

令和 6 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
チームケア推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 7 (2025) 年 3 月

目次

抄録	i
はじめに	1
第1章 事業概要	2
1. 令和5年度までの成果	2
2. 令和6年度事業の目的	4
3. 令和6年度事業の内容	4
4. 事業実施体制	5
第2章 研究結果	7
1. 検討委員会の結果	7
2. 作業部会の結果	8
3. 施設等におけるチームケアの効果的実践の展開－施設・居住系サービスインタビュー調査の結果－	15
4. 在宅等における BPSD の予防・早期対応の実践の展開－在宅系インタビュー調査の結果－	32
5. 認知症チームケア推進研修の実態把握の結果	39
資料	75
第1回検討委員会議事録	75
第2回検討委員会議事録	83
第1回作業部会議事録	89
執筆者	

【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。令和 5 年度は、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とともに、②BPSD 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の検討を行った。令和 5 年度までに検証・検討してきたチームケア方法及び研修は、認知症チームケア推進加算の要件の一部となり、認知症チームケア推進研修として、当センターにおいて実施している。これまでの経過を踏まえ、令和 6 年度の本事業では、これまで検証してきたチームケア方法及び認知症チームケア推進研修について、活用実態の把握やより効果的な成果普及のあり方について検討するとともに、在宅等における BPSD の予防・早期対応を図るためにどのような方法が望ましいのか検討することを目的とした。

【方法】①施設・居住系サービスインタビュー調査：施設・居住系サービスにおけるチームケア方法の効果的な展開方法と阻害要因を明らかにし、それらについてまとめ、普及することを目的に、認知症チームケア推進加算を算定している施設・事業所において、チームケア推進の工夫と課題を収集した。

②在宅系インタビュー調査：令和 5 年度に認知症チームケア推進研修の前身となった研修を受講した、在宅サービス事業所の職員に対し、インタビューを行い、施設系サービスにおいて実施した取り組みを、在宅系サービスへ活用した場合の効果や在宅サービスに活用する際の課題を明らかにすることを目的に、令和 5 年度調査に協力の得られた在宅系サービス等でのインタビューを実施し、在宅系サービス等において BPSD を軽減するケアを実践しての対象者・介護職員の変化と認知症チームケア推進研修に基づく実践を在宅系サービスにおいて実践する際の難しさを整理した。

③認知症チームケア推進研修の実態把握：認知症チームケア推進研修の実態と研修の活用状況を把握することを目的に、認知症チームケア推進研修修了者および施設・事業所の代表者に対する悉皆調査を実施し、研修の受講状況や研修の活用状況等の実態把握を行った。

【結果】①施設・居住系サービスインタビュー調査：インタビュー結果から【リーダー以外の職員にも取り組みの目的を理解してもらうようにする】ことや【各職員が研修やマニュアルを通じて学習する】ことで職員から取り組みの協力と理解を得たうえで、検討メンバーは【3～4 名程度にする】ように考慮し、【ケア検討前に意見をすり合わせておく】こと、【進行役を決める】こと、【普段から変化があった時にミニカンファレンスを行う】ことでケア検討を効果的に開催し、ケア計画は【実現可能性の高いケア計画になるよう意識する】ようにする等のチームケア推進の工夫が明らかになった。一方で、取り組みについて

【疑問を抱きながら進める】、【ワークシートのその人らしい暮らしの把握とプランニングは職員のスキルがないと難しい】という課題も上がった。

②在宅系インタビュー調査：対象者の変化として、【生活が安定した】【主体性が向上した】【コミュニケーションが増えた】の3カテゴリーが抽出された。介護職員の変化としては、【本人を気にするようになった】【情報収集・共有が充実した】など11カテゴリーが抽出された。在宅サービスにおける認知症チームケア推進研修に基づく実践の難しさとしては、【他事業所との連携が難しい】【家族との調整が難しい】【自宅での状態の把握・評価が難しい】【PDCAの期間設定が難しい】など7カテゴリーが抽出された。

③認知症チームケア推進研修の実態把握：有効回答数は、修了者が4,334/7,099名（有効回答率：61.1%）、施設・事業所が1,572/2,422施設・事業所（有効回答率：70.1%）であった。研修の受講状況は事業種別で概ね同様の結果が得られた。研修の活用状況として、取り組み人数が3名以上の場合における平均取り組み人数は、事業種別を問わず10名以上の利用者に取り組みが行われていた。認知症チームケア推進加算の①「算定あり」および②「算定あり」もしくは「これから算定する予定」と回答した施設・事業所の割合は、認知症対応型共同生活介護が①55.8%、②90.6%、地域密着型介護老人福祉施設が①38.9%、②83.3%、介護老人福祉施設が①43.2%、②89.7%、介護老人保健施設が①47.6%、②93.4%、介護医療院が①53.7%、②90.2%であった。

【まとめ】①施設・居住系サービスインタビュー調査：チームケアを効果的に展開するためには、取り組み開始前の職員への説明や理解を深める準備、適切なメンバー構成、ケア検討の事前準備、ケア計画や日頃の情報共有、実現可能なケア計画の立案等の工夫が重要であることが明らかになった。一方で、進め方への迷いや利用者理解の難しさといった課題もあり、今後は、さらに多くの認知症チームケア推進研修修了者による取り組みの工夫を収集し普及していく必要があることや、研修受講後のフォローアップ体制が必要な施設があることが確認された。

②在宅系インタビュー調査：昨年度調査協力の得られた事業所では、利用者・介護職員それぞれに前向きな良い変化があったことが確認できた。しかし、これらは、自宅での評価ではなく、事業所における認知症の人のBPSDを評価していた点に限界がある。事業所の連携や家族との調整を含めて考えれば、施設の取り組みをそのまま援用するのは難しく、在宅における支援の制度・施策、サービスの在り方に合わせた取り組みを検討する必要がある。

③認知症チームケア推進研修の実態把握：本研究の有効回答数の高さや「算定あり」もしくは「これから算定する予定」と回答した施設・事業所の割合が約90%であったことから認知症チームケア推進加算への関心が高い可能性があった。一方で、一部の施設・事業所では、加算の趣旨に沿った取り組みではなく、加算を算定すること自体が目的となっている可能性が懸念される結果であったことから、加算の趣旨に沿った取り組みの実態把握や、取り組みの目的や意義などの研修内容を再考する必要性が示唆された。

はじめに

近年、急速な高齢化に伴い、認知症のある人（以下、本人）が増加する中、令和6年1月1日には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」が施行され、国や地方公共団体等の責務を明確にし、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することが定められた。認知症基本法では、本人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現が求められている。認知症基本法の基本理念には、①認知症の人々の基本的人権の尊重、②正しい知識と理解の促進、③社会参加の機会確保、④切れ目のない保健医療・福祉サービスの提供、⑤家族等への支援、⑥研究開発の推進、⑦関連分野の総合的な取り組みが掲げられておりこれらの推進が期待されている。

本事業は、特に、①認知症の人々の基本的人権の尊重や④切れ目のない保健医療・福祉サービスの提供などの推進のために、本人の well-being に資するケアを明らかにしたうえで、全国の施設および在宅で暮らす本人のケアに活用できるよう普及するために、認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減を目的としたチームケアの推進に関する調査研究を行う。

本事業の前身となった事業では、これまでに、令和6年度介護報酬改定で新設された「認知症チームケア推進加算」の要件の一部となる「認知症チームケア推進研修」を開発した。本年度事業では、「認知症チームケア推進研修」の活用実態を把握するとともに当該研修で推奨する取り組みの効果的な普及のあり方を検討する。また、これまでの研究成果を基に、在宅における具体的なケアモデルの検討を進めていく。

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、多くの関係者に今回の成果を理解・活用し、チームケアを推進いただけるよう協力をお願いしたい。

第1章 事業概要

1. 令和5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。

<KPI／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。

(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（＝ケア要件）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。

(3) 令和 5 年度の成果

令和 5 年度事業では、令和 5 年度までの経過を踏まえ、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とともに、②BPSD 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の検討を行った。

①**成果普及**では、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。

②**BPSD 軽減調査**では、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。

2. 令和 6 年度事業の目的

令和 5 年度までに検証・検討してきたチームケア方法及び研修は、認知症チームケア推進加算の要件の一部となり、認知症チームケア推進研修として、当センターにおいて実施している。これまでの経過を踏まえ、本年度の事業は、これまで検証してきたチームケア方法及び令和 5 年度までに検討した研修、認知症チームケア推進研修について、活用実態を把握し、より効果的な成果普及のあり方について検討するとともに、在宅等における BPSD の予防・早期対応を図るためにどのような方法が望ましいのかの検討を行うことを目的とした。

3. 令和 6 年度事業の事業内容

(1) 検討委員会・作業部会の設置

介護保険施設・事業者団体、認知症介護研究・研修センターからなる検討委員会を設置し、事業の実施方法を検討するとともに、事業の実施結果を踏まえた検討を行った。

また、認知症介護の実践を担っている者による作業部会を設置し、在宅系サービスにおけるチームケア方法の効果的な展開手法やBPSDケアの実施・展開方法等について検討を行った。

(2) 施設等におけるチームケアの効果的実践の展開ー施設・居住系サービスインタビュー調査ー

居住系サービスにおけるチームケア方法の効果的な展開方法と阻害要因を明らかにし、それらについてまとめ、普及することを目的に、認知症チームケア推進加算を算定している施設・事業所（特養・老健・グループホーム・介護医療院）において、実践の工夫と課題を収集した。

(3) 在宅等におけるBPSDの予防・早期対応の実践の展開ー在宅系インタビュー調査ー

令和5年度に認知症チームケア推進研修の前身となった研修を受講した、在宅サービス事業所の職員に対し、インタビューを行い、施設系サービスにおいて実施した取り組みを、在宅系サービスへ活用した場合の効果や在宅サービスに活用する際の課題を明らかにすることを目的に、令和5年度調査に協力の得られた在宅系サービス等（デイサービス、デイケア、小多機、看多機等）でのインタビューを実施し、在宅系サービス等においてBPSDを軽減するケアを実践する際の留意点等を整理した。

(4) 認知症チームケア推進研修の実態把握

認知症チームケア推進研修の実態と研修の活用状況を把握することを目的に、認知症チームケア推進研修修了者に対する悉皆調査を実施し、研修の受講状況や研修の活用状況等の実態把握を行った。

4. 事業実施体制

(1) 検討委員会

検討委員会の委員は表1-1のとおりであった。

表1-1 検討委員の氏名及び所属（敬称略・五十音順）

氏名	所属
阿部 哲也	社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
○栗田 圭一	社会福祉法人浴風会 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研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
老松 孝晃	一般社団法人 全国介護付きホーム協会 (株式会社ベネッセスタイルケア)
黒岩 尚文	特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 (一般社団法人田園調布医師会 田園調布医師会立訪問看護ステーション)
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会（介護老人保健施設愛生苑）
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

(2) 作業部会

作業部会の部員は表 1-2 のとおりであった。

表 1-2 作業部会部員の氏名と所属（敬称略・五十音順）

氏名	所属
黒岩 尚文	特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
佐藤 智洋	社会福祉法人杏風会 白寿園デイサービスセンター
田中 千賀子	一般社団法人田園調布医師会 田園調布医師会立訪問看護ステーション
戸谷 修二	介護老人保健施設愛生苑
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
野村 美代子	医療法人博愛会 介護老人保健施設ぺあれんと
森 久紀	公益社団法人 日本介護福祉士会

第2章 研究結果

1. 検討委員会の結果

(1) 検討委員会の目的

介護保険施設・事業者団体、認知症介護研究・研修センターなどからなる検討委員会を設置し、事業の実施方法を検討するとともに、事業の実施結果を踏まえた検討を行う。

(2) 開催日時及び方法

第1回検討委員会：2025年1月8日（水）12：00～14：00 zoom 開催

第2回検討委員会：2025年2月21日（金）13：00～15：00 zoom 開催

(3) 検討委員会委員

第1回検討委員会 p75～参照、第2回検討委員会議事録 p83～参照

(4) 結果

第1回検討委員会では、令和5年度研究事業の振り返り及び令和6年度研究事業の概要について事務局より説明を行った後、令和6年度調査研究の説明及び討議を行った。論点は、①施設・居住系サービスヒアリング調査の進め方、②在宅系サービスインタビュー調査の結果を踏まえ、在宅系サービスにおいて、チームケアを効果的に展開するためには、令和5年度の研修方法と同様でよいか、修正すべき点等はあるか、また在宅でBPSDケアはどのように実施・展開されているか、③認知症チームケア推進研修の実態把握の調査方法についてであった。①は事務局の概要説明のとおり進めることで合意し、②は小規模多機能型居宅介護などの利用者の様子を24時間確認できる事業種別と、通所や訪問系などのそうではない事業種別は、分けて考えなければ難しいことや、地域住民や医療機関なども巻き込むことが求められること、通所や訪問に行っているときのみのBPSD評価はあまり意味がない等の意見が挙がった。③は、認知症チームケア推進研修の受講者の職場環境によって理解度が異なるため、内容を整理し、受講生に適した形で説明する必要があることや、認知症チームケア推進加算の報酬設定が低く、労力に見合わない可能性がある、アンケート調査の対象は研修修了者全体であり、加算の対象施設に限定せずに実施する等の意見が挙がった。

第2回検討委員会では、第1回検討委員会の振り返りを行った後、事業の進捗説明及び討議を行った。論点は、①施設・居住系サービスヒアリング調査の結果を踏まえ作成した「実践のヒント」の構成について、②在宅等におけるBPSDの予防・早期対応の実践の展開について作業部会議論後における今後の進め方について、③認知症チームケア推進研修の実態把握調査の最終報告に向けて についてであった。①は、認知症チームケア推進加算においては創設から間もなく、各施設がまだ試行錯誤しながら加算を算定している時期であり、ヒント集の公表は時期尚早であるということ、②は意思決定支援の重要性、支援の段階整理、在宅ならではの課題について討議を行った。③は、研修の修了後、どのようにフォローしていくかということも考えていかなければいけないということや、リーダー研修が都道府県によって受講しにくい、管理職業務が忙しく関与できないことは、解決しなければならない課題であるということ等の意見が挙がった。検討委員会の詳細は、資料参照。

2. 作業部会の結果

(1) 作業部会の目的

作業部会では、①在宅系サービスにおいて、チームケアを効果的に展開するためには、令和5年度の研修方法と同様でよいのか？修正すべき点等はあるのか？②在宅でのBPSDケアはどのように実施・展開されているか、を明らかにすることを目的とした。

(2) 開催日時及び方法

2025年2月13日（木）16：00～19：30 zoom開催

(3) 作業部会部員

第1回作業部会 議事録 p89～参照

(4) 議事概要

各委員による報告及び意見交換として、「議題①ご自身の施設・事業所ではどのようなプロセスで、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケア（BPSD ケアを含む）をチームで展開しているか。」「議題②在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するためには、どのような条件が必要か。」について、各部員10分の報告と10分の意見交換を行った。詳細については、第1回作業部会 議事録 p39～参照。

(5) 討議結果

1) 分析方法

まず、「議題①ご自身の施設・事業所ではどのようなプロセスで、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケア（BPSD ケアを含む）をチームで展開しているか」については、討議結果を録音したインタビューデータから逐語録を作成した。その後、作成した逐語録を精読し、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケアのチームでの展開プロセスを分類した。そのうえで、プロセスごとにポイントとして語られた内容を抽出した。また、それらのプロセスを展開していくうえでの課題として語られた内容を抽出した。

「議題②在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するためには、どのような条件が必要か。」についても、同様に討議結果を録音したインタビューデータから逐語録を作成し、作成した逐語録を精読したうえで、在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件として語られた内容を抽出し、質的帰納的に分類した。また、それらの議論の中で、課題として語られた内容を抽出し分類した。一連の過程は、複数の研究者によって検討し実施した。

2) 議題①分類の結果

自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSD ケアを含む）の展開プロセスは、「受診勧奨」「信頼関係の構築」「デマンドとニーズの明確化」「情報収集」「BPSD の要因分析」「入院時のポイント」「事業所単位でのポイント」「専門職との連携」「研修」「家族への配慮」の10に分類された

（表 2-1）。また、自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSD ケアを含む）の展開プロセスの課題として、10 の課題が抽出された（表 2-2）。

表 2-1 自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSD ケアを含む）の展開プロセス

プロセス	具体的内容
受診勧奨	・ 認知症を疑う場合には、物忘れ検診やかかりつけ医、認知症対応の医療機関を受診するように勧めるようにしている
信頼関係の構築	・ 決められた時間で短時間の訪問であり、初回では現状をつかみきれないため本人と会う回数を重ね少しずつ信頼関係を築いていく
デマンドとニーズの明確化	・ 本人が何を希望しているのか、そしてまたその本人にとって何が必要なのか、デマンドとニーズを明確にする ・ 本人だけではなく家族の主訴・意向・要望を押さえておく
情報収集	・ 独居の方は特に、近隣住民や民生委員等と情報共有を行う ・ 食事、水分摂取量、日中の活動量等の体調管理に関する情報収集は必ず行う ・ 気になることがあったら、すぐに他事業所に連絡し、情報収集している ・ 家族からの情報収集は、送迎時などの短い時間を活用する ・ 総合記録シートを活用し、排便や平熱等日常の情報を共有し、BPSD 予防に努めている ・ サービス利用時間以外の過ごし方がどうだったか、同居の方、家族、近隣、知人の協力を得て、情報を共有しないと 24 時間対応ができない ・ MCS (ICT) を通して高校生たちと情報の共有をしている ・ 互助の情報はエコマップ、ジェノグラムを作成して整理している（チームに加えるのではなく、把握するため）
BPSD の要因分析	・ 水分・食事摂取量、排せつ状況等に関わる職員と家族が共通のシートに記入し、本人の 24 時間の体調の変化を捉え、BPSD の要因を考える
入退院時のポイント	・ 退院後すぐに環境を整えるために、入院中に要介護度などの本人情報を集めることが重要となる
事業所単位でのポイント	・ 必要に応じすぐに、家族やケアマネから自宅での様子に関する情報を確認する ・ 普段のケアの内容はケアマネや医師に報告する ・ ショートステイを利用するたびにアセスメントを繰り返す ・ 声掛け、座る席、風呂の順番など、本人が落ち着くことを試行錯誤する ・ 本当に大変な人は、パーソンセンタードケアの視点で施設内でもう一度よくアセスメントする ・ ショートステイの受け入れにおいて、この方うちの施設でみれるかなというときには、施設内で話し合いなどを行っている ・ 計画に沿ってどうだったかは、書面にして介護支援専門員に返す
専門職との連携	・ ケアマネは医療の意見を取り入れ、各事業所や多職種に情報提供する ・ 中核症状としての BPSD は存在するため、診断の重要性は軽視できないことや服薬調整等のために、医師との連携は必要になる
研修	・ 日ごろからの研修でサービス利用中の状況から認知症の人についての気づきが得られるよう

家族への配慮 ・ 必要に応じショートステイで受け入れるということを家族に伝えておく

表 2-2 自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSD ケアを含む）の展開プロセスの課題

指摘された課題
1. 自分に支援は必要ないという認知症の人とどのようにかかわるのが課題 2. 入院中に要介護度が判定されれば、退院後すぐに環境を整えることができるが、市町村によっては個人情報のため要介護度等の情報を教えてもらえない 3. 情報を共有するためのツールがなく、報告という形になったり、相談を受けて、その相談に対してアドバイスをしたり、ケアマネに情報を聞くことが主になる 4. ケアチームで情報を共有しているのはどちらかというと実施した内容や実施した内容で困っていること、気をつけないといけないことがほとんどであり、その人が何をしたいかや、関わり方、目標のようなものはない 5. 独居認知症の人の情報収集は困難である 6. ケアマネは日常業務で疲弊している 7. 施設の場合であればカンファレンスをするという状況でも、在宅では誰が音頭を取って話し合いをすればいいかわからない 8. 家族にどのように協力を得るのか（虐待、身体拘束もある。家族のサポートも必要となる） 9. ケアマネが介護保険外のサポート（通院、行方不明の捜索等）を代行している 10. 在宅復帰できると思っても家族の理解が難しい場合がある

