

平成 24 年度老人保健事業
推進費等補助金（老人保健
健康増進等事業）報告書

平成 24 年度老人保健事業報告書

認知症における行動・心理症状（B P S D）

対応モデルの構築に関する研究事業

平成 25 年 3 月

社会福祉法人東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

認知症介護研究・研修仙台センターでは、平成24年度老人保健健康増進等事業による補助を受け「認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究事業」を実施しました。

近年の認知症高齢者急増に伴い認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、介護老人福祉施設のユニット化などの例に見られるように、介護事業所の小規模化による個別ケアの推進、生活継続性を考慮した住居形態、地域密着性等、認知症ケアサービスの量的整備は拡大しており、事業所の量的拡充は進展しています。しかし一方では、認知症者を含む要介護高齢者への虐待は増加しており、質的な面からいえば全国的な格差が拡大しつつある事が危惧されます。これらの事は、いくつかの要因が挙げられますが、認知症介護に関する標準化と、標準的なケア基準やケアガイドラインの不足による教育システムの確立が遅延している事が大きな原因と考えられます。また、介護領域における人材不足による他業種からの人材参入や、非正規雇用職員の増加によって介護未経験者が急増していることも大きな要因と考えられます。

当センターでは、認知症者の基本的な生活課題を解決しうるケアのモデル構築を目的に平成18年度～20年度において厚生労働科学研究費補助事業「認知症におけるケアモデルの構築に関する研究」事業を実施し、介護困難度、課題生起頻度の高い食事、入浴、排泄に関する課題に関するアセスメント視点及び解決方法に関するモデル整理及びモデルをベースとした生活課題別の認知症介護評価指標及び解説集を開発しました。

以上のような背景を踏まえ、本年度は、認知症者のBPSD（認知症にともなう行動・心理症状）特に、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に対する正しい支援方法を明らかにするため、認知症介護の成功事例を収集し、認知症介護のモデルを構築することを目的として研究を実施しました。その結果、大変多くの方々のご理解、ご協力によって貴重なデータを提供していただき、有益な研究結果をまとめる事ができました。

本研究の成果が認知症介護に関わる多くの方々にとって、また認知症者の生活向上のために少しでもお役だていただければ幸いです。

本研究にご協力いただきました関係者の皆様には深くお礼を申し上げます。

認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤 伸 司

<研究組織>（敬称略、順不同、○は委員長）

【検討委員】

○大久保 幸積 （社会福祉法人幸清会 理事長）
遠藤 忠 （長野大学社会福祉学部社会福祉学科 講師）
北村 世都 （日本大学文理学部心理学科 助教）
佐藤 弥生 （東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科 准教授）
内藤 佳津雄 （日本大学文理学部心理学科 教授）
保坂 昌知 （社会福祉法人宏友会法人本部 教育研修部長）
益岡 賢示 （有限会社プレミアム・ダン 代表取締役）

【事務局】

加藤 伸司 （認知症介護研究・研修仙台センター センター長）
阿部 哲也 （認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）
矢吹 知之 （認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員）
吉川 悠貴 （認知症介護研究・研修仙台センター 主任研究員）

（所属・職名は平成 25 年 3 月 31 日現在）

目 次

A. 背景と研究目的	1
1. 背景	1
1) 認知症介護に関する初任者養成の必要性	1
2) 認知症ケアモデルと人材育成の必要性	1
3) B P S D（認知症にともなう行動・心理症状）対応モデルの必要性	1
4) 認知症ケアに関するモデル概念	2
5) 認知症介護におけるエキスパートモデル	4
2. 本研究の方向性と目的	5
B. 研究方法	6
1. 検討委員会の設置と開催	6
1) 設置目的	6
2) 委員構成	6
3) 開催回数、場所および検討内容	6
2. B P S Dへのケア成功事例予備調査	7
1) 目的	7
2) 実施方法	7
3. B P S Dへの成功ケアに関する全国調査	8
1) 調査対象者	8
2) 調査内容	9
3) 実施方法および時期	11
4) 分析方法	11
4. B P S Dに関する成功ケア事例のヒアリング調査	16
1) 目的	16
2) 実施方法	16
5. 研究成果物の作成と普及	16
C. 結果と考察	18
1. B P S Dに関する成功ケア事例のヒアリング調査	18
1) 対象者別調査結果	18
2) 全体傾向	23
2. B P S Dへの成功ケアに関する全国調査	25
1) 徘徊への成功事例調査	25
(1) 回答者属性	25

(2) 高齢者属性	28
(3) 成功したケアの傾向	33
(4) 徘徊へのケアに有効な視点	40
(5) 失敗したケア方法の傾向	49
(6) 徘徊を緩和したケア方法の組み合わせ傾向	52
2) 興奮・暴力への成功事例調査	60
(1) 回答者属性	60
(2) 高齢者属性	63
(3) 成功したケアの傾向	68
(4) 興奮・暴力へのケアに有効な視点	75
(5) 失敗したケア方法の傾向	84
(6) 興奮・暴力を緩和したケア方法の組み合わせ傾向	86
3) 帰宅願望への成功事例調査	94
(1) 回答者属性	94
(2) 高齢者属性	97
(3) 成功したケアの傾向	102
(4) 帰宅願望へのケアに有効な視点	108
(5) 失敗したケア方法の傾向	117
(6) 帰宅願望を緩和したケア方法の組み合わせ傾向	119
D. 結論	128
1. BPSDを緩和するケア方法の傾向	128
2. BPSDを緩和するケアにおけるアセスメント視点の傾向	129
3. ケアの組み合わせモデル	130

A. 背景と研究目的

1. 背景

1) 認知症介護に関する初任者養成の必要性

近年の認知症高齢者急増に伴い認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、介護老人福祉施設のユニット化などの例に見られるように、介護事業所の小規模化による個別ケアの推進、生活継続性を考慮した住居形態、地域密着性等、認知症ケアサービスの量的な整備は進展していると考えられる。一方で、事業所の量的な拡大に応じた介護人材の確保および養成状況は、在宅、施設を問わず新規学卒者や非正規職員の割合が急増し、初任者の基礎能力の向上と安定化が課題となっている。また、今後の介護人材養成の在り方に関する検討会においても、今後に向けた介護人材に求められる役割として認知症介護の重要性が掲げられ、新規学卒者や異業種からの人材確保の必要性が指摘されている事は周知の事である。これらを踏まえれば、ますます増大する介護初任者における認知症介護技術の向上は急務を要する課題であり、認知症介護に特化した初任者養成手法の開発は認知症介護の質向上において優先的な課題である。

2) 認知症ケアモデルと人材育成の必要性

現在、政府が掲げる認知症介護施策の方向性としては「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告に見られるように、今後の認知症対策における重点課題として認知症高齢者の生活の質を安定、向上させるための適切なケアの普及が挙げられており、また、「認知症施策検討プロジェクトチーム」においても、認知症ケアの標準化と人材育成のあり方についての検討報告がされている。これらの事からも認知症ケアのモデル構築は、認知症高齢者の急増が予測される我が国における介護体制の基盤整備において重要かつ優先的な国家的課題であると考えられ、認知症介護サービスの質の安定化や標準化、また、認知症ケアの専門家養成の観点からも施設・在宅を問わない認知症介護教育の一定水準の保証について緊急を要するものである。

3) B P S D（認知症にともなう行動・心理症状）対応モデルの必要性

現在、認知症介護教育における初任者向けの教育内容は、全国で実施されている認知症介護実践者研修を見ても、多種多様に渡り、広範囲で高度な知識や技術習得が期待されている。理想の認知症介護人材には多様な知識と高度な技術が必要であるが、全ての能力を短期間で習得し実践する事は困難であり、初任者の基礎能力の安定には多大な時間を要することが予測される。今後、急増する介護人材とりわけ初任者の基礎能力を短期間で効率的に向上させるためには、優先的な教育内容を明確化し、効率的な教育方法を開発する必要がある。認知症介護教育における優先的な内容とは、最も基本的かつ重要となる高齢者の安定的な生活を脅かすB P S Dの緩和に関する介護方法であると考えられる。認知症者への虐待や不適切ケアの多くはB P S Dの無理解や対応方法の未熟さが原因として考えられ、認知症介護の人材養成においてB P S Dへの対応方法を広く、優先的に教育することは、我が国の認知症介護全体の質の向上において最も有効な方法

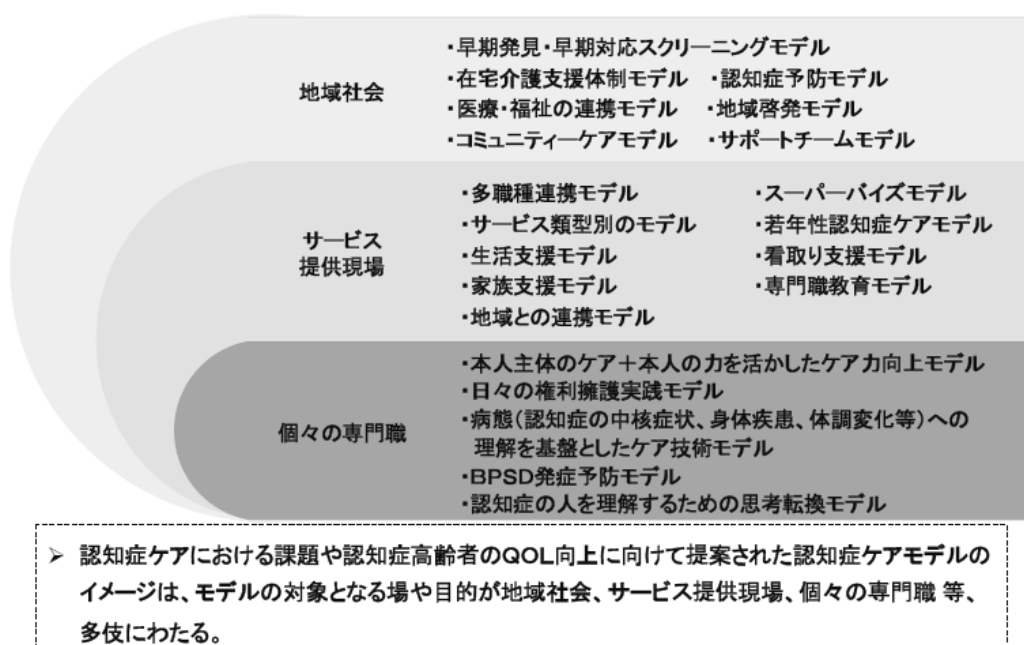
である。しかし、国内外における研究知見において理論化されたあるいは普遍的で、標準的なBPSDへの対応方法については、当センター（社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター）において2011年に実施された「認知症介護における研究成果の総括および普及促進に関する研究」によると、認知症介護に関する502件の国内論文を対象にBPSDへの対応に関する研究のレビューを実施した結果、実態把握的な研究や、非薬物療法やコミュニケーション、環境支援に関する介入的な事例研究が多く、多標本を対象としたケアモデルの構築に関する実証的な研究は皆無であった。研究知見からも、介護専門家の経験的見地からも、認知症介護は個性が高く、個人特性、介護者特性、環境特性、認知症特性等の要因が輻輳的に影響し、全般に共通する普遍的なケア手法を発見することは困難であり、また、個別ケアを阻害する可能性も指摘され、ケアのモデル化やマニュアル化は遅延している傾向にある。しかし、ケアのマニュアル化やモデル化による画一化の危険性が指摘される一方で、ケアモデルが無いことによる介護標準化の遅延や、認知症介護のナショナルスタンダードに準拠した認知症介護人材の質の保証も必要不可欠な課題として指摘されている。

4) 認知症ケアに関するモデル概念

国家的な課題意識として具体的に認知症ケアモデルという表現が使用され、一般的に認知症ケアの標準化やケアモデルへの関心が高まったのは、2003年に報告された「2015年の高齢者介護研究会」報告書に提言された認知症高齢者への対応に関する新しいケアモデルの確立の必要性に関する言及であろう。それに端を発してその後の認知症関連施策の方向性には常に、認知症介護あるいはケアに関する標準化の必要性や、エビデンスに基づくケアの必要性が提唱され続けてきた。しかし、ケアモデルに関する定義については地域包括モデルから個別的なケアモデルまで広範囲にケア概念が扱われてきた経緯があり、概念整理の必要性が指摘されていた。これらの背景を踏まえ2011年度にニッセイ基礎研究所によって実施された「認知症を有する人への適切な支援に資する認知症ケアモデルの研究」事業においてケアモデル概念の整理が報告されている。「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」によれば、認知症ケアモデルの概念は、ケアの目的や場所の範囲によって専門職個々が行うケアや対応に関するモデル、サービス提供現場の中で行う他職種連携やチームケアなどの組織モデル、医療福祉連携やコミュニティ構築、地域啓発、予防などの地域社会全体まで捉えたモデルの3つのモデルが整理されている（図1-1参照）。さらに、ケア機能かケアシステムかといったケア方法に関する軸と、個別から社会全体までを対象としたケア範囲による軸をクロスした4象限におけるケアモデルの概念整理を行っている（図1-2参照）。その中でも現在、最も注目されつつあるのが認知症ライフサポートモデルであり、認知症者の生活や人生を中心に据え、医療、福祉、インフォーマルサービス等の多種の専門家連携による支援や、個々の介護から地域、社会が連続的に支援できる体制づくりなど総合的かつ包括的なサポートのモデルを示しており、モデル構築の必要性が国家的な課題となっている。

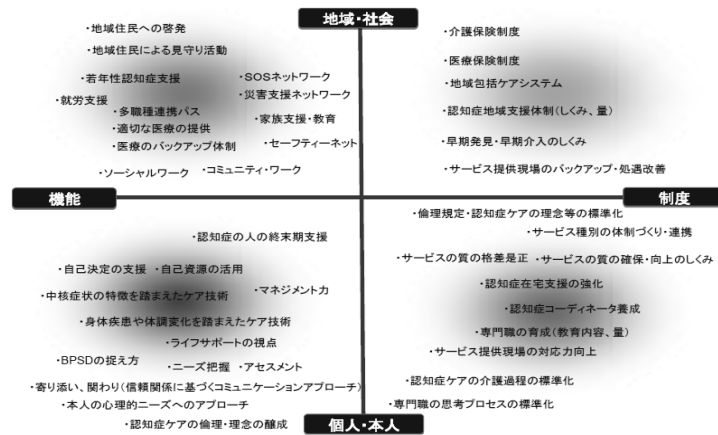
また、一方では社会全体におけるケアシステムのモデル形成は重要であることを認識しつつも、それらのケアの根幹を成しているのは個々のケア技術であると考えられる。個々のケア技術の積み上げが組織的なケアであり、組織的かつ専門的なケアによる連携が、他職種及び地域住民連携ケアであり、社会的なケアシステムを創生するものと考えれば、個々のケア技術の標準化あるいはモデル化はライフサポートモデルの重要な核とも読み取れるのではないだろうか。現在、個々が行う認知症ケアのモデルは普遍的かつ標準化され、社会に承認された、有効なモデル形成には至っていないのが現状である。よって、本研究の課題意識としては、早急に個々の技術に関するモデル化が求められていると考える。

図1-1 認知症ケアに必要なモデル



株式会社ニッセイ基礎研究所、「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」、認知症を有する人への適切な支援に資する認知症ケアモデルの研究事業、平成23年度老人保健健康増進等事業、P30、2013より転載

図1-2 認知症ケアに必要なモデル



(資料) 研究会での委員の発言を基にニッセイ基礎研究所が作成

株式会社ニッセイ基礎研究所、「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」、認知症を有する人への適切な支援に資する認知症ケアモデルの研究事業、平成23年度老人保健健康増進等事業、P31、2013より転載

5) 認知症介護におけるエキスパートモデル

認知症介護の熟練者(以下エキスパート)は多くの認知症高齢者に対して効果的なケアを実施し、高齢者の安定した生活を実現してきている。このことは、認知症介護のエキスパートは多くの認知症高齢者への対応経験によって、個々に応じた最良の方法を体験の中から学び、ケアの一般化或いは法則化を行っていると考えられる。

昨今、知識工学や情報工学の分野、特に人工知能(AI)の分野においてエキスパートシステムが開発され注目をあびている。エキスパートシステムとは、特定の分野の専門知識を持ち、その分野に関して適切なアドバイスができるような、専門家の代わりをするコンピューターシステムの事を指す。専門家の知識や思考・判断過程を明らかにし、代用可能なシステムを構築し、専門家の代わりに推論や判断を行うことを目的とし、熟達した技術や知識を汎用化したり、効率的な問題解決の安定と自動化を容易にする手法と考えられる。認知症介護の標準化においても、エキスパートの知識や技術、判断過程、思考過程を明らかにし、有効な方法の手順を整理し、広く伝達、教育することが認知症介護の質の確保と向上には求められている。認知症介護における判断過程を推測すると、目の前の状況を認知し、状況の発生原因を推測しながら、推測される原因と関連した情報を収集、確認し、原因を特定し、原因を解決するための有効かつ効率的な方法を過去の経験パターンから検索し、試行し、失敗すれば原因の特定作業をやり直し、別の経験パターンから異なる方法を試行し、これらの過程を繰り返しながら課題の解決に至る事が予測される。つまり、認知症介護の技術に関するモデル構築を検討する上で、エキスパートのBPSD対応に関するケア過程を参考にする事は最も現実的な研究方法であると考えられ、本研究では認知症介護に関するエキスパートの思考、判断、実施プロセ

スに注目したいと考えている。

2. 本研究の方向性と目的

我々は、認知症者の基本的な生活課題を解決しうるケアのモデル構築を目的に平成18年度～20年度において厚生労働科学研究費補助事業「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」事業を実施し、介護困難度、課題生起頻度の高い食事、入浴、排泄に関する課題に関するアセスメント視点および解決方法に関するモデル整理を実施し、モデルをベースとした食事、入浴、排泄に関する生活課題別介護チェック表および解説集を開発した。本年度は、これらの成果を踏まえ代表的なBPSDに関する生活課題への対応事例を収集し、BPSD別の対応モデルを、具体的なアクションケアモデルとして分類整理し、初任者の教育教材としての活用を目的に対処モデルの構築を実施する。

以上の課題意識及び経緯を背景とし、本研究は、認知症高齢者の安定的な生活を保障し、かつ認知症高齢者のQOL向上を可能とするBPSDの低減、解消および介護初任者への教育への活用を目的としたBPSD対応方法に関するアセスメント・ケアモデルの構築を目的としている。

B. 研究方法

1. 検討委員会の設置と開催

1) 設置目的

検討委員会は、研究事業全体の方向性、研究方法、調査方法の検討およびケアモデルに関する概念整理、分析に関する助言、指導、討議を目的とした。

2) 委員構成

委員会の構成及び委員の要件は、認知症介護指導者養成研修を修了し、指導者実績3年以上かつ現在、認知症介護に関する業務あるいは教育指導に携わっている認知症介護指導者3名、認知症介護および高齢者福祉を専門領域とする学識者4名とした。事務局としては、認知症介護研究研修仙台センター所属研究者4名、事務員2名とした。

3) 開催回数、場所および検討内容

(1) 第1回検討委員会

第1回検討委員会は、平成24年10月9日 15:00～17:00、リッチモンドホテルプレミア仙台にて実施した。委員の構成は、認知症関連学識者4名、認知症介護専門家3名、事務局4名の計11名を委員、2名を事務担当者とし、委員長として社会福祉法人幸清会理事長の大久保幸積氏が互選された。参加状況として、1名が欠席し、欠席の委員については、検討議題に関する意見を事前に提出していただき、参加者12名であった。

検討議題としては、事業全体概要の説明、認知症ケアモデルの概念整理、モデル構築対象のBPSDの選定、調査方法、分析方法に関する討議を実施した。

委員会による討議の結果、事務局より提案された研究計画への修正点が指摘された。主な計画修正点は、対象事業所を全国の認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設だけではなく在宅系事業所も含み、事業所の形態に依らない事例を収集することがモデル構築には重要であるとの意見から、対象全数は計画値のまま、認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設、在宅系事業所をランダムに抽出することとした。調査対象者は、一定の認知症介護経験者を対象とする事が重要という観点から、開設5年以上の事業所に在籍する認知症介護経験3年以上職員を対象とした。さらに認知症介護エキスパートという観点から、全国の認知症介護指導者あるいは指導者が推薦する介護職員も対象とした。研究対象とするBPSDの種類については、認知症に伴う行動・心理症状の中から、介護初任者の介護ニーズに準拠し、困難度、対応頻度を考慮し、優先順位の高い徘徊・興奮・暴力、帰宅願望の3種を選定した。調査内容は、成功や解決方法だけでなく、失敗したケア方法を収集し、対比によって成功解決の方法を明確にする方が重要という観点から、失敗したケア方法についても調査内容とした。

(2) 第2回検討委員会

第2回検討委員会は、平成25年2月27日 15:00～17:00、仙台ヒューモスにて実施した。参加状況は、欠席2名、参加者11名であった。

検討議題は、調査結果の報告および検討、分析方法に関する検討、B P S D対応モデル案の検討、モデルに関する活用と今後の方向性についての意見交換を実施した。

討議の結果、分析方法としては、属性間のケア方法比較について回答者属性及び高齢者属性における事業所種別割合や、保有資格割合、職種割合、原因疾患割合などは度数に偏りがあるため、適正な比較が困難であるためこれらのグループ間比較は参考程度にとどめることとした。ケア方法に役立った情報としては、単純集計からみた場合、B P S D発症時の様子や心理面の情報が全ケアにまたがり選択されていることから、これらは、全てのケアにおける基本視点という項目として整理することとした。データ集約の方法については、モデルの構築という観点から見た場合、具体的なケア方法の整理よりも、要約を優先しモデルの簡素化を行うこととした。エキスパートの定義については、恣意的にエキスパート基準を決定するよりも対象B P S D症状の緩和を基準とした実施方法を成功基準とし、特にエキスパート定義は行わないこととした。モデルの意味については、本研究の狙いはあくまでもB P S D症状の軽減に資するケア方法の整理が主であって、Q O Lをさらに向上させるようなケア方法のモデル化よりも最低限の基本的なケアのモデル作りを主な目的とした。失敗したケア方法については、非常に有益なデータなので、不適切ケアの具体的なモデルとして整理するべきであるとの指摘があり、失敗した方法の要点について整理し、ケアの注意点として指摘することとした。今後の活用については、認知症介護人材の教育活用が考えられるが、特に不適切ケアのモデルの提示によるケア評価手法の教育や、技術教育がハウツー研修にならないようにする工夫を踏まえたジョブフローの開発等が重要との指摘があった。

2. B P S Dへのケア成功事例予備調査

1) 目的

B P S Dへの成功事例に関する全国調査を実施する前に、ケア方法やアセスメント視点に関する具体例を収集することを目的に、予備調査を実施した。

2) 実施方法

(1) 実施時期及び対象者

実施期間は、平成24年11月から12月の1か月間とし、対象者は認知症介護指導者3名の所属する法人3箇所の事業所における介護経験3年以上の職員61名を対象とした。調査対象者の選定については、認知症介護経験豊富で、指定するB P S Dを軽減した経験を持つことを要件に、施設長、管理者によって選定していただき対象者とした。

(2) 調査内容

調査の内容は、興奮・暴力、徘徊、帰宅願望に関する過去1年以内の成功事例について、回答者属性、対象高齢者属性、該当B P S Dの状況と解決後の状況、実施したケア行為、アセスメント視点、失敗したと思われるケアと高齢者への影響について、

回答者属性及び高齢者属性については選択式、属性以外については自由記述式の設問を設けた。

(3) 調査方法

自記式調査用紙を作成し、対象事業所に送付し、対象場面について1年以内に成功経験を持つ介護経験3年以上の職員を任意に選定していただき、事業所単位で回答済み調査票をまとめて郵送してもらった。

(4) 分析方法

徘徊事例18、興奮・暴力事例13、帰宅願望事例23、計54件の回答を得た。調査結果の分析については、事務局にて記述回答を徘徊事例、興奮・暴力事例、帰宅願望事例別に環境の調整、コミュニケーション、活動支援、身体的なケア、アセスメント、家族関係調整、その他に分類し、さらに3種類のBPSD共通のケアコードを確定した。有効情報については、あらかじめ事務局にて設定した視点分類を採用した（当センターにおける先行研究を参考に設定）。それらのケアコード及び視点コードを参考に、全国調査用調査票におけるケア方法の回答選択肢、視点の回答選択肢を作成し、全国調査用の調査票を作成した（巻末資料参照）。

ケア分類及びケアコードの確定については、本研究のねらいとしてケア方法のモデル整理と、教育教材への活用を考慮し調査データの収集においてはできるだけ具体的なケアの実施方法を収集することが重要であるため、予備調査によって収集された成功ケアの方法を要約せずに具体的な記述のままコード化して整理した。

3. BPSDへの成功ケアに関する全国調査

1) 調査対象者

調査対象事業所及び対象者の選定は、検討委員会での助言を参考に、成功事例の収集を主要な目的とすることから、認知症介護実績が豊富であり、介護体制が安定化しているという要件を満たすため、事業開設5年以上の開設年数を条件とし、地域差によるバイアスを除外するため全国47都道府県内より均等に対象選定を行った。対象者については、認知症介護経験年数3年以上でかつ、直近にてBPSDへの成功経験を持つことを条件に回答者の選定を依頼した。さらに、入居施設以外の事業所も含め、在宅事業所におけるデータ収集も行うため、認知症介護の専門家である認知症介護指導者の所属事業所及び推薦される介護者を対象に含めた。

よって、全国の開設5年以上及び地域を勘案し介護老人福祉施設5,014件、認知症対応型共同生活介護事業所5,014件を二段抽出し、さらに全国の認知症介護指導者1,594名を合わせ、合計11,622件の事業所を対象に、徘徊事例に関する調査3,873件、興奮・暴力事例に関する調査3,876件、帰宅願望事例に関する調査3,873件の、認知症介護経験3年以上でBPSDへのケアにおいて成功経験をもつ職員1名ずつを対象とした。

なお、成功あるいは解決に関する定義については、本研究では徘徊、興奮・暴力、帰

在宅願望と考えられる症状が発現した段階での頻度が消滅あるいはまれに発現、あるいは明らかに半減したような場合を改善とし、ケアの成功あるいは解決の事例として定義した。この場合、症状の完全な消滅と「まれ」、「半減」ではケアの有効性といった観点から差異が生じる可能性があるが、改善に影響した要因として考えた場合は全てを成功あるいは解決に影響したケアとして緩い基準を設けている。

2) 調査内容

(1) 回答者基本属性

回答者の基本属性は、「年齢」、「性別」、「職名」、「役職」、「資格」、「所属事業種」、「事業所開設年」、「勤続年数」、「総介護経験年数」、「認知症介護経験年数」について選択肢を設けた。

(2) 対象事例属性

対象高齢者の属性について、「年齢」、「性別」、「認知症の原因疾患」、「認知症の重症度（厚生労働省 認知症老人の日常生活自立度判定基準）」、「身体障害の重症度（厚生労働省 障害老人の日常生活自立度判定基準）」、該当BPSDに関する解決前の状況と解決後の状況について、選択肢及び自由記述項目を設けた。

(3) 課題事例の作成

本調査は、認知症高齢者の日常生活上に生起する課題について、課題を解決した先例から対応および視点の傾向を抽出し、認知症者へのケアモデルの作成が目的となる為、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望時に見られる一般的な症状を選定し、事例を事務局にて作成した。

対象となるBPSDについては、当センターにて平成23年度に実施した認知症介護の教育実態に関する調査結果を参考に、介護者の学習ニーズが最も高いBPSD症状へのケアは、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望へのケアであることから、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望症状に限定して事例を作成した。事例の作成にあたっては、ケアおよび視点のモデル抽出を目的としており、回答の自由度を高めるため、事例の汎用性を考慮し、事例情報を極力最少にした。

また、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関する症状の概念整理については、国際老年精神医学会が2004年に発行し、日本老年精神学会が監訳したBPSD教育パック「痴呆の行動と心理症状」を参考にした。同書の中で徘徊は、BPSDの症状分類におけるグループI「厄介で対象が難しい症状」における行動症状群に位置づけられており、興奮・暴力は身体的、言語的攻撃性として焦燥のサブタイプあるいは破局反応とされている。焦燥は、「部外者からみてその人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられないような不適切な言語、音声、運動上の行動をとること」と定義されている。徘徊の種類としては、「物事を調べて回る」「人の後についていく、しつこくつきまとう」「ぶらぶら歩きまたは探し回る」「目的なしに歩く」「夜間に歩く」「とんでもないところに向かって歩く」「さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる」「繰り返

返し家を出ようと試みる」などが挙げられている。帰宅願望については、単独項目としては設定されず以上のように徘徊行動のひとつとして捉えられている。興奮・暴力については、身体的攻撃性として「叩く」「押す」「ひっかく」「物をつかむ」「人をつかむ」「蹴る、咬む」、言語的攻撃性として「大声で叫ぶ」「ののしる」「かんしゃくを起こす」「奇妙な音を出す」、それ以外にも突然の怒りの爆発と表現されている。以上を参考に本研究での調査における事例課題としては、多様な症状を全て内包するような事例となるよう設定した。特に帰宅願望については、行動面からみた症状が徘徊と類似しているため、帰宅要求の発語や行動を伴う事の特徴として事例課題を設定した。

①徘徊に関する課題事例

「〇〇さんは、用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、また、同じ所をなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外に出て行ってしまいます。」

②興奮・暴力に関する課題事例

「〇〇さんは、突然、怒りだし職員や他の人に向かって怒鳴ったり、たたこうとすることがしばしばあります。ある時は、怒りながら職員に暴言をあげせたり、文句を言いながら腕をつかんできます。」

③帰宅願望に関する課題事例

「〇〇さんは、『いつになったら帰れるんだろう』『早く帰りたいわ』『早く帰してよ』と何度も繰り返し言ってきます。」

(4) 設問内容

①解決前後における状況

課題の解決による成功事例とは、何らかの関わりや取り組みによって、対象BPSDの生起頻度が消滅するか、減少する事を想定した。対象状況が消滅あるいは、減少する前の状況や様子を解決前の状況とし、消滅あるいは減少した状況や様子を解決後の状況として、それぞれの様子について選択肢を作成し、その他および自由記述欄を設けた。

②解決方法

課題事例を解決した際の方法について、先行研究及び事前の予備調査を踏まえ研究者2名によって選択肢を作成した。選択肢における方法の表現はできるだけ具体的な方法を表記することに心がけた。本研究ではケアのモデル作成と同時に、教育活用を念頭に置いた具体的なケア行動のモデル作成も必要なため、具体的な方法を収集することが重要であり、選択肢の表現をより具体的な表記にした。しかし、選択肢が具体的であればあるほど回答件数が分散することが予測され、選択肢が膨大な量となり、選択法を採用する理由が曖昧になるため、その他として自由記述の欄を設定し、分析における分類作業の過程において要約を検討することとした。

選択数は、過去直近の課題解決事例において採用された方法すべてであり、順序、頻度等は除外した。

③役立った情報

解決方法ごとに、役立った情報及び重要な情報や視点について選択肢を作成し、5つ以内で選択してもらった(巻末資料の調査票参照)。情報に関する選択肢については、我々が実施した平成19年度研究「認知症ケアにおけるアセスメントモデルの構築に関する研究」による結果を参考に、認知症介護のエキスパートによるアセスメント視点を採用した。なお、該当項目が無い場合は、直接、該当内容を記述していただいた。

3) 実施方法および時期

調査方法は、徘徊・興奮・暴力、帰宅願望に関する3課題の架空事例を作成し、課題事例に近似した事例について課題を解決した際のすべての方法および、その際の着目点や有効情報について、自記式の複数回答による質問紙を作成し、事業所長及び認知症介護指導者宛に調査票1部、依頼状1部、調査説明書1部を同封し郵送にて調査を依頼し、対象事例への解決経験者に該当する者のみ、回答後の調査票を郵送にて返送を依頼した。調査実施期間は、平成24年12月～平成25年1月とした。

4) 分析方法

「徘徊事例調査」777件(回収率20.1%)、「興奮・暴力事例調査」843件(回収率21.7%)、「帰宅願望事例調査」882件(回収率21.5%)の調査票を回収し、合計2,502件(回収率21.5%)の調査票について以下のような分析を実施した。

(1) データの整理

回収した調査データについて欠損値、外れ値等を確認し分析に使用する有効なデータを整理した。特に、高齢者の属性については、認知症による症状へのケア方法の収集が目的であり、身体的な障害によるケアが合併しているケースを含んだ場合、純粋な認知症ケアに関するデータ収集に誤差要因が混入する危険性があるため、身体障害自立度ランクC以上のケースを除外した。また、解決方法と方法に役立った情報の関連を検討するため、「Q4. 解決方法」、「Q5. 役立った情報」に関する設問の回答においてどちらかの設問に欠損値があるケースを除外した。

(2) 回答者及び高齢者の属性

回答者の基本属性及び対象事例に関するデータ処理について、連続量については、平均値、最少値、最大値、標準偏差を算出し、離散量については、選択項目ごとの度数及び割合を算出し、比較検討を行い集団の特性把握を実施した。

(3) ケア方法

ケア方法および有効視点については、選択された回答をコードごとに度数、割合を算出し、自由記述データについては、専門家2名によってケアコードへ変換、あるいは新規ケアコードとしてコードを追加した。コード変換における分類一致率は、コー

ド変換後の専門家2名のデータの一致率を算出し、不一致項目のみ再度、分類定義を協議し再分類を行った。徘徊事例のQ4. ケア方法に関する自由記述に関する分類一致率は、述べ回答数492件、分類一致数383件で一致率77.8%、興奮・暴力事例が述べ回答数581件、分類一致数が454件で一致率78.1%、帰宅願望事例が述べ回答数697件、分類一致数526件で一致率75.5%であった。その後、本研究の目的であるデータ要約の必要性を考慮し、再度、ケアコードの整理を事務局にて実施した。調査票作成時のケアコード設定は、教育活用を念頭に具体的な方法を考慮したコード設定及び選択肢の作成を行ったが、モデル整理を行う上ではコード内容が具体的すぎ、回答傾向に偏りが出すぎてしまい、コードごとのケア方法の表現にばらつきがあったため、ケア方法の表現抽象度を上げてケアコードの結合を行いコード間のケア方法抽象度を調整して（表2-1参照）新たなケアコードを設定した。

（４）役立つ情報

ケアに役立つ情報については、選択肢による複数回答であるが、選択肢に該当する項目が無い場合は、記述していただいた。記述部分については事務局にてコードへの変換あるいは新コードの追加を行い視点コードを作成した（表2-2参照）。

回答データの分析は、選択あるいは回答された方法ごとに、複数回答にて選択されているため、延べ方法件数あたりの選択度数と割合を、分類コード毎に算出し、ケア方法ごとの選択率を算出した。

（５）失敗したケア方法と高齢者への影響

全件、自由回答による記述であるため、自由記述データについて、ケアコードにおける分類項目を参考に分類し、代表的な記述を抜粋し原データのままと一覧表として整理し、傾向の要約をした。

（６）ケア方法の組み合わせについて

本研究の目的である、課題解決に関するケアモデルの抽出において、実施されたケア方法の組み合わせを明らかにするため、実施したケアの複数回答について、近似した選択パターンを抽出し、実施傾向による分類について潜在クラス分析を実施した。潜在クラス分析とは、全体集団には異質な部分集団が混在することが多い。潜在クラス分析は、全体集団から異質な部分集団を分割識別する分析モデルである。たとえば、本調査において、成功事例の全体集団をみたとき、多様な解決方法間に相関があれば、その相関は異質な部分集団の混在結果であると考ええる。解決方法間の相関がない部分集団（これをクラスと呼ぶ）として分割識別することができれば、各部分集団内（クラス内）は同質であるとみることができる。（同一クラス内で解決方法間の相関がなくなることを局所独立と呼ぶ）潜在クラス分析は二律背反の性質を併せ持つ。ひとつは、クラス数が多くなれば局所独立が高まってクラス内の同質性が高まる。2つ目はクラス数が多過ぎればモデルとしての適切さが損なわれる。潜在クラス分析でまず考慮すべきことは、この二律背反の状況から適切なモデル（クラス数）を導くことであ

る。そのためのモデル評価指標としてA I CやB I Cなどの情報量規準が一般に用いられる。情報量基準の数値が低いのが良いとされている。

本分析では情報量規準のA I C、B I Cを判断基準として適切なクラス数のモデルを採用した。なお、分類モデルの妥当性を評価する上で情報量基準を採用し、モデル要約を第一目的として、情報量基準の最も低い値を参考に適正なクラス数を決定することとした。

（倫理面への配慮）

本研究では、研究協力者である介護職員及び一部個人情報が必要とする認知症者或いはその代理者に対して、個人情報の取り扱いや人権擁護に配慮し、十分なインフォームドコンセントを保証することを最優先し、研究等によって被ることが予測される不利益について説明文書および同意文書をそれぞれ作成し、十分な説明をし文書にて同意を得ることとしている。尚、研究者所属機関における定例の研究倫理審査委員会にて研究方法における倫理審査を行い倫理上の承認を得る事を義務づけている。

表2-1 ケアコード表

コード	ケアの方法	小区分名	大区分名
1101	グループ調整	人数調整	環境調整
1201	落ち着く場所づくり	安定化	
1301	席位置の調整	席の位置調整	
1401	自宅で使用していた物の使用	馴染みの物の使用	
1501	居室環境の調整、整備	居室環境の調整	
1601	記憶等の補助環境(表札、案内板)	記憶補助環境	
1701	光、音等の刺激調整	刺激調整	
1801	屋外整備	屋外整備	
2101	目的、理由、方法について	会話内容の調整	コミュニケーション
2102	説明		
2103	好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)		
2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉		
2105	頼りにしていることを伝えた		
2201	傾聴、受容	会話方法	
2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく	会話状況	
2301	静かな環境で、一人の時に		
2302	タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い		
2401	声かけ・会話・交流の増加	接触量	
2402	付き添い、見守りの増加		
2501	会話をせず、見守るだけ	非言語的交流	
2502	スキンシップの活用		
2503	表情、身振りの多用		
3101	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	生活行為	
3102	リーダー、指導者の役割		
3103	仕事や日課の継続		
3201	自宅で以前していた趣味活動を続ける	趣味活動	
3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施		
3203	体操、レクリエーションへの参加		
3301	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加	外出支援	
3302	自宅へ外出		
3303	好きな場所へ外出し、見守る		
3401	集団レク、療法	療法等	身体ケア
4101	医療相談、処置の実施	医療	
4201	食事、食欲支援	食事・水分	
4202	水分補給		
4303	排泄支援(排便調整、誘導等)	排泄	
4401	睡眠の改善、調整	睡眠	
4501	入浴支援	入浴	
4601	視覚支援	感覚支援	
4602	聴覚支援		
4701	体重管理	体重管理	
5101	アセスメントの実施	アセスメント	アセスメント
6101	他の高齢者への支援依頼	他者との関係支援	関係支援
6102	仲の悪い人と離す		
6103	仲の良い人と過ごす支援		
6104	他の高齢者との交流促進		
6105	近隣、知人との交流支援		
6201	家族との連絡調整(手紙)	家族関係支援	
6202	家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)		
7101	ケア方法の統一	ケア方法統一化	ケア体制
7201	職員の調整(専属、性別、変更等)	職員調整	

表2-2 視点コード表

コード	視点	区分
101	認知機能	認知能力
102	認知症の種類	
103	認知症の症状	
104	認知症罹患期間	
201	体調	健康面
202	現病・既往歴	
203	排泄状況	
204	水分状態	
205	視力・視覚機能	
206	体重・BMI	
207	運動量	
208	睡眠時間・状況	
209	痛み	
210	かゆみ	
211	投薬状況	
212	幻視・幻聴	
213	せん妄	
214	転倒歴	
215	聴力・聴覚機能	
216	食事量、食事摂取状況	
217	嚥下機能	
218	身体機能	
301	気分	心理面
302	心配ごと・不満状況	
303	本人の気持ち、意思	
304	空腹感・満腹感	
401	様子	状態
402	姿勢	
403	目線	
404	言葉の内容	
405	表情	
406	声の調子	
501	性格	本人特性
502	嗜好・興味・関心	
503	信仰	
504	容姿	
601	生活習慣	習慣・ライフスタイル
602	生活暦	
603	役割	
604	方言	
701	周囲の雰囲気・刺激	環境
702	席の位置	
703	椅子・机の形	
704	椅子・机の高さ	
705	椅子・机の色	
706	周辺環境	
707	居室状況	
801	他の入居者との関係	人間関係
802	スタッフとの関係	
803	家族関係	
804	以前の人間関係	
805	家族の状況	
806	異性関係	
901	スタッフの声かけ内容・見守り方	介護者の対応
902	介護者の性別	

4. B P S Dに関する成功ケア事例のヒアリング調査

1) 目的

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望への対応について、認知症介護に精通したエキスパートのアセスメント視点や、実施しているケア方法を抽出し、B P S D対応モデル整理における参考知見とすることを目的とした。

2) 実施方法

(1) 対象者

先進的な認知症介護を実施していると思われる認知症介護指導者を事務局にて選定し、認知症介護指導者が所属する介護事業所3箇所（岡山県新見市の介護老人福祉施設、広島県福山市の小規模多機能型居宅介護事業所、愛媛県松山市の認知症対応型共同生活介護事業所）を対象に、1事業所について認知症介護経験3年以上で、指導者の推薦する認知症介護に熟達した職員2名の計6名を対象とした。6名の属性は男性1名、女性5名で、いずれも管理者あるいは教育担当者、主任としてリーダー的な職位に付いている職員であった。

(2) 調査内容

直近1年以内に興奮・暴力、徘徊、帰宅願望を解決した事例を選定していただき、その際に実施したケア方法全てと役立った情報全てと、興奮・暴力、徘徊、帰宅願望への一般的に望ましいケアとアセスメント視点について調査した。

(3) 調査方法

平成25年1月23日～25日に、調査員2名によって3箇所の事業所を訪問し、調査員1名と対象職員1名による半構造化面接による聞き取り調査を実施した。調査時間は1回あたり2時間程度であり、記録者として事務局事務員が同行した。

(4) 分析処理

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関するケア方法及びアセスメント視点に関する調査結果を整理し、全国調査の結果と比較しモデル構築時の参考資料とした。

5. 研究成果物の作成と普及

1) 成果物の作成と普及

事業の成果を取りまとめ、関係各所に配布し、事業内容の公表によって関係団体への周知を促し事業の普及を目的として事業結果を報告書としてまとめ、全国調査協力者及びヒアリング調査協力者、関係者について調査結果の概要を整理した成果物を作成し、配布を実施した。

2) 成果物の公開

報告書及び調査結果概要冊子については、認知症介護情報ネットワークDCnet (<http://www.dcnets.gr.jp/>) 上に掲載し周知を図った。なお、情報の公開については当センターにおける研究に関する倫理審査委員会の規定および審査内容に準拠するものとする。

また、当センターにて実施予定の一般向け研究成果報告会及び認知症介護セミナーにて研究内容および成果に関する概要報告及び事業成果物の配布を予定している。

C. 結果と考察

1. B P S Dに関する成功ケア事例のヒアリング調査

1) 対象者別調査結果

(1) A氏、女性、認知症対応型共同生活介護事業所、介護職員

①徘徊

i) アセスメント視点

- ・徘徊が始まった時に日課の何の後に歩き出すのかをさぐる。例えば、食後になると家に帰ると言い、歩き出す事がある。

ii) 実施したケア方法

- ・徘徊時には一緒に外へついて行き本人がホームに帰ることに気づくまで行動を共にする。
- ・その行動を毎日の記録に残す。
- ・日頃より信頼関係を築く。
- ・心を落ち着ける場所を作る。色々な場所でお茶などを飲み、表情やしぐさから落ち着いているかを観察する。一人で過ごされている場所を見守りながら探す。

②興奮・暴力

i) アセスメント視点

- ・普段の会話より興奮している時、言葉が汚くなる。
- ・家族から聞き取りを行い、好きなものを聞く。

ii) 実施したケア方法

- ・目を見てゆっくり、身振りを交えて下の名前と呼ぶ。
- ・利用者、スタッフの二人になる空間に行き、傾聴しボディタッチを交えて、どうされたのかを聞く。その原因を探る。
- ・家族から興奮した時の声掛けの言葉や話しかけ方を聞き取りした。
- ・減薬する。

iii) 失敗したケア方法と高齢者の状態

- ・暴力がおきた時とつさに手を押さえたが、足で蹴られた。抑え込もうとしたのが失敗だった。その後は一人になって頂いた。
- ・なだめる様な言葉がけだけで興奮を抑えようとしても、興奮が増すだけだった。表情や本人の考えも認めていると感じられる声掛けが必要だった。

③帰宅願望

i) アセスメント視点

- ・「帰りたい」という時間帯がいつなのか。

ii) 実施したケア方法

- ・軽作業を手伝っていただき、気をそらす。
- ・足浴を行う。

- ・お正月や農繁期の場合、帰れない理由を説明する。

(2) B氏、男性、認知症対応型共同生活介護事業所、リーダー

①徘徊

i) アセスメント視点

- ・表情を見て心理を推測する
- ・排泄の状況
- ・徘徊する時間帯の把握
- ・徘徊が発症した時期が入居後か、何年か経過してからか
- ・他者との人間関係、過去から現在に至るトラブルの有無
- ・現在実施しているコミュニケーションの方法
- ・体調
- ・睡眠状況
- ・投薬状況

ii) 実施したケア方法

- ・自由に歩いてもらう
- ・気分転換にドライブ、買い物など外出を行う
- ・用事を頼んだりするときは無理にではなく、本人の意向に沿って依頼する
- ・本人の意欲や動機づけを高めるような声かけ
- ・外出の頻度を増やしていく
- ・服薬調整

②興奮・暴力

i) アセスメント視点

- ・怒ったり、興奮する時の要因
- ・職員の関わり方（話の聴き方、話し方）を確認する
- ・原因はほとんどが対応の仕方
- ・体調

ii) 実施したケア方法

- ・むしろ関わりの頻度を増やしていく。
- ・怖がって避けることは増長する
- ・体調管理

③帰宅願望

i) アセスメント視点

- ・家ではないという認識を確認する

ii) 実施したケア方法

- ・不安を取り除く
- ・安心できるような関わりを増やす

- ・ここにいても良いと思えるような環境づくりをする
- ・職員との信頼関係を築く
- ・役に立っていただくような機会をつくる

(3) C氏、女性、小規模多機能型居宅介護事業所、管理者

①徘徊

i) アセスメント視点

- ・生活歴を調べる
- ・普段の会話の中から想いを探る
- ・長く座っていることができる場所がどんなところか探る

ii) 実施したケア方法

- ・マンツーマンについて歩く。歩いている時にどうしたいのかを聴く
- ・会話が多い方へは、傍にいただけにする。何日かするとスタッフの顔を覚えて会話が増える
- ・入所してから数日は、スタッフを固定する

②興奮・暴力

i) アセスメント視点

- ・顔つきに注目する

ii) 実施したケア方法

- ・少し離れ時間をおき危険がない程度に居場所を確認しながら、お茶を提供し少しずつ飲んでいただく
- ・関わりが少なくなっていると思い、関わりを増やした

③帰宅要求

i) アセスメント視点

- ・女性の場合 理由が家事をしないといけない。外出している家族が帰ってくるからということが多い。男性の場合、理由は仕事に行くや会社に行くということが多い。その理由を聞き出す。
- ・ホールやみんなが集まる場所にいるのを苦痛に感じているのではないか。
- ・生活歴を確認。

ii) 実施したケア方法

- ・食前に帰るという方が多いので、ご飯を食べてから帰りましょうと伝える。
- ・デイの送迎時の車に乗っていただき、ドライブに行く。乗車している間は帰りたいと言わない。
- ・女性の場合はお茶碗洗いなどの役割を持って頂く。早期に役割を見つけられた方は落ち着かれるのが早い。
- ・手伝っていただくのを受け入れる時期ではない方もいる。

