

令和元年度 運営費事業
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～

令和 2 (2020) 年 3 月

認知症介護研究・研修東京センター

【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 事業推進の経過	6
4 令和元年度の取り組み内容	7
5 これまでの登録状況	9
第2部 BPSD スポット調査：基礎統計編・・・・・・・・・・	10
I 基本情報	10
1 登録者登録施設情報	10
2 住環境	12
3 スタッフ教育体制	12
4 登録作業員基本情報	13
5 登録対象者基本情報	15
II 認知症の人の状態	17
1 ADL	17
2 IADL	18
3 栄養・身体	19
4 認知症の診断と治療	23
5 認知機能	28
6 認知症の症候	30
7 認知症の自覚	32
8 うつ状態	33
9 せん妄	33
III エンドポイント	34
IV 認知症の人に対して実施するケア等	41
1 過去1週間の生活	41
2 人間関係	42
第3部 BPSD スポット調査：全体解析・・・・・・・・・・	44
1 前評価結果の横断的分析	44
2 前後評価の分析	49
第4部 BPSD 別分析 食事に関する BPSD とケア編・・・・・・・・・・	52

1	取り扱う BPSD と登録数	52
2	食事を食べるのを拒否するの登録結果	53
3	食べ始められないの登録結果	58
4	食事が途中で止まるの登録結果	62
5	必要以上に食べようとするの登録結果	68
6	食べたのに食事を欲しいと訴えるの登録結果	71
7	他の人の食事を食べようとするの登録結果	76
8	食事介助を拒否するの登録結果	81
9	食べられないものを食べようとするの登録結果	86
10	登録数の最も多い BPSD の分析：食事が途中で止まるの詳細分析	90

第5部 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 97

1	令和元年度の事業について	97
2	登録施設・事業所及び登録作業者について	97
3	登録対象者について	98
4	認知症の人の状態について	98
5	認知症の人に対して実施するケア等	99
6	エンドポイントについて	99
7	BPSD の原因とケアについて	101
8	今後の課題	106

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、当該調査の令和元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「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	● セミナーの実施（実施済） ● 調査項目の検討 ● 登録結果の解析	● 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、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

本調査では、登録者数の拡大を図るため、平成 30 年度により項目を絞り込み、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。

3) BPSD スポット調査の対象

(1) 調査協力施設の要件

フルレジストリの協力施設は、①～④を要件とし、ミニレジストリは、①を除く、②～④を調査協力施設の要件としている。

- 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	InternetExplorer 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

調査期間は、2021 年 12 月 31 日までとし、順次登録を募集する形式としている。

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。フルレジストリとミニレジストリの項目数の差を表 1－4 に示す。

具体的には、ミニレジストリでは、IADL と HDS-R が選択項目になっているほか、DDQ43 の項目数を減じであり、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のみ登録することとした。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 B P S D はすべて登録としていたところを、1 つの B P S D についての登録でも可能とすることとした。

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(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		

表1-4 フルレジストリとミニレジストリの項目数

	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				
DDQ 4 3	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	

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。*ただし、認知症ケアの標準化に関する研究費において支出。

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、個人情報の漏洩の防止、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 事業推進の経過

本事業は、平成 27 年に「時間軸を念頭に適切な医療・ケアを目指した、認知症の人等の全国的な情報登録・連携システムに関する研究」の分担研究「認知症ケアの標準化に関する研究」として開始した研究であり、現在は、前掲表 1-1 の様に区分して研究を進めている。

平成 27 年には、調査項目を検討したうえで、WEB 上にデータ登録システムを構築し、Feasibility study を実施した。Feasibility study における調査項目は、入居系 601 項目、在宅系 664 項目とし、認知症介護研究・研修東京センターを修了した認知症介護指導者（以下、指導者）708 名に調査協力の募集を行い、調査協力に同意の得られた 58 名の指導者により、在宅系 72 名、入居系 107 名、合計で 179 名の認知症者に関する情報の登録を得ることができた。ただし、また、当初作業に協力できる見込みと回答のあった指導者及び当該施設・事業所のスタッフ数は、135 名であったが、実際に登録が得られたのは 91 名（在宅系 41 名、入居系 50 名）と協力のプロセスにおいて脱落する者が一定数いた他、作業に際する負担に関して、自記式アンケート調査票（以下、アンケート）にて回答を求めたところ、67 名（在宅 27 名、入居系 39 名）の協力者の内、在宅系 56.4%、入居系 51.8%が「かなり負担がある」、「まあ負担がある」と回答するなど、調査項目の量や調査の方法について課題が残った。

平成 28 年には、Feasibility study の結果を踏まえ、3 センターで検討を進めたほか、調査協力者に対してヒアリングを行う等により、調査プロトコル及び調査項目の検討を行った。検討の結果、BPSD に対するケアの効果をスポット的に調査する「BPSD スポット調査」と認知症の人の BPSD 等の経年変化を追跡する「長期追跡調査」の可能性が検討され、まずは BPSD スポット調査を実施することとし、システムの再構築に着手した。

平成 29 年は、BPSD の倫理審査を行い、同時に調査協力施設の募集を開始した。当該年度中に、13 回の説明会を実施し、108 施設に対して調査に関する説明を行い、74 施設・事業所から調査協力の申し込みを得た。BPSD スポット調査の WEB システムのリリースは、平成 29 年 10 月となった。リリースから平成 30 年 1 月 31 日までに、BPSD の登録数は 77 件と伸び悩み、登録の負担軽減と登録者数の確保策が大きな課題となった。

平成 30 年度は、登録数拡大のためにこれまでの調査に加えて、認知症の人による評価や選択項目を減じた、BPSD スポット調査（ミニレジストリ）を開発し倫理委員会の承認を得た。ミニレジストリでは、対象要件をアルツハイマー型認知症の鑑別診断を受けた者、から拡大し、認知症の診断を受けた者であれば可能とすることとしたほか、フルレジストリの項目を減じる形（新たな項目は追加しない方針）で、項目を精査した。加えて、生じている BPSD すべての状態とそれに対するケアを登録する方法から、対象とする BPSD を絞って、認知症の人の状態とケアを登録

する方法にした。結果、登録にかかる時間を半分以下（前評価 40～30 分程度、後評価 30～20 分程度）に減じることができた。調査協力施設数は、2017 年度末の 74 施設から 120 施設と 46 施設増となり、登録された BPSD 数は 79 件から、113 件に増加した（2019.1）。

これまでの 4 年間の研究開発により、BPSD とそのケアに対する情報を蓄積するシステムが構築できたことは、大きい成果である。今後、登録数を重ね、BPSD の軽減に資するケアを検討するためのデータを提供していくことが課題となっている。

表 1-5 調査の経過

年度	研究開発内容
平成 27 年度 (10 月～)	事業計画の作成、システム構築、Feasibility study
平成 28 年度	調査に対するヒアリング、調査項目・プロトコルの精査、システム再構築
平成 29 年度	倫理審査、調査協力施設募集、システム完成・調査開始
平成 30 年度	ミニレジストリの構築

4 令和元年度の取り組み内容

1) 一斉調査の実施

以上を踏まえ、令和元年度は、全国老人福祉施設協会（以下、老施協）の後援を得て、一斉調査をすることとした。調査の概要は、下表 1-6 の通りとした。調査に際しては、再度倫理審査を行い、紙媒体による調査も実施可能として調査を実施した。調査に際し、老施協担当者等と 2 回打ち合わせを実施した。

表 1-6 調査概要

調査表発送先	全国老人福祉施設協会会員施設・事業所
抽出方法	当該協会名簿により、地域の比率を考慮したうえで、無作為に 2000 施設を抽出し、調査協力依頼を郵送。調査協力は、すぐに調査は実施しないものの、調査協力施設として登録する形式（登録のみ）と、実際に BPSD の登録に進む形式を選択できることとした。
調査期間	調査協力申し込み 令和元年 10 月 7 日～10 月 31 日 前評価期間 同 11 月 1 日～11 月 30 日 後評価期間 同 12 月 1 日～12 月 31 日
回答方法	WEB 登録に加え、紙媒体による調査も可とした。
謝礼	QUO カード 1,500 円分 (*ただし、認知症ケアの標準化に関する研究より支出)

2) 一斉調査の結果

2000 か所に調査票を発送した結果、調査に協力の得られた施設・事業所は 61 件（3.05%）であった(表 1－7)。協力の得られた施設のうち、登録のみの施設が 18 件（29.5%）であり、すぐ調査に協力すると回答が得られたのが、43 件（70.5%）であった(表 1－8)。すぐに調査協力できると回答のあった施設事業所の内、WEB 調査による協力が、25 件（58.1%）であり、質問紙による調査協力が 18 件（41.9%）であった（表 1－9）。更に、それら 43 件の施設・事業所について、調査協力依頼及び倫理的配慮の説明書及び同意書を送付したところ、最終的に調査協力に同意が得られた施設事業所数は、36 か所であり、そのうち前評価の入力が得られた施設・事業所が 33 か所、後評価まで入力が得られた施設事業所が 30 か所であった（令和 2 年 3 月 11 日時点）(表 1－10)。

表 1－7 調査協力状況①

発送施設	2000	施設
協力施設数	61	施設
協力率（%）	3.05	%

表 1－8 調査協力状況②

		n=61
	件数	%
登録のみ	18	29.5
すぐ調査	43	70.5

表 1－9 調査協力状況③

		n=43
	件数	%
WEB	25	58.1
紙	18	41.9
合計	43	100.0

表 1 - 1 0 調査協力状況④

	件数	%
調査協力依頼発送	43	100.0
調査協力開始	36	83.7
前評価済み	33	76.7
後評価済み	30	69.8

5 これまでの登録状況

1) 登録状況

前項で示した一斉調査の結果を合わせると、令和 2 年 3 月 11 日までに、協力の得られた施設・事業所数は、196 施設・事業所となった。また、前評価まで登録の得られた認知症の人の数は、150 人、BPSD 数では 297 件となった。平成 30 年 2 月末時点と比較すると、登録された認知症の人の数は延べ 89 名の増加、BPSD 数は、184 件の増加となった。

2) 集計・解析の対象

本報告書においては、令和 2 年 1 月 7 日までに前評価の登録の得られた 139 人の登録結果を解析することとした。なお、この 139 名については、同一人物についてこのなる時期に登録したケースを含んでいる。また、集計・解析の対象にはフルレジストリも含むほか、ミニレジストリであっても、複数の BPSD について登録した者もいたことから、BPSD 数としては、前評価で延べ 267 件、後評価まですべて完了したデータとして延べ 176 件となる。本報告書においては、後評価まで完了した 176 件を N として報告を進めていくこととする。

第2部 BPSD スポット調査：基礎統計編

第2部では、BPSD スポット調査で得られたデータの基礎統計を示す。本年度は、ミニレジストリを中心にデータ収集を行ったため、全体の分析についても、ミニレジストリのデータを用いた解析を行っていくこととする。基本情報においても、ミニレジストリの項目に絞って報告する。

I 基本情報

1 登録者登録施設情報

現在登録の得られている施設・事業所の実数は、84 施設・事業所であった。

1) 法人種別

84 施設・事業所の法人種別は、実数で見ると、社会福祉法人が最も多く、54 名（64.3%）であり、次いで有限会社 13 名（15.5%）であった。

表 2 - 1 法人種別（回答施設別）

	N=84	
	実数	
	件数	%
社会福祉法人	54	64.3
株式会社	5	6.0
有限会社	13	15.5
NPO 法人	1	1.2
医療法人	5	6.0
社団法人・財団法人	1	1.2
その他	5	6.0

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、介護老人福祉施設が最も多く 40 施設 (47.6%) であった。

表 2 - 2 サービス種別 (複数回答: 回答施設別・登録者数別)

N=84

	協力数	(%)
介護老人福祉施設	40	47.6
介護老人保健施設	3	3.6
療養型医療施設	1	1.2
訪問介護	2	2.4
訪問入浴	0	0.0
訪問看護	1	1.2
訪問リハビリ	1	1.2
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	0	0.0
通所介護 (デイサービス)	7	8.3
通所リハビリ	1	1.2
療養通所介護	0	0.0
認知症対応型通所介護	3	3.6
短期入所生活介護	4	4.8
短期入所療養介護	0	0.0
認知症対応型共同生活介護	30	35.7
小規模多機能型居宅介護	3	3.6
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	1	1.2
居宅介護支援事業所	4	4.8
特定施設	2	2.4
法人本部	2	2.4
その他	5	6.0

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2-3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2-3 施錠の有無

N=84		
	該当数	(%)
門を施錠している	1	1.2
施設の玄関にしている	13	15.1
フロアにしている	4	4.7
施錠はしていない	26	30.2
無回答	26	30.2

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3.1、実践者研修修了者が平均6.7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2-4 認知症介護研修修了者数

N=84			
	有効回答数	平均値	SD
認知症介護基礎研修修了者数	32	3.1	8.6
認知症介護実践者修了者数	41	6.7	4.7
認知症介護実践リーダー研修修了者数	41	3.1	3.0
認知症介護指導者養成修了者数	41	1.1	0.9

4 登録作業員基本情報

調査を統括した登録作業員の実人数は、88名であった。性別は男性53名（60.2%）、女性35名（39.8%）であり、年代としては40代が最も多く56.8%であった。サービス種別としては、介護老人福祉施設に所属している者が最も多く、45名（51.1%）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2-5 登録作業員基本情報

N=88

基本情報		回答数 (%)
性別	男性	53 (60.2)
	女性	35 (39.8)
年代 (登録終了時)	20代	1 (1.1)
	30代	12 (13.6)
	40代	50 (56.8)
	50代	14 (15.9)
	60代	11 (12.5)
	70代	0 (0.0)
サービス種別(複数 回答)	介護老人福祉施設	45 (51.1)
	介護老人保健施設	3 (3.4)
	療養型医療施設	0 (0.0)
	訪問介護	1 (1.1)
	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 (1.1)
	通所介護(デイサービス)	14 (15.9)
	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	6 (6.8)
	短期入所生活介護	13 (14.8)
	短期入所療養介護	0 (0.0)
	認知症対応型共同生活介護	33 (37.5)
	小規模多機能型居宅介護	3 (3.4)
	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	1 (1.1)
	居宅介護支援事業所	5 (5.7)
	特定施設	5 (5.7)
	法人本部	6 (6.8)
	その他	3 (3.4)

基本情報		回答数 (%)
職位	一般職	20 (22.7)
	監督職	13 (14.8)
	管理職	39 (44.3)
	経営職	12 (13.6)
資格 (複数回答)	介護福祉士	57 (64.8)
	社会福祉士	21 (23.9)
	看護師	7 (8.0)
	保健師	0 (0.0)
	精神保健福祉士	0 (0.0)
	理学療法士	1 (1.1)
	作業療法士	4 (4.5)
	介護支援専門員	65 (73.9)
	認知症介護指導者	55 (62.5)
	認知症ケア専門士	23 (26.1)
	その他	8 (9.1)
経験年数	10 年未満	5 (5.7)
	10 年以上 15 年未満	21 (23.9)
	15 年以上 20 年未満	29 (33.0)
	20 年以上 25 年未満	19 (21.6)
	20 年以上	11 (12.5)

N A は、集計に含めていない

5 調査対象者基本情報

前述の通り、本報告においては、令和2年1月7日までに前評価の登録の得られた139人の登録結果を解析することとした。なお、本調査では同一の認知症の人が時期をずらし複数回登録することを認めており、この139名については、同一人物について異なる時期に登録したケースを含んでいる。また、集計・解析の対象にはフルレジストリにより登録された者も含んでいる。加えて、ミニレジストリであっても、複数のBPSDについて登録した者もあった。

本調査は、BPSDを軸にして、有効である確率の高いケアを検討することを目的にしていることを踏まえ、後評価まですべて完了したデータ延べ176件について報告する。本章以降の解析に対応した属性情報については、解析の趣旨に合わせて、データのクリーニングの過程も示しつつ、別途示すこととする。

調査対象者の属性については、男性30名（17.0%）、女性143名（81.3%）であり、居室形態は、83.0%が個室を利用していた。障害高齢者の日常生活自立度は、A2が最も多く58名（33.0%）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、66名（37.5%）であった。要介護度として最も多かったのが要介護4であり、54名（30.7%）であった。年齢は86.3±4.7歳であった。

表 2 - 6 調査対象者基本情報

		n=176	
		人数	%
性別	男性	30	17.0
	女性	143	81.3
	未登録	3	1.7
居室形態	居室（個室）	146	83.0
	準居室	0	0.0
	2人部屋	6	3.4
	4人部屋	24	13.6
障害高齢者の 日常生活自立度	自立	0	0.0
	J1	2	1.1
	J2	13	7.4
	A1	46	26.1
	A2	58	33.0
	B1	13	7.4
	B2	41	23.3
	C1	0	0.0
	C2	2	1.1
	不明	1	0.6
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立	0	0.0
	I	0	0.0
	II a	5	2.8
	II b	18	10.2
	III a	66	37.5
	III b	40	22.7
	IV	42	23.9
	M	5	2.8
	不明	0	0.0
要介護度	要支援1	2	1.1
	要支援2	10	5.7
	要介護1	12	6.8
	要介護2	30	17.0
	要介護3	50	28.4
	要介護4	54	30.7
	要介護5	17	9.7
	区分変更申請中	1	0.6
	不明	0	0.0

表 2 - 7 対象者の年齢

n=176	
平均値±SD	86.3±4.7
最大	97
最小	68

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、平均 50.3 ± 25.2 点であり、最大値 100 点、最小値 0 点であった。分布としては、20 点刻みで数えたところ、61 点から 80 点が最も多く 49 名 (27.8%) であった。

表 2 - 8 ADL の平均値、最大値、最小値

n=176	
平均値 $\pm$ SD	50.3 ± 25.2
最大	100
最小	0

表 2 - 9 ADL の分布

n=176					
点数	0~20	21~40	41~60	61~80	81~100
人数	27	38	43	49	19
%	15.3	21.6	24.4	27.8	10.8

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 0.27 ± 0.45 点、女性 0.67 ± 0.82 点と低く、0 点の者が男性 22 名 (73.3%)、女性 71 名 (51.8%) と、半数以上を占めた。

表 2 - 1 0 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=30	0.27 ± 0.45	1	0
女性 (MAX8 点) n=137	0.67 ± 0.82	3	0

N A は、集計に含めていない

表 2 - 1 1 IADL の分布

			0 点	1 点	2 点	3 点	4 点	5 点	6 点	7 点	8 点
前評価 完了	男性	人数	37	8	0	0	0	0	0	0	0
	n=45	%	82.2	17.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	女性	人数	126	52	21	5	1	0	0	0	0
	n=205	%	61.5	25.4	10.2	2.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
全登録 完了	男性	人数	22	8	0	0	0	0	0	0	0
	n=30	%	73.3	26.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	女性	人数	71	45	16	5	0	0	0	0	0
	n=137	%	51.8	32.8	11.7	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

N A は、集計に含めていない

3 栄養・身体

栄養・身体に関する項目について、過去3か月間の体重減少がある者は29名（16.5%）であり、分からないという回答が9名（5.1%）あった。視力は、見えるが124名（70.5%）であり、聴力が聞こえるが111名（63.1%）であった。麻痺や筋力低下については、なしが、106名（60.2%）であった。水分摂取量は、トータル1500ml～1000mlが最も多く、前評価で98名（55.7%）、後評価で86名（4.9%）であり、50名（28.4%）の者が水分摂取量が増加していた。過去1週間で朝まで熟睡できた日数は、前評価の平均 4.9 ± 2.4 日、後評価の平均が 5.3 ± 2.2 日であり、熟睡日数が増がした者が48名（27.3%）であった。平均睡眠時間は前評価で 7.8 ± 2.1 時間、後評価で 8.0 ± 1.9 時間であった。平均睡眠時間が増えた者は34名（19.3%）であった。過去1週間で排泄のあった日数は、前評価で 3.39 ± 1.67 日、後評価で 3.38 ± 1.71 日であった。排泄のあった日数が増えた者は53名（30.1%）であった。

表2-12 栄養・身体に関する回答

		n=176
		人数
過去3か月間の体重の減少	3kg以上の減少	6
	1～3kgの減少	23
	増減なし	138
	わからない	9
視力	見える	124
	やや見えにくい	44
	かなり見えにくい	7
	全く見えない	1
聴力	聞こえる	111
	やや聞こえにくい	49
	かなり聞こえにくい	16
	全く聞こえない	0
麻痺や筋力低下	左上肢麻痺等	8
	右上肢麻痺等	8
	左下肢麻痺等	65
	右下肢麻痺等	64
	手指麻痺等	6
	麻痺等_なし	106

表 2 - 1 3 水分摂取の状況

n=176

	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
トータルで 1 日 2000 ml~2500 ml	8	4.5	24	13.6
トータル 2000 ml~1500 ml	49	27.8	59	33.5
トータル 1500 ml~1000 ml	98	55.7	86	48.9
1000ml 以下	20	11.4	6	3.4
不明	1	0.6	1	0.6

