

共同研究について面白く話していただいたことを心から感謝しています。

研究所としては、アジア福祉創造センターの研究仲間をぜひ広げていきたいと考えています。この学内学会は、その非常に貴重な機会だと思っています。そういうことで、事務局長の古屋先生にお願いして、秋元先生にぜひ話していただこうということを実現しました。

学生の皆さんも、研究を一緒にやっという方々も、ぜひ研究所に申し出てください。これから一緒にやっただけだと思います。どうぞよろしくお願いします。ありがとうございました。

古屋 ありがとうございます。それでは、秋元樹先生、本日は誠にありがとうございました。皆さん、もう一度拍手をお願いします。

認知症者の生活支援に必要な「介護の手間」判定指標とは ～平成22年、23年度老人保健事業推進等補助金事業から～



今井幸充

古屋 それでは、教員研究報告の第2題目ですが、専門職大学院教授の今井幸充先生にお願いしました。今井先生は、ご存じのとおり、(日本)認知症ケア学会、日本老年精神医学会、日本老年社会科学会など、いくつもの学会で要職を務めておられ、今現在も臨床の精神科医師です。

本日は、「認知症者の生活支援に必要な『介護の手間』判定指標とは—平成22年、23年度老人保健事業推進等補助金事業から—」ということで、研究の報告をお願いします。受付ロビーで、その研究班の報告書も配布しています。それでは、今井幸充先生、よろしくお願いします。

今井 事務局長、ご紹介ありがとうございます。皆さん、こんにちは。このようなフォーラムで話すことができ、大変光栄に思っています。

先ほどの秋元先生の内容とはだいぶ異なり、皆さんにとっては非常にマニアックな問題です。認知症に関しては、あまり専門でない方もいると思いますが、今日、ここで私が発表するのは、内容はともかくとして……。このように、ちょっと高いところから皆さんを拝見すると、将来、研究をする、いわゆる若手の研究者、あるいは学生や院生がいます。そこで、研究とはどういうものかということも踏まえて、認知症の尺度開発という

視点だけではなくて、皆さんのこれからの研究に、何らかの方向性で役立ててもらえればと思っています。

私は、ここに2000年に就任しました。その前は、聖マリアンナ医科大学で教鞭を執って研究をしていたわけですが、私が認知症の研究を始めたのは、正式に言うと、1980年からです。この研究を約30年以上続けてきました。今、こうやって年を取って振り返ってみると、なぜこのように続けられるのか、そのパワーは何かということを私自身も不思議に思っている次第です。

そもそも私が研究を始めたのは、博士号を取るために、認知症、アルツハイマー病の診断の評価の問題で、CTスキャンを使って評価方法を開発したのが最初でした。

CTスキャンは、今はどこでも使われているわけですが、当時は、持っている施設は少なかったです。アルツハイマー病特有の脳委縮をどうやって評価するのかということや、「エビデンスをもって」とよく言いますが、きちんとした証拠をもって評価していく方法を開発して博士号を取りました。

私たちの研究は、あくまでも、その結果、アウトカムが実践にどう活用されていくかが非常に大

きな重みを持っているので、やはり結果を出さないといけないということが使命としてあります。そういう意味で、次に行ってきた私の研究は、アルツハイマー病その他の認知症の有病率・発生率、あるいは、介護者の問題等に関する疫学の研究でした。

これは、やれば絶対に結果が出ます。体力勝負です。プロトコルだけをきちんと立てれば、結果は必ず出ます。そういう意味では、非常にイージーな研究だと思います。

その半面、介護者の負担感、バーデンの問題、あるいは「認知症のケアとは」ということになってくると、何をもちょうとアウトカムにしていこうかというところに大きな壁があります。同時に、そういう問題の研究には常に挫折が伴ってきました。今までを振り返ってみると、何て研究費等の無駄遣いしてきたのかという思いがあります。

その中で、こちらにも勤めている下垣光さんらと一緒にやってきた改訂長谷川式簡易知能評価スケールは、ある意味で社会にとって大きなベネフィットがあったと思います。

なぜかという、非常にイージーで、きちんと評価ができますし、その評価の結果がぶれません。そのようにアウトカムが明確になっていると、一般的に非常に使いやすいし、理解しやすいです。今、東南アジア等でもよく使われているスケールです。

