

平成19年度独立行政法人福祉医療機構  
(長寿・子育て・障害者基金) 助成事業  
事業報告書

Web 学習を用いた知識学習による  
認知症ケアの理解向上のための啓発事業

報 告 書

平成 20 年 3 月

社会福祉法人 浴 風 会  
認知症介護研究・研修東京センター

## はじめに

認知症は慢性、進行性に症状が重くなっていくのが普通です。自立して生活し続けることが難しくなっていきます。進行するにつれて介護が必要になります。しかし、認知症の人をそれぞれの生活の場で介護していくことは大変困難なことです。進行につれて介護を受けるほうの認知症の人の意識や感情が変化し、介護する人との間に認識のずれが生じます。日々の生活の中でそれが常に軋轢となり、認知症の症状をさらに複雑にしていきます。

巷に認知症の理解や介護のための本や雑誌は豊富に出回っています。それらを参考にしたり、すでに介護を始めている知人やかかりつけの医師に尋ねたりして毎日悪戦苦闘している家族もあるでしょう。とにかく認知症の人を抱え、一緒に生活するというのは多くの人にとっては皆、初めての経験なのです。どうやったらいいのか、どう対応したらよいかに迷っています。介護のプロである施設介護者にとっても施設の利用者一人一人は皆初めての方たちなのです。

こうした状況から、認知症の人の示す症状の理解や認知症の人の示す様々な行動と精神の変調にどう対応するかという事柄を、優れた経験や医学的観点を参考に、事例学習をとおして会得してもらおうという狙いから、平成 18 年度から本調査研究事業が始まりました。それには一般に普及しているインターネットを使い、双方向のやりとりで学習を深めるやり方が目的にかなっているとして「Web 学習を用いた知識学習による認知症ケアの理解向上のための啓発活動事業」を始めたいきさつがあります。

本研究事業は平成 19 年度で 2 年目に入りました。Web 学習という方法を使うノウハウも 1 年目でクリアし、平成 19 年度は実際に事例を提示しながらのケーススタディをいくつか追加しました。シナリオはよくできていると思います。実際に学習に参加された方々からは内容や学習時間等についてのアンケート回答も寄せられ、好評を得ています。

認知症の人の事例研究に加えて、日々の介護で問題となる認知症の人のリスクマネジメントも Web 学習に加えています。平成 19 年度はリスクマネジメントの中心となる転倒・転落事故にどう対処するか、という問題意識から認知症介護研究・研修東京センターで開発した転倒・転落事故の事前予測尺度の改良型を、実際に用いた結果やその予測の精度を報告書に載せるとともに転倒・転落予測尺度を広くインターネット上に公開し、使い勝手やその利用の仕方を調査することとしました。

特養ホームや老健施設での転倒・転落調査と平行して現場ではどのような転倒予防

措置をおこなっているかの実態調査も行い、その実情を明らかにしました。この報告書には平成 19 年度の調査研究の概要を掲載しましたが、学術報告書として残すという形式から内容的に難解な語句や専門用語が多数使われています。不明な点や難解なところ、疑問点などがあればどうぞ遠慮なくお問い合わせください。

認知症介護研究・研修東京センター  
副センター長兼研究部長  
本事業委員長

須貝 佑一

## 目次

はじめに

## 目次

事業全体の経過	1
I Web 学習コンテンツ作成事業	3
事業要旨	5
1. 事業の目的	7
2. 事業の経過	8
3. Web 学習コンテンツの作成	10
4. Web 学習コンテンツの新規コンテンツのための元原稿作成	25
5. Web 学習コンテンツ評価調査	29
6. まとめ	44
II 認知症高齢者転倒評価尺度検討事業	55
事業要旨	57
1. 目的	59
2. 方法	60
3. 結果	63
4. まとめ	101
資料	103

委員名簿

## 事業全体の経過

### 1. 委員会ならびに作業部会の設置

本事業を推進するために委員会ならびに作業部会を設置し、事業を実施した。

委員会は、平成19年5月21日、平成20年2月13日、平成20年3月14日の3回開催した。

作業部会については、Web学習コンテンツ作成事業のための作業部会ならびに認知症高齢者転倒評価尺度検討事業のための作業部会を設置した。前者は4回の作業部会を、後者は3回の作業部会を実施した。

### 2. Web学習コンテンツ作成事業の概要

Web学習機能を活用した認知症の知識を一般に啓発することを目的とした。

Web学習コンテンツを3テーマ12コンテンツ作成し、インターネット（認知症介護情報ネットワークの「Web学習による認知症基礎講座知ってなるほど！塾」）上に公開した。Web学習コンテンツの2テーマについては、評価調査を実施し、一定の有用性を示した。さらに、新しいWeb学習コンテンツの元原稿を作成し、ナレーション原稿と絵コンテを作成した。

事業内容を広報するための啓発普及活動として、第8回認知症ケア学会（盛岡市）ならびにIPA 2007 Osaka Silver Congress（大阪市）にてポスター発表を行った。

### 3. 認知症高齢者転倒評価尺度検討事業の概要

認知症高齢者を対象とした転倒転落の危険を予測する尺度の信頼性の検討と尺度の普及を図ることを目的とした。

転倒危険予測尺度（FRAT-DESK）を作成し、転倒事故調査ならびに尺度に関する評価者内信頼性の検討を行った。調査からFRAT-DESKが転倒予測に適した尺度であり、評価者の信頼性にも一定の評価が得られた。

事業内容の啓発普及のために、認知症介護情報ネットワークにFRAT-DESKを掲載し、宣伝普及を行った。

### 4. 研究全体の成果

Web学習コンテンツの作成、FRAT-DESKの作成と信頼性の検討を行い、普及啓発のためにインターネット上に掲載した。

## I Web 学習コンテンツ作成事業

## 事業要旨

**目的：**認知症の知識習得のための Web 学習コンテンツを作成し、インターネット上で提供し、認知症の理解と啓発を、介護家族や介護専門職を含め、広く日本国民に提供していくことを事業の目的とし、昨年度から事業を展開してきた。本年度も引き続き、認知症に関する Web 学習コンテンツを作成し、広く周知し、認知症ケアの質向上に寄与する事業を展開することを目的とした。

**方法：**事業を進めるための作業部会を設置し、作業部会で事業内容の具体的な検討を行い、事業を実施した。事業内容は、

- 1) Web 学習コンテンツの作成
- 2) Web 学習コンテンツの新規コンテンツのための元原稿作成
- 3) Web 学習コンテンツの評価調査として、①介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査を平成 19 年 11 月に実施した。②Web 上での学習コンテンツ評価調査を平成 19 年 12 月から平成 20 年 2 月まで実施した。③介護家族・一般市民を対象とした学習コンテンツ評価調査を、平成 20 年 3 月に実施した。

なお、本事業の調査研究に関しては、認知症介護研究・研修東京センターに設置される倫理委員会において承認を受けた。

**結果：**Web 学習コンテンツの作成においては、3 テーマ 12 コンテンツを作成した。そして「帰宅願望」(6 コンテンツ)と「性的逸脱行為」(6 コンテンツ)を 12 月に Web 上に公開した。「暴力行為」(6 コンテンツ)を平成 20 年 3 月末に Web 上に公開した。

Web 学習コンテンツの元原稿について、「本人の生活の理解」というコンセプトのもと 4 テーマを設定し、認知症介護指導者に原稿依頼を行い、ナレーション原稿と絵コンテの作成を行った。

Web 学習コンテンツの評価調査としては、①介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査では、58 名の介護職員に対して 3 箇所調査を実施した。評価に使用したコンテンツは「帰宅願望」と「性的逸脱行為」であり、対象者を 2 群に分けて調査した。その結果、「帰宅願望」視聴群において、主観的自己評価による知識と BPSD への理解において統計的に有意な結果を示し、知識と理解の向上を認めた。「性的逸脱行為」視聴群においては、得点の増加傾向は示されたが、統計的に有意な結果は得られなかった。②Web 上での学習コンテンツ評価調査については、「帰宅願望」と「性的逸脱行為」の調査を 3 ヶ月間実施した。その結果、「帰宅願望」に 36 件、「性的逸脱行為」

に 16 件の回答を得た。回答傾向は女性、介護職の人の回答が多かった。学習の理解度と効果については「帰宅願望」では理解度 95%、効果 95%であり、「性的逸脱行為」では理解度 69%、効果 63%であり、コンテンツ内容が一定の理解度と効果を示すことが示唆された。③介護家族・一般市民を対象としたアンケート調査については、おもに Web 学習コンテンツの周知を目的とし、225 名の対象者にアンケートを配布した。Web 学習コンテンツの視聴を促し、視聴した人よりアンケートに回答してもらう形式をとった。

**まとめ:** 本年度の事業として、Web 学習コンテンツを 3 テーマ 12 コンテンツ作成し、インターネット上に公開した。公開したコンテンツの内容については一定の評価を得た。公開に先立ち実施した介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査においては、コンテンツの内容により結果が異なった。「帰宅願望」視聴群においては統計的に有意な結果を得て、一定の有用性のあることが示唆された。また新規の Web 学習コンテンツのナレーション原稿と絵コンテが作成され、今後 Web 学習コンテンツとして完成させ公開していくことが求められる。

**研究の成果:** 本事業の公開先となっている認知症介護情報ネットワークの「Web 学習による認知症基礎講座知ってなるほど! 塾」に 3 テーマの Web 学習コンテンツを公開した。新しく公開とした「帰宅願望」と「性的逸脱行為」の内容については、一定の有効性が示唆され、学習コンテンツとして有用であることが示された。

## 1. 事業の目的

認知症ケアにおいては、認知症高齢者の理解が重要である。平成 18 年 4 月の介護保険改正にともない、地域ケアが謳われている。認知症高齢者が住みなれた地域で生活を続けていくためには、一般住民を含めてひろく認知症の理解を得ることが重要である。それは第 1 に、認知症の理解を深めることで、認知症に対する地域住民の偏見や差別的な態度を軽減することである。もう 1 点は、介護家族や介護専門職においても、知識が十分ではない時点では、認知症に対する偏見や差別が生じるので、それを軽減することである。

また、介護予防という観点からも、高齢者自身、高齢者と同居する家族、介護専門職のみではなく、広く一般に、予防も含めた認知症の理解が促進されることが求められると同時に、その啓発をする具体的な方策の展開が求められる。

啓発活動における啓発の方法はさまざまである。その中で、IT 環境の整備に伴い、インターネットを活用し、広く不特定多数の対象者に対して、認知症に関する情報や知識を提供する可能性が指摘できる。この利点は、公開講座のように、事前準備、場所の確保といった作業やそれにかかる経費が不要であること、インターネット環境があれば、いつでも誰でも情報を入手し知識を得ることができることといえる。

本事業は、認知症の知識習得のための Web 学習コンテンツを作成し、インターネット上で提供し、認知症の理解と啓発を、介護家族や介護専門職を含め、広く日本国民に提供していくことを事業の目的とし、昨年度から事業を展開してきた。本年度も引き続き、認知症に関する Web 学習コンテンツを作成し、広く周知し、認知症ケアの質向上に寄与する事業を展開することを目的とした。

なお、インターネットのホームページとして、当該団体が運営する認知症介護情報ネットワーク（通称：DC ネット、<http://www.dcnnet.gr.jp/>）を使用することとした。

## 2. 事業の経過

### 2-1. 作業部会の設置ならびに開催

本事業のうち「Web 学習コンテンツ作成」事業を実施していくための作業部会を設置した。

作業部会の委員は、巻末委員名簿に示されるとおり、福祉医療保健の専門職ならびに介護現場の経験者から構成されていた。

作業部会は、下記の日程で4回開催した。

第1回目 平成19年5月21日(月)

第2回目 平成19年7月31日(火)

第3回目 平成19年11月9日(火)

第4回目 平成20年2月13日(水)

作業部会において、以下の「Web 学習コンテンツ作成」「Web 学習コンテンツ原稿作成」「Web 学習コンテンツの評価調査」の内容、実施等について検討をした。

### 2-2. Web 学習コンテンツの作成

本年度、「帰宅願望」(6コンテンツ)「性的逸脱行為」(6コンテンツ)「暴力行為」(6コンテンツ)を作成した。

「帰宅願望」「性的逸脱行為」は、平成19年12月に公開した。「暴力行為」は、平成20年3月に公開した。

### 2-3. Web 学習コンテンツの新規コンテンツのための元原稿作成

Web 学習コンテンツの新規コンテンツのための元原稿の作成のための、テーマと書式、枚数、執筆者候補を作業部会で検討した。

今年度のWeb 学習コンテンツのコンセプトは「本人の生活の理解」とした。

その趣旨は、認知症になっても、個人はそれぞれに本人なりの生活に適応できる力を有している。認知症の高齢者個人がそのような力を持っており、発揮できることを理解する。そして、それはケアのかかわりによって引き出すことができるということを理解できる情報の提供を目指すものとした。

委員からの推薦により、4名の執筆者を選定した。執筆者は、認知症介護指導者の方であった。

元原稿は、Web 学習コンテンツのナレーション原稿と絵コンテの原型となるため、

原稿の書式を設定し、その書式に沿って執筆者に原稿作成を依頼した。

第1原稿作成後、修正加筆を加え、第2原稿の作成を依頼した。第2原稿を元にナレーション原稿と絵コンテを作成し、執筆者に校正を依頼した。

#### 2-4. Web 学習コンテンツの評価調査

##### 1) 介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査

本事業委員の協力を得て、平成19年11月に3箇所（青森県、神戸市、鹿児島県）で学習コンテンツの評価調査を実施した。

調査の目的は、「帰宅願望」「性的脱抑制」の内容評価を行うものであった。対象は介護専門職経験2年以内の介護職とした。

##### 2) Web 上での Web 学習コンテンツ評価調査

平成19年12月に「帰宅願望」「性的脱抑制」の Web 学習コンテンツを公開した。同時に、Web 上で、学習コンテンツを評価するアンケートコンテンツを掲載し、視聴者に回答を求めた。

##### 3) 介護家族・一般市民を対象とした学習コンテンツ評価調査

調査の目的は、介護家族や一般市民を対象に、学習コンテンツの内容評価を行うものであった。平成20年3月に、認知症高齢者の家族会をおもな対象に郵送によるアンケート調査を実施した。

#### 2-5. Web 学習コンテンツの広報活動

##### 1) 広報パンフレットによる啓発普及

広報パンフレット3,000部作成し、委員の協力を得て、地域の講演会、研修会の際に、参加者に配布した。

##### 2) 学会等の発表による啓発普及

・第8回認知症ケア学会：平成19年10月12日(金)、13日(土)に岩手県盛岡市（マリオス/アリーナ）で開催された。演題名「認知症介護における Web 学習コンテンツの有用性の検討」のポスター発表を行い、パンフレット配布と Web 学習コンテンツのデモンストレーションを実施した。

・IPA 2007 Osaka Silver Congress：平成19年10月15日(月)、16日(火)に大阪市（グランキューブ大阪）で開催された。演題名「Learning about dementia care using WEB learning」のポスター発表を行った。

### 3. Web 学習コンテンツの作成

#### 3-1. Web 学習の目的と内容

本研究事業で作成した Web 学習コンテンツは、認知症に関する基礎知識習得のための支援教材として、DCnet 上で運用し一般の利用者も視聴できるものである。教材は、認知症介護実践者研修受講対象者相当の介護専門職を対象にした内容であるが、アニメーションとナレーションによって解りやすく解説しており、前提知識がなくても学習可能なものとした。

コンテンツは、DCnet 上に設置した「知ってなるほど！塾（Web 学習による認知症基礎講座）」のメニューから利用できる。平成 19 年度のコンテンツの内容は、昨年度に続き「認知症に伴う行動及び心理症状の理解」をテーマとしてあらたに 3 つの教材を追加した。

#### 3-2. システムの動作環境

コンテンツは、DCnet の機能である Web 学習機能を利用しており、利用者は DCnet ホームページの通常のコンテンツとして視聴できる。但し、本教材は動画教材を用いているために利用者環境として次の条件を設けた。

- ・ADSL 等の常時接続のインターネット環境
- ・OS : Windows2000、Windows XP SP2
- ・プラグインソフト : Flash player 9.0
- ・ブラウザ : Internet Explorer6.0

#### 3-3. コンテンツの構成と内容

平成 19 年度のコンテンツは、昨年度に続き「認知症に伴う行動及び心理症状の理解」をテーマとしてあらたに 3 つの教材を追加した。教材はそれぞれ複数の学習単元と自己確認テストで構成している。学習単元はそれぞれ 2 分程度の FLASH アニメーションとナレーションを用いて簡潔にまとめている。学習の最後に、「自己確認テスト」を行うことによって学習の理解度を図るものとした。

教材の内容は、事例を通して「認知症に伴う行動及び心理症状」における基本的な知識や考え方の理解を促すことを目的としたものである。

##### 1) 対象者と目的

ア. 認知症介護実践者研修受講対象者相当の介護職が必要とする基礎知識の習

得支援

イ. 家族介護者、学生など一般の人が理解できる基礎知識の習得支援

2) コンテンツの構成

教材名称と構成を以下に示した。

教材1：「帰宅願望」の事例

- ①家に帰りたいがるフユさん
- ②スタッフの視点
- ③フユさんの視点
- ④原因を考える
- ⑤対応の留意点
- ⑥自己確認テスト2問

教材2：「性的逸脱行為」の事例

- ①女性スタッフにせまるハルオさん
- ②スタッフの視点
- ③ハルオさんの視点
- ④高齢者の性について
- ⑤対応の留意点
- ⑥自己確認テスト2問

教材3：「暴力行為」の事例

- ①殴りかかるナツオさん
- ②ナツオさんの気持ち
- ③原因と対応の影響
- ④行動のメカニズム
- ⑤対応の留意点
- ⑥自己確認テスト2問

3-4. Web 学習の名称とホームページアドレス

●Web 学習名称

「知ってなるほど！塾 Web 学習による認知症基礎講座」

「認知症に伴う行動及び心理症状について」

●ホームページ名称

認知症介護情報ネットワーク (DCnet) URL: <http://www.dcnet.gr.jp/>

### 3-5. サイトの構成

Web 学習コンテンツのサイト構成は以下のとおりである。

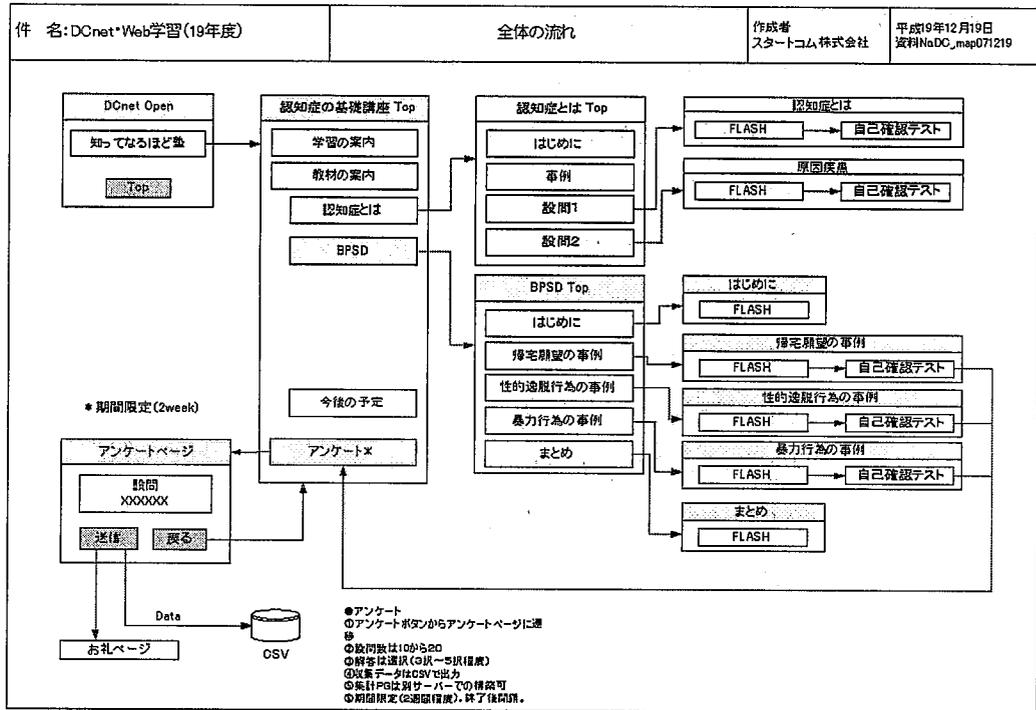


図 3-1 サイト構成図

コンテンツは、DCnet のトップページに配置した「知ってなるほど！塾 (Web 学習による認知症基礎講座)」のメニューから利用できる。

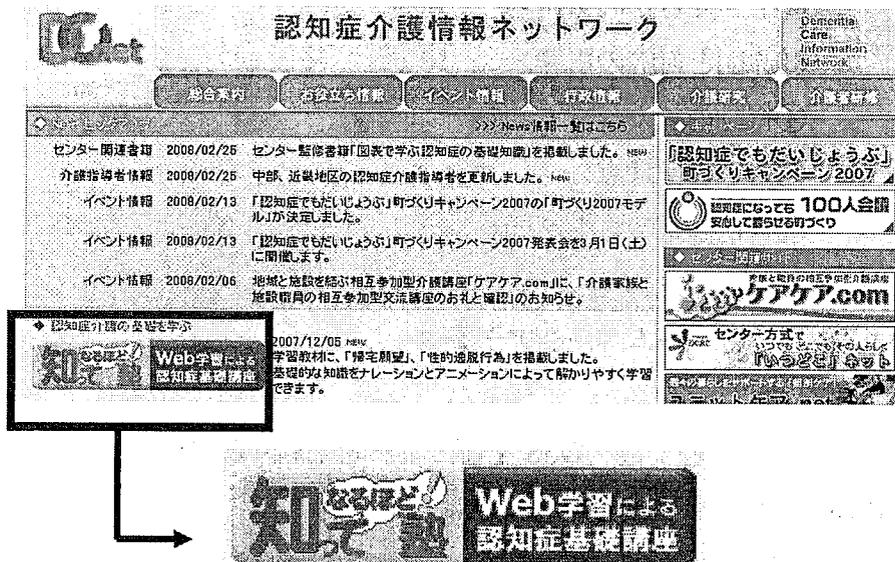


図 3-2 「知ってなるほど！塾」のメニュー

コンテンツは、「知ってなるほど!塾」内に、Web 学習案内ページを設け、教材名称と概要を示した(図3-3)。各教材は、教材一覧ページの中から任意に選択し学習を始めることができる(図3-4)。また、コンテンツ評価のための利用者アンケートページを設けた。

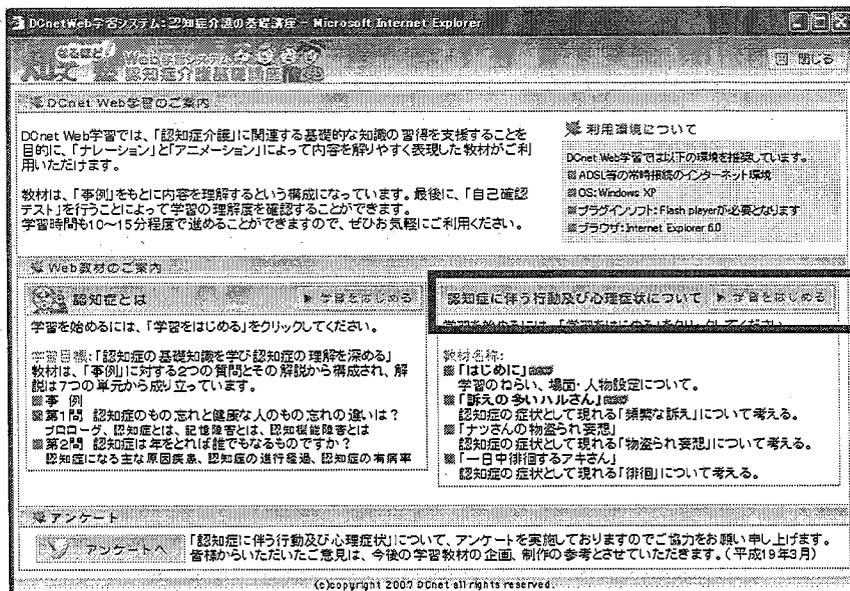


図 3-3 Web 学習の案内ページ

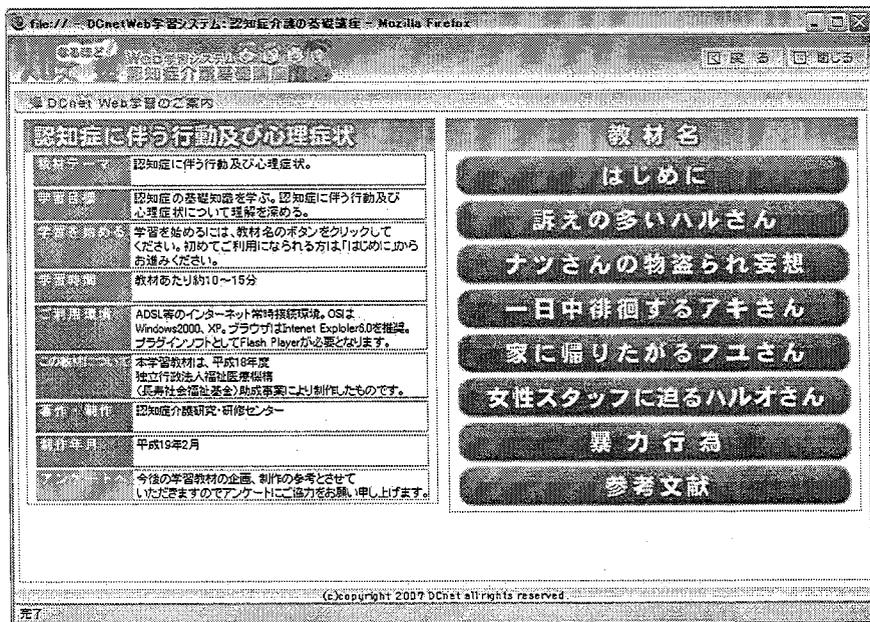
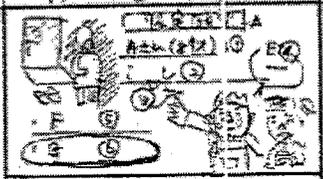


図 3-4 教材一覧ページ

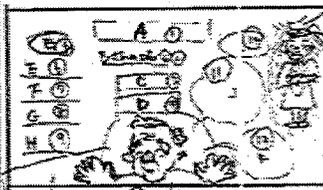


(絵コンテの例)

タイトル：帰宅願望

シーン	Keyword	ナレーションあらず
<p>A</p> 	<p>A:帰宅願望 (事例) B:フユさん (89歳) C:入居して4年目 D:待って! E:戻ったな・・・ F:同様に着衣している G:夕暮れ定時群</p> <p>(加筆・修正)</p> <p>A:帰宅願望 (事例) B:フユさん (89歳) C:入居して4年目 D:「家に帰ります」 E:「戻ったな」</p>	<p>事例 ※別紙参照 ↓ 認知症の方は、記憶障害、見当識障害などがもたらぐ不安や混乱をかかえながらも、何とか周囲に適應しようとしています。しかし、夕方になると、家に帰りたい行動を見せる人が少なくありません。</p> <p>(修正)</p> <p>89歳の女性のフユさんは、特別養護老人ホームに入居して4年目になります。時々、食事や入浴したことを忘れて、「私はいつ帰ることができるか。」と職員に尋ねたりすることもあります。他の入居者とのトラブルは特にありません。</p> <p>普段は日中、洗濯物をたたむ手紙などを頼まれてやることもあります。今日は、特に仕事もなく、一日中テレビを見て過ごしていました。しかし、夕方になると、「子どもが帰ってくるから、家に帰ります。」と、突然出口に向かって歩きはじめました。</p> <p>番長は穏やかなフユさんですが、止めようとするとうり出し、職員はどう対応してよいか困ってしまいました。</p>

タイトル：性的逸脱行為

シーン	Keyword	ナレーションあらず
<p>A</p> 	<p>A:認知症高齢者の性 B:生活歴 C:大正7年生 D:1ヵ月前入所 E:40歳で妻亡くす F:3人の子供を育てる G:再婚せず一人身 H:商店営む I:胸に手をやり J:「おしと結婚しなえか」 K:「こっちは来い」</p> <p>(加筆・修正) H:商店を営む を 削除</p> <p>タイトルは「女性スタッフに迫る善雄さん」というので どうでしょうか?</p>	<p>事例 ② (生活歴) → ① (性的行為) ※別紙参照 施設に入所しているAさんは大正7年生まれ男性です。Aさんは、若いころから商店を営んでいました。結婚して子供にも恵まれましたが、40歳の時に病気で妻を亡くしました。再婚歴もありませんでしたが、「子供のため」と断ったようです。5年前から物忘れが目立つようになって、3年前にアルツハイマー型認知症と診断を受けました。1ヶ月前に家庭の事情から施設入所となりました。入所後も混乱はなく落ち着いて過ごしていましたが、ある夜、若い女性スタッフが部屋を訪ねると、Aさんに女性スタッフの胸に手をやり「おしと結婚しなえか?」「こっちに来い」を迫ってきました。スタッフは手を払い投げ「11年をしてもめてください」と言われて怒りました。</p> <p>(加筆・修正) 「こっちに来い」を迫ってきました を ー と</p> <p>下から4行目 取 → お尻</p>

これを1枚目に



# (ナレーション原稿の例)

## ●Dシーン：ファイル名「bpc05\_d」

一口に、高齢者の性といっても、精神的・肉体的にも個人差の大きなものです。しかし、研究等による実証結果から、必ずしも高齢者は性に興味ではないことが分かっています。性は全身状態、特にホルモンの分泌に左右されていますが、必ずしもそれだけに依存するものではないのです。

これは、認知症高齢者にとっても同じことが言えると思われ、認知症高齢者の場合、判断力の低下、生活習慣、生活史、身体機能などさまざまな要因が絡み合って、性的過激行為となっていると認識する必要があります。対応にあたっては、単に「セボク」と片付けるのではなく、その行為が意味するものがなんであるかを考えることが大切です。

