

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2011年度 在宅医療助成 一般公募（前期）
完了報告書

認知症を有する人の退院支援評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討

申請者

瀧上 恵子

横浜市立大学大学院 医学研究科 地域看護学 修士課程
〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦 3-9

指導教授

田高 悦子教授

横浜市立大学大学院 医学研究科 地域看護学 教授

提出日 2012年8月31日

目次

I. 緒言	1
II. 方法	2
1. 予備調査	2
1) 目的	2
2) 対象	2
3) データ収集方法	2
4) データ分析方法	2
2. 本調査	2
1) 目的	2
2) 対象	2
3) データ収集方法	3
4) データ分析方法	3
3. 倫理的配慮	4
III. 結果	4
1. 予備調査	
1) 対象者の基本属性	4
2) 暫定版認知症退院支援評価尺度	4
2. 本調査	5
1) 専門職の基本属性	5
2) 認知症を有する人の基本属性	5
3) 項目分析	5
4) 因子分析	5
5) 信頼性の検討	6
6) 妥当性の検討	6
7) 完成版認知症退院支援評価尺度	6
IV. 考察	6
謝辞	7
文献	8

図表

表 1

表 2

表 3

資料

I. 緒言

最新の疫学調査¹⁾によれば、我が国の 65 歳以上の人口に占める認知症の有症率は、約 14.4%と推計される。認知症は超高齢化にむかう先進諸国に共通の最重要課題であり、世界に冠する超高齢社会であるわが国では、すでに国家的戦略「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」²⁾が発足し、認知症になっても安心して生活できる社会の構築に向けた保健医療福祉の切れ目のない支援体制、わけても認知症を有する人の退院後の円滑な在宅への移行に資する総合的な対策が焦眉の課題の一つである。

認知症を有する人における退院後の円滑な在宅への移行には、退院支援（Discharge Planning）³⁾が鍵を握る。先進諸国の報告によれば^{4)~6)}、認知症を有する人は在院日数の長期化、退院後の再入院率や入所率が高い。高齢者は退院前後に疾患・治療や日常生活等に不安・困りごとを抱き⁷⁾、日常生活機能やセルフケア機能⁸⁾に問題を来しやすいことが指摘されている。さらに認知症を有する人では意欲の低下や環境の変化に伴う混乱、社会生活の縮小等が生じやすく、家族介護者では介護負担や知識・技術不足のほか、適切な社会資源の活用不足等が生じやすい^{9)~12)}。すなわち、認知症を有する人の退院支援では、本人の身体的、心理的、社会的側面ならびに家族介護者はもとより、地域の支援体制の在り方までを視野に入れた包括的な退院支援ツールが必要である。

認知症を有する人の退院支援に活用し得るアセスメントツールは幾つか存在する。例えばCare Needs Assessment Pack for Dementia¹³⁾は、認知症を有する人のセルフケアに関わるニーズ（57 項目）を詳細に捉えるものであるが、包括的な視点には乏しい。またCamberwell Assessment of Need for the Elderly¹⁴⁾は、精神障害を有する高齢者と介護者の生活に関わる広範なニーズ（26 項目）を把握するものであるが、精神障害の範囲が広く、認知症の特異性を必ずしも十分網羅しているとは言い難い。さらに本邦で開発された「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式シート」¹⁵⁾は、認知症を有する人の生活歴や生活史を踏まえたニーズより全体像を把握するものであるが、迅速で円滑な退院支援の実践に使用するには難がある。すなわちこれらの限界を克服し、認知症を有する人の退院後に生じる生活上のニーズを適切かつ的確にアセスメントするような退院支援ツールは、未だ十分開発されていない。

