

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

～もの盗られ妄想等のBPSDとケア編～

認知症介護研究・研修大府センター

**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**

～もの盗られ妄想等の BPSD とケア編～

認知症介護研究・研修大府センター

【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 もの盗られ妄想等の BPSD とケア編	48
1 もの盗られ妄想等の 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) ものとられ妄想	49
2) 収集	52
3) 焦燥・繰り返し	55
第5部 考察	58
1. 平成 30 年度の事業について	58
2. ミニレジストリについて	58
3. 登録施設・事業所について	58
4. 登録作業員について	59
5. 登録対象者について	59
6. 認知症の人の状態について	59
7. エンドポイント項目について	60
8. 認知症の人に対して実施するケア等について	61
9. 妄想・収集・焦燥等の BPSD とケア	61
10. 今後の課題	64
資料 BPSD 別ケア一覧	65

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	● 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

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(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		

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	5. 登録する意欲がわからない
1-1 対象BPSDの該当者がいない ⇒ミニレジの開始	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
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	5-2 スタッフに対する説明が難しい
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	5-3 管理者に対する説明が難しい ⇒個別説明資料作成
1-4 臨機応変に薬を調整するため該当しにくい	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
3. 人手不足	6-1 <u>調査のスケジュールリングのイメージがわからない</u> ⇒スケジュール表
3-1 突発的な人手不足	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
3-2 慢性的人手不足で時間確保困難	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なかった
4. 登録環境	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。
4-1 インターネット環境がない	8. 調査自体を知らない人もいる ⇒情報発信
4-2 自由に使えるPCがない ⇒スマホ登録?貸し出し?	

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) O J T ・ 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 O J T ・ 研修ありの数

	あり	(%)
人材育成（OJT）の有無	29	59.2

表 3－6 O J T ・ 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。経歴年数は、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)

N A 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 - 1 1 ADL の平均値、最大値、最小値

N=49

平均値 $\pm$ SD	最大値	最小値
52.7 $\pm$ 22.8	90.0	5.0

表 3 - 1 2 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)

N A 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

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

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 - 2 6 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 % 1 g	0	(0.0)	0	(0.0)
ル 塩 酸	3 m g	0	(0.0)	0	(0.0)
塩・アリ	5 m g	11	(22.4)	11	(22.4)
セプト	1 0 m g	4	(8.2)	4	(8.2)
	1 % 1 g	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	5 m g (OD 錠含む)	2	(4.1)	2	(4.1)
ン塩酸塩	1 0 m g (OD 錠含む)	4	(8.2)	4	(8.2)
	2 0 m g (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	4m g (OD 錠含む) ×2 回	1	(2.0)	1	(2.0)
ミン臭化	8m g (OD 錠含む) ×2 回	5	(10.2)	4	(8.2)
水素酸	12m g (OD 錠含む) ×2 回	0	(0.0)	0	(0.0)
	OD錠 4 m g	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	4.5m g	2	(4.1)	2	(4.1)
グミン	9m g	0	(0.0)	1	(2.0)
	13.5m g	0	(0.0)	0	(0.0)
	18m g	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)

N A 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)

N A 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

N A 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のための尺度である。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 - 3 3 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	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)
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	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う	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（短期間気を失う）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	問 24 やる気がない	19	(38.8)
(血管性認知症)	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	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)
(前頭側頭型認知症)	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)
	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)
FTD-bv、アカシ ジア	問 39 じっとしていられない	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 - 3 7 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 - 3 8 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 - 3 9 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

n=19			
	平均値 $\pm$ SD	最大値	最小値
GDS5 (点)	2.9 $\pm$ 1.3	4.0	0.0

表 3 - 4 1 GDS5 の分布

n=19						
	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)

※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

N=49		
	「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)

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 3－4 3 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 3－4 4 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、Vitality 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、Vitality 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, Vitality Index, short QOL-D の平均値、最大値、最小値

