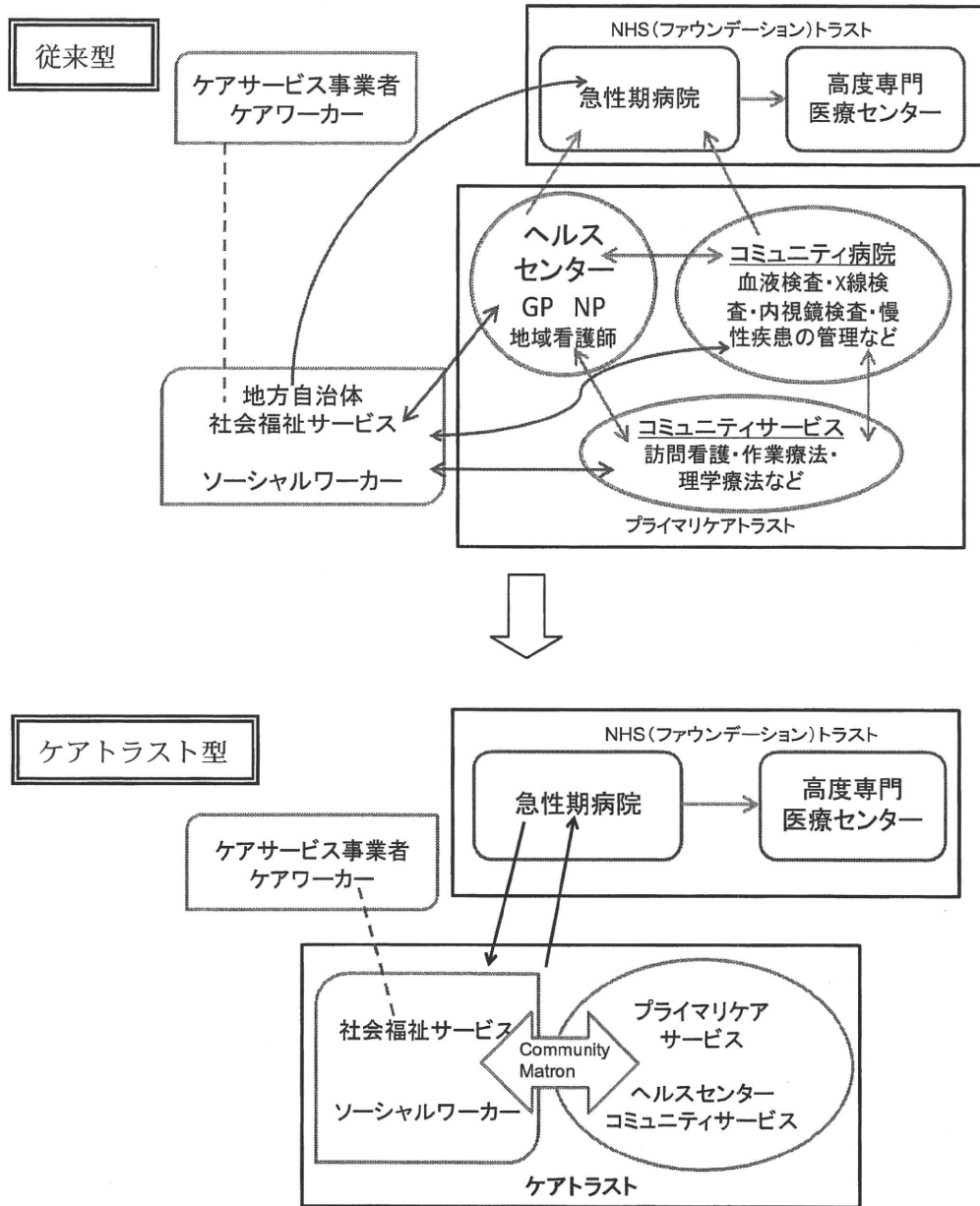


図3 従来型の連携からケアトラスト型の連携への変化



D. 考察

従事者の関係に注目した考察を通じて、連携に関する連絡・調整の場面で看護師が重要な役割を担っていることが明らかになった。たとえば重度要介護者へのケースマネジメントについては、医療と介護の両方について知識・技能を持つという点で、ソーシャルワーカーよりも地域看護師長（Community Matron）の働きが期待されていた。また、ソーシャルワーカーは国家資格であるものの、それ以外の介護に関する職業には国家資格制度がある訳ではなく、介護職の養成も医療補助職と共通したものであった。つまり、介護従事者が医師・看護師などの医療従事者の補助的な役割を果たす存在として、相対的に下位に位置付けられていた。ただし、地域での看護師と家庭医との関係、病院での病棟看護師と看護助手などの補助職との関係をはじめ、役割分担の在り方や給与水準に関しては今後も議論すべき点が数多く残されているといえた。

E. 結論

労働党政権期の退院支援システムを整備する政策の特徴は、従来からの大きな制度枠組みは維持したまま、制度間の調整、従事者の協働を図ることで医療・介護連携を促進しようとするものであった。けれども、退院患者の受け入れ先は必ずしも十分ではなく、再入院患者も増加するなど、方策には限界があった。医療・介護従事者の関係への検討を通じて浮かび上がってきたことは、イギリスでは医療制度を主軸に置いて医療・介護連携を進める地域包括ケアが形成されつつあるのだということである。それは同時に、医療と介護を通じた、国と地方自治体との関係を浮き彫りにしているようでもあった。イギリスの医療・介護連携を理解する上で、国と地方の関係も含めて、あらゆる施策の中で医療と介護がどのように位置付けられているのかを、改めて検証することが今後の課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

白瀬由美香「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』
No.174, 2011年3月.

2) 学会発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

第2章

認知症ケアにおける 医療・介護連携

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 22 年度分担研究報告書

認知症高齢者における BPSD の発生状況と介護支援専門員の対応の実態

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

研究協力者 森上淑美（兵庫県介護支援専門員協会 会長）

【研究要旨】

本研究は、認知症を有する方に極めて高い率で出現し、かつ、介護負担感に大きく影響を及ぼす“認知症に伴う行動と心理の症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）”に焦点を当て、その発生状況と介護支援専門員の関与の実態を把握し、認知症ケアマネジメントの質向上に向けた今後の対策を検討する上での基礎データを収集することを目的とする。

今回、兵庫県下の介護支援専門員 2,973 人に無記名自記式質問紙を送付し、各人が有する利用者で、「認知症自立度がランクⅡ以上で、かつ、3ヶ月以上担当している方」の条件に該当した方のうち、直近に契約した1事例について、①基本属性、②介護者の状況、③認知機能および BPSD の状況、④BPSD への介護支援専門員の対応状況、⑤本人・家族への支援状況などを質問した。有効回答 235 事例を分析した結果、

