

令和3年度運営費研究

認知症ケアレジストリ研究報告書

認知症介護研究・研修仙台センター
認知症介護研究・研修東京センター
認知症介護研究・研修大府センター

令和4年3月

目次

1. 研究の位置づけ	1
2. BPSD スポット調査のあらまし	2
3. 事業推進の経過	6
4. 令和3年度の取り組み	8
1) 背景と目的	8
2) 調査方法	8
3) 基礎統計の結果	10
4) 統計解析の結果	35
5) 考察	40
5. 令和3年度のまとめ	52

資料1 調査票	53
---------	----

1 研究の位置づけ

「認知症ケアレジストリ研究」は、国立長寿医療研究センターが、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（通称：AMED）の「認知症研究開発事業」の助成により実施する、「大規模症例集積による認知症、及びその前段階の各時期に対応した登録・追跡を行う研究（通称：オレンジレジストリ研究）」の分担研究である「認知症ケアの標準化に関する研究」と連動し、認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の運営費により実施する研究として、平成 27 年～令和元年まで実施してきた（表 1-1）。令和 2 年度以降は、「認知症ケアの標準化に関する研究」が終了し、現在は、運営費による、認知症ケアレジストリ研究にて、BPSD スポット調査（フルレジストリ・ミニレジストリ）を実施している。

表 1-1 関連事業との整理

	認知症ケアの標準化に関する研究	認知症ケアレジストリ研究
財源	国立研究開発法人日本医療研究開発機構による「長寿・障害総合研究事業 認知症研究開発事業」の助成(AMED による助成)	センター運営費を財源とする
事業の関連	研究項目の検討・研究結果の解析等研究的な作業	システム構築・システム運用等の体制整備・結果の普及、活用
具体的内容	<ul style="list-style-type: none">● セミナーの実施(実施済)● 調査項目の検討● 登録結果の解析	<ul style="list-style-type: none">● 登録説明会の実施● 縦断的登録システム(WEB)の構築・運用● 調査協力者の募集・名簿管理● 登録結果の集計● 問い合わせ対応
期間	平成 27 年 4 月～平成令和元年 3 月(終了)	平成 28 年 4 月～

2 BPSD スポット調査のあらまし

1) BPSD スポット調査の目的

BPSD スポット調査は、BPSD 等の状態にある認知症の人に対して、登録項目のケアを実施したときの経時変化を評価することで、どのケアがどの BPSD に対してどの程度の確率で有効かを示すことを目的としている。具体的には、BPSD 等の状態にある認知症の人について、ケアを検討する前の状態をベースラインデータとして登録し、認知症の人に対するケアを検討する。ケアは 2~4 週間実際に提供し、その後の認知症の人の状態を登録するという手続きで実施する。認知症の人の状態の変化とその時行ったケアを比較分析することによって、認知症の人の状態に合った、必要なケアを明らかにすることを目指している。

2) BPSD スポット調査の種類

本調査では、登録者数の拡大を図るため、平成 30 年度により項目を絞り込み、従来の調査をフルレジストリ、項目を絞った調査をミニレジストリと呼称することとした。

3) BPSD スポット調査の対象

(1) 調査協力施設の要件

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

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

表 2-1 PC の動作環境

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

(2) 調査対象者の要件

また、調査の対象者は、以下の通りとしている。

- ① 医師により認知症と診断されている者
* 調査開始当初は、アルツハイマー型認知症を対象としていたが、平成 30 年 6 月よりアルツハイマー型認知症の条件を撤廃

- ② 本人あるいは代諾者により調査協力に同意の得られる者
- ③ 調査協力施設に居住している者(ショートステイ利用者は除く)
- ④ 年齢不問
- ⑤ 認知症の日常生活自立度Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳの者
- ⑥ 以下の要件に該当しない者
 - ・意識障害(せん妄、脳卒中による意識レベル低下等)、精神疾患(統合失調症、うつ状態等)のある者
 - ・すでにターミナル期にある者
 - ・スポット調査中、薬物を調整する予定のある人(調整し、経過が安定した後は登録可)

4) 調査期間

調査期間は、2021年12月31日までとし、順次登録を募集する形式とした。

5) 調査項目

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

具体的には、ミニレジストリでは、IADLとHDS-Rが選択項目になっているほか、DDQ43の項目数を減じてあり、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症に関連する項目のみ登録することとした。加えて、フルレジストリにおいて選択項目であった項目は、ミニレジストリでは削除し、フルレジストリにおいては、生じているBPSDはすべて登録としていたところを、1つのBPSDについての登録でも可能とすることとした。

表 2-2 調査項目の概要

領域	項目	前評価	後評価
Ⅰ 認知症の人の状態	1. ADL(Barthel Index)	○	-
	2. IADL	○	-
	3. 栄養・身体	○	○(一部)
	4. 認知症の診断と治療	○	○
	5. 認知機能 (HDS-R)	○	-
	6. 認知症の症候(DDQ43)	○	-

	7. 認知症の自覚(SED-11Q)	○	-
	8. うつ状態(GDS5)	○	-
	9. せん妄(DST)	○	-
	10. 認知症の人の発言、行動	選択	-
II エンドポイント	1. BPSD の評価(NPI-Q)	○	○
	2. 意欲(Vitality Index)	○	○
	3. 認知症の人の QOL(short QOL-D)	○	○
	4. 認知症の人の QOL(QOL-AD)	選択	○選択時
III 認知症の人に対して実施するケア等	1. 過去 1 週間の生活	○	○ (一部)
	2. 人間関係	○	○ (一部)
	3. 身体的リハビリテーション・療法等	選択	○選択時
	4. ポジティブケア	選択	○選択時
IV 生活障害・BPSD ケア項目	1. 食事に関する BPSD	○BPSD が生じている項目を登録	○前評価選択部分のみ
	2. 暴力、暴言、介護への抵抗、大声をあげる、机を叩く、部屋から出てこない		
	3. もの盗られ、収集、焦燥、繰り返し、その他		

表 2-3 フルレジストリとミニレジストリの項目数

	前				後			
	フル		ミニ		フル		ミニ	
	必須	選択	必須	選択	必須	選択	必須	選択
登録担当者	12	-	12	-				
施設ID	18	-	18	-				
基本情報	11	-	11	-				
ADL	10	-	10	-				
IADL	8	-	-	8				
栄養・身体	10	-	8	-	4	-	4	-
診断と治療	19	-	12	-	10	-	10	-
HDS-R	9	-	-	9				
DDQ 4 3	44	-	28	-				
自覚	24	-	1	-				
うつ	5	-	5	-				
せん妄	11	-	11	-				
発言・行動	-	4	-	0				
NPI-Q	10	-	10	-	10	-	10	-
意欲	5	-	5	-	5	-	5	-
QOL-D	8	-	8	-	8	-	8	-
QOLAD	-	13	-	-	-	13	-	-
生活	5	-	5	-	5	-	5	-
人間関係	7	-	7	-	7	-	7	-
療法等	-	33	-	0	-	33	-	0
ポジティブケア	-	5	-	0	-	5	-	0
小計	216	55	151	17	49	51	49	0
合計 (A)	271		168		100		49	

6) 調査作業にかかる謝礼

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

7) 調査協力施設の公表

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

8) 調査にかかる倫理的配慮について

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

3 事業推進の経過

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

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

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

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

平成 30 年度は、登録数拡大のためにこれまでの調査に加えて、認知症の人による評価や選択項目を減じた、BPSD スポット調査（ミニレジストリ）を開発し倫理委員会の承認を得た。ミニレジストリでは、対象要件をアルツハイマー型認知症の鑑別診断を受けた者、から拡大し、認知症の診断を受けた者であれば可能とすることとしたほか、フルレジストリの項目を減じる形（新たな項目は追加しない方針）で、項目を精査した。加えて、生じている BPSD すべての状態とそれに対するケアを登録する方法から、対象とする BPSD を絞って、認知症の人の状態とケアを登録する方法にした。結果、登録にかかる時間を半分以下（前評価 40～30 分程度、後評価 30～20 分程度）に減じることができた。調査協力施設数は、2017 年度末の 74 施設から 120 施設と 46 施設増となり、登録された BPSD 数は 79 件から、113 件に増加した（2019.1）。

令和元年度は、全国老人福祉施設協議会（以下、全老施協）の後援を得て、一斉調査を

実施し広く登録を募集した。結果、前年度の 120 施設から 69 施設増加し、協力施設は 193 施設となった。また、登録された BPSD は、113 件から 271 件に増加した。これにより、焦燥・繰り返し等登録数の多い BPSD については、基礎的な解析を実施できる状態となった。これまでの 5 年間の研究開発により、BPSD とそのケアに対する情報を蓄積するシステムが構築できたことは、大きな成果である。今後、登録数を重ね、BPSD の軽減に資するケアを検討するためのデータを提供していくことが課題となっている。

令和 2 年度は、AMED の助成による「認知症ケアの標準化に関する研究」が終了したことをふまえ、調査協力について、すでに協力の得られている施設に再度登録を依頼した。また、認知症介護指導者の所属施設に改めて調査協力依頼を行った。その際特に登録数の多い、食事停止、暴言・暴力、焦燥・繰り返しを優先的に登録するよう依頼した。また、コロナ下であるほか、説明の効率を鑑み、オンラインによる調査協力説明を行った。令和 2 年 12 月 31 日までに、協力の得られた施設・事業所数は、231 施設・事業所となった。また、前評価まで登録の得られた認知症の人の数は、175 人、BPSD 数では 395 件となった。令和元年 2 月末時点と比較すると、登録された認知症の人の数は延べ 25 名の増加、BPSD 数は、124 件の増加となった。以上の過程を表 2-4 にまとめた。

表 2-4 調査の経過

年度	研究開発内容
平成 27 年度 (10 月～)	事業計画の作成、システム構築、Feasibility study
平成 28 年度	調査に対するヒアリング、調査項目・プロトコルの精査、システム再構築
平成 29 年度	倫理審査、調査協力施設募集、システム完成・調査開始
平成 30 年度	ミニレジストリの構築
令和元年度	一斉調査の実施、BPSD 別解析の開始
令和 2 年度	再度登録依頼

4 令和3年度の取り組み

1) 背景と目的

これまで述べたように当該調査は、調査項目・調査方法を精査しながら少しずつ協力者を増やしてきた。しかし、繊細なデータ取扱い等が必要となる介入研究は現場においては、負担が大きく、登録数を大きく伸ばすにはかなりの年月が想定される。結果、解析に向けて望まれる登録数を確保するのは困難な状況にある。AMED 研究が終了し、研究体制の過渡期にある現在、効果的・効率的にデータを取集し、その結果を現場での認知症ケア実践に活用するための方法について、改めて検討する時期に来ている。特に多数のデータ登録が求められるレジストリ研究は、データを蓄積する過程そのものが現場のケア改善効果につながるといった効率的なデータ収集が行われることの重要性がこれまでの調査過程や、仙台センターの研究等からも明らかとなってきた。以上をふまえ、令和3年度は、BPSD スポット調査に協力の得られた施設・事業所を対象に、アンケート調査を実施した。アンケート調査の目的は3点ある。1点目は、BPSD スポット調査に取り組む過程が、現場の認知症ケアにおいてどのような意義・効果があるかを明らかにすること。2点目は、今後、調査自体をケア改善のための介入として位置づけていくことができるか、その場合どのような点を改善する必要があるかを検討すること。3点目は、BPSD に対する心理社会的介入として有効性の高いであろう PDCA サイクルとチームアプローチの要素をケアレジストリに取り入れることによる効果の検証を行うこと。上記3点を踏まえて、今後の調査プロトコル等の改善や、調査そのものの活用の方向性などについて、検討を進めることを目指した。

2) 調査方法

(1) アンケートの方法

① 対象

(取り込み基準)

- ・ これまでに BPSD スポット調査に協力の得られた施設・事業所

(除外基準)

- ・ 調査協力取り消しの申し出があり、調査協力を中止した施設

② 配布・回収方法

- ・ 郵送法により配布・回収した。調査協力者に対しては、謝礼として1,000円を支払った。

③ 調査期間

令和4年2月8日～2月28日

④ アンケートの内容

アンケートの内容は、認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）の担当者

により協議し作成した。調査の内容は、1. 協力者在席の有無と協力結果、2. 調査協力体制、3. 調査協力のプロセス、4. 調査協力による副次的効果、5. 調査負担とその改善、6. 回答者の属性とした。詳細は、巻末の資料に掲載している。

⑤ 倫理的配慮

本調査への協力は任意とし、協力しないことによる不利益はないことをアンケートの説明用紙に記載した。また、調査協力は途中取り消しができることを説明した。さらに、調査結果は、今後の本調査の方向性について検討する際の資料として活用し、DCnet において公表することを説明した。個別の回答結果について、回答した個人や施設・事業所名が特定される形で公表することはないこと、回答結果は、個人情報適切に管理できる事業者以外に外注し、入力作業を行うこと、データの保管・処分方法、目的外利用の禁止などについて文書に記述することで説明した。本調査への同意は、回答を持って代えることとした。

(2) 解析方法

ケアレジストリを用いた PDCA サイクルの効果およびチームアプローチの効果を検証することを目的に解析を実施した。

解析に際し、項目の要素を統合するため、調査協力の波及効果として尋ねた「スタッフの気づきや変化（直接的な効果）」（図 4-1）と「スタッフの気づきや変化（調査後の意識・行動の変化）」（図 4-2）の項目を投入したクラスター分析（Ward 法・カイ 2 乗測度）を行った。同様に、「ケアチームにとっての調査の効果」（表 4-45）と「調査をきっかけとしたケアチームの変化」（表 4-46）の項目のうち、「その他」を除いた項目を投入したクラスター分析（Ward 法・ユークリッド平方距離）を行った。さらに「認知症の人にとっての効果」（表 4-52）の項目を投入したクラスター分析（Ward 法・ユークリッド平方距離）を行った。

PDCA サイクルとチームアプローチの効果を検討することを目的に、PDCA サイクルは、「3-11：前評価結果の活用の有無」で分類し、チームアプローチは、「3-12：ケア方法の検討・決定・周知体制」の回答をもとに、カンファレンスを含む 2 名以上の職員でケア方針を検討・決定・周知（以下、チームアプローチ）の有無で分類した。PDCA サイクル有群かつ、チームアプローチ有群とそれ以外の群に分け、クラスター分析によって見出された項目ごとに、解析を行った。解析は、名義尺度の検定として χ^2 検定、連続変数は Mann-Whitney U 検定を実施した。効果量 (r) の大きさの基準は効果量小 $r=0.10$ 、効果量中 $r=0.30$ 、効果量大 $r=0.50$ とした。統計解析ソフトは IBM SPSS statistics 27.0 を用い有意確率は 5%とした。

3) 基礎統計の結果

(1) 回収率

189 施設に調査票を送付し、75 件の回答を得た。回収率は、39.7%であった。

(2) 調査協力者の在席の有無と協力結果

75 件の回答のうち、ケアレジストリの担当者が現在も在席していた施設・事業所は 53 施設・事業所であった (表 4-1)。調査に協力した期間は H29~R2 年であり、最も回答が多かったのは R1 年に協力の得られた 21 施設であった (表 4-2)。調査協力の状況については、49 件 (80.3%) が、前評価・後評価が完了できた者であった (表 4-3-1)。この 49 名を基本的な集計・解析の対象とすることとした。前評価あるいは後評価が完了できなかった者が 8 件あった。完了できなかった理由として調査を実施することを忘れた、対象者の同意が取得できなかった等が挙げられた (表 4-3-2)。回答者の調査協力件数は、1 例が最も多く 32 件であり、最大で 5 例の協力が得られていた (表 4-4)。調査協力の方法は、質問紙が 24 件、WEB が 23 件であった (表 4-5)。

表 4-1 担当者の在席状況

	件数	(%)
BPSD スポット調査の担当者は現在在席していない	14	18.7
わからない	2	2.7
BPSD スポット調査の担当者は現在も在席している	53	70.7
無回答・無効回答	6	8.0

表 4-2 調査に協力した時期(複数回答)

時期	件数	(%)
H29 年	6	11.3
H30 年	12	22.6
R1 年	21	39.6
R2 年	20	37.7
R3 年	10	18.9
無回答	6	11.3

表 4-3-1 調査の協力状況

	件数	(%)
前評価が完了できなかった	4	6.6
前評価は完了できたが、後評価は完了できなかった	4	6.6
前評価・後評価とも完了できた	49	80.3
無回答	4	6.6

表 4-3-2 完了できなかった理由

n=8

	件数	(%)
調査項目が多かった	1	12.5
調査の進め方が分からなかった	1	12.5
調査を実施することを忘れた	2	25.0
対象者の同意が取得できなかった	2	25.0
管理者の同意が得られなかった	0	0.0
対象者の入院・退所	4	50.0
その他	1	12.5
その他の回答		
●管理者の退職のため		

表 4-4 調査協力件数

n=49

協力件数	件数	(%)
1例	32	65.3
2例	13	26.5
3例	1	2.0
4例	2	4.1
5例	1	2.0
6例	0	0.0
7例以上	0	0.0

表 4-5 調査協力の方法

n=49

	件数	(%)
質問紙による協力	24	49.0
WEB 登録による協力	23	46.9
無回答	2	4.1

(3) 調査協力体制（スタッフへの説明等）

調査協力体制については、スタッフへの調査協力説明について尋ねたところ、46 件（93.9%）で説明を実施していた（表 4-6）。説明の範囲は、調査の対象となる認知症の人がいるフロアのスタッフに説明が最も多く、19 件（41.3%）であった（表 4-7）。ス