「退院」は単なる療養場所の移行ではなく、当事者にとっては「危機的移行」である¹⁶⁾。良質な退院支援とは、それらの危機を予防し、当事者における良質なケアの継続性を保障するとともに、地域の限られた病院（医療）資源の利用可能性を高め、退院後の地域の社会資源の適切な利用をも可能にする³⁾。すなわち、認知症を有する人のニーズに沿ったアセスメントツールを開発し、良質な退院支援を推進することは、ケアの継続性を保障するのみでなく、当該地域の病院（医療）資源の利用可能性を高めるとともに、地域の社会資源の醸成をとおして、認知症のみにとどまらない多様な人々にとっても住みやすい地域づくりに資する。

このような中で、研究者らはすでに疫学調査（カルテ調査）より、認知症を有する人と

家族が退院時に抱くニーズ 22 項目を抽出した¹⁷⁾。それらは、サービス・制度や療養場所の見通しの他、安全・安楽、行動心理徴候、コミュニケーション等、認知症を有する本人はもとより、周囲の人的・物的環境の調整の必要性を示唆する特異的で包括的なニーズを含んでいた。残る課題は、これらを基に認知症を有する人のニーズに沿った退院支援ツールに発展させ、その信頼性と妥当性を検証し、退院支援の実践に資するとともに、退院前後の保健医療福祉を担う専門職が共有可能なツールとすることにより、地域を基盤とした退院支援のチームアプローチ^{18,19)}を推進することである。

以上より、本研究の目的は一般病院から自宅退院する認知症を有する人の退院支援を担う保健医療福祉の専門職が、退院後の生活上のニーズや課題を包括的にアセスメントするため使用する尺度（認知症退院支援評価尺度）を開発し、その信頼性と妥当性を検証することとした。

II. 方法

本研究は予備調査と本調査からなる。

1. 予備調査

1) 目的

予備調査の目的は認知症を有する人と家族介護者の退院後の課題ならびに退院支援の実態を踏まえた暫定版認知症退院支援評価尺度を作成することである。

2) 対象

対象者は（1）認知症を有する人の家族介護者、（2）地域包括支援センターの専門職、（3）地域における認知症ケアの研究業績を有した研究者とした。

3) データ収集方法

研究者が前述の各対象者に対し個別インタビューを実施し、先行研究による「地域医療支援病院退院時における認知症を有する人と家族のニーズ」¹⁸⁾を基にした原案に対する内容妥当性や重要性、必要性のほか、認知症を有する人の退院支援時の経験や印象等についても把握した。

4) データ分析方法

インタビュー調査から把握された回答や意見に基づき論点を集約し、研究班におけるディスカッションならびに文献検討等とおして 22 項目の修正、変更を行い、暫定版認知症退院支援評価尺度を作成した。

2. 本調査

1) 目的

本調査の目的は認知症退院支援評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性の検討することである

2) 対象

関東圏 A 市の (1) 一般病院 (100 床以上) 50 施設 (全数) の退院支援部署の専門職、(2) 地域包括支援センター123 施設 (全数) に所属する専門職、(3) 市町村保健センター18 施設 (全数) に所属する高齢者担当の行政保健師のうち、認知症を有する人の自宅退院における退院支援または退院調整の経験を有する者とした。

3) データ収集方法

暫定版認知症退院支援評価尺度について郵送した無記名自記式質問紙によりデータ収集した。調査項目は (1) 専門職の基本属性、(2) 認知症を有する人の基本属性、(3) 暫定版認知症退院支援評価尺度の重要度、(4) 暫定版認知症退院支援評価尺度の必要度、(5) Camberwell Assessment of Need for the Elderly (以下、CANE) ¹⁴⁾邦訳版における評価であった。なお、認知症を有する人については、専門職が担当した事例のうち 40 歳以上で認知症の診断を有し、一般病院から自宅退院した一事例を選出するよう依頼し、把握した。

4) データ分析方法

(1) 項目分析

①重要度

専門職における回答分布 (平均値および標準偏差)、ならびに[とても重要である]および[やや重要である]と回答した者の割合 (通過率) を把握し、前者については平均 2.0 点以下、後者については 80.0%以下を除外基準とした。