今回の事例におけるスタッフのように、「いやにしてやめてください」と怒り返してしまっただけでは本人のプライドを傷つけることにもなりかねません。それによって認知症の症状が進行してしまうかも知れないのです。性的過激行為を、他の「認知症に伴う、行動および心理状態」と同じ視点で見ることがスタッフの側にもできるかどうか、ということが問題となります。こうした行為に対するスタッフの態度は自身の行為にもかかわりません。しかし、その対応に少し客観的に見る視点が必要であり、求められているのかも知れません。それでは、ヘルソさんの事例における対応の留意点についてまとめてみます。

## ●Dシーン：ファイル名「bpc05\_d」

一口に、高齢者の性といっても、精神的・肉体的にも個人差の大きなものです。しかし、研究等による実証結果から、必ずしも高齢者は性に興味ではないことが分かっています。性は全身状態、特にホルモンの分泌に左右されていますが、必ずしもそれだけに依存するものではないのです。

これは、認知症高齢者にとっても同じことが言えると思われ、認知症高齢者の場合、判断力の低下、生活習慣、生活史、身体機能などさまざまな要因が絡み合って、性的過激行為となっていると認識する必要があります。対応にあたっては、単に「セボク」と片付けるのではなく、その行為が意味するものがなんであるかを考えることが大切です。

今回の事例におけるスタッフのように、「いやにしてやめてください」と怒り返してしまっただけでは本人のプライドを傷つけることにもなりかねません。それによって認知症の症状が進行してしまうかも知れないのです。性的過激行為を、他の「認知症に伴う、行動および心理状態」と同じ視点で見ることがスタッフの側にもできるかどうか、ということが問題となります。こうした行為に対するスタッフの態度は自身の行為にもかかわりません。しかし、その対応に少し客観的に見る視点が必要であり、求められているのかも知れません。それでは、ヘルソさんの事例における対応の留意点についてまとめてみます。

## 1. <語り手であるナゾオさん> ファイル名「bpc05\_d」

認知症の症状として現れる過激行為についてお話をします。認知症にはさまざまな種類があり、認知症の種類によって症状も異なります。ここでは、ナゾオさん、75歳の事例をご紹介します。

ナゾオさんは毎朝散歩から始め、その後、ウォークマンで音楽を聴きながら散歩します。散歩は、認知症の進行を遅くする効果があると知られているため、ナゾオさんは散歩を毎日欠かさないでいました。ナゾオさんはウォークマンが壊れて、新しいウォークマンを買ったところ、新しいウォークマンは音が小さく、音量調節がうまくいかず、散歩中に音が聞こえなくなりました。ナゾオさんは、新しいウォークマンの音が聞こえないことに不満を感じ、散歩中に大声で叫ぶようになりました。スタッフは、ナゾオさんの叫ぶ声が聞こえなくなると、ナゾオさんに声をかけ、音量調節の方法を教えました。

みんなが認知症を食べているとナゾオさんがおぼろげに覚えていて、スタッフにも声をかけようとしていました。スタッフはナゾオさんに声をかけ、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

## 2. <ナゾオさんの対応> ファイル名「bpc05\_d」

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

ナゾオさんは、スタッフの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

スタッフは、ナゾオさんの話を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。ナゾオさんは、スタッフの声を聞いて、「お話を聞かせてください」と声をかけました。

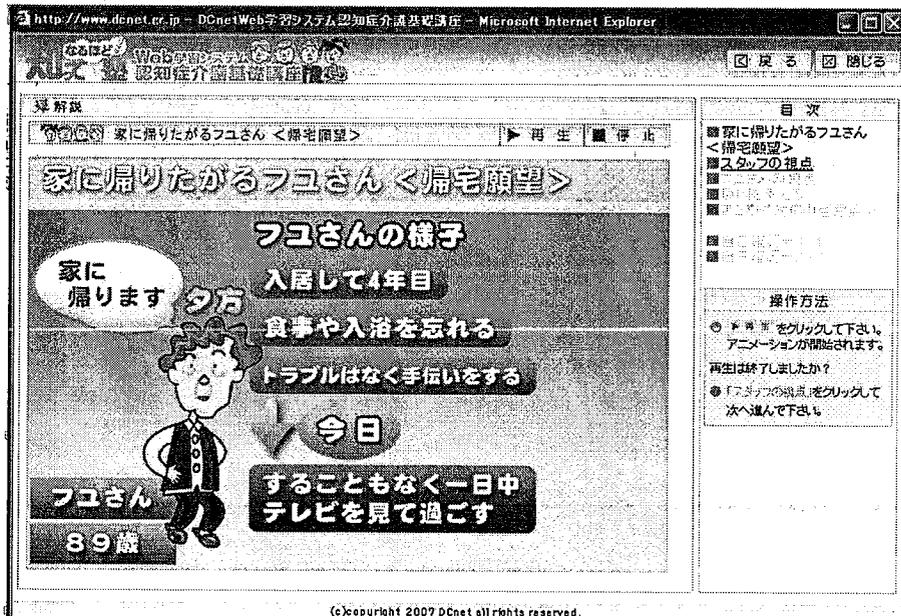
### 3-7. 学習コンテンツの内容

具体的なコンテンツの内容を学習單元ごとに画面イメージとして以下に示した。

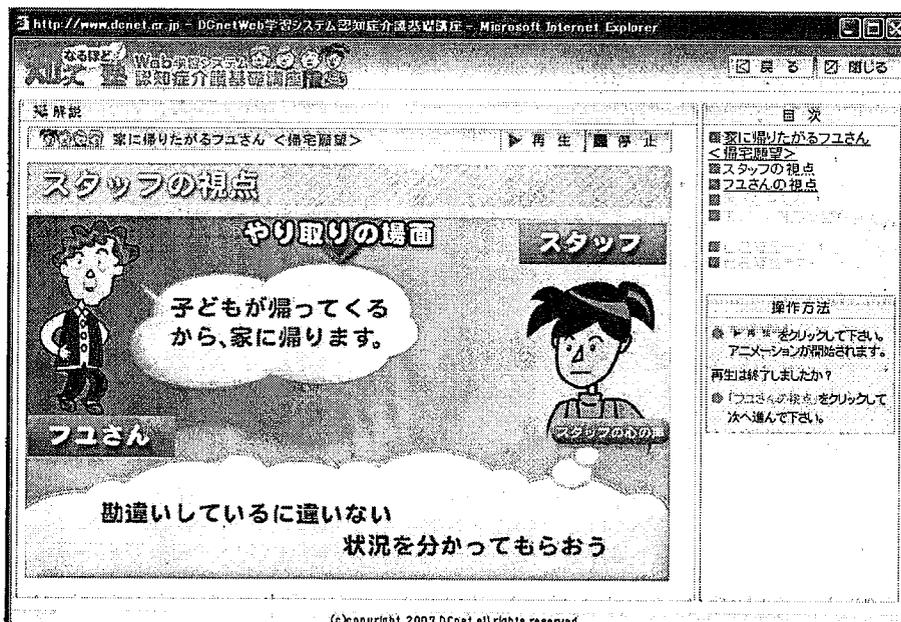
#### 1) 「帰宅願望」の事例

5つの学習單元と自己確認テスト（2問）で構成。

##### ① 「家に帰りたいがるフユさん」



##### ② スタッフの視点



### ③フユさんの気持ち

http://www.denet.or.jp - DCnetWeb学習システム認知症介護基礎講座 - Microsoft Internet Explorer

Web学習システム

認知症介護基礎講座

解説

家に帰りたいがるフユさん <帰宅願望>

再生 停止

## フユさんの視点

フユさん 夕方

スタッフ

フユさんの思い

寂しいなあ 知らない人ばかりですることもない

操作方法

▶▶▶ をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。

再生は終了しましたか？

▶▶▶ をクリックして次へ進んで下さい。

(c)copyright 2007 DCnet all rights reserved.

### ④原因を考える

http://www.denet.or.jp - DCnetWeb学習システム認知症介護基礎講座 - Microsoft Internet Explorer

Web学習システム

認知症介護基礎講座

解説

家に帰りたいがるフユさん <帰宅願望>

再生 停止

## 原因を考える

いつ? どこ?

見当識障害

記憶障害

不安

混同

その他の要因

意欲の持てない生活

寂しさ

身体の内側の異変

環境の異変

操作方法

▶▶▶ をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。

再生は終了しましたか？

▶▶▶ をクリックして次へ進んで下さい。

(c)copyright 2007 DCnet all rights reserved.

### ⑤対応の留意点



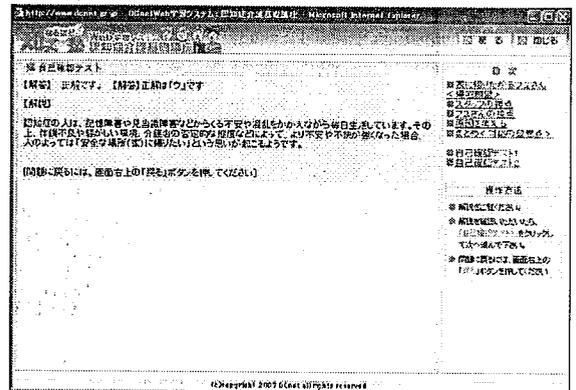
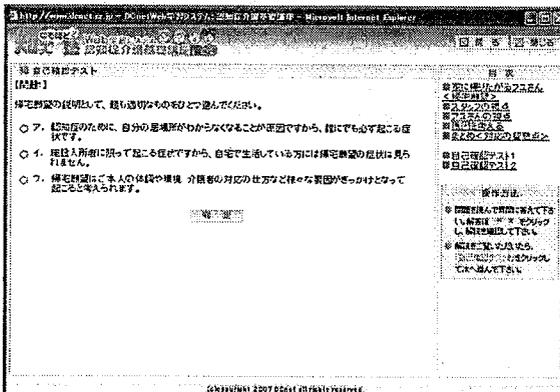
### ⑥自己確認テスト

学習の理解度確認のために行う選択式の自己確認テスト。問題は複数用意し、判定結果と解説から構成した。判定結果が、「正解」、「不正解」にかかわらず解説を提示することで理解に繋げることを目的とした。

#### 【テスト1の例】

(問題)

(解説)



## 2) 「性的逸脱行為」の事例

5つの学習單元と自己確認テスト（2問）で構成。

### ①「女性スタッフに迫るハルオさん」

http://www.dcneter.jp - DCnetWeb学習システム認知症介護基礎講座 - Microsoft Internet Explorer

女性スタッフに迫るハルオさん <性的逸脱行為>

再生 停止

### 女性スタッフに迫るハルオさん <性的逸脱行為>

生活歴

40歳で妻と死別  
3人の子どもを育てる  
再婚せず一人身  
アルツハイマー認知症

女性スタッフ

ハルオさん  
89歳  
大正7年生

目次

- 女性スタッフに迫るハルオさん
- スタッフの視点
- ハルオさんの視点
- 高齢者の認知症について
- 性的逸脱行為
- またわたくしらの学習講座

操作方法

- ▶▶▶ をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。

再生は終了しましたか？

- 「スタッフの視点」をクリックして次へ進んで下さい。

©Copyright 2007 DCnet all rights reserved.

### ②スタッフの視点

http://www.dcneter.jp - DCnetWeb学習システム認知症介護基礎講座 - Microsoft Internet Explorer

女性スタッフに迫るハルオさん <性的逸脱行為>

再生 停止

### スタッフの視点

恐怖心

やめて!!

不快感

男性に迫られた

結婚しよう

目次

- 女性スタッフに迫るハルオさん
- スタッフの視点
- ハルオさんの視点
- 高齢者の認知症について
- 性的逸脱行為
- またわたくしらの学習講座

操作方法

- ▶▶▶ をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。

再生は終了しましたか？

- 「ハルオさんの視点」をクリックして次へ進んで下さい。

©Copyright 2007 DCnet all rights reserved.

### ③ハルオさんの視点

女性スタッフに迫るハルオさん <性的逸脱行為>

## ハルオさんの視点

理解判断力の低下

40歳で妻と死別

寂しさ

不安

まだ若い

時間の見当識障害

再生 停止

目次

- 女性スタッフに迫るハルオさん
- スタッフの視点
- ハルオさんの視点
- 高齢者の性について <解説>

操作方法

- 再生をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。
- 再生は終了しましたか？
- 「高齢者の性について<解説>」をクリックして次へ進んで下さい。

©copyright 2007 DCnet all rights reserved.

### ④高齢者の性について

女性スタッフに迫るハルオさん <性的逸脱行為>

## 高齢者の性について<解説>

性に無縁ではない

認知症の場合

判断力の低下

生活習慣・生活史

身体機能

ご本人のプライドを傷つけない

認知症の進行

性的逸脱行為

再生 停止

目次

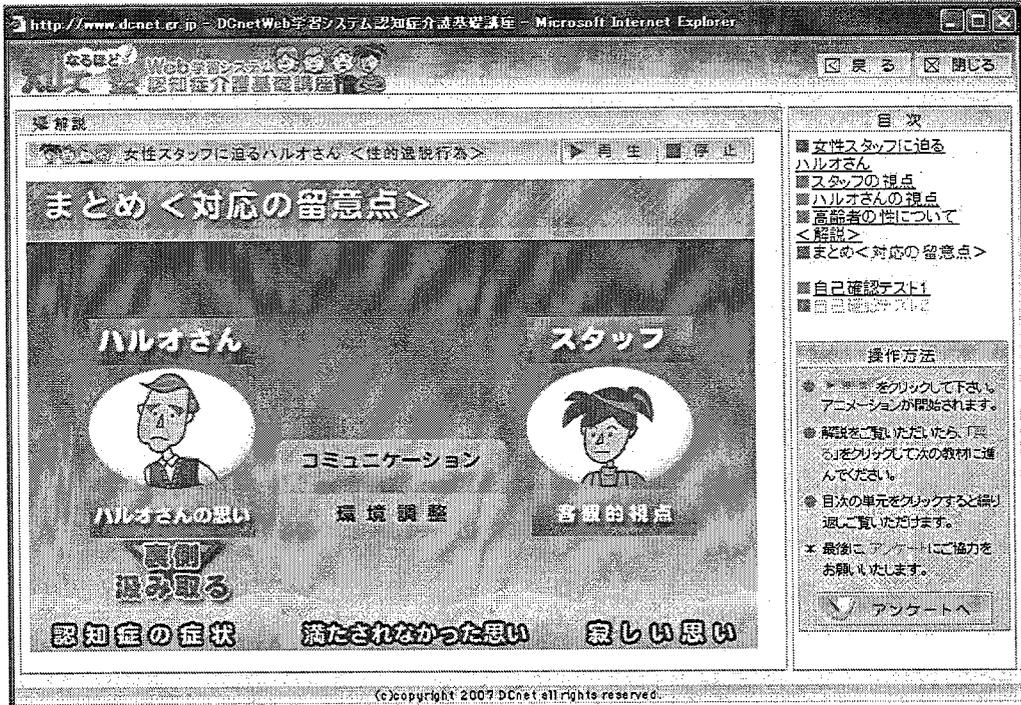
- 女性スタッフに迫るハルオさん
- スタッフの視点
- ハルオさんの視点
- 高齢者の性について <解説>
- まとめ<対応の留意点>

操作方法

- 再生をクリックして下さい。アニメーションが開始されます。
- 再生は終了しましたか？
- 「まとめ<対応の留意点>」をクリックして次へ進んで下さい。

©copyright 2007 DCnet all rights reserved.

⑤対応の留意点

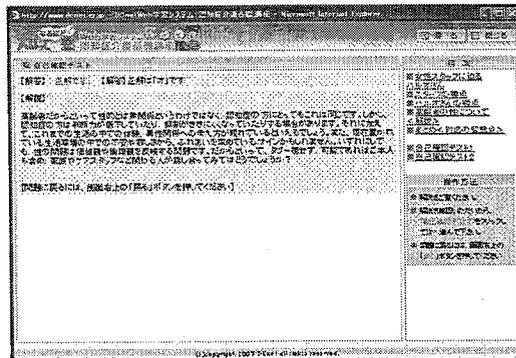


⑥自己確認テスト

【テスト1の例】

(問題)

(解説)



### 3) 「暴力行為」の事例

5つの学習单元と自己確認テスト（2問）で構成。

- ①殴りかかるナツオさん
- ②ナツオさんの気持ち
- ③原因と対応の影響
- ④行動のメカニズム
- ⑤対応の留意点



#### 4. Web 学習コンテンツの新規コンテンツのための元原稿作成

新規 Web 学習コンテンツ作成のために、Web 学習コンテンツの元原稿作成を認知症介護指導者 4 名に依頼した。コンテンツのコンセプトは「本人の生活の理解」として、それぞれテーマ案を提示し企画書およびナレーションあらすじの原稿を作成した。最終原稿の承認は作業部会で行った。

##### 4-1. 元原稿作成上の留意点

元原稿作成にあたり、コンテンツの狙いと作成上の留意点について提示した。

- (1) 認知症になっても本人は生活出来る能力を障害の程度に応じて有していること  
の理解を促す。
- (2) 認知症の行動および心理症状 (BPSD) とうネガティブな面からではなく、本人  
の生活適応能力というポジティブな面から認知症高齢者を捉えて理解を促す。
- (3) 本人の能力を引き出すためにはケア側の環境作りが大切であり、「認知症だから  
もうできない、能力はない」と決め付けない姿勢が大切である、ということの  
理解を促す。

##### 4-2. コンテンツの構成

教材の学習シナリオを以下の 5 場面で提示した。

- (1) 模擬事例の提示
- (2) 本人の側に立ったアセスメント
- (3) 支援の具体例
- (4) その後の生活の様子
- (5) まとめ、解説

##### 4-3. 個別テーマの設定

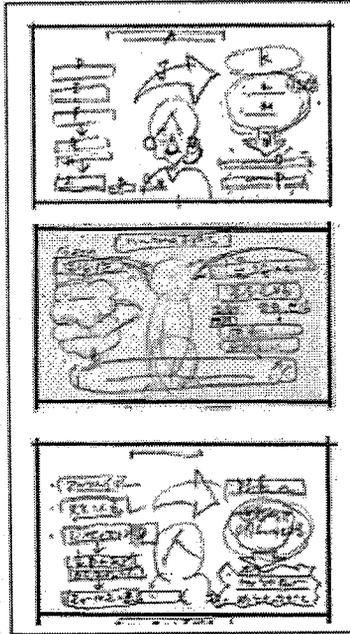
コンセプトに沿った 4 つの個別テーマを設定した。

- (1) 在宅サービス利用の事例を設定し、軽度の高齢者がお客さんのような利用から  
積極的にデイサービスのプログラム等に参加するようになる様子。
- (2) 入所利用の事例を設定し、中度から重度で日中「無為自閉」気味の高齢者が周  
囲の働きかけで、その方のレベルに合わせた自発性もしくは役割などが生じる  
ようになる様子。



## (絵コンテの例)

### 絵コンテ



認知症高齢者のおひとりおひとりが、その人らしくいきいきと生活していく為にどのようなケアが必要とされ求められているのでしょうか。ここでは、いつもうつむいて笑わないハルさん、71歳の事例を通して考えてみましょう。

ハルさんは現在、夫と長男夫婦そしてお孫さんとの5人暮らしです。長男夫婦は共働きなので、家事はほとんどハルさんに任されていた。しかし、2年前前からハルさんは認知症を発症し、徐々に家事ができなくなってしまい、今ではほとんどお孫さんがしています。以前はカラオケ教室などにも通う活発なおばあちゃんて、孫の面倒もよく見ていたようですが、ハルさんはすっかり自信を無くしやる気も起さないので、どこにも出かけず家に閉じこもりがちな状態でした。そんな時、外出のきっかけになればとケアマネージャーの勧めがあり、ハルさんは近隣のデイサービスに通う事になりました。

デイサービスまでは、デイセンターの送迎車がハルさんを迎えにいきます。迎えにいくと、ハルさんはいつも夫に声をかけられてから、部屋をゆっくりと出て来ます。スタッフが「ハルさん、おはよう」と呼びかけますが、あまり反応することはありません。それでもハルさんは、そのままゆっくりと車に向かい乗り込みます。デイサービスに行きたくないという訳ではなさそうなのですが、先に乗っていた顔なじみの近所の人の「おはよう」という挨拶にも小さく頷くだけです。センターに着いても、周囲からの挨拶に小さく「うん、うん」と頷くだけで、いつもの自分の席にゆっくり向かいます。そして椅子に座ったまま、スタッフのどんな声かけにも頷くだけで、いつもハルさんほうつむいて、笑顔もありません。ハルさんが特に問題を起すという訳ではありませんが、スタッフはそんなハルさんが気がかりでした。家族も以前は活発だったハルさんの元気がない事を心配しているようです。

## (ナレーション原稿の例)

### タイトル1：私もお役に立ちたい (仮)

#### 1 表紙の構成

表紙の構成は、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。ここでは、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。

表紙の構成は、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。ここでは、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。

表紙の構成は、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。ここでは、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。

表紙の構成は、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。ここでは、タイトル、サブタイトル、本文、イラスト、写真、動画、音声、などから構成される。

#### 2 本文の構成

本文の構成は、導入、展開、結、などから構成される。ここでは、導入、展開、結、などから構成される。

本文の構成は、導入、展開、結、などから構成される。ここでは、導入、展開、結、などから構成される。

本文の構成は、導入、展開、結、などから構成される。ここでは、導入、展開、結、などから構成される。

本文の構成は、導入、展開、結、などから構成される。ここでは、導入、展開、結、などから構成される。

#### 3 挿入画像の構成

挿入画像の構成は、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。ここでは、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。

挿入画像の構成は、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。ここでは、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。

挿入画像の構成は、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。ここでは、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。

挿入画像の構成は、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。ここでは、写真、イラスト、動画、音声、などから構成される。

#### 4 挿入音声の構成

挿入音声の構成は、音声、動画、音声、などから構成される。ここでは、音声、動画、音声、などから構成される。

挿入音声の構成は、音声、動画、音声、などから構成される。ここでは、音声、動画、音声、などから構成される。

挿入音声の構成は、音声、動画、音声、などから構成される。ここでは、音声、動画、音声、などから構成される。

挿入音声の構成は、音声、動画、音声、などから構成される。ここでは、音声、動画、音声、などから構成される。



## 5. Web 学習コンテンツ評価調査

### 5-1. 介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査

#### 1) 目的

今年度作成した Web 学習コンテンツ 3 テーマのうち、「帰宅願望」(家に帰りたいがるフユさん)と「性的逸脱行為」(女性スタッフに迫るハルオさん)の 2 テーマを視聴し、学習コンテンツとしての有用性を検討することを目的とした。

有用性の指標として、参加者の認知症の「認知症の行動・心理症状」(BPSD)への主観的認知、介護ストレスの程度、自己確認テストの結果の変化から検討することとした。

#### 2) 方法

介護職経験が 2 年以内の介護職員に対して、集団による調査を実施した。

手続きは、調査の趣旨説明と同意取得のあとに、第 1 回目の自記式のアンケートを実施し、次に Web 学習コンテンツのうちいずれか 1 テーマを、プロジェクトで映写する形で視聴した。視聴後、第 2 回目の自記式のアンケート調査を実施した。さらに、約 3 ヶ月後に、3 回目の自記式アンケート調査を郵送法にて実施した。

調査項目は、認知症ケアに関する主観的イメージと理解の程度、介護ストレス、コンテンツ内容に関する質問によって構成されていた。

#### 3) 対象

介護経験が 2 年以内の介護職員 58 名を対象とした。

#### 4) 調査期間

調査期間は、第 1 回目、第 2 回目は、平成 19 年 11 月 7 日、11 月 22 日、28 日の 3 日間で実施した。第 3 回目のアンケート調査は、平成 20 年 2 月 1 日～2 月 15 日間であった。

#### 5) 倫理的配慮

本センターが設置する研究倫理委員会にて、承認を得た。調査に際しては、対象者へ文書を用いて研究の趣旨等の説明を行い、書面にて研究協力の同意を得た。

#### 6) 結果

Web 学習コンテンツの 2 テーマを使用した。結果はテーマごとに算出した。「帰宅願望」の学習コンテンツを視聴した群を「帰宅願望」視聴群、「性的逸脱行為」の学習コンテンツを視聴した群を「性的逸脱行為」視聴群とした。

##### ① 対象者の基本属性 (表 5-1)

「帰宅願望」視聴群 32 名、平均年齢 31.1 歳、平均介護経験年数 15.8 ヶ月、「性的逸脱行為」視聴群 26 名、平均年齢 36.2 歳、平均介護経験年数 21.8 ヶ月であった。調査前の DCnet の Web 学習の有無は、「帰宅願望」視聴群は、経験ありは 0 名、「性的逸脱行為」視聴群は、経験ありは 1 名であった。

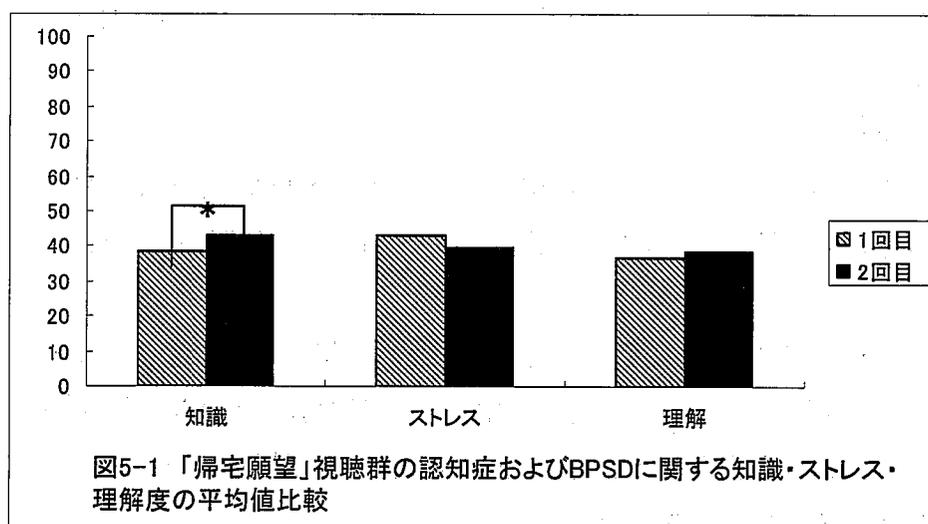
表5-1 対象者の基本属性

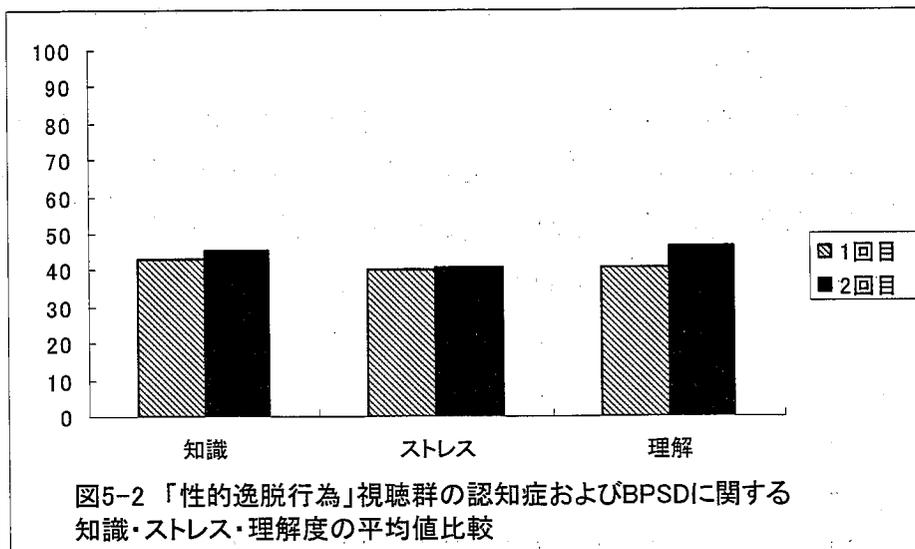
項目		「帰宅願望」視聴群		「性的逸脱行為」視聴群	
性別(人)	男	10		8	
	女	22		18	
	計	32		26	
年齢(歳)	平均(標準偏差)	31.1	(9.1)	36.2	(13.7)
介護経験(月)	平均(標準偏差)	15.8	(12.1)	21.8	(13.3)
DcnetのWeb学習	経験あり	0		1	
	経験なし	32		25	
	合計	32		26	

② 1回目と2回目の比較：認知症の知識及びBPSDへのストレス・理解度

Web 学習コンテンツを視聴する前後で、認知症の知識及び BPSD へのストレスの程度と理解の程度に関する主観的な自己評価をたずねた。回答方法は、Visual Analogue Scale(VAS)を用いた。その結果を視聴群別に、図 5-1 と 5-2 に示した。

1回目と2回目の結果について、対応のある t 検定を実施した。その結果、「帰宅願望」視聴群で、認知症の知識についての自己評価が2回目で有意に高くなっていることが示された ( $t(31)=-2.559, p<.05$ )。





### ③ 1回目と2回目の比較：BPSDへのケアと高齢者の理解

つぎに、視聴の前後で、「BPSDはケアで対応できるか」「BPSDは高齢者がわざとやっているか」を3件法でたずねた。その結果を表5-2に示した。

ケアで対応できるかについては、「帰宅願望」視聴群において、「はい」の回答が2回目で増加傾向にあることがうかがわれた。BPSDはわざとやっているかについては、両群共に1回目で「いいえ」の回答が多く2回目と大きな変化は見られなかった。しかし、「どちらでもない」から「いいえ」の回答に移行した者が数名ずつ認められた。

