令和２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

長期療養施設における BPSD 緩和のための非薬物療法・対応の実態把握と介入事例の前向き調査

結果報告書

令和 3(2021)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

はじめに 1
I.　調査研究組織 3
II.　認知症の人の BPSD 評価スケールに関する文献整理 13
III.　認知症の人の BPSD 緩和のための非薬物対応に関する実態調査 61
1.　調査概要 62
2.　回答施設属性 63
3.　入居者の状況 68
4.　認知症の方への BPSD への対応 74
5.　施設の組織風土 75
6.　BPSD を解消するための施設での取り組み事例 76
7.　新型コロナウイルス（Covid-19）の感染対策による　認知症ケアへの影響 86
IV.　認知症の人の BPSD 緩和のための方法の探索を目的とした介入調査 89
V.　本研究事業からの提言 125
VI.　資料編 129
配布パンフレット 130
[定量調査]調査票 134

はじめに

認知症の人と共に生きる社会をめざして、地域社会やケア提供のあり方が問われています。中でも、行動・心理症状（BPSD）は、出現に関連する要因が多様であり、経過が複雑で、ケア提供者にとって最も対応が困難なケアのうちの一つです。その対応が見いだせるかどうかによって、認知症の人が地域で暮らし続けられるかどうかが左右されると言っても過言ではありません。

私たちは、認知症の人に生じた問題を、認知症の人個人に原因帰属させようとしがちです。しかしながらその問題は、認知症の人とそこに関わった人や環境との間の相互作用から生じます。そのため、関わる人や環境が、その問題を解決する重要な手掛かりになります。しかし一方で、関わる人や環境など特定の原因によって悪化するという単純な関連ではなく、原因が複雑に絡み合っているために、悪化させる原因を特定してそれを除去するという考え方では限界があると考えます。本人にとって、より良い環境を試行錯誤的に検討し、連環的に提示するアプローチを優先することが実践的に有用なのではないかと考えます。

本研究事業では、BPSD への対応をこのような視点から切り取り、その実践を整理しました。全国の長期療養施設を対象に、認知症の人の BPSD に対する対応について、施設単位、事例単位の調査を実施しました。また、BPSD への対応に積極的に取り組む施設にご協力いただき、日々のケア実践を言語化しました。これらを通じて、BPSD に対する非薬物対応において必要な、実践プロセスを記述し、図示したパンフレットを作成いたしました。

本研究事業では非薬物対応に焦点を当てていますが、薬物療法を排除する意図はありません。現状では、薬物に過剰に依存しがちな問題があり、薬物でなくても解決できる問題には非薬物で対応できるだけのケアの力を付ける必要があると考えています。薬物の必要性の判断は、医学的な状態把握に基づき個別的です。BPSD への薬物療法のあり方については、別途医学的な議論が必要になると考えます。

本研究事業で強調したい点は、ケア提供者を困らせる症状の原因を、安易に認知症という疾病のせいにせず、まずはその人がこれまで生きてこられた経過と重ね合わせて、その症状に現れるその人の体験を理解しようとすることです。そしてそこに関わるケア提供者には、どのような居方が求められるのかが問われているという点です。それは、関わる個人の問題ではなく、その組織全体のあり様が反映されているという考え方も重要です。認知症の人の BPSD への対応には、日々のケア環境、専門職個人のスキル、組織全体の取り組み方の全てが影響するということを、本研究事業の結果から読み取っていただけたら幸いです。

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

介護・エンドオブライフ研究　島田千穂

Ⅰ.　調査研究組織

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
岩佐康行	社会医療法人 原土井病院 副院長 兼 歯科／摂食・栄養支援部 部長
奥田あゆみ	独立行政法人 地域医療機能推進機構 横浜保土ケ谷中央病院 看護師長
高橋龍太郎	医療法人社団充会 多摩平の森の病院
田中志子	医療法人大誠会 内田病院　理事長 日本慢性期医療協会　常任理事
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　大学院看護学研究科　准教授
平山亮	大阪市立大学 大学院文学研究科 人間行動学専攻　准教授
二宮彩子	公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員
宗形初枝	一般社団法人 郡山医師会 郡山市医療介護病院　看護部長
粟田主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　副所長 認知症未来社会創造センター　センター長
池内朋子	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　研究員
菊地和則	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　研究員
※島田千穂	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　研究副部長

オブザーバー

饒波正平	厚生労働省 老健局老人保健課 老人保健施設係 主査

事務局

菅亜希子	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　非常勤研究員
長田久代	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　非常勤職員

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) 検討委員会
日時：2020 年 7 月 22 日（水）10：00～12：00
場所：オンライン（ZOOM）
議事
- 今年度老健事業の目的と全体像の説明
- 介入調査の進め方についての議論
  - スタッフにご協力いただく介入の内容について
    - BPSD 原因分析
    - BPSD の出現状況の分析
  - ケアの実施と効果確認のプロセス記録
- 全体スケジュールの確認

2) 第 1 回委員会
日時：2020 年 8 月 3 日（月）16：00～18：00
場所：オンライン（ZOOM）
議事
- 今年度老健事業の目的と全体像の説明
- CHASE－認知症関連項目の検討について
- 全国調査の概要
- 調査項目について
  - BPSD に対応する体制、及び事例調査に関する項目を中心に
  - 「BPSD への対応がうまくいっている施設」を同定するための質問項目
- 介入調査の概要
- その他

3) 第 2 回委員会
日時：2021 年 1 月 14 日（木）10：00～12：00
場所：オンライン（ZOOM）
議事
- 報告書構成案について
- BPSD 評価スケール文献整理
- BPSD 緩和のための非薬物対応に関する実態調査結果
- 提言案について

4) 第 3 回委員会
日時：2021 年 2 月 4 日（木）15：30～17：30
場所：オンライン（ZOOM）
議事
- 報告書構成案について
- BPSD 緩和のための非薬物対応に関する介入調査結果概要の報告
- BPSD 緩和のための非薬物対応に関する現場向けパンフレット一部紹介
- 提言案について

各委員会の議事録は以下の通り。

1) 検討委員会
日時：2020 年 7 月 22 日（水）10：00～12：00
場所：オンライン（ZOOM）

出席（敬称略、※委員長）
伊東美緒、岩佐康行、奥田あゆみ、田中志子、鈴木みずえ、原沢優子、二宮彩子
宗形初枝、池内朋子、菊地和則、※島田千穂

オブザーバー
饒波正平

事務局
菅亜希子、長田久代

議題：

１．今年度老健事業の目的と全体像について

- 今回の老健事業は、大きくふたつの柱を考えている。1 つ目は、介護医療院、介護療養型医療施設、地域包括ケア病棟のある医療機関、特別養護老人ホームを対象とした全国アンケート調査。2 つ目は、BPSD を有する新規の入所者、入院の方、入棟の方を対象にした非薬物療法対応のアセスメントから効果確認までのプロセスを質的に追う介入調査。
- 介入調査については、調査協力病院の病棟に新規で入られた患者のうち、BPSD が顕著にみられる方、顕著でなくても BPSD が見られる方に、具体的に対応していった結果、BPSD がどう変化するのかを時系列で追ってみるというような内容で計画。
- 症例数は、9 月から 12 月までの 4 か月 4 か所と計算し、15 人を計画。あくまでも質的なプロセスを記述していきたいということがメインの目的になるので、数を集めるというよりはひとつひとつを丁寧に追っていくというところに重点をあてたい。
- 対象施設については、もともと長期療養施設としての介護医療院、介護療養型医療施設に加えて、急性期病院からの橋渡しとしての地域包括ケア病棟を想定していたが、生活施設としての特養など介護保険施設も加えた方が良いのではないかという意見があり、加える方向で進めている。現在、入院、入床が少なくなっており、新規の方は受け入れない施設もある。最初は対象を広げておき、後でレベルや状況に合わせ、同じような方達でマッチングする方が安全である。BPSD について介護報酬であったり診療報酬であったりの違いはあるが、それで分けるのではなく、BPSD に関するデータを収集していく。

２．介入調査の進め方について

- ケアの現場で対応していることそのものが、BPSD を緩和させ、非薬物療法や対応という名称で表現できる、と改めて定義することを目指したい。そのために、非薬物対応とはどういうプロセスなのか、具体的に何をすることを非薬物対応と言うのかを、ケアの現場が自然にやっている実践知、暗黙知を言語化することにより明らかにしたい。質的な分析である。
- 書式は 3 種類で、入院前の状況、生活歴等を記載いただく情報シート、どんな場面で BPSD が出てきているのか、というような情報を整理していただく出現状況シート、ケアの過程を 1 日 1 エピソード記載する BPSD 対応ケアの可視化シートがある。BPSD 対応可視化シートは、職員間で共有したり、会議を開いたり対応を検討する時に使えるようになっている。こういったプロセスを繰り返し、1 か月に 1 回聞き取り調査をさせていただきたい。遠隔で、ケアスタッフ代表の方にお聞きしたい。

- 入院前の情報シートは、入院前のケアプランも合わせて聞いておいた方がよいと思う。
- 対応可視化シートは、日々対応されるスタッフの方に記入いただくこととし、回答する人はバラバラでよい。書く人が日々変わることで、前日の関わりが共有できるメリットがあると想定している。
- BPSD 対応可視化シートは、患者サイドの思いや受け止め方も、看護師を通して拾い上げていくつもりで書くとよいのではないか。例えば本人の思いは、認知症が進むほど言語で表現できなくなるため、スタッフたちが行動や態度を見て読み取るプロセスが生じるはず。スタッフがどう捉えて共有するかも含めるとよいのではないか。スタッフによって読み取れる人と読み取れない人もいると思うので、本人の反応や、表現や言葉や行動など、分かる範囲で、負担のない範囲で書いていただけると、客観的になってわかりやすくなると思う。
- BPSD 対応可視化シートの「BPSD に対してスタッフがとった行動や態度」は、意図と、どの目的でその行動と態度をとっていたのか、ということも書けるとよりよいと思う。
- 聞き取り調査項目に「この人の BPSD がどのような状態になることをめざしますか？」は、代表で聞かれた人が答えるのか、チームケアで目指すところを答えるのかクリアにしておくと回答しやすい。
- 聞き取り調査の項目「BPSD への対応で変更した点について教えてください。その結果どのような変化がありましたか。」というところが書きにくいかもしれない。「対応」→「結果」、「対応」→「結果」が、1 か月分になると 10 とか 20 と並ぶかもしれない。聞き取りなので問題ないかなとは思うが。ここに BPSD 対応可視化シートを用意すると答えやすいかもしれない。

2) 第 1 回委員会

日時：2020 年 8 月 3 日（月）16：00～18：00

場所：オンライン（ZOOM）

出席（敬称略、※委員長）

岩佐康行、奥田あゆみ、高橋龍太郎、田中志子、鈴木みずえ、原沢優子、宗形初枝、栗田主一、池内朋子、菊地和則、※島田千穂

オブザーバー

饒波正平

事務局

菅亜希子、長田久代

議題：

１．「CHASE-認知症関連項目の検討」の発表　栗田先生

- DBD-13 と BPSD＋Q をもとに、心理症状を加味した BPSD-12（または BPSD-10）を提案。
- BPSD-12 の特徴としては、以下があげられる。
  - 12 項目中 8 項目は DBD-13 に該当項目が存在し、12 項目中 12 項目は BPSD＋Q に該当項目が存在する。
  - BPSD の行動症状と心理症状を網羅的に評価する。
  - 従来の尺度が介護負担度との関連を重視しているのに対し、BPSD-12 は本人の QOL との関連を重視している（但し、妥当性の検証が必要）。
- 妥当性の検証は多施設で行った方がよいため、多施設で行えるかどうか計画表を作る予定。

- BPSD の調査をするにあたって問題ばかりを見ているような調査票になっており、非薬物療法での対応で良くしていこうという視点が今までの調査票には少ない。新しい評価尺度を作成するなら、良くなったところも確認できる項目が入れられるとよいのではないか。患者の行動を否定的に見ない見方を現場が知ることと、改善が見えるということが、非薬物療法の入り口かなと考えている。
- 本人の QOL を評価する尺度を一緒につけるというのはものすごくリーズナブルなことで重要である。山口先生の安寧尺度が非常に参考になると考えている。

２．調査票の検討

全国調査調査票の調査項目内容の検討を行った。
各委員が調査票に回答する立場、分析結果を解釈する立場のそれぞれから、意見を出していただき、内容について議論した。
最終的に完成した調査票を巻末に資料として添付した。

3) 第 2 回委員会

日時：2021 年 1 月 14 日（木）10：00～12：00
場所：オンライン（ZOOM）

委員（敬称略、※委員長）

奥田あゆみ、高橋龍太郎、田中志子、鈴木みずえ、平山亮、二宮彩子、宗形初枝
粟田主一、池内朋子、菊地和則、※島田千穂

事務局

菅亜希子、長田久代

議題

１．報告書構成案について
２．BPSD 評価スケール文献整理
３．BPSD 緩和のための非薬物対応に関する実態調査結果

- 議論 1　非薬物対応の体制に関する調査結果について
  - 集団アクティビティの選択肢が女性向きの活動が多かったと思う。男性は運動が多く、手芸系は女性が多いのかなと思う。ロボットを活用している施設が意外と少なかった。集団アクティビティの目的にもよると思った。
  - パーソンセンタードケアの考え方に関する項目で、地域包括ケア病棟が「個人の独自性を尊重」が他の項目より少ないと説明があったが、急性期のケアを優先してしまう現状があるのではないかと感じた。治療やケアなどの入院医療に影響を受けた結果ではないかと思う。
  - 集団アクティビティの回答が少ない傾向があったのは、コロナ禍なので、集団にならないようにしていたのではないか。いつもやっていた集団のものを控えた可能性もある。
  - 集団アクティビティは物理的な制約があり、スペース的に難しかった可能性がある。
  - パーソンセンタードケアの考え方に基づいた説明は面白いと思ったが、質問項目は独自で作ったものか？VIPS は重要だと思っていて、こういうものがあると VIPS とは何かを考える重要なきっかけになるので、今後も発展させた方がよい。
  - 非薬物体制を聞く項目で、⑨BPSD 緩和目的での薬物処方の回答が、質問内容は逆のことであるのに①非薬物療法・対応の優先とほぼ同じ割合だったことが気になった。

- 非薬物療法の体制が 8～9 割の回答項目が多いが、全ての項目を「いいえ」と回答していた施設があるのではないか。BPSD が日常的に問題にならないような施設は「いいえ」と回答している可能性もある。「はい」と回答したのは同じような施設である可能性もある。このあたりのバリエーションを見つけられたのか、気になった。
- 非薬物療法の体制は特養において集団の活動が多いと思った。病床機能、それぞれの役割を考慮した議論が必要だと思った。

- 議論 2　BPSD 出現状況について
  - コロナ 2 波が終わったあたりから入院する認知症の方が減ってしまった。通常の状況であれば、上位の項目は多いので、「なるほど」とうなずける結果である。急性期病棟の稼働が 50～60%と低いと、患者 1 人 1 人に対するケアが充実してくるので入院していても BPSD を発症しづらくなるのかなと思う。コロナ禍において、認知症の方が自宅でも落ち着かない不安定な状態となり、最近はレスパイト入院の依頼が増えてきた。
  - BPSD の出現頻度が高いものの背景にあるものは何かを考えることが、ケアを考える上で大切だと思った。
  - BPSD 出現状況において、現場から質問があった。使われている項目は、ケアする側の対応によるものではないかという疑問が起きている。
  - ケアによってこのような症状を起こしてしまっていると考えているので、患者がそうならないように気をつけている。
  - BPSD 出現状況の上位 8 つは、いろんな施設で困っていると思う。上位 10 個くらいが対応できるようになれば良いと思う。こういう症状がありますという報告だけでなく、こういう対応で対処できるかもしれません、とセットで報告することで意味があると思う。
  - コロナ禍において、面会ができないというのが低活動（鬱っぽい、食事が食べられない）につながっている。せん妄は身体的な病状なので医療職との連携も必要であると思う。

- 新規項目案 BPSD-12 について（栗田先生のご説明）
  - 介護サービスの総合的なＤＢ（CHASE/チェイス）を作ろうという取り組みがあり、BPSD も含まれることになった。本老健事業では今後、3 年後くらいの BPSD の評価の在り方を提言してもらいたい。

- 議論 3　回答施設における対応事例分析
  - BPSD の症状の低活動に焦点をあわせると、薬の減量にもつながる。対応事例の方針の「併用」という言葉に違和感があった。
  - BPSD の原因の検討の結果をみると、「本人の精神的苦痛や性格などからの影響」や「身体的苦痛の影響」など、原因は患者にあると思っている事例が多いのではないか。
  - 原因の検討は複数回答であるので、一緒に選ばれているものを検出するとよいと思った。
  - 具体的な非薬物対応は、人ではなく人形やロボットなどを使っているところに着目してもよいと思う。
  - 具体的な非薬物対応は、事故（転倒・他者とのトラブル）を避けるための対応もあるのではないかと思った。

4) 第3回委員会

日時：2021年2月4日（木）15：30～17：30

場所：オンライン（ZOOM）

委員（敬称略、※委員長）

伊東美緒、岩佐康行、奥田あゆみ、鈴木みずえ、原沢優子、平山亮、二宮彩子
宗形初枝、粟田主一、池内朋子、菊地和則、※島田千穂

オブザーバー

饒波正平

事務局

菅亜希子、長田久代

議題

１．報告書構成案について

２．BPSD緩和のための非薬物対応に関する介入調査結果概要に関する議論

- 議論
  - 薬剤の使用についてはどうだったのか。事例の一覧に、薬剤の使用状況も掲載した方が良い。
  - 介入の効果としてデータを解釈するのは難しい。BPSDへの対応を元々しっかり行っている施設が、今回の事業でシートを導入して記録をしたことによって、日常行っているケアが言語化できたという意味合いだと思う。
  - アセスメントの正しさという表現に違和感がある。「アセスメントに基づくプラン通りに」と修正するとよいのではないか。
  - 対象者の一覧にケアを受けている人の情報だけが書かれているが、この方を見ていた人の情報もあった方がよいのではないか。
  - 低活動の方の評価は難しいと思う。昔、ユマニチュードの調査をした時に、その変化を職員がどう捉えたかを聞いた時に「まぶたが動いた」などの意見をいただいた。評価者の感覚の違いに左右される。
  - パンフレットにもまとめていただいていてわかりやすかった。こういうことをやったら失敗したというのもあったらよいとも思ったが、この研究としては効果的な方法を目的としているので不要かなと思った。考察のところで、うまくいかなかったが次につなげるということをもっと強調してもよいと思った。ケアをするスタッフも勇気づけられるのでは？と思った。
  - チャレンジしない人がいない、よいと思ったことは試してみるという姿勢をインタビューした施設からは感じた。裏を返すと、うまくいかない施設はそのあたりにも原因があるのでは？と思った。
  - 流れとしてよいと思うが、どのような言葉を使うかがこういう研究では重要である。BPSDを「意思表示」というのは言い過ぎかもしれない。
  - 急性期であると入院期間が短いこともあって、一回やって無理だとやらなくなってしまうなどがあると思う。何度も繰り返す必要があるということを記載すると、経験が浅い人にとっても役に立つと思った。
  - 新型コロナの影響で、認知症の過活動の方への非薬物対応が難しくなっている気がする。患者と密接することを避けた影響があるかもしれない。

３．BPSD緩和のための非薬物対応に関する現場向けパンフレット一部紹介

４．全体についての議論

- パンフレットはわかりやすいと思った。初めてケアをする人からすると、VIPSのどの概念に該当するかを記載いただくと、応用しやすいと思った。心地よさを提供

していくというところで、低活動の方だとなかなか評価がしづらかったと思う。低活動をもっと低活動でなくすることは目標なのだろうかと思った。→症状を改善する取り組みよりも、その人にとって居心地がよい状態を提供することがいいと思う。

- BPSD は複雑なものなので、居心地の悪さといってしまってよいのかが難しい。認知症とともに生きるということもあるし、外からみて居心地が悪いといってしまうのは乱暴な気もする。人生の最後を穏やかに過ごしたいという表明かもしれない。BPSD の研究は非常に複雑。
- コロナ対応で BPSD の人が避けられているという話も聞く。大変貴重な結果だと思う。

II. 認知症の人の BPSD 評価スケールに関する文献整理

はじめに

本老健事業の一環として、代表的なBPSDの評価尺度を紹介する。本稿で紹介するBPSD評価尺度は、英語版については『認知症の行動と心理症状 BPSD』に掲載された評価尺度の中の20編1)と（表１）、日本語版については『BPSD初期対応ガイドライン』に掲載された評価尺度の中の７編 2)及び本老健事業の介入研究で使用した認知症困りごと質問票（BPSD＋Q）3)の8編（表２）の合計28編の尺度のうち、英文は使用論文３本以上の14編、和文は全編を対象とした。

各評価尺度は英文、和文それぞれに使用論文数が多い順に下記の構成で紹介した。

１）出典

２）尺度の内容

３）使用論文数の推移（グラフ）

４）尺度紹介

使用論文数の推移は、英文尺度についてはPubMedを検索した。検索キーワードは各スケール名称、検索条件は、①Article types：Journal Article、②Text availability：Abstract、③Species：Humans、④Ages：65+ year、⑤Title：not review、とした。検索日は2020年10月22日、検索期間は特に指定しなかった。

和文尺度については医中誌webを検索した。検索キーワードは各スケール名称あるいは略称、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チェックタグ：ヒト、⑤チェックタグ：高齢者：65歳～、とした。検索日は2020年10月19日、検索期間は特に指定しなかった。

使用論文数はあくまで上記の検索条件によるものであり、検索条件を変えると使用論文数が変わる可能性があることにご留意頂きたい。

尺度紹介は著作権の都合上、尺度全文をそのまま掲載することができないため、項目名など一部を掲載している場合がある。また、一部項目については選択肢を例示していることがある。

文献

1）国際老年精神医学会著，日本精神老年医学会監訳：認知症の行動と心理症状 BPSD 第2版，24-26，2013，アルタ出版.

2）服部英幸編集：BPSD初期対応ガイドライン改訂版，37，2019，ライフ・サイエンス.

3）内藤典子，藤生大我，滝口優子，他，PSDの新規評価尺度：認知症困りごと質問票BPSD＋Qの開発と信頼性・妥当性の検討，認知症ケア研究誌，2，133-145，2018.

表１．BPSD 評価尺度（英文）

１．Neuropsychiatric Inventory（NPI）：1427
２．Cohen-Mansfield Agitation Inventory（CMAI）：270
３．Cornell Scale for Depression in Dementia（CSDD）：255
４．Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale（BEHAVE-AD）：138
５．Blessed Dementia Scale（BDS）：80
６．Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version（NPI-NH）：78
７．Sandoz Clinical Assessment-Geriatric（SCAG）：63
８．Revised Memory and Behavior Problems Checklist（RMBPC）：47
９．Neurobehavioral Rating Scale（NRS）：37
10．Gottfries-Brâne-Steen Scale（GBS）：29
11．Dementia Behavior Disturbance Scale（DBD）：22
12．Dementia Mood Assessment Scale（DMAS）：18
13．Brief Agitation Rating Scale（BARS）：13
14．Pittsburgh Agitation Scale（PAS）：11

※「：」は使用論文数

表 2．BPSD 評価尺度（和文）

１．西村式臨床的認知症スコア（NM スケール）：59
２．Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease（Behave-AD）（日本語版）：44
３．NPI-Brief Questionnaire Form（NPI-Q）（日本語版）：24
４．Cohen-Mansfield Agitation Inventory（CMAI）（日本語版）：15
５．Cornell Scale for Depression in Dementia（CSDD）（日本語版）：8
６．Dementia Behavior disturbance Scale-13（DBD-13）（日本語版）：3
７．認知症困りごと質問票（BPSD＋Q）：2
８．BPSD-assessment scale（BPSD-AS）：1

※「：」は使用論文数

＜英文尺度＞

１．Neuropsychiatric Inventory (NPI)

１）出典

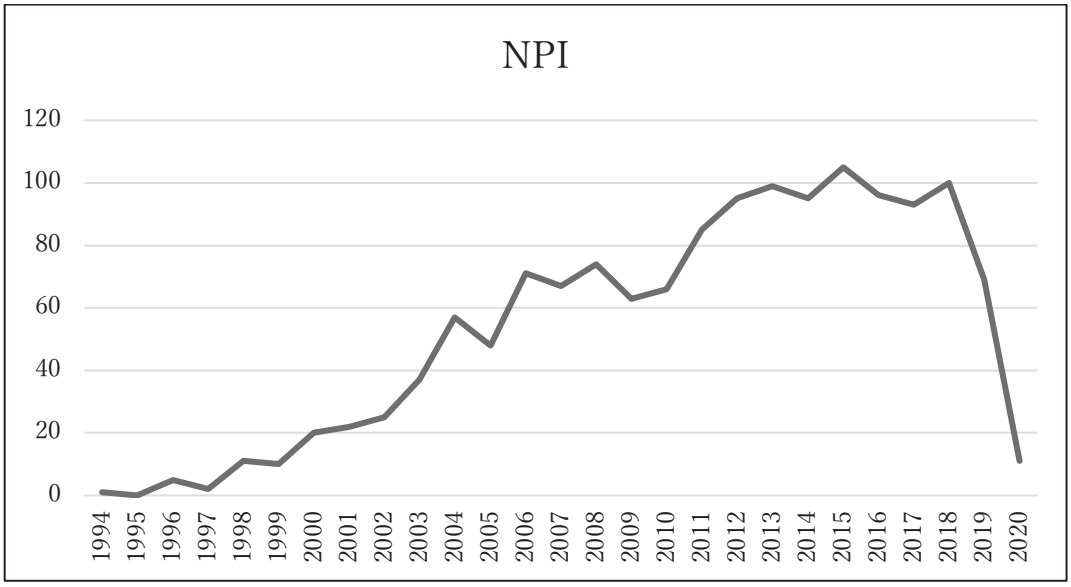
Cummings, J., Mega, M., Gray, K., et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994; 44: 2308-2314.

２）尺度の内容

NPI は、Delusions、Hallucinations、Agitation/Aggression、Depression/Dysphoria、Anxiety、Elation/Euphoria、Apathy/Indifference、Disinhibition、Irritability/Lability、Motor Disturbance、Nighttime Behaviors、Appetite/Eating の 12 項目から構成される。各項目について Yes/No で回答し、Yes である場合は SEVERITY について 3 段階、DISTRESS について 6 段階で回答する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：1427 本



4）尺度紹介

Circle "Yes" only if the symptom(s) has been present in the last month. Otherwise, circle "No". For each item marked "Yes":

a) Rate the SEVERITY of the symptom (how it affects the patient):
1 = Mild (noticeable, but not a significant change)

2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)

3 = Severe (very marked or prominent, a dramatic change)

b) Rate the DISTRESS you experience due to that symptom (how it affects you):
0 = Not distressing at all

1 = Minimal (slightly distressing, not a problem to cope with)

2 = Mild (not very distressing, generally easy to cope with)

3 = Moderate (fairly distressing, not always easy to cope with)

4 = Severe (very distressing, difficult to cope with)

5 = Extreme or Very Severe (extremely distressing, unable to cope with)

1. Delusions
Does the patient have false beliefs, such as thinking that others are stealing from him/her or planning to harm him/her in some way?

Yes No SEVERITY: 1 2 3 DISTRESS: 0 1 2 3 4 5

2. Hallucinations
3. Agitation/Aggression
4. Depression/Dysphoria
5. Anxiety
6. Elation/Euphoria
7. Apathy/Indifference
8. Disinhibition
9. Irritability/Lability
10. Motor Disturbance
11. Nighttime Behaviors
12. Appetite/Eating

２．Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

１）出典

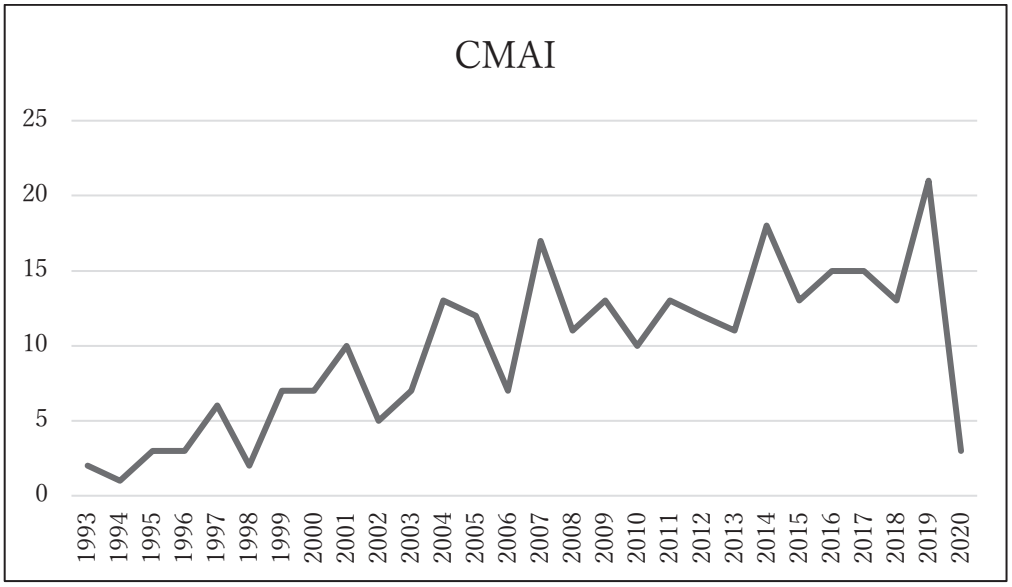
Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Rosenthal, AS. A description of agitation in a nursing home. J Gerontol 1989; 44: M77-M84.

２）尺度の内容

CMAI は高齢者に見られやすい agitated behavior の頻度を測定する 29 項目から構成され、それぞれを 1：Never から 7：Several Times an Hour の 7 段階で評価する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：270 本



４）尺度紹介

Instructions: For each of the behaviors below, check the rating that indicates the average frequency of occurrence over the last 2 weeks.

1：Never、2：Less Than Once a Week、3：Once or Twice a Week、4：Several Times a Week

5：Once or Twice a Day、6：Several Times a Day、7：Several Times an Hour

1. Hitting (including self)
2. Kicking
3. Grabbing onto people
4. Pushing
5. Throwing things
6. Biting
7. Scratching
8. Spitting
9. Hurt self or others
10. Tearing things or destroying property
11. Making physical sexual advances
12. Paces, aimless wandering
13. Inappropriate dress or disrobing
14. Trying to get to a different place
15. Intentional falling
16. Eating/drinking inappropriate substances
17. Handling things inappropriately
18. Hiding things
19. Hoarding things
20. Performing repetitious mannerisms
21. General restlessness
22. Screaming
23. Making verbal sexual advances
24. Cursing or verbal aggression
25. Repetitive sentences or questions
26. Strange noises (weird laughter or crying)
27. Complaining
28. Negativism
29. Constant unwarranted request for attention or help

３．Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

１）出典

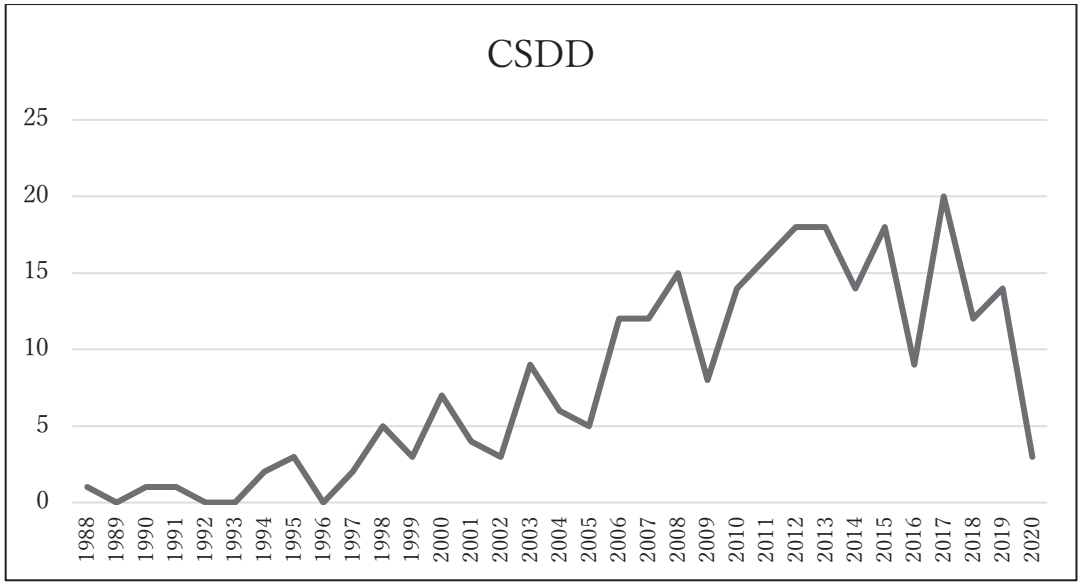
Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.S. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry 1988; 23: 271-284.

２）尺度の内容

CSDD は抑うつ症状の重症度を評価するためのものであり、A.Mood-Related Signs の 4 項目、B.Behavioral Disturbance の 4 項目、C.Physical Signs の 3 項目、D.Cyclic Functions の 4 項目、E.Ideational Disturbance の 4 項目の 5 次元 19 項目から構成される。それぞれの項目は、a=unable to evaluate 及び 0=absent、1=mild or intermittent、2=severe から構成される。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：255 本



4）尺度紹介

Scoring System

a = unable to evaluate

0 = absent

1 = mild or intermittent

2 = severe

A. Mood-Related Signs

1. Anxiety
2. Sadness
3. Lack of reactivity to pleasant events
4. Imitability

B. Behavioral Disturbance

5. Agitation
6. Retardation
7. Multiple physical complaints
8. Loss of interest

C. Physical Signs

9. Appetite loss
10. Weight loss
11. Lack of energy

D. Cyclic Functions

12. Diurnal variation of mood
13. Difficulty falling asleep
14. Multiple awakenings during sleep
15. Early morning awakening

E. Ideational Disturbance

16. Suicide
17. Poor self-esteem
18. Pessimism
19. Mood-congruent delusions

４．Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

１）出典

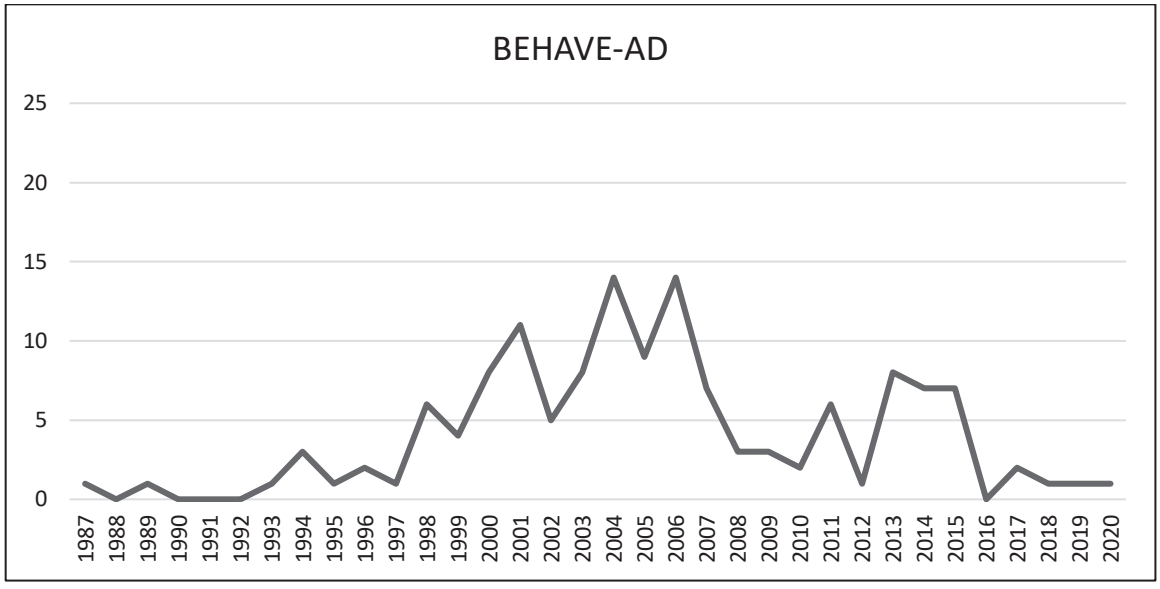
Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S.P., Ferris, S.H. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. J Clin Psychiatry 1987; 48 (Suppl): 9-15.

２）尺度の内容

BEHAVE-AD はアルツハイマー病の特徴的な行動症状を反映および測定するように作成された。項目は大きく分けて Part1:Symptomatology と Part2:Global Rating から構成されている。前者は A.Paranoid and Delusional Ideation の 7 項目、B.Hallucinations の 5 項目、C.Activity Disturbances の 3 項目、D.Aggressiveness の 3 項目、E.Diurnal Rhythm Disturbances の 1 項目、F.Affective Disturbance の 2 項目、G.Anxieties and Phobias の 4 項目の合計 25 項目から構成される。それぞれ 0～3 の 4 段階評価である。後者は Part1 の結果を踏まえた 0～3 の 4 段階の総合的な評価である。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：138 本



４）尺度紹介

Part1: Symptomatology

A. Paranoid and Delusional Ideation
1. "People Are Stealing Things" Delusion
0.Not present
1.Delusion that people are hiding objects
2.Delusion that people are coming into the home and hiding objects or stealing objects
3.Talking and listening to people coming into the home
2. "One's House Is Not One's Home" Delusion
3. "Spouse (or Other Caregiver) Is an Imposter" Delusion
4. "Delusion of Abandonment" (e.g., to an Institution)
5. "Delusion of Infidelity"
6. "Suspiciousness/Paranoia" (other than above)
7. Delusions (other than above)
B. Hallucinations
8. Visual Hallucinations
9. Auditory Hallucinations
10.Olfactory Hallucinations
11.Haptic Hallucinations
12.Other Hallucinations
C. Activity Disturbances
13.Wandering: Away From Home or Caregiver
14.Purposeless Activity (Cognitive Abulia)
15.Inappropriate Activity
D. Aggressiveness
16.Verbal Outbursts
17.Physical Threats and/or Violence
18.Agitation (other than above)
E. Diurnal Rhythm Disturbances
19.Day/Night Disturbance
F. Affective Disturbance
20.Tearfulness
21.Depressed Mood: Other
G. Anxieties and Phobias
22.Anxiety Regarding Upcoming Events (Godot Syndrome)
23.Other Anxieties
24.Fear of Being Left Alone
25.Other Phobias

Part2: Global Rating

With respect to the above symptoms, they are of sufficient magnitude as to be:
0.Not at all troubling to the caregiver or dangerous to the patient
1.Mildly troubling to the caregiver or dangerous to the patient
2.Moderately troubling to the caregiver or dangerous to the patient
3.Severely troubling or intolerable to the caregiver or dangerous to the patient

５．Blessed Dementia Scale (BDS)

１）出典

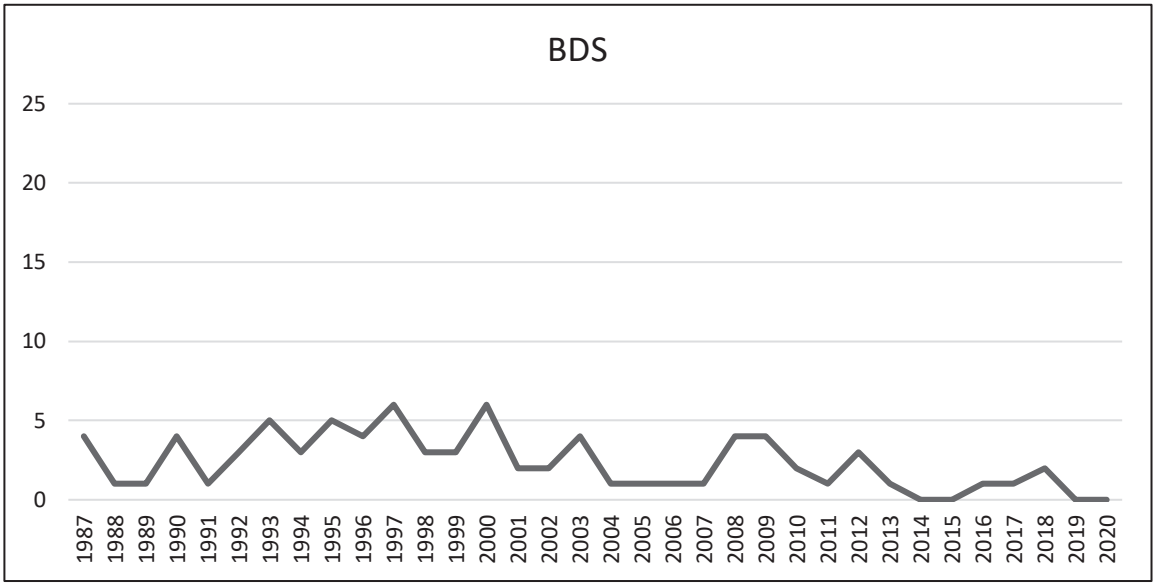
Blessed. G., Tomlinson , B.E., Roth, M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. Br J Psychiatry 1968; 114: 797-811.

