

令和5年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

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

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
令和6(2024)年 3月

目次

| | |
|--|----|
| 第1章 事業概要 | 3 |
| 1. 令和4年度までの成果 | 3 |
| 2. 令和5年度事業の目的 | 5 |
| 3. 令和5年度事業の事業内容 | 6 |
| 4. 事業実施体制 | 6 |
| 第2章 成果普及のあり方 検討結果 | 8 |
| 1. 成果普及のあり方検討の成果と課題及び対応 | 8 |
| 2. BPSD ケア体制づくり研修の枠組み | 8 |
| 3. テキスト及びワークシート | 9 |
| 4. 研修の評価 | 10 |
| 5. 体制づくり部分の内容について | 11 |
| 第3章 BPSD ケア体制づくり研修 モデル研修の結果 | 12 |
| 1. モデル研修実施の背景・目的 | 12 |
| 2. 目的 | 12 |
| 3. 方法 | 12 |
| 4. 倫理的配慮 | 16 |
| 5. 結果 | 16 |
| 6. 考察 | 22 |
| 第4章 BPSD 予防調査：「BPSD の発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査」 の結果 | 24 |
| 1. 研究の背景・目的 | 24 |
| 2. 研究の方法 | 24 |
| 3. 研究の結果 | 26 |
| 4. 考察 | 35 |
| 5. 今後の課題 | 35 |
| 第5章 BPSD 軽減調査：「BPSD 軽減に資するケアの在宅サービスへの適用可能性に関する調査」の結果 | 36 |
| 1. 研究の目的 | 36 |
| 2. 研究の方法 | 36 |
| 3. 研究の結果 | 39 |
| 4. 考察 | 43 |
| 5. 今後の課題 | 43 |
| 第6章 日本版 BPSD ケアプログラム結果報告 | 45 |

1. 背景 45
2. 目的 45
3. 方法 45
4. 結果 48
5. 考察 51

資料・・ 52

第1回委員会議事録 52

第2回委員会議事録 57

第3回委員会議事録 63

第1回作業部会①議事録 68

第1回作業部会②議事録 77

第2回作業部会②議事録 81

BPSD 予防調査票 85

執筆者

謝辞

抄録

【背景及び目的】 認知症施策推進大綱において、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）の予防・適切な対応の推進が喫緊の課題として挙げられ、BPSD の予防・軽減を目的としたケアプログラムの開発、BPSD の評価の方策が課題とされた。令和3年度は、①BPSD 評価尺度の比較を行うとともに、②BPSD を未然に防止し、アンメットニーズをくみ取る「よい認知症ケア」の手順・要件及び、③BPSD を軽減し、再発を防止するための手順・要件等について整理すること、その手順・要件の実証方法について検討を行った。しかし、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」「BPSD を軽減し、再発を防止するケア」それぞれについて、ケアのあり方や有効性の検証が課題となった。令和4年度は、①令和3年度事業で検討された BPSD 予防ケアのチェックリストの実用性を検証し、②「BPSD の評価」「全人的アセスメント」「Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群のクラスターランダム化比較試験を実施し、その効果検証を行った。しかし、実践を行うためには、施設・事業所に理念が浸透していることが必要であることが指摘された。そこで、令和5年度の本研究では、①成果普及：これまでの成果の普及・促進のあり方について検討するとともに、②BPSD 予防調査：BPSD の発生状況と「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を進めるための課題との関係を明らかにし、③BPSD 軽減調査：在宅サービスにおいて認知症の人の BPSD 軽減を目指す際のケア要件の活用可能性を検討することを目的とした。

【方法】 **成果普及：**検討委員会を設置し、これまでの本事業における研究成果をどのように全国普及するか検討を行った。また、作業部会①を設置し、検討委員会において検討された内容について、具体案の作成を行った。

BPSD 予防調査：作業部会②を設置し、調査の実施方法等の検討を行い、その結果を踏まえ、団体を通じて協力の得られた施設を対象に、実施しているケアや理念浸透のための取り組み・体制等を尋ねるアンケート調査による横断研究を行った。結果は共分散構造分析により解析した。

BPSD 軽減調査：在宅サービス事業所を対象に①BPSD 評価、②全人的アセスメント、③PDCA サイクルで検証を繰り返すチームアプローチの3つの要素に準じたケアを行う前後比較試験を実施した。

【結果】 **成果普及：**検討委員会の議論の結果、「BPSD の予防・軽減に資するケアの基本的考え方と展開方法について研修を活用しながら、実践の質を担保すること」が基本方針とされた。また、単に研修を実施するだけではなく、研修と実践を往復しながら、施設・事業所の実情に合わせた BPSD ケアの体制づくりを行うことが重要とされ、「BPSD ケア体制づくり研修」の枠組みを検討した。研修の内容及びテキストについては、令和4年度の実証検証の際に介入群に視聴を求めた日本版 BPSD ケアプログラム（東京都）動画の内容を参考にし、研修・実践に加え、BPSD ケアの体制づくりを行うことを盛り込むものとした。研修の評価については、作業部会①において、取り組みの結果を定期的に LIFE に登録する案がよいとの意見が得られた。体制づくり部分については、作業部会①において、1事例に取り組みフォローアップ研修を受講する案がよいという意見が多数占めた。

BPSD 予防調査：認知症の人に実施するケアは「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」の2因子構造、理念浸透のための取り組み・体制は、「経営者による認知症の人中心のケアの発信」「管理者による認知症の人中心のケアの発信」「理念に則ったチームケア」の3因子構造となり、各因子間で有意な相

関が認められた。また、有意差はなかったが、「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」は、「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version (BPSD13Q)平均値」に対して、負の影響 (BPSD 低減) を示した。

BPSD 軽減調査：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version (BPSD25Q) の重症度平均値の介入前後での差について、有意差が認められた。また、平均値の変化量は令和 4 年度の実証検証とほぼ同程度の減少量であり、効果量も $d=0.502$ と中等度の効果を示した。

【まとめ】成果普及：BPSD の予防・軽減に資するケアの基本的考え方と展開方法について、研修と実践を往復しながら、施設・事業所において BPSD ケアの体制づくりを行うことが重要とされ、研修の内容及びテキストは、BPSD ケアの体制づくりを行うことを盛り込むものとした。研修の評価については、取り組みの結果を定期的に LIFE に登録する案がよいとの意見や体制づくり部分については、1 事例に取り組みフォローアップ研修を受講する案がよいという意見が得られた。

BPSD 予防調査：各因子間の関連が示された。有意差はなかったものの、「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」することが、「BPSD13Q」を低減させる可能性が示された。

BPSD 軽減調査：令和 4 年度に実証したケア要件に基づくケアが在宅サービスを利用する認知症の人の BPSD 軽減にも活用できる可能性があることが示された。

第1章 事業概要

1. 令和4年度までの成果

(1) 令和3年度の成果

認知症施策推進大綱には BPSD の予防・適切な対応の推進が喫緊の課題として挙げられ、BPSD の予防・軽減を目的としたケアプログラムの開発、BPSD の評価の方策が課題とされているが、BPSD の予防・軽減の効果的な手法・評価方法は確立されていない（以下、認知症施策推進大綱（抜粋）および令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）参照）。

認知症施策推進大綱（抜粋）

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

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

< K P I / 目標 >

- 認知症対応プログラムの開発

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

（認知症への対応力向上等に向けた取組の推進）

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

このため、令和3年度は、まず、BPSD に関する評価尺度の検討を行った。具体的には、委員会で文献検討をふまえて選定した 5 種類（Dementia Behavior Disturbance Scale 短縮版；DBD13、Neuropsychiatric Inventory -Nursing Home Version；NPI-NH、Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire Form；NPI-Q、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia plus Questionnaire；BPSD+Q、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version；BPSD13Q）の BPSD 尺度について、介護職員等に対し実際に現場で使用を求めた上で、有用性に関するアンケートを行った。認知症ケアに従事する 151 名に対する評価結果等から、BPSD を幅広く評価できるかどうかでは、BPSD+Q が最も幅広く、DBD13 については、心理症状が含まれていないという課題が指摘された。評価時間では、DBD13、BPSD13Q が評価にかかる時間が短く、NPI-NH は最も長かった。有用性については、突出して良い尺度がなく、BPSD を軽減する介入で利用する際には、BPSD 評価尺度は使用目的に合わせて選ぶことが望ましいことが確認された。

さらに、令和3年度は、①BPSD を未然に防止し、質の高い認知症ケアを実施する観点から本人のア

ンメットニーズをくみ取る「尊厳を保持し、個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」の
 手順・要件および、②BPSDが生じた場合であっても、BPSDを軽減し、再発を防止する「よい認知症ケ
 ア」を推進していくための手順・要件等について整理すること、その手順・要件の実証方法について検
 討した。①では、委員会での議論の結果、BPSDが生じず、Quality of life (QOL)が高い状態で安定し
 ている者について、どのようなアセスメントに基づいてどのようなケアを実施しているか、BPSDおよ
 びQOLを1か月おき等で2か月間継続的に評価し、どのような情報を収集し、どのようにニーズを評
 価したかなどを聞き取るとともに、先行研究の検討を行いながら予備的研究を行うこととした。②につ
 いては、BPSDの生じている者について1か月おき等で2か月間、BPSDおよびQOLを継続的に評価
 しながら、①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで繰り返すチームアプ
 ローチ、の3つの要素に準じたケアを実施する、という手順・要件により介入研究を行い、BPSDおよ
 びQOLの変化を分析していくこととした。

最後に、DEMBASEモデル事業では、138施設で勤務する149名の介護職員等が評価者となり、408
 名の利用者についてのデータ入力を行った。認知症の人3名について3回登録された308名のデー
 タを解析したところ、1回目から2回目、2回目から3回目、1回目から3回目の登録でNPI-NHの総得
 点が有意に低下していることが確認された(図1-1)。

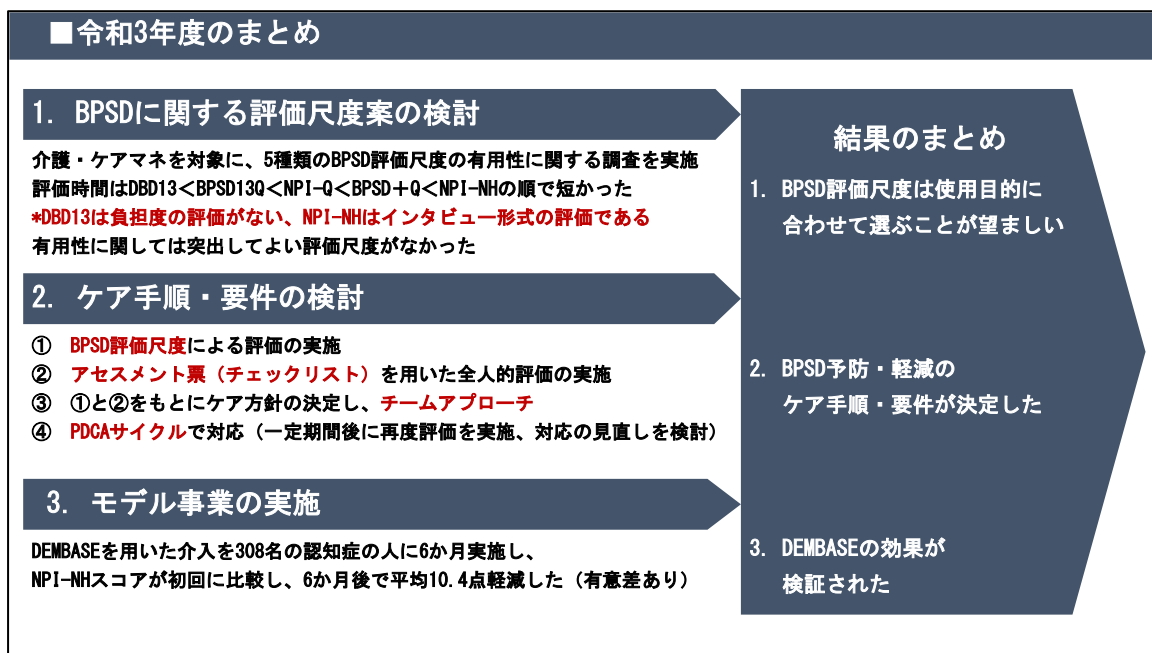


図 1-1 令和 3 年度のまとめ

(2) 令和 4 年度の成果

令和 4 年度事業では、事業①令和 3 年度事業で検討された BPSD 予防ケアのチェックリスト (以下、
 委員会リスト)の実用性を検証するとともに、事業②「BPSDの客観的評価」「全人的アセスメント」「PDCA
 サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照
 群のクラスターランダム化比較試験を実施し、その効果検証を行った。

事業①委員会リストの実用性の検証では、作業部会を設置し、令和 3 年度事業で検討された委員会リ
 スト(「その人らしい暮らし」について本人に聞き取る7項目)に基づいたケアの展開を求め、その結果を
 もとに、BPSD 予防に寄与したであろうケアについてインタビューを実施し、委員会リストの実用性の

検証を行った。作業部会メンバーの所属する4施設で8事例に対し、委員会リストに基づいた「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を行った。取り組みの結果、5事例でBPSD重症度総得点が改善し、8事例で予防の標的としたBPSD項目の点数が維持または、改善した。なお、予防の標的としたBPSD項目のベースラインが0点で、取り組み後も0点を維持できたのは3事例であった。QOLについては、7事例で維持・改善した。各事例に共通したBPSD予防のための対応としては「体調を整える」「安心につながる環境調整を行う」「安心につながるかわり方を心掛ける」「自由な暮らしを送る」「役割を持ってもらう」「趣味活動を行ってもらう」「身体活動量を確保する」「職員との関係構築する」「家族との関係を再構築する」等があがった。BPSD予防の方法に関する作業部会メンバーのヒアリング結果と委員会リストの内容は、ほぼ一致する内容であったことや、委員会リストに基づいた実践において、着目したBPSD項目は8事例すべてで悪化していないことなどから、委員会リストに基づいたケアが結果としてBPSDを予防した可能性を示した。作業部会においては、どうすれば施設理念が浸透し、現場で各事例に共通したBPSD予防のための対応を実践できるかを明らかにすることの必要性が指摘された。

事業②では、全国の施設・事業所を利用する認知症の人を対象に、「BPSDの客観的評価」「全人的アセスメント」「PDCAサイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群のクラスターランダム化比較試験を実施した。結果、介入群は対照群に比較し、BPSD25Q得点の変化量が有意に低かった ($F=5.82, p=0.018$)。介入群は介入前後でBPSD25Q得点が有意に低下し ($p<0.001$)、介入後は対照群に比較し、BPSD25Qの得点が有意に低かった ($p=0.003$)。介入群は対照群に比較し、The short version of QOL questionnaire for Dementia (short QOL-D) 得点の変化量が有意に高かった ($F=5.52, p=0.021$)。介入群は介入前後でshort QOL-D得点が有意に増加した ($p=0.003$)。介護職員にとって、BPSD評価やPDCAサイクルによるチームアプローチは日常のケアやBPSDの軽減・再発防止に役立つと思う割合は90%以上であった。以上から、介入群で用いたようなBPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチがBPSDの軽減に有効なことを示し、これらのケア要件に基づいたケアの全国普及及び在宅サービスにおけるケア要件の適用可能性の検討が課題となった。

2. 令和5年度事業の目的

以上の経過を踏まえ、本年度の事業は以下の3点を目的に実施した。

- ① 成果普及：これまでの成果をどのように全国に普及するか、成果の普及・促進のあり方について検討する。
- ② BPSD予防調査：BPSDの発生状況と「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を進めるための課題との関係を明らかにする。
- ③ BPSD軽減調査：在宅サービスにおいて認知症の人のBPSD軽減を目指す際のケア要件の活用可能性を検討する。なお、ケア要件とは「BPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチ」とする。

3. 令和5年度事業の事業内容

(1) 検討委員会・作業部会①②の設置

認知症ケアに造詣の深い有識者、及び認知症ケアの関係諸団体担当者による検討委員会を設置し、これまでの本事業における研究成果をどのように全国普及するかを検討するとともに、本事業における本年度の調査の実施方法や結果について検討した。

また、作業部会①では、検討委員会において検討された内容について、具体案を作成し委員会に提言し、作業部会②では、BPSD 予防調査の実施方法等について検討を行った。

(2) BPSD の発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査 (BPSD 予防調査)

団体を通じて協力施設 (特養・老健・グループホーム) を募集し、調査協力の同意を得られたところに調査票を配布し、ケアチームで担当している認知症の人の状態を把握している職員に、ケアチームで日常的にケアをしている認知症の人の BPSD13Q の状態や、実施しているケア、及びケアを実施する際の組織体制等について尋ね、結果を共分散構造分析により解析し、BPSD の発生状況と「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を進めるための課題との関係を検討した。

(3) 在宅の認知症の人に対する BPSD 軽減ケアモデルの適用可能性の検討 (BPSD 軽減調査)

在宅サービス事業所 (通所介護事業所、通所リハビリ事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護支援事業所) を対象に①BPSD 評価、②全人的アセスメント、③PDCA サイクルで検証を繰り返すチームアプローチの3つの要素に準じたケアを行う前後比較試験による介入研究を実施し、当該ケア要件の適用可能性について検討した。

(4) 日本版 BPSD ケアプログラム試行事業

全国認知症介護指導者ネットワークを通じて、認知症介護指導者を募集し、日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター研修・同フォローアップ研修 (2回) を行った。また、昨年度までに本事業において、アドミニストレーターを取得した者を対象に、インストラクター研修を実施した。

4. 事業実施体制

(1) 検討委員会

検討委員会のメンバーは下表 1-1 の通りであった。

表 1-1 検討委員の氏名及び所属

| 氏名 | 所属 |
|-------|--|
| 阿部 哲也 | 認知症介護研究・研修仙台センター |
| 栗田 圭一 | 認知症介護研究・研修東京センター 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター |
| 江澤 和彦 | 公益社団法人 日本医師会 |
| 小澤 耕平 | 東京都福祉局高齢者施策推進部認知症施策推進担当課長 |

| | |
|--------|-------------------------|
| 鴻江 圭子 | 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 |
| 高山 陽子 | 公益社団法人 日本看護協会 |
| 田邊 恒一 | 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 |
| 中林 弘明 | 一般社団法人 日本介護支援専門員協会 |
| 西田 淳志 | 公益財団法人 東京都医学総合研究所 |
| 東 憲太郎 | 公益社団法人 全国老人保健施設協会 |
| 宮島 渡 | 日本社会事業大学 専門職大学院 |
| ○山口 晴保 | 認知症介護研究・研修東京センター |
| 鷺見 幸彦 | 認知症介護研究・研修大府センター |
| オブザーバー | 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 |

(50 音順・敬称略) ○：委員長

(2) 作業部会①

作業部会①のメンバーは下表 1-2 の通りであった。

表 1-2 作業部会①メンバーの氏名と所属

| 氏 名 | 所 属 |
|---------|-------------------------|
| 合川 央志 | 認知症介護研究・研修仙台センター |
| 小木曾 恵里子 | 認知症介護研究・研修大府センター |
| 坂本 雅子 | 特別養護老人ホームサンシャインつくば |
| 瀧澤 健人 | 新潟県 福祉保健部 高齢福祉保健課 在宅福祉班 |
| 西田 淳志 | 公益財団法人 東京都医学総合研究所 |
| ○山口 晴保 | 認知症介護研究・研修東京センター |

(50 音順・敬称略) ○：部会長

(3) 作業部会②

作業部会②のメンバーは下表 1-3 の通りであった。

表 1-3 作業部会②メンバーの氏名と所属

| 氏 名 | 所 属 |
|--------|--|
| 新谷 夏海 | 医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑 (公益社団法人全国老人保健施設協会推薦) |
| 新保 祐輝 | 社会福祉法人杏風会 特別養護老人ホーム白寿園 (公益社団法人 全国老人福祉施設協議会推薦) |
| 野村 美代子 | 医療法人博愛会 介護老人保健施設べあれんと (公益社団法人 日本医師会推薦) |
| 宮本 憲男 | 社会福祉法人新生寿会 (公益社団法人 日本認知症グループホーム協会推薦) |
| 山城 裕美 | 株式会社ウェルフェアネット グループホームさわやかテラス(認知症介護指導者) |

(50 音順・敬称略)

第2章 成果普及のあり方 検討結果

1. 成果普及のあり方検討の成果と課題及び対応

作業部会①準備会を1回、検討委員会を1回、作業部会①を1回実施した。

成果普及の基本方針については、以下のとおりとなった。

- BPSDの予防・軽減に資するケアを全国に格差なく普及するためには、BPSDの予防・軽減に資するケアの基本的考え方と展開方法について研修を活用しながら、実践の質を担保することが考えられる。
- また、研修部分は、既存の認知症関連研修との関係を精査し、負担少なく（既存の研修との重複なく）受講できることが望まれる。同様にすでに質の高いケアが実践できている施設・事業所において、無理なく導入し実践の質を担保できる形が望ましい。
- 研修内容が施設・事業所に定着することを目指すには、単に研修を実施するだけではなく、研修と実践を往復しながら、施設・事業所の実情に合わせたBPSDケアの体制づくりを行うことが重要となる。そういった体制づくりを行う者を養成する。名称は仮で「実践担当者」とした。

普及体制のうち日本版BPSDケアプログラム以外の研修部分については、実践担当者を養成する「BPSDケア体制づくり研修」の枠組みを検討した。委員会・作業部会①においては、徐々に普及していく観点から、研修の対象要件については、認知症介護実践リーダー研修修了者からスタートし、徐々に拡大をしていく方針についておおむね理解が得られた。

委員会では、「行政を通じて普及すると強制的に受け取られる可能性がある」との意見や、「区市町村には、事業者を育成し、自治体内の介護サービスの質の向上を図る責務がある」との意見があり、研修の実施主体については、検討が必要となった。今後、普及を進めるロードマップを作成し、計画的に普及する必要がある。

2. BPSD ケア体制づくり研修の枠組み

- 実践担当者の役割：①所属する施設・事業所においてBPSD評価とアセスメントに基づくニーズ抽出、ニーズに基づくケア計画、ケア計画に基づくチームケア、ケアの結果評価と再アセスメントというBPSDケアの流れを適切に実施できる体制を作り運用していく。②左記①の記録と報告
- 研修名：BPSDケア体制づくり研修
- 研修の目的：BPSDを軽減するケアの基本的考え方を理解し、チームで実践できる体制を構築する
- 研修の実施主体：都道府県・指定都市とし、認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）等に委託して実施
- 研修の対象者：以下①②③をすべて満たす者とする。
①介護保険施設・事業所等において、認知症介護に従事する専門職（事務職等を除き、専門職に

限定する意図)

②所属施設・事業所の管理者により推薦の得られる者（施設・事業所において BPSD ケアを実践する体制を整えるため）


③認知症介護実践リーダー研修修了者

- 研修実施機関：認知症介護研究・研修センター等

3. テキスト及びワークシート

研修の内容及びテキストについては、令和4年度の実証検証の際に介入群に視聴を求めた動画の内容を参考に図2-1のような内容を最低限満たすものとするを原案とした。委員会・作業部会においては、研修受講で普及をするのではなく、実践構造の評価を中心として普及を図る方向性が必要であることが指摘され、研修・実践に加え、BPSD ケアの体制づくりを行うことを盛り込むものとした。

| 学習内容 | 標準時間 | |
|-----------------------------|------|--|
| ①BPSD のとらえ方 | 60分 | ・日本版 BPSD ケアプログラム（東京都）を参考にした。 ・認知症介護実践リーダー研修修了者に対し、60分の講義を実施する。 ・加えて、研修に基づく実践と体制づくりを行う。 *エビデンスとなった研究における学習内容を根拠としているため、変更は最低限とする。（委員意見により項目を追加する場合は、その分の説明を研修時間等に反映する。） *この学習内容は今後実績を蓄積しながら、現場のコンセンサスを得たうえで、対象者を広げ、それに合わせて内容を改変していくことを想定。 *WEBシステム等を導入する場合、その操作方法等について学習する時間は別途必要となる想定。 |
| ②BPSD を理解する際に重要なアセスメント項目 | | |
| ③BPSD 評価尺度の理解と活用方法 | | |
| ④BPSD に対するケア計画の基本的考え方 | | |
| ⑤BPSD のケアにおける PDCA サイクルの重要性 | | |
| ⑥BPSD のケアにおけるチームアプローチの重要性 | | |



| |
|----------------------|
| BPSD ケアの体制づくり |
|----------------------|

図 2-1 研修の内容

研修テキスト及びワークシートについては、項目を追加すべきという意見がある一方で、エビデンスの取れた方法論から乖離しすぎないことが重要という指摘もあった。対応策として、「エビデンスの観点からテキストの改編は最小限が望ましい。委員会指摘項目を最低限加えることは許容する（項目減はしない）」との方針のもと、テキスト及びワークシートを作成した。主な指摘と対応は以下のとおりである。

- 指摘事項① 認知機能評価を入れる必要がある。

(対応) 認知機能評価を入れずに令和4年度で成果が出ているため、BPSDを軽減するケアを検討するという観点では不要であるが、すでに評価している場合には、ワークシートに記入できる欄を設けてもよい。

指摘事項② ワークシートには人生歴・生活史も入れる必要がある。

(対応) ワークシートに「人生歴・生活史」を加え、特記事項があれば記入する。

指摘事項③ 薬の調整も非常に重要。向精神薬だけでは不十分。

(対応) ワークシートの薬剤情報の向精神薬は、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系の3分類とする。

ベンゾジアゼピン系にチェックが付いた場合、薬剤師等と相談することを推奨できる形になるとよい。

その他 ワークシートに研究目的で入れていた、認知症の原因疾患や現病歴等は削除する。チームで取り組むことを担保するために、何名で取り組んだかや、チーム会議を開催した日付等を記入する欄を追加する。

4. 研修の評価

研修の評価（日本版BPSDケアプログラムを除く）については、第1回作業部会①において、BPSDの生じた認知症の人ごとに条件に則ってケアを実施し、結果を記録する案1と、BPSDケアを実施し、取り組みの結果を定期的にLIFEに登録する案2を事務局で示し、議論を求めたところ、「LIFEとの連携を目指すというのではないか。」「最低限の資料を定期的に提出する仕組みがあると、現場の緊張感が保たれる。」等案2を支持する意見が得られた。

【案1】BPSDの生じた認知症の人ごとに条件に則ってケアを実施し、結果を記録する

- ①BPSDの生じた認知症の人に対するケア検討チームを結成する（実践担当者を含むチームとする）
- ②実践担当者がBPSD評価尺度を用いてBPSDを評価し、着目する症状を絞りこむ。（評価尺度は、BPSDケアの効果を評価するための尺度として活用実績のある日本語で標準化された尺度とする）
- ③ケア検討チームにおいて、着目した症状の背景にあるニーズについて検討する（ニーズの検討においては、BPSD軽減のエビデンスの確立された方法を用いる）
- ④検討したニーズに対するケアを具体的に考案し、ケアチームに周知・統一的に実施する（ニーズとケアの対応、ケア内容の具体性については、実践担当者が確認し質を担保する）
- ⑤ケアの結果をBPSD評価尺度を用いて評価し、評価結果に基づいて次のケアを検討・決定する
- ⑥以上②～⑤を2～4週間おきに8週間実施し、そのプロセスを記録・保管する

【案2】定期的に、BPSDケアを実施し、取り組みの結果を定期的にLIFEに登録する

- ①取り組みの意義・目的をチーム全員に周知させる
- ②認知症の人に対するケア検討チームを結成し、BPSD軽減に取り組む認知症の人を決定する。
- ③BPSDを軽減するケアに取り組む（A.BPSD評価、B.ニーズ抽出、C.チームアプローチ&PDCA）