3) 議題②分類の結果

在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件は、18 のサブカテゴリーが抽出され、「本人を中心にケアの方向性が統一されている」「家族へのサポート体制がある」「介護支援専門員を中心にしたチーム作りがされている」「かかりつけ医がチームメンバーに含まれている」「本人をよく知る人がチームメンバーになる」「チームメンバーは対等な扱いを行う」「地域住民と連携できている」「チームメンバーが持っている情報を集約できる仕組みがある」「チームメンバーが手軽に話し合えるネットワークがある」「チームメンバーの専門性が担保されている」「チームメンバーの負担を考慮したシステムができていく」の 11 カテゴリーに分類された（表 2-3）。また、議論の中で指摘された課題として、6 カテゴリーの課題が抽出された（表 2-4）。

表 2-3 在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件

カテゴリー	サブカテゴリー
本人の意思に基づいてケアの方向性が統一されている	本人の意思に基づいて支援の方針が定められている チームメンバーでケアの方向性が共有・統一できている
家族へのサポート体制がある	家族へのサポート体制がある
介護支援専門員を中心にしたチーム作りがされている	介護支援専門員を中心にしたチーム作りがされている
	かかりつけ医をチームメンバーに含む

かかりつけ医がチームメンバーに含まれている	専門医療機関とかかりつけ医が適切に連携できている
本人をよく知る人がチームメンバーになる	本人をよく知る人がチームメンバーになる
チームメンバーは対等な扱いを行う	チームメンバーは対等な扱いを行う
地域住民と連携できている	地域住民との連携できる人がチームメンバーになる
	地域住民が認知症の人への理解がある
	本人が安心感が得られるような関係を作る
チームメンバーが持っている情報を集約できる仕組みがある	チームメンバーが持っている情報を集約できる仕組みがある
チームメンバーが手軽に話し合えるネットワークがある	チームメンバーが手軽に話し合えるネットワークがある
チームメンバーの専門性が担保されている	BPSD の背景にあるニーズをとらえることができる
	過剰な支援をせず、必要に応じサポートがなされる
	BPSD を予防する視点でケアがなされている
	チームメンバーに認知症ケアに対する知識・関心がある
チームメンバーの負担を考慮したシステムができている	チームメンバーの負担を考慮したシステムができている

表 2-4 議論の中で指摘された課題

カテゴリー	具体的内容
地域住民とスムーズな情報共有を行うことが課題	地域住民と連携する際の個人情報保護の問題をどうクリアしていくか
	自宅での様子等本人の暮らしぶりについて近隣住民や民生委員と情報共有を行う
地域住民を支援に巻き込んでいくことが難しい	地域ケア会議（地域資源の開発協力）が難しい
	本人の周囲の人を巻き込んだ際のインセンティブはどうすべきか
	近隣住民に記録のお願いはできない。そこまでは責任を負えないと言われる。聞いたことを職員が記録している
家族の状態・特徴に合わせてどう連携をしていくか	ケアプランが家族主体になっていることも往々にしてある。本人はどうなのかというところに立ち戻らないといけない
	家族は認知症になったら困るや、BPSD に対してとても悪いイメージを持っている。家族との関わりがかえって症状を悪くしたりすることもあるため、家族に対してのケアも必要
	家族や近隣住民に情報提供の依頼をしにくいことがある
支援が必要ないと判断している認知症の人に対してどのようにかかわっていけばいいかが明確になっていない	デイサービスを利用しないとおっしゃる方について、どのようにして利用を始めてもらうか

サービス担当者会議で本人がどのように生活したいかが話し合われない	認知症のケアを話し合う場がない。サービス担当者会議では、サービスの内容の検討となっており、本人がどのように過ごしたいかまでは話し合われていない
事業所ごとに研修・教育内容がわからず、共通基盤が持てているかわからない	事業所ごとに認知症の研修をきちんと行うように言われているため、毎年研修をしたり教育が行われたりしているが、他の事業所がどのような教育を受けているかやどのようなシート、ツールを作ってるか全くわからないバラバラとした中で、対応している

(6) 考察

令和6年度は、①在宅系サービスにおいて、チームケアを効果的に展開するためには、令和5年度の研修方法と同様でよいのか？修正すべき点等はあるのか？②在宅でのBPSDケアはどのように実施・展開されているか、を明らかにすることを目的に作業部会を実施し、「議題①ご自身の施設・事業所ではどのようなプロセスで、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケア（BPSDケアを含む）をチームで展開しているか」「議題②在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するためには、どのような条件が必要か」について議論した。

1) 自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSDケアを含む）の展開プロセスについて

「議題①ご自身の施設・事業所ではどのようなプロセスで、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケア（BPSDケアを含む）をチームで展開しているか」では、受診勧奨や信頼関係の構築などエンゲージメントやインテイクにおけるプロセスから始まり、情報収集、BPSDの要因分析などアセスメントに関する内容が語られた。情報収集や事業所ごとの課題において特に多くの具体的な内容が抽出された。他事業所が連携する在宅における支援だからこそ、情報収集とチーム内での共有がチームケアのポイントになることが示唆される結果であった。また、入退院時など、日常生活と異なるプロセスに関する具体的な内容も語られた。在宅生活のプロセスにおいて、環境が変化する際にどう対応するかという点もチームケアを効果的に行う際にポイントとなることが考えられる。さらに、例えばショートステイであれば、滞在時間が短いため、利用のたびに本人のアセスメントを繰り返してケアの質の向上を目指すなど、具体的内容に事業所の特徴がみられた。事業所の種別に合わせたチームケアの工夫について検討する必要がある。加えて、医師などの医療専門職との連携の重要性が指摘された。認知症の人の支援においては、医学的視点での支援は、施策的にも不可欠であり、各事業所において、医療との連携をどう図るかという点について、チームケアのあり方を整理する必要もある。

2) 自宅で暮らす認知症の人へのチームでの認知症ケア（BPSDケアを含む）の展開プロセスの課題

課題としては、支援が必要ないという認知症の人とのかかわりをどのように持つか、独居の認知症の人の情報収集をどうするか、虐待のケースなど課題に応じた対応についてどうするかといった指摘があった。在宅生活が脅かされるイベントや状態において、どのようにチームケアを行うのか、在宅で直面する課題に応じたあり方についても検討の必要性が示唆される。

また、情報共有やカンファレンスの持ち方、介護支援専門員等の役割と負担を考慮しながらどう連携をとるかといった負担を大きくしないようにしながら、効果的に連携をすすめる点がチームマネ

ジメントの課題として指摘された。効果的な方法を把握し、実践的に整理することで在宅におけるチームケアの推進の一助になる可能性がある。

3) 在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件

「議題②在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するためには、どのような条件が必要か」では、「本人の意思に基づいてケアの方向性が統一されている」「介護支援専門員を中心にしたチーム作りがされている」「かかりつけ医がチームメンバーに含まれている」「本人をよく知る人がチームメンバーになる」「チームメンバーは対等な扱いを行う」などのケアの方針やチーム作りに関する条件が抽出された。本人の意思に基づいてケアの方向性が統一されていることを前提に、これらをまず整えることが在宅チームケアの重要なプロセスとなることが示唆される。

また、「地域住民と連携できている」等、非専門職との連携に関する条件、「チームメンバーが持っている情報を集約できる仕組みがある」「チームメンバーが手軽に話し合えるネットワークがある」など、情報収集とそれに基づくチームアプローチの体制づくりができていることも条件として指摘された。在宅におけるチームケアでは、物理的にも離れており、効果的な連携が求められることから、情報を効果的に収集し、それを適切に集約して、ケアに活用するプロセスが重要となることが示唆される。さらに、「BPSDの背景にあるニーズをとらえることができる」など、「チームメンバーの専門性が担保されている」こと、「チームメンバーの負担を考慮したシステムができている」ことも条件として指摘された。

4) 在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件で指摘された課題

在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するための条件で指摘された課題で抽出された内容はこれまでと共通しており、住民との情報収集と連携、家族との連携、支援に積極的でない本人とのかかわりのあり方をどうするかといった課題、事業所ごとの研修・教育内容がわからず共通基盤が持てているかわからないといった指摘があった。チームアプローチにおいて土台となる基本的な考え方について、どの程度の共通理解をもって連携をしていけるのか、手探りの中で支援を行っている場合もあることが示唆された。

(7) 今後の課題

以上を踏まえ、今後の課題について整理する。

1) 検討の範囲の明確化

在宅系サービスの展開プロセスは、認知症の人とのエンゲージメントから終末期の支援まで幅広く、また、ケアマネジメントのプロセスとしてもインテイクから次のサービスに移るまでなど様々なプロセスから成り立っている。認知症の人に対するチームケアを効果的に展開するため検討の範囲として、本研究で検討する範囲を明確にする必要がある。また、情報収集の仕組みや連携体制の重要性についても指摘があったが、それらについても検討の範囲に含むのかも明確にする必要がある。

2) チームの考え方

本調査では施設の枠組みを用いて取り組んだ結果についてヒアリングを行ったが、在宅は多くの場合、複数の事業所の複数の専門職でチームを作り、支援体制を構築する。また、議論においては、介護支援専門員や医師などメンバーに関する論点やその対等性なども議論になった。チームメンバーについて、どのように定義し、そのチームをどう運用するかを明らかにしていくことも課題である。

3) 家族の位置づけ

家族については、ケアチームのメンバーとして位置付ける意見と、支援対象者として位置付ける意見とがあった。家族との関係をどのように考えていけばよいか、家族の位置づけについての考え方を明らかにする必要がある。

4) 地域住民等との連携の取り扱いの整理

地域住民等との連携についても必ずしもチームメンバーとならないが連携が必要ということが指摘された。また、情報共有のあり方などをどうするかが論点となった。地域住民等との連携のあり方も明らかにする必要がある。

5) 本研究で指摘された課題に応じたチームアプローチのあり方について

入退院時の対応、独居のケース、専門職の見立てと本人のデマンドに乖離があるケース、虐待・身体拘束のケース等、課題に応じたチームアプローチのありかたについても議論された。在宅における課題に応じたチームアプローチのあり方について、本研究でどのように扱うか整理する必要がある。

3. 施設等におけるチームケアの効果的実践の展開

ー施設・居住系サービスインタビュー調査の結果ー

(1) 研究の目的

本研究では、認知症チームケア推進研修受講後の取り組みについてインタビューを行い、施設・居住系サービスにおけるチームケア方法の効果的な展開方法と阻害要因を明らかにし、それらについてまとめ、普及することを目的とした。

(2) 研究の方法

1) 対象

対象施設は、①管理者等施設の代表者により研究協力に同意の得られる施設、②認知症チームケア推進研修修了者が在籍していて、認知症チームケア推進加算を算定している施設、③認知症チームケア推進研修修了者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームがあることとした。

機縁法によって令和6年8月31日までに認知症チームケア推進研修に申し込みをした特養1施設、老健2施設、介護医療院2施設、グループホーム2施設の計7施設に依頼をし、13名の認知症チームケア推進研修修了者を対象にした。

2) 方法

特養、老健、介護医療院、グループホームにおいて、認知症チームケア推進研修で学んだ内容に基づいたケアの推進状況について半構造化面接を行った。調査期間は、令和6年11月～令和7年1月とした。

半構造化面接は、対象事業所の個室にて1～2（研究者）対1～4（対象者）で行い、1回あたり90分から120分程度とし、インタビューガイドに沿って行った（表2-5）。

表 2-5 インタビューガイド

No.	質問内容
1	取組による利用者の変化について
2	取組による職員の変化について
3	ケア検討の準備（例：職員に理解してもらうための準備や対象者・チームメンバーの選定）について
4	ケア検討（例：会議時間の設定やBPSDの評価方法、ワークシートの進め方）について
5	ケア計画の周知について

3) 分析方法

質的帰納的に分析を行った。まず、録音したインタビューデータから逐語録を作成した。作成した逐語録を精読し、切片化した。次に、「チームケア推進の工夫と課題」として研究者が読み取った内容を抽出し、語りの意味や内容が損なわれないよう、文脈や質問内容を踏まえて一次コードを作成した。チームケア推進の工夫として抽出したものは、一次コードを対象者ごとに「取り組みを行うことについて職員から協力を得るための工夫」、「対象者の選定方法の工夫」、「検討メンバーの選び方の工夫」、「チームメンバーが取り組みを理解するための準備の工夫」、「ケア検討における準備の工

夫」、「その人らしい暮らしの把握の工夫」、「ケア検討の時間設定の工夫」、「BPSD 評価とワークシートの記載方法の工夫」、「ケア検討の進め方の工夫」、「ケア計画の周知方法の工夫」、「その他の工夫」を踏まえて並び替えた。その後、意味内容の類似性をもとに集約してサブカテゴリーを作成した。同様の方法でサブカテゴリーの抽象度を上げてカテゴリーを作成した。一連の過程は、複数の研究者によって検討し実施した。

4) 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、同意を得た。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 5 番_令和 6 年度）。

(3) 研究の結果

1) 対象者の概要

対象者は、特養 1 施設、老健、介護医療院、グループホーム各 2 施設の計 7 施設、13 名であった。対象者の概要は表 2-6 に示す。

表 2-6 対象者の概要

ID	施設種別	修了済み研修 (認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修)
1	特養 A	認知症介護指導者養成研修
2		認知症介護実践リーダー研修
3		認知症介護実践リーダー研修
4	老健 A	認知症介護指導者養成研修
5	老健 B	認知症介護指導者養成研修
6	介護医療院 A	認知症介護実践リーダー研修
7		認知症介護実践リーダー研修
8	介護医療院 B	認知症介護実践リーダー研修
9	グループホーム A	認知症介護指導者養成研修
10	グループホーム B	認知症介護指導者養成研修
11		認知症介護実践リーダー研修
12		認知症介護実践リーダー研修
13		未修了

2) 分析結果

分析の結果、211 の一次コードから、120 のサブカテゴリー、79 のカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーを表 2-7～2-17 に示す。以下にカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、一次コードを [] で示し説明する。

① 取り組みを行うことについて職員から協力を得るための工夫と課題

工夫として、13 のカテゴリーと 19 のサブカテゴリーが抽出された。【管理者（施設長等）からのトップダウンで進める】という施設があった一方で、【取り組みについて事業計画に盛り込む】【管理者（施設長等）が経営者（理事長等）に組みの必要性を説明する】のように組みの必要性を確認してから取り組んでいる施設もあった。また、《認知症関連の委員会を活用して、まず委員のメンバーで組みの意義を確認して進める》《フロアごとにプロジェクトチームを作る》というような【会議体を作り組み方を話し合う】工夫や【軸となるメンバーに説明する】という工夫も聞かれた。さらに、【組みの目的は本人の暮らしの実現のためであることを伝える】【BPSDが目立って表出されている方に取り組んでみよう」と職員に話しをする】【説明者が、職員の業務負担を意識しながら説明を進める】というような組みの目的を意識しながら、職員の負担を考慮するカテゴリーが抽出された。《全職員への説明の機会を複数回設ける》等の【リーダー以外の職員にも組みの目的を理解してもらうようにする】のように、全職員が組みの目的を理解するような工夫のカテゴリーも抽出された。《組み始める前に組みの目的や通知の読み込みを行う》《組みを始める前に対象者数や進め方の話し合いを行う》というような【すぐに取り組むを始めるのではなく、準備期間を設ける】施設もあった。そして、【勉強会の結果を踏まえて説明する】【会議の場や連絡ツールを用いて説明する】【組みの要件や流れを示したフローシートを作成する】というカテゴリーも含まれた。

課題では、[業務量に経営的な側面から見て加算の利益が見合わない]ということが挙げた。

表 2-7 取り組みを行うことについて職員から協力を得るための工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
管理者（施設長等）からのトップダウンで進める	管理者（施設長等）からのトップダウンで進める	老健 B GH A 介護医療院 A 介護医療院 B
取り組みについて事業計画に盛り込む	取り組みについて事業計画に盛り込む	介護医療院 A
管理者（施設長等）が経営者（理事長等）に組みの必要性を説明する	管理者（施設長等）が経営者（理事長等）に組みの必要性を説明する	GH A
会議体を作り組み方を話し合う	認知症関連の委員会を活用して、まず委員のメンバーで組みの意義を確認して進める	老健 B
	フロアごとにプロジェクトチームを作る	老健 B
軸となるメンバーに説明する	軸となるメンバーに説明する	介護医療院 A 介護医療院 B

取り組みの目的は本人の暮らしの実現のためであることを伝える	取り組みの目的は本人の暮らしの実現のためであることを伝える	老健 A 介護医療院 A
BPSD が目立って表出されている方に取り組んでみようと職員に話しをする	BPSD が目立って表出されている方に取り組んでみようと職員に話しをする	介護医療院 A
説明者が、職員の業務負担を意識しながら説明を進める	説明者が、職員の業務負担を意識しながら説明を進める	老健 A 老健 B 特養 A
リーダー以外の職員にも取り組みの目的を理解してもらうようにする	リーダー以外の職員にも取り組みの目的を理解してもらうようにする	介護医療院 A
	説明会に参加できない職員には個別で説明する	介護医療院 B
	全職員への説明の機会を複数回設ける	介護医療院 B
すぐに取り組みを始めるのではなく、準備期間を設ける	取り組み始める前に取り組みの目的や通知の読み込みを行う	特養 A GH B
	取り組みを始める前に対象者数や進め方の話し合いを行う	特養 A GH B
	良い効果がでるように丁寧に進めるために話し合いの時間を取る	特養 A
	施設長からはすぐに加算を算定するように言われていたが、しっかりと進めていくために話し合いを重ねる	特養 A
	勉強会の結果を踏まえて説明する	GH B
会議の場や連絡ツールを用いて説明する	会議や連絡ツールを用いて全体に周知する	老健 A
取り組みの要件や流れを示したフローシートを作成する	取り組みの要件や流れを示したフローシートを作成する	老健 B

課題

- ・業務量に経営的な側面から見て加算の利益が見合わない 老健 A

② 対象者の選定方法の工夫と課題

工夫として、7 のカテゴリーと 10 のサブカテゴリーが抽出された。特養、老健、介護医療院では《少人数の入所者を対象に始める》等【取り組みが可能な人数から始める】、【目標を立てて数名に取り組む】という選定方法が聞かれた。また、【認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱの入所者でこれまで着目していなかった人を対象に始める】【BPSD が目立つ人を対象に始める】【利用者は担当者とフロア職員が話し合って選定する】というカテゴリーも含まれていた。《成果が出やすそうな人を選ぶ》《誰でも取り組めるケアを立てられそうな人を初めは選定する》という【取り組みのハード

ルが低そうな利用者を選定する】方法や【職員が取り組むことで教育的な効果を得ることができそうな人を対象にする】方法をとっている施設もあった。

課題として、[低活動系 BPSD が出現している利用者は敬遠されやすい] ということが挙がった。

表 2-8 対象者の選定方法の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
取り組みが可能な人数から始める	少人数の入所者を対象に始める	老健 A
	取り組みが可能な人数から始める	特養 A
		介護医療院 B
		老健 B
	取り組み人数は相談して決めた	介護医療院 B
目標を立てて数名に取り組む	目標を立てて数名に取り組む	介護医療院 A
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱの入所者でこれまで着目していなかった人を対象に始める	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱの入所者で	老健 A
	これまで着目していなかった人を対象に始める	特養 A
BPSD が目立つ人を対象に始める	BPSD が目立つ人を対象に始める	老健 A
		老健 B
		介護医療院 B
利用者は担当者とフロア職員が話し合って選定する	利用者は担当者とフロア職員が話し合って選定する	老健 B
取り組みのハードルが低そうな利用者を選定する	成果が出やすそうな人を選ぶ	介護医療院 A
	誰でも取り組めるケアを立てられそうな人を初めは選定する	介護医療院 A
職員が取り組むことで教育的な効果を得ることができそうな人を対象にする	職員が取り組むことで教育的な効果を得ることができそうな人を対象にする	老健 B

課題

- ・低活動系 BPSD が出現している利用者は敬遠されやすい 老健 A

③ 検討メンバーの選び方の工夫と課題

工夫として、6 のカテゴリーと 9 のサブカテゴリーが抽出された。検討メンバーの人数は【3～4 名程度にする】という工夫が聞かれた。検討メンバーは「介護支援専門員、栄養士、看護師等専門職の人を選ぶ」ように《専門職を入れる》、《認知症介護実践者研修や認知症介護実践リーダー研修を修了している職員を入れる》等、【専門性や経験のある職員を入れる】という施設があった。また、【キャリアアップしてほしい職員を入れる】【フリーな時間を確保できる職員を入れる】施設もあれば、《多くの職員が参加できるように検討メンバーの会議がほかの会議とかぶらないようにする》等して【カンファレンスには可能な限りすべての職員が参加する】ようにしている施設もあった。【職員の担当対象者数に偏りがないように調整する】というカテゴリーも含まれた。