(4) D氏、女性、小規模多機能型居宅介護事業所、管理者

①徘徊

i) アセスメント視点

- ・排泄状況
- ・興味、趣味、関心
- ・心理
- ・徘徊の時間帯
- ・他者との関係性、嫌いな人、好きな人
- ・過去の仕事、職業

ii) 実施したケア方法

- ・排泄の調整
- ・ドライブや外出を増やす
- ・興味があることを一緒に行ったり、野菜を一緒に作ったり、競馬に一緒に行ったりして、人間関係を築き、居場所を作る
- ・趣味活動を支援する
- ・専用席を作ったり、いつも座るメンバーを同じにしたり、自宅で使用していたベッドを使用したり、環境の調整を行う
- ・家族から手紙を書いてもらったりと家族との連絡調整を行い交流機会を増やす

②興奮・暴力

i) アセスメント視点

- ・他者との関係性
- ・身体面の状況
- ・時間帯
- ・服薬状況
- ・興奮時に話している言葉の内容
- ・趣味
- ・排泄状況

ii) 実施したケア方法

- ・見守りを増やす
- ・家族の話や趣味の話をして声かけをふやす
- ・ひたすらに傾聴する
- ・着替えを常に準備しておく
- ・プライドを尊重した関わり方を行う

(5) E氏、女性、介護老人福祉施設、介護係長

①徘徊

i) アセスメント視点

- ・理由があつて歩かれるので、何のために歩くのか会話から探る。

- ・24時間シートを使う。
 - ・家族が面会に来た際にどんな雰囲気の方が観察する。
- ii) 実施したケア方法
- ・一週間くらいかけて寄り添い、お互い座って話ができるようになる。
 - ・スタッフがかけた言葉を記録に残し、反応をみる。
 - ・帰りたい家の様子を一緒に見に行く。
 - ・家事手伝いを願う。
- iii) 失敗したケア
- ・言葉だけで落ち着かせようとする気持ちになっていく。
 - ・関われば良いと思い、近づきすぎるとよけいに嫌がられる。表情や態度をみながら距離感を測る。

②興奮・暴力

- i) アセスメント視点
- ・2～3週間はそちらの病気を理解する。
 - ・24時間シートでいつ手が出ていたのかや暴言が出ていたのかを確認する。その前後の行動を確認する。
 - ・成育歴、生活歴を調べる。
- ii) 実施したケア方法
- ・スタッフ同士でどうしてそのような行動に出してしまうのかロールプレイングで話し合う。
 - ・スタッフにアンケートをとり、暴力で困っていること、その時の自分がした対応、その結果どうなったかを聞き、みんなで考える時間を作る。
- iii) 失敗したケア
- ・一方的に話しかけると理解できず手が出てしまった。
 - ・主婦をしていたので、米とぎをお願いしたら興奮した。本人は手が悪くなり思うように動かず興奮に至った。

③帰宅願望

- i) アセスメント視点
- ・どこへ帰りたいのか会話を中心に調べる。
- ii) 実施したケア方法
- ・ご本人の居場所づくりを行った。こたつに入ると落ち着くことがわかり、意図的にこたつで過ごして頂いた。
 - ・どうやって帰ろうかと帰る方法を探していたため、一緒になって探した。
 - ・実際に帰ってみた。一緒に行ったことで、共通の会話ができるようになり、信頼関係を築くのに役立った。
- iii) 失敗したケア

- ・スタッフが寄り添っている時に、業務を気にしてしまい話を聞いてもらえなかった。

(6) F氏、女性、介護老人福祉施設、介護主任

①徘徊、興奮・暴力、帰宅願望共通

i) アセスメント視点

- ・表情や行動、発現の内容から気持ちを推測する
- ・目的や理由を確認する
- ・排便、睡眠、水分、疼痛などの体調面の状況を確認する
- ・他者との関わり方や職員との関係、仲の良い人、悪い人など人間関係の状態を把握
- ・プライバシーが確保されているかなど環境の確認
- ・座る位置や場所から居場所があるかの確認
- ・生活歴や趣味、特技

ii) 実施したケア方法

- ・他の入居者との間に仲介し、人間関係を円滑にする支援を行う
- ・趣味や特技を活かして茶会のコーディネーター等をしてもらう
- ・ダンスや家具などを自宅で使用していた物や、昔の物にして環境を整える
- ・生活歴や趣味、特技を活かし、洗濯物運びを手伝ってもらったり、掃除をしてもらったりして役割をもってもらい、感謝する
- ・男性などは父親的な存在として扱い、感謝の意を表す
- ・興味に応じて活動の機会を用意し、賞賛する
- ・上記の方法を行いながら、生きがいを促す

2) 全体傾向

(1) 徘徊

アセスメント視点としては、体調、排泄状況、趣味、特技、生活歴、理由や目的、人間関係、心理、徘徊している時の様子や時間帯、服薬状況、睡眠状況などが共通点であった。ケア方法としては、徘徊を抑制せず自由に行動してもらいながら付き添ったり、見守ったり、あるいは興味や関心に応じたコミュニケーションを増やし、信頼関係を築きながら落ち着いてもらったり、他者との関係性を調整したり、活動の場を用意し役割を作ることによって居場所づくりを行う傾向がみられた。あるいは、座る位置と一緒に過ごす人間調整や、外出支援を多用し活動支援や環境調整を実施している傾向が見られている。

(2) 興奮・暴力

興奮・暴力へのアセスメント視点は、徘徊への視点と同様のものが多いが、特徴としては、興奮・暴力時の表情や言葉の内容、行動や様子、日頃の人間関係、投薬状況を確認していた。

ケア方法としては、感情が安定するまでは傾聴したり、見守ったりと無理に会話をしない場合と、逆に、関わりを増やしていく方法が見られている。また、体調面の管理を行っており、投薬の調整や、排泄調整、疼痛管理などが特徴的であった。

(3) 帰宅願望

アセスメント視点としては、徘徊への視点と類似した傾向であるが、帰りたい理由や目的の確認や、人間関係や環境の状況を確認し、居場所としての安定性を把握する傾向が見られた。

ケア方法としては、徘徊へのケアと同様であるが、特に施設への適応促進を目的にしたようなケアが多用されている。環境、人間関係の調整によるなじみの環境づくりや、生活において役割をもっていただき、他者から承認されるような活動支援が特徴的であった。

2. BPSDへの成功ケアに関する全国調査

返送された調査票について、「Q 4. 解決方法」、「Q 5. 有効な情報」に関する質問について両方回答されていない調査票と、身体障害へのケアが認知症ケアと重複していて、認知症による症状へのケアが特徴的に現れるケースに焦点化するため、身体障害の自立度についてランクC（ほぼ寝たきり）が回答されている調査票を除外し、徘徊事例調査656件（有効回答率16.9%）、興奮・暴力事例調査709件（有効回答率18.3%）、帰宅願望事例調査765件（有効回答率19.8%）を有効回答票として分析対象とした。

1) 徘徊への成功事例調査

(1) 回答者属性

①年齢・性別

有効回答 649 件の平均年齢は 42.3 歳（SD10.7）、最少年齢 20 歳、最高年齢 84 歳であり、有効回答 655 件の性別割合は、男性 238 名（36.3%）、女性 417 名（63.7%）であった。年齢の分布は、30 歳代が 4 割、50 歳代が 2 割強、40 歳代が 2 割弱と 30 歳～60 歳までが 8 割以上を占めており、福祉分野、特に介護事業所の従業員年齢比率と比例した結果と考えられ、本調査の対象者を介護経験 3 年以上経験者を対象としているために回答者の年齢分布は高い傾向にあると考えられる。また、最高齢が 84 歳であり、60 歳以上が 40 名と 6.2%を占めていることから、高齢介護者の割合が増えつつある事が予測される。本調査の回答者傾向としては、比較的年齢層が高い集団だといえるだろう（図 3-1-1、3-1-2 参照）。

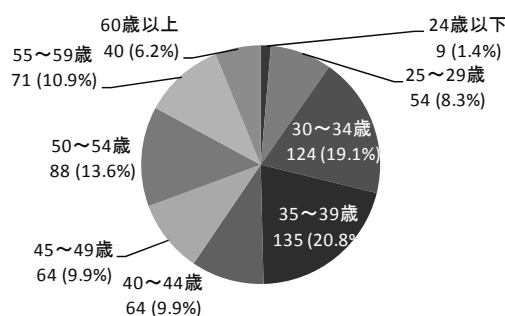


図3-1-1 5歳ごとの年齢別分布(N=649)

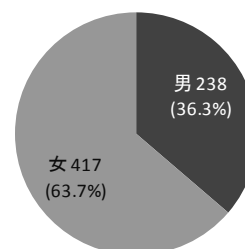


図3-1-2 性別の割合(N=655)

②職名・資格

有効回答 649 件の職名別割合は、ケアワーカーが 319 名（49.2%）、ケアマネジャーが 199 名（30.7%）となっており、8 割を占めている。その他が 9.4%であり、内訳は管理者や施設長、事務長等となっている。有効回答 646 件の保有資格別割合は、介護福祉士が 545 名（84.4%）、ケアマネジャーが 314 名（48.6%）、ホームヘルパーが 144 名（22.3%）となっている（図 3-1-3、3-1-4 参照）。

本調査の回答者の傾向としては、介護福祉士かケアマネジャーの資格を持ち、ケアワーカーあるいは、ケアマネジャーを担っている割合の多い集団だといえる。

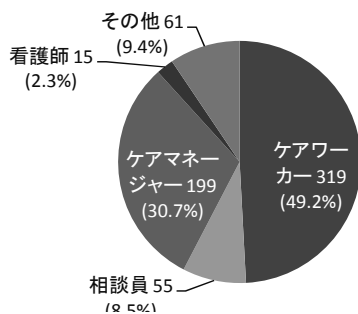


図3-1-3 職名別の割合 (N=649)

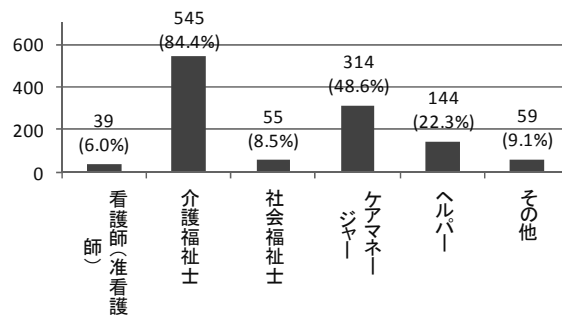


図3-1-4 資格別の割合 (N=646) 複数回答

③所属事業所・開設年

有効回答 651 件の所属事業所別割合は、認知症対応型共同生活介護事業所が 324 件 (49.8%)、介護老人福祉施設 (ユニット型以外) が 186 件 (28.6%)、介護老人福祉施設 (ユニット型) が 62 件 (9.5%) と多くを占めており、ほとんどの回答者が入所系事業所に所属している傾向がみられる。また、在宅系事業所としては通所介護事業所が 38 件 (5.8%) であった。本調査における回答者の多くが施設系事業所に所属している傾向がみられている (図 3-1-5 参照)。

所属事業所の開設年数は、有効回答 605 件中、開設後 3 年以上 (2009 年以前) が 95%以上を占めており、2010 年以降の開設事業所が 3.5%と、本調査の回答者が所属する事業所は、開設期間の長い事業所が多い施設系事業所であった (図 3-1-6 参照)。

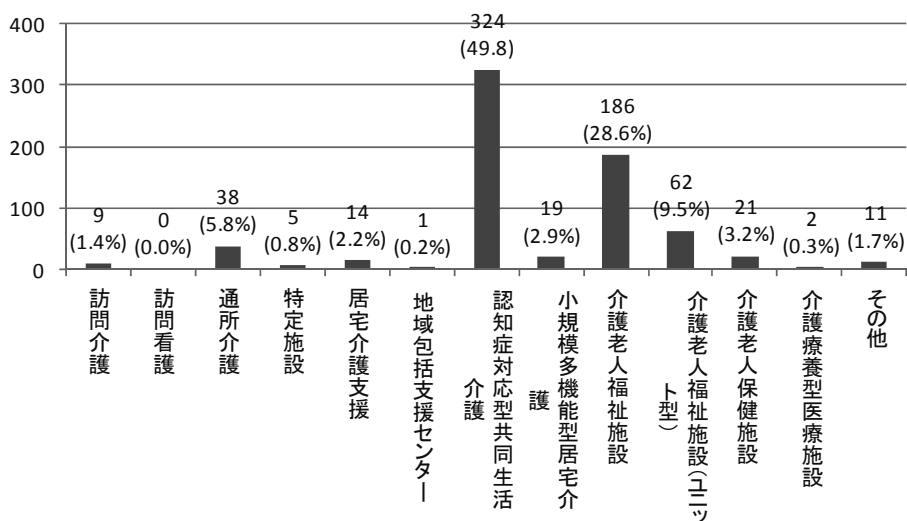


図3-1-5 所属事業所の割合 (N=651) 複数回答

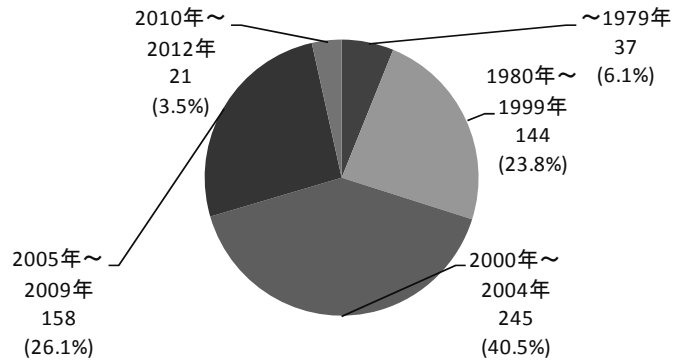


図3-1-6 事業所開設年別の割合 (N=605)

④勤続年数

有効回答 649 件における回答者の平均勤続年数は、8.6 年 (SD5.1) であり、最短 0.2 年、最長 37 年であった。勤続年数の分布をみると、5 年以上の勤続年数者が 503 名 (77.5%) であり 7 割強を占めており、事業所内における中堅以上の職員が多い傾向が見られている。しかし、勤続 1 年未満が 16 名 (2.5%) と少数ではあるが若干名含まれている (図 3-1-7 参照)。

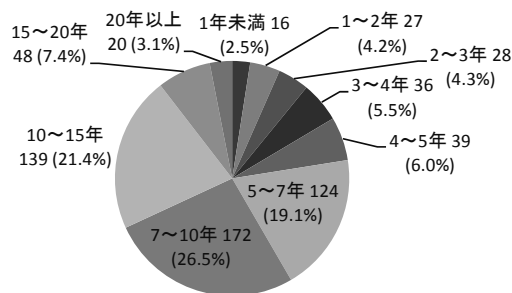


図3-1-7 勤続年数別の割合 (N=649)

⑤総介護経験年数

有効回答 645 件の平均介護経験年数は 12.3 年 (SD5.7)、最短 0.5 年、最長 44 年であった。介護経験年数の分布をみると、5 年以上 10 年未満が 207 名 (32.9%)、10 年以上が 408 名 (63.3%) であり、9 割以上が 5 年以上の介護経験を有するベテランの集団だといえるだろう (図 3-1-8 参照)。

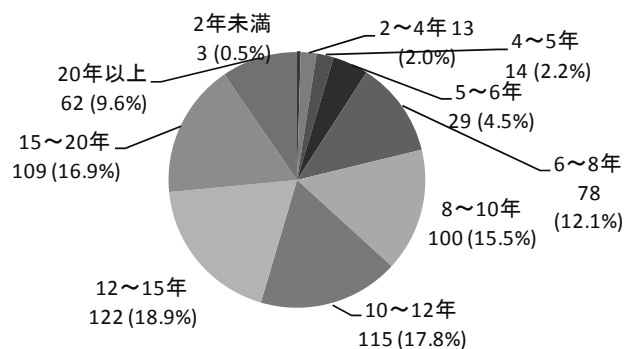


図3-1-8 総介護経験年数別の割合 (N=645)

⑥認知症介護経験年数

有効回答 628 件の認知症介護経験年数の傾向は、平均 10.5 年（SD5.2）、最短が半年、最長が 44 年であった。認知症介護の経験年数分布は、10 年以上が 321 名（51.1%）と半数を占めており、5 年以上 10 年未満で 244 名（38.8%）とほぼ 4 割を占めている。認知症介護を 5 年以上実施している者が 9 割を占め、認知症介護の経験年数が長く、認知症介護のベテランである集団だと言えるだろう（図 3-1-9 参照）。

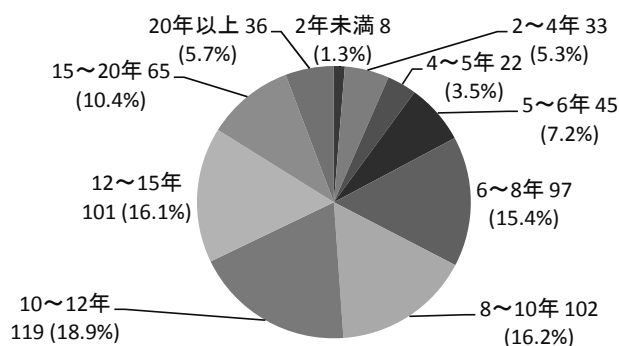


図3-1-9 認知症介護経験年数別の割合 (N=628)

⑦回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30 代から 60 歳までの中堅クラスで、認知症介護の経験が長い、介護福祉士やケアマネジャーの資格を保有し、実際に認知症ケアを実践している認知症対応型共同生活介護事業所や介護老人福祉施設の者が多い集団と位置付けられるだろう。

(2) 高齢者属性

①年齢・性別

有効回答 631 件の平均年齢は 83.8 歳（SD6.5）、最少年齢 58 歳、最高年齢 101 歳であり、年齢分布によると 80 歳代が 6 割、90 歳以上が 2 割弱、80 歳以下が 2 割強と 80 歳以上の後期高齢者が多い傾向がみられており、比較的、年齢の高い集団である。また、有効回答 649 件の性別割合は男性 154 名（23.7%）女性 495 名（76.3%）と 7 割以上が女性であり、80 歳以上の女性高齢者が多い集団だといえる（(図 3-1-10、図 3-1-11 参照）。

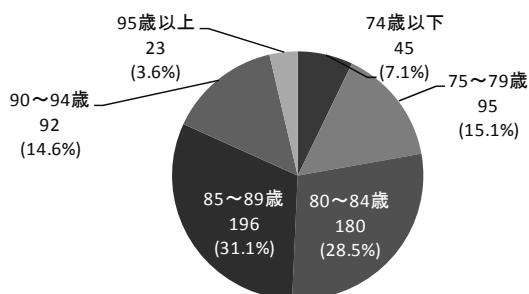


図3-1-10 高齢者の年齢分布 (N=631)

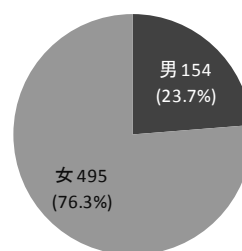


図3-1-11 高齢者の性別 (N=649)

②認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患別割合は、591 件中、453 件（76.6%）がアルツハイマー型であり、次いで脳血管疾患型が 58 件（9.8%）、不明が 37 件（6.3%）と 7 割強がアルツハイマー型を原因とする認知症であった。前頭側頭型認知症が 9 件（1.5%）、レビー小体型認知症が 16 件（2.7%）見られ、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 7 件（1.2%）、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 3 件（0.5%）みられている。全体的には不明の割合が比較的多く原因疾患の診断があいまいな認知症が多いことを示している（図 3-1-12 参照）。

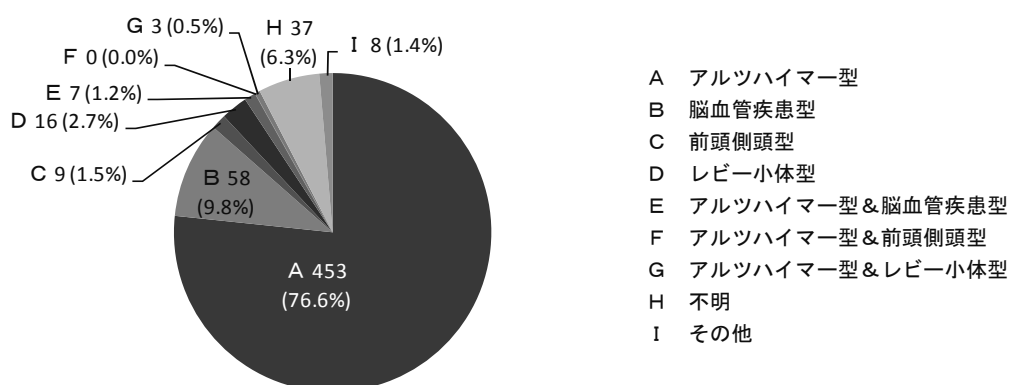


図3-1-12 認知症の原因疾患別割合 (N=591)

③認知症と身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、有効回答 642 件中、269 件（41.9%）がランクⅢ、218 件（34.0%）がランクⅣ、112 件（17.4%）がランクⅡと、日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向が見られている。生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患を伴うような重度の認知症者は少数であった（図 3-1-13 参照）。

有効回答 656 件の身体障害の重症度別の割合は、厚生労働省の自立度判定基準によると、ランク A が 454 件（69.2%）と 7 割弱を占めており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランク J は 124 件（18.9%）と 9 割弱の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られている。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランク B が 1 割程度みられている。本調査の対象高齢者の特徴としては、認知症が重度の傾向にあり、身体障害が軽度で比較的自立の方が多くいる集団だといえる（図 3-1-14 参照）。

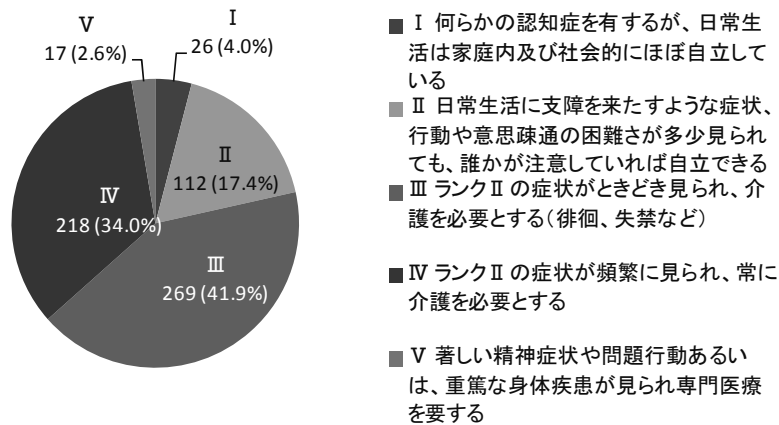


図3-1-13 認知症の重症度別割合 (N=642)

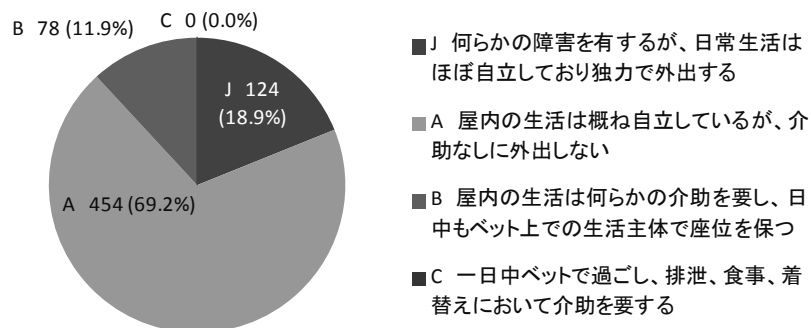


図3-1-14 身体障害の重症度別割合 (N=656)

④徘徊開始時期と軽減するまでの期間

徘徊が始まった時期としては、有効回答 499 件中、入居後平均 117.4 日 (SD379.0) で約 4 か月程度、最短が初日、最長が 3,285 日 (約 9 年) であった。発現時期の分布をみると 298 件 (59.7%) は入居初日に徘徊が始まっており、1 週間以内の発現は 73.9%、1 か月以内の発現は 83.5%と、入居後 1 か月以内に徘徊が始まっている方が 8 割以上見られている。また 1 年以上経過してから徘徊が始まった方が 35 件 (7.0%) 見られているが、多くの高齢者は入居日初日か、あるいは 1 週間以内に徘徊が始まり、まれに 1 年以上入居していても徘徊が始まる方も見られている (図 3-1-15 参照)。

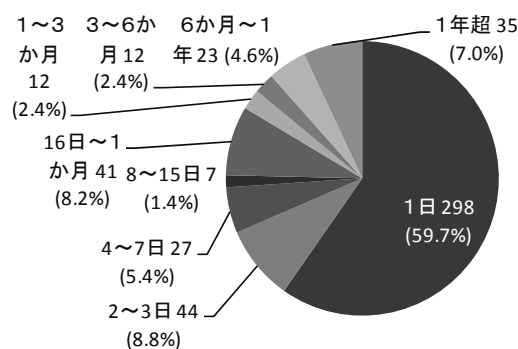


図3-1-15 徘徊が始まった時期の分布(入居後) (N=499)

徘徊が無くなったり、少なくなるまでの期間については、有効回答 503 件中、平均 262.9 日間（SD430.8）で約 9 か月程度、最短で 1 日、最長で 3,650 日間（約 10 年間）となっている。期間別の割合分布をみると 1 か月以内が 121 件（24.1%）、3 か月以内が 246 件（49.0%）、半年以内が 338 件（67.2%）、1 年以内が 436 件（86.7%）と約半数が半年以内に、8 割以上が 1 年以内には徘徊が低減しているが、3 年以上が 16 件（3.2%）と長期間かけて徘徊が低減している場合も少数だが見られている（図 3-1-16 参照）。

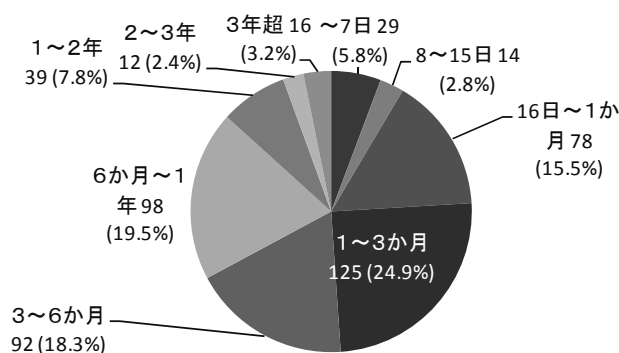


図3-1-16 徘徊の解決に要した期間の分布（N=503）

⑤徘徊時の状況

徘徊の状況については、「何らかの目的や理由があって徘徊している場合」、「特に理由や目的が明確ではなく、なんとなく落ち着かずさまよってふらふらしている場合」、「さまよっているのとは異なり、同じところを繰り返し行ったり、来たりと往復している場合」などに分類される。有効回答 648 件中、「帰りたいやどこかに行きたい、家に行きたい、誰かに会いたい、ふらっと外へ行って歩き出すなど理由や目的がある徘徊（目的的徘徊）」が、372 件（57.4%）と半数以上を占めており、「特に目的や理由がなさそうなふらつきや、さまよっているような落ち着かない徘徊（彷徨いの徘徊、不穏）」は 83 件（12.8%）、「同じところをひたすら行ったり来たりしているような常同的な徘徊」は 65 件（10.0%）であった。また、それらが組み合わさって色々な徘徊のタイプが出現している傾向が見られている（図 3-1-17 参照）。

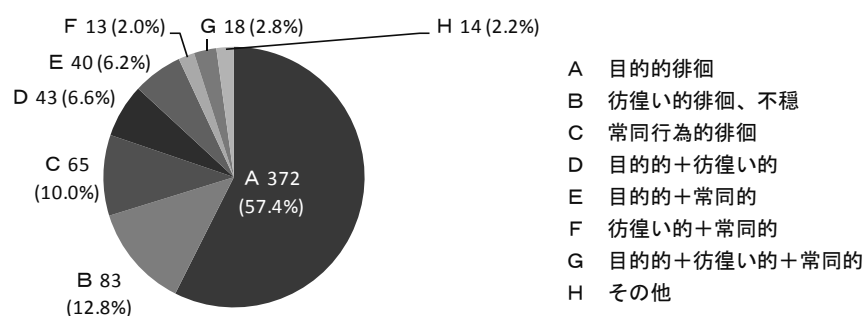


図3-1-17 徘徊時の状況（N=648）

⑥徘徊の症状が緩和した後の状況

有効回答636件中、徘徊が全く無くなったが70件（11.0%）、ほとんど無くなったあるいは少なくなったが490件（77.0%）、その他が76件（11.9%）であった。その他が1割強を占めており、内訳としては以前に比較すれば減少しているが、解決と判断するには判断に迷うケースが多くを占めている。ケア実施前との比較において相対的に減少傾向が見られるため、改善傾向と判断してもよいと考えられる。全体的な傾向としては、全く無くなる割合は1割程度と少数であり、ほとんどが全く無くなったわけではないが、減少したと回答している。本研究で設定した解決の要件としてはBPSD症状の消滅が望ましいが、減少も改善として解決あるいは成功として扱うこととし、本研究の分析データの対象とする（図3-1-18参照）。

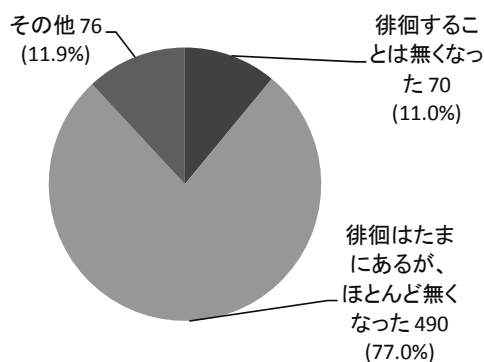


図3-1-18 徘徊の症状が緩和した後の状況 (N=636)

(3) 成功したケアの傾向

徘徊症状が消滅あるいは減少したケアの方法の傾向を分析するため、「Q 4. 解決方法」及び「Q 5. 役立った情報」に関する設問のどちらか一方の回答に欠損が見られ、身体障害の重症度が重いランク C のケースを除外した、有効回答票 656 件について分析を実施した。分析結果は、予め設定したケアコードごとに 656 件に占めるケア実施率を算出し、一覧に示した（表 3-1-1 参照）。以下では、ケアのカテゴリーごとに実施されたケアの傾向について見ていく。

表 3-1-1 徘徊の緩和に成功した方法の実施率 (複数回答)

大区分	小区分	新code	ケア方法	有効回答者数	実数	%
環境調整	人数調整	1101	グループ調整		656	100.0
	安定化	1201	落ち着く場所づくり		206	31.4
	席の位置調整	1301	席位置の調整		315	48.0
	馴染みの物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用		196	29.9
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整、整備		166	25.3
	記憶補助環境	1601	記憶等の補助環境(表札、案内板)		9	1.4
	刺激調整	1701	光、音等の刺激調整		111	16.9
	屋外整備	1801	屋外整備		92	14.0
					226	34.5
コミュニケーション	会話内容の調整	2101	目的、理由、方法について		340	51.8
		2102	説明		260	39.6
		2103	好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)		289	44.1
		2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉		260	39.6
		2105	頼りにしていることを伝えた		115	17.5
	会話方法	2201	傾聴、受容		235	35.8
		2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく		107	16.3
	会話状況	2301	静かな環境で、一人の時に		139	21.2
		2302	タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い		133	20.3
	接触量	2401	声かけ・会話・交流の増加		285	43.4
		2402	付き添い、見守りの増加		456	69.5
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ		62	9.5
		2502	スキンシップの活用		173	26.4
		2503	表情、身振りの多用		3	0.5
活動支援	生活行為	3101	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした		433	66.0
		3102	リーダー、指導者の役割		33	5.0
		3103	仕事や日課の継続		1	0.2
	趣味活動	3201	自宅で以前していた趣味活動を続ける		97	14.8
		3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施		405	61.7
		3203	体操、レクリエーションへの参加		10	1.5
	外出支援	3301	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加		345	52.6
		3302	自宅へ外出		73	11.1
		3303	好きな場所へ外出し、見守る		3	0.5
	療法等	3401	集団レク、療法		5	0.8
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施		240	36.6
	食事・水分	4201	食事、食欲支援		281	42.8
		4202	水分補給		133	20.3
	排泄	4303	排泄支援(排便調整、誘導等)		272	41.5
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整		96	14.6
	入浴	4501	入浴支援		4	0.6
	感覚支援	4601	視覚支援		7	1.1
		4602	聴覚支援		0	
アセスメント	体重管理	4701	体重管理		0	
	アセスメント	5101	アセスメントの実施		548	83.5
関係支援	他者との関係支援	6101	他の高齢者への支援依頼		211	32.2
		6102	仲の悪い人と離す		187	28.5
		6103	仲の良い人と過ごす支援		74	11.3
		6104	他の高齢者との交流促進		112	17.1
		6105	近隣、知人との交流支援		55	8.4
	家族関係支援	6201	家族との連絡調整(手紙)		326	49.7
		6202	家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)		222	33.8
ケア体制	ケア方法統一化	7101	ケア方法の統一		513	78.2
	職員調整	7201	職員の調整(専属、性別、変更等)		105	16.0

①ケア体制の整備

ケア体制の整備に関するケア実施率は、職員がチームとして話し合いを多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 78.2%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性のどちらかが関わるようにしたり、相性の良い職員に変更したりと関わる職員の調整をしている割合が 16.0%見られている。直接的なケアの方法というよりは、職員の調整やケア方法の統一など組織的なケアを行う上での方略と、職員体制の調整に関するケアであるが、この2つのケア方法はチームによるケア方法の水準向上と、専属の職員を配置するマンツーマンケアによる信頼関係の向上といった、チームと個別といった一見相反する方法が挙げられている。このことはつまり、チームによるケアの有効性を基本としつつも高齢者の状態や特性によっては、ケア技術だけではない職員の個人特性に依存せざるを得ない方略が有効であることを示唆している（図 3-1-19 参照）。

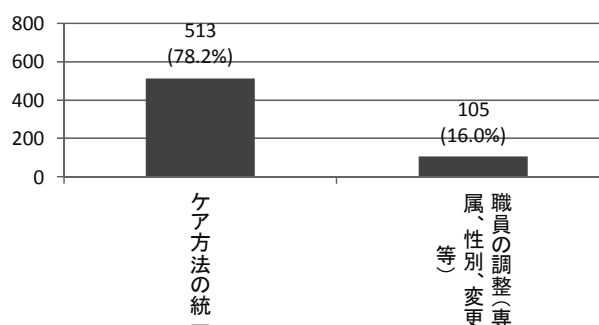


図3-1-19 ケア体制の整備実施割合 (N=656) 複数回答

②コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫については、付き添いや見守りの時間を多くしたり (69.5%)、声かけや会話、交流の時間を増やす (43.4%) ようなコミュニケーション量を増加させるケアが多く実施されている。

次いで多く実施されていたのは、徘徊の目的や理由を聞いたり (51.8%)、本人が好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）について会話をしたり (44.1%)、ここにいる理由を分かりやすく説明 (39.6%)、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くする (39.6%)、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える (17.5%) などのような会話内容の工夫が実施されている。会話方法については傾聴や受容 (35.8%)、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく (16.3%) 会話するなど会話の内容や方法に関する工夫が多い傾向が見られている。

会話をする状況についても静かな状況で (21.2%)、行動のパターンやタイミングに合わせての (20.3%) 会話や声かけが実施されており、会話を行う状況や環境、タイミングの重要性が示唆された結果となっている。

非言語的なコミュニケーションは、スキンシップの多用 (26.4%)、あえて会話

をせずに見守るだけ(9.5%)、表情や身振りを多用(0.5%) などが実施されており、特にスキンシップの重要性が示されたが、会話によるコミュニケーション以外の関わり方が高齢者にとって有効であることも意味しており、これらの方法をどのように使い分けるかが重要であろう（図 3-1-20 参照）。

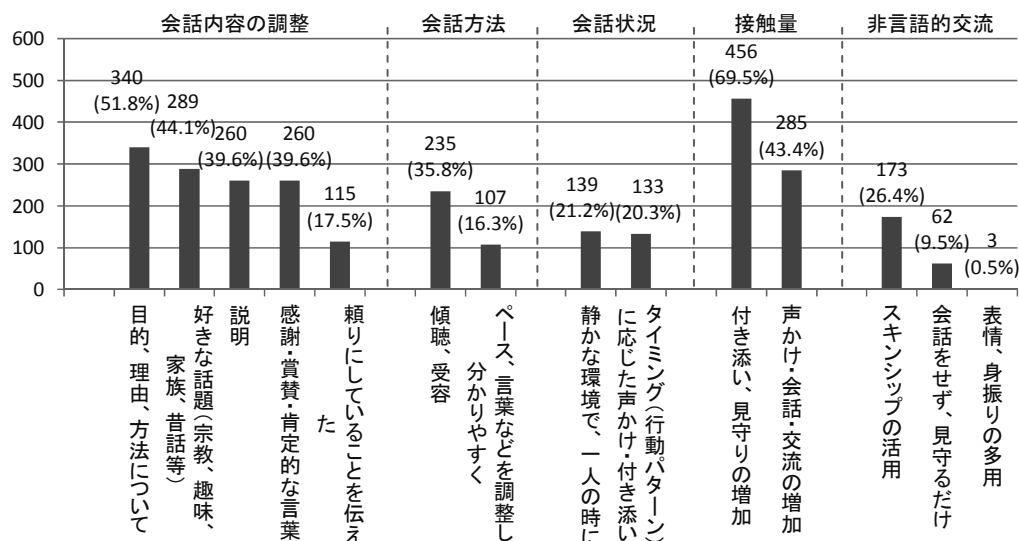


図3-1-20 コミュニケーションの実施割合(N=656) 複数回答

③活動支援

活動支援は、家事や炊事、庭仕事、畑仕事など、以前に自宅でしていたような生活行為を継続して実施したり、新たに役割として実施するような支援が 66.0%と多く実施されてる。また、リーダーとして職員や入居者に何かを教えるような指導的な役割を担う機会の調整も 5.0%実施されている。

娯楽や趣味活動の支援は、興味を持った趣味活動（書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等）(61.7%)、以前自宅でしていた趣味活動の継続(14.8%)、体操やレクリエーションへの参加(1.5%)が多く実施されている。

外出支援は、屋外でのレクや行事への参加、散歩やドライブ、外出などが多く実施され(52.6%)、徘徊の目的が明確であれば実際に自宅に帰ってみたい(11.1%)、行きたい好きな場所に一緒に外出し、見守るような支援が実施されている（0.5%）。

集団でのレクリエーションや療法への参加は 0.8%実施されており、少数であった。

徘徊症状のある高齢者への活動支援は、入居前に自宅でしていた活動を継続したり、あるいは興味のある活動を新たに実施したり、屋内だけでなく屋外での活動を実施したり、自宅に帰りたければ実際に自宅に帰ったり、行きたい場所に行ってみるような活動支援の有効性が示された結果となっている。

上記のような活動の場を支援し役割を持っていただくような機会を提供することは、徘徊の原因が、環境不適応を起因とする症状と考えれば、俗にいう居場所づ

くりや集団からの承認欲求あるいは所属欲求を促進するケアと考えられる。特に重要と考えられるのは、生活行為、趣味・娯楽活動、外出支援、療法やレクリエーションへの参加を行う上で、1つは以前していた活動や興味を尊重し、継続性を重視している点である。もう1つは、単なる行為の強要ではなく、義務ではなく、リーダーや指導を依頼し活動遂行による他者からの承認や賞賛を行い、プライドや自信の回復、尊重へと導いている事が重要な留意点として考察できる(図3-1-21参照)。

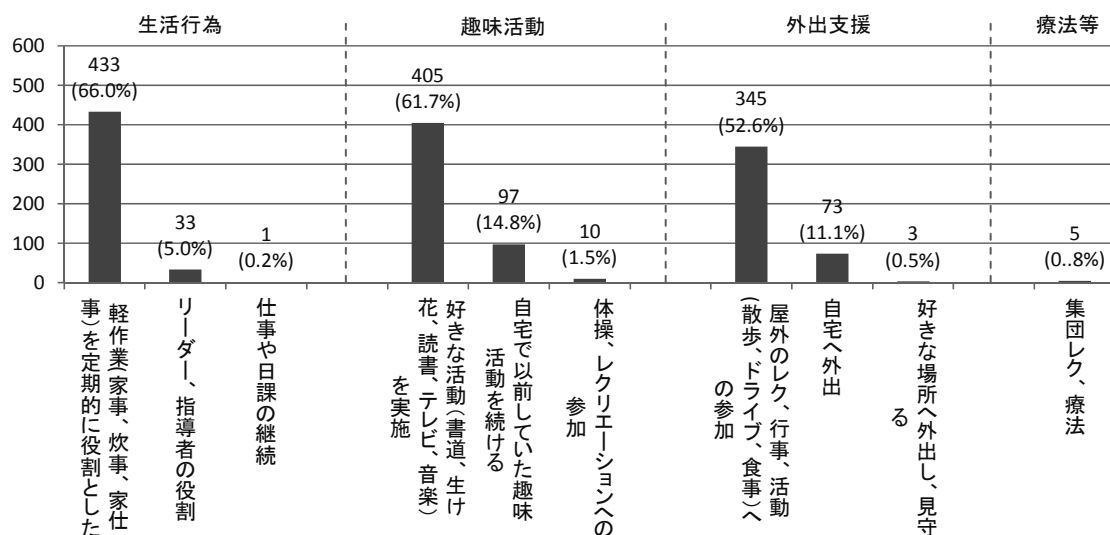


図3-1-21 活動支援実施割合(N=656) 複数回答

④人間関係の調整

人間関係の調整は、家族との電話や手紙などの連絡調整が 49.7%、家族との面会や訪問など接触機会を調整する事が 33.8%と最も多く実施されている関係支援であった。

他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整が 32.2%、仲の悪い人との接触機会を減らしたり(28.5%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援が 17.1%、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援が 11.3%、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援が 8.4%と、他者との人間関係を良くしたり、増やしたり、あるいは減らすような人間関係の調整が多く実施されていた(図3-1-22参照)。

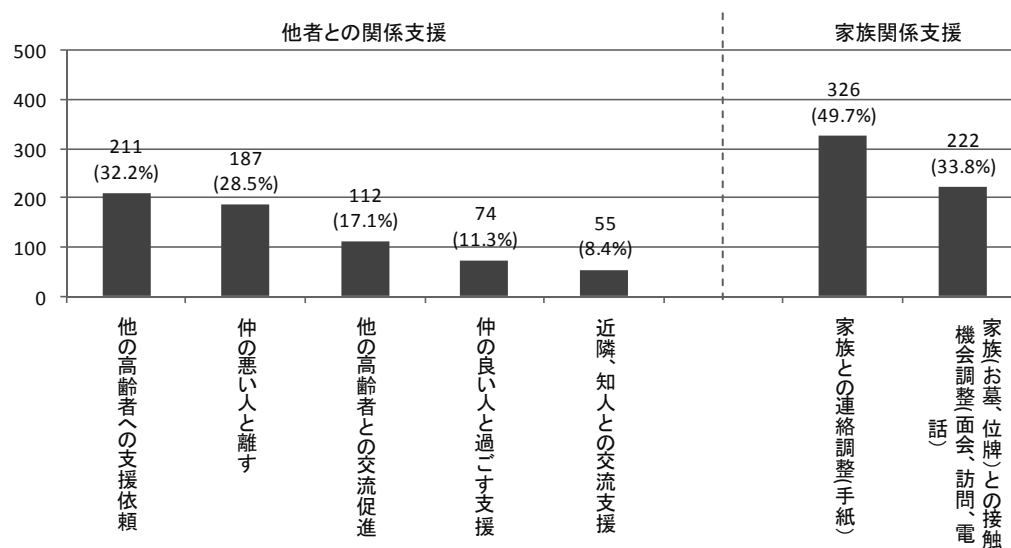


図3-1-22 関係支援実施割合(N=656) 複数回答

⑤環境の調整

環境の調整は、落ち着く場所づくり(48.0%)、徘徊しても安全な屋外の整備(34.5%)、1人にしたり大勢で過ごすなど、一緒に過ごす人数の調整(31.4%)、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整(29.9%)、自宅で使用していた物(椅子、たんす、人形等々)の継続的な使用(25.3%)、表札や案内板などを設置した記憶の補助環境整備(16.9%)、光や音等の刺激調整(14.0%)、居室の変更や居室内の整備(1.4%)が実施されていた。具体的な方法としては、人的な環境に関する調整と物理的な環境に関する調整に分類できるが、特に一緒に過ごす他者の人数の調整や、誰の近くに座るかなど席位置の調整が重要であることが伺える。落ち着く場所づくりについては、これらを内包した表現であるが、具体的には静かな環境にしたり、本人が1人で過ごせる場所を確保したり、座り心地の良いソファを設置したりと快適な空間づくりに関するケア方法を実施している(図3-1-23 参照)。

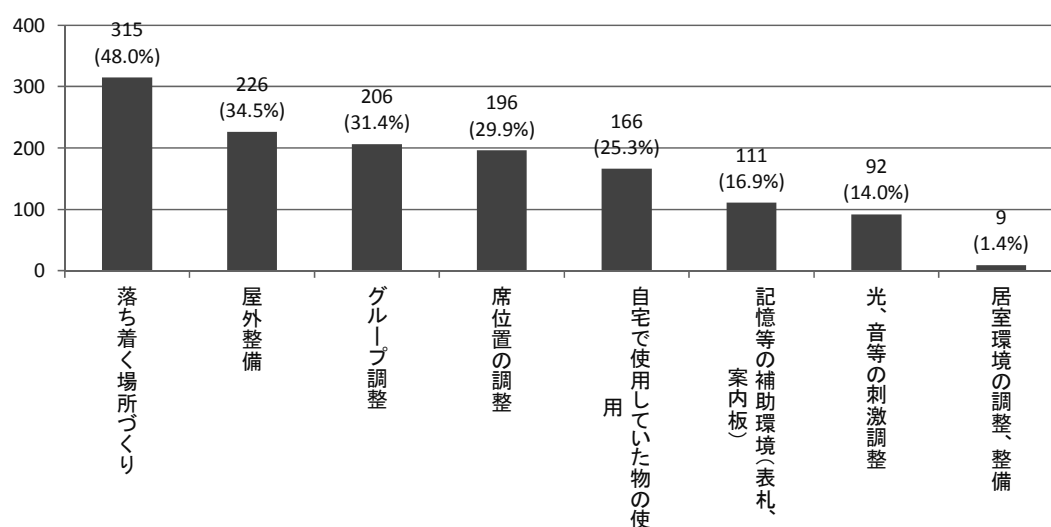


図3-1-23 環境支援実施割合(N=656) 複数回答

⑥身体的なケア

身体的なケアについては、食事、食欲支援（42.8%）、排泄の調整や誘導など排泄支援（41.5%）、服薬の調整や医師への相談など医療的な処置（36.6%）、水分の補給（20.3%）、睡眠の調整や改善（14.6%）などが多く実施されており、少数だがメガネの調整など視覚支援や、入浴支援も実施されていた。徘徊症状の原因として排泄状況や服薬状況、食事摂取状況、脱水状況、睡眠状況が多い事を示唆した結果である（図 3-1-24 参照）。

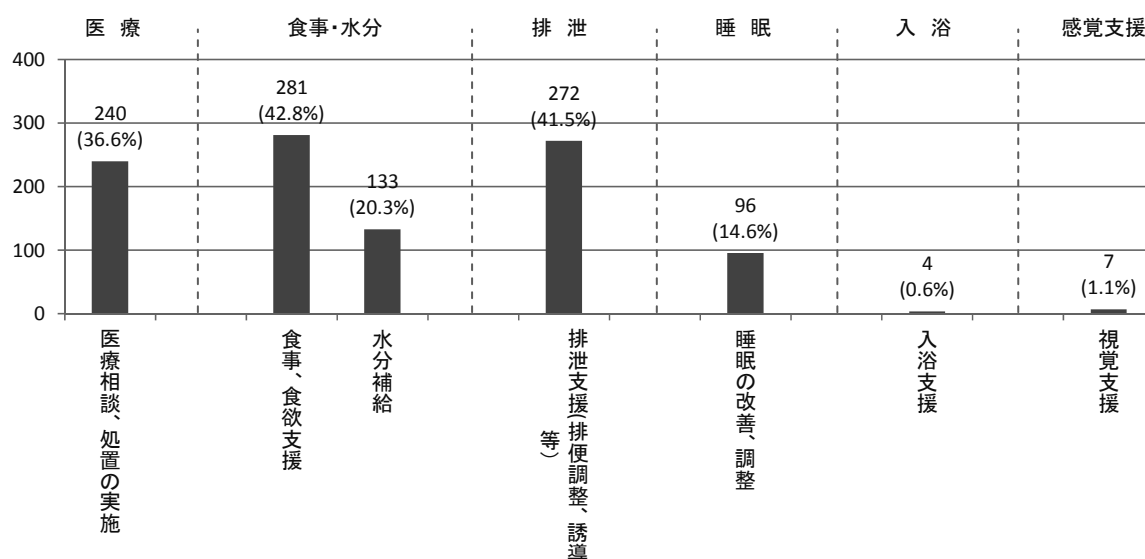


図3-1-24 身体的ケア実施割合(N=656) 複数回答

⑦徘徊へのケアの全体的な特徴

徘徊へのケアの全体的な傾向をみるために、分類項目ごとに実施率の高い方法をみると、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で78.2%、コミュニケーションの工夫では「付き添い・見守りの増加」が69.5%、活動の支援では「軽作業（家事・炊事・家仕事）を定期的に役割とした」が66.0%、人間関係の調整では「家族との連絡調整」が49.7%、環境の調整では「落ち着く場所づくり」が48.0%、身体的なケアでは「食事の支援や食欲の充足」が42.8%と顕著であった。