スタッフへの説明方法は、複数回答で申し送り等通常のミーティング等において説明した、が最も多く、31件（67.4%）であった（表 4-8）。説明内容としては、調査協力が BPSD の理解とケアを学ぶ機会となることを説明した、との回答が最も多く、38件（82.6%）であり、調査協力がケアの見直しにつながることを説明した、が次いで多く35件（76.1%）であった（表 4-9）。調査の対象となる認知症の人の決定基準については、現に BPSD のケアがうまくいっていない人とした、が最も多く41件（83.7%）であった（表 4-10）。調査実施体制として、調査にあたったスタッフ数を尋ねたところ、前評価で 3.1 ± 2.2 人、ケア方針の検討・決定・周知で 4.5 ± 3.0 人、ケア実践が 8.2 ± 4.3 人、後評価が 3.2 ± 2.4 人であった（表 4-11）。

表 4-6 スタッフへの調査の説明の実施

n=49

	件数	(%)
実施した	46	93.9
実施しなかった	3	6.1

表 4-7 スタッフへの説明範囲

n=46

	件数	(%)
調査の対象となる認知症の人がいるユニットのスタッフに説明した	16	34.8
調査の対象となる認知症の人がいるフロアのスタッフに説明した	19	41.3
施設のスタッフ全体に説明した	10	21.7
その他	0	0.0
無回答	1	2.2

表 4-8 スタッフへの説明方法(複数回答)

n=46

	件数	(%)
資料の回覧/掲示等により行った	20	43.5
申し送り等通常のミーティング等において説明した	31	67.4
調査に関する説明のための会議を開催した	9	19.6
その他	2	4.3
無回答	1	2.2

その他の回答

- リーダー級スタッフは別に時間を設けて説明した。
- 毎月行われるグループケア会議内にて。

表 4-9 スタッフへの説明内容(複数回答)

n=46

	件数	(%)
調査結果が分析・活用されることで社会貢献につながることを説明した	21	45.7
調査協力がケアの見直しにつながることを説明した	35	76.1
調査協力が BPSD の理解とケアを学ぶ機会となることを説明した	38	82.6
調査協力が評価尺度などを用いた評価の方法を学ぶ機会となることを説明した	12	26.1
調査協力がケアの引き出しを増やす機会となることを説明した	26	56.5
調査協力が学会・研究大会・法人内実践報告会等への報告の事例として活用できることを説明した	9	19.6
その他	0	0.0
無回答	1	2.2

表 4-10 認知症の人の決定基準(複数回答)

n=49

	件数	(%)
調査協力が同意の得られやすい人とした	16	32.7
比較的入所・利用開始から時間がたっていない人とした	10	20.4
入所・利用開始からの時間が長くケアの蓄積がある人とした	11	22.4
BPSD が軽度の人とした	4	8.2
現に BPSD のケアがうまくいっていない人とした	41	83.7
ケアにおいて大きな問題を感じていない人とした	2	4.1
その他	3	6.1
無回答	1	2.0

その他の回答

- 現場のスタッフが取り組みたい利用者を選定
- 調査対象者の条件に当てはまる方

表 4-11 調査実施体制(スタッフ人数)

回答形式：数値

n=49

	平均値±SD	最大値	最小値	中央値
①前評価 (n=49)	3.1±2.2	10	1	2
②ケア方針の検討・決定・周知 (n=49)	4.5±3.0	16	1	3
③ケア実践 (n=49)	8.2±4.3	20	1	8
④後評価 (n=48)	3.2±2.4	10	1	2

(4) 調査協力のプロセス（アセスメントに加えて新たに調査した項目、ケア方針の決定・周知体制、ケアの選択肢の活用）

① 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目

BPSD の評価担当者について尋ねたところ、主任・リーダーが最も多く 23 名(46.9%)であった(表 4-12)。調査の協力が通常実施しているケアマネジメントにどのような影響を与えたかを検討するために、通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目について尋ねた。結果、「身体機能・体調等」では、平均睡眠時間、過去 1 週間の排便日数が最も多く 15 件(30.6%)であった(表 4-13)。同様に、疾病・薬・症状等では、特になし以外には、認知症治療薬の服薬状況及び抗精神病薬の服薬状況が最も多く 10 件(20.4%)であった(表 4-14)。エンドポイント領域では、特になしに次いで意欲(Vitality Index)が最も多く、14 件(28.6%)であった(表 4-15)。活動状況の領域では、他者との交流、家族・スタッフとの交流が最も多く 18 件(36.7%)であった(表 4-16)。また認知症の人の具体的状態(表 4-17)、症状の重症度(表 4-18)、症状の頻度(表 4-19)、介護者が想定している主な原因(表 4-20)なども尋ねたところ、重症度、頻度、主な原因等で半数程度の者が調査をきっかけに改めて評価していた。自由記述により、スポット調査の項目以外に、フロア環境や生活史、本人の発言などを収集していた(表 4-21)。

表 4-12 BPSD の評価担当者

	n=49	
	件数	(%)
介護職員	12	24.5
主任・リーダー	23	46.9
管理者	10	20.4
相談員	4	8.2
看護師	3	6.1
その他	10	20.4
無回答	0	0.0

その他の回答

- 介護支援専門員
- 対象利用者の担当職員（介護 or 看護）
- PT（機能訓練指導員）

表 4-13 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：身体機能・体調等

	n=49	
	件数	(%)
ADL	12	24.5
IADL	7	14.3
体重減少	6	12.2
水分摂取量	14	28.6

熟睡日数	7	14.3
平均睡眠時間	15	30.6
過去 1 週間の排便日数	15	30.6
視力	2	4.1
聴力	2	4.1
麻痺や筋力低下	2	4.1
特になし	16	32.7
無回答	3	6.1

表 4-14 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：疾病・薬・症状等

n=49

	件数	(%)
原因疾患	7	14.3
治療中の疾患	4	8.2
認知症治療薬の服薬状況	10	20.4
抗精神病薬等の服薬状況	10	20.4
服薬中の薬剤数	7	14.3
長谷川式スケール	8	16.3
認知症の症候 (DDQ43)	9	18.4
認知症の自覚	3	6.1
うつ状態 (GDS5)	6	12.2
せん妄 (DST)	7	14.3
特になし	18	36.7
無回答	4	8.2

表 4-15 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：エンドポイント

n=49

	件数	(%)
NPI-Q	10	20.4
意欲 (Vitality index)	14	28.6
Q O L (short QOL-D)	11	22.4
特になし	24	49.0
無回答	5	10.2

表 4-16 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：活動状況

n=49

	件数	(%)
役に立つ機会	6	12.2
楽しみや趣味の活動	16	32.7
くつろぐ時間	11	22.4
他者との交流	18	36.7
外出の機会	4	8.2
配偶者の有無	2	4.1
家族・スタッフとの交流	18	36.7
家族等に会った時の反応	16	32.7
特になし	13	26.5
無回答	5	10.2

表 4-17 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：認知症の人の具体的状態

n=49

	件数	(%)
通常のアセスメントでも評価している	38	77.6
調査をきっかけに評価（言語化）した	9	18.4
無回答	2	4.1

表 4-18 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：症状の重症度

n=49

	件数	(%)
通常のアセスメントでも評価している	24	49.0
調査をきっかけに評価した	22	44.9
無回答	3	6.1

表 4-19 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：頻度（直近1Wの頻度）

n=49

	件数	(%)
通常のアセスメントでも評価している	22	44.9
調査をきっかけに評価した	25	51.0
無回答	2	4.1

表 4-20 通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目：介護者が想定している主な原因

n=49

	件数	(%)
通常のアセスメントでも評価している	24	49.0
調査をきっかけに評価（言語化）した	22	44.9
無回答	3	6.1

表 4-21 通常実施しているアセスメントで収集している情報

NO	回答
1	フロア的环境（家具の配置、パーティションの有無など）（匂い、音、光）
2	本人の言った言葉、表情、行動
3	本人の表情、発言、行動の状況
4	生活史、友人や仕事の内容等
5	普段よりセンター方式、ひもときアセスメントを活用している
6	生活歴を細かく確認した。
7	フェイススケール BPSD 時の対応による反応や効果を 1 週間帳票を用いて記入、統計を取る。（フェイススケールと合わせて変化を評価）
8	生活歴
9	家族から本人の好みやこだわりなど改めて、これまでの生活歴を伺った。
10	care plan の重要性を説明した上で、center 方式 care management の A~e の様式を intake 段階でご家族に 1 ヶ月かけて記入してもらっています。

② ケア方針の検討・決定・周知体制

前評価の結果をケア方針の検討・決定・周知に活用したかを尋ねたところ、38 件（77.6%）で前評価の結果を活用していた（表 4-22）。役に立った項目としては、身体機能・体調等の領域では、過去 1 週間の排便日数が最も多く 20 件（52.6%）であった（表 4-23）。疾病・薬・症状等の領域では、認知症治療薬の服薬状況、抗精神病薬の服薬状況が最も多くそれぞれ 10 件（26.3%）であった（表 4-24）。同様にエンドポイントでは、特になし以外では、意欲(Vitality index)及び QOL(short QOL-D)が最も多く 11 件(28.9%)であった(表 4-25)。活動状況では、家族・スタッフとの交流が最も役に立ったという回答が多く、24 件（63.2%）であった（表 4-26）。

ケア方針の検討・決定・周知体制については、改めて 2 名以上の担当者を選出し、決定・周知したというケースが最も多く 21 件（42.9%）であり、次いで通常実施するカンファレンスでケア方針を検討・決定したケースが多く、19 件（38.8%）であった（表 4-27）。ケア検討の人数は、通常よりも少ない人数で検討したが 8 件（38.1%）、通常と同等の人数で検討したが 7 件（33.3%）、通常よりも多い人数で検討したが 5 件（23.8%）と回答がばらついていた（表 4-28）。同様にケア検討の時間も通常よりも短時間で検討できたが 5 件（23.8%）、通常と同等の時間で検討できたが

8件（38.1%）、通常よりも長時間での検討となった7件（33.3%）と回答がばらついた（表4-29）。ケア検討の内容については、通常と変わらない視点での検討であったが13件（32.5%）であり、通常と異なった検討ができたが25件（62.5%）との回答が得られた（表4-30）。さらにケア検討の結果では、これまでにない新たなケアを実施することとなったが11件（27.5%）となり（表4-31）、ケアの量については、これまでよりも実施するケアの量を絞り込むことができたが14件（35.0%）、決定したケアの量はこれまでと同様の量であったが同じく14件（35.0%）であり、これまで以上に複数のケアを実施することとなったが10件（25.0%）であった（表4-32）。ケア検討の負担感については、通常と同等の負担感であったが28件（70.0%）であった（表4-33）。通常のカンファレンスとの差について自由記述にて回答を求めたところ、「本人の立場になった視点で話し合うことができた」「知識に乏しいスタッフも意見を出しやすく感じた」等7件の回答を得ることができた（表4-34）。

表4-22 ケア方針の検討・決定・周知における前評価結果の活用

	件数	(%)
ケア方針の検討・決定・周知においては、前評価の結果は活用しなかった	11	22.4
ケア方針の検討・決定・周知において、前評価の結果を活用した	38	77.6
無回答	0	0.0

n=49

表4-23 ケア方針の検討に役に立った項目：身体機能・体調等

	件数	(%)
ADL	10	26.3
IADL	3	7.9
体重減少	3	7.9
水分摂取量	12	31.6
熟睡日数	6	15.8
平均睡眠時間	15	39.5
過去1週間の排便日数	20	52.6
視力	4	10.5
聴力	4	10.5
麻痺や筋力低下	1	2.6
特になし	5	13.2
無回答	3	7.9

n=38

表 4-24 ケア方針の検討に役に立った項目：疾病・薬・症状等

n=38

	件数	(%)
原因疾患	9	23.7
治療中の疾患	4	10.5
認知症治療薬の服薬状況	10	26.3
抗精神病薬等の服薬状況	10	26.3
服薬中の薬剤数	4	10.5
長谷川式スケール	3	7.9
認知症の症候 (DDQ43)	8	21.1
認知症の自覚	2	5.3
うつ状態 (GDS5)	1	2.6
せん妄 (DST)	4	10.5
特になし	9	23.7
無回答	3	7.9

表 4-25 ケア方針の検討に役に立った項目：エンドポイント

n=36

	件数	(%)
NPI-Q	8	21.1
意欲 (Vitality index)	11	28.9
Q O L (short QOL-D)	11	28.9
特になし	15	39.5
無回答	4	10.5

表 4-26 ケア方針の検討に役に立った項目：活動状況

n=36

	件数	(%)
役に立つ機会	9	23.7
楽しみや趣味の活動	15	39.5
くつろぐ時間	10	26.3
他者との交流	16	42.1
外出の機会	4	10.5
配偶者の有無	2	5.3
家族・スタッフとの交流	24	63.2

家族等に会った時の反応	12	31.6
特になし	2	5.3
無回答	1	2.6

表 4-27 ケア方針の検討・決定・周知体制

n=49

	件数	(%)
①調査担当者 1 人で検討・決定・周知した→3-13 へ	8	16.3
②あらためて 2 名以上の担当者を選出し,決定・周知した	21	42.9
③通常実施するカンファレンスにおいてケア方針を検討・決定した	19	38.8
無回答	1	2.0

表 4-28 ケア検討の人数

n=21

	件数	(%)
通常よりも少ない人数で検討した	8	38.1
通常と同等の人数で検討した	7	33.3
通常よりも多い人数で検討した	5	23.8
無回答	1	4.8

表 4-29 ケア検討の時間

n=21

	件数	(%)
通常よりも短時間で検討できた	5	23.8
通常と同等の時間で検討できた	8	38.1
通常よりも長時間での検討となった	7	33.3
無回答	1	4.8

表 4-30 ケア検討の内容

n=40

	件数	(%)
通常と変わらない視点での検討であった	13	32.5
通常と異なった視点での検討ができた	25	62.5
無回答	2	5.0

表 4-31 ケア検討の結果①

n=40

	件数	(%)
これまでにない新たなケアを実施することとなった	11	27.5
決定したケアはこれまでと大きく異なるケアではなかった	26	65.0
無回答	3	7.5

表 4-32 ケア検討の結果②

n=40

	件数	(%)
これまでよりも実施するケアの量を絞り込むことができた	14	35.0
決定したケアの量は、これまでと同様の量であった	14	35.0
これまで以上に複数のケアを実施することとなった	10	25.0
無回答	2	5.0

表 4-33 ケア検討の負担感

n=40

	件数	(%)
通常よりも負担感が少なかった	4	10.0
通常と同等の負担感であった	28	70.0
通常よりも負担感が大きかった	6	15.0
無回答	2	5.0

表 4-34 通常のカンファレンスとの差(自由記述)

NO	回答
1	本人の立場に立った視点で話し合う事が出来た。
2	知識に乏しいスタッフも意見を出しやすく感じた
3	BPSD に焦点をあてたカンファレンスだった為、より具体的な内容の検討ができた。
4	BPSD に改めて注目したが、新しい視点やアプローチは出すことが難しいと感じた
5	主治医を交えての検討会を月に1回のペースで半年程度開催した。
6	話し合うことによって具体化できた
7	様々なアプローチを試みるようにしたため、その都度本人の様子に合わせてケア方法をかえた。

③ ケア選択肢の活用

BPSD スポット調査では、ケア方針の検討にあたって、ケアの選択肢を数十項目提示し、実施する予定のケアを選択したうえで介入に入っていた。ここでは、このケアの選

択肢の活用状況について尋ねた。まず、実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にしたのは44件（89.85）であった（表4-35）。ケアの選択肢を参考にした場合の活用方法として多かったものは、新たなケアのヒントとして活用した34件（77.3%）、実施しているケアの確認のために活用した27件（61.4%）であった（表4-36）。ケアの検討においてケアの選択肢を参考にしなかったケースにその理由を尋ねたところ、ケアの選択肢の数が多く活用しにくかったが2件、ケアの選択肢の実施可能性が低かった、ケアの選択肢の内容が分かりにくかった、その他、がそれぞれ1件であった（表4-37）。決定したケアの実施について、5：概ね実施できた～1：ほとんど実施できなかった、の5段階で評価を求めたところ、4：まあ実施できたが29件（59.2%）であり、次いで5：概ね実施できた12件（24.5%）であった（表4-38）。ケア実践において実施した工夫では、リーダーや担当者が随時スタッフの実践の状況を確認したが最も回答が多く26件（53.1%）であった（表4-39）。

表 4-35 ケア検討におけるケアの選択肢の活用の有無

	件数	(%)
実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にした	44	89.8
実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にしなかった	3	6.1
無回答	2	4.1

n=49

表 4-36 ケアの検討においてケアの選択肢を参考にした場合の活用方法

	件数	(%)
実施しているケアの確認のために活用した	27	61.4
新たなケアのヒントとして活用した	34	77.3
ケアの優先順位をつけるために活用した	8	18.2
チェックしたうえでケアを検討し、時間短縮を図った	7	15.9
カンファレンスに参加しない人の意見収集に活用した	4	9.1
その他	0	0.0
無回答	0	0.0

n=44

表 4-37 ケアの検討においてケアの選択肢を参考にしなかった理由

n=3

	件数	(%)
ケアの選択肢の数が多く、活用しにくかった	2	66.7
ケアの選択肢の実施可能性が低かった	1	33.3
ケアの選択肢の内容が分かりにくかった	1	33.3
プリントアウトできなかった	0	0.0
その他	1	33.3
無回答	0	0.0