課題は抽出されなかった。

表 2-9 検討メンバーの選び方の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
3～4 名程度にする	3～4 名程度にする	老健 B 特養 A 介護医療院 B
専門性や経験のある職員を入れる	専門職を入れる	特養 A
	認知症介護実践者研修や認知症介護実践リーダー研修を修了している職員を入れる	老健 A 老健 B 特養 A
	役職のある職員やマネジメントができる職員を入れる	特養 A
キャリアアップしてほしい職員を入れる	キャリアアップしてほしい職員を入れる	老健 A
フリーな時間を確保できる職員を入れる	フリーな時間を確保できる職員を入れる	特養 A 介護医療院 A
カンファレンスには可能な限りすべての職員が参加する	多くの職員が参加できるように検討メンバーの会議がほかの会議とかぶらないようにする	GH A
	多くの職員が参加できるように見守りをしながら参加してもらう等する	GH A
職員の担当対象者数に偏りがないように調整する	職員の担当対象者数に偏りがないように調整する	介護医療院 A

④ チームメンバーが取り組みを理解するための準備の工夫と課題

工夫として、4 のカテゴリーと 8 のサブカテゴリーが抽出された。《検討メンバーは研修を受講する》《検討メンバー以外のチームメンバーも研修を受講する》、《取り組みの手順が記載された施設職員専用のマニュアルを作成する》等して【各職員が研修やマニュアルを通じて学習する】ようにしている施設があった。[職員一人一人に担当の利用者やワークシートの使い方等の説明をする]等のように【主担当の職員が取り組みについて理解した上でチームメンバーに伝える】という工夫も聞かれた。さらに、【別フロアで開催するカンファレンスを見学する】や《既存の会議やケア検討方法との連動を考える》《取り組みを記録するルールを作る》というような【取り組みをチームで進めるために施設・事業所にあったルールを作る】というカテゴリーも含まれた。

課題として、[疑問を抱きながら進める][取り組み方について全職員に浸透させることが難しい]ことが挙げられた。

表 2-10 チームメンバーが取り組みを理解するための準備の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
各職員が研修やマニュアルを通じて学習する	検討メンバーは研修を受講する	老健 B
	検討メンバー以外のチームメンバーも研修を受講する	介護医療院 B
	研修テキストをみんなが確認できる場所に置いておく	介護医療院 B
	取り組みの手順が記載された施設職員専用のマニュアルを作成する	老健 A
主担当の職員が取り組みについて理解した上でチームメンバーに伝える	主担当の職員が取り組みについて理解した上でチームメンバーに伝える	特養 A
		介護医療院 A
		介護医療院 B
別フロアで開催するカンファレンスを見学する	別フロアで開催するカンファレンスを見学する	介護医療院 A
取り組みをチームで進めるために施設・事業所にあったルールを作る	既存の会議やケア検討方法との連動を考える	GH A
		GH B
	取り組みを記録するルールを作る	特養 A

課題

- ・疑問を抱きながら進める 特養 A
- ・取り組み方について全職員に浸透させることが難しい 介護医療院 A

⑤ ケア検討における準備の工夫と課題

工夫として、6 のカテゴリーと 8 のサブカテゴリーが抽出された。【BPSD25Q やワークシート等の資料はケア検討前に検討メンバーの職員が記載しておく】【事前に担当者がケアを実施してみても課題や効果を考えてくる】【主担当者がケア検討前に記載したワークシートの内容を検討メンバーが確認しておく】のように事前にケア検討に必要な資料は記載し検討しておくという工夫が聞かれた。また、ケア検討がスムーズに進むように【主担当者が検討メンバーに資料準備の進捗確認をしておく】というカテゴリーが含まれた。さらに、《ケア検討前に検討メンバーから意見をもらっておく》等して【ケア検討前に意見をすり合わせておく】、《集中できる場所でリーダーが資料の準備ができるようにしている》等して【ケア検討前に資料の準備をしやすいようにマネジメントしている】という工夫をしている施設もあった。

課題は抽出されなかった。

表 2-11 ケア検討における準備の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
BPSD25Q やワークシート等の資料はケア検討前に検討メンバーの職員が記載しておく	BPSD25Q やワークシート等の資料はケア検討前に検討メンバーの職員が記載しておく	老健 A
		老健 B
		GH B
		介護医療院 A
		介護医療院 B
事前に担当者がケアを実施してみても課題や効果を考えてくる	事前に担当者がケアを実施してみても課題や効果を考えてくる	特養 A
		特養 A
主担当者がケア検討前に記載したワークシートの内容を検討メンバーが確認しておく	主担当者がケア検討前に記載したワークシートの内容を検討メンバーが確認しておく	老健 B
主担当者が検討メンバーに資料準備の進捗確認をしておく	主担当者が検討メンバーに資料準備の進捗確認をしておく	介護医療院 A
	ケア検討前に意見をしり合わせておく	特養 A
ケア検討前に資料の準備をしやすいようにマネジメントしている	ケア検討前にリーダーで意見交換をしておく	GH A
	集中できる場所でリーダーが資料の準備ができるようにしている	GH A
ケア検討前に資料の準備をしやすいようにマネジメントしている	ワークシートを事前に作成しやすいように勤務調整をする	介護医療院 A

⑥ その人らしい暮らしの把握の工夫と課題

工夫として、8 のカテゴリーと 12 のサブカテゴリーが抽出された。【職員の手が空いているときに利用者に聞く】【利用者が答えやすい項目を選ぶ】【職員が聞きたい項目を選ぶ】という工夫が聞かれた。また、《継続して日々の声を拾う》《担当者を中心に職員一人一人が利用者の声を拾う》等、【日々の関わりの中で利用者の声を拾う】ようにしている施設があった。《会議の際に参加者全員が直近 1 ヶ月で利用者と接してうれしかったことなどを共有し、参考にする》《主担当者が職員にヒアリングしてまとめる》《ケア検討の際に参加者が情報を出し合う》等して【職員同士で情報を出し合い推察する】という工夫のカテゴリーも含まれた。さらに、【リーダー同士で意見を出し合い、利用者の声の本意かどうか注意深く検討する】ようにしていたり、【言葉が出づらい人、表現しづらい人は場合によってアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を参考にする】、【家族の話を参考にする】等既存の資料や利用者以外の者の話を参考にしているという工夫も聞かれた。

課題として、[質問を選ぶのが縛られる感じがする] ことが挙がり、チェックリストの 7 項目から選択して利用者に聞くというのは、縛られている感じがするという施設もあった。

表 2-12 その人らしい暮らしの把握の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
職員の手が空いているときに利用者に聞く	職員の手が空いているときに利用者に聞く	老健 A
利用者が答えやすい項目を選ぶ	利用者が答えやすい項目を選ぶ	介護医療院 B
職員が聞きたい項目を選ぶ	職員が聞きたい項目を選ぶ	介護医療院 B
日々の関わりの中で利用者の声を拾う	継続して日々の声を拾う	特養 A
		老健 B
	担当者を中心に職員一人一人が利用者の声を拾う	GH B 介護医療院 B
	記録から確認する	GH B
職員同士で情報を出し合い推察する	会議の際に参加者全員が直近 1 ヶ月で利用者と接してうれしかったことなどを共有し、参考にする	GH B
	主担当者が職員にヒアリングしてまとめる	老健 B
	ケア検討の際に参加者が情報を出し合う	老健 A
リーダー同士で意見を出し合い、利用者の声が本意かどうか注意深く検討する	リーダー同士で意見を出し合い、利用者の声 が本意かどうか注意深く検討する	GH A
言葉が出づらい人、表現しづらい人は場合によってアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を参考にする	言葉が出づらい人、表現しづらい人は場合によってアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を参考にする	老健 A
家族の話を参考にする	家族の話を参考にする	GH A

課題

- ・質問を選ぶのが縛られる感じがする GH A

⑦ ケア検討の時間設定の工夫と課題

工夫として、6 のカテゴリーと 8 のサブカテゴリーが抽出された。《すでに実施している会議に組み入れる》等というような【ケア検討日を決めて開催する】方法が聞かれた。一方で、あらかじめケア検討日を決めるのではなく、【検討メンバーの勤務時間を考慮して短時間で開催する】【ケア検討を行えそうなタイミングを見つけて開催する】というような工夫をしている施設もあった。1 回のカンファレンスでは、【対象の利用者全員をまとめてカンファレンスする】ようにしている施設もあった。さらに、情報を充実させ、ケア検討の時間短縮を図るために【日頃からミニカンファレンスを実施し、月 1 回のケア検討の時間を短縮する】というカテゴリーも含まれた。ケア検討に参加しにくい職員もいることから、【ケア検討に参加しにくい職員への配慮を行い、意見の反映ができるようにする】という工夫をしている施設もあった。

課題として、[既存のカンファレンスにチーム検討を組み入れると取り組みの効果が軽減する][1 時間以上かけたいができていない] ことが挙げられた。

表 2-13 ケア検討の時間設定の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
ケア検討日を決めて開催する	すでに実施している会議に組み入れる	GH A 介護医療院 B 老健 A
	翌月の勤務表作成時にカンファレンスの日程を決める	老健 A
	勤務表を確認し会議時間を設定する	介護医療院 B
	検討メンバーの勤務時間を考慮して短時間で開催する	介護医療院 A
ケア検討を行えそうなタイミングを見つけて開催する	ケア検討を行えそうなタイミングを見つけて開催する	老健 B
対象の利用者全員をまとめてカンファレンスする	対象の利用者全員をまとめてカンファレンスする	GH A
		GH B
		特養 A
日頃からミニカンファレンスを実施し、月 1 回のケア検討の時間を短縮する	日頃からミニカンファレンスを実施し、月 1 回のケア検討の時間を短縮する	GH B
ケア検討に参加しにくい職員への配慮を行い、意見の反映ができるようにする	ケア検討に参加しにくい職員への配慮を行い、意見の反映ができるようにする	介護医療院 B

課題

- ・既存のカンファレンスにチーム検討を組み入れると取り組みの効果が軽減する 老健 B
- ・1 時間以上かけたいができていない 特養 A

⑧ BPSD 評価とワークシートの記載方法の工夫と課題

工夫として、9 のカテゴリーと 16 のサブカテゴリーが抽出された。《BPSD25Q はより現場に近い職員の情報を参考にする》《同じ職員が BPSD25Q の評価を行う》等して【BPSD25Q が適切に評価できるようにする】ようにしている施設があった。また、【BPSD25Q もワークシートも事前に作成しておくが、ケア検討の議論で内容は柔軟に書き換える】、【議論の経過をみえる化しておく】ようにして、事前に記載した BPSD25Q とワークシートはケア検討の場で修正・追記している施設もあった。さらに、【BPSD25Q は職員の負担感を極力減らせるように役職のある人（検討メンバー）が評価する】というカテゴリーも含まれた。《ワークシートの記入前に利用者にヒアリングをする》《ワークシートの目標は利用者がより良くなるような内容であるか見直す》等、【ワークシートは利用者視点を意識して記入する】ということを押さえた施設があった。【「着目する BPSD」はその人らしい暮らしの実現を阻害している可能性がある要因に着目する】というカテゴリーも含まれた。《ケア計画は誰でも取り組み負担が少なくなるような内容にする》《ケア計画は具体的に記述し、確実に実行されるように工夫する》等して【実現可能性の高いケア計画になるよう意識する】、【利用者ができているところにフォーカスを当てて、ケア計画を考える】、【ケア計画は

リスク管理を念頭に置いて立てる】というケア計画の立案に関するカテゴリも含まれた。

課題として、[毎月ケア計画を立て直すのが大変] [書きたいことがあってもワークシートに記入できる欄がない] ことが挙げられた。

表 2-14 BPSD 評価とワークシートの記載方法の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
BPSD25Q が適切に評価できるようにする	BPSD25Q はより現場に近い職員の情報を参考に する	老健 B
	同じ職員が BPSD25Q の評価を行う	老健 B
	BPSD25Q の評価は過大評価をする	老健 A
BPSD25Q もワークシートも事前に作成しておくが、 ケア検討の議論で内容は柔軟に書き換える	ケア検討では、BPSD25Q1 項目ずつを読み合わせ る	介護医療院 A
	BPSD25Q もワークシートも事前に作成しておく が、ケア検討の議論で内容は柔軟に書き換える	老健 A 介護医療院 A 介護医療院 B
	議論の経過をみえる化しておく	介護医療院 A 介護医療院 B
BPSD25Q は職員の負担感を極力減らせるように役職 のある人（検討メンバー）が評価する	BPSD25Q は職員の負担感を極力減らせるように 役職のある人（検討メンバー）が評価する	GH A
ワークシートは利用者視点を意識して記入する	ワークシートの記入前に利用者にヒアリングを する	特養 A
	ワークシートの目標は利用者がより良くなるよ うな内容であるか見直す	老健 A
	ワークシートはその人らしい暮らしの把握、か ら取り組む	老健 A
「着目する BPSD」はその人らしい暮らしの実現を 阻害している可能性がある要因に着目する	「着目する BPSD」はその人らしい暮らしの実現 を阻害している可能性がある要因に着目する	老健 A
実現可能性の高いケア計画になるよう意識する	ケア計画は誰でも取り組み負担が少なくなるよ うな内容にする	介護医療院 B
	ケア計画は具体的に記述し、確実に実行される ように工夫する	特養 A
	いきなり難しいケア計画を立てない	介護医療院 A

利用者ができているところにフォーカスを当てて、ケア計画を考える	利用者ができているところにフォーカスを当てて、ケア計画を考える	介護医療院 A
ケア計画はリスク管理を念頭に置いて立てる	ケア計画はリスク管理を念頭に置いて立てる	介護医療院 B

課題

- ・毎月ケア計画を立て直すのが大変 老健 B
- ・書きたいことがあってもワークシートに記入できる欄がない 介護医療院 A
- ・ワークシートのその人らしい暮らしの把握とプランニングは職員のスキルがないと難しい 老健 B

⑨ ケア検討の進め方の工夫と課題

工夫として、7 のカテゴリーと 10 のサブカテゴリーが抽出された。《居室担当が進行役となる》《リーダーが進行役になる》ようにして、【進行役を決める】という工夫が聞かれた。また、《ケア検討では、まず最近の利用者の情報共有を行う》《ワークシートの記入内容を確認してからケア検討を行う》ようにして、【情報を確認したうえで、ケア検討を行う】、【BPSD のケア検討は定性的な内容をもとに行う】という進め方をしている施設があった。【介護支援専門員の意見も参考にしながら、ケアの評価をする】や《日々の記録の結果を踏まえて毎月のケア計画を変えるようにする》《毎月、実行状況やケアの効果を具体的に評価したうえでケア計画の改善をする》等、【毎月の実行状況やケアの効果を評価し、毎月のケア計画を変えるようにする】、【2 回目以降のケア検討ではケア計画の振り返りを行う】ことをして、取り組みを評価しケア計画を変更している施設もあった。【ケア検討の時間を確保できないときは、欠席者に後ほど意見をもらう】ようにして、欠席者に配慮しているカテゴリーも含まれた。

課題は抽出されなかった。

表 2-15 ケア検討の進め方の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
進行役を決める	居室担当が進行役となる	GH A
	リーダーが進行役になる	GH A 介護医療院 A 老健 B
情報を確認したうえで、ケア検討を行う	ケア検討では、まず最近の利用者の情報共有を行う	GH A
	ワークシートの記入内容を確認してからケア検討を行う	GH B
BPSD のケア検討は定性的な内容をもとに行う	BPSD のケア検討は定性的な内容をもとに行う	老健 B
介護支援専門員の意見も参考にしながら、ケアの評価をする	介護支援専門員の意見も参考にしながら、ケアの評価をする	特養 A
毎月の実行状況やケアの効果を評価し、毎月のケア計画を変えるようにする	日々の記録の結果を踏まえて毎月のケア計画を変えるようにする	GH B

	毎月、実行状況やケアの効果を具体的に評価し たうえでケア計画の改善をする	GH B
2回目以降のケア検討ではケア計画の振り返りを行 う	2回目以降のケア検討ではケア計画の振り返り を行う	老健 A
ケア検討の時間を確保できないときは、欠席者に後 ほど意見をもらう	ケア検討の時間を確保できないときは、欠席者 に後ほど意見をもらう	特養 A

⑩ ケア計画の周知方法の工夫と課題

工夫として、6のカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された。【元々使用している記録用紙を使用する】方法や《紙で印刷し、毎日全員が見るファイルに綴じる》《会議・ケア検討の議事録を他の職員に共有する》等、【全員が必ず見るツールを使用する】方法、《申し送りで周知する》等、【口頭で周知する】方法が聞かれた。ケア計画を周知するには【ケアの意図も説明する】ようにしている施設もあった。他には、【検討メンバーが実際に実践して見せる】【ケア計画を変更した場合のチェック表を作成し、最新のケア計画がわかるようにする】というカテゴリーも含まれた。

課題は抽出されなかった。

表 2-16 ケア計画の周知方法の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
元々使用している記録用紙を使用する	元々使用している記録用紙を使用する	GH A
全員が必ず見るツールを使用する	紙で印刷し、毎日全員が見るファイルに綴じ る	老健 A 特養 A
	電子カルテに認知症ケア計画の項目をつく り、入力して周知する	老健 B
	ワークシートの目標に応じて、紙、タブレッ ト、社内ネットワーク、口頭のどれが適切か 検討する	老健 A
	会議・ケア検討の議事録を他の職員に共有す る	特養 A GH B
	申し送りノートで共有する	介護医療院 A
	ケア計画を書いたミニホワイトボードを利用 者のベッドサイドに置く	介護医療院 A
口頭で周知する	リハビリテーション職には個別で情報共有を 行う	老健 A
	申し送りで周知する	介護医療院 B
ケアの意図も説明する	ケアの意図も説明する	特養 A
検討メンバーが実際に実践して見せる	検討メンバーが実際に実践して見せる	特養 A
ケア計画を変更した場合のチェック表を作成し、最新 のケア計画がわかるようにする	ケア計画を変更した場合のチェック表を作成 し、最新のケア計画がわかるようにする	介護医療院 A

⑪ その他の工夫と課題

工夫として、7 のカテゴリーと 8 のサブカテゴリーが抽出された。利用者の状況等【普段から変化があった時にミニカンファレンスを行う】という工夫が聞かれた。また、《実践しながら、他のフロアで加算を取っているチームケア研修修了者に相談する》《認知症介護指導者からアドバイスをもらう》という【取り組みの進め方について他者に相談する】カテゴリーが含まれた。【利用者一人一人に認知症チームケア推進研修を修了している担当者をつける】【効果的なケアが見いだされたらケアプランに落とし込む】【ケア計画と異なる実践をしている職員に指摘する】【計画したケアは 4 週間は続ける】【普段から実践でケア計画の立案スキルを鍛える】というカテゴリーが含まれ、ケア計画の実践における工夫が聞かれた。

課題として、[感染症が蔓延すると取り組みを進めるのが難しい][ワークシートはもう少し例がないと取り組みにくい][取り組みについて助言してくれる人がいない]ことが挙げられた。

表 2-17 その他の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
普段から変化があった時にミニカンファレンスを行う	普段から変化があった時にミニカンファレンスを行う	GH B
取り組みの進め方について他者に相談する	実践しながら、他のフロアで加算を取っているチームケア研修修了者に相談する	特養 A
	認知症介護指導者からアドバイスをもらう	特養 A
利用者一人一人に認知症チームケア推進研修を修了している担当者をつける	利用者一人一人に認知症チームケア推進研修を修了している担当者をつける	特養 A
効果的なケアが見いだされたらケアプランに落とし込む	効果的なケアが見いだされたらケアプランに落とし込む	特養 A
ケア計画と異なる実践をしている職員に指摘する	ケア計画と異なる実践をしている職員に指摘する	特養 A
計画したケアは 4 週間は続ける	計画したケアは 4 週間は続ける	介護医療院 B
普段から実践でケア計画の立案スキルを鍛える	普段から実践でケア計画の立案スキルを鍛える	GH B

課題

- ・感染症が蔓延すると取り組みを進めるのが難しい 老健 B
- ・ワークシートはもう少し例がないと取り組みにくい 特養 A
- ・取り組みについて助言してくれる人がいない 特養 A

(4) 考察

認知症チームケア推進研修修了者が在籍する合計 7 施設、13 名にインタビューを行った。インタビューの結果から、チームケアの効果的な展開方法と阻害要因には、以下のことが考えられる。まず、チームケアの効果的な展開方法について以下に述べる。

