

令和元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分

認知症の行動・心理症状緩和のための
非薬物療法の効果に関する研究事業

結果報告書

令和2(2020)年3月

地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター研究所

目 次

I.	研究の背景と目的.....	1
II.	調査研究組織.....	7
III.	認知症の人の非薬物療法の介入研究に関する文献レビュー	11
IV.	特別養護老人ホームにおける非薬物療法の実態把握.....	41
	1. 調査概要.....	43
	2. 回答施設属性	44
	3. 処方薬の見直し.....	47
	4. 非薬物的アプローチ	50
	5. クロス集計	53
V.	行動・心理症状のある特別養護老人ホーム入所者に対する介入調査	63
VI.	提言	105
VII.	資料編	109
	[定量調査]調査票	111

I. 研究の背景と目的

1. 認知症の人の行動・心理症状

認知症の人の行動・心理症状（以下、BPSD）は、長年にわたり施設ケアにおける課題となっている。BPSDは、脳の病変に伴う認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する¹。その症状は、焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動などの活動亢進が関わる症状、幻覚・妄想、夜間行動異常などの精神病様症状、不安、うつ状態などの感情障害、及び自発性や意欲の低下(アパシー)の4つの要因で整理されている¹。

BPSDの出現の誘因は多様であり、その原因は個別に異なる。BPSDの基盤には、原因疾患による認知機能障害、それまでその人が生きてきた生活史、居住地域、居住形態や文化、性格などの介入困難な因子があるが、これだけが症状出現の原因ではない。このような状態にある認知症の人に適合しない生活環境、人との関係性、本人の身体症状の変化が、BPSDを誘発する。したがって、BPSDを予防・治療するためには、本人の状態に適合しない環境や関わりを適合するような状態に変換する必要がある。脳の病変に直接作用する薬物療法は例外的に用いられるべきとされ、BPSDへの対応は、非薬物療法を中心に進めるべきと推奨されている。非薬物療法については、研究が進められているものの、その定義や方法論が多様で、エビデンスも不十分とされている²。非薬物療法には、医学的治療法と同様に考えられるものと、ケアの中で行われるプログラムが共に含まれているにもかかわらず、療法という言葉によって、医学的な治療法と区別されていない誤解もあると考えられる。介護施設のケアの中での取り組みを含めた概念を取り上げる本研究では、非薬物的アプローチという言葉を用いることとする。

2. Progressively Lower Stress Threshold Model (PLST ; 漸次的ストレス耐性限界モデル)

まず、BPSDを緩和するための非薬物的アプローチを検討するため、Progressively lower stress threshold (PLST)モデルを基盤にして考える³⁻⁸。PLSTモデルでは、全ての人は自分自身と周囲の状況を掌握したいという欲求があり、全ての行動には原因と意味があるという仮説に基づいている。認知症になると、環境刺激を受け取り、処理し、反応することが難しくなり、そうした困難がストレスとなり、蓄積される。認知機能の障害が進行すると共に、ストレス耐性が低下し、少しのストレスでも状況に適さない不適応行動として出現し、それがBPSDとして捉えられると考えられている。ストレスは、認知症の人の疲労感、環境の変化、ケアの仕方、認知機能で対処できる限界を超えるような要望、多様な刺激、疾患や薬物による体内の変化など様々なものが原因となり生じる。

ストレスが高じると、目を合わせなくなる、過剰な刺激を避けるなどの不安を表す行動をとるようになる。この時点で、ストレスが緩和できる環境を提供することができれば、BPSDに至ることはないが、緩和できないと、行動面に影響が出現すると考えるモデルである。

Hallは、認知症の人が1日を通して、ストレスを蓄積させ、不安行動を経て不適応行動に至るプロセスと、その途中でストレスが軽減されて行動が通常に戻るプロセスを図式化している(図I-1)³。

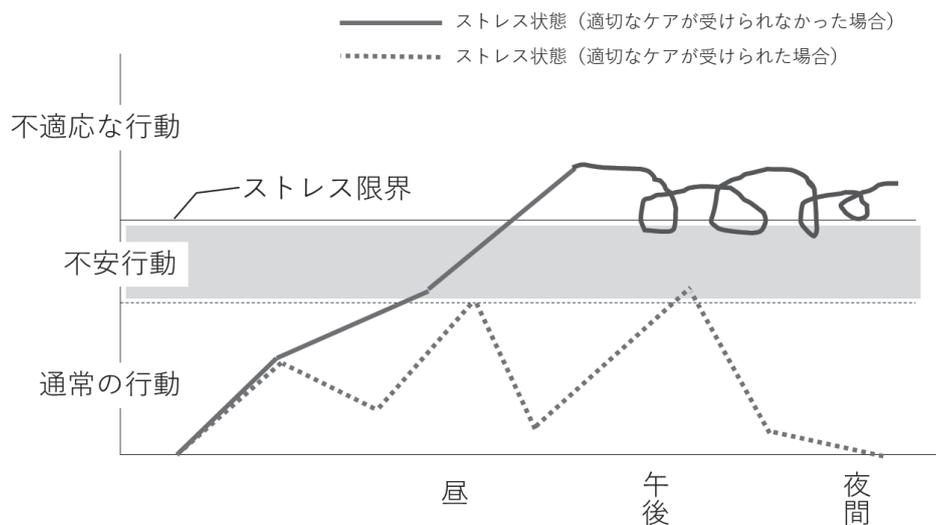


図 I-1 PLST モデルでみる認知症の人の一日

認知症の人のストレスを蓄積させず、周囲の人が対応に困る行動へと発展させないようにするためのケア方法や環境整備には、多くの研究がなされ、実践への示唆が蓄積されつつある。介護施設における方法について大きく分類すると、認知症の人にストレスを感じさせずに日常の介護を進める方法論と、認知症の人に蓄積されたストレスを軽減する機会を提供するプログラムとがある。両者は相互に関連しており、明確に区分されるわけではないが、ここでは、日常ケアの一部として用いられるものと、特別な時間を使って提供されるものとで分ける。前者は、ユマニチュード⁹、不同意メッセージ¹⁰などがあり、後述するように、多様な状態にある多くの人を介護する必要性に迫られる介護施設において、日常のケアを進行させながら、同時に認知症の人を中心としたパーソンセンタードケアの理念を実現できるケア方法の開発は、重要な研究課題となっている。

一方、音楽療法、回想法、園芸療法、タクティールケアなどは、一定の時間を確保することによって、認知症の人のストレスを軽減する機会を提供してBPSD緩和をめざし、研究が蓄積されている。本研究は、主に後者に分類される、一定の時間を確保して提供するプログラムに着目し、文献検討、実態把握、及び介入研究を行うことを目的とする。

3. 特別養護老人ホームの介護環境

特別養護老人ホームは、介護保険制度における施設サービスの一形態で、要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設と定義される。現在は、原則要介護3以上の人が入所する、最重度の要介護者への介護を提供する施設になっている。2017年の統計では、50～59人定員が2297か所、80～89人定員が1165か所で、1施設平均定員数は68.7人となっている¹¹。

入所者の中には胃ろう・腸ろう、膀胱留置カテーテル、痰の吸引、褥瘡の処置、浣腸等の医療的ケアを必要とする人は平均して入所者の3～4%程度おり、看取りケアを提供する方針のある施設は、全体の78.0%である¹²。介護報酬改定のたびに、より重度の要介護状態の人へのケアや看取りを提供する施設へのシフトが方向付けられてきている。

このような状況下にある特別養護老人ホームにおいても、認知症を有する入所者への個別対応が求められている。一部の職員が認知症ケアの教育を受け、望ましい介護環境について理解を深めても、実践は難しい状況に置かれている。BPSD が出現する誘因は個別に異なるため、出現を予防するためには、BPSD が生じる状況を個別に分析し、対応を個別に検討する必要があるが、そのための時間や人員を確保するのが困難な状況にある。BPSD 軽減のための非薬物的アプローチを施設ケアに継続的に位置付けられるようにするためには、そのための仕組みや人員の確保が必要となる。

本研究では、特別養護老人ホームにおける非薬物的アプローチの実態把握を行った。上記の状況において、特別養護老人ホームが認知症の人の BPSD に対応するために実施している取り組みのプロセスについて把握することを目的に、調査を実施した。

4. 生活史アセスメントに基づく個別的非薬物的アプローチに基づくプログラム

本研究では、非薬物的アプローチとして、生活史アセスメントに基づく個別のプログラムを用いて介入を行った。このプログラムは、調査員が家族から聞き取った生活史から、本人が好む画像、映像、音楽を選択して組み合わせ、最大 30 分間の電子媒体プログラムを、個別にタブレットで提供するもので、株式会社 Aikomi が開発している。

事前の生活史聞き取りでは、誕生年、性別といった基礎情報と、子ども時代の状況（両親、家族状況、居住地、習慣、思い出など）、成人後の状況（仕事、居住地、趣味や習い事、好きなテレビ番組、映画、歌、飼っていたペット、家族や友人との関係性など）の情報を収集する。また、子どもの頃などの写真がある場合は、デジタル化して取り込む。元気なころに繰り返し行っていたこと、熱中していたこと、強い結びつきがある人などを手掛かりにして、情報を断片化して画像や音楽に変換し、プログラムを組み立てる。プログラムでは、1~3 分程度の画像や音楽が連続して提示され、全体で 30 分程度になる。これを 3 日間提供する。

家族からの情報が、本人にとって意味あるとは限らないため、初日は本人の受け止め方を確認するアセスメントを兼ねる。興味関心の強さによって、画像の削除や順序の変更、繰り返し提示するかどうかを決定し、プログラムを組み替える。

最終的には、プログラムにより、本人の興味関心を引き出し、馴染みの画像による安心感を提供する時間を提供する。多くの非薬物療法は、集団を対象としている点で限界がある。本プログラムは、個別の生活史に合わせたプログラムを提供できる点で強みがある。また副次的効果として、プログラム視聴に伴い、個別対応する人が傍にいる時間を提供できる点がある。

5. 本研究の目的

中等度から看取り期までの認知症高齢者の行動・心理症状を緩和する非薬物的アプローチの継続的な実施可能性を高めるため、介護施設における実施状況や課題等の実態を把握すること、認知症の人の生活史からアセスメントした個別のプログラムによる非薬物療法の効果を検証することを目的とする。

- ¹認知症疾患診療ガイドライン作成委員会：認知症疾患診療ガイドライン 2017. p23、医学書院
- ²長田久雄、関野明子、森下久美：認知症の非薬物療法のエビデンス. 認知症ケア学会誌 2019;18(2):425-430
- ³ Hall GR, Buckwalter KC. : Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. Arch Psychiatr Nurs. 1987 ;1(6):399-406.
- ⁴ Smith M, Hall GR, Gerdner L, Buckwalter KC. : Application of the Progressively Lowered Stress Threshold Model across the continuum of care. Nurs Clin North Am. 2006 ;41(1):57-81
- ⁵ Hall GR. : Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. Nurs Clin North Am. 1994 ;29(1):129-41.
- ⁶ Mitty E, Flores S. : Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. Geriatr Nurs. 2007 Sep-Oct;28(5):283-8.
- ⁷ Smith M, Gerdner LA, Hall GR, Buckwalter KC. : History, development, and future of the progressively lowered stress threshold: a conceptual model for dementia care. J Am Geriatr Soc. 2004;52(10):1755-60
- ⁸ Cheung DS, Chien WT, Lai CK. : Conceptual framework for cognitive function enhancement in people with dementia. J Clin Nurs. 2011 ;20(11-12):1533-41
- ⁹ 本田美和子、伊東美緒編：ユマニチュードと看護. 2019、医学書院
- ¹⁰ 伊東美緒、宮本真巳、高橋龍太郎：不同意メッセージへの気づき 介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避にむけたケア. 老年看護学 15(1):5-12、2011
- ¹¹ 厚生労働省：平成 29 年介護サービス施設・事業所調査、2017
- ¹² 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査（平成 28 年度調査）（4）介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業報告書、2017

II. 調查研究組織

委員名簿

事業受託者 東京都健康長寿医療センター研究所

委員（敬称略、※委員長）

伊東美緒	群馬大学大学院保健学研究科 准教授
奥田あゆみ	独立行政法人 地域医療機能推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院 地域包括ケア病棟 看護師長
鬼武紗知子	社会福祉法人 熊谷東雲会特別養護老人ホーム玉の緒 相談員・介護支援専門員
鴻江圭子	全国老人福祉施設協議会 理事 社会福祉法人杏風会 特別養護老人ホーム白寿園 施設長
小林寿子	社会福祉法人熊谷東雲会 特別養護老人ホーム玉の緒 看護師
高橋龍太郎	医療法人社団 充会 多摩平の森の病院 地域連携型認知症疾患医療センター センター長
鈴木みずえ	浜松医科大学 医学部看護学科 教授
原沢優子	名古屋市立大学看護学部 准教授
前田潔	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部特命教授
松原弘子	社会福祉法人東北福祉会 せんだんの杜特別養護老人 ホームリベラ荘 看護部長
栗田主一	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
菊地和則	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
平山亮	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
※島田千穂	東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長

オブザーバー

石井伸弥	厚生労働省 老健局総務課 認知症施策推進室認知症専門官
加藤潤一	株式会社 Aikomi 取締役
ニコラス・ハード	株式会社 Aikomi 代表取締役

事務局

菅亜希子	東京都健康長寿医療センター研究所 事務担当
川添利江	東京都健康長寿医療センター研究所 事務担当

専門家から意見をいただくために、本研究では委員会を実施した。

1) 第1回委員会

日時：2019年9月4日（水）16：00～18：00

議事

- 本研究事業の概要
- 認知症のBPSD緩和のための非薬物療法に関する文献レビュー
- 本研究事業における非薬物療法プログラムの紹介と効果検証の方法
- 特別養護老人ホーム対象の非薬物療法実態調査計画

2) タブレットを用いたプログラム提供の結果に関する報告会

日時：2020年1月21日（火）12：00～15：00

議事

- 本研究事業の目的、結果概要
- 動画による結果報告
- 全体討論

3) 第2回委員会

日時：2020年2月13日（木）16：00～18：00

議事

- 報告書概要の説明
- 認知症のBPSD緩和のための非薬物療法に関する文献レビュー
- 非薬物療法実態調査の集計結果
- 非薬物療法プログラム介入研究の結果
- ディスカッション：非薬物療法の実施可能性を高めるための方策について

III. 認知症の人の非薬物療法の介入 研究に関する文献レビュー

1. はじめに

認知症高齢者に対する非薬物療法の重要性の指摘が多くある一方、エビデンスについては十分な蓄積がないことも指摘されている。しかし、それに対して非薬物療法に薬物療法と同じエビデンスを求めることへの疑問も示されている。

今回、「認知症の行動・心理症状緩和のための非薬物療法の効果に関する研究事業」ではタブレットを用いた介入を行う。本稿では介入を行うに当たり、近年の非薬物療法の研究動向は幅広く把握することを目的とした国内外の論文のレビューを行った。また、論文を評価項目によりA. 認知機能の改善、B. 行動・心理症状の改善、C. 生活の質の向上、D. 介護負担軽減、という4つの目的毎に分類を試みた。

2. 方法

(1) 検索方法

1) データベース

文献の検索は国内文献については医中誌 web、海外文献についてはPubMedを用いた。

2) 検索日

(1)医中誌 web

2019年7月24日に検索を行った。

(2)PubMed

2019年7月25日に検索を行った。

3) キーワードと検索条件

(1)医中誌 web

キーワードは認知症と①非薬物療法、②回想法／ライフレビュー、③認知療法、④音楽療法、⑤芸術療法、⑥高照度光療法、⑦園芸療法、⑧動物介在療法、⑨ペット療法、⑩多感覚刺激療法、⑪レクリエーション療法、⑫料理療法、⑬アロマセラピー、⑭現実見当識訓練、⑮認知刺激療法、⑯ユマニチュード、⑰運動療法、⑱行動マネジメント、⑲ロボット、とした。

検索条件は、①論文種類：原著論文、②抄録：抄録あり、③症例報告・事例：症例報告・事例除く、④収載誌発行年：2016年～2019年、⑤チェックタグ：ヒト、⑥チェックタグ：高齢者：65歳～、とした。

(2)PubMed

キーワードはdementiaと①non-pharmacological、②reminiscence/life review、③cognitive rehabilitation、④music therapy、⑤art therapy、⑥bright-light-therapy、⑦horticultural therapy、⑧animal-assisted therapy、⑨pet therapy、⑩multisensory therapy、⑪recreational therapy、⑫cooking therapy、⑬aromatherapy、⑭reality orientation、⑮cognitive stimulation therapy、⑯humanitude、⑰exercise therapy、⑱behavior management techniques、⑲robot、とした。

検索条件は、①Article types : Journal Article、②Text availability : Abstract、③Publication dates : From 2016/01/01 to 2019/06/30、④Species : Humans、⑤Ages : 65+ year、⑥Title : not review、とした。

4) 検索期間

検索期間は医中誌 web と PubMed の両者ともに 2015 年までのレビューが行われていたことから、2016 年～2019 年とした。詳細は上記の検索日と検索条件をご覧頂きたい。

(1) 文献の選択基準

文献の選択は最近の非薬物療法に関する研究動向を幅広く把握するため、下記のような基準で行った。

選択基準は、①直接的な非薬物療法を用いた介入研究、②認知症あるいは認知症の操作的定義を満たしている人を対象、③全文入手可能な原著論文、④英文あるいは和文、の 4 つである。除外基準は、①症例報告／事例報告、②review、の 2 つである。ただし、最近の研究動向を幅広く把握するという観点から、これらの基準を一部満たしていない文献も含まれている。

(2) 文献の選択方法

検索された文献リストからタイトル、アブストラクトを確認し、上記の選択基準、除外基準に照らして基準を満たす可能性のある論文を選び、その後、論文を読んで基準に該当する論文を選んだ。

3. 結果

(1) 検索結果

医中誌 web は 83 件、PubMed は 176 件であった。しかし 4 件が日本で発行された英語論文であったため重複して検索された。そのため合計は 255 件となった。その中から前述の選択基準と除外基準により選択した結果、46 件が分析対象となった。

(2) 分析対象文献

今回のレビューでは、ここ数年の非薬物療法の研究動向を幅広く把握するため文献の選択基準を厳密なものとはしなかった。そのため目的、対象、研究デザイン・介入方法、評価方法・評価項目、結果は多様なものであった。各々の研究についてこれらの項目を資料 1 にまとめた。

また、今回は試行的に文献を評価項目に従って①認知機能の改善、②行動・心理症状の改善、③生活の質の向上、④介護負担軽減、という目的毎に分類し資料 2 にまとめた。これは各々の研究目的とは別に、評価項目が 4 つの内、どれに関係する項目であるかを研究班で判断して分類したものである。そしてそれらの項目の内、有意に改善した項目を示した。

1) 研究デザイン

43 件の研究デザインを見ると、群間比較を行っているものが 32 件、内、介入群とコントロール群（通常ケア）23 件、複数の介入群とコントロール群 3 件、複数の介入群（コントロール群なし）6 件、そして介入前後の比較を行っていたものは 11 件であった。

群間比較を行った 32 件の内、ランダム化されたものが 26 件、一部がランダム化されたのが 2 件、ランダム化されていないものが 4 件であった。

2) 介入方法

介入方法は多岐に渡っていた。回想法 7 件、動物介在療法 4 件、認知刺激療法 4 件、音楽療法 3 件、アロマセラピー（マッサージ）3 件、運動療法 2 件、高照度光療法 1 件、集団レクリエーション 1 件、昼寝と軽運動併用 1 件、園芸療法 1 件、誤りなし学習 1 件、集団リハビリテーション 1 件、ロボット 3 件、マルチドメイン認知プログラム 1 件、メマンチンと音楽療法 1 件、web ベースリハビリテーション 1 件、集団認知リハビリテーション 1 件、個人認知リハビリテーション療法と回想法と認知訓練療法 1 件、音楽併用運動 1 件、音楽ビデオ療法 1 件、統合精神刺激プログラム 1 件、ピアサポート・集団回想法 1 件、人形療法 1 件であった。

3) 目的

研究目的は認知機能の改善 30 件、行動・心理症状の改善 33 件、生活の質の向上 33 件、介護負担軽減 10 件、その他 1 件であった。その他は 4 項目のいずれにも該当しないものである。なお、これは評価項目による分類であるため、複数の評価項目のある文献は目的が複数になる。そのため合計は 43 件にならない。また、これらの目的は研究班が評価項目を分類したものであり、各々の論文の目的とは異なる場合がある。各々の論文の目的は資料 1 をご覧頂きたい。

4) 介入期間・頻度・時間

介入期間は 2 週間から 6 ヶ月と違いがあった。頻度は週 1 回が 18 件で最も多く、続いて週 2 回が 9 件となっていた。1 回当たりの介入時間は 40 分以上 60 分以下が 20 件と最も多く、続いて 30 分以下が 10 件となっていた。

5) 介入人数

介入人数であるが、コントロール群を設定している場合、その人数は含めていない。また、複数の介入を行っている場合、合計人数を示している。10 名が 4 件、11 名～20 名が 9 件、21 名～30 名が 8 件、31 名～40 名が 9 件、41 名～100 名が 4 件、100 名以上が 9 件であった。12,000 名を超える人数の介入が 1 件あったが、これは特殊な形での介入であり、詳細は資料 1 を参照して頂きたい。

6) 評価項目

今回の分析では評価項目を試行的に A. 認知機能の改善、B. 行動・心理症状の改善、C. 生活の質の向上、D. 介護負担軽減、という目的毎に分類した。また、いずれにも該当しないものを E. その他、とした。詳細は資料 2 をご覧頂きたい。

A. 認知機能の改善

30 件の内、評価項目として最も多かったのは Mini Mental State Examination の 21 件であった。以下、Trail Making Test の 5 件、Constructional Praxis と Frontal Assessment Battery の 4 件であった。

B. 行動・心理症状の改善

33 件の内、最も多かったのは Neuropsychiatric Inventory の 16 件、以下、Cornell Scale for Depression in Dementia と Geriatric Depression Scale の 10 件、Cohen-Mansfield Agitation Inventory の 4 件であった。

C. 生活の質の向上

33 件の内、生活の質の向上の項目は非常に多くのものを使用されていた。Clinical Dementia Rating と Quality of Life Alzheimer's Disease scale が 4 件、Instrumental Activities of Daily Living が 3 件となっていた。その他にも介入の種類によって睡眠時間、唾液中クロモグラニン A (CgA) なども使用されていた。

D. 介護負担軽減

10 件の内、Zarit Burden Interview が 4 件、Hospital Anxiety & Depression Scale が 3 件となっていた。

E. その他

その他は 1 件であり、介入後 2 年間での生存割合や 2 年後の入所などとなっていた。

7) 介入効果

分析対象となった 43 文献の研究デザインは、群間比較を行っているものが 32 件、介入前後の比較を行っていたものは 11 件であった。そこで前述の A～E 毎に群間比較と介入前後の比較に分けて述べる。なお、資料 2 は有意な改善がみられた項目に網かけをしている。群間比較を行っている場合は介入群に有意な改善がみられたものを優先し、群間比較で有意な改善がみられない場合は介入前後の比較で有意なもの、あるいは維持しているものに網かけをして、括弧内にどの群が有意に改善あるいは維持したかを示した。なお、一つの文献で A～E それぞれに複数の評価項目がある場合、一つでも有意な改善があれば改善ありとした。

A. 認知機能の改善

群間比較 21 件の内、有意な改善がみられたのは 8 件、前後比較では 3 件であった。介入前後の比較 9 件の内、有意な改善がみられたのは 5 件であった。

B. 行動・心理症状の改善

群間比較 26 件の内、有意な改善がみられたのは 11 件、前後比較では 4 件であった。介入前後の比較 7 件の内、有意な改善がみられたのは 4 件であった。

C. 生活の質の向上

群間比較 24 件の内、有意な改善がみられたのは 14 件、前後比較では 2 件であった。介入前後の比較 9 件の内、有意な改善がみられたのは 6 件であった。

D. 介護負担軽減

群間比較 8 件の内、有意な改善がみられたのは 5 件、前後比較では 1 件であった。介入前後の比較 2 件の内、有意な改善がみられたのは 1 件であった。

E. その他

群間比較 1 件の内、有意な改善がみられたのは 1 件であった。

4. 考察

近年の非薬物療法の動向を幅広く把握する目的で文献を検索したが、その内容は予想以上に多岐に渡っており、その種別は 23 種類に達した。回想法、動物介在療法、認知刺激療法、音楽療法、アロマセラピー（マッサージ）、運動療法の 6 種類だけは複数の文献があったが、それ以外は 1 件に留まった。近年の非薬物療法の広がりをも改めて確認することができた。

【資料1】参考文献一覧

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
坂本ら (2017) ⁹⁾	集団レクリエーション介入を実施し、ラ ンダム化比較試験を通じてBPSDの変化を 検討すること	介護保険施設に通所あるいは入院中のアルツ ハイマー型認知症 ①MMS5.5未満を除く ②グループ活動に支障をきたすような重い心理・ 行動障害のある者を除く 上記の条件を満たす48名	対象者を無作為に介入群23名、対照群25名に割り当てた 介入群には毎週の規模で異なるプログラムとして「風船パ レー」(物品レジャー)「運送ゲーム」(的当て)の4種目を理学 療法士と作業療法士の2名が実施 対照群には介護職員が紙芝居、クイズ、ラジオ体操などのレクリ エーションを実施 介入頻度は両群とも週2回、1回30分として3ヶ月間、その後、両 群に介護職員が1ヶ月、レクリエーションによるプログラム を実施	19名の言語聴覚士、臨床心理士、介護福祉士が実施し たが、11名の方言検定できた MSE、言語(失語症)検査(一部採得)、語流特性 検査、情景面談検査、自伝的記憶流動性検査(一 部採得)、能動的態度評価を介入前と3ヶ月後の介入 後の2回評価	介入群28名、非介入群33名が分析対象 介入群において情景検査総点、同下位項目群 解、自伝的記憶流動性検査下位項目60歳以 降、能動的態度評価総点、同下位項目関心、同 意に改善した 情景面談は両群ともに得点が低下したが、介 入群の低下幅は非介入群と比べて有意に小さ かった
豊田ら (2016) ⁹⁾	介護老人保健施設において認知症高齢者に短時間 に園芸療法士が活動を進める主体とな り、介護士や作業療法士(支援者)も共 に園芸療法プログラムに参加し、生理的 指標と心理的指標の両面から、認知症高 齢者と支援者のストレス軽減に関する検 証を行うこと	介護老人保健施設に入院している軽度・中等度の認 知症高齢者 R・18.8±7.4(点)の認知症高齢者6名とやや高度 R・18.5±6.0(点)の認知症高齢者6名 ①言語によるコミュニケーションが可能 ②左右上肢に痺れがない ③園芸療法への参加を希望する 以上の条件を満たす12名 支援者として作業療法士2名、介護士4名	認知症高齢者の日常生活自立度判と障害者高齢者の日常生活自立度 判によって分類した上で、層別ランダム化の方法で介入群12名と対 照群13名に割り付け 介入群には毎日30分以内の昼寝(午後1時~3時の間)と週3回の ラジオ体操などの軽運動を約30分(午後5時~6時の間)実施 介入期には介入群・対照群全員について就寝時間(午後9時~翌 朝6時)以外での時間差での睡眠・覚醒状況を観察 15分以上連続して睡眠した場合を昼寝と定義	身体線による体動センサーを内蔵した非接触・非拘束 型睡眠計を用い、就寝時間中の睡眠・覚醒状態を毎日 午後10時~翌朝5時までの7時間を評価対象とし、睡眠 時間と途中覚醒時間および回数とを算出し、睡眠効率 (%)を算出(睡眠時間÷(就寝時間×100)で算出) 8週間の研究期間中、1週間毎に7日間の平均を算出 し、介入群・対照群には週目、介入期は週目、追跡期 は週目の測定値を分析に用いた その他に就寝時間中の排尿回数、行動・心理症状の内 容を回収	介入群17名、対照群12名が分析対象 介入群ではベーンズライン期に比べて介入期で睡 眠効率有意に上昇したが、追跡期にはベーンズ ライン期との比較では睡眠効率は有意に高く、途 中覚醒、夜間排尿回数、行動・心理症状回数は 有意に少なかった
グループワークの認知症高齢者に短時間 の昼寝と軽運動を併用することが睡眠を 改善するが明らかになること	認知症高齢者 ①病状が安定し長期間の観察が可能であること ②意識レベルが維持され睡眠と覚醒が判別できる こと ③疼痛、掻痒感、むずむず脚症候群、睡眠時無呼吸 症候群などの睡眠を著しく阻害する症状を認め ない、あるいは睡眠薬を服用していないこと ④主治医から運動を禁忌とされていないこと ⑤自己決定に伴う判断能力があり意思確認ができ ること 以上の条件を満たす25名	対象者を無作為に介入群23名、対照群25名に割り当てた 介入群には毎週の規模で異なるプログラムとして「風船パ レー」(物品レジャー)「運送ゲーム」(的当て)の4種目を理学 療法士と作業療法士の2名が実施 対照群には介護職員が紙芝居、クイズ、ラジオ体操などのレクリ エーションを実施 介入頻度は両群とも週2回、1回30分として3ヶ月間、その後、両 群に介護職員が1ヶ月、レクリエーションによるプログラム を実施	介入群17名、対照群12名が分析対象 介入群においてMSE以外の全項目において有意 な改善がみられた		
介入群17名、対照群12名が分析対象 介入群においてMSE以外の全項目において有意 な改善がみられた	介入群28名、非介入群33名が分析対象 介入群において情景検査総点、同下位項目群 解、自伝的記憶流動性検査下位項目60歳以 降、能動的態度評価総点、同下位項目関心、同 意に改善した 情景面談は両群ともに得点が低下したが、介 入群の低下幅は非介入群と比べて有意に小さ かった				

