

令和6・7年度運営費研究

認知症の人の well-being に資するケアに関する研究
報告書

認知症介護研究・研修仙台センター
認知症介護研究・研修東京センター
認知症介護研究・研修大府センター

令和8年5月

目次

第1部 研究の概要と報告書の構成

1. これまでの研究成果と令和6年度以降の事業の枠組み…………… 1
2. 研究推進体制および担当者会議の実施状況…………… 2
3. 本報告書の構成 …… 2

第2部 令和6年度研究成果

第1章 文献研究とアウトカム項目の検討 …………… 4

A. 文献レビュー

A-1 認知症とともに生きる人々の well-being 研究について……………4

A-2 国内における認知症や MCI の人の Well-being 等の測定に関するスコーピング レビュー …… 9

1. 緒言 …… 9
2. 方法 …… 10
3. 結果 …… 12
4. 考察 …… 13
6. 結論 …… 15

B. アウトカム項目の検討：認知症の人の well-being に資するケアに関する研究における アウトカム項目の検討 …… 30

1. 国内研究の現状と主観的評価尺度の構造的課題 …… 30
2. 国際的枠組みとの照合 …… 30
3. 国内施策との整合性 …… 30
4. アウトカム項目の要件 …… 31
5. アウトカム項目案 …… 32

第2章 ロジックモデルの検討経緯および検討結果 …………… 34

1. 背景 …… 34
2. 方法 …… 35
3. 結果 …… 35
4. 考察 …… 41
5. 結論 …… 42

第3章 研究プロトコル検討結果 …………… 44

1. 目的 …… 44
2. 方法 …… 44
3. 結果 …… 45
4. 今後の課題 …… 48

第4章 第2部結論 …………… 53

1. 令和6年度の成果 …… 53
2. 今後の方向性…………… 53

第3部 令和7年度研究成果

第1章 研究計画および実施体制の整備…………… 55

1. 研究計画の立案……	55
2. 倫理審査及び研究実施体制……	56
第2章 予備調査① ……	57
1. 目的……	57
2. 方法……	57
3. 結果……	59
4. 考察……	72
第3章 総合考察と今後の課題 ……	75
1. 認知症の人に対する主観的 well-being 評価の実施可能性……	75
2. 認知症の人への主観的 well-being 評価の回答成立に影響した要因……	75
3. 今後の検討課題……	77
資料編 ……	81
資料1 ケアレジ検討会議 研究プロトコルの検討 ver.2025/02/07……	81
資料2 認知症 well-being 尺度 (仮称) ……	89
資料3 認知機能の低下に配慮した主観的ウェルビーイングの測定法 (面接マニュアル) ……	111
資料4 予備質問……	114
資料5 予備調査①調査票……	117
執筆者一覧 ……	120

第1部 研究の概要と報告書の構成

1. これまでの研究成果と令和6年度以降の事業の枠組み

(1) これまでの研究成果

認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）では、平成28（2016）年以降、3センター共同で「認知症ケアレジストリ研究」に協働で取り組んできた。当該研究では、主に、1か月間の観察の前後に調査協力施設の担当者がNPI-Qにより認知症の人（以下、本人）の評価を行うとともにその間に行ったケアをオンラインシステムに登録するBPSDスポット調査を実施し、その結果を分析してきた。具体的には、NPI-Q及び実施したケアに欠損のない197件のデータについて、NPI-Q重症度を従属変数、ベースラインのNPI-Q重症度を共変量とし、被検者間因子をサービス種別、実施したケア（8種）としてそれぞれ反復測定分散分析を実施した（ $p=0.05$ ）。分析の結果、NPI-Q重症度は時間の経過で有意に減少していたが（ $F=5.050, p=.0026$ ）、サービス種別及び実施したケアの影響は認められなかった（ $F=0.006, p=0.936$ ）。また、同様に「実施したケア」や「対象者のBPSDの特徴」について、潜在クラス分析による分類を行ったうえで、それぞれ反復測定分散分析を実施したが、実施したケアや対象者のBPSDの特徴による影響は認められなかった（文献1：令和5年度ケアレジストリ研究報告書）。これまでの研究から、サービス利用の時間経過によって本人のBPSDの重症度は軽減していたが、「サービス種別」や「BPSDの特徴」、「単独のケア」あるいは「ケアの組み合わせ」などが、BPSDの重症度の変化に決定的な影響を与えないことが示された。これまでの研究スキームは、BPSD（行動・心理症状）に対して、ケアを実施するというアプローチの限界を示していると考えられる。すなわち、これまでに実施したような「BPSD」を軸にした調査及び分析では、認知症の人の多様なニーズや生活状況を十分に反映できず、その結果、NPI-Q重症度等に対する有意な改善が見られなかった可能性がある。

(2) 研究の目的

以上から、今後はケアによるBPSDの軽減に焦点を当てるのみではなく、QOLやWell-beingに関わる要因の解明も含めた研究のあり方を検討していくことが必要となる。本研究では、これまでのBPSDとケアを軸とした研究のあり方を刷新し、新たな研究目的を立てることとする。具体的には、「認知症の人のQOL・Well-beingを評価する方法を確立したうえで、認知症の人のQOL・Well-beingの追跡調査を行うことにより、より良い本人のあり方(well-being)のために、どのような条件が必要となるかを明らかにする」ことを目的とする。

(3) 研究の枠組み

本研究は、令和6年度に評価枠組みの構築を行い、令和7年度にその実施可能性を検証するという段階的な構成で進めている。本報告書は、これらの成果を設計から検証までの

一連の研究プロセスを示すことで、研究の全体像および各成果の位置づけを明確にすることを意図して、令和6年度分と令和7年度分を合わせて報告する。

令和6(2024)年度は、本研究における新たな研究枠組みの初年度として、評価枠組みの構築を目的に、以下の表1-1に示す枠組みで研究を行った。令和7年度においては、これらの成果を踏まえ、実施可能性の検証を目的とした予備調査を実施した。

表 1-1 担当作業と達成目標

担当作業	目的と達成目標	担当センター
アウトカム指標に関する文献研究	【目的】追跡調査で用いるアウトカム指標について検討し、提案する。 【達成目標】①国内文献において、これまでに用いられている認知症や軽度認知障害の人の Well-being 等を測定する評価尺度の実態把握を行う。②それらの評価尺度の具体的な内容や活用方法について整理する	東京
独立変数に関する文献研究とロジックモデルの検討	【目的】追跡調査において、独立変数となりえる指標について整理したうえで、追跡調査のロジックモデルを提案する 【達成目標】①認知症の人の Well-being 等の維持・向上に影響を与える要因にはどのようなものがあるか明らかにする。②追跡調査のロジックモデルの試案を提案する	大府
研究プロトコル検討	【目的】R7(2025)年度以降に実施する追跡調査の研究計画書を作成する 【達成目標】上記を踏まえて、追跡調査の研究プロトコル案を提案する	仙台

2. 研究推進体制および担当者会議の実施状況

本研究は、東京センター・大府センター・仙台センターの3拠点による共同研究として実施しており、令和6年度は、文献研究、ロジックモデル案の検討、研究プロトコル案の整理を中心に、4回の担当者会議を開催しながら検討を進めた。また、令和7年度は、研究計画書の作成、倫理的配慮と3センター連携体制の検討、予備調査の実施などと同じく、4回の担当者会議を開催し検討を進めた。

3. 本報告書の構成

本報告書は、認知症の人の well-being 評価法の開発に関する研究について、令和6年度における評価枠組みの構築および令和7年度における実施可能性の検証という段階的な研究過程を踏まえ、その成果を体系的に整理したものである。

第2部では、令和6年度の研究成果として、文献研究に基づく評価枠組みの整理、アウトカム項目の検討、ロジックモデルの構築、および研究プロトコルの検討結果を示す。

第3部では、令和7年度の研究成果として、これらの成果を踏まえて実施した予備調査の結果を示すとともに、評価手法の実施可能性および今後の課題について整理する。これら一連の成果を設計から検証までの研究プロセスとして一体的に示すことにより、研究の全体像および各成果の位置づけを明確にする構成としている。

第2部 令和6年度研究成果

第1章 文献研究とアウトカム項目の検討

A. 文献レビュー

A-1 認知症とともに生きる人々の well-being 研究について

認知症介護研究・研修東京センター
センター長 栗田圭一

今日では、世界の多くの国々で、「認知症とともによき人生を生きること」(living well with dementia)を認知症ケアや認知症施策のアウトカムとして重視する方向にある¹⁾。それは、認知症とともに生きる人々にとって、認知症という長期的な健康問題があったとしても、well-beingを保持し続けることができる社会環境があることが、その人の人生にとって意味のあることだという考え方に立ったものである。

2014年に、日本で最初の認知症の当事者組織として誕生した日本認知症本人ワーキンググループにおいても、「認知症になってからも、希望と尊厳をもって生きることができる社会をつくること」がその活動目標として掲げられた。こうした目標は、従来、認知症ケアや認知症施策のアウトカムとして考えられてきた Quality of Life (QOL)とは次元の異なるものであり、認知症の本人の体験に基づいて発信された well-being としての意味をもつものと理解することができる。

これまでの多くの認知症研究は、さまざまな全般的または認知症特異的 QOL 尺度を用いて、認知症ケアやさまざま介入の効果が評価してきた。しかし、保健福祉領域で使用されてきた QOL 尺度は基本的には健康に関連する指標（認知機能、ADL、精神症状など）で構成される health-related QOL であり、認知症の本人の自律性であるとか、本人が重要と考える心理社会的アウトカム（希望、尊厳など）を捉えることはできない。

これに対して、近年、社会福祉の領域では、strengths and asset-based model に基づく well-being の概念を取り入れて、さまざまな介入や施策のアウトカムを評価しようとする動きがある。strengths and asset-based model とは、その人がもつ個人レベルの心理社会的な強さや資産と、その人をとりまく社会レベルの強さと資産から、その人の well-being を評価しようとするものである。たとえば、個人レベルでは、良好な感情、対人的な関係性（人とのつながり、所属）、希望や生きがいなどが指標に含まれ、社会レベルでは人々の知識、地域のネットワーク、サービスの提供状況などが指標に含まれる²⁾。

Clark C ら(2020)¹⁾は、スコーピングレビューを行い、認知症の人の well-being を測定するための strengths and asset-based model に基づいた概念的枠組みを、4つの概念的テーマと6領域に整理している(表1-2)。また、各テーマ及び領域が「人生(生活)に対する満足」(=人生に価値を置くこと)というテーマと領域に収斂するモデル(図1-1)を提案し、「人生(生活)に対する満足」を評価することができる既存の尺度を表1-3のように提

示している。

表 1-2. 認知症とともに生きる人々の well-being を測定するための概念的枠組み

概念的テーマ	領域	説明
情緒的ウェルビーイング	良好な感情	肯定的感情(例: 嬉しい, 楽しい, 満足している) 肯定的体験とそれに伴う情動(例: ユーモア) 感情バランスが保たれていること
心理的ウェルビーイング	超越	個人の成長といった側面を示す個人のもつ強さ(例: 希望) 意味を創り出すこと, 高い精神性 例: 認知症という困難を超越する感覚
	生きる力と目的 (=生き甲斐)	前向きに生きること, アクティブさを維持すること 意味のある活動に関与しつづけることによって, 自己決定, 自律, 目的や成果, レジリエンス(認知症に直面する中で強さを保つこと, あるいは認知症に抵抗す ることと定義される)を保つこと
	肯定的自己意識	自分らしさ(self-hood)が持続している感覚と自己に対する肯定的態度, 自己効 力感, 自尊心, 自我同一性と尊厳の感覚を含む。
社会的ウェルビーイング	人とのつながり, 所属	所属の体験(例: 用量反応関係), 愛, 支援, 感謝, つながり(例: 意味のあるソー シャルネットワーク), 社会参加を継続し, コミュニティに関与し, 市民性をもつこと によるレジリエンス(強さを保つこと/認知症に抵抗すること)
人生(生活)に対する満足	人生に価値をおくこと	全般的に良好であり, 今の暮らしに満足しているという省察. 例: 「あなたは今の あなたの人生(暮らし)に満足していますか?」

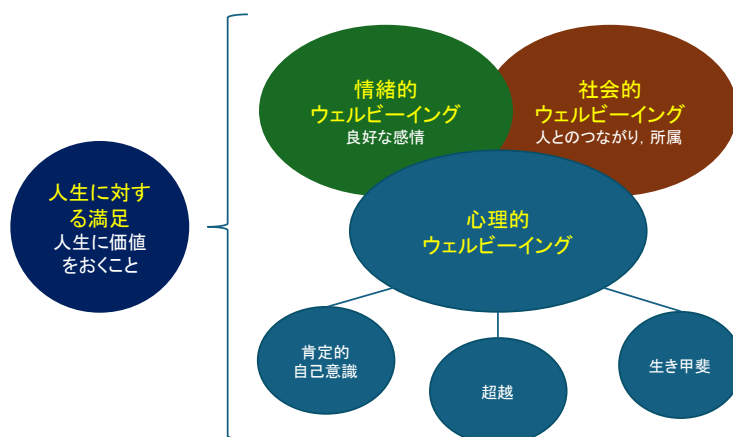


図 1-1. 認知症とともに生きる人々の well-being の概念モデル

表 1-3. 「人生(生活)に対する満足」を測定するための尺度

名称	概要
CASP-19 ³⁾	4つの下位尺度(制御, 自律, 自己実現, 喜び)で構成. 19項目版と12項目版がある. 高齢者のポピュレーションベースド・コホート研究で使用されており, 51人の認知症の人が含まれているが分離したデータはない ⁴⁾ . 認知症の人で心理測度的妥当性検証が行われている ⁵⁾ .
Life Satisfaction Index (LSI) ⁶⁾	18項目版が軽度～中等度の認知症の人を対象とするスピリチュアル介入の副次的アウトカム指標として使用されている ⁷⁾ .
Satisfaction with Life Scale (5-item SWLS) ⁸⁾	初期認知症の横断研究で部分的に妥当性検証がなされている ⁹⁾ .
Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (7-item SWEMWBS) ¹⁰⁾	過去2週間にわたるウェルビーイングと良好な機能が含まれている. 楽観主義, 役に立っている感じ, リラックスした感じ, 問題の取り扱い, 清明な思考, 他の人々と近い感じ, 決断力.
Scales of Psychological Well-Being (SPWB) ¹¹⁾	6つの下位尺度; 自己受容, 他者との良好な関係, 自律, 環境への適応能力, 生きがい, 個人的な成長; 14項目でそれぞれを評価(他のバージョンもある). 「他者との良好な関係」が老人ホームの回想療法のアウトカム指標として使用されている ¹²⁾ .
WHO-5 ¹³⁾	主観的ウェルビーイングに関する5項目の測定. 初期段階の認知症に対するリハビリに焦点をあてた介入を評価する尺度として活用されている ¹⁴⁾ .

2024年12月に閣議決定された認知症施策推進基本計画(15)では4つの重点目標が示され、それぞれについて、国民の状況や認知症の本人の体験を問うアウトカム指標が示されているが、これらは strengths and asset-based model の well-being 指標と通じるものがある。たとえば、重点目標2の「認知症の人の生活においてその意思等が尊重されていること」については「地域生活のさまざまな場面において、認知症の人の意思が尊重され、本人の望む生活が継続できていると考えている認知症の人の割合」がアウトカム指標として設定され、重点目標3の「認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができること」については、「自分の思いを伝えることができる家族・友人・仲間がいると感じている認知症の人の割合」、「地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合」、「自分らしく暮らせると考えている認知症の人の割合」、「認知症の人の希望に沿った、保健医療サービス及び福祉サービスを受けていると考えている認知症の人の割合」がアウトカム指標として設定されている。これは strengths and asset-based model に基づいた個人レベルの well-being と関連する指標と考えることもできる。また、認知症になってからも、パーソンフードが維持されていれば、つまり、「人間の価値＝尊厳」が保持され、「人権が守られる」ケアが提供され、それを可能にする社会環境があれば、well-being が確保されるというパーソン・センタード・ケアの理念と一致する(16)。

わが国は世界最高水準の長寿社会であるが、同時に認知症になっても、認知症が進展したとしても、well-being が保持されていること、つまり、「尊厳が守られ」、「よき人生を生き抜くことができる」社会であることを可視化させ、検証できるようにしていく必要がある。そのための研究に着手するために、まずは、認知症介護研究・研修センター(3センター)の共同研究として、認知症とともに生きる人々の well-being を評価する方法論を明らかにしていく必要がある。

文献

- 1) Clarke C, Woods B, Moniz-Cook E, Mountain G, Øksnebjerg L, Chattat R, Diaz A, Gove D, Vernooij-Dassen M, Wolverson E. Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Jul 24;18(1):249. doi: 10.1186/s12955-020-01440-x. PMID: 32709238; PMCID: PMC7382062.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence : Evidence for strength and asset-based outcomes. Evidence for strengths and asset based outcomes | Search results | NICE
- 3) Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):186-94. Epub 2003/05/31.
- 4) Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Huppert FA. Cognitive function and psychological well-being: findings from a population-based cohort. *Age Ageing*. 2008;37(6):685-9. Epub 2008/10/15.
- 5) Stoner CR, Orrell M, Spector A. The psychometric properties of the control, autonomy, self-realisation and pleasure scale (CASP-19) for older adults with dementia. *Aging & Mental Health*. 2019;23(5):643-9.
- 6) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*. 1961;16(2):134-43.
- 7) Wu LF, Koo M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016; 31(2):120-7. Epub 2015/05/13.
- 8) Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5. Epub 1985/02/01
- 9) McGee JS, Zhao HC, Myers DR, Kim SM. Positive psychological assessment and early-stage dementia. *Clin Gerontol*. 2017;40(4):307-19.
- 10) Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:15. Epub 2009/02/21.
- 11) Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27.
- 12) Gonzalez J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Melendez JC. Reminiscence and

- dementia: a therapeutic intervention. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(10): 1731-7. Epub 2015/03/15.
- 13) Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO well-being scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99(3):171-8. Epub 1999/04/01.
 - 14) Jha A, Jan F, Gale T, Newman C. Effectiveness of a recovery-orientated psychiatric intervention package on the wellbeing of people with early dementia: a preliminary randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(6):589-96. Epub 2012/08/01.
 - 15) 厚生労働省：認知症施策推進基本計画。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>
 - 16) Brooker D, Latham I: *Person-Centered Dementia Care. Making services better with the VIPS framework*. 2nd ed. Jessica Kingsley Publishers, London, 2016.

A-2 国内における認知症や軽度認知障害の人の Well-being 等の測定に関するスコアレビュー

1. 緒言

認知症施策や認知症ケアのアウトカムとして、Living well with dementia（認知症とともに、よき人生を送る）という考え方の重要性が強調されてきている^{3,4,23,34,37}。英国の Improving the Experience of Dementia and Enhancing Active Life (IDEAL) 研究は、軽度～中等度の認知機能障害を有する認知症とともに生きる人々（以下、認知症の人）の Living-well は、意欲的で活動的なライフスタイル、他者との良好な関係、良好な生活状況・環境、安心感があること、人生を前向きに進めていること、外出できること、前向きな人生観、困難に対処できること、自立していること、人生に目的があること、といった心理社会的な側面に基づいていることを明らかにしている^{3,34}。これらは一人一人の個人によって異なるものであることも強調されており³⁴、認知症があつたとしても「幸せに生きている」と感じるためのその人なりの条件と捉えることもできる。

認知症の人の Living well の評価方法については今日においても確立したものは存在しない。Living well を良好な Quality of Life（以下、QOL）と同一視する見方もある。しかし、QOL は健康の概念に関連づけられて指標化されている場合が多く^{21,38}、認知症とともに生きる本人が個人として重要と考える主観的実感を捉えきれないという指摘もある⁵。そのため、Living well の評価は QOL の評価のみでは不十分であり、Well-being や人生（生活）に対する満足（Life satisfaction）といった主観的な概念を含めて多元的に検討されるべきであると主張されている^{3,23}。一方、認知症の人の QOL, Well-being, Life satisfaction はそれぞれが概念的にどのように関連しているかについても議論は定まっていない。Well-being を QOL の下位概念に位置づける考え方³⁸もあるが、Well-being を strength and asset-based model²⁹の観点からより広範で多元的な概念として捉えようとする動きもある⁵。そこでは、情緒的・社会的・心理的 Well-being の領域が想定され、それらが Life satisfaction に収斂するものとしたモデルが提案されている⁵。

わが国では、2024年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」⁷が施行され、同年12月に「認知症施策推進基本計画」（以下、基本計画）²⁸が示された。基本計画では4つの重点目標が定められているが、そのうちの重点目標2（認知症の人の生活においてその意思等が尊重されていること）と重点目標3（認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができること）に対しては、主観的 Well-being と親和性のあるアウトカム指標（KPI）が設定されている（例：「自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合」、「地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合」）。しかし、それを実際にどのようにして測定するかについてはまだ検討がなされていない。

本研究の目的は、わが国でこれまでに認知症または軽度認知障害（Mild Cognitive

Impairment;MCI)とともに生きる人々の Well-being を測定しようとした研究において、①どのような評価尺度（尺度）を用いて研究がなされてきたか、②その尺度のうち主観的尺度にはどのような特性があるかを整理し、この領域の研究をわが国で進展させるための課題を明らかにすることにある。なお、本研究は、わが国における現場での実装を想定していることから日本語で作成された尺度の日本語での使用状況の把握を意図した。また、英語で表現される Well-being の尺度の構成概念についてはすでに Clarke ら⁵⁾のスコopingレビューによって検討されているが、日本語の尺度を用いた日本語の論文については検討されていない。そこで本研究では、日本語の尺度を用いた日本語の論文を対象にスコopingレビューを行うこととした。

2. 方法

(1) 研究デザイン

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA^{ScR})の日本語版⁴³⁾に準拠してスコopingレビューを行った。すなわち、検索範囲および検索式を明確にするために、対象者 (Population)、概念 (Concept)、文脈 (Context) (以下、PCC) の枠組みを設定した。本研究の Population は年齢制限の設定は行わず、認知症もしくは MCI と診断された者、Concept は Living well のアウトカム指標に関連すると考えられる Well-being (安寧, 幸福, 生きがい), QOL (生活の質), Life satisfaction (生活満足度) の尺度を使用していること、Context は日本で実施されていることとした。

(2) 論文の適格基準と除外基準

適格基準は上記の PCC に加えて、発表形式が日本語の研究論文 (原著論文または症例報告) であることとした。

除外基準は、①認知症や MCI の診断 (認知症の疑いも含む) がない者を対象とした研究、②介護者等を対象とした研究、③評価尺度が使用されていない定性的な研究、④特集・解説・シンポジウムの資料や学会抄録等の灰色文献とした。

(3) 研究手順

以下の2つのステップでレビューを実施した。すべての作業は2名の研究者 (N.T, K.H) が独立して行った。研究者間で結果が異なった場合には、議論によって解決した。

1) ステップ1: 評価尺度の活用実態

データベース検索は、医学中央雑誌 (以下、医中誌) を使用した。事前に設定した PCC の枠組みに基づき、以下のような検索式を作成した: ((認知症/TH or 認知症/AL) or (認知障害/TH or 認知機能障害/AL)) and ((精神的充足/TH or Well-being/AL) or (安楽/TH or 安寧/AL) or (幸福/TH or 幸福/AL) or (生きがい/TH or 生きがい/AL) or (生活の質/TH or

QOL/AL) or (個人的満足/TH or 生活満足度/AL)) and ((神経心理学的検査/TH) or (神経心理学的検査/AL) or (神経心理学的テスト/AL) or (精神医学的評価尺度/TH or (精神医学的評価尺度/AL) or (評価/AL or 尺度/AL) or (評価基準/TH or 評価尺度/AL)). 検索対象期間は設けなかった。最終検索日は2024年12月23日であった。

一次スクリーニングでは、タイトルと抄録を確認し、二次スクリーニングでは、本文を確認し、事前に設定した適格基準に基づいて適格論文を選定した。

適格論文として採用された研究論文から、論文の著者(発行年)、研究デザイン、研究フィールド、対象者数、使用した評価尺度の名称、評価の方法(主観的尺度か客観的尺度か、評価者は誰か、主観的尺度の場合は利用者自らが回答する本人評価か、介護者が本人の立場に立って回答する代理評価か)、対象者に重度の認知機能障害を有する者が含まれているか、認知症のサブタイプ(認知症疾患の診断名)に関する情報を抽出した。重度の認知機能障害を有する者の判断基準はMini-Mental State Examination(以下、MMSE)³²⁾もしくは改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(以下、HDS-R)³⁾の得点が10点以下であることとした。認知症のサブタイプは、アルツハイマー型認知症(以下、AD)、レビー小体型認知症(以下、DLB)、血管性認知症(以下、VaD)、前頭側頭型認知症(以下、FTD)、MCIに大別し、それ以外は「その他の認知症」とした。認知症と診断されているが、認知症疾患の診断名に関する情報がないものは「鑑別診断なし」とした。また、認知症の診断がないが、MMSEが23点以下⁴⁾もしくはHDS-Rが20点以下¹⁷⁾の者は「認知症疑い」とした。研究フィールド、使用した尺度の名称、評価の方法、認知症のサブタイプが複数あった場合は重複して集計を行った。

2) ステップ2: 主観的評価尺度の特性

ステップ1で抽出された本人評価が可能な主観的尺度に限定して、尺度のハンドサーチを行った。具体的には、ステップ1で抽出された研究論文の引用文献から使用されている尺度の日本語版の開発論文を探索した。引用文献から開発論文にたどり着かなかった場合は、医中誌またはPubMedを用いて開発論文を検索した(最終検索日:2025年2月3日)。それでも入手できなかった場合には、評価用紙が販売されていないか探索し、マニュアルや手引きを入手するように努めた。開発論文、マニュアル、手引きが入手できなかった場合には、その尺度が用いられている研究論文の本文に記載されている内容から情報を収集した。

各尺度について、疾患特異的尺度か否か、評価方法、尺度を構成する因子、項目数、選択肢数、評価期間、本人回答への配慮事項、尺度開発の際の研究対象者、尺度の信頼性と妥当性に関する情報を収集した。評価方法については、本人評価(自記式、面接式)か代理評価かを抽出した。尺度構成因子については、各尺度の下位尺度の名称を抽出した。項目数は、すべての項目数とともに、否定的表現を含む質問があった場合はそれを否定的項目(例:悲しいことがたくさんあると感じますか¹⁹⁾)とし、それ以外を肯定的項目(例:

自分は幸せだと感じることが多い¹³⁾)としてカウントした。選択肢数は各質問に対する選択肢数とした。評価期間は、評価を行うために振り返る期間とした。本人回答への配慮事項は、認知機能低下がある回答者が回答しやすくするための配慮について開発論文に記載されている事項を抽出した。信頼性と妥当性については、日本語版の開発論文に示される信頼性と妥当性に関するデータを抽出した。

3. 結果

1) ステップ1：評価尺度の活用実態

適格論文選定のプロセスを図 2-1 に示す。データベース検索の結果 1,224 件の論文がヒットし、一次スクリーニングで 218 件の論文が選定され、二次スクリーニングにて最終的に 99 件の論文が採用された。