一つ目に、取り組み開始前に、取り組みを行うことについて職員から協力を得るためには、どのような方法がよいか考え、施設にあった方法で職員の協力を得ることである。対象施設では、【すぐに取り組みを始めるのではなく、準備期間を設ける】という施設があった一方で、【管理者（施設長等）からのトップダウンで進める】という施設もあった。準備期間を設ける場合には、取り組みの目的や意義、方法等について複数人で話し合うことが取り組みの継続につながるのではないかと考える。そうすることで、チームで目標が共有され、チームとして機能する。職員の協力を得てチームを形成していくステップは、チームケアを効果的に展開していくために、重要な要素であるだろう。

二つ目に、取り組みを行うことについて職員に協力を得ることだけではなく、チームメンバーが取り組みを理解するための準備を行うことである。今回の対象施設では、主担当者以外の《検討メンバーは研修を受講する》ようにしていたり、《検討メンバー以外のチームメンバーも研修を受講する》ようにしていたり等、【各職員が研修やマニュアルを通じて学習する】ことで取り組みの内容を理解していた。チームは、経験や能力、価値観、雇用形態もさまざまな職員で構成される。チームケアを高めるためには、チームメンバーが統一した認知症ケアに関する考え方をもつことが必要であるだろう。そのため、各職員が研修等を通じて取り組みの内容を理解したうえで、チームの要役となる主担当者が各職員の経験や能力、価値観等について把握し、マネジメントすることでチームケアの質が高まると考える。

三つ目に、検討メンバーの編成について熟考することである。インタビューの結果から、検討メンバーは【3～4 名程度にする】ようにしていたり、【カンファレンスには可能な限りすべての職員が参加する】ようにしていたりしていたことがわかった。時間を確保できる人数にするが、幅広い視点で検討を行うためには多職種で構成するといった工夫が重要と考える。

四つ目に、ケア検討前には【BPSD25Q やワークシート等の資料はケア検討前に検討メンバーの職員が記載しておく】ことや、ケア検討がスムーズに進むように【ケア検討前に意見をすり合わせておく】ことである。限られた時間の中で、また時間を捻出することが難しい中で、ケア検討を効果的に開催するために、ケア検討前の準備が重要な点だと考えられた。

五つ目に、利用者のその人らしい暮らしを把握するために、【日々の関わりの中で利用者の声を拾う】ことや【職員同士で情報を出し合い推察する】ことである。そのためには、日々の関わりの中で気づいたことを記録に残すことの意識を高めることが必要だろう。利用者との日々の関わりは、暗黙知として蓄積されていくため、それを言語化しなければ他者が理解することは難しい。他者に共有し、理解してもらうために、記録等で文書化することが求められる。しかし、利用者の声が本意かどうか注意深く検討することも大事な視点だと考える。

六つ目に、日頃から情報を共有し、課題等について検討することである。対象施設の中に【日頃ミニカンファレンスを実施し、月 1 回のケア検討の時間を短縮する】ようにしていた施設があった。チームメンバーそれぞれ様々な情報を持っており、それぞれ価値観も異なる可能性がある。ケアの方向性や視点がばらばらであると、異なる方向にチームが動いてしまうため、日頃からミニカンファレンスを実施し、情報の共有を図りながら、チームとして同じ方向を向くことを目指す必要がある。

る。また、介護現場では想定外のことが起きることもある。月1回のケア検討を待たずに、必要に応じてカンファレンスを実施し、PDCAサイクルをチームで動かしていくことが大事であるだろう。

七つ目に、BPSD25Qやワークシートには、ケア検討の議論の経過を書き加えることである。【BPSD25Qもワークシートも事前に作成しておくが、ケア検討の議論で内容は柔軟に書き換える】ようにし、【議論の経過をみえる化しておく】ことで、決定したことが明確になる。また、欠席者に共有する際に議論の経過と合わせて決定事項を共有することで、欠席者もケアの意義を理解したうえで行動することができる。

八つ目に、【実現可能性の高いケア計画になるよう意識する】ことである。チームは知識、経験が様々なメンバーで構成される。新人職員に難しい言葉やその専門職にしか通じない言葉を使用すれば、チームで統一したケアを行うことは困難であるだろう。また、各職員によって価値観が異なるため、あいまいな言葉で表現すると、バラバラなケアを行ってしまう可能性がある。そのため、ケア計画は具体的に記述し、確実に実行されるように工夫することが求められる。

九つ目に、ケア検討では進行役を決め、建設的な議論が行われるようにすることである。対象施設では、【進行役を決める】ようにし、《ケア検討では、まず最近の利用者の情報共有を行う》ようにしたり、《ワークシートの記入内容を確認してからケア検討を行う》ようにしたり等【情報を確認したうえで、ケア検討を行う】ようにし、参加者が意見を出しやすいように、また取り組みを振り返られるように、進行役が参加者に問いかけていた。また、利用者の望む暮らしから逸れた議論とならないように、ケア検討の場を支援・管理することも必要であると考え。さらに、ケア検討の場では、発言することにためらいを感じる人もいよう。検討メンバーは職種や立場を超えて、対等な関係を保つことが重要である。職員の意見、価値観、経験、職種が異なる中で建設的な議論をするために、進行役にはファシリテーション力が求められる。

十個目に、ケアの評価は多職種の意見を参考にし、記録を踏まえることである。対象施設では、【介護支援専門員の意見も参考にしながら、ケアの評価をする】ことや、【毎月の実行状況やケアの効果を評価し、毎月のケア計画を変えるようにする】ことをしていた。日々の記録の結果でケアの実行状況や効果を具体的に評価することが必要である。また、普段直接的なケアを行っていない職種からの意見を参考にすることは、新たな視点で評価することにつながる可能性があると考え。

十一個目に、立案したケア計画は、【元々使用している記録用紙を使用する】、【全員が必ず見るツールを使用する】等して、職員全員に周知されるようにすることである。チームメンバーが統一したケアを行うために、全員に周知することが重要である。そのためには、普段使用していて必ず全員が見るツールを使用することが大切であると考え。

次に、チームケアを阻害する要因について、以下に述べる。

一つ目に、取り組みに関する疑問が解消されないことである。取り組みについて「疑問を抱きながら進める」という施設もあった。主担当者の方針がぶれてしまうと、チームに混乱を招くだろう。また、誤った方向にチームが動いてしまう可能性がある。

二つ目に、利用者のことを分析し、ワークシートに落とし込むのが難しいことである。「ワークシートのその人らしい暮らしの把握とプランニングは職員のスキルがないと難しい」という施設もあった。検討メンバーには、利用者のその人らしい暮らしを把握し、BPSDの背景要因を考え、ケア計画を立案し、ケアを評価する力が求められる。さらに、検討したことを言語化することも必要である。それらを実行することが可能であると、チームメンバー内でケアが共有され、個々の利用者の望

む生活を実現することにつながると考える。

(5) 今後の課題

今回のインタビュー調査は、認知症チームケア推進研修ができた初年度に実施したため、インタビュー対象者は手探りの中取り組みを進めていたと考える。インタビューの結果より、様々な取り組みの工夫が聞かれた一方で、進め方について「疑問を抱きながら取り組みを進める」、「ワークシートのその人らしい暮らしの把握とプランニングは職員のスキルがないと難しい」等の課題が上がった。今後は、さらに多くの認知症チームケア推進研修修了者による取り組みの工夫を収集し、認知症の人のその人らしい暮らしの実現に向けてどのように BPSD の予防・適切な対応をし、チームケアの効果的な実践を行っているか、その工夫について認知症チームケア推進研修を受講しようと考えている者や修了者向けに普及していく必要がある。

さらに、研修で学んだことを実践するためには、他者と意見交換をし、フィードバックを受けながら PDCA サイクルを回していくことが求められるのではないかと考える。研修受講後のフォローアップ体制が必要な施設があることが確認された。

4. 在宅等における BPSD の予防・早期対応の実践の展開

ー在宅系インタビュー調査の結果ー

(1) インタビュー調査の目的

本調査では、認知症チームケア推進研修の前身となった研修を受講した、在宅サービス事業所の職員に対し、インタビューを行い、施設系サービスにおいて実施した取り組みを、在宅系サービスへ活用した場合の効果や在宅サービスに活用する際の課題を明らかにすることを目的とした。

(2) 調査の方法

1) 対象

対象施設は、令和5年度調査*に協力の得られた在宅系サービス等（通所介護、通所リハビリ、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）のうち、管理者等施設の代表者により研究協力の同意の得られる事業所とした。対象者は、令和5年度調査において実施した研修を受講・修了し、取り組みを実施した担当者とした。

機縁法によって通所介護事業所3事業所、通所リハビリテーション事業所2事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所2事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所1事業所の計8事業所に依頼をし、9名の担当者を対象にした。（*令和5年度調査：在宅系サービス等において、施設系の取り組みと同様にBPSD25Qとワークシートを用いて認知症の人のBPSDを評価し、ケアを統一して実施する調査。8週間の介入で有意にBPSDが軽減した（初回評価29.3点、最終評価22.6点、 $p < 0.01$ 、対応あるt検定）。）

2) 方法

事務局担当者が上記事業所を訪問し、調査において学んだ内容に基づいたケアの実施結果について半構造化面接を行った。調査期間は、令和6年9月～令和6年11月とした。

半構造化面接は、対象事業所の個室にて1～2（研究者）対1～2（対象者）で行い、1回あたり90分から120分程度とし、インタビューガイドに沿って行った（表2-18）。

表2-18 インタビューガイド

No.	質問内容
1	調査（初回評価～ワークシートに基づいたチームケア～再評価）を実施してみてどうだったか
2	認知症の人にとって効果があったと思うか、それはなぜか
3	実施した中でつまづいたことはあったか
4	検討メンバーはどのように集めたか
5	初回評価～再評価までどのくらいの期間が適切だと思うか
6	同じ枠組みで実施するとき、施設ではやりやすいけど在宅ではやりにくいと思うことはあるか

3) 分析方法

質的帰納的に分析を行った。まず、録音したインタビューデータから逐語録を作成した。作成した逐語録を精読し、切片化した。次に、「対象者の変化」「職員の変化」「在宅サービスにおける認知症

チームケア推進研修に基づく実践の難しさについて」「取り組みに対する意見」として研究者が読み取った内容を抽出し、語りの意味や内容が損なわれないよう、文脈や質問内容を踏まえて一次コードを作成した。その後、意味内容の類似性をもとに集約してサブカテゴリーを作成した。同様の方法でサブカテゴリーの抽象度を上げてカテゴリーを作成した。一連の過程は、複数の研究者によって検討し実施した。

4) 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、同意を得た。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 5 番_令和 6 年度）。

(3) 結果

1) 対象者の概要

対象者は、通所介護事業所 3 事業所、通所リハビリテーション事業所 2 事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所 2 事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所 1 事業所、の合計 8 事業所、9 名であった。対象者の概要は表 2-19 に示す。

表 2-19 対象者数

NO	施設種別	事業所表記	対象者数
1	通所介護	通所介護 A	1 名
2		通所介護 B	1 名
3		通所介護 C	1 名
4	通所リハビリテーション	通所リハ A	1 名
5		通所リハ B	1 名
6	小規模多機能型居宅介護支援	小多機 A	1 名
7	看護小規模多機能型居宅介護支援	看多機 A	1 名
8		看多機 B	2 名

2) 分析結果

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーを表 2-20 に示す。以下にカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、一次コードを [] で示し説明する。

① 対象者の変化

対象者の変化として、14 の一次コードから、3 のカテゴリーと 6 のサブカテゴリーが抽出された。具体的には、《BPSD の軽減》《状態が安定した・気持ちが安定した・落ち着いて穏やかになった》《生活リズムができた》というサブカテゴリーから【生活が安定した】というカテゴリーを導出され、いずれの事業所でも変化として指摘された。また、認知症の人の【主体性が向上した】という変化が指摘されたほか、《利用者同士のコミュニケーションが取れた》《職員とのコミュニケーション

ョンが取れた》など【コミュニケーションが増えた】という変化も指摘された。

表 2-20 対象者の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
生活が安定した	BPSD の軽減	通所リハ A
		看多機 A
		小多機 A
		看多機 B
		通所リハ A
主体性が向上した	状態が安定した・気持ちが安定した・落ち着いて穏やかになった	通所介護 C
		看多機 B
		生活リズムができた
		通所介護 B
		主体性が向上した
コミュニケーションが増えた	利用者同士のコミュニケーションが取れた	通所介護 B
		通所リハ B
		看多機 B
	職員とのコミュニケーションが増えた	通所介護 B

② 職員の变化

職員の変化として、49 の 1 次コードから、11 のカテゴリーと 23 のサブカテゴリーが抽出された。具体的には、《本人への関心が高まった》《本人について詳しくなった》《本人のことを考えるようになった》など、【本人を気にするようになった】ことが指摘された。また、《情報を集めるようになった》《情報を共有するようになった》《詳細に情報を伝えるようになった》など、【情報収集・共有が充実した】という変化も指摘された。さらに、《他の人のケアを気にするようになった・関心が高まった・尋ねるようになった》など、【他の職員のケアへ関心が高まった】ことも変化として指摘された。加えて、【ケアを統一するようになった】ことも語られた。その他、《ケアの工夫をするようになった》《行動の原因を考えてケアするようになった》《ケアの意図を説明できるようになった》《薬の調整の重要性を学んだ》《丁寧な取り組みにつながった》《PDCA サイクルを回すことが上達した》《ケアの引き出しが増えた》など、【ケアの質が向上した】ことも変化として指摘された。さらに、《ケア検討の際に以前よりも意見が出るようになった》《ケア検討の際の発言のレベルが高くなった》など、【ケア検討において発言が増え、発言の質が向上した】ということが指摘された他、モチベーションが上がった》《認知症への関心が高まった》など、【モチベーションが上がった】との指摘も挙げた。

その他、【心に余裕をもって対応するようになった】【ケア計画を実施する責任感が生まれた】などの指摘や、[どれだけアセスメントをして、ケアプランを立て取り組みをしても、変化が生じないことや時には悪化することがある]という観点から【ケアの限界を知った】ということも変化として指摘された。リーダーとして、【職員が前向きになるための戦略を考えるようになった】との変化も指摘された。

表 2-21 職員の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者
本人を気にするようになった	本人への関心が高まった	通所リハ A
		通所介護 A
		看多機 A
		通所介護 B
	本人について詳しくなった	通所介護 B
		通所リハ A
		小多機 A
		通所介護 B
情報収集・共有が充実した	情報を集めるようになった	通所リハ A
		小多機 A
		小多機 A
		通所介護 B
他の職員のケアへ関心が高まった	他の人のケアを気にするようになった・関心が高まった・尋ねるようになった	通所リハ A
		通所介護 B
ケアを統一するようになった	ケアの統一を心がけるようになった	通所リハ A
		通所介護 B
		通所介護 C
ケアの質が向上した	ケアの工夫をするようになった	通所リハ B
		通所リハ A
	行動の原因を考えてケアするようになった	通所介護 A
		看多機 B
	ケアの意図を説明できるようになった	看多機 A
		看多機 A
	薬の調整の重要性を学んだ	小多機 A
		通所介護 B
ケアの引き出しが増えた	PDCA サイクルを回すことが上達した	通所介護 B
		通所介護 B
		通所介護 B
		通所介護 B
ケア検討において発言が増え、発言の質が向上した	ケア検討の際に以前よりも意見が出るようになった	通所リハ A
		通所介護 B
	ケア検討の際の発言のレベルが高くなった	通所リハ A
モチベーションが上がった	モチベーションが上がった	通所介護 B
		看多機 A
	認知症への関心が高まった	看多機 A
		看多機 A
心に余裕をもって対応するようになった	心に余裕をもって対応するようになった	看多機 A

ケア計画を実施する責任感が生まれた	ケア計画を実施する責任感が生まれた	通所介護 B
ケアの限界を知った	ケアの限界を知った	看多機 A
職員が前向きになるための戦略を考えるようになった	職員が前向きになるための戦略を考えるようになった	通所介護 B

③ 在宅サービスにおける認知症チームケア推進研修に基づく実践の難しさについて

在宅サービスにおける認知症チームケア推進研修に基づく実践の難しさとして、17 の 1 次コードから、7 のカテゴリーと 11 のサブカテゴリーが抽出された。

具体的には、《複数事業所で取り組みを行う場合にどう連携するか難しい》《ケアマネとの連携が難しい》などから、【他事業所との連携が難しい】ことが指摘された。また、《家族をどこまで巻き込むかの判断が難しい》《家族と本人の折り合いが悪い時の調整が難しい》など、【家族との調整が難しい】との指摘もあった。《自宅での状態とのギャップをどう考えるか難しい、自宅の状態を扱うか》《自宅での様子が十分わからない・自宅の状態の評価が難しい》など、【自宅での状態の把握・評価が難しい】ことも指摘された。《利用が少ない人の PDCA サイクル設定が 1 か月でよいかわからない》など【PDCA の期間設定が難しい】こと、《カンファレンスの時間調整が難しい》《取り組みの負担が大きい》など【業務調整が難しい】こと、《薬の調整における介護と看護の連携に難しさがある》など、【介護と看護の連携が難しい】ことなども指摘された。《ワークシートでの言語化が難しい》など、【ワークシートの活用が難しい】という意見もあった。なお、小多機 A、通所介護 C、看多機 B からは難しさに関する 1 次コードは抽出されなかった。

表 2-22 在宅サービスにおける認知症チームケア推進研修に基づく実践の難しさ

メインカテゴリー	サブカテゴリー	対象者
他事業所との連携が難しい	複数事業所で取り組みを行う場合にどう連携するか難しい	通所介護 A
	ケアマネとの連携が難しい	通所介護 B
家族との調整が難しい	家族をどこまで巻き込むかの判断が難しい	通所介護 B
	家族と本人の折り合いが悪い時の調整が難しい	看多機 A
自宅での状態の把握・評価が難しい	自宅での状態とのギャップをどう考えるか難しい、自宅の状態を扱うか	看多機 A
	自宅での様子が十分わからない・自宅の状態の評価が難しい	通所リハ A 通所介護 A
PDCA の期間設定が難しい	利用が少ない人の PDCA サイクル設定が 1 か月でよいかわからない	通所リハ A 通所介護 A 看多機 B
業務調整が難しい	カンファレンスの時間調整が難しい	通所リハ A
	取り組みの負担が大きい	通所リハ A
介護と看護の連携が難しい	薬の調整における介護と看護の連携に難しさがある	看多機 A
ワークシートの活用が難しい	ワークシートでの言語化が難しい	看多機 B

④ 取り組みに対する意見

取り組みに対する意見として、19 の 1 次データから 3 のカテゴリと 9 のサブカテゴリが抽出された。具体的には、《ケアマネ中心で進めるべき》《検討メンバーの選定は利用者と長くかかわっている人がよい》など【検討メンバーについて】の意見が語られた。また、《家族の協力が必要》《家族がメンバーに入るかは家族の特徴による》《家族へのケアも考える必要》など、【家族の位置づけについて】についての意見も挙げられた。さらに、《月 1 回の PDCA がよい》《週 1 回利用の対象者は軽度であり、この取り組みの対象外ではないか》《サービス担当者会議に合わせて評価すべき（月 1 回では多い）》など、【取り組みの期間について】の意見も挙げられた。

表 2-23 取り組みに対する意見

カテゴリー	サブカテゴリ	対象者
検討メンバーについて	ケアマネ中心で進めるべき	通所介護 A 通所介護 B
	検討メンバーの選定は利用者と長くかかわっている人がよい	通所介護 B
家族の位置づけについて	家族の協力が必要	通所リハ A 小多機 A 通所介護 B
	家族がメンバーに入るかは家族の特徴による	小多機 A
	家族へのケアも考える必要	通所介護 B
取り組みの期間について	週 1 回の利用の人でも取り組み対象にしてもよい	通所リハ B
	月 1 回の PDCA がよい	通所リハ A 通所介護 C
	週 1 回利用の対象者は軽度であり、この取り組みの対象外ではないか	通所介護 A
	サービス担当者会議に合わせて評価すべき（月 1 回では多い）	通所介護 A