- 1) 認知症診断名は、「アルツハイマー病」55.3%、「脳血管性認知症」12.3%であった。
- 2) 認知症自立度は、「ランクⅢa」26.0%、「ランクⅡb」25.5%と、この両方で約半数を占めていた。
- 3) 家族の介護負担感は「非常に～まあまあ負担」の割合が77.5%を占めていた。
- 4) 家族の日常生活や心身等への影響は、「精神的疲労」（70.2%）が最も多く、次いで「身体疲労」（42.6%）、「睡眠不足」（27.2%）、「外出できない」（37.9%）の順であった。
- 5) BPSD 発生率をみると、アルツハイマー病、脳血管性認知症とも、「易刺激性」「妄想」「攻撃性」が高かった。
- 6) BPSD 発生頻度“週に数回～ほぼ毎日”の割合をみると、アルツハイマー病では、「食欲障害」「攻撃性」「アパシー」の順、脳血管性認知症では、「妄想」「幻覚」「抑うつ」「食欲障害」の順であった。
- 7) 脳血管性認知症では、約半数が、3ヶ月前に比べて BPSD が重症化していた。
- 8) BPSD の重症化予防のためのチェック状況を聞いたところ、「感染症」「薬剤の BPSD 副作用」「不適切な環境」のチェックなどの実施率が低かった。

などがわかった。

先行研究によると、BPSD を悪化させる要因別割合は、「薬剤によるもの」37.7%、「身体合併症によるもの」23.0%、「家族・介護環境によるもの」10.7%であること、その後の適切な心理社会的介入や薬物介入によって、BPSD の大きく改善したと報告されている。

今回の調査から、これら BPSD 悪化要因となる薬剤や身体合併症のチェックが、現時点で十分行われているとは言えないことがわかった。アセスメントの項目に、これら情報を追加するとともに、薬剤師や看護職との連携を強化していくことが、今後の課題と言える。

A. はじめに

認知症に伴う行動と心理症状（以下、BPSD）を有する方に対しては、ケア及びケアマネジメントの質が、その方の日常生活に大きな影響を及ぼすと言われている。

しかし、BPSD の実態とそれに対する介護支援専門員の関与の実態は明らかにされていない。そこで、これら実態を明らかにすることを目的としたアンケート調査を実施した。

B. 対象および方法

1. 対象

兵庫県介護支援専門員協会会員 235 人を調査対象とした。

2. 方法

調査依頼書、自記式質問紙、研究内容説明書と同意書を協会全会員に郵送、介護支援専門員からご家族に研究内容を説明し、同意が得られた事例について、郵送返送にて回収した。説明書には、研究目的、成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを明記した。調査期間は平成 22 年 10～11 月中旬である。

回答者の属性に関しては、基礎職種などを質問した。認知症の方の属性および介護支援専門員の関与に関しては、担当開始から 3 ヶ月以上経過し、かつ、現時点の認知症自立度がランク II～M の方（介護支援専門員が評価）のうち、最も直近に契約した 1 事例を抽出し、その方の①基本属性（年齢階級、要介護度）、②介護者の状況と介護負担感、③認知機能および BPSD の状況、④ BPSD に対する対応状況、⑤本人・家族への支援内容などを質問した。

有効送付数 2,598 名（住所不定 16 名、調査対象外（病院勤務等）359 名を除く）、回収数は 256 名（回収率 9.9%）で、うち、抽出条件に該当する利用者を有さなかった 21 名を除く介護支援専門員 235 名、および 235 事例を分析対象とした。

3. 倫理的配慮

本研究は、国立社会保障・人口問題研究所の研究倫理審査委員会の承認（承認番号 IPSS-IRBA#10001）を得て実施したものである。

C. 結果

1. 回答者の主な属性 (n=235)

回答した介護支援専門員 235 人の基礎資格は、「介護福祉士」47.2%、「看護職」26.4%、「社会福祉士」10.6%の順、所属法人は、「民間企業」33.6%、「社会福祉法人・社会福祉協議会」31.1%、「医療法人」20.9%の順であった。

表 1. 回答者（介護支援専門員）の基礎職種

	合 計	看護職	社会 福祉士	介護 福祉士	その他 医療系	その他 福祉系	その他
人数（人）	235	62	25	111	14	18	5
割合（%）	100.0	26.4	10.6	47.2	6.0	7.7	2.1

注. その他医療系とは、栄養士 4 人、歯科衛生士 6 人、薬剤師 4 人のこと。その他福祉系とは、社会福祉主事 5 人、ホームヘルパー 13 人のこと。

表 2. 回答者（介護支援専門員）の所属法人

	合 計	医療 法人	社福 法人等	民間 企業	市町村	社団 法人	財団 法人	その他
人数（人）	235	49	73	79	8	6	4	16
割合（%）	100.0	20.9	31.1	33.6	3.4	2.6	1.7	6.8

注. 社福法人等とは、社会福祉法人および社会福祉協議会のこと。

2. 利用者の属性／家族の状況 (n=235)

1) 利用者の属性 (n=235)

利用者の年齢階級は、「75-84歳」48.1%、「85歳以上」37.0%であった。

要介護度は、「要介護1」が28.1%と最も多く、次いで「要介護2」23.8%、「要介護3」19.1%の順であった。要介護1-2が全体の51.9%を占めていた。

認知症診断名は、「アルツハイマー病」55.3%、「脳血管性認知症」12.3%であった。

認知症自立度は、「ランクⅢa」26.0%、「ランクⅡb」25.5%、「ランクⅢb」「ランクⅣ」16.6%、「ランクⅡa」13.2%の順であった。

寝たきり度は、「ランクA」38.3%、「ランクJ」28.9%、「ランクB」15.3%の順であった。

表3. 利用者の基本属性

ア) 年齢階級

	合計	40-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	未回答
人数(人)	235	3	30	113	87	2
割合(%)	100.0	1.3	12.8	48.1	37.0	0.9

イ) 要介護度

	合計	要支援				要介護			未回答
		1	2	1	2	3	4	5	
人数(人)	235	8	11	66	56	45	33	13	3
割合(%)	100.0	3.4	4.7	28.1	23.8	19.1	14.0	5.5	1.3

ウ) 認知症診断名

	合計	アルツハイマー病	脳血管性認知症	レビー小体病	前頭葉側頭葉型認知症	その他・記載なし	未回答
人数(人)	235	130	29	5	6	59	6
割合(%)	100.0	55.3	12.3	2.1	2.6	25.1	2.6

エ) 認知症自立度

	合計	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	未回答
人数(人)	235	31	60	61	39	39	1	2	2
割合(%)	100.0	13.2	25.5	26.0	16.6	16.6	0.4	0.9	0.9

オ) 寝たきり度

	合計	自立	J	A	B	C	不明
人数(人)	235	30	68	90	36	9	2
割合(%)	100.0	12.8	28.9	38.3	15.3	3.8	0.9