この間も、ちょっとびっくりしましたが、私が20年ぐらい前に英語で書いた論文に対する問い合わせが、つい最近、メールでありました。このように、20年前の論文も生きているということで、結果が出ることの重要性を非常に思い知らされた研究でした。

そのあとは、アリセプト等の開発の問題とか、その評価の問題とか、どうしたら患者さんの実情を評価できるかとか、その評価が何を意味しているかとか、さまざまなことを今までの私の研究の柱にしてきました。

また、最近、認知症の人の人権の問題で、インフォームド・コンセントということがよく言わ

れるわけですが、認知症の人の理解とは何か、意思・意向とは何か、それをどう評価していくのかという尺度も開発してきました。

そのように、いろんな尺度の開発を行ってきたわけですが、2000年にこちらに来て、最初に私が研究したのは、認知症の人の家族負担についてです。家族が自分たちの介護負担を軽減するために、どういったサービスを必要としているかをリサーチして、ご存じのように、小規模多機能施設という問題も提案してきました。

また、実際に、地域での認知症の医療と福祉の連携とは何か、その連携をきちんとつなげられるツールとは何かということも研究してきました。そして、4年ちょっと前に、認知症の生活支援に必要な介護の手間に関する尺度開発を行いました。

こういうものがどうして必要かという、皆さんの実践の中で、そのクライアントがどういう状態像かということを通言言語として使えるツールだと私は考えます。

ですから、こういうものの信頼性と妥当性が証明されて、世界中で使われていけば、アルツハイマー病の診断にしても、例えば、ICD10（国際疾病分類第10版）の診断基準、あるいは、今後は「V」になりますが、DSM（精神障碍の診断と統計の手引き）—IVの診断基準をもってアルツハイマー病としたとか、MMSE（ミニメンタルステート検査）の点数二十何点で正常としたとか、そういう一つの言葉だけを共通言語として、その状態像を一言で表せます。そういう尺度には、非常に大きな利点があると思っています。ですから、皆さんの実践の中でも、共通言語としての尺度を開発することは、いろんなところに求められる点ではないかと思っています。

実際に尺度を開発するきっかけになったのが、この緊急プロジェクトです。2008年のこの緊急プロジェクトは、ご存じだと思いますが、「認知症に関する医療・福祉の連携を基にした実際のサービス提供を早急に調えなさい」という厚生労働省の提言でした。

その中では、対策の基本的な方針として五つ挙げられています。その「研究開発の促進」の中に、『認知症高齢者の日常生活自立度』の見直しということが出てきました。

どういうことかという、高齢者をクライアントとして仕事をしている人はすぐわかると思いますが、介護保険においては、日常生活自立度が一つの尺度として、要するに、要介護認定を決める一つの指標として使われています。

ちょっと見づらくて申し訳ありませんが、これが実際の「認知症高齢者の日常生活自立度」です。要するに、「I」から「IV」、そして「M」は「メディカル」の略で、医療的な処置が必要な対応です。「I」から「IV」の中で見ていくと、それぞれが日常生活の中でのさまざまな混乱の状況を表しています。そして、その混乱によって、どれだけ世話が必要かということまではいきませんが、どれだけ大変な状況かをこれで評価できていると言われています。

これと同時に、もう一つ、ADL（日常生活動作）を評価する「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」と言われるものがあり、こういうものでも、その人の全体的なADLを評価します。

要するに、認知症の場合は、先ほどの生活自立度とADLの評価表によって、どの状態にあるのかを評価し、介護保険上のさまざまなチェック項目から要介護度が決められます。

実際に認知症について考えてみます。古い話で申し訳ありませんが、これはICID（国際障害分類）です。ここで簡単に説明すると、病気があって、認知機能が侵されて、生活する能力が障害されて社会的不利を来すというのが認知症の一つの流れです。「社会的不利」という言葉がいいかどうかわかりませんが、要するに、ハンディキャップを持っているということです。

