

令和4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5年3月



## 目次

### 第1部 研究の位置づけと経緯

1. 研究の経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2. BPSD スポット調査の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
3. 令和3年度の研究成果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

### 第2部 令和4年度認知症ケアレジストリ研究の総括

1. 令和4年度研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
2. 令和4年度研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
3. 令和4年度研究の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
4. 結果1\_レジストリにおけるケアの分類結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
5. 結果2-1\_基礎統計の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
6. 結果2-2\_統計解析の結果①エンドポイント項目の解析・・・・・・・・・・・・・28
7. 結果2-3\_統計解析の結果②NPI-Q重症度下位項目の解析・・・・・・・・・・・・・38
8. 結果3\_3センター討議の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
9. 考察・・・56
10. 令和4年度のまとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・63



## 第1部 研究の位置づけと経緯

### 1. 研究の経緯

- 認知症ケアレジストリ研究は、2015年10月より開始された国立研究開発法人 日本医療研究開発機構：AMEDの鳥羽班研究「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」の分担研究として「認知症ケアの標準化に関する研究」を開始したことから始まる。
- 認知症ケアの標準化に関する研究は、2016年以降、研究項目の検討・研究結果の解析等研究的な作業を認知症ケアの標準化に関する研究が担い、研究のシステム構築・システム運用等の体制整備・結果の普及、活用等の運用面を認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の運営費により実施する「認知症ケアレジストリ研究」で担うという体制で進めてきた（表1-1-1）。
- 研究を開始した平成27（2015）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、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（2016）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（2017）年は、BPSDスポット調査の倫理審査を行い、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(2018)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(2019)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(2020)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。以上の過程を表1-1-2にまとめた。

表 1-1-1 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」	センター運営費
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	● セミナーの実施	● 登録説明会の実施

内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 調査項目の検討</li> <li>● 登録結果の解析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 縦断的登録システム(WEB)の構築・運用</li> <li>● 調査協力者の募集・名簿管理</li> <li>● 登録結果の集計</li> <li>● 問い合わせ対応</li> </ul>
期間	平成 27 年 4 月～平成令和元年 3 月(終了)	平成 28 年 4 月～

表 1-1-2 研究事業の経過

年度	主な研究開発内容	経過
2015 年 10 月～	Feasibility study	項目精査、予備調査
2016 年度	調査項目・プロトコル精査・システム開発	項目再検討、システム構築
2017 年度	倫理審査、協力施設募集、システム完成・調査開始	倫理審査→調査開始 * 協力者の伸び悩み
2018 年度	ミニレジストリの構築	項目を減、対象を拡大、システム改修
2019 年度	一斉調査の実施、BPSD 別解析の開始	団体への依頼等調査協力者増の対応
2020 年度	指導者へ再度登録依頼	登録の得られた BPSD から解析
2021 年度	BPSD スポット調査の効果調査	調査自体の BPSD 軽減効果を検証

## 2. BPSD スポット調査の概要

ここで、本研究の中核となる調査である、BPSD スポット調査の概要について解説する。

### (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 1-2-1 の利用者環境(パソコン)が確保できる施設・事業所

表 1-2-1 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を同意の得られる者
- 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 1-2-2** 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 1-2-3** に示す。また調査で扱う BPSD を**表 1-2-4** に示す。

具体的には、ミニレジストリでは、IADL と HDS-R が選択項目になっているほか、DDQ43 の項目数を減じてあり、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 1-2-2 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)	選択	-
	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 1-2-3 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	

表 1-2-4 調査で取り扱うBPSD

No	取り扱う BPSD
1	食事拒否
2	食べ始められない
3	食事が止まる
4	必要以上に食べようとする
5	食べたのに、食事を欲しいと訴える
6	他の人の食事を食べようとする
7	食事介助拒否
8	異食
9	暴力・暴言
10	介護への抵抗
11	大声をあげる、机をたたく等
12	低活動
13	もの盗られ妄想
14	収集
15	焦燥・繰り返し

(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. 令和3年度の研究成果

- 令和3(2021)年度は、AMED助成終了に伴い、認知症ケアの標準化に関する研究は終了したが、研究成果の利活用を目指しBPSDケアレジストリ研究は3センターの連携のもと継続することとした。
- 令和3年度は、今後の研究の方向性を検討するために、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を目的として、これまでにBPSDスポット調査に協力の得られた施設・事業所を対象とし、郵送法によるアンケート調査を実施した。
- 調査の結果、アンケートに回答し、BPSDスポット調査を完了した施設・事業所(n=49)のうち、77.6%が、前評価の結果をケアの方針の検討・決定・周知において活用し、81.7%の施設・事業所がチームでケア方針の検討を行うなど、BPSDスポット調査によって、新たにアセスメントを見直し、チームでケアの検討のあり方を再検討していた。
- また、前評価の結果をケア方針の検討に活用しており、且つ、複数名でケア方針を検討している群をPDCAサイクルを活用し、チームアプローチを展開していると仮定し、PDCA+チームアプローチを実施している「あり」群と、実施していない「なし」群に分けて、解析したところ、スタッフの変化においては、新たな視点のケアにおいて、中程度の効果、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を数値化する意義において効果量小という結果が得られた。また、ケアチームの変化ではケア手法の情報共有において中程度の効果が認められた。
- 以上から、BPSDスポット調査で、前評価を活用し、複数名でケアを検討することにより、スタッフの変化やケア手法の情報共有、が図れるほか、認知症ケアの理解や実施したケアの分析が促進され、BPSDの軽減が期待されることが示唆された。
- 調査プロセスや構造を精査し、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し、認知症施策等へ活用することができるよう検討を進めることも可能と考えられた。

## 第2部 令和4年度認知症ケアレジストリ研究の総括

### 1. 令和4年度研究の背景

- 第1部で述べた通り、認知症ケアレジストリ研究は、認知症ケアの標準化の中でも特にBPSDに対するケアの標準化を目指して、BPSDスポット調査を中心に研究を進めてきた。
- 一方で、令和元年に示された認知症施策推進大綱にはBPSDの予防・適切な対応の推進が喫緊の課題として挙げられ、BPSDの予防・軽減を目的としたケアプログラムの開発、BPSDの評価の方策が課題とされており、CHASEから発展したLIFEとの連動をふまえつつ、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討する必要性が報告されている。(以下、認知症施策推進大綱(抜粋)および令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)参照)。

#### 認知症施策推進大綱(抜粋)

- BPSDは認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。

こうした観点から、BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究等をはじめとした効果的なケアのあり方に関する研究を推進する。

#### < K P I / 目標 >

- 認知症対応プログラムの開発

#### 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

(認知症への対応力向上等に向けた取組の推進)

- 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるため、CHASEによるデータ収集(DBD13等に加え、任意として提供されるNPI-NH等を含む)・フィードバックの取組も活用しながら、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。

- 令和3年度研究において、BPSDスポット調査は、評価を活用し、複数名でケアを検討することにより、スタッフの変化やケア手法の情報共有、が図れるほか、認知症ケアの理解や実施したケアの分析が促進され、BPSDの軽減が期待される結果が得られたことをふまえると、BPSDスポット調査を、BPSDを軽減するた

めの介入手法として再構築することにより、より施策の方向に合った研究となることが期待できる。

- しかし、これまでの当該調査結果の活用を考えると、分析の対象となる各 BPSD 登録数は必ずしも十分ではなく、調査結果を総括するような分析を行うことができていない現状がある。その背景には、当該調査が、「食事を食べるのを拒否する」「暴力・暴言」「介護への抵抗（服薬拒否、送迎車に乗らないなど）」等の 15 種の BPSD を軸にして、それぞれの BPSD に対するケアを分析するための構造になっており、登録結果全体を一括して解析することを想定した調査設計となっていないことが影響している。これまでの研究成果を生かしつつ、施策にあった研究としていくには、各 BPSD への登録結果を一括して分析できるようなケアの分類を検討し、その結果をふまえてこれまでの研究成果を再度分析しなおすことにより、施策の方向に即した形で研究を進めるための準備が整うことが期待できる。

## 2. 令和 4 年度研究の目的

以下を目的とした。

- ① BPSD スポット調査の登録結果を一括して分析することを目指し、BPSD スポット調査の各登録結果を統括して分析するためのケアの大分類を作成する。
- ② 上記①の分類結果をもとに、これまでの登録結果を分析し、BPSD スポット調査を「BPSD を軽減するための介入手法」として再構築するための基礎となる知見を得る。

### 3. 令和4年度研究の方法

#### (1) 大分類作成の方法

BPSD スポット調査のケアの登録は、これまで個別の15種のBPSDごとに50～100種程度の「ケア項目」を設定し、前評価の際に実施するケアを選択し、後評価の際に実施率と有効性を評価するという方法で登録を求めてきた。ケアの項目は、15種のBPSDごとに更に異なる内容となっている。また、ケア項目は、26種類の「ケア分類」に分かれており（表2-3-1）、15種類すべてのBPSDに26種のケア分類にあたるケアが対応しているかというのではなく、BPSDによっては、26種のケア分類すべてが採用されていない場合もある。また、ケアの選択は、前評価において実施する予定のケアをチェックし、後評価において、実際のケアの実施率を100～75%、75～50%、50～25%、25～0%の4段階で評価することとしている。また、登録担当者がケアの有効性について、有効、有効でない、悪影響、判別出来ない、を登録することとしている。

本調査の構造は、15種類のBPSDごとに集計・分析することを想定した項目の構造といえる。しかし、各BPSDの登録数が十分に集まらなると集計・分析ができないという課題もある。そこで今回は新たにこれらのケア分類の大分類を設定し、大分類の回答結果から、BPSD スポット調査の各登録結果を統括して分析することを目指した。

大分類は、認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の本研究担当者6名による討議により作成した。具体的にはまず、担当者会議により、分類の方針を打ち合わせた上で、認知症介護研究・研修東京センター（以下、東京センター）担当者2名により、既存のケアに対する大分類案を作成した。当該大分類案に対し、更に研究担当者6名で分類名や分類ごとのカテゴリー要素の妥当性について議論し、議論の結果をふまえ、再度東京センター担当者により大分類案を修正した。結果を研究担当者で確認の上、確定とした。

大分類を解析で用いる際には、100～75%、75～50%、50～25%と回答があったものを「実施した」と操作的に定義し、集計・分析することとした。

表 2-3-1 BPSD スポット調査におけるケア分類

NO	ケア分類
1	人数調整
2	落ち着く場所づくり
3	席の位置調整
4	居室環境の調整
5	記憶補助環境
6	視覚刺激の調整
7	音等の刺激調整

8	会話内容の調整
9	会話方法
10	会話状況
11	接触量
12	非言語的交流
13	生活行為
14	趣味活動
15	外出支援
16	医療相談
17	処置の実施
18	アセスメント
19	他者との関係支援
20	家族関係支援
21	本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
22	ケア方法をチームで確認
23	ケア方法をチームで（再）検討
24	職員の調整
25	その他のうち生活リズムのケア
26	その他（BPSD に合わせたケア）

## (2) 登録結果の分析方法

### 1) 対象データ

登録を開始した 2017 年 7 月 1 日から、2022 年 12 月 1 日までに登録された 204 名の登録データのうち、エンドポイントデータである NPI-Q 重症度の前評価が 0 点であった者を除いた 197 名の登録結果を対象データとした。

### 2) 解析

NPI-Q（重症度・負担度）、Vitality index、short QOL-D の変化量とケア大分類の関係を検証することを目的に解析を実施した。解析は、名義尺度の検定として  $\chi^2$  検定、順序尺度の解析は Mann-Whitney U 検定、連続変数は対応のある t 検定または対応のない t 検定を実施した。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) 3 センター討議

以上を進めるにあたっては、順次、認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の担当者会議を行った。

#### 4. 結果1\_レジストリにおけるケアの分類結果

3センター担当者による討議の結果、「物理的環境調整」「人的環境調整」「体調調整」「コミュニケーション調整」「活動調整」「アセスメント」「連携・チームアプローチ」「その他」の8種の大分類に分類された。大分類とケア分類の関係は表2-4-1の通りとした。