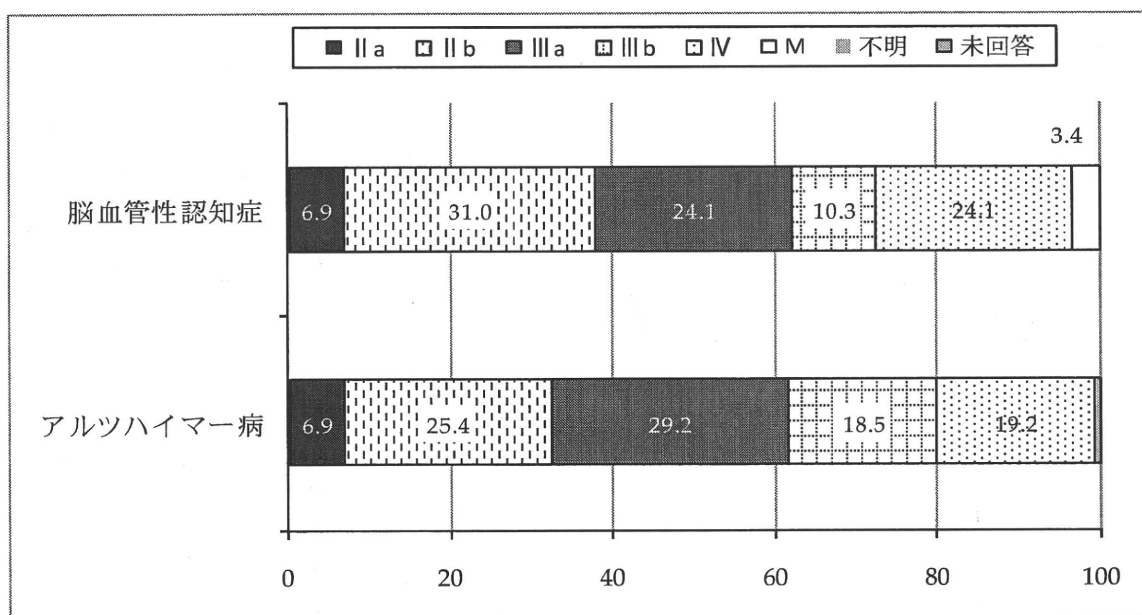
ここで、病名と認知症自立度の関係を見た。

アルツハイマー病では「ランクⅢa」が、脳血管性認知症では「ランクⅡb」が最も多かった。両疾患とも、「ランクⅡb～ランクⅢa」が5割強を占めていた。

表 4. 病名と認知症自立度の関係

	合計	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	未回答
人数 (人)									
合計	235	31	60	61	39	39	1	2	2
構成割合 (%)									
合計	100.0	13.2	25.5	26.0	16.6	16.6	0.4	0.9	0.9
アルツハイマー病	100.0	6.9	25.4	29.2	18.5	19.2	0.0	0.0	0.8
脳血管性認知症	100.0	6.9	31.0	24.1	10.3	24.1	3.4	0.0	0.0
レビー小体病	100.0	20.0	0.0	20.0	0.0	60.0	0.0	0.0	0.0
前頭葉側頭葉型認知症	100.0	0.0	16.7	33.3	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0
その他	100.0	13.6	22.7	22.7	27.3	9.1	0.0	4.5	0.0
意見書に記載なし	100.0	35.1	29.7	18.9	10.8	2.7	0.0	2.7	0.0
未回答	100.0	50.0	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7

図 1. 脳血管性認知症／アルツハイマー病別にみた認知症自立度の分布状況



2) 家族の状況 (n=235)

同居形態は、「独居」23.4%、「本人と配偶者」22.6%、「本人と子供」11.9%、「本人と配偶者と子供」8.9%の順で、独居ないし夫婦二人暮らしが全体の46.0%を占めていた。

主たる介護者は、「娘」25.1%、「妻」20.0%、「息子」14.0%の順で、妻ないし娘が45.1%を占めていた。

家族介護力は、「日中、夜間とも部分的に介護できる者がいる」が34.0%、「常時介護に専念できる者が1名いる」が22.6%、「夜間は部分的に介護できる者がいる」が13.6%であった。なお、「介護者なし」の回答は17.9%であった。

家族による介護時間は、「8時間以上」が34.5%で最も多く、次いで「4-6時間」(12.3%)、「2-4時間」(11.5%)の順であった。

夜間介護の必要性は、「必要あり」54.9%、「必要なし」37.4%であった。

家族の介護負担感は、「まあまあ負担」42.6%、「非常に負担」34.9%、「あまり負担でない」10.6%であった。「非常に～まあまあ負担」の割合は77.5%、「負担なし」は11.5%であった。

家族の日常生活や心身等への影響は、「精神的疲労」(70.2%)が最も多く、次いで「身体疲労」(42.6%)、「睡眠不足」(27.2%)、「思うように外出できない」(37.9%)の順であった。

表 5. 家族の状況

ア) 同居形態 (主なもの)

	合 計	独居	本人/ 配偶者	本人/ 子	本人/ 配偶者 /子	本人/ 子/子 の配偶 者/親 族	本人/ 子/子 の配偶 者	本人/ 配偶者 /子/子 の配偶 者	その他
人数 (人)	235	55	53	28	21	20	19	9	30
割合 (%)	100.0	23.4	22.6	11.9	8.9	8.5	8.1	3.8	12.8

イ) 主たる介護者 (主なもの)

	合 計	夫	妻	娘	息子	娘の 夫	息子 の妻	事業 者	その 他	未回 答
人数 (人)	235	24	47	59	33	1	32	22	15	2
割合 (%)	100.0	10.2	20.0	25.1	14.0	0.4	13.6	9.4	6.4	0.9

ウ) 家族介護力

	合 計	介護者なし	夜間部分的にあり	にあり 日中、夜間とも部分的	常時介護者一名あり	部分的介護者あり	常時介護者、 常時介護者二名以上	未回答
人数 (人)	235	42	32	80	53	25	2	1
割合 (%)	100.0	17.9	13.6	34.0	22.6	10.6	0.9	0.4

エ) 家族による介護時間（利用者が1日中在宅の場合）

	合 計	家族介護なし	事はない 一日中家にいる	2時間 未満	2-4 時間	4-6 時間	6-8 時間	8時間 以上	未回答
人数（人）	235	44	10	25	27	29	12	81	7
割合（％）	100.0	18.7	4.3	10.6	11.5	12.3	5.1	34.5	3.0

オ) 夜間介護の必要性

	合 計	あり	なし	不明	未回答
人数（人）	235	130	88	15	2
割合（％）	100.0	54.9	37.4	6.4	0.9

カ) 家族の介護負担感

	合 計	非常に負担	まあまあ負担	あまり負担でない	全く負担でない	家族介護なし	未回答
人数（人）	235	82	100	25	2	24	2
割合（％）	100.0	34.9	42.6	10.6	0.9	10.2	0.9

キ) 利用者と家族の関係性

	合 計	非常に良好	まあまあ良好	あまり良好ではない	全く良好ではない	家族はいない	未回答
人数（人）	235	45	131	40	6	11	2
割合（％）	100.0	19.1	55.7	17.0	2.6	4.7	0.9

ク) 家族の日常生活や心身への影響（複数回答）

	全 体	仕事に出られない	身体疲労	精神的疲労	睡眠不足	家事に手が回らない	家庭内不和	経済的負担	外出できない	思うように	その他
人数（人）	235	24	100	165	64	30	34	38	89	30	
割合（％）	100.0	10.2	42.6	70.2	27.2	12.8	14.5	16.2	37.9	12.8	

3) BPSD の発生状況 (n=221)