これを2001年のICF（国際生活機能分類）に置き換えてみます。これは皆さんのほうがよくご存じだと思いますが、要するに、社会で生活するのはどういうことかという、心身ともに健康でなければいけないし、同時に、その中で社会活動や

社会参加が営まれていかなければいけません。こういうものが侵されることによって、生活機能が侵されていきます。

その要因は、もちろん病気であったり、環境因子であったり、個人因子であったりします。ICFでは、障害の中の生活機能を侵していく一つの構図として、こういうことを表していると解釈しています。

認知症の場合も、心身機能が侵されて、社会活動ができなくなって、社会参加もできなくなってきます。要するに、認知症を全体的にどう捉えるかということ、「生活の障害である」と一口に言っても間違いではありません。

私たちが気になるのは、どのように心身機能が侵されているのか、どの程度侵されているのか、社会活動はどの程度できて、どれができないのか、社会参加はどうできて、どうできないのかということです。それを明確にしたうえで、福祉の分野では、よく「ニーズ」と言いますが、クライアントの実態を評価して、クライアントのニーズに対して支援していくという話になってくると思います。

これは「釈迦に説法」なので飛ばしますが、要するに、生活障害を起こしている認知症の人に対しては、身体機能と構造に視点を当てた「身体レベル」と、個人の生活に視点を当てた「個人レベル」、社会に視点を当てた「社会レベル」の三つのレベルから生活機能の障害を捉える必要があります。

ここに私がICFに沿ってざっと書きましたが、認知症の人の生活障害は、要するに、コミュニケーションが侵されて、個人の日常生活の遂行が困難になって、さまざまな社会生活ができなくなってくと同時に、社会参加もできなくなってきます。

こういうものに対して、認知症の人の日常生活の適用と行動変容を目標に、個別的な治療としてのかかわりの医療と、認知症の人が自由に活動でき、制限なく日常生活・社会生活に参加できるような環境を提供することと同時に、人権の問題の社会レベルでのアプローチも必要になってくると

思います。

実際に認知症を簡単に説明すると、中核症状と周辺症状があります。中核症状は、記憶障害を伴った認知機能の障害です。認知機能の障害とは何かというと、コミュニケーション能力の障害で、日常生活が営めなくなってきました。

周辺症状は、それに伴ってADLの障害があって、行動・心理症状があります。今は、BPSD（認知症の行動・心理症状）と言います。昔は、「問題行動」という言葉を使っていましたが、問題としているのは私たちであって、認知症の人たちにとっては意味のある行動なので、「問題行動」という侮蔑的あるいは差別的な言葉はやめようということになりました。そこで、日本では「行動・心理症状」という言葉が使われています。介護負担は症状ではありませんが、ADLが侵され、BPSDが出現することによって、介護負担が生じる構図になっています。

実際の医療現場でいくと、医師が認知症の診断を行うのは、記憶や日常生活の障害ではなくて、ここに書いてあるような易怒・攻撃や日常生活の混乱という困った行動を家族が訴えることで認知症ではないかと疑い、診断します。最初の入り口が行動の障害であることは、私たちのデータでも示されてきています。

実際の医療の現場では、認知症に対してどういうことが問題になっているかということ、診断的な問題や治療的な問題もありますけれども、症状悪化の対応とか、介護負担の軽減とか、家族に対するケアの問題、生活を支える問題が非常に困ると評価している先生が多いです。

実際に家族が入院や入所を決意する一つの要因としては、ここに書いてあるように、行動障害が本当に大きい問題です。家族は、どうして行動障害を問題としているのか。これは、単にケースワーカーなり医師が、「徘徊がありますね。だから、入院させましょう」ということではなくて、全体的にどの程度の障害かを示す必要があります。

あとで話しますが、特に行動障害においては、頻度と程度が大変重要になってきます。例えば、

うちの中でうろろして落ち着かない状況でも、放っておけば、家族にとっては特に大きな負担にはなりません。しかし、厳寒地では、冬に認知症の人がなくなると、それは死につながる大変重篤な症状につながります。そうなると、その対応は非常に大変になってきます。そういう頻度と程度の問題をどう評価したらいいかが問題になってきます。