適格論文の特徴は appendix 1 に示した。選定された論文の研究デザインは、ランダム化比較試験 7 件、非ランダム化比較試験 5 件、前後比較試験 22 件、コホート研究 11 件、横断研究 27 件、ケースシリーズ 8 件、事例報告 19 件、研究フィールドは、施設系サービス 35 件、居住系サービス 18 件、通所系サービス 22 件、訪問系サービス 5 件、病院 24 件、外来 11 件、在宅医療 2 件、不明 1 件であった。99 件の論文のうち 3 件が MCI、50 件が AD、10 件が DLB、8 件が FTD、28 件が VaD、10 件がその他の認知症、43 件が鑑別診断なし、11 件が認知症疑いを対象としていた。99 件の論文のうち主観的尺度による本人評価が行われているものが 17 件、代理評価が行われているものが 18 件、客観的尺度を用いているものが 44 件であった。31 件で測定方法が記載されていなかった。主観的尺度を用いて本人評価が行われているもののうちの 4 件、代理評価が行われているもののうちの 2 件、客観的尺度を用いているもののうちの 33 件で、対象者に重度の認知機能障害を有する者が含まれていた。

使用されていた尺度の測定方法と使用されている論文の件数を表 2-1 および表 2-2 に整理した。20 種類の主観的尺度が使用されており、そのうち本人評価で使用されていたものは 8 種類、代理評価で使用されているものは 12 種類、評価方法が不明のものが 13 種類あった (表 2-1)。使用されている論文の件数は本人評価では QOL-AD (8 件) が最も多く、DQoL (3 件) がこれに次いだ。代理評価では QOL-AD (8 件) が最も多く、EQ-5D-3L (4 件) がこれに次いだ。主観的尺度のうち疾患特異的尺度は QOL-AD, DQoL, FY-QOL のみであった。重度の認知機能障害を有する者を対象に本人評価で使用されていた尺度は QOL-AD, DQoL, SF-8, EQ-5D-3L, 改訂 PGC モラールスケール, FY-QOL の 6 種類、代理評価で用いられていた尺度は QOL-AD, EQ-5D-3L, K-1, WHO-5, SDL, GSES の 6 種類であった。代理評価はいずれも proxy-proxy で評価されていた。

客観的尺度については 15 種類の尺度が使用されていた (表 2-2)。使用されている論文の件数は QLDJ (8 件) が最も多く、QOL-D (7 件), DCM (6 件), AD-HRQL-J (6 件) がこれに次いだ。疾患特異的尺度は QOL-D, DCM, QLDJ, short QOL-D, AD-HRQL-

J, DHC, 痴呆高齢者の生活の質尺度, ADRQL, NIMH, DMAS, QUALID であった。おだやかスケールを除くすべての尺度で、重度の認知機能障害を有する者を対象に使用されていた。

2) ステップ 2 : 主観的評価尺度の特性

20 種類の主観的尺度^{1,9~14,16,18~20,22,24,31,33,35,39~41,45)}について、15 種類の開発論文^{1,10~13,16,18~20,22,24,31,35,39,45)}と 2 種類の尺度の手引き^{10,40)}を入手することができた。開発論文およびマニュアル・手引きのいずれも入手できなかった尺度が 3 種類あり、それについてはその尺度が用いられている研究論文^{11,33,40)}に記載されている情報を収集した。以上の資料に基づいて 20 種類の主観的尺度の特性を表 2-3 に整理した。評価方法は、自記式が 15 種類、面接式が 5 種類であった。面接が可能な QOL-AD²⁴⁾および QOL-HC¹⁶⁾の 2 種類は、代理評価が可能であった。疾患特異的な尺度は QOL-AD²⁴⁾, DQoL³⁹⁾および FY-QOL¹¹⁾の 3 種類であった。Clarke ら⁵⁾が提案する Well-being の構成概念のモデルでは、WHO-5¹⁾と LSI⁴⁵⁾が「人生に対する満足」の領域を測定する尺度に該当した。質問項目数が最も多い尺度は DQoL (29 項目)³⁹⁾, 最も少ないのは QOL-HC (4 項目)¹⁶⁾であった。肯定的質問項目のみで構成されている尺度は 5 種類 (QOL-AD²⁴⁾, QOL-HC¹⁶⁾, WHO-5¹⁾, SDL⁴⁰⁾, Ikigai-9¹³⁾) であった。選択肢の数は SF-8¹⁰⁾と WHO-5¹⁾が最も多く (6 件法), GSES³⁵⁾が最も少なかった (2 件法)。評価期間は、「今」を評価する GSES³⁵⁾を除き、その他の尺度では過去を振り返って評価していた。また、8 種類の尺度で評価期間の指定がなかった。本人回答への配慮事項については、QOL-AD²⁴⁾, DQoL³⁹⁾, QOL-HC¹⁶⁾において、「なるべく平易な言葉で質問する」、「視覚によるスケールを用いる」、「プレテストを実施する」、「プライバシーが守られ、安心できる環境を用意する」、「見やすい質問紙に回答する」などの記載がなされていた。日本語版の信頼性が示されていない (または確認できなかった) 尺度が 9 種類、妥当性の検討結果が示されていない (または確認できなかった) 尺度が 6 種類であった。

4. 考察

1) 評価尺度の活用実態

(1) 評価尺度の使用頻度について

Well-being に関連する尺度の使用頻度については、主観的尺度では QOL-AD, DQoL, SF-8 の順で、客観的尺度では QLDJ, QOL-D, DCM と AD-HRQL-J の順で使用頻度が高かった。主観的尺度については、国際的には QOL-AD が最も使用頻度が高く、次いで EQ-5D と DEMQOL が高い⁶⁾。最も使用頻度が高い QOL-AD は本研究の結果と一致しているが、それ以降は異なる結果であった。特に、海外では DEMQOL の使用頻度が高いのに対して、国内においては DEMQOL の日本語版³⁰⁾は作成されているものの、本研究ではそれを使用した研究論文は見当たらなかった。

(2) 認知機能の障害の程度と Well-being の評価について

重度の認知機能障害を有する者に主観的尺度を用いて本人評価が行われた論文は4編のみであった。本人評価の疾患特異的な尺度である QOL-AD²⁴⁾や DQoL³⁹⁾は軽度～中等度の認知機能障害を有する者を評価対象としていることから、これらの尺度を用いている研究では重度の認知機能障害を有する者を対象外としているものがほとんどであった。また、永田ら²⁶⁾は、重度の認知機能障害を有する者では質問項目の理解の不十分さや病態失認により QOL を高く評定する傾向があることから、欠損項目や天井効果、床効果を招く可能性があり、これらの尺度を用いて本人評価を行うことが困難であると指摘している。

なお、本研究において使用されていた尺度のうち、重度の認知機能障害を有する者を特異的对象として開発された尺度は客観的尺度の QUALID²⁷⁾のみであった。

2) 主観的評価尺度の特性

1) 評価方法について

使用されている主観的尺度はすべて本人評価（自記式 15 種類、面接式 5 種類）によるものであったが、面接式のうち 2 種類（QOL-AD²⁴⁾と QOL-HC¹⁶⁾）が代理評価もできるように設計されていた。代理評価が可能な尺度は、認知症の進行後も継続して同じ尺度にて測定することができるという利点がある。しかし、本人評価の方が代理評価よりも QOL が良好な結果が示される傾向¹⁵⁾があり、認知症の進行とともにその傾向が大きくなると報告^{2,37)}されている。また、代理人の視点が proxy-patient（患者が回答するであろうことを予測して代理人が患者の QOL を評価する）の方が proxy-proxy（患者の QOL について代理人自身の視点で評価する）よりも本人評価の値に近くなると報告⁶⁾されている。しかし、QOL-AD と QOL-HC の代理評価の方法はいずれも proxy-proxy とされている。本人評価と代理評価の間には一定の乖離があることに留意するとともに、可能な限り本人評価を行えるようにしていく工夫が求められよう。

2) 評価期間について

GSES³⁵⁾の「今」を評価することを除いたすべての尺度は、過去の一定期間を振り返って本人の状態を評価する尺度であった。しかし、本人評価では、認知機能低下に伴い、過去を思い出すことや将来を思い描くことが困難になる可能性があることから瞬間的な評価が重要とされており²⁵⁾、評価対象とする期間や時点についても課題が残されている。

3) Well-being を構成する因子について

Clarke らのモデル⁵⁾によれば、Well-being の概念を構成する因子には情緒的・心理的・社会的 Well-being と「人生に対する満足」の 4 領域があるとされており、情緒・心理・社会的 Well-being を構成する因子は「人生に対する満足（人生に価値をおくこと）」に収斂するとされている。本研究で確認された尺度のうち、WHO-5¹⁾と LSI⁴⁵⁾が Clarke らのモデルの「人生に対する満足」を測定する尺度に該当した。しかし、WHO-5 や LSI は疾患特異的な尺度ではなく、認知機能の低下に配慮して、本人評価ができるようには設計され

ていない。また、全体として、認知機能低下のある人の Well-being の構成概念を包括的に検討して作成された尺度はまだ見当たらなかった。

4) 本人評価に関する配慮事項について

Well-being の本人評価を行う際に、認知機能が低下していても本人が測定できるようにするための配慮が必要である。Tomori ら⁴²⁾によれば、イラストを活用し、患者とセラピストが目標を共有するアプリケーションツールを用いて対象者が自身の重要な作業を選択できる認知機能のカットオフ値は MMSE 8 点と報告している。このことからイラストなどの画像を活用することなどの配慮を行うことで、中等度～重度の認知機能障害を有する者でも本人評価が可能なツールを作成できるかもしれない。また、ワーキングメモリや言語記号の操作能力の低下に配慮して、二文節以上の質問項目を避ける、本人が普段使うような言葉を用いる、質問項目数を減らす、質問項目には否定的表現を用いない、選択肢はなるべく少なくする、などの配慮も検討すべきであろう。しかし、こうしたことに十分に配慮された尺度は本研究では検出できなかった。記憶機能などの認知機能の低下に配慮した尺度と測定法の開発が今後の課題として残されている。

5) 本研究から明らかになったリサーチ・ギャップおよびリサーチ・クエスチョン

本研究の結果、わが国においては、認知症または MCI とともに生きる人々の主観的 Well-being の構成概念を検討し、かつ、認知機能低下に配慮した尺度開発や評価方法の検討が十分になされていないことが明らかとなった。

このリサーチ・ギャップを解消するためには、①日本の文化的背景を持つ認知症または MCI とともに生きる人々の主観的 Well-being は、どのような要素で構成されるのか（構成概念の検討）、②認知機能の低下に配慮した主観的 Well-being の尺度及び測定法をどのようにして開発するか、といった 2 つのリサーチ・クエスチョンに取り組む必要がある。

6) 本研究の限界

本研究の限界として、第 1 に、本研究で採用した 99 編の論文のうち 31 編で評価方法の明確な記載がなかったということがあげられる。このことは、わが国においてこの領域の研究が未成熟の段階であることを示唆している。第 2 に、本研究は和文論文に限定したスコーピングレビューであったため、日本で行われたが、海外で出版された研究論文は対象外であることから尺度の正確な使用頻度は明らかでないことや、国際的な観点での検討がなされていない。認知機能低下がある人の主観的 Well-being を評価するための方法論の検討が国外においてどの程度なされているかの検討が今後の課題として残されている。

5. 結論

20 種類の主観的尺度の特性を整理した結果、認知症または MCI とともに生きる人々の主観的 Well-being を評価するにあたって、Well-being の構成概念を検討し、かつ、認知

機能低下に配慮した尺度開発や評価方法の検討が十分になされたものは見当たらなかった。諸外国の研究状況も整理した上で、本人の認知機能の低下に配慮した主観的 Well-being の評価のあり方を明らかにしていくことが今後の課題である。

出典および付記

本報告書の内容は、「老年精神医学雑誌」第 37 巻第 2 号（2026 年 2 月発行）に掲載された「日本における認知症または軽度認知障害とともに生きる人々の Well-being の測定に関するスコopingレビュー」と同一である。なお、本報告書においては、適格論文の特徴を示す情報を付録（Appendix 1）として追記した。

文献

- 1) Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, et al.: Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index. *Int Psychogeriatr*,19(1):77–88 (2007) .
- 2) Buckley T, Fauth EB, Morrison A, Tschanz J, et al.: Predictors of quality of life ratings for persons with dementia simultaneously reported by patients and their caregivers: The Cache County (Utah) study. *Int Psychogeriatr*,24(7):1094–1102 (2012) .
- 3) Clare L, Nelis SM, Quinn C, Martyr A, et al.: Improving the experience of dementia and enhancing active life - living well with dementia: study protocol for the IDEAL study. *Health Qual Life Outcomes*,12(1):164 (2014) .
- 4) Clare L, Wu YT, Jones IR, Victor CR, et al.: A comprehensive model of factors associated with subjective perceptions of ‘Living Well’ with dementia: findings from the IDEAL study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*,33(1):36–41 (2019) .
- 5) Clarke C, Woods B, Moniz-Cook E, Mountain G, et al.: Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. *Health Qual Life Outcomes*,18(1):249 (2020) .
- 6) Engel L, Sokolova V, Bogatyreva E, Leuenberger A: Understanding the influence of different proxy perspectives in explaining the difference between self-rated vs proxy-rated quality of life in people living with dementia: a systematic literature review and meta-analysis. *Qual Life Res*,33(8):2055–2066 (2024) .
- 7) e-Gov 法令検索: 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和五年法律第六十五号）. <https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065>（閲覧日：2025 年 7 月 29 日）
- 8) 福田未来, 佐藤文美, 内田陽子: 自宅で生活する認知症高齢者の認知機能重症度別

- にみた口腔清掃自立度の特徴. 認知症ケア研究誌,2:93-102 (2018) .
- 9) 福原俊一, 鈴嶋よしみ: 健康関連 QOL 尺度—SF-8 と SF-36. 医学の歩み,213:133-136 (2005) .
 - 10) 福原俊一, 鈴嶋よしみ (編著) : SF-36v2 日本語版マニュアル: 健康関連 QOL 尺度. 健康医療評価研究機構, 東京 (2004) .
 - 11) 原田和子: 『青空緑芝 Outdoor アクティビティ・ケア・プログラム』の効果. 日本精神科看護学会誌, 41(1): 84-86 (1998) .
 - 12) 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中, 能登真一ほか: 日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学,64(1):47-55 (2015) .
 - 13) 今井忠則, 長田久雄, 西村芳貢: 生きがい意識尺度 (Ikigai-9) の信頼性と妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌,59(7):433-439 (2012) .
 - 14) 石原治, 内藤佳津雄, 長嶋紀一: QOL 評価表作成の試み. 社会老年学,14:43-51 (1992) .
 - 15) Jönsson L, Andreasen N, Kilander L, Soininen H, et al.: Patient- and proxy-reported utility in Alzheimer disease using the EuroQoL. Alzheimer Dis Assoc Disord,20(1):49-55 (2006) .
 - 16) Kamitani H, Umegaki H, Okamoto K, Kanda S, et al.: Development and validation of a new quality of life scale for patients receiving home-based medical care. Geriatr Gerontol Int,17(3):440-448 (2017) .
 - 17) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 植田宏樹ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌,2:1339-1347 (1991) .
 - 18) 近藤勉, 鎌田次郎: 生きがい感スケールの作成. 社会福祉学,43(2):93-101 (2003) .
 - 19) 古谷野亘: 生きがいの測定—改訂 PGC モラール・スケールの分析—. 老年社会科学,3:83-95 (1981) .
 - 20) Liang J, Asano H, Bollen KA, Kahana EF, et al.: Cross-cultural comparability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. J Gerontol,42(1):37-43 (1987) .
 - 21) Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L : Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. Psychosom Med,64(3):510-519 (2002) .
 - 22) 前田大作, 浅野仁, 谷口和江: 老人の主観的幸福感の研究. 社会老年学,11:15-31 (1979) .
 - 23) Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, et al.: Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol

- Med,48(13):2130–2139 (2018) .
- 24) Matsui T, Nakaaki S, Murata Y, Sato J, et al.: Determinants of the quality of life in Alzheimer's disease patients as assessed by the Japanese version of the Quality of Life-Alzheimer's disease scale. *Dement Geriatr Cogn Disord*,21(3):182–191 (2006) .
 - 25) Miklitz C, Fliessbach K, McCormick C: Happiness and well-being in dementia. *Front Neurol*,15:1422354 (2024) .
 - 26) 永田優馬, 田中寛之, 石丸大貴, 植松正保ほか: 重度認知症に対する従来の QOL 尺度の限界. *老年精神医学雑誌*,27(4):429–437 (2016) .
 - 27) 永田優馬, 田中寛之, 石丸大貴, 植松正保ほか: 重度認知症者のための QoL 尺度 (QUALID-J) の因子構造に関する研究. *老年精神医学雑誌*,31(6):643–651 (2020) .
 - 28) 内閣官房: 認知症施策推進基本計画 (令和 6 年 12 月 3 日閣議決定) .
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_suishinhonbu/index.html (閲覧日 : 2025 年 7 月 29 日)
 - 29) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Evidence for strengths and asset-based outcomes. <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/evidence-for-strengths-and-asset-based-outcomes> (閲覧日 : 2025 年 7 月 29 日)
 - 30) Niikawa H, Kawano Y, Yamanaka K, Okamura T, et al.: Reliability and validity of the Japanese DEMQOL. *Geriatr Gerontol Int*,19(6):487–491 (2019) .
 - 31) 西村周三, 土屋有紀, 久繁哲徳, 池上直己ほか: 日本語版 EuroQol の開発. *医療と社会*, 8(1): 109–123 (1998) .
 - 32) Perneczky R, Wagenpfeil S, Komossa K, Grimmer T, et al.: Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating. *Am J Geriatr Psychiatry*,14(2):139–144 (2006) .
 - 33) Qualitest 株式会社: SF-8™ (SF8 Health Survey) .
<https://www.qualitest.jp/qol/sf8.html> (閲覧日 : 2025 年 7 月 29 日)
 - 34) Quinn C, Pickett JA, Litherland R, Morris RG, et al.: Living well with dementia: What is possible and how to promote it. *Int J Geriatr Psychiatry*,37(1):10.1002/gps.5627 (2022) .
 - 35) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究*,12(1):73–82 (1986) .
 - 36) Schiffozyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, et al.: Generic quality of life assessment in dementia patients: A prospective cohort study. *BMC*

- Neurol,10:48 (2010) .
- 37) Silarova B, Nelis SM, Ashworth RM, Ballard C, et al.: Protocol for the IDEAL-2 longitudinal study: following the experiences of people with dementia and their primary carers to understand what contributes to living well with dementia and enhances active life. *BMC Public Health*,18(1):1214 (2018) .
 - 38) Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, Harwood R, et al.: Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess*,9(10):1–93, iii–iv (2005) .
 - 39) 鈴木みずえ, 内田敦子, 金森雅夫, 大城一: 日本語版 Dementia Quality of Life Instrument の作成と信頼性・妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌*, 42(4): 423–431 (2005) .
 - 40) 田中正一, 蜂須賀研二, 緒方甫: 難病患者における ADL と SDL (日常生活満足度) . *総合リハビリテーション*,21(11):928-934 (1993) .
 - 41) 田崎美弥子, 中根允文: WHO QOL26 手引改訂版. 金子書房, 東京 (2007) .
 - 42) Tomori K, Nagayama H, Saito Y, Ohno K, et al.: Cut-off score for meaningful activity using ADOC. *Disabil Rehabil Assist Technol*,10(2):126–131 (2015) .
 - 43) 友利幸之介, 澤田辰徳, 大野勘太, 高橋香代子ほか: スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版: PRISMA-ScR. *日本臨床作業療法研究*,7:70–76 (2020) .
 - 44) Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, Wong SY, et al.: Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 175(9): 1450–1458 (2015) .
 - 45) 和田修一: 「人生生活満足度尺度」の分析. *社会老年学*,14:21–35 (1981) .

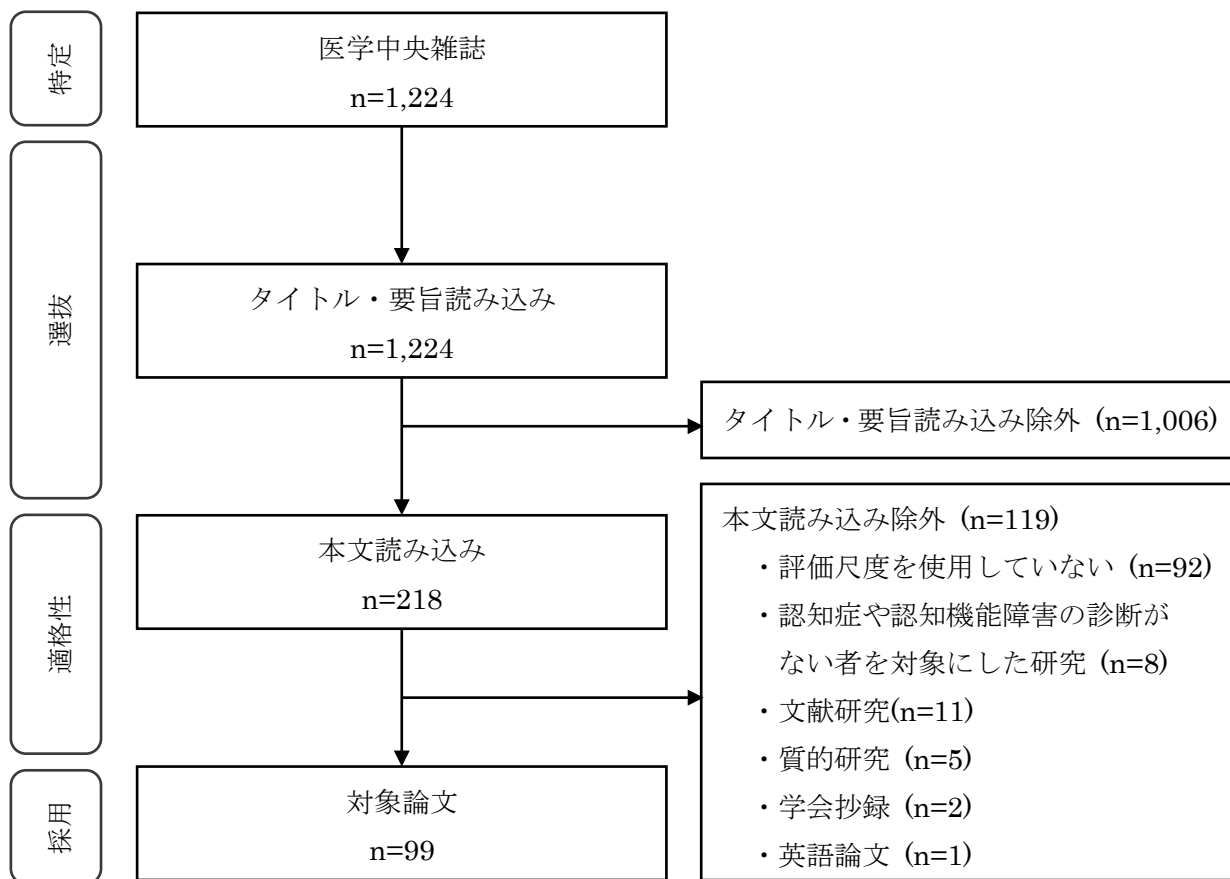


図 2-1 文献選定のフローチャート

表 2-1 主観的評価尺度の測定方法および使用されている論文の件数

	測定方法		
	本人評価	代理評価	不明
Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)*#	8	8	0
Dementia Quality of life Instrument (DQoL)*	3	2	3
Short Form-8 Health Survey (SF-8)*	2	0	0
EuroQol 5-Dimensions-3-Level (EQ-5D-3L)*#	1	4	2
改訂 Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (改訂 PGC モラールスケール)*	1	0	4
World Health Organization Quality of Life - BREF 26 (WHOQOL-BREF26)	1	1	0
Quality of Life Profile for the Home Care (QOL-HC)	1	1	0
福山友愛式施設内痴呆高齢者 QOL 評価尺度 (FY-QOL)*	1	0	1
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC モラールスケール)	0	0	4
PGC モラールスケール (11 項目版)	0	2	1
高齢者向け生きがい感スケール (K-1 Scale for Ikigai Feeling in the Elderly ; K-1)#	0	1	1
Short Form-36 Version 2 Health Survey (SF-36v2)	0	0	1
SF-8 (24 時間版)	0	0	1
World Health Organization Five Well-Being Index (WHO-5)#	0	1	1
Life Satisfaction Index (LSI)	0	0	1
Satisfaction with daily life (SDL)#	0	1	1
EuroQol 5-Dimensions-5-Level (EQ-5D-5L)	0	1	0
主観的 QOL 尺度	0	1	0
一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale ; GSES)#	0	1	0
生きがい意識尺度 (Ikigai-9)	0	0	1

*: 重度の認知機能障害を有する者を対象に, 本人評価で測定していた評価尺度, #: 重度の認知機能障害を有する者を対象に, 代理評価で測定していた評価尺度

表 2-2 客観的評価尺度の測定方法および使用されている論文の件数

	測定方法	
	観察評価	不明
Quality of life inventory for the Japanese elderly with dementia (QLDJ)*	8	1
認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票 (QOL-D)*	7	3
Dementia Care Mapping (DCM)*	6	2
日本語版 Alzheimer's Disease health-related quality of life (AD-HRQL-J)*	6	0
認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票 短縮版 (short QOL-D)*	5	2
Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (改変 ARS)*	4	1
Dementia Happy Check Home Care Version (DHC)*	4	0
痴呆高齢者の生活の質尺度*	3	2
Affect Rating Scale (ARS)*	1	0
おだやかスケール	1	0
Quality of Life inLate-Stage Dementia (QUALID)*	1	0
NIMH Dementia Mood Assessment Scale (DMAS)*	1	0
Alzheimer Disease-Related Quality of Life (ADRQL)*	1	0
Psychological well-being 尺度 (PWB)*	1	0
Apparent Affect Rating Scale (AARS)*	1	0