表 2-4-1 大分類の結果

大分類	ケア分類
物理的環境調整	1 人数調整
	2 落ち着く場所づくり
	3 席の位置調整
	4 居室環境の調整
	5 記憶補助環境
	6 視覚刺激の調整
	7 音等の刺激調整
人的環境調整	8 他者との関係支援
	9 家族関係支援
体調調整	10 医療相談
	11 処置の実施
	12 その他のうち生活リズムのケア
コミュニケーション調整	13 会話内容の調整
	14 会話方法
	15 会話状況
	16 接触量
	17 非言語的交流
活動調整	18 生活行為
	19 趣味活動
	20 外出支援
アセスメント	21 アセスメント
連携・チームアプローチ	22 本人の立場・価値観・ニーズをチームで確認
	23 ケア方法をチームで確認
	24 ケア方法をチームで（再）検討
	25 職員の調整
その他	26 その他（BPSD に合わせたケア）

## 5. 結果 2-1\_基礎統計の結果

### (1) 対象者の性別、年齢、自立度、要介護度

分析対象とした認知症の人は、女性が 153 名 (77.7%)、男性が 42 名 (21.3%) であった。障害高齢者の日常生活自立度は、A2 の者が最も多く 27.4% であり、認知症高齢者の日常生活自立度は、IIIa の者が最も多く、74 名 (37.6%) であった。要介護度は、要介護 3 の者が最も多く 70 名 (35.5%) であった (表 2-5-1)。また、対象者の平均年齢は  $85.98 \pm 6.83$  歳であった (表 2-5-2)。

表 2-5-1 分析対象者の基本属性

		n=197	
		人数	%
登録対象者性別	男性	42	21.3
	女性	153	77.7
	欠損値	2	1.0
障害高齢者の日常生活自立度	自立	1	0.5
	J1	5	2.5
	J2	13	6.6
	A1	51	25.9
	A2	54	27.4
	B1	20	10.2
	B2	42	21.3
	C1	2	1.0
	C2	3	1.5
	不明	6	3.0
認知症高齢者の日常生活自立度	I	1	0.5
	II a	8	4.1
	II b	24	12.2
	III a	74	37.6
	III b	44	22.3
	IV	36	18.3
	M	6	3.0
不明	4	2.0	
要介護度	要支援 1	1	0.5
	要支援 2	5	2.5
	要介護 1	20	10.2
	要介護 2	28	14.2
	要介護 3	70	35.5
	要介護 4	52	26.4
	要介護 5	20	10.2
	区分変更申請中	1	0.5

表 2-5-2 分析対象者の平均年齢等

	人数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
登録対象者年齢	187	68	102	85.98	6.83

## (2) 対象者の原因疾患

分析対象とした認知症の人の認知症の原因疾患は、アルツハイマー型認知症が最も多く、164名（83.2%）であった（表 2-5-3）。

表 2-5-3 分析対象者の認知症の原因疾患

原因疾患	n=197	
	人数	%
アルツハイマー型認知症	164	83.2
血管性認知症	13	6.6
レビー小体型認知症/パーキンソン病に伴う認知症	14	7.1
前頭側頭型認知症	7	3.6
意味性認知症	1	0.5
鑑別無し	13	6.6
その他	<u>2</u>	<u>1.0</u>

## (3) 対象者の ADL・IADL

分析対象とした認知症の人の ADL は、Barthel index で平均  $51.88 \pm 26.26$  点であった（表 2-5-4）。IADL は、Lowton & Brody の尺度において、男性、女性とも 0 点が最も多く、男性が 30 名（75.0%）、女性が 72 名（47.1%）であった（表 2-5-5）。

表 2-5-4 対象者の ADL(Barthel index)

n=197			
最小値	最大値	平均値	標準偏差
0	100	51.88	26.26

表 2-5-5 対象者の IADL(Lowton & Brody)

点数	男性 (n=40)		女性 (n=153)	
	人数	%	人数	%
0	30	75.0	72	47.1
1	10	25.0	42	27.5
2	0	0.0	15	9.8
3	0	0.0	8	5.2
4	0	0.0	2	1.3
欠損値	0	100.0	14	9.2

#### (4) 過去 3 か月間での体重減少や水分摂取量

分析対象とした認知症の人の過去 3 か月間での体重減少は、増減なしが最も多く、154 名 (78.2%) であり、水分摂取量は、前評価では、トータル 1000~1500ml が最も多く、93 名 (47.2%) であり、後評価でも、トータル 1000~1500ml が最も多く、91 名 (46.2%) であった (表 2-5-6)。水分摂取量の変化は表 2-5-7 の通りであった。

表 2-5-6 分析対象者の体重変化、水分摂取量

		n=197	
		人数	%
過去 3 か月間での 体重の減少	3kg 以上の減少	4	2.0
	1~3kg の減少	28	14.2
	増減なし	154	78.2
	わからない	11	5.6
水分摂取量_前評価	1000ml 以下	23	11.7
	トータル 1000~1500ml	93	47.2
	トータル 1500~2000ml	61	31.0
	トータル 2000~2500ml	16	8.1
	欠損値	4	2.0
水分摂取量_後評価	1000ml 以下	18	9.1
	トータル 1000~1500ml	91	46.2
	トータル 1500~2000ml	67	34.0
	トータル 2000~2500ml	19	9.6
	欠損値	2	1.0

表 2-5-7 水分摂取量の変化

	人数	%
変化なし	143	72.6
増	31	15.7
減	19	9.6
欠損値	4	2.0

#### (5) 視力・聴力、麻痺や筋力低下等

分析対象とした認知症の人の視力については、見えるが最も多く、133名（67.5%）であり、聴力では、聞こえるが最も多く、122名（61.9%）であった（表 2-5-8）。全く聞こえない者はいなかった。麻痺等は、麻痺や筋力低下について回答する項目であるが、何らかの麻痺や筋力低下がある者は、84名（42.6%）であった。

表 2-5-8 分析対象者の視力・聴力・麻痺や筋力低下

n=197		
	人数	%
視力	見える	133 67.5
	やや見えにくい	55 27.9
	かなり見えにくい	8 4.1
	全く見えない	1 0.5
聴力	聞こえる	122 61.9
	やや聞こえにくい	58 29.4
	かなり聞こえにくい	17 8.6
麻痺等	麻痺や筋力低下あり	84 42.6
	麻痺や筋力低下なし	113 57.4

#### (6) 過去 1 週間の睡眠・排泄

分析対象とした認知症の人の過去 1 週間の睡眠日数は、前評価で平均 5.03 日、後評価で、平均 5.30 日であった（表 2-5-9）。過去 1 週間で排便のあった日数は、前評価で 3.47 日、後評価では、3.57 日であった。熟睡日数、過去 1 週間で排便のあった日数の変化は表 2-5-10 の通りであった。

表 2-5-9 分析対象者の睡眠や排便の頻度等

	人数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
過去 1 週間の熟睡日数_前評価	194	0	7	5.03	2.45
過去 1 週間の熟睡日数_後評価	194	0	7	5.30	2.18
過去 1 週間で排便のあった日数_前評価	197	0	7	3.47	1.60
過去 1 週間で排便のあった日数_後評価	197	0	7	3.57	1.64

表 2-5-10 熟睡日数、過去 1 週間で排便のあった日数の変化

		人数	%
熟睡日数変化	減	24	12.2
	変化なし	120	60.9
	増	53	26.9
過去 1 週間で排便のあった日数変化	減	32	16.2
	変化なし	111	56.3
	増	54	27.4

#### (7) 使用している薬剤数

分析対象とした認知症の人が使用している薬剤数の平均値は、前評価で 5.61 剤、後評価で 5.69 剤であった (表 2-5-11)。

表 2-5-11 分析対象者の服薬数

	人数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
服薬利用している薬剤数_前評価	197	0	16	5.61	3.24
服薬利用している薬剤数_後評価	196	0	16	5.69	3.20

#### (8) 抗精神病薬等の利用状況

分析対象とした認知症の人のうち抗精神病薬を利用している者は、介入前で 65 名 (33.0%)、介入後で 63 名 (32.0%) であった。抗不安薬を利用している者は、介入前で 33 名 (16.8%)、介入後で 28 名 (14.2%) であった。抗パーキンソン病薬を利用している者は、介入前で 16 名 (8.0%)、介入後で 18 名 (9.1%) であった。睡眠薬を利用している者は、介入前で 49 名 (24.9%)、介入後で 40 名 (20.3%) であった (表 2-5-12)。調査期間中に薬剤の変更があった者は、25 名 (12.7%) であった (表 2-5-13)。

表 2-5-12 抗精神病薬等の利用状況

		n=197	
		人数	%
抗精神病薬の利用状況	介入前	65	33.0
	介入後	63	32.0
抗不安薬利用状況	介入前	33	16.8
	介入後	28	14.2
抗パーキンソン薬利用状況	介入前	16	8.1
	介入後	18	9.1
睡眠薬利用状況	介入前	49	24.9
	介入後	40	20.3

表 2-5-13 期間中の薬剤変更の有無

n=197		
薬剤変更	人数	%
なし	172	87.3
あり	25	12.7

#### (9) 介護者から見た病識

分析対象とした認知症の人の介護者から見た病識は、自覚できていないが最も多く、135名（68.5%）であった。わからないという回答も38名（19.3%）あった（表 2-5-14）。

表 2-5-14 介護者から見た病識

n=197		
	人数	%
自覚できていない	135	68.5
自覚できていない時がある	21	10.7
ほぼ自覚できている	3	1.5
わからない	38	19.3

#### (10) うつ疑い(GDS5)

認知症の人のうつの疑いについて GDS5 で評価したところ、分析対象となった認知症の人のうち 67 名が合計点 2 点以上であり、うつの疑いが示唆された。認知症の人の状態により回答不能との回答が 99 名（47.2%）と約半数あった（表 2-5-15）。

表 2-5-15 GDS5 での評価結果

n=197		
	人数	%
うつ疑い低	31	15.7
うつ疑い有	67	34.0
回答不能	99	47.2

(11) せん妄の疑い(DST)

認知症の人のせん妄の有無については、Delirium Screening Tool : DST で評価した。分析対象となった認知症の人のうち、73名(37.1%)がせん妄の疑い有と評価された(表 2-5-16)。

表 2-5-16 DST による評価結果

n=197		
	人数	%
せん妄疑い低	124	62.9
せん妄疑い有	73	37.1

(12) NPI-Q 重症度・頻度(下位項目)の結果と変化

認知症の人のBPSDの状態変化の尺度は、NPI-Qを用い、介入前後で評価した。介入前後の重症度は表 2-5-17、負担度は表 2-5-18 の通りであった。また、重症度・負担度の変化は表 2-5-19 の通りであった。

表 2-5-17 NPI-Q 重症度(下位項目)の介入前後の評価結果

n=197					
		介入前		介入後	
		人数	%	人数	%
Q1 妄想	なし	108	54.8	119	60.4
	軽度	33	16.8	42	21.3
	中等度	33	16.8	29	14.7
	重度	15	7.6	3	1.5
	該当なし	8	4.1	4	2.0
Q2 幻覚	なし	136	69.0	137	69.5
	軽度	23	11.7	33	16.8
	中等度	23	11.7	16	8.1
	重度	7	3.6	5	2.5
	該当なし	8	4.1	6	3.0

	なし	65	33.0	78	39.6
	軽度	44	22.3	51	25.9
Q3 興奮	中等度	56	28.4	53	26.9
	重度	29	14.7	14	7.1
	該当なし	3	1.5	1	0.5
	なし	79	40.1	90	45.7
	軽度	57	28.9	63	32.0
Q4 うつ	中等度	36	18.3	36	18.3
	重度	20	10.2	5	2.5
	該当なし	5	2.5	3	1.5
	なし	125	63.5	135	68.5
	軽度	37	18.8	37	18.8
Q5 不安	中等度	22	11.2	18	9.1
	重度	8	4.1	5	2.5
	該当なし	5	2.5	2	1.0
	なし	112	56.9	113	57.4
	軽度	53	26.9	56	28.4
Q6 多幸	中等度	26	13.2	23	11.7
	重度	2	1.0	2	1.0
	該当なし	4	2.0	3	1.5
	なし	82	41.6	85	43.1
	軽度	52	26.4	63	32.0
Q7 無関心	中等度	44	22.3	29	14.7
	重度	13	6.6	14	7.1
	該当なし	6	3.0	6	3.0
	なし	112	56.9	114	57.9
	軽度	31	15.7	40	20.3
Q8 脱抑制	中等度	34	17.3	28	14.2
	重度	14	7.1	8	4.1
	該当なし	6	3.0	7	3.6
	なし	86	43.7	96	48.7
	軽度	41	20.8	50	25.4
Q9 易怒性	中等度	44	22.3	36	18.3
	重度	21	10.7	9	4.6
	該当なし	5	2.5	6	3.0
	なし	125	63.5	127	64.5
	軽度	30	15.2	34	17.3
Q10 異常行動	中等度	24	12.2	25	12.7
	重度	10	5.1	5	2.5
	該当なし	8	4.1	6	3.0

