通ったものと考えられることから定義した。

すなわち、本調査では、「介護の手間」評価尺度を開発する上での基礎資料（尺度を構成する要素）を得るために、個々の「認知症に伴う症状・行動」の「種類」と「出現頻度」による介護者の負担感の違いから、「介護の手間」を検討することとした。



図表 3 - 1 認知症者の「介護の手間」の操作的概念図

2．調査の対象

現在認知症者を介護している家族介護者（認知症の人と家族の会会員および病院の外来患者の家族）194名，専門職（認知症ケア学会認定上級認知症ケア専門士および施設の介護職員）307名を対象とした。

なお分析では，調査時点において，実際に認知症者を介護していると回答した家族介護者132名，専門職180名のデータを用いた。

3．調査時期

調査は，平成24年1月下旬から2月中旬に実施した。

4．調査方法

家族介護者は，認知症の人と家族の会宛てに調査依頼を行い，家族会を通し各メンバーに調査票を配布した。

外来患者の家族は，外来受診の際に担当医師から調査依頼を行い，調査票を配布した。

認知症ケア学会認定上級認知症ケア専門士は，認知症ケア学会に調査協力を文書にて依頼し，同学会の理事会の承認を得た上で専門士の名簿を用いて各専門士に調査票を送付した。

施設の介護職員は，各施設の施設長宛てに調査依頼を行い，施設長を通して各介護職員に調査票を配布した。

なお，いずれの対象者にも本調査の内容，方法および倫理的配慮について書面にて説明し，調査に同意した場合のみ返信用封筒にて返送するよう依頼し，返送をもって調査に同意したものとみなす旨を明記した。

5．調査内容

調査は現在介護をしている認知症者1名について，各質問項目に記述されている症状・行動の「出現頻度」（「1週間に1～2回程度；たまにある」～「1

日に 20 回以上；非常にひんぱんにある」と、それに伴う介護者が感じている「負担感の程度」(「まったく大変ではない」～「とても大変である」)について、それぞれ 5 件法で回答を求めた。また、外的基準として家族介護者には「Zarit 介護負担尺度短縮版⁶」を用いた。その他、回答者(介護者)および認知症者の基本属性についても尋ねた(巻末資料参照)。

認知症者の症状・行動については、ワークショップで「手間が多い介護」として挙げられていたものより抽出し、さらに先行研究⁷を参考にしながら症状・行動を追加、分類した。症状・行動は、「1. 中核症状関連の症状・行動(中項目 7 個)」「2. 精神症状(中項目 6 個)」「3. 行動コントロール障害(中項目 10 個)」「4. 対人関係の障害(中項目 4 個)」の大項目 4 個、中項目 27 個から構成した(下表及び巻末資料参照)。

- | |
|--|
| <p>1. 中核症状関連の症状・行動(項目数: 38)</p> <p>記憶障害から直接起こる症状・行動,
 記憶障害からくる日常生活上の障害, 見当識障害(時間・場所・人物),
 作話, コミュニケーション障害, 病気の認識,
 社会生活上の判断能力</p> <p>2. 精神症状(項目数: 12)</p> <p>幻覚, 妄想, せん妄, 睡眠障害, 気分・不安障害,
 感情コントロールの障害</p> <p>3. 行動コントロールの障害(項目数: 24)</p> <p>脱抑制, 性的な問題, 帰宅願望・外出要求, 徘徊, 食の異常,
 不穏行動, 物・作業への執着, 持続性の低下, 活動性の低下
 その他</p> <p>4. 対人関係の障害(項目数: 15)</p> <p>依存, 孤立, 拒否, 攻撃</p> |
|--|

図表 3 - 2 「認知症に伴う症状・行動」に関する調査項目一覧

⁶荒井由美子ら(2003): Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌, 40(5), 497-503.

⁷日本認知症ケア学会(編)(2011): 『BPSD の理解と対応』, 8p, ワールドプランニング, 東京.

6 . 分析方法

分析は、単純集計（％）と平均値を用いて行った。平均値を算出する際、「認知症に伴う症状・行動」の出現頻度と負担感について、以下のように得点化した。まず、出現頻度は、頻度が低い方から高い方に向かって「1点～5点」に得点化した。次に、負担感は、負担が弱い方から強い方に向かって「1点～5点」に得点化した。すなわち、平均値が高いほど、出現頻度は高く、負担感は強いということを意味する。

対象者と対象者が介護している認知症者の基本属性については、単純集計の結果を棒グラフ（一部の結果は表）に図示した。

認知症に伴う症状・行動については、まず、症状・行動が見られる割合を、全体及び家族介護者・専門職ごとに、表と棒グラフで示した。次に、症状・行動について大項目ごとに、「出現頻度」と「負担感」の平均値を散布図で示した。

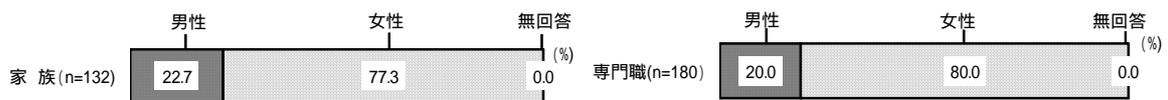
第 2 章：計量的調査の結果

1．調査対象者（介護者）の基本属性

1) 性別

家族介護者は、女性が 77.3%，男性が 22.7%と女性の割合が高かった。

専門職も同様の傾向で、女性が 80.0%，男性が 20.0%であった。



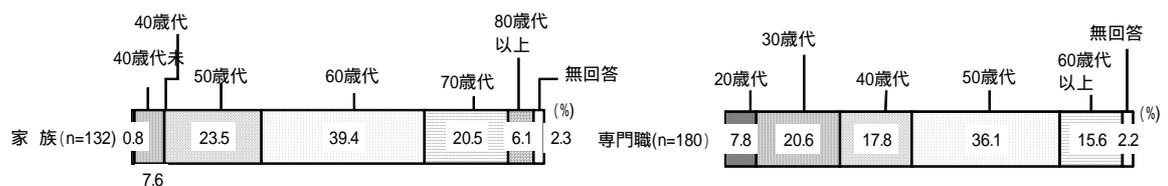
図表 3 - 3 性別（左図：家族介護者，右図：専門職）

2) 年代

家族介護者は、60 歳代の割合が最も高く、39.4%を占めていた。次いで、50 歳代が 23.5%，70 歳代が 20.5%という割合であった。

専門職は、50 歳代の割合が最も高く、36.1%を占めていた。次いで、30 歳代が 20.6%，40 歳代が 17.8%という割合であった。

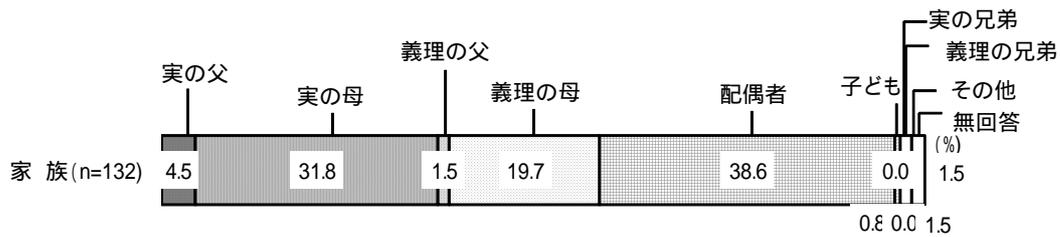
なお、平均年齢は家族介護者が 63.6 歳，専門職が 48.1 歳であった。



図表 3 - 4 年齢（左図：家族介護者，右図：専門職）

3) 介護している認知症者との続柄（家族介護者のみ）

現在介護している認知症者との続柄で、最も割合が高かったのは、「配偶者」で 38.6%であった。次いで、「実の母」が 31.8%，「義理の母」が 19.7%という割合であった。



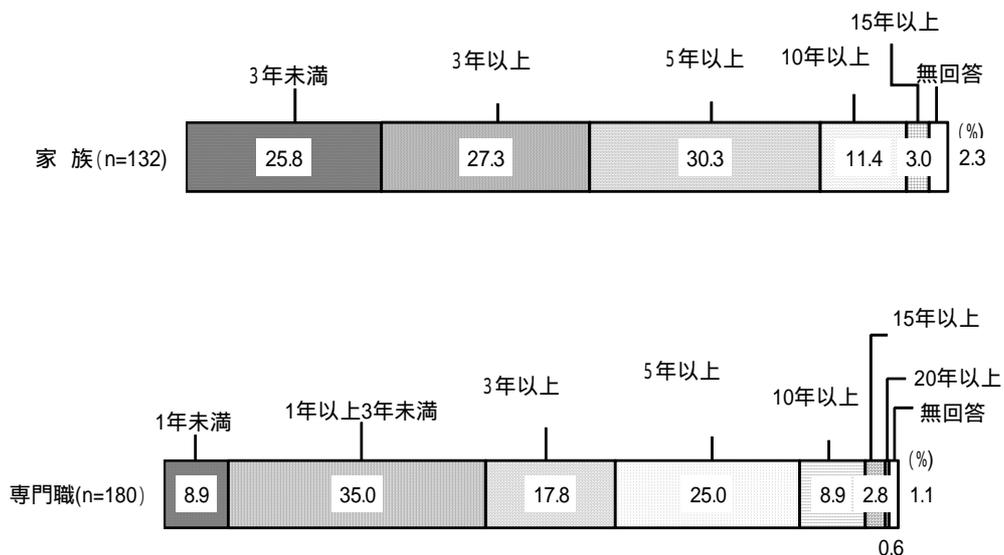
図表 3 - 5 認知症者との続柄 (家族介護者のみ)

4) 現在介護している認知症者の介護期間

家族介護者は、「5年以上 10年未満」の割合が最も高く、30.3%であった。次いで、「3年以上 5年未満」が 27.3%、「3年未満」が 25.8%という割合であった。

専門職は、「1年以上 3年未満」の割合が最も高く、35.0%であった。次いで、「5年以上 10年未満」が 25.0%、「3年以上 5年未満」が 17.8%という割合であった。

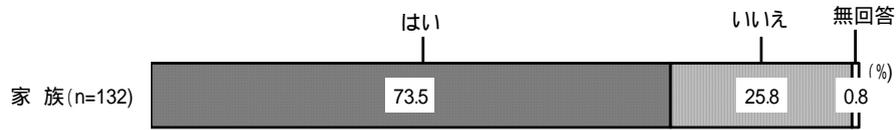
なお、平均介護期間は家族介護者が 5.4 年、専門職が 4.3 年であった。



図表 3 - 6 認知症者の介護期間 (上図：家族介護者，下図：専門職)

5) 認知症者との同居の有無 (家族介護者のみ)

家族介護者のうち、73.5%が認知症者と同居しているという結果であった。



図表 3 - 7 認知症者との同居の有無 (家族介護者のみ)

6) 現在の就業状況 (家族介護者のみ)

家族介護者のうち、68.2%が現在収入のある仕事をしていないという結果であった。また、フルタイムとパートタイムの仕事をしている人が、それぞれ1割強であった。



図表 3 - 8 就業状況 (家族介護者のみ)

7) 主介護者が否か (家族介護者のみ)

家族介護者のうち、90.2%が主介護者であるという結果であった。

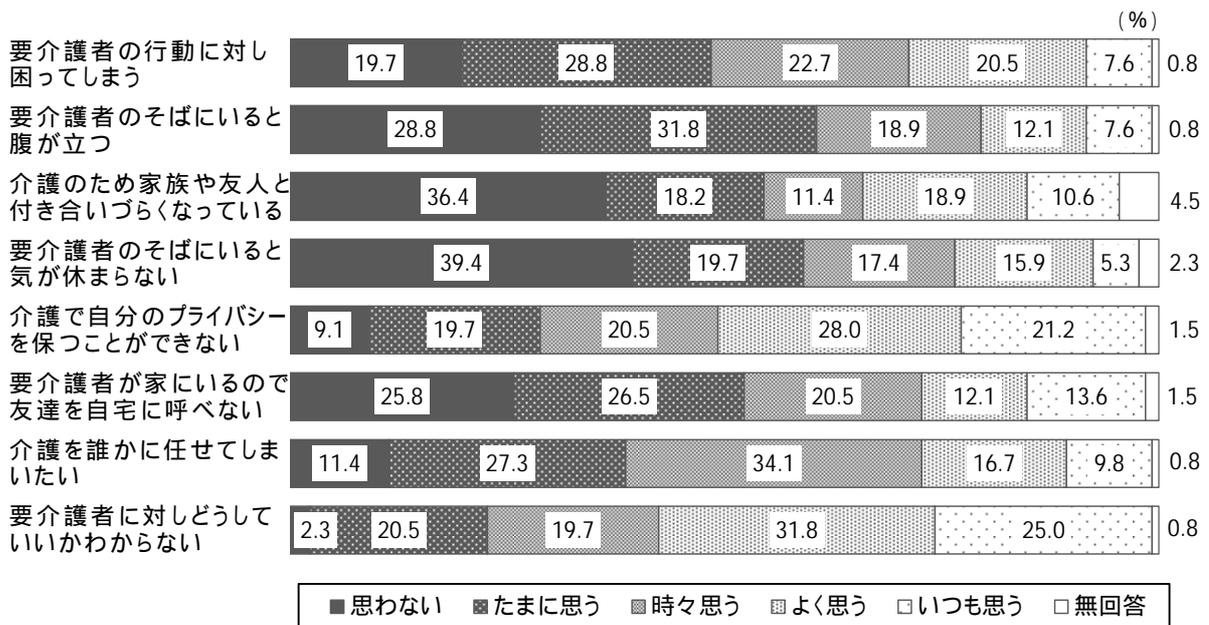


図表 3 - 9 主介護者が否か (家族介護者のみ)