N=49

	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	
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
Vitality 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 Vitality 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

						n = 14
平均値 $\pm$ 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

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 - 5 2 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 3－5 4 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有ったか（延べではない）

比率は 49 ケースを分母として算出した

表 3－5 4 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）
		75%～50%	7（36.8）
		50%～25%	2（12.5）
		25%以下	5（31.3）
			4（ 8.2）
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）
		75%～50%	1（12.5）
		50%～25%	2（25.0）
		25%以下	1（12.5）
			3（37.5）

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）	

N A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 3－5 5 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)

N A は、集計に含めていない

表 3－5 6 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)

N A 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 - 6 0 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	II a	3 (6.1%)	1 (4.0%)	2 (8.3%)	0.62
	II b	4 (8.2%)	2 (8.0%)	2 (8.3%)	
	III a	21 (42.9%)	9 (36.0%)	12 (50.0%)	
	III b	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：もの盗られ妄想等の BPSD とケア編

ここからは、もの盗られ妄想等の 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 もの盗られ妄想等の BPSD の選択数と選択率

もの盗られ妄想等の BPSD は、「もの盗られ妄想」「収集」「焦燥・繰り返し（電話したい、薬をください、同じものを何度も買うなど）」の3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、「焦燥・繰り返し」であり、17件（34.7%）であった。

表4-1 BPSD の選択数と選択率

N = 49

	選択数	選択率
もの盗られ妄想	8	16.3%
収集	10	20.4%
焦燥・繰り返し （電話したい、薬をください、同じものを何度も買うなど）	17	34.7%

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、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行い、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) もの盗られ妄想

(1) 選択と改善の有無

「もの盗られ妄想」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 5 名、「もの盗られ妄想」は 6 名改善した。

表4-2 「もの盗られ妄想」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
8	16.3%

表4-3 NPI-Q の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
8	5 名	3 名

表4-4 「もの盗られ妄想」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
8	6 名	2 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 「もの盗られ妄想」の原因

n=8

	改善群；6名		維持・悪化群；2名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
物を預けたことを忘れてしまう	5	83.3%	0	0.0%
物を置き忘れてしまう	4	66.7%	1	50.0%
病識がない	3	50.0%	1	50.0%
自分が適切に生活を送れているか不安がある	1	16.7%	1	50.0%
自分が周囲の人（家族・介護者等）から大切に扱われているか不安がある	1	16.7%	0	0.0%
他の利用者がうらやましい・嫉妬がある	0	0.0%	1	50.0%
スタッフとの関係が悪い	0	0.0%	0	0.0%
幻覚の影響（幻視、幻の同居人など）	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%
その他	0	0.0%	0	0.0%

(3) 「もの盗られ妄想」に対するケア

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。表4-6の（ ）内に表示したのが主な小分類のケア項目である。この小分類のうち、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分類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。「もの盗られ妄想」が改善した群において、最も多く実施されたケアは「会話内容の調整」であり、100%（6名）実施されていた。中分類を構成する小分類にあたるケアは、巻末の資料に示した。

表4-6 「もの盗られ妄想」に実施されたケア

	n=8			
	改善群；6名		維持・悪化群；2名	
	数	%	数	%
会話内容の調整 （理由を尋ねる、感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション等）	6	100.0%	2	100.0%
外出支援 （屋外のレク・一時的な外出等）	5	83.3%	2	100.0%
アセスメント （理由・発言・ニーズ・妄想がない時の状況等の再分析）	5	83.3%	2	100.0%
その他ケア （睡眠覚醒リズム調整、一緒に探す、意向に沿ったケアをする等）	5	83.3%	2	100.0%
会話方法 （訴えをよく聞く、共感する、本人がわかる言葉を使用等）	4	66.7%	2	100.0%
接触量 （声掛け、会話を増やす等）	4	66.7%	2	100.0%
ケア方法の統一 （もの盗られ妄想の時の支援をチームで検討等）	4	66.7%	2	100.0%
居室環境の調整 （置き場所を決める、物を不用意に移動しない等）	3	50.0%	2	100.0%
生活行為 （軽作業、リーダーの役割等）	3	50.0%	2	100.0%
趣味活動 （自宅で以前していた趣味活動の継続、体操・レク等）	3	50.0%	2	100.0%
他者との関係支援 （仲のよい人と過ごす等）	3	50.0%	2	100.0%
家族関係支援 （主介護者が誤解されやすいことを伝える等のフォロー）	3	50.0%	2	100.0%
安定化 （落ち着ける場所を作る）	3	50.0%	1	50.0%
医療 （受診する）	3	50.0%	1	50.0%
職員の調整 （対応する職員の変更）	1	16.7%	0	0.0%
刺激調整	0	0.0%	0	0.0%