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Thodberg et al. (2016) ⁵⁾	nursing home)に同居する高齢者に犬の訪問が睡眠パターンと精神的健康状態に及ぼす影響を検討すること	4ヶ所の nursing home)に同居する高齢者124名を対象 ①犬にアレルギー反応があるいは怖がる ②他の動物(猫)が飼われているセクションに居住している 以上の条件に該当する場合は除外 研究期間終了後も、対象者が犬の訪問を受け続けることができるように nursing home)を選択	各々の nursing home)を block とする randomized complete block design 参加者はランダムに犬群、アザラシ型ロボット群、猫の吠える犬群に無作為に割り付けられ、割り付けられた動物を運んだプロジェクタースタッフが週2回(午前9時～午後4時)の訪問を6週間実施 犬は4匹で、3匹はデンマークの Trygghonden Visitor Dogstに訪問犬として認定されており、1匹は認定はされていないが、同じ基準を満たしていた	Mini-Mental State Examination (MMSE) Gottfrides-Bridne-Stein scale (GBS) Geriatric Depression Scale (GDS) Confusion Assessment Method (CAM) Weight and height (BMI) 介入前の一晩、介入3週目の一晩、介入6週目の一晩、介入後の一晩、手首に付ける小さな機械で実睡眠時間、有効睡眠時間(%、Fragmentation indexを測定(介入期間中は介入日に測定)	100名が分析対象 犬群は3週目に睡眠が有意に長かったが、6週目以降に有意差なし MMSE、GBS、GDSは3群間で有意差なし 介入期間中、MMSEは有意に低下、GBSは有意に増加、GDSは有意に低下 3群の違いは長期的な精神状態に影響しない 睡眠時間と犬訪問の因果関係は解明されていない
Meena et al. (2016) ⁶⁾	アルツハイマー病高齢者に対する現実見当識療法のプロトコルに基づいた動物介在療法の有効性を評価すること	病院のアルツハイマー病デイケアセンター利用者の中から軽度～中等度のアルツハイマー病で、行動障害が軽い50名を無作為に抽出	対象者を①animal-assisted therapy(AAT)群20名、②reality orientation therapy group(ROT)群20名、③control群(介入なし)10名に割り付け 3群は年齢、性別、アルツハイマー病が軽度～中等度である診断において均一 ①の選択基準は1)犬に対して恐怖や嫌悪感がない、2)犬と交流する意欲がある、3)動物と過ごした経験がある 介入は週1回45分を6ヶ月間	Mini-Mental State Examination (MMSE) Geriatric Depression Scale (GDS) 介入前と介入後に geriatrician)が実施	介入前後でGDSはAAT群とROT群で有意に低下、MMSEは AAT群とROT群で有意に上昇した 2群を比較すると介入後にGDSは AAT群が有意に低下、MMSEはAAT群が有意に上昇
Lee et al. (2018) ⁷⁾	軽度認知症高齢者の認知機能とADLに対する身体活動プログラムの効果を調べる	デイケアセンターに通う軽度認知症高齢者 ①Clinical Dementia Rating (CDR) : 1 ②能力・視覚に問題がない ③自分で歩く 以上の条件を満たした60名	介入群30名とコントロール群30名に無作為に割りつけ も cognition trainingを週30分間8週間実施 それに加えて介入群は physical activity programを週3回30分8週間実施	Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Geriatric Population:LOTCA-6 (7 areas 26 subtests) Functional Independence Measure:FIM(3 areas 18 subtests) 介入前後に実施	LOTCA-6は介入前後で、介入群で18 subtests と total で有意に向上、コントロール群は18 subtests と total で有意に向上 面群の比較では介入群が 11 subtests と total)で有意に向上 FIMは介入前後で、介入群は 15 subtests と total)で有意に向上、コントロール群は7 subtests と total)で有意に向上 両群の比較では 10 subtests と total)で有意に向上
福田ら (2017) ⁸⁾	アルツハイマー病(AD)と皮質下血管性認知症(SIVD)の患者に対し、それぞれ疾患に对症させた音楽療法を実施し、疾患別、セッション別、疾患とセッションの組み合わせ別に、認知機能と行動・心理症状の改善効果を検証すること	3ヶ所の医療機関に所属するAD患者とSIVD患者を対象 組み入れ基準として ①音楽療法に2回に参加できる ②日常生活の評価ができる介護者がいる ③音楽療法の実施を来すような心身の症状がないこと 除外基準として ①音楽療法2回に参加できない ②日常生活の評価ができる介護者がいない ③心臓機能障害や重度のBPSDがない ④上記基準を満たし介入前にMMSEを実施できた19名が対象 (AD9名、SIVD4名)	週1回40分3ヶ月間で計12回の個人セッション AD用とSIVD用の2種類を用意 SIVD用は主に記憶の改善を目指したプログラム AD患者は遂行機能や精神運動速度の改善を目指したプログラム SIVD患者にAD用音楽療法、SIVD患者にAD用音楽療法、SIVD患者にAD用音楽療法を実施 AD群-AD用、SIVD群-SIVD用を一致群 AD群-SIVD用、SIVD群-AD用を不一致群 個人セッションは日本音楽療法学会認定の音楽療法士1名で実施	認知症高齢者に対して下記を介入期間の前後に実施 Mini-Mental State Examination (MMSE) Raven's Coloured Progressive Matrices (RCPM) Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) Modified Stroop Test (mST) Word Fluency Test (WFT) Trail Making Test (TMT) ネッカー立方体描写 介護者に対して下記を介入期間の前後に実施 Neuropsychiatric Inventory (NPI) Barthel-Index Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) Disability Assessment for Dementia(DAD) Mental Function Impairment Scale(MENFIS) Zarit Burden Interview(ZBI)	認知症高齢者10名が分析対象 10名を対象とした前後比較では改善した項目は無かった AD群ではRBMTの得点が有意に低下した SIVD群では有意差のある項目は無かった AD用セッション群は有意な項目は無かった SIVD用セッション群では RCPMが有意に低下した 一致群・不一致群では、不一致群の WFTが有意に真価が増加した 介護者については有意差のある項目は無かった

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
尾崎ら (2016) ⁹⁾	軽度～中等度のアルツハイマー病(AD)の虚弱高齢者に対する運動療法としてのボール拾い課題 (Ball Picked up Task:BPT)の効果を評価すること	高齢者施設に入院中で理学療法が処方され、BPTの理解が可能なADを合併した高齢者14名	介入から2ヶ月間は屋内歩行練習、有酸素運動を含む脳血管疾患や運動器疾患への理学療法 (PT) を実施 2ヶ月経過後から歩行練習をBPTに変更 BPTとはリハビリ室内にランダムな順で3～5色のカラーボールを置き、被験者にカラーボールの置かれた色の順番と道順を記憶してもらおう 次に被験者に置かれた色の順番を口に出してもらい、確認する 最後にリハビリ室内に置かれたカラーボールを記憶した順に拾い歩いてももらう 実施頻度は一回につき3セット、外来時の週2回実施 難易度はカラーボールの個数で調整し3セット中1度は誤らずに可能な個数で実施 介入時、PT後、BPT後の3回測定	Mini-Mental State Examination (MMSE) Frontal Assessment Battery (FAB) Time Up & Go Test(TUG)	14名が分析対象 MMSEは、介入時とPT後の比較では有意差なし 介入時とBPT後では有意な改善 PT後とBPT後では有意な改善 FABは、介入時とPT後では有意な改善なし 介入時とBPT後では有意な改善 TUGは、介入時とPT後、PT後とBPT後でもともに有意に改善
藤木ら (2017) ¹⁰⁾	病院に入院中の認知症高齢者に高照度光療法を行いVRSDへの影響を検討すること	病院に入院中の認知症高齢者10名 (AD:5名、VD:2名、DLB:1名、FTD:2名) 包含基準 2名の精神科医により認知症の診断 除外基準 他の1名診断書を併存する認知症 9名が向精神薬を服用	入院環境や病棟生活にみられるための1週間以上の観察期間 次の1週間を前夜睡眠期間として測定項目の評価 次の2週間を介入期間として午前8時00分～8時30分に高照度光療法で介入 介入期間後に測定項目の評価	Dementia Behavior Disturbance Scale (DBS) Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form(NPI-Q) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQ-I) 1名以上の評価医を頼んだ医師と看護士1名以上が相談のうえで評価 睡眠日誌 (睡眠覚醒時と総睡眠時間) 夜勤の看護士2名が評価	10名が分析対象 NPI-Qが有意に改善 睡眠覚醒時が有意に短縮
藤生ら (2018) ¹¹⁾	認知性化リハ5原則に基づいた回想療法実施充実度と介入効果との関係を明らかにすること	介護老人保健施設利用者で Clinical Dementia Rating (CDR) で軽度認知障害から中等度認知症の12名 除外基準 ①著しい視力低下や聴覚 ②高次脳機能障害でその場の会話が困難なもの ③回想法の参加回数が全回中5回未満のもの ※各々が軽度認知障害	グループ回想法で週1回1時間全8回の前後比較研究 全スタッフに対して60分の研修を2回実施	Clinical Dementia Rating-5sum of Boxes (CDR-SB) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) Nursing home用精神状態尺度 (NMS-GERM) Neuropsychiatric Inventory (NPI) やる気スコア 回想法観察評価尺度 (Reminiscence Observational Rating Scale: RORS) 部分インテンパル記録法による発音数のカウント (発音率) 回想法実施充実度の調査要因の観察	分析対象は11名 CDR-SBとやる気スコアが有意に改善 RORSの下位項目「情報面」が有意に改善
水野ら (2018) ¹²⁾	Cognitive Stimulation Therapyを参考に開発した「いきいきリハビリ」の集団を対象とした効果を検証すること	5ヶ所の介護老人保健施設の28名の認知症高齢者	1集団3～5名 週1回 (30～30分) 全10セッションの前後比較研究 「いきいきリハビリ」は多様な認知刺激を組み合わせた個別リハビリテーションプログラムであり、季節の話、なつかしい話、生活の知恵などのテーマがセッション毎に設定され、テーマに沿った写真や道具を使用しプログラムを進行	Mini-Mental State Examination (MMSE) Quality of Life questionnaire for Dementia(QOL-D) (身体感、情緒感、陰性行動、コミュニケーション能力、落ち着きのなさ、他者への愛着、自覚性、生活動作性の6領域7項目) 介入前後1週間以内「いきいきリハビリ」実践者と別のスタッフが評価	21名が分析対象 MMSEは有意差なし QOL-Dは陰性感情・陰性行動と落ち着きの2領域が有意に改善
所田 (2016) ¹³⁾	ハンドベルを用いた音楽療法の認知・高次脳機能に与える影響を検討すること	アルツハイマー型認知症と診断された病室の入院患者14名 包含基準 脳卒中、整形外科疾患などによる上下肢麻痺症状がない	音楽がたけ付きの椅子に陣取り、利き手にハンドベルを持ち、2チームに分かれ演奏を1名ずつ担当しピアノ伴奏に合わせ歌 唱しながら、作業療法士の指導の下に各々のパートを個別に演奏 1回1時間週3回3ヶ月実施	介入前、介入後1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月の4回測定 認知症高齢者に対して Mini-Mental State Assessment (FASST) Frontal Assessment Battery (FAB) 三宅式記憶力検査 (Miyake's Paired Verbal Associate Learning Test: MVT) Rey-Os Copied Progressive Matrices (RCPM) Frontal Assessment Battery (FAB) Trail Making Test (TMT) -A / B Clinical Attention Assessment (CAP) (Visual Cancellation task: VCT: Symbol Digit Modalities Test: SDMT) Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (The Degree of serious illness: BSE/Nursing Degree of burden: NBD) Geriatric Depression Scale (GDS) 看護士への暴言・暴行、看護への抵抗、徘徊の頻度、チームワーク回復	14名が分析対象 MVTは介入前と3ヶ月後で有意に改善 RCMは介入前と3ヶ月後で有意に改善 TMT-Aは介入前と3ヶ月後で有意に改善 FABは介入前と3ヶ月後で有意に改善 CAHは介入前と3ヶ月後で有意に改善 NPI-Qは介入前と3ヶ月後で有意に改善 GDSは介入前と3ヶ月後で有意に改善 看護士への暴言4名、暴行1名、看護への抵抗5名は3ヶ月後には暴言1名のみ チームワークは夜間を中心に日平均26.5±7.4回から10.2±5.5回に減少 ※4時点の各問の結果は省略

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Yang et al. (2016) ¹⁰⁾	認知症高齢者の焦燥性興奮と抑うつ気分を緩和するアロマセラピーマッサージの効果を検証すること	5ヶ所のlong-term care施設の軽度から重度の認知症の入居者59名 包含基準 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) 8点以下あるいはMini-Mental State Examination (MMSE)で学歴が高校教育を受けた人は17点以下、高校以上の教育を受けた人は29点以下 過去2週間に Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)で焦燥性興奮がある人は抑うつ気分を示した 除外基準 行動問題の激しさが研究者との相互作用を妨げる	randomized controlled trial and repeated measures design randomized block techniqueにより介入群に29名、コントロール群に30名を割り付け 第1週はベースライン、介入群は第2週～第9週にアロマセラピーマッサージ アロマセラピーマッサージは週1回30分連続した8週間実施 アロマセラピーマッサージは研究者が実施 両群とも施設の通常の活動に参加	Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)※過去2週間を評価 24-hour CMAI※過去24時間を評価 Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese Version : CSD-C (blood-related signs, Behavioral disturbances, Physical signs, Ideational disturbances, Cyclic functions) 評価はCMAIとCSD-Cを第1週、第5週、第9週に実施 24-hour CMAIを第2週、第5週、第9週に実施 Caregiversは評価を旨的に実施※日勤の看護師あるいは supervisor of nursing aideについては不明 CMAIは施設のcaregiversが評価 CSD-Cは日勤の看護師あるいは supervisor of nursing aideが実施 データ収集前にデータ収集のためのトレーニングを受ける	分析対象は56名 CMAIは有意差なし 24-hour CMAIは、コントロール群において第2週に焦燥性興奮の頻度はIncreasedが有意に多く、介入群において第5週と第9週に焦燥性興奮の頻度はDecreasedが有意に多かった、CSD-Cは介入群で有意に改善
Yang et al. (2016) ¹⁰⁾	認知症高齢者の焦燥性興奮と抑うつ気分を緩和する認知療法(CST)、回想法(RT)、アロマセラピーマッサージ(AT)の効果を比較すること	10ヶ所のlong-term care施設の軽度から重度の認知症の入居者102名 包含基準 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)で8点未満あるいは Mini-Mental State Examination (MMSE)で学歴が高校教育を受けた人は10点～17点、高校以上の教育を受けた人は10点～24点 除外基準 行動問題の激しさがリサチアアシスタントあるいは他の参加者との相互作用を妨げる 他の精神疾患がある	cohort study with pre- and post-tests randomized block techniqueにより各施設は一種類の介入を実施 CST群に30名、RT群に43名、AT群に29名を割り付け CSTとRTは週1回50分の連続した10週間の介入 ATは週1回30分の連続した8週間の介入 全ての介入は同じ時間に実施 CSTとRTは1名の research assistantが、ATは2名の research assistantが実施 全員が施設の通常の活動に参加	Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese Version (CSDC) 評価は訓練を受けた看護師あるいは supervisors of nursing assistantsが実施	分析対象は91名 CMAIとCSDCについてATのみ有意に改善
Woods et al. (2016) ¹⁰⁾	認知症高齢者と家族が参加する joint reminiscence groupが通常のケアに比べて効果的か、そして費用対効果があるかを検証すること	8ヶ所の医療センターに通院する地域在住の認知症高齢者と、高齢者に定期的に接触している親族あるいは他の介護者の486組 包含基準 (除外基準) DSM-IVの基準で軽度から中等度の認知症の診断を受けている 意思疎通が可能でコミュニケーションを理解できる グループ活動に参加できる 地域に在住している joint reminiscence groupsに参加でき、情報を提供できる親族あるいは介護者がいる 継続して参加できないような深刻な問題を持っていないこと	pragmatic eight-centre randomised trial dynamic allocation method stratifying for spousal or nonspousal relationship of the dyad 週1回2時間の joint reminiscence groupを12週間実施 (最大12組参加) 各セッションは子供の頃、学校、仕事、結婚、休日、旅行などのテーマに焦点を当て、認知症高齢者と介護者の両者の能動的および受動的回想を強調する その後、7ヶ月間のメインテナンスセッション メインテナンスセッションは大小のグループで様々な活動を実施	Primary outcome measures 認知症高齢者 介護者 Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) General Health Questionnaire GHQ-28 Secondary outcome measures 認知症高齢者 認知症高齢者 Autobiographical Memory Interview (AMI) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSD) QoL-AD Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS) 介護者 Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) EQ-5D-3L and EQ VAS Relative's Stress Scale (RSS) Quality of the Carer-Patient Relationship (QOCP) 認知症高齢者・介護者 Client Services Receipt Inventory (CSRI) 評価は盲検化された評価者がベースライン、3ヶ月後、10ヶ月後に実施 場所は通常、高齢者の家 費用対効果 スタッフの時間、材料、部屋の賃料、スタッフの教育 訓練など 参加組数で割ってコストを計算	分析対象は350組 認知症高齢者についてはPrimary outcomeとSecondary outcomeにおいて、介入群とコントロール群に有意差なし 介護者はGHQ-28の不安が10ヶ月後に有意に増加 joint reminiscence groupの費用対効果があるとは考えられない

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Volger-Riedl et al. (2017) ¹⁷⁾	在宅の認知症高齢者のADL能力に対して Errorless learning (EL)の方がtrial and error learning (TE)より効果的か検証すること	6ヶ所の大学病院のメモリーセンターの外来の患者161名 包含基準 在宅生活をしている 程度から中等度のアルツハイマー病あるいは混合型認知症 (MSE:14点~24)	six-center, single-blind, active-controlled design with a 1:1 randomization for two parallel groups 無作為にEL群81名、TE群に80名を割り付け	第0週 (ベースライン)、第11週、第16週 (the primary measurement endpoint)、第26週に評価 Primary patient-related outcome Task performance rating video(assessed using the Core Elements Method;CEM) ※2課題を別々に評価 ※blinded assessorが評価	140名が分析対象 Primary outcomeにおいて両群で2課題とも有意に改善 両群間において Primary 及びSecondary outcomeに有意差なし
Kaymaz et al. (2016) ¹⁸⁾	認知症高齢者の焦燥性興奮に対するアロペセラピーの効果と、介護者の負担を評価すること	2ヶ所の大学病院に通院する中等度から重度の認知症高齢者50名と主介護者50名 包含基準 65歳以上 医師による中等度から重度の認知症の診断 計画的で一貫した処方計画 (向精神薬を使用していない患者) Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) で2週間以上焦燥性興奮に悩まされる行動がみられる この3ヶ月間、主介護者が代わっていない 在宅生活をしている 除外基準 神経疾患あるいは精神疾患がある 研究で使用するエッセンシャルオイルにアレルギーがある 腕あるいは手に開いた傷口がある 慢性肺疾患あるいは喘息がある 研究期間中に介護者が代わる予定がある	無作為に介入群21名、コントロール群29名を割り付け 介入は Hand massage & Inhalationの2種類 Hand massage 12回実施 Inhalationは主介護者が毎日の28回実施 介入は高齢者宅で実施 コントロール群は評価のみ	Neuropsychiatric Inventory (NPI) Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Zarit Burden Interview NPIとCMAIは介入前、第2週、第4週に評価 ZBIは介入前と第4週に評価 Message and Inhalation Monitoring Formはセラピー中の状態を記録 全ての情報はIPが主介護者から入手	分析対象は28名 介入群で CMAIは2週目と4週目で有意に低下 4週目にコントロール群に比べて有意に低下 NPIは2週目と4週目において有意に低下 4週目にコントロール群に比べて有意に低下 ZBIは4週目にコントロール群に比べて有意に低下
Thomas et al. (2017) ¹⁹⁾	認知症高齢者の行動・心理症状に焦点を当てた個別化された音楽プログラム MUSIC & MEMORYSM (MAM) の効果を検証すること	2012年~2013年に196ヶ所のナーシングホームに入居している25,716名のアルツハイマー病と関連する認知症高齢者	介入群は98施設 (12,905名) と、コントロール群と98施設 (12,811名) (matched-pair comparisons) どの個人がMAMの介入を受けているかデータから判断できないため、介入を受けていない入居者を複数の基準により特定	調査データはITCFocus.orgのデータベースから収集した2012年 (介入前) と2013年 (フォローアップ) のデータベースにはMinimum Data Set (MDS) 3.0、州の監査で収集された施設の情報などが含まれる 抗不安薬と抗精神病薬の使用中止 (Section N of the MDS) 行動問題 Aggressive Behavior Scale (ABS) の減少 うつ気分減少 Patient Health Questionnaire (PHQ-9/PHQ-9-0V)	介入群において抗不安薬と抗精神病薬の中止が有意に多かった 介入群において行動問題の減少が有意に多かった うつ気分は有意差なし

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Tanaka et al. (2017) ²⁰⁾	介護老人保健施設に同居している認知症高齢者に対して集団リハビリテーションと個別リハビリテーションの効果の比較すること	介護老人保健施設に同居している認知症高齢者60名 包含基準 Mini-Mental State Examination (MMSE)が5～25点 重度の視覚および聴覚障害がないこと 簡単な作業あるいは短い会話が可能なこと 集中的リハビリテーションを終了できたこと 除外基準 コミュニケーションが取れない MMSEが26点以上、4点以下 参加する意思がない 病状が安定していない 寝たきり など	single-blinded randomized controlled trial 20人を集団リハビリテーション群、20人を個別リハビリテーション群、20人をコントロール群の重症度を均一にするために、20人をコントロール群に宛てて個別無作為に割り付け MMSEの得点範囲に従って個別無作為に割り付け 集団リハビリテーション群は1回1時間週2回12週間 個別リハビリテーション群は1回20分週2回12週間 コントロール群は通常のケアのみ	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) Vitality Index Health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan (QOL-D) Clinical Dementia Rating (CDR) 評価方法は学習して実施 MMSE five-item Geriatric Depression Scale brief communication ability scale 介入に参加していない5人の作業療法士と1名の言語聴覚士が評価	分析対象は43名 MMSEにおいて集団リハビリテーション群とコントロール群に有意差あり 集団リハビリテーション群は介入前に比べて有意に改善 その他に有意差なし
Petersen et al. (2017) ²¹⁾	ロボットペットPAROが認知症に関連した症状に対して効果があるのかを厳密に評価すること	5ヶ所の信頼できる認知症ユニットにいる61名 包含基準 DSMあるいは National Institute on Aging Alzheimer's Organizationの基準により医師から認知症の診断を受けている 65歳以上 除外基準 統合失調症など精神疾患の診断を受けている 身体的な制限でプログラムへの参加が困難	randomized block design with repeated measurements 介入群35名、コントロール群28名を無作為に割り付け 介入群は1回20分週3回3ヶ月間のPAROの使用 6人の参加者が円いテーブルを囲んで座り、テーブルの中央にPAROを置き、PAROとの相互作用を示すことにより参加者にPAROとの相互作用を促した コントロール群は20分の通常ケア(音楽、身体活動、精神的刺激を含む)	Rating for Anxiety in Dementia (RAID) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) Global Deterioration Scale (GDS) 脈拍数 酸素血中濃度 GSV galvanic skin response (GSR) 薬物使用 介入前と3ヶ月後にPIと訓練を受けた施設の見護師が評価	分析対象は61名 介入群は酸素血中濃度、GSVは有意に増加 RAID、CSDD脈拍、鎮痛剤、behavior medicationは有意に低下
Orell et al. (2017) ²²⁾	家族介護者あるいは友人により高齢者宅で1回30分週に2～3回提供されるindividual CST (iCST)の効果を検証すること	医療機関、デイセンター、アルツハイマー病協会などを通して募集した、地域で生活している軽度から中等度の認知症高齢者と介護者56組	single-blind, pragmatic randomised controlled trial ペーパースラスライム評価の後、介入群80名、コントロール群176名に無作為に割り付け 13週目、26週目の評価を行う研究者に対して盲検化して実施 通常のサービスマスは同様に提供 1回30分週3回25週(最大75セッション)実施 訓練を受けたmental health nurse, clinical psychologist, occupational therapist, research assistantが介護者にどのようか、iCSTマニュアル、アクティビティワークブックを使用するか、そして、どのようかiCSTの鍵となる原則を実行するかを指導	primary outcome Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale(ADAS-Cog) Quality of Life Alzheimer Disease Scale (QoL-AD) secondary outcome Dementia Quality of Life (DEMQUOL) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Bristol Activities of Daily Living Scale(BADLS) Geriatric Depression Scale (GDS-15) additional measure Quality of the Carer Patient Relationship Scale (QPCR) 介護者 primary outcome the Short Form-12 Health Survey (SF-12) secondary outcome Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) Resilience Scale (RS-14) Quality of the Carer-Patient Relationship Scale (QPCR)	分析対象は273組 認知症高齢者 ADAS-Cogは前群間に有意差なし QPCRは有意に改善 介護者 EQ-5D calculated utility valueは有意に改善

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Ochmann et al. (2016) ²⁹⁾	ナーシングホームに入院している認知症高齢者に、動物介在法(Animal-assisted activities (AAA))が効果があるか検証すること	10ヶ所のナーシングホームに入院している認知症高齢者あるいは認知機能に障害がある高齢者 包含基準 65歳以上 認知症あるいはMMS25点未満 除外基準 大アレルギーがある 上記の条件を満たす58名	prospective, cluster-randomized multicentre trial 介入群25名、コントロール群20名に無作為に割り付け 介入群は1回30分週1回2週間のセッションでセッションの参加者は3-6名で半円形に座り、犬を可愛がったり、餌を与えたり、玩具を投げて取りに行かしたりした コントロール群は回想法、音楽療法、運動など通常のケア	ナーシングホームごとに2名の医療専門職が効果測定のための指導を受けた 介入前、介入終了時(12週目)、介入終了後3ヶ月の3回測定 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) Brief Agitation Rating Scale (BARS) Norwegian version of Quality of Life in Late-stage Dementia (QoLAD) Clinical Dementia Rating Scale (CDR)により軽度/中等度と重度の認知症に分類	介入群25名、コントロール群20名の計51名が分析対象 分析対象は介入群8名、コントロール群8名 介入群では介入群がCSDDにおいて介入前と介入終了後3ヶ月で有意に改善、また重度認知症の参加者では介入前と介入終了時、介入前と介入終了後3ヶ月で有意に改善 QoLADは重度認知症の参加者で介入前と介入終了後、介入前と介入終了後3ヶ月で有意に改善
Ochmann et al. (2017) ²⁴⁾	軽度認知症高齢者に対する認知リハビリテーションの効果をデジタルボードネットワークの機能的結合により評価すること	大学のメモリクリニックからスクリーニング包含基準 NINDS/ADRDAの基準で臨床的にアルツハイマー病である可能性が高い、あるいは脳血管疾患のあるアルツハイマー病(混合型認知症)の可能性もある 向精神薬を使用している場合は少なくとも3ヶ月間 は安定した容量であること 除外基準 神経疾患あるいは精神疾患の病歴がある(アルツハイマー病以外) 腫瘍や脳卒中などMRIのスクリーンで広範な病理学的変化がある 上記の条件を満たす20名	介入群10名、コントロール群10名に無作為に割り付け(ただし5人はバイロケットマズデーからの待機者で介入群に入ることが決まっていた) 介入群はモジュールから構成されたCORAL-programに基づいて認知リハビリテーションを週1回12回3ヶ月、コントロール群は標準化された認知リハビリテーションを受け続けた	primary outcome Bayer's Activities of Daily Living Scale (Bayer-ADL) Nunberg Aging Observation Scale (NAS) ※本人と介護者に実施 Secondary outcome Consortium to establish a registry for AD (CERAD) Geriatric Depression Scale (GDS) Health-related quality of life for people with dementia (DEMQOL) 評価は介入群がコントロール群が盲検的に実施	介入群8名、コントロール群8名が分析対象 分析対象は介入群がDEMQOLのみ有意に改善 介入群では後述状況改善結果のより高い増加 コントロール群ではより高次の機能的結合が広範囲に、小さな固まりとして増加 全での参加者においてDEMQOLの増加は両側性前頭における結合性の増加と関連
Liang et al. (2017) ²⁸⁾	認知症ケアセンターと在宅で認知症高齢者にコンパニオンロボット「パロ」を使用することによる感情的、社会的、行動的、生理学的効果を検査すること	2ヶ所の認知症ケアセンターに通う30名の認知症高齢者と介護者の30組(本論文の分析対象は認知症高齢者のみ) 除外基準 英語を話せない 認知症の診断がない	介入群5組、コントロール群15組に無作為に割り付け ケアセンター 1回1時間週2-3回6週間の介入 3-6人が参加し、各人に最大6分間渡されて交流 研究者とパロと参加者の交流を促すため、足ヒシをなでるなどの デモンストラーションを行った 自宅 6週間、参加者の自宅に提供された。 研究者が口頭と説明書でパロを説明 パロとの交流はそれぞれ認知症高齢者と介護者のニーズと好みに まかされた コントロール群は通常のケアを提供	介入前、6週目、12週目に測定 セッション中に1分間隔で興奮行動、表情、社会的相互作用を観察し記録(最大3分) セッション前後に睡眠のポリグラフと血圧 ※研究者が測定 自宅 認知機能 血圧 髪の色(コルチゾール) New Zealand version of the Adenbrooke's Cognitive Examination Cohert-Mansfield Agitation Inventory Short Form Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form Cornell Scale for Depression in Dementia 認知症に関連する薬の使用 ※研究者が測定	介入群15名、コントロール群15名が分析対象 両群間で介入群が3種類の観察で増えたりスタック に話しかけたりすることが有意に増加 介入群で6週目から12週目までうつ状態が有意に増加 認知機能が高いほど、パロに有意に肯定的反応を示した
Kim et al. (2016) ²⁶⁾	アルツハイマー病患者に対してマルチメディア認知プログラムの効果を評価すること	認知症センターに通うアルツハイマー病患者64名 包含基準 60歳以上 Clinical Dementia Rating : 1 NINDSとADRDAの基準によりアルツハイマー病と思われ 除外基準 識字教育を受けていない 認知機能障害を引き起こす可能性のある脳腫瘍あるいは脳炎 2年以内の精神医学的問題 重度の癱瘓 パーキンソン病、ハンチントン病、水頭症 認知機能の低下の可能性のある病気が 2年以内の薬物中毒あるいはアルコール乱用	介入群32名、コントロール群32名に無作為に割り付け 介入群は薬物療法に加えて、回想法、作業療法、芸術療法、園芸療法、音楽療法を、それぞれ1回1時間、それぞれ週1回のマルチ プログラムは2名の作業療法士により実施 コントロール群は薬物療法のみ	介入前と介入後6ヶ月目に実施 primary outcome Korean Boston Naming Test (K-BNT) Mini-Mental State Examination in the Korean Version of the CERAD Assessment Packet (MMSE-K) trial-making test word-list memory, recall and recognition, and constructional recall secondary outcomes Geriatric Depression Scale (GDS) Korean version of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) Clinical Dementia Rating Scale (CDR) / CDR sum of boxes (CDR-SB)	介入群32名、コントロール群21名が分析対象 両群間には有意差なし 介入群において word-list registrationが有意に増加、constructional recallが有意に減少 GDSが有意に減少 QoL-AD Caregiversは有意に改善