④Aの結果は LIFE に登録する。B.Cの結果（ニーズ、実施したケア）は、記録に残し保管する。

* 下線部は、施設・事業所の HP（介護サービス情報公表システムもあり）に掲載も可能か？

⑤上記②～④について、施設・事業所ごとに、1名/月以上の取り組みを行う。

5. 体制づくり部分の内容について

体制づくり（BPSD ケアプログラムを除く）部分について（図 2-2）は、事務局で3案を設定し、作業部会①で検討を求めたところ、フォローアップ研修で他者と意見交換をし、フィードバックを受けながら、PDCA を回していくことができるため、案2がよいのではないかとの意見が多数を占めた。また、実践が重要であるとの指摘から、修了証の発行のタイミングについて課題となっており、「事例報告後に修了証を発行することも考えられる」との指摘もあった。

| | |
|---|--|
| <p>【案1】2事例に組みその結果を研修実施機関に提出</p> <ul style="list-style-type: none">● BPSD ケア体制づくり研修の学習内容をふまえて、2事例に 取り組む● 取り組んだ結果を報告する (報告内容) ①BPSD ケアの検討体制(ケアを検討したメンバー)、②BPSD 評価結果(取組前後)、③焦点を当てた BPSD、④想定したニーズ、⑤実施したケア、⑥PDCA の回数 * 上記①～⑤は昨年度研究で活用したワークシート等を活用することを想定 | <p><u>メリット</u>：集合研修よりは負担小</p> <p><u>デメリット</u>：実践結果のフィードバックを得ることが困難</p> |
| <p>【案2】1事例に組みフォローアップ研修を受講</p> <ul style="list-style-type: none">● BPSD ケア体制づくり研修の学習内容をふまえて、1事例に 取り組む● 取り組んだ結果をフォローアップ研修において報告する (報告内容) 案1と同様 | <p><u>メリット</u>：実践結果のフィードバックを得ることができる、1事例で済む</p> <p><u>デメリット</u>：報告内容のまともに加え、研修参加があり、集合研修よりは負担大</p> |
| <p>【案3】体制づくり部分は、実践とその評価に取り組むことで担保する</p> <ul style="list-style-type: none">● 研修受講後、速やかに BPSD ケア体制づくりに取り組む * この場合、研修はあくまでも実践を担保するための補完的な位置づけであり、BPSD ケアの体制を整え実践とその評価(記録)を行うことに軸足がある | <p><u>メリット</u>：研修後、即実践に移ることができる</p> <p><u>デメリット</u>：体制づくりが手探りとなる</p> |

図 2-2 BPSD ケアの体制づくり部分のイメージ

第3章 BPSD ケア体制づくり研修 モデル研修の結果

1. モデル研修実施の背景・目的

これまでの成果を普及するために委員会で検討した「BPSD ケア体制づくり研修」の実施体制を構築し、実行可能性を検証することを目的に、研修及び受講者へのアンケート、行政への研修に関するヒアリングを実施した。

2. 目的

(1) BPSD ケア体制づくり研修の目的

BPSD を予防・軽減するケアの基本的考え方を理解し、チームで実践できる体制を構築することを目的とした。

(2) 受講者へのアンケート及び行政へのヒアリングの目的

動画や教材のわかりやすさや改善点、研修内容の理解度、研修スキームの妥当性・改善点について評価することを目的とした。

3. 方法

(1) 対象地域

検討委員会委員の施設が所在する県または作業部会部員が所在する県とした。

(2) 対象者

1) 研修受講者

以下の①～③をすべて満たす者とした。

- ① 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護において、認知症介護に従事している者
- ② 所属施設・事業所の管理者により推薦の得られる者
- ③ 認知症介護実践リーダー研修修了者、または、認知症介護指導者

2) 行政

研修受講対象者の施設が所在する自治体とした。

(3) 募集方法

対象地域の自治体に協力を依頼し、協力の得られた自治体より募集を行った。受講希望者は、Google form より認知症介護研究・研修東京センターに申し込む方法とした。

(4) 研修方法

研修は、1)約 60 分の動画視聴、2)実践（①BPSD の評価、②BPSD の背景要因のアセスメント、③ケア計画の立案、④ケアの実践、⑤再評価）、3)約 90 分のフォローアップ研修受講、4)アンケート

の提出 で構成した。

1)約 60 分の動画視聴

検討委員会で検討したテキスト（別冊）に基づく動画を YouTube に掲載し、受講者に視聴を求めた。動画の内容は、BPSD の多くは背景にある本人の満たされないニーズが表情や言動として表出されたものという理解と、そのケアの基本的な考え方、実践のポイント、BPSD の評価及び背景要因のアセスメントと分析、実践手順とワークシートの説明である。特に、実践のポイントは、BPSD の評価やケアの検討は、必ず 2 名以上のチームで取り組み、BPSD の評価では過小評価を避けること、チームで統一したケアを実践することを軸にした内容である。基本理念は、BPSD を認知症の人の満たされないニーズを示唆するコミュニケーションとみなしている。

2)実践

- ① BPSD の評価では、受講者は、1 名の認知症の対象者を選定し、BPSD25Q で BPSD を評価した。
- ② BPSD の背景要因のアセスメントでは、受講者は、BPSD25Q の評価結果を検討チームのメンバーに共有するとともに、令和 3 年度事業で検討された委員会リスト（表 3-1）及び検討委員会で検討したワークシート（図 3-1）を用いて、BPSD の背景要因をアセスメントし、分析した。BPSD の背景要因は、健康状態・身体的ニーズ（食事・水分量や皮膚の状態、運動・動作など）、環境（音やにおい、温度、なじみの関係や場所など）、薬剤情報（ドネペジルやガランタミン、リバスチグミン、メマンチン、服薬状況の変化など）、その他の要因（生きがいや趣味、経済状況、生活歴・人生史など）の 4 つのカテゴリーであり、それぞれの質問が BPSD の背景となっていないかチェックを求めた。
- ③ ケア計画の立案では、受講者は検討チームのメンバーと、これまでの暮らしとアセスメント結果をもとに、ニーズに基づいたケア計画を策定した。
- ④ ケアの実践では、立案したケア計画を受講者のチームメンバー内で、約 4 週間実践した。
- ⑤ 再評価では、受講者は、実践開始から 4 週間後に BPSD25Q で BPSD を再評価した。

再評価後、受講者は、zoom による 3)約 90 分のフォローアップ研修を受講した。フォローアップ研修は、自施設・事業所で効果的な BPSD ケアを実践できるよう動画視聴、実践をふまえて、今後どのように BPSD ケア体制づくりを推進すればよいか理解することを目的に開催した。実践の成果を共有し、取り組みについての質疑応答等を行った（表 3-2）。

フォローアップ研修後、受講者にアンケートをメールに添付して提出することを求めた。アンケートの内容は、実践の内容に関することや、動画視聴及び実践の振り返り過程において気付いたことや学び、動画視聴及び実践の過程に関する質問等とした（表 3-3）。

表 3-1 委員会リスト(7 項目)

| No | その人らしい暮らしについて聴き取る項目 |
|----|---|
| 1 | どのような暮らしをしたいですか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？ 個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史 |
| 2 | あなたがこだわっていることはありますか？ 望む暮らし方、個人史 |

| | |
|---|--|
| 3 | 今、どのようなことをしたいですか？ 本人の望み・ニーズの把握 |
| 4 | 生活で難しくなっていること、手伝ってほしいことはどのようなことですか？ 生活障害：できないこと、できることの把握 |
| 5 | 誰と仲良く暮らしたいですか？ 人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加 |
| 6 | どのような環境で暮らしたいですか？ 生活環境：「なじみの居住空間」（居場所、落ち着ける場所） |
| 7 | どのような日課・役割を持ちたいですか？ 役割、日課、生きがい、感謝される機会 |

| ワークシート | | | | 氏名 | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------|---|-------|----------------------------------|---|
| 年 齢 | 歳 | 性別 | 男性・女性 | 開催日 | 年 月 日 | 検討メンバー 計 | 名 |
| 1 その人らしい暮らしの把握 | | | | | | | |
| No. | ニーズを表すような本人の声 (+チェックリストを用いたインタビュー) | | | 本人のニーズが表れているような普段の言動や行動 | | | |
| | | | | | | | |
| 2 BPSDと背景要因の分析 BPSDの背景要因として検討すべき項目に☑ | | | | | | | |
| 健康状態・身体的ニーズ | | | | その他の要因（活動・参加・個人要因など） | | | |
| <input type="checkbox"/> 食事摂取量 | | <input type="checkbox"/> 水分摂取量 | | <input type="checkbox"/> 生きがい | | <input type="checkbox"/> 役割 | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠状態 | | <input type="checkbox"/> 排尿 | | <input type="checkbox"/> 趣味 | | <input type="checkbox"/> 好み | |
| <input type="checkbox"/> 排便 | | <input type="checkbox"/> 痛み | | <input type="checkbox"/> 外出 | | <input type="checkbox"/> 人間関係 | |
| <input type="checkbox"/> 皮膚の状態 | | <input type="checkbox"/> 運動・動作 | | <input type="checkbox"/> 経済的状态 | | <input type="checkbox"/> やる気・自信 | |
| <input type="checkbox"/> 視覚 | | <input type="checkbox"/> 聴覚 | | <input type="checkbox"/> 宗教行事 | | <input type="checkbox"/> 生活歴・人生史 | |
| <input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 () | | | | <input type="checkbox"/> その他の要因 () | | | |
| 薬剤情報 | | 着目したBPSD（BPSD評価尺度） | | 環境 | | | |
| <input type="checkbox"/> ドネペジル（アリセプト®） <input type="checkbox"/> ガランタミン（レミニール®） <input type="checkbox"/> リバスチグミン（リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®） <input type="checkbox"/> メマンチン（メモリー®） <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他の薬剤要因（抗精神病薬等） () | | 症状 具体的な言動や行動 BPSDが出現しやすい場面 着目したBPSDの背景要因 | | <input type="checkbox"/> 周囲の音・声 <input type="checkbox"/> 周囲のにおい <input type="checkbox"/> 気温・室温（暑い・寒い） <input type="checkbox"/> なじみの場所 <input type="checkbox"/> なじみの関係 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他の環境要因 () | | | |
| 3 その人らしい暮らしの実現プラン | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 週間後にめざす本人の姿 (1と2から考える) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 具体的なケア計画 (1つに絞る) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ケア計画実施に関連して本人ができること | | | | <input type="checkbox"/> ケア計画実施に関連して本人ができないこと | | | |
| BPSD25Q | | 初回評価 | | 取組後評価 | | | |
| 重症度合計点 | | | | | | | |
| 特記事項：認知機能や生活状況、環境などに関する上記以外の情報など | | | | | | | |

図 3-1 ワークシート(モデル研修版)

表 3-2 フォローアップ研修プログラム

| 時間 | 内容 |
|----------------------------|---|
| 10：00～10：10 14：00～14：10 | 【研修の主旨】 フォローアップ研修の主旨と進め方を理解する |
| 10：10～10：50 14：10～14：50 | 【成果共有】 グループに分かれて、実践の成果を共有する (1) 自己紹介（氏名・所属・参加理由） (2) 結果報告（認知症の人の情報、BPSD25Q の変化、改善を目指した BPSD、着目したニーズ、具体的なケア計画、気づいたこと・学び） (3) 質疑（発表者に対する質問、取り組み方法についての質問） |
| 10：50～11：10 14：50～15：10 | 【質疑応答】 取り組みについての質疑応答を行い、取り組みの主旨を理解する ① 質問共有（各チームで出た質問と回答を共有） ② その他の質問（その他質問と回答） ③ 感想共有 |
| 11：10～11：30 15：10～15：30 | 【まとめ】 今後研修成果を生かし、どのように BPSD ケア体制づくりを進めればよいかを理解する ① 取り組みの中核的ポイントを確認 ② 今後のテキスト・ワークシートの活用方法について確認 ③ 修了証書の送付について確認 |

表 3-3 受講者へのアンケート内容

| 区分 | 主な項目 |
|----------------------------|--|
| 実践の結果 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人の性別、年代 ・ 取り組み前後の BPSD25Q 重症度合計点 ・ 改善を目指した BPSD ・ 改善目指した BPSD の取り組み前後の BPSD25Q 重症度得点 ・ 着目したニーズ ・ 具体的なケア計画 |
| 動画視聴及び振り返りの過程において気づいたことや学び | <ul style="list-style-type: none"> ・ 動画視聴について ・ 実践について ・ 研修全体について |
| 質問 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 動画視聴及び実践の過程に関する質問 |

(5) 日程

動画視聴：令和 6 年 1 月 5 日～1 月 13 日（令和 5 年度内は視聴可能とした）

実践：令和 6 年 1 月 14 日～2 月 14 日（フォローアップ研修受講日に合わせ、調整可能とした）

フォローアップ研修：以下の日程から一つ選び、参加してもらうこととした。

A 日程 2 月 16 日 10：00～11：30 B 日程 2 月 16 日 14：00～15：30

C 日程 2 月 19 日 10：00～11：30 D 日程 2 月 19 日 14：00～15：30

E 日程 2 月 22 日 10：00～11：30 F 日程 2 月 22 日 14：00～15：30

(6) 行政へのヒアリング方法

行政に対し、電話にて約 10 分ヒアリングを行った。回答はメモに残してまとめた。ヒアリング内容は、受講者の募集方法、修了者の報告方法、研修の内容、その他気付いた点である。

4. 倫理的配慮

研修の協力は任意であり、協力しないことによって不利益が及ぶことはないことと、データの適切な管理を行うこと、結果の公表方法等について、研修実施要項にて説明を行った。

5. 結果

(1) 対象者の概要

4 県の協力を得て、11 施設 17 名が修了した。施設の内訳は、老健 3 施設、特養 4 施設、GH4 施設であった。

(2) 受講者へのアンケート結果

1) 実践の結果

17 名のうち、3 名は同じ認知症の人を選定し実践したため、15 事例を収集することができた。BPSD25Q の重症度合計点及び改善を目指した BPSD 項目の得点は、15 事例全てで悪化せず、13 事例で BPSD25Q の重症度合計点は実践前と比べて実践後には下がり、11 事例で改善を目指した BPSD 項目の得点は実践前と比べて実践後には下がっていた。各実践の概要は表 3-4 のとおりであった。

図表 3-4 各実践の概要

| No. | 施設 | 年代 | 性別 | 改善を目指した BPSD | 着目したニーズ | 具体的なケア計画 | BPSD25Q の変化 | |
|-----|----|------|----|---------------|-------------------------------|--|-------------|---------------------|
| | | | | | | | 重症度合計点 (点) | 改善を目指した BPSD 項目 (点) |
| 1 | 老健 | 90 代 | 女性 | 夜間眠れないで活動する | 睡眠状態 (居室の臭いが気になる。他者が私に悪口を言う。) | 日中の活動を増やす。午前午後と 1 回 50 音パズルをする。 | 23→12 | 4→2 |
| 2 | 老健 | 80 代 | 女性 | 徘徊 | 精肉店を営んでおり朝早くからコロツケの仕込みを行ってきた。 | 言葉がけを統一し対応。どうしたのか聞く。帰れない事を伝える。気持ちを他に向けてもらうため、職員の手伝いなど役割を持ってもらった。 | 17→17 | 3→3 |
| 3 | 老健 | 90 代 | 女性 | 怒りっぽい (食後に急激) | 生活歴・人生史 (買い物などでお金を使い続け | 苛立ちが発生する事が多い 13 時頃に、自身の役割や満足感を | 46→34 | 4→4 |

| | | | | | | | | |
|----|--------|-----|----|-----------------------------|---|--|-------|-----|
| | | | | な苛立つことがある) | てきた。今は買い物に出ることができない。) | 持ってもらうために、タオルたたみをお願いする。終了時に感謝の言葉を伝える。 | | |
| 4 | 老健 | 90代 | 女性 | 夜間寝ないで活動する | その他の健康・身体要因(日中うとうとされている事が多い) | 椅子に座り午前中に本人と軽体操を行う。 | 37→25 | 5→2 |
| 5 | 老健 | 80代 | 男性 | 夜間寝ないで活動する。 | コミュニケーション(不安そうにしているのではないか) | 作業の提供と感謝の言葉かけを行い安心感を得てもらう。 | 39→16 | 5→2 |
| 6 | 老健 | 80代 | 女性 | うろうろする | 生きがい(本人の周辺症状から、出来る事をうばってしまっている) | おやつ後から夕食前まで手作業、塗り絵をすすめる。声かける。 | 13→13 | 4→2 |
| 7 | 特養 | 90代 | 女性 | 介護されることを拒否する(入浴、更衣、排泄) | コミュニケーション(言葉が聞きとれず理解が難しく不安になる) | 大きな声でゆっくり話し、ご本人がうなずきや返答を聞いてからケアにあたる。 | 25→10 | 5→1 |
| 8 | 特養 | 80代 | 女性 | 怒りっぽい(おやつやご飯を食べたことを忘れて訴える) | 目が見えない不安や寂しさ、疎外感を感じて周りの言動が気になる。そのため馬鹿にされたくないという思いから怒りに繋がっている。 | 訴えに早く対応、否定をしない、本人の近くで業務の話などをしない。空腹の訴え時におやつやコーヒーの提供。車椅子に移乗し荷物を一緒に運んでもらう。感謝の言葉かけ。 | 52→34 | 4→2 |
| 9 | 特養 | 90代 | 女性 | 施設から出たがる | 帰宅願望 | 帰宅願望があり、その行動が仲の良い利用者が部屋に戻った時によく見られるため、他の利用者や職員との交流を増やす | 23→18 | 4→2 |
| 10 | 特養 | 80代 | 女性 | 施設から出たがる(午前～就寝までの徘徊) | 痛み(疲れやすさと全身の痛み) | 昼食後うつ症状が出る前に、居室で横になることを勧める。 | 21→15 | 4→3 |
| 11 | 特養 | 80代 | 女性 | 大声・鳴声が続く、さけぶ | 服薬状況の変化(服薬状況も少し変化があったが、関わりで改善できると考えた) | 早めに対応する。何をしたいか、どこに行きたいか話を聞く。 | 20→13 | 1→1 |
| 12 | G H | 60代 | 男性 | 悲観的で気分が落ち込んでいる | 左片麻痺の影響 | 日中の散歩(日光浴)、PTと相談しリハビリを通じて意欲を持って頂く、楽しみも同時に進行、アセスメントの実地。 | 37→20 | 5→5 |
| 13 | G H | 90代 | 男性 | 心配ばかりする(障がいのある長女の世話を心配している) | 生活歴・人生史(先天性の障がいのある長女の世話を長年してきており、その習慣が人生そのものと思われる) | 夕食後や～後に表情をよく観察し、困った様子であった場合、支援者から積極的に会話を始める。要望等をきちんと行うことを言葉だけでなく、非言語的コミュニケーションを意識してコミュニケーションを図る。 | 56→25 | 4→3 |

| | | | | | | | | |
|----|--------|---------|--------|--|-------------|--|-------|-----|
| 14 | G H | 80 代 | 女 性 | うろうろする (夕食の食材 や洋服の買い 物にでかけた い) | コミュニケーション | 目線を合わせて視点があつたら、ゆっくり会話を始める。 ①昼・夕食作りについて何が食べたいか？チラシの絵を見ながら献立を一緒に考え、調理食材の下準備(キャベツ・ジャガイモ・人参・玉ねぎの皮むき、調子が良い時は切り込みまで)を一緒にしていただく。 ②タオル干し・たたみの手伝いをしていただく。 | 39→32 | 3→2 |
| 15 | GH | 90 代 | 女 性 | 大声で助けて と叫ぶ | 寂しい、助けてほしい。 | 隣に座り、一緒に歌を歌う。(ボランティア参加) | 43→21 | 3→2 |

2) 動画視聴及び振り返りの過程において気づいたことや学び

動画やワークシート、実践、フォローアップ研修、研修全体について、意見や感想を得た。

①動画について

視聴方法

- いつでも何回でも視聴が可能であったため、検討メンバー(ケアチーム)全員が視聴でき、実践がしやすかった。
- 自分のタイミングで視聴することができてよかった。
- 仕事の合間に動画を見ていたが、短い動画を何本かにしてもらえると途中で止めて後日に見る際も見やすいと思った。
- 動画視聴は後回しになってしまう。日時の決まっている研修の方が受講しやすい。
- 対面で研修を受けられると、頭に入りやすく、集中できる。

時間

- 長時間ではなく手元にパワーポイントの資料があったため、研修の趣旨と進め方はわかりやすかった。
- 時間も丁度良く、集中して視聴できた。
- 長めの動画だったため、なかなか理解できず、資料をコピーして再度確認したりしていた。
- 細かく説明もあり業務時間での学習では時間が足りず、業務外で学習した。

内容

- 大変分かりやすい内容であった。
- とても細かく説明され、事例もわかりやすかった。
- 研修の一連の流れを分かりやすく説明されており、学びやすかった。
- 研修の手順や流れ、ポイント等が細かく説明されておりとてもよかった。
- 音量が小さく、YouTube上での配信のため、途中のCMとの音量のギャップがすごかった。

②ワークシートについて

記入方法

- ワークシートや BPSD25Q をパソコンで入力できるとよい。
- ワークシートの記入例がたくさんあるとよい。
- 2回目以降の検討の際、ワークシートは上書きしていく方がよいのか。
- スポット的に実施するのではなく、継続して実施できるように、途中経過も書き込めるとよい。
- BPSD の背景要因を出すワークは、ひもときシート等、過去に学んだツールも活用できると良い。
- ワークシートの記入スペースが足りない。A3、A4 版があるとよい。
- もう少し用紙の記載の内容を細かく書けるようにした方がよかった。

負担感

- 非常にワークシートが活用できた。
- これ位にコンパクトなシートがあればとても活用できると感じた。
- 記入するシートが少な目であり、負担少なく取り組むことが出来た。
- 数値化されているので、結果が分かり易く、次の取り組みの意欲に繋がった。

その他

- ワークシートの見直しのタイミングはいつが良いのか。
- ワークシートを改変して使用しても問題ないか。

③実践について

期間

- 取り組み開始までの期間に、もう少し余裕があるといいと感じた。
- 実践期間が短かったのももう少し期間が長ければよかった。

メンバーへの周知

- チームメンバーに取り組みの趣旨を説明することが難しい。
- 以前より「ひもときシート」を活用し事例検討を行っているので、取り組みに対する抵抗感は少なく感じている。ケアの統一や取り組みの周知の為、ユニット棟の利用者を選定したが、それでも検討メンバー以外のスタッフへの周知の徹底が課題。

カンファレンス

- 初回のカンファレンスでは、対象者に対して様々な意見や考えが出てよかったが、意見を集約し優先順位をつけることが難しかった。

感染症流行時の対応

- 風邪症状の方がいたこともあり、他職員との連携が難しかった日があった。
- 対象利用者が風邪で実践に集中できないこともあった。他職員へこの間の対応が浸透できていなかった。

感想

- 認知症の症状に対して、改めて背景を探りご本人に合ったケアを提供する事の大切さを学んだ。
- 普段よりも個々に注視し対応することが出来た。
- 対象の入居者様のケアを見直すきっかけをもらいよかった。
- 本人のニーズに気づき、それに沿ったケアの実践、またメンバー、ユニット全体での入居者様のニーズに沿ったケアへの意識づけに繋がった。
- 具体的に支援する内容を決めていたので支援が行いやすかった。
- PDCA サイクルによってチームで取り組む実践スタイルは、とても効果的に働いた。
- BPSD25Q の質問は、普段見逃してしまっている入居者の側面に気が付くことにも役立った。
- 数値化されているので、結果が分かり易く、次の取り組みの意欲に繋がった。
- 実践現場は忙しいが、BPSD を評価するツールは必要であり、ケアプラン作成に合わせて定期的に実施していきたい。
- スタッフみんなが揃うのは難しいが、BPSD25Q であればわかりやすく使いやすいため、今後も共有していきたい。
- 利用者の声を聞いていたが、改めて聞いてみると興味深い。

④フォローアップ研修について

- 対面での研修は学びになった。
- フォローアップ研修までの期間が長いとよい（例えば、1ヶ月半等）。
- フォローアップ研修は、緊張して臨んだが、和やかな雰囲気に参加する事ができた。
- フォローアップ研修では、他施設の前向きな取り組みを聞き、とても刺激になり、また頑張ろうと思うことができた。
- フォローアップ研修のグループワークで他の方の意見や講師の先生のアドバイスを聞いてよかった。

⑤その他、研修全体について

方法

- 対面で学習出来るとよい。
- 実践中等困ったときに教えを乞う仕組みがあるとよい。
- BPSD25Q を WEB で入力できるようなシステムをつくってもよいのか。
- BPSD の点数を入力し、グラフ化する等の WEB システムにしてもらえるとよい。

期間

- 短期間集中で取り組みやすかった。
- 一か月間で結果を出すことに意識が向いており、忙しい印象が残った。

内容、感想

- 資料の内容から言えば、期間が足りなかったかもしれないが、内容としては学びになった。

- 普段行っているケアプランやモニタリングとは違う方法で利用者の事を考える機会になり、とても良かった。
- カンファレンスを繰り返し行うことで、職員の考え方や対応の仕方が変化するのではないかと感じる事が出来る研修内容だった。
- 普段のケアの延長線であった。
- 他の方の検討にも早速活用していきたいと思う。
- 他の利用者にもこの取り組みを試みたいという声が上がりが嬉しかった。
- いかにご利用者様の気持ちを考え、何を望んでいるのかを考えながらケアを行っていくかの大切さを感じた。
- チームメンバーでアセスメントについて学ぶ良いきっかけに繋がった。
- 今回の研修を継続し、他の利用者にも同様にチームメンバーを変えて BPSD の改善に取り組もうとスタッフ内で話が上がっている。
- 認知症介護実践者研修やリーダー研修等の修了者やひもときシートに関わった経験のある職員には理解を得られやすい。新人職員などの取り組みの経験が少ない職員には理解を促すには時間がかかると思われた。
- 対象者の認知症の人の「笑顔」が増えていることに、チームスタッフが実感できている。そして、人的環境支援の重要性も各々が理解しつつある。この BPSD ケア体制づくり研修への取り組みをこれからも継続していくことで、BPSD25Q の数値でも変化が見られているように、その人のニーズが掘り下げられ、少しでも心満たされることを増やしていきたいと検討メンバー同士で確認しあえた。

(3) 行政へのヒアリング結果

2月中旬～下旬に約10分間、研修の募集等の協力を得た担当者に、電話にてヒアリングを行った。4県中3県にヒアリングを行うことができた。受講者の募集方法については、3県から、負担は大きくなく、差し支えなかったとの回答が得られた。修了者の報告方法については、1県は、修了者名簿を活用する場面が想像できないという回答であったが、2県は、修了者名簿はあるとよいという回答であった。研修の内容については、オンラインで研修であれば、受講が容易になるという意見や実践中にわからないこと等を相談できる体制があるとよいという意見が挙げられた。ヒアリング結果の詳細は、表3-5のとおりであった。

表 3-5 行政ヒアリングの結果

| | A 県 | B 県 | C 県 |
|--------------|--|--|--|
| 受講者の募集方法について | 県が実施するのは募集に係る周知のみで、それ以降は受講希望者とセンターが直接やり取りする形であったため、県の負担は大きくなかった。 県の HP やメールで周知を行ったが、文面例を示していただけ | スムーズに行えたと思う。担当者の負担も大きくなかった。 受講者が固まったら氏名、施設・事業所名、研修日等が入った名簿がほしい。 | 特に差し支えなかった。 メールで施設に周知を図ったが、チラシ等添付ファイルの容量が重いとメールに添付できないため、配慮してもらえるとよい。 |

| | | | |
|--------------|--|--|--------------|
| | ると周知がより容易になる。また、その文面例に研修受講のメリットが記載してあると、申込者数の増加に繋がると考える。地域密着型には、所管する市町村にも周知に協力いただくことで、より広く周知できると考える。 | | |
| 修了者の報告方法について | 修了者名や所属事業所の記載がある修了者名簿を報告いただいたが、現時点で県がこれを活用する場面が想像できない。そのため、現時点では、修了者数のみの報告でもいいのではないかと考える。 | 修了者名簿があるとよい。 | 修了者名簿があるとよい。 |
| 研修の内容について | 介護職員の皆様は多忙であり、感染症対策もあるため、オンラインで研修が実施されれば受講が容易になると考える。 | 実践者研修では、職場に戻る実習中も指導者と連絡を取り合える。当該研修も実践中にわからないこと等相談できる体制があるとよいと思った。 | 特になし |
| その他気付いた点について | 普及される際には、今回のように周知のみの協力依頼とするなど、自治体職員の負担を考慮した募集・申込フローにしていたくようお願いしたい。 | 研修資料をいただけるとよい。また、研修終了後に、受講者の取り組み事例の報告をいただけため、BPSD の変化や施設の体制についてわかってよかった。 | 特になし |

6. 考察

動画については、受講者からは、全体としてわかりやすい内容であったことが指摘された。自分のタイミングで何回でも視聴が可能であったことが評価された一方で、日時の決まっている対面での研修を求める意見もあった。

ワークシートについては、負担感少なく取り組むことができたという意見が挙がったが、複数の記入例を参照したいという意見もあった。動画をふまえ、現場で自律的に実践を進める手助けとして実践事例を提示する必要性が示唆された。また、ワークシートの改編の可否等の基本的考え方について整理することが課題となった。