②必要度

認知症を有する人における回答分布 (平均値および標準偏差)、ならびに[とても必要である]および[やや必要である]と回答した者の割合 (通過率) を把握し、前者については平均 2.0 点以下、後者については 70.0%以下を除外基準とした。

③項目困難度

専門職における回答の困難な項目ならびに意味内容の明瞭さを把握するため、各項目名とその定義について、意味が分からないと回答があった項目、もしくは無回答であった項目の各々の割合を合算し、5.0%以上である場合を除外基準とした。

④項目相関度

各項目の意味内容の重複を避けるため、全 24 項目の必要度における項目間相関係数 (Pearson の積率相関係数) を算出し、 $r=0.70$ 以上となる項目ペアがみられた場合に、双方の意味内容を検討の上、一方を除外することとした。

⑤G-P 分析

各項目の弁別力を検証するため、全 24 項目の必要度における尺度総点の第 1 四分位 (上位 25.0%) 群と第 4 分位 (下位 25.0%) 群の 2 群における各項目の平均値の差を t 検定により比較し、有意な差がない項目を除外することとした。

⑥I-T 分析

各項目と尺度全体の内的一貫性を検証するため、全 24 項目の必要度について各項目と当該項目を除いた尺度総点における相関係数 (Pearson の積率相関係数) を算出し、 $r=0.30$

未満となる項目を除外することとした。

(2) 因子分析

項目分析で除外基準に該当する項目を除いた暫定版認知症退院支援評価尺度を用いて、最適解が得られるまで探索的因子分析を行った。

(3) 信頼性の検討

内的整合性を検証するため、各因子および認知症退院支援評価尺度全体のクロンバックの α 係数を算出した。

(4) 妥当性の検討

基準関連妥当性における併存妥当性の検証のため、認知症退院支援評価尺度と邦訳版CANEにおけるPearsonの相関係数を算出した。

3. 倫理的配慮

研究対象者の人権擁護への対策として、予備調査ならびに本調査ともに研究協力依頼書を用いて研究者より研究の目的と方法を説明し、匿名性の保証、資料の保管・廃棄方法、研究成果の公表等について明示し、研究参加に同意した者のみを対象にした。本調査における自記式質問紙調査票は全て無記名であり、同意は調査票の返送により確認した。なお、本研究は横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻研究倫理審査会の承認を得た（承認番号：0425 - 02）。

III. 結果

1. 予備調査

1) 対象者の基本属性

(1) 認知症を有する人の家族介護者は全4名、全員が女性、年齢は43～70歳、続柄は子が2名、息子の妻が1名、妻が1名であった。

(2) 地域包括支援センターの専門職は全4名、女性3名、男性1名であり、年齢は29～52歳、職種は社会福祉士2名、介護福祉士1名、看護師1名であった。

(3) 地域における認知症ケアの研究業績を有した研究者（大学教員）は全3名、全員が女性、年齢は40～50歳代、職位は教授2名、准教授1名であった。

2) 暫定版認知症退院支援評価尺度

「地域医療支援病院退院時における認知症を有する人と家族のニーズ」22項目¹⁷⁾を基に各対象者から指摘された要点は、(1) 一つの項目に二つ以上の要素が含まれている、(2) 意味内容が類似している項目がある、(3) 項目の意味内容を反映していない項目名がある、ほか、(4) 新たに追加すべき項目があることに集約された。これらについて研究班のディスカッションならびに文献検討等より22項目の修正、変更を行い、暫定版認知症退院支援評価尺度24項目を作成した。その項目の名義は【介護保険制度】【サービス内容】【将来の希望】【住環境】【日常生活用具】【認知症の受容】【服薬】【医療処置】【食事・栄養】

【排泄】【身体活動】【清潔】【生活リズム】【行動心理徴候】【安全】【家事】【経済】【かかりつけ医】【人のつながり】【地域性】【社会参加】【介護負担】【介護方法】【支援体制】である。