実際に認知症のケアを考えた場合、BPSDは、他の障害とは多少異なるものです。昨日も日本老年精神医学会がありましたけれども、このBPSDに対するさまざまな対応がホットな話題として出ていました。大体80%の人に、こういうものが出てきます。

実際に一つ一つの疾病を見てみると、アルツハイマー特有のBPSDがあります。アパシーは、日本語には訳しづらいです。無関心とか無力とは、ちょっと違います。要するに、ほかには全く関心がなく、自分の世界に閉じ籠ってしまうという感覚です。そういうアパシー、焦燥感、攻撃性がアルツハイマーの特徴です。

ご存じのように、レビー小体（型認知症）には、幻覚、妄想、人物誤認症候群、替え玉妄想などのカプグラ症候群、幻の同居人などが比較的特徴的な症状として出てきます。要するに、疾病特有のBPSDがあります。

また、前頭側頭型認知症（FTD）があります。これは、「フロントテンプルアルディーズ」とか、「ディメンシア」とか、「ディジェネレーション」とか、いろんな言葉を使っていますが、ここでは「ディーズ」です。こういう中でも、特有な異常行動が出てきます。要するに、常同行為、非常に無関心な行動、あるいは社会的な逸脱行動などが出てきます。

このような疾病特有のBPSDがあって、それぞれを評価しなければいけないと言われます。さらに、アルツハイマー病の約40%の人には、破局反応と言われているような、殴ったり、蹴ったり、かみ付いたりする非常に激しい行動が出てきます。

これがなぜ出てくるのかということも、きちんと評価していかなければいけません。なぜかという、その原因を明らかにすることによって、対策を明確にするためです。

それは、脳の器質的な要因、心理社会的な要因、環境因があります。脳の器質的な要因の場合は、いくら世話で何とかしようと思っても無理です。要するに、脳の機能を整えてあげなければいけないので、やはり Medikation というか、薬物療法が主体になってきます。そして、心理・環境的な要因の場合は、もちろん、ケアの問題、環境調整が非常に重要になってきます。

ただ、この二つの方法の違いといっても、出てくる症状は一緒なので、それを鑑別していくことは、なかなか難しいです。ですから、現場では、ケアの人たちは医師に、医師はケアの人たちに、自分たちが困っている症状をお互いになすり合っている、押し付け合っている現状があるのは確かです。

それはなぜかという、それぞれがきちんと評価ができないからです。そのことにより、自分たちにとって大変なものをほかに押し付けてしまうことが現状で起こっていると思います。そういうものをなくす意味でも、やはり評価は非常に重要になってくると考えられます。

ですから、こういう心理社会的な行動においては、心理社会的要因あるいは脳器質的要因を明確にします。医療と介護のアセスメント部分のコーポレーションにとって重要な意義は、ここにあります。

ですから、お互いがそれぞれの専門性を発揮して、そこで起こっている出来事をきちんと評価して、対策を立てること、そして、その結果がどうだったかということをお互いにモニタリングし、もしそれがよくならなければ、ほかの対策を考えていくということを繰り返しているのが現場だと思っています。そういう意味で、認知症のBPSDの問題、そして、もちろんADLの問題もあります。

ADLに関しては、皆さんはよくご存じだと思いますが、基本的な食事とか、排泄とか、着替え

などができるかできないか、日常生活のさまざまな複雑な行為ができるかできないかを評価していきます。

ADLは、認知機能と非常につながっているもので、認知機能の障害の程度をADLで示すことは、よく行われています。どういうことかという、簡単に言えば、世話はほとんど必要ないけれども、混乱がある場合は軽度、世話が必要なことと自分でできることが混在していれば中度、すべて世話をしなければいけなければ重度と評価できます。こういう評価の問題です。

また、ADLがBPSDを発症させてしまったり、BPSDがADLの障害をさらに悪化させてしまうという関連があります。そして、介護負担の問題も出てきます。ですから、認知症の評価を考えた場合、BPSDとADLは切っても切れない関係です。