実践については、取り組み開始までの期間に余裕があるとよかったことが指摘された。また、チームメンバーに取り組みの趣旨を説明することが難しいとの声が挙がり、実践担当者以外への説明方法を検討する必要性が示唆された。

フォローアップ研修については、実践開始からフォローアップ研修までの期間を延長する必要性が指摘された。また、他施設の取り組みを聞くことができるという対面での研修のメリットについても指摘された。

研修全体については、WEB システムだとよいことが指摘され、システム開発について検討する必要性

が示唆された。

研修スキームについては、都道府県・指定都市を通じて受講者を募集、受講者がセンターに直接申し込む方法だと行政担当者の負担が少なく実施できるとの意見が挙がった。

第4章 BPSD 予防調査：「BPSD の発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査」の結果

1. 研究の背景・目的

令和4年度老人保健健康増進等事業「BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」の「BPSD の予防に資するケアのあり方の検討」において、令和3年度事業で検討した委員会リストに基づき「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を実践した結果、8事例全てで、予防の標的とした BPSD は悪化せず、8事例中7事例で QOL が向上した。

しかし、作業部会において、実践を行うためには、施設・事業所に理念が浸透し、現場で実践できる環境が整っている必要があることが指摘され、理念が浸透している状態とはどのような状態であるか、そのためにはどのような条件を整えればよいかを含め、BPSD の予防がうまくいかない要因を明らかにすることが課題となった。

そこで、本年度は BPSD の発生状況と「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を進めるための課題との関係を明らかにすることを目的に、横断調査を実施した。

2. 研究の方法

(1) 対象

全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会の協力のもと、協力施設を募集した。調査協力届の提出があった施設に調査票を配布した。

回答者の選定基準は、次の3つを満たすものとした。①認知症の人が利用しているフロアのうち、寝たきりの利用者が最も少ないフロア、②寝たきりの人のケアが最も少ないケアチーム（ケアチームとは、シフトを共有する介護職員のチームとし、常勤・非常勤を問わないこととした。例えば、1フロアが A・B・C・D の4つのユニットで構成されており、日常的には A ユニットで勤務しているが、夜勤の時には A・B ユニットに介護職員が配置されケアをしている場合には、その2ユニットを1ケアチームとした。なお、2フロア以上にわたって夜勤を担当している等の場合には、対象フロアのケアチームのみを対象とした。）、③ケアチームのリーダー等、ケアチームで担当している認知症の人の状態を把握している職員 とした。

(2) 調査期間・データ収集方法

調査期間は、令和5年11月末から令和6年1月上旬である。調査協力届で希望する調査協力の形式（メールまたは郵送）を伺い、希望する方法で調査票の配布・回収を行った。

(3) 調査内容

調査内容は、作業部会②で検討し、作業部会部員の所属する5施設でプレテストを実施した上で、決定した。

第1回作業部会②：令和5年10月2日

第2回作業部会②：令和5年10月13日

プレテスト：令和5年10月18日～10月23日

プレテストの結果を踏まえ、基本情報、ケアチームの概要、認知症の人に実施するケア、施設の運営体制等、ケアチームで担当する認知症の人について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の過去一週間の状況を調査内容とした。調査票の構成は、表4-1のとおりであり、調査票は、巻末資料に示した。

表4-1 BPSDの発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査 調査票の構成

| 区分 | 主な項目 |
|----------------------------------|--|
| 基本情報 | 施設種別、有害事象の有無 |
| 1. ケアチームの概要について | 日常的に介護している利用者数、常勤換算介護職員数 |
| 2. 認知症の人に実施するケアについて | 過去一週間のケア（9項目、4件法）、BPSDの予防に有効なケア（9項目、4件法） |
| 3. 施設の運営体制等について | ユニットケアの実施について、BPSDのある人の受け入れ方針、BPSDのある人の受け入れ状況、理念浸透のための取り組み・体制（7項目、4件法） |
| 4. ケアチームで担当する認知症の人について | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の人数、そのうち入所から一か月未満の者の人数、介護経験年数別BPSD13Qを評価したスタッフの人数 |
| 5. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の過去一週間の状況 | 利用者ごとBPSD13Qの得点、薬剤の内服状況 |

(4) 分析方法

過去一週間のケア及び理念浸透のための取り組み・体制のデータは、最初に天井効果と床効果の有無を確認した。

次に、探索的因子分析を実行した。初期解を最尤法によって求め、スクリー・プロットより因子数を決定し、抽出された因子についてプロマックス回転を行った。統計解析には、IBM SPSS Statistics26を用いた。抽出された因子には、各々名称を付けた。

さらに、探索的因子分析によって得られた因子構造をもとに、共分散構造分析を実施した。分析には、IBM SPSS Amos 29 Graphicsを使用した。

その他の項目は、単純集計を行った。

(5) 倫理的配慮

調査の趣旨や協力は任意であり、協力しないことによって不利益が及ぶことはないこと、データの適切な管理を行うこと、調査結果の公表方法等について文書にて説明し、調査票の返送をもって同意に代えた。本研究は、社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター倫理審査委員会で承認を得た（承認番号1番_令和5年度）。

3. 研究の結果

(1) 回収状況

調査票は、105 ケアチーム中 104 ケアチームより回答があった。そのうち 1 ケアチームに非回答の項目があり、103 ケアチームを分析対象とした。内訳は、特養が 51 ケアチーム (49.51%)、老健が 16 ケアチーム (15.53%)、グループホームが 36 ケアチーム (34.95%) であった。(表 4-2)

表 4-2 回収状況(n=103)

| | ケアチーム数 | % |
|-----------|--------|-------|
| 特別養護老人ホーム | 51 | 49.51 |
| 老人保健施設 | 16 | 15.53 |
| グループホーム | 36 | 34.95 |

(2) ユニットケアの実施状況

ユニットケアを実施しているケアチームは、特養が 19 ケアチーム (37.25%)、老健が 3 ケアチーム (18.75%)、グループホームが 36 ケアチーム (100%) であった。

ユニットケア施設として届け出ていないが、ユニットを分け、グループを作ってケアする等、ユニットケアに準じるケアを実施しているケアチームは、特養が 15 ケアチーム (29.41%)、老健が 5 ケアチーム (31.25%)、グループホームが 0 ケアチーム (0%) であった。

ユニットケアを実施していないチームは、特養が 17 ケアチーム (33.33%)、老健が 8 ケアチーム (50.00%)、グループホームが 0 ケアチーム (0%) であった (表 4-3)。

表 4-3 ユニットケアの実施状況

| | 特養 n (%) | 老健 n (%) | GH n (%) | 合計 (%) |
|--------------|------------|-----------|-------------|------------|
| ユニットケア実施している | 19 (37.25) | 3 (18.75) | 36 (100.00) | 58 (56.31) |
| 準じるケアを実施している | 15 (29.41) | 5 (31.25) | 0 (0.00) | 20 (19.42) |
| 実施していない | 17 (33.33) | 8 (50.00) | 0 (0.00) | 25 (24.27) |

(3) ケアチームで介護している利用者について

103 ケアチーム合わせて、介護している利用者数は、1,966 人、認知症高齢者の日常生活自立度 II a 以上の人の数は、1,674 人であった。介護している利用者数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度 II a 以上の人の割合は、85%であった。1 ケアチームあたりの介護している利用者数 (平均±標準偏差) は、19.09±12.87 人、認知症高齢者の日常生活自立度 II a 以上の人の数は、16.25±11.28 であった (表 4-4)。

表 4-4 ケアチームで介護している利用者について

| | 特養 | 老健 | GH | 103 ケアチーム計 | 特養 1 ケアチームあたり mean(SD) | 老健 1 ケアチームあたり mean(SD) | GH 1 ケアチームあたり mean(SD) | 1 ケアチームあたり mean(SD) |
|---------------------------|-------|-----|-----|------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 介護している利用者数 | 1,149 | 471 | 346 | 1,966 | 22.53 (12.70) | 29.44 (14.24) | 9.61 (2.64) | 19.09 (12.87) |
| IIa 以上の人の数 | 1,018 | 349 | 307 | 1,674 | 19.96 (11.65) | 21.81 (13.63) | 8.53 (1.44) | 16.25 (11.28) |
| IIa 以上の人の数/介護している利用者数 (%) | 89% | 74% | 89% | 85% | | | | |

(4) ケアチームの概要

1 ケアチームあたりの常勤換算介護職員数は、8.64±3.58 人であった。介護職員 1 人あたり、介護している利用者は、2.21 人、認知症高齢者の日常生活自立度 IIa 以上の人は、1.88 人であった。認知症高齢者の日常生活自立度 IIa 以上の人のうち、入所から 1 か月未満の数は、0.82±1.38 人であった (表 4-5)。

表 4-5 ケアチームの概要

| | 103 ケアチーム計 | 1 ケアチームあたり mean(SD) |
|--------------------------------|------------|------------------------|
| 介護している利用者数 (再掲) | 1,966 | 19.09(12.87) |
| IIa 以上の人の数 (再掲) | 1,674 | 16.25(11.28) |
| IIa 以上の人の数/介護している利用者数 (%) (再掲) | 85% | |
| 常勤換算介護職員数 | | 8.64(3.58) |
| 介護している利用者数/常勤換算介護職員数 | | 2.21 |
| IIa 以上の人の数/常勤換算介護職員数 | | 1.88 |
| IIa 以上の人のうち、入所から 1 か月未満の数 | | 0.82(1.38) |

(5) 大声や徘徊、暴言暴力など BPSD のある人の受け入れ方針

大声や徘徊、暴言暴力など BPSD のある人の受け入れ方針について、施設・事業所の方針がある場合はそれに基づき、特に方針がない場合は、回答者の判断で回答を求めた。基本的にすべて受け入れているが 65 ケアチーム (63.11%)、BPSD を主な理由として受け入れを断ることがあるが 34 ケアチーム (33.01%)、受け入れには消極的であるが 4 ケアチーム (3.88%) であった (表 4-6)。

表 4-6 大声や徘徊、暴言暴力など BPSD のある人の受け入れ方針

| | n | % |
|---------------------------|----|-------|
| 基本的にすべて受け入れている | 65 | 63.11 |
| BPSD を主な理由として受け入れを断ることがある | 34 | 33.01 |
| 受け入れには消極的である | 4 | 3.88 |

(6) 大声や徘徊、暴言暴力等 BPSD のある人の受け入れ状況

過去 3 か月で入所を検討した人数のうち、大声や徘徊、暴言暴力など介護力を必要とする BPSD が生じていた者の人数は、1 ケアチームあたり 1.59 ± 4.08 人であった。そのうち、入所を断った人数は、1 ケアチームあたり 0.28 ± 1.27 人、入所した人数は 1 ケアチームあたり 1.31 ± 3.06 人であった (表 4-7)。

表 4-7 大声や徘徊、暴言暴力等 BPSD のある人の受け入れ状況

| | 103 ケアチーム 計 | 1 ケアチームあ たり mean (SD) | (ア) あたり% |
|--|----------------|-----------------------------|----------|
| (ア) 過去 3 か月で入所を検討した人数のうち、大声や徘徊、暴言暴力など介護力を必要とする BPSD が生じていた者の人数 | 164 | 1.59 (4.08) | 100.00 |
| (ア) のうち、入所を断った人数 | 29 | 0.28 (1.27) | 17.68 |
| (ア) のうち、入所した人数 | 135 | 1.31 (3.06) | 82.32 |

(7) BPSD13Q 平均値

認知症高齢者の日常生活自立度 IIa 以上の人について、利用者ごとに BPSD13Q の評価を求めた。居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているとフロアリーダー等が判断したスタッフが評価した。合計平均値は、 12.19 ± 7.50 点であった (表 4-8)。

表 4-8 BPSD13Q 平均値(n=103)

| | mean | SD |
|-------------------------------------|-------|------|
| BPSD13Q 合計平均値 | 12.19 | 7.50 |
| ①実際にはないものが見えたり、聞こえたりする | 0.81 | 0.69 |
| ②盗られたという、嫉妬する、別人という (盗害、嫉妬、誤認、他) | 0.75 | 0.67 |
| ③うろろうろする、不安そうに動き回る | 0.94 | 0.74 |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | 0.97 | 0.72 |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | 1.05 | 0.76 |
| ⑥怒りっぽい | 1.01 | 0.70 |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | 1.20 | 0.78 |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | 0.64 | 0.63 |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | 0.98 | 0.71 |
| ⑩心配ばかりする | 0.81 | 0.66 |
| ⑪日中うとうとする | 1.36 | 0.86 |
| ⑫夜間寝ないで活動する | 0.73 | 0.57 |
| ⑬介護されることを拒否する | 0.93 | 0.72 |

(8) 介護経験年数別 BPSD13Q を評価したスタッフ

BPSD13Q は、利用者 1 名につき評価者は 1 名とし、他のスタッフが評価せず、判断基準を参考にして評価を求めた。また、2 名以上、最大 5 名のスタッフで分担して評価した。BPSD13Q を評価

したスタッフの人数について介護経験年数別に回答を求めたところ、10年以上が244人(63.05%)と最も多かった(表4-9)。

表4-9 介護経験年数別 BPSD13Q を評価したスタッフ(n=387)

| 介護経験年数 | 人数 | % |
|-----------|-----|-------|
| 1年未満 | 9 | 2.33 |
| 1年以上2年未満 | 9 | 2.33 |
| 2年以上3年未満 | 14 | 3.62 |
| 3年以上4年未満 | 19 | 4.91 |
| 4年以上5年未満 | 6 | 1.55 |
| 5年以上6年未満 | 25 | 6.46 |
| 6年以上7年未満 | 14 | 3.62 |
| 7年以上8年未満 | 16 | 4.13 |
| 8年以上9年未満 | 9 | 2.33 |
| 9年以上10年未満 | 22 | 5.68 |
| 10年以上 | 244 | 63.05 |

(9) 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の薬剤の内服状況

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の薬剤の内服状況について、全103ケアチームの1,674人中では、抗精神病薬を内服している人数(割合)が290人(17.32%)、ベンゾジアゼピン系が81人(4.84%)、その他の向精神薬が343人(20.49%)だった。1ケアチームあたりでは、抗精神病薬を内服している人数は 2.82 ± 3.25 人、ベンゾジアゼピン系を内服している人数は 0.79 ± 1.89 人、その他の向精神薬を内服している人数は 3.33 ± 3.35 人だった。全103ケアチームの1,674人中5剤以上の薬剤を内服している人数は870名(51.97%)で、1ケアチームあたりでは 8.45 ± 8.58 人であった(表4-10)。

(再掲) 介護している利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の数の平均16.25人

表4-10 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人の薬剤の内服状況

| 項目 | 特養 51 ケアチーム n=1,018 | | 老健 16 ケアチーム n=349 | | GH 36 ケアチーム n=307 | | 103 ケアチーム n=1,674 | | 1 ケアチーム あたり n=16.25± 11.28 |
|--------------------|---------------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|----------------------|-------|-------------------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n, mean±SD |
| 抗精神病薬を内服している人数 | 157 | 15.42 | 58 | 16.62 | 75 | 24.43 | 290 | 17.32 | 2.82 ± 3.25 |
| ベンゾジアゼピン系を内服している人数 | 58 | 5.70 | 9 | 2.58 | 14 | 4.56 | 81 | 4.84 | 0.79 ± 1.89 |
| その他の向精神薬を内服している人数 | 196 | 19.25 | 70 | 20.06 | 77 | 25.08 | 343 | 20.49 | 3.33 ± 3.35 |
| 5剤以上の薬剤を内服している人数 | 481 | 47.25 | 192 | 55.01 | 197 | 64.17 | 870 | 51.97 | 8.45 ± 8.58 |

(10) 認知症の人に実施するケアについて

1) 過去一週間の実施状況

① 集計結果

認知症の人に実施するケアについて、過去一週間の実施状況として、9項目を「とてもできている」(4点)から「全然できていない」(1点)までの4件法で尋ね、平均値を算出した。「認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する」が 3.49 ± 0.54 点と最も高く、次いで高いのは「安心につながる環境調整を行う(大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等)」で 3.16 ± 0.68 点であった(表4-11)いずれも天井効果・床効果は確認されなかった。

表4-11 認知症の人に実施するケア 過去一週間の実施状況について(n=103)

| 項目 | mean | SD |
|--|------|------|
| 認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する | 3.49 | 0.54 |
| 安心につながる環境調整を行う(大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等) | 3.16 | 0.68 |
| 安心につながるかわり方を心掛ける(感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等) | 3.15 | 0.63 |
| 自由な暮らしを送る(希望に応じ、お金が管理できる、外出できる、習慣を継続できる等) | 2.29 | 0.75 |
| 役割を持ってもらう(家事を行う等) | 2.65 | 0.80 |
| 趣味活動を行ってもらう(本人の得意なこと、興味のある活動ができる範囲で担当してもらう等) | 2.65 | 0.76 |
| 身体活動量を確保する(散歩や体操、その他体を動かす活動を行う等) | 2.81 | 0.81 |
| 職員との関係を構築する(認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等) | 3.09 | 0.63 |
| 家族との関係を再構築する(家族との外出の時間を設ける、面会の時間を設ける、家族との写真を見る等) | 2.87 | 0.80 |

② 因子分析の結果

認知症の人に実施するケア9項目全体の因子構造を探索するために、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。初期解のスクリー・プロットをもとに、2因子構造が妥当と考え、因子数を2因子に固定して探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を実施した(表4-12)。

因子負荷量0.5以上を基準にしたところ、第1因子では4項目、第2因子では1項目の計5項目が該当した。該当した5項目で再度因子数を2因子に固定して因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った結果、2つの因子構造が確認された(表4-13)。また、第1因子と第2因子の間に正相関が認められた($r=.520$ 、 $p<0.001$)

第1因子は、「職員との関係を構築する(認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等)」、「安心につながるかわり方を心掛ける(感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等)」、「安心につながる環境調整を行う(大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等)」、「趣味活動を行ってもらう(本人の得意なこと、興味のある活動ができる範囲で担当してもらう等)」の4項目であり、安心や活動につながる環境

づくりに関すること等で構成されていることから、「安心・活動できる環境づくり」と命名した。

第2因子は、「認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する」で構成されていることから、「体調を確認」と命名した。

表 4-12 認知症の人に実施するケアに関する初回因子分析の結果

| 項目 | 因子負荷量 | |
|--|--------|--------|
| | 第1因子 | 第2因子 |
| 安心につながるかわり方を心掛ける（感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等） | 0.790 | -0.004 |
| 職員との関係を構築する（認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等） | 0.753 | 0.101 |
| 安心につながる環境調整を行う（大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等） | 0.726 | 0.004 |
| 認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する | 0.676 | -0.114 |
| 家族との関係を再構築する（家族との外出の時間を設ける、面会の時間を設ける、家族との写真を見る等） | 0.463 | 0.119 |
| 自由な暮らしを送る（希望に応じ、お金が管理できる、外出できる、習慣を継続できる等） | 0.406 | 0.301 |
| 身体活動量を確保する（散歩や体操、その他体を動かす活動を行う等） | 0.317 | 0.218 |
| 趣味活動を行ってもらおう（本人の得意なこと、興味のある活動をできる範囲で担当してもらおう等） | -0.116 | 1.023 |
| 役割を持ってもらおう（家事を行う等） | 0.368 | 0.370 |

表 4-13 認知症の人に実施するケアに関する5項目での因子分析の結果

| 項目 | 因子負荷量 | |
|--|-----------------------|---------------|
| | 第1因子 安心・活動できる環境づくり | 第2因子 体調を確認 |
| 職員との関係を構築する（認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等） | 0.932 | -0.066 |
| 安心につながるかわり方を心掛ける（感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等） | 0.726 | 0.070 |
| 安心につながる環境調整を行う（大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等） | 0.578 | 0.208 |
| 趣味活動を行ってもらおう（本人の得意なこと、興味のある活動をできる範囲で担当してもらおう等） | 0.564 | -0.071 |
| 認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する | -0.030 | 1.016 |

2) BPSDの予防に有効なケアの集計結果

認知症の人に実施するケアについて、過去一週間の実施状況として、「とてもできている」から「あまりできていない」と回答した場合、それぞれのケアがBPSDの予防に有効かどうか、「とても有効」（4点）から「全然有効でない」（1点）までの4件法で尋ね、平均値を算出した。「職員との関係を

構築する（認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等）」が 3.65 ± 0.54 点と最も高く、次いで高いのは「安心につながるかかわり方を心掛ける（感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等）」で 3.62 ± 0.54 点であった（表 4-14）。いずれも天井効果・床効果は確認されなかった。

表 4-14 BPSD の予防に有効なケア

| 項目 | mean | SD |
|--|------|------|
| 認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する | 3.54 | 0.52 |
| 安心につながる環境調整を行う（大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等） | 3.48 | 0.71 |
| 安心につながるかかわり方を心掛ける（感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等） | 3.62 | 0.54 |
| 自由な暮らしを送る（希望に応じ、お金が管理できる、外出できる、習慣を継続できる等） | 2.76 | 1.22 |
| 役割を持ってもらう（家事を行う等） | 3.27 | 1.01 |
| 趣味活動を行ってもらう（本人の得意なこと、興味のある活動ができる範囲で担当してもらう等） | 3.28 | 0.87 |
| 身体活動量を確保する（散歩や体操、その他体を動かす活動を行う等） | 3.29 | 0.89 |
| 職員との関係を構築する（認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等） | 3.65 | 0.54 |
| 家族との関係を再構築する（家族との外出の時間を設ける、面会の時間を設ける、家族との写真を見る等） | 3.16 | 0.90 |

(11) 理念浸透のための取り組み・体制

1) 集計結果

理念浸透のための取り組み・体制について、過去一か月を振り返り、7項目を「とてもできている」（4点）から「全然できていない」（1点）までの4件法で尋ね、平均値を算出した。「認知症ケアについて悩んだときにチームリーダー（フロア主任等）に相談できる体制がある（スタッフが認知症ケアに悩んだときにリーダーが相談に乗ってくれる）」が 3.21 ± 0.74 点と最も高く、次いで高いのは「管理者が認知症の人主体のケアを積極的に推奨している（例えば、周辺業務（記録・環境整備等）があるときにも認知症の人とのかかわりを優先するように積極的に推奨している）」で 3.14 ± 0.77 点であった。いずれも天井効果・床効果は確認されなかった（表 4-15）。

表 4-15 理念浸透のための取り組み・体制 集計結果

| 項目 | mean | SD |
|--|------|------|
| スタッフは、単にケアの理念を知っているだけでなく、施設・事業所のケアの理念の意味を理解している | 2.83 | 0.67 |
| ケアチームは、ケアで困ったときに、認知症の人を中心に考えるようにしている（チームがバラバラのケアを行っていたときに、認知症の人の意思を尊重したケアが選択されたり、提案されたりする） | 2.94 | 0.70 |
| 人材育成において、ケアの理念が効果的に活用されている（ケアの理念を学習する研修等、ケアの理念を学習する機会が確保されている） | 2.67 | 0.75 |
| 認知症ケアについて悩んだときにチームリーダー（フロア主任等）に相談できる体制がある（スタッ | 3.21 | 0.74 |

| | | |
|---|------|------|
| フが認知症ケアに悩んだときにリーダーが相談に乗ってくれる) | | |
| 管理者が認知症の人主体のケアを積極的に推奨している（例えば、周辺業務（記録・環境整備等）があるときにも認知症の人とのかかわりを優先するように積極的に推奨している） | 3.14 | 0.77 |
| 管理者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している（管理者が積極的に現場に出てきて、新人職員等にも積極的に理念を発信している） | 3.04 | 0.80 |
| 経営者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している | 3.09 | 0.83 |

2) 因子分析の結果

理念浸透のための取り組み・体制の7項目全体の因子構造を探索するために、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行ったところ、3因子構造が確認された（表4-16）。因子負荷量0.5以上を基準にしたところ、第1因子は4項目、第2因子は2項目、第3因子は1項目となった。因子間相関を確認した結果、第1因子と第2因子の間に高い正相関（ $r=.730$ 、 $p<0.001$ ）が、第1因子と第3因子の間に中等度の正相関（ $r=.642$ 、 $p<0.001$ ）が、第2因子と第3因子の間に高い正相関（ $r=.801$ 、 $p<0.001$ ）が認められた。

第1因子は、「スタッフは、単にケアの理念を知っているだけでなく、施設・事業所のケアの理念の意味を理解している。」「認知症ケアについて悩んだときにチームリーダー（フロア主任等）に相談できる体制がある。（スタッフが認知症ケアに悩んだときにリーダーが相談に乗ってくれる）」、「ケアチームは、ケアで困ったときに、認知症の人を中心に考えるようにしている。（チームがバラバラのケアを行っていたときに、認知症の人の意思を尊重したケアが選択されたり、提案されたりする）」、「人材育成において、ケアの理念が効果的に活用されている。（ケアの理念を学習する研修等、ケアの理念を学習する機会が確保されている）」の4項目であり、理念に沿ったチームケアに関すること等で構成されていることから、「理念に則ったチームケア」と命名した。

第2因子は、「管理者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。（管理者が積極的に現場に出てきて、新人職員等にも積極的に理念を発信している）」、「管理者が認知症の人主体のケアを積極的に推奨している。（例えば、周辺業務（記録・環境整備等）があるときにも認知症の人とのかかわりを優先するように積極的に推奨している）」の2項目であり、管理者が認知症の人中心のケアを積極的に発信していること等で構成されることから、「管理者による認知症の人中心のケアの発信」と命名した。

第3因子は、「経営者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。」で構成されていることから、「経営者による認知症の人中心のケアの発信」と命名した。

表4-16 理念浸透のための取り組み・体制の因子分析の結果

| 項目 | 因子負荷量 | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | 第1因子 理念に則ったチームケア | 第2因子 管理者による認知症の人中心のケアの発信 | 第3因子 経営者による認知症の人中心のケアの発信 |
| スタッフは、単にケアの理念を知っているだけでなく、施設・事業所のケアの理念の意味を理解している。 | 0.715 | -0.104 | 0.060 |
| 認知症ケアについて悩んだときにチームリーダー（フロア主任等）に | 0.710 | -0.064 | 0.037 |

| | | | |
|---|--------|-------|--------|
| 相談できる体制がある。(スタッフが認知症ケアに悩んだときにリーダーが相談に乗ってくれる) | | | |
| ケアチームは、ケアで困ったときに、認知症の人を中心に考えるようにしている。(チームがバラバラのケアを行っていたときに、認知症の人の意思を尊重したケアが選択されたり、提案されたりする) | 0.597 | 0.291 | -0.088 |
| 人材育成において、ケアの理念が効果的に活用されている。(ケアの理念を学習する研修等、ケアの理念を学習する機会が確保されている) | 0.596 | 0.109 | -0.003 |
| 管理者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。(管理者が積極的に現場に出てきて、新人職員等にも積極的に理念を発信している) | -0.055 | 0.972 | 0.055 |
| 管理者が認知症の人主体のケアを積極的に推奨している。(例えば、周辺業務(記録・環境整備等)があるときにも認知症の人とのかかわりを優先するように積極的に推奨している) | 0.044 | 0.745 | 0.024 |
| 経営者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。 | 0.033 | 0.112 | 0.897 |
| 因子間相関 | 第1因子 | - | .730 |
| | 第2因子 | .730 | - |
| | 第3因子 | .642 | .801 |

(12) BPSD13Q 平均値と認知症の人に実施するケア、理念浸透のための取り組み・体制の関係性

BPSD13Q の平均値と因子分析の結果で得られた認知症の人に実施するケアの2因子、理念浸透のための取り組み・体制の3因子で共分散構造分析を行った結果、図4-2のようになった。 $\chi^2=53.263$ 、 $GFI=.927$ 、 $AFGI=.881$ でモデルの適合度は充分であった。