*: 重度の認知機能障害を有する者を対象に、観察評価で測定していた評価尺度

表 2-3 主観的評価尺度の特性

評価尺度の名称	評価方法			評価尺度の構成要因	項目数			選択肢数	本人回答への配慮	評価期間	日本語版開発時		
	疾患特異的	自記式	インタビュー 代理		全項目	肯定的表現	否定的表現				対象者	信頼性	妥当性
QOL-AD ²⁴⁾	+	+	+	①心理的幸福感, ②身体及び生活環境, ③人間関係	13	13	0	4件法 (1: よくない~4点: 非常によい)	面接者のための施行手順を準備, 面接者はなるべく平易な言葉を用いて質問視覚によるスケールを用いる, プレテストを実施, プライバシーが守られ, 安心できる環境を用意	指定なし	アルツハイマー型認知症の人 140名	内的一貫性: Cronbach の α は認知症の人が $\alpha=0.84$, 介護者が $\alpha=0.82$ 再テスト信頼性(1か月): 認知症の人は $ICC=0.84$, 介護者は $ICC=0.91$	収束的妥当性: QOL-AD の本人評価と介護者による客観的評価の Pearson の相関係数は $r=0.60$
DQoL ³⁹⁾	+	+		①自尊感情, ②肯定的情動 (ユーモア), ③否定的感情, ④所属感, ⑤美的感覚	29	18	11	5件法 (例: 1点: まったく楽しんでいない~, 5点: 非常に楽しむ)		最近	在宅の認知症の人 72名	内的一貫性: 各ドメインの Cronbach の $\alpha=0.666\sim0.864$ 再テスト信頼性 (2週間後): 各ドメインにおける再テストとの Spearman の相関係数は $\rho=0.670\sim0.863$	併存的妥当性: DQoL の美的感覚を除く 4つのドメインと GDS の Spearman の相関係数は $\rho=-0.361\sim-0.469$
QOL-HC ¹⁶⁾		+	+	①安心感, ②人生の満足度, ③社会的交流, ④在宅医療サービスへの満足度	4	4	0	3件法 (0: いいえ~2: はい)	見やすい質問紙に回答	最近	1) 在宅医療患者 89名 (認知症の人 39名) 2) 在宅医療患者 40名 (認知症の人 21名)	1) 内的一貫性: Cronbach の $\alpha=0.70$	1) 構造的妥当性: 主成分分析により 4項目を抽出 2) 基準関連妥当性: QOL-HC との Spearman の相関係数は SF-36 の MCS が $\rho=0.524$, PCS が $\rho=0.494$
PGC モジュール スケール ²²⁾	+			①心理的高揚, ②老いに対する態度, ③現在の状態の受容, ④心理的動揺, ⑤楽天的思考, ⑥孤独感・不満足感	22	9	13	2 or 3 件法 (質問ごとに設定)	特になし	指定なし	日本の地域在住高齢者 229名	検証に関する記載はない	構造的妥当性: 主因子分析 (バリマックス法)により 3 因子を抽出 (3 因子までの累積寄与率 35.7%)
改訂 PGC モジュール スケール ¹⁹⁾	+			①心理的高揚, ②孤独感・不満足感, ③老いに対する態度	17	5	12	2 or 3 件法 (質問ごとに設定)	特になし	指定なし	1) 在宅高齢者 413名 2) 在宅高齢者 700名 3) 働く高齢者 624名	1-3)内的一貫性: KR-20 の $\alpha=0.851\sim0.857$	1-3)構造的妥当性: 主因子分析 (バリマックス法)により 3 因子を抽出 (3 因子までの累積寄与率 34.9%~36.2%)
PGC モジュール スケール (11 項目版) ²⁰⁾	+			①心理的高揚, ②孤独感・不満足感, ③老いに対する態度	11	3	8	3件法 (はい, いいえ, わからない)	特になし	指定なし	地域在住高齢者 日本 345名, アメリカ 490名	検証に関する記載なし	構造的妥当性: 日本・アメリカともに共分散構造分析により 3 因子 11 項目の適合性が良好であることを確認
EQ-5D-3L ³¹⁾	+			①移動の程度, ②身の回りの管理, ③普段の活動, ④痛み/不快感, ⑤不安/ふさぎこみ	5	3	2	3件法 (問題はない~ひどく)	特になし	今日	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし
EQ-5D-5L ¹²⁾	+			①移動の程度, ②身の回りの管理, ③普段の活動, ④痛み/不快感, ⑤不安/ふさぎこみ	5	3	2	5件法 (問題はない~極度)	特になし	今日	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし
SF-8 ¹⁰⁾	+			①身体機能, ②日常役割機能 (身体), ③体の痛み, ④全体的健康感, ⑤活力, ⑥社会生活機能, ⑦日常役割機能 (精神), ⑧心の健康	8	2	6	6件法	特になし	過去 1 週間, 1 か月	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし	検証に関する記載なし
SF-8 (24 時間版) ³³⁾	+			①身体機能, ②日常役割機能 (身体), ③体の痛み, ④全体的健康感, ⑤活力, ⑥社会生活機能, ⑦日常役割機能 (精神), ⑧心の健康	8	2	6	5件法 (1~5)	特になし	過去 24 時間	-	-	-
SF-36v2 ⁹⁾	+			①身体機能, ②日常役割機能 (身体), ③体の痛み, ④全体的健康感, ⑤活力, ⑥社会生活機能, ⑦日常役割機能 (精神), ⑧心の健康	36	8	28	5件法×26問, 3件法×10問	特になし	過去 1 週間, 1 か月	日本の一般住民 1089名	内的一貫性: 8つの下位尺度の Cronbach の $\alpha=0.76\sim0.93$	構造的妥当性: 因子分析により 2 因子を抽出 (SF-36 と同一概念) 収束的妥当性: 8つの下位尺度において各下位尺度と項目との相関がすべて 0.4 以上
WHO-5 ¹⁾	+			①明るく, 楽しい気分でも過ごした, ②落ち着いた, リラックスした気分でも過ごした, ③意欲的で, 活動的に過ごした, ④ぐっすりと休め, 気持ちよくめざめた, ⑤日常生活の中に, 興味のあることがたくさんあった	5	5	0	6件法 (0: まったくない~5: いつも)	特になし	最近 2 週間	地域在住高齢者 696名	内的一貫性: Cronbach の $\alpha=0.87$, Loevinger の同質性係数=0.64, 1 因子であることを確認	併存的妥当性: WHO-5 と GDS との Spearman の相関係数は $\rho=-0.528$ 弁別的妥当性: 自殺念慮に関する ROC 曲線, $AUC = 0.82$ (95%CI: 0.73~0.91)
WHOQOL-BREF ²⁶⁾	+			①全体的な QOL, ②全体的な健康状態, ③身体的領域, ④心理的領域, ⑤環境領域, ⑥社会的関係	26	25	1	5件法 (1: 悪い~5: 良い)	特になし	過去 2 週間	1) 3つの調査 4,802名, 3,882名, 2,369名 2) 3 地域の大学生 90名, 116名, 90名と無作為抽出された患者 100名	1) 内的一貫性: 各領域の Cronbach の $\alpha=0.66\sim0.84$ 2) 再テスト信頼性 (2~8週間後): 各領域における再テストとの Pearson の相関係数は $r=0.56\sim0.84$	1) 弁別的妥当性: すべての領域で健常者と患者間のグループが弁別できた 1)構造的妥当性: 確認的因子分析にて, 4 領域の適合性が良好であることを確認

LSI ⁴⁵⁾	+		①興味対アバシー, ②決意と不屈の精神, ③目標に関する期待と現実の一致度, ④肯定的な自己認識, ⑤心理的雰囲気	20	13	7	3件法 (1: はい ~3: どちらともいえない)	特になし	指定なし	1) 企業 320 名 2) 地域 850 名	検証に関する記載なし	1,2) 構造的妥当性: 主因子分析にて 1)は 6 因子, 2)は 5 因子を抽出, またクラスター分析にて, 1)・2)ともに 4 つのクラスターに分類
SDL ⁴⁰⁾	+		①身体機能, ②家庭生活, ③社会生活, ④勤労生活, ⑤自己啓発, ⑥レクリエーション, ⑦所得・資産	7	7	0	5件法 (0: 不満足~4: 満足)	特になし	指定なし	-	-	-
主観的 QOL 尺度 ¹⁴⁾	+		①現在の満足感, ②生活のハリ, ③心理的安定感	12	8	4	3件法 (0: いいえ~2: はい)	特になし	指定なし	1) 地域在住高齢者 (健康群)545 名 2) 外来通院循環器病患者 (疾患群)324 名	1,2) 内的一貫性: Cronbach の α は 1)の各因子=0.649~0.780, 2)の各因子=0.736~0.806	1,2)構造的妥当性: 主成分分析 (バリマックス法)にて 3 因子を抽出 (3 因子までの累積寄与率は 1)が 58.0%, 2)が 60.9%, 1)・2)ともに同じ因子構造であることを確認
K-1 ¹⁸⁾	+		①自己実現と意欲, ②存在感, ③生活充実感, ④生きる意欲	16	12	4	3件法 (0: いいえ~2: はい)	特になし	指定なし	地域在住高齢者 128 名	内的一貫性: Cronbach の α =0.62 再テスト信頼性 (2 か月後): ICC=0.83	構造的妥当性: 主因子分析 (オプティミム回転)にて 4 因子を抽出 (4 因子までの累積寄与率 38.0%) 基準関連妥当性: K-1 と「あなたは生きがいをもどの程度感じていますか」というセルフアンカリングスケール得点との Pearson の相関係数 $r=0.87$
Ikigai-9 ¹³⁾	+		①生活・人生に対する楽天的・肯定的感情, ②未来に対する積極的・肯定的姿勢, ③自己存在の意味の認識	9	9	0	5件法 (1: ほとんどあてはまらない~5: とてもあてはまる)	特になし	ふだんの生活	地域在住高齢者 428 名	内的一貫性: Cronbach の α は総得点=0.87, 下位項目=0.76~0.82	構造的妥当性: 共分散構造分析により 3 因子 9 項目の適合性が良好であることを確認 併存的妥当性: SF-36 の MCS との Spearman の相関係数 $\rho=0.33$
GSES ³⁵⁾	+		①行動の積極性, ②失敗に対する不安, ③能力の社会的位置づけ	16	8	8	2件法 (はい or いいえ)	特になし	今	1) 大学生 278 名 2) 大学生 116 名	2) 再テスト信頼性 (5 か月後): Pearson の積率相関係数 r は再テストとの総得点=0.83, 再テストとの各因子得点 0.65~0.80 2) 内的一貫性: スピアマン・ブラウンの公式 (折半法) $r=0.84$, KR-21 の $r=0.74$	1) 構造的妥当性: 主因子分析 (バリマックス法)にて 10 因子を抽出し, 固有値が 1.0 以上を示した 3 因子を抽出 (因子負荷量が 0.3 以上の項目) 1) 基準関連妥当性: GSES との Pearson の積率相関係数 r は自己効力感テスト総得点=0.64, 自己効力感テストの下位領域=0.66~0.77
FY-QOL ¹¹⁾	+	+	①一般状態すなわち睡眠, 食欲, 排泄など, ②情緒状況, ③コミュニケーション, ④人生と現在の生活に関する満足度, ⑤活力	20	14	6	-	-	-	-	-	-

—: 評価尺度を入手できなかった項目, QOL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease, DQoL: Dementia Quality of life Instrument, QOL-HC: Quality of Life Profile for the Home Care, PGC モラルスケール: Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, EQ-5D-3L: EuroQol 5-Dimensions-3Level, EQ-5D-5L: EuroQol 5-Dimensions-5Level, SF-8: Short Form-8 Health Survey, SF-36v2: Short Form-36 Version 2 Health Survey, WHO-5: World Health Organization Five Well-Being Index, WHOQOL-BREF26: World Health Organization Quality of Life - BREF 26, LSI: Life Satisfaction Index, SDL: Satisfaction with daily life, K-1: K-1 Scale for Ikigai Feeling in the Elderly, Ikigai-9: 生きがい意識尺度, GSES: General Self-Efficacy Scale, FY-QOL: 福山友愛式施設内痴呆高齢者 QOL 評価尺度, ICC: Intraclass Correlation Coefficient, KR-20: Kuder-Richardson Formula 20, KR-21: Kuder-Richardson Formula 21, GDS: Geriatric Depression Scale, MCS: Mental Component Summary, PCS: Physical Component Summary, ROC: Receiver Operating Characteristic curve, AUC: Area Under the Curve

83	増谷 (2010)	事例報告	居住系	3	QLDJ	研究者・介護者	MMSE (10-18 点)	+	+
84	木村 (2006)	事例報告	通所系	2	PGC モラールスケール	—	MMSE (26 点) HDS-R (25 点)	+	+
85	安富ら (2012)	事例報告	病院	1	DCM	—	—	+	
86	田邊ら (2009)	事例報告	居住系	1	DCM	マップパー	HDS-R (6 点)	+	
87	中原ら (2011)	事例報告	通所系	1	DQoL	—	HDS-R (17 点)	+	+
88	藤田ら (2017)	事例報告	通所系	1	K-1	—	HDS-R (9 点)	+	
89	山根ら (2018)	事例報告	病院	1	PGC モラールスケール (11 項目版)	—	HDS-R (11 点)	+	
90	中西ら (2020)	事例報告	居住系	1	QOL-AD	作業療法士	MMSE (15 点)		+
91	中西 (2018)	事例報告	施設系	1	QOL-AD	作業療法士の聞き取りで本人が回答	MMSE (22 点)		+
92	中西ら (2012)	事例報告	施設系	1	QOL-AD	介護者の聞き取りで本人が回答	MMSE (11 点)		+
93	中西 (2018)	事例報告	施設系	1	QOL-AD	作業療法士	MMSE (22 点)		+
94	三嶋ら (2019)	事例報告	通所系	1	QOL-D	—	MMSE (16 点)	+	
95	井上ら (2022)	事例報告	通所系	1	short QOL-D	—	MMSE (24 点)	+	
96	小笠原ら (2021)	事例報告	施設系	1	short QOL-D	作業療法士	MMSE (3 点)	+	
97	色部ら (2011)	事例報告	通所系	1	WHOQOL-BREF26	作業療法士	HDS-R (13 点)		+
98	有田ら (2016)	事例報告	通所系	1	改訂 PGC モラールスケール	—	HDS-R (11 点)	+	
99	山田 (2020)	事例報告	病院	1	改訂 PGC モラールスケール	—	HDS-R (16 点)		+

—: 評価尺度を入手できなかった項目, QOL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease, DQoL: Dementia Quality of life Instrument, QOL-HC: Quality of Life Profile for the Home Care, PGC モラールスケール: Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, EQ-5D-3L: EuroQol 5-Dimension-3Level, EQ-5D-5L: EuroQol 5-Dimension-5Level, SF-8: Short Form-8 Health Survey, SF-36v2: Short Form-36 Version 2 Health Survey, WHO-5: World Health Organization Five Well-Being Index, WHOQOL-BREF26: World Health Organization Quality of Life - BREF 26, LSI: Life Satisfaction Index, SDL Satisfaction with daily life, K-1: K-1 Scale for Ikigai Feeling in the Elderly, Ikigai-9: 生きがい意識尺度, GSES: General Self-Efficacy Scale, FY-QOL: 福山友愛式施設内痴呆高齢者 QOL 評価尺度, AARS: Apparent Affect Rating Scale, AD-HRQL-J: 日本語版 Alzheimer's Disease health-related quality of life, ADRQL: Alzheimer Disease-Related Quality of Life, ARS: Affect Rating Scale, DCM: Dementia Care Mapping, DHC: Dementia Happy Check Home Care Version, DMAS: NIMH Dementia Mood Assessment Scale, PWB: Psychological well-being 尺度, QLDJ: Quality of life inventory for the Japanese elderly with dementia, QOL-D: 認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票, QUALID: Quality of Life inLate-Stage Dementia, short QOL-D: 認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票 短縮版, 改訂 ARS: Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale, MMSE: Mini-Mental State Examination, HDS-R: 改訂 長谷川式簡易知 識 性 評 価 尺 度, MCI: Mild Cognitive Impairment, AD: Alzheimer's Disease, DLB: Dementia with Lewy Bodies, FTD: Frontotemporal Dementia, VaD: Vascular Dementia.

B.アウトカム項目の検討: 認知症の人の well-being に資するケアに関する研究におけるアウトカム項目の検討

1. 国内研究の現状と主観的評価尺度の構造的課題

A.文献研究では、国内における認知症や MCI の人の Well-being 評価研究は数の上では一定の蓄積があるものの、その多くが健康関連 QOL 尺度の応用に留まり、本人の主観的な Well-being を直接的に測定しようとする研究は限定的であることが明らかとなった。特に、主観的尺度で本人が回答している研究は少なく、重度の認知機能障害を有する人を含めた本人評価が成立している例はごくわずかであった。また、評価方法に関する記載が不十分な論文も多く、国内研究全体として評価手法の標準化が進んでいない現状が確認された。主観的評価尺度の構成要素と回答形式を整理した結果、(1) 項目数が多く認知負荷が高い、(2) 否定的表現が多く回答しにくい、(3) 選択肢の刻みが細かく判断が難しい、(4) 「過去○週間を振り返る」などの問いが認知症の人にとって負担となる、など、本人回答を困難にする構造的課題が浮き彫りとなった。さらに、多くの尺度は軽度～中等度の認知症者を前提に開発されており、より認知機能が低下した人に適用可能な主観的尺度がほとんど存在しない点も両研究に共通する重要な課題として確認された。

2. 国際的枠組みとの照合

Clarke ら (2020)¹⁾は、Strengths and Asset-based Model に基づき、認知症の人の Well-being が「情緒的」「心理的」「社会的」領域が「生活満足 (Life Satisfaction)」に収斂されていくことを示している。また IDEAL 研究においても、「つながり」「自分らしさ」「役割」「前向きさ」といった当事者の生活実感が Living-well の中心概念として強調されている²⁾。国内で使用されている尺度の多くは健康関連 QOL 尺度であり、国際的モデルで示されている「本人の主体性」「その人が大切にしている生き方」「肯定的な情緒」「生活への価値づけ」といった主観的領域を十分に捉えきれていない。文献研究で示された国内尺度の限界は、こうした領域をどのように扱うかが未整理であることを反映した結果とも考えられる。今後のアウトカム項目の検討にあたっては、国際研究の知見も参照しつつ、日本の文化的背景や当事者の経験を踏まえた Well-being の構成要素を改めて検討していく必要がある。

3. 国内施策との整合性

認知症施策推進基本計画では、「意思の尊重」「つながり」「役割」「自分らしい生活」といった主観的 Well-being に関わる指標が重点目標 2・3 のアウトカム³⁾として設定されている (図 2-2, 2-3)。重点目標 2・3 で示される指標は、Clarke による Well-being の構成領域 (情緒的・心理的・社会的・生活満足) と概念的には整合するものの、WHO-5 の 5 項目とは直接的な対応関係にはない。WHO-5 は主に情緒的 Well-being を評価する短尺

度であり、「意思の尊重」「つながり」「役割」「自分らしい生活」といった生活実感に関わる領域を十分に捉えられない点が課題として挙げられる。

重点目標2: 認知症の人の生活においてその意思等が尊重されていること

プロセス指標	アウトプット指標	アウトカム指標
<ul style="list-style-type: none"> ピアサポート活動の支援を実施している地方公共団体の数 行政職員が参画する本人ミーティングを実施している地方公共団体の数 医療・介護従事者等に、認知症の人の意思決定支援の重要性の理解を促す研修を実施している地方公共団体の数とその参加者数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる認知症の人の意見を反映している地方公共団体の数 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる家族等の意見を反映している地方公共団体の数 	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活の様々な場面において、認知症の人の意思が尊重され、本人が望む生活が継続できていると考えられている認知症の人及び国民の割合

認知症施策推進基本計画案より

図 2-2 認知症施策推進基本計画重点目標 2 のアウトカム指標等

重点目標3: 認知症の人・家族等が他の人々支え合いながら地域で安心して暮らすことができること

プロセス指標	アウトプット指標	アウトカム指標
<ul style="list-style-type: none"> 部署横断的に認知症施策の検討を実施している地方公共団体の数 認知症の人と家族等が参画した認知症施策の計画を策定し、その計画に達成すべき目標及び関連指標(KPI)を設定している地方公共団体の数 医療・介護従事者に対して実施している認知症対応力向上研修の受講者数 	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援も含めて個別の相談・支援を実施していることを明示した認知症地域支援推進員や若年性認知症支援コーディネーターを設置している地方公共団体の数 認知症バリアフリー宣言を行っている事業者の数 製品・サービスの開発に参画している認知症の人と家族等の人数 基本法の趣旨を踏まえた認知症ケアパスの作成・更新・周知を行っている市町村の数 認知症疾患医療センターにおける認知症関連疾患の鑑別診断件数 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合 地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合 認知症の人が自分らしく暮らせると考えている認知症の人及び国民の割合 認知症の人の希望に沿った、保健医療サービス及び福祉サービスを受けていると考えている認知症の人の割合

図 2-3 認知症施策推進基本計画重点目標3のアウトカム指標等

4. アウトカム項目の要件

以上を踏まえると、追跡調査で使用するアウトカム項目には、次のような要件が求められる。

- ① 認知機能の低下がある人でも回答可能であること
短文・肯定的表現・少数選択肢・視覚的支援・非言語能力の利用など、認知負荷への配慮が必要である。
- ② 国際的 Well-being 概念を網羅的に捉えること
情緒・心理・社会・生活満足という枠組みを反映した項目構成が望まれる。
- ③ 国内施策（重点目標 2・3）との整合性があること
国が定めるアウトカム指標を研究に実装可能な形で取り込む必要がある。
- ④ 実装可能性（現場での運用性）
施設職員の負担が少なく、調査継続が可能な実用的指標であること。

これらの要件を踏まえると、WHO-5 日本語版⁴⁾の特性（簡潔・肯定的・情緒的ウェルビーイングの把握）は有用である一方で、WHO-5 だけでは重点目標 2・3 が示す心理・社会的領域（つながり・役割・自分らしさ・意思の尊重）を捉えきれない。

このため、本研究では WHO-5 を基盤としつつ、国内施策で示される主観的領域を補完する項目を組み合わせた指標構成が必要であると判断した。

5. アウトカム項目案

以上の要件を踏まえ、本研究では、(1) WHO-5 に基づく Well-being 項目、(2) 認知症施策推進基本計画における重点目標 2・3 の指標、の二つの柱から構成される 10 項目のアウトカム項目（案）を整理した（図 2-4）。これらの項目は、認知症の人の主観的 Well-being の中核領域（感情の安定、自分らしさ、つながり、役割、希望）を簡潔に捉えることを目的として設計している。

認知症とともに生きる本人のウェルビーイングを評価するための項目(案)

1. 明るく、楽しい気分で過ごせていますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
2. 落ち着いた、リラックスした気分で過ごせていますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
3. 意欲的で活動的に過ごせていますか(はい, いいえ, どちらとも言えない)
4. ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか(はい, いいえ, どちらとも言えない)
5. 日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
6. 自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
7. 今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか(はい, いいえ, どちらとも言えない)
8. 自分らしく暮せていると感じますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
9. 自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)
10. 自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか (はい, いいえ, どちらとも言えない)

- 1～5はWHO-5-Jのウェルビーイングの指標
- 6～9は認知症施策推進基本計画の重点目標3のアウトカム指標
- 10は認知症施策推進基本計画の重点目標2のアウトカム指標

図 2-4 認知症の人の well-being 追跡調査におけるアウトカム項目(案)

文献

- 1) Clarke C, Woods B, Moniz-Cook E, Mountain G, Øksnebjerg L, Chattat R, et al. Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):249.
- 2) Clare L, Wu YT, Jones IR, Victor CR, et al.: A comprehensive model of factors associated with subjective perceptions of 'Living Well' with dementia: findings from the IDEAL study. Alzheimer Dis Assoc Disord,33(1):36-41 (2019) .
- 3) 内閣官房;認知症施策推進基本計画 (令和 6 年 12 月 3 日閣議決定) .
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_suishinhonbu/
- 4) Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index. Int Psychogeriatr. 2007;19(1):77-88.

第2章 ロジックモデルの検討経緯および検討結果

1. 背景

社会の長寿化・高齢化の進展に伴い、認知症を有する人（以下、認知症の人または本人）の増加が見込まれている。厚生労働省の資料によると、認知症と軽度認知障害（MCI: Mild Cognitive Impairment）の有病率は、2022年時点で高齢者の約28%とされ、2040年には30.5%（1197万人）に達すると予測されている。これは、日本の総人口の約10分の1に相当し、認知症や認知機能低下を有する人の増加への対応が喫緊の課題となっている（厚生労働省）。

認知症の高齢者の生活を支える介護サービスには、在宅での支援に加え、入所および通所サービスがある。入所・通所サービスは、認知症の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、生活支援や介護、機能訓練等のサービスを提供する。なかでも、認知症の人に対する質の高いケアの提供は、介護施設における最重要課題の一つとされている。

高齢者の施設入所には、介護者側・介護される被介護者側の個人要因、環境要因などが関与するが、特に認知症や要介護度の重度化が重要な要因と指摘されている。実際、介護施設に入所している認知症高齢者の割合は高く、2016年のデータでは、介護老人福祉施設利用者の96.7%、介護老人保健施設の95.6%、介護療養型医療施設の96.8%を認知症の人が占めていた（厚生労働省,2017）。また、介護老人福祉施設等の定員数は増加傾向にあり、今後も入所施設における認知症高齢者の増加が予想される。

従来認知症ケアは、症状の進行抑制や機能維持に重点が置かれてきたが、近年では、患者の生活の質（QOL: Quality of Life）やウェルビーイングの向上も重要な目標として認識されている。特に、入所介護施設における認知症ケアは、認知症の人の身体的、精神的、そして、社会的なウェルビーイングを包括的に向上させることが可能であり、効果的なアプローチが求められている。さらに、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）の施行により、ウェルビーイングの向上におけるケアの重要性が改めて強調されている。しかし、認知症ケアにおけるウェルビーイング向上のための具体的な介入方法やその効果については、十分な検討がなされていないのが現状である。

一方、介護施設では職員の確保が課題となっており、特に介護現場における職員の離職率の高さが問題視されている。質の高い認知症ケアの提供が求められる中、介護職員の負担増により離職率の上昇やケアの質の低下が懸念される。このような多様な課題に対応するためには、認知症ケアのアプローチを再考し、入所者と職員の双方のQOL、ウェルビーイング向上を目指すことが不可欠である。

本研究プロジェクトは、入所介護施設で実施しているケアを継続的に調査し、当事者のQOLおよびウェルビーイングとの関連を調べるコホートを立ち上げることを目標としている。本稿では、入所介護施設における認知症ケアのウェルビーイング向上を目的としたコホート研究のロジックモデルの作成を目的とし、今年度実施した既存の先行研究をもとに検

討した内容を報告する。

2. 方法

過程, 方法

本研究プロジェクトでは、認知症高齢者に対するケアの質の維持・向上を目的とし、介護施設でのコホートを構築するため、3センターの研究者(実践者)で打ち合わせを実施した。会議では、ブレインストーミングに類似した手法を参考にしながら議論を進めたが、厳密にブレインストーミングと定義できるかは判断が難しいため、本稿では「意見交換」と表記する。

打ち合わせは、参加者が同じ質問を繰り返し、それぞれの担当分野について先行研究および実践経験に基づいたレビューを行った。その結果を全員で共有し、意見交換を重ねながら、仮説案の整理とモデルの構築を進めた。モデルの設計に当たっては、介入(介護)プロセスを視覚的に表現し、ケアの改善に向けた効果的な戦略を明確にする手法として、ロジックモデルを採択した。ロジックモデルは「実施するプログラムの基盤である理論と想定される事項を図でまとめたもの」とされる(W.K.Kellogg, 2004)。ロジックモデルは、資源・インプットと活動、それによるアウトプット、長期や短期のアウトカム、インパクトで構成される(W.K.Kellogg, 2004)。W.K.Kellogg Foundationの2001年12月更新の内容は、農林水産政策情報センター(2003)で翻訳したものがweb上に公開されている(農林水産省, 2003)。

1回の会議の所要時間は90~120分とした。

3. 結果

本研究では、認知症ケアのウェルビーイング向上を目的としたロジックモデルの作成を行った。本モデルは、介護施設における介入プロセスを「資源・インプット」「活動」「アウトプット」「短期アウトカム」「長期アウトカム」「最終的なインパクト」に分類し、それぞれの要素を整理した。以下に、その詳細を示す。

(1) 認知症におけるロジックモデルの先行研究の状況

10月に実施した会議において、pubmedを用いた先行研究の検索を行った。Key wordsは、dementia, QOL, QOC (Quality of Care), logic modelとした。Queryの設定状況により、結果の数値の幅が大きかった。dementiaとlogic modelの論文では、例えば、Person-centered care (PCC)を用いたビジネス評価や緩和ケアのレビュー、RCT介入研究のプログラム評価におけるロジックモデルの提案がみられた。また、フレイルのケアにおけるコンテキスト分析からの検討、英国国立医療技術評価機構(NICE: National Institute for Health and Care Excellence)のガイドラインに沿った介入プログラムの評価などがみられた。多様な研究試験において、ロジックモデルが使用できることを確認した。