2. 本調査

1) 専門職の基本属性 (表 1)

全 782 名に質問紙を配布し、249 名 (31.8%) から有効回答が得られた。内訳は、一般病院 71 名 (35.5%)、地域包括支援センター 154 名 (31.3%)、保健センター 24 名 (26.6%) であった。専門職の 207 名 (83.1%) が女性、平均年齢は 43.4 ± 9.9 歳、介護支援専門員が 128 名 (51.4%) と最も多く、次いで社会福祉士 82 名 (32.9%)、看護師 79 名 (31.7%) 等であった。

2) 認知症を有する人の基本属性 (表 2)

専門職から回答のあった 249 名の事例のうち、記述の欠損がある 16 名を除いた 233 名を有効回答とした。135 名 (57.9%) が女性で、平均年齢は 79.0 ± 7.4 歳であった。認知症の分類ではアルツハイマー型 111 名 (47.6%) と最も多く、脳血管型が 43 名 (18.5%) などとなっていた。

3) 項目分析

重要度の平均値および標準偏差は 2.4 点～2.9 点で、通過率は 92.0%～99.2%であり、[とても重要である][やや重要である]と回答した者が 2.0 点以下、もしくは 80%以下の項目はなかったため、退院支援における各項目の重要度が確認された。必要度の平均値および標準偏差は 2.2 点～2.8 点で、通過率は 78.1%～99.6%であり、[とても必要である][やや必要である]と回答した者が 2.0 点以下、もしくは 70%以下の項目はないことから、全 24 項目は多様な事例に照らしても必要な項目であると判断した。

項目困難度において、各項目の[意味が分からない]、もしくは無回答である者の割合は 0.8%～4.8%で、5.0%を超える項目はなかったため、専門職にとって各項目名と定義は明瞭な意味内容であると判断した。項目相関度において全 24 項目の項目間相関係数 (Pearson の積率相関係数) を算出した結果、 $r=0.10 \sim r=0.60$ で、重複項目 ($r=0.7$ 以上) はなかった。G-P 分析では、尺度総点の第 1 四分位 (上位 25.0%) 群と第 4 分位 (下位 25.0%) 群の 2 群における各項目の平均値にはすべて有意な差があり ($p<0.05$)、各項目の弁別力が確認された。最後に I-T 分析では、各項目と当該項目を除く尺度総点における相関係数 (Pearson の積率相関係数) を算出した結果、 $r=0.35 \sim r=0.68$ で、全 24 項目の整合性が確認された。

4) 因子分析 (表 3)

暫定版認知症退院支援評価尺度 24 項目について因子分析を行った。因子数はスクリープロットと初期解における累積固有値寄与率が 4 因子で 54.2%、5 因子で 59.4%であったため、4 因子ならびに 5 因子で分析を行った。因子分析の過程において、複数の因子に同

程度 (0.400 未満) の負荷量をもち、因子の所属が明瞭でなかった【かかりつけ医】と【支援体制】の項目を除き、再度 22 項目で因子分析を行った結果、4 因子において項目の所属が明瞭になったため、認知症退院支援評価尺度は 22 項目 4 因子構造と解釈し、各々に命名した。

第 1 因子は【清潔】【身体活動】【排泄】等 6 項目で構成された。これらは、認知症を有する人がセルフケア機能を最大限に発揮し、生活リズムを維持した自立生活を安全に営むための内容であると解釈し、〈日常生活機能の発揮〉と命名した。

第 2 因子は【生活補助用具】【住環境】【服薬管理】【サービス内容】等の 6 項目で構成された。これらは、認知症を有する人ならびに家族介護者に必須の医療・介護サービスの継続に関する内容であると解釈し、〈医療・介護サービス〉と命名した。