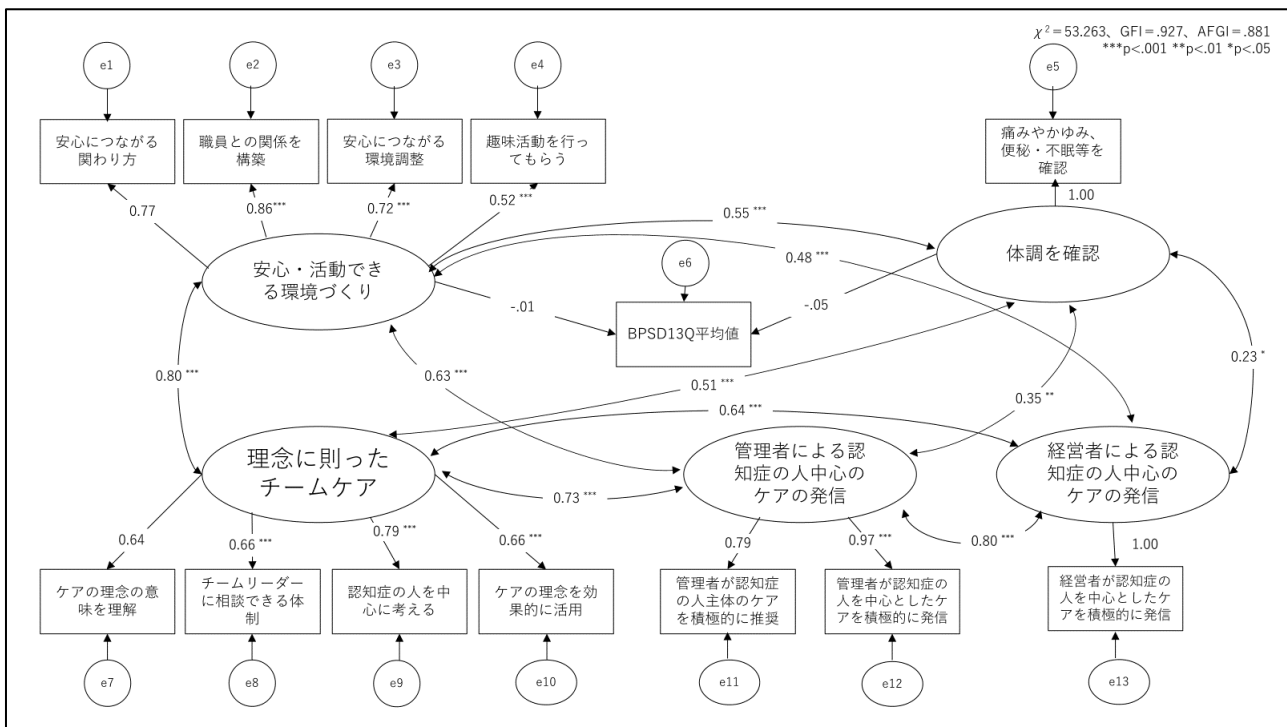


図 4-1 BPSD13Q 平均値と認知症の人に実施するケア、理念浸透のための取り組み・体制の関係性

4. 考察

BPSD13Q 平均値と認知症の人に実施するケア、理念浸透のための取り組み・体制の関係性

「経営者による認知症の人中心のケアの発信」、「管理者による認知症の人中心のケアの発信」、「理念に則ったチームケア」の向上がそれぞれの向上に関連がありそうなことが、「理念に則ったチームケア」の向上が「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」の実施に関連がありそうなことが確認された。

Rokstad AM (2013)は、専門性の高い老人ホームでは、リーダーのサポートにより、日々の実践にパーソン・センタード・ケアを導入することができたと明らかにしている。状況に応じたリーダーシップとパーソン・センタード・ケアの内容を明確にし、首尾一貫したビジョンの存在が重要であり、リーダーシップは、スタッフのエンパワーメントや、患者のニーズを満たすためのパーソン・センタード・ケアを実行する能力に影響を与えると述べている。

このことから、経営者や管理者が認知症の人中心のケアについて積極的に発信するようなリーダーシップとスタッフによる理念に則ったケアには関連がありそうだと考える。

有意差はなかったが、「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」は、「BPSD13Q 平均値」に対して、負の影響（BPSD 低減）を示した。

また、BPSD の予防に有効なケアは、平均値の高い順に「職員との関係を構築する」、「安心につながるかかわり方を心掛ける」、「認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する」、「安心につながる環境調整を行う」であった。これらは、「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」の観測変数に含まれることから、「安心・活動できる環境づくり」と「体調を確認」が、「BPSD13Q 平均値」に対して、負の影響を示したことは、回答者である介護の実践家の回答と比べてみても関連がありそうではないかと考える。

5. 今後の課題

介護している利用者数や認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人数、常勤換算介護職員数等はユニットケアを実施しているかどうかで結果が変わることが考えられる。ユニットケアを実施しているかどうかや、施設種別ごとに集計できるだけの数を集めて分析する必要があった。

また、認知症の人に影響を与える要因には、体調や温度・湿度等の環境等、様々なことが考えられる。今後は、他の要因も含め、BPSD との関連の構造を分析する必要がある。

参考文献

Rokstad AM, Vatne S, Engedal K et al: The role of leadership in the implementation of person centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes: Journal of Nursing Management, pp15-26, 2013.

第5章 BPSD 軽減調査：「BPSD 軽減に資するケアの在宅サービスへの適用可能性に関する調査」の結果

1. 研究の目的

令和 4 年度に実証したケア要件の在宅サービス事業所における適用可能性について検討することを目的とした。なお、ケア要件とは「BPSD 評価尺度とワークシートで本人のニーズや BPSD の背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCA サイクルでケアを見直すチームアプローチ」である。

2. 研究の方法

(1) 研究デザイン

国内の在宅サービス事業所（①通所介護、②通所リハビリテーション、③小規模多機能型居宅介護、④看護小規模多機能型居宅介護）を対象に BPSD25Q 及び short QOL-D をエンドポイントの尺度としたシングルアームの前後比較試験を実施した。介入期間は 8 週間とし、4 週間目に中間の進捗報告を求めた。

(2) 対象者と募集方法

対象とするサービス種別は、①通所介護、②通所リハビリテーション、③小規模多機能型居宅介護、④看護小規模多機能型居宅介護とした。①は全国老人福祉施設協議会、②は全国老人保健施設協会、③は全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会を通じて協力事業所を募集し、④は日本看護協会において公表されているリストをもとに募集した。

対象とする認知症の人の取り込み基準は、「認知症の診断を受けている者（鑑別診断の必要なし）」「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa 以上の者」「BPSD25Q にて重症度の得点の合計得点が 3 点以上の項目があり、総得点が 10 点以上の者」とし、除外基準は、「せん妄の診断がある、もしくは治療をしている者」「調査開始予定日より 2 週間以内に薬の変更があった者」とした。1 施設・事業所における認知症の人の協力数の上限は 2 名までとした。

(3) 介入方法

介入の内容は事務局が製作した動画（約 60 分）を通じて研究の主担当者に説明した。介入では、まず、主担当者によって BPSD 及び QOL の評価を行いその結果を分析対象のデータとした。そのうえで、主担当者が評価した BPSD25Q の結果を、主担当者を含む 2 名以上の検討チームで再度評価し、着目する BPSD を決定した。同時に検討メンバーでワークシートに基づき認知症の人のニーズと実施するケアの検討を求めた。ワークシートの記入に際しては、ニーズを表すような本人の声を委員会リストに基づいたインタビューを実施した（表 5-1）。検討結果は、検討メンバー以外に常に対象者を介護するチームメンバーに伝え、チームメンバーが 4 週間検討したケアを実施した。4 週間目には、BPSD25Q 及び short QOL-D の中間評価を行い、再度ワークシートに基づき、認知症の人のニーズと実施するケアを検討するよう求めた。介入開始 8 週間後に最終評価として、主担当者が一人で、BPSD25Q 及び short QOL-D の評価を行い、その結果を分析対象のデータとした。

表 5-1 委員会リスト(7 項目)

| No | その人らしい暮らしについて聴き取る項目 |
|----|---|
| 1 | どのような暮らしをしたいですか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？ 個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史 |
| 2 | あなたがこだわっていることはありますか？ 望む暮らし方、個人史 |
| 3 | 今、どのようなことをしたいですか？ 本人の望み・ニーズの把握 |
| 4 | 生活で難しくなっていること、手伝ってほしいことはどのようなことですか？ 生活障害：できないこと、できることの把握 |
| 5 | 誰と仲良く暮らしたいですか？ 人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加 |
| 6 | どのような環境で暮らしたいですか？ 生活環境：「なじみの居住空間」（居場所、落ち着ける場所） |
| 7 | どのような日課・役割を持ちたいですか？ 役割、日課、生きがい、感謝される機会 |

資料G ワークシート

施設ID: 対象者ID: 検討回数: ___回目

| | | |
|--|--------------------|--------------|
| 年齢: 歳 | 開催日: 年 月 日 | チームメンバー: 計 名 |
| 認知症の原因疾患: アルツハイマー型・レビー小体型 前頭側頭型・血管性・その他 () | 看護師 名・准看護師 名 | 介護福祉士 名 |
| 現病歴: () | 介護スタッフ 名・介護支援専門員 名 | 相談員 名 |
| | 理学療法士 名・作業療法士 名 | 言語聴覚士 名 |
| | その他 (名) | その他 (名) |

1 その人らしい暮らしの把握

| No. | ニーズを表すような本人の声 (*チェックリストを用いたインタビュー) | 本人のニーズが表れているような着段の言動や行動 |
|-----|---------------------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

2 BPSDと背景要因の分析

BPSDの背景要因として検討すべき項目に☑

| 健康状態・身体的ニーズ | その他の要因 (活動・参加・個人要因など) |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 水分摂取量 <input type="checkbox"/> 睡眠状態 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 運動・動作 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 () | <input type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 役割 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 好み <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 経済的状态 <input type="checkbox"/> やる気・自信 <input type="checkbox"/> 宗教行事 <input type="checkbox"/> 生活歴・人生史 <input type="checkbox"/> その他の要因 () |

| 薬剤情報 | 着目した BPSD (BPSD 評価尺度) | 環境 | | | | | | | | |
|--|---|----|-----------|--|--|----------------|--|-----------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ロドネベジル(アリセプト®) <input type="checkbox"/> ガラランタミン(レミニール®) <input type="checkbox"/> リバスチグミン(リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®) <input type="checkbox"/> ロメマンテン(メマリー®) <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他の薬剤要因(抗精神病薬等) () | <table border="1"> <thead> <tr> <th>症状</th> <th>具体的な言動や行動</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">BPSD が出現しやすい場面</td> </tr> <tr> <td colspan="2">着目した BPSD の背景要因</td> </tr> </tbody> </table> | 症状 | 具体的な言動や行動 | | | BPSD が出現しやすい場面 | | 着目した BPSD の背景要因 | | <input type="checkbox"/> 周囲の音・声 <input type="checkbox"/> 周囲のにおい <input type="checkbox"/> 気温・室温(暑い・寒い) <input type="checkbox"/> なじみの場所 <input type="checkbox"/> なじみの関係 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他の環境要因 () |
| 症状 | 具体的な言動や行動 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| BPSD が出現しやすい場面 | | | | | | | | | | |
| 着目した BPSD の背景要因 | | | | | | | | | | |

3 その人らしい暮らしの実現プラン

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 週間後めざす本人の姿 (1と2から考える) | |
| <input type="checkbox"/> 具体的なケア計画 (1つに絞る) | |
| <input type="checkbox"/> ケア計画実施に関連して本人ができること | <input type="checkbox"/> ケア計画実施に関連して本人ができないこと |

| BPSD25Q | 初回評価 | 取組後評価 |
|---------|------|-------|
| 重症度合計点 | | |

令和5年度老人保健健康促進事業IBPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究2023.12版

図 5-1 調査で使用したワークシート

(4) 測定方法

ベースラインと最終評価時に、主担当者がアンケート用紙を用いて、認知症の人の基本属性、

BPSD25Q、short QOL-Dに関する情報を入力した。認知症の基本属性は、年齢、性別、認知症の病型、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度の回答を得た。認知症高齢者の日常生活自立度は、ランク I から M の 7 段階で分類される評価であり、ランクの数字が高くなるほど日常生活に介護が必要なことを示している。障害高齢者の日常生活自立度ランク J1 から C2 の 8 段階で分類される評価であり、ランクの数字が高くなるほど寝たきり度が高いことを示している。

BPSD25Q は、13 項目からなる過活動性 BPSD、6 項目からなる低活動性 BPSD、6 項目からなる生活関連 BPSD の 3 カテゴリー、計 25 項目で構成される。各項目の BPSD は、過去 1 週間の重症度を 0～5 点で評価し、点数が高いほど BPSD の重症度が高いことを示す。QOL-D の短縮版である short QOL-D は、6 項目からなる陽性領域と 3 項目からなる陰性領域の 2 領域、計 9 項目で構成される。各項目は過去 4 週間の状態を 1～4 点の 4 段階で評価される。陰性領域は逆転項目であり、「15 点－(得点)」が評価点となる。点数が高いほど QOL が高いことを示す。

(5) 研究期間

2024 年 1 月 8 日～2 月 25 日（ベースライン評価期間 1 月 5～8 日、最終評価期間 2 月 26～28 日）

(6) 分析方法とサンプルサイズ

主要アウトカムである BPSD25Q 及び副次アウトカムである short QOL-D の介入前後の平均値の差を対応ある t 検定で解析した。なお、G*power を用いて、効果量 0.5、両側検定、 α エラー 0.05、検定力 0.8 で計算したところ、サンプルサイズは 34 となった。すべての統計解析は、IBM SPSS statistics 27.0 を用い、有意確率は 5%とした。効果量は、Cohen の d で、効果大：0.8、効果中：0.5、効果小：0.2とした。

(7) 倫理的配慮

主担当者及び調査協力事業所への説明と同意は、書面を用いて行い同意を得た。認知症の人およびその家族等には書面と口頭にて説明を行い、研究参加の同意を得た。認知症の人が生年月日と施設名もしくはは居住している市町村がいえない場合は本人の同意に加え、家族等に代諾を得た。以上については、認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号 1 番_令和 5 年度）。

3. 研究の結果

(1) データ抽出のプロセス

調査協力施設を募集した結果、31 事業所において、認知症の人 38 名の調査協力について申し込みを受けた。調査依頼後、1 事業所が対象となる BPSD の生じている認知症がいないことを理由に辞退となった。また調査期間中、認知症の人の骨折で 1 名、調査開始直前に薬剤処方の変更があったことで 1 名が協力辞退となり、28 事業所の 35 名の認知症の人が 3 回の登録が得られた。データクリーニングを行ったところ、データの欠損等はなく、35 名のデータを分析対象とした。

(2) 分析対象の基本属性

分析対象となった認知症の人の利用するサービスは、小規模多機能型居宅介護が 12 事業所 15 名と

最も多かった（表 5-2）。分析対象者の年齢としては、80代・90代が多く、それぞれ15名（42.9%）であった。性別は女性が多く27名（77.1%）であった。要介護度は、要介護3が最も多く、16名（45.7%）であった（表 5-3）。認知症の原因疾患はアルツハイマー型認知症が最も多く27名（77.1%）であった。レビー小体型認知症の者はいなかった。また、原因疾患の鑑別のない者が5名（14.3%）いた。認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅲaの者が最も多く、12名（34.3%）であり、障害高齢者の日常生活自立度は、J2の者が最も多く10名（28.6%）であった（表 5-4）。

表 5-2 分析対象者の利用サービスと対象者数(n=35)

| | 事業所数 | 対象者数 | % |
|---------------|------|------|------|
| 通所リハビリテーション | 3 | 3 | 8.6 |
| 通所介護 | 10 | 14 | 40.0 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 12 | 15 | 42.9 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 3 | 3 | 8.6 |

表 5-3 分析対象者の属性(年齢・性別・要介護度)n=35

| | | 人数 | % |
|------|------|----|------|
| 年齢 | 60代 | 1 | 2.9 |
| | 70代 | 4 | 11.4 |
| | 80代 | 15 | 42.9 |
| | 90代 | 15 | 42.9 |
| 性別 | 男性 | 8 | 22.9 |
| | 女性 | 27 | 77.1 |
| 要介護度 | 要支援1 | 0 | 0.0 |
| | 要支援2 | 1 | 2.9 |
| | 要介護1 | 4 | 11.4 |
| | 要介護2 | 8 | 22.9 |
| | 要介護3 | 16 | 45.7 |
| | 要介護4 | 6 | 17.1 |
| | 要介護5 | 0 | 0.0 |

表 5-4 分析対象者の属性
(原因疾患、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度)n=35

| | | 人数 | % |
|----------------|-------------|----|------|
| 原因疾患 | アルツハイマー型認知症 | 27 | 77.1 |
| | レビー小体型認知症 | 0 | 0.0 |
| | 前頭側頭型認知症 | 1 | 2.9 |
| | 血管性認知症 | 3 | 8.6 |
| | 鑑別なし | 5 | 14.3 |
| | その他 | 1 | 2.9 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | Ⅱa | 4 | 11.4 |
| | Ⅱb | 6 | 17.1 |
| | Ⅲa | 12 | 34.3 |
| | Ⅲb | 2 | 5.7 |

| | | | |
|---------------|----|----|------|
| | IV | 11 | 31.4 |
| | M | 0 | 0.0 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | J1 | 1 | 2.9 |
| | J2 | 10 | 28.6 |
| | A1 | 9 | 25.7 |
| | A2 | 7 | 20.0 |
| | B1 | 5 | 14.3 |
| | B2 | 2 | 5.7 |
| | C1 | 1 | 2.9 |
| | C2 | 0 | 0.0 |

(4) 取り組み期間と期間中のサービス利用回数

初回評価時の1週間の利用予定日数について尋ねたところ、7日すなわち毎日利用する予定の者が最も多く、12名(34.3%)であり、ついで6日が多く8名(22.9%)であった。6日以上利用予定の者が過半数を占めていた。利用予定日数が1日の者が3名、2日の者が4名であり、20.0%の者の利用予定日数が1または2日であった(表5-5)。

最終評価時に取り組み期間と期間中のサービス利用回数を尋ねたところ、取り組み期間は平均50.7±5.4日であり、期間中のサービス利用回数は33.3±18.6回であった(表5-6)。なお、サービス利用回数は、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護では、1日に訪問を行い、通所を行った場合は1回と数えることとして集計した。

表5-5 1週間の利用予定日数(初回評価時)(n=35)

| 利用予定日数 | 人数 | % |
|--------|----|------|
| 1日 | 3 | 8.6 |
| 2日 | 4 | 11.4 |
| 3日 | 2 | 5.7 |
| 4日 | 3 | 8.6 |
| 5日 | 3 | 8.6 |
| 6日 | 8 | 22.9 |
| 7日 | 12 | 34.3 |

表5-6 取り組み期間と期間中のサービス利用回数(n=35)

| | 平均 | SD |
|-------------|------|------|
| 取り組み期間(日) | 50.7 | 5.4 |
| 期間中の利用回数(回) | 33.3 | 18.6 |

(5) BPSD25Q 重症度下位項目平均値と該当者数

初回評価及び最終評価時のBPSD25Q重症度下位項目の平均値を集計したところ、初回評価・最終評価とも「繰り返し質問」の平均値が最も高く、初回評価:2.63、最終評価:2.34であり、該当者数も初

初回評価：33名（94.3%）、最終評価：30名（85.7%）と最も多かった（表5-7）。初回評価においては、繰り返し質問以降は、脱抑制が次いで平均値が高く1.97点であり、徘徊・不穏1.91点、傾眠傾向1.71点、無断外出1.69点と続いた。最終評価では、徘徊不穏が次いで平均値が高く1.57点であり、脱抑制1.46点、介護への抵抗1.40点、傾眠傾向1.31点で続いた。25項目のうち、23項目で初回評価と比較し最終評価の平均値の減少が認められた。平均値が「大声」では初回評価平均値が0.71から最終評価平均値が0.74、「不潔行動」初回評価平均値が0.77から最終評価平均値が0.86と増加していた。

表 5-7 BPSD25Q の重症度下位項目の平均値と該当者数(n=35)

| | 初回評価 | | | 最終評価 | | |
|-----------|------|------|---------|------|------|---------|
| | 平均値 | 該当者数 | 呈している割合 | 平均値 | 該当者数 | 呈している割合 |
| 繰り返し質問 | 2.63 | 33 | 94.3 | 2.34 | 30 | 85.7 |
| 脱抑制 | 1.97 | 25 | 71.4 | 1.46 | 19 | 54.3 |
| 徘徊・不穏 | 1.91 | 22 | 62.9 | 1.57 | 20 | 57.1 |
| 傾眠傾向 | 1.71 | 26 | 74.3 | 1.31 | 21 | 60.0 |
| 無断外出 | 1.69 | 21 | 60.0 | 1.11 | 14 | 40.0 |
| 常同行動 | 1.51 | 25 | 71.4 | 1.20 | 18 | 51.4 |
| 不安 | 1.51 | 23 | 65.7 | 1.11 | 18 | 51.4 |
| 介護への抵抗 | 1.51 | 17 | 48.6 | 1.40 | 17 | 48.6 |
| 物をなくす | 1.37 | 20 | 57.1 | 0.77 | 12 | 34.3 |
| 昼夜逆転 | 1.34 | 17 | 48.6 | 1.06 | 16 | 45.7 |
| 易怒性 | 1.31 | 17 | 48.6 | 1.03 | 15 | 42.9 |
| アパシー | 1.11 | 17 | 48.6 | 0.89 | 17 | 48.6 |
| 妄想 | 1.09 | 16 | 45.7 | 0.63 | 10 | 28.6 |
| 収集 | 1.06 | 17 | 48.6 | 0.60 | 8 | 22.9 |
| 食行動異常（異食） | 1.03 | 15 | 42.9 | 0.69 | 11 | 31.4 |
| うつ | 0.97 | 17 | 48.6 | 0.71 | 13 | 37.1 |
| 暴言 | 0.94 | 14 | 40.0 | 0.83 | 13 | 37.1 |
| 閉じこもり | 0.83 | 11 | 31.4 | 0.51 | 8 | 22.9 |
| 不潔行為 | 0.77 | 11 | 31.4 | 0.86 | 14 | 40.0 |
| 大声 | 0.71 | 8 | 22.9 | 0.74 | 12 | 34.3 |
| 幻視・幻聴 | 0.66 | 12 | 34.3 | 0.43 | 8 | 22.9 |
| 無反応・無関心 | 0.63 | 11 | 31.4 | 0.51 | 11 | 31.4 |
| 暴行 | 0.51 | 10 | 28.6 | 0.49 | 10 | 28.6 |
| 性的不適切行動 | 0.23 | 5 | 14.3 | 0.20 | 3 | 8.6 |

(6) 対応ある t 検定の結果

1) BPSD25Q

BPSD25Q の重症度得点について、初回評価と最終評価の差を検討するために、対応ある t 検定を実施したところ、BPSD25Q の重症度得点は初回評価から有意に低下していた（表5-8）。効果量（Cohen の d）は、d=0.502 であり、効果量は中程度であった。

表 5-8 BPSD25Q 重症度得点の変化(n=35)

| | 初回評価時 | 最終評価時 | p |
|-----|-------|-------|----|
| 平均値 | 29.3 | 22.6 | ** |
| SD | 11.8 | 14.0 | |
| 最大値 | 60 | 54 | |
| 最小値 | 10 | 6 | |

** : p<0.01 対応ある t 検定

2) Short QOL-D

Short QOL-D について、初回評価と最終評価の差を検討するために、対応ある t 検定を実施したところ、Short QOL-D の得点について有意な変化は認められなかった (表 5-9)。

表 5-9 short QOL-D 得点の変化(n=35)

| | 初回評価時 | 最終評価時 | p |
|-----|-------|-------|------|
| 平均値 | 26.6 | 27.5 | n.s. |
| SD | 5.1 | 4.6 | |
| 最大値 | 39 | 36 | |
| 最小値 | 17 | 20 | |

n.s. : 有意差なし 対応ある t 検定

4. 考察

令和 4 年度に実証したケア要件の在宅サービスでの適用可能性を検討することを目的として、通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等、合計 28 施設・事業所の協力を得て、①BPSD 評価、②全人的アセスメント、③PDCA サイクルで検証を繰り返すチーム、アプローチの 3 つの要素に準じたケアを 4 週間に 1 回、すなわち 8 週間の介入期間で PDCA を 2 回実施する介入を行う前後比較試験を行った。目標となるサンプル数を達成し、BPSD25Q の重症度平均値の差について、対応ある t 検定で有意差が認められた。また、平均値の変化量は令和 4 年度の実証検証において、初回評価：平均 29.2 点が 8 週後の最終評価で平均 22.3 点と 6.9 点減少した*1が、今回の実証検証では、初回評価：29.3 点が 8 週後の最終評価で平均 22.6 点となり、6.7 点減少とほぼ同程度の減少量であり、効果量も $d=0.502$ と中等度の効果を示した。以上から、令和 4 年度に実証したケア要件に基づくケアが在宅サービスを利用する認知症の人の BPSD 軽減にも活用できる可能性があることが示された。

5. 今後の課題

今回の実証検証において、対象となった利用者の約半数は、1 週間の利用日数が 5 日以下であったが、最低限のサンプル数での検証となったこともあり、サービス利用回数による検討を行うことができていない。利用回数が少ない者でも効果を期待できるかを検討することは今後の課題となる。

また、今回の実証検証では、通所型サービス、小規模多機能型サービスがそれぞれ半数程度であったが、サービス種別の差による検討を行うことができていない。また、今回の検証は、在宅のサービス事業所ごとの検証となった。認知症の人の在宅生活の質を検討する際には、単一のサービスの成果だけでなく、介護支援専門員を中心に認知症の人のケアマネジメント全体の成果として、在宅における BPSD が

減じ、QOLが向上することが求められる。この検証ができていないことも課題である。

さらに今回の検証では、QOLについては、平均値が0.9ポイント上昇していたものの、統計的に有意な改善は認められなかった（令和4年度の実証検証では、1.2ポイント上昇）。サンプル数の差の影響も考えられるが、複数の事業所が一体的に支援を行い、また家族等の影響も大きい、在宅サービス特有の配慮が必要な可能性もあり、今後検討が必要となる。

文献

*1：認知症介護研究・研修東京センター,令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 BPSD の予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書 p.26

第6章 日本版 BPSD ケアプログラム結果報告

1. 背景

日本版 BPSD ケアプログラムについては、これまでに、数回の実証検証が行われてきたが、令和3年度に本事業においても、効果の実証検証を行い効果の検証を行った。(全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会、日本介護支援専門員協会の協力を得て、147 施設の介護職員等 156 名が、認知症の人3人に対し、3回のPDCAを繰り返し、3回それぞれのNPI-NHの変化を統計解析したところ、1回目 23.0[12.0-39.0]点、2回目 17.0[8.0-28.0]点、3回目 13.0[6.0-26.0]点であり、PDCAを繰り返すごとに有意にBPSDが軽減した(Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定(Bonferroni 補正))。

令和4年度は当該プログラムに協力しアドミニストレーターとなった者のうち、希望のあった者に対して、当該プログラムを推進し、フォローアップ研修の講師役となる「インストラクター」を養成する日本版 BPSD ケアプログラムインストラクター研修を開始した。

2. 目的

以上をふまえ、令和5年度は、以下①～③を目的に事業を実施した。

- ① 令和4年度に開始したインストラクター研修を継続し、日本版 BPSD ケアプログラムのインストラクターを養成する
- ② 日本版 BPSD ケアプログラムの全国普及の準備として、認知症介護指導者に対して、アドミニストレーター研修を実施し、全国の各都道府県・指定都市ごとにアドミニストレーターを養成する。
- ③ インストラクター研修及びアドミニストレーター研修の効果検証として、本年度受講・修了したアドミニストレーターが実際に介入を行った事例について、効果検証を行う。

3. 方法

(1) インストラクター養成の方法

令和3年度事業において、日本版 BPSD ケアプログラムアドミニストレーターフォローアップ研修を2回受講・修了し、3名について3回の登録を行った経験のあるアドミニストレーターに対し、受講希望を募る募集を行った。申し出のあった者に対して、インストラクター研修を実施した。

インストラクター研修は、zoomによるオンライン研修とし、表6-1のような内容で実施した。このうち令和5年度に本事業の一環として実施したのは、③フォローアップ研修のオブザーブ、及び④フォローアップ研修のファシリテーターであった。

表 6-1 インストラクター養成の流れ

| Step | プログラム | 時期 | 具体的内容 | 令和5年度実施 |
|------|--------------------|---------------|--|---------|
| ① | 復習セッション | 2023/3/7 | 日本版 BPSD ケアプログラムの復習を行う | |
| ② | フォローアップ研修の復習 | 4～6月 | 再度ケアプログラムに取り組み振り返りを行う*改めて事例に取り組みインストラクター視点でフォローアップ研修を受講。 | |
| ③ | フォローアップ研修のオブザーブ | 6～12月 | フォローアップ研修にオブザーブ参加し、振り返りを行う | ● |
| ④ | フォローアップ研修のファシリテーター | 2024年 1～3月 | 実際にフォローアップ研修のファシリテーターを担当する | ● |

