

令和元年度

認知症ケアレジストリ研究

BPSDスポット調査報告書

～ものとり妄想等のBPSDとケア編～

認知症介護研究・研修大府センター

令和元年度 認知症ケアレジストリ研究 BPSDスポット調査報告書

～ものとり妄想等のBPSDとケア編～

認知症介護研究・研修大府センター

令和元年度 認知症ケアレジストリ研究
BPSD スポット調査報告書

～ものとり妄想等の 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 暴力・暴言等の BPSD とケア編・・・・・・・・・・52

- 1 取り扱う BPSD と登録数 52
- 2 もの盗られ妄想の登録結果 53
- 3 収集の登録結果 59
- 4 焦燥・繰り返しの登録結果 64
- 5 登録数の最も多い BPSD の分析：焦燥・繰り返しの詳細分析 73

第5部 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80

- 1 令和元年度の事業について 80
- 2 登録施設・事業所及び登録作業者について 80
- 3 登録対象者について 81
- 4 認知症の人の状態について 81
- 5 認知症の人に対して実施するケア等 82
- 6 エンドポイントについて 82
- 7 BPSD の原因とケアについて 84
- 8 今後の課題 87

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 BPSD スポット調査：基礎統計編」「第3部 BPSD スポット調査：全体解析編」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他。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	0.0
	5mg	34	19.3	34	19.3
	10mg	6	3.4	6	3.4
	1%1g	0	0.0	0	0.0
	その他の処方	1	0.6	0	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	4.0	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	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	4.0	7	4.0
	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	0.0
	利用していない	162	92.1	162	92.0
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	0.0
	パッチ 18mg	7	4.0	7	4.0
	その他の処方	0	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

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、159 名(59.6%)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、「認知症であることを自覚できていない」であり、128人（72.7%）であった。

表2-32 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65人（36.9%）いた。平均点は、 1.8 ± 1.6 点であった。

表2-33 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2-34 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。重症度、負担度、総合点、それぞれにおいて、対応ある t 検定で 1%水準で優位に平均値が低下していた。

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 2-36 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 - 3 7 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 - 3 8 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

	前評価		後評価		p
	平均値	SD	平均値	SD	
妄想	0.91	1.06	0.64	0.86	<0.00**
幻覚	0.63	0.91	0.48	0.82	0.37
興奮	1.1	1.19	0.92	1.05	0.20
うつ	0.98	1.09	0.74	0.88	<0.00**
不安	0.62	1	0.5	0.76	0.74
多幸	0.72	0.8	0.66	0.75	0.47
無関心	0.86	0.99	0.88	0.97	0.49
脱抑制	0.86	0.99	0.67	0.82	0.07
易怒性	1.25	1.07	0.91	0.92	0.02 *
異常行動	0.68	0.99	0.53	0.81	0.15

対応ある t 検定 ** : p < 0.01 * : p < 0.05

表 2 - 4 2 NPI-Q 下位項目別負担度平均値

n=176

	前評価		後評価		p
	平均値	SD	平均値	SD	
妄想	1.28	1.55	0.74	1.1	0.01 **
幻覚	0.74	1.2	0.62	1.08	0.13
興奮	1.47	1.62	1.06	1.21	0.17
うつ	1.31	1.53	0.91	1.21	0.02 *
不安	0.76	1.44	0.41	0.86	0.02 *
多幸	0.79	1.2	0.47	0.85	0.21
無関心	0.94	1.34	0.84	1.25	0.26
脱抑制	1.14	1.51	0.73	1.1	0.01 **
易怒性	1.72	1.73	0.99	1.28	0.01**
異常行動	1.02	1.47	0.69	1.08	0.02*

対応ある t 検定 ** : p < 0.01 * : p < 0.05

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2－51① 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)		p
	せん妄の可能性有 (39)	せん妄の可能性低 (47)	
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

点							
	人間関係； 友人に会った時の様子（n）				人間関係； スタッフにあった時の様子（n）		
	嬉しそうであ る（20）	嬉しそうで ない（4）	p		嬉しそうであ る（58）	嬉しそうで ない（8）	p
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 ものとられ妄想等の BPSD とケア編

第4部は、ものとられ妄想等の 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 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 2－5 2 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。大府センター担当の BPSD は、網掛け・太字の「もの盗られ妄想」「収集」「焦燥・繰り返し」である(表 4-1)。

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 もの盗られ妄想の登録結果

「もの盗られ妄想」について、全登録が完了したのは、12 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 4-2）。重症度の評価については、前評価では、「軽度」が最も多く 4 名（33.3%）であり、後評価では、「中等度」が最も多く、5 名（41.7%）であった（表 4-3）。頻度については、前評価で「よくある」が最も多く 6 名（50.0%）、後評価では「たまにある」が最も多く 6 名（50.0%）であった（表 4-4）。重症度や頻度の前後の変化については、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、もの盗られ妄想の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「物を置き忘れてしまう」が最も多く 8 名（66.7%）であり、後評価でも「物を置き忘れてしまう」が最も多く、9 名（81.8%）であった（表 4-7）。もの盗られ妄想の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「もの盗られ妄想」の全登録完了数 12 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「日常的に感謝・称賛・肯定的な言葉でコミュニケーションする」であり、選択率が 10 件（83.3%）であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が 9 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 4-10 に示す。

表 4－2 「もの盗られ妄想」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=12					
	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	1.8±0.8	1.6±0.5	2.8±0.9	1.7±0.6	4.6±2.8	1.7±0.9
最大	3	2	4	3	9	3
最小	1	1	1	1	2	1

表 4－3 「ものとられ妄想」重症度分布

n=12				
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	0	0.0
1:軽度	4	33.3	4	33.3
2:中等度	3	25.0	5	41.7
3:強い	2	16.7	0	0.0
4:激しい	0	0.0	0	0.0
無回答	3	25.0	3	25.0

表 4－4 「ものとられ妄想」頻度分布

n=12				
	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	8.3	4	33.3
2:たまにある	3	25.0	6	50.0
3:よくある	6	50.0	1	8.3
4:いつもある	2	16.7	0	0.0
無回答	0	0.0	1	8.3

表 4－5 「ものとられ妄想」前後変化

n=12						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	3	25.0	7	58.3	5	41.7
維持	4	33.3	4	33.3	2	16.7
悪化	1	8.3	0	0.0	2	16.7
無効	4	33.3	1	8.3	3	25.0

表4－6 「ものとり妄想」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
自分自身で衣類等を片付けているが、他者が盗っていったと訴える。	自分自身で衣類等を片付けカバン等にまとめるが、他者が盗っていった、誰かが部屋に入ったと訴える。
財布がない・貯金通帳がなくなった・バッグがないと訴える。	財布がない・貯金通帳がなくなった・バッグがないと訴える。（前評価と変化なし）
洗面台に立って「歯ブラシセットがない」との訴えあり、いつも自分の部屋に置いてあるので「部屋を見てください」と言って案内し、見つけると「あ、ここにある」と言って何もなかったかのように平静に戻る。	
カバンがない（本人の使用している手提げのこと）	物とり妄想は消失 現在無し
	「財布がない」と話されることがあるが、事務所で預かっていることを伝えると落ち着くことが多い。頻度は少し減った。
タンスの中や周辺にあるものを整理をするが、同じ行動の繰り返しで数時間を過ごすこともある。疲れてしまい休んだ後に「ここに入っていたのに無い」「いや、絶対にあった」「あの人が・いつも」説明しても更に興奮する。時間が経つと何を探しているのかを忘れる。	自室に大きな仏壇を置いていたが、その中に大切な物をしまい込み度々紛失していた。また、昔、大切な物を仏壇の中に置いていたらしく「あれ（昔の）がない」「これ（昔の）がない」と探していたが、最近、仏壇にこだわらなくなっている。娘様と相談をして仏壇を撤去した。その後の本人の混乱を心配したが、それもなく探し物をする回数も減少している
財布・靴・手袋等が定位置になかったり、本人が探した場所から出てこない場合に「誰かに盗られた」「持ってい行かれた」と興奮しながら訴える。	訴えに対しての変化は特になく、探している物が見つかる訴えもなくなり表情も良くなる。
自分の部屋に誰かが入ってきて洗濯物を盗っていった。他人の洗濯物に自分のものが入っていたと訴える。	洗濯物についてはあまり見られなくなった。
突然自分の身の回りを見て「盗られた、あれを盗られた」と他の入居者、職員へ訴えられ、「もう帰る」と言われる。または、居室に戻られ居室から出てくると「盗られた、また盗られた、何で私のばかり盗られるの」と言われる。居室内で何かを探されている様子は見られない。	突然「あれが・・・あの・・・しかく・・・どこいった？」と言われることが時々ある。そのつど、私が預かっていますや、さっき直しましたよ。と伝えると安心される。（脳トレにて、色塗り、計算問題すると数時間後に思い出され言われていると予測する）すぐに対応すると「帰る」「盗られた」などの訴えはほとんどない。
居室の物を盗られたと良く訴えられる。居室整理を自らされているが、どこになおしたか分らなくなっている様子。職員とともにタンス整理をするが、整理している最中は笑顔みられるが、整理終わり職員が退出すると全てタンスから出され自分でされ、タンスの中が整理できていない。	前回と同様で、タンスの物を誰かが扱っていると思われる、タンスの引き出しの中の一番上に新聞紙を敷いて誰かが触るとズレるから分かる。と言われ新聞紙を敷かれているが、引き出しを出したときに自分でずらしたり、欲しいものが見つからない時には誰かが触った、誰かが物色していると立腹されている。
今自分が探している物がなくなると、誰かが盗った、持って行ってしまったと言う 自分のものを見ると、これは私のものだ、と、何度も言う。	自分のものが段々と分からなくなっている。他者のものでも自分のものということがある。