8) Zarit 短縮版 (家族介護者のみ)

介護に対する気持ち (8 項目) について「思わない (0 点) ~ いつも思う (4 点)」の 5 件法 (最大 : 32 点 , 最少 : 0 点) で尋ねた。なお , 得点が高くなるほど , 介護負担感が強いことを意味する。

全体で見ると , 平均得点は 1.77 点であった。下位次元別にみると , 「個人負担 (介護そのものによって生じる負担)」の平均得点は 1.96 点 , 「役割負担 (介護を始めたことでこれまでの生活ができなることによって生じる負担)」の得点は 1.45 点であった。8 項目のうち , 最も平均値が高かったのは , 個人負担の「介護を受けている方の行動に対し , 困ってしまうと思う (2.57 点)」で , 最も平均値が低かったのは , 割負担の「介護があるので , 自分のプライバシーを保つことができないと思う (1.26 点)」であった。



図表 3 - 10 Zarit 短縮版 (家族介護者のみ)

9) 所有資格（専門職のみ）

「介護支援専門員」の資格を有する専門職が 53.3%、「介護福祉士」の資格を有する専門職が 49.4%であった。

図表 3 - 11 所有資格（専門職のみ）

資格	人数	%
介護支援専門員	96	53.3
介護福祉士	89	49.4
その他	66	36.7
看護師	48	26.7
社会福祉士	18	10.0
精神保健福祉士	7	3.9
無資格	5	2.8
作業療法士	4	2.2
准看護師	3	1.7
助産師	2	1.1
保健師	1	0.6
無回答	1	0.6

10) 所属(勤務)先のサービス種別（専門職のみ）

「有料老人ホーム」に所属する専門職が 35.0%と最も高い割合であった。次いで「グループホーム」に所属する専門職が 22.8%という結果であった。

図表 3 - 12 所属(勤務)先のサービス種別（専門職のみ）

種別	人数	%
有料老人ホーム	63	35.0
グループホーム	41	22.8
居宅介護支援事業所	14	7.8
介護老人保健施設	12	6.7
デイサービス	10	5.6
病院	8	4.4
訪問介護	7	3.9
特別養護老人ホーム	6	3.3
デイケア	4	2.2
訪問看護	3	1.7
地域包括支援センター	2	1.1
制度外サービス	2	1.1
小規模多機能型居宅介護	1	0.6
その他	2	1.1
無回答	5	2.8

11) 所属(勤務)先での職種(専門職のみ)

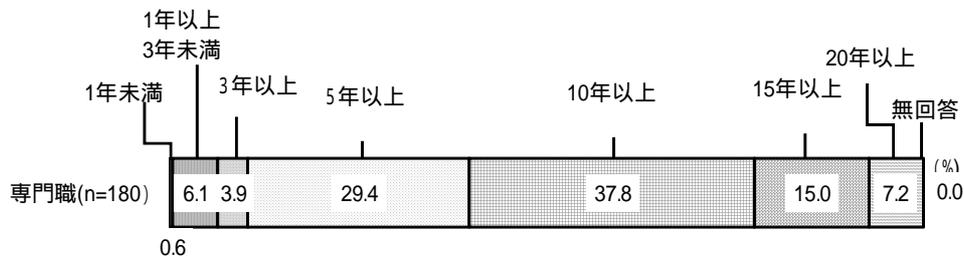
複数回答であるが、「介護職」が 48.9%と最も高い割合であった。次いで「管理職」が 29.4%という結果であった。

図表 3 - 13 所属(勤務)先での職種(専門職のみ)

職 種	人数	%
介護職	88	48.9
管理職	53	29.4
相談援助職	41	22.8
看護職	19	10.6
リハビリ職	5	2.8
無回答	3	1.7

12) 認知症介護に携わってきた通算年数(専門職のみ)

認知症介護の通算年数は、「10年以上15年未満」が 37.8%と最も高い割合であった。次いで「5年以上10年未満」が 29.4%、「15年以上20年未満」が 15.0%という結果であった。

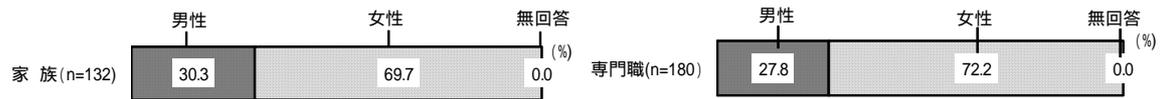


図表 3 - 14 認知症介護の通算年数(専門職のみ)

2 . 調査対象者が介護している認知症者の基本属性

1) 性別

認知症者の性別について、家族介護者では、女性が 69.7%、男性が 30.3%であった。専門職では、女性が 72.2%、男性が 27.8%であった。



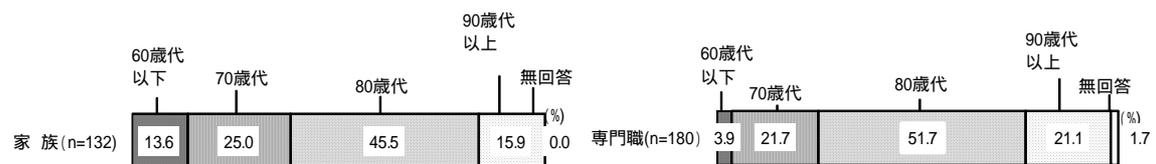
図表 3 - 15 性別 (左図：家族介護者，右図：専門職)

2) 年代

家族介護者の場合、80歳代の割合が最も高く、45.5%を占めていた。次いで、70歳代が 25.0%、90歳代以上が 15.9%という割合であった。

専門職の場合も、80歳代の割合が最も高く、51.7%を占めていた。次いで、70歳代と90歳代以上が 21.7%という割合であった。

なお、平均年齢は家族介護者で 81.0 歳，専門職が 83.6 歳であった。

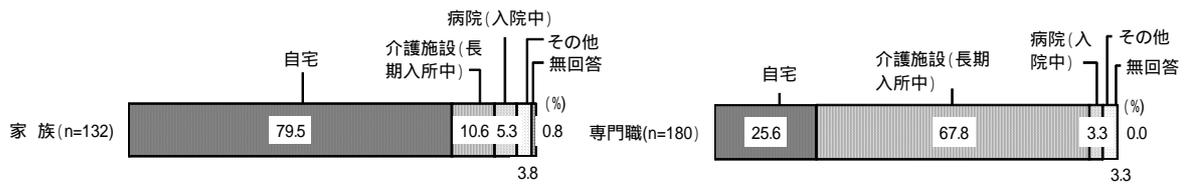


図表 3 - 16 年代 (左図：家族介護者，右図：専門職)

3) 居住形態

認知症者の現在の居住形態について、家族介護者では「自宅」が 79.5%と最も高い割合であった。

一方、専門職では、「介護施設」が 67.8%、「自宅」が 25.6%であった。

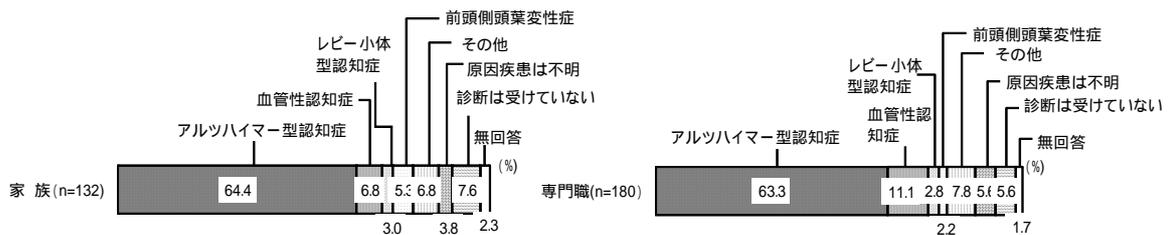


図表 3 - 17 居住形態 (左図：家族介護者, 右図：専門職)

4) 認知症(原因疾患)の診断状況

家族介護者では「アルツハイマー型認知症」が 64.4%と最も高い割合であった。次いで「診断は受けていない」が 7.6%という結果であった。

同様に, 専門職でも「アルツハイマー型認知症」が 63.3%で最も高い割合であった。次いで, 「脳血管性認知症」が 11.1%という結果であった。

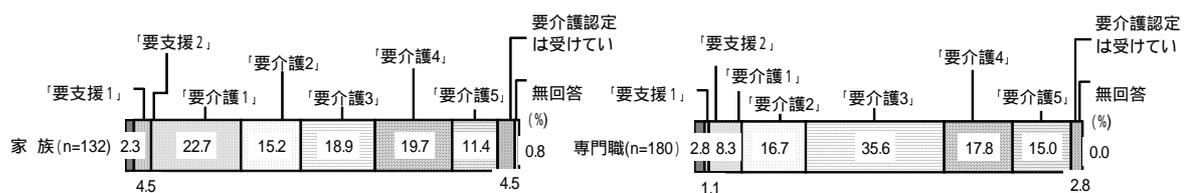


図表 3 - 18 認知症の診断状況 (左図：家族介護者, 右図：専門職)

5) 要介護認定の状況

家族介護者では「要介護1」が 22.7%と最も高い割合であった。次いで「要介護4」が 19.7%, 「要介護3」が 18.9%という結果であった。

一方, 専門職では「要介護3」が 35.6%で最も高い割合であった。次いで, 「要介護4」が 17.8%, 「要介護2」が 16.7%という結果であった。



図表 3 - 19 要介護認定の状況 (左図：家族介護者, 右図：専門職)

6) 介護サービスの利用状況(家族介護者のみ)

何らかの介護サービス(介護保険サービス外も含む)を利用している認知症者は、全体の 86.4%であった。具体的なサービスとしては、「デイサービス」を利用している割合が最も高く、61.4%という結果であった。次いで、「ショートステイ」が 26.5%であった。

図表 3 - 20 介護サービスの利用状況(家族介護者のみ)

種別	人数	%
デイサービス	81	61.4
ショートステイ	35	26.5
訪問介護	17	12.9
訪問看護	7	5.3
訪問リハビリ	5	3.8
特別養護老人ホーム	2	1.5
グループホーム	5	3.8
介護施設(施設種別不明)	6	4.5
小規模多機能型居宅介護	3	2.3
訪問診療	1	0.8
福祉用具レンタル	3	2.3
宅老所	5	3.8
弁当配食	1	0.8
その他	5	3.8
無回答	25	18.9

3. 認知症に伴う症状・行動の有無

4つの大項目ごとに、症状・行動が見られる割合を、全体（家族介護者と専門職を合わせたデータ）・家族介護者・専門職について、表と棒グラフでそれぞれ示した（図表3-21から図表3-29）。

1) 中核症状関連の症状・行動の有無

家族介護者・専門職ともに、7割を超える高い割合で見られる症状・行動には、「薬を飲んだことを忘れる」「同じ質問や話を繰り返す」「同じ行動を繰り返す」「日時の認識ができない」「つじつまの合わないことを言う」「人から説明された内容を理解できない」があった。

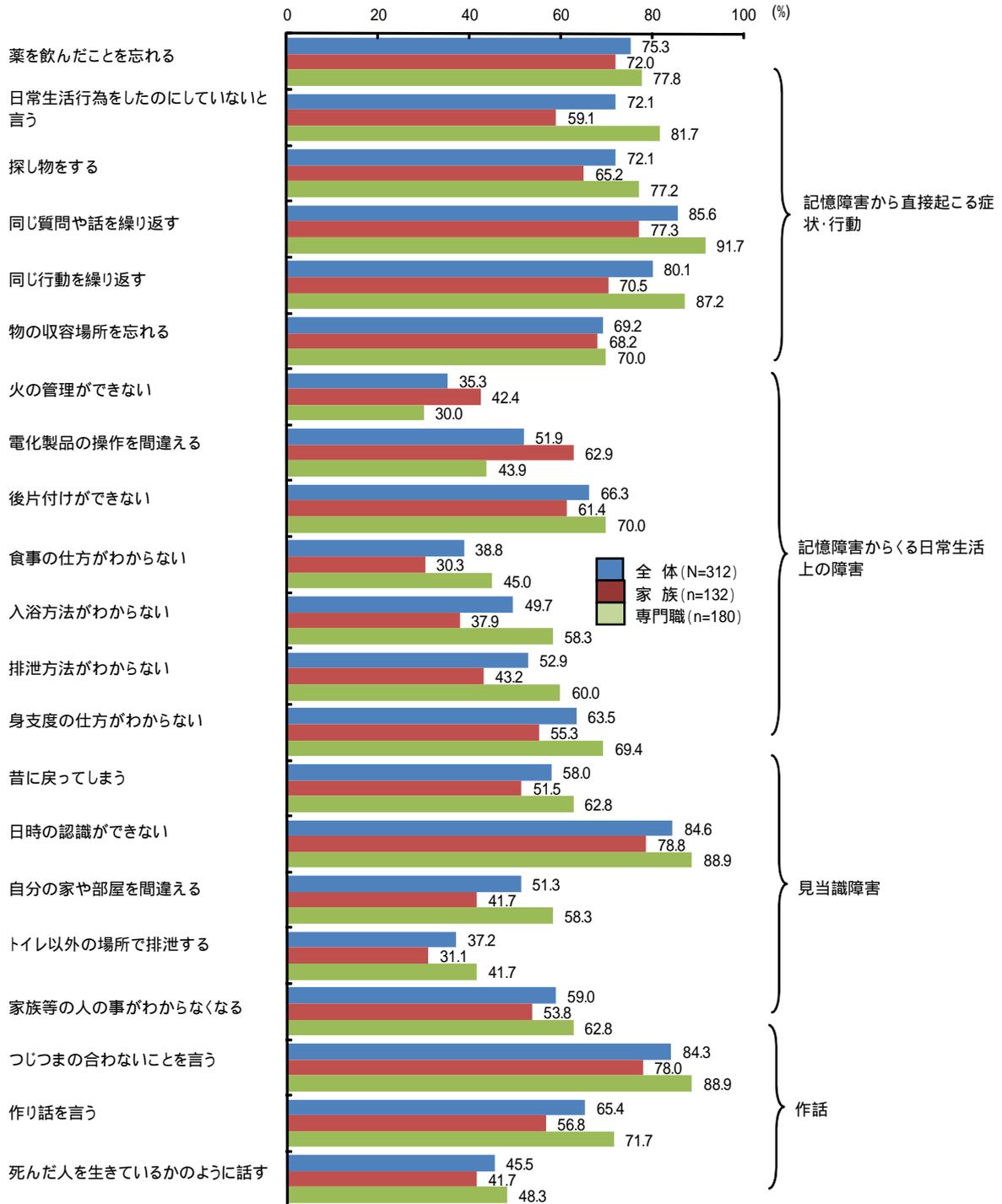
一方で、3割程度の低い割合で見られる症状・行動には、「点滴や胃瘻等チューブを抜こうとする」「通信販売で必要以上の買い物をする」「訪問販売のセールスで必要以上の買い物や契約をする」「弄便（便いじり）をする」「交通ルールがわからない、守れない」があった。