その他の回答

●記述なし

表 4-38 決定したケアの実施

n=49

	件数	(%)
5：概ね実施できた	12	24.5
4：まあ実施できた	29	59.2
3：どちらともとも言えない	6	12.2
2：あまり実施できなかった	2	4.1
1：ほとんど実施できなかった	0	0.0
無回答	0	0.0

表 4-39 ケア実践において実施した工夫

n=49

	件数	(%)
「②ケア方針の検討・決定・周知」で決定したケアをまとめて掲示した	17	34.7
記録を作って実施状況をチェックした	21	42.9
リーダーや担当者が随時スタッフの実践の状況を確認した	26	53.1
特に工夫したことはない	4	8.2
その他	1	2.0
無回答	0	0.0

その他の回答

●拒否の強い時の対応法について工夫ができた。

(5) 調査協力の波及効果

① スタッフの変化

調査協力の波及効果として、調査に協力したスタッフに対して調査担当者から聞き取る形で回答を求めた。回答したスタッフの認知症介護の建研年数は 10.1 ± 5.0 年であった（表 4-40）。スタッフの気づきや変化について、5：とても当てはまる～1：全く当てはまらない、までの 5 段階のスケールで尋ねたところ、調査対象となる認知症の人の理解が深まった、において、とても当てはまる、まあ当てはまるが最も多く 41 件（87.3%）がいずれかに回答していた（図 4-1）。同様に調査後の意識・行動の変化について尋ねたところ、BPSD の原因について考えるようになった、及び、認知症の人のニーズを満たすケアについて考えるようになった、で、とても当てはまる、まあ当てはまるが最も多く 40 件（81.6%）がいずれかに回答していた（図 4-2）。

表 4-40 回答したスタッフの認知症介護の経験年数

n=49			
平均値±SD	最大値	最小値	中央値
10.1±5.0	25	2	10

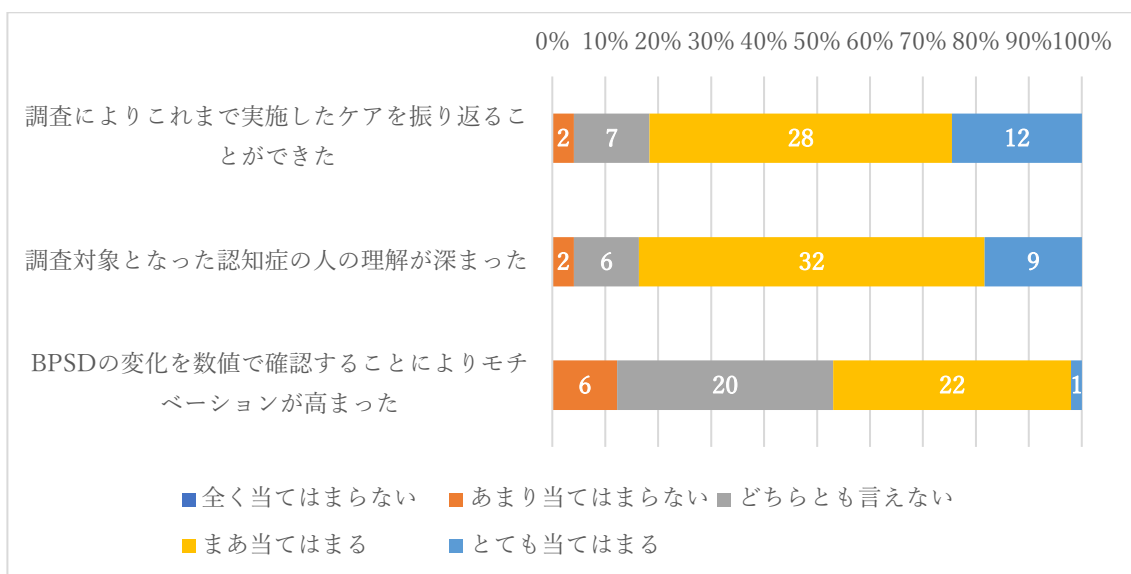


図 4-1 スタッフの気づきや変化①直接的な効果(n=49)

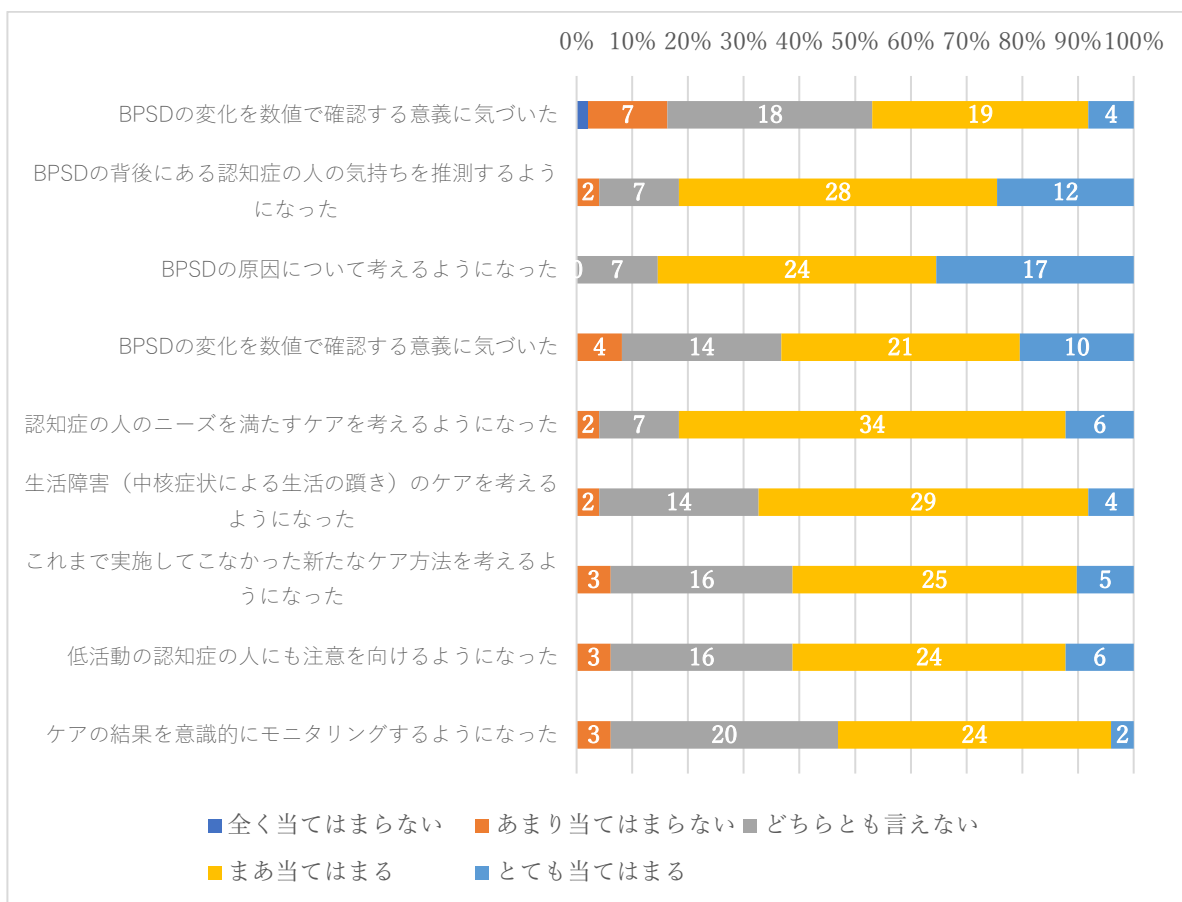


図 4-2 スタッフの気づきや変化①調査後の意識・行動の変化(n=49)

② ケアチームの変化

ケアチームの変化としてまず、調査結果を踏まえて実施したことを尋ねたところ、ケアプランの内容を追加・修正したが 20 件（40.8%）と最も多かった（表 4-41）。自由記述の結果は表 4-42～4-44 に示した。

ケアチームにとっての調査の効果について尋ねたところ、認知症の人の気持ちや望みについて、スタッフどうして意見交換する機会となった、が最も多く 37 件（75.5%）であり、次いで BPSD に対するケアの基本的考え方についてスタッフに説明する機会になった、が多く 31 件（63.3%）であった（表 4-45）。調査をきっかけとしたチームの変化について尋ねたところ、BPSD の原因やケアについてスタッフ同士の意見交換（非公式）の回数が増えた、が最も多く 31 件（63.3%）であり、ついで BPSD が生じた際に、認知機能低下でわからなくなったことを評価するようになった、が多く 20 件（40.8%）であった（表 4-46）。

調査前後でのカンファレンスの状況について、回数やかける時間を尋ねたところ、カンファレンスの回数及び時間それぞれ平均値が調査実施後に増加していた（表 4-47）。

表 4-41 調査結果を踏まえて実施したこと

n=49

	件数
①調査結果をまとめ家族に報告した	10 (20.4)
②アセスメント表の情報を追加・修正した	9 (18.4)
③ケアプランの内容を追加・修正した	20 (40.8)

表 4-42 調査結果をふまえて行ったこと:①調査結果をまとめ家族に報告した(自由記述)

NO	回答
1	家族に定期的に電話連絡し、状況と結果を報告した。
2	実施前・後の対応の変化と本人の変化について報告
3	調査することも含め、同意を得ているのでフィードバックの意味も含めて、アセスメントに追加された内容、プラン変更を伝えた。
4	家族に調査資料を見せながら説明
5	カンファレンスで効果の有無と継続して取り組むことは説明
6	実施したケアについて報告
7	電話連絡
8	協力のお礼と調査の概要を報告
9	職員がどのように関わり、どのような変化があったかを伝え、家族の安心感、信頼感に繋がった。

表 4-43 調査結果をふまえて行ったこと:②アセスメント表の情報を追加・修正した(自由記述)

NO	回答
1	本人の思いや視点について追加
2	せん妄の疑い、評価
3	BPSD の要因 (広い場所でのぎやかな所は苦手など)
4	BPSD 欄に追説
5	これまでの生活歴を詳しく伺い追加した。
6	包括自立支援プログラムでのアセスメント追加

表 4-44 調査結果をふまえて行ったこと:③ケアプランの内容を追加・修正した(自由記述)

NO	回答
1	新たな気づきをケアプランに導入した。
2	ご本人の意思確認や理解を得るような声掛け
3	日々の睡眠時間と排便間隔
4	歩行不安定となり車椅子での移動となったが、危険意識のないため、転倒リスク高い
5	具体的な関わりの方法など
6	具体的な時間を絞る対応をプランに追加した
7	ケアの方向性を変えたり、具体的な内容に変更
8	1日の過ごし方→集団のみから、1人の時間を作る(居室の鏡の前)
9	入眠サイクルに観察し不足時に提供する時間を設けた
10	文言としてスポット調査を明記した
11	BPSD に対しての具体的な対応記載
12	本人に対する傾聴、説明
13	ケースカンファの際に追加、修正した
14	ケアプランの見直しを行い、評価結果を反映した。
15	有効だったケアを支援内容として追加。
16	新たな本人、家族の思い・ニーズを伺うことができた。
17	アセスメントをもとにケアプランへケア内容追加

表 4-45 ケアチームにとっての調査の効果

n=49

	件数	(%)
認知症の人の気持ちや望みについて、スタッフ同士で意見交換する機会となった	37	75.5
特定のスタッフしかもっていなかった情報を共有できた	20	40.8
BPSD に対するケアの基本的考え方についてスタッフに説明する機会となった	31	63.3
認知症の人に対するスタッフのケアを統一することができた	25	51.0
チームの凝集性(連携の意識)が高まった	16	32.7
その他	2	4.1

その他の回答

- 前評価から1人の利用者へのケアをグループで深め、後評価へつないだ
- その時は良いが(意識)長つづきしない

表 4-46 調査をきっかけとしたケアチームの変化

n=49

	件数	(%)
BPSD の原因やケアについてスタッフ同士の意見交換（非公式）の回数が増えた	31	63.3
BPSD が生じた際にせん妄の可能性を評価するようになった	8	16.3
BPSD が生じた際に薬剤の影響を検討するようになった	16	32.7
BPSD が生じた際に認知機能低下で困難になった動作を評価するようになった	16	32.7
BPSD が生じた際に認知機能低下で解らなくなったことを評価するようになった	20	40.8
他の認知症の人の BPSD の検討の際にスポット調査の評価項目を活用した	7	14.3
他の認知症の人の BPSD のケアにおいてスポット調査のケア項目を活用した	9	18.4
BPSD 尺度の点数の変化の意味を考えるようになった	5	10.2
家族や関係者にケアの結果を伝えるようになった	7	14.3
その他	1	2.0

その他の回答

- 日々の仕事におわれて前向きになれない

表 4-47 調査前後でのカンファレンスの状況

n=49

	平均値±SD	最大値	最小値	中央値
1 か月のカンファレンスの回数（調査前）	1.6±2.2	15	0	1
1 か月のカンファレンスの回数（調査後）	2.3±2.5	15	0	1
1 人分のカンファレンスにかかる時間（調査前）（分）	17.8±11.3	60	3	15
1 人分のカンファレンスにかかる時間（調査後）（分）	21.5±25.2	180	3	15

③ 施設・事業所の変化

調査による施設・事業所への変化について知るために、調査結果を踏まえ、施設・事業所で行ったことを尋ねたところ、施設内で報告会を行ったが 9 件

(18.4%) であり、調査結果をまとめ、学会等で報告したが 3 件 (6.1%) であった (表 4-48)。施設・事業所にとっての効果としては、施設・事業所の介護理念を確認する機会となった、が最も多く、24 件 (49.0%) であり、次いで多かったのが、自施設・事業所の取り組みとして、行政や家族にアピールすることができた、であり、13 件 (26.5%) であった (表 4-49)。更に調査協力による施設・事業所の変化について尋ねたところ、BPSD の生じている認知症の人のサービス利用を受け入れやすくなった、職場内研修の内容が追加・修正された、との回答が多く、それぞれ 15 件 (30.6%) であった (表 4-50)。調査前後の研修・事例検討会の開催回数については、調査後に平均値が上昇していた (表 4-51)。

表 4-48 調査結果をふまえ施設・事業所で行ったこと

n=49

	件数 (%)
① 施設内で報告会を行った	9 (18.4)
② 調査結果をまとめ、学会等で報告した	3 (6.1)

表 4-49 施設・事業所にとっての効果

n=49

	件数	(%)
自施設・事業所の取り組みとして、行政や家族にアピールすることができた	13	26.5
専門ケア加算で求められている要件を満たすために活用できた	3	6.1
施設・事業所の介護理念を確認する機会となった	24	49.0
他の施設・事業所への申し送りに活用することができた	4	8.2
その他	10	20.4
無回答	4	8.2

その他の回答

- いいケアを見だそうという想いであったが効果とは言い難い
- 職員研修で発表した
- ユニットへの職員意識が低い、伝わっていなかった
- 職員の業務（介護）skill-upにつながった

表 4-50 施設・事業所の変化

n=49

	件数	(%)
BPSD の事例検討会等で評価尺度を活用するようになった	7	14.3
実践研修等、認知症介護の研修受講希望者が増えた	5	10.2
BPSD の生じている認知症の人のサービス利用を受け入れやすくなった	15	30.6
職場内研修の内容が追加・修正された	15	30.6
その他	14	28.6
無回答	4	8.2

その他

- チームケアの必要性が職員も理解できるようになった
- 新しいことへのチャレンジ
- 認知症のこまっていた人は、そのままこまっている、職員の意識
- コロナにより研修機会が減少している。(4-3-4 調査後の回数の理由にもなっている)
- ケアについて困っていることを相談（具体的に）してくれるようになった。
- 経験の浅いスタッフへの OJT として活用できた。

- 1人のBPSDに対して多角的に考えていく糸口につながった。

表 4-51 調査前後の研修・事例検討会の開催回数

n=49

	平均値±SD	最大値	最小値	中央値
認知症介護に関する研修・事例検討会の開催回数（調査前）	3.8±4.2	16	0	2
認知症介護に関する研修・事例検討会の開催回数（調査後）	4.4±4.3	16	0	2

④ 認知症の人の変化

認知症の人にとっての効果について尋ねたところ、家族、他の入居者、スタッフなど他者とのかかわりが増えた、が最も多く 28 件（57.1%）であり、次いで、役割や活動などをはじめ、生活の幅が広がった、が多く、22 年（44.9%）であった（表 4-52）。

表 4-52 調査協力による認知症の人にとっての効果

n=49

	件数	(%)
役割や活動などをはじめ、生活の幅が広がった	22	44.9
過剰な活動を減らし、生活を安定させることができた	11	22.4
家族、他の入居者、スタッフなど他者とのかかわりが増えた	28	57.1
活動や動作で失敗することが減った	7	14.3
認知症の人からの要望が増えた	2	4.1
その他	4	8.2

⑤ その他の効果

その他の効果についても自由記述で回答を求めたところ、あり、という回答が 13 件あった（表 4-53）。具体的な回答結果を表 4-54 に示した。

表 4-53 その他の効果の有無

n=49

	件数	(%)
あり	13	26.5
特になし	34	69.4
無回答	2	4.1

表 4-54 その他の効果(自由記述)