表 2-5-18 NPI-Q 負担度(下位項目)の介入前後の評価結果

n=197

		介入前		介入後	
		人数	%	人数	%
Q1 妄想	全くなし	107	54.3	116	58.9
	ごく軽度	17	8.6	22	11.2
	軽度	25	12.7	35	17.8
	中等度	32	16.2	14	7.1
	重度	6	3.0	2	1.0
	極度	2	1.0	0	0.0
	該当なし	8	4.1	8	4.1
Q2 幻覚	全くなし	142	72.1	142	72.1
	ごく軽度	8	4.1	22	11.2
	軽度	19	9.6	15	7.6
	中等度	15	7.6	7	3.6
	重度	4	2.0	2	1.0
	極度	1	0.5	1	0.5
	該当なし	8	4.1	8	4.1
Q3 興奮	全くなし	77	39.1	86	43.7
	ごく軽度	19	9.6	26	13.2
	軽度	39	19.8	44	22.3
	中等度	36	18.3	28	14.2
	重度	21	10.7	4	2.0
	極度	2	1.0	6	3.0
	該当なし	3	1.5	3	1.5
Q4 うつ	全くなし	94	47.7	111	56.3
	ごく軽度	29	14.7	25	12.7
	軽度	32	16.2	33	16.8
	中等度	23	11.7	17	8.6
	重度	11	5.6	3	1.5
	極度	3	1.5	3	1.5
	該当なし	5	2.5	5	2.5
Q5 不安	全くなし	134	68.0	145	73.6
	ごく軽度	18	9.1	18	9.1
	軽度	23	11.7	18	9.1
	中等度	8	4.1	6	3.0
	重度	7	3.6	3	1.5
	極度	2	1.0	2	1.0
	該当なし	5	2.5	5	2.5
Q6 多幸	全くなし	141	71.6	150	76.1
	ごく軽度	21	10.7	22	11.2
	軽度	22	11.2	12	6.1
	中等度	5	2.5	8	4.1

	重度	3	1.5	1	0.5
	極度	1	0.5	0	0.0
	該当なし	4	2.0	4	2.0
Q7 無関心	全くなし	110	55.8	121	61.4
	ごく軽度	33	16.8	34	17.3
	軽度	27	13.7	17	8.6
	中等度	14	7.1	15	7.6
	重度	6	3.0	1	0.5
	極度	1	0.5	3	1.5
	該当なし	6	3.0	6	3.0
Q8 脱抑制	全くなし	118	59.9	129	65.5
	ごく軽度	20	10.2	23	11.7
	軽度	25	12.7	22	11.2
	中等度	16	8.1	11	5.6
	重度	9	4.6	5	2.5
	極度	3	1.5	1	0.5
	該当なし	6	3.0	6	3.0
Q9 易怒性	全くなし	100	50.8	112	56.9
	ごく軽度	18	9.1	29	14.7
	軽度	26	13.2	28	14.2
	中等度	25	12.7	11	5.6
	重度	16	8.1	10	5.1
	極度	7	3.6	2	1.0
	該当なし	5	2.5	5	2.5
Q10 異常行動	全くなし	133	67.5	137	69.5
	ごく軽度	15	7.6	21	10.7
	軽度	20	10.2	23	11.7
	中等度	15	7.6	6	3.0
	重度	4	2.0	2	1.0
	極度	3	1.5	1	0.5
	該当なし	7	3.6	7	3.6

表 2-5-19 NPI-Q 重症度・負担度下位項目の変化

		n=197			
		重症度		負担度	
		人数	%	人数	%
Q1 妄想	減	31	15.7	42	21.3
	変化なし	153	77.7	138	70.1
	増	4	2.0	9	4.6
	該当なし	9	4.6	8	4.1
Q2 幻覚	減	17	8.6	22	11.2
	変化なし	160	81.2	156	79.2
	増	11	5.6	11	5.6
	該当なし	9	4.6	8	4.1
Q3 興奮	減	46	23.4	57	28.9
	変化なし	137	69.5	119	60.4
	増	10	5.1	18	9.1
	該当なし	4	2.0	3	1.5
Q4 うつ	減	48	24.4	51	25.9
	変化なし	130	66.0	125	63.5
	増	14	7.1	16	8.1
	該当なし	5	2.5	5	2.5
Q5 不安	減	21	10.7	27	13.7
	変化なし	164	83.2	155	78.7
	増	7	3.6	10	5.1
	該当なし	5	2.5	5	2.5
Q6 多幸	減	20	10.2	26	13.2
	変化なし	156	79.2	154	78.2
	増	16	8.1	13	6.6
	該当なし	5	2.5	4	2.0
Q7 無関心	減	28	14.2	36	18.3
	変化なし	142	72.1	138	70.1
	増	18	9.1	17	8.6
	該当なし	9	4.6	6	3.0
Q8 脱抑制	減	26	13.2	33	16.8
	変化なし	149	75.6	147	74.6
	増	13	6.6	11	5.6
	該当なし	9	4.6	6	3.0
Q9 易怒性	減	32	16.2	46	23.4
	変化なし	147	74.6	136	69.0
	増	8	4.1	10	5.1
	該当なし	10	5.1	5	2.5
Q10 異常行動	減	18	9.1	26	13.2
	変化なし	157	79.7	154	78.2
	増	12	6.1	10	5.1
	該当なし	10	5.1	7	3.6

### (13) 過去 1 週間の生活

過去 1 週間の生活について、分析対象となった認知症の人の「役に立つ機会」は、介入前は全くないが最も多く、63 名 (32.0%) であり、介入後はたまにあるが最も多く、55 名 (27.9%) であった。「楽しみや趣味の活動」は、介入前・後ともたまにあるが最も多く、介入前で 66 名 (33.5%) であり、介入後で 68 名 (34.5%) であった。「ゆっくりとくつろぐ時間」は、介入前後ともほぼ毎日あるが最も多く、介入前で 78 名 (39.6%) であり、介入後で 88 名 (44.7%) であった。「家族や介護職等と交流」は、介入前後ともほぼ毎日ある、が最も多く、介入前で 117 名 (59.4%) であり、介入後で、123 名 (62.4%) であった。「外に出る機会」は、介入前後とも全くないが最も多く、介入前で 87 名 (44.2%) であり、介入後で 89 名 (45.2%) であった (表 2-5-20)。それぞれの変化については、表 2-4-21 の通りであった。「楽しみや趣味の活動」が増えた者が最も多く、65 名 (33.0%) が増加した。

表 2-5-20 過去 1 週間の生活

		n=197			
		介入前		介入後	
		人数	%	人数	%
役割・役に立つ機会	ほぼ毎日ある	19	9.6	27	13.7
	よくある	15	7.6	24	12.2
	たまにある	54	27.4	55	27.9
	ほとんどない	46	23.4	38	19.3
	全くない	63	32.0	53	26.9
楽しみや趣味の活動	ほぼ毎日ある	22	11.2	33	16.8
	よくある	28	14.2	40	20.3
	たまにある	66	33.5	68	34.5
	ほとんどない	55	27.9	37	18.8
	全くない	26	13.2	19	9.6
ゆっくりとくつろぐ時間	ほぼ毎日ある	78	39.6	88	44.7
	よくある	54	27.4	55	27.9
	たまにある	49	24.9	44	22.3
	ほとんどない	14	7.1	8	4.1
	全くない	2	1.0	2	1.0
家族や介護職等と交流	ほぼ毎日ある	117	59.4	123	62.4
	よくある	24	12.2	25	12.7
	たまにある	26	13.2	24	12.2
	ほとんどない	26	13.2	20	10.2
	全くない	4	2.0	5	2.5
外に出る機会	ほぼ毎日ある	15	7.6	16	8.1
	よくある	23	11.7	19	9.6
	たまにある	28	14.2	36	18.3
	ほとんどない	44	22.3	37	18.8
	全くない	87	44.2	89	45.2

表 2-5-21 過去 1 週間の生活の介入前後の変化

		n=197	
		人数	%
役割・役に立つ機会	変化なし・減	149	75.6
	増	48	24.4
楽しみや趣味の活動	変化なし・減	132	67.0
	増	65	33.0
ゆっくりとくつろぐ時間	変化なし・減	163	82.7
	増	34	17.3
家族や介護職等と交流	変化なし・減	171	86.8
	増	26	13.2
外に出る機会	変化なし・減	172	87.3
	増	25	12.7

#### (14) 実施したケア

ケアの大分類については、前述の通り 100～75%、75～50%、50～25%と回答があったものを「実施した」と操作的に定義し、集計した。分析対象となった認知症の人に生じた 15 種類の BPSD の中で、8 領域に分けたケアの大分類の下位項目に 1 つでも実施したケアがあれば、大分類のケアを実施したとみなし、実施件数をカウントした。結果、「コミュニケーション」を行ったケースが最も多く、160 件 (81.2%) であった。大分類の選択率は、81.2%～50.8%に分布していた (表 2-5-22)。

表 2-5-22 大分類の選択件数と選択率(件数降順)

n=197		
	件数	%
コミュニケーション	160	81.2
アセスメント	148	75.1
連携・チームアプローチ	133	67.5
物理的環境調整	132	67.0
活動調整	131	66.5
体調調整	111	56.3
その他	111	56.3
人的環境調整	100	50.8

## 6. 結果 2-2\_統計解析の結果①エンドポイント項目の解析

BPSD 軽減の要因を探るために、認知症の人の属性・状態と NPI-Q、Vitality index、short QOL-D の介入前後の差等について解析した。

### (1) エンドポイント項目の変化

NPI-Q 重症度・負担度合計点、Vitality index、short QOL-D の介入前後の平均値の差に対応ある t 検定を実施したところ、すべての尺度で介入前後に有意な差が認められた（表 2-6-1）。

表 2-6-1 エンドポイント項目の変化

		n=197		
		平均値	標準偏差	p
NPI-Q_重症度合計点	介入前	7.62	4.553	* *
	介入後	6.42	4.113	
NPI-Q_負担度合計点	介入前	8.92	7.170	* *
	介入後	6.87	5.953	
VI_合計点	介入前	6.25	2.231	*
	介入後	6.42	2.281	
QOL-D_合計点	介入前	23.90	5.431	* *
	介入後	24.99	5.440	

\* \*: p < 0.01、\* : p < 0.05 対応ある t 検定

### (2) 実施したケア(大分類)とエンドポイント項目の変化量との関係

8 種の実施したケア（大分類）の実施の有無により、各エンドポイント項目の変化量に差が生じたかを対応のない t 検定で解析した。NPI-Q の重症度項目の変化量は実施したケア（大分類）による差は認められなかった。NPI-Q の負担度項目の変化量は、その他のケアにおいて変化量が有意に大きかった。Vitality index では、物理的環境調整、コミュニケーション、活動調整、アセスメント、連携・チームアプローチで有意に上昇していた。short QOL-D では、人的環境調整を実施した群のほうが有意に変化量が小さかった（表 2-6-2）。

表 2-6-2 実施したケア(大分類)とエンドポイント項目の変化量との関係

		NPI 重症度		NPI 負担度		Vitality index		short QOL-D	
		実施	非実施	実施	非実施	実施	非実施	実施	非実施
1.物理的 環境調整	人数	132	65	132	65	132	65	132	65
	平均値	-1.20	-1.20	-2.50	-1.14	0.22	0.05	0.97	1.34
	p	n.s.		*		n.s.		n.s.	
2.人的環 境調整	人数	100	97	100	97	100	97	100	97
	平均値	-1.07	-1.34	-2.08	-2.02	0.21	0.11	0.68	1.52
	p	n.s.		n.s.		n.s.		*	
3.体調調 整	人数	111	86	111	86	111	86	111	86
	平均値	-1.10	-1.34	-2.48	-1.50	0.21	0.10	0.87	1.37
	p	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
4.コミュ ニケーシ ョン	人数	160	37	160	37	160	37	160	37
	平均値	-1.25	-1.00	-2.28	-1.08	0.23	-0.11	1.22	0.54
	p	n.s.		n.s.		*		n.s.	
5.活動調 整	人数	131	66	131	66	131	66	131	66
	平均値	-1.39	-0.83	-2.24	-1.67	0.29	-0.09	1.14	1.00
	p	n.s.		n.s.		* *		n.s.	
6.アセス メント	人数	148	49	148	49	148	49	148	49
	平均値	-1.11	-1.47	-2.18	-1.67	0.27	-0.16	1.07	1.16
	p	n.s.		n.s.		* *		n.s.	
7.連携・ チームア プローチ	人数	133	64	133	64	133	64	133	64
	平均値	-1.36	-0.88	-2.44	-1.23	0.25	-0.02	1.19	0.89
	p	n.s.		n.s.		*		n.s.	
8.その他	人数	111	86	111	86	111	86	111	86
	平均値	-1.21	-1.20	-2.68	-1.24	0.18	0.14	1.23	0.92
	p	n.s.		*		n.s.		n.s.	