第 3 因子は【地域性】【経済】【社会参加】等の 5 項目で構成された。これらは、退院後の地域生活における高次の日常生活や、生きがいや楽しみのある社会生活を再構築するための内容であると解釈し、〈地域生活と社会交流〉と命名した。

最後に、第 4 因子は【介護方法】【介護負担】【BPSD (行動心理徴候)】等の 5 項目で構成された。これらは、認知症を有する人の家族の介護や生活のほか、将来の意向からなる内容であると解釈し、第 4 因子は〈家族機能と療養生活の意向〉と命名した。

5) 信頼性の検討

認知症退院支援評価尺度全体のクロンバックの α 係数は 0.897 で、下位尺度は 0.696～0.855 であった。

6) 妥当性の検討

認知症退院支援評価尺度全体と CANE の合計得点における Pearson の相関係数は 0.701 (<0.001) であった。

7) 完成版認知症退院支援評価尺度 (資料)

以上を踏まえ、認知症退院支援評価尺度 4 因子 22 項目を完成した。本尺度は、まず認知症を有する人の全体像を 22 項目によりアセスメントし、課題 (ニーズ) の有無を「課題あり : 1 点」「課題なし : 0 点」で判断する。次いで「課題あり」と判断され、介入の必要性がある場合は「介入必要あり : 2 点」と判定する。尺度の得点範囲は、0～44 点である。

IV. 考察

本研究は認知症を有する人が一般病院から在宅生活へ移行する際に、退院支援を担う保健医療福祉の専門職が包括的にアセスメントする尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的としたものである。研究の結果、認知症退院支援評価尺度 22 項目 4 因子〈日常生活機能の発揮〉〈医療・介護サービス〉〈地域生活と社会交流〉〈家族機能と療養生活の意向〉が開発され、その信頼性と妥当性は、クロンバックの α 係数ならびに CANE との有意な相関により確認された。加えて、Naylorらによって指摘されている認知

症を有する人と家族介護者の退院後に生じる課題である「身体管理」「心理社会的な支援と対処」等の内容^{10,11)}や、退院支援時の認知症ケアに関するアセスメント内容^{9)~12)}が網羅されている点から、内容妥当性も確保されていると考えられる。

本研究における既存尺度にない特筆すべき点は、＜地域生活と社会交流＞＜家族機能と療養生活の意向＞である。前者では、認知症を有する人が退院後も地域で質の高い豊かな生活を送るために必要な社会交流²²⁾を捉えるとともに、支援の過程において生活圏の見守り体制も含めた、地域のケア資源の評価と開発をも促すと考えられる点で意義深い。また、後者では、認知症を有する人の地域における生活の維持を考える上で本質的に重要となる家族介護者の意向や介護負担のアセスメント²³⁾を含み、家族介護者の心身の健康支援および生活支援はもとより、本人と家族介護者の意向を尊重した支援²⁴⁾を意図すると考えられる点で重要である。

＜日常生活機能の発揮＞＜医療・介護サービス＞は、すでに先行研究⁸⁾において指摘されている地域高齢者の退院支援ニーズに合致する内容ではあるが、認知症を有する人の場合、＜日常生活機能の発揮＞は、本人の持てる残存能力や機能を発揮し、自立生活を少しでも長く継続できるような確にアセスメントする必要性が加味される。また、＜医療・介護サービス＞についても、自らの体調の不調を十分に伝えることが困難になりやすいため、予防的に対応する専門的サービスをアセスメントする必要性を示唆している。

他方、本尺度の臨地における有用性は、退院支援のケアコーディネーションを担う地域の保健医療福祉の多様な専門職におけるアセスメントを可能にした点である。もとより退院支援は、異なる機能をもつ専門職が協働して進めるものであるが^{3,25)}、わけても認知症を有する人の退院支援では、チームアプローチが重要である。本尺度について、医療機関内のみで全ての情報を収集するには限界があり、むしろ本尺度を活用する過程で地域を基盤とした多機関多職種によるチームアプローチによって情報を収集、評価することにより、質の高い退院支援の体制づくりを促すことが望まれる。