ADLをどう評価するか。これは、そこに書いてあるように、ディスアピリティ・アセスメント・フォー・ディメンシア (DAD) という有名な評価尺度があります。なぜこれを出したかという、実際に現場で評価をするときには、ただでできるできないという評価ではありません。例えば、自分で服を着られるかという「行動の開始」、自分で服を選べるかという「段取り」、順番どおりに服が着られて、きちんとボタンをはめて、外に出てもおかしくないように完結できるかという「有効な遂行」という三つの段階を評価して、初めてADLの評価が成り立ちます。

普段、私たちの中では、トイレができるか、入浴ができるか、着替えができるか、できるかできないかを評価していますが、現実にきちんと評価するならば、自分で服を着ようとするけれども、きちんと着られないとか、服を選べないけれども、自分で着られるとか、いろんな状況が想定できます。ですから、それによって支援の方法や援助の方法が変わってくるのがわかります。

これは、有名な(ベリー・)ライスバーグという人が開発したFAST (ファンクショナル・アセスメント・ステージング) です。これは、MCI (軽度認知機能障害) レベルの境界状態、軽度、中度、

やや高度、高度とアルツハイマー病の程度を示すアセスメントツールですが、この尺度を見れば、すべてADLの程度によって認知症の程度を決めていることがわかります。

では、本題に入ります。私たちの事業は、認知症の人の介護に必要な手間を判定するために必要な情報を提供し、新しい尺度を開発することです。

皆さんは、「手間が掛かる」とか、「そんなに手間が掛からない」とか、「手間を掛けてもいいから、ちゃんとやってよ」とか、「手間」という言葉をよく使います。では、皆さんが考える手間とは何でしょうか。私は、これが前から疑問でした。

私は、厚労省の介護保険の要介護度の認定委員の1人です。要介護度は、ケア行動を作成して、1分間タイムスタディーをやって、ロジカル的に決めていきます。ですから、非常に大掛かりな、何億円というお金をかけた調査をして制定されますが、時間的な問題を考えると、もしかしたら、あれが介護の手間の程度に匹敵するのではないかと思うふしがあります。

ところが、あの評価が皆さんの現場ですぐできるかということ、コンピューターが必要ですし、きちんとした評価を詳しくしていかないと無理です。さらに、実際には、一次審査が終わって、二次審査の審査会での評価が変わることもたくさんあります。ですから、必ずしもロジカルにすべてが現実一致しているとは限らないという矛盾もあります。

「介護の手間」と言った場合に、一概に要介護度としていいかどうか。恐らく、いいのでしょうか。長谷川式のような、もっと簡便に介護の手間を評価できる方法はないかと私たちは考えていきました。

介護の日常生活自立度が手間を表す一つの指標だとは思いますが、残念なことに、この日常生活自立度は、信頼性と妥当性の検証がされていません。妥当性はされていることもありますが、明確にきちんとした評価がされていません。なぜ厚労省がこれを介護保険の指標に使ったのかは、私もよくわかりませんが、非常に曖昧な評価です。

さっきもちょっと示しましたがけれども、自立度が「Ⅱ」の場合は、家の外かうちか、「Ⅲ」の場合は、夜か昼かという、とても曖昧な評価で表しています。認知症の生活自立度は、要するに、認知症の人の生活の障碍の程度を表しています。でも、疫学調査では、今、認知症の人が210万人いるいないというのは、「生活自立度Ⅱ」を一つの基準にしています。ですから、大変重い評価尺度ですが、現実的には信頼性と妥当性が確保されていません。

そういうことから、私が今までやってきた尺度開発の中では、もっと簡単なものはないか、医師や調査員たちが一致した評価ができて、信頼性が担保されている、あるいは、何を測っているかという妥当性が担保されている尺度はないかと考えていきました。

その際には、今説明したように、認知機能の障碍が基本にあります。介護の日常生活の状態を評価するには、認知機能、日常生活動作（ADL）、BPSDの三つの評価が必要です。認知症といっても、先ほど説明したように、いろんな認知症がありますが、それを一つの評価で評価しなければいけない、評価されるものでなければいけないという、私たちにとって一つの大きなミッションがあります。こういうものを満たした開発をしていきます。