\* \* : p < 0.01、\* : p < 0.05 対応のない t 検定

### (3) エンドポイント項目の変化と年齢、ADL 等の関係

NPI-Q 重症度・負担度合計点、Vitality index、short QOL-D の介入前後の変化について、変化なし・増と減に分けての平均値の差について、対応のない t 検定を実施した。各項目について、年齢、ADL、服薬している薬剤数（前評価・後評価）のいずれにおいても有意差は認められなかった（表 2-6-3～2-6-6）。

表 2-6-3 NPI-Q 重症度の変化からみた年齢、ADL、薬剤数の差

	NPI-Q 重症度	平均値	標準偏差	p
登録対象者年齢	変化なし・増	85.82	6.970	n.s.
	減	86.13	6.739	
ADL	変化なし・増	50.74	26.325	n.s.
	減	52.91	26.295	
服薬利用している薬剤数_前 評価	変化なし・増	5.62	3.260	n.s.
	減	5.60	3.231	
服薬利用している薬剤数_後 評価	変化なし・増	5.72	3.307	n.s.
	減	5.67	3.113	

\*\* : p < 0.01、\* : p < 0.05 対応のない t 検定

表 2-6-4 NPI-Q 負担度の変化からみた年齢、ADL、薬剤数の差

	NPI-Q 負担度	平均値	標準偏差	p
登録対象者年齢	変化なし・増	85.28	7.471	n.s.
	減	86.44	6.375	
ADL_合計点	変化なし・増	55.13	24.388	n.s.
	減	49.75	27.315	
服薬利用している薬剤数_前	変化なし・増	5.17	3.114	n.s.
	減	5.90	3.295	
服薬利用している薬剤数_後	変化なし・増	5.27	3.089	n.s.
	減	5.97	3.252	

\*\* : p < 0.01、\* : p < 0.05 対応のない t 検定

表 2-6-5 Vitality index の変化からみた年齢、ADL、薬剤数の差

	Vitality index	平均値	標準偏差	p
登録対象者年齢	変化なし・増	85.99	6.952	n.s.
	減	85.96	6.141	
ADL_合計点	変化なし・増	52.13	26.678	n.s.
	減	50.19	23.769	
服薬利用している薬剤数_前	変化なし・増	5.51	3.246	n.s.
	減	6.27	3.157	
服薬利用している薬剤数_後	変化なし・増	5.60	3.200	n.s.
	減	6.31	3.185	

\* : p < 0.05、\*\* : p < 0.01 対応のない t 検定

表 2-6-6 short QOL-D の変化からみた年齢、ADL、薬剤数の差

	short QOL-D	平均値	標準偏差	p
登録対象者年齢	変化なし・増	86.08	6.833	n.s.
	減	85.63	6.912	
ADL_合計点	変化なし・増	51.10	26.825	n.s.
	減	54.76	24.168	
服薬利用している薬剤数_前	変化なし・増	5.57	3.243	n.s.
	減	5.76	3.245	
服薬利用している薬剤数_後	変化なし・増	5.66	3.173	n.s.
	減	5.83	3.327	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

#### (4) NPI-Q 重症度の変化と IADL 等の関係

NPI-Q 重症度・負担度合計点、Vitality index、short QOL-D の介入前後の変化について、変化なし・増と減に分けての平均値の差について、Mann-Whitney U 検定を実施したところ、IADL、過去 3 か月での体重減少、視力、聴力、水分摂取量、介護者から見た病識のいずれにおいても有意差は認められなかった（表 2-6-7~2-6-10）。

表 2-6-7 NPI-Q 重症度の変化からみた認知症の人の状態の差(IADL 等)

		平均ランク	順位和	p
IADL	減	94.79	9384.00	n.s.
	変化なし・増	86.43	7087.00	
過去 3 か月間での体重の減少	減	96.25	9914.00	n.s.
	変化なし・増	102.01	9589.00	
視力	減	101.43	10447.00	n.s.
	変化なし・増	96.34	9056.00	
聴力	減	95.65	9852.00	n.s.
	変化なし・増	102.67	9651.00	
水分摂取量_前	減	97.31	9731.00	n.s.
	変化なし・増	96.67	8990.00	
水分摂取量_後	減	102.08	10310.00	n.s.
	変化なし・増	93.62	8800.00	
介護者から見た病識	減	97.46	10038.50	n.s.
	変化なし・増	100.69	9464.50	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 Mann-Whitney U 検定

表 2-6-8 NPI-Q 負担度の変化からみた認知症の人の状態の差(IADL 等)

		平均ランク	順位和	p
IADL_合計点	減	92.95	10503.50	n.s.
	変化なし・増	87.76	5967.50	
過去 3 か月間での体重の減少	減	97.96	11657.50	n.s.
	変化なし・増	100.58	7845.50	
視力	減	99.96	11895.00	n.s.
	変化なし・増	97.54	7608.00	
聴力	減	97.30	11578.50	n.s.
	変化なし・増	101.60	7924.50	
水分摂取量_前	減	98.09	11280.50	n.s.
	変化なし・増	95.39	7440.50	
水分摂取量_後	減	101.55	11881.50	n.s.
	変化なし・増	92.67	7228.50	
SED_介護者から見た病識	減	97.60	11614.00	n.s.
	変化なし・増	101.14	7889.00	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 Mann-Whitney U 検定

表 2-6-9 Vitality index の変化からみた認知症の人の状態の差(IADL 等)

		平均ランク	順位和	p
IADL_合計点	減	91.28	2282.00	n.s.
	変化なし・増	90.96	14189.00	
過去 3 か月間での体重の減少	減	97.73	2541.00	n.s.
	変化なし・増	99.19	16962.00	
視力	減	98.35	2557.00	n.s.
	変化なし・増	99.10	16946.00	
聴力	減	105.35	2739.00	n.s.
	変化なし・増	98.04	16764.00	
水分摂取量_前	減	93.06	2326.50	n.s.
	変化なし・増	97.59	16394.50	
水分摂取量_後	減	82.02	2132.50	n.s.
	変化なし・増	100.46	16977.50	
SED_介護者から見た病識	減	90.21	2345.50	n.s.
	変化なし・増	100.34	17157.50	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 Mann-Whitney U 検定

表 2-6-10 short QOL-D の変化からみた認知症の人の状態の差(IADL 等)

		平均ランク	順位和	p
IADL_合計点	減	85.67	3512.50	n.s.
	変化なし・増	92.56	12958.50	
過去 3 か月間での体重の減少	減	99.24	4168.00	n.s.
	変化なし・増	98.94	15335.00	
視力	減	96.85	4067.50	n.s.
	変化なし・増	99.58	15435.50	
聴力	減	108.82	4570.50	n.s.
	変化なし・増	96.34	14932.50	
水分摂取量_前	減	98.36	3934.50	n.s.
	変化なし・増	96.64	14786.50	
水分摂取量_後	減	89.23	3658.50	n.s.
	変化なし・増	100.33	15451.50	
SED_介護者から見た病識	減	94.93	3987.00	n.s.
	変化なし・増	100.10	15516.00	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 Mann-Whitney U 検定

#### (5) 属性・状態とエンドポイント項目変化量との変化の関係

NPI-Q 重症度・負担度合計点、Vitality index、short QOL-D の変化量について、性別、麻痺等の有無、原因疾患（アルツハイマー型認知症かどうか）、治療中の疾患の有無、薬剤変更の有無、うつ疑いの有無、せん妄疑いの有無、1 週間の生活の変化（役割・役に立つ機会、楽しみや趣味の活動、ゆっくりとくつろぐ時間、家族や介護職員等との交流、外に出る機会）の差について、対応のない t 検定を実施した（表 2-6-11～2-6-22）。

結果、性別、麻痺や筋力低下、治療中の疾患の有無、うつ疑いの有無、せん妄疑いの有無による差は認められなかった。

原因疾患（アルツハイマー型認知症かどうか）では、アルツハイマー型認知症に該当しない方が有意に NPI-Q 重症度の変化量が大きかった。

薬剤変更では、薬剤変更ありの方が有意に NPI-Q 重症度及び short QOL-D の変化量が大きく、NPI-Q 重症度は有意に低下、short QOL-D は有意に向上していた。

1 週間の生活の変化のうち、役割・役に立つ機会では、機会が増えた方が、NPI-Q 重症度及び負担度の変化量が有意に大きく低下し、Vitality index、short QOL-D の変化量が有意に大きく、上昇していた。さらに、楽しみや趣味の活動が増加した群が NPI-Q 重症度、Vitality index、short QOL-D の変化量が有意に大きく、NPI-Q 重症度は軽減、Vitality index、short QOL-D は向上していた。ゆっくりくつろぐ時間では、時間が増えた方が、NPI-Q 重症度及び負担度の変化量が有意に大きく低

下し、Vitality index、short QOL-D の変化量が有意に大きく、向上していた。家族や介護職員等との交流、外に出る機会による差は認められなかった。

表 2-6-11 登録対象者性別による変化量の差

		平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	男性	-1.29	1.519	n.s.
	女性	-1.19	3.187	
NPI 負担度	男性	-1.10	2.458	n.s.
	女性	-2.20	4.735	
Vitality index	男性	0.29	0.995	n.s.
	女性	0.12	0.920	
QOL-D	男性	0.86	2.825	n.s.
	女性	1.17	2.951	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-12 麻痺や筋力低下による変化量の差

	麻痺や筋力低下	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	あり	-1.20	3.065	n.s.
	なし	-1.20	2.772	
NPI 負担度	あり	-2.00	4.792	n.s.
	なし	-2.09	4.344	
Vitality index	あり	0.19	1.035	n.s.
	なし	0.14	0.854	
QOL-D	あり	1.18	2.821	n.s.
	なし	1.03	2.992	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-13 アルツハイマー型認知症の有無による変化量の差

	AD	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	該当	-1.02	2.921	*
	非該当	-2.12	2.595	
NPI 負担度	該当	-1.79	4.345	n.s.
	非該当	-3.33	5.236	
Vitality index	該当	0.18	0.831	n.s.
	非該当	0.06	1.345	
QOL-D	該当	1.05	3.056	n.s.
	非該当	1.27	2.096	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-14 治療中の疾患による変化量の差

	治療中の疾患	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	無	-0.91	2.909	n.s.
	有	-1.26	2.895	
NPI 負担度	無	-2.82	5.525	n.s.
	有	-1.90	4.304	
Vitality index	無	0.24	1.119	n.s.
	有	0.15	0.895	
QOL-D	無	1.42	2.646	n.s.
	有	1.02	2.968	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-15 薬剤数変更による変化量の差

	薬剤数変更	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	あり	-2.76	3.833	**
	なし	-0.98	2.669	
NPI 負担度	あり	-3.88	6.864	n.s.
	なし	-1.78	4.041	
Vitality index	あり	0.00	1.225	n.s.
	なし	0.19	0.885	
QOL-D	あり	2.64	4.030	*
	なし	0.87	2.656	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-16 うつ疑いによる変化量の差

	うつ疑い	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	有	-1.51	2.920	n.s.
	低	-0.97	2.373	
NPI 負担度	有	-1.96	4.534	n.s.
	低	-1.23	3.413	
Vitality index	有	0.34	0.946	n.s.
	低	0.16	0.860	
QOL-D	有	1.36	2.827	n.s.
	低	0.29	2.209	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-17 せん妄疑いによる変化量の差

	せん妄疑い	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	有	-1.70	2.807	n.s.
	低	-0.91	2.913	
NPI 負担度	有	-2.55	4.972	n.s.
	低	-1.76	4.240	
Vitality index	有	0.03	0.881	n.s.
	低	0.24	0.957	
QOL-D	有	1.23	2.617	n.s.
	低	1.01	3.083	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-18 役割・役に立つ機会の変化による変化量の差

