

平成 30 年度 認知症ケアレジストリ研究
BPSD スポット調査報告書

～食事に関する BPSD とケア編～

【目次】

第1部 認知症ケアレジストリ研究 (BPSD スポット調査)：概要編	1
1 位置づけ	1
2 BPSD スポット調査のあらまし	1
3 事業計画・推進体制	4
4 登録結果概要	4
第2部 ミニレジストリの開発	5
1 開発の目的と位置づけ	5
2 開発の方法	5
3 ミニレジストリの項目とその構造	7
4 協力者の募集とミニレジストリの登録状況	8
第3部 BPSD スポット調査：基本分析編	9
I 基本情報	9
1 登録者登録施設情報	9
2 住環境	11
3 スタッフ教育体制	11
4 登録作業員基本情報	14
5 登録対象者基本情報	16
II 認知症の人の状態	18
1 ADL	18
2 IADL	19
3 栄養・身体	20
4 認知症の診断と治療	24
5 認知機能	29
6 認知症の症候	30
7 認知症の自覚	32
8 うつ状態	34
9 せん妄	34
10 認知症の人の発言、行動	35
III エンドポイント	36
1 BPSD、意欲、客観的 QOL	36
2 主観的 QOL	38
IV 認知症の人に対して実施するケア等	39
1 過去1週間の生活	39
2 人間関係	40

- 3 身体的リハビリテーション・療法等 41
- 4 ポジティブケア 43
- 5 BPSD・QOL の改善、維持・悪化と属性等との関連 44

第4部 食事に関する BPSD とケア編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48

- 1 食事に関する BPSD の選択数と選択率 48
- 2 BPSD 別の前評価・後評価の結果 49
 - 1) 食事を食べるのを拒否する 49
 - 2) 食事が食べ始められない 52
 - 3) 食事が途中で止まる 54
 - 4) 必要以上に食べようとする 56
 - 5) 食べたことを忘れ食事を欲しいと訴える 58
 - 6) 他の人の食事を食べようとする 60
 - 7) 食事介助を拒否する 62
 - 8) 食べられないものを食べようとする 64
 - 9) その他 66

第5部 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 69

- 1. 平成 30 年度の事業について 69
- 2. ミニレジストリについて 69
- 3. 登録施設・事業所について 69
- 4. 登録作業員について 70
- 5. 登録対象者について 70
- 6. 認知症の人の状態について 70
- 7. エンドポイント項目について 71
- 8. 認知症の人に対して実施するケア等について 72
- 9. 食事の BPSD とケア 72
- 10. 今後の課題 75

資料 BPSD 別ケア一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76

第1部 認知症ケアレジストリ研究（BPSD スポット調査）：概要編

1 位置づけ

「認知症ケアレジストリ研究」は、国立長寿医療研究センターが、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（通称：AMED）の「認知症研究開発事業」の助成により実施する、「大規模症例集積による認知症、及びその前段階の各時期に対応した登録・追跡を行う研究（通称：オレンジレジストリ研究）」の分担研究である「認知症ケアの標準化に関する研究」と連動し、認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の運営費により実施する研究である（表 1-1）。現在、当該研究の一環として、BPSD スポット調査（フルレジストリ・ミニレジストリ）を実施している。本報告書においては、当該調査の平成 30 年度の成果を報告する。なお、認知症ケアレジストリ研究は、各センターが連携しながらも分担して研究を進めている。そこで報告書は 3 センター分冊で作成する。具体的には、「第 1 部認知症ケアレジストリ研究（BPSD スポット調査）：概要編」及び「第 2 部ミニレジストリの開発」「第 3 部 BPSD スポット調査：基本分析編」は共通の内容とし、第 4 部について東京センターは、「食事に関する BPSD」、仙台センターは「暴力・暴言等の BPSD」、大府センターは、「もの盗られ妄想等の BPSD」に関する分析を行うこととした。

表 1 - 1 関連事業との整理

	認知症ケアの標準化に関する研究	認知症ケアレジストリ研究
財源	国立研究開発法人日本医療研究開発機構による「平成 28 年度 長寿・障害総合研究事業 認知症研究開発事業」の助成(AMED による助成)	センター運営費を財源とする
事業の関連	研究項目の検討・研究結果の解析等研究的な作業	システム構築・システム運用等の体制整備・結果の普及、活用
具体的内容	<ul style="list-style-type: none">● セミナーの実施（実施済）● 調査項目の検討● 登録結果の解析	<ul style="list-style-type: none">● 登録説明会の実施● 縦断的登録システム（WEB）の構築・運用● 調査協力者の募集・名簿管理● 登録結果の集計● 問い合わせ対応

2 BPSD スポット調査のあらまし

1) BPSD スポット調査の目的

BPSD スポット調査は、BPSD 等の状態にある認知症の人に対して、登録項目のケアを実施したときの経時変化を評価することで、どのケアがどの BPSD に対してどの程度の確率で有効かを示すことを目的に実施する調査である。具体的には、BPSD 等の状態にある認知症の人について

て、ケアを検討する前の状態をベースラインデータとして登録する。その後、認知症の人に対するケアを検討し2～4週間実際に提供し、その後の認知症の人の状態を登録するという手続きで実施する。認知症の人の状態の変化とその時行ったケアを比較分析することによって、認知症の人の状態ごとに、必要なケアを明らかにすることを目指している。

2) BPSD スポット調査の種類

平成30年度は、登録者数の拡大を図るため、より項目を絞り込んだミニレジストリを開発し従来の調査をフルレジストリ、項目を絞った調査をミニレジストリと呼称することとした。ミニレジストリの開発については、第2部にて報告する。

3) BPSD スポット調査(フルレジストリ)の対象

(1) 調査協力施設の要件

フルレジストリの協力施設は、従来通り以下の①～④を要件とした。

- ① 認知症介護指導者の所属する施設・事業所（認知症介護指導者が法人代表者あるいは統括管理をしている施設・事業所を含む）
- ② 本研究の趣旨を理解し、当該施設の管理者により、調査協力に同意の得られる施設・事業所
- ③ 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（介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）
- ④ 以下表1-2の利用者環境(パソコン)が確保できる施設・事業所

表1-2 PCの動作環境

OS	Windows XP 以上 (Windows7 以降を推奨)
ブラウザ	Internet Explorer 8 以上を推奨、Firefox、Google Chrome については最新バージョンに対応

(2) 調査対象者の要件

また、調査の対象者は、以下の通りとしている。

- ① 医師により認知症と診断されている者
 - * 調査開始当初は、アルツハイマー型認知症を対象としていたが、平成30年6月よりアルツハイマー型認知症の条件を撤廃
- ② 本人あるいは代諾者により調査協力に同意の得られる者
- ③ 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)
- ④ 年齢不問
- ⑤ 認知症の日常生活自立度Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳの者
- ⑥ 以下の要件に該当しない者
 - ・意識障害（せん妄、脳卒中による意識レベル低下等）、精神疾患（統合失調症、うつ状態等）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、経過が安定した後は登録可）

4) 調査期間

本年度は、平成31年1月31日までを調査期間とし、この期間に登録のあったフルレジストリのデータを分析対象とした。期間中6月及び12月に郵送により調査協力施設を募集した。なお、平成31年1月31日以降も継続してデータ登録は募集している。

5) 調査項目

調査項目は「Ⅰ認知症の人の状態」「Ⅱエンドポイント」「Ⅲ認知症の人に対して実施するケア等」「Ⅳ生活障害・BPSDケア項目」の4領域に分かれており、表1-3のように前評価及び後評価を実施する。領域Ⅳは17種類のBPSDを設定しているが、それらのBPSDのうち、前評価時に認知症の人に生じているBPSDを選択し、そのBPSDに対し実施する予定のケア（中分類で21項目、BPSDにより変動有）をチェック方式で登録する。その後、2~4週間後に前評価時に選択したケアの実施率と有効性を介護者評価で登録する構造となっている。

表1-3 調査項目の概要

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)	○	-
	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(Vitarity 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 ケア項目	1. 食事に関する BPSD		
	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	○BPSD が生じている項目を登録	○前評価選択部分のみ
	3. もの盗られ、収集、焦燥、繰り返し、その他		

6) 調査作業にかかる謝礼

認知症の人のデータを1名分登録ごとに、登録作業に対する謝礼として施設・事業所に対し、1500円分のクオカードを配布した。*認知症ケアの標準化に関する研究費において実施。

7) 調査協力施設の公表

BPSD スポット調査に協力の得られた施設・事業所名は、同意を得たうえで、WEB上で「BPSD スポット調査協力施設」として、公表した。

8) 調査にかかる倫理的配慮について

BPSD スポット調査は、認知症介護研究・研修東京センターにおける倫理委員会の承認を得て実施した。調査協力施設においては、調査協力は任意とし、調査協力しないことによる不利益は生じないことを明示したほか、途中同意取り消しの自由、個人情報漏洩の防止、結果の公表の方法等について具体的に説明し、同意書への署名をもって同意を得た。調査対象者については、調査協力施設の認知症介護指導者より代諾者に対して同意を得ることとし、同意書への署名をもって同意を得た。

3 事業計画・推進体制

平成30年度の事業は、①認知症介護指導者に対する調査協力依頼の郵送、訪問や研修会による登録促進、②ミニレジストリの開発及び協力者募集を行った。

4 フルレジストリ登録結果概要

平成30年度は、主に郵送により調査協力者を募った。その結果、H30年度は50施設から協力の申し込みが得られた。一方、4施設が調査協力辞退となった。すなわち平成31年2月末日までの累計調査協力施設数は120施設となった。1月31日までに登録の得られた認知症の事例は累計で61事例であり、BPSDの数としては113件であった。

第2部 ミニレジストリの開発

1 開発の目的と位置づけ

フルレジストリは、開始から半年で、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 件と必ずしも十分な登録者を確保することができていなかった。協力者の申し出が得られているものの入力に至っていない施設、調査の説明会に参加したが調査協力の申し出が得られなかった施設等にヒアリングを行ったところ、図2-1 の様な理由の回答が得られた。この結果を受け、アルツハイマー型認知症以外の認知症の対象とする等の要件等の緩和を行うほか、項目数を削減し登録しやすくすることによって登録数を拡大することをねらい、ミニレジストリを開発を行うこととした。

入力に至っていない理由 (H30.3末まとめ)	
1. 対象者がいない 1-1 対象BPSDの該当者がいない ⇒ミニレジの開始 1-2 <u>そもそもBPSDが出ている人がいない</u> ⇒指導者施設以外 1-3 <u>アルツハイマー型認知症の人がいない</u> ⇒対象疾患を拡大 1-4 臨機応変に薬を調整するため該当しにくい	5. 登録する意欲がわからない 5-1 <u>登録項目が多い(と感じる)</u> ⇒ミニレジストリ・説明時登録 ⇒登録事例紹介 5-2 スタッフに対する説明が難しい 5-3 管理者に対する説明が難しい ⇒個別説明資料作成 5-4 自己評価項目が負担(本人に尋ねる負担・うつ尺度など否定的質問有) ⇒方法を詳しく説明
2. 認知症の人の退所や入院等	6. 登録する気はあるが開始していない 6-1 <u>調査のスケジューリングのイメージがわからない</u> ⇒スケジュール表 6-2 <u>調査を開始する踏ん切りがつかない</u> ⇒タイミングを決めリマインド 6-3 どのような人を対象とすればよいかイメージがわかかなかった
3. 人手不足 3-1 突発的な人手不足 3-2 慢性的人手不足で時間確保困難	7. 事例が十分集まっていないと知らなかった ⇒ネットワーク等で定期的に発信。
4. 登録環境 4-1 インターネット環境がない 4-2 自由に使えるPCがない ⇒スマホ登録?貸し出し?	8. 調査自体を知らない人もいる ⇒情報発信

図2-1 入力に至っていない理由

2 開発の方法

開発は、①3 センター担当者による協議、②BPSD スポット調査におけるミニレジストリの可能性等に関する検討会、③3 センター全国運営協議会による協議等を経て開発した。

1) 3 センター担当者による協議

4月5日14:00~15:30、5月14日10:00~12:00、7月2日10:00~12:00、8月7日16:30~18:00、にWEB会議にて協議を行った。項目設定の基本方針としては、フルレジと完全

対応させる（新項目追加なし）、アセスメント項目の重視（BPSD だけでケアを導かない、本人に回答を求める項目を削除、フルレジでの選択項目はミニレジでは削除、現状の登録内容で床効果・天井効果の見られるものは削除という方針で進めることを確認し項目の検討を進めた。

2) BPSD スポット調査におけるミニレジストリの可能性等に関する検討会

平成 30 年 6 月 28 日（木）11:30～:15:00 に、認知症介護研究・研修東京センター 第 3 会議室において、BPSD スポット調査におけるミニレジストリの可能性等に関する検討会を開催した。すでに BPSD スポット調査に協力の得られている認知症介護指導者 3 名（グループホーム管理者 1 名、特別養護老人ホーム介護主任 1 名、特別養護老人ホーム施設長 1 名、介護付有料老人ホーム管理者 1 名）の参加を得て、東京センタースタッフ 5 名でミニレジストリの項目や構造、実施方法について意見を求めた。

3) 3 センター全国運営協議会による協議

平成 30 年 11 月 19 日に開催された 3 センター全国運営協議会において、ミニレジストリの導入と登録促進について、3 センターで協議した。協議結果の概要は以下の通りであった。

(1) ミニレジストリの項目について

- ・ 最終合意が得られた。
- ・ 調査協力依頼の書式について、より簡易化し、調査協力に対する負担感を軽減するような工夫を行う。

(2) 登録促進について

- ・ 全国認知症介護指導者ネットワークの協力を得る。
- ・ 対象要件に該当するすべての認知症介護指導者に登録を依頼する。

(3) 実践研修の職場研修への導入について

- ・ 可能性はあるが、①本人・施設の同意取得、②実践者研修受講者のレディネスとの関係、③調査協力する受講者としない受講者の扱いの差の課題、④標準的な評価として扱われる危険性についての課題、等について慎重に検討しながら進める。
- ・ 認知症介護指導者の協力を得ながら進める

(4) N R C T による調査自体の効果の実証について

- ・ 無理に RCT に落とし込まなくても良い。
- ・ 3 センターとも自法人から症例数を増やしていく。

4) 倫理審査

ミニレジストリについて認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会(平成 30 年 9 月 27 日実施)に諮り、調査実施に対する承認が得られた。

3 ミニレジストリの項目とその構造

ミニレジストリの項目及びフルレジストリとの項目の差は表2-1の通りとなった。具体的な変更点としては、IADLとHDS-Rを選択項目にしたほか、DDQ43の項目数を減じ、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症に関連する項目とした。加えて、フルレジストリにおいて選択項目であった項目は、ミニレジストリでは削除し、フルレジストリにおいては、生じているBPSDはすべて登録としていたところを、1つのBPSDについての登録でも可能とすることとした。

表2-1 フルレジストリの項目数とフルレジストリとの差

	前				後			
	フル		ミニ		フル		ミニ	
	必須	選択	必須	選択	必須	選択	必須	選択
登録担当者	12	-	12	-				
施設ID	18	-	18	-				
基本情報	11	-	11	-				
ADL	10	-	10	-				
IADL	8	-	-	8				
栄養・身体	10	-	8	-	4	-	4	-
診断と治療	19	-	12	-	10	-	10	-
HDS-R	9	-	-	9				
DDQ43	44	-	28	-				
自覚	24	-	1	-				
うつ	5	-	5	-				
せん妄	11	-	11	-				
発言・行動	-	4	-	0				
NPI-Q	10	-	10	-	10	-	10	-
意欲	5	-	5	-	5	-	5	-
QOL-D	8	-	8	-	8	-	8	-
QOLAD	-	13	-	-	-	13	-	-
生活	5	-	5	-	5	-	5	-
人間関係	7	-	7	-	7	-	7	-
療法等	-	33	-	0	-	33	-	0
ポジティブケア	-	5	-	0	-	5	-	0
小計	216	55	151	17	49	51	49	0
合計 (A)	271		168		100		49	