NO	回答
1	専門ケア加算の取り入れ判断につながった。
2	全スタッフが利用者さんの行動の理由を必ずたずねるようになり、ニーズを推測し、ケアを実施するようになった。
3	調査対象者の方の認知症状はどんどん進行し、現在も新たな BPSD が出現するなど、施設内でも 1.2 を競う（傍らから見れば）「ケア困難者」であるが、それら全てを含め「大切な〇〇さん」といった職員の認識が浸透している。大小の差こそあれ、職員 1 人 1 人の認知症ケアへのキャパシティが広がったのは言うまでもない。
4	調査後、スタッフの個々のケアや、意識の変化は感じられない。スポット調査は正直微妙な部分やりにくい部分が多かったが、先日ケア行ったアドミニストレータ NPI をもちいたものは、確実に効果を実感します。しっかりと要因を考え支援することで B P S D（心理症状）は確実に軽減できると思います。
5	認知症の BPSD に対して整理して考えられるようになった。
6	職員のストレスが少しは緩和できたように思います。
7	1 人に関わる事で近くの利用者も興味を持ち巻き込んで参加する事が出来た
8	食事摂取量が少し増えた。介護拒否が減り、笑顔も見られた。
9	スタッフが利用者に対する関わり方、話しかけについて多少変わって来た。
10	焦燥感のある方に対し、いたづらに説明することは無意味であると認識できた
11	評価スケール等を用いたケア検討が増えた。
12	認知症介護の捉え方が単なるその場しのぎではなく、長い目で考え今どうあればその方が輝きを引き出せるかを考える機会となり、同介護業務全体を Academic な場面に載せて考えることが容易に受け入れられるようになった事がとても良かったように思います。

(6) 調査負担とその改善

調査負担について 5：極度の負担感～0：負担感なしの 6 段階で尋ねたところ、3：中等度の負担感、と回答者が最も多く 23 件 (46.9%) であった。ついで、2：少しの負担感が 15 件 (30.6%) と多かった (表 4-55)。特に負担感が大きいステップについては、無回答が 37 件 (80.4%) と多かったが、認知症の人や家族への説明と同意、スタッフへの調査の説明が最も多く、5 名 (10.9%) であった。

改善すべき項目について尋ねたところ、身体機能・体調等では、特になしが 23 件 (85.2%) であった。特になしを除けば過去 1 週間の排便日数が最も多く、2 件 (7.4%) であった (表 4-57)。疾病・薬・症状等でも特になしが多く 26 件 (96.3%) であった (表 4-58)。同様にエンドポイント、活動状況においてもそれぞれ特になしが多く 24 件 (88.9%) 及び、23 件 (92.0%) であった (表 4-59, 3-60)。

表 4-55 調査協力にかかる負担感

n=49		
	件数	(%)
5：極度の負担感	0	0.0

4：大きな負担感	7	14.3
3：中等度の負担感	23	46.9
2：少しの負担感	15	30.6
1：微小な負担感	1	2.0
0：負担感なし	3	6.1

表 4-56 特に負担が大きいと感じるステップ

n=46

	件数	(%)
施設での調査協力決定	1	2.2
認知症の人や家族への説明と同意	5	10.9
スタッフへの調査の説明	5	10.9
前評価	4	8.7
ケア方針の決定と周知	4	8.7
ケア実践	3	6.5
後評価	4	8.7
無回答	37	80.4

表 4-57 改善すべき項目：身体機能・体調等

n=27

	件数	(%)
ADL	0	0.0
IADL	0	0.0
体重減少	1	3.7
水分摂取量	0	0.0
熟睡日数	1	3.7
平均睡眠時間	1	3.7
過去 1 週間の排便日数	2	7.4
視力	0	0.0
聴力	0	0.0
麻痺や筋力低下	0	0.0
特になし	23	85.2

表 4-58 改善すべき項目：疾病・薬・症状等

n=27

	件数	(%)
原因疾患	0	0.0
治療中の疾患	0	0.0
認知症治療薬の服薬状況	0	0.0
抗精神病薬等の服薬状況	0	0.0
服薬中の薬剤数	0	0.0
長谷川式スケール	0	0.0
認知症の症候 (DDQ43)	0	0.0
認知症の自覚	0	0.0
うつ状態 (GDS5)	0	0.0
せん妄 (DST)	1	3.7
特になし	26	96.3

表 4-59 改善すべき項目：エンドポイント

n=27

	件数	(%)
NPI-Q	0	0.0
意欲 (Vitality index)	1	3.7
QOL (short QOL-D)	2	7.4
特になし	24	88.9

表 4-60 活動状況

n=25

	件数	(%)
役に立つ機会	0	0.0
楽しみや趣味の活動	0	0.0
くつろぐ時間	0	0.0
他者との交流	0	0.0
外出の機会	0	0.0
配偶者の有無	0	0.0
家族・スタッフとの交流	2	8.0
家族等に会った時の反応	0	0.0
特になし	23	92.0

(7) 回答者の属性

回答者の属性は表 4-61 にまとめた。男性が 27 件 (55.1%) であり、女性が 22 件 (44.9%) であった。年代は 40 代が最も多く、22 件 (44.9%) であった。現在の職位は監督者 (主任・リーダー等) が最も多く 26 件 (53.1%) であり、協力時の職位も監督者 (主任・リーダー等) が最も多く 28 件 (57.1%) であった。現在の所属サービスは、特養が 29 件 (59.2%) と最も多く次いでグループホームが 12 件 (24.5%) であった。協力時の所属サービスも、特養が 28 件 (57.1%) と最も多く次いでグループホームが 13 件 (26.5%) であった。

表 4-61 回答者の属性

		n=49	
		件数	(%)
性別	男性	27	55.1
	女性	22	44.9
年代	20 代以下	0	0.0
	30 代	12	24.5
	40 代	22	44.9
	50 代	7	14.3
	60 代	7	14.3
	70 代以上	1	2.0
	現在の職位	経営者 (理事長, 理事等)	3
	管理者 (施設長等)	11	22.4
	監督者 (主任・リーダー等)	26	53.1
	一般職員	9	18.4
協力時の職位	経営者 (理事長, 理事等)	2	4.1
	管理者 (施設長等)	10	20.4
	監督者 (主任・リーダー等)	28	57.1
	一般職員	9	18.4
現在の所属サービス	特養	29	59.2
	老健	5	10.2
	GH	12	24.5
	特定施設	1	2.0
	その他	2	4.1
協力時の所属サービス	特養	28	57.1
	老健	5	10.2
	GH	13	26.5
	特定施設	1	2.0
	その他	1	2.0
	無回答	1	2.0

4) 統計解析の結果

(1) クラスタ分析の結果

スタッフの変化については、ユークリッド距離 15 で分類した。結果、「調査対象となった認知症の人の理解が深まった」「認知症の人のニーズを満たすケアを考えるようになった」「生活障害（中核症状による生活の躓き）のケアを考えるようになった」「ケアの結果を意識的にモニタリングするようになった」から構成される「①認知症ケアのポイントの理解」、「これまで実施してこなかった新たなケア方法を考えるようになった」「低活動の認知症の人にも注意を向けるようになった」から構成される「②新たな視点のケア」、「調査によりこれまで実施したケアを振り返ることができた」「BPSD の原因について考えるようになった」「BPSD の背後にある認知症の人の気持ちを推測するようになった」「BPSD が生じている認知症の人に行動の理由を尋ねるようになった」から構成される「③BPSD や実施したケアの分析」、「BPSD の変化を数値で確認することによりモチベーションが高まった」「BPSD の変化を数値で確認する意義に気づいた」から構成される「④BPSD を数値化する意義」の 4 群に分類された（図 4-3）。

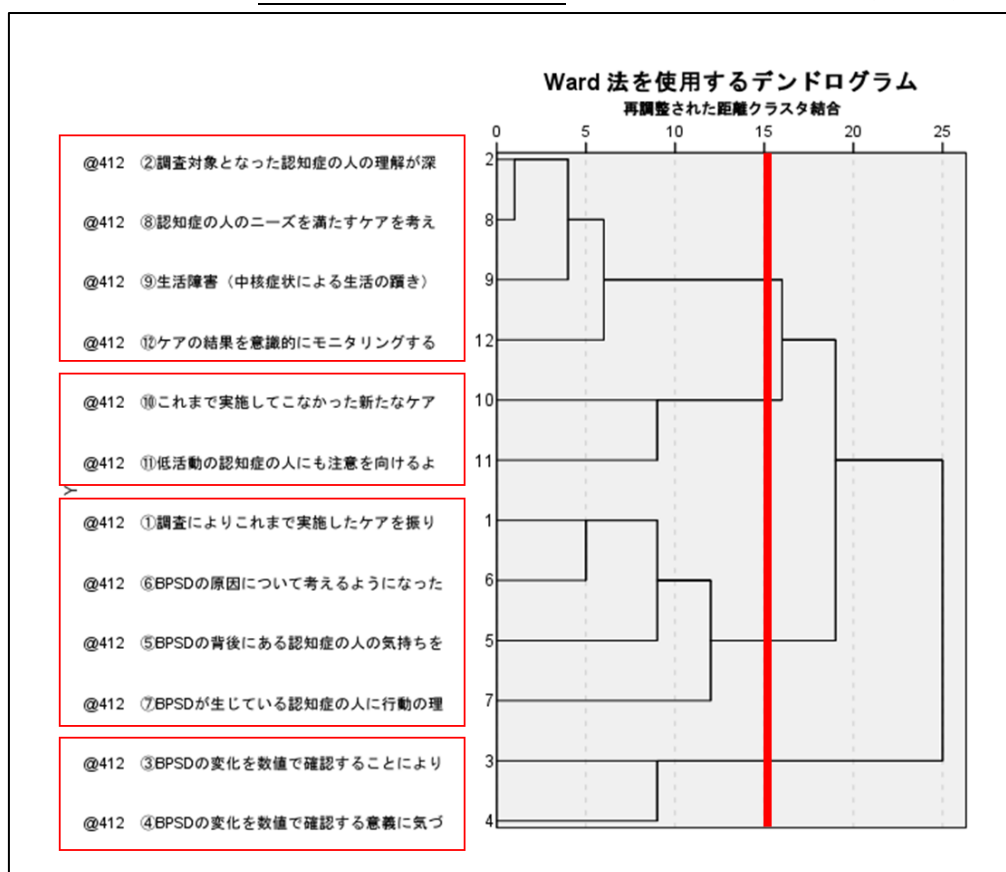


図 4-3 スタッフの変化のクラスタ分析結果

チームの変化については、ユークリッド距離 15 で分類した。結果、「特定のスタッフしかもっていなかった情報を共有できた」「チームの凝集性（連携の意識）が高

まった」「BPSDが生じた際にせん妄の可能性を評価するようになった」「BPSDが生じた際に薬剤の影響を検討するようになった」「BPSDが生じた際に認知機能低下で困難になった動作を評価するようになった」「BPSDが生じた際に認知機能低下で解らなくなったことを評価するようになった」「他の認知症の人のBPSDの検討の際にスポット調査の評価項目を活用した」「他の認知症の人のBPSDのケアにおいてスポット調査のケア項目を活用した」「BPSD尺度の点数の変化の意味を考えるようになった」「家族や関係者にケアの結果を伝えるようになった」の10項目で構成される「①評価やスポット調査項目の活用」及び、「認知症の人の気持ちや望みについて、スタッフ同士で意見交換する機会となった」「BPSDに対するケアの基本的考え方についてスタッフに説明する機会となった」「認知症の人に対するスタッフのケアを統一することができた」「BPSDの原因やケアについてスタッフ同士の意見交換（非公式）の回数が増えた」の4項目で構成される「②ケア手法の情報共有」の2群に分類された（図4-4）。

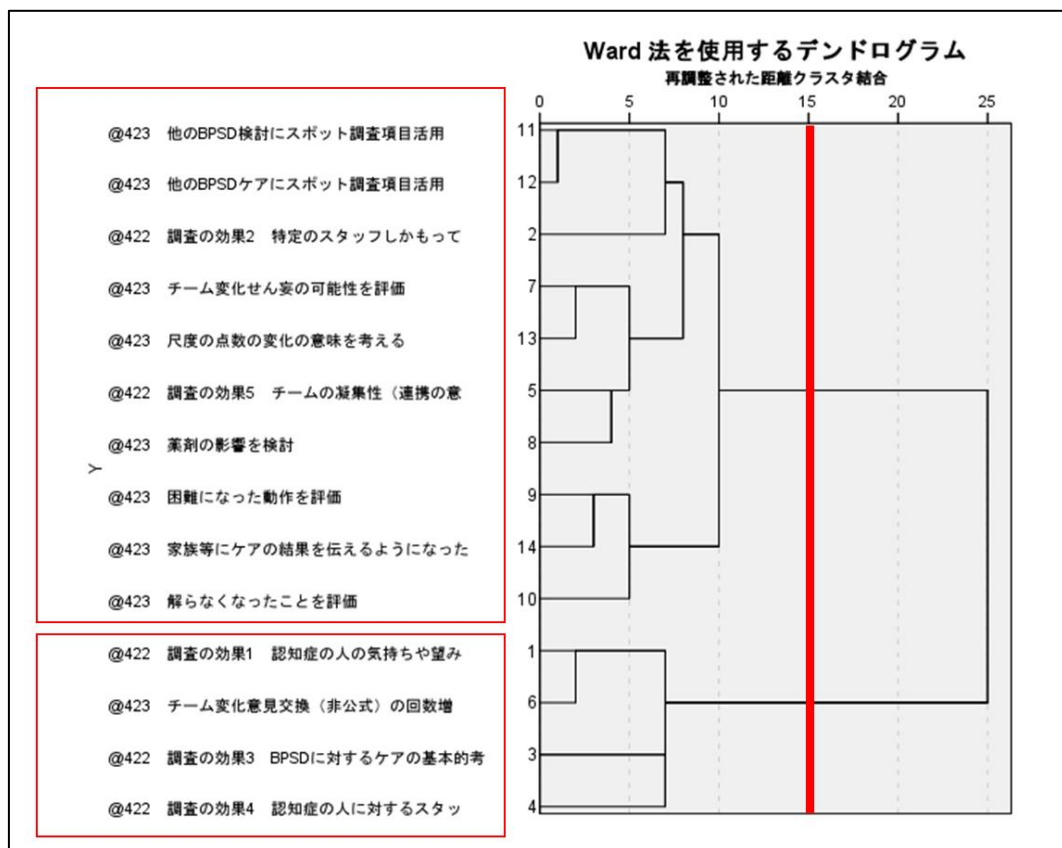


図 4-4 チームの変化のクラスター分析結果

認知症の人の変化については、ユークリッド距離 15 で分類し、「過剰な活動を減らし、生活を安定させることができた」「活動や動作で失敗することが減った」「認知症の人からの要望が増えた」から構成される「①生活の安定化」、「役割や活

動などをはじめ、生活の幅が広がった」「家族、他の入居者、スタッフなど他者とのかかわりが増えた」から構成される「②活動と参加」の2群に分類された（図4-5）。

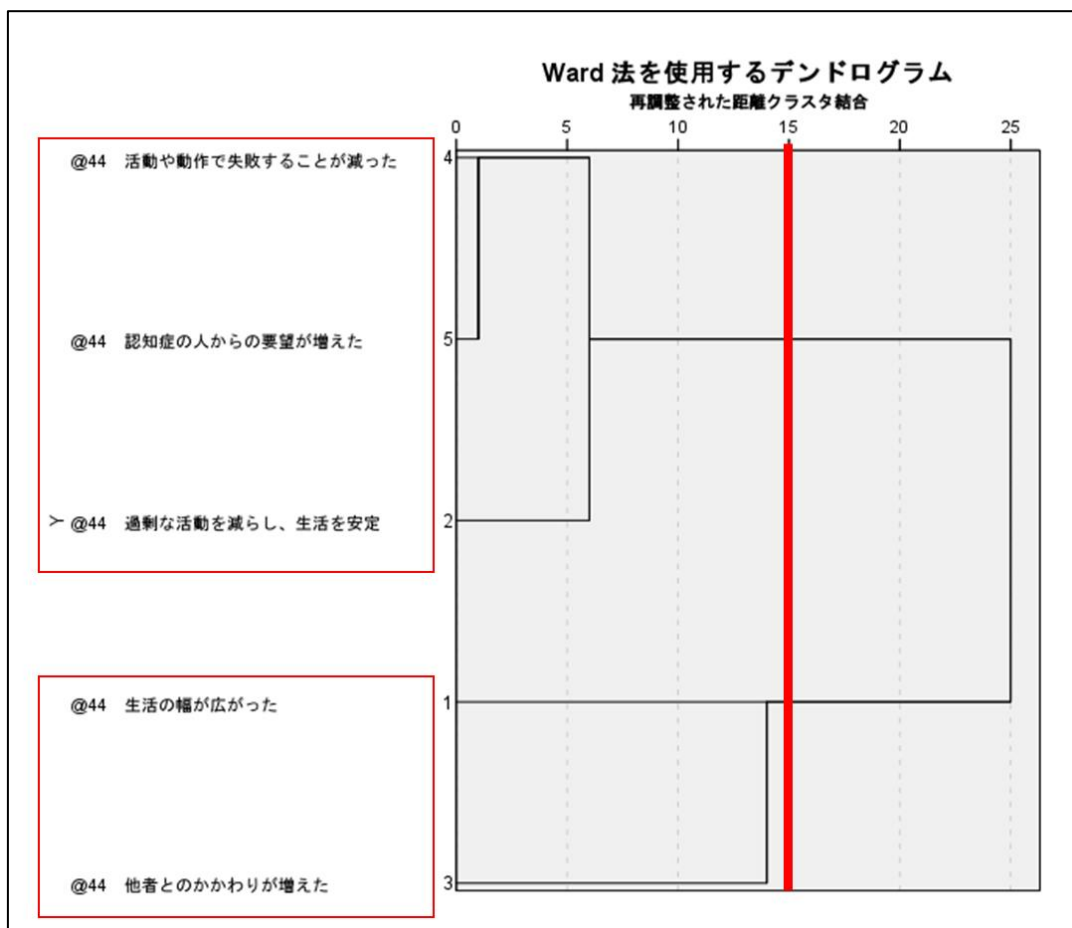


図 4-5 認知症の人の変化のクラスター分析結果

(2) 基本情報

前評価結果の活用の有無における基本情報を表 4-62 に示す。すべての項目は有意差を認めなかった。

表 4-62 前評価結果の活用の有無における基本情報

項目		あり n=34	なし n=15	p 値
性別	男性	19 (55.9)	8 (53.3)	0.869
年代	30代	8 (23.5)	4 (26.7)	0.434
	40代	16 (47.1)	6 (47.1)	
	50代	6 (17.6)	1 (6.7)	
	60代	3 (8.8)	4 (26.7)	
	70代以上	1 (2.9)	0 (0.0)	
スタッフの認知症介護の 経験年数, 年		9.5 [5.3-12.5] [2]	11.0 [8.0-16.3] [1]	0.107
職位	経営者 (理事長・理事)	1 (2.9)	1 (6.7)	0.676
	管理者 (施設長等)	8 (23.5)	2 (13.3)	
	監督者 (主任・リーダー)	18 (52.9)	10 (66.7)	
	一般職員	7 (20.6)	2 (13.3)	
サービス 種別	特養	19 (55.9)	9 (60.0)	0.588
	老健	3 (8.8)	2 (13.3)	
	GH	10 (29.4)	3 (20.0) [1]	
	特定施設	1 (2.9)	0 (0.0)	
	その他	1 (2.9)	0 (0.0)	