表 2 - 1 4 水分摂取の増減

n=176

	人数	%
水分摂取増	50	28.4
維持	118	67.0
水分摂取減	8	4.5

表 2 - 1 5 過去 1 週間の熟睡日数

n=176

	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	4.9±2.4	5.3±2.2
最大値	7	7
最小値	0	0

表 2 - 1 6 熟睡の日数分布

n=176

	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
7 日	81	46.0	85	48.3
6 日	8	4.5	21	11.9
5 日	19	10.8	19	10.8
4 日	22	12.5	11	6.3
3 日	4	2.3	11	6.3
2 日	18	10.2	10	5.7
1 日	3	1.7	3	1.7
0 日	18	10.2	13	7.4

「3.5 日」の回答を「4 日」に分類/NA は、集計に含めていない

表 2 - 1 7 熟睡日数の増減

n=176		
	人数	%
熟睡日数増	48	27.3
維持	111	63.1
熟睡日数減	14	8.0

N A は、集計に含めていない

表 2 - 1 8 過去 1 週間の平均睡眠時間

n=176		
	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	7.8±2.1	8.0±1.9
最大値	12	12
最小値	1.5	2

表 2 - 1 9 平均睡眠時間の増減

n=176		
	人数	%
平均睡眠時間増	34	19.3
維持	124	70.5
平均睡眠時間減	18	10.2

表 2 - 2 0 過去 1 週間で排泄のあった日数

n=176

	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	3.39±1.67	3.38±1.71
最大値	7	7
最小値	0	0

表 2 - 2 1 排泄のあった日の日数分布

n=176

	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
7 日	1	0.6	11	6.3
6 日	30	17.0	14	8.0
5 日	20	11.4	20	11.4
4 日	20	11.4	23	13.1
3 日	39	22.2	47	26.7
2 日	47	26.7	45	25.6
1 日	18	10.2	11	6.3
0 日	1	0.6	5	2.8

「5.5 日」の回答を「6 日」に分類/NA は、集計に含めていない

表 2 - 2 2 排泄のあった日数増減

n=176

	人数	%
排便のあった日数増	53	30.1
維持	92	52.3
排便のあった日数減	31	17.6

4 認知症の診断と治療

対象者の原因疾患については、アルツハイマー型認知症の者が最も多く 155 名（88.1%）であった。ついで、レビー小体型認知症の者が 18 名（10.2%）、前頭側頭型認知症 13 名（7.4%）と続いた。血管性認知症の者は 6 名（3.4%）であった（表 2-23）。現在治療中の疾患については、複数回答で、高血圧が最も多く、81 名（46.0%）であり、次いで、その他 41 名（23.3%）、心疾患 35 名（19.9%）と続いた。

認知症治療薬の服薬状況については、ドネペジル塩酸塩を服薬している者が前評価で 42 名（23.9%）、後評価で 41 名（23.3%）、メマンチン塩酸塩を服薬している者が前評価で 57 名（32.3%）、後評価で 64 名（36.4%）、ガランタミン臭化水素酸を服薬している者が前評価で 14 名（8.0%）、後評価でも 14 名（8.0%）、リバスチグミンを利用している者が前評価で 17 名（9.7%）、後評価で 19 名（10.7%）であった（表 2-24）。

認知症治療薬以外では、抑肝散を服薬している者が、前評価で 72 名（40.9%）、後評価で 73 名（41.5%）、抗精神病薬を服薬している者が前評価で 61 名（34.7%）、後評価で 69 名（39.2%）、抗不安薬を服薬している者が前評価で 27 名（15.3%）、後評価で 31 名（17.6%）、抗パーキンソン薬を服薬している者が前評価で 15 名（8.5%）、後評価で 16 名（9.1%）睡眠薬を利用している者が前評価で 64 名（36.5%）、後評価で 54 名（30.7%）であった。（表 2-25）

利用している薬剤数の平均値は前評価で 7.0 ± 3.5 種類、後評価で 7.1 ± 3.4 種類であった（表 2-26）。また、利用している薬剤数の分布は表 2-27 に示した。

表 2 - 2 3 原因疾患及び治療中の疾患

		n=176	
		人数	%
原因疾患 (複数回答)	アルツハイマー型認知症	155	88.1
	血管性認知症	6	3.4
	レビー小体型認知症 (認知症を伴うパーキンソン病)	18	10.2
	前頭側頭型認知症	13	7.4
	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	3	1.7
	その他	2	1.1
現在治療中 の疾患 (複数回答)	高血圧	81	46.0
	脳卒中(後遺症)	6	3.4
	心疾患	35	19.9
	糖尿病	16	9.1
	高脂血症(脂質異常症)	17	9.7
	呼吸器疾患	11	6.3
	胃腸・肝臓・胆のう疾患	27	15.3
	腎臓・前立腺の疾患	17	9.7
	筋骨格系疾患(骨粗しょう症)	24	13.6
	外傷	0	0.0
	がん	1	0.6
	血液・免疫疾患	5	2.8
	うつ病	6	3.4
	パーキンソン病	11	6.3
	目の病気	18	10.2
	耳の病気	0	0.0
	その他	41	23.3
	なし	33	18.8

表 2 - 2 4 服薬状況

n=176

		前評価		後評価	
		人数	%	人数	%
ドネペジル 服薬状況	0.5%1g	1	0.6	1	0.6
	3mg	0	0	0	0
	5mg	34	19.3	34	19.3
	10mg	6	3.4	6	3.4
	1%1g	0	0	0	0
	その他の処方	1	0.6	0	0
	服薬していない	134	76.1	135	76.7
メマンチン 服薬状況	メマリー5mg	7	4	9	5.1
	メマリー10mg	12	6.8	12	6.8
	メマリー20mg	38	21.6	43	24.4
	その他の処方	0	0	0	0
	処方していない	119	67.6	112	63.6
ガラントミン 服薬状況	レミニール 4mg×2	2	1.1	2	1.1
	レミニール 8mg×2	7	4	7	4
	レミニール 12mg×2	3	1.7	3	1.7
	レミニール OD 錠 4mg	2	1.1	2	1.1
	その他の処方	0	0	0	0
	利用していない	162	92	162	92
リバスチグミン 服薬状況	パッチ 4.5mg	10	5.7	10	5.7
	パッチ 9mg	0	0	2	1.1
	パッチ 13.5mg	0	0	0	0
	パッチ 18mg	7	4	7	4
	その他の処方	0	0	0	0
	利用していない	159	90.3	157	89.2

N A は表中に表示していない

表 2 - 2 5 抗認知症薬以外の処方状況

		n=176			
		前評価		後評価	
		人数	%	人数	%
抑肝散服薬状況	2.5g×1 回	3	1.7	7	4
	2.5g×2 回	19	10.8	17	9.7
	2.5g×3 回	36	20.5	34	19.3
	その他の処方	14	8	15	8.5
	利用していない	104	59.1	103	58.5
抗精神病薬状況	利用している	61	34.7	69	39.2
	利用していない	115	65.3	107	60.8
抗不安薬状況	利用している	27	15.3	31	17.6
	利用していない	149	84.7	145	82.4
抗パーキンソン薬状況	利用している	15	8.5	16	9.1
	利用していない	161	91.5	160	90.9
睡眠薬状況	利用している	64	36.4	54	30.7
	利用していない	112	63.6	122	69.3

N A は表中に表示していない

表 2 - 2 6 現在服薬・利用している薬剤数（1 人あたり種類）

n=176		
	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	7.0±3.5	7.1±3.4
最大値	15	14
最小値	1	1

表 2 - 2 7 服薬・利用している薬剤数分布（1 人あたり種類）

n=176

	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
1 剤	2	1.1	1	0.6
2 剤	16	9.1	15	8.5
3 剤	17	9.7	12	6.8
4 剤	10	5.7	13	7.4
5 剤	24	13.6	20	11.4
6 剤	21	11.9	21	11.9
7 剤	15	8.5	23	13.1
8 剤	15	8.5	15	8.5
9 剤	13	7.4	13	7.4
10 剤	14	8.0	16	9.1
11 剤	5	2.8	5	2.8
12 剤	9	5.1	7	4.0
13 剤	3	1.7	3	1.7
14 剤	9	5.1	12	6.8
15 剤	3	1.7	0	0.0
16 剤	0	0.0	0	0.0

N A は表中に表示していない

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 は、ミニレジストリにおいては、選択項目として設定している。

HDS-R の平均値は、平均 3.5 ± 4.5 点であり、最大値 25 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 2－28 HDS-R の選択状況

n=176		
	人数	%
HDS-R 選択なし	20	12.8
HDS-R 選択あり	156	88.6

表 2－29 HDS-R の平均値、最大値、最小値

n=156	
平均値±SD	3.5 ± 4.5
最大値	25
最小値	0

表 2 - 3 0 HDS-R の分布

	n=156	
	人数	%
0 点	57	36.5
1 点	18	11.5
2 点	8	5.1
3 点	12	7.7
4 点	19	12.2
5 点	5	3.2
6 点	5	3.2
7 点	10	6.4
9 点	1	0.6
10 点	6	3.8
11 点	3	1.9
12 点	6	3.8
13 点	1	0.6
15 点	2	1.3
17 点	1	0.6
18 点	0	0.0
19 点	1	0.6
20 点	0	0.0
25 点	1	0.6

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、244 名(91.4%)が該当した。

表 2 - 3 1 DDQ43 の該当者

		n=176	
		該当	%
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	問 2 買い物に行けば必要なものを必要なだけ買える	1	0.7
または健常	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	13	8.6
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	49	32.5
(アルツハイマー型認知症)	問 6 最初の症状はもの忘れだ	90	59.6
	問 7 物忘れが主な症状だ	117	43.8
	問 8 置き忘れやしまい忘れが目立つ	112	41.9
	問 9 日時が分からなくなった	159	59.6
	問 10 できないことに言い訳をする	74	27.7
	問 11 他人の前では取り繕う	92	34.5
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	53	19.9
(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	45	16.9
	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	36	13.5
	問 15 誰かが家の中に居るという	36	13.5
	問 16 介護者など身近な人を別人と間違える	36	13.5
	問 17 小股で歩く	52	19.5
	問 18 睡眠中に大声や異常な行動をとる	30	11.2
	問 19 失神（短期間気を失う）や立ちくらみがある	11	4.1
	問 20 転倒する	52	19.5
	問 21 便秘がある	104	39.0
	問 22 動作が緩慢になった	60	39.7
	問 23 悲観的である	41	27.2

		n=176	
		該当	%
VD	問 24 やる気がない	44	29.1
(血管性認知症)	問 25 シャベるのが遅く、言葉が不明瞭	36	23.8
	問 26 手足にまひがある	7	4.6
	問 27 飲み込みにくく、むせることがある	37	24.5
	問 28 感情がもろくなった (涙もろい)	24	15.9
	問 29 思考が鈍く、返答が遅い	44	29.1
FTD-bv	問 30 最近嗜好の変化があり、甘いものが好きになった	24	9.0
(前頭側頭型認知症)	問 31 以前よりも怒りっぽくなった	76	28.5
	問 32 同じ経路でぐるぐると歩き回ることがある	62	23.2
	問 33 我慢できず、些細なことで激高する	68	25.5
	問 34 些細なことでいきなり怒り出す	96	36.0
	問 35 こだわりがあるまたはまとめ買いをする	36	13.5
	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	14	5.2
	問 37 コロコロと気が変わりやすい	68	25.5
	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	15	5.6
FTD-bv、アカシ ジア	問 39 じっとしていられない	57	21.3
NPH (正常圧水 頭症)	問 40 尿失禁がある	129	48.3
	問 41 ボーっとしている	45	29.8
	問 42 摺り足で歩く	55	36.4
失語症	問 43 言葉が減った	66	24.7
	問 44 物の名前が出ない	118	44.2

7 認知症の自覚

認知症の自覚は、ミニレジストリにおいては、項目を絞り、登録担当の介護職員から見た本人の自覚について評価する質問を1問設定している。回答が最も多かったのは、前評価完了データ、後評価完了データとも共通であり、認知症であることを自覚できていないであり、前評価完了データでは、189人（70.8%）、全登録完了データでは、128人（72.7%）であった。

表 2－3 2 介護職員からみた自覚

n=176		
	人数	%
認知症であることを自覚できていない	128	72.7
認知症であることを自覚できていない場合がある	11	6.3
ほぼ自分が認知症であることを意識できている	1	0.6
不明	36	20.5

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、5項目について、本人が「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。回答不能の者が前評価完了データで126人（47.2%）、全登録完了データで65人（36.9%）いた。前評価完了データの平均点は、 1.9 ± 1.6 点であり、全登録完了データの平均点は、 1.8 ± 1.6 点であった。

表 2－3 3 GDS5 の平均値、最大値、最小値

n=176	
平均値	1.8 ± 1.6
最大値	5
最小値	0

表 2－3 4 GDS5 の分布

n=176		
	人数	%
2点以上の人数	59	33.5
2点未満の人数	52	29.5
回答不能の人数	65	36.9

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 119 名 (44.6%) であった。

表 2 - 3 5 DST の該当者

全登録完了 n=176		
	人数	%
「せん妄の可能性あり」該当	94	53.4
「せん妄の可能性あり」非該当	82	46.6

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 との関係性を明らかにするため、Vitality Index, short QOL-D を項目として採用している。NPI-Q の前評価、後評価における平均値、標準偏差、最大値、最小値及び前後変化の結果、重症度・負担度・総合点の変化量の分布を、表 2-36～表 2-39 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）していた。重症度の変化量の分布では 0 点（維持）が最も多く 49 名（27.8%）であり、負担度では -1 点が最も多く、44 名（25.0%）、総合点では、0 点が最も多く、32 名（18.2%）であった。NPI-Q の下位項目別の平均値を表 2-40～表 2-43 に示した。下位項目の重症度の平均値が高かった項目は、前評価では易怒性であり 1.25 ± 1.07 であった。後評価では、興奮が最も高く 0.92 ± 1.05 点だった。負担度の平均値が最も高かった項目は、前評価では易怒性であり、 1.72 ± 1.73 点であり、後評価では、興奮の 1.06 ± 1.21 点が最も高かった。各下位項目で重症度の回答が「なし」にならない、下位項目の症状が生じている者を数えたところ、前評価では易怒性が最も多く 113 名（64.2%）であり、後評価でも同じく、易怒性が最も多く 95 名（54.0%）であった。

Vitality Index の前評価、後評価における平均値、標準偏差、最大値、最小値及び前後変化の結果、重症度・負担度・総合点の変化量の分布は、表 2-44～表 2-46 に示した。Vitality Index は後評価で 0.1 ポイント程度平均値が上昇（改善）しており、値が増加した者は、45 名（25.6%）であった。変化量の分布としては、0 点が最も多く 113 名（64.2%）であった。

short QOL-D の前評価、後評価における平均値、標準偏差、最大値、最小値及び前後変化の結果、重症度・負担度・総合点の変化量の分布は、表 2-47～表 2-49 に示した。short QOL-D は後評価で 1.6 ポイント程度平均値が上昇（改善）しており、値が増加した者は、100 名（56.8%）であった。変化量の分布としては、0 点が最も多く 39 名（22.2%）であった。

表 2 - 3 6 NPI-Q の平均値、最大値、最小値

	n=176					
	重症度合計点		負担度合計点		総合点	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	8.4±5.8	6.8±4.4	11.2±9.8	7.5±6.0	19.6±15.3	14.3±9.9
最大値	26	17	42	22	66	36
最小値	0	0	0	0	0	0

表 2－37 NPI-Q の前後変化

n=176						
	重症度合計点		負担度合計点		総合点	
	人数	%	人数	%	人数	%
減少（改善）	101	57.4	125	71.0	130	73.9
維持	49	27.8	34	19.3	32	18.2
悪化	26	14.8	17	9.7	14	8.0

表 2－38 NPI-Q 重症度の前後変化量分布

n=176		
後評価-前評価	人数	%
-15 点	3	1.7
-12 点	1	0.6
-9 点	1	0.6
-8 点	8	4.5
-6 点	1	0.6
-5 点	1	0.6
-4 点	13	7.4
-3 点	15	8.5
-2 点	31	17.6
-1 点	27	15.3
0 点	49	27.8
1 点	17	9.7
3 点	7	4.0
4 点	1	0.6
5 点	1	0.6

表 2 - 3 9 NPI-Q 負担度の前後変化量分布

n=176

後評価-前評価	人数	%
-22 点	8	4.5
-20 点	3	1.7
-19 点	3	1.7
-17 点	1	0.6
-15 点	1	0.6
-12 点	3	1.7
-10 点	2	1.1
-9 点	4	2.3
-8 点	7	4.0
-7 点	3	1.7
-5 点	4	2.3
-4 点	17	9.7
-3 点	8	4.5
-2 点	17	9.7
-1 点	44	25.0
0 点	34	19.3
1 点	11	6.3
2 点	1	0.6
4 点	2	1.1
5 点	3	1.7

表 2 - 4 0 NPI-Q 総合点の前後変化量分布

n=176

後評価-前評価	人数	%
-34 点	3	1.7
-30 点	8	4.5
-29 点	1	0.6
-24 点	1	0.6
-21 点	3	1.7
-13 点	1	0.6
-12 点	11	6.3
-10 点	9	5.1
-8 点	7	4.0
-7 点	3	1.7
-6 点	9	5.1
-5 点	7	4.0
-4 点	5	2.8
-3 点	14	8.0
-2 点	25	14.2
-1 点	23	13.1
0 点	32	18.2
1 点	1	0.6
2 点	4	2.3
4 点	4	2.3
8 点	4	2.3
9 点	1	0.6

表 2 - 4 1 NPI-Q 下位項目別重症度平均値

		n=176									
		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易怒性	異常行動
前評価	平均値	0.91	0.63	1.10	0.98	0.62	0.72	0.86	0.86	1.25	0.68
	SD	1.06	0.91	1.19	1.09	1.00	0.80	0.99	0.99	1.07	0.99
後評価	平均値	0.64	0.48	0.92	0.74	0.50	0.66	0.88	0.67	0.91	0.53
	SD	0.86	0.82	1.05	0.88	0.76	0.75	0.97	0.82	0.92	0.81

表 2 - 4 2 NPI-Q 下位項目別負担度平均値

		n=176									
		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易怒性	異常行動
前評価	平均値	1.28	0.74	1.47	1.31	0.76	0.79	0.94	1.14	1.72	1.02
	SD	1.55	1.20	1.62	1.53	1.44	1.20	1.34	1.51	1.73	1.47
後評価	平均値	0.74	0.62	1.06	0.91	0.41	0.47	0.84	0.73	0.99	0.69
	SD	1.10	1.08	1.21	1.21	0.86	0.85	1.25	1.10	1.28	1.08

表 2 - 4 3 NPI-Q 下位項目該当者数

		n=176									
		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易怒性	異常行動
前評価	該当数	85	65	92	92	61	89	87	85	113	64
	該当%	48.3	36.9	52.3	52.3	34.7	50.6	49.4	48.3	64.2	36.4
後評価	該当数	72	54	87	85	63	86	92	82	95	61
	該当%	40.9	30.7	49.4	48.3	35.8	48.9	52.3	46.6	54.0	34.7

表 2 - 4 4 Vitality Index の平均値、最大値、最小値

n=176		
	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	6.1±2.4	6.2±2.3
最大値	10	10
最小値	1	2

表 2 - 4 5 Vitality Index の前後変化

n=176

	人数	%
増加（改善）	45	25.6
維持	113	64.2
悪化	18	10.2

表 2 - 4 6 Vitality Index の前後変化量の分布

n=176

点数の増減	人数	%
-2 点	8	4.5
-1	10	5.7
0	113	64.2
1	38	21.6
2	4	2.3
3	3	1.7

表 2 - 4 7 short QOL-D の平均値、最大値、最小値

n=176

	前評価合計点	後評価合計点
平均値±SD	23.4±5.9	25.0±5.5
最大値	36	36
最小値	12	15

表 2 - 4 8 short QOL-D の前後変化

n=176

	人数	%
増加（改善）	100	56.8
維持	39	22.2
悪化	37	21.0

表 2 - 4 9 short QOL-D の変化量の分布

n=176		
後評価-前評価	人数	%
-5 点	6	3.4
-3 点	6	3.4
-2 点	10	5.7
-1 点	15	8.5
0 点	39	22.2
1 点	25	14.2
2 点	29	16.5
3 点	17	9.7
4 点	4	2.3
5 点	4	2.3
6 点	4	2.3
7 点	8	4.5
8 点	1	0.6
9 点	1	0.6
10 点	1	0.6
11 点	3	1.7
16 点	3	1.7

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「全くない」が最も多く、54 名（30.7%）であり「楽しみや趣味の活動」は、「ほとんどない」が最も多く、49 名（27.8%）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、48 名（27.3%）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、116 名（65.9%）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 56 名（31.8%）と最も多かった。