表5-2 BPSDはケアで対応できるか

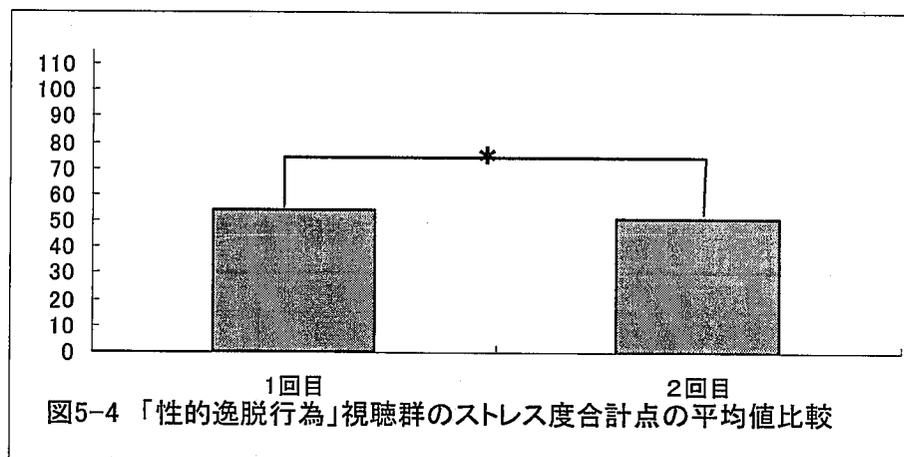
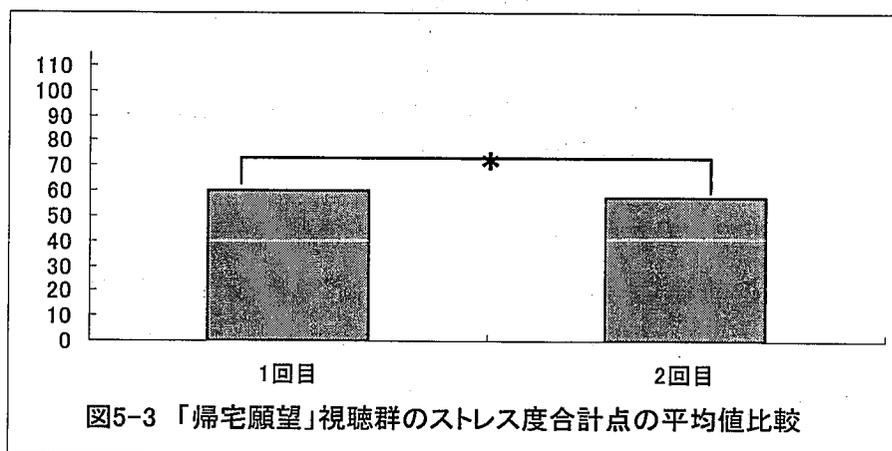
項目	N(%)			
	「帰宅願望」視聴群		「性的逸脱行為」視聴群	
BPSDはケアで対応できるか	1回目	2回目	1回目	2回目
はい	11 (34.3)	21 (65.6)	19 (73.1)	20 (76.9)
どちらでもない	21 (65.6)	11 (34.3)	7 (26.9)	6 (23.1)
いいえ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	32 (100.0)	32 (100.0)	26 (100.0)	26 (100.0)
BPSDは高齢者がわざとやっているか	1回目	2回目	1回目	2回目
はい	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
どちらでもない	6 (18.8)	4 (12.5)	5 (19.2)	2 (7.7)
いいえ	26 (81.3)	28 (87.5)	21 (80.8)	24 (92.3)
合計	32 (100.0)	32 (100.0)	26 (100.0)	26 (100.0)

### ④ 1回目と2回目の比較：介護ストレスの検討

23項目からなる認知症ケアの内容に関して、ストレスをどの程度感じるかを「感

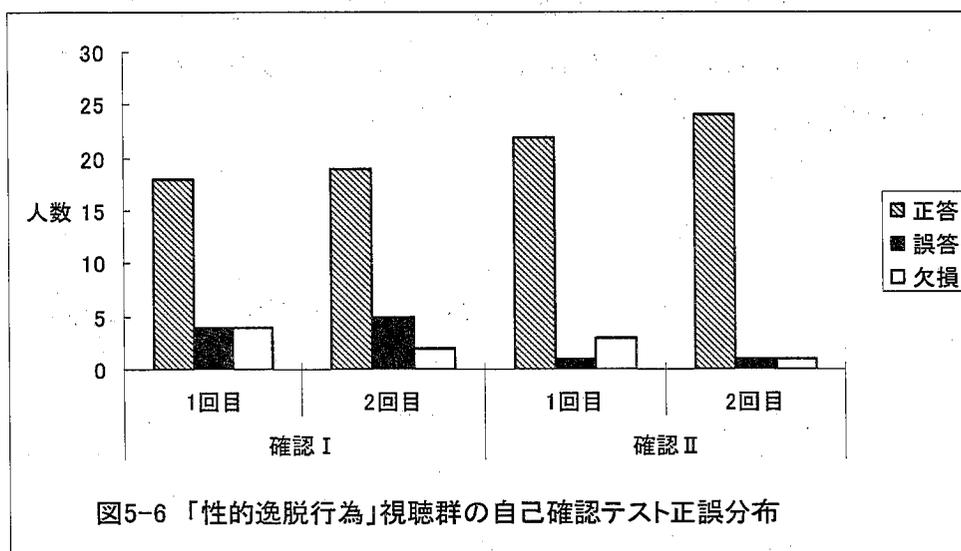
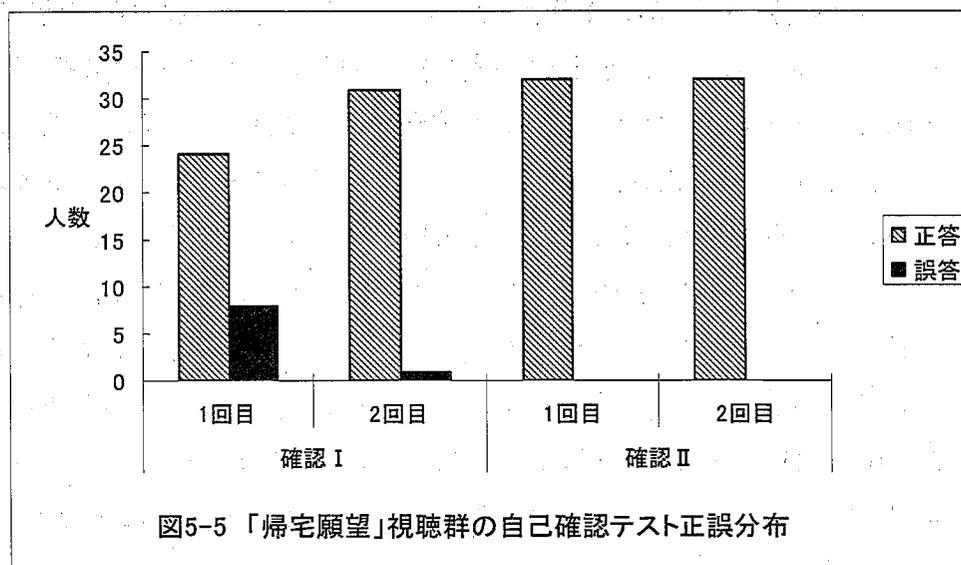
じることはない」から「いつも感じる」までの5件法によってたずねた。その結果を図5-3と5-4に示した。

1回目と2回目の結果について、対応のあるt検定を実施した。その結果、両群とも、1回目と2回目の結果に有意な差異を認め（帰宅願望視聴群； $t(31)=2.975$ ,  $p<.01$ 、性的逸脱行為視聴群； $t(25)=2.402$ ,  $p<.05$ ）、2回目のほうがストレスの程度が得点上軽減していたことが示された。



#### ⑤ 1回目と2回目の比較：自己確認テストの結果

Web 学習コンテンツの視聴後に設けられている、視聴内容の学習の確認を行う「自己確認テスト」を視聴前後で実施した。その結果を図5-5と5-6に示した。両群とも、自己確認テストIにおいて、1回目より2回目において正答者数の増加を示していたが、統計的な差はなかった。



⑥ 1回目、2回目、3回目の比較：認知症の知識及びBPSDへのストレス・理解度

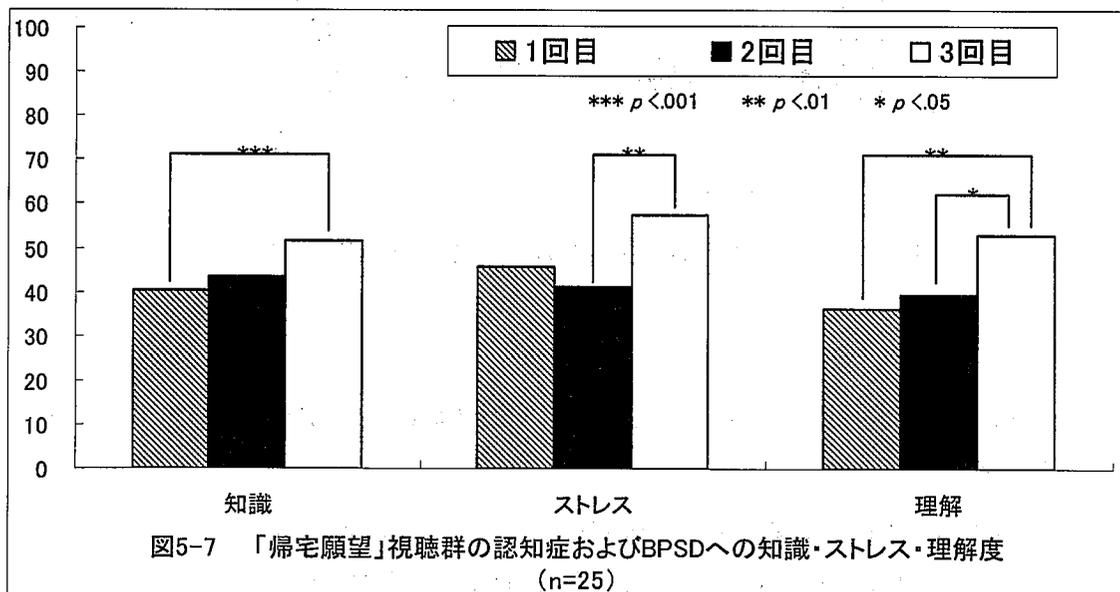
つぎに、1回目、2回目、3回目のアンケート結果を比較した。

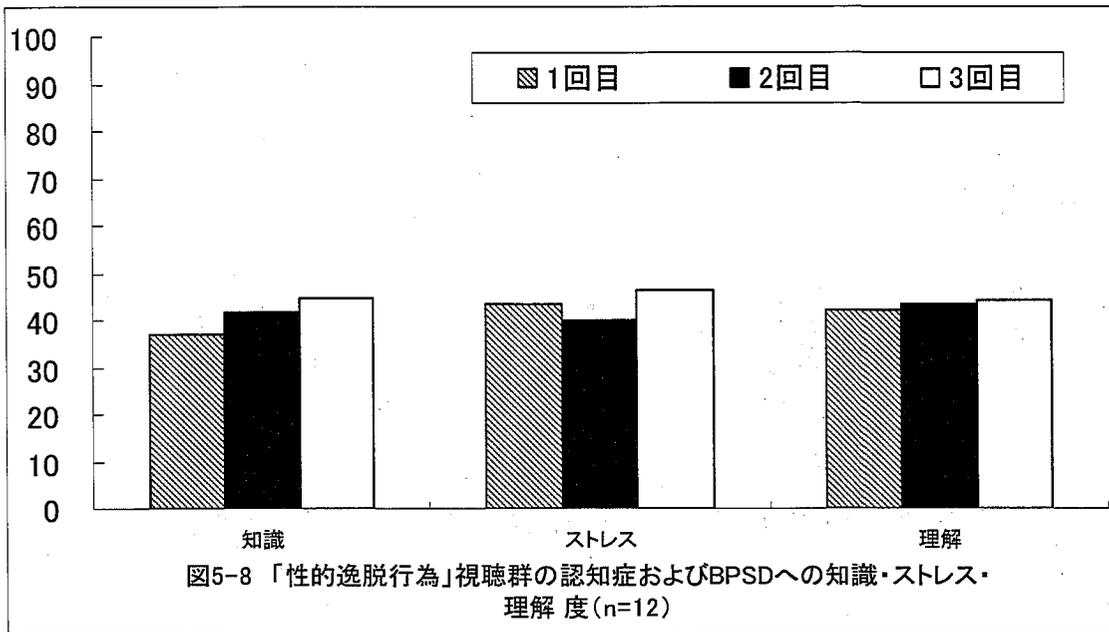
合計3回の調査結果の回収は、「帰宅願望」視聴群25名、男女比は男性9名女性16名、平均年齢は31.9歳、平均介護経験年数は13.1ヶ月であった。「性的逸脱行為」視聴群12名、男女比は男性4名女性8名、平均年齢は35.6歳、平均介護経験年数は17.2ヶ月であった。

認知症の知識及びBPSDへのストレスの程度と理解の程度に関する主観的な自己評価の3回の比較を図5-7と5-8に示した。

「帰宅願望」視聴群の、1回目、2回目、3回目の認知症の知識の程度、BPSDへのストレスの程度、理解の程度の調査結果について分散分析 (repeated measure ANOVA) を行った。その結果、知識において有意な効果が認められた ( $F(2, 48) = 7.506, p < .001$ )。そこで、Bonferroni法による多重比較を行ったところ、3回目は1回目より知識の自己評価が有意に高いという結果が得られた ( $p < .01$ )。BPSDに対するストレスについても同様に、有意な効果が認められた ( $F(2, 48) = 9.230, p < .01$ )。Bonferroni法による多重比較において、3回目が2回目より知識の自己評価が有意に高いという結果が得られた ( $p < .01$ )。BPSDの理解についても、有意な効果が認められた ( $F(2, 48) = 11.311, \epsilon = .654, p < .001$ )。Bonferroni法による多重比較において、3回目が1回目より知識の程度が有意に高いという結果が得られた ( $p < .01$ )。また、3回目は2回目より知識の程度が有意に高かった ( $p < .05$ )。

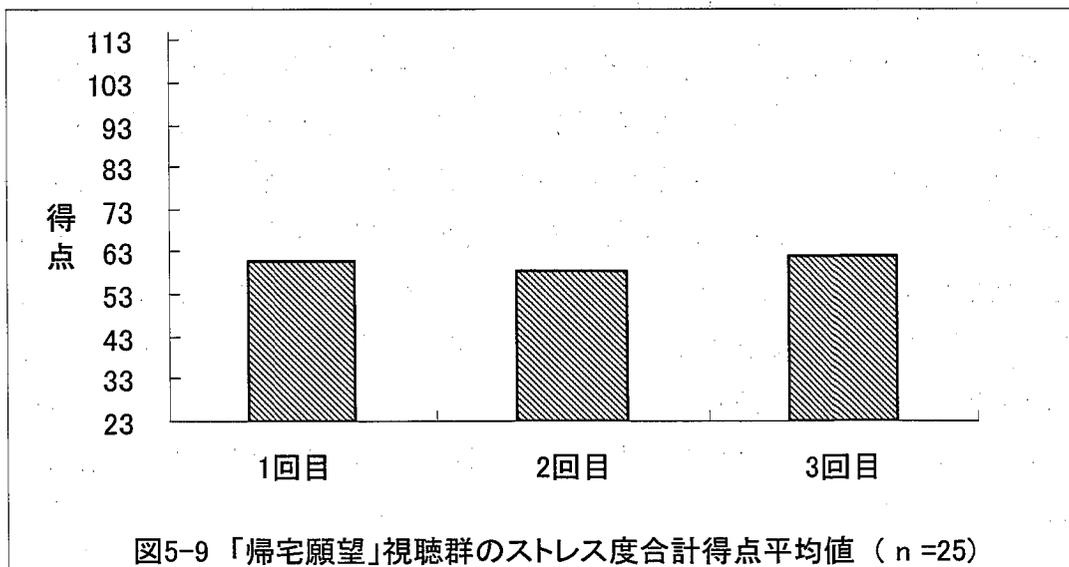
一方、「性的逸脱行為」視聴群においては、分散分析の結果、統計的に有意な傾向は認められなかった。

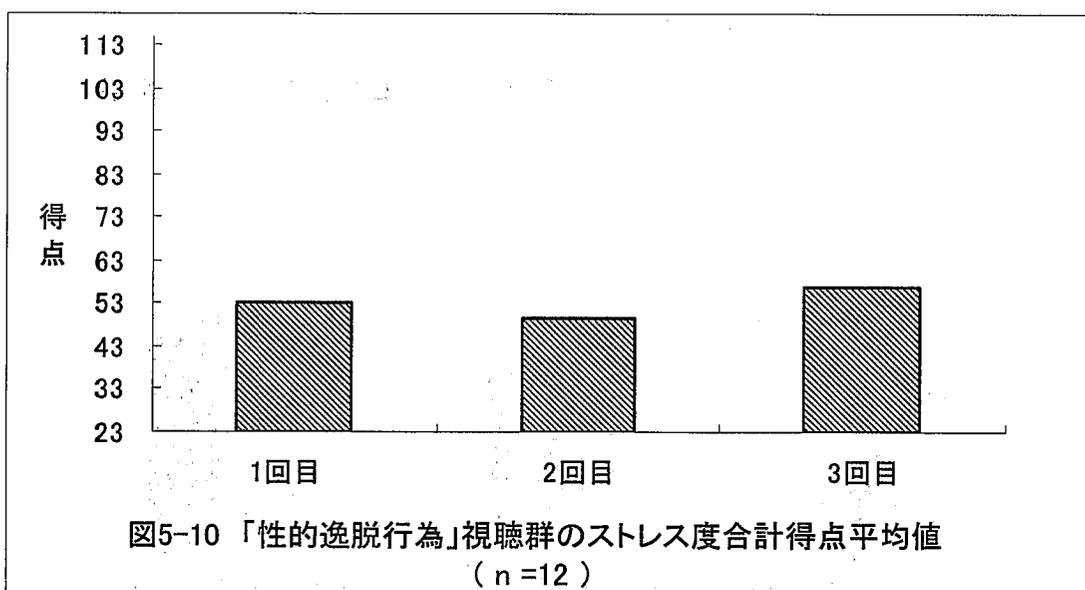




⑦1回目、2回目、3回目の比較：介護ストレスの検討

23項目からなる介護ストレスの尺度について、3回の得点の変化を図5-9と5-10に示した。両群共に、1回目より2回目の得点が減少し3回目が増加傾向にあった。そこで分散分析により検討を行った。しかし統計的に有意な傾向は示されなかった。





#### 7) まとめ

Web 学習コンテンツの有用性の評価を、介護経験 2 年程度までの介護職員を対象に実施した。その結果、Web 学習コンテンツ視聴前後のストレス度合計得点の比較では、統計的に有意なストレス得点の軽減を認めた。しかし、3 ヶ月後の調査をあわせた検討では、ストレス得点が増加しており、統計的に有意な傾向は認められなかった。介護ストレスは、その時々介護状況に影響されるため、Web 学習による知識提供で変化しうるものではない可能性が示唆された。

「帰宅願望」視聴群においては、主観的自己評価における知識の向上は、1 回目 2 回目の結果においても、3 回目を加えた結果においても統計的に有意な結果を示し、知識の向上が示された。さらに、主観的自己評価の BPSD への理解の程度も 1 回目から 3 回目での比較において統計的に有意な結果を示し、理解の向上が示された。一方、

「性的逸脱行為」視聴群においては、「帰宅願望」視聴群と同様の得点変化をうかがわせたが、統計的には有意な結果は示さなかった。Web 学習コンテンツは、知識の向上、理解の向上に寄与しうる傾向を示したといえる。しかし、Web 学習コンテンツの個別の内容によっては、その有用性や効果には差異が生じうる可能性があることが示唆された。

## 5-2. Web 上での Web 学習コンテンツ評価調査

### 1) 評価方法

DCnet の一般利用者を対象にアンケート調査を平成 19 年 12 月 5 日から平成 20 年 2 月 29 日まで約 3 ヶ月間実施しコンテンツ評価を行った。アンケートは、Web 学習コンテンツ中にアンケートページを設け、Web 学習終了後に回答できる形式とした。

アンケートを行うにあたり、アンケートの趣旨を明記し無記名式の回答とした。収集した結果は統計処理により個人の個別の結果は表示されないこととした。

なおアンケート回答に際しては、本事業の報告書および研究発表に使用すること、アンケートへの回答をもって研究協力への承諾を得たものとするを明示した。

### 2) 評価結果

アンケートは、「家に帰りたがるフユさんの事例」と「女性スタッフに迫るハルオさんの事例」の二つの教材について行った。有効回答数はそれぞれ 38 件と 16 件であった。

その結果、回答者は女性が 70% を超え男性を上回った。年齢別にみると、40 歳代から 50 歳代が 60% 以上を占め、30 歳代、20 歳代、10 歳代の順であった。職業別では介護職が 60% 以上を占め専門職の関心が高かった (図 5-11、5-12: 回答者属性)。

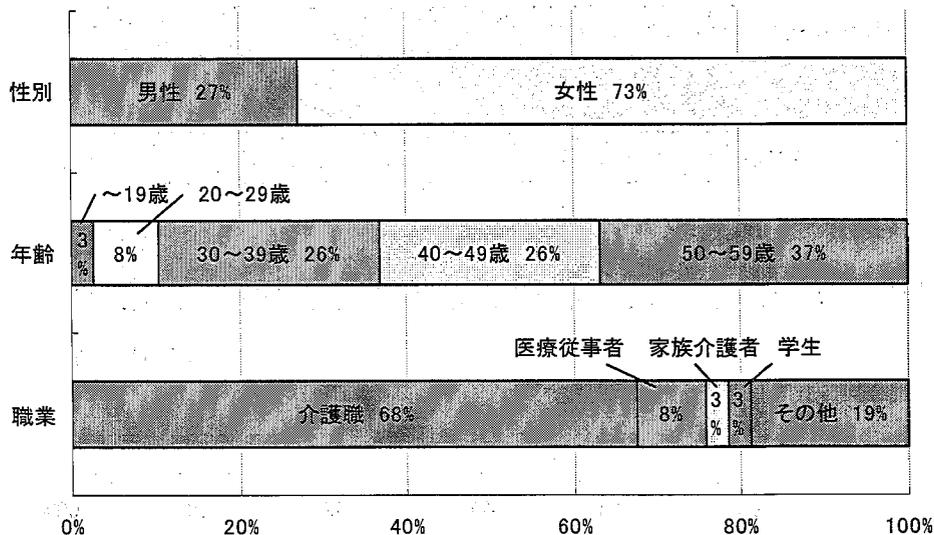


図 5-11 「帰宅願望」の事例の回答者属性

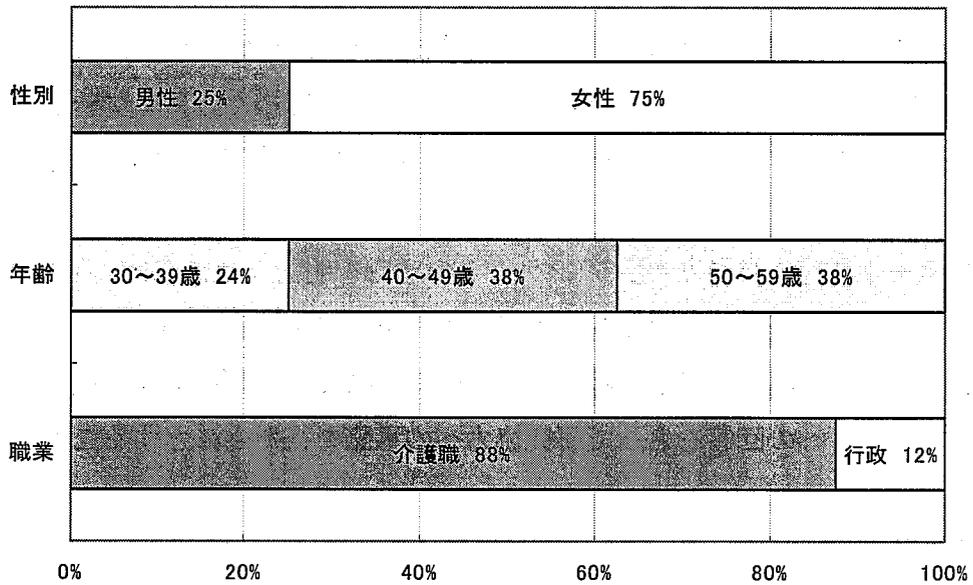


図 5-12 「性的逸脱行為」の事例の回答者属性

コンテンツの表示に関しては、図表とナレーションとの整合性や、図表の文字の大きさ、見やすさなどの視覚的な評価について、図表の一致度、文字のサイズ、図表の表現方法において80%以上の良好な回答があり一定の評価が得られた（図 5-13、5-14：表示に関する評価）。

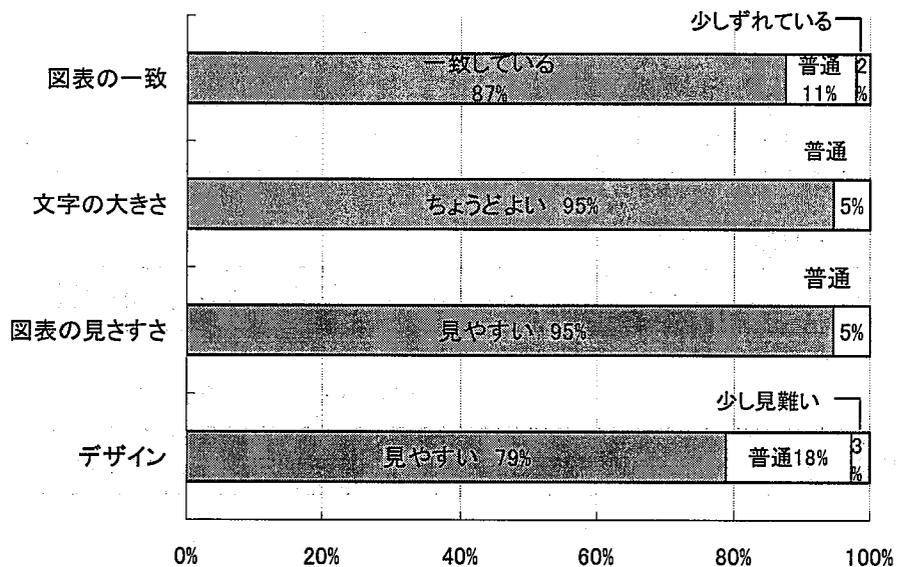


図 5-13 「帰宅願望」の事例の表示に関する評価

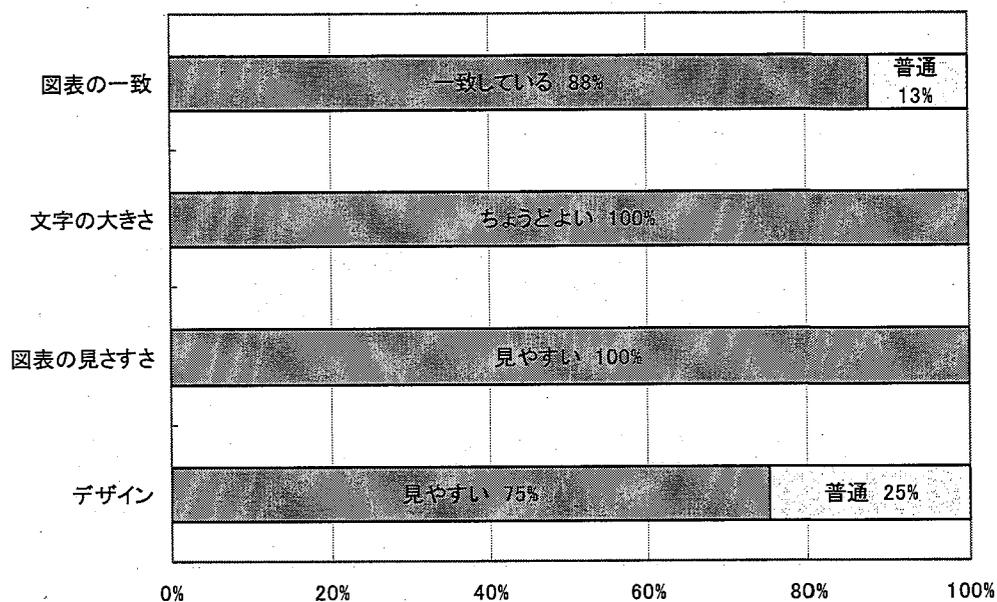


図 5-14 「性的逸脱行為」の事例の表示に関する評価

コンテンツの内容については、学習内容は「解りやすい」が80%以上、自己確認テストでも90%以上「解りやすい」との回答があり、内容評価に関しても一定の評価が得られた(図 5-15、5-16:内容評価)。