Search num	Query	Search Details	Results
7	Dementia and (QOL or QOC) and logic model	("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields] OR ("quality of health care"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of health care"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of care"[All Fields])) AND (("logic"[MeSH Terms] OR "logic"[All Fields] OR "logics"[All Fields] OR "logical"[All Fields] OR "logically"[All Fields]) AND ("model"[All Fields] OR "model s"[All Fields] OR "modeled"[All Fields] OR "modeler"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modeling"[All Fields] OR "modelings"[All Fields] OR "modelization"[All Fields] OR "modelizations"[All Fields] OR "modelize"[All Fields] OR "modelized"[All Fields] OR "modelled"[All Fields] OR "modeller"[All Fields] OR "modellers"[All Fields] OR "modelling"[All Fields] OR "modellings"[All Fields] OR "models"[All Fields]))	128
6	dementia and QOC and logic model	("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND ("quality of health care"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of health care"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of care"[All Fields]) AND (("logic"[MeSH Terms] OR "logic"[All Fields] OR "logics"[All Fields] OR "logical"[All Fields] OR "logically"[All Fields]) AND ("model"[All Fields] OR "model s"[All Fields] OR "modeled"[All Fields] OR "modeler"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modeling"[All Fields] OR "modelings"[All Fields] OR "modelization"[All Fields] OR "modelizations"[All Fields] OR "modelize"[All Fields] OR "modelized"[All Fields] OR "modelled"[All Fields] OR "modeller"[All Fields] OR "modellers"[All Fields] OR "modelling"[All Fields] OR "modellings"[All Fields] OR "models"[All Fields]))	127
5	dementia and QOL and logic model	("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields]) AND (("logic"[MeSH Terms] OR "logic"[All Fields] OR "logics"[All Fields] OR "logical"[All Fields] OR "logically"[All Fields]) AND ("model"[All Fields] OR "model s"[All Fields] OR "modeled"[All Fields] OR "modeler"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modeling"[All Fields] OR "modelings"[All Fields] OR "modelization"[All Fields] OR "modelizations"[All Fields] OR "modelize"[All Fields] OR "modelized"[All Fields] OR "modelled"[All Fields] OR "modeller"[All Fields] OR "modellers"[All Fields] OR "modelling"[All Fields] OR "modellings"[All Fields] OR "models"[All Fields]))	18
4	logic model	("logic"[MeSH Terms] OR "logic"[All Fields] OR "logics"[All Fields] OR "logical"[All Fields] OR "logically"[All Fields]) AND ("model"[All Fields] OR "model s"[All Fields] OR "modeled"[All Fields] OR "modeler"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modeling"[All Fields] OR "modelings"[All Fields] OR "modelization"[All Fields] OR "modelizations"[All Fields] OR "modelize"[All Fields] OR "modelized"[All Fields] OR "modelled"[All Fields] OR "modeller"[All Fields] OR "modellers"[All Fields] OR "modelling"[All Fields] OR "modellings"[All Fields] OR "models"[All Fields])	18,275
3	quality of care	"quality of health care"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of health care"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "quality of care"[All Fields]	8,690,483
2	quality of life	"quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields]	605,466
1	Dementia	"dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]	290,397

(2) コホート研究の構築における会議

初期会議の議題はケアと本人の QOL に関する要因の検討であった。認知症ケアから QOL における関連要因を先行研究のもとにプールし、図 3-1 として整理した。さらに、先行研究の内容を参考に、ウェルビーイング、QOC (Quality of Care) に関する項目も検討した。

(3) 先行研究のレビュー

認知症ケア施設における長期的な認知症ケアに関するレビュー研究(Bird et al., 2016)では、スタッフの要因、QOC、および入居者の QOL との関係が調査されている。この研究では、直接ケアに携わるスタッフへの教育、精神的サポート、業務内容の変化などによってケアの質が改善・維持され、その結果として入居者の身体的・精神的な健康状態が長期的に改善される可能性が指摘されている。レビューの結果、特定の介入(例:身体拘束の軽減、痛みや不快感の管理、身体介護中の入居者とスタッフの交流の促進)では有効性が確認された。また、気分の改善や拘束の軽減など、特定の目標を定めた介入の方が、PCC のような

包括的な介入よりも有益である可能性が示唆された。一方で、ほとんどの研究では介入の再現性が確保できるように詳細な記載がされているものの、長期的な追跡研究が不足しており、持続的な効果を示すエビデンスは限られていた。介入を実施する際には、スタッフへの教育のみでは不十分であり、精神的サポートなどの支援体制が必要であることも明らかになった。

このような先行研究の検討より、スタッフの要因と入居者の QOL を比較した研究の知見を得ることができた。しかし、施設やスタッフの要因に加え、入居者とスタッフ双方のウェルビーイングを包括的に検討した研究は少ないことが確認された。

(4) 研究の合意結成とロジックモデルの構築案

このような意見交換を経て、コホートでは、入所施設における認知症や認知機能低下の高齢者と介護職員を対象とした前向きコホート研究を実施することを決定した。本人を尊重したケアを重視することについて、3センターの参加者全員の合意が得られた。また、施設側の負担が少ない方法で調査を実施することについても合意に至った。

ロジックモデルについては、主要構成要素の内容について意見交換を行った。要因の決定にあたっては、NICE の evidence for strengths and asset-based outcomes を参考にし、personal strengths and assets および community strengths and assets のアプローチを取り入れた (NICE)。また、ロジックモデルの活動として、「どのように介護を定義するか」についても議論を行った。

対象者: 認知症/認知障害/認知症に関連する認知障害、介護者、介護専門家

Setting: LTC(nursing/home/dementia care facility or special care unit), mixed settling, emergency department, general¹

インプット	アクティビティ	アウトプット	短期アウトカム	中期アウトカム	長期アウトカム
Human 介護に関わる職種 - 介護士 - 介護助手・補助 - 介護支援専門員 - サービス提供責任者 - 施設長、管理者 - 生活相談員、支援相談員 - 機能訓練指導員 Staff v: 態度、知識、burnout、ストレス、self-efficacy	Intervention スタッフがPWDと何をするか 評価 ● スクリーニング ● アセスメント	教育研修を受けたスタッフ人数 介入を受けた(かかわった)人数 スクリーニング人数 評価人数 介入に参加した人数	当事者 ● 身体的機能 - ADLs, IADLs - 食事介助軽減 - 身体的自立度 ● 栄養状態 - BMI, 体重 - 栄養状態 - 口腔状態 - Tube feedings - サプリ使用 ● 認知機能 - 認知機能維持 - 認知症重症度 ● 社会活動 - 活動維持・増加 - 昼寝時間 - 孤独、孤立感 ● 感情 - うつ傾向、症状 - ムード - ネガティブ感情 - 無力感 ● 転倒 - 転倒数 - 転倒率 ● 介護における満足、QOL - 自記式 - スタッフによる - 家族による ● BPSD ● その他 - ulcers - Stage 4 pressure ulcers - 服薬数 - 虐待	当事者 ● 身体的機能 - ADLs, IADLs - 食事介助軽減 - 身体的自立度 ● 栄養状態 - BMI, 体重 - 栄養状態 - 口腔状態 - Tube feedings - サプリ使用 ● 認知機能 - 認知機能維持 - 認知症重症度 ● 社会活動 - 活動維持・増加 - 昼寝時間 - 孤独、孤立感 ● 感情 - うつ傾向、症状 - ムード - ネガティブ感情 - 無力感 ● 転倒 - 転倒数 - 転倒率 ● 介護における満足、QOL - 自記式 - スタッフによる - 家族による ● BPSD ● その他 - ulcers - Stage 4 pressure ulcers - 服薬数 - 虐待	健康関連 - QOL - 症状のコントロール - 心理的・精神的ウェルビーイング (positive, negative WB 肯定的感情、抑うつ、不安、苦悩) 医療関連 - ケアサービスの利用(入院、観察入院、救急外来受診、緊急ケア、あらゆる支援サービス) - 入院/再入院率 - 紹介率 (referral rate) ケアの満足度 費用対効果 認知症施策への貢献拡充
Organizational 関連法律 (認知症基本法など) 契約 施設のポリシー 施設内 v: スタッフと利用者の比、シフト体制、スタッフの服装、スタッフへのサポート程度、態度、知識、burnout、ストレス、self-efficacy	プログラム ● 身体 - 身体機能維持・向上に関するプログラム ● 認知 - 認知機能維持・向上に関するプログラム ● 社会心理 - リラクゼーション - ポジティブ感情におけるプログラム	プログラムの参加者数 情報に接した人数			
Physical 建物 空間的資源	● ICT技術を生かしたアプローチ - 見守り - アプリ ● 認知症に対する情報				
Financial 介入費用 実践に関わる費用	● 社会交流 - 家族との関係 - 職員との関係				
その他 ● 提供サービス ① 身体介護 - 食事介助 - 入浴介助 - 排泄介助 - 更衣介助 - 移動・移乗介助 ② 生活援助 - 掃除 - 選択買い物 - 調理・配膳 ③ レクリエーション ④ 介護記録 ⑤ 送迎 介入の教育教材 スクリーニングツール 研究プロトコル ケアプラン	● 個人に合わせたプログラム ● 混合プログラム ● スタッフの教育研修プログラム	ケアプランの作成した数 プログラムのために実施した打合せ数、参加者数	スタッフ - Quality of work - 満足感 - バーンアウト - 精神・心理状態 - モチベーション 家族 - 満足度 - 負担感 - ストレス - 当事者との葛藤 - スタッフとの交流	スタッフ - Quality of work - 満足感 - バーンアウト - 精神・心理状態 - モチベーション 家族 - 満足度 - 負担感 - ストレス - 当事者との葛藤 - スタッフとの交流	

図 3-1 QOL に関するロジックモデル(初期会議の 10 月時点案)

本人中心のケアの実施状況をどのように測定するかについては、PCCに関する先行研究を調査したものの、効果検証のエビデンスは十分ではなかった。アウトカムに関しては、QOLとウェルビーイングの違いについて議論を行い、最終的に「本人のウェルビーイングの維持・向上」をアウトカムとすることを決定した。さらに、介護職員のウェルビーイングの維持・向上も考慮したモデルを提案することとした。

(5) コホート研究における研究対象者, 仮説案

対象者は一定の認知機能低下を有する高齢者と、その高齢者のケアに直接関わる介護職員となる。ケアに関わる要因としては、本人要因と環境要因として施設要因を設定する。期間はベースライン調査から6カ月に1回、追跡調査を実施することとした。

仮説案としては、以下3つを設定した。

- ① 入所施設における認知症高齢者に対するケアは、本人のウェルビーイングの低下、維持や向上に影響する
- ② ケアは介護職員におけるウェルビーイングに影響する
- ③ 本人のウェルビーイング向上は、介護職員のウェルビーイングの向上と正の相関関係を示す

(6) ロジックモデル主要構成要素 (図 3-2)

主要構成要素別の内容は以下となる。

- ① インプット
 - ・本人：基本属性、健康状態等
 - ・介護職員のスキル・態度（認知症ケアの知識、ストレス管理）
 - ・介護施設の環境（施設設備、補助具等）
 - ・介護施設の体制（認知症ケアに関する研修プログラム、ケアの質向上のためのマニュアル、多職種連携によるケアチーム、職員のメンタルヘルスサポート体制）
- ② 活動
 - ・介護職員のケアの提供方法（パーソン・センタード・ケアのような本人を尊重したケアの実践、非薬物療法（回想法、音楽療法など）等の実施
 - ・チームワーク（多職種カンファレンスによるケアプランの共有）
 - ・職員間のコミュニケーション（職員への定期的なフィードバックとサポート）

対象者: 認知症/認知障害/認知症に関連する認知障害、介護者、介護専門家
 Setting(nursing/home/dementia care facility or special care unit), mixed settling)

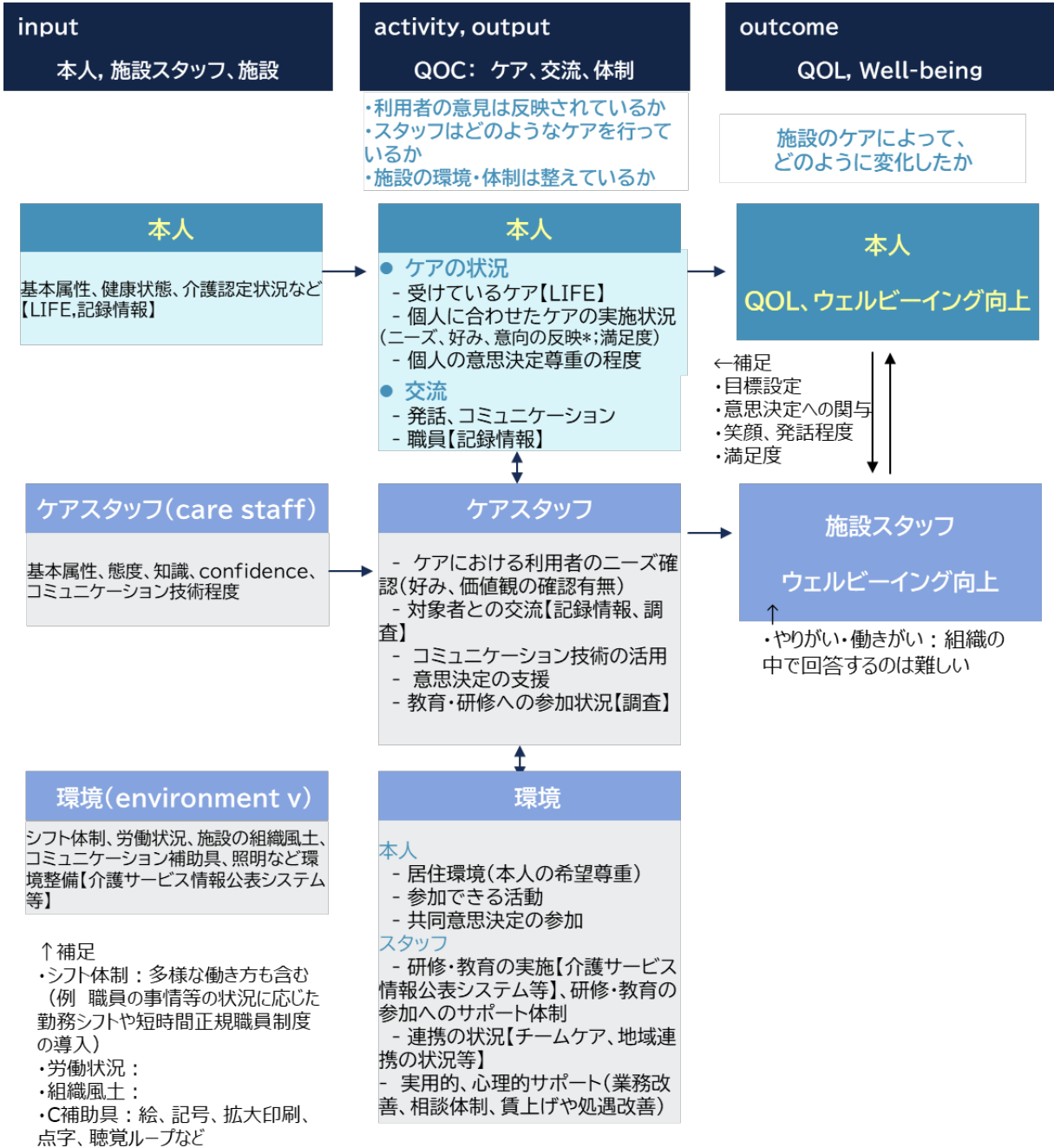


図 3-2 認知症を有する人に対するケアとウェルビーイングにおける縦断コホート研究(案)

- ・環境（認知症ケアに関する研修プログラムの参加程度，多職種連携によるケアチームの実施程度，職員のメンタルヘルスサポート体制）
- ③ アウトプット
 - ・認知症患者の心理的安定
 - ・介護職員の仕事満足度向上，バーンアウトの低減
- ④ アウトカム
 - ・本人のウェルビーイング維持，向上
 - ・職員の Well-being 向上（職員のケアの質に関する自己評価向上）
- ④ アウトカム（長期），インパクト
 - ・施設全体のケアの質の向上
 - ・持続可能な介護モデルの確立
 - ・職員の離職率低下

4. 考察

本研究で作成を試みるロジックモデルは，従来の認知症ケア評価の枠組みを拡張し，入所者のウェルビーイングを中心に据えた点が特徴である．これまでの認知症ケア研究では，認知機能の維持や BPSD の軽減が主な指標とされることが多かったが，本モデルでは「QOL の向上」や「ウェルビーイングの向上」を明確にアウトカムとして設定した．

また，介護職員のウェルビーイング向上を同時に検討する点も本モデルの重要な特徴である．職員の知識・技術向上やコミュニケーション能力が，結果的に認知症高齢者の QOL 向上につながることを前提とし，職員研修や多職種連携の促進をロジックモデルに組み込んだ．さらに，介護職員の負担軽減が離職率低下につながることで，施設全体のケアの質が向上する可能性も示唆された．

しかし，本研究にはいくつか課題が残る．

- ・各用語・概念の定義：QOC，スタッフのウェルビーイング等，レビューの範囲が広くなり，来年度以降，作業を継続する必要がある．各概念における定義を行い，キーワードを絞る作業が必要と考えられる．

- ・ウェルビーイングなど，評価方法の確立：QOC，QOL やウェルビーイングを客観的に評価するための指標が不足しており，標準化された測定手法の確立が求められる．

- ・先行研究のレビュー，調査の実施：今回のロジックモデルを確立するためには，先行研究のレビュー(Howarth et al., 2020)またはミニデルファイ法等を用いた調査をもとに(Naruse et al., 2020)，理論的枠組みの検討が必要と考えられる．デルファイ法は，専門家の集団に対して同一のアンケート調査の回答を求め，その調査結果を全員に提示し再び個別に回答を求める過程を繰り返すことで，意見を集約する手法であり，今後，実施の必要性を検討する．

これらの検討をもち、既存のケアモデルと比較しての優位性、介護現場での導入可能性について議論が必要と考えられる。

研究実施において、倫理的配慮が必要であり、全体のプロトコールにおける倫理やそれに派生する研究があるなら、これらの研究計画について、意見交換を行う。

5. 結論

本研究では、認知症高齢者のウェルビーイング向上を目的としたロジックモデルを構築することを試みた。本モデルは、認知症高齢者のウェルビーイング向上を主軸に、介護職員のケアの提供方法、多職種連携を含むチームワークと職員間のコミュニケーション、そして、介護職員のウェルビーイング向上といった包括的な視点を取り入れている。

来年度は、認知症ケアの包括的ロジックモデルを構築し、その理論的枠組みを整理するための作業を進める。また、実際の介護施設におけるコホート研究の際には、「認知症高齢者のウェルビーイング向上」「介護職員のウェルビーイング向上」「施設全体のケアの質向上」という3つの視点から評価項目を検討し、決定する必要がある。結果をもとに、認知症ケアのエビデンスに基づいた改善策を提案し、持続可能なケアの実現を目指す。

本研究の成果は、認知症基本法の施行を背景に、認知症の人が尊厳を持って生活できる環境の整備に貢献する可能性がある。また、認知症高齢者と介護職員のウェルビーイングに着目した研究であり、認知症ケアの質向上に貢献する重要な知見が得られると期待できる。

文献

- 1) BIRD, M., ANDERSON, K., MACPHERSON, S. & BLAIR, A. 2016. Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality for life people with dementia? A systematic review of the evidence. *Int Psychogeriatr*, 28, 1937-1963.
- 2) HOWARTH, M., BRETTLE, A., HARDMAN, M. & MADEN, M. 2020. What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: a scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. *BMJ Open*, 10, e036923.
- 3) NARUSE, T., KITANO, A., MATSUMOTO, H. & NAGATA, S. 2020. A Logic Model for Evaluation and Planning in an Adult Day Care for Disabled Japanese Old People. *Int J Environ Res Public Health*, 17.
- 4) NICE. *Evidence for strengths and asset-based outcomes* [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/nice-communities/social-care/quick-guides/strengths-and-asset-based-outcomes-quick-guide.pdf> [Accessed 30, March 2025].
- 5) W.K.KELLOGG, F. 2004. *W.K. Kellogg Foundation Logic Model Development Guide. Bringing Theory to Practice* [Online]. Available: <https://wkkf.issuelab.org/resource/logic-model-development-guide.html> [Accessed 02, April, 2025].
- 6) 厚生労働省. 認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計 [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf> [Accessed 20, December 2024].
- 7) 厚生労働省. 2017. 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査の概況 [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/> [Accessed 30, March 2025].
- 8) 農林水産省. 2003. *W.K.ケロッグ財団ロジックモデル策定ガイド* [Online]. Available: https://www.maff.go.jp/primaff/about/center/hokoku/attach/pdf/200308_hk066.pdf [Accessed 02, April 2025].

第3章 研究プロトコル検討結果

1. 目的

研究全体の目的である「認知症とともに生きる人（以下、認知症の本人）の Living-well（良き人生を送ることができているか）の評価方法を確立し、日本の介護保険サービスの利用が認知症の本人の living-well にどのように寄与するのかを明らかにする」ための研究プロトコルを検討した。

2. 方法

(1) プロトコルの検討方法

1) 臨床試験登録システムの要件の参照

本事業では、臨床試験登録システムである UMIN-CTR の要件に準拠したフォーマットを用いて、研究プロトコルの検討を行った。UMIN-CTR は WHO に認証された基準を満たしており、研究の信頼性および透明性を確保する観点から、このフォーマットを採用した。なお、本事業は当面、観察研究として進める計画であり、臨床試験などの介入は実施しない。そのため、現段階では UMIN-CTR への登録は行っておらず（観察研究は原則登録不要）、本フォーマットはあくまでプロトコルの検討手法として活用したものである。

2) 検討会議の開催状況

上記の通り、臨床試験登録システムの要件に準拠したフォーマットを用い、検討会議を開催してプロトコルの検討を行った（表 4-1）。

表 4-1 研究プロトコルの検討会議の開催概要

	日時	開催形式	議事
第1回	2024年8月16日 14:30~16:30	オンライン	令和5年度以前の研究事業の到達点の確認, 令和6年度以降の事業の進め方（各センターの役割、スケジュール等）の検討
第2回	2024年10月2日 16:00~18:00	オンライン	リサーチクエスション、分析モデルの検討, 対象施設・対象者の選定方法の検討
第3回	2024年12月20日 9:00~10:00	オンライン	分析モデルの検討、アウトカム指標の検討, データ取得方法の検討
第4回	2025年2月7日 9:00~10:30	オンライン	分析モデルの検討、アウトカム指標の検討, 協力施設・対象者のインセンティブの検討

3. 結果

以下の内容は、あくまで令和6年度末時点の想定であり、第2部・3部の議論を踏まえ、再度検討・精密化していく予定である（p.80 資料1参照）。

(1) 令和6年度時点で確定したプロトコルとその解説

1) 目的

認知症とともに生きる人（以下、認知症の本人）の Living-well（良き人生を送ることができているか）の評価方法を確立し、日本の介護保険サービスの利用が認知症の本人の living-well にどのように寄与するのかを明らかにする。

【解説】

第2部で示したように、これまで認知症の本人が豊かな生活を送ることができているかを評価するために、生活の質（Quality of Life：QOL）を用いた研究が数多く行われてきた。現時点では QOL の一義的な定義は存在しないが、Lawton によれば^{1,2}、高齢者の QOL は以下の4つの側面から構成されるとされている。①行動能力（日常生活動作能力や認知機能など）、②客観的環境（社会的・対人的環境など）、③心理的 well-being（肯定的感情や抑うつなどの情動状態）、④知覚された QOL（経済状況や居住環境など）である。行動能力が含まれていることから分かるように、QOL は健康の維持に価値がおかれている概念である。そのため、慢性疾患や機能障害を有する人では、心理的 well-being の水準に関わらず、QOL が低く評価されることがある。

一方、近年の老年学やポジティブ心理学の研究においては、“Living-well”という考え方が注目されるようになってきている。“Living-well”とは、「よき人生を送ることができている」と感じることを評価する概念であり、well-being がアウトカム指標として用いられる。well-being と QOL は深く関連しており、従来の考え方では QOL の下位概念に well-being が含まれていたが、近年は well-being がより上位の概念であるという指摘もある³。well-being の構成概念には、①情動的な Well-being（ポジティブな感情体験）と②心理的な Well-being（超越・精神的成長、ポジティブな自己感覚、自主性の感覚）と③社会的な Well-being（つながりや所属意識）と④生活・人生の満足感が報告されている³。両者の大きな違いは、上記で述べた通り QOL は健康状態に価値が置かれている一方で、well-being は個人の主体性や自律性などの尊厳の保持や、その主観的実感に価値が置かれている点にある。

令和6年に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」では、認知症の本人の Living-well がアウトカム指標の一つとして定められていることを踏まえ、本研究では認知症の本人の Living-well をアウトカム指標に設定することとした。一方、これまで認知症の本人の well-being の評価に用いられてきた指標には、認知症に特化して開発されたものが少なく、項目数が多く、回答方式が複雑であるといった課題が指摘されている³。また、認知症基本法及び基本計画

におけるアウトカム指標としての Living-well については、測定可能な具体的指標として提示されていない現状にある。加えて、well-being の水準に影響する要因についても明確ではない。特に、わが国においては、認知症の本人をはじめとする要介護状態にある人の「尊厳の保持」を介護保険サービスの目的としているものの、実際にその目的が達成されているかについて客観的な検証はなされていない。そこで本研究では、認知症の本人の well-being を安定的に評価できる新たな指標を開発し、介護保険サービスの利用との関連性を検討することを目的とした。

2) 研究デザイン

① 試験の種類

観察研究。多施設共同前向きコホート研究。

【解説】

介護保険サービス利用による効果を検証する手始めとして、生活環境の安定性や継続的な評価の可能性等の観点から、入所系サービス利用者を対象としたコホートを立ち上げることにした。また、多施設共同コホートとすることで、複数の施設からデータを収集し、対象者やケアの多様性を確保することができる。特に、地域や施設ごとのケアの違いがどのように認知症の本人の well-being に影響を与えるのかを比較することができる点で有意義であると考えている。

さらに、本コホート研究の実施が安定的に行えるようになり、well-being に寄与しうるケアの要素に関する仮説が精密化されるまでは、観察研究をベースに進めることにした。観察研究により、介入を加えることなく、自然なケアの中で認知症の本人の well-being にどのような影響があるかを測定する。一方で、将来的には本研究によって明らかになった認知症の本人の well-being に寄与するケアの要素に基づき、介入研究を実施する可能性も視野に入れている。

② セッティング

(ア) 対象施設の選定

東京・大府・仙台センターの関連法人の長期入所系の高齢者介護施設から選定する。

【解説】

実現可能性を考慮し、初年度の調査では 3 センターの関連法人である特別養護老人ホーム(以下、特養)、認知症対応型共同生活介護(以下、GH)、介護老人保健施設(以下、老健)) から選定することとした。将来的には、他法人・他自治体の施設やサービス種別(在宅ケア含む)への拡大を想定している。

(イ) 対象者の適格性

<選択基準> 調査協力の得られた施設入所者，終末期ではない者

<除外基準> (未確定)

【解説】

認知症の本人の well-being や QOL に関する先行研究の多くは，除外基準に認知症重度 (Mini-Mental State Examination : MMSE 10 点以下) の人や，認知症以外に由来する精神疾患を有する人を設けている⁴⁻⁶。令和 3 年度に本研究事業にて実施した調査においても，認知症自立度，せん妄の有無，薬調整の有無による除外基準を設けた。一方，本コホート研究では，認知症重度の人の well-being を検討することの重要性を考慮し，対象者の適格性については必要最低限の条件に留めた。

調査協力の依頼については，初年度の調査では調査時点の入所者を対象とし，2 回目調査以降は，オープンコホートとし，新規入所者に対して順次，調査協力の依頼を行う予定である。

③ 目標サンプルサイズ

当初年度は 1 拠点あたり 20 名，3 拠点で合計 60 名。

【解説】

認知症の本人の well-being 評価指標の信頼性・妥当性を検証する統計解析に必要なサンプルサイズを確保するため，質問項目数の 5 倍⁷にあたる 50 名以上を最低基準と考え，目標サンプルサイズを 60 名と設定した。