(4) 考察

1) 対象者、介護職員の変化

令和 5 年度調査において実施した研修を受講・修了し、取り組みを実施した 8 施設の担当者 9 名にインタビューを行った。

対象者の変化では、【生活が安定した】【主体性が向上した】【コミュニケーションが増えた】など、前向きな変化があったことが指摘された。また、介護職員の変化としても、【ケアの質が向上した】【モチベーションが上がった】【情報収集・共有が充実した】など、ケアやマネジメントの変化があったことが指摘された。BPSD をニーズとしてとらえ、それを満たす支援を検討したうえで、統一的に実施するという方法は、本人の生活の質だけでなくケアチームの実践の質向上に一定の効果があったことが示唆される。

ただし、今回の対象事業所は、通所事業所及び小規模多機能型居宅介護支援事業所であり、他事業所との連携を通じて、在宅生活そのものに効果があったかについては、検討できていない点に注意が必要である。

2) 在宅サービスにおける認知症チームケア推進研修に基づく実践の難しさ

【他事業所との連携が難しい】【家族との調整が難しい】【自宅での状態の把握・評価が難しい】など、在宅ならではのチームケアの課題も指摘された。他事業所との連携であること、家族との調整が必要なこと、自宅での状態の改善を求めること、そのための前提として自宅での状態の把握・評価ができることなどをどのように克服すればよいか、明らかにする必要がある。また、【PDCAの期間設定が難しい】【業務調整が難しい】など、施設の方法論をそのまま当てはめることに対する難しさがあることが明らかとなった。在宅の実態に合わせた方法を検討する必要がある。さらに、【介護と看護の連携が難しい】など、医療介護連携の課題も抽出された。これらの効果的な方法について明らかにし、提供する必要がある。【ワークシートの活用が難しい】は、ケアの言語化についての課題である。チームで統一したケアを行うために重要なスキルであり、ポイントを理解し、効果的にスキルアップできるようにする必要性が示唆された。

取り組みに対する意見として、検討メンバーについては、介護支援専門員を中心にしたチーム作りについての必要性が指摘された他、家族の位置づけについては、ケアに協力を求めることの必要性を指摘する意見もあったが、家族も含めてケアする必要があることを指摘する意見もあり、家族をどのように位置づけて取り組みを行うかは、今後検討すべき課題となった。

3) 今後の課題

昨年度調査協力の得られた事業所では、利用者・介護職員それぞれに前向きな良い変化があったことが確認できた。しかし、これらは、自宅での評価ではなく、事業所における認知症の人のBPSDを評価していた点に限界がある。認知症の人の在宅生活の支援ということを考えれば、各事業所での取り組みが自宅で過ごす認知症の人の生活に良い影響を与えることが求められる。今回、事業所の連携や家族との調整を含めて考えれば、施設の取り組みをそのまま援用するのは難しく、在宅における支援の制度・施策、サービスの在り方に合わせた取り組みを検討する必要があると考えられる。

5. 認知症チームケア推進研修の実態把握の結果

(1) 目的

本研究は、認知症チームケア推進研修の実態と研修修了後の取り組み状況を把握することを目的とした。

(2) 方法

1) 対象者の選定

令和6年4月1日～令和7年1月8日までに認知症チームケア推進研修を修了した（以下、修了者）7,099名を対象に、悉皆調査を実施した。修了者への調査は郵送およびメールにて行った。

また、修了者が所属する認知症対応型共同生活介護（以下、GH）、地域密着型介護老人福祉施設（以下、地密特養）、介護老人福祉施設（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、介護医療院の2,242施設・事業所を対象に、各施設・事業所から代表者1名を選出し、認知症チームケア推進加算の算定状況の調査を行った。

なお、本研究の認知症チームケア推進加算の算定状況の調査では、郵送回答のみのデータを分析対象とすることとした。メール回答は、研修登録システムに個人登録している者を対象としており、実際には郵送回答の施設・事業所に所属している恐れがあることから重複する可能性があった。そのため、施設・事業所における認知症チームケア推進加算の算定状況に関する正確な算定率を算出することを目的に、郵送回答のみを分析対象とした。

2) 調査方法および分析対象数

7,099名の修了者のうち、5,467名が所属する施設・事業所に調査票を郵送した。また、所属する施設・事業所が明確でない個人登録の修了者1,632名にはメールにて調査票を送付した。

調査期間は令和7年1月15日～2月14日とし、2月18日までに認知症介護研究・研修東京センターに到着した調査票を分析対象とした。

3) 調査項目

調査票は20問で構成されており、①回答者の基本属性、②研修の受講時間、③研修の受講環境や学習内容、④研修内容の理解、⑤研修後の取り組み状況、⑥研修受講について、⑦認知症チームケア推進加算の算定状況、の7つの大項目からなる（表2-24）。

このうち、①から⑥（問1から18）はすべての修了者が回答することとした。また、問19および20は施設・事業所における認知症チームケア推進加算の算定状況に関する項目であるため、GH、地密特養、特養、老健、介護医療院に所属する修了者のうち、各施設・事業所にて代表者1名を選定し、回答することとした。

問19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況は「はい」、「これから算定する予定」、「これからも算定するつもりはない」から回答を一つ選択する項目である。問20：認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁は13項目から当てはまるものすべてを選択する回答項目である。

表 2-24 調査項目

①回答者の基本属性	問 1：事業種別
	問 2：認知症チームケア推進研修の修了時期
	問 3：これまでに修了した研修
	問 4：役職
	問 5：経験年数
	問 6：受講理由（MA）
②研修の受講時間	問 7：研修を受講した時間
	問 8：受講時間の長さ
③研修の受講環境や学習内容	問 9：受講場所の確保
	問 10：研修受講場所（MA）
	問 11：e ラーニングの操作方法の使いやすさ
	問 12：学習内容のレベル
④研修内容の理解	問 13：理解の変化（尊厳保持の重要性の理解、BPSD をニーズととらえる意義の理解、アセスメントの理解、評価尺度の理解、ケア計画の立て方の理解、PDCA サイクルの回し方の理解、チームアプローチの重要性の理解）
⑤研修後の取り組み状況	問 14：研修後取り組んだ事例数
	問 15：取り組み開始時期
	問 16：取り組んだ効果（利用者および職員の変化）（自由記述）
⑥研修受講について	問 17：研修を他職員に勧めたいか
	問 18：研修の課題・改善案（自由記述）
⑦認知症チームケア推進加算の算定状況	問 19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況
	問 20：認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁

4) 分析方法

分析は、事業種別をもとに、GH、地密特養、特養、老健、介護医療院、その他に分類し、記述統計を行った。①から⑥の分析は郵送回答およびメール回答を行った修了者の記述統計を行った。

⑦の分析は郵送回答を行った施設・事業所の記述統計の結果を示した。問 20：認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁は、問 19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況にて「はい」と回答した場合は「算定あり」、「これから算定する予定」もしくは「これからも算定するつもりはない」と回答した場合は「算定なし」に分類した後に、算定の有無ごとに事業種別の記述統計を行った。また、認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁を事業種別ごとに、算定の有無の 2 群間で割合の差が高かった上位 3 項目を記述統計にて確認した。

問 16：取り組んだ効果（利用者および職員の変化）の自由記述のデータは KH coder (ver. 3) を用いて、計量テキスト分析を行った。計量テキスト分析はテキストマイニング法を選択し、すべての過程において解析者 3 名（第 1 著者から第 3 著者）によって解析の妥当性を確認しつつ行った。前処理として、文書を形態素解析ツールである ChaSen を使用した。続いて、分解された複合語においてそれぞれが独立した意味を持つ単語がある場合には、keyword in context（以下、KWIC）コンコーダ

ンスを用いて、抽出語がどのような文章の中で使われているのかを検索し、独立性を確認した。独立性に該当する場合はその単語を強制抽出するように設定した。また、KWIC コンコーダンスにて重要でない品詞は抽出対象から除外するために使用しない語に設定した。その後、共起ネットワークにて語の関連性を検討した。共起ネットワークとは文章中に出現する語と語が共に出現する（共起する）関係性を表した図である。本研究では、上位 60 語における共起ネットワークを作成した。共起ネットワークを作成した後に、カテゴリーの定義付けと具体例をまとめた。

問 18：研修の課題・改善案（自由記述）は、①研修や取り組みに対する意見、②研修や取り組み以外に対する意見、の 2 つに分類し、カテゴリーと具体例を示した。

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、同意を得た。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 5 番_令和 6 年度）。

(3) 結果

1) 調査票の回収状況

有効回答数は、郵送回答が修了者 4,101 名、メール回答が 233 名の計 4,334/7,099 名（有効回答率：61.1%）であった（表 2-25）。また、施設・事業所の有効回答は、計 1,572/2,422 施設・事業所（有効回答率：70.1%）であった（表 2-26）。

表 2-25 研修修了者の回答状況

		GH	地密特養	特養	老健	介護 医療院	その他
送付数	郵送	1,481		2,216	1,342	184	244
	メール	622		309	412	64	225
	合計	2,103		2,525	1,754	248	469
回答数	郵送	1,133	185	1,580	1,043	144	262
	メール	101	8	45	46	6	42
	合計	1,234	193	1,625	1,089	150	304
有効 回答数	郵送	1,087	173	1,469	998	134	240
	メール	96	8	39	44	6	40
	合計	1,183	181	1,508	1,042	140	280
		(56.3%)		1,689 (66.9%)	(59.4%)	(56.5%)	(59.7%)

値は、修了者数を示す。有効回答数の合計は名（%）を示す。

表 2-26 施設・事業所の回答状況

		GH	地密特養	特養	老健	介護医療院
送付数	郵送	892		857	439	54
回答数	郵送	620	90	518	324	43
有効	郵送	617	90	507	317	41
回答数		(69.5%)		597 (69.7%)	(73.8%)	(79.6%)

値は、施設・事業所数を示す。有効回答数の合計は施設・事業所数（%）を示す。

2) 回答者の基本属性

問 1：事業種別は、GH が 1,183 名、地密特養が 181 名、特養が 1,508 名、老健が 1,042 名、介護医療院が 140 名、その他が 280 名であった。その他の内訳として、通所介護が 49 名、短期入所生活介護が 26 名、特定施設入居者生活介護が 36 名、認知症対応型通所介護が 25 名、小規模多機能型居宅介護が 72 名、看護小規模多機能型居宅介護が 7 名、地域密着型特定施設入居者生活介護が 7 名、その他（居宅介護支援事業所や通所リハビリステーション、訪問介護など）が 58 名であった。

問 2：認知症チームケア推進研修の修了時期は4月もしくは5月の割合が高かった（図 2-1）。

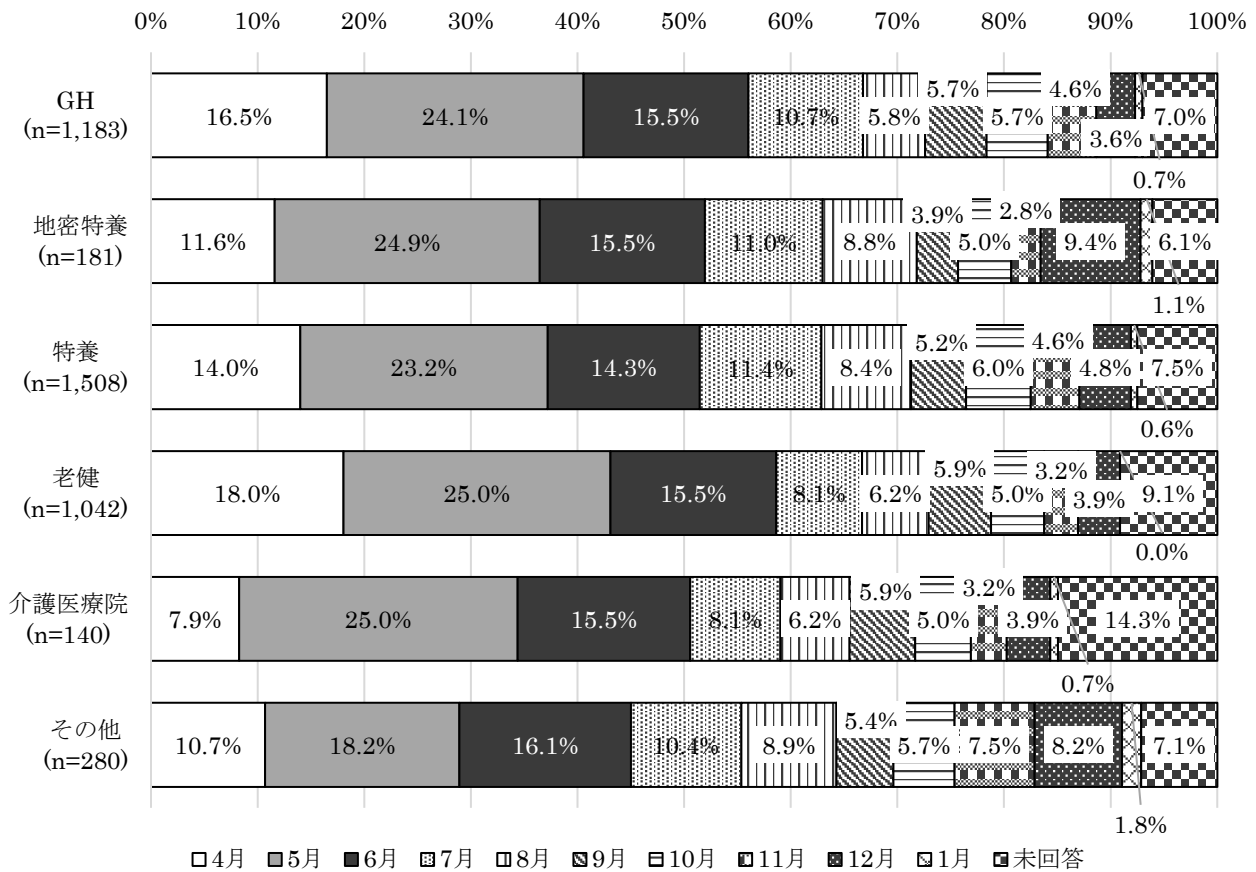


図 2-1 問 2：認知症チームケア推進研修の修了時期

問 3：これまでに修了した研修は指導者研修修了が 7.4%~14.3%、リーダー研修修了が 61.1%~74.3%、リーダー研修受講予定が 2.8%~6.0%であった（図 2-2）。

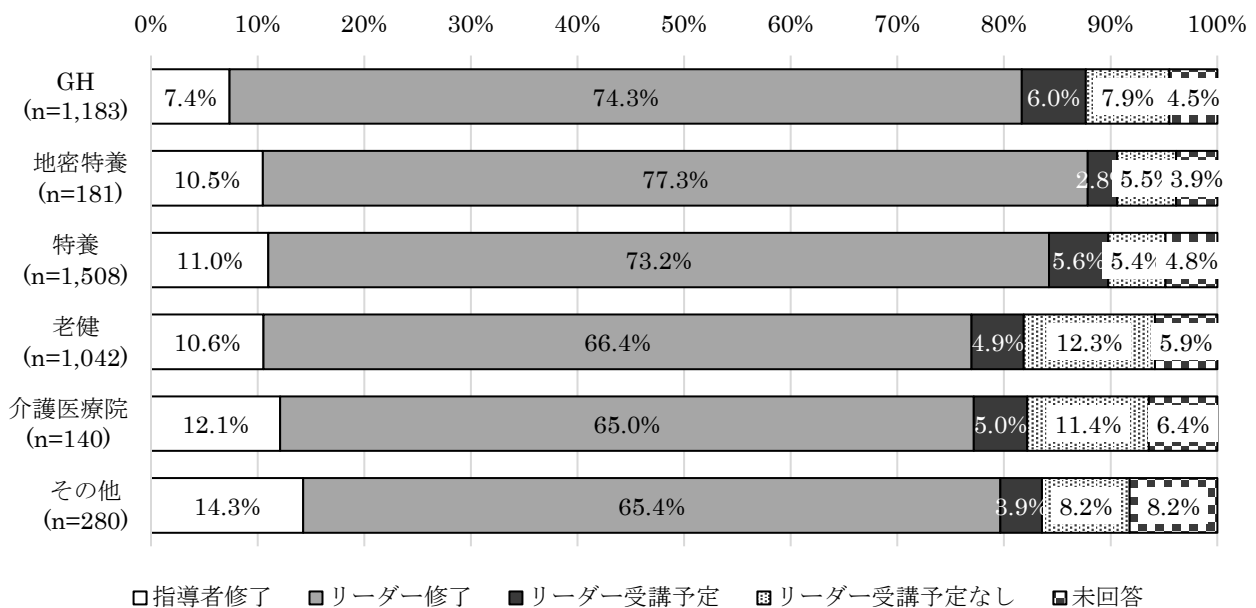


図 2-2 問 3：これまでに修了した研修

問4：役職は経営者・施設長クラスが0%～12.8%、部長・課長・管理者クラスが5.7%～39.2%、リーダー・サブリーダー・主任・副主任クラスが28.5%～57.6%、役職なしが19.0%～54.3%であった（図2-3）。

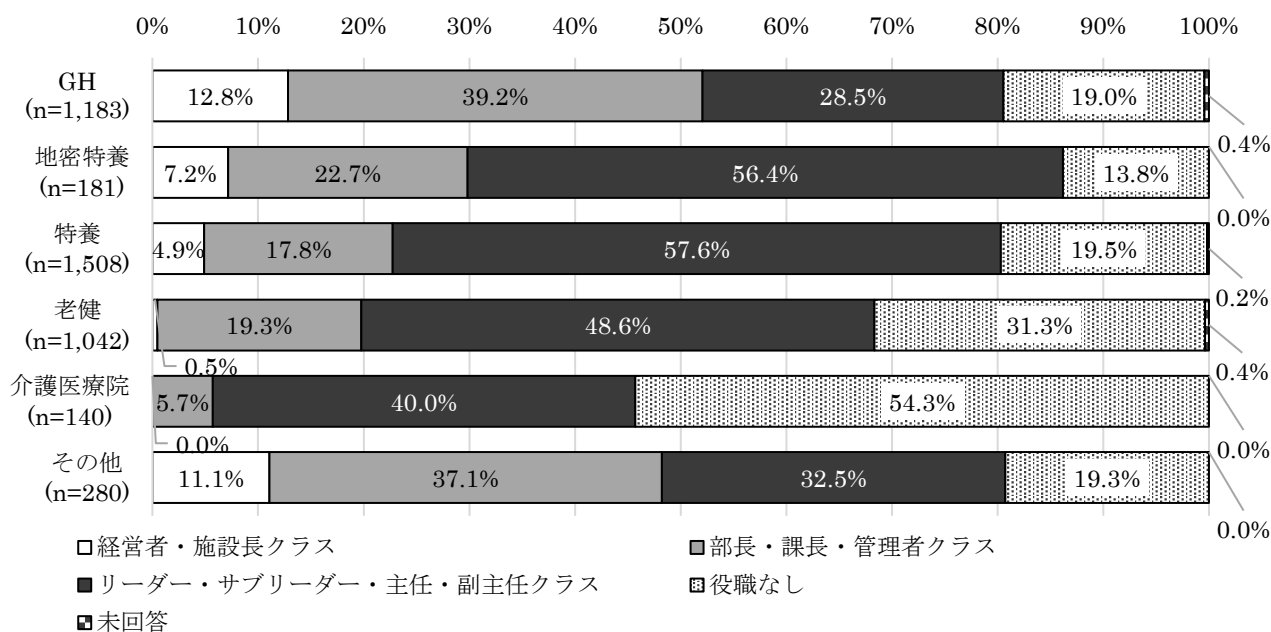


図2-3 問4：役職

問5：経験年数は表2-27のとおりであった。

表2-27 問5：経験年数

	GH (n=1,149)	地密特養 (n=179)	特養 (n=1,475)	老健 (n=1,009)	介護医療院 (n=138)	その他 (n=279)
経験年数	19.4±6.3	20.5±6.9	19.7±6.4	19.4±6.4	19.2±6.7	19.9±6.5

値は、平均値±標準偏差を示す。

問 6：研修の受講理由は認知症ケアの質を高めるためが 65.7%～80.0%、認知症チームケア推進加算を算定するためが 31.8%～75.6%、上司の指示が 1.1%～5.7%であった（図 2-4）。