「置いてあったものがないんです。」と訴えがあるが、何がなくなったというのはっきりしない。自分で置いたものをどこにおいたかを忘れてしまう。なにか納得いかないことがあると、入居者が集まってレクリエーションをしていますが、その様子を見に来るだけで職員の誘いには応じず、部屋にこもってしまう。不安が大きくなると「こんなところではおれません。」と言って外へ出て行こうとする。	「盗られたんです。置いてあったものがないんです。」と訴えがあるが、最初は何がなくなったとははっきりしない。部屋で一人で過ごした後には訴えることがある。しかし、誰に盗られたというように他者が標的になる事はない。レクリエーションで集団の中に入ってもらっても集中して取り組むことはできない。不安が大きくなると「嘘ばかりや。こんなところではおれません。」と言って外へ出て行こうとすることがある。
--	---

表４－７ 「ものとられ妄想」原因

	前評価 n=12		後評価 n=12	
	人数	%	人数	%
病識がない	6	50.0	6	54.5
物を置き忘れてしまう	8	66.7	9	81.8
物を預けたことを忘れてしまう	7	58.3	8	72.7
自分が適切に生活を送れているか不安がある	5	41.7	5	45.5
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	8.3	2	18.2
スタッフとの関係が悪い	0	0.0	0	0.0
他の利用者がうらやましい・嫉妬がある	3	25.0	1	9.1
幻覚の影響（幻視、幻の同居人など）	2	16.7	1	9.1
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

表４－８ 「ものとられ妄想」原因の自由記述

前評価	後評価
大切な物を取られたら困るので移動して、その場所を忘れる	
	数時間前に脳トレしたことを思い出している。
	夫がベッドに寝ていると思っている
	不安や気持ちを分かって欲しかった。

表4-9 「ものとり妄想」で選択率が50%以上であったケア

n=12

	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
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	10	83.3	9	1	0	0	10	0	0	0
探している時の本人の訴えをよく聞く	9	75.0	8	1	0	0	8	1	0	0
探している時の本人の訴えを否定しない	9	75.0	8	0	1	0	8	1	0	0
探している時の本人の気持ちに共感する	9	75.0	8	0	0	1	9	0	0	0
探している時に本人が分かる言葉を使用する	9	75.0	8	0	0	1	8	0	0	1
何を探しているかを確認する	8	66.7	7	0	1	0	7	1	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	8	66.7	7	0	1	0	8	0	0	0
日常生活の中で軽作業を定期的役割とする	8	66.7	6	1	1	0	6	1	0	1
日常的な仕事や日課を継続する	8	66.7	6	2	0	0	6	1	0	1
体操、レクリエーションへの参加	8	66.7	6	1	1	0	6	1	0	1
ものとり妄想のときの支援をチームで検討する	8	66.7	7	1	0	0	7	0	0	1
日常のやり取りにおいて、会話のスピードを調整する	7	58.3	6	0	0	1	7	0	0	0
日常のやり取りにおいて、本人が分かる言葉を使用する	7	58.3	7	0	0	0	7	0	0	0
探している時のスキンシップを調整する	7	58.3	7	0	0	0	6	1	0	0
ものとり妄想の際の本人の発言を情報収集する	7	58.3	5	2	0	0	6	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	7	58.3	5	1	1	0	6	0	0	1
カレンダーや時計を身近なところに置く	7	58.3	7	0	0	0	3	3	0	1
適切に水分摂取する	7	58.3	7	0	0	0	6	1	0	0
本人の意向に沿ったケアをする（意向に沿わないケアを減らす）	7	58.3	7	0	0	0	7	0	0	0
普段の生活で落ち着ける場所を作る	6	50.0	5	1	0	0	5	0	0	1
居室のものを不用意に移動しない	6	50.0	5	1	0	0	3	2	0	1
日常的に本人の好きな話題で会話する	6	50.0	5	0	1	0	4	1	0	1
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	6	50.0	5	0	0	1	4	1	0	1
好きな活動を実施	6	50.0	4	0	2	0	4	1	0	1
屋外のレク、行事、活動へ参加する	6	50.0	5	0	1	0	5	1	0	0
一時的に戸外に出る	6	50.0	5	0	0	1	5	1	0	0
ものとり妄想の理由を再度情報収集する	6	50.0	5	1	0	0	5	0	0	1
ものとり妄想がないときの状況について情報収集する	6	50.0	5	1	0	0	5	0	0	1
どのような時にもものとり妄想になるのか情報収集する	6	50.0	6	0	0	0	5	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	6	50.0	5	0	0	1	4	0	0	2
本人の好みやこだわりについて情報収集する	6	50.0	5	0	0	1	5	0	0	1
仲の良い人と過ごす支援	6	50.0	5	1	0	0	4	0	0	2
他の高齢者との交流促進	6	50.0	4	0	2	0	4	0	0	2
ものとり妄想の理由をチームで検討する	6	50.0	5	1	0	0	6	0	0	0
ものとり妄想のときの支援をチームで確認する	6	50.0	6	0	0	0	6	0	0	0

朝日光を浴びる	6	50.0	4	1	0	1	3	1	0	2
就寝時の室温・湿度の調整	6	50.0	5	1	0	0	3	1	0	2
就寝時の居室の照明の調整	6	50.0	6	0	0	0	3	1	0	2
一緒に探す	6	50.0	5	1	0	0	6	0	0	0

表４－１０ 「ものとられ妄想」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針
計算問題、色塗りなど行った後に職員へ渡し職員が保管しているが、数時間後に突然ソファより立ち上がられ「あれが・・・あの・・・しかくの・・・ない」と言われることが時々ある、職員がレクの用紙だと予測して、預かっていることを説明すると「さようか」と安心される。以前より職員が常にそばにおり、不安な気持ちが出る前に対応していることもあり、最近「盗られた」と発言が減ってきているように感じられる。
本人が物をどこに直したか忘れる、以前ひとり暮らしをしていたこともあり、引っ越しの際に捨てたか忘れてしまし、思い出した洋服がなければ誰かが盗った、ハンガーだけあり洋服がそのハンガーに掛かっていなければ誰かが盗った、タンスの中がぐちゃぐちゃだと誰かが物色している。と毎日訴えられる。その為に、洋服が内に関しては、傾聴しご家族が保管しているかもしれませんね。などで少し納得される。ハンガーに関しては多くの空のハンガーを掛けないように対応している。引き出しに関しては職員が本人が安心できるように整理している（本人がいない時に）また、声かけでは「今日もよろしくお願いします。困ったことがあったら何でも言ってくださいね」と信頼関係を築いている。一定の職員に対しては、話をしていただけたり、笑顔を取り戻す時間が短いことがある。
一緒に探そうと、手をつないで行動すると忘れてしまう、その後本人ができる活動と一緒にやることで、盗られたという言葉は無くなった。
本人の気持ちとしては、大切にしているものが見つからないことで不安になっていること。自分の不安や気持ちを分かって欲しいという思いで訴えられていると考える。 まずは何がなくなったのかをじっくり聞きだす。しかし、本人からの訴えは、何がなくなったというのははっきりしない為、これまでによく訴えられていたもの、新聞や入れ歯、衣類などの名前をあげたり、色なども含めて少しずつ本人の記憶を引き出し見つけることもできるが、それすらもはっきりしないことがある。その時に職員と一緒に外に出たり、家事の手伝いをしながら気分転換を図る事で、後から「服がない。」とはっきり伝えてくれることがあるので、今後も本人からの訴えは焦らずにじっくりと聞いていくような対応が必要である。 穏やかに過ごしている事もあれば、突然外に出て行くこともあるので、まだ本人の不満を取り除けているとはいえない。