(2) アドミニストレーター養成の方法

日本版 BPSD ケアプログラムアドミニストレーター研修について、全国認知症介護指導者ネットワークを通じて、都道府県・指定都市ごとに認知症介護指導者1名の受講希望者の推薦を依頼した。前提として、令和6年度以降インストラクター研修を受講・修了し、インストラクターとして活動できる者を対象とすることとした。募集時期は、令和5年10月12日～11月2日とした。アドミニストレーター養成研修(e-learning)の期間は、受講決定～12月とし、フォローアップ研修の日程は、A日程：1/18(木)、3/1(金)いずれも10時～12時、B日程：1/18(木)、3/1(金)いずれも14時～16時、C日程：1/22(月)、3/11(月)いずれも10時～12時、D日程：1/22(月)、3/11(月)いずれも14時～16時とした。フォローアップ研修の講師は東京都医学総合研究所西田淳志氏(検討委員会・委員)に依頼した。2回の研修のプログラムは下表6-2、6-3の通りとした。

表 6-2 アドミニストレーターフォローアップ研修1回目のプログラム

| 時間 | 内容 | 担当者 |
|-------------------------------------|--|----------|
| 9:30～9:45 13:30～13:45 | 事前打ち合わせ | センター |
| 9:45～10:00 13:45～14:00 | 接続確認(音声、ビデオ) | センター |
| 10:00～10:05 14:00～14:05 | あいさつ・講師紹介 本日のスケジュール | センター |
| 10:05～10:15 14:05～14:15 | 動画視聴(NHK クローズアップ現代) | 西田講師 |
| 10:15～10:25 14:15～14:25 (10分) | eラーニング研修の復習 ・認知症ケアの大きな分岐点、行動心理症状の背景にあるニーズへの対応 ・グループワーク①の説明 | 西田講師 |
| 10:25～10:38 14:25～14:38 | グループワーク①(一人2分) 1. 自己紹介(事業所名、氏名、サービスの種類、参加のきっかけ) 2. 行動・心理症状に関するご自身の体験 | インストラクター |
| 10:38～11:03 14:38～15:03 | eラーニング研修の復習・3つのポイント 1. 行動・心理症状を問題行動としてみない 2. バラバラな視点でバラバラなケアをしない 3. ケアをやりっぱなしにしない | 西田講師 |
| | ・4つのステップ(PDCAサイクル) | 西田講師 |

| | | |
|----------------------------|---|---------------|
| 11:03~11:18 15:03~15:18 | グループワーク② (一人3分) ・感想、質疑応答 | インストラクター |
| 11:18~11:31 15:18~15:31 | 全体で質疑応答や感想の共有 | 西田講師 |
| 11:31~11:41 15:31~15:41 | フォローアップ研修2回目までの事前課題と利用者 PDF について (スライド⑤~⑫、事前課題一式) | 西田講師 |
| 11:41~11:54 15:41~15:54 | グループワーク③ (一人2分) 1. 利用者さんを定める：ケアプログラムを実践しようと思う利用者さんについて 2. チームをつくる：チームに加わってもらいたい人は誰か、どのように依頼するか 3. 質疑応答 | インストラクター |
| 11:54~11:57 15:54~15:57 | ・全体で最後の疑問や問題の解消 | 西田講師・インストラクター |
| 11:57~12:00 15:57~16:00 | ・あいさつ 事務連絡 | 西田講師 センター |

表 6-3 アドミニストレーターフォローアップ研修2回目のプログラム

| 時間 | 内容 | 担当者 |
|----------------------------|--|--------------------|
| 9:30~9:45 13:30~13:45 | 事前打ち合わせ | センター |
| 10:00~10:05 14:00~14:05 | あいさつ・講師紹介 本日のスケジュールと目的 | センター 西田講師 |
| 10:05~11:05 14:05~15:05 | グループワーク① (一人10分) 1. 対象者の方を選ばれた理由 2. 話し合いの参加者 (チームに加わった人) 3. 行動心理症状を評価した結果 (合計得点) と特に目立った症状 4. 背景要因をどう捉えたか 5. 実際のケア計画について (50字以内) 6. ケアプログラムを実施してよかった点 7. 難しかった点、疑問点 | 受講者 |
| 11:05~11:10 15:05~15:10 | 休憩 | |
| 11:10~11:30 15:10~15:30 | インストラクターから全体に共有 6. 実施して良かった点について共有 7. 疑問点について共有 | インストラクター |
| 11:30~11:45 15:30~15:45 | グループワーク② (一人3分) 1. 他の方の実践から学んだこと、取り入れてみたいと思ったこと 2. 明日からの目標 (一歩) | 受講者 進行:インストラクター |
| 11:45~11:50 15:45~15:50 | インストラクターから参加者へメッセージ | インストラクター |
| 11:50~11:55 15:50~15:55 | 事務連絡 | センター |

(3) 本年度修了者が介入を行った事例の効果検証の方法

令和5年10月～令和6年3月8日までにBPSDケアプログラムに登録されたデータのうち、アドミニストレーター研修受講者の登録した48名のデータを対象に、初回登録と、最終登録の結果を対応あるt検定で解析した。

4. 結果

(1) インストラクター養成の結果

令和3年度にアドミニストレーター研修をフォローアップ研修まで受講・修了した143名のうち、26名がインストラクター研修を申し込み、同研修のすべての課程を受講・修了した。

修了者のサービス種別別の人数は表6-4、都道府県・指定都市別の人数は表6-5の通りであった。

表6-4 インストラクター研修修了者の所属サービス種別(n=26)

| サービス種別 | 人数 | % |
|-----------|----|------|
| 特別養護老人ホーム | 15 | 57.7 |
| グループホーム | 4 | 15.4 |
| 居宅介護支援事業所 | 7 | 26.9 |

表6-5 都道府県・指定都市別の修了者数

| NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 |
|----|------|------|----|------|------|----|-------|------|
| 1 | 北海道 | 1 | 24 | 三重県 | 1 | 47 | 沖縄県 | 0 |
| 2 | 青森県 | 0 | 25 | 滋賀県 | 0 | 48 | 大阪市 | 0 |
| 3 | 岩手県 | 0 | 26 | 京都府 | 0 | 49 | 名古屋市 | 0 |
| 4 | 宮城県 | 0 | 27 | 大阪府 | 0 | 50 | 京都市 | 0 |
| 5 | 秋田県 | 0 | 28 | 兵庫県 | 0 | 51 | 横浜市 | 1 |
| 6 | 山形県 | 1 | 29 | 奈良県 | 2 | 52 | 神戸市 | 0 |
| 7 | 福島県 | 0 | 30 | 和歌山県 | 1 | 53 | 北九州市 | 1 |
| 8 | 茨城県 | 3 | 31 | 鳥取県 | 0 | 54 | 札幌市 | 0 |
| 9 | 栃木県 | 0 | 32 | 島根県 | 1 | 55 | 川崎市 | 0 |
| 10 | 群馬県 | 1 | 33 | 岡山県 | 0 | 56 | 福岡市 | 0 |
| 11 | 埼玉県 | 0 | 34 | 広島県 | 2 | 57 | 広島市 | 1 |
| 12 | 千葉県 | 0 | 35 | 山口県 | 0 | 58 | 仙台市 | 0 |
| 13 | 東京都 | 0 | 36 | 徳島県 | 0 | 59 | 千葉市 | 0 |
| 14 | 神奈川県 | 1 | 37 | 香川県 | 1 | 60 | さいたま市 | 0 |
| 15 | 新潟県 | 1 | 38 | 愛媛県 | 0 | 61 | 静岡市 | 0 |
| 16 | 富山県 | 0 | 39 | 高知県 | 0 | 62 | 堺市 | 0 |
| 17 | 石川県 | 0 | 40 | 福岡県 | 1 | 63 | 新潟市 | 0 |
| 18 | 福井県 | 0 | 41 | 佐賀県 | 2 | 64 | 浜松市 | 0 |
| 19 | 山梨県 | 0 | 42 | 長崎県 | 0 | 65 | 岡山市 | 0 |
| 20 | 長野県 | 0 | 43 | 熊本県 | 0 | 66 | 相模原市 | 0 |
| 21 | 岐阜県 | 1 | 44 | 大分県 | 1 | 67 | 熊本市 | 1 |
| 22 | 静岡県 | 0 | 45 | 宮崎県 | 0 | | | |
| 23 | 愛知県 | 0 | 46 | 鹿児島県 | 1 | | | |

(2) アドミニストレーター養成の結果

受講者を募集した結果、32名が研修を申し込み、同研修のすべての課程を受講・修了した。令和5年度修了者のサービス種別別の人数は表6-6、令和5年度の都道府県・指定都市別の人数は表6-7の通りであった。これまでに認知症介護研究・研修東京センターで養成したアドミニストレーター数は、174名となった。結果、これまでに養成した都道府県・指定都市別のアドミニストレーター数は表6-8の通りとなった。

表 6-6 アドミニストレーター修了者(令和5年度)の所属サービス種別(n=32)

| サービス種別 | 施設数 | % |
|---------------|-----|------|
| 介護老人福祉施設 | 10 | 31.3 |
| 介護老人保健施設 | 5 | 15.6 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 4 | 12.5 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 | 6.3 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 | 6.3 |
| 通所介護 | 3 | 9.4 |
| 居宅介護支援 | 3 | 9.4 |
| 特定施設入居者生活介護 | 2 | 6.3 |
| その他 | 1 | 3.1 |

表 6-7 令和5年度の都道府県・指定都市別修了者数(n=32)

| NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 |
|----|------|------|----|------|------|----|-------|------|
| 1 | 北海道 | 0 | 24 | 三重県 | 1 | 47 | 沖縄県 | 0 |
| 2 | 青森県 | 0 | 25 | 滋賀県 | 1 | 48 | 大阪市 | 0 |
| 3 | 岩手県 | 0 | 26 | 京都府 | 0 | 49 | 名古屋市 | 1 |
| 4 | 宮城県 | 0 | 27 | 大阪府 | 2 | 50 | 京都市 | 0 |
| 5 | 秋田県 | 0 | 28 | 兵庫県 | 1 | 51 | 横浜市 | 2 |
| 6 | 山形県 | 1 | 29 | 奈良県 | 0 | 52 | 神戸市 | 2 |
| 7 | 福島県 | 1 | 30 | 和歌山県 | 1 | 53 | 北九州市 | 1 |
| 8 | 茨城県 | 1 | 31 | 鳥取県 | 1 | 54 | 札幌市 | 0 |
| 9 | 栃木県 | 0 | 32 | 島根県 | 1 | 55 | 川崎市 | 1 |
| 10 | 群馬県 | 1 | 33 | 岡山県 | 0 | 56 | 福岡市 | 0 |
| 11 | 埼玉県 | 0 | 34 | 広島県 | 0 | 57 | 広島市 | 1 |
| 12 | 千葉県 | 1 | 35 | 山口県 | 0 | 58 | 仙台市 | 1 |
| 13 | 東京都 | 0 | 36 | 徳島県 | 0 | 59 | 千葉市 | 0 |
| 14 | 神奈川県 | 0 | 37 | 香川県 | 0 | 60 | さいたま市 | 0 |
| 15 | 新潟県 | 0 | 38 | 愛媛県 | 0 | 61 | 静岡市 | 1 |
| 16 | 富山県 | 0 | 39 | 高知県 | 0 | 62 | 堺市 | 0 |
| 17 | 石川県 | 1 | 40 | 福岡県 | 1 | 63 | 新潟市 | 0 |
| 18 | 福井県 | 0 | 41 | 佐賀県 | 0 | 64 | 浜松市 | 0 |
| 19 | 山梨県 | 1 | 42 | 長崎県 | 1 | 65 | 岡山市 | 0 |
| 20 | 長野県 | 1 | 43 | 熊本県 | 0 | 66 | 相模原市 | 1 |
| 21 | 岐阜県 | 1 | 44 | 大分県 | 1 | 67 | 熊本市 | 0 |
| 22 | 静岡県 | 0 | 45 | 宮崎県 | 1 | | | |
| 23 | 愛知県 | 0 | 46 | 鹿児島県 | 0 | | | |

表 6-8 令和 5 年度までに養成した都道府県・指定都市別アドミニストレーター数(n=174)

| NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 | NO | 自治体名 | 修了者数 |
|----|------|------|----|------|------|----|-------|------|
| 1 | 北海道 | 2 | 24 | 三重県 | 5 | 47 | 沖縄県 | 0 |
| 2 | 青森県 | 3 | 25 | 滋賀県 | 2 | 48 | 大阪市 | 1 |
| 3 | 岩手県 | 0 | 26 | 京都府 | 1 | 49 | 名古屋市 | 3 |
| 4 | 宮城県 | 4 | 27 | 大阪府 | 4 | 50 | 京都市 | 3 |
| 5 | 秋田県 | 2 | 28 | 兵庫県 | 2 | 51 | 横浜市 | 3 |
| 6 | 山形県 | 2 | 29 | 奈良県 | 9 | 52 | 神戸市 | 3 |
| 7 | 福島県 | 4 | 30 | 和歌山県 | 3 | 53 | 北九州市 | 4 |
| 8 | 茨城県 | 7 | 31 | 鳥取県 | 1 | 54 | 札幌市 | 2 |
| 9 | 栃木県 | 3 | 32 | 島根県 | 2 | 55 | 川崎市 | 2 |
| 10 | 群馬県 | 7 | 33 | 岡山県 | 2 | 56 | 福岡市 | 1 |
| 11 | 埼玉県 | 1 | 34 | 広島県 | 3 | 57 | 広島市 | 4 |
| 12 | 千葉県 | 5 | 35 | 山口県 | 0 | 58 | 仙台市 | 2 |
| 13 | 東京都 | 0 | 36 | 徳島県 | 2 | 59 | 千葉市 | 3 |
| 14 | 神奈川県 | 4 | 37 | 香川県 | 2 | 60 | さいたま市 | 2 |
| 15 | 新潟県 | 4 | 38 | 愛媛県 | 3 | 61 | 静岡市 | 1 |
| 16 | 富山県 | 3 | 39 | 高知県 | 2 | 62 | 堺市 | 2 |
| 17 | 石川県 | 2 | 40 | 福岡県 | 3 | 63 | 新潟市 | 1 |
| 18 | 福井県 | 2 | 41 | 佐賀県 | 3 | 64 | 浜松市 | 2 |
| 19 | 山梨県 | 4 | 42 | 長崎県 | 4 | 65 | 岡山市 | 2 |
| 20 | 長野県 | 3 | 43 | 熊本県 | 2 | 66 | 相模原市 | 1 |
| 21 | 岐阜県 | 4 | 44 | 大分県 | 2 | 67 | 熊本市 | 2 |
| 22 | 静岡県 | 1 | 45 | 宮崎県 | 1 | | | |
| 23 | 愛知県 | 3 | 46 | 鹿児島県 | 2 | | | |

(3) 本年度修了者が介入を行った事例の効果検証の結果

1) 分析対象データと属性

期間中、28名のアドミニストレーターが1事例につき、2回以上のデータ登録を行っていた。登録事例であり、分析対象となった認知症の人は延べ34名であった。分析対象となった認知症の人への介入期間は、平均38.9±20.1日、最大79日、最小4日であった。分析対象となった認知症の人の利用サービス種別は、表6-9の通りであった。

表 6-9 分析対象となった認知症の人の利用しているサービス(n=34)

| | 度数 | % |
|---------------|----|------|
| 特別養護老人ホーム | 11 | 32.4 |
| 老人保健施設 | 5 | 14.7 |
| グループホーム | 6 | 17.6 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 4 | 11.8 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2.9 |
| 居宅介護支援 | 3 | 8.8 |
| 特定施設入居者生活介護 | 4 | 11.8 |

2) 対応ある t 検定の結果

対象とした 48 件のデータの NPI-NH の介入前平均値は 31.2 ± 24.0 点であり、介入後平均値は 19.4 ± 16.3 点であった。検定の結果、対応ある t 検定の結果、NPI-NH の平均値は有意に低下していた ($p < 0.01$)。効果量 (Cohen の d) は $d = 0.528$ で、効果量中であった (表 6-10)。

表 6-10 研修前後での NPI-NH の変化 ($n = 34$)

| | 介入前 | 介入後 | p |
|-----------|-----------------|-----------------|----|
| NPI-NH 得点 | 31.2 ± 24.0 | 19.4 ± 16.3 | ** |

** : $p < 0.01$ 、(対応ある t 検定)

5. 考察

日本版 BPSD ケアプログラムのインストラクター養成については、令和 5 年度は、67 都道府県・指定都市のうち、21 都道府県・指定都市での養成となり、都道府県・指定都市別の充足率は 31.3% となった。一方、令和 5 年度は、67 都道府県・指定都市のうち、29 都道府県・指定都市で日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター研修を修了した。これにより、これまでに 63 都道府県・指定都市としてアドミニストレーターを養成したこととなる。

本年度取り組んだこれらの研修の効果を検討するために、アドミニストレーターが日本版 BPSD ケアプログラムに実際に取り組んだ事例について、NPI-NH の変化量を解析した。平均 40 日程度の介入期間で、平均 11.8 点の減少 (BPSD の軽減) が認められ、先行研究と比較しても短期間に大きく減少していた。効果量も $d = 0.528$ と十分な値を示したことから、インストラクター研修、アドミニストレーター研修が適切に実施され、その結果、アドミニストレーターが取り組んだ事例が全体として、BPSD の軽減に資する取り組みとなっていたことが示唆される。

資料

第1回委員会議事録

日 時：令和5年9月6日（水）9：00～11：00

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】○：委員長

阿部哲也、栗田主一、江澤和彦、小澤耕平、鴻江圭子、田邊恒一、中林弘明、西田淳志、東憲太郎、○山口晴保、鷺見幸彦

【欠席者（50音順・敬称略）】

高山陽子、宮島渡

【オブザーバー】厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

【事務局】中村考一、橋本萌子

1. あいさつ

- 厚生労働省 尾崎企画官より挨拶
- 委員長より挨拶

2. 委員紹介（自己紹介）

委員一人ひとり自己紹介を行った。

3. 事業趣旨・前年度までの関連事業のまとめ・計画説明

資料1（P1～13）に沿って事務局より説明を行った。

4. 論点に沿って討議

(1) 研修カリキュラムについて

資料1（P14～19）に沿って事務局より説明を行った。

- 江澤委員：14ページにいきなり、行政を通じて広く普及と書いてあるが、行政を通じてとなると、現場からすると半強制的と受け止める。介護保険制度にも影響を及ぼし、場合によっては日本の国民の認知症ケアにも影響する。まだそこまでのコンセンサスを得るような議論はできていないと思う。特にテキストの内容について、各委員の意見を1回踏まえ、議論してコンセンサスを得て進めていくことが必要ではないか。

したがって、普及の仕方には、制度での普及や、まずは例えば希望する施設が手を挙げて、独自に取り組む普及の仕方もある。

プログラムについては、対応するテキストのページが書いてあるが、内容が全く知り得るものではないため、この場では議論がしづらい。

また、人材不足の現場でICT化やLIFEの入力負担などいろいろな背景がある中で、どのよう

に普及していくのかは重要である。特に前年度行った適切な認知症ケアというのは、この委員会でコンセンサスを得た。先日の介護給付費分科会にもその資料が出たところで、私も適切な認知症ケアの普及については進めるべきだと発言をさせていただいた。

既に組織の中でケアに対する体制はある。BPSD を切り取って組織をつくるというのは現場ではあまり合理的ではない。既存のケアの体制にどう組み込むかという視点が重要ではないか。

- 山口委員長：委員と、ワーキングの皆様の御意見をいただきながら、テキストやカリキュラムについてこれから詰めていきたい。

現場にはハードルが高いという部分に関しては、昨年度、60 分のプログラムでも一応成果を示せた。ミニマムとしてはそこをベースにして検討していきたいと事務局は考えている。

- 東委員：新たに、BPSD に特化して実践担当者というような資格を持った人を配置したり、研修を受けたりと、大がかりなスキームでもってやるだけの必要があるのか。BPSD について適切に対応できているところもできていないところも含めて全ての施設に大がかりなスキームで行うのは、現場が大変と思う。

令和 3 年度のときは NPI-NH について検討する側面もあり、NPI-NH の軽減というエビデンスしか出ていない。このエビデンスをもって先ほどのスキームは少し厳しいと思う。

60 分の動画視聴ぐらいであれば、現場の負担はかなり少ないと思う。BPSD が軽減をしているということで、どちらかという、広めるとしたら令和 4 年度の方かと思った。

ほぼ同じメンバーで、認知機能評価の検討会も並行して行っている。テキストの中に、基本的な認知機能を押さえることについて入れるとよい。

- 中林委員：認知機能の評価指標を参考資料という形で、カリキュラム②③に関連づけたらよいと思う。実践者研修やリーダー研修で習っているところを復習するというよりも、強弱をつけた方がよいと感じた。

- 小澤委員：本人の視点を重視したケアが必要だという考え方について研修するというよりは、この研修を実践するところが非常に重要だと考えている。

東京都の取組の 300 分は、非常に長くて都内の事業者負担を強いているというよりは、これを基に各事業者がケアの振り返りをし、レベルアップをされていると認識している。

また、在宅事業者であれば複数の事業者が協力しながら 1 人の方のケアをしていくため、一事業者で完結しない。自治体との絡み、事業者での絡み方は、研修というよりは実践というところで考える必要がある。

- 西田委員：世界中の BPSD の取組を精査して、最小限の研修時間でしっかりと効果が出ているものをメタアナリシスや現地の調査を含めて精査した結果、まず 1 つのプロトタイプとしてはスウェーデンのケアプログラムが一番普及性がよかった。その理由は、研修時間が短いということである。そういうプロトタイプをモデルにして東京都の認知症ケアプログラムを開発し始めた経緯がある。

東京都でRCTを行い、まずしっかりと効果があるということを世界に発信して、その後eラーニングにしたりしながらより研修を受けやすくし、時間も短縮しながら効果を証明してきた。昨年度のこの老健事業ではそこを参考にして、テキストも含めて作られたという経緯があった。1時間に集約したということではあるが、そういう流れの中で出来ている。どこをどれくらい落とすとどのような変化が出てしまうのかについての検証も慎重にしていく。エビデンスに基づいたモデルを普及していくという意味では、非常に大事である。最小化の方向と効果の両立を慎重に検討していくべきである。

- 江澤委員：委員会リストとワークシートがリンクしていない。本人の人生史やなじみの居場所、なじみの関係性もチェックしていく必要がある。
- 山口委員長：60分の研修後、PDCAサイクルを回すことで身につけていくということをワーキンググループで指摘された。事務局では、60分の研修受講後、何例か実践をして、報告をするところまで実施した方がよいのではないかと考えている。
- 鴻江委員：PDCAサイクルを回してその気づきの手法を学ぶことに重きを置いたほうがよいと思っている。
また、薬剤の影響は強いと思っている。向精神薬だけ書いてあるが、ドクターたちにどうつながっていくかが、重要である。

(2) 受講対象者、普及体制について

- 山口委員長：受講対象者案としては、①②をクリアしただけでは、応募が多数となってしまう。初めは対象者を絞り、実践リーダー研修修了者にしてはどうか。研修体制が整ったら徐々に広げていくほうがやりやすいのではないかと考えている。
- 西田委員：薬剤全般を詳しく理解するところまではいけませんが、ベンゾジアゼピンが出て夜間せん妄を起こしているようなことがあったときに、薬剤師と相談を始めるところまで推奨していくことは、大事だと考える。

このBPSDケアプログラムの世界的な流れとしては、身体的なことを丁寧にアセスメントする。人の人生や価値観に入り込む前の基礎得点がまず取れているかどうか確認をして、そこに不具合があったらまずそれを緩和するというのが世界的な方針である。それをやって、なおかつ不調が治まらないというときに、より積極的に個人史をひもといていく。

この2点を押さえた上で、本題の山口先生の問いかけについて、どこの国の普及状況を見ても、最初はこのような構造を守っていくのだということを確立していくステップがあり、最初の3年ぐらいはじわじわと増やしていき、ある程度実践者が増えて、指導者も増えてきたところで急に、この普及のスピードがぐっと上がるのが大体の常だと見ている。

東京都は約1200人アドミニストレーターを養成し、46自治体に普及している。そのようなことを踏まえて検討していただきたい。

- 田邊委員：受講対象者について、受講者によってレベルの差がある。まずはリーダー研修に絞って進めていくのがよいのではないか。
- 山口委員長：当初は対象者を絞りながら順次広げていくという形で、普及に向けていきたい。行政等については、事務局ではこのように考えているという提案にとどめたい。
- 西田委員：ケアの現場の方々が、最低限のことを理解して取り組み続けていけば可能性が出てくるという仕組みをつくってスタートしていくことが大事だと思う。国際動向と一致した方向で展開していただけるとありがたい。
- 小澤委員：基礎自治体の関わりは非常に重要だと思う。
- 阿部委員：この研修単体の直近の落としどころが曖昧な気がしていた。恐らく、この研修の落としどころはこのプログラムを現場で実行するハウツーを教えるものだと思う。実際の実践はこれを受けた後の話であり、そこを落としどころで考えると、60分でも比較的妥当なのではないか。
現場の中で一番大変なのは、チームをマネジメントしたりファシリテートしたりすることだと思う。カリキュラムの⑥が10分や20分でできるのか。ただ、リーダー研修ではチームマネジメントについて学習する。素地がある人たちを対象にすれば、標準研修は短くて済むのではないかと思った。
- 鷺見委員：東京都はスタートの時点ではどのような方たちを対象にしたのか。
- 小澤委員：東京都ではモデル事業として実施した。区市町村と連携しながら実施できる事業者
- 鷺見委員：その場合は手挙げになるため、比較的意欲のある施設が参加してくる。江澤委員が言われたように、本当は、できないところにこそこういうのを入れていくのが最終的には目的になるかと思うが、最初からなかなかそれは難しいかもしれない。
やはりファシリテーターがしっかりしていないと、どんなチームも育たない。最初は実践リーダー研修から始めていくのも一つの手だと思う。
- 栗田委員：研修だけで文化をつくるのは難しい。私も対象者は実践リーダー研修修了者でもよろしいかと思うが、文化を根づかせるためにはもう一つ何かが必要である。例えば東京都は、継続的に区市町村が主体となって事業所に対してそういう文化を根づかせていった。このプロセスがなければなかなか文化としては根づかないだろう。
- 山口委員長：おおむね60分のレクチャーを中心にして、プラスアルファの部分をしっかり行い、根づかせたいという御意見をいただいた。

(3) 予防・軽減調査について

- 西田委員：予防の定義についてもう一度、リマインドをお願いしたい。

- 山口委員長：新たな BPSD の発症を防ぐこと。また、予兆のうちに発見して重度化させないこと。既に BPSD が起きているものは、BPSD の軽減として整理をするということ。脳病変の影響を強く受けている BPSD の予防は難しい。
- 事務局中村：調査では、BPSD の予防というキーワードは使わずに、BPSD の発生状況と施設の体制やケアの実施状況等を比較していきながら分析をしていくような方針で考えている。
- 中林委員：12 ページの対象要件と客体数について。独居や、家族介護を受けながらデイを利用される方、毎日認知症デイを利用される方、週 1 回デイケアとか、様々な利用頻度や環境がある。因子が違う中で、どう評価をしていくのか、ルール決めをしておかないと、評価のばらつきが出るのではないかと。
- 事務局中村：基本的には昨年度施設に調査したものと同一調査票を使用するが、御指導いただきながら作りたい。
- 鴻江委員：予防を進めるときは、御家族の理解をもう少ししていただかないと困ることがあるが、どのようにまとめていくのか。
- 山口委員長：予防調査は施設を、軽減調査は在宅を対象に行う。家族の要因をもう少し盛り込むようなプロトコルで在宅の人を対象にして検討していきたい。
- 田邊委員：軽減調査について、デイ利用中の状態だけを判断するのか、自宅に帰られた後の状況を家族等にヒアリングをするのか、
- 事務局中村：今回は、事業所の中での評価に限定したい。本来は在宅での本人の様子を軸に考えていく必要があるとが、その部分は、サービスで BPSD の安定が図られた次のステップ段階と考えていいくらいに、難易度がまた少し変わってくると認識している。