組織やチームでのケア統一の実施率が最も多く、ケア方法としては、コミュニケーションの工夫、特に付き添いや見守りなどを増加し、寄り添いなど一緒にいる時間を長くするなど孤立させないような工夫が多く実施されている。

興奮・暴力や帰宅願望へのケアと比較した特徴としては屋外の環境整備を重視している傾向がみられており、特に施設外への行動を自由にし高齢者の意向や気持ちに準拠した方法の重要性が示された結果といえる。反面、外出行動は施設外でのリスクマネジメントが困難であり、危険を回避するために行動を抑制するような方

法は徘徊を増長させたり、不安を高めたりするような逆効果となる方法であることが予測される。

コミュニケーションの方法は、付き添いや見守りの量を増やす方法が最も多く実施されており、逆に、傾聴や受容、感謝の言葉や肯定的な言葉かけを多用する傾向は少ない事が特徴的である。このことはつまり、徘徊の症状は行動症状の顕著なものであり、行動状況の如何を判断して徘徊と定義する場合が多いため、まずは自由を優先しながら見守り、付き添いながら本意を確認することが優先されている結果とも考えられる。

活動支援では、興奮・暴力や帰宅願望へのケアと比較すると、好きな活動の実施率が特に高い傾向が見られており、環境への適応化を促進するための役割づくりを本人の意向に合わせている事が影響していると考えられる。

身体ケアでは、排泄支援や排便調整を実施している傾向が高く、徘徊の原因と関連している可能性が推測される。

(4) 徘徊へのケアに有効な視点

徘徊へのケア時に役立った情報の選択率をケアコードごとに示したものが表3-1-2、3-1-3である。これらのうち、選択率10%以上の項目について取り上げケア方法ごとの有効情報としての傾向をみていく。

表3-1-2 徘徊の緩和に役立った情報の選択率

(複数回答)

区分	コード	解決方法の延べ件数	実数	%
			8,969	100.0
認知能力	101	認知機能	720	8.0
	102	認知症の種類	236	2.6
	103	認知症の症状	1,029	11.5
	104	認知症罹患期間	77	0.9
健康面	201	体調	1,053	11.7
	202	現病・既往歴	319	3.6
	203	排泄状況	806	9.0
	204	水分状態	576	6.4
	205	視力・視覚機能	68	0.8
	206	体重・BMI	109	1.2
	207	運動量	579	6.5
	208	睡眠時間・状況	687	7.7
	209	痛み	78	0.9
	210	かゆみ	16	0.2
	211	投薬状況	410	4.6
	212	幻視・幻聴	162	1.8
	213	せん妄	142	1.6
	214	転倒歴	0	
	215	聴力・聴覚機能	1	0.0
	216	食事量、食事摂取状況	4	0.0
	217	嚥下機能	0	
	218	身体機能	3	0.0
心理面	301	気分	2,832	31.6
	302	心配ごと・不満状況	1,952	21.8
	303	本人の気持ち、意思	3,797	42.3
	304	空腹感・満腹感	1	0.0
当時の状態	401	様子	1,938	21.6
	402	姿勢	218	2.4
	403	目線	421	4.7
	404	言葉の内容	1,362	15.2
	405	表情	2,066	23.0
	406	声の調子	2	0.0
本人特性	501	性格	58	0.6
	502	嗜好・興味・関心	23	0.3
	503	信仰	0	
	504	容姿	1	0.0
習慣・ライフスタイル	601	生活習慣	1,648	18.4
	602	生活暦	1,138	12.7
	603	役割	10	0.1
	604	方言	1	0.0
環境	701	周囲の雰囲気・刺激	864	9.6
	702	席の位置	408	4.5
	703	椅子・机の形	36	0.4
	704	椅子・机の高さ	33	0.4
	705	椅子・机の色	14	0.2
	706	周辺環境	6	0.1
	707	居室状況	0	
人間関係	801	他の入居者との関係	1,453	16.2
	802	スタッフとの関係	2,024	22.6
	803	家族関係	1,132	12.6
	804	以前の人間関係	1	0.0
	805	家族の状況	6	0.1
	806	異性関係	0	
介護者の対応	901	スタッフの声かけ内容・見守り方	3,152	35.1
	902	介護者の性別	0	

表3-1-3 徘徊への解決方法別に役立った情報の選択率（選択率が10%以上の項目に網付）

大区分	小区分	コード	ケア方法	実数	認知能力				健康面				心理面												当時の状態					声の調子									
					f.101	f.102	f.103	f.104	f.201	f.202	f.203	f.204	f.205	f.206	f.207	f.208	f.209	f.210	f.211	f.212	f.213	f.214	f.215	f.216	f.217	f.218	f.301	f.302	f.303		f.304	f.401	f.402	f.403	f.404	f.405	f.406		
環境調整	人数調整	1101	グループ調整	8,969	8.0	2.6	11.5	0.9	11.7	3.6	9.0	6.4	0.8	1.2	6.5	7.7	0.9	0.2	4.6	1.8	1.6						0.0	31.6	21.8	42.3	0.0	21.6	2.4	4.7	15.2	23.0	0.0		
	安定化	1201	落ち着く場所づくり	206	5.3	4.9	9.7	1.5	6.3	0.5	5.3	0.5					2.4	5.8	1.5		1.5	3.4	1.5						50.5	20.9	56.8		12.6	0.5	1.9	9.2	15.0		
	席の位置調整	1301	席位置の調整	315	4.8	1.9	5.4	0.6	2.5	1.6	3.8	0.6	0.6		0.3	1.6				1.3	1.3	1.0				0.3			40.0	36.2	52.7		10.8	0.6	2.9	17.5	21.0		
	馴染みの物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用	196	5.1	0.5	4.6		1.5		1.0	1.5	2.0		1.0	1.0				1.0	0.5								34.7	9.2	35.2		11.2		6.6	5.1	13.3		
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整・整備	166	9.0	1.2	4.2		1.2											1.8									33.1	18.1	45.2		7.2	1.2	3.0	7.8	12.0		
	記録補助環境	1601	記録等の補助環境(表札、案内板)	9	22.2															22.2		11.1							33.3	22.2	44.4		11.1		11.1		11.1		
	刺激調整	1701	光、音等の刺激調整	111	28.8	4.5	20.7	2.7	1.8		18.9	3.6	9.9						0.9	0.9	1.8								1.8	26.1	16.2		18.0		25.2	7.2	12.6		
	聴覚調整	1801	聴覚調整	92	2.2	4.3	3.3	1.1	1.1		1.1								3.3		1.1								51.1	5.4	33.7	14.1	1.1	2.2	5.4	19.6			
	聴覚調整	1901	聴覚調整	226	5.8	0.9	8.4	0.4	15.0	3.1	2.2	1.3	1.3		0.4	20.8	5.8	2.2		1.3	0.4							0.4	28.3	12.4	41.2		14.2	5.3	3.5	10.2	14.6		
	コミュニケーション	会話内容の調整	2101	目的、理由、方法について	340	8.2	2.6	7.9	1.2	3.5	1.5	6.8	0.6			1.5	1.2	1.5			0.6	2.1	1.2							29.4	63.5	74.7		20.3	0.6	4.1	36.5	27.4	
	2102	説明	260	26.5	6.9	17.7	1.9	4.6	0.8	1.5	0.4					1.2	2.3		1.5	0.8	0.4								26.2	22.3	43.5		17.3	4.6	11.5	28.8	31.9	0.4	
	2103	好きな話題(宗教、趣味、家族、書法等)	289	5.2	1.0	4.8	0.7	1.4	1.7		0.3		0.3		0.3	0.3				0.7									33.9	26.3	46.7		11.1		4.8	22.5	24.9		
	2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉	260	6.5	2.3	9.6	0.4	5.8	1.2	2.7	0.8				0.8	2.3	0.4		0.8	1.9	0.8								43.8	22.3	45.0		19.2	1.9	9.6	20.4	38.5		
	2105	順調にしていることを伝える	115	2.6	0.9	2.6	0.9	2.6								0.9				0.9									36.5	13.9	39.1		12.2	1.7	6.1	8.7	20.0		
	会話方法	2201	傾聴、受容	235	3.0	0.9	10.2		3.4	0.4	1.3						1.7		0.9	3.0	1.7								32.3	57.9	63.8		16.6	0.8	8.5	28.5	30.6	0.4	
	2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく	107	10.3	2.8	9.3	0.9	4.7	1.9		1.9						2.8		2.8	1.9	0.9								26.2	17.8	29.9		19.6	3.7	15.9	21.5	31.8		
	会話状況	2301	静かな環境で、一人の時に	139	3.6	1.4	9.4		2.9	1.4							1.4			1.4	0.7								36.7	20.9	43.2		15.1	3.6	5.8	14.4	20.1		
	2302	タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	133	10.5	2.3	13.5		4.5	3.0	4.5	0.8	6.0					3.8	3.0		2.3	4.5	1.5						23.3	20.3	30.1		24.8	11.3	13.5	10.5	20.3			
	接触量	2401	声かけ・会話・交流の増加	285	4.9	1.1	6.7	3.9	1.1	2.8	0.4				0.7	2.5	1.1		0.4	1.1									34.0	28.1	40.7		22.8	2.8	7.7	20.4	30.5		
	2402	付き添い、見守りの増加	456	4.8	1.1	10.3	0.2	7.2	1.3	4.6	1.1				7.9	5.3	0.7		0.4	2.2	0.7							0.2	33.3	21.9	45.6		31.6	4.8	4.2	13.8	29.4		
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ	62	3.2	1.6	9.7		6.5		3.2	1.6			3.2	4.8						4.8							27.4	9.7	35.5		46.8	6.5	9.7	17.7	48.4		
	2502	スキャンシップの活用	173	4.0	1.2	9.2	0.6	3.5	1.7	0.6							1.2	2.3		0.6	1.2								35.8	35.3	34.1		22.5	5.2	18.5	16.2	42.2		
	2503	表情、身振りの多用	3	33.3					33.3																									33.3		33.3	33.3	33.3	
活動支援	生活行為	3101	居住作業(家事、炊事、家事)を定期的に役割とした	433	12.9	1.8	5.8	0.9	14.5	1.2	0.9	0.5	0.7				8.8	2.1	0.2		0.2								43.9	5.8	48.3		19.6	1.8	1.2	8.1	18.5		
	3102	リーダー、指導者の役割		33	3.0		3.0		9.1	3.0	3.0						3.0													42.4	6.1	48.5		9.1	3.0		15.2	15.2	
	3103	仕事や日課の継続		1																															100.0	100.0		100.0	
	趣味活動	3201	自宅で以前にしていた趣味活動続ける	97	11.3	4.1	7.2	1.0	7.2							1.0	1.0													36.1	4.1	52.6		13.4		1.0	3.1	14.4	
	3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施	405	7.7	1.5	7.7	0.2	21.2	1.0	3.0	0.7	2.2	0.5				19.8	3.5	2.2		1.0	1.2	1.0							52.8	8.4	54.6		27.4	8.6	3.0	10.1	32.1	
	3203	体験、レクリエーションへの参加		10	20.0																									40.0								20.0	
	外出支援	3301	屋外へのレク、行事、活動散歩、ドライブ、食事への参加	345	7.8	2.0	5.5	0.3	20.9	1.4	2.3	4.6	0.6	0.6		22.9	4.1	0.6			0.9	0.3							55.4	11.6	52.2		19.4	3.8	3.8	13.9	31.6		
	3302	自宅へ外出		73	8.2		6.8	1.4	16.4	1.4	1.4		1.4										2.7							30.1	30.1	60.3		6.8			11.0	11.0	
	3303	好きな場所へ外出し、見守る		3	33.3	33.3																								33.3	33.3	100.0		33.3		33.3	33.3	33.3	
	3401	集団レク、療法		5			20.0		40.0									20.0	20.0											60.0	20.0						20.0		
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施	240	12.1	12.1	41.3	4.2	31.7	25.0	12.1	5.4	0.4		4.2	39.2	2.5	2.9		47.9	12.5	9.2							10.0	5.0	2.9		19.2	0.4		5.8	8.8		
	食事・水分	4201	食事、食水支援	281	3.6	0.7	4.6		16.4	6.4	6.4	21.0	10.3	7.5	2.5	0.4					2.8		1.1				0.4			44.1	8.2	30.6		19.9	0.7	3.9	8.5	20.6	
	4202	水分補給		133	2.3	0.8	3.8		33.1	9.0	38.3	82.7				3.0	13.5	6.8	0.8		0.8	5.3								14.3	2.3	6.8		10.5		0.8	1.5	6.8	
	排泄	4303	排泄支援(排便調整、尿導等)	272	8.1	1.8	9.2	0.4	23.2	6.6	75.0	39.3	0.4	1.1	16.5	8.8	1.5	0.4		20.6		0.4								10.7	7.4	16.5		36.8	2.9	1.8	8.1	23.9	
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整	96	5.2	9.4	24.0	2.1	19.8	8.3	5.2	3.1				1.0	12.5	79.2	1.0	1.0	50.0	14.6	17.7						5.2	10.4	4.2		14.6				8.3		
	入浴	4501	入浴支援	4																																			

表3-1-3 徘徊への解決方法別に役立った情報の選択率（％）（複数回答）（選択率が10%以上の項目に網線）

大区分	小区分	コード	ケア方法	実数	性別	本人特性		生活・ライフスタイル				環境			人間関係										介護者の対応						
						f.501	f.502	f.503	f.504	f.601	f.602	f.603	f.604	f.701	f.702	f.703	f.704	f.705	f.706	f.707	f.801	f.802	f.803	f.804		f.805	f.806	f.901	f.902		
環境調整	人数調整	1101	グループ調整	8,969	0.6	0.3		0.0	18.4	12.7	0.1	0.0	9.6	4.5	0.4	0.2	0.1	16.2	22.6	12.6	0.0	0.1		35.1							35.1
	安定化	1201	持ち寄り・場所づくり	206	1.9				18.9	6.8			34.5	16.0	2.4	1.9	0.5	42.2	16.0	2.4	0.5			28.2							28.2
	席の位置調整	1301	席位置の調整	315	0.6	0.3			11.1	8.6			22.9	10.2	0.6			23.5	28.5	10.5				41.3							41.3
	制音の物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用	196	1.5				6.1	1.0			31.1	51.0	5.6	5.6	2.6	69.4	10.7	1.5				21.4							21.4
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整、整備	166	1.8	1.2			42.8	30.1			12.0	1.8	3.6	2.4	1.2	3.0	3.0	41.0				11.4							11.4
	記録補助環境			9	22.2				33.3				55.6					22.2	22.2	11.1				33.3							33.3
	刺激調整	1601	記憶等の補助環境（表紙、案内版）	111					6.3	3.6			11.7	4.5			0.9	9.0	10.8	2.7				27.0							27.0
	屋外整備	1701	光、音等の刺激調整	92	1.1	2.2			23.9	20.7			11.5	3.5	0.4	1.1	1.1	13.0	16.3	4.3	1.1			28.3							28.3
	コミュニケーション	1801	屋外整備	226		0.4			24.3	5.3							1.8	4.9	20.8	7.1				50.9							50.9
	2101	目的、理由、方法について	2101	目的、理由、方法について	340		0.3		16.8	12.6			3.2		0.3			4.1	15.3	14.7				27.9							27.9
	2102	説明	2102	説明	260	1.5			6.9	5.0			5.4	1.5				4.6	28.1	4.6				43.5							43.5
	2103	好きな話題（宗教、趣味、家族、電話等）	2103	好きな話題（宗教、趣味、家族、電話等）	289	0.3	0.7		37.7	57.8			4.8	1.4				4.8	18.3	41.5		0.7		25.3							25.3
	2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉	2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉	260	1.5			0.4	10.4	9.6	0.4	5.4					7.3	38.5	6.5				52.3							52.3
	2105	繰り返ししていることを伝えた	2105	繰り返ししていることを伝えた	115	3.5			12.2	12.2	1.7		2.6	1.7				15.7	51.3	8.7				33.9							33.9
	会話方法	2201	傾聴、受容	235	0.4				15.3	16.6			3.8	0.9	0.4			1.3	17.0	32.3				25.5							25.5
	2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく	2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく	107		0.9		6.5	4.7			9.3	1.9		0.9		1.9	21.5	0.9				38.3							38.3
	会話状況	2301	静かな環境で、一人の時に	139	0.7				7.9	7.2			39.6	5.8	1.4			8.6	21.6	4.3				25.9							25.9
	2302	タイミング（行動パターン）に応じた声かけ・付き添い	2302	タイミング（行動パターン）に応じた声かけ・付き添い	133	0.8			6.0	2.3		0.8	14.3	3.0				2.3	18.0	2.3				51.9							51.9
接聴量	2401	声かけ・会話・交流の増加	285					7.4	11.2			3.2	1.8				17.9	44.6	6.0				54.0							54.0	
2402	付き添い、見守りの増加	2402	付き添い、見守りの増加	456	0.7			13.8	3.5			8.8	2.9	0.2	0.2		14.3	32.9	3.3				50.0							50.0	
非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ	62	1.6				8.1	1.6			11.3	6.5				6.5	12.9	1.6				48.4							48.4	
2502	スキニップの活用	2502	スキニップの活用	173	0.6			1.7	4.0			6.4	1.2	0.6			1.7	38.7	3.5				45.7							45.7	
2503	表情、身振りの多用	2503	表情、身振りの多用	3				33.3															100.0							100.0	
活動支援	生活行為	3101	軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした	433	1.4	0.2		43.9	24.2	1.6		6.5	0.7				19.4	33.7	1.4				33.5							33.5	
	3102	リーダー、指導者の役割	3102	リーダー、指導者の役割	33	9.1		24.2	15.2			3.0					33.3	33.3					33.3							33.3	
	3103	仕事や日課の継続	3103	仕事や日課の継続	1																		100.0							100.0	
	趣味活動	3201	自宅で以前していた趣味活動続ける	97		2.1		45.4	38.1			5.2	2.1		2.1		7.2	17.5	10.3				23.7							23.7	
	3202	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施	3202	好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施	405	0.2	1.7		24.0	15.1			12.6	2.2	0.2	1.0	0.2	15.3	17.0	1.5				37.5							37.5
	3203	体操、レクリエーションへの参加	3203	体操、レクリエーションへの参加	10				30.0	30.0			30.0					10.0	20.0					50.0							50.0
	外出支援	3301	散歩のレク、行事、活動散歩、ドライブ、食事への参加	345				20.6	7.8			21.2	0.9		0.6		13.3	34.2	4.3				40.0							40.0	
	3302	自宅へ外出	3302	自宅へ外出	73				19.2	13.7			2.7					4.1	16.4	52.1				19.2							19.2
	3303	好きな場所へ外出し、見守る	3303	好きな場所へ外出し、見守る	3				33.3																						
	療法等	3401	集団ワーク、療法	5				20.0										40.0	20.0					20.0							20.0
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施	240				4.6	0.8								2.5	0.8	2.5				2.5							2.5	
	食事・水分	4201	食事、食飲支援	281	0.4	1.1		17.8	5.7			9.3	5.0	0.4	0.4		11.7	29.2	1.4				31.7							31.7	
	4202	水分補給	4202	水分補給	133				6.8	0.8			2.3			0.8		2.3	3.8				8.3							8.3	
	排泄	4303	排泄支援（排便調整、指導等）	272	0.4			7.7	0.7			0.7	0.4				0.7	7.7	0.7				26.5							26.5	
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整	96				4.2				2.1					1.0						6.3							6.3	
	入浴	4501	入浴支援	4				50.0				25.0						25.0					25.0							25.0	
	感覚支援	4601	嗅覚支援	7				14.3	14.3																						
	4602	聴覚支援	4602	聴覚支援	0																										
	体重管理	4701	体重管理	0																											
	アセスメント	5101	アセスメントの実施	548	0.5			58.0	48.0			11.1	1.8					11.9	15.5	24.5	0.4			33.4							33.4
関係支援	他者との関係支援	6101	他の高齢者への支援依頼	211	0.9			4.7	7.1			7.1						79.6	8.1	2.8				27.0							27.0
	6102	仲の良い人と関与	6102	仲の良い人と関与	187	0.5		3.2	2.1			7.5	23.0	0.5				72.2	11.8	1.1				35.3							35.3
	6103	仲の良い人と過ごす支援	6103	仲の良い人と過ごす支援	74	2.7		4.1	4.1			14.9	24.3	1.4	1.4			79.7	9.5				24.3							24.3	
	6104	他の高齢者との交流促進	6104	他の高齢者との交流促進	112	0.9		4.5	9.8			12.5	19.6		0.9	0.9		73.2	11.6	1.8				37.5							37.5
	6105	近隣、知人との交流支援	6105	近隣、知人との交流支援	55			20.0	12.7			1.8						12.7	7.3	45.5				16.4							16.4
	6201	家族との連絡調整（手紙）	6201	家族との連絡調整（手紙）	326				9.5	5.2			0.6					8.3	15.3	62.6	0.3			18.7							18.7
6202	家族（公営、住持）との接触機会調整（面会、訪問、電話）	6202	家族（公営、住持）との接触機会調整（面会、訪問、電話）	222				12.6	5.4			0.9					1.8	14.4	73.9				15.8							15.8	
ケア体制	ケア方法統一化	7101	ケア方法の統一	513				16.0	6.4			5.7	4.1	0.2				16.2	37.2	7.0				71.5							71.5
	職員調整	7201	職員の調整（専属、性別、変更等）	105	1.0			3.8	1.0			2.9						4.8	78.1	4.8				57.1							57.1

①環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が特に選択率の高い情報である。つまり、徘徊時の環境調整における視点としては、先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施していると推測される。

それ以外の各ケアごとの特徴としては、席の位置を調整する時は、生活習慣の把握よりも、他者との関係性を特に重要視しており、自宅で使用していた馴染みの物を利用する時は、徘徊時の行動よりも、表情を確認する傾向が高く、居室の変更や居室内の整備を行う時は、認知機能の程度や視覚、聴覚の状態、睡眠状況、服薬状況、せん妄かどうか、性格を確認している傾向が高く、表札や案内板などの補助環境を作る時には、認知機能や排泄状況を確認するが、生活習慣を確認している傾向は低い傾向がある。屋外の環境を整備する時は、体調や運動量の確認が重要視されている傾向が見られている（表 3-1-4 参照）。

表 3-1-4 環境調整に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面													心理面		徘徊時の様子			本人特性			習慣・ライフスタイル			環境				人間関係				介護者の対応															
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・意思	空腹痛感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	生活歴	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	周辺環境	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係	異性関係	見守り方	介護者の性別
環境調整	人数調整	グループ調整																				◎	○	◎	○										○																○		
	安定化	落ち着く場所づくり																					○	○	◎	○										○															○		
	席の位置調整	席位置の調整																				○	○		○																											○	
	物の使用	自宅で使用していた物の使用																				○	○	○													○															○	
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	○						○		○				○		○					○	○	○	○	○										○																	○
	記憶補助	記憶等の補助環境(表札、案内板)	○		○			○																○	○	○	○	○											○											○			
	刺激調整	光、音等の刺激調整																				◎	○	○	○											○														○			
	屋外整備	屋外整備				○				○													○	○	○	○											○														◎		

コミュニケーション実施時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が重要視されている。視点の流れとしては、先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施していると推測される。

③活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、認知機能や症状など認知能力や、体調、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされている。視点を向けるプロセスとして、まず、認知機能の程度や症状の状態、体調の確認をし、本人が理解できる範囲で、体力的に無理がないかどうかを判断し、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測しながら生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を考慮して、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、活動を支援している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、趣味活動の支援時は、生活行為の支援や外出支援と異なり、運動量や周囲の雰囲気や刺激などを重視しており、外出支援時は、運動量など体力に関する把握が重要となっている（表 3-1-6 参照）。

表 3-1-6 活動支援に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面													心理面		徘徊時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係		介護者の対応																		
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症発症期間	体調	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち、意思	空腹感・満腹感	様子	姿勢	視線	言葉の内容	表情	声の調子	性格	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	生活層	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	○			○																	○	○		○									○	○											○			
		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				○					○												◎	◎		○	○		○	○															○					
		自宅へ外出				○																		○	◎		○	○															◎		○					
		好きな場所へ外出し、見守る	○	○																				○	◎		○	○																○						
	療法等	集団レク、療法		○	○								○	○									◎	◎		○	○				○													○	○	○		○		

④身体ケアにおける有効な視点

身体的なケア実施時の共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）を特に重視しており、次に、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員の対応方法が重視されている。視点を向けるプロセスとしては、先ず、健康面、様子、気分や気持ちを把握し、現在の対応方法を確認しながら、医師へ相談したり、投薬を調整したり、食事、排泄、睡眠等の支援を実施していると推測できる。

それ以外のケアごとの特徴は、医師への相談や投薬の調整は、認知能力の確認、体調や病歴、排泄状況、睡眠状況、水分量、精神状態の把握が有効であり、食事支援は、過去の食習慣や嗜好、他者との関係性が重視されている。また、視覚や聴覚への支援は、自宅でのメガネや補聴器の確認、視力や聴力に関する情報が有効と判断されている（表 3-1-7 参照）。

表 3-1-7 身体ケアに有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

[illegible]

⑤関係調整における有効な視点

関係調整における共通視点は、認知機能、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が有効であると判断されている。視点を向けるプロセスとしては、先ず、認知能力の確認、他者とのコミュニケーションの可能性、可能なコミュニケーション方法の判断、他の入居者との関係や家族との関係を踏まえながら、様子や心理を確認し、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施していることが推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、生活習慣や生活歴の把握が有効とされている。また、選択率は10%を下回っているものの、以前からの友人や知人、近所との関係状況の確認も、やや有効な視点といえる（表3-1-8）。

表 3-1-8 関係調整に有効な視点(◎が50%以上、○が10%以上の選択率を示す)

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面														心理面		徘徊時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係		介護者の対応													
			認知機能	認知症の種類	認知症の発症期間	現病・既往歴	水分状態	排泄状況	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち、意思心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	視線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	信仰	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	席の位置	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の状況	以前の人間関係	異性関係
関係支援	他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼		○																	○	○	○	○											○										○	
		仲の悪い人と離す		○																		○	○	○	○											○									○	
		仲の良い人と過ごす支援																				○	○	○	○											○									○	
		他の高齢者との交流促進	○																			○	○	○	○										○									○		
		近隣、知人との交流支援																				○	○	○	○								○	○									○			
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)		○	○																	○	○	○																	○	○			○	
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)																			○	○	◎	○								○								○	◎			○		

⑥ケア体制整備における有効な視点

ケア体制整備時の共通視点は、認知機能、心理面（気分、気持ち）、徘徊時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が有効と判断されている。

それ以外のケアごとの特徴は、ケアを統一する上での視点は、認知機能の確認や排泄状況、生活習慣、他者との人間関係が重視されており、職員調整は、職員との関係性や職員のケア方法を確認し、表情や様子などの反応を見て、専属にするか、異性にするか、親しい職員に変更するかを判断していると考えられる（表 3-1-9 参照）。

表 3-1-9 ケア体制整備に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力	健康面														心理面	徘徊時の様子			本人特性	習慣・ライフスタイル			環境			人間関係			介護者の対応																
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の位置	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
ケア体制	統一化	ケア方法の統一	○	○		○																○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎		
	職員調整	職員の調整(専属、性別、変更等)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎		

⑦徘徊へのケアに有効な視点の全体傾向

徘徊へのケアに有効な視点の傾向は、何れのケアにおいても高齢者の徘徊時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点であり、つまりケアの基本視点を重視している点である。まず、本人の状態を良く見ること、そして外からみて分かる情報だけでなく、内面的な心理を把握しようとしていることが特徴的だといえる。そして何れのケアにおいても人間関係を重視している点も特徴であり、他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、日頃、人との関係状況を踏まえておくことが重要であることを示唆している。徘徊に限らず認知症に伴う行動・心理症状は関係性の障害であるともいわれており、他者との関係性を把握し、特性に応じた関係調整の支援が重要であることを示している。

また、生活習慣やライフスタイルが重要視されており、徘徊が精神不安や不適応による症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが徘徊症状を緩和するための有効なケアと考えることができるだろう。全体を通して、認知能力の程度はあまり重要視されていない傾向が見られており、理解力や記憶力の状態に応じたケアの実施が限定的であることを示唆している。

(5) 失敗したケア方法の傾向

表 3-1-10 徘徊への失敗ケア事例と影響(一部抜粋)

対応分類		徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	食事席の固定化	なじみの関係をつくる、環境をつくるため、食事席を決め誘導を行った	ご本人は自由に歩かれるため、座った席を移動させられることに拒否がみられた。現在は、誘導に抵抗なく定位置で食事できているが一時的に本氏が座った席を尊重していた。
	席の調整	仲良しの方と近い席に変更	関係が深くなりすぎ逆にケンカするトラブルになった。表情が変わり、怒っているか邪魔者扱いされたのご立腹関係が良かった分、傷付いた様子です。
コミュニケーション	関わりの増加	あまりかかわりすぎた。	攻撃的になったり、暴言、暴力行為になる時もある。
	傾聴	ひたすら傾聴する。	不安を増して訴えが多くなった。
	傾聴と説明	本人の話を傾聴し、現実をありのままに説明した。	情緒不安定になってしまい、徘徊がひどくなった。(「帰りたい」と訴えるので、帰れない理由を説明した)
	声かけ	誘導時のタイミング、声かけのタイミングがうまくいかず、トイレ誘導を失敗したり居室に休んで頂けなかったりした。	さらに廊下をウロウロされることになった。
	声かけの増加	必要以上に声かけを行った。	よけいに不穏になり、口調や表情がきつくなった。
	個別対応	マンツーマン体制で、側で話し相手をしたが、結果、本人の行動をおさえてしまったのではないかと。	進行なのか... ADLの低下があった。
	受容、傾聴	他利用者からみて、本人の行動を抑制せず受け取る姿勢が「甘やかしている」と捉えられてしまい、本人と他利用者との関係づくりに影響してしまった。	他利用者からの言動によって、不安感が増し、不穏状態がエスカレートしたり、きっかけになったりした。
	説明	目的地が、ここになことを説明した。	混乱した様子になり、怒り出した。
	説明、説得	本人が話す内容に対し、現在の状況の説明をし、説得させ様とする言葉がけ。	本人、その言葉自体に抵抗し、興奮する様子を見せる。
	付き添い	徘徊時の付き添い、喫煙回数の制限、足浴	興奮、徘徊回数の増加
	付き添いの増加	必要以上に付き添う。	「何でいつもついて来るのか」と不信感をいだかれた。顔の表情が険しくなる。行動が乱暴になる
	見守りの量を増やす	見守り徹底させようとして、あまり多くの時間をかかわり過ぎた。	逆にイライラさせてしまった。大声を出したり、怒りっぽくなってきた。
	昔の話	昔の話を深く話した。	感情的になり涙を流す。
	寄り添う	寄り添うケアが逆に本人を不穏にさせることもあった。	職員から逃げるように徘徊された。
活動支援	アクティビティの依頼	畑仕事に誘い、していただいた	疲れていても義務と思って頑張っていて下さっていた
	アクティビティの依頼	何故、外へ出ようとしているのかが分からず とにかく外へ出さないようレクリエーションや掃きそじを手伝ってもらったこと。	ますます、落ち着きがなくなり、目を離すと外へ出ているような状態に。
	アクティビティの依頼	他の入居者と、同じ活動を求めた	怒りっぽくなり、徘徊がふえた
	家事の依頼	昼食後の食器洗いの量を増やした。	「自分だけ何ぞこんなに作業をしなければならないと不満を持ち」「他人はさぼっていると思う」。こんなところは居たくない、帰ると言われる。
	作業の依頼	元々施設で働いていた方なので、役割を持っていただけよう職員の手伝いもしてもらった	ある程度は一緒に楽しんで手伝ってもらっていたが、多すぎたらしく疲れてしまった。

対応分類		徘徊時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
活動支援	施設内を歩く	門外に出てしまい、地域住民に迷惑をかけてしまったため、ホーム玄関から出さないように、玄関で呼びとめ、ホーム内の歩行になった。	入眠せず夜間の徘徊が増えた。
	自由な行動	本人の行動を自由にした。	本人はつかれるだけで、落ちついた様子はみられなかった。
	自由な行動	本人が納得されるまで歩いていただいた。	他者の居室へ入って行き、その居室の入所者とトラブルになり、暴力を振ってしまった。
	自由に歩く	養護という事もあり自分の生活は食事をする休むというルールはあるが自由に動き回っていた 転倒をしてはじめて対応を行なった	けがをしてしまった：三輪歩行器で自由に歩かれているとき転倒…鼻骨骨折(軽度) その後は見守り重視となりました
	付き添い外出	夏は暑く、冬は寒い中での始めは(入所当時)30分以上歩き、1日10回以上という頻度であったため、御本人が外に出ていったら職員が横に付きそっていた対応で(上着をきること、水分とることに拒否的)体調を崩した。	冬は微熱が続いたが、肺炎は発症しなかった。夏は日焼けがひどく、脱水傾向となった。
	ドライブ、外出	時々、ドライブや買い物にお誘いし、気分転換を図る。	しかし、車酔いしてしまう事がほとんどだった。嘔吐した。楽しい気持ちになり、気分転換は出来たが、荘に帰る時車中で酔ってしまう。
身体ケア	排泄誘導の増加	排泄パターン把握の為、定時以外にも誘導行ってみた。	自分の望む時間ではないのに、誘導行い、より興奮し、徘徊強くなってしまった。(2～3日程度)
	服薬	夜間不眠の日が続き、主治医に相談、睡眠薬を別のものに変更したが、今度は足元不安定となり、昼間も傾眠状態となった。	表情が無くなり、転倒のリスクが高くなった。→主治医に相談し薬を以前のものに変更してもらった。
	服薬	不眠症状から、Dr、SWと服薬調整図るも、症状改善せず、本人様の心身状況の低下が見られた。	療法などに参加しても活気なく、表情も暗くなり、夜間不眠状況もかわらず。
	服薬	服薬調整について、本人の徘徊の底にあるのは不安感だとアセスメントしていたにもかかわらず、落ちついてもらう目的でグラマルールを投与、結果日中の傾眠がより強くなり、落ちつかない時に徘徊がある状況は変わらないという最悪のパターンになってしまった。	強い傾眠により、椅子からのずり落ち、転倒が続いた。
	服薬	服薬調整	歩く時にフラつかれるようになった。食事が入らなくなった。
関係調整	関係調整	不穏時、他利用者と口論していた為、仲裁に入ったが、他利用者からの不満の声が増えてしまったので避難させようとしたが、不穏強くなり、一人では対応しきれなくなってしまったから。	暴言、暴力、拒否、抵抗、強くみられた
の介護調整者	異性の職員	男性職員との関係がうまくいかず、女性職員が対応	現在は時々あるも現在は安定している
環境調整	個別対応ではない	団体での中でのケアで本人様が落ち着かなかった	自室他入居者様から見えない所でスタッフ対応のケア(マンツーマン)落ち着かれています
	散らかし	夜間帯、居室内が物が整理できていない状況だったこともあり、徘徊時のリスクが高かった。	目の前の物を物触し始めた。

徘徊症状への失敗したケア方法と高齢者への影響について自由記述のデータを一覧にして整理した。失敗したケア方法については、失敗の定義や基準は回答者の判断に委ねて自由に回答してもらったが、高齢者への悪影響を判断基準としていることは明白である。具体的には徘徊を増長させたり、不穏になったり、興奮させたり、怪我を招くような状態を起こしたケア方法と解釈できるだろう。これらの失敗と考えられるケア方法については、いわゆる不適切なケアの具体例とも解釈できるが、望ましいケアや良いケアを考察する上で非常に有益なデータである。研究の成果としては、こ

れらを整理しデータ要約し傾向を把握することも重要だと考えられるが、原データそのものが非常に具体的で、要約することでの具体性の低下が危惧されるため、全データより一部のデータを抜粋し考察することとする。

ケア実施者がケアの提供自体に問題を認め認識しているようなケア方法ではなく、先述した症状の緩和を導いたと思われる望ましいケア方法と同様のケア方法によって失敗を招いたと思われる失敗例を抜粋した。

ケア分類に基づき大きく分類すると、環境の調整では、席位置の固定化や席位置の調整を実施しているが、それらが高齢者の意思に反したものであるため拒否やトラブルの発現が見られている。また、仲の良い方と近い席にした事で、逆に関係が深くなりすぎて喧嘩やいさかいに発展したケースが見られている。これらの事は環境調整の難しさを示しており、環境調整後のフォローの重要性を示唆している。席位置の固定化はあくまでも本人の気分や気持ちの状況変化を踏まえた上で、自由にしたり固定化したりと臨機応変な調整が重要であることや、仲が良い事は同時にネガティブな関係へ発展する可能性があることも考慮に入れ、関係状況を細かく確認し続ける事の重要性をあらわしている。

コミュニケーションにおいても見守りや付き添い、会話の増加や、傾聴、受容、昔話を取り入れた会話を実施しているが、徘徊の増加や、不信感の芽生え、人間関係のこじれを生じさせてしまっており、方法自体は徘徊が緩和した良いケア方法と同じ方法であるにも関わらず、高齢者への悪影響を及ぼす結果となっている。コミュニケーション量の増加については、量の調整が重要であり、傾聴や声かけ、見守り、付き添い、会話量が多すぎる場合は逆効果であることが確認できる。関わりを増やすことは概ね良いケアとされてはいるが、適正な量はあるくまでも本人の反応を敏感に確認することの重要性が示唆されたといえる。さらに説明や説得についても状況判断や方法に工夫が必要であり、多くの場合は逆効果といえる事が明らかである。個別対応についても本人のペースや疲労度を考慮して職員ペースにならないようにする調整が重要であることが示されている。

活動支援についても無理な活動の提供は疲労を促進したり、不満や義務感を増長し逆効果であり、自由な活動の提供もむしろ徘徊を増長させるような結果の原因となってしまうことが示されている。身体ケアについては、特に服薬調整に関する失敗が多く見られており、医師の選定が重要であることを示唆している。

以上は一部の失敗ケア事例であるが、これらの事から方法はあくまでも方法であり、方法自体に絶対的な妥当性は無く、全てのケア方法は高齢者の反応や状況によって良くも悪くもなり得る事を認識しておくことが重要である。もちろん、方法自体に適切性を欠いており、方法自体そのものが不適切であるものも多く認められるが、重要な事は結果であると考えられる。本調査によって明らかとなった、成功に貢献したケア方法はあくまでも成功する割合が高いモデル的な方法として認識することが必要で

あり、それらによる高齢者への影響を確認することなくしてケア方法の水準は決めることは難しいと考えられるだろう。

(6) 徘徊を緩和したケア方法の組み合わせ傾向

本研究の最終的な目的は、認知症にともなうBPSDの緩和に成功した事例から、質の高いケア方法をBPSDの状況別に整理し、モデルとして提案することである。ここでは、実際のケア実施プロセスを考慮し、ケア単体の効果よりも複数のケアの複合的な効果とみなし、緩和にいたるケアの組み合わせパターンを整理する。そののち、認知症の原因疾患や、身体障害の重症度、当該症状の様態、緩和までの所要期間によって、ケアの組み合わせパターンが異なるかを分析する。

①解決方法の組み合わせパターン

平均12.1項目で構成される解決方法の組み合わせは天文学的な数値となり、その全てを表すのは現実的でない。そこで実際の組み合わせに、高い確率で近似するパターンを得るために潜在クラス分析を用いた。その結果10通りの組み合わせパターンを得た。（表3-1-11参照、潜在クラスモデルの評価経緯は表3-1-12参照）

第1パターンは平均5.3項目と最少の組み合わせで、136件（20.7%）がこれに該当する。第1パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満もない。『コミュニケーション』、『活動支援』、『環境調整』が多少みられるものの、かなり散逸している。

第2パターンは平均18.5項目の組み合わせで、127件（19.4%）がこれに該当する。第2パターンで75%以上が行った解決方法は6項目であり、『コミュニケーション』の3項目（「付き添い、見守りの増加」（88.5%）、「説明」（75.8%）、「感謝・賞賛・肯定的な言葉」（75.9%））と『活動支援』の3項目（「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（84.6%）、「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（84.1%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（77.2%））である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は12項目であり、『コミュニケーション』の5項目（53.1%～72.5%）、『身体ケア』の3項目（55.5%～74.8%）、『環境調整』の3項目（52.5%～67.2%）、そして「家族との連絡調整（手紙）」（62.0%）である。

第3パターンは平均8.7項目の組み合わせで、93件（14.2%）がこれに該当する。第3パターンで75%以上が行った解決方法は「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（75.0%）の1項目である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は3項目であり、『コミュニケーション』の“接触量”2項目（「付き添い、見守りの増加」（73.3%）、「声かけ・会話・交流の増加」（51.7%））と「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（54.9%）である。

第4パターンは平均12.3項目の組み合わせで、58件（8.8%）がこれに該当する。第4パターンで75%以上が行った解決方法は2項目であり、「家族との連絡調整（手

表3-1-11 徘徊の解決方法組み合わせパターン(各クラスへの帰属確率25%以上に網掛)

[illegible]

(注) 下記2項目は出現せず

(参考)選択された平均項目数 一

紙)」(84.8%)と「好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施」(81.0%)である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は6項目であり、『コミュニケーション』の3項目(“接触量”2項目(57.7%と63.8%)と「感謝・賞賛・肯定的な言葉」(57.0%))、『身体ケア』の2項目(「排泄支援(排便調整、誘導等)」(71.7%)と「医療相談、処置の実施」(59.5%))、そして「屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加」(60.6%)である。

第5パターンは平均9.0項目の組み合わせで、56件(8.5%)がこれに該当する。第5パターンで75%以上が行った解決方法は2項目であり、「軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした」(92.6%)と「落ち着く場所づくり」(77.0%)である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は3項目であり、『コミュニケーション』の2項目(「付き添い、見守りの増加」(53.8%)、「目的、理由、方法について」(50.6%))と「家族との連絡調整(手紙)」(59.8%)である。

第6パターンは平均10.5項目の組み合わせで、55件(8.4%)がこれに該当する。第6パターンで75%以上が行った解決方法は「付き添い、見守りの増加」(87.5%)の1項目である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は3項目であり、「好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施」(65.5%)、「グループ調整」(60.9%)、「家族との連絡調整(手紙)」(51.1%)である。

第7パターンは平均16.1項目の組み合わせで、47件(7.2%)がこれに該当する。第7パターンで75%以上が行った解決方法は4項目であり、『コミュニケーション』の2項目(「目的、理由、方法について」(93.3%)と「好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)」(83.1%))、そして「落ち着く場所づくり」(93.0%)と「好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施」(84.5%)である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は11項目であり、『コミュニケーション』の6項目(51.4%~73.7%)、『活動支援』の2項目(「軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした」(73.6%)と「屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加」(65.1%))、「家族関係支援」の2項目(70.8%と68.5%)、そして「食事、食欲支援」(50.6%)である。

第8パターンは平均14.1項目の組み合わせで、32件(4.9%)がこれに該当する。第8パターンで75%以上が行った解決方法は3項目であり、『活動支援』の2項目(「屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加」(99.7%)、「軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした」(95.7%))、そして「医療相談、処置の実施」(85.5%)である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は7項目であり、『コミュニケーション』の3項目(「付き添い、見守りの増加」(68.9%)、「好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)」(62.1%)、「目的、理由、方法について」(61.1%))、「家族関係支援」の2項目(63.9%と70.4%)、そして「好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施」(64.8%)と「屋外整備」

(59.5%)である。

第9パターンは平均28.7項目と最多の組み合わせで、29件(4.4%)がこれに該当する。第9パターンで75%以上が行った解決方法は22項目にも達し、『コミュニケーション』の14項目中11項目(75.4%~99.8%)、『活動支援』の10項目中3項目(86.7%~99.9%)、『環境調整』の8項目中3項目(78.7%~94.0%)、『関係支援』の7項目中3項目(77.5%~89.8%)、そして『身体ケア』の7項目中2項目(85.9%と94.1%)と実に広範囲である。

第10パターンは平均9.4項目の組み合わせで、23件(3.5%)がこれに該当する。第10パターンで75%以上が行った解決方法は3項目であり、「屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加」(99.7%)、「家族との連絡調整(手紙)」(99.5%)、そして「付き添い、見守りの増加」(80.8%)である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は3項目であり、「食事、食欲支援」(72.7%)、「好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施」(61.6%)、そして「屋外整備」(55.4%)である。

以上の結果について、徘徊を緩和するケア方法の組み合わせ傾向は、パターン9とパターン2は全てのケア方法を実施しているマルチケアタイプである。両タイプの違いは、環境調整や身体ケア、関係支援の実施率がやや低く、コミュニケーションや活動支援の割合が多いのがパターン2であり、パターン9は何れのケア実施率も高いのが特徴である。それ以外のタイプとしては、活動支援中心とコミュニケーション支援中心とそれらの組み合わせによるタイプに分類される。コミュニケーション中心タイプは、パターン6であり、見守りや付き添い量の増加を中心として家族との交流調整や趣味活動の実施、グループ人数の調整をしているタイプである。パターン3、4、5、8は活動を中心とするタイプであり、生活行為を中心とするか、趣味活動を中心とするか、外出活動を中心とするか、あるいは全てを同程度重視して実施するかの違いである。パターン4は趣味活動を特に重視しているが、あわせて家族との連絡調整を実施している。パターン8は活動支援の複合タイプであるが、特に医療相談や服薬調整を実施している。それ以外には、活動支援とコミュニケーションの工夫を両方重視しているタイプで、パターン7とパターン10である。パターン7は、特に趣味活動を重視しつつ、環境整備やコミュニケーションの工夫も併せて重視しているタイプである。パターン10は外出支援や屋外での活動支援を重視しているタイプで、あわせて付き添いや見守りの増加、家族との連絡調整が実施されている。つまり、10クラスをケアの組み合わせ傾向から整理すると、マルチケアタイプ、コミュニケーション重視タイプ、活動支援重視タイプ、コミュニケーションと活動支援のセットタイプと4つに大きく分類される。

表3-1-12 潜在クラスモデル評価(徘徊の解決方法組み合わせパターン)(N=765)

モデル(クラス数)	情報量規準		Class.Err.
	BIC	AIC	
モデル5(クラス数5)	28716	27599	0.116
モデル 10(クラス数 10)	29722	27484	0.118
モデル 20(クラス数 20)	32206	27725	0.085
モデル 30(クラス数 30)	34651	27927	0.042
モデル 40(クラス数 40)	37393	28426	0.031
モデル 50(クラス数 50)	40047	28836	0.023