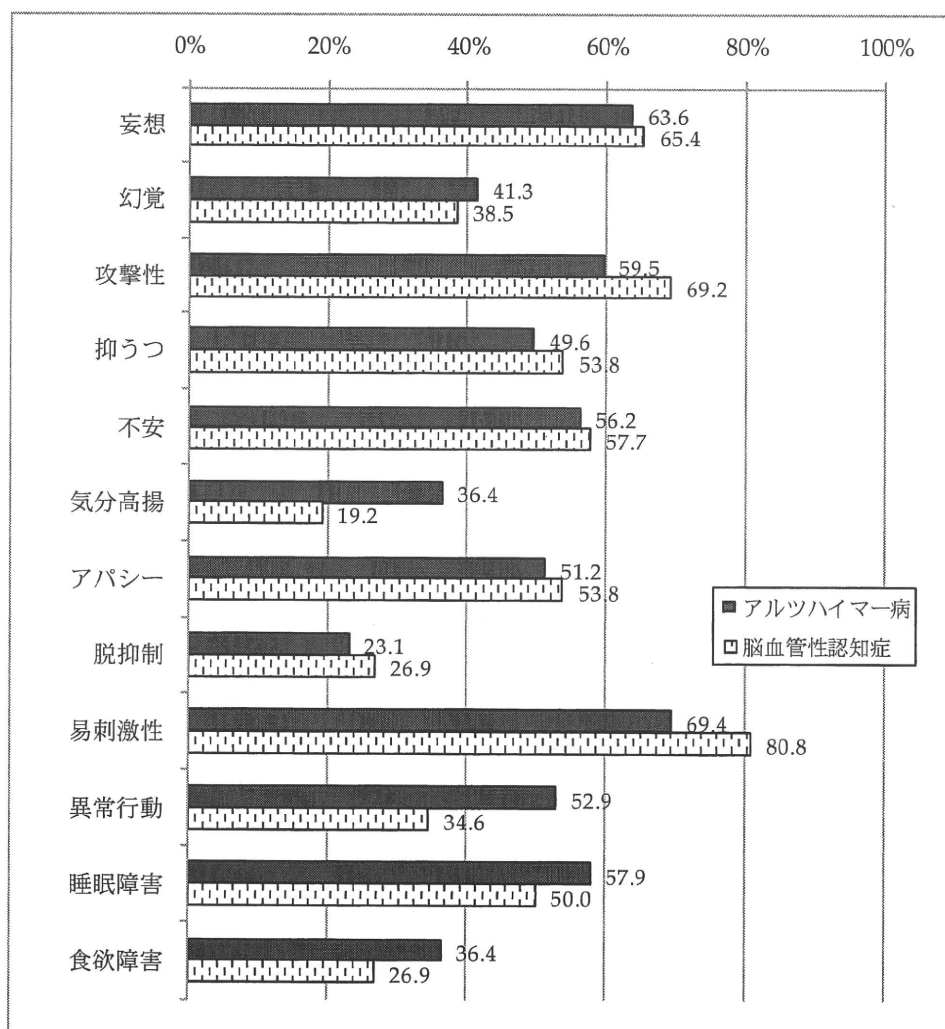
(1) 発生率

本アンケートでは、NPI (Neuro Psychiatric Inventory) 12 項目 (①妄想、②幻覚、③激越と攻撃性、④抑うつ状態と不快気分、⑤不安、⑥気分高揚と多幸、⑦アパシーと無関心、⑧脱抑制、⑨易刺激性と不安定性、⑩異常な運動行動、⑪睡眠障害、⑫食欲障害と摂食障害) の有無、頻度、重症度、精神的負担感を調査した。

まず、12 項目の頻度全てに回答があった 221 名のうち、何らかの BPSD を有する者は 214 名 (96.8%) であった。

ここで、項目別にみた BPSD 発生率を主な疾患¹別にみると、アルツハイマー病では、「易刺激性」69.4%、「妄想」63.6%、「攻撃性」59.5%の順、脳血管性認知症では、「易刺激性」80.8%、「攻撃性」69.2%、「妄想」65.4%の順であった。「妄想」「攻撃性」「抑うつ」「不安」「アパシー」「脱抑制」「易刺激性」は脳血管性認知症の方が、「幻覚」「気分高揚」「異常行動」「睡眠障害」「食欲障害」はアルツハイマー病の方が、発生率が高かった。