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Giovagnoli et al. (2018) ²⁷⁾	アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 (AChEI) による安定した治療を受けている中等度のアルツハイマー病患者に、メマンチンと積極的音楽療法を追加すること、言語を改善できるかどうかを明らかにすること	クリニックに通院しているアルツハイマー病患者45名 包含基準 DSM-IV-TRとNINCDS-ADRDAにおいてアルツハイマー病と思われる病状を認め、言語を改善できるかどうかを明らかにしている 言語に障害がある 除外基準 平衡失調 錐体外路の徴候 発作 自立神経失調 重度の精神疾患(大うつ病、精神病、双極性障害)	メマンチンと音楽療法群23名、メマンチン群22名を無作為に割り付け AChEIにメマンチン20mg/日を追加 音楽療法は1回40分週2回24週間 音楽療法士により実施	介入前、12週目、24週目に評価 神経心理学者が盲検的に実施 Primary outcome Severe Impairment Battery Language (SIB-l) secondary outcomes Severe Impairment Battery (SIB) Activities of Daily Living (ADL) Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Mini-Mental State Examination (MMSE) Lubben Social Network Scale (LSNS)	メマンチンと音楽療法群23名、メマンチン群22名が分析対象 両群においてSIB-lは有意に低下、両群間有意差なし NPIはメマンチンと音楽療法群で有意に悪化が少なかった 両群においてIADLは有意に低下、両群間有意差なし
De Luca et al. (2016) ²⁸⁾	ナーシングホームの認知症高齢者に対して、標準的な認知訓練に加えて、web ベースのリハビリテーションの複合効果を検査すること	ナーシングホームの認知症高齢者20名 包含基準 皮質下起因する軽度から中等度の認知症の存在 CTSキヤンによる血管病変の存在 訓練を妨げる視覚的、聴覚的、行動的問題がない	介入群10名とコントロール群10名に募集の順番で無作為に割り付け webベースのリハビリテーションはパソコンを用いて実施 セッションは1回少なくとも45分週3回8週間の24回	介入前後に評価 神経心理学者が実施 Mini-Mental State Examination (MMSE) Category verbal fluency (CVF) letter verbal fluency (LVF) attentive matrices (AM) constructional apraxia test (CA) Basic activities of daily living (BADL) Instrumental activities of daily living (IADL) Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Geriatric Depression Scale (GDS)	介入群10名、コントロール群10名が分析対象 両群間でMMSE、AM、CA、GDSが有意に改善
Brueggen et al. (2017) ²⁹⁾	軽度アルツハイマー病患者への集団認知リハビリテーションの実現可能性を評価し、ADLへの影響を明らかにすること	大学病院に通う軽度アルツハイマー病患者20名 包含基準 NINCDS-ADRDAによりアルツハイマー病にほぼ間違いない、可能性がある NIA-AAにより「臨床基準に基づいてアルツハイマー病にほぼ間違いない、可能性がある」 MMSEで病状づけられる 血管性と合併している場合はICD-10による在宅生活をしている 週に少なくとも2回は介護者と直接、接触している 服薬している場合、過去3ヶ月に安定した服用をしている 除外基準 MRI検査を受けられない てんかん、あるいは精神疾患の病歴がある	介入群10名、コントロール群10名に部分的に無作為に割り付け 介入群(集団認知リハビリテーション)は1回60分週1回12週間 コントロール群は標準化された認知訓練	介入前後に評価 Primary outcome Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) Nuremberg Aging Observation Scale (NSL-P/C) secondary outcomes Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) Handlungsorganisation und Tagesplanung test (HOTAP-A/C) Boston Cookie Theft picture description task (CTP) Mini-Mental State Examination (MMSE) Trail Making Test A/B Word List Memory Word List Recall Constructional Praxis Recall Phonemic fluency Boston Naming Test Semantic Word fluency Constructional Praxis Dimensions of Quality of Life (DEMQOL) Geriatric Depression Scale (GDS) Apathy Evaluation Scale (AES) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Zarit Burden Inventory (ZBI)	介入群8名、コントロール群8名が分析対象 両群間でDEMQOLが有意に改善

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Antevy et al. (2016) ³⁰⁾	通常の医療的ケアのみと比較して、認知訓練療法(集団)、回想法(集団)、個人認知リハビリテーション療法の効果と比較すること	40ヶ所の医療機関あるいはケアユニットに通う65名 包含基準 NINCDS-ADRDAによりアルツハイマー病と診断された50歳以上の軽度から中等度の認知症在宅生活をしており、家族介護者がいる	a multicenter (40 French clinical sites) randomized, parallel-group trial 個人認知リハビリテーション療法群157名、回想法群172名、認知訓練療法群170名、コントロール群151名に無作為に割り付け 3群の介入は1回90分週1回3ヶ月、続く21ヶ月は6週間毎にメインテナンスセッション コントロール群は通常の医療的ケアのみ	介入前、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後、24ヶ月後に評価 primary outcome 2年間で中等度から重度の認知症のない患者の生存割合 Mini-Mental State Examination (MMSE) : 15未満 あるいは Global Deterioration Scale (GDS) : 5-6 secondary outcome Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADIS-Cog) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Disability Assessment for Dementia (DAD) Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Quality of Life in Alzheimer's Disease scale (QoL-AD) Apathy Inventory (AI) Zarit Burden Interview (ZBI) socio-medical costs for one month (RUD-Lite) 2年後の入院	3ヶ月評価の対象は個人認知リハビリテーション療法群144名、回想法群150名、認知訓練療法群151名、コントロール群141名 回想法群150名、認知訓練療法群151名、コントロール群141名 24ヶ月評価の対象は個人認知リハビリテーション療法群121名、回想法群118名、認知訓練療法群124名、コントロール群109名 primary outcomeは有意差なし コントロール群に対して個人認知リハビリテーション療法群のみ24ヶ月で DAD、AGGIR、NPI が有意差あり、ZBIは3ヶ月と24ヶ月で有意差あり、2年後の入院を送らせる
Wessenberg et al. (2019) ³¹⁾	動物を含めることで認知症の人の心理社会的介入に価値が加わるかどうかを調査すること	2ヶ所のナーシングホームの認知症高齢者19名 包含基準 中等度から中等度より重い認知症 the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association criteria for Alzheimer's disease (AD) と the National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences criteria for vascular dementiaによる認知症 ドイツ語を話せる アセチルコリンエステラーゼ阻害薬、メマンチン、またはその両方を使用して、少なくとも6か月間、安定した服薬をしている	同様とも1回6分週1回6ヶ月 動物介在療法群は1頭の犬とトレーナーにより実施 コントロール群は人の訓練を受けたボランティアにより、犬がいない以外は介入群と同様の条件で実施	介入前、3ヶ月後、6ヶ月後に評価 同様ともビデオで録画され、それを3つのカテゴリでコード化 ①社会的相互作用 1) 言語的相互作用 2) 非言語的相互作用-接触 3) 非言語的相互作用-視線 4) 非言語的相互作用-身体姿勢 ②感情表出 1) Facial Action Coding System 2) Observed Emotion Rating Scale ③行動・心理症状 Neuropsychiatric Inventory (NPI)	17名が分析対象 社会的相互作用は言語的相互作用、非言語的相互作用-接触、非言語的相互作用-身体姿勢で介入群が有意に多かった 感情表出では「喜び」が介入群で有意に多かった
Stewart et al. (2017) ³²⁾	認知刺激療法の先行研究における欠落を補い、発展させること	軽度から中等度の認知症高齢者40名 包含基準 DSM-IVの認知症の基準に適合し、医師から認知症の診断を得ている ケアを提供する主たる介護者がいる Saint Louis University Mental Status Exam (SLUMS) で24点以下 理解力、社会的な関心を持つ能力、他者とのコミュニケーションをとる能力がある 他者ははつきりと見聞きできる能力がない 集団に参加するのに影響する身体的疾患がない 45分~60分の間、意味ある会話に参加できる能力がある	介入前後の比較 40名を67「ルー」は8名~14名) に分けて介入 介入は1回45分週2回7週間 介入は14のナーシングホームから構成	介入前と介入後に評価 Saint Louis University Mental Status Exam (SLUMS) Quality of Life-Alzheimer's disease (QoL-AD) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	38名が分析対象 SLUMS と CSDD が有意に改善

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Sato et al. (2017) ³¹⁾	音楽併用運動が、認知機能とADLを改善するか確認すること	軽度から中等度の認知症高齢者85名 包含基準 ICD-10の認知症の基準により、治療不可能な認知症の診断を受けている MMSEが16-26点 身体的および心理的に安定している 介入に参加するために十分な聴覚、資格、身体能力が維持されている 除外基準 悪性腫瘍や感染症など慢性的に衰弱をもたらす疾患の存在 介入への参加を妨げる重度の心臓、呼吸器、そして介入への参加を妨げる麻痺あるいは協働性の欠如 治療可能な認知症の診断を受けている	音楽併用運動群43名、認知症高齢者42名に無作為に割り付け 介入は両群とも1回40分週1回6ヶ月(24回) 音楽併用運動は上肢下肢の筋力トレーニング、音楽に合わせて手をたたき、呼吸と声のトレーニング、歌から構成された音楽併用運動はインタラクティブな計算、迷路、絵の間違い探し	介入前と介入後に評価 Mini-Mental State Examination(MMSE) Japanese Raven's Colored Progressive Matrices (RCPM) Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT)- Logical three-dimensional cube Word fluency (WF) Trail-making Test A (TMT-A) functional independence measure (FIM) behavioral pathology in Alzheimer's disease (Behave-AD) Voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease (VSRAD)	音楽併用運動群31名、認知症高齢者31名が分析対象 音楽併用運動群において three-dimensional cubeと Voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's diseaseが有意に改善
Rubbi et al. (2016) ³⁰⁾	アルツハイマー病患者に対するビデオ音楽療法の有効性を評価すること	入所施設の32名のアルツハイマー病高齢者 包含基準 ビデオ音楽療法は各サイクルで最低2回参加できる 除外基準 重度の視覚/聴覚障害がある	介入前後の比較 介入は1回1時間週2回、6回のセッションを1サイクルとして2サイクルを5ヶ月空けて実施 ビデオは2種類、一つは伝統音楽を連想させる地元の伝統的衣装、食べ物に移った祝日のビデオ、一つは地元の民族音楽のダンスのビデオ 介入の締めくくりにして、フォークダンスのダンスを施設に招いて、ビデオでの音楽体験と現実の間にいる種々のつながりを作るために、パーティが開催された	各セッション前にMMSE、後に QOL-ADを測定 Quality of Life Questionnaire in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD), Mini Mental State Examination (MMSE)	21人が分析対象 MMSE得点により、ステージ1(軽い)、ステージ2(軽度)、ステージ3(中等度)、ステージ4(重度)に分類 ステージ1-3において QOL-ADが改善
Ibarria et al. (2016) ³⁵⁾	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬を使用している軽度から中等度のアルツハイマー病患者に対する統合的音楽療法プログラムの(LTP)の効果を説明すること、およびLTPのより大きな効果に関連する要因を確認すること	ドイツの認知症センターに通うアルツハイマー病患者206名 包含基準 NINDS-ADRDAによる基準で軽度から中等度のアルツハイマー病にはほぼ同値でない、可能性がある CDR: ステージ1-2 GDS: ステージ4-5 セッション開始前少なくとも3ヶ月はACHEL/メマンを安定した量を服用 入所していない センターに同行できる責任ある介護者がいる 除外基準 文字の読み書きができない うつ病あるいはHDSW-IV Axis-Iの精神障害(認知症以外)がある 感覚が喪失している ACHELあるいはメマンを処方されていない 3ヶ月後のフォローアップ評価を受けていない	セッションは3グループ 月曜日から金曜日の10時-18時、10時-14時群、および3週3回群(費用支出の都合による違い)	セッション前、3ヶ月目、6ヶ月目、9ヶ月目、12ヶ月目に評価 Mini Mental State Examination (MMSE) Cognitive subscale of Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog) Rapid Disability Rating Scale (RDRS-2) Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)	206名が分析対象 MMSEとADAS-Cogは6ヶ月間維持、9ヶ月と12ヶ月で有意に悪化

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Charlsworth et al (2016) ³⁶⁾	認知症の人とその家族介護者に対する通常のケアと比較して、ピアサポートと回想療法を別々および一緒に評価すること	291名の認知症患者とその家族介護者 包含基準 18歳以上の家族介護者とその親族であるDSM-IVの基準による認知症の人 地域で自宅に居住 除外基準 家族介護者あるいは認知症の人が学習障害 非進行性の脳損傷がある 末期の疾患がある 他の心理社会的介入に参加している	multisite、2×2 factorial, pragmatic randomized trial 通常ケアのみ群47名 通常ケアと介護者への1対1のピアサポート群48名 通常ケアと認知症の人と介護者の集団回想法群97名 通常ケアと介護者への1対1のピアサポートおよび認知症の人と介護者の集団回想法群97名 ピアサポートは1回1時間週1回を12週、続く5ヶ月間は2週間に1回の計22回(時間)、介護者の自宅あるいはカフェ、電話などで実施 集団回想法は1回2時間週1回12週、続く7ヶ月間は月1回の計19回	セッション前、5ヶ月目、12ヶ月目に評価 Primary outcomes 家族介護者 UK Short Form-12 Health Survey (UK SF-12) 認知症の人 Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD) Secondary outcomes EuroQol 5 dimensions (EQ-5D) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Neuropsychiatric Inventory Distress Scale (NPI-D) Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) Positive Aspects of Caring (PAC) Carers of Older People in Europe Index (COPE Index) Personal Growth Index (PGI) Quality of Caregiver-Patient Relationship (QCRP) 認知症の人 Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADI) Quality of Life for people with dementia (DEMQUOL)	分析対象は289組 通常ケアと介護者への1対1のピアサポートおよび認知症の人と介護者の集団回想法群は通常ケアのみ群に対してQCRPが有意に改善
Rita Chang et al (2018) ³⁷⁾	認知症専門のダイアグナセーターにおける集団回想法の効果を探ること	認知症専門のダイアグナセーターに通う21名の認知症高齢者 包含基準 65歳以上 中国語あるいは台湾語を話せる 憶覚に問題がない 除外基準 後たきり MMSEが14点以上 疾病や重度の感覚器官障害による身体的不快感や痛みがない	介入前後の比較 4〜5人で実施 1回1時間週1回6週間の8回のセッション 各セッションのトピックスは、研究開始前の1か月間、週1回行われる1〜2時間のライヴストリーディングビデオから生成された	(SDQ)はセッション前後に評価 activity observation scaleはセッション毎に評価 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDQ) activity observation scale Mini Mental State Examination (MMSE) ビデオ撮影	21名が分析対象 (SDQ)は有意に改善
Jaranson et al (2016) ³⁸⁾	ロボット「パロ」を用いた集団活動が認知症高齢者の生活の質に効果があるか調べる	ナーシングホームに居住する認知症高齢者60名 包含基準 65歳以上(実際には65歳未満名が含まれた) 認知症の診断あるいはMMSE25点未満 パロに関心がある	A cluster-randomized controlled trial ナーシングホームのユニット毎に介入群とコントロール群に無作為に割り付け 介入群30名、コントロール群30名 介入群は1回30分週2回12週の24回のセッションをナーシングホームの通常の活動に追加して実施 コントロール群は通常のケア	介入前後、3ヶ月後に評価 Quality of Life in Late-Stage Dementia scale (QoL-LSD) Herth Hope Index(HHI) Life Satisfaction Scale (LSS) Spirituality Index of Well-Being (SIWB) Mini Mental State Examination (MMSE)	介入群27名、コントロール群26名が分析対象 Clinical Dementia Rating scale (CDR)により 軽度〜中等度群、重度群に分けて分析 軽度から中等度群は有意差なし 重度群は介入群が有意に改善
Mu et al (2016) ³⁹⁾	軽度から中等度の台湾の認知症高齢者に對する精神的回想法が希望 人生の満足、精神的幸福に及ぼす影響を明らかにすること	医療センターに通う認知症高齢者106名 包含基準 65歳以上 軽度から中等度の認知症 中国語あるいは台湾語を話せる 明らかな認知障害がない 介入群に入った場合には週1回精神的回想法を6週間、コントロール群に入った場合は6週間の前後2回のインタビューを受けることに同意	介入群52名、コントロール群53名に無作為に割り付け 精神的回想法は1回1時間週1回6週間 毎回アンケートを決めて実施		分析対象はHHI、LSS、SIWB、MMSEが有意に改善 介入群はHHI、LSS、SIWB、MMSEが有意に改善

著者名(発表年)	目的	対象	研究デザイン・介入方法	評価方法・評価項目	結果
Van Bogaert et al (2016) ⁽⁴⁰⁾	ナーシングホームの程度から中等度の認知症高齢者に対するSoi-Cosモデルに基づいた標準化された個人回想法のうつ病、認知・行動への効果を明らかにすること	2ヶ所のナーシングホームに居住する認知症高齢者72名 包含基準 60歳以上 ナーシングホーム居住者 DSM-IVの基準による主要な神経認知障害の診断 MMSE23点以下10点以上 除外基準 服薬の状況が不安定 言語によるコミュニケーションに制限がある	介入群38名、コントロール群36名に無作為に割り付け 1回45分週2回8週間 18人のナーシングホームのボランティアがフアアシリテーターとして訓練を受けて実施	介入前後に測定 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSD) Mini Mental State Examination (MMSE) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Frontal Assessment Battery (FAB)	分析対象は介入群29名、コントロール群31名 介入群においてCSDは有意に改善
Siverova et al (2018) ⁽⁴¹⁾	施設ケアにおけるグループ・ナラティブ・回想法が認知、生活の質、加齢への態度、うつ病状に及ぼす影響を明らかにすること	2ヶ所の施設ケア利用者 包含基準 60歳以上 認知障害 (MMSE10点-24点) 研究に参加の意思がある 医師に回想法に参加することを推薦されている	順番に介入群とコントロール群に割り振り 介入群59名、コントロール群57名 回想法は1回40-60分週1回8週間 参加者は15-10名 コントロール群は標準的ケア	介入前後に測定 World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) The World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) The Attitude to Aging Questionnaire (AAQ) Geriatric Depression Scale (GDS) Mini Mental State Examination (MMSE)	分析対象は介入群59名、コントロール群57名 介入群においてWHOQOL-BREF (Mental health), WHOQOL-OLD (Social participation), AAQ (Psychological losses, Physical changes), GDSが有意に改善
Cantarella et al (2018) ⁽⁴²⁾	ナーシングホームに入居している重度の認知症高齢者への人形療法(BPSDと介護者の負担への効果を明らかにすること	ナーシングホームに入居している重度認知症高齢者32名 包含基準 Short Portable Mental Status Questionnaire5点以上 70歳以上 認知症の診断 (脳血管型あるいはアルツハイマー型) 臨床医によるBPSDの報告 他の非薬物療法を行っていない 重度の感覚障害あるいは知覚障害がない 進行中の死別がない 簡単なメッセージを理解し、文を作れる能力がある	介入群16名、ハンドウォーマー使用群16名に無作為に割り付け 1回1時間週6回1ヶ月(20回) 人形と同じ感覚特性を持つハンドウォーマーを使用 人形あるいはハンドウォーマーが参加者に渡される	介入前後に測定 Neuropsychiatric Inventory (NPI - BPSD) Caregivers' BPSD - related distress (NPI - DISTRESS) Eating Behavior Scale (EBS)	分析対象は介入群16名、ハンドウォーマー群13名 介入群においてNPI - BPSDとNPI - DISTRESSが有意に改善
Lopes et al (2016) ⁽⁴³⁾	ナーシングホームに入居する認知機能障害のある高齢者に対する個人回想法の影響を分析すること	ナーシングホーム入居者41名 包含基準 65歳以上 MoCA : 9-26点 研究への参加の意思がある	介入群20名、コントロール群21名に無作為に割り付け 1回30-40分週1回8週間	介入前後に測定 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Autobiographical Memory Test (AMT) Alzheimer Disease Assessment Scale - Non-Cog (ADAS non-Cog) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSD) Geriatric Depression Scale (GDS-5) Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	分析対象は介入群20名、コントロール群20名 介入群においてMoCA, GDS-5, GAI, AMTが有意に改善

【資料2】文献の目的／方法／評価項目・結果別整理

目的	方法	評価項目と結果（網かけ項目が有意に改善）
A. 認知機能の改善	(回) 介入群/コントロール群 ¹⁾	Mini-Mental State Examination 失語症語彙検査の一部抜粋 語流暢性検査 情景画叙述検査 自伝的記憶流暢性検査
	(集レ) 介入群/コントロール群 ²⁾	Mini-Mental State Examination
	(動) 犬/アザラシ型ロボット/猫の縫いぐるみの3群 ⁵⁾	Mini-Mental State Examination Gottfries-Bråne-Steen scale
	(動) 犬/現実見当識療法/コントロール群の3群 ⁶⁾	Mini-Mental State Examination
	(運) 介入群/コントロール群 ⁷⁾	Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Geriatric Population
	(音) 前後比較 ⁸⁾	Mini-Mental State Examination Raven's Coloured Progressive Matrices Rivermead Behavioural Memory Test (※アルツハイマー病群のみ) Modified Stroop Test Word Fluency Test Trail Making Test ネッカー立方体模写 Mental Function Impairment Scale
	(運) 前後比較 ⁹⁾	Mini-Mental State Examination Frontal Assessment Battery
	(回) 前後比較 ¹¹⁾	改訂長谷川式簡易知能評価スケール Frontal Assessment Battery at bedside N式老年者用精神状態尺度
	(認) 前後比較 ¹²⁾	Mini-Mental State Examination
	(音) 前後比較 ¹³⁾	Functional Assessment Staging Mini-Mental State Examination 三宅式記銘力検査 Raven's Colored Progressive Matrices Frontal Assessment Battery Trail Making Test (TMT)-A/B Clinical Attention Assessment
	(回) 介入群/コントロール群 ¹⁶⁾	Autobiographical Memory Interview
	(誤) 介入群/コントロール群 ¹⁷⁾	Task performance rating video (両群とも前後) Mini-Mental State Examination Reisberg Clinical Dementia Rating

(集リ) 集団リハ群/個別リハ群/コントロール群 ²⁰⁾	Mini-Mental State Examination (集団リハ群とコントロール群の間/集団リハ群の前後) Brief communication ability scale
(認) 介入群/コントロール群 ²²⁾	Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive
(認) 介入群/コントロール群 ²⁴⁾	Consortium to establish a registry for AD
(ロ) 介入群/コントロール群 ²⁵⁾	New Zealand version of the Addenbrooke's Cognitive Examination
(マ) 介入群/コントロール群 ²⁶⁾	Korean Boston Naming Test Mini-Mental State Examination in the Korean Version of the CERAD Assessment Packet trail-making test constructional praxis word-list memory, recall and recognition, and constructional recall(介入群前後)
(メ音) メマンチン・音楽療法群/メマンチン群 ²⁷⁾	Severe Impairment Battery Language (両群前後) Severe Impairment Battery Mini-Mental State Examination
(w) 介入群/コントロール群 ²⁸⁾	Mini-Mental State Examination Category verbal fluency letter verbal fluency attentive matrices constructional apraxia test
(集認リ) 介入群/コントロール群 ²⁹⁾	Rivermead Behavioural Memory Test Handlungsorganisation und Tagesplanung test Boston Cookie Theft picture description task Mini-Mental State Examination Trail Making Test A/B Word List Memory Word List Recall Constructional Praxis Recall Phonemic fluency Boston Naming Test Semantic Word fluency Constructional Praxis
(4群) 個人認知リハビリテーション療法/回想法/認知訓練療法/コントロール群 ³⁰⁾	Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale
(認) 前後比較 ³²⁾	Saint Louis University Mental Status Exam
(音運) 音楽併用運動群/認知刺激群 ³³⁾	Mini-Mental State Examination Japanese Raven's Colored Progressive Matrices Rivermead Behavioral Memory Test

		three-dimensional cube Word fluency Trail-Making Test A Voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease
	(音ビ) 前後比較 ³⁴⁾	Mini-Mental State Examination
	(統刺) 前後比較 ³⁵⁾	Mini-Mental State Examination (6ヶ月維持) Cognitive Subscale of Alzheimer's Disease Assessment Scale (6ヶ月維持)
	(回) 前後比較 ³⁷⁾	Mini-Mental State Examination
	(回) 介入群/コントロール群 ³⁹⁾	Mini-Mental State Examination
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴⁰⁾	Mini Mental State Examination Frontal Assessment Battery
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴¹⁾	Mini Mental State Examination
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴³⁾	Montrael Cognitive Assessment Autobiographical Memory Test Assessment Scale Non-Cog
B. 行動・心理 症状の改善	(集レ) 介入群/コントロール群 ²⁾	Neuropsychiatric Inventory
	(動) 犬/アザラシ型ロボット/猫の縫いぐるみの3群 ⁵⁾	Geriatric Depression Scale
	(動) 犬/現実見当識療法/介入なし ⁶⁾	Geriatric Depression Scale
	(音) 前後比較 ⁸⁾	Neuropsychiatric Inventory
	(光) 前後比較 ¹⁰⁾	Dementia Behavior Disturbance Scale Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form
	(回) 前後比較 ¹¹⁾	Neuropsychiatric Inventory
	(音) 前後比較 ¹³⁾	Neuropsychiatric Inventory Geriatric Depression Scale
	(ア) 介入群/コントロール群 ¹⁴⁾	Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese Version

(ア) 認知刺激療法/回想法/アロママッサージセラピー(AT) ¹⁵⁾	Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory(ATのみ) Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese Version(ATのみ)
(回) 介入群/コントロール群 ¹⁶⁾	Cornell Scale for Depression in Dementia
(誤) 介入群/コントロール群 ¹⁷⁾	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
(ア) 介入群/コントロール群 ¹⁸⁾	Neuropsychiatric Inventory Cohen-Mansfield Agitation Inventory
(音) 介入群/コントロール群 ¹⁹⁾	抗不安薬と抗精神病薬の使用中止 Aggressive Behavior Scale Patient Health Questionnaire
(集リ) 集団リハ群/個別リハ群/コントロール群 ²⁰⁾	five-item Geriatric Depression Scale
(ロ) 介入群/コントロール群 ²¹⁾	Rating for Anxiety in Dementia Cornell Scale for Depression in Dementia
(認) 介入群/コントロール群 ²²⁾	Neuropsychiatric Inventory Geriatric Depression Scale
(動) 介入群/コントロール群 ²³⁾	Cornell Scale for Depression in Dementia Brief Agitation Rating Scale
(認) 介入群/コントロール群 ²⁴⁾	Geriatric Depression Scale
(ロ) 介入群/コントロール群 ²⁵⁾	Cohen-Mansfield Agitation Inventory-Short Form Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form Cornell Scale for Depression in Dementia
(マ) 介入群/コントロール群 ²⁶⁾	Geriatric Depression Scale
(メ音) メマンチン・音楽療法群/メマンチン群 ²⁷⁾	Neuropsychiatric Inventory (メマンチン・音楽療法群前後)
(w) 介入群/コントロール群 ²⁸⁾	Brief Psychiatric Rating Scale Geriatric Depression Scale
(集認リ) 介入群/コントロール群 ²⁹⁾	Geriatric Depression Scale Apathy Evaluation Scale Neuropsychiatric Inventory
(4群) 個人認知リハビリテーション療法/回想法/認知訓練療法/コントロール群 ³⁰⁾	Neuropsychiatric Inventory (個認りとコ) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Apathy Inventory
(動) 介入群/コントロール群 ³¹⁾	Neuropsychiatric Inventory
(認) 前後比較 ³²⁾	Cornell Scale for Depression in Dementia
(音運) 音楽併用運動群/認知刺激群 ³³⁾	behavioral pathology in Alzheimer's disease