値は名 (%) もしくは中央値 [四分位範囲] を示す

χ^2 検定 もしくは Mann-Whitney U 検定

[] は欠損数を示す

(3) BPSD スポット調査におけるスタッフの変化

BPSD スポット調査に関するスタッフの変化を表 4-63 に示す。「認知症ケアのポイントの理解」の項目では、PDCA とチームアプローチなし群は中央値 15.0 [第 1 四分位 13.0-第 3 四分位 16.0] 点に比較し、あり群は 16.0 [14.0-17.0] 点で有意差は認めなかったが、効果量小であった ($p=0.069$, $r=0.26$)。

「新たな視点のケア」の項目では、PDCA とチームアプローチなし群 6.0 [6.0-8.0] 点に比較し、あり群は 8.0 [7.0-8.0] 点で有意に値が高く、効果量中であった ($p=0.020$, $r=0.33$)。

「BPSD や実施したケアの分析」の項目では、PDCA とチームアプローチなし群 15.0 [14.0-17.0] 点に比較し、あり群は 17.0 [15.0-18.0] 点で有意差は認めなかったが、効果量小であった ($p=0.056$, $r=0.27$)。

「BPSD を数値化する意義」の項目では、PDCA とチームアプローチなし群 7.0 [6.0-7.0] 点に比較し、あり群は 7.0 [6.0-8.0] 点で有意差は認めなかったが、効果量小であった ($p=0.246$, $r=0.17$)。

表 4-63 BPSD スポット調査におけるスタッフの変化

項目	あり n=34	なし n=15	p 値	効果量 r
認知症ケアのポイントの理解, 4-20 点	16.0[14.0-17.0]	15.0[13.0-16.0]	0.069	0.26
新たな視点のケア, 2-10 点	8.0[7.0-8.0]	6.0[6.0-8.0]	0.020	0.33
BPSD や実施したケアの分析, 4-20 点	17.0[15.0-18.0]	[1] 15.0[14.0-17.0]	0.056	0.27
BPSD を数値化する意義, 2-10 点	7.0[6.0-8.0]	7.0[6.0-7.0]	0.246	0.17

値は中央値[四分位範囲]を示す

Mann-Whitney U 検定

[]は欠損数を示す

得点が高いほど良い

(4) BPSD スポット調査におけるケアチームの変化

BPSD スポット調査に関するケアチームの変化を表 4-64 に示す。「ケア手法の情報共有」の項目では、PDCA とチームアプローチなし群 2.0[1.0-3.0]点に比較し、あり群は 3.0[2.0-4.0]点で有意に値が高く、効果量中であった (p=0.025, r=0.32)。

「評価やスポット調査項目の活用」の項目では、有意差は認められず、効果量はほとんどなかった。

表 4-64 BPSD スポット調査におけるケアチームの変化

項目	あり n=34	なし n=15	p 値	効果量 r
ケア手法の情報共有, 0-4 点	3.0[2.0-4.0]	2.0[1.0-3.0]	0.025	0.32
評価やスポット調査項目の活用, 0-10 点	2.0[1.8-4.0]	2.0[1.0-3.0]	0.529	0.09

値は中央値[四分位範囲]を示す

Mann-Whitney U 検定

得点が高いほど良い

(5) BPSD スポット調査における認知症の人の変化

BPSD スポット調査に関する認知症の人の変化を表 4-65 に示す。「生活の安定化」と「活動と参加」の項目では、有意差は認められず、効果量はほとんどなかった。

表 4-65 BPSD スポット調査における認知症の人の変化

項目	あり n=34	なし n=15	p 値	効果量 r
生活の安定化, 0-3 点	1.0[1.0-1.3]	1.0[0.0-2.0]	0.566	0.08
活動と参加, 0-2 点	0.0[0.0-1.0]	0.0[0.0-1.0]	0.794	0.04

値は中央値[四分位範囲]を示す

Mann-Whitney U 検定

得点が高いほど良い

5) 考察

本年度は、「BPSD スポット調査に取り組む過程が、現場の認知症ケアにおいてどのような意義・効果があるかを明らかにすること。今後、調査自体をケア改善のための介入として位置づけていくことができるか、その場合どのような点を改善する必要があるかを検討すること。BPSD に対する心理社会的介入として有効性の高いであろう PDCA サイクルとチームアプローチの要素をケアレジストリに取り入れることによる効果の検証を行うこと」について、これまでに BPSD スポット調査に協力の得られた施設事業所の担当者を対象にしたアンケートを実施し、その結果をもとに検討し、今後の調査プロトコル等の改善や、調査そのものの活用の方向性などについて、検討を進める資料とすることをねらい、質問紙調査を行った。以下、この目的を念頭に考察を進める。

(1) 記述統計

① 回収率と調査協力結果

今回の調査では、189 施設に調査票を送付し、75 件 (39.7%) の回収率であり、必ずしも十分な回収率とならなかった。ただし、前評価・後評価とも完了できた施設・事業所が 49 件 (80.3%) であり、全体として BPSD スポット調査に前向きに取り組んだ施設を中心に回答が得られたことが推測され、調査の目的を達成するために有効な情報になりえるデータが集まったと考える。なお、回答者の調査協力時期は令和 1~2 年で 8 割以上となり、ミニレジストリに取り組んだ結果を中心に回答が得られている。完了できなかった理由としては、対象者の退院・退所といったやむを得ない理由が最も多く、それ以外の要因による調査中断があったことが確認された。今後、本調査をケア改善のための介入として位置づけていく場合には、実際の BPSD スポット調査の回答結果を確認・検証し、どのようなケースがドロップアウトにつながったか、調査プロセスの課題を明らかにすることが必要だろう。この点は今後の課題である。

また、協力の得られた事例数については、1 例が最も多く 65.3%であった。前述の通り、今回の回答者は BPSD スポット調査に前向きに取り組んだ施設からの回答が多いことが見込まれるが、その中でも大半は 1 例の協力にとどまっている。1 回目の調査をふまえて次の調査につなげる際にボトルネックが生じている可能性があるとするれば、それを検証し、スポット調査に繰り返し取り組むことができるような仕組みを検討する必要がある。なお、2 例以上協力の得られたケースも、同一人物の登録を 2 回行ったのか、それとも別の者を行ったのかを今回の調査では、弁別できる構造としていなかった。現状、レジストリでは、1 名 1 回の登録が終わった直後に、その者の 2 回目の登録を進める場合には、前回のデータを活用できるような機能を実装している。そういった機能が使われているか、有効に機能しているかなどは優先的に検証が必要と考える。

調査協力の方法については、質問紙による協力、WEB 登録による協力がそれぞれほぼ半数ずつに分かれた。介護現場における登録において、紙による情報収集に根強いニーズがあることが示された。今後、調査自体をケア改善のための介入として位置づけてい

く場合には、原則として WEB 登録が前提となるものと考えられる。質問紙に依存する協力者がスムーズに登録に関与できるようにするためには、タブレットによる登録を推奨し、介護記録ソフトとの連動を検討する等などの対応も考慮する必要があるものと思われる。

② 調査協力体制について

BPSD スポット調査は、登録者数確保の観点から、現在は、必ずしもスタッフが連携してカンファレンスを行い、その結果をもとにケアを実施するという構造にしていな。現状は、調査担当者が前後の評価を行うとともに、現在実施しているケアを登録する（特に新しいケアを実施しない）ことも可能と扱っている。そのため、実施しなかったケースが生じる可能性があるが、調査協力体制のうち、「スタッフへの調査の説明」は、ほとんどすべてのケースで実施されていた。なお、説明の範囲は、調査の対象となる認知症の人がいるユニットのスタッフに対する説明で十分と考えられるが、フロアや施設全体にも説明しているケースも多かった。施設全体で取り組みについて周知しながら進めたケースが一定数あったと言える。また、説明の仕方については、申し送り等通常のミーティング等において説明したというケースが最も多かったほか、資料の回覧／掲示等により行ったというケースが 40%強の割合で認められた。資料回覧に加えて口頭でも説明したというケースが多かったことが推測されるが、調査に関する説明のための会議を開催したケースも 20%程度認められた。調査協力に対する負担を極力軽減するという観点からは、より簡潔にわかりやすく調査の趣旨や取り組み内容を周知できる方法を検討してもよいだろう。

また、スタッフへの説明内容については、調査の目的である調査結果が分析・活用されることで社会貢献につながるという観点よりは、調査協力がケアの見直しにつながることや、ケアを学ぶ機会となることがより説明されていた。加えて、調査協力を依頼する認知症の人の決定基準としては、現に BPSD のケアがうまくいっていない人としているケースが 8 割を超えていた。単純な調査協力として発信するよりも、こういったメリットをより強調して協力を仰ぐことが、登録数の確保につながることを示唆される。また、今後の方向性としてもそういった効果が得られることを端的に示すデータを収集し、わかりやすく示していくことも求められよう。加えて、どのような BPSD の生じている認知症の人が調査に取り組むことによりどのように改善したのか、をより詳細にわかりやすく示すことにより、協力のモチベーションになる可能性がある。

調査実施体制については、平均すると前評価が 2・3 名、ケア方針の検討が 3～5 名、ケア実践が 8 名程度、後評価が 2・3 名で担当されていた。各ステップで一定の人数を確保し、チームで調査に取り組んでいることが確認された。一方で、担当者数にはばらつきもあった。各ステップをどのような体制でどのように進めるかより詳細に示すことにより、効果的に取り組みを進める体制づくりを推進できる可能性もあると考えられる。本調査においては、調査実施体制の人数把握は行ったものの、どのような職種で

行ったかは調査していない。調査実施体制において、チームで取り組むことは重要であり、さらに、学際的なチームアプローチがより有効であることが想定される。そのため、今後の運用体制において他職種を含めたチーム体制を整えることが課題であろう。

③ 調査協力のプロセスについて（協力プロセスの効果）

（BPSD 評価担当者）

調査協力のプロセスとして、まず BPSD の評価担当者について尋ねた。BPSD スポット調査では、前後での評価のブレがないよう、対象となる認知症の人の状況を日常的に観察しているスタッフ 1 名で評価することとし、前後での評価者をそろえている。評価においては、主任・リーダーが担当しているケースが最も多く、46.9%であった。評価者については、今後の展開として、調査自体をケア改善のための介入として位置づけていこうとする場合には、いくつかの工夫の余地がある。評価においては、評価結果の厳密性よりも、本人の状態をできるだけ複数の目で見て見落としがないようにすることや、認知症の人に生じている BPSD のうちどの症状に焦点を当ててケアを進めるかの検討を行う際に活用しやすいことなどがより重要と考える。そういった展開に合わせて BPSD 評価担当のあり方を検討していく必要がある。

（通常のアセスメントに加えて新たに情報収集した項目）

協力のプロセスとして、通常のアセスメントに加えて、新たに情報収集した項目を尋ねた。これにより、通常のカーマネジメントに加えて、BPSD スポット調査の構造でケアを検討することにより、どのような情報が新たにアセスメントされケアにつながるかが確認できるものと考えた。結果としては、「身体機能・体調」「疾病・薬・症状等」「エンドポイント」「活動状況」それぞれにおいて、4～8 割のケースで通常のアセスメントに加えて新たに収集した情報があったことが確認された。新たに収集した項目はばらついていたが、「身体機能・体調」では、水分摂取量や平均睡眠時間、過去 1 週間の排便日数などが見直されており、「疾病・薬・症状等」では、認知症治療薬や抗精神病薬の服薬状況が見直されていた他、「活動状況」では、他者との交流や家族・スタッフとの交流などが新たに情報収集されていた。また、介護者が想定している主な原因を改めて検討したケースが 5 割近くに上り、改めて情報収集を行い、BPSD の原因について検討しながら BPSD スポット調査を進められていることが推測された。

なお、調査項目に入っていない情報のうち、通常実施しているアセスメントで収集している情報としては、生活歴・生活史を収集しているという回答が多かった。生活歴・生活史は、BPSD がなぜ生じているか、認知症の人にどのような役割や活用を促すかといったときに活用されると考えられる個別性の高い項目であり、BPSD スポット調査においては、評価項目としては活用されていなかったが、ケアにおいて活用する情報としては重要であることが、結果から示唆される。BPSD スポット調査の中で、生活歴の情報をどのように活用することを促すかは、今後の課題となるだろう。

(ケア方法の検討・決定における前評価の活用)

ケア方法の検討・決定・周知体制としてまずは、前評価の結果の活用について、尋ねた。前評価を行ったうえで、ケアの選択肢から実施するケアを選択するというスポット調査の構造を前提すれば、ケア方法の検討・決定に、前評価の結果を活用することは必然的なプロセスと考えられたが、11名(22.4%)で前評価の結果は活用しなかったという回答が得られた。これは、前評価の項目が、必ずしもアセスメント項目から成り立っているものばかりではなく、むしろアウトカム の尺度として使われている項目が多かったことが影響していると思われる。また、前評価の結果をどのように認知症の人の状態把握やBPSDの原因を探るきっかけとして活用すればよいか、活用方法が十分に整理されていないことも影響している可能性がある。今後、調査の活用を考える際には、収集したデータをどのように活用しながらケアにつなげていくかについて、わかりやすく解説する等により、前評価の結果をケアの検討・決定に活用するように促すことも必要になると考えられる。なお、前評価において役に立った項目について、各項目とも、役に立ったという回答が0であった項目はなかった。すなわち、ケア方針の検討において、一定程度活用可能性のある項目を前評価で評価していることが確認できたといえよう。この結果も、「収集したデータをどのように活用しながらケアにつなげていくかについて、わかりやすく解説する等により、前評価の結果をケアの検討・決定に活用するように促すことも必要」という先の考察を指示する結果となったと考える。

(ケア方針の検討・決定・周知体制)

ケア方針の検討・決定・周知をどのような体制で行ったかを尋ねたところ、あらためて2名以上の担当者を選出し、決定・周知したというケースが最も多く、42.9%であった。次いで、通常実施するカンファレンスにおいてケア方針を検討・決定したが38.8%であり、ほとんどのケースにおいて、ケア方針の検討・決定がチームで行われていたことが明らかになった。1人で検討・決定したケースも8件(16.3%)あったが、これは、先に述べた「特に新しいケアを実施せずに取り組んだケース」の可能性もある。ケアの検討人数や時間は、何らかの傾向を示す可能性があるものと想定していたが、結果としては、検討する者が減った群、変わらない群、増えた群はばらついていて、また時間数も減った群、変わらなかった群、増えた群はばらついていて、調査の構造がスタッフ数や検討時間に特徴的に影響を与えたとは考えにくい結果であった。一方で、検討の内容については、「通常と異なった視点での検討ができた」という回答が62.5%と多かった。また、結果として27.5%が「これまでにない新たなケアを実施することとなった」と回答していた。前述の通り今回は、BPSDのケアがうまくいっていないケースにおいて取り組まれており、そこでBPSDスポット調査の枠組みを生かして新たな視点で検討が行われ、新たなケアにつながったケースがある可能性が示唆される結果となった。これらのプロセスについて、通常よりも負担感が大きかったという回答は15%にとどまり、

70%が通常と同様の負担感であったと回答していた。この結果は、今後、調査自体をケア改善のための介入として位置づけていくことの意義を示す結果と言えるだろう。特に自由記述においては、「知識に乏しいスタッフも意見を出しやすく感じた」など、ケア項目を具体的に列挙して選択を促すスポット調査のメリットを具体的に示した意見も得られた。