②解決方法の組み合わせパターンによる解決までの所要日数の差異

上記10通りの解決方法の組み合わせパターン別に、徘徊の開始から解決までの所要日数を分析した結果、次の傾向がみられた（表3-1-13参照）。

解決までの所要期間が最も短いのがパターン5で平均6か月強（186.1日）、逆に最も長いのがパターン10で平均1年強（411.6日）であり、2.2倍の格差である。

10通りのパターンは、解決までの平均所要期間で大まかに次の4グループに分けられる。

第1は、平均6か月、7か月程度と短い、パターン5（186.1日）、パターン3（200.4日）、そしてパターン7（215.2日）である。

第2は、平均8か月強で、パターン6（249.9日）とパターン2（257.0日）である。

第3は、平均10か月前後で、パターン4（293.9日）、パターン1（295.8日）、そしてパターン8（317.4日）である。

第4は、平均1年程度と長い、パターン9（366.5日）とパターン10（411.6日）である。

解決までの期間とケアの組み合わせパターンの関係は、パターン3や5が解決までの所要期間に関連していることから、生活行為支援と付き添いや見守りの増加が徘徊への緩和に何らかの影響をもつことを示唆しており、特にパターン5では生活行為支援にとどまらず結果として落ちつく場所づくりを念頭に置いていることも重要な点である。最も期間を要しているパターン9と10は、異なる特徴を持っていると考えられる。パターン10はマルチケアタイプであり、多くのケア方法を組み合わせて実施しているタイプである。様々な方法が組み合わせられることで逆に徘徊が長引いているのか、あるいは、徘徊が緩和しにくいケースについてあらゆるケア方法を実施しているのか因果関係の精査が必要である。また、パターン9は外出支援に特化したタイプであるが、1つは徘徊時に自由な行動を許容し、見守りしながら付き添っていくような支援は、その場の感情安定を促すが、根本的な緩和が難航するのか、あるいは、徘徊頻度が低減しにくい事によって外出支援に依存せざるを得ない

いのかの確認が必要であろう。

表3-1-13 徘徊の解決方法組み合わせパターン別にみた解決までの平均所要日数

	全体	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
解決までの平均所要日数	262.9	295.8	257.0	200.4	293.9	186.1	249.9	215.2	317.4	366.5	411.6
サンプル数 (参考)所要日数合計	503 132,249	102.4 30,287	98.4 25,282	72.9 14,606	43.5 12,795	46.4 8,636	36.7 9,182	39.1 8,418	23.0 7,307	21.0 7,678	19.6 8,058

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

③高齢者の状況による解決方法の組み合わせパターンの差異

認知症の原因疾患、身体障害の重症度、そして徘徊の解決前の状況の3つの視点で解決方法の組み合わせパターンがどのように異なるのか分析した。

i) 認知症の原因疾患別にみた差異

原因疾患の大部分を占める「アルツハイマー型」と「脳血管疾患型」を対比すると、脳血管疾患型ではパターン1 (24.1%) がやや多い (アルツハイマー型では19.1%) という傾向がみられる (表3-1-14参照)。

表3-1-14 認知症の原因疾患別にみた徘徊の解決方法組み合わせパターン

【比率】 (横100)											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	19.8	18.6	15.1	9.0	9.3	8.0	7.4	4.9	4.5	3.5
アルツハイマー型	100.0	19.1	18.2	15.6	9.6	9.6	6.9	7.9	5.0	4.6	3.3
脳血管疾患型	100.0	24.1	20.2	11.9	8.6	12.3	6.9	5.2	3.8	0.4	6.7
前頭側頭型	100.0	21.5	9.2	7.8	2.1	0.5	14.5	0.0	11.1	33.2	0.0
レビー小体型	100.0	18.0	18.5	18.7	10.0	8.4	7.2	1.0	6.2	6.2	5.7
アルツハイマー型&脳血管疾患型	100.0	14.2	55.3	0.0	0.1	0.0	18.7	1.1	10.3	0.4	0.1
アルツハイマー型&前頭側頭型	100.0	0.4	14.1	1.6	43.3	0.7	0.0	39.9	0.0	0.0	0.0
アルツハイマー型&レビー小体型	100.0	20.7	20.3	17.9	3.3	2.8	19.2	6.5	3.0	3.5	2.7
不明	100.0	20.7	20.3	17.9	3.3	2.8	19.2	6.5	3.0	3.5	2.7
その他	100.0	38.4	1.3	12.4	0.5	23.0	12.6	11.4	0.4	0.0	0.0

【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	591	117.2	109.9	89.0	52.9	55.0	47.1	43.5	28.9	26.5	20.9
アルツハイマー型	453	86.7	82.5	70.7	43.6	43.6	31.2	35.8	22.8	21.0	15.1
脳血管疾患型	58	14.0	11.7	6.9	5.0	7.1	4.0	3.0	2.2	0.2	3.9
前頭側頭型	9	1.9	0.8	0.7	0.2	0.0	1.3	0.0	1.0	3.0	0.0
レビー小体型	16	2.9	3.0	3.0	1.6	1.3	1.2	0.2	1.0	1.0	0.9
アルツハイマー型&脳血管疾患型	7	1.0	3.9	0.0	0.0	0.0	1.3	0.1	0.7	0.0	0.0
アルツハイマー型&前頭側頭型	0										
アルツハイマー型&レビー小体型	3	0.0	0.4	0.0	1.3	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0
不明	37	7.7	7.5	6.6	1.2	1.0	7.1	2.4	1.1	1.3	1.0
その他	8	3.1	0.1	1.0	0.0	1.8	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

ii) 身体障害の重症度別にみた差異

重症度B (屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ) では、パターン2 (27.6%) とパターン4 (13.2%) が多く、パターン3 (7.8%) が少ない。また、パターン6は重症度が高まるにつれて多くなる (J

で4.6%→Aで8.3%→Bで11.9%)という傾向がみられる(表3-1-15参照)。パターン3は生活行為支援を中心としたケアタイプなので、身体障害が重症の場合は実施が困難になることが推測される。また、パターン6は、コミュニケーション量の増加を中心としたケアタイプのため、身体障害が重症になるほど関わり量が増加し、コミュニケーション主体のケアになると予測される。

表3-1-15 身体障害の重症度別にみた徘徊の解決方法組み合わせパターン

	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	20.7	19.2	14.3	8.6	8.9	8.0	7.4	4.7	4.4	3.7
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	100.0	21.7	19.7	16.8	5.9	6.8	4.6	8.3	5.8	4.9	5.5
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	100.0	20.7	17.6	14.7	8.5	10.3	8.3	7.6	4.9	4.3	3.1
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	100.0	19.3	27.6	7.8	13.2	3.7	11.9	5.4	2.1	4.4	4.5
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	656	135.9	126.0	93.9	56.1	58.2	52.4	48.9	31.1	28.9	24.6
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	124	27.0	24.5	20.8	7.3	8.4	5.7	10.3	7.2	6.1	6.8
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	454	93.8	80.0	66.9	38.6	46.9	37.5	34.3	22.3	19.4	14.3
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	78	15.1	21.6	6.1	10.3	2.9	9.3	4.2	1.7	3.4	3.5

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

iii) 解決前の状況別にみた差異

「彷徨いの徘徊、不穏」ではパターン1 (25.2%) とパターン2 (17.9%) がやや多い。

「常道行為的徘徊」ではパターン1 (25.4%) とパターン3 (20.4%) が多い。

「目的の+彷徨いの」ではパターン2 (27.7%) とパターン9 (18.0%) が多く、パターン1 (7.7%) が少ない。

「目的の+常同的」ではパターン2 (33.7%) とパターン4 (12.8%) が多く、パターン3 (8.5%) が少ない(表3-1-16参照)。

表3-1-16 解決前の状況別にみた徘徊の解決方法組み合わせパターン

【比率】 (横100)											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	20.7	19.4	14.3	8.4	8.9	8.0	7.5	4.8	4.3	3.8
目的の徘徊	100.0	21.3	18.1	14.5	6.3	10.5	7.7	9.8	5.7	2.7	3.5
彷徨いの徘徊、不穏	100.0	25.2	17.9	13.9	15.5	6.5	9.3	3.0	1.7	1.3	5.7
常道行為の徘徊	100.0	25.4	14.3	20.4	6.0	11.8	7.3	2.8	3.5	3.1	5.6
目的の+彷徨いの	100.0	7.7	27.7	11.0	10.1	3.2	4.1	3.3	9.5	18.0	5.4
目的の+常同的	100.0	13.6	33.7	8.5	12.8	4.1	6.2	12.3	5.0	1.4	2.4
彷徨いの+常同的	100.0	26.7	18.6	18.8	11.4	2.0	13.9	0.0	0.0	8.6	0.0
目的の+彷徨いの+常同的	100.0	15.0	23.9	11.4	8.3	5.2	11.6	2.3	0.7	21.6	0.0
その他	100.0	20.8	15.4	8.4	10.6	12.5	17.2	7.4	0.1	7.1	0.4
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	648	134.4	125.6	92.5	54.1	58.0	51.6	48.5	31.1	27.6	24.6
目的の徘徊	372	79.2	67.2	54.0	23.5	39.0	28.6	36.4	21.2	10.2	12.9
彷徨いの徘徊、不穏	83	20.9	14.9	11.6	12.8	5.4	7.7	2.5	1.4	1.1	4.8
常道行為の徘徊	65	16.5	9.3	13.2	3.9	7.6	4.7	1.8	2.3	2.0	3.6
目的の+彷徨いの	43	3.3	11.9	4.7	4.3	1.4	1.8	1.4	4.1	7.7	2.3
目的の+常同的	40	5.4	13.5	3.4	5.1	1.7	2.5	4.9	2.0	0.6	0.9
彷徨いの+常同的	13	3.5	2.4	2.4	1.5	0.3	1.8	0.0	0.0	1.1	0.0
目的の+彷徨いの+常同的	18	2.7	4.3	2.1	1.5	0.9	2.1	0.4	0.1	3.9	0.0
その他	14	2.9	2.2	1.2	1.5	1.8	2.4	1.0	0.0	1.0	0.1
(帰属確率によるウェイト集計)						(両項目有効回答に限定)					

2) 興奮・暴力への成功事例調査

(1) 回答者属性

①年齢・性別

有効回答 696 名の平均年齢は 42.7 歳 (SD11.0)、最少年齢 20 歳、最高年齢 70 歳、有効回答 709 件の性別割合は、男性が 241 名 (34.0%)、女性が 468 名 (66.0%) であった。年齢分布は、30 歳代が 3 割強、40 歳代が 2.5 割、50 歳代が 2 割と 30 歳～60 歳までが 8 割を占めており、福祉分野、特に介護事業所の従業員年齢比率と比例していると考えられるが、最高齢が 70 歳で、60 歳以上が 54 名 (7.8%) を占めており、高齢介護者が少なくないといえる。本調査では、3 年以上の介護経験者を対象としていることから、若干、回答者の年齢は高い傾向が見られていると考えられる。本調査の回答者傾向としては、比較的年齢の高い、女性がやや多い集団だと位置づけられるだろう (図 3-2-1、3-2-2 参照)。

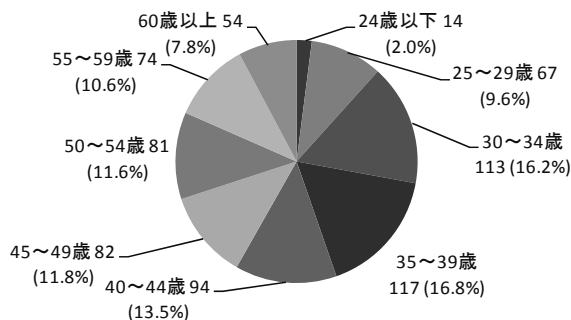


図3-2-1 5歳ごとの年齢別分布 (N=696)

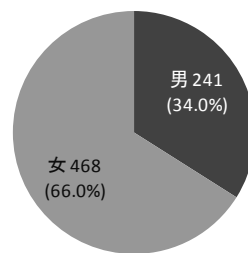


図3-2-2 性別の割合 (N=709)

②職名・資格

有効回答 699 名の職名は、ケアワーカーが 331 名 (47.4%)、ケアマネージャーが 211 名 (30.2%) と 8 割弱を占めてる。その他が 87 名 (12.4%) であり、内訳は管理者や施設長、事務長等となっている。

有効回答 698 名の資格は、介護福祉士が 599 名 (85.8%)、ケアマネージャーが 342 名 (49.0%)、ヘルパーが 161 名 (23.1%) であり、社会福祉士、看護師が 5%～6%見られている (図 3-2-3、3-2-4 参照)。

本調査の回答者は、介護福祉士かケアマネージャー、ホームヘルパーの資格を持ち、直接的に介護に従事しているか、ケアマネージャーを行っている人達が多い集団だといえる。

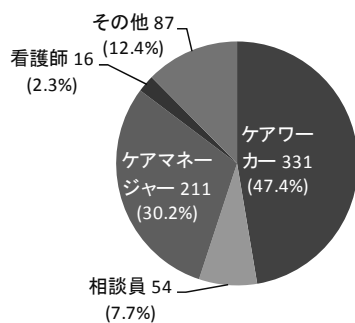


図3-2-3 職名別の割合 (N=699)

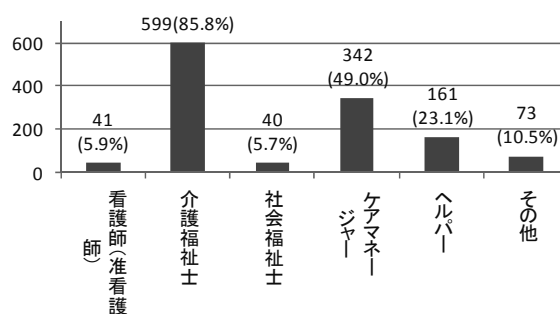


図3-2-4 資格別の割合 (N=698) 複数回答

③所属事業所・開設年

有効回答 704 件の所属事業所の傾向は、認知症対応型共同生活介護事業所が 351 件 (49.9%) で約半数、介護老人福祉施設 (ユニット型以外) が 218 件 (31.0%)、介護老人福祉施設 (ユニット型) が 71 件 (10.1%) であり、通所介護事業所が 32 件 (4.5%) であった。回答者の所属事業所傾向としては、施設系事業所に所属している傾向が高く、在宅系事業所の所属割合は少数である傾向が見られている。

所属事業所の開設年数は、有効回答 662 件中、開設後 3 年以上の事業所 (2009 年以前) が 95%以上を占めており、2010 年以降に開設した事業所が 21 件 (3.2%) 見られている。

本調査の回答者が所属する事業所の傾向としては、開設期間の長い事業所が多い施設系事業所である傾向が伺える ((図 3-2-5、図 3-2-6 参照)。

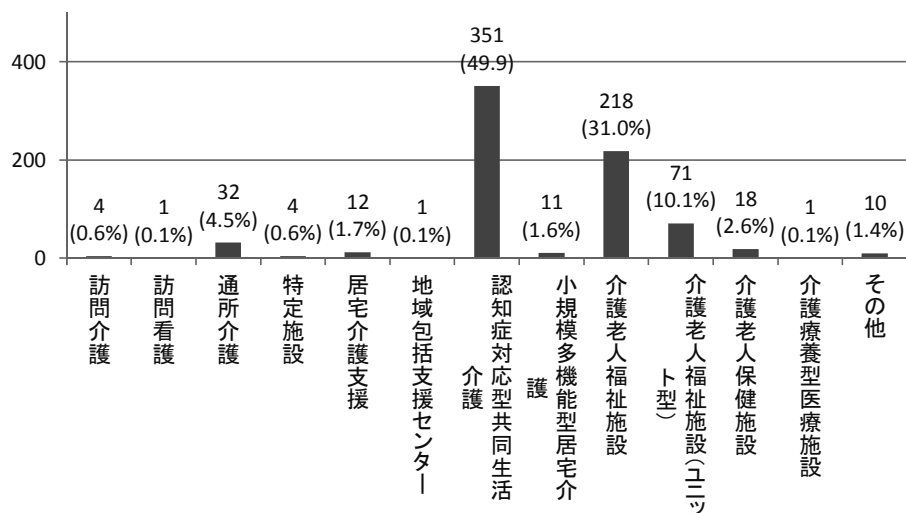


図3-2-5 所属事業所の割合 (N=704) 複数回答

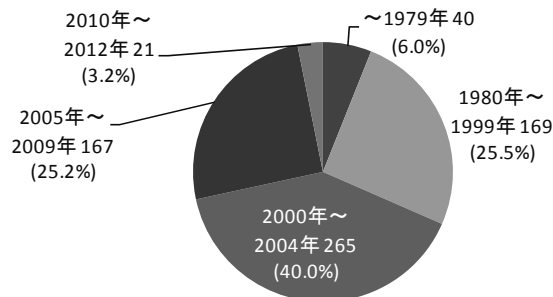


図3-2-6 事業所開設年別の割合 (N=662)

④勤続年数

回答者の現在の事業所での勤続年数の傾向は、有効回答 701 件中、平均勤続年数 8.6 年 (SD5.4)、最短 0.1 年、最長 36.3 年であった。分布をみると 3 年未満が 76 件 (10.8%) と 9 割以上が 3 年以上の勤続であり、10 年以上の勤続が 209 件 (29.8%) と半数以上が 3 年～10 年の勤続であった。比較的、同一事業所での勤続年数が長い集団だといえるだろう (図 3-2-7 参照)。

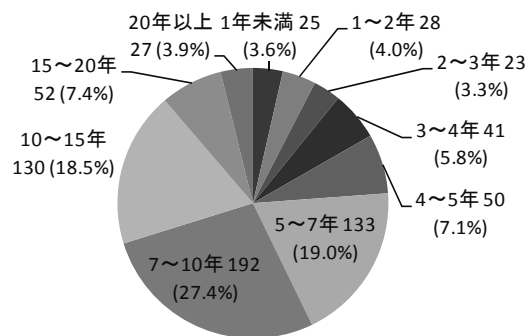


図3-2-7 勤続年数の割合 (N=701)

⑤総介護経験年数

回答者の今までの介護経験年数の総計は、有効回答 696 件中、平均 12.1 年 (SD5.4)、最短 1.1 年、最長 36.3 年であった。分布をみると、5 年未満が 41 件 (5.9%)、5 年以上 10 年未満が 223 件 (32.0%)、10 年以上が 432 件 (62.1%) と 10 年以上のベテランともいえる介護者が 6 割以上を占めており、キャリアだけで考えれば介護熟達者の多い集団ととらえる事ができるだろう (図 3-2-8 参照)。

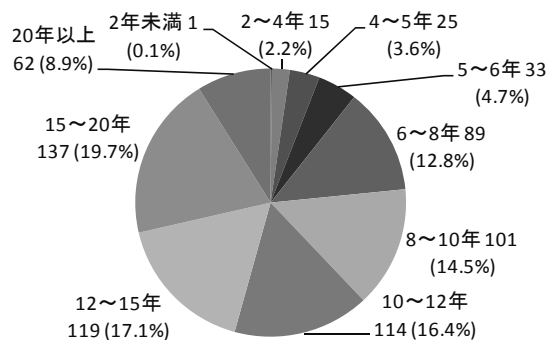


図3-2-8 総介護経験年数の割合 (N=696)

⑥認知症介護経験年数

有効回答 676 件の認知症介護経験年数の傾向は、平均 10.5 年 (SD5.0)、最短が半年、最長が 33 年であった。経験年数の分布傾向は、10 年以上が 332 件 (49.1%) と半数を占めており、5 年以上 10 年未満で 268 件 (39.6%) とほぼ 4 割を占めている。認知症介護を 5 年以上実施している者が 9 割であり、認知症介護の経験が長い、経験豊富な認知症介護の熟達者が多い集団だといえるだろう (図 3-2-9 参照)。

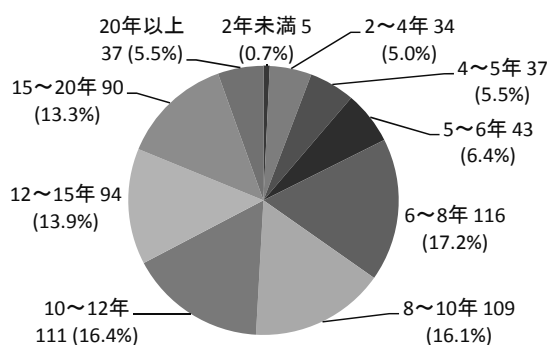


図3-2-9 認知症介護経験年数の割合 (N=676)

⑦回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30 歳から 60 歳までの中堅クラスで、認知症介護の経験が長い、介護福祉士やケアマネージャーの資格を保有し、実際に認知症ケアを実践している認知症対応型共同生活介護事業所や介護老人福祉施設の者が多い集団と位置付けられるだろう。

(2) 高齢者属性

①年齢・性別

有効回答票 671 名の平均年齢は 83.8 歳 (SD7.0)、最少年齢 57 歳、最高年齢 102 歳であり、80 歳代が 6 割弱、90 歳以上が 2 割、80 歳以下が 2 割強となっており、80 歳以上の後期高齢者が多い傾向がみられている。性別割合は有効回答 705 名中、男性が 269 名 (38.2%)、女性が 436 名 (61.8%) であり、徘徊や帰宅願望と比較すると興奮や暴力事例については、男性の割合が多い傾向が見られている。症状の出現と性別との関連を示唆するものであろう。本調査対象の高齢者特性としては、80 歳以上の女性高齢者が多い傾向が見られるが、他の症状に比較するとやや男性高齢者の割合が多い傾向が見られるといえる (図 3-2-10、3-2-11 参照)。

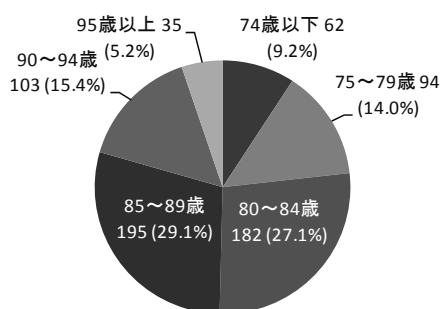


図3-2-10 高齢者の年齢分布(N=671)

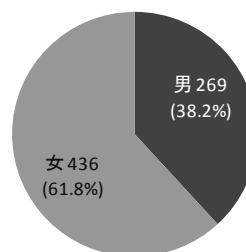


図3-2-11 高齢者の性別(N=705)

②認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患別割合は、有効回答 647 件中、409 件 (63.2%) がアルツハイマー型であり、次いで脳血管疾患型が 107 件 (16.5%)、不明が 58 件 (9.0%) と 6 割強がアルツハイマー型を原因とする認知症である。それ以外では、前頭側頭型認知症が 14 件 (2.2%)、レビー小体型認知症が 23 件 (3.6%) 見られており、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 12 件 (1.9%)、アルツハイマー型と前頭側頭型の混合が 2 件 (0.3%)、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 3 件 (0.5%) 見られている。

特徴としては、アルツハイマー型が多い傾向は認められるが、徘徊事例や帰宅願望事例と比較して、脳血管疾患型の割合がやや多い傾向が見られており、症状と原因疾患の関連性を示唆するものと思われる (図 3-2-12 参照)。

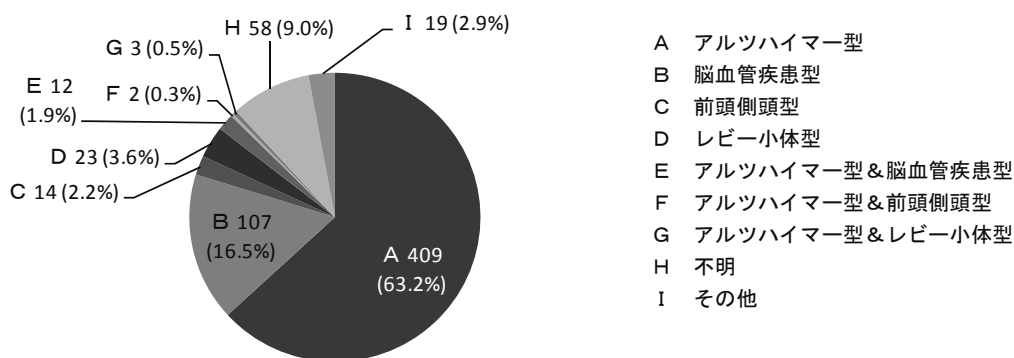


図3-2-12 認知症の原因疾患別割合(N=647)

③認知症と身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、有効回答 697 件中、266 件 (38.2%) がランクⅢ、237 件 (34.0%) がランクⅣ、112 件 (16.1%) がランクⅡと、認知症によって日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向が見られる。生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患を伴うような重度の認知症者は 1 割強と少数であった (図 3-2-13 参照)。

身体障害の重症度は、厚生労働省の自立度判定基準によると、有効回答 709 件中、

ランクAが481件（67.8%）と7割弱を占めており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランクJは64件（9.0%）と8割弱の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られている。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランクBが2割強あり、徘徊事例と比較するとやや身体障害が重い傾向が認められる。この事は、徘徊や帰宅願望と比較すると身体的な機能が低下しており、車いすやベッド上での臥床が多くても興奮症状は出現可能な症状であることが理由と考えられる（図3-2-14 参照）。

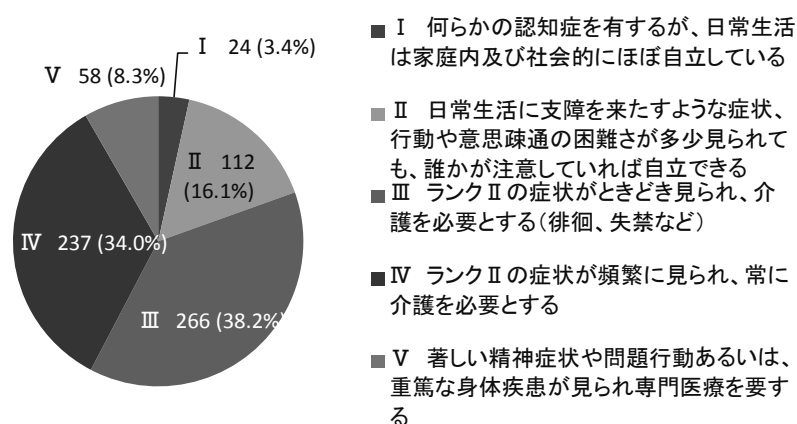


図3-2-13 認知症の重症度別割合 (N=697)

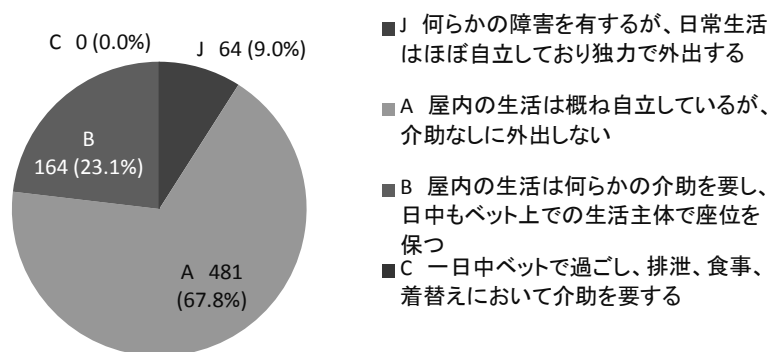


図3-2-14 身体障害の重症度別割合 (N=709)

④興奮・暴力の開始時期と軽減するまでの期間

興奮・暴力等が始まった時期の傾向は、有効回答 552 件中、入居後、平均 201.7 日（SD504.7）約 7 か月程度、最短が初日、最長が 4,380 日（約 12 年）であった。発現時期の分布をみると 207 件（37.5%）は入居初日に興奮・暴力等が始まっており、1 週間以内の発現は 279 件（50.6%）、1 か月以内の発現は 376 件（68.1%）と、入居後 1 か月以内に興奮・暴力等が始まっている方が 7 割程度見られている。また半年以上経過してから興奮・暴力が始まった方が 114 件（20.6%）見られており、

徘徊や帰宅願望の症状とは異なる傾向が見られており、興奮・暴力症状の多くは、入居日から、あるいは1週間以内に症状の出現が認められるが、1割から2割は半年以上、あるいは1年以上経過してから症状が出現しており、他の症状に比較するとやや入居後年数が長くても出現の可能性が高い症状であることが伺える（図3-2-15 参照）。

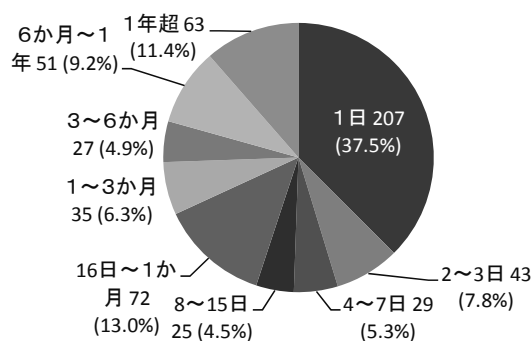


図3-2-15 興奮・暴力が始まった時期の分布(入居後)(N=552)

興奮・暴力等の症状の消滅、あるいは減少までの所要期間は、有効回答 523 件中、平均 272.0 日間 (SD355.2) 約 9 か月程度、最短 1 日、最長 2,190 日間 (約 6 年間) となっている。解決に要した期間の分布をみると 1 か月以内が 119 件 (22.8%)、3 か月以内が 227 件 (43.4%)、半年以内が 331 件 (63.3%)、1 年以内が 443 件 (84.7%) と 6 割程度が半年以内に、8 割以上が 1 年以内には興奮・暴力症状が消滅あるいは減少している。しかし、15.4%が症状の緩和に 1 年以上を要しており、徘徊症状に比較すると、解決に時間を要する症状であることが伺える（図 3-2-16 参照）。

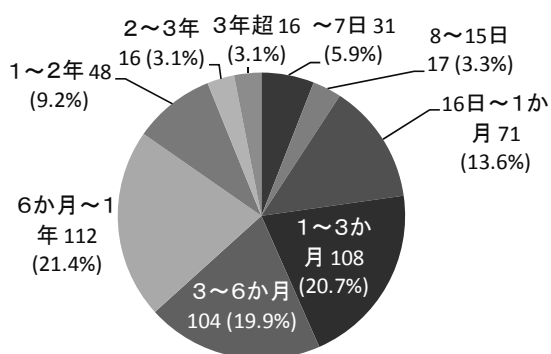


図3-2-16 興奮・暴力の解決に要した期間の分布(N=523)

⑤興奮・暴力時の状況

興奮・暴力へのケア実施時の様子は、有効回答 703 件中、「職員や他者への殴りかかり、つねる、引っ掻く、物を壊す、破壊する、あるいは自分への攻撃」が 433 件 (61.6%) を占めており、それ以外には、「暴力行為は無いが、大声でどなったり、

暴言を吐いたりする」が 260 件（37.0%）見られている。本症状の 6 割以上が攻撃行動を伴っており、怪我や事故、他者とのトラブルなど対応に緊急性を要する状況が伺える（図 3-2-17 参照）。

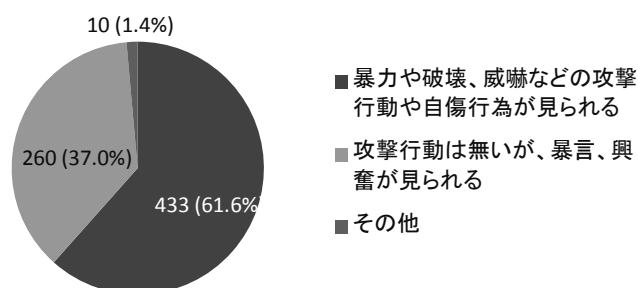


図3-2-17 興奮・暴力時の状況 (N=703)

⑥緩和後の状況

ケアによって症状が緩和した後の高齢者の様子については、有効回答 694 件中、「まだたまに怒ったり、怒鳴ったりするが、暴力は無くなった」が 283 件（40.8%）、「怒鳴ったり、怒ったり、攻撃することはほとんど無くなった」が 319 件（46.0%）、「興奮したり、暴れたりすることは全く無くなり、落ち着いている」が 52 件（5.8%）と、症状が全く無くなることは少数であり、減少している割合が多い傾向が見られている（図 3-2-18 参照）。

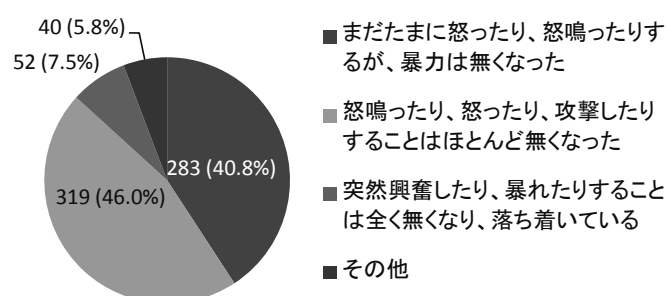


図3-2-18 興奮・暴力の症状が緩和した後の状況 (N=694)

(3) 成功したケアの傾向

興奮・暴力症状が消滅あるいは減少したケアの方法の傾向を分析するため、「Q 4. 解決方法」及び「Q 5. 役立った情報」に関する設問のどちらか一方の回答に欠損が見られ、身体障害の重症度が重いランク C のケースを除外した、有効回答票709件について分析を実施した。分析結果は、予め設定したケアコードごとに709件に占めるケア実施率を算出し、一覧に示した（表3-2-1参照）。以下では、ケアのカテゴリーごとに実施されたケアの傾向について見ていく。

表3-2-1 興奮・暴力の消滅・減少に成功した方法の実施率 (複数回答)

大区分	小区分	新code	ケア方法	実数	%
有効回答者数				709	100.0
環境調整	人数調整	1101	グループ調整	362	51.1
	安定化	1201	落ち着く場所づくり	297	41.9
	席の位置調整	1301	席位置の調整	273	38.5
	馴染みの物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用	146	20.6
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整、整備	11	1.6
	記憶補助環境	1601	記憶等の補助環境(表札、案内板)	71	10.0
	刺激調整	1701	光、音等の刺激調整	104	14.7
	屋外整備	1801	屋外整備	135	19.0
コミュニケーション	会話内容の調整	2101	目的、理由、方法について	298	42.0
		2102	説明	327	46.1
		2103	好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)	346	48.8
		2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉	336	47.4
		2105	頼りにしていることを伝えた	106	15.0
	会話方法	2201	傾聴、受容	297	41.9
		2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく	147	20.7
	会話状況	2301	静かな環境で、一人の時に	185	26.1
		2302	タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	122	17.2
	接触量	2401	声かけ・会話・交流の増加	301	42.5
		2402	付き添い、見守りの増加	416	58.7
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ	102	14.4
		2502	スキンシップの活用	168	23.7
		2503	表情、身振りの多用	3	0.4
活動支援	生活行為	3101	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	330	46.5
		3102	リーダー、指導者の役割	24	3.4
		3103	仕事や日課の継続	5	0.7
	趣味活動	3201	自宅で以前していた趣味活動を続ける	93	13.1
		3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施	407	57.4
		3203	体操、レクリエーションへの参加	9	1.3
	外出支援	3301	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加	317	44.7
		3302	自宅へ外出	69	9.7
		3303	好きな場所へ外出し、見守る	1	0.1
	療法等	3401	集団レク、療法	3	0.4
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施	350	49.4
	食事・水分	4201	食事、食欲支援	315	44.4
		4202	水分補給	141	19.9
	排泄	4303	排泄支援(排便調整、誘導等)	247	34.8
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整	130	18.3
	入浴	4501	入浴支援	1	0.1
	感覚支援	4601	視覚支援	7	1.0
		4602	聴覚支援	2	0.3
	体重管理	4701	体重管理	0	
アセスメント	アセスメント	5101	アセスメントの実施	579	81.7
関係支援	他者との関係支援	6101	他の高齢者への支援依頼	189	26.7
		6102	仲の悪い人と離す	303	42.7
		6103	仲の良い人と過ごす支援	80	11.3
		6104	他の高齢者との交流促進	72	10.2
		6105	近隣、知人との交流支援	40	5.6
	家族関係支援	6201	家族との連絡調整(手紙)	366	51.6
		6202	家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)	240	33.9
	ケア方法統一化	7101	ケア方法の統一	562	79.3
ケア体制	職員調整	7201	職員の調整(専属、性別、変更等)	154	21.7

①ケア体制の整備

ケア体制の整備は、職員がチームとして話し合いを多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 79.3%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性を変更して関わるようにしたり、相性の良い職員への変更など関わる職員の調整をしている割合が 21.7%見られている（図 3-2-19 参照）。

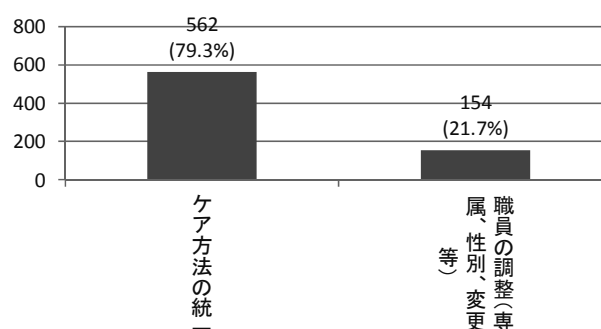


図3-2-19 ケア体制の整備実施割合 (N=709) 複数回答

②コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫は、付き添いや見守りの時間を多くしたり (58.7%)、声かけや会話、交流の時間を増やすような (42.5%) コミュニケーション量を増加させるケアが多く実施されており、次いで、本人が好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）について会話を行ったり (48.8%)、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くする (47.4%)、ここにいる理由を分かりやすく説明したり (46.1%)、興奮している理由を確認したり、どうすればよいかを一緒に相談したり (42.0%)、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える (15.0%) などのような会話内容の調整が実施されていた。

会話方法は傾聴や受容 (41.9%)、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく (20.7%) 会話するなどの工夫が実施され、会話状況は静かな状況 (26.1%)、行動のパターンやタイミングを見計らった (17.2%) 声かけや会話が実施されている。

また、非言語的なコミュニケーションは、スキンシップの多用 (23.7%)、あえて会話をせずに見守るだけ (14.4%)、表情や身振りの多用 (0.4%) などが実施されている。

興奮時のコミュニケーションの特徴はできるだけ受容や傾聴、見守りを多用し、好きな話題や肯定的な会話を心がけていることである。あるいは、ごまかしやうそではなく、正面から向き合って理由を説明したり、気持ちを確認しようとするコミュニケーションの重要性が示されたといえる（図 3-2-20 参照）。

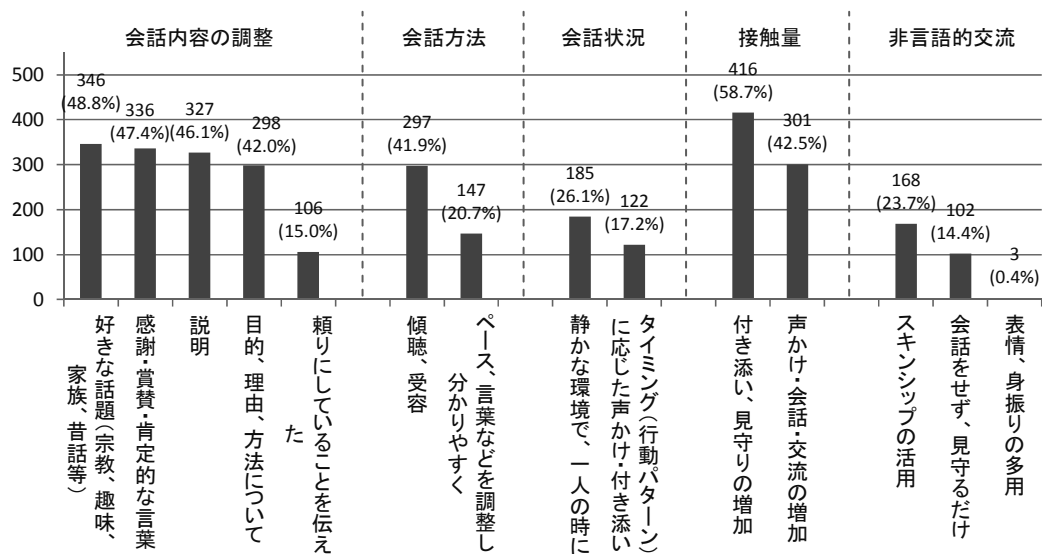


図3-2-20 コミュニケーションの実施割合(N=709) 複数回答

③活動支援

活動支援は、興味を持った趣味活動（書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等）の実施(57.4%)、以前、自宅ですべてしていた趣味活動の継続(13.1%)、体操やレクリエーションへの参加(1.3%)が多く実施されている。

また、家事や炊事、庭仕事、畑仕事などの以前に自宅ですべてしていたような生活行為を継続して実施したり、あるいは新たに役割として生活行為を実施してもらうような支援が46.5%と多く実施されている。軽作業の実施だけでなく入居者の中でリーダーや、職員や入居者に何かを教えるような指導的な役割も3.4%実施されていた。

外出支援は、屋外でのレクや行事への参加、散歩やドライブ、外食(44.7%)、自宅に行く(9.7%)、好きな場所に一緒に外出し、見守る(0.1%)などが実施されている。

集団でのレクリエーションや療法の実施は0.4%と少数だが実施されていた。

興奮・暴力への活動支援の傾向は、まず興味のある活動を実施したり、屋内だけでなく屋外活動を実施したり、自宅に帰りたければ実際に自宅に帰ったり、行きたい場所に行ってみるような活動支援が重要であることが伺える。しかし、徘徊や帰宅願望への対応に比較して、興奮・暴力時の活動支援の実施率は若干低い傾向が見られており、おそらく対応の緊急性が特徴的な事から、即時的な対応として活動への誘導や実施は困難であることが予測される。むしろ、興奮時への対応というよりは、興奮が収まっている時のケア方法として活動を促すことで感情の安定化や、環境適応を長期的に実施していることが予測される（図3-2-21参照）。

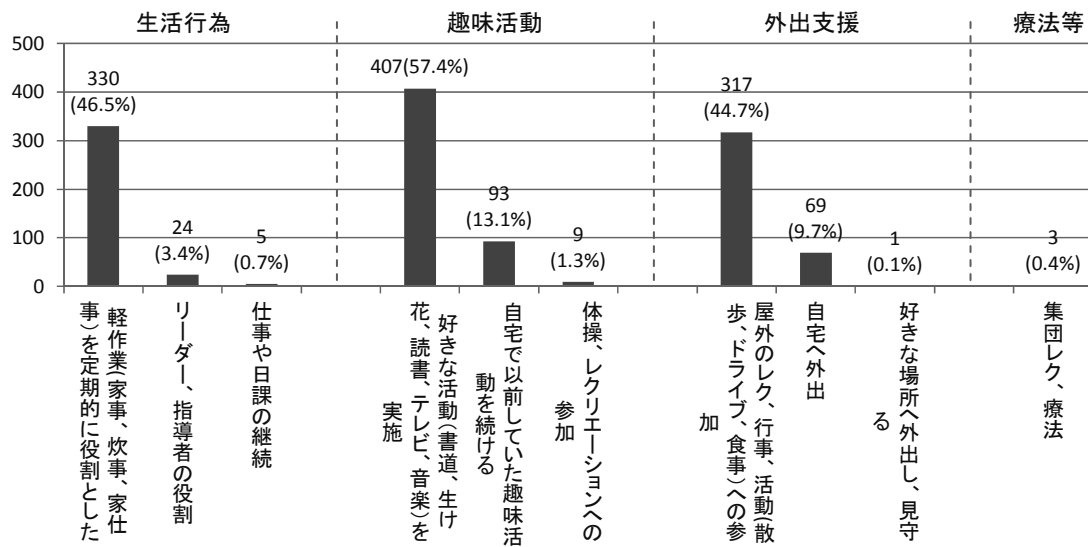


図3-2-21 活動支援実施割合 (N=709) 複数回答

④人間関係の調整

人間関係の調整は、家族との電話や手紙など連絡調整が 51.6%、家族との面会や訪問など接触機会調整が 33.9%と多く実施されていた。

また、仲の悪い人との接触機会の減少(42.7%)、他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整 (26.7%)、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援 (11.3%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援 (10.2%)、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援 (5.6%) が実施されている。

興奮・暴力時の人間関係の調整は、家族との連絡や接触、そして仲の悪い他者との関係調整が重要であると考えられる。特に、徘徊や帰宅願望と比較して、興奮・暴力症状は、他者との関係性を起因として発現している事が予測され、関係の調整は重要なケアとして考えられる。特に家族との接触、交流機会の調整は、信頼できる人間関係が興奮・暴力症状の緩和に大きく関与していることが推測される (図 3-2-22 参照)。

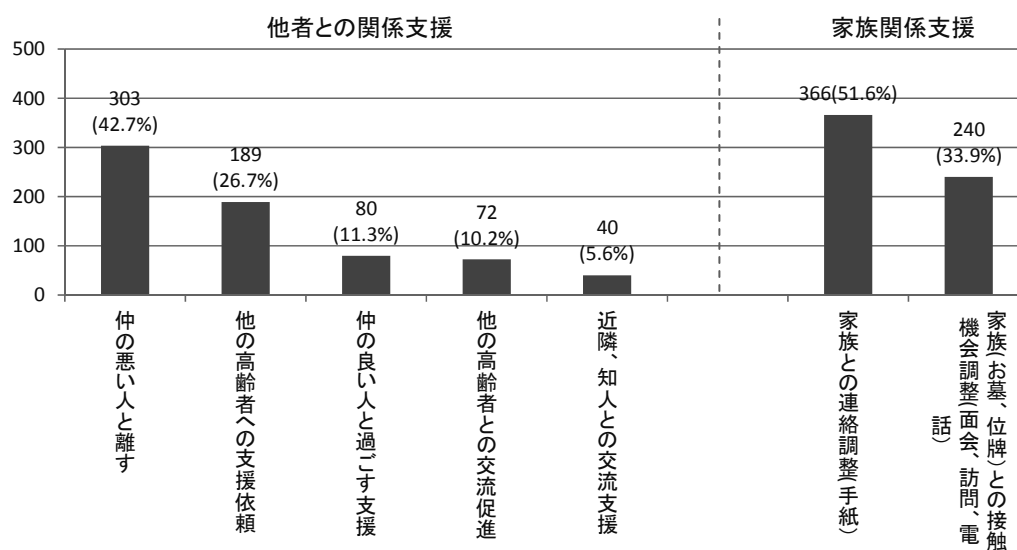


図3-2-22 関係支援実施割合 (N=709) 複数回答

⑤環境の調整

環境調整は、一緒に過ごす人数の調整（グループ調整）（51.1%）、落ち着く場所づくり（41.9%）、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整（38.5%）、自宅で使用していた物（椅子、たんす、人形等々）の継続的な使用（20.6%）、安全な屋外の整備（19.0%）、光や音等の刺激調整（14.7%）、表札や案内板などを設置した記憶補助環境整備（10.0%）、居室の変更や居室内の整備（1.6%）が実施されていた。

環境調整の特徴は、まずは一緒にいる人数の調整が特に重要であり、おそらく1人で静かに過ごせる空間や状況の整備が不可欠であり、落ち着ける場所に誘導したり、あるいは座る席の位置を調整したり、光や音などの刺激を和らげ興奮を鎮静化することの重要性を示唆している（図3-2-23 参照）。

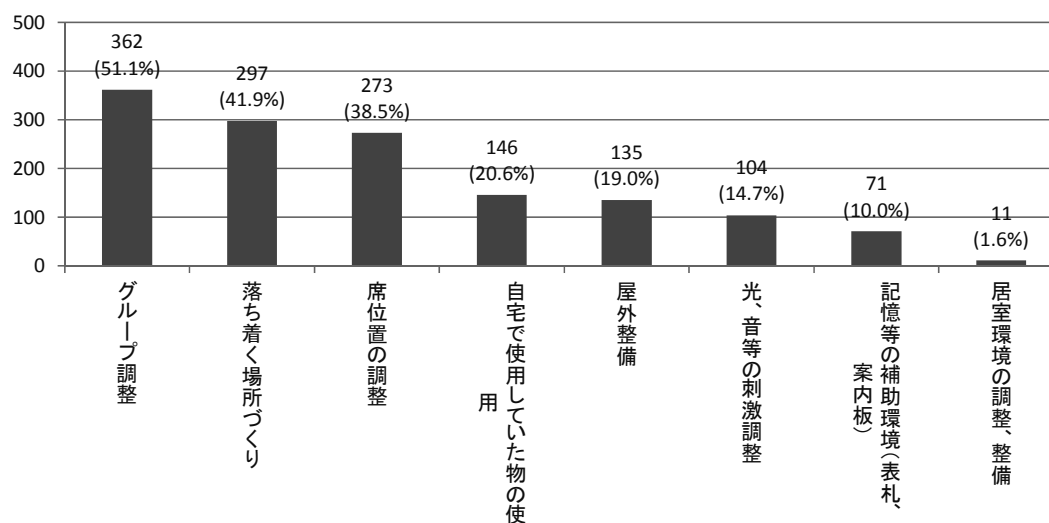


図3-2-23 環境調整実施割合 (N=709) 複数回答

⑥身体的なケアの実施

身体的なケアは、服薬の調整や医師への相談など医療的な処置(49.4%)が最も多く、食事、食欲支援(44.4%)、排泄の調整や誘導など排泄支援(34.8%)、水分の補給(19.9%)、睡眠の調整や改善(18.3%)が多く実施されている。それ以外にも視覚や聴覚への補助、入浴支援も少数だが実施されていた。