	(統刺) 前後比較 ³⁵⁾	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
	(回) 前後比較 ³⁷⁾	Cornell Scale for Depression in Dementia activity observation scale
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴⁰⁾	Neuropsychiatric Inventory Cornell Scale for Depression in Dementia (介入群前後)
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴¹⁾	Geriatric Depression Scale
	(人) 介入群/ハンドウォーマー群 ⁴²⁾	Neuropsychiatric Inventory Eating Behavior Scale
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴³⁾	Cornell Scale for Depression in Dementia Geriatric Depression Scale Geriatric Anxiety Inventory
C. 生活の質の向上	(回) 介入群/コントロール群 ¹⁾	能動的態度評価
	(集レ) 介入群/コントロール群 ²⁾	認知症高齢者 QOL スケール
	(寝運) 介入群/コントロール群 ³⁾	赤外線による体動センサーを内蔵した非接触・非拘束型睡眠計を用い、就寝時間中の睡眠・覚醒状態を毎日測定
	(園) 前後比較 ⁴⁾	唾液中クロモグラニン A (CgA) Visual Analogue Scale (VAS)による自己式気分調査
	(動) 介入群/コントロール群 ⁵⁾	実睡眠時間、有効睡眠時間
	(運) 介入群/コントロール群 ⁷⁾	Functional Independence Measure
	(音) 前後比較 ⁸⁾	Barthel-Index Instrumental Activities of Daily Living Scale Disability Assessment for Dementia
	(運) 前後比較 ⁹⁾	Time Up & Go test
	(光) 前後比較 ¹⁰⁾	Pittsburgh Sleep Quality Index 睡眠潜時 総睡眠時間
	(回) 前後比較 ¹¹⁾	Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes やる気スコア Reminiscence Observational Rating Scale
	(認) 前後比較 ¹²⁾	Quality of Life questionnaire for Dementia
	(回) 介入群/コントロール群 ¹⁶⁾	Quality of Life in Alzheimer's Disease QoL-AD Bristol Activities of Daily Living Scale
	(誤) 介入群/コントロール群 ¹⁷⁾	Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia Treatment satisfaction
	(集リ) 集団リハ群/個別リハ群/コントロール群 ²⁰⁾	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients Vitality Index

	Health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan Clinical Dementia Rating
(ロ) 介入群/コントロール群 ²¹⁾	Global Deterioration Scale 脈拍数 酸素血中濃度 galvanic skin response 薬物使用
(認) 介入群/コントロール群 ²²⁾	Quality of Life Alzheimer Disease Scale Dementia Quality of Life Bristol Activities of Daily Living Scale Quality of the Carer Patient Relationship Scale
(動) 介入群/コントロール群 ²³⁾	Norwegian version of Quality of Life in Late-stage Dementia Clinical Dementia Rating Scale (重度認知症のみ前後)
(認) 介入群/コントロール群 ²⁴⁾	Bayer's Activities of Daily Living Scale Nuremberg Aging Observation Scale Health-related quality of life for people with dementia
(ロ) 介入群/コントロール群 ²⁵⁾	表情観察 コルチゾール 血圧 薬物使用
(マ) 介入群/コントロール群 ²⁶⁾	Korean version of the Quality of Life-Alzheimer's Disease Clinical Dementia Rating Scale/CDR sum of boxes
(メ音) メマンチン・音楽療法群/メマンチン群 ²⁷⁾	Activities of Daily Living Instrumental Activities of Daily Living (両群前後) Lubben Social Network Scale
(w) 介入群/コントロール群 ²⁸⁾	Basic activities of daily living instrumental activities of daily living Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale
(集認り) 介入群/コントロール群 ²⁹⁾	Bayer Activities of Daily Living Scale Nuremberg Aging Observation Scale Dimensions of Quality of Life
(4群) 個人認知リハビリテーション療法/回想法/認知訓練療法/コントロール群 ³⁰⁾	Disablement Assessment for Dementia (個認りとコ) Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (個認りとコ) Quality of Life Alzheimer's Disease scale Zarit Burden Interview
(動) 介入群/コントロール群 ³¹⁾	言語的相互作用 非言語的相互作用-接触 非言語的相互作用-視線 非言語的相互作用-身体の姿勢 Facial Action Coding System Observed Emotion Rating Scale(Pleasure)

	(認) 前後比較 ³²⁾	Quality of Life-Alzheimer' s disease
	(音運) 音楽併用運動群/ 認知刺激群 ³³⁾	functional independence measure
	(音ビ) 前後比較 ³³⁾	Quality of Life Questionnaire in Alzheimer' s Disease Scale
	(統刺) 前後比較 ³⁵⁾	Rapid Disability Rating Scale
	(ピ回) 通常ケア/通常ケア・ピアサポート/通常ケア・集団回想法/通常ケア・ピアサポート・集団回想法 ³⁶⁾	Quality of Life-Alzheimer' s Disease Scale Alzheimer' s Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Inventory Quality of life for people with dementia
	(ロ) 介入群/コントロール群 ³⁸⁾	Quality of Life in Late-Stage Dementia scale
	(回) 介入群/コントロール群 ³⁹⁾	Herth Hope Index Life Satisfaction Scale Spirituality Index of Well-Being
	(回) 介入群/コントロール群 ⁴¹⁾	World Health Organization Quality of Life-BREF The World Health Organization Quality of Life-Old The Attitude to Aging Questionnaire
D. 介護負担軽減	(園) 前後比較 ⁴⁾	唾液中クロモグラニン A (CgA) Visual Analogue Scale (VAS)による自己式気分調査 新版 STAI 状態-特性不安検査の状態不安検査
	(音) 前後比較 ⁸⁾	Zarit Burden Interview
	(回) 介入群/コントロール群 ¹⁶⁾	Hospital Anxiety & Depression Scale EQ-5D-3L and EQ VAS Relative' s Stress Scale Quality of the Carer-Patient Relationship
	(ア) 介入群/コントロール群 ¹⁸⁾	Zarit Burden Interview
	(認) 介入群/コントロール群 ²²⁾	the Short Form-12 Health Survey Hospital Anxiety and Depression Scale European Quality of Life-5 Dimensions Resilience Scale
	(マ) 介入群/コントロール群 ²⁶⁾	Korean version of the Quality of Life-Alzheimer' s Disease (介入群前後)
	(集認り) 介入群/コントロール群 ²⁹⁾	Zarit Burden Inventory
	(4群) 個人認知リハビリテーション療法/回想法/認知訓練療法/コントロール群 ³⁰⁾	Zarit Burden Interview (個認りとコ)
	(ピ回) 通常ケア/通常ケア・ピアサポート/通常ケア・集団回想法/通常ケア・ピアサポート・集団回想法 ³⁶⁾	UK Short Form-12 Health Survey EuroQol 5 dimensions Hospital Anxiety and Depression Scale Neuropsychiatric Inventory Distress Scale

		Positive and Negative Affect Schedule Positive Aspects of Caring Carers of Older People in Europe Index Personal Growth Index Quality of Caregiver-Patient Relationship (通助ケア群と通常ケア・ピアサポート・集団回想法群)
	(人) 介入群/ハンドウォーマー群 ⁴²⁾	Caregivers' BPSD - related distress
E. その他	(4群) 個人認知リハビリテーション療法/回想法/認知訓練療法/コントロール群 ³⁰⁾	2年間で中等度から重度の認知症のない患者の生存割合 socio-medical costs for one month 2年後の入所 (個認りとコ)

文献

- 1) 飯干紀代子, 他. (2018). "アルツハイマー型認知症患者に対するメモリーブックを用いたグループ介入の効果 無作為化比較試験に向けた試み." 高次脳機能研究 38(2): 247-254.
- 2) 坂本将徳, 他. (2017). "集団レクリエーション介入が認知症高齢者における行動・心理症状(BPSD)およびQOLに及ぼす効果." 理学療法科学 32(4): 487-491.
- 3) 堅木亜起子, 宮井信行 (2018). "グループホームに入居する軽・中等度の認知症高齢者における睡眠の改善に対する昼寝と軽運動による介入プログラムの効果." 日本衛生学雑誌 73(3): 365-372.
- 4) 豊田正博, 他. (2016). "平易なフラワーアレンジを用いた園芸療法が認知症高齢者と支援者に与える生理的・心理的效果." 日本認知症予防学会誌 5(1): 2-11.
- 5) Thodberg, K., et al. (2016). "Therapeutic effects of dog visits in nursing homes for the elderly." Psychogeriatrics 16(5): 289-297.
- 6) Menna, L. F., et al. (2016). "Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: a pilot study." Psychogeriatrics 16(4): 240-246.
- 7) Lee, H. J. and K. D. Kim (2018). "Effect of physical activity on cognition and daily living activities of the elderly with mild dementia." Journal of Physical Therapy Science 30(3): 428-433.
- 8) 福田真理, 他. (2017). "疾患の特徴に応じた音楽療法の効果の検討 アルツハイマー病と皮質下血管性認知症を対象として." 日本音楽療法学会誌 17(1): 41-52.
- 9) 尾崎啓次, 他. (2016). "アルツハイマー病を合併した虚弱高齢者に対するボール拾い課題." 日本認知症予防学会誌 5(1): 12-18.
- 10) 藤木僚, 他. (2017). "認知症患者の行動・心理症状に対する高照度光療法の効果." 島根医学 37(4): 227-232.
- 11) 藤生大我, 他. (2018). "介護老人保健施設利用者に対する脳活性化リハ5原則に基づいた回想法実施充実度と効果の関係 効果的なグループ回想法を実施するために." 認知症ケア研究誌 2: 85-92.
- 12) 水野純平, 他. (2018). "小集団「いきいきリハビリ」の有効性の検証." 作業療法 37(2): 161-167.
- 13) 原田雅嗣. (2017). "アルツハイマー型認知症患者に対する音楽療法(第二報) ハンドベル演奏による認知・高次脳機能改善効果の検討." 日本認知症予防学会誌 6(1): 2-11.
- 14) Yang, Y. P., et al. (2016). "Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia." J Gerontol Nurs 42(9): 38-46.
- 15) Yang, Y. P., et al. (2016). "Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People With Dementia." J Am Med Dir Assoc 17(8): 719-724.
- 16) Woods, R. T., et al. (2016). "REMCARE: Pragmatic Multi-Centre Randomised Trial of Reminiscence Groups for People with Dementia and their Family Carers: Effectiveness and Economic Analysis." PLoS One 11(4): e0152843.
- 17) Voigt-Radloff, S., et al. (2017). "Structured relearning of activities of daily living in dementia: the randomized controlled REDALI-DEM trial on errorless learning." Alzheimers Res Ther 9(1): 22.
- 18) Turten Kaymaz, T. and L. Ozdemir (2017). "Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study." Geriatr Nurs 38(3): 231-237.
- 19) Thomas, K. S., et al. (2017). "Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia." Am J Geriatr Psychiatry 25(9): 931-938.

- 20) Tanaka, S., et al. (2017). "Comparison between group and personal rehabilitation for dementia in a geriatric health service facility: single-blinded randomized controlled study." *Psychogeriatrics* 17(3): 177-185.
- 21) Petersen, S., et al. (2017). "The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care." *J Alzheimers Dis* 55(2): 569-574.
- 22) Orrell, M., et al. (2017). "The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial." *PLoS Med* 14(3): e1002269.
- 23) Olsen, C., et al. (2016). "Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial." *Int J Geriatr Psychiatry* 31(12): 1312-1321.
- 24) Ochmann, S., et al. (2017). "Does Functional Connectivity Provide a Marker for Cognitive Rehabilitation Effects in Alzheimer's Disease? An Interventional Study." *J Alzheimers Dis* 57(4): 1303-1313.
- 25) Liang, A., et al. (2017). "A Pilot Randomized Trial of a Companion Robot for People With Dementia Living in the Community." *J Am Med Dir Assoc* 18(10): 871-878.
- 26) Kim, H. J., et al. (2016). "Effectiveness of a community-based multidomain cognitive intervention program in patients with Alzheimer's disease." *Geriatr Gerontol Int* 16(2): 191-199.
- 27) Giovagnoli, A. R., et al. (2018). "Combining drug and music therapy in patients with moderate Alzheimer's disease: a randomized study." *Neurol Sci* 39(6): 1021-1028.
- 28) De Luca, R., et al. (2016). "Cognitive training for patients with dementia living in a sicilian nursing home: a novel web-based approach." *Neurol Sci* 37(10): 1685-1691.
- 29) Brueggen, K., et al. (2017). "Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial." *J Alzheimers Dis* 57(4): 1315-1324.
- 30) Amieva, H., et al. (2016). "Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial." *Int Psychogeriatr* 28(5): 707-717.
- 31) Wesenberg, S., et al. (2019). "Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia." *Psychogeriatrics* 19(3): 219-227.
- 32) Stewart, D. B., et al. (2017). "Making a Difference: A Study of Cognitive Stimulation Therapy for Persons with Dementia." *J Gerontol Soc Work* 60(4): 300-312.
- 33) Satoh, M., et al. (2017). "Physical Exercise with Music Maintains Activities of Daily Living in Patients with Dementia: Mihama-Kiho Project Part 21." *J Alzheimers Dis* 57(1): 85-96.
- 34) Rubbi, I., et al. (2016). "Efficacy of video-music therapy on quality of life improvement in a group of patients with Alzheimer's disease: a pre-post study." *Acta Biomed* 87(4-s): 30-37.
- 35) Ibarria, M., et al. (2016). "Beneficial Effects of an Integrated Psychostimulation Program in Patients with Alzheimer's Disease." *J Alzheimers Dis* 50(2): 559-566.
- 36) Charlesworth, G., et al. (2016). "Peer support and reminiscence therapy for people with dementia and their family carers: a factorial pragmatic randomised trial." *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 87(11): 1218-1228.

- 37) Rita Chang, H. and H. W. Chien (2018). "Effectiveness of group reminiscence therapy for people living with dementia in a day care centers in Taiwan." *Dementia* (London) 17(7): 924-935.
- 38) Joranson, N., et al. (2016). "Change in quality of life in older people with dementia participating in Paro-activity: a cluster-randomized controlled trial." *J Adv Nurs* 72(12): 3020-3033.
- 39) Wu, L. F. and M. Koo (2016). "Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia." *Int J Geriatr Psychiatry* 31(2): 120-127.
- 40) Van Bogaert, P., et al. (2016). "SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study." *J Psychiatr Ment Health Nurs* 23(9-10): 568-575.
- 41) Siverova, J. and R. Buzgova (2018). "The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: A quasi-experimental study." *Int J Ment Health Nurs* 27(5): 1430-1439.
- 42) Cantarella, A., et al. (2018). "Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia." *Int J Geriatr Psychiatry* 33(7): 915-925.
- 43) Lopes, T. S., et al. (2016). "A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment." *Arch Gerontol Geriatr* 66: 183-192.

IV. 特別養護老人ホームにおける 非薬物療法の実態把握

1. 調査概要

調査目的	中等度から看取り期までの認知症高齢者の行動・心理症状を緩和する非薬物療法プログラムの継続的な実施可能性を高めるため、現状の実施状況を把握すること
調査対象	全国の特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）10,112施設から4,000施設を無作為抽出
調査方法	郵送にて調査票を、施設長宛てに送付。
調査実施期間	2019年10月4日（金）～ 2019年10月31日（木）
有効回答数	698サンプル（回収率 約17.5%）
調査主体	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム
調査協力機関	株式会社 日本能率協会総合研究所
留意事項	計数について <ul style="list-style-type: none">○ 図表中の「n」は算出の母数（回答者総数）である。○ 小数点第2位での四捨五入のため、個々の比率の合計が100%にならない場合がある。また、複数回答形式の設問では、比率の合計は概ね100%を超える。○ 回答率を合算する場合（例えば「知っている計」など）、実数から改めて割合を算出するため、図表中に表記された数値の単純合計と一致しないものもある。

2. 回答施設属性

表IV-1 施設開設年

	n	%		
1989年以前	111	15.9		
1990年～1999年	142	20.3		
2000年～2009年	150	21.5		
2010年以降	274	39.3		
無回答	21	3.0	平均	2002.4
全体	698	100.0	標準偏差	12.6

表IV-2 入所者数

	n	%		
49人以下	259	37.1		
50人～74人	210	30.1		
75人～99人	138	19.8		
100人～149人	69	9.9		
150人以上	14	2.0		
無回答	8	1.1	平均	61.4
全体	698	100.0	標準偏差	34.6

表IV-3 入所居室タイプ

	n	%
従来型多床室または従来型個室のみ	63	9.0
従来型とユニット型の両方	269	38.5
ユニット型のみ	346	49.6
無回答	20	2.9
全体	698	100.0

表IV-4 入所者数に占める要介護度4または5の入所者の割合 (%)

	n	%		
10%未満	2	0.3		
10～20%未満	6	0.9		
20～30%未満	18	2.6		
30～40%未満	27	3.9		
40～50%未満	39	5.6		
50～60%未満	78	11.2		
60～70%未満	144	20.6		
70～80%未満	191	27.4		
80～90%未満	131	18.8		
90%以上	50	7.2		
無回答	12	1.7	平均	68.5
全体	698	100.0	標準偏差	17.3

表IV-5 入所者数に占める認知症の診断のある入所者の割合 (%)

	n	%		
10%未満	14	2.0		
10～20%未満	18	2.6		
20～30%未満	28	4.0		
30～40%未満	41	5.9		
40～50%未満	61	8.7		
50～60%未満	85	12.2		
60～70%未満	85	12.2		
70～80%未満	88	12.6		
80～90%未満	81	11.6		
90%以上	156	22.3		
無回答	41	5.9	平均	66.7
全体	698	100.0	標準偏差	25.4

表IV-6 入所者数に占める認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計の割合(%)

	n	%		
10%未満	0	0.0		
10~20%未満	4	0.6		
20~30%未満	11	1.6		
30~40%未満	17	2.4		
40~50%未満	20	2.9		
50~60%未満	32	4.6		
60~70%未満	40	5.7		
70~80%未満	68	9.7		
80~90%未満	100	14.3		
90%以上	365	52.3		
無回答	41	5.9	平均	85.5
全体	698	100.0	標準偏差	22.2

表IV-7 入所者数に占める胃ろう・腸ろうの管理が必要な入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	566	81.1		
10~20%未満	105	15.0		
20~30%未満	11	1.6		
30~40%未満	1	0.1		
40~50%未満	0	0.0		
50~60%未満	0	0.0		
60~70%未満	0	0.0		
70~80%未満	0	0.0		
80~90%未満	0	0.0		
90%以上	0	0.0		
無回答	15	2.1	平均	4.7
全体	698	100.0	標準偏差	5.2

表IV-8 入所者数に占める経鼻経管栄養の管理が必要な入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	659	94.4		
10~20%未満	20	2.9		
20~30%未満	3	0.4		
30~40%未満	0	0.0		
40~50%未満	0	0.0		
50~60%未満	0	0.0		
60~70%未満	0	0.0		
70~80%未満	0	0.0		
80~90%未満	1	0.1		
90%以上	0	0.0		
無回答	15	2.1	平均	1.2
全体	698	100.0	標準偏差	4.4

表IV-9 入所者数に占めるたんの吸引が必要な入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	555	79.5		
10~20%未満	97	13.9		
20~30%未満	18	2.6		
30~40%未満	9	1.3		
40~50%未満	2	0.3		
50~60%未満	0	0.0		
60~70%未満	0	0.0		
70~80%未満	0	0.0		
80~90%未満	0	0.0		
90%以上	0	0.0		
無回答	17	2.4	平均	4.8
全体	698	100.0	標準偏差	6.7

表IV-10 入所者数に占める胃ろう・腸ろうまたは経鼻経管栄養の管理が必要な入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	522	74.8		
10~20%未満	133	19.1		
20~30%未満	25	3.6		
30~40%未満	2	0.3		
40~50%未満	0	0.0		
50~60%未満	0	0.0		
60~70%未満	0	0.0		
70~80%未満	0	0.0		
80~90%未満	1	0.1		
90%以上	0	0.0		
無回答	15	2.1	平均	5.9
全体	698	100.0	標準偏差	6.9

表IV-11 1月～8月までのすべての退所者数に占める施設内で死亡した人数の割合(%)

	n	%		
0～10%未満	137	19.8		
10～20%未満	26	3.8		
20～30%未満	46	6.6		
30～40%未満	34	4.9		
40～50%未満	46	6.6		
50～60%未満	71	10.2		
60～70%未満	83	12.0		
70～80%未満	51	7.4		
80～90%未満	87	12.6		
90～100%	84	12.1		
無回答	28	4.0	平均	49.7
全体	693	100.0	標準偏差	33.8

表IV-12 1月～8月までのすべての退所者数に占める入院して退所した人数の割合(%)

	n	%		
0～10%未満	97	14.0		
10～20%未満	76	11.0		
20～30%未満	65	9.4		
30～40%未満	75	10.8		
40～50%未満	57	8.2		
50～60%未満	60	8.7		
60～70%未満	43	6.2		
70～80%未満	42	6.1		
80～90%未満	38	5.5		
90～100%	103	14.9		
無回答	37	5.3	平均	46.2
全体	693	100.0	標準偏差	32.8

表IV-13 今年(2019年)9月1日時点での看護体制_看護職員の勤務時間

		合計	Q3今年(2019年)9月1日時点での看護職員が必ず勤務している時間帯_終了時間			
			17時29分以前	17時30分～18時30分	18時31分以降	無回答
全体		698 100.0	74 10.6	506 72.5	114 16.3	4 0.6
Q3今年(2019年)9月1日時点での看護職員が必ず勤務している時間帯_開始時間	7時29分以前	95 100.0	5 5.3	47 49.5	43 45.3	0 0.0
	7時30分～8時30分	493 100.0	64 13.0	363 73.6	66 13.4	0 0.0
	8時31分以降	106 100.0	5 4.7	96 90.6	5 4.7	0 0.0

表IV-14 今年(2019年)9月1日時点での看護体制_夜間の看護体制

	n	%
常に夜勤または当直の看護職員が対応	13	1.9
通常、オンコールで対応	639	91.5
夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	27	3.9
無回答	19	2.7
全体	698	100.0

3. 処方薬の見直し

入所者数に占める5種類以上の薬剤処方の入所者の割合は平均51.4%、認知症治療薬処方の入所者の割合は平均23.1%、向精神薬処方の入所者の割合は平均17.0%、BPSD緩和目的の薬処方の入所者の割合は平均12.8%、下剤処方の入所者の割合は平均64.1%であった。

認知症の診断のある入所者と、認知症の診断はないが疑いのある入所者合計に占める認知症治療薬処方の入所者の割合は平均28.3%、BPSD緩和目的の薬処方の入所者の割合は平均15.4%であった。

表IV-15 入所者数に占める5種類以上の薬剤処方の入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	21	3.0		
10~20%未満	40	5.7		
20~30%未満	61	8.7		
30~40%未満	67	9.6		
40~50%未満	100	14.3		
50~60%未満	110	15.8		
60~70%未満	102	14.6		
70~80%未満	66	9.5		
80~90%未満	43	6.2		
90%以上	32	4.6		
無回答	56	8.0	平均	51.4
全体	698	100.0	標準偏差	23.0

表IV-16 入所者数に占める認知症治療薬処方の入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	128	18.3		
10~20%未満	188	26.9		
20~30%未満	152	21.8		
30~40%未満	81	11.6		
40~50%未満	40	5.7		
50~60%未満	22	3.2		
60~70%未満	14	2.0		
70~80%未満	11	1.6		
80~90%未満	3	0.4		
90%以上	3	0.4		
無回答	56	8.0	平均	23.1
全体	698	100.0	標準偏差	17.1

表IV-17 入所者数に占める向精神薬処方の入所者の割合(%)

	n	%		
10%未満	219	31.4		
10~20%未満	187	26.8		
20~30%未満	133	19.1		
30~40%未満	62	8.9		
40~50%未満	25	3.6		
50~60%未満	11	1.6		
60~70%未満	3	0.4		
70~80%未満	0	0.0		
80~90%未満	2	0.3		
90%以上	0	0.0		
無回答	56	8.0	平均	17.0
全体	698	100.0	標準偏差	13.1

表IV-18 入所者数に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者の割合 (%)

	n	%		
10%未満	316	45.3		
10~20%未満	172	24.6		
20~30%未満	89	12.8		
30~40%未満	31	4.4		
40~50%未満	17	2.4		
50~60%未満	9	1.3		
60~70%未満	5	0.7		
70~80%未満	1	0.1		
80~90%未満	1	0.1		
90%以上	0	0.0		
無回答	57	8.2	平均	12.8
全体	698	100.0	標準偏差	13.2

表IV-19 入所者数に占める下剤処方の入所者の割合 (%)

	n	%		
10%未満	15	2.1		
10~20%未満	18	2.6		
20~30%未満	42	6.0		
30~40%未満	38	5.4		
40~50%未満	61	8.7		
50~60%未満	69	9.9		
60~70%未満	101	14.5		
70~80%未満	99	14.2		
80~90%未満	102	14.6		
90%以上	96	13.8		
無回答	57	8.2	平均	64.1
全体	698	100.0	標準偏差	24.6

表IV-20 認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める認知症治療薬処方の入所者割合 (%)

	n	%		
0~10%未満	99	14.2		
10~20%未満	163	23.4		
20~30%未満	128	18.3		
30~40%未満	88	12.6		
40~50%未満	57	8.2		
50~60%未満	38	5.4		
60~70%未満	19	2.7		
70~80%未満	17	2.4		
80~90%未満	6	0.9		
90~100%	8	1.1		
100%以上	3	0.4		
無回答	72	10.3	平均	28.3
全体	698	100.0	標準偏差	21.2

表IV-21 認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者割合 (%)

	n	%		
0~10%未満	283	40.5		
10~20%未満	164	23.5		
20~30%未満	84	12.0		
30~40%未満	44	6.3		
40~50%未満	20	2.9		
50~60%未満	14	2.0		
60~70%未満	8	1.1		
70~80%未満	5	0.7		
80~90%未満	1	0.1		
90~100%	2	0.3		
無回答	73	10.5	平均	15.4
全体	698	100.0	標準偏差	16.1

入所者の処方薬についての見直し・検討のしかたについては、医師からの提案で入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、「定期的にある」が28.8%、看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、「定期的にある」が24.6%、入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度は、「定期的にある」が23.4%、処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度は、「定期的にある」が19.1%であった。いずれも定期的に行われている頻度が2割程度以上である。

表IV-22 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度

	n	%	階級値
定期的にある	201	28.8	4.0
ときどきある	345	49.4	3.0
あまりない	135	19.3	2.0
一度もない	11	1.6	1.0
無回答	6	0.9	
全体	698	100.0	平均 3.1 標準偏差 0.7

表IV-23 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度

	n	%	階級値
定期的にある	172	24.6	4.0
ときどきある	468	67.0	3.0
あまりない	47	6.7	2.0
一度もない	4	0.6	1.0
無回答	7	1.0	
全体	698	100.0	平均 3.2 標準偏差 0.6

表IV-24 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度

	n	%	階級値
定期的にある	163	23.4	4.0
ときどきある	419	60.0	3.0
あまりない	101	14.5	2.0
一度もない	8	1.1	1.0
無回答	7	1.0	
全体	698	100.0	平均 3.1 標準偏差 0.7

表IV-25 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度

	n	%	階級値
定期的にある	133	19.1	4.0
ときどきある	410	58.7	3.0
あまりない	140	20.1	2.0
一度もない	4	0.6	1.0
無回答	11	1.6	
全体	698	100.0	平均 3.0 標準偏差 0.6

4. 非薬物的アプローチ

認知症またはその疑いがある入所者が、不安になったり落ち着きがなくなったりした場合での個別対応についてみると、そのような状態での原因の探索は96.0%の施設で行われており、そのうち複数の職員で原因の探索を行っている施設は97.9%であった。

不安を和らげたり落ち着かせたりする目的で、個別に行ったことがあるものは、「日常の作業（洗たく物をたたむ等）を手伝ってもらおう」が91.9%、「その方の懐かしい思い出を尋ねたり話してもらったりする」が86.6%、「その方の好きな音楽を聴かせる」が75.8%と7割以上であった（複数回答）。