他方、家族介護者と専門職で症状・行動の有無に、大きな差が認められた項目には、「日常生活行為をしたのにしていないと言う（またはその逆のことを言う）」（家<専）、「電化製品の操作を間違える」（家>専）、「入浴方法がわからない」（家<専）、「排泄方法がわからない」（家<専）、「話し出すと止まらない」（家<専）、「自分の身体機能を認知できない」（家<専）、「オムツいじりをする」（家<専）等があった。また、全体的な傾向として、専門職の方が、症状・行動があると回答した割合が高かった。

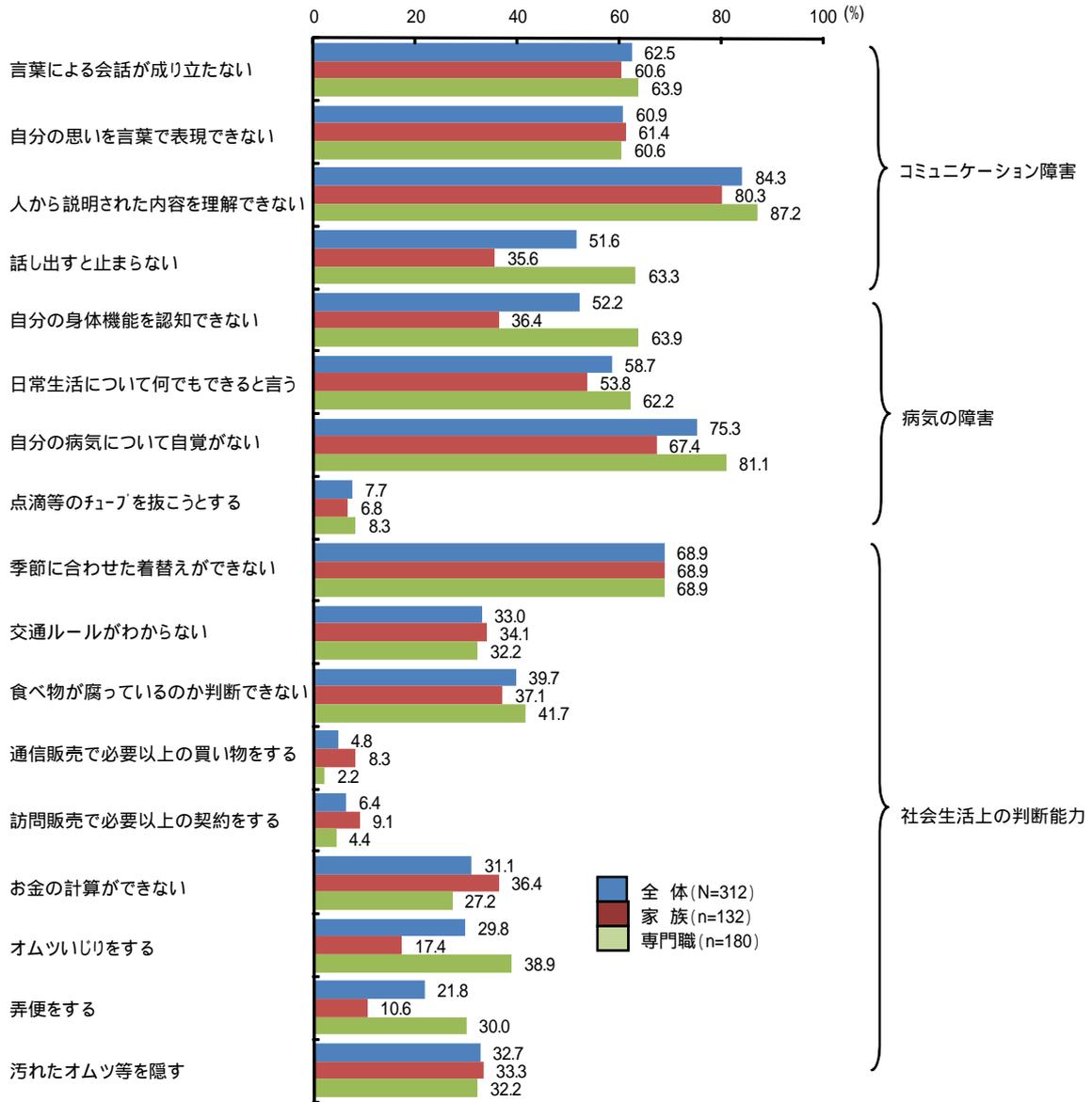
図表 3 - 21 中核症状関連の症状・行動がある割合 (表)

(%)

項目 No	中分類	小分類	全体 (N=312)	家族 (n=132)	専門職 (n=180)
1	記憶障害から直接起こる症状・行動	薬を飲んだことを忘れる	75.3	72.0	77.8
2		日常生活行為をしたのにしていないと言う	72.1	59.1	81.7
3		探し物をする	72.1	65.2	77.2
4		同じ質問や話を繰り返す	85.6	77.3	91.7
5		同じ行動を繰り返す	80.1	70.5	87.2
6		物の収容場所を忘れる	69.2	68.2	70.0
7	記憶障害からくる日常生活上の障害	火の管理ができない	35.3	42.4	30.0
8		電化製品の操作を間違える	51.9	62.9	43.9
9		後片付けができない	66.3	61.4	70.0
10		食事の仕方がわからない	38.8	30.3	45.0
11		入浴方法がわからない	49.7	37.9	58.3
12		排泄方法がわからない	52.9	43.2	60.0
13		身支度の仕方がわからない	63.5	55.3	69.4
14	見当識障害	昔に戻ってしまう	58.0	51.5	62.8
15		日時の認識ができない	84.6	78.8	88.9
16		自分の家や部屋を間違える	51.3	41.7	58.3
17		トイレ以外の場所で排泄する	37.2	31.1	41.7
18		家族等の人の事がわからなくなる	59.0	53.8	62.8
19	作話	つじつまの合わないことを言う	84.3	78.0	88.9
20		作り話を言う	65.4	56.8	71.7
21		死んだ人を生きているかのように話す	45.5	41.7	48.3
22	コミュニケーション障害	自分の思いを言葉で表現できない	62.5	60.6	63.9
23		言葉による会話が成り立たない	60.9	61.4	60.6
24		人から説明された内容を理解できない	84.3	80.3	87.2
25		話し出すと止まらない	51.6	35.6	63.3
26	病気の障害	自分の身体機能を認知できない	52.2	36.4	63.9
27		日常生活について何でもできると言う	58.7	53.8	62.2
28		自分の病気について自覚がない	75.3	67.4	81.1
29		点滴等のチューブを抜こうとする	7.7	6.8	8.3
30	社会生活上の判断能力	季節に合わせた着替えができない	68.9	68.9	68.9
31		交通ルールがわからない	33.0	34.1	32.2
32		食べ物が腐っているのか判断できない	39.7	37.1	41.7
33		通信販売で必要以上の買い物をする	4.8	8.3	2.2
34		訪問販売で必要以上の契約をする	6.4	9.1	4.4
35		お金の計算ができない	31.1	36.4	27.2
36		オムツいじりをする	29.8	17.4	38.9
37		弄便をする	21.8	10.6	30.0
38		汚れたオムツ等を隠す	32.7	33.3	32.2



図表 3 - 22 中核症状関連の症状・行動がある割合 (棒グラフ)



図表 3 - 23 中核症状関連の症状・行動がある割合 (棒グラフ)

2) 精神症状の有無

精神症状において、全体で7割を超える割合でみられる症状・行動は、認められなかったが、「感情が不安定・気分の変動が激しい」「感情が高ぶり落ち着かない」「夜間トイレに行きたがる」といった症状は、比較的高い割合でみられた。

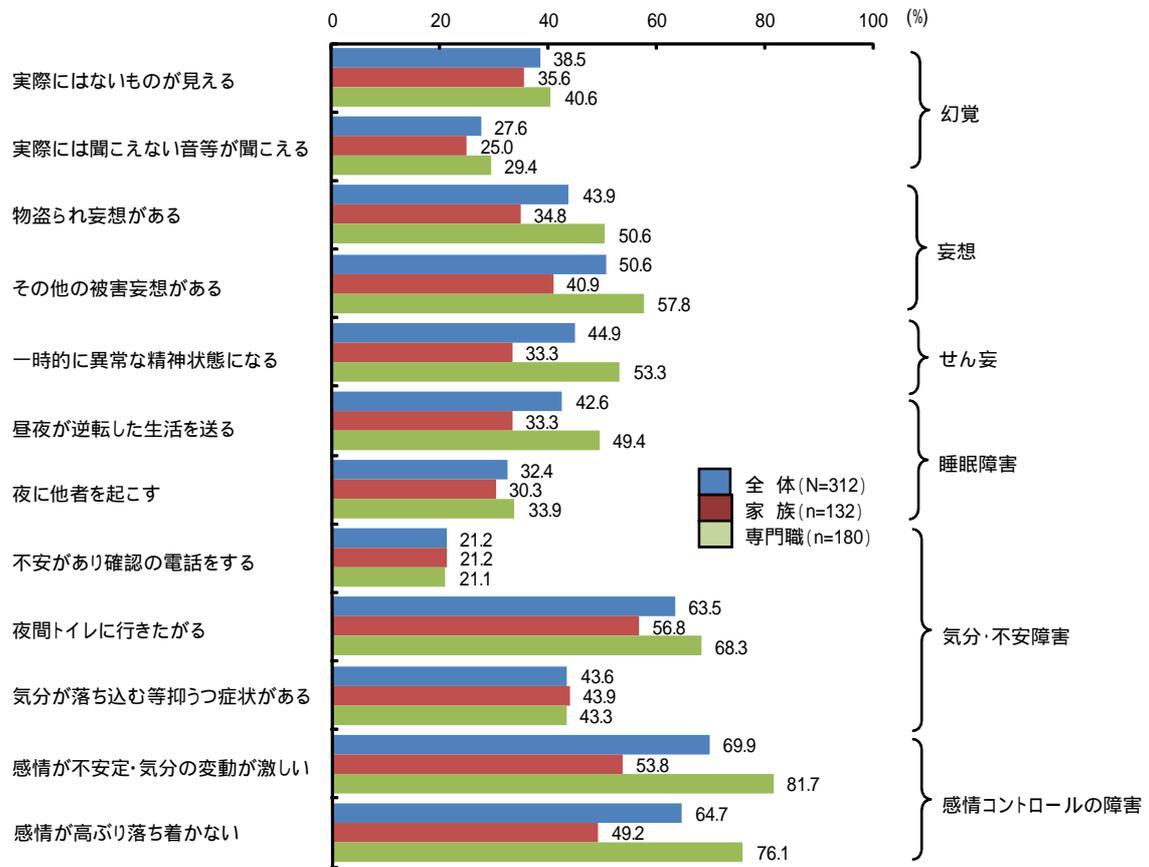
逆に、3割から5割程度の割合でみられる症状・行動が多く認められた。具体的には、「幻視」「幻聴」「物盗られ妄想がある」「夜に他者を起こす」などである。

他方、家族介護者と専門職で症状・行動の有無に、大きな差が認められた項目には、「感情が不安定・気分の変動が激しい」(家<専)、「感情が高ぶり落ち着かない」(家<専)があった。精神症状では、ほとんどの項目(症状)において、専門職の方が、症状・行動があると回答した割合が高かった。

図表3-24 精神症状がある割合(表)

(%)

項目No	中分類	小分類	全体 (N=312)	家族 (n=132)	専門職 (n=180)
39	幻覚	実際にはないものが見える	38.5	35.6	40.6
40		実際には聞こえない音等が聞こえる	27.6	25.0	29.4
41	妄想	物盗られ妄想がある	43.9	34.8	50.6
42		その他の被害妄想がある	50.6	40.9	57.8
43	せん妄	一時的に異常な精神状態になる	44.9	33.3	53.3
44	睡眠障害	昼夜が逆転した生活を送る	42.6	33.3	49.4
45		夜に他者を起こす	32.4	30.3	33.9
46	気分・不安障害	不安があり確認の電話をする	21.2	21.2	21.1
47		夜間トイレに行きたがる	63.5	56.8	68.3
48		気分が落ち込む等抑うつ症状がある	43.6	43.9	43.3
49	感情コントロールの障害	感情が不安定・気分の変動が激しい	69.9	53.8	81.7
50		感情が高ぶり落ち着かない	64.7	49.2	76.1