3 収集の登録結果

「収集」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 9 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 4-11）。重症度の評価については、前評価では、「中等度」が最も多く 6 名（54.5%）であり、後評価でも「中等度」が最も多く、5 名（45.5%）であった（表 4-12）。頻度については、前評価で「たまにある」「よくある」が最も多く 4 名（36.4%）、後評価では「よくある」が最も多く 4 名（36.4%）であった（表 4-13）。収集の状態の前後変化については、表 4-14 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-15 に示した。収集するものを尋ねたところ、トイレトペーパーが最も多く、前評価で 9 名（81.8%）、後評価で 8 名（88.9%）であった（表 4-16）。

また、収集の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「不安を軽減したい、何か起こった時のために備えたい」が最も多く 7 名（54.5%）であり、後評価でも「不安を軽減したい、何か起こった時のために備えたい」が最も多く、6 名（66.7%）であった（表 4-17）。収集の原因についての自由記述回答結果は、表 4-18 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「収集」の全登録完了数の内ケア実施状況の登録に欠損のなかった 9 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 4-19 に示した。最も選択率が多かったケアが「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」であり、8 件（選択率 88.9%）、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 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が回答は得られなかった。

表 4－11 「収集」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	2.6±0.8	2.3±0.9	2.9±0.8	2.9±0.8	8.0±4.4	7.0±3.9
最大	4	4	4	4	16	16
最小	2	1	2	2	4	2

表 4 - 1 2 「収集」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	0	0.0	1	9.1
2:中等度	6	54.5	5	45.5
3:強い	3	27.3	2	18.2
4:激しい	2	18.2	1	9.1
無回答	0	0.0	2	18.2

表 4 - 1 3 「収集」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	0	0.0	0	0.0
2:たまにある	4	36.4	3	27.3
3:よくある	4	36.4	4	36.4
4:いつもある	3	27.3	2	18.2
無回答	0	0.0	2	18.2

表 4 - 1 4 「収集」前後変化

n=11						
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	3	27.3	1	9.1	3	27.3
維持	6	54.5	8	72.7	6	54.5
悪化	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無効	2	18.2	2	18.2	2	18.2

表 4 - 1 5 「収集」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
トイレ内にあるトイレットペーパータオルを自室へもっていく	収集を制止したり問い詰めてたりしても解決できないため存在する限りのそのトイレットペーパー、ティッシュを自室内に集めていただきトイレになくすると止める。ご本人不在の時に職員がその都度トイレ内に返している。職員も業務として考えている。
トイレットペーパーやペーパータオル、広告で作ったごみいれ、ティッシュペーパーなどの紙類、茶碗や湯のみ、箸などを服や下着の中、手押し車にのせているバッグの中に入れてまわる。	排泄のためにトイレへいくと、トイレットペーパーをバッグへ入れる。トイレットホルダーに二つのペーパーが入るようになっていたが、毎回二つ取る頻度は減った。（一個だけとる）湯のみは自分が使用したものを服やバッグの中に入れる。他利用者のものは、以前ほど取らなくなった。 広告で作ったごみいれは、他利用者ともめることがあっても、必ずバッグに入れる。衣類は職員と一緒にたたむなどするようになり、収集はしなくなった。
ティッシュペーパーをポケットに詰める	ティッシュペーパーをポケットに詰める（前評価と変化なし）
食事用のエプロンや、コップなどを衣服の中に入れていた。	
空箱や段ボール、お菓子の入っていた袋、トイレットペーパーなどを見ると持っていたくなる。「そこに置いておいて!」「後で使うんだから」取っておくだけで安心している。時間が経つと忘れている。娘さんが、荷物になる旨を説明すると興奮して怒る。	クッキーなどが入っていた袋などもいつまでも取って置こうとする。クッキーはもうないのに、いつまでも食べる動作がみられている。しかし、本人に説明をすることで混乱をしてしまう。娘さんが「とても素敵なので私もほしい」と言い、本人の了承をもらい持って行くことにしたが、あとで、「娘は何でも持って行く」と言い怒っていた。
トイレから出てくる際に、トイレットペーパーを一定の長さで切り丸めて、その束を本人の衣類のポケットや自室の筆筒の中に集める。	行動状態に関しては、全く変化は見られない。
他人の衣服、タオル、ユニットのマジック、砂糖やミルクのスティックなど何でも持っていく。新聞紙、職員室のトイレからトイレットペーパー。	ティッシュペーパー、ペーパータオル、新聞紙
新聞やチラシをタンスやベッドの中に入れて溜め込んでいる。	新聞やチラシをタンスやベッドの中に入れて溜め込んでいる。トイレににおいている使用した紙パンツを包むための新聞紙で作ったゴミ入れも収集している。
衣類、コップ、義歯を自分のスペースに持ち込んでしまう。	
スリッパやティッシュの収集あり。	スリッパの収集あり
トイレに行くたびにトイレットペーパーを収集し、ポケットなどにしまい込む行為が続いている。	トイレに行くたびにトイレットペーパーを収集し、ポケットなどにしまい込む行為が続いている。

表 4 - 1 6 収集するもの

		トイレット ペーパー・ ティッシュ				衣類	食器	その他
前評価	n=11	人数	9			4	2	6
		%	81.8			36.4	18.2	54.5
後評価後 n=9 * 無効を除外		人数	8			1	1	3
		%	88.9			11.1	11.1	33.3

表 4 - 1 7 「収集」原因

	後評価後			
	前評価		n=9 * 無効を除外	
	人数	%	人数	%
不安を軽減したい、何か起こった時のために備えたい	7	63.6	6	66.7
周囲で何が起きているかよくわからない	1	9.1	1	11.1
周りの人が助けてくれるか不安	0	0.0	0	0.0
何かあった時に自分で対処できるか不安	2	18.2	1	11.1
気に入ったものを自分のものだ勘違いしてしまう	3	27.3	1	11.1
不明	1	9.1	0	0.0
その他	4	36.4	3	33.3

表 4 - 1 8 「収集」原因の自由記述

前評価	後評価
集めてベッド、押し入れに隠す喜びがあるようだ	その他?(集めてベッド、押し入れに隠す喜びがあるようだ)
綺麗な箱や袋が好き。 何かに使うつもり	後で何かに使いたい
暇つぶし、役に立つ	暇つぶし、役に立つ
どこに直していいかわからない。	トイレのスリッパを直しこむ

表4-19 「収集」で選択率が50%以上であったケア

n=11

	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
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	8	88.9	6	2	0	0	5	1	0	2
居室のものを不用意に移動しない	7	77.8	7	0	0	0	4	1	0	2
日常的に本人の好きな話題で会話する	7	77.8	6	1	0	0	5	1	0	1
日常のやり取りにおいてスキンシップを調整する	7	77.8	6	1	0	0	6	1	0	0
体操、レクリエーションへの参加	7	77.8	5	2	0	0	4	1	0	2
集めたものを不用意に移動させない	6	66.7	6	0	0	0	4	1	0	1
：集めている理由を確認する	6	66.7	5	1	0	0	2	3	0	1
収集している時の本人の訴えをよく聞く	6	66.7	6	0	0	0	3	1	1	1
収集している時の本人の訴えを否定しない	6	66.7	6	0	0	0	5	1	0	0
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	6	66.7	5	1	0	0	4	2	0	0
好きな活動を実施	6	66.7	6	0	0	0	5	1	0	0
収集しているものについて興味を持って詳しく尋ねる	5	55.6	5	0	0	0	3	1	0	1
日常的に頼りにしていることを伝える	5	55.6	4	1	0	0	3	2	0	0
収集している時の本人の気持ちに共感する	5	55.6	5	0	0	0	4	0	0	1
日常のやり取りにおいて、言葉かけを短くする	5	55.6	4	1	0	0	4	1	0	0
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	5	55.6	3	1	1	0	2	1	1	1
日常生活の中で軽作業を定期的役割とする	5	55.6	5	0	0	0	5	0	0	0
何を集めているか情報収集する	5	55.6	4	0	0	1	4	1	0	0
どのような時にものを集めるのか情報収集する	5	55.6	3	0	1	1	3	1	0	1
本人の好みやこだわりについて情報収集する	5	55.6	4	0	1	0	4	1	0	0
仲の良い人と過ごす支援	5	55.6	4	1	0	0	4	1	0	0
他の高齢者との交流促進	5	55.6	4	0	1	0	3	0	0	2
ものを集める理由をチームで共有する	5	55.6	5	0	0	0	4	1	0	0
ものを集めるときの支援をチームで確認する	5	55.6	5	0	0	0	4	1	0	0
ものを集めるときの支援をチームで検討する	5	55.6	5	0	0	0	4	1	0	0