④ 調査期間

令和 7 年度の初回調査は，2025 年 10 月～11 月頃の実施を予定している。

【解説】

施設や本人への同意を得るために十分な時間を確保することを前提に，初回調査時期を設定した。調査時期は 3 センター共通とする。

3) 調査内容

調査内容は表 4-2 に示す内容を予定している。

表 4-2 主な調査内容と把握方法

項目	主な内容	把握方法
施設情報	利用者の権利擁護，サービスの質の確保への取り組み，相談・苦情などへの対応，外部機関等との連携，事業運営・管理，安全衛生管理等，従事者の研修等	施設情報サイト等で公開されている情報を研究担当者が記録

本人の情報	基本属性（性別，年齢等），健康度，ケアの状況等	利用者情報の管理に用いている介護記録ソフトから情報を出力し提供してもらう
well-beingと個別ケア	「認知症版 WHO-5」（仮称，本研究にて開発中），個人に紐づくケア関連情報	施設が新たに調査

【解説】

研究成果の実践上の利活用のしやすさ及び施設側の負担を考慮し，施設が既に把握している情報を中心に設計した．施設情報については，施設情報サイト等で公開されている情報を研究担当者が記録することとした．本人の情報については，施設で用いている介護記録ソフトからの出力データの利用可能性を検討している．本人の well-being については，本研究にて開発する指標を用い，評価を行う予定である．

ケアの状況については，介護記録ソフトからの出力データや施設情報によって，ケアの質を評価できるかが検討された．認知症ケアにおいては，パーソン・センタード・ケア（以下，PCC）の考えが普及しており，日本においても認知症介護実践者等養成事業を通じ，その考え方が基本的な理念として根付いている．一方で，PCC を評価する正式な手法である Dementia Care Mapping の評価は，時間的および人的な労力が大きく，協力施設側にとって負担となる可能性が懸念された．また，認知症の本人へのケアの質と well-being や QOL との関連性を検証した先行研究においては，PCC に関して一義的な定義は確立されておらず，多くの研究が個人に対するテイラーメイドな個別ケアを指している⁸⁾⁹⁾．以上から，本研究では PCC の要素を踏まえて質問項目を検討し，認知症の本人に対する個別ケアの状況を把握することでケアの質を評価する方針とした．

4) 倫理的配慮

中央事務局である東京センターが，研究計画の枠組みについて自センターの倫理審査委員会の承認を得た後，大府・仙台センターにおいても担当調査の内容について各倫理審査委員会の承認を取得する．

【解説】

東京センターだけでなく，大府・仙台センターにおいても各倫理審査委員会の承認を得る理由として，各センターは異なる法人に運営されており，対象者や研究環境が異なる可能性があるためである．

4. 今後の課題

(1) 検討中・未検討の研究プロトコル

- 1) 研究事業名(一般向け名称, 科学的名称)

今後、協力施設や対象者を拡大するためには、一般への周知が重要であり、科学的名称に加え、一般向け名称の設定が必要となる。現状、昨年度までの事業名称であった「認知症ケアレジストリ研究」から、「コホート研究」をキーワードとした名称に変更する方針で検討している。

2) 研究デザイン

① 調査手法(自記式のアンケート調査, 聞き取り調査等)

対象者の適格性によっては、自己回答が難しい場合も想定されるため、代理回答を含めるか検討が必要である。また、聞き取り調査の場合には、実施者は研究担当者であるセンタースタッフなのか、あるいは施設職員に依頼するかについても検討が必要である。なお、施設職員が評価を行う場合には、対象者との関係性が回答に影響する可能性も考慮する必要がある(とくに代理回答の場合に留意が必要)。

さらに、認知症の本人の well-being を評価するうえでは、個人のナラティブは重要な意味を有することから、質的な研究の実施についても将来的に検討が必要である。

3) セッティング

① 対象施設のサービス種別による割り当て

現在、対象施設として想定している東京・大府・仙台センターの関連法人の入所系施設には、特養7か所、GH4か所、老健3か所がある。サービス種別に施設数やサンプルサイズに割り当てを設けるか検討が必要である。

② 対象者の除外基準

現状、あらゆる認知症の状態にある本人の well-being の評価を行い、その関連要因を検証できるよう、除外基準は設定していない。一方で調査の実施可能性や評価指標の使用基準を検討した後は、除外基準を追加する可能性がある。

③ 調査の追跡期間・実施間隔、終結時期

追跡期間・実施間隔は協力施設や対象者の負担を第一に考慮したうえで、検討が必要である。協力施設の負担を考えると、アセスメントの実施時期に合わせて、本調査の評価を併せて実施することが妥当かもしれない。

終結時期については、ロジックモデルに合わせた設定が必要となる。また、コホート研究全体の終結時期に加え、対象者個人の脱落基準の検討が必要である。

④ 協力施設のリクルート方法

関連法人施設を対象としたコホート研究が安定的に実施できた後に、他法人・他自治体やサービス種別の拡大に向け、本事業の広報および協力施設のリクルート活動が必要となる。関連学会での周知や、認知症介護指導者等のネットワークを活用した展開について検討が必要である。

4) 調査内容・方法

① 介護記録ソフトの利用可能性と出力データの内容

介護記録ソフトから対象となる個人の情報を出力することが可能であるか等、協力施設への確認が必要となる。さらに、出力データの精査も必要である。

② 個別ケアの質問内容

PCC の要素を踏まえ、認知症の本人に対するケアの質を測る質問項目を検討する必要がある。その際には、評価の単位（個人・チーム・施設）についても議論を要する。

③ 対象者の脱落時の把握項目

対象者の脱落基準を設定したうえで、脱落した理由等の把握すべき項目を検討する必要がある。

④ その他認知症の本人の well-being に関連する交絡因子

well-being への関連が想定される、認知症の本人のライフイベントや施設職員の状況なども今後検討が必要である。

⑤ 調査を担当する施設職員の属性

調査を担当する職員（担当者と評価者が異なる場合は両者）の属性についても、well-being 指標の開発において把握することが重要である。

⑥ 回答方法, 回収方法

規定の調査票を用いて配布回収を行うのか、あるいはパソコン上で入力できるフォーマットを用意し、評価完了次第適宜データを回収するのかなど、調査方法についての検討が必要である。

⑦ 個人の識別方法(ID 番号の付与方法)

介護記録ソフト等において用いられている個人の識別番号は、個人情報に該当するため、本研究用に新たに個人を識別するための ID 番号を付与する必要がある。一方で、施設側で、ID 番号と個人名の照合表を作成・保管することは、負担が大きいと考えられるため、匿名化処理ソフトの使用を含めて方法の検討が必要である。

5) 調査協力者へのインセンティブ

① 謝礼の有無

本研究への参加が個人のケアマネジメントに役立つというメリットの他に、謝礼の設定についても検討が必要である。謝礼を設定する場合には、施設のみ、施設と対象者両者、または対象者のみを対象とするか、謝礼額を含めた詳細な検討が必要である。なお、令和 3 年度調査では、対象者 1 名の評価につき施設側に 1,500 円のクオカード

が謝礼として支払われた。

② その他のインセンティブの設定

調査結果を協力施設へフィードバックすることにより、ケアの質の向上が図られることなど、長期的な視点でのインセンティブについても今後検討が必要である。

文献

1. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist* 1983; 23: 349–357.
2. 岩佐一. 認知症の人の QOL をどう評価するか (特集 認知症の人の QOL を再考する). *老年精神医学雑誌* 2012; 23: 1406–1415.
3. Clarke C, Woods B, Moniz-Cook E, Mountain G, Øksnebjerg L, Chattat R, et al. Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. *Health Qual Life Outcomes* 2020; 18: 1-14.
4. Matsui T, Nakaaki S, Murata Y, Sato J, Shinagawa Y, Tatsumi H, et al. Determinants of the Quality of Life in Alzheimer's Disease Patients as Assessed by the Japanese Version of the Quality of Life – Alzheimer's Disease Scale. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21: 182–191.
5. Tatsumi H, Nakaaki S, Torii K, Shinagawa Y, Watanabe N, Murata Y, et al. Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: a two-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 374–384.
6. 永田優馬, 田中寛之, 石丸大貴, 植松正保, 福原啓太, 小川泰弘, 内藤泰男, 西川隆. 重度認知症に対する従来の QOL 尺度の限界. *老年精神医学雑誌* 2016; 27: 429–437.
7. Thompson B. Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. *Applied Psychological Measurement* 2006; 31(3): 245-248.
8. Lee KH, Lee JY, Kim B. Person-Centered Care in Persons Living With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gerontologist* 2022; 62: 253–264.
9. Berkovic D, Macrae A, Gulline H, Horsman P, Soh S-E, Skouteris H, et al. The Delivery of Person-Centered Care for People Living With Dementia in Residential Aged Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontologist* 2024; 64: 1-18.

第4章 第2部結論

1. 令和6年度の成果

令和6年度は、認知症ケアレジストリ研究を「認知症の本人の Well-being を中心に据えた新たな研究枠組み」へと転換するための準備を進めた年度であり、次年度以降の実証研究へ踏み出すための重要なスタートを切る年度となった。すなわち、東京センター、大府センター、仙台センターの共同研究を通して、アウトカム指標、ロジックモデル、研究プロトコルの3つの要素に関して、それぞれ以下の成果を得た。

第2部（文献研究）では、主観的 Well-being 尺度の国内外の状況と課題を整理し、特に認知機能低下のある人にも適用可能な評価方法の不足を明らかにした。その上で、WHO-5 日本語版および認知症施策推進基本計画の重点目標を踏まえた10項目のアウトカム項目案の“たたき台”を作成できた。これは、令和7年度に実施する信頼性・妥当性検証やフィージビリティ確認を行い、概念的土台を確かなものにしていくための前提が整った段階である。

第3部（ロジックモデルの検討）では、本人・職員・施設の三層構造に基づく Well-being 向上のプロセスを整理し、研究で扱うべき要因の枠組みを“案”として形成することができた。今後の実証を通じて、独立変数（本人要因・職員要因・施設要因など）を確定させるための方向性が共有された。

第4部（研究プロトコル案の検討）では、対象者、調査内容、手順、倫理手続きなど、追跡調査を運用するために必要な基本骨格を暫定的なプロトコル案として提示できた。実際の運用可能性は令和7年度の予備調査で確認する必要があるが、コホート研究に進むための初期プロトタイプを構築したといえる。

これらの成果により、アウトカム項目案・ロジックモデル案・研究プロトコル案という、縦断的な Well-being 評価研究を実施するうえで欠かせない三つの基盤的要素の検討を開始することができた。

2. 今後の方向性

令和7年度は、令和6年度に検討したアウトカム項目案・ロジックモデル案・研究プロトコル案を、実際の研究として運用可能な形へと発展させるための最初の実証的ステップとなる年度である。とりわけ、アウトカム項目案については、認知症の人がどの程度理解し、どのような支援があれば回答できるか、質問項目や選択肢が適切かといったフィージビリティを、予備調査（パイロット調査）を通じて丁寧に検証することが最も大きな課題となる。このフィージビリティ確認を踏まえ、必要に応じて項目の修正を行い、その後に信頼性・妥当性の予備的検証へ進むことで、アウトカム項目の成立性を確かなものにしていく。

ロジックモデルについては、令和6年度に先行研究を踏まえて“案”を構築したが、ここで示された本人・職員・施設の三層構造はあくまで初期的枠組みにとどまっている。ロジックモデルの検討は、単に構造を描くことではなく、アウトカムとの関連を実証的に検討

できるように、測定可能で一貫した独立変数の整理とその評価方法の確定を進める作業である。今後、予備調査を通じて得られる情報を踏まえながら、コホート研究において独立変数として扱うべき項目（本人要因・職員要因・施設要因など）をより明確にし、それぞれをどのような方法で評価するのが妥当かを具体化することが中心的課題となる。

これらの作業を踏まえたうえで、研究プロトコル案についても、調査手順、回答支援方法、データ取得や管理の方法、倫理的配慮などの運用面のフィージビリティを予備調査によって確認し、必要な修正を行いながら、コホート研究の実施に耐えうる“完成版プロトコル”へとまとめ上げる。

総じて、令和7年度は、令和6年度に形になり始めた研究枠組みを、実際の調査に基づいて確かなものへと磨き上げていく年度である。アウトカム項目、ロジックモデル、研究プロトコルという三つの基盤を、フィージビリティと信頼性・妥当性の観点から順次検証し、コホート研究へ円滑に移行できる体制を整えることが求められる。

第3部 令和7年度研究成果

第1章 研究計画および実施体制の整備

1. 研究計画の立案

(1) 研究計画の基本的考え方

本研究は、令和6年度において構築した認知症の人の well-being 評価枠組みを踏まえ、その評価手法の実施可能性 (feasibility) を段階的に検証することを基本的な方針として研究計画を立案した。令和6年度に実施した文献研究を踏まえ、認知症の人の主観的 well-being に着目し、試案として作成した認知症 well-being 尺度 (仮称)

(p.88 資料2) および認知機能の低下に配慮した主観的ウェルビーイングの測定法 (面接マニュアル) (案) (以下、面接マニュアル (案)) (p.111 資料3) を用いることとした。なお、認知症の人に対する主観的評価の実施にあたっては、質問内容の理解可能性や回答の安定性、調査に伴う負担などの観点から、実施可能性を慎重に確認する必要がある。したがって、本研究では、まず評価手法の実施可能性を検証した上で、次段階として信頼性および妥当性の検討へと進める段階的な研究設計とした。

(2) 予備調査①の目的と計画概要

予備調査①は、令和6年度に構築した評価枠組みおよび認知症 well-being 尺度 (仮称)、面接マニュアル (案) について、実際の現場における実施可能性 (feasibility) を初期段階で検証することを目的として実施した。具体的には、認知症の人に対して当該評価手法を用いた場合に、質問内容の理解可能性や回答の可否、面接手順の運用可能性、調査に伴う負担等について確認することを主眼とした。また、研究担当者が現場に同席することにより、実施過程における課題や留意点を把握し、評価尺度および面接マニュアルの精査・修正につなげることを目的とした。本調査は、各センターの母体法人内の調査協力施設において実施し、調査協力施設スタッフによる面接形式でデータを収集する計画とした。対象者は、各施設において基準を満たす者の中から選定し、1名につき1回の面接調査を行うこととした。主な確認項目として、回答の再確認の有無や回答不可の状況、面接所要時間等を記録するとともに、調査協力施設スタッフから自由記述によるフィードバックを収集する設計とした。

(3) 予備調査②の目的と計画概要

予備調査②は、予備調査①の結果を踏まえて精査・修正した評価尺度および面接マニュアルについて、より広い実施環境における実施可能性 (feasibility) を検証することを目的とした。具体的には、研究担当者が現場に同席せず、調査協力施設スタッフが主体となって評価手法を運用した場合の、回答の再現性や面接手順の安定性、実施に伴う負担等について確認するとともに、現場における実用性の観点から評価手法の妥当性を検討することを主眼とした。本調査は、認知症介護指導者が所属する施設等を中心とした調査協力施設において実施し、調査協力施設スタッフが対象者に対して

面接形式で評価を行う計画とした。また、必要に応じて代理評価を併用し、本人回答との比較を通じて評価結果の整合性についても検討する設計とした。

2. 倫理審査および研究実施体制

(1) 倫理審査の実施と承認

以上の研究の実施については、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得た。本研究は、中央一括審査の枠組みに基づく倫理審査を経て実施した。

(2) 研究実施体制

本研究は、認知症介護研究・研修東京センター、大府センター、仙台センターの3センターによる多機関共同研究として実施した。各センターの研究担当者が連携し、研究計画の検討および調査の実施を行った。予備調査にあたっては、各センターがそれぞれ調査協力施設を通じて対象者のリクルートを行い、各センターにおいて収集したデータを統合して分析する体制とした。調査は各センターが連携する調査協力施設において実施した。

第2章 予備調査①

1. 目的

本調査は、認知症 well-being 尺度（仮称）および面接マニュアル（案）について、認知症の人に対する適用可能性を検証し、評価手法としての実施可能性（feasibility）を明らかにすることを目的とした。具体的には、質問項目の理解可能性および回答の可否、面接手順の運用可能性、ならびに調査に伴う負担等の観点から、当該評価手法が現場において実施可能であるかを検討した。

2. 方法

(1) 研究デザイン

本研究は、認知症の人の主観的 well-being 評価尺度である 認知症 well-being 尺度（仮称）および面接マニュアル（案）の実施可能性を検討することを目的とした、前向き・横断的な観察研究である。統計学的検定による効果検証を主目的とするものではなく、認知症の人に対する面接評価が現場で実施可能か、質問項目が理解可能か、回答が得られるか、評価手順に過度な負担がないかを確認する予備的研究として位置づけた。

(2) 対象者と選定方法

調査の対象は、各調査協力施設を利用する認知症の人のうち、選定基準を満たす者とした。選定基準は、①認知症の診断があること、②認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡまたはⅢに該当すること、③サービス利用開始から1か月以上が経過していること、④言語または非言語によるコミュニケーションが可能であることとした。これらは、施設アセスメント票等により確認した。

一方、BPSD や認知機能・感情の著しい変動により調査実施が困難と判断される者、または調査直前7日以内に抗精神病薬の増量・変更等の薬物調整が行われた者、本人からの文書同意が難しく、代諾者がいない者は除外した。対象者は、各施設において上記の選定基準および除外基準に基づき選定した。

(3) 調査方法

調査は、各センターの母体法人内の調査協力施設において、調査協力施設スタッフによる面接形式で実施した。対象者は、各施設において選定基準および除外基準に基づき選定し、1名につき1回の面接調査を行った。面接は、対象者との日常的な関わりを有する調査協力施設スタッフが実施し、センター研究担当者が同席した。センター研究担当者は、面接手順の実施状況、対象者の反応、回答過程、評価者による説明や言い換えの状況、面接環境等を確認し、実施過程における課題を把握した。

調査は、認知症 well-being 尺度（仮称）および面接マニュアル（案）に基づき実施した。質問項目は原則としてそのまま読み上げることとしたが、対象者が理解しにくい場合には、内容を大きく変えない範囲で言い換えることを許容し、その場合には言い換えるの有無や内容を記録した。回答は、口頭または指差し等により取得した。

回答形式については、認知機能の状態に配慮し、フェイススケールおよび記号による2種類の回答カードを用い、対象者の状況に応じて回答しやすい方法で実施した (p.88 資料2)。回答が得られない項目については、無理に回答を求めず、一旦後回しにし、面接終盤に再確認を行った。最終的に回答が得られなかった場合は、「無回答」、「回答拒否」、「理解困難」のいずれかとして記録した。

面接時間については、面接時間については、第1問の質問開始から第10問終了までの所要時間を記録した (面接の最終に行った質問と直接関係ない会話の時間を含む)。なお、面接時間に厳密な上限は設けず、対象者の状態や会話の流れに応じて実施した。

なお、面接に先立ち、対象者の理解および回答可能性を確認するため、簡単な予備質問を実施した (p.114 資料4)。面接終了後には、調査協力施設スタッフが、評価尺度および面接手順の改善の必要性について評価し、あわせて自由記述により実施過程における気づきや課題を記録した (p.117 資料5)。

(4) 調査項目

認知症 well-being 尺度 (仮称) については、各質問項目への回答を収集した。実施可能性に関する指標として、再確認の有無、回答不可の有無、回答不可となった場合の理由、面接所要時間を記録した。また、調査終了後に、調査協力施設スタッフから、評価尺度および面接手順の改善の必要度、自由記述による意見・気づき・課題を収集した。

また、調査票による記録に加えて、面接に同席したセンタースタッフが、対象者の反応や回答過程、面接環境、評価者による補足説明の状況等について観察記録を作成した。この観察記録は、当初の調査票上の定量的な収集項目には含めていなかったが、3センター担当者会議において、評価手法の実施可能性を検討する上で、対象者の反応や理解過程、拒否と理解困難の区別、面接時の工夫等を把握することが重要であると確認されたため、探索的に整理した。

(5) 分析方法

本調査は評価手法の実施可能性 (feasibility) の検証として、再確認の有無および回答不可の有無について度数および割合を算出した。面接所要時間について基本統計量を算出した。また、調査協力施設スタッフによる自由記述については、記載内容を整理した上で主な意見や指摘事項を抽出し、内容ごとに整理して提示した。なお、本調査は予備的な実施可能性の検討であり、尺度得点の群間比較や効果検証を目的としたものではない。そのため、評価得点については記述的に扱い、統計学的検定による詳細な分析は行わなかった。

(6) 倫理的配慮

本調査の実施にあたっては、対象者の尊厳、意思、安全および権利の保護に十分配慮した。調査協力施設において、対象者本人または代諾者に対して研究の目的、内容、方法、参加の任意性、途中辞退の自由、個人情報取り扱いについて説明し、文書による

同意を得た。また、事前に同意が得られている場合であっても、認知症の人では調査参加の内容を十分に保持していない可能性があることから、面接当日に本人のアセントを確認した。アセント確認では、研究の目的、実施内容、所要時間、参加は自由意思に基づくこと、途中でやめられること、安全に配慮して実施することについて、平易な言葉や視覚的に確認できる資料を用いて説明した。さらに、Teach-back等により本人の理解を確認し、本人の反応、理解の程度、拒否サインの有無、最終的な実施判断を記録し本人に不快表情、拒否的言動、明確な参加拒否、疲労や混乱の増大等が認められた場合には、調査を一時中断または中止することとした。同席した研究者と面接を担当した調査担当スタッフでアセント用紙にサインした。なお、収集したデータは、個人が特定されないよう研究用IDを付与して管理した。氏名等の個人特定情報と研究データは分離して管理し、ID対応表は事務部門が管理した。研究者は個人名簿に直接アクセスしない体制とし、研究データはID化された状態で分析に用いた。研究の実施については、認知症介護研究・研修東京センターの倫理審査委員会において承認を得た。（令和8年1月9日、浴研倫発第0260033号）

3. 結果

(1) 調査協力者数および基本属性

調査に協力の得られた対象者は19名であった。性別は女性が17名（89.5%）、男性は2名（10.5%）であった。年代は85歳以上が13名（68.4%）と最も多く、75歳以上84歳が6名（31.6%）であり、65歳未満および65歳以上74歳の対象者はいなかった。原因疾患は、アルツハイマー型認知症が16名（84.2%）と最も多く、認知症の診断はあるが原因疾患の鑑別がされていない者が3名（15.8%）であった。レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症、その他の原因疾患に該当する者はいなかった。認知症高齢者の日常生活自立度は、ランクⅢaが13名（68.4%）と最も多く、次いでランクⅢbが4名（21.1%）であった。ランクⅡaおよびⅡbはそれぞれ1名（5.3%）であった。障害高齢者の日常生活自立度は、ランクA1が6名（31.6%）と最も多く、次いでランクA2が5名（26.3%）、ランクB2が4名（21.1%）であった。ランクB1は2名（10.5%）、ランクJ2およびランクC1はそれぞれ1名（5.3%）であり、ランクJ1およびランクC2に該当する者はいなかった。要介護度は、要介護4が6名（31.6%）と最も多く、要介護1が5名（26.3%）、要介護3および要介護5がそれぞれ3名（15.8%）、要介護2が2名（10.5%）であった。

表5-1 予備調査①対象者の属性

		人数	%
性別	男性	2	10.5
	女性	17	89.5
年代	65歳未満	0	0.0
	65歳以上74歳	0	0.0

	75 歳以上 84 歳	6	31.6
	85 歳以上	13	68.4
原因疾患	アルツハイマー型認知症	16	84.2
	レビー小体型認知症	0	0.0
	前頭側頭型認知症	0	0.0
	血管性認知症	0	0.0
	認知症の診断はあるが 原因疾患の鑑別なし	3	15.8
	その他	0	0.0
	認知症高齢者の 日常生活自立度	ランク II a	1
ランク II b		1	5.3
ランク III a		13	68.4
ランク III b		4	21.1
ランク J1		0	0.0
ランク J2		1	5.3
障害高齢者の 日常生活自立度		ランク A1	6
	ランク A2	5	26.3
	ランク B1	2	10.5
	ランク B2	4	21.1
	ランク C1	1	5.3
	ランク C2	0	0.0
	要介護度	要介護 1	5
要介護 2		2	10.5
要介護 3		3	15.8
要介護 4		6	31.6
要介護 5		3	15.8

(2) スケールの選択

回答形式として使用したスケールの選択結果を表 5-2 に示した。フェイススケールを使用した者は 9 名 (47.4%)、記号スケールを使用した者は 10 名 (52.6%) であり、大きな偏りはみられなかった。

表 5-2 スケールの選択

	人数	%
フェイススケール	9	47.4
記号スケール	10	52.6

(3) 面接の実施状況

同意の得られた対象者 19 名全員に対して、面接調査を予定通り実施することができた。調査途中での中断や中止となった対象者はいなかった。面接時間は平均 11.6 分で

あり，最短 5.0 分，最長 22.0 分であった。面接時間の分布は，5～9 分および 10～14 分がそれぞれ 7 名（36.8%）と最も多く，次いで 15～19 分が 2 名（10.5%），0～4 分および 20～24 分がそれぞれ 1 名（5.3%）であった。なお，1 名（5.3%）については面接時間の記録が欠損していた。

表 5-3 面接実施時間の分布

分布（分）	人数	%
0～4	1	5.3
5～9	7	36.8
10～14	7	36.8
15～19	2	10.5
20～24	1	5.3
欠損	1	5.3
合計	19.0	100.0

(4) 回答状況

認知症 well-being 尺度（仮称）の各項目に対する回答結果を表 5-4 に示した。「明るく，楽しい気持ちで過ごせていますか」では，「いつも／たくさん」が 11 名（57.9%）と最も多く，「だいたい／すこしは」が 8 名（42.1%）であった。「落ちついた，リラックスした気分で過ごせていますか」では，「だいたい／すこしは」が 11 名（57.9%），「いつも／たくさん」が 8 名（42.1%）であり，いずれも否定的な回答はみられなかった。一方，「日常生活の中に，興味のあることがたくさんありますか」では，「あまり」が 8 名（42.1%）と比較的多く，「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」では，「まったく」が 2 名（10.5%），「あまり」が 7 名（36.8%）であった。また，「自分の意思が尊重され，自分の望む生活が継続できていると感じますか」では，「まったく」が 1 名（5.3%），「あまり」が 4 名（21.1%）であった。質問項目ごとの再確認率を表 5-5 に示した。

再確認が必要となった項目は，「明るく楽しい気持ちで過ごした」，「落ちついた，リラックスした気分で過ごせていますか」，「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」の 3 項目であり，いずれも 1 名（5.3%）であった。その他の 7 項目では再確認を要した対象者はみられなかった。また，各項目で，無回答，回答拒否，理解困難であった者は全くいなかった。

表 5-4 認知症 well-being 尺度（仮称）の回答結果

項目	1 まったく	2 あまり	3 だいたい／ すこしは	4 いつも／ たくさん
1_明るく，楽しい気持ちで過ごせていますか	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (42.1)	11 (57.9)
2_落ちついた，リラックスした気分で過ごせていますか	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (57.9)	8 (42.1)
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	0 (0.0)	2 (10.5)	12 (63.2)	5 (26.3)

4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	0 (0.0)	2 (10.5)	7 (36.8)	10 (52.6)
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	0 (0.0)	8 (42.1)	8 (42.1)	3 (15.8)
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	0 (0.0)	1 (5.3)	14 (73.7)	4 (21.1)
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	2 (10.5)	7 (36.8)	8 (42.1)	2 (10.5)
8_自分らしく暮らせていると感じますか	0 (0.0)	2 (10.5)	13 (68.4)	4 (21.1)
9_自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	0 (0.0)	2 (10.5)	11 (57.9)	6 (31.6)
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	1 (5.3)	4 (21.1)	11 (57.9)	3 (15.8)