	役割・役に立つ機会	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	増	-2.56	3.087	**
	変化なし/減	-0.77	2.695	
NPI 負担度	増	-3.94	5.651	**
	変化なし/減	-1.44	3.936	
Vitality index	増	0.63	0.914	**
	変化なし/減	0.01	0.893	
QOL-D	増	2.94	3.354	**
	変化なし/減	0.50	2.492	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-19 楽しみや趣味の活動の変化による変化量の差

	楽しみや趣味の活動	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	増	-1.83	2.908	*
	変化なし/減	-0.89	2.845	
NPI 負担度	増	-2.49	5.333	n.s.
	変化なし/減	-1.83	4.080	
Vitality index	増	0.45	0.985	**
	変化なし/減	0.02	0.878	
QOL-D	増	1.95	3.064	**
	変化なし/減	0.67	2.751	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-20 ゆっくりとくつろぐ時間の変化による変化量の差

	ゆっくりとくつろぐ時間	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	増	-2.44	3.799	* *
	変化なし/減	-0.94	2.606	
NPI 負担度	増	-4.56	6.933	*
	変化なし/減	-1.53	3.664	
Vitality index	増	0.62	0.817	* *
	変化なし/減	0.07	0.930	
QOL-D	増	2.74	3.832	* *
	変化なし/減	0.75	2.568	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-21 家族や介護職等と交流の変化による変化量の差

	家族や介護職等と交流	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	増	-1.27	2.750	n.s.
	変化なし/減	-1.19	2.921	
NPI 負担度	増	-2.08	4.009	n.s.
	変化なし/減	-2.05	4.613	
Vitality index	増	0.35	1.294	n.s.
	変化なし/減	0.13	0.867	
QOL-D	増	1.35	2.952	n.s.
	変化なし/減	1.05	2.915	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-6-22 外に出る機会の変化による変化量の差

	外に出る機会	平均値	標準偏差	p
NPI 重症度	増	-2.08	3.628	n.s.
	変化なし/減	-1.08	2.759	
NPI 負担度	増	-3.52	5.767	n.s.
	変化なし/減	-1.84	4.298	
Vitality index	増	0.48	0.963	n.s.
	変化なし/減	0.12	0.923	
QOL-D	増	2.64	4.377	n.s.
	変化なし/減	0.87	2.577	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

## 7. 結果 2-3\_統計解析の結果②NPI-Q 重症度下位項目の解析

本研究は、BPSD の権限に資するケアを検討することを目的としているため、特に BPSD の評価尺度である、NPI-Q 重症度の下位項目の変化について、更に検討した。

### (1) NPI-Q 重症度下位項目の変化

NPI-Q の重症度下位項目の介入前後の平均値の変化について、対応ある t 検定を実施したところ、妄想、興奮、うつ、不安、脱抑制、易怒性の 6 項目において、有意な重症度の低下が認められた (表 2-7-1)。

表 2-7-1 NPI-Q 重症度下位項目の変化

		平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	介入前	0.77	1.007	* *
	介入後	0.58	0.807	
Q2 幻覚	介入前	0.47	0.843	n.s.
	介入後	0.42	0.759	
Q3 興奮	介入前	1.25	1.081	* *
	介入後	1.03	0.978	
Q4 うつ	介入前	0.98	1.010	* *
	介入後	0.78	0.842	
Q5 不安	介入前	0.55	0.855	* *
	介入後	0.46	0.771	
Q6 多幸	介入前	0.57	0.762	n.s.
	介入後	0.55	0.736	
Q7 無関心	介入前	0.93	0.967	n.s.
	介入後	0.87	0.936	
Q8 脱抑制	介入前	0.74	1.002	*
	介入後	0.64	0.888	
Q9 易怒性	介入前	1.00	1.063	* *
	介入後	0.79	0.914	
Q10 異常行動	介入前	0.58	0.909	n.s.
	介入後	0.52	0.819	

\* \*: p < 0.01、\* : p < 0.05 対応ある t 検定

### (2) 実施したケア(大分類)と NPI-Q 重症度下位項目変化量との関係

8 種の実施したケア (大分類) の実施の有無により、NPI-Q 重症度下位項目の変化量に差が生じたかを対応のない t 検定で解析した。結果、物理的環境調整、人的環境調整、体調調整、活動調整、アセスメントでは、ケアの実施の有無による変化量の平均値に有意差は認められなかった。

一方、コミュニケーションにおいては、興奮で変化量の有意差が認められ、実施した群で有意に重症度の平均値が低下していた。また、連携・チームアプローチでは、易怒性に変化量の有意差が認められ、実施した群が有意に重症度の平均値が低下していた。更にその他では、易怒性に変化量の有意差が認められ、実施した群が有意に重症度の平均値が低下していた（表 2-7-2～2-7-9）。

表 2-7-2 物理的環境調整実施の有無によるNPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	物理的環境調整	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.16	0.412	n.s.
	非実施	-0.10	0.399	
Q2 幻覚	実施	-0.03	0.420	n.s.
	非実施	-0.03	0.309	
Q3 興奮	実施	-0.19	0.546	n.s.
	非実施	-0.17	0.420	
Q4 うつ	実施	-0.16	0.568	n.s.
	非実施	-0.21	0.484	
Q5 不安	実施	-0.06	0.370	n.s.
	非実施	-0.10	0.390	
Q6 多幸	実施	-0.03	0.465	n.s.
	非実施	0.00	0.362	
Q7 無関心	実施	-0.01	0.478	n.s.
	非実施	-0.15	0.515	
Q8 脱抑制	実施	-0.09	0.477	n.s.
	非実施	-0.02	0.390	
Q9 易怒性	実施	-0.15	0.439	n.s.
	非実施	-0.08	0.458	
Q10 異常行動	実施	-0.02	0.397	n.s.
	非実施	-0.07	0.410	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-3 人的環境調整実施の有無によるNPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

人的環境調整		平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.14	0.406	n.s.
	非実施	-0.14	0.412	
Q2 幻覚	実施	0.00	0.438	n.s.
	非実施	-0.06	0.323	
Q3 興奮	実施	-0.16	0.550	n.s.
	非実施	-0.21	0.459	
Q4 うつ	実施	-0.22	0.566	n.s.
	非実施	-0.13	0.513	
Q5 不安	実施	-0.03	0.394	n.s.
	非実施	-0.12	0.353	
Q6 多幸	実施	-0.03	0.464	n.s.
	非実施	-0.01	0.401	
Q7 無関心	実施	-0.03	0.491	n.s.
	非実施	-0.08	0.497	
Q8 脱抑制	実施	-0.05	0.442	n.s.
	非実施	-0.09	0.463	
Q9 易怒性	実施	-0.16	0.468	n.s.
	非実施	-0.10	0.421	
Q10 異常行動	実施	-0.03	0.341	n.s.
	非実施	-0.03	0.456	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-4 体調調整実施の有無によるNPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

体調調整		平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.14	0.376	n.s.
	非実施	-0.15	0.448	
Q2 幻覚	実施	0.00	0.414	n.s.
	非実施	-0.07	0.344	
Q3 興奮	実施	-0.17	0.555	n.s.
	非実施	-0.21	0.439	
Q4 うつ	実施	-0.15	0.545	n.s.
	非実施	-0.21	0.538	
Q5 不安	実施	-0.03	0.347	n.s.
	非実施	-0.13	0.404	
Q6 多幸	実施	0.00	0.488	n.s.
	非実施	-0.05	0.348	

Q7 無関心	実施	-0.01	0.521	n.s.
	非実施	-0.11	0.450	
Q8 脱抑制	実施	-0.09	0.505	n.s.
	非実施	-0.04	0.369	
Q9 易怒性	実施	-0.15	0.498	n.s.
	非実施	-0.10	0.370	
Q10 異常行動	実施	-0.04	0.433	n.s.
	非実施	-0.03	0.355	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-5 コミュニケーション実施の有無による NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	コミュニケーション	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.15	0.409	n.s.
	非実施	-0.12	0.409	
Q2 幻覚	実施	-0.02	0.388	n.s.
	非実施	-0.09	0.373	
Q3 興奮	実施	-0.21	0.543	*
	非実施	-0.08	0.280	
Q4 うつ	実施	-0.16	0.559	n.s.
	非実施	-0.26	0.448	
Q5 不安	実施	-0.07	0.394	n.s.
	非実施	-0.09	0.284	
Q6 多幸	実施	-0.03	0.443	n.s.
	非実施	0.03	0.388	
Q7 無関心	実施	-0.07	0.509	n.s.
	非実施	0.03	0.400	
Q8 脱抑制	実施	-0.07	0.471	n.s.
	非実施	-0.06	0.348	
Q9 易怒性	実施	-0.14	0.479	n.s.
	非実施	-0.06	0.239	
Q10 異常行動	実施	-0.04	0.394	n.s.
	非実施	0.00	0.433	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-6 活動調整実施の有無による NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	活動調整	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.14	0.411	n.s.
	非実施	-0.15	0.404	
Q2 幻覚	実施	-0.02	0.367	n.s.
	非実施	-0.05	0.425	
Q3 興奮	実施	-0.22	0.531	n.s.
	非実施	-0.12	0.451	
Q4 うつ	実施	-0.19	0.556	n.s.
	非実施	-0.16	0.515	
Q5 不安	実施	-0.07	0.399	n.s.
	非実施	-0.08	0.326	
Q6 多幸	実施	-0.04	0.458	n.s.
	非実施	0.02	0.381	
Q7 無関心	実施	-0.09	0.486	n.s.
	非実施	0.02	0.504	
Q8 脱抑制	実施	-0.08	0.447	n.s.
	非実施	-0.05	0.463	
Q9 易怒性	実施	-0.16	0.480	n.s.
	非実施	-0.07	0.359	
Q10 異常行動	実施	-0.05	0.353	n.s.
	非実施	0.00	0.487	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-7 アセスメント実施の有無による NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	アセスメント	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.15	0.410	n.s.
	非実施	-0.13	0.405	
Q2 幻覚	実施	0.00	0.378	n.s.
	非実施	-0.13	0.397	
Q3 興奮	実施	-0.18	0.536	n.s.
	非実施	-0.21	0.410	
Q4 うつ	実施	-0.16	0.547	n.s.
	非実施	-0.24	0.524	
Q5 不安	実施	-0.06	0.369	n.s.
	非実施	-0.13	0.397	
Q6 多幸	実施	-0.03	0.454	n.s.
	非実施	0.00	0.365	

Q7 無関心	実施	-0.07	0.497	n.s.
	非実施	0.00	0.482	
Q8 脱抑制	実施	-0.07	0.469	n.s.
	非実施	-0.07	0.393	
Q9 易怒性	実施	-0.13	0.476	n.s.
	非実施	-0.13	0.341	
Q10 異常行動	実施	-0.03	0.394	n.s.
	非実施	-0.04	0.424	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-8 連携・チームアプローチ実施の有無によるNPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	連携・チームア プローチ	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.14	0.371	n.s.
	非実施	-0.15	0.481	
Q2 幻覚	実施	-0.03	0.397	n.s.
	非実施	-0.03	0.364	
Q3 興奮	実施	-0.22	0.557	n.s.
	非実施	-0.13	0.381	
Q4 うつ	実施	-0.15	0.533	n.s.
	非実施	-0.23	0.560	
Q5 不安	実施	-0.06	0.408	n.s.
	非実施	-0.10	0.298	
Q6 多幸	実施	-0.03	0.463	n.s.
	非実施	0.00	0.365	
Q7 無関心	実施	-0.09	0.485	n.s.
	非実施	0.02	0.508	
Q8 脱抑制	実施	-0.09	0.443	n.s.
	非実施	-0.02	0.469	
Q9 易怒性	実施	-0.17	0.437	*
	非実施	-0.03	0.454	
Q10 異常行動	実施	-0.04	0.385	n.s.
	非実施	-0.02	0.435	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-9 その他実施の有無による NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差