2) 収集

(1) 選択と改善の有無

「収集」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 では 8 名、「収集」では 5 名改善していた。

表4-7 「収集」の選択数と選択率

N = 49

選択数	選択率
10	20.4%

表4-8 NPI-Q の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
10	8 名	2 名

表4-9 「収集」の改善

有効回答数	改善群	維持数・悪化群
10	5 名	5 名

(2) 「収集」で集めるもの（複数回答）

集めるものは、改善群ではその他が 4 件 (80.0%) と最も多かった。また、維持・悪化群では、トイレットペーパー・ティッシュが 5 名 (100.0%) であった。

表4-10 「収集」で集めるもの

n=10

	改善群；5 名		維持・悪化群；5 名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
トイレットペーパー・ティッシュ	3	60.0%	5	100.0%
衣類	3	60.0%	1	20.0%
食器	2	40.0%	0	0.0%
その他（食器、新聞紙、義歯、他人の衣類・ユニットの文具など）	4	80.0%	2	40.0%

(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 4-11 のとおりであった。

表4-11 「収集」の原因

n=10

	改善群；5 名		維持・悪化群；5 名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
不安を軽減したい、何か起こった時のために備えたい	2	40.0%	3	60.0%
その他	2	40.0%	1	20.0%
周囲で何が起きているかよくわからない	0	0.0%	1	20.0%
何かあった時に自分で対処できるか不安	0	0.0%	1	20.0%
気に入ったものを自分のものだ勘違いしてしまう	0	0.0%	1	20.0%
不明	0	0.0%	1	20.0%
周りの人が助けてくれるか不安	0	0.0%	0	0.0%
介助が痛い	0	0.0%	0	0.0%

(3)「収集」に対するケア

「収集」に対するケアの実施数を数えたところ、表4-12のとおりとなった。「収集」の改善した群において実施数の多かったケアは、「会話内容の調整」「安定化」「会話方法」「趣味活動」「アセスメント」「非言語的交流」であり、すべて60%（3名）実施されていた。

表4-12 「収集」に実施されたケア

n = 10				
	改善群；5名		維持・悪化群；5名	
	数	%	数	%
会話内容の調整 （集めている理由を確認する、本人の好きな話題で会話する、感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション等）	3	60.0%	5	100.0%
安定化 （落ち着ける場所を作る）	3	60.0%	4	80.0%
会話方法 （訴えをよく聞く、共感する等）	3	60.0%	4	80.0%
趣味活動 （本人が好きな活動、体操・レク等）	3	60.0%	4	80.0%
アセスメント （どのような時に何を集めているかについて情報収集）	3	60.0%	4	80.0%
非言語的交流 （スキンシップ等）	3	60.0%	3	60.0%
生活行為 （軽作業を定期的な役割とする等）	2	40.0%	4	80.0%
他者との関係支援 （他者との交流促進等）	2	40.0%	4	80.0%
その他ケア （カレンダー・時計等を身近に置く）	2	40.0%	4	80.0%
接触量 （声かけ、交流を増やす等）	2	40.0%	3	60.0%
人数調整 （付き添い、見守りを増やす等）	2	40.0%	1	20.0%
外出支援 （屋外のレク、行事・活動への参加等）	1	20.0%	4	80.0%
ケア方法の統一 （物を集める理由をチームで共有、支援の方法をチームで検討等）	1	20.0%	4	80.0%
家族関係支援 （家族との接触機会を増やす）	1	20.0%	2	40.0%
刺激調整 （うるさくない場所で過ごす等）	1	20.0%	0	0.0%
医療 （受診する等）	0	0.0%	4	80.0%