２）尺度の内容

BDS は Changes in performance of everyday activities の８項目、Changes in Habits の３項目、Changes in Personality, Interests, Drive の 11 項目、Memory の３項目、Concentration の３項目から構成される。これらは過去６ヵ月間における変化あるいは記憶や集中力を評価するものである。回答はそれぞれの項目により選択肢の設定が異なっている、あるいは質問をすることにより回答を得る。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：80 本



４）尺度紹介

Changes in performance of everyday activities

1. Inability to perform household tasks
2. Inability to cope with small sums of money
3. Inability to remember short list of items, e.g. in shopping
4. Inability to find way about indoors
5. Inability to find way about familiar streets
6. Inability to interpret surroundings (e.g. to recognize whether in hospital, or at home, to discriminate between patients, doctors and nurses, relatives and hospital staff, etc.)
7. Inability to recall recent events (e.g. recent outings, visits of relatives or friends to hospital, etc.)
8. Tendency to dwell in the past

Changes in Habits

9. Eating
10. Dressing
11. Complete sphincter control

Changes in Personality, Interests, Drive

12. Increased rigidity
13. Increased egocentricity
14. Impairment of regard for feelings of others
15. Coarsening of affect
16. Impairment of emotional control, e.g. increased petulance and irritability
17. Hilarity in inappropriate situations
18. Diminished emotional responsiveness
19. Sexual misdemeanour (appearing de novo in old age) Interests retained
20. Hobbies relinquished
21. Diminished initiative or growing apathy
22. Purposeless hyperactivity

Memory

1. Personal
2. Non-personal
3. Name and address (5-minute recall)

Concentration

1. Months of year backwards
2. Counting 1-20
3. Counting 20-1

６．Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH)

１）出典

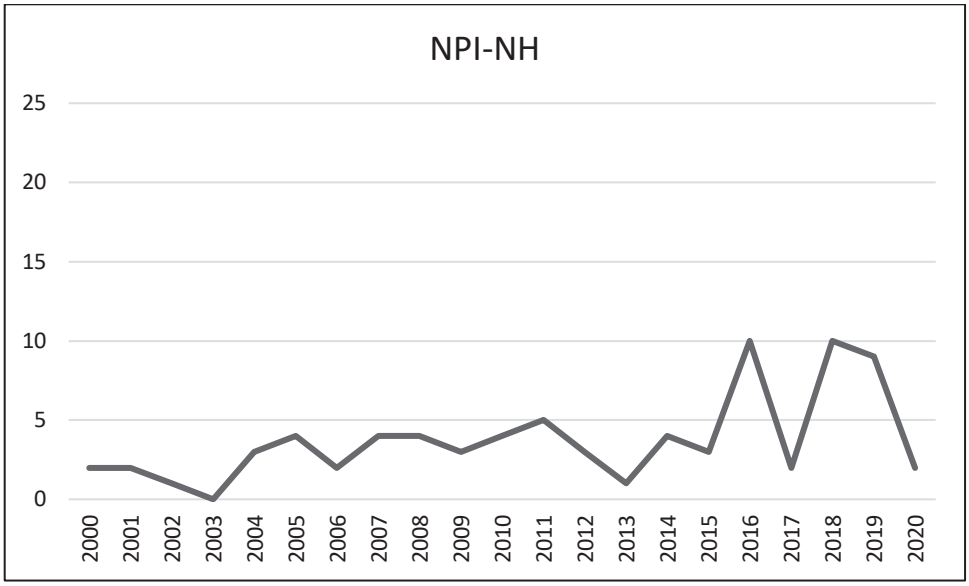
Cummings, J.L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology 1997；48 (Suppl 6): S10-16.

２）尺度の内容

NPI-NH は DELUSIONS、HALLUCINAIONS、AGITATION/AGGRESSION、DEPRESSION/DYSPHORIA、ANXIETY、ELATION/EUPHORIA、APATHY/INDIFFERENCE、DISINHIBITION、IRRITABILITY/LABILITY、ABERRANT MOTOR BEHAVIOR、SLEEP AND NIGHTTIME BEHAVIOR DISORDERS、APPETITE AND EATING CHANGES の 12 項目から構成される。それぞれの項目が該当する場合は具体的な小項目及び Frequency、Severity、Occupational Disruptiveness を回答する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：78 本



４）尺度紹介

A. DELUSIONS

Does the resident have beliefs that you know are not true? For example, saying that people are trying to harm him/her or steal from him/her. Has he/she said that family members or staff are not who they say they are or that his/her spouse is having an affair? Has the resident had any other unusual beliefs?

☐Yes (If yes, please proceed to subquestions)

☐No (if no, please proceed to next screening question)　☐N/A

1. Does the resident believe that he/her is in danger - that others are planning to hurt him/her or have been hurting him/her?
2. Does the resident believe that others are stealing from him/her?
3. Does the resident believe that his/her spouse is having an affair?
4. Does the resident believe that his/her family, staff members or others are not who they say they are?
5. Does the resident believe that television or magazine figures are actually present in the room? (Does he/she try to talk or interact with them?)
6. Does he/she believe any other unusual things that I haven't asked about?

If the screening question is confirmed, determine the frequency and severity of the delusions.

Frequency

Severity

Occupational Disruptiveness

B. HALLUCINAIONS
C. AGITATION/AGGRESSION
D. DEPRESSION/DYSPHORIA
E. ANXIETY
F. ELATION/EUPHORIA
G. APATHY/INDIFFERENCE
H. DISINHIBITION
I. IRRITABILITY/LABILITY
J. ABERRANT MOTOR BEHAVIOR
K. SLEEP AND NIGHTTIME BEHAVIOR DISORDERS
L. APPETITE AND EATING CHANGES

7．Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG)

1）出典

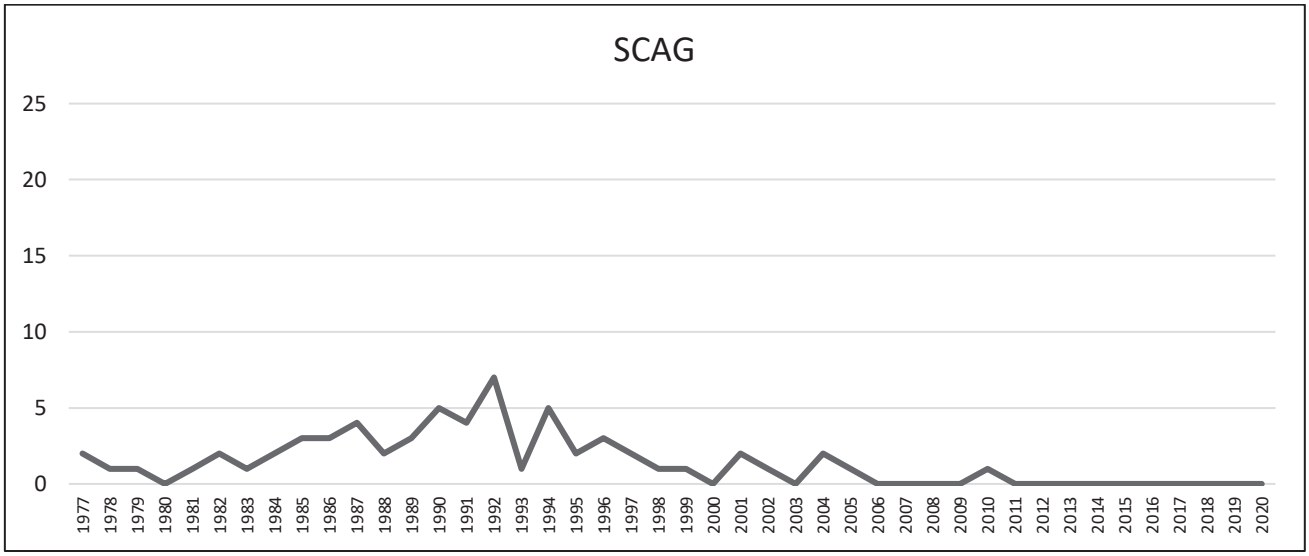
Shader, R.L., Harmatz, J.S., Salzman, C. A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG). J Am Geriatr Soc 1974; 22: 107-113.

2）尺度の内容

SCAG は cognitive dysfunction の 4 項目, interpersonal relationships の 4 項目、apathy の 4 項目、affect の 3 項目、somatic function の 3 項目の 18 項目から構成される。それぞれの項目は 7 段階で評価される。18 項目に加えて、Overall Impression of Patient が評価される。

3）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：63 本



4）尺度紹介

1 = not present

2 = very mild

3 = mild

4 = mild to moderate

5 = moderate

6 = moderately severe

7 = severe

1. Mood Depression
2. Confusion
3. Mental Alertness
4. Motivation Initiative
5. Irritability
6. Hostility
7. Bothersome
8. Indifference to Surroundings
9. Unsociability
10. Uncooperativeness
11. Emotional Lability
12. Fatigue
13. Self-care
14. Appetite
15. Dizziness
16. Anxiety
17. Impairment of Recent Memory
18. Disorientation
19. Overall Impression of Patient

8. Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)

1）出典

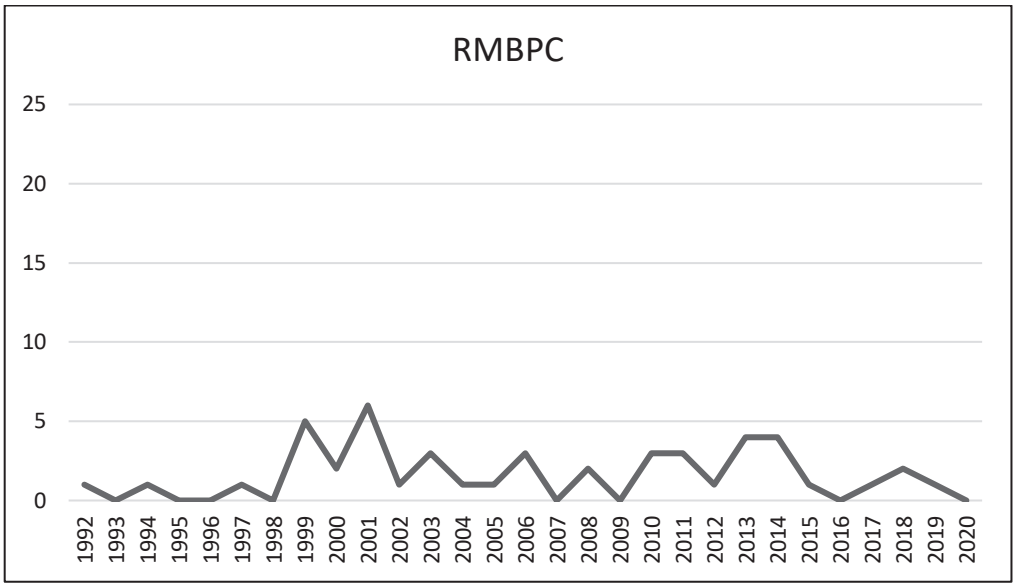
Teri, L., Truaz, P., Logs don, R., et al. Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. Psychol Aging 1992; 7: 622-631.

2）尺度の内容

RMBPC は 19 項目から構成され、それぞれ 6 段階の FREQUENCY RATINGS と 6 段階の REACTION RATINGS によって評価する。

3）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：47 本



4）尺度紹介

FREQUENCY RATINGS:

0 = never occurred

1 = not in the past week

2 = 1 to 2 times in the past week

3 = 3 to 6 times in the past week

4 = daily or more often

9 = don't know/not applicable

REACTION RATINGS:

0 = not at all

1 = a little

2 = moderately

3 = very much

4 = extremely

9 = don't know/not applicable

1. Asking the same question over and over.
2. Trouble remembering recent events (e.g., items in the newspaper or on TV).
3. Trouble remembering significant past events.
4. Losing or misplacing things.
5. Forgetting what day it is.
6. Starting, but not finishing, things.
7. Difficulty concentrating on a task.
8. Destroying property.
9. Doing things that embarrass you.
10. Waking you or other family members up at night.
11. Talking loudly and rapidly.
12. Appears anxious or worried.
13. Engaging in behavior that is potentially dangerous to self or others.
14. Threats to hurt oneself.
15. Threats to hurt others.
16. Aggressive to others verbally.
17. Appears sad or depressed.
18. Expressing feelings of hopelessness or sadness about the future (e.g., "Nothing worthwhile ever happens," "I never do anything right").
19. Crying and tearfulness.

９．Neurobehavioral Rating Scale（NRS）

１）出典

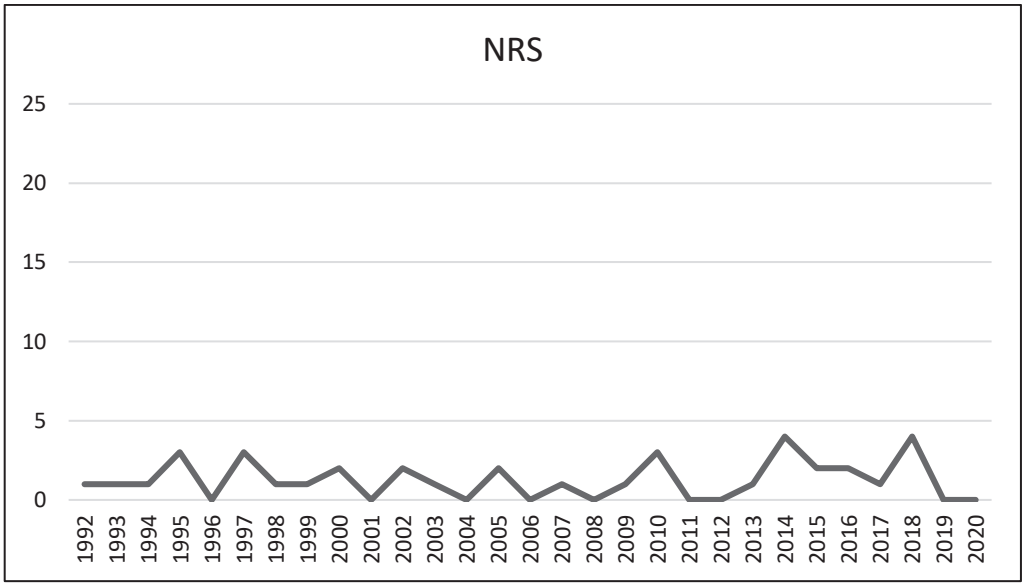
Levin, H.S., High, W.M., Goethe, K., et al. The Neurobehavioral Rating Scale: Assessment of the behavioral sequelae of head injury by the clinician. J Neural Neurosur Psychiatry 1987; 50: 183-193.

２）尺度の内容

NRS は 27 項目から構成され、それぞれ Not Present～Extremely Severe の 7 段階で評価する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：37 本



4）尺度紹介

☐Not Present

☐Very Mild

☐Mild

☐Moderate

☐Mod. Severe

☐Severe

☐Extremely Severe

1. INATTENTION/REDUCED ALERTNESS
2. SOMATIC CONCERN
3. DISORIENTATION
4. ANXIETY
5. EXPRESSIVE DEFICT
6. EMOTIONAL WITHDRAWAL
7. CONCEPTUAL DISORGANIZATION
8. DISINHIBITION
9. GUILT FEELINGS
10. MEMORY DEFICIT
11. AGITATION
12. INACCURATE INSIGHT AND SELF-APPRAISAL
13. DEPRESSIVE MOOD
14. HOSTILITY/UNCOOPERATIVENESS
15. DECREASED INITIATIVE/MOTIVATION
16. SUSPICIOUSNESS
17. FATIGABILITY
18. HAUUCINATORY BEHAVIOR
19. MOTOR RETARDATION
20. UNUSUAL THOUGHT CONTEN
21. BLUNTED AFFECT
22. EXCITEMENT
23. POOR PLANNING
24. LABIUTY OF MOOD
25. TENSION
26. COMPREHENSION DEFICIT
27. SPEECH ARTICULATION DEFECT

10. Gottfries-Brâne-Steen Scale (GBS)

1）出典

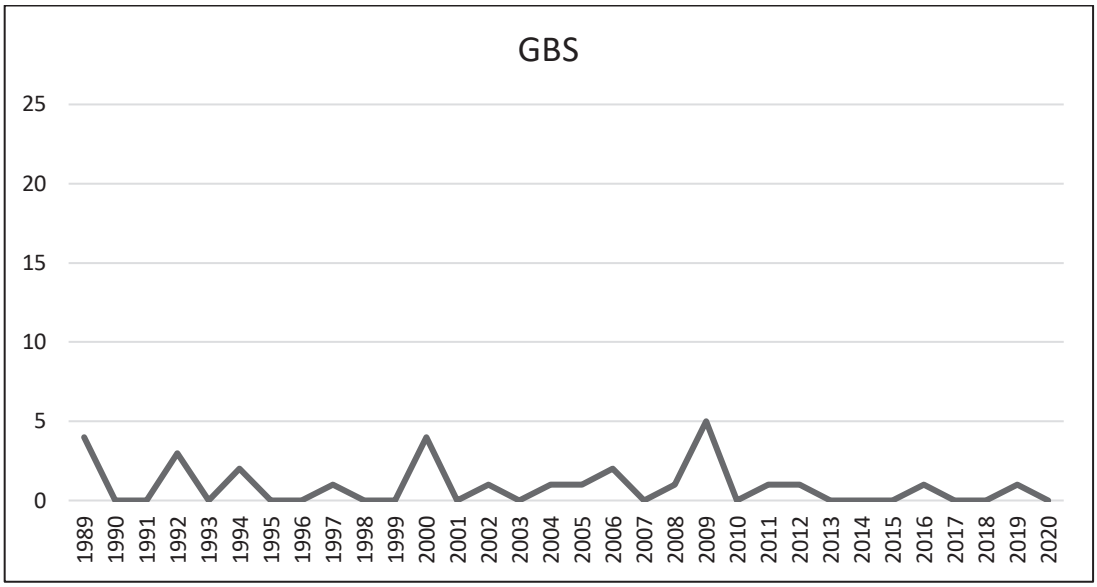
Gottfries C.G., Brâne, G., Gullberg, B.,Steen, G. A new rating scale for dementia syndrome. Arch Gerontol Geriatr 1982; 1: 311-330.

2）尺度の内容

GBS は Motor functions の 6 項目、Intellectual functions の 11 項目、Emotional functions の 3 項目、Different symptoms common in dementia の 6 項目の 4 次元 26 項目から構成される。0～6 の 7 段階評価を行うが、選択肢はそれぞれ異なる。

3）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：29 本



４）尺度紹介

Motor functions

1. Motor insufficiency in undressing and dressing
   (0) Patient manages unaided.
   (1)
   (2) Patient requires help with buttons, zip-fasteners, etc.
   (3)
   (4) Patient requires help from staff in undressing and dressing but cooperates actively.
   (5)
   (6) Patient must be entirely dressed by staff.
2. Motor insufficiency in taking food
3. Impaired physical activity
4. Deficiency of spontaneous activity
5. Motor insufficiency in managing personal hygiene
6. Inability to control bladder and bowel

Intellectual functions

1. Impaired orientation in space
2. Impaired orientation in time
3. Impaired personal orientation
4. Impaired recent memory
5. Impaired distant memory
6. Impaired wakefulness
7. Impaired concentration
8. Inability to increase tempo
9. Absentmindedness
10. Long-windedness
11. Distractability

Emotional functions

1. Emotional blunting
2. Emotional lability
3. Reduced mot1vation

Different symptoms common in dementia

1. Confusion
2. Irritability
3. Anxiety
4. Agony
5. Reduced mood
6. Restlessness

11. Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)

1）出典

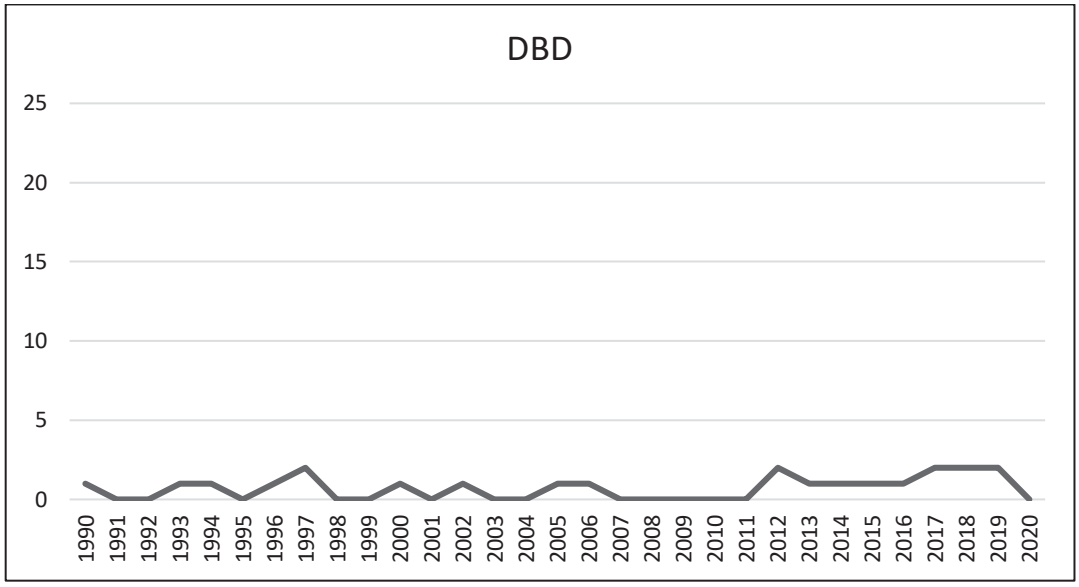
Baumgarten, M., Backer, P., Gauthier, S. Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance Scale. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 221-226.

2）尺度の内容

DBD は認知症の行動障害に焦点を当てて開発された。28 項目で 1 次元を構成し、28 項目はそれぞれ 0～4 の 5 段階で評価する。

3）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：22 本



4）尺度紹介

Scoring:0. Never

1. Rarely

2. Sometimes

3. Frequently

4. All the time

1. Shows lack of interest in daily activities.
2. Makes unwarranted accusations.
3. Is verbally abusive, curses.
4. Empties drawers or closets.
5. Dresses inappropriately.
6. Exposes himself/herself indecently.
7. Screams for no reason.
8. Makes physical attacks (hits, bites, scratches, kicks, spits).
9. Makes inappropriate sexual advances.
10. Paces up and down.
11. Moves arms or legs in a restless or agitated way.
12. Gets lost outside.
13. Is incontinent of urine (wets himself/herself).
14. Is incontinent of stool (soils himself/herself).
15. Wakes up at night for no obvious reason.
16. Wanders in the house at night.
17. Sleeps excessively during the day.
18. Overeats.
19. Refuses to eat.
20. Cries or laughs inappropriately.
21. Refuses to be helped with personal care tasks, such as bathing, dressing, brushing teeth.
22. Throws food.
23. Wanders aimlessly outside or in the house during the day.
24. Hoards things for no obvious reason.
25. Destroys property or clothing, breaks things.
26. Loses, misplaces, or hides things.
27. Asks the same question over and over again.
28. Repeats the same action (e.g., wiping table) over and over again.

12. Dementia Mood Assessment Scale (DMAS)

1）出典

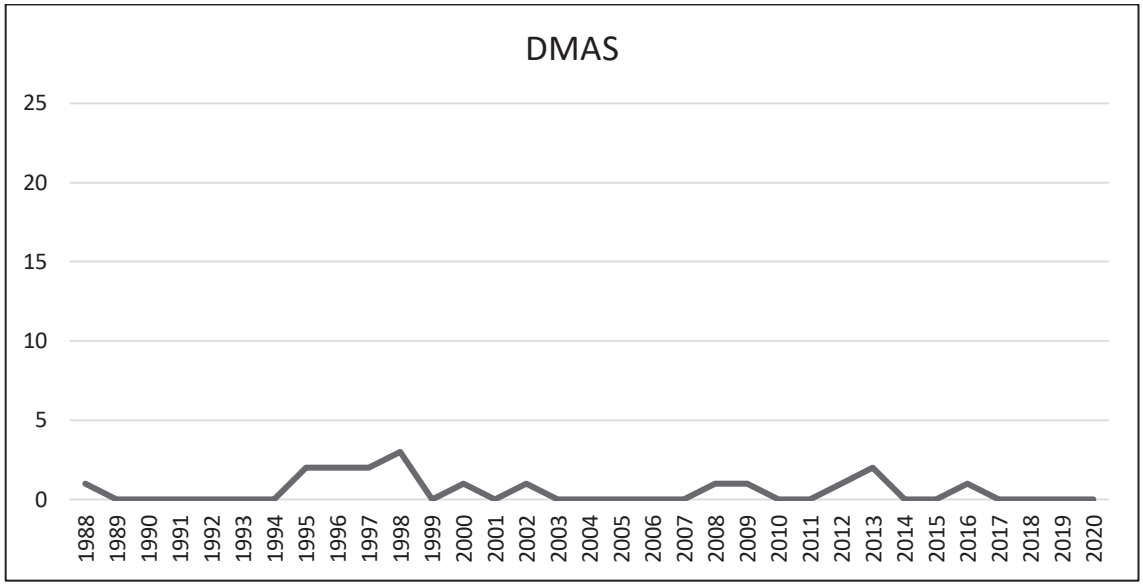
Sunderland, T., Alterman, I., Yount, D., et al. A new scale for the assessment of depressed mood in dementia subjects. Am J Psychiatry 1988; 145: 955-959.

2）尺度の内容

DMAS は項目 1 から 17 はうつ病の重症度を評価するために、項目 18 から 24 は認知症の全体的な重症度を評価するために使用される。各項目は 7 段階で評価される。

3）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：18 本



４）尺度紹介

1. Self-Directed Motor Activity

0 = Remains active in day-to-day pursuits (irrespective of skills or ability).

1 =

2 = Participates in planned activities but may need some guidance structuring free time.

3 =

4 = Needs much direction with unstructured time but still participates in planned activities.

5 =

6 = Little or no spontaneous activity initiated. Does not willingly participate in activities even with much direction.

2. Sleep
3. Appetite
4. Psychosomatic Complaints
5. Energy
6. Irritability
7. Physical Agitation
8. Anxiety
9. Depressed Appearance
10. Awareness of Emotional State
11. Emotional Responsiveness
12. Sense of Enjoyment
13. Self-Esteem
14. Guilt Feelings
15. Hopelessness/Helplessness
16. Suicidal Ideation
17. Speech
18. Diurnal Mood Variation
19. Diurnal Cognitive Variations
20. Paranoid Symptoms
21. Other Psychotic Symptoms
22. Expressive Communication Skills
23. Receptive Cognitive Capacity
24. Cognitive Insight

13. Brief Agitation Rating Scale (BARS)

１）出典

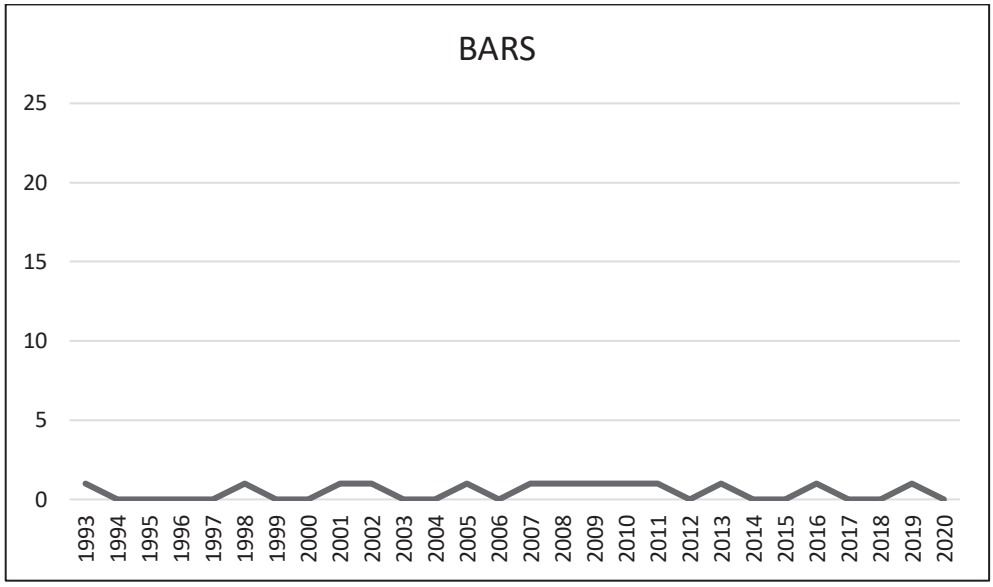
Finkel, S.I., Lyons, J.S., Anderson, R.L. A brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 50-52.

２）尺度の内容

BARS は Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) を基に作成された簡便な agitation 尺度であり、10 項目から構成されている。各項目は 7 段階で評価する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：13 本



4）尺度紹介

1: None

2: Once in 2 weeks

3: 2 or 3 times in 2 weeks

4: Once a week

5: 2 or 3 times a week

6: Once a day

7: Several times a day

1. Hitting
2. Grabbing
3. Pushing
4. Pacing/Aimless Wandering
5. Repetitious Mannerisms
6. Restlessness
7. Screaming
8. Repetitive Sentences or Questions
9. Strange Noises
10. Complaining

14. Pittsburgh Agitation Scale (PAS)

１）出典

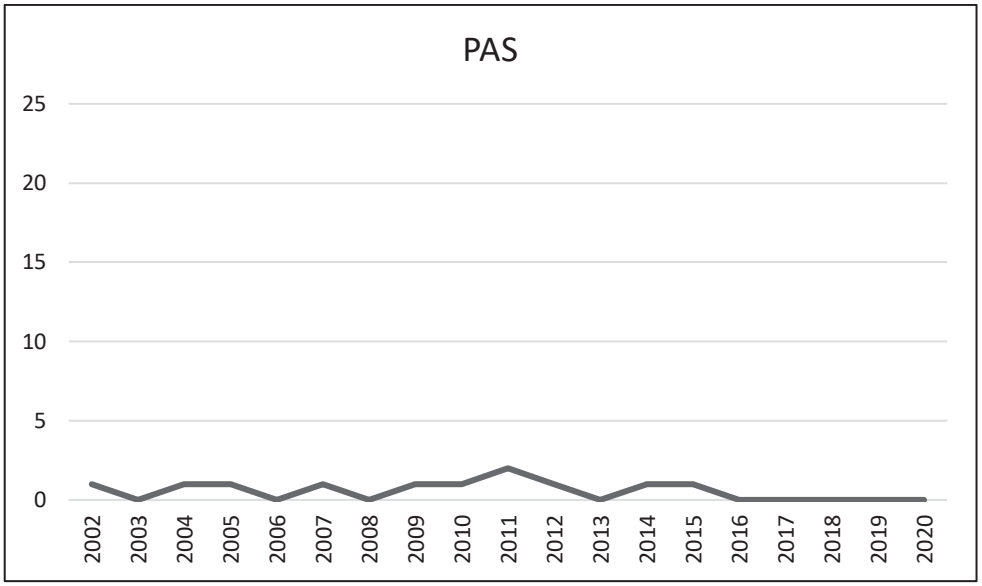
Rosen, J., Burgio, L., Killar, M., et al. The Pittsburgh Agitation Scale. Am J Geriatr Psychiatry 1994; 2: 52-59.

２）尺度の内容

PAS は Aberrant Vocalization、Motor Agitation、Aggressiveness、Resisting Care という４つの Behavior Groups から構成される。各項目は 0～4 の５段階で評価されるが、それぞれの項目において選択肢は異なる。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：11 本



４）尺度紹介

Circle only the highest intensity score for each behavior group that you observed during this rating period. Use the anchor points as a guide to choose a suitable level of severity. (Not all anchor points need be present Choose the more severe level when in doubt.)

Behavior Groups

Aberrant Vocalization

(repetitive requests or complaints, nonverbal vocalizations, e.g., moaning, screaming)

Intensity During Rating Period

0.Not present.

1.Low volume, not disruptive in milieu, including crying

2.Louder than conversational, mildly disruptive, redirectable

3.Loud, disruptive, difficult to redirect

4.Extremely loud screaming or yelling, highly disruptive, unable to redirect

Motor Agitation

(pacing, wandering, moving in chair, picking at objects, disrobing, banging on chair, taking others' possessions. Rate "intrusiveness" by normal social standards, not by effect on other patients in milieu If "intrusive" or "disruptive" due to noise, rate under "Vocalization.")

Aggressiveness

(score "0'" if aggressive only when resisting care)

Resisting Care

(circle associated activity)

Washing

Dressing

Eating

Meds

Other

＜和文尺度＞

１．西村式臨床的認知症スコア（NM スケール）

１）出典

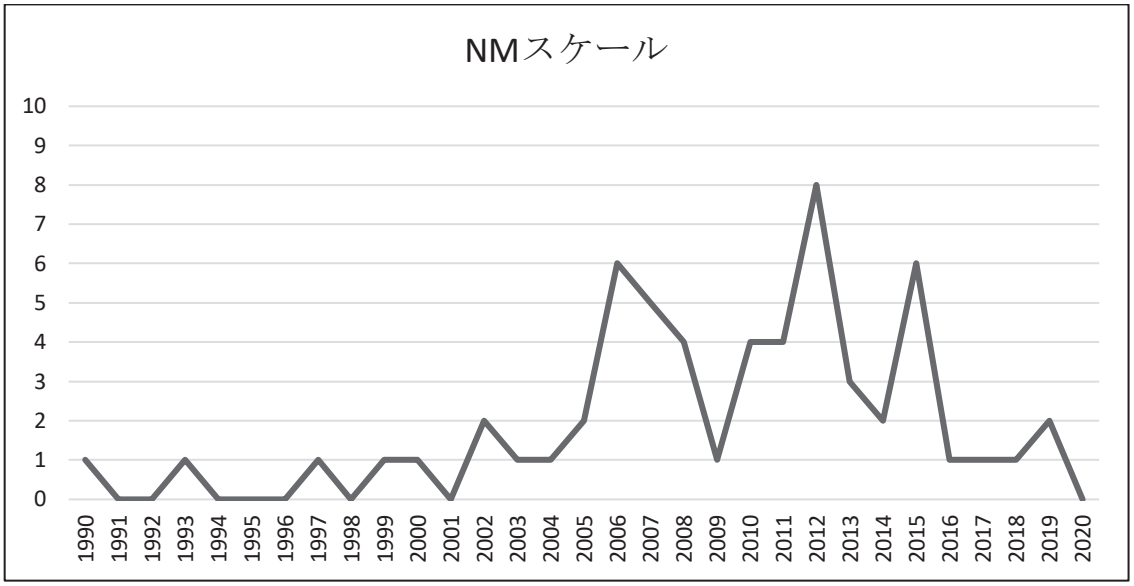
小林敏子、播口之朗、 西村健、 他、行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NM スケール)および日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）の作成、臨床精神医学、17（11）、1653-1668、1988.

２）尺度の内容

NM スケールは、家事/身辺整理、関心・意欲/交流、会話、記銘・記憶、見当識の５項目から構成される。各項目は 0 点、1 点、3 点、5 点、7 点、9 点、10 点の 7 段階で評価する。それぞれの項目について異なった選択肢となっている。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：59 本



４）尺度紹介

家事/身辺整理

0 点：不能

1 点：ほとんど不能

3 点：買い物不能．ごく簡単な家事・整理も不完全

5 点：簡単な買い物も不確か．ごく簡単な家事・整理のみ可能

7 点：簡単な買い物は可能．留守番・複雑な家事・整理は困難

9 点：やや不確実だが買い物・留 守番・家事などをいちおう任せられる

10 点：正常

関心・意欲/交流

0 点：無関心．まったくなにもしない

1 点：周囲に多少関心あり．ぼんやりと無為に過ごす事が多い

3 点：自らはほとんどなにもしないが、指示されれば簡単なことはしようとする

5 点：習慣的なことはある程度自らする．気がむけば人に話しかける

7 点：運動・家事・仕事・趣味などを気がむけばする．必要なことは話しかける

9 点：やや積極性の低下がみられるがほぼ正常

10 点：正常

会話

記銘・記憶

見当識

２．Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease (Behave-AD) （日本語版）

１）出典

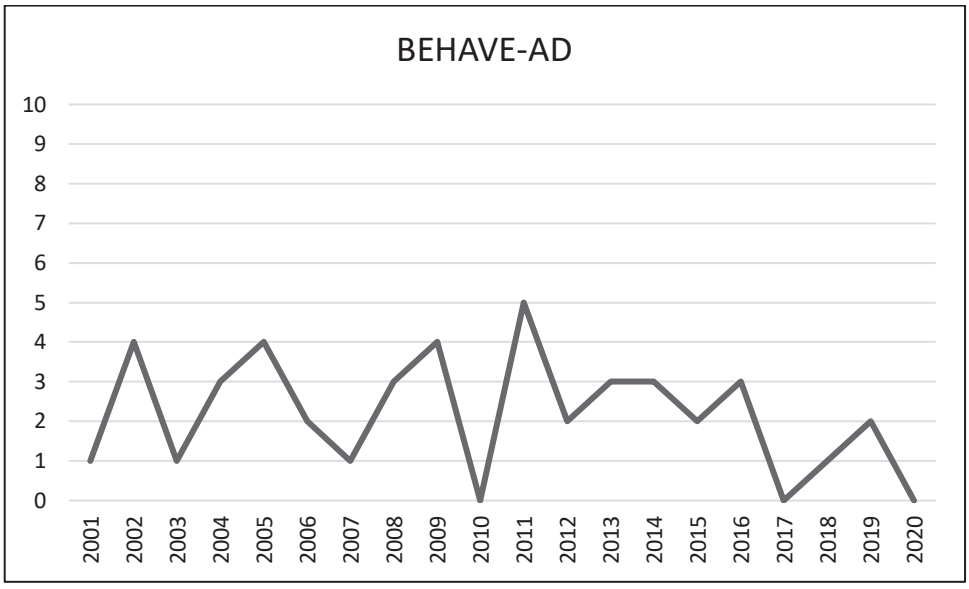
朝田隆、本間昭、木村通宏、宇野正威、日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について、老年精神医学雑誌、10(7)、825-834、1999.

２）尺度の内容

Behave-AD は、A.妄想観念 7 項目、B.幻覚 4 項目、C.行動障害 3 項目、D.攻撃性 4 項目、E.日内リズム障害 1 項目、F.感情障害 2 項目、G.不安および恐怖 4 項目の 7 次元 25 項目及び全体評価から構成される。各項目及び全体評価はそれぞれ 4 段階で評価される。25 項目については項目ごとに選択肢の内容が異なる。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：44 本



４）尺度紹介

A. 妄想観念

1. 誰かが物を盗んでいるという妄想
   「誰かが自分の物をぬすんでいると信じておられるようなところがありますか？」
   0 = なし
   1 = だれかが物を隠しているという妄想
   2 = 誰かが家に侵入して、物を隠したり盗んでいるという妄想
   3 = 家に侵入した誰かと話したり、その声に聴き耳を立てる
2. ここは自分の家ではないという妄想
3. 配偶者は（介護者）はにせものという妄想
4. 見捨てられ妄想
5. 不義妄想
6. 猜疑心・妄想
7. 妄想（上記以外）

B. 幻覚

8. 幻視
9. 幻聴
10. 幻嗅
11. 幻触
12. その他の幻覚

C. 行動障害

13. 徘徊
14. 無目的な行動
15. 不適切な行動

D. 攻撃性

16. 暴言
17. 威嚇や暴力
18. 不穏

E. 日内リズム障害

19. 睡眠・覚醒の障害

F. 感情障害

20. 悲哀
21. 抑うつ

G. 不安および恐怖

22. 間近な約束や予定に関する不安
23. その他の不安
24. 独りぼっちにされる恐怖
25. その他の恐怖

全体評価

３．NPI-Brief Questionnaire Form（NPI-Q）（日本語版）

１）出典

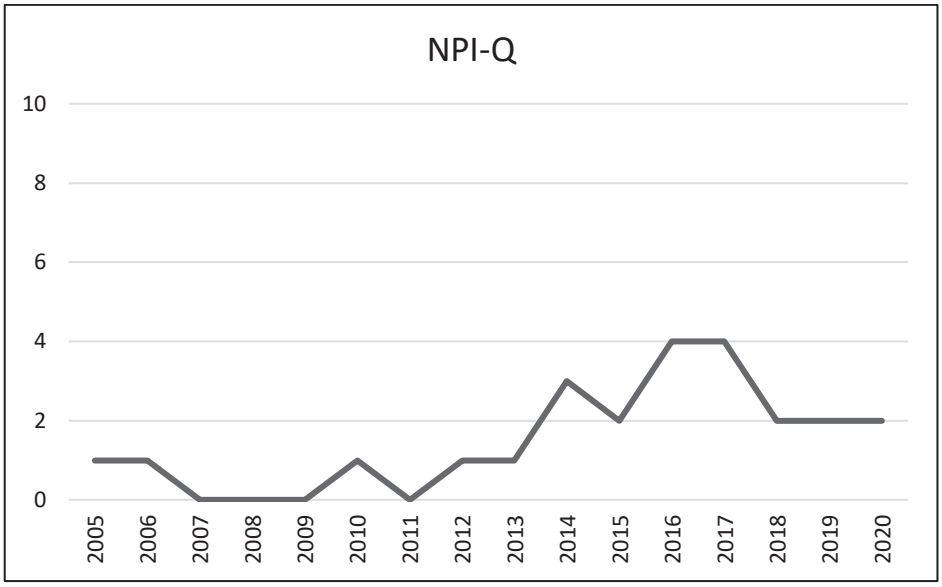
松本直美、池田学、福原竜治、兵頭隆幸、他、日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討、脳と神経、58（9）、785-790、2006.