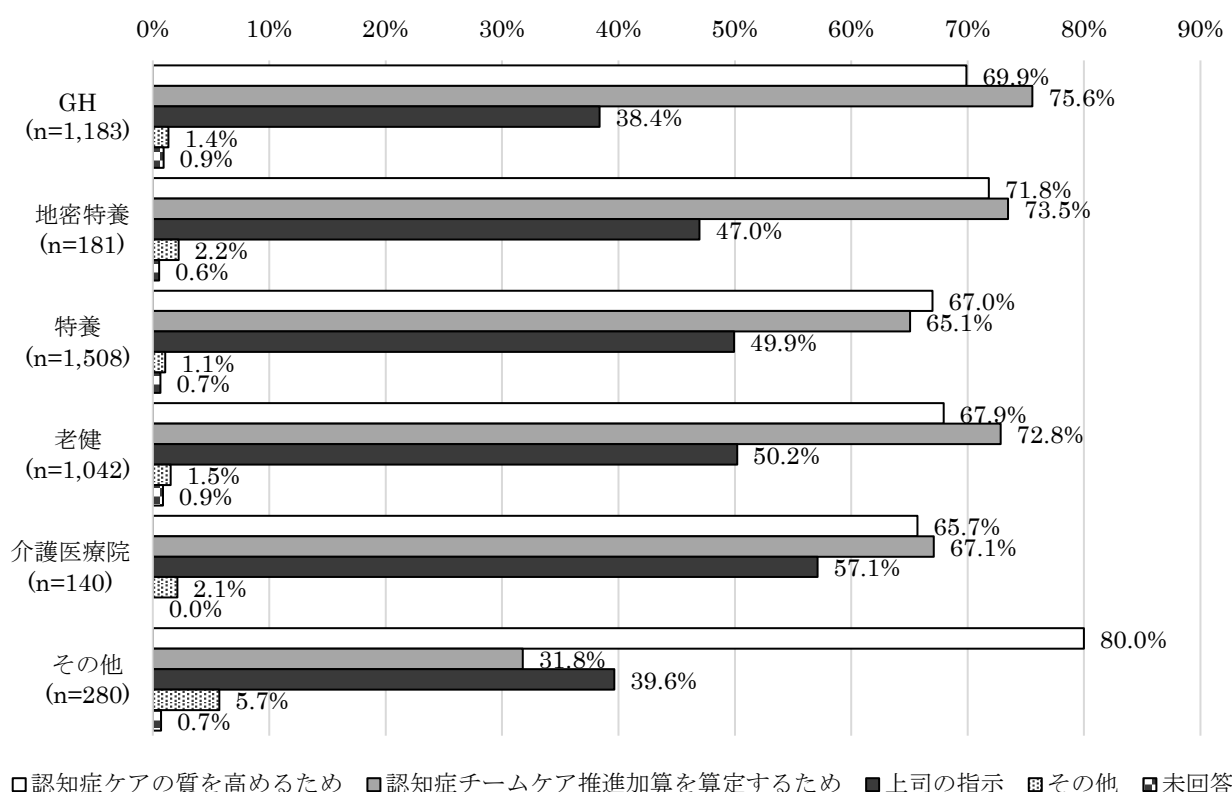


図 2-4 問 6：研修の受講理由（MA）

3) 推進研修の受講時間

問 7：研修を受講した時間はすべて業務時間内に受講したが 62.3%～75.1%、すべて業務時間外に受講したが 16.0%～24.3%、業務時間内にも業務時間外にも受講したが 4.3%～13.8%であった（図 2-5）。

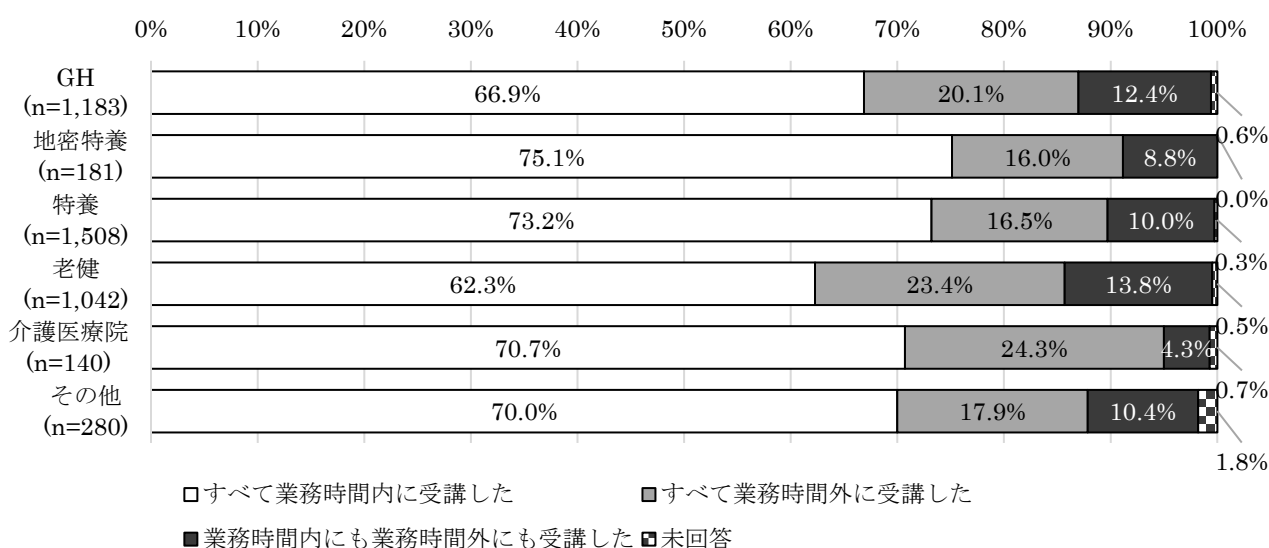


図 2-5 問 7：研修を受講した時間

問 8：受講時間の長さは短かったと思うが 5.0%～8.8%、適切だったと思うが 77.1%～86.8%、長かったと思うが 5.4%～13.6%であった（図 2-6）。

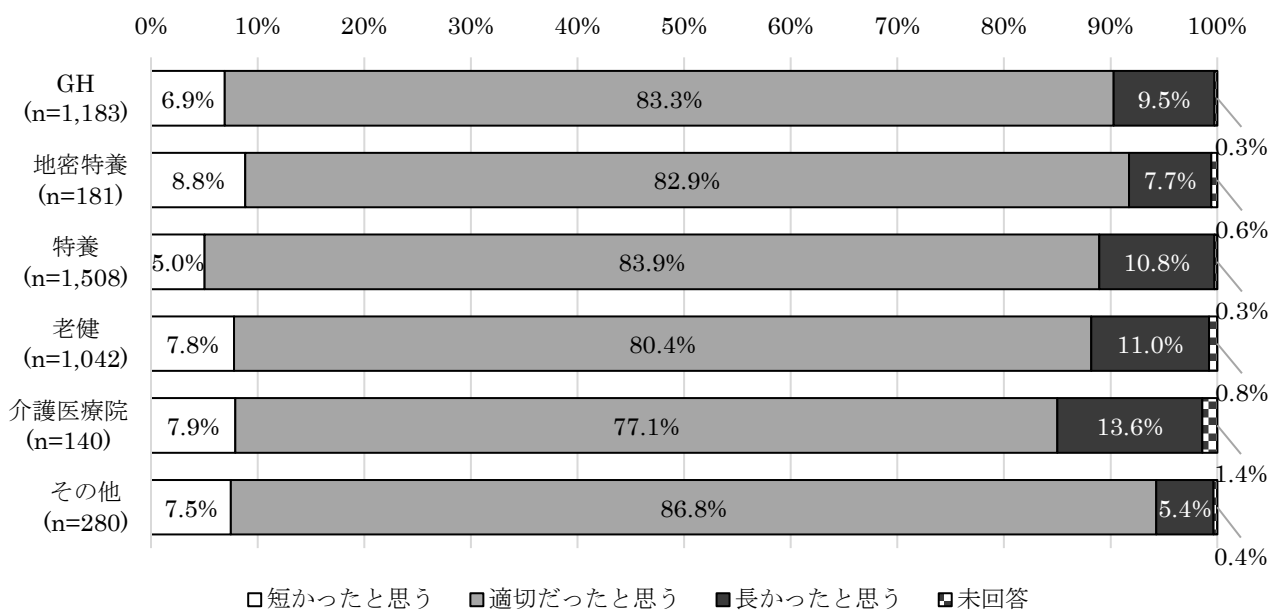


図 2-6 問 8：研修受講時間の長さ

4) 研修の受講環境や学習内容

問 9：受講場所の確保状況は問題なく確保できたが 87.9%～95.7%、確保するのが難しかったが 3.6%～11.4%であった（図 2-7）。

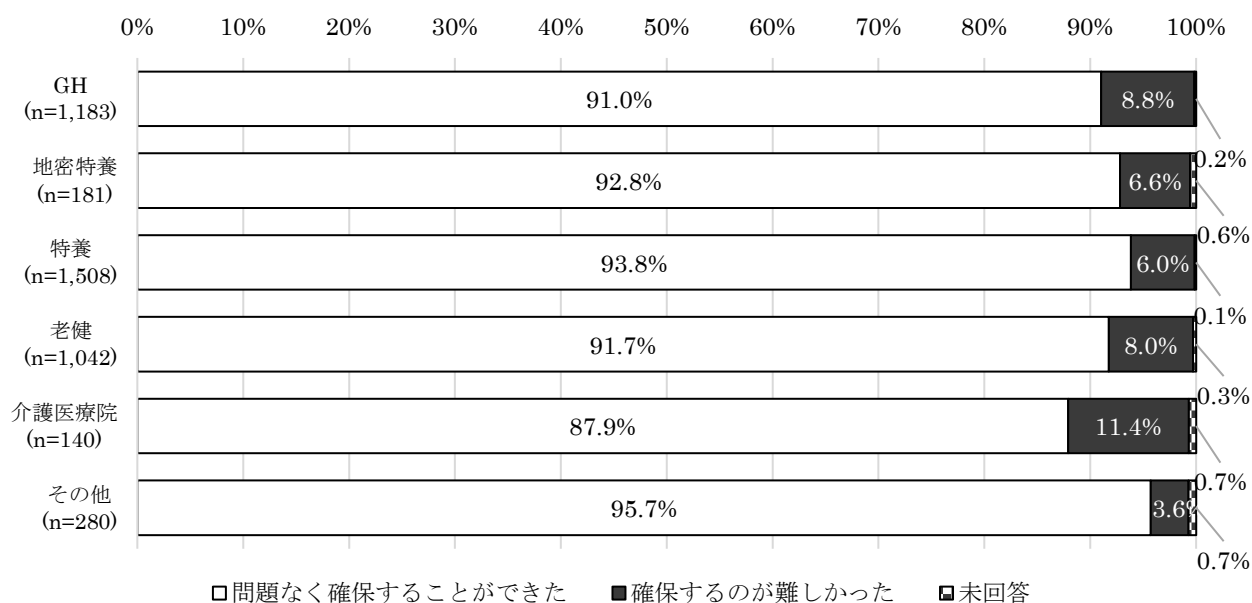


図 2-7 問 9：研修受講場所の確保状況

問 10：研修受講場所は職場が 75.0%～88.6%、自宅が 11.7%～25.0%、その他が 0.6%～1.4%であった（図 2-8）。

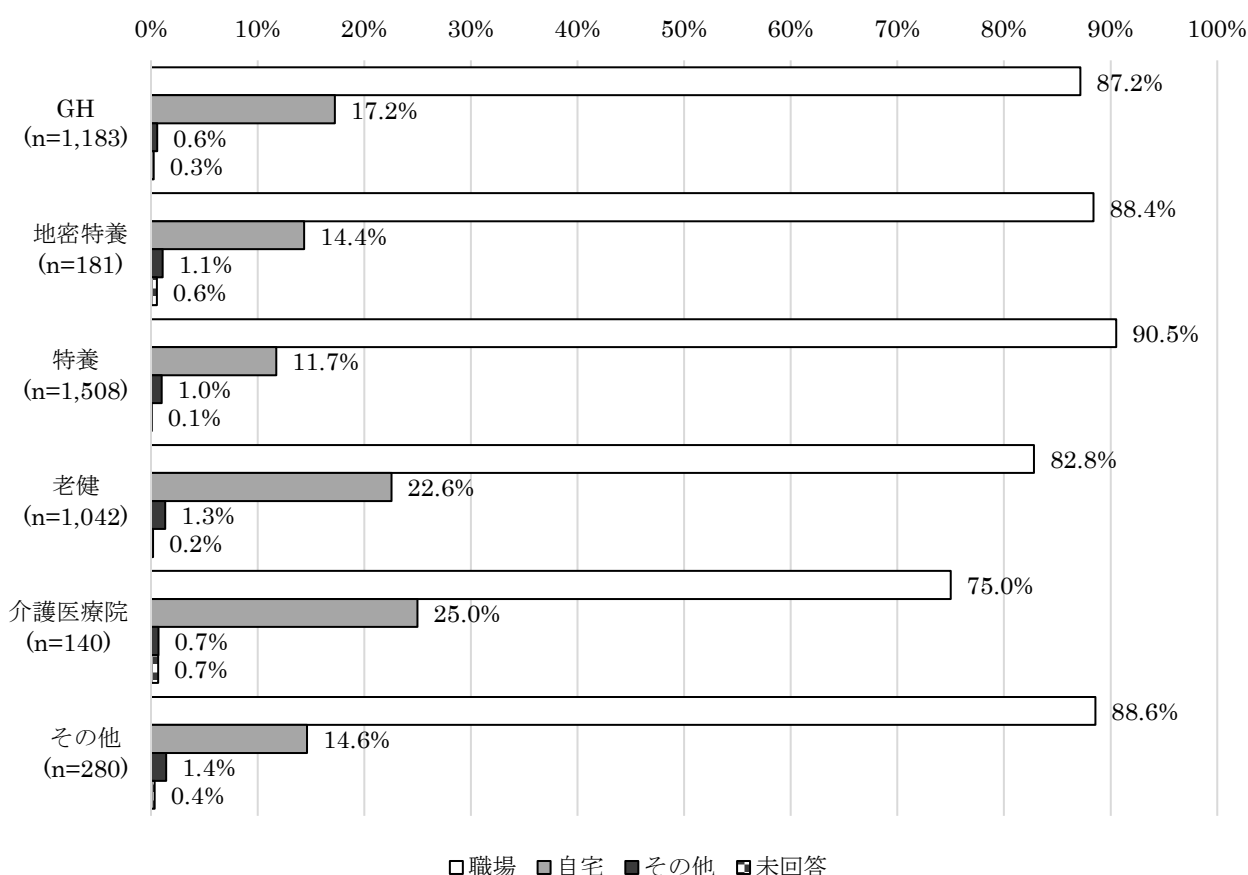


図 2-8 問 10：受講場所（MA）

問 11：e ラーニングの操作方法の使いやすさは簡単だったと思うが 14.3%～26.5%、適切だったと思うが 69.6%～75.0%、難しかったと思うが 3.9%～10.0%であった（図 2-9）。

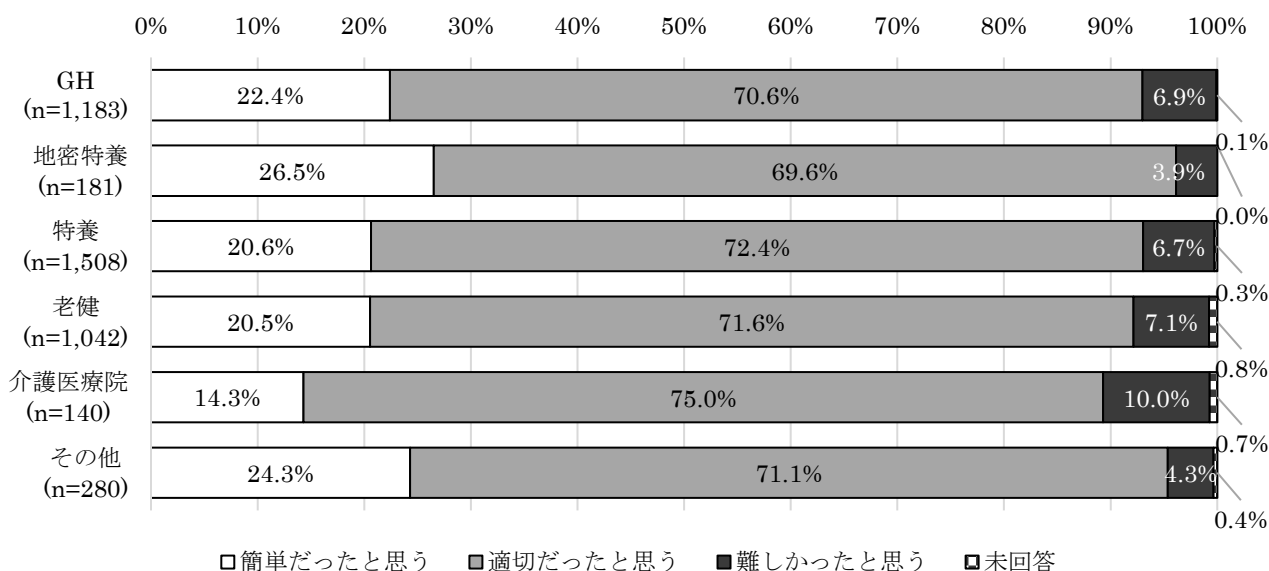


図 2-9 問 11：e ラーニングの操作のしやすさ

問 12：学習内容の難易度は簡単だったと思うが 5.8%～7.9%、適切だったと思うが 73.6%～87.1%、難しかったと思うが 4.6%～17.9%であった（図 2-10）。

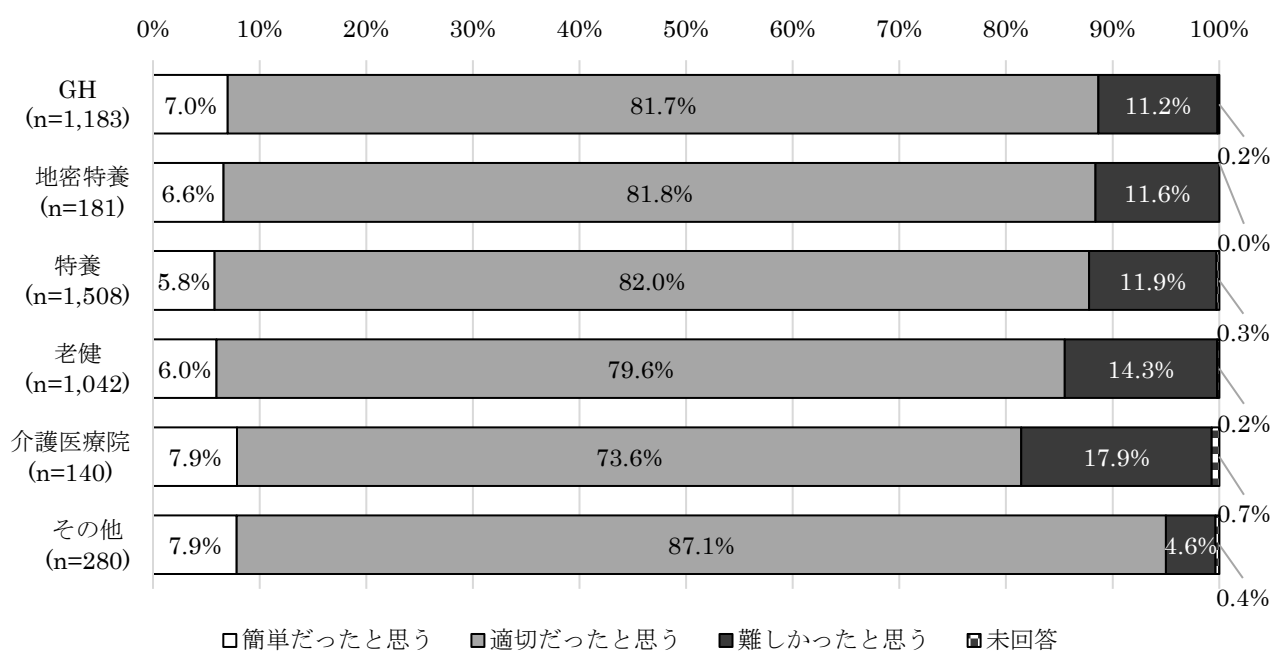


図 2-10 問 12：学習内容の難易度

5) 研修内容の理解

事業種別の問 13：理解の変化は表 2-28 のとおりである。

表 2-28 事業種別の問 13：理解の変化

	GH (n=1, 183)		地密特養 (n=181)		特養 (n=1, 508)		老健 (n=1, 042)		介護医療院 (n=140)		その他 (n=280)	
1：認知症の人の尊厳の保持し、そのらしい暮らしの実現を目指すことの重要性について理解が深まった	3.5±0.6	[9]	3.4±0.7		3.4±0.6	[3]	3.5±0.6	[2]	3.5±0.6	[1]	3.5±0.6	
2：BPSD を本人の満たされないニーズであるととらえる意義について理解が深まった	3.5±0.6	[4]	3.4±0.7		3.4±0.6	[3]	3.4±0.6	[3]	3.4±0.5	[1]	3.4±0.6	
3：アセスメントの方法について理解が深まった	3.2±0.7	[4]	3.2±0.7		3.2±0.6	[5]	3.2±0.7	[2]	3.1±0.6	[1]	3.3±0.7	
4：BPSD 評価尺度の理解と活用方法について理解が深まった	3.2±0.7	[7]	3.2±0.7		3.2±0.6	[7]	3.2±0.7	[2]	3.1±0.6	[1]	3.3±0.6	[1]
5：ケア計画の立て方について理解が深まった	3.2±0.7	[8]	3.1±0.7		3.1±0.7	[4]	3.1±0.7	[5]	3.0±0.6	[1]	3.2±0.6	
6：PDCA サイクルの回し方について理解が深まった	3.2±0.7	[7]	3.1±0.7	[1]	3.2±0.7	[2]	3.2±0.7	[5]	3.1±0.6	[1]	3.3±0.7	
7：チームで視点を揃えることの重要性について理解が深まった	3.5±0.6	[7]	3.5±0.7		3.5±0.6	[4]	3.5±0.6	[2]	3.4±0.6	[1]	3.5±0.6	