図 2. 主な傷病別に見た項目別 BPSD 発生率



¹ 本アンケートでは、アルツハイマー病 (n=121) と脳血管性認知症 (n=26) が対象者として多かったため、この 2 疾患について分析を行った。

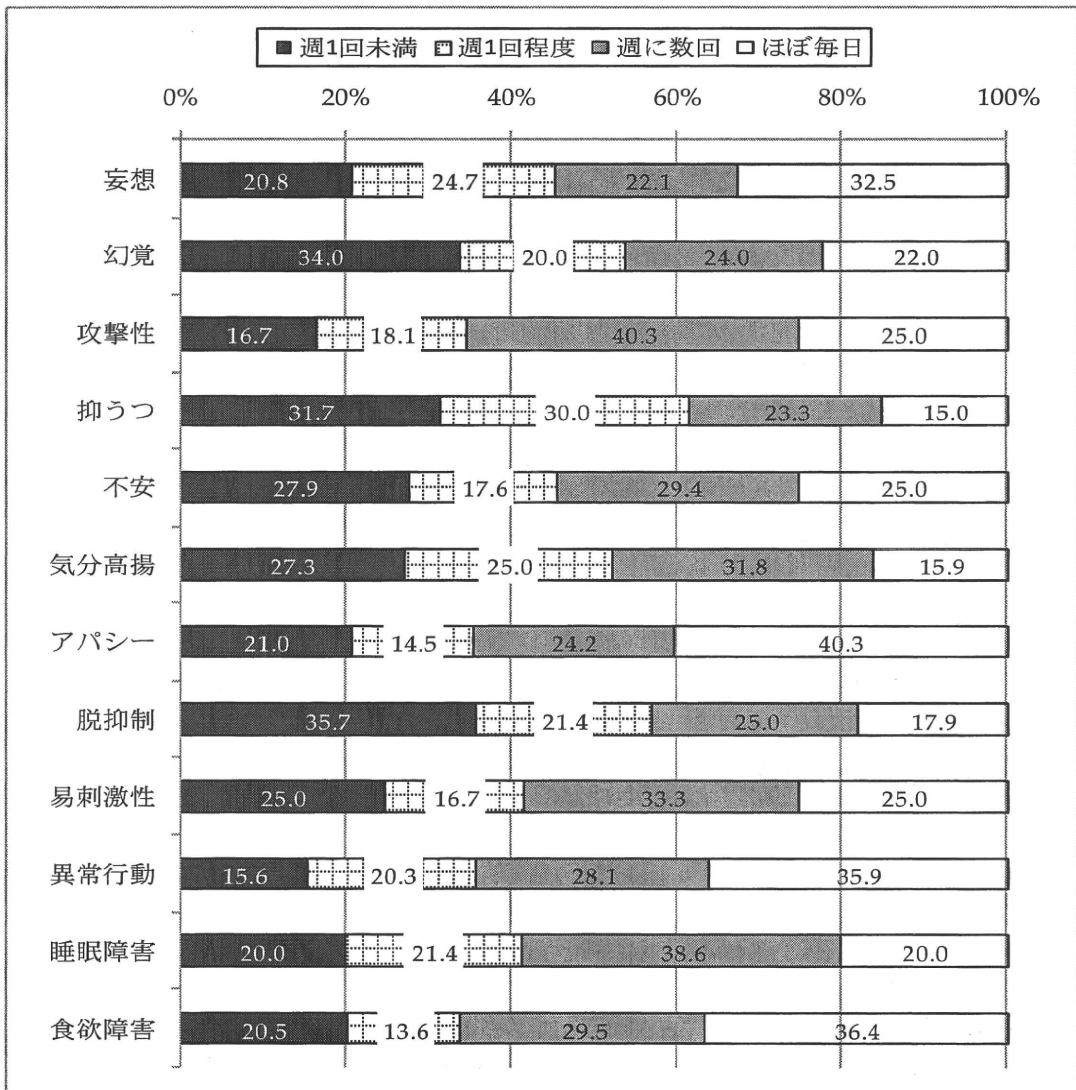
(2) 発生頻度

次に、項目別にみた BPSD 発生頻度を、主な疾患別にみた。

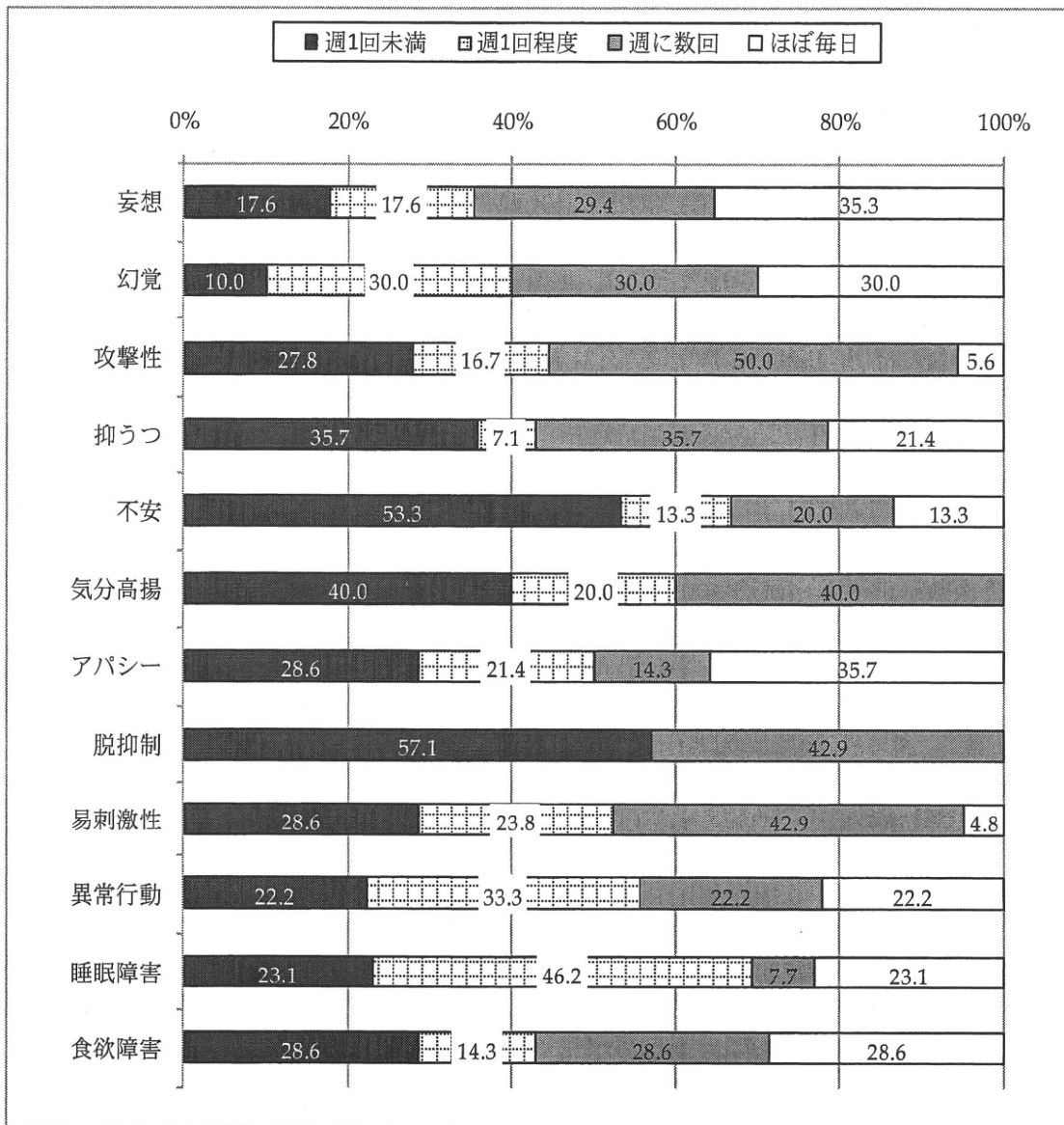
ここで、“週に数回～ほぼ毎日”の割合をみると、アルツハイマー病では、「食欲障害」65.9%、「攻撃性」65.3%、「アパシー」64.5%の順、脳血管性認知症では、「妄想」64.7%、「幻覚」60.0%、「抑うつ」「食欲障害」57.1%の順であった。

図 3. 主な傷病別にみた項目別 BPSD 発生頻度

ア) アルツハイマー病 (n=121)



イ) 脳血管性認知症 (n=26)



