

平成30年度 認知症介護研究・研修東京センター  
研究成果報告会 「認知症ケアセミナー」

## 認知症ケアの未来を創る レジストリ研究

レジストリ (registry) = 登録する

- 認知症ケアの実践を多数登録していく研究

BPSDスポット調査

- 認知症ケアの標準化を目指して、3センターで実施する調査
- BPSDのある認知症の人に対して実施したケアとその成果を多数蓄積し、統計解析することにより、認知症の人の状態像に応じて、有効である確率の高いケアを明らかにする。

## レジストリ研究の意義 ケアの標準化と専門性の明確化

- 標準化とは・・・

どのような状態の認知症の人に対し、  
どのようなケアを行うと、その状態が改善し、  
QOLが高まる**確率**が高いのか明らかにすること

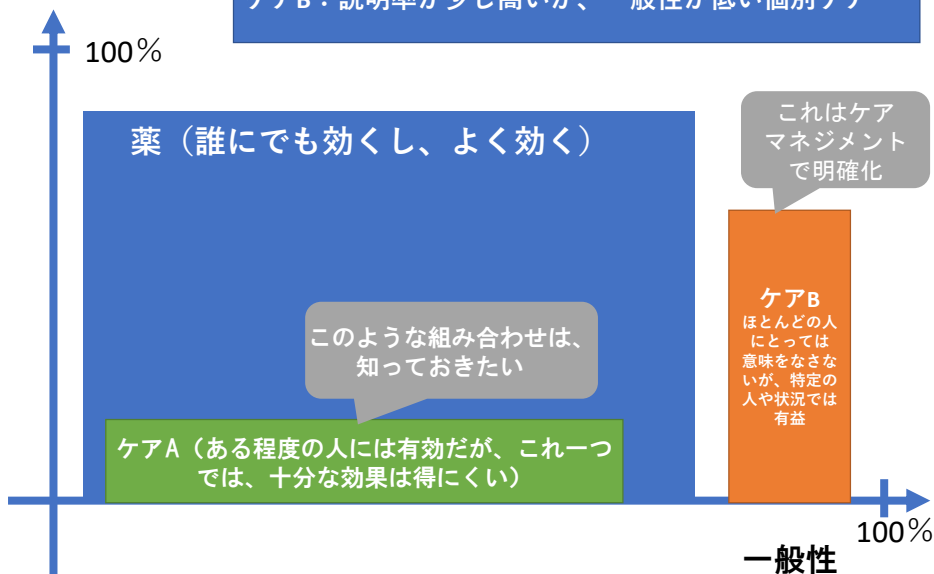
標準化 ≠ マニュアル化・画一化  
標準的なケアは現場のケアの蓄積から生まれる

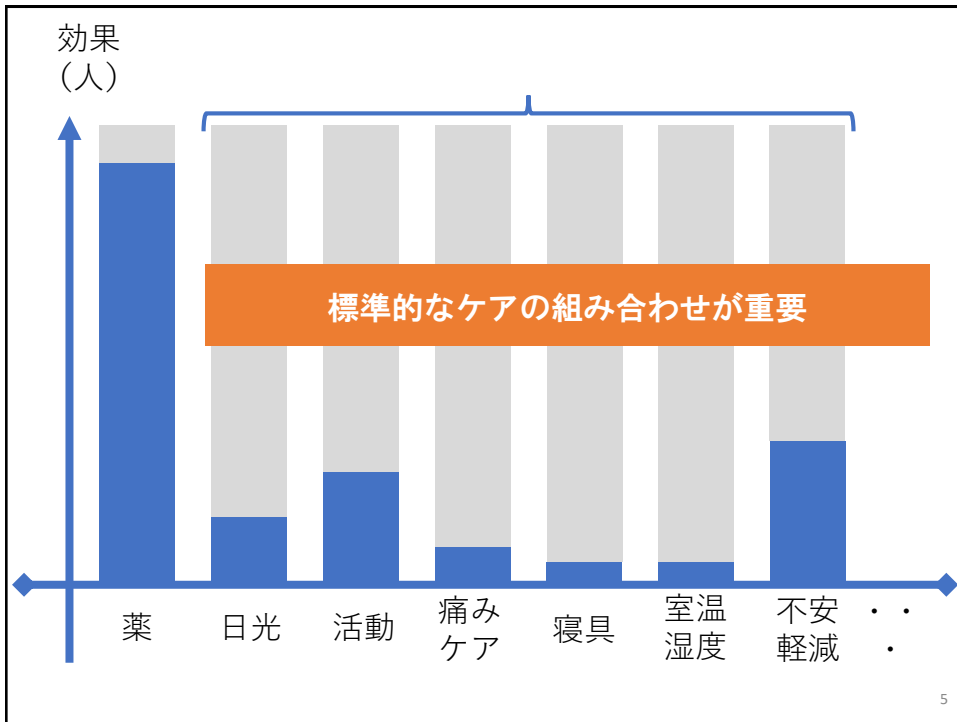
- BPSDが改善する確率の高いケア ≠ 有効なケア  
有効でなかったとしたら、次に確率の高いケアを実施