特徴としては、徘徊や帰宅願望の症状に比較して、服薬の調整や医師への相談などが多く実施されている傾向が見られている。特に興奮・暴力症状の原因として体調の不具合から影響される不快感情が推測されるため、体調の調整に関する身体的なケアは特に重要と考えられる(図3-2-24参照)。

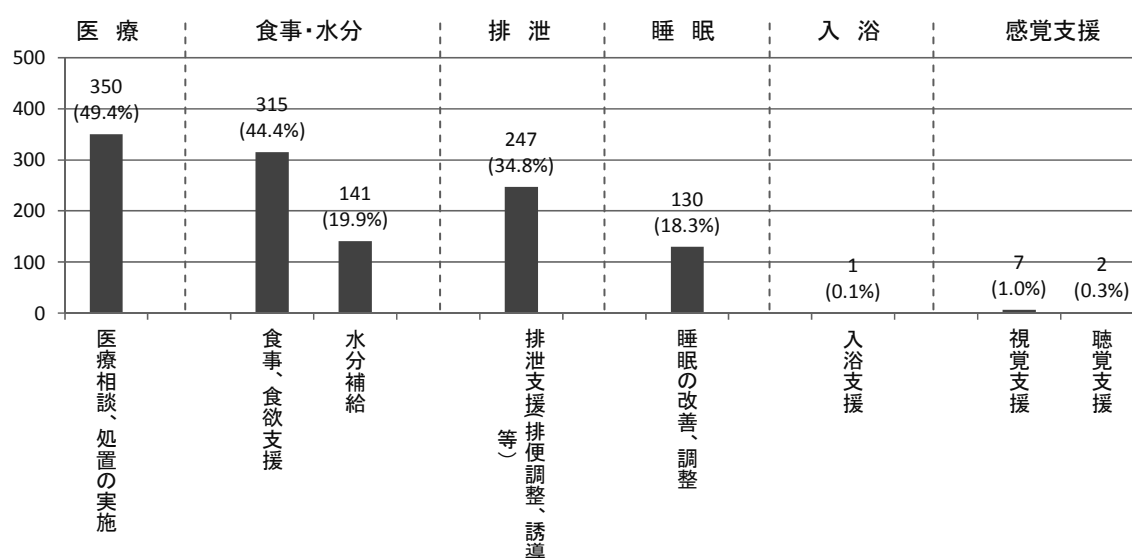


図3-2-24 身体ケア実施割合(N=709) 複数回答

⑦興奮・暴力へのケアの特徴

興奮・暴力症状の緩和に成功した709事例で実施されていたケアの全体的な特徴を把握するため、ケア分類ごとに実施率の高いケア方法を見ると、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で79.3%、コミュニケーションの工夫では「付き添い見守りの増加」が58.7%、活動支援では「好きな活動の実施」が57.4%、人間関係の調整では、「家族との連絡調整」が51.6%、環境の調整では「一緒に過ごす人数の調整(グループ調整)」が51.1%、身体的なケアでは、服薬調整や医師への相談など「医療相談、処置の実施」が49.4%であった。興奮・暴力等への対応として最も多く実施されているのは組織やチームのケアを統一することであった。ケア方法としては付き添いや見守りなどを増加し、できるだけ寄り添ったり、一緒にいる時間を長くするなどコミュニケーション量の増加や、好きな活動を実施してもらうなど活動支援が、あるいは仲の悪い人との接触を調整するなど他者との関係調整が、そ

して服薬調整や医療的な処置として医療的な関わりが多く実施されている傾向が見られた。徘徊や帰宅願望と比較すると興奮・暴力への関わりは、特に人間関係が重要であり、鎮静化のための医療的な関わりと人的、物理的環境の調整が重要と考えられる。

徘徊や帰宅願望へのケアと比較した特徴は、環境調整面では、一緒に過ごす人数の調整や席位置の調整を実施している割合が高い傾向が見られており、他者との関係調整を重視している点が特徴的である。コミュニケーション面では、理由や目的を無理に聞こうとせず、会話よりも見守りながら様子をみたり、わかりやすい言葉かけが多く実施されている傾向が見られている。活動支援面では、生活行為をしてもらうような支援はやや少なくなり、好きに活動を行ってもらうような支援が多い傾向が見られている。身体ケア面では、服薬の調整や睡眠の調整が多く、医療的な介入が重視されており、人間関係の調整では、他者との交流を促進するよりもできるだけ、仲の悪い人間関係を調整し、まずは関わらないようにするような調整が重視されていることが特徴的といえるだろう。ケア体制の整備では、信頼関係のある専属の職員が対応する事が重要であることが示されている。

(4) 興奮・暴力へのケアに有効な視点

興奮・暴力へのケア時に役立った情報の選択率をケアコードごとに示したものが表 3-2-2、表 3-2-3 である。これらのうち、選択率 10%以上の項目について取り上げケア方法ごとの有効情報として有効な情報の傾向をみていく。

表 3-2-2 興奮・暴力の緩和に役立った情報の選択率

(複数回答)

区分	コード	実数	%
解決方法の延べ件数		9,589	100.0
認知能力	101 認知機能	582	6.1
	102 認知症の種類	243	2.5
	103 認知症の症状	978	10.2
	104 認知症罹患期間	44	0.5
健康面	201 体調	1,056	11.0
	202 現病・既往歴	415	4.3
	203 排泄状況	729	7.6
	204 水分状態	573	6.0
	205 視力・視覚機能	102	1.1
	206 体重・BMI	146	1.5
	207 運動量	500	5.2
	208 睡眠時間・状況	682	7.1
	209 痛み	80	0.8
	210 かゆみ	31	0.3
	211 投薬状況	558	5.8
	212 幻視・幻聴	249	2.6
	213 せん妄	179	1.9
	214 転倒歴	2	0.0
	215 聴力・聴覚機能	9	0.1
	216 食事量、食事摂取状況	4	0.0
	217 嚥下機能	1	0.0
	218 身体機能	1	0.0
心理面	301 気分	3,292	34.3
	302 心配ごと・不満状況	1,888	19.7
	303 本人の気持ち、意思	3,934	41.0
	304 空腹感・満腹感	2	0.0
当時の状態	401 様子	1,978	20.6
	402 姿勢	222	2.3
	403 目線	540	5.6
	404 言葉の内容	1,548	16.1
	405 表情	2,088	21.8
	406 声の調子	3	0.0
本人特性	501 性格	83	0.9
	502 嗜好・興味・関心	40	0.4
	503 信仰	2	0.0
	504 容姿	0	0.0
習慣・ライフスタイル	601 生活習慣	1,456	15.2
	602 生活歴	1,200	12.5
	603 役割	2	0.0
	604 方言	1	0.0
環境	701 周囲の雰囲気・刺激	890	9.3
	702 席の位置	476	5.0
	703 椅子・机の形	46	0.5
	704 椅子・机の高さ	31	0.3
	705 椅子・机の色	13	0.1
	706 周辺環境	4	0.0
	707 居室状況	3	0.0
人間関係	801 他の入居者との関係	1,598	16.7
	802 スタッフとの関係	2,149	22.4
	803 家族関係	1,258	13.1
	804 以前の人間関係	2	0.0
	805 家族の状況	2	0.0
	806 異性関係	1	0.0
介護者の対応	901 スタッフの声かけ内容・見守り方	3,165	33.0
	902 介護者の性別	2	0.0

表3-2-3 調査・暴力への解決方法別に設立した情報収集の進捗率：【(%)】(複数回答)(選択率が10%以上の項目に開示)

大区分	小区分	コード	ケア方法	実数	性格	本人特性				習慣・ライフスタイル				環境				人間関係				介護者の対応					
						f.501	f.502	f.503	f.504	f.601	f.602	f.603	f.604	f.701	f.702	f.703	f.704	f.705	f.706	f.707	f.801	f.802	f.803	f.804	f.805	f.806	f.901
環境調整	人数調整	1101	グループ調整	9,589	0.9	0.4	0.0		15.2	12.5	0.0	0.0	9.3	5.0	0.5	0.3	0.1	0.0	0.0	16.7	22.4	13.1	0.0	0.0	0.0	33.0	0.0
	安定化	1201	落ち着く場所づくり	362	4.7	0.6			12.4	6.9			24.6	14.6	1.4	1.4	1.1	0.3	39.5	14.9	4.7				27.1		
	席の位置調整	1301	席の位置調整	237		0.3			10.1	9.4			18.2	7.4	0.3	0.7		0.3	23.9	25.6	12.8				36.7		
	馴染みの物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用	273	1.8	0.7			6.6	1.5			19.0	51.6	5.9	4.0	1.5	0.4		63.0	11.4	1.5				20.9	
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整、整備	146	0.7	2.7			39.7	32.2			15.1	3.4	6.8	2.7	2.1			5.5	2.7	30.8				15.1	
	居座補助環境	1601	記憶等の補助環境(表紙、案内版)	11					9.1	9.1			9.1							27.3						27.3	
	刺激調整	1701	光、音等の刺激調整	71					14.1	2.8			15.5							7.0	5.6					19.7	
	屋外整備	1801	屋外整備	104		5.8			21.2	24.0			34.6	2.9						7.7	8.7	1.9				27.9	
	コミュニケーション	2101	目的、理由、方法について	135					14.1	5.2			14.8		1.5					8.9	21.5	6.7				43.7	
	趣味活動	2201	目的、理由、方法について	298	0.3				13.1	10.1			4.0	0.3	0.3					8.7	15.4	18.1				27.5	
	生活状況	2301	静かな環境で、一人の時に	327	0.3				5.8	5.5		0.3	4.6	0.6	0.3					4.3	25.7	3.7				47.1	
	接触量	2401	声かけ・会話・交流の増加	346	0.3	1.4	0.3		30.9	49.1			2.6	1.7						4.0	20.5	44.8				29.2	
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ	336	1.8				7.7	8.0			4.8	0.3			0.3			7.1	43.5	4.8				51.5	
		2502	コミュニケーションの活用	106	2.8				15.1	17.9			1.9	0.9						17.9	43.4	11.3				38.7	
		2503	感情、身振りの多用	3					10.4	14.5			2.7	0.7			0.3			2.0	19.2	24.2				27.3	
		2504	ペース、言葉などを調整し分けやすく	185	0.5				4.1	3.4			7.5	0.7						2.7	19.7	2.0				40.8	
		2505	静かな環境で、一人の時に	122					5.4	4.9			36.8	8.1	0.5			0.5		10.3	23.2	2.2				29.2	
活動支援	生活行為	3101	趣味、娯楽、食事、家事などを定期的に役割とした	330	1.8			43.0	25.2	0.3		7.6	2.7	0.3	0.3				17.6	30.9	2.7				36.4		
	3102	リーダー、指導者の役割	24	12.5				16.7	37.5			8.3							29.2	16.7					29.2		
	3103	仕事や日課の継続	5					60.0	80.0											20.0							
	趣味活動	3201	自宅で利用していた趣味活動を増やす	93		2.2			50.5	48.4			8.6	1.1		1.1				6.5	17.2	8.6				21.5	
	3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施	407	0.7	1.2	0.2		25.3	20.4			18.9	2.5	0.2	0.2				13.8	11.5	1.5				32.2		
	3203	体操、レクリエーションへの参加	9					22.2				22.2	11.1						22.2	11.1	11.1				11.1		
	外出支援	3301	屋外のレク、行事、活動散歩、ドライブ、食事への参加	317		0.6			18.0	8.8			21.5	0.3	0.3	0.3				16.1	37.5	2.8				37.2	
	3302	自宅へ外出	69					15.9	5.8			4.3							1.4	13.0	60.9				14.5		
	3303	好きな場所へ外出し、見守る	1																						100.0		
	3401	集団レク、療法	3					66.7											33.3	33.3							
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施	350					3.1	1.7			0.6							4.3	3.7	5.1				5.4	
	食事・水分	4201	食事、食飲支援	315	0.3	1.6			20.3	6.7			8.9	4.8						7.9	25.7	4.4				22.5	
	4202	水分補給	141					5.7	2.1			1.4	0.7							0.7	2.8					14.9	
	排泄	4301	排泄支援(排便調整、腸導等)	247					4.0	2.0			1.2							0.4	7.7	0.8				24.3	
	4401	睡眠の改善、調整	130					2.3				3.8								3.1	2.3	3.8				6.2	
	入浴	4501	入浴支援	1																							
	4601	褥瘡支援	7																								
	4602	聴覚支援	2																								
	4701	体重管理	0																								
	4801	アセスメントの実施	579	0.9	0.7			50.4	45.1			8.5	2.1	0.2	0.3					11.4	16.8	26.3				28.3	
ケア体制	他者との関係支援	6101	他の高齢者への支援依頼	189	1.6			5.3	3.2			9.5	9.0	0.5						75.1	7.4	3.2				20.1	
	6102	仲の良い人と話す	303	1.3				1.3	1.7			7.6	24.1				0.3			65.7	18.2	0.3	0.3			33.0	
	6103	仲の良い人と過ごす支援	80	3.8				5.0	3.8			6.3	22.5	1.3	1.3				65.0	7.9					20.0		
	6104	他の高齢者との交流促進	72	1.4				6.9	5.6			9.7	23.6	1.4					72.2	13.9	2.8				34.7		
	6105	近隣、知人との交流支援	40		2.5			22.5	22.5			7.5	5.0						22.5	15.0	35.0	2.5	2.5			22.5	
ケア体制	家族関係支援	6201	家族との連絡調整(手紙)	366				8.2	4.1	0.3		0.5	0.3						14.2	20.8	59.0		0.3			18.0	
	6202	家族(近所、位相)との接点(会合、訪問、電話)	240		0.4			11.7	6.3			2.1							5.0	14.6	77.1				11.7		
	7101	ケア方法の統一	562	0.4				13.5	10.3			6.2	3.0						19.2	38.4	13.2				68.3		
	7201	職員調整(専属、性別、変更等)	154	2.6				1.9	6.5			5.2	0.6	0.6					5.2	76.6	5.2				60.4	1.3	

①環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、言動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が多く選択されており、視点プロセスとしては、先ず、本人の表情や行動、言動を確認し、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施していると推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、グループ人数の調整時は席位置の確認、落ち着く場所の整備は家族との関係性と自宅での環境の把握、席位置の調整は他者との関係性の確認、表札や案内板などの補助環境整備は認知機能の確認、屋外の環境整備時は体調や運動量の確認や職員との関係性の把握が重要視されている傾向が見られている（表 3-2-4 参照）。

表 3-2-4 環境調整に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面										心理面	興奮時の様子			本人特性	習慣・ライフスタイル			環境			人間関係			介護者の対応																
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思 心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	椅子・机の形	居座状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族との関係	以前の人間関係
環境調整	人数調整	グループ調整																				◎	◎	◎	○									○												○
	安定化	落ち着く場所づくり																					○	○	○				○						○											○
	席の位置調整	席位置の調整																					○	○	○	○	○								◎						◎	○				○
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用																					○	○	○			○																	○	
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備																					○	○	○			○															○			
	記憶補助	記憶等の補助環境(表札、案内板)	○	○					○															○	○		○								○									○		
	刺激調整	光、音等の刺激調整																				◎	○	○	○	○									○									○		
	屋外整備	屋外整備			○					○													○	○				○							○									○		

②コミュニケーションにおける有効な視点

コミュニケーション実施時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が重要とされている。ケアに至るプロセスとしては、まず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施していると推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、わかりやすく説明を実施する時は高齢者の認知機能や症状の程度や状態を確認し、会話の内容を工夫する時は生活歴や生活習慣などライフスタイルの確認、静かな環境で会話をしたり、タイミングを見計らったコミュニケーションなど状況調整は認知機能の程度や症状、周囲の雑音や人数の確認、スキンシップや表情、見守りだけのような非言語的なコミュニケーションをする時は、症状を把握することが重要視されている（表 3-2-5 参照）。

表 3-2-5 コミュニケーションに有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面												心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係				介護者の対応														
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症の経過	現病・既往歴	排泄状況	水分状況	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	空腹感・満腹感	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	生活習慣	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族の関係	異性関係	見守り方	スタッフの声かけ内容・
コミュニケーション	会話内容の調整	目的、理由、方法について																				◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎							◎◎												◎		
		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た																					◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎								◎◎						◎◎◎				◎		
	会話方法	傾聴、受容																				◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎								◎◎									◎				
		ペース、言葉などを調整し分かりやすく	○																				◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎														◎						
	会話状況	静かな環境で、一人の時に																				◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎																	◎				
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い		○					○														◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎									○						◎					
	接触量	声かけ・会話・交流の増加																					◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎																◎◎				◎
		付き添い、見守りの増加																					◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎															◎◎				◎	
		会話をせず、見守りだけ		○																			◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎															◎					
非言語的交流	スキンシップの活用																				◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎																◎						
	表情、身振りの多用																○					◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎◎	◎	◎◎														◎					

③活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、体調、興奮時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされている。ケアに至るプロセスは、先ず、本人の表情や行動を見て、興奮している時の気持ちや心理を確認し、生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を取り入れながら、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を調整しつつ、活動を支援していると推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、趣味活動支援は生活行為の支援と異なり、運動量、周囲の雰囲気や刺激などの確認、屋外活動支援は、運動量など体力に関する把握、見守りながら自由に外出してもらう時は、排泄状況や水分量、運動量の確認、療法の実施時は、認知機能の程度を把握する事が挙げられていた（表 3-2-6 参照）。

表 3-2-6 活動支援に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面										心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境			人間関係			介護者の対応																				
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症の経過	現病・既往歴	水分・排泄	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	身体機能	嚥下機能	気分	心配ごと・不満状況	本人の気持ち・満足感	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	性格	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	生活歴	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした				○																○	○	○			○								○	○											○		
		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				○					○												◎	○	○			○									○	○								○				
	自宅へ外出																					○	○	◎			○									○								○					
療手法	好きな場所へ外出し、見守る						◎	◎		◎																											○									◎			
	集団レク、療法	○																				◎							○	○						◎									○				

④身体ケアにおける有効な視点

身体的なケアの共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）を特に重視しており、次いで心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員の対応方法が有効情報として挙げられている。ケアに至るプロセスとしては、先ず、健康面、様子、気分や気持ちを確認し、現在の対応を確認しながら、医師へ相談したり、投薬を調整したり、食事、排泄、睡眠等の支援を実施していると推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、医師への相談や投薬の調整は、認知能力、興奮・暴力の状況、体調や病歴、睡眠状況、投薬状況、せん妄などの精神状態の把握、食事の支援は過去の食習慣や嗜好、他者との関係性の確認、視覚や聴覚支援は自宅でのメガネや補聴器の使用状況、視力や聴力に関する情報の確認が重要視されている（表 3-2-7 参照）。

表 3-2-7 身体ケアに有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

[illegible]

⑤関係調整における有効な視点

関係調整時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が有効情報として挙げられており、ケアに至るプロセスとしては、先ず、他の入居者との関係や家族との関係を把握しながら、様子や心理を確認して、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、他の高齢者との関係調整では席の位置の妥当性が重要とされている。また、近隣や知人との交流支援時では、選択率は10%を下回ったものの、以前からの友人や知人、近所との関係状況の確認も、やや有効な視点といえる（表3-2-8参照）。

表 3-2-8 関係調整に有効な視点(◎が50%以上、○が10%以上の選択率を示す)

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面													心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係		介護者の対応																			
			認知機能	認知症の種類	認知症の発症期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量・食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	信仰	容姿	生活習慣	生活層	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の形	席の位置	居室状況	周辺環境	周辺環境	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係	家族の状況
関係支援	他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼		○																		○	○	○	○																									○	
		仲の悪い人と離す																					○	○	○	○																							○		
		仲の良い人と過ごす支援																					○	○	○	○																							○		
		他の高齢者との交流促進		○																			○	○	○	○																						○			
		近隣、知人との交流支援																					○	○	○	○																					○				
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)		○	○																		○	○	○	○																						○			
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)																					○	○	○	○																						○			

⑥ケア体制整備における有効な視点

ケアの体制を整備する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、興奮時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が重要とされている。

それ以外のケアごとの特徴は、チームでケアを統一する上では排泄状況、生活習慣、他者との人間関係、職員調整では職員との関係性や職員のケア方法、表情や様子などの反応が有効であると判断されている（表 3-2-9 参照）。

表 3-2-9 ケア体制整備に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力		健康面												心理面		興奮時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境		人間関係		介護者の対応																					
			認知機能	認知症の種類	認知症の症状	認知症の経過	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	本人の気持ち、意思	様子	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	性格	容姿	生活習慣	生活態度	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の形	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係
	統一化	ケア方法の統一		○		○																		○	○	○			○	○							○	○											◎	
																									○	○	○			○	○																		◎	

⑦興奮・暴力へのケアに有効な視点の傾向

興奮・暴力へのケアに有効な視点の傾向としては、何れのケアにおいても興奮・暴力時の行動やふるまい、表情、言動などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点であり、症状の種類に限らず認知症介護の基本的な視点とも考えられる。アセスメントの基本的な視点として、本人の状態観察と把握、内面的な心理や気分の推測及び評価が重要であることが示唆されている。特に興奮・暴力へのケアにおいては、他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、日頃、他者との関係状況の把握が特徴的な視点であることが示されており、特に興奮・暴力症状は人間関係上のトラブル等が原因の場合が多い事を考慮すれば、他者との関係性の把握は関係調整をする上で最も重要な視点ともいえるだろう。また、徘徊や帰宅願望に比較して、生活習慣やライフスタイルを重視する傾向が弱く、即時的な対応が中心であり、ライフスタイルや生活習慣を考慮した長期的なケアの実施は、重視されにくい傾向を示唆している。特に興奮・暴力へのケアに多い視点としては、健康面の把握であり、ケアの選択肢として医療的な処置や投薬の調整が多く実施されている。

(5) 失敗したケア方法の傾向

表 3-2-10 興奮・暴力への失敗ケア事例と影響(一部抜粋)

対応分類	興奮・暴力時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	食事時他者のお膳に手がでる為はなれたカウンターに席の位置をかえた	落ちつきなくなり職員の後をおう。(徘徊) 異食
	①全盲、多動、フラツキ歩行ある為リクライニング車イスを使用。すると、寝ごこちが良く昼間も寝ている。 ②4人部屋で畳使用とした。	①斜めに圧迫がかかり、臀部が赤くなった。極力ソファーに横になって頂くようにした。 ②壁づたいに立ち上がり、同室の方のベッド回りを歩くことがあり、苦情があった。見えない世界である為、昼も夜もない。ご本人のペースに合わせようとなった。食事時間に問題は残るが・・・、できるなら自由に過ごしてほしい。安全を見守るのみ！
	急な環境変化を避けるために日中の数時間だけ一般フロアへ移動し、レクなどへの参加を促していた。	トイレや廊下がわからなくなり逆効果になってしまった。明らかに不穏が強くなりBPSDが悪化した期間があった。
	同じ場所を回廊に廊下がなっており、誘導し、帰宅要求がおさまるまで、付き添い歩こうとした。	同じ場所である事に気づき、杖を介護者へむけて怒りをぶつけようとした。
コミュニケーション	ただただ傾聴したり見守っていた	エスカレートするばかりで全くならなかった。
	本人を説得しようとする事	女性職員が言うと、怒った。よけいに興奮した
	①苦手意識を感じながらのケア ②基本通りの受容・傾聴・共感	①落ちつかれることなく感情を強く前面に出し続けられた。 ② ①と同様
	①職員がイライラして感情的になってしまった。 ②気分を変えようと話題を変えた。	①②さらに興奮された。
	本人が理解できる言葉やペースで説明した。	自分の考えが正しく、他者も「そうすべきだ」という思いが強いため、説明や説得に耳を貸そうとせず、顔を紅潮させ、ますます大声で怒鳴ってしまう。
	機嫌が悪い時、男性職員が本人の奥さんの話をする	怒って、職員をなぐりかかろうとした→他の職員もいたので気分を変えてもらう為に関わる職員を変えて対応した。
	急に距離を縮めようと、安易にコミュニケーションをとろうとした。	余計に興奮した。
	興奮している時に、なだめようと更に話しかけに行ってしまう。	一定の職員に対し、激しい怒りをぶつける。大声を出す。
	興奮時の過剰なスタッフのアプローチ	感情の自己コントロールが不能になり、コミュニケーションが図れなくなった。
	近くに行き、視線を合わせる。	怒りだし、スタッフの顔をなぐる。
	最初、興奮している時、関わり過ぎた。	かえって興奮させてしまっていた。興奮状態がさらに続いた。
	最初は説明して安心してもらおうとした。	「あなたは知らないのよ！私はいつも見ている！」と興奮された。
	場面を切り替えようと、昔の仕事の話題を出した(普段から好む話題)	「そんなことはどうでもいい。」と言われた。心理状況の判断を見謝った。
	暴力、暴言時に傾聴を試みた	増々興奮し暴れたり物を投げる等の行動につながった
	本人に近づきすぎた。	たたかれた為に職員がけがをした。止める人がいなくなった為に、エスカレートするようになっていった。
	本人の気をそらそうとして話しかけた。	かえって興奮させてしまった。話をきいてもらえなくなった。
	余りに多くの声かけをした。	さらに、不穏になる。
	話をきいていたが、きくだけにとどめていた。	おこられた。おこり歩いて別の所へ行った

対応分類	興奮・暴力時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
活動支援	誕生会を兼ねて音楽療法を行ない、参加して頂いた。	皆と歌う事に納得が得られず、途中でもどられてしまった。居室にもどられ、職員に「なぜ、皆と一緒にでなければいけないのか。」と怒って話された。
	①帰宅要求の際、後方より付添外出する ②入居前にされていた活動、計算ドリルの提供 ③得意な編物、縫物をして頂く作業の提供	①電車の前、線路を横切ろうとされるなど危険予知が困難であり、途中よりふらつき歩行となり介助が必要となった ②ドリルの理解困難となられ、1問ごとに説明するが、解答されなくなった ③3ヶ月は実施されるが、手が進まず、ため息「目が悪いから」とお断り中断されるようになった
身体ケア	「食事がまずい!」という訴えに、本人の希望に合わせて、パンを食後に提供した。	訴えがエスカレートし、量が増え、体重増につながった。
	空腹時、キッチンの方でおやつ等たべていただいた。	お腹が空いた時は、キッチンに来れば何か食べられると思われた。結果、他の入居者に「〇〇さん、又キッチンで何か食べてる」などと言われてしまった。
	一時的にでも服薬が増えた。	活力の低下につながり出来る事も沢山なくなった。一時的に内服薬が多く成り活動面が低下した。
	最初、排泄誘導、パターンを把握せず、定時で行った。	利用者の抵抗が強かった。素直に従ってもらえず、拒否が度々、他者へ当たり散らし、居室への閉じこもり(短時間)弱者への口撃
	時間通りのケア(みなさんと一緒に)、(食事)をした	早く持ってこいよーなど大きな声が出る。
	入浴困難が続く、ご家族の了承を得て入浴実施をした。	精神的に落ちこまれたことがあった。食欲不振や発熱などがみられた。ご家族も無理強いせず、自宅での入浴で対応していただいた。
	夜間の声掛けトイレ誘導	拒否が多くなり、暴言や暴行が起こりやすくなった。
関係調整	・他の入居者との関係を深めようと集団での外出やイベントに参加してもらった ・いつも側にいるようにしてみた	・興奮状態の悪化、落ち着きがさらになくなった ・固有の職員に対し攻撃的になった
	他利用者と言い争っている最中に、2人の間に入ってとめた。	さらに言い争いがエスカレートした。当日の夜、全く眠らず興奮していた。
	①息子様からのTEL内容を伝えた(家族関係を知らなかった)②息子様からTELがあったことだけを伝えた(別スタッフ)	①興奮状態となり、おさえることができなかった。(身体の振え、異常な発声など) ②聞きながし、何も行ならなかったが、話をしなくて良いと強い口調で言われた(気分不快)
介護者調整	職員複数の人数で対応	「自分は、何も悪いことはしていない。どうして大勢で自分をいじめるの」と大混乱、利用者だけではなく、職員にも暴力およびました。

興奮・暴力症状への失敗したケア方法と高齢者への影響について自由記述のデータを一覧にして整理した。失敗したケア方法については、失敗の定義や基準は回答者の判断に委ねて自由に回答してもらったが、高齢者への悪影響を判断基準としていることは明白である。具体的には興奮・暴力を増長させたり、不穏になったり、怪我を招くような状態を起こしたケア方法と解釈できるだろう。これらの失敗と考えられるケア方法については、いわゆる不適切なケアの具体例とも解釈できるが、望ましいケアや良いケアを考察する上で非常に有益なデータである。研究の成果としては、これらを整理しデータ要約し傾向を把握することも重要だと考えられるが、原データそのものが非常に具体的で、要約することでの具体性の低下が危惧されるため、一部のデータを取り上げ考察することとする。

ケア実施者がケアの提供自体に問題を認め認識しているようなケア方法ではなく、先述した症状の緩和を導いたと思われる望ましいケア方法と同様のケア方法によって失敗を招いたと思われる失敗例を抜粋した。

ケア分類に基づき大きく分類すると、環境の調整では、環境を変え怒りを鎮静化するような調整をしているが、環境の変化に伴う戸惑いや不安のため興奮状態を増長させてしまっている。興奮時への対応として急激な環境変化による気分転換や気逸らしは逆効果であることが示されている。

コミュニケーションにおいても声かけや会話の増加、付き添いの実施、傾聴や受容を多用しているがそれらが逆に興奮を増長させる結果となっている。興奮時のコミュニケーションで難しいのは、コミュニケーションの量と関わる時の距離感であることが推測できる。興奮時の関わりは、目線や距離など細かい態度が、高齢者にとっては大きな刺激となり、余計に感情を高めてしまったり、放任、干渉の程度によって接触量の増加が興奮を刺激してしまう結果となっている。特に興奮時のコミュニケーションは、高度な技術が要求されることを示唆している。傾聴や受容は興奮を鎮静化する上では非常に有効な技術であるが、タイミングや言葉の内容、目線、表情、距離など、絶妙な調整が必要であり、訓練が必要であることを示唆する結果である。

活動支援については、興奮時への提供は特に注意を要する支援であり、本意に沿わない活動の提供は、不満を募らせ興奮を招いてしまう結果となる。感情が安定している時の支援方法であることが理解できる。身体ケアについては、食事支援や入浴支援など本人の意向に合わせた欲求充足を意識した方法が実施されているが、体重の増加や、気分低迷など他の悪影響を招いた結果となっている。服薬の調整についても興奮状態を鎮める事が出来ても活力減退や元気が無くなってしまうなどの副作用がでる傾向が高く、慎重に実施する必要があるだろう。人間関係調整についてもトラブルを要因とした興奮について、職員の介入による関係調整を図っているが、興奮を増長させたり、家族との連絡調整を支援しているが興奮症状が増加してしまっている。

以上は一部の失敗ケア事例であるが、これらの事から方法はあくまでも方法であり、方法自体に絶対的な妥当性は無く、全てのケア方法は高齢者の反応や状況によって良くも悪くもなり得る事を認識しておくことが重要である。もちろん、方法自体に適切性を欠いており、方法自体そのものが不適切であるものも多く認められるが、重要な事は結果であると考えられる。本調査によって明らかとなった成功に貢献したケア方法はあくまでも成功する割合が高いモデル的な方法として認識することが必要であり、それらによる高齢者への影響を確認することなくしてケア方法の水準は決めることは難しいと考えられるだろう。

(6) 興奮・暴力を緩和したケア方法の組み合わせ傾向

本研究の最終的な目的は、認知症にともなうBPSDの緩和に成功した事例から、質の高いケア方法をBPSDの状況別に整理し、モデルとして提案することである。

ここでは、実際のケア実施プロセスを考慮し、ケア単体の効果よりも複数のケアの複合的な効果とみなし、緩和にいたるケアの組み合わせパターンを整理する。そのうち、認知症の原因疾患や、身体障害の重症度、当該症状の様態、緩和までの所要期間によって、ケアの組み合わせパターンが異なるかを分析する。

①解決方法の組み合わせパターン

平均11.9項目で構成される解決方法の組み合わせは天文学的な数値となり、その全てを表すのは現実的でない。そこで実際の組み合わせに、高い確率で近似するパターンを得るために潜在クラス分析を用いた。

その結果10通りの組み合わせパターンを得た（表3-2-11参照、潜在クラスモデルの評価経緯は表3-2-12参照）。

第1パターンは平均12.2項目の組み合わせで、147件（20.7%）がこれに該当する。第1パターンで75%以上が行った解決方法は、「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（79.0%）の1項目である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は10項目であり、『コミュニケーション』の4項目（“会話内容の調整”の3項目（50.4%～63.8%）と「付き添い、見守りの増加」（73.0%））、『環境調整』の2項目（「グループ調整」（59.7%）と「席位置の調整」（60.0%））、『身体ケア』の2項目（「食事、食欲支援」（58.6%）と「医療相談、処置の実施」（57.0%））、そして『関係支援』の2項目（「家族との連絡調整（手紙）」（55.9%）と「仲の悪い人と離す」（55.8%））である。

パターン1のケア傾向は、主に好きな趣味活動を実施し、好きな話題や、感謝、賞賛の言葉をできるだけ多くかけながら、付き添いや見守りを増やし、服薬の調整や食事支援をし、仲の悪い人と離すような調整と席位置を調整して落ち着く場所づくりを実施し、家族との連絡を調整しているグループといえる。

第2パターンは平均7.8項目の組み合わせで、130件（18.3%）がこれに該当する。第2パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満もない。『環境調整』、『コミュニケーション』、『活動支援』、『身体ケア』、『関係支援』に広く分散している。

第3パターンは平均10.0項目の組み合わせで、110件（15.5%）がこれに該当する。第3パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満が6項目であり、『身体ケア』の2項目（「医療相談、処置の実施」（53.3%）と「食事、食欲支援」（52.6%））、『コミュニケーション』の2項目（「付き添い、見守りの増加」（54.5%）と「目的、理由、方法について」（51.1%））、そして「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（56.1%）と「グループ調整」（50.9%）である。

パターン3の傾向は、パターン1に似たグループだが、コミュニケーションの傾向が、傾聴や受容を中心に興奮の理由や目的の把握に努めている点である。

第4パターンは平均3.5項目と最少の組み合わせで、90件（12.7%）がこれに該当する。第4パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満もない。

『環境調整』や『コミュニケーション』が多少みられるものの、かなり散逸している。

第5パターンは平均20.1項目の組み合わせで、67件（9.4%）がこれに該当する。第5パターンで75%以上が行った解決方法は8項目であり、『活動支援』の3項目（「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（93.9%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（86.1%）、「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（79.4%））、『コミュニケーション』の2項目（「付き添い、見守りの増加」（78.9%）と「感謝・賞賛・肯定的な言葉」（75.8%））、『身体ケア』の2項目（「医療相談、処置の実施」（77.4%）と「排泄支援（排便調整、誘導等）」（76.6%））、そして「家族との連絡調整（手紙）」（85.6%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が12項目であり、『コミュニケーション』の5項目（54.9%～73.8%）、『環境調整』の3項目（50.5%～70.3%）、『関係支援』の3項目（50.9%～70.7%）、そして「食事、食欲支援」（71.1%）である。

パターン5の傾向は、パターン1と似ているが、さらに人的な環境調整が組み合わさっており、活動支援についても趣味活動だけでなく、生活行為支援や外出支援と多様な活動を支援し、服薬や食事支援に合わせて、排泄の調整や支援を実施しているグループである。

第6パターンは平均16.4項目の組み合わせで、44件（6.2%）がこれに該当する。第6パターンで75%以上が行った解決方法は8項目であり、『コミュニケーション』の5項目（76.8%～99.8%）、『活動支援』の2項目（「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（88.1%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（76.4%））、そして「家族との連絡調整（手紙）」（78.2%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が7項目であり、『コミュニケーション』の3項目（「説明」（58.0%）、「頼りにしていることを伝えた」（60.0%）、「付き添い、見守りの増加」（68.2%））、『身体ケア』の2項目（「医療相談、処置の実施」（58.1%）、「食事、食欲支援」（52.9%））、そして「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（59.7%）と「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（57.0%）である。

パターン6の傾向は、好きな話題や、感謝・賞賛・肯定的な会話だけでなく、傾聴や受容、目的や理由の確認をしており、活動支援も特に生活行為支援や外出支援の実施傾向が強く、家族との連絡調整が実施されている。環境や関係調整よりも、活動支援やコミュニケーションに特化したグループである。

第7パターンは平均11.6項目の組み合わせで、42件（5.9%）がこれに該当する。

第7パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満が9項目であり、『コミュニケーション』の4項目（“会話内容の調整”の3項目（51.3%～57.4%）と「傾聴、受容」（65.5%））、『環境調整』の2項目（「グループ調整」（68.2%）と「落ち着く場所づくり」（66.6%））、そして「医療相談、処置の実施」（65.7%）、「家族との連絡調整(手紙)」（60.4%）、「軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした」（57.8%）である。

第8パターンは平均21.2項目の組み合わせで、36件（5.1%）がこれに該当する。第8パターンで75%以上が行った解決方法は12項目であり、『コミュニケーション』の7項目（83.0%～99.8%）、『環境調整』の2項目（「グループ調整」（83.1%）、「落ち着く場所づくり」（78.5%））、そして「食事、食欲支援」（99.8%）、「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（95.0%）、「家族との連絡調整(手紙)」（81.4%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が11項目であり、『コミュニケーション』の4項目（61.8%～67.9%）、『身体ケア』の3項目（52.7%～66.4%）、『活動支援』の2項目（55.1%と61.1%）、そして「席位置の調整」（72.1%）と「仲の悪い人と離す」（55.4%）である。

パターン8の傾向は、コミュニケーション全般を実施しており、特に好きな活動の支援が行われ食事の支援や家族との連絡調整をしながら、席位置を調整し、落ち着く場所づくりを行っているグループである。

第9パターンは平均13.8項目の組み合わせで、28件（3.9%）がこれに該当する。第9パターンで75%以上が行った解決方法は3項目であり、『コミュニケーション』の2項目（「声かけ・会話・交流の増加」（99.5%）と「好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）」（92.2%））、そして「落ち着く場所づくり」（79.6%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が7項目であり、『コミュニケーション』の4項目（60.9%～72.7%）、「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（56.8%）、「家族との連絡調整(手紙)」（55.9%）、「排泄支援(排便調整、誘導等)」（51.4%）である。

パターン9は、好きな話題で声かけや会話を増やし、席位置を調整しているグループであり、関わりの増加が中心のグループである。

第10パターンは平均31.4項目と最多の組み合わせで、16件（2.3%）がこれに該当する。第10パターンで75%以上が行った解決方法は26項目にも達し、『コミュニケーション』の14項目中12項目（89.1%～99.7%）、『環境調整』の8項目中4項目（76.8%～88.3%）、『関係支援』の4項目（76.8%～99.6%）、『活動支援』の3項目（99.7%～99.8%）、そして『身体ケア』の3項目（82.5%～99.7%）と実に広範囲である。

パターン10は、全てのケアを実施しているグループである。

以上のパターンを整理して、ケア方法の特徴と組み合わせパターンをみると、1

つは、趣味活動の実施を中心に、コミュニケーションの工夫をしているパターン、1つは、コミュニケーションの増加を中心とするパターン、1つは、コミュニケーションの工夫と活動支援が同程度重視され実施されているが、傾聴や受容をベースに目的や理由を把握するコミュニケーションと、好きな話題や感謝・賞賛・肯定的な言葉を混ぜるコミュニケーションに分かれ、さらに、好きな活動など趣味活動的な活動支援と、生活行為、外出を支援する活動支援に分かれており、それぞれの組み合わせが実施されている。そして、何れにおいても服薬調整や家族との連絡調整が実施されている傾向がみられる。

表3-2-12 潜在クラスモデル評価(興奮・暴力の解決方法組み合わせパターン)(N=765)

モデル(クラス数)	情報量規準		Class.Err.
	BIC	AIC	
モデル5(クラス数5)	30943	29783	0.113
モデル10(クラス数10)	31997	29674	0.140
モデル20(クラス数20)	34414	29764	0.080
モデル30(クラス数30)	37077	30099	0.053
モデル40(クラス数40)	39881	30576	0.040
モデル50(クラス数50)	42654	31021	0.026

②解決方法の組み合わせパターンによる解決までの所要日数の差異

上記10通りの解決方法の組み合わせパターン別に、興奮・暴力の開始から解決までの所要日数を分析した結果、次の傾向がみられた(表3-2-13参照)。

解決までの所要期間が最も短いのがパターン8で平均7か月強(222.0日)で、逆に最も長いのがパターン10で平均1年強(373.4日)であり、1.7倍の格差である。

10通りのパターンを解決までの平均所要期間で大まかに次の3グループに分けられる。

第1は、平均8か月前後と短い、パターン8(222.0日)、パターン2(237.4日)、パターン9(237.6日)、そしてパターン5(248.4日)である。

第2は、平均9か月前後と中くらいの、パターン6(265.8日)、パターン4(281.4日)、パターン3(287.3日)、そしてパターン1(288.7日)である。

第3は、平均11か月～1年程度と長い、パターン7(322.2日)とパターン10(373.4日)である。

表3-2-13 興奮・暴力の解決方法組み合わせパターン別にみた解決までの平均所要日数

	全体	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
解決までの平均所要日数	272.0	288.7	237.4	287.3	281.4	248.4	265.8	322.2	222.0	237.6	373.4
サンプル数	523	106.8	89.9	83.0	62.0	48.8	35.6	30.7	28.8	22.4	14.8
(参考)所要日数合計	142,253	30,845	21,342	23,845	17,460	12,136	9,466	9,903	6,392	5,327	5,537

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

②高齢者の状況による解決方法の組み合わせパターンの差異

認知症の原因疾患、身体障害の重症度、そして興奮・暴力状況の3つの視点で解決方法の組み合わせパターンがどのように異なるのか分析した。

i) 認知症の原因疾患別にみた差異

原因疾患の大部分を占める「アルツハイマー型」と「脳血管疾患型」を対比すると、脳血管疾患型ではパターン4（18.2%）がやや多い（アルツハイマー型では10.9%）、という傾向がみられる。パターン4の特徴は、ほとんど顕著なケア傾向が無く、さまざまなケアが実施され、組み合わせの特徴が無いグループであるが、脳血管疾患型の認知症における興奮・暴力症状について、対応がさまざまでありパターンが無いことを示している（表3-2-14参照）。

表3-2-14 認知症の原因疾患別にみた興奮・暴力の解決方法組み合わせパターン

【比率】（横100）											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	20.5	17.6	16.2	12.1	9.3	6.6	5.9	5.1	3.9	2.7
アルツハイマー型	100.0	21.2	18.9	14.8	10.9	9.8	6.8	5.5	5.7	3.9	2.4
脳血管疾患型	100.0	17.5	15.2	17.7	18.2	7.3	7.5	5.8	3.9	3.1	3.7
前頭側頭型	100.0	8.6	18.0	9.6	6.9	34.6	7.8	0.5	6.8	0.1	7.1
レビー小体型	100.0	22.6	19.4	17.5	8.6	5.6	0.4	1.7	8.9	11.0	4.3
アルツハイマー型&脳血管疾患型	100.0	12.1	13.7	15.9	13.3	9.1	6.0	7.3	2.7	6.2	13.6
アルツハイマー型&前頭側頭型	100.0	27.4	21.9	49.6	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.5	0.0
アルツハイマー型&レビー小体型	100.0	1.8	64.5	1.6	0.0	31.8	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
不明	100.0	25.4	13.7	16.6	14.0	6.0	7.1	8.0	4.1	4.9	0.0
その他	100.0	20.2	4.6	38.4	7.1	5.4	5.1	19.0	0.0	0.1	0.0

【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	647	132.4	113.6	104.9	78.3	60.5	42.9	38.4	33.3	25.3	17.5
アルツハイマー型	409	86.6	77.5	60.6	44.8	39.9	27.9	22.6	23.3	15.8	9.9
脳血管疾患型	107	18.7	16.3	19.0	19.5	7.9	8.0	6.2	4.2	3.3	4.0
前頭側頭型	14	1.2	2.5	1.3	1.0	4.9	1.1	0.1	1.0	0.0	1.0
レビー小体型	23	5.2	4.5	4.0	2.0	1.3	0.1	0.4	2.1	2.5	1.0
アルツハイマー型&脳血管疾患型	12	1.5	1.6	1.9	1.6	1.1	0.7	0.9	0.3	0.7	1.6
アルツハイマー型&前頭側頭型	2	0.5	0.4	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
アルツハイマー型&レビー小体型	3	0.1	1.9	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
不明	58	14.7	8.0	9.6	8.1	3.5	4.1	4.6	2.4	2.8	0.0
その他	19	3.8	0.9	7.3	1.4	1.0	1.0	3.6	0.0	0.0	0.0

（帰属確率によるウェイト集計）

（両項目有効回答に限定）

ii) 身体障害の重症度別にみた差異

重症度J（何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する）ではパターン4（16.0%）とパターン5（15.7%）がやや多く、パターン1（15.9%）とパターン2（10.7%）がやや少ない。重症度A（屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない）と重症度B（屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ）では、パターン1（Aが1.3%、Bが20.0%）とパターン2（Aが19.3%、Bが19.2%）がやや多いという傾向がみられる。（表3-2-15参照）。

パターン1、2とパターン5、6にはケアパターンの特徴の差異があまり見られず、身体障害の重症度によってのケアパターンの差は特に無いものと推測できる。

表3-2-15 身体障害の重症度別にみた興奮・暴力の解決方法組み合わせパターン

【比率】（横100）											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	20.5	18.5	15.6	12.5	9.2	6.5	5.9	5.0	3.8	2.5
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	100.0	15.9	10.7	15.5	16.0	15.7	13.2	6.5	6.1	0.3	0.0
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	100.0	21.3	19.3	15.7	11.4	8.4	7.2	6.2	4.2	3.8	2.4
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	100.0	20.0	19.2	15.1	14.5	9.0	1.8	4.8	6.7	5.3	3.7
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	709	145.5	131.1	110.5	88.6	65.3	46.2	41.8	35.2	27.2	17.5
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	64	10.2	6.9	9.9	10.2	10.0	8.5	4.2	3.9	0.2	0.0
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	481	102.6	92.7	75.7	54.6	40.5	34.9	29.8	20.4	18.3	11.5
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	164	32.7	31.5	24.8	23.7	14.8	2.9	7.8	11.0	8.7	6.0

（帰属確率によるウェイト集計）

（両項目有効回答に限定）

iii) 解決前の状況別にみた差異

主な症状の「暴力や破壊、威嚇などの攻撃行動や自傷行為が見られる」と「攻撃行動は無いが、暴言、興奮が見られる」の2通りを比較すると、前者ではパターン1（前者で23.0%、後者で16.8%）がやや多く、後者ではパターン2（後者で21.2%、前者で16.9%）がやや多いという傾向がみられる（表3-2-16参照）。

攻撃行動の有無によってケアパターンの差異が認められるかについては、パターン1は2に比較して、医療相談、服薬調整、食事支援の実施が強い傾向が見られている。あるいは、コミュニケーションの工夫では、見守りや付き添いの増加が多く行われている傾向がみられる。