しかし、開発したものが介護の手間を実際に測っているかどうかをもう一度検証する必要があるということで、今、この三つのことを念頭に置いて研究を進めてきました。

最初の日常生活自立度の信頼性の検証は簡単で、今までやってきたデータをそのまま分析すればいいです。実際に、平成19年にやった2万件のデータを入手して、それを調べてみたところ、認定調査員と主治医の判定は、そんなに変わりなく、ほぼ一致している状況です。

しかし、一つ一つ細かい点を見ていくと……。非常に小さくて申し訳ありません。後ろのほうの方は見えないと思いますが、赤丸がしてある「Ⅱa」とか「Ⅲb」は、主治医と認定調査員との一致

率が20%前後です。要するに、信頼性として、これでいいのかが問題になってきます。

ただ、ここでは、信頼性係数と言われるカッパなどを調べたわけではなく、単なる一致率を見ただけなので、何とも言えませんが、少なくとも、同じ評価にはあまりされていないでしょう。でも、全体的に見ると、調査員の一致率は大体40%です。これが低いか高いかをどう評価するかわかりませんが、「自立」となると、約6割で医師と認定調査員が一致しているという結果が出ているので、「自立」という評価は正しいでしょう。

ところが、それぞれ個別のカテゴリーの中の評価は、低いものでは2割程度しか一致していません。これで信頼性が確保されていると言えるかどうかは、大変疑問になってきます。

そして、先ほども言ったように、新たな尺度を開発しました。ただ、そこで問題なのが、ADL、BPSD、認知機能の三つをどのように簡単に同時に評価できるかです。これは、いろいろ考えましたが、難しかったです。

結局、皆さんが理解できて、信頼性と妥当性を得るためにどういうものを開発したかという、認知機能に障害を持った人に対して、ADLはADL、BPSDはBPSDを評価しようということで、それができる尺度を開発しました。これは具体的なものです。入り口に置いてあるので、あとでぜひ見てください。

例えばADLですが、これは本当に簡単です。「日常生活の複雑な行為に対する支援が必要」ということでは、交通機関を利用した外出、家計管理、金融機関でのお金の管理、服薬管理ができなくなってくると、認知症として怪しいです。次に進んでくると、近くの外出、身の回りのこと、日用品の買い物ができなくなってきました。その次の段階になると、ベーシカルなADLの一つ、二つがやられてきます。ADLが非常に落ちてくると、すべてのベーシカルなADLがやられてきます。こういう4段階で評価します。

これは何を意味しているかということ、認知症の人の具体的に何が侵されているかではなくて、生

活がどう営めなくなっているか、ADLがどう営めなくなっているかを表したものです。しかし、これは、「たかが三つのことで、こういうものを評価できるのか。金融機関のお金の取り扱いをやっていない人はどうするのか。こういうもので本当にいいのか」ということで、いろいろ批判がありました。

もう一つ、BPSDを評価するのに、今まではどういうものがあったか。徘徊があるとか、易怒があるとか、不安があるとか、幻覚・妄想があるとか、それを一つずつチェックしていくのがBPSDの評価尺度でした。

私たちとしては、見守りがあれば日常生活が営める程度なのか、目が離せない程度なのか、専門機関を受診しなければいけない程度なのかという三つをBPSDの評価尺度にしようということで、非常に無謀な決断を下しました。

この尺度の開発には、それぞれ根拠があります。いろいろな方にブレインストーミングをしてもらったり、尺度としてどういうものが一番望まれるのかというプレリミナリーな調査を実際に何度も行って、その信頼性と妥当性を検討して、こういうものができました。

結局、実際の信頼性と妥当性の問題だと、医師と認定調査員の一致率は、1回目も2回目も90%、医師と医師の間も90%ぐらいなので、非常に高い一致率でした。

これを信頼性の検証としていいかどうかですが、一つの問題として、これはDVDを利用して症例を見せて、その症例がどこに位置するかを医師と認定調査員に判断してもらった一致率だということです。ですから、「一致率が高くなるのは当たり前だ」と言う方も、もちろんいました。しかし、とりあえずプレリミナリーとしては、どうも一致しそうだ、信頼性がありそうだということがわかりました。