4 焦燥・繰り返しの登録結果

「焦燥・繰り返し」について、全登録が完了したのは、29 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 4-20）。重症度の評価については、前評価では、「中等度」が最も多く 12 名（41.4%）であり、後評価では「軽度」「中等度」がそれぞれ 9 名（31.0%）で最も多かった（表 4-21）。頻度については、前評価で「よくある」が最も多く 12 名（41.4%）、後評価でも「よくある」が最も多く 9 名（31.0%）であった（表 4-22）。焦燥・繰り返しの状態の前後変化については、表 4-23 に示し、具体的状態についての自由記述の結果は、表 4-24 に示した。訴えの内容を尋ねたところ、「帰りたい」が最も多く前評価で 16 件（55.2%）であり、後評価で 13 件（52.0%）であった（表 4-25）。

また、焦燥・繰り返し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「さっきのことをすぐ忘れる」が最も多く 22 名（75.9%）であり、後評価でも「さっきのことをすぐ忘れる」が最も多く、18 名（72.0%）であった（表 4-26）。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 4-27 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「焦燥・繰り返し」の全登録完了数 29 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 4-28 に示した。最も選択率が高かったケアが「繰り返される本人の訴えをよく聞く」「普段の生活で声かけ・交流を増やす」であり、24 件（選択率 82.8%）であった。そのうち実施率が 100～75%であった件数が多いのは、「繰り返される本人の訴えをよく聞く」15 件であり、有効との評価が多かったのは、「普段の生活で声かけ・交流を増やす」の 18 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 4-29 に示す。

表 4－20 「焦燥・繰り返し」重症度等の平均値・最大値・最小値

	n=29					
	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	2.1	1.7	2.8	2.5	6.0	4.8
SD	0.9	1.0	1.2	1.2	3.7	3.7
最大	4	4	4	4	16	16
最小	1	0	0	0	0	0

表 4－2 1 「焦燥・繰り返し」重症度分布

	n=29			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:症状なし	0	0.0	2	6.9
1:軽度	8	27.6	9	31.0
2:中等度	12	41.4	9	31.0
3:強い	7	24.1	4	13.8
4:激しい	2	6.9	1	3.4
無回答	0	0.0	4	13.8

表 4－2 2 「焦燥・繰り返し」頻度分布

	n=29			
	前評価		後評価	
	人数	%	人数	%
0:まったくない	1	3.4	1	3.4
1:少しある	6	20.7	6	20.7
2:たまにある	1	3.4	3	10.3
3:よくある	12	41.4	9	31.0
4:いつもある	9	31.0	6	20.7
無回答	0	0.0	4	13.8

表 4－2 3 「焦燥・繰り返し」前後変化

	n=29					
	重症度		頻度		重症度×頻度	
	人数	%	人数	%	人数	%
改善	10	34.5	6	20.7	13	44.8
維持	14	48.3	19	65.5	11	37.9
悪化	1	3.4	0	0.0	1	3.4
無効	4	13.8	4	13.8	4	13.8

表 4 - 2 4 「焦燥・繰り返し」 具体的状態（自由記述）

前評価	後評価
帰宅欲求	帰宅欲求
「今日はお風呂屋さんにいかなくはいけないから帰らせてほしい」と訴えられる。	「お風呂今日ある？」と尋ねられる。
「帰るわ」と訴えられ、声かけにてその場は納得されても、すぐに同様の訴えを繰り返し訴えられる。	「帰るわ」と訴えられ、声かけにてその場は納得してもすぐに同様の訴えを繰り返し訴えられる。
「会社に休むって電話したんですけど、電話番号が分かりません。兄のところに電話して迎えに来て欲しいんですけど、電話帳ありますか。」と尋ねられる。	電話帳に対しての発言はなくなりましたが、食事の支払いを気にされる発言あり「このご飯食べていいんですか？お金がないんですけど」が見られる。
日常は茶碗拭き等よく手伝ってくださる。やる終えた後、ふとしたタイミングで「さて、家に帰ろうかな」という言葉が出ることもある。また、表情がひきつった様子で、焦燥的表情とともにその場に座りこんでしまうことが2～3か月に一度出現する。	
帰宅願望が月に一度ほど出現するも、「家に息子がいるから電話を貸して欲しい」と言ってこられる。電話して息子と話すると落ち着いて、笑顔になり、落ち着きを取り戻される。	
夕方になると夫の事を探したり、帰宅の訴えを繰り返す。	夕方になると夫の事を探したり、帰宅の訴えを繰り返す。
「家に帰る」「子供はどこにいった？」と訴え落ち着きなく立ち上がり探しまわる。	
普段から自室に置いてある靴が玄関などに置いたままになっていると「革靴はどうした？」と何度も同じ内容を職員に聞く。自室に靴がある時は自ら屋内で履いてしまい他入居者から不満を言われ興奮に繋がってしまうため本人の気持ちを逆なでしないよう靴を職員が預かると、再度靴がないと訴え始める。外出しようとジャケットの着用し外出するが、フロアに戻りジャケットを脱ぐも5分もしない内にジャケットを着用し始める。出掛けた事を説明しても納得できる時とできない時があり、納得できたとしても同様の行動を繰り返す。	職員や他入居者と会話している時、活動を行っている時は訴えが減る事もあるが、本人の言動に変化は見られない。
息子が迎えに来ると思っている。泊まってもいいかと何度も聞く。	息子が迎えに来ると思っている。泊まってもいいかと何度も聞く
休息後、部屋から出て来たとき、入床前、夜間のトイレ起きの際に、「私は誰が連れてきたとね。」「明日帰らないかとだろ。」「何でここにおるとね。」「いずれかの言葉を繰り返し言われる事有り。お話をし、本人が「そうね。わかった。」といわれても、同じ会話を取り留めなく行われる事がある。	休息後、部屋から出て来たとき、入床前、夜間のトイレ起きの際に、「私は誰が連れてきたとね。」「明日帰らないかとだろ。」「何でここにおるとね。」「いずれかの言葉を繰り返し言われる事有り。お話をし、本人が「そうね。わかった。」といわれても、同じ会話を取り留めなく行われる事ある。
「ここにいていいのですか」「ごはんはもらえますか」「これでいいの」など	
「財布をください」との訴えを何度も繰り返す。	「財布をください」との訴えを何度も繰り返す。

「殺してよ」 「私ばうちなっせ(叩いてよ)」 といわれる。	①私はここにおってよかとね。②殺しなっせ。③うちなっせ。④私が悪かによ。⑤私がうそついとるとだろ。⑥こうちゃんはどこね。 ①～⑥の訴えの中から訴えられる事が多く、スタッフと目が合うと、挨拶するか、訴えがある。挨拶されるだけの時と、①～⑥の訴えが出るときの違いは現在観察中であるが、不明。
「ここに長い間、お世話になるのも、申し訳ない。杉原(生まれ故郷)に帰らせてもらう」 「ありがとうございました。もう帰ります」等、落ち着きが見られず、フロア内をウロウロとされる。居住フロアは2階建の2階にあるが、時に階段を降り、1階に行ったり、屋外に出て行かれることもある。	落ち着かず、フロアをウロウロすることがある。 その際には険しい表情になっている。
16時くらい前より毎日、突然涙を流され、誰にも見られたくないのか居室に行かれ、すぐに戻ってこられ職員を探され「帰る」「お母さんに会いに帰る、帰っていないから帰る」と泣きながら毎日訴えられる。夜間に関しても、落ち込みから涙流され「帰る」と訴えられる。	夜勤者一人対応になり、他の入居者介助に入ってフロアに戻ってくると、ソワソワされており「帰る」という訴えがあるが、強い訴えではなくなってきた。
娘のことを気にして「〇に会いたい」と言って施設の中をウロウロと歩き回る。息遣いが荒くなり、不安そうな表情となる。	歩き回る行為は変わらないが、娘のことを心配する言動は少なくなった。
一つのことが気になると頻回に訴えられる。「口が痛い」どうにかして「気分が悪い、救急車を呼んで」、「さみしい」「誰かと話したい」「足が痛い」「長生きしすぎた」一日中不安な気持ちを訴えられる。 夜間になると、「薬は飲んだ?」「誰か来て」「誰もおらんと」「さみしか」「口が痛い」「長生きしすぎた」と何度も訴えられる。	不安からくるものであると考えるが、「口が痛い」と思ったら一日中訴えらえるが、不安でない時には訴えられない、他の訴えに関しても寂しさ、不安などからくる訴えと考えられる。
夕方になると、家に帰りたいと玄関の方に来る。夕食を食べるまで続く。開けてください、帰り路がわからなくなっちゃった。	最近少し早くなった。お昼ご飯食べたあとぐらいから家に帰りたいと玄関の方に来るようになった。ずーと続くことはめったにない。気が付くと収まっていたり、実際に外に行って症状が消えることもある。
自分はいつ帰れるのか、職員へ何度も質問してくる。 入居当初から幻視、幻聴の症状があり、なかなか落ち着かなかった。特に日中の活動を行うと夜間の混乱や幻視幻聴の症状が出るが多かった。 幻視・幻聴の内容①娘さんが死んだ②娘さんが子供のころの設定で「呼んでる」という訴え③だれか文句を言ってるその他日によって内容が変わる。	物がないと探し物をしたり 日中の活動をすることが直接混乱となり幻視・幻聴の症状を引き起こしているかを調査したが、直接原因であることは証明できなかった。ただこの調査を行う事で、スタッフが本人と関わる時間が増えたことと、本人にとって嬉しいこと、気持ちのいいことを最優先に考えてケアに当たったことが、BPSDを引き起こさない要因となったのではないかと。認知症ケアを行う上で、本人と向き合い、本人の過ごしやすい環境を整えて、業務中心にならないことが重要であることをスタ