表 2 - 5 0 過去 1 週間の生活についての回答

設問	選択肢	n=176			
		前評価		後評価	
		人数	%	人数	%
役割・役に 立つ機会	全くない（0 日）	54	30.7	40	22.7
	ほとんどない（1 日）	48	27.3	31	17.6
	たまにある（3・2 日）	31	17.6	53	30.1
	よくある（5・4 日）	26	14.8	29	16.5
	ほぼ毎日ある（7・6 日）	17	9.7	23	13.1
楽しみや趣 味の活動	全くない（0 日）	36	20.5	23	13.1
	ほとんどない（1 日）	49	27.8	20	11.4
	たまにある（3・2 日）	47	26.7	56	31.8
	よくある（5・4 日）	23	13.1	52	29.5
	ほぼ毎日ある（7・6 日）	21	11.9	25	14.2
ゆっくりと くつろぐ時 間	全くない（0 日）	1	0.6	2	1.1
	ほとんどない（1 日）	16	9.1	5	2.8
	たまにある（3・2 日）	46	26.1	43	24.4
	よくある（5・4 日）	48	27.3	55	31.3
	ほぼ毎日ある（7・6 日）	65	36.9	71	40.3
家族や介護 職等と交流	全くない（0 日）	3	1.7	1	0.6
	ほとんどない（1 日）	24	13.6	21	11.9
	たまにある（3・2 日）	21	11.9	19	10.8
	よくある（5・4 日）	12	6.8	14	8
	ほぼ毎日ある（7・6 日）	116	65.9	121	68.8
外に出る 機会	全くない（0 日）	51	29	41	23.3
	ほとんどない（1 日）	56	31.8	63	35.8
	たまにある（3・2 日）	26	14.8	35	19.9
	よくある（5・4 日）	35	19.9	29	16.5
	ほぼ毎日ある（7・6 日）	8	4.5	8	4.5

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、75名（42.6%）であった。「あったり話をしたりする友人」はいないが最も多く、136名（77.3%）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、111名（63.1%）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2-51-1 人間関係についての回答①あったり話したりする人数等

		n=176			
		前評価		後評価	
		人数	%	人数	%
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）	42	23.9		
	死別	126	71.6		
	未婚	5	2.8		
	不明	3	1.7		
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	53	30.1	52	29.5
	1人	75	42.6	71	40.3
	2人	38	21.6	49	27.8
	3～4人	9	5.1	0	0
	5～8人	1	0.6	4	2.3
	9人以上	0	0.0	0	0
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	136	77.3	139	79
	1人	15	8.5	15	8.5
	2人	6	3.4	5	2.8
	3～4人	6	3.4	6	3.4
	5～8人	11	6.3	11	6.3
	9人以上	2	1.1	0	0
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	5	2.8
	1人	0	0	0	0
	2人	0	0	0	0
	3～4人	15	8.5	11	6.3
	5～8人	50	28.4	39	22.2
	9人以上	111	63.1	121	68.8

表 2 - 5 1 - 2 人間関係についての回答②うれしそうか

n=176

		前評価		後評価	
		人数	%	人数	%
家族に会った時に、嬉しそうにしますか n=251	うれしそうである	142	85	142	85
	うれしそうではない	10	6	10	6
	わからない	15	9	15	9
友人に会った時に、嬉しそうにしますか n=124	うれしそうである	50	53.2	53	58.9
	うれしそうではない	12	12.8	2	2.2
	わからない	32	34	35	38.9
スタッフに会った時に、嬉しそうにしますか n=261	うれしそうである	119	70	135	76.7
	うれしそうではない	23	13.5	13	7.4
	わからない	28	16.5	28	15.9

第3部 BPSD スポット調査：全体解析

1 前評価結果の横断的分析

BPSD スポット調査は、基本的に、前後評価とケア内容等の関連を分析することで効果的なケアを検討することを目的としているが、データ活用の可能性の例として前評価の横断データを用いて、それぞれの関連を検討した。今回は、エンドポイントである NPI-Q、VI、short QOL-D との関連を中心に分析した。あくまでも、データシェアリングの際の活用の可能性を示すものとして記載する。また、今回は全体の関連を概観するためにも単変量解析の結果を羅列した。

1) データ処理

BPSD スポット調査では、対象者ごとではなく、出現した BPSD ごと（対象者が1名でも BPSD が複数出現していた場合、n は BPSD 数に対応する）にデータ登録が行われる。第3部では、対象者の特徴等の検討を目的としたため、前評価の登録が完了した86名のデータを扱うこととした。そのため、本ページ以降の対象者数は、前ページのものと異なる。なお、欠損値があった場合も、それ以外の有効回答は活かすこととし、分析に加えた。

2) エンドポイント（NPI-Q、VI、short QOL-D）に関連する要因

(1) エンドポイントと基本属性の相関

登録項目の基本属性のうち、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度、BI（ADL）、IADL、過去3か月間での体重の減少、視力、聴力、身長、体重、BMI、HDS-R、GDS（うつ）、SED-11Q の介護者評価・自己評価・病識（自己評価－介護者評価）、水分摂取量、過去1週間の熟睡日数、過去1週間の平均睡眠時間、過去1週間で排便のあった日数、服薬利用している薬剤数、1週間の生活、人間関係と各エンドポイントとの spearman 相関分析を実施した（表3-1～3-3）。

表3-1 各エンドポイント得点と基本属性の相関

	係数	NPI-Q 重症度	NPI-Q 負担度	NPI-Q 総合点	VI	Short QOL-D
NPI-Q 重症度 (n=86)	ρ	1.000	.880**	.957**	-0.181	-.344**
	p		0.000	0.000	0.095	0.001
NPI-Q 負担度 (86)	ρ	.880**	1.000	.977**	-.223*	-.360**
	p	0.000		0.000	0.039	0.001
NPI-Q 総合点 (86)	ρ	.957**	.977**	1.000	-0.209	-.353**
	p	0.000	0.000		0.053	0.001
VI (86)	ρ	-0.181	-.223*	-0.209	1.000	.614**
	p	0.095	0.039	0.053		0.000

※相関係数 $\rho > 0.20$ かつ $p < 0.05$ は橙、 $\rho > -0.20$ かつ $p < 0.05$ は青で示した。

表3-2 各エンドポイント得点と基本属性の相関

	係数	NPI-Q 重症度	NPI-Q 負担度	NPI-Q 総合点	VI	Short QOL-D
Short QOL-D (86)	ρ	-.344**	-.360**	-.353**	.614**	1.000
	p	0.001	0.001	0.001	0.000	
障害高齢者の日常生活自立度 (85)	ρ	.229*	.248*	.235*	-.419**	-.431**
	p	0.035	0.022	0.030	0.000	0.000
認知症高齢者の日常生活自立度 (86)	ρ	.220*	.238*	.232*	-.343**	-.491**
	p	0.042	0.027	0.032	0.001	0.000
要介護度 (85)	ρ	0.115	0.049	0.074	-.525**	-.413**
	p	0.297	0.653	0.503	0.000	0.000
BI (86)	ρ	-.253*	-.293**	-.279**	.715**	.524**
	p	0.019	0.006	0.009	0.000	0.000
IADL (81)	ρ	0.184	0.158	0.174	.468**	.312**
	p	0.099	0.159	0.120	0.000	0.005
過去 3 か月間での体重の減少 (80)	ρ	0.117	0.174	0.148	0.099	-0.028
	p	0.303	0.123	0.189	0.381	0.804
視力 (86)	ρ	0.156	0.021	0.085	-.242*	-0.152
	p	0.152	0.849	0.438	0.025	0.163
聴力 (86)	ρ	-.212*	-0.181	-0.189	-0.196	-0.093
	p	0.050	0.096	0.081	0.070	0.393
身長 (58)	ρ	-0.073	-0.123	-0.103	.259*	0.132
	p	0.585	0.359	0.444	0.049	0.323
体重 (59)	ρ	-0.118	-0.108	-0.118	.335**	.289*
	p	0.373	0.414	0.374	0.010	0.026
BMI (58)	ρ	-0.061	-0.020	-0.041	0.186	0.209
	p	0.649	0.882	0.758	0.162	0.115
HDS-R (72)	ρ	-0.161	-0.173	-0.176	.525**	.439**
	p	0.176	0.147	0.139	0.000	0.000
GDS (55)	ρ	-0.249	-0.210	-0.237	0.136	0.161
	p	0.066	0.123	0.082	0.321	0.239
SED-11Q 自己評価 (28)	ρ	0.039	0.041	0.066	-0.095	-0.120
	p	0.844	0.836	0.738	0.629	0.543
SED-11Q 介護者評価 (28)	ρ	0.243	.383*	0.366	-0.184	-0.212
	p	0.213	0.044	0.055	0.349	0.280
SED-11Q 自己評価/介護者評価の差 (28)	ρ	-0.092	-0.171	-0.144	0.013	-0.021
	p	0.642	0.385	0.465	0.949	0.914

※相関係数 $\rho > 0.20$ かつ $p < 0.05$ は橙、 $\rho > -0.20$ かつ $p < 0.05$ は青で示した。

表3-3 各エンドポイント得点と基本属性の相関

	係数	NPI-Q 重症度	NPI-Q 負担度	NPI-Q 総合点	VI	Short QOL-D
水分摂取量 (85)	ρ	.243*	0.142	0.183	-.366**	-.351**
	p	0.025	0.194	0.093	0.001	0.001
過去 1 週間の熟睡日数 (85)	ρ	-0.089	-0.121	-0.102	0.067	0.115
	p	0.417	0.270	0.355	0.543	0.293
過去 1 週間の平均睡眠時間 (86)	ρ	-.247*	-.282**	-.267*	-0.037	0.121
	p	0.022	0.008	0.013	0.737	0.266
過去 1 週間で排便のあった日数 (86)	ρ	0.117	0.124	0.126	-0.106	-0.164
	p	0.284	0.255	0.248	0.330	0.131
服薬利用している薬剤数 (86)	ρ	0.032	0.049	0.030	-0.010	-0.038
	p	0.773	0.652	0.786	0.924	0.726
1 週間の生活_楽しみや趣味の活動 (86)	ρ	0.094	0.041	0.052	-.428**	-.474**
	p	0.391	0.706	0.635	0.000	0.000
1 週間の生活_ゆっくりとくつろぐ時間 (86)	ρ	0.154	0.142	0.141	-0.204	-.317**
	p	0.158	0.191	0.196	0.060	0.003
1 週間の生活_家族や介護職等と交流 (86)	ρ	-0.139	-0.144	-0.147	0.050	-0.001
	p	0.201	0.185	0.178	0.649	0.991
1 週間の生活_外に出る機会 (86)	ρ	-0.092	-0.043	-0.069	-0.132	-0.207
	p	0.397	0.696	0.526	0.225	0.056
人間関係_あったり話をしたりする家族や親せき数 (86)	ρ	-0.186	-0.190	-0.199	0.133	.246*
	p	0.086	0.080	0.067	0.221	0.023
人間関係_あったり話をしたりする友人数 (86)	ρ	0.017	0.078	0.056	-0.010	0.050
	p	0.876	0.476	0.608	0.925	0.651
人間関係_あったり話をしたりするスタッフ数 (86)	ρ	.286**	.275*	.287**	-0.188	-0.167
	p	0.008	0.010	0.007	0.083	0.125

※相関係数 $\rho > 0.20$ かつ $p < 0.05$ は橙、 $\rho > -0.20$ かつ $p < 0.05$ は青で示した。

(2) 基本属性による各エンドポイント得点の群間比較

登録項目の基本属性のうち、性別、原因疾患の有無、GDS によるうつの有無、DST によるせん妄の可能性の有無、人間関係（嬉しそうか否か）の 2 変量データは、それぞれの 2 変量で群分けを行い、各エンドポイント合計点について、対応のない t 検定を実施した（表 3-4～3-8）。

表 3-4 各エンドポイント得点の性差

	性別 (n)		点
	男性 (18)	女性 (67)	p
NPI-Q 重症度	6.2±4.9	8.2±5.2	0.15
NPI-Q 負担度	7.8±8.4	10.4±7.8	0.25
NPI-Q 総合点	14.0±13.2	18.6±12.6	0.20
VI	6.7±1.9	6.1±2.3	0.28
Short QOL-D	23.2±5.0	24.5±5.8	0.35

表 3-5 原因疾患ごとの各エンドポイント得点の群間比較

	原因疾患 (n)		点
	アルツハイマー型 認知症 (76)	それ以外 (10)	p
NPI-Q 重症度	7.4±4.8	11.7±7.0	0.09
NPI-Q 負担度	9.2±7.1	16.4±12.5	0.11
NPI-Q 総合点	16.6±11.6	28.1±19.4	0.10
VI	6.2±2.2	6.5±2.9	0.76
Short QOL-D	24.7±5.5	20.2±5.1	0.02

※アルツハイマー型認知症以外の原因疾患は、n が全体の 10% 以下であったため今回は分析しなかった。

表 3-6 うつの有無による各エンドポイント得点の群間比較

	GDS (n)		点
	なし (23)	あり (32)	p
NPI-Q 重症度	9.1±5.2	6.5±5.0	0.07
NPI-Q 負担度	11.5±8.9	8.7±8.2	0.23
NPI-Q 総合点	20.7±13.5	15.2±12.9	0.14
VI	7.0±1.9	7.1±1.8	0.86
Short QOL-D	25.0±5.7	26.2±4.5	0.42

表3-7 せん妄の可能性有無による各エンドポイント得点の群間比較

	DST (n)		点
	せん妄の可能性有 (39)	せん妄の可能性低 (47)	p
NPI-Q 重症度	8.7±5.0	7.2±5.4	0.20
NPI-Q 負担度	12.2±8.5	8.2±7.5	0.03
NPI-Q 総合点	20.9±13.2	15.5±12.6	0.06
VI	5.9±1.8	6.6±2.5	0.14
Short QOL-D	22.2±5.4	25.7±5.4	0.003

表3-8 人間関係による各エンドポイント得点の群間比較

	人間関係；			人間関係；		
	友人に会った時の様子 (n)		p	スタッフにあった時の様子 (n)		p
	嬉しそうであ	嬉しそうでは		嬉しそうであ	嬉しそうでは	
	る (20)	ない (4)		る (58)	ない (8)	
NPI-Q 重症度	7.4±3.5	8.0±5.0	0.83	7.5±4.6	10.9±7.9	0.08
NPI-Q 負担度	10.9±6.7	8.5±7.7	0.59	9.7±7.1	15.4±14.8	0.07
NPI-Q 総合点	18.3±9.7	16.5±12.6	0.80	17.2±11.2	26.3±22.6	0.07
VI	7.0±2.0	7.0±2.3	0.97	6.7±2.2	5.6±2.3	0.25
Short QOL-D	27.6±4.7	20.0±1.4	0.004	25.8±5.3	19.1±3.9	0.001

※わからない、非該当は上記 n から除外した。また、人間関係のうち、家族に会った時の様子は「嬉しそうではない」の選択者が全体の n の 10%以下であったため今回は分析しなかった。

2 前後評価の分析

前評価での認知症者の状態像とエンドポイントである NPI-Q 重症度の改善の有無について分析した。下記の処理のもと、NPI-Q 重症度の改善の有無を従属変数とし、各基本属性や変化値（ケア前後での水分摂取量や排便日数の変化など）を独立変数として多重ロジスティック回帰分析を行ったが、良好なモデルは得られなかった。そのため、参考までに今回独立変数とした変数及びその他の基本属性それぞれとの関連を下記に示すこととした。

1) データ処理

前後評価の登録が完了しており、期間中にドネペジル、メマンチン、ガランタミン、リバスチグミン、抑肝散、抗精神病薬、抗不安薬の変更のなかった 54 名を対象とした。なお、欠損値があった場合も、それ以外の有効回答は活かすこととし、分析に加えた。

NPI-Q 重症度について、後評価から前評価を引いた変化量で、変化量 > 1 を BPSD 軽減、変化量 ≤ 0 を BPSD 維持・悪化とした。

2) NPI-Q 重症度の改善有無に関連する要因

(1) NPI-Q 重症度の改善有無とその他項目の改善有無

登録項目のうち、前後評価でその変化を追うことのできた水分摂取量、過去 1 週間の熟睡日数、過去 1 週間で排便のあった日数、利用している薬剤数、VI、short QOL-D について、NPI-Q と同様に軽減、維持・悪化、もしくは増加、維持、減少に分類し、NPI-Q 重症度の改善有無とのカイ二乗検定もしくは Fisher の正確確率検定を実施した（表 3-9～3-10）。

表 3-9 NPI-Q 重症度改善有無と各変化の関連

		NPI-Q 重症度 (n)		p
		軽減 (27)	維持・悪化 (27)	
水分摂取量	増加	5	6	0.82 ^a
	維持	20	18	
	減少	2	3	
過去 1 週間の熟睡日数の変化 (維持・悪化 n=26)	増加	7	6	0.71 ^a
	維持	15	17	
	減少	5	3	
過去 1 週間の平均睡眠時間の変化	増加	3	3	0.93 ^a
	維持	19	20	
	減少	5	4	
過去 1 週間で排便のあった日数の変化	増加	5	9	0.18 ^a
	維持	20	10	
	減少	2	8	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

表 3 - 1 0 NPI-Q 重症度改善有無と各変化の関連

		NPI-Q 重症度 (n)		p
		軽減 (27)	維持・悪化 (27)	
利用している薬剤数の変化	増加	2	0	0.49 ^b
	変化無 (維持)	25	27	
short QOL-D の変化	軽減	17	12	0.17 ^a
	維持・悪化	10	15	
VI の変化	軽減	8	3	0.09 ^a
	維持・悪化	19	24	
	維持	20	10	
	減少	2	8	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

(2) NPI-Q 重症度の改善有無と対象者の状態像との関連

登録項目のうち、前評価で取得した年齢、性別、BI (ADL)、IADL、SED-11Q の介護者評価・自己評価・病識 (自己評価-介護者評価)、GDS (うつ)、過去 1 週間の平均睡眠時間、服薬利用している薬剤数、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度、HDS-R、水分摂取量、過去 1 週間の熟睡日数、過去 1 週間で排便のあった日数を NPI-Q 重症度の改善有無で群分けを行い、対応のない t 検定もしくは Mann-Whitney U 検定、カイ二乗検定もしくは Fisher の正確確率検定を実施した (表 3-11~3-12)。

表 3 - 1 1 対象者の状態像と NPI-Q 重症度改善有無での群間比較

		NPI-Q 重症度				p
		軽減	n	維持・悪化	n	
年齢 [歳]		85.7±5.8	25	85.6±4.7	26	0.49 ^b
性別	男性	11	27	7	27	0.66 ^a
	女性	37		30		
BI [点]		53.3±27.6	27	52.0±27.3	27	0.86 ^c
IADL [点]		0.62±0.80	26	0.54±0.93	24	0.77 ^c
SED-11Q 自己評価 [点]		4.8±3.8	10	4.9±3.8	10	0.95 ^c
SED-11Q 介護者評価 [点]		8.5±2.1	10	7.5±3.6	10	0.46 ^c
病識 (自己評価-介護者評価) [点]		-3.7±4.4	10	-2.6±3.9	10	0.56 ^c
HDS-R [点]		4.4±5.9	23	4.2±5.1	24	0.89 ^c
GDS [点]		2.3±1.7	18	2.1±1.5	17	0.77 ^c
過去 1 週間の平均睡眠時間 [h]		7.8±2.0	27	7.9±1.9	27	0.89 ^c
服薬利用している薬剤数 [個]		6.0±3.0	27	6.1±3.1	27	0.89 ^c

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定、c: 対応のない t 検定、d: Mann-Whitney U 検定

表 3 - 1 2 対象者の状態像と NPI-Q 重症度改善有無での群間比較

		NPI-Q 重症度				p
		軽減	n	維持・悪化	n	
障害高齢者の 日常生活自立度	J1	1	27	0	27	0.18 ^a
	J2	1		3		
	A1	12		4		
	A2	7		11		
	B1	1		1		
	B2	5		6		
	C2	0		2		
認知症高齢者の 日常生活自立度	II a	1	27	2	27	0.64 ^a
	II b	4		1		
	III a	10		12		
	III b	7		8		
	IV	4		4		
	M	1		0		
要介護度	要支援 1	0	27	1	27	0.29 ^a
	要支援 2	1		0		
	要介護 1	5		3		
	要介護 2	4		7		
	要介護 3	8		3		
	要介護 4	5		10		
	要介護 5	4		3		
DST	せん妄の可能性有	14	27	17	27	0.41 ^a
	せん妄の可能性低	13		10		
水分摂取量	1000ml 以下	5	26	3	27	0.80 ^a
	1500～1000ml	12		12		
	2000～1500ml	7		10		
	2500～2000ml	2		2		
過去 1 週間の熟睡日数 [日]		5.0 [2.0-7.0]	27	6.5 [3.5-7.0]	26	0.36 ^d
過去 1 週間で排便のあった日数 [日]		3.0 [2.0-4.0]	27	3.0 [2.0-5.0]	27	0.70 ^d

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定、c: 対応のない t 検定、d: Mann-Whitney U 検定