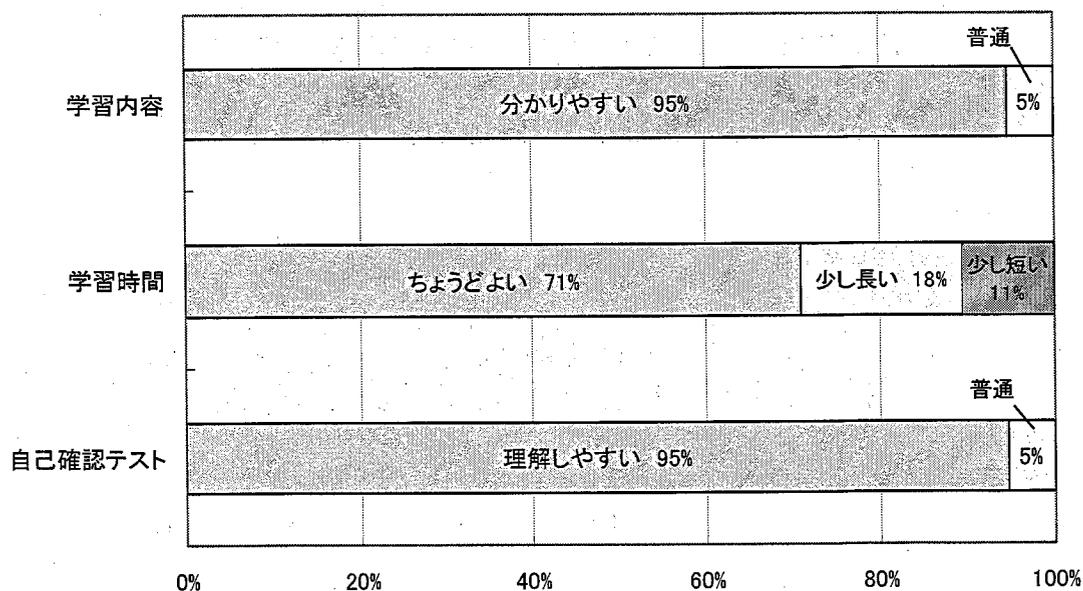


図 5-15 「帰宅願望」の事例の内容評価

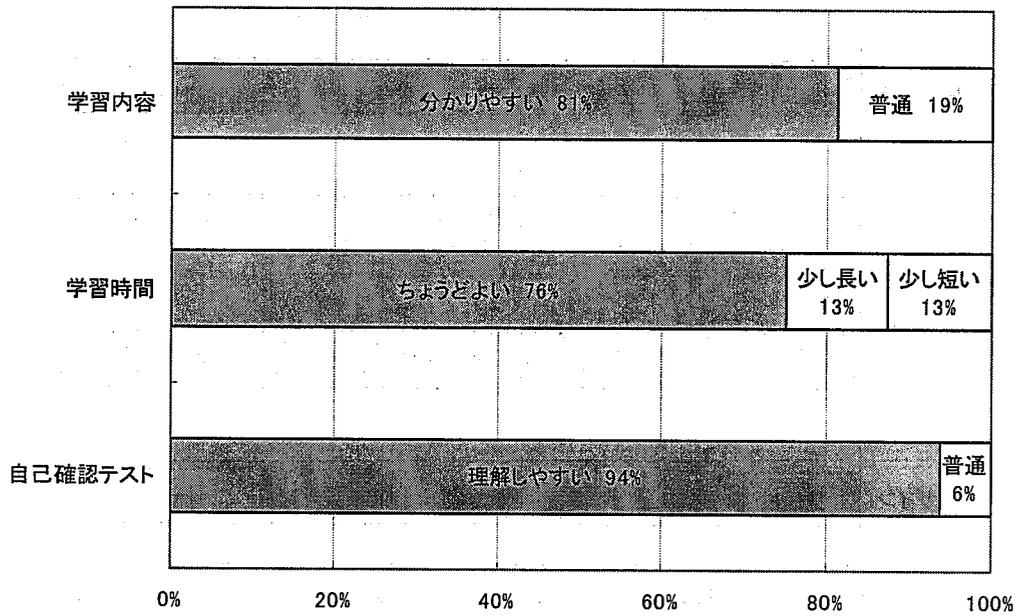


図 5-16 「性的逸脱行為」の事例の内容評価

学習後の感想では、「帰宅願望」の事例において、理解が「深まった」、「自分にとって役立った」が95%の回答を得た（図 5-17、5-18：学習後の感想）。

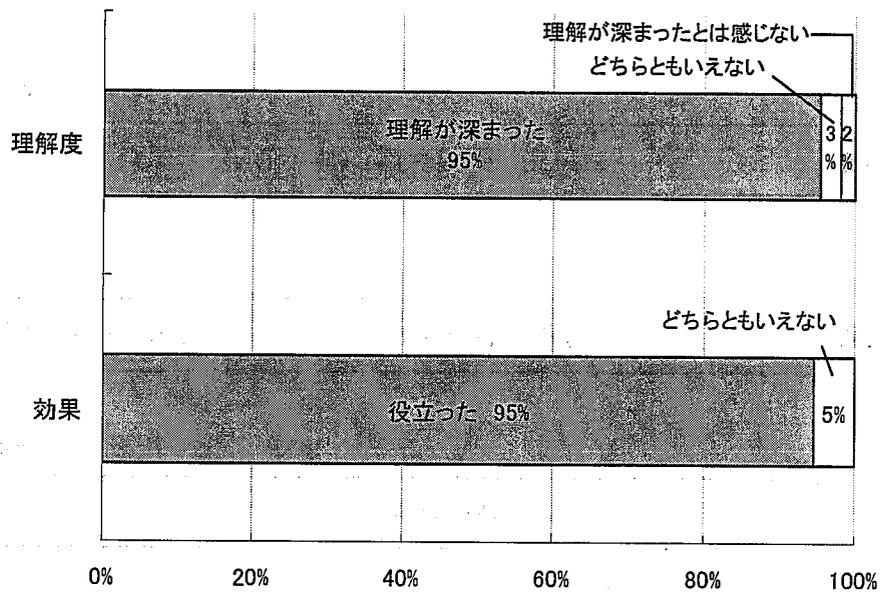


図 5-17 「帰宅願望」の事例の学習後の感想

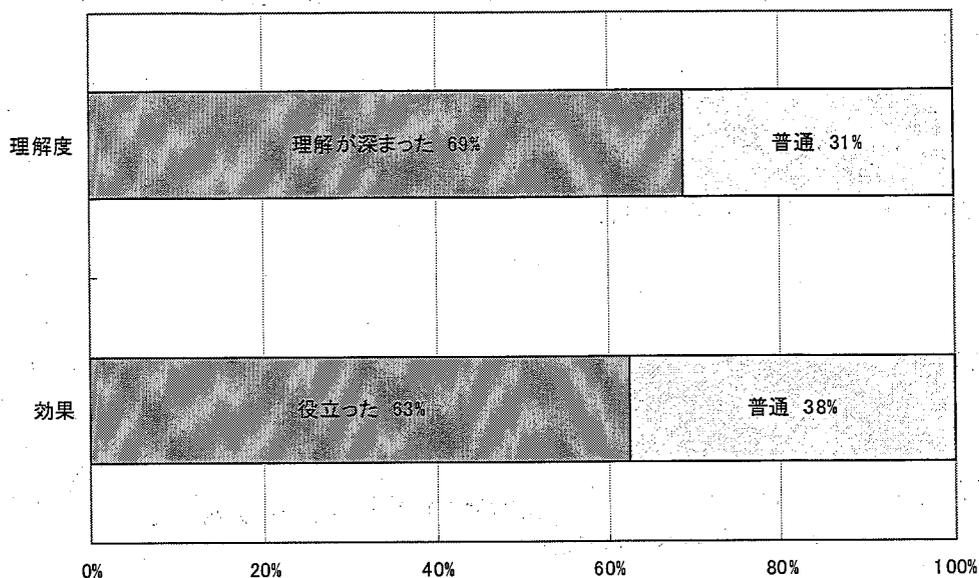


図 5-18 「性的逸脱行為」の事例の学習後の感想

以上のアンケート結果より、コンテンツの表示評価、内容評価ともに解りやすく、理解しやすいものであり、表示の妥当性および内容の有効性が示されたといえる。また、介護職の回答者が80%半数を占めたことは、本事業の想定した利用者の活用が認められたと考えられる。

また、平成20年2月末時点におけるWeb学習コンテンツの利用状況は、全コンテンツのなかでも上位に位置する利用率であり年々増加している。今後、教材数の増加などWeb学習に対する期待はさらに大きくなるものと予想される。

### 3) Web 学習コンテンツの利用状況

Web 学習コンテンツの利用状況の結果を以下に示した (図 5-19)。

利用状況の指標は、認知症介護情報ネットワーク (DCnet) のコンテンツのページ閲覧 (Page View) 数とした。図 5-19 には平成 19 年度の 4 月から 2 月までの月別のページ閲覧の数値を示した。DCnet 全体のページ閲覧数の月平均は 376,599 ページであり、Web 学習コンテンツ (知ってなるほど! 塾 Web 学習による認知症基礎講座) は 134,908 ページであり、DCnet 全体の 35.8% を占めていた。

平成 19 年度の新規コンテンツ (「帰宅願望」「性的逸脱行為」) を公開した 12 月から 2 月までの 3 ヶ月の比較では、DCnet 全体のページ閲覧数の月平均は 399,500 ページであり、Web 学習コンテンツは 158,230 ページであり、DCnet 全体の 39.6% を

占めていた。新規コンテンツの公開にともない、ページ閲覧数の比率が増加したことが窺われる。

Web 学習コンテンツのページ閲覧数を、平成 18 年度の実績と比較すると、平成 18 年度の月平均は 125,850 ページ、平成 19 年度の月平均は 134,908 ページであり、1.07 倍の増加であり、利用状況が増加していることが示された。

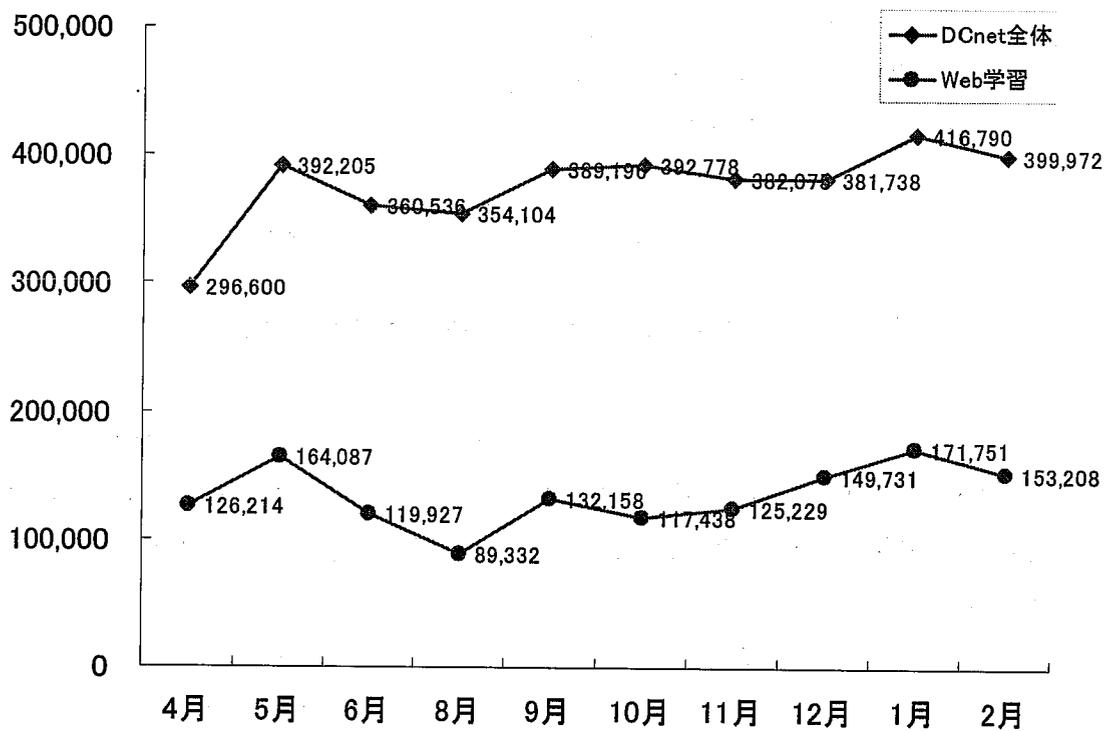


図5-19 平成19年度の月別Page View数

### 5-3. 介護家族・一般を対象とした学習コンテンツ評価調査

#### 1) 目的

認知症高齢者の介護家族ならびに認知症ケアに関心のある一般市民が、本事業で作成した Web 学習コンテンツを視聴しているか、Web 学習コンテンツをどのように評価しているかを明らかにすることを目的とした。

次に、Web 学習コンテンツの内容についての要望を明らかにすることを目的とした。

#### 2) 方法

自己記入式、郵送回収方法によるアンケート調査を実施した。

調査項目は、基本情報、介護に関する情報収集の仕方、インターネット環境の現況、Web 学習コンテンツの視聴状況、Web 学習コンテンツの評価であった。

#### 3) 対象

首都圏にて活動する、認知症高齢者の介護家族の会の会員、認知症ケアに興味関心のある一般住民を対象とした。

対象者の性質上、無作為抽出は、作業上難しいため、任意の対象抽出とした。

調査配布対象者数は 225 部であった。

#### 4) 調査期間

平成 20 年 3 月 7 日～平成 20 年 3 月末日とした。

#### 5) 倫理的配慮

アンケート依頼文書にアンケート結果の目的、結果データの利用方法、個人情報の保護について明示した。アンケート回答は任意であり、回答協力を持って協力を同意を得るものとするを明示し、協力を依頼した。

#### 6) 調査結果の活用

調査結果は統計的に集計の上、来年度以降の Web 学習コンテンツの作成の参考に  
にする。

要望内容を分析して、今後求められる Web 学習の機能、Web 学習コンテンツの内容を明らかにし、今後の事業に反映させる。

## 6. まとめ

### 6-1. Web 学習コンテンツの作成と内容評価調査を踏まえて

#### 1) 「認知症ケアの質向上に向けた課題と Web 学習コンテンツの可能性について」

「企業は人なり」と最初に言った人が誰かは定かでないが、この「〇〇は人なり」というフレーズはどの業界にも当てはまる言葉として認知されている。それだけ人材育成が困難であると同時に、いかに大切なことか、ということを表しているのだろう。

さて、人材育成についての書籍は数あれど、何をもって人材育成というのか？一般的には「知識・技術の修得によりその企業などの役に立つ人間を育成する」ことといえる。これは、単なる機械的に知識・技術を高めるのではなく、礼儀・マナーなどの社交能力、ひいては総合的な人間力に長けることが必要となる。このことは認知症ケアに携る者にとっても同様である。

人材育成というテーマを思い浮かべたとき、かつてゴルフの帝王と呼ばれたジャック・ニクラウスにインタビューしたアナウンサーの話を思い出す。

ニクラウスは、インタビューの中で“集中力を生むためには何が重要か”と質問された際、『それは努力です。』と答えた。インタビュアーはさらに、二番目には？と聞くと『二番目に必要なのは努力ですよ。』と答え、三番目は？の問いに『三番目は努力ですね。』と言うため、インタビュアーはここであきらめてはならぬと、さらに四番目は何ですか？と四たび問うとニクラウスはこう言った。『それはみなさんが想像もできないような努力です。人が考える二倍も三倍もの努力です。それだけの努力を積み重ねてきたら、そこではじめてどんな人もどんなことに対しても、自信のようなものが芽生えてくるはずですよ。その自信が芽生えたあとに、初めて集中心がやってくるんです。自信という裏づけがあって、初めて集中できるようになるんです。』と言ったという。

とかく、私たちは表面的な知識・技術伝達を人材育成と混同してしまうことが多い。職員教育がシステマチックになればなるほど、落とし穴にはまるケースは多いのではなかろうか。この原因は教育方法を規格化していくことで、規格どおりに行うことが目標に変化してしまうことにある。そのため、知識・技術は充分あるが一人で判断できない職員を養成することになったり、学んだことから逸れた事例に当たると対応できず、そこで目標に向けた解決方法を考えることが出来ないため、投げ出してしまうりする職員が養成されることになる。

しかし、だからといって、職員教育のシステム化はிரらない、とは思わない。

大手ファストフードチェーンの教育については、批判的に挙げられることも多い。

例えば、

客：『ハンバーガー100個ください。』

店員：『お持ち帰りですか？それともこちらでお召し上がりですか？』

などというやり取りは、よく笑い話として語られる。これは論外としても、短期間で最低限のサービスの質を確保することが必要な企業にとって、規格化というのはサービスの基盤づくりには有効な方法である。

問題はその後、サービスの基盤が出来た上に、顧客満足に向かって、いかに個人のスキルを自主的に積み上げられるかである。これがこれからの人材育成に必要な観点と思う。

近年、認知症については様々な機関から情報発信されるようになり、以前に比べると知識的には標準化されつつあると感じる。では実際、その知識がケアに活かされているだろうか。認知症サポーター講座を各地で行って見たとき、家族・農協職員などの市民は、望まれる対応について触れると、「頭では分かっているがなかなか・・・」という人が多い。新人の介護専門職においても同じような感情がある。これは、今回の「Web 学習コンテンツの評価調査」においても改めて感じた。つまり、認知症介護は知識がそのままケアに活かしづらい分野であるということである。これをクリアするには、単なる知識伝達ではなく、心の底から身につけられるような感情伝達が必要になってくるのではないか。

人は講義で感動することはめったにないが、ドラマではありきたりのストーリーであっても感動することは多い。私は、Web 学習コンテンツは講義ではなくドラマを目指すべき、と考える。ドラマの中に知識伝達を入れ込み、感情伝達で知識と心をつなぎ合わせる。表面的な理解だけではなく、もっと心の奥からの理解が出来るようになれば、人は主体的に行動できるようになる。ジャック・ニコラウスは、生まれ持った才能が秀でていたから前人未達の100勝という勝利数を上げたわけではなく、勝つためには何が必要かを人より理解していたからなのである。

この可能性を秘めたWeb 学習コンテンツが、さらに発展し、認知症の人を支える大きな武器になることを願っている。(秋田谷 一 委員)

## 2) 「利用者の視点に立ったケアを考えていくツールとしての活用」

認知症に関する一般の関心は高く、各地で認知症の正しい理解に向けた取り組みがされている。また、認知症の人自身が自らの体験を語る機会も増えてきた。このような取り組みが増えていくことは、望ましいことであり認知症の方が主体的に生活を送る上でも重要なことである。しかし、実は私たち認知症ケアに携わる者は、今までも認知症の方々の声を聞き続けてきたのではないだろうか。「家に帰ります」、「娘(息子)に電話をしてください」、「お風呂には入りません」など、様々な声を身近に聞いていたのだと思う。

だが、それらの多くの声は、「帰宅願望」、「訴えの多い人」、「入浴拒否者」というレッテルで括られ、本質的な理解につながっていなかった面が大きいと思われる。結果的に認知症の症状は、本人の要因として捉えられることも多く、私自身も現場実践者の一人として、その責任を認知症の人自身に転嫁してきた経緯と責任を感じている。

「認知症の行動・心理症状」という専門用語により、レッテルを貼り続けてきたのは、実は私たち専門職と考えることもできる。それは、認知症に対しての理解不足が大きな要因といえるのではないだろうか。

そのような背景から、ケア専門職の反省も含め、認知症の理解と認知症の人の本質的な理解に関する取り組みは進んできたと思われる。この「知ってなるほど塾」も、認知症に関する一般的な啓発活動であるとともに、併せて専門職として正しい理解と、ケアの視点を身につけるためのツールとして検討が進められてきた。

特に認知症ケアに携わる新人スタッフを対象とした、「対応」を目的とした理解ではなく、認知症の人の「言動の背景を理解する」面に視点をおき、自ら考えるという点を重視した。以上のようなコンセプトのもとで委員会が活動し、様々なコンテンツが生まれている。以下、昨年鹿児島県で行われた Web 学習コンテンツの現地調査報告を行う。

平成 19 年 11 月 21 日に、委員として参加している私の所属施設のある鹿児島県鹿屋市のグループホーム協議会で、Web 学習コンテンツの現地調査が行われた。モニターとして参加いただいた方々は、大隅地区認知症グループホーム連絡協議会会員で、スタッフとしての経験が 1~2 年の方々 40 名である。テーマは「女性スタッフに迫るハルオさん」で、性的逸脱行為といわれる言動についてのコンテンツについて行った。

このようなテーマは、現場実践においてはあまり大きく取り扱われることが少ないようだが、実際にスタッフは、特に女性スタッフにおいて悩みを抱えている実態がある。これは、グループホームに限らず、ヘルパーや訪問系のサービスではしばしば、

話題に上がるテーマでもある。それらの多くは、関わりの困難性からサービス担当者の変更や、複数のスタッフによるケアの提供等でその場をしのいでいる実態も多い。

実際のケア場面において、性的逸脱行為といわれる言動へのケアは難しい面があり、スタッフの年齢や経験値もケアを行う上での大きなファクターとして考えられる。実態として、ハルオさんのような利用者は困難事例として取り扱われる場合が多いのではないだろうか。しかし、今回の調査を通して、モニターの方々からは、ハルオさんの人生史からその言動の背景を探る中で、「性的逸脱行為と捉えていた視点から、他者への愛着や自らの寂しさを表現するサインであったのかもしれない」といった実体験に即した意見も聞かれた。

今回のモニター調査では、単に性的な衝動から生まれた言動ではなく、生活背景や喪失感から生まれた要因が大きく関係している可能性が見出せた。そう考えれば、私たちはどのようなケアを提供すべきなのかという次の思考過程が生まれる。「この人は〇〇な人だから、こうすればいい」という関わりではなく、その人の個別性を大切にしたい関わりを考えるような思考プロセスが生まれてくる。ハルオさんの言動そのものについての改善を求めるあまりに、ハルオさんに「性的逸脱行為のある人」というレッテルを貼ってしまえば、その言動の背景を汲み取ろうとする視点は養われない。

なぜなら、そこで行われるアセスメントは、性的逸脱行為を改善あるいは、無くすことを目的とした視点で行われるために、ハルオさんの視点よりもスタッフの視点が優先されるからである。この点が、現在の認知症ケアの陥りやすい認知症高齢者とスタッフのズレを生み出す始まりのような気がする。

このような視点から少しでも脱却して、利用者視点のケアに近づくためのツールとしてこのコンテンツ学習は、事例を基にした学習ツールとして有効であり、Web学習の目指す大きな目的の一つといえよう。モニター参加者からは、実際に事業所でWeb学習のツールを用いた学習の試みや、新人スタッフの教育に活用してみるとの意見もあった。

また、学習後の自己確認テストを行うことで、さらに学習効果は上がることが期待される。事実、1回目と2回目の自己確認テストでは、2回目のテストにおいて理解が進んだ結果を表している。また、理解が進むことで認知症高齢者のBPSDへのケア場面において、スタッフがストレスを感じる割合も減少することが推測される。そのことが不適切なケアを未然に防止することにもつながっていくと考えられる。そのような観点からも、このツールは、認知症ケアにおける、利用者本位のケアの思考を養う手法としても有効であると考えられる。(林田 貴久 委員)

3) 「形式知から暗黙知への橋渡しの可能性として、今後 Web 学習コンテンツに期待されるもの」

#### (1) 認知症ケアの実践と人材育成

介護現場における人材育成は、知識の積み重ね（形式知）と経験の積み重ね（暗黙知）により成り立っているものだと考えるが、介護専門職としての初期の段階においては、知識が乏しいこと、また、知識があっても経験に裏打ちされた実感を伴った“知”となっていないことが問題であり、この両面においての人材育成が必要であろう。

本事業でコンテンツとして最初に提供したものとしては、おもに基本となる知識を整理・集約し Web を媒介にして、広く一般に知ってもらうものであったが、平成 18 年度以降 2 年間で行った内容では、「知識」を一步進めて介護現場での「ものの見方・考え方」について、事例を通して学習することを目指した。上記の内容に照らすと、初期の企画が形式知の積み上げを目指すものであり、昨年度、本年度の事業は視聴者の中にある暗黙知を確認し、視聴者自身で形式知に結びつけるところにねらいがあったものといえる。

知識的なことは、比較的容易に Web を活用して伝えることができるように思われるが、経験を提供することはまったく出来ないであろう。しかし、介護の実践の中では計算式から答えが出るようなものはなく、ケース・バイ・ケースということがほとんどで、最低限、知識として疾患レベルで「認知症がどういうものか」ということがわかっても決まった対応があるわけではない。つまり「このような BPSD にはこのように対応すれば問題解決できる」とはならない。そこで重要なのは、経験を通じて得た「ものの見方・考え方」である。

Web 学習で何らかの経験を積み上げることは、実際には出来ないのだが介護の実践の時に、その実践を振り返るだけのきっかけを提供することは Web でも出来るのではないかと、昨年度からの事業で感じる事ができた。今回のコンテンツの中で、BPSD に対して「これが答えで、このように対応すればよい」といった内容のものはない。しかし、そのときの「認知症の方ご本人の立場を考えてみる」というメッセージが随所で繰り返されている。介護現場では、経験的にこのような内容の「暗黙知」は得ているはずであるから、実践の場面で「ああ、この認知症の方の BPSD は不安が原因なんだな。コンテンツのあの場面に結びついていたのか」などと「気づき」を得ていただけることを委員として願っている。

#### (2) Web 学習コンテンツの活用方法

コンテンツとして「認知症に関する基礎知識」、「事例からの学び」をこれまでに取

り組んだのだが、今後の可能性を委員として提言したい。

- 事例をもとに、Web 上で情報交換や意見交換ができればケアのヒントが得られるかもしれないと思われる。たとえば、掲示板のようなものがあり「この事例について、私はこう考える」といった意見を交換することで、より豊かな「学び」や「気づき」が得られないかと思われる。(この点については昨年度の報告書でも「双方向性」の可能性として提言した。)
- これは作業部会でも話題に上った内容であるが、発展的にはインターネット環境のないところでの活用はコンテンツの有効利用だと考える。一般市民向けの講座に高齢者が参加している場面を良く見かけるが、それらの人々がインターネットを検索して、ホームページから閲覧していることは少ないと思われる。知識的な内容の部分はわかりやすくまとまっていて、アニメーション化されているので、一般市民向けの講座の教材として、コンテンツの内容に合わせたテキストの開発などを行うとさらに可能性は広がるのではないか。
- 今年度までの内容は一般の人も対象にしながら、経験の浅い介護職が主な対象であった。今後さらに、一般の人向けのコンテンツを作成していくのなら、認知症の予防に関する知識を啓発するような内容や、「Q&A」やクイズ形式で認知症のことを解説していくものなど、より平易で関心の集めやすいものが良いのではないかとと思われる。動機付けが「認知症の方のため」の知識向上ばかりでなく「自分になったらどうしよう」と思っている人へ裾野を広げて行くこと可能性があるのではないかと考える。

### (3) これからの課題

この Web 学習の直接的なテーマではないが、介護の現場は以前にもまして状況が厳しくなっている。今、介護の現場を支えているのは、おそらく、ケアする人の意欲が頼りだろう。忙しい現場で燃え尽きそうになっている人が、この Web 学習を通して少しでも問題解決のヒントを得たり、意欲を高めたりしてもらえることが望ましいと考えるが、果たしてそういう人が Web 学習を開くだろうか。視聴するであろう対象者の思いを知り、その人の身になって動機づけを考えることも必要だろう。

今のような厳しい状況だからこそ、ケアする人が開いてみたいと思えるようなコンテンツをどのような形に作り上げて行くかが今後の課題となると考える。

(中西 誠司 委員)

## 6-2. 事例学習ツールとしての Web 学習コンテンツの活用と留意点について

### 1) 「認知症ケアの現任者研修に携わる立場から、Web 学習コンテンツの活用について」

平成 17 年度から本事業に参加し 3 年目になる。今年度は BPSD の理解に関するコンテンツが、新人施設職員向けの研修で視聴され有効性が検証された。Web 学習の委員として、また認知症ケアの現任者研修(指導者養成研修)に携わる立場の者として、Web 学習コンテンツの可能性について考えてみたい。

#### (1) 不十分な認知症ケアの現任者研修

現在、都道府県や政令指定都市が展開している認知症ケアの現任者研修の枠組みとして、現場経験 2 年程度を有する者を対象とした実践者研修(旧基礎課程)、現場経験 5 年程度を有し、介護現場においてリーダー役に相当する者を対象とした実践リーダー研修(旧専門課程)、その上に、上記研修を企画・立案し、講義、演習、実習等を担当することを目的とした指導者養成研修がある。

最も受講生数が多い実践者研修でも、平成 18 年度末までで修了者は 75,000 人程度である。高齢者関係の介護従事者が 100 万人に及ぶことを考えると、働きながら認知症ケアに関して学ぶ研修機会は、数の上でまず不十分であると言わざるをえない。

実践者研修の目的は、平成 15 年度のカリキュラム見直しで、理解・啓発を目指すものから「実践への活用」へと大きく転換された。しかし、修了者が職場外(Off-JT)で学んだことを、職場内で確実にフィードバックし、実践の場で活用できているかどうかは、修了者自身に委ねられている。本人の資質の問題や職場環境の不整備などにより、確実に実践の場で活かされていない場合も考えられる。

#### (2) Web 学習コンテンツの可能性

現任者研修の課題を Web 学習が補うことは可能であろうか。

今年度の Web 学習コンテンツは BPSD に関するものである。これは介護現場で多くの職員が頭を悩ませ、解決の糸口をつかみたいと望んでいると考えられるが、Off-JT の研修で学ぶ機会は少ない。研修に出なくとも個人的に学べる教材として、また、効率よく多くの人に正しい知識を伝達するためのツールとして、本 Web 学習教材は期待できる。その理由として以下の点が考えられるだろう。

①個人で好きな時間に学習することができるため、Off-JT 研修の機会を待たずして必要な知識や考え方を得ることができる。

②本教材は、個別の事例を扱っているが、限定的な対応方法を教授するものではな

い。BPSDにとらわれることなく、様々な視点を持つことの大切さを伝える内容となっているため、学習者が自ら考えることができる。

- ③本教材は映像や音声を用いて多くの情報を伝えているが、一単位は非常にコンパクトにまとまっている。したがって、自ら短時間で学ぶことができるのみならず、教材をもとに短時間の学習会を開催しやすい。

現任者研修として大規模な Off-JT 研修を頻繁に開催することは、実際には不可能に近いため、職場を離れずに少人数・短時間の学習会を持つ方策が必要であろう。本教材を CD-ROM 化して、いつでもどこでも活用できるようにすれば、学習会の短縮が可能になるのではないだろうか。各自が Web 上で予習してきたものをベースにすれば、更に時間短縮を図ることができる。人員不足による現場の負担を少しでも減らすために、本教材が有効に活用されることを期待したい。 (中村 裕子 委員)

## 2) 「認知症介護教育における事例活用の留意点」

本事業は Web によるマルチメディア教材を活用した認知症介護実践家の自己学習の支援を目的に実施されたものである。

作成された Web 学習教材は、介護福祉施設等で頻繁に起こりうる、代表的な認知症高齢者の行動事例を題材として取り上げ、高齢者の心理的な様相を理解することが認知症に伴う行動・心理症状 (BPSD) を根本的に解決する重要な視点であることを強調している。そして高齢者の心理過程を中心にして認知症介護を考えるという観点は、従来から言われているパーソンセンタードケアに通じるものであり、個別ケアという考え方をより実例を通して多くの介護実践家に普及することも視野に入れている。

認知症介護教育における事例は、認知症高齢者の言動や行動が原因疾患のみによって説明されにくく、高齢者自身の備えている特性や、周囲を取り囲む人たちの特性、さらに住居環境、天候や温度、季節などの自然環境など多種多様な要因の影響によって起こりうる類まれな現象であると捉えれば、至極個別的な現象であり、稀少な現象であるという性質上、とても有効な教育題材であり、個別ケアの重要性やケアの基本原則の理解を推進するためには最も適していると考えられる。

反面、多くの事例を使用した教育手法がそうであるように、認知症介護の教育において事例場面を使用した教育の盲点も孕んでいるのが実情である。事例とは、事実とは異なり、一つの例である。つまり、例とはサンプルを意味するものであるから、厳