個別に行ったことがあるもののうち、その他として自由回答に記載されていた内容を選択肢にすると、「外出・散歩・病院内の回遊のための環境整備」が最も多かった。

個別に行った対応によって、不安が実際に和らいだり落ち着いたりした場合の職員間での共有は、「その日の記録につけた」が87.3%、「申し送りを行った」が84.0%で、「共有していない」が0.6%であったことから、多くの施設で共有されていることがうかがえた（複数回答）。また不安が和らいだり落ち着いたりしなかった場合に、ほかの対応の検討は、「いつも検討した」が27.5%、「検討したことが多かった」が64.6%で、92.1%が実施している。

表IV-26 認知症入所者への個別対応_原因の探索

	n	%
はい	670	96.0
いいえ	24	3.4
無回答	4	0.6
全体	698	100.0

表IV-27 認知症入所者への個別対応_複数職員での原因の探索

	n	%
はい	656	97.9
いいえ	13	1.9
無回答	1	0.1
全体	670	100.0

表IV-28 認知症入所者への個別対応_行ったことがあるもの（複数回答）

	n	%		
その方の好きな音楽を聴かせる	508	75.8		
その方の懐かしい思い出を尋ねたり話してもらったりする	580	86.6		
絵を描いてもらう（絵手紙、塗り絵等も含む）	472	70.4		
手芸や工作など、何かをつくる活動をしてもらう	388	57.9		
日常の作業（洗たく物をたたむ等）を手伝ってもらおう	616	91.9		
アロマオイル等の香りを用いる（アロマセラピー含む）	103	15.4		
動物と触れ合ってもらおう（アニマルセラピー含む）	92	13.7		
コミュニケーションロボット（パロやPALRO等）を用いる	33	4.9		
その他（ただし、薬剤を用いた対応は除く）	301	44.9		
無回答	3	0.4	累計	(n)
全体	670	100.0	累計	(%)
			3096	462.1

表IV-29 認知症入所者への個別対応_行ったことがあるもの(複数回答)

RANK	Q11-2-1 認知症入所者への個別対応_行ったことがあるもの(その他)	回答数(複数回答)	%	回答(抜粋)
1	外出・散歩・病院内の回遊のための環境整備	235	33.7	・屋外への散歩を行う。 ・施設内外の散歩に出かける
2	飲食・嗜好品の提供	58	8.3	・好きな食物や甘い物を提供する。 ・嗜好品の提供
3	家族への面会依頼	54	7.7	・家族に面会依頼 ・家族との時間を作って頂く
4	ドライブ	39	5.6	・ショートステイの送迎時ドライブとして便乗 ・ドライブに行く、買い物へ同行する。
5	傾聴	31	4.4	・傾聴ボランティアの人と会話をを楽しむ。 ・御本人の話(訴え)を否定せずに聞き・おだやかになるまで寄りそう。
6	買い物の機会の提供	27	3.9	・ショッピングセンターなどへの買物・紅葉狩り、水族館などへの外出 ・買い物に出かけて気分転換を図る。・ふるさと訪問で自宅への外出支援
7	家族と電話で話してもらう	24	3.4	・娘へ電話(家族の声を聞くと落ちつかれる) ・直接、ご家族と電話で話してもらうことで安心していただく。
8	タクティールケア(肌に触れる)	19	2.7	・タクティールケア ・タッチング行う
9	園芸(生花教室含む)	18	2.6	・畑で野菜の収穫をする。 ・園芸・面会依頼
10	一時帰宅(実家含む)	17	2.4	・生家、自宅等への帰省。(外出、外泊)・家族交流など。 ・自宅訪問
11	歌を歌う・カラオケ	15	2.1	・歌を一緒にうたう。 ・カラオケ
12	ゲーム・遊び・クイズ・計算問題	13	1.9	・ゲーム、パズル・散歩(当施設は、浜名湖畔にあります) ・簡単なゲーム(ボーリング、輪投げ…)への参加。
12	自由に行動してもらう	13	1.9	・その方のしたいことを見守る。 ・ある程度のリスクは承知のうえで、好みに移動していただく。
14	環境を変える	12	1.7	・静かな環境でゆっくり過ごす。(環境を変えてみる) ・車イスでなくソファに座ってもらう
14	小学生・保育園児・ボランティアとの交流	12	1.7	・子供とのふれあいの場をもつ(小学生施設訪問) ・多世代交流に参加し子供達とふれ合う
16	人形・ぬいぐるみを持ってもらう	11	1.6	・赤ちゃん人形やぬいぐるみを個別に持たせる。 ・ドールセラピー
17	新聞・本を提供する	10	1.4	・本や雑誌を読んでもらう ・絵本をみてもらう
18	部屋を馴染みのあるしつらえにする	9	1.3	・個室のしつらえ ・居室の環境を変える。
18	体操	9	1.3	・体操等で体を動かす ・ラジオ体操など身体を動かして運動する。
20	DVD・インターネット動画(その方が興味がある)	8	1.1	・DVDを観てもら(歌やドリフなど) ・DVD観賞
20	知り合い・顔なじみに会ってもらう	8	1.1	・知人と出会う ・馴染みの方に会いに行く
22	料理の機会を提供する	7	1.0	・一緒にお料理(簡単な)を楽しんでもらう ・簡単な調理をする
23	トイレ誘導・排便コントロール	6	0.9	・自然排便 ・排便コントロール
23	入浴・清潔ケア	6	0.9	・入浴 ・爪切り・耳そうじ
23	常に行動を共にする	6	0.9	・常に行動を供なう ・職員と一対一で過ごす。
23	テレビ・ラジオ	6	0.9	・TV番組などの提供 ・ラジオを聴いてもらう。
27	手足浴	5	0.7	・手浴、足浴 オイルマッサージ ・手足浴
27	他のユニットに行く	5	0.7	・他のユニットへ行く ・他ユニットの入居者様との交流の時間を設ける
29	カフェの参加(居酒屋等も含む)	4	0.6	・カフェへの参加
29	生活から原因をアセスメントする	4	0.6	・何が原因になっているのか1日の生活を見直し再アセスメントする
29	美容	4	0.6	・美容レクレーションなどの活動の実施
32	ユマニチュードの実践	3	0.4	・ユマニチュードを用いた関わり
33	医務室で見守る	2	0.3	・医務室にて見守る
33	様子観察	2	0.3	・不安状態より多動性が高い場合、関わることで助長してしまう時はあえて遠目で見る(様子観察)をすることもある
33	習字	2	0.3	・お習字
33	仏壇に手を合わせに行く	2	0.3	・仏壇に手を合わせる(施設内に設置)
33	家族の手紙を読む	2	0.3	・家族からの手紙を読む
33	他職種が関わる	2	0.3	・他職員と連携して入る
33	神社・墓参りに行く	2	0.3	・墓参り
40	バス停の設置	1	0.1	・帰宅願望がある方にバス停の設置

表IV-30 認知症入所者への個別対応_方法の職員間共有(複数回答)

カテゴリー名	n	%	累計 (n)	累計 (%)
その日の記録につけた	585	87.3	2018	301.2
ケアプランに含めた	366	54.6		
申し送りを行った	563	84.0		
その日のスタッフに伝えた	486	72.5		
共有していない	4	0.6		
無回答	14	2.1		
全体	670	100.0		

表IV-31 認知症入所者への個別対応_方法の職員間共有(複数回答)

カテゴリー名	n	%
いつも検討した	184	27.5
検討したことが多かった	433	64.6
ほとんど検討しなかった	29	4.3
まったく検討しなかった	0	0.0
無回答	24	3.6
全体	670	100.0

入所者向けアクティビティ（集団、個別問わず）の実施状況は、「音楽を聴く」（96.7%）、
「日常の作業を入所者に手伝ってもらう」（96.7%）、「絵を描く」（88.7%）を実施している
施設が多く、「日常の作業を入所者に手伝ってもらう」は「毎日」が83.9%と頻度も高い。

表IV-32 入所者向けアクティビティ（集団、個別問わず）の実施状況

音楽を聴く(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	675	96.7	毎日	272	40.3	依頼することがある	478	70.8
していない	16	2.3	週に何回か	198	29.3	依頼することはない	108	16.0
無回答	7	1.0	月に何回か	123	18.2	無回答	89	13.2
全体	698	100.0	月に1回程度	43	6.4	全体	675	100.0
			月に1回より少ない	24	3.6			
			無回答	15	2.2			
			全体	675	100.0			

懐かしい思い出を入居者どうして語り合う(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	541	77.5	毎日	131	24.2	依頼することがある	186	34.4
していない	149	21.3	週に何回か	201	37.2	依頼することはない	271	50.1
無回答	8	1.1	月に何回か	123	22.7	無回答	84	15.5
全体	698	100.0	月に1回程度	36	6.7	全体	541	100.0
			月に1回より少ない	28	5.2			
			無回答	22	4.1			
			全体	541	100.0			

絵を描く(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	619	88.7	毎日	150	24.2	依頼することがある	91	14.7
していない	72	10.3	週に何回か	231	37.3	依頼することはない	405	65.4
無回答	7	1.0	月に何回か	164	26.5	無回答	123	19.9
全体	698	100.0	月に1回程度	40	6.5	全体	619	100.0
			月に1回より少ない	27	4.4			
			無回答	7	1.1			
			全体	619	100.0			

手芸や工作など何かをつくる活動をする(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	555	79.5	毎日	48	8.6	依頼することがある	146	26.3
していない	136	19.5	週に何回か	139	25.0	依頼することはない	308	55.5
無回答	7	1.0	月に何回か	183	33.0	無回答	101	18.2
全体	698	100.0	月に1回程度	95	17.1	全体	555	100.0
			月に1回より少ない	82	14.8			
			無回答	8	1.4			
			全体	555	100.0			

日常の作業を入所者に手伝ってもらう(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	675	96.7	毎日	566	83.9	依頼することがある	54	8.0
していない	17	2.4	週に何回か	92	13.6	依頼することはない	466	69.0
無回答	6	0.9	月に何回か	12	1.8	無回答	155	23.0
全体	698	100.0	月に1回程度	1	0.1	全体	675	100.0
			月に1回より少ない	0	0.0			
			無回答	4	0.6			
			全体	675	100.0			

アロマオイルを焚くなど香りを楽しむ(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	144	20.6	毎日	33	22.8	依頼することがある	34	23.4
していない	544	77.9	週に何回か	17	11.7	依頼することはない	81	55.9
無回答	10	1.4	月に何回か	25	17.2	無回答	30	20.7
全体	698	100.0	月に1回程度	26	17.9	全体	145	100.0
			月に1回より少ない	40	27.6			
			無回答	4	2.8			
			全体	145	100.0			

動物と触れ合う・世話をする(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	143	20.5	毎日	27	18.9	依頼することがある	71	49.7
していない	547	78.4	週に何回か	12	8.4	依頼することはない	49	34.3
無回答	8	1.1	月に何回か	17	11.9	無回答	23	16.1
全体	698	100.0	月に1回程度	11	7.7	全体	143	100.0
			月に1回より少ない	69	48.3			
			無回答	7	4.9			
			全体	143	100.0			

コミュニケーションロボットを使う(SA)			頻度(SA)			外部への依頼有無(SA)		
	n	%		n	%		n	%
している	41	5.9	毎日	11	26.8	依頼することがある	4	9.8
していない	649	93.0	週に何回か	11	26.8	依頼することはない	27	65.9
無回答	8	1.1	月に何回か	6	14.6	無回答	10	24.4
全体	698	100.0	月に1回程度	2	4.9	全体	41	100.0
			月に1回より少ない	6	14.6			
			無回答	5	12.2			
			全体	41	100.0			

5. クロス集計

入所者の処方薬についての見直し・検討のしかた

入所者の処方薬についての見直し・検討のしかたについて、認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方入所者割合が 10%未満と 10%以上でみると、医師からの提案で入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 10%未満で 36.3%、10%以上で 54.2%、看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 10%未満で 39.5%、10%以上で 51.2%、入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 10%未満で 36.8%、10%以上で 52.1%、処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 10%未満で 45.1%、10%以上で 46.6%であった。いずれも定期的に行われている頻度が 10%未満で 3.5~4.5 割程度、10%以上で 5 割程度である。

表IV-33 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方入所者割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698	283	342	73
		100.0	40.5	49.0	10.5
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	73	109	19
		100.0	36.3	54.2	9.5
	ときどきある	345	143	165	37
		100.0	41.4	47.8	10.7
	あまりない	135	63	60	12
		100.0	46.7	44.4	8.9
	一度もない	11	4	5	2
		100.0	36.4	45.5	18.2
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	73	109	19
		100.0	36.3	54.2	9.5
	それ以外	491	210	230	51
		100.0	42.8	46.8	10.4
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	73	109	19
		100.0	36.3	54.2	9.5
	ときどきある	345	143	165	37
		100.0	41.4	47.8	10.7
	ない計	146	67	65	14
		100.0	45.9	44.5	9.6
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	ある計	546	216	274	56
		100.0	39.6	50.2	10.3
	ない計	146	67	65	14
		100.0	45.9	44.5	9.6

表IV-34 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698 100.0	283 40.5	342 49.0	73 10.5
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	68 39.5	88 51.2	16 9.3
	ときどきある	468 100.0	188 40.2	232 49.6	48 10.3
	あまりない	47 100.0	26 55.3	15 31.9	6 12.8
	一度もない	4 100.0	1 25.0	3 75.0	0 0.0
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	68 39.5	88 51.2	16 9.3
	それ以外	519 100.0	215 41.4	250 48.2	54 10.4
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	68 39.5	88 51.2	16 9.3
	ときどきある	468 100.0	188 40.2	232 49.6	48 10.3
	ない計	51 100.0	27 52.9	18 35.3	6 11.8
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	ある計	640 100.0	256 40.0	320 50.0	64 10.0
	ない計	51 100.0	27 52.9	18 35.3	6 11.8

表IV-35 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698 100.0	283 40.5	342 49.0	73 10.5
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	60 36.8	85 52.1	18 11.0
	ときどきある	419 100.0	175 41.8	206 49.2	38 9.1
	あまりない	101 100.0	46 45.5	42 41.6	13 12.9
	一度もない	8 100.0	2 25.0	5 62.5	1 12.5
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	60 36.8	85 52.1	18 11.0
	それ以外	528 100.0	223 42.2	253 47.9	52 9.8
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	60 36.8	85 52.1	18 11.0
	ときどきある	419 100.0	175 41.8	206 49.2	38 9.1
	ない計	109 100.0	48 44.0	47 43.1	14 12.8
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	ある計	582 100.0	235 40.4	291 50.0	56 9.6
	ない計	109 100.0	48 44.0	47 43.1	14 12.8

表IV-36 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698	283	342	73
		100.0	40.5	49.0	10.5
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	60	62	11
		100.0	45.1	46.6	8.3
	ときどきある	410	162	212	36
		100.0	39.5	51.7	8.8
あまりない		140	60	59	21
		100.0	42.9	42.1	15.0
一度もない		4	1	2	1
		100.0	25.0	50.0	25.0
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	60	62	11
		100.0	45.1	46.6	8.3
それ以外		554	223	273	58
		100.0	40.3	49.3	10.5
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	60	62	11
		100.0	45.1	46.6	8.3
	ときどきある	410	162	212	36
	100.0	39.5	51.7	8.8	
ない計		144	61	61	22
		100.0	42.4	42.4	15.3
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	ある計	543	222	274	47
		100.0	40.9	50.5	8.7
ない計		144	61	61	22
		100.0	42.4	42.4	15.3

入所者の処方薬についての見直し・検討のしかたについて、入所者数に占める BPSD 緩和目的の薬処方入所者の割合が 10%未満と 10%以上でみると、医師からの提案で入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 10%未満で 41.8%、10%以上で 50.7%、看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 10%未満で 44.2%、10%以上で 49.4%、入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 10%未満で 44.2%、10%以上で 47.2%、処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 10%未満で 51.9%、10%以上で 41.4%であった。いずれも定期的に行われている頻度が 10%未満で 4～5 割程度、10%以上で 5 割程度である。

表IV-37 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度×入所者数に占める BPSD 緩和目的の薬処方入所者の割合(%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方入所者/Q4入所者数合計		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698	316	325	57
		100.0	45.3	46.6	8.2
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	84	102	15
		100.0	41.8	50.7	7.5
	ときどきある	345	157	160	28
		100.0	45.5	46.4	8.1
	あまりない	135	70	55	10
		100.0	51.9	40.7	7.4
	一度もない	11	5	5	1
	100.0	45.5	45.5	9.1	
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	84	102	15
		100.0	41.8	50.7	7.5
	それ以外	491	232	220	39
		100.0	47.3	44.8	7.9
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	201	84	102	15
		100.0	41.8	50.7	7.5
	ときどきある	345	157	160	28
	100.0	45.5	46.4	8.1	
	ない計	146	75	60	11
		100.0	51.4	41.1	7.5
Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	ある計	546	241	262	43
		100.0	44.1	48.0	7.9
	ない計	146	75	60	11
		100.0	51.4	41.1	7.5

表IV-38 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度×入所者数に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者の割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q4入所者数合計		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698 100.0	316 45.3	325 46.6	57 8.2
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	76 44.2	85 49.4	11 6.4
	ときどきある	468 100.0	212 45.3	218 46.6	38 8.1
	あまりない	47 100.0	27 57.4	15 31.9	5 10.6
	一度もない	4 100.0	1 25.0	3 75.0	0 0.0
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	76 44.2	85 49.4	11 6.4
	それ以外	519 100.0	240 46.2	236 45.5	43 8.3
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	定期的にある	172 100.0	76 44.2	85 49.4	11 6.4
	ときどきある	468 100.0	212 45.3	218 46.6	38 8.1
	ない計	51 100.0	28 54.9	18 35.3	5 9.8
Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度	ある計	640 100.0	288 45.0	303 47.3	49 7.7
	ない計	51 100.0	28 54.9	18 35.3	5 9.8

表IV-39 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度×入所者数に占める BPSD 緩和目的の薬処方の入所者の割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q4入所者数合計		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698 100.0	316 45.3	325 46.6	57 8.2
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	72 44.2	77 47.2	14 8.6
	ときどきある	419 100.0	191 45.6	199 47.5	29 6.9
	あまりない	101 100.0	51 50.5	40 39.6	10 9.9
	一度もない	8 100.0	2 25.0	5 62.5	1 12.5
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	72 44.2	77 47.2	14 8.6
	それ以外	528 100.0	244 46.2	244 46.2	40 7.6
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	定期的にある	163 100.0	72 44.2	77 47.2	14 8.6
	ときどきある	419 100.0	191 45.6	199 47.5	29 6.9
	ない計	109 100.0	53 48.6	45 41.3	11 10.1
Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度	ある計	582 100.0	263 45.2	276 47.4	43 7.4
	ない計	109 100.0	53 48.6	45 41.3	11 10.1

表IV-40 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度×入所者数に占めるBPSD緩和目的の薬処方の入所者の割合(%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q4入所者数合計		
			10%未満	10%以上	不明
全体		698	316	325	57
		100.0	45.3	46.6	8.2
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	69	55	9
		100.0	51.9	41.4	6.8
	ときどきある	410	180	204	26
		100.0	43.9	49.8	6.3
	あまりない	140	65	58	17
		100.0	46.4	41.4	12.1
	一度もない	4	1	2	1
		100.0	25.0	50.0	25.0
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	69	55	9
		100.0	51.9	41.4	6.8
	それ以外	554	246	264	44
		100.0	44.4	47.7	7.9
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	定期的にある	133	69	55	9
		100.0	51.9	41.4	6.8
	ときどきある	410	180	204	26
		100.0	43.9	49.8	6.3
	ない計	144	66	60	18
		100.0	45.8	41.7	12.5
Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度	ある計	543	249	259	35
		100.0	45.9	47.7	6.4
	ない計	144	66	60	18
		100.0	45.8	41.7	12.5

認知症入所者への個別の原因探索対応

認知症またはその疑いがある入所者が、不安になったり落ち着きがなくなったりした場合に個別に原因探索をしている施設は、入所者数は平均 34.9 人、入所者が従来型多床室または従来型個室とユニット型のいずれにもいるまたは入所者がユニット型のみが 88.2%である。入所者数に占める要介護度 4 または 5 の入所者の割合は平均 68.4%、入所者数に占める胃ろう・腸ろうの管理が必要な入所者の割合は平均 4.7%、1 月～8 月までのすべての退所者数に占める施設内で死亡した人数の割合は平均 50.0%である。

認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める認知症治療薬処方の入所者割合が 50%未満の施設が 77.0%、BPSD 緩和目的の薬処方の入所者割合が 50%未満の施設が 85.5%であった。

医師からの提案で入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 29.6%、看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度は、定期的にあるが 25.2%、入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 24.2%、処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度は、定期的にあるが 19.7%であった。

表IV-41 認知症入所者への個別対応_原因の探索×入所者数

		合計	Q4入所者数合計					無回答	平均	標準偏差
			49人以下	50人～74人	75人～99人	100人～149人	150人以上			
全体		698	259	210	138	69	14	8	61.4	34.6
		100.0	37.1	30.1	19.8	9.9	2.0	1.1		
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670	249	199	134	68	14	6	61.5	34.9
		100.0	37.2	29.7	20.0	10.1	2.1	0.9		
	いいえ	24	10	9	4	1	0	0	56.4	28.7
		100.0	41.7	37.5	16.7	4.2	0.0	0.0		

表IV-42 認知症入所者への個別対応_原因の探索×入所者カテゴリー

		合計	Q4入所者カテゴリー			無回答
			従来型多床室または従来型個室のみ	従来型とユニット型の両方	ユニット型のみ	
全体		698	63	269	346	20
		100.0	9.0	38.5	49.6	2.9
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670	61	260	331	18
		100.0	9.1	38.8	49.4	2.7
	いいえ	24	2	7	14	1
		100.0	8.3	29.2	58.3	4.2

表IV-43 認知症入所者への個別対応_原因の探索×入所者数に占める要介護度4または5の入所者の割合 (%)

		合計	Q5要介護度4または5合計/Q4入所者数合計											平均	標準偏差
			10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~60%未満	60~70%未満	70~80%未満	80~90%未満	90%以上	無回答		
全体		698 100.0	2 0.3	6 0.9	18 2.6	27 3.9	39 5.6	78 11.2	144 20.6	191 27.4	131 18.8	50 7.2	12 1.7	68.5	17.3
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	2 0.3	6 0.9	18 2.7	27 4.0	37 5.5	77 11.5	136 20.3	182 27.2	127 19.0	48 7.2	10 1.5	68.4	17.5
	いいえ	24 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 8.3	1 4.2	8 33.3	9 37.5	3 12.5	1 4.2	0 0.0	70.4	10.5

表IV-44 認知症入所者への個別対応_原因の探索×入所者数に占める胃ろう・腸ろうの管理が必要な入所者の割合 (%)

		合計	Q7胃ろう・腸ろうの管理/Q4入所者数合計											平均	標準偏差	
			10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~60%未満	60~70%未満	70~80%未満	80~90%未満	90%以上	無回答			
全体		698 100.0	566 81.1	105 15.0	11 1.6	1 0.1	0 0.0	15 2.1	4.7	5.2						
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	546 81.5	100 14.9	10 1.5	1 0.1	0 0.0	13 1.9	4.7	5.2						
	いいえ	24 100.0	20 83.3	3 12.5	1 4.2	0 0.0	5.9	6.0								

表IV-45 認知症入所者への個別対応_原因の探索×1月～8月までのすべての退所者数に占める施設内で死亡した人数の割合 (%)

		合計	Q8施設内で死亡した人数/1月から8月までのすべての退所者数											平均	標準偏差
			0~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~60%未満	60~70%未満	70~80%未満	80~90%未満	90~100%未満	100%以上		
全体		693 100.0	137 19.8	26 3.8	46 6.6	34 4.9	46 6.6	71 10.2	83 12.0	51 7.4	87 12.6	84 12.1	28 4.0	49.7	33.8
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	665 100.0	132 19.8	25 3.8	43 6.5	33 5.0	42 6.3	70 10.5	80 12.0	48 7.2	86 12.9	82 12.3	24 3.6	50.0	33.8
	いいえ	24 100.0	5 20.8	0 0.0	3 12.5	1 4.2	4 16.7	1 4.2	2 8.3	3 12.5	1 4.2	2 8.3	2 8.3	43.4	31.9

表IV-46 認知症入所者への個別対応_原因の探索×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占める認知症治療薬処方の入所者割合 (%)

		合計	Q9-2 認知症治療薬処方の入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い											平均	標準偏差	
			0~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~60%未満	60~70%未満	70~80%未満	80~90%未満	90~100%未満	100%以上			無回答
全体		698 100.0	99 14.2	163 23.4	128 18.3	88 12.6	57 8.2	38 5.4	19 2.7	17 2.4	6 0.9	8 1.1	3 0.4	72 10.3	28.3	21.2
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	96 14.3	157 23.4	122 18.2	85 12.7	56 8.4	38 5.7	19 2.8	17 2.5	4 0.6	7 1.0	3 0.4	66 9.9	28.2	21.0
	いいえ	24 100.0	3 12.5	5 20.8	5 20.8	3 12.5	1 4.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 8.3	1 4.2	0 0.0	4 16.7	31.2

表IV-47 認知症入所者への個別対応_原因の探索×認知症の診断のある入所者と認知症の診断はないが、疑いのある入所者合計に占めるBPSD緩和目的の薬処方の入所者割合 (%)

		合計	Q9-4 BPSD緩和目的の薬処方の入所者/Q6認知症の診断のある入所者+疑い											平均	標準偏差
			0~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~60%未満	60~70%未満	70~80%未満	80~90%未満	90~100%未満	無回答		
全体		698 100.0	283 40.5	164 23.5	84 12.0	44 6.3	20 2.9	14 2.0	8 1.1	5 0.7	1 0.1	2 0.3	73 10.5	15.4	16.1
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	271 40.4	159 23.7	81 12.1	42 6.3	20 3.0	14 2.1	8 1.2	5 0.7	1 0.1	2 0.3	67 10.0	15.6	16.2
	いいえ	24 100.0	11 45.8	4 16.7	3 12.5	2 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 16.7	11.7	11.5

表IV-48 認知症入所者への個別対応_原因の探索×医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度

		合計	Q10-1 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行う頻度					平均	標準偏差
			定期的にある	ときどきある	あまりない	一度もない	無回答		
全体		698 100.0	201 28.8	345 49.4	135 19.3	11 1.6	6 0.9	3.1	0.7
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	198 29.6	331 49.4	127 19.0	10 1.5	4 0.6	3.1	0.7
	いいえ	24 100.0	3 12.5	13 54.2	8 33.3	0 0.0	0 0.0	2.8	0.7

表IV-49 認知症入所者への個別対応_原因の探索×看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度

		合計	Q10-2 看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行う頻度					平均	標準偏差
			定期的にある	ときどきある	あまりない	一度もない	無回答		
全体		698 100.0	172 24.6	468 67.0	47 6.7	4 0.6	7 1.0	3.2	0.6
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	169 25.2	445 66.4	47 7.0	4 0.6	5 0.7	3.2	0.6
	いいえ	24 100.0	2 8.3	22 91.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3.1	0.3

表IV-50 認知症入所者への個別対応_原因の探索×入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度

		合計	Q10-3 入所者の状態変化時に処方薬の副作用である可能性を職員の間で検討する頻度					平均	標準偏差
			定期的にある	ときどきある	あまりない	一度もない	無回答		
全体		698 100.0	163 23.4	419 60.0	101 14.5	8 1.1	7 1.0	3.1	0.7
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	162 24.2	405 60.4	91 13.6	7 1.0	5 0.7	3.1	0.6
	いいえ	24 100.0	0 0.0	13 54.2	10 41.7	1 4.2	0 0.0	2.5	0.6

表IV-51 認知症入所者への個別対応_原因の探索×処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度

		合計	Q10-4 処方理由や組み合わせの疑問時に職員の間で検討する頻度					平均	標準偏差
			定期的にある	ときどきある	あまりない	一度もない	無回答		
全体		698 100.0	133 19.1	410 58.7	140 20.1	4 0.6	11 1.6	3.0	0.6
Q11-1-1 認知症入所者への個別対応_原因を探索	はい	670 100.0	132 19.7	399 59.6	128 19.1	3 0.4	8 1.2	3.0	0.6
	いいえ	24 100.0	0 0.0	11 45.8	12 50.0	1 4.2	0 0.0	2.4	0.6

V. 行動・心理症状のある特別養護 老人ホーム入所者に対する介入調査

1. 目的

タブレットを用いて提供する個別的非薬物的アプローチによる介入プログラムが、認知症高齢者のBPSDを低下させ、外的刺激に対する肯定的関心を高めるか、コミュニケーションを促進する機能があるかを確認する。

2. 方法

1) 対象者の選択

認知症ケアの質の向上に意欲のある特別養護老人ホーム7カ所から、以下の条件に該当し、研究参加の同意が得られた認知症の入所者を紹介してもらった。家族に研究内容を説明し、家族の研究協力への同意を得た。

研究対象者は、1)認知症高齢者の日常生活自立度がIIIa以上、2)アルツハイマー型、レビー小体型、または脳血管性認知症と診断または疑いあり、3)無関心、不安や、たたく、つねるなど対応が困難な症状がある、の3点に該当する入所者とした。