表3-2-16 解決前の状況別にみた興奮・暴力・暴言の解決方法組み合わせパターン

【比率】（横100）											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	20.7	18.3	15.6	12.6	9.3	6.6	5.9	4.9	3.8	2.5
暴力や破壊、威嚇などの攻撃行動や自傷行為が見られる	100.0	23.0	16.9	15.7	12.3	9.2	5.9	6.1	5.5	3.6	1.8
攻撃行動は無いが、暴言、興奮が見られる	100.0	16.8	21.2	15.1	13.2	9.0	7.3	5.9	4.0	3.7	3.8
その他	100.0	20.0	0.1	20.2	10.0	19.9	18.7	0.2	0.0	11.0	0.0
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	703	145.2	128.3	109.4	88.5	65.2	46.2	41.8	34.2	26.6	17.5
暴力や破壊、威嚇などの攻撃行動や自傷行為が見られる	433	99.5	73.1	68.2	53.2	39.7	25.4	26.5	23.9	15.8	7.7
攻撃行動は無いが、暴言、興奮が見られる	260	43.7	55.2	39.3	34.3	23.5	18.9	15.2	10.4	9.7	9.8
その他	10	2.0	0.0	2.0	1.0	2.0	1.9	0.0	0.0	1.1	0.0

（帰属確率によるウェイト集計）

（両項目有効回答に限定）

3) 帰宅願望への対応事例調査

(1) 回答者属性

①年齢・性別

有効回答 749 件の回答者平均年齢は 42.9 歳 (SD11.0)、最少年齢 21 歳、最高年齢 73 歳であり、性別割合は有効回答 762 件中、男性が 259 名 (34.0%)、女性が 503 名 (66.0%) であった。回答者年齢の分布は、30 歳代が 270 名 (36.0%)、40 歳代が 164 名 (21.9%)、50 歳代が 177 名 (23.6%) と 30 歳～60 歳までが 8 割を占めている。一般的な介護事業所の従業員年齢比率と比例している結果と考えられ、最高年齢が 73 歳で 60 歳以上が 58 名 (7.7%) を占めていることから、比較的年齢の高い介護職員が多い集団といえる。特に本調査の対象者特性から鑑みれば、介護経験の長い、介護熟達者を対象としており、回答者の年齢傾向は高い事が推測される (図 3-3-1、3-3-2 参照)。

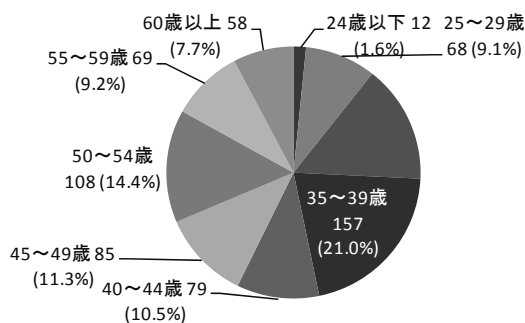


図3-3-1 5歳ごとの年齢別分布 (N=749)

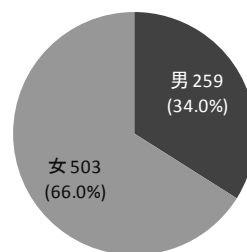


図3-3-2 性別の割合 (N=762)

②職名・資格

有効回答 758 件に占める職名別の割合は、ケアワーカーが 357 名 (47.1%)、ケアマネージャーが 231 名 (30.5%) であり 8 割弱を占めている。その他が 93 名 (12.3%) と 1 割を超えており、内訳は管理者や施設長、事務長等が多くを占めている。

有効回答 753 件に占める保有資格別の割合は、介護福祉士が 618 件 (82.1%)、ケアマネージャーが 392 件 (52.1%)、ホームヘルパーが 178 件 (23.6%) となっており、本調査の回答者は、介護福祉士かケアマネージャー、ホームヘルパーの資格を持ち、介護職か、ケアマネージャーを担っている割合が多い集団だといえる (図 3-3-3、3-3-4 参照)。

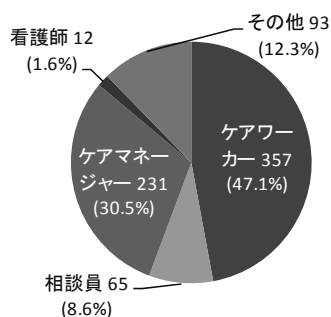


図3-3-3 職名別の割合 (N=758)

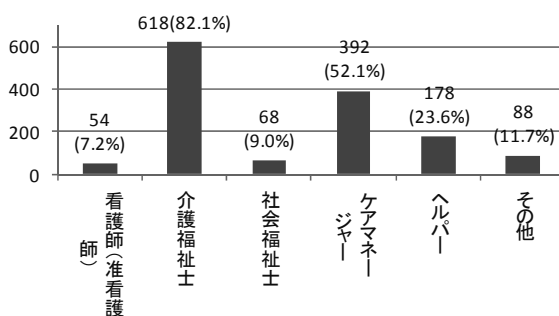


図3-3-4 資格別の割合 (N=753) 複数回答

③所属事業所・開設年

有効回答 760 件の所属事業所の傾向としては、認知症対応型共同生活介護事業所が 396 件 (52.1%)、介護老人福祉施設 (ユニット型以外) が 204 件 (26.8%)、介護老人福祉施設 (ユニット型) が 85 件 (11.2%) であり、通所介護事業所が 32 件 (4.2%) と、回答者の多くが施設系事業所に所属している傾向がみられた (図 3-3-5 参照)。

所属事業所の開設年は、有効回答 710 件中、開設後 3 年以上 (2009 年以前) が 95%以上を占めており、2010 年以降の開設事業所が 27 件 (3.8%) みられている (図 3-3-6 参照)。

本調査の回答者が所属する事業所は、開設期間の長い施設系事業所が多い傾向が伺える。

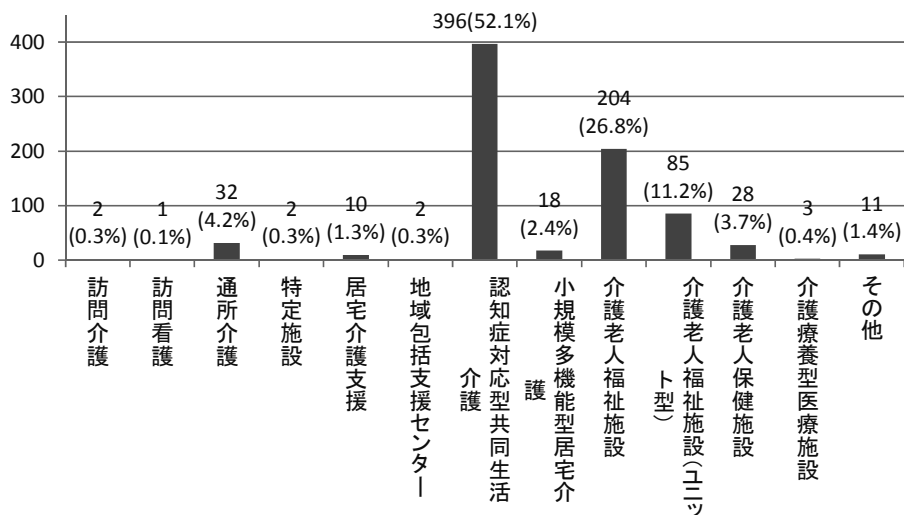


図3-3-5 所属事業所の割合 (N=760) 複数回答

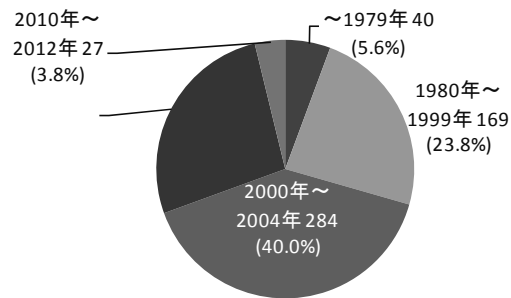


図3-3-6 事業所開設年別の割合 (N=710)

④勤続年数

有効回答 756 件中の回答者勤続年数の傾向は、平均 8.7 年 (SD5.3)、最短 0.3 年、最長 32.2 年であり、分布傾向は、3 年未満が 74 件 (9.8%)、5 年未満が 171 件 (22.6%)、5 年以上が 585 件 (77.4%)、10 年以上が 222 件 (29.4%) であり、同事業所に 5 年以上勤続する回答者が 7 割以上を占めていることから、経験の長いベテラン介護者であることが伺える (図 3-3-7 参照)。

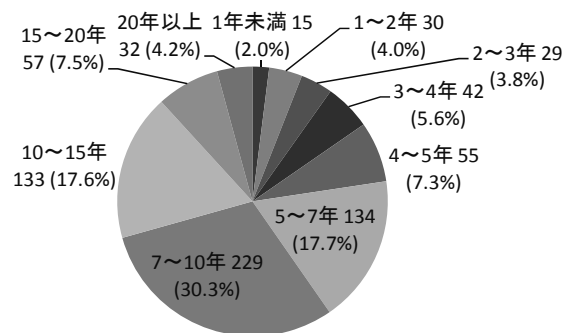


図3-3-7 勤続年数の割合 (N=756)

⑤総介護経験年数

有効回答 751 件における介護経験年数の傾向は、平均 12.4 年 (SD5.8)、最短 1.5 年、最長 33.8 年であり、分布を見ると 5 年未満が 51 件 (6.8%)、5 年～10 年が 244 件 (32.5%)、10 年以上が 456 件 (60.7%) と、10 年以上の介護経験を持つ回答者が 6 割を占めている。本調査における回答者の介護経験は比較的長い傾向が見られ、キャリアから考慮すれば介護の熟達者が多くを占める集団と捉えることができる (図 3-3-8 参照)。

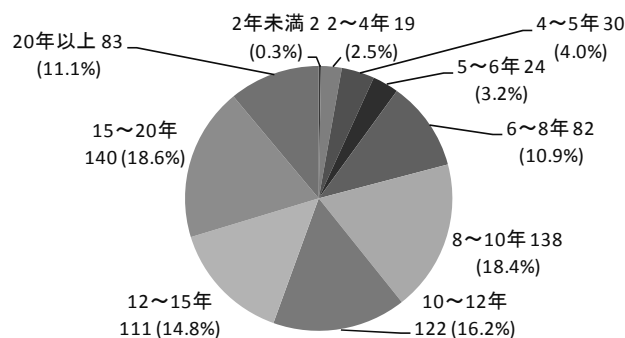


図3-3-8 総介護経験年数の割合 (N=751)

⑥認知症介護経験年数

有効回答 737 件における認知症介護の経験年数の傾向は、平均 10.5 年 (SD5.1)、最短が 0 年、最長が 33 年であり、経験 1 年に満たない者が含まれているため全体の平均値を下げていると推測されるため、実際的な平均年数は若干高めであると考えられるだろう。分布傾向を見ると 10 年以上が 341 件 (46.3%) と約半数近くを占めており、5 年以上 10 年未満が 315 件 (42.7%) とほぼ 4 割強を占めている。全体的には認知症介護経験が 5 年以上の者が 9 割程度を占めており、認知症介護の経験が長いベテラン介護者の集団であることが伺える (図 3-3-9 参照)。

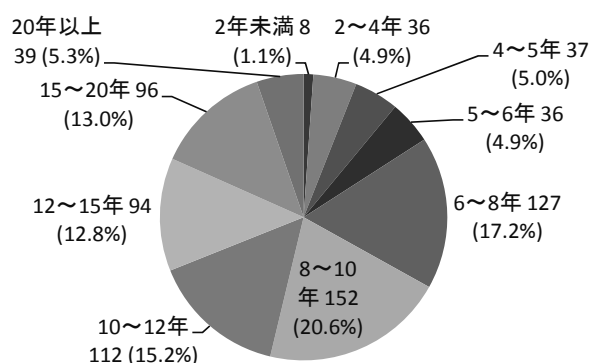


図3-3-9 認知症介護経験年数の割合 (N=737)

⑦回答者の全体傾向

本調査の回答者の特徴は、30 歳から 60 歳までの中堅クラスが多くを占めており、認知症介護の経験が長く、介護福祉士やケアマネジャーの資格を持ち、実際に認知症ケアを実践している認知症対応型共同生活介護事業所あるいは介護老人福祉施設などの入所系事業所に所属している者が多い集団であると考えられる。

(2) 高齢者属性

①年齢・性別

有効回答 720 件における対象高齢者の平均年齢は 85.0 歳 (SD6.3)、最少年齢 55 歳、最高年齢 104 歳であり、80 歳代が 6 割、90 歳以上が 2 割強、80 歳以下が 1.5 割程度となっている。性別割合は有効回答 757 件中男性が 145 名 (19.2%)、女性が 612 名 (80.8%) であり、全体的には 80 歳以上の女性高齢者が多い傾向が見られる。徘徊、興奮・暴力、帰宅願望の 3 症状の中では、帰宅願望症状における女性割合が多い傾向がみられ、偶然的な結果なのか、症状と性別割合との関連が考えられるかの精査が必要と考えられる。今回は成功したケアを中心に事例を収集しているため、帰宅願望症状が見られる全事例における一般的な傾向ではないことが推測されるため偶然的な傾向とも考えられる (図 3-3-10、3-3-11 参照)。

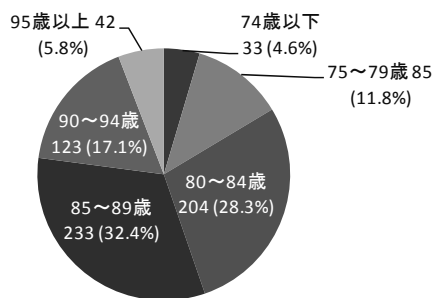


図3-3-10 高齢者の年齢分布(N=720)

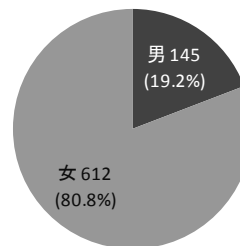


図3-3-11 高齢者の性別(N=757)

②認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患別割合は、有効回答 703 件中、498 件（70.8%）がアルツハイマー型、脳血管疾患型が 93 件（13.2%）、不明が 53 件（7.5%）とアルツハイマー型を原因とする認知症が 7 割を占めている。それ以外では前頭側頭型認知症が 6 件（0.9%）、レビー小体型認知症が 17 件（2.4%）見られ、アルツハイマー型と脳血管疾患型の混合が 7 件（1.0%）、アルツハイマー型とレビー小体型の混合が 3 件（0.4%）みられている。他の症状とも共通しているが、原因疾患不明の割合が比較的多く原因疾患の特定がされていない認知症の多さを示している（図 3-3-12 参照）。

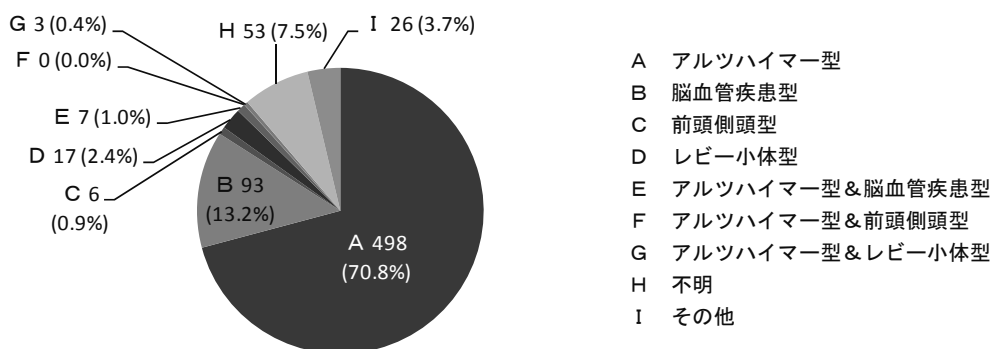


図3-3-12 認知症の原因疾患別割合(N=703)

③認知症及び身体障害の重症度

認知症の重症度は厚生労働省の自立度判定基準によると、有効回答 755 件中、320 件（42.4%）がランクⅢ、209 件（27.7%）がランクⅡ、155 件（20.5%）がランクⅣと、認知症によって日常生活に何らかの支障をきたしており見守りや介護を必要とする高齢者が多い傾向が見られている。また生活に支障をきたしていない軽度の認知症者や、重篤な身体疾患を伴うような重度の認知症者は少数であった（図 3-3-13 参照）。

身体障害の重症度は、厚生労働省の自立度判定基準によると、有効回答 765 件中、

ランクAが524件（68.5%）と7割弱を占めており、日常生活は自立可能な身体レベルであるランクJは146件（19.1%）とおおよそ9割の方が身体的にはおおむね自立している傾向が見られている。しかし、ベッド上での生活が多く身体的な介助も必要とするランクBが1割以上みられている（図3-3-14参照）。

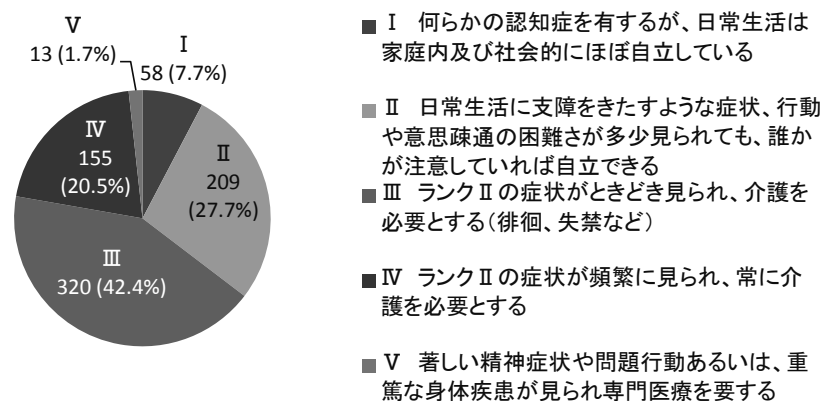


図3-3-13 認知症の重症度別割合 (N=755)

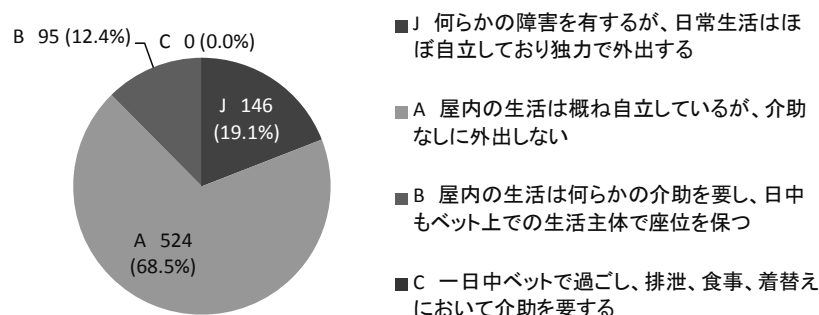


図3-3-14 身体障害の重症度別割合 (N=765)

④帰宅願望の開始時期と軽減するまでの所要期間

帰宅願望の開始時期は、有効回答640件中、入居後平均52.7日（SD228.5）約2か月弱、最短が初日、最長が2,555日（約7年）であった。発現時期の分布をみると、400件（62.5%）は入居初日に帰宅願望が始まり、1週間以内の発現は508件（79.4%）、1か月以内の発現は572件（89.4%）と、入居後1か月以内に帰宅の要求が始まっている方が9割程度見られている。また1年以上経過して帰宅願望が始まった方が3.0%見られており、8割の帰宅願望は入居日、あるいは1週間以内に始まっており、9割が1か月以内に発現していることとなる（図3-3-15参照）。

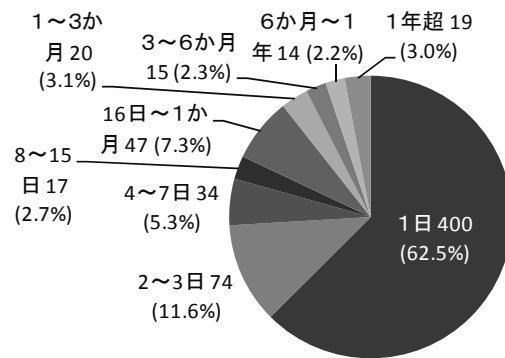


図3-3-15 帰宅願望が始まった時期の分布(入居後)(N=640)

帰宅の要求が消滅、あるいは減少するまでの期間は、有効回答 595 件中、平均 266.0 日間 (SD418.6) 約 8 か月～9 か月間、最短で 1 日、最長で 3,650 日間 (約 10 年間) となっている。期間の分布をみると 1 か月以内が 161 件 (27.1%)、3 か月以内が 283 件 (47.6%)、半年以内が 400 件 (67.2%)、1 年以内が 518 件 (87.1%) と半数程度が 3 か月以内に、9 割弱が 1 年以内には帰宅願望の症状が減少しているが、1 年以上が 77 件 (12.9%) と長期間かけて症状が減少している場合も見られる。

帰宅願望症状の発現時期や緩和期間の傾向としては、多くの症状が 1 か月以内に発現し 1 年以内には症状が緩和している傾向が伺える (図 3-3-16 参照)。

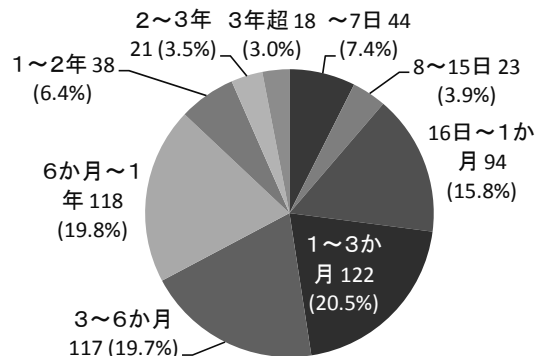


図3-3-16 帰宅願望の解決に要した期間の分布(N=595)

⑤帰宅願望時の状況

帰宅願望の状況については、有効回答 761 件中「帰宅の要求が 1 日に何回もあり、『家に帰してほしい、どこかへ行きたいので帰りたい、家族が待っている』などの訴えを繰り返したり、毎日、荷づくりをして帰る用意をしていたり、あるいは、突然、施設や事業所から外へ出て帰ろうとする場合」が 701 件 (92.1%) と大半を占めており、それ以外には「興奮して、怒鳴ったり、掴みかかったり、物をたたいたり、あるいは泣きながらふさぎこんだりと興奮などの症状をともなう場合」が 54 件 (7.1%) 見られている (図 3-3-17 参照)。

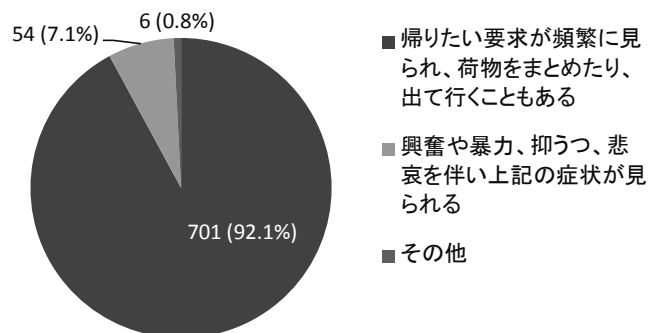


図3-3-17 帰宅願望時の状況(N=761)

⑥症状緩和後の状況

ケアによって帰宅願望症状が緩和した後の状況は、有効回答 759 件中、「帰宅の要求が全く無くなった」75 件 (9.9%)、「たまにあるが、ほとんど無くなった」が 568 件 (74.8%)、「その他」が 116 件 (15.3%)であった。帰宅願望による頻繁な帰宅要求が全く無くなる事は少なく、ほとんどがたまには帰宅要求が見られる事が明らかとなったが、「その他」の割合が比較的多く、これらの内訳は、まだしばしば帰宅の要求が見られるが、当初よりは減少しているケースである。これらは減少といった意味では緩和されたケースと判断できるが、完全に解決したとは判断しかねるケースが多いことをあらわしている。本研究では、解決や成功の定義として、完全に症状が消滅する以外にも、症状の緩和つまり頻度の減少も含んで考慮するため、しばしばみられていても当初よりも明らかに減少していればそれらは改善と認識し、本研究の分析対象とした (図 3-3-18 参照)。

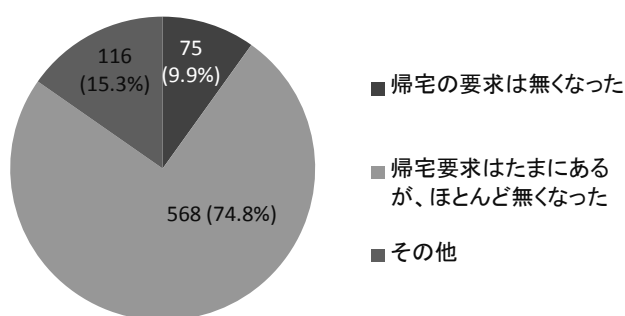


図3-3-18 帰宅願望の症状が緩和した後の状況(N=759)

(3) 成功したケアの傾向

帰宅願望の症状が消滅あるいは減少したケアの方法の傾向を分析するため、「Q 4. 解決方法」及び「Q 5. 役立った情報」に関する設問のどちらか一方の回答に欠損が見られ、身体障害の重症度が重いランク C のケースを除外し、有効回答票 765 件について分析を実施した。分析結果は、予め設定したケアコードごとに 765 件に占めるケア実施率を算出し、一覧に示した（表 3-3-1 参照）。以下では、ケアのカテゴリーごとに実施されたケアの傾向について見ていく。

表 3-3-1 帰宅願望の消滅・減少に成功した方法の実施率 (複数回答)

大区分	小区分	新code	ケア方法	有効回答者数	実数	%
				765	765	100.0
環境調整	人数調整	1101	グループ調整		212	27.7
	安定化	1201	落ち着く場所づくり		392	51.2
	席の位置調整	1301	席位置の調整		206	26.9
	馴染みの物の使用	1401	自宅で使用していた物の使用		198	25.9
	居室環境の調整	1501	居室環境の調整、整備		5	0.7
	記憶補助環境	1601	記憶等の補助環境(表札、案内板)		131	17.1
	刺激調整	1701	光、音等の刺激調整		90	11.8
	屋外整備	1801	屋外整備		213	27.8
コミュニケーション	会話内容の調整	2101	目的、理由、方法について		499	65.2
		2102	説明		344	45.0
		2103	好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)		413	54.0
		2104	感謝・賞賛・肯定的な言葉		349	45.6
		2105	頼りにしていることを伝えた		177	23.1
	会話方法	2201	傾聴、受容		356	46.5
		2202	ペース、言葉などを調整し分かりやすく		131	17.1
	会話状況	2301	静かな環境で、一人の時に		177	23.1
		2302	タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い		150	19.6
	接触量	2401	声かけ・会話・交流の増加		343	44.8
		2402	付き添い、見守りの増加		453	59.2
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ		60	7.8
		2502	スキンシップの活用		179	23.4
2503		表情、身振りの多用		0	0.0	
活動支援	生活行為	3101	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした		552	72.2
		3102	リーダー、指導者の役割		56	7.3
		3103	仕事や日課の継続		2	0.3
	趣味活動	3201	自宅で以前していた趣味活動を続ける		141	18.4
		3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施		435	56.9
		3203	体操、レクリエーションへの参加		0	0.0
	外出支援	3301	屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加		438	57.3
		3302	自宅へ外出		138	18.0
		3303	好きな場所へ外出し、見守る		10	1.3
	療法等	3401	集団レク、療法		10	1.3
身体ケア	医療	4101	医療相談、処置の実施		222	29.0
	食事・水分	4201	食事、食欲支援		342	44.7
		4202	水分補給		175	22.9
	排泄	4303	排泄支援(排便調整、誘導等)		222	29.0
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整		82	10.7
	入浴	4501	入浴支援		4	0.5
	感覚支援	4601	視覚支援		13	1.7
		4602	聴覚支援		2	0.3
	体重管理	4701	体重管理		2	0.3
	アセスメント	アセスメント	5101	アセスメントの実施		626
関係支援	他者との関係支援	6101	他の高齢者への支援依頼		235	30.7
		6102	仲の悪い人と離す		186	24.3
		6103	仲の良い人と過ごす支援		94	12.3
		6104	他の高齢者との交流促進		173	22.6
		6105	近隣、知人との交流支援		83	10.8
	家族関係支援	6201	家族との連絡調整(手紙)		386	50.5
		6202	家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)		330	43.1
	ケア体制	ケア方法統一化	7101	ケア方法の統一		613
	職員調整	7201	職員の調整(専属、性別、変更等)		110	14.4

①ケア体制の整備

ケア体制の整備としては、職員がチームとして話し合いを多く持ち、できるだけ統一したケアを行っている割合が 80.1%と最も多く、それ以外には関わる職員を専属にしたり、男性や女性のどちらかが関わるようにしたり、相性の良い職員に変更したりと関わる職員の調整をしている割合が 14.4%見られている（図 3-3-19 参照）。

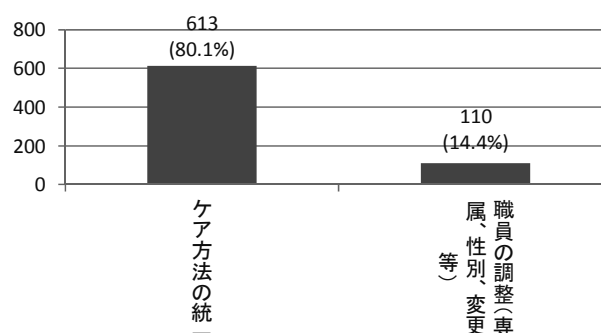


図3-3-19 ケア体制の整備実施割合(N=765) 複数回答

②活動支援

活動支援は、家事や炊事、庭仕事、畑仕事などの以前自宅でしていたような生活行為の継続的な実施や、新たな生活行為を役割として実施するような支援が 72.2%と多く実施されている。軽作業の実施だけでなくリーダーや指導的な役割を担ってもらう支援も 7.3%実施されている。また、興味を持った趣味活動（書道や生け花、読書、テレビ観賞、音楽鑑賞、カラオケ等）の実施(56.9%)や以前自宅でしていた趣味活動の継続(18.4%)が多く実施される傾向が見られている。外出支援は、屋外でのレクや行事への参加や、散歩やドライブ、外食などが多く実施され(57.3%)、実際に自宅に帰ったり(18.0%)、好きな場所に一緒に外出し、見守るような支援が実施されている(1.3%)。集団でのレクリエーションや療法への参加は 1.3%実施されている。

帰宅願望への活動支援の特徴は、生活行為に関する役割の機会を調整し、施設の環境適応を促進したり、帰りたければ実際に自宅へ帰ったり、外出するような本人の気持ちや意図を優先した非抑制的な自由な行動への支援が重要である（図 3-3-20 参照）。

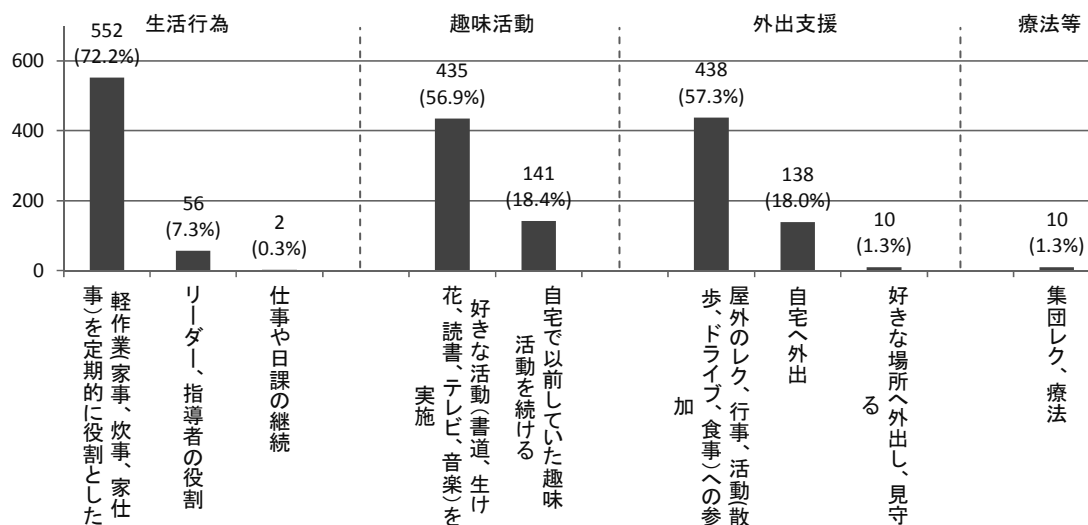


図3-3-20 活動支援実施割合(N=765) 複数回答

③コミュニケーションの工夫

コミュニケーションの工夫は、帰りたい理由を確認したり、どうすればよいかを一緒に相談したり(65.2%)、本人の好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)について会話を行ったり(54.0%)、できるだけ感謝の言葉や賞賛、本人の自信を高めるような肯定的な言葉を多くしたり(45.6%)、ここにいる理由を分かりやすく説明したり(45.0%)、職員から高齢者へ頼りにしている事を伝える(23.1%) などのような会話内容の調整が多く実施されている。次いで付き添いや見守りの時間を多くしたり(59.2%)、声かけや会話、交流の時間を増やす(44.8%) ようなコミュニケーション量の増加が多く実施されている。

会話方法についても傾聴や受容(46.5%)、本人のペースに合わせてゆっくりと、わかりやすく(17.1%)会話するなど会話方法の工夫が多く実施されている。

また、会話をする状況についても静かな状況で(23.1%)、行動のパターンやタイミングに合わせた(19.6%)会話や声かけが多く実施されている。

非言語的なコミュニケーションについても、スキンシップを多用して(23.4%)、あえて会話をせずに見守るだけ(7.8%) などが実施されている。

特徴としては、まずは帰りたい理由や、どこへ帰りたいかなどを聞きながら本意を確認し、話を聞いたり、色々な話題で会話を増やし、1人にしないように一緒に過ごす時間を増やしながら安心してもらうようなコミュニケーションを実施している傾向が明らかとなった(図3-3-21 参照)。

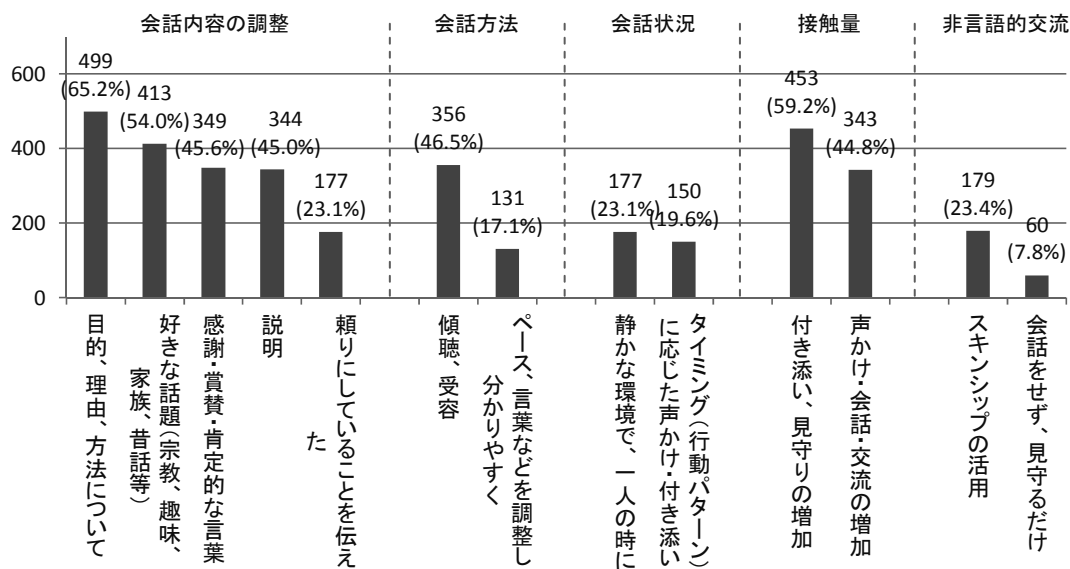


図3-3-21 コミュニケーション実施割合(N=765) 複数回答

④環境の調整

環境調整としては、落ち着く場所づくり(51.2%)、安全な屋外の整備(27.8%)、一緒に過ごす人数の調整(グループ調整)(27.7%)、普段過ごす食堂やリビングなどの専用席の位置調整(26.9%)、自宅で使用していた物(椅子、たんす、人形等々)の継続的な使用(25.9%)、表札や案内板などを設置した記憶の補助環境整備(17.1%)、光や音等の刺激調整(11.8%)が多く実施されている。

環境調整で特徴的なのは、一緒に過ごす人数の調整や、席の調整、馴染みの物の使用、分かりやすい環境づくり、刺激の調整、屋外の環境整備をしつつ本人が落ち着ける場所づくりを実施しており、施設環境への適応を急速に促進するようなケアが重視されている傾向が見られている(図3-3-22 参照)。

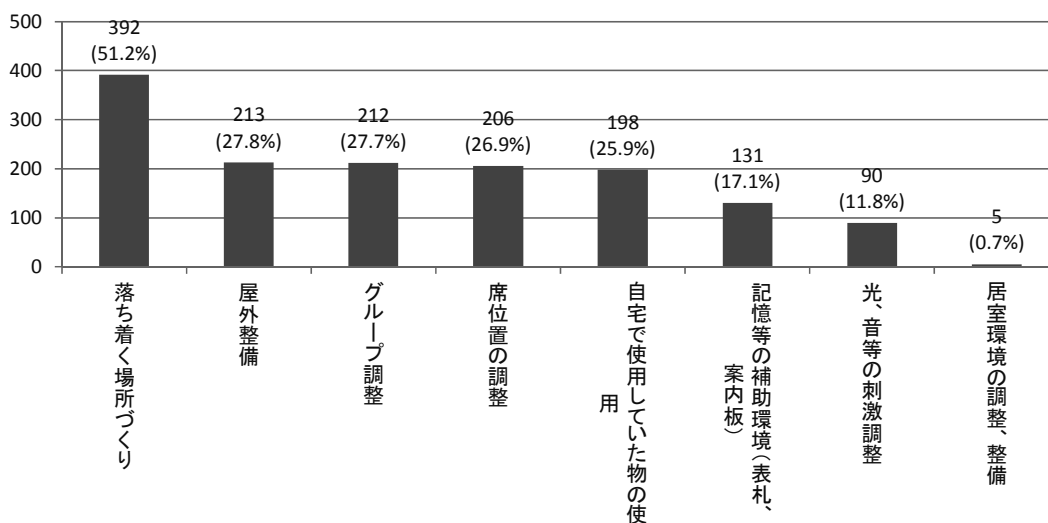


図3-3-22 環境調整実施割合(N=765) 複数回答

⑤人間関係の調整

人間関係の調整としては、家族との電話や手紙などの連絡調整が 50.5%、家族との面会や訪問など接触機会の調整が 43.1%と多く実施される傾向が見られている。

また、他の入居者から支援してもらったり、声かけしてもらうような調整 (30.7%)、仲の悪い人との接触機会を減らしたり (24.3%)、他の入居者との接触機会を増やすような支援 (22.6%)、仲の良い人と一緒に過ごせるような支援 (12.3%)、近隣の人や昔の知人に訪問してもらい交流してもらうような支援 (10.8%) が実施されている。

特徴としては、帰宅したい理由として家族や自宅への強い思いがあることから、家族との連絡や自宅への訪問が多く実施されており、無理に抑制せず気持ちに沿った支援が実施されている傾向が見られている。そして、他の高齢者との関係を良好にするように他者から声をかけてもらったり、仲の良い人と一緒に過ごしたりと 1 人にしないような調整が多く実施されており、信頼できる人間関係を増やし、精神的に安定するような孤独感や孤立感を取り除くようなケア方法が重要であることを示唆している (図 3-3-23 参照)。

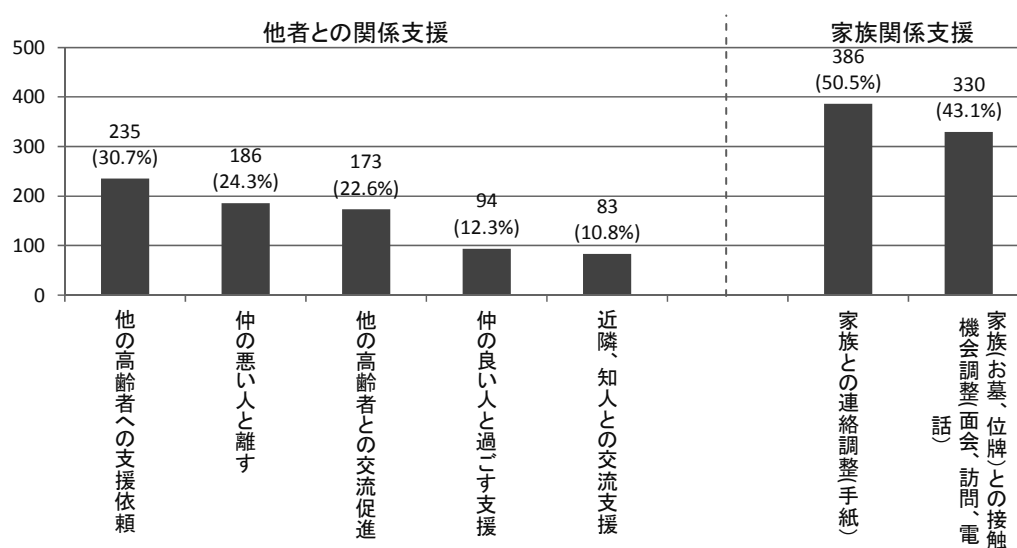


図3-3-23 関係支援実施割合(N=765) 複数回答

⑥身体的なケアの実施

身体的なケアについては、食事、食欲支援 (44.7%) が最も多く、次いで服薬の調整や医師への相談など医療的な処置 (29.0%)、排泄の調整や誘導など排泄の支援 (29.0%)、水分の補給 (22.9%)、睡眠の調整や改善 (10.7%) と多く実施されており、視覚や聴覚への補助、入浴支援も少数だが実施されている。

帰宅願望に対する身体的なケアの特徴は、食事の支援によって欲求の充足を促し、欲求不満による精神不安を安定化することが特徴的である。また、徘徊や興奮・暴力症状への対応と比較すると身体的なケアは多く実施されていない傾向が見られ

ている。このことは、徘徊や興奮・暴力症状に比較して帰宅願望の症状の原因が、身体的な要因に起因する確率が低いことを示唆するものであり、帰宅願望症状の特徴ともいえる傾向である（図 3-3-24 参照）。

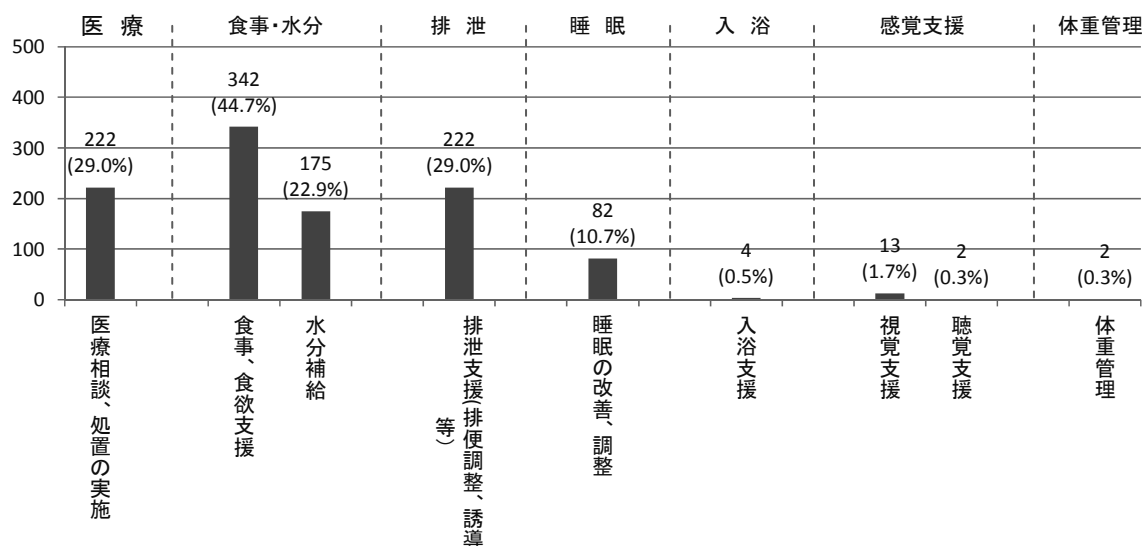


図3-3-24 身体ケア実施割合(N=765) 複数回答

⑦帰宅願望へのケアの特徴

帰宅要求の訴えの緩和に成功した 765 事例で実施されていたケアの割合は、ケア体制の整備では「ケア方法の統一」で 80.1%、活動支援では「軽作業（家事・炊事・家仕事）を定期的に役割とした」が 72.2%、コミュニケーションの工夫では「目的や理由の確認」が 65.2%、環境の調整では「落ち着く場所づくり」が 51.2%、人間関係の調整では、「家族との連絡」が 50.5%、身体的なケアでは「食事支援」が 44.7%であった。帰宅願望への対応として最も多く実施されていたのは組織やチームのケア統一であり、ケアの方法としては生活行為の実施による役割の機会調整や、帰宅願望の真意の把握、環境への適応促進、家族との関係調整、食事支援などが多く実施されている傾向が見られている。

特徴としては、帰りたいという気持ちや心理を把握しながら、徐々に落ち着けるような環境を作ったり、あるいは家族との交流を促したりするような支援が多く実施される傾向が見られている。

徘徊や興奮・暴力へのケアと比較した特徴は、コミュニケーション面では、理由や目的の確認、好きな話題での会話、頼りにしている事を伝える会話が特に多く実施され、活動支援面では自宅ですしていた趣味活動を実施している割合が高く、外出支援が多く実施されている。また、人間関係調整では、他者との交流支援や地域の人や知人との交流を多く実施しており、また、家族との接触機会の調整が多く実施されていることが特徴である。

(4) 帰宅願望へのケアに有効な視点

帰宅願望へのケア時に役立った情報の選択率をケアコードごとに示したものが表 3-3-2、表 3-3-3 である。これらのうち、選択率 10%以上の項目について取り上げケア方法ごとの有効情報として有効な情報の傾向をみていく。

表 3-3-2 帰宅願望の緩和に役だった情報の選択率

(複数回答)

区分	コード		実数	%
解決方法の延べ件数			10,760	100.0
認知能力	101	認知機能	664	6.2
	102	認知症の種類	216	2.0
	103	認知症の症状	1,057	9.8
	104	認知症罹患期間	59	0.5
健康面	201	体調	1,209	11.2
	202	現病・既往歴	397	3.7
	203	排泄状況	648	6.0
	204	水分状態	535	5.0
	205	視力・視覚機能	120	1.1
	206	体重・BMI	119	1.1
	207	運動量	626	5.8
	208	睡眠時間・状況	576	5.4
	209	痛み	88	0.8
	210	かゆみ	23	0.2
	211	投薬状況	371	3.4
	212	幻視・幻聴	147	1.4
	213	せん妄	122	1.1
	214	転倒歴	0	0.0
	215	聴力・聴覚機能	3	0.0
	216	食事量、食事摂取状況	5	0.0
	217	嚥下機能	0	0.0
	218	身体機能	0	0.0
心理面	301	気分	3,494	32.5
	302	心配ごと・不満状況	2,687	25.0
	303	本人の気持ち、意思	4,806	44.7
	304	空腹感・満腹感	1	0.0
当時の状態	401	様子	2,082	19.3
	402	姿勢	324	3.0
	403	目線	490	4.6
	404	言葉の内容	1,705	15.8
	405	表情	2,426	22.5
	406	声の調子	1	0.0
本人特性	501	性格	71	0.7
	502	嗜好・興味・関心	31	0.3
	503	信仰	2	0.0
	504	容姿	0	0.0
習慣・ライフスタイル	601	生活習慣	1,908	17.7
	602	生活暦	1,450	13.5
	603	役割	7	0.1
	604	方言	1	0.0
環境	701	周囲の雰囲気・刺激	875	8.1
	702	席の位置	430	4.0
	703	椅子・机の形	38	0.4
	704	椅子・机の高さ	42	0.4
	705	椅子・机の色	13	0.1
	706	周辺環境	1	0.0
	707	居室状況	0	0.0
人間関係	801	他の入居者との関係	1,825	17.0
	802	スタッフとの関係	2,561	23.8
	803	家族関係	1,658	15.4
	804	以前の人間関係	1	0.0
	805	家族の状況	3	0.0
	806	異性関係	0	0.0
介護者の対応	901	スタッフの声かけ内容・見守り方	3,704	34.4
	902	介護者の性別	0	0.0