２）尺度の内容

NPI-Q は 12 項目から構成され、それぞれが「あり・なし・適応なし」の主質問及び 3 段階の重症度と 6 段階の負担度から構成される。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：24 本



4）尺度紹介

主質問：あり

なし

適応なし

重症度：1 = 軽度：症状の存在は感じられるが、はっきりとした変化ではない

2 = 中等度：症状ははっきりと存在するが、劇的な変化ではない

3 = 重度：症状は非常に著明であり、劇的な変化を認める

負担度：0 = 全くなし

1 = ごく軽度：負担には感じるが、処理するのに問題はない

2 = 軽度：それほど大きな負担ではないため、通常は大きな問題なく処理できる

3 = 中等度：かなり負担で、時に処理するのが難しい

4 = 重度：非常に負担で、処理するのが難しい

5 = 非常に重度あるいは極度：極度に負担で、処理できない

1. **妄想**
2. **幻覚**
3. **興奮**
4. うつ
5. **不安**
6. **多幸**
7. **無関心**
8. **脱抑制**
9. **易刺激性**
10. **異常行動**
11. **夜間行動**
12. **食行動**

４．Cohen-Mansfield Agitation Inventory（CMAI）（日本語版）

１）出典

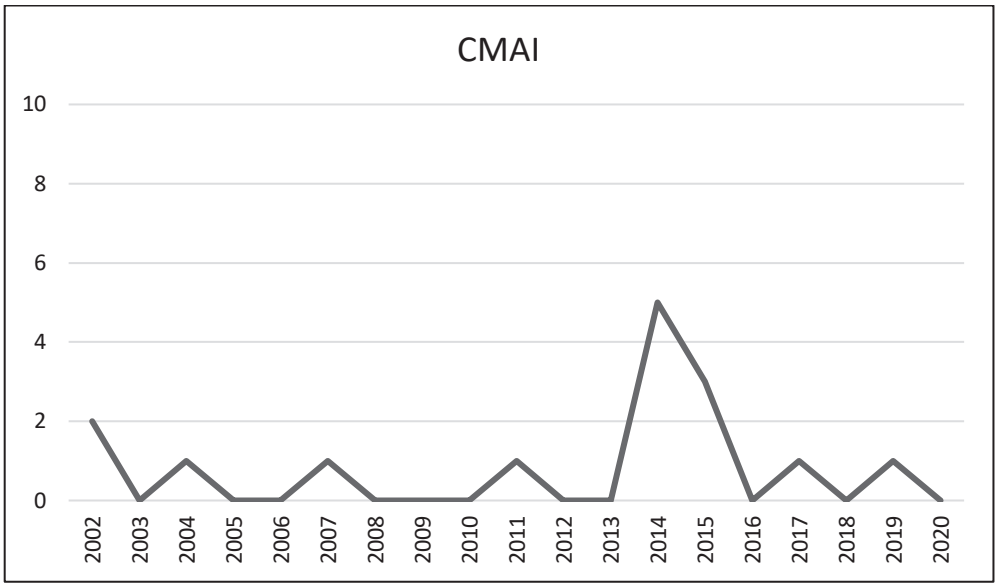
本間昭、新名理恵、石井徹郎、繁田雅弘、角徳文、他、コーエン・マンスフィールド agitation 評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory ： CMAI)日本語版の妥当性の検討、老年精神医学雑誌、13(7)、831-835、2002.

２）尺度の内容

CMAI は攻撃的行動の 11 項目、非攻撃的行動の 11 項目の合計 22 項目から構成される。それぞれ回答は 7 段階評価で行われる。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：15 本



４）尺度紹介

1 = なし
2 = 1 週間に 1 回未満
3 = 1 週間に 1 ないし 2 回
4 = 1 週間に数回以上
5 = 1 日に 1 ないし 2 回
6 = 1 日に数回以上
7 = 1 時間に数回以上

攻撃的行動

1. つばを吐く
2. 悪態をつく・攻撃的発言
3. たたく（自分をたたく場合も含む）
4. ける
5. 人や物につかみかかる
6. 押す
7. 奇声を発する
8. 叫ぶ
9. かみつく
10. ひっかく
11. 物を引き裂く・壊す

非攻撃的行動

1. あてもなくウロウロする
2. 不適切な着衣・脱衣
3. つねに不当に注意を引いたり、助けを求める
4. 同じ言菜を繰り返す・ひっきりなしに質問する落ち着きのなさ
5. 別の場所へ行こうとする
6. 不平不満を言う
7. 反抗的言動
8. 物を不適切に取り扱う
9. 物を隠す
10. 何度も同じ行為を繰り返す
11. 落ち着きのなさ

５．Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) （日本語版）

１）出典

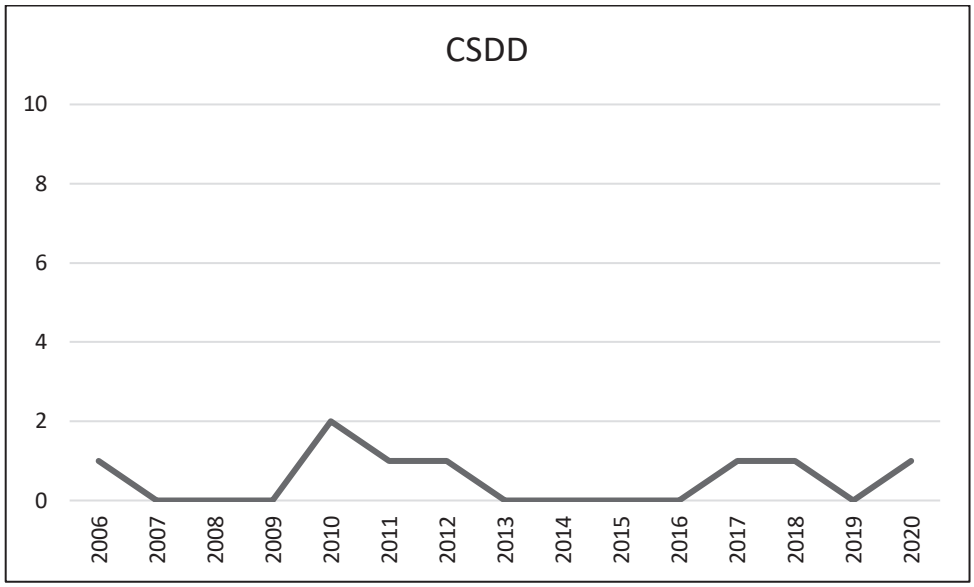
笠原洋勇、柳川裕紀子、加田博秀、うつ状態を評価するための測度(3)、老年精神医学雑誌、6(8)、1025-1031、1995.

２）尺度の内容

CSDD は A.気分に関連した症状の 4 項目、B.行動障害の 4 項目、C.身体症状の 3 項目、D.日内変動および睡眠障害の 4 項目、E.思考障害の 4 項目の 5 次元 19 項目から構成されている。それぞれの項目の選択肢は 3 段階と評価不能である。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：8 本



４）尺度紹介

a＝評価不能　　0＝なし　　1＝軽度または間欠的　　2＝重度

A. 気分に関連した症状

1. 不安
2. 悲哀
3. 物事を楽しめない
4. イライラする

B. 行動障害

5. 焦燥
6. 精神運動抑制
7. 多彩な身体的訴え
8. 興味の喪失

C. 身体症状

9. 食欲不振
10. 体重の減少
11. 意欲の低下

D. 日内変動および睡眠障害

12. 日内変動
13. 入眠困難
14. 中途就醒
15. 早朝覚醒

E. 思考障害

16. 自殺
17. 低い自己評価
18. 悲観的
19. 気分に一致した妄想症状

６．Dementia Behavior disturbance Scale-13（DBD-13）（日本語版）

１）出典

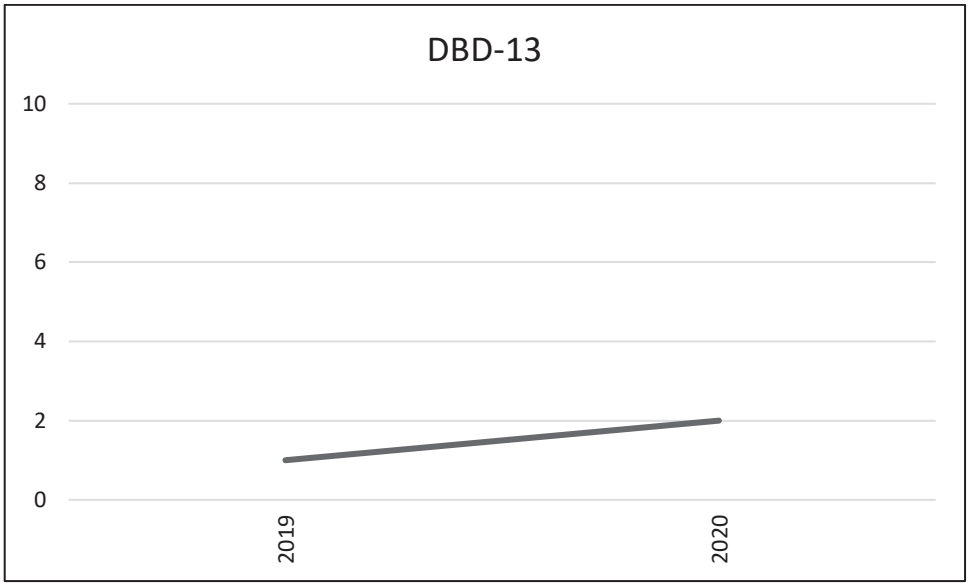
町田綾子、Dementia Behavior Disturbance Scale（DBD）短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討―ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して―、日老医誌 2012；49：463―467.

２）尺度の内容

DBD-13 は Dementia Behavior Disturbance scale（DBD）の短縮版として作成された。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：3 本



４）尺度紹介

次の 0 から 4 までの評価に従って記入してください.

0：全くない

1：ほとんどない

2：ときどきある

3：よくある

4：常にある

1. 同じことを何度も何度も聞く
2. よく物をなくしたり，置場所を間違えたり，隠したりしている
3. 日常的な物事に関心を示さない
4. 特別な理由がないのに夜中起き出す
5. 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける
6. 昼間，寝てばかりいる
7. やたらに歩き回る
8. 同じ動作をいつまでも繰り返す
9. 口汚くののしる
10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする
11. 世話をされるのを拒否する
12. 明らかな理由なしに物を貯め込む
13. 引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう

７．認知症困りごと質問票（BPSD＋Q）

１）出典

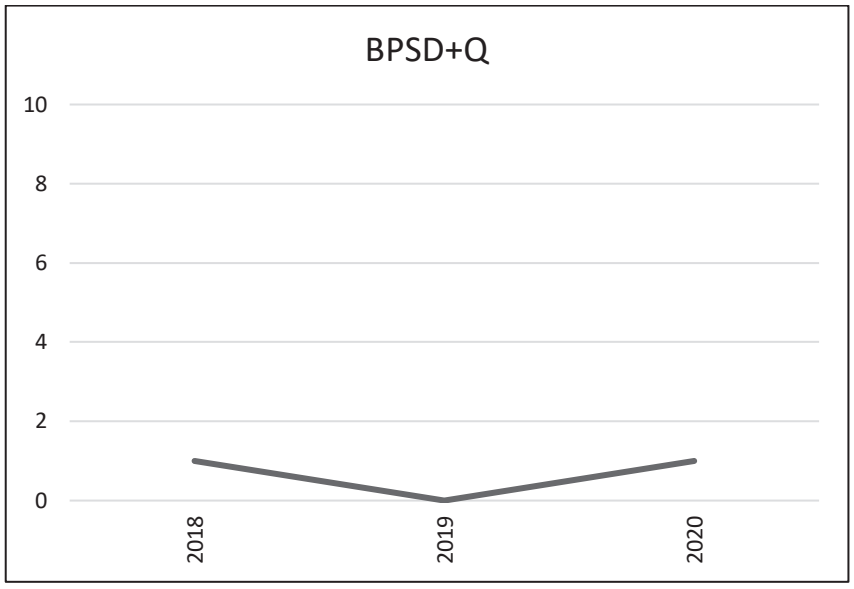
内藤典子、藤生大我、滝口優子、伊東美緒、山上徹也、山口晴保、BPSD の新規評価尺度：認知症困りごと質問票 BPSD＋Q の開発と信頼性・妥当性の検討、認知症ケア研究誌、2、133-145、2018.

２）尺度の内容

BPSD＋Q は過活動 13 項目、低活動 6 項目、生活関連 6 項目、せん妄 2 項目の計 27 項目から構成されている。それぞれの項目は 5 段階の重症度と 5 段階の負担度で回答する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：2 本



４）尺度紹介

重症度：1：見守りの範囲
2：対応したケアが可能で毎日ではない
3：対応したケアが可能だが毎日ある
4：対応に困難を伴うが毎日ではない
5：対応に困難が伴いかつ毎日継続する

負担度：0：なし
1：僅かな負担
2：軽度の負担
3：中度の負担
4：大きな負担
5：極度の負担

過活動

1. 実際にないものが見えたり、聞こえたりする
2. 盗られたという、嫉妬する、別人という（選択して○：盗害、嫉妬、誤認、他）
3. 他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する
4. 他者に乱暴な行いをする
5. うろうろする、不安そうに動き回る
6. 家/施設から出たがる
7. 他者への性的に不適切な行為
8. こだわって同じ行為を何度も繰り返す
9. 我慢ができない、衝動的に行動する
10. 怒りっぽい
11. 忘れて同じことを何度も尋ねる
12. ものをためこむ
13. 大声・鳴声が続く、さけぶ

低活動

14. 悲観的で気分が落ち込んでいる
15. やる気がない、自分からは動かない
16. 声かけに反応がない、興味を示さない
17. 心配ばかりする
18. 日中うとうとする
19. 部屋・家から出たがらない

生活関連

20. 夜間寝ないで活動する
21. 異食や過食、拒絶
22. 介護されることを拒否する（選択して○：更衣、整容、入浴、食事、他）
23. 尿や便で汚す、何日も入浴しない（選択して○：風呂、異所排尿、弄便、他）
24. タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理
25. 隠す、別な場所に置く、探し回る

せん妄

26. 幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没
27. ボーッとして覚醒レベル低下が出没

８．BPSD-assessment scale（BPSD-AS）

１）出典

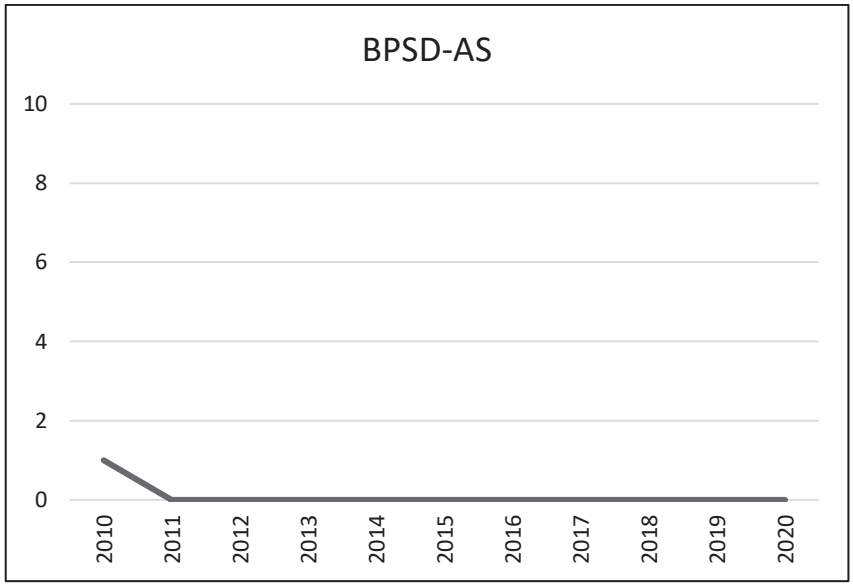
北村葉子、今村徹、笠井明美、岩橋麻希、認知症における行動心理学的症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）の直接行動観察式評価用紙の開発：信頼性と妥当性の検討、高次脳機能研究、30(4)、510-522、2010.

２）尺度の内容

BPSD-AS は 8 項目から構成されている。それぞれの項目は複数のチェック項目を持ち、その上で重症度を 3 段階評価で、負担度を 6 段階評価で評価する。

３）使用論文数の推移（グラフ）

使用論文数：1 本



４）尺度紹介

a）症状の重症度（利用者にどれほど影響しているか）

1＝軽度：施設内での生活に影響がない，または，スタッフが介入してコントロールする必要がほとんどない

2＝中等度：施設内での生活に影響しているが，スタッフが介入すればおおむねコントロールできる

3＝重度：施設内での生活に影響しており，スタッフが介入してもしばしばコントロールできないことがある

b）この症状について介護するスタッフが感じている負担度（業務にどれほど影響しているか）

0＝全くなし

1＝ごく軽度：日常業務にほとんど変化がない

2＝軽度：日常業務に若干影響するが時間配分を変える必要はほとんどない

3＝中等度：日常業務を乱し，時間配分の変更が必要となる

4＝重度：スタッフや他の利用者の迷惑や混乱の原因となりかなりの時間をとられる

5＝非常に重度：スタッフや他の利用者の迷惑や混乱の原因となり非常に時間をとられる

A）妄想：利用者は事実でないことを信じ込んでいますか。（「…かもしれない」と疑っているのではなく，そのことを確信している場合に「あり」として下さい。）

□① 物盗られ妄想：誰かがお金や品物を盗んでいると信じていますか。
□② 被害妄想：誰かが自分に悪だくみをしている，危害を加えようとしているなどと信じていますか。
□③ 嫉妬妄想：家族の誰かが浮気をしている，良からぬ付き合いをしているなどと信じていることがありますか。
□④ 人の誤認妄想：家族，スタッフや良く知っている人を，別の誰かであると信じていることがありますか。
□⑤ 場所の誤認妄想：自宅，センターや良く知っている場所を，別の場所であると信じていることがありますか。
□⑥ その他の事実でないことを信じ込んでいる ⇒（　）

□なし （ありの場合：重症度　1　2　3　　負担度 0　1　2　3　4　5）
□家族から事実でないことを信じ込んでいるという情報がある。（上記：① □ ② □ ③ □ ④ □ ⑤ □ ⑥ □ ）

B）幻視，幻聴
C）指示・誘導・介助への興奮拒否
D）易刺激性（気分の変わりやすさ）
E）抑うつ気分
F）不安
G）脱抑制（自己抑制のなくなった発言・行動）
H）繰り返し行動

III. 認知症の人の BPSD 緩和のための非薬物対応に関する実態調査

1. 調査概要

調査目的	認知症の方の BPSD 緩和を目的とした非薬物療法・対応の実態を把握し、施設での実施における体制上の課題を析出することを目的とする。
調査対象	全国の介護医療院、介護療養型医療施設、地域包括ケア病棟のある医療機関全数と、特別養護老人ホーム 10,111 施設から 1,999 施設を無作為で抽出した。全部で 5,895 施設に調査依頼をした。 配布先リストの入手方法は以下の通り。 介護医療院は、４７都道府県のホームページから入手した。介護療養型医療施設、地域包括ケア病棟、特別養護老人ホームについては、「医療介護情報局（https://caremap.jp/）」から提供されたリストを用いた。
調査方法	郵送にて調査票を、施設長または看護部長宛てに送付。
調査実施期間	2020 年 10 月 5 日（月）～　2020 年 11 月 9 日（月）
有効回答数	1,338 サンプル（回収率　約 22.7%）
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 ○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

問 1(1)介護保険サービスの種類(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設
n	130	119
介護療養型医療施設	6.2	72.3
介護医療院	98.5	24.4
短期入所療養介護	10.8	11.8
療養通所介護	3.1	2.5
その他	1.5	5.0
無回答	0.0	6.7

問 1(1)介護保険サービス指定年（介護療養型医療施設）(%)

	介護医療院	介護療養型
n	8	86
1999年以前	0.0	14.0
2000年～2009年	50.0	65.1
2010年以降	25.0	8.1
無回答	25.0	12.8
平均（年）	2007	2000

問 1(1)介護保険サービス指定年（介護医療院）(%)

	介護医療院	介護療養型
n	128	29
2017年以前	1.6	0.0
2018年	25.8	13.8
2019年	40.6	24.1
2020年	30.5	62.1
無回答	1.6	0.0
平均（年）	2018	2019

問 1(1)介護保険サービス指定年（短期入所療養介護）(%)

	介護医療院	介護療養型
n	14	14
2009年以前	35.7	92.9
2010年以降	64.3	7.1
無回答	0.0	0.0
平均（年）	2012	1998

問 1(1)介護保険サービス指定年（療養通所介護）(%)

	介護医療院	介護療養型
n	4	3
2009年以前	50.0	66.7
2010年以降	25.0	0.0
無回答	25.0	33.3
平均（年）	2005	2003

問 1(1)介護保険サービス指定年（その他）(%)

	介護医療院	介護療養型
n	2	6
2009年以前	50.0	66.7
2010年以降	50.0	16.7
無回答	0.0	16.7
平均（年）	2007	2001

【介護医療院/介護療養型医療施設】問 1(2) (%)

	介護医療院	介護療養型医療施設
n	130	119
医療法人	84.6	82.4
社団・財団法人	5.4	3.4
個人	1.5	2.5
その他	7.7	9.2
無回答	0.8	2.5

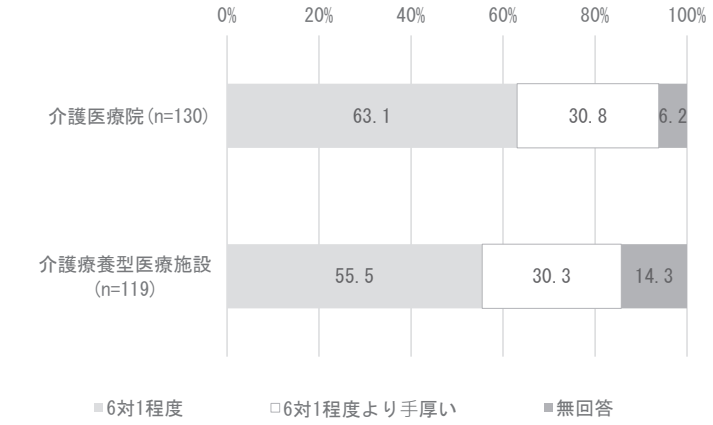
【地域包括ケア病棟】問 1(1)開設主体(%)

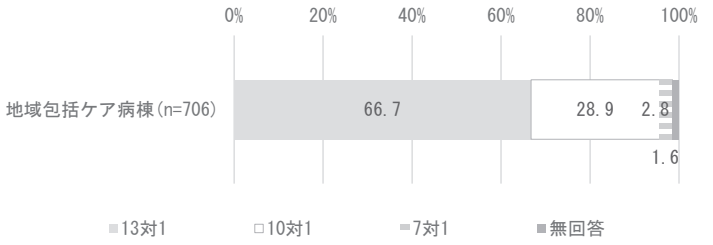
	地域包括ケア病棟
n	706
医療法人	57.4
社団・財団法人	7.2
個人	0.8
その他	33.3
無回答	1.3

問 1(3)病院・診療所の併設状況(%)

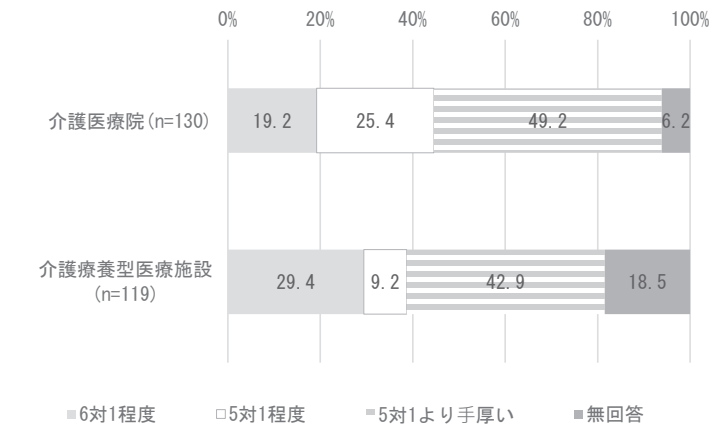
	介護医療院	介護療養型医療施設
n	130	119
病院を併設	74.6	63.9
診療所を併設	22.3	21.0
併設医療機関なし	3.1	5.9
無回答	0.0	9.2

【介護医療院/介護療養型医療施設】問 1(4)【地域包括ケア病棟】問 1(4) 職員配置(看護職員) (%)





問 1(4)職員配置(介護職員) (%)



問1(4)介護医療院の入所定員数(%)

	介護医療院	介護療養型
n	130	119
0～49名	43.8	58.8
50～99名	39.2	22.7
100～149名	10.8	5.9
150～199名	3.1	0.0
200～249名	0.8	0.8
250名以上	0.8	0.0
無回答	1.5	11.8
平均（名）	58.9	42.6

問1(2)(3)病院全体の病床数に占める地域包括ケア病棟の病床数の割合(%)

	地域包括ケア病棟
n	706
10%未満	11.5
10～19%	36.0
20～29%	23.2
30～39%	11.9
40～49%	7.2
50～59%	3.5
60～69%	1.4
70～79%	0.7
80～89%	0.1
90%以上	3.0
無回答	1.4
平均（%）	25.7

問1(5)看護職員【常勤】と看護職員【非常勤】の人数(%)

常勤

	地域包括ケア病棟
n	706.0
0～9人	3.4
10～19人	48.0
20～24人	28.9
25～29人	11.2
30人以上	5.1
無回答	3.4
平均（人）	19.8

非常勤

	地域包括ケア病棟
n	706.0
0人	24.5
1人	19.8
2人	14.6
3人	10.9
4人	6.1
5～9人	11.2
10～14人	1.4
15人以上	0.3
無回答	11.2
平均（人）	2.3

問1(5)看護補助者（助手）【常勤】と看護職員【非常勤】の人数(%)

常勤

	地域包括ケア病棟
n	706.0
0人	14.2
1人	7.1
2人	8.5
3人	6.8
4人	8.1
5～9人	37.1
10～14人	9.9
15人以上	1.6
無回答	6.8
平均（人）	5.0

非常勤

	地域包括ケア病棟
合計	706.0
0人	22.1
1人	17.8
2人	13.2
3人	10.8
4人	8.9
5～9人	14.0
10～14人	2.0
15人以上	0.1
無回答	11.0
平均（人）	2.6

問 1(1)開設年(%)

	特養
合計	384.0
1979年以前	11.7
1980～1989年	14.3
1990～1999年	25.3
2000～2009年	25.5
2010年以降	22.4
無回答	0.8
平均（年）	1997

問 1(2)定員数(%)

	特養
合計	384.0
49名以内	6.5
50～59名	26.0
60～69名	10.2
70～79名	9.1
80～89名	18.8
90～99名	5.7
100～119名	14.8
120名以上	7.8
無回答	1.0

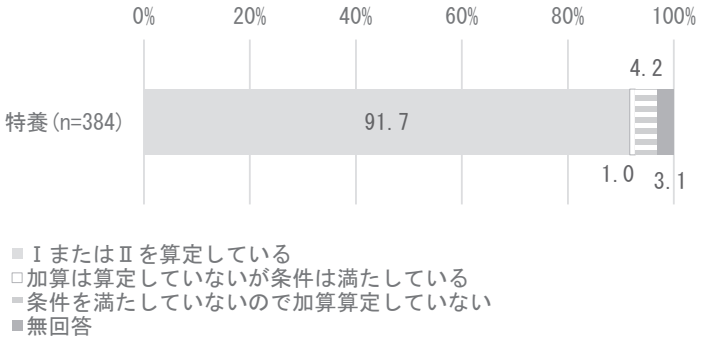
問 1(3)居室種類(%)

	特養
n	384
従来型多床施設	61.5
従来型個室	38.5
ユニット型	48.4
その他	0.5
無回答	0.5

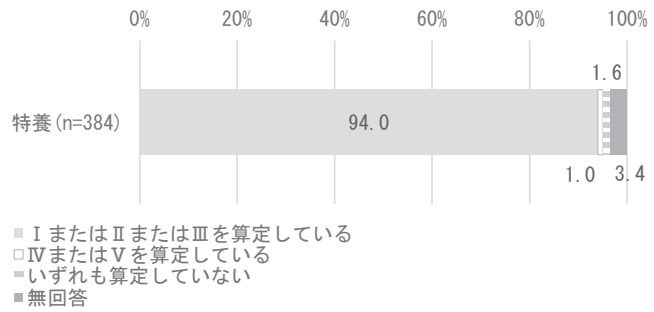
問 1(4)居室種類(%)

	特養
n	384
訪問介護	19.0
訪問看護	2.9
通所介護	61.5
短期入所生活介護	90.1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	11.5
その他の地域密着型サービス	10.7
介護老人保健施設、介護医療院などの介護保険施設	7.0
その他	16.9
無回答	2.1

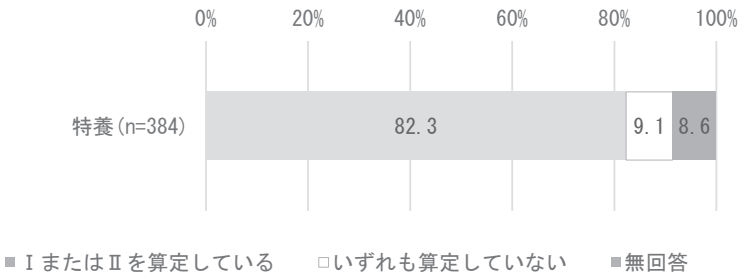
問 1(5)看護職員体制加算(%)



問 1(5)介護職員処遇改善加算(%)



問 1(5)介護職員等特定処遇改善加算(%)



問 1(6)配置医師の勤務状況【常勤】【非常勤】(%)

常勤

	特養
n	384
0名	95.6
1名	4.2
2名以上	0.3
無回答	0.0
平均（名）	0.4

非常勤

	特養
n	384.0
0名	0.5
1名	54.4
2名	26.8
3名以上	10.4
無回答	7.8
平均（名）	1.6

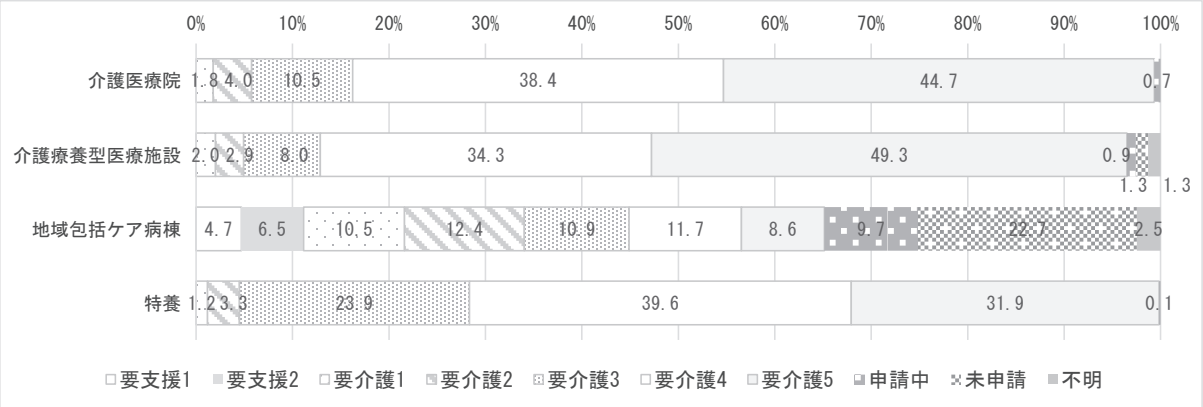
問 1(7)協力病院との関係(%)

	特養
n	384
隣接・併設している	10.9
隣接・併設していない	87.0
無回答	2.1

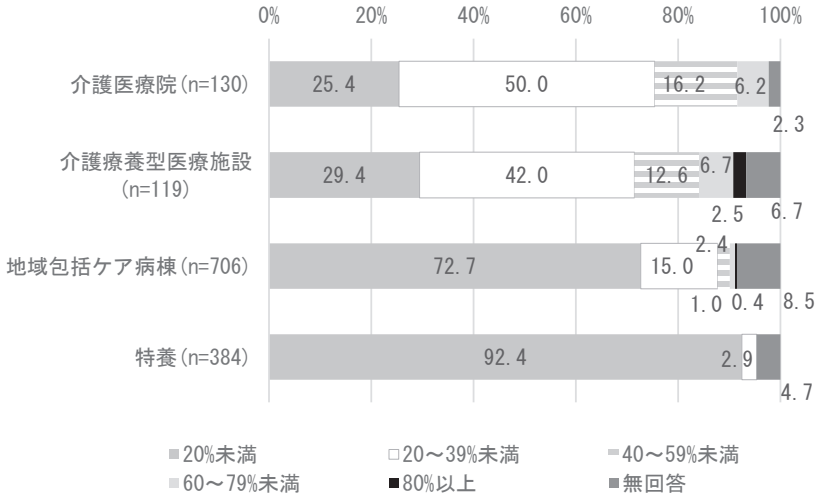
3. 入居者の状況

要介護度別入所者数の割合は、介護医療院、介護療養型医療施設では要介護 4、5 が多く、地域包括ケア病棟は要介護度レベルが様々である。入居者全体に占める医療処置の割合は、地域包括ケア病棟、特養と比較すると介護医療院、介護療養型医療施設で「喀痰吸引」と「経管栄養」の割合が多い。

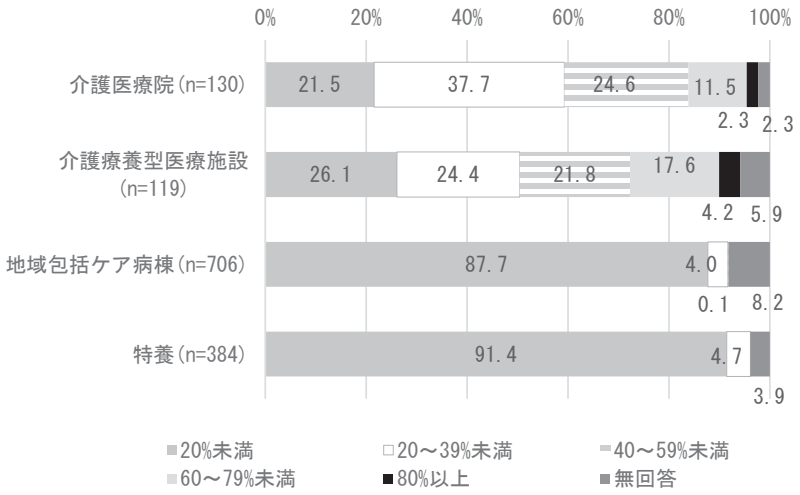
問 2(1)要介護度別入所者（人数積み上げ）(%)



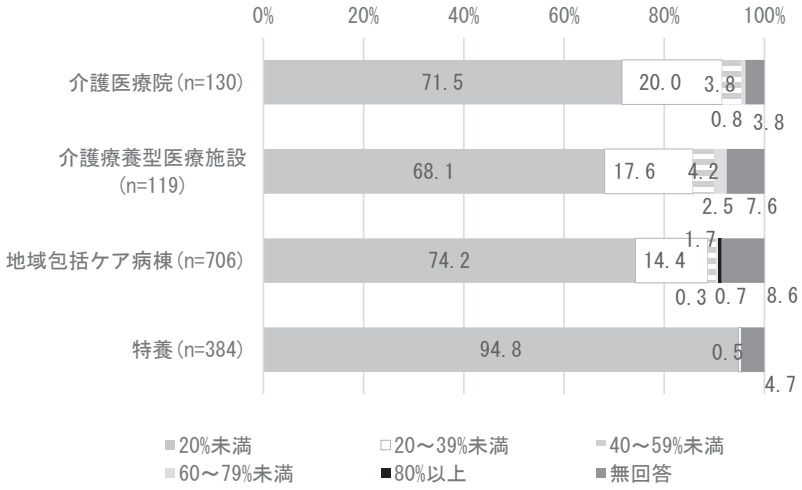
問 2(2)①入居者全体に占める医療処置（喀痰吸引）が必要な入居者割合(%)



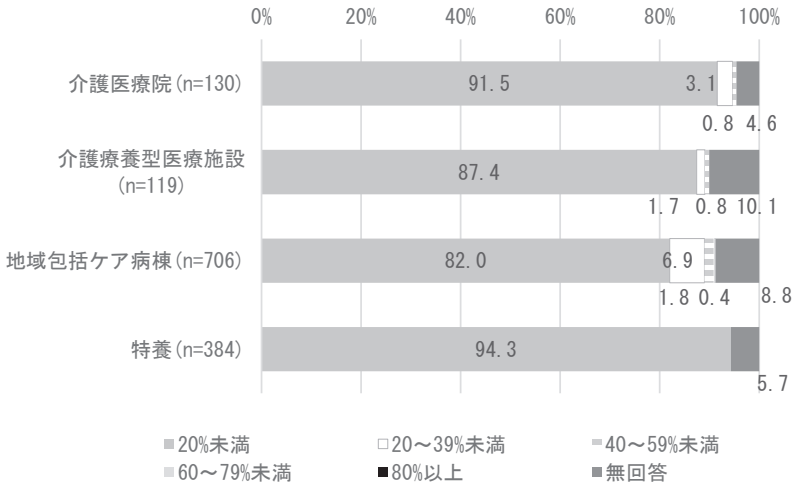
問 2(2)②入居者全体に占める医療処置（経管栄養）が必要な入居者割合(%)



問 2(2)③全体に占める医療処置（膀胱留置カテーテル・導尿等）が必要な入居者割合(%)

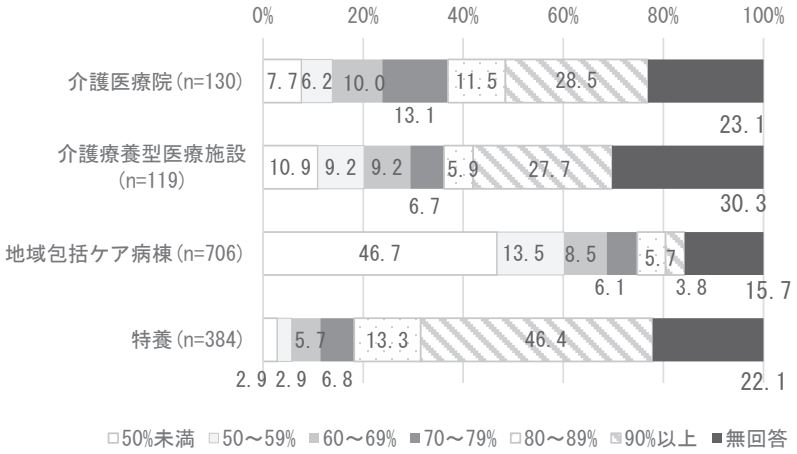


問 2(2)④全体に占める医療処置（24 時間持続点滴）が必要な入居者割合(%)



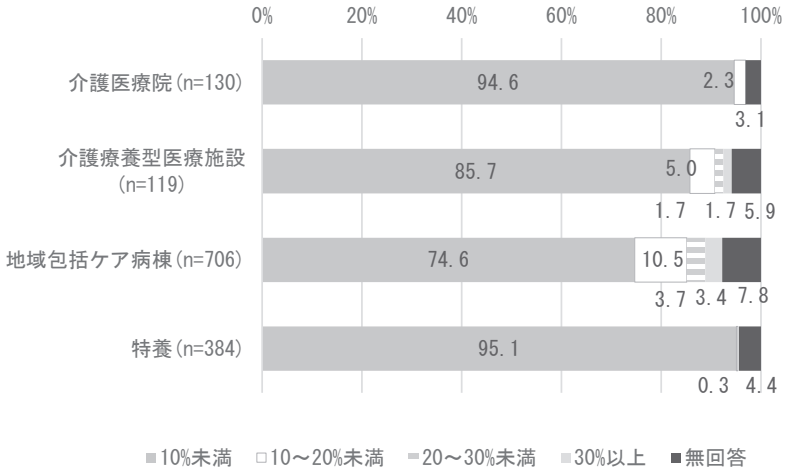
入居者全体に占める「認知症の診断のある入所者」と「認知症の診断はないが疑いのある入所者」を合計した割合は、地域包括ケア病棟では 50%未満が多いが、介護医療院、介護療養型医療施設、特養では 90%以上が多い。

問 2(3) 全体に占める認知症（診断のあり+疑い）の入居者割合(%)