表 5-5 質問項目ごとの再確認率

	再確認あり 人数	%
1_明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか	1	5.3
2_落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか	1	5.3
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	0	0.0
4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	0	0.0
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	0	0.0
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	0	0.0
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	1	5.3
8_自分らしく暮らせていると感じますか	0	0.0
9_自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	0	0.0
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	0	0.0

(5) 項目改善の必要性

質問項目ごとの改善必要性について、調査協力施設スタッフによる評価結果を表 5-6 に示した。「改善は不要」の割合が高かった項目は、「落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか」および「ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか」が各 18 名 (94.7%)、「明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか」が 17 名 (89.5%)、「自分らしく暮らせていると感じますか」が 16 名 (84.2%) であった。一方、改善が必要と評価された項目もみられた。「意欲的で活動的に過ごせていますか」では、軽微な改善が必要とされた者が 11 名 (57.9%) であった。「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」では、大幅な改善が必要が 1 名 (5.3%)、軽微な改善が必要が 10 名 (52.6%) であった。特に、「自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか」では、大幅な改善が必要が 3 名 (15.8%)、軽微な改善が必要が 10 名 (52.6%) であり、改善不要は 6 名 (31.6%) にとどまった。また、「自分の意思が尊重

され、自分の望む生活が継続できていると感じますか」でも、大幅な改善が必要が2名（10.5%）、軽微な改善が必要が8名（42.1%）であった。

表 5-6 質問項目ごとの改善必要性(調査協力者評価)

	1：大幅な改善が必要		2：軽微な改善が必要		3：改善は不要	
	人数	%	人数	%	人数	%
1_明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか	0	0.0	2	10.5	17	89.5
2_落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか	0	0.0	1	5.3	18	94.7
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	0	0.0	11	57.9	8	42.1
4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	0	0.0	1	5.3	18	94.7
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	0	0.0	4	21.1	15	78.9
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	0	0.0	7	36.8	12	63.2
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	1	5.3	10	52.6	8	42.1
8_自分らしく暮らせていると感じますか	0	0.0	3	15.8	16	84.2
9_自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	3	15.8	10	52.6	6	31.6
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	2	10.5	8	42.1	9	47.4

(6) 回答形式別の回答状況

回答形式別の回答状況を表 5-7 に示した。「日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか」では、フェイススケールでは「あまり」が5名（55.6%）と最も多かったのに対し、記号スケールでは「だいたい/すこしは」が6名（60.0%）と最も多かった。また、「自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか」では、フェイススケールでは「いつも/たくさん」が4名（44.4%）であったのに対し、記号スケールでは「だいたい/すこしは」が9名（90.0%）と多かった。さらに、「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」では、フェイススケールでは「いつも/たくさん」を選択した者はいなかったが、記号スケールでは2名（20.0%）みられた。

また、回答形式別の改善必要性に関する評価結果を表 5-8 に示した。「意欲的で活動的に過ごせていますか」では、フェイススケールで5名（55.6%）、記号スケールで6名（60.0%）が「軽微な改善が必要」と評価された。「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」では、フェイススケールで「大幅な改善が必要」が1名（11.1%）、「軽微な改善が必要」が5名（55.6%）であり、記号スケールでも5名（50.0%）が「軽微な改善が必要」と評価された。また、「自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか」では、フェイススケールで「大幅な改善が必要」が2名（22.2%）、「軽微な改善が必要」が5名（55.6%）であり、記号スケールでも「大幅な

改善が必要」が1名(10.0%),「軽微な改善が必要」が5名(50.0%)であった。「自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか」では、フェイススケールで「大幅な改善が必要」が2名(22.2%)みられた一方、記号スケールでは「軽微な改善が必要」が6名(60.0%)であった。

なお、本調査は少数例による予備的検討であり、回答形式による差異について統計学的検討は行っていない。

表 5-7 回答形式別の回答状況(認知症 well-being 尺度(仮称)回答結果)

	回答形式	1:まったく		2:あまり		3:だいたい /すこしは		4:いつも/ た くさん	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
		1_明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	3	33.3
	記号	0	0.0	0	0.0	5	50.0	5	50.0
2_落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	6	66.7	3	33.3
	記号	0	0.0	0	0.0	5	50.0	5	50.0
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	フェイス	0	0.0	2	22.2	5	55.6	2	22.2
	記号	0	0.0	0	0.0	7	70.0	3	30.0
4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	4	44.4	5	55.6
	記号	0	0.0	2	20.0	3	30.0	5	50.0
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	フェイス	0	0.0	5	55.6	2	22.2	2	22.2
	記号	0	0.0	3	30.0	6	60.0	1	10.0
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	5	55.6	4	44.4
	記号	0	0.0	1	10.0	9	90.0	0	0.0
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	フェイス	1	11.1	4	44.4	4	44.4	0	0.0
	記号	1	10.0	3	30.0	4	40.0	2	20.0
8_自分らしく暮らせていると感じますか	フェイス	0	0.0	1	11.1	7	77.8	1	11.1
	記号	0	0.0	1	10.0	6	60.0	3	30.0
9_自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	フェイス	0	0.0	1	11.1	6	66.7	2	22.2
	記号	0	0.0	1	10.0	5	50.0	4	40.0
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	フェイス	1	11.1	2	22.2	5	55.6	1	11.1
	記号	0	0.0	2	20.0	6	60.0	2	20.0

表 5-8 回答形式別の回答状況(改善の必要性)

	回答形式	1:大幅な改善が必要		2:軽微な改善が必要		3:改善は不要	
		件数	%	件数	%	件数	%
		1_明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0
	記号	0	0.0	2	20.0	8	80.0
2_落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	9	100.0
	記号	0	0.0	1	10.0	9	90.0
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	フェイス	0	0.0	5	55.6	4	44.4

	記号	0	0.0	6	60.0	4	40.0
4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	9	100.0
	記号	0	0.0	1	10.0	9	90.0
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	7	100.0
	記号	0	0.0	2	20.0	8	80.0
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	フェイス	0	0.0	2	22.2	7	77.8
	記号	0	0.0	6	60.0	4	40.0
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	フェイス	1	11.1	5	55.6	3	33.3
	記号	0	0.0	5	50.0	5	50.0
8_自分らしく暮らせていると感じますか	フェイス	0	0.0	0	0.0	9	100.0
	記号	0	0.0	3	30.0	7	70.0
9_自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	フェイス	2	22.2	5	55.6	2	22.2
	記号	1	10.0	5	50.0	4	40.0
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	フェイス	2	22.2	2	22.2	5	55.6
	記号	0	0.0	6	60.0	4	40.0

(7) 質問項目に関する自由記述の結果

質問項目に関する自由記述の結果を表5-9に示した。「意欲的で活動的に過ごせていますか」については、「意欲的」「活動的」という語句が理解しにくいとの意見が複数みられ、「好きなこと」や「やりたいこと」など、より具体的な表現への修正案が示された。また、「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」については、「役割」という言葉が抽象的かつ重たい印象を与えることや、役割を果たしていないと回答することで自尊心への影響が懸念されるとの指摘がみられた。さらに、「自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか」では、「サービス」という言葉自体の理解が難しいとの意見が多くみられ、「手助け」「支援」などへの言い換えの必要性が示された。「自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか」については、質問文が長く抽象的であることに加え、自宅生活と施設生活が混同されやすいことが指摘された。一方、「明るく、楽しい気分で過ごせていますか」や「落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか」などの項目では、大きな修正を求める意見は少なかったものの、口頭回答と指差し回答が一致しない場面がみられ、回答形式や確認方法の工夫の必要性が示唆された。

表5-9 項目及び改善必要度ごとの自由記述の結果

項目	評価	回答
1_明るく、楽しい気分で過ごせていますか	2	毎日、明るく楽しい気持ちで過ごすのは、認知症の有無に関わらず難しいと思いました
	3	1回目に聞いた後、口頭では「だいたい過ごしている」と答えたが、指を指したのは「いつも過ごしている」だった。「この中だとどれですか？」と聞き方を変えて質問し直すと「だいたい過ごしている」と選択された

2_落ち着いた、リラックスした気分で過ごせていますか	3	1 回目に聞いた後、口頭では「だいたい過ごしている」と答えたが、指を指したのは「いつも過ごせている」だった。「この中だとどれですか？」と聞き方を変えて質問し直すと「だいたい過ごせている」と選択された
3_意欲的で活動的に過ごせていますか	2	追加での説明が必要、具体的にしていることを伝えないと理解が難しい
	2	「意欲的」が分かりにくい。「好きな事」ではどうでしょうか？
	2	3と5の質問内容が同じような印象を受けた気がしました
	2	意欲的で活動的の意味が理解しにくい様子だった
	2	もう少しわかりやすい言葉で、
	2	「自分がやりたいことができると感じますか」みたいな質問はいかがでしょうか。
	2	「活動的」でご本人が質問を繰り返していたのでわかりにくかったと思います
4_ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか		回答なし
5_日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	2	3と5の質問内容が同じような印象を受けた気がしました
	2	意味が分かりにくかったのか、実際のご本人の様子を見ると、聞き方によっては回答が変わりそうな間に思う。
	2	頭では浮かばないものの、実際に興味があるものなどを提示すれば回答がスムーズに得られるのかと感じる。
6_自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	2	もう少しわかりやすい方がよいと思います。
	2	家族、友人、仲間3つの選択肢が多い、対象者の状況でしぼれるようにしてもよいのではないか。
	2	家族、友人、仲間3つの選択肢が多いのではないか
	2	担当者が質問を繰り返してないと理解が難しそうでした
	2	質問が長く、軽度の方じゃないと難しいのでは？と感じます。「話を聞いてくれる人はいますか？」等の方が伝わりやすいのでは？
7_今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	1	「地域」だと認知症の方は、今の場所の見当識がはっきりしないのではないのでしょうか
	2	役割を果たしていないと答えられ、少し自尊心を傷つけてしまった印象がありました
	2	役割を果たすということがピンときていないかなと思った。
	2	「役割」という言葉は、少し重たい感じがする
	2	実際は花の水やりを嫌がらずに手伝っているけれども回答が2でした。答え方がわからなかったのかと思いました。
	2	質問をしながら職員も難しい内容だと思いました
	2	今現在どこで過ごしているのかがそもそも分かっていない事が多いので場所の規定や役割についても具体的に書いてあればいいかも
8_自分らしく暮らせていると感じますか	2	自分らしくが抽象的で何をもって自分らしいのか不明確であると感じました。8と10も同じ印象を持ちやすいと感じました
	2	「自分らしく暮らす」が抽象的で伝わりにくい感じがします
9_自分の希望に沿ったサービスを受	2	施設職員に対しては、答えづらい部分である様子だった。
	2	サービスを受けていると感じていない方に、サービスを受けていると伝える、説明することが難しかった

かけていると感じますか	1	サービスとは何かと考えすぎてしまう
	2	サービスってなに？と聞かれるため、もう少し分りやすい文の方が良いのではないかと思った
	2	「サービス」の意味が不明瞭であった。具体的手助けや支援という言葉に置き換えてもよいかと思う。
	2	もう少し分りやすい表現にした方がよいと思う。軽度の人にしか伝わらないと思う。
	1	「困った時に助けてくれる（手伝ってくれる）人がいると感じますか」の聴き方はいかがでしょうか。
	1	対象者がサービスを受けていると理解していたので答えやすかったが、理解していない方は難しいと思います
	2	ご利用者にとって“サービス”という言葉がわかりづらいように思った
	2	サービスという言葉、表現ではない方がいいかも
	2	「サービスを受けている」認識がある方ではないと答えるのが難しい
10_自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	2	自宅の生活と施設の生活が混同している様子で、意味の理解が得られたかが不明であった。
	2	質問の意味は分かるのですが、もう少しわかりやすい言葉がよいと思います。
	2	自分らしくが抽象的で何をもって自分らしいのか不明確であると感じました。8と10も同じ印象を持ちやすいと感じました
	2	自分の意思→自分の思いにしてみたり・・・
	2	もう少しやわらかい表現にした方が伝わると感じる
	2	もう少し分りやすい表現にした方がよいと思う。軽度の人にしか伝わらないと思う。
	1	尊重の意味がご本人に少し難しく感じました。
	1	質問がとにかく長かったです。本人は「自分の望む生活」をピックアップしてました
	2	質問が長く、抽象的で答えづらそうです

注：3＝改善は不要，2＝軽微な改善が必要，1＝大幅な改善が必要

(8) 自由記述(マニュアルに基づく本人への面接評価におけるプロセスの修正点や認知機能の低下に対して配慮が必要と感じた点)の回答結果

面接プロセスの修正点や認知機能低下への配慮に関する自由記述の結果を表5-10に示した。質問文については、全体的に文語的で分かりにくいことや、4件法の選択肢から一つを選ぶことの難しさが指摘された。また、項目7, 9, 10については、質問内容をより分かりやすくする必要のあるとの意見が複数みられた。さらに、施設生活について尋ねているにもかかわらず、自宅での生活について回答する場合があります。質問時に対象とする生活場面を明確にする必要性が示された。面接環境については、静かな場所が必ずしも適切とは限らず、対象者の性格や状態に応じて、普段に近い環境や安心できる場面を設定することの重要性が指摘された。また、本人のその時の心理状態や1日のサイクルによって回答しやすさが変化する可能性も示された。面接者との関係性については、施設職員が面接を行うことで本人が気を使う可能性や、家族の方が本音を話しやすい場合がある可能性が指摘された。一方で、通常の関係性の延長で進めるべきか、調査として丁寧に説明すべきかについて、面接者が迷う回答もあった。回答形式については、フェイススケールより記号スケールの方が分かりやすい

可能性や、質問内容とイラストが結びつきにくい可能性が指摘された。また、マニュアルを見ながら面接を進めることで、対象者に不安や不信感を与える可能性があること、沈黙時にどの程度待つべきかを明確にする必要があることも示された。

表 5-10 面接プロセスの修正点等に関する自由記述の結果

マニュアルに基づく本人への面接評価におけるプロセスの修正点や認知機能の低下に対して配慮が必要と感じた点があれば教えてください。（自由記述）
認知機能の低下に対して：施設での生活について伺っているが、自宅の生活について答えることが多く、本人の施設での生活について伺えたか疑問が残りました。面接について：施設職員よりもご家族の方が本当の気持ちを話せるかも。面接場面について検討が必要。いつもの環境で。
質問項目は利用者の方に対する表現ではないと感じた。「なぜ私なの？」と聞かれた時に、しっかり説明した方がよいのか。いつもの関係性の延長での対応でよいのか、迷ったところがあった。
全体的に質問が文語的で分かりにくく、質問もしにくく感じた。問に対して、曖昧な気持ちがある中、「いつも」「だいたい」などどれか選んで判断して4択で答えていただくのが難しく感じた。聞き返す時、どれに当てはまるのか聞き方が恣意的になりかねない気がした。
本人のその時の心理状況によって、答えるのが難しいと感じてしまいました。6の答えが「あてはまらない」だったかと思うのですが、Faに心配をかけたくないという思いがあるので、答えに詰まった様子がありました。
対象者の性格等によるが、面接環境は静かすぎる場所より、雑音があった方が話しやすい環境と思われる。ニコちゃんマークより記号の方が解答しやすいと思われる。
対象者の方は答えられていたが、7、9、10の質問項目は、もう少し分りやすい文の方が、答えやすいのではないかと思います
本人の同意記入の際、記入する項目等もう少し大きくアンダーラインがあった方が良いと感じる
対象者の方は答えることはできていたが、7、9、10の質問項目は、もう少し分りやすい文の方が答えやすいのではないかと思います
1日のサイクルによって気分の波があり、今回の調査では比較的スムーズに実施できた。 ただ別の場面では認知症による症状が強いこともありそのような時にこの質問をするとどのような回答、反応が得られるのか知りたい
質問者に気を使っているような気もしました。ご本人の性格もあるかもしれませんが、
面接の際には回答シートだけで進行すると良いかと思いました。 マニュアルを持参して読みながらの説明だと誤解を招いたり、質問者が理解しているかと不信感を抱かせてしまうのではないかと思います。 評価の後にご利用者の回答を日々のケアに役立てる事が必要であることをマニュアルに記載して頂けると良いと思います。
沈黙した場合、どれだけ待たばよいのか？人によって時間が違うとどうなのかと思いました
質問と絵がリンクしていなくて、言葉だけを見て答えている感じでしたので、質問に対して絵だけで答えていただくパターンの方が良かったと思いました
質問の仕方が重要と感じました。今回の方は文字を読んで指さしていましたが、イラストで答えるのは難しいのかなと思いました。「今の気分」と「顔のイラスト」を結び付けるのは文字よりも難しいのでは？と思います

(9) センタースタッフによる観察記録

センタースタッフによる観察記録の結果を表5-11に示した。回答過程に関しては、「役割」「サービス」「意思の尊重」「自分らしさ」などの抽象的な概念を含む項目において、回答に時間を要したり、評価者による補足説明が行われたりする場面が多く観察された。特に、「役割」については過去の仕事や自宅での生活を想起する様子がみられ、評価者が施設内での日常的な行動を具体例として提示しながら質問する場面がみられた。また、「サービス」という言葉については意味理解が難しい様子がみられ、一部では評価者が「生活」や「手助け」といった表現に言い換えていた。

回答形式については、フェイススケールより記号スケールの方が分かりやすいとの意見が複数みられた。具体的には、「笑顔の違いが分かりにくい」「記号の方が一目で分かりやすい」といった記載がみられた。一方で、質問文とイラストの結びつきが弱く、文字情報を中心に回答している様子も観察された。

面接環境については、静かな場所だけでなく、対象者が普段過ごしている場所や安心できる環境で実施することの重要性が示された。また、対象者の緊張状態やその日の心理状態によって回答状況が変化する可能性が観察された。実際に、ドアを開けるなどの環境調整によって緊張が和らぎ、安定して回答できた事例もみられた。さらに、施設職員が面接者である場合、本人が遠慮や気遣いから本音を表現しにくい可能性も示唆された。特に、「サービス満足」や「意思の尊重」に関する項目では、質問者への感謝を述べる場面や、回答に迷う場面が観察された。

表5-11 センタースタッフの観察の記録・所感の回答結果

センタースタッフの観察の記録・所感
施設の研修室にて実施。評価者と横並びになり実施（センタースタッフは、挨拶後は離れた机から観察）。緊張している様子で、自宅でのことや仕事でのことを話すため、評価者が「＜施設名＞では」「ここでは」と何度も強調して質問した。No.3,5,10への回答にとくに時間がかかった。No.5では、「興味のあること」の理解を促すために、「新聞読んでいますよね」と補足していた。No.7では、「役割」から過去の仕事のことが連想され、その話が続いたため、評価者が「施設内でエプロンをたたんでくれますよね」と補足した。
施設の研修室にて実施。評価者と横並びになり実施（センタースタッフは、挨拶後は離れた机から観察）。「なぜ私が選ばれたのか」「高齢者が対象になるのか」を気にされていた。フェイスマークに「こっち（怒った顔）ではない」と確認しながら回答した。No.7では、「ここでは役割はない」と考え込んだため、最後に再度質問した。その際には、評価者が「コップ洗ったりしてくれて助かってますよ」と伝えるが、「分からない。これくらいかな」と『あまり』を選択した。No.9の「サービス」という表現を、評価者がしづらかったためか、「生活」と表現し質問した。
施設の食堂にて、評価者とテーブルを挟み真正面に向き合う形で評価（センタースタッフは挨拶後、離れた机から観察）。スムーズに回答し、基本的には「できてます。だいたいかな」という反応。No.7で少し悩んでいる様子があり、評価者が「いつもみんなに話かけてくれたり、味噌汁やってくれますよね」と補足した。終始リラックスして回答していた印象。
対象者の自室にて車いすに座り、職員が隣でしゃがんで一緒に質問紙をのぞき込む形で評価（センタースタッフは挨拶後、後方の部屋の入口付近から観察）。緑内障があるため、評価者はフェイス形式より記号形式が適していると想定していたが、眼鏡装着により視認可能であり、本人が質問文を自ら読み上げて回答できた。No.6では「外にはいるけど」と少し悩んで回答した。No.7では「寝ているだけで何もしていない」と話すので、評価者が「実習生によく話して

<p>くれて助かってますよ」と補足。No.8では「世話をしてもらって過ごしている。私なりに満足。これ以上できることはない・・・」と話してから回答。No.10では質問を読み上げてすぐに「これは難しいな」と話し、「自分はこの生活が続くと思うが、他の人はどう思うか」と言うので、評価者が本人の気持ちでよい旨を伝えた。また「自分の意思が尊重されているかは分からない。でもこの生活は継続すると思う」と悩んでいた。</p>
<p>対象者の自室にて、職員と横並びで座り実施（センタースタッフは挨拶後、後方の部屋の入口付近から観察）。No.3では「活動的ではないけど、ここに入れてよかったなと思います」と答える。職員が「では、『あまり？』と聞くと、「あまりではなく、いつも過ごさせています」とやや強めの口調で回答。No.5では「（興味のあることは）あまりないです。好きなものには夢中になりますけど」と言い、「あまり」を選択。No.6では「家族はなんでも話せます。友人はあまりかな」と言い、「いつも」を選択。回答終了後、職員から「難しくなかったですか。活動的とか言葉が分かりづらかったですかね」との問いかけに対して、「答えづらかったです。活動的ではないけど、体を動かすのは好きです」と回答。</p>
<p>ユニットの食卓にて、職員と横並びで座り実施（センタースタッフは挨拶後、後方から観察）。No.6では「なかなか（自分の思いを）伝えづらいかな」と言い「あまり」を選択。No.7では「（役割を）与えてもらっていないからね」と笑いながら言い、「まったく」を選択。最後に回答票をセンタースタッフが預かる際には「ちゃんと答えました」と、調査協力に前向きな様子であった。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・一つ一つにコメントや意見をのべるためトータルの測定時間が長くなった ・希望、願望“自分がこうありたい”との思いで回答している印象がある ・フェイススケールの“いつも”と“だいたい”の笑顔のちがいがわからないとの発言あり ・文脈の意図は変わらないが、補足しながら説明 ・“サービス”がイマイチ何かわからない
<p>"スタッフ) どちらが分かりやすい、答えやすいか質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記号のほうがパッと見て分かりやすい ・「難しいこと？私でわかること？緊張する」と発言あり <p>→（部屋に入って）緊張するとのことで、ドアを少し開けて環境調整を行い、安心して参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その後の調査への協力説明については「いいよ」と笑顔で返答。頷きもみられ、リラックスして回答 ・初期は緊張が見られるが、環境調整により安定して回答可能 ・各設問に対し、内容を考えながら回答している様子あり ・No.5: 曖昧な表現（例：「あまり」）と選択肢のズレがあり、確認・再考する場面あり ・No.6：「一人」との認識から消極的の回答であったが、家族（娘）を思い出してもらうことでポジティブな回答へ変化 ・No.10：食事に関しては「自分の意思で好きなときに食べる」と発言 <p>回答は周囲の働きかけ（説明・想起支援）の影響を受けやすい→自己決定の意識が保たれている"</p>
<p>5以外は、比較的判断が早く“○”でよいねーと真に項目文を理解して判断している印象がうすい</p>
<p>スタッフ) にこちゃんと記号でどちらかが分かりやすいか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記号は一目でわかりやすい。笑い方の表現によって違うことを考えなければいけないので、わかりづらい ・調査の説明に対し、例文の体調について、体調ってなに？今の気分のこと？と確認 <p>スタッフ) これから気分のことを聞いていくことをお伝え。難しくないことを説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人は調査の意義および各項目の内容を概ね理解し、適切に回答できていた ・他項目の回答を踏まえ、既に回答した項目（No.9）について再確認 <p>※ただし、調査で定義している「再確認」ではない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・No.6（家族・対人関係）：家族との関係で考えると、ポジティブな回答 ・No.7・9・10（役割・生活満足・意思尊重）：施設環境の影響を受けやすい項目。入所環境に対する状況・認識、スタッフとの関係性によって回答しやすさが左右される可能性あり <p>・質問者が施設スタッフであるため、</p>

<p>→ 本人が遠慮し本音を言いづらくなる可能性が考えられる 特に「サービス満足」「意思尊重」に関する項目では気遣い・遠慮の影響</p>
<p>食堂に誰もいない時間帯に実施した。机に紙を置いて、研究者は被検者の右後ろに座り、視界に入らないようにした。回答は口頭のみで行っていた。面接者はマニュアルを終始確認しながら面接を行っており、被検者は「何見てるの？」と気になる様子がみられた。また、面接中に面接者が「いつも花に水やりしてますよね」と会話をしていたことから具体的な活動を例にあげた場合は No.3, 5, 7 の回答に変化が生じる可能性を感じた。</p>
<p>周囲に人がいない共有スペースにて面接。淡々とテンポよく進行した。自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますかでは、対象者から感謝が伝えられ、質問したスタッフからは、そうだったのかという、驚いた様子のリアクションがあった。</p>
<p>自室にて面接。希望に合ったサービスを受けていると思うかという質問で、質問者に対して、感謝を述べる様子があった。</p>
<p>居室にてテレビを見ながら実施した。机に紙を置いて、研究者は被検者の右後ろに座り、視界に入らないようにした。回答は指差しと口頭の両方で行っていた。被検者は「日常生活と聞かれてもここでの生活は日常生活ではないからよいか判断が難しいな」、「サービスと聞かれてもよくわからないな」と回答していた。被検者は回答に悩むたびに、面接者に質問の意図を確認し、面接者はマニュアルを眺めながら悩んでいる様子が見られた。調査終了後に、研究者が被検者に記号とフェイススケールではどちらが回答しやすいか尋ねたところ、「記号」と回答し、「自分で好きな方を選んで回答をした場合、回答が変わったかもしれない」とのことだった。</p>
<p>居室にて実施した。机に紙を置いて、研究者は被検者の右後ろに座り、視界に入らないようにした。回答は口頭にて行った。被検者は問 6 以降の回答に悩んでいる様子があった。問 6 では家族は想いを伝えられるけどいつもそばにいるわけではない、問 7 の役割、問 9 のサービスに悩んでいる様子が見られた。</p>
<p>特養のフロアで実施。車いすのまま机に向かう。周囲に他者はいない。評価者の質問には的確に回答。聞き返すことは少ないが、時々回答に悩み時間を要した。</p>
<p>病院の評価室にて実施。本人と隣り合うようにして評価者が着席。自立歩行であり口数も多く、快活に応答する様子。質問に対して、聞き返すことはなく、回答には澁みがなく、すらすらと全ての設問に対して答える様子。</p>
<p>病院の評価室にて実施。本人の横に評価者が着席して実施。車椅子で来室され、難聴のためか声大きい。2 度程聞きかえす様子があったが、端的に質問に対して答える。</p>
<p>グループホームで実施。椅子で質問・回答。周囲の机には他の入所者も数名。質問内容には的確に回答。満足度のような問いには、スタッフに気を使って回答しにくそうに見受けられる場面もあり。</p>

4. 考察

(1) 調査の実行可能性について

本調査では、調査協力の得られた 19 名全員に対して面接調査を完遂することができ、中断や中止となった対象者はみられなかった。また、すべての項目において回答拒否や理解困難による回答不能は認められず、多くの対象者において面接そのものは成立していた。さらに、面接時間は平均 11.6 分であり、大部分が 15 分以内で終了していた。以上から、認知症の人に対する主観的 well-being 評価として、一定の実施可能性を有することが示唆された。