- ケアの質の底上げ（初任者・家族が参照）
- ケアの振り返りに活用
- ケアのエビデンス ⇒ 専門性の明確化

実施したケア  
を蓄積して  
生かして  
いこう！

説明率





## 調査協力の意義

- 日本の認知症ケアの質向上・新オレンジプランに貢献できる
- 自施設・事業所の良いケアを社会に還元できる  
(認知症ケアの未来を創る)
- BPSDの生じているケースのケアの見直しと  
振り返りを客観的に行うことができる
- アセスメント項目⇒新任職員のアセスメント力
- ケア項目評価  
⇒新任職員のケアの引き出し増  
⇒中堅職員やチームのケアの振り返り
- 定量評価を活用する文化の形成
- 実践事例報告をまとめるケースも有

## 項目を学ぶ意義

例えばDelirium Screening tool: DST

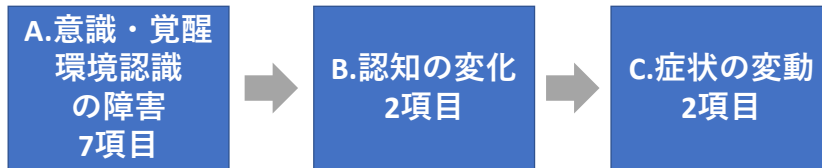
- 認知症の人はせん妄になりやすい
- 認知症と間違われやすい・ケアで軽減可  
→アセスメントし、対処する力量を高める必要

## せん妄の診断基準 (DSM - 5)

- A. **注意の障害** (すなわち、注意の方向付け、集中、維持、転換する能力の低下) および **意識の障害** (環境に対する見当識の低下)
- B. その障害は **短期間のうちに出現**し (数時間から数日)、元となる注意および意識水準からの変化を示し、さらに一日の **経過中で重症度が変動**する傾向がある
- C. さらに **認知の障害を伴う**  
(例: 記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚)
- D. 基準A及びCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない。
- E. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害型の医学的疾患、物質中毒または離脱 (すなわち乱用薬物や医療品によるもの)、または毒物への曝露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