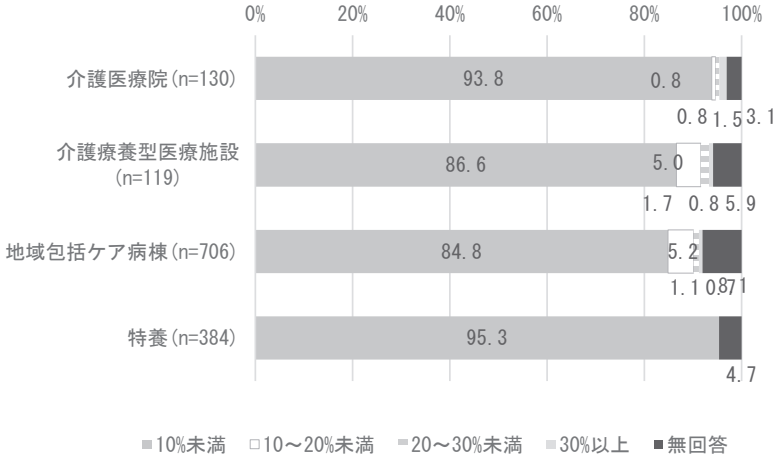


入居者全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束は、どの身体拘束も 10%未満が多い。地域包括ケア病棟では「車いすや椅子への固定」「ベッドを四点柵で囲んでいる」が多く、介護医療院、介護療養型医療施設では「ミトン型の手袋を付けている」が多い。

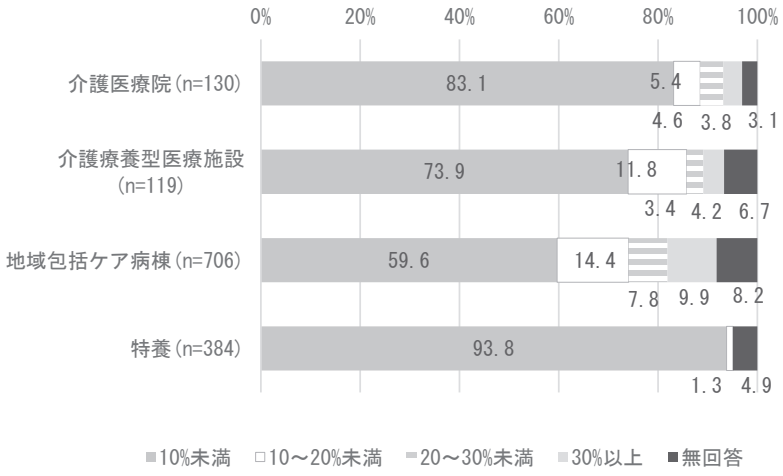
問 2(4)① 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（車いすや椅子への固定）の入居者割合(%)



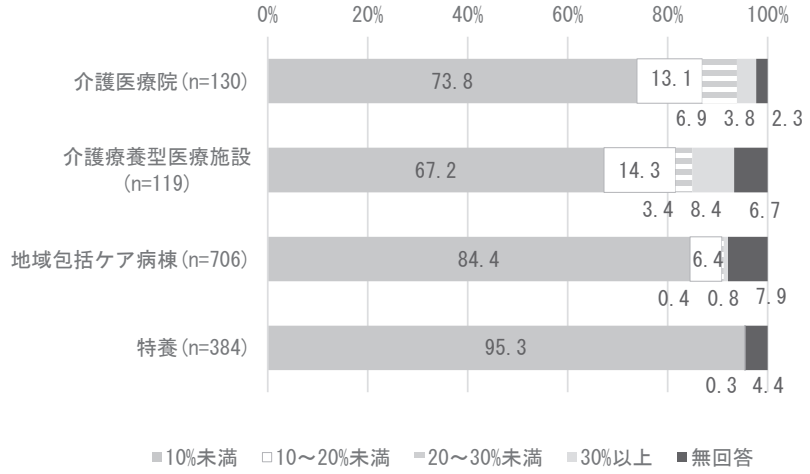
問 2(4)② 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（ベッドへの固定）の入居者割合(%)



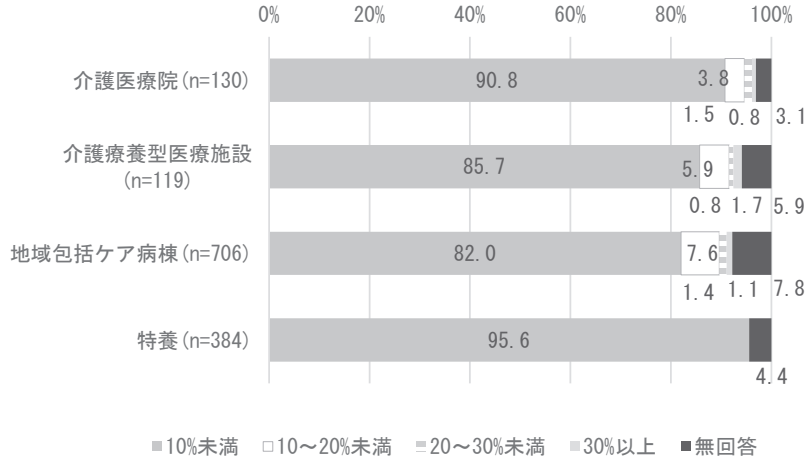
問 2(4)③ 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（ベッドを四点柵で囲んでいる）の入居者割合(%)



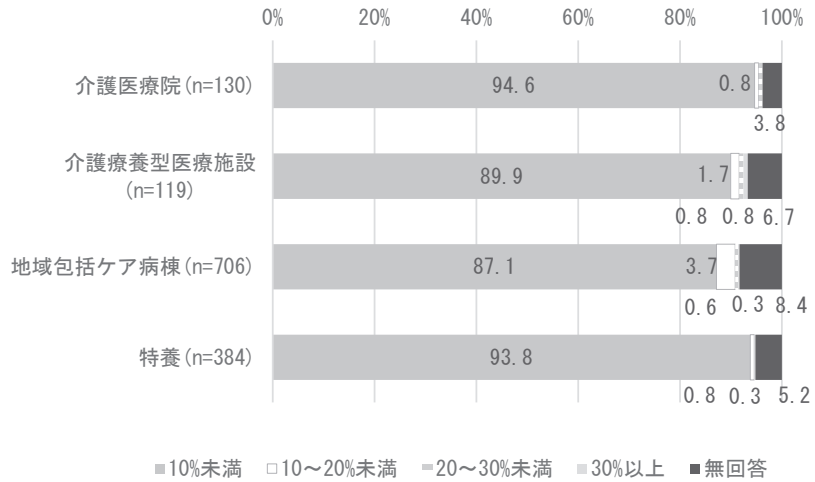
問 2(4)④ 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（ミトン型の手袋を付けている）の入居者割合(%)



問 2(4)⑤ 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（介護衣を着せている）の入居者割合(%)

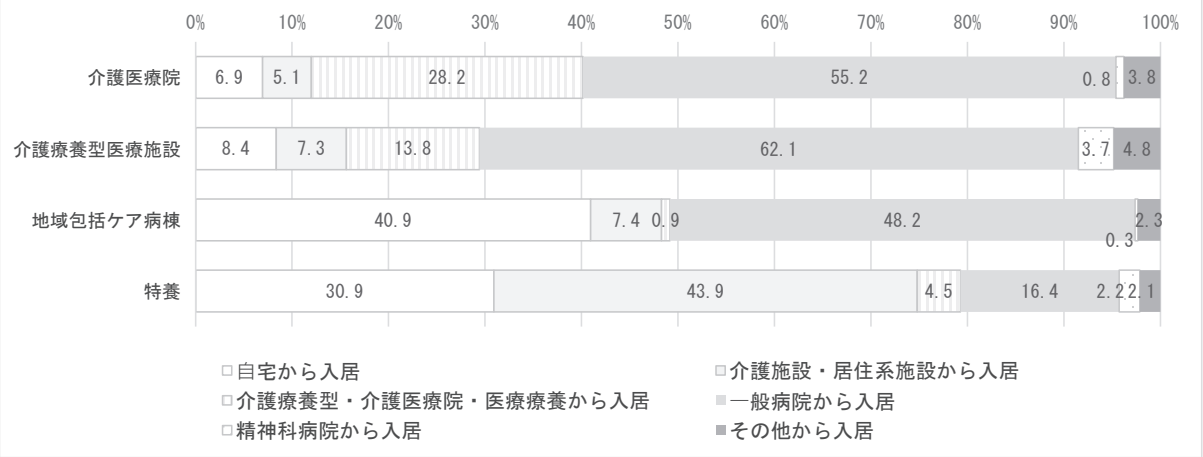


問 2(4)⑥ 全体に占めるやむを得ない理由による身体拘束（向精神薬を過剰に服用）の入居者割合(%)

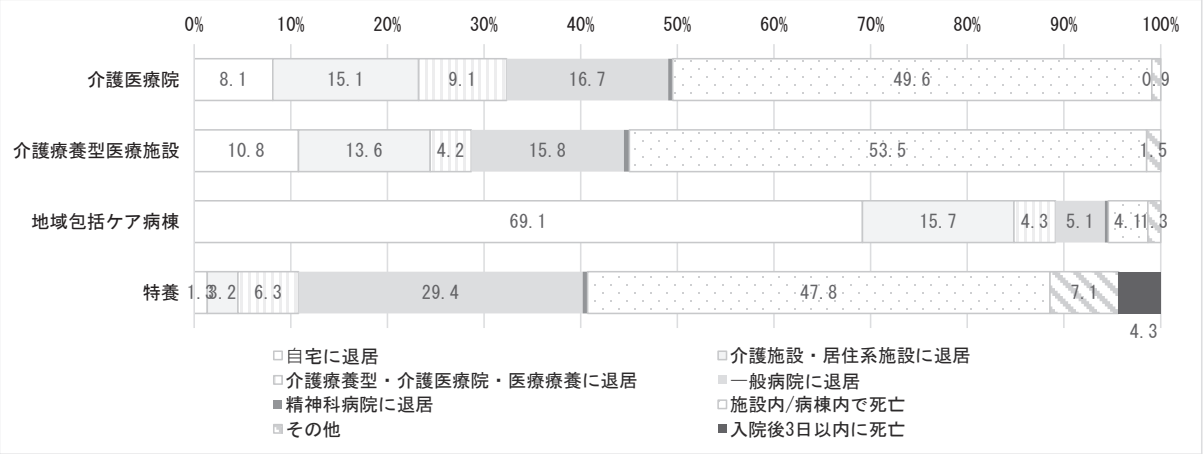


入所前の居住先は、地域包括ケア病棟と特養は「自宅から」が多い。退去先別退所者は、地域包括ケア病棟では「自宅に退居」が多く、特養は施設でなくなる方が多い。

問 3(1) 入居前の居住先別新規入居者（人数積み上げ）(%)



問 3(2) 退去先別退所者（人数積み上げ）(%)



4. 認知症の方への BPSD への対応

BPSD への対応については、多くの施設で非薬物対応が実施されている。「⑥BPSD 緩和目的で集団のアクティビティを実施」についてはコロナ禍において感染対策のためのスペースの制約等もあり実施が難しかった可能性もある。

定期的に実施している集団アクティビティの内容は、「音楽を聴く（音楽療法）」が高く、特養では「日常の作業（洗たく物をたたむ等）を手伝ってもらう」も高く、入所者が身の回りのことでできることは手伝ってもらっている様子がうかがえる。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、「体操・運動・運動会・踊り・ダンス」が最も多い。

問 4(1)BPSD への対応(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	130	119	706	384
①薬物を使うより非薬物療法・対応を優先	87.7	85.7	82.3	90.1
②BPSD 出現の理由・原因探索	92.3	89.1	87.5	90.1
③BPSD の非薬物療法・対応を多職種で検討	84.6	73.9	72.5	88.5
④実施した対応が良かったかどうかの評価	89.2	86.6	86.1	86.7
⑤うまくいった対応を職員間で共有	96.2	93.3	88.7	91.9
⑥BPSD緩和目的で集団のアクティビティを実施	63.1	50.4	39.0	56.3
⑦BPSDに対する処方薬について医師とスタッフが話し合う	82.3	79.8	79.3	81.5
⑧BPSD緩和目的での薬物処方の中止	83.1	84.9	79.9	84.6
⑨BPSD緩和目的での薬物処方	88.5	89.9	93.1	90.6

「実施していること」の割合を掲載

問 4(1) 定期的に実施している集団アクティビティの内容(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	130	119	706	384
音楽を聴く（音楽療法）	72.3	56.3	38.5	75.5
懐かしい思い出を尋ねたり話してもらったりする（回想法）	56.2	51.3	34.4	50.8
絵を描いてもらう（絵手紙、塗り絵等も含む）	65.4	53.8	50.1	69.5
手芸や工作など、何かをつくる活動をしてもらう	50.8	42.9	33.6	51.0
日常の作業（洗たく物をたたむ等）を手伝ってもらう	50.8	42.0	25.1	87.2
アロマオイル等の香りを用いる（アロマセラピー含む）	9.2	5.9	3.3	8.1
動物と触れ合ってもらう（アニマルセラピー含む）	2.3	3.4	0.3	6.8
人形と触れ合ってもらう（ドールセラピー含む）	15.4	11.8	6.5	28.9
コミュニケーションロボット（パロやPALRO 等）を用いる	1.5	0.8	0.4	3.6
その他	13.8	12.6	12.2	12.2
集団でのアクティビティは実施していない	12.3	23.5	31.9	6.8
無回答	3.8	3.4	9.1	1.6

問 4(1) 定期的に実施している集団アクティビティ_その他(n=161)(自由回答を選択肢にした)

RANK	問4-(2)定期的に実施している集団での アクティビティ_その他	回答数 (複数回答)	%	回答（抜粋）
1	体操・運動・運動会・踊り・ダンス	74	46.0	・体操 ・ラジオ体操
2	イベント・季節の行事・レクリエーション・お茶会・食事会	27	16.8	・お茶会、七夕等のイベント ・２～４名でお茶会（コーヒーや紅茶）
3	クイズ・ゲーム・パズル・計算・漢字ドリル	25	15.5	・オセロなど ・計算・漢字ドリル
4	カラオケ・合唱・音楽鑑賞	23	14.3	・カラオケ ・集団で唄う
5	風船バレー・ボール遊び	13	8.1	・風船バレー ・ボール遊び
6	テレビ・映画・DVD・動画視聴	8	5.0	・ＴＶ視聴 ・動画を観る
7	生け花・園芸・畑	7	4.3	・植物を育てる ・畑作り、収穫→おやつ作り
7	書道	7	4.3	・書道クラブ ・文字や文を書いてもらう
7	リハビリ	7	4.3	・集団リハビリ ・リハビリスタッフによる活動に参加
10	散歩	6	3.7	・散歩
11	料理・おやつ作り	5	3.1	・料理等趣味を生かせる活動を提供している
12	読書	4	2.5	・本・雑誌・新聞をみせる
12	デイケア	4	2.5	・院内デイケアへの参加
14	絵を描く・塗り絵・絵合わせ	3	1.9	・ぬり絵などを行っている時が多い
14	外出・ドライブ	3	1.9	・外出支援（ドライブ等）
	中止・軽度としている	6		・コロナ感染で中止している
	その他	9		

5. 施設の組織風土

施設の組織風土は、「①入所者のニーズに合わせた個別のケアプランを作成している」「④スタッフは、入所者の好きなこと、したいことや言いたいことをよく聞き、わかろうとしている」「⑤スタッフは、入所者の身体的な健康のニーズに関して、十分注意をはらっている」が 9 割近くの回答があった。特養では他の施設と比較して「②入所者は、自分自身の衣類や持ち物を日常的に使用している」「③入所者の個別の能力やニーズに合わせて参加できる活動が、幅広く用意されている」「⑨入所者と地域の人たちとの交流の機会がある」が高く、入所者の状況に応じて入居前の生活に近い生活を送れるよう配慮したケアが意識されていると考えられる。

問 5 施設の組織風土（%）

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	130	119	706	384
①入所者のニーズに合わせた個別のケアプランを作成している	98.5	91.6	81.3	95.8
②入所者は、自分自身の衣類や持ち物を日常的に使用している	67.7	71.4	57.9	97.9
③入所者の個別の能力やニーズに合わせて参加できる活動が、幅広く用意されている	34.6	31.1	22.4	60.2
④スタッフは、入所者の好きなこと、したいことや言いたいことをよく聞き、わかろうとしている	88.5	89.1	91.1	90.9
⑤スタッフは、入所者の身体的な健康のニーズに関して、十分注意をはらっている	97.7	96.6	96.5	96.4
⑥BPSDに対して、その人の視点に立って分析し、その行動の根底にある理由を理解しようとしている	85.4	83.2	77.1	77.1
⑦入所者が、会話に仲間入りし、他者と関わりをもてるよう、スタッフが手助けしている	77.7	72.3	71.8	88.3
⑧入所者が、身の回りのことを自分で少しでも行ったり、活動に参加できるよう、スタッフが手助けしている	86.9	82.4	89.9	92.4
⑨入所者と地域の人たちとの交流の機会がある	31.5	23.5	5.9	50.5
⑩認知機能が低下しても1人の人として尊重するケアを実践できるように、スタッフが研修を受ける機会がある	82.3	79.8	79.5	81.5
⑪ケアが、入所者のニーズや関心に合っているかという視点から、ケアの質を評価する仕組みがある	70.0	63.9	50.7	72.9
⑫認知機能が低下しても一人の人として尊重する考え方が、施設の理念として職員に浸透している	84.6	86.6	78.8	87.5

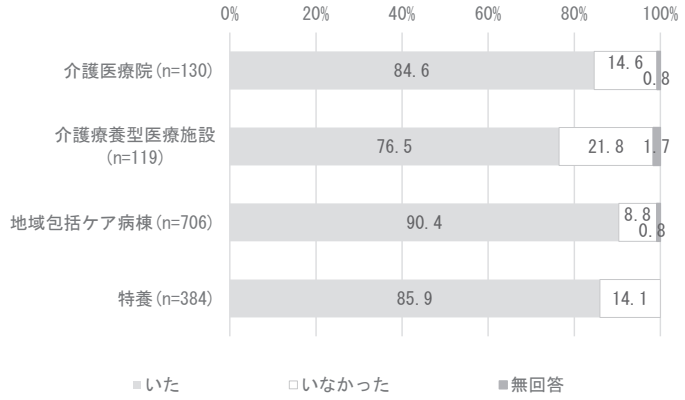
「よく当てはまる」+「やや当てはまる」の割合を掲載

6. BPSD を解消するための施設での取り組み事例

過去 3 ヶ月の間に BPSD のある認知症（疑いも含む）入所者は、8～9 割近くの施設でおり、特に地域包括ケア病棟で多い。

過去 3 ヶ月の間にかかわった BPSD のある認知症入所者 1 名について回答（複数いた場合は BPSD に対応した期間が最も長かった方について回答）してもらったところ、実際に見られた BPSD 症状は、「同じことを何度も尋ねる」「怒りっぽい」「不安そうに動き回る、落ち着かない」が多い。BPSD+Q の分類でみると「過活動」に分類される症状が上位にあがっている。

問 6 過去 3 ヶ月の間に BPSD のある認知症（疑いも含む）入所者の有無(%)



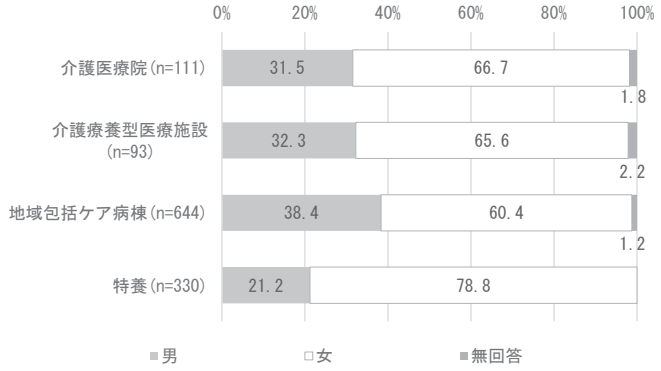
【問 6(1)～(27)は、過去 3 ヶ月の間にかかわった BPSD のある認知症入所者 1 名についての回答（複数いた場合は BPSD に対応した期間が最も長かった方について回答）】

問 6(1)実際に見られた BPSD 症状(%)

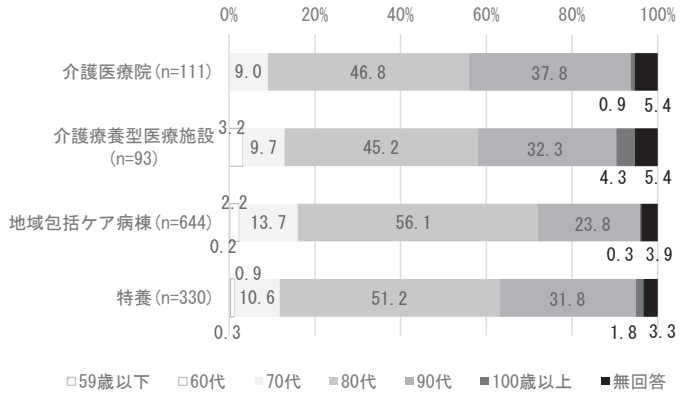
BPSD+Qの分類		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
過活動	同じことを何度も尋ねる	53.2	50.5	63.0	50.6
過活動	怒りっぽい	52.3	62.4	55.6	67.3
過活動	不安そうに動き回る、落ち着かない	50.5	44.1	59.9	64.5
過活動	実際にないものが見えたり、聞こえたり、感じたりする	43.2	49.5	41.1	40.6
過活動	大声や叫び声が続く	40.5	38.7	34.2	35.8
過活動	同じ動作や行為を何度も繰り返す	37.8	38.7	42.9	43.3
生活関連	夜間寝ないで活動する	36.0	30.1	35.6	27.0
過活動	他者が傷つくような乱暴な言葉を発する	34.2	26.9	28.1	43.0
生活関連	介護されることを拒否する	34.2	31.2	28.9	40.3
過活動	我慢ができない、衝動的に行動する	31.5	34.4	35.9	40.0
過活動	他者に乱暴な行いをする	30.6	25.8	26.7	32.1
過活動	施設から出たがる	24.3	23.7	40.2	32.1
過活動性せん妄	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出現	22.5	28.0	17.9	26.4
低活動	自分から行動しようとしない	16.2	11.8	16.1	8.5
過活動	盗まれた、毒をもられた、別人だなどと言って他者を攻撃する	15.3	22.6	21.6	31.5
低活動	悲観的で落ち込んでいる	15.3	19.4	15.4	20.9
過活動	尿や便で汚す、何日も入浴しない	15.3	17.2	16.1	13.0
低活動	心配ばかりする	12.6	21.5	18.8	23.6
生活関連	異食や過食、拒絶	12.6	12.9	11.2	16.7
低活動	日常的な物事に関心を示さない、声かけに反応しない	11.7	10.8	9.8	8.5
低活動性せん妄	ボーッとして覚醒レベル低下	11.7	12.9	8.1	9.1
生活関連	隠す、別な場所に置く、探し回る	9.9	20.4	14.3	18.8
低活動	日中うとうとす寝てばかりいる	9.0	26.9	18.9	13.9
低活動	居室／病室から出たがらない	5.4	6.5	5.9	2.1
過活動	ものをためこむ	4.5	17.2	9.8	10.9
過活動	他者への性的に不適切な行為	3.6	3.2	1.7	2.4
	その他	1.8	6.5	2.6	3.3
	無回答	0.9	2.2	1.6	0.0

性別は女性が多く、年齢は 80 代、90 代が多い。要介護度は地域包括ケア病棟ではばらつきがあるが、それ以外の施設では要介護 2 以上の割合が多く、自力での立ち上がりや歩行が難しく、介護が必要な状態である割合が高い。

問 6(2)性別(%)



問 6(3)年齢(%)



問 6(4)要介護度(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	111	93	644	330
要支援1	0.0	0.0	2.8	0.0
要支援2	0.0	0.0	5.9	0.0
要介護1	1.8	1.1	12.9	0.9
要介護2	12.6	5.4	16.9	3.0
要介護3	8.1	16.1	19.1	38.5
要介護4	41.4	40.9	14.8	44.2
要介護5	32.4	31.2	6.8	12.1
申請中	0.0	1.1	9.2	0.0
未申請	0.0	0.0	5.3	0.0
不明	0.0	1.1	2.3	0.0
無回答	3.6	3.2	4.0	1.2

BPSDがあった時期の日常生活自立度は、地域包括ケア病棟と特養ではJ、Aランクの方もおり、介助を有するが日常生活を自立して送ることができる方もいる。介護医療院、介護療養型医療施設では、Bランク以上の方が多く、寝たきりの状態である方が多い。

BPSDがあった時期の認知症自立度は、ランクⅢ以上の割合が多く、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られ、介護を必要とする状態である方が多い。

認知症の診断名は、「アルツハイマー型認知症」の割合が多く、「確定診断を受けていない」割合も多い。

問6(5)BPSDがあった時期の日常生活自立度(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	111	93	644	330
J1	0.0	0.0	1.1	0.9
J2	0.9	0.0	5.9	3.0
A1	4.5	2.2	11.6	15.2
A2	6.3	6.5	11.8	16.4
B1	18.9	15.1	19.4	19.4
B2	37.8	43.0	26.9	26.1
C1	13.5	8.6	7.5	5.8
C2	15.3	14.0	5.9	2.1
不明	0.0	3.2	2.2	4.8
無回答	2.7	7.5	7.8	6.4

問6(6)BPSDがあった時期の認知症自立度(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	111	93	644	330
Ⅰ	0.0	0.0	0.5	0.6
Ⅱa	2.7	3.2	3.7	1.8
Ⅱb	8.1	5.4	10.2	11.5
Ⅲa	27.9	28.0	29.5	27.6
Ⅲb	23.4	20.4	18.9	22.4
Ⅳ	28.8	23.7	21.6	21.5
M	6.3	8.6	6.2	6.7
不明	0.0	2.2	3.9	4.5
無回答	2.7	8.6	5.4	3.3

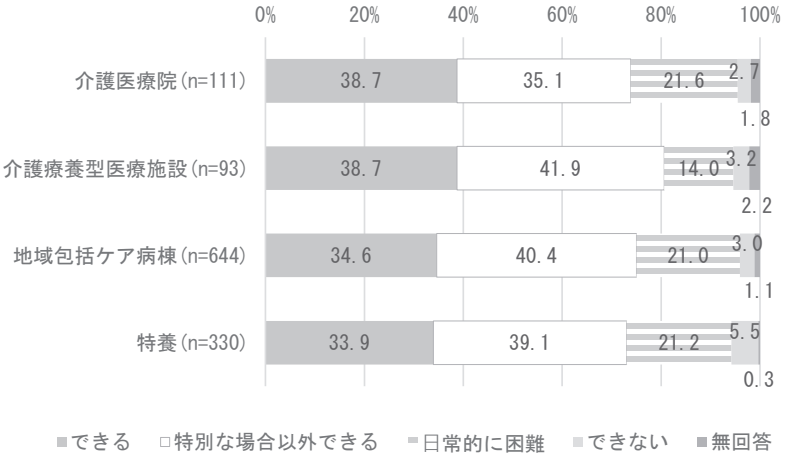
問6(7)認知症の診断名(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	111	93	644	330
確定診断を受けていない	25.2	28.0	41.9	17.6
アルツハイマー型認知症	43.2	33.3	39.0	56.4
脳血管性認知症	9.9	15.1	5.9	4.8
レビー小体型認知症	5.4	7.5	4.7	6.7
前頭側頭型認知症	0.9	0.0	0.3	2.4
上記以外の認知症	11.7	10.8	5.6	9.7
無回答	3.6	5.4	2.6	2.4

BPSD があった時期の日常の意思の疎通は、「できる」「特別な場合以外はできる」割合が多く、両方を合計すると約 8 割ができる。

BPSD があった時期の意欲の指標は、「起床」「意思疎通」「食事」「リハビリ・活動」はどの施設でも同じような傾向であるが、「排泄」は介護医療院、介護療養型医療施設において介護が必要である割合が高い。

問 6(8)BPSD があった時期の日常の意思の疎通(%)



問 6(9)BPSD があった時期の意欲の指標(%)

意欲の指標		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
起床	いつも定時に起床している	35.1	33.3	39.3	47.9
	起こさないと起床しないことがある	53.2	52.7	52.8	44.2
	自分から起床することはない	7.2	10.8	5.6	6.4
	無回答	4.5	3.2	2.3	1.5
意思疎通	自分から挨拶する、話しかける	27.9	19.4	27.6	27.6
	挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔がみられる	63.1	74.2	62.4	64.2
	反応がない	7.2	3.2	8.1	7.3
	無回答	1.8	3.2	1.9	0.9
食事	自分から進んで食べようとする	56.8	46.2	41.9	54.2
	促されると食べようとする	26.1	36.6	43.5	37.9
	食事に関心がない、全く食べようとしない	11.7	11.8	12.4	7.0
	無回答	5.4	5.4	2.2	0.9
排泄	いつも自ら便意・尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う	27.0	24.7	42.7	45.5
	時々、尿意便意を伝える	32.4	33.3	37.4	33.0
	排泄に全く興味がない	38.7	38.7	17.7	20.9
	無回答	1.8	3.2	2.2	0.6
リハビリ・活動	自らリハビリに向かう、活動を求める	5.4	6.5	8.4	10.0
	促されて向かう	56.8	52.7	64.6	42.1
	拒否、無関心	35.1	35.5	24.8	47.0
	無回答	2.7	5.4	2.2	0.9

BPSD があった時期の処方を受けていた薬の内容は「内科疾患治療薬（降圧剤等）」「向精神薬」が多く、処方されていた薬の種類数は平均 5 種類程度である。

BPSD が最初に出現した時期は「入所以前から」が多く、BPSD の継続期間は、地域包括ケア病棟は「3 ヶ月程度以内」が多いが、介護医療院、介護療養型医療施設、特養では「3 ヶ月程度以上」が多い。BPSD 緩和の方針は「非薬物療法・対応を中心に検討」「非薬物療法・対応を中心に薬物療法の併用も検討」「薬物療法を中心に非薬物療法・対応の併用も検討」が多く、「非薬物療法・対応」が BPSD 緩和の方針とされていることが多い様子がうかがえる。

問 6(10)BPSD があった時期に処方を受けていた薬の内容(%)

		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
処方を受けていた薬の内容	認知症治療薬	27.9	23.7	34.2	44.8
	内科疾患治療薬（降圧剤等）	45.9	51.6	51.1	53.3
	向精神薬	51.4	50.5	44.6	47.3
	下剤・栄養剤	41.4	39.8	32.3	43.3
	消炎・鎮痛剤	8.1	9.7	17.5	11.5
	睡眠導入薬	45.0	39.8	49.5	37.6
	無回答	9.9	11.8	9.2	6.7
BPSDがあった時期に定期服用として処方されていた薬の種類数（平均）		4.9	5.2	5.5	4.9

問 6(12)～(14)BPSD の症状と緩和方針(%)

		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
BPSDが最初に出現した時期	入所以前から	65.8	58.1	57.8	69.4
	初日	1.8	4.3	8.9	2.4
	初日以降～1週間後以内	2.7	3.2	16.0	2.4
	1週間以降～1ヶ月後以内	3.6	2.2	8.5	4.8
	1ヶ月後以降～	10.8	16.1	2.2	13.0
	不明	9.9	14.0	2.2	6.4
	無回答	5.4	2.2	4.5	1.5
BPSDの継続期間	1週間程度	7.2	6.5	11.5	3.9
	1週間超１ヶ月程度	8.1	8.6	37.0	7.9
	1ヶ月超3ヶ月程度	15.3	15.1	31.7	15.5
	それ以上	67.6	67.7	17.4	71.2
	無回答	1.8	2.2	2.5	1.5
BPSD緩和の方針	非薬物療法・対応を中心に検討	19.8	17.2	22.8	23.6
	非薬物療法・対応を中心に薬物療法の併用も検討	36.9	33.3	31.5	28.8
	薬物療法を中心に非薬物療法・対応の併用も検討	27.9	30.1	28.4	33.0
	薬物療法を中心に検討	6.3	9.7	8.1	8.2
	特に方針はない	7.2	6.5	6.8	5.8
	無回答	1.8	3.2	2.3	0.6

BPSD の原因として検討したことは「身体的痛み、便秘、不眠、空腹などの苦痛の影響」「悲しみ、怒り、寂しさなどの精神的苦痛、本人の性格などからの影響」がいずれの施設でも上位になっている。

原因検討において活用した情報は「施設内での過ごし方や様子をみて」「本人との会話から」「家族からの情報から」が多く、入居者ひとりひとりに焦点を当てた情報から原因検討をしている様子がうかがえる。

BPSD の原因を検討した主なメンバーは「看護師」が多いが「介護職」「医師」なども多く、様々な職種の方が関わって原因を検討している様子がうかがえる。

問 6(15)～(17)BPSD の原因検討(%)

		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
BPSDの原因として検討したこと	身体的痛み、便秘、不眠、空腹などの苦痛の影響	42.3	54.8	50.0	47.9
	悲しみ、怒り、寂しさなどの精神的苦痛、本人の性格などからの影響	70.3	66.7	54.8	73.9
	音、光、味、におい、寒暖など感覚的苦痛を与える刺激の影響	11.7	12.9	9.8	13.0
	家族、介護者など周囲からの過剰、放置など極端なかかわりの影響	25.2	35.5	29.8	28.8
	残された機能と住環境など物理的環境からの影響	18.9	20.4	19.3	19.7
	残された機能に及ぼす日常生活活動の影響	25.2	29.0	23.4	23.6
	生活歴や価値観などを活かせない今の暮らしとのズレの影響	33.3	31.2	38.4	35.2
	疾病や薬の副作用等の影響	27.9	29.0	27.3	34.5
	その他	0.9	3.2	3.0	2.4
	特に検討していない	4.5	2.2	3.0	1.8
	無回答	1.8	3.2	1.6	1.8
原因検討において活用した情報	施設内での過ごし方や様子をみて	78.4	72.0	81.5	89.4
	本人との会話から	69.4	69.9	73.8	69.7
	家族からの情報から	58.6	59.1	58.4	62.1
	ケアマネジャーや主治医など在宅ケア従事者からの情報から	17.1	19.4	30.3	30.6
	以前入院していた病院からの情報から	35.1	23.7	13.4	15.5
	以前居住していた介護施設からの情報から	6.3	4.3	9.8	14.5
	以前に行われたACP(将来の過ごし方の希望)に関する記録から	1.8	1.1	0.9	1.8
	その他	0.0	0.0	1.6	1.2
	活用した情報はない	0.9	0.0	0.8	0.3
	無回答	4.5	6.5	2.6	1.8
BPSDの原因を検討した主なメンバー	看護師	95.5	93.5	96.7	93.3
	介護職	91.0	86.0	37.3	95.2
	医師	64.9	67.7	63.4	45.5
	PT・OT・ST	53.2	52.7	64.9	21.2
	栄養士	30.6	33.3	16.9	48.2
	相談員・介護支援専門員	64.0	60.2	50.0	90.3
	薬剤師	21.6	20.4	26.1	1.5
	その他	1.8	3.2	6.2	7.0
	多職種で検討していない	0.0	0.0	0.9	0.6
	無回答	3.6	6.5	2.3	2.1

BPSD を緩和するための個別の非薬物対応は、「外出・散歩・施設内歩行するための環境整備（職員付き添いも含む）」「物理的な居住環境の調整（部屋の配置、家具、照明など）」など環境面での対応が上位にあげられた。また「職員による入所者へのコミュニケーションの工夫」「職員による入所者へのケア内容の工夫」など職員による入居者への対応によるものも多い。特養では「日中の離床時間の確保（リハビリ等の活用）」「日常の作業（洗濯物をたたむ等）を手伝ってもらう」も高く、入所者になるべく日常生活に近い生活を送ってもらうことによる対応も多い。「職員による入所者へのケア内容の工夫」について具体的に自由回答に記載されていた内容を選択肢にすると、「傾聴」「本人の訴えを否定しない」「話しを聞く時間をつくる（頻度・時間）・相手のペースに合わせる」など入居者を受け入れる姿勢が上位にあがっている。

問 6(18)BPSD を緩和するための個別の非薬物対応(%)

	介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
n	111	93	644	330
外出・散歩・施設内歩行するための環境整備（職員付き添いも含む）	62.2	57.0	43.3	56.1
物理的な居住環境の調整（部屋の配置、家具、照明など）	61.3	54.8	72.8	41.5
職員による入所者へのコミュニケーションの工夫	51.4	50.5	30.7	47.9
職員による入所者へのケア内容の工夫	46.8	46.2	41.5	32.7
家族への面会・協力依頼	37.8	41.9	39.8	40.9
傾聴ボランティアを活用する	35.1	40.9	41.8	44.2
日中の離床時間の確保（リハビリ等の活用）	34.2	41.9	44.4	60.0
その方の好きな音楽を聴いてもらう	21.6	28.0	14.6	21.5
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	20.7	19.4	25.3	12.7
絵を描いてもらう（絵手紙、塗り絵等も含む）	18.0	7.5	10.7	8.8
手芸や工作など、何かつくる活動をしてもらう	17.1	18.3	10.4	34.2
日常の作業（洗濯物をたたむ等）を手伝ってもらう	4.5	3.2	2.3	6.7
アロマオイル等の香りを用いる（アロマセラピー含む）	2.7	1.1	0.8	4.5
動物と触れ合ってもらう（アニマルセラピー含む）	1.8	3.2	0.2	1.5
人形と触れ合ってもらう（ドールセラピー含む）	0.9	2.2	0.6	1.8
コミュニケーションロボット（パロやPALRO 等を用いる）	0.0	1.1	0.3	0.9
その他	8.1	4.3	5.4	4.2
非薬物的対応はせず、薬物療法のみで対応した	1.8	1.1	0.9	0.9
無回答	2.7	5.4	2.5	0.9

問 6(18)BPSD を緩和するための個別の非薬物対応_職員による入所者へのコミュニケーションの工夫(n=525)(自由回答を選択肢にした)

RANK	問6-(18)認知症入所者のBPSD緩和のため実施した非薬物的対応_ 職員による入所者へのコミュニケーションの工夫	回答数 （複数回答）	%	回答（抜粋）
1	傾聴	136	25.9	・傾聴に徹する。 ・訴えの傾聴
2	声かけ・おしゃべり	93	17.7	・ケア時はおしゃべりしながら行い不安の軽減に努めた。 ・常に声かけ会話をするようにしている
3	本人の訴えを否定しない	55	10.5	・否定せず話を合わせる ・否定しないコミュニケーションの工夫。
4	穏やかに・ゆっくり・はっきり話す	53	10.1	・ゆっくり、本人のペースにあわせ会話する。 ・難聴のため、本人に聞こえるように会話をするようにしていた
5	話しを聞く時間をつくる（頻度・時間）・相手のペースに合わせる	48	9.1	・こまめに会話しコミニュケーションをはかる。 ・同じ質問のくり返しにも、その都度ていねいに対応する。
6	相づち・視線・筆談・表情（笑顔等）・ジェスチャー	45	8.6	・姿勢をおとして、視線を合わせる ・補聴器が聞こえにくい場合は身振り手振りや大きな声で短い言葉で話す。
7	共感的コミュニケーション・相補的やりとり	31	5.9	・受容的な対応をする。 ・抑制的な発言でなく、対話する。
8	過去の話をする	28	5.3	・本人が過去に住んでいた地域の話をする（本人が喜ぶ） ・好きな食べ物や地域や知り合いの方の話、昔の思い出話などをする
9	趣味の話・興味のある話題・本人の好む話題	23	4.4	・動物（特にネコ）が好きという情報から一緒にネコの本や動画を見ながら会話をした。 ・入所者の好む話題で声かけする。
9	一緒に何かをする・ともに行動・近くで過ごす	23	4.4	・本人の好きな歌を一緒にうたう ・人の声が聞こえると静かになるため日中は職員や入所者が集まる場所ですごす。
11	語尾や呼び方、使う言葉に気を付ける・方言を使う・会話の内容を工夫する	22	4.2	・「～しないでください」×→「～すると危ないですよ」「～してみませんか」○言葉による抑制をしないようにした ・出生地のなまりで話しかける
12	レクリエーション・集団アクティビティ	18	3.4	・フロアーで風せんバレー ・院内で行っている集団レクリエーションへの参加
13	見守り	16	3.0	・常時見守り ・覚醒時、常にスタッフが同行、見守りした
13	その方が信用する人の名前を出す・スタッフを固定する・変えてみたりする	16	3.0	・入所者が信頼している人の名前を借りて説明する。 ・怒りが向いている職員以外には落ち着かれている事が多いので別の職員が対応。
15	仕事の話をする	15	2.9	・銀行員だったころの話をする ・前職歴踏まえた会話
15	スキンシップ・ボディタッチ	15	2.9	・背中をさする・手をとる等スキンシップを多くとって対応。 ・状況に応じて軽いボディタッチ。
17	１対１での対応	12	2.3	・遊びリテーションとして１対１で絵を使ったりして会話をする。 ・不穏時はマンツーマンで付き添う
17	注意を他にそらす	12	2.3	・帰宅願望のある時は話題をそらす。 ・落ち込みそうな話題になると歩行不安定性もでるため少しづつ、話題をそらし、強い不安を抱かないようかかわる。
19	話しやすい環境作り	11	2.1	・話しかけられやすい関係作り ・正面から話かける、おどろかせない
19	家族の話をする	11	2.1	・家の心配をされる為、家族の話をする。 ・娘とのＴＥＬでの会話
21	会話内容の記録・申し送り・統一的対応	8	1.5	・統一した対応、返答など
21	ユマニチュードの活用	8	1.5	・ユマニチュードの活用
23	役割を与える、他者との関わり	6	1.1	・徘徊は施設の見まわりの役割として対応
24	写真やアルバムを見る	5	1.0	・夫の写真をみながら会話
25	デイケア・デイサービスの活用	3	0.6	・病棟デイサービスに参加。
26	尊厳を守る	2	0.4	・人として人権尊重した態度の徹底する。
	その他	39		