5. 今後の進め方

- 事務局中村：厚生労働省と打ち合わせをし、作業部会を開催しながら、基本的にはまず普及の在り方についてまとめて、委員の皆様にご報告する。

以上

第2回委員会議事録

日 時：令和6年1月29日（月）13：00～

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】○：委員長

栗田主一、江澤和彦、小澤耕平、鴻江圭子、田邊恒一、中林弘明、西田淳志、○山口晴保

【欠席者（50音順・敬称略）】

阿部哲也、高山陽子、東憲太郎、宮島渡、鷺見幸彦

【オブザーバー】厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

【事務局】中村考一、橋本萌子

1. あいさつ

- 厚生労働省 尾崎企画官より挨拶

この老健事業において議論をいただいた上での成果を踏まえ、1月22日の介護給付費分科会で新しい「認知症チームケア推進加算」を創設する方向で答申をいただいたところである。目下、そちらに向けて厚生労働省で具体的な要件等を詰めているところである。

今後は追加研修等をしていただくことになるため、その中身についてこの老健事業の中で引き続き議論いただきたい。

- 委員長より挨拶

2. 報告①BPSDの予防調査の進捗について、報告②BPSDの軽減調査の進捗について

資料1（P3、P4）に沿って、事務局より説明を行った。

- 山口委員長：軽減調査について、予定では各施設2名だったが、各施設1名協力いただいているのか。
- 事務局（橋本）：1名と2名のところがある。施設数としては、30弱である。
- 西田委員：在宅サービスにおける検証と理解しているが、東京都の実践などではケアマネジャーに研修を受講していただき、他の事業所の方々も巻き込みながら進めていただいでしっかりと成果が出ている。ケアマネジャーを対象とすることも重要だと思うが、今後はそのような考えか。
- 事務局（中村）：ケアマネジャーを中心にした実証・検証は今年度は計画していない。まずは事業所単位でしっかりとこのモデルを活用できる可能性はあるのかを見ていきたい。今年度の成果を受けてどうするかは、この委員会での議論も踏まえて進めていくものと認識している。
- 山口委員長：ケアマネジャーは含まれているか。割合はわかるか。
- 事務局（中村）：今回は事業所単位での介入を優先した。その事業所に介護支援専門員の資格を持っている人はいると思う。1人の認知症の人へのサービス全体を統括するようなケアマネジャーは、関わっている場合もあるかもしれないが原則は不要という構造としている。
- 小澤委員：ケアマネジャーということもあるが、小規模多機能型居宅介護の場合は、その事業所でその人全体を支えるが、デイや訪問系の事業所では、いろいろな事業者がその人を一緒にケアしていく形になるという趣旨での西田委員のお話だったと思う。今回このような形で研究することについては承知したが、視点として、その方をいろいろな事業者と一緒にケアしていく中でケアの方針を

そろえていく必要があるということについては、西田委員の指摘の通りだと思う。

3. 報告③中間報告

資料1 (P5、P6) に沿って事務局より説明を行った。

質問・意見なし

4. 報告及び議論 モデル研修について

資料1 (P7～11) に沿って事務局より説明を行った。

(1) 課題1) 研修テキスト等について

- 山口委員長：ワークシートの薬剤情報のところで、抗精神病薬などいろいろ挙げていたが、現場では難しいと意見をいただき、アルツハイマー型認知症治療薬、服薬状況が変化したかどうか、その他の薬剤要因を自由記載で、認知症の状態に影響しそうな薬を挙げる形にした。
- 事務局（橋本）：ワークシートの2のところも意見をいただき、意味が変わらないよう、マイナスの表現をプラスの表現に変えた。
- 事務局（中村）：別添7に、中間報告でご指摘いただいた内容と変更点をまとめている。
- 山口委員長：研修テキストとワークシートについて、よろしければ、これで進める。

(2) 課題2) フォローアップ研修

意見なし

(3) 課題3) モデル研修参加者・行政担当に聞き取る項目

- 小澤委員：行政担当者に何を聞きたいのか、もう少し補足をお願いしたい。
- 事務局（中村）：今回のモデル事業の範囲ということだが、行政は受講者をとりまとめずに、募集だけして申込みはセンターに行く形とした。そうすることで、行政に問い合わせが行くような流れの不都合や、より簡略化できるところについて意見をいただくとモデル実証の検証になると考えている。
- 小澤委員：事務的なところで、これをやったことによって何か改善できることがあればという趣旨だったかと思うが、そうだとすれば、行政アンケートの①と②は1つでよいのではないか。それより、中身について、聞いたほうがよいのではないか。都道府県や指定都市は単なる仲介役であると、このアンケートを見ると取られてしまうのではないか。
- 山口委員長：調整したい。

(4) 課題4) その他

- 尾崎企画官：日本看護協会から、この老健事業の取り組みが認知症チームケア推進加算に位置付けられることを踏まえ、こちらでの研修内容は、日看協で実施している認定看護師及び老人看護専門看護師と同等の見識を得ることのできる研修ではないかという意見があった。老健事業の委員会、研修のレベルとして質的に同等であるかということをご議論いただきたい。

なお、最終的に介護報酬においてどう位置付けるかについては厚生労働省で判断したいが、認定看護師・老人看護専門看護師のカリキュラムが質的に該当するかどうかということについて議

論をお願いしたい。

- 山口委員長：何に該当するかというところが少し不明である。モデル研修は 60 分の座学とフォローアップ研修の 2 つに分かれていると考え、その両方を含めてなのか、それとも研修の受講資格を満たしているというニュアンスか。そのどちらなのか分からないため、そこを議論すればよろしいか。
- 尾崎企画官：今回の介護報酬の改定では、基礎資格としてリーダー研修修了者、あるいは東京都の研修の修了者と少し差があるが、いずれそれらにこれが該当するかという議論だと思う。あるいは、ここに明確には書かれていないが、追加のカリキュラムが必要であるということであれば、その旨をいただけたらと思う。

つまり、例えば看護師のカリキュラムがリーダーあるいは指導者と同等であると考えられる場合には、それに追加が必要であるというロジックをご検討いただきたい。

- 田邊委員：現状の認知症ケア加算にリーダー研修が加算条件としてある中に、看護師の研修もあったかと思うが、それと同じものかという意見でよろしいか。
- 尾崎企画官：ご指摘の通りである。専門ケア加算では同等とみなしている。
- 梅本補佐：画面に出ている表は、日本看護協会で作成して提出していただいたものである。ざっくり言うと、このように認定看護師と今回老健事業で検討している研修のカリキュラムを左右で比較しているような内容である。今映っているのは認定看護師の内容であるが、専門看護師についても提出いただいている。
- 江澤委員：テキストや研修内容を見てからでなければ、これで判断していただくのはあまり…。非常に重要な問題で、場合によっては介護報酬にも絡むものである。確か看護協会のものは認知症で 600 時間くらいの研修だと思うが、そこで BPSD についてどのくらいどのように扱っているかということは知らないため、この場で投げるのはあまりよろしくないと思う。

もう 1 つは、これまでの認知症介護実践リーダー研修・実践者研修の流れは、どちらかというところと介護職の視点で認知症のケアの部分に重きを置いて、アセスメントをしっかり行うといった内容になっている。今回の BPSD25Q、アセスメントシートについてもケアに力点を置いていて、日看協のほうではおそらく医学的な視点にも十分に配慮して専門性の高いナースを育てるということで、疾患の部分や医学的な知見をかなり盛り込んでいるのではないかと思う。その中で BPSD のケアについてどのように入れているか、私は定かではない。おそらく委員の中に日看協の研修を受けた人はいないと思うため、この場に厚生労働省から投げかけることは遠慮していただきたい。

- 山口委員長：説明不足だったが、厚生労働省としては意見を聞きたいというだけで、ここで結論を出すということではない。
- 江澤委員：意見すら出せない状況ということである。
- 粟田委員：モデル研修は老健事業で行う研修のことであり、介護報酬の問題とは切り離して考えなければいけないのではないか。日看協の意見は、モデル研修の受講資格について言っているのか、報酬に絡めて言っているのか分からないが、恐らく報酬のことを言っているのではないかと思うため、モデル研修とは違う議論だと思う。結論から言うと、私は江澤委員の意見に賛成である。ここで議論しても仕方ないような気がする。
- 尾崎企画官：報酬に絡めてだと思うが、これまでエビデンスを検証してきたものと比較して同等

と言えるかどうか。同等と言える場合には、我々のほうで報酬についての対応を考えようかと思ったため、それについて皆さんからご意見等があればお聞きしたい。いずれにしてももう一度よく考えたい。

- 小澤委員：この老健事業自体は、要件をきちんと定めて、それを検証してエビデンスをつくるという流れで来ていると思う。他の研修もその前提に加えてはどうかというのは有益な切り口だとは思いますが、それが同等かどうかを判断することはあまり意味がないというか、今後するのはよいのではないかという話はあったとしても、ケアを大事にする研修という流れの中に入れるのか、あるいは看護の視点というのはケアの中で元々持つのが難しいものだと思うので、それはそれで別の形で取り入れることを今後議論することはよろしいのではないかと思った。

5. その他

- 江澤委員：別添 4 の 38 ページに、抗精神病薬とベンゾジアゼピン系とその他で分類してあるが、これは介護職が見ると思うので、薬を別紙に載せるのであればそれぞれの特性や BPSD との関連などについて解説があったほうがよいと思う。
- 山口委員長：ワークシートでは細かい分類はやめるということで除いたが、テキストの対応はどうなっているか。
- 江澤委員：医学的な知識を入れることにはやぶさかではないが、説明しておかないと介護職にはわかりにくいと思う。
- 事務局（中村）：江澤先生からご意見をいただき、ワークシートからは外したが、考える上でのリストとして 38 ページは残っている状況である。こちらにさらに補足してはどうかという意見と理解した。
- 江澤委員：38 ページに載せるのであれば、介護職向けにわかりやすい説明が必要だと思う。
- 山口委員長：細かいことは載せないほうがよいのか、載せて解説を入れるほうがよいのか。
- 江澤委員：恐らく抗精神病薬の有名なものは介護職もだいたい周知していると思うが、ベンゾジアゼピン系となると、知っておくことはよいと思うが、事務局と委員長でご検討いただければと思う。
- 山口委員長：参考という扱いで検討したい。
- 鴻江委員：我々が経験した BPSD の要因として薬剤の影響が非常に強かったということを以前から申し上げている。チームケアをしていく中には施設の看護師も入ると思う。介護職だけでは何ともしがたいところがあり、看護師の意見、あるいは生活支援相談員も重要な役割を我々の施設では果たしている。そのような中で、介護職だけのチームというのは私には考えられない。チームのメンバーをどのように考えればよいのか。
- 事務局（中村）：実証検証においては、1 人ではなく 2 名以上のチームで議論をするということで検証した。その時に看護師やソーシャルワーカーなどの他職種が参加することは妨げていない。また、ワークシートで薬剤情報にチェックが付いた時には、医療関係の専門職と連携を取って対応を協議するようにアナウンスしている。そのような形で使っていただき、昨年度の結果が得られているとご理解いただければと思う。
- 鴻江委員：その施設の中で実践する時には、そういうチームでやってよいということであって、あくまでもモデルだから 2 人と理解してよろしいか。

- 事務局（中村）：そうである。
- 鴻江委員：現場では、あまり細かく薬剤を書いてほしくないということがある。既往症で薬の問題があったり、いろいろなことが考えられるため、薬だけを挙げてもむしろ難しい。「薬剤について」というくらいであまり書かないほうがよろしいのではないか。
- 山口委員長：抗精神病薬とはどのようなものか、ベンゾジアゼピンはどのような副作用に気をつけなければいけないか、またはアルツハイマーの治療薬もドネペジル系のアセチルコリンを増やす薬であれば一部は過活動や易怒性が出たり、副交感神経系の副作用、徐脈やぜん息、胃腸障害が出たり、メマンチンの場合は過鎮静になったりすることを参考資料として追加することを検討したい。
- 鴻江委員：施設で使う薬はだいたい決まっている。看護師から介護職にも説明しやすいと思うので、注釈がつくのであればありがたい。
- 江澤委員：今の山口委員長の意見に賛同するが、介護職がアセスメントをする時に興奮とか眠気とか吐き気がある場合に薬剤が関与していることもあり得るので、アセスメントの参考になるような有害事象をわかりやすく書いてあると大変にありがたいと思う。
 また、話題提供だが、先般、介護報酬等の諮問答申がなされたところだが、複数の委員が思っているのは、この加算には積極的に取り組みたい施設が多い一方で、3センターに限ると研修対象者が相当に多いだろうと思われるため、はたして研修が順調に受けられるかということ懸念する声がある。私の関わっていた経験では、認知症ケアの質を高めるというのは、3年前の介護報酬改定時の宿題事項として、適切なケアをすればBPSDはあまり起こらない、あるいはBPSDが起きてもすぐに対応できるという経験があり、要は、認知症ケアの質を底上げするという宿題として残っていた。
 認知症ケアの質を高めることは誰もが賛同するが、今回の研修を普及するに当たって、アセスメントシートは私も経験上、認知症ケアをきちんとやっている施設であればかなり重複していると思う。いろいろなツールを使ったりする中で、ケアの質を一定程度に保っているところでは研修はのみ込みやすいと思う一方で、これから取り組むようなところでは、動画配信レベルの研修を受講したというだけでは実践はなかなか難しいと思う。
 したがって、研修をスムーズに進めていく上では動画配信等の活用が必要である一方で、私は動画配信レベルではとても難しいと思う。厚生労働省でこれからいろいろと考えなければいけない部分であろうと思う。情報共有、話題提供である。
- 栗田委員：社会実装する時にはいろいろと調整しなければいけないことがあり、その作業は次の段階だろうと私は考えている。
- 中林委員：モデル研修を今後実践していくに当たって、8ページの実践については標準時間が書かれているが、どのように評価するのか。事後報告か。
- 事務局（中村）：時間数よりも、どのような手続を踏んだかが重要であり、時間数は現場で取り組みの計画を立てる時に、およそこのくらいの時間を見込みながら計画を立ててはどうかというイメージで記述している。そのため、これより時間がかかるところもあるかもしれないと思うが、昨年度の経験も踏まえて出した。ワークシートをしっかりと記述できていて、前後の評価ができていて、それに基づいた振り返りができているか。そういった内容の記述を評価することが重要になってくると思っている。

- 中林委員：修了証はどこが発行するのか。ワークシートを提出して、チームとして施設の中で実践したということで修了証が発行されるのか。
- 事務局（中村）：今回のモデル研修においては、こういった流れをすべて終了したうえで、修了証を発行する予定である。今回はフォローアップ研修を受けていただいた方に修了証を発行する。
- 西田委員：エビデンスに基づいたモデルを考えていくことは、世界的に非常に大事なことで、しっかりと追求していくということだと思う。一方で、リアルワールドでどのように実装を進めるかということについては、効果を落とさず調整していくことが大事で、インプリメンテーション・サイエンスをはさみながら実装上の調整をしっかりとっていくことが大事ではないか。
- 鴻江委員：1人にいくつも BPSD がある方もいる。今回のモデルでは1つに絞ってやってみるということか。いくつにも一緒に対応していくのか。
- 事務局（中村）：今回は、まず BPSD25Q で全体像を評価する。その上で、特にケアチームの中でニーズにひもづいて重要と考えられる症状を1つに絞って議論するという構造にしている。ただ、他の BPSD がどうしてもよいということではなく、コアになるような BPSD に対してケアを考えていくとニーズにヒットして、全体的に BPSD が軽減する可能性が高いのではないかとこの構造にしている。ただし、絞り込む時には、中核であろうと現場として判断して見立てたところに取り組み、具体的なケアを実施し、その効果を全体的な点数を評価するとともに、ターゲットにした BPSD の項目も評価できるため、PDCA のプロセスを通じてケアを検討していくという思想で進めている。
- 鴻江委員：介護現場の人たちは困っている部分を全部出すため、そういう方法が望ましいということ伝えていただければ結構だと思う。
- 事務局（中村）：もう一度見直して補強したい。
- 山口委員長：ワークシートは FIX で、テキストについてはご意見をもとに加筆していくことで進めたい。次回委員会までにはそれを出したい。

以上

第3回委員会議事録

日時：令和6年2月26日（月）15：00～

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】○：委員長

阿部哲也、江澤和彦、小澤耕平、鴻江圭子、高山陽子、田邊恒一、中林弘明、西田淳志、東憲太郎、○山口晴保

【欠席者（50音順・敬称略）】

粟田主一、宮島渡、鷺見幸彦

【オブザーバー】厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

【事務局】中村考一、橋本萌子

1. あいさつ

- 厚生労働省 尾崎企画官より挨拶
- 委員長より挨拶

2. 議案①モデル研修について

資料1（P3～9）に沿って事務局より説明を行った。

- 山口委員長：何度もテキストやワークシートは意見をいただいてブラッシュアップしてきたため、テキストとワークシートについてはFIXということよろしいか。意見があれば、報告書までであれば、厚労省と相談しながら対応はしたいと思うが、本日のところはこれでFIXということをお願いしたい。
→意見なし
- 江澤委員：フォローアップ研修の90分は何を行ったのか。
- 事務局（中村）：P34に内容を載せている。実際に取り組んだ事例を持ち寄り、認知症の人のどのような症状に着目してニーズを想定し、ケアを実践したのか、その結果、BPSDの点数や認知症の人の状態がどうなったのか等を報告し合った。その上で、取組み全体の進め方等に対する質疑応答を行った。
- 江澤委員：指導的なことはせず、結果の報告だけということか。
- 事務局（中村）：今回は趣旨に沿っていない取組みがあまりなかったが、沿っていないところはこのように進めていただきたいということや、意図どおりのところはこの流れでいい等、フィードバックも行うようにした。
- 江澤委員：グループワークの中にアドバイザーやチューターは入っているのか。
- 事務局（中村）：今回は1グループ最大3名で行い、スタッフが1人ついた。そのスタッフがいわばチューターの役割をした。
- 江澤委員：井戸端会議にならないよう、各グループにチューターやアドバイザー的な人が必要ということか。
- 事務局（中村）：恐らくそうだと考える。
- 東委員：このフォローアップ研修は、認知症チームケア推進加算の要件になっているのか。

- 尾崎企画官：要件とはしておらず、ワークシートを用いて記録に残したり、定期的にカンファレンスをしたりなどで担保していくことを考えている。
- 東委員：それは動画を視聴すればよいということか。
- 尾崎企画官：指導者やリーダーの方が受ける追加研修としては、そのようなことを考えている。
- 田邊委員：認知症チームケア推進加算Ⅰの算定要件に、定期的な評価やケアの振り返り、計画の見直し等を行っていることという文言があるが、これがフォローアップ研修に該当すると思っていた。
- 尾崎企画官：この場合は加算について議論する場ではないが、フォローアップ研修で行ったようなことを担保するために、定期的なカンファレンスやワークシート等いろいろな記録に残したり、方針を見直したりすることを考えている。
- 田邊委員：それは各事業所の中の仕組みで行うということか。
- 尾崎企画官：そうである。それがきちんとなされているかどうかは、自治体等が確認をするということになると思う。
- 西田委員：アドバイスをしたり指導をしたりする役割が、フォローアップ研修の中でとても大事であり、フィードバックがないと必ずしも正しい方法でないまま進んでしまうことを防げないと思う。要するに、チューターや指導機能がない状態でいくと、ただ集まって井戸端会議をして終わることになってしまう。そのようなことをきちんとしていくという理解でよいのか。効果検証をしたときのモデルは、そのようなモデルだったのではないのか。効果検証したものと少し違うモデルで行ってしまうと、似て非なるものになってしまうのではないか。
- 尾崎企画官：フォローアップ研修の内容は重要。しかし、まずは、全国で質の高いチームケアを進めていくということが大事であり、当該加算は、その第一歩として、チームを回す中心的な人物になっていただくために、この研修を受けていただき、それを評価するものとして設けた。
今回、ややモデル研修より縮小したバージョンで導入することになるが、その効果がどうかというのは、次の報酬改定に向けて検証をしていくことになると考えている。

3. 議案②BPSD 予防調査の結果について

資料1（P10～19）に沿って事務局より説明を行った。

- 阿部委員：今回の事業は、チームケアの質が高いと BPSD が変化するという立つけであるため、「理念に則ったチームケア」という因子から直接 BPSD13Q 平均値への影響度を測ってみるとよいのではないか。
- 事務局（橋本）：様々な組合せを試したが、それでは適合度が高まらずに、今回提示したモデルが1番適合度が高いという結果になった。
- 阿部委員：e6 の影響について考察で触れたらどうか。
- 山口委員長：今後の課題として検討してもらいたい。BPSD の低下に1番大きな要因は何だったのか。理念に則ったケアについてというテーマで実証を行ったことも影響しているか。
- 事務局（橋本）：協力施設がとても意欲的で、BPSD13Q の点数がそこまで高くなかったということもあるのかもしれないとは考えている。また、BPSD に影響がありそうな項目はほかにも考えられる。今後の課題だと考えている。
- 西田委員：チームケアの理念に則ったチームケアということと、チームケアそのものをしっかり行っていくということは、似て非なるものなのではないか。チームで意見を出し合い合意形成をして

いくことが大事であるが、このパス図に入っていないため、少し不思議な状況になっていると思う。

- 山口委員長：今回は、第1因子の4つが因子負荷量0.5を上回ったため、これを理念に則ったチームケアとしてまとめた。それではあまりうまくいかなかったのかもしれないという結果だったと理解した。

4. 議案③BPSD 軽減調査の結果（中間報告）について

資料1（P20～24）に沿って事務局より説明を行った。

- 西田委員：このアウトカムは4週間後がエンドなのか。
- 事務局（中村）：8週間後である。正式なものは8週間後を出す。
- 西田委員：恐らく、4週間ではPDCAサイクルがまだ回るか回らないかというところだと思う。また、在宅の場合は施設に比べるとサービス提供者と本人の接触頻度が下がるため、8週ぐらいのところで成果を見たほうが適切かと思う。
- 江澤委員：これは全般的に言えることであるが、職員の資質が大きく影響してくるのではないかと思う。今回は恐らく質の高い職員が参加しているのではないかと想像する。そのようなコメントも必要ではないか。
- 中林委員：理念に則ったチームケアについて、具体的に補足説明をしていかなければならないと考える。

5. 議案④報告書の構成案について

資料1（P25）に沿って事務局より説明を行った。

- 山口委員長：BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター研修とインストラクター研修の修了者は、今年度はおおむね何名か。
- 事務局（中村）：インストラクターについては、40名弱である。アドミニストレーターは、確認中である。一昨年アドミニストレーター研修を受講した方が、昨年度と今年度にインストラクター研修を受講した。
- 小澤委員：東京都は令和3年度から委員として検討会に参加してきた。この老健事業にあたっては、浴風会から東京都のBPSD ケアプログラムに関して、利用許諾の申請を頂いた。その中で、日本版BPSD ケアプログラムの全国展開ということで、利用方法や全国展開も状況に応じて開始するという許諾を頂いて、3年間BPSD ケア体制づくり研修と同様にモデル事業ということでも進めていただいていたと理解している。

今回の報告書は、この3年間の老健事業の報告書だと考えている。どのように日本版BPSD ケアプログラムを全国普及するのか、実績報告で適切な記載をお願いしたい。

- 山口委員長：老健事業は、基本的には単年度事業と理解している。少なくとも予算立て上はそうだと思うため、原則は今年度の成果のまとめである。しかし、前年から引き継いでいる部分もあるため、それを載せながらであるが、基本的には今年度の事業の報告という形でまとめる。
- 事務局（中村）：研究的な取組みとしては実施していないが、アドミニストレーター研修とインストラクター研修を実施したことを報告する予定である。

- 鴻江委員：日本版 BPSD ケアプログラムと BPSD25Q どちらのあり方でもアドミニストレーターやインストラクターの養成を受ければよいということになるのか。どちらでも選択自由ということか。
- 山口委員長：老健事業としては 2 つのことを実施してきたが、加算にどう反映されるかは、この委員会の範疇ではない。
- 尾崎企画官：厚労省として加算については検討中である。
- 鴻江委員：考え方だけ学べば、BPSD の改善につながっていくのか、非常に問題であり、ある程度の人たちが主導していくことは重要である。そうでなければ、間違った方向で BPSD の改善につながってしまう可能性もある。
- 西田委員：ワンアームの前後比較になるが、BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター研修を受講した方のデータも報告書の中で示すとよい。
- 事務局（中村）：対応する。
- 江澤委員：報告書のタイムスケジュールを教えてください。今年度中に完成させるのか。
- 事務局（中村）：3 月の中旬には完成させ、1 週間から 10 日程度で委員の方々にご覧いただき、さらに修正した後に提出する予定である。今年度中に完成させる。

6. 議案⑤その他

別添 2、3 に沿って高山委員より説明いただいた。

- 高山委員：認定看護師、専門看護師が受けている研修体系、内容等が、今回の BPSD の追加研修の内容を含む研修と位置づけることができるか、検討をお願いしたい。
- 尾崎企画官：高山委員より説明いただいた内容について、この老健事業の中でモデル研修として実施した研修、特に講義の 60 分部分の内容が含まれているという説明だったと思うが、認定看護師等の研修内容がこれまでエビデンスを検証してきた研修と同等の内容だと考えてよいかということについて、コメントをいただきたい。
- 江澤委員：この老健事業と先ほどの報告がどのような関係があり、何を検討するのかよくわからない。
- 山口委員長：前回も加算要件については、議論の場ではないという意見を頂いたが、もし意見やコメントがあれば、それは伺いたいというスタンスである。
- 江澤委員：モデル事業の場合は、この場で介護報酬や加算の話は一切するべきではないと思う。これは粛々と国の老健事業として、良い認知症ケアを行うための、実践なりトライアルをして、結果いいものがあれば制度に入れればよいわけである。老健事業としてしっかりと立ち位置を持って議論するべきではないか。
- 西田委員：ここで議論する話ではないという指摘はそのとおりだと思う。ただ、エビデンス的にどうなのかという、要するにこのモデル事業も含めていい実践が出てきたら、そういうものを制度にするということはそのとおりである。そのいいものというものの定義は、きちんとエビデンスがあるということが大事なポイントだと思う。先ほど拝見したスライドだけでは、どのようなスタンディーデザインで、有資格者の関与がどのように BPSD の軽減への効果があったのかということが少しわ

からなかった。また、仮にワンアームのみの検証だとすると、ランダム化比較試験等での検証で、対照群が設定されていない研究であるため、ここまでの議論のベースになっているエビデンスとは少し次元が違うと思う。

さらに、認知症についてのケアまたは医療についての全般的な高度な知識は大事であるが、現場でどのようにその人に合ったケアを効果的に見つけ出すのか、そのプロセスを構造化することが大事なポイントである。その構造化について BPSD ケアプログラムや、今回のモデル研修では、きちんと学ぶことが重点になっていると思う。そのような観点から言うと、全般的な高度な知識の習得が目的ではないため、趣旨が違っているのかもしれないと思った。

- 山口委員長：昨年に検証事業を実施したが、その中でケアチームを引っ張ったリーダーに看護職の方は、どのくらいの割合で含まれていたか。
- 事務局（橋本）：105 名中 5 名であった。
- 山口委員長：恐らく、介護施設で勤務する認定看護師や専門看護師は一部いると思う。この老健事業で行ってきたことを、今後広く展開していくためには、裾野を広げていくことも視野に入ってくると思う。そのような点では、来年度以降、どのような人たちを含めてどのように行ったら効果が出てくるのかも含め、検討していくことがよいのではないかと、個人的には考えている。
- 中林委員：先ほどの研修を今後普及していく際のスケジュールや費用、テキストの内容について、教えていただきたい。
- 尾崎企画官：検討中である。
- 田邊委員：ケアをチームで取り組んだ後のフォローアップが一番大切だと思っている。フォローアップ研修をするときには、しっかりとしたファシリテーターが入り、学びの場になるような研修の体制をつくっていくことが必要だと考える。

7. 今後のスケジュールについて

- 事務局（中村）：報告書を作成し、3 月の中旬には委員の先生方にお届けしたい。1 週間から 10 日程度で内容を確認いただき、さらに修正して最終版としていきたい。

以上

第1回作業部会①議事録

日 時：令和5年9月12日（火）18：00～20：00

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】 小木曾恵里子、坂本雅子、瀧澤健人、西田淳志、山口晴保