値は、平均値±標準偏差を示す。

[]は欠損数を示す。

回答は「1：そう思わない」～「4：そう思う」の4件法である。

6) 研修後の取り組み状況

問 14：研修後取り組み人数はまだ取り組んでいないが 34.3%～70.4%、1 名が 7.9%～14.8%、2 名が 4.4%～12.8%、3 名以上が 11.8%～41.6%であった（図 2-11）。

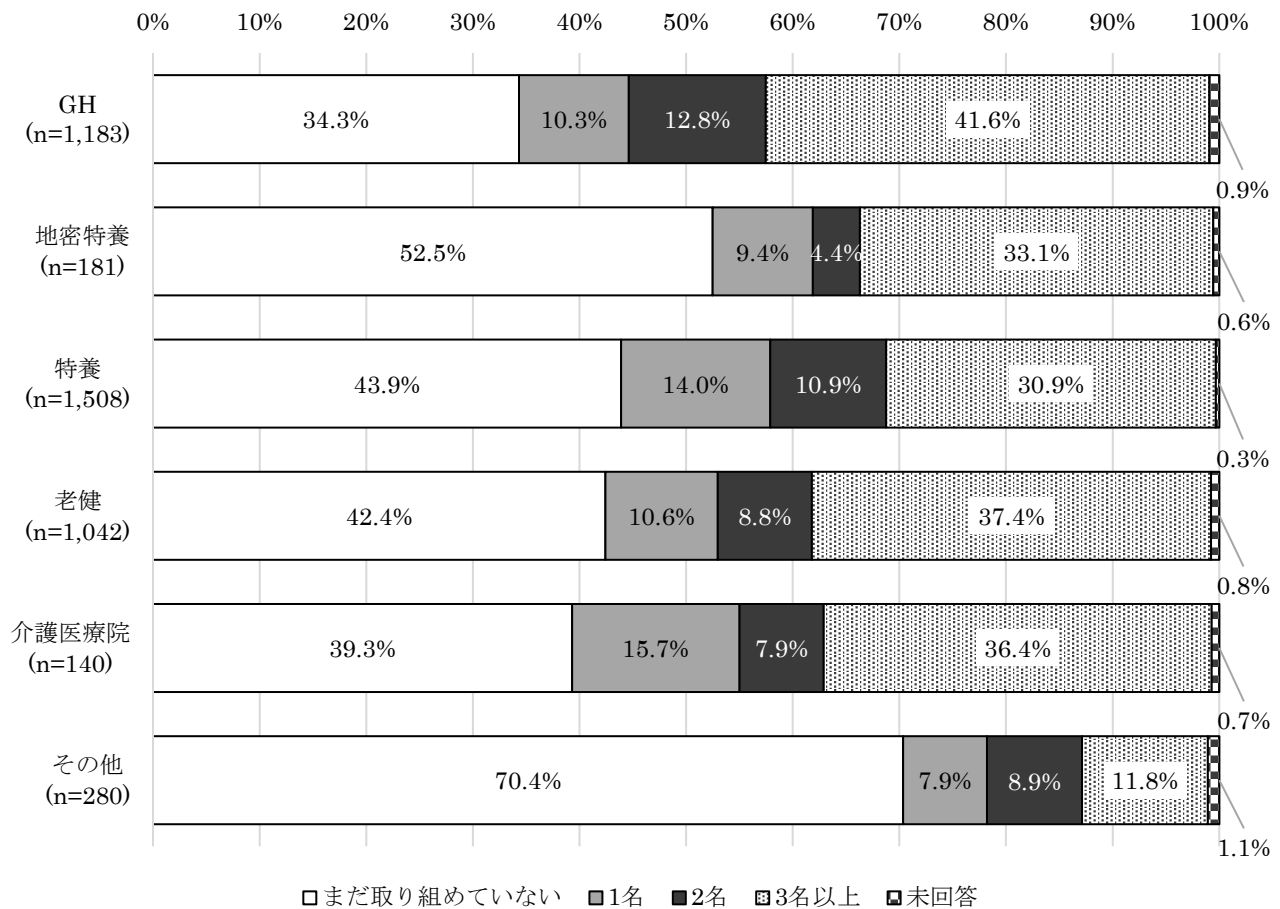


図 2-11 問 14：研修後取り組み人数

また、3 名以上に取り組んでいた場合の取り組み人数は表 6 のとおりである。

表 2-29 問 14：3 名以上の場合における取り組み人数

	GH (n=465)	地密特養 (n=58)	特養 (n=403)	老健 (n=336)	介護医療院 (n=47)	その他 (n=27)
取り組み人数	10.5±5.4	14.5±9.5	18.1±21.8	15.7±21.0	13.8±14.0	11.7±14.4

問 15：取り組み開始時期はまだ取り組めていないが最も高く 33.0%～69.6%であった（図 12）。

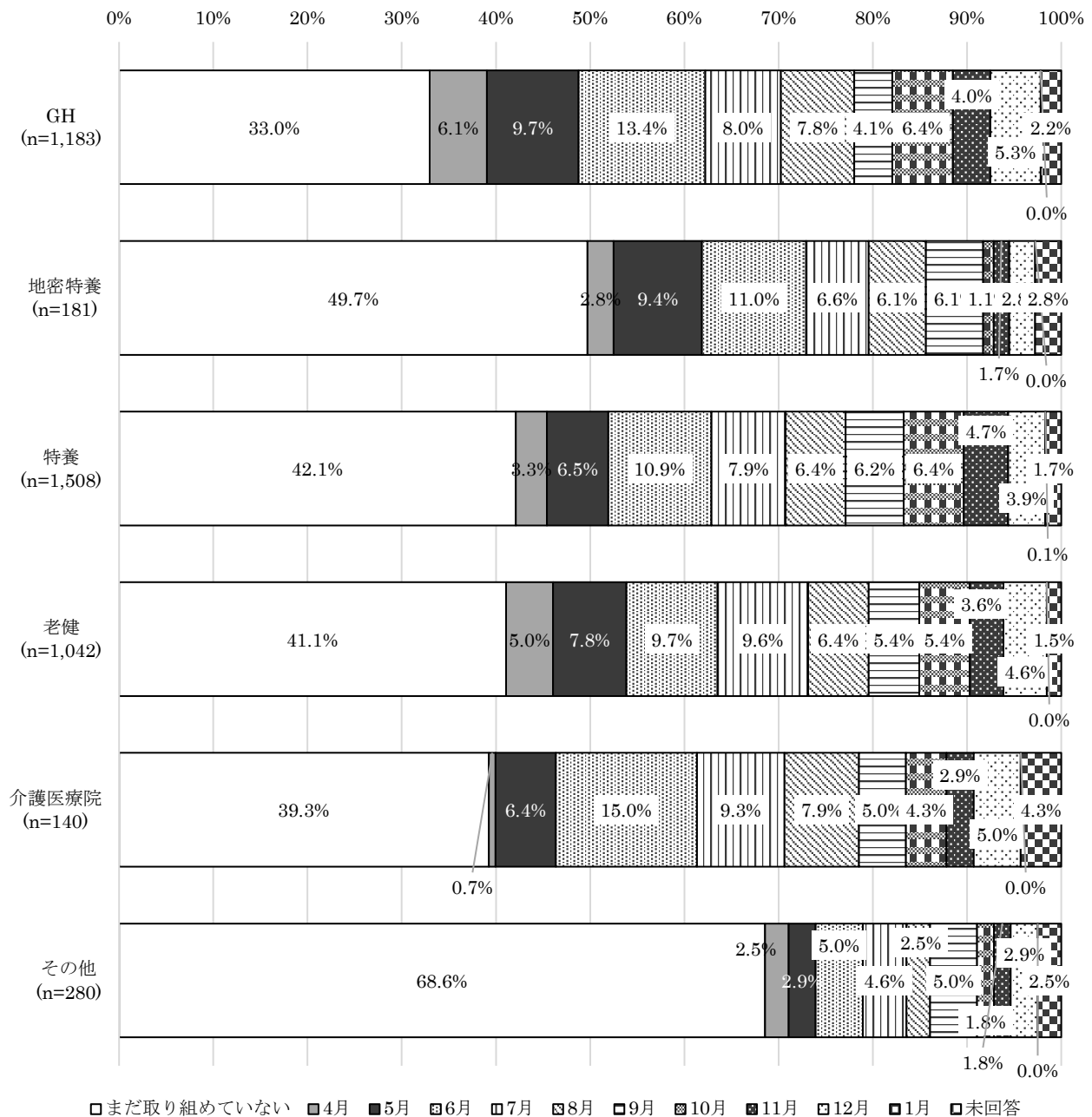


図 2-12 問 15：取り組み開始時期

問 16：取り組んだ効果（自由記述）は、受講内容を実践したことにより得られた効果として、利用者の変化は 2,043 名、職員の変化は 2,276 名の有効回答があった。KH Coder を用いた共起ネットワークおよび各カテゴリーの定義と具体例を利用者（図 2-13、表 2-30）および職員（図 2-14、表 2-31）でまとめた。

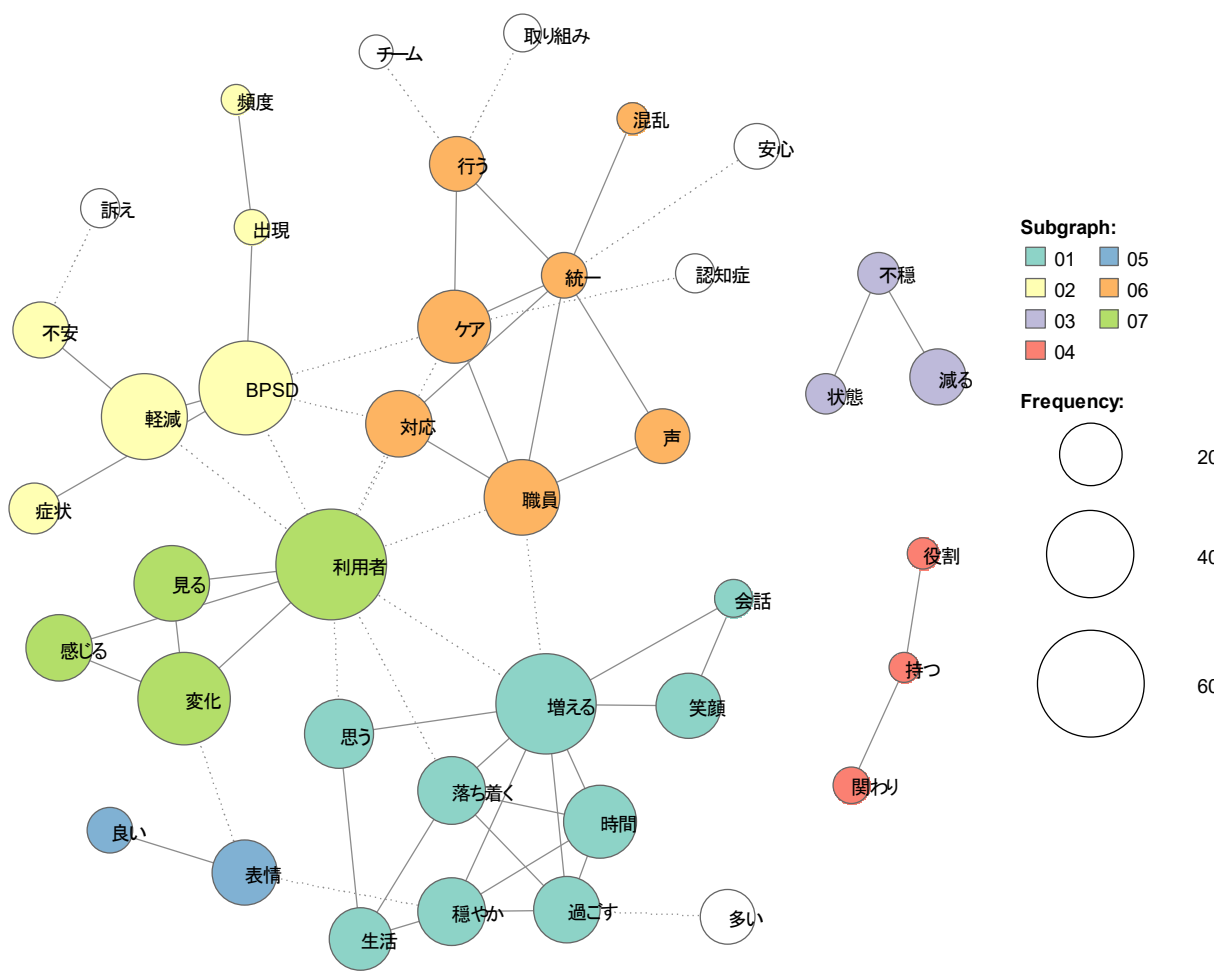


図 2-13 問 16 : 利用者の変化に関する共起ネットワーク

表 2-30 利用者の変化における各カテゴリーの定義と具体例

No	カテゴリーの定義	具体例
1	利用者の生活が落ち着いて穏やかに過ごす時間や笑顔で会話することが増えた	- 計画したワークシートをもとに今まで以上に利用者の気持ちを考え対応することで笑顔も増え穏やかに過ごせて頂けているように思い、また、今までに聞くことがなかったお話もしてくださった。 - BPSD の評価尺度を使って今利用者の中で一番困っていることなのかを優先順位的に分かり、利用者へのケアの方法を考えることが出来て少しずつ利用者の生活のしづらさ、不満を減らし、笑顔が増えた。
2	利用者の BPSD の出現頻度や不安などの症状が軽減した	- BPSD のニーズをとらえることにより、全ての人ではないが、不安や混乱、興奮状態が良くなる人もいて、その人の QOL の向上（不安なく生活出来る穏やかに過ごす等）につなげることができた。 - BPSD の出現頻度が軽減し、介護抵抗や不穏行動が軽減し、1 日を通して落ち着いて生活することが増えてきている。
3	利用者の不穏状態が減った	- ご利用者の想いを推測情報共有し、ケアを統一することで不穏な言動が軽減した。 - 心や耳を傾け、寄り添う時間が出来たことで、不穏は軽減。

4	利用者の役割や関わりを持つようになった	・ 職員との関わりや、役割ができてチームケア前よりも会話や発声、笑顔などを見ることが増えたように思う。 ・ 関わりを持つことで落ち着いた時間を増やせてる。役割を持つことで自分に繋がっている様子が見られているように感じる。
5	利用者の表情がよくなった	・ BPSD と捉える行動軽減がニーズとして受け入れられるようになったことで、対応時、対応後の表情、反応が穏やかになった。 ・ ケア計画実施時において、表情に活力や笑顔を見せて下さる回数が増えた。
6	職員が統一した対応や声掛け、ケアを行うことで利用者の混乱が減った	・ BPSD があるご利用者への関わり方を見直し、統一したケアを提供する事により、ご利用者の混乱や興奮が徐々に緩和し、BPSD 出現時にも早期対応し、重症化を防ぐ事ができた。 ・ 普段認知症ケアの統一化や平準化されていないまま関わり、混乱させたりしていたが、適切な関わりによって本人の BPSD の軽減へ繋がった。
7	職員が変化することで利用者の変化を感じることがようになった	・ 時間は要したものの、職員の意識の変化が伝わったかの様に、利用者の言動行動にも生きがいを感じ、依然と日悪しても発言も増し表情も穏やかにみえた。 ・ 職員の関わり方の変化もあってか少しずつ笑顔が増えたり落ち着かれている方もいらっしゃるように感じます。

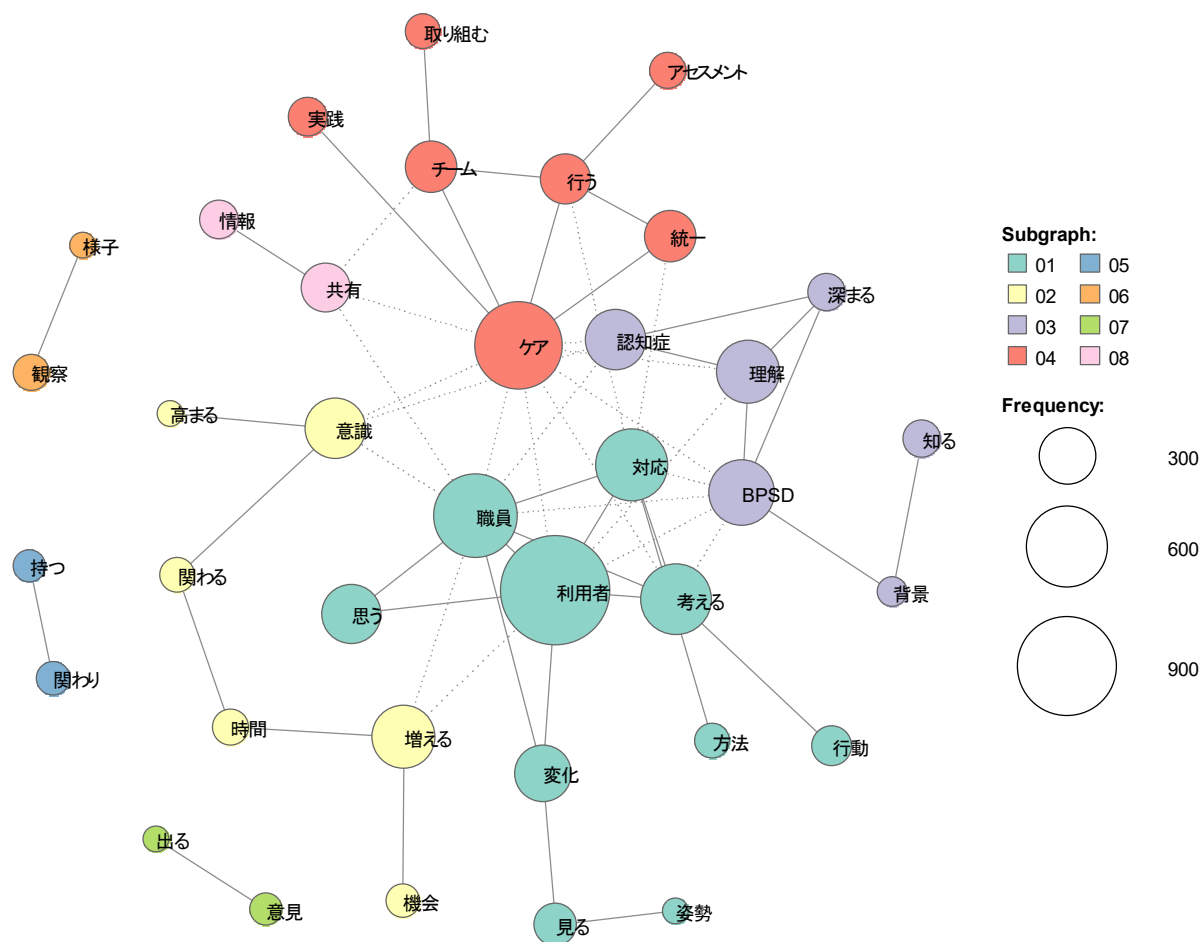


図 2-14 問 16：職員の変化に関する共起ネットワーク

表 2-31 職員の変化における各カテゴリーの定義と具体例

No	カテゴリーの定義	具体例
1	職員が利用者の変化を見る姿勢が身につき、対応方法を考え行動するようになった	・ BPSD は問題行動ではないことの認識、職員の対応次第で利用者の反応も変わるという事が意識付けされ多くの意見を出し合い支援内容を見直す等の行動が増えたと思います。 ・ 個々でのコミュニケーションが増えたり、ご利用者の変化を見つけようとする姿勢が見られるようになった。
2	職員の意識が高まり、利用者と職員が関わる機会や時間が増えた	・ BPSD の評価方法を知り、実際に評価をしてみたことで、利用者の背景要因の分析ができて、その事をケア計画に入れて実行することで、利用者への関わり方が変わり、職員の意識も高めることができた。 ・ チームで話し合いの場を持つ事で 1 人 1 人が意識して利用者様と関わるようになった空いている時間を利用者様と一緒に「何かをやる時間」にする事が出来て、職員が色々なアイディアを出し合うようになった。
3	職員が認知症や BPSD の理解が深まり、BPSD の背景を知ろうとするようになった	・ BPSD に対しての関心と理解が深まり、利用者の方の行動に対して背景や環境について考察し関わろうとするようになってきていると感じる。 ・ チームの皆が BPSD 評価で計画策定に共に関わることで、行動を表面的に捉えるのではなく、背景を探る、考える等、認知症ケアや担当入居者について理解を深めることができた印象である。
4	職員がアセスメントを行いチームで統一したケアに取り組むようになった	・ 毎月利用者に対するアセスメントやカンファレンスを行う事で、ケア内容の統一やチーム間での情報の共有が行えている。 ・ アセスメントワークシートを用いることでチームで視点をそろえた対応を行い利用者の想いに沿ったケアが行えたと思います。
5	職員が利用者に関わりを持つようになった	・ コミュニケーションをとる頻度が増え関わりを持つ意識が高まったように感じる。 ・ 利用者がしたいことを汲み取ることで、対応方法を理解した上で関わりを持つことができた。
6	職員が利用者の様子を観察するようになった	・ 利用者の日々の様子をより観察するようになり、利用者の細かい変化に気づけるようになった。 ・ 普段の何気ないケアや声掛けを意識して行い、入居者の様子観察をしっかりと行えるようになった。
7	職員から意見が出るようになった	・ 1 つの問題に直面しても、色々な角度から分析したり意見を出し合ったりし、職員間で話し合う機会が増えた。 ・ BPSD は問題行動ではないことの認識、職員の対応次第で利用者の反応も変わるという事が意識付けされ多くの意見を出し合い支援内容を見直す等の行動が増えたと思います。
8	職員がチームで情報を共有するようになった	・ チームで目標を共有して、短期間で情報を共有していく方法で、職員の意識も高まっている。 ・ いろいろな声掛けの方法、どのように対応したら入浴していただけるのか皆で情報共有ができ、ご利用者の意思も尊重しつつ協力体制で行うことが出来たように思う。