第4部 BPSD 別分析 食事に関する BPSD とケア編

第4部は、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 取り扱う BPSD と登録数

登録された BPSD 別に、登録結果について前評価のみ終わっている 267 例の結果も含めると、登録数は、表 4-1 の通りであった。最も登録数の多い BPSD は、焦燥・繰り返しであり、前評価データで 36 件（13.5%）であり、全登録完了データでも焦燥・繰り返しの登録数が最も多く、29 件（16.5%）であった。仙台センター担当の BPSD は、網掛け・太字の「暴言・暴力」「介護への抵抗」「大声をあげる、机をたたく等」「無気力で低活動」である。

表 4-1 登録 BPSD 数

	前評価完了 n=267		全登録完了 n=176	
	人数	%	人数	%
食事拒否	17	6.4	11	6.3
食べ始められない	13	4.9	7	4.0
食事が止まる	26	9.7	17	9.7
必要以上に食べようとする	4	1.5	2	1.1
食べたのに、食事を欲しいと訴える	13	4.9	8	4.5
他の人の食事を食べようとする	18	6.7	14	8.0
食事介助拒否	12	4.5	6	3.4
異食	6	2.2	4	2.3
暴力・暴言	32	12.0	19	10.8
介護への抵抗	28	10.5	17	9.7
大声をあげる、机をたたく等	23	8.6	9	5.1
無気力で低活動	10	3.7	10	5.7
もの盗られ妄想	13	4.9	12	6.8
収集	16	6.0	11	6.3
焦燥・繰り返し	36	13.5	29	16.5

2 食事を食べるのを拒否するの登録結果

食事を食べるのを拒否するについて、全登録が完了したのは、11 件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では 7 件が分析対象となった。当該 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表 4-2）。重症度の評価については、前評価、後評価とも、中等度が最も多く 5 名（45.5%）であり、頻度については、前評価でよくあるが最も多く 5 名（45.5%）、後評価では少しあるが最も多く 4 名（36.4%）であった（表 4-3, 4-4）。前後の状態変化については、表 4-5 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-6 に示した。また、食事を食べるのを拒否する原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「その他」が最も多く 6 名（54.5%）であり、後評価では「食事介助が不快」「その他」が最も多く、5 名（62.5%）であった（表 4-7）。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答結果は、表 4-8 に示した。BPSD 別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食事を食べるのを拒否する」の全登録完了数 11 件で除した数値を選択率とし、選択率が 50%以上のケアについて表 4-9 に示した。最も選択率が多かったケアが「食事を拒否しないときの状況について情報収集」であり、選択率が 88.9%、であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が 5 件、実施して有効と判断された件数が 6 件であった。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表 4-10 に示す。

表 4－2 「食事を食べるのを拒否する」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=11					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	2.5±0.9	1.7±0.5	2.6±1.0	1.7±1.0	7.1±4.6	3.1±2.2
最大	4	2	4	3	16	6
最小	1	1	1	1	2	1

表 4－3 「食事を食べるのを拒否する」重症度分布

	n=11			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	1	9.1	2	18.2
2:中等度	5	45.5	5	45.5
3:強い	3	27.3	0	0.0
4:激しい	2	18.2	0	0.0
無回答	0	0.0	4	36.4

表4-4 「食事を食べるのを拒否する」頻度分布

n=11				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	2	18.2	4	36.4
2:たまにある	2	18.2	1	9.1
3:よくある	5	45.5	2	18.2
4:いつもある	2	18.2	0	0.0
無回答	0	0.0	4	36.4

表4-5 「食事を食べるのを拒否する」前後変化

	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	5	45.5	5	45.5	5	45.5
維持	2	18.2	2	18.2	2	18.2
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	4	36.4	4	36.4	4	36.4

表4-6 「食事を食べるのを拒否する」具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
食事の際、ご自分では食べようとされないことが多い。手で食べれるものは少し食べることがある。基本的には介助をしており、介助にも顔を背けられることが多い。少しでも食べていただこうと顔をそむけても、口を開ければ食べていただいていた。最近口を開けないことが多くなり、摂取量が減って来ている。	ご本人様が食事を嫌がる仕草をされた際、無理に介助することをやめました。時間を置く、職員を代えるなど対応するようにしました。 以前より食事を拒否されることが少くなりました。 また好きなもの（甘いもので手で食べられるもの）はご自分で食べられることが多くなりました。また食事中に笑顔を見せてくださることが多くなった。
配膳しても「あんた食べや」と話して手をつけない	食事を食べないことが少なくなった
体調不良時 気分が不快時に食事に誘った	
腹痛を訴え拒否。	
時々、食べたくない。いらないという。	
うつぶせになる。「いらない」と繰り返す。介助すると「何するんよ。」と拒否。	眼をつぶる。再度声をかけると「いらん」という。以前ほど怒ったり、強い拒否はない。
言葉にならない「え～、え～」や「あ～、あ～」と大きな声をあげる。連続して大きな声をあげる時もある。右側を向いて口を閉じる。	口が開かない。左側を向く。
うつぶせになる。目を瞑る。「いらん」と言う。	うつぶせになる。目を瞑る。「いらん」と言う。
口が開かない。左側を向く。	

表 4 - 7 「食事を食べるのを拒否する」原因

	前評価 n=11		後評価 n=7	
	人数	%	人数	%
空腹でない	3	27.3	3	37.5
生活に楽しみがなく、食べてもしょうがないと思う	4	36.4	2	25.0
食事が食事だと思わない	3	27.3	4	50.0
食事が不快	4	36.4	4	50.0
食事介助が不快	4	36.4	5	62.5
近くの席に嫌いな人がいるなど	3	27.3	3	37.5
今の場所、今の時間、相手がわからない	4	36.4	4	50.0
食事を誘った相手がわからない	3	27.3	2	25.0
便秘、下痢、歯痛、口内炎、その他の痛みなど	5	45.5	2	25.0
治療薬の影響	1	9.1	1	12.5
不明	1	9.1	0	0.0
その他	6	54.5	5	62.5

表 4 - 8 「食事を食べるのを拒否する」原因の自由記述

前評価	後評価
入れ歯の不具合	入れ歯の不具合
日内変動があり疲れている	
食べる気力がない、入れ歯がない	食べる気力がない、入れ歯がない
不安・寂しさ、排泄によりお尻が濡れている、	不安
不安、寂しい、食べ方がわからない。	不安、寂しい、食べ方がわからない。
空腹感が認識できない	
他訴えが続く（帰りたい）	他訴えが続く（帰りたい）
座位がずれている	

表4－9 「食事を食べるのを拒否する」で選択率が50%以上であったケア

		選 択 率 % 予 定	実施率				有効性			
			100～75% %	75～50% %	50～25% %	25～0% %	有効	有効でない	悪影響	判別できない
食事を拒否しないときの状況について情報収集	8	88.9	5	2	0	1	6	1	0	1
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	7	77.8	5	1	1	0	7	0	0	0
どのような時に食事を拒否するのか情報収集	7	77.8	4	2	0	1	6	0	0	1
食事する席を調整する	6	66.7	4	0	0	2	4	1	0	1
日常的に感謝・賞賛・肯定的な言葉を使用	6	66.7	1	5	0	0	5	0	0	1
食事を食べたくないという本人の意向を否定しない	6	66.7	4	1	0	1	4	1	0	1
食事を誘う際の言葉かけを短くする	6	66.7	5	1	0	0	6	0	0	0
食事を拒否する理由を再度分析	6	66.7	4	1	0	1	5	0	0	1
食事を拒否する理由をチームで共有	6	66.7	6	0	0	0	6	0	0	0
食事の誘い方をチームで確認する	6	66.7	5	1	0	0	5	0	0	1
適切に水分摂取する	6	66.7	4	1	0	1	4	1	0	1
普段の生活で落ち着ける場所を作る	5	55.6	2	0	2	1	2	3	0	0
食事を食べるかどうかを尋ねる	5	55.6	4	1	0	0	3	1	1	0
食事の内容を説明する	5	55.6	5	0	0	0	4	0	0	1
食べるのを拒否している時の本人の気持ちに共感を示す	5	55.6	4	1	0	0	5	0	0	0
日常のやり取りにおいて、言葉かけを短くする	5	55.6	3	2	0	0	4	0	1	0
食事を誘う際に本人が分かる言葉を使用する	5	55.6	3	2	0	0	3	0	0	2
体操、レクリエーションへの参加	5	55.6	3	2	0	0	4	0	0	1
屋外のレク、行事、活動へ参加	5	55.6	3	0	1	1	3	0	1	1
食事を拒否する際の本人の発言を情報収集	5	55.6	3	1	0	1	3	0	0	2
食事の誘い方をチームで検討する	5	55.6	4	1	0	0	4	0	0	1
食事のリズムを整える	5	55.6	3	1	1	0	4	0	0	1
好きな食べ物を準備する	5	55.6	3	1	0	1	5	0	0	0

表4－10 「食事を食べるのを拒否する」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針（前評価）
本人が食べたいものを提供できるよう歯科医と相談しながら食形態があげれるようにする。最初の一口は本人が好きそうな物から食べてもらったり、必要なときには、食べたい食事を提供したりする。食べ物か飲み物かが分かりにくい。介助方法（特にスプーンの介助）を統一する。わかりやすい位置で介助したり、わかりやすい言葉を使ったり、ノンバーバルコミュニケーションを活用したりして介助する。長時間の座位時やご本人が声を出されることが多い場合はソファーに座りなおしたり、介助でベッドに横になる。座る体勢や食べる確認をする。
好きな曲をBGMでかける。眠いときなどもあり心疾患もあることから、短時間での昼寝を検討する。活動量を増やす。
食事が食べたいかどうかの確認をし、拒否される場合は食事ではなく他の話をするなどして気分転換を図っていただくように注意してみた。また一人の職員が声掛けを行って拒否がみられる場合は別の職員が対応するなどして不快感を継続させないように職員同士で連携を図ることができた。あまり多くの声掛けを行わず本人様の自立性に配慮しお膳の中の本人様が食べたいと思われるものを自由に食べていただくことで食事への拒否感を軽減できたように思える。

3 食べ始められないの登録結果

食べ始められないについて、全登録が完了したのは、7件であった。当該BPSDについて、重症度を4：激しい症状～0：症状なし、頻度を4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ5段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表4-11）。重症度の評価については、前評価、後評価とも、強いが最も多く5名（71.4%）であり、頻度については、前評価でいつもあるが最も多く3名（42.9%）、後評価ではよくあるが最も多く3名（42.9%）であった（表4-12,4-13）。前後の变化量については、表4-14に示した。具体的状態についての自由記述の結果は回答がなかった。また、食べ始められない原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「食事に集中できない・気が散る」が最も多く5名（71.4%）であり、後評価では「意欲の低下」「食事に集中できない・気が散る」が最も多く、4名（57.1%）であった（表4-15）。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答結果は、表4-16に示した。BPSD別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食べ始められない」の全登録完了数7件で除した数値を選択率とし、選択率が50%以上のケアについて表4-17に示した。最も選択率が多かったケアが「はしやスプーン、食器を手渡す」であり、選択率が85.7%、であった。そのうち実施率が100～75%であった件数が6件、実施して有効と判断された件数が6件であった。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表4-18に示す。

表4-11 「食べ始められない」重症度等の平均値・最大値・最小値

	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	2.8±0.4	2.4±0.8	3.0±1.2	2.9±1.1	9.7±3.1	8.7±3.2
最大	3	3	4	4	12	12
最小	2	1	1	1	4	4

表4-12 「食べ始められない」重症度分布

	n=7			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	0	0.0	1	14.3
2:中等度	1	14.3	2	28.6
3:強い	5	71.4	4	57.1
4:激しい	0	0.0	0	0.0
無回答	1	14.3	0	0.0

表 4 - 1 3 「食べ始められない」頻度分布

	n=7			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	1	14.3	1	14.3
2:たまにある	1	14.3	1	14.3
3:よくある	2	28.6	3	42.9
4:いつもある	3	42.9	2	28.6
無回答	0	0.0	0	0.0

表 4 - 1 4 「食べ始められない」前後変化

	n=7					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	2	28.6	1	14.3	2	28.6
維持	5	71.4	6	85.7	4	57.1
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	0	0.0	0	0.0	1	14.3

表 4 - 1 5 「食べ始められない」原因

	前評価 n=7		後評価 n=7	
	人数	%	人数	%
食事が食事だとわからない（失認）	3	42.9	3	42.9
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	14.3
食具の使い方がわからない	3	42.9	3	42.9
覚醒レベルが低い、せん妄	1	14.3	1	14.3
意欲の低下	3	42.9	4	57.1
食事に集中出来ない・気が散る（注意機能が低い）	5	71.4	4	57.1
器が多く、混乱する	4	57.1	3	42.9
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	1	14.3	1	14.3
不明	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	1	14.3

表 4 - 1 6 「食べ始められない」原因の自由記述

食事拒否	原因	記述 前	食事拒否	原因	記述 後
					支払いを気にされる。

表4-17 「食べ始められない」で選択率が50%以上であったケア

n=7

	予定	選択率 (%)	実施率				有効性			
			100~75%	75~50%	50~25%	25~0%	有効	有効でない	悪影響	判別できない
はしや、スプーン、食器を手渡す	6	85.7	6	0	0	0	6	0	0	0
食事を食べたいかどうか確認する	5	71.4	5	0	0	0	4	1	0	0
本人が分かるスピードで食事を促す	5	71.4	4	1	0	0	4	0	0	1
短い言葉で食事を促す	5	71.4	3	2	0	0	4	0	0	1
本人が分かる言葉で食事を促す	5	71.4	5	0	0	0	4	0	0	1
落ち着いているときに食事を促す	5	71.4	4	1	0	0	4	1	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	5	71.4	4	1	0	0	4	1	0	0
一口食べる介助をする	5	71.4	5	0	0	0	5	0	0	0
体操、レクリエーションへの参加	5	71.4	3	1	1	0	3	1	0	1
食べ始められない理由を再度情報収集する	5	71.4	3	2	0	0	5	0	0	0
食べ始められない時の本人の発言を情報収集する	5	71.4	5	0	0	0	5	0	0	0
食べ始められる時の状況について情報収集する	5	71.4	5	0	0	0	5	0	0	0
どのような時に食べ始められないのか情報収集する	5	71.4	4	1	0	0	5	0	0	0
食事を食べ始められない理由をチームで検討する	5	71.4	5	0	0	0	5	0	0	0
食事の促し方をチームで確認する	5	71.4	5	0	0	0	4	0	0	1
食事の促し方をチームで検討する	5	71.4	5	0	0	0	4	0	0	1
適切に水分摂取する	5	71.4	4	1	0	0	4	1	0	0
食事を認知しやすいように食材の色と違う色のさらに盛り付ける	5	71.4	5	0	0	0	4	0	0	1
スタッフが一緒に食べる	5	71.4	4	0	0	1	4	0	0	1
食事するメンバーを調整する	4	57.1	3	0	0	1	3	0	0	1
食事する席を調整する	4	57.1	3	0	0	1	3	0	0	1
なぜ食べ始めないか尋ねる	4	57.1	4	0	0	0	2	2	0	0
メニューを説明する	4	57.1	4	0	0	0	3	0	0	1
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	4	57.1	2	2	0	0	3	0	0	1
身振りで食事を促す	4	57.1	3	1	0	0	1	1	0	2
日常生活の中で軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とする	4	57.1	1	1	2	0	1	0	0	3
好きな活動を実施	4	57.1	3	1	0	0	2	1	0	1
屋外のレク、行事、活動へ参加する	4	57.1	4	0	0	0	3	1	0	0
認知機能障害によって何ができなくなっているか情報収集する	4	57.1	3	1	0	0	4	0	0	0
認知機能障害があってもできることを情報収集する	4	57.1	3	1	0	0	4	0	0	0
本人の好みやこだわりについて情報収集する	4	57.1	4	0	0	0	3	1	0	0
食べ始められない理由を再度分析する	4	57.1	3	1	0	0	4	0	0	0
食事のリズムを整える	4	57.1	2	2	0	0	1	1	0	2
就寝時の室温・湿度の調整	4	57.1	4	0	0	0	1	1	0	2
皿の数が多く混乱しないように、一皿に盛り付ける	4	57.1	3	0	0	1	3	0	0	1

表 4－18 「食べ始められない」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針（前評価）
拒否をする場合と、始めの一口だけ介助することで食べ始めた場合がある。その時のタイミングかもしれない
席に着いてから食事をするまでに食事することに対しての注意や集中が途切れてしまい、いつもの自分の部屋に戻る行動を繰り返してしまう。介護者が隣に座り、食事をすることを意識させるケアを中心に実践する。本人の嗜好の問題もある。常時見守りをする中で、食べたいものとそうでない物の区別がある程度出来るようになり、食べたいものは残さないように声掛けし、食べたくないものに関しては、本人に「好きか嫌いかな」を尋ねるとともに、無理強いして食事を勧めないようにする。
環境整備を行い、より快適な生活ができるようこれからも本人様の情報収集を行う。また他の入所者様や職員とも交流を図り信頼関係を構築していく。

4 食事が途中で止まるの登録結果

食事が途中で止まるについて、全登録が完了したのは、17 件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では 15 件が分析対象となった。当該 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表 4-19）。重症度の評価については、前評価では、中等度が最も多く 7 名（41.2%）であり、後評価でも中等度が最も多く 5 名（29.4%）であった（表 4-20）。頻度については、前評価で「いつもある」が最も多く 9 名（52.9%）、後評価でも「いつもある」が最も多く 6 名（35.3%）であった（表 4-21）。具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-22 に示した。

また、食事が途中で止まる原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「食事に集中できない・気が散る（注意機能が低い）」が最も多く 12 名（75.0%）であり、後評価でも「食事に集中できない・気が散る（注意機能が低い）」が最も多く、12 名（80.0%）であった（*無回答・無効回答を減じて割合を算出している）（表 4-24）。食事が途中で止まる原因についての自由記述回答結果は、表 4-25 に示した。

BPSD 別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食事が途中で止まる」の全登録完了数 17 件で除した数値を選択率とし、選択率が 50%以上のケアについて表 4-26 に示した。最も選択率が多かったケアが「普段の声掛け・会話・交流を増やす」「食事が途中で止まる理由をチームで検討する」であり、選択率が 76.5%、であった。「普段の声掛け・会話・交流を増やす」は、実施率が 100～75%であった件数が 10 件、実施して有効と判断された件数が 9 件であった。「食事が途中で止まる理由をチームで検討する」は、実施率が 100～75%であった件数が 10 件、実施して有効と判断された件数が 10 件であった。

ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表 4-27 に示す。

表 4－19 「食事が途中で止まる」重症度等の平均値・最大値・最小値

n=17						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	2.8±0.8	2.4±1.1	3.2±1.1	2.9±1.1	9.6±5.1	7.8±5.4
最大	4	4	4	4	16	16
最小	2	1	1	1	2	1

表 4－20 「食事が途中で止まる」重症度分布

n=17				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	0	0.0	4	23.5
2:中等度	7	41.2	5	29.4
3:強い	6	35.3	4	23.5
4:激しい	4	23.5	3	17.6
無回答	0	0.0	1	5.9

表 4－21 「食事が途中で止まる」頻度分布

n=17				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	2	11.8	2	11.8
2:たまにある	2	11.8	4	23.5
3:よくある	4	23.5	4	23.5
4:いつもある	9	52.9	6	35.3
無回答	0	0.0	1	5.9

表 4－22 「食事が途中で止まる」前後変化

n=17						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	8	47.1	4	23.5	8	47.1
維持	6	35.3	11	64.7	6	35.3
悪化	2	11.8	1	5.9	2	11.8
無効	1	5.9	1	5.9	1	5.9