密に言えば他の事実や例とは細部の状況において異質なはずである。この点を誤解し、事例における状況が確かに代表的であるという意味で他の多くの事実や事例と類似しているがために、現象の構造や、それへの対応方法なども全く同じと理解しステレオタイプ的に方法のみを模倣し、他の現象に意味もなく活用するような失敗を招きやすい。事例には、個別性と一回性という特性があり、個別性とは、同じような行為や状況にみえても、登場する人物の性格や体調、気分などによって行動の理由も違い、天候、場所、時間帯などの環境要件によって異なり、全く同じ事例はないということである。一回性とは同じ条件を揃えて、もう一回同じ事をして、完全には一緒にならないという特性である。つまり、事例は、一回しかない貴重なものであり、やり直しはきかない事を念頭において大事に扱うことが重要である。

事例を活用した教育の重要な点は、事例から学ぶべきものは、表面に見える手法を型どおり学習することよりも、その基本原理を理解し、他の事例へ展開、応用する基礎理論を習得することにこそ意義があると考えられる。今後は一層、認知症介護教育における事例の活用は盛んになると思われるが、まずは教育者側も受講者も事例から学ぶべき事を双方、十分に認識した上で誤用の無いよう運用されることが望ましいだろう。

(阿部 哲也 委員)

### 6-3. 事業内容のまとめ

- 1) 本年度事業として、Web 学習コンテンツを3テーマ12コンテンツ作成し、インターネット上に公開した。その内容は「家に帰りたいがるフユさん」(帰宅願望)、「女性スタッフに迫るハルオさん」(性的逸脱行為)、「殴りかかるナツオさん」(暴力行為)であった。
- 2) 公開したコンテンツの内容については、Web 上のアンケート調査において一定の評価を得た。
- 3) 公開に先立ち実施した介護職員を対象とした学習コンテンツ評価調査においては、コンテンツの内容により結果が異なった。「帰宅願望」視聴群においては統計的に有意な結果を得て、一定の有用性のあることが示唆された。さらに Web 学習コンテンツの有用性を検証するためには、評価尺度の検討と共に、視聴群に対する未視聴群という統制群を設定した2群間比較による検討も必要といえる。
- 4) 新規の Web 学習コンテンツのナレーション原稿と絵コンテが作成された。「本人の生活の理解」というコンセプトのもとで、本人なりの生活適応の力を持っていることを理解し、高齢者を生活の主体者として捉え支援することの必要性を伝える内容のものが作成された。来年度以降に、Web 学習コンテンツに仕上げ、公開していくことが求められる。
- 5) 平成19年度の Web 学習コンテンツの利用状況は、コンテンツの月平均のページ閲覧数が134,908ページであった。これは、本コンテンツを含むホームページである認知症介護情報ネットワーク(DCnet)全体の月平均ページ閲覧数376,599ページの35.8%を占めていた。平成18年度の実績と比較では、Web 学習コンテンツの月平均ページ閲覧数は、1.07倍の増加であり、利用状況の増加が示された。Web 上で活用されていることが示された。
- 6) 本事業の Web 学習コンテンツに内容ならば、提供方法は、インターネットのインフラ整備がさらにすすむにつれて、今後の認知症ケアの啓発、情報提供の手段としてさらに必要性の高まるものであるといえる。一方で、この学習コンテンツを、Web 上だけではなく、CD-ROM 化し映像資料として提供することで、啓発の機会が増えることも期待され、更なる学習コンテンツの有効活用が求められるといえる。

## Ⅱ 認知症高齢者転倒評価尺度検討事業

## 事業要旨

目的：本事業の目的は、介護老人福祉施設ならびに介護老人保健施設にて日常的に生じている転倒・転落事故防止に関する調査ならびに実証研究を実施し、転倒・転落事故の予防指針を示すことである。その一環として、研究代表者（須貝佑一）らが試験的に開発してきた認知症高齢者向け転倒危険予測尺度 FRAT-DESK (Fall Risk Assessment Tool for the Demented Elderly- Sugai-Kobayashi's) の開発ならびに普及を目的とし、平成 18 年度は、尺度の改良及び予測精度の検討を行うことを目的に研究を行った。その結果、病院と比較し、特別養護老人ホーム（以下、特養と略す）と介護老人保健施設（以下、老健と略す）の 2 つの施設種において、判別力が優れていた。そこで平成 19 年度は、特養ならびに老健の入所者に対象を焦点化し、転倒危険予測尺度の精度を高めるため、昨年度と同様の FRAT-DESK で事前に評価し、実際に起こった転倒・転落事故の報告を把握・分析する内容の調査を行い、重みづけした点数(FRAT-DESK06)の確認と評価者間ならびに評価者内信頼性の検討を行った。

方法：調査は a)転倒事故調査ならびに b)評価者間、評価者内信頼性調査の 2 つから構成されている。

### a)転倒事故調査

調査協力施設は、関東、九州地区にある特老 5 施設、老健 4 施設、試験的にグループホーム 1 施設とした。調査は平成 19 年 10 月から 12 月までの 3 か月間行い、①利用者基本情報、②転倒事故報告書の 2 種類の調査表を作成した。利用者基本情報は対象者 1 名につき 1 回、10 月中に記入し、記入日以降 12 月最終日までに起こった転倒事故報告を把握した。調査項目は、①利用者基本情報は、対象者属性、FRAT-DESK、②転倒事故報告は、転倒者属性、報告者職種、転倒事故に関する項目、転倒事故前の予防措置に関する項目、特に今年度は新たに予防措置の内容について詳細に調査した。分析は SPSS ver15.0J を用い、統計学的分析を行った。なお、本研究は平成 19 年度認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会にて承認を受けている。

### b)評価者間・評価者内信頼性の検討

調査協力施設は a)に参加した特養 2 施設、老健 1 施設の計 3 施設とした。入所中の高齢者（以下、評価対象者）3 名について、5 名の評価者にそれぞれ 3 回、2 種類の転倒リスク予測尺度の評価を行った。調査対象者情報は、転倒リスク評価尺度の評価の 1 回目と同日に、評価者 5 名のうちの 1 名が評価を行った。評価者は、評価対象者 3 名に対して 3 回、評価を行った。

**結果:**対象は543名であり、女性が410名(76.8%)であった。認知症のレベルは、高度認知症に該当するCDR3が224名(41.9%)であった。転倒事故件数は146件、転倒者は100名(18.4%)であった。うち3か月で2回以上の転倒事故を起こした複数回転倒者は27名(5.1%)を占めていた。これは昨年度の結果とほぼ同様の結果であった。転倒の有無と各項目との関連では、要介護度、認知症の診断の有無、既往・併存症において骨折の有無、CDR、Katz Indexで有意な関連がみられた( $\chi^2$ 検定;  $p < 0.05$ )。また、FRAT-DESK、昨年度重みづけを行ったFRAT-DESK'06の合計得点でも非転倒群と比較し、転倒群で有意に高い得点がみられていた(t検定;  $p < 0.05$ )。また、同一の被評価者に対する3回の評価は一致する傾向があった一方で、評価者間の得点にはかなりばらつきがみられた。

**まとめ:**昨年度と同様に特養と老健は転倒・転落事故実態に比較的同じ傾向がみられ、施設介護を対象とした枠組みの中でFRAT-DESKを改良していくことは妥当であろう。また少数ではあるが、グループホームの調査を行ったことで、やはり施設とは異なる傾向も明らかになった。FRAT-DESK'06の得点の重み付けに関しては、昨年度と比較して、ややあてはまりが悪くなっていた。しかし、今後の分析によって、よりよい重み付け得点が算出され、更に精度の高い尺度にする方向性はみられたと考えられる。また、今年度は新たに事故前の予防措置の種類ならびに評価者間・評価者内の信頼性を検討した。事故前の予防措置の種類に関しては、施設によって多様な予防措置がとられていることが明らかになった。これまで施設によってどのような予防措置がとられていたかという実態の資料は乏しく、貴重なデータを得ることができた。評価の信頼性に関しては、再現性は保証されることが示唆されたが、評価者間でばらつきがみられていることから、今後要因の検討を進める必要がある。

**研究の成果:**対象を焦点化した評価尺度の試用によってFRAT-DESKが認知症高齢者の転倒リスクをあらかじめ正確に予測できることが立証された。信頼性と妥当性の検討からどの職種でも使いやすく、転倒のリスクを判別しやすいものであることも示唆された。現場ですぐに使える汎用性のある尺度であると考えている。今後はこの尺度の一般化と普及をはかるとともに、転倒リスクを把握できた後の対応のプロセスを標準化し、実際の転倒防止のプランに結びつけていくことが求められる。

なおFRAT-DESKの普及啓発のために、尺度表とそのマニュアルを、認知症介護情報ネットワーク上に掲載した。

## 1. 目的

本事業の目的は、転倒・転落事故防止に関する調査ならびに実証研究を実施し、転倒・転落事故の予防指針を示すことである。平成18年度は、研究代表者（須貝佑一）らが開発してきた認知症高齢者の転倒危険予測尺度 FRAT-DESK (Fall Risk Assessment Tool for the Demented Elderly- Sugai-Kobayashi's) の改良及び予測精度の検討を行うことを目的に研究を行った。その結果、病院と比較し、特別養護老人ホーム（以下、特養と略す）と介護老人保健施設（以下、老健と略す）の2つの施設種において、判別力が優れていた。また、点数の重みづけやカットオフポイントも検討した。そこで平成19年度は、特養ならびに老健の入所者として、さらに対象を焦点化し、転倒危険予測尺度の精度を高めるため、昨年度と同様の FRAT-DESK で事前に評価し、実際に起こった転倒・転落事故の報告を把握・分析する内容の調査を行い、重みづけした点数の確認と評価者間ならびに評価者内信頼性の検討を行った。

FRAT-DESK 開発の概略を述べる。FRAT-DESK は、病院や長期療養施設に入院・入所している認知症高齢者の転倒・転落のリスクマネジメント研究の一環として、平成14年度から須貝・小林らが開発に取り組んできた認知症高齢者用転倒危険予測尺度である。開発当初の FRAT-DESK はそれぞれ3段階のチェック項目を持つ7つの質問で構成され、7点から21点の得点範囲であった。平成16年度までの試用による研究成果から、低リスク群、中リスク群、高リスク群にわけた場合、低リスク群が転びにくいということ、回復期病棟より特別養護老人ホームの認知症専用フロアの方のあてはまりが良いこと、などが明らかになったが、課題として多重転倒の把握の方法などを工夫し、対象者数を増やして調査を行う必要性があった。

なお、今回は、昨年度と同様に、過去の転倒経験として過去3ヶ月間の転倒経験を問う質問を付加し、8項目の FRAT-DESK を使用した（資料1参照）。

## 2. 方 法

調査は a)転倒事故調査ならびに b)評価者間、評価者内信頼性調査の2つから構成されている。

### a) 転倒事故調査

#### 1) 調査対象

調査協力施設の概要は表 1-1 (調査対象施設の概要) のとおりであった。今年度は、一般化を目指すため、これまで対象としていた関東地方だけではなく、九州地方の施設にも協力を依頼し実施した。またグループホーム(GH)も新たに調査対象とした。

表1-1 調査対象施設の概要

施設種類	表記	エリア	利用者定員	調査協力単位	調査母数	転倒件数		
						10月	11月	12月
特養	特養A	関東	242	認知症フロア	36	7	8	7
	特養B	関東	150	認知症フロア	21	0	1	0
	特養C	関東	207	認知症フロア	35	1	10	4
	特養D	関東	100	施設全数	98	4	9	11
	特養E	九州	125	施設全数	109	1	4	0
老健	老健A	関東	100	施設全数	87	5	4	6
	老健B	関東	97	認知症フロア	23	3	0	0
	老健C	関東	107	施設全数	45	2	3	10
	老健D	九州	80	施設全数	80	0	25	19
GH	GH	九州	9	施設全数	9	0	2	0
					543	23	66	57

#### 2) 調査期間および調査日程

平成 19 年 10 月～12 月

#### 3) 調査方法

##### ア. 調査項目

調査は ①利用者基本情報、②転倒事故報告書の2種類の調査票を作成し、それぞれ以下の項目について情報収集した。なお、多重転倒者を把握するため、利用者の基本情報を複数組み合わせた ID を作成し、転倒事故報告書の中の同一人物による転倒を把握した。

##### (1)利用者基本情報

施設名、利用者イニシャル、性別、生年月日、年齢、入所日、要介護度、認知症の診断の有無、既往・併存症名、FRAT-DESK, Clinical Dementia Rating (CDR), Katz Index

## (2) 転倒事故報告

### ① 転倒者に関する項目

施設名, 利用者イニシャル, 性別, 生年月日, 年齢, 入所日

### ② 報告者に関する項目

職種

### ③ 転倒事故に関する項目

転倒場所, 発見状況, 傷害の有無, 傷害の部位・種類, 事故後の対応

### ④ 事故前の対応に関する項目

転倒・転落の予防措置の有無, 事故前予防措置の種類

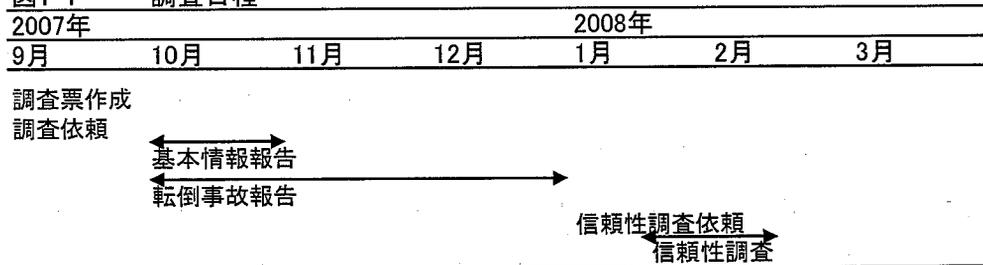
### ⑤ 記入者に関する項目

記入日, 職種

## イ. 調査方法

調査日程は図 1-1 に示すとおりであった。利用者基本情報は、各施設 1 名の調査担当者に記入を依頼した。転倒事故報告書は、各施設のインシデントレポート作成の手順に則り、転倒事故を把握した人が報告することを原則とした。基本情報は対象者 1 名につき 1 回、10 月中に記入し、記入日以降 12 月最終日までに起こった転倒事故報告を把握した。

図 1-1 調査日程



## ウ. データベースの作成及び分析方法

データベースの作成は、利用者基本情報および転倒事故報告はそれぞれ作成した入力マニュアルに従ってコード化し、ID を付けて入力を行った。

分析は、施設別ならびに施設種類別記述統計量を算出、FRAT-DESK の昨年度との比較、施設種類別の傾向の把握を行った。FRAT-DESK における昨年度との比較は、重み付けを行う前の FRAT-DESK の今年度における曲線下面積を算出し、昨年度結

果と比較した。また、施設種類別の傾向の把握は、施設種類別（老健，特養）において、昨年度算出し、点数の重みづけを行った FRAT-DESK'06 の質問項目を用いて曲線下面積を算出し、昨年度結果と比較した。分析ソフトは SPSS 15.0J を使用した。

## b) 評価者間，評価者内信頼性の検証

### 1) 調査対象

調査協力施設は表 1-1 にある特養 A，特養 E，老健 D に協力を依頼し行った。

### 2) 調査期間および調査日程

平成 20 年 1 月～2 月

### 3) 調査方法

#### ア. 調査項目

調査は、調査対象者情報，転倒リスク評価尺度の 2 シートを用意した。以下にそれぞれのシートの調査項目を示した。

#### (1)調査対象者情報

評価対象者の属性(施設名，利用者イニシャル，性別，生年月日，年齢，入所日，要介護度，認知症の診断の有無，既往・併存症名)，認知機能(CDR)，身体機能(Katz Index)。

#### (2)転倒リスク評価尺度

#### FRAT-DESK

#### イ. 調査方法

調査日程は図 1-1 に示すとおりであった。

入所中の高齢者（以下，評価対象者）3 名について，5 名の評価者がそれぞれ 3 回，FRAT-DESK を用いて評価を行った。なお，今後の本尺度の使用者を念頭に置き，評価者は半数以上を介護福祉職とした。調査対象者情報の記入は，転倒リスク評価尺度の評価の 1 回目と同日に，評価者 5 名のうちの 1 名が行った。転倒リスク評価尺度の評価は，各評価者が評価対象者 3 名に対してそれぞれ 3 回ずつ行った。なお，1 回目の評価日のみ評価者 5 名とも同日に行うよう，2 回目と 3 回目の評価日はそれぞれの次およびその次の勤務日に行うよう依頼した。間隔を大きくあけない理由として，調査日が評価者によって異なる可能性があり，また評価対象者を高齢者としていることから，大きな身体・精神状態の変化を避けるためである。

### ウ. データベースの作成及び分析方法

分析は、施設別に記述統計量を算出した。一被評価者あたり3回評定した平均値を評価者ごとに算出し、さらに評価者間の平均値を算出した。分析ソフトはSPSS 15.0Jを使用した。

## 3. 結果

### 1) 転倒事故調査

#### ア. 施設別記述統計の概要

##### (1) 基本情報

表 1-1-2 から 1-1-8 は利用者基本情報の属性について施設別に集計した結果である。なお、GH は、1 施設のみであり、施設種類別の集計結果で示し、ここでは除外した。

表 1-1-2 施設別基本情報: 性別, 年齢

	全体		関東 特養									
			A		B		C		D			
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%		
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0		
性別												
男性	124	23.2	5	13.9	4	19.0	4	11.4	24	24.5		
女性	410	76.8	31	86.1	17	81.0	31	88.6	74	75.5		
年齢												
65歳未満	14	2.6	3	8.3	0	0.0	1	2.9	2	2.0		
65歳以上75歳未満	56	10.5	3	8.3	2	9.5	2	5.7	11	11.2		
75歳以上85歳未満	184	34.5	17	47.2	7	33.3	9	25.7	33	33.7		
85歳以上	280	52.4	13	36.1	12	57.1	23	65.7	52	53.1		
			関東 老健				九州 特養 老健					
			A		B		C		E		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数			87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
性別												
男性			22	25.3	3	13.0	14	31.1	26	23.9	22	27.5
女性			65	74.7	20	87.0	31	68.9	83	76.1	58	72.5
年齢												
65歳未満			5	5.7	0	0.0	1	2.2	1	0.9	1	1.3
65歳以上75歳未満			5	5.7	2	8.7	8	17.8	13	11.9	10	12.5
75歳以上85歳未満			26	29.9	10	43.5	14	31.1	36	33.0	32	40.0
85歳以上			51	58.6	11	47.8	22	48.9	59	54.1	37	46.3

性別は、どの施設も女性が約70%以上を占めていた。年齢は、80%以上が75歳以上の後期高齢者で占めた。また、施設によってばらつきはあるものの、ほとんどの施設で85歳以上の高齢者が約半数を占めていた(表 1-1-2)。

表 1-1-3 は、要介護度は、全ての対象者が介護保険利用者であったため、介護認定を受けていた。「要支援」に該当するものはいなかった。施設によってばらつきはあるが、本調査の対象が認知症専用フロアに限定している施設は、対象者が要介護3から4が多く占めていた。一方、全施設利用者を対象とした施設は要介護3から5までに該当している者が多く占める傾向がみられた。

表1-1-3 施設別基本情報:要介護度

	全体		関東 特養									
			A		B		C		D			
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%		
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0		
要介護度												
要支援1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
要支援2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
要介護1	12	2.2	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4	4.1		
要介護2	61	11.4	2	5.6	1.0	4.8	4.0	11.4	12	12.2		
要介護3	134	25.1	13	36.1	12.0	57.1	11.0	31.4	15	15.3		
要介護4	181	33.9	15	41.7	8.0	38.1	16.0	45.7	30	30.6		
要介護5	133	24.9	6	16.7	0.0	0.0	4.0	11.4	37	37.8		
受けていない	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
無回答	13	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			関東 老健				九州 特養 老健					
			A		B		C		E		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数			87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
要介護度												
要支援1			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
要支援2			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
要介護1			4	0.7	1	4.3	0	0.0	1	0.9	2	2.5
要介護2			13	14.9	3	13.0	7	15.6	5	4.6	14	17.5
要介護3			26	29.9	10	43.5	9	20.0	19	17.4	19	23.8
要介護4			26	29.9	5	21.7	19	42.2	34	31.2	28	35.0
要介護5			18	20.7	1	4.3	10	22.2	44	40.4	13	16.3
受けていない			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
無回答			0	0.0	3	13.0	0	0.0	6	5.5	4	5.0

表1-1-4 施設別基本情報：認知症診断、既往・併存症の有無

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
認知症診断の有無										
あり	397	74.3	36	100.0	20	95.2	35	100.0	37	37.8
なし	128	24.0	0	0.0	1	4.8	0	0.0	61	62.2
既往・併存症										
あり	509	95.4	35	97.2	12	57.1	28	80.0	98	100.0
脳血管疾患	222	41.6	5	13.9	2	9.5	6	17.1	63	64.3
心疾患	79	14.8	5	13.9	2	9.5	6	17.1	23	23.5
高血圧	188	35.2	14	38.9	3	14.3	12	34.3	43	43.9
糖尿病	63	11.8	1	2.8	2	9.5	4	11.4	15	15.3
白内障	30	5.6	10	27.8	1	4.8	0	0.0	14	14.3
パーキンソン病・症候群	39	7.3	1	2.8	0	0.0	2	5.7	10	10.2
起立性低血圧	6	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.1
うつ病	27	5.1	1	2.8	1	4.8	0	0.0	10	10.2
骨粗鬆症	51	9.6	3	8.3	2	9.5	6	17.1	12	12.2
悪性新生物	18	3.4	4	11.1	0	0.0	1	2.9	2	2.0
肺炎	15	2.8	2	5.6	0	0.0	1	2.9	0	0.0
骨折	97	18.2	6	16.7	0	0.0	4	11.4	2	2.0
その他	206	38.6	21	58.3	4	19.0	7	20.0	50	51.0
			関東				九州			
			老健		C		特養		老健	
			A	B	C	列%	E	列%	D	列%
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
認知症診断の有無										
あり	73	83.9	18	78.3	27	60.0	100	91.7	51	63.8
なし	14	16.1	5	21.7	18	40.0	9	8.3	29	36.3
既往・併存症										
あり	87	100.0	21	91.3	40	88.9	109	100.0	79	98.8
脳血管疾患	47	54.0	9	39.1	16	35.6	27	24.8	47	58.8
心疾患	18	20.7	1	4.3	8	17.8	6	5.5	10	12.5
高血圧	44	50.6	10	43.5	18	40.0	16	14.7	28	35.0
糖尿病	15	17.2	4	17.4	4	8.9	6	5.5	12	15.0
白内障	1	1.1	1	4.3	0	0.0	1	0.9	2	2.5
パーキンソン病・症候群	7	8.0	0	0.0	3	6.7	5	4.6	11	13.8
起立性低血圧	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.8
うつ病	8	9.2	0	0.0	1	2.2	0	0.0	6	7.5
骨粗鬆症	7	8.0	1	4.3	1	2.2	7	6.4	12	15.0
悪性新生物	5	5.7	0	0.0	1	2.2	3	2.8	2	2.5
肺炎	4	4.6	1	4.3	1	2.2	3	2.8	3	3.8
骨折	35	40.2	3	13.0	8	17.8	12	11.0	27	33.8
その他	45	51.7	7	30.4	13	28.9	34	31.2	25	31.3

表 1-1-4 においては、認知症診断の有無と既往・併存症の有無について示した。認知症の診断をされている対象者は全体の7割を占めていた。施設別でみると、認知症専用フロアはほぼ全員が該当していることは当然であるが、全施設利用者を対象とし

ている施設でもばらつきはあるものの半数以上を占めているところが多く、施設によっては8から9割を占めているところもあった。また、入所にあたっては認知症の診断の有無が必須ではなく、認知症の診断を受ける機会がなかった利用者や入所後に発症した認知症、加齢による認知機能の低下がある者も含まれていると考えられ、これは表1-1-5のCDRの結果とあわせて検討する必要があると考えられる。

既往・併存症は、施設によってばらつきはみられるが、一部の施設を除き、90%以上に既往・併存症がみられていた。特に調査対象者が多い施設では、昨年度と同様に、概して同じ傾向であった。

表1-1-5 施設別基本情報:CDR

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
CDR										
0:認知症なし	11	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.0
0.5:認知症の疑い	60	11.2	5	13.9	1	4.8	2	5.7	20	20.4
1:軽度認知症	85	15.9	10	27.8	1	4.8	2	5.7	22	22.4
2:中等度認知症	141	26.4	6	16.7	13	61.9	12	34.3	14	14.3
3:高度認知症	224	41.9	15	41.7	6	28.6	19	54.3	40	40.8
欠損	13	2.4	—	—	—	—	—	—	—	—

	関東 老健						九州 特養 老健			
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
CDR										
0:認知症なし	3	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	7.5
0.5:認知症の疑い	12	13.8	0	0.0	2	4.4	4	3.7	14	17.5
1:軽度認知症	13	14.9	8	34.8	3	6.7	13	11.9	13	16.3
2:中等度認知症	20	23.0	11	47.8	9	20.0	41	37.6	15	18.8
3:高度認知症	39	44.8	4	17.4	31	68.9	50	45.9	20	25.0
欠損	—	—	—	—	—	—	1	0.9	12	15.0

表1-1-5は認知症の重症度を評価するCDR（Clinical Dementia Rating）の評価の結果分布である。

この評価では「認知症なし」に該当した対象者の施設は老健の方が若干多いが、全体をみると2%を占めているに過ぎず、表1-1-4の結果から認知症の診断を受けていなくとも、ほぼ全員の対象者が少なからず認知障害がみられていると考えられる。また、施設によってばらつきがあるものの、どの施設も対象者の半数以上は、「中等度認知症」または「高度認知症」に分類されていた。

表1-1-6 施設別基本情報:Katz Index

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	533	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
Katz Index										
A	38	7.1	4	11.1	1	4.8	3	8.6	6	6.1
B	26	4.9	0	0.0	1	4.8	1	2.9	3	3.1
C	26	4.9	1	2.8	1	4.8	3	8.6	6	6.1
D	16	3.0	2	5.6	0	0.0	2	5.7	1	1.0
E	48	9.0	3	8.3	7	33.3	4	11.4	9	9.2
F	134	25.1	1	2.8	3	14.3	9	25.7	25	25.5
G	189	35.5	16	44.4	6	28.6	8	22.9	43	43.9
その他	54	10.1	9	33.3	2	9.5	5	14.3	5	5.1
欠損	2	0.4	—	—	—	—	—	—	—	—

	関東 老健						九州 特養 老健			
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
Katz Index										
A	5	5.7	3	13.0	2	4.4	0	0.0	14	17.5
B	8	9.2	3	13.0	3	6.7	1	0.9	6	7.5
C	9	10.3	3	13.0	2	4.4	1	0.9	0	0.0
D	8	9.2	2	8.7	0	0.0	1	0.9	0	0.0
E	9	10.3	1	4.3	11	24.4	1	0.9	3	3.8
F	21	24.1	7	30.4	10	22.2	37	33.9	21	26.3
G	22	25.3	1	4.3	14	31.1	60	55.0	19	23.8
その他	4	4.6	3	13.0	3	6.7	6	5.5	17	21.3
欠損	1	1.1	—	—	—	—	2	1.8	—	—

註:

- A: 食事, 排泄コントロール, 移乗, トイレへの移動, 更衣, 入浴に関して自立している
- B: 上述の機能の1つを除くすべてに自立している
- C: 入浴とそれ以外の1つの機能を除いて自立している
- D: 入浴, 更衣, それ以外の1つの機能を除いて自立している
- E: 入浴, 更衣, トイレへの移動, それ以外の1つの機能を除いて自立している
- F: 入浴, 更衣, トイレへの移動, 移乗, それ以外の1つの機能を除いて自立している
- G: 6つのすべての機能に関して他者に依存している。
- その他: 少なくとも2つ以上の機能に関して他者に依存しているが, C,D,E,Fに分類されないもの

表1-1-6に示したKatz Indexは、日常生活動作（ADL）の自立状況を示す指標である。自立度は施設によってばらつきがあり、0～17.5%と幅があった。各施設とも、F、GとADLの自立度が低い割合がそれぞれ約半数を占めていた。

表1-1-7 施設別基本情報:FRAT-DESK

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
質問1(n=531)										
1	126	23.7	3	8.3	3	14.3	3	8.6	31	31.6
2	134	25.2	12	33.3	4	19.0	12	34.3	29	29.6
3	271	51.0	21	58.3	14	66.7	20	57.1	38	38.8
質問2(n=533)										
1	183	34.3	14	38.9	2	9.5	3	8.6	47	48.0
2	239	44.8	11	30.6	13	61.9	30	85.7	33	33.7
3	111	20.8	11	30.6	6	28.6	2	5.7	18	18.4
質問3(n=532)										
1	212	39.8	8	22.2	12	57.1	17	48.6	35	35.7
2	153	28.8	15	41.7	5	23.8	1	2.9	32	32.7
3	167	31.4	13	36.1	4	19.0	17	48.6	31	31.6
質問4(n=531)										
1	225	42.4	1	2.8	0	0.0	0	0.0	55	56.1
2	64	12.1	14	38.9	5	23.8	12	34.3	11	11.2
3	242	45.6	21	58.3	16	76.2	23	65.7	32	32.7
質問5(n=527)										
1	340	64.5	19	54.3	14	66.7	20	57.1	61	62.9
2	156	29.6	10	28.6	7	33.3	10	28.6	28	28.9
3	31	5.9	6	17.1	0	0.0	5	14.3	8	8.2
質問6(n=533)										
1	232	43.5	17	47.2	15	71.4	26	74.3	78	79.6
2	155	29.1	8	22.2	4	19.0	6	17.1	10	10.2
3	146	27.4	11	30.6	2	9.5	3	8.6	10	10.2
質問7(n=532)										
1	476	89.5	29	80.6	20	95.2	27	77.1	91	92.9
2	41	7.7	5	13.9	0	0.0	7	20.0	5	5.1
3	15	2.8	2	5.6	1	4.8	1	2.9	2	2.0
質問8(n=532)										
1	436	82.0	23	63.9	17	81.0	23	67.6	82	83.7
2	54	10.2	7	19.4	2	9.5	7	20.6	9	9.2
3	42	7.9	6	16.7	2	9.5	4	11.8	7	7.1