最終的に22名の入所者とその家族が研究に参加した。

本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理委員会で審査され承認された上で実施した。

2) 非薬物的アプローチに基づく介入プログラムの提供方法

本研究では、非薬物的アプローチとして、生活史アセスメントに基づく個別のプログラムを用いて介入を行った。このプログラムは、調査員が家族から聞き取った生活史から、本人が好む画像、映像、音楽を選択して組み合わせ、最大30分間の電子媒体プログラムを、個別にタブレットで提供するもので、株式会社Aikomiが開発している。

事前の生活史聞き取りでは、誕生年、性別といった基礎情報と、子ども時代の状況（両親、家族状況、居住地域、習慣、思い出など）、成人後の状況（仕事、居住地、趣味や習い事、好きなテレビ番組、映画、歌、飼っていたペット、家族や友人との関係性など）の情報を収集する。また、子どもの頃などの写真がある場合は、デジタル化して取り込む。元気なころに繰り返し行っていたこと、熱中していたこと、強い結びつきがある人などを手掛かりにして、情報を断片化して画像や音楽に変換し、プログラムを組み立てる。プログラムでは、1～3分程度の画像や音楽が連続して提示され、全体で30分程度になる。これを3日間提供した。

家族からの情報が、本人にとって意味あるとは限らないため、初日は本人の受け止め方を確認するアセスメントを兼ねる。興味関心の強さによって、画像の削除や順序の変更、繰り返し提示するかどうかを決定し、プログラムを組み替える。

介入プログラムの詳細について、図V-1に示した。

3) 効果測定の方法

本研究の主な評価方法は、事前事後単一群比較である。研究参加者に非薬物的アプローチに基づくプログラムを提供する1か月前に事前評価を行い、3日間のプログラム終了後2週間以内に事後評価を行った。事前事後評価の評価者は、認知症の本人をよく知る介護職の担当者とした。

その他、プログラム実施中の研究参加者の行動観察、プログラム実施日の夜間の様子観察を実施した。

用いた評価項目は以下の通りである。

① Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

認知症の人のBPSDの変化を、Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) を用いて評価した。評価時点の直近1週間の状態の評価を依頼した。

CMAIは、社会通念上不適切な行動を評価するための29項目からなる。社会通念上不適切な行動とは、自分もしくは他人に対する暴言や悪態及び攻撃性、行動自体は問題とならないが、頻度が問題となる行動(ひっきりなしに質問するなど)、及び衣服を脱ぐなど状況によっては社会通念から見て不適切となりうる行動の3つである¹。攻撃的/非攻撃的行動に分けられ、さらに身体的/言語的に分けられ、4領域で構成されている。1:全くない、2:1週間に1回未満、3:1週間に1-2回、4:1週間に数回以上、5:1日に1-2回、6:1日に数回以上、7:1時間に数回以上の7カテゴリーで言動を評価するものである。

身体的・攻撃的項目は11、身体的・非攻撃的項目は10、言語的・攻撃的項目は3、言語的・非攻撃的項目は5項目からなる。

② 精神機能障害評価票 (Mental Function Impairment Scale; MENFIS)

認知症の人の自発性や関心の示し方の変化を、MENFISの下位尺度である動機づけ機能障害・感情機能障害評価尺度から評価した。MENFISは、認知症の症状の重症度を評価するための観察式評価方法である²。動機づけ機能障害は、自発性の障害、興味関心の障害、気力の障害の3項目、感情機能障害は、感情表現の多様性の障害、感情表現の安定性の障害、感情表現の適切性の障害の3項目からなり、各項目0から6点の7段階で評価する。

③ 意欲の指標 (Vitality Index)

日常生活での行動の自発性を、起床、意思疎通、食事、排泄、活動の5項目で評価する³。リハビリテーションや介護場面での意欲を測定する目的で用いられている。各項目は0~2点まで配点された3つの選択肢からなり、満点は10点である。

④ 認知症本人との関係性評価 (Dyadic Relationship Scale)

認知症の人との一対一の関係性から生じる肯定的、否定的な感情的側面の変化をDyadic Relationship Scaleから評価した⁴。この評価票は、介護する家族と介護される高齢者との関係を双方から評価する目的で開発されたものであるが、本研究では職員と入所者との関係性を職員から評価する目的で使用した。プログラム参加者に対して親しみを感じている、良

い面を知っているなどの肯定的感情 5 項目と、怒りを感じる、怒られているように感じるなどの否定的感情を評価する 4 項目に対して、各々全くそう思わない(1)からとてもそう思う(4)の 4 段階で、全 9 項目から評価する。

⑤ バーンアウト尺度（日本版バーンアウト尺度）

介護業務に対する負担感の変化をバーンアウト尺度から評価した⁵。バーンアウト尺度は、仕事を通じて情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態として定義される「情緒的消耗感」、情緒の枯渇の結果として生じる利用者に対する無情で非人間的な対応と定義される「脱人格化」、職務に係る有能感、達成感の低下として定義される「個人的達成感の低下」の 3 つの下位尺度からなり、各項目 5 段階で評価し全 17 項目である。

⑥ プログラム実施中の関心の示し方

プログラム実施中の行動観察を、Engagement of a Person with Dementia Scale: EPWDS⁶を用いて実施した。プログラム実施中の言動を観察して、一定時間の間にその言動の出現程度を評価する。感情表現、視線の向け方、言語表現、行動、人との関わりの 5 領域のそれぞれに肯定的／否定的な言動を評価する。Jones らは、10 分間程度の間それぞれの言動がどの程度見られたかを 5 段階で評価する方法で標準化した⁶が、プログラムが 30 分程度になるため時間を細分化する必要があったことと、予備調査による確認で言動の有無で評価した方が容易であることが確認されたため、5 分ごとの時間単位にして、全 10 項目の言動に対して有無を観察して評価した。

プログラム実施時間は個別に異なるため、数値化は、プログラム実施時間全体に対して反応が全くなかった場合は 0 点、反応有りの時間帯が半数以下の場合は 1 点、反応有りの時間帯が半数以上の場合は 2 点、全ての時間帯で反応があった場合は 3 点とし、事例ごとにレーダーチャートで示した。

⑦ 視線、表情の解析

事例評価として、動画の解析を行った。研究に協力した施設の職員と合同で検討会を開催し、本人に対する影響について、討論を行った。

3. 結果

1) プログラム前後の参加者の状態の比較分析

研究参加者のBPSDに関連する状態について、介入プログラム実施前後の得点を、対応のあるノンパラメトリック検定（Wilcoxonの符号付順位検定）を用いて比較した。結果を表V-1~7と図4~10に示した。

研究参加者のCMAI得点は、身体的領域については有意差がみられなかったが、言語的領域については、攻撃的、非攻撃的共に有意に低下した。合計得点も有意に低下した。MENFIS、Vitality Indexには有意差はみられなかった。

2) プログラム前後の担当介護職員の関係性、負担感に関する比較分析

研究参加者を担当する介護職員の、研究参加者との関係性と、介護の仕事の負担感を比較したところ、いずれも前後の変化は有意でなかった。

3) プログラム実施中の関心の示し方

研究参加者の状態観察の結果を、事例ごとにレーダーチャートにした。また、特記すべき言動について、合わせて記述した（p83~104、図の見方解説 p81~82）。

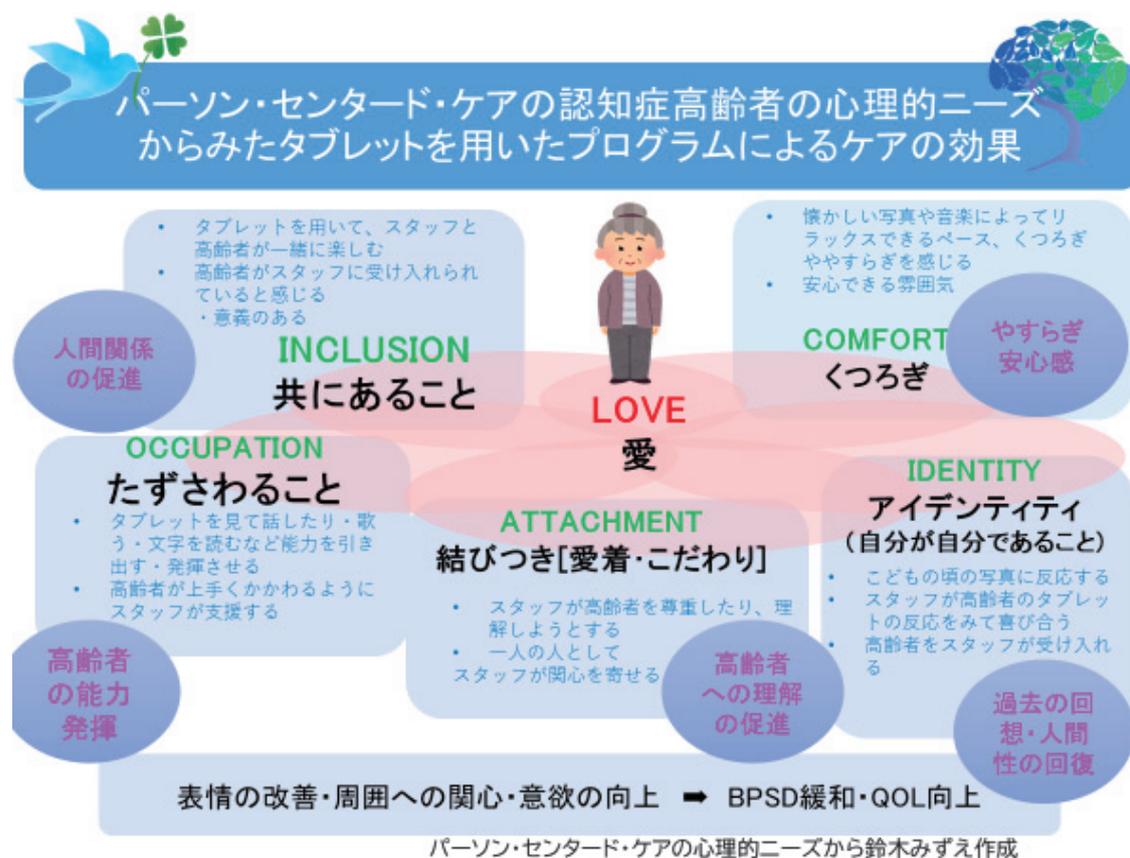
4) プログラム実施の影響に関する議論

プログラム実施施設の職員と研究者とが一堂に会し、プログラムによる主観的影響について議論した。その中で得られた記述は以下の通りであった。

- 集中できないと思っていたが、30分座って見続けることができたこと、3日間で発話の内容が自分のことから家族や親せきのことに広がっていったこと、笑顔が見られたことに職員皆が驚いている。
- 発話が不明瞭なため、ふだんはボードを使ってコミュニケーションを取っている。ふだんは伝わらないことに怒ったり、泣いたりする人だが、プログラム中に自発的な発言をした。タブレットというツールを共有することで、言葉が不要なコミュニケーションが可能だったと感じる。プログラム終了後も、本人を知ることができて、声掛けがしやすくなった。
- 家族は面会に来るが、話しかけても反応がないため、「来る甲斐」がないと嘆いている。タブレットで反応がみられたことに、家族が喜んでいる。職員からもよく声をかけられるようになった。職員の声に反応があったり、会話に参加することがみられている。
- 以前は大きな声で歌を歌うなど自己表現をする人だったが、最近ほとんど反応がない。タブレットを見た1週間後に介助した時に「ありがとう」と言葉が出た。これまでスタッフの関わり方が少なかったのか、しっかり向き合う必要があると思った。本人の過去のことを知ることができたのが良かった。スタッフも知ることが大事だと再認識できたのも良かった。
- 発語がなく、顔の表情でコミュニケーションをとる。胃ろうがあり、ベッド上で寝たきりで生活している。家族が来ても話をすることもなく、だんだん足が遠のく。プログラムを見て、表情が豊かになった。家族に使ってもらえるといいと思う。
- 車いすを自走して、行きたいところに移動する。ずり落ち、他の方の車いすを押す、立ち上がるなど、見守りが必要。タブレットプログラムによる変化は特にはないが、その日の睡眠は良好だった。
- 帰宅願望が強く、ふだんは無表情で座っている。出身大学の校歌に手を動かしてリズム

を取っている姿が、スタッフからみると意外だった。正月の駅伝も集中して見られていたので、関係があったのかもしれない。

- 認知症の人は反応がわかりにくい人が多いが、瞳孔などから集中しているかどうかなど判断できる人工知能のモニターがあれば、関心の程度が判断できるのではないか。興味がある画像は表示し続け、飽きたら次の画像に移るなどが自動的にできれば、その日の認知機能の状態に合わせて強弱、長短がつけられるのではないか。
- スタッフの関わりのヒントになるような使い方ができる
- 目的別にプログラムの活用を考えるのが良いのではないか
- パーソンセンタードケアの理念（共にあること、くつろぎ、自分らしさ、結びつき、携わり）に重ねて、このプログラムの効果を理解することができる（図V-2 参照）



図V-2 パーソンセンタードケアの心理的ニーズからみた効果

5) 個別インタビュー結果（一施設を抽出し、スタッフと家族にインタビュー実施）

<スタッフの意見>

- 夫の写真に全く関心を向けず、反応もなかったが、回数を重ねると、「そうかもしれへん」と変化した。
- 写真をみて具体的な地名を言うことも増えた。初回は興味がないものでも、2回目3回目になると思い出そうとして、今までは聞かれなかった言葉が出てくるようになった。
- 表情がやわらかい
- 落ち着いてもらおうという意図でタブレットを使うと、落ち着いてもらうことはできなかった。
- コールが鳴ると、そちらに対応せざるを得ないため、タブレットを見ている本人から離れなければならない。すると、タブレットを持って歩き始めたりして、一人で見ることを継続することはなかった。
- 緊急性の高いコールなどに比べると、タブレットは緊急性が低いため、優先順位は下がってしまう。
- 日常30分間一人の利用者のそばについていることは不可能。

<家族の意見>

- 施設に訪問した時には母を散歩に連れ出すようにしている。散歩のときには天気のことや花のことなど、見てわかるものについて話しかけているが、「花がきれいに咲いてるね」というと「そうやね〜」と返事をする程度。
- タブレットを母と一緒に使った時、他の入所者のいるリビングで見ていたら、近くにいる入所者も会話に入ってこられた。
- もともと会いに来たときには、スマホで孫の写真など見せていたが、タブレットの方がいろいろな画像があったので会話がはずんだ。
- 母が画面に触れて画面が飛んだときに、どこに触れたらもとに戻るのが分からない。家族が操作できるマニュアルがあると良い。

4. 考察

BPSDの緩和を直接的効果と期待して、本介入プログラムを導入したが、介入前後の状態を比較したところ、CMAIの言語領域に変化が見られたものの、それ以外のデータに有意な変化はなかった。しかしながら、研究に参加した職員の、参加した認知症の入所者に対する見方や関わり方に主観的变化がみられた。これらの変化が間接的効果となり、認知症の人のストレス状態を抑え、BPSDを緩和する可能性が考えられた。

間接的効果をもたらす可能性がある要因は、以下の通りである。

1) 職員が日常知っている認知症の人の側面と異なる側面（可能性）の発見

提供した介入プログラムに対する認知症の研究参加者の反応は、「今まで見たことがない反応」「自発的な発話があった」「歌に合わせて調子を取るのが意外だった」など、施設職員がそれまで気づけなかった側面であり、職員の気づきにつながった。参加した職員は、その後の関わり方に「声掛けの仕方が変わった」など変化を自覚していたり、研究参加した入所者の「表情が豊かになった気がする」「いつも言葉が出ない人からありがとうと言われた」など、入所者の反応のとらえ方に影響した可能性がある。本プログラムは、職員の入所者に対する見方や関わり方を変容させ、BPSDに間接的に影響する可能性が考えられる。

2) 家族やボランティアなど、外部の人との関わりを促進するツールとしての活用

介護施設職員は、限られた時間内にケアを提供しなければならない環境に置かれている。本研究の介入プログラムは30分弱であるが、これを施設職員が主に関わって提供するのは不可能という意見が聞かれた。BPSDへの対応が必要な認知症の人が、1人でタブレットを見るのもまた、不可能であることが予想されるため、本研究で用いた介入プログラムを、広く介護施設で導入するためには、家族やボランティアなど、職員以外の人による提供が必要になる。

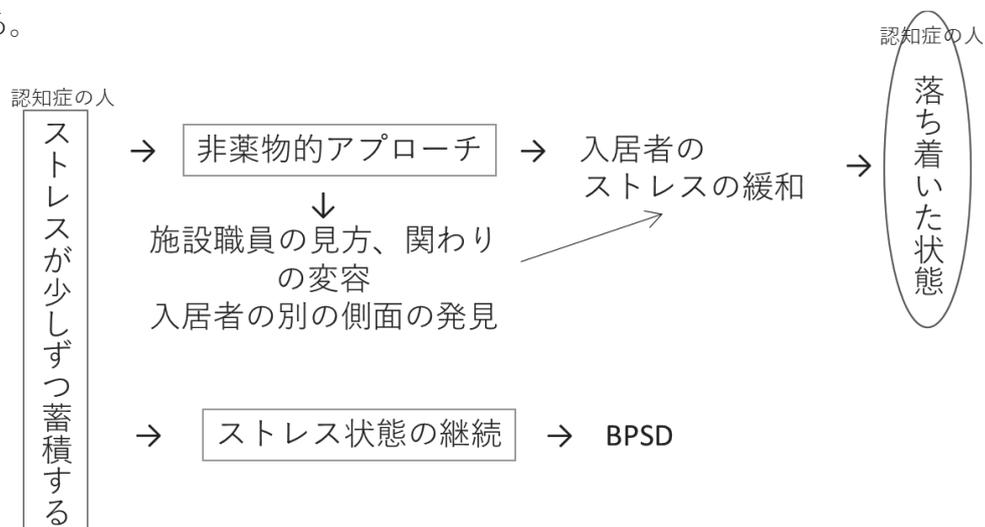
このことはプログラムの限界であると同時に、長所にもなり得る。家族の面会をサポートすることにつながるからである。認知機能が低下すると、家族であるかどうかの判別が難しくなり、会話が減る。家族の面会時間は短くなり、面会を避けるようになることもある。介入プログラムは、話題を提供し、時間を共有しやすくする。画像や音楽によって、通常の会話では反応が見られない認知症の人でも、笑顔や発話が引き出されることがあり、家族とのコミュニケーションを促す可能性がある。

また、ボランティアによる活用の可能性も考えられる。介護施設の入所者との関わりを持ちたいボランティア希望者がいても、認知症の人との過ごし方が難しく、ボランティア活動が継続しない場合も少なくない。このようなツールがあれば、認知症の人との会話が成立しなかったとしても、時間を共有することができ、認知症の人にとっては共に過ごしてもらえ人確保することにつながり、結果としてストレス状態を抑え、BPSD緩和の可能性があると考えられる。

3) パーソンセンタードケアをサポートするツールになる

委員会における議論において、介入プログラムがパーソンセンタードケアをサポートするツールになっていた可能性が指摘された。パーソンセンタードケアの理論において、認知症高齢者の心理的ニーズは、共にあること、くつろぎ、たずさわること、結びつき、アイデンティティの5つの要素で説明される（鈴木みずえ委員作成図V-2 p70）。これらの要素に該当する現象が、本研究の介入プログラム中にみられた。

BPSDの緩和は、PLSTモデル(図I-1 p4)で説明されるような直接的な効果に加えて、その入所者を、尊厳ある対象としてあらためて認識しなおし、パーソンセンタードケアが促進されることが予測される。本研究結果に基づき、ストレスが高まった状態の認知症の人に対する非薬物的アプローチが及ぼす影響に関する仮説モデルを整理すると、下図(図V-3)のようになる。



図V-3 非薬物的アプローチの効果に関する仮説モデル

- ¹ 本間昭、新名理恵、石井徹郎、繁田雅弘、他：コーエン・マンズフィールド agitation 評価票 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CMAI) 日本語版の妥当性の検討. 老年精神医学雑誌 13 : 831-835、2002
- ² 坂本誠、石井徹郎、平田進栄、竹本泰英、他：精神機能障害評価スケール (MENFIS) の臨床的妥当性の検討. 老年精神医学雑誌 4 : 921-925、1993
- ³ 鳥羽研二：重度の状態にある障害者の評価法とその対応. 高齢者の生活機能評価ガイド (小澤利男、江藤文夫、高橋龍太郎編著) p134
- ⁴ Sabern MD, Whitlatch CJ: Dyadic Relationship Scale: A Measure of the Impact of the Provision and Receipt of Family Care. The gerontologist: 47(6): 741-751, 2007
- ⁵ 久保真人：バーンアウト (燃え尽き症候群) - ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌 : 54-64、2007
- ⁶ Jones C, Sung B, Moyle W: Engagement of a Person with Dementia Scale: Establishing content validity and psychometric properties. J Adv Nurs 74: 2227-2240, 2018

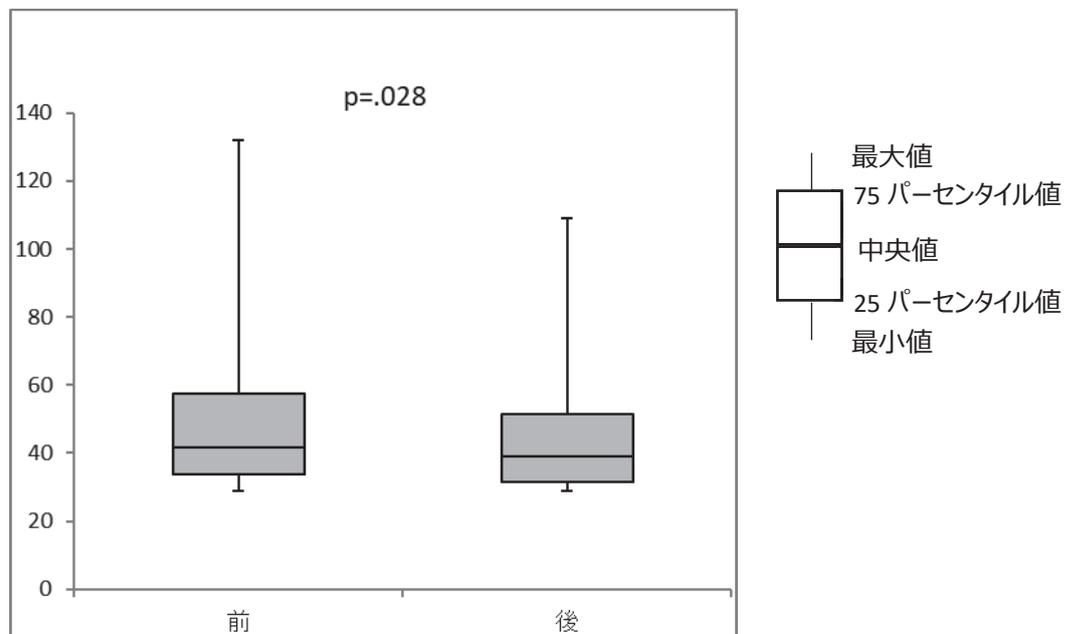
表V-1 CMAI 合計得点の前後比較

	CMAI合計	
	前	後
最小値	29	29
25パーセンタイル	33.75	31.5
中央値	41.5	39
75パーセンタイル	57.5	51.5
最大値	132	109

25 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 75%に位置する値



図V-4 CMAI 合計得点の前後比較

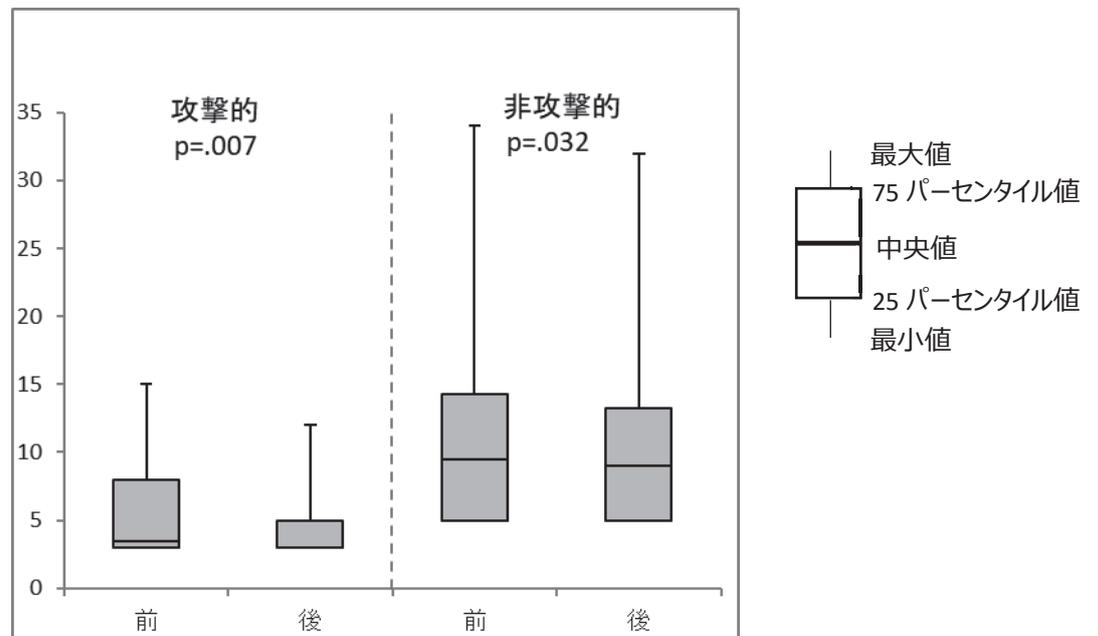
表V-2 CMAI（言語的・攻撃的/非攻撃的）スケール

	CMAI（言語的・攻撃的）		CMAI（言語的・非攻撃的）	
	前	後	前	後
最小値	3	3	5	5
25パーセンタイル	3	3	5	5
中央値	3.5	3	9.5	9
75パーセンタイル	8	5	14.25	13.25
最大値	15	12	34	32

25パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の75%に位置する値



図V-5 CMAI（言語的・攻撃的/非攻撃的）スケール

表 V-3 CMAI (身体的・攻撃的/非攻撃的) スケール

	CMAI (身体的・攻撃的)		CMAI (身体的・非攻撃的)	
	前	後	前	後
最小値	11	11	10	10
25パーセンタイル	11	11	10.75	10
中央値	11	11	17	14.5
75パーセンタイル	12	11.5	24.25	25.5
最大値	46	30	49	42

25 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 75%に位置する値

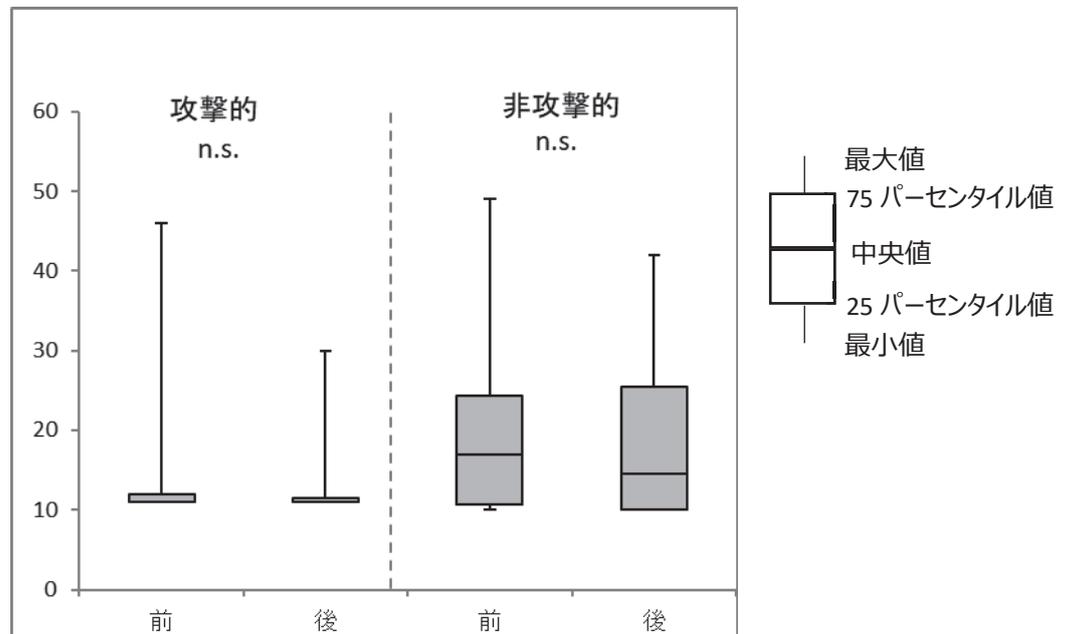


図 V-6 CMAI (身体的・攻撃的/非攻撃的) スケール

表 V-4 MENFIS の前後比較

	MENFIS(動機づけ機能)		MENFIS(感情機能)	
	前	後	前	後
最小値	0	0	0	0
25パーセンタイル	6	6.5	8	6
中央値	10	10	10	10
75パーセンタイル	14.25	15	12	12.5
最大値	18	18	18	18