4 協力者の募集とミニレジストリの登録状況

以上を踏まえ、平成 31 年 1 月に認知症介護指導者向けにミニレジストリに関する調査協力依頼を発送した。2 月 28 日までの申し込み状況は表 2 - 2 の通りであった。ミニレジストリの開始により、1 月末時点で 61 事例、B P S D 数 113 件であった登録事例数が、2 月末時点で、74 事例、B P S D 数 139 件まで増加した。

表 2 - 2 協力申し込み状況

(件数)			
導入を検討したい	I D 登録手続きはできる	開始したい	チラシを配りたい
27	21	29	19

第3部 BPSD スポット調査：基本分析編

I 基本情報

1 登録者登録施設情報

1) 法人種別

登録者の所属する法人の種別は、社会福祉法人が最も多く、18名（29.5%）であり、次いで有限会社13名（21.3%）であった。

表3-1 法人種別（回答施設別）

N=61

	回答数	(%)
社会福祉法人	18	(29.5)
株式会社	0	(0.0)
有限会社	13	(21.3)
NPO 法人	0	(0.0)
医療法人	1	(1.6)
社団法人・財団法人	1	(1.6)
その他	3	(4.9)
無回答	25	(41.0)

2) サービス種別

登録の得られた施設・事業所のサービス種別は、認知症対応型共同生活介護が最も多く 21 施設 (34.4%) であった。なお、協力施設 1 施設につき、登録者 1 名が登録を行ったため、登録者数としても最も多かったサービス種別が認知症対応型共同生活介護であった。

表 3 - 2 サービス種別 (複数回答: 回答施設別・登録者数別)

	協力施設 N=64		登録者数 N=49	
	協力数	(%)	協力数	(%)
介護老人福祉施設	11	(18.0)	6	(12.8)
介護老人保健施設	2	(3.3)	1	(2.1)
療養型医療施設	0	(0.0)	0	(0.0)
訪問介護	1	(1.6)	0	(0.0)
訪問入浴	0	(0.0)	0	(0.0)
訪問看護	1	(1.6)	1	(2.1)
訪問リハビリ	1	(1.6)	1	(2.1)
夜間対応型訪問介護	0	(0.0)	0	(0.0)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	(0.0)	0	(0.0)
通所介護 (デイサービス)	6	(9.8)	5	(10.6)
通所リハビリ	1	(1.6)	1	(2.1)
療養通所介護	0	(0.0)	0	(0.0)
認知症対応型通所介護	3	(4.9)	3	(6.4)
短期入所生活介護	4	(6.6)	3	(6.4)
短期入所療養介護	0	(0.0)	0	(0.0)
認知症対応型共同生活介護	21	(34.4)	19	(40.4)
小規模多機能型居宅介護	3	(4.9)	2	(4.3)
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	1	(1.6)	1	(2.1)
居宅介護支援事業所	3	(4.9)	2	(4.3)
特定施設	1	(1.6)	1	(2.1)
法人本部	2	(3.3)	1	(2.1)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)

延べ数で集計

2 住環境

1) 施錠の有無

今回登録の得られた施設・事業所の施錠の有無は複数回答で表3-3の通りであった。無回答を除けば施錠していない施設が最も多く16件(32.7%)であり、次いで、施設の玄関にしているという回答が多かった。門に施錠をしているとの回答はなかった。

表3-3 サービス種類別施錠の有無

N=49

	該当数	(%)
門を施錠している	0	0.0
施設の玄関にしている	11	22.4
フロアにしている	3	6.1
施錠はしていない	16	32.7
無回答	19	38.8

3 スタッフ教育体制

1) 認知症介護研修修了者数(基礎研修、実践者研修、リーダー研修、指導者養成研修)

認知症介護実践者等養成事業における研修の修了者数を尋ねたところ、基礎研修修了者が平均7.1、実践者研修修了者が平均6.1名、リーダー研修修了者が平均3.1名であった。認知症介護指導者は、平均1.1名であった。

表3-4 認知症介護研修修了者数

N=49

	有効回答数	修了者数	平均値
認知症介護基礎研修修了者数	17	121	7.1
認知症介護実践者修了者数	28	171	6.1
認知症介護実践リーダー研修修了者数	27	84	3.1
認知症介護指導者養成修了者数	27	30	1.1

2) OJT・研修

協力施設・事業所のOJTや研修の実施状況について尋ねたところ、ありと回答が得られたのが、29件59.2%であった。回答の得られた29件での研修の平均実施回数（年間）は、5.0回であり、最大14回、最小1回であった。

表3-5 OJT・研修ありの数

	あり	(%)
人材育成(OJT)の有無	29	59.2

表3-6 OJT・研修の実施回数の平均値等

	有効回数	平均値	最大	最小
認知症介護に関する研修実施回数/年	29	5.0	14	1

3) 認知症介護理念と共有（理念の有無、理念の内容）

認知症介護に関する理念の明文化の有無について尋ねたところ、ありと回答があったのが、21施設（42.9%）であった。そのうち内容として最も多かったのは、「利用者本位」及び「尊厳の保持」で21施設（100.0%）であり、次いで「能力に応じた自立・エンパワメント」16施設（76.2%）であった。

表3-7 理念の明文化の有無

N=49

	あり数 (%)	なし数 (%)
認知症介護の理念の明文化の有無	21 (42.9)	28 (57.1)

表3-8 理念の内容（複数回答）

n=21

	該当数	(%)
利用者本位	21	(100.0)
尊厳の保持	21	(100.0)
能力に応じた自立・エンパワメント	16	(76.2)
在宅生活の継続	11	(52.4)
強みを生かした支援・ストレングスの活用	12	(57.1)
個別ケア	18	(85.7)
地域とつながった生活	16	(76.2)
プライバシーの尊重	15	(71.4)
家族支援の重視・家族との連携	13	(61.9)
多職種協働・チームアプローチ	14	(66.7)
家庭的な雰囲気・環境	20	(95.2)
その他	8	(38.1)

<その他>

- ・ 認知症の人への感謝と共生
- ・ 共用ディを設け在宅生活支援に繋げている
- ・ 介護の質の向上、自己の存在の実感

4 登録作業員基本情報

調査を統括した登録作業員の属性について尋ねた。性別は男性36名(59.0%)、女性25名(41.0%)であり、年代としては40代が最も多く49.2%であった。サービス種別としては、認知症対応型共同生活介護に所属している者が最も多く、39名(63.9%)であった。職位としては管理職が最も多く、34名(55.7%)であり、所持資格としては、認知症介護指導者55名(90.2%)が多かった。経験年数は、15年以上20年未満が最も多く、30名(49.2%)であった。

表3-9 登録作業員基本情報

N=61

基本情報		回答数 (%)
性別	男性	36 (59.0)
	女性	25 (41.0)
年代 (登録終了時)	20代	0 (0.0)
	30代	6 (9.8)
	40代	30 (49.2)
	50代	13 (21.3)
	60代	12 (19.7)
	70代	0 (0.0)
サービス種別 (複数回答)	介護老人福祉施設	18 (29.5)
	介護老人保健施設	2 (3.3)
	療養型医療施設	0 (0.0)
	訪問介護	1 (1.6)
	訪問入浴	0 (0.0)
	訪問看護	0 (0.0)
	訪問リハビリ	0 (0.0)
	夜間対応型訪問介護	0 (0.0)
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 (1.6)
	通所介護 (デイサービス)	12 (19.7)
	通所リハビリ	0 (0.0)
	療養通所介護	0 (0.0)
	認知症対応型通所介護	5 (8.2)
	短期入所生活介護	5 (8.2)
	短期入所療養介護	0 (0.0)
	認知症対応型共同生活介護	39 (63.9)
	小規模多機能型居宅介護	3 (4.9)
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	1 (1.6)
	居宅介護支援事業所	3 (4.9)
	特定施設	5 (8.2)
法人本部	5 (8.2)	
その他	0 (0.0)	

平成31年1月現在

基本情報		回答数 (%)
職位	一般職	4 (6.6)
	監督職	10 (16.4)
	管理職	34 (55.7)
	経営職	11 (18.0)
資格 (複数回答)	介護福祉士	36 (59.0)
	社会福祉士	19 (31.1)
	看護師	10 (16.4)
	保健師	0 (0.0)
	精神保健福祉士	0 (0.0)
	理学療法士	0 (0.0)
	作業療法士	4 (6.6)
	介護支援専門員	53 (86.9)
	認知症介護指導者	55 (90.2)
	認知症ケア専門士	30 (49.2)
	その他	4 (6.6)
経験年数	5年未満	0 (0.0)
	5年以上 10年未満	2 (3.3)
	10年以上 15年未満	7 (11.5)
	15年以上 20年未満	30 (49.2)
	20年以上	20 (32.8)

NAは、集計に含めていない

5 調査対象者基本情報

調査対象者は、調査に協力の得られた認知症の人 61 名である。そのうち、現時点で後評価まで完了している者は 49 名であった。BPSD スポット調査は前後変化を観察することに意義があることから、以下より、前後評価の完了した認知症の人 49 名について示す。

調査対象者の属性については、男性 15 名 (30.6%)、女性 34 名 (69.4%) であり、年代としては 80 代が最も多く 29 名 (59.2%) であった。また、50 代以下が 6 名 (12.2%) いた。利用しているサービス種別としては、認知症対応型共同生活介護が最も多く 13 名 (39.4%) であり、次いで介護老人福祉施設で 7 名 (21.2%) であった。障害高齢者の日常生活自立度は、A2 が最も多く 17 名 (34.7%) であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅲa が最も多く、21 名 (42.9%) であった。要介護度として最も多かったのが要介護 3 であり、16 名 (32.7%) であった。

表 3 - 1 0 調査対象者基本情報

N=49

基本情報		回答数 (%)
性別	男性	15 (30.6)
	女性	34 (69.4)
年代	50 代以下	6 (12.2)
	60 代	0 (0.0)
	70 代	3 (6.1)
	80 代	29 (59.2)
	90 代	11 (22.4)
	100 代	0 (0.0)
サービス種別	介護老人福祉施設	7 (21.2)
	介護老人保健施設	1 (3.0)
	療養型医療施設	0 (0.0)
	通所介護	5 (15.2)
	認知症対応型共同生活介護	13 (39.4)
	小規模多機能型居宅介護	2 (6.1)
	特定施設	1 (3.0)
障害高齢者の日常生活自立度	自立	0 (0.0)
	J1	0 (0.0)
	J2	3 (6.1)
	A1	16 (32.7)
	A2	17 (34.7)
	B1	3 (6.1)
	B2	9 (18.4)
	C1	0 (0.0)
	C2	0 (0.0)
	不明	1 (2.0)
認知症高齢者の日常生活自立度	I	0 (0.0)
	Ⅱa	3 (6.1)
	Ⅱb	4 (8.2)
	Ⅲa	21 (42.9)
	Ⅲb	14 (28.6)
	Ⅳ	6 (12.2)
	M	1 (2.0)
	不明	0 (0.0)

基本情報		回答数 (%)
要介護度	要支援 1	0 (0.0)
	要支援 2	0 (0.0)
	要介護 1	5 (10.2)
	要介護 2	11 (22.4)
	要介護 3	16 (32.7)
	要介護 4	13 (26.5)
	要介護 5	3 (6.1)
	区分変更中	1 (2.0)
	不明	0 (0.0)

II 認知症の人の状態

1 ADL (Barthel Index)

対象者のADLはBarthel Indexにより評価した。結果、100点満点で平均 52.7 ± 22.8 点であり、最大値90点、最小値5点であった。分布としては、20点刻みで数えたところ、41点から60点が最も多く18名(36.7%)であった。ADLがかなり低い0~20点の者も6名(12.2%)いた。

表3-11 ADLの平均値、最大値、最小値

N=49

平均値±SD	最大値	最小値
52.7 ± 22.8	90.0	5.0

表3-12 ADLの分布

N=49

	0~20	21~40	41~60	61~80	81~100
人数	6	8	18	11	6
(%)	(12.2)	(16.3)	(36.7)	(22.4)	(12.2)

2 IADL

IADL は Lowton & Brody による尺度で評価した。この尺度は性別により最大値が異なり、女性 8 点満点、男性 5 点満点である。IADL は男性平均 0.35 ± 0.50 点、女性 0.79 ± 0.73 点と低く、0 点の者が男性 9 名 (64.3%)、女性 19 名 (35.3%) と、約半数を占めた。男性は最大値でも 1 点であった。

表 3 - 1 3 IADL の平均値、最大値、最小値

	平均値 \pm SD	最大値	最小値
男性 (MAX5 点) n=14	0.35 ± 0.50	1	0
女性 (MAX8 点) n=34	0.79 ± 0.73	3	0

NA は、集計に含めていない

表 3 - 1 4 IADL の分布

		0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
男性	人数	9	5	0	0	0
n=14	(%)	(64.3)	(35.7)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
女性	人数	12	18	3	1	0
n=34	(%)	(35.3)	(52.9)	(8.8)	(2.9)	(0.0)

		5 点	6 点	7 点	8 点
男性	人数	0			
n=14	(%)	(0.0)			
女性	人数	0	0	0	0
n=34	(%)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)

NA は、集計に含めていない

3 栄養・身体

栄養・身体に関する項目として、表3-15にある項目を尋ねた。そのうち、後評価が網掛けになっている項目は、前評価のみの項目である。過去3か月間の体重減少がある者は10名（20.4%）であり、分からないという回答が4名（8.2%）あった。水分摂取量は、あまり摂取できていないが最も多く25名（51.0%）であった。視力に見えるが32名（65.3%）、かなり見えにくいのが1名（2.0%）であり、まったく見えないものはいなかった。聴力は、聞こえるが最も多く26名（53.1%）であり、全く聞こえないものはいなかった。麻痺または筋力低下については、ない者が30名（61.2%）であった。麻痺または筋力低下がある者の中では、「右下肢にあり」が最も多く、17名（34.7%）であった。身長は平均 150.9 ± 9.0 cmであり、体重は平均 47.7 ± 7.4 kgであった。過去1週間で朝まで熟睡できた日数は、前評価の平均が 5.4 ± 2.3 日、後評価の平均が 5.6 ± 2.1 日であり、平均睡眠時間は前評価で 8.0 ± 2.1 時間、後評価で 8.0 ± 1.8 時間であった。過去1週間で排泄のあった日数は、前評価で 3.5 ± 1.8 日、後評価で 3.4 ± 1.8 日であった。

表 3 - 1 5 栄養・身体に関する回答

N=49

		前評価		後評価	
		人数	(%)	人数	(%)
過去 3 か月間での 体重の減少	3kg 以上の減少	1	(2.0)		
	1~3kg の減少	9	(18.4)		
	体重減少なし	35	(71.4)		
	わからない	4	(8.2)		
現在の水分摂取量	十分摂取できている (トータルで1日 2000 ml~2500 ml)	5	(10.2)	6	(12.2)
	摂取している (トータル 2000 ml~1500 ml)	19	(38.8)	22	(44.9)
	あまり摂取できていない (トータル 1500 ml以下)	25	(51.0)	21	(42.9)
視力	見える	32	(65.3)		
	やや見えにくい	16	(32.7)		
	かなり見えにくい	1	(2.0)		
	全く見えない	0	(0.0)		
聴力	聞こえる	26	(53.1)		
	やや聞こえにくい	18	(36.7)		
	かなり聞こえにくい	5	(10.2)		
	全く聞こえない	0	(0.0)		
麻痺または 筋力低下 (複数回答)	左上肢にあり	2	(4.1)		
	右上肢にあり	3	(6.1)		
	左下肢にあり	16	(32.7)		
	右下肢にあり	17	(34.7)		
	手指にあり	3	(6.1)		
	なし	30	(61.2)		

表 3 - 1 6 身長・体重

N=49

	平均値±SD	最大値	最小値
身長 (cm)	150.9 ±9.0	167.0	132.0
体重 (kg)	47.7 ±7.4	68.0	30.2

表 3 - 1 7 身長の分布

N=49

	140cm 未満	140 以上 150cm 未満	150 以上 160cm 未満	160~170cm 未満	170cm 以上
人数	7	12	219	10	0
(%)	(14.3)	(24.5)	(38.8)	(20.4)	(0.0)