表3-3-3 調査票への解決方法別に成立った情報を選択比率【%】(複数回答) (選択率が10%以上の項目に網線)

大区分	小区分	コード	ケア方法	実施 実数	認知能力				健康面				心理面										当時の状態					声の 調子										
					f_101	f_102	f_103	f_104	f_201	f_202	f_203	f_204	f_205	f_206	f_207	f_208	f_209	f_210	f_211	f_212	f_213	f_214	f_215	f_216	f_217	f_218	f_301		f_302	f_303	f_304	f_401	f_402	f_403	f_404	f_405	f_406	
環境調整	環境調整	人数調整	1101	グループ調整	10760	6.2	2.0	9.8	0.5	11.2	3.7	6.0	5.0	1.1	1.1	5.8	5.4	0.8	0.2	3.4	1.4	1.1		0.0	0.0			32.5	25.0	44.7	0.0	19.3	3.0	4.6	15.8	22.5	0.0	
		安定化	1201	落ち着く場所づくり	392	2.6	3.3	0.5	9.9	1.9	4.2	1.9	1.4	0.5	1.9	6.1				0.5	0.9	1.9						57.1	22.2	62.3		9.0	0.9	3.8	13.7	19.8		
		座席の位置調整	1301	席位置の調整	206	3.4	0.5	2.4		1.5	0.5	0.5	1.5			1.0				0.5		1.5	0.5	0.5		0.5			28.2	8.7	34.5		8.7	1.5	6.3	9.7	12.6	
			1401	自宅で使用していた物の使用	198	5.6	1.0	3.5	0.5		0.5	0.5	1.5			1.0	1.0				0.5	0.5	1.0					39.9	20.2	37.9		7.1	0.5	3.0	7.1	9.1		
			1501	居室環境の調整、整備	5	40.0																						20.0	60.0	40.0					20.0			
		記憶補助環境	1601	記憶等の補助環境(表紙、案内板)	131	28.2	2.3	13.7	0.8	0.8	1.5	12.2			16.0		1.5	2.3					0.8						9.2	38.2	19.8		13.0	2.3	16.0	9.2	9.2	
			1701	光、音等の刺激調整	90	2.2		5.6		1.1			1.1		1.1	2.2		1.1	2.2			1.1	1.1						64.4	4.4	24.4		10.0	1.1	4.4	26.7		
		居外整備	1801	居外整備	213	3.3	1.4	7.5		16.9	2.8	3.8	2.3	2.8	0.5	25.6	1.9	1.9			0.5	0.9							31.0	14.1	51.2		12.7	1.4	0.9	11.3	16.0	
			2101	目的、理由、方法について	499	7.4	1.6	6.4		5.8	1.8	1.8		0.4		1.4	0.8	1.6			0.2	1.6	0.6						24.4	68.5	75.8		18.6	4.8	5.2	27.1	29.3	
		コミュニケーション-会話内容の調整	2102	説明	344	20.9	4.1	12.5	0.3	5.8	2.0	1.2	0.6	2.9		0.6	0.6	0.9	0.3		0.9	0.9		0.3					21.5	30.8	39.5		22.1	5.8	14.8	29.9	30.5	
	2103		好きな話題(宗教、趣味、家族、音楽等)	413	3.6	0.7	4.4	0.2	1.2	1.2		0.2				0.7				0.2	1.2	0.5						33.4	25.7	41.6		13.6	2.2	6.3	17.4	25.9		
	2104		感謝・褒賞・肯定的な言葉	349	4.6	1.1	8.0		7.7	0.9	0.3		0.3			1.7	0.6					0.3						47.6	20.1	44.1		22.6	5.4	8.3	24.6	43.0		
	2105		傾聴にしていることを伝えた	177	1.7	0.6	1.1		1.1							0.6												29.4	11.3	46.3		14.1	3.4	2.3	14.7	27.7		
	2201		傾聴、受容	356	1.7	0.8	5.9	0.3	1.1	0.3		0.6		0.6			0.6		0.3			0.6						27.2	57.9	62.9		15.7	7.9	9.6	21.3	33.1		
	2202		ペース、音楽などを調整し分りやすく	131	13.7	0.8	9.2		4.6	1.5	0.8		3.8					0.8				0.8						28.2	24.4	39.7		26.0	10.7	16.0	19.1	35.9		
	2301		静かな環境で、一人の時に	177	6.2	1.1	5.6		2.3		0.6		1.1		0.6					1.7	0.6							33.9	25.4	35.0		20.3	4.5	7.3	19.2	28.2		
	2302		タイマー(行動パターン)にのびた声かけ・付き添い	150	7.3	2.7	16.0		2.0	2.7	0.7		4.0		4.0	4.0	0.7		1.3	2.7	3.3							26.7	31.3	26.0		27.3	9.3	12.7	8.0	27.3		
	2401		声かけ・会話・交流の増加	343	2.6	1.2	6.4		4.1	0.3	1.2	0.3	0.9			0.3				0.3	0.6							37.3	34.1	41.7		26.8	3.5	6.1	21.9	32.7		
	2402		付き添い、見守りの増加	463	2.9	1.8	6.2	0.2	7.3	0.2	0.7	0.2	0.2		5.3	3.5	0.7		0.9	0.4	0.7							39.5	24.1	52.3		28.9	2.9	4.6	13.5	29.8		
	非言語的交流	2501	会話をせず、見守るだけ	60		1.7	6.7		5.0		3.3				1.7						1.7							26.7	11.7	38.3		40.0	10.0	11.7	10.0	33.3		
	2502	スキミングの活用	179	3.9		7.8		3.9	1.7	1.1	0.6	2.8				0.6				2.2	1.1							41.3	31.8	36.9		24.0	8.4	17.9	15.1	41.3		
	2503	表情、身振りの多用	0																																			
	活動支援	生活行為	3101	軽作業(家事、校事、家事等)を定期的に役割とした	552	9.1	1.6	5.3		14.5	1.1	0.2	0.4		0.2	9.8	1.6	0.2		0.4									45.3	4.7	45.8		21.0	3.3	2.0	10.1	21.0	
3102			リーダー、指導者の役割	56	10.7	1.8			12.5	1.8					3.6														30.4	1.8	48.2		10.7	3.6		7.1	7.1	
3103			仕事や日課の継続	2																								50.0		100.0								
趣味活動		3201	自宅で以前していた趣味活動を続ける	141	9.2	1.4	7.8		6.4		0.7		2.1		2.1	0.7												36.9	2.8	49.6		14.9	2.1	2.8	6.4	20.6		
		3202	好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽)を実施	435	7.4	1.6	7.1		18.6	1.1	1.6	1.4	2.1		23.4	5.1	2.3		0.9	0.2								51.7	8.3	54.3		20.0	5.5	2.8	6.4	25.3		
		3203	体験、レクリエーションへの参加	0																																		
外出支援		3301	屋外のレク、行事、活動散歩、ドライブ、食事への参加	438	3.2	0.5	6.6		19.9	1.4	1.6	2.7	0.5	0.2	26.3	4.1	1.4		0.2	0.2								60.0	10.7	48.9		18.7	1.8	1.6	11.6	24.0		
		3302	自宅へ外出	138	4.3		5.1		9.4	2.9	0.7		0.7		3.6	1.4			0.7									33.3	30.4	69.6		11.6	0.7		15.2	15.2		
		3303	好きな場所へ外出し、見守る	10					10.0							30.0	10.0												10.0	30.0	50.0				30.0	40.0		
療法等		3401	集団レク、療法	10	10.0				20.0	10.0			10.0		40.0	10.0	10.0											30.0		20.0		10.0	10.0	10.0	10.0	20.0		
身体ケア		医療	4101	医療相談、処置の実施	222	13.1	14.4	43.2	5.9	29.3	27.0	9.9	4.1	0.5	0.5	2.3	25.2	3.6	2.7	57.2	10.8	9.9							9.0	7.2	2.7		14.4			5.9	5.4	
			4201	食事、食飲支援	342	2.3	1.2	6.4	0.6	14.3	6.7	4.7	18.1	0.3	7.9	4.4	1.5	0.3	0.3	0.9	0.3	0.3							43.3	9.4	36.8		21.6	1.5	2.3	10.8	21.1	
		水分・水分	4202	水分補給	175	3.4	0.6	7.4		36.0	9.7	35.4	74.3		1.7	10.9	4.0	0.6	0.6	1.7	1.1	4.0							12.0	1.1	11.4		14.3	1.7	0.6	2.9	5.7	
	4303		排泄支援(排便調整、誘導等)	222	7.2	0.5	7.7	1.4	32.0	7.2	77.5	42.8	0.9	1.8	15.3	7.7	0.5	0.5	18.0	1.4	0.9							8.1	7.2	18.0		23.4	3.2	2.3	6.8	11.7		
	睡眠	4401	睡眠の改善、調整	82	2.4	4.9	25.6	3.7	36.6	17.1	4.9	3.7	1.2	1.2	12.2	69.5		1.2	53.7	12.2	14.6							9.8	4.9	4.9		11.0	1.2	1.2	1.2	6.1		
		4501	入浴支援	4														25.0	25.0									50.0		25.0		50.0			25.0			
	感覚支援	4601	感覚支援	13	7.7		7.7		15.4				76.9							7.7								7.7		38.5		7.7			7.7	7.7		
		4602	聴覚支援	2					50.0					50.0																			50.0		50.0			
	体重管理	4701	体重管理	2					50.0					50.0	50.0																							

表3-3-3 調査・暴力への解決方法別に成立った情報の連対率【％】(複数回答)(選択率が10%以上の項目に制約)

大区分	小区分	コード	ケア方法	本人特性		習慣・ライフスタイル					環境					人間関係					介護者の対応																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
				実数	性格	嗜好・興味・関心	f.501	f.502	f.503	f.504	生活習慣	生活歴	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	席の位置・配置	椅子・机の形状	椅子・机の高さ	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族との関係	以前との関係	f.804	f.805	f.806	f.901	f.902	介護者の対応方針																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
環境調整	人数調整	1101	グループ調整	10,760	0.7	0.3	0.0		17.7	13.5	0.1	0.0	8.1	4.0	0.4	0.4	0.1	0.0		17.0	23.8	15.4	0.0	0.0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

①環境調整における有効な視点

環境調整におけるケアの共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、周囲の雰囲気や刺激、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が挙げられている。ケアに至るプロセスとしては、先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、環境調整を実施している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、席位置の調整時は、席位置の妥当性、他者との関係性の確認、自宅で使用していた馴染みの物を利用する時は家族関係の状態把握、居室の変更や居室の整備時は認知機能の程度や性格の把握、表札や案内板などの補助環境整備には、認知機能や視覚の状態、屋外環境の整備は体調や運動量の確認が特に重要視されている（表 3-3-4 参照）。

表 3-3-4 環境調整に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面										心理面		帰宅要求時の様子		本人特性		習慣・ライフスタイル		環境				人間関係				介護者の対応														
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	嚥下機能	身体機能	気分	本人の気持ち・意思 心配ごと・不満状況	空腹感・満腹感	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の色	椅子・机の高さ	椅子・机の形	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	以前の人間関係	家族の状況	異性関係	見守り方
環境調整	人数調整	グループ調整																	◎	◎	◎			◎	◎						◎		◎											◎		
	安定化	落ち着く場所づくり																		◎	◎	◎	◎		◎	◎							◎											◎		
	席の位置調整	席位置の調整																	◎	◎				◎	◎								◎	◎										◎		
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用																	◎	◎	◎												◎										◎			
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	◎																◎	◎	◎					◎							◎													
	記憶補助	記憶等の補助環境(表札、案内板)	◎	◎				◎												◎	◎	◎	◎	◎																				◎		
	刺激調整	光、音等の刺激調整																	◎	◎	◎				◎	◎							◎	◎												◎
	屋外整備	屋外整備			◎				◎										◎	◎	◎	◎		◎	◎								◎												◎	

②コミュニケーションにおける有効な視点

コミュニケーション実施時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、職員との関係、職員の対応方法が挙げられている。ケアに至るプロセスとしては、先ず、本人の表情や行動を見て、気持ちや心理を推測し、職員との関係性や対応方法を確認しながら、コミュニケーションを実施している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、わかりやすい説明を実施する時は認知機能の程度の確認、会話内容の工夫には生活歴や生活習慣などライフスタイルの確認、コミュニケーション実施時の状況調整には周囲の雑音や人数の確認、接触量の調整には他の高齢者とのコミュニケーション状況の確認、非言語的なコミュニケーション時は職員との関係性の確認が重要視されている（表 3-3-5 参照）。

表 3-3-5 コミュニケーションに有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

[illegible]

③活動支援における有効な視点

活動支援を行う時の共通視点は、体調、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、習慣（生活習慣、生活歴）、他の入居者や職員との関係、職員の対応方法が重要とされている。ケアに至るプロセスとしては、まず、本人の表情や行動を見て、なぜ帰りたいのか、何に困っているのかなど気持ちや心理を推測し、生活歴や習慣を考慮して興味のあるものや、親しんで行っていた事を把握し、周囲の環境や刺激、他者との関係性、職員の対応方法を配慮しながら、体調に応じた活動を支援している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、指導者やリーダーとして活動してもらうには、認知機能把握、趣味活動支援時は生活行為の支援と異なり、運動量や周囲の雰囲気や刺激の確認、外出支援時は運動量や睡眠状況、体調の確認、療法実施時は認知機能や病歴、視覚の状態、睡眠状況や痛みの確認が重要視されている（表 3-3-6 参照）。

表 3-3-6 活動支援に有効な視点（◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す）

大区分	小区分	ケア方法	認知能力			健康面										心理面	帰宅要求時の様子	本人特性	習慣・ライフスタイル	環境				人間関係			介護者の対応																		
			認知機能	認知症の種類	認知症罹患期間	現病・既往歴	排泄状況	水分状態	視力・視覚機能	体重・BMI	運動量	睡眠時間・状況	痛み	かゆみ	投薬状況	幻視・幻聴	せん妄	転倒歴	聴力・聴覚機能	食事量、食事摂取状況	身体機能	嚥下機能	空腹感・満腹感	本人の気持ち・意思心配ごと・不満状況	気分	姿勢	目線	言葉の内容	表情	声の調子	嗜好・興味・関心	信仰	容姿	生活習慣	役割	方言	周囲の雰囲気・刺激	椅子・机の高さ	椅子・机の色	周辺環境	居室状況	他の入居者との関係	スタッフとの関係	家族関係	家族の状況
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした				○																	○	○	○		○	○																	○
		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				○					○												◎	○	○		○	○							○		○									○
	自宅へ外出																					○	○	◎		○	○							○	○									○	
療法等	好きな場所へ外出し、見守る				○					○	○											○	○	◎		○	○							○	○		○								○
	集団レク、療法	○			○	○		○	○	○	○											○	○			○	○	○	○					○	○		○								○

④身体ケアにおける有効な視点

身体的なケアの共通視点は、健康面（病歴や体調、睡眠状況など）が特に有効な情報として重視されており、次いで心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）が重視力されている。ケアに至るプロセスとしては、先ず、健康面、様子、気分や気持ちを確認し、現在の対応を確認しながら、医師へ相談したり、投薬を調整したり、食事、排泄、睡眠等の支援を実施している事が推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、医師への相談や投薬の調整は認知能力、体調や病歴、睡眠状況、服薬状況、精神状態の確認、食事支援は水分の摂取状況や過去の食習慣や嗜好、他者との関係性の確認、視覚や聴覚支援は自宅でのメガネや補聴器、視力や聴力に関する情報の把握、排泄支援は運動量や薬、排泄状況、水分量の確認、入浴支援はかゆみや痛みの確認、職員との関係状況の確認が重要とされている（表3-3-7 参照）。

表 3-3-7 身体ケアに有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

[illegible]

⑤関係調整における有効な視点

人間関係を調整する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、他者との関係性、職員の対応方法が挙げられている。ケアに至るプロセスとしては、先ず、他者とのコミュニケーションがどれくらい可能か、どのようなコミュニケーションが可能かを判断したり、他の入居者との関係や家族との関係を把握しながら、様子や心理を確認して、人間関係を調整したり、家族との関係調整を実施していることが推測される。

それ以外のケアごとの特徴は、他者との関係調整は周囲の雰囲気や刺激の状態、席位置の確認が、家族との接触機会の調整は以前からの家族関係の確認が重要視されている。また、近隣や知人との交流支援時では、選択率が10%を下回ったものの、以前からの友人や知人、近所との関係状況の確認もやや有効な視点となっている。（表3-3-8参照）。

表 3-3-8 関係調整に有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

[illegible]

⑥ケア体制整備における有効な視点

ケアの体制を整備する時の共通視点は、心理面（気分、気持ち）、帰宅要求時の様子（行動、表情）、職員との関係性、職員の対応方法が挙げられている。

それ以外のケアごとの特徴は、ケア統一では生活習慣や生活歴、他の入居者との関係性、職員調整は職員との関係性や職員のケア方法の確認が重要視されており、高齢者の表情や様子などの反応を見て、専属職員にしたり、異性にしたり同性にしたり、特に親しい職員への変更をしている傾向が推測できる（表 3-3-9 参照）。

表 3-3-9 ケア体制整備に有効な視点(◎が 50%以上、○が 10%以上の選択率を示す)

介護者の対応	人間関係	環境	習慣・ライフスタイル	本人特性	帰宅要時の様子	心理面	健康面												認知能力	ケア方法	区分
							身体機能	食事量、食事摂取状況	聴力・聴覚機能	転倒歴	幻視・幻聴	投薬状況	かゆみ	痛み	睡眠時間・状況	運動量	体重・BMI	視力・視覚機能			
介護者の声かけ内容・見守り方	家族の状況 以前の人間関係 家族関係 スタッフとの関係 他の入居者との関係	居室状況 周辺環境 椅子・机の色 椅子・机の高さ 椅子・机の形 席の位置 周囲の雰囲気・刺激 方言	役割 生活層 生活習慣 容姿	嗜好・興味・関心 信仰 表情 声の調子	言葉の内容 目線 姿勢	空腹感・満腹感 本人の気持ち、意思 心配ごと・不満状況 気分	身体機能 嚥下機能 食事量、食事摂取状況	聴力・聴覚機能 転倒歴	幻視・幻聴 せん妄	投薬状況 かゆみ	痛み	睡眠時間・状況 運動量	体重・BMI 視力・視覚機能	水分状態 排泄状況	現病・既往歴	体調	認知症罹患期間	認知症の症状	認知症の種類	認知機能	
◎	◎		◎◎		◎◎	◎◎◎	◎									○	ケア方法の統一	統一化	職員調整		
◎	◎				◎◎	◎◎◎	◎											職員の調整(専属、性別、変更等)	職員調整		

⑦帰宅願望へのケアに有効な視点の傾向

帰宅願望へのケアに有効な視点の傾向は、何れのケアにおいても帰宅要求時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、なぜ帰りたいのか、どこに帰りたいのかなど気分や気持ちなどの心理を把握している点である。徘徊、興奮・暴力時へのケアと同様に、認知症介護における共通した基本視点であることが示されている。また、興奮症状と同様に人間関係の把握を重視しており、他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、他者との関わり方の特性把握が重要だといえる。帰宅願望は一般的に、落ち着く場所や居場所が定まらない事が原因で生じる症状と考えれば、他者との関係性を把握し、それぞれの特性に応じた人間関係の調整を通して信頼できる関係づくりが重要なケアであり、居住環境への適応化の促進が重要であることが示唆されたといえるだろう。そして、生活習慣やライフスタイルの把握も重視されており、帰宅願望自体が精神不安定や、環境への不適応に起因する症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが居場所づくりを促進し帰宅願望を緩和するための重要なケアと考えられる。全体を通して、認知能力の確認は少数であり、理解力や記憶力の状態に応じたケアの実施傾向が少ないことが課題と推測される。

(5) 失敗したケア方法の傾向

表3-3-10 帰宅願望への失敗ケア事例と影響(一部抜粋)

対応分類	帰宅願望時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
環境調整	・なじみのある家具を持ち込んでもらい、居室のしつらえを考えた。 ・対応を統一した際、その場、その時の本人の様子、気持ちに寄り添うことなく対応を優先してしまったこと。	・落ち着かれるより困惑されてしまった。(長くショートを利用され、短期間で家に戻る生活に慣れておられ、長期入居となってしまったことを受け入れられていないため) ・統一した処遇を優先しなければと焦って対応した結果、返って興奮されてしまった。
	居室にお1人にする。自由な時間を作ったつもりだった。	・異食行為に気付かずいた。ボタンなど口に入れていた。 ・タンス内の衣服を全て出してしまった。帰宅願望の荷作り⇒どろぼうが入ったとおびえている。
	口数の少ない人との同席	落ちつかれず帰宅要求につながった時がある
	人形をご自身の孫と思って可愛がっており、夜間の就寝介助時、帰宅願望等見られ落ち着きがなかった時に人形と一緒に臥床していただいた。	人形に、ご自身の毛布や布団をしっかりと掛けて、寝かしつけ、30分程で自らは起きて来られた。
	環境を変えた	変えた事によりより不穏が増す時もありました。
	仲の良いご利用者が、他のご利用者と楽しく話しているのを見て、不機嫌になった。そのことに、気づけなかった。	不機嫌になり、自室に戻る。そして、帰り仕度をして、ないていた。
コミュニケーション	機嫌がいいと思われる時に、必要以上に会話をしてしまう	うるさいと怒る。「何やってんだ近くで馬鹿にしてんのか」といわれた。他の場所に移動する。あっちいけといわれる。不穏になる。
	最初ショートスティでの御利用だったので荷物(衣類・カバン)が無くならないようにあずかった	何も持っていない事に不安を強く訴えた(特にお金を持っていない事)2〜3秒で忘れて又訴えるをくり返していた。
	多くのこと(提案等)を介護者側から話し選択を増やしてしまった。	混乱がみられ、強い帰宅願望となってしまった。
	声がけをたくさんし、本人に納得してもらおうとした時	話を聞く様子はなく、車イスで前へ前へと進んでいった。表情陰険しく、口調もやや荒かった。
	マンツーマンで関わる時間を毎日10分程作った。	関わる職員が日替わり状態だったので、かえって落ちつかない状況を誘発させてしまった。
	一人になりたい時に『増々落ちこむのでは』と職員が心配し介入しすぎたこと。	逆に落ちこむ度合いが高くなり、帰宅願望に火をつける結果となる
	一生けんめいにかかわろうとする。	余計 落ちつかなくなる。
	訴え時にただ座っていると伝えた	大声を出したり。席へ移動時、大声を出したりした。
	不安を軽減しようと職員が雰囲気盛り上げた	自分がいやな雰囲気と感じる時は、その場を離れる行動がみられるようになった。
活動支援	話題を変えようとした。違うものに気をうつそうとした。	不安や不満が大きくなり、職員の話を聞き入れようとせず、そのまま歩いてかえる。
	外での草取り、畑での野菜作り。家ではよく草取りをしていたとの事で落ち着くだろうと庭の草取りをしていただいた	夢中になりすぎて休むことができず疲れてしまう
	自由に歩行して頂いていた	転倒されてしまった。他ユニットまで行動範囲が広がり他の利用者の食事に手を出してしまう。ベランダをこじ開け外出する。
	①家に帰ると言って外へ出て行った為、職員がかわる等しつきそった ②あまりに希望が強く、日帰りで家に帰った ③要求時にあいまいな返事をしてしまった	①他人の家に行き、電話を借り様としたり、泊めてもらおうと動かず、その後も歩き回った(3時間程) ②戻りたくない施設へ帰って来なくなった ③興奮が強くなった。又、職員に対する信頼関係を失った

対応分類	帰宅願望時の失敗と思われるケア	ケアによる高齢者への影響、状態
活動支援	①最初は申し送りが始まると帰宅願望が始まるため、申し送り開始前声をかけて参加をしてもらった ②通所の送迎バスでドライブへ行く	①怒られる(参加されるが、職員の言っていることが理解できないため) ②10日間ぐらいいよかったが、バスに乗っても又ここへ帰ってくると怒る。
	うつ診断があったにもかかわらず、気分の高揚を意識	逆に気持ちを落ち込ませてしまった。(町内のお祭りに連れて行きとても喜んだが、その日の夕方から伏さぎ込んだ)。いつもの表情に戻るのに一週間くらい要した。
	一緒に散歩しようとする	「人をバカにして…」「他の人が見たら俺がおかしい奴だと思われる…」などと話し激怒される事も多々ありました。(怒鳴り、時には手をあげられる事も)
	外に気持ちが向き、一緒につきそい歩く	疲労感強くその後再度さらに不安言動がきかれる。本人の体力・歩行能力を考慮したいが、...
	居室で休んで頂くように話をする。	居室から出て来られ、興奮され帰宅願望の訴えが強くなる。
	作業することは、いやではないのですが、時には気分の乗らない時もあり作業はして下さるも、少し愚痴が出ることもありました。	作業されていない、他の利用者さんに腹を立てることがありました。(同じご飯を食べても、何もしない人もいる)と言われイライラされることがあり。
	人形や、ぬいぐるみを渡し、世話をしてもらった。	「元々世話好きで、仕事も一生懸命、人につくす性格の方」→世話に一生懸命になりすぎて、それが手元に無くなった時、時間が経ってから「子供」を心配して、激しい帰宅要求になってしまった。
ケア体	安定剤の定期的服用	日中の活動時間が短くなり意欲低下が認められた。
関係調整	家族との調整で、本人の気持ちを重視するあまり、家族に電話をかけ本人とつないだこと。	利用者さんも自分の思いを、家族に受けとめてもらえず、家族に対する不満増大。家族から施設側へ苦情申し立てとなり、市に相談に行かれた。
	家族とTEL活かしてもらった。	自分に都合のよいよう情報を変えてしまい、まちがった記憶が強くなり帰宅願望がひどくなってしまった。
	家族に面会に来てもらった際、ご本人は常に「息子と呼んで」とおっしゃっていたが、息子さんご夫婦で来所された。(嫁との関係がうまくいっておらず、職員がそれを把握しきれなかった。)	面会時に泣き出してしまわれ、家族が帰ったあとも、いないはずの息子に語りかけるなどの様子が見られた。
介護者調整	同じ職員で専属的にケアにあててみた。	誤人を招く結果となり、かえって混乱が見られるようになった。例他利用にかかわると不機嫌、シツなど。
	特定のCWに個定化しすぎた	他のCWによらなくなった。他CWに拒否を示すようになった。
	帰宅願望の際、同じ介護職員がずっと対応した。	利用者・職員共にストレスが増し、状況が悪くなった。その職員を、せめ、かわられると、イライラし、高声を上げる。
	男性スタッフが対応	興奮された。帰宅要求が1h程続いた(深夜)

帰宅願望への失敗したケア方法と高齢者への影響について自由記述のデータを一覧にして整理した。失敗したケア方法については、失敗の定義や基準は回答者の判断に委ねて自由に回答してもらったが、高齢者への悪影響を判断基準としていることは明白である。具体的には帰宅願望を増長させたり、不穏になったり、興奮させたり、怪我を招くような状態を起こしたケア方法と解釈できるだろう。これらの失敗と考えられるケア方法については、いわゆる不適切なケアの具体例とも解釈できるが、望ましいケアや良いケアを考察する上で非常に有益なデータである。研究の成果としては、これらを整理しデータ要約し傾向を把握することも重要だと考えられるが、原データ

そのものが非常に具体的で、要約することによる具体性の低下が危惧されるため、一部のデータを取り上げ考察することとする。

ケア実施者がケアの提供自体に問題を認め認識しているようなケア方法ではなく、先述した症状の緩和を導いたと思われる望ましいケア方法と同様のケア方法によって失敗を招いたと思われる失敗例を抜粋した。

本研究で定めたケア分類に基づき大きく分類すると、環境の調整では、なじみの物を多く持ち込んだり、1人にして落ち着く環境作りを実施しているが、不安や混乱を招き帰宅要求の頻度が増加してしまっている。あるいは、他者との席位置の調整について、おとなしい方と一緒にすることで会話が無く不安を高める結果となっている。いずれも帰宅願望の本意や心理を把握していないことによる失敗といえるだろう。

コミュニケーションにおいても接触量の増加や、マンツーマンケアを実施しているが、かえって不安や怒りを起こしてしまっている。単なる接触量の増加は、本人の心理に沿わない不適切な関わりの増加として悪影響を招いており、特に帰宅願望は落ち着きの無さや不安感や寂しさ、孤独感などが原因となることが多いことから、適切な傾聴と受容による共感が効果をもつものと考えられる。帰宅願望の心理的な背景が把握できれば真意に適応した関わり方の工夫が可能となるだろう。

活動支援については、無理な活動の提供は不安感や怒りを増長し、逆効果であることを示している。帰宅願望への活動支援は、環境適応を促進するような役割と居場所の認識が目的であるような簡単かつ継続してきた活動が重要であり、成功体験を増やし、周囲から承認の機会を増やし、集団への所属意識を強調できる活動の提供が重要であると考えられるだろう。

家族との交流支援についても、従前からの家族関係によっては帰宅願望を増長させる場合が見られ、本人と家族との関係性や、家族の真意を把握しておくことが大前提となる。家族との連絡支援についても、タイミングや家族の関わり方が重要であり、家族との事前の情報交換が必要であることを示唆している。介護者の調整についても専属職員を配置する場合、担当職員以外の職員との関係が悪化したり、親密になりすぎてトラブルが発生する場合も見られている。専属職員を配置する場合は、徐々に信頼できる職員を増やすようなフォローが重要であり、職員と高齢者の関係性が密接になりすぎない配慮が重要であることが示唆された。

以上は一部の失敗ケア事例であるが、これらの事から方法はあくまでも方法であり、方法自体に絶対的な妥当性はなく、全てのケア方法は高齢者の反応や状況によって良くも悪くもなり得る事を認識しておくことが重要であり、高齢者への影響を確認することなくしてケア方法の水準を決めることは難しいと考えられる。

(6) 帰宅願望を緩和したケア方法の組み合わせ傾向

本研究の最終的な目的は、認知症にともなうBPSDの緩和に成功した事例から、質の高いケア方法をBPSDの状況別に整理し、モデルとして提案することである。

ここでは、実際のケア実施プロセスを考慮し、ケア単体の効果よりも複数のケアの複合的な効果とみなし、緩和にいたるケアの組み合わせパターンを整理する。そののち、認知症の原因疾患や、身体障害の重症度、当該症状の様態、緩和までの所要期間によって、ケアの組み合わせパターンが異なるかを分析する。

①解決方法の組み合わせパターン

平均12.4項目で構成される解決方法の組み合わせは天文学的な数値となり、その全てを表すのは現実的でない。そこで実際の組み合わせに、高い確率で近似するパターンを得るために潜在クラス分析を用いた。その結果10通りの組み合わせパターンを得た（表3-3-11参照、潜在クラスモデルの評価経緯は表3-3-12参照）。

第1パターンは平均21.1項目の組み合わせで、123件（16.1%）がこれに該当する。第1パターンで75%以上が行った解決方法は12項目であり、『コミュニケーション』の7項目（“会話内容の調整”5項目中4項目（80.6%～89.8%）、“接触量”2項目（78.6%と90.8%）と「傾聴、受容」（76.1%））、『活動支援』の3項目（「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（91.7%）、「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（90.1%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（89.5%））、「食事、食欲支援」（79.8%）、そして「家族との連絡調整（手紙）」（75.7%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法は9項目であり、『環境調整』の3項目（「落ち着く場所づくり」（67.8%）、「席位置の調整」（52.9%）、「屋外整備」（50.9%））、『関係支援』の3項目（「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（60.8%）、「他の高齢者への支援依頼」（55.6%）、「仲の悪い人と離す」（55.1%））、「排泄支援（排便調整、誘導等）」（52.8%）、「スキンシップの活用」（52.9%）、そして「静かな環境で、一人の時に」（52.2%）である。

第2パターンは平均4.8項目と最少の組み合わせで、120件（15.7%）がこれに該当する。第2パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満がわずか1項目「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（56.5%）」に過ぎず、「落ち着く場所づくり」（47.8%）、「傾聴、受容」（29.8%）、「目的、理由、方法について」（26.9%）、「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（28.5%）などに分散している。

第3パターンは平均13.5項目の組み合わせで、116件（15.2%）がこれに該当する。第3パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満が10項目であり、『活動支援』の3項目（「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（74.6%）、「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（71.7%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（54.8%））、『コミュニケーション』の5項目（「声かけ・会話・交流の増加」（68.6%）、「目的、理由、方法について」（66.8%）、「付き添い、見守りの増加」（66.5%））

「好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）」（57.9%）、「傾聴、受容」（54.2%））、そして「家族との連絡調整（手紙）」（67.1%）と「落ち着く場所づくり」（55.1%）である。

第4パターンは平均8.0項目の組み合わせで、104件（13.6%）がこれに該当する。第4パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満が4項目であり、『活動支援』の2項目（「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（68.1%）と「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（59.7%））に『コミュニケーション』の2項目（「付き添い、見守りの増加」（66.7%）と「目的、理由、方法について」（60.7%））である。

第5パターンは平均13.2項目の組み合わせで、69件（9.0%）がこれに該当する。第5パターンで75%以上が行った解決方法は4項目であり、“家族関係支援”の2項目（「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（90.3%）、「家族との連絡調整（手紙）」（81.2%））、そして「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（85.4%）と「付き添い、見守りの増加」（80.2%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が8項目であり、『コミュニケーション』の4項目（「目的、理由、方法について」（71.7%）、「好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）」（63.3%）、「傾聴、受容」（56.7%）、「声かけ・会話・交流の増加」（54.6%））、『活動支援』の3項目（「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（68.8%）、「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（54.5%）、「自宅へ外出」（51.9%））、そして「落ち着く場所づくり」（52.6%）である。

第6パターンは平均10.3項目の組み合わせで、68件（8.9%）がこれに該当する。第6パターンで75%以上が行った解決方法は2項目であり、“会話内容の調整”の2項目（「目的、理由、方法について」（91.1%）と「説明」（81.1%））である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が5項目であり、『コミュニケーション』の3項目（「感謝・賞賛・肯定的な言葉」（61.8%）、「傾聴、受容」（60.4%）、「好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）」（60.2%））、そして「落ち着く場所づくり」（74.9%）と「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（64.7%）である。

第7パターンは平均8.9項目の組み合わせで、56件（7.3%）がこれに該当する。第7パターンで75%以上が行った解決方法はなく、50%以上75%未満が6項目であり、『環境調整』の2項目（「落ち着く場所づくり」（57.4%）と「屋外整備」（50.3%））、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（73.6%）、「食事、食欲支援」（61.8%）、「家族との連絡調整（手紙）」（52.9%））、そして「目的、理由、方法について」（56.2%）である。

第8パターンは平均16.1項目の組み合わせで、45件（5.9%）がこれに該当する。第8パターンで75%以上が行った解決方法は6項目であり、『活動支援』の3項目（「好きな活動（書道、生け花、読書、テレビ、音楽）を実施」（99.9%）、「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（99.9%）、「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（80.7%））、「会話内容の調整」の2項目（「感謝・賞賛・肯定的な言葉」（80.8%）、「好きな話題（宗教、趣味、家族、昔話等）」（80.5%））、そして「食事、食欲支援」（78.7%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が8項目であり、『環境調整』の2項目（「自宅で使用していた物の使用」（70.8%）と「記憶等の補助環境（表札、案内板）」（53.6%））、「会話内容の調整」の2項目（「目的、理由、方法について」（70.0%）と「頼りにしていることを伝えた」（69.3%））、「家族関係支援」の2項目（「家族との連絡調整（手紙）」（62.0%）と「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（55.3%））、そして「付き添い、見守りの増加」（66.4%）と「排泄支援（排便調整、誘導等）」（58.3%）である。

第9パターンは平均10.5項目の組み合わせで、44件（5.8%）がこれに該当する。第9パターンで75%以上が行った解決方法は2項目であり、「頼りにしていることを伝えた」（91.7%）と「軽作業（家事、炊事、家仕事）を定期的に役割とした」（89.9%）である。同様に50%以上75%未満が行った解決方法が6項目であり、『コミュニケーション』の4項目（「感謝・賞賛・肯定的な言葉」（69.8%）、「傾聴、受容」（64.6%）、「目的、理由、方法について」（54.6%）、「付き添い、見守りの増加」（51.6%））、そして「屋外のレク、行事、活動（散歩、ドライブ、食事）への参加」（60.8%）と「家族（お墓、位牌）との接触機会調整（面会、訪問、電話）」（57.4%）である。

第10パターンは平均32.5項目と最多の組み合わせで、19件（2.5%）がこれに該当する。第10パターンで75%以上が行った解決方法は25項目にも達し、『コミュニケーション』の13項目中12項目（81.1%～99.8%）、『環境調整』の8項目中4項目（86.2%～94.7%）、『関係支援』の4項目（78.3%～99.7%）、『活動支援』の3項目（94.7%～99.9%）、そして『身体ケア』の2項目（89.5%と99.7%）と広範囲である。

以上の10パターンを整理すると、パターン1とパターン10は類似の傾向を示しており、環境調整、コミュニケーション、活動支援、身体ケア、関係支援、ケア体制整備の全てのケアを実施しているグループである。両者の違いは、パターン1の方が、環境調整と関係支援の実施率がやや低くなり、コミュニケーションの工夫や、活動支援、身体ケア（特に食事支援や排泄支援）の実施傾向が高い。パターン10は全てのケア実施率が高い傾向がみられ、両者のタイプは全てのケアを実施しているマルチタイプの傾向である。それ以外では活動支援重視タイプと、コミュニケーション

ン重視タイプに分類され、それらの組み合わせタイプと見られる。活動支援タイプでは、パターン5が自宅への外出、屋外活動、レクなどの外出支援を中心に、見守りをしながら、家族との交流機会を調整しているタイプである。コミュニケーションタイプでは、パターン6は主に帰りたい目的や、理由の把握を中心とし、生活行為支援を若干しているタイプである。活動支援とコミュニケーションの組み合わせタイプとしてはパターン8は、生活行為や趣味活動、外出支援など活動支援を多く実施しながら、好きな話題や感謝・賞賛・肯定的な言葉を駆使しながら接触量を増やしている。パターン9では、特に生活行為への支援を中心としながら、本人の役割を尊重したり、頼りにしたり、感謝・賞賛などを行っている傾向が高い。それ以外のパターンはそれらの傾向がありつつも実施率が低かったり、特徴が不明瞭なパターンであり、ここではマルチケアタイプ、活動支援タイプ、コミュニケーションタイプ、活動・コミュニケーションタイプの4つのモデル的な組み合わせが認められるだろう。

表3-3-12 潜在クラスモデル評価(帰宅願望の解決方法の組み合わせパターン) N=765

モデル(クラス数)	情報量規準		Class.Err.
	BIC	AIC	
モデル5(クラス数5)	33410	32254	0.124
モデル10(クラス数10)	34431	32116	0.124
モデル20(クラス数20)	36909	32274	0.085
モデル30(クラス数30)	39452	32497	0.061
モデル40(クラス数40)	42187	32912	0.047
モデル40(クラス数50)	44916	33321	0.035

②解決方法の組み合わせパターンによる解決までの所要日数の差異

上記10通りの解決方法の組み合わせパターン別に、帰宅の欲求開始から解決までの所要日数を分析した結果、次の傾向がみられた(表3-3-13参照)。

解決までの所要期間が最も短いのがパターン10で平均5か月強(160.9日)で、逆に最も長いのがパターン7で平均10か月強(311.5日)であり、約2倍の格差である。

10通りのパターンを、解決までの平均所要期間で大まかに次の3グループに分けられる。

第1は、平均5か月程度と短い、パターン10(160.9日)とパターン2(168.5日)である。

第2は、平均8～9か月程度と中くらいの、パターン3(248.6日)、パターン5(255.8日)、そしてパターン6(266.7日)である。

第3は、平均10か月程度と長い、パターン9(292.3日)、パターン4(304.9日)、パターン1(310.6日)、パターン8(311.4日)、そしてパターン7(311.5日)である。

これらの結果から考察すると、パターン10が最も解決所要期間が短く、ケア種の多さが関連していると考えられるが、しかし、類似のパターンを持つパターン1が解決に時間を要している。パターン1は、パターン10に比較して環境の調整や人間関係の調整に関するケア実施率がやや低い傾向があることから、活動支援やコミュニケーション支援、身体ケアと合わせて、環境調整や関係支援の実施頻度を同時に高めることがBPSD緩和に影響していることが考えられる。

表3-3-13 帰宅願望の解決方法組み合わせパターン別にみた解決までの平均所要日数

	全体	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
解決までの平均所要日数	266.0	310.6	168.5	248.6	304.9	255.8	266.7	311.5	311.4	292.3	160.9
サンプル数	595	104.6	85.5	90.3	75.5	54.4	49.2	44.1	39.6	34.1	17.7
(参考)所要日数合計	158,278	32,489	14,407	22,448	23,022	13,915	13,126	13,730	12,318	9,972	2,851

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

③高齢者の状況による解決方法の組み合わせパターンの差異

認知症の原因疾患、身体障害の重症度、そして帰宅願望の解決前の状況の3つの視点で解決方法の組み合わせパターンがどのように異なるのか分析した。

i) 認知症の原因疾患別にみた差異

原因疾患の大部分を占める「アルツハイマー型」と「脳血管疾患型」を対比すると、アルツハイマー型ではパターン4（14.5%）がやや多く（脳血管疾患型では9.2%）、脳血管疾患型ではパターン2（19.6%）がやや多い（アルツハイマー型では13.9%）、という傾向がみられる（表3-3-14参照）。

パターン4と2の違いは、パターン2が生活行為支援を中心としているのに対し、パターン4は趣味活動と生活行為の支援を両方実施しており、コミュニケーション量を増やしている点である。アルツハイマー型認知症の方への趣味活動実施率が高いことは、原因疾患との関連性を示唆するものである。

表3-3-14 認知症の原因疾患別にみた帰宅願望の解決方法組み合わせパターン

【比率】 (横100)											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	16.5	14.5	15.6	13.9	9.3	8.8	7.5	6.0	5.4	2.6
アルツハイマー型	100.0	16.6	13.9	14.8	14.5	8.3	9.1	7.3	7.7	5.3	2.5
脳血管疾患型	100.0	17.6	19.6	16.2	9.2	12.7	10.7	7.5	1.8	3.4	1.3
前頭側頭型	100.0	16.6	0.4	17.1	40.7	0.1	0.3	17.4	0.2	7.2	0.0
レビー小体型	100.0	21.4	5.0	9.1	6.7	16.7	4.8	12.7	0.1	11.7	11.8
アルツハイマー型&脳血管疾患型	100.0	13.5	13.3	26.7	28.4	1.9	0.2	1.6	0.1	0.1	14.2
アルツハイマー型&前頭側頭型											
アルツハイマー型&レビー小体型	100.0	33.7	0.0	33.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	33.0
不明	100.0	12.7	18.5	15.8	14.2	10.8	9.0	9.3	1.6	6.3	1.9
その他	100.0	13.3	8.9	26.8	12.8	14.0	5.3	4.3	4.9	9.8	0.0

【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	703	115.8	101.6	109.4	97.4	65.6	62.1	52.5	42.2	38.0	18.4
アルツハイマー型	498	82.6	69.4	73.6	72.4	41.5	45.2	36.1	38.3	26.6	12.2
脳血管疾患型	93	16.4	18.3	15.0	8.6	11.8	9.9	7.0	1.7	3.1	1.2
前頭側頭型	6	1.0	0.0	1.0	2.4	0.0	0.0	1.0	0.0	0.4	0.0
レビー小体型	17	3.6	0.9	1.6	1.1	2.8	0.8	2.2	0.0	2.0	2.0
アルツハイマー型&脳血管疾患型	7	0.9	0.9	1.9	2.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	1.0
アルツハイマー型&前頭側頭型	0										
アルツハイマー型&レビー小体型	3	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
不明	53	6.7	9.8	8.4	7.5	5.7	4.8	4.9	0.8	3.3	1.0
その他	26	3.5	2.3	7.0	3.3	3.6	1.4	1.1	1.3	2.5	0.0

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

ii) 身体障害の重症度別にみた差異

重症度別に比較してみると、重症度J（何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する）ではパターン4（20.7%）がやや多く、重症度A（屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない）ではパターン1（18.5%）がやや多く、重症度B（屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活主体で座位を保つ）ではパターン6（15.0%）がやや多い、という傾向がみられる（表3-2-15参照）。

パターン4と6の比較では、パターン4に顕著な特徴が無いため大きな差異は認められず、身体障害の重症度によるケア方法のパターンは大きく異なるわけではないことが推測される。

表3-3-15 身体障害の重症度別にみた帰宅願望の解決方法組み合わせパターン

【比率】 (横100)											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	16.1	15.4	15.5	13.7	9.1	8.6	7.2	6.0	5.9	2.5
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	100.0	12.1	15.8	14.8	20.7	8.5	6.0	9.3	1.6	8.5	2.7
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	100.0	18.5	15.1	14.9	12.3	9.3	8.2	5.8	7.8	5.9	2.1
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	100.0	8.9	16.7	19.4	10.2	8.9	15.0	11.5	2.4	2.3	4.4
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	765	123.0	118.1	118.3	104.5	69.5	66.1	54.9	45.7	45.5	19.4
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	146	17.6	23.1	21.6	30.2	12.4	8.8	13.5	2.3	12.5	4.0
A 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない	524	96.9	79.1	78.2	64.5	48.5	43.1	30.4	41.1	30.8	11.2
B 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ	95	8.5	15.9	18.5	9.7	8.5	14.3	10.9	2.3	2.2	4.2

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

iii) 解決前の状況別にみた差異

主な症状の「帰りたい要求が頻繁に見られ、荷物をまとめたり、出て行くこともある」と「興奮や暴力、抑うつ、悲哀を伴い、帰りたい要求が頻繁に見られ、荷物をまとめたり、出て行くこともある」の2通りを比較すると、前者ではパターン2 (15.6%) とパターン4 (14.0%) がやや多く（後者ではそれぞれ9.2%と7.6%）、後者ではパターン3 (22.0%) とパターン5 (14.1%) がやや多い（前者ではそれぞれ15.1%と8.8%）という傾向がみられる（表3-3-16参照）。

パターン3と5のケアパターンは類似しており、興奮などを伴う帰宅願望と単なる帰宅願望へのケアパターンには大きな差はなく、強いて考察すればパターン5の見守り量の増加が若干実施率が高く、興奮を伴っている場合は見守るケアが多用されることを示唆していると考えられる。

表3-3-16 解決前の状況別にみた帰宅願望の解決方法組み合わせパターン

【比率】 (横100)											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	100.0	16.2	15.3	15.5	13.6	9.1	8.6	7.2	6.0	5.8	2.6
帰りたい要求が頻繁に見られ、荷物をまとめたり、出て行くこともある	100.0	16.3	15.6	15.1	14.0	8.8	9.0	7.0	5.8	5.8	2.6
興奮や暴力、抑うつ、悲哀を伴い上記の症状が見られる	100.0	16.3	9.2	22.0	7.6	14.1	5.1	10.3	8.7	5.0	1.9
その他	100.0	4.8	30.9	10.1	24.7	0.2	1.4	1.4	9.8	16.7	0.0
【実数】											
	サンプル数	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4	パターン5	パターン6	パターン7	パターン8	パターン9	パターン10
全体	761	123.0	116.3	118.2	103.8	69.5	65.8	54.8	45.7	44.5	19.4
帰りたい要求が頻繁に見られ、荷物をまとめたり、出て行くこともある	701	113.9	109.5	105.7	98.3	61.8	62.9	49.2	40.4	40.8	18.4
興奮や暴力、抑うつ、悲哀を伴い上記の症状が見られる	54	8.8	4.9	11.9	4.1	7.6	2.8	5.5	4.7	2.7	1.0
その他	6	0.3	1.9	0.6	1.5	0.0	0.1	0.1	0.6	1.0	0.0

(帰属確率によるウェイト集計)

(両項目有効回答に限定)

D. 結論

1. BPSDを緩和するケア方法の傾向

1) 徘徊を緩和するケア方法

徘徊の消滅あるいは頻度の低減といった緩和に成功したケアの傾向は、ケア方法を組織で統一するようなケア体制の整備や、付き添い・見守りの量を増加するようなコミュニケーションの工夫、生活上実施される活動機会の継続的な提供、家族との連絡調整や交流支援、落ち着けるような場所の整備、食欲を満たすような食事支援の実施が顕著であった。