表1-1-7(2) 施設別基本情報:FRAT-DESK

	関東						九州			
	老健						特養		老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
質問1(n=531)										
1	26	30.2	9	39.1	3	6.7	21	19.6	27	33.8
2	13	15.1	7	30.4	16	35.6	18	16.8	23	28.8
3	47	54.7	7	30.4	26	57.8	68	63.6	30	37.5
質問2(n=533)										
1	42	48.3	5	27.1	4	8.9	21	19.4	45	56.3
2	35	40.2	17	73.9	26	57.8	48	44.4	26	32.5
3	10	11.5	1	4.3	15	33.3	39	36.1	9	11.3
質問3(n=532)										
1	34	39.5	5	21.7	15	33.3	41	38.0	45	56.3
2	39	45.3	15	65.2	18	40.0	8	7.4	20	25.0
3	13	15.1	3	13.0	12	26.7	59	54.6	15	18.8
質問4(n=531)										
1	33	37.9	3	13.0	19	42.2	91	85.8	23	28.8
2	8	9.2	0	0.0	11	24.4	0	0.0	3	3.8
3	46	52.9	20	87.0	15	33.3	15	14.2	54	67.5
質問5(n=527)										
1	62	71.3	11	52.4	30	68.2	60	55.6	63	79.7
2	20	23.0	10	47.6	9	20.5	48	44.4	14	17.7
3	5	5.7	0	0.0	5	11.4	0	0.0	2	2.5
質問6(n=533)										
1	47	54.0	0	0.0	3	6.7	21	19.4	25	31.3
2	16	18.4	4	17.4	5	11.1	86	79.6	16	20.0
3	24	27.6	19	82.6	37	82.2	1	0.9	39	48.8
質問7(n=532)										
1	77	88.5	15	65.2	42	95.5	108	100.0	67	83.8
2	8	9.2	7	30.4	0	0.0	0	0.0	9	11.3
3	2	2.3	1	4.3	2	4.5	0	0.0	4	5.0
質問8(n=532)										
1	71	81.6	10	43.5	41	93.2	106	98.1	62	77.5
2	11	12.6	7	30.4	1	2.3	2	1.9	8	10.0
3	5	5.7	6	26.1	2	4.5	0	0.0	10	12.5

表1-1-8 施設別基本情報：記入者職種内訳

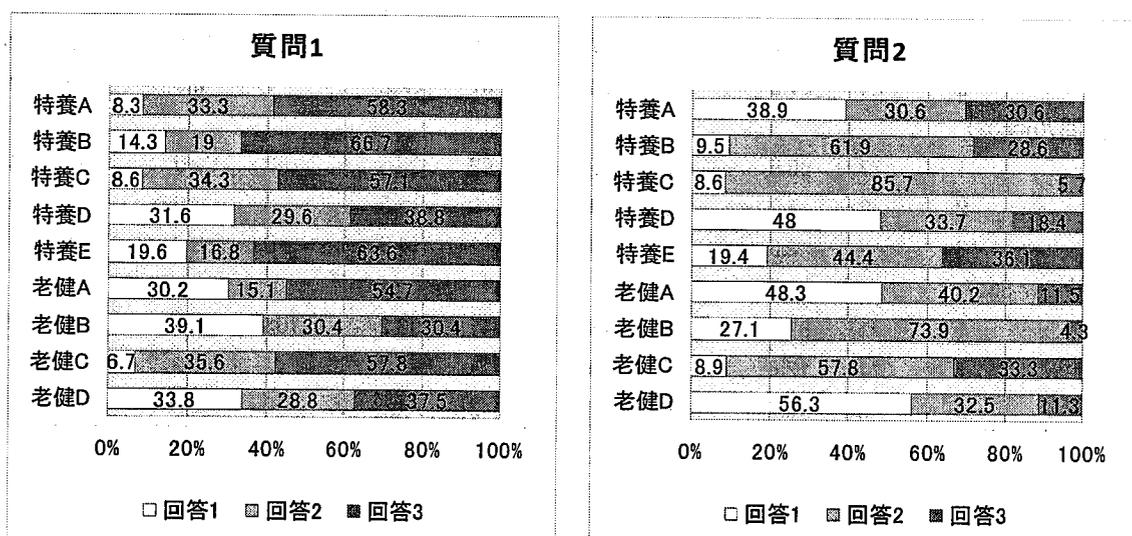
	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
記入者職種										
看護師	79	14.8	0	0.0	0	0.0	5	14.3	0	0.0
ケアワーカー	355	66.5	36	100.0	21	100.0	30	85.7	98	100.0
理学療法士	13	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
作業療法士	53	9.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	29	5.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
未記入	5	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-

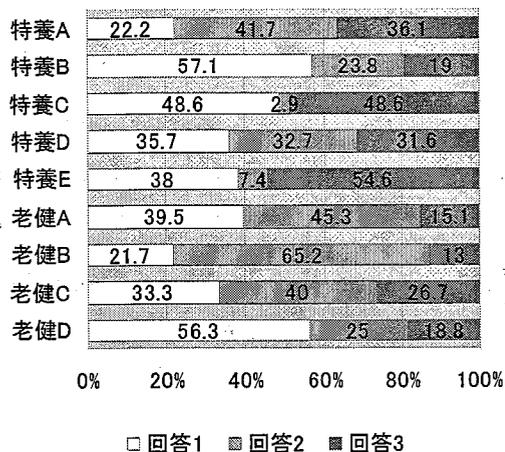
	関東 老健						九州			
	A		B		C		特養 E		老健 D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
記入者職種										
看護師	44	50.6	10	43.5	20	44.4	0	0.0	0	0.0
ケアワーカー	43	49.4	0	0.0	25	55.6	75	68.5	27	33.8
理学療法士	0	0.0	13	56.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
作業療法士	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	66.3
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	26.6	0	0.0
未記入	-	-	-	-	-	-	5	4.6	-	-

利用者基本情報の記入者はケアワーカーまたは看護師が多かった。それ以外の職種では理学療法士や作業療法士が看護師やケアワーカーとともに記入を行った施設もあった。その他に該当した職種は、社会福祉士が最も多く、社会福祉士の資格を生かした業務につきながら、ケアワークも行っていた（表 1-1-8）。

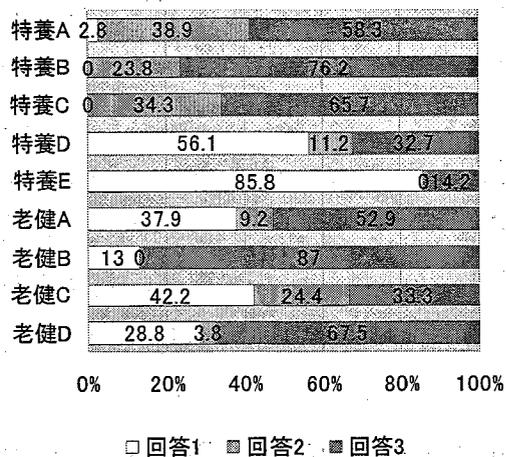
図 1-2 FRAT-DESK の各項目における回答割合の施設間比較



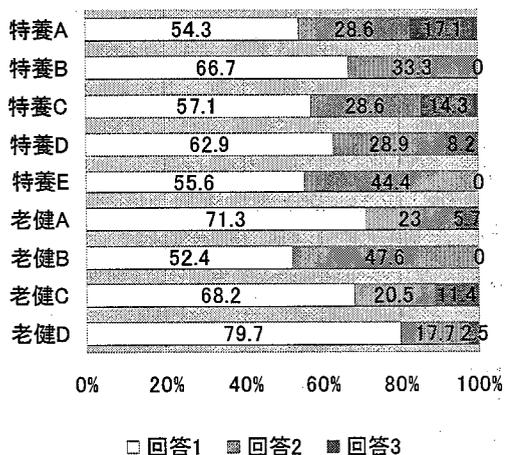
### 質問3



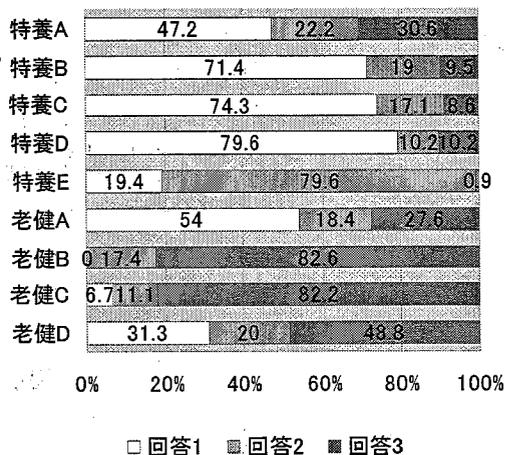
### 質問4



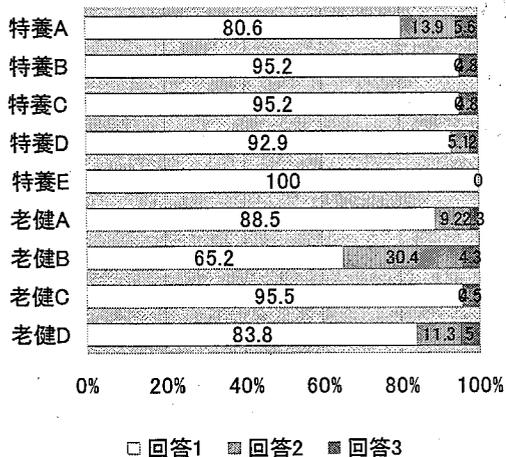
### 質問5



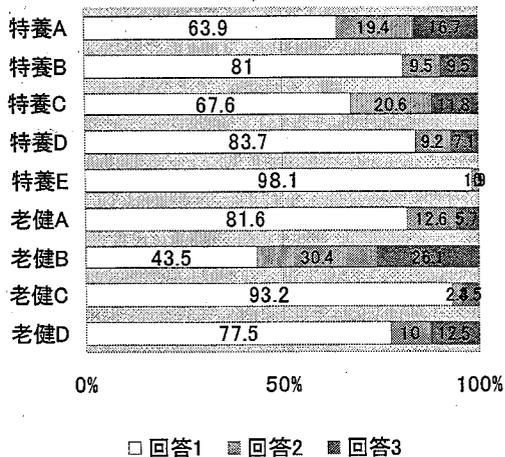
### 質問6



### 質問7



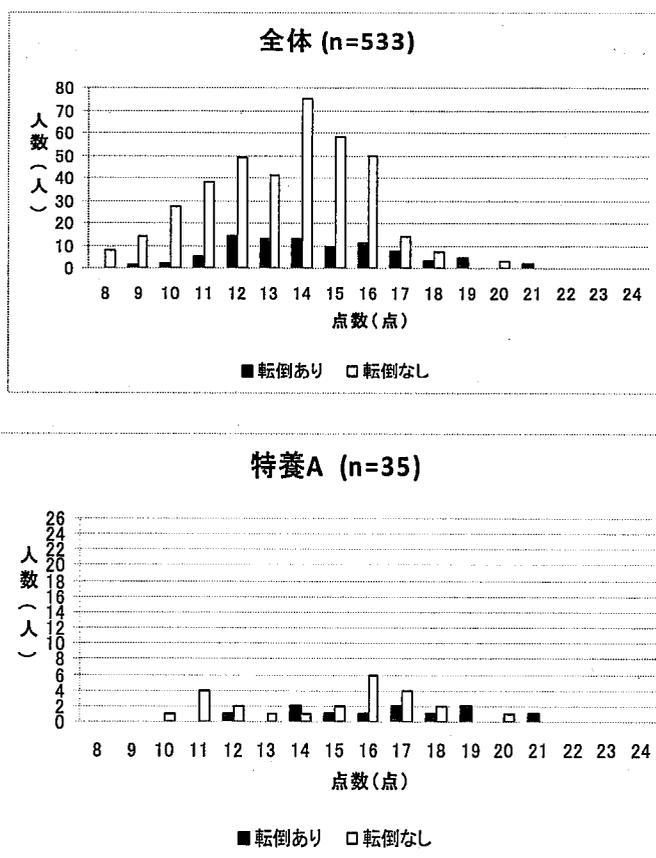
### 質問8

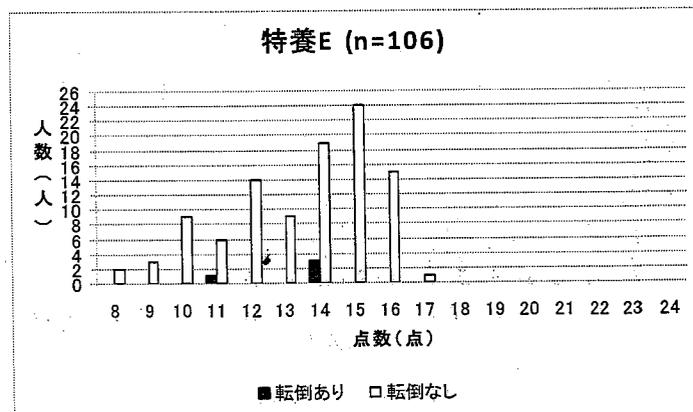
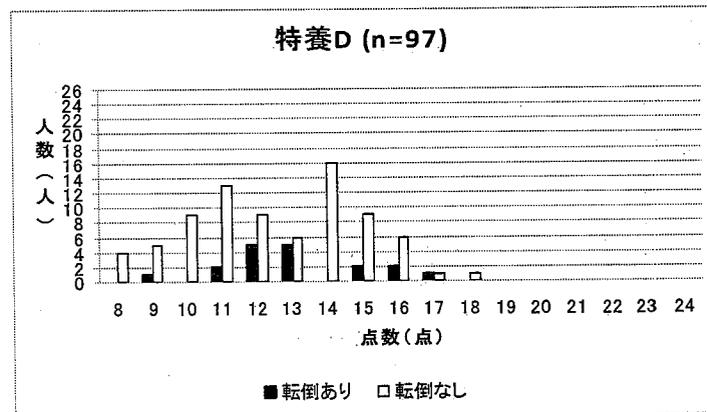
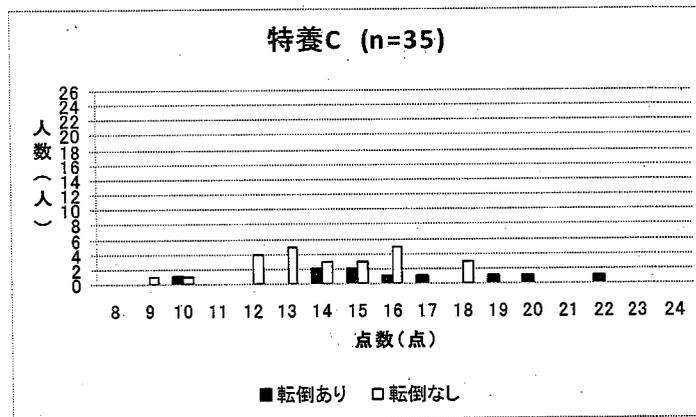
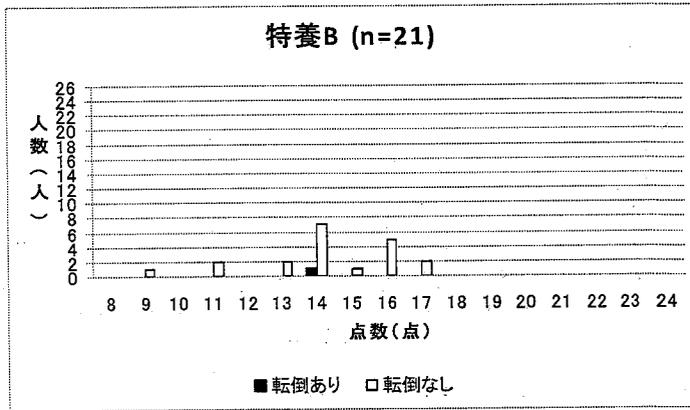


施設別に FRAT-DESK の各質問に対する回答分布を 100% グラフにし、施設間の比較を行った (図 1-2)。各質問ならびに回答は添付資料を参照されたい。

質問 1 から 4, 質問 6 は施設間によって大きく差があった。質問 5 は服薬に関する設問であるが、対象施設が特養または老健であるため、大きな差はみられておらず、服薬をしていない者がどの施設も半数以上を占めていた。しかし抗精神病薬または睡眠導入剤を内服している対象者がどの施設でも 2~3 割を占めていた。質問 7, 8 は転倒経験に関する設問であり、転倒経験のある者は概ね 2 割を占めていたが、老健 B では、転倒経験者の方が転倒経験のない者よりも多く、半数以上占めていた。

図 1-3 転倒有無別の FRAT-DESK の合計得点分布





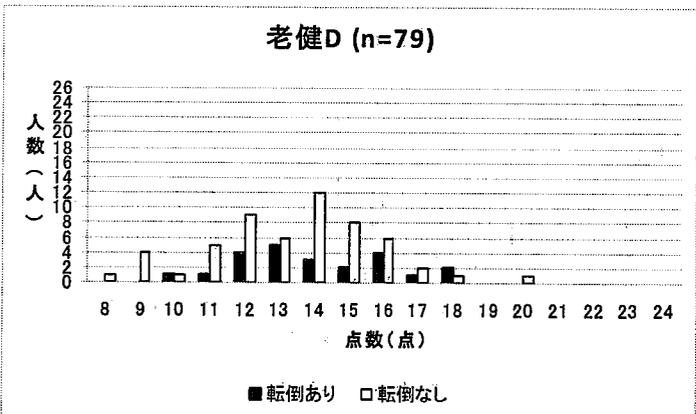
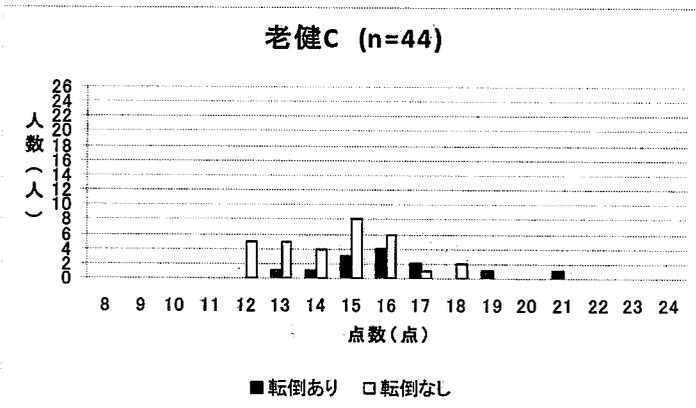
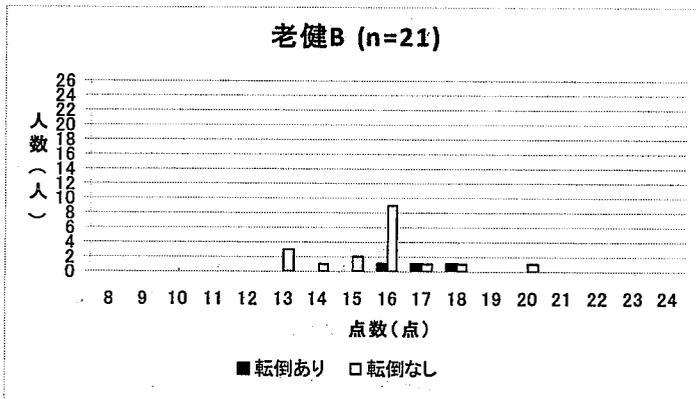
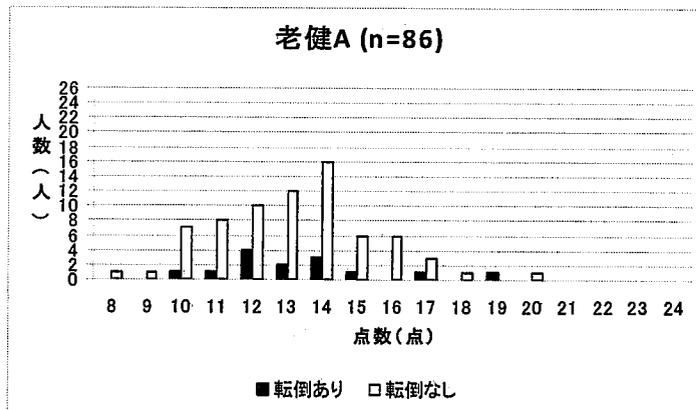


図 1-3 は、各施設の転倒有無別の FRAT-DESK の合計得点の分布を示したものである。点数の重み付けが行われる前の合計得点である。

## (2) 転倒事故報告

表 1-1-9 から表 1-1-26 は、転倒事故報告より施設毎に調査項目を集計した結果である。性別、年齢などの対象者属性は転倒者数を母数とし、転倒事故に関する項目は転倒件数や転倒者数を母数として集計した。

全転倒者は GH を除いて 98 件であった。施設毎の転倒割合は 3.7～30.6% であり施設によって差がみられた。平均転倒率は 19.3% であった。昨年度調査では施設毎の転倒割合が 10～30% の差であり、平均転倒率も 20% 弱であったことから、傾向は概ね昨年度と同じであると考えられる。転倒回数 2 回以上（以下、複数回転倒者）は、昨年度と同様の割合であるが、施設によっては全く該当する者がいない施設と、一方で転倒者のうち半数近くを占める施設のように差がみられた。転倒回数は最大で 3 か月間の調査期間内で 1 名につき 8 回が最大であった。なお、転倒者の内訳は表 1-1-9、1-1-10 に示した通りである。

表 1-1-9 施設別転倒事故報告・転倒の有無

施設別	サンプル数		転倒なし		転倒あり		転倒あり			
	度数	行 %	度数	行 %	度数	行 %	転倒回数 1 回		転倒回数 2 回以上	
	度数	行 %	度数	行 %	度数	行 %	度数	行 %	度数	行 %
特養 A	36	100.0	25	69.4	11	30.6	6	16.7	5	13.9
特養 B	21	100.0	20	95.2	1	4.8	1	4.8	0	0.0
特養 C	35	100.0	25	71.4	10	28.6	5	14.3	5	14.3
特養 D	98	100.0	80	81.6	18	18.4	13	13.3	5	5.1
特養 E	109	100.0	105	96.3	4	3.7	3	2.8	1	0.9
老健 A	87	100.0	73	83.9	14	16.1	13	14.9	1	1.1
老健 B	23	100.0	20	87.0	3	13.0	3	13.0	0	0.0
老健 C	45	100.0	32	71.1	13	28.9	12	26.7	1	2.2
老健 D	80	100.0	56	70.0	24	30.0	15	18.8	9	11.3
計	534	100.0	436	81.6	98	18.4	71	13.3	27	5.1

表1-1-10 施設別転倒事故報告:転倒回数内訳

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	534	100.0	36	100.0	21	100.0	35	100.0	98	100.0
なし	436	81.6	25	69.4	20	95.2	25	71.4	80	81.6
1回	71	13.3	6	16.7	1	4.8	5	14.3	13	13.3
2回	19	3.6	2	5.6	0	0.0	5	14.3	4	4.1
3回	3	0.6	1	2.8	0	0.0	0	0.0	1	1.0
4回	2	0.4	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5回	2	0.4	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8回	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	87	100.0	23	100.0	45	100.0	109	100.0	80	100.0
なし	73	83.9	20	87.0	32	71.1	105	96.3	56	70.0
1回	13	14.9	3	13.0	12	26.7	3	2.8	15	18.8
2回	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	0.9	6	7.5
3回	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0	0	0.0
4回	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3
5回	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3
8回	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3

表1-1-11 施設別転倒事故報告:転倒者の性別,年齢

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	98	100.0	11	100.0	1	100.0	10	100.0	18	100.0
性別										
男性	19	19.4	1	9.1	0	0.0	0	0.0	7	38.9
女性	81	82.7	10	90.9	1	100.0	10	100.0	11	61.1
年齢										
65歳未満	3	3.1	1	9.1	0	0.0	0	0.0	1	5.6
65歳以上75歳未満	8	8.2	1	9.1	0	0.0	1	10.0	1	5.6
75歳以上85歳未満	37	37.8	7	63.6	1	100.0	1	10.0	5	27.8
85歳以上	50	51.0	2	18.2	0	0.0	8	80.0	11	61.1

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	14	100.0	3	100.0	13	100.0	4	100.0	24	100.0
性別										
男性	2	14.3	0	0.0	4	30.8	1	25.0	4	16.7
女性	12	85.7	3	100.0	9	69.2	3	75.0	20	83.3
年齢										
65歳未満	1	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
65歳以上75歳未満	0	0.0	0	0.0	3	23.1	0	0.0	2	8.3
75歳以上85歳未満	5	35.7	0	0.0	5	38.5	1	25.0	12	50.0
85歳以上	8	57.1	3	100.0	5	38.5	3	75.0	10	41.7

表1-1-12 施設別転倒事故報告:転倒者の要介護度

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	98	100.0	11	100.0	1	100.0	10	100.0	18	100.0
要介護度										
要介護1	3	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.1
要介護2	16	16.3	2	18.2	0	0.0	0	0.0	4	22.2
要介護3	25	25.5	1	9.1	1	100.0	3	30.0	5	27.8
要介護4	41	41.8	7	63.6	0	0.0	6	60.0	3	16.7
要介護5	11	11.2	1	9.1	0	0.0	1	10.0	4	22.2

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	14	100.0	3	100.0	13	100.0	4	100.0	24	100.0
要介護度										
要介護1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.5
要介護2	4	28.6	0	0.0	2	15.4	0	0.0	4	18.2
要介護3	4	28.6	2	66.7	1	7.7	2	50.0	6	27.3
要介護4	5	35.7	1	33.3	8	61.5	1	25.0	10	45.5
要介護5	1	7.1	0	0.0	2	15.4	1	25.0	1	4.5

要介護度は施設によって異なっていた(表1-1-12)。転倒者の属性であることから、寝たきりまではいかないものの活動に困難をきたすと考えられる要介護3~4に多く分布していた。

表1-1-13 施設別転倒事故報告:転倒者の認知症診断,既存・併存症の有無

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	98	100.0	11	100.0	1	100.0	10	100.0	18	100.0
認知症診断										
有無										
あり	59	60.2	11	100.0	1	100.0	10	100.0	4	22.2
なし	39	39.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	77.8
既往・併存症										
あり	93	94.9	11	100.0	1	100.0	9	90.0	18	100.0

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	14	100.0	3	100.0	13	100.0	4	100.0	24	100.0
認知症診断										
有無										
あり	11	78.6	2	66.7	7	53.8	4	100.0	9	37.5
なし	3	21.4	1	33.3	6	46.2	0	0.0	15	62.5
既往・併存症										
あり	14	100.0	3	100.0	10	76.9	4	100.0	23	95.8

表1-1-14 施設別転倒事故報告: 転倒者のCDR

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	98	100.0	11	100.0	1	100.0	10	100.0	18	100.0
CDR										
0:認知症なし	3	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.6
0.5:認知症の疑い	20	20.4	1	9.1	0	0.0	1	10.0	5	27.8
1:軽度認知症	17	17.3	2	1.2	0	0.0	1	10.0	8	44.4
2:中等度認知症	19	19.4	1	9.1	1	100.0	2	20.0	3	16.7
3:高度認知症	32	32.7	7	63.6	0	0.0	6	60.0	1	5.6

	関東 老健				九州 特養				老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	14	100.0	3	100.0	13	100.0	4	100.0	24	100.0
CDR										
0:認知症なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.8
0.5:認知症の疑い	4	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	52.9
1:軽度認知症	1	7.1	1	33.3	1	7.7	0	0.0	3	17.6
2:中等度認知症	3	21.4	2	66.7	3	23.1	2	50.0	2	11.8
3:高度認知症	6	42.9	0	0.0	9	69.2	2	50.0	1	5.9

転倒者の CDR は全体をみると、認知症の疑いのある者から高度認知症とあまり大きな差がみられず、施設毎にばらつきがみられた。転倒者数が多い施設において高度認知症であったものが比較的目立つ傾向があると考えられた(表 1-1-14)。

表1-1-15 施設別転倒事故報告:転倒者のKatz Index

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	98	100.0	11	100.0	1	100.0	10	100.0	18	100.0
Katz Index										
A	10	10.2	0	0.0	0	0.0	1	10.0	2	11.1
B	6	6.1	0	0.0	0	0.0	1	10.0	1	5.6
C	6	6.1	0	0.0	0	0.0	1	10.0	2	11.1
D	3	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
E	13	13.3	1	9.1	1	100.0	0	0.0	5	27.8
F	26	26.5	1	9.1	0	0.0	3	30.0	5	27.8
G	18	18.4	7	63.6	0	0.0	3	30.0	1	5.6
その他	16	16.3	2	18.2	0	0.0	1	10.0	2	11.1

	関東 老健				九州					
	A		B		C		特養 E		老健 D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	14	100.0	3	100.0	13	100.0	4	100.0	24	100.0
Katz Index										
A	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	29.2
B	0	0.0	1	33.3	1	7.7	0	0.0	2	8.3
C	2	14.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
D	3	21.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
E	1	7.1	0	0.0	4	30.8	0	0.0	1	4.2
F	6	42.9	1	33.3	4	30.8	2	50.0	4	16.7
G	1	7.1	0	0.0	3	23.1	2	50.0	1	4.2
その他	1	7.1	0	0.0	1	7.7	0	0.0	9	37.5

表1-1-16 施設別転倒事故報告:報告者職種

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	142	100.0	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
報告者職種										
看護師	9	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
介護福祉士	124	87.3	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
その他	9	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	関東 老健				九州					
	A		B		C		特養 E		老健 D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	3	100.0	15	100.0	5	100.0	42	100.0
報告者職種										
看護師	5	33.3	0	0.0	4	26.7	0	0.0	0	0.0
介護福祉士	8	53.3	3	100.0	7	46.7	2	40.0	42	100.0
その他	2	13.3	0	0.0	4	26.7	3	60.0	0	0.0

表 1-1-16 は、転倒事故の報告者職種内訳を示したものである。原則的に事故を発

見・目撃した人が報告することになっているため、転倒事故報告者と利用者基本情報の職種は異なっていた。「その他」の職種は、社会福祉士、ホームヘルパーであったが、そのほとんどが介護福祉士とほぼ同様の内容の業務をしていた。