NA は、集計に含めていない

表 3 - 1 8 体重の分布

N=49

	40kg 未満	40 以上 50kg 未満	50 以上 60kg 未満	60 以上 70kg 未満	70kg 以上
人数	5	25	15	4	0
(%)	(10.2)	(51.0)	(30.6)	(8.2)	(0.0)

表 3 - 1 9 睡眠の状況

N=49

	前評価			後評価			p
	平均値±SD	最大値	最小値	平均値±SD	最大値	最小値	
熟睡日数 (日)	5.4 ±2.3	7.0	0.0	5.6 ±2.1	7.0	0.0	0.23
睡眠時間 (時間)	8.0 ±2.1	11.0	1.5	8.0 ±1.8	10.0	2.0	0.68

対応のある t 検定

表 3 - 2 0 熟睡の日数分布

N=49

	0日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
前 評 価	人数 3	2	2	2	5	6	2	27
(%)	(6.1)	(4.1)	(4.1)	(4.1)	(10.2)	(12.2)	(4.1)	(55.1)
後 評 価	人数 3	0	2	3	3	6	6	26
(%)	(6.1)	(0.0)	(4.1)	(6.1)	(6.1)	(12.2)	(12.2)	(53.1)

「3.5日」の回答を「4日」に分類

表 3 - 2 1 睡眠時間の分布

N=49

		1 時間 未満	1~2 時間	2~3 時間	3~4 時間	4~5 時間	5~6 時間	6 時間 以上
前評	人数	0	1	1	1	1	2	43
価	(%)	(0.0)	(2.0)	(2.0)	(2.0)	(2.0)	(4.1)	(87.8)
後評	人数	0	0	1	1	0	2	44
価	(%)	(0.0)	(0.0)	(2.1)	(2.1)	(0.0)	(4.2)	(91.7)

表 3 - 2 2 過去 1 週間で排泄のあった日数

N=49

排泄回数 (回/週)	前評価			後評価			p
	平均値±SD	最大値	最小値	平均値±SD	最大値	最小値	
	3.5 ±1.8	7.0	1.0	3.4 ±1.8	7.0	0.0	0.77

対応のある t 検定

表 3 - 2 3 排泄のあった日の日数分布

N=49

		0 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日
前	人数	0	5	15	10	2	7	9	1
評	(%)	(0.0)	(10.2)	(30.6)	(20.4)	(4.1)	(14.3)	(18.4)	(2.0)
価									
後	人数	1	4	13	12	6	4	6	3
評	(%)	(2.0)	(8.2)	(26.5)	(24.5)	(12.2)	(8.2)	(12.2)	(6.1)
価									

「5.5 日」の回答を「6 日」に分類

4 認知症の診断と治療

対象者の原因疾患については、血管性認知症が5名（10.2%）、レビー小体型認知症が2名（4.1%）、前頭側頭型認知症が1名（2.0%）含まれた。鑑別診断の診療科としては、精神科が最も多く19名（38.8%）であったが、不明が5名（10.2%）含まれた。症状が出てから最初の受診までの期間は、不明が最も多く、20名（40.8%）であった。かかりつけ医の受診については、定期的に受診しているが最も多く、41名（83.7%）であった。専門医の受診については、定期的に受診しているが、21名（42.9%）で多かった。現在治療中の疾患は複数回答で、高血圧が最も多く24名（49.0%）であった。現在治療中の疾患がない者が6名（12.2%）いた。前評価における服薬状況は、ドネペジル塩酸塩を服薬している者が16名（32.6%）、メマンチン塩酸塩を服薬している者が17名（34.7%）、ガランタミン臭化水素酸を服薬している者が6名（12.2%）、リバスチグミンを利用している者が4名（8.2%）であった。認知症治療薬以外では、抑肝散を服薬している者が18名（41.9%）、抗精神病薬を服薬している者が12名（24.5%）、抗不安薬を服薬している者が3名（6.1%）、抗パーキンソン薬を服薬している者が3名（6.1%）、睡眠薬を利用している者が12名（24.5%）であった。利用している薬剤数の平均値は前評価 7.1 ± 3.4 種類、後評価 7.1 ± 3.2 種類であった。

表 3 - 2 4 原因疾患

N=49

		人数	(%)
原因疾患 (複数回答)	アルツハイマー型認知症	47	(95.9)
	血管性認知症	5	(10.2)
	レビー小体型認知症 (認知症を伴うパーキンソン病)	2	(4.1)
	前頭側頭型認知症	1	(2.0)
	進行性非流暢性失語、意味性認知症	0	(0.0)
	原因疾患の特定なし	0	(0.0)
	その他	1	(2.0)
鑑別診断の 診療科	精神科	19	(38.8)
	神経内科	8	(16.3)
	老年科	1	(2.0)
	脳外科	5	(10.2)
	その他	11	(22.4)
	不明	5	(10.2)
症状が出てか ら最初の受診 までの期間	数か月以内	5	(10.2)
	半年以内	5	(10.2)
	1年以内	7	(14.3)
	3年以内	5	(10.2)
	それ以上	7	(14.3)
	不明	20	(40.8)

表 3 - 2 5 鑑別診断の時期と発症時期

N=49

	~H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	不明
鑑別診断の 時期	14	5	6	4	5	3	2	10

表3-26 受診の状況

N=49

		人 数	(%)
かかりつけ医の受診	定期的に受診している (3 か月以内に受診の予定あり)	41	(83.7)
	不定期に受診している (経過観察のための受診や相談のみ)	7	(14.3)
	不明	1	(2.0)
専門医の受診	定期的に受診している (3 か月以内に受診の予定あり)	21	(42.9)
	不定期に受診している (経過観察のための受診や相談のみ)	15	(30.6)
	不明	13	(26.5)
現在治療中の疾患 (複数回答)	高血圧	24	(49.0)
	脳卒中(後遺症)	5	(10.2)
	心疾患	8	(16.3)
	糖尿病	7	(14.3)
	高脂血症(脂質異常症)	6	(12.2)
	呼吸器疾患	2	(4.1)
	胃腸・肝臓・胆のう疾患	7	(14.3)
	腎臓・前立腺の疾患	6	(12.2)
	筋骨格系疾患(骨粗しょう症)	6	(12.2)
	外傷	1	(2.0)
	がん	1	(2.0)
	血液・免疫疾患	2	(4.1)
	うつ病	2	(4.1)
	パーキンソン病	3	(6.1)
	目の病気	4	(8.2)
	耳の病気	0	(0.0)
	その他	10	(20.4)
なし	6	(12.2)	

表 3 - 2 7 服薬状況

N=49

		前評価		後評価	
		人数	(%)	人数	(%)
ドネペジ	0.5% 1g	0	(0.0)	0	(0.0)
ル塩酸	3mg	0	(0.0)	0	(0.0)
塩・アリ	5mg	11	(22.4)	11	(22.4)
セプト	10mg	4	(8.2)	4	(8.2)
	1% 1g	0	(0.0)	0	(0.0)
	その他の処方	1	(2.0)	0	(0.0)
	服薬していない	33	(67.3)	29	(59.2)
メマンチ	5mg (OD錠含む)	2	(4.1)	2	(4.1)
ン塩酸塩	10mg (OD錠含む)	4	(8.2)	4	(8.2)
	20mg (OD錠含む)	11	(22.4)	11	(22.4)
	その他の処方	0	(0.0)	0	(0.0)
	服薬していない	32	(65.3)	28	(57.1)
ガラント	4mg (OD錠含む) ×2回	1	(2.0)	1	(2.0)
ミン臭化	8mg (OD錠含む) ×2回	5	(10.2)	4	(8.2)
水素酸	12mg (OD錠含む) ×2回	0	(0.0)	0	(0.0)
	OD錠 4mg	0	(0.0)	0	(0.0)
	その他の処方	0	(0.0)	0	(0.0)
	服薬していない	43	(87.8)	38	(77.6)
リバスチ	4.5mg	2	(4.1)	2	(4.1)
グミン	9mg	0	(0.0)	1	(2.0)
	13.5mg	0	(0.0)	0	(0.0)
	18mg	2	(4.1)	2	(4.1)
	その他の処方	0	(0.0)	0	(0.0)
	服薬していない	45	(91.8)	38	(77.6)

NAは表中に表示していないが、比率は49を分母として算出した

表 3 - 2 8 抗認知症薬以外の処方状況

N=49

		前評価		後評価	
		人数	(%)	人数	(%)
抑肝散	利用していない	30	(61.2)	25	(51.0)
	抑肝散 2.5 g × 1 回	2	(4.1)	3	(6.1)
	抑肝散 2.5 g × 2 回	4	(8.2)	2	(4.1)
	抑肝散 2.5 g × 3 回	11	(22.4)	10	(20.4)
	その他の処方	2	(4.1)	3	(6.1)
抗精神病薬	利用している	12	(24.5)	12	(24.5)
	利用していない	37	(75.5)	32	(65.3)
抗不安薬	利用している	7	(14.3)	3	(6.1)
	利用していない	42	(85.7)	42	(85.7)
抗パーキンソン病薬	利用している	4	(8.2)	3	(6.1)
	利用していない	45	(91.8)	41	(83.7)
睡眠薬	利用している	14	(28.6)	12	(24.5)
	利用していない	35	(71.4)	34	(69.4)

NA は表中に表示していないが、比率は 49 を分母として算出した

表 3 - 2 9 現在服薬・利用している薬剤数 (1 人あたり種類)

N=49

	平均値 ± SD	最大値	最小値	p
前評価	7.1 ± 3.4	14.0	1.0	0.55
後評価	7.1 ± 3.2	14.0	2.0	

対応のある t 検定

表 3 - 3 0 服薬・利用している薬剤数分布 (1 人あたり種類)

N=49

	0 種類	1 種類	2 種類	3 種類	4 種類	5 種類	6~10 種類	11~15 種類	16 種類以上
前評価	0	1	4	4	3	8	20	9	0
後評価	0	0	3	3	3	8	22	8	0

NA は表中に表示していないが、比率は 49 を分母として算出した

5 認知機能

認知機能は、改訂版長谷川式簡易知能評価スケール：HDS-R で評価した。HDS-R は、最大 30 点であり、20 点以下で認知症の疑いがあるとされる認知症のスクリーニングための尺度である。HDS-R の平均値は、 4.3 ± 4.6 点であり、最大値 17 点、最小値は 0 点であった。分布としては、4～1 点が最も多く 23 名 (46.9%) であった。

表 3 - 3 1 HDS-R の平均値、最大値、最小値

N=49		
平均値±SD	最大値	最小値
4.3 ±4.6	17.0	0.0

表 3 - 3 2 HDS-R の分布

N=49						
	20 点以上	19～15 点	14～10 点	9～5 点	4～1 点	0 点
人数	0	2	7	6	23	11
(%)	(0.0)	(4.1)	(14.3)	(12.2)	(46.9)	(22.4)

6 認知症の症候

認知症の症候は、Dementia Differentiation Questionnaire-43 items : DDQ43 で評価した。DDQ43 は、認知症の病型の特徴を把握し、非アルツハイマー型の認知症を弁別する指標として用いられ、各質問に対して該当・非該当を回答する形式である。最も回答率が多かった項目は、「問9 日時が分からなくなった」であり、45名(91.8%)が該当した。平均選択数が最も多かったのはADD群であり、4.5±1.8点であった。

表3-33 DDQ43の該当者

N=49

		該当者数	(%)
MCI&NC	問1 しっかりしていて、一人暮らしするのに手助けはほぼ不要	0	(0.0)
軽度認知障害 または健常	問2 買い物に行けば必要なものを必要なだけ買える	1	(2.0)
	問3 薬を自分で管理して飲む能力が保たれている	0	(0.0)
せん妄	問4 この1週間~数か月の間に症状が急激に進んでいる	5	(10.2)
ADD	問5 お金など大切なものが見つからない盗られたという	17	(34.7)
(アルツハイ マー型認知症)	問6 最初の症状はもの忘れだ	37	(75.5)
	問7 物忘れが主な症状だ	35	(71.4)
	問8 置き忘れやしまい忘れが目立つ	33	(67.3)
	問9 日時が分からなくなった	45	(91.8)
	問10 できないことに言い訳をする	23	(46.9)
	問11 他人の前では取り繕う	29	(59.2)
DLB&PDD	問12 頭がはっきりしているときと、そうでないときの差が激しい	13	(26.5)
(レビー小体 型認知症とパ ーキンソン病 に伴う認知症)	問13 実際にはいない人や動物や物が見える	11	(22.4)
	問14 みえたものに対して、話しかける、追い払う等反応する	8	(16.3)
	問15 誰かが家の中に居るといふ	9	(18.4)
	問16 介護者など身近な人を別人と間違える	10	(20.4)
	問17 小股で歩く	11	(22.4)
	問18 睡眠中に大声や異常な行動をとる	8	(16.3)
	問19 失神(短時間気を失う)や立ちくらみがある	4	(8.2)
	問20 転倒する	17	(34.7)
	問21 便秘がある	33	(67.3)
	問22 動作が緩慢になった	23	(46.9)
	問23 悲観的である	18	(36.7)

		該当者数	(%)
VD (血管性認知症)	問 24 やる気がない	19	(38.8)
	問 25 シャベるのが遅く、言葉が不明瞭	12	(24.5)
	問 26 手足にまひがある	5	(10.2)
	問 27 飲み込みにくく、むせることがある	12	(24.5)
	問 28 感情がもろくなった (涙もろい)	10	(20.4)
	問 29 思考が鈍く、返答が遅い	16	(32.7)
FTD-bv (前頭側頭型認知症)	問 30 最近嗜好の変化があり、甘いものが好きになった	5	(10.2)
	問 31 以前よりも怒りっぽくなった	14	(28.6)
	問 32 同じ経路でぐるぐると歩き回ることがある	13	(26.5)
	問 33 我慢できず、些細なことで激高する	13	(26.5)
	問 34 些細なことでいきなり怒り出す	21	(42.9)
	問 35 こだわりがあるまたはまとめ買いをする	10	(20.4)
	問 36 決まった時間に決まったことをしないと気が済まない	3	(6.1)
	問 37 コロコロと気が変わりやすい	14	(28.6)
FTD-bv、アカシ ジア	問 38 店から物を持ち去る (万引き) などの反社会的行為がある	5	(10.2)
	問 39 じっとしてられない	14	(28.6)
NPH(正常圧水頭 症)	問 40 尿失禁がある	34	(69.4)
	問 41 ボーっとしている	18	(36.7)
	問 42 摺り足で歩く	18	(36.7)
失語症	問 43 言葉が減った	16	(32.7)
	問 44 物の名前が出ない	34	(69.4)

表 3 - 3 4 DDQ43 の指標の平均値、最大値、最小値

N=49

	選択数の平均±SD	最大	最小
MCI&NC 3 項目	0.0 ±0.1	1.0	0.0
せん妄 1 項目	0.1 ±0.3	1.0	0.0
ADD 7 項目	4.5 ±1.8	7.0	0.0
DLB&PDD12 項目	3.4 ±2.5	9.0	0.0
VD 8 項目	1.5 ±1.6	6.0	0.0
FTD-bv 10 項目	2.3 ±2.3	8.0	0.0
NPH 3 項目	1.4 ±1.0	3.0	0.0
失語症 2 項目	1.0 ±0.8	2.0	0.0

7 認知症の自覚

認知症の自覚は、認知症初期症状 11 項目質問票 Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire : SED-11Q で評価した。SED-11Q は、認知症の初期症状を発見するための評価表であるが、認知症の人の自己評価の結果と他者評価の結果の差を抽出することにより認知症の病識（自覚）の程度を評価する指標としても用いられる。BPSD スポット調査においては、認知症の病識を評価する指標として本項目を設定している。49 名の回答のうち、自己評価において回答不能が 3 項目以上である項目を分析の対象外とすると、自己評価及び他者評価が回答された件数は 20 件であった。自己評価においてあてはまるとの回答が最も多かった項目は、「問 5 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる」及び「問 9 複雑な話を理解できない」であり、それぞれ 14 名（28.6%）が該当した。他者評価で最も回答が多かった項目も同様であったが、他者評価の方が 20 名（40.8%）と該当数は多かった。他者評価から自己評価を引いた差は、平均 3.4 ± 4.2 点であり、最大値 10.0 点、最小値 -1.0 点であった。