興奮・暴力や帰宅願望と比較した徘徊へのケア方法の特徴は、屋外の環境整備を重視している傾向がみられており、特に施設外への行動を自由にし高齢者の意向や気持ちに準拠した方法の重要性が明らかとなったが、外出行動自体が事故や転倒などのリスク発生率を高めるため、厳重なリスクマネジメントを条件としている。そのため安易にリスク低減を目的とした外出行動の抑制は徘徊を増加させるような逆効果となる事も予測される。コミュニケーション面では、付き添いや見守りの増加によって、一緒にいる時間を長くするなど孤立させないような工夫が多く実施されている。活動支援では、好きな活動の実施率が特に高い傾向が見られており、本人の意向や理由、気分等を優先した活動支援が重視されている。身体ケアでは、排泄支援や排便調整を実施している傾向が高く、徘徊の原因と関連している可能性が推測される。

2) 興奮・暴力を緩和するケア方法

興奮・暴力の緩和に成功したケア方法の傾向は、組織やチームにおけるケア方法の統一、付き添いや見守りの増加、好きな活動の実施、仲の悪い人と離す、一緒に過ごす人数の調整、服薬調整や医師への相談などが顕著に実施されている。

興奮・暴力症状への関わりは、特に人間関係が重要であり、鎮静化のための医療的な関わりと人的、物理的環境の調整が重要と考えられる。

徘徊や帰宅願望へのケアと比較した特徴は、一緒に過ごす人数の調整や席位置の調整など人的・物理的な環境整備が重視されている。コミュニケーション面では、理由や目的を無理に聞こうとせず、会話よりも見守りながら様子をみたり、わかりやすい言葉かけが多く実施されている傾向が見られている。活動支援面では、生活行為をしてもらうような支援はやや少なく、好きに活動を行ってもらうような支援が多い傾向が見られている。身体ケア面では、服薬の調整や睡眠の調整が多く、医療的な介入が重視されており、人間関係の調整では、他者との交流を促進するよりもできるだけ、仲の悪い人間関係を調整し、まずは関わらないようにするような調整が重視されていることが特徴的といえる。また、信頼関係のある専属の職員が対応するような介護職員の調整が重要であることが示されている。

興奮・暴力へのケアは徘徊や帰宅願望へのケアと異なる傾向がみられており、優先的なケアとして、まず興奮状態の鎮静化が重視されている。会話よりも付き添いや見守り

が多用され、まずはトラブルの要因を排除するようなケアが優先されている。活動に関しても役割の形成や、療法的な活動よりも、好きな活動をサポートし興奮状態の鎮静化に努める傾向が見られており、投薬調整などの医療的な関わりが不可欠となっている。

3) 帰宅願望を緩和するケア方法

帰宅要求の訴えの緩和に成功したケアの傾向は、ケア方法の統一、生活行為の実施、目的や理由の確認、落ち着く場所づくり、家族との連絡、食事の支援が顕著に実施されているケアであった。つまり生活行為の実施による役割の機会調整や、帰宅願望の真意の把握、環境への適応促進、家族との関係調整、食事支援が中心的なケアであることが示されている。

徘徊や興奮・暴力へのケアと比較した特徴としては、帰宅要求に関する理由や目的を把握しつつ、継続的な活動を支援し、施設環境への適応促進を図っており、落ち着ける環境づくりを行っている点である。そして、帰宅の要求自体が入居以前の環境に対する回顧であれば、家族との関係を考慮しながら家族との交流を促したりするような支援も重視され、多く実施されている。

2. BPSDを緩和するケアにおけるアセスメント視点の傾向

1) 徘徊を緩和するケアのアセスメント視点

徘徊へのケアに有効な視点の傾向は、何れのケアにおいても高齢者の徘徊時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点である。本人の徘徊時の状態及び、心理の把握が最優先的な視点であるといえる。

そして何れのケアにも共通する点として他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、他者との関係状況が重要視されている。徘徊に限らず認知症に伴う行動・心理症状は関係性の障害であるともいわれており、他者との関係性を把握し、特性に応じた関係調整の支援が重要であることを示している。

また、生活習慣やライフスタイルが重要視されており、徘徊が精神不安や不適応による症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが徘徊症状を緩和するための有効なケアと考えることができる。

2) 興奮・暴力を緩和するケアのアセスメント視点

興奮・暴力へのケアに有効な視点の傾向は、何れのケアにおいても興奮・暴力時の行動やふるまい、表情、言動などの様子を見ており、気分や気持ちなどの心理を把握しようとしている点である。興奮時の状態観察と把握、心理や気分の推測及び評価の重要性が示唆された結果であり、特に他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、他者との関係状況の把握が特徴的な視点であることが示されている。また、徘徊や帰宅願望に比較して、生活習慣やライフスタイルを重視する傾向が少なく、即時的な対応が中心となり、ライフスタイルや生活習慣を考慮した長期的なケアの実施は重視されにくい傾向が示されている。また、健康面の把握が重要であり、医療的な処置や投薬

の調整が多く実施される事を示している。

3) 帰宅願望を緩和するケアのアセスメント視点

帰宅願望へのケアに有効な視点の傾向は、何れのケアにおいても帰宅要求時の行動やふるまい、表情などの様子を見ており、なぜ帰りたいのか、どこに帰りたいのかなど気分や気持ちなどの心理を把握している点である。また、興奮症状と同様に人間関係の把握を重視しており、他の入居者との関係や、職員との関係、家族との関係など、他者との関わり方の特性把握が重要だといえる。帰宅願望は、落ち着く場所や居場所が定まらない事が原因で生じる症状と考えれば、他者との関係性を把握し、それぞれの特性に応じた人間関係の調整を通して信頼できる関係づくりが重要であり、居住環境への適応化の促進が重要視されている事が示唆されたといえる。そして、生活習慣やライフスタイルの把握も重視されており、帰宅願望自体が精神不安定や、環境への不適応に起因する症状だとすれば、過去のライフスタイルを継続することが安定した生活環境を形成し帰宅願望を緩和するための重要なケアに結び付くと考えられる。

3. ケアの組み合わせモデル

本研究の最終的な目的は、B P S Dを緩和するケア方法の組み合わせを整理し、ケアパッケージを症状別にモデル化することであった。緩和に成功したケアの分類ごとに個別のケア方法の実施割合について考察したが、重要なのは、B P S D緩和に有効であったケア方法は複数のケア実施による複合効果であることが推測される。実際のケア実施場面においても、効果的なケアとは単体のケアによる即時的な効果と、複数のケア実施による組み合わせ効果だと考えられる。B P S Dの頻度が消失あるいは低減するような長期的なケア効果の有効性を考察する上では、緩和に至る過程の中で単体のケアの有効性を検証することは至極困難であり、緩和に影響すると考えられる効果は、複数のケアの組み合わせによる複合的な効果と考える方が实际的であると考えられる。よって、ケアモデルの考え方としては、緩和までの期間においてどのようなケアが複数実施されたかについて、順番や頻度に関する要因を除外し代表的なケアの組み合わせモデルを整理した。

1) 徘徊を緩和するケアの組み合わせモデル

徘徊を緩和するケア方法の組み合わせタイプは、①環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、人間関係調整をすべて実施するマルチケアタイプ、②見守りや付き添いを増やししながら、趣味活動を実施したり、家族との情報交換やグループ人数を調整している見守り、付き添い中心タイプ、③趣味活動とグループ調整、コミュニケーションの工夫を実施する趣味活動支援タイプ、④理由や目的の確認をしながら、席位置を調整し、生活行為の活動を中心として、見守りや付き添いを増加している生活行為支援による安定化タイプ、⑤生活行為、趣味活動、外出支援のすべての活動支援を中心とし、服薬調整をしている全活動実施タイプ、⑥外出支援や屋外活動をしながら見守りや付添を行い、家族との連携を図っている外出活動支援タイプに分類できることが明

らかとなった（表4-1-1参照）。

2) 興奮・暴力を緩和するケアの組み合わせモデル

興奮・暴力を緩和するケア方法の組み合わせタイプは、①趣味活動の実施を中心に、食事の支援、家族との連絡調整を行い、好きな話題や感謝・賞賛、傾聴などのコミュニケーション増加、また、付き添い、見守りの増加によって、落ち着く環境作りを行っている趣味活動とコミュニケーションの増加を中心とするタイプ、②外出支援や生活行為支援を中心に、感謝、賞賛、肯定的な会話や傾聴、受容、理由の確認などのコミュニケーション、家族との連絡調整を実施しているタイプ、③席位置の調整や物理的な環境調整を中心に、声かけや会話を増加している環境調整とコミュニケーション増加タイプ、④環境支援、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア（排泄支援や食事支援）、他者との関係支援など全てのケアを実施しているマルチケアタイプ、⑤鎮静化を目的に原因を探り、グループ調整をし、付き添いや見守りを増加しながら、服薬の調整や食事支援を行っている感情の安定化を優先するタイプに分類される（表4-2-1参照）。

3) 帰宅願望を緩和するケアの組み合わせモデル

帰宅願望を緩和するケア方法の組み合わせは、①環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、関係支援、ケア体制整備の全てのケアを実施しているマルチケアタイプ、②自宅への外出、屋外活動、レクなどの外出支援を中心に、見守りをしながら、家族との交流機会を調整している外出支援タイプ、③主に帰りたい目的や、理由の把握を中心とし、生活行為支援をしている心理把握と活動支援タイプ、④生活行為や趣味活動、外出支援などの活動支援を実施し、好きな話題や感謝・賞賛・肯定的な言葉を駆使して接触量を増やしている全活動支援とコミュニケーション増量タイプ、⑤生活行為への支援を中心に、役割を尊重したり、頼りにしたり、感謝・賞賛などをしている生活行為と承認を軸にした役割形成タイプに分類される（表4-3-1参照）。

4) 全体的な傾向

全体的なケアの組み合わせについての傾向は、全てのケアを実施するマルチケアのモデルと、コミュニケーション量や付き添い、見守りを増加するモデル、そして活動支援を実施しながら関わりや見守り、付き添いを増加するモデルに大きく分類される。その際には何れのモデルにも家族との連絡調整や交流支援、身体ケア（服薬調整、食事支援、排泄支援）が組み合わせられる事が明らかとなった。3種類のBPSDケアの差異は、徘徊は見守りや付き添いを中心に実施するケアモデルタイプが、興奮・暴力は、人的・物理的環境調整を中心とするケアモデルタイプと感情を鎮静化し安定化させるケアタイプモデルが、帰宅願望は、外出支援、心理把握、役割承認を中心としたケアモデルタイプが特徴的であるといえる。

表4-1-1 徘徊を緩和したケア方法の組み合わせ

ケア方法の各タイプへの帰属率が、75%以上は◎の網掛け、50%～75%が○、25%～50%未満が△、25%未満が－、0%は空白

ケア分類	ケア方法	内 容	①マルチケア タイプ	②見守り、付 添中心タイプ	③趣味活動 支援タイプ	④生活行為 支援による安 定化タイプ	⑤全活動実 施タイプ	⑥外出活動 支援タイプ
			環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、人間関係調整をすべて実施	見守りや付添いを増やしなが ら、趣味活動を実施した り、家族との情報交換やグ ループ人数を調整	趣味活動とグ ループ調整、コミュニケーションの工夫 をしながら落ち 着く場所をつくる	理由や目的の 確認をしながら、席位置を 調整し、生活行為の活動を 中心として、見守りや付添 いを増加	生活行為、趣味活動、外出 支援のすべての活動支援を 中心とし、服薬調整	外出支援や屋 外活動をしな がら見守りや 付添いを行い、家族との 連携
環境調整	人数調整	グループ調整	◎	○	△	－	－	－
	安定化	落ち着く場所づくり	○	－	◎	◎	－	△
	席の位置調整	席位置の調整	◎	△	△	△	△	－
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用	○	－	△	－	△	－
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	－	－	－	－	－	－
	記憶補助環境	記憶等の補助環境(表札、案内板)	○	－	△	－	－	－
	刺激調整	光、音等の刺激調整	△	－	－	－	△	－
	屋外整備	屋外整備	◎	－	△	△	○	○
コミュニケーション	会話内容の調整	目的、理由、方法について	◎	△	◎	○	○	△
		説明	◎	△	○	△	－	－
		好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)	◎	△	◎	△	○	△
		感謝・賞賛・肯定的な言葉	◎	－	○	△	△	－
	会話方法	傾聴、受容	◎	△	○	△	△	－
		ペース、言葉などを調整し分かりやすく	◎	－	－	－	－	－
	会話状況	静かな環境で、一人の時に	◎	－	○	－	－	－
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	◎	－	－	－	△	－
	接触量	声かけ・会話・交流の増加	◎	△	○	○	△	－
		付き添い、見守りの増加	◎	◎	○	○	○	◎
	非言語的交流	会話をせず、見守りだけ	○	△	－	－	－	－
		スキンシップの活用	◎	－	△	－	－	－
活動支援	生活行為	表情、身振りの多用	－	－	－	－	－	－
		軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	◎	△	○	◎	◎	△
		リーダー、指導者の役割	－	－	－	－	－	－
	趣味活動	仕事や日課の継続	－	－	－	－	－	－
		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	◎	○	◎	○	○	○
	外出支援	体操、レクリエーションへの参加	－	－	－	－	－	－
		屋外のレク、行事、活動(散歩、ドライブ、食事)への参加	◎	－	○	△	◎	◎
		自宅へ外出	△	－	△	－	△	－
		好きな場所へ外出し、見守る	－	－	－	－	－	－
身体ケア	療法等	集団レク、療法	－	－	－	－	－	－
	医療	医療相談、処置の実施	○	△	○	－	◎	－
	食事・水分	食事、食欲支援	◎	△	○	△	△	○
		水分補給	○	－	△	－	－	△
	排泄	排泄支援(排便調整、誘導等)	◎	△	○	△	△	△
	睡眠	睡眠の改善、調整	○	－	△	－	－	－
	入浴	入浴支援	－	－	－	－	－	－
関係支援	他者との関係支援	感覚支援	－	－	－	－	－	－
		視覚支援	－	－	－	－	－	－
		他の高齢者への支援依頼	◎	△	△	△	△	－
		仲の悪い人と離す	◎	△	△	－	△	－
		仲の良い人と過ごす支援	△	－	－	－	－	－
	家族関係支援	他の高齢者との交流促進	△	－	－	－	－	△
		近隣、知人との交流支援	－	－	△	－	－	－
ケア体制	職員調整	家族との連絡調整(手紙)	◎	○	◎	○	○	◎
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)	○	△	○	△	○	－
ケア体制	職員調整	職員の調整(専属、性別、変更等)	○	△	△	－	－	－

表4-2-1 興奮・暴力を緩和したケア方法の組み合わせ

ケア方法の各タイプへの帰属率が、75%以上は◎の網掛け、50%～75%が○、25%～50%未満が△、25%未満が－、0%は空白

ケア分類	ケア方法	内 容	①趣味活動とコミュニケーション増加タイプ	②外出や生活行為活動中心タイプ	③環境調整とコミュニケーション増加タイプ	④マルチケアタイプ	⑤感情安定化タイプ
			趣味活動の実施を中心に、食事の支援、家族との連絡調整を行い、好きな話題や感謝・賞賛、傾聴などのコミュニケーション増加、また、付き添い、見守りの増加によって、落ち着く環境作りを行っている	外出支援や生活行為支援を中心に、感謝、賞賛、肯定的な会話や傾聴、受容、理由の確認、家族との連絡調整実施	③席位置の調整や物理的な環境調整を中心に、声かけや会話を増加している	④環境支援、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア(排泄支援や食事支援)、他者との関係支援など全てのケアを実施	鎮静化を目的に原因を探り、グループ調整をし、付き添いや見守りを増加しながら、服薬の調整や食事支援を行っている
環境調整	人数調整	グループ調整	◎	－	－	◎	○
	安定化	落ち着く場所づくり	◎	△	◎	◎	△
	席の位置調整	席位置の調整	○	△	△	○	－
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用	△	－	△	◎	－
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備				－	
	記憶補助環境	記憶等の補助環境(表札、案内板)	－	－	△	○	－
	刺激調整	光、音等の刺激調整	－	－	△	○	－
コミュニケーション	屋外整備	屋外整備	△	－	－	◎	△
	会話内容の調整	目的、理由、方法について	○	◎	△	◎	○
		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た	－	○	－	◎	－
	会話方法	傾聴、受容	◎	◎	△	◎	○
		ペース、言葉などを調整し分かりやすく	○	△	○	◎	－
	会話状況	静かな環境で、一人の時に	◎	△	△	◎	△
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	○	－	△	◎	－
	接触量	声かけ・会話・交流の増加	◎	◎	◎	◎	△
		付き添い、見守りの増加	◎	○	○	◎	○
	非言語的交流	会話をせず、見守るだけ	－	－	－	○	－
		スキンシップの活用	○	－	△	◎	－
		表情、身振りの多用	－			－	
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	○	◎	△	◎	○
		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	○	◎	－	◎	△
		自宅へ外出	－	△	－	△	－
		好きな場所へ外出し、見守る					－
身体ケア	療法等	集団レク、療法					－
	医療	医療相談、処置の実施	○	○	△	◎	○
	食事・水分	食事、食欲支援	◎	○	△	◎	○
		水分補給	○	－	－	○	－
	排泄	排泄支援(排便調整、誘導等)	○	△	○	◎	△
	睡眠	睡眠の改善、調整	△	－	－	△	△
	入浴	入浴支援				－	
		視覚支援	－			－	－
関係支援	他者との関係支援	聴覚支援				－	－
		他の高齢者への支援依頼	△	△	△	◎	△
		仲の悪い人と離す	○	△	－	◎	△
		仲の良い人と過ごす支援	－	－	－	○	－
		他の高齢者との交流促進	－	－	－	○	－
		近隣、知人との交流支援	－	－	－	○	－
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)	◎	◎	○	◎	○
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)	△	○	△	◎	△
ケア体制	職員調整	職員の調整(専属、性別、変更等)	△	△	△	○	－

表4-3-1 帰宅願望を緩和したケア方法の組み合わせ

ケア方法の各タイプへの帰属率が、75%以上は◎の網掛け、50%～75%が○、25%～50%未満が△、25%未満が－、0%は空白

ケア 分類	ケア方法	内 容	①マルチケアタイプ	②外出支援中心タイプ	③心理把握と生活行為支援タイプ	④全活動支援とコミュニケーション増加タイプ	⑤生活行為支援と役割承認タイプ
			①環境調整、コミュニケーションの工夫、活動支援、身体ケア、関係支援、ケア体制整備の全てのケアを実施	②自宅への外出、屋外活動、レクなどの外出支援を中心に、見守りをしながら、家族との交流機会を調整している	③主に帰りたい目的や、理由の把握を中心とし、生活行為支援をしている	④生活行為や趣味活動、外出支援など活動支援を実施し、好きな話題や感謝・賞賛・肯定的な言葉を駆使し接触量を増やしている	⑤生活行為への支援を中心に、役割を尊重したり、頼りにしたり、感謝・賞賛などを行っている
環境調整	人数調整	グループ調整	○	－	－	△	－
	安定化	落ち着く場所づくり	◎	○	○	○	△
	席の位置調整	席位置の調整	◎	－	△	△	－
	馴染みの物の使用	自宅で使用していた物の使用	◎	△	－	○	－
	居室環境の調整	居室環境の調整、整備	－	－	－	－	－
	記憶補助環境	記憶等の補助環境(表札、案内板)	◎	－	－	○	－
	刺激調整	光、音等の刺激調整	○	－	－	－	－
	屋外整備	屋外整備	○	○	－	△	－
コミュニケーション	会話内容の調整	目的、理由、方法について	◎	○	◎	○	○
		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た	◎	－	－	○	◎
	会話方法	傾聴、受容	◎	○	○	○	○
		ペース、言葉などを調整し分かりやすく	◎	－	△	－	－
	会話状況	静かな環境で、一人の時に	◎	△	△	△	－
		タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い	◎	－	－	△	－
	接触量	声かけ・会話・交流の増加	◎	○	△	○	△
		付き添い、見守りの増加	◎	◎	△	○	○
	非言語的交流	会話をせず、見守るだけ	△	－	－	－	－
		スキンシップの活用	◎	－	△	△	－
活動支援	生活行為	軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とした	◎	○	○	◎	◎
		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	◎	○	△	◎	△
	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	◎	◎	△	◎	○
		自宅へ外出	○	○	－	－	－
		好きな場所へ外出し、見守る	－	－	－	－	－
身体ケア	療法等	集団レク、療法	－	－	－	－	－
	医療	医療相談、処置の実施	○	△	－	△	△
	食事・水分	食事、食欲支援	◎	○	△	◎	△
		水分補給	○	－	－	△	－
	排泄	排泄支援(排便調整、誘導等)	◎	－	－	○	－
	睡眠	睡眠の改善、調整	○	△	－	－	－
	入浴	入浴支援	－	－	－	－	－
		視覚支援	△	－	－	－	－
	感覚支援	聴覚支援	－	－	－	－	－
		体重管理	－	－	－	－	－
関係支援	他者との関係支援	他の高齢者への支援依頼	◎	△	△	△	－
		仲の悪い人と離す	○	－	－	△	－
		仲の良い人と過ごす支援	○	－	－	－	－
		他の高齢者との交流促進	◎	－	－	－	－
		近隣、知人との交流支援	○	△	－	－	－
	家族関係支援	家族との連絡調整(手紙)	◎	◎	△	○	△
		家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話)	◎	◎	－	○	○
ケア体制	職員調整	職員の調整(専属、性別、変更等)	○	－	－	－	－

資料

認知症介護の成功事例に関する調査

— 調査票（徘徊への介護成功事例調査） —

＜ご記入に際してのお願い＞

1. 今までの介護経験の中で、過去1年以内に上記のような場面を解決できたり、成功した経験のある介護経験3年以上の職員の方がお答えください。

【解決例】徘徊が無くなり落ち着いた
回数が減少した 等々

2. 過去の成功体験の中から1つだけ事例を思い出し、その1事例について回答してください。
3. 選択する事例の高齢者は、認知症の方で、身体的な機能はほぼ自立している方を選んでください。
4. ご記入がすみましたら、お手数ですが、**2013年1月15日（火）までに**、同封の封筒に入れ、ご返送願います。
5. 記入上の不明な点、調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6-149-1

TEL 022-303-7556 FAX 022-303-7568

担当：阿部・工藤

調査票に記入される方についてお伺いします。

年 齢	歳	性 別	1. 男性	2. 女性
現在の職名	1. ケアワーカー 2. 相談員 3. ケアマネジャー 4. 看護師 5. その他（ ）			
資格（複数回答可）	1. 看護師（准看護師） 2. 介護福祉士 3. 社会福祉士 4. ケアマネジャー 5. ヘルパー 6. その他（ ）			
事業所の種類	1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 特定施設 5. 居宅介護支援 6. 地域包括支援センター 7. 認知症対応型共同生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護 9. 介護老人福祉施設 10. 介護老人福祉施設（ユニット型） 11. 介護老人保健施設 12. 介護療養型医療施設 13. その他（ ）			
事業所開設年	西暦 年 月			
現在の施設（団体）での勤続年数	年 月			
総介護経験年数	年 月			
認知症介護の経験年数	年 月			

*** 調査にご協力いただいた事業所様へは、「研究結果の概要」を送付いたします。**

ご希望の方は、下記に事業所名とご住所・電話番号をご記入ください。

事業所名		住所	〒	TEL :
				()

〇〇さんは、用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、また、同じ所をなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外に出て行ってしまいます。

以下の設問は、上記のような状況について、うまく解決したと思われるような成功事例の中から1つだけ事例を思い出し、その1事例についてのみ回答をしてください。

***これまでの経験の中から最も最近の成功事例を1つ選んで、その事例についてお答えください。**

Q1 認知症の方がしばしば徘徊したときに、うまく解決できた経験はありますか。

【解決例】 徘徊は無くなり落ち着いた、回数が減少した 等

1. ある 2. ない

Q2 その時の高齢者の状態についてお伺いします。あてはまるものいずれか1つに○をつけてください。それ以外については、回答をご記入ください。

●年 齡 () 歲 ●性 別 (男 · 女)

●認知症の原因疾患 アルツハイマー型・脳血管疾患型・前頭側頭型・レビー小体型・不明・その他()

●認知症の重症度(あてはまるものに○をつけてください)

- I. 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- II. 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが**多少**見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- III. ランクⅡの症状が**ときどき**見られ、介護を必要とする。(徘徊、失禁など)
- IV. ランクⅡの症状が**頻繁**に見られ、**常に**介護を必要とする。
- V. **著しい**精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ専門医療を要する。

●身体障害の重症度(身体機能の程度によって可能かどうかで判断してください。)

- J. 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- A. 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。
- B. 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ。
- C. 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

●徘徊が始まった時期 入居後 (日)・(ヶ月)・(年)

●徘徊の解決に要した期間 (日間) ・ (週間) ・ (ヶ月間) ・ (年間)

Q3 その高齢者について、徘徊の状況は、解決前と解決後でどのように変わりましたか。

解決前と解決後の状況についてあてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものが無い場合は、その他に記入してください。

【解決前の状況】

1. 自分の家を探したり、家族の名前を言いながら、家や家族を求めて歩きまわる。
2. 特に目的もなく歩き回り、何かを気にしていたかと思うと、すぐに別のものに気を取られてふらふらとしている。
3. 夕暮れ時や、尿意が強くなったりしたときにうろうろしだす。
4. ゴミ拾いや廊下を掃除したりと生活習慣の名残で、その行動を繰り返している。
5. 特に生活習慣とも関係なく、施設の中の同じところを行ったり来たりしている。
6. その他 ()

【解決後の状況】

1. 徘徊することは無くなった。
2. 徘徊はたまにあるが、ほとんど無くなった。
3. その他（

Q4 その時に、その高齢者に行った解決方法を教えてください。

下記の記入例を参考に、当てはまるもの全ての回答欄に○をつけてください。

適当なものが無い場合は、空欄に直接、記入してください。

声をかけた場合は、その言葉の内容も記入してください。

1つの空欄に1つの方法を記入し、複数の場合は、複数に分けて記入してください。

Q5 その時に役だったと思われる情報は何か。

Q4で記入した解決方法ごとに、別紙の選択項目から「とても役だった」と思われる項目を5つまで選択し、

下記の記入例を参考に、回答欄に項目の番号を記入してください。

選択項目に適当なものが無い場合は、回答欄に直接、回答を記入してください。

* 優先順ではありませんので、自由に記入してください。

記入例)

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
環境支援	○	11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る	18	20	33	性格	
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					

Q4・Q5の回答について以下にご記入ください。1事例についてのみ、ご回答ください。

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
環境支援		11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る					
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					
		11201 食卓の人数を少なくした					
		11202 リビングの座席を変更した					
		11203 リビングに専用の席を作った					
		11301 居室に使用していた物や写真を持ち込んだ					
		11302 自宅と同じ芳香剤を置いた					
		11303 人形を側においた					
		11304 居室に自宅で使っていた椅子を置いた					
		11401 トイレや居室に表札や案内板を掲示した					
		11501 好きな音楽を流しながらゆっくりと過ごした					
		11601 屋内、屋外とも安全に散歩できる環境を整えた					

コミュニケーション	21101	理由や目的を聞いた					
	21102	帰る方法を一緒に考えた					
	21103	本人が理解できる言葉やペースで説明した					
	22101	家族への思いを聞き、感情をはきだしてもらった					
	22102	ただひたすら話を傾聴する					
	23101	好きな話題で話をした(宗教、趣味、家族等)					
	23102	本人に感謝の言葉を繰り返し述べた					
	23103	昔話を増やした					
	23104	いつもよりゆっくりと話をした					
	23105	静かな環境で話を聞いた					
	23106	常に頼りにしていることを伝えた					
	23107	家族の話をする					
	24101	声かけを増やした					
	24102	ゆっくりと説明しながら介助を行う(「ゆっくり起き上がりますね」「肩に手を入れますよ」等)					
	24103	「今日も良い笑顔ですね。すっきりした顔色で良いですね」等と、気分が良くなるような挨拶や一言を意識的に取り入れた					
	24104	否定せず、意識的に「良かったですね」、「幸せですね」等の肯定的な言葉をかける					
	24105	死角から声をかけない					
	25101	タクティールケアを行った					
	25102	手をさすりながら話をした					
	25103	手を握り、話を聴くようにした					
	26101	一緒に過ごす時間を増やした					
	26102	できるだけ自由にしてもらい、見守った					
	26103	会話を多くした					
	26104	話をせずに、見守った					
	27101	担当職員を少人数にし、関係を密にした					
	27102	添い寝した					
	27103	夕方頃に、つきそうようにした					

[illegible]

人間関係調整		12101 他の高齢者が話を聞いてあげる					
		12102 他の高齢者に事情を説明して理解してもらった					
		12103 仲の悪い人との間に入って、関係を調整した					
		12104 トラブルがあった人と一時的に距離をおいた					
		12105 仲のよい人だけを同じテーブルに集めた					
		12106 他の高齢者との関係調整を行い、友人を増やした					
		12107 近所の人や知人との面会を増やし、交流した					
身体ケア		41101 医者に相談し、内服薬の調整を図った					
		42101 排泄介助の方法を変更した					
		42102 排泄リズムに応じてさりげなく誘導した					
		42103 排便調整をした					
		43101 制限カロリー内で、食事量を増やした					
		43102 暖かいお茶や、好きな食べ物を用意した					
		43103 間食を増やし、満足感を得てもらった					
		43104 制限カロリー内でおやつや果物を摂った					
		43105 職員も一緒に食事をした					
		44101 睡眠状況を改善するため、服薬調整を行った					
		45101 水分補給をこまめに行った					
		46101 メガネを作った					
家族調整		61101 直接、家族と電話して話ができるようにした					
		61102 家族に手紙を書いてもらった					
		61103 家族に面会に来てもらい事情を説明してもらった					
		61104 日々の様子を常に家族に伝えた					

ア セ ス メ ン ト		51101 体温の把握					
		51102 空腹を確認した					
		51103 食事量を確認した					
		51104 睡眠状況を確認した					
		51105 趣味や関心事を把握した					
		51106 普段の思いや気持ちを把握した					
		51107 生活パターンを再度、確認した					
		51108 生活歴を把握した					
		51109 排便状況の確認					
		51110 排尿障害の診断					
		51111 排泄パターンの把握					
		51112 徘徊時間の把握					
		51113 その時の状況を記録し、パターンを把握した					
そ の 他		71101 職員同士で情報交換を密にし、対応を統一した					
		71102 会議でケア方法を統一した					
		72101 関わる職員の性別を変えた					
		72102 関わる職員を別の職員に変えた					

Q6 その時に失敗したと思われるケアはありますか。いくつでも下記に記入して下さい。

【失敗したと思われるケア】

【その結果、高齢者はどうなったか】

認知症介護の成功事例に関する調査

— 調査票（興奮・暴力・暴言への介護成功事例調査） —

＜ご記入に際してのお願い＞

1. 今までの介護経験の中で、過去1年以内に上記のような場面を解決できたり、成功した経験のある介護経験3年以上の職員の方がお答えください。

【解決例】 攻撃的な様子は無くなり落ち着いた
回数が減少した
無くなった 等々

2. 過去の成功体験の中から1つだけ事例を思い出し、その1事例について回答してください。
3. 選択する事例の高齢者は、認知症の方で、身体的な機能はほぼ自立している方を選んでください。
4. ご記入がすみましたら、お手数ですが、**2013年1月15日（火）までに**、同封の封筒に入れ、ご返送願います。
5. 記入上の不明な点、調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6-149-1

TEL 022-303-7556 FAX 022-303-7568

担当：阿部・工藤

調査票に記入される方についてお伺いします。

年 齢	歳	性 別	1. 男性	2. 女性
現在の職名	1. ケアワーカー 2. 相談員 3. ケアマネジャー 4. 看護師 5. その他（ ）			
資格（複数回答可）	1. 看護師（准看護師） 2. 介護福祉士 3. 社会福祉士 4. ケアマネジャー 5. ヘルパー 6. その他（ ）			
事業所の種類	1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 特定施設 5. 居宅介護支援 6. 地域包括支援センター 7. 認知症対応型共同生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護 9. 介護老人福祉施設 10. 介護老人福祉施設（ユニット型） 11. 介護老人保健施設 12. 介護療養型医療施設 13. その他（ ）			
事業所開設年	西暦 年 月			
現在の施設（団体）での勤続年数	年 月			
総介護経験年数	年 月			
認知症介護の経験年数	年 月			

*調査にご協力いただいた事業所様へは、「研究結果の概要」を送付いたします。

ご希望の方は、下記に事業所名とご住所・電話番号をご記入ください。

事業所名		住所	〒	TEL :
				()

〇〇さんは、突然、怒りだし職員や他の人に向かって怒鳴ったり、たたこうとすることがしばしばあります。ある時は、怒りながら職員に暴言をあびせたり、文句を言いながら腕をつかんできます。

***これまでの経験の中から最も最近の成功事例を1つ選んで、その事例についてお答えください。**

1. ある 2. ない

●年 齡 () 歲 ●性 別 (男 · 女)

V. 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ専門医療を要する。

C. 一日中ベットで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

●興奮・暴力・暴言が解決に要した期間 (日間)・(週間)・(ヶ月間)・(年間)

あてはまるものが無い場合は、その他に記入してください。

4. その他 ()

4. その他 ()

Q4 その時に、その高齢者に行った解決方法を教えてください。

下記の記入例を参考に、当てはまるもの全ての回答欄に○をつけてください。

適当なものが無い場合は、空欄に直接、記入してください。

声をかけた場合は、その言葉の内容も記入してください。

1つの空欄に1つの方法を記入し、複数の場合は、複数に分けて記入してください。

Q5 その時に役だったと思われる情報は何か。

Q4で記入した解決方法ごとに、別紙の選択項目から「とても役だった」と思われる項目を5つまで選択し、

下記の記入例を参考に、回答欄に項目の番号を記入してください。

選択項目に適当なものが無い場合は、回答欄に直接、回答を記入してください。

* 優先順ではありませんので、自由に記入してください。

記入例)

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
			18	20	33	性格	
環境支援	○	11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る					
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					

Q4・Q5の回答について以下にご記入ください。1事例についてのみ、ご回答ください。

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
環境支援		11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る					
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					
		11201 食卓の人数を少なくした					
		11202 リビングの座席を変更した					
		11203 リビングに専用の席を作った					
		11301 居室に使用していた物や写真を持ち込んだ					
		11302 自宅と同じ芳香剤を置いた					
		11303 人形を側においた					
		11304 居室に自宅で使っていた椅子を置いた					
		11401 トイレや居室に表札や案内板を掲示した					
		11501 好きな音楽を流しながらゆっくりと過ごした					
		11601 屋内、屋外とも安全に散歩できる環境を整えた					

コミュニケーション	21101	理由や目的を聞いた					
	21102	帰る方法を一緒に考えた					
	21103	本人が理解できる言葉やペースで説明した					
	22101	家族への思いを聞き、感情をはきだしてもらった					
	22102	ただひたすら話を傾聴する					
	23101	好きな話題で話をした(宗教、趣味、家族等)					
	23102	本人に感謝の言葉を繰り返し述べた					
	23103	昔話を増やした					
	23104	いつもよりゆっくりと話をした					
	23105	静かな環境で話を聞いた					
	23106	常に頼りにしていることを伝えた					
	23107	家族の話をする					
	24101	声かけを増やした					
	24102	ゆっくりと説明しながら介助を行う(「ゆっくり起き上がりますね」「肩に手を入れますよ」等)					
	24103	「今日も良い笑顔ですね。すっきりした顔色で良いですね」等と、気分が良くなるような挨拶や一言を意識的に取り入れた					
	24104	否定せず、意識的に「良かったですね」、「幸せですね」等の肯定的な言葉をかける					
	24105	死角から声をかけない					
	25101	タクティールケアを行った					
	25102	手をさすりながら話をした					
	25103	手を握り、話を聴くようにした					
	26101	一緒に過ごす時間を増やした					
	26102	できるだけ自由にしてもらい、見守った					
	26103	会話を多くした					
	26104	話をせずに、見守った					
	27101	担当職員を少人数にし、関係を密にした					
	27102	添い寝した					
	27103	夕方頃に、つきそうようにした					

[illegible]

人間関係調整		12101 他の高齢者が話を聞いてあげる					
		12102 他の高齢者に事情を説明して理解してもらった					
		12103 仲の悪い人との間に入って、関係を調整した					
		12104 トラブルがあった人と一時的に距離をおいた					
		12105 仲のよい人だけを同じテーブルに集めた					
		12106 他の高齢者との関係調整を行い、友人を増やした					
		12107 近所の人や知人との面会を増やし、交流した					
身体ケア		41101 医者に相談し、内服薬の調整を図った					
		42101 排泄介助の方法を変更した					
		42102 排泄リズムに応じてさりげなく誘導した					
		42103 排便調整をした					
		43101 制限カロリー内で、食事量を増やした					
		43102 暖かいお茶や、好きな食べ物を用意した					
		43103 間食を増やし、満足感を得てもらった					
		43104 制限カロリー内でおやつや果物を摂った					
		43105 職員も一緒に食事をした					
		44101 睡眠状況を改善するため、服薬調整を行った					
		45101 水分補給をこまめに行った					
		46101 メガネを作った					
家族調整		61101 直接、家族と電話して話ができるようにした					
		61102 家族に手紙を書いてもらった					
		61103 家族に面会に来てもらい事情を説明してもらった					
		61104 日々の様子を常に家族に伝えた					

ア セ ス メ ン ト		51101 体温の把握					
		51102 空腹を確認した					
		51103 食事量を確認した					
		51104 睡眠状況を確認した					
		51105 趣味や関心事を把握した					
		51106 普段の思いや気持ちを把握した					
		51107 生活パターンを再度、確認した					
		51108 生活歴を把握した					
		51109 排便状況の確認					
		51110 排尿障害の診断					
		51111 排泄パターンの把握					
		51112 徘徊時間の把握					
		51113 その時の状況を記録し、パターンを把握した					
そ の 他		71101 職員同士で情報交換を密にし、対応を統一した					
		71102 会議でケア方法を統一した					
		72101 関わる職員の性別を変えた					
		72102 関わる職員を別の職員に変えた					

Q6 その時に失敗したと思われるケアはありますか。いくつでも下記に記入して下さい。

【失敗したと思われるケア】

【その結果、高齢者はどうなったか】

認知症介護の成功事例に関する調査

—調査票（帰宅願望への介護成功事例調査）—

＜ご記入に際してのお願い＞

1. 今までの介護経験の中で、過去1年以内に上記のような場面を解決できたり、成功した経験のある介護経験3年以上の職員の方がお答えください。

【解決例】 帰宅の要求が無くなり落ち着いた
帰宅の要求回数が減少した 等々

2. 過去の成功体験の中から1つだけ事例を思い出し、その1事例について回答してください。
3. 選択する事例の高齢者は、認知症の方で、身体的な機能はほぼ自立している方を選んでください。
4. ご記入がすみましたら、お手数ですが、**2013年1月15日（火）までに**、同封の封筒に入れ、ご返送願います。
5. 記入上の不明な点、調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6-149-1

TEL 022-303-7556 FAX 022-303-7568

担当：阿部・工藤

調査票に記入される方についてお伺いします。

年 齢	歳	性 別	1. 男性	2. 女性
現在の職名	1. ケアワーカー	2. 相談員	3. ケアマネジャー	
	4. 看護師	5. その他（	）	
資格（複数回答可）	1. 看護師（准看護師）	2. 介護福祉士	3. 社会福祉士	
	4. ケアマネジャー	5. ヘルパー	6. その他（	
	）			
事業所の種類	1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 特定施設 5. 居宅介護支援 6. 地域包括支援センター 7. 認知症対応型共同生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護 9. 介護老人福祉施設 10. 介護老人福祉施設（ユニット型） 11. 介護老人保健施設 12. 介護療養型医療施設 13. その他（			
	）			
事業所開設年	西暦	年	月	
現在の施設（団体）での勤続年数		年	ヶ月	
総介護経験年数		年	ヶ月	
認知症介護の経験年数		年	ヶ月	

*調査にご協力いただいた事業所様へは、「研究結果の概要」を送付いたします。

ご希望の方は、下記に事業所名とご住所・電話番号をご記入ください。

事業所名		住所	〒	TEL :
				()

〇〇さんは、「いつになったら帰れるんだろう」「早く帰りたいわ」「早く帰してよ」と何度も繰り返し言ってきます。

以下の設問は、上記のような状況について、うまく解決したと思われるような成功事例の中から1つだけ事例を思い出し、その1事例についてのみ回答をしてください。

***これまでの経験の中から最も最近の成功事例を1つ選んで、その事例についてお答えください。**

Q1 認知症の方からしばしば帰宅の要求があったときに、うまく解決できた経験はありますか。

【解決例】 帰宅の要求は無くなり落ち着いた、回数が減少した 等

1. ある 2. ない

Q2 その時の高齢者の状態についてお伺いします。あてはまるものいずれか1つに○をつけてください。それ以外については、回答をご記入ください。

●年 齡 () 歲 ●性 別 (男 · 女)

●認知症の原因疾患 アルツハイマー型・脳血管疾患型・前頭側頭型・レビー小体型・不明・その他()

●認知症の重症度(あてはまるものに○をつけてください)

- I. 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- II. 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- III. ランクIIの症状がときどき見られ、介護を必要とする。(徘徊、失禁など)
- IV. ランクIIの症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- V. 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ専門医療を要する。

●身体障害の重症度(身体機能の程度によって可能かどうかで判断してください。)

- J. 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A. 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。
B. 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活主体で座位を保つ。
C. 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

●帰宅の要求が始まった時期 入居後 () 日・() ヶ月・() 年

●帰宅要求の解決に要した期間 (日間)・(週間)・(ヶ月間)・(年間)

Q3 その高齢者について、帰宅要求の状況は、解決前と解決後でどのように変わりましたか。

解決前と解決後の状況についてあてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものが無い場合は、その他に記入してください。

【解決前の状況】

1. 「帰りたいわ」と何度も訴え、その都度玄関まで行って外をうかがっている。
2. 毎日のように自分の荷物をまとめ玄関で待っていて、「帰らせて下さい」と訴える。
3. 家に帰りたいと泣きながら、周囲の人に訴え、ふさぎ込んでいる。
4. その他 ()

【解決後の状況】

1. 帰宅の要求は無くなった。
2. 帰宅要求はたまにあるが、ほとんど無くなった。
3. その他（

Q4 その時に、その高齢者に行った解決方法を教えてください。

下記の記入例を参考に、当てはまるもの全ての回答欄に○をつけてください。

適当なものが無い場合は、空欄に直接、記入してください。

声をかけた場合は、その言葉の内容も記入してください。

1つの空欄に1つの方法を記入し、複数の場合は、複数に分けて記入してください。

Q5 その時に役だったと思われる情報は何か。

Q4で記入した解決方法ごとに、別紙の選択項目から「とても役だった」と思われる項目を5つまで選択し、

下記の記入例を参考に、回答欄に項目の番号を記入してください。

選択項目に適当なものが無い場合は、回答欄に直接、回答を記入してください。

* 優先順ではありませんので、自由に記入してください。

記入例)

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
環境支援	○	11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る	18	20	33	性格	
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					

Q4・Q5の回答について以下にご記入ください。1事例についてのみ、ご回答ください。

	回答	Q4 解決時に行った方法	Q5 役だった情報・視点				
環境支援		11101 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る					
		11102 一人で過ごせる場所を用意する					
		11103 落ち着いて会話ができる場所を用意した					
		11201 食卓の人数を少なくした					
		11202 リビングの座席を変更した					
		11203 リビングに専用の席を作った					
		11301 居室に使用していた物や写真を持ち込んだ					
		11302 自宅と同じ芳香剤を置いた					
		11303 人形を側においた					
		11304 居室に自宅で使っていた椅子を置いた					
		11401 トイレや居室に表札や案内板を掲示した					
		11501 好きな音楽を流しながらゆっくりと過ごした					
		11601 屋内、屋外とも安全に散歩できる環境を整えた					

コミュニケーション	21101	理由や目的を聞いた					
	21102	帰る方法を一緒に考えた					
	21103	本人が理解できる言葉やペースで説明した					
	22101	家族への思いを聞き、感情をはきだしてもらった					
	22102	ただひたすら話を傾聴する					
	23101	好きな話題で話をした(宗教、趣味、家族等)					
	23102	本人に感謝の言葉を繰り返し述べた					
	23103	昔話を増やした					
	23104	いつもよりゆっくりと話をした					
	23105	静かな環境で話を聞いた					
	23106	常に頼りにしていることを伝えた					
	23107	家族の話をする					
	24101	声かけを増やした					
	24102	ゆっくりと説明しながら介助を行う(「ゆっくり起き上がりますね」「肩に手を入れますよ」等)					
	24103	「今日も良い笑顔ですね。すっきりした顔色で良いですね」等と、気分が良くなるような挨拶や一言を意識的に取り入れた					
	24104	否定せず、意識的に「良かったですね」、「幸せですね」等の肯定的な言葉をかける					
	24105	死角から声をかけない					
	25101	タクティールケアを行った					
	25102	手をさすりながら話をした					
	25103	手を握り、話を聴くようにした					
	26101	一緒に過ごす時間を増やした					
	26102	できるだけ自由にしてもらい、見守った					
	26103	会話を多くした					
	26104	話をせずに、見守った					
	27101	担当職員を少人数にし、関係を密にした					
	27102	添い寝した					
	27103	夕方頃に、つきそうようにした					

[illegible]

人間関係調整		12101 他の高齢者が話を聞いてあげる					
		12102 他の高齢者に事情を説明して理解してもらった					
		12103 仲の悪い人との間に入って、関係を調整した					
		12104 トラブルがあった人と一時的に距離をおいた					
		12105 仲のよい人だけを同じテーブルに集めた					
		12106 他の高齢者との関係調整を行い、友人を増やした					
		12107 近所の人や知人との面会を増やし、交流した					
身体ケア		41101 医者に相談し、内服薬の調整を図った					
		42101 排泄介助の方法を変更した					
		42102 排泄リズムに応じてさりげなく誘導した					
		42103 排便調整をした					
		43101 制限カロリー内で、食事量を増やした					
		43102 暖かいお茶や、好きな食べ物を用意した					
		43103 間食を増やし、満足感を得てもらった					
		43104 制限カロリー内でおやつや果物を摂った					
		43105 職員も一緒に食事をした					
		44101 睡眠状況を改善するため、服薬調整を行った					
		45101 水分補給をこまめに行った					
		46101 メガネを作った					
家族調整		61101 直接、家族と電話して話ができるようにした					
		61102 家族に手紙を書いてもらった					
		61103 家族に面会に来てもらい事情を説明してもらった					
		61104 日々の様子を常に家族に伝えた					

ア セ ス メ ン ト		51101 体温の把握					
		51102 空腹を確認した					
		51103 食事量を確認した					
		51104 睡眠状況を確認した					
		51105 趣味や関心事を把握した					
		51106 普段の思いや気持ちを把握した					
		51107 生活パターンを再度、確認した					
		51108 生活歴を把握した					
		51109 排便状況の確認					
		51110 排尿障害の診断					
		51111 排泄パターンの把握					
		51112 徘徊時間の把握					
		51113 その時の状況を記録し、パターンを把握した					
そ の 他		71101 職員同士で情報交換を密にし、対応を統一した					
		71102 会議でケア方法を統一した					
		72101 関わる職員の性別を変えた					
		72102 関わる職員を別の職員に変えた					

Q6 その時に失敗したと思われるケアはありますか。いくつでも下記に記入して下さい。

【失敗したと思われるケア】

【その結果、高齢者はどうなったか】

平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

**認知症における行動・心理症状(BPSD)
対応モデルの構築に関する研究事業
報告書**

平成 25 年 3 月

発 行 所 社会福祉法人東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1
TEL(022)303-7550 FAX(022)303-7570

発 行 者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤 伸司

印 刷 株式会社ホクトコーポレーション
〒980-3124 仙台市青葉区上愛子字堀切 1-13