3) 焦燥・繰り返し

(1) 選択と改善の有無

「焦燥・繰り返し」に回答が得られたケースは、17名（34.7%）であった。そのうち、NPI-Q および「焦燥・繰り返し」は8名が改善した。

表4-13 「焦燥・繰り返し」の選択数と選択率

N=49	
選択数	選択率
17	34.7%

表4-14 NPI-Q の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
17	8名	9名

表4-15 「焦燥・繰り返し」の改善

有効回答数	改善群	維持・悪化群
17	8名	9名

(2) 「焦燥・繰り返し」の訴えの内容（複数回答）

改善群の訴えの内容はその他が5件（62.5%）と最も多く、その内容は「家のことが心配」「財布をください」「私は誰が連れてきた」「殺して欲しい 打ってよ」であった。

表4-16 「焦燥・繰り返し」の訴えの内容

	n=17			
	改善群；8名		維持・悪化群；9名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
帰りたい	3	37.5%	6	66.7%
電話したい	0	0.0%	1	11.1%
薬が欲しい	0	0.0%	1	11.1%
その他	5	62.5%	3	33.3%

(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 4-17 のとおりであった。

表4-17 「焦燥・繰り返し」の原因

n=17

	改善群；8名		維持・悪化群；9名	
	選択数	選択率	選択数	選択率
さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）	3	37.5%	7	77.8%
日常生活で間違いや失敗、わからないことが多い	3	37.5%	2	22.2%
ここがどこかわからない	3	37.5%	1	11.1%
特定のことがとても気になる	2	25.0%	4	44.4%
他にすることがない	2	25.0%	4	44.4%
何をしていいかわからない	2	25.0%	3	33.3%
その他	1	12.5%	0	0.0%
自分の気持ちや立場を理解してほしい	0	0.0%	4	44.4%
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%

(4)「焦燥・繰り返し」に対するケア

「焦燥・繰り返し」に対するケアの実施数を数えたところ、表4－18のとおりとなった。改善群で最も多く実施されたケアは、「会話方法」「会話内容の調整」の4件（50.0%）であった。

表4－18 「焦燥・繰り返し」に実施されたケア

n = 17				
	改善群；8名		維持・悪化群；9名	
	数	%	数	%
会話方法 （本人の訴えをよく聞く、共感する、わかる言葉で話す等）	4	50.0%	7	77.8%
会話内容の調整 （本人の好きな話題で会話する、今後の予定を説明する、感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション、本人に理由を尋ねる、等）	4	50.0%	6	66.7%
生活行為 （軽作業を役割とする、仕事や日課の継続等）	3	37.5%	6	66.7%
外出支援 （屋外のレク、一時的な外出）	3	37.5%	5	55.6%
アセスメント （理由・発言・ニーズ・どのような時に繰り返しがあるか等の再分析）	3	37.5%	5	55.6%
接触量 （声掛け・会話を増やす）	2	25.0%	5	55.6%
ケア方法の統一 （繰り返し訴える理由をチームで検討・確認する等）	2	25.0%	4	44.4%
その他ケア （就寝時の居室の室温、照明等の調整、適切な水分摂取等）	1	12.5%	7	77.8%
他者との関係支援 （仲の良い人と過ごす支援等）	1	12.5%	6	66.7%
趣味活動 （体操・レク、好きな活動等）	1	12.5%	5	55.6%
安定化 （落ち着ける場所を作る）	1	12.5%	4	44.4%
刺激調整 （うるさくない場所で過ごす等）	1	12.5%	4	44.4%
非言語的交流 （スキンシップ等）	1	12.5%	4	44.4%
居室の環境調整 （居室に好きな物を置く）	0	0.0%	5	55.6%
医療 （受診、不調の処置）	0	0.0%	4	44.4%
家族関係支援 （家族との接触機会を増やす）	0	0.0%	4	44.4%