BPSD を緩和するための個別の非薬物対応のうち「職員による入所者へのケア内容の工夫」について具体的に自由回答に記載されていた内容を選択肢にすると、「離床や生活時間、食事、排せつなどの誘導」といった日常生活に近い行動のうながしや、「見守り」といった過剰な関わりを避け入居者の行動を見守るケアが上位にきている。また「否定しない・制止しない嫌がることをしない・本人の思いをかなえる」「本人に合わせる・タイミングをみる・時間に余裕を持つ・待たせない」といった本人の意向やタイミングに合ったケアも上位にきている。

BPSD を緩和するための個別の非薬物対応のうち「その他」について具体的に自由回答に記載されていた内容を選択肢にすると、本人が好きな内容の「ラジオ視聴・テレビ、映画、DVD、動画鑑賞」や、「食事・おやつの工夫」があがっており、個別の対応を重視したケアが行われている様子がうかがえる。

問 6(18)BPSD を緩和するための個別の非薬物対応_職員による入所者へのケア内容の工夫(n=421)(自由回答を選択肢にした)

RANK	問6-(18)認知症入所者のBPSD緩和のため実施した非薬物的対応_ 職員による入所者へのケア内容の工夫	回答数 (複数回答)	%	回答（抜粋）
1	離床や生活時間、食事、排せつなどの誘導	67	15.9	・生活活動のうながし ・ベッドからの離床の機会を作る。
2	見守り	64	15.2	・危険を回避しつつ見守る ・過剰な関わりをさけて見守る。
3	否定しない・制止しない嫌がることをしない・本人の思いをかなえる	50	11.9	・本人が嫌がることはしない。本人の意向に添う。 ・声かけをして拒否したら、時間を置いて
4	本人に合わせる・タイミングをみる・時間に余裕を持つ・待たせない	45	10.7	・ご本人のペースを尊重する ・訴えに対して優先的に対応する
5	声かけ・おしゃべり・コミュニケーション	37	8.8	・声をかけながら行動をする ・くりかえし声かけを行う。会話しやすい環境をつくる
6	環境づくり（静か、安心する場所等）・カレンダーや時計の設置・ リアリティオリエンテーションの実施	35	8.3	・トイレに近い個室を使用し、道線をテープで示す。 ・カレンダーや時計をおく
7	傾聴	28	6.7	・傾聴をご本人が納得するまで行う。 ・同じ訴えに対しても根気良く対応する
8	説明・同意・意思を確認	24	5.7	・ケア前には必ずケアする事を本人に伝えて不安の軽減に努めた。 ・本人の意志尊重しながら、意志確認しケアにつなげた
9	座位・散歩・外出・日光浴・車イスに乗る・ラジオ体操・動ける範囲で動く	23	5.5	・散歩などで気分転換を図る ・本人さんの動ける範囲で、しっかり動いていただく。
10	スタッフを交代・スタッフの配置を工夫	20	4.8	・男性が苦手な為、主に女性で対応 ・なるべく同じスタッフがかかわる
11	センサー、低床マットやコールマットの活用・転倒予防	18	4.3	・転落、転倒予防として、低床マットやコールマットの活用。 ・畳やマットを敷いて自由に動ける環境を作った。
12	役割を与える、他者との関わり	18	4.3	・在宅時に行っていた、テーブルふきや茶わん洗いなど役割、仕事の依頼。 ・ホールで他患と食事をとってもらう
13	食物の差し入れ・おやつ	15	3.6	・好む食物の差し入れ ・カロリー低い食品を空腹時に提供
14	スキンシップ・ボディタッチ・マッサージ・スキンケア	14	3.3	・適度なスキンシップ ・マッサージ（ボディクリーム）
15	ケアの統一・カンファレンスで周知、情報共有・チームで協議	13	3.1	・職員間で共有すること。声のかけかたなど統一すること。 ・その方の出来る事出来ないことを理解し、ケア内容が必要十分であるか、チームで協議する
16	不快・苦痛の緩和・保清	13	3.1	・皮膚トラブル等による不快感の解消 ・保清・介護浴
17	家族と電話・（テレビ）面談	11	2.6	・帰宅願望があり家の人に電話したりして心おちつかせる ・電話で会話、テレビ面会をしている。
19	一緒に何かをする、ともに行動、近くで過ごす	10	2.4	・洗いものを一緒にする。 ・転倒転落の心配のないよう車イスで一緒にすごす
18	好きなことや趣味、興味のあるもの・集中できるものを取り入れる	9	2.1	・歌うのが好きな患者であったため、歌った後に快感情につながるかかわりを行うはく手をする。いい声が出てましたと伝える。
20	レクリエーション・リハビリ	7	1.7	・レクリエーションへの参加を促す
21	ユマニチュード	6	1.4	・ユマニチュードの実践。
23	そばで過ごす	6	1.4	・そばによりそうなどの精神面のケア
22	口調や表情の工夫	5	1.2	・やさしくゆっくり笑顔で話しかける。
24	尊厳を守る・プライドを傷つけない	2	0.5	・自尊心に配慮する。
	その他	32		

問 6(18)BPSD を緩和するための個別の非薬物対応_その他(n=61)(自由回答を選択肢にした)

RANK	問6-(18)認知症入所者のBPSD緩和のため実施した非薬物的対応_その他	回答数 (複数回答)	%	回答（抜粋）
1	ラジオ視聴・テレビ、映画、DVD、動画鑑賞	7	11.5	・昔から好きなマンガの本を家族にもってきてもらって読書してもらった。 （マンガ）ユーチューブをみてもらう ・犬が好きなので（昔飼っていたので犬の動画を見て頂いた）
2	食事・おやつの工夫	7	11.5	・間食としてゼリーを提供 ・食事内容の変更
3	リハビリ・マッサージ	6	9.8	・リハビリでの離床を進める。 ・メドマ（下肢マッサージ）の実施
4	ドリル（漢字　計算）	5	8.2	・ドリル（漢字　計算）の提供
4	読書（新聞含む）	5	8.2	・本、新聞をすすめる（とても興味を示す）
4	体操・運動	5	8.2	・デイルームで、集団でラジオ体操やレクレーション
4	クイズ・ゲーム・パズル	5	8.2	・簡単なパズル
8	デイケア	4	6.6	・院内デイに参加
8	習字・写経・生け花・園芸・おり紙	4	6.6	・写経、それを読む
8	レクリエーション・イベント・料理	4	6.6	・ホットケーキ作り、たこ焼き作り、流しソーメン
8	他者との関わり・声がけ	4	6.6	・他患者との会話に同席し通訳をしながら関わる。
12	家族との会話	3	4.9	・家族との電話にて本人の不安を緩和
12	環境整備	3	4.9	・自宅の方向がみえるベッドの配置。
14	歌を歌う	2	3.3	・大好きな歌を歌う
14	散歩	2	3.3	・毎日一緒に歩き興味や反応するものを探した。
	その他	6		

BPSD の緩和を目的とした薬の調整は、「変更はなかった」「元々使用していない」が多い。薬物療法の調整の提案者は「看護師から提案」「主治医から提案」が多い。

問 6(19)～(23)BPSD の緩和を目的とした薬の調整(%)

		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
BPSD緩和目的での認知症治療薬の調整	減った	7.2	8.6	5.4	5.5
	一部（または全部）中止した	9.9	10.8	6.8	16.4
	増えた	9.0	6.5	7.3	8.8
	種類が追加された	0.9	5.4	8.5	9.1
	変更はなかった	27.0	23.7	31.4	40.6
	元々使用していない	47.7	43.0	41.9	28.2
	無回答	1.8	5.4	3.4	1.5
BPSD緩和目的での向精神薬の調整	減った	8.1	7.5	6.4	10.0
	一部（または全部）中止した	10.8	12.9	8.7	14.5
	増えた	16.2	14.0	15.8	20.3
	種類が追加された	8.1	12.9	14.6	14.8
	変更はなかった	27.0	26.9	25.5	20.9
	元々使用していない	32.4	28.0	31.7	31.5
	無回答	0.9	4.3	3.7	0.6
BPSD緩和目的でのその他の処方薬の調整	減った	5.4	6.5	6.2	8.8
	一部（または全部）中止した	9.0	10.8	9.2	7.9
	増えた	6.3	2.2	8.1	6.4
	種類が追加された	5.4	9.7	9.3	3.0
	変更はなかった	56.8	53.8	48.9	59.1
	元々使用していない	14.4	15.1	18.2	18.5
	無回答	2.7	4.3	3.9	0.9
薬物療法の調整の提案者	看護師から提案	20.7	28.0	24.4	12.1
	主治医から提案	27.0	17.2	19.3	28.5
	カンファレンスでの検討の結果	16.2	20.4	16.8	22.7
	その他	4.5	3.2	5.7	6.4
	薬物療法の調整はしていない	15.3	16.1	22.2	20.9
	無回答	16.2	15.1	11.6	9.4
屯用薬の調整	屯用薬の使用量を減らした	9.0	7.5	9.0	4.8
	屯用薬を一部（または全部）中止した	4.5	6.5	5.9	7.9
	屯用薬の使用量を増やした	11.7	11.8	17.1	10.6
	変更しなかった	15.3	22.6	27.3	20.9
	元から使用していない	55.9	47.3	36.2	53.9
	無回答	3.6	4.3	4.5	1.8

対応（非薬物療法・対応、薬物療法を含む）後の BPSD の軽減状況は、「やや軽減したがまだ症状がある」が多い。対応後の認知症入所者の表情の変化は「少し穏やかになった」「変わらない」が多い。

「起床」「意思疎通」「食事」「排泄」「リハビリ・活動」については「変わらない」が多い。

BPSD の改善・軽減の結果の職員間での共有は、「変化を記録につけた」「ケアプランに含めた」「申し送りをした」が多く、職員間での共有が行われている様子がうかがえる。

問 6(24)～(27)対応（非薬物療法・対応、薬物療法を含む）の結果の状況(%)

		介護医療院	介護療養型医療施設	地域包括ケア病棟	特養
	n	111	93	644	330
対応の後のBPSDの軽減状況	ほとんど見られなくなった	8.1	9.7	10.4	7.3
	やや軽減したがまだ症状がある	49.5	49.5	58.5	57.6
	症状が変わりなく続いている	37.8	32.3	27.5	32.7
	悪化した	0.9	1.1	0.8	1.5
	無回答	3.6	7.5	2.8	0.9
対応の後の認知症入所者の表情の変化	とても穏やかになった	9.9	11.8	14.6	8.8
	少し穏やかになった	43.2	43.0	53.7	53.3
	変わらない	40.5	37.6	27.6	33.9
	険しくなった	1.8	1.1	1.1	3.0
	無回答	4.5	6.5	3.0	0.9
①対応前後の変化（起床）	変わらない	85.6	72.0	73.8	78.2
	以前より自分から起きるようになった	6.3	12.9	18.3	10.6
	以前より自分から起きなくなった	5.4	8.6	4.5	8.5
	その他	0.9	2.2	0.9	1.5
	無回答	1.8	4.3	2.5	1.2
②対応前後の変化（意思疎通）	変わらない	73.9	60.2	52.5	64.5
	以前より取りやすくなった	18.0	31.2	42.2	25.5
	以前より取りにくくなった	6.3	4.3	2.2	7.3
	その他	0.0	0.0	0.9	1.8
	無回答	1.8	4.3	2.2	0.9
③対応前後の変化（食事）	変わらない	64.0	71.0	64.6	70.3
	以前より自発的に食べるようになった	18.9	17.2	27.5	17.0
	以前より自発的に食べなくなった	8.1	3.2	4.5	9.1
	その他	7.2	2.2	1.2	2.4
	無回答	1.8	6.5	2.2	1.2
④対応前後の変化（排泄）	変わらない	78.4	77.4	72.4	77.0
	以前より尿意、便意を訴えるようになった	10.8	8.6	19.4	9.4
	以前より尿意、便意を訴えなくなった	7.2	5.4	4.5	10.9
	その他	1.8	4.3	1.7	1.8
	無回答	1.8	4.3	2.0	0.9
⑤対応前後の変化（リハビリ・活動）	変わらない	77.5	79.6	67.4	84.2
	以前より自発的に参加するようになった	11.7	12.9	25.0	7.3
	以前より自発的に参加しなくなった	7.2	3.2	3.7	6.4
	その他	0.9	0.0	1.1	0.9
	無回答	2.7	4.3	2.8	1.2
BPSDの改善・軽減の結果の職員間での共有	変化を記録につけた	55.0	59.1	64.1	74.8
	ケアプランに含めた	48.6	40.9	42.4	48.8
	申し送りをした	76.6	74.2	66.8	71.8
	その他	2.7	6.5	7.1	3.0
	共有していない	0.9	0.0	1.4	0.0
	無回答	2.7	4.3	2.0	1.2

7. 新型コロナウイルス（COVID-19）の感染対策による認知症ケアへの影響

新型コロナウイルス（COVID-19）の感染対策による認知症ケアの影響について尋ねたところ、2020 年 4 月時点では「全ての面会を中止」している施設が 65.2%であったが、調査回答時点では 42.8%である。面会者に体温測定等を実施したり、面会者の人数や時間制限を設けたりすることにより面会できる体制を整えている施設が 2020 年 4 月時点よりも増えている。

面会制限による認知症の方の BPSD への影響は、「影響したと思う入所者がいた」が 75.9%である。面会制限を代替するための方法の導入をした施設は 74.5%で、方法としては「オンライン面会（ZOOM や SKYPE などの利用）」「電話」が多い。BPSD 緩和のための方法として「効果のある入所者がいた」は 45.8%、「効果はわからなかった」は 40.2%である。

問 7(1)家族との面会対応(%)

		全体
	n	1339
調査回答時点での家族との面会対応	全ての面会を中止	42.8
	面会者の人数を制限	54.1
	面会時間を制限	54.4
	1日当たりの面会回数を制限	22.2
	面会者に体温測定を実施	61.2
	面会者にマスク着用	64.2
	面会前後の手指消毒	61.2
	面会者の連絡先等を記録	39.7
	無条件で面会が可能	0.0
	その他	31.1
	無回答	0.5
2020年4月時点での家族との面会対応	全ての面会を中止	65.2
	面会者の人数を制限	30.3
	面会時間を制限	29.4
	1日当たりの面会回数を制限	11.9
	面会者に体温測定を実施	32.3
	面会者にマスク着用	37.2
	面会前後の手指消毒	34.7
	面会者の連絡先等を記録	20.2
	無条件で面会が可能	0.4
	その他	16.7
	無回答	1.5

問 7(2)家族との面会制限による認知症の方の BPSD への影響(%)

		全体
	n	1339
家族との面会制限によるBPSDへの影響	影響したと思う入所者がいた	75.9
	影響したと思う入所者はいなかった	19.9
	面会制限はしなかったのでわからない	1.0
	無回答	3.3
家族との面会制限を代替するための方法の導入	はい	74.5
	いいえ	23.6
	面会制限していない	0.5
	無回答	1.3

		全体
	n	998
家族との面会制限を代替するための方法	オンライン面会（ZOOM やSKYPE などの利用）	57.0
	電話	55.0
	手紙	34.4
	その他	24.4
	無回答	0.2
BPSD緩和のための方法として効果のあった入所者の有無	効果のある入所者がいた	45.8
	逆効果（混乱するなど）のある入所者がいた	11.7
	効果はわからなかった	40.2
	BPSD のある入所者には実施しなかった	6.3
	無回答	8.2

新型コロナウイルスにより出勤できなかったケアスタッフは「いた」は 7.4%で、ケアスタッフが出勤できなかったことによる BPSD への対応への影響は、「影響のある入所者はいなかった」が 61.0%である。

オンライン面会をするための機器（タブレット等）は、「あるが不十分」は 32.2%、「ない」が 42.6%である。通信環境（wifi 等）は、「あるが不十分」は 38.7%、「ない」が 29.6%であり、多くの施設で機器（タブレット等）や通信環境（wifi 等）が整っていない様子がうかがえる。オンライン面会に付き添う職員の人員確保は、「時間によっては確保可能」が 57.5%、「確保困難」が 27.3%である。家族の希望状況は、「オンライン面会を希望する家族は少ない」が 40.9%、「わからない」が 39.1%である。オンライン面会の必要性は、「感じている」が 82.2%であり、多くの施設において必要性を感じているものの人員確保が難しい様子がうかがえる。

問 7(3) 新型コロナウイルスにより出勤できなかったケアスタッフの状況(%)

		全体
	n	1339
新型コロナウイルスにより出勤できなかったケアスタッフの有無	いた	7.4
	いない	92.0
	無回答	0.6

		全体
	n	100
ケアスタッフが出勤できなかったことによるBPSD対応への影響	影響のある入所者がいた	4.0
	影響のある入所者はいなかった	61.0
	影響はわからなかった	32.0
	無回答	3.0

問 7(4)面会制限時のオンライン面会の体制整備状況(%)

		全体
	n	1339
オンライン面会のための機器（タブレット等）	十分にある	22.8
	あるが不十分	32.2
	ない	42.6
	無回答	2.5
通信環境（wifi等）	十分にある	28.6
	あるが不十分	38.7
	ない	29.6
	無回答	3.1
オンライン面会に付き添う職員の人員確保	確保可能	11.4
	時間によっては確保可能	57.5
	確保困難	27.3
	無回答	3.7
家族の希望状況	オンライン面会を希望する家族が多い	16.9
	オンライン面会を希望する家族は少ない	40.9
	わからない	39.1
	無回答	3.1
オンライン面会の必要性	感じている	82.2
	感じていない	14.3
	無回答	3.5

IV. 認知症の人の BPSD 緩和のための方法の探索を目的とした介入調査

１．目的

認知症の人の BPSD 緩和を目的とした非薬物対応における、アセスメントから評価までのプロセスを記述し、実践的効果的な方法を探索することを目的とした。

本研究では、BPSD 緩和を目指すアセスメントから評価までの試行錯誤も含めた一連のプロセスを、非薬物対応として記述の対象とする。BPSD の緩和において重要なのは、何を提供するかではなく、なぜ、どのようにしてその対応に至ったかのプロセスにあると考えるためである。したがって、収集するデータは、アウトカムとしての BPSD の状態に加えて、事例単位の試行錯誤も含めたプロセス全体も対象とした。

２．方法

【対象】

研究期間（9 月～12 月）中に、研究協力施設２法人の病棟または施設に新規入院（棟・所）した認知症の人の内、BPSD がある人とし、同意と家族による代諾が得られた人を対象にした。

【介入方法】

以下①から③のツールを使用し、BPSD のアセスメントとケア行為の選択と反応の確認のプロセスを言語化した。

①入院直後の情報収集、②BPSD 出現状況、③対応を検討し提供しつつ再度検討するプロセス（BPSD 対応可視化シート※）

※BPSD 可視化シートとは、職員個々の対応の共有化を図るため、1 日につき 1 つの認知症の人の BPSD を取り上げ、その状況の観察、判断、ケア行為を記述するための用紙である。（p96 以降に記述例掲載）

1. BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）
2. その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）
3. Wants に対して、①何を意図してどのような対応をしたか、②その結果どうなったか
4. 記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと

について記入する。

【データ収集方法】

毎月（10 月～1 月）担当者から、1 か月間の取り組み状況、対象者の基本的な情報（ADL、処方、BPSD など）を収集した。

各事例のケアに関する聞き取り調査から、BPSD ケアに必要な考え方、組織としての条件、ケア提供の方法等、具体的方法の提案に資する内容を抽出して整理した。

３．結果

１）事例の概要

	歳代	性別	要介護度	日常生活自立度	認知症自立度	意思疎通	薬物療法	BPSD+Q 過活動	BPSD+Q 低活動	BPSD+Q 生活関連	
1	90	男	支１	A2	Ⅲa	できる	増（妄想）→減	19→16	10→8	4→3	
2	80	女	支２	A2	Ⅲb	できる	増（不安）→減	9→0	5→4	2→0	
3	80	女	介１	A1	Ⅲa	できる	変更なし	6→4	4→4	2→0	
4	80	女	介４	B1	Ⅲa	できる	増（疼痛）→中止	14→11→16→7	2→1→1→2	10→7→7→2	
5	60	女	介５	B2	Ⅲa	できる	変更なし	15→9→6	3→2→2	0→4→1	
6	80	男	支１	A2	Ⅲa	特別な場合以外できる	変更なし	4→5	2→3	0→0	
7	80	男	介１	A2	Ⅳ	特別な場合以外できる	変更なし	4→4	0→2	4→4	
8	80	男	介２	B2	Ⅳ	日常的に困難	減	4→４	12→12	10→10	
9	80	男	介５	C2	Ⅲa	できる	変更なし	0→0	0→０	3→３	
10	90	男	介５	C1	Ⅲb	できない	変更なし	0→０	1→1	1→1	
11	80	女	介１	C2	Ⅳ	特別な場合以外できる	減	0→0	2→2	0→0	※死亡
12	90	女	介３	C2	Ⅲa	できる	変更なし	1→1	0→0	0→0	
13	70	男	介３	B1	Ⅲa	できる	変更なし	1→1	0→0	0→0	

BPSD＋Q の数値：

入院１週間後→１か月後→２か月後→３か月後

2）BPSD に対する関わり方の詳細

特徴的な関わりを示した８事例を取り上げ、BPSD 対応可視化シートより抜粋した。

1. 事例 1

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	妄想（死刑囚なので殺される）	狙われているから辛い、手を出してくる、傷だらけだと主張	①タッチング、「背中をさする」、「ここに居る間は大丈夫」と話した。 ②「ここにいる間は安心だけれど・・・やられると思う」と話した。ただ、スタッフの顔をみて微笑んだ。	傷をつけられた手をみせてきたのは初めてだった。 エビリファイ服用後、少し穏やかになったと感じる。
5	「向こうの建物から呼ばれた気がしたんだけど」	幻聴があるから不信感を抱いている	①「そうなんですか。今日はお休みで呼ばれていない」という。 ②「そうか」と納得した。	幻聴はあるが、落ち着いている。不安を取り除く対応が必要。
6	「首を絞められて、あれは悪党だ」（笑顔）	妄想はあるが切迫感はない。	①話を聞く、うなずく、タッチング ②笑顔で会話する	妄想はあるが以前より落ち着いている。
7	「お偉いさんがいるからまだ行けない」	偉い人がいるから、自分も食堂へいけない	①「お偉いさんも食堂へ行くから一緒に行きましょう」 ②「そうじゃないんだ」と言って食堂へ行こうとしなかった。	食堂へ行くことだけでなく、他のことも気になっているのではないか。
9	前の患者のベッドをみて「あそこから血が出ているんだよ。早く何とかしてくれ」と言った。	なぜ血の話が出てきたのか。血は片付けた事を言えば安心するのではないか。	①不安材料の血は片付いた事を伝え、また呼んでもらうように声かけを行った。 ②完全に納得はしていないが、その後入眠できた。	死刑や血についての話をするのは何か原因があり、その原因が消えないと同じ話がまた出るだろう。
10	病棟のトイレから戻るとき、「今日切腹だろ？むこうの建物にいかなくていいのか？」と尋ねられた。	最近の状態が落ち着いているため、事実を伝えて納得できると思った。	①「切腹日じゃないですよ」「今日は行かないですよ」と思いを聞いて事実を伝えた。 ②「そうか」と納得し、歩いて自室に戻った。	夕方の興奮があったときより、15 時にミルタザピン服用のほうが落ち着いているかなと思った。

同様の妄想が繰り返しみられた。ただし、毎日出るわけではなく、落ち着いている日もあった。

15	「頭に何か埋め込まれた。隣とつながっていないと」「今日手術した」「手術は続くんだ」と訴える。興奮している様子。	話をしても納得してもらえないのは久しぶりだ。違うと言っても、ダメなら肯定しつつ、今日は違うと言ったらどうなるかな。	①事実だけを伝えても納得しないなら、本人の言葉を肯定しつつ、事実を混ぜて伝えてみる。 ②興奮が続いたが、少しずつ落ち着いた。最後には納得した。	久しぶりに興奮が強かった。落ち着いていたのは、具合が悪かった？点滴して何かあった？
17	もう死んでいるだから、点滴がおちないんだろう。悪いことをして忍び込んだからだ。	強く妄想があり、気持が不安、辛い。	①安心してもらえるような言葉かけをした。 ②納得しなかった。	ずっと部屋にいるため、食事の際は、デイルームで食べてもらうなど環境調整が必要。

このあと状態が悪化し、記録開始後 23 日目に、別の病棟へ転棟となった。その後も状態の悪化が続き、34 日目に死亡。

2. 事例 4

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	夕方になり、帰宅したいと希望。	家に帰れると知っていたのに帰れなかったからではないか。	①声かけでなだめた。 ②かわらなかった。	帰りたいのだな。どうしたらよいか。
2	午前中から帰宅欲求あり。	ここは自分のいる場所ではないと思っているのか。	①気分を紛らわすために、作業（清拭たたみ）を手伝ってもらった ②CD をかけると、歌を歌い、落ち着かれていた。	気をそらせたら落ち着いた。
3	他者の独語に対して、「うるさい」とテーブルを叩いて怒っていた。	自分にも注目してほしいのか。	①都度声かけを行い、気分を落ち着かせてもらう。音楽番組をかけ、気分転換を行った。 ②音楽番組をみながら歌を口ずさんでいた。	音楽が好きなんだな。
4	入浴時、服を脱ぐ時から機嫌が悪く、入浴に対するケアを拒否した。「女性が入っているのになんで男性がいるのか。私だけ裸で何で他の人は服を着ているのか」と訴えた。	羞恥心があるからかな。ケア者が男性だから。	①服を脱ぐ時、歌を歌いながら脱がせた。（歌が好きなため。） ②洗身させてもらえず、湯船に入るなりお湯をかけたりして暴れていた。	ひとまず服が脱げて良かった。歌の効果かな。 怒っているな。うまくいかないものだ。
5	他の利用者さんの居室に行ってしまう。	居室の場所がわからなくなってしまったのか。	①その都度、声かけを行い、他の人の居室であることを伝えた。 ②その時は納得されるが、忘れてしまうのか、繰り返す。	何か目印をしてみようかな。
6	入浴時、「風呂には入らない」と拒む。服を脱がせようとすると怒り出す。	音楽をかけ、気分を良くしながらケアを行う。	①音楽をかけながら、脱衣介助する。 ②服を脱がせようとしたら、目つきが変わり、「入らない」と怒った。職員と叩くといった行為がみられた。	自分のペースでゆっくりと脱衣できるといいのかな。
7	夜間トイレに座っていたため、声をかけると怒り、興奮する様子がみられた。	ポータブルトイレの認識はあるため、見守り、できない所だけ介助する。	①自分でできる所はやってもらい、できない所だけ介助を行う。 ②怒っていた。	なんで怒るんだろう。ケアされるのが嫌なんだな。
10	帰宅欲求があり、車椅子で自走し、エレベーター前まで行った。	ここが家だと思っていないから。	①帰れないとは言わずに「お茶を飲みに行きましょう」と伝えた。 ②「いいんだよ」と言いながら戻り、お茶を飲んだ。	なかなか帰りたいがなくならないな。

12	夕食後、トイレに行き、パットを渡すと怒りだし、パットを投げる様子があった。	男性職員だから余計に強く拒否したのではないか。	①一人での対応は困難なため、応援を呼び、スタッフをかえてケアにあたった。 ②怒りながらではあったが、女性一人でも対応するとパットを交換させてくれた。	羞恥心への配慮、自尊心を傷つけないケアを行うことが必要。
18	3日前頃から膝の痛みを訴えている。日中、急にテーブルをたたく様子がある。怒り出したりはしない。痛みを訴えるようになった。	自分でポータブルトイレを使用し、うまくベッドに戻れず、ベッド上に倒れ込んでいた。	①膝の腫脹がある。もともと、変形膝関節症がある。熱感なし。シップで対応しよう。 ②「ありがとう」というが痛みは続く。	膝が痛いことで、また怒りっぽくはなるかな。
21	排泄介助時、怒ることがある。	女性に対しても、怒る時があるな。	①男性がダメだから女性にした。怒られても拒否しないようにした。 ②ずっと怒っている。ケア者をはたく。	どうしようかな。
24	夜間、排泄介助時、ケアへの拒否がある。左足を動かすと「痛い。痛いのに触るな。」という。 このあと同様の状況が1週間ほど続く。	痛みにより、触れて欲しくないのかな。	①「おしりをきれいにしましょう。」と声かけを行い、刺激しないよう、布団を足元からまくり、排泄介助。 ②大きな声で「やるな。バカヤロー痛いんだよ」等言われ、バシバシ叩かれた。	スピーディーに介入を行い、ゆっくりと声かけを行うようにしよう。
34	排泄ケア時に協力動作がみられる。	周囲も静かで穏やかにすごせているから？	①拒否や暴言なく協力動作あり。	
35	朝食時、「起きていくよ」と言い、怒ったまま体勢が変わらない。	排泄ケアを行ったあとだからか？	①声かけを他の人に変わってもらい、対応。 ②怒ることはなく起きてくれる。	声かけのタイミング、声をかける人をかえてみることでうまくいく。
40	排泄ケア後より興奮が始まる。	異性からの介助で耐え難い屈辱なのではないか。	①立位が困難なため、ベッド上でパット交換。 ②排泄ケア後より興奮。離床も拒否されてしまった。	羞恥心に配慮が必要。
52	起床時足の痛みを訴えるが、「トイレに行きたい」とのことで、抱きかかえて移乗、排泄ケア。	痛みのため、立位がとれない。	①ケアに怒り出すことなく、介助できた。 ②排泄後は、立位がとれ、痛がる様子もなかった。	コミュニケーションをとってきたことで、顔を覚えてくれた。信頼関係ができてきたのかな。
57	排泄介助　「ありがとう」と言われ、排泄介助させてくれた。	排泄ケア時 怒鳴ることなく介助させてもらえた。	この時期から、ケアへの拒否や暴言、暴力が減り、関係性がよくなっていった。	
62	入浴介助　排便後、便汚染があり、そのまま入浴介助。口調が強くなるが、以前程ではない。叩くことはあっても、以前よりは力が弱く拒否も減少。	便汚染もあり、気まずさもあったのかな。	①入浴時、本人の気持ちが便汚染からそれるように会話をしながら入浴介助を行った。 ②以前と比べるとケアに拒否がなくなった。	

3. 事例 5

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	午後、横になっていた時に、「帰りたい」や「やめて」などの発言があった。 このあと同様の状況が数日続いた。	不安に思っているのかなと思った。	①落ち着いてもらおうと思い、「大丈夫ですよ」と声をかけた。 ②声をかけた時は訴えないが、声かけをやめると訴えは続いていた。	入所したばかりでもとのグループホームへ帰りたいのかなと思った。
2	朝食の前から、独語や大声があり、「かえる」「かえる」と落ち着きがなく、座っていることも困難で歩き回っていた。座っていても「痛い、やめて！」など発語していた。	「かえる」「かえる」と歩き回ったりする。来たばかりだから落ち着かず、帰りたいのではないか。	①歩き回ることに対して、一緒に歩いた。歩くときは「こっち」など本人の訴えを否定せず歩く。座ると落ち着かないが、本人の馴染みの物を渡したり、本人の好きな音楽をかけたりした。 ②歩くときは、何かを探している様子。少し座って、また立ち上がるという行為を繰り返していた。	入所したばかりで落ち着かない。不安や恐怖など不快を痛いと表すのかな？
3	朝食後、ウトウトしており、臥床してもらった。その後、大声で「帰る」「帰る」と訴えていた。身体の動きも多くみられた。	歩いて帰りたいのかなと思った。	①手引き歩行で、トイレ案内や食事に行った。 ②歩行不安定で、2 人で介助した。拒むことなく、援助できた。	入所したばかりで帰りたい。
5	午前から落ち着かなくなり、午後になり大きな声で独語。「やめて」「やめて」と言って、座っていられない。	座っていられないため歩きたいのかな。座っていることに対して「やめて」との発言があるのかな。	①おやつを食べた後、館内を少し歩いてまわる。好みの音楽も流した。 ②歩いてきたあと、ベッドに臥床して休んでもらった。	歩きたいことや行動したいことに対し、「やめて」と言うのかな。
8	日中は穏やかに過ごしていた。	1 週間たち、環境になれたのかな。パートの女性 A さんになじんだ様子。	ここから 1 週間程度、落ち着いた日々を過ごしていた。	
16	夕方、ベッドの上で大きな声でさけんでいた。	何か訴えたいのだろうと思い、部屋へ行き、声かけを行った。「帰りたい」と言っていた。	①気分転換のため、本人の好む音楽をかけた（嵐の CD）。夜間、トリクロリールシロップ内服。 ②状況は変わらなかった。	音楽に対する興味はないのかな。

17	傾眠 日中の傾眠傾向と大声を出すという行動が少し目立つようになった。	昨日トリクロリールシロップを飲んだせいかな？過鎮静か？	①毎食ごとに離床し、リズムを整えたい。 ②「寝たい」「帰りたい」と言っている。大声なし。夜 7cc 服用。	過鎮静か。
19	昼食後、「やめて」など大声で叫んでいた。	何か嫌なことがあるのかな。	①部屋を訪問し、「大丈夫ですよ」と声をかけた。 ②声をかけても興奮した様子で大きな声は続いている。	何に対して「やめて」と言っているのだろう。
20	夜間になり、大声で叫んでいた。 夜間の覚醒と大声が時折みられるようになった。	眠れないのかな。	①部屋を訪問し、「どうしましたか」と声をかけた。タッチングも行った。トリクロリールシロップ服用。 ②声をかけるとおちつくが、その場を離れると再び大声で叫んでいた。	ずっと付き添っているのは困難だし、その都度声かけをしよう。
22	日中傾眠傾向。	夜間帯、時々大声あり、部屋へ行くと覚醒していた。	①覚醒を促しながら、覚醒よい時に食事や水分を提供した。 ②朝は食事ができなかったが、ケア介入（口腔ケア）後覚醒し、昼、おやつは食べられた。	夜間の深い睡眠がとれていないのかな。
26	昼食後、大声の独語が続いた。（その前にユニット内を歩いたりして過ごした。）	本人が辛そうだった。	①トリクロリールシロップ内服。 ②一緒にいる時は、落ち着いて過ごしていた。	さみしいのかな。
30	昼食後、臥床し、大声がきかれた。	少し様子をみよう。	①声かけをしながら、少し様子をみよう。 ②20 分程度で発語が継続的になり落ち着いてきた。	
32	日中は音楽療法に参加。夜中、発声があった。	何か心配なのかな。	①「大丈夫ですよ」「夜中だから寝ましょう」と声かけを行う。くまのクッションを抱いてもらった。 ②朝方まで入眠されていた。	
36	16 時ごろから大声がきかれた。	幻視による興奮？	①声かけをすると、火災探知機が男の人にみえるとのことで、追い返すよう、スプレーなどをふきかけた。天井に本人の好きな飾り物をつるした。 ②一旦落ち着いたが、またすぐに大声で叫んだ。	

41	傾眠強く、朝食を食べられなかった。	夜間眠れなかったのかな。	①時間をずらして、朝食を提供する。 ②眠気が強く、食事摂取できなかった。	おやつの時間に何か提供しよう。
46	「嵐みたい」と発言があった。	いつもみている DVD をみたいのだろう。	①本人の好む DVD をみせた。 ②機嫌良くみていた。	
48	夕方ごろ、声が出はじめた。 このあと 10 日程度、比較的穏やかに過ごした。	興奮がはじまってしまった。	①お茶の間にて、好きなアイドルの DVD をみてもらった。 ②興奮、おちつき、DVD をみながら一緒に歌っていた。	気分がまぎれたのか、落ち着いて良かった。
60	夕方ごろ、「やめて」など独語が聞かれ始めた。疲れた様子があり、居室へ戻り、休んでもらった。その後 20 分くらいすると大声が始まった。	幻視の内容を確認してみたが、確認できなかった。	①どんな幻視か、確認できないため、「大丈夫ですか？」と声をかけた。 ②「うん」とおっしゃり、訪室している間は，落ち着いて過ごせていた。	居室で一人で過ごしている間は幻視がみられやすい。
61	夕食後立ち上がり落ち着かず、椅子を後ろに引き、やや不穏な状態だった。	「帰る、帰る」、「寝る、寝る」と訴えていた。	①食後だったため、眠くなったのかと思ったが、食事直後だったため、少しお茶の間で過ごしてもらうため本人の好きな動画をみてもらった。 ②歌を歌い、ノリノリだった。座っていることができた。	食べる事もエネルギーを使うため、疲れたのではないか。
62	夕方、居室で横になったまま大声で叫んでいた。	「やめて、やめて」と発語。	①側に行き、声かけをしながら、肩にタッチングをしたら、すぐにおさまった。 ②つらそうな表情から「ほっ」とした顔つきになった。	誰かに側にいてほしいのかな。さみしいのかな。誰かに声をかけてほしいのかな。
63	おやつのため離床。DVD をみていたが、「帰る」と落ち着かなかった。	疲れたり、飽きたりすると落ち着かないのかな。	①DVD とは別の歌をかけますかときくと、「うん」といい、別の CD をかけた。 ②時々、独語があるが、落ち着いて過ごすことができた。	同じことの繰り返しではなく、気分をかえることで落ち着けた。
66	お茶の間で動画をみていたが、急に立ち上がり歩き出した。 このあとはしばらく穏やかに過ごすようになった（ただし、独語などの行為がみられなくなったわけではない。）	動画を見飽きたのか。	①すぐにトイレ案内をして、居室で休んでいただいた。 ②何も言わず、静かに休んでいた。	疲れて横になりたかったのだと思う。

4. 事例 6

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	朝、リュックを背負い、手提げ袋を持ち、デイルームからエレベーター前を行ったり来たりしていた。「ここはどこなのか」「車の点検をしないと」「行かないと」と言われた。	家に帰りたい。車で来たことを覚えているので気にしていた。	①ここに居る理由を伝えるため、「帯状疱疹の経過観察のため入院している」と伝えた。 ②居室に戻り、荷物を下ろした。	朝方に帰宅願望が強くなるようだ。
8	朝、エレベーター前で他の利用者と共に待っていた。下におりて 2 階へ行くと言う。その人と共に下に降りた。 家に帰ろうとするのに対してどう対応するかが主たる試行錯誤の課題	他の利用者が下に行くと言っていたので、自分も一緒に降りたいと思った。	①下に降りたいとの希望があったので、職員と話しながら、下に降りていった。 ②戻られた後、「あそこまで行っただけか」と言うが、その後「下へ降りる」という訴えはなかった。	他の利用者が言っていたので、自分も行きたくなった。
13	朝、リュックを背負い、手提げ袋をもって、エレベーター前の椅子へ。 職員に「開けてくれない」と言う。「向こうへ行きたいんだ」と訴えた。	家の様子が気になる。家に帰りたい。 車があるはずだ。気になる。	①帯状疱疹の経過観察のため状態をみせて下さいと伝えるが、帰らなきゃいけないと言う。外出許可をもらって下さいと言うと「もらっているから」と話した。 ①車を見に行きましょうと一緒に外へ行って探した。 ②探さずにいたので「元の場所へ戻ってみますか」というとホームに戻ってきた。	以前は同じ声掛けで落ち着いていたが、今回は納得されなかった。 外に行くのは一人での対応が困難（男性職員だったので対応できた。）
14	朝、車がある場所から〇〇へ行く道は？などと聞いてきた。早い時間に行かないと、と言う。	家に今日こそは帰りたい。気になる。心配。	①時間が早すぎて開いていない。ここからは歩いていける。朝御飯と薬がありますよというと ②「ご飯は食べないとね」とすんなり納得し、話が終わった。	他の仕事をしていたのであきらめたのかもしれない。
23	荷物をリュックにまとめて「バスで帰るからエレベーターを動かして」と言った。非常階段を開けようとした。	家に帰りたいという思いが強かった。	①気分を変えるため、好きな歌謡曲の映像を流した。お茶とお菓子を提供した。 ②食べながら見始めた。	歌が好きなので、見ていると落ち着くようだ。帰宅願望が薄れた。