表1-1-17 施設別転倒事故報告：転倒事故の目撃・発見場所

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	144	100.0	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
目撃・発見場所										
利用者自室	74	51.4	6	27.3	0	0.0	4	26.7	16	66.7
他利用者室	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2
廊下	6	4.2	1	4.5	0	0.0	2	13.3	0	0.0
デイルーム	36	25.0	14	63.6	1	100.0	6	40.0	2	8.3
トイレ	13	9.0	1	4.5	0	0.0	1	6.7	4	16.7
浴室・脱衣室	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	6.7	0	0.0
洗面所	2	1.4	0	0.0	0	0.0	1	6.7	0	0.0
リハビリテーション室	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2
その他	8	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	関東 老健						九州 特養 老健			
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	3	100.0	15	100.0	5	100.0	44	100.0
目撃・発見場所										
利用者自室	8	53.3	0	0.0	2	13.3	3	60.0	35	79.5
他利用者室	0	0.0	0	0.0	1	6.7	0	0.0	0	0.0
廊下	1	6.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	2.3
デイルーム	0	0.0	2	66.7	7	46.7	2	40.0	2	4.5
トイレ	2	13.3	0	0.0	2	13.3	0	0.0	3	6.8
浴室・脱衣室	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
洗面所	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3
リハビリテーション室	0	0.0	0	0.0	1	6.7	0	0.0	0	0.0
その他	4	26.7	0	0.0	2	13.3	0	0.0	2	4.5

表1-1-17は転倒事故を目撃または発見した場所を示したものである。どの施設も利用者自室、デイルームのどちらかに集中している傾向がみられた。

表1-1-18 施設別転倒事故報告:事故の発見状況

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	144	100.0	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
事故発見状況										
目撃	24	16.7	6	7.3	1	100.0	7	46.7	1	4.2
発見	120	83.3	16	72.7	0	0.0	8	53.3	23	95.8
			関東 老健				九州 特養 老健			
			A		B		C		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	3	100.0	15	100.0	5	100.0	44	100.0
事故発見状況										
目撃	2	13.3	1	33.3	5	33.3	0	0.0	1	2.3
発見	13	86.7	2	66.7	10	66.7	5	100.0	43	97.7

表1-1-18は事故の発見状況である。事故発生数が少ない施設もあるため、一概にはいえないが、多くの施設は事故を目撃するよりも発見する方が多かった。

表1-1-19 施設別転倒事故報告:目撃状況

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	24	100.0	6	100.0	1	100.0	7	100.0	1	100.0
目撃状況										
ベッドから	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
椅子から	7	29.2	2	33.3	1	100.0	2	28.6	0	0.0
車椅子から	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0
ポータブルトイレから	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
歩行中	9	37.5	4	66.7	0	0.0	2	28.6	0	0.0
リハビリ訓練中	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
浴室・脱衣室での移動中	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	5	20.8	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0
			関東 老健				九州 特養 老健			
			A		B		C		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	2	100.0	1	100.0	5	100.0	0	0.0	1	100.0
目撃状況										
ベッドから	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
椅子から	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0
車椅子から	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ポータブルトイレから	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歩行中	0	0.0	1	100.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0
リハビリ訓練中	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
浴室・脱衣室での移動中	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	1	50.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	100.0

目撃事故に関しては、どの施設も椅子類や歩行中などスタッフが傍にいられる場所と考えられる状況が多くみられた。一方、ベッド等スタッフの死角と考えられる場所での目撃は全くみられなかった(表1-1-19)。

表1-1-20

施設別転倒事故報告:発見状況

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	120	100.0	16	100.0	—	—	8	100.0	23	100.0
発見状況										
床に倒れた状態	36	30.0	9	56.3	—	—	4	50.0	3	13.0
ひざまずく・しゃがむ・尻もち	72	60.0	7	43.8	—	—	3	37.5	18	78.3
裂傷・打撲・こぶを発見	1	0.8	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0
本人からの報告	7	5.8	0	0.0	—	—	0	0.0	2	8.7
他者からの報告	4	3.3	0	0.0	—	—	1	12.5	0	0.0
その他	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	13	100.0	2	100.0	10	100.0	5	100.0	43	100.0
発見状況										
床に倒れた状態	3	23.1	0	0.0	3	30.0	0	0.0	14	32.6
ひざまずく・しゃがむ・尻もち	7	23.8	2	100.0	5	50.0	5	100.0	25	58.1
裂傷・打撲・こぶを発見	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0
本人からの報告	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	9.3
他者からの報告	2	15.4	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0
その他	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

表1-1-20は発見事故の状況について示したものである。どの施設も「床に倒れた状態」または、「ひざまずく、しゃがむ、尻もち」といった状況での発見が多かった。

表1-1-21 施設別転倒事故報告:傷害の有無

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	144	100.0	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
傷害										
あり	39	28.1	10	45.5	0	0.0	5	33.3	5	20.8
なし	105	71.9	12	54.5	1	100.0	10	66.6	19	79.2

	関東 老健				九州 特養				九州 老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	3	100.0	15	100.0	5	100.0	44	100.0
傷害										
あり	4	26.7	1	33.3	6	40.0	0	0.0	8	18.2
なし	11	73.3	2	66.6	9	60.0	5	100.0	36	81.8

表 1-1-21 は傷害の有無について示した。施設によって差があるが、半数近くが傷害を負っていた。事故数が 2 桁であった施設の受傷率は 20~40%前後であった。

表 1-1-22 施設別転倒事故報告: 傷害部位と種類

	全体		関東 特養									
			A		B		C		D			
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%		
サンプル数	39	100.0	10	100.0	—	—	5	100.0	5	100.0		
顔面・頭部	26											
打撲	18	46.2	7	70.0	—	—	4	80.0	1	20.0		
裂傷	8	20.5	0	0.0	—	—	1	20.0	1	20.0		
骨折	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0		
上肢(肩・背中・胸含む)	5											
打撲	3	7.7	2	20.0	—	—	0	0.0	0	0.0		
裂傷	2	5.1	1	10.0	—	—	1	20.0	0	0.0		
骨折	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0		
下肢(腰部・骨盤部含む)	14											
打撲	10	25.6	3	30.0	—	—	1	20.0	2	40.0		
裂傷	2	5.1	0	0.0	—	—	0	0.0	1	20.0		
骨折	2	5.1	1	10.0	—	—	0	0.0	0	0.0		
			関東 老健			九州						
			A		B		C		E		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数			4	100.0	1	100.0	6	100.0	—	—	8	100.0
顔面・頭部												
打撲			2	50.0	0	0.0	2	33.3	—	—	2	25.0
裂傷			2	50.0	1	100.0	2	33.3	—	—	1	12.5
骨折			0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0
上肢(肩・背中・胸含む)												
打撲			0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	1	12.5
裂傷			0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0
骨折			0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0
下肢(腰部・骨盤部含む)												
打撲			0	0.0	0	0.0	1	16.7	—	—	3	37.5
裂傷			0	0.0	0	0.0	1	16.7	—	—	0	0.0
骨折			0	0.0	0	0.0	0	0.0	—	—	1	12.5

表 1-1-22 は傷害部位と種類であるが、最も多かった部位は顔面・頭部であった。重大事故とされる骨折は 2 件とも下肢であった。

表1-1-23 施設別転倒事故報告: 傷害を伴う事故後の対応

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	142	100.0	22	100	1	100.0	15	100.0	24	100.0
事故後対応										
継続した加療や 他施設への入院	4	2.8	1	4.5	0	0.0	0	0.0	1	4.2
受診や検査	9	6.3	5	22.7	0	0.0	0	0.0	3	12.5
受診せず医務室 看護師対応	76	53.5	16	72.7	1	100.0	15	100.0	20	83.3
医師へ報告	15	10.6	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	38	26.8	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	関東 老健				九州 特養				老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	3	100.0	15	100.0	3	100.0	44	100.0
事故後対応										
継続した加療や 他施設への入院	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3
受診や検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3
受診せず医務室 看護師対応	12	80.0	2	66.7	7	46.7	3	100.0	0	0.0
医師へ報告	2	13.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0	12	27.3
その他	0	0.0	0	0.0	8	53.3	0	0.0	30	68.2

表 1-1-23 において、その他は、フロアにいる看護師に報告という内容が多かった。

表1-1-24 施設別転倒事故報告: 事故前予防措置の有無

	全体		関東 特養							
			A		B		C		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	143	100.0	22	100.0	1	100.0	15	100.0	24	100.0
予防措置										
あり	109	76.2	21	95.5	1	100.0	14	93.3	8	33.3
なし	34	23.8	1	4.5	0	0.0	1	6.7	16	66.7

	関東 老健				九州 特養				老健	
	A		B		C		E		D	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	15	100.0	2	100.0	15	100.0	5	100.0	44	100.0
予防措置										
あり	6	40.0	1	50.0	12	80.0	5	100.0	41	93.2
なし	9	60.0	1	50.0	3	20.0	0	0.0	3	6.8



表 1-1-25 は、報告された転倒事故の事故前の予防措置の種類の内訳を示したものであるが、施設によりかなりのバリエーションがあった。全体では、転倒リスクについて家族に説明、転倒予防のケアプラン作成、頻回に巡視、日中離床の促し、排泄誘導など、スタッフの対応やケア体制の工夫に関するものが多く、補助具や抑制具の使用はそれと比較すると少なかった。使用されている補助具や抑制具は、車椅子・杖・歩行器、離床センサー類が多く、頭部ガードや骨折予防パンツ、安全ブレーキ付車椅子などは 1-2 施設でしか使用されていなかった。また、転倒予測尺度を使用していた施設はなかった。

表1-1-26 施設別転倒事故報告:事故前に予防措置がなかった理由

	全体		関東 特養									
			A		B		C		D			
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%		
サンプル数	34	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	17	100.0		
予防措置なし理由												
転倒・転落の危険なしと判断	6	17.6	1	100.0	—	—	0	0.0	1	5.9		
転倒・転落の危険予測が困難	24	70.6	0	0.0	—	—	1	100.0	15	88.2		
その他	4	11.8	0	0.0	—	—	0	0.0	1	5.9		
			関東 老健				九州 特養 老健					
			A		B		C		E		D	
			度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数			9	100.0	0	0.0	3	100.0	0	100.0	3	100.0
予防措置なし理由												
転倒・転落の危険なしと判断			1	11.1	—	—	2	66.7	0	0.0	1	33.3
転倒・転落の危険予測が困難			7	77.8	—	—	1	33.3	0	0.0	0	0.0
その他			1	11.1	—	—	0	0.0	0	0.0	2	66.7

事故前に予防措置がなされていたのは全体で 80% 近くであった。予防措置の内容は施設によって様々であったが、施設を対象としているためか身体拘束を行ったり、転倒リスク尺度を使用しているところはなかった。また、事故前に予防措置がなかった理由としては、危険予測が困難であるという回答が多かった (表 1-1-26)。

## イ. 施設種類別記述統計の概要

### (1) 利用者基本情報

表 1-2-1 から表 1-2-7 は、先に示した施設別の結果と同じ内容を施設種類別にまとめたものである。施設種類は、特養、老健ならびに GH である。今年度は昨年度含まれていた病院を除外しているが、施設種の違う特養、老健では、その特徴が結果に影響

響を与えている可能性がある。なお、GHは1施設のみであるため、施設種類別で提示している。

施設種類によって差がみられた項目は、Katz Index における ADL の程度と FRAT-DESK の質問 6 (環境とのなじみ) のみ似通った集団であることがわかった。また FRAT-DESK で老健の方がやや抗精神病薬の内服者が特養よりも少なかった点であった。GHは少数である点と施設の形態が全く他の施設種と異なるため、傾向が異なっていた。

表1-2-1 施設種類別基本情報:性別,年齢

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
性別								
男性	124	22.8	63	21.1	61	26.0	0	0.0
女性	419	77.2	236	78.9	174	74.0	9	100.0
年齢								
65歳未満	15	2.8	7	2.3	7	3.0	1	11.1
65歳以上75歳未満	56	10.3	31	10.4	25	10.6	0	0.0
75歳以上85歳未満	188	34.6	102	34.1	82	34.9	4	44.4
85歳以上	284	53.3	159	53.2	121	51.5	4	44.4

表1-2-2 施設種類別基本情報:要介護度

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
要介護度								
要支援1	—	—	—	—	—	—	—	—
要支援2	—	—	—	—	—	—	—	—
要介護1	13	2.4	5	1.7	7	3.0	1	11.1
要介護2	61	11.2	24	8.0	37	15.7	0	0.0
要介護3	139	25.6	70	23.4	64	27.2	5	55.6
要介護4	182	33.5	103	34.4	78	33.2	1	11.1
要介護5	134	24.7	91	30.4	42	17.9	1	11.1
受けていない	—	—	—	—	—	—	—	—
無回答	14	2.6	1	0.3	7	3.0	1	11.1

表1-2-3 施設種類別基本情報:認知症診断、既往・併存症の有無

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
認知症診断								
有無								
あり	406	74.8	228	76.3	169	71.9	9	100.0
なし	137	25.2	71	23.7	66	28.1	0	0.0
既往・併存症								
あり	518	95.4	282	94.3	227	96.6	9	100.0

表1-2-4 施設種類別基本情報:CDR

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
CDR								
0:認知症なし	11	2.0	2	0.7	9	3.8	0	0.0
0.5:認知症の疑い	60	11.0	32	10.7	28	11.9	0	0.0
1:軽度認知症	89	16.4	48	16.1	37	15.7	4	44.4
2:中等度認知症	145	26.7	86	28.8	55	23.4	4	44.4
3:高度認知症	225	41.4	130	43.5	94	40.0	1	11.1
欠損	13	2.4	1	0.3	12	5.1	—	—

表1-2-5 施設種類別基本情報:Katz Index

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
Katz Index								
A	38	7.0	14	4.7	24	10.2	0	0.0
B	28	5.2	6	2.0	20	8.5	2	22.2
C	27	5.0	12	4.0	14	6.0	1	11.1
D	16	2.9	6	2.0	10	4.3	0	0.0
E	48	8.8	24	8.0	24	10.2	0	0.0
F	138	25.4	75	25.1	59	25.1	3	33.3
G	189	34.8	133	44.5	56	23.8	0	0.0
その他	57	10.5	27	9.0	27	11.5	3	33.3
欠損	2	0.4	2	0.7	1	0.4	0	0.0

表1-2-6 施設種類別基本情報:記入者職種

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
記入者職種								
看護師	79	14.5	5	1.7	74	31.5	0	0.0
介護福祉士	360	66.3	260	87.0	95	26.8	5	55.6
理学療法士	13	2.4	0	0.0	13	5.5	0	0.0
作業療法士	53	9.8	0	0.0	53	22.6	0	0.0
その他	33	6.1	29	9.7	0	0.0	4	44.4
未記入	5	0.9	5	1.7	0	0.0	0	0.0

表1-2-7 施設種別基本情報:FRAT-DESK

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
質問1(n=540)								
1	128	23.7	61	20.5	65	27.8	2	22.2
2	138	25.6	75	25.3	59	25.2	4	44.4
3	274	50.7	161	54.2	110	47.0	3	33.3
質問2(n=542)								
1	186	34.3	87	29.2	96	40.9	3	33.3
2	244	45.0	135	45.3	104	44.3	5	55.6
3	112	20.7	76	25.5	35	14.9	1	11.1
質問3(n=541)								
1	216	39.9	113	37.9	99	42.3	4	44.4
2	157	29.0	61	20.5	92	39.3	4	44.4
3	168	31.1	124	41.6	43	18.4	1	11.1
質問4(n=540)			296		235			
1	225	41.7	147	49.7	78	33.2	0	0.0
2	66	12.2	42	14.2	22	9.4	2	22.2
3	249	46.1	107	36.1	135	57.4	7	77.8
質問5(n=536)								
1	347	64.7	174	58.8	166	71.9	7	77.8
2	158	29.5	103	34.8	53	22.9	2	22.2
3	31	5.8	19	6.4	12	5.2	0	0.0
質問6(n=542)								
1	238	43.9	157	52.7	75	31.9	6	66.7
2	156	28.8	114	38.3	41	17.4	1	11.1
3	148	27.3	27	9.1	119	50.6	2	22.2
質問7(n=541)								
1	481	88.9	275	92.3	201	85.9	5	55.6
2	43	7.9	17	5.7	24	10.3	2	22.2
3	17	3.1	6	2.0	9	3.8	2	22.2
質問8(n=540)								
1	439	81.3	251	84.5	184	78.6	4	44.4
2	57	10.6	27	9.1	27	11.5	3	33.3
3	44	8.1	19	6.4	23	9.8	2	22.2

註) 特養ならびに老健は質問ごとに欠損値数が異なるため、質問項目ごとのサンプル数をそれぞれ記載しており、パーセンテージはそれぞれのサンプル数を基準にして算出している。

図1-4 FRAT/DESKの各質問における施設種別比較

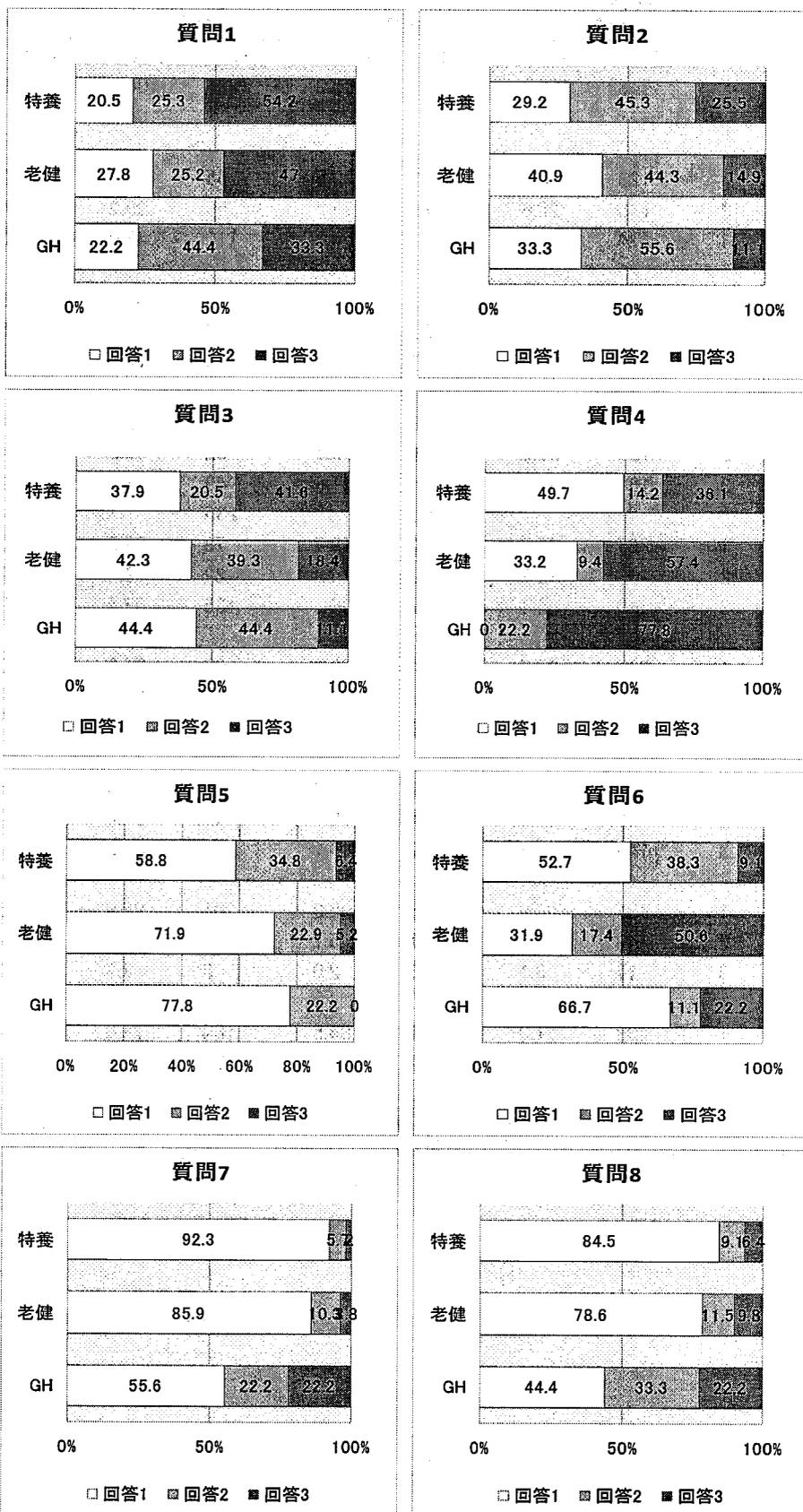
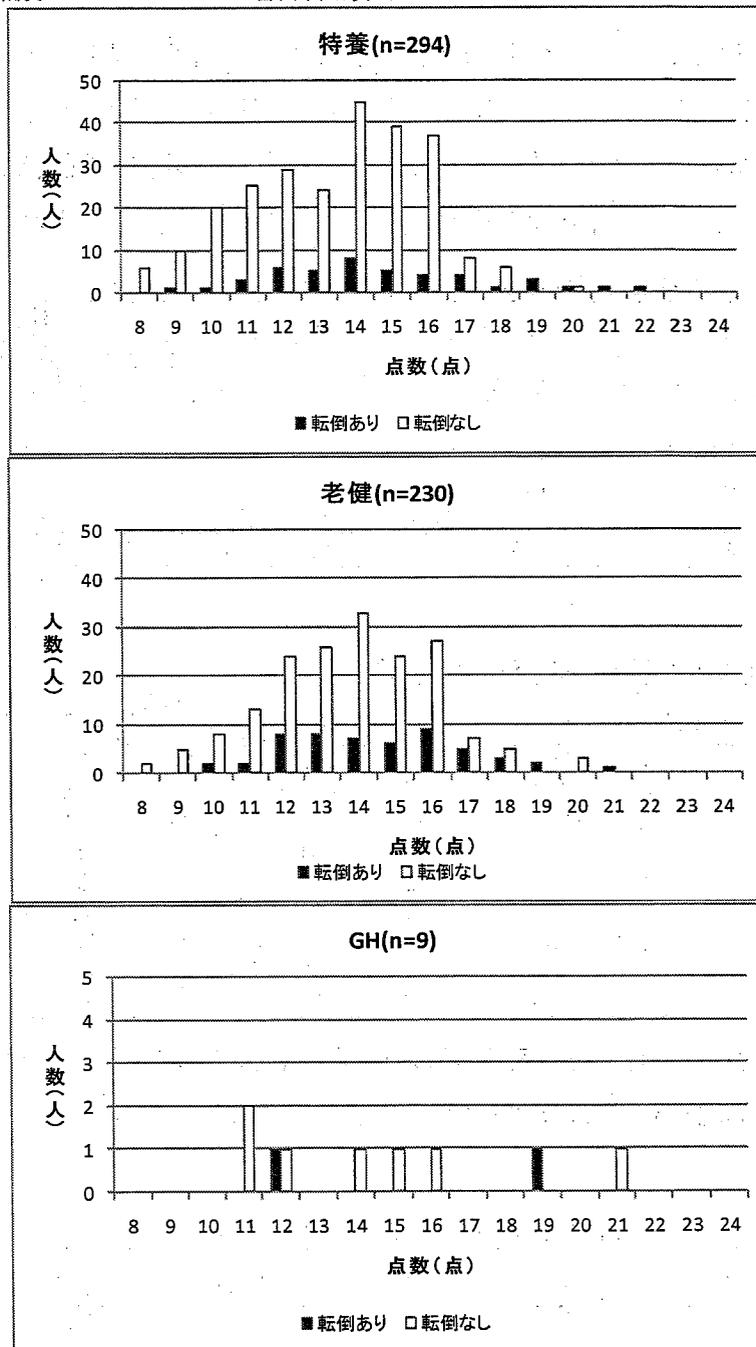


図1-5 転倒有無別のFRAT-DESKの合計得点分布



## (2) 転倒事故報告

表 1-2-8 から表 1-2-23 は転倒事故報告における施設種別の概要について示した。施設種類によって差がみられた項目は、転倒回数、年齢構成、要介護度、CDR の分布、Katz Index の構成、事故後対応、予防措置なしの理由、事故前予防措置の種類分布であった。しかし、概ね対象者の特性は大きく異なることはないと考えられる。

表 1-2-8 施設種類別転倒事故報告:転倒の有無

施設種類別	サンプル数		転倒なし		転倒あり		転倒あり			
	度数	行 %	度数	行 %	度数	行 %	転倒回数1回		転倒回数2回以上	
							度数	行 %	度数	行 %
特養	299	100.0	255	85.3	44	14.7	28	9.4	16	5.4
老健	235	100.0	181	77.0	54	23.0	43	18.3	11	4.7
GH	9	100.0	7	77.8	2	22.2	2	22.2	0	0.0
計	543	100.0	443	81.6	100	18.4	73	13.4	27	5.0

表 1-2-9 施設種類別転倒事故報告:転倒回数内訳

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	543	100.0	299	100.0	235	100.0	9	100.0
なし	443	81.6	255	85.3	181	77.0	7	77.8
1回	73	13.4	28	9.4	43	18.3	2	22.2
2回	19	3.5	12	4.0	7	3.0	0	0.0
3回	3	0.6	2	0.7	1	0.4	0	0.0
4回	2	0.4	1	0.3	1	0.4	0	0.0
5回	2	0.4	1	0.3	1	0.4	0	0.0
8回	1	0.2	0	0.0	1	0.4	0	0.0

転倒事故が多かった施設種は老健であったが、転倒群の内訳は、複数回転倒の割合に特養、老健には差が見られなかった(表 1-2-8, 1-2-9)。

表 1-2-10 施設種類別転倒事故報告:転倒者の性別、年齢

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	100	100.0	44	100.0	54	100.0	2	100.0
性別								
男性	19	19.0	9	20.5	10	18.5	0	0.0
女性	81	81.0	35	79.5	44	81.5	2	100.0
年齢								
65歳未満	4	4.0	2	4.5	1	1.9	1	50.0
65歳以上75歳未満	8	8.0	3	6.8	5	9.3	0	0.0
75歳以上85歳未満	38	38.0	15	34.1	22	40.7	1	50.0
85歳以上	50	50.0	24	54.5	26	48.1	0	0.0

表1-2-11 施設種類別転倒事故報告: 転倒者の要介護度

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	100	100.0	44	100.0	54	100.0	2	100.0
要介護度								
要介護1	3	3.0	2	4.5	1	1.9	0	0.0
要介護2	16	16.0	6	13.6	10	18.5	0	0.0
要介護3	26	26.0	12	27.3	13	24.1	1	50.0
要介護4	41	41.0	17	38.6	24	44.4	0	0.0
要介護5	12	12.0	7	15.9	4	7.4	1	50.0
無回答	2	2.0	0	0.0	2	3.7	0	0.0

転倒者の要介護度では、特養、老健ともに要介護4が他の介護度よりも多くみられた(表1-2-11)。

表1-2-12 施設種類別転倒事故報告: 転倒者の認知症診断, 既存・併存症の有無

		全体		特養		老健		GH	
		度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数		100	100.0	44	100.0	54	100.0	2	100.0
認知症診断	有無								
	あり	61	61.0	30	68.2	29	53.7	2	100.0
	なし	39	39.0	14	31.8	25	46.3	0	0.0
既往・併存症	あり	95	95.0	43	97.7	50	92.6	2	100.0

表1-2-13 施設種類別転倒事故報告: 転倒者のCDR,Katz Index

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	93	100.0	44	100.0	47	100.0	2	100.0
CDR								
0:認知症なし	3	3.2	1	2.3	2	4.3	0	0.0
0.5:認知症の疑い	20	21.5	7	15.9	13	27.7	0	0.0
1:軽度認知症	18	19.4	11	25.0	6	12.8	1	50.0
2:中等度認知症	20	21.5	9	20.0	10	21.3	1	50.0
3:高度認知症	32	34.4	16	36.4	16	34.0	0	0.0
サンプル数	100	100.0	44	100.0	54	100.0	2	100.0
Katz Index								
A	10	10.0	3	6.8	7	13.0	0	0.0
B	7	7.0	2	4.5	4	7.4	1	50.0
C	6	6.0	3	6.8	3	5.6	0	0.0
D	3	3.0	0	0.0	3	5.6	0	0.0
E	13	13.0	7	15.9	6	11.1	0	0.0
F	27	27.0	11	25.0	15	27.8	1	50.0
G	18	18.0	13	29.5	5	9.3	0	0.0
その他	16	16.0	5	11.4	11	20.4	0	0.0

認知症のレベルでは、特養は軽度と高度認知症が多く、老健では、認知症の疑い、高度認知症の者が多く、分散している傾向がみられた。Katz Index では、特養はE,F,

GとADLの自立度が高度ほど多く分布していたが、老健では、AとFが多くみられ、傾向が異なっていた(表1-2-13)。

表1-2-14 施設種類別転倒事故報告:報告者職種

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	144	100.0	67	100.0	75	100.0	2	100.0
報告者職種								
看護師	9	6.3	0	0.0	9	12.0	0	0.0
介護福祉士	126	87.5	64	95.5	60	80.0	2	100.0
その他	9	6.3	3	4.5	6	8.0	0	0.0

表1-2-15 施設種類別転倒事故報告:転倒場所

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	146	100.0	67	100.0	77	100.0	2	100.0
利用者自室	74	50.7	29	43.3	45	58.4	0	0.0
他利用者室	2	1.4	1	1.5	1	1.3	0	0.0
廊下	6	4.1	3	4.5	3	3.9	0	0.0
デイルーム	36	24.7	25	37.3	11	14.3	0	0.0
トイレ	13	8.9	6	9.0	7	9.1	0	0.0
浴室・脱衣室	1	0.7	1	1.5	0	0.0	0	0.0
洗面所	2	1.4	1	1.5	1	1.3	0	0.0
リハビリテーション室	2	1.4	1	1.5	1	1.3	0	0.0
その他	10	6.8	0	0.0	8	10.4	2	100.0

表1-2-16 施設種類別転倒事故報告:事故の目撃・発見状況

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	146	100.0	67	100.0	77	100.0	2	100.0
事故発見状況								
目撃	26	17.8	15	22.4	9	11.7	2	100.0
発見	120	82.2	52	77.6	68	88.3	0	0.0