	ッフが認識する事ができたので、今後のケアに生かしていきたい。
起きている時は車いすにて、廊下をうろうろされる。	体調不良で動けないとき以外はいつものように、車いすを自走され廊下をうろうろされていた。
他者が立つと一緒に立ちついていく、トイレの中までついて行くこともある、先にトイレに座ることもある。また来訪者が帰るとき玄関へ行き一緒について行くとする。テレビ前のソファの席を立つと自室に行き、トイレを使用した後に、台所へ行く、という行動を、日に何度となく繰り返す。テレビ前のソファの場所は、本人の指定席になっていて、ここに座っていると落ち着いているが、他者が座っていると強引に座ろうとすることもある。	指定席をこだわらなくなってきた。繰り返しの行動もなくなった。
「帰らしてください」といった帰宅願望が強く、娘を呼んでほしいとの訴えもよく聞かれる。娘は毎日面会に来ているが覚えていない。来たことを伝えると「来てないよ!」と怒ることもある。焦燥が見られた際はスタッフの制止も聞かず廊下を小走りで移動する等のリスクも孕む。	「帰らしてください」といった帰宅願望が強く、娘を呼んでほしいとの訴えもよく聞かれる。娘は毎日面会に来ているが覚えていない。来たことを伝えると「来てないよ!」と怒ることもある。焦燥が見られた際はスタッフの制止も聞かず廊下を小走りで移動する等のリスクも孕む。
一日数回「帰ろうか」と席を立ち上がり歩き出す。歩行が不安定で転倒の危険があるため、介護者は本人のそばに付いたり、手を支えてしばらく対応している。「自宅に帰りたいですね」と共感的な言葉かけをして、少し歩いたり、車が来るまで待っておきましょと本人の席に誘導している。あるいは、トイレに行き排泄を済ますと帰りたい気持ちを忘れることもあるのでトイレに誘導することもある。「トイレには行かん」と言われたり、歩いて帰ると言い張ることもある。一旦落ち着いても、対話したことを忘れて同じことを繰り返す。お菓子などの甘い食物を好むのでお茶と一緒に提供し気分を変えるように対応している。 「家に帰りたい」と訴えられるのは昼食後と夕方四時ごろが最も多い。長く歩けないので介助者と歩きながら「もうきつか」と言って椅子に誘導されることが多い。周りの方の声に対し「うるさか」と言い、そのことをきっかけに「帰りたい」という気持ちになることもある。	おやつの後から夕方までの時間帯に「帰ろうか」と席を立つことが多い。昼食後「今何時ごろだろうか」と聞くこともあり、12時30分ですと答えると、「ああまだそんな時間たいね」という。夕方と分かる「帰ろうか」という気持ちが強くなるように思われる。夕方の訴えの際は「晩御飯を頼んでいたんで食べていって下さい」というと「それなら仕方ない」と言い席に着く。介護者側に余裕がある際は、しばらく室内の散歩を行い、気分を変えるように対応している。天気にも影響されるようで曇りの時や雨の日は落ち着かないことが多い。ホームの窓から田園風景が見え、野菜が育っているのを見ると、農家での仕事をしているので、関心を示すので、そういった話題の提供を行っている。ホーム内を歩くときここはどこですかと聞くと「わからん」と言われるのでここは老人ホームですよという「そういえば年寄りが多い」と初めて気づいたような発言があった。

表 4 - 2 5 「焦燥・繰り返し」における訴えの内容

		帰りたい	電話したい	薬が欲しい	その他	
前評価	n=29	人数	16	4	2	12
		%	55.2	13.8	6.9	41.4
後評価	n=25	人数	13	2	1	11
		%	52.0	8.0	4.0	44.0

表 4 - 2 6 「焦燥・繰り返し」原因

	後評価後			
	前評価	n=29	n=25 * 無効を除外	
	人数	%	人数	%
さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）	22	75.9	18	72.0
特定のことがとても気になる	11	37.9	12	48.0
自分の気持ちや立場を理解してほしい	11	37.9	9	36.0
日常生活で間違いや失敗、わからないことが多い	9	31.0	8	32.0
他にすることがない	13	44.8	13	52.0
今の時間やスケジュールが分からない（何をしたいかわからない）	12	41.4	11	44.0
ここがどこかわからない	9	31.0	8	32.0
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	1	3.4	1	4
その他	3	10.3	3	12

表 4 - 2 7 「焦燥・繰り返し」原因の自由記述

前評価	後評価
家のことが心配	
	お手伝いが終わり、一息つい後に出現する
夫を探す、自宅に帰りたい	
革靴がない	
泊まってもいいか	
私は誰が連れてきたとね	
財布をください	
殺して欲しい 打ってよ	
娘に会いたい	
	さみしい
	昔に戻って、旦那さんに食事を作らないといけないと思う。なんとなく落ち着かない
幻視、幻聴による混乱	
理由がわからない	
帰るんだろうという	常同行動
	旦那様（死別）の傍にいたい。支えたい

表4-28 「焦燥・繰り返し」で選択率が50%以上であったケア

n=29

	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
繰り返される本人の訴えをよく聞く	24	82.8	15	4	1	0	17	1	0	2
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	24	82.8	14	6	1	0	18	1	0	2
日常的に本人の好きな話題で会話する	22	75.9	13	4	0	1	17	1	0	0
繰り返される本人の訴えを否定しない	22	75.9	15	3	0	0	15	1	0	2
訴えを繰り返す時の、本人の気持ちに共感する	22	75.9	14	2	2	0	16	1	0	1
繰り返し訴える際の本人の発言を情報収集する	22	75.9	11	3	3	1	13	1	0	4
普段の生活で落ち着ける場所を作る	21	72.4	12	4	1	2	16	1	0	2
体操、レクリエーションへの参加	21	72.4	10	7	1	0	16	0	0	2
どのような時に繰り返し訴えるか情報収集する	21	72.4	12	2	2	1	14	0	0	3
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	20	69.0	13	2	1	0	15	1	0	0
日常生活の中で軽作業を定期的役割とする	20	69.0	12	4	0	2	14	1	0	3
繰り返し訴える理由をチームで検討する	20	69.0	10	3	2	1	14	0	0	2
今はいつか、今後の予定はどうなっているかを説明する	19	65.5	10	3	2	0	10	4	0	1
繰り返し訴えるときの支援をチームで確認する	19	65.5	8	4	2	1	14	0	0	1
日常的に頼りにしていることを伝える	18	62.1	10	4	0	0	13	0	0	1
日常のやり取りにおいて、本人が分かる言葉を使用する	18	62.1	14	3	0	0	14	2	0	1
日常のやり取りにおいてスキンシップを調整する	18	62.1	9	4	1	0	12	1	0	1
繰り返し訴える理由を再度情報収集する	18	62.1	8	3	3	1	11	1	0	3
繰り返し訴えることがないときの状況について情報収集する	18	62.1	9	2	2	1	11	0	0	3
日常のやり取りにおいて、会話のスピードを調整する	17	58.6	12	2	1	0	11	2	0	2
日常的な仕事や日課を継続する	17	58.6	9	4	2	0	10	1	0	4
屋外のレク、行事、活動へ参加する	17	58.6	8	2	1	3	11	0	0	3
本人の好みやこだわりについて情報収集する	17	58.6	8	2	3	2	11	0	0	4
繰り返し訴える理由を再度分析する	17	58.6	9	3	1	1	13	0	0	1
繰り返し訴えるときの支援をチームで検討する	17	58.6	8	3	1	1	12	0	0	1
就寝時の室温・湿度の調整	17	58.6	13	0	1	0	12	1	0	1
就寝時の居室の照明の調整	17	58.6	12	0	1	1	11	1	0	2
認知機能障害があってもできることを情報収集する	16	55.2	8	3	2	0	13	0	0	0
他の高齢者との交流促進	16	55.2	10	1	3	0	12	0	0	2
普段の生活で付き添い、見守りを増やす	15	51.7	8	4	1	0	10	2	0	1
好きな活動を実施	15	51.7	7	4	1	1	11	0	0	2
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	15	51.7	7	3	1	1	12	0	0	0
適切に水分摂取する	15	51.7	11	2	0	0	10	1	0	2