28	朝、どうしても家に帰りたい。一人でも大丈夫。ここは嫌なんだ。痛みもよくならない。だから、と何回も話した。	どうしても家に帰りたいようだ。	①外はまだ暗いので、お茶を飲みましょうと誘った。痛みはナースに伝えておきますと伝えた。歌レクに参加。 ②落ち着かれ、訴えがなくなった。	歌が好きで、歌レクへ参加することで帰る気持が薄れた。
30	朝、エレベーター前でリュックと手荷物を持っていた。エレベーターが開くと勢いよくエレベーターに乗り込み、職員が降りていただくが、顔は赤くなり荷物で職員を殴った。背中や肩を叩く。午前中はエレベーター前から離れなかった。	家へ帰りたい気持がつよかった。	①男性職員と二人でエレベーターから降りていただき話を伺った。 ②昼食後落ち着かれた。13 時居室へ荷物を持っていった。	同じ事を言われ、帰れなかったり，下に降りられなかったりで興奮されたのだと思った。話を聞いてもらい、落ち着いた。
33	ホールを走って通るので、「大丈夫ですか」と声をかけると「大丈夫、帰る」と答え荷物をたくさんもって非常階段の所へ行った。	一度家に帰って様子をみたいと思い立った。	①一度落ち着いていただくため、「こっちへ来てお茶を飲みませんか」と声をかけた。 ②「帰らせてくれない」と言った。 ①本人の好きな曲を流した。 ②耳を傾ける様子がみられた。	本人の趣向に合わせた CD や DVD の提供でうまく気分転換できた。
40	職員がキッチンで食事の盛り付けをしていると、キッチン横近くの椅子に座り、「帰りたいんだけれど、開けてくれる？」と繰り返し訴えた。 「『家にどろぼうが入った』と妹が言っていた」と言う。	どうにかして家に帰らせてもらいたい。	①ご本人が好きな歌番組が始まったので気分転換のため、再度訴えがあったが、お誘いした。 ②次第に落ち着き、エレベーター前から離れた。	歌番組で気分が紛れて落ち着いた。
44	荷物をもってエレベーター前へ。エレベーターが開くのを待っていた。受診してから体調によって帰られる旨伝え、スクラッチアートをしていただくよう声をかけた。	エレベーターがきたら乗って下に降りたい。	①ここに居る意味を伝えるため、次の受診日を伝え忘れないように紙に日程を書いて渡した。体調を整えてから帰るよう伝えた。スクラッチアートをしていただいた。 ②紙をみながら何度かきかれたが落ち着かれた。	紙をずっと持っていた。スクラッチアートに集中し落ち着かれていった。

うまく気持が切り替わるときもあれば、
切り替わりにくい時もある

49	朝、リュックを背負い、「お姉さん、そこ開けてもらえない」と非常階段のあるベランダの窓を指す。荷物を家に持って行くという。	荷物を持ち家に帰りたい。	①気分をそらすために冗談まじりに「遠足？登山？」と笑顔で声をかけると本人も苦笑した。普段行っているスクラッチアートの続きに誘った。 ②荷物を下ろしてアートを始めた。昼過ぎ、エレベーターに乗り込んだが「違う」と言っただけで降りてきた。	興味をもって普段取り組んでいる作業にすぐに気分転換できた。
60	午前中、荷物をもってエレベーター前にいた。どうしたのか尋ねると、「家にどろぼうが入った」「お金もあるからみてこないと心配」だと訴えた。	どうにかして家に帰ろうと思っている。家が心配。	①心配されているので、安心して頂けるよう相手に共感しながら話を伺った。どろぼうが入った日はいつなのか尋ねた。日程は出てこない。お茶の声掛けをした。 ②台所脇に立ったまま、お茶を飲んだ。	どうしても家に帰りたいのだと感じた。
74	朝、エレベーター前で待機されていると他の利用者に「一人では帰れない」と言われた。職員がベランダで作業している所へ走ってきて、「バスに乗るんだ」と強引にベランダの非常階段のほうへ行こうとした。	バスに乗って家に帰る。家が心配だ。 この時点ではまだ試行錯誤が続いている。	①非常階段は危険なのでエレベーターを開けるので戻るよう伝えた（三人がかり） ②ベランダからホームへ戻り、エレベーター前でエレベーターが開くのを待っていた。興奮されていたので、不穏時の薬を検討したが、様子をみてみることにした。	力も強く女性職員一人では対応できなかった。

5. 事例 7

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	朝食前、ユニットに置いてある食器用洗剤を飲もうとしていた。	飲み物だと思ってしまったのではないか？	①「飲めませんよ」と言った。 ②理解し、すぐに渡してくれた。	認知症により異食行動がみられた。
4	昼頃、他利用者が座っている車椅子を引っ張り出そうとしていた。	「動かそうとしている」と言っていた。世話をしたいのではないか？	①「危ないので、手を離して下さい」と言った。 ②理解し、その後施設内を歩いていた。	世話や作業がしたいのではないか。
5	居室にて異所排便 異所排便への対応が試行錯誤の課題の一つ。	トイレの場所がわからず、居室のすみに排便したのではないか？	①座っていたのでトイレへ案内した。 ②理解しトイレへ移動した。	衣服が汚れていなかったので、トイレの場所がわからず排便したのではないか。
6	異所排便。 トイレで便まみれになっていた。	便がゆるくて間に合わなかったのか。 後始末が上手くできなくて困っていた。	①ホールだったので、すぐにお風呂場へお連れして、シャワー浴をした。抵抗はほぼなく、安心された表情。 ②便を拭こうとして更に広がってしまい、困った感じ。	排便コントロールを重視したい。皮膚もただれ、ケアに力をいれたい。
9	処置台を動かしていると後からついてきた。処置台に置いてある洗浄用のボトルをしきりに指さしていた。 夜、居室にてパットちぎりズボンを脱いでいた。おむつをはいているがボロボロ。部屋中にポリマーが散乱していた。	ボトルの中に入っている水がジュースに見えたのか。飲み物にみえたのか。 「あっちを壊すよ」と窓側に歩きながら言っていた。言葉の通り、何かを壊していたと思われる（パッドをちぎっていた？）。	①食堂にてお茶を入れ、飲むように勧めた。 ②お茶を飲んだ。 ①「全部壊しましたよ」と伝え、「寒いでしょ」と話題を変えた。 ②「寒いよ」と返事をしたので、ズボンをはきましょうと声をかけたところ、ズボンを履いた。	水が飲み物に見えたのか。 何かしらのせん妄か？
14	トイレにあった医療用ゼリーをなめようとしていた。	食べ物と間違ったのか。	①食べ物のゼリーを持ってきて食べてもらった。 ②おいしいと食べた。	お腹が空いていたのか、食べ物と思っていたのか。
17	19:30　便失禁。ズボンを下ろし、エレベーター前に立っていた。	便意の有無不明。トイレの認識不明確。便失禁が不快でズボンを下ろしていた。	①更衣のためトイレ誘導、本人は拒んだ。「便所行きましょう」の声掛けにようやく応じて動き出した。 ②便座に着座後は快く更衣に応じた。	食後のトイレ誘導を習慣にしてみるのはどうか。

22	ナースステーションのドアを叩いたり、無理矢理開けようとしたりした。	不快か空腹か何かをスタッフに伝えたいのではないか。	①会話対応に「腹減ったよ」と返答あり、気持を満たす。 ②ゼリー提供、自分から椅子に座り、食べた。	空腹の訴えを言語化するまでに次官がかかるようだ。こちらから声掛けをする必要がありそうだ。
25	他の利用者が座っている車椅子を引っ張り倒そうとした。 他の利用者に対して一見迷惑にみえる行為もでてくる。どう対応するかの試行錯誤。	車椅子が動くので引っ張ってみたのか。	①引き止め，他の職員がお菓子を持って違うところへ誘導した。 ②他のユニットから食堂へ歩いて行った。	車椅子が気になる様子。後ろへ倒れてしまうことがあるので、気をつける。
26	廊下歩行中に立ち止まりズボンをもぞもぞさせて触っていた。	排泄がしたかったのでは？	①トイレ誘導し、便器へ腰掛ける援助をした。 ②排便あり。	便意があったが、トイレの場所が廊下だと思った。
28	食堂を歩いていると陰部を押さえ、ペーシェントウォッチャーに向かい放尿した。	尿意あり。ペーシェントウォッチャーを木と思って放尿したのではないか。	①「便所へ行きましょう」と声掛け誘導した。 ②間に合わず放尿してしまった。	早めにトイレ誘導が必要。
39	この日も廊下でズボンを下ろそうとする仕草あり。 他の利用者と共にテーブルや椅子を倒し、テーブルを拭いていた。	テーブルを直したり、作業をしたりしているつもりのようだ。	①一緒にテーブル倒しをしている利用者と距離をおく。 ②「お仕事お疲れさま」と声掛け、他のユニットへ誘導し、休んで頂く。	本人ができる作業や役割をもっとみつけていく。
46	女性部屋で女性の横になろうとしていた。	他の利用者から「女の人が好きなのか、すぐに入ってくる」と。	①違うベッドへ誘導した。 ②抵抗して、その場から離れなかった。「おぼえておけ」と職員を殴ろうとした。	人が居るところへ敢えて行きたかったのか。
47	バイタル測定中、血圧計の画面の所を手で隠していた。	画面の数字が動くので気になったのか。	①やめるように話す。隠しても問題ないため、そのままこの行動をし続けた。	職員になれてきたのか、笑いながらやっているようにもみえた。
49	ズボンのチャックの所を触っている。ズボンをおろすような行動あり。	おしっこを出したいのか。	①トイレへ誘導。 ②トイレで排尿できた。	行動をみてトイレ案内ができた。
53	DST 回診時、別の部屋に入り閉じこもる。ブツブツ言っているが話は通じなかった。	部屋に誰かが入ってくるのを防いでいるのか。	①DST のメンバー数人で声掛け、出てくるよう話す。少し開けては閉めるのを繰り返していた。 ②数分続けたが出てきてくれなかった。その後、人がいなくなってから出てきた。	回診が来る数分前からこの行動を続けていた。
54	食堂で他の利用者の押し車を動かしていた。止めて欲しいと言われて怒っていた。	自分が行きたいところにあったので邪魔だったのか。	①この人が歩けなくなるので止めて欲しいと話した。 ②短時間で手を離してくれた。	あまり怒っている様子はなかった。話が通じたのか。

65	他の利用者が乗っている車椅子を倒そうとした。	人が乗っていると認識していない。手に触れた物を動かそうとした。	①止める、手を離すよう離した。 ②しぶしぶやめた。	見守りがない時は転倒してしまう可能性もある。
66	食堂にて放尿した様子。床に多量の尿があり、近くで床に座っていた。	尿意あり、排尿しようとしたが誰もいなかったため、間に合わず放尿したと思われる。	①おしっこ、ここにしましたか？と話しかけた。 ②すいませんと。	排尿しようとしている時、見える所にいないと誘導することができない。
68	誰もいない部屋でタンスやベッドを動かしたり、座り込むと糸をたぐり寄せたり、粒をすくったりする動作がみられた。	幻視あり、作業をしていると思っている。 危険なときのみ介入。危険でないときは見守り、対応を考える。	①しばらく見守り、危険と思われる時は声掛けをした。 ②気が済むと床で横になろうとしたので「お薬にしましょう。お疲れさま」と声を掛け、食堂で休憩した。	仕事と思っているため、見守り必要。他の仕事を勧めていく。
69	ベッドの横に座り込み、枕カバーを柵に縛り付けていた。	枕カバーが紐に見えている様子。	①危険な様子はないため見守り ②その後違う場所へ。	危険と思われない更衣はそのままでもよいのでは？

6. 事例 8

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	ぬれたパットが捨てられ、おむつ、ズボンを脱いでいた。新しいものに変えてもすぐに脱ごうとした。	気持ち悪い。	①不快だろうから新しいものに交換した。 ②よけいに興奮した。	右肩甲骨に内出血　疼痛があり、痛みにより興奮したのではないか。
2	昼食のため、車椅子に乗った。すぐにずり落ちてしまい、食事のため体位を整えようとすると怒った。	眠たいのではないか。 横になりたいのではないか。	①食事が来ているので体位を整えた。 ②怒った。	昼夜逆転しているのではないか。 タイミングをみて声かけをすればよかった。
3	離床時、ベッドギャッジアップをしながら二人で介助をしていたとき、腕をつねられ、肩を噛まれた。	体が痛い（どこが痛いか明確にはわからない）。触って欲しくない。痛いから起きたくない。	①生活リズムを整えるため、車椅子へ利用した。 ②穏やかになった。	本人が痛みを感じない起こし方を考える。
4	車椅子に乗っていたが、足をあげてテーブルを蹴っていた。	寝たかった。 トイレに行きたいのか。	①後ろにひっくり返ると危ないのでベッドに横になってもらった。 ②眠りについた。	今寝てしまったら、夜眠れなくなってしまうかもしれない。
5	ズボンを脱いでおり直そうとすると痛いと拒否した。	身体にかゆみがあるのか。 暑くて脱いでいるのか。	①不快なのか、ズボンをはいてもらった。 ②再度ズボンを脱ごうとした。	洋服が嫌いなのではないか。生活習慣かもしれない。半ズボンなら脱がないのか。
9	離床したが何度もずり落ちた。	身の置き所がない。	①臥位から座位に角度を上げた。 ②ずり落ちはなくなった。	その日によって楽な体位がちがうのではないか。
13	おむつ交換の時、抵抗が強く、「痛い」とスタッフを蹴ったり、噛みついたり、つねったりした。	痛いから身体を触られたくない。（部位は不明） 身体を動かしたくない。	①ケアするスタッフを 2 名から 3 名に増やした。 ②行動は変わらなかった。	何に対して痛いのか、嫌なのか分からない。
15	離床時、「痛い」とは言わなかったが、拒否が強かった。	触られることが嫌。	①離床したがすぐにベッド臥床した。 ②落ち着いた。	拒否が強いときは離床しないほうがよいのではないか。
16	ケア時爪を立てたり、手や足を噛む。	触られたくない。 痛い。	①引き下がった。深追いはしなかった。 ②静かに横になられた。	何もされたくないのではないか。 自分でもどうしたらよいか分からないのでは。

脱ぐのを止めさせるのではなく、その原因が何かあるのではないかと探っていた

どこか痛い（が場所は分からない）のではないか、というのがこの後も常に論点に

この後こうした行為はみられなくなった。痛みが少なくなり、落ち着いて過ごせるようになったことと、全身状態の悪化で痛みを感じにくくなったことの両方が影響しているのではないか。（スタッフの方の見立て）

7. 事例 11

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	吸引　「やらない」と言い、手をかじろう、つねろう、引っ掻こうという仕草がみられた。	苦しいことをされたくない。	①手を押さえて吸引を実施 ②痰は取れたが「もう来るな」と言われた。	吸引をやりたくないのは誰でも同じだが、取らないともっと苦しくなる。
3	口腔ケア　強い拒否、スタッフの手をはらいのける。	ケアをされたくない 口の中が痛い。	①二人介助でケアを行い、口腔ジェル塗布 ②ケア前にジェルを必ず塗布	痛いだろうなと感じた。
5	ケアの話をすると、首を横に振り、布団に潜った。	口腔内、唇が痛い。	①「痛みを感じないようにやります」と声をかけながら行ったら、少し力を抜いてくれた。長時間行うと手が出てきた。 ②最後は手を振り返してくれた。	短い時間で数回にわかれてケアに入ってみても良いのでは。
6				

この状態がしばらく続く　この後の記述はこの状態への対応を検討する過程

この後、状態悪化のため、BPSD が記録されなくなる。6 日目に死亡

8. 事例 13

月日	BPSD の内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	その BPSD で観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wants に対して、 ①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
1	ベッド上に立っていた。ベッドで端座位になっていた。	何かを取ろうとしていた。トイレに行きたかった	①何か訴えがある時は、ナースコールを押して頂くよう声掛けをした。 ②ナースコールを押してくれた。トイレを利用した。	発語がないため、本人の訴えを読み感じ取ることが大切だと思った。
2	感情失禁があった。 急に椅子から立ち上がり歩き出した。	テレビを見て内容に感動した。 疲れて眠くなった。	①ユマニチュード技法を用いて声掛けをした。 ②居室へ移動し臥床介助を行った。	表情の観察や行動確認のため、見守りの大切さを感じた。
3	歯磨き拒否あり	磨きたくない	①磨きたくないに頷きがあったため、本人の意思を尊重した。 ②怒ったりすることなく穏やかに過ごした。	無理にケアを行わず本人の意思を尊重することで穏やかに過ごせると思った。
9	センサー反応あり、訴えはなかった。	ただ起きてみたかった。	①離床し歩行を見守った。 ②スムーズに個別リハビリを行えた。	起きて歩行してみたかったのだろう。
10	テレビがみやすい席になったことを伝えると（歩行時）足踏みを何度かして満面の笑顔になった。	とても嬉しい。 希望がかなった。		笑顔がみられてうれしい。
12	指さしなどで自分のしたいことなどを伝えてくれた。	～したい、～へ行きたいが伝わって欲しい。		意思表示してくれた。 →　伝えればちゃんとわかってくれる。
14	指でサインをしていた。トイレへ行ってコールも押せた。	サインを分かって欲しい。		何かサインがあるのか？本人の決まり事があったのかな →　これからそれを探していこう
15	10 時過ぎ、椅子から立ち上がり、歩行していた。	居室へ帰り、休みたかった。	①居室まで付き添った。 　満足した様子だった。	本人の思いを表すサインを確認する　自分のペースで生活したいのだと思う。
18	ホールでずっとテレビをみていた。時計を気にしていて、テレビの番組のことなのか、リモコンを取っていた。	楽しみにしている番組があるのか。	他の人もテレビを見ていることを話すと納得されチャンネルを変えなかった。	時間の認識ができている。

このあと、ご自身の意思をスタッフがどのように理解するかの試行錯誤が続いていた。

19	ホールで過ごしていたが立ち上がり自室へ。洗濯物を袋に詰めだした（ケアマネと洗濯に行く約束をしていた)。スタッフがわからなかったので、どうしたのだろうと思った。	洗濯をしたいのだと思った。	①連携に連絡をとった。 ②洗濯ができた。 見当識などの状況を見きわめる試行錯誤も、ケアの試行錯誤と同時に行われている	約束を覚えていると思った。
20	何度か椅子から立ち上がり、歩行していたが、目的があって行動していた。	新聞はどこだろう？自分で取ってこよう。	①そのまま見守った。 ②新聞を取ってまた席に戻った。	きちんと目的をもって行動していると思った。
26	ホールの椅子に座っていたが立ち上がり、声掛けするとジェスチャーで訴えた（眼鏡が欲しい)	眼鏡が欲しかったのだと思った。一緒に取りに行った。	①見守りながら一緒に付き添った。 ②欲しい眼鏡を取りに行くことができた。	本人の意思が伝わってよかった。
31	寝て、起きてから棚の衣類を何度も出したりしまったりしていた。結局ズボンを取り出し、履こうとした（3枚履いている)。	寒いから重ね着をしたかったのだろう。	①自分で選んでいるのだろうと思い、見守った。 ②履こうとしていたので介助し、その後は満足した様子でホールへ行った。	寒かったのだろう。好みの服が着たかったのだろうと思った。
48	椅子を移動させていた（ふらつきあり、危険）危ないので、注意した。	違う場所で過ごそうと思っていた。	①ふらつきがあって危険なのでスタッフ対応が必要。 ②移動させた椅子に座って過ごした。 見守りと手を貸すこととのどちらかよいのか、その場その場で検討されている。	自分でできると思っている。危険なこともあるので訴えてほしい。
51	入浴後、椅子に座る事を伝えたら、自分で歩いて戻った。	俺は歩けるんだ。	①歩行付添をした。 ②満足した。	過援助は要らないんだなと思った。

この後も、ご本人の伝えたい意思をスタッフが読み取ろうとつとめ、うまくいったり、よくわからなかったりする、という関わりが続いていた

9. BPSD ケアとしての試行錯誤のプロセス

本研究では、BPSD に対応する過程を「試行錯誤を繰り返すプロセス」として記述する。「試行錯誤」とは、「新しい課題に対し、何度もやってみて、失敗を重ねるうちに解決へと近づくこと」（旺文社『国語辞典』第 11 版）である。ただ、ケアを試行するというだけではなく、それが続いていく、ということが重要である。あるケアが相手の方にとって良かったのかどうかは、その相手の方の生活環境、性格傾向、趣味嗜好によって異なる。また、相手の方の状況によっては、行ったケアがよかったのかどうかですら判別が難しい。それでも何を試せば良いのかを考え続け、試してみたことが良かったのかどうかを問い続けることが認知症ケアでは必要になる。たとえば、A 病院の協力者 S は、試行錯誤を繰り返していくプロセスについて、以下のように語った。

S：　次がこうやってみようとしてみても、うまくいくことばかりではありません。うまくいかないこともあります。前回こうやってみたけれども、うまくいかなかったから、じゃあ次は、翌日にはこうしてみようとか、今日はこうしてみようかとか。午前中にやったことがダメだったのなら、午後はこうしてみようかと、タイムリーにその場その場で考えてやっています。

（A 一回目　A1　445-　）

また、B 病院の協力者 U も、入浴を嫌がる B8 さんへの接し方を試行錯誤するプロセスについて、以下のように語った。

U：　（歌を歌いながら入浴を勧めてみるという対応を試したスタッフから）そのときは「できたよ」と言ってくれました。でも、そのときどきで 8 番の方の状況も違うとかで、うまくできたときもあるけど、ちょっと駄目だったよというときもあるんです。みんな一生懸命対応してやってくれています。今日はダメだったということもお互いに共有しています。その時に試した手段が 100%うまくいくとは限らないんですよね。

（B 三回目　115）

ここで重要になるのは、患者・利用者の状態を察知しようとすること、ケアを試してみること、というケアのプロセスと、そのアウトカムを評価する視点である。患者・利用者の状態は必ずしもその段階で「改善する」ものではないが、「改善に近づこう」という視点がなければ、患者・利用者にとって良いケアにはなりづらい。そしてまた、ケアのプロセスとアウトカムの評価は、ケアから評価へと一方向で終わるものではなく、評価に基づいてケアが再検討され、その評価に基づいてケアが再検討される、というように円環的に、時には行きつ戻りつしながら展開されていくものだと言える。このアウトカムを評価する視点において、鍵となる考え方も語られた。定量化可能な視点や他者との共有が容易な観点のみにこだわっていては、認知症の人の反応や意思、そしてその変化を見落とすことにもつながりかねない。また、単純に成功した、失敗したの二元論で評価できるものでもないことも指摘された。加えて、試行錯誤のプロセスを可能にする組織のあり方についてもインタビューの中で語られた。本稿では、まずその組織のあり方について述べた後、試行錯誤のプロセスを構成するカテゴリーについて説明し、最後にアウトカムを評価する視点について記述する。

9-1　BPSD ケアのプロセスを構成する要素

9-1-1　（アセスメントは重要だが）正しいアセスメントを行うことやアセスメントの通りにケアを展開することにこだわらない

BPSD への対応を考える上で、家族や他施設から得られた情報や、多職種でみて分かってきたことを活用し、その人がいったいどういう人なのか、どういうニーズがあって、どのようなケアが必要なのかを見立てること（アセスメント）は重要である。たとえば、B 病院系列のグループホームでは、「帰りたい」と何度も言う B11 さんに対して、スタッフの観察の結果、その発言が出そうなタイミングを理解することができるようになり、スタッフ側の対応にも余裕が生まれ、それが翻って利用者の落ち着きにつながったと語られた。

K：　スタッフが（BPSD が）「そろそろなくなるんじゃないか」と言っていたのは、観察を徹底した結果、16 時以降になくなることが分かったというところだと思うのです。患者さんを徹底的に知る、知ることができたというのがキーワードだったのかなと思います。相手を知って、その人の背景とか特性が分かってきたからこそ、「この人、もうそろそろなくなるんだよ」という言葉につながったのかなと思っています。BPSD が出そうなとき、出そうなタイミングを見ながら関わっているというのが表記されているので、気分を紛らわすように、きちんとケアできているのかなと思いました。

（B 三回目　380）

しかし、そもそも自分の状況を自分の言葉で伝えられない人も多く、認知症の人のアセスメント自体が容易ではない。実際にケアを試行し、それに対する反応をみてはじめてその人の意思がおぼろげながらみえてくることもある。ここで重要なのは、正しいアセスメントをすること、そしてそのアセスメントに基づいてケアを展開することにこだわるのではなく、ケアをしながら認知症の人の状況や意思を見立てること、そして柔軟にその解釈・見立てを変更していくことであった。具体的には、実際に「これがよいのではないか？」というケアを試してみたり、BPSD と思われそうなことでも、危なくない限りはその行為を続けてもらって観察したりしながら、その人のことを知ろうという工夫が行われていた。たとえば、カバーをベッド柵に縛り付けてしまう B12 さんに対して、B 病院の協力者 U は以下のように語った。

U：　本人には、カバーがひもに見えているんじゃないかと。もしひもならやはり危険なのかなと思いますが、危ないから、すぐに「やめてください」ということではなくて、必ず何かの意図があってやっているのであろうと考えて、その行為が危なくないのであれば、見守り続けていてもいいのではないかと変わったのではないかと思います。

（B 三回目　560）

9-1-2　ケアに対する否定的な態度はその人の意思表示だと捉える

認知症ケアにおいて、あるいはそもそも医療・介護の分野では、本人の意思を尊重することの重要性がこれまでにも説かれてきた。そして本研究でも、複数の協力者からその重要性が指摘された。9-3-1 でも述べるように、一見すると当然のことであるが、時に認知症の人と相対するとき、本人の意思自体が非常に分かりづらいことがある。それでもやはり「本人の意思を尊重しよう」という意識が試行錯誤のプロセスの基礎となるのだと語られた。

今日は入浴の日で、やっぱり毎回毎回入浴に行きたくないと言う方がいます。最初のうちはスタッフもどうしても入れたいというのが強くて、「入れると気持ちいいんだから」というような話をずっとしていました。でも、やっぱり患者さんは、「俺は嫌だ」と、それが続いていて、ユマニチュードを学んだりするうちに、スタッフが本人の意思を一番大事にするように変わってきました。今までだったらどうにかして（お風呂に）入れるというのがあった。・・・今は、「入りたくないんだったらば」と。そういう気持ちに全員がなっています。なので、今

日もお風呂の中までは行ったけれども、結局は入りませんでした。それでも他のスタッフも「何で入んないの」ということにはならないんですよ。

（A 一回目　302-321）

ここで重要なことは、ケアに対する否定的な態度（入浴を嫌がる）が生じているにもかかわらず、それを問題視するというよりも、その人の意思表示であると捉え、それを尊重するような関わりが行われていることである。一般的に、認知症の人がケアに対して否定的な態度を示した場合、その対応は容易とはいえないだろう。ケアの必要性を説明しても納得してもらえるとは限らず、そもそも意思疎通が難しいこともある。また、その理解や意思疎通の状況自体も変わりうる。とはいえ、ケア自体の必要性が高い場合もあり、スタッフが悩んでしまうことがある。実際に、A 病院の協力者は、痰の吸引を嫌がる人への対応に関する悩みを次のように語った。

K：　痰が詰まっていて、呼吸停止に近いような状態になる場合もあるので、吸引せざるを得ないような状況もあります。・・・だから、本人の意思を尊重したいけれども、やっぱり吸引のときには本当にスタッフもごめんなさいという気持ちで、「これをやんないと息が苦しくなるから」と言って。・・・患者さんに苦痛の少ないケア、看取りを、と考えていても、やっぱり吸引は苦痛に入ってしまいます。でも、それをしなければ確実に息が止まってしまうことが分かっています。本当に毎回葛藤しています。（苦痛が）最小限で安らかな看取りを目指していると、ここで（吸引を）やらなかったら、とは思います。

（A 一回目　A 5　341-345）

そこで、この協力者は、そうした否定的な態度が生じるのは当然のことであり、むしろそこにこそ患者さんの意思が現れていると捉えている、と語った。

K：　自分たちのケアが大変だなとか、そんなふうに思ったときはなくて、誰でも嫌というか、吸引とか管を入れられたら嫌だろうなというのは分かっているので、本当に必要なときに最低限の必要なケアが受けられればいいなというのは思っています。

（A 一回目　A3　60）

K：　管が入るということで、やっぱり苦しいのかなとか、何をされるか分からない、そういう恐怖感とかがあったのかなというところで思います。

（A 一回目　A5　236-237）

上記のように考えた上で、協力者は患者自身の過去の体験に思いを馳せていた。具体的には、過去の病歴からみると、吸引をたくさん受けてきたはずであり、嫌がるのも当然だと語った。

A：　高齢で 93 歳なのと、誤嚥性肺炎を繰り返している方なので、多分今まで吸引とかをいっぱいやられてきたんだろうなというのは思っています。

（A 一回目　A3　112-113）

ここで改めて、9-3-1 で述べる「認知症の人が心地よく過ごせることを重視する組織理念」が試行錯誤のプロセスの基礎となっていることを指摘しておきたい。こうした組織理念や視点がスタッフに根付いていると、ケアへの否定的態度がみられたとしても、そこに認知症の人の意思表示をみようとする姿勢につながりやすい。また、9-2-2 で述べる、「失敗とは見なさない」という考え方も重要である。仮にケアに対する否定的態度があった場合、「ケアを実施できなければ自分が責められる」という環境であれば、スタッフ自身はジレンマに陥ってしまう。「うまくいかなければまた考えてみよう」という考え方が浸透している職場であれば、スタッフ側も患者・利用者のケアに対する否定的態度を受け止めやすい。

9-1-3「自分だったらどうか」という視点でケアのやり方、接し方を考える

上記で述べた「ケアに対する否定的な態度はその人の意思表示だと捉える」という項目と関連するが、「自分だったら（そのケア・対応をされて）どうか」という視点で考えることの重要性も指摘された。仮に医療や介護の現場でよく行われている対応やケアであっても、認知症の人にとって嫌な対応をしていないかどうかを検討するために有益な視点だという指摘であった。

U：　「帰りたい」と言うのは、「ここにいたくない」という気持ちの裏返しだという話をずっとしています。「では、なぜここにいたくないのか」といったら、「居心地が悪いんじゃない」という話もしています。「居心地がよくなるにはどうしたらいいの」と言ったら、「その人が居心地がいいと思う時間は何なのか」と（考えるよう促します）。そのフローを毎回、毎回、伝えてはいます。

（B 三回目　470）

このU氏の勤務するB病院では、ケアを試行錯誤する際、この「自分だったらどうか」という視点に立つ考え方がどのように位置付けられているのか、またそれを実際にケアに当たるスタッフだけではなく、管理者側も共有することの重要性について、次のように語られた。

K：　もちろんできないケアはたくさんあります。そういうときは、その都度原点に返ります。もし自分がそういうに言われたらどう思うのか、というようなことですね。・・・中略・・・新人のスタッフには「じゃあ自分だったらどうされたい」か、「不安でどこだか分からないときに自分だったらどうされたいか」と考えてもらうようにしています。・・・そこらじゅうに（ヒントは）落ちていますが、教えません。考えてもらおうと努力します。・・・

そして、やはり管理者たちの間にしっかり根付いていかないとこの（考え方に基づく）ケアはできないので、そこは徹底しています。そこでぶつかって（スタッフが）辞めてしまうこともあるけれども、それも覚悟しながら私たちはやっています。細かいことも全部言います。

（B 一回目　B5　710）　一方で、こうした「自分だったらどうか」という視点が認知症の人にとって常に良いものとは限らないという視点も重要である。医療・介護の専門職と患者・利用者の価値観は異なることが想定されるからである。それがなければひとりよがりなBPSD対応になってしまうであろう。また、この考え方に基づいてケアを実施することは、時にスタッフにとって難しい課題となることがあるとも語られた。自分に当てはめて考える、ということは、自分で考え抜くことが求められるからである。そのことについて、B病院の管理者であるT氏は以下のように語った。

T：　みんな本当に泣くほどにつらいことがあるんですよ。泣くほどつらいときに、患者さんはもっと苦しいじゃないですか。思い出して泣いている人がいるけれども。泣くほど苦しくてどうしていいか分からないんだけれども、「患者さんもすごく困っているんだよ。だから患者さんの立場になって考えてみたら」と繰り返し繰り返し（考えて貰います）。（見ようによっては）追い詰めているようなことにもなってしまうぐらいです。それでもやはり答えは与えないんですよ。

（B 二回目　480）

9-1-4 単純に問題行動とみなさずにBPSDの背景となっている因子や患者・利用者なりの理由を理解しようとする

仮にBPSD行為やそれに類する行為、あるいはその予兆となるような行為が現れたとき、その行為への対処を試行錯誤するためには、その行為を単純に問題行動とだけみなすのではなく、その背景となる因子や患者・利用者なりの理由を理解しようとすることも重要であると語られた。行為そのものをみると、スタッフが困っていたり、他の利用者に迷惑をかけていたりする

ので、問題であるとみなすことも可能である。しかし、その問題であるという点に視点を当てるだけではなく、なぜそうするのか（Why）、どうすれば気が変わるのか、気が紛れるのか（How）を考えるということである。たとえば、A 病院の協力者は、衣服を脱いでしまう人に対して、そもそも自宅でどのような生活をしていたのか、について思いを馳せていた。

Ｓ：　服を脱ぐのと一緒に全部おむつも脱いでいたんです。もともとトイレで排泄されていた方なので、（おむつには）違和感があって嫌だったのかなとは考えました。・・・中略・・・情報は取れていなかったんですが、そもそもパジャマを着ておうちで生活をされていたかどうか。入院すると必然的にパジャマになりますよね。着慣れていない服だから着心地が悪くて脱いじゃうのかなとか、そういうことはケアをしながら話していました。

（A 一回目　A1　430-434）

また、失語症もあり、自分の意思をうまく伝えられない患者・利用者（A9）について、突然立ち上がった理由を、スタッフは「居室に自分で戻ろうとしたのではないか」と考えていた。

A：　この方には失語症もありまして言葉では伝えられないから、自分の行動で、椅子を引いて椅子から立ち上がったのではないかなというふうに思いまして……。

I2：　居室に戻ろうと思って、自分で急に立ち上がって歩こうとしたという。

Ａ：と、思いました。

I2：じゃあ、その行動の前に何らかの理由がいつもあるということですね。

Ａ：この方の行動に関しましては、全て理由があっての行動だと思われます

（A 二回目　220）

B 病院でも、ある利用者が他の利用者の椅子を引っ張ってしまう行為について、その背景には利用者の世話好きな一面があるのではないかと語られた。

K：　この方は元々働き者だったのか、結構人の世話が好きみたいで、他の利用者さんが座っている椅子をガタガタ動かしたり引っ張ったりという様子も見られるんです。それも何かをしてあげたいのではないかなということでアセスメントしていただいて、そういうような行動が見えたらタオルをたたんでもらったりとか、エプロンをたたんでもらったりという、これもまた役割の一つなんですけれども、そういう作業のほうで役割を提供していただいて過ごされています。

（B 二回目　670）

ただし、こうした原因を探ることが、直接効果的なケアにつながるとは限らない。原因を考えた上で、対応してみても、それが功を奏さないことも多くあると語られた。こうした点が、まさに今回、認知症ケアの実践を「試行錯誤のプロセス」と名づけた所以である。たとえば、ケアに対する否定的な態度、とくに入浴を強く嫌がる利用者さんのケアについて、B 病院の協力者は次のように語った。

U：　スタッフも羞恥心があるんじゃないかというのは気付いてはいるんですけれども、それに対してどういうふうにやっていいのかというのが、ちょっとまだ分かりません。「お風呂」というワードだけでも「いいよ」みたいな、「入らない」みたいな感じなんだそうです。「なぜお風呂に入りたくないのか」というところがもう少し聞き出せたら、ケアにも活かしていけるのかなとは思います。あと、機械浴で入っているんですけれども、機械浴のストレッチャーの上で暴れられてしまうと危ないので、スタッフ４人ぐらいで入浴の介助をしています。羞恥心というのを考えると、４人ではちょっと・・・とも思っています。そのあたりをどういうふうに、何だろう。

（B 二回目　240）

U：　先日、私が入浴介助に入ったときは怒り口調で、「何だよ」なんて怒っていたので、服を脱ぐ前にバスタオルをかけて、「じゃあ、これで脱ぎましょう」と言ったら、バスタオルをしっかり持って脱衣を行えたので、羞恥心が強いのかなと感じました。

ちょっと興奮もしていたので、スタッフが声がけをしても、興奮しているときは聞き入れていただけないように思いました。そこで、声かけをしながら、実際にやることに関して説明をしながら、「お湯かけますね」と言いながらかけたりしてあげるのがいいのかなと思いました。声かけしながら、もちろんやっているのですけれども、やはり興奮していると「何するんだ」と怒っていたりということは見られていました。

シャワーじゃなくて、湯おけでかけてみたり、かけ湯も少し方法を変えてやるのがいいのかななんて思ったので、提案していこうとは思います。

本人様がスタッフの顔を認識していて、いつもお世話してくれる方だとスムーズにお風呂まで行けたりということがあるようなので、コミュニケーションが取れていたら、もう少し介入ができやすいのかなと思いました。

（B 三回目　20）

一方で、このように行為の理由を考えることで、行為そのものに対するスタッフ側のとらえ方が変わっていくことも指摘された。A 病院では、ベッドの上で立ってしまうような方（A9）に対して、入院当初は「危ない」という意識から極力付き添うようにしていたが、その方に対する理解が進むことで、危険という考え方が薄らいでいく過程が語られた。

A：　入院時は 1 人で立って歩行をしたりすると、周りのスタッフは転倒をしないだろうか、危険な行為はないのかなというふうに思い、付き添いすることがほとんどだったんですが、入院してからは、日々関わっていく中で、毎日スタッフ間で気になったことや言動などを話し合っていき、そのことで患者さんをよく深く理解し、少しの動きでもトイレかなとか、部屋に戻りたいのかな、などのその先を考えて、声掛けすることができてきまして。

現在は、歩行はフリーなんです。付き添いすることもなく。自分で伝えることもでき、理解もできるようになってきています。

初めは危険、危ないなというふうな思いが強かったんですが、患者さんを理解することによって、スタッフの間でも大丈夫だなというふうに思えるようになったことは、患者さんとの時間を多く、また、スタッフ間での情報交換などを毎日行った結果かなと思えるようになってきています。

（A 三回目　15）

9-1-5　特定の方法に固執せず、試してみてその人にあったケアを探る

BPSD への対応を試行錯誤する際、重要なのはいろいろなケアを試してみるということである。まずは、過去の成功体験を試してみることが有効である可能性が指摘された。一方で、そうした経験にこだわりすぎると、ケアに認知症の人を無理に当てはめることになり、逆効果になることもあるとも語られた。書籍に書いてあるような対応や過去の成功体験に基づく対応だけでは、十分に対応できるとは限らないということである。

A 病院では、うまく歩行することができず、痛みがある（しかし、自分では明確に意思表示できない）という患者（A1）に対して、最初は車椅子に乗ってもらうようにしていた。しかし、歩いたほうが痛みの訴えが少なかったことから、かえって歩いたほうが痛みが少ないのかもしれないと考え、そのようにケアの仕方を変えていた。

（食堂に行く際、最初は）車いすに乗ってもらうことになっていました。ところが、意外と車いすに座っているよりも歩いたほうが痛みの訴えが少なかったのです。じゃあ食堂に行くまで歩いてみようかとやってみたんですね。今は具合が悪くてそこはできていないんですけど。歩けないから車いすに乗る、車いすに座ってもらうみたいな感じで最初はやっていたんですが、リハの人にも入ってもらって、歩けるから一回歩いてみようかと。そうしたらそれほど痛みの訴えがないので、かえって歩いてもらったほうがいいのかなという感じでやっていたところでした。

（A 一回目　A1　501-509）

A 病院では、入院当初、ベッドの上に立ち上がってしまった A3 さんに対して、ベッドから畳に変えたり、声かけをしたりしているうちに、ベッドで生活できるようになったと語られた。

A：　初日にベッド上に、仁王立ちというか、立っていたんです。まだ入院されたばかりで私たちもちょっと状態が把握できなかったので、まず転倒したら怖いなということで、スタッフと相談してベッドから畳にちょっと変えてみました。そうやって関わっていくうちに、ナースコールを押せることになり、こちらの声掛けに理解を示してくれるようになってきました。そこで、畳からまたベッドに戻しました。現在はベッドでの生活になっています。・・・中略・・・畳を使用したとき、リハビリスタッフが、突っかえ棒というか、つかまり棒も準備してくれたんですが、やはり起きるときにご自身も大変そうではあったので。

（A 二回目　250）

B 病院では、時折、帰宅したいと話す利用者に対して、それをただ受け止めるのではなく、受け止めつつ、気をそらす働きかけをする、という対応が行われていた。

K：　2か月が経ち、そのような対応にも慣れてきています。リュックを背負って荷物をまとめて出てきたら、まず本人の好きな音楽、歌のほうを勧める。曲を流すというのが大体多く書かれています。あとスクラッチアウトがすごく得意な分野で、できるようになったと言っていました。