表 3 - 3 6 SED-11Q の各項目の該当者

N=49

上段：あてはまる数（人）、下段：（%）

	自己評価	他者評価
問 1 同じことを何回も話したり、尋ねたりする	10 (20.4)	16 (32.7)
問 2 出来事の前後関係がわからなくなった	10 (20.4)	15 (30.6)
問 3 服装など身の回りに無頓着になった	7 (14.3)	12 (24.5)
問 4 水道栓やドアを閉め忘れてたり、後かたづけがきちんとできなくなった	5 (10.2)	12 (24.5)
問 5 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる	14 (28.6)	20 (40.8)
問 6 薬を管理してきちんと内服することができなくなった	13 (26.5)	18 (36.7)
問 7 以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった	12 (24.5)	16 (32.7)
問 8 計画を立てられなくなった	12 (24.5)	19 (38.8)
問 9 複雑な話を理解できない	14 (28.6)	20 (40.8)
問 10 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった	7 (14.3)	13 (26.5)
問 11 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった	8 (16.3)	10 (20.4)

自己評価、他者評価とも 3 項目以上回答不可のサンプルを除き 20 サンプルで集計。比率は 49 ケースを分母として算出した。

表3-37 SED-11Qの自己評価と他者評価

n=20

	平均値±SD	最大値	最小値
自己評価	5.4 ±4.0	11.0	0.0
他者評価	8.8 ±1.9	11.0	5.0
他者評価－自己評価	3.4 ±4.2	10.0	-1.0

表3-38 SED-11Qの他者評価－自己評価の分布

n=20

	-1点	0点	1点	2点	3点	4～6 点	7～8 点	9～10 点
人数	3	8	2	0	0	0	3	4

表3-39 病名告知と介護職員からみた自覚

N=49

		人数	(%)
病名告知	実施していない	18	(36.7)
	病名告知している	2	(4.1)
	認知症であることを伝えている	7	(14.3)
	もの忘れが進んでいるので薬を飲みましょう程度の説明	5	(10.2)
	不明	17	(34.7)
介護職員 から見た 自覚	ほぼ自分が認知症であることを意識できている	0	(0.0)
	認知症であることを自覚できていない場合がある	8	(16.3)
	認知症であることを自覚できていない	31	(63.3)
	不明	10	(20.4)

8 うつ状態

うつ状態は、Geriatric Depression Scale 5 items : GDS5 で評価した。GDS5 は高齢者のうつ状態を評価する尺度であり、5 項目について、「はい」または「いいえ」の尺度で回答するスケールであり、2 項目以上に該当するとうつ状態が疑われる。平均点は、 2.9 ± 1.3 点であり、2 点以上の者は 16 名であった。

表 3 - 4 0 GDS5 の平均値、最大値、最小値

	平均値 \pm SD	最大値	最小値
GDS5 (点)	2.9 \pm 1.3	4.0	0.0

n=19

表 3 - 4 1 GDS5 の分布

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点	5 点
人数	1	2	4	3	9	0
(%)	(5.3)	(10.5)	(21.1)	(15.8)	(47.4)	(0.0)

n=19

※2 点以上の人数 : 16 名 (84.2%)

9 せん妄

せん妄は、Delirium Screening Tool : DST で評価した。DST は、せん妄の可能性を弁別するスケールであり、A/B/C の 3 領域、合計 11 問の設問から構成される。A 領域 7 問に一つでも該当する場合、B 領域 2 項目の評価を行う。B 領域に一つでも該当する場合、C 領域 2 項目の評価を行い、C 領域で一つでも該当すればせん妄の可能性ありと判断される。せん妄の可能性ありに該当する者は 21 名 (42.9%) であった。

表 3 - 4 2 DST の該当者

	「せん妄の可能性あり」該当	「せん妄の可能性あり」非該当
人数	21	28
(%)	(42.9)	(57.1)

N=49

10 認知症の人の発言、行動（選択項目）

認知症の人の発言、行動として選択項目にて、本人が表現する不安や苦痛、本人が表現するうれしいこと楽しいこと、本人の支援への願い、本人のやりたいこと願いなどを介護者評価にて回答するよう求めた。その結果、39件79.6%から回答が得られた。

表3-43 認知症の人の発言、行動の回答者数（記述回答）

N=49	
回答数	回答率（%）
39	(79.6)

表3-44 内容別の認知症の人の発言、行動の回答数（記述回答）

N=49		
	回答数	(%)
本人が表現する不安や苦痛	39	(79.6)
本人が表現するうれしいこと楽しいこと	36	(73.5)
本人の支援への願い	35	(71.4)
本人のやりたいこと願い	34	(69.4)

III エンドポイント

1 BPSD、意欲、客観的 QOL

BPSD スポット調査は、BPSD の軽減に資するケアを明らかにすることを目指しており、エンドポイントとしては Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form: NPI-Q を採用している。また、意欲の軽減や QOL との関係を明らかにするため、Vitarity Index, short QOL-D を項目として採用している。それぞれの前評価、後評価における平均値、標準偏差、最大値、最小値を表 3-45 に示した。NPI-Q は後評価で平均値が減少（すなわち BPSD が軽減）し、Vitarity Index, short QOL-D は、平均値が上昇していた（これらは得点が高いほどよい状態を示す）。NPI-Q の分布では、0 点から 10 点の者が最も多く、22 名（44.9%）であった。変化量の分布を 5 点刻みで確認したところ、1~5 点減少が最も多く、19 件（38.8%）であった。

表 3-45 NPI-Q, Vitarity Index, short QOL-D の平均値、最大値、最小値

	N=49						P
	平均値±SD		最大値		最小値		
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価	
NPI-Q (80 点)	14.7±11.7	11.9±10.8	57.0	36.0	0.0	0.0	<0.01
重症度得点 (30 点)	6.5±4.9	5.4±4.3	26.0	20.0	0.0	0.0	<0.01
負担度得点 (50 点)	8.3±7.1	6.5±6.7	31.0	31.0	0.0	0.0	<0.01
Vitarity Index (10 点)	6.6±1.7	6.7±1.8	10.0	10.0	2.0	3.0	0.32
short QOL-D (36 点)	25.0 ±4.7	26.5 ±4.5	35.0	36.0	15.0	19.0	<0.01

対応のある t 検定

表 3-46 NPI-Q の分布

	N=49							
	上段：あてはまる数 (人)、下段：(%)							
	0~10 点	11~20 点	21~30 点	31~40 点	41~50 点	51~60 点	61~70 点	71~80 点
前評価	22 (44.9)	15 (30.6)	7 (14.3)	3 (6.1)	1 (2.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
後評価	26 (53.1)	16 (32.7)	3 (6.1)	3 (6.1)	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 3 - 4 7 NPI-Q の変化量

N=49

	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	2	10	9	16	2
(%)	(4.1)	(20.4)	(38.8)	(32.7)	(4.1)

表 3 - 4 8 Vitaricity Index の分布

N=49

上段：あてはまる数 (人)、下段：(%)

	0 点	1~2 点	3~4 点	5~6 点	7~8 点	9~10 点
前評価	0 (0.0)	1 (2.0)	4 (8.2)	19 (38.8)	15 (30.6)	10 (20.4)
後評価	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (8.1)	21 (44.8)	12 (24.5)	12 (24.4)

表 3 - 4 9 short QOL-D の分布

N=49

上段：あてはまる数 (人)、下段：(%)

	9 点未満	9~12 点	13~16 点	17~20 点	21~24 点	25~28 点	29~32 点	33~36 点
前評価	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.1)	6 (12.2)	17 (34.7)	9 (18.4)	12 (24.5)	3 (6.1)
後評価	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.1)	15 (30.6)	16 (32.7)	8 (16.3)	7 (14.3)

2 主観的 QOL（選択項目）

認知症の人の主観的 QOL を確認する項目として、選択式で QOL-AD の評価を求めた。結果、前評価・後評価とも回答が得られたのは、14 件であった。QOL-AD の前評価の平均値は、28.1±3.4 点であり、後評価の平均値は 29.3±4.8 点であった。

表 3 - 5 0 QOL-AD の平均値、最大値、最小値

平均値±SD		最大値		最小値		p
前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価	
28.1±3.4	29.3±4.8	34.0	38.0	23.0	24.0	0.17

n = 14

表 3 - 5 1 QOL-AD の分布

上段：あてはまる数（人）、下段：（%）、n = 14

	13 点未満	13~20 点	21~28 点	29~36 点	37~44 点	45~52 点
前評価	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (64.3)	5 (35.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
後評価	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (42.9)	7 (50.0)	1 (7.1)	0 (0.0)

IV 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

過去1週間の生活においては、「役割や誰かの役に立つ機会」や、「楽しみや趣味の活動」、「ゆっくりとくつろぐ時間」、「家族や介護職、友人等と交流する機会・一緒に過ごす機会」「居住する建物の外に出る機会」の頻度について、それぞれ5件法で尋ねた。「役割や誰かの役に立つ機会」は、前評価で「たまにある」が最も多く、10名(30.3%)であり「楽しみや趣味の活動」は、「たまにある」が最も多く、13名(39.4%)であった。また、「ゆっくりとくつろぐ時間」は、「よくある」が最も多く、13名(39.4%)であり、「家族や介護職、友人等と交流する機会・一緒に過ごす機会」は、「ほぼ毎日ある」が最も多く、16名(48.5%)であった。「居住する建物の外に出る機会」は、「ほとんどない」が12名(36.4%)と最も多かった。

表3-52 過去1週間の生活についての回答

N=49

設問	選択肢	前評価		後評価	
		人数	(%)	人数	(%)
問1 過去1週間の生活の中で役割 や誰かの役に立つ機会があり ましたか	ほぼ毎日ある(7・6日)	7	(14.3)	11	(22.4)
	よくある(5・4日)	7	(14.3)	9	(18.4)
	たまにある(3・2日)	15	(30.6)	15	(30.6)
	ほとんどない(1日)	13	(26.5)	7	(14.3)
	全くない(0日)	7	(14.3)	7	(14.3)
問2 過去1週間の生活の中で、楽し みや趣味の活動をしましたか	ほぼ毎日ある(7・6日)	8	(16.3)	9	(18.4)
	よくある(5・4日)	10	(20.4)	15	(30.6)
	たまにある(3・2日)	17	(34.7)	16	(32.7)
	ほとんどない(1日)	9	(18.4)	5	(10.2)
	全くない(0日)	5	(10.2)	4	(8.2)
問3 過去1週間の生活の中で、ゆっ くりとくつろぐ時間はありますか	ほぼ毎日ある(7・6日)	18	(36.7)	25	(51.0)
	よくある(5・4日)	15	(30.6)	13	(26.5)
	たまにある(3・2日)	12	(24.5)	8	(16.3)
	ほとんどない(1日)	3	(6.1)	1	(2.0)
	全くない(0日)	1	(2.0)	2	(4.1)
問4 過去1週間の生活の中で、家 族や介護職、友人等と交流す る機会・一緒に過ごす機会 はありましたか	ほぼ毎日ある(7・6日)	30	(61.5)	31	(63.3)
	よくある(5・4日)	6	(12.2)	10	(20.4)
	たまにある(3・2日)	7	(14.3)	4	(8.2)
	ほとんどない(1日)	6	(12.2)	4	(8.2)
	全くない(0日)	0	(0.0)	0	(0.0)
問5 過去1週間の生活の中で、居 住する建物の外に出る機会 はありましたか	ほぼ毎日ある(7・6日)	4	(8.2)	4	(8.2)
	よくある(5・4日)	9	(18.4)	6	(12.2)
	たまにある(3・2日)	7	(14.3)	12	(24.5)
	ほとんどない(1日)	17	(34.7)	12	(24.5)
	全くない(0日)	12	(24.5)	15	(30.6)

2 人間関係（配偶者、家族親戚、友人、スタッフ）

人間関係について、「家族親戚」「友人」「介護スタッフ等」に分けて、あったり話をしたりする人数と、その際うれしそうにするかどうかを尋ねた。「あったり話をしたりする家族や親せき」は、1人が最も多く、12名（36.4%）であった。「あったり話をしたりする友人」は2人が最も多く、5名（15.2%）であり、「あったり話をしたりする介護スタッフ等」は、9人以上が多く、18名（54.5%）であった。それぞれ非該当を除けば、嬉しそうであるケースが最も多かった。

表3-53 人間関係についての回答

N=49

		前評価		後評価	
		人数	(%)	人数	(%)
問1 配偶者の有無についてあてはまる項目を一つ選んでください	有（内縁含む）	18	(36.7)		
	死別	29	(59.2)		
	未婚	1	(2.0)		
	不明	1	(2.0)		
問2 ここ1週間であったり話をしたりする家族や親せきは何人いましたか	いない	10	(20.4)	9	(18.4)
	1人	19	(38.8)	22	(44.9)
	2人	14	(28.6)	13	(26.5)
	3~4人	5	(10.2)	1	(2.0)
	5~8人	1	(2.0)	2	(4.1)
	9人以上	0	(0.0)	0	(0.0)
問3 ここ1週間であったり話をしたりする友人は何人いましたか	いない	35	(71.4)	36	(73.5)
	1人	4	(8.2)	4	(8.2)
	2人	5	(10.2)	1	(2.0)
	3~4人	2	(4.1)	3	(6.1)
	5~8人	3	(6.1)	3	(6.1)
	9人以上	0	(0.0)	0	(0.0)
問4 ここ1週間であったり話をしたりする介護スタッフ等は何人いましたか	いない	0	(0.0)	1	(2.0)
	1人	0	(0.0)	0	(0.0)
	2人	0	(0.0)	0	(0.0)
	3~4人	2	(4.1)	3	(6.1)
	5~8人	19	(38.8)	14	(28.6)
	9人以上	28	(57.1)	29	(59.2)
問5 家族に会った時に、嬉しそうにしますか	非該当	0	(0.0)	2	(4.1)
	うれしそうである	44	(89.8)	36	(73.5)
	うれしそうではない	0	(0.0)	0	(0.0)
	わからない	2	(4.1)	3	(6.1)
問6 友人に会った時に、嬉しそうにしますか	非該当	26	(53.1)	27	(55.1)
	うれしそうである	14	(28.6)	14	(28.6)
	うれしそうではない	0	(0.0)	0	(0.0)
	わからない	4	(8.2)	3	(6.1)
問7 スタッフに会った時に、嬉しそうにしますか	非該当	2	(4.1)	0	(0.0)
	うれしそうである	38	(77.6)	38	(77.6)
	うれしそうではない	0	(0.0)	0	(0.0)
	わからない	6	(12.2)	9	(18.4)

3 身体的リハビリテーション・療法等（選択項目）

身体的リハ、回想法、音楽療法、芸術療法、タッチケア、化粧、学習、その他について、実施状況を尋ねた。本項目に回答したケースは37件であり、回答率が最も高かったのは、「その他」の23件(46.9%)項目であった。次いで、身体的リハが16件(32.7%)で続いた。

表3-54 身体的リハビリテーション・療法別の回答数（複数回答）

N=49

	前評価		後評価	
	回答数	回答率 (%)	回答数	回答率 (%)
実施者数	37	(75.5)	32	(65.3)
身体的リハ	16	(32.7)	19	(38.8)
回想法	8	(16.3)	7	(14.3)
音楽療法	13	(26.5)	15	(30.6)
芸術療法	4	(8.2)	2	(4.1)
タッチケア	10	(20.4)	9	(18.4)
化粧	7	(14.3)	4	(8.2)
学習	7	(14.3)	4	(12.1)
その他	23	(46.9)	24	(49.0)