表4-23 「食事が途中で止まる」 具体的状態（自由記述）

具体的状態（自由記述）前	具体的状態（自由記述）後
常に目をつむって咀嚼しています。飲み込みのタイミングが分からないのか、口から唾液と食物が出てきます。時間内に食べ終わることが出来ず中断することになります。	①～④のケアを実施したが特に変化は生まれなかった。食事は半分程度食堂で食べ残りは自室に持ち込み摂取している。夜間は食物も求めて起きている。日中の覚醒は維持されている。
おなかがいっぱいと言ってメインディッシュを食べないときは小さめのお皿に盛りなおして「一口でもどうぞ。」と声掛けすると本当に満腹の時は食べないが、ほとんどの場合、食べてしまう。	
食事の途中で寝てしまう。	今も時々食事途中で茶碗をもってユニット内を歩き回る
人の食事をみて、そちらに気が向いてしまう	チームでケアを統一して途中で止まったら、はじめは一口介助を行い、それから食べて頂くように促すと、以前に比べると自分で食べる時間が増えたように感じます。
食事途中でテーブルクロス模様を箸でつついたり、空になった食器の中を気にしたりする	促しで自力摂取を始めるが「のどに詰まった」と言い、食事が止まる。その間、食器に触れたり食器内の食べ物を箸でつついているが、10分ほど間を置き、再度食べ始める
もういらん。あっち行って。目を閉じてうつぶせになる。	手が止まる。目を閉じる。「いらん」と言う。
食事に入っている食器とスプーンをお盆の奥に置き、他利用者の食事風景や職員を見ておられる。皿を返し、手に皿を持ってもらうと再度食べ始めることが多い。時に他利用者の食事摂取や介助状況を見て大声を出し、興奮されている。はっきりとは聞き取れないが「…びっくり」と言うことがある。	感染症拡大防止の為に食事場所の変化があり、過ごす場所と食事場所が一緒になり、普段より人が多く過ごしている。途中で食事が止まることはある。皿を手を持ってもらうと再度食べ始められるが、また止まることもある。食事介助には抵抗なく受け入れられる。
食事を数口食べると、急に席を立って自分の部屋に戻ろうとする。その都度スタッフが引き留めて席に連れ戻しても、同じことをずっと繰り返す。	食事の席に留まることが出来ず、すぐに席を立って他の場所に行こうとする。食事のことは認識は出来るが、急かされる様にふらふらと歩きだしてしまう。一口口に含んでは席を立つの繰り返しで、症状が顕著な時は口に含むこともせずに席を立つ。職員がとなりで常時声掛けを続けることで少しでも症状が緩和した。
時々によるが、食事中、居室に戻られたり、歯磨きしに行かれる。しばらくすると戻ってみえて「いただきます」と言われまた食べ始めることが1日2食ほどみられる。	以前と同様のことはみられるも、頻度は減ったと感じる。
入所当初から主食に手をつけない事が多かったが、どうして食べないのかを尋ねると「食べるの忘れちゃった」と言い食べ始める事が出来ていた。しかし二ヶ月ほど前位から、食事を提供しても自ら食べ始める事が出来ず、職員が食事が来ていることを伝えると食べ始めるが、しばしば途中で食事の手を止めてしまう。その為、職員は手が止まるたびに声をかけ食べるように促	取り組みを始めてから手づかみで食べる事は減り、食事の最後の方に細かくて箸では上手につまめない物を食べる際、手づかみで食べてしまう姿が見られた。また否定しない声掛けを意識することで、手が止まることも少なくなり、食事量が増え、食べるスピードも速くなった。配膳時に赤い器に主食を移して提供するようにしてから主食の摂取量が増え、食べこぼしも少なくな

している。また箸を使わず手掴みで食べてる事もある。最近椅子に座っている際、左に傾く事が多く、食べこぼしも多いが、気にしていない様子である。	った。またトレイの中央にある器の物は自ら食べる事はあったが、左側にある器には手をつけないことが観察により確認できた。
食事をしている途中で手が止まり、食事をティッシュに包んだり、食事を混ぜて手遊びをしたりなどの行為が続き、その後は食事をしなくなることがある。	食事をしている途中で手が止まり、食事をティッシュに包んだり、食事を混ぜて手遊びをしたりなどの行為が続き、その後は食事をしなくなることがある。
右側を向いて口を閉じる。周りをみる。左側の職員を見て、「あ〜。」と声を出す。	左側を向く。介助する職員を見る。
周りをキョロキョロと見て食べるのを止める。箸を置く。	周りをキョロキョロと見て食べるのを止める。箸を置く。目を瞑る。
食事をとっていただくよう声掛けするとしばらくは自力で召し上がられるが、すぐにお箸やお椀を置いてしまう。	前評価の時と同じで、お箸やお椀を目の前に置くもすぐにおいてしまう。周りの入所者の様子などをうかがっているようにも見える。

表４－２４ 「食事が途中で止まる」原因

	後評価後			
	前評価	n=16	n=15*	無効を除外
	人数	%	人数	%
食事が食事だとわからない（失認）	5	31.3	5	33.3
待つと食べるのに促すため食べない（観念運動失行）	1	6.3	1	6.7
食具の使い方がわからない	6	37.5	6	40.0
覚醒レベルが低い、せん妄	4	25.0	2	13.3
意欲の低下	8	50.0	7	46.7
食事に集中出来ない・気が散る（注意機能が低い）	12	75.0	12	80.0
器が多く、混乱する	5	31.3	2	13.3
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	1	6.3	1	6.7
不明	2	12.5	0	0.0
その他	4	25.0	4	26.7

表４－２５ 「食事を食事が途中で止まる」原因の自由記述

前評価	後評価
食材（米粒）、食事に対する異常なこだわりと執着行動	その他?(食材（米粒）、食事に対する異常なこだわりと執着行動)
治療を要する自歯が多く、固いものが食べられないが、家族の思いから義歯を作る予定もない。	
排尿・排便によりお尻が濡れている。不安・寂しさ	
	自身の食事への嗜好
	食べ終え、またおなかがすいて戻って見える
	食べたいものがない。提供してくれない。
入浴後で眠い	

表4－26 「食事が途中で止まる」で選択率が50%以上であったケア

		選 択 率 % 予 定	実施率				有効性			
			100～75%	75～50%	50～25%	25～0%	有効	有効でない	悪影響	判別できない
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	13	76.5	10	1	1	0	9	0	0	3
食事が途中で止まる理由をチームで検討する	13	76.5	10	2	0	0	10	0	0	2
本人が分かる言葉で話しかける	12	70.6	9	2	0	0	8	2	0	1
どのような時に食事が途中で止まるのか情報収集する	12	70.6	8	2	0	1	8	1	0	2
メニューを説明する	11	64.7	8	2	0	0	4	3	0	3
食事が途中で止まらず食べ続けられる時の状況について情報収集する	11	64.7	7	1	1	1	7	0	0	3
はしや、スプーン、食器を手渡す	11	64.7	10	1	0	0	10	1	0	0
まだ食べるかどうか尋ねる	10	58.8	8	1	0	0	7	2	0	0
食事が途中で止まる時の本人の発言を情報収集する	10	58.8	6	1	2	0	7	0	0	2
食事が途中で止まる理由を再度分析する	10	58.8	7	2	0	0	7	0	0	2
食事が途中で止まらないような支援をチームで検討する	10	58.8	8	1	0	0	8	1	0	0
なぜ食べないか尋ねる	9	52.9	4	2	1	1	1	3	1	3
短い言葉で話しかける	9	52.9	6	2	0	0	6	1	0	1
体操、レクリエーションへの参加	9	52.9	5	1	2	0	5	1	0	2
食事が途中で止まる理由を再度情報収集する	9	52.9	7	1	0	0	7	0	0	1
本人の好みやこだわりについて情報収集する	9	52.9	6	1	1	0	6	0	0	2
食事が途中で止まらないような支援をチームで確認する	9	52.9	7	1	1	0	8	1	0	0
適切に水分摂取する	9	52.9	6	2	0	1	4	0	0	5

表4-27 「食事が途中で止まる」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

総合方針
食事場所が職員の介助風景が視界に入らない場所になった。その為か、食事時の突然の大声や興奮も軽減したように感じる。手が止まっているのは、食事介助への抵抗はなく、食事を食べないことによって職員が携わってくれる等、職員との関わりをもってもらおうとしているのではないかと考えられた。食事を自分で食べる方が本人様のもっている力を発揮できる。ではなく、本人様の欲求としては人との関わりという意味合いでは食事介助も良いのではないかと考えられた。
食事だけに留まらず、全てのことについて集中力が散漫であること、また食事をしながらも食事していることを忘れてしまう即時記憶にも支障があるのではないかと考えられる。そのため、常に食事のことに注意できるように、スタッフが隣で一緒に食事しながら、何を食べているのかなどを意識させながら、食事をしていることに意識を集中し、長い時間食事行為を継続できるようにした。また、食事内容によって食べるときとそうでない時がある可能性も踏まえ、どのような食事のメニューを食べているのか（食べようとしないのか）の情報を共有した。
食事は本人様が離れていてもしばらく置くようにした。下げてしまった場合でも声かけし、お菓子などの軽食を提供できるようにした。以前より食事のことで怒る頻度が減った。
器の色が白い為に白米が残っていることに気づきにくいことや器の位置によっては、食べ物が残っていることを認識しづらい場合があった。また入所以来、徐々に箸を上手に使えなくなってきた、食べ残しや食べこぼすことが多くなっていた。Aさんとしてはその状況を何とかしたいが、箸は上手に使えないが、スプーンを使って食べようと思いつくこともできずに、結果として手で食べる事が多くなっていた。しかし周りからは「残っていますよ」「食べて下さい」「手で食べないでください」など指示的に言われることが多く、どうすればいいかわからなくなり、言われ続けているうちに食事をする意欲が徐々に低下していった。期間中は否定的なかかわりを少なくし、Aさんの食事に対する意欲が高まるような声掛けや接し方を意識して取り組んだ。また食事を配膳した際、メニューを説明し食事が来たことを確認してもらってから食べ始めてもらった。食事中手で食べる事があっても否定せず、途中で手が止まっているようなときには、Aさんにまだ食べられるか確認し、食べられるようなら、箸かスプーンを持ってもらい食べてもらった。
本人の意識が食事の方に向くように、食事をするように声掛けや促し、また職員が隣で食べるなどの対応を行った。しかし、声掛けの意味が理解できなかったり、職員が隣で食べてもそのことに無関心であったりなど、効果がほとんどなかった。
本人が食べたいものを提供できるよう歯科医と相談しながら食形態があげれるようにする。最初の一口は本人が好きそうな物から食べてもらったり、必要なときには、食べたい食事を提供したりする。食べ物か飲み物かが分かりにくい。介助方法（特にスプーンの介助）を統一する。わかりやすい位置で介助したり、わかりやすい言葉を使ったり、ノンバーバルコミュニケーションを活用したりして介助する。長時間の座位時やご本人が声を出されることが多い場合はソファに座りなおしたり、介助でベッドに横になる。座る体勢や食べる確認をする。
普段からしっかりと関わる。言葉がけを多くする。話をする距離を気にする。好きな曲をBGMでかける。活動量を増やす。
食事を食べてもいいかわからない。職員が定期的に短く声をかけ本人様の意思を侵害しないようにしつつも目の前のお皿に乗っているものが食べ物であることを説明した。

5 必要以上に食べようとするの登録結果

「必要以上に食べようとする」について、全登録が完了したのは、4件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では2件が分析対象となった。登録数が少ないため、平均値等の算出は行わなかった。登録されたデータについて、重症度・負担度の分布をみたところ、重症度の評価については、前評価では、「激しい」が最も多く2名(100.0%)であり、後評価では、「強い」が最も多く2名(100.0%)であった(表4-28)。頻度については、前評価で「いつもある」が最も多く2名(100.0%)、後評価では「いつもある」「よくある」それぞれ1名ずつとなった(表4-29)。重症度、頻度、重症度×頻度の前後変化は、表4-30、具体的状態についての自由記述の結果は、表4-31に示した。また、必要以上に食べようとする原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「抑制が効かない」「満腹感がない」が最も多く2名(100.0%)であり、後評価でも「抑制が効かない」「満腹感がない」が最も多く2名(100.0%)であった(表4-32)。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答結果は、回答が得られなかったため示していない。

BPSD別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「必要以上に食べようとする」の全登録完了数2件で除した数値を選択率とし、選択率が50%以上のケアについて表4-33に示した。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めたが、回答は得られていないため示していない。

表4-28 「必要以上に食べようとする」重症度分布

	n=2			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	0	0.0	0	0.0
2:中等度	0	0.0	0	0.0
3:強い	0	0.0	2	100.0
4:激しい	2	100.0	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0

表4-29 「必要以上に食べようとする」頻度分布

	n=2			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	0	0.0	0	0.0
2:たまにある	0	0.0	0	0.0
3:よくある	0	0.0	1	50.0
4:いつもある	2	100.0	1	50.0
無回答	0	0.0	0	0.0

表4-30 「必要以上に食べようとする」前後変化

n=2						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	2	100.0	1	50.0	2	100.0
維持	0	0.0	1	50.0	0	0.0
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表4-31 「必要以上に食べようとする」具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
食事後、食事を食べていないといい、おかわりを促す事有り。夜間、「腹の減ったけど、何かなかな。」といわれる。食べ物を捜し、台所や冷蔵庫などを物色する。	スタッフの顔をうかがい、「腹の減ったけど何かなかな。」といわれ、口をパクパクと食べ物を食べるような動きを見せる。夜間に食べ物を捜すような動き見られる事もある。
自分の分は早々に食べ終え、まだ食べていない人の分を食べるので、他社の分で食べ終えたことを伝えるが、食べていないと言い張る。食後でも自分の箸だと言い張り、ポケットにいれる、その箸をなくすと、誰かが盗ったといい怒る。	目の前にあるものは、すべて食べようとする、食事の下ごしらえ中、生のものでも食べる。食べてはいけないことを伝えると「食っちゃいけね〜だよ」と言う

表4-32 「必要以上に食べようとする」原因

	前評価 n=2		後評価 n=2	
	人数	%	人数	%
抑制が効かない（脱抑制）	2	100.0	2	100.0
満腹感がない	2	100.0	2	100.0
常同的食異常行動（何回も食べようとする）	1	50.0	1	50.0
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

表4-33 「必要以上に食べようとする」で選択率が50%以上であったケア

	予 定	選 択 率	実施率				有効性			
			100 ～ 75 %	75 ～ 50 %	50 ～ 25 %	25 ～ 0 %	有 効	有 効 で な い	悪 影 響	判 別 で き な い
どのように食事をとるか本人に相談する (量を減らして回数を増やすなど)	2	100.0	1	1	0	0	1	0	0	1
日常的に感謝・賞賛・肯定的な言葉を使っ てコミュニケーションする	2	100.0	1	1	0	0	2	0	0	0
日常的に頼りにしていることを伝える	2	100.0	0	2	0	0	1	0	0	1
食べすぎていることを否定しない	2	100.0	1	0	1	0	0	1	0	1
本人の分かる言葉で声掛けする	2	100.0	1	1	0	0	2	0	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	2	100.0	1	1	0	0	2	0	0	0
必要以上に食事を食べようとする理由を再 度情報収集する	2	100.0	1	1	0	0	0	0	1	1
認知機能障害によって何ができなくなっ ているか情報収集する	2	100.0	1	1	0	0	1	0	0	1
認知機能障害があってもできることを情報 収集する	2	100.0	1	1	0	0	2	0	0	0
必要以上に食事を食べようとする理由を再 度分析する	2	100.0	1	1	0	0	2	0	0	0
必要以上に食事を食べようとする理由をチ ームで検討する	2	100.0	2	0	0	0	2	0	0	0
必要以上に食事を食べようとするとしたと きの支援をチームで確認する	2	100.0	2	0	0	0	2	0	0	0
必要以上に食事を食べようとするとしたと きの支援をチームで検討する	2	100.0	2	0	0	0	2	0	0	0
居室で食べられるようにする	1	50.0	1	0	0	0	0	0	0	1
食べすぎると体に悪いことを伝える	1	50.0	0	1	0	0	1	0	0	0
声掛けのスピードを調整する	1	50.0	1	0	0	0	1	0	0	0
短い言葉で声掛けする	1	50.0	0	1	0	0	1	0	0	0
本人が納得できる言い回しで食べすぎない ように声をかける	1	50.0	0	1	0	0	1	0	0	0
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	1	50.0	0	1	0	0	1	0	0	0
屋外のレク、行事、活動へ参加する	1	50.0	1	0	0	0	0	0	0	1
さりげなく別の活動に誘導する	1	50.0	0	1	0	0	1	0	0	0
一回の食事の量を増やす	1	50.0	0	1	0	0	0	1	0	0
食事の回数を増やす	1	50.0	1	0	0	0	0	0	0	1
カロリーの低い食事を準備する	1	50.0	0	0	1	0	0	0	0	1

6 食べたのに食事を欲しいと訴えるの登録結果

「食べたのに食事を欲しいと訴える」について、全登録が完了したのは、8 件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では 7 件が分析対象となった。当該 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表 4-34）。重症度の評価については、前評価では、「軽度」「中等度」が最も多く 3 名（37.5%）であり、後評価では、「中等度」が最も多く 6 名（75.0%）であった（表 4-35）。頻度については、前評価で「すこしある」「たまにある」「よくある」「いつもある」が最も多く 2 名（25.0%）、後評価では「たまにある」が最も多く 3 名（37.5%）であった（表 4-36）。重症度・頻度・重症度×頻度の変化については、表 4-37 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-38 に示した。

また、食べたのに食事を欲しいと訴える原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「食べたことを忘れる」が最も多く 8 名（100.0%）であり、後評価でも「食べたことを忘れる」が最も多く、7 名（100.0%）であった（表 4-39）。食べたのに食事を欲しいと訴える原因についての自由記述回答結果は、表 4-40 に示した。

BPSD 別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食べたのに食事を欲しいと訴える」の全登録完了数 8 件で除した数値を選択率とし、選択率が 50%以上のケアについて表 4-41 に示した。最も選択率が多かったケアが「本人の発言を否定しない」「食事が欲しいという本人の気持ちに共感する」「体操、レクリエーションへの参加」「どのようなときに食べたことを忘れ食事を欲しいというのか情報収集する」「食べたことを忘れ食事が欲しいという理由を再度分析する」「食べたことを忘れないような支援をチームで検討する」であり、選択率が 62.5%、であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が最も多かったのは「食べたことを忘れ食事が欲しいという理由を再度分析する」であり、有効であるという評価が最も多かったのが、「本人の発言を否定しない」「食事が欲しいという本人の気持ちに共感する」「食べたことを忘れ食事が欲しいという理由を再度分析する」であり、それぞれ 5 件であった。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表 4-42 に示す。

表 4－34 「食べたのに食事を欲しいと訴える」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=8					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	1.9±0.8	1.9±0.4	2.5±1.2	2.6±1.1	5.4±4.1	5.0±2.5
最大	3	2	4	4	12	8
最小	1	1	1	1	1	1

表4－35 「食べたのに食事を欲しいと訴える」重症度分布

	n=8			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	3	37.5	1	12.5
2:中等度	3	37.5	6	75.0
3:強い	2	25.0	0	0.0
4:激しい	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	1	12.5

表4－36 「食べたのに食事を欲しいと訴える」頻度分布

	n=8			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	2	25.0	1	12.5
2:たまにある	2	25.0	3	37.5
3:よくある	2	25.0	1	12.5
4:いつもある	2	25.0	2	25.0
無回答	0	0.0	1	12.5

表4－37 「食べたのに食事を欲しいと訴える」前後変化

	n=8					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	2	25.0	1	12.5	2	25.0
維持	4	50.0	5	62.5	4	50.0
悪化	1	12.5	1	12.5	1	12.5
無効	1	12.5	1	12.5	1	12.5

表 4 - 3 8 「食べたのに食事を欲しいと訴える」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
早く食べ終え、その後忘れて、他の人が食べているのを気にしている。	食後、食べたことを忘れて他者のことを気にしているため、食後は食器を片付けずに、テーブルの上に置いたままにしている。
食べ終わって席を離れられるが、その時食事を下げた しまうと。また戻って見えたとき周りの食事を食べて いる利用者様をみて「ここは食事出さんのか」等言わ れおこることがある。	食事を下げずにしばらく置いておくようにした。それ でも周りもお膳とご本人様のお膳をみて怒ることはあ るが、頻度減った。
食べ終えたことを話しても、食べていないと怒る	食べてないと主張するときもあるが、食べたよと主張 するときもある、しかし目の前に食べ物があるとなん でも食べてしまう
食事を食べ終えて、歯磨きも済ませた後に「ご飯はまだ ですか。」と職員に聞きにくる。何も食べていないのか 聞くと「食べてない。」と答える。	食後、すぐに食べていないという訴えは聞かれなくな った。食後に「お腹いっぱいですか？」と聞くと「はい。」 と答える。食後 1 時間ほどで「お腹すいたわ。何も食べ てないから。」と言いにくる事はある。

表 4 - 3 9 「食べたのに食事を欲しいと訴える」 原因

	後評価後			
	前評価	n=8	n=7 * 無効を除外	
	人数	%	人数	%
食べたことを忘れる	8	100.0	7	100.0
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)	2	25.0	1	14.3
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)	1	12.5	2	28.6
食えることが好きである、生活において食を大切にしている	5	62.5	4	57.1
食事に対する満足感がない	3	37.5	3	42.9
楽しく食事ができなかった	1	12.5	0	0.0
不明	0	0.0	0	0.0
その他	1	12.5	3	42.9