	その他	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	実施	-0.15	0.387	n.s.
	非実施	-0.13	0.435	
Q2 幻覚	実施	0.00	0.439	n.s.
	非実施	-0.07	0.304	
Q3 興奮	実施	-0.18	0.530	n.s.
	非実施	-0.19	0.478	
Q4 うつ	実施	-0.13	0.563	n.s.
	非実施	-0.24	0.508	
Q5 不安	実施	-0.07	0.440	n.s.
	非実施	-0.08	0.277	
Q6 多幸	実施	-0.04	0.468	n.s.
	非実施	0.00	0.385	
Q7 無関心	実施	-0.01	0.521	n.s.
	非実施	-0.11	0.450	
Q8 脱抑制	実施	-0.09	0.505	n.s.
	非実施	-0.04	0.369	
Q9 易怒性	実施	-0.21	0.472	* *
	非実施	-0.02	0.387	
Q10 異常行動	実施	-0.05	0.445	n.s.
	非実施	-0.01	0.335	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

### (3) 属性・状態と重症度下位項目の変化量との関係

性別、麻痺等の有無、アルツハイマー型認知症の有無、治療中の疾患の有無、薬剤変更の有無、うつ疑いの有無、せん妄疑いの有無、1 週間の生活の変化（役割・役に立つ機会、楽しみや趣味の活動、ゆっくりとくつろぐ時間、家族や介護職員等との交流、外に出る機会）のにより、NPI-Q 重症度下位項目の変化量に差が生じたかを対応のない t 検定で解析した（表 2-7-10～2-7-21）。

結果、性別、麻痺や筋力低下、治療中の疾患の有無では、変化量に有意な差は認められなかった。一方、アルツハイマー型認知症の有無では、易怒性において有意に変化量に差があり、該当しない群に有意な平均値の低下が認められた。また、薬剤数の変更の有無では、脱抑制、異常行動において有意に変化量に差があり、薬剤の変更があった群に有意な平均値の低下が認められた。うつの疑いについては、不安において有意に変化量に差があり、うつ疑い有の群に有意な平均値の低下が認められた。せん妄の疑いについては、妄想において有意に変化量に差があり、せん妄の疑い有の群の方に有意な平均値の低下が認められた。1 週間の生活の変化のうち、役割・役に立つ機会については、興奮、不安、無関心において有意に変化量に差があり、それぞれ、役割が増えた群の方に

有意な平均値の低下が認められた。楽しみや趣味の活動については、妄想、不安において有意に変化量に差があり、それぞれ、楽しみや趣味の活動が増えた群の方に有意な平均値の低下が認められた。ゆっくりとくつろぐ時間については、妄想、うつ、脱抑制において有意に変化量に差があり、それぞれくつろぐ時間が増えた群に有意な平均値の低下が認められた。家族や介護職員等との交流、外に出る機会では、重症度下位項目においても貴会の増減により有意差が認められた項目はなかった。

最後に、水分摂取量の変化、熟睡日数の増減、過去3か月間での体重減少、過去1週間で排便のあった日数増減、視力、聴力、介護者から見た病識について、NPI-Q重症度下位項目の増減との関係をカイ二乗検定によって解析し、有意差が認められたものについては残差分析を行った(表2-7-22~2-7-26)。結果、熟睡日数が増えた群で妄想の重症度が有意に小さく、過去1週間で排便のあった日数が減じた群で、幻覚が増えたケースが有意に多かった。また、水分摂取量が減じた群でうつ状態の重症度が有意に増加し、過去1週間で排便のあった日数が増えた群では、脱抑制の変化がなかった者が有意に少なかった。加えて、過去1週間で排便のあった日数が減じた群で異常行動の重症度が増えた者が有意に多かった。

表 2-7-10 登録対象者性別による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	登録対象者性別	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	男性	-0.05	0.316	n.s.
	女性	-0.17	0.428	
Q2 幻覚	男性	-0.08	0.350	n.s.
	女性	-0.02	0.398	
Q3 興奮	男性	-0.14	0.417	n.s.
	女性	-0.20	0.531	
Q4 うつ	男性	-0.15	0.483	n.s.
	女性	-0.19	0.560	
Q5 不安	男性	-0.18	0.385	n.s.
	女性	-0.05	0.371	
Q6 多幸	男性	-0.03	0.357	n.s.
	女性	-0.02	0.456	
Q7 無関心	男性	-0.18	0.549	n.s.
	女性	-0.02	0.475	
Q8 脱抑制	男性	-0.08	0.350	n.s.
	女性	-0.07	0.478	
Q9 易怒性	男性	-0.08	0.417	n.s.
	女性	-0.14	0.456	
Q10 異常行動	男性	-0.10	0.379	n.s.
	女性	-0.01	0.398	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-11 麻痺や筋力低下による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	麻痺や筋力低下	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	あり	-0.18	0.416	n.s.
	なし	-0.12	0.402	
Q2 幻覚	あり	-0.09	0.363	n.s.
	なし	0.01	0.398	
Q3 興奮	あり	-0.22	0.498	n.s.
	なし	-0.16	0.514	
Q4 うつ	あり	-0.17	0.537	n.s.
	なし	-0.18	0.547	
Q5 不安	あり	-0.04	0.292	n.s.
	なし	-0.10	0.427	
Q6 多幸	あり	0.00	0.439	n.s.
	なし	-0.04	0.431	
Q7 無関心	あり	0.02	0.418	n.s.
	なし	-0.11	0.538	
Q8 脱抑制	あり	-0.06	0.434	n.s.
	なし	-0.07	0.466	
Q9 易怒性	あり	-0.13	0.404	n.s.
	なし	-0.13	0.475	
Q10 異常行動	あり	-0.06	0.434	n.s.
	なし	-0.01	0.374	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-12 アルツハイマー型認知症の有無による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	アルツハイマー型 認知症	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	該当	-0.12	0.398	n.s.
	非該当	-0.26	0.445	
Q2 幻覚	該当	-0.03	0.376	n.s.
	非該当	-0.06	0.435	
Q3 興奮	該当	-0.17	0.519	n.s.
	非該当	-0.25	0.440	
Q4 うつ	該当	-0.18	0.544	n.s.
	非該当	-0.19	0.535	
Q5 不安	該当	-0.07	0.373	n.s.
	非該当	-0.10	0.396	
Q6 多幸	該当	0.01	0.443	n.s.
	非該当	-0.15	0.364	

Q7 無関心	該当	-0.04	0.479	n.s.
	非該当	-0.13	0.562	
Q8 脱抑制	該当	-0.05	0.451	n.s.
	非該当	-0.16	0.448	
Q9 易怒性	該当	-0.08	0.426	* *
	非該当	-0.34	0.483	
Q10 異常行動	該当	-0.01	0.403	n.s.
	非該当	-0.16	0.369	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-13 治療中の疾患の有無によるNPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	治療中の疾患	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	無	-0.10	0.481	n.s.
	有	-0.15	0.394	
Q2 幻覚	無	0.03	0.177	n.s.
	有	-0.04	0.415	
Q3 興奮	無	-0.16	0.523	n.s.
	有	-0.19	0.505	
Q4 うつ	無	-0.13	0.492	n.s.
	有	-0.19	0.552	
Q5 不安	無	-0.09	0.384	n.s.
	有	-0.07	0.375	
Q6 多幸	無	-0.03	0.394	n.s.
	有	-0.02	0.443	
Q7 無関心	無	-0.06	0.435	n.s.
	有	-0.05	0.505	
Q8 脱抑制	無	-0.06	0.574	n.s.
	有	-0.07	0.425	
Q9 易怒性	無	-0.10	0.403	n.s.
	有	-0.13	0.454	
Q10 異常行動	無	0.00	0.447	n.s.
	有	-0.04	0.392	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-14 薬剤数変更の有無による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	薬剤数変更	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	あり	-0.17	0.565	n.s.
	なし	-0.14	0.382	
Q2 幻覚	あり	-0.13	0.458	n.s.
	なし	-0.02	0.374	
Q3 興奮	あり	-0.32	0.627	n.s.
	なし	-0.17	0.485	
Q4 うつ	あり	-0.30	0.703	n.s.
	なし	-0.16	0.516	
Q5 不安	あり	-0.17	0.381	n.s.
	なし	-0.06	0.374	
Q6 多幸	あり	-0.04	0.367	n.s.
	なし	-0.02	0.443	
Q7 無関心	あり	-0.04	0.562	n.s.
	なし	-0.05	0.485	
Q8 脱抑制	あり	-0.30	0.559	*
	なし	-0.04	0.426	
Q9 易怒性	あり	-0.29	0.624	n.s.
	なし	-0.10	0.410	
Q10 異常行動	あり	-0.39	0.499	* *
	なし	0.02	0.358	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-15 うつ疑いの有無による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	うつ疑い	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	有	-0.14	0.426	n.s.
	低	-0.10	0.473	
Q2 幻覚	有	-0.13	0.418	n.s.
	低	0.03	0.320	
Q3 興奮	有	-0.20	0.561	n.s.
	低	-0.19	0.402	
Q4 うつ	有	-0.26	0.619	n.s.
	低	-0.13	0.499	
Q5 不安	有	-0.17	0.376	* *
	低	0.10	0.396	
Q6 多幸	有	-0.03	0.463	n.s.
	低	-0.17	0.379	

Q7 無関心	有	-0.11	0.468	n.s.
	低	0.03	0.407	
Q8 脱抑制	有	-0.02	0.450	n.s.
	低	-0.16	0.523	
Q9 易怒性	有	-0.15	0.438	n.s.
	低	-0.10	0.403	
Q10 異常行動	有	0.00	0.359	n.s.
	低	0.00	0.365	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-16 せん妄疑いの有無による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	せん妄疑い	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	有	-0.29	0.455	**
	低	-0.06	0.353	
Q2 幻覚	有	-0.10	0.422	n.s.
	低	0.01	0.358	
Q3 興奮	有	-0.17	0.504	n.s.
	低	-0.20	0.510	
Q4 うつ	有	-0.21	0.558	n.s.
	低	-0.16	0.532	
Q5 不安	有	-0.04	0.316	n.s.
	低	-0.09	0.407	
Q6 多幸	有	-0.07	0.431	n.s.
	低	0.01	0.434	
Q7 無関心	有	0.00	0.526	n.s.
	低	-0.08	0.474	
Q8 脱抑制	有	-0.10	0.425	n.s.
	低	-0.05	0.467	
Q9 易怒性	有	-0.17	0.452	n.s.
	低	-0.10	0.441	
Q10 異常行動	有	-0.04	0.464	n.s.
	低	-0.03	0.359	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-17 役割・役に立つ機会の増減による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	役割・役に立つ機会	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	増	-0.20	0.401	n.s.
	変化なし/減	-0.13	0.410	
Q2 幻覚	増	-0.09	0.408	n.s.
	変化なし/減	-0.01	0.378	
Q3 興奮	増	-0.47	0.546	* *
	変化なし/減	-0.10	0.460	
Q4 うつ	増	-0.40	0.574	n.s.
	変化なし/減	-0.10	0.512	
Q5 不安	増	-0.19	0.445	*
	変化なし/減	-0.03	0.343	
Q6 多幸	増	-0.02	0.437	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.434	
Q7 無関心	増	-0.25	0.438	* *
	変化なし/減	0.01	0.494	
Q8 脱抑制	増	-0.15	0.515	n.s.
	変化なし/減	-0.04	0.427	
Q9 易怒性	増	-0.17	0.437	n.s.
	変化なし/減	-0.11	0.449	
Q10 異常行動	増	-0.10	0.472	n.s.
	変化なし/減	-0.01	0.371	

\* : p<0.05、\* \* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-18 楽しみや趣味の活動の増減による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	楽しみや趣味	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	増	-0.25	0.434	*
	変化なし/減	-0.09	0.387	
Q2 幻覚	増	-0.06	0.400	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.379	
Q3 興奮	増	-0.28	0.519	n.s.
	変化なし/減	-0.14	0.496	
Q4 うつ	増	-0.28	0.576	n.s.
	変化なし/減	-0.13	0.517	
Q5 不安	増	-0.16	0.444	*
	変化なし/減	-0.03	0.331	
Q6 多幸	増	-0.03	0.397	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.452	