(3) 発生率と発生頻度の関係

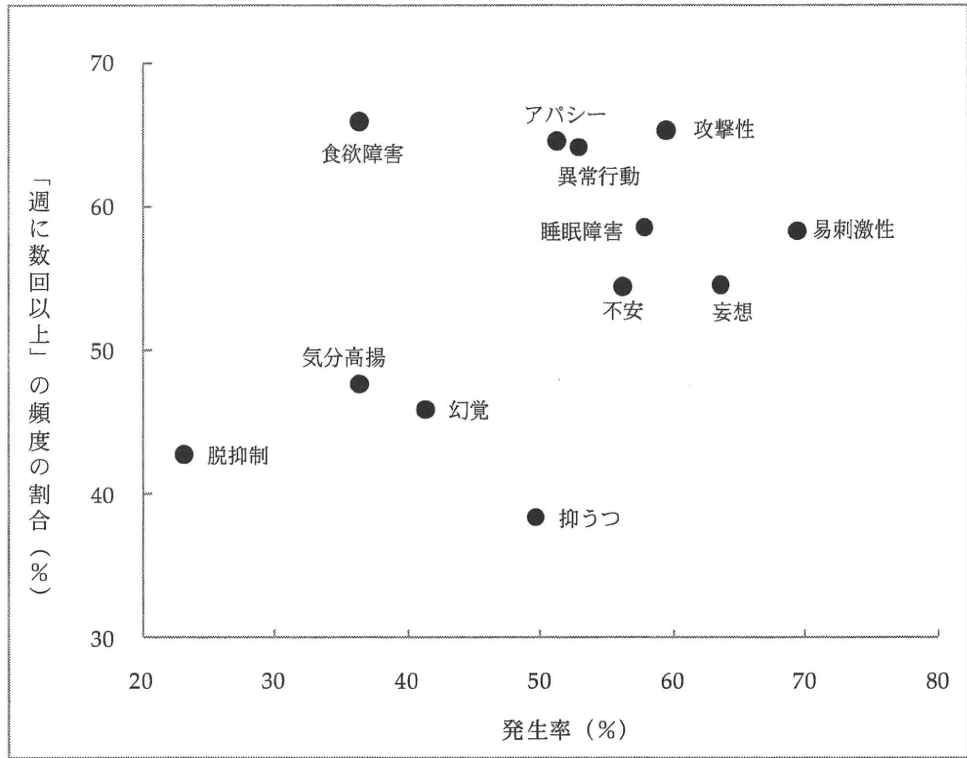
次に、BPSD 各項目の発生率と発生頻度の関係を、主な疾患別にみた。

アルツハイマー病では、「攻撃性」「易刺激性」「アパシー」「異常行動」「睡眠障害」「不安」「妄想」「食欲障害」などが、発生率、頻度ともに高かった。

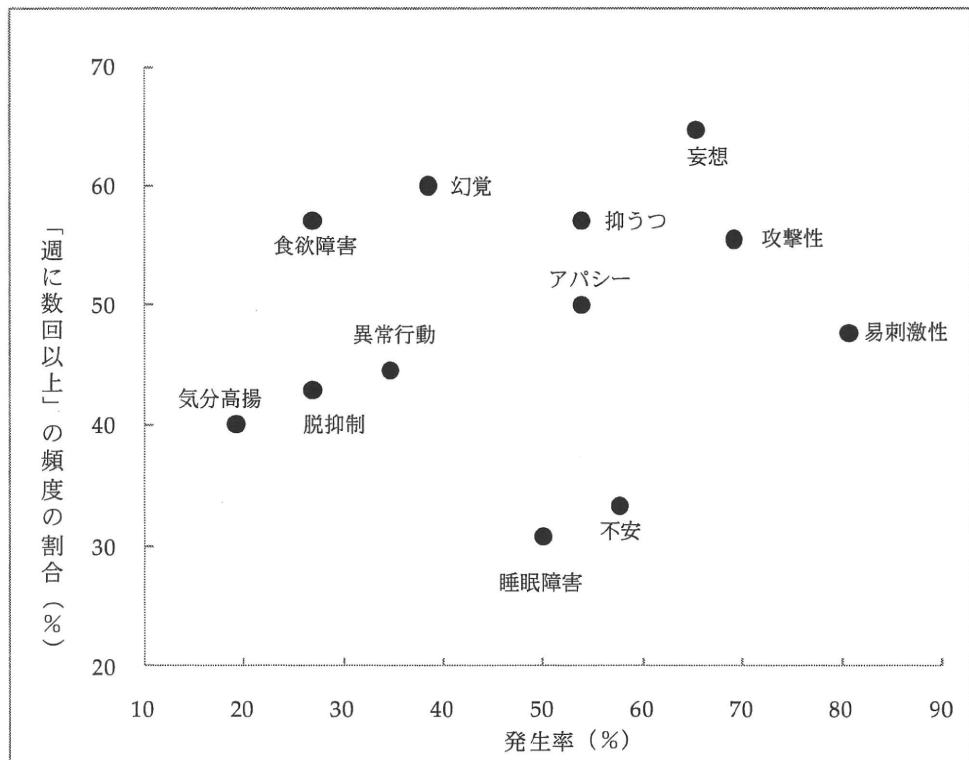
脳血管性認知症では、「妄想」「攻撃性」「幻覚」「アパシー」「抑うつ」などが、発生率、頻度ともに高かった。

図 4. 主な傷病別に見た発生率と発生頻度の関係

ア) アルツハイマー病 (n=121)



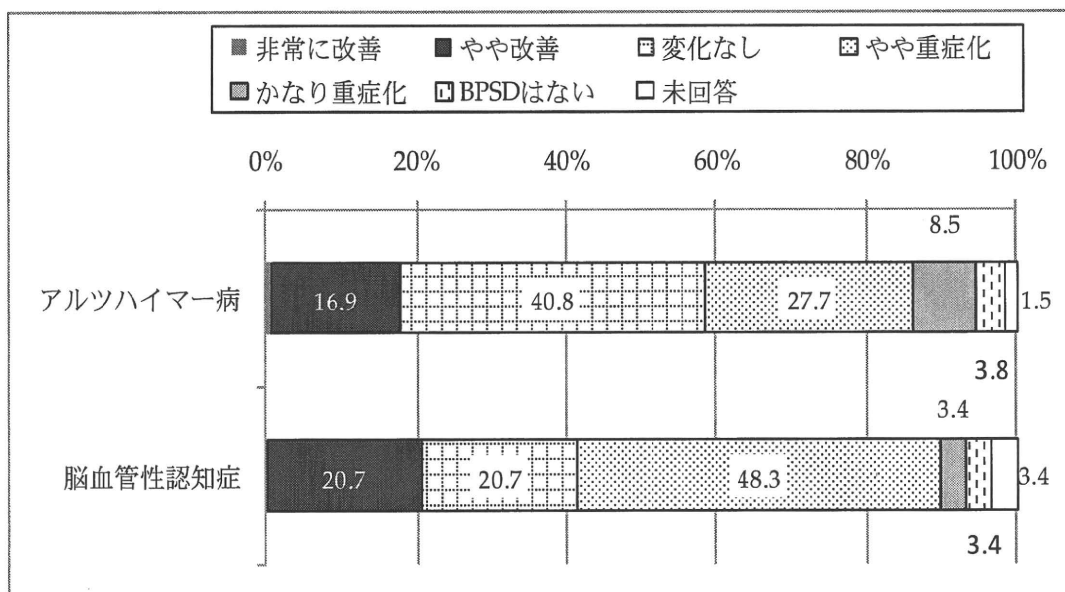
イ) 脳血管性認知症 (n=26)



3) BPSD の変化 (n=235)

3ヶ月前と現時点の BPSD の状態を比較すると、アルツハイマー病では、「非常に改善」0.8%、「やや改善」16.9%、「不変」40.8%、「やや重症化」27.7%、「非常に重症化」8.5%、「BPSD なし」3.8%であった。脳血管性認知症では、「非常に改善」0.0%、「やや改善」20.7%、「不変」20.7%、「やや重症化」48.3%、「非常に重症化」3.4%、「BPSD なし」3.4%であった。