25 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 75%に位置する値

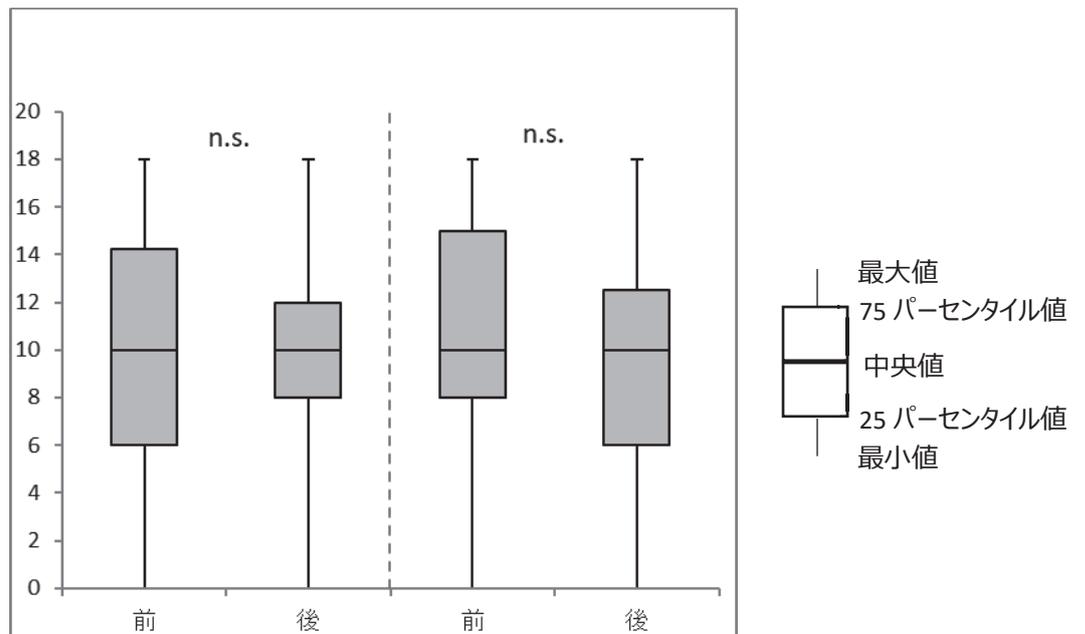


図 V-7 MENFIS の前後比較

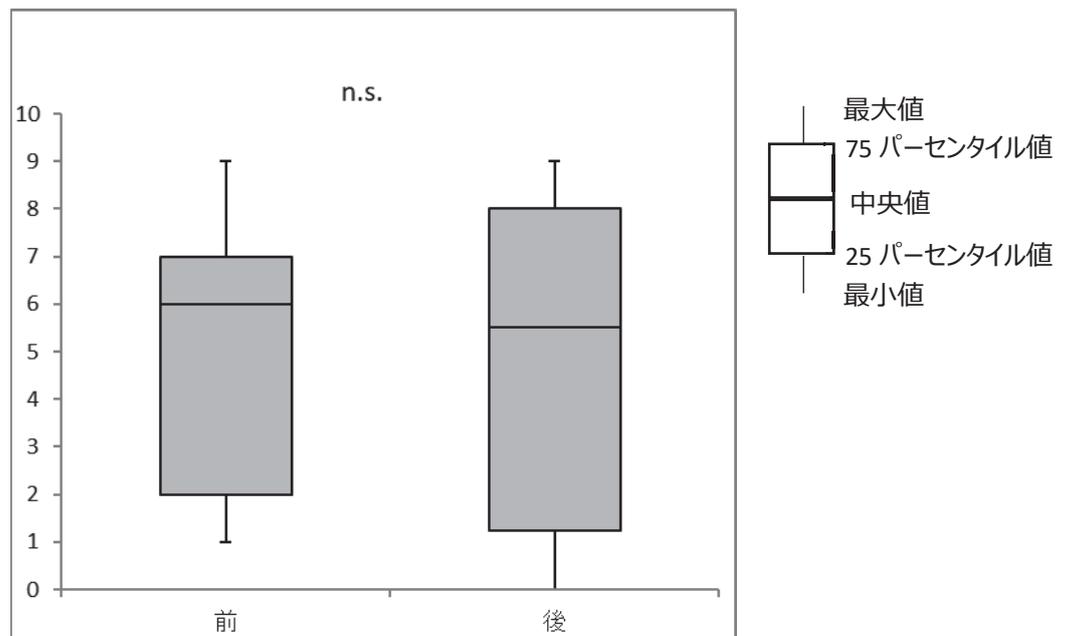
表V-5 vitality index の前後比較

	Vitality Index合計	
	前	後
最小値	1	0
25パーセンタイル	2	1.25
中央値	6	5.5
75パーセンタイル	7	8
最大値	9	9

25 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75 パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の 75%に位置する値



図V-8 vitality index の前後比較

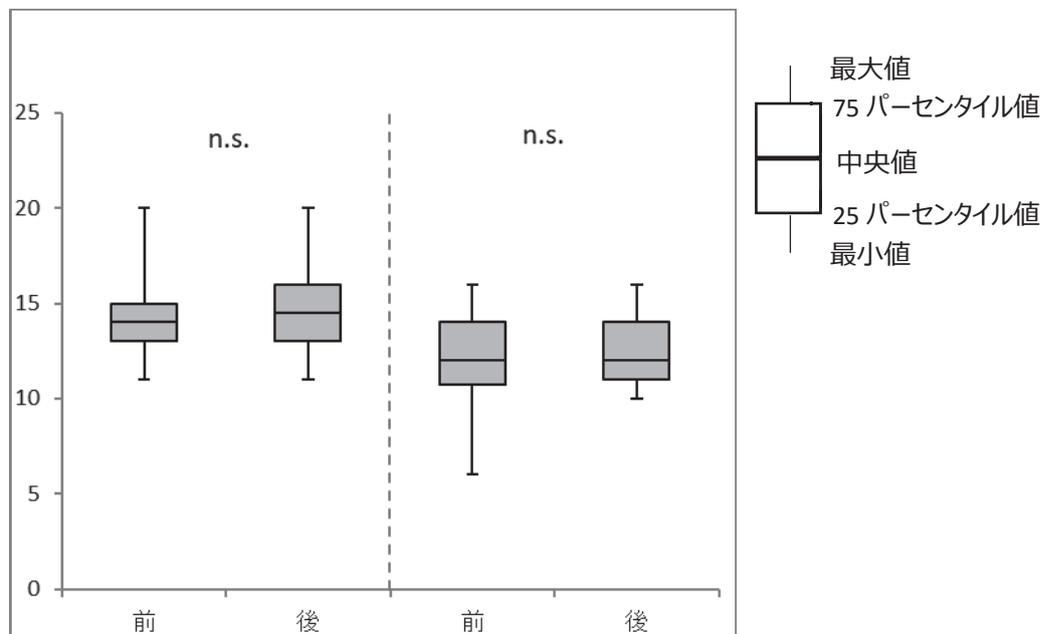
表V-6 DyadicRelationshipScale の前後比較

	DyadicRelationshipScale 肯定的関係性		DyadicRelationshipScale 緊張的關係性	
	前	後	前	後
最小値	11	11	6	10
25パーセンタイル	13	13	10.75	11
中央値	14	14.5	12	12
75パーセンタイル	15	16	14	14
最大値	20	20	16	16

25パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の75%に位置する値



図V-9 DyadicRelationshipScale の前後比較

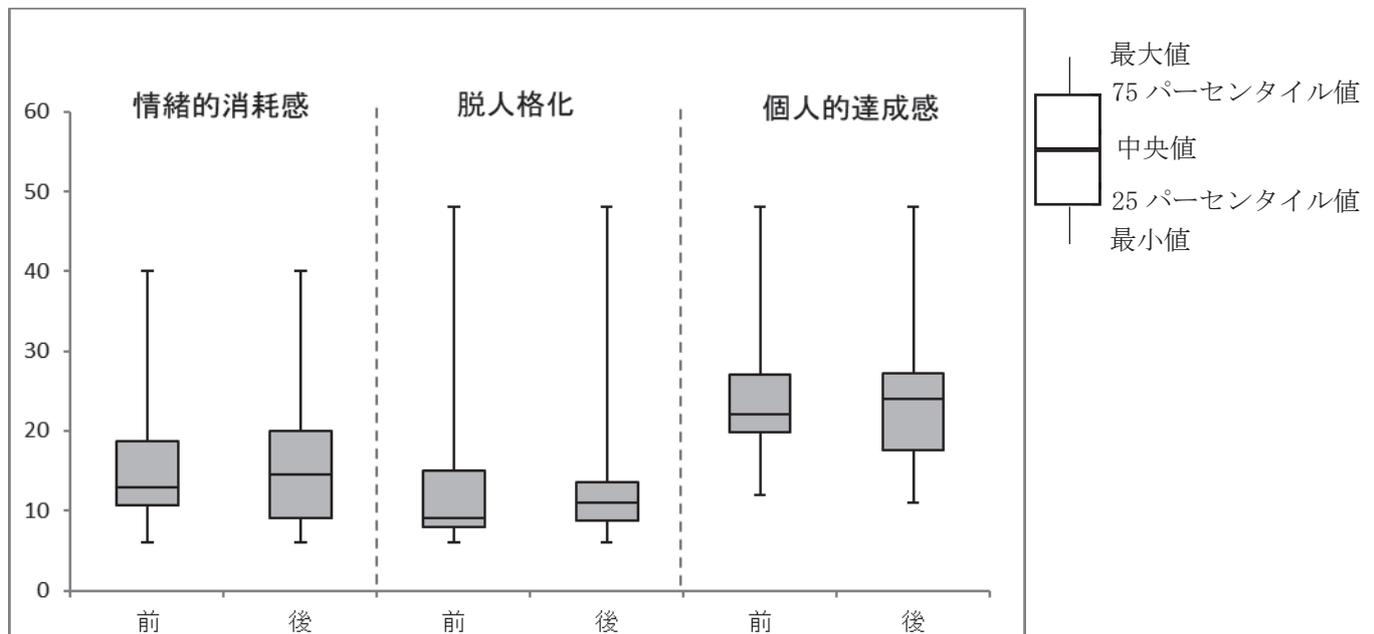
表V-7 担当職員バーンアウトスケールの前後比較

	バーンアウトスケール (情緒的消耗感)		バーンアウトスケール (脱人格化)		バーンアウトスケール (個人的達成感の低下)	
	前	後	前	後	前	後
最小値	6	6	6	6	12	11
25パーセンタイル	10.75	9	8	8.75	19.75	17.5
中央値	13	14.5	9	11	22	24
75パーセンタイル	18.75	20	15	13.5	27	27.25
最大値	40	40	48	48	48	48

25パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の25%に位置する値

中央値：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の中央に位置する値

75パーセンタイル：今回の参加者の得点を小さい順に並べた時、初めから数えて全体の75%に位置する値



図V-10 担当職員バーンアウトスケールの前後比較

【事例ごとのレーダーチャート・解説】

1. EPWDS ①

タブレットによる介入を「感情表現」「視線の向け方」「言語による表現」「行動」「人との関わり」の6項目で評価した。タブレットによる介入時間を5分間隔で分け、その間の肯定的反応（+）と否定的反応（-）の有無を記録した。介入時間全体に対して反応が全く無かった場合は0点、反応が半分以下の場合は1点、反応が半分より多い場合は2点、反応が介入時間全体の場合は3点とした。

2. MENFIS ②

「自発性」「興味・関心」「気力」「感情表現の多様性」「感情表現の安定性」「感情表現の適切性」の6項目について0～6点の7段階で評価し、介入前後で比較した。介入前後で変化が無い場合は「■」、改善した場合は「▲」、悪化した場合は「▼」で示し、右横に点数の変化を記載した。

3. 生活意欲 (Vitality Index) ③

「起床」「意思疎通」「食事」「排泄」「リハビリ・活動」の5項目について0～2点の3段階で評価した。10点満点の内、8点以上を「高得点群」、7点未満を「低得点群」として介入前後で比較した。介入前後で変化が無い場合は「■」、改善した場合は「▲」、悪化した場合は「▼」で示し、右横に得点群の変化を記載した。

4. CMAI ④

BPSDを「身体的・攻撃的」11項目、「身体的・非攻撃的」10項目、「言語的・攻撃的」3項目、「言語的・非攻撃的」5項目の計29項目で評価した。各項目は1～7点で得点が高い程、BPSDの頻度が高い。介入前後で変化が無い場合は「■」、改善した場合は「▲」、悪化した場合は「▼」で示し、右横に得点の変化を記載した。

5. 日中の過ごし方の変化など ⑤

介入終了後、担当職員に日中の過ごし方の変化などについて自由記述で回答を求めた。

6. 属性 ⑥

対象となった入所者の年齢、性別、現在・入居時の要介護度、現在のADL、現在の認知症の程度、認知症の診断について示した。

事例 1

1 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		-	睡眠	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(35 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		落語のあたりで、周りへの配慮の言葉。 らっきょうの話始める。	睡眠	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		歌をいっしょに口ずさみ、ずっと集中していた。	睡眠	いつもよりやや眠れていない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (6→5)	4. 感情表現の多様性	▼ (6→5)				
	2. 興味・関心	▼ (6→5)	5. 感情表現の安定性	■ (2→2)				
	3. 気力	▼ (6→5)	6. 感情表現の適切性	■ (2→2)				
	7. 生活意欲	■ (高得点群→高得点群)	8. CMAI	▲ (38→34)				
	日中の過ごし方の変化など：-							
	属性	年齢	90 歳代	性別	女性	現在の要介護度	3	入居時の要介護度
	現在の ADL	B 1	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	なし		

※1~6：MENFIS（各項目 0~6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1~7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例2

1日目	<p>(20分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		花のとうきょう 反応「大」	睡眠	いつもと変わらない				
2日目	<p>(7分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		東京ラブソディ →いっしょに歌 を口ずさむ 小学校、興味を 示さない、最後 「帰る」と言う	睡眠	いつもよりやや眠れている				
3日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		スタートの関心は高か った。4~5分くらいか ら、音にあわせて頭を ゆらすのが眠くなる 終わってから穏やか に、「帰りたい、お父 さん、お母さんがまつ ているから」スタッ フから「今まできいた ことない」	睡眠	いつもと変わらない				
介入前後 の変化 (※)	1. 自発性	▲ (2→6)	4. 感情表現の多様性	▲ (4→6)				
	2. 興味・関心	▲ (2→4)	5. 感情表現の安定性	▼ (2→0)				
	3. 気力	▲ (2→6)	6. 感情表現の適切性	▼ (2→0)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▲ (132→109)				
日中の過ごし方の変化など：特に変化はないように思う。								
属性	年齢	90歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	3
	現在のADL	B1	現在の認知症の程度	M	認知症診断	あり		

※1~6: MENFIS (各項目0~6点で点数が高いほど良い), 7: Vitality Index (10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群), 8: CMAI: Cohen Mansfield Agitation Inventory (各項目1~7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い)

事例3

1日目	<p>(24分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		ほとんど無言で夢中。	睡眠	いつもと変わらない	
2日目	<p>(15分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		—	睡眠	いつもと変わらない	
3日目	<p>(15分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		たまにボーっとすることもありますが、担当者と一緒にのぞきこむときは会話と笑顔がでる。写真のときは近づいていく。	睡眠	いつもと変わらない	
介入前後の変化(※)	1. 自発性	▲ (2→6)	4. 感情表現の多様性	▲ (4→6)	
	2. 興味・関心	▲ (4→6)	5. 感情表現の安定性	▲ (2→6)	
属性	3. 気力	▲ (4→6)	6. 感情表現の適切性	▲ (4→6)	
	7. 生活意欲	▲ (低得点群→高得点群)	8. CMAI	▲ (80→68)	
日中の過ごし方の変化など：帰宅願望がさらに強くなったように思う。「親が心配する」「子どもいるから」と話すことが増えた。					
属性	年齢	90歳代	性別	女性	
	現在のADL	B 1	現在の認知症の程度	IV	
		現在の要介護度	4	入居時の要介護度	4
		認知症診断	あり		

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例 4

1 日目	<p>(30分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			友人の写真の時、まばたきが多くなり、集中して見ている感じがした。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
			自発的発語	いつもと変わらない				
			(内容) -					
			呼ぶ回数	いつもと変わらない				
			いつも違うこと	-				
2 日目	<p>(30分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			25分～30分、寝てしまった。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
			自発的発語	いつもと変わらない				
			(内容) -					
			呼ぶ回数	いつもと変わらない				
			いつも違うこと	-				
3 日目	<p>(30分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			起きてはいるが、視線はあまり画面に合っていない。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
			自発的発語	いつもと変わらない				
			(内容) -					
			呼ぶ回数	いつもと変わらない				
			いつも違うこと	-				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (0→0)	4. 感情表現の多様性	■ (0→0)				
	2. 興味・関心	■ (0→0)	5. 感情表現の安定性	■ (0→0)				
	3. 気力	■ (0→0)	6. 感情表現の適切性	■ (0→0)				
	7. 生活意欲	-	8. CMAI	■ (29→29)				
	日中の過ごし方の変化など：-							
属性	年齢	80歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	4
	現在のADL	C2	現在の認知症の程度	M	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例 5

1 日目	<p>(30分)</p>		<p>実施中の発言・様子</p> <p>タブレットの角度が見にくいと何度か言っていた。</p> <p>画像に写っている人が誰なのか、何なのか説明を何度も求めていた。</p> <p>後半は飽きてしまったのか、おしゃべり。</p>	<p>当日の夜の様子</p> <table border="1"> <tr> <td>睡眠</td> <td>いつもよりだいぶ眠れている</td> </tr> <tr> <td>落ち着き・不安</td> <td>いつもよりだいぶ落ち着いている</td> </tr> <tr> <td>自発的発語</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>(内容) -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>呼ぶ回数</td> <td>いつもよりコールや訴えがやや少ない</td> </tr> <tr> <td>いつもと違うこと</td> <td>普段より寝られていた様子</td> </tr> </table>		睡眠	いつもよりだいぶ眠れている	落ち着き・不安	いつもよりだいぶ落ち着いている	自発的発語	いつもと変わらない	(内容) -		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない	いつもと違うこと	普段より寝られていた様子
	睡眠	いつもよりだいぶ眠れている															
	落ち着き・不安	いつもよりだいぶ落ち着いている															
自発的発語	いつもと変わらない																
(内容) -																	
呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない																
いつもと違うこと	普段より寝られていた様子																
2 日目	<p>(25分)</p>		<p>実施中の発言・様子</p> <p>大阪万博、歌をうたいながら「なつかしいね」。バレーの映像で、バレー選手だったと語りかける。</p> <p>バラに興味をします。バラがさいたをうたう。</p>	<p>当日の夜の様子</p> <table border="1"> <tr> <td>睡眠</td> <td>いつもよりやや眠れている</td> </tr> <tr> <td>落ち着き・不安</td> <td>いつもよりやや落ち着いている</td> </tr> <tr> <td>自発的発語</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>(内容) うちの娘はいつ来るんだろう</td> <td></td> </tr> <tr> <td>呼ぶ回数</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>いつもと違うこと</td> <td>-</td> </tr> </table>		睡眠	いつもよりやや眠れている	落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている	自発的発語	いつもと変わらない	(内容) うちの娘はいつ来るんだろう		呼ぶ回数	いつもと変わらない	いつもと違うこと	-
	睡眠	いつもよりやや眠れている															
	落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている															
自発的発語	いつもと変わらない																
(内容) うちの娘はいつ来るんだろう																	
呼ぶ回数	いつもと変わらない																
いつもと違うこと	-																
3 日目	<p>(30分)</p>		<p>実施中の発言・様子</p> <p>バレーボールを見て「なつかしいね」</p> <p>バレーボールは集中してみていた。</p> <p>炭坑節で昔話をするが、しばらくするとスポーツ好きの話にもどる。</p> <p>バラが咲いた口ずさむ。</p>	<p>当日の夜の様子</p> <table border="1"> <tr> <td>睡眠</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>落ち着き・不安</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>自発的発語</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>(内容) -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>呼ぶ回数</td> <td>いつもと変わらない</td> </tr> <tr> <td>いつもと違うこと</td> <td>-</td> </tr> </table>		睡眠	いつもと変わらない	落ち着き・不安	いつもと変わらない	自発的発語	いつもと変わらない	(内容) -		呼ぶ回数	いつもと変わらない	いつもと違うこと	-
	睡眠	いつもと変わらない															
	落ち着き・不安	いつもと変わらない															
自発的発語	いつもと変わらない																
(内容) -																	
呼ぶ回数	いつもと変わらない																
いつもと違うこと	-																
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (4 → 4)	4. 感情表現の多様性	■ (6 → 6)													
	2. 興味・関心	■ (6 → 6)	5. 感情表現の安定性	■ (2 → 2)													
属性	3. 気力	■ (6 → 6)	6. 感情表現の適切性	■ (6 → 6)													
	7. 生活意欲	■ (高得点群 → 高得点群)	8. CMAI	▼ (50 → 51)													
日中の過ごし方の変化など： -																	
属性	年齢	90歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	4									
	現在のADL	A 1	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	アルツハイマー型											

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例6

1日目	<p>(20分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		外国の地名に注目。終始嬉し泣き。	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
			自発的発言	いつもと変わらない				
(内容)「自分の親がテレビに出てるなんて」		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない					
		いつもと違うこと	—					
2日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		ふるさと、口ずさむ。 写真を見て「私でしょう」。 ミシンは踏んだことない。きちんとした人は学校に行っていた。「何もしなくていい」と言われていた。	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている				
			自発的発言	いつもと変わらない				
(内容)あなたは立派ね。私なんか。		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない					
		いつもと違うこと	—					
3日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		歌は好きで目をとじて口ずさむ。「ふるさと」、「赤とんぼ」、「茶つみ」を歌う。 「かぎ針ね」、「成田山ね」。 「わからない」「すいません」とは言うが嫌がってはない。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
			自発的発言	いつもと変わらない				
(内容)夜は冷房を消してほしい。		呼ぶ回数	いつもと変わらない					
		いつもと違うこと	—					
※ 介入前後の変化	1. 自発性	■ (2→2)	4. 感情表現の多様性	■ (6→6)				
	2. 興味・関心	■ (6→6)	5. 感情表現の安定性	■ (2→2)				
	3. 気力	■ (6→6)	6. 感情表現の適切性	▲ (2→6)				
	7. 生活意欲	▲ (低得点群→高得点群)	8. CMAI	▼ (39→45)				
	日中の過ごし方の変化など：タブレットを見た直後の様子が普段より激しく混乱し、支離滅裂な発言が続きました。夕方には息子の名前を呼んでいた。夜は3日間とも入眠していた。							
属性	年齢	90歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	—
	現在のADL	B1	現在の認知症の程度	IIIa	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例 7

1 日目	<p>(15分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			<p>ずっと静かに画面に集中していた。</p> <p>天皇陛下の写真に反応していた。</p>	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
		自発的発言	いつもと変わらない					
		(内容) -		呼ぶ回数	いつもと変わらない			
				いつもと違うこと	-			
2 日目	<p>(30分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			<p>自分の写真に無反応、奥さんの写真に反応、「これ誰だろう？」。</p> <p>昭和天皇の写真を見てカレンダーの令和の天皇陛下と見比べる。</p> <p>〇〇の校歌「なつかしいですね」</p>	睡眠	いつもよりやや眠れている			
				落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている			
		自発的発言	いつもと変わらない					
		(内容) ジェスチャーで OK サイン等		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない			
				いつもと違うこと	-			
3 日目	<p>(30分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			<p>銀座の映像、「四丁目だね」</p> <p>〇〇に反応、校歌を歌う。</p> <p>「伊勢神宮、何度も行きました」。「筑波山、しょっちゅう行った」。「いろは坂」「パチンコはやらない」。</p>	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
		自発的発言	いつもと変わらない					
		(内容) 腰が痛い		呼ぶ回数	いつもと変わらない			
				いつもと違うこと	-			
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (6 → 6)	4. 感情表現の多様性	■ (6 → 6)				
	2. 興味・関心	■ (6 → 6)	5. 感情表現の安定性	■ (6 → 6)				
	3. 気力	■ (6 → 6)	6. 感情表現の適切性	■ (6 → 6)				
	7. 生活意欲	■ (高得点群 → 高得点群)	8. CMAI	▲ (38 → 30)				
日中の過ごし方の変化など：特に変化はみられなかった。								
属性	年齢	80 歳代	性別	男性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	4
	現在の ADL	B 1	現在の認知症の程度	IIIb	認知症診断	なし		

※1~6：MENFIS（各項目 0~6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1~7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 8

1 日目	<p>(15 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>新しい画像が出ると注目するが、すぐに他の方を見て集中がとぎれる。</p> <p>家族写真に注目。</p> <p>映画に注目、名画に興味なし。</p>	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている				
<p>自発的発語</p> <p>(内容) 声掛けしても返答なし。</p> <p>呼ぶ回数</p> <p>いつもと変わらない</p> <p>いつもと違うこと</p> <p>—</p>	いつもと変わらない	いつもと変わらない						
2 日目	<p>(25 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>食べ物の画像をいちばん見ていた。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
<p>自発的発語</p> <p>(内容) —</p> <p>呼ぶ回数</p> <p>いつもと変わらない</p> <p>いつもと違うこと</p> <p>—</p>	いつもと変わらない	いつもと変わらない						
3 日目	<p>(15 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>カスパの女で映像に集中。</p> <p>モーツァルト興味なくしよそ見。</p> <p>バラが咲いた、よそ見。</p> <p>ふるさと、途中からよそ見</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
<p>自発的発語</p> <p>(内容) —</p> <p>呼ぶ回数</p> <p>いつもと変わらない</p> <p>いつもと違うこと</p> <p>—</p>	いつもと変わらない	いつもと変わらない						
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▲ (2 → 4)	4. 感情表現の多様性	▼ (3 → 2)				
	2. 興味・関心	▼ (4 → 3)	5. 感情表現の安定性	▼ (5 → 3)				
	3. 気力	■ (3 → 3)	6. 感情表現の適切性	■ (1 → 1)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)	8. CMAI	▲ (30 → 29)				
日中の過ごし方の変化など：特に大きな変化はみられなかった。								
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	4
	現在の ADL	B 1	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 9

1 日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子	
		教会、反応 エルビスプレスリー、反応	睡眠	いつもと変わらない
2 日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子	
		ハワイの映像で視線をあわせる。 ピアノの演奏で視線をあわせる。 アースウインド&ファイアーで視線あわせる。 手でリズムをとっている。	睡眠	いつもと変わらない
3 日目	<p>(25分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子	
		友人・家族写真、集中してみる。 アースウインド&ファイアー、指でリズムをとる動き。 お子さんとの写真集中してみる。 教会、手を少し動かす。	睡眠	いつもと変わらない
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (2 → 2)	4. 感情表現の多様性	■ (5 → 5)
	2. 興味・関心	■ (4 → 4)	5. 感情表現の安定性	■ (3 → 3)
属性	3. 気力	■ (4 → 4)	6. 感情表現の適切性	■ (4 → 4)
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)	8. CMAI	■ (29 → 29)
日中の過ごし方の変化など：今回のプログラムをきっかけとして会話する機会や話題が増え、より表情が豊かになりました。				
属性	年齢	70 歳代	性別	女性
	現在の ADL	C 2	現在の認知症の程度	IV
現在の要介護度		3	入居時の要介護度	
認知症診断		レビー小体型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 10

1 日目	<p>(15 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		全般的にタブレットの映像より会話に集中した。	睡眠	いつもと変わらない				
		犬に反応、マラソン興味なし。 音楽に手拍子、東京ブギウギでリズムきざむ。 水泳に注目、生け花、絵は興味なし。	落ち着き・不安	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(20 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		映像と関係ないお話も結構する。	睡眠	いつもよりやや眠れていない				
		音楽に合わせて手拍子をする。 音楽への反応が一番あった。	落ち着き・不安	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(20 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		最初の写真、「見たくない」。	睡眠	いつもと変わらない				
		バラが咲いた、歌う。リズムをとる。 自分の写真、「自分じゃない」。 東京ブギウギでリズムをとる。 ふるさとを歌う	落ち着き・不安	いつもと変わらない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (4 → 2)	4. 感情表現の多様性	■ (4 → 4)				
	2. 興味・関心	■ (2 → 2)	5. 感情表現の安定性	■ (2 → 2)				
属性	3. 気力	▲ (4 → 6)	6. 感情表現の適切性	▲ (2 → 4)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)	8. CMAI	▼ (47 → 53)				
日中の過ごし方の変化など：－								
属性	年齢	90 歳代	性別	女性	現在の要介護度	3	入居時の要介護度	3
	現在の ADL	A 1	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 11

1 日目	<p>(34 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		書道に反応大。 カツオのさばきで傾眠。 家族写真、目をあける。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(25 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		昨日より集中して見ている。 魚さばく映像スキップ、すると視線をはずす。 家族写真前に動こうとする。 ローマの休日の映像でタブレットを触ろうとする。	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		魚をさばくシーンに集中。 家族写真のところでタブレットを触る。 書道のところでタブレットを触る。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (2→0)	4. 感情表現の多様性	■ (0→0)				
	2. 興味・関心	■ (2→2)	5. 感情表現の安定性	▼ (2→0)				
	3. 気力	■ (2→2)	6. 感情表現の適切性	■ (0→0)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▼ (35→36)				
	日中の過ごし方の変化など：－							
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	5	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	C 2	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 12