表4-29 「焦燥・繰り返し」のケア方針自由記述回答結果（前評価）

ケア方針（前評価）
職員が離れると、一人になってしまい不安な気持ちが大きくなる。その為に「帰る」と訴えられ出口を探されると考えられる為に、常に寄り添うケア、一緒にいるから安心してよいという気持ちを持っていただけるような声かけが必要である。また、日常生活の役割については、職員の為にやってあげている、という気持ちを入居者が持つような職員の対応が必要である。
訴えのほとんどが家族や昔の友人などのことを心配したり懐かしんだりの事であったため、家族や友人関係の情報を収集し、対応にあたる介護スタッフ全員が情報を共有して、会話を行うようにした。また、部屋に家族や友人の写真を飾ったりアルバムを準備したりするなどの整備を行った。
不安な気持ち、自らの自由に動けない歯がゆさから体の不調の訴えになり、イライラしてしまうと考えられるため、イライラしている際にケアにはいると不安を取り除くことが難しい場合もある為に、本人が不安そうな表情や、不安になる前に職員が話しかけケアすることでBPSDが発生しづらくなっている。また、視力低下もあり、不安の原因の一つになっているので、必ず職員は名前を伝え声掛け、コミュニケーション、ケアをおこなうようにしている。
私何にもわからなくなったという不安感がある。家のことを忘れるのではないかという不安、昔のことを傾聴するとその時の表情は満足そう。家を確認したい、昔の話をして楽しみたいということがあるのではないか。というところは変わらない。クリアなときとそうでないときがある。ご主人のことを生きていると思うときもあり、自宅に1年以上入っていない。帰ってはいるが。そういった意味で、昔の記憶が揺らいできているのではないか。できるだけ、本人の世界観に合わせてコミュニケーションをとるようにした。可能な範囲で夕方症状が出たときに外に出るようにした。
活動自体が本人にとって、やりたいことなのかは分からない。しかし、その後に本人にとって気持ちが良い事を行う事で訴え、幻視・幻聴などの症状が緩和したことは確かである。認知症になって毎日が不安な生活を送っておられる入居者に寄り添い、少しでも不安が解消できるようにケアを行っていく事でBPSDも少なくなるのではないか。またケアを継続していくことの難しさ、チームケアの難しさも痛感したところです。スタッフ間での情報共有は重要であり、入居者の毎日の生活に影響することも忘れてはならないと考える。
自分で出来ることはしていただき、できないところの支援、その都度の見守り等を行う。
上記のようなケアを行ったことで、焦燥状態は無くなった。
すでに亡くなっている夫の事を、まだ生きていて家に帰ってくるから家で待っていてあげないとという気持ちが午後から出現し、帰宅願望に繋がっていると思われる。短期記憶は忘れてしまい、夫の死についても忘れてしまっている様子が見られる。「夫が返ってくるまでにご飯の支度をしないと」といったような焦りがあるため、否定はせずに焦らなくても良いと思ってもらえるような環境作りと声かけを計画通り実施した。
1. 役割を持つことに対し、洗濯物干し、タオルたたみ、エプロン干しなど毎日していただくように声掛けし、職員と一緒に会話しながら行った。洗濯物を階を降りて担当者と一緒に行き、台車を押したりして手伝うことを増やし、職員から礼を伝えるようにして本人の役に立っている感を持っていただくようにした。自分のできることに自信が持てたと思う。
2. 帰りたいことは特別なことではなく、家に帰る自然な言動と感じた。家に気になることは特にないようだった。
3. この期間中、職員の声掛けや関わりはかなり増えたと思う。このことで帰りたいという言動が少なくなったわけではないが職員の意識の中に本人の気持ちに寄り添う大切さが実感できたのではないと思う。
4. 水分をもともと摂られる方ではないが、気がけて勤めるようにする中に、活動の後に温かいお茶を出すタイミングを掴むことができた。これらのケアを今後も継続していきたい。

5 登録数の最も多い BPSD の分析：焦燥・繰り返し

本項では、大府センターが担当する BPSD の中で最も登録数の多かった、「焦燥・繰り返し」に
関しての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、焦燥・繰り返しについて、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 -30~4-31）。

表 4 - 3 0 焦燥・繰り返しの重症度×頻度の改善有無と各変化の関連

		暴言・暴力重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (6)	維持・悪化 (4)	
水分摂取量	増加	0	1	0.62 ^a
	維持	5	5	
	減少	1	1	
過去 1 週間の熟睡日数の変化	増加	1	3	0.29 ^b
	維持	5	3	
	減少	0	1	
過去 1 週間の平均睡眠時間の変化	維持	5	6	0.73 ^b
	減少	1	1	
過去 1 週間で排便のあった日数の変化	増加	2	0	0.13 ^b
	維持	4	5	
	減少	0	2	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

表 4 - 3 1 焦燥・繰り返しの重症度×頻度改善有無と各変化の関連

		NPI-Q 重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (6)	維持・悪化 (4)	
NPI-Q (重症度) の変化	軽減	4	2	0.38 ^a
	維持	1	2	
	悪化	1	3	
NPI-Q (負担度) の変化	軽減	4	6	0.51 ^b
	維持	1	0	
	悪化	1	1	
NPI-Q (総合点) の変化	軽減	4	5	0.50 ^b
	維持	2	1	
	悪化	0	1	
short QOL-D の変化	向上	5	4	0.30 ^a
	維持	1	3	
VI の変化	向上	3	0	0.03 ^a
	維持	3	7	
	減少	6	7	

a: カイ二乗検定、b: Fisher の正確確率検定

(2) 焦燥・繰り返しの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、GDS (うつ)、服薬利用している薬剤数を焦燥・繰り返しの重症度×頻度の変化で群分けを行い、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 4-32)。

表 4 - 3 2 対象者の状態像と焦燥・繰り返しの重症度改善有無での群間比較

		焦燥・繰り返し重症度				p
		軽減	n	維持・悪化	n	
年齢 [歳]		86.5±6.2	6	85.4±3.0	5	0.71 ^c
性別	男性	1	6	0	7	0.46 ^b
	女性	5		7		
BI [点]		49.1±25.1	6	66.4±31.3	5	0.29 ^c
IADL [点]		0.33±0.5	6	1.80±0.8	5	0.01 ^c
SED-11Q 自己評価 [点]		5.5±4.2	4	4.0±3.9	4	0.62 ^c
SED-11Q 介護者評価 [点]		9.5±1.0	4	8.2±2.2	4	0.36 ^c
病識 (自己評価-介護者評価) [点]		-4.0±3.9	4	-4.2±4.4	4	0.93 ^c
HDS-R [点]		3.6±4.6	6	4.4±3.8	5	0.78 ^c
GDS [点]		2.5±1.6	6	2.1±1.7	6	0.73 ^c
DST	せん妄の可能性有	1	6	3	7	0.34 ^a
	せん妄の可能性低	5		4		
服薬利用している薬剤数 [個]		7.1±4.0	6	5.1±2.5	7	0.32 ^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