Q7 無関心	増	-0.09	0.555	n.s.
	変化なし/減	-0.03	0.459	
Q8 脱抑制	増	-0.16	0.486	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.428	
Q9 易怒性	増	-0.08	0.447	n.s.
	変化なし/減	-0.15	0.444	
Q10 異常行動	増	-0.05	0.490	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.348	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-19 ゆっくりとくつろぐ時間の増減による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	くつろぐ時間	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	増	-0.38	0.492	**
	変化なし/減	-0.10	0.373	
Q2 幻覚	増	-0.06	0.504	n.s.
	変化なし/減	-0.03	0.358	
Q3 興奮	増	-0.19	0.592	n.s.
	変化なし/減	-0.19	0.490	
Q4 うつ	増	-0.39	0.659	*
	変化なし/減	-0.13	0.505	
Q5 不安	増	-0.18	0.465	n.s.
	変化なし/減	-0.05	0.352	
Q6 多幸	増	-0.15	0.619	n.s.
	変化なし/減	0.01	0.381	
Q7 無関心	増	-0.03	0.529	n.s.
	変化なし/減	-0.06	0.487	
Q8 脱抑制	増	-0.35	0.551	**
	変化なし/減	-0.01	0.408	
Q9 易怒性	増	-0.13	0.554	n.s.
	変化なし/減	-0.13	0.422	
Q10 異常行動	増	-0.13	0.609	n.s.
	変化なし/減	-0.01	0.342	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-20 家族や介護職等と交流の増減による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	介護職等と交流	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	増	-0.16	0.473	n.s.
	変化なし/減	-0.14	0.399	
Q2 幻覚	増	0.08	0.408	n.s.
	変化なし/減	-0.05	0.381	
Q3 興奮	増	-0.20	0.577	n.s.
	変化なし/減	-0.18	0.497	
Q4 うつ	増	-0.24	0.663	n.s.
	変化なし/減	-0.17	0.522	
Q5 不安	増	-0.08	0.493	n.s.
	変化なし/減	-0.07	0.357	
Q6 多幸	増	-0.04	0.539	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.418	
Q7 無関心	増	-0.04	0.690	n.s.
	変化なし/減	-0.05	0.460	
Q8 脱抑制	増	-0.08	0.493	n.s.
	変化なし/減	-0.07	0.446	
Q9 易怒性	増	-0.04	0.455	n.s.
	変化なし/減	-0.14	0.444	
Q10 異常行動	増	0.00	0.408	n.s.
	変化なし/減	-0.04	0.400	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-21 外に出る機会の増減による NPI-Q 重症度下位項目変化量の差

	外に出る機会	平均値	標準偏差	p
Q1 妄想	増	-0.30	0.470	n.s.
	変化なし/減	-0.12	0.395	
Q2 幻覚	増	-0.13	0.344	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.390	
Q3 興奮	増	-0.33	0.482	n.s.
	変化なし/減	-0.17	0.508	
Q4 うつ	増	-0.08	0.504	n.s.
	変化なし/減	-0.19	0.547	
Q5 不安	増	-0.22	0.518	n.s.
	変化なし/減	-0.05	0.349	
Q6 多幸	増	-0.04	0.539	n.s.
	変化なし/減	-0.02	0.418	
Q7 無関心	増	-0.08	0.408	n.s.
	変化なし/減	-0.05	0.505	

Q8 脱抑制	増	-0.25	0.532	n.s.
	変化なし/減	-0.04	0.434	
Q9 易怒性	増	-0.13	0.448	n.s.
	変化なし/減	-0.13	0.446	
Q10 異常行動	増	-0.17	0.482	n.s.
	変化なし/減	-0.01	0.385	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 対応のない t 検定

表 2-7-22 妄想重症度の変化と熟睡日数の増減

		Q1妄想_重症度			p
		減	変化なし	増	
熟睡日数増減	減	2	20	0	*
	変化なし	13	100	2	
	増	16	33	2	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 x<sup>2</sup>検定 オレンジは残差分析により有意に大きく、青は有意に小さい

表 2-7-23 幻覚重症度と過去 1 週間で排便のあった日数増減

		Q2幻覚_重症度			p
		減	変化なし	増	
過去1週間で 排便のあった 日数増減	減	5	16	9	**
	変化なし	8	98	0	
	増	4	46	2	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 x<sup>2</sup>検定  
オレンジは残差分析により有意に大きく、青は有意に小さい

表 2-7-24 うつ重症度の変化と水分摂取量の変化

		Q4うつ_重症度			p
		減	変化なし	増	
水分摂取量	変化なし	33	97	9	*
	増	12	18	1	
	減	3	11	4	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 x<sup>2</sup>検定  
オレンジは残差分析により有意に大きく、青は有意に小さい

表 2-7-25 脱抑制と過去 1 週間で排便のあった日数の増減

		Q8脱抑制_重症度			p
		減	変化なし	増	
過去1週間で	減	2	24	4	
排便のあった	変化なし	13	90	3	*
日数増減	増	11	35	6	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 x<sup>2</sup>検定

オレンジは残差分析により有意に大きく、青は有意に小さい

表 2-7-26 異常行動と過去 1 週間で排便のあった日数の増減

		Q10異常行動_重症度			p
		減	変化なし	増	
過去1週間で	減	2	22	7	
排便のあった	変化なし	10	91	3	*
日数増減	増	6	44	2	

\* : p<0.05、\*\* : p<0.01 x<sup>2</sup>検定

オレンジは残差分析により有意に大きく、青は有意に小さい

## 8. 結果3\_3センター検討の結果

以上については、認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）の担当者による協議を行いながら進めた（表 2-8-1）。第 1 回目の協議では令和 3 年度の成果を共有するとともに、年間計画について検討し、より詳細な成果報告を行う必要性が確認された。それを受けて 2 回目の協議では、より詳細な報告を作成・共有したが、BPSD に対するケアについて研究成果から示唆を得る必要性が指摘された。それを受けて第 3 回目の協議では、15 の BPSD に対するケアをまとめるための大分類について協議し、第 4 回の協議で確定した結果を踏まえた集計結果を共有した。第 5 回目では、第 4 階で協議した分析結果を共有するとともに、追加の解析の可能性について検討した。

表 2-8-1 3センター会議の経過

回	日時	テーマ
第 1 回	2022 年 4 月 25 日	年間計画について
第 2 回	7 月 21 日	これまでの成果のまとめについて（成果と課題を共有）
第 3 回	8 月 8 日	これまでの成果のまとめ方の方向性を検討（大分類の検討）
第 4 回	10 月 11 日	大分類に基づく集計結果について意見交換
第 5 回	11 月 24 日	大分類に基づく分析結果について意見交換（追加分析を検討）

## 9. 考察

本年度は、現状の BPSD スポット調査を BPSD 軽減のための介入手法として再構築することを念頭に、登録結果を一括して分析するための大分類を作成し、当該分類結果に基づく解析を行い、BPSD スポット調査を、BPSD を軽減するための介入手法として再構築するための基礎となる知見を得ることを目指した。以下目的に基づき考察する。

### (1) ケア大分類

3 センター担当者による討議の結果、8 領域からなる大分類を作成した。実施率は約 80%~50% に収まり、調査結果から包括的に登録結果に対するケア実施の影響を解析できる分布となったと考える。

### (2) 基礎統計

分析対象とした者は、女性が約 8 割であり、障害高齢者の日常生活自立度は比較的軽度 (A1~A2) が約半数、認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅲa、Ⅲb が 6 割、介護度は要介護 3・4 が 6 割を占め、BPSD が顕著に生じる状態の者を中心に登録が得られたと考えられる。

原因疾患としては、アルツハイマー型認知症が約 8 割と偏っていることに留意する必要がある。体重減少や水分摂取量は、栄養状態や水分の状況を確認するための項目であるが、それぞれ、体重減少は増減なしが約 8 割、水分摂取量は前評価・後評価とも 1000ml~2000ml が約 8 割であり、概ね栄養や水分の状態は良好であった。

視力・聴力、麻痺等の身体機能については、視力で 7 割、聴力で 6 割の者が問題なく、6 割の者が麻痺や筋力低下がなかった。また、睡眠・排便等については、熟睡日数が平均約 5 日/週で排便のあった日数が 3.5 日/週であり、身体機能や体調等については、ばらつきがあった。

更に服薬については、約 3 割の者が抗精神病薬を利用しており、平均 5 剤以上を利用していた。5~6 剤が目安とされる<sup>1)</sup>ポリファーマシーかそれに近い状態にあることが推察される。なお、本来本研究においては、対象者の除外基準に期間中に薬剤の変更があった者が含まれるが、解析対象者数を確保する観点から、これらを含め、薬剤の利用の状況も考慮しながら解析を行うこととした。

介護者から見た病識やうつ疑い、せん妄等の状態については、約 7 割が認知症であることを自覚できておらず、半数がうつの評価尺度である GDS 5 の回答が得られなかった。分析対象者の約 3 割がうつ疑いがあると判定された。せん妄については、約 4 割が可能性ありと判定された。GDS 5 の回答率が低かったことは、唯一の自己評価項目であり評価の負担が大きいことや認知機能の状況により、回答の理解が難しかったことなどが考えられる。

主要エンドポイントとして用いた NPI-Q は、重症度・負担度とも Q1 妄想から Q10 異常行動までの下位項目に約 3 割～6 割程度が該当しており、各項目 2～4 割の者が介入前後で下位項目評価が変化していた。BPSD の結果が個別に評価され、変化しているケースが収集できたものとする。

過去 1 週間の生活では、役に立つ機会、楽しみや趣味の活動、ゆっくりくつろぐ時間、家族や介護職との交流、外に出る機会の 5 項目の頻度について尋ねたが、回答結果は、ほぼ毎日ある～全くないまでばらついており、各項目 1 割～3 割程度が介入前後で増加していた。生活の変化と BPSD との関係を検討するための項目としての活用が期待できる結果であった。

### (3) エンドポイント項目の変化とケア大分類との関係

本調査では、NPI-Q 重症度、負担度、Vitality index、short QOL-D をエンドポイントとして設定しているが、それぞれの介入前後の変化について対応ある t 検定を行ったところ、各項目の平均値に有意な変化が認められ、NPI-Q 重症度、負担度は有意に軽減し、Vitality index、short QOL-D は有意に上昇（向上）していた。全体として、BPSD が軽減し、ケアの負担度が改善、意欲や QOL が向上したデータが得られていることが確認できた。

#### 1) NPI-Q 重症度の変化量とケア大分類の関係

そこで、これらの結果について、本年度分類したケア大分類の実施の有無による影響を検討することをねらい、ケア大分類の実施の有無による各尺度の変化量について対応のない t 検定を実施した。結果、NPI-Q 重症度においては、8 種のケアの実施の有無による変化量の違いは認められなかった。一方、認知症の人の属性、状態、生活の影響を検討するために、これらの項目と NPI-Q 重症度の変化量との関係に対応のない t 検定で解析したところ、アルツハイマー型認知症ではない場合に有意に大きく重症度が軽減していた他、薬剤の変更がある方が有意に大きく重症度が軽減していた。以上から、全体としての BPSD 重症度は軽減していながらも、8 種のケアによる変化量の差が見られなかった要因の一つには、薬物の影響が含まれていることが考えられる。

加えて、役に立つ機会が増えた者、楽しみや趣味の活動が増えた者、ゆっくりとくつろぐ時間が増えた者について、有意に重症度が低下しており、変化量も 1 点以上と相対的に大きかった。役割や楽しみ、くつろぎ等は、パーソン・センタード・ケアにおける 5 つの心理的ニーズ（①自分らしさ、②結びつき、③携わること、④共にあること、⑤くつろぎ）とオーバーラップする項目である。認知症の人への心理社会的介入においては、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<sup>2)</sup>ことなどをふまえても、今回の解析結果は、BPSD の軽減が、症状に対してどのようなケアを実施するかという視点で達成されるのではなく、ケアの結果、役割や楽しみ・趣味、くつろぐ時間等

のニーズの充足が得られることによって達成されることを示唆していると考えられる。

## 2) NPI-Q 負担度の変化量とケア大分類の関係

一方、ケア大分類の実施の有無による NPI-Q 負担度の変化量について対応のない t 検定を行ったところ、物理的環境調整、その他のケアを実施した群において有意に負担度の変化量（低下）が大きかった。物理的環境調整は、一度本人のニーズに合った環境がしつらえられれば、以降継続的に人的なエフォートをかけずに済むことが影響しているものとする。また、その他のケアについては、BPSD に合わせた個別のケアであり、負担感の変化との関係を考察することは難しく、今後詳細な検討を要する。