## DST

- A/B/Cの3段階で評価、各段階の症状に一つでも当てはまれば、次の段階に進み、Cの評価に該当があれば、せん妄が疑われる



## A. 意識・覚醒・環境認識のレベル

**現実感覚**：夢と現実の区別がつかなかったり、物を見間違えたりする。例えば、ごみ箱がトイレに、審議や点滴の便が他のものに、さらに天井のシミが虫に見えたりなど。

**活動性の低下**：話しかけても反応しなかったり、会話や人とのやり取りが億劫そうに見えたり、視線を避けようとしたりする。一見すると「うつ状態」のように見える。

**興奮**：そわそわとして落ち着きがなかったり、不安な表情を示したりする。あるいは点滴を抜いてしまったり、興奮し暴力をふるったりする。時に鎮静処置を必要とすることがある。

**気分の変動**：涙もろかったり、怒りっぽかったり、焦りやすかったりする。あるいは、実際に泣いたり、怒ったりするなど感情が不安定である。

**睡眠-覚醒のリズム**：日中の居眠りと夜間の睡眠障害などにより、昼夜が逆転していたり、あるいは、一日中、明らかな傾眠状態にあり、話しかけてもウトウトしていたりする。

**妄想**：最近新たに始まった妄想（誤った考えを固く信じている状態）がある。例えば、家族や看護師がいじめる、医者に殺されるなどと言ったりする。

**幻覚**：幻覚がある。現実にはない、声や音が聞こえる。実在しないものが見える。現実的にはあり得ない、不快な味や臭いを訴える（口がいつも苦い、しぶい、嫌なにおいがするなど）。体に虫が這っているなどと言ったりする。

## B. 認知の変化

**見当識障害**：見当識（時間、場所、人物などに関する認識）障害がある。  
例えば屋なのに夜だと思ったり、病院にいるのに自分の家だということなど、自分がどこにいるかわからなくなったり、看護スタッフを孫だということなど、身近な人の区別がつかなくなったりする。

**記憶障害**：最近急激に始まった、記憶の障害がある。例えば、過去の出来事を思い出せない。さっき起こったことも忘れるなど

## C. 症状の変動

**精神症状の発症パターン**：現在ある精神症状は、数日から数週間前に、急に始まった。あるいは急激に変化した。

**症状の変動性**：現在の精神症状は、一日のうちでも出たり引っ込んだりする。例えば、昼頃は精神症状や問題行動もなく過ごすが、夕方から夜間にかけて悪化するなど。

## 評価スケールになじむと…

- 症状の理解が深まる  
⇒せん妄とはどのような状態か？
- 認知症の人のアセスメント力  
（観察し、状態を判断する力）を養える  
⇒せん妄かどうかを判断するには何を観察すれば良いか？
- 一定の基準で情報共有できる
  - せん妄状態が改善したようです。（解釈）
  - DSTでせん妄が非該当になった。

本当に  
そう？

今後、制度上でも、  
評価スケールを用いた  
評価が求められる

せん妄状態が  
改善した可能性が  
ありますね。

## 評価スケール利用のよくある誤解

- 「評価表でチェックしても、時間がかかるだけで、**本人の理解は深まらない**」



この誤解は、評価スケールのみで認知症の人を理解しようとしていることから生じている



### 【ポイント】

- 定量評価 ≠ 原因の理解
- 現在どのような状態にあるかの評価  
ケアの前〇点 ⇒ ケアの後〇点と差を比較できる
- 定量評価 + アセスメント
- **ケアの結果を明確にモニタリング・説明できる**

## せん妄に至る要因

- せん妄の直接因子
  - 薬剤の影響、糖代謝の異常、電解質バランスの異常、脳神経系の疾患、尿路・呼吸器の感染、侵襲度の高い手術・処置、低酸素血症、アルコール・薬物の離脱症状、新たな疾患の罹患
- せん妄の誘発因子
  - 入院・転室、心配事、ストレス、不確実な疼痛管理、睡眠障害、感覚遮断・過剰、身体拘束など
- せん妄の準備因子
  - 高齢、脳血管障害、認知症、既往歴（慢性疾患）など

## BPSDスポット調査の構造

**前評価** ケア実施前の認知症の人の状態とこれから行うケア

- **認知症の人の状態**：BPSD、QOL、認知機能、ADL・IADL、症状の頻度・重症度 等
- **これから行うケア**：22領域からチェック方式で選定

2～4週間後

**後評価** 実際に実施したケアとケア実施後の認知症の人の状態

- **実施したケア**：ケアの実施率＋有効性
- **認知症の人の状態**：BPSD、QOL、症状の頻度・重症度 等

15

## 調査開始のタイミング（例）

- BPSDの生じているケースの見直しを客観的に実施してみたい。
- 新規利用の認知症の人の初期データをまとめておきたい。
- 実践研修の職場研修で個別事例を検討するケースをスポット調査のシステムを使って客観的に評価したい。
- 施設・フロアで、実践事例報告・研究報告を実施することが決定した。