表 4 - 4 0 「食べたのに食事を欲しいと訴える」 原因の自由記述

前評価	後評価
食べ物を見ると食べたくなる	食べることに執着している

表4-41 「食べたのに食事を欲しいと訴える」で選択率が50%以上であったケア

n=8

	予 定	選 択 率	実施率				有効性			
			100 ～ 75 %	75 ～ 50 %	50 ～ 25 %	25 ～ 0 %	有 効	有 効 で な い	悪 影 響	判 別 で き な い
本人の発言を否定しない	5	62.5	4	1	0	0	5	0	0	0
食事が欲しいという時の本人の気持ちに共感を示す	5	62.5	3	2	0	0	5	0	0	0
体操、レクリエーションへの参加	5	62.5	2	2	1	0	4	0	0	1
どのような時に食べたことを忘れ食事をほしいというのか情報収集する	5	62.5	2	3	0	0	3	0	0	2
食べたことを忘れ食事をほしいという理由を再度分析する	5	62.5	5	0	0	0	5	0	0	0
食べたことを忘れないような支援をチームで検討する	5	62.5	3	2	0	0	3	1	0	1
空腹かどうか尋ねる	4	50.0	3	1	0	0	4	0	0	0
本人がわかる言葉で応答する	4	50.0	3	1	0	0	4	0	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	4	50.0	4	0	0	0	4	0	0	0
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	4	50.0	2	2	0	0	4	0	0	0
日常的な仕事や日課を継続する	4	50.0	3	0	1	0	3	0	0	1
屋外のレク、行事、活動へ参加する	4	50.0	2	1	1	0	4	0	0	0
食べたことを忘れ食事をほしいという時の本人の発言を情報収集する	4	50.0	3	1	0	0	4	0	0	0
認知機能障害によって何ができなくなっているか情報収集する	4	50.0	3	1	0	0	4	0	0	0
食べたことを忘れ食事をほしいという理由をチームで検討する	4	50.0	3	1	0	0	4	0	0	0
食べたことを忘れないような支援をチームで確認する	4	50.0	2	2	0	0	2	1	0	1

表 4 - 4 2 「食べたのに食事を欲しいと訴える」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針（前評価）
本人様の空腹の訴えを否定せず、必要に応じてお菓子など軽食を提供するようにした。 中核症状が起因していると思う、忘れてしまうことの不安、何であるのか理解できない現状から、自分の物がどれかもわからない苛立ちなど、心理的な葛藤からの行動になっていると考える、側に寄り添い、不安や困りごとの解消をするためのケアを提供できるように努力していく姿勢が、職員への信頼を獲得すると考える
本人は、嫌いなものは残す事がある。その為、少し空腹感が残っているため、食べた事自体を忘れているのかもしれない。食事に満足感がなかったことも考えられる。一人で過ごしている時に訴えることもあるので、他者との関わりを求めているのかもしれない。 留意する事としては、本人の訴えを否定せずまずは話を聞く事。「今準備しているところです。」などと声をかけ、食事のメニューを伝えたり、お茶を勧めて待ってもらっている。訴えが継続している時には話だけでは納得してもらえない事があるので、レクリエーションに切り替えてみたり、お菓子などの甘いものを少しばかり勧めている。食べた後は落ち着いているが、そのまま穏やかに過ごせていることもあれば急に外へ出て行こうとする事もあり、まだ本人の不満をすべて解消できているとはいえない状況である。

7 他の人の食事を食べようとするの登録結果

「他の人の食事を食べようとする」について、全登録が完了したのは、14 件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では 13 件が分析対象となった。当該 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表 4-43）。重症度の評価については、前評価で「軽度」「中等度」が最も多く 6 名（42.9%）であり、後評価では、「軽度」が最も多く 7 名（50.0%）であった（表 4-44）。頻度については、前評価で「少しある」が最も多く 6 名（42.9%）、後評価でも「少しある」が最も多く 6 名（42.9%）であった（表 4-45）。他の人の食事を食べようとする状態の前後変化の結果は、表 4-46 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-47 に示した。

また、他の人の食事を食べようとする原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「もっと食べたい（食事量が足りない）」が最も多く 9 名（64.3%）であり、後評価では「自分の食事がどれかわからない」が最も多く、8 名（66.7%）であった（表 4-48）。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答結果は、表 4-49 に示した。

BPSD 別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「他の人の食事を食べようとする」の全登録完了数 11 件で除した数値を選択率とし、選択率が 50%以上のケアについて表 4-50 に示した。最も選択率が多かったケアが「他の人の食事を食べようとしたときに対応できるよう注意深く見守る」であり、選択率が 69.2%、であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が 8 件、実施して有効と判断された件数が 9 件であった（注：実施率が 75%未満であっても有効と判断されるケアがあり得るため、実施率の件数よりも有効と判断されたケアが多くなっている）（表 4-50）。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表 4-51 に示す。

表 4－43 「他の人の食事を食べようとする」重症度等の平均値・最大値・最小値

n=14						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	1.7±0.7	1.3±0.8	1.9±1.0	1.7±1.2	3.9±3.4	2.9±3.1
最大	3	3	4	4	12	9
最小	1	0	1	0	1	0

表 4 - 4 4 「他の人の食事を食べようとする」重症度分布

	n=14			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	1	7.1
1:軽度	6	42.9	7	50.0
2:中等度	6	42.9	3	21.4
3:強い	2	14.3	1	7.1
4:激しい	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	2	14.3

表 4 - 4 5 「他の人の食事を食べようとする」頻度分布

	n=14			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	1	7.1
1:少しある	6	42.9	6	42.9
2:たまにある	4	28.6	2	14.3
3:よくある	3	21.4	2	14.3
4:いつもある	1	7.1	1	7.1
無回答	0	0.0	2	14.3

表 4 - 4 6 「他の人の食事を食べようとする」前後変化

	n=14					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	5	35.7	4	28.6	5	35.7
維持	7	50.0	7	50.0	6	42.9
悪化	0	0.0	1	7.1	1	7.1
無効	2	14.3	2	14.3	2	14.3

表4－47 「他の人の食事を食べようとする」具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
同じテーブルに食事が進まない利用者がある。その方の食事をお盆ごと取り上げて食べてしまう。また、隣の方が飲んでいるお茶などを茶碗ごとと取り上げて飲んでしまう。	お湯のみを取る回数は極端に減った。しかし、ゼロではない。食べ物をとって食べることはしなくなった。
同じテーブルを囲む他者の食事に手を出すことがある。	
近くにいる人の食事を食べようとするが、説明するとその場での行動は止まる	自分の近くにある器が他者の物だと思わず手をつけてしまう。
食事を終えた後、他入居者の食事が気になったり、手を出そうとする。配膳された食事が自分のものか他入居者のものか理解できていない事がある。	箸を最後に配膳する事で、他入居者と同じタイミングで食事を摂る事で自分の食事であることを認識できている。本人が他入居者よりも食事を終えたとしても、職員が本人の隣に座り会話する事で意識を食事から話す事が出来ている。
同テーブルに置いてある食事や、盛り付け前のもの。他人の食べ残し。人の目を盗んで食べる。自分のものがあるのに、他人のお茶を飲む。	同テーブルに置いてある食事や、盛り付け前のもの。他人の食べ残し。人の目を盗んで食べる。自分のものがあるのに、他人のお茶を飲む。
食事を食べ終わるのが早い為、食後、まだ摂取している他の人の食事を見て、近づく。食べようとする為、職員が声掛けをしている。	食事を食べるのが早く、食後、食事の他者に近づき食べようとするため、声掛けし、自分の席、または居室へ誘導している。
	職員や周りの人を気にする。きょろきょろと周りをみる。
満腹感がないのか、自分の食事を摂取された後、他の人の残されたものを食べられる。	
飲み物・食べ物を見ると他社のものであろうと、飲んだり食べたりする。ゆっくり飲む方が、手に持っているのを、私が飲んでやるよと、取り上げて飲んでしまう。	小分けにして、提供をしている、一人にせず本人のペースに合せ、本人へ分かり易い会話をすることで、食席へ落ち着いて居られるようになった。他の分を飲んだり、食べたりしても否定せず、また環境を整えることでそのような行動にならないようにしている。
他の方の残っている食べ物を見る。手を出す。「ぎゃーあ。」と声をあげる。気づかれると職員をにらむ。	他の人の食事に視線がいくことも少なくなった。
職員が他の方の介助の都合で席を立った時に向かい側の人のお膳に箸を伸ばそうとする。	職員がご本人を見ていない時に向かい側の人のお膳に箸を伸ばそうとする。

表 4 - 4 8 「他の人の食事を食べようとする」原因

	前評価 n=14		後評価後 n=12 * 無効を除外	
	人数	%	人数	%
抑制が効かない（脱抑制）	5	35.7	6	50.0
もっと食べたい（食事量が足りない）	9	64.3	7	58.3
自分の食事がどれかわからない	8	57.1	8	66.7
好きな食べ物が目についた	7	50.0	4	33.3
不明	0	0.0	0	0.0
その他	2	14.3	5	41.7

表 4 - 4 9 「他の人の食事を食べようとする」原因の自由記述

前評価	後評価
	食事には殆ど手を出さなくなった
	自分のものと他者のものがわからない
常同行動	満腹中枢が働かず、反射的反応
	目線がいきやすかった。
好きな食べ物をもっと食べたい。	好きな食べ物をもっと食べたい。

表 4 - 5 0 「他の人の食事を食べようとする」で選択率が 50%以上であったケア

n=13

	予 定	選 択 率	実施率				有効性			
			100 ～ 75 %	75 ～ 50 %	50 ～ 25 %	25 ～ 0 %	有 効	有 効 で な い	悪 影 響	判 別 で き な い
他の人の食事を食べようとしたときに対応できるように注意深く見守る	9	69.2	8	1	0	0	9	0	0	0
本人を否定しない	8	61.5	7	1	0	0	6	0	0	2
本人の分かる言葉で声掛けする	8	61.5	6	1	1	0	6	1	0	1
他の人の食事を食べようとする理由を再度情報収集する	8	61.5	7	1	0	0	6	0	0	2
他の人の食事を食べようとする理由をチームで検討する	8	61.5	8	0	0	0	8	0	0	0
本人の食べ物ではないことを伝える	7	53.8	7	0	0	0	4	2	0	1
短い言葉で声掛けする	7	53.8	5	2	0	0	5	1	0	1
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	7	53.8	5	1	1	0	5	0	0	2
どのような時に他の人の食事を食べようとするのか情報収集する	7	53.8	5	2	0	0	6	0	0	1
他の人の食事を食べようとするとしたときの支援をチームで確認する	7	53.8	7	0	0	0	7	0	0	0
他の人の食事を食べようとするとしたときの支援をチームで検討する	7	53.8	6	0	0	1	6	0	0	1

表 4 - 5 1 「他の人の食事を食べようとする」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針（前評価）
理解力の低下により、今自分の置かれている状況さえも分からない、ストレスからくる過食になっているのではないかと考える、食べたい時に少しでもいいので提供してみる、落ち着いたたら、寄り添いながらコミュニケーションをとることで安心してもらえるようにケアの工夫が必要と考える
他の方の食事が目につきやすく、自分の食事がどこにあるかわかりにくい。食事の介助方法が本人にあっていない。
食事時に職員が席を離れないようにする。離れる場合も、職員自身のお膳を含めて、近くにあるお膳を気に掛ける。

8 食事介助を拒否する

「食事介助を拒否する」について、全登録が完了したのは、6件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では5件が分析対象となった。当該BPSDについて、重症度を4：激しい症状～0：症状なし、頻度を4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ5段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表4-52）。重症度の評価については、前評価では、「強い」が最も多く3名（50.0%）であり、後評価では、「軽度」「中等度」が最も多くそれぞれ2名（33.3%）であった（表4-53）。頻度については、前評価で「いつもある」が最も多く3名（50.0%）、後評価では「少しある」が最も多く2名（33.3%）であった（表4-54）。食事介助を拒否する前後変化の結果は、表4-55に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表4-56に示した。

また、食事介助を拒否する原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「嫌いなものを食べさせられる」「何をされているかわからない」「介護者のことが気に入らない」が最も多く3名（50.0%）であり、後評価では「嫌いなものを食べさせられる」が最も多く、3名（60.0%）であった（表4-57）。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答結果は、表4-58に示した。

BPSD別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食事介助を拒否する」の後評価までに欠損のない5件で除した数値を選択率とし、選択率が50%以上のケアについて表4-59に示した。最も選択率が多かったケアが「メニューを説明する」「食事介助を拒否しないときの状況について情報収集する」「どのようなときに食事介助を拒否するのか情報収集する」であり、選択率が80.0%、であった。実施率が100～75%であった件数はそれぞれ2件であり、実施して有効と判断された件数は、それぞれ同数の3件であった。ケア選択後に自由記述にてケア実施の方針の記入を求めた。結果については表4-60に示す。

表4－52 「食事介助を拒否する」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=6					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	2.8±0.8	1.8±0.8	3.2±1.0	2.2±1.3	9.5±4.8	4.8±4.5
最大	4	3	4	4	16	12
最小	2	1	2	1	4	1

表 4－5 3 「食事介助を拒否する」重症度分布

n=6				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	0	0.0	2	33.3
2:中等度	2	33.3	2	33.3
3:強い	3	50.0	1	16.7
4:激しい	1	16.7	0	0.0
無回答	0	0.0	1	16.7

表 4－5 4 「食事介助を拒否する」負担分布

n=6				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	0	0.0	2	33.3
2:たまにある	2	33.3	1	16.7
3:よくある	1	16.7	1	16.7
4:いつもある	3	50.0	1	16.7
無回答	0	0.0	1	16.7

表 4－5 5 「食事介助を拒否する」前後変化

n=6						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	3	50.0	3	50.0	3	50.0
維持	2	33.3	2	33.3	2	33.3
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	1	16.7	1	16.7	1	16.7

表 4 - 5 6 「食事介助を拒否する」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
食事の際、ご自分では食べようとされないことが多い。手で食べれるものは少し食べることがある。基本的には介助をしており、介助にも顔を背けられることが多い。少しでも食べていただこうと顔をそむけても、口を開ければ食べていただいていた。最近口を開けないことが多くなり、摂取量が減って来ている。	
職員が口に運ぼうとすると嫌がる。特に服薬時。	ほとんどなくなった
表情が険しく、左側を向く。車椅子のアームサポートを両手で持ちのけぞる。介助者の手を持つ。	口を閉じて左を向く。
「あんたがお食べ。」「いらん。」と拒否。介助している箸を噛み離さないこともある。	「あんたがお食べ。」「いらん。」と拒否。介助している箸を噛み離さないこともある。
副食には手をつけない為、職員介助するものの拒否がある	副食には手をつけない為、職員介助するものの拒否がある時とない時がある。
食事への意欲が低下しており、自力での摂取が難しい時がある。また認知機能の低下により食べ物だと認識できないこともあるため介助を必要としている。しかしこれまで食事の介助を行っていなかったため介助行為に抵抗がある。具体的には職員がスプーンなどを口に近づけると「やめてよ!」と大きな声を出し手で払いのけるなどの行為がみられる。	自力での摂取を促すことにより介助行為の回数が減り、それによる抵抗も減っている。

表 4 - 5 7 「食事介助を拒否する」 原因

	前評価 n=6		後評価後 n=5 * 無効を除外	
	人数	%	人数	%
介助が乱雑である（痛い、早いなど）	2	33.3	2	40.0
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
嫌いなものを食べさせられる	3	50.0	3	60.0
何をされているかわからない	3	50.0	2	40.0
食べようとしているものが何かわからない（物体失認）	1	16.7	1	20.0
相手がだれかわからない	1	16.7	1	20.0
声掛けの内容がわからない（失語）	2	33.3	2	40.0
介助者のことが気に入らない	3	50.0	2	40.0
不明	1	16.7	1	20.0
その他	2	33.3	1	20.0

表 4 - 5 8 「食事介助を拒否する」原因の自由記述

前評価	後評価
顔を背けているのに食べさせようとする。	
自分で食べれる。周りが気になる。	自分で食べれる。周りが気になる。眠い。お腹が減っていない。

表 4 - 5 9 「食事介助を拒否する」で選択率が 50%以上であったケア

							n=5			
	予 定	選 択 率	実施率				有効性			
			100 ～75 %	75 ～50 %	50 ～25 %	25 ～0 %	有効	有効でない	悪影響	判別できない
メニューを説明する	4	80.0	2	2	0	0	3	0	0	1
食事介助を拒否しない時の状況について情報収集する	4	80.0	2	2	0	0	3	0	0	1
どのような時に食事介助を拒否するのか情報収集する	4	80.0	2	1	0	1	3	0	0	1
視覚刺激の少ない場所で食べる	3	60.0	0	1	1	1	1	0	0	2
介助の際に感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ってコミュニケーションする	3	60.0	2	0	1	0	3	0	0	0
介助の際、傾聴に心がける	3	60.0	3	0	0	0	3	0	0	0
介助の際の会話のスピードを調整する	3	60.0	2	0	1	0	3	0	0	0
介助の際の言葉かけを短くする	3	60.0	2	1	0	0	3	0	0	0
介助の際に本人が分かる言葉を使用する	3	60.0	2	1	0	0	3	0	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	3	60.0	2	0	1	0	3	0	0	0
食事介助を拒否する理由を再度情報収集する	3	60.0	2	1	0	0	2	0	0	1
認知機能障害によって何ができなくなっているか情報収集する	3	60.0	2	1	0	0	3	0	0	0
認知機能障害があってもできることを情報収集する	3	60.0	2	1	0	0	3	0	0	0
食事介助を拒否する理由を再度分析する	3	60.0	3	0	0	0	3	0	0	0
食事介助を拒否するときの支援をチームで確認する	3	60.0	3	0	0	0	3	0	0	0
観念運動失行に配慮し、あえて声掛けをせず食事動作が始まるのを待つ	3	60.0	2	0	1	0	1	1	0	1
適切に水分摂取する	3	60.0	2	0	0	1	1	0	0	2
食事介助のスピードを調整する	3	60.0	2	0	1	0	3	0	0	0
無理に食べさせようとしない	3	60.0	3	0	0	0	3	0	0	0

表 4－60 「食事介助を拒否する」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針
本人が食べたいものを提供できるよう歯科医と相談しながら食形態があげれるようにする。最初の一口は本人が好きそうな物から食べてもらったり、必要なときには、食べたい食事を提供したりする。食べ物か飲み物かが分かりにくい。介助方法（特にスプーンの介助）を統一する。わかりやすい位置で介助したり、わかりやすい言葉を使ったり、ノンバーバルコミュニケーションを活用したりして介助する。長時間の座位時やご本人が声を出されることが多い場合はソファに座りなおしたり、介助でベッドに横になる。座る体勢や食べる確認をする。
近くでコミュニケーションがとれ、模倣できるよう横で一緒に食事をする。好きな曲をBGMでかける。活動量を増やす。
なるべく自力で摂取されているため介助の回数自体が減っている。介助を行うとしても実際に口に食具を近づけるのではなく、職員がジェスチャーを行ったりして本人様の意思を尊重したケアを行った。

9 食べられないものを食べようとするの登録結果

「食べられないものを食べようとする」について、全登録が完了したのは、4 件であった。そのうち、回答内容に欠損があるものを除くと、後評価では 3 件が分析対象となった。当該 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めた。また、重症度と頻度を乗じた点数を算出し平均値、最大値、最小値等を算出した（表 4-61）。重症度については、前評価で、「軽度」「中等度」が最も多く 2 名（50.0%）であり、後評価で、「軽度」が最も多く 2 名（50.0%）であった（表 4-62）。頻度については、前評価で「すこしある」「たまにある」が最も多く 2 名（50.0%）、後評価では「少しある」が最も多く 2 名（50.0%）であった（表 4-63）。重症度及び頻度、並びに重症度に頻度を乗じた数値の前後変化については、表 4-64 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-65 に示した。

また、食べられないものを食べようとする原因について複数回答にて評価を求めたところ、前評価では「食べようとしているものが何かわからない（物体失認）」が最も多く 3 名（75.0%）であり、後評価では「食べようとしているものが何かわからない（物体失認）」「目についたものを何でも口に入れる」が最も多く、2 名（66.7%）であった（表 4-66）。食べるのを拒否する原因についての自由記述回答はなかった。

BPSD 別のケアでは、前評価において、期間中実施する予定とするケアをチェックし、後評価において、実施する予定としたケアの実施率と有効性をそれぞれ評価することとしている。実施予定としたケアの選択数を「食べられないものを食べようとする」の全登録完了数 3 件で除した数値を選択率とし、選択率が 50%以上のケアについて表 4-67 に示した。最も選択率が多かったケアが「食べようとするものを食べられない位置に移動する」であり、選択率が 100.0%であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が 3 件、実施して有効と判断された件数が 3 件であった。ケア実施の方針の自由記述回答はなかった。

表 4－6 1 「食べられないものを食べようとする」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=4					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	前評価	後評価	前評価	後評価	前評価	後評価
平均値±SD	1.5±0.6	1.3±0.6	1.5±0.6	1.3±0.6	2.5±1.7	2.0±1.7
最大	2	2	2	2	4	4
最小	1	1	1	1	1	1

表 4－6 2 「食べられないものを食べようとする」重症度分布

	n=4			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	2	50.0	2	50.0
2:中等度	2	50.0	1	25.0
3:強い	0	0.0	0	0.0
4:激しい	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	1	25.0

表 4－6 3 「食べられないものを食べようとする」頻度分布

	n=4			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	0	0.0	0	0.0
1:少しある	2	50.0	2	50.0
2:たまにある	2	50.0	1	25.0
3:よくある	0	0.0	0	0.0
4:いつもある	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	1	25.0

表 4－6 4 「食べられないものを食べようとする」前後変化

	n=4					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	0	0.0	0	0.0	0	0.0
維持	3	75.0	3	75.0	3	75.0
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	1	25.0	1	25.0	1	25.0