（B 二回目　550）

9-1-6　患者・利用者のスタッフに対する信頼を醸成する関わり方をする

患者・利用者のスタッフに対する信頼が BPSD への対応を試行錯誤する基盤となる、という考えの元、そうした信頼を醸成するような関わり方をすることが語られた。B 病院の協力者 S は、ケアに対する否定的態度がみられた B8 さんに関して、「*コミュニケーションを取れる中で（スタッフとの関係が）よくなってきています。まだ 3 カ月なので、これからどんどん信頼関係ができていけば、よくなるんじゃないかなと思います。*」と見通しを語った。

（B 三回目　140）

こうした関わり方を考える上で重要なのは、まず、諦めずに意思疎通を図り続けることである。A 病院では、当初コミュニケーションがほとんどとれなかった人（A9）であっても、コミュニケーションを図っていくことで、意思疎通が取れるようになったと語られた。

O：　ちょっとしたケアであっても、全てのケアにおいて、スタッフがちゃんと言葉を掛けて、反応を待って、また言葉を掛けてと関わっていきました。そうする中で少しずつうなずくような反応やお返事をしてくれるようになりました。

（A 三回目　170）

また、A 病院の協力者は、相手とのコミュニケーションにおいて、目を合わせることが大事だということは言われているが、それを中途半端に行うのではなく、徹底して行うことが大事だと語った。

S：　今までだと声を掛けても反応がないで多分終わっていたと思うんですけれども、声を掛けているつもり、目を合わせているつもりだったねというところで、結構みんなちゃんと目をしっかり合わせて、相手の方に伝わるように声掛けをすると、本当に寝たきりで反応がない方はそんなにいないというか、私たちの伝え方がちょっと下手だったけれども、ちゃんと目を合わせて声が相手に伝わるように言えば、ちゃんと相手の方も反応してくださるというのはあるなと思います。

（A 二回目　380）

加えて、ケアをするときに「やってよいかどうか」を尋ねる、ということも基本的な関わり方ではあるが、重要であると語られた。

U：　私たちのルールの中に「同意を取る」というのが入っているんです。日常的にも、必ず「やっていいですか」という語尾をつける習慣にはなっていますね。多少乱暴な言い方をするスタッフでも、「これやっていいかい」のような感じで、ちゃんと尋ねているんです。イエスのことが多いんですけれども、「嫌だ」と表現されたときには（その行為を）やめるんです。ちゃんと止めて、別のことをしたり別の提案をしたりすることをしていますね。・・・そういう同意を（丁寧に）取るというのが今回のケースでは効いていたんじゃないかと思います。

（B 三回目　195）

このとき、特に相手が嫌がるケアの場合、「ごめんなさい」と伝えるのではなく、「一緒にがんばりましょう」と声をかけることで協力が得られることもあると語られた。

S：　最初の頃は、「ごめんね、針を刺すよ。痛いよ」のように声をかけていました。でも、（今は）「痛いけれども、一回で入れられればすぐに終わりますからね。ここだけ頑張りましょう。」と言うと、意外と協力していただけることもあります。

（A3　615）

さらに、「やってよいかどうか」を尋ねるだけでなく、そのケアが終了した後、まさにその「ケアが終了した」ということを伝えること、そして特に認知症のある人が嫌がるものが終了したあとには、協力してくれたことへの感謝を伝えるという関わり方も挙げられた。

S：　いきなりやったりはしないで、「たんがたまっていて、息をするのがちょっとつらそうだから、たんを取って、すっきりしましょうね」と。「ちょっと苦しいけれども、一緒に頑張りましょう」という感じで取って、「すごくいっぱい取れて、お口の中がきれいになりましたよ」というのを最後に伝えて、「頑張ってくれて、ありがとうございます」という感じで、やっぱりその都度伝えます。

（A3　595）

また、各スタッフがただケアをするためだけにいるのではない、ということを理解してもらえるような関わり方をすることも重要ではないかと指摘された。

A：　あとは普段どおり声掛けしたりとか、あと何にもケアしないで話をして戻ってきたりとか、あんまり嫌な印象は与えないようにしています。

I1：　嫌な印象を与えないというのは、看護師さんの存在が嫌なことをする人というふうに思われないような登場の仕方をするということですか。

A：　はい。様子を見て、声を掛けて帰ってきたりとか。ケアのために行ったりとかはないような感じにしています。

（A 一回目　A3　96-103）

そして、スタッフとの関係性ができてきたことで、BPSD やそれに類する行為・症状が軽減していく可能性も指摘された。

U：　排泄ケアのときには日によって協力動作が見られることがあったり、「ありがとうね」などと感謝の言葉なんかも聞かれることが出てきています。・・・中略・・・会話のときにも笑顔が見られたりとか、スタッフと穏やかに会話をする機会というのも増えてきていて、他の入所者の人に対しても「うるさい」とか言って怒りだすことが入所のときはあったんですけれども、今はそういう怒りだすこともほとんどなくなってきています。

（B 二回目　220）

こうしたスタッフに対する信頼は、身体症状の発現に対しても影響を与える可能性が指摘された。たとえば、B 病院では、痛みがあるのではないかと強く疑われた B8 さんの訴えが徐々に減っていった。その背景には、スタッフや居住空間への慣れがあるのではないかと語られた。

U：そうですね。最初は痛みも本当にあったのだと思うのです。実際に整形にかかったときに結構 OA が進んでいると言っていたので、痛みもあったのだと思うんですけど、人に慣れて、居心地のいい空間でいられるのが痛みの緩和にもつながっているのかなとは思います。今、全く痛みのことを言わないので。

（B 三回目　50）

また、信頼を醸成する上では、患者の訴えを受け止めて実際に行動に移すことも重要だと語られた。B 病院の医師は、子どもに連絡をしたいという患者（B2）の意思を受け止め、受け止めるだけでなく実際にやってみるという実例を語った。あわせて、こうした信頼を得ている医療従事者・ケアスタッフがいることが、その患者・利用者の居住環境に対する安心につながる可能性も指摘された。

A（理事長）：　この方は初日の夕方に医者を呼んでくれというので私が呼ばれていったんです。先生とどうしても話したいというので。そこでオンジョブでどういう接し方をするかというのを看護のスタッフに見せました。ちゃんと聞いてあげるということと、子どもさんに連絡したいというのをちゃんと実際に連絡して対応したのです。それ以降、「ここはちゃんと話が通るんだ」という感覚がご本人の中に出てきています。先生に言えば大丈夫という保険が掛かって、それ以来、看護師さんと話していても先生にちゃんとつないでくれる、先生は言うことをちゃんと聞いてくれるというところでまず 1 段階の安心が入っています。

（B 一回目　B2　200）

9-1-7　利用者・患者のできることに焦点をあて、役割を担ってもらう

B 病院では、不安や焦燥感の目立つ患者（B2）に対して、役割を担うことができる人だという見立てから、エプロンをたたんだり、テーブルを拭いたりすることをお願いした。

K：　エプロン畳みとか、アクティビティー、作業をお願いすれば絶対にその時間にやってくれるようになりました。そういう何かできるかというものを探すというのが私たちのケアになります。

（B 一回目　B2　190）

9-1-8　患者・利用者の行動に対する解釈や対応方法を検討する過程の情報共有

ケアを試行錯誤するためには、ここまで述べてきたような考え方や関わり方をスタッフ個人が実践するだけでは十分ではない。患者・利用者の行動に対する解釈や対応方法がスタッフ間で共有されていることが、試行錯誤の基盤となる。たとえば、A 病院で、不安な気持ちからか、何度もナースコールを鳴らしてしまうという患者（A2）がいた。この患者に関して、スタッフは、短時間のやりとりではなく、実際に横に腰を下ろしてゆっくり話を聞くことで（その患者とは文字盤を使ってコミュニケーションを取る必要があった）、ある程度不安が軽減し、ナースコールによる呼び出しも少なくなるのではないか、と考えていた。一方で、看護師やケアスタッフが特定の患者のベッドサイドで多くの時間を費やすことは、「なぜそれを今やるのか」、「こちらを手伝ってほしい」といった不平不満につながる可能性がある。しかし、この病院では、そのような不満は出ないと語られた。その理由として、協力者が語ったのは、そうした接し方が必要であることがスタッフ間の共通認識となっているからだ、というものであった。

S：　（ナースコールが鳴ったからと行って）ぱっと話を聞いてぱっと出てしまうと、またすぐにコールが来ます。ぱっとやってぱっと出ちゃうというのは、この方にとってはただ来てただやって帰るみたいになってしまいます。そこで、ちょっとだけでも腰を下ろして話を聞くだけでも違うと思います。

I1：　皆さんにそういう共通認識があるということでしょうか。

S：　あります。

I1：　「そこで何やってるの」というような不満にはつながらないということですよね。

S：　ならないですね。（むしろ）話を聞いてくれてありがとうと。

（A 一回目　A1　673-684）

また、A 病院で、患者（A1）が車椅子に乗るよりも歩くほうが痛みが少ないかもしれない、という情報は、リハビリテーション職からもたらされていた。B 病院では、怒りやすい患者（B3）に対して、どう対応すれば穏やかに聞いてもらえるかという提案は介護職からもたらされていた。認知症の人に対するケアを試行錯誤するにあたり、スタッフが一人で思い悩むのではなく、患者・利用者の行動について、自分はこう考えた、こう悩んでいる、こう対応したらどうか、という相談、情報共有ができる体制が重要である。A 病院では、情報や意見を共有する体制について、次のように語られた。

K：　（1 日に）最低 2 回は集まっています。そこで今日こんなケアをしたらこうなったから、皆さんもこんな感じでやってみてくださいといった話し合いをしています。話し合いだけではなく、連絡帳があるので、そこに気になったことを書いて、全員が見られるようにしています。・・・リハ職の人が書き込めるメッセージボードみたいなものもあります。あとはケアの中でしゃべりながら、やりながらというところです。

（A 一回目　A5　267-276　A1　543-545）

B 病院では、ケアの方向性を試行錯誤するに当たって、ご本人の意向や ACP についてカルテやカンファレンスで共有していることが語られた。

K：　入院時、病棟に入るときからしっかりとこの方の行き先も決めますし、ACP、その人の意向とかもきちんとカルテで情報共有をしています。付箋に貼りながらみんなで共有できるようにしていますし、もちろんカンファレンスでも入院時カンファレンスで話し合う。あと、具合が悪くなったよねという大きなイベントがあれば、その都度カンファレンスで話をしています。

（B 一回目　94）

また、カルテやカンファレンスといったフォーマルなやりとりではなく、その場その場で立ち話のような形で情報を共有することの大切さや、スタッフ間で声かけをしながら情報や意見を共有していく試み自体の重要性も指摘された。

M：　毎日夕方に、今日はどうだった？なんていう話し合いをする時間もあるんだけれども、結局、事が起こったときというか、その患者さんの部屋を出てきたときに、「あの人どうだった」という感じで話し合いをしているんですね。あれがすごく意味のあることなんじゃないかなと、私は思って見ています。

（K 三回目　785）

9-2　BPSD ケアの評価と次のケア行為との連環

アセスメントとアウトカム評価が連続して続いていくのが試行錯誤のプロセスの特徴の一つである。ここで肝要なのは、患者のアウトカムをみる際の視点や考え方である。今回の調査では、「良い/悪い、効果がある/ないが単純に割り切れるものではない」、「試行がうまくいかなくみえてもそれを失敗とはみなさず、次の試行錯誤につなげる」という二つのカテゴリーが抽出された。

9-2-1　良い/悪い、効果がある/ないが単純に割り切れるものではない

まず、根本的な理解として、認知症の BPSD への対応の効果は、良い/悪い、効果がある/ないが単純に割り切れるものではない。そもそも、BPSD 自体の判別が容易ではない、ということについて A 病院の協力者 S は、「*一番みんなで悩んだのがこれは本当に BPSD なのかなという。私たちの対応の仕方とか関わり方がちょっとよくなかったから、そういう人としての普通の反応をしているだけで、これを認知症の BPSD と言っていいのかなというのは、最初にすごく悩みました。*」と語った。

（A 二回目　160）

そして、スタッフによる関わり、ケアが相手の患者・利用者にとって良かったのかどうかを確かめること自体、相手の認知機能が低下している場合には容易ではない。この点について、A 病院では、相手のわずかな反応の違いなどを参考に考えている、と語られた。

S：　そうですね。やっぱりその声掛け、最初はあまり声を掛けても相手側の反応がないなと思っていても、やっぱり繰り返し声を掛けるとか、目を合わせるとか、そういうのを、関わるスタッフそれぞれがそういう関わりを継続してやることで少しずつ反応が出てきて、どうしてもケアを自分たちのいいようについつい全部やってしまいがちなんですけれども、でも、その相手の方の手が動くんだったら手を上げてもらうとか、ちょっと横を向くときに顔を向けて体を横にしようという動作を引き出すとか、なんかそういう、大きな変化ではないけれども、ちょっとずつ体が動かせるとか、あと視線が合うようになったとか、そういうところで見ているというか、ちょっとよく分からない。

（A 二回目　390）

M：　簡単なんですけれども、笑顔になるとか、首を振ってくれるとか、そういうことでコミュニケーションが取れるとか、何か相手の反応も非常に重要だというふうに感じているところです。

（A 三回目　525）

9-1-6 で述べた、信頼関係を築く関わり方についても、実際に信頼関係が築けているのかを判別するのは容易ではない。B 病院の協力者 B は、どのようなときに信頼関係を築けたと感じるのか、という質問に対して、以下のように回答した。

U：　今までは、おむつ交換一つも大変だったのが、ちょっと協力する動作が出てきたり、「じゃあ、お願いね」という本人からの言葉がでたり、そういう態度で「ああ、安心して任せてもらえているのかな」と。

（B 三回目　170）

また、ケアを提供している施設の役割によっても、ケアの評価は異なってくる可能性があることも指摘された。たとえば、退院することが第一の目標である病棟と、生活の場である特別養護老人ホームとでは、ケアの目的そのものが異なってくるため、その評価も異なる。

9-2-2　試行がうまくいかなくみえてもそれを失敗とはみなさず、次の試行錯誤につなげる

もし、試行がうまくいかなかったと思われたとき、それを「ダメだ」「失敗だ」としてしまう組織風土では、そもそも、患者の見通しを立てず、目の前の対応だけをしよう、その場をしのごうという力学が働くものと思われる。

K：　むしろ「このとおりにやってごらん」なんて、うちのスタッフは聞いてくれないんじゃないかというぐらい試行があって、本当にこのとおりにやってくれるんですけれども試行があって本当にみんなさまざま工夫してくれています。先輩たちも「駄目だ。ほら、失敗したじゃない」とはまず言いません。そこですよね。

K：そうです、そうです。失敗したからって別に責めないし。

（B 二回目　460）

U：これで、例えば今みたいにカンファレンスするじゃないですか。そうすると、大体、その次に、じゃあ、次、入浴されてみたらどうなのとか、バラ風呂とか、ゆず風呂とかにしてみたら入るんじゃないのとかと、また次の手を提案するわけです。そうしたら、入浴剤入れて、今日はお風呂、水色のにごり湯だとか、白のにごり湯だよとか、バラなんかだと、この人はレビーなので、もしかすると、異物に見えてしまうかもしれないから、花びらにしないで、バラの花の形で、花の頭ごと幾つか浮かばせてみたらどうなのとか、そういう提案を私はいつもするんです。

実際に、それをばかにしないで、ちゃんとやってくれる。試して、どうだったというので、「何だ、入浴剤、提案されたけど、全然効き目ないじゃん」というと、また別のことを考える、そういうプロセスをずっと繰り返し、繰り返し、本当に PDCA を回していくというのは多分くせがついていると思います。

（B 三回目　80）

9-3　試行錯誤のプロセスがケアとして成り立つ組織の前提条件

9-3-1　認知症の人が心地よく過ごせることを重視する組織理念

いずれの協力者からも語られたのは、認知症の人が「心地よく過ごせる」ということを重視しようという組織理念の重要性であった。患者、利用者が「心地よく過ごせる」というと、そもそも医療や介護においては当然のこととみなされてしまうかもしれない。特に、明確に自分の希望を主張できる患者や利用者と相対する場合は、その希望を採り入れたり、その希望に添えない場合は相談したりしながらケアを進めることが可能である。実際に、A 病院では、過去に

自分のペースで生活をしたいと希望する利用者について、「*その方はお話ができたので、その方の思いを聞き取りながら、その方の思いをかなえるような形*」を取ることができたと語られた（A 三回目　110）。しかし、認知症を有する人の場合、その人にとって何が心地よいのかを知ること自体が容易ではないことも多い。「高齢者はこういうものだから」、「こういう性格の人だったから」という思い込みが当てはまらないだけでなく、「認知症とはこういうものだ」という認識そのものが当てはまらない場合も多くある。そこで特に重要になるのが、認知症の人が「心地よく過ごせる」ことを重視しながら、接し方を試行錯誤することである。そのような接し方の土台にある考え方について、A 病院の M 氏は「*病気を通して人をみるのではなく、人をみているという感じがします。どんな人であろうと、その人と関係性を結ぶ。*」と語った。（A 三回目　818）

そして、そういった考え方がスタッフ内で共有されていること、組織理念とでもいうべき形でスタッフの間で共有されていることが大事だとも語られた。

S：　1 人・2 人が学んでいてもこういう関わり方は多分できないと思うんですけれども、うちは病院としてみんな基本的なところは研修を受けて、同じ考え方を共有しているスタッフがやっているからいいのかなと思うことはよくあります。

（A 二回目　575）

9-3-2　BPSD が悪化する前に対処すれば予防できる可能性があるという考え方

ここからは組織理念ではなく、より具体的な仕組みについて語られた内容を紹介する。まずは、実際に BPSD と思われるような行為が生じたとき、あるいはその予兆がみられたとき、できるだけ即座に対応することが有効であり、そうした考え方が共有されていることが試行錯誤の下地となると語られた。こうした考え方に基づいてケアが提供されることで、BPSD が顕在化したり悪化したりすることなく生活できることもある、というケースが挙げられた。

K：　定時のおむつ交換は普通に業務としてやっていますよね。それプラス（大事なのが）「見守り」（という意識です）。1 人のスタッフがこの空間を見ているという中で、例えば（ある患者さんが）そわそわして陰部を触っているとします。するとそれに気付いてトイレに連れていけたり。（普段の業務としての）行動の中で見守りながらケアしていると思います。

（B 二回目　710）

そのためには、職員同士の密な連携が不可欠である。たとえば、B 病院ではインカムなどの ICT を活用し、職員同士がリアルタイムに連絡を取り合いやすい環境を構築していた。そして、こうした仕組みが用意されていることで、過度に認知症の人の行動を制限する必要が無いとも語られた。

A：　インカムを使っているんですけれども、基本的にここのエリアは（今）この人が見ているよ、というところを作っているんですね。（その場を）離れるときには「誰々さんのケアで離れます」と声を掛け合ったりしています。結構上手にインカムを使ってくれていて、前よりも職員がバタバタしていないです。・・・中略・・・それからロボットやペイシェントウオッチャーというカメラを使ったり、センサーマットももちろん使っています。使える ICT はフル活用しているんですよ。

（B 一回目　640）

9-3-3　認知症の人の可能性を生かす材料や選択肢を準備しておくこと

加えて、BPSD と思われるような行為、あるいはその予兆がみられたとき、即座に対応を考え、試してみるためには、そのための道具・材料がケアの現場に散りばめられていることが重要であると語られた。

K：　病棟で BPSD がでてわーっとなったときって、みんな何をしていいか（一瞬）分からなくなるんですね。なので、わざと手の届く場所に（気をそらすためのツールを）置いておくと、スムーズにケアに結びつくことがあります。なので、あちらこちらにたくさん（そういった材料を）ちりばめています。

（B 二回目　600）

9-3-4　多様な職種で考えることのできる体制

試行錯誤のプロセスを繰り返していくためには、後述するように認知症の人の状況を理解しようとする努力が不可欠である。そしてどういった対応が有効なのか、有効な可能性があるのかを試行錯誤する。その際、異なる人や職種の視点からみることで、今、患者・利用者がどのような人なのか、どのように感じているのかを多角的に検討することが可能になるとも語られた。

K：　今までサービスにつながっていなかった方がポッと入院した時（も）、全職種で集まって見るんですね。それでケアもぴたっとはまってくれたもので、スムーズに BPSD がなくなるというところにたどり着けたのかなと思っています。もちろんケアマネジャーさんも入るし、全職種で見ます。・・・中略・・・全ケースに相談員、ソーシャルワーカーが入ります。（入院した）その日から次の居場所を考えますし、（退院する前に）一回施設に入るべきなのかというような話し合いも入院時に行います。生活機能面ではリハビリの PT（理学療法士）、OT（作業療法士）が入院時から関わって、家族と面談をしていきます。それと入院をとるナース、多職種で連携を取りながら進めていっています。

（B 二回目　60）

9-3-5　他施設との情報共有が可能な体制

上記の多職種で考える、というだけでなく、従前に利用していたサービス、入居していた施設がある場合、そことの情報共有により、現在の BPSD の原因を探る、といった試みが行われていた。

K：　グループ内で（サービスをまたがった）申し送りもきちんとしないと大変です。（ここに来る前に住んでいた）グループホームではなじみのスタッフととてもよく関係性が築けていたからこんなことはなかったと言われたぐらいです。「完全に環境のせいなのかね、今はなじみの人が減ったからかな」というようなことも言っていました。

（B 一回目　340）

9-4　試行錯誤のプロセスがケアとして成り立つスタッフ個人の前提条件

9-4-1　医療従事者・ケアスタッフ側のモチベーション

認知症の BPSD の中には攻撃的なものもあり、その矛先が医療従事者・ケアスタッフに向かうこともある（叩かれる、暴言を言われるなど）。たとえば、B 病院では「*時々（患者さんが）看護師さんにすごく怒っているわけですよ。声を荒げるところもあります。（看護師さんが）涙*

ぐむこともあります。」と語らえれた（B 一回目　146）。そうした中で、試行錯誤を続けていくためには、医療従事者・ケアスタッフ側のモチベーションを維持することが重要である。

9-4-2　BPSD 対応で試行錯誤した経験や知識

試行錯誤するための基盤の一つは、それまでに医療従事者・ケアスタッフ側が培ってきた経験や知識であることも指摘された。それもただ対応した経験や知識があるというだけではなく、試行錯誤したプロセスに裏打ちされた経験や知識が重要である。プロセスのところで述べるように、相手のことを徹底的に観察し、相手の立場に立って考え抜く、という試行錯誤のプロセスは、一方でスタッフにとって大きな負荷となる可能性もある。しかし、そのプロセスはいつまでも続くものではない。B 病院の協力者 U は、スタッフがこのことを経験的に知っていることが重要だと語った。

U：　2 週間は大変だよといつも言っています。（大変な時期が）永遠に続かないというのは職員も分かっています。経験するケースが少なかったり、経験してなかったりすると、「こんなにずっと『帰りたい』という人はみられないよね」とか「嫌だよね」となってしまうと思います。うちは、みんな 2 週間したらいいおじいさん、おばあさんになっていくのを経験しているから。

（B 三回目　520）

また、同じ B 病院の別の協力者も、こうした経験の重要性について、以下のように語った。

K：　現場のスタッフたちが、認知症の方が入ってきてもここのポイントを押さえれば大丈夫だという（感覚）があるんでしょうね。見当識障害と記憶障害の支援というのは、何度も何度も言われています。そこさえおさえれば認知症の人は安心して過ごせるというのを経験的に分かっているのだと思います。BPSD に着目する前に、スタッフがそのケアをやれば患者さんが安心してくれると分かっているんですよね。

（B 二回目　125）

そしてこういった経験や知識がスタッフの間で、たとえば先輩から後輩へ、という形で受け継がれていることの重要性も指摘された。

K：　私たちのやってきたノウハウ、過去の成功体験を先輩たちが後輩に伝えていっていますね。ある場面で困ったときに、「あのときこうやったらうまくいったから、やってみよう」「駄目だった」「じゃあ次の手段をやってみよう」とその場その場で考えています。・・・中略・・・そして 1～2 年目のスタッフが、それを見ています。先輩がこうやっていたから自分たちもまねしてみようという形で、ケア（の仕方や考え方）を引き継いでくれていっていると思います。

（B 二回目　440）

U：　（相手の立場になって考え抜くということが）一度できるようになると、相手が変わっても同じ思考パターンでいけばよいという（自信のような）ものができます。それができるスタッフが何人かフロアにいると、あの人、上手に対応しているなというので、またまねていくというようなオンジョブもあるんだと思うんです。

（B 三回目　475）

ただし、こうした経験や知識があれば、効果的なケアがみつかるとは限らないのが BPSD への対応の難しさであり、「試行錯誤のプロセス」とした所以でもある。たとえば、認知症ケアの認定看護師[1]資格を有しているからといって、すぐに効果的なケアが考えられるわけではない。

K：　彼女（認知症ケアの認定看護師）がこの 1 か月間、すごく苦労をしていてるのはまさにそこなんです。実際の現場では、介護スタッフが本当に頑張ってくれていて、こういうケアをやりたい、ああいうケアをやりたいと主体的に考えてくれるのです。けれども、やはり現場の人というのは、認定看護師を取ってきた彼女が何とかしてくれるだろうと思うんですよね。病棟においてもそうです。なので、たくさんコンサルテーションの依頼が来ます。でも、その全てに対して答えを出せるわけではないんですよね。この 1 か月は、彼女自身も悩みながら、じゃあ信頼関係を築くところから始めようという段階です。

（B 二回目　300）

４．非薬物対応のプロセスに関する考察

本研究結果から得られた BPSD に対する非薬物対応で重要な点は、BPSD を認知症の症状としてではなく、本人の内面の体験を表した言動として捉えるという点である。認知機能低下に伴い、論理的言語的に体験を伝えることが難しくなると、一般社会に通用する表現方法と一致しないことが多くなる。一見、社会的に受容しがたい言動でその体験が表現されることがあっても、その行動自体を問題視して消失させようとするのではなく、なぜそうした言動が生じるのかといった視点で、認知症の人の内面に生じているであろう体験を理解しようとする態度が求められる。

今回の研究で取り組まれた事例では、表現される言動から、内面の体験を推察し、理解するために、援助者のアセスメント、“仮説”に基づく行為化、それに対する認知症の人の反応を得るといった一連のケアのプロセスが展開されていた。このようなプロセスが必要となるのは、言動が内面の体験を直接理解できるような表現ではないことも多いため、体験を探索するための情報の蓄積が求められるためである。認知症の人本人に関する成育歴やこれまでの行動パターンなどから、現在置かれている状況下では「きっとこのような体験になっているに違いない」というアセスメントがあり、そのアセスメントに基づき、どうすればその人にとって居心地が良い環境になるかを推測して、ケア行為として実践する。その実践が、援助者が想定したような居心地のよさとして提供できたかどうかは、認知症の人の反応によって確認ができる。もし想定していた受け止め方をしてもらえないことが想定されれば、もう一度アセスメント、あるいはケアの行為化から修正する必要に迫られる。それゆえに、BPSD ケアは試行錯誤のプロセスとなる。

さらに、試行錯誤のプロセスが BPSD ケアとして機能するためには、組織理念、多職種協働体制、選択肢の準備等、組織の前提条件が必須であることが示された。こうしたケアの行為化の繰り返しが推奨される場でなければ、個々の職員は「とりあえず認知症の人に提案してみる」ことができず、試行錯誤のプロセスが始められない。個人のケア行為の成功失敗に焦点化せず、チームで総合的に試行錯誤のアプローチができるケア環境が必要とされる。

[1] Certified Nurse in Dementia Nursing 認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築、行動心理症状の緩和・予防に関する知識・技術を身につけた看護師。日本看護協会が認定。認定開始は 2006 年 7 月。2020 年 12 月 14 日時点で 1,565 名が認定を受けた。（日本看護協会, 2020）

Ⅴ. 本研究事業からの提言

本研究事業による文献検討、全国調査、介入調査の結果から、認知症の人の BPSD に対して長期療養施設で行う非薬物対応について、以下の３点を提言する。

１．介護施設において求められる BPSD の定義：BPSD をどうとらえるか

BPSD は、“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し、様々な症状を呈する（認知症疾患診療ガイドライン 2017）”と医学的に定義される。活動亢進が関わる症状、精神病様症状、感情障害、アパシーの 4 つの要因に整理される。

一方ケアの視点から BPSD は、“認知症によっておこる症状というよりもストレスにより引き起こされることが多いため、正しくは「認知症の人のストレスによる反応や行動」と呼ぶべきである（鈴木みずえ監修：認知症の看護・介護に役立つパーソンセンタードケア）。”と指摘されている。認知機能の低下やそれに伴う身体的要因もあるが、特に介護施設で多くみられる BPSD は、認知症の人が感じているストレスを表現しているという指摘である。

本研究事業の結果から、長期療養施設で対応する BPSD は、「認知症の人の内面の体験を表すもの」と定義したい。したがって認知症の人の BPSD は、認知機能が低下した人の内的体験を理解するための手がかりとして捉えられる。認知症の人が、ある状況下で混乱を生じ、本人なりの対処としての言動に対する他者が示す反応によって、さらに混乱・困惑・不安・苦痛といった感覚が増大する状況が起きていると想像するならば、人との関わり方を含めた認知症の人を取り巻く環境を変更・調整することが非薬物対応となりうると考える。

２．BPSD に対する非薬物対応の目標設定

BPSD に対する非薬物対応の目標は、BPSD によって示唆される本人の居心地の良い場の条件を探索し、提供することであり、単に症状を消失させることを目標にしない。一方、本人や他者に危害を及ぼすなどの理由で社会（施設内）的に容認されにくい行動の場合は、本人の居心地の良さと、社会的に容認されやすい行動パターンに転換できる方法を探索することが目標となる。

３．BPSD に対する非薬物対応の方法

BPSD に対する非薬物対応は、アセスメントとケア提供が螺旋的に連続するプロセスである。その人に適したケア行為は一度のアセスメントだけで見出されるわけではなく、アセスメントとケア提供が一体的に行われ、ケアに対する反応がアセスメントにつながるという連続的な営みとして理解される。

アセスメントでは、認知機能が低下した人の BPSD を引き起こした要因を検討するが、その中核となるのはその状況におけるその人の体験や感覚を推測することである。認知機能が低下した人が、このような状況に置かれたらどう感じるか、その体験を想像することからはじめる。混乱・困惑・不安・苦痛といった状態が想像できたら、それを解消する手立てを考え、本人に提案し、受け入れられれば試してみる。試したときの本人の反応により、継続するか、別のプランを検討するかを選択する。最終的に、混乱・困惑・不安・苦痛が緩和できているかどうかを本人の状態の変化を観察して確認する。

したがって、一度のケア行為によって成功／失敗を判断するべきものではない。提供したケア行為が、想定したような認知症の人の反応を引き出せなかったという事実は、次のケア行為の選択に活かすべきアセスメントの情報源となる。先の行為は、それが「本人にとって受け入れがたいものである」という事実を確認するために必要だったと考えれば、全てのその人に関わるケア行為は本人の体験や感覚を確認する上で必要なケアの試行と考えることができる。

また、こうした認知症の人の混乱・困惑・不安・苦痛を軽減するための非薬物対応においては、一つの職種や一つの部署では対応に限界があるため、その人の生活全体を支えるためには多職種チームによる関わりは不可欠である。ある職種が、一つの専門性のみでアセスメントし判断して、他の職種がそれに従うというトップダウンの関係性では、こうしたケアのプロセス構築は不可能である。

VI. 資料編

配布パンフレット

「認知症の人の行動・心理症状への非薬物対応のプロセス～専門性に裏付けられた試行錯誤から生まれる認知症ケア～」（東京都健康長寿医療センター研究所ホームページにて本報告書掲載 web ページに pdf 公開予定）

はじめに

認知症の人の行動・心理症状（以下BPSD)について考える時、その表出している言動だけに着目すると、不可解なものと捉えられてしまいます。しかし、表出している言動の背景にある、認知症の人の内面の体験に関心を寄せ、認知症の人の辛さを緩和しようと意識するとケアのヒントに繋がることがあります。

実際のケアの現場では、認知症の人の辛さを緩和するために良いと考えた方法でも、上手くいくこともあれば、上手くいかないこともあります。しかし、上手くいかなかったという事実は失敗ではなく、その関りから得られた情報が、認知症の人の内面を更に理解する手がかりになることもあります。気持ちを言葉で表現することが難しい認知症の人のBPSDに対応するためには、こうした試行錯誤のケアのプロセスは不可欠なのです。

私たちは、認知症の人のBPSDへの効果的な非薬物対応に必要なケアのプロセスを明らかにする必要があると考え、認知症の人のケアに熱心に取り組んでいる病院や施設の職員の皆様へ、認知症の人のBPSDに対してどのような試行錯誤をされているのか、ケアの内容を記録にとり、プロセスについてインタビューをさせていただきました。

このパンフレットでは、その結果を一部抜粋してご紹介します。

調査の方法

協力施設に新規入院（入所）した認知症の人のうち、BPSDがある人について、施設の管理者、ケアリーダーなどに以下のツールを使用して情報収集を依頼し、その内容についてインタビューを行いました。このパンフレットでは2事例を取り上げ、P3〜5で図示しました。

①入院直後の情報収集
（使用ツール「BPSD軽減のための情報収集シート」等）

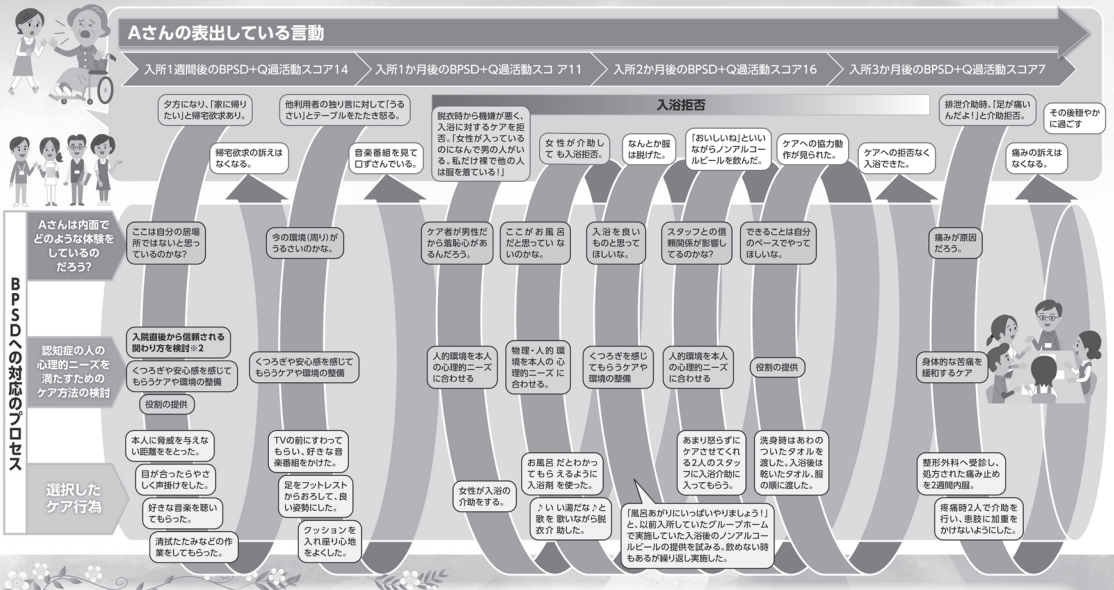
②BPSD出現状況
（使用ツール「BPSD+Q/25Q（P.10）」等）

③対応を検討するプロセス
（使用ツール「BPSD対応ケアの可視化シート（p.11〜12）」等）

過活動状態※1にある人への試行錯誤のケア の一例

※1 過活動状態：ここでは、BPSD+Q/25Q（P.10参照）の重症度の過活動スコアが高い状態とします。

（Aさん：90代、女性、要介護度4、アルツハイマー型認知症、特養入所中）



インタビューで語られた内容

●Aさんと信頼関係を構築するためにどのようなことに気を付けましたか?※2
認識してもらうこと、目を合わせること、許可を取る事、分かろうとする、共感すること、前方から話しかけること、笑顔、ゆっくりかかわること、などです。

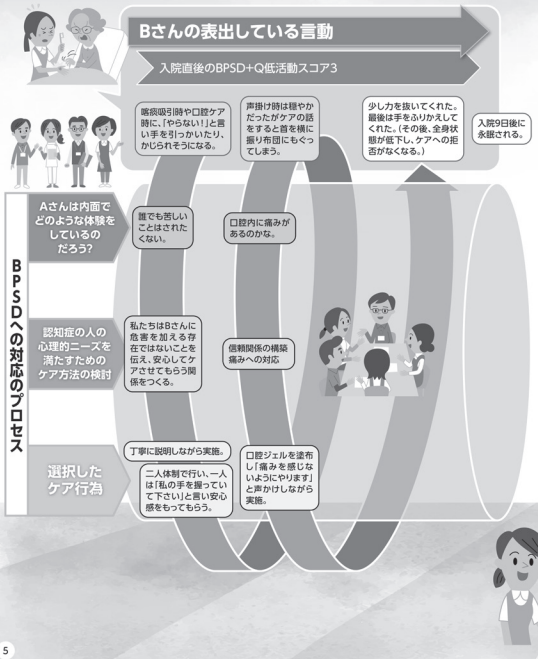
●Aさんが安心してケアを受け入れてくれるために具体的にはどのようなことをされましたか?
コミュニケーションをコミュニケーションのですけど、そのころからになったのかなと考えちゃんと取れるようにということで、取り方の基本をもう一度周知したんら、いろいろケアをさせてくれるようています。

●認知症の人に同意を得る際、どのようなことに気を付けていますか?
「これから服を脱ぎます」「お風呂に行きます」というふうに、1つの主語に対して1つの述語で文章を完結する、短文にするようにしています。

低活動状態※3にある人への試行錯誤のケアの一例

※3 低活動状態：ここでは、BPSD+Q/25Q（P.10参照）の重症度の低活動スコアが高い状態とします。

（Bさん：90代、女性、要介護度4、認知症確定診断なし、介護医療院入院中）



「認知症の人の低活動状態についてどう考えるか」インタビューで語られた内容

●認知症の人の低活動状態は、過活動状態と比べてみすごされやすい面もありますが、どのようなことに気を付けていますか?

「活動性が下がったからずっとベッドということではなくて、今まで好きだったものなどをなるべく取り入れています。あとはお部屋でずっと過ごさないように、みんなでそばに来ていただくという関わりはしています。」

●そのような試みをされた結果、どのような変化があったと受け止めていますか?

「ちゃんと目をしっかり合わせて、相手の方に伝わるように声掛けをすると、反応が全くない方はそんなにいないです。私たちの伝え方がちょっと下手だったけれども、ちゃんと目を合わせて声が相手に伝わるように言えば、相手の方も反応してくださることが多いです。」

●そのような試みがご本人にとって良かったんだと、どのように確認や評価されていますか?

「どうしてもケアをついつい全部やってしまいがちなんですが、その方の手が動くんだったら手を上げてもらうとか、ちょっと横を向くときに顔を向けて体を横にしようという動作を引き出すとか、大きな変化ではないけれども、ちょっとずつ体が動かせるとか、あと視線が合うようになったとか、そういうところで見ています。」

●低活動状態の人には何を目指してケアを提供していますか?

「最期に向かっていても、聴力は維持されますし、反応がもし返ってこないにしても、触られるという感覚もあると思います。活動性が低下してきたら、ちょっと関わり方を変えてみるとか、声掛けの内容を変えてみるとか、どうやったらその人の持っているものを引き出せるかなと、そういう視点をすごく大事にして関わっているかなと思います。」

●喀痰吸引を手で払いのけるなどのケアへの否定的態度をどうとらえていますか?