## 登録の進め方 (スケジュールリングのイメージ)

1. 対象者の決定
2. 代諾者への連絡・日程調整
3. 代諾者に対する説明と同意(30分程度)
4. スタッフへの説明 (\*説明用資料や動画あります)
5. カンファレンス日、後評価日の決定
6. 前評価(合計で40分～90分) \* 分担可能
7. カンファレンス等の実施
8. ケアの実践
9. 後評価 (30分～60分程度)
10. 振り返り \*任意ですがおすすめ

## 対象要件

### (スポット調査協力施設の要件)

- 指導者の所属施設で、調査協力を同意の得られる施設
- 入居型の施設  
(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、介護療養型医療施設、特定施設等)

### (スポット調査対象者の要件)

- 医師により認知症と診断されている者
- 本人あるいは代諾者により調査協力を同意の得られる者
- 調査協力施設に居住している者(ショートステイ利用者は除く)
- 年齢不問
- 認知症の日常生活自立度Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳの者
- 以下の要件に該当しない者
  - 意識障害、精神疾患のある者、すでにターミナル期にある者
  - スポット調査中、薬物を調整する予定のある人(調整して、経過が安定した後は登録可)

## 平成29年度の成果 ～食事に関するBPSD編【概要】～

### 【調査協力施設・事業所の募集】

説明会実施回数	13回
説明会参加施設数	56施設
調査協力申込施設数	37施設
累計調査参加施設数	74施設
登録者数(認知症の人の数)	33人
登録されたBPSD数	79件

80%の事例で、NPI-Qの値が減少（BPSDが軽減）

### 【協力者の基本情報】

基本情報		N=33 回答数(%)	
性別	男性	12(36.4)	
	女性	21(63.6)	
年代	50代以下	6(18.2)	
	60代	0(0.0)	
	70代	2(6.1)	
	80代	16(48.5)	
	90代	9(27.3)	
認知症高齢者の日常生活自立度	II a	1(3.0)	
	II b	2(6.1)	
	III a	15(45.5)	
	III b	7(21.2)	
	IV	7(21.2)	
	M	1(3.0)	
	要介護度	要介護1	4(12.1)
		要介護2	8(24.2)
		要介護3	8(24.2)
		要介護4	11(33.3)
要介護5		2(6.1)	

### 【NPI-Qの変化量】

	11点以上減少	6～10点減少	1～5点減少	0～4点増	5点以上増
人数	1	4	14	4	1
(%)	(4.2)	(16.7)	(58.3)	(16.7)	(4.2)

## 平成29年度の成果 ～食事に関するBPSD編【概要】～

### 【食事に関するBPSDの登録数】

	選択数	N=33 選択率
食事を食べるのを拒否する	4	12.1%
食事が食べ始められない(拒否しているわけではない)	7	21.2%
食事が途中で止まる	7	21.2%
必要以上に食事を食べようとする	2	6.0%
食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える	5	15.2%
他の人の食事を食べようとする(施設)	4	12.1%
食事介助を拒否する	4	12.1%
食べられないものを食べようとする	3	9.1%
その他(食事等に関する課題)	3	9.1%

### 【登録結果】「食事が食べ始められない」で回答者が有効であったと評価したケア

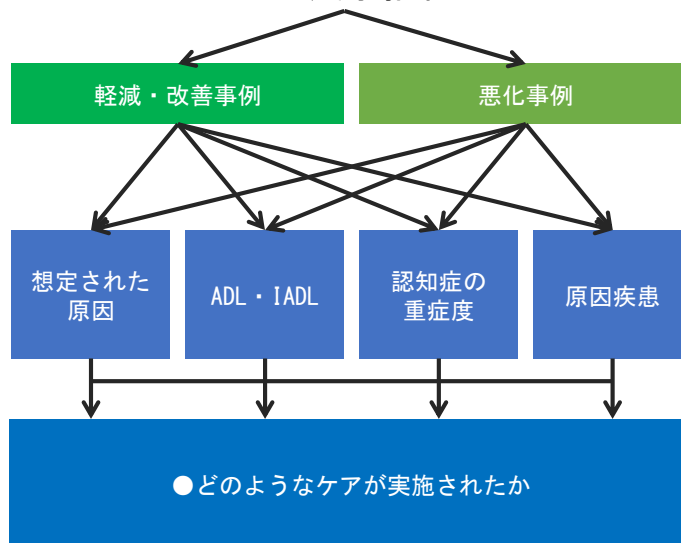
ケア分類	数	%	ケア分類	数	%
会話内容の調整	4	57.1%	接触量	2	28.6%
会話方法	4	57.1%	医療	2	28.6%
非言語的交流	4	57.1%	会話状況	1	14.3%
アセスメント	4	57.1%	生活行為	1	14.3%
ケア方法の統一	4	57.1%	他者との関係支援	1	14.3%
その他ケア	4	57.1%	家族関係支援	1	14.3%
人数調整	3	42.9%	居室環境の調整	0	0.0%
席の位置調整	3	42.9%	刺激調整	0	0.0%
趣味活動	3	42.9%	職員の調整	0	0.0%
外出支援	3	42.9%			