## 3) Vitality index の変化量とケア大分類の関係

同様に、ケア大分類の実施の有無による Vitality index の変化量について対応のない t 検定を行ったところ、コミュニケーション、活動調整、アセスメント、連携・チームアプローチを実施した群において有意に変化量が大きかった（意欲向上）。人間関係や役割等が意欲を向上させることを前提とすれば、コミュニケーションや活動調整が意欲の変化を促したことは理解しやすいだろう。また、アセスメントや連携・チームアプローチに合わせて有意差が認められたことから、本人のニーズに合わせてコミュニケーションや活動調整を行うこと、また、アセスメントの結果をチームで共有し連携してケアに取り組むことが意欲向上において有益である可能性を示唆している結果と考えられる。

## 4) short QOL-D の変化量とケア大分類の関係

ケア大分類の実施の有無による short QOL-D の変化量について対応のない t 検定を行ったところ、人的環境調整を実施した群において、実施しなかった群と比較し、有意に変化量（QOL の向上量）が小さかった。人的環境調整には、他者との関係支援や家族関係支援が含まれるが、要因の一つとしては、認知症の人は、一般に人物の見当識障害等により、なじみの人間関係を構築・維持することが重要となるが、人的環境を調整した際に、人物の見当がつけられなかった等の影響が生じた可能性がある。人的環境調整と認知症の人の QOL の関係については、さらなる検討を要する。

## (4) NPI-Q 重症度下位項目とケア大分類との関係

NPI-Q の重症度の合計点の平均については、ケア大分類による変化量の差は見られなかったことから、1 人の認知症の人に生じている BPSD 全体について軽減させるケアは、明らかとならなかったが、本調査の目的が BPSD を軽減するケアを明らかにすることであり、下位項目に位置付けられる状態については、ケアとの関係が示唆される可能性も否定できないことから、ケア大分類の実施の有無による、NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差について、対応のない t 検定により解析することとした。また併せて、属性・状態項目の

影響についても、対応のない t 検定により解析した。

#### 1) NPI-Q 重症度下位項目の変化

NPI-Q 重症度下位項目の変化について、対応ある t 検定を行ったところ、妄想、興奮、うつ、不安、脱抑制、易怒性の 6 項目で有意に重症度が軽減していた。軽減した BPSD には、過活動性の BPSD だけでなく、うつ等の低活動性 BPSD も含まれおり、幅広い症状の軽減が認められたことが確認された。

#### 2) 妄想の変化量とケア等の関連

妄想の変化量とケアとの関係について解析したところ、実施の有無により変化量に有意差の認められたケアはなかった。一方で、DST によりせん妄の疑い有と判定された者について有意に重症度の変化量が大きく軽減しており、妄想の増減と熟睡日数の増減についてクロス集計を行い  $X^2$  検定を実施したところ、熟睡日数が増えた場合、有意に妄想の重症度が減っていた。以上から、今回の分析対象者においては、せん妄により、妄想の重症度が増加しているケースについて、熟睡日数が増加したことにより軽減した可能性が示唆される。

#### 3) 幻覚の変化量とケア等の関連

幻覚については、介入前後で有意な変化は認められなかった。また、ケア大分類の実施の有無による幻覚の変化量の差は認められなかった。一方、過去 1 週間で排便のあった日数が減っている群において幻覚時の重症度が有意に増えているケースの割合が多かった。妄想と排便に関連する先行研究は認められず、結果の意味についてはさらに検討を要する。

#### 4) 興奮の変化量とケア等の関連

興奮は、介入前後で有意に重症度が軽減した下位項目であった。ケア大分類の実施の有無による興奮の変化量の差について、解析したところ、コミュニケーションを実施した群で有意に変化量が大きく、軽減していた。併せて、役割・役に立つ機会が増えた群の重症度の変化が有意に大きく軽減しており、コミュニケーションの調整と役割等を関連付けてケアを実施することの有効性が示唆される結果と考える。

#### 5) うつの変化量とケア等の関連

うつも、介入前後で有意に重症度が軽減した下位項目であった。ケア大分類の実施の有無によるうつの変化量の差について解析したがケア大分類の実施の有無によるうつの変化量の差は認められなかった。一方、ゆっくりとくつろぐ時間が増えた群で有意に重症度の変化量が大きく、軽減しており、水分摂取量が減じている群でうつの重症度が増加しているケースが有意に多かった。ゆっくりとくつろぐ時間が増えるための取り組みを明らか

にしていくことが重要となるだろう。水分摂取量が減ることによるうつについての先行研究は特に認められず、結果は、うつ状態により水分摂取が低減している可能性を考慮すべきと考えられる。

#### 6) 不安の変化量とケア等の関連

不安も、介入前後で有意に重症度が軽減した下位項目であった。しかし、ケア大分類の実施の有無による不安の変化量の差について、解析したがケア大分類の実施の有無による不安の変化量の差は認められなかった。一方、うつ状態が疑われるケースにおいて有意に不安の変化量が大きく軽減しており、楽しみや趣味の活動が増えている群で、有意に不安の変化量が大きく軽減していた。楽しみや趣味の活動によりうつ状態を軽減することの有効性が示唆され、楽しみを見出す方向でケアを検討していくことの有効性が示唆されるが、実践的には、認知機能が低下し、不安の状態にある認知症の人の楽しみや趣味を見出すかについて困難を感じるケースもあることが推察される。不安を生じる原因も個別性が高いことが推測され、より詳細なプロセスについて、明らかにしていく必要がある。

#### 7) 多幸の変化量とケア等の関連

多幸については、介入前後で有意な変化は認められなかった。また、ケア大分類の実施の有無による多幸の変化量の差は認められなかった。更に認知症の人の属性や状態による変化量の差の解析においても有意な差が認められた項目はなく、ケアのあり方について今後の課題となった。

#### 8) 無関心の変化量とケア等の関連

無関心については、介入前後で有意な変化は認められなかった。また、ケア大分類の実施の有無による無関心の変化量の差は認められなかった。更に認知症の人の属性や状態による変化量の差の解析においても有意な差が認められた項目はなく、ケアのあり方について今後の課題となった。

#### 9) 脱抑制の変化量とケア等の関連

脱抑制については、介入前後で重症度に有意な改善が認められたが、ケア大分類の実施の有無による脱抑制の変化量の差は認められなかった。一方、薬剤数の変更が有りの群で有意に変化量が多く軽減しており、ゆっくりとくつろぐ時間が増えた群において有意に変化量が大きかった。更に過去1週間で排便のあった日数との $X^2$ 検定で有意差は認められたものの、残差分析では双方変化なしが有意に多く、関連する傾向はあったもののどのような関連かは不明確であった。

#### 10) 易怒性の変化量とケア等の関連

易怒性については、介入前後で重症度に有意な改善が認められ、連携・チームアプローチ、その他のケアにおいて、実施した群の変化量が有意に大きく、重症度が軽減していた。また、アルツハイマー型認知症に該当しない場合に、変化量が有意に大きく軽減していた。情報を共有しケアを統一して関わることや、認知症の人に合わせた個別ケアの有効性が示唆される結果であったと考える。

#### 11) 異常行動の変化量とケア等の関連

異常行動については、介入前後で有意な変化は認められなかった。また、ケア大分類の実施の有無による異常行動の変化量の差は認められなかった。一方、薬剤数の変更があった群で有意に変化量が大きく重症度が軽減しており、過去1週間で排便のあった日数が減った場合に重症度が増加する割合が有意に大きかった。ケアにおいては排便コントロールを意識したケアを行うことが軽減に有効なケアになる可能性が示唆される。

#### (5) 課題・限界

今回の結果の限界について述べる。今回の解析は、必要なnを確保するためエンドポイントであるNPI-Qの結果をクリーニングしたものの、他の項目には欠損が生じている場合がある。ケア大分類の解析は、今回はすでにかなり実施したケアを抽象化したため組み合わせ等まで行くと調査設計との差が大きくなりすぎると判断し解析を見合わせた。BPSDの軽減には、ケアの組み合わせが影響している可能性もある。また、NPI-Qとケアの関係においては、ニーズや要因を推測する項目が少なく結果を活用する際には注意が必要である。

#### (6) 今後の方針

##### 1) ケア改善方法として再構築

BPSDスポット調査は、全体として、BPSD重症度の他、負担度が軽減し、意欲やQOLが向上するデータが得られていた。一方で15種類のBPSDの個別解析のためのnは十分ではない。同様のレジストリ研究が行われる中、登録を確保し研究の精度を上げていくためには、単に調査を行うのではなく、調査に取り組むことそのものが認知症ケアの質向上に役立つものであることが重要である。本調査は、令和4年度の調査において、ケア改善効果が示唆される結果も得られている。

##### 2) 認知症施策との連動の可能性の検討

また、認知症施策、特にBPSDに対するケアに関わる施策が検討される中で、今回の解析結果を生かしつつ、現場のニーズ及び施策に合わせた展開を検討する必要がある。特にBPSDスポット調査開始以降にLIFEが開発され、データを蓄積しながらケアを検討していく施策が模索されている。再構築に際しては、特にLIFEとの連動を考慮する必

要がある。

### 3) BPSD からニーズを読み解く構造

なお、BPSD スポット調査をケア改善方法として再構築する際には、今回の解析でも示唆された通り、症状を軽減することを目的としたケアを検討する構造ではなく、BPSD の生じた原因やその奥にある認知症の人のニーズを明らかにする過程を踏む構造とする必要がある。

### 4) これまでの研究成果の活用

なお、これまでの研究成果の活用の観点から、今回の解析結果を含め、既存の研究によって有効性が示唆されるケアを示す等により、ケアの検討材料を提供することができないか検討することが望まれる。

### 5) 登録方法の検討

今後当該調査を、ケア改善方法として再構築する際には、介入方法としての役割を主としつつも必要に応じ、解析を行う構造とすることが想定できる。その場合には、調査設計段階において、統計専門家との連携のもとに、初期からの解析の方針やデータが蓄積された後の詳細な解析の方法など段階を踏んで解析できるような計画を立てる必要がある。WEB システムを構築する場合は、欠損が生じないようなシステムを構築し、数値での入力も基本的にプルダウンに設定する等、データクリーニングを最低限にとどめることができるような配慮を必要とする。また、ケアの登録においては、項目を詳細に列挙するのではなく、今回検討したケア大分類等とあわせて自由記述等でケアを登録する方法が、蓄積した結果を解析することや具体的なケアを実践家に情報提供するために有効であると考えられる。さらに、広く活用されるためには、今後さらに検討を深め、調査項目は、BPSD に対するケアを検討するために有効である可能性がある項目としながらも、本調査よりもより減じる必要がある。

### 文献

1. 日本老年医学会日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班変「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」(2015)
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.

## 10. 令和4年度のまとめ

- BPSD スポット調査の登録結果について、今後 BPSD を軽減するケア手法として再構築するための基礎となる知見を得ることを目的に、既存のケアの大分類を作成し、その結果に基づき、統計解析を行った。
- ケアの大分類は、「物理的環境調整」「人的環境調整」「体調調整」「コミュニケーション調整」「活動調整」「アセスメント」「連携・チームアプローチ」「その他」の8種に分類された。
- これら8種のケアの実施の有無により、エンドポイントとした NPI-Q や Vitality index、short QOL-D の変化量に差があるかを解析したところ、NPI-Q の重症度においては、有意に変化量に差が認められるケアはなかった。この結果は、BPSD の軽減が、症状に対してどのようなケアを実施するかという視点で達成されるのではなく、ケアの結果、役割や楽しみ・趣味、くつろぐ時間等のニーズの充足が得られることによって達成される可能性があることを示唆していると考えられた。
- 物理的環境調整、その他のケアを実施した群において有意に NPI-Q 負担度の変化量（低下）が大きく、コミュニケーション、活動調整、アセスメント、連携・チームアプローチを実施した群において有意に Vitality index の変化量が大きかった。また、人的環境調整を実施した群において、実施しなかった群と比較し、有意に変化量（QOL の向上量）が小さかった。8種のケアの実施の有無は、これらのエンドポイント項目の変化に影響を与えうるものであった。
- ケア大分類の実施の有無による、NPI-Q 重症度下位項目の変化量の差について、対応のない t 検定により解析したところ、興奮では、コミュニケーションを行った群で有意に重症度が軽減し、易怒性では連携・チームアプローチ及びその他のケアを行った群で有意に重症度が軽減した。
- 今後、認知症施策との連動性を考慮しつつ、これらの解析結果を活用し、BPSD スポット調査を介入手法として再構築することが望まれる。

**【執筆担当】**

認知症介護研究・研修東京センター 中村考一



令和4年度運営費研究  
認知症ケアレジストリ研究報告書

令和5(2023)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