1 日目	<p>(32 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			犬、「かわいい」 石川さゆり歌う 静な秋、歌う 家族写真、「これ私」 夜明けのスキヤット、高校3年生、歌う お正月の写真指さす 夫の写真、「だれや」	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
2 日目	<p>(45 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			津軽海峡、声がだんだんはつきりしてくる 「これ私、母親、お兄ちゃん、お姉ちゃん、小ちゃい時」 目がしっくり、顔つきがはつきり、「これはどこや？」目が集中	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている			
3 日目	<p>(35 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			津軽海峡歌う、歌詞があるので昨日より声が出る 「これ先生、大好きな先生、かわいくなってくれた」 「お茶、姉と一緒にやってた、お母さんや、家族おいでしょ」	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている			
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (6 → 4)	4. 感情表現の多様性	▲ (4 → 6)				
	2. 興味・関心	▼ (5 → 4)	5. 感情表現の安定性	■ (2 → 2)				
	3. 気力	▲ (4 → 5)	6. 感情表現の適切性	▲ (2 → 3)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)		8. CMAI	▲ (90 → 72)			
日中の過ごし方の変化など：日中の活動が増えたためか、夜眠くなる時間が早まった気がする。								
属性	年齢	70 歳代	性別	女性	現在の要介護度	3	入居時の要介護度	3
	現在の ADL	自立	現在の認知症の程度	M	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 13

1 日目	<p>(10 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		もっとよく見えないかと前に行こうとしていた。	睡眠	いつもと変わらない				
		蒲田行進曲で画面近づこうとする。 「もっとよく聞かせなくちゃ」。 合唱で「もういい」。	落ち着き・不安	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(5 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		「蒲田、よく行ってる」。	睡眠	いつもと変わらない				
		「金田一先生、教わりました」。	落ち着き・不安	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(5 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		1分たらずで「もういい」。	睡眠	いつもよりだいぶ眠れている				
		家族写真「もういい」。 お紅茶「すき」。 「もう行く」「どこに行きます?」「どこ行こう」。	落ち着き・不安	いつもよりだいぶ落ち着いている				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (4 → 2)	4. 感情表現の多様性	▼ (6 → 4)				
	2. 興味・関心	■ (2 → 2)	5. 感情表現の安定性	▲ (2 → 4)				
	3. 気力	▲ (0 → 4)	6. 感情表現の適切性	▲ (2 → 4)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)	8. CMAI	▲ (75 → 44)				
	日中の過ごし方の変化など：特に変化なし							
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	B 2	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	なし		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 14

1 日目	<p>(26分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>人が通るとそちらを見てしまう。男性の写真の時、2回うなる。自分写真で笑顔。チャーハン注視する。犬よく見る。桜あまり見ない。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>スキ一の歌で、少し頭を縦に振り、リズムを取る仕種。ハムレットを集中して見る。俳句を書く映像注目。「俳句やってみましたか?」と聞くと「俳句」と答えた。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(20分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>終始あちこちみておちつかない様子。集中できずタブレットを見たり、あちこち見たり。書道は集中してみる。ハムレットの時、目をみて表情をかえる。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (0→0)	4. 感情表現の多様性	■ (2→2)				
	2. 興味・関心	■ (2→2)	5. 感情表現の安定性	▲ (0→2)				
	3. 気力	■ (2→2)	6. 感情表現の適切性	▲ (0→2)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▼ (30→32)				
日中の過ごし方の変化など：特に変化はみられない								
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	5	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	B 2	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	あり		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 15

1 日目	<p>(20 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			皇居の鳥居をみて、二重橋を「通りました」。ふるさとの音楽にリズムをとる。お手玉映像で「だれだろうね」、家族写真に「これ私だね」チューリップの球根採集に集中。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
2 日目	<p>(10 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			蚕飼ってました。これどこだったかな？二重橋。赤ちゃんかわいい、男の子かな？だんなじゃない。知らない人ばかり。なんだか私みたい。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもと変わらない			
3 日目	<p>(30 分)</p>		実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
			「カイコか」「昔はこんな」「器械もちがうね」、やっていたか聞くと「お母さんがしてたからね」。あやとりの時に「お母さんが機織りしたから」。お花を見て「これは」と興味を示す。	睡眠	いつもと変わらない			
				落ち着き・不安	いつもよりやや不安が強い			
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	—	4. 感情表現の多様性	—				
	2. 興味・関心	—	5. 感情表現の安定性	—				
	3. 気力	—	6. 感情表現の適切性	—				
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▲ (43→39)				
	日中の過ごし方の変化など：腰痛にて車椅子対応。食事は摂れない事が続く。活気なし。便尿意はあり、トイレには行きたがる。							
属性	年齢	90 歳代	性別	女性	現在の要介護度	3	入居時の要介護度	3
	現在の ADL	A 1	現在の認知症の程度	IIIa	認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 16

1 日目	<p>(20 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		<p>眼が悪くタブレット映像がほとんど見えていないよう。映像の説明に対して回答をする。家族写真「音が聞こえる」。オリンピックについて話しかけると会話が続く。</p>	睡眠	いつもよりやや眠れていない	
2 日目	<p>(25 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		<p>導入時、眠っている。「海ゆかば」歌う、軍艦マーチ歌う。「どこにとってあったんだろう？めずらしい」。家をこわす。新しく建て直す。大きな家建てる難しい。</p>	睡眠	いつもよりだいぶ眠れている	
3 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子		
		<p>「これ（タブレット）買わなきゃいけないんでしょ」と何度もきく（セールスマンだと思われる）。海軍の歌、いっしょに歌う。軍艦マーチ歌う。「月月火水木金金」歌う。</p>	睡眠	いつもよりやや眠れていない	
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (3→2)	4. 感情表現の多様性	■ (5→5)	
	2. 興味・関心	▲ (2→3)	5. 感情表現の安定性	▲ (1→2)	
属性	3. 気力	▼ (5→3)	6. 感情表現の適切性	▲ (1→2)	
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▼ (40→43)	
日中の過ごし方の変化など：特に普段とリズムは変わっていない。					
属性	年齢	90 歳代	性別	男性	
	現在の ADL	B 2	現在の認知症の程度	IIIa	
		現在の要介護度	3	入居時の要介護度	2
		認知症診断	アルツハイマー型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 17

1 日目	<p>(10分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
		<p>ウトウトと寝てしまうので中断。</p> <p>さくらさくらの歌に反応。さくらさくらを聞いているようでウトウト。</p>	睡眠	いつもと変わらない			
2 日目	<p>(5分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
		<p>指さして人に伝えようとする。手を口にあてる。傾眠傾向が強く中断。東京ブギウギを最初は見たが寝た。</p>	睡眠	いつもと変わらない			
3 日目	<p>(1分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子				
		<p>1分以内で終了。</p>	睡眠	いつもと変わらない			
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (2→2)	4. 感情表現の多様性	■ (4→4)			
	2. 興味・関心	■ (2→2)	5. 感情表現の安定性	▲ (2→4)			
属性	3. 気力	■ (2→2)	6. 感情表現の適切性	■ (4→4)			
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▲ (49→39)			
日中の過ごし方の変化など：－							
年齢	90歳代	性別	女性	現在の要介護度	5	入居時の要介護度	3
現在のADL	B2	現在の認知症の程度	IIIb	認知症診断	あり		

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例 18

1 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>こどもの写真、「どれもかわいい」。青い山脈いっしょに歌っていた。音楽、歌、どれも好きな様子。東京音頭はリズムを取っていた。農家、〇〇ご身。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>かわいい、きれい、いい歌など前向きな発言が多く見られた。自分の写真を「私みたい」と認識されたシーンが多くみられた。バラが咲いた、青い山脈を口ずさむ。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(35分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>写真に「これ私みたい」「これうちのおじいさんみたい」「これ私だね」「これ私のこども」と発言。3日間で一番映像から「私も～していた」など過去の記憶を思い出している。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (4→0)	4. 感情表現の多様性	■ (4→4)				
	2. 興味・関心	■ (4→4)	5. 感情表現の安定性	■ (4→4)				
	3. 気力	■ (4→4)	6. 感情表現の適切性	▼ (4→2)				
	7. 生活意欲	—	8. CMAI	▲ (39→38)				
	日中の過ごし方の変化など：とくになし							
属性	年齢	90歳代	性別	女性	現在の要介護度	1	入居時の要介護度	1
	現在のADL	A2	現在の認知症の程度	IIIb	認知症診断	なし		

※1～6：MENFIS（各項目0～6点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10点満点で8点以上が高得点群、7点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目1～7点、29項目合計203点、得点が高い程、CMAIの頻度が高い）

事例 19

1 日目	<p>(15 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		画面に集中できなくなったら、タブレットを視線の方に持って動かすと、また見てくれる様になった。女学生の時の写真を見ていた。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
自発的発言	いつもよりやや発言が多い	(内容)おむつ交換時、「あ、そうか。そうそう」	呼ぶ回数	いつもと変わらない				
いつもと違うこと	声掛けへの反応は良かった笑顔あり							
2 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		ふるさと、赤とんぼ、口ずさみ少しあった。炭坑節、東京音頭、「よいよい」などノリ良かった。音楽には反応良かった。昨日より、かなりコミュニケーションがとれ楽しそう。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
自発的発言	いつもと変わらない	(内容)ー	呼ぶ回数	いつもと変わらない				
いつもと違うこと	ー							
3 日目	<p>(10 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		口ずさむ様子、何かおしゃべりしている様子があった。 最後眠くなった様子。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
自発的発言	いつもと変わらない	(内容) 他利用者の会話を聞いて「あらそう」	呼ぶ回数	いつもと変わらない				
いつもと違うこと	ー							
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (1 → 1)	4. 感情表現の多様性	▼ (5 → 3)				
	2. 興味・関心	■ (2 → 2)	5. 感情表現の安定性	▲ (1 → 2)				
3. 気力	■ (3 → 3)	6. 感情表現の適切性	▼ (2 → 1)					
7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)		8. CMAI	■ (29 → 29)				
日中の過ごし方の変化など：とくに変化はありません。								
属性	年齢	90 歳代	性別	女性	現在の要介護度	5	入居時の要介護度	ー
	現在の ADL	B 1	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	ー		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 20

1 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>写真を指差して兄弟だと隣の相談員に話す。泣く。「お母さん」「おばあちゃん」。「チャーハン作った？」の問いかけに「200回やらないといけない」。</p>	睡眠	いつもよりやや眠れている				
2 日目	<p>(35分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>家族写真では指差して名前を覚えてくれるが泣き出す。自分の孫と近所の子の区別を覚えてくれる。ハイキングに行った。お父さんに行くひまはなかった。職場の人と行った。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
3 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>終始タブレットに集中していた。映像に対するの興味を示しながら、好きでないものは「好きじゃない」と言葉ではっきり意志表示していた。今日は一度も泣かなかった。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	▼ (6→5)	4. 感情表現の多様性	▲ (4→5)				
	2. 興味・関心	■ (4→4)	5. 感情表現の安定性	■ (4→4)				
	3. 気力	■ (6→6)	6. 感情表現の適切性	■ (4→4)				
	7. 生活意欲	■ (高得点群→高得点群)		8. CMAI	▲ (52→38)			
	日中の過ごし方の変化など：-							
属性	年齢	70 歳代	性別	女性	現在の要介護度	3	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	B 1	現在の認知症の程度	Ⅲa	認知症診断	レビー小体型 (疑い)		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 21

1 日目	<p>(15分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>ハーモニカの映像で涙ぐむ。映像を見て「これはどこの学校かしら」。家族写真「お正月は床の間で写真撮ったんだよね」。途中、「つかれちゃった」と数回言う。</p>	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
2 日目	<p>(30分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>写真の学校は自分から通った学校だと言う。家族写真でご家族が「これ誰？」と聞くとあまりわからない様子。全てのプログラムで最初は見るが、集中が続かない。</p>	睡眠	いつもよりだいぶ眠れている				
			落ち着き・不安	いつもよりだいぶ落ち着いている				
3 日目	<p>(15分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		<p>ふるさと映像で「これ〇〇小学校だね」。一緒に歌いだす。写真に切り替わるとすぐに「これ私？」と質問。「くたびれちゃった」と度々発言。</p>	睡眠	いつもよりだいぶ眠れている				
			落ち着き・不安	いつもよりだいぶ落ち着いている				
介入前後の変化 (※)	1. 自発性	■ (2 → 2)	4. 感情表現の多様性	▼ (4 → 3)				
	2. 興味・関心	■ (2 → 2)	5. 感情表現の安定性	▼ (4 → 2)				
	3. 気力	▲ (2 → 3)	6. 感情表現の適切性	▲ (2 → 3)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群 → 低得点群)	8. CMAI	▲ (44 → 40)				
	日中の過ごし方の変化など：食事は全量ではないが自ら食べるようになった。尿意がありトイレへ行ってもすぐに「トイレに連れて行って下さい」となんども発言し落ち着きがない様子。							
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	5	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	B 2	現在の認知症の程度	Ⅲa	認知症診断	アルツハイマー型・レビー小体型		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

事例 22

1 日目	<p>(30 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		最初の 5 分は集中していなかったが、ご家族の問いかけによりタブレットも集中できた。 はたおり映像「これどこから持ってきたんだろう」「私なんか手を出したらおこられちゃう」。	睡眠	いつもと変わらない				
			落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている				
		自発的発言	いつもと変わらない					
		(内容)「お願いします」「先生一、先生」						
		呼ぶ回数	いつもと変わらない					
		いつもと違うこと	普段、臥床時不穏だが、不穏様子なし					
2 日目	<p>(35 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		家族写真で誰か聞くと、分かる人と分からない人がいる。飽きるとタブレットを持って「これ誰が持って来たんだろう」。バレーボール大会の映像で「中学の時、やっていた」。	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもと変わらない				
		自発的発言	いつもよりやや発言が少ない					
		(内容)訪室すると「先生、先生！」と呼ぶ						
		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない					
		いつもと違うこと	—					
3 日目	<p>(35 分)</p>	実施中の発言・様子	当日の夜の様子					
		初めはとても不安そうだったが、画像が流れ出したらすぐに話を始め、落ち着き、楽しそうだった。 どの映像も自発的に詳しく発言していた。	睡眠	いつもよりやや眠れている				
			落ち着き・不安	いつもよりやや落ち着いている				
		自発的発言	いつもよりやや発言が少ない					
		(内容)「先生！」「ここで大丈夫」「これでいいの？」						
		呼ぶ回数	いつもよりコールや訴えがやや少ない					
		いつもと違うこと	—					
※ 介入前後の変化	1. 自発性	▲ (3→4)	4. 感情表現の多様性	▼ (6→5)				
	2. 興味・関心	■ (5→5)	5. 感情表現の安定性	■ (2→2)				
	3. 気力	▼ (6→5)	6. 感情表現の適切性	▼ (5→4)				
	7. 生活意欲	■ (低得点群→低得点群)	8. CMAI	▲ (74→72)				
	日中の過ごし方の変化など：—							
属性	年齢	80 歳代	性別	女性	現在の要介護度	4	入居時の要介護度	5
	現在の ADL	B 2	現在の認知症の程度	IV	認知症診断	あり		

※1～6：MENFIS（各項目 0～6 点で点数が高いほど良い），7：Vitality Index（10 点満点で 8 点以上が高得点群、7 点以下が低得点群），8：CMAI:Cohen Mansfield Agitation Inventory（各項目 1～7 点、29 項目合計 203 点、得点が高い程、CMAI の頻度が高い）

VI. 提言

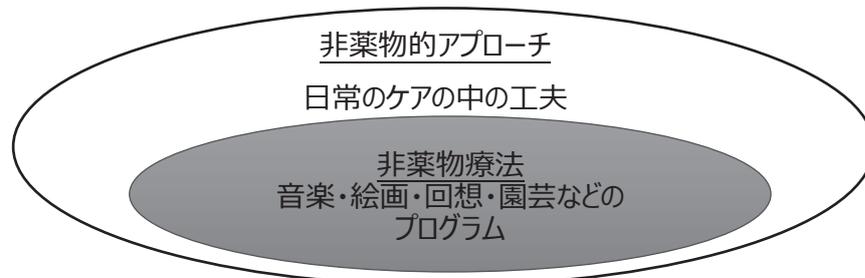
1. BPSD 緩和のための非薬物的アプローチの概念整理の必要性

非薬物的アプローチとは、薬物以外の方法を用いて、BPSD の緩和をめざす方法である。例として、認知症の人の生活パターンの改善、環境調整、ケアの工夫が挙げられる。その中で音楽、回想、絵画、園芸などを用いてプログラム化されたものを非薬物療法と呼び、評価研究されることが多い（図VI-1）。非薬物的アプローチでは、BPSD は認知症の人が周囲の環境に対して反応した結果ととらえ、その反応を引き起こした原因を環境面からアセスメントして、関わり方や環境を変更して対応する。したがって、その対応方法は本来的には個別であることが求められるが、非薬物療法として介護施設で実施されるプログラムは、集団で提供されることが多く、BPSD の個別性への対応は困難な場合が少なくない。

本研究の介入プログラムは、個別の状態に合わせて提供できることに強みがある。プログラム中に実践と融合して、アセスメントが実施できる。事前の情報収集で把握された、その人に合うと考えられる画像や音楽が、必ずしも現在の本人の関心に合致するとは限らないため、初回のプログラム提供は、アセスメントを兼ねている。本研究における介入プログラムは、アセスメントと実践を重ね、個別に提供できることに強みがあると考えられる。

委員会においても、非薬物療法という名称が、介護施設には馴染みがないという指摘を受けた。回収率が低かったことの一因である可能性も考えられる。BPSD への対応は、非薬物的アプローチを優先的に行うことがガイドラインで示されているものの、BPSD が緩和されなかった場合に、非薬物的アプローチで対応困難な症状なのか、非薬物的アプローチに改善の余地があるのかの判別がつきにくく、結果として薬物に頼る現状もある。非薬物療法による BPSD 緩和効果に関する研究に加えて、日常的で個別的な BPSD 緩和のためのケアの工夫を共有するためのデータを収集し、プログラム化されていない個別の非薬物的アプローチにも着目する必要がある。安易に薬物療法に依存しないための、非薬物的アプローチの推進につながることを考える。

本研究の調査に回答した特別養護老人ホームの 96.0%が、認知症の人の BPSD に対して、薬物以外の方法を検討し、そのうち 83.8%が記録に残して職員間で対応を共有しており、組織的に非薬物的アプローチに取り組んでいることを示した。音楽や作業への参加などに加えて、散歩、嗜好品の提供、家族との会話など、施設単位での工夫は多岐にわたっていた。しかしながらこれらは、非薬物的アプローチとして意識的に取り組んでいるわけではなく、認知症の人の BPSD に対応するためのケアの工夫として実施されている。また、挙げられた対応策には、ケア提供者側の業務を円滑に進めるための工夫と区別がつきにくいものも含まれている。今後の課題として、BPSD 緩和のためのケアの工夫を「非薬物的アプローチ」として定義を明確化し、認知症の人を尊重したケア理念に基づいているかどうか、認知症の人個々に合わせて環境調整を行っているかなどのケアのプロセスを評価する必要があると考える。



図VI-1 非薬物的アプローチと非薬物療法との関連

2. 非薬物的アプローチを動機づけるシステムの必要性

個別的な非薬物的アプローチの実施には人員などのリソースが必要であり、さらに個別の非薬物的アプローチの取組を進める上で、そうした個別の取組を動機づける仕組みが必要である。

介護施設では、業務の円滑な遂行を滞らせることなく、BPSDの緩和のための個別対応を行っている。本研究の調査の回答から、その多様性が把握できた。一方、業務遂行を優先させた上でのBPSD対応になっている可能性も懸念されることから、今後その質をどのように担保していくかが課題であると考えられる。BPSD緩和のための個別対応におけるアセスメント、ケアプラン、評価、再検討といったプロセスを経て個別ケアが提供されている施設においては、その取組を継続しつつさらに質を向上させるため、そうした取組を動機づける仕組みが必要であると考ええる。

非薬物的アプローチの選択肢には様々なものがあり、何が入所者に合っているか把握するためには、試行と評価の繰り返しが必要である。また、プログラムを提供しながら内容を調整する必要もある。このような個別的な非薬物的アプローチの実施には、それを可能とする人員などのリソースが求められる。

本調査で、認知症治療薬処方の入所者が全くいない施設は3.6%、BPSD緩和目的で薬が処方されている人が全くいない施設は17.6%であり、ほとんどの施設で認知症に関する処方薬の投与がなされている。BPSDの個別対応に対する取組をすすめることにより、BPSD緩和効果を示すことができれば、より適正な処方につながる可能性がある。認知症のBPSD緩和を目指して、非薬物的アプローチへの取組をさらに後押しするには、現場の努力をサポートするシステムが必要と考える。

VII. 資料編

[定量調査]調査票

問1 貴施設の開設年を教えてください。

西暦 年

問2 **今年（2019年）9月1日時点での** 介護・看護職員の人数について教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

	実人数	常勤換算数
介護職員の総数（常勤・非常勤あわせて）は…	人	人
このうち 介護福祉士は…	人	人
このうち 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員は…	人	人
看護職員の総数（常勤・非常勤あわせて）は…	人	人
このうち 常勤の看護師は…	人	人
このうち 常勤の准看護師は…	人	人

問3 **今年（2019年）9月1日時点での** 看護体制について教えてください。

A. 看護職員が必ず勤務している時間帯はいつですか。

時 分から 時 分

B. **夜間の看護体制**について、貴施設に最もよくあてはまるものはどれですか。（○は1つだけ）

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1. 常に夜勤または当直の看護職員が対応 | 2. 通常、オンコールで対応 |
| 3. 夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない | |

問4 **今年（2019年）9月1日時点での**居室タイプごとの室数、定員数、入所者数を教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

居室タイプ	室数	定員数	入所者数
従来型多床室	室	人	人
従来型個室	室	人	人
ユニット型	室	人	人

次頁もお願いします

問5 今年（2019年）9月1日時点での入所者の要介護度別の内訳人数を教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5	不明・申請中等
人	人	人	人	人	人

問6 今年（2019年）9月1日時点で以下それぞれに該当する入所者数を教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

認知症の診断のある入所者	認知症の診断はないが、疑いのある入所者
人	人

問7 今年（2019年）9月1日時点で以下の医療処置を必要とする入所者数を教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

胃ろう・腸ろうの管理	経鼻経管栄養の管理	たんの吸引
人	人	人

問8 今年（2019年）1月から8月までの退所者（退所手続きをされた方）の内訳をおうかがいします。

①から⑨それぞれに当てはまる人数を教えてください。（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

※ 文中の「看取りケア」とは、ケア対象者が看取り段階にあることをケアチーム内で共有し、共通の目標をもって提供されていたケアをいいます。加算算定は問いません。

① 1月から8月までのすべての退所者数	人
② ①のうち、施設内で死亡した人数	人
③ ②のうち、施設で「看取りケア」を実施した人数	人
④ ②のうち、「看取りケア」実施体制をとらずに死亡した人数	人
⑤ ①のうち、入院して退所した人数	人
⑥ ⑤のうち、施設で「看取りケア」を実施していたが、家族の希望や状態の変化等で入院し、その後病院で死亡した人数	人
⑦ ⑤のうち、施設で「看取りケア」を実施しておらず、家族の希望や状態の変化等で入院し、現在も入院中か、病院で死亡した人数	人
⑧ ⑤のうち、入院後の状況が不明の人数	人
⑨ ①のうち、死亡と入院以外の理由による退所者数	人

次頁もお願いします

問9 今年（2019年）9月1日時点で処方薬に関して以下のそれぞれに該当する入所者数を教えてください。

（該当者がいない場合は「0」と記入してください）

5種類以上の薬剤が処方されている入所者	人
認知症治療薬が処方されている入所者	人
向精神薬が処方されている入所者	人
認知症のBPSDの緩和目的で薬が処方されている入所者	人
下剤が処方されている入所者	人

問10 入所者の処方薬についての見直し・検討のしかたについておうかがいします。

以下の①から④の各質問について、貴施設に最もよくあてはまる番号に○をつけてください。

（○は各質問につき1つだけ）

① 医師からの提案で、入所者の処方薬の見直しを行うことがどれくらいありますか。

1. 定期的にある 2. ときどきある 3. あまりない 4. 一度もない

② 貴施設の看護師が医師に提案することで、入所者の処方薬の見直しを行うことがどれくらいありますか。

1. 定期的にある 2. ときどきある 3. あまりない 4. 一度もない

③ 入所者の状態変化があったとき、処方薬の副作用である可能性はないか、職員のあいだで検討することはどれくらいありますか。

1. 定期的にある 2. ときどきある 3. あまりない 4. 一度もない

④ 処方理由や組み合わせについて疑問をもったときに、職員のあいだで検討することはどれくらいありますか。

1. 定期的にある 2. ときどきある 3. あまりない 4. 一度もない

次頁をお願いします

問 11 **認知症またはその疑いがある入所者が、不安になったり落ち着きがなくなったりした場合、個別にどのような対応をしているか**について、教えてください。

- ① 貴施設では、その方がなぜ不安になっているか、なぜ落ち着きがなくなっているかについて、**そのような状態になる 前の状況・出来事やその方の生活歴などをもとに、原因を探索するよう**にしていますか。

(○はひとつだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓
「1. はい」に○をつけた場合にのみ、次の質問にもお答えください。

→ 問 12 へお進みください

そのような**原因の探索を、複数の職種で行う**ことはありますか。

(○はひとつだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

- ② **その方の不安を和らげたり落ち着かせたりする目的で、以下の対応を個別に行った**ことがありますか。

結果に関わらず**行ったことがあるものすべてに○をつけて**ください。

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. その方の好きな音楽を聴かせる | 2. その方の懐かしい思い出を尋ねたり話してもらったりする |
| 3. 絵を描いてもらう（絵手紙、塗り絵等も含む） | 4. 手芸や工作など、何かをつくる活動をしてもらう |
| 5. 日常の作業（洗たく物をたたむ等）を手伝ってもらう | 6. アロマオイル等の香りを用いる（アロマセラピー含む） |
| 7. 動物と触れ合ってもらう（アニマルセラピー含む） | 8. コミュニケーションロボット（パロや PALRO 等）を用いる |
| 9. その他（行ったことを具体的に、以下にいくつでも挙げてください。ただし、 薬剤を用いた対応は除きます。 ） | |
| ● _____ | |
| ● _____ | |
| ● _____ | |
| ● _____ | |
| ● _____ | |

上の②で1つでも○をつけた場合には、次のページの③・④についてもお答えください。

上の②で1つも○をつけなかった場合は、次のページはとばして問 12 に進んでください。

前ページ②で○をつけた、認知症（疑い含む）の入所者が不安になったり落ち着きがなくなったりした場合に個別に行った対応についておうかがいします。

（前ページ②で1つも○をつけなかった場合は、下の③④はとばして次のページへ進んでください。）

③ ②で○をつけた対応によって、その方の不安が実際に和らいたり落ち着いた場合、

その結果を以下の方法によって 職員のあいだで共有したことがありますか。

（当てはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. その日の記録につけた | 2. ケアプランに含めた |
| 3. 申し送りを行った | 4. その日のスタッフに伝えた |
| 5. 共有していない | |

④ ②で○をつけた対応によって、その方の不安が和らいたり落ち着いたりしなかった場合、

ほかの対応を検討してみましたか。ただし、薬剤を用いた対応は除きます。

（○はひとつだけ）

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. いつも検討した | 2. 検討したことが多かった |
| 3. ほとんど検討しなかった | 4. まったく検討しなかった |

質問は次のページへ続きます。

問 12 貴施設ではご入居者向けのアクティビティ（集団、個別問わず）として以下のそれぞれを実施していますか。している場合、

- どれくらいの頻度で実施しているか（施設で実施する頻度をお答えください。たとえば音楽を2階で週に1回、3階で週に1回実施しているとしたら、音楽に関連するアクティビティは週に2回実施していることになります）
- 外部の人（ボランティアや専門家など）に実施を依頼することがあるかについても教えてください。

アクティビティの種類	実施しているか	どれくらいの頻度で（施設として）	外部の人に依頼するか
A. 音楽を聴く（CDなどの音源利用でも、生演奏でも）	1. している 2. していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
B. 懐かしい思い出を入居者どうして語り合う	1. している 2. していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
C. 絵を描く（絵手紙、塗り絵等も含む）	1. している 2. していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
D. 手芸や工作など何かをつくる活動をする	1. している 2. していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
E. 日常の作業（洗たく物をたたむ等）を入所者に手伝ってもらう	1. している 2. していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない

アクティビティの種類	実施しているか	どれくらいの頻度で	外部の人に頼んでいるか
F. アロマオイルを焚くなど香りを楽しむ	1. 提供している 2. 提供していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
G. 動物と触れ合う・世話をする	1. 提供している 2. 提供していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない
H. コミュニケーションロボット（パロやPALRO等）を使う	1. 提供している 2. 提供していない	1. 毎日 2. 週に何回か 3. 月に何回か 4. 月に1回程度 5. 月に1回より少ない	1. 依頼することがある 2. 依頼することはない

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。

このアンケートやお答えいただいた質問に関して

お気づきの点やご意見・ご感想などありましたら、下に自由にご記入ください。

■ 編集・発行

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム

〒173-0015

東京都板橋区栄町 35-2

TEL:03-3964-3241 FAX:03-3579-4776