## 現在の登録状況 (2018. 8. 27)

	登録数
食事を食べるのを拒否する	5
食事が食べ始められない (拒否しているわけではない)	7
食事が途中で止まる	9
必要以上に食事を食べようとする	2
食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える	6
他の人の食事を食べようとする (施設)	9
食事介助を拒否する	4
食べられないものを食べようとする	5
その他 (食事等に関する課題)	4
暴力・暴言	13
介護への抵抗 (服薬拒否、送迎車に乗らないなど)	6
大声をあげる、机をたたく等	9
本人は出たいのに部屋から出てこない	0
もの盗られ妄想	9
収集	10
焦燥・繰り返し	17
その他	6
合計	121

## これらの登録の結果明らかにしたいこと

### 例) 食事拒否



22

データ登録		分析データ参照	
様 (ID: 000000002)			
スポット調査項目			
出力日	2018年 5月 22日		
前評価日	2017年 9月 15日		
後評価日	2017年 10月 13日		
対象者情報			
障害高齢者自立度			
認知症高齢者自立度			
要介護度			
① 認知症の人の状態			
■ ADL(Barthel Index) 満点: 100点、高いほどADL高	50		
■ IADL 満点: 男性56点、女性66点、高いほどIADL高	5		
■ 改訂版 長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) 満点: 30点、20点以下で認知症の疑い	18		
■ 認知症の自覚(SED-11Q) -11~11点、低いほど自覚なし	-7		
■ ラツ状態(GDS) 満点: 5点、2点以上でラツ状態の疑い	4		
■ せん妄(CST)	せん妄疑い: 有		
② エンドポイント			
	前評価	後評価	増減 (後評価 - 前評価)
■ BPSDの部項(NPI-Q) 満点: 80点、高いほど悪化	29	24	-5
■ 意欲(Vitality Index) 満点: 10点、高いほど意欲高	2	5	3
■ 認知症の人のQOL(Short QOL-D) 満点: 36点、高いほどQOL高	17	18	1
■ 認知症の人のQOL(QOL-AD) 満点: 52点、高いほどQOL高	32	25	-7

結果は  
プリントア  
ウト  
できます

## 調査協力に対する謝礼

- ・ 認知症の人のデータを1名分・1回（前評価＋後評価）登録いただくごとに、施設・事業所に対し、1,500円分のクオカードをお渡しする  
（平成30年度）


## 調査協力施設の公表

- ・ 調査協力施設・事業所の希望に応じ、認知症介護研究・研修センターのホームページである認知症ケア情報ネットワーク（通称：DCnet）上で、  
「BPSDスポット調査協力施設」として、公表する他、ポスターも配布します。

**認知症ケアの質向上全国調査**

# 協力施設

本施設・事業所は、認知症の行動・心理症状 (BPSD) の軽減に有効なケアを明らかにする  
**「BPSDスポット調査」**に協力しています。



**BPSDに対するケアを  
 全国から多数集め  
 良いケアを分析します**

本調査は、日本の認知症施策である  
**「新オレンジプラン」**を推進する調査です。

本研究は国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の研究開発及び  
 認知症介護研究・研修センター認知症ケアレジストリ研究により実施されています。

調査実施主体：認知症介護研究・研修センター

25

## 協力可能な場合

[registration@dcnet.gr.jp](mailto:registration@dcnet.gr.jp)  
 にメールしてください。

**1事例の登録でOK**

26