「吸引などは苦痛を伴うので、その人（が苦痛だというサインを表しているんだ）として私たちは捉えているので。誰でも嫌というか、吸引とか管を入れられたら嫌だろうなというのは分かっているので、本当に必要なときに最低限の必要なケアが受けられればいいなというのは思っています。なので、無理にはしていないです。」

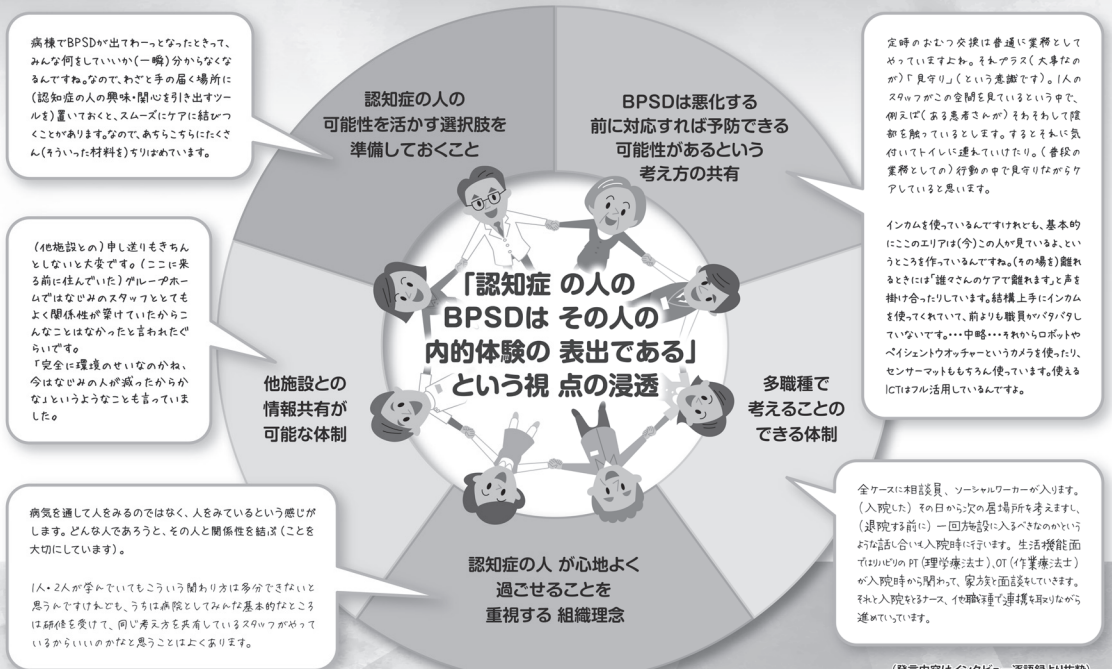
●医療やケアに対して強い否定的態度がある場合、それが本当に必要な医療やケアなのかどのように検討されていますか?

「例えば経管栄養などは、食べるということにも力を入れているので、本当に経管栄養じゃないと駄目なのかなというところは、医師も交えてカンファレンスで話をしたりもします。」

●その他に、今回の研究に参加していただいて気付いたことなどはありますか?

「もっと回復を目指して、いいほうに、いいほうにと思っていても、疾患の状態でまたガクッと下がってしまうという繰り返しの方も多いから、ちょっともやもやするときはあります。でも、やっぱりその日その日をどう楽しく過ごしてもらうかというのを、スタッフが考えて関わっているかなとは思いました。」

BPSDへの非薬物対応を 可能にするための前提条件



病棟でBPSDが出てわーっとなったときって、みんな何をしていいか（一瞬）分からなくなるんですね。なので、わざと手の届く場所に（認知症の人の興味・関心を引き出すツールを）置いておくと、スムーズにケアに結びつくことがあります。なので、あちこちからにたくさん（そういった材料を）ちりばめています。

定時のおむつ交換は普通に業務としてやっていますよね。それプラス（大事なのが）「見守り」（という意識です）。[人のスタッフがこの空間を見ているという中で、例えば（ある患者さんが）それわれして陰部を触っているとします。するとそれに気付いてトイレに連れていけたり。（普段の業務としての）行動の中で見守りながらケアしていると思います。

インカムを使っているんですけれども、基本的にここのエリアは（今）この人が見ているよ、というところを作っているんですね。（その場を）離れるときには「誰々さんのケアで離れます」と声を掛け合ったりしています。結構上手にインカムを使ってくれていて、前よりも職員がバタバタしていないです。…中略…それからロボットやペイシェントウォッチャーというカメラを使ったり、センサーマットももちろん使っています。使えるICTはフル活用しているんです。

（他施設との）申し送りもきちんとしないと大変です。（ここに来る前に住んでいた）グループホームではなじみのスタッフととてもよく関係性が築けていたからこんなことはなかったと言われたぐらいです。
「完全に環境のせいなのかね、今はなじみの人が減ったからかな」というようなことも言っていました。

全ケースに相談員、ソーシャルワーカーが入ります。（入院した）その日から次の居場所を考えます。（退院する前に）一回施設に入るべきなのかというような話し合いを入院時に行います。生活機能面でリハビリのPT（理学療法士）、OT（作業療法士）が入院時から関わって、家族と面談をしています。それと入院をするナース、他職種で連携を取りながら進めています。

病気を通して人をみるのではなく、人をみているという感じがします。どんな人であろうと、その人と関係性を結ぶ（ことを大切にしています）。

1人・2人が学んでいてもこういう関わり方は多分できないと思うんですけれども、うちは病院としてみんな基本的なところは研修を受けて、同じ考え方を共有しているスタッフがやっているからいいのかなと思うことはよくあります。

（発言内容はインタビュー逐語録より抜粋）

まとめ

今回の調査では、以下のことが確認できました。

まず、BPSDへの非薬物対応を可能にするためには、BPSDを「認知症の人の内面での体験が表出された言動」として捉えることが重要です。

その上で、①表出された言動から認知症の人の内面の体験を推察、②認知症の人の心理的ニーズを満たす視点からのアセスメント、③アセスメントに基づくケア行為の選択、④ケア行為に対する認知症の人の反応の確認、という一連の取り組みを繰り返していくことが必要となります。その取り組みは上手くいかないこともあり得るという前提で本人からの反応を確認し、上手くいかなかったとしてもそれを失敗とみなさず、本人からの反応を受けて次のチャレンジにつなげていく試行錯誤のプロセスを継続させることがBPSDへの非薬物対応に必須のプロセスとなります。

このような取り組みを進めていくためには、多職種で考えることのできる体制や、認知症の人の可能性を活かす選択肢を準備しておくことなど、組織としての取り組みが不可欠です。ケアに携わるスタッフ個人のケア行為の成功や失敗に焦点化せず、チームで総合的に試行錯誤のアプローチができるケア環境が求められます。

参考文献

山口晴保、田中志子（監修）／身体拘束ゼロの認知症医療・ケア　照林社

今回使用したスケール①BPSD+Q／BPSD25Q

BPSD+Q/BPSD25Q

認知症困りごと質問票

記入日　　年　　月　　日（　　）
ID　　評価者　　（関係　　）
対象者　　年齢　　歳　性別　男・女

過去１週間について、下記全質問27項目について答えてください。
認められなければ０に○をつけ、認められれば重症度と負担度を点数に付ける。

重症度　1：見守りの範囲　2：対応したケアが可能で毎日ではない　3：対応したケアが可能だが毎日ある　4：対応に困難を伴うが毎日ではない　5：対応に困難が伴いかつ毎日継続する

負担度　0：なし　1：僅かな負担　2：軽度の負担　3：中度の負担　4：大きな負担　5：極度の負担

		認められない	認められる 重症度 1～5	負担度 0～5	網掛けは主治医意見書に関連するもの
1	実際にないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
2	盗られたという、嫉妬する、別人という（選択して○：盗害、嫉妬、誤認、他）	0			妄想
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0			暴言
4	他者に乱暴な行いをする	0			暴行
5	うろうろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穏
6	家/施設から出たがる	0			無断外出
7	他者への性的に不適切な行為	0			性的不適切行動
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
10	怒りっぽい	0			易怒性
11	忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
12	ものをためこむ	0			収集
13	大声・鳴声が続く、さけぶ	0			大声
	過活動スコア（1～13）計				
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
15	やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0			無反応・無関心
17	心配ばかりする	0			不安
18	日中うとうとする	0			傾眠傾向
19	部屋・家から出たがらない	0			閉じこもり
	低活動スコア（14～19）計				
20	夜間寝ないで活動する	0			昼夜逆転
21	異食や過食、拒絶	0			食行動異常（異食）
22	介護されることを拒否する（選択して○：更衣、整容、入浴、食事、他）	0			介護への抵抗
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない（選択して○：風呂、異所排尿、弄便、他）	0			不潔行為
24	タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0			火の不始末
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0			物をなくす
	生活関連スコア（20～25）計				
	BPSD25Q（1～25）計				
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0			過活動性せん妄
27	ボーッとして覚醒レベル低下が出没	0			低活動性せん妄
	BPSD+Q（1～27）合計				

自由回答欄：

引用：認知症介護情報ネットワーク（運営：認知症介護研究・研修センター）
https://www.dcnet.gr.jp/support/bpsd/material/2_bpsd+q_bpsd25q.php

②BPSD対応ケアの可視化シート

BPSD対応ケアの可視化シート

【対象者の　　　　　　様　を担当する日勤スタッフの方へのお願い】

一日の中で、一番記憶に残ったBPSDにまつわる場面について、一つだけ簡潔にご記入ください。
BPSDが全く生じなかった日は、「なし」とご記入ください。

月 日	BPSDの内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	そのBPSDで観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wantsに対して、①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
○月×日	（記入例）入浴時、「風呂には入らない」と拒む。服を脱がせようとすると怒り出す。	音楽をかけ、気分を良くしながらケアを行う。	①音楽をかけながら脱衣介助する。②服を脱がせようとしたら、目つきが変わり、「入らない」と怒った。職員を叩くといった行為がみられた。	自分のペースでゆっくりと脱衣できるといいのかな。
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

月 日	BPSDの内容（言語・行動・態度）とそれが生じた状況（時間帯、場所、その人自身の状態や周囲の状況など）	そのBPSDで観察された言語・行動・態度から読み取った本人の思い（Wants）	Wantsに対して、①何を意図してどのような対応をしたか ②その結果どうなったか	記述した一連の流れについてスタッフが思ったこと
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
備考				

作成：伊東美緒　（群馬大学大学院保健学研究科　准教授）

［定量調査］調査票

【介護医療院調査】

Ⅰ　貴法人の体制

問 1　貴法人の体制についてお伺いします。

(1) 貴法人または関連法人が指定を受けている介護保険サービスに○を付け、それぞれ指定を受けた年を教えてください。	介護保険サービス（**該当番号に○**）	サービス指定年（西暦）
	1. 介護療養型医療施設	西暦　　年
	2. 介護医療院	西暦　　年
	3. 短期入所療養介護	西暦　　年
	4. 療養通所介護	西暦　　年
	5. その他（　　）	西暦　　年
(2) 開設主体（**ひとつに○**）	1. 医療法人　2. 社団･財団法人　3. 個人 4. その他（　　）	
(3) 病院･診療所の併設状況（**ひとつに○**）	1. 病院を併設　2. 診療所を併設　3. 併設医療機関なし	
(4) 職員配置（**該当するものに○**）	看護職員	1. 6 対 1 程度　2. 6 対 1 より手厚い
	介護職員	1. 6 対 1 程度　2. 5 対 1 程度　3. 5 対 1 より手厚い
(5) 介護医療院の入所定員数	（　　）名	

Ⅱ　入所者の状況（記入日時点）

問 2　**ご記入日時点**の入所者の状況についてお伺いします。

(1) 入所者の要介護度別人（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 医療処置の必要な入所者人数（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	医療処置の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 喀痰吸引の実施人数	人
		② 経管栄養の実施人数	人
		③ 膀胱留置カテーテル･導尿等の実施人数	人
		④ 24 時間持続点滴の実施人数	人
		⑤ ①～④以外の医療処置の実施人数	人
	医療処置が必要な入所者数（重複を除く） **（上記①～⑤で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑤の合計人数より少なくなります。）**		人
(3) 認知症のある入所者の人数（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	① 認知症の診断のある入所者人数		人
	② 認知症疑いの入所者人数		人

(4) やむを得ない理由による身体拘束の実施人数**（時間を限定して拘束している人も含む。該当者がいない場合は０を記入）**	身体拘束の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 車いすや椅子への固定を（体幹や四肢をひもやＹ字型拘束帯等によって）している入所者数	人
		② ベッドへの固定を（体幹や四肢をひもで）している入所者数	人
		③ ベッドを四点柵で囲んでいる入所者数	人
		④ ミトン型の手袋を付けている入所者数	人
		⑤ 介護衣（つなぎ服）を着せている入所者数	人
		⑥ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用している入所者数（例：状態に応じて調整しない等）	人
		⑦ 部屋のドアにカギをかけている入所者数	人
	身体拘束が必要な入所者数（重複を除く） **（上記①～⑦で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑦の合計人数より少なくなります。）**		人

Ⅲ 入退所の状況（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）

問３ 入退所の状況**（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）**についてお伺いします。

(1) 新規入所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	入所前の居場所別人数	① 自宅	人
		② 介護施設・居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型・介護医療院・医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ その他	人
	新規入所者数**（①～⑥の合計者数）**		人
(2) 退所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	退所先別人数	① 自宅	人
		② 介護施設・居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型・介護医療院・医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ 施設内で死亡	人
		⑦ その他	人
	退所者数**（①～⑦の合計者数）**		人

Ⅳ 貴施設での認知症の方への行動・心理症状（BPSD）※)への対応

問４ 貴施設での行動・心理症状（BPSD）への対応についてお伺いします。

※）認知症の人の行動・心理症状(BPSD)：
歩き回る、同じことを繰り返すといった行動や、不安や落ち込みといった心理的な反応。

(1) 貴施設で BPSD への対応で実施していることは[1 はい]、実施していないことは[2 いいえ]に○をつけてください。	① BPSD に対しては薬物を使うより日常のケアの工夫やアクティビティ（非薬物療法・対応）を優先させる	1 はい 2 いいえ
	② BPSD 出現の理由・原因を探索する	1 はい 2 いいえ
	③ BPSD の非薬物療法・対応を多職種で検討する	1 はい 2 いいえ
	④ 実施した対応が良かったかどうか評価する	1 はい 2 いいえ
	⑤ うまくいった対応を職員間で共有する	1 はい 2 いいえ
	⑥ BPSD を緩和する目的で集団で行うアクティビティを実施している	1 はい 2 いいえ
	⑦ BPSD に対する処方薬について医師とスタッフが話し合う	1 はい 2 いいえ
	⑧ BPSD の緩和を目的に薬物の処方を中止してもらうことがある	1 はい 2 いいえ
	⑨ BPSD の緩和を目的に薬物を処方してもらうことがある	1 はい 2 いいえ

(2) 集団でのアクティビティを実施していますか。 **（定期的に実施している集団アクティビティ全てに○）**	1. 音楽を聴く（音楽療法） 2. 懐かしい思い出を尋ねたり話してもらったりする（回想法） 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. 人形と触れ合ってもらう（ドールセラピー含む） 9. コミュニケーションロボット（パロや PALRO 等）を用いる 10. その他（　　） 11. 集団でのアクティビティは実施していない

Ⅴ 貴施設の組織風土

問５　貴施設の組織風土に関する以下の問いについて、１全く当てはまらない　２あまり当てはまらない　３やや当てはまる　４よく当てはまる、までで評価し、該当する数字１つに○を付けてください。
コロナ感染対策の影響を受けている場合は、それ以前の状況についてお答えください。

	1 全く当てはまらない	2 あまり当てはまらない	3 やや当てはまる	4 よく当てはまる
① 入所者のニーズに合わせた個別のケアプランを作成している	1	2	3	4
② 入所者は、自分自身の衣類や持ち物を日常的に使用している	1	2	3	4
③ 入所者の個別の能力やニーズに合わせて参加できる活動が、幅広く用意されている	1	2	3	4
④ スタッフは、入所者の好きなこと、したいことや言いたいことをよく聞き、わかろうとしている	1	2	3	4
⑤ スタッフは、入所者の身体的な健康のニーズ（痛いところがないか、また見えにくいこと、聞こえにくいことがないかなど）に関して、十分注意をはらっている	1	2	3	4
⑥ BPSD に対して、その人の視点に立って分析し、その行動の根底にある理由を理解しようとしている	1	2	3	4
⑦ 入所者が、会話に仲間入りし、他者と関わりをもてるよう、スタッフが手助けしている	1	2	3	4
⑧ 入所者が、身の回りのことを自分で少しでも行ったり、活動に参加できるよう、スタッフが手助けしている	1	2	3	4
⑨ 入所者と地域の人たちとの交流の機会がある	1	2	3	4
⑩ 認知機能が低下しても１人の人として尊重するケアを実践できるように、スタッフが研修を受ける機会がある	1	2	3	4
⑪ ケアが、入所者のニーズや関心に合っているかという視点から、ケアの質を評価する仕組みがある	1	2	3	4
⑫ 認知機能が低下しても一人の人として尊重する考え方が、施設の理念として職員に浸透している	1	2	3	4

Ⅵ BPSD を解消するための貴施設での取組み事例

問６　**過去３ヶ月の間に**、貴施設に、次のページの質問(1)に挙げた行動心理症状（BPSD）のある認知症（疑い含む）の入所者はいましたか。該当する番号に〇を付けてください。

１．いた　　２．いなかった

→ **次のページにお進みください。**

最終ページ（8 ページ）にお進みください。

過去 3 ヶ月の間に関わった行動心理症状（BPSD）のある認知症の入所者 1 名について教えてください。複数いた場合は、**BPSD に対応した期間が最も長かった方**を選択してください。その方を良くご存知の方（担当者等）のご回答をお願いいたします。

(1) **その方には**、どのような BPSD がありましたか。 **（みられたもの全てに○）**	1. 実際にないものが見えたり、聞こえたり、感じたりする 2. 盗まれた、毒をもられた、別人だなどと言って他者を攻撃する 3. 隠す、別な場所に置く、探し回る 4. 他者が傷つくような乱暴な言葉を発する 5. 他者に乱暴な行いをする 6. 不安そうに動き回る、落ち着かない 7. 施設から出たがる 8. 他者への性的に不適切な行為 9. 同じ動作や行為を何度も繰り返す 10. 我慢ができない、衝動的に行動する 11. 怒りっぽい 12. 同じことを何度も尋ねる 13. ものをためこむ 14. 大声や叫び声が続く 15. 悲観的で落ち込んでいる 16. 自分から行動しようとしない 17. 日常的な物事に関心を示さない、声かけに反応しない 18. 心配ばかりする 19. 日中うとうとする、寝てばかりいる 20. 居室／病室から出たがらない 21. 夜間寝ないで活動する 22. 異食や過食、拒絶 23. 介護されることを拒否する 24. 尿や便で汚す、何日も入浴しない 25. 幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出現 26. ボーッとして覚醒レベル低下 27. その他（　　）
(2) その方の性別**（いずれかに○）**	1. 男　　2. 女　　3. その他
(3) その方の年齢	（　　）歳
(4) 要介護度**（ひとつに○）**	1. 要介護 1　　2. 要介護 2　　3. 要介護 3 4. 要介護 4　　5. 要介護 5　　6. 申請中 7. 未申請　　8. 不明
(5) BPSD があった時期の日常生活自立度 **（ひとつに○。2 回以上あった場合は、より低下した方）**	1. J1　　2. J2　　3. A1　　4. A2　　5. B1 6. B2　　7. C1　　8. C2　　9. 不明
(6) BPSD があった時期の認知症自立度 **（ひとつに○。2 回以上あった場合は、より低下した方）**	1. Ⅰ　　2. Ⅱa　　3. Ⅱb　4. Ⅲa　5. Ⅲb　6. Ⅳ 7. M　　8. 不明
(7) 認知症の診断名 **（ひとつに○）**	1. 確定診断を受けていない　　2. アルツハイマー型認知症　　3. 脳血管性認知症 4. レビー小体型認知症　　5. 前頭側頭型認知症　　6. 2～5 以外の認知症
(8) BPSD があった時期の日常の意思の疎通 **（ひとつに○）**	1. できる　　2. 特別な場合以外できる　　3. 日常的に困難 4. できない

(9) BPSD があった時期の意欲の指標（Vitality index）**（①～⑤について、それぞれあてはまる数ひとつに○）**	① 起床（睡眠薬など薬剤の影響を除外。起床できない場合、開眼し覚醒していれば 2）	・いつも定時に起床している ・起こさないと起床しないことがある ・自分から起床することはない	2 1 0
	② 意思疎通（失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい）	・自分から挨拶する、話しかける ・挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔がみられる ・反応がない	2 1 0
	③ 食事（器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば 2。口まで運んでやった場合も積極的に食べようとすれば 2）	・自分から進んで食べようとする ・促されると食べようとする ・食事に関心がない、全く食べようとしない	2 1 0
	④ 排泄（失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば 2）	・いつも自ら便意・尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う ・時々、尿意便意を伝える ・排泄に全く興味がない	2 1 0
	⑤ リハビリ・活動（リハビリでなくとも散歩やレクリエーション、テレビでもよい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。）	・自らリハビリに向かう、活動を求める ・促されて向かう ・拒否、無関心	2 1 0

(10) BPSD があった時期、定時服用として処方されていた薬の種類数	（　　）種類 **※全ての薬を含む**
(11) BPSD があった時期、処方を受けていた薬の内容**（全てに○）**	1. 認知症治療薬　2. 内科疾患治療薬（降圧剤等） 3. 向精神薬　4. 下剤・栄養剤　5. 消炎・鎮痛剤 6. 睡眠導入薬
(12)（1）で選んだ BPSD は最初いつごろ出現しましたか。**（ひとつに○）**	1. 入所以前から　2. 初日　3. 初日以降～1 週間後以内 4. 1 週間以降～1 ヶ月後以内　5. 1 ヶ月後以降～　6. 不明
(13) BPSD は最初に出現してからどのくらい継続しています（いました）か。**（ひとつに○）**	1. 1 週間程度　2. 1 週間超 1 ヶ月程度 3. 1 ヶ月超 3 ヶ月程度　4. それ以上
(14) この方の BPSD 緩和の方針は、以下のどれに近いですか。**（ひとつに○）**	1. 非薬物療法・対応を中心に検討 2. 非薬物療法・対応を中心に薬物療法の併用も検討 3. 薬物療法を中心に非薬物療法・対応の併用も検討 4. 薬物療法を中心に検討 5. 特に方針はない
(15) BPSD の原因として、どのようなことを検討しましたか。**（検討した項目全てに○）**	1. 身体的痛み、便秘、不眠、空腹などの苦痛の影響 2. 悲しみ、怒り、寂しさなどの精神的苦痛、本人の性格などからの影響 3. 音、光、味、におい、寒暖など感覚的苦痛を与える刺激の影響 4. 家族、介護者など周囲からの過剰、放置など極端なかかわりの影響 5. 残された機能と住環境など物理的環境からの影響 6. 残された機能に及ぼす日常生活活動の影響 7. 生活歴や価値観などを活かせない今の暮らしとのズレの影響 8. 疾病や薬の副作用等の影響 9. その他（　　） 10. 特に検討していない

(16) (15)の検討において、どのような情報を活用しましたか。**（活用した情報全てに○）**	1. 施設内での過ごし方や様子をみて 2. 本人との会話から 3. 家族からの情報から 4. ケアマネジャーや主治医など在宅ケア従事者からの情報から 5. 以前入院していた病院からの情報から 6. 以前居住していた介護施設からの情報から 7. 以前に行われた ACP(将来の過ごし方の希望)に関する記録から 8. その他（　　）　9. 活用した情報はない
(17) (15)で対応を検討した主なメンバーは誰ですか。右記の中から、個別の対応について、提案や議論して一緒に検討したメンバーの職種を教えてください。**（共に検討した人全てに○）**	1. 看護師　2. 介護職　3. 医師　4. PT・OT・ST 5. 栄養士　6. 相談員・介護支援専門員 7. 薬剤師　8. その他（　　） 9. 多職種で検討していない
(18) 上記の検討を経て、BPSD を緩和するために、どのような個別の非薬物的対応（集団アクティビティへの参加を含む）をしましたか。 **（したことのある対応全てに○）** **※具体的に書く欄が不足する場合は、余白を使ってご記入ください。**	1. 外出・散歩・施設内歩行するための環境整備（職員付き添いも含む） 2. 物理的な居住環境の調整（部屋の配置、家具、照明など） 3. 職員による入所者へのコミュニケーションの工夫 （→具体的に教えてください。） 4. 職員による入所者へのケア内容の工夫 （→具体的に教えてください。） 5. 家族への面会・協力依頼 6. 傾聴ボランティアを活用する 7. 日中の離床時間の確保（リハビリ等の活用） 8. その方の好きな音楽を聴いてもらう 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 10. 絵を描いてもらう（絵手紙、塗り絵等も含む） 11. 手芸や工作など、何かつくる活動をしてもらう 12. 日常の作業（洗濯物をたたむ等）を手伝ってもらう 13. アロマオイル等の香りを用いる（アロマセラピー含む） 14. 動物と触れ合ってもらう（アニマルセラピー含む） 15. 人形と触れ合ってもらう（ドールセラピー含む） 16. コミュニケーションロボット（パロや PALRO 等を用いる） 17. その他（　　） 18. 非薬物的対応はせず、薬物療法のみで対応した
(19) 認知症治療薬について伺います。BPSD の緩和を目的にした認知症治療薬の調整が行われましたか。**（実施した全てに○）**	1. 減った　2. 一部（または全部）中止した 3. 増えた　4. 種類が追加された　5. 変更はなかった 6. 元々使用していない
(20) 向精神薬の処方薬について伺います。BPSD の緩和を目的にした、向精神薬の調整が行われましたか。**（実施した全てに○）**	1. 減った　2. 一部（または全部）中止した 3. 増えた　4. 種類が追加された　5. 変更はなかった 6. 元々使用していない

(21) 向精神薬**以外の**処方薬について伺います。BPSD の緩和を目的にしたその他の処方薬の調整が行われましたか **（実施した全てに○）**		1. 減った　2. 一部（または全部）中止した　3. 増えた 4. 種類が追加された　5. 変更はなかった 6. 元々使用していない
(22) (19)～(21)の薬物療法の調整は、誰の提案で行いましたか。**（ひとつに○）**		1. 看護師から提案　2. 主治医から提案 3. カンファレンスでの検討の結果　4. その他（　　） 5. 薬物療法の調整はしていない
(23) 屯用薬の調整をしましたか。**（ひとつに○）**		1. 屯用薬の使用量を減らした 2. 屯用薬を一部（または全部）中止した 3. 屯用薬の使用量を増やした　4. 変更しなかった 5. 元から使用していない
(24) 対応（非薬物療法・対応、薬物療法を含む）の結果、BPSD は軽減しましたか。**（ひとつに○）**		1. ほとんど見られなくなった　2. やや軽減したがまだ症状がある 3. 症状が変わりなく続いている　4．悪化した
(25) 対応の結果、その方の表情は変わりましたか。**（ひとつに○）**		1. とても穏やかになった　2．少し穏やかになった 3．変わらない　4. 険しくなった
(26) 対応の結果、対応する前と比べて右記の変化はありましたか。**（①～⑤について、それぞれあてはまる数ひとつに○）**	① 起床	1. 変わらない　2. 以前より自分から起きるようになった 3. 以前より自分から起きなくなった 4. その他（　　）
	② 意思疎通	1. 変わらない　2. 以前より取りやすくなった 3. 以前より取りにくくなった 4. その他（　　）
	③ 食事	1. 変わらない　2. 以前より自発的に食べるようになった 3. 以前より自発的に食べなくなった 4. その他（　　）
	④ 排泄	1. 変わらない　2. 以前より尿意、便意を訴えるようになった 3. 以前より尿意、便意を訴えなくなった 4. その他（　　）
	⑤ リハビリ・活動	1. 変わらない　2. 以前より自発的に参加するようになった 3. 以前より自発的に参加しなくなった 4. その他（　　）
(27) BPSD の改善や軽減（または改善や軽減しなかったこと）の結果を、職員のあいだでどのように共有しましたか。**（実施した全てに○）**		1. 変化を記録につけた　2. ケアプランに含めた 3. 申し送りをした　4. その他（　　） 5. 共有していない

Ⅶ 新型コロナウイルス（Covid-19）の感染対策による認知症ケアへの影響

問 7 新型コロナウイルス（Covid-19）の感染対策による認知症ケアへの影響についてお尋ねします。

<table>
<tr><td>(1) <u>調査回答時点</u>で、家族との面会に対してどのような対応をしていますか。（該当するもの全てに○）</td><td colspan="2">1. 全ての面会を中止　2. 面会者の人数を制限　3. 面会時間を制限
4. 1 日当たりの面会回数を制限　5. 面会者に体温測定を実施
6. 面会者にマスク着用　7. 面会前後の手指消毒
8. 面会者の連絡先等を記録　9. 無条件で面会が可能
10. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>(1)-2 <u>2020 年 4 月</u>には、感染対策として、家族との面会に対してどのような対応をしましたか。（該当するもの全てに○）</td><td colspan="2">1. 全ての面会を中止　2. 面会者の人数を制限　3. 面会時間を制限
4. 1 日当たりの面会回数を制限　5. 面会者に体温測定を実施
6. 面会者にマスク着用　7. 面会前後の手指消毒
8. 面会者の連絡先等を記録　9. 無条件で面会が可能
10. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>(2)-1 家族との面会制限は認知症の方の BPSD に影響したと思いますか。（ひとつに○）</td><td colspan="2">1. 影響したと思う入所者がいた
2. 影響したと思う入所者はいなかった
3. 面会制限はしなかったのでわからない</td></tr>
<tr><td rowspan="3">(2)-2 家族との面会制限を代替するための方法をとりましたか。（ひとつに○）</td><td colspan="2">1. はい　2. いいえ　3. 面会制限していない</td></tr>
<tr><td>(2)-2-1 その方法はどのようなものですか。（該当するもの全てに○）</td><td>1. オンライン面会（ZOOM や SKYPE などの利用）
2. 電話
3. 手紙
4. その他
（　　）</td></tr>
<tr><td>(2)-2-2 BPSD 緩和のための方法として効果のあった入所者はいましたか。（該当する全てに○）</td><td>1. 効果のある入所者がいた
2. 逆効果（混乱するなど）のある入所者がいた
3. 効果はわからなかった
4. BPSD のある入所者には実施しなかった</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(3)-1 ケアスタッフの中で新型コロナウイルスにより出勤できない人がいましたか。（ひとつに○）</td><td colspan="2">1. いた　2. いない</td></tr>
<tr><td>(3)-2 入所者の BPSD への対応に影響がありましたか。（ひとつに○）</td><td>1. 影響のある入所者がいた
2. 影響のある入所者はいなかった
3. 影響はわからなかった</td></tr>
</table>

(4) 面会制限時のオンライン面会の体制整備状況を教えてください。 **（①～⑤について、それぞれあてはまる数ひとつに〇。その他は⑥へご記入ください。）** **※オンライン面会をしていない場合も、体制の有無について御回答をお願いいたします。**	① オンライン面会をするための機器（タブレット等）	1. 十分にある　2. あるが不十分 3. ない
	② 通信環境（wifi 等）	1. 十分にある　2. あるが不十分 3. ない
	③ オンライン面会に付き添う職員の人員確保	1. 確保可能　2. 時間によっては確保可能 3. 確保困難
	④ 家族の希望状況	1. オンライン面会を希望する家族が多い 2. オンライン面会を希望する家族は少ない 3. わからない
	⑤ オンライン面会の必要性	1. 感じている　2. 感じていない
	⑥ その他　（　　）	

調査は終了です。ご協力ありがとうございました。返送用封筒でご返送をお願いします。

【介護療養型医療施設調査】

Ⅰ　貴法人の体制

問 1　貴法人の体制についてお伺いします。

(1) 貴法人または関連法人が指定を受けている介護保険サービスに○を付け、それぞれ指定を受けた年を教えてください。	介護保険サービス（**該当番号に○**）	サービス指定年（西暦）
	1. 介護療養型医療施設	西暦　　年
	2. 介護医療院	西暦　　年
	3. 短期入所療養介護	西暦　　年
	4. 療養通所介護	西暦　　年
	5. その他（　　）	西暦　　年
(2) 開設主体（**ひとつに○**）	1. 医療法人　2. 社団･財団法人　3. 個人 4. その他（　　）	
(3) 病院･診療所の併設状況（**ひとつに○**）	1. 病院を併設　2．診療所を併設　3．併設医療機関なし	
(4) 職員配置（**該当するものに○**）	看護職員	1. 6 対 1 程度　2. 6 対 1 より手厚い
	介護職員	1. 6 対 1 程度　2. 5 対 1 程度 3. 5 対 1 より手厚い
(5) 介護療養型医療施設の病床数	（　　）床	

Ⅱ　入所者の状況（記入日時点）

問 2　**ご記入日時点**の入所者の状況についてお伺いします。

(1) 入所者の要介護度別人数（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 医療処置の必要な入所者人数（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	医療処置の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 喀痰吸引の実施人数						人
		② 経管栄養の実施人数						人
		③ 膀胱留置カテーテル･導尿等の実施人数						人
		④ 24 時間持続点滴の実施人数						人
		⑤ ①～④以外の医療処置の実施人数						人
	医療処置が必要な入所者数（重複を除く） **（上記①～⑤で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑤の合計人数より少なくなります。）**							人
(3) 認知症のある入所者の人数（**該当者がいない場合は 0 を記入**）	① 認知症の診断のある入所者人数							人
	② 認知症疑いの入所者人数							人

(4) やむを得ない理由による身体拘束の実施人数**（時間を限定して拘束している人も含む。該当者がいない場合は０を記入）**	身体拘束の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 車いすや椅子への固定を（体幹や四肢をひもやＹ字型拘束帯等によって）している入所者数	人
		② ベッドへの固定を（体幹や四肢をひもで）している入所者数	人
		③ ベッドを四点柵で囲んでいる入所者数	人
		④ ミトン型の手袋を付けている入所者数	人
		⑤ 介護衣（つなぎ服）を着せている入所者数	人
		⑥ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用している入所者数（例：状態に応じて調整しない等）	人
		⑦ 部屋のドアにカギをかけている入所者数	人
	身体拘束が必要な入所者数（重複を除く） **（上記①～⑦で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑦の合計人数より少なくなります。）**		人

Ⅲ　入退所の状況（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）

問３　入退所の状況**（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）**についてお伺いします。

(1) 新規入所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	入所前の居場所別人数	① 自宅	人
		② 介護施設･居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型･介護医療院･医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ その他	人
	新規入所者数**（①～⑥の合計者数）**		人
(2) 退所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	退所先別人数	① 自宅	人
		② 介護施設･居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型･介護医療院･医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ 施設内で死亡	人
		⑦ その他	人
	退所者数**（①～⑦の合計者数）**		人

以降は調査票（介護医療院調査）の問４以降と同様

【地域包括ケア病棟調査】

Ⅰ　貴法人の体制

問 1　貴法人の体制についてお伺いします。

(1) 開設主体**（ひとつに○）**	1. 医療法人　2. 社団･財団法人　3. 個人 4. その他（　　）		
(2) 病院全体の病床数	（　　）床		
(3) 地域包括ケア病棟の病床数	（　　）床		
(4) 地域包括ケア病棟の看護配置**（ひとつに○）**	1. 7 対 1　2. 10 対 1　3. 13 対 1		
(5) 地域包括ケア病棟に所属する職員の人数 **（該当者がいない場合は 0 を記入）**	看護職員	常勤	人
		非常勤	人
	看護補助者（助手）	常勤	人
		非常勤	人

Ⅱ　入院患者の状況（記入日時点）

問 2　**ご記入日時点**の地域包括ケア病棟の入院患者の状況についてお伺いします。

(2) 患者の要介護度別人数 **（該当者がいない場合は 0 を記入）**	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 医療処置の必要な患者人数 **（該当者がいない場合は 0 を記入）**	医療処置の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 喀痰吸引の実施人数	人
		② 経管栄養の実施人数	人
		③ 膀胱留置カテーテル･導尿等の実施人数	人
		④ 24 時間持続点滴の実施人数	人
		⑤ ①～④以外の医療処置の実施人数	人
	医療処置が必要な患者数（重複を除く） **（上記①～⑤で重複して実施した患者がいる場合、①～⑤の合計人数より少なくなります。）**		人
(3) 認知症のある患者の人数 **（該当者がいない場合は 0 を記入）**	① 認知症の診断のある患者人数		人
	② 認知症疑いの患者人数		人

(4) やむを得ない理由による身体拘束の実施人数**（時間を限定して拘束している人も含む。該当者がいない場合は０を記入）**	身体拘束の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 車いすや椅子への固定を（体幹や四肢をひもやＹ字型拘束帯等によって）している患者数	人
		② ベッドへの固定を（体幹や四肢をひもで）している患者数	人
		③ ベッドを四点柵で囲んでいる患者数	人
		④ ミトン型の手袋を付けている患者数	人
		⑤ 介護衣（つなぎ服）を着せている患者数	人
		⑥ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用している患者数（例：状態に応じて調整しない等）	人
		⑦ 部屋のドアにカギをかけている患者数	人
	身体拘束が必要な患者数（重複を除く） **（上記①～⑦で重複して実施した患者がいる場合、①～⑦の合計人数より少なくなります。）**		人

Ⅲ 地域包括ケア病棟の入退院（棟）の状況（2020 年９月の１ヶ月間）

問３ 地域包括ケア病棟の入退院(棟)の状況**（2020 年９月の１ヶ月間）**についてお伺いします。

(1) 新規に地域包括ケア病棟に入った患者数**（院内から転棟した患者を含む。該当者がいない場合は０を記入）**	貴病棟に入る前の居場所別人数	① 自宅	人
		② 介護施設・居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型・介護医療院・医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ その他	人
	新規に地域包括ケア病棟に入った患者数**（①～⑥の合計者数）**		人
(2) 病棟から退院した患者数**（院内に転棟した患者を含む。該当者がいない場合は０を記入）**	退所先別人数	① 自宅	人
		② 介護施設・居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型・介護医療院・医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ 病棟内で死亡	人
		⑦ その他	人
	病棟から退院した患者数**（①～⑦の合計者数）**		人

以降は調査票（介護医療院調査）の問４以降と同様

【特別養護老人ホーム調査】

Ⅰ　貴法人の体制

問 1　貴法人の体制についてお伺いします。

(1) 貴施設の開設年		西暦（　　）年
(2) 貴施設の定員数		（　　）名
(3) 貴施設には、以下のどのタイプの居室がありますか。**（該当するものすべてに○）**		1. 従来型多床室　2. 従来型個室　3. ユニット型 4. その他（　　）
(4) **現在**、貴施設が併設する介護保険サービスの種類に○を付けてください。**（すべてに○）**		1．訪問介護　2．訪問看護　3．通所介護　4．短期入所生活介護 5．地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　6．その他の地域密着型サービス　7．介護老人保健施設、介護医療院などの介護保険施設 8．その他（　　）
(5) 職員に関する加算の算定状況 **（該当するものに○）**	看護職員体制加算	1．ⅠまたはⅡを算定している 2. 加算は算定していないが条件は満たしている 3. 条件を満たしていないので加算算定していない
	介護職員処遇改善加算	1．ⅠまたはⅡまたはⅢを算定している 2．ⅣまたはⅤを算定している 3．いずれも算定していない
	介護職員等特定処遇改善加算	1．ⅠまたはⅡを算定している　2. いずれも算定していない
(6) 配置医師の勤務状況		1．常勤（　　）名 2．非常勤（　　）名　のべ月（　　）日
(7) 協力病院との関係**（該当するものに○）**		1．隣接・併設している　2．隣接・併設していない

Ⅱ　入所者の状況（記入日時点）

問 2　**ご記入日時点の**入所者の状況についてお伺いします。

(3) 入所者の要介護度別人数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 医療処置の必要な入所者人数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	医療処置の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 喀痰吸引の実施人数						人
		② 経管栄養の実施人数						人
		③ 膀胱留置カテーテル・導尿等の実施人数						人
		④ 24 時間持続点滴の実施人数						人
		⑤ ①～④以外の医療処置の実施人数						人
	医療処置が必要な入所者数（重複を除く） **（上記①～⑤で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑤の合計人数より少なくなります。）**							人
(3) 認知症のある入所者の人数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	① 認知症の診断のある入所者人数							人
	② 認知症疑いの入所者人数							人

(4) やむを得ない理由による身体拘束の実施人数**（時間を限定して拘束している人も含む。該当者がいない場合は０を記入）**	身体拘束の内訳 **※重複する場合は重複した人数をご記入ください。**	① 車いすや椅子への固定を（体幹や四肢をひもやＹ字型拘束帯等によって）している入所者数	人
		② ベッドへの固定を（体幹や四肢をひもで）している入所者数	人
		③ ベッドを四点柵で囲んでいる入所者数	人
		④ ミトン型の手袋を付けている入所者数	人
		⑤ 介護衣（つなぎ服）を着せている入所者数	人
		⑥ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用している入所者数（例：状態に応じて調整しない等）	人
		⑦ 部屋のドアにカギをかけている入所者数	人
	身体拘束が必要な入所者数（重複を除く）**（上記①～⑦で重複して実施した入所者がいる場合、①～⑦の合計人数より少なくなります。）**		人

Ⅲ　入退所の状況（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）

問３　入退所の状況**（2020 年４月～9 月までの６ヶ月間）**についてお伺いします。

(1) 新規入所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	入所前の居場所別人数	① 自宅	人
		② 介護施設･居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型･介護医療院･医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ その他	人
	新規入所者数**（①～⑥の合計者数）**		人
(2) 退所者数 **（該当者がいない場合は０を記入）**	退所先別人数	① 自宅	人
		② 介護施設･居住系施設（特養、老健、有料、サ付き、GH）	人
		③ 介護療養型･介護医療院･医療療養	人
		④ 一般病院（棟）	人
		⑤ 精神科病院（棟）	人
		⑥ 入院後３日以内に死亡	人
		⑦ 施設内で死亡	人
		⑧ その他	人
	退所者数**（①～⑧の合計者数）**		人

以降は調査票（介護医療院調査）の問４以降と同様

■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

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。