(ケア選択肢の活用)

BPSD スポット調査では、取り組む BPSD ごとに、どのようなケアを行うかあらかじめ用意されたケアの選択肢から取り組むケアを選択し、共有したうえで実施することとしている。ケア検討におけるこの選択肢の活用について尋ねたところ、9 割程度のケースでケアの選択肢を参考にしてケアを検討していた。そのうち 77.3%は新たなケアへのヒントとして活用していた。PDCA のプロセスの中で、ケアの選択肢を使うことによって新たなケアを見出すヒントとすることは本調査の特徴となるものであると考えられる。決定したケアの実施も 9 割近くで実施できたという回答があり、選択肢のフィージビリティも担保できていると考えられた。ケアの実施においては、リーダーが随時スタッフの実践の状況を確認することや、記録を作って実行状況を確認しながら進めているといった回答が多かった。これらのプロセスの負担感未知数であるが、これらのステップをサポートするような取り組みや条件設定について今後検討を進めてもよいだろう。例えば、「②ケア方針の検討・決定・周知：で決定したケアをまとめて掲示した」という工夫は 34.7%で実施されていたが、これをサポートする仕掛けとしては、前評価の結果をプリントアウトする機能をすでに実装している。これらの機能の周知や使いやすさの改善についても検証に取り組むことができる。

④ 調査協力の波及効果

調査協力の波及効果としては、スタッフの変化、チームの変化、施設・事業所の変化、認知症の人の変化、その他の変化を尋ねた。

(スタッフの変化)

スタッフの変化は、本調査の回答者とは別に、実際に BPSD スポット調査に取り組んだスタッフ 1 名に 1：全くあてはまらない～4：とても当てはまる、の 4 段階の尺度でスタッフの変化に関する質問への回答を求めた。結果、これまで実施したケアを振りけることができた、調査対象となった認知症の人の理解が深まった、BPSD の原因について考えるようになった、認知症の人のニーズを満たすケアについて考えるようになった、BPSD の背後にある認知症の人の気持ちを推測するようになったなどで、あてはまるという回答が多かった。一方で、BPSD の変化を数値で確認することによりモチベーションが高まった、BPSD の変化を数値で確認する意義に気づいたといった回答は評価が低かった。数値で客観的に評価することがケアの成果を可視化し、モチベーシ

ョンをあげる効果があることを見込んでいたが、それを支持する結果にはならなかった。現場ではケアの成果が体感として感じられているため、それを可視化し、他者に伝えることについては、意義を見いだしづらい状況があることが推測された。前後での評価結果を確認することによりモチベーション向上につながったケースは半数程度は認められる。意義を感じられるような仕組み・しかけがあれば調査実施のモチベーションにつながることも考えられるため、数値化の意義を感じられるような取り組みのあり方についても検討の余地があるかもしれない。

(ケアチームの変化)

まず、調査結果を家族の報告したケースが約 20%、アセスメント票に追記したケースが約 20%、ケアプランの追加修正につながったケースが約 40%と調査結果が、ケアマネジメントのプロセスに連動して機能していたケースがあることが確認された。結果、「家族の安心感・信頼感につながった」、「有効だったケアを支援内容として追加」できたことは、大きな成果であると言えるだろう。どのように活用したか、事例を集め紹介することにより、より調査の効果を波及させる方向に促していくことを検討していきたい。また、スポット調査は、「認知症の人の気持ちや望みについて、スタッフ同士で意見交換する機会となった」「BPSD に対するケアの基本的考え方についてスタッフに説明する機会となった」など、情報共有・意見交換の場として機能していたことも確認された。その他、「認知症の人に対するスタッフのケアを統一することができた」との回答が約 5 割、「特定のスタッフしかもっていなかった情報を共有できた」が約 4 割の他、「BPSD の原因やケアについてスタッフ同士の意見交換（非公式）の回数が増えた」とチームアプローチの円滑化のためのツールとして機能しているケースがあることも確認された。調査の波及効果としてアピールできる結果であると考え。更に、BPSD が生じた際にせん妄の可能性を評価するようになった、薬剤の影響を検討するようになった、機能低下で困難になった動作を評価するようになったなど、評価項目の活用について触れる意見も若干確認できた。

なお、カンファレンスの回数はカンファレンスにかかる時間は、それぞれ調査後に増えていた。これは負担増を示唆するデータである可能性もあるが、調査協力が 1 回であるケースが多く、調査に慣れていない群の影響が大きい可能性があることやカンファレンスの時間も平均 21.5 分と必ずしも長い時間になっていないため、大きな負担増につながったとは考えにくいだろう。

(施設・事業所の変化)

施設・事業所の変化として、報告会や学会等での報告について尋ねたが、少数事例で実践事例があったことが確認された。その他、施設事業所にとっての効果として「専門ケア加算で求められている要件を満たすために活用できた」という回答が 3 件あった。専門ケア加算は、認知症介護実践者研修の修了者等が一定数施設・事業所に在籍してい

ることを要件の一部にして、研修等を実施しそれを記録することで取得できる加算であるが、この加算につなげる動きとして調査が活用されたとしたら、少数事例であっても大きな成果と言える。どのように加算につなげたのかを調査し、紹介する等により、ケアの質向上とは別の角度から、活用のモチベーションにつながるような情報収集を進める必要がある。その他、施設事業所の成果としては、BPSDの生じている認知症の人のサービス利用を受け入れやすくなった、職場内研修の内容が追加修正されたといった回答も3割程度で見られた。それぞれ、事業所内、あるいは地域の認知症介護の質向上に寄与する成果があることが確認できたとみることができよう。認知症介護に関する研修・事例検討会の回数も基礎統計レベルでは増加傾向がみられ、施設・事業所にとってのメリットにつながることも期待できる調査であることが示唆される結果となった。

(認知症の人の変化)

認知症の人の変化としては、「家族、他の入居者、スタッフなど他者とのかかわりが増えた」が57.1%、「役割や活用などをはじめ、生活の場が広がった」が44.9%と認知症の人の生活が広がり、豊かになる方向で変化していることが示唆された。スポット調査に取り組んだ施設・事業所の一部では、BPSDスポット調査に取り組むことが、認知症の人の生活の質を高める方向に機能している様子がうかがえる結果であると考えられる。

(その他の効果)

26.5%の回答者が、その他の効果を「あり」と回答していた。自由記述からは、「専門ケア加算の取り入れ判断につながった」、といった意見のほか、「職員のストレスが少しは緩和できたように思います。」との意見や「評価スケール等を用いたケア検討が増えた」などの意見もあった。ストレス軽減については、どのような経緯でストレス軽減に結びついたか直接確認する等が必要であるが、BPSDのとらえる視点が変わること、スキルアップにより負担感が減少する等の効果が可能性として考えられる。どのようなプロセスでストレス軽減につながったかを明らかにしていくための取り組みを行うことも検討の余地があるだろう。

⑤ 調査負担とその対応

負担感について0：負担感なし～5：極度の負担感までの6段階で尋ねたところ、3：中等度の負担感と回答した結果が最も多く、46.9%であった。0～0点は約40%であり、大きな負担感は15%以下であったことから、多くの施設事業所では、大きな負担なく調査に取り組むことができていることが確認できた。初回の調査は、初めての調査で負担感が大きいことが推測されるが、今回の回答の6割程度が初回の取り組みであったことを考えると継続することにより負担感はさらに低くなることが予測される。多忙な現場での取り組みは極力負担感が少ないことが望ましいと考え、さらなる負担減を検討

する必要はあるが、現時点である程度現場で実践できる構造になっていることが確認できたと言えるだろう。なお、負担が大きいと感じるステップで最も多かったのは、スタッフや本人・家族への説明と同意のステップであった。本人・家族への同意は、調査自体をケア改善のための介入として位置づけられた場合（社会実装された場合）には、不要となると見込まれるほか、スタッフへの説明について、より簡易なツールを作成する等により軽減が見込まれるため、今後全体の負担感を減らしていくことは可能となると考える。各ステップについての負担感の回答も得られたが、特定のステップが他のステップと比べて相対的に負担が大きいと考えられるところはなかった。改善すべき項目としては、10%以上の回答が集まった項目はなく、負担感が大きいため改善を要する項目は今回の調査では認められなかったと結論付けられるだろう。

(2) 解析結果

① PDCA サイクルとチームアプローチをケアレジストリに取り入れることでの効果の違いについて

(PDCA サイクルとチームアプローチを取り入れる根拠)

BPSD に対する介入として、心理社会的介入が推奨されている¹⁾。介入は症状の性質と背景を評価することから始まる¹⁾。また、心理社会的介入のレビューでは、包括的な評価や、認知症本人のニーズに対応するケアプランが推奨されている²⁾。PDCA サイクルは、包括的な評価を実施し、ケアプランを検討することから始まる³⁾。また、PDCA サイクルに加え、学際的なチームアプローチに基づいた介入が推奨されており、PDCA サイクルとチームアプローチを用いた心理社会的介入は国際的に展開されている^{4,5)}。

わが国においても PDCA サイクルとチームアプローチを取り入れた日本版 BPSD ケアプログラムでは在宅および施設の認知症高齢者の NPI-NH の値を低下させることが報告されている⁵⁾。このことから BPSD を軽減、改善させる方法のひとつとして、PDCA サイクルとチームアプローチを取り入れた介入が有効であることが推察される。

(BPSD 軽減、改善を目的とした PDCA サイクルとチームアプローチを実践することで得られることが想定される効果)

PDCA サイクルを回すうえで、重要な事項としてアセスメントをすることがあげられる。ケア計画を立てるうえで評価は必要不可欠である。評価を実施することの効果として、4 点が想定される。1 点目、評価を実施することで新たな気づきがある可能性である。例えば、BPSD の原因を特定するために介護者は、認知症の人の言葉や表情、身振り、声、行動などの非言語的表現の意味を読み取るなどの特定のスキルを用い、その人のニーズを把握することができる。しかし、スタッフの特定のスキルはさまざまな経験を通じて獲得するものであり、誰ももが持っているスキルではない。そのため特定のスキルがないスタッフであっても、BPSD 評価指標を用いることで、これまで気づけなかった認知症の人の

ニーズを評価することができると思う。2点目は、BPSDを引き起こす背景要因を分析することが可能となる。包括的な評価を実施し、結果を統合していく過程で、ケアチームの中で、なぜBPSDが生じているかの議論が進むためBPSDの背景要因を特定することができる。その際、客観的な評価と主観的な評価結果を活用することが望ましいと考える。3点目は、スタッフが自分のケアを振り返り、それが症状の改善や悪化にどのように影響するかを考える機会となる可能性がある。客観的に評価し、経過観察することで、介入内容が妥当か検証することやそうでない場合は、次にどのようなプランを立てるべきかの判断材料となる。4点目は、チーム間で問題に対処する方法を議論するためのコミュニケーション支援ツールとして機能する可能性がある。評価の結果を共有することや、一緒に評価することでケア計画の立案を話し合うことを容易とする。

チームアプローチを実践することの効果として2点が想定される。1点目は、評価や介入の視点を統一できることが想定される。統一したケアを実施できることにより、認知症の人はケアの違いに混乱することがなくなる。また、学際的なメンバーで構築されることにより、効果の最大化が期待される。2点目は、チームで話し合うことでケア計画を立てるうえで必要な情報の量を増やすことができることである。認知症の人とのかかわるタイミング、かかわる人との関係性に応じて、引き出せる情報は異なる。そのため、幅広い情報の中からチームで大切な情報をピックアップし、どうすべきかを検討していく必要がある。

評価を実施し、PDCAサイクルをチームで回すことにより、効果的なケアにつながるものが想定されるであろう。

(ケアレジストリにPDCAサイクルとチームアプローチを取り入れることで得られる副次的な効果)

① スタッフの変化について

すべての項目で効果量が小もしくは中であった。このことからスタッフの変化においてはPDCAとチームアプローチの有効性が示された。認知症ケアのポイントの理解においては、ケアレジストリの包括的な評価・アセスメント項目の結果をチームで話し合い統合し、ケア計画を立てること、認知症の人に対する理解や認知症ケアの理解が深まったことが考えられる。認知症ケアを実践するうえで基本となる中核症状や認知症本人のニーズを満たすケアを考えるようになることや、ケア結果を意識的にモニタリングすること、認知症の人の理解が深まるものが期待される。

新しい視点のケアにおいては、包括的な評価・アセスメントを実施することで、客観的なスコアが算出され、これまでケアの対象に入らなかった症状・状態までケアの対象となった可能性がある。例えば、介護現場においては、低活動性BPSDのアパシーや抑うつ症状などは現場では介護負担感が低い傾向にある⁶⁾。そのため、介護負担感が低い項目はケアの対象となっていない可能性がある。PDCAサイクルとチームアプローチに取り組むことで、ケアを実施するうえでこれまで実施してこなかった新たなケア方法を考えることや低活動性のBPSDにも注意を向けることが期待される。

BPSD や実施したケアの分析においては、BPSD は人間関係や評価者の視点によって、出現しているか・していないかの判断が異なることや出現している場合でも、その程度について異なる判断をされることがある。例えば、認知症の人とスタッフの関係性の違いにより、認知症の人が落ち着くことや、不快になるなど BPSD の出現に影響を与えることがある。そのため、視点の違いをチームで話し合ったことが想定される。BPSD の発症要因は中核症状である場合もあるが、多くの BPSD の背景には本人の満たされないニーズがある³⁾。また、同一の症状であっても、原因が異なる可能性がある。例えば、認知症におけるうつ病の特徴の分類としては、認知症の影響に対する反応としてうつ病が状況的に決定されるグループ、うつ病のように見えるが生物学的には異なり神経変性と関係があるかもしれないホモフェノタイプのグループ、過去のうつ病の病歴または認知症の真の大うつ病性障害のエピソードを発症するグループ、等が提案されている¹⁾。これらの分類は評価を通じて推測されることからチームで BPSD が生じている原因と、どう対応すべきかを考えることが重要である。そのため、ケア計画を構築する際には評価をもとにした PDCA サイクルとチームアプローチは必須になると考える。BPSD を評価しチームで分析することで、認知症の人の気持ちや原因を考え、実施したケア方法が妥当であったかを考え、チームで BPSD を捉える視点や実施するケアを統一する機会となることが期待される。

BPSD を数値化する意義においては評価結果を活用することで、評価者の主観だけでなく、客観的な数値の変化を経験することが効果に影響を与えたと考える。数値による変化を確認することはケアのモチベーションを高めることが期待される。また、特定のスキルを持っていなくても、評価を実施することで、これまで気づかなかった認知症の人のニーズを評価することが可能となることが想定される。

② チームの変化について

ケア手法の情報共有においては効果量中であった。ケア手法の情報共有においては評価結果を通じて認知症本人についてチームで話し合うことにより、議論が深まることが想定される。認知症の人の気持ちや望み、BPSD の原因や基本的な考え方、ケア方法についてチームで情報共有が図れることが期待される。

評価やスポット調査項目の活用においては、差が生じなかった。10 点満点の評価であるにも関わらず、両群ともに中央値 2 点と低い値であった。多くの参加者が 1 例程度しかケアレジストリを経験していなかったことを鑑みると、PDCA サイクルとチームアプローチを用いることで評価やスポット調査項目の活用する能力を身に着けるには、複数回の運用経験が必要なのかもしれない。

③ 認知症の人の変化について

生活の安定化、活動と参加の項目で効果量はほとんどなかった。ケアレジストリの効果として、BPSD のスコアが低下することは示されているが、生活の安定化や活動と参加を変化させるにはより長期的な介入が必要な可能性がある。ケアレジストリの介入期間は 1

か月程度であり、これまで認知症ケアマネジメントの介入は、6か月以上の学際的、専門
家間、熟練したケースワーカーによって行うことが推奨されてきた⁷⁾。生活に変化を与え
るにはより長い期間、本人のニーズや能力に沿った介入を実施する必要があると考える。

(3) ケアレジストリの今後の方向性

① PDCA サイクルとチームアプローチを組み込んだプロセスの提案

ケアレジストリでは、ケアを検討する前の状態をベースラインデータとして登録し、
認知症の人に対するケアを検討し2~4週間実際に提供する。その後の認知症の人の状態
を登録するという手続きで実施する。現状は、有効性の高いPDCA サイクルとチームア
プローチを組み込んだ介入はケアレジストリの絶対条件でない。

本調査では、ケアレジストリにおいてもPDCA サイクルとチームアプローチの要素を
取り入れることでスタッフやチームに副次的な効果を示した。今後はケアレジストリに
おいても、PDCA サイクルとチームアプローチをプロセスに取り入れることはスタッフ
やチームの育成においては有効である可能性が高い。

これまでケアレジストリを用いた介入はNPI-Qの値を下げる事が明らかになっている。
ケアレジストリにおけるPDCA サイクルとチームアプローチがより効果的に機能す
るよう検討・改善することにより、より効果的にNPI-Qのスコアを下げるかなど有効性
に関する検証の余地がある。

② BPSD 軽減のための介入を目的とした展開に合わせた調査構造の精査

BPSD 軽減のための介入を目的とした展開に合わせ調査の構造を精査していくことが
考えられる。具体的には、(1) 調査を効果的に展開するイメージをつけるための取り組み
事例の準備 (2) スタッフにわかりやすく調査の意義や効果 (これまででない視点から検
討できた等) を周知するための情報提供ツール、(3) スタッフに調査の手続き (対象選定、
スケジュール管理、人員配置の準備等) をわかりやすく周知するための情報提供ツール、
(4) 前評価の結果からニーズを導き出し、ケア選択につなげる過程が連動し、前評価の
結果がケア選択に活用できるような調査票や設問の仕方、配置、量等、(5) 1回目の前後
評価修了後の次の登録へのつなぎ部分の構造などに検討の余地がある。