*1項目でも選択したケースが何ケースあったか（延べではない）
比率は49ケースを分母として算出した

表3-54 身体的リハビリテーション・療法別の頻度・時間

分類	設問	前評価	後評価	
身体的リハビリ	実施ケース数	16 (n)	19 (n)	
	実施した頻度	9.5 回/月	10.5 回/月	
	1回あたりの時間	1.1 時間/回	2.6 時間/回	
	集中して参加できた時間	100~75%参加	5 (31.3)	7 (36.8)
		75%~50%	2 (12.5)	3 (15.8)
		50%~25%	5 (31.3)	6 (31.6)
		25%以下	4 (8.2)	3 (15.8)
回想法	実施ケース数	8 (n)	7 (n)	
	実施した頻度	3.0 回/月	2.5 回/月	
	1回あたりの時間	0.4 時間/回	0.4 時間/回	
	集中して参加できた時間	100~75%参加	2 (25.0)	1 (12.5)
		75%~50%	2 (25.0)	4 (50.0)
		50%~25%	1 (12.5)	1 (12.5)
		25%以下	3 (37.5)	1 (12.5)

分類	設問	前評価	後評価
音楽療法	実施ケース数	13 (n)	15 (n)
	実施した頻度	5.5 回/月	8.1 回/月
	1 回あたりの時間	0.9 時間/回	0.7 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 7 (53.8)	5 (33.3)
		75%~50% 3 (23.1)	6 (40.0)
	50%~25% 2 (15.4)	2 (13.3)	
	25%以下 1 (7.7)	2 (13.3)	
芸術療法	実施ケース数	4 (n)	2 (n)
	実施した頻度	3.0 回/月	0.5 回/月
	1 回あたりの時間	0.6 時間/回	0.5 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 1 (25.0)	1 (50.0)
		75%~50% 1 (25.0)	0 (0.0)
	50%~25% 0 (0.0)	0 (0.0)	
	25%以下 2 (50.0)	1 (50.0)	
タッチケア	実施ケース数	10 (n)	9 (n)
	実施した頻度	9.5 回/月	15.7 回/月
	1 回あたりの時間	0.3 時間/回	0.3 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 4 (33.3)	3 (33.3)
		75%~50% 3 (25.0)	3 (33.3)
	50%~25% 3 (25.0)	2 (22.2)	
	25%以下 0 (0.0)	1 (11.1)	
化粧	実施ケース数	7 (n)	4 (n)
	実施した頻度	6.3 回/月	6.5 回/月
	1 回あたりの時間	0.4 時間/回	0.5 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 2 (28.6)	1 (25.0)
		75%~50% 4 (57.1)	1 (25.0)
	50%~25% 0 (0.0)	0 (0.0)	
	25%以下 1 (14.3)	2 (50.0)	
学習	実施ケース数	7 (n)	4 (n)
	実施した頻度	6.6 回/月	3.3 回/月
	1 回あたりの時間	0.4 時間/回	0.4 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 2 (25.0)	0 (0.0)
		75%~50% 2 (25.0)	1 (25.0)
	50%~25% 3 (37.5)	2 (50.0)	
	25%以下 0 (0.0)	1 (25.0)	
その他	実施ケース数	23 (n)	24 (n)
	実施した頻度	13.5 回/月	14.3 回/月
	1 回あたりの時間	0.8 時間/回	0.7 時間/回
	集中して参加できた時間	100~75%参加 9 (37.5)	10 (20.4)
		75%~50% 5 (20.8)	8 (33.3)
	50%~25% 7 (29.2)	4 (16.7)	
	25%以下 2 (8.3)	2 (8.3)	

NAは表中に表示していないが、「集中して参加できた時間」の比率は各nを分母として算出した

4 ポジティブケア（優先順位が高いケアと意図した理由、全体集計のみ）（選択項目）

ポジティブケアとして、特に優先順位の高いケアについて自由記述による回答を求め、そのケアをどのような意図で行っているかについて、QOL-ADの項目を参考にして選択肢を作成し、該当するかどうかを尋ねた。回答数が多かったのは、「認知症の人の気分がよくなるため」のケアであり、88件(35.9%)の回答が得られた。次いで、「認知症の人の活力、気力、元気のため」のケアが、81件(33.1%)の回答が得られた。

表3-55 優先順位が高いケアの回答数

N=245 (=5×49)

	回答数	回答率 (%)
前評価	108	(44.1)
後評価	106	(43.3)

NAは、集計に含めていない

表3-56 優先順位が高いケアと意図した理由の全体集計

N=245 (=5×49)

	前評価		後評価	
	回答数	(%)	回答数	(%)
認知症の人の身体的健康のため	62	(25.3)	63	(25.7)
認知症の人の活力、気力、元気のため	81	(33.1)	91	(37.1)
認知症の人の気分がよくなるため	88	(35.9)	92	(37.6)
認知症の人にとって生活環境が快適になるため	67	(27.4)	63	(25.7)
認知症の人の記憶のサポートのため	42	(17.1)	43	(17.6)
認知症の人と家族との関係を良好にする (あるいは良好に保つ)ため	17	(6.9)	14	(5.7)
認知症の人と配偶者との関係を良好にする (あるいは良好に保つ)ため	6	(2.5)	10	(4.1)
認知症の人とその友人との現在の関係を良好にする (あるいは良好に保つ)ため	23	(9.4)	18	(7.5)
認知症の人が、自分自身について良いと感じられるため	57	(23.3)	54	(22.0)
認知症の人が家の雑用、その他、やらなくてはならないことをこなす	18	(7.4)	11	(4.5)
認知症の人が何か楽しいことをするため	46	(18.8)	25	(10.2)
金銭的、つまり今の経済状態について認知症の人が満足するため	0	(0.0)	2	(0.8)
認知症の人が自分の人生に満足できるようにするため	46	(18.8)	47	(19.2)
その他	8	(3.3)	17	(6.9)

NAは、集計に含めていない

5 BPSD・QOLの改善、維持・悪化と属性等との関連

前評価、後評価で変化の見られたBPSD及びQOLについて、改善、維持・悪化と属性等の項目の関連を概観するために、NPI-Q及びshort QOL-Dの結果を改善群と維持悪化群に分け、属性項目等によってクロス集計を行った。またNPI-Qについては、下位尺度得点の変化について確認した(表3-57~3-61)。NPI-Qの下位尺度である妄想、うつにおいて、前後で変化が見られた。

表3-57 NPI-Qと属性項目とのクロス集計

		全数：49名	NPI-Q 改善群；31名	NPI-Q維持・悪 化群；18名	p
性別	男性	15 (30.6%)	10 (32.3%)	5 (27.8%)	0.74
	女性	34 (69.4%)	21 (67.7%)	13 (72.2%)	
障害高齢者の日常生活自立度	J1	3 (6.1)	3 (9.7%)	0 (0.0%)	0.14
	A1	16 (32.7)	13 (41.9%)	3 (16.7%)	
	A2	17 (34.7)	7 (22.6%)	10 (55.6%)	
	B1	3 (6.1)	2 (6.5%)	1 (5.6%)	
	B2	9 (18.4)	5 (16.1%)	4 (22.2%)	
	不明	1 (2.0)	1 (3.2%)	0 (0.0%)	
認知症高齢者の日常生活自立度	IIa	3 (6.1)	3 (9.7%)	0 (0.0%)	0.70
	IIb	4 (8.2)	2 (6.5%)	2 (11.1%)	
	IIIa	21 (42.9)	12 (38.7%)	9 (50.0%)	
	IIIb	14 (28.6)	9 (29.0%)	5 (27.8%)	
	IV	6 (12.2)	4 (12.9%)	2 (11.1%)	
	M	1 (2.0)	1 (3.2%)	0 (0.0%)	
要介護度	要介護1	5 (10.2)	4 (12.9%)	1 (5.6%)	0.51
	要介護2	11 (22.4)	6 (19.4%)	5 (27.8%)	
	要介護3	16 (32.7)	11 (35.5%)	5 (27.8%)	
	要介護4	13 (26.5)	9 (29.0%)	4 (22.2%)	
	要介護5	3 (6.1)	1 (3.2%)	2 (11.1%)	
	区分変更申請中	1 (2.0)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	
GDS	2点未満	3 (15.8%)	2 (6.5%)	1 (14.3%)	0.89
	2点以上	16 (84.2%)	10 (32.3%)	6 (85.7%)	
DST	せん妄なし	28 (57.1%)	18 (58.1%)	10 (55.6%)	0.86
	せん妄あり	21 (42.9%)	13 (41.9%)	8 (44.4%)	

NAは含んでいない
 χ^2 検定

表 3 - 5 8 NPI-Q と属性項目とのクロス集計

	全数 ; 49 名	NPI-Q 改善 群 ; 31 名	NPI-Q 維持・ 悪化群 18 名	p
年齢	81.1 ± 14.1	80.9 ± 14.5	81.6 ± 13.7	0.86
服薬数	7.1 ± 3.2	7.5 ± 3.2	6.5 ± 3.0	0.18
BI	52.7 ± 22.8	53.4 ± 24.9	51.4 ± 19.2	0.77
HDS-R	4.3 ± 4.6	4.1 ± 4.3	4.6 ± 5.1	0.71
SED11Q (病識)	3.4 ± 4.2	2.5 ± 4.2	3.7 ± 4.7	0.57
GDS ; 19 名	2.9 ± 1.3	2.7 ± 1.4	3.3 ± 1.1	0.32
過去 1 週間の熟睡日数	5.6 ± 2.1	5.4 ± 2.2	5.9 ± 1.8	0.42
過去 1 週間の平均睡眠時間	8.0 ± 1.8	7.9 ± 2.1	8.2 ± 1.3	0.39
過去 1 週間で排便のあった日数	3.4 ± 1.8	3.8 ± 1.9	2.7 ± 1.2	0.04

Student t-test

表 3 - 5 9 NPI-Q の下位尺度点数の変化

NPI-Q	前評価		後評価		p
	平均 ± SD	中央値 (四分位範囲)	平均 ± SD	中央値 (四分位範囲)	
妄想	0.7 ± 0.9	0 (1)	0.5 ± 0.7	0 (1)	<0.01
幻覚	0.5 ± 0.9	0 (1)	0.5 ± 0.7	0 (1)	0.51
興奮	0.4 ± 0.8	0 (0)	0.4 ± 0.8	0 (0)	0.78
うつ	1.1 ± 1.1	1 (2)	0.8 ± 0.9	1 (2)	<0.01
不安	0.6 ± 0.8	0 (1)	0.4 ± 0.8	0 (1)	0.06
多幸	0.6 ± 0.8	0 (1)	0.5 ± 0.7	0 (1)	0.62
無関心	0.6 ± 0.8	0 (1)	0.7 ± 0.9	0 (1)	0.21
脱抑制	0.7 ± 0.9	0 (1)	0.6 ± 0.8	0 (1)	0.14
易怒性	0.9 ± 1.0	1 (2)	0.6 ± 0.8	0 (1)	<0.01
常同行動	0.5 ± 0.9	0 (1)	0.4 ± 0.8	0 (1)	0.19

Wilcoxon signed rank test

表3-60 short QOL-D と属性項目とのクロス集計

		全数：49名	short QOL-D 改善群：25名	short QOL-D 維 持・悪化群：24名	p
性別	男性	15 (30.6%)	5 (20.0%)	10 (41.7%)	0.10
	女性	34 (69.4%)	20 (80.0%)	14 (58.3%)	
障害高齢者の日常生活自立度	J1	3 (6.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.18
	J2	0 (0.0%)	1 (4.0%)	2 (8.3%)	
	A1	16 (32.7%)	7 (28.0%)	9 (37.5%)	
	A2	17 (34.7%)	13 (52.0%)	4 (16.7%)	
	B1	3 (6.1%)	1 (4.0%)	2 (8.3%)	
	B2	9 (18.4%)	3 (12.0%)	6 (25.0%)	
	不明	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	
認知症高齢者の日常生活自立度	IIa	3 (6.1%)	1 (4.0%)	2 (8.3%)	0.62
	IIb	4 (8.2%)	2 (8.0%)	2 (8.3%)	
	IIIa	21 (42.9%)	9 (36.0%)	12 (50.0%)	
	IIIb	14 (28.6%)	9 (36.0%)	5 (20.8%)	
	IV	6 (12.2%)	4 (16.0%)	2 (8.3%)	
	M	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	
要介護度	要介護1	5 (10.2%)	3 (12.0%)	2 (8.3%)	0.38
	要介護2	11 (22.4%)	7 (28.0%)	4 (16.7%)	
	要介護3	16 (32.7%)	7 (28.0%)	9 (37.5%)	
	要介護4	13 (26.5%)	7 (28.0%)	6 (25.0%)	
	要介護5	3 (6.1%)	0 (0.0%)	3 (12.5%)	
	区分変更申請中	1 (2.0%)	1 (4.0%)	0 (0.0%)	
GDS	2点未満	3 (15.8%)	1 (14.3%)	2 (16.7%)	0.89
	2点以上	16 (84.2%)	6 (85.7%)	10 (83.3%)	
DST	せん妄なし	28 (57.1%)	13 (52.0%)	15 (62.5%)	0.46
	せん妄あり	21 (42.9%)	12 (48.0%)	9 (37.5%)	

NA は含めていない
 χ^2 検定

表 3 - 6 1 short QOL-D の下位尺度点数の変化

	全数 ; 49 名	short QOL-D 改善群 ; 25 名	short QOL-D 維持・悪化群 24 名	p
年齢	81.1 ± 14.1	81.8 ± 7.2	80.5 ± 13.7	0.99
服薬数	7.1 ± 3.2	7.2 ± 3.3	7.1 ± 3.1	0.78
Barthel Index	52.7 ± 22.8	50.6 ± 22.1	54.8 ± 23.7	0.53
HDS-R	4.3 ± 4.6	3.8 ± 4.5	4.8 ± 4.6	0.41
SED11Q (病識)	3.4 ± 4.2	3.8 ± 4.7	2.1 ± 3.9	0.39
GDS ; 19 名	2.9 ± 1.3	2.9 ± 1.5	2.9 ± 1.2	0.93
過去 1 週間の熟睡日数	5.6 ± 2.1	5.2 ± 2.5	6.0 ± 1.5	0.20
過去 1 週間の平均睡眠時間	8.0 ± 1.8	7.6 ± 2.1	8.5 ± 1.4	0.11
過去 1 週間で排便のあった日数	3.4 ± 1.8	3.4 ± 2.0	3.4 ± 1.6	0.88

Student t-test

第4部 BPSD スポット調査：食事に関する BPSD とケア編

ここからは、食事に関する BPSD についての回答結果を掲載する。第1部1位置づけで述べたとおり、これ以降は、東京・仙台・大府センターごとに分担して記述する分冊部分となることに留意されたい。

1 食事に関する BPSD の選択数と選択率

食事に関する BPSD は、「食事を食べるのを拒否する」「食事が食べ始められない（拒否しているわけではない）」「食事が途中で止まる」「必要以上に食事を食べようとする」「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」「他の人の食事を食べようとする（施設）」「食事介助を拒否する」「食べられないものを食べようとする」「その他（食事等に関する課題）」の9領域を設けた。それぞれの課題の選択数と選択率を表4-1に示した。最も多かった領域は、「他の人の食事を食べようとする（施設）」であり、10件（20.4%）であった。

表4-1 食事に関する BPSD の選択数と選択率

N=49

	選択数	選択率
食事を食べるのを拒否する	7	14.3%
食事が食べ始められない（拒否しているわけではない）	5	10.2%
食事が途中で止まる	8	16.3%
必要以上に食事を食べようとする	2	4.1%
食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える	6	12.2%
他の人の食事を食べようとする（施設）	10	20.4%
食事介助を拒否する	2	4.1%
食べられないものを食べようとする	4	8.2%
その他（食事等に関する課題）	4	8.2%

2 BPSD 別の前評価・後評価の結果

ここからは、BPSD 別に、重症度・頻度、介護者が想定している主な原因、対応するケア（中分類）の結果を示す。

具体的には、食事に関する各 BPSD の選択数と選択事例の NPI-Q（BPSD 全体としての）の改善の有無、選択した BPSD の改善の有無を示した。その後、選択した BPSD の改善の有無で群分けをして、考えられる BPSD の原因と実施されたケアを示した。なお、選択した BPSD は重症度と頻度を 5 段階で評価した。また、後評価から前評価を引いた値が 0 以上を「維持・悪化群」、-1 以下を「改善群」とした。

1) 食事を食べるのを拒否する

(1) 選択と改善の有無

「食事を食べるのを拒否する」に回答が得られたケースは 7 名（14.3%）であった。そのうち、NPI-Q は 5 名、「食事を食べるのを拒否する」は 3 名改善した。