表 4－6 5 「食べられないものを食べようとする」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
テレビのリモコンや、ボールペンを口の中に入れようとしているのを確認している。	なし（前評価ほど頻繁ではないが動作はみられる）
紙などを目の前に置いてあると、誤って口に入れてしまうことがある。	食札を食べようとする。
紙を口ににいれ食べられたり、夜間紙パンツを破ってポリマー部分を食べられることがあった。	

表 4－6 6 「食べられないものを食べようとする」 原因

	後評価後 n=3*無効を除			
	前評価		外	
	人数	%	人数	%
食べようとしているのものが何かわからない（物体失認）	3	75.0	2	66.7
空腹である	1	25.0	0	0.0
目についたものを何でも口に入れる	2	50.0	2	66.7
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

表4-67 「食べられないものを食べようとする」で選択率が50%以上であったケア

	予 定	選 択 率	実施率				有効性			
			100～75%	75～50%	50～25%	25～0%	有効	有効でない	悪影響	判別できない
食べようとするものを食べられない位置に移動する	3	100.0	3	0	0	0	3	0	0	0
食べてしまうものを食べないところに片づける	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食べられないものであることを説明する	2	66.7	1	0	0	1	1	1	0	0
声をかける際、に心がける	2	66.7	1	1	0	0	1	0	0	1
声をかける際の会話スピードを調整する	2	66.7	1	1	0	0	1	0	0	1
声をかける際の言葉かけを短くする	2	66.7	1	1	0	0	1	0	0	1
声をかける際に本人が分かる言葉を使用する	2	66.7	1	1	0	0	1	0	0	1
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
自宅で以前していた趣味活動が続ける	2	66.7	1	0	1	0	1	0	0	1
好きな活動を実施	2	66.7	1	0	1	0	1	0	0	1
体操、レクリエーションへの参加	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
屋外のレク、行事、活動へ参加する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
自宅へ外出する	2	66.7	1	0	0	1	1	0	0	1
一時的に戸外に出る	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食べられないものを食べようとする理由を再度情報収集する	2	66.7	1	1	0	0	2	0	0	0
何を食べようとしているかを情報収集する	2	66.7	1	1	0	0	2	0	0	0
食べられないものを食べようとしない時の状況について情報収集する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
認知機能障害によって何ができなくなっているか情報収集する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
認知機能障害があってもできることを情報収集する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食べられないものを食べようとするときの支援をチームで検討する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食べられないものを食べようとする理由をチームで検討する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食べられないものを食べようとするときの支援をチームで確認する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
食事のリズムを整える	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
適切に水分摂取する	2	66.7	2	0	0	0	2	0	0	0
就寝時の寝具の調整	2	66.7	1	1	0	0	1	0	0	1

10 登録数の最も多い BPSD の分析：「食事が止まる」の詳細分析

本項では、東京センターが担当する BPSD の中で最も登録数の多かった、「食事が止まる」に関する分析結果を報告する。スポット調査では、各 BPSD について、重症度を 4：激しい症状～0：症状なし、頻度を 4：いつもある～0：まったくない、のそれぞれ 5 段階の尺度を用いて、前評価及び後評価の時点で回答を求めている。重症度と頻度は、BPSD の程度を表す指標であり、相互に関連していることを踏まえ、今回は重症度に頻度を乗じた値の軽減・維持悪化を軸にして分析を進めることとする。

1) 改善・維持悪化ケースの属性・状態の差の検討

まず、「食事が止まる」について、前評価時点で属性・状態を評価した項目との関連を確認する。

(1) NPI-Q 重症度の改善有無とその他項目の改善有無

登録項目のうち、前後評価でその変化を追うことのできた水分摂取量、過去 1 週間の熟睡日数、過去 1 週間で排便のあった日数、利用している薬剤数、VI、short QOL-D について、NPI-Q と同様に軽減、維持・悪化、もしくは増加、維持、減少に分類し、重症度の改善有無とのカイ二乗検定もしくは Fisher の正確確率検定を実施した（表 4-68、4-69）。

表 4 - 6 8 「食事が止まる」の重症度×頻度の改善有無と各変化の関連

		重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (6)	維持・悪化 (6)	
水分摂取量	増加	1	0	0.50 ^b
	維持	5	6	
過去 1 週間の熟睡日数の変化	維持	1	1	1.00 ^a
	減少	4	4	
過去 1 週間の平均睡眠時間の変化	増加	0	1	0.57 ^a
	維持	5	4	
	減少	1	1	
過去 1 週間で排便のあった日数の変化	増加	0	3	0.13 ^b
	維持	4	2	
	減少	2	1	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

表 4 - 6 9 「食事が止まる」の重症度改善有無と各変化の関連

		重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (6)	維持・悪化	
		(6)		
NPI-Q (重症度) の変化	軽減	5	4	0.21 ^a
	維持	0	2	
	悪化	1	0	
NPI-Q (負担度) の変化	軽減	5	3	0.27 ^b
	維持	1	3	
NPI-Q (総合点) の変化	軽減	5	5	0.77 ^b
	維持	1	1	
short QOL-D の変化	軽減	4	2	0.51 ^a
	維持	1	2	
	悪化	1	2	
VI の変化	向上	3	0	0.09 ^a
	維持	1	4	
	減少	2	2	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

(2)「食事が途中で止まる」の重症度×頻度の改善有無と対象者の状態像との関連

登録項目のうち、前評価で取得した年齢、性別、BI (ADL)、IADL、HDS-R、GDS (うつ)、DST(せん妄)、服薬利用している薬剤数、過去 1 週間の生活、会ったり話したりする人を NPI-Q 重症度の改善有無で群分けを行い、対応のない t 検定もしくは Mann-Whitney U 検定、カイ二乗検定もしくは Fisher の正確確率検定を実施した (表 4-70)。

表 4 - 7 0 対象者の状態像と「食事が途中で止まる」の重症度×頻度改善有無での群間比較

	重症度×頻度				p
	軽減	n	維持・悪化	n	
年齢 [歳]	87.0±5.5	6	84.6±4.4	5	0.44 ^c
性別	男性	0	0	6	-
	女性	6	6	6	
BI [点]	40.0±21.6	6	36.6±21.3	6	0.79 ^c
IADL [点]	0.0±0.0	5	0.33±0.5	6	0.18 ^c
HDS-R [点]	0.0±0.0	4	1.5±2.7	6	0.23 ^c
GDS [点]	1.0±1.4	2	2.0±2.8	2	0.71 ^c
DST	せん妄の可能性有	3	2	6	0.50 ^b
	せん妄の可能性低	3	4	6	
服薬利用している薬剤数 [個]	5.5±2.0	6	9.5±2.6	6	0.01 ^c
過去 1 週間の楽しみや趣味の活動(順位和)	48.0	6	30.0	6	0.11 ^d
過去 1 週間のゆっくりとくつろぐ時間(順位和)	43.5	6	34.5	6	0.44 ^d
過去 1 週間の家族や介護職員との交流(順位和)	38.0	6	40.0	6	0.85 ^d
過去 1 週間の外出機会(順位和)	52.0	6	26.0	6	0.01 ^d
あったり話をしたりする親戚数(順位和)	31.5	6	46.5	6	0.17 ^d
あったり話をしたりする友人数 (順位和)	36.0	6	42.0	6	0.31 ^d
あったり話をしたりするスタッフ数(順位和)	40.5	6	37.5	6	0.78 ^d

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定、c: 対応のない t 検定、d: Mann-Whitney U 検定

2) 改善・維持悪化ケースの原因

食べ始められない原因を、重症度と頻度の積が改善した群と維持・悪化群とで群分けを行いクロス集計したうえで、Fisher の正確確率検定を実施した（表 4-71）。

表 4 - 7 1 食事が途中で止まるの重症度×頻度の改善有無と原因の関連

		重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (7)	維持・悪化 (8)	
食事が食事だとわからない（失認）	該当	2	5	0.57
	非該当	3	5	
待つと食べるのに促すため食べない（観念運動失行）	該当	1	0	0.46
	非該当	6	8	
食具の使い方がわからない	該当	2	4	0.37
	非該当	5	4	
覚醒レベルが低い、せん妄	該当	3	1	0.23
	非該当	4	7	
意欲の低下	該当	5	3	0.21
	非該当	2	5	
食事に集中出来ない・気が散る（注意機能が低い）	該当	5	7	0.44
	非該当	2	1	
器が多く、混乱する	該当	3	1	0.23
	非該当	4	7	
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	該当	1	0	0.46
	非該当	6	8	
不明	該当	2	0	0.20
	非該当	5	8	
その他	該当	1	2	0.55
	非該当	6	6	

Fisher の正確確率検定

3) 原因の傾向

前評価と後評価において選択された原因の差についてクロス集計を実施し、Fisher の正確確率検定を行った（表 4-72）。

表 4 - 7 2 「食べ始められない」の重症度×頻度の改善有無と原因の関連

		原因（前評価）		p
		前評価該当	前評価非該当	
食事が食事だとわからない（失認）	該当	4	1	<u>0.02</u>
	非該当	1	8	
待つと食べるのに促すため食べない（観念運動失行）	該当	0	1	0.92
	非該当	1	12	
食具の使い方がわからない	該当	5	1	<u>0.01</u>
	非該当	1	7	
覚醒レベルが低い、せん妄	該当	2	0	<u>0.03</u>
	非該当	1	11	
意欲の低下	該当	6	1	0.05
	非該当	2	5	
食事に集中出来ない・気が散る（注意機能が低い）	該当	12	0	<u>0.01</u>
	非該当	0	2	
器が多く、混乱する	該当	2	0	0.06
	非該当	2	10	
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	該当	1	0	0.07
	非該当	0	13	
不明	該当	0	0	-
	非該当	2	12	
その他	該当	1	2	0.54
	非該当	2	9	

Fisher の正確確率検定

4) 改善群・維持悪化群において選択されたケアの差

「食事が途中で止まる」に対するケアは 77 種類のケアから項目プルダウンで選択する構成としている。分析対象としたのは、データにおけるケアの選択数の平均値は、 21.5 ± 11.2 種類、最大値が 42 種類、最小値が 3 種類であった。改善群、維持・悪化群に分け、それぞれの実施割合を求めた(表 4-73)。

表 4 - 7 3 改善群と維持・悪化群で選択されたケアの差

	改善群 n=8		維持悪化群 n=8		実施率		p
	改善 件数	(%)	維持 悪化 件数	(%)	実施 件数	%	
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	7	58.3	5	41.7	12	75.0	0.28
食事が途中で止まる理由をチームで検討する	6	50.0	6	50.0	12	75.0	0.71
本人が分かる言葉で話しかける	7	63.6	4	36.4	11	68.8	0.14
どのような時に食事が途中で止まるのか情報収集する	7	63.6	4	36.4	11	68.8	0.14
はしや、スプーン、食器を手渡す	5	45.5	6	54.5	11	68.8	0.50
メニューを説明する	4	40.0	6	60.0	10	62.5	0.30
食事が途中で止まらず食べ続けられる時の状況について情報収集する	6	60.0	4	40.0	10	62.5	0.30
まだ食べるかどうか尋ねる	4	44.4	5	55.6	9	56.3	0.50
食事が途中で止まる時の本人の発言を情報収集する	4	44.4	5	55.6	9	56.3	0.50
食事が途中で止まる理由を再度分析する	6	66.7	3	33.3	9	56.3	0.15
食事が途中で止まらないような支援をチームで確認する	5	55.6	4	44.4	9	56.3	0.50
食事が途中で止まらないような支援をチームで検討する	7	77.8	2	22.2	9	56.3	0.02
適切に水分摂取する	4	44.4	5	55.6	9	56.3	0.50
なぜ食べないか尋ねる	4	50.0	4	50.0	8	50.0	0.69
短い言葉で話しかける	4	50.0	4	50.0	8	50.0	0.69
体操、レクリエーションへの参加	4	50.0	4	50.0	8	50.0	0.69
食事が途中で止まる理由を再度情報収集する	6	75.0	2	25.0	8	50.0	0.06
本人の好みやこだわりについて情報収集する	3	37.5	5	62.5	8	50.0	0.31
食事介助の際に感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ってコミュニケーションする	5	71.4	2	28.6	7	43.8	0.15
屋外のレク、行事、活動へ参加する	4	57.1	3	42.9	7	43.8	0.50
認知機能障害によって何ができなくなっているか情報収集する	4	57.1	3	42.9	7	43.8	0.50
一口食べる介助をする	3	42.9	4	57.1	7	43.8	0.50
皿の数が多く混乱しないように、一皿に盛り付ける	3	42.9	4	57.1	7	43.8	0.50
気になる人がいないところで食べる	4	66.7	2	33.3	6	37.5	0.30
話しかけるスピードを調整する	3	50.0	3	50.0	6	37.5	0.69
認知機能障害があってもできることを情報収集する	3	50.0	3	50.0	6	37.5	0.69
食事のリズムを整える	3	50.0	3	50.0	6	37.5	0.69
スタッフが一緒に食べる	3	50.0	3	50.0	6	37.5	0.69
身振りで食事を促す	3	60.0	2	40.0	5	31.3	0.50
好きな食べ物を提供する	3	60.0	2	40.0	5	31.3	0.50
日中の活動量を増やす	4	80.0	1	20.0	5	31.3	0.14
食事を認知しやすいように食材の色と違う色のさらに盛り付ける	2	40.0	3	60.0	5	31.3	0.42
日常生活の中で軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的役割とする	3	75.0	1	25.0	4	25.0	0.28
好きな活動を実施	2	50.0	2	50.0	4	25.0	0.71

食具を調整する	3	75.0	1	25.0	4	25.0	0.28
いっしょに食事を食べる人数を調整する	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
視覚刺激の少ない場所で食べる	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
話しかける量を減らす	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
食べ始めるまで見守る	3	100.0	0	0.0	3	18.8	0.10
受診する	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.43a
入れ歯の調整	0	0.0	3	100.0	3	18.8	0.10
便秘の治療	1	33.3	2	66.7	3	18.8	0.71
他の高齢者との交流促進（食事中）	1	33.3	2	66.7	3	18.8	0.50
朝日光を浴びる	3	100.0	0	0.0	3	18.8	0.10
食事を認知しやすいようにふりかけなどをかける	1	33.3	2	66.7	3	18.8	0.50
半側無視があっても食事を認知しやすいように、無視のない方に食器を置く	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
視空間失認があっても食事が食べやすいよう、浅い皿に盛り付ける	1	33.3	2	66.7	3	18.8	0.50
その他	2	66.7	1	33.3	3	18.8	0.50
居室で食べられるようにする	2	100.0	0	0.0	2	12.5	0.23
食事介助の際に本人の好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）で会話する	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.73
日常的な仕事や日課を継続する	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
自宅で以前していた趣味活動が続ける	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
一時的に戸外に出る	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
仲の良い人と過ごす支援	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
介助する職員を変更する	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
昼寝をやめる	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
味付けを変える	1	50.0	1	50.0	2	12.5	0.76
うるさくない場所で食べる	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
食材の鮮度や、産地等食事にまつわるエピソードを伝える	0	0.0	1	100.0	1	6.3	0.50
食事介助の際に頼りにしていることを伝える	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
口内炎の治療	0	0.0	1	100.0	1	6.3	0.50
仲の悪い人と離す	0	0.0	1	100.0	1	6.3	0.50
専属の職員が介助する	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
就寝中の体位変換やおむつ交換のタイミングを調整	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
就寝時の室温・湿度の調整	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
就寝時の居室の照明の調整	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
就寝時の寝具の調整	1	100.0	0	0.0	1	6.3	0.50
日常生活の中でリーダー、指導者の役割を作る	0	-	0	-	0	0.0	-
自宅へ外出する	0	-	0	-	0	0.0	-
日常的に好きな場所へ外出し見守る	0	-	0	-	0	0.0	-
他の利用者に食べるよう促してもらう	0	-	0	-	0	0.0	-
介助する職員の性別を変える	0	-	0	-	0	0.0	-
カレンダーや時計を身近なところに置く	0	-	0	-	0	0.0	-
寝る前に食事をとらないようにする	0	-	0	-	0	0.0	-
就寝中の体位変換やおむつ交換の回数を減らす	0	-	0	-	0	0.0	-
日中の活動量を減らす	0	-	0	-	0	0.0	-

第5部 考察

1 令和元年度の事業について

令和元年度は、ミニレジストリのリリースから、活用の実績を踏まえて、全国老人福祉施設協会（以下、全老施協）の後援による一斉調査を行った。全老施協の協力による登録は、施設数でいうと 61/2000 施設・事業所（協力率 3.05%）であり、協力の得られた施設数としては多かったとは言えないが、登録された認知症の人の数や BPSD 数としては、昨年度までの登録数の 2 倍以上に増加した。一斉調査の形式によって登録を求める方法は今後も活用できるものと考えられる。特に、WEB 調査での登録は 25 件、紙調査での登録は 18 件と、質問紙による調査も WEB とほぼ同程度の登録が得られる結果となった。来年度以降も、①質問紙調査の継続、②一斉調査の活用を模索していくことによって、登録数の確保につなげていきたい。なお、類似の調査としては、AMED 鳥羽班で実施されている認知症ケア班において「ちえのわねっと」があるが、この調査では、BPSD を絞って協力者をリクルートすることによって登録数を確保している実績がある。本調査は、調査結果の分析と並行して登録数の確保が必要なフェーズであることを考えると、同様の工夫によって協力者の確保につながる可能性がある。

一方、調査協力に手上げのあった 43 施設に調査協力依頼を発送し、説明と同意のプロセスを踏む過程で、15%程度の脱落があった。これは、施設同意や本人同意マニュアルの読み込み等、調査を始めるまでの過程における負担の大きさに起因している。調査に興味・関心を持った施設・事業所が、確実に調査協力に結びつくような調査協力手続きの簡素化について検討の必要性が示唆される。しかし、年間約 200 件の BPSD のデータが得られる仕組みが構築できたことは一定の成果として評価できるだろう。ほとんどの調査協力施設・事業所の担当者からは、調査の意義について、単に BPSD に対するケアを標準化するだけでなく、認知症ケアの振り返りとして活用できるという声が聞かれる。今後、ケアの振り返りを行うことが出来や数なるためのシステム改善を行うことも、登録数の拡大の一助になるものと考え

2 登録施設・事業所及び登録作業員について

本調査は、開始当初は認知症介護指導者が所属する施設・事業所に限って行っていたが、ミニレジストリの開発と同時に、対象施設・事業所を、その他の入居施設にも拡大した。併せて全老施協に後援を得て一斉調査を行ったことから、社会福祉法人の協力割合が昨年度 18 か所（29.5%）から、本年度 54 件（64.3%）と協力割合が伸びる結果となった。併せて、昨年度は、グループホームの協力が 19 事業所（40.4%）、介護老人福祉施設の協力が 6 施設（12.8%）であったものが、本年度までにグループホーム 30 事業所（35.7%）、介護老人福祉施設 40 施設（47.6%）と、協力割合としても介護老人福祉施設の協力が上回る結果となった。施設においても、グループホームにおいても登録できるようなシステムとして機能して

いると考えられるとともに、調査協力を広く依頼することによってさらなる登録の拡大が見込まれるものと考ええる。

調査を統括した登録作業員の延べ人数は、88 名となった。男性 53 名（60.2%）、女性 35 名（39.8%）と若干男性が多く、職位としては、管理職が 39 名（44.3%）、次いで一般職（介護職員等）の 20 名（22.7%）となった。昨年度比較し、管理職の割合が 10%程度下がり、一般職に員による登録が、15%程度伸びる結果となった。経験年数としては、約 95%が 10 年以上の者であり一定の登録の質は担保できていることが見込まれる。

3 登録対象者について

登録対象者となった認知症の人については、女性が 143 名（81.3%）と女性の登録が多くなった。障害高齢者の日常生活自立度としては、A1/A2 で 60%程度をしめ、認知症高齢者の日常生活自立度では、Ⅲa、Ⅲb が 60%程度と、ADL が高めで認知症が中等度から重度の者となっていた。介護老人福祉施設等での協力が増加したことが影響しているものと考えられる。原因疾患としては、アルツハイマー型認知症が多く、155 名（88.1%）であり、次いでレビー小体型認知症の 18 名（10.2%）であった。血管性認知症が 6 名（3.4%）と、原因疾患の比率と比較すると少なかった。原因疾患は、認知症の人の状態やケアを検討するうえで重要な要素となることから、BPSD に対するケアの標準化を目指すという観点からは、血管性認知症の人の BPSD についての登録数増が望まれる。ただし、登録数が少ない背景について考察しながら登録数増を目指したい。