妥当性の問題としては、今までは、先ほど言ったFASTとか、Behave-AD（アルツハイマー型認知症行動尺度）に対しての評価を行ってきました。そうすると、日常生活自立度の場合には「0.6」で、

新しい尺度の場合は「0.7」です。先ほど、私は、一致率が2割ぐらいで、日常生活自立度には信頼性がないと言いましたけれども、これを見てみると、現実的には、妥当性として非常に高いものを持っていることがわかりました。

平成22年度には、きちんとした評価者間の信頼性(ICC)を計算したところ、新尺度のADL-Cog(認知機能障害に伴う日常生活動作評価表)の一致率、信頼性は「0.8」、BPS-Cog(認知機能障害に伴う行動・心理症状評価表)は「0.7」と非常に高い相関が得られました。しかし、従来の日常生活自立度に関しても「0.6」、寝たきり度になると「0.8」の信頼性があります。

こうやって研究をしてみると、今使われている日常生活自立度は、高い信頼性を持つ尺度です。ところが、現場の評価は2割程度です。この乖離が何かは、まだ解明していませんが、研究と現場には開きがあることをまざまざと見せ付けられたデータです。

実際に、もう一度やってみたところ、「0.7」とか「0.6」の相関があるので、新しく開発したADL-CogとBPS-Cogの妥当性は検証され、信頼性のICCの値でも検証されました。ですから、これは信頼性と妥当性が担保された評価尺度であり、認知症の人のADLとBPSDを評価するのに適切な評価尺度だと証明されました。

今、ちょっと面白いことをやっています。このBPSDの評価にどういうものが関係してくるかを因子分析の中で統計的にいろいろやってみました。一番困った大変な状態のときに何が影響してくるかという、攻撃性です。そのほかに、行動の障碍、妄想観念、実際の不安・恐怖なども非常に困った行動をもたらし要因になっていることがわかってきました。これも、程度による因子得点の関与の仕方がきれいに出ているので、尺度が比較的現実なもので、現場の状況を表していることがわかりました。

これは実際の要介護度ですが、見ていただくように、先ほどとは違って、ばらばらな結果が出ています。

そういうことで、この尺度はいいと思っています。実際に、BPSDとADLが組み合わさって、白色の部分がほぼ自立で軽度、黄色が中等度、これが重度という組み合わせになっていけばいいと思っていますが、それもなかなかうまくいっていないのが現状です。

なぜかという、そこにまた介護の手間という問題がかかってくるからです。実際に、ADLとBPSDだけで認知症の人の実際の生活の困難度を表せるかという、先ほど言ったように、ADLはADL、BPSDはBPSDとしての評価はできても、それを統合した評価が何を表しているかは大きな疑問になります。それで、昨年度から、介護の手間の尺度として、先ほどのADLとBPSDを使うのか、それとも新たな尺度が何か必要なのかを研究しています。

私の研究室では、この研究を院生にお願いしています。その成果として、長谷部(雅美)さんたちが明日の午前中に発表するので、ぜひ聞いてください。彼らは、非常に緻密な検討をいろいろしています。「私がとやかく言うよりも、彼らに任せておけば、こんなにいろんなものができてくるんだな」と思いました。私は、うちのゼミの人たちの能力を非常に高く買っています。私がとやかく言わず、自立を尊重したほうがいいみたいです。

ここではどういうことを言っているかという、要するに、介護負担と介護の頻度は、負担が大きければ頻度が高いとは、もちろん言えません。ここの赤丸で、頻度は低いけれども、非常に負担があるものとか、頻度は高いけれども、そんなに負担がないものとか、いろんなパターンに分かれることがわかりました。

要するに、手間を考えたときに、いろんな行動の障碍の状況の中では、頻度に関係なく、あまり手間ではない症状、頻度が増すごとに手間が大変になる症状、頻度に関係なく手間となる症状の三つのパターンに分かれます。当たり前のことかもしれないかもしれませんが、これを研究の中で実際に証明してきたのが今の段階です。