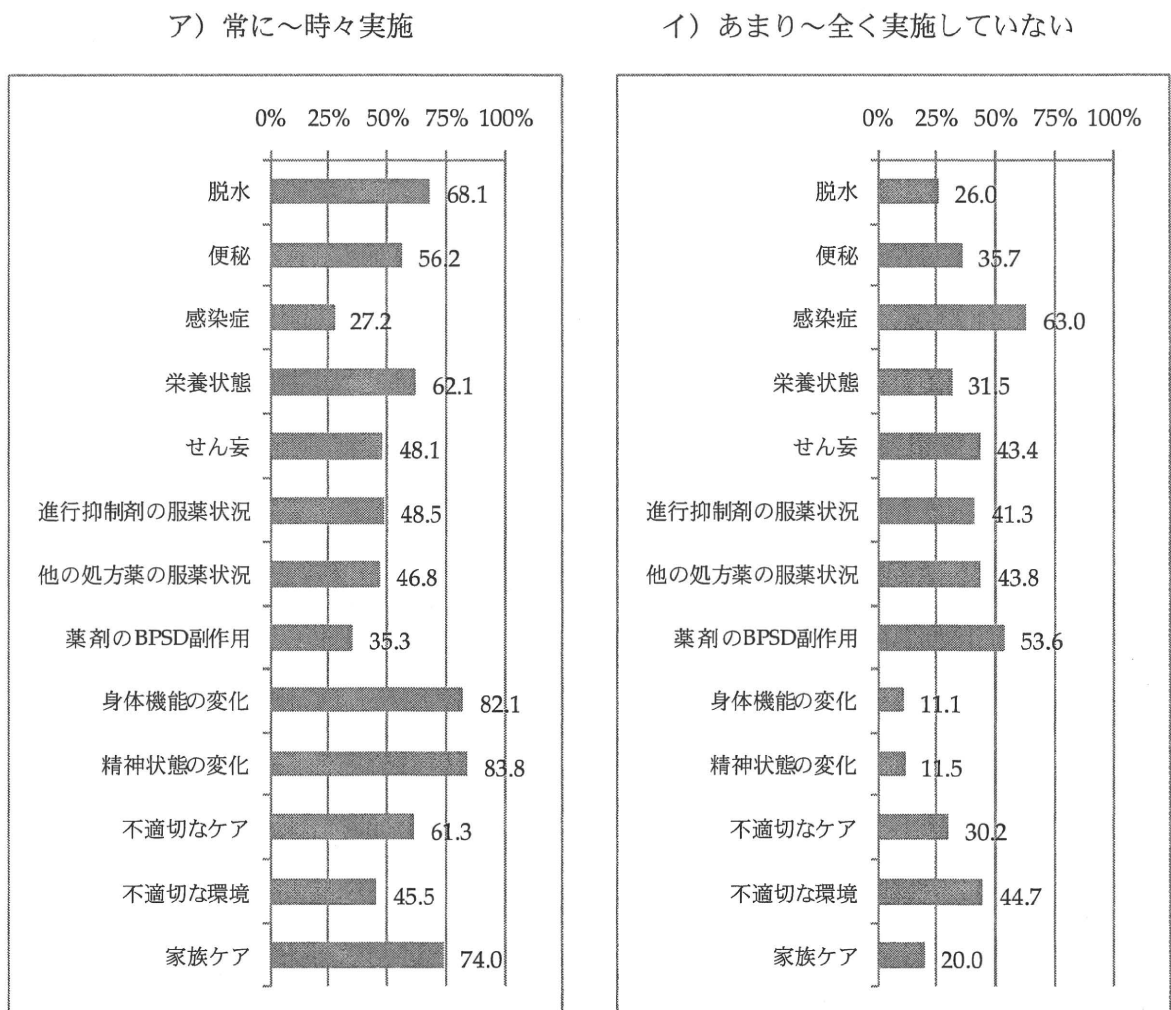
図 5. 主な傷病別に見た BPSD の変化



4) BPSD への対応状況 (n=235)

BPSD が生じない、ないし症状が悪化しないように、これら原因となる可能性がある 13 項目 (①脱水、②便秘、③感染症、④栄養、⑤せん妄、⑥中核症状の進行抑制薬の服薬状況、⑦その他の処方薬に対する服薬状況、⑧薬剤の BPSD に対する副作用、⑨身体機能の変化、⑩精神状態の変化、⑪不適切なケア、⑫不適切な環境、⑬家族ケアの内容・方法) のチェック状況について質問した。その結果を図 6 に示すが、“常に実施～時々実施”の割合が高いのは、「精神状態の変化」「身体機能の変化」「家族ケア内容・方法」「脱水」などのチェックであった。一方、“あまり行っていない～全く行っていない”の割合が高いのは、「感染症」「薬剤の BPSD 副作用」「不適切な環境」のチェックなどであった。

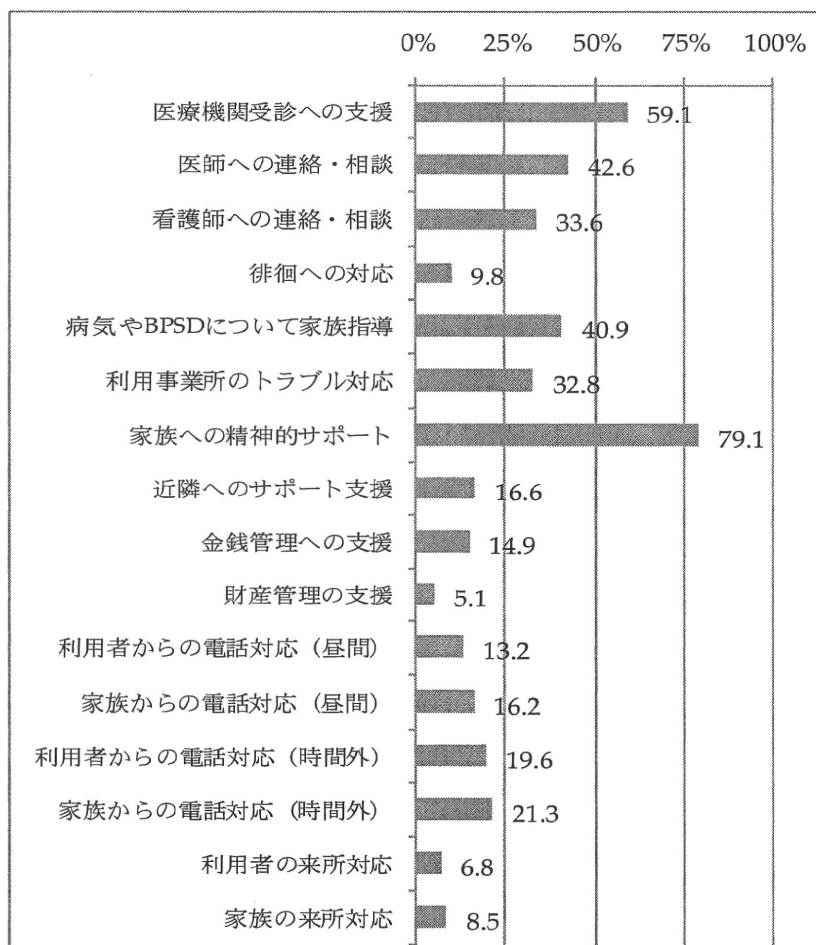
図 6. BPSD への対応状況



5) 本人・家族への支援内容 (n=235)

本人・家族に対する支援内容 16 項目の実施率をみると、「家族への精神的サポート」が 79.1%と最も高く、次いで「医療機関受診に対する助言や支援」59.1%、「医師への連絡・相談」42.6%、「病気やBPSD に対する対策に関しての家族指導」40.9%の順であった。

図 7. 本人・家族への支援実施状況



D. 考察

今回の調査から、介護度や認知症自立度と関係なく BPSD が高い割合で発生していること、特に、易刺激性・妄想・不安の発生率が高いことがわかった。今後、これら実態を踏まえた上での介護支援専門員のアセスメントおよび支援の強化が必要であると考えた。

介護支援専門員の BPSD への対応においては、心身機能や家族ケアへの対応の実施率は高い一方で、感染症や薬剤に関するチェックの実施率は低かった。先行研究によると、BPSD を悪化させる要因別割合は、「薬剤によるもの」37.7%、「身体合併症によるもの」23.0%、「家族・介護環境によるもの」10.7%であること、その後の適切な心理社会的介入や薬物介入によって、BPSD の大きく改善したと報告されている¹⁾。

医療機関受診に対する助言や支援、医師への連絡・相談はできているが、これら BPSD 悪化要因となる薬剤や身体合併症のチェックが、現時点で十分行われているとは言えない。アセスメントの項目に、これら情報を追加するとともに、薬剤師や看護職との連携を強化していく必要性が示唆された。

家族介護負担感をみると、約9割の人が負担感を有し、かつ、身体疲労よりも、精神的疲労が強いことがわかった。介護支援専門員の家族への精神的サポートについては、約8割実施されているが、これら精神的負担感には BPSD の影響が大きいものと考えられる。BPSD の3ヶ月間の重症化率（やや重症～かなり重症）の割合は36%であった。BPSD の根本原因の追求と除去を行うことが必要と考えた。