③ 認知症施策に合わせた検討

今回の調査では、専門ケア加算の取り入れにBPSD スポット調査を活用しているケース
があることが明らかとなった。具体的なプロセスや取り組み方法を聞き取りまとめること
により、調査に取り組むメリットをアピールすることで、組織単位で調査に取り組むモチ
ベーションとなる可能性がある。このような認知症施策との連動という観点では、今回の
アンケートでは具体的な指摘はなかったが、現在、推進されているケアの質の向上に向け
た科学的介護情報システム(LIFE)とケアレジストリには共通の項目がある(Vitality Index
や Barthel Index、基本情報など)。ケアレジストリとLIFEを活用している施設・事業所

にとって、共通項目の重複入力は負担になることが想定される。LIFE のデータ提出方法は、LIFE の Web サイトから直接入力する方法と、介護記録ソフトに入力したデータを LIFE への CSV 連携により提出を行う方法がある。多くの施設・事業所は、介護記録ソフトを利用したデータ入力を行っていることを想定される。そのため、ケアレジストリと介護記録ソフトの連携を図ることは重複した入力の手間を省くことができる可能性がある。ケアレジストリの項目を入力する手間を省く方法のひとつとして、介護記録ソフトとの連携を検討することが望ましい。

④ BPSD スポット調査における質問数の精査

今回の調査では、スポット調査に対する負担感は、中程度あるいは少しの負担という選択が多く、大きな課題とはならなかった。効果のあった選択肢、改善のあった選択肢について尋ねたが、特に改善を要する項目は指摘されなかった。しかし、今後、より多くの施設・事業所でスポット調査に取り組み、この調査を BPSD 軽減のための介入を目的とした介入プログラムへと昇華させるためには、質問数を含め、項目をさらに精査する必要があると考えられる。今回のようなレトロスペクティブな調査による検討ではなく、実際の登録結果から欠損の多い項目や選択率を明らかにする等の作業を行うことにより、各質問のフィージビリティを精査するとともに、今後の活用の目的に合わせた質問数、内容となるよう検討することが必要となる。

引用文献

1. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V *et al.* Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; **390**: 2673-2734.
2. Vernooij-Dassen M, Vasse E, Zuidema S, Cohen-Mansfield J, Moyle W. Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *Int Psychogeriatr* 2010; **22**: 1121-1128.
3. Tsukii N. Holistic and individualized interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Annals of Alzheimer's and Dementia Care* 2022; **3**: 014-018.
4. Brånsvik V, Granvik E, Minthon L, Nordström P, Nägga K. Mortality in patients with behavioural and psychological symptoms of dementia: a registry-based study. *Aging Ment Health* 2021; **25**: 1101-1109.
5. Nakanishi M, Endo K, Hirooka K *et al.* Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018; **33**: 495-503.
6. 月井直哉, 中村考一, 藤生大我, 他. BPSD 評価尺度の特徴と本邦における使用状況. *認知症ケア研究誌* 2021; **5**: 30-40.
7. Lord K, Beresford-Dent J, Rapaport P *et al.* Developing the New Interventions for independence in Dementia Study (NIDUS) theoretical model for supporting people to live well with dementia at home for longer: a systematic review of theoretical models and Randomised Controlled Trial evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; **55**: 1-14.

5 令和3年度のまとめ

- BPSDスポット調査に取り組むことによる効果を明らかにするために、これまでに当該調査に協力の得られた者に対して、アンケート調査を実施した。
- 189施設に調査票を送付し、できた75件のうち担当者在籍し、前評価・後評価とも完了できた49件を主な集計・分析の対象とした。
- 調査結果から、調査協力施設・事業所においては、ケアの見直しやBPSDケアの学習の機会と捉え、BPSDのケアが現にうまくいっていない認知症の人の協力を得て、調査を行っていた。
- 調査においては、38件(77%)が、前評価を活用し、通常のアセスメントに加えて、改めて情報収集した結果をふまえてケアを検討していた。40件(81.7%)が複数の担当者でケア方針を検討し、25件(62.5%)で通常と異なった視点でケアの検討を行っていた。
- さらに、44件(89.8%)で、実施するケアを検討する際に、スポット調査で提示されているケア選択肢を活用し、11件(27.5%)でこれまでにない新たなケアを実施していた。
- 調査の結果は、10件(20.4%)で家族と共有され、20件(40.8%)で結果をふまえ、ケアプランの修正が行われており、自由記述から。
- 解析の結果、スタッフの変化では「新たな視点のケア」において、チームアプローチ及びPDCAにより組んでいる群で、有意に値が高く、効果量中の効果が確認された。また、「認知症ケアのポイントの理解」BPSDや実施したケアの分析「BPSDを数値化する意義」などで有意差は認められないものの効果量小の効果が認められた。チームの変化では、「ケア手法の情報共有」でチームアプローチ及びPDCAによりケアに取り組んでいる群で、有意に値が高く効果量中であった。
- 今回の調査により、BPSDスポット調査によりBPSDケアに取り組むプロセスが、PDCAサイクル及びチームアプローチを促進させ、ケアの質を向上させている可能性が示唆された。
- 今後、調査プロセスや構造を精査し、これらの特徴を発揮できるよう調査のプロトコルを改善することにより、BPSDを軽減するための介入手法として、BPSDスポット調査を再構築することにより、認知症施策等へ当該調査を活用することができるよう検討を進めることも可能であると考えられる。

資料1 調査票

1. 協力者在席の有無と協力結果 調査協力者の在席等に関する以下の質問に回答ください。

◆BPSD スポット調査に協力していただいた際に、調査の取りまとめを担当くださったスタッフの現状に関する以下の質問にご回答ください。

1-1 調査協力者の有無	<input type="checkbox"/> BPSD スポット調査の担当者は現在在席していない	ご協力ありがとうございました。 恐れ入りますが、同封の返信用封筒にて本調査票を返送ください
	<input type="checkbox"/> わからない	
	<input type="checkbox"/> BPSD スポット調査の担当者は現在も在席している	
<p>「BPSD スポット調査の担当者は現在も在席している」の場合、以降は、担当者に回答いただきたくお願いします。もし同一法人内におられる場合は是非、本アンケートを担当者（封筒の宛名になっている方）にお渡しください。</p>		

◆貴殿に調査協力をいただいた時期として当てはまる年、すべてに✓をしてください。

1-2 調査に取り組んだ時期	<input type="checkbox"/> H29年、 <input type="checkbox"/> H30年、 <input type="checkbox"/> R1年、 <input type="checkbox"/> R2年、 <input type="checkbox"/> R3年
----------------	--

◆BPSD スポット調査は、前評価と後評価に分かれていましたが、前評価・後評価とも完了することができましたか？当てはまる選択肢1つに✓をしてください。（1事例でも完了できた場合は、「前評価・後評価とも完了できた」を選択してください。

1-3 BPSDスポット調査の協力状況	<input type="checkbox"/> 前評価が完了できなかった <input type="checkbox"/> 前評価は完了できたが、後評価は完了できなかった <input type="checkbox"/> 前評価・後評価とも完了できた
「前評価・後評価とも完了できた」の場合、回答下さい	<p>1-3-2 理由として当てはまるものすべてに✓してください</p> <input type="checkbox"/> 調査項目が多かった、 <input type="checkbox"/> 調査の進め方が分からなかった <input type="checkbox"/> 調査を実施することを忘れた、 <input type="checkbox"/> 対象者の同意が取得できなかった <input type="checkbox"/> 管理者の同意が得られなかった、 <input type="checkbox"/> 対象者の入院・退所 <input type="checkbox"/> その他 具体的に：
	p.11 6.回答者の属性、へ進み、回答の上、調査結果を返送ください。

◆ 調査協力件数として当てはまるもの1つに✓をしてください。

1-4 調査協力件数	<input type="checkbox"/> 1例、 <input type="checkbox"/> 2例、 <input type="checkbox"/> 3例、 <input type="checkbox"/> 4例、 <input type="checkbox"/> 5例、 <input type="checkbox"/> 6例、 <input type="checkbox"/> 7例以上
------------	---

◆ 主な調査協力方法として当てはまるもの1つに✓をしてください。

1-5 調査協力方法	<input type="checkbox"/> 質問紙による協力 <input type="checkbox"/> WEB登録による協力
------------	---

2. 調査協力体制 調査協力体制に関する以下の質問に回答ください。

*複数事例に取り組んだ場合は、最も代表的な事例1事例について回答ください。

◆BPSD スポット調査の内容や方法についてのスタッフに対する説明はどのように行いましたか？

あてはまる選択肢すべてに✓をしてください。

2-1 スタッフへの説明有無	<input type="checkbox"/> 実施した、 <input type="checkbox"/> 実施しなかった	→ 2-5 以降を回答してください。
2-2 スタッフへの説明範囲	<input type="checkbox"/> 調査の対象となる認知症の人がいるユニットのスタッフに説明した <input type="checkbox"/> 調査の対象となる認知症の人がいるフロアのスタッフに説明した <input type="checkbox"/> 施設のスタッフ全体に説明した <input type="checkbox"/> その他	
2-3 スタッフへの説明方法 *すべてに✓	<input type="checkbox"/> 資料の回覧/掲示等により行った <input type="checkbox"/> 申し送り等通常のミーティング等において説明した <input type="checkbox"/> 調査に関する説明のための会議を開催した <input type="checkbox"/> その他	
2-4 スタッフへの説明内容(調査の意義) *すべてに✓	<input type="checkbox"/> 調査結果が分析・活用されることで社会貢献につながることを説明した <input type="checkbox"/> 調査協力がケアの見直しにつながることを説明した <input type="checkbox"/> 調査協力がBPSDの理解とケアを学ぶ機会となることを説明した <input type="checkbox"/> 調査協力が評価尺度などを用いた評価の方法を学ぶ機会となることを説明した <input type="checkbox"/> 調査協力がケアの引き出しを増やす機会となることを説明した <input type="checkbox"/> 調査協力が学会・研究大会・法人内実践報告会等への報告の事例として活用できることを説明した <input type="checkbox"/> その他	
2-5 認知症の人の決定基準 *すべてに✓	<input type="checkbox"/> 調査協りに同意の得られやすい人とした <input type="checkbox"/> 比較的入所・利用開始から時間がたっていない人とした <input type="checkbox"/> 入所・利用開始からの時間が長くケアの蓄積がある人とした <input type="checkbox"/> BPSD が軽度の人とした <input type="checkbox"/> 現にBPSDのケアがうまくいっていない人とした <input type="checkbox"/> ケアにおいて大きな問題を感じていない人とした <input type="checkbox"/> その他	

(BPSD スポット調査のおさらい)

- BPSD スポット調査は、以下の水色部分①～④のステップで実施していただきました。ここからは①～④のステップについて、お尋ねします。（＊調査項目の詳細を見直したい場合は、参考資料を参照ください。）

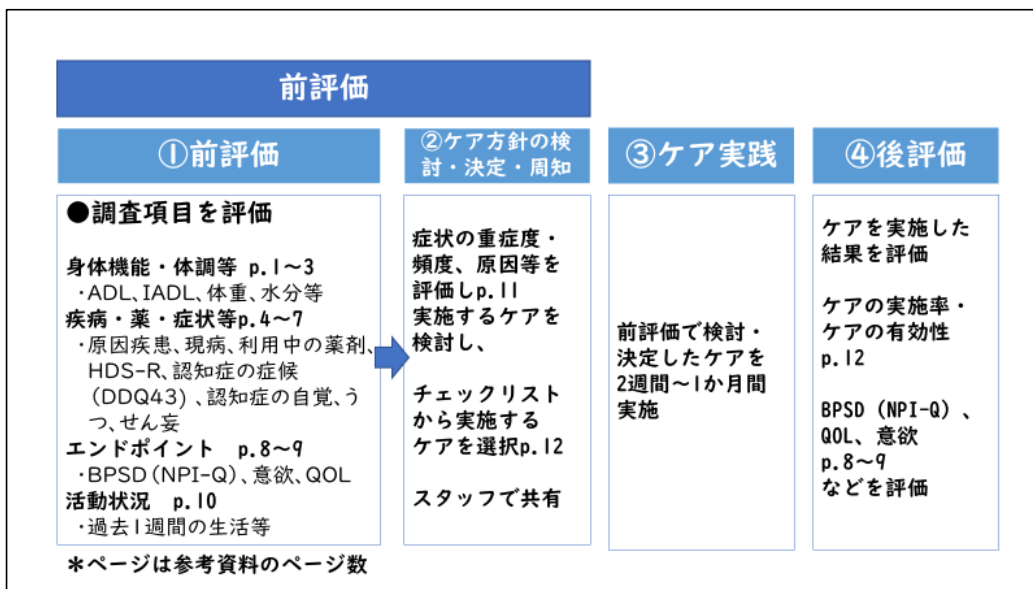


図1 BPSD スポット調査における各ステップとその内容

- ◆BPSD スポット調査の以下の①～④のステップはそれぞれ何名程度のスタッフで取り組みましたか？
 担当したスタッフ数を人数の欄に記入ください。

	人数
2-6 ①前評価	名
2-7 ②ケア方針の検討・決定・周知	名
2-8 ③ケア実践	名
2-9 ④後評価	名

3. 調査協力のプロセス 調査協力のプロセスに関する以下の質問に回答ください。

◆①前評価 (p.3 図1 参照) について伺います。BPSD の評価は、誰が担当しましたか? 当てはまる項目に✓をしてください。その他の場合、担当者を太枠内に具体的に記入ください。

領域	項目
3-1 BPSD 評価の担当者	<input type="checkbox"/> 介護職員、 <input type="checkbox"/> 主任・リーダー、 <input type="checkbox"/> 管理者、 <input type="checkbox"/> 相談員、 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他

◆以下は、スポット調査の評価項目です。以下の項目のうち、通常実施するアセスメントに加えて、新たに情報収集・評価した項目がありましたら、あてはまる項目すべてに✓してください。各領域で新たに情報収集・評価した項目がない場合は、特になしに✓してください。 *項目の詳細を確認する場合は、参考資料をご覧ください。

領域	項目
3-2 身体機能・体調等 (参考資料 p.1~3)	<input type="checkbox"/> ADL、 <input type="checkbox"/> IADL、 <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 水分摂取量、 <input type="checkbox"/> 熟睡日数、 <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間 <input type="checkbox"/> 過去1週間の排便日数、 <input type="checkbox"/> 視力、 <input type="checkbox"/> 聴力、 <input type="checkbox"/> 麻痺や筋力低下 <input type="checkbox"/> 特になし
3-3 疾病・薬・症状等 (参考資料 p.4~7)	<input type="checkbox"/> 原因疾患、 <input type="checkbox"/> 治療中の疾患、 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬の服薬状況、 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬等の服薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬中の薬剤数、 <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール、 <input type="checkbox"/> 認知症の症候 (DDQ43) <input type="checkbox"/> 認知症の自覚、 <input type="checkbox"/> うつ状態 (GDS5)、 <input type="checkbox"/> せん妄 (DST) <input type="checkbox"/> 特になし
3-4 エンドポイント (参考資料 p.8~9)	<input type="checkbox"/> NPI-Q、 <input type="checkbox"/> 意欲 (Vitality index)、 <input type="checkbox"/> QOL (short QOL-D) <input type="checkbox"/> 特になし
3-5 活動状況 (参考資料 p.10)	<input type="checkbox"/> 役に立つ機会、 <input type="checkbox"/> 楽しみや趣味の活動、 <input type="checkbox"/> くつろぐ時間、 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> 外出の機会、 <input type="checkbox"/> 配偶者の有無、 <input type="checkbox"/> 家族・スタッフとの交流 <input type="checkbox"/> 家族等に会った時の反応 <input type="checkbox"/> 特になし

◆以下は、スポット調査の評価項目です。以下の項目それぞれについて、通常実施するアセスメントに加えて、新たに情報収集・評価したかについて、あてはまる選択肢に✓してください。

項目	選択肢
3-6 認知症の人の具体的状態 (記述式)	<input type="checkbox"/> 通常のアセスメントでも評価している、 <input type="checkbox"/> 調査をきっかけに評価 (言語化) した
3-7 症状の重症度	<input type="checkbox"/> 通常のアセスメントでも評価している、 <input type="checkbox"/> 調査をきっかけに評価した
3-8 頻度 (直近1Wの頻度)	<input type="checkbox"/> 通常のアセスメントでも評価している、 <input type="checkbox"/> 調査をきっかけに評価した
3-9 介護者が想定している主な原因	<input type="checkbox"/> 通常のアセスメントでも評価している、 <input type="checkbox"/> 調査をきっかけに評価 (言語化) した

* 以上の項目は、参考資料 p.11 を参照

◆通常実施するアセスメントにおいて、上記 3-2~3-9 以外で、情報収集・評価している情報がありましたら以下に記入してください。

項目	自由記述
3-10 上記 3-2~3-9 以外で収集している情報 (記述式)	

◆②ケア方針の検討・決定・周知 (p.3 図1参照) の手続きとして最も近い選択肢一つに✓をしてください。

3-11 前評価 結果の活用	<input type="checkbox"/> ケア方針の検討・決定・周知においては、前評価の結果は活用しなかった <input type="checkbox"/> ケア方針の検討・決定・周知において、前評価の結果を活用した
-------------------	--