表4-2 「食事を食べるのを拒否する」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
7	14.3%

表4-3 NPI-Q 重症度の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
7	5 名	2 名

表4-4 「食事を食べるのを拒否する」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
3	3 名	0 名

(2) 介護者が想定している主な原因（複数回答）

介護者が想定している原因は、前後で評価を求めている。前評価では原因をどのように見立ててケアをしたか、後評価は、ケアを実施してみて改めて何が原因であったと介護者が見立てたかが回答されていることが想定できる。今回は原因とケアの関係を適切に対応させることを考え、後評価の結果を示すこととした。回答は下表4-5のとおりであった。

表4-5 「食事を食べるのを拒否する」の原因

n=3

	改善群；3名		維持・悪化群；0名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
食事が不快（嫌いな食べ物である等）	2	66.7%	0	0.0%
見当識障害（今の場所、今の時間、相手がわからない、今ここにいていいと思えない）	2	66.7%	0	0.0%
食事を誘った相手がわからない、嫌い	2	66.7%	0	0.0%
体調が悪い （便秘、下痢、歯痛、口内炎、その他の痛みなど）	2	66.7%	0	0.0%
その他	2	66.7%	0	0.0%
空腹でない	1	33.3%	0	0.0%
生きる意欲の喪失（生活に楽しみがなく、食べてもしようがないと思う）	1	33.3%	0	0.0%
食事が食事だと思わない（失認）	1	33.3%	0	0.0%
食事介助が不快（無理に食べさせられる）	1	33.3%	0	0.0%
食事環境が不快（近くの席に嫌いな人がいる、食事中叱責される、うるさいなど）	1	33.3%	0	0.0%
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食事を食べるのを拒否する」に対するケア（中分類）

BPSD スポット調査ではケア項目として中分類を設定し、中分類ごとにさらに詳細な小分類のケア項目を設定している。小分類のうち、前評価で予定が選択され、後評価において実施率 100%～75%であったケアが一つでもある場合、その小分類を含む中項目を実施したとみなし、ケアの実施数を数えたところ、表4-6のとおりとなった。「食事を食べるのを拒否する」が改善した群において、多く実施されたケアは「安定化」「席の位置調整」「刺激調整」「会話内容の調整」「会話方法」「その他ケア」であり、すべて2件（66.7%）実施されていた。

表4-6 「食事を食べるのを拒否する」に実施されたケア（中分類）

n = 3

	改善群；3名		維持・悪化群；0名	
	数	%	数	%
安定化	2	66.7%	0	0.0%
席の位置調整	2	66.7%	0	0.0%
刺激調整	2	66.7%	0	0.0%
会話内容の調整	2	66.7%	0	0.0%
会話方法	2	66.7%	0	0.0%
その他ケア	2	66.7%	0	0.0%
人数調整	1	33.3%	0	0.0%
会話状況	1	33.3%	0	0.0%
接触量	1	33.3%	0	0.0%
アセスメント	1	33.3%	0	0.0%
ケア方法の統一	1	33.3%	0	0.0%
居室環境の調整	0	0.0%	0	0.0%
記憶補助環境	0	0.0%	0	0.0%
非言語的交流	0	0.0%	0	0.0%
生活行為	0	0.0%	0	0.0%
趣味活動	0	0.0%	0	0.0%
外出支援	0	0.0%	0	0.0%
医療	0	0.0%	0	0.0%
他者との関係支援	0	0.0%	0	0.0%
家族関係支援	0	0.0%	0	0.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%

2) 食事が食べ始められない

(1) 選択と改善の有無

「食事が食べ始められない」に回答が得られたケースは5名(10.2%)であった。

表4-7 「食事が食べ始められない」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
5	10.2%

表4-8 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
5	4名	1名

表4-9 「食事が食べ始められない」の改善

有効回答数	改善群	維持数・悪化群
4	0名	4名

(2) 介護者が想定している主な原因(複数回答)

介護者が想定している原因の回答は下表4-10のとおりであった。

表4-10 「食事が食べ始められない」の原因

	n=4			
	改善群; 0名		維持・悪化群; 4名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
食事が食事だとわからない(失認)	0	0.0%	2	50.0%
食具の使い方がわからない	0	0.0%	2	50.0%
意欲の低下	0	0.0%	2	50.0%
食事に集中出来ない・気が散る(注意機能が低い)	0	0.0%	2	50.0%
器が多く、混乱する	0	0.0%	2	50.0%
待つと食べるのに促すため食べない(観念運動失行)	0	0.0%	1	25.0%
覚醒レベルが低い、せん妄	0	0.0%	1	25.0%
その他	0	0.0%	1	25.0%
ドネペジル(アリセプト)等治療薬の影響	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食事が食べ始められない」に対応するケア（中分類）

「食事が食べ始められない」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-11のとおりとなった。

表4-11 「食事が食べ始められない」に実施されたケア（中分類）

n = 4

	改善群；0名		維持・悪化群；4名	
	数	%	数	%
会話内容の調整	0	0.0%	4	100.0%
会話方法	0	0.0%	4	100.0%
非言語的交流	0	0.0%	4	100.0%
趣味活動	0	0.0%	4	100.0%
外出支援	0	0.0%	4	100.0%
アセスメント	0	0.0%	4	100.0%
ケア方法の統一	0	0.0%	4	100.0%
その他ケア	0	0.0%	4	100.0%
人数調整	0	0.0%	3	75.0%
席の位置調整	0	0.0%	3	75.0%
接触量	0	0.0%	3	75.0%
他者との関係支援	0	0.0%	3	75.0%
会話状況	0	0.0%	2	50.0%
医療	0	0.0%	2	50.0%
居室環境の調整	0	0.0%	1	25.0%
刺激調整	0	0.0%	1	25.0%
生活行為	0	0.0%	1	25.0%
家族関係支援	0	0.0%	1	25.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%

3) 食事が途中で止まる

(1) 選択と改善の有無

「食事が途中で止まる」に回答が得られたケースは、8名（16.3%）であった。そのうち、NPI-Qは7名、「食事が途中で止まる」では2名改善していた。

表4-12 「食事が途中で止まる」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
8	16.3%

表4-13 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
8	7名	1名

表4-14 「食事が途中で止まる」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
7	2名	5名

(2) 介護者が想定している主な原因（複数回答）

介護者が想定している原因の回答は下表4-15のとおりであった。

表4-15 「食事が途中で止まる」の原因

	改善群；2名		維持・悪化群；5名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
食事に集中出来ない・気が散る（注意機能が低い）	1	50.0%	4	80.0%
食事が食事だとわからない（失認）	1	50.0%	2	40.0%
食具の使い方がわからない	1	50.0%	2	40.0%
待つと食べるのに促すため食べない （観念運動失行）	0	0.0%	1	20.0%
覚醒レベルが低い、せん妄	0	0.0%	1	20.0%
意欲の低下	0	0.0%	1	20.0%
その他	0	0.0%	1	20.0%
器が多く、混乱する	0	0.0%	0	0.0%
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食事が途中で止まる」に対応するケア（中分類）

「食事が途中で止まる」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-16のとおりとなった。「食事が途中で止まる」が改善した群において実施数の多かったケアは、「アセスメント」「会話内容の調整」「その他ケア」「医療」「ケア方法の統一」「会話方法」「非言語的交流」であり、すべて50.0%（1名）実施されていた。

表4-16 「食事が途中で止まる」に実施されたケア（中分類）

n = 7

	改善群；2名		維持・悪化群；5名	
	数	%	数	%
アセスメント	1	50.0%	5	100.0%
会話内容の調整	1	50.0%	4	80.0%
その他ケア	1	50.0%	4	80.0%
医療	1	50.0%	3	60.0%
ケア方法の統一	1	50.0%	3	60.0%
会話方法	1	50.0%	2	40.0%
非言語的交流	1	50.0%	1	20.0%
趣味活動	0	0.0%	3	60.0%
接触量	0	0.0%	2	40.0%
外出支援	0	0.0%	2	40.0%
他者との関係支援	0	0.0%	2	40.0%
人数調整	0	0.0%	1	20.0%
席の位置調整	0	0.0%	1	20.0%
生活行為	0	0.0%	1	20.0%
居室環境の調整	0	0.0%	0	0.0%
刺激調整	0	0.0%	0	0.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%

4) 必要以上に食事を食べようとする

(1) 選択と改善の有無

「必要以上に食事を食べようとする」に回答が得られたケースは2名(4.1%)であった。そのうち、NPI-Qは2名、「必要以上に食事を食べようとする」では1名改善していた。

表4-17 「必要以上に食事を食べようとする」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
2	4.1%

表4-18 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
2	2名	0名

表4-19 「必要以上に食事を食べようとする」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
1	1名	0名

(2) 介護者が想定している主な原因(複数回答)

介護者が想定している原因の回答は下表4-20のとおりであった。

表4-20 「必要以上に食事を食べようとする」の原因

	改善群; 1名		維持・悪化群; 0名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
抑制が効かない(脱抑制)	1	100.0%	0	0.0%
満腹感がない	1	100.0%	0	0.0%
常同的食異常行動(何回も食べようとする)	0	0.0%	0	0.0%
日常生活でのストレスが大きい	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「必要以上に食事を食べようとする」に対応するケア

「必要以上に食事を食べようとする」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-21のとおりとなった。「必要以上に食事を食べようとする」の改善した群において実施数の多かったケアは、「居室環境の調整」「ケア方法の統一」であり、すべて100.0%（1名）実施されていた。

表4-21 「必要以上に食事を食べようとする」に実施されたケア（中分類）

	n = 1			
	改善群；1名		維持・悪化群；0名	
	数	%	数	%
居室環境の調整	1	100.0%	0	0.0%
ケア方法の統一	1	100.0%	0	0.0%
会話内容の調整	0	0.0%	0	0.0%
会話方法	0	0.0%	0	0.0%
人数調整	0	0.0%	0	0.0%
席の位置調整	0	0.0%	0	0.0%
刺激調整	0	0.0%	0	0.0%
会話状況	0	0.0%	0	0.0%
接触量	0	0.0%	0	0.0%
趣味活動	0	0.0%	0	0.0%
外出支援	0	0.0%	0	0.0%
アセスメント	0	0.0%	0	0.0%
他者との関係支援	0	0.0%	0	0.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%
その他ケア	0	0.0%	0	0.0%

5) 食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える

(1) 選択と改善の有無

「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」に回答が得られたケースは6名(12.2%)であった。そのうち、NPI-Qは5名改善していたが、「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」では改善者はいなかった。

表4-22 「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
6	12.2%

表4-23 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
6	5名	1名

表4-24 「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
4	0名	4名

(2) 介護者が想定している主な原因(複数回答)

介護者が想定している原因の回答は下表4-25のとおりであった。

表4-25 「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」の原因

	改善群; 0名		維持・悪化群 4名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
食べたことを忘れる	0	0.0%	4	100.0%
食べるのが好きである、生活において食を大切にしている	0	0.0%	4	100.0%
食事に対する満足感がない	0	0.0%	2	50.0%
その他	0	0.0%	2	50.0%
自分にちゃんと食事を準備してくれるか不安である(スタッフとの信頼関係ができていない)	0	0.0%	1	25.0%
次に何をすればよいかわからない(食事後次の活動に移ることができていない)	0	0.0%	0	0.0%
楽しく食事ができなかった	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」に対応するケア（中分類）

「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-26のとおりとなった。

表4-26 「食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える」に実施されたケア（中分類）

n = 4

	改善群；0名		維持・悪化群；4名	
	数	%	数	%
その他ケア	0	0.0%	4	100.0%
記憶補助環境	0	0.0%	3	75.0%
会話内容の調整	0	0.0%	3	75.0%
会話方法	0	0.0%	3	75.0%
接触量	0	0.0%	3	75.0%
安定化	0	0.0%	2	50.0%
趣味活動	0	0.0%	2	50.0%
外出支援	0	0.0%	2	50.0%
アセスメント	0	0.0%	2	50.0%
席の位置調整	0	0.0%	1	25.0%
生活行為	0	0.0%	1	25.0%
他者との関係支援	0	0.0%	1	25.0%
ケア方法の統一	0	0.0%	1	25.0%
居室環境の調整	0	0.0%	0	0.0%
非言語的交流	0	0.0%	0	0.0%
医療	0	0.0%	0	0.0%

6) 他の人の食事を食べようとする（施設）

(1) 選択と改善の有無

「他の人の食事を食べようとする」に回答が得られたケースは10名（20.4%）であった。そのうち、NPI-Qは6名、「他の人の食事を食べようとする」では3名改善していた。

表4-27 「他の人の食事を食べようとする」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
10	20.4%

表4-28 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
10	6名	4名

表4-29 「他の人の食事を食べようとする」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
9	3名	6名

(2) 介護者が想定している主な原因（複数回答）

介護者が想定している原因の回答は下表4-30のとおりであった。

表4-30 「他の人の食事を食べようとする」の原因

	改善群；3名		維持・悪化群；6名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
もっと食べたい（食事が足りない）	1	33.3%	5	83.3%
自分の食事がどれかわからない	1	33.3%	5	83.3%
抑制が効かない（脱抑制）	1	33.3%	2	33.3%
好きな食べ物が目についた	1	33.3%	2	33.3%
その他	1	33.3%	1	16.7%
不明	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「他の人の食事を食べようとする」に対応するケア（中分類）

「他の人の食事を食べようとする」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-31のとおりとなった。「他の人の食事を食べようとする」の改善した群において実施数の多かったケアは、「その他ケア」「会話方法」「アセスメント」「ケア方法の統一」であり、すべて66.7%（2名）実施されていた。

表4-31 「他の人の食事を食べようとする」に実施されたケア（中分類）

	改善群；3名		維持・悪化群；6名	
	数	%	数	%
その他ケア	2	66.7%	5	83.3%
会話方法	2	66.7%	4	66.7%
アセスメント	2	66.7%	3	50.0%
ケア方法の統一	2	66.7%	3	50.0%
会話内容の調整	1	33.3%	5	83.3%
接触量	1	33.3%	4	66.7%
席の位置調整	1	33.3%	1	16.7%
人数調整	1	33.3%	0	0.0%
他者との関係支援	1	33.3%	0	0.0%
刺激調整	1	33.3%	0	0.0%
居室環境の調整	0	0.0%	0	0.0%
医療	0	0.0%	0	0.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%

7) 食事介助を拒否する

(1) 選択と改善の有無

「食事介助を拒否する」に回答が得られたケースは2名(4.1%)であった。そのうち、NPI-Qでは2名、「食事介助を拒否する」では1名改善していた。

表4-32 「食事介助を拒否する」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
2	4.1%

表4-33 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
2	2名	0名

表4-34 「食事介助を拒否する」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
1	1名	0名

(2) 介護者が想定している主な原因(複数回答)

介護者が想定している原因の回答は下表4-35のとおりであった。

表4-35 「食事介助を拒否する」の原因

	改善群; 1名		維持・悪化群; 0名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
嫌いなものを食べさせられる	1	100.0%	0	0.0%
何をされているかわからない	1	100.0%	0	0.0%
介助が乱雑である(痛い、早いなど)	0	0.0%	0	0.0%
子ども扱いされる (子ども扱いされる、礼節にかけるなど)	0	0.0%	0	0.0%
食べようとしているものが何かわからない (物体失認)	0	0.0%	0	0.0%
相手がだれかわからない	0	0.0%	0	0.0%
声掛けの内容がわからない(失語)	0	0.0%	0	0.0%
介助者のことが気に入らない	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食事介助を拒否する」に対応するケア（中分類）

「食事介助を拒否する」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-36のとおりとなった。ケアは実施されていたが、実施率がすべて75%に満たなかったため下記表の結果となった。