図表 3 - 25 精神症状がある割合 (棒グラフ)

3) 行動コントロールの障害の有無

行動コントロールの障害では、全体で見ると、活動性の低下を構成する「昼寝をする」という症状が、7割近くの割合で見られた。その他、「うろろろする等、落ち着いていられない」「物事に強いこだわりがある」等の項目が5割程度の割合で見られた。

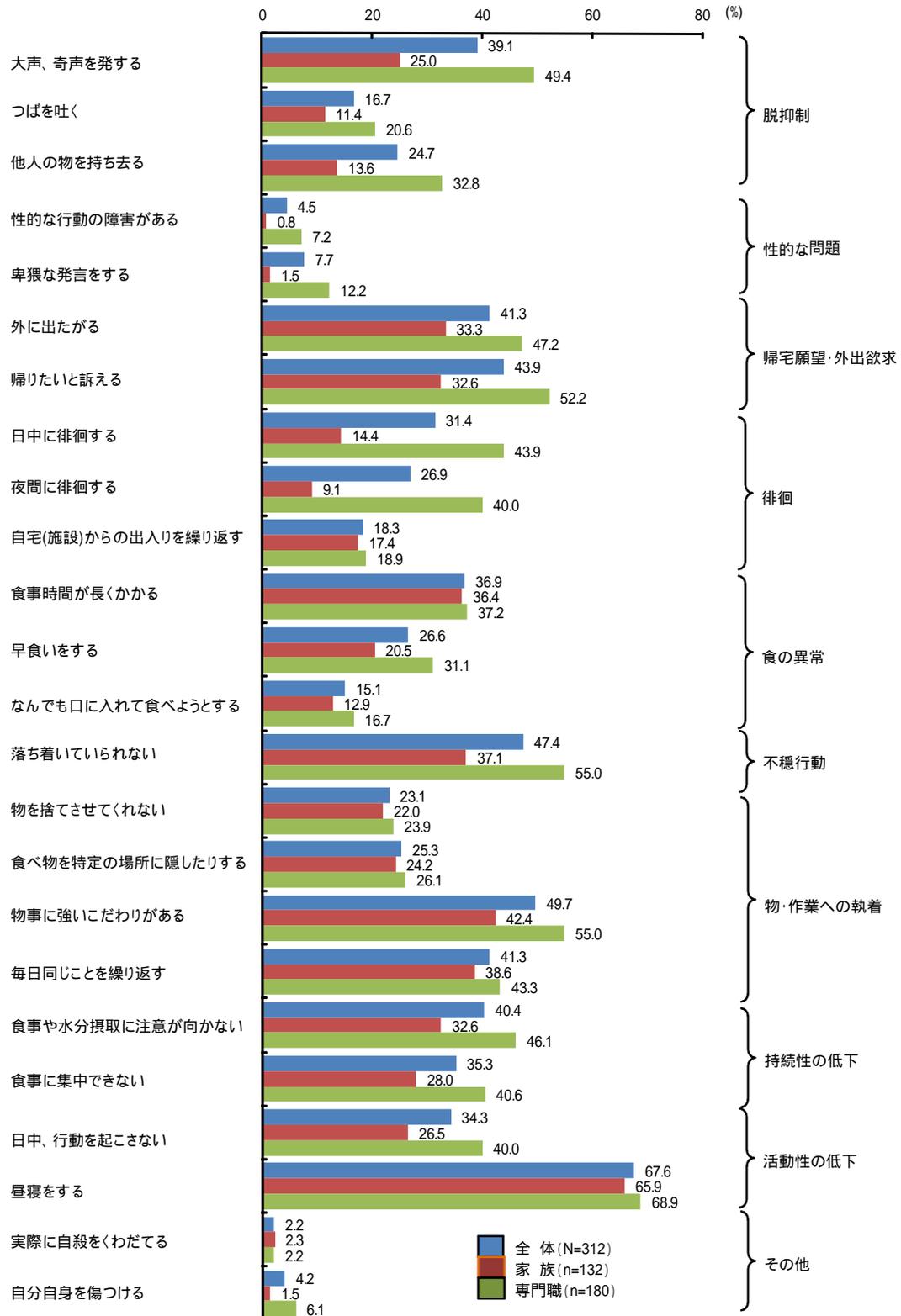
一方で、低い割合で見られた症状・行動には、「つばを吐く」「性的な行動の障害がある」「卑猥な発言をする」「異食がある」「自殺企図がある」「自分自身を」があった。

他方、家族介護者と専門職で症状・行動の有無に、大きな差が認められた項目には、「大声、奇声を発する」(家<専)、「他人のものを持ち去る」(家<専)、「卑猥な発言をする」(家<専)、日中及び夜間に「徘徊する」(家<専)、「落ち着いていられない」(家<専)等があった。また、全体的な傾向として、専門職の方が、症状・行動があると回答した割合が高かった。

図表 3 - 26 行動コントロールの障害がある割合 (表)

(%)

項目No	中分類	小分類	全体 (N=312)	家族 (n=132)	専門職 (n=180)
51	脱抑制	大声、奇声を発する	39.1	25.0	49.4
52		つばを吐く	16.7	11.4	20.6
53		他人の物を持ち去る	24.7	13.6	32.8
54	性的な問題	性的な行動の障害がある	4.5	0.8	7.2
55		卑猥な発言をする	7.7	1.5	12.2
56	帰宅願望・外出欲求	外に出たがる	41.3	33.3	47.2
57		帰りたいと訴える	43.9	32.6	52.2
58	徘徊	日中に徘徊する	31.4	14.4	43.9
59		夜間に徘徊する	26.9	9.1	40.0
60		自宅(施設)からの出入りを繰り返す	18.3	17.4	18.9
61	食の異常	食事時間が長くなる	36.9	36.4	37.2
62		早食いをする	26.6	20.5	31.1
63		なんでも口に入れて食べようとする	15.1	12.9	16.7
64	不穏行動	落ち着いてられない	47.4	37.1	55.0
65	物・作業への執着	物を捨てさせてくれない	23.1	22.0	23.9
66		食べ物を特定の場所に隠したりする	25.3	24.2	26.1
67		物事に強いこだわりがある	49.7	42.4	55.0
68		毎日同じことを繰り返す	41.3	38.6	43.3
69	持続性の低下	食事や水分摂取に注意が向かない	40.4	32.6	46.1
70		食事に集中できない	35.3	28.0	40.6
71	活動性の低下	日中、行動を起こさない	34.3	26.5	40.0
72		昼寝をする	67.6	65.9	68.9
73	その他	実際に自殺をくだてる	2.2	2.3	2.2
74		自分自身を傷つける	4.2	1.5	6.1



図表 3 - 27 行動コントロールの障害がある割合 (棒グラフ)

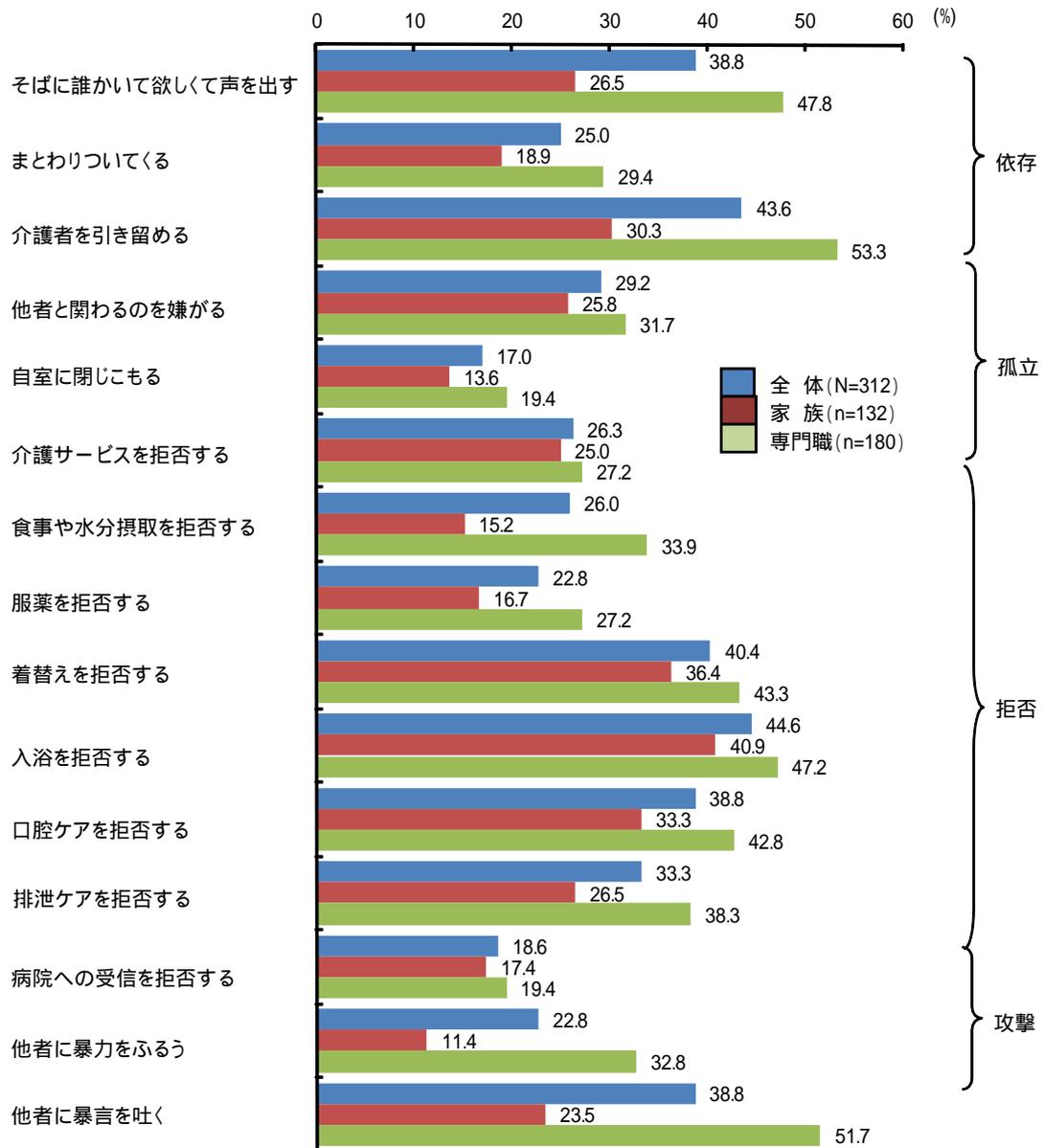
4) 対人関係の障害の出現頻度と負担感

対人関係の障害では、第1に、「頻低負弱」の項目としては、「病院への受診を拒否する」「他者と関わるのを拒否する」が共通してあげられており、その他にも「自室に閉じこもる」「他者と関わるのを拒否する」「病院への受診を拒否する」「口腔ケアを拒否する」が家族介護者、専門職に共通してみられるなど、拒否や孤立の症状の中でも、病院の受診や口腔ケアなど等の行為自体の頻度が少ないものや、介助等が短時間で済む様な項目が多い傾向がみられた。

第2に、「頻低負強」の項目には、「介護サービスを拒否する」のみ共通してみられ、その他には「入浴を拒否する」「着替えを拒否する」「他者に暴力を振るう」「他者に暴言を吐く」など、行為自体、介助等に一定の時間がかかると考えられる項目や、他者への暴力など周囲への影響が大きいと考えられる項目が多い傾向がみられた。

第3に、「頻高負弱」の項目には、「介護者を引き留める」が共通してみられ、その他にも「まとわりついてくる」が全体、専門職にみられるなど依存に関する項目があげられていた。

第4に、「頻高負強」の項目には、「排泄ケアを拒否する」が共通してみられていた。その他にも「誰かに側にいてほしくて声をだす」「他者に暴言を吐く」「着替えを拒否する」など、他者や周囲への影響が大きいと考えられる症状や、排泄など日常的に複数回の介助が必要と考えられる行為に関する項目が多い傾向がみられた。



図表 3 - 29 対人関係の障害がある割合 (棒グラフ)

4. 認知症に伴う症状・行動の出現頻度と介護者の負担感

4つの大項目ごとに、症状・行動の「出現頻度」と介護者の「負担感」の平均値を散布図で示した(図表3-30から図表3-41)。図表は、全体(家族介護者と専門職を合わせたデータ)、家族介護者、専門職の順に並べた。