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に進めているほか、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。施設の施錠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 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 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。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。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. もの盗られ妄想等の BPSD とケア

1) 課題別の登録結果について

もの盗られ妄想、収集、焦燥・繰り返しに関する BPSD については、ケアの前後で BPSD を有する例として適切に登録された 49 件中、「焦燥・繰り返し」が最も多い 17 件 (34.7%←昨年度は 27.3%) であった。これは、3 センターで分担して解析している全 BPSD の中で最も多い登録数である。次に登録が多かったのは「収集」が 10 件 (20.4%←昨年度は 21.2%)、もの盗られ妄想が 8 件 (16.3%←昨年度は 18.2%) であった。「焦燥・繰り返し」の登録数が増加した一方で、「収集」や「もの盗られ妄想」の登録数が昨年度より減少している。この理由は明らかではないが、「電話したい」「薬をください」などの要求と共に、「家に帰りたい」という、一般的に頻度の高い「帰宅願望」と呼ばれる BPSD が含まれていることが一因だと考えられる。今後は登録数が増える見込みのため、もっと多くの登録が得られれば BPSD の分類の見直しも必要だと考えられる。

2) 評価尺度と評価結果について

BPSD の前後の評価に際しては、訴えの重症度と頻度を 4 段階に区分した尺度によってケアの前後の変化を調べた。また、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。

重症度・頻度による評価と 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 による評価においては改善群であっても、BPSD の評価が改善群ではないケースもあり、その逆のケースもあった。最も登録数が多かった「焦燥・繰り返し」においてのみ、NPI-Q による評価と BPSD の評価が一致しているが、その理由については更なる分析が必要である。

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。どの BPSD についても複数の原因が選択され、なおかつ、各 BPSD において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。ケア前の評価時点で介護職がどのように原因を捉えていたか、ケアの結果、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、継続してデータ収集を行っていきたい。

原因を問う選択肢の中には、主として中核症状に着目したものと本人の立場に立って心理面に着目したものが含まれている。

「もの盗られ妄想」については、ケアをした後に捉えた原因として「物を預けたことを忘れてしまう（83%）」「物を置き忘れてしまう（67%）」等、主として中核症状に着目した原因が多数であった。一方、「自分が適切に生活を送れているか不安がある（17%）」「自分が周囲の人（家族・介護者）から大切に扱われているか不安がある（17%）」等、主として本人の心理面に着目した理由は少数であった。

「焦燥・繰り返し」のついては、「自分の気持ちや立場を理解してほしい」という本人の心理面に着目した原因が 44%であった一方で、「さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）」が 78%であった。複数回答を求めているため、唯一の原因として挙げられたわけではないが、認知症の中核症状を主原因として捉えているとすれば、「認知症の人はすぐに忘れて、何もわからない」という諦めや見下すような姿勢に繋がる危険性があるのではないか。そのこと自体が BPSD の維持・悪化の遠因になっていないか、介護者側の姿勢を見直すことも必要だと考えられる。ケアレジストリ登録を通して、BPSD の多様な原因の捉え方を改めて確認しあうことが必要であろう。

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) もの盗られ妄想、収集、焦燥・繰り返しに関する BPSD に対するケア

「もの盗られ妄想」として挙げられた 8 件の内、6 件に改善が見られたことから、実施されたケアは効果的であったと考えられる。ケアの内訳としては、中分類レベルでは「会話内容の調整」が最も多く、詳細なケアとしては、「本人に理由を尋ねる」「感謝・賞賛・肯定的な