表4-36 「食事介助を拒否する」に実施されたケア（中分類）

	改善群；1名		維持・悪化群；0名	
	数	%	数	%
人数調整	0	0.0%	0	0.0%
席の位置調整	0	0.0%	0	0.0%
居室環境の調整	0	0.0%	0	0.0%
刺激調整	0	0.0%	0	0.0%
会話内容の調整	0	0.0%	0	0.0%
会話方法	0	0.0%	0	0.0%
接触量	0	0.0%	0	0.0%
非言語的交流	0	0.0%	0	0.0%
生活行為	0	0.0%	0	0.0%
医療	0	0.0%	0	0.0%
アセスメント	0	0.0%	0	0.0%
他者との関係支援	0	0.0%	0	0.0%
ケア方法の統一	0	0.0%	0	0.0%
職員の調整	0	0.0%	0	0.0%
その他ケア	0	0.0%	0	0.0%

n=1

8) 食べられないものを食べようとする

(1) 選択と改善の有無

「食べられないものを食べようとする」に回答が得られたケースは4名(8.2%)であった。そのうち、NPI-Qでは2名改善していたが、「食べられないものを食べようとする」では改善者はいなかった。

表4-37 「食べられないものを食べようとする」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
4	8.2%

表4-38 NPI-Qの改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
4	2名	2名

表4-39 「食べられないものを食べようとする」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
3	0名	3名

(2) 介護者が想定している主な原因(複数回答)

介護者が想定している原因の回答は下表4-40のとおりであった。

表4-40 「食べられないものを食べようとする」の原因

n=3

	改善群; 0名		維持・悪化群; 3名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
食べようとしているのものが何かわからない(物体失認)	0	0.0%	2	66.7%
目についたものを何でも口に入れる	0	0.0%	2	66.7%
空腹である	0	0.0%	0	0.0%
自分にちゃんと食事を準備してくれるか不安である	0	0.0%	0	0.0%
覚醒レベルが低い、せん妄	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「食べられないものを食べようとする」に対するケア（中分類）

「食べられないものを食べようとする」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-4 1のとおりとなった。「食べられないものを食べようとする」の改善した群において実施数の多かったケアは、「その他ケア」「居室環境の調整」「接触量」「趣味活動」「外出支援」「アセスメント」「ケア方法の統一」であり、すべて33.3%（1名）実施されていた。

表4-4 1 「食べられないものを食べようとする」に実施されたケア（中分類）

n=3

	改善群；0名		維持・悪化群；3名	
	数	%	数	%
その他ケア	0	0.0%	3	100.0%
居室環境の調整	0	0.0%	2	66.7%
接触量	0	0.0%	2	66.7%
趣味活動	0	0.0%	2	66.7%
外出支援	0	0.0%	2	66.7%
アセスメント	0	0.0%	2	66.7%
ケア方法の統一	0	0.0%	2	66.7%
会話内容の調整	0	0.0%	1	33.3%
会話方法	0	0.0%	1	33.3%
医療	0	0.0%	1	33.3%
安定化	0	0.0%	0	0.0%
刺激調整	0	0.0%	0	0.0%

9) その他

(1) 選択の有無

「その他」に回答が得られたケースは4名(8.2%)であった。具体的なBPSDの内容は表4-42に示した。

表4-42 「その他」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
4	8.2%

表4-43 「その他」の具体的状態

A氏	食材(米)に対する被害妄想あり。
B氏	食事の際、残り少なくなってくると、指で残っている食事をかき集め、口に運ぶ事が、ほぼ、毎食見られる。
C氏	特に朝食時間は、身体のこわばりが強く座位を保つことも難しい 食事前にトイレを希望するが、トイレでの時間がかかり疲れてしまう 体幹が安定せず、左傾斜してしまう。加えて前屈姿勢になってしまう パンをお茶のコップに入れたり、ティッシュペーパーを食べようとする 介助や声掛けにも拒否をする 自ら1~2口摂取しても閉眼してうつむき、姿勢保持ができない
D氏	摂取に関して、強い拒否がある。

(2) 重症度・頻度

「その他」の重症度・頻度は、下表4-44のとおりであった。軽減ケース1件、維持ケース2件、後評価なしが1件であった。

表4-44 「その他」の変化

	前評価		後評価	
	重症度	頻度	重症度	頻度
A氏	4	4	4	4
B氏	1	3	-	-
C氏	3	3	2	2
D氏	4	4	4	4

重症度	頻度
激しい : 4	いつもある (100%~86%) : 4
強い : 3	よくある (85~51%) : 3
中等度 : 2	たまにある (50~26%) : 2
軽度 : 1	少しある (25%~1%) : 1

(3) 介護者が想定している主な原因（複数回答）

介護者が想定している原因の回答は下表4-45のとおりであった。

表4-45 「その他」の原因

A 氏	前頭側頭型認知症の診断名から推測して非常にこだわりの強い認知症状（精神疾患？）が出現していると思われる。会話は発語が明瞭でなく職員との意思疎通に難あり。また、病的な「こだわり」の一例として、入所当初より、米粒に対する異常な被害妄想（体内で米粒が動き回り悪さをしている）、幻想、幻覚が認められた。ご飯は食べずパン食に限定されている。常に首からタオルをぶら下げ、唾をはきながら口を拭っては食べ物を探している。
B 氏	<ul style="list-style-type: none">・刻み食を召し上がっている為、残り少なくなると、箸でつかみ難い。・まだ食べたいとの思いがあり、指で汁がなくなるまで食べようとされている。・残す事は、いけないと思い、汁等まで残さず食べようとしている。
C 氏	<ul style="list-style-type: none">・夜間、大声での寝言が頻回に聞かれており熟睡できていないのだろうか・起床時は全身のこわばりが強い
D 氏	<ul style="list-style-type: none">・好きな物しか受け付けない・声掛けが気にいらぬ・指示されるのが嫌

(4) 「その他」に対するケア

「その他」に対して実施するケアとしては、表4-46の内容が記述された。

表4-46 「その他」に対するケア

A氏	①アセスメント D-1,2,4 シートの活用、②趣味活動：体操、レクへの参加③医療：入れ歯の調整、④接触量
B氏	・機能維持の為に、箸の使用は継続する。 ・食事の摂取状況を見て、スプーンの使用の声掛けをする。
C氏	・起床時にはカーテンを開けて声をかける ・しっかり覚醒してから食事への誘導 ・呑み込みを確認して介助にて食べてもらう ・姿勢保持が難しい場合は、本人に説明の上で延食にする ・牛乳を飲み内服薬を服用する
D氏	・好きな物を探す。 ・提供する時間を記録し状況を見る（食事前・食事後・起床直前） ・声掛けを何もしない。（ご本人の前に置く）

第5部 考察

1. 平成30年度の事業について

平成30年度は、フルレジストリのWEBシステムのリリースから登録を本格的に開始した。平成29年の10月にシステムをリリースし、平成30年1月末時点で33事例と事例数の確保に課題があった。背景としては、現場の人手不足以外にも、項目の多さやBPSDの出ている認知症の人の少なさ、指導者施設を対象としたことによる母集団の小ささなどの影響が指摘された。そのため、当初の登録システムに準じたミニレジストリを開発し、アルツハイマー型認知症以外の人を対象としたほか、認知症介護指導者以外の施設も協力施設とできることとした。さらに登録を促進するために、WEB上で、紙媒体による調査票をダウンロードできるようにし、調査のスケジュールのための補助資料や、調査自体を研修の一環として取り組むことができるような資料、管理者やスタッフへの説明のための資料等も整備した。登録数は、1月末時点で61事例、BPSD数113件となり、ミニレジストリを広報し登録事例数が、2月末時点で、74事例、BPSD数139件まで増加した。今後登録数がさらに増えるよう取り組みを進めたい。具体的には、①BPSDのケアのアセスメントと評価に関する研修を構築し、研修に合わせて登録を進める、②認知症介護実践研修等での情報提供、③全国老人福祉施設協議会との連携の検討、④認知症介護指導者が一般の施設事業所を訪問して登録する方法、⑤さらに簡易なナノレジストリ実施、などの可能性について検討し、取り組めるところから進めていきたい。

2. ミニレジストリについて

ミニレジストリは、フルレジストリとの連動を崩さないことに留意しながら、登録の負担を軽減し、より効果的にデータ収集することができることをねらって開発を行った。フルレジストリとの主な違いは、①1つのBPSDについてのデータを登録すればよいこと（フルレジストリは生じているBPSDはすべて登録）、②フルレジストリにおける選択項目の削除、③認知症の人本人による評価項目の削減、等により、それまで1時間以上かかることもあった登録時間を30分程度まで削減することができた。順当に登録数も伸びており、今後コンスタントに登録数が増加していくことが期待できる。また、BPSDが生じていないが調査協力の意思がある施設・事業所に対しては、今後BPSDが生じたケースが発生した場合に備え、施設事業所の調査協力同意とWEBシステムのID/パスワードまでは付与するよう進めているほか、認知症介護実践者研修を卒業した介護職員等に対し、調査協力に関する情報提供も開始した。これらの潜在的な協力者の協力も今後得られていくことが期待できる。

3. 登録施設・事業所について

調査は、ミニレジストリのリリース以降は、認知症介護指導者の所属施設でなくても協力可能となったが、平成31年1月31日までに調査に協力の得られた登録施設・事業所は、すべて認知症介護指導者の所属あるいは統括する施設・事業所であった。認知症対応型共同生活介護事業所

が元も多く、次いで介護老人福祉施設の協力が多かった。施設の施設をしているという回答は22.4%であり、認知症介護指導者研修をはじめとして、認知症介護基礎研修修了者が平均7.1名、認知症介護実践者研修修了者が6.1名、認知症介護リーダー研修の修了者が3.1名と各研修の修了者が所属しており、認知症介護に関する研修も半数以上の施設で実施されており、昨年度に引き続き、認知症介護に力を入れている施設・事業所の協力が得られていると言えるだろう。

4. 登録作業員について

登録作業員は、90%以上が認知症介護指導者であった。男性が59.0%女性が41.0%であり、40代が49.2%と最も多く、70%以上が管理職以上であった。調査に際しては、施設・事業所全体の協力が必要となる他、WEBシステムにより登録を行うため、登録にあたりやすい立場の者が登録作業員として選出されているものと考えられる。ほとんどが経験15年以上の者であり、一定の登録の質が確保できていることが期待できる。

5. 登録対象者について

登録対象となった認知症の人は、80代が最も多く、障害高齢者の日常生活自立度がA1、A2が多く、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaの者が最も多かった。要介護度は要介護3が最も多く、全体としてはADLが高く、重症度が中等度から重度の認知症の人の登録がなされたと言える。対象となる施設・事業所を24時間認知症の人の状態を観察できる入居系の施設・事業所としたためであると考えられる。

6. 認知症の人の状態について

1) 身体状況や疾患について

協力の得られた認知症の人のADLは、100点満点で、 52.7 ± 22.8 点とばらつきが大きかった。一方、IADLは、0点の者が男女合わせて21名であり、男性は特に0点または1点であり、低い者が多かった。栄養・身体における、過去3か月での体重の減少は、71.4%で減少なしであり、栄養状態に課題のある者を弁別できていたと考えられる。水分摂取についてはあまり摂取できていない(トータル1500ml以下)が最も多かった。全体として水分摂取が不十分である可能性が示唆される。視力・聴力については、全く見えない、聞こえない者は含まれていなかった。麻痺・または筋力低下がない者が30名であった。IADLを除けば、各項目ともそれぞれの質問の特徴を反映しばらつきのある回答が得られており、今後事例数が増えることによって、これらを軸にした分析も可能になることが期待される。

認知症の原因疾患については、アルツハイマー型認知症を対象としていたが、レビー小体型認知症の人や前頭側頭型認知症の人の診断がある者も登録された。鑑別診断については、精神科・神経内科で約半数であったが、診療科が不明という回答も5件(15.2%)あった。研究としての精度を上げるためには、どこで鑑別診断を受けたかについては重要な項目となるため、明確化できるように引き続き、調査協力者の理解を求めていく必要があるだろう。認知症以外の疾患については、6名(12.2%)が現在治療中の疾患が「なし」、であった。すなわち9割近い対象者が、治療中の疾患を有していた。認知症治療薬については、認知症治療薬は現在本邦で認可されている4

剤とも利用者が登録されていた他、抑肝散、抗精神病薬、抗不安薬、抗パーキンソン薬、睡眠薬を利用しているケースもあった。特に抗精神病薬の利用が多く 24.5%が利用していたほか、6 剤以上の薬を利用しているケースが 29 ケース (59.2%) もあった。多剤を利用していないケースの登録を促進しつつ、BPSD の改善がケアによるものなのか、薬剤の相乗効果なのかを分析することが今後の課題である。

2) 認知機能や認知症の症状について

認知機能については HDS-R によって評価を求めたが、すべてのケースでカットオフ値である 20 点を下回り、4~1 点の者が最も多く 23 名 (46.9%) であり、0 点の者が 11 名いた。DDQ43 によって、症状の傾向を評価したが、認知症非該当あるいは軽度認知障害の弁別項目以外は、少なくとも 1 名以上が該当していた。BPSD のケアを検討する際には、疾患別の分析が重要であるが、認知症は多くが、脳の神経ネットワーク全体が徐々に機能低下する疾患であるため、原因疾患に加えて症状を把握していくことが重要である。今年度までの調査ではほとんどのケースがアルツハイマー型認知症と診断されているが、臨床症状としては、DLB や FTD-bv に特徴的な症状がある者も登録されていた。原因疾患ではなく、実際に生じている症状をふまえたケアを検討する際の項目として活用が期待できる結果が得られた。認知症の病識 (自覚) については、認知症の人に回答を求める項目があり、回答が得られたのが 20 ケース (40.8%) であり、約 6 割が回答不能であった。回答が得られたケースについては、-1 点から 10 点の間で病識低下度 (高得点ほど病識低下) にばらつきがみられた。介護者から見た自覚も 10 名が不明であった。自覚の有無については、ケアのあり方に大きく影響していると考えられるため、より効果的に回答が得られるようデータ収集のあり方について検討したい。

3) うつ状態及びせん妄について

うつ状態は GDS5、せん妄状態を DST により評価したが、うつ状態が示唆されたケースが 16 名であり、せん妄状態が示唆されたケースは 21 名であった。一定程度、うつ状態・せん妄状態が示唆されるケースが含まれた。抗精神病薬の利用による影響も考えられるため、今後、対象者のリクルートや集計・分析において考慮をしていく必要がある。

4) 認知症の人の発言・行動について

認知症の人の発言、行動は、選択項目であったが、39 件 (79.6%) のケースから回答が得られた。BPSD の生じているケースであるが、本人が表現するうれしいこと楽しいことややりたいこと願いといったポジティブな内容についても回答を得ることができた。今後登録数が増えれば、BPSD の状態を詳細に理解したり、BPSD の生じている中での認知症の人の意思や思いを明らかにするデータとなることが期待できる。

7. エンドポイント項目について

BPSD については、NPI-Q で評価した。重症度得点と負担度得点を足した、80 点満点で前後の変化を確認したところ、前評価で約 75%の者が、0 点から 20 点までの中に含まれた。また、全体

としては、NPI が軽減したケースが 65%程度を占めており、BPSD の軽減ケース、維持・悪化ケースがバランスよく集まっていることが確認できた。また、全体の合計値、重症度得点、負担度得点のいずれも後評価が有意に低下しており、収集されたデータの質としては、理想的な形であると考えられる。意欲の評価として用いた Vitaricity Index は、全体としては、前評価—後評価で変化が見られなかった。背景についての検討を進めたい。一方、Short QOL-D も全体の平均値は前評価—後評価で有意に上昇していた。今後ケース数が増加すればエンドポイントの指標として機能することが期待できる。主観的 QOL について評価する QOL-AD は前後評価がそろって登録されたケースが 14 件であった。よりケースを増やして他の項目との関係が検討されることが期待される。

8. 認知症の人に対して実施するケア等について

本領域では、認知症の日々の生活や人間関係について登録する。過去 1 週間の生活については、役割、楽しみ、くつろぎ、交流、外出等の頻度について尋ねている。交流の機会について、最頻値が選択肢の最大値となっており課題が残るが、回答は概ねばらついており、生活の特徴を評価できる項目となっていることが確認された。人間関係は会ったり話したりする家族・親戚、友人、介護スタッフを尋ねているが、友人ではないのが 23 名 (69.7%)、介護スタッフでは 9 人以上が 18 名 (54.5%) であり偏りが見られ課題となった。選択項目として実施している身体的リハビリテーション・療法等の項目においては、37 件の登録があり概ね問題なく登録されていた。また同じく選択項目として、ポジティブケアとして認知症の人のニーズを満たすためのケアを自由記述で最大 5 項目登録する項目を設けたが、前評価で 108 件の回答を得ることができた。QOL-AD の項目を参考に、これらのケアの意図について 14 項目のチェックリストを設け回答を求めるとしているが、後評価では、すべての項目に対するケアが登録されていた。今後 BPSD や QOL の改善—維持・悪化などの基準を設けて質的な分析を実施することを検討したい。