【欠席者（50音順・敬称略）】 合川央志

【オブザーバー】 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

【事務局】 中村考一、橋本萌子

論点1 成果普及の基本方針をどうするか

論点2 BPSDケアの体制づくり（オプション研修部分）についてどうするか

論点3 実践の評価（質担保）についてどうするか

1. あいさつ

厚労省より挨拶

2. 討議 論点1・2・3について

事務局より資料に沿って説明を行った。

- 西田部員：リーダー研修修了者を対象として親委員会で進めるという話、東京都はBPSDケアプログラムの研修を受講・修了した者が1000人以上いるが、それらの者は当面制度の対象にはならないということか。別途議論するのか、対立意見がないとしてよいのか。前回の親委員会ではうまく咀嚼できずに進んでいた。リーダー研修修了者という点については対立した意見がなかったという整理であったが、別途議論するのか、あの場で議論するのが不明瞭であった。事務局の考えを伺いたい。
- 事務局中村：すでにBPSDケアプログラムで条件を満たしている方について、どのように取り扱うかという質問と理解した。この部分は、事務局の認識が間違っていたら修正いただきたいが、施策的判断にゆだねられるのではないかという認識でいた。
- 厚労省：何も決まっていない。論点として出すことが正解かと思われる。今日の時点で結論は出ない。課題として挙げていただき、議論していくことかと考える。
- 西田部員：親委員会の議論がどの部分を議論しているか不明瞭だった。東京都の研修を受けている人は、すでに研修を受けて、実地も構造をもとに実践をし、記録を提出している。そういう意味ですでにそのようなところを実現できている。その点の議論があので議論されてよいスペースだったかがわからなかった。あの場で意見を挙げていないと大事なことが議論の俎上に乗らないと思っていた方がよいか？
- 厚労省：第1回委員会は議論のスタートと認識。方向性を示したところ。今後これをたとえば報酬に組み入れるときには様々な課題がある。東京都での経験がこの研究のスタートであったということは我々認識している。この会で研修について検討していく中でこういう課題があるということを示していただき、部会から親会に示すのが、きれいでわかりやすい方向と認識している。

- 厚労省：いろいろな議論があつてしかるべき。まだ報告書も出ていない段階。そういう意味では、課題を出して、一つ一つ議論していくことが必要ではないかと考えている。事務局としても今回の意見も論点に挙げていただいた方がよいと思っている。検討会としては報告書を出していただくが、いろんな議論がある中でどのようにまとめていくかは今後の課題。議論して一つの方向になっていくと良いと考えている。
- 山口部員：委員長の立場で補足。第1回委員会では来年度以降を議論した。過去のことは漏れていた。来年度以降は、リーダー研修修了者を対象にして研修を実施していこうと考えているということ。
- 西田部員：過去もそうだが、例えば、東京都は来年度以降も同じ枠組みで研修を実施し人材を育成していく。その扱いもある。
- 山口部員：BPSD ケアプログラムを来年度から全国展開していくにあたっては、まずは、リーダー研修修了者と制限を設けることにより人数を絞った形で進め、体制が整ったら要件を緩和するという方針である。全国研修に限った話である。
- 西田部員：段階的に調整するというロードマップを作るといふことと認識してよいか。
- 山口部員：その通りである。
- 西田部員：ロードマップがないと誤解が生じる可能性もあり、私自身もそのように理解してこれまでの経緯と違うことに大変困惑したのが正直なところ。
- 山口部員：うまい形でロードマップを示していきたい。
- 西田部員：東京都の事業で BPSD ケアプログラムの研修を受講・修了した方も、段階的に全国の事業に統合される形でロードマップを作成していただける認識でよいか。
- 山口部員：その通りである。

- 西田部員：論点4に及ぶが、議論の前提を確認したい。こういった事業や介護報酬もそうだが、認知症ケアの質を高めて、エンドユーザーに届けたいという施策と認識している。前提として、エビデンスの確認できているものを税金を使って国民に届けるということを中心に考えているという理解でいる。前回の親会での議論で気になったのは、すでにエビデンスが示されたテキストや内容など、構造について、もう一度変更を加えるとエビデンスがないものになってしまう。すでに手を加えるフェーズにないということになる。そのため、エビデンスを出した形はある程度大きなことは決まっている前提で話をしないと、テキストを見て主観的なご意見を言われたり、必ずしもエビデンスに基づかない話をされて、改定が加えられたときに、必ずしも国民のためになるのか、学者としては慎重にご検討いただきたいと考える。
- 西田部員：もう一つは、「すでに質の高いケアがなされている事業所は・・・」、とあるが、誰がどう評価して認定するか。BPSD の評価をすると分かるが、BPSD がないと思っていても評価してみると、BPSD が認められる場合がある。そういった性質のものであるということ。きちんと評価をして課題を掘り起こして、ユーザーのために課題を改善する姿勢が必要。すでに質の高い施設をどう評価するかを考えること抜きに進めるとみんなが「うちはよくやっている」ということになる。そういうことにならないように、評価したうえで質の良い施設云々は議論すべき。そうでなければ、あいまいな文言は入れるべきではないと学者としては思う。
- 西田部員：60分の研修をリーダー研修修了者向けに提案されている。この研修は東京都のケアプ

プログラムの e-learning の中から、重要な部分、共通しているところを生かしていると認識している。60 分で成果はある程度出ていると思うが、効果が発揮される形で普及されることが正しい。研究事業では、60 分の研修だけではなく、BPSD の評価を介入群が定期的に提出し、事務局がモニターする形がセットされていた。それが PDCA を回す重要な構造になっていた。現在親委員会では、60 分の研修にすればいいという議論となっているが、重要なのは、その構造をどう維持し続けていくかということである。東京都の BPSD ケアプログラムの場合はオンラインシステムに入力でその質を担保している。それを事務局からあったように記録を保管するだけでいいのか、提出や登録で担保するのか、その部分についてきちんと構造を作らないと、おそらくエビデンスと不一致な形で普及が進み、最悪な事態としては、効果のない形で施策が運用されることになる。きちんとエビデンスが出た構造を維持するということをセットで進める必要がある。そのため、60 分の研修で良しではないはず。現場で構造を守るための仕組みをセットで考えていく必要がある。そこは必須だと思う。そういう意見があることを是非明確に残していただきたい。

- 山口部員：エビデンスに基づいて効果のあるものは変えないで、というご意見。BPSD ケアプログラムについては全く変更はない。そのままの形で全国普及する形をとるのが基本。そのためには、東京都が著作権なりがあるのであればうまく調整して普及する形にしていだきたいと思っている。スライド 5 がこれまでのまとめ。委員会でもワークシートを作った後でこれが出たので、これにワークシートが合致していないのではという意見もあった。これに則る形でワークシートを変更する、マイナーチェンジすることはしたい。

すでに質が高いところについては、私も持ち出さない方がいいと思っている。この BPSD ケア体制づくりは、基本的にはきちんと BPSD を評価する、同時にいろいろな要素を評価し、本人のニーズを聞き取り、チームで考えケアをしていく、また再評価をして回していく、そこを伝えることが一番大切と理解している。

60 分というご指摘については実践リーダー研修を対象として当面は 60 分部分をコアにして、実際には評価も含めて 60 分で収まるかはわからない。昨年度の実証では評価は 60 分とは別ビデオであった。研究の説明もあったので、60 分を少し超える程度と座学部分は考えている。本日論点に上がっているが、体制づくりについて皆さんできちんとやってもらえるような研修体制が大切だと思っているのでご意見をいただきたい。

- 事務局中村：「いいケアができている施設は…」については、委員からの指摘事項として挙げた。西田先生のご指摘にあるように客観的に評価できない。そのため、実証検証時の実践の条件を担保する体制づくり、構造とはどうあるべきかを考え示すことと考え、スライド 9 の方針に入れている。委員からご指摘があった事項は検討し、作業部会としての意見を回答することが重要であると認識している。
- 山口部員：60 分+普及について皆様の意見を伺いたい。
- 西田部員：事務局で去年進めた効果検証の時には、どのような形、タイミングで評価の内容を提出したか。要するにデータを定期的に提出する一種の緊張感の中で進めることで成果が出るという認識。参考までに教えていただきたい。
- 事務局中村：ご指摘の通り、郵送でかなりリマインドした。介入群は最低 3 回は郵送で案内を出し、3 回評価票及びワークシートを提出していただいた。3 回出した施設が分析対象となった。回

収の 1 週間前にはリマインドし、回収が遅れているところにはメールリマインド、メールで回答がないところには電話でリマインドとルールを決めてデータを回収するといったプロセスを踏んだ。正確には確認が必要。

- 西田部員：おそらく事務局でリマインドして成り立ったところがある。現場で実施するときには、事業所で研修を受けた人がある程度のところを責任もってやっていただく必要がある。情報の収集・管理をしていただくことが 1 点重要。それだけでいいか。最低限やってほしい水準があるとして、そういう最低限の資料を定期的に入力・提出していただく仕組みがあると、この緊張感は維持されるのではないかと思う。そういうことがなされている事業所がそういう体制を守れているという判断をして、そういったところを制度として支援することが適切だろう。事務局の説明に合った方向で、研修を受けた人の責任、外からのモニタリングの関与を整理できると良い。
- 山口部員：おっしゃる通りだが、今後増えたときに管理しきれいかを含めて議論していかなければいけない。研修が終了した後、修了証をださなければならない。いつ修了証書を出すか。スライド 13 の 60 分の研修を修了したから修了証を出すのではなく、スライド 14 の案 1 にあるように 2 事例について PDCA の回したことを確認したうえで修了証を出す案を考えてる。この点についてほかの委員からもご意見をいただきたい。案 1 は 2 事例課題提出、案 2 は 1 事例でフォローアップ研修、案 3 は記録保管。
- 坂本部員：案 1 ベースで行くとすると、60 分の研修を行って体制づくりをしながら案 1 をして初めて実践担当者となる。そうすると現場の意見としては、体制づくりをするときに、この研修を受けた人がどのような立場で実施するのか。実習として関与するというニュアンスを感じる。準備会は、実践者研修修了者がベースになり研修を受けたらどうかといった話だった。今日の委員会からの報告だと、リーダー研修修了者が追加で研修を受けるという話になっている。体制づくりということでリーダー研修修了者がふさわしいということなので、その前提が違和感はないのかもしれないが、そうでないと、取り組む際に実践担当者になっていないことに違和感がある。体制づくりに取り組むときには修了証がないということであるとすると、ずっと現場に入っていない可能性を感じた。
- 山口部員：60 分で修了証を出してしまう方法もある。しかしそうすると実際に体制づくりをしてくれているかどうかを担保できない。研修よりも現場で PDCA を回すことが大切という意見があった。少なくとも 2 事例回した経験を積んでいただいて、そこで認定して体制づくりをしていこうという考え方にたどり着いた。
- 坂本部員：研修そのものよりも振り返りの方が実践的に自分の中に残っている。リーダー研修を受け、追加の 60 分の研修を受けたときには仮免許という理解。仮免許で体制づくりをしたうえで体制づくりをしたうえで修了証が出てくるというイメージで理解した。

スライド 14 案 1 は本当にそれを実施したかどうか、実施した結果が適切かがわからない。案 2 がオンラインということであれば、オンラインで意見交換し合っただけで初めてほかの方の意見を聞きながら振り返り、そういうことかということが変わっていく。私としてはせっかく実施するならば案 2 でほかの事例も確認しながら理解できればさらに自分たちが変わっていけると感じた。
- 瀧澤部員：60 分の研修をし、さらにそれを実際に展開して、展開したものをフォローアップ研修で報告するという案 2 がいいのかと思っていた。案 1 だと提出されたものをどこまで誰が評価するか、内容の適切性の判断が難しい。

- 山口部員：案1はワークシートを個人情報情報を隠した形で出していただく。確認するだけで、評価フィードバックしないという案。たくさん受講者に対応する際にこれだと何とかできるという考え。案2が理想。しかし案2だと受講に制限をかけることになる可能性がある。事務局如何か。
- 事務局中村：体制づくりの仕方によるが、案1の方が体制づくりはしやすいというのはご指摘の通り。
- 山口部員：案2が理想なのでそういった形で進めるのがいいと思うが、大府はいかがか。
- 小木曾部員：案2がいいと思っている。リスクリングで言われていることで、目標が伝染する。よそでどう取り組んでいるかに触れることで刺激を受け、真似し合う、そういった学びの観点から言っても、実際実施してみたらの方が難しさを感じると思われるので、実施したことを見てもらう、取り組んでいるところの真似をすることに取り組んでほしいと考えた。BPSD ケアプログラムでは2回フォローアップを実施していると理解しているが、受けやすさで1回という案となったと受け止めた。それよりは受講しやすいと考えた。
- 山口部員：確かに2事例は負担が大きいと思う。例えば、2事例を回して、そのうちの1事例についてミーティングでプレゼンしてもらう方法もある。2事例は最低限、その体験を含めた意見の中の1事例についてはフォローアップ研修でWEBで集合し意見交換する案もある。大方案2と理解した。

論点4 テキストについて

- 山口部員：論点4に進みたい。昨年度実証した中では、時間がなく研究の解説で動画になっている。そのままではまずいがそれをベースにして何とか今月中に形にできないかと考えている。PPの資料も配布されていると思うが内容についてご意見を伺いたい。
- 小木曾部員：リーダー研修を受けたからと言って、BPSDを評価したり、PDCAを回すことは難しいところがあるとすると、もう一度学習していただいていた方がいい。とてもいいものだと感じた。
- 山口部員：BPSD評価は別ビデオになっていたもので、その部分は付け足す予定。
- 坂本部員：ビデオと資料を見て、実践者研修を修了した者前提で拝見したが、リーダー研修修了者としても基本をもう一度確認する意味では大切な内容。どうしてもやればやるほど、基本が抜けていってしまう可能性がある。チームで体制を作って実施するとすると一番基本が重要。そこを確認する意味では分かりやすいと思って見せていただいた。
- 瀧澤部員：研修の内容については難しいところもあるが、動画は見れていないものの、資料を見て、リーダー研修の基礎的なところの復習になっており、妥当かと思っている。
- 山口部員：現場の負担を少なくする意図もあって、リーダーだから60分ということである。リーダーだけでなく、全スタッフに見てもらい、それを題材にみんなで話をしてよりよい体制づくりになればいいと感じている。
- 西田部員：座学で復習することは重要なことだが、大事な要素としては現場でどうやって具体的にサイクルを回すのか、それぞれのステップにコツがある。そういうことをしっかりとお伝えできる内容になっていることが望ましい。チームアプローチが議論になっているが、体制を作らないとできない。事業所の文化を変えていくことなので、研修を受けた人で終わりでなく事業所で広げていくことが大事。チームを作る、事業所の体制を整えるということの重要性を強調することは重要と思う。BPSD一般論は皆さんご存じ。具体的にどう各ステップを回すか、チーム作りを強調して見直

すことも重要かもしれない。

- 山口部員：委員会でもそのような意見が出た。資料をベースに手を加えたい。9月末に中間報告ということで逆算すると、これから1週間で資料を作り、修正したものを委員に諮ると9月の末になる。急いで作業を進め、修正案を整えたい。
- 西田部員：時間的な制約があることは理解できる。この形で検証したので、エビデンスのあるものには極力手を加えず、皆さんの賛同が得られれば作業部会でも最小限の修正で形作ってほしいという強い意見があったことを総意にした方が事務局作業もスムーズだろう。そういった意見があったことを記録していただけるとありがたい。
- 山口部員：ケアプログラムは一切手を加えない。60分のリーダー研修修了者向け研修に関しては昨年度の資料をベースに最低限の修正をするということで皆さんよろしいか。

→全員同意

- 事務局中村：委員会の中で具体的に「認知機能」「生活史」「薬」について、加える提案があった。認知機能評価は大きな修正になるという認識。そのため、生かすとすると、評価尺度の結果につながる動線を作ることを考えた。この点についてご意見いただきたい。生活史については、その影響でBPSDが出ていないかワークシート・テキストに加えるのはどうかと考えた。薬については、多剤併用、薬物の見直しがないことによるBPSDを項目として追加していいかご議論いただきたい。
- 山口部員：認知機能評価については、別の老健事業で開発中であり、それを待ってからでもいいと思っている。確かにある意味認知機能がどの程度かチーム内で把握する必要はあると思うが、あえてこの人は重度、軽度と書かなくても議論していく中で問題があればコンセンサスが得られる。これを入れるのは大きな変更になるので入れなくてもいいと思っている。

生活歴は、ワークシートに入れるだけであれば特記事項で入れてもいいのでは。3については、抗認知症薬は現状入っている。向精神薬のくくりになっているところは、抗精神病薬だけでも別に分けてチェックした方がいいと思っている。多剤併用を入れるのであれば、6剤以上など明確にした基準を設けてチェックを入れることができるかと思っている。

- 西田部員：指摘事項の認知機能の評価の点、何となくの話は分かるが、認知機能の評価をしないとBPSDケアができないという科学的根拠はあるか。
- 事務局中村：委員会の発言からだけでは真意はわからないし、科学的根拠とはずれのかもしれないが、言語の機能で失敗する、見当識障害で失敗する等、認知機能障害がBPSDの背景にある場合を想定しているのではないかと推察した。認知機能障害で何がどう難しくなるかは、無数のケースがあるのでPDCAを回す過程で浮き彫りになってくるのではないかと考え、項目としては積極的には入れない案とした。
- 西田部員：認知機能評価をしなくてもBPSDケアプログラムも昨年度の実証検証も成果が出ている。認知機能を考慮しないとできないということはない。世界的にも行動療法的なアプローチでも聞かないので不要と考える。認知症の初期であってもBPSDは生じる。ステージによって何か変えることはできそうであまり意味がない。余計なものをそぎ落としていくことが極めて重要と学術者として考える。

人生歴・生活歴は重要だが、その前に基本的なことができてないことに気づくことが大事。生活歴があまりにも前面に出すぎていてその点がおろそかになる場合がある。生活史を前面に出す時代も

前に進めていいのではないかと考える。

薬の件は、向精神薬は範囲が大きい。抗精神病薬、加えてベンゾジアゼピン系はせん妄に影響を与え、せん妄の悪化に加え BPSD が強くなることがある。BPSD ケアプログラムでは、ベンゾジアゼピン系と H2 ブロッカーが入力された瞬間に、「影響を与える可能性があるので必要であれば医師や薬剤師と相談してください」といった程度の示唆を出すことをしている。少なくともベンゾジアゼピン系については、意識してチェックしてもらった方がいいと考える。

- 山口部員：現場でベンゾジアゼピン系を区別できるか？できなかつたら調べるのが教育的かもしれないが。
- 坂本部員：できなかつたら調べることに、施設担当の管理薬剤師に相談することになる。
- 山口部員：スライド 31、話題になっているワークシートの上部、研究用だったため、原因疾患を記入するような欄があった。それは必要か。それから、検討したメンバーの欄もある。これはいらなくとも考えるが如何か。例えば認知機能であれば、すでに長谷川式の点数がある方であれば、必須でなく記入してもらおう程度でいいのかと考える。人生歴等も特記することがあればこなりに書いてもらえばいいのではないか。ワークシートで修正するところは、向精神薬→抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系などと表記するかと考えるが如何か。
- 西田部員：あまり意味がなければ極力そぎ落とすのが大事な方向性。これらの認知症のタイプについては、厳密には論じることがどれくらい有意義かという議論が科学的にもある。私は不要と考える。それを議論の頭からすると介護職がパワーレスになるというか、やりづらさを感じさせる可能性があるものかもしれない。近年の学術的なポイントも踏まえればいらないように感じる。
- 西田部員：日本の学界では、今でも病型分類をケア論に持ち込んでいるか。
- 山口部員：昔は認知症を十把一絡げにしていた。しかし、タイプによって特徴的な行動が出たりするので、少し考慮に入れた方がいいのではないか。特に FTD などの場合、ケアしているけど良くならないなど落ち込むことがあり、それは病気のせいなどの説明をすることがある。
- 小木曾部員：昔は認知症のタイプによってケアの視点は違うと思っていた。長く見ていくと、一度いたただいた診断で全部見ていけるわけではない。脳の機能は全体的に低下していくと病名では見えない。主観で申し訳ないが、なかなか正確な診断をされていない方も実際は多い。それで病気で見るのはあまり望ましくないと思うのでいっそないほうがいいとも思っていた。認知機能についてもやり方や人によっても正しいとも言えないというのも見えてきている。ケアの視点で取り組めればいいのではないかと感じている。
- 坂本部員：現場で見えていて、実践研修は、4つの代表的な認知症という内容も入っている。現場のスタッフは一生懸命学んで、そこに向かってケアをしていこうと思っている。病型が書いてあるとそのことに引っ張られ、イメージが出てきてしまう可能性が笑い事ではなくあるので、この人のケアを考えていこうということをチームで考えていくことが意味があると思う。なくてもいいと思う。
- 山口部員：ワークシートの一番上は無し。下に特記事項を入れるか、全体を大型化する。
- 事務局中村：実証検証ではチームアプローチを前提にしており、そのことを担保する必要がある。シートでなくてもいいが、一人で取り組んでないということはどこかで確認が必要。
- 山口部員：ではチームメンバー数は入れてもらうこととする。チーム会議開催日等も必要。
- 事務局中村：スライド 15_BPSD ケアの体制づくりの実践と質の担保の部分。修了証を出した後の実

践において、どのような条件で実践を続けていただくか、実践の質の担保について、ご意見をいただいております。

- 西田部員：LIFE に登録は実現できるか？
- 山口部員：厚労省にはお願いはしている。
- 西田部員：本来 LIFE はこのような時のためにあるのではないかと感じる。ここでこれに登録せずいつするかを考える。そうすると、スライド 15 案 2 の仕組みを構築する。すぐには難しくとも段階的に目指し、そこに行くまでには、段階はあるが最後は LIFE との統合を目指し効率的な運用をしていくということではないか。
- 山口部員：案 1 は当然していく、それを LIFE に登録するというのを作業部会の要望として親委員会に上げたい。

- 西田部員：一点、気になることがある。薬の件、どこまで突っ込むと、医療的な関与が必要ということが生じることを正直懸念している。薬は非常に影響しており、ベンゾジアゼピン等は影響が大きい。どこまで突っ込むと介護の領域で進めていけるか。医療が過剰に絡むことについては、デメリットもあるのではないかと懸念している。重要な論点になると思っている。
- 山口部員：テキストで、解説を入れるかどうか。例えば、ドネペジルを使っている人のうち 5% は易怒性が出るその場合は気を付けるということや、H2 ブロッカーはせん妄のリスクがある等。チェックをしましょうというナビゲートはできる。
- 西田部員：チェックをしたら、薬剤師や主治医と相談しましょう、といった程度は必要か。
- 山口部員：本当に必要か相談するという事だろう。
- 西田部員：踏み込むと別の話になるので難しいが、注意が向くことは教育的であり、それくらいが適切ではないかと考える。

- 事務局橋本：最終的な目標は認知症の人が望む生活ができるようになること、そのために介護現場の質の底上げにつながるようなことをしていかなければならないということをお忘れず、いただいた意見をまとめ、再度見ていただき、親委員会に諮りたい。

- 厚労省：部会の方でご意見をまとめていただき、親会に挙げていただくことかと手続き的には考えている。そのような形で進めていただければ。親会でここだけはこの意見は出るかもしれないがそういった形で進めていただければ。

- 瀧澤部員：研修体系が体制が整うと、実施主体が都道府県、指定都市になっているが、今後のスケジュールが分かれば伺いたい。
- 厚労省：まず検討委員会でより適切な研修は何か議論していただき、まとめていただいたうえで、実施主体が各都道府県・指定都市でということであれば、それをもとに厚労省で検討していくことになる。実施主体である都道府県・指定都市も予算化しなければならない、実施体制を整えなければならない。委託先が 3 センターということで検討いただいているが、3 センターで実施するにしても委託する手間もかかる。そういったことも踏まえ、現実的にどのようなスキームで実施すれば適切か、

報告書をいただいて、速やかに事業化するのであれば事業化の流れを取りたい。限界もあるので、そういったことをふまえて厚労で検討していく内容と考えている。研修のスキームを決めていただかないことには、都道府県への周知等含めてどういった形かは決められない。少し踏み込んだことを言えば、もちろん、検討する際、類似のスキームがあるのでそういうものを使った方がスムーズという話になるかと思うが、そうはいつでも新しい事業になるのであれば、そこは、経過措置というか、順次始めていくというか、スムーズな展開がどうできるかは検討していきたい。

- 山口部員：具体的な研修の内容を FIX しないと次のステップには進めない。作業部会で1週間ぐらいで固め、それを委員に送り、委員に意見をいただいたうえで9月末までにまとめる。それが最初のステップ。そこである程度固まったところで、どのように進めるか考えていきたい。
- 西田部員：研修についての考え方の大前提であるが、現場が忙しいので研修はできるだけ軽めに、というのはわかるが、意味のない形で展開しても変わらない。必要な時間があり、それ以上削れないラインがある。我々が、R2年度の老健事業で実施した時には最初はてこずるが仕組みになれると対応がスムーズになり、結果としてケアの負担が減る、時間も回収できると試算している。研修は極力現場を苦しめないようにという一見とても聞こえはいいことについても、落とし穴があるということに杭を打っていくことも大事にしていく必要があるだろうということをご共有しておきたい。
- 山口部員：時間的な制約がある中で進めているので、今作っている研修の計画60分+1例フォローアップが、本当にそれでいいのかは、今後の検証もしながら進めていく必要があると思っているが、時間的制約の中で、まずはとりあえずの形を作りたいということをご理解いただければ。
- 西田部員：可能な範囲でロードマップが今は見えないが、あって、東京都のケアプログラムもインテグレーションの道筋があるという話し合いは進めていただきたい。宙に浮かないようお願いしたい。
- 山口部員：東京都、厚労省も含めた話し合いが必要と認識している。
- 事務局中村：事務局で本日の議論をまとめできるだけ早く内容を確認いただきたい。確認済み次第、委員の先生方に作業部会での検討結果を挙げていきたい。

以上

第1回作業部会②議事録

日 時：令和5年10月2日（月）18：00～20：00

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】新谷夏海、新保祐輝、野村美代子、宮本憲男、山城裕美

【オブザーバー】山口晴保

【事務局】中村考一、橋本萌子

1. あいさつ

事務局より挨拶

2. 自己紹介

一人ずつ自己紹介を行った。

3. 前年度の成果、今年度事業概要、調査概要説明

- 事務局より資料1～3を用いて説明を行った。
- 意見交換を行った。

まとめ：回答者の想定を記入ガイドに記載する。

- 新保部員：フロアの人数はどのくらいを想定しているか。ユニットであれば10人、従来型の多床室であれば、30人のところもあると思う。
- 事務局：そのようなイメージをしている。寝たきりの人が多いところではなく、活動性が高い人が最も多いフロアとしたいと考えている。
- 新谷部員：1フロアⅢa以上の方が対象だと、当施設では、50人全員が対象になると思う。認知症専門棟はⅢa以上が入所基準のため、全員が対象となる。評価時間は50人×5分だと約4時間だが、慣れていけばもう少し時間も減るかもしれない。
- 宮本部員：ユニットの捉え方が施設それぞれで、1フロアで見えてもユニットという施設もあれば、1ユニット10人でケアしているところをユニットというところもあり、もう少し具体的に示したほうがよいと思った。例えば、人数を示してもよいかもしれない。2ユニットで見ているところも特養だと多いと思う。グループホームだと大体ユニットに分かれている。特養、老健に関しては結構ばらつきがあると思う。30人見えてもユニットケアしていますと言うところもある。また、見る範囲の人数も必要だと思う。もしかしたら多床室と個室とで、症状の違いも出てくる気もする。
- 山口：この事業の趣旨からいうと、聞きたいのはケア単位である。例えば、50人1フロアで、スタッフの夜勤とかの勤務表を50人の1フロアでつくっているのであれば、それが一つのケアチームだと思った。

最終的にはBPSDケアの体制づくりがメインで、そこで体制づくりの中心になる人を育てることをこの事業では考えている。例えばリーダーが1人いて、全部を取り仕切っているのであれば、フロア全体になる。ユニットであれば、1ユニットになる。ミーティング等2ユニットで実施して

いるのであれば、2ユニットでもよいと思う。具体的に実際のケアをどのような体制で行っているのかという、その一つの単位のところが対象というイメージである。

- 新谷部員：当施設の場合、まさに1フロアに50の方が入所していて、四隅に4か所、食堂がある。職員の方は少人数で見ようとはしているが、結局50人を見ているため、自分が答えるとしたら「ユニットケアに準ずるケアを実施している」になると思う。その答えで合っているのであれば、このままでもよいと思うが、違う答えを想定していたのであれば、質問内容を変えたほうがよい。
- 山城部員：回答者は、リーダーということだが、リーダーが複数いるとき、その中の1人が答えるのか、相談してよいのか、それぞれで答えてよいのか。
- 事務局：BPSDの評価は、人によるばらつきを最小限にしたほうがよいため、1人に絞る必要がある。そのほかの項目については、理想は1人の人が答えるということだと思うが、例えば入退所に関する質問は、相談員に回答してもらったり、内服薬に関する質問は看護師に協力いただいたり等は、問題ないと思っている。いずれにしても、その辺りの解説が必要である。1人で回答するのは大変だと思うが、回答期間は2～3週間くらい設けるとよいか。
- 新保部員：人数によると思う。