本研究は、調査対象を関東圏 A 市（政令指定都市）に限定しており、その対象者は A 市の退院支援に関わる関係機関ならびに専門職の全数を対象としたものの、地域における社会資源の整備状況は多様であるため、一般化には限界がある。また尺度を用いた評価の結果、必要となる介入の内容と技術の明確化も今後の課題である。しかしながら、本研究は認知症を有する人と家族介護者はもとより、地域全体で退院後の生活の質を高めるような包括的な尺度を本邦で初めて開発し、その信頼性ならびに妥当性について実証したものであり、一定の意義を有すると考えられる。

謝辞

ご多忙な中、貴重なお時間を割いて調査にご協力いただきました認知症を有する人の家族介護者の皆様、専門職ならびに研究者の皆様に深謝いたします。

本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われた。

文献

- 1) 朝田隆・他：認知症の実態把握に向けた総合的研究，厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野認知症対策総合研究. 2011. (厚生労働省：厚生労働科学研究成果データベース) <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>. 2011. (アクセス：2012.2.14)
- 2) 厚生労働省：認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト報告書. 東京：厚生労働省, pp1-2, 2008.
- 3) 手島陸久：退院支援 - 病院と地域を結ぶ新しいシステム -. 東京：中央法規, pp12-13 1996.
- 4) Mukadam N, Sampson EL : A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psycho geriatr*. 23(2) : 344-355, 2011.
- 5) Guijarro R, San Román CM, Gómez-Huelgas R, et al. : Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology* 35(2) : 101-108, 2010.
- 6) Draper B, Karmel R, Gibson D, et al. : The Hospital Dementia Services Project: age differences in hospital stays for older people with and without dementia. *Int Psychogeriatr* 23(10) : 1649-1658, 2011.
- 7) 永田智子・村嶋幸代：高齢患者が退院前・後に有する不安・困り事とその関連要因，病院管理 44(4) : 5-17, 2007.
- 8) Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, et al. : Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness. *J Am Geriatr Soc* 56(12) : 2171-2179, 2008.
- 9) Epstein-Lubow G, Fulton AT, Gardner R, et al. : Post-Hospital Transitions: Special Considerations For Individuals With Dementia. *Med Health RI* 93(4) : 125-127, 2010.
- 10) Naylor MD, Stephens C, Kathryn H, et al : Cognitively impaired older adults: From hospital to home - An exploratory study of these patients and their caregivers - . *Am J Nurs* 105(2) : 52-61, 2005.
- 11) Naylor MD, Hirschman KB, Bowles KH, et al : Care coordination for cognitively impaired older adults and their caregivers. *Home Health Care Serv Q* 26(4) : 57-78, 2007.
- 12) Bauer M, Fitzgerald L, Koch S. : Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement. *J Health Qual* 33(6) : 9-16, 2011.
- 13) McWalter G, Toner H, McWalter A, et al : A community needs assessment: the Care Needs Assessment Pack for Dementia(CarenapD)-its development, reliability and