1) 中核症状関連の症状・行動の出現頻度と負担感

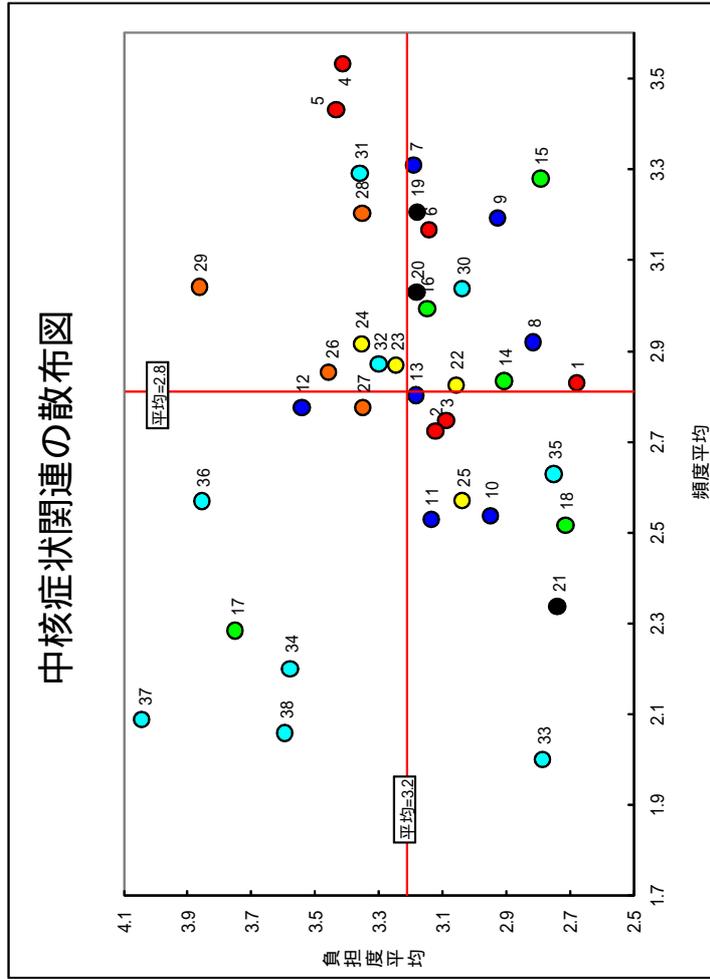
中核症状関連の症状・行動について、「頻度が低く負担感も弱い(頻低負弱)」、「頻度が低く負担感は強い(頻低負強)」、「頻度が高く負担感は弱い(頻高負弱)」、「頻度が高く負担感も強い(頻高負強)」という枠組みでまとめた結果は、以下の通りであった。

第1に、「頻低負弱」の項目には、全体からみると、「入浴方法がわからない」「食事の仕方がわからない」等の日常生活動作に関わるものがあげられた。家族介護者では、「薬を飲んだことを忘れる」「探し物をする」等の記憶障害に関わる項目があげられた。専門職では、日常生活動作に関わる項目の他に、見当識障害関連の項目があげられた。

第2に、「頻低負強」の項目には、全体でみると、「トイレ以外の場所で排泄をする」「排泄方法がわからない」などの排泄に関する項目があげられた。家族介護者・専門職でも大体同様の傾向であった。

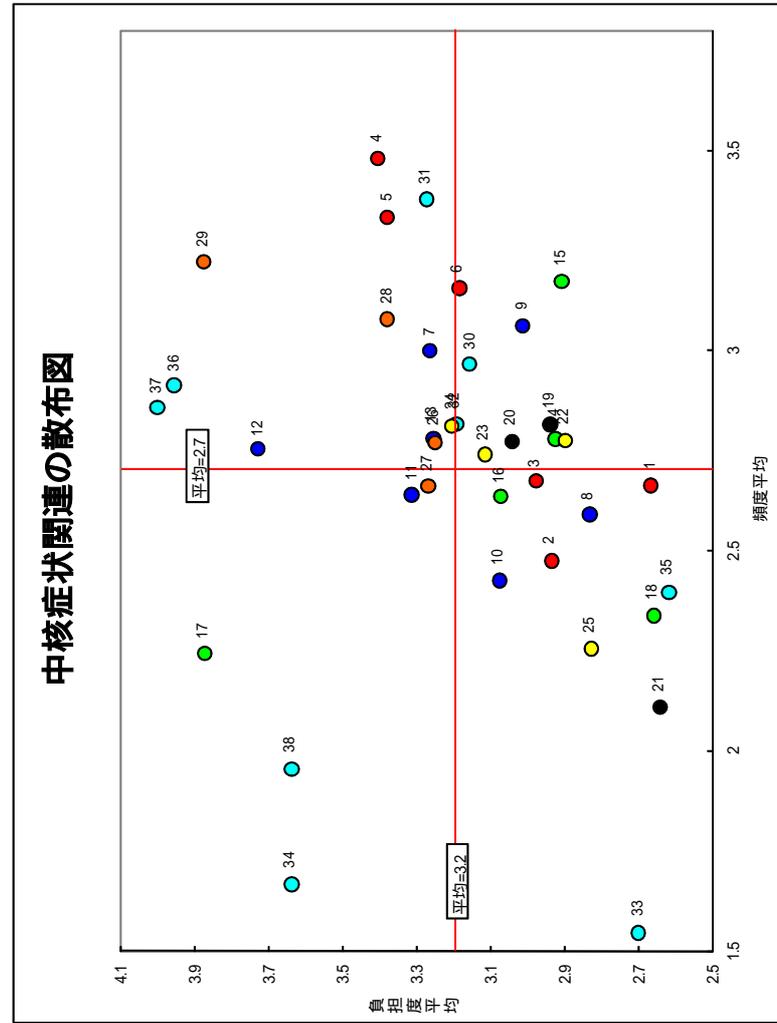
第3に、「頻高負弱」の項目には、全体からみると「日時の認識ができない」「つじつまの合わないことを言う」「電化製品の操作を間違える」「自分の思いを表現できない」等、周囲への影響が比較的少ないと思われる記憶障害関連の言動があげられた。その中で、家族介護者では「言葉による会話が成り立たない」といったコミュニケーションに関連した項目がみられ、専門職では「物の収容場所を忘れる」等の記憶障害に関わる項目がみられた。

第4に、「頻高負強」の項目には、全体からみると、「同じ質問や話を繰り返す」「自分の病気についての自覚がない」「言葉による会話が成り立たない」といった、コミュニケーションや病気の認識に関わるものがあげられた。家族介護者からみると、これらの項目に加えて「オムツいじりをする」「弄便をする」等の排泄関連の項目があげられた。専門職からみると、よりコミュニケーションに関わる項目が多く認められた。



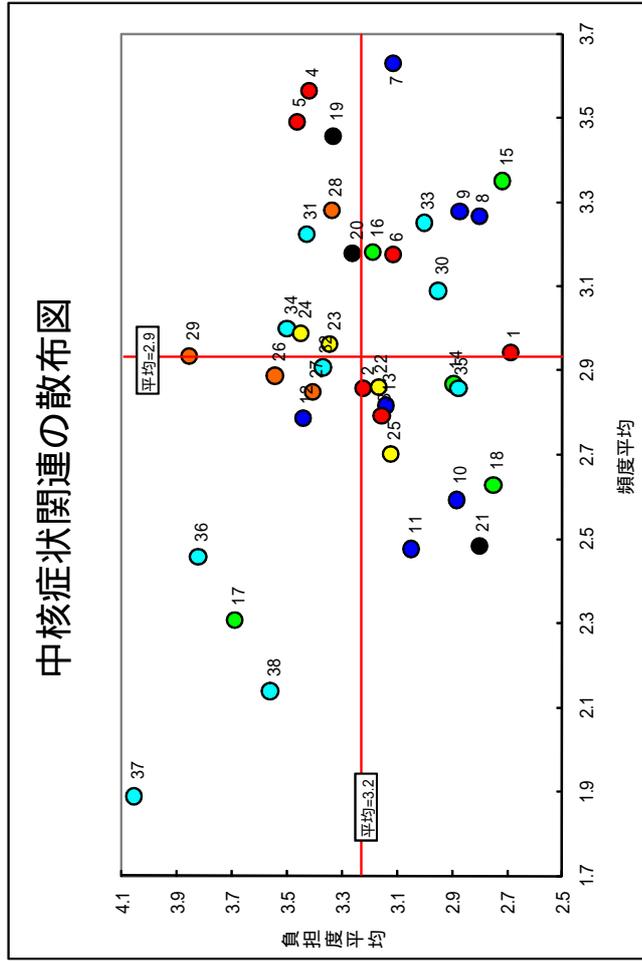
項目No.	中分類	小分類
1	記憶障害から直接起こる症状・行動	薬を飲むことを忘れる
2		日常生活行為をしたのにしていないと言う
3		探し物をする
4		同じ質問や話を繰り返す
5		同じ行動を繰り返す
6		物の収容場所を忘れる
7	火の管理ができない	火の管理ができない
8		電化製品の操作を間違える
9		後片付けができない
10	記憶障害からくる日常生活上の障害	食事の仕方がわからない
11		入浴方法がわからない
12		排泄方法がわからない
13		身支度の仕方がわからない
14		昔に戻ってしまう
15	見当識障害	日時の認識ができない
16		自分の家や部屋を間違える
17		トイレ以外の場所を排泄する
18		家族等の人の事がわからなくなる
19	作話	つじつまの合わないことを言う
20		作り話を言う
21		死んだ人を生きているかのように話す
22	コミュニケーション障害	自分の悪い言葉で表現できない
23		言葉による会話が成り立たない
24		人から説明された内容を理解できない
25		話し出すと止まらない
26		自分の身体機能を認知できない
27	病気の障害	日常生活について何でもできると言う
28		自分の病気について自覚がない
29		点滴等のペースを抜こうとする
30	社会生活上の判断能力	季節に合わせた着替えができない
31		交通ルールがわからない
32		食べ物が腐っているのか判断できない
33		通信販売で必要以上の重い物をする
34		訪問販売で必要以上の契約をする
35		お金の計算ができない
36		オムツいじりをする
37		弄便をする
38	汚れたオムツ等を隠す	

図表 3 - 30 中核症状関連の症状・行動の出現頻度と負担感 (全体)



項目No	中分類	小分類
1	記憶障害から直接起こる症状・行動	薬を飲んだことを忘れる
2		日常生活行為をしたのにしていないと言う
3		探し物をする
4		同じ質問や話を繰り返す
5		同じ行動を繰り返す
6		物の収容場所を忘れる
7	記憶障害からくる日常生活上の障害	火の管理ができない
8		電化製品の操作を間違える
9		後片付けができない
10		食量の仕方がわからない
11		入浴方法がわからない
12		排泄方法がわからない
13	見当識障害	身支度の仕方がわからない
14		音に反応してしまう
15		日時の認識ができない
16		自分の家や部屋を間違える
17		トイレ以外の場所で排泄する
18		家族等の人の事がわからなくなる
19	作話	つじつまの合わないことを言う
20		作り話を言う
21		死んだ人を生きているかのように話す
22		自分の思いを言葉で表現できない
23		言葉による会話が成り立たない
24		人から説明された内容を理解できない
25	コミュニケーション生涯	話し出すと止まらない
26		自分の身体機能を認知できない
27		日常生活について何でもできると言う
28		自分の病気にについて自覚がない
29		点滴等のチューブを抜こうとする
30		季節に合わせた着替えができない
31	病気の障害	交通ルールがわからない
32		食べ物が腐っているのか判断できない
33		通信販売で必要以上の買い物をする
34		訪問販売で必要以上の契約をする
35		お金の計算ができない
36		オムツいじりをする
37	社会生活上の判断能力	排便をする
38		汚れたオムツ等を隠す

図表 3 - 31 中核症状関連の症状・行動の出現頻度と負担感（家族介護者）



項目No.	中分類	小分類
1	記憶障害から直接起こる症状・行動	薬を飲んだことを忘れる
2		日常生活行為をしたのにしていないと言う
3		探し物をする
4		同じ質問や話を繰り返す
5		同じ行動を繰り返す
6		物の収容場所を忘れる
7	記憶障害からくる日常生活上の障害	火の管理ができない
8		電化製品の操作を間違える
9		後片付けができない
10		食事の仕方がわからない
11		入浴方法がわからない
12		排泄方法がわからない
13	身支度の仕方がわからない	
14	見当識障害	昔に戻ってしまう
15		日時認識ができない
16		自分の家や部屋を間違える
17		トイレ以外の場所排泄する
18		家族等の人の事がわからなくなる
19		つじつまの合わないと言う
20	作話	作り話を言う
21		死んだ人を生きているかのように話す
22	コミュニケーション生涯	自分の思いを言葉で表現できない
23		言葉による会話が成り立たない
24		人から説明された内容を理解できない
25		話し出すと止まらない
26		自分の身体機能を認知できない
27	病気の障害	日常生活について何でもできると言う
28		自分の病気について自覚がない
29		点滴等のチューブを抜こうとする
30	社会生活上の判断能力	季節に合わせて着替えができない
31		交通ルールがわからない
32		食べ物が腐っているのか判断できない
33		通信販売で必要以上の買い物をする
34		訪問販売で必要以上の契約をする
35		お金の計算ができない
36		オムツいじりをする
37		弄傷をする
38	汚れたオムツ等を隠す	