特に役に立った項目がありましたら、チェックしてください

領域	項目
1) 身体機能・体調等 (参考資料 p.1~3)	<input type="checkbox"/> ADL、 <input type="checkbox"/> IADL、 <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 水分摂取量、 <input type="checkbox"/> 熟睡日数、 <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間 <input type="checkbox"/> 過去1週間の排便日数、 <input type="checkbox"/> 視力、 <input type="checkbox"/> 聴力、 <input type="checkbox"/> 麻痺や筋力低下、 <input type="checkbox"/> 特になし
2) 疾病・薬・症状等 (参考資料 p.4~7)	<input type="checkbox"/> 原因疾患、 <input type="checkbox"/> 治療中の疾患、 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬の服薬状況、 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬等の服薬状況、 <input type="checkbox"/> 服薬中の薬剤数、 <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール <input type="checkbox"/> 認知症の症候 (DDQ43) <input type="checkbox"/> 認知症の自覚、 <input type="checkbox"/> うつ状態 (GDS5)、 <input type="checkbox"/> せん妄 (DST) <input type="checkbox"/> 特になし
3) エンドポイント (参考資料 p.8~9)	<input type="checkbox"/> NPI-Q、 <input type="checkbox"/> 意欲 (Vitality index)、 <input type="checkbox"/> QOL (short QOL-D) <input type="checkbox"/> 特になし
4) 活動状況 (参考資料 p.10)	<input type="checkbox"/> 役に立つ機会、 <input type="checkbox"/> 楽しみや趣味の活動、 <input type="checkbox"/> くつろぐ時間 <input type="checkbox"/> 他者との交流、 <input type="checkbox"/> 外出の機会、 <input type="checkbox"/> 配偶者の有無、 <input type="checkbox"/> 家族・スタッフとの交流 <input type="checkbox"/> 家族等に会った時の反応、 <input type="checkbox"/> 特になし

3-12 ケア方針の検討・決定・周知体制	<input type="checkbox"/> ①調査担当者1人で検討・決定・周知した→3-13へ <input type="checkbox"/> ②あらためて2名以上の担当者を選出し、決定・周知した <input type="checkbox"/> ③通常実施するカンファレンスにおいてケア方針を検討・決定した
----------------------	--

◆「2名以上の担当者を選出し、決定・周知した」場合、
通常のカンファレンスとの差に関する以下の質問に回答ください。

1) ケア検討の人数 *③の場合、回答不要	<input type="checkbox"/> 通常よりも少ない人数で検討した <input type="checkbox"/> 通常と同等の人数で検討した <input type="checkbox"/> 通常よりも多い人数で検討した
2) ケア検討の時間について *③の場合、回答不要	<input type="checkbox"/> 通常よりも短時間で検討できた <input type="checkbox"/> 通常と同等の時間で検討できた <input type="checkbox"/> 通常よりも長時間での検討となった
3) ケア検討の内容について	<input type="checkbox"/> 通常と変わらない視点での検討であった <input type="checkbox"/> 通常と異なった視点での検討ができた
4) ケア検討の結果について①	<input type="checkbox"/> これまでになかった新たなケアを実施することとなった <input type="checkbox"/> 決定したケアはこれまでと大きく異なるケアではなかった
5) ケア検討の結果について②	<input type="checkbox"/> これまでよりも実施するケアの量を絞り込むことができた <input type="checkbox"/> 決定したケアの量は、これまでと同様の量であった <input type="checkbox"/> これまで以上に複数のケアを実施することとなった
6) ケア検討の負担感について	<input type="checkbox"/> 通常よりも負担感が少なかった <input type="checkbox"/> 通常と同等の負担感であった <input type="checkbox"/> 通常よりも負担感が大きかった
7) その他、通常のカンファレンスとの差がありましたら記入ください	

◆BPSD スポット調査では、②ケア方針の検討・決定・周知において、ケアの選択肢を数十項目示し、実施する予定のケアを✓していただきました（参考資料 p.12）。実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にしたか、それとも、参考にしなかったか（実施するケアを検討した後に実施する予定のケアをチェックしたか）、あてはまる項目に✓し、活用方法、または活用しなかった理由として当てはまる選択肢すべてに✓をしてください。その他の場合、活用方法または活用しなかった理由を太枠内に具体的に記入ください。

質問	項目	活用方法または活用しなかった理由
3-13 ケアの検討における、ケアの選択肢活用の有無	<input type="checkbox"/> 実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にした	<input type="checkbox"/> 実施しているケアの確認のために活用した <input type="checkbox"/> 新たなケアのヒントとして活用した <input type="checkbox"/> ケアの優先順位をつけるために活用した <input type="checkbox"/> チェックしたうえでケアを検討し、時間短縮を図った <input type="checkbox"/> カンファレンスに参加しない人の意見収集に活用した <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 実施するケアを検討する際に、ケアの選択肢を参考にしなかった	<input type="checkbox"/> ケアの選択肢の数が多く、活用しにくかった <input type="checkbox"/> ケアの選択肢の実施可能性が低かった <input type="checkbox"/> ケアの選択肢の内容が分かりにくかった <input type="checkbox"/> プリントアウトできなかった <input type="checkbox"/> その他

◆③ケア実践（p.3 図1参照）において、②ケア方針の検討・決定・周知で決定したケアは実際に実施できましたか？最もあてはまると思う選択肢一つをチェックしてください。

質問	実施した工夫
3-14 決定したケアの実施	<input type="checkbox"/> 5：概ね実施できた <input type="checkbox"/> 4：まあ実施できた <input type="checkbox"/> 3：どちらもとも言えない <input type="checkbox"/> 2：あまり実施できなかった <input type="checkbox"/> 1：ほとんど実施できなかった

◆③ケア実践において、実施した工夫がありましたら、あてはまる項目すべてに✓してください。その他の場合、実施した工夫を太枠内に具体的に記入ください。

質問	実施した工夫
3-15 ケア実践において実施した工夫	<input type="checkbox"/> ②ケア方針の検討・決定・周知で決定したケアをまとめて掲示した <input type="checkbox"/> 記録を作って実施状況をチェックした <input type="checkbox"/> リーダーや担当者が随時スタッフの実践の状況を確認した <input type="checkbox"/> 特に工夫したことはない <input type="checkbox"/> その他

4. 調査協力の波及効果 調査協力による気づきや変化に関する、以下の質問に回答ください。

* 以下 4-1-1～4-1-2 は、調査に協力した介護職員 1 名に聞き取って回答してください。

4-1-1 スタッフの認知症介護の経験年数 _____ 年

4-1-2 スタッフの変化（主観的効果・変化）

◆調査協力をきっかけとしたスタッフの気づきや変化として当てはまる番号一つに○をしてください。

		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらとも言えない	まあ当てはまる	とても当てはまる
調査の直接的な効果	調査によりこれまで実施したケアを振り返ることができた	1	2	3	4	5
	調査対象となった認知症の人の理解が深まった	1	2	3	4	5
	BPSD の変化を数値で確認することによりモチベーションが高まった	1	2	3	4	5
調査後の意識・行動の変化	BPSD の変化を数値で確認する意義に気づいた	1	2	3	4	5
	BPSD の背後にある認知症の人の気持ちを推測するようになった	1	2	3	4	5
	BPSD の原因について考えるようになった	1	2	3	4	5
	BPSD が生じている認知症の人に行動の理由を尋ねるようになった	1	2	3	4	5
	認知症の人のニーズを満たすケアを考えるようになった	1	2	3	4	5
	生活障害（中核症状による生活の躓き）のケアを考えるようになった	1	2	3	4	5
	これまで実施してこなかった新たなケア方法を考えるようになった	1	2	3	4	5
	低活動の認知症の人にも注意を向けるようになった	1	2	3	4	5
ケアの結果を意識的にモニタリングするようになった	1	2	3	4	5	

◆調査協力に基づいた**ケアチームの行動**に関する以下の質問にお答えください。

4-2-1 調査結果をふまえて行ったこと（該当する場合、該当に✓し、具体的な情報を記入してください）

	非 該 当	該 当		該当の場合、具体的情報・内容
調査結果をまとめ家族に報告した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	
アセスメント表の情報を追加・修正した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	
ケアプランの内容を追加・修正した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	

◆**ケアチームにとっての調査の効果**として当てはまると思う選択肢すべてに✓をしてください。

4-2-2 調査の効果 *当てはまる選択肢 すべてに✓をして下 さい	<input type="checkbox"/> 認知症の人の気持ちや望みについて、スタッフ同士で意見交換する機会となった <input type="checkbox"/> 特定のスタッフしかもっていなかった情報を共有できた <input type="checkbox"/> BPSD に対するケアの基本的考え方についてスタッフに説明する機会となった <input type="checkbox"/> 認知症の人に対するスタッフのケアを統一することができた <input type="checkbox"/> チームの凝集性（連携の意識）が高まった <input type="checkbox"/> その他
---	---

◆**調査をきっかけとしたケアチームの変化**として当てはまると思う選択肢すべてに✓をしてください。その他の場合、担当者を太枠内に具体的に記入ください。

4-2-3 調査による ケアチームの変化 （調査の波及効果） *当てはまる選択肢 すべてに✓をして下 さい	<input type="checkbox"/> BPSD の原因やケアについてスタッフ同士の意見交換（非公式）の回数が増えた <input type="checkbox"/> BPSD が生じた際にせん妄の可能性を評価するようになった <input type="checkbox"/> BPSD が生じた際に薬剤の影響を検討するようになった <input type="checkbox"/> BPSD が生じた際に認知機能低下で困難になった動作を評価するようになった <input type="checkbox"/> BPSD が生じた際に認知機能低下で解らなくなったことを評価するようになった <input type="checkbox"/> 他の認知症の人の BPSD の検討の際にスポット調査の評価項目を活用した <input type="checkbox"/> 他の認知症の人の BPSD のケアにおいてスポット調査のケア項目を活用した <input type="checkbox"/> BPSD 尺度の点数の変化の意味を考えるようになった <input type="checkbox"/> 家族や関係者にケアの結果を伝えるようになった <input type="checkbox"/> その他
---	---

◆以下の内容について、調査前と調査後での実施状況について、振り返って記入してください。

4-2-4 調査前後の実施状況（ケアチーム）	調 査 前	調 査 後
1 か月のカンファレンスの回数	回	回
1 人分のカンファレンスにかかる時間	分	分

4-3-1 調査結果をふまえ施設・事業所で行ったこと

	非該当	該当
施設内で報告会を行った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調査結果をまとめ、学会等で報告した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆調査協力の施設・事業所にとっての効果を追加として当てはまる選択肢すべてに✓をしてください。

4-3-2 施設事業所にとっての効果 *当てはまる選択肢すべてに✓をして下さい	<input type="checkbox"/> 自施設・事業所の取り組みとして、行政や家族にアピールすることができた <input type="checkbox"/> 専門ケア加算で求められている要件を満たすために活用できた <input type="checkbox"/> 施設・事業所の介護理念を確認する機会となった <input type="checkbox"/> 他の施設・事業所への申し送りに活用することができた <input type="checkbox"/> その他
--	---

◆調査協力による施設・事業所の変化として当てはまる選択肢すべてに✓をしてください。

4-3-3 調査による施設・事業所の変化 (調査の波及効果) *当てはまる選択肢すべてに✓をして下さい	<input type="checkbox"/> BPSD の事例検討会等で評価尺度を活用するようになった <input type="checkbox"/> 実践研修等、認知症介護の研修受講希望者が増えた <input type="checkbox"/> BPSD の生じている認知症の人のサービス利用を受け入れやすくなった <input type="checkbox"/> 職場内研修の内容が追加・修正された <input type="checkbox"/> その他
---	--

4-3-4 調査前後の実施状況 (施設・事業所)	調査前	調査後
認知症介護に関する研修・事例検討会の開催回数	回/年	回/年

◆調査協力による認知症の人にとっての効果として当てはまる選択肢すべてに✓をしてください。

4-4 認知症の人にとっての効果 *当てはまる選択肢すべてに✓をして下さい	<input type="checkbox"/> 役割や活動などをはじめ、生活の幅が広がった <input type="checkbox"/> 過剰な活動を減らし、生活を安定させることができた <input type="checkbox"/> 家族、他の入居者、スタッフなど他者とのかかわりが増えた <input type="checkbox"/> 活動や動作で失敗することが減った <input type="checkbox"/> 認知症の人からの要望が増えた <input type="checkbox"/> その他
--	---

◆その他の効果の有無について、太枠内の該当する項目に✓をしてください。ありの場合は、「その他の効果（自由記述）」の太枠内に誰にとってどのような効果があったか具体的に記入してください。

4-5-1 その他の波及効果	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし	4-5-2 その他の効果（自由記述）	
----------------	--	--------------------	--

5. 調査負担とその改善 調査負担と改善にかかる、以下の質問に回答ください。

◆調査協力において、あなたが感じた負担感として、最もあてはまると思う選択肢1つに✓をしてください。

5-1 調査協力にかかる負担感	<input type="checkbox"/> 5：極度の負担感、 <input type="checkbox"/> 4：大きな負担感、 <input type="checkbox"/> 3：中等度の負担感、 <input type="checkbox"/> 2：少しの負担感、 <input type="checkbox"/> 1：微小な負担感、 <input type="checkbox"/> 0：負担感なし
-----------------	---

↑ 上記で、5～1と回答した方に伺います。

▼ 特に負担が大きいステップ1つに✓してください。

5-2 特に負担が大きいステップ	<input type="checkbox"/> 施設での調査協力決定、 <input type="checkbox"/> 認知症の人や家族への説明と同意、 <input type="checkbox"/> スタッフへの調査の説明 <input type="checkbox"/> 前評価、 <input type="checkbox"/> ケア方針の決定と周知、 <input type="checkbox"/> ケア実践、 <input type="checkbox"/> 後評価
------------------	---

◆改善すべき調査項目がありましたら、領域ごとに1つずつ改善すべき項目を✓してください **(任意)**。

領域	項目
5-3 身体機能・体調等 (参考資料 p.1～3)	<input type="checkbox"/> ADL、 <input type="checkbox"/> IADL、 <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 水分摂取量、 <input type="checkbox"/> 熟睡日数、 <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間 <input type="checkbox"/> 過去1週間の排便日数、 <input type="checkbox"/> 視力、 <input type="checkbox"/> 聴力、 <input type="checkbox"/> 麻痺や筋力低下 <input type="checkbox"/> 特になし
5-4 疾病・薬・症状等 (参考資料 p.4～7)	<input type="checkbox"/> 原因疾患、 <input type="checkbox"/> 治療中の疾患、 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬の服薬状況、 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬等の服薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬中の薬剤数、 <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール、 <input type="checkbox"/> 認知症の症候 (DDQ43) <input type="checkbox"/> 認知症の自覚、 <input type="checkbox"/> うつ状態 (GDS5)、 <input type="checkbox"/> せん妄 (DST) <input type="checkbox"/> 特になし
5-5 エンドポイント (参考資料 p.8～9)	<input type="checkbox"/> NPI-Q、 <input type="checkbox"/> 意欲 (Vitality index)、 <input type="checkbox"/> QOL (short QOL-D) <input type="checkbox"/> 特になし
5-6 活動状況 (参考資料 p.10)	<input type="checkbox"/> 役に立つ機会、 <input type="checkbox"/> 楽しみや趣味の活動、 <input type="checkbox"/> くつろぐ時間、 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> 外出の機会、 <input type="checkbox"/> 配偶者の有無、 <input type="checkbox"/> 家族・スタッフとの交流 <input type="checkbox"/> 家族等に会った時の反応 <input type="checkbox"/> 特になし

6. 回答者の属性 調査協力者であるあなた自身にかかる、以下の質問に回答ください。

◆ 当てはまる項目一つに✓を記入してください。

6-1 性別	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性	6-2 年代	<input type="checkbox"/> 20代以下、 <input type="checkbox"/> 30代、 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代、 <input type="checkbox"/> 60代、 <input type="checkbox"/> 70代以上
6-3 職位 (最も高いもの一つを✓)	<input type="checkbox"/> 経営者 (理事長、理事等) <input type="checkbox"/> 管理者 (施設長等) <input type="checkbox"/> 監督者 (主任・リーダー等) <input type="checkbox"/> 一般職員	6-4 調査協力時の職位 (最も高いもの一つを✓)	<input type="checkbox"/> 経営者 (理事長、理事等) <input type="checkbox"/> 管理者 (施設長等) <input type="checkbox"/> 監督者 (主任・リーダー等) <input type="checkbox"/> 一般職員
6-5 現在の所属サービス種別	<input type="checkbox"/> 特養、 <input type="checkbox"/> 老健、 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 特定施設、 <input type="checkbox"/> その他	6-6 調査協力時の所属サービス種別	<input type="checkbox"/> 特養、 <input type="checkbox"/> 老健、 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 特定施設、 <input type="checkbox"/> その他
6-7 ご担当者メールアドレス		6-8 所属施設・事業所名	

*6-7、6-8は、リマインドや謝礼をお送りする際の問い合わせで利用します。その他の目的では使用しません。

◎ご協力ありがとうございました。記入漏れがないか確認の上、同封の返信用封筒にて2月28日までに返送ください

令和3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
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
報告書

令和4（2022）年 3月

発行 社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL03-3334-2173（代表） Fax03-3334-271