4. 論点に沿って討議

<BPSD+Qは過活動スコアのみ評価するか、全て評価するか>

まとめ：低活動も評価できるとよい。複数人で評価するのが現実的。

- 事務局：BPSD+Qの25項目全て評価するのは難しいか。ただ、過活動のBPSDに対して薬を内服し、過鎮静になってしまった場合、BPSDは過活動から低活動に移っただけであり、制御していく必要がある。項目が増えるほど回答の負担も大きくなり、回収率にも影響するためコメントをいただきたい。
- 新谷部員：例えば抑うつ傾向で部屋から出たくない方に、ご飯を食べてほしいとき、どのようにアプローチしていくか考えるのは、過活動の方と同じレベルでの苦難や葛藤もあると思う。個人的には、BPSD13Qで評価するのでもよいと思っていた。
評価者の人数は複数だと現実性が高く、やりやすさが少し上がると思う。例えば経験年数や実践リーダー研修修了者等条件を設定することも考えてもよいかと思った。
- 新保部員：複数人で評価することに同感である。例えば1人だと捉え切れていないことがあると思う。3人ぐらいいると、その人の生活を満遍なく捉えられているような気がする。1人でなくてもよいとすると良いと思った。
また、低活動のほうが、職員の関わりによって、笑顔が増えたりやる気が出たりすることがあると思う。
- 野村部員：低活動は、気にしなければそのままになってしまいがちだが、本人や家族にとっては重大なことであるため、そこを見過ごしてはいけないと思う。
- 宮本部員：目につくのは過活動の方だが、うまく表現できない方もいる。評価者については、職員によってケアのレベルに差がある。複数にしたり、基準を設けたりする方がよいと思った。
- 山城部員：評価者1人では、偏ると思った。
- 事務局：過活動のみは少しよくないということであった。また、複数人で評価できる方法も考える

必要がある。

- 山口：BPSD 13Q は、BPSD+Q とある程度相関する。現場で使いやすいように 13 項目に絞った。これは過活動も低活動も両方入っている。どちらの評価票がよいか、検討していただきたい。
- 事務局：BPSD13Q であれば、時間の短縮になり、標準化もされている。また改めて伺いたい。

<BPSD の予防に影響する要素は他にあるか>

まとめ：4-2 の質問内容を明確にする。

- 新谷部員：施設で入所を断られやすいのは大声がある方ではないか。4-2「妄想や徘徊、暴言暴力など介護力を必要とする BPSD のある人の受け入れ方針」に大声を入れるとよい。
「介護力を必要とする」は、「他者とのトラブルを招きやすい方」はいかがか。
また、4-3 に「サマリー上」「事前情報上」という一文を入れてもよいかと思った。
- 事務局：大声がある人や、他者とのトラブルを事前に報告されている人等、もう少しイメージしやすいようにすると、明確になるかもしれない。
記入ガイドに、適切な方に回答を依頼してよいことを記載する。
- 新谷部員：4-2 の BPSD のある人の受け入れ方針に関する質問も 4 件法にし、ある BPSD が出ている方は受け入れていない、という場合も聞いてもよいかと思った。
- 事務局：参考にしたい。
- 野村部員：4-2 の BPSD のある人の受け入れ方針に関する質問内容がわかりにくかった。
- 事務局：基本的に全て受け入れている、BPSD を主な理由として受入れを断ることがある、受け入れには消極的である、だとよいか。
- 野村部員：よいと思う。

<4-4 の尋ね方はこれでよいか・ほかに尋ねるべきことはないか>

まとめ：4-4 の質問内容をいただいたご意見を踏まえ整理する。2-4 の薬一覧は、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬の 3 分類とし、睡眠薬やてんかん薬、抗うつ薬も入れる。

- 宮本部員：4 番と 5 番の違いが少しわかりにくい。具体的な例があるとよい。責任者には、チームの一員として、自分事として捉え、職員だけに任せるのではなく、一緒に乗り越えるぐらいの意気込みが欲しい。
- 事務局：管理的な立場にある管理者が、BPSD の予防や軽減においてスタッフ任せにするのではなく、相談に乗り、一緒に乗り越えようとして関与することができるというイメージか。
- 宮本部員：そのようなイメージである。
- 新谷部員：1 番について、理念を復唱できても、意味を理解できていないスタッフもいる。
- 山城部員：スタッフがケアに困って管理者とかに相談したときに、一緒になって考えてくれたり、みんなで話し合う会議に入ってくれて、一緒に考えてくれたりが重要。そういうことがないと業務優先の方向に走ったりする。
- 事務局：相談したときは一緒に乗り越えてくれて、やらなければならない業務があっても利用者さんの行動や、いわゆる BPSD に向き合うことを優先するということが管理者も許容していて、そのような文化がチームにある、というようなことか。
- 山城部員：そうである。内部研修のときに、例えば、理念を題材に実践報告をするとか、理念と入

居者がつながるような研修を意図的に組んだりすると、理念が生きてくると思う。

- 事務局：理念が効果的に活用されているというとわかりにくいですが、理念についての研修があり、意識づけがなされているという表現だとよいか。
- 野村部員：1番も、例えばスタッフが、自分の法人の理念があるから、こういうケアをしていると、新人に伝えられるかだと、スタッフ一人一人が理解している、浸透していると評価できると思う。
- 新保部員：1番と2番はスタッフ個人のことであり、3、4、5番は施設の体制的なことだが、回答者はフロアリーダーか。自分1人でつけてしまってもよいか心配なところがある。上司と相談しながらつけたいと思うのが正直なところある。
- 事務局：ご意見を踏まえて整理したい。
- 新保部員：2-4について、非ベンゾジアゼピン系、ベンゾジアゼピン系に分類できないような眠れるお薬、ロゼレムやベルソムラ、デエビゴとかが出ている。これらは、その他に含まれるのか。
- 山口：新しい系統の薬も結構出てきており、てんかんの薬や抗うつ薬を飲んでいる方もいる。そのような薬も入るように、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬の3分類とする予定。

<4-4以外の尋ね方はこれでいいか>

- 野村部員：エビデンスはないが、今までの経験上、2週間ぐらい様子を見るとBPSDが落ち着かれるケースが多く、大変な方で1か月ぐらいだと思う。その間に対応方法が見えてくる感覚である。
- 事務局：入所からの期間についての質問は、1ヶ月未満かどうかとしたい。
- 新谷部員：3-9に家族との関係の再構築とあるが、面会を予約制にしたりしている施設もあると思う。面会のルールの有無を聞いてもよいかと思った。例が出ていると、答えやすく、回答時間が短くなる。また、目次にどの項目を誰にこたえてもらうか書いておくと、分担しやすいと思った。

5. 今後のスケジュール

事務局：修正したものを次回の作業部会でご確認いただき、可能であれば皆様のところで、プレテストをして、再度ご意見をいただくというステップはいかがか。

⇒合意

6. その他

- 新保部員：作業部会部員の施設は、本調査の対象外か。
- 事務局：団体を通じて募集しようと思っている。プレテストで協力いただいて、本調査は除外したほうがよいと考えている。

以上

第2回作業部会②議事録

日 時：令和5年10月13日（金）19：00～21：00

開催方法：zoomによるオンライン会議

【出席者（50音順・敬称略）】新谷夏海、新保祐輝、野村美代子、宮本憲男、山城裕美

【事務局】中村考一、橋本萌子

1. あいさつ

事務局より挨拶

2. 資料説明

事務局より資料の説明を行った。

3. 論点に沿って討議

<論点1 BPSD評価は、4案の中でどれがよいか>

まとめ：案3をベースに、評価者の選定方法の示し方を事務局で検討する。

- 新谷部員：案3または4がいいと思っていたが、3が一番無難かもしれない。
- 宮本部員：案3がいいと思った。居室担当を配置しているところとしていないところがあると思う。
- 事務局：案3がいいと、全員頷いている。居室担当がいない場合、居室担当など、その利用者をよく知っている、よく観察している等、リーダーが認める人を配分するのはどうか。
- 新保部員：私の施設では、多床室と個室もあるが、「居室担当者」という言い方で恐らく理解できるのではないかと思う。しかし、例えばユニットのフロアで誰がつける、もし居室担当などをつけていない場合に誰がつけるとなると、当施設ではフロアリーダーになりそうな気がする。
- 野村部員：担当がいないところは所属長が任命するなどとして、一定の人が評価するというように案内したらよいのではないかと思った。
- 宮本部員：居室担当者または居室担当に準ずるぐらいの言い方だと、適切な人を選んでくれそうである。
- 新谷部員：フロアリーダーに任してもよいかと思った。居室担当がいない場合はフロアリーダーがつけてもよいし、「居室担当に準ずる」というような形でもよいかかもしれない。「準ずる」が一番わかりやすいと思った。当施設は、居室担当がいるため、スムーズに理解できると思う。
- 事務局：案3をベースに、調査として問題ないような教示の仕方を事務局で検討したい。

<論点2 わかりやすいケアチームの定義が他にあるか>

まとめ：図を示しながら例えを挙げていく。常勤換算の方法は、看護スタッフの手厚さを問わない下案を作り、作業部会メンバーにチェックしていただく。

- 新谷部員：1回では理解できず、2回読んで納得した。
- 山城部員：最初少し意味がわからなくて、もう1回読み直した。当施設では、ケアプランを立てるときに、入居者の方を6人ずつ3チームに分けて、そこにスタッフを配置している。それぞれチームの考え方が違うため、きっちり決めないで、先ほどのような「準ずる」的なことで書いた方が、答

えられると思った。

- 宮本部長：2回読んでもまだよくわからなかった。「例えば」のところが少しわかりにくい。
- 事務局：BPSD の高い・低いとの関係を見ていきたい。このメンバーが日常的に連携してケアしているチームというのは、どのようなものなのか。夜勤も含めたチームにしたほうがよいのか、夜勤は除いたチームにしたほうがよいのか、という話にもなってくるかもしれない。
- 宮本部長：夜勤で見る範囲が1つの範囲だと考えてもよいと思う。その人のことをよく知らないとな夜勤はできない。また、グループホームとその他施設のユニットケアで少し違うと思う。グループホームだと9人の1ユニットがその1事業所として運営しているところもある。1ユニットに一人夜勤者がいるところもあれば、2ユニットで見ているところもあり、都道府県によって基準が違うと思うが、グループホームの中でも体制が若干違ったりする。ユニットケアをしているところであれば、「例えば」のこの部分に該当するため、わかりやすいと思う。従来型が様々であるため、図で示すのはどうか。
- 事務局：細かいただし書を作らないと、判断がずれていってしまう。
- 野村部長：当施設はユニット型のため、この説明はわかりやすかったが、平屋建てで、利用者80人の老健では、3チームに分かれていて、食堂は一緒である。夜勤はチームに分かれていないが、日中は3チームに分かれている。その場合はどうなるか。例をたくさん挙げる等して、その当てはまる単位で考えてもらおうとよいかもしれない。ケアチームは、介護職員限定か。当施設では、看護師と一緒にシフトに入り込んでいる。
- 事務局：BPSD の多い、少ないに影響する体制という意味では、大いに関係するかもしれない。
- 事務局：ユニット型、従来型、従来型個室等を想定して、図を示しながら例えを挙げていくのがよいと思った。
- 事務局：常勤換算スタッフ数は、介護職員のみにしたほうがよいのか、看護師やリハスタッフなども含めて、シフトに入っている人の常勤換算スタッフ数を出したほうがよいのか。看護師が入るメリットは、人手としてだけでなく、医療的な問題に気づきやすく、対処しやすいという側面もあると思う。常勤換算スタッフ数は、シフトに入っている場合は看護やリハスタッフ含めた数にして、もし入っている場合には「入っている」にチェックするという聞き方はどうか。
- 野村部長：よいと思う。
- 新保部長：老健は看護師の配置が手厚いと思うが、特養やグループホームは、少ない。看護師は看護師でシフトをつくっている。そもそもの体制として、看護師の多い、少ないがあるため、それが結果として看護師が多いほうがよいとなったときに、介護職員では駄目なのかとなってしまう。
- 事務局：あくまでも介護の人手としての常勤換算のスタッフ数という意味合いか。介護に入っているという意味では分けないが、一応看護師が入っているか入っていないか、チェックは入れてもらい、何人入っているかまでは聞かないくらいがよいと、今のところは感じた。下案を作り、チェックしていただき、修正していきたい。あまり看護スタッフの手厚さに、深入りしないようにはしたい。

<論点3 回答にばらつきが出る質問項目となっているか(特に4-4)>

- 新谷部長：4-4にも1~4点の評価の目安を示されるとよい。4-4の5番、「介護以外の業務があるときにも」の、介護以外の業務とは、排せつや食事などというイメージか。また、当法人の経営者は、人材教育の発信はしているが、現場にはたまには出てくるが…。管理者は現場に出ている。管理

者と現場スタッフが答えるのとは、ばらつきが出ると思った。

また、BPSD13Q を評価した職員が、4-4 を評価すると面白いと思った。例えば5人でBPSDの評価をしたのであれば、1人ではなくその中の2~3人で4-4をつければよいとする。勤務が合わないと考えられるため、全員でなくて、複数人でつけるとよいと思った。

- 事務局：1名以上で、「BPSDの評価をした者のうち」としたほうがよいと思った。
- 山城部員：経営者と管理者、分けて質問したほうがよいと思った。管理者が集まる会議で、経営者は理念のことを言うが、その経営者が直接スタッフに言うことはあまりない。管理者は現場に出てきて、直接スタッフに言うとなると、分けたほうがよいと思った。
- 事務局：経営者が認知症の人を主体にしたケアをするように発信しているという設問を管理者含めて判断したほうがよいということか。
- 野村部員：経営者と管理者の質問は別にしたらどうかと思う。「介護以外の業務」という表現について、技能実習生には、介護業務と関連業務、周辺業務というような言い方をする。記録や、環境整備などのことか。
- 新谷部員：4-4の4番は、ケアチームに相談できる環境がある、などでもよいと思った。
- 山城部員：4-4の2番と4番は似ている。
- 事務局：経営者がいて、トップマネジメントする管理者がいて、チームのマネジメントをする監督者、まさにチームケアリーダーのような人がいて、スタッフがいるとすると、4番をチームのリーダー、監督者にするとよいか。
- 野村部員：「理念」という表現について、法人の理念、認知症ケアの理念、どちらか。
- 事務局：認知症の人を中心とした関わりをするということを理念と言っているような気がしている。
- 山城部員：理念の解説がある。
- 事務局：ただし書を考える。

<論点4 記入ガイドで気になるところはあるか>

- 新谷部員：薬について、例えば抗精神病薬とベンゾジアゼピン系どちらも内服している場合、ダブルカウントしてよいか。その解説を入れるとよいと思った。
- 事務局：対象者ごとに内服の有無をチェックしてもらい、事務局で人数を集計するほうが負担が少なく、ミスを防げる可能性もあるのではないかと考えていた。それを含めて、回答者がわかるようにしたい。

<論点5 協力金について>

まとめ：協力金とクオカードを渡すと効果的ではないかということと、チームを増やしても大丈夫そうというご意見を基に、調査を進める。

- 事務局：1施設14,000円の謝金を考えている。1施設2ケアチーム分依頼するのは現実的か。その場合、主に回答するリーダーなどは取りまとめも含めて負担が大きいいため、協力金とは別に、例えば1,000円または2,000円のクオカード等を渡したほうが回収率が上がると考えている。
- 新谷部員：500円のクオカードでモチベーションが上がっていた人たちを知っている。施設に14,000円を支払うとなると、皆でお菓子を買うことになりがちだが、クオカード等だと1人ずつに渡せる。1施設で2チームの場合、当施設だと一般棟と専門棟の2フロアになると思う。

- 山城部員：14,000円ももらえるのだと思って驚いた。
- 新保部員：1つの施設に2~3チームがある場合、そのチームの人たちで回答するということか。そうであれば、負担はそこまで大きくないと思う。
- 宮本部員：2フロアぐらいであれば、施設の規模にもよると思うが、可能ではないかと思う。
- 野村部員：当施設の場合、全ユニットできると思う。
- 事務局：協力金とクオカードを渡すと効果的ではないかということと、チームを増やしても大丈夫そうというご意見をいただけたと思う。ご意見を基に、調査を進めていきたい。

4. 今後のスケジュール

- 事務局：17日頃までに事務局案を整えた後、現場の方にプレテストを行っていただきたい。調査票と記入ガイドについて、修正すべき点や分かりにくかった点などをコメントいただきたい。コメントを踏まえて再度修正し、調査票変更の倫理審査をする。11月上旬に調査の依頼、11月20日頃から調査票配布、12月上旬あたりまでに回収するというスケジュールを考えている。分析ができれば、皆様に見ていただき、議論したい。

5. その他

- 事務局：4-4の回答は、ばらつきが出るかどうか意見を伺いたい。
- 新保部員：実際にスタッフに聞いてみて、つけてもよいのか。
- 事務局：そこまでは難しいと思っていた。フロアの全体像が見える人が把握している範囲で、最も近いものにつける、ということである。教示の仕方なども精査したい。
- 新保部員：経営者と管理者に関する質問のところは、経営者、管理者にお伺いを立ててみるということになるか。
- 事務局：うまく答えられない人が出てくる可能性があることを念頭に、吟味したい。

以上

BPSDの発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査

- 令和5年11月27日を基準日として貴施設の概要についてご回答ください
- 本調査は、ケアチームにおける認知症の人のケアの実施体制について伺います。ケアチームとは、シフトを共有する介護職員のチームのことであり、常勤・非常勤を問いません。(詳細は、記入ガイドのスライド5参照)

A-1. ケアチームの概要について (基準日時点での以下の人数を記入ください)

- 1 調査の対象となるケアチームで日常的に介護している利用者数 _____人
- 2 ケアチームの常勤換算介護職員数 _____人

調査票

A・B票

(BPSD予防調査 郵送調査票)

* Excelによる調査も同じ内容で実施した

A-2. 認知症の人に実施するケアについて

以下について、過去1週間の実施状況として当てはまるものを選択ください。(あなたを含め、フロアのケアチーム全体の状況) 2~4を選択した場合、それぞれのケアがBPSDの予防に有効かどうかともども当てはまるものひとつを選択してください。

※B-2票を評価したスタッフで話し合い、最も近いと思う項目を選択してください。

| NO | ケア | 過去1週間のケア 実際に実施している程度 | BPSDの予防に有効か (左欄で2~4を選択した場合 回答) |
|----|--|---|---|
| 1 | 認知症の人の痛みやかゆみ、便秘・不眠等体調を確認する | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 2 | 安心につながる環境調整を行う(大事にしているものが見えるようにする、トイレをわかりやすくする等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 3 | 安心につながるかわり方を心掛ける(感謝を伝える、ケアの統一、本人のペースに合わせる等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 4 | 自由な暮らしを送る(希望に応じ、お金が管理できる、外出できる、習慣を継続できる等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 5 | 役割を持ってもらう(家事を行う等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 6 | 趣味活動を行ってもらう(本人の得意なこと、興味のある活動ができる範囲で担当してもらう等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 7 | 身体活動量を確保する(散歩や体操、その他体を動かす活動を行う等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 8 | 職員との関係を構築する(認知症の人の決定を尊重する、よくコミュニケーションをとる、本人をよく知る等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |
| 9 | 家族との関係を再構築する(家族との外出の時間を設ける、面会の時間を設ける、家族との写真を見る等) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない | □4: とても有効 □3: わりに有効 □2: あまり有効でない □1: 全然有効でない |

*BPSD予防: 新しいBPSDが生じること、早期発見し対応することと定義する。

A-3. 施設の運営体制等について

1 ユニットケアの実施

□実施している、□準備するケアを実施している、□実施していない

2 大声や徘徊、暴言暴力などBPSDのある人の受け入れ方針

□基本的にすなわち受け入れられている
□BPSDを主な理由として受け入れを断ることがある
□受け入れには消極的である

3 大声や徘徊、暴言暴力などBPSDのある人の受け入れ状況

●過去3か月で入所を検討した人数のうち、大声や徘徊、暴言暴力など介護力を必要とするBPSDが生じていた者の人数 _____人
●上記のうち、入所を断った人数 _____人と入所した人数 _____人

4 理念浸透のための取り組み・体制

※B-2票を評価したスタッフで話し合い、最も近いと思う項目を選択して下さい。

| NO | 取り組み・体制 | 実施状況 |
|----|--|---|
| 1 | スタッフは、単にケアの理念を知っているだけでなく、施設・事業所のケアの理念の意味を理解している | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 2 | ケアチームは、ケアで困ったときに、認知症の人を中心に考えるようにしている(チームがバラバラのケアを行っていたときに、認知症の人の意思を尊重したケアが選択されたり、提案されたりする) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 3 | 人材育成において、ケアの理念が効果的に活用されている(ケアの理念を学習する研修等、ケアの理念を学習する機会が確保されている) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 4 | 認知症ケアについて悩んだときにチームリーダー(フロア主任等)に相談できる体制がある。(スタッフが認知症ケアに悩んだときにリーダーが相談に乗ってくれる。) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 5 | 管理者が認知症の主体のケアを積極的に推奨している(例えば、周辺業務(記録・環境整備等)があるときにも認知症の人とのかわりを優先するように積極的に推奨している) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 6 | 管理者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。(管理者が積極的に現場に出てきて、新人職員等にも積極的に理念を発信している) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |
| 7 | 経営者が認知症の人を中心としたケアを目指すように積極的に発信している。 (*管理者等の意見も参考してください) | □4: とてもできている □3: わりにできている □2: あまりできていない □1: 全然できていない |

施設種別

□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □認知症対応型共同生活介護

BPSD やケアの実施状況に影響を与えるような事象の有無（当てはまるものに☑をつけてください）

- 調査に際し、BPSD やケアの実施状況に影響を与えるような事象があった。
（例：コロナ、インフルエンザ等の集団感染、災害等）
- 調査に際し、BPSD やケアの実施状況に影響を与えるような事象はなかった。

A 票は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。
B 票もご回答ください。

BPSD の発生に対する施設の運営体制等の影響に関する調査

● 令和5年11月27日を基準日として利用者の状況についてご回答ください

B-1. ケアチームで担当する認知症の人について（基準日時点での以下の人数を記入ください）

1 ケアチームで担当する人の中の認知症の日常生活自立度Ⅱa以上の人の人数を記入ください _____人

2 上記B-1の者の入所からの期間について以下に記入ください。
1ヶ月未満 _____人

3 B-2 票を評価したスタッフの人数を、これまでの介護経験年数別に記入して下さい。

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------|
| 介護経験年数 | 1年未満 | 1年以上2年未満 | 2年以上3年未満 | 3年以上4年未満 | 4年以上5年未満 | 5年以上6年未満 | 6年以上7年未満 | 7年以上8年未満 | 8年以上9年未満 | 9年以上10年未満 | 10年以上 |
| 人数 | | | | | | | | | | | |

次のページに続きます

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1～5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者に任意で付与する番号です。調査事務局が利用者を特定できないよう、この番号と利用者名は別で管理して下さい。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダー等が判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフが分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下の表を記入してくださいとスムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID 1 | ID 2 | ID 3 | ID 4 | ID 5 | ID 6 | ID 7 | ID 8 | ID 9 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ①実際に見えたり、聞こえたりする | | | | | | | | | |
| ②盗られたという、嫉妬する、別人という(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5 種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1～5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者に任意で付与する番号です。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダー等が判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフが分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下の表を記入してくださいとスムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID 10 | ID 11 | ID 12 | ID 13 | ID 14 | ID 15 | ID 16 | ID 17 | ID 18 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ①実際に見えたり、聞こえたりする | | | | | | | | | |
| ②盗られたという、嫉妬する、別人という(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5 種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1 ～ 5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者任意で付与する番号です。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダーが判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフが分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下を記入ください。スムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID19 | ID20 | ID21 | ID22 | ID23 | ID24 | ID25 | ID26 | ID27 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ①実際に見えたり、聞こえたりする | | | | | | | | | |
| ②盗られたという、嫉妬する、別人という(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5 種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1 ～ 5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者任意で付与する番号です。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダーが判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフが分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下を記入ください。スムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID28 | ID29 | ID30 | ID31 | ID32 | ID33 | ID34 | ID35 | ID36 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ①実際に見えたり、聞こえたりする | | | | | | | | | |
| ②盗られたという、嫉妬する、別人という(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5 種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1～5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者に任意で付与する番号です。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダー等で判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフで分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下を記入いただくことスムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID37 | ID38 | ID39 | ID40 | ID41 | ID42 | ID43 | ID44 | ID45 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 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(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

B 票は以上です。ご協力いただきありがとうございます。
A 票もご回答ください。

B-2 票

B-2 上記 B-1-1 の者のうち、利用者ごとに過去 1 週間の状況を評価して下さい。(0、重症度 1～5 から選択) 55 人以上の場合は、コピーしてお使いください。表頭にある番号は、利用者に任意で付与する番号です。

※居室担当者等、利用者の状況をよくわかっているフロアリーダー等で判断したスタッフが評価して下さい。2 名以上、最大 5 名のスタッフで分担して評価して下さい。

※利用者ごとの個票(別紙)を記入後、結果をとりまとめ、以下を記入いただくことスムーズです。内服の有無は、個票で内服薬をチェック後、記入ガイドで分類(抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系、その他の向精神薬)を確認の上、○を付けてください。

| 項目 | ID46 | ID47 | ID48 | ID49 | ID50 | ID51 | ID52 | ID53 | ID54 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 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(盗害、嫉妬、誤認、他) | | | | | | | | | |
| ③うろろろする、不安そうに動き回る | | | | | | | | | |
| ④こだわって同じ行為を何度も繰り返す | | | | | | | | | |
| ⑤我慢ができない、衝動的に行動する | | | | | | | | | |
| ⑥怒りっぽい | | | | | | | | | |
| ⑦忘れて同じことを何度も尋ねる | | | | | | | | | |
| ⑧悲観的で気分が落ち込んでいる | | | | | | | | | |
| ⑨やる気がない、自分からは動かない | | | | | | | | | |
| ⑩心配ばかりする | | | | | | | | | |
| ⑪日中うとうとする | | | | | | | | | |
| ⑫夜間寝ないで活動する | | | | | | | | | |
| ⑬介護されることを拒否する(更衣、整容、入浴、食事、他) | | | | | | | | | |
| 抗精神病薬内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ベンゾジアゼピン系内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他の向精神薬の内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 5種類以上薬剤内服の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

執筆者

| 章 | 所属・氏名 |
|-------------|-----------------------|
| 第1章、第5章、第6章 | 認知症介護研究・研修東京センター 中村考一 |
| 第2章、第3章、第4章 | 認知症介護研究・研修東京センター 橋本萌子 |

謝辞

よりよい認知症ケアの全国展開を目指して、本研究事業を進めてきました。そして、認知症の行動・心理症状（BPSD）が生じてからの対処ケアだけでなく、BPSDを予防できるような普段からの良質なケアにも焦点を当てて研究事業を実施しました。この中で、「当事者の声に耳を傾けること」「声を上げられない当事者の発するサイン（アンメット・ニーズ・サイン）に気づくこと」が認知症ケアではとても大切だと考え、これらを盛り込む形で認知症ケアに資するワークシートや研修テキストなどを作ることができました。

この研究事業には、検討委員会・委員をはじめ、実証研究に参加していただいた方々など、多くの方のご協力をいただきました。東京都BPSDケアプログラムの関係者には、その知見の提供など多大な貢献をしていただいたことに深謝します。とくに、東京都医学総合研究所西田淳志氏には、検討委員会・委員としてだけでなく、日本版BPSDケアプログラムのアドミニストレーターフォローアップ研修の講師としても多大な貢献をいただきました。厚く御礼申し上げます。

検討委員会・委員長 山口晴保

【報告書名】

令和5年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
BPSDの予防・軽減を目的とした
認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
報告書

【発行元】

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 杉並区高井戸西1-12-1
TEL：03-3334-2173

【発行年月】

令和6（2024）年 3月