図表 3 - 32 中核症状関連の症状・行動の出現頻度と負担感（専門職）

2) 精神症状の出現頻度と負担感

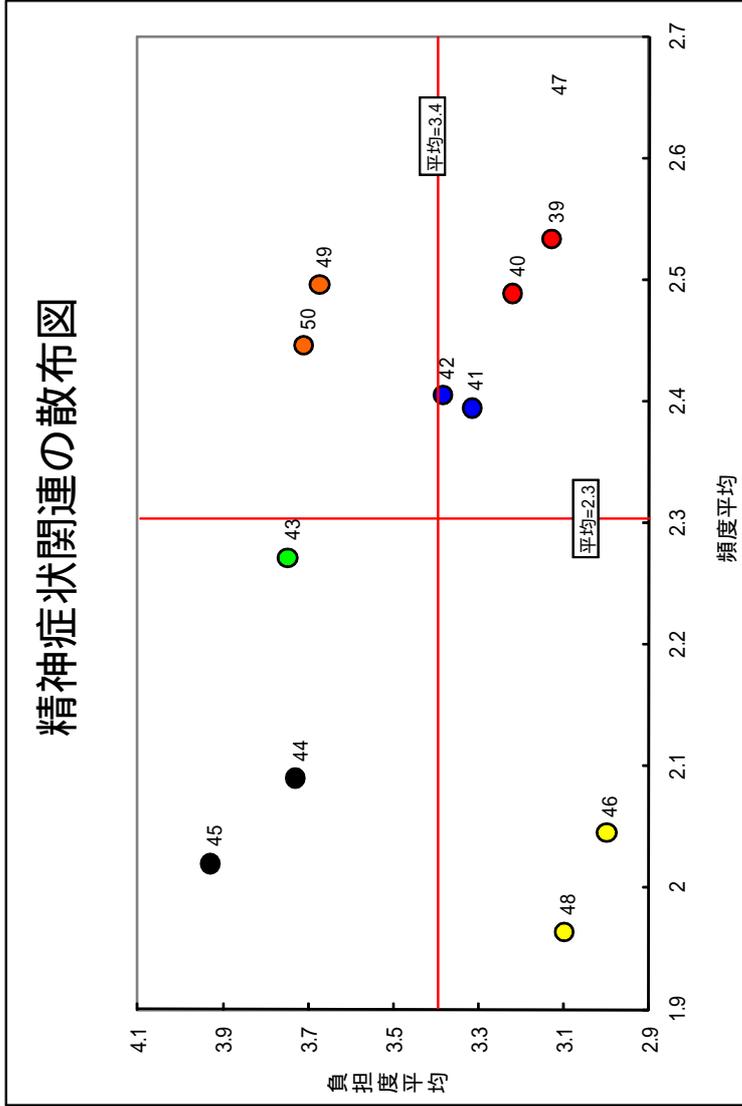
精神症状について、第1に「頻低負弱」の項目として、全体、家族介護者、専門職においても共通して「不安があり確認の電話をする」「気分が落ち込む等抑うつ症状がある」があげられた。

第2に、「頻低負強」の項目には、「夜に他者を起す」「昼夜が逆転した生活を送る」の睡眠障害と、「一時的に異常な精神状態になる」せん妄が共通してみられていた。また家族のみ、「感情が高ぶり落ち着かない」「感情が不安定・気分の変動が激しい」といった感情コントロールの障害もあげられていた。

第3に、「頻高負弱」の項目には、「実際にはないものが見える」「実際には聞こえない音等が聞こえる」の幻覚症状、「夜間トイレに行きたがる」が共通してみられていた。また、「物とられ妄想がある」「その他の被害妄想がある」といった妄想も、全体と家族介護者にはみられていた。

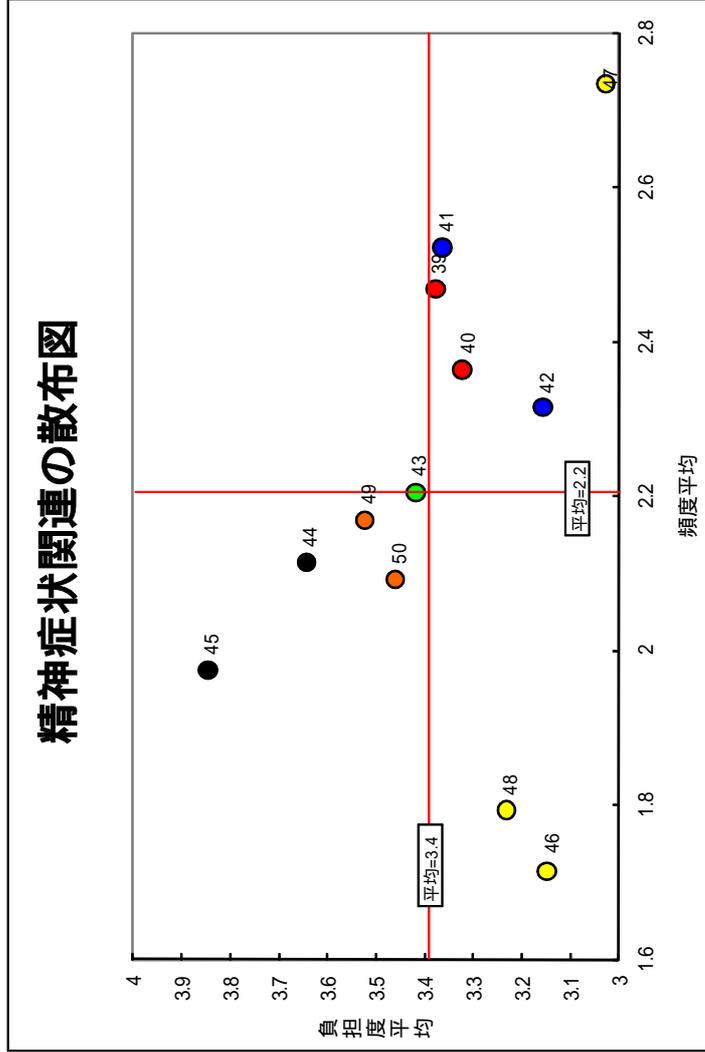
第4に、「頻高負強」の項目には、「感情が不安定・気分の変動が激しい」「感情が高ぶり落ち着かない」といった感情コントロール障害が全体、専門職ではあげられていた。また専門職では「その他の被害妄想がある」も「頻高負強」の項目としてみられていたが、家族では該当する項目はなかった。

項目No	中分類	小分類
39	幻覚	実際にはないものが見える
40	妄想	実際には聞こえない音等が聞こえる
41	せん妄	物盗られ妄想がある
42	睡眠障害	その他の被害妄想がある
43	気分・不安障害	一時的に異常な精神状態になる
44	気分・不安障害	昼夜が逆転した生活を送る
45	気分・不安障害	夜に他者を起こす
46	気分・不安障害	不安があり確認の電話をする
47	気分・不安障害	夜間トイレに行きたがる
48	気分・不安障害	気分が落ち込む等抑うつ症状がある
49	気分・不安障害	感情が不安定・気分の変動が激しい
50	感情コントロールの障害	感情が高ぶり落ち着かない



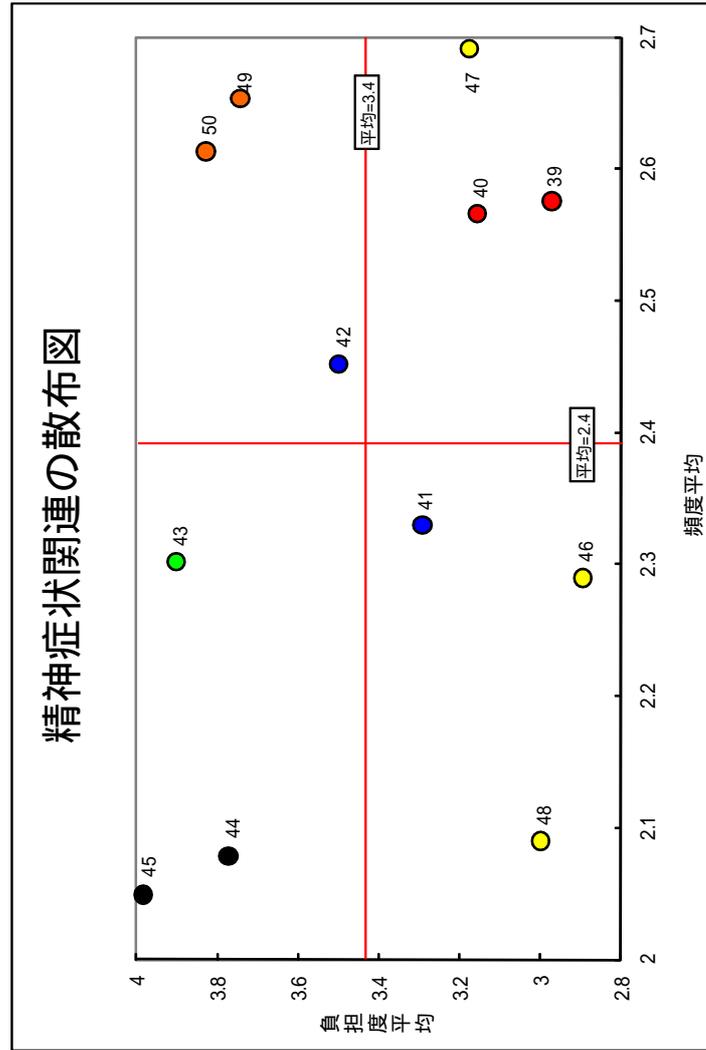
図表 3 - 33 精神症状の出現頻度と負担感 (全体)

項目No	中分類	小分類
39	幻覚	実際にはないものが見える
40		実際には聞こえない音等が聞こえる
41	妄想	物盗られ妄想がある
42		その他の被害妄想がある
43	せん妄	一時的に異常な精神状態になる
44	睡眠障害	昼夜が逆転した生活を送る
45		夜に他者を起こす
46	気分・不安障害	不安があり確認の電話をする
47		夜間トイレに行きたがる
48	感情コントロールの障害	気分が落ち込む等抑うつ症状がある
49		感情が不安定・気分の変動が激しい
50		感情が高ぶり落ち着かない



図表 3 - 34 精神症状の出現頻度と負担感 (家族介護者)

項目No	中分類	小分類
39	幻覚	実際にはないものが見える
40	妄想	実際には聞かれない音等が聞こえる
41	せん妄	物忘れ妄想がある
42	睡眠障害	その他の被害妄想がある
43	気分・不安障害	一時的に異常な精神状態になる
44	感情コントロールの障害	昼夜が逆転した生活を送る
45		夜に他者を起こす
46		不安があり確認の電話をする
47		夜間トイレに行きたがる
48		気分が落ち込む等抑うつ症状がある
49		感情が不安定・気分の変動が激しい
50		感情が高ぶり落ち着かない



図表 3 - 35 精神症状の出現頻度と負担感（専門職）

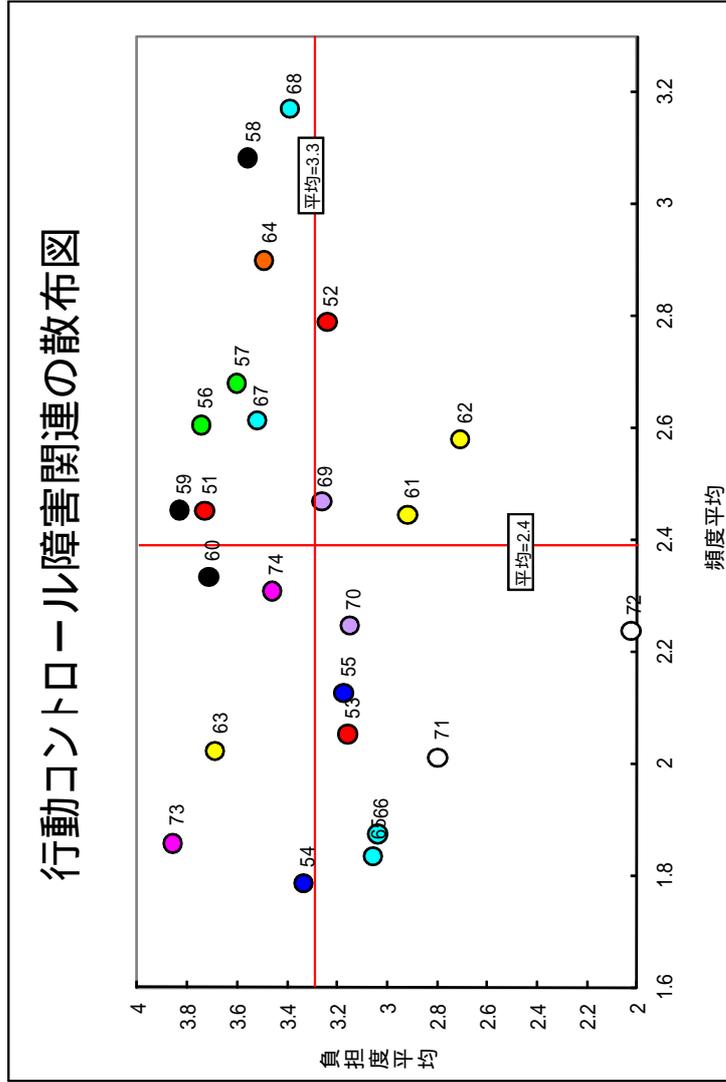
3) 行動コントロールの障害の出現頻度と負担感

行動コントロールの障害として、第1に、「頻低負弱」の項目としては、「物を捨てさせてくれない」「食べ物を特定の場所に隠したりする」「他人の物を持ち去る」、そして「日中、行動を起こさない」「卑猥な発言をする」が共通してみられていた。家族介護者や専門職によっても若干の違いはみられるが、概ね周囲への影響が少ないと考えられる項目が多い傾向がみられた。

第2に、「頻低負強」の項目には、「実際に自殺を企てる」「なんでも口に入れて食べようとする」が共通してあげられていた。また、全体と専門職では「性的な行動の障害がある」、家族介護者と専門職では「自宅(施設)からの出入りを繰り返す」があげられているなど、全体的に症状がみられた場合の介助や対処が難しいと考えられる項目が多い傾向がみられた。