- validity. *Int J Geriatr Psychiatry* 13(1) : 16-22, 1998.
- 14) Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, et al. : Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 176 : 444-452, 2000.
 - 15) 認知症介護研究・研修東京センター：改訂認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方. 東京：中央法規出版, 2007.
 - 16) 鮫島輝美・杉本初枝・藤井裕子・他：病院から在宅への環境移行に伴うケアニーズの実態調査とその分析. *CNAS Hyogo Bulletin* 9 : 87-102,2002.
 - 17) 瀧上恵子・田高悦子・臺有桂・他：地域医療支援病院退院時における認知症を有する人と家族のニーズ. *日本地域看護学会誌* 13(2) : 133-139, 2011.
 - 18) Preen DB, Bailey BE, Wright A, et al. : Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care* 17(1) : 43-51, 2005.
 - 19)Caplan GA, Williams AJ, Daly B, et al. : A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. *J Am Geriatr Soc* 52(9) : 1417-1423, 2004.
 - 20) Sousa RM, Scazufca M, Menezes PR, et al. : Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell assessment of needs (CANE): Results from the Sao Paulo Aging &Health study. *Rev Bras Psiquiatr* 31(1) : 34-38, 2009.
 - 21) Fernandes L, Gencalves-Pereira M, Leuschner A, et al. : Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Int Psychogeriatr* 21(1) : 94-102, 2009.
 - 22)George DR. : Intergenerational volunteering and quality of life: mixed methods evaluation of a randomized control trial involving persons with mild to moderate dementia. *Qual Life Res* 20(7) : 987-995, 2011.
 - 23)Brodaty H, Green A : Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 51(5) : 657-664, 2003.
 - 24)Cummings SM : Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. *Health & Social Workers* 24(4) : 249-259, 1999.
 - 25) Bowles KH,Foust JB,Naylor MD : Hospital discharge referral decision making : a multidisciplinary prespective., *Appl Nurs Res* 16(3) : 134-143, 2003.

表1 専門職の基本属性

n=249

	nもしくは Mean±SD	%もしくは (範囲)
性別		
女性	207	83.1
男性	42	16.9
年齢(歳)	43.4±9.9	(23.0-66.0)
保有資格(複数回答)		
介護支援専門員	128	51.4
社会福祉士	82	32.9
看護師	79	31.7
介護福祉士	70	28.1
保健師	31	12.4
その他	25	10.0
通算経験年数(年)	12.5±8.1	(0.0-40.0)
1年未満	2	0.8
1年以上10年未満	90	36.1
10年以上20年未満	78	31.3
20年以上30年未満	45	18.1
30年以上	12	4.8
所属施設		
地域包括支援センター	90	36.1
一般病院	71	28.5
診療群分類包括評価病院	45	63.4
地域医療支援病院	29	40.8
特定機能病院	9	12.7
その他	20	25.2
居宅介護支援事業所	64	25.7
保健センター	24	9.6

表2 認知症を有する人の基本属性 n=233

	nもしくは Mean±SD	%もしくは (範囲)
性別		
女性	135	57.9
男性	98	42.1
年齢（歳）	79.0±7.4	(50.0-96.0)
世帯類型		
子世代と同居	79	33.9
夫婦のみ	72	30.9
一人暮らし	71	30.5
その他	9	3.9
認知症の分類		
アルツハイマー型	111	47.6
脳血管型	43	18.5
レビー小体型	9	3.9
混合型	5	2.1
その他の類型	65	27.9
在院日数（日）	43.2±47.7	(3.0-300.0)
入院時の診断（複数回答）		
骨・関節疾患	59	25.3
内分泌栄養代謝疾患	34	14.6
呼吸器疾患	32	13.7
脳血管疾患	25	10.7
消化器疾患	20	8.6
悪性新生物	16	6.9
心疾患	16	6.9
腎・泌尿器疾患	14	6.0
その他	45	19.3
退院時の要介護認定状況		
申請中	57	24.5
要支援1・2	10	4.3
要介護1	20	8.6
要介護2	42	18.0
要介護3	29	12.4
要介護4	34	14.6
要介護5	24	10.3