(2) 質問項目の課題

本調査では、全体として面接による回答取得は可能であったものの、一部の質問項目については、認知症の人にとって理解が難しい可能性が示された。特に、「意欲的」「活動的」「役割」「自分らしく」「サービス」「意思の尊重」などの抽象的な概念を含む表現に対して、多くの自由記述や観察記録において課題が指摘された。

「意欲的で活動的に過ごせていますか」については、「意欲的」「活動的」という語句の意味理解が難しいとの意見が複数みられた。また、「日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか」についても、「興味のあること」が具体的に想起しにくく、具体例の提示によって回答が変化する可能性が示唆された。これらの結果は、抽象的な心理状態や内面的状態を直接尋ねる形式が、認知機能低下のある対象者にとって負担となる可能性を示している。

さらに、「今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか」については、「役割」という語句自体が理解しにくいことに加え、役割を果たしていないと回答することで、自尊心に影響する可能性も指摘された。また、「地域」という表現から、自宅生活や過去の仕事を想起する場面も観察されており、質問で想定している生活場面が対象者に十分共有されていない可能性が示された。

「自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか」については、「サービス」という言葉の意味理解が難しいという意見が最も多くみられた。また、施設職員が面接を実施する場合、対象者が遠慮や配慮から本音を表現しにくくなる可能性も示唆された。

「自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか」については、質問文が長く、複数の概念を含むことから、理解負荷が高い可能性が示された。

一方で、「明るく、楽しい気持ちで過ごせていますか」「落ちついた、リラックスした気分で過ごせていますか」「ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか」などの項目では、大きな修正を求める意見は比較的少なかった。これらの項目は、現在の状態や感情を比較的直接的かつ具体的に尋ねている点が、回答しやすさにつながった可能性がある。

(3) 回答形式の課題

本調査では、認知機能低下への配慮として、フェイススケールおよび記号スケールの2種類の回答形式を用いて評価を実施した。その結果、大きな回答傾向の差は認められなかったものの、一部の項目では回答分布に違いがみられた。また、自由記述および観察記録では、回答形式に関する複数の課題が指摘された。特に、フェイススケールについては、「笑顔の違いが分かりにくい」「表情の差を判断することが難しい」といった意見がみられた。観察記録においても、「いつも」と「だいたい」のフェイスマークの違いが理解しにくい様子が確認されており、対象者によっては表情の微妙な差異を認識することが負担となる可能性が示唆された。一方、記号スケールについては、「一目で分かりやすい」「パッと見て理解しやすい」といった意見が複数みられた。また、一部の対象者では、自ら記号形式を選択したいという発言もみられ、認知機能や視覚認知の特性によっては、記号ス

ケールの方が適している可能性が示された。しかし、いずれの回答形式においても、尺度の項目と回答形式との対応づけが十分に成立していない可能性が観察された。具体的には、対象者がイラストや記号そのものよりも、質問文の文字情報を中心に回答している様子が確認された。また、口頭回答と指差し回答が一致しない場面もみられ、回答形式だけでなく、文字だけで回答できる場合の対応や、質問者による確認方法や補足説明の影響も考慮する必要がある。

(4) 面接プロセスの課題

本調査では、質問項目そのものだけでなく、面接環境や面接者との関係性、補足説明の方法など、面接プロセス自体が回答内容に影響を与える可能性が示された。まず、面接環境については、静かな個室が必ずしも適切とは限らず、対象者が普段過ごしている場所や安心できる環境で実施することの重要性が示唆された。観察記録では、慣れない場所や閉鎖的な空間で緊張する様子がみられた一方で、ドアを開ける、雑音のある環境にするなどの環境調整によって、回答が安定した事例も確認された。また、同じ対象者であっても、その日の体調や心理状態、1日の生活リズムによって回答しやすさが変化する可能性が示された。

面接者との関係性については、施設職員が面接を実施することで、本人が安心して回答できる側面がある一方で、遠慮や気遣いによって本音を表現しにくくなる可能性も示唆された。特に、「サービス」「意思の尊重」「生活満足」など、施設での生活に関連する項目では、質問者に対する感謝を述べたり、否定的な回答を避けたりする様子が観察された。また、「家族には話せるが職員には話しにくい」といった反応もみられ、誰が面接を担当するかが回答内容に影響する可能性があると考えられた。

面接時の補足説明や具体例提示も、回答に影響を与える可能性が示された。観察記録では、「役割」について「花の水やり」や「コップ洗い」など具体的な行動を提示することで回答が変化する場面や、「家族」を想起してもらうことで回答が肯定的に変化する場面が確認された。このことは、認知機能低下のある対象者では、抽象的な質問に対して、具体的な生活場面を補足することが回答支援として有効である可能性を示している。一方で、補足説明の内容によって回答が誘導される危険性もあり、どの範囲まで補足を許容するかを整理したうえでマニュアル等に反映する必要がある。

マニュアル運用上の課題として、面接者がマニュアルを確認しながら進行することで、対象者が不安や不信感を抱く可能性が指摘された。加えて、沈黙時にどの程度待機するか、どのタイミングで再確認を行うかなどについても、面接者ごとの差異が生じる可能性があると考えられた。

(5) 予備調査①の限界

本調査で対象としたのは、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ～Ⅲ程度であり、言語または非言語によるコミュニケーションが可能な者であった。このため、より認知機能低下が進行した者や、BPSD等により面接実施が困難な者に対する適用可能性については、今後さらに検討が必要である。また、本調査は入所系施設を中心として実施しており、対象者の多くがアルツハイマー型認知症であった。このため、在宅生活者や認知症類型の異なる対象者において、同様の結果が得られるかについては明らかではない。

さらに、本調査では、対象者との関係性を有する施設職員が面接を実施し、研究担当者が同席する体制で行った。その結果、対象者の状態に応じた補足説明や環境調整を行いながら調査を進めることができた一方で、このような支援体制が整わない状況でも同様に実施可能であるかについては明らかではない。面接において、同席した研究担当者は面接中、対象者の視界に入らないようにする等の基本的な配慮は行ったが、研究担当者が同席したことにより、面接者への助言や環境調整が行われていた可能性は完全には否定できず、通常の現場運用と同一条件ではない点に留意が必要である。

また、本調査は少数例による予備的検討であり、回答形式や質問項目による差異について統計学的検討は行っていない。そのため、本調査で得られた結果は、あくまで実施可能性を探索的に検討した初期的知見として位置づける必要がある。

第3章 総合考察と今後の課題

1. 認知症の人に対する主観的 well-being 評価の実施可能性

本研究では、令和6年度に実施した文献研究およびアウトカム項目の検討を踏まえ、認知症の人に対する主観的 well-being 評価手法として認知症 well-being 尺度（仮称）および面接マニュアル（案）を作成し、令和7年度に予備調査①を実施した。その結果、多くの対象者において面接そのものは成立しており、調査協力の得られた19名全員に対して面接を完遂することができた。また、回答拒否や理解困難による中断は認められず、認知症の人に対して主観的 well-being を直接尋ねること自体は一定程度可能であることが示唆された。

これまでの国内研究では、認知症の人の well-being 評価において、本人評価そのものが十分に実施されておらず、特に認知機能低下のある人に対する主観的評価の方法論は十分に整理されていなかった。第2部の文献研究においても、認知機能低下への配慮が十分になされた主観的尺度は限られており、重度化した認知症の人を含めた本人評価の実施例は少ないことが確認されている。そのような状況の中で、本研究において、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ～Ⅲ程度の対象者に対して、本人への面接形式による主観的 well-being 評価が大きな破綻なく実施できたことは、一定の意義を有すると考えられる。

また、本研究で作成した認知症 well-being 尺度（仮称）は、WHO-5を基盤としつつ、認知症施策推進基本計画で示された「意思の尊重」「つながり」「役割」「自分らしい生活」などの主観的 well-being 領域を組み込んだ点に特徴がある。予備調査①の結果からは、こうした項目についても、一定の支援を伴うことで、本人から直接回答を得られる可能性が示された。

一方で、本研究の結果は、認知症の人が常に安定して主観的 well-being を回答できることを意味するものではない。実際には、質問項目の抽象性、回答形式、面接環境、面接者との関係性、補足説明の方法など、多くの条件が回答成立に影響していた。したがって、本研究で示された実施可能性は、適切な面接支援や環境調整を前提とした「条件付きの成立可能性」として理解する必要がある。

以上より、認知症の人に対する主観的 well-being 評価は、一定の条件下では実施可能であり、認知症基本法および認知症施策推進基本計画が重視する「本人の意思」「自分らしい生活」「Living well」の評価に向けた方法論構築の可能性が示された。

2. 認知症の人への主観的 well-being 評価の回答成立に影響した要因

本研究の結果から、認知症の人に対する主観的 well-being 評価は、一律に成立するものではなく、質問内容、回答形式、面接環境、面接者との関係性など、複数の条件によって大きく左右されることが示唆された。一方で、適切な支援や環境調整を行うことで、認知機能低下がある場合でも、本人の主観的な体験や生活実感について回答を得られる可能性が示された。

まず、質問項目については、抽象的概念をできる限り具体化し、認知負荷を軽減することが重要と考えられた。本調査では、「意欲的」「役割」「自分らしく」「サービス」「意思の尊重」などの語句について理解が難しい場面が観察されており、対象者が具体的な生活場面を想起できるような表現への修正が必要であると考えられた。また、一文の中に複数の概念を含めることや、質問文が長くなることによって、理解負荷が高まる可能性も示唆された。

次に、回答支援の方法も重要な条件と考えられた。観察記録では、「花の水やり」「コップ洗い」などの具体例を提示することで回答が促進される場面がみられた。また、「家族」を想起してもらうことで回答内容が変化する場面も確認された。このことから、認知機能低下のある対象者に対しては、抽象的概念をそのまま尋ねるのではなく、具体的な生活経験と結びつけながら質問を行うことが有効である可能性が示された。一方で、補足説明が回答誘導につながる危険性もあるため、どの範囲まで支援を許容するかについては、今後さらに整理する必要がある。

また、面接環境も回答成立に影響していた。対象者が慣れた場所や安心できる環境では、安定して回答できる傾向がみられた一方で、閉鎖的な場所や緊張を感じる状況では、回答に時間を要する場面が観察された。さらに、同じ対象者であっても、その日の体調や心理状態によって回答状況が変化する可能性が示されており、調査実施のタイミングや環境調整が重要であると考えられた。

面接者との関係性については、施設職員が実施することで安心感につながる側面がある一方で、「サービス」や「意思の尊重」に関する項目では、本人が遠慮や気遣いによって否定的回答を避ける可能性も示唆された。したがって、本人が安心して回答できる関係性を基盤としつつ、本音を表現しやすい面接方法を検討する必要がある。

さらに、回答形式については、フェイススケールよりも記号スケールの方が分かりやすいとする意見が複数みられた。特に、フェイススケールでは「笑顔の違い」が理解しにくいとの指摘があり、認知機能や視覚認知の状態によって適切な回答形式が異なる可能性が示された。

本調査では、単に回答を収集するだけではなく、面接プロセスそのものが、本人理解やケア実践に影響を与える可能性も示唆された。観察記録や自由記述では、「本人理解が深まった」「ケアプランに活かそうである」といった意見がみられた。また、設問をきっかけとして、本人が過去の経験や現在の思いについて語る場面や、施設職員が本人の新たな側面に気づく場面も観察された。特に、「役割」「意思の尊重」「自分らしさ」といった項目では、回答を得る過程において、本人と職員との対話が生じており、単なる質問紙調査ではなく、本人の生活や価値観を改めて確認するプロセスとして機能している側面があった。このことは、本評価手法が、認知症の人の主観的 well-being を測定するためのツールであると同時に、本人との「出会い直し」を促す実践的契機となる可能性を示している。すなわち、本評価手法は、認知症施策推進基本計画が重視する「本人の意思の尊重」「自

分らしい生活」「地域での役割」等を、現場における対話を通じて具体化する手段にもなり得る。このような実践は、認知症の人を一方的に支援される存在としてではなく、自らの経験や価値観、意思を表現しながら生活する主体として捉える視点につながるものであり、「新しい認知症観」の理念とも整合するものと考えられた。一方で、そのような対話的プロセスは、回答内容への影響や回答誘導につながる可能性も有している。そのため、今後は、評価としての標準化と、実践としての対話性をどのように両立させるかについて、さらに検討していく必要がある。

3. 今後の検討課題

(1) 評価手法および面接マニュアルの改善課題

予備調査①の結果から、認知症の人に対する主観的 well-being 評価は一定程度実施可能であることが示された一方で、評価手法および面接マニュアルについては、さらなる改善が必要であることが明らかとなった。まず、質問項目については、「役割」「自分らしさ」「サービス」「意思の尊重」など、抽象的概念を含む項目において、対象者が質問内容を理解しにくい場面が多く観察された。また、「地域」から自宅生活や過去の仕事を想起するなど、質問者が想定する生活場面と対象者の理解との間にずれが生じる場面もみられた。そのため、今後は、抽象的概念をできる限り具体的な生活場面に置き換えることや、一文に含まれる概念数を減らすことなど、認知負荷を軽減した質問文へ修正していく必要がある。次に、回答形式については、フェイススケールよりも記号スケールの方が分かりやすいとする意見が複数みられた。一方で、対象者によっては文字情報を中心に回答している様子も観察されており、回答形式と質問内容との対応づけが十分に成立していない可能性も示唆された。今後は、対象者の認知機能や視覚認知の特性に応じて、どの回答形式が適切であるかをさらに検討していく必要がある。

面接プロセスについても改善課題が明らかとなった。観察記録では、具体例提示や想起支援によって回答が促進される場面がみられた一方で、補足説明の内容によって回答が変化する可能性も確認された。そのため、どの範囲まで補足説明を許容するか、どのような説明が回答支援として適切かについて、マニュアル上で整理する必要がある。さらに、沈黙時の待機時間、再確認の定義、質問の読み上げ方法、面接環境の整え方などについても、面接者ごとの差異が生じる可能性が示された。加えて、マニュアルを見ながら面接を行うことで、対象者が不安や不信感を抱く場面も観察されており、実際の現場で運用しやすい形へとマニュアルを簡潔化・標準化していく必要がある。

以上より、今後は、予備調査①で得られた知見を踏まえ、質問項目、回答形式、補足説明の方法、面接手順等を再整理し、認知症の人がより自然に回答できる評価手法へと改善していく必要がある。

(2) 現場主体での運用可能性の検証

本調査は、研究担当者が現場に同席しながら実施した予備的検討であり、対象者の状態に応じた助言や環境調整を行いながら評価を進めることができた。一方で、今後、本評価手法を実際の介護現場で継続的に活用していくためには、研究担当者が同席しない状況においても、現場職員が安定して運用できるかを検証する必要がある。特に、本調査では、対象者の理解状況に応じた補足説明や具体例提示、面接環境の調整、沈黙時の対応などが、回答成立に大きく影響していた。これらの対応は、面接者個人の経験や技術に依存していた可能性もあり、今後は、どのような支援を標準的手順として位置づけるかを整理する必要がある。また、施設職員が面接を行う場合には、本人との関係性が安心感につながる一方で、遠慮や気遣いによって本音が表現されにくくなる可能性も示唆された。そのため、現場で運用する際には、面接者の選定や面接実施時の配慮事項についても具体化していく必要がある。さらに、本調査では、「本人理解が深まった」「ケアプランに活かそうである」といった意見もみられたことから、本評価手法は単なる研究用評価尺度としてだけでなく、日常ケアやケアマネジメントに活用される可能性も有していると考えられる。一方で、他職種間で結果が共有されなければ、実践への還元につながらない可能性も指摘されており、評価結果をどのようにケアへ接続していくかについても検討が必要である。

今後実施する予備調査②では、研究担当者が同席しない条件下において、現場職員のみでどの程度安定して評価を実施できるかを確認するとともに、面接者教育、実施手順、記録方法、フィードバック方法などを含めた実装可能性について検証していく必要がある。

(3) 信頼性・妥当性検証およびコホート研究への展開

本研究は、認知症の人に対する主観的 well-being 評価手法の開発に向けた初期的段階に位置づけられる。予備調査①では、評価手法の実施可能性 (feasibility) を中心に検討を行ったが、予備調査②を経て、尺度としての実行可能性を高めたのちには、尺度としての信頼性および妥当性について、段階的に検証していく必要がある。信頼性については、内的一貫性や再検査信頼性に加え、面接者による評価手順の違いが回答に与える影響についても検討が必要である。特に、本研究で用いている評価手法は、認知機能低下に配慮した補足説明や環境調整を一定程度許容しているため、どの程度まで手順を標準化できるかが重要な課題になると考えられる。妥当性については、既存の well-being 尺度や QOL 尺度との関連性を検討するだけでなく、認知症施策推進基本計画で示されている「意思の尊重」「つながり」「役割」「自分らしい生活」といった概念を適切に捉えられているかを確認する必要がある。また、本研究では、認知症の人の主観的実感を重視していることから、認知症の本人自身が、質問項目や回答形式についてどのように感じているかを継続的に確認し、当事者の視点を反映しながら尺度を改善していくことが重要である。さらに、将来的には、本研究で開発した評価手法を用いた縦断的コホート研究を実施し、認知症の人の well-being に関連する要因を検証していく必要がある。令和 6 年度に構築したロジックモデルでは、本人要因、職員要因、施設要因などが、認知症の人の well-being に影響を与え

る可能性が示されている。今後は、介護保険サービスの利用やケアのあり方が、認知症の人の well-being の維持・向上にどのように関連するのかを、継続的な追跡調査を通じて明らかにしていく必要がある。

また、本研究で得られた知見は、認知症施策推進基本計画における本人アウトカム指標の具体的な測定方法を検討する基盤となる可能性がある。今後は、研究としての尺度開発にとどまらず、認知症の人の「Living well」を継続的に把握し、施策評価や実践改善へとつなげていく方法論として発展させていくことが求められる。

付記

本研究の成果については、関係機関との連携のもと、今後の施策検討等に資するため、日本総合研究所へ提供する予定である。

資料編

資料1(第2部第3章関連資料)

ケアレジ研究会議 研究プロトコルの検討 ver.2025/02/07



0. 研究タイトル（最後に検討？）

- 一般向け試験名： _____
案) 認知症ケアレジストリ研究（略称 DCRC : **D**ementia **C**are **R**egistry **C**ohort study)
- 科学的試験名： _____
案) 認知症高齢者のwell-beingに寄与するケア要因の検証：多施設共同前向きコホート研究

1.目的

認知症の人のQOL・Well-beingを評価する方法を確立したうえで、認知症の人のQOL・Well-beingの追跡調査を行うことにより、より良い本人のあり方(well-being)のために、どのような条件が必要となるかを明らかにする。

- メインのRQは、ロジックモデルに基づき検証（3センターで共通調査項目を設定）

【検討事項】

- 各センターごとに、サブのRQを設定するか（独自の質問項目を設定するか含め）

ロジックモデル挿入予定

2.研究デザイン

(1) 試験の種類

- ・ 試験の種類：観察
- ・ 東京、大府、仙台3拠点の多施設共同前向きコホート研究（将来的に在宅ケア・他県への展開可能性あり）

(2) 混合研究法の採用

Berkovic D, et al.(2024)等の先行研究が指摘する通り、本人のQOLは多角的な検討が重要。

→ QOL指標<量的検討> + 本人等へのインタビューや記録<質的検討>を組み合わせた混合研究法の実施を検討すべき（※初年度から実施するかは要検討）

図表 混合研究法のタイプ

デザイン	説明	データ統合
(1)収斂型 (しゅうれん)	質的・量的データの収集と分析を独立させて実施し、結果を比較・収斂	2種のデータは個別に解析され、考察の段階で収斂
(2)説明型	量的調査によって得られた結果がどのように生じたかを質的調査で確認	質的研究の対象者を選び出す際に、量的データを利用(連結)
(3)探索型	質的調査を収集・分析して課題を探索し、量的研究の指標や介入を立案	質的データの知見を積み上げて新たな調査票や尺度を開発

八田(2019)「混合研究法の基本型デザインと統合」を参考に作成

当面の計画上は(3)は趣旨が異なる。
但し、将来的に評価指標の開発を検討する場合は、(3)も可能性あり？

3.セッティング

(1) 対象施設の選定

- まずは、3センターそれぞれの関連法人の入所施設（特養・GH・老健）から選定。
- 新規入所者を順次追加するオープンコホートとする
- 軌道に乗ったら…徐々にサービス種別・数とも増やしていく

【検討事項】

- 3センターで施設種別を統一・割り振るか
- 今後の施設のリクルート方法：ケア学会や指導者経由で広報はどうか

図表.関連法人の長期入所サービス施設 ※()内は定員数

	東京センター	大府センター	仙台センター
特養	第一南陽園(242)、第二(150)、 第三(207)	—	杜(54)、里(160)、館(100) ものう(石巻市、50)
GH	ひまわり(18)	ルミナス(9)	里(36)、ものう(石巻市、9)
老健	くむぎ (100)	ルミナス(100)	丘(100)

3.セッティング

(2)対象者の適格性

性別による選択基準は設けず、必要最低限の条件を設定。

基準	内容
選択基準	①調査協力の得られた施設入居者、②終末期ではない者
除外基準	(基本的には設けたくないが、アウトカム指標の適用条件によっては必要?)

(3)目標サンプルサイズ：1拠点20名以上（20名以上×3拠点=60名以上）

【検討事項】

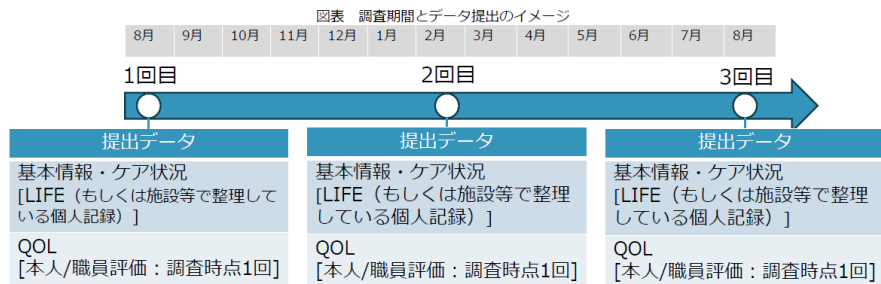
- 認知症重度の者を除外するか
(先行研究ではMMSE10点以下が多い。日本語版QOL-ADはMMSE10点以下で使用不可)
- その他除外基準は必要か ([参考] 前ケアアレジ調査:抑うつ、せん妄、認知症自立度M、薬調整者)

3.セッティング

(3) 調査期間

- 初回調査：2025年夏以降？（3センター同時期とする）
- 追跡間隔：_____
- 終結時期：_____（脱落の基準含め要検討）

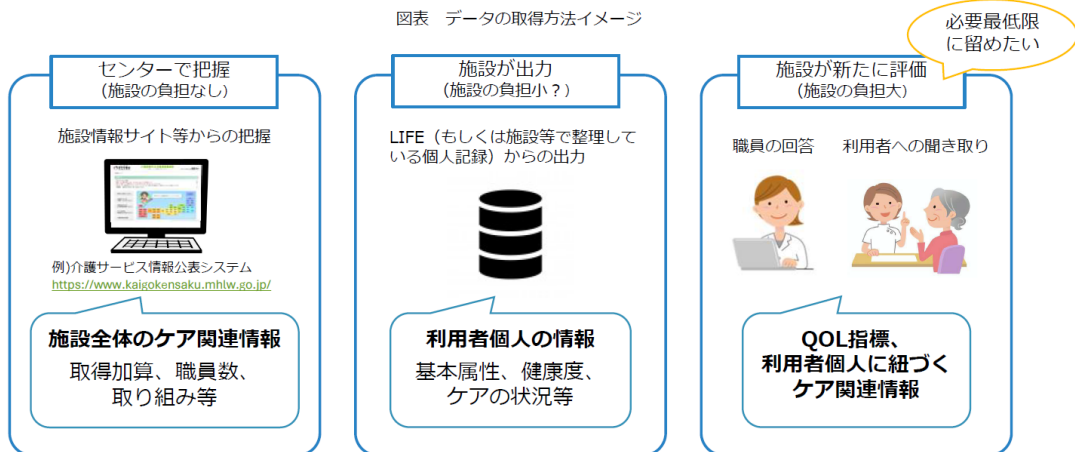
【検討事項】実施可能な調査期間・追跡間隔か



4.調査内容

- 調査内容検討上の方針：施設側の負担軽減のために、**既に施設が把握している情報を中心に設計。**

図表 データの取得方法イメージ



4.調査内容

(1)主要アウトカム：本人のwell-being（東京センターのレビュー後に決定？）

LIFE等では把握されていないため、施設に新たに評価を依頼。

図表 評価指標の例

分類	本人の回答	Proxy-proxy[他者視点]	Proxy-patient[本人視点]
QOL	QOL-AD(13項目) DEMQL(32項目) QOL-D短縮版(9項目) DQOL(29項目)	QOL-AD(13項目) AD-HRQL-J(48項目) QLDJ(24項目) QUALID-J(重度専用) おだやかスケール(全自立度〇)	DEMQL-proxy
Well-being	GDS-15、WHO-5 生活満足度K(9項目)	不明	不明
質的指標	インタビューによる 幸福感、居場所感等	-	-

(2)副次アウトカム： _____

【検討事項】

- 対象に認知症重度を含めるなら本人回答とproxyの併用もありえるか
(他者評価指標が便宜的だが、本人評価とギャップがあることも要留意(Engel Lら,2024))

4.調査内容

(2)独立変数：ケアの状況

- DCMの実施等PCC評価の前提条件を置くのは困難？

施設側の負担を増やさない範囲で、まずはあくまで個別ケアを評価するのは如何か

分類	評価指標の例	取得方法
組織全体の ケア関連情報	利用者の権利擁護、サービスの質の確保への取り組み、相談・苦情などへの対応、外部機関等との連携、事業運営・管理、安全衛生管理等、従事者の研修等	施設情報サイト から取得
ケアの状況	LIFEから取得可能な個人のケアに関する情報	LIFE
利用者個人に 紐づくケア関連 情報	「個別ケア」の利用者個人への実施状況（PCCの度合？） 例：当該利用者に対するカンファレンスの実施回数、 重要事項の相談時に当該利用者を入れて話し合ったか等。	職員が対象者全員分 を回答

【検討事項】

- ケア（パーソン・センタード・ケア）をどう定義するか
- 組織全体の情報は(関連法人施設が優秀な故に)レンジが狭い可能性があるため「利用者個人に紐づくケア関連情報」には個人差が反映される変数を別途設定すべきだが、どのような項目が妥当か。
- 前ケアレジで評価した「ケア21項目」をとるか

4.調査内容

(3)共変量

LIFEの基本項目等から、可能な範囲で個人の基本属性や健康度に関する情報を取得。

分類	内容	取得方法
基本属性	性別、生年月日（年齢）、既往歴、服薬情報、在宅復帰の有無、褥瘡の有無、Barthel Index、要介護度、入所日	LIFE (もしくは施設等で整理している個人記録)
認知症	日常生活自立度（認知症・寝たきり度）、認知症の既往歴、DBD、Vitality Index、簡易式生活・認知機能尺度	
その他	栄養・口腔、服薬、リハビリ、社会参加等	

【検討事項】

- 把握する項目は妥当か
- そもそもLIFEの使用・活用は実現可能か

4.調査内容

(4) 回答者属性

分類	内容
回答者属性	性別、年齢、職種、職位、経験年数等

(5) 回答方法

専用サイトへの入力 or 紙ベースの調査票への記入

【検討事項】

- 回答者属性の把握は必要か（把握する目的は回答者を特定すること？）
必要であれば、把握する項目は妥当か
- 回答方法は、施設側に回答（入力）を依頼する形式でよいか（or センターが聞き取り？）