表1-2-17 施設種類別転倒事故報告:目撃状況

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	26	100.0	15	100.0	9	100.0	2	100.0
目撃状況								
ベッドから	—	—	—	—	—	—	—	—
椅子から	7	26.9	5	33.3	2	22.2	0	0.0
車椅子から	2	7.7	1	6.7	0	0.0	1	50.0
ポータブルトイレから	2	7.7	1	6.7	1	11.1	0	0.0
歩行中	10	38.5	6	40.0	3	33.3	1	50.0
リハビリ訓練中	—	—	—	—	—	—	—	—
浴室・脱衣室での移動中	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	5	19.2	2	13.3	3	33.3	0	0.0

表1-2-18 施設種類別転倒事故報告:発見状況

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	120	100.0	62	100.0	58	100.0	0	0
発見状況								
床に倒れた状態	36	30.0	16	25.8	20	34.5	—	—
ひざまずく・しゃがむ・尻もち	72	60.0	33	53.2	39	67.2	—	—
裂傷・打撲・こぶを発見	1	0.8	0	0.0	1	1.7	—	—
本人からの報告	7	5.8	2	3.2	5	8.6	—	—
他者からの報告	4	3.3	1	1.6	3	5.2	—	—

表1-2-19 施設種類別転倒事故報告:傷害の有無と受傷部位・種類(複数回答)

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	146	100.0	82	100.0	62	100.0	2	100.0
傷害								
あり	41	28.1	26	31.7	13	21.0	2	100.0
なし	105	71.9	56	68.3	49	79.0	0	0.0
サンプル数	41	100.0	20	100.0	19	100.0	2	100.0
受傷部位・種類								
顔面・頭部	26		14		12		0	0.0
打撲	18	69.2	12	85.7	6	50.0	0	0.0
裂傷	8	30.8	2	14.3	6	50.0	0	0.0
骨折	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
上肢(肩・背中・胸含む)	6		4		1		1	
打撲	4	66.7	2	50.0	1	100.0	1	
裂傷	2	33.3	2	50.0	0	0.0	0	0.0
骨折	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
下肢(腰部・骨盤部含む)	15		8		6		1	
打撲	11	73.3	6	75.0	4	66.7	1	100.0
裂傷	2	13.3	1	12.5	1	16.7	0	0.0
骨折	2	13.3	1	12.5	1	16.7	0	0.0

表1-2-20 施設種類別転倒事故報告:傷害を伴う事故後の対応

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	144	100.0	65	100.0	77	100.0	2	100.0
事故後対応								
継続した加療や他施設 への入院	4	2.8	2	3.1	2	2.6	0	0.0
受診や検査	9	6.3	8	12.3	1	1.3	0	0.0
受診せず医務室看護師 対応	76	52.8	55	84.6	21	27.3	0	0.0
医師へ報告	15	10.4	0	0.0	15	19.5	0	0.0
その他	40	27.8	0	0.0	38	49.4	2	100.0

事故後の対応としては、施設種の特徴がみられ、特に老健は特養よりもその特徴から医師への報告が多くみられていた(表1-2-20)。

表1-2-21 施設種類別転倒事故報告:事故前予防措置の有無

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	145	100.0	67	100.0	76	100.0	2	100.0
予防措置								
あり	111	76.6	49	73.1	60	78.9	2	100.0
なし	34	23.4	18	26.9	16	21.1	0	0.0

表1-2-22 施設種類別転倒事故報告:事故前に予防措置がなかった理由

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	34	100.0	19	100.0	15	100.0	0	100.0
予防措置なし理由								
転倒・転落の危険なしと判断	6	17.6	2	10.5	4	26.7	0	0.0
転倒・転落の危険予測が困難	24	70.6	16	84.2	8	53.3	0	0.0
その他	4	11.8	1	5.3	3	20.0	0	0.0

表1-2-23 施設種類別転倒事故報告:事故前予防措置の種類(複数回答)

	全体		特養		老健		GH	
	度数	列%	度数	列%	度数	列%	度数	列%
サンプル数	111	100.0	61	100.0	48	100.0	2	100.0
予防措置								
環境整備								
ベッド不使用	10	2.4	7	3.5	3	1.8	0	0.0
低床ベッド使用	16	3.9	9	4.5	7	4.1	0	0.0
衝撃吸収マット使用	16	3.9	6	3.0	10	5.8	0	0.0
補助具抑制具等の使用								
車椅子・椅子・歩行器	23	5.6	9	4.5	13	7.6	1	6.7
安全ブレーキ付車椅子	3	0.7	3	1.5	0	0.0	0	0.0
離床センサー類	31	7.6	21	10.4	10	5.8	0	0.0
ベッド上抑制	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
車椅子セーフティーベルト	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
頭部ガード、骨折予防パンツ	5	1.2	5	2.5	0	0.0	0	0.0
スタッフの対応工夫								
歩行時見守り	33	8.1	21	10.4	11	6.4	1	6.7
移動介助は複数スタッフ	7	1.7	3	1.5	4	2.3	0	0.0
頻回に巡視	56	13.7	13	6.4	41	24.0	2	13.3
排泄誘導	40	9.8	17	8.4	2	1.2	2	13.3
履物等の工夫	7	1.7	3	1.5	2	1.2	2	13.3
日中離床の促し	22	5.4	13	6.4	8	4.7	1	6.7
転倒予防のためのアクティビティ	9	2.2	0	0.0	7	4.1	2	13.3
ケア体制の工夫								
転倒リスクについて家族へ説明	73	17.8	29	14.4	42	24.6	2	13.3
転倒予測尺度の使用	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
転倒予防のケアプラン作成	33	8.1	24	11.9	7	4.1	2	13.3
定期的なケアプラン見直し(n=33)	25	6.1	19	9.4	4	2.3	0	0.0

事故前の予防措置の種類は、施設別の結果(表1-1-25)を合わせて検討すると、施設によるバリエーションが大きく、施設種類による一定の傾向はみられなかった(表1-2-23)。

## 2) 転倒有無と各項目との関連

表 2-1 は転倒の有無との関連について、 $\chi^2$ 検定を用いて分析を行った結果である。有意水準は 5%とした。なお、GH は施設の特徴が異なるため、ここでは特養、老健の対象者としている。転倒の有無と関連がみられた項目は、要介護度、認知症の診断の有無、既往、併存症において骨折の有無、CDR、Katz Index であった。

表2-1 転倒の有無と各項目との関連

	全体		転倒				$\chi^2$ 値	p値
	n	行%	あり		なし			
	n	行%	n	行%	n	行%		
サンプル数	534	100	98	100	436	100		
性別								
男性	124	100	19	15.3	105	84.7		n.s
女性	410	100	79	19.3	331	80.7		
年齢								
65歳未満	14	100	3	21.4	11	78.6		n.s
65歳以上75歳未満	56	100	8	14.3	48	85.7		
75歳以上85歳未満	184	100	37	20.1	147	79.9		
85歳以上	280	100	50	17.9	230	82.1		
要介護度(n=521)							14.097	*
要介護1	12	100	3	25.0	9	75.0		
要介護2	61	100	16	26.2	45	73.8		
要介護3	134	100	25	18.7	109	81.3		
要介護4	181	100	41	22.7	140	77.3		
要介護5	133	100	11	8.3	122	91.7		
認知症の診断							12.583	**
あり	397	100	59	14.9	338	85.1		
なし	137	100	39	28.5	98	71.5		
既往・併存症								
あり	509	100	93	18.3	416	81.7		n.s
脳血管性疾患	222	100	35	15.8	187	84.2		n.s
心疾患	79	100	19	24.1	60	75.9		n.s
高血圧	188	100	40	21.3	148	78.7		n.s
糖尿病	63	100	15	23.8	48	76.2		n.s
白内障	30	100	6	20.0	24	80.0		n.s
パーキンソン病・症候群	39	100	8	20.5	31	79.5		n.s
起立性低血圧	6	100	2	33.3	4	66.7		n.s
うつ病	27	100	6	22.2	21	77.8		n.s
骨粗鬆症	51	100	9	17.6	42	82.4		n.s
悪性新生物	18	100	6	33.3	12	66.7		n.s
肺炎	15	100	5	33.3	10	66.7		n.s
骨折	97	100	25	25.8	72	74.2	4.517	*
その他	206	100	38	18.4	168	81.6		n.s
CDR(n=521)							14.721	*
0	11	100	3	27.3	8	72.7		
0.5	60	100	20	33.3	40	66.7		
1	85	100	17	20.2	68	80.0		
2	141	100	19	13.5	122	86.5		
3	224	100	32	14.3	192	85.7		
Katz Index(n=531)							20.014	*
A	38	100	10	26.3	28	73.7		
B	26	100	6	23.1	20	76.9		
C	26	100	6	23.1	20	76.9		
D	16	100	3	18.8	13	81.3		
E	48	100	13	27.1	35	72.9		
F	134	100	26	19.4	108	80.6		
G	189	100	18	9.5	171	90.5		
その他	54	100	16	29.6	38	70.4		

$\chi^2$ 検定:\*p<0.05 \*\*p<0.01

また、表 2-2 では、連続変数である年齢、FRAT-DESK、FRAT-DESK'06 のそれぞれの合計得点に対して t 検定を行った。FRAT-DESK、FRAT-DESK'06 のそれぞれの合計得点に有意な差異がみられた。

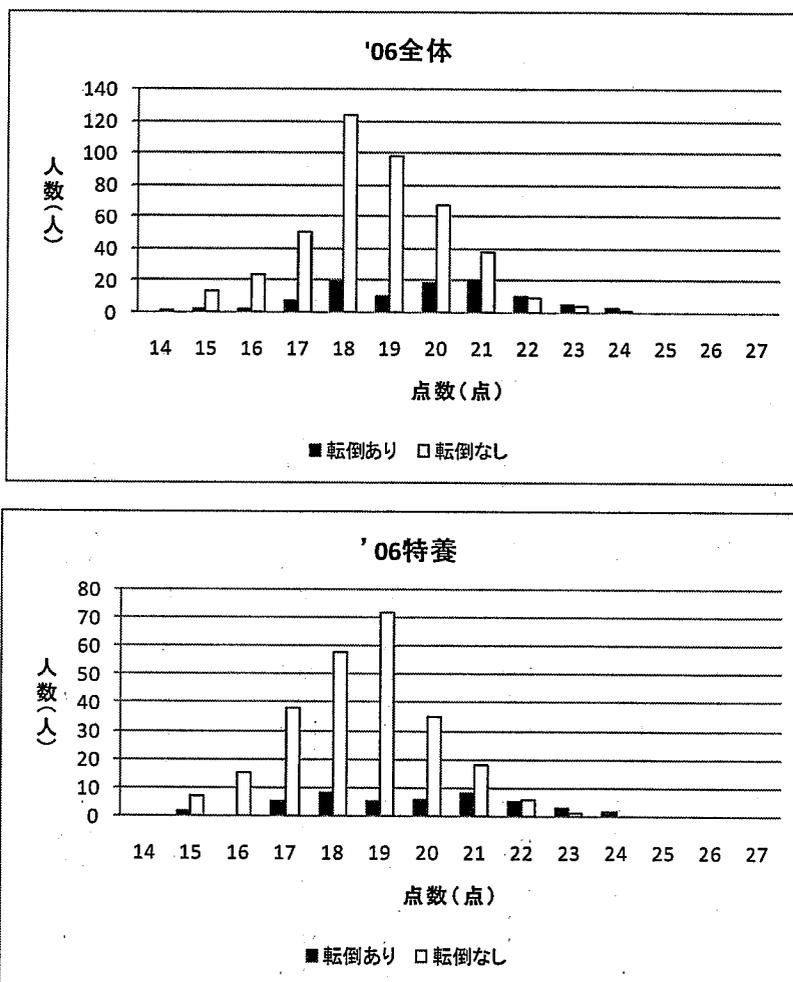
表2-2 転倒の有無と各項目との関連

		n	平均値	標準偏差	t値	p値
年齢	転倒群	98	83.78	8.35		n.s
	非転倒群	436	84.09	8.58		
FRAT-DESK	転倒群	96	14.59	2.67	3.85	**
	非転倒群	428	13.54	2.37		
FRAT-DESK'06	転倒群	96	19.79	2.00	5.33	**
	非転倒群	428	18.63	1.61		

t検定:\*\*p<0.01

### 3) FRAT-DESK'06 の得点分布と今年度データへのあてはまり

図 3-1 FRAT-DESK'06 合計得点の分布



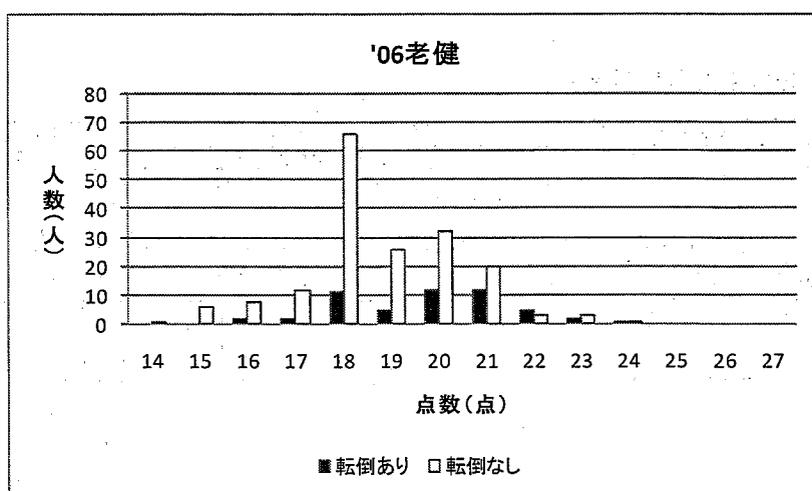


図3-1は、FRAT-DESK'06を用い、全体、特養、老健の点数分布をグラフ化したものである。全体、特養、老健とも非転倒群についてはほぼ正規分布を描いている。また、転倒群に関しては重み付け前のFRAT-DESKよりも緩やかではあるが正規分布をとっていた。

また、昨年度のFRAT-DESKと今年度のFRAT-DESKのROC曲線を描き、比較した。全数、特養、老健とも重み付け前のFRAT-DESKよりも重み付けされたFRAT-DESK'06の方で曲線下面積が大きかった。しかし、昨年度と比較するとやや曲線下面積が狭くなっている傾向がある。今年度のFRAT-DESK'06では特養、老健とも当てはまりがほぼ同じであった。

#### ウ. 評価者間ならびに評価者内信頼性の検証

##### 1) 対象者属性

評価対象者は各施設3名、計9名であった。平均年齢は $80.7 \pm 10.3$ 歳(範囲:66-92)であった。性別は女性が7名であり、要介護度は4が最も多かった。9名中7名が認知症と診断されていた。CDRはCDR2が4名、CDR3が3名であった。対象者は期間中に前日からの変化等は見られておらず、転倒リスク評価への影響は少ないと考えられた。

評価者は、各施設5名、計15名であった。性別は15名中11名が女性であり、職種は看護師3名、ケアワーカーが12名であった。平均勤続年数は $5.1 \pm 3.0$ 年(範囲:1-9)であった。

##### 2) 施設別評価得点の状況

表 4-1 FRAT-DESK 合計得点(特養 A)

被評価者	評価者1A (介護職)				評価者1B (介護職)				評価者1C (介護職)			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均
1a	18	18	18	18.0	17	17	17	17.0	18	18	18	18.0
1b	19	19	19	19.0	19	18	18	18.3	20	19	20	19.7
1c	19	19	19	19.0	17	17	17	17.0	18	18	18	18.0
被評価者	評価者1D (介護職)				評価者1E (介護職)				全体平均			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均				
1a	18	18	18	18.0	18	18	18	18.0	17.8			
1b	20	20	20	20.0	20	20	20	20.0	19.4			
1c	18	18	18	18.0	19	19	19	19.0	18.2			

表 4-2 FRAT-DESK 合計得点(特養 E)

被評価者	評価者2A (介護職)				評価者2B (介護職)				評価者2C (介護職)			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均
2a	16	16	15	15.7	16	16	16	16.0		13	14	13.5
2b	13	14	13	13.3	14	15	16	15.0	13	12	18	14.3
2c	11	11	11	11.0	11	11	11	11.0	10	10	10	10.0
被評価者	評価者2D (介護職)				評価者2E (看護職)				全体平均			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均				
2a	17	17	17	17.0	16	16	15	15.7	15.6			
2b	15	15	15	15.0	14	15	13	14.0	14.3			
2c	10	10	10	10.0	8	11	10	9.7	10.3			

表 4-3 FRAT-DESK 合計得点(老健 D)

被評価者	評価者3A (看護職)				評価者3B (介護職)				評価者3C (介護職)			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均
3a	16	16	16	16.0	17	17	17	17.0	16	16	16	16.0
3b	13	13	13	13.0	14	14	14	14.0	13	13	13	13.0
3c	14	14	14	14.0	15	15	15	15.0	13	13	13	13.0
被評価者	評価者3D (介護職)				評価者3E (看護職)				全体平均			
	1回目	2回目	3回目	平均	1回目	2回目	3回目	平均				
3a	17	17	17	17.0	16	17	17	16.7	16.5			
3b	9	9	9	9.0	15	16	16	15.7	12.9			
3c	15	14	15	14.7	18	18	18	18.0	14.9			

表 4-1～表 4-3 は施設別に評価した状況を示したものである。この表から明らかのように、同一の被評価者に対する 3 回の評価は一致する傾向があり、評価者内の再現性は高いといえる。これは、状態が変動しやすい認知症高齢者を対象とした場合であっても、ある程度の再現性は保証されることを示唆するものである。一方、評価者間の得点には、かなりばらつきが見られることから、ばらつきの要因が施設の違いによるのか、被評価者の特性によるのか、また、とくにばらつきの大きい項目が存在するのか、さらに調べる必要がある。

#### 4. まとめ

本年度は、昨年度対象として含まれていた病院を除外し、特養、老健に対象を限定し、転倒事故調査と評価者間・評価者内信頼性の検証を行った。

結果より、昨年度、特養と老健は比較的同じ傾向がみられたが、今年度調査からも特養、老健は比較的同じ傾向がみられ、施設という枠組みの中でFRAT-DESKを改良していくことは妥当であることが明らかになった。また少数ではあるが、グループホームの調査を行うことで、やはり施設とは異なる傾向も明らかになった。

FRAT-DESKの点数の重み付けに関しては、昨年度ロジスティック回帰分析から点数を割り出したが、昨年度データによる重み付け得点では、今年度データへのあてはまりはやや低下したものの許容範囲内であり、重み付け得点次第で精度の高い尺度にする方向性は得られたと考えられる。

事故前の予防措置の種類に関しては、施設によって様々な予防措置がとられていることが明らかになった。これまで施設によってどのような予防措置がとられていたかという具体的な調査は少なく、貴重な資料であると考えられる。今回は、この予防措置と転倒率との関連は検討していないが、予防措置の有効性については検討の余地があると考えられる。

評価の信頼性に関しては、再現性は保証されることが示唆されたが、評価者間ではばらつきがみられていることから、今後要因の検討を進める必要がある。

## 資料1 FRAT-DESK

## 転倒リスク評価尺度 FRAT-DESK

各質問について最も当てはまるものの番号を選び、○で囲んで下さい

質問1	認知機能の程度1	正しい生年月日と年齢が言える	1
		生年月日は正しいが年齢は言えない	2
		生年月日、年齢ともに言えない	3
質問2	認知機能の程度2	こちらの話しかけに対する意思疎通が十分とれる	1
		こちらの話しかけに対する意思疎通がやや難しい	2
		こちらの話しかけに対する意思疎通ができない	3
質問3	本人の認識	転ぶかもしれないと思っている	1
		転ばないと思っている	2
		意思疎通が十分にできない	3
質問4	移動	支えがあっても立位・歩行は全くできない	1
		成人の常人と同じ歩き方ができる	2
		不安定な歩き方	3
質問5	服薬の状況	向精神薬・睡眠薬ともに服薬していない	1
		向精神薬または睡眠薬いずれかを服用している	2
		向精神薬と睡眠薬を両方服用している	3
質問6	環境とのなじみ	今の部屋に来て1年以上	1
		今の部屋に来て半年(6ヶ月)以上1年未満	2
		今の部屋に来て半年(6ヶ月)未満	3
質問7	最近の転倒の経験	最近1ヶ月で転んでいない	1
		最近1ヶ月で1回転んだ	2
		最近1ヶ月で2回以上転んだ	3
質問8	過去の転倒の経験	ここ3ヶ月で転んでいない	1
		ここ3ヶ月で1回転んだ	2
		ここ3ヶ月で2回以上転んだ	3

注) 各番号の得点は、本調査の結果を用いて調整します (番号をそのまま点数化するものではありません)

## 転倒リスク評価尺度 FRAT-DESK の採点の手引き

質問1 本人の知的レベルを大雑把に把握する質問項目です。

直接本人に尋ねてみてください。これまでの調査で、自分の年齢と生年月日を正確に答えられるのは認知症のレベルとして正常から軽度までとみなせます。年齢を間違ふまたは答えられないが生年月日は言えるのは、認知症としては中等度からやや高度に該当します。生年月日、年齢ともに答えられないレベルはやや高度から高度の認知症に該当すると考えられます。認知症の知的レベルを簡便に推定でき、誰でも使える方法として採用しました。

質問2 本人の会話の理解度を把握する項目です。

普段の会話の中で指示が通じるか、こちらが伝えようとしていることを理解しているかを、会話の反応と行為から判断します。したがって、介護者や看護者の観察による評価になります。

会話が滑らかだとか、よくしゃべるとかいった会話の形ではなく、相手の話を理解できるかどうかで判断するようにしてください。こちらが話したことに対して理解があり適切に応答できていれば、「意思疎通が十分とれる」に該当します。こちらが話したことに理解は示しているようだが適切に回答できていなかったり、適切に指示に従えていなかったりしたら、「意思疎通がやや難しい」に該当します。その場合は理解しても直後に忘れる場合は、「意思疎通がやや難しい」にしてください。

質問3 本人の転倒に関する認識を把握する項目です。

認知症高齢者本人が転倒することについて「どのように思っているか」を、実際に本人に尋ねます。認知症の程度によっては質問の意味がわからない人もいますが、アメリカでは、「初期の認知症の人で、“自分は転ぶかもしれない”と思っている人は“自分は転ばない”と思っている人よりも転ばない傾向がある」という報告もあります。日本では、実際にこれを尋ねてみた研究の報告はまだありません。

尋ね方ですが、まず導入として、ご本人の気分の良いときに、ゆっくりはっきりと「最近、転んで怪我をしたことがありますか？」と尋ねて下さい。ここでは、実際に転んだ経験があったかどうかは重要に考えなくて構いません。「転んだ」と答えた人には、「また転ぶと思いますか？」とか「自分は良く転ぶと思いますか？」と尋ね、転んでいないと答えた人には、「転ばない自信がありますか？」とか「転ぶはずがないと思っていますか？」と尋ねて下さい。転倒の経験を聞いたとき「わからない」「覚えていない」という答えの場合は、「自分は転びやすいと思う？それとも転ばないほう？」というように尋ねて下さい。

質問の意味が通じていないと判断する場合、たとえば、全く関係のない話の答えが返ってくる場

合や「覚えていない」「わからない」「誰かにきいてくれ」「あなたが知っているだろう」などの答えが返ってくる場合は、3 に○をつけて下さい。質問の意味がわかった上で、「転ぶと思うか」などの問いに対して「はい」または「そう思う」という肯定の答えであれば1に○を、「転ばない自信があるか」などの問いに対して「はい」または「そう思う」という肯定の答えであれば2に○をつけて下さい。

#### 質問4 移動の状況を把握する項目です。

おもな移動方法や歩行状態の観察から、記載者が判断します。本人に尋ねる必要はありません。支えがあっても歩行・立位がまったくできず、車椅子またはベッド上のみでの移動である場合、1に○をつけて下さい。少しでも歩行が出来る、または支えがあれば立てるといふ人は含めません。成人の常人と変わらない歩行が出来る人や走ることができる人の場合、2に○をつけて下さい。それ以外の歩行状態の人はすべて3に○をつけて下さい。

このリスク評価表は、「転倒」を対象とし、「転落・滑落」は含みません。そのため、完全な寝たきり・座りきりの方や反対に成人の常人と変わらない歩行状態の場合、転倒リスクは低いと考えています。それ以外の大部分の高齢者の歩行は「不安定」に含まれ、潜在的な転倒リスクは高いと考えています。

#### 質問5 認知症の症状に関わる服薬状況を把握する項目です。

認知症高齢者の場合は、家族に服薬の有無、薬の内容を確かめてください。場合によっては薬剤内容の書かれた紙(薬剤情報)を持っていますからそれを参考にしてください。

向精神薬は、薬剤情報では「これは幻覚や興奮を抑える薬です」とか「抑うつ、うつ状態に使う薬」「不安をとる薬」などの記述があります。睡眠薬は多くは「睡眠導入剤」となっていると思います。今回は抗不安薬も含めた広義として睡眠薬とします。別紙(資料 2-4)\*に一覧を提示しましたので参照してください。(※本報告書においては、この資料は割愛しています。ご了承ください)

#### 質問6 環境とのなじみとして部屋の利用期間を把握する項目です。

今の部屋を利用するようになってからの期間について記載します。本人に尋ねる必要はありません。

認知症高齢者の施設における転倒の8割程度は自室で起きています。とくにショートステイなど一時的な利用のため生活環境が激変していると転倒リスクは高くなると考えています。認知症は進行しますし、利用する時の認知症の状態もさまざまなので、どのくらいでなじむのかということの科学的根拠はありません。また、今回は同室内でのベッドの移動やベッドの種類の変更は考慮しません。

今の部屋を利用するようになって半年未満の場合を 3、半年以上 1 年未満の場合を 2、1 年以上の場合を 1 として下さい。厳密に日数を計算する必要はありません。半年を 6 ヶ月として月単位で計算して下さい。たとえば、平成 18 年 4 月 1 日に入所して以来同じ部屋を利用して平成 18 年 9 月 30 日にリスク評価を行う場合、日数としては約 6 ヶ月ですが月数の差としては 5 ヶ月なので、「半年未満」の 3 に○をつけて下さい。逆に、10 月 1 日であれば月数の差が 6 ヶ月になるので、1 日違いですが、「半年以上 1 年未満」の 2 に○をつけて下さい。

1 年以上の場合に関しては、初めてその部屋を利用した日から 1 年が過ぎていれば 1 に○をつけて下さい。つまり、平成 18 年 4 月 1 日から利用の場合、平成 19 年 4 月 1 日以降にリスク評価を行うのであれば 1 に○を、3 月 31 日に行うのであれば、2 に○をつけることになります。またショートステイ利用の初日に評価を行う場合は 3 に○をつけて下さい。繰り返し同じ部屋を利用されるショートステイの場合でも、利用のたびに新規利用と考えて下さい。

#### 質問 7 最近の転倒の経験について把握する項目です。

転倒の経験について、本人以外からの情報による記録を記載します。つまり、本人に尋ねる必要はありません。家族からの情報、介護日誌、看護記録などの情報により記入して下さい。

「転んだ経験のある人ほど転びやすい」ということは、認知症高齢者でない高齢者の研究でも報告されています。しかし、転倒の経験を正確に把握することは、認知症高齢者の場合は困難であることも多いので、把握できる範囲で記入して下さい。

最近 1 ヶ月で 2 回以上転んでいる場合は 3 に○を、最近 1 ヶ月で 1 回だけ転んだ場合は 2 に○を、最近 1 ヶ月で転んでいない場合は 1 に○をつけて下さい。情報について把握できない場合は記入する必要はありません。

#### 質問 8 過去の転倒の経験について把握する項目です。

転倒の経験についての、本人以外からの情報による記録を記載します。つまり、本人に尋ねる必要はありません。家族からの情報、介護日誌、看護記録などの情報により記入して下さい。

ここ 3 ヶ月で 2 回以上転んでいる場合は 3 に○を、ここ 3 ヶ月で 1 回だけ転んだ場合は 2 に○を、ここ 3 ヶ月で転んでいない場合は 1 に○をつけて下さい。情報について把握できない場合は記入する必要はありません。

## 委員名簿

### 委員長

須貝 佑一 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長

### 委員

秋田谷 一 社会福祉法人勲功会 特別養護老人ホーム祥光苑 統括部長  
阿部 哲也 認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長  
小野寺敦志 認知症介護研究・研修東京センター 研究企画主幹  
小林 奈美 鹿児島大学 医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 教授  
杉山 智子 順天堂大学医療看護学部高齢者看護学 講師  
中西 誠司 医療福祉法人寿栄会 介護老人保健施設青い空の郷 主任  
中村 考一 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹  
中村 裕子 認知症介護研究・研修大府センター 研修指導主幹  
林田 貴久 社会福祉法人恵仁会 特別養護老人ホーム鹿屋長寿園 副施設長  
山本精一郎 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部がん統計解析室室長  
山本真梨子 鹿児島大学 医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 助教

(アイウエオ順)

### 作業部会委員 (再掲)

#### (1) Web 学習コンテンツ作業部会

秋田谷 一 社会福祉法人勲功会 特別養護老人ホーム祥光苑 統括部長  
阿部 哲也 認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長  
\*小野寺 敦志 認知症介護研究・研修東京センター 研究企画主幹  
中西 誠司 医療福祉法人寿栄会 介護老人保健施設青い空の郷 主任  
中村 考一 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹  
中村 裕子 認知症介護研究・研修大府センター 研修指導主幹  
林田 貴久 社会福祉法人恵仁会 特別養護老人ホーム鹿屋長寿園 副施設長

#### (2) 転倒・転落事故防止に関する作業部会

小林 奈美 鹿児島大学 医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 教授  
\*須貝 佑一 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長  
杉山 智子 順天堂大学医療看護学部高齢者看護学 講師  
山本 精一郎 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部 がん統計解析室 室長  
山本 真梨子 鹿児島大学 医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 助教

\* 作業部会 委員長

報告書名

平成 19 年度独立行政法人福祉医療機構（長寿・子育て・障害者基金）助成事業  
事業報告書  
Web 学習を用いた知識学習による認知症ケアの理解向上のための啓発事業  
報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター  
TOKYO Dementia Care Research and Training Center  
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1  
電話：03(3334)2173 Fax：03(3334)2718  
URL <http://www.dcnnet.gr.jp/>

発行年月

平成 20(2008)年 3 月