* 混合型：アルツハイマー型と脳血管型の混合型

表3 暫定版認知症退院支援評価尺度における因子分析

n=233

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	全体
Cronbach's α	0.855	0.696	0.819	0.781	0.897
項目名	日常生活機能の発揮	医療・介護サービス	地域生活と社会交流	家族機能と療養生活の意向	共通性
清潔	0.737	0.252	0.275	0.051	0.684
身体活動	0.687	0.114	0.167	0.243	0.572
排泄	0.651	0.400	0.013	0.129	0.600
生活リズム	0.632	0.082	0.134	0.428	0.607
食事・栄養	0.607	0.197	0.243	0.001	0.467
安全	0.547	-0.006	0.217	0.200	0.387
生活補助用具	0.179	0.669	0.100	0.053	0.493
住環境	0.098	0.492	0.269	0.112	0.337
服薬管理	0.095	0.477	0.217	0.239	0.341
サービス内容	0.074	0.463	-0.041	0.156	0.246
医療処置	0.115	0.460	0.202	0.149	0.288
介護保険制度	0.077	0.352	0.132	0.176	0.178
地域性	0.101	0.113	0.841	0.175	0.761
経済	0.290	0.208	0.613	-0.077	0.509
家事	0.339	0.343	0.578	-0.153	0.589
社会参加	0.211	0.152	0.551	0.378	0.514
人のつながり	0.273	0.112	0.540	0.237	0.434
介護方法	0.118	0.462	0.133	0.656	0.675
介護負担	0.166	0.422	-0.052	0.579	0.544
BPSD（行動心理徴候）	0.468	0.064	0.210	0.537	0.555
将来の希望	0.143	0.225	0.058	0.440	0.268
認知症の受容	0.153	0.397	0.214	0.422	0.405
因子寄与	3.214	2.564	2.542	2.135	

主因子法・バリマックス回転

資料 完成版認知症退院支援評価尺度

因子名	項目名	定義	得点		
			課題なし	課題あり 介入必要なし	課題あり 介入必要あり
第1因子 日常生活機能の発揮	1. 清潔	本人の清潔(整容・入浴)にかかるセルフケア能力ならびに状態	0	1	2
	2. 身体活動	本人の移動能力および日常の身体活動能力ならびに状況	0	1	2
	3. 排泄	本人の排泄のセルフケア能力ならびに排尿・排便コントロール状態	0	1	2
	4. 生活リズム	本人の昼夜の生活リズムや日課ならびに睡眠状況	0	1	2
	5. 食事・栄養	本人の食事行為のセルフケア能力ならびに栄養状態	0	1	2
	6. 安全	本人の認知症に伴う生活上のリスク(事故や傷害等)	0	1	2
第2因子 医療・介護サービス	7. 生活補助用具	本人と家族介護者の能力や生活に応じた福祉用具や介護用品	0	1	2
	8. 住環境	本人の住まいや住まいの設備に関する安全性や快適さ、環境刺激等	0	1	2
	9. 服薬管理	本人と家族介護者の服薬に関する知識や管理状況	0	1	2
	10. サービス内容	本人と家族介護者のサービスに関する理解や利用の状況	0	1	2
	11. 医療処置	本人と家族介護者に必要な医療処置に関する知識や手技、管理状況	0	1	2
12. 介護保険制度	介護保険制度の申請・認定状況および主治医の意見	0	1	2	
第3因子 地域生活と社会交流	13. 地域性	本人の生活圏の見守り体制、近隣住民との関係や交流の状況	0	1	2
	14. 経済	本人の金銭管理能力ならびに経済(生計)の状況	0	1	2
	15. 家事	本人の家事(調理・洗濯・掃除等)遂行能力ならびに状態	0	1	2
	16. 社会参加	本人の社会参加に関するその人なりの生きがいや楽しみ	0	1	2
17. 人のつながり	本人と家族の人的資源(親類、知人、民生委員等)やキーパーソン	0	1	2	
第4因子 療養生活機能の意向	18. 介護方法	家族介護者の認知症にかかる知識や対応方法の理解の程度	0	1	2
	19. 介護負担	家族介護者の介護による生活パターンや心身にかかる負担	0	1	2
	20. BPSD(行動心理徴候)	本人のBPSDの有無ならびに状況や関連要因	0	1	2
	21. 将来の希望	本人と家族介護者の将来の生活や療養に関する希望	0	1	2
	22. 認知症の受容	本人と家族介護者の認知症の認識、受容の程度	0	1	2
			合計	44点	