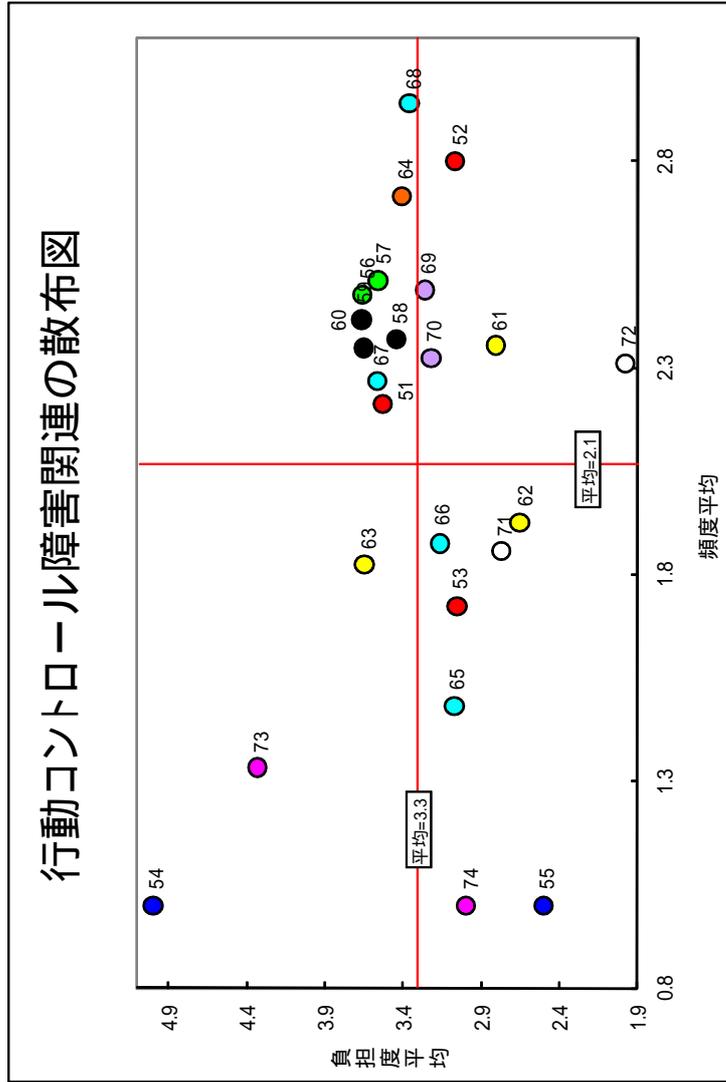
第3に、「頻高負弱」の項目には、「早食いをする」「食事時間が長くなる」が共通してみられ、全体と家族介護者では「食事や水分摂取に注意が向かない」がみられるなど、食事に関する項目が多い傾向がみられ、その他にも「唾を吐く」など周囲への影響が少ないと思われる項目が多い傾向があった。

第4に、「頻高負強」の項目には、「落ち着いていられない」「帰りたいと訴える」「外に出たがる」「日中に徘徊する」「毎日同じことを繰り返す」「物事に強いこだわりがある」「大声、奇声を発する」が共通してみられるなど、徘徊や大声を出すなど、特に周囲への影響が大きいと考えられる項目が多い傾向がみられた。



項目No.	中分類	小分類
51	脱抑制	大声、奇声を発する
52		つばを吐く
53		他人の物を持ち去る
54	性的な問題	性的な行動の障害がある
55		卑猥な発言をする
56	帰宅願望・外出欲求	外に出たがる
57		帰りたいと訴える
58	徘徊	日中に徘徊する
59		夜間に徘徊する
60		自宅施設からの出入りを繰り返す
61		食事時間が長くかかる
62	食の異常	早食いをする
63		なんでも口に入れて食べようとすると落ち着いていられない
64	不穏行動	物を捨てさせてくれない
65		食べ物を特定の場所に隠したりする
66	物・作業への執着	物事に強いこだわりがある
67		毎日同じことを繰り返す
68	持続性の低下	食事や水分摂取に注意が向かない
69		食事に集中できない
70	活動性の低下	日中、行動を起こさない
71		怠惰をする
72	その他	実際に自殺をくわだてる
73		自分自身を傷つける
74		

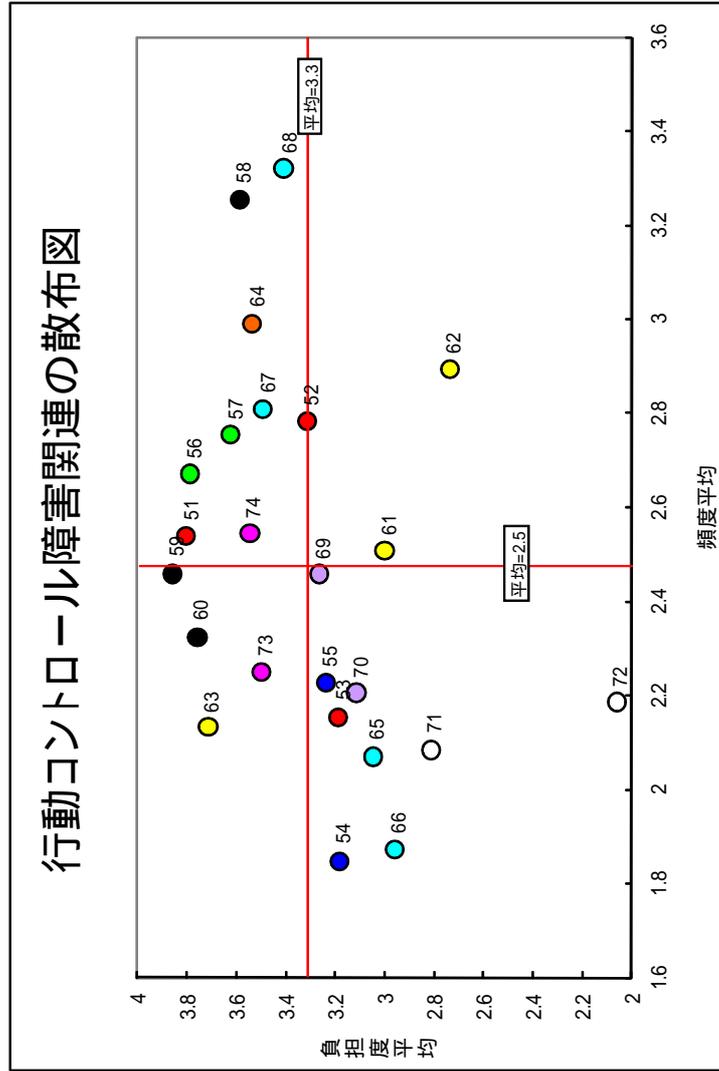
図表 3 - 36 行動コントロールの障害の出現頻度と負担感 (全体)



図表 3 - 37 行動コントロールの障害の出現頻度と負担感（家族介護者）

項目No.	中分類	小分類
51	脱抑制	大声、奇声を発する
52		つばを吐く
53		他人の物を持ち去る
54	性的な問題	性的な行動の障害がある
55		卑猥な発言をする
56	帰宅願望・外出欲求	外に出たがる
57		帰りたいと訴える
58	徘徊	日中に徘徊する
59		夜間に徘徊する
60		自宅(施設)からの出入りを繰り返す
61	食の異常	食事時間が長くなる
62		早食いをする
63	不穏行動	なんでも口に入れて食べようとす
64		落ち着いてもらえない
65	物・作業への執着	物を捨てさせてくれない
66		食べ物を特定の場所に隠したりする
67		物事に強いこだわりがある
68		毎日同じことを繰り返す
69	持続性の低下	食事や水分摂取に注意が向かない
70		食事に集中できない
71	活動性の低下	日中、行動を起こさない
72		昼寝をする
73	その他	実際に自殺をくだてる
74		自分自身を傷つける

項目No	中分類	小分類
51	脱抑制	大声、奇声を発する
52		つばを吐く
53		他人の物を持ち去る
54	性的な問題	性的な行動の障害がある
55		卑劣な発言をする
56	帰宅願望・外出欲求	外に出たがる
57		帰りたいと訴える
58	徘徊	日中に徘徊する
59		夜間に徘徊する
60		自宅(施設)からの出入りを繰り返す
61	食の異常	食事時間が長くなる
62		早食いをする
63	不穏行動	なんでも口に入れて食べようとする
64		落ち着いてもらえない
65	物・作業への執着	物を捨てさせてくれない
66		食べ物を特定の場所に隠したりする
67		物事に強いこだわりがある
68	持続性の低下	毎日同じことを繰り返す
69		食事や水分摂取に注意が向かない
70	活動性の低下	食事に集中できない
71		日中、行動を起こさない
72	その他	昼寝をする
73		実際に自殺をくだてる
74		自分自身を傷つける



図表 3 - 38 行動コントロールの障害の出現頻度と負担感 (専門職)

4) 対人関係の障害の出現頻度と負担感

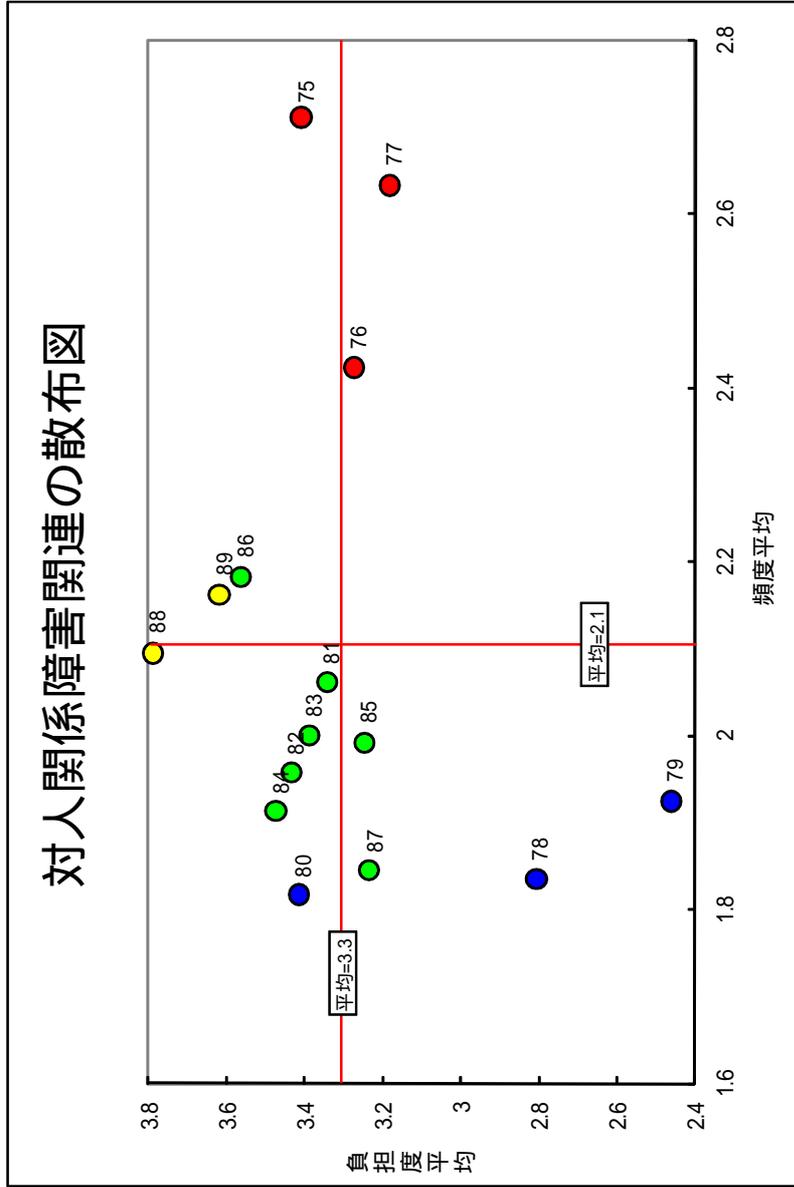
対人関係の障害では、第1に、「頻低負弱」の項目としては、「病院への受診を拒否する」「他者と関わるのを拒否する」が共通してあげられており、その他にも「自室に閉じこもる」「他者と関わるのを拒否する」「病院への受診を拒否する」「口腔ケアを拒否する」が家族介護者、専門職に共通してみられるなど、拒否や孤立の症状の中でも、病院の受診や口腔ケアなど等の行為自体の頻度が少ないものや、介助等の程度が少ない（一瞬で終わる）様な行為に関する項目が多い傾向がみられた。

第2に、「頻低負強」の項目には、「介護サービスを拒否する」のみ共通してみられ、その他には「入浴を拒否する」「着替えを拒否する」「他者に暴力を振るう」「他者に暴言を吐く」など、症状がみられた場合に時間がかかると考えられる行為や、他者への暴力など周囲への影響が大きいと考えられる行為が多い傾向がみられた。

第3に、「頻高負弱」の項目には、「介護者を引き留める」が共通してみられ、その他にも「まとわりついてくる」が全体、専門職にみられるなど依存に関する項目があげられていた。