9. 食事の BPSD とケア

1) 課題別の登録結果について

食事に関する BPSD は、その他を含め 9 種類に分類し、調査を開始した。前後で適切に登録の得られた 49 件中、課題として選ばれた数が最も多かったのが、「ほかの人の食事を食べようとする（施設）の 10 件であり、課題としての選択率は 20.4%であった。最も有効回答数の少ない課題は「必要以上に食事を食べようとする」「食事介助を拒否する」の 2 件 (4.1%) であり、全く回答がなかった BPSD がなかったことから、食事に関する BPSD の課題の分類はおおむね適切に行われているものと考えられる。

2) 評価尺度と評価結果について

BPSD の評価に際しては、重症度と頻度を 4 段階に区分した尺度によって前後比較をした他、介護者による評価で行ったケアが有効であったかどうか、判断を求めた。なお、前後比較の尺度については、すべて同一人物が評価を行うよう統一している。最も登録が多い BPSD で 10 ケースということもあり、「激しい」～「軽度」のすべての尺度が埋まっている

状況にはないため、今後の判断が待たれるが、評価が著しく偏っているケースはなかった。これらの評価と NPI-Q による評価について、各 BPSD に評価結果を示したが、NPI-Q の改善—維持・悪化が必ずしも、重症度・頻度の改善—維持・悪化とは対応していなかった。食事における BPSD では状態が改善したものの、NPI-Q には評価値として現れてこなかったケース、逆に NPI-Q では評価に変化が得られたが、重症度・頻度では評価に変化がなかったケースがあった。前者はより細かい生活場面での BPSD の変化について捉えられている可能性があり、後者は、認知症の症状としての生活障害レベルでの行動には改善が見られなかったが、生活全体における BPSD が軽減したケースとして理解できるだろう。ケースが蓄積されてきた場合、これら 2 つの評価を合わせて BPSD の軽減について検討していく必要性が示唆される。

3) BPSD の原因について

各 BPSD の原因について複数回答にて回答を求めたが、それぞれ複数の原因が選択された。また、原因について「不明」にチェックがついた BPSD はなかった。原因は、前評価時と後評価時それぞれに回答を求めたが、各 BPSD で前後で原因の捉え方が変化しているケースが複数あった。実際にケアを実施してみた効果によって原因の捉え方が変化しているものと思われる。前評価時点で介護職がどのように原因を捉えていたか、ケアをした結果原因をどのように捉えなおしたかは、双方重要な視点であり、実際に異なる評価が得られることが明らかとなったため、継続してデータ収集を行っていきたい。BPSD の原因とその背景にある属性や栄養、水分、睡眠、排泄、役割活動、人間関係、自覚等の要因の関係を検討すること、また BPSD の改善ケース・維持・悪化ケースでそれぞれ原因ごとにどのようなケアが行われたか、それらに差があるかどうかは本研究の中核となる重要なデータとなる。これらについて分析が進められるように登録事例数を増やしていく必要がある。

4) 食事に関する BPSD に対するケア

ケアについては、食事に関する BPSD に対するケアとしては、中分類レベルでも「有効である」の分布に BPSD 別で差があった。より事例数を集めて特徴の有無について検討したい。

「食事を食べるのを拒否する」は、有効回答が 3 ケースであったが、そのうち、改善群で実施率が高かったケアは中分類で、安定化、席位置の調整、刺激調整、会話内容の調整、その他のケアの 6 種類のケアであった。食事の場面だけでなく、食事の前段階から落ち着いた生活が営めるような「安定化」のほか、席位置や刺激調整などのような、食事の際の環境を整えるケアに加え会話内容・会話方法といったケアの仕方について工夫がなされたケアが実施率が多かった。

「食事が食べ始められない」は、有効回答が 4 ケースであったが、この状態が改善したケースは登録されなかった。一方 NPI-Q による評価では有効回答 5 ケースのうち、改善群が 4 ケースあり、重症度・頻度の評価とずれが生じていた。後評価における原因の登録において、失認や意欲低下などが選択されていることなどをふまえると、「食べ始められない」とい

う症状自体は軽減しなかったものの、全体としての BPSD は軽減したケースが登録されたことが示唆される。

「食事が途中で止まる」は、有効回答が 7 ケースであった。そのうち改善群は 2 ケース、維持悪化群が 5 ケースと症状自体が改善した群は相対的に少なかった。食事が食べ始められない、と同様、器質的な要因の強い BPSD であり症状自体を軽減することが難しいケースが多いものと推察される。BPSD 自体は、有効回答 8 ケース中 7 ケースで改善していることから「食事が食べ始められない」と同様の傾向の BPSD であることもこの推論を後押ししているだろう。改善した 2 ケースにおいては、アセスメント、ケア方法の統一など理解やケアを統一する取り組みが行われていた他、会話方法、非言語的交流が選択されていた。かかわり方を工夫したケース登録された結果であると考えられる。

「必要以上に食事を食べようとする」は、有効回答が 1 ケースであった。原因としては抑制が効かない、満腹感がない、が選択され、居室環境の調整、ケア方法の統一、会話内容の調整、会話方法などが実施されていた。アルツハイマー型認知症であり、自由記述では記憶障害が影響して食べようとする訴えが増えているケースであり、対応を統一してケアしているケースであった。

「食べたことを忘れ食事を欲しいと訴える」は、有効回答が 4 ケースであったが、改善ケースは得られなかった。繰り返しの訴えは、ケアにおいても苦慮するケースであり、また BPSD としての発生頻度が多いことでも知られている。実施されたケアとしては、その他が最も多く、次いで多いケアとしては記憶補助環境が選択されていた。選択されたケアの幅も広く、対応に苦慮していることが示唆される。より多くのケースを確保し、詳細に分析を進めたい。

「他の人の食事を食べようとする」は、有効回答が 9 ケースと最も多かった。一方、改善群が 3 ケース、維持・悪化群が 6 ケースであり、維持・悪化群の方が多かった。原因としては、「もっと食べたい」の他、「自分の食事がどれかわからない」も選択されており、比較的重症度が高く、対応が難しい BPSD であることが示唆される。その他のケアの選択率が高かった。また、会話内容の調整、接触量などは、改善ケースと悪化ケースでの選択率が他のケアよりも差があり、維持・悪化群での選択率が高かった。一方、人数調整や他者との関係支援、刺激調整などは改善群の方が選択率が高かった。直接的なコミュニケーションで対応するよりも、環境を調整することによって改善したことが示唆される。

「食事介助を拒否する」は、有効回答が 1 ケースであった。この 1 ケースは改善がみられたが、実施したケアのうち実施率が 100%~75%に該当するケアがなかった。今後の登録数拡大を期待したい。

「食べられないものを食べようとする」は有効回答数が 3 ケースであった。3 ケース中に改善ケースは得られなかった。維持・悪化群では、その他のケアが選択率が最も高く、居室環境の調整、接触量、趣味活動、外出支援、アセスメント、ケア方法の統一等が複数選択されていた。原因としては、物体失認や目についたものを口に入れる（口唇傾向）が選択されており、中核症状に近い原因に対する有効なケアが見いだせなかった可能性がある。

「その他」は、有効回答が4ケースであった。前頭側頭型認知症のケースやレビー小体型認知症のケースなど、非アルツハイマー型認知症のケースが登録される割合が多かった。より特殊なBPSDに対するケアを検討するための項目として機能する可能性が示唆される。

5) 今後の分析の可能性

平成30年度の登録は平成29年度と比較し、登録数が倍増したため、中項目レベルでのケアの特徴をBPSD別に探り始めることができた。本格的な統計解析のためにはさらなる登録数の確保が必要となるため、更なる登録拡大を目指したい。特にBPSDの原因の評価と属性や原因疾患、ADL、栄養・水分・排泄・睡眠等の生活状況、加えて役割やくつろぎ等の生活の状況等の関連については、ケアを選択する際のアセスメント指標ともなる重要な分析となると考えられる。加えて、原因とそれに応じたケアについて、改善率の高いケアや改善率と悪化率の差が大きいケアを明らかにすれば、BPSDに応じたケアの指標の一つになると考える。さらに、調査を進めていく中で、調査協力者に対するメリットを提供していくことも調査を推進していく上では重要になる。実際に調査協力施設からも、具体的なメリットを求める声が聴かれるが、一つには、BPSD別に原因やケアの自由記述まとめていく方法が有益であると考えられる。

特に、食事に関するBPSDは、「食事を食べるのを拒否する」といった心理的な要素が大きい課題だけでなく、「食事が食べ始められない」「食事が途中で止まる」と行った認知機能障害の影響が大きい課題、「食事介助を拒否する」といった介護者の介護のしかたの影響が強い課題など幅広くわかれており、状態に応じたケアの特徴をつかむことができれば、現場での介護実践の参考になることが期待できる。

10. 今後の課題

平成30年度は、平成29年度と比較し、調査協力の説明会は行わず、個別に調査協力依頼と登録の支援を行う方法をとった。一斉に多数の調査協力を得ることは難しいが、調査担当者に調査の意義や調査に参加することによるメリットを体感してもらいながら調査を進めることができることで、2回目以降の登録につながれることが期待できる。登録結果を基にした分析を充実させつつ、調査の意義を明確にし登録を促進していきたい。しかし、調査自体は数の力が重要になるため、指導者のいない一般の介護施設・事業所を対象としたことを活かし、全国老人福祉施設協議会等の施設協会の協力を得ながら登録を促進する方法を検討していきたい。

グループホームのような小規模の事業所における登録数が最も多く、期間中複数の登録が得られた事業所もあった。すなわち、実際に登録作業を行うことによって効果や負担感が明らかになり、継続した登録につながっていると考えられる。今後、効果的な登録方法を取りまとめた上で提供することにより、登録を促進できる可能性は十分にあるだろう。調査協力施設の認知症介護指導者との連携を密にし、対策を立てていくこととしたい。

資料 BPSD 別ケア一覧

1. 食事を食べるのを拒否する

中分類	小分類
人数調整	グループ調整
安定化	落ち着く場所づくり
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
記憶補助環境	記憶等の補助環境
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	意向の確認
	本人に理由を尋ねる
	目的・理由・方法を説明
	その他の説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	感謝・賞賛・肯定的な言葉
	頼りにしていることを伝える
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
会話状況	静かな環境で、一人のときにタイミング（行動パターン）に応じた声掛け・付き添い
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
非言語的交流	会話をせず、見守るだけ
	スキンシップの調整
	表情・身振りの調整
生活行為	軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とした
	リーダー、指導者の役割
	仕事や日課の継続
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける
	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施
	体操、レクリエーションへの参加
	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加
外出支援	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
医療	医療相談
	処置の実施
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼
	仲の悪い人と離す

	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
	近隣、知人との交流支援
家族関係支援	家族との連絡調整（手帳含む）
	家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他のケア

2. 食事が食べ始められない（拒否しているわけではない）

中項目	小分類
人数調整	グループ調整
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	意向の確認
	本人に理由を尋ねる
	目的・理由・方法を説明
	その他の説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	感謝・賞賛・肯定的な言葉
会話方法	頼りにしていることを伝える
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
会話状況	静かな環境で、一人のときに
	タイミング（行動パターン）に応じた声掛け・付き添い
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
非言語的交流	会話をせず、見守るだけ
	表情・身振りの調整
生活行為	軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とした
	リーダー、指導者の役割
	仕事や日課の継続
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける
	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施
	体操、レクリエーションへの参加
外出支援	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加

	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
医療	医療相談
	服薬調整
	処置の実施
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼
	仲の悪い人と離す
	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
家族関係支援	家族との連絡調整（手帳含む）
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他のケア

3. 食事が途中で止まる

中項目	小分類
人数調整	グループ調整
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	意向の確認
	本人に理由を尋ねる
	目的・理由・方法を説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	頼りにしていることを伝える
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
非言語的交流	会話をせず、見守るだけ
	表情・身振りの調整
生活行為	軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とした
	リーダー、指導者の役割

	仕事や日課の継続
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける
外出支援	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施
	体操、レクリエーションへの参加
	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加
	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
医療	医療相談
	処置の実施
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼
	仲の悪い人と離す
	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他のケア

4. 必要以上に食事を食べようとする

中項目	小分類
人数調整	グループ調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	意向の確認
	その他の説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	感謝・賞賛・肯定的な言葉
	頼りにしていることを伝える
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
会話状況	タイミング（行動パターン）に応じた声掛け・付き添い
接触量	声掛け・会話・交流の増加

	付き添い、見守りの増加
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を 続ける
	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施
	体操、レクリエーションへの参加
外出支援	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加
	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	仲の悪い人と離す
	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	その他ケア

5. 食べたことを忘れ、食事を欲しいと訴える

中項目	小分類
安定化	落ち着く場所づくり
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
記憶補助環境	記憶等の補助環境
会話内容の調整	その他の説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	感謝・賞賛・肯定的な言葉
	頼りにしていることを伝える
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
非言語的交流	表情・身振りの調整
生活行為	軽作業（家事、炊事、家仕事）を 定期的役割とした
	リーダー、指導者の役割
	仕事や日課の継続
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を 続ける
	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施

	体操、レクリエーションへの参加
外出支援	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加
	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
医療	医療相談
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	仲の悪い人と離す
	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズを チームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他のケア

6. 他の人の食事を食べようとする（施設）

中項目	小分類
人数調整	グループ調整
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	その他の説明
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
医療	医療相談
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	仲の良い人と過ごす支援
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	その他ケア

7. 食事介助を拒否する

中項目	小分類
人数調整	グループ調整
席の位置調整	席位置の調整
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	意向の確認
	その他の説明
	好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）
	感謝・賞賛・肯定的な言葉
	頼りにしていることを伝える
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
非言語的交流	スキンシップの調整
	表情・身振りの調整
生活行為	軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とした
	リーダー、指導者の役割
	仕事や日課の継続
医療	医療相談
	処置の実施
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼
	仲の悪い人と離す
	仲の良い人と過ごす支援
	他の高齢者との交流促進
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
職員の調整（専属、性別、変更等）	専属の職員をつける
	職員の性別を変える
	職員を変更する
その他	自分で食べられるように支援する
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他のケア

8. 食べられないものを食べようとする

中項目	小分類
安定化	落ち着く場所づくり
居室環境の調整	居室環境の調整・整備
刺激調整	視覚刺激の調整
	音等の刺激調整
会話内容の調整	目的・理由・方法を説明
会話方法	傾聴、受容
	会話のスピードの調整
	短い言葉で会話
	本人が分かる言葉を使用
接触量	声掛け・会話・交流の増加
	付き添い、見守りの増加
趣味活動	自宅で以前していた趣味活動を続ける
	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施
	体操、レクリエーションへの参加
外出支援	屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加
	自宅への外出
	一時的に戸外（建物の外）に出る
	好きな場所へ外出し見守る
医療	医療相談
アセスメント	再度情報収集・事実確認
	本人のニーズを（再度）分析
ケア方法の統一	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	ケア方法をチームで確認
	ケア方法をチームで（再）検討
その他ケア	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他

執筆者一覧

第1部 認知症ケアレジストリ研究（BPSD スポット調査）：概要編 第2部 ミニレジストリの開発 第5部 考察	認知症介護研究・研修東京センター 中村考一
第3部 BPSD スポット調査：基本分析編 第4部 食事に関する BPSD とケア編	認知症介護研究・研修東京センター 藤生大我

報告書名

平成 30 年度 認知症ケアレジストリ研究
BPSD スポット調査報告書
～食事に関する BPSD とケア編～

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西1-12-1
TEL:03-3334-2173 FAX : 03-3334-2156

発行年月

平成 31 (2019) 年 3 月