4.調査内容

(6) 脱落時の把握項目

脱落の理由（調査協力への同意撤回、死亡、転居・入院、その他健康上の理由）など？

(7) 個人の識別方法

- 被保険者番号は個人情報に該当するため、匿名化処理が必要？

一方、施設で研究用ID番号を付与し、被保険者番号との照合表を作成するのは負担が大きい。

→ 匿名化処理用のソフトを使用する？

（例：<https://www.prrism.com/solution/system/anonyan/>）

5.その他の検討事項

(1) 実施体制案

中央事務局の設置を提案したい。

<各担当割り振り案（仮称）>

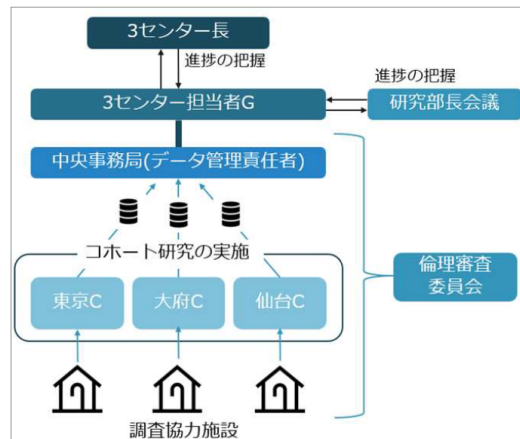
- **3センター担当者グループ(G)：**

- ・担当者会議参加者で構成。
- ・栗田先生はアドバイザーとしてご参加いただく。
- ・研究全体の進捗を管理し、本研究の責任を負う。
- ・研究計画の検討・実施、研究成果物の作成・公表、調査協力施設のリクルートを行う。

- **中央事務局：**

- ・担当：_____
- ・3拠点データのとりまとめ・管理と、それに係る事務を担当。

図表 実施体制案



5. その他の検討事項

(2) 倫理審査

- 中央事務局のセンターで研究の大枠について申請後に、各センターがそれぞれ自センターの倫理審査委員会に申請する
- 現状、各センターの倫理審査委員会の様式やデータ管理方法が統一されていないので整理が必要

(3) 協力施設・対象者のメリット

【検討事項】 協力施設・対象者側のメリットはなにか？（調査協力時に説明不可欠）

即時的な メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・個人のケアマネジメントに役立つ ・チームケア推進加算の要件満たす？ ・経済的なインセンティブを準備する？（前ケアレジは、1名の登録で1500円のクオカード） →その場合は、施設のみ or 対象者のみ or 両方？ ・
将来的な メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・研究結果のフィードバックが、施設の職員教育に活かせ、ケアの質向上が期待できる？ ・社会的アピールになる（大規模調査の一員） ・ ・

【参考】 前ケアレジ調査の質問項目

領域	項目	前評価	後評価
I 認知症の人の状態	1. ADL(Barthel Index)	○	-
	2. IADL	○	-
	3. 栄養・身体	○	○（一部）
	4. 認知症の診断と治療	○	○
	5. 認知機能（HDS-R）	選択	-
	6. 認知症の症候(DDQ43)	○	-
	7. 認知症の自覚(SED-11Q)	○	-
	8. うつ状態(GDS5)	○	-
	9. せん妄(DST)	○	-
	10. 認知症の人の発言、行動	選択	-
II エンドポイント	1. BPSDの評価(NPI-Q)	○	○
	2. 意欲(Vitality Index)	○	○
	3. 認知症の人のQOL(short QOL-D)	○	○
	4. 認知症の人のQOL(QOL-AD)	選択	○選択時
III 認知症の人に対して実施するケア等	1. 過去1週間の生活	○	○（一部）
	2. 人間関係	○	○（一部）
	3. 身体的リハビリテーション・療法等	選択	○選択時
	4. ポジティブケア	選択	○選択時
IV 生活障害・BPSDケア	1. 食事に関するBPSD	○BPSDが生じている項目を登録	○前評価選択部分のみ
	2. 暴力、暴言、介護への抵抗、大声をあげる、机を叩く、部屋から出てこない		
	3. もの盗られ、収集、焦燥、繰り返し、その他		

認知症 well-being 尺度(仮称)

本人氏名: _____

面接者氏名: _____

聞き取りした年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日





- 以下の各項目について、認知症とともに生きる本人に聞き取りを行い、最近の状態に最も近い数字(青色箇所)1つに○をつけてください。
数値が高いほどウェルビーイングが高い状態を示しています。

NO	項目	いつも/ たくさん	だいたい/ 少しは	あまり	まったく
1	明るく、楽しい気分で過ごせていますか	4	3	2	1
2	落ち着いた、リラックスした気分で過ごせていますか	4	3	2	1
3	意欲的で活動的に過ごせていますか	4	3	2	1
4	ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	4	3	2	1
5	日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	4	3	2	1
6	自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	4	3	2	1
7	今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	4	3	2	1
8	自分らしく暮らせていると感じますか	4	3	2	1
9	自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	4	3	2	1
10	自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	4	3	2	1
合計得点		点			



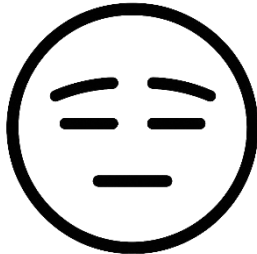

(備考)

あなたの ^{さいきん}最近 の ^{じょうたい}状態 についてお ^{こた}答え ください



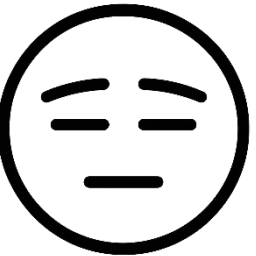

あか
明^るく、^{たの}楽しい^{きぶん}気分^すで^す過^ごせていますか

いつも ^す 過 ^ご せている	だいたい ^す 過 ^ご せている	あまり ^す 過 ^ご せていない	まったく ^す 過 ^ご せていない
			



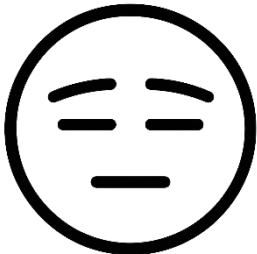

お っ ち 着 いた, リラックスした ^{き ぶ ん} 気 分 で
^す 過 ぎ せ て い ま す か

いつも ^す 過 ぎ せ て い る	だ いた い ^す 過 ぎ せ て い る	あ ま り ^す 過 ぎ せ て い な い	ま っ た く ^す 過 ぎ せ て い な い
			

いよくてき かつどうてき す
意欲的 で 活動的に 過ごせていますか

いつも す 過ごせている	だいたい す 過ごせている	あまり す 過ごせていない	まったく す 過ごせていない
			

ぐっすりと休^{やす}め, 気持^{きも}ちよくめざめていますか

いつも できている	だいたい できている	あまり できていない	まったく できていない
			

にちじょうせいかつ なか
日常生活の中に、

きょうみ
興味のあることがたくさんありますか

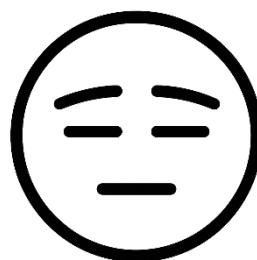
たくさんある



すこ
少しはある



あまりない



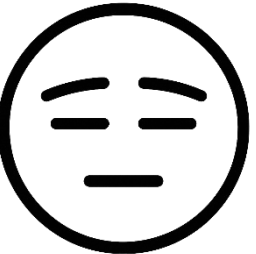



まったくない






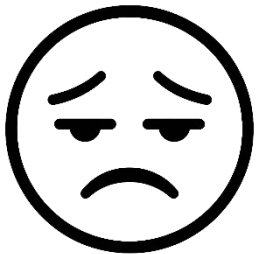
じぶん おも つた で き
自分の思いを伝えることができる

かぞく ゆうじん なかま かん
家族，友人，仲間がいると感じますか



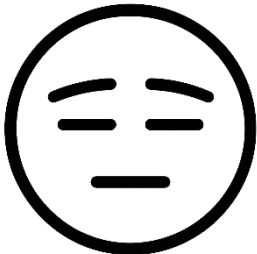

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

いま く ばしよ ちいき
今暮らしている 場所 や 地域 の中で



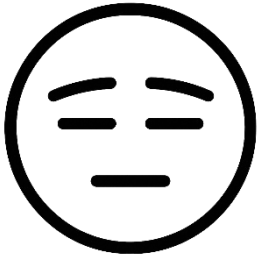

なに やくわり は かん
何か 役割 を 果たしている と 感じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			



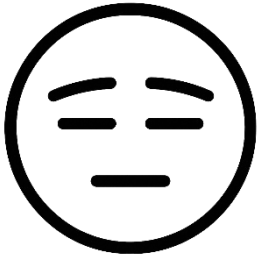

じぶん
自分らしく暮らせていると感^{かん}じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

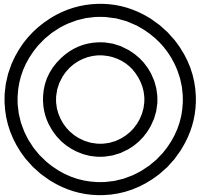
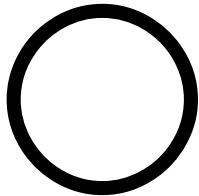
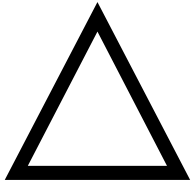

じぶん ^{きぼう} ^そ ^う
自分の希望に沿ったサービスを受けていると
かん
感じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

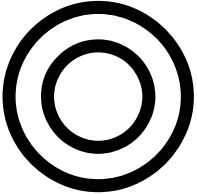
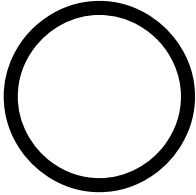
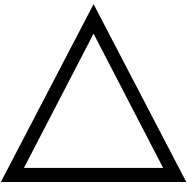

じ ぶ ん い し そんちよう じ ぶ ん のぞ せいかつ
自分の意思が尊重され、自分の望む生活が
けいぞく かん
継続できていると感じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

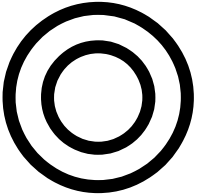
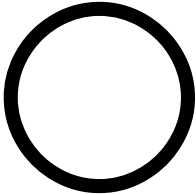
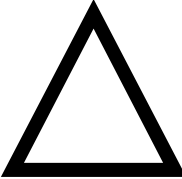

あか
明^るく、たの^の 楽しい^{きぶん} 気分^で 過^すごせていますか

いつも 過 ^す ごせている	だいたい 過 ^す ごせている	あまり 過 ^す ごせていない	まったく 過 ^す ごせていない
			

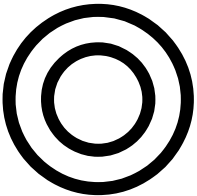
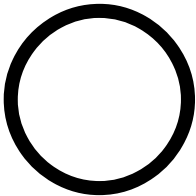
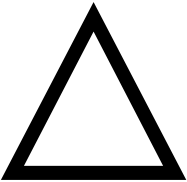

お 落 ち 着 いた, リラックスした 気分 で
す 過 ぎ せ て い ます か

いつも す 過 ぎ せ て い る	だ いた い す 過 ぎ せ て い る	あ ま り す 過 ぎ せ て い な い	ま っ た く す 過 ぎ せ て い な い
			

いよくてき かつどうてき す
意欲的 で 活動的に 過ごせていますか

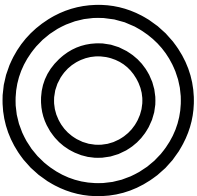
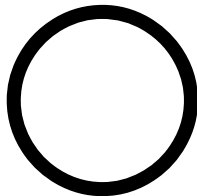
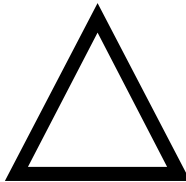

いつも す 過ごせている	だいたい す 過ごせている	あまり す 過ごせていない	まったく す 過ごせていない
			

ぐっすりと休^{やす}め, 気持^{きも}ちよくめざめていますか

いつも できている	だいたい できている	あまり できていない	まったく できていない
			

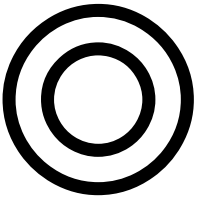
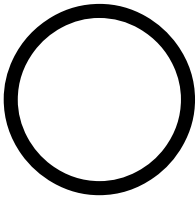
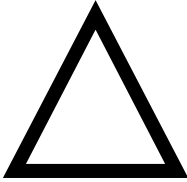

にちじょうせいかつ なか
日常生活の中に、

きょうみ
興味のあることがたくさんありますか

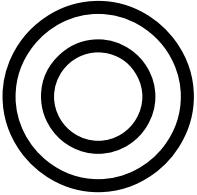
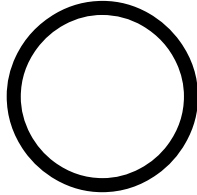
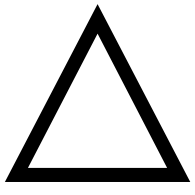

たくさんある	<small>すこ</small> 少しはある	あまりない	まったくない
			

じぶん おも つた で き
自分の思いを伝えることができる

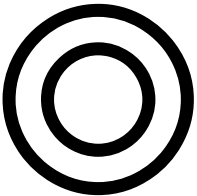
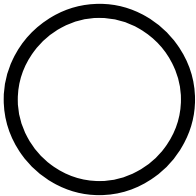
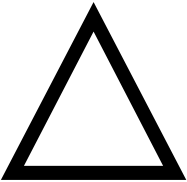

かぞく ゆうじん なかま かん
家族，友人，仲間がいると感じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

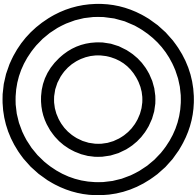
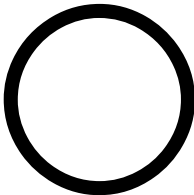
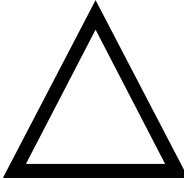

いま く ばしよ ちいき
今暮らしている 場所 や 地域 の中で
なに やくわり は かん
何か 役割 を 果たしている と 感じますか

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

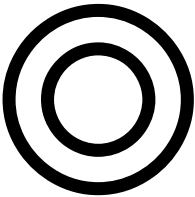
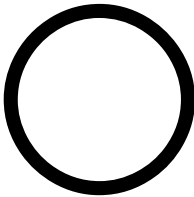
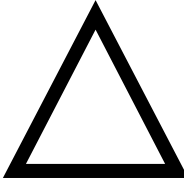

じぶん
自分らしく暮らせていると感^{かん}じますか

いつも <small>かん</small> 感じる	だいたい <small>かん</small> 感じる	あまり <small>かん</small> 感じない	まったく <small>かん</small> 感じない
			

じぶん の きぼう に そ ったサービスを う けていると
かん じますか

いつも かん じる	だいたい かん じる	あまり かん じない	まったく かん じない
			

じ ぶ ん い し そ ん ち ょ う じ ぶ ん の ぞ せ い か つ
自 分 の 意 思 が 尊 重 さ れ , 自 分 の 望 む 生 活 が
け い ぞ く か ん
継 続 で き て い る と 感 じ ま す か

いつも かん 感じる	だいたい かん 感じる	あまり かん 感じない	まったく かん 感じない
			

認知機能の低下に配慮した主観的ウェルビーイングの測定法（面接マニュアル）

このマニュアルは、認知機能が低下した対象者から主観的ウェルビーイングを測定する際の標準的な手順と配慮事項を定めたものです。面接者は本マニュアルを熟読し、対象者の意思を尊重し、安心して回答できる環境づくりに努めてください。

【1. 面接前の準備】

1. 面接者の選定

- 対象者との信頼関係が十分に構築されている職員を選びます。
- 対象者がどのような言葉だと伝わりやすいかなど、対象者のことをよく理解している職員が望ましいです。
- 職員間で話し合い、誰が面接者として最も適任か検討します。

2. 面接環境の選定

- 面接場所は、静かで落ち着ける空間や、対象者が慣れている場所を選びます。
- 飲食をしながら行うなど、リラックスできる雰囲気を作ります。
- 他の利用者の存在が気にならないよう、可能な限り1対1の状況を作ります。

3. 面接を行うタイミングの選定

- 入浴や運動の直後など、対象者が疲れている時間帯は避けます。
- 1日のスケジュールが決まっている場合は、それを乱さないように配慮します。

4. 面接中に想定される状況への具体的な対応例

- 具体的な対応例を事前に確認し、一貫した対応を心がけます。
 - 対象者が「最近」について確認した場合
説明例：①「決められた期間はありませんので、ご自身の思う最近の状況についてお答えください」と伝えましょう。②「ご自身の思う最近の状況についてお答えいただくように決まっています」と伝えましょう。
 - 対象者が「わからない」と繰り返す場合
説明例：①「難しい質問でしたね。少し休みましょうか？」と提案し、休憩を挟みます。②「この質問は飛ばして、次の質問にしてみましようか？」と伝え、無理に回答を求めません。
 - 対象者が「答えたくない」と意思表示した場合
説明例：「お気持ちを教えてください、ありがとうございます。では、この質問はやめておきましょう」と伝え、対象者の意思を尊重します。
 - 同席者に回答を求める場合（回答者の希望に応じて親しい人の同席が可能）
説明例：「〇〇さん（対象者）のお気持ちを聞かせていただけますか？」と、改めて対象者に問いかけます。

【2. 面接の実施方法】

1. 面接の一連の流れ

以下の順序で、丁寧に進めます。

- ① 挨拶：体調や気分について確認します。
- ② 目的の説明と同意の確認：面接の目的を説明し、同意を得ます。
- ③ 面接に関する質問の確認：面接について質問がないか確認します。
- ④ 同席者の必要性の確認と役割の説明：同席者が必要か確認し、その役割を説明します。
- ⑤ 面接の実施：本面接マニュアルに準じて質問を行います。
- ⑥ 面接後のデブリーフィング：面接が終了したことを伝え、協力への感謝を伝えます。

2. 目的の説明と同意の確認

- 「あなたの生活をより良くするための参考にしたいので、お気持ちを聞かせてください」など、目的をわかりやすく伝えます。
- 「いつでも、理由を言わずにやめることができますので、安心してください」と伝え、同意はいつでも撤回できることを保障します。
- 面接開始から5～10分で休憩を提案し「疲れたり、嫌になったりしたら、いつでも中断できます」と再度伝え、対象者が安心して意思表示できることを繰り返し伝えます。

3. 同席者の役割と事前説明

- 親しい人（例：家族や友人、職員）の同席が必要か、対象者に確認します。
- 同席者がいる場合は、面接の前に以下のようにお願いをします。

説明例：「本日はありがとうございます。これからご本人にいくつか質問をしますが、これはご本人のありのままのお気持ちをお聞きするためのものです。ご本人が考えている間は、少しお待ちいただけますでしょうか。もし答えに詰まっているご様子でしたら、代わりに答えたり、答えを誘導したりするのではなく、励ますような形でのサポートをお願いいたします」





4. 面接の実施（質問の方法と記録）

- 質問は1問につき1枚の紙に印刷した質問紙（回答用のイラスト付き）を用います。
- 回答は口頭またはイラストの指差しのどちらでもよいことを伝えます。また、イラストの困っている顔（もしくは×）が「よくない状態」、笑顔（もしくは◎）が「よい状態」であることを伝えます。
- 紙に書かれた質問項目を指で差し示しながら、正確に、ゆっくりと読み上げます。
- 回答は急かさず、対象者のペースを尊重し、沈黙も大切な時間として待ちます。
- 回答が得られなかった場合の記録
 - 対象者が「答えたくない」と意思表示した場合を除き、回答が得られなかった質問は飛ばし、すべての質問が終わった後にもう一度だけ確認します。
 - それでも回答が得られない場合は、無理強いせずに以下の区分で記録します。
 - ◆ 「無回答」（反応なし）
 - ◆ 「回答拒否」（答えたくないという明確な意思表示あり）
 - ◆ 「理解困難」（質問の意味を理解できていない様子）


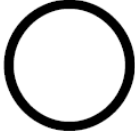


【3. 面接時に使用するイラスト】

面接時には、回答用のイラスト付きの質問紙を使います。

あか 明^するく、たの 楽^すしい 気分^{きぶん}で 過^すごせていますか



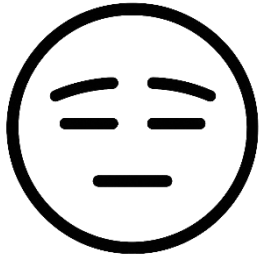

いつも 過 ^す ごせている	だいたい 過 ^す ごせている	あまり 過 ^す ごせていない	まったく 過 ^す ごせていない
			

あか 明^するく、たの 楽^すしい 気分^{きぶん}で 過^すごせていますか

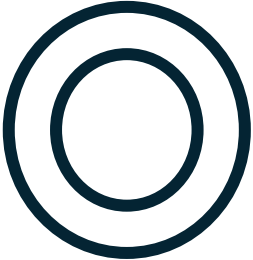
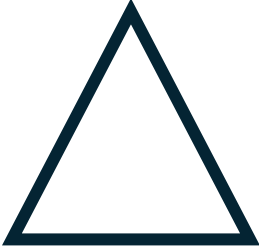
いつも 過 ^す ごせている	だいたい 過 ^す ごせている	あまり 過 ^す ごせていない	まったく 過 ^す ごせていない
			

予備質問(顔)

たいちょう
体調はいいですか

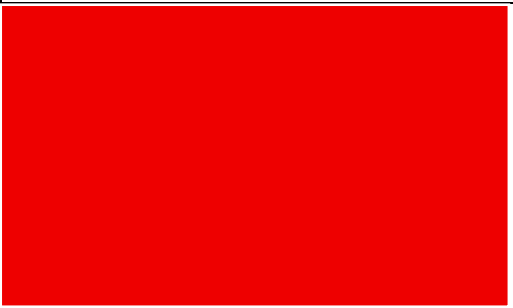

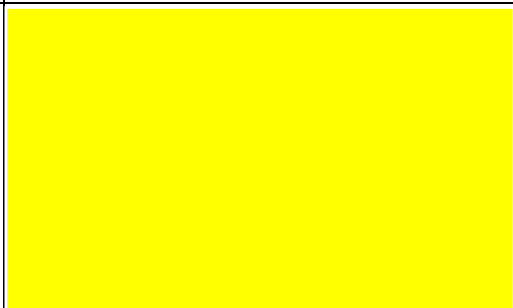

とてもいい	まあまあいい	あまりよくない	まったくよくない
			

たいちょう
体調はいいですか

とてもいい	まあまあいい	あまりよくない	まったくよくない
			

予備質問(色)

す
好きな色はどれですか
いろ

あか	あお	きいろ	みどり
			

問1 認知症の方の性別と年代をご回答ください。(それぞれ○は1つ)

①性別	②年代
01 男性	01 65歳未満
02 女性	02 65歳以上74歳
	03 75歳以上84歳
	04 85歳以上

問2 認知症の原因疾患をご回答ください。(あてはまるものすべてに○)

01 アルツハイマー型認知症
02 レビー小体型認知症
03 前頭側頭型認知症
04 血管性認知症
05 認知症の診断はあるが原因疾患の鑑別なし
06 その他 ()

問3 認知症高齢者および障害高齢者の日常生活自立度, 要介護度をご回答ください。(それぞれ○は1つ)

①認知症高齢者の日常生活自立度	②障害高齢者の日常生活自立度	③要介護度
01 ランクⅡa	01 ランクJ1	01 要支援1
02 ランクⅡb	02 ランクJ2	02 要支援2
03 ランクⅢa	03 ランクA1	03 要介護1
04 ランクⅢb	04 ランクA2	04 要介護2
	05 ランクB1	05 要介護3
	06 ランクB2	06 要介護4
	07 ランクC1	07 要介護5
	08 ランクC2	

認知症 well-being 尺度(仮称)(本人回答)

ID: ※事務局記入

聞き取りした年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

測定時間: _____ 分

- 以下の各項目について、認知症とともに生きる本人に聞き取りを行い、最近の状態に最も近い数字(青色箇所)1つに○をつけてください。数値が高いほどウェルビーイングが高い状態を示しています。
- 本人が回答できず、質問を後回しして、再確認を行った場合に○をつけてください(灰色箇所)。また、回答不可であった場合は無回答、回答拒否、理解困難のいずれかを記入(灰色箇所)してください。

NO	項目	いつも/ たくさん	だいたい/ 少しは	あまり	まったく	再確認を 行った場合 ○をつける	回答不可 (無回答/ 回答拒否/ 理解困難)
1	明るく、楽しい気分で過ごせていますか	4	3	2	1		
2	落ち着いた、リラックスした気分で過ごせていますか	4	3	2	1		
3	意欲的で活動的に過ごせていますか	4	3	2	1		
4	ぐっすりと休め、気持ちよくめざめていますか	4	3	2	1		
5	日常生活の中に、興味のあることがたくさんありますか	4	3	2	1		
6	自分の思いを伝えることが出来る家族、友人、仲間がいると感じますか	4	3	2	1		
7	今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	4	3	2	1		
8	自分らしく暮らせていると感じますか	4	3	2	1		
9	自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	4	3	2	1		
10	自分の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると感じますか	4	3	2	1		
合計得点						点	

(備考)

● 以下の各項目について、改善の必要性(灰色箇所)のそれぞれ最も近い数字 1 つに○をつけてください。

No	質問項目	改善の必要度			改善コメント
		改善は不要	軽微な改善が必要	大幅な改善が必要	
1	明るく, 楽しい気分で過ごせていますか	3	2	1	
2	落ち着いた, リラックスした気分で過ごせていますか	3	2	1	
3	意欲的で活動的に過ごせていますか	3	2	1	
4	ぐっすりと休め, 気持ちよくめざめていますか	3	2	1	
5	日常生活の中に, 興味のあることがたくさんありますか	3	2	1	
6	自分の思いを伝えることが出来る家族, 友人, 仲間がいると感じますか	3	2	1	
7	今暮らしている場所や地域の中で何か役割を果たしていると感じますか	3	2	1	
8	自分らしく暮らせていると感じますか	3	2	1	
9	自分の希望に沿ったサービスを受けていると感じますか	3	2	1	
10	自分の意思が尊重され, 自分の望む生活が継続できていると感じますか	3	2	1	

マニュアルに基づく本人への面接評価におけるプロセスの修正点や認知機能の低下に対して配慮が必要と感じた点があれば教えてください。

執筆者一覧

		執筆者	所属	
第 1 部	研究の概要と報告書の構成	中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター	
第 2 部	第 1 章 A-1 認知症とともに生きる人々の well-being 研究について	栗田主一		
	第 1 章 A-2 国内における認知症や MCI の人の Well-being 等の測定に関するスコーピングレビュー	月井直哉		
	第 1 章 B アウトカム項目の検討：認知症の人の well-being に資するケアに関する研究におけるアウトカム項目の検討	中村 考一		
	第 2 章 ロジックモデルの検討経緯および検討結果	李 相侖		認知症介護研究・研修大府センター
	第 3 章 研究プロトコル検討結果	森下 久美		認知症介護研究・研修仙台センター
	第 4 章 第 2 部結論	中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター	
第 3 部	令和 7 年度研究成果	中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター	

令和6・7年度運営費研究

認知症の人の well-being に資するケアのあり方に関する研究

報告書

令和8(2026)年 5月

発行

認知症介護研究・研修仙台センター（社会福祉法人東北福祉会）

認知症介護研究・研修東京センター（社会福祉法人浴風会）

認知症介護研究・研修大府センター（社会福祉法人仁至会）

〔連絡先（主管センター）〕

認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL 03-3334-2173（代表）