2) 改善・維持悪化ケースの原因

焦燥・繰り返しの原因を、暴力・暴言の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 4-33）。

表 4 - 3 3 焦燥・繰り返しの重症度×頻度の改善有無と原因の関連

		暴言・暴力重症度×頻度 (n)		p
		軽減 (13)	維持・悪化 (12)	
さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）	該当	8	10	0.22
	非該当	5	2	
特定のことがとても気になる	該当	5	5	0.59
	非該当	8	7	
自分の気持ちや立場を理解してほしい	該当	4	5	0.44
	非該当	9	7	
日常生活で間違いや失敗、わからないことが多い	該当	5	3	0.38
	非該当	8	9	
他にすることがない	該当	7	5	0.41
	非該当	6	7	
今の時間やスケジュールが分からない（何を していいかわからない）	該当	5	5	0.59
	非該当	8	7	
ここがどこかわからない	該当	5	2	0.22
	非該当	8	10	
ドネペジル（アリセプト）等治療薬の影響	該当	0	0	-
	非該当	13	12	
不明	該当	1	0	0.52
	非該当	12	12	
その他	該当	2	1	0.53
	非該当	11	11	

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、McNemar 検定を行った（表 4-34）。

表 4 - 3 4 焦燥・繰り返しの重症度×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	
さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）	該当	10	2	0.10
	非該当	8	5	
特定のことがとても気になる	該当	3	6	1.00
	非該当	7	9	
自分の気持ちや立場を理解してほしい	該当	3	5	1.00
	非該当	6	11	
日常生活で間違いや失敗、わからないことが多い	該当	4	9	0.26
	非該当	4	8	
他にすることがない	該当	6	5	1.00
	非該当	6	8	
今の時間やスケジュールが分からない（何をしたいかわからない）	該当	6	2	0.68
	非該当	4	13	
ここがどこかわからない	該当	0	0	-
	非該当	18	7	
ドネベジル（アリセプト）等治療薬の影響	該当	0	1	-
	非該当	0	24	
不明	該当	0	3	0.62
	非該当	1	21	
その他	該当	2	16	0.00
	非該当	1	6	

McNemar 検定

4) 改善群・維持悪化群において選択されたケアの差

焦燥・繰り返しに対するケアは 67 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、 30.1 ± 14.9 種類、最大値が 57 種類、最小値が 1 種類であった。ケアの選択数を改善群、維持・悪化群に分け、t 検定を実施したが、有意な差は認められなかった（改善群平均値 25.4 ± 14.8 、維持悪化群： 35.1 ± 13.9 ）。それぞれの群の実施件数を求め Fisher の正確確率検定を実施した（表 4-35）。

表 4 - 3 5 改善群と維持・悪化群で選択されたケアの差

	改善群		維持・悪化群		実施率		p
	改善	改善 実施件数 (%)	維持 悪化	維持 悪化群 実施件数 (%)	実施 件数	%	
普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす	11	52.4	10	47.6	21	80.8	0.67
繰り返される本人の訴えをよく聞く	9	45.0	11	55.0	20	76.9	0.18
普段の生活で落ち着ける場所を作る	9	47.4	10	52.6	19	73.1	0.36
日常的に本人の好きな話題で会話する	8	44.4	10	55.6	18	69.2	0.22
繰り返される本人の訴えを否定しない	9	50.0	9	50.0	18	69.2	0.55
訴えを繰り返す時の、本人の気持ちに共感する	8	44.4	10	55.6	18	69.2	0.22
日常生活の中で軽作業を定期的役割とする	10	55.6	8	44.4	18	69.2	0.45
体操、レクリエーションへの参加	9	50.0	9	50.0	18	69.2	0.55
繰り返し訴える際の本人の発言を情報収集する	9	50.0	9	50.0	18	69.2	0.55
日常のやり取りにおいて、本人が分かる言葉を使用する	7	41.2	10	58.8	17	65.4	0.12
どのような時に繰り返し訴えるか情報収集する	10	58.8	7	41.2	17	65.4	0.28
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	8	50.0	8	50.0	16	61.5	0.56
繰り返し訴える理由をチームで検討する	8	50.0	8	50.0	16	61.5	0.56
今はいつか、今後の予定はどうなっているかを説明する	7	46.7	8	53.3	15	57.7	0.40
日常のやり取りにおいて、会話のスピードを調整する	7	46.7	8	53.3	15	57.7	0.40
日常的な仕事や日課を継続する	8	53.3	7	46.7	15	57.7	0.59
繰り返し訴える理由を再度情報収集する	7	46.7	8	53.3	15	57.7	0.40
本人の好みやこだわりについて情報収集する	7	46.7	8	53.3	15	57.7	0.40
ケア方法をチームで確認:繰り返し訴えるときの支援をチームで確認する	8	53.3	7	46.7	15	57.7	0.59
日常的に頼りにしていることを伝える	7	50.0	7	50.0	14	53.8	0.57
日常のやり取りにおいてスキンシップを調整する	7	50.0	7	50.0	14	53.8	0.57
屋外のレク、行事、活動へ参加する	7	50.0	7	50.0	14	53.8	0.57
繰り返し訴えることがないときの状況について情報収集する	9	64.3	5	35.7	14	53.8	0.16
繰り返し訴える理由を再度分析する	7	50.0	7	50.0	14	53.8	0.57
他の高齢者との交流促進	6	42.9	8	57.1	14	53.8	0.26
就寝時の室温・湿度の調整	4	28.6	10	71.4	14	53.8	0.01
就寝時の居室の照明の調整	4	28.6	10	71.4	14	53.8	0.01

普段の生活で付き添い、見守りを増やす	6	46.2	7	53.8	13	50.0	0.41
好きな活動を実施	5	38.5	8	61.5	13	50.0	0.15
認知機能障害があってもできることを情報収集する	6	46.2	7	53.8	13	50.0	0.41
ケア方法をチームで（再）検討;繰り返し訴えるときの支援をチームで検討する	8	61.5	5	38.5	13	50.0	0.27
適切に水分摂取する	5	38.5	8	61.5	13	50.0	0.15
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	6	50.0	6	50.0	12	46.2	0.58
就寝時の寝具の調整	4	33.3	8	66.7	12	46.2	0.08
うるさくない場所で過ごす	4	36.4	7	63.6	11	42.3	0.16
気になっているものについて興味を持って詳しく尋ねる	6	54.5	5	45.5	11	42.3	0.57
一時的に戸外に出る	6	54.5	5	45.5	11	42.3	0.57
食事後、仲の良い人と過ごす支援	4	36.4	7	63.6	11	42.3	0.16
今どこにいるか説明する	4	40.0	6	60.0	10	38.5	0.28
今何をしているかを説明する	5	50.0	5	50.0	10	38.5	0.59
日常のやり取りにおいて、言葉かけを短くする	6	60.0	4	40.0	10	38.5	0.40
日常のやり取りにおいて表情・身振りを調整する	5	50.0	5	50.0	10	38.5	0.59
受診する	4	40.0	6	60.0	10	38.5	0.28
視覚刺激の少ない場所で過ごす	4	44.4	5	55.6	9	34.6	0.44
本人に理由を尋ねる	5	55.6	4	44.4	9	34.6	0.56
家族との接触機会を増やす	2	22.2	7	77.8	9	34.6	0.03
朝日光を浴びる	3	33.3	6	66.7	9	34.6	0.16
食事のリズムを整える	2	22.2	7	77.8	9	34.6	0.03
カレンダーや時計を身近なところに置く	2	22.2	7	77.8	9	34.6	0.03
居室に自分の部屋と分かるようなものを置く	1	12.5	7	87.5	8	30.8	0.01
居室に自分の好きなものや大事なものを置く	3	37.5	5	62.5	8	30.8	0.28
寝る前に食事をとらないようにする	3	42.9	4	57.1	7	26.9	0.45
介護者は誰か説明する（介護者であることを説明する）	2	33.3	4	66.7	6	23.1	0.28
自宅で以前していた趣味活動が続ける	1	16.7	5	83.3	6	23.1	0.06
不調の処置を行う	2	33.3	4	66.7	6	23.1	0.28
日常的に好きな場所へ外出し見守る	2	40.0	3	60.0	5	19.2	0.45
就寝中の体位変換やおむつ交換のタイミングを調整	0	0.0	5	100.0	5	19.2	0.01
本人がどこに何があるかわかるようにする	1	25.0	3	75.0	4	15.4	0.26
自宅へ外出する	1	25.0	3	75.0	4	15.4	0.26
仲の悪い人と離す	2	50.0	2	50.0	4	15.4	0.67
居室の表札を工夫する	0	0.0	3	100.0	3	11.5	0.09
近隣、知人との交流支援	0	0.0	3	100.0	3	11.5	0.09
就寝中の体位変換やおむつ交換の回数を減らす	0	0.0	3	100.0	3	11.5	0.09
気になっていることについて詳しく説明する	0	0.0	2	100.0	2	7.7	0.22
日常生活の中でリーダー、指導者の役割を作る	0	0.0	2	100.0	2	7.7	0.22
昼寝をやめる	0	0.0	2	100.0	2	7.7	0.22
その他	1	50.0	1	50.0	2	7.7	0.74