今後の課題としては、介護の手間とは何かとい

うことをここから実際に概念化できるのかということがあります。また、介護の手間を構成する要因を見い出して、介護者側の要因を実際に排除できるのか。例えば、介護者の健康状態が悪いか、お金がないとか、いろんな状態を排除できるかということも検討していかなければいけません。さらに、介護の手間を量的に測定することが本当にできるかということも、もう一度改めて検討していきます。こういうことをやっていくと、非常に面白いと私は思います。

今まで4年間かけた研究をざっと説明しました。本当に雑駁な説明で申し訳ありませんでしたが、研究結果については、そこに報告書が置いてあるので、ぜひご覧ください。

あと5分あるので、私がここで言いたいことについて話します。一つの疑問があって、それは非常にシンプルなものです。要するに、介護の手間とは何かということです。皆さんが使っている「手間が掛かる」という言葉がありますが、それは大変なことです。では、その大変なことを具体的な共通言語としてどう評価したらいいかという疑問から、こういう研究を見い出しました。

私は、こういう研究を30年近くやってきていますが、今の院生の人たちのスキルというか、コンピテンシーというか、力量は非常に高く評価できます。彼らにとって、今現実にある問題にどう対応していくかを一つずつ丁寧に議論していくことによって方法論が生まれてきて、その方法論の結果を重視することによって新たなことが判明して、新たな研究につながっていることを、私は非常に喜ばしいことだと思っています。

私は、社会事業大学に12年間いて、医学部との違いをいろいろ感じています。ここであえて私が主張していいかどうかはわかりませんが、私たちの世界では、アウトカムを重視していかないといけません。要するに、薬を出しても、手術をしても、効いたか効かないか、死んだか生きたか、健康になったかどうかという、どちらかの勝負です。その勝負の中で結果が出てくることは、ある意味では、その結果をよくするための方向性が決まっ

てくるので、研究は非常にしやすいと思います。

生活支援という問題の中では、もちろんアウトカムは重要かもしれませんが、この12年間、私が社会事業大学で学んできた中では、プロセスが非常に重要になってきます。そのプロセスの中で、どういうプロセスをすることによってクライアントのニーズを果たしていったかということになると思います。

ただ、そのクライアントは、ニーズの捉え方はさまざまですし、非常に多彩なので、こういう研究をするにあたってアウトカムを出しづらいのはよくわかります。

よく、「エビデンス・ベースド・ケア」とか、「エビデンス・ベースド・プラクティス」とか、いろんな言葉を使っています。その言葉の背景には、「エビデンス・ベースド・メディスン」という言葉があると思います。

でも、正直なところ、エビデンス・ベースド・プラクティスが、皆さんの社会福祉の分野で本当に成り立つかどうかは、ちょっと疑問です。そこにエビデンスをどうやって抽出するかという方法論が確立されていないところに、とてもジレンマを感じます。

今は、質的研究とか、いろんなことがやられています。それにおいても、具体的に、すばっと竹を切ったようなオール・オア・ナッシングではありません。ですから、そういう意味でエビデンスの検証をすることの難しさは、私も常日頃から感じています。

もう時間がないのでやめますけれども、私の30年間の臨床の中で、一つの柱となっているのは、研究であり、教育であり、実践です。その三つがお互いに影響しながら、自分の歩んできた道があると思っています。今度、私自身は実践に戻ろうと思っています。それは、実際に学んできたことをどう実践するかを私自身が試してみたいという気持ちがあるからです。

何を言いたいかというと、研究は研究者のマスターベーションであってはいけないような気がするということです。それを実践にどう結び付けて

いくつかを検証していくことも重要になると考える次第です。

大学に勤めている以上、大学に勤めようとする以上、研究は当たり前のことで、研究をしていない教員が本当に存在しているのかどうか、私としては疑問なところがあります。そういう意味での研究と教育と実践をどう融合していくかについては、それぞれ考え方がありますが、若

い院生あるいは学生は、大学人として歩むならば、今後の問題として、自分の歩みの中で研究と実践と教育という問題に対して、ぜひ真剣に捉えてほしいと思っています。

非常に雑駁ですが、もう時間になったのでやめます。本当に長い間ご清聴ありがとうございました。