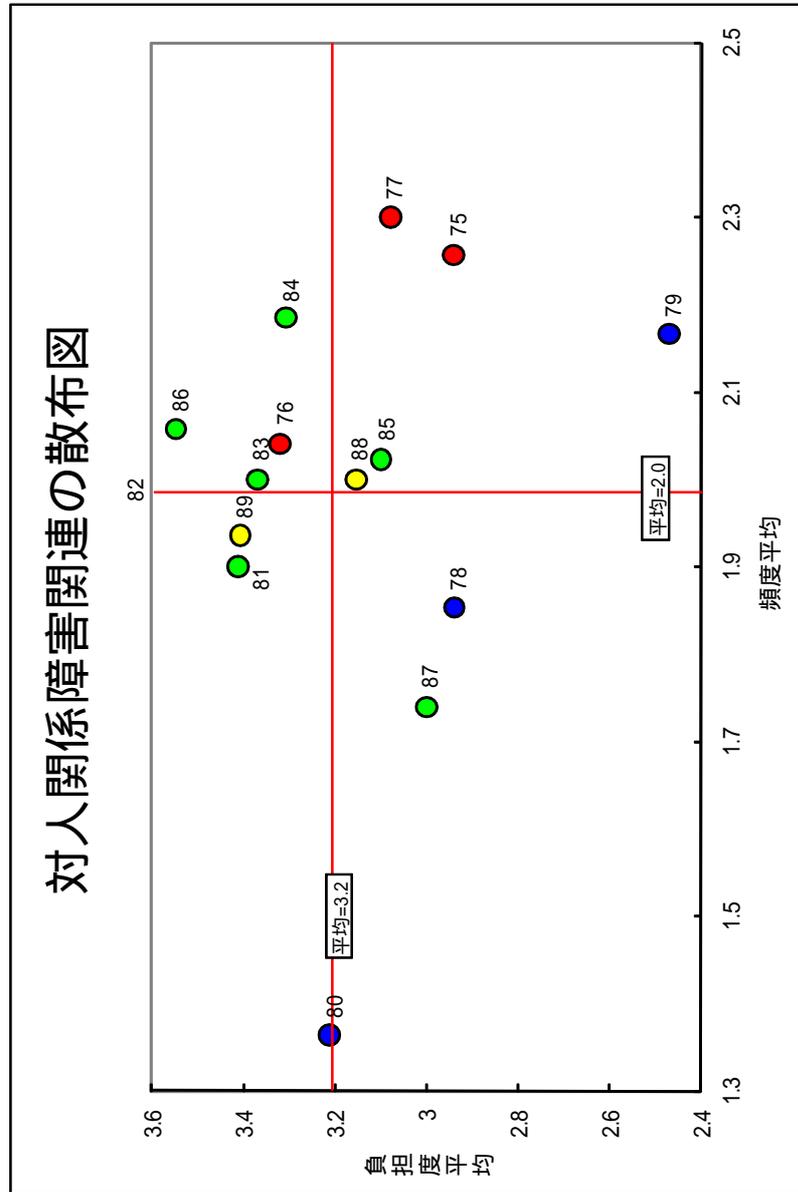
第4に、「頻高負強」の項目には、「排せつケアを拒否する」が共通してみられていた。その他にも「誰かに側にいてほしくて声をだす」「他者に暴言を吐く」「着替えを拒否する」など、他者や周囲への影響が大きいと考えられる症状や、排せつなど日常的に複数回の介助が必要と考えられる行為に関する項目が多い傾向がみられた。

項目No	中分類	小分類
75	依存	そばに誰かいて欲しくて声を出す
76		まどわりついてくる
77		介護者を引き留める
78	孤立	他者と関わるのを嫌がる
79		自室に閉じこもる
80	拒否	介護サービスを拒否する
81		食糞や水分摂取を拒否する
82		服薬を拒否する
83		着替えを拒否する
84		入浴を拒否する
85		口腔ケアを拒否する
86		排泄ケアを拒否する
87	病院への受信を拒否する	
88	攻撃	他者に暴力をふるう
89		他者に暴言を吐く

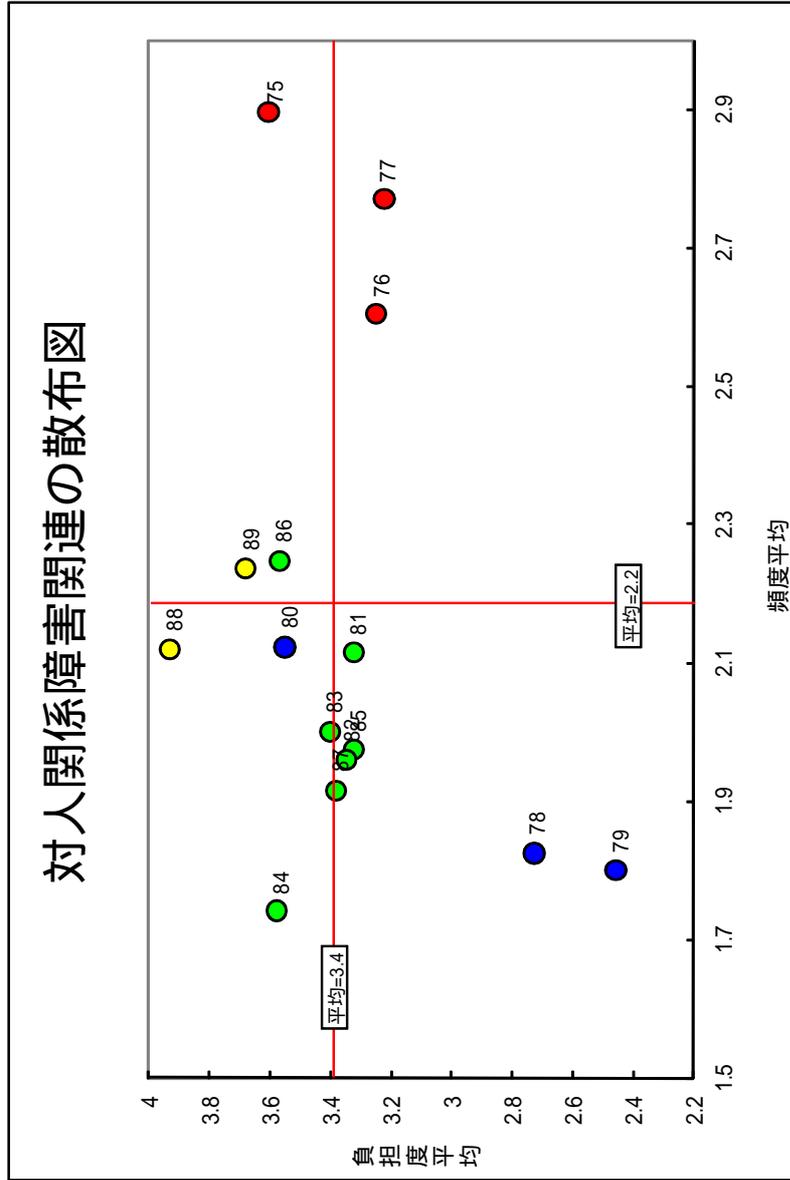


図表 3 - 39 対人関係の障害の出現頻度と負担感 (全体)

項目No	中分類	小分類
75	依存	そばに誰かいて欲しくて声を出す
76		まどわりついてくる
77		介護者を引き留める
78	孤立	他者と関わるのを嫌がる
79		自室に閉じこもる
80	拒否	介護サービスを拒否する
81		食事や水分摂取を拒否する
82		服薬を拒否する
83		着替えを拒否する
84		入浴を拒否する
85		口腔ケアを拒否する
86	攻撃	排泄ケアを拒否する
87		病院への受信を拒否する
88		他者に暴力をふるう
89		他者に暴言を吐く



図表 3 - 40 対人関係の障害の出現頻度と負担感（家族介護者）



図表 3 - 41 対人関係の障害の出現頻度と負担感（専門職）

第 1 章：研究のまとめ（第 部・第 部の概要）

1．ワークショップ（第 部）の結果の概要

ワークショップでは、家族介護者と専門職を対象に、介護者が考える認知症者の「介護の手間」とは何であるか、「介護の手間」の構成要素について明らかにした。その結果は、大きく以下の 4 点にまとめられる。

第 1 に、認知症に伴う BPSD への対応等、BPSD に関連した介護が手間となることが明らかとなった。

第 2 に、認知機能・ADL のレベルが低い人への介護や見守り等が、手間であることが明らかとなった。

第 3 に、認知症者が家族と同居している場合と独居の場合との「介護の手間」の違いについて、居住形態による認知症者の状況・状態やそれに伴う介護（直接的または身体接触を伴う介護）の手間に違いがみられない可能性が示唆された。

第 4 に、介護者は、介護の「手間」と「負担感」に対して、まったく同じではないものの、似通ったイメージを持っており、明確な違いは認められないことが明らかとなった。

以上のことから、認知症者の「介護の手間」の構成要素として、認知症者の状態（BPSD・ADL・認知機能）が含まれることが明らかとなった。また、「手間」と「負担感」には、強い関連性が認められたことから、「介護の手間」の構成要素の中に、「負担感」も含める必要が示唆された。

2．計量的調査（第 部）の結果の概要

計量的調査では、ワークショップ等の結果を受け、介護の「手間」や「負担感」に大きく影響を与えると考えられる認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）を中心とした「認知症者の症状・行動」に焦点を当てた自記式質問紙調査を、家族介護者（認知症の人と家族の会会員および病院の外来患者の家族）と専門職（認知症ケア学会認定上級認知症ケア専門士および施設の介護職員）に実施した。

認知症者の「介護の手間」とは、「認知症者の状態」と「介護者の負担感」で構成されるということであるという操作的概念を定義し、個々の「認知症に伴う症状・行動」の「種類」と「出現頻度」による介護者の負担感の違いからの検討を行った。

症状の有無の結果に関しては、4つの大項目（「1．中核症状関連の症状・行動」「2．精神症状」「3．行動コントロール障害」「4．対人関係の障害」）ごとに見てみるとそれぞれ、家族介護者と専門職で症状・行動の有無に大きな差が認められた項目もあったが、7割程度の高い割合で見られる項目、低い割合見られる項目とも大まかには、相関している結果となった。また、全体的に専門職の方が、症状・行動があると回答した割合が高かったことも明らかとなった。

また、4大項目の出現頻度と負担感の組み合わせの結果に関しては、「頻度が低く負担感も弱い（頻低負弱）」、「頻度が低く負担感も強い（頻低負強）」、「頻度が高く負担感も弱い（頻高負弱）」、「頻度が高く負担感も強い（頻高負強）」という4つの枠組みでのまとめから計量的調査の単純集計全体を通して明らかになったことを以下に示す。

第1に、「頻度が低く負担感も弱い（頻低負弱）」では、日中行動を起こさない、他者との関わりを拒否する、食べ物を隠すなど周囲への影響が少ないと考えられるもの、そして入浴方法がわからない、薬を飲んだことを忘れる口腔ケアの拒否など、症状がみられても介助や促しなどに、時間があまりかからないと考えられる行為等が多かった。

第2に、「頻度が低く負担感も強い（頻低負強）」では、他者への影響が大きい（大声、暴言・暴力）そして、症状があった場合に対処に難しさや手間が伴うと考えられる、（徘徊、性的行動、自殺を企てる）などが負担が大きい傾向があると考えられる。

第3に、「頻度が高く負担感も弱い（頻高負弱）」では、食事時間が長い、依存、幻覚など、特に介助を要しない項目が多かった。

第4に、「頻度が高く負担感も強い（頻高負強）」では、中核症状、対人関係障害は特に共通してみられるのは、「排せつ」関連の項目であった。これは通常

は毎日、複数回みられる行為であり、症状があった場合に介助と片づけ等も必要となるからではないかと思われる。

以上の結果を踏まえ、認知症者の「介護の手間」評価尺度を開発する上での尺度を構成する要素を精査する必要があることが明らかになった。

3. 本研究の限界

第1に、認知症者の「介護の手間」に関する概念の曖昧さがあげられる。先行研究において「介護の手間」という概念や定義が明確になっていないために、本研究では先行研究を踏まえながらも、独自に「介護の手間」とは何であるかを定義した。しかしながら、外的基準がないために、妥当性の検証が不十分であると言わざるを得ない。今後は、引き続き本研究で収集したデータの分析作業を進めるだけでなく、国内外の先行研究を改めて探索することを通して、認知症者の「介護の手間」の概念やその構成要素を明らかにする必要があると考える。

第2に、調査対象者の代表性の問題があげられる。本研究では、ワークショップと計量的調査において、家族介護者として家族会に属する方々を、専門職として主に認知症ケア専門士の方々を調査の対象とした。しかしながら、認知症者を介護する家族介護者の多くは、家族会などの自助グループには属していないのが現状である。また、認知症ケアの専門職においても、ごく一部の限られた専門職を対象としている。このようなことから、本研究の対象者が必ずしも認知症介護者を代表しているとは言い難いと考えられる。しかしながら、調査時点において、現に認知症介護に取り組まれている方々であることは間違いなく、本研究の結果には一定の信頼性があるものと考えられる。

第 2 章：今後の課題（評価尺度開発に向けての課題）

本報告書では、計量的調査の分析結果が単純集計に留まっている。そこで第 1 に、今後は認知症に伴う症状・行動の「出現頻度」と、それに対する「介護負担感」等を踏まえながら、症状・行動の項目を精査し、評価尺度開発を目指した分析を進めることが必要である(第 部第 3 章:本研究の流れ「第 3 段階」)。

その際の視点として、これまでの結果から、負担と頻度の関係、出現頻度の有無から手間をどう捉えるか、一つ一つの項目をどの様に扱うのか、単に掛け合わせをして、「手間」としてしまって良いものかは丁寧に検討していくことが必要であると考えます。

第 2 に、認知症者の「介護の手間」評価尺度を構成する項目が絞られた段階においては、プレテストを経た後に、大規模な妥当性・信頼性に関する計量的調査が必要である。具体的には、前章の限界にも記したが、代表性がある程度保障された対象をサンプリングするとともに、サンプリング数にも一定の規模が求められると考える。この調査を通して、再度評価尺度を構成する項目を精査し、実用性のある評価尺度の開発に結び付けていくことが必要である(第 部第 3 章:本研究の流れ「第 4 段階」)。