4 認知症の人の状態について

1) 身体状況や疾患について

ADL については、Barthel index によって評価をしているが、平均値は、昨年度 52.7 点から、本年度 50.3 点と大きな変化はなかった。分布についても 0 点から 100 点までの間に正規分布に近い形で分散していた。IADL についても同様に登録傾向に大きな変化はなかった。IADL については 0 点が男性 8 割以上、女性でも 6 割以上と低い値に集中しており、協力施設の特徴を反映する形となっている。過去 3 か月の体重減少では、15%程度で体重減少があるケースがあった。また、視力では、まったく見えない認知症の人の登録があったほか、見えにくい、やや見えにくい者が 30%近く登録され、聴力では、やや聞こえにくい、かなり聞こえにくい者が 40%弱登録されていた。麻痺や筋力低下がない者が 60%程度、水分摂取が一日トータルで 1000ml 以下という者が 10%程度いた。睡眠日数や睡眠時間、排泄のあった日数等も低値から高値まで分散しており、登録数が増えていくことでそれぞれの状態と BPSD との関係を検討できる要素となることが見込める結果が得られたと言えるだろう。

2) 認知機能や症状について

治療中の疾患については、高血圧が多く 40%以上であり、心疾患を持つ者も 20%弱であった。治療中の疾患がない者が 33 名 (18.8%) いた。

認知症治療薬については、ドネペジルが、15%程度、メマンチンが 40%程度、ガランタミンが 10%弱、リバスチグミンが 10%弱のケースで利用されていた。その他、抑肝散が 40%の他、抗精神病薬が 35%程度、抗不安薬が 15%程度、抗パーキンソン薬が 10%弱、睡眠薬が 35%程度のケースで利用されていた (すべて複数回答)。利用している薬剤数も平均 7 剤と多かった。本調査は、BPSD に対するケアの影響を明らかにすることが目的となっているため、どのような薬剤を利用しているかは重要な要素である。多剤を利用していないケースの登録を促進することによって、ケアの影響をより明確に分析できる体制を整える必要があろう。

認知機能については、選択項目で HDS-R を評価しているが、88.6%で登録が得られていた。35%程度が 0 点であり、約 70%の認知症の人が 4 点以内の点数であった。症状の傾向としては、DDQ によって評価をしているが、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 7 名以上が該当していた。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、ミニレジストリでは、介護職員から見た自覚について回答を求めているが、約 70%が認知症であることを自覚できていないという回答であった。本項目については、不明が 20%程度あり、回答者が介護職員であることを前提とした扱いが必要かどうか検討したい。

3) うつ状態及びせん妄について

うつ状態は GDS 5、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 59 名 (33.5%) であり、せん妄状態が示唆されたケースは 94 名 (53.4%) 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。

5 認知症の人に対して実施するケア等

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。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、家族や親せきでは、いない～2 人までに回答の 90%以上が集中していた他、会ったり話したりする友人については、77%がいないという回答である等、偏りが見られ課題となった。

6 エンドポイントについて

1) エンドポイント項目の前後変化

BPSD については、NPI-Q で評価した。全体としては、NPI が軽減したケースが 65%程度を占め、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、これまで同様、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。意欲の評価として用いた Vitality 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。

2) エンドポイント間の相関

エンドポイント項目間の相関を見たところ、NPI-Q の総合点と、NPI-Q の重症度・負担度はそれぞれ高い正の相関を示した。対して、NPI-Q の総合点、重症度、負担度は、short QOL-D と低い負の相関を示した。これは、BPSD が激しいほど生活の質が低下するというそれぞれの項目の特徴を反映するものであった。意欲との関係においては、NPI-Q の負担度と低い負の相関があり、short QOL-D と正の相関を示した。意欲が高いほど負担度が軽減し、QOL が高いという関係を示唆している。

3) エンドポイント項目と属性・状態項目との関連

認知症の人の属性・状態とエンドポイントとの関連としては、障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度が、NPI の各項目と低い正の相関を示し、意欲や QOL と負の相関を示した。障害や認知症の重症度と各エンドポイント項目との関係が示唆された。また、ADL の評価項目である Barthel index も各尺度と相関が示されており、特に意欲と強い正の相関があった。IADL においても意欲や QOL との相関が示唆されたことから、ADL、IADL の支援あるいは維持・向上につながる働きかけの意義を示すものと捉えることもできるだろう。その他、視力が意欲と低い負の相関がある、聴力が重症度と低い負の相関がみられる、体重と意欲・QOL が低い正の相関がみられる等、認知症の人の状態をどのように整えればよいか、視点を提供する結果が得られた。また、水分摂取量が NPI-Q の重症度と低い正の相関があり、意欲や QOL と低い負の相関があったほか、平均睡眠時間が、NPI-Q の重症度・負担度・総合点と低い負の相関を示した。生体としての身体を整えることと BPSD や意欲・QOL との関係を示すものである。また、楽しみや趣味の活動、ゆっくりとくつろぐ時間等が QOL と負の相関を示した。通常これらの機会があることは意欲や QOL を高めると考えるのが自然であることから、検討の必要があるだろう。その他、会ったり話したりする親戚の数が QOL と低い相関を示したり、NPI-Q の各項目と低い正の相関を示したりしていた。これも交流の数が多いほど BPSD が減ると考えれば矛盾する結果とみることができる。これらの理解については今後の課題となろう。いずれにしても、日常生活・活動が BPSD や意欲、QOL 等に影響を与えている可能性を示唆する結果となった。このことは、BPSD の発症予測や理解及びケアにおいて、これらの項目を評価する視点の必要性を示唆するこれまでの様々な指摘を支持する結果と言える。より登録数を増やせば、これらの視点からの分析についても検討することが可能となることから、本調査においてさらに登録数を増やしていく意義を示す結果とも言えるだろう。

4) NPI-Q 重症度の変化と属性・状態項目との関連

前評価の分析結果を踏まえて、NPI-Q の重症度の変化を従属変数とし、基本属性や変化値（ケア前後での水分摂取量や排便日数の変化など）を独立変数として、多重ロジスティック回帰分析を実施したが、有効なモデルは得られなかった。今後、必要なデータが確実に登録されたデータをさらに登録していくことが重要になる。特に調査期間中やむを得ず薬物の変更を行うケースが一定数いることが全体の分析対象を減少させている。この点について、どのように考え対応していくか検討が必要だろう。

参考として、NPI-Q の重症度の変化を軽減と維持・悪化に分類し、基本属性等との関係について検討したが、これについても統計的に有意な差が得られた分析はなかった。今後数を増やしながら解析を続けていくこととしたい。

7 BPSD の原因とケアについて

1) 食事を食べるのを拒否する

「食事を食べるのを拒否する」は、食事を促した際に食事を拒否するような認知症の人の状態を指している。これは、そもそも誘われて行動すること自体に不安や不快を感じる状態にあたり、強い意欲低下、体調不良、食事という行為に対する不安等様々な原因が想定できる症状である。これまでの登録結果では、重症度・頻度とも約半数で軽減事例のデータが得られた。原因としては、便秘、下痢、歯痛、口内炎その他の痛みについての指摘の他、食事介助の仕方、食事のメニューの問題、食事の認知の問題など、幅広い原因が指摘された。加えて、原因において「その他」が選ばれることも多く、寂しさ等の心理的な要因や、座位などの食事の際の姿勢の問題等も指摘された。

実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「食事を拒否しないときの状況について情報収集する」「どのようなときに食事を拒否するか情報収集する」「拒否する理由を再度分析する」「拒否する理由をチームで共有」といった、アセスメントにかかわる活動のほか、「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」「日常的に感謝・称賛・肯定的な言葉を使用する」等であった。その他食事の場面以外でのかかわりの量や質に関するケアが選ばれたほか、「本人の意向を否定しない」「言葉かけを短くする」といった食事の際のコミュニケーションの取り方に関するケアについても選択されていた。原因の理解と共有、日常生活が安定するような働きかけ、誘う際の誘い方などについての工夫に関するケアの選択率が高かったと理解できるだろう。

2) 食べ始められない

「食べ始められない」は、食事の認知が低下していたり、自分の今の置かれている状況の見当がつけられなかったり、といったことで生じる可能性があるほか、注意機能が低下し、食事に集中することができないことや、せん妄、意欲低下、失行等複数の認知機能障害等の影響を受けて生じている可能性などが想定できる。

重症度・頻度とも「維持」の事例が多く、改善事例は2事例に留まった。原因として選択率が高かったのは、注意機能障害や意欲の低下に関するものであった。

実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「はしやスプーン、食器を手渡す」「一口食べる介助をする」等の食事動作に関する支援のほか、「本人がわかるスピードで話す」「短い言葉で食事を促す」「本人がわかる言葉で食事を促す」等の食事介助の際の言葉かけに関する内容、「普段の生活で声かけ・会話交流を増やす」「体操・レクリエーションへの参加」などの日常生活の活性化のほか、「食べ始められない理由を再度情報収集する」「食べ始められないときの本人の発言を情報収集する」「食べ始められるときの状況について情報収集する」等、アセスメントにかかわる活動についての選択も多かった。原因の選択結果と照らして考えると、BPSD に関し情報収集したうえで、注意機能障害等の認知機能障害に対応する工夫を行うとともに、普段の生活を活性化し意欲を向上させるようなケアが選択・実施され有効と評価されていたと理解できるだろう。

3) 食事が途中で止まる

「食事が途中で止まる」は、自発的な行動を起こす能力が低下していたり、注意機能の低下によって食事に集中できない状態になっている可能性のほか、せん妄状態等の意識レベルの低下、一連の食事の活動の難しさ等、複数の能力低下によっておこることが想定できる。

「食事が途中で止まる」は食事関連の BPSD の中では最も登録数が多かった。改善事例も重症度×頻度で8事例 47.1%であり、一定数集まった。原因としては、注意機能障害が選択される割合が高く、前評価で75%、後評価で80%が注意機能障害の影響で生じていると回答された。加えて、食事が食事とわからないという食事の認知と、食具の使い方がわからないという失行について原因と評価される割合が高かった。選択率が50%以上であったケアの内、実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「食事が途中で止まる理由をチームで検討する」「どのようなときに食事が止まるのか情報収集する」「食事が止まらず食べ続けられるときの状況について情報収集する」等のアセスメントにかかわる活動、「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」「体操レクリエーションへの参加」等の日常生活の活性化のほか、「はしやスプーン、食器を手渡す」等の食事動作に関する支援、「本人がわかる言葉で話しかける」「短い言葉で話しかける」等の食事介助の際の言葉かけに関する内容などが選択された。一方で、「メニューを説明する」「まだ食べるかどうか尋ねる」「なぜ食べないか尋ねる」などは、有効でない、判別できない、悪影響などと判断されているケースもあった。これらのケアが有効に機能するための前提(認知機能や原因等)が明らかになればケアの質向上に資する情報になると考えられる。

4) 必要以上に食べようとする

必要以上に食べようとするという症状は、食べたことを忘れるほか、抑制が効かなくなり、快刺激としての摂食を続けようとしている比較的重度の症状であることが想定できる。「必要以上に食べようとする」は、選択数が少なく有効回答は2件であった。原因とし

ては、満腹感がなく、脱抑制の状態にあると評価されており、前頭側頭型認知症の人やアルツハイマー型認知症で前頭葉機能が低下しているケースなど、事例数が少ないことや認知機能障害が重度で改善が見込みにくいケースが多く登録数が伸び悩んでいる可能性が考えられるだろう。登録された2事例については、重症度×頻度で改善が見られた。2名ともに有効であると判断されたケアは「日常的に感謝・称賛・肯定的な言葉を使ってコミュニケーションする」「本人のわかる言葉で声かけする」「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」「認知機能障害があってもできることを情報収集する」「必要以上に食べようとする理由をチームで検討する」「必要以上に食べようとしたときの支援をチームで確認する」「必要以上に食べようとしたときの支援をチームで検討する」などであった。

5) 食べたのに食事が欲しいと訴える

「食べたのに食事が欲しいと訴える」という症状は、近時記憶障害を前提に、現在の自分のおかれている状況(食事を食べ終えたこと)が理解できず、食事を食べたいと繰り返しているような臨床像が想定できる。基本的に中核症状に近い症状であると想定すれば症状の軽減は図りにくい、食事を食べていないという本人の理解が否定されることが繰り返されることで、自己肯定感が低下し、より激しい訴えとなっているといったケースでは、ケアの見直しによる症状軽減の可能性も期待できる。重症度×頻度では、軽減ケースは2事例(25%)であった。原因としては、食べたことを忘れるが選択率100%であり、次いで「食べることが好き・食を大切にしている」「食事に対する満足感がない」といった原因が選択されていた。その他では「食べることに執着している」など、前頭葉症状を示唆する原因を記述する事例もあった。

選択率が50%以上であったケアの内、実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「本人の発言を否定しない」「食事が欲しいという時の本人の気持ちに共感を示す」「空腹か尋ねる」など、症状が出たときに否定しないこと、「体操・レクリエーションへの参加」「日常的な仕事や日課を継続する」「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」「屋外でのレク、行事、活動へ参加する」といった日常生活の活性化に関するケアの選択が多かった。各BPSDで共通に選択されていた「どのようなときに食べたことを忘れ食事を欲しいというのか情報収集する」「食べたことを忘れないような支援をチームで検討する」等のアセスメントやチームアプローチに関する活動の選択も多かったが、有効でない、判別できないという選択もあった。忘れてしまうという認知機能障害の影響の大きい症状であるため、情報収集が具体的な対処方法に結びついていない可能性も考えられ、今後事例数を増やす中で明らかにしていきたい。

6) 他の人の食事を食べようとする

他の人の食事を食べようとするという症状は、施設・事業所で生活している認知症の人が一緒に食事を食べる中で起こるBPSDである。前提としては、抑制が効かなくなったり、自分に割り当てられた食事がどれかわからなかったり、あるいは、満腹感がない、食事と思えるものを口に入れようとするといった要因が背景にあることが仮定できる。集

まった事例は、14 例と比較的多かったが、改善事例は重症度×頻度で 5 事例 35%程度であり、維持・悪化事例の方が多く集まった。

原因としては、もっと食べたい、自分の食事がどれかわからない、好きな食べ物が目に付いた等が多く、後評価では脱抑制を指摘する割合が増えていた。

選択率が 50%以上であったケアの内、実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「他の人の食事を食べようとしたときに対応できるよう注意深く見守る」という、症状そのものに対する対応と、「他の人の食事を食べようとする理由をチームで検討する」「他の人の食事を食べようとしたときの支援をチームで検討する」などのアセスメント・チームアプローチ関連の取り組みであった。「本人を否定しない」「本人のわかる言葉で声かけする」「本人の食べ物ではないことを伝える」「短い言葉で声かけする」「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」などは、判別できない、有効でないという結果も含まれた。「食べたのに食事が欲しいと訴える」などと同様に、認知機能障害の影響の大きい症状であり、基本的なケアを提供しても症状の改善に結びつく事例ばかりではなく症状の対処に留まっている状況が示唆される。症状の改善事態を目的とするのではなく、いかに生活の状態が安定するかという方向でどのようなケアを実施することが有効か、さらなる事例収集により検討したい。

7) 食事介助を拒否する

食事介助を拒否するという症状は、認知機能障害そのものの影響というよりも、外的な要因、例えば食事介助が不快等の可能性が高いと考えられる。集まった事例は、6 例であり、うち半数の 3 事例が改善、2 事例が維持であった。原因としては、嫌いなものを食べさせられる、何をされているかわからない、介助者のことが気に入らないなどが 50%を占め多かった。

選択率が 50%以上であったケアの内、実施率が高く、有効と評価されることが多かったケアは、「介助の際に感謝・称賛・肯定的な言葉を使ってコミュニケーションする」「介助の際に傾聴に心がける」「介助の際の言葉かけを短くする」「介助の際に本人が分かる言葉を使用する」等の丁寧なコミュニケーションを行うことに関する内容であった。視覚刺激の少ない場所で食べる、観念運動失行に配慮し、あえて声かけせずに動作が始まるのを待つ、適切に水分摂取する等、認知機能障害や身体の調整によるケアの方が判別できない・有効でない等の選択が多かった。

8) 食べられないものを食べようとする

食べられないものを食べようとする状態像も、せん妄や口唇傾向等、認知機能障害が重度になっている状態像が想像できる。重症度×頻度は有効回答のすべてで維持という結果であった。原因として挙げられたのは、物体失認、口唇傾向などであった。対策としても、食べようとするものを食べられない位置に移動するという対処療法的なケアが最も多いという結果となった。一方、「普段の生活で声かけ・会話・交流を増やす」「普段の生活で付き添い・見守りを増やす」等のほか「一時的に戸外に出る」「体操、レクリエーション

の参加」「屋外のレク、行事、活動へ参加する」等活動を増やす対応のほか、「認知機能障害があってもできることを情報収集する」「食べられないものを食べようとするときの支援をチームで検討する」等チームアプローチやアセスメントに関連するケアは有効と評価されていた。

9) 「食事が止まる」の詳細分析について

食事関連 BPSD で登録数が最も多かった「食事が途中で止まる」について、背景要因の影響を確認したが、水分摂取や睡眠、排便等の身体要因、エンドポイント関連については、統計的な有意差は得られなかった。少数の n ではあるが、1%水準で有意差が得られたのは、利用している薬剤数や過去 1 週間の外出期間であった。薬剤等のせん妄の影響を想像させるものであった。原因と重症度×頻度の変化について確認したが、重症度×頻度と関係を示唆する結果は得られなかった。特定の原因の時にケアで対処しやすいという傾向はみられなかった。

改善群と維持・悪化群のケア実施率の差について検討したところ、必ずしも実施率が多いケアが有効に機能するとは言えない結果となった。改善群、維持・悪化群でのケアの選択数の平均値の差を t 検定で検討したが、有意差は認められなかった。すなわち、今回の解析では多くのケアを実施していれば症状が軽減する、あるいは対象を絞り込んでケアをしていけば症状が軽減しやすい等の傾向はなかった。平均値は 21.5 種類であり、SD は 11.2 と選択されたケアの数はばらつきが大きかった。

個別のケアについて行った検定で、かろうじて有意差が得られたのは、「食事が止まらないような支援をチームで検討する」である。全体としてもアセスメントやチームアプローチに類する行動は選択数が多かった。十分な数での検討とは言えないためさらに n を集め検討していきたい。選択肢として準備したケアのうち、実施されていないケアも 9 項目あった。食事が途中で止まるという状態像(認知機能や ADL)に合致しないようなケアが選択されなかったものと考えられる。

10) 今後の方向性

今回は、結果の多くが基礎統計の確認と、改善、維持・悪化の差について単純な集計結果を明らかにするにとどまる部分が多かった。ただし、昨年度と比較すれば、事例数が増加し、統計解析が実施できるような項目も出てきており、n が少ない中でも有意な差が認められる部分も出てきている。引き続き登録数を確保することが必要な段階ではあるが、調査が進むことによって、より意義のある結果が得られることが確認されつつある。今後 n が増えれば、実施できる解析も増加していくことが期待できる。優先順位が高いものとしては、①BPSD の原因と背景要因(例えば水分摂取等)の解析及び、②BPSD の増減と原因との関係などである。DDQ のような症状と原因の関係、原因と水分摂取量等の身体・生活状況等の関係を見ることができれば、症状に直面したときに原因を推定するためのヒントになるだろう。原因については複数回答であり、どのような原因で BPSD が生じ

るのか理解を深めるためには、原因の分類についても考えていく必要がある。選択率の高いケアからさかのぼって原因との関係を見るといった方法も考えられる。

また、BPSD 別の尺度と NPI-Q 等のエンドポイントの結果が必ずしも相関しないケースも見られている。各項目の変化の関係がどのようになっており、それをどう理解すればよいかということも検討の余地がある。さらに、ケアについては、今回は中分類レベルの解析は実施していない。BPSD に対するケアは 70 種類以上に分類されて選択する構造になっているが、それらの小項目にあたるケアは、いくつかのカテゴリに中分類されている。このレベルのケアについて検討することが BPSD に対するケアのあり方を考えるうえで有益になる可能性もあり、今後解析を進めていきたい。

8 今後の課題

令和元年度は、これまでと比較し、個別や一斉の説明会を行わず、全老施協の後援のもとに、調査を実施した。協力率は高くなかったが、結果として BPSD の登録数としては、2 倍以上に増えた。今後は、分析結果を現場に還元しながら、登録数を確保し、より詳細な分析が行える条件を整えていくといった循環を作っていく必要がある。そのためには、これまでに登録数が多い BPSD に絞って調査協力を求めていく方法が考えられる。来年度の方向性の一つとして検討したい。

分析については、登録数の多い BPSD について、徐々に解析が行えるケース数が集まってきている。BPSD に対するケアを考えていく際には、「認知症の人の属性や能力、生活と BPSD の原因との関係」、そして、原因とケアの奏功の関係について検討していくことが必要である。すなわち、分析の軸になるのは BPSD 別の原因と言える。どのような状態のときにどのような原因で BPSD が生じるのか解析の結果明らかになってくれば、その結果が現場のケア実践の振り返りのヒントとなるようなツールの作成につなげられるだろう。BPSD 別の解析のために的を絞ってデータを集めること、それらに基づいて BPSD の原因を示唆する情報にはどのようなものがあるか、明らかにしていくことが今後の課題となると考える。

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 BPSD スポット調査：基礎統計編 第4部 暴言暴力等の BPSD とケア編 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：全体解析編	認知症介護研究・研修東京センター 藤生大我

報告書名

令和元年度 運営費事業
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

令和2（2020）年3月