言葉を使ったコミュニケーション」「本人の好きな話題で会話する」等が挙げられた。次に多かったのは、「外出支援」、「アセスメント」等であり、詳細なケアとしては、「屋外のレク・一時的な外出」や「物を盗られたという理由・本人の発言、妄想が出ない時の状況等のアセスメントをする」等が挙げられた。結果に詳細を示してはいないが、これらのケアに関しては、実施率と有効率はいずれも高率であった。

「収集」へのケアでは、改善群も維持・悪化群ともに、中分類レベルで「会話内容の調整」が多く、詳細なケアとしては、「集めている理由を本人に確認する」「本人の好きな話題で会話する」「感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション」等が挙げられた。

「収集」に関するケアで特徴的なことは、改善群、維持・悪化群が同数であるにも関わらず、維持・悪化群の方がケアの選択数が多いという点である。この要因としては、ケアの成果が見えづらく、次々と様々なケアを試みるに至った可能性が考えられる。

「焦燥・繰り返し」では、改善群よりも維持・悪化群の方が件数は多かったせいか、維持・悪化群の方がケアの選択数が全体的に上回っていた。中分類レベルでは「会話方法」「会話内容の調整」「生活行為」の順に多く、詳細なケアとしては、「訴えをよく聞く・共感する・わかる言葉で話す」、「本人の好きな話題で会話する・今後の予定を伝える・感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション・理由を尋ねる」、「軽作業を役割とする・仕事や日課の継続する」等が挙げられた。

実施されたケアの分布に BPSD 別で多少の差はあったが、「もの盗られ妄想」「収集」「焦燥・繰り返し」へのケアのいずれにも、「本人に理由を尋ねる」「本人の好きな話題で会話する」「感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーション」が選択されていた。この結果から、わけのわからない人として捉えるのではなく、認知症の利用者本人の声に耳を傾け、相互関係を作ろうとする姿勢が近年ますます介護者に定着してきたことがうかがえる。また、ケアの実践も多岐に渡っており、必ずしも BPSD へ直接的に関わるケアのみが有効とは限らないということが明らかになった。

今回選択されたケアについて事例を蓄積していくことは、認知症ケアの標準化という観点から非常に重要な取組だと考えられる。

5) 今後の分析の可能性

平成 30 年度の登録も昨年に引き続きデータ数は限られたが、「もの盗られ妄想」「収集」「焦燥・繰り返し」の BPSD では、中項目レベルでのケアの共通点と相違点を探り始めることができた。本格的な分析のためには今後も引き続き登録数を増やしていきたい。

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。特に、「もの盗られ妄想」、「収集」、「焦燥・繰り返し」の BPSD には、不安感という心理的側面が強く影響していると考えられる。そもそも不安を引

き起こす要因との関連等をさらに明らかにしていくことで、場当たりのケアではなく根拠に基づくケアのヒントとして、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げら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いての登録数が最も多く、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. もの盗られ妄想

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	本人に理由を尋ねる
	その他の説明
会話方法	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
	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
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
	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	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

2. 収集

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	本人に理由を尋ねる
	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
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
	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	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
その他	睡眠覚醒リズムを調整するケア
	その他

3. 焦燥・繰り返し（電話したい、薬をください、同じものを何度も買うなど）

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	本人に理由を尋ねる
	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
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
	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	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（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
その他	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	認知症介護研究・研修東京センター
第2部 ミニレジストリの開発	中村考一
第3部 BPSD スポット調査：基本分析編	認知症介護研究・研修東京センター
第4部 もの盗られ妄想等に関する BPSD とケア編	藤生大我
第5部 考察	認知症介護研究・研修大府センター 中村裕子

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
～もの盗られ妄想等の BPSD とケア編～

発行元

社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474-0037
愛知県大府市半月町3-294
TEL:0562-44-5551 FAX : 0562-3001

発行年月

平成 31 (2019) 年 3 月