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「適時適切な医療・ケアを目指した認知症の人等の全国的な情報登録・追跡を行う研究」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、説明と同意の過程で、約 15%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求められる。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える。

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させた。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する。

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%）であった。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%）と女性の登録が多かった。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している。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、抗パーキンソン病薬が 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。回答は概ねばらつきがあり、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。また、

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、有効化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) ものとり忘れ妄想

「ものとり忘れ妄想」は、認知症の人がそこにあるはずだと思うものが見当たらない時に、誰かに盗られたと言うことを表している。特に財布や自分の衣類など、身の回りの大事なものについて「ものとり忘れ妄想」が起きやすく、最も身近な人が盗んだ犯人にされやすいことが知られている。これまでの登録結果より、重症度については 25% の改善に留まっているが、頻度については約 60% の改善データが得られた。

原因として「物を置き忘れてしまう」「物を預けたことを忘れてしまう」「病識がない」といった中核症状に起因するものが多く挙げられている。一方で「自分が適切に生活を送れているか不安がある」や自由記述より「自分の不安や気持ちを分かって欲しい」という思いで訴えられている」というように、本人の心理的な面に着目した原因も挙げられていた。

実際に取り組んだケアについて、実施率が高く有効と評価されたのが最も多かったのは「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」であった。このケアは本人のアイデンティティを尊重することや、肯定されることによる安心感などにつながると想定され、本人の心理面の原因にきちんと対応するケアが有効という評価につながったと思われる。実施率は上記のケアに比べると多少少ないが、有効なケアとして「探している本人の気持ちに共感する」「本人の意向に沿ったケアをする（以降に沿わないケアを減らす）」「普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす」も挙げられた。また、チームとして「ものとり忘れ妄想の理由をチームで検討する」「ものとり忘れ妄想のときの支援をチームで確認する」についても有効だったというデータが得られた。上記のケアのいずれも、「単に忘れてしまう」と片付けるのではなく中核症状から発生する不安な気持ちに目を向けていると考えられ、本人と信頼関係を築き不安の解消にあたるケアが有効であることが示唆された。

2) 収集

「収集」は、トイレトペーパーや他人の衣類などを集めたり、居室の引出しの中に入れて込んだりすることを表している。前提としては、自分の物と他人の物の区別がつかなくなることや抑制が効かなくなること等が背景にあると考えられる。集まった事例の内、有効だったのが9例であったため、あまり多くの事例とは言えないが、重症度は約55%、頻度は約70%が前後に変化がない維持群であった。

原因として「不安を軽減したい、何か起こった時のために備えたい」という回答が約65%と最も多かった。収集するものの約80%がトイレトペーパーであり、登録された認知症利用者の80%が女性だという結果から、失禁等の失敗への不安をスタッフも想定していたのではないかと思われる。

ケアの選択率が最も高かったのは、ものとられ妄想の時と同じ「日常的に感謝・賞賛・肯定的な言葉を使ったコミュニケーションする」であったが、有効性に関しては、「有効でない」という回答もあった。ケアの実施率と有効性とをあわせて見ると、「日常生活の中で軽作業を定期的役割とする」「収集している時の本人の気持ちに共感する」「他の高齢者との交流促進」の3つのみが「有効でない」という回答がなかったケアであった。短い期間であったためか、収集自体の改善が見られなかったとの回答が多かったが、有効だったケアを継続することで今後の変化を確かめたい。

3) 焦燥・繰り返し

「焦燥・繰り返し」は本調査の中で最も多く登録されたBPSDである。これは、いわゆる帰宅願望と呼ばれる「家に帰りたい」という訴えや、同じことを何度も言うという行為が含まれているため、繰り返される言葉は人によって様々で多岐に渡るBPSDと言える。これまでの登録結果より、重症度、頻度ともに前後に変化がない維持群が多かったが、約3分の1にあたる10件が改善したというデータが得られた。

原因として挙げられたのは、①「さっきのことをすぐ忘れる（近時記憶障害）」が前後ともに70%を超えて最も多く、②「他にすることがない」、③「今の時間やスケジュールがわからない（何をしたいかわからない）」、④「特定のことがとても気になる」、⑤自分の気持ちや立場を理解してほしいの順で挙げられていた。このことから、「さっきのことをすぐに忘れる」を主な原因としながらも、同時に特定のことがとても気になって、そのことは決して忘れていないということを現場スタッフが認識していることがうかがえる。

選択率、実施率が比較的高く有効だとされたケア（「有効でない」という回答がゼロだったケア）は、以下の3つのカテゴリーに分類できると考えられる。1つ目は、「体操、レクレーションへの参加」、「屋外のレク、行事、活動へ参加する」、「他の高齢者との交流促進」、「好きな活動を実施」等の何らかの活動支援、2つ目は、「どのような時に繰り返し訴えるか情報収集する」、「本人の好みやこだわりについて情報収集する」、「認知機能障害があってもできることを情報収集する」等の情報収集活動、3つ目は、「繰り返し訴える理由をチームで確認する」「繰り返し訴える時の支援をチームで検討する」等のチ

ームケアであった。その他として、「有効でない」という回答もあったが、「有効」という回答が多かったのは、「普段の生活で声掛け・会話・交流を増やす」「繰り返される本人の訴えをよく聞く」「日常的に本人の好きな話題で会話する」といったコミュニケーションを密にするケアであった。自由記述より「職員が離れると一人になってしまい不安な気持ちが大きくなる」、「不安な気持ち、自ら自由に動けない歯がゆさから体の不調の訴えになり、イライラしてしまうと考えられる」等、利用者の不安な気持ちへの共感が多く挙げられていることから、コミュニケーションを重視するケアの実施につながったものと思われる。

4) 焦燥・繰り返しの詳細分析について

登録数が最も多かった「焦燥・繰り返し」の改善の有無について、様々な背景要因との関連を確認したが、水分摂取量、過去1週間の睡眠や排便については統計的な有意差は見られなかった。対象者の状態像と重症度の改善の有無について、唯一危険率1%水準で有意差が見られたのは、IADLであった。しかし、登録者がほぼ女性であり、最高点が男性よりも高いことを考慮すると、軽減群と維持・悪化群のいずれもIADLの得点が非常に低く、IADLの差が大きく影響しているとは言い難い。

ケアの実施率について、改善群と維持・悪化群の差について確認したが、実施率が高いケアが必ずしも有効だとは言えないという結果であった。1%水準でいくつかのケアに関して有意差が見られた。例えば、「就寝時の室温・湿度の調整」「就寝時の居室の照明の調整」「就寝中の体位返還やおつむ交換のタイミングを調整」があったが、いずれの場合も維持・悪化に影響を与えたという結果となった。この点については、具体的にどのような調整をしたことが悪化につながったかまでは不明である。また、5%水準で有意差が見られたケアとして、「家族との接触機会を増やす」、「食事のリズムを整える」、「カレンダーや時計を身近なところに置く」、「居室に自分の好きなものを置く」があった。これらのケアは通常、本人に安心をもたらすと考えられるが、入居後、間もない場合は帰宅願望を強めるように働く場合もある。今後は、どのようなケアが有効か逆効果になるのか、入居後の経過時間によって確認していくことも必要だと思われる。

また、維持・悪化群に含まれる維持に関しては、重症度や頻度が低くほとんど気にならない程度のBPSDが維持される場合と非常に激しいBPSDの場合を同等に扱うのかという問題を含んでいる。今後n数をさらに増やし、より詳細な分析が必要だと考える。

5) 今後の方向性

令和元年度に登録されたデータ数はまだ少数と言わざるを得ないが、昨年度に比べると統計解析が可能な項目が得られるようになった。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く必要がある。次年度も引き続き登録数を増やしさらに詳細な分析をしていくことで、BPSDの発生に影響する様々な要因、それぞれの要因を踏まえたケアの選択の優先順位と有効性がますます明らかになってくるとと思われる。この一連

のアセスメントとケアの選択、モニタリングの流れをモデル化していくことに取り組んでいきたい。

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 1～6	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
第5部 考察 7	認知症介護研究・研修大府センター 中村裕子

報告書名

令和元年度 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 浴風会
認知症介護研究・研修大府センター
〒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

令和元（2020）年 3 月