また、本調査から、独居及び高齢者世帯が約半数であることが明らかになった。介護力不足は否めない。よって、BPSD が生じない、ないし症状が悪化しないようにするには、適切な環境へのアセスメントを強化することも課題と考えた。

E. 結論

先行研究により、適切なケアや環境によって介護者や本人の負担の大きい認知症の BPSD を予防又は改善できることが知られている。

介護支援専門員は適切なアセスメント、ケアマネジメントを行い、ニーズを的確に把握し【早期発見—診断—対応】のプロセスの中で今後も必要な支援を提供できる役割を担わなければならない。

【参考文献】

- 1) 本間昭、木之下徹監修：認知症 BPSD～新しい理解と対応の考え方～、日本医事新報社、p.5-6、2010.
- 2) 高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護、2003.
- 3) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書、2008.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 三田純子、川井雅子、小林治子、森本あゆみ、川越雅弘：BPSD の発生状況と介護支援専門員の対応—認知症ケアの確立をめざして—、第10回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011年2月26日～27日.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

(別紙1) アンケート調査票

**認知症の方の生活機能／サービスニーズと
マネジメント担当者の関与の実態に関するアンケート調査**

以下の質問について、該当する□に✓、または数字をご記入下さい。

I 事業所概要／併設事業の有無／あなたの属性について

No	質問内容	回答欄
問1	あなたが勤務されている事業所は？	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 小規模多機能
問2	貴事業所の設立主体は？ <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人（社協以外） <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> 民間企業（株式、有限会社） <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 社団法人 <input type="checkbox"/> 財団法人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
問3	貴事業所で要支援・要介護者のケアプランを担当している方は 常勤非常勤併せて何名ですか？	() 名
問4	同一又は系列法人で、以下の事業を併設で運営していますか？（該当する□全てに✓） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 高齢者賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
問5	あなたの経験年数は？(ケアプラン作成者としての実働年数)	() 年目
問6	アンケート記入時点での担当ケース数は？	要支援 () 名 要介護 () 名
問7	問6の担当ケースの、現時点の認知症自立度のレベル別人数をお教えてください （※認知症自立度は、現時点の状況をあなた自身が判断した上で、記入下さい。 主治医意見書の自立度は、現時点の評価ではないため、あなた自身が判断下さい） <input type="checkbox"/> 自立：() 名 <input type="checkbox"/> I：() 名 <input type="checkbox"/> II：() 名 <input type="checkbox"/> III：() 名 <input type="checkbox"/> IV：() 名 <input type="checkbox"/> M：() 名 <input type="checkbox"/> 不明：() 名 合計 () 名 ※自立～ランクMの合計人数が、問6の合計人数と一致しているか、ご確認下さい。	
問8	居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方のみに伺います。 問6のうち、認知症加算を算定している人数は何名ですか？	() 名
問9	あなたの基礎職種を教えてください（該当する□に✓） <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> リハ職 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
問10	認知症ケアに関する研修への参加状況、認知症の人のためのケアマネジメントツールの 使用状況などについて伺います。 ①ここ1年間、認知症ケアに関する研修会・勉強会に参加しましたか？ <input type="checkbox"/> 参加した（約_____回） <input type="checkbox"/> あったが、不参加 <input type="checkbox"/> 研修会等がなかった ②認知症介護研究・研修センターが開発したアセスメント・マネジメントツールである 「センター方式」を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 全ての利用者に、現在使っている <input type="checkbox"/> 一部の利用者に、現在使っている <input type="checkbox"/> 過去には使っていたが、現在は使っていない <input type="checkbox"/> センター方式のことは知っているが、使った事がない <input type="checkbox"/> 知らない	

II あなたが現在担当して3ヵ月以上経過し、かつ、現時点の認知症自立度が「ランクⅡ～M」の利用者の中で、最も直近に契約された方（例：2月契約者と4月契約者がいれば、4月契約者）の現在の状況について伺います（※自立度は、現時点の状況を、あなた自身でご判断下さい。）

(1) 利用者の属性／家族の状況／認知機能／BPSD(認知症に伴う行動と心理症状)について

No	質問内容	回答欄
問1	その方(利用者)の年齢階級	<input type="checkbox"/> 40-64歳 <input type="checkbox"/> 65-74歳 <input type="checkbox"/> 75-84歳 <input type="checkbox"/> 85歳以上
問2	要介護度	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5) ※該当数字に○
問3	同居者(該当全てに✓)	<input type="checkbox"/> なし(独居) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の配偶者 <input type="checkbox"/> 子供以外の親族 <input type="checkbox"/> その他()
問4	主介護者(1つだけ✓) ※利用者の在宅生活を、介護面で最も支えている人のこと	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘の夫 <input type="checkbox"/> 息子の妻 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> サービス事業所 <input type="checkbox"/> その他()
問5	家族介護力 (最も近いもの1つに✓)	<input type="checkbox"/> 家族に介護できる者がいない(日中も夜間も) <input type="checkbox"/> 夜間は部分的に介護できる者がいるが、日中はいない <input type="checkbox"/> 日中、夜間とも部分的に介護できる者がいる <input type="checkbox"/> 常時介護に専念できる者が1名いる <input type="checkbox"/> 常時介護に専念できる者と部分的に介護できる者がいる <input type="checkbox"/> 常時介護に専念できる者が2名以上いる
問6	利用者が1日中家にいる場合の家族による介護時間	<input type="checkbox"/> 家族介護なし <input type="checkbox"/> 1日中家にいる事はない <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> 2-4時間 <input type="checkbox"/> 4-6時間 <input type="checkbox"/> 6-8時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上
問7	夜間介護の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
問8	家族の介護負担感	<input type="checkbox"/> 非常に負担 <input type="checkbox"/> まあまあ負担 <input type="checkbox"/> あまり負担でない <input type="checkbox"/> 全く負担でない <input type="checkbox"/> 家族介護なし
問9	利用者と家族との関係性	<input type="checkbox"/> 非常に良好 <input type="checkbox"/> まあまあ良好 <input type="checkbox"/> あまり良好でない <input type="checkbox"/> 全く良好でない <input type="checkbox"/> 家族はいない
問10	家族の日常生活や心身等への影響 (該当全てに✓)	<input type="checkbox"/> 仕事に出られない <input type="checkbox"/> 身体疲労 <input type="checkbox"/> 精神的疲労 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 家事に思うように手が回らない <input type="checkbox"/> 家庭内不和 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 思うように外出できない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に困ったことはない <input type="checkbox"/> 家族はいない
問11	介護者の、施設入所に対する希望	<input type="checkbox"/> 強く望んでいる <input type="checkbox"/> まあまあ望んでいる <input type="checkbox"/> あまり望んでいない <input type="checkbox"/> 全く望んでいない <input type="checkbox"/> 介護者なし
問12	認知症に関する診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型認知症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 意見書に記載なし
問13	認知症自立度(※あなた自身の、現時点の評価)	<input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明
問14	寝たきり度(※現時点)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明
問15	麻痺の有無(該当全てに✓)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢
問16	利用者の現時点の認知機能について伺います(項目、評価方法は認定調査項目と同じです)。 (※意見書の記載内容ではなく、現時点の状況を、あなたご評価下さい)	
	(短期(近時)記憶) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (※5分前の事を覚えているかで判断)	
	(日常の意思決定) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合以外できる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
(意思の伝達) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		