7) 研修受講について

事業種別の問 17：研修を他職員に勧めたいかは表 2-32 のとおりである。

表 2-32 問 17：研修を他職員に勧めたいか

	GH (n=1, 172)	地密特養 (n=180)	特養 (n=1, 495)	老健 (n=1, 031)	介護医療院 (n=138)	その他 (n=280)
研修を他職員に勧めたいか	3.3±0.8	3.4±0.8	3.2±0.8	3.3±0.8	3.4±0.68	3.3±0.9

値は、平均値±標準偏差を示す。

回答は「1：そう思わない」～「4：そう思う」の 4 件法である。

問 18：研修の課題・改善案（自由記述）は 1453 件の回答があった。研修や取り組みに対する意見と研修や取り組み以外に対する意見に分類し、主な意見を抜粋した。

① 研修や取り組みに対する意見

【加算のための取り組みに見える】

- ・他の加算も同様に、実際にどのようなことが行われているかが不明確な部分もある。事業所ごとにマニュアルなど視覚化することで、現時点よりは受講しやすくなると思う。認知症の利用者や職員の質向上の為にやっているのか、加算という名目でやっているのか、根拠が分からないことが多い。業務内で仕事場で対応者がいるから加算を取るだけでは違うと思ってしまう。
- ・認知症介護実践リーダー研修に組み入れるべきである。研修内容レベルを鑑み、リーダー研修を受講できる職員レベルに合致すると考える。加算算定要件のための研修とも捉えられかねないため、認知症ケアの重要カリキュラムとして位置づけるべきである。
- ・認知症専門ケア加算の認知症自立度Ⅲ以上の対象利用者と、認知症チームケア推進加算の自立度Ⅱ以上の対象利用者を比較すると、グループホーム全員の利用者が仮にⅡ以上としても認知症チームケア推進加算を算定するだけの要件、月 1 回カンファレンス、ワークシートの記入の負担が多い。その為、Ⅲ以上の方はこれまで通り専門ケア加算のままの算定となっていて、内容に矛盾を感じる。システム開発して、連動（一元化）してほしい。

【研修が十分に周知されていない】

- ・この研修があることを知らなかったが、同じ認知症介護指導者から情報を得て、受講した。研修の周知が足りていないのではないのでしょうか。
- ・研修を行うことをその時まで知らなかった。知らない職員がほぼほぼと思う。誰でも進んで受けられるようになったら良いと思う。

【どこでも視聴しやすくしてほしい】

- ・ID やパスワードなどなく誰でも何時でも受講できると良い。
- ・いつでもどの場所でも無料で受講できる（または視聴する）ことができるよう、ユーチューブなどでの配信。

【インターネットの環境が整っているとは限らない】

- ・ ネット環境が整っていないと受講しにくい。職場でやるには他のスタッフが使用していると時間と場所が限られる。いつでも受けられるのはとても良い。
- ・ ネット環境の問題と思いますが、動画が度々止まり、スムーズに進みませんでした。また内容が事前資料の読み上げでしたので、資料の他に内容に不随したお話が聞ければ、なお良かったと思いました。

【パソコンの数が限られている】

- ・ パソコンの台数が少なく、使用できないことがある。職員の人数が少なく、日々の業務に追われ、時間を作るのが難しい。
- ・ 受講しやすい環境。長時間パソコンの前に座っていても気を遣わなくてすむように。

【研修の AI 音声聞き取りにくい】

- ・ AI 音声だったように記憶しているが、若干聞き取りづらく、集中しにくかったと思う。
- ・ AI 音声なのか BPSD のワードが頻回で少し聞き取りづらい部分がありました。

【e ラーニングによる研修は集中しにくい】

- ・ パソコンやスマホを見るだけなので、集中力が続かずボーっとしてしまった時間もありました。終わったようで終わっていない感じです。
- ・ 介護に関わると、認知症とは切っても切れないものになる為、介護者、1人1人の知識としてこのような情報は必要だと思います。ただ、文字のみで読んで理解するのでは、集中力も必要で、なかなか自らしっかりとやろうと思う人のみの場合がある為、図や簡単な表、マンガ等も取り入れ、あきない工夫があると、嫌がらず、スムーズにみられるのかと思いました。

【施設・事業所内の複数の職員が同時に研修を受講できるようにしてほしい】

- ・ 1人で学ぶ事も良いが、数名で受講できると、より参加者も増えグループワークが行える。話し合いの活性化が図れると思う。
- ・ このたびの研修は、携帯で受講したので画面が小さく理解不足のような、TV 画面やYouTube や DVD の研修の方がわかりやすいかなと個人的に感じました。また、他の職員もこの認知症チームケア推進研修も受講できれば、それぞれの受け止め方もあり、もっとよい認知症ケアの現場が達成感のあるチームケアが目指せるように思います。特定の職員に限らずチーム皆で研修を受講できる体制が必要。そうなるようになればと望みます。伝えることが難しいと感じた。
- ・ できれば業務内でグループで受講できるとよい。皆それぞれにケアへの思いがあり情報交換や共有の場になると思うから。

【研修動画を内容ごとに分けてほしい】

- ・ 動画をチャプターでわけて、途中で確認テスト等入れると理解が得られやすくなるように感じた。

- ・動画を内容ごとに区切ってもらえると、見直しやすく、分かりやすいと思います。

【定期的に研修内容をアップデートしてほしい】

- ・1回だけ見聞きするだけでなく、定期的に内容をアップデートして、より現場に近い事例を挙げたり、例として挙げる事で興味を持って学んでもらえると思う。

【フォローアップ研修を開催してほしい】

- ・オンラインで短時間実施出来る事は、受講しやすい。ただ一方的に聞き、確認する場所がないのは、これから実践を引っ張っていく者（研修受講者）として不安がある。フォローup 研修などあれば良い。認知症ケアには正解がない為、フォローup 研修も何をすればと思いますが、情報交換の場（加算取得施設）があれば嬉しいです。
- ・チームの意見をまとめるのが難しい。内容や受講後のイメージが掴みづらく、ぼんやりしていた。手探りで行っているので、個々の判断が合っているのか分からない。実践した後のフォロー事例とかケースとか知る機会があれば良い。

【対面研修を開催してほしい】

- ・オンデマンド研修だったので受講はとてもしやすかったです。ですが、ワークシートの使用方法を見るだけでしたので、できるなら対面（集合）研修で、グループワークなどできるとシートやアセスメントの理解がより深まるのではと思いました。
- ・対面の研修だとわかりにくいところなど、直に聴けたりもするので、ありがたいかと。（質疑応答の機能など）

【優先順位を決めて対象者を選定する方法に関する説明をしてほしい】

- ・BPSD が改善されないケースも見られるが、そういった方へのケアの期限があいまいであるため算定が難しい。チームで抱える人数にも限界があるため優先度決めが難しい。BPSD 以外の症状が出た時はどうしたら良いのかも不明瞭である。

【BPSD に関する説明をわかりやすくしてほしい】

- ・BPSD と背景要因の分析が難しく思います。具体的な事例がたくさんあると、考え方やとらえ方の組み立てにイメージがついてわかりやすくなると思いました。理解が深まる程、入居者様に対して心地よい介護につながっていくと思いました。
- ・BPSD+Q/BPSD25Q の項目が当てはまらないことが多く、評価として数値化しにくいと感じた。

【ワークシートに関する説明をわかりやすくしてほしい】

- ・BPSD25Q の具体的な判断方法、ワークシート展開における実践的な記入例などが提示されると、よりわかりやすくなると思う。
- ・BPSD が顕著にある利用者に対しては、ワークシートを作成しやすいが、そうでない方の予防に向けたの取り組みについては、もう少し詳しく聞きたかった。加算に必要な書類はチームケアを終了する手順の説明を加えてほしい。

【ワークシートを改善してほしい】

- ・ 認知症のある方は複数の要因が重なって BPSD が見られることが多いため現在の方法では対応できない場合がある（シートの問題）。BPSD+Q/BPSD25Q のシートに「徘徊」や「不穏」などの言葉が使用してあるが、あえてこのようなレッテルを貼るような言葉を使う必要はないと思います。スタッフにはなるべくこれらの言葉を使わないようにお願いしています。本当のニーズを見つけるための障害となるのでせっかく良い内容の説明なのに使用するシートで偏見を持たせてしまう可能性がある。
- ・ BPSD+Q/BPSD25Q を用いて、介護職員の主観に頼らない評価が可能ではあるが、用紙の中に新たに出現した項目、具体的な症状、行動が記入できる欄があると、点数上だけでなく、対象者の変化が把握しやすいと思います。（BPSD+Q の合計点数に変化がなくても、評価期間中に新たに出現した症状があった為）

【具体的な事例がほしい】

- ・ e ラーニングの研修はテキストそのままです。テキストさえあれば聞く必要もないのではと思います。例えば、現場の事例を交えた演習から紐解くやり方であれば、より解りやすいのではと思います。
- ・ チームケア（一部）だけでなく、施設全職員が学ばなければならないと思う。研修において施設的环境、人員、スタッフ配置などに応じた具体的な事例などが多くあれば、より身近に感じることができると思う。
- ・ 過去の実際に実施した成功例や失敗事例等がもう何点かあれば、より分かりやすかったと思いました。

【質問の機会がほしい】

- ・ WEB だと質問ができないので、外部研修などで実施して欲しい。Q&A では分からないことが多いので。
- ・ オンラインでの研修は時間がある時に受講できるので大変便利です。質問して、後日でもいいので返答してもらえるしくみがあるといいと思います。

【Q&A 集やガイドがほしい】

- ・ 研修は短くないが、必要な内容かと思う。実践に伴い、要約をまとめた簡単なフローのようなものや質問がしやすいもの（アセスメント実践後の評価機関など）の Q&A があると様々な施設で導入しやすいのではないかな。
- ・ 事例のようにうまくはいかない。悩んだときに考え方を確認できるようなガイドがあると良い。
- ・ 受講におおまかなことは例題などで理解できたが、細かいこと（例えば認知度Ⅱa b だが目立った BPSD25Q が 0 点の人はワークシートをどのように作成するのか。ターミナルの利用者様は対象になるのか。認知症が重度で本人様の意思疎通が取れない人のワークシートはどのように記入、作成するのか。BPSD25Q は変更がある時のみとるのか、毎月とるのか、ワークシート、BPSD25Q の書類は決められているが、評価する書類など指定のものはないのかなど）決められ

ないことが多く、色々手探りで進めることが多く悩みました。もっと詳しくマニュアル化されていると取り組みやすいと思います。研修内容だけでは、どのようにしていけば良いのかわかりませんでした。Q&A あるとよいです。

【グループワークの機会がほしい】

- ・ BPSD のところをもっと時間をかけて説明する。事例も入れてできれば、ライブ配信でブレイクアウトルームでグループディスカッションすると、他者の考え方も伺えて良いと思います。オンデマンドの研修では聞くだけになってしまいました。
- ・ オンデマンド研修だからこそ、少し一方的かなと思いました。ワークシートの進め方など、実際のワークで考え進めていけると、もっと理解できたと思います。

【研修後に確認テストがほしい】

- ・ 動画視聴をもって終了とする方法は、個人的には反対意見です。個々で理解度も違ってくると思うので、受講を必須とするならば、最後にテストくらいはセットで実施すべきかと思います。当施設では、リーダー研修も含めて法人負担で決裁が下りますが、事業所によってはそうもいかないケースもあると思うので、可能なら無料が良いと思います。
- ・ e ラーニングを説明アセスメント会議の運営方法など各セッションごとに分けた方が受講しやすいと思います。一度に1時間を超えると現場では時間が取りにくくなってしまうため。またある程度は理解度を図るミニテストや事例などを入れて受講後活動がしやすい研修にしていたけるとよいかと感じます。

【他施設の情報がほしい】

- ・ 1 回の研修で終わらず、フォローアップ研修などがあると良いと思います。認知症の研究は日々進んでいるので、最新のものを学べる機会があると良いと思いました。他の施設での取り組み、評価なども知られると良いと思います。
- ・ BPSD の取り組み事例の検討会をする場があったら良いと思う。他法人や事業所等と検討や意見交換することにより、認知症ケアに対する意欲も高まっていくと思う。励みにもなると感じる。

【取り組み内容をわかりやすく職員に伝えるための方法が知りたい】

- ・ シートの活用が十分に活かされたか、チーム全体の理解度が同じであったか気になった。思うようにチームへ伝えきれなかったのが、わかりやすく伝える術などあったらいいと思った。
- ・ フロアにて導入していくにあたり、実践担当者以外の検討メンバーやチームメンバーへ理解を深めるための説明動画やスライドなどがあると、よりスムーズに取り組みが開始できたのではないかと思います。
- ・ ボリュームが多く1回視聴した後にテキストを読み込んで理解するのに時間を要する。研修受講者が説明する時に要約しているテキスト等あればと思う。
- ・ 介護に携わる職員全員がチームケアの基本的考え方を理解して取り組めるよう、学習や指導に使えるリーフレット程度の普及版テキストがあるとよいと思う。PC 操作が苦手な人や、動画研

修を好まない人には、集合研修があると良いと思う。基礎研修のようなスタイル。実際のモデルを使ったプランニング例を見せることができると、ハードルが下がるのでは。

【外国人の受講に対応してほしい】

- ・ 外国人の職員も複数名在職しているため、多言語で受講できると助かります。
- ・ 外国人の実習生が多い職場のため、外国人にも理解しやすい内容もあればと思う。
- ・ 外国人職員が増えているため、本研修の意義と方法をより理解しやすい形で示す必要があると思います。

【施設・事業所内の多くの職員に受講してほしい】

- ・ この研修をもとに組みを行うには、数名が同じ思い考えで受講しないといけないと思いました。なかなか取り組むことができていませんが、取り組みを行ってみたいと思います。
- ・ チームで関わる以上、全員受講が望ましいと思う。

【研修内容が難しい】

- ・ 研修内容は適切であったと感じるが実践者研修終了レベルの方でないと、内容を理解することが難しいのかもしれないと感じました。制限を設けるのは好ましくないと思いますが、正しく運用する為には実践者研修以上を受講した方（又は予定の人）を組み込む形にしてはどうかと考えます。
- ・ 自分にとっては、内容が少し難しく感じたのですが何回も見ることによって覚えたいと思いましたし、少し認知症ケアの勉強から離れていたもので、また勉強し直そうというきっかけになりました。自分は興味があったので、長さも ちょうど良かったのですが、まだわからない人や興味が薄い人にとっては、少し長いと感じると思うので、10 分から 15 分くらいの基礎知識のものとかがあれば、いいのかなと思っていました。
- ・ 実践者リーダー研修を持っているスタッフには当たり前のこと。反対に知識が低いスタッフには、おそらく 理解が難しい。チームケアのあり方に関しては、全スタッフ共通で必要だが、ベースの知識を向上させないと、何でそれを統一するかの意味合いがわからない。初めて認知症に関するスタッフの学習資料として活用できると、より良いと感じました。

【データ入力負担を減らしてほしい】

- ・ エクセルのデータがもっと合理的になっている方が望ましい。毎月、1 から or 前回のコピーで作るなり、前回との比較が分かりやすい。最初の質問をいつ更新すべきか悩んだ。1 人 1 人作成するのに時間がかかるので、もっと効率的になると尚よい。業務時間内に負荷がかかりすぎないことを望みます。
- ・ とても良い取り組みなので、更に理解しやすく学べると良い。又、BPSD などを使用するワークシートの活用がしやすく、データ入力などできるようになると良い。

【評価後の進め方がわかりにくい】

- ・ ケア計画を評価し、次に進めていく流れがわかりにくく、試行錯誤している。目標は1~2ヶ月程度で達成できる短期目標にするようになっているが、個人差もあり、実際は難しいように思われる。色々な事例をもとにより深めることができたらと思う。

【取り組み内容がPDCAを重視しすぎて、流れ作業になる可能性がある】

- ・ チームケアの取り組みがPDCAサイクルを重視しすぎて、流れ作業的なものにならないようにしたいと思います。

【事例に取り組んだ後に研修を受講したい】

- ・ e-ラーニングの利点は毎月のシフトに受講日を組み込むことができる事ですが、職員の理解力にバラつきがあります。職場のチームで対象利用者（1名）を決めてワークシートを活用しながら取り組み説明をした後に受講すれば理解度が上がるのではないのでしょうか。

【研修の受講対象に要件があるように思える】

- ・ PCでの視聴による研修や、料金の設定などはとても良いが、研修自体が指導者研修又はリーダー研修を終了した者しか受講できないと思っている人が多い。その為、認知症チームケアの取り組みを行っている事業所の職員は理解を深める目的で受講した方が良いなどの発信案内をした方が良いと思った。研修案内のサイトを見つけることが難しかったので、見つけやすくしていただければ良いと思った。
- ・ 認知症チームケア推進研修の受講対象者は、認知症実践リーダー研修修了者になっていることが受講しにくくしているのではないのでしょうか。受講対象者の門戸を広げてほしいです。
- ・ 認知症介護リーダー研修を終了していないと受講できないのか？あるいは認知症利用者等に関わる人（職員でも）受講できるようになれば良いかと思います。

【対象者数や人手不足の際のカンファレンスについてモデルケースを示してほしい】

- ・ チームで話し合う事は良い事です、GHのように沢山の方をチームケア推進研修の加算対象にすると現場が大変になるので、どうすれば良いのか悩みます。人手不足でもカンファレンスをどうしたら良いか、モデルケースなどを示してほしいです。

② 研修や取り組み以外に対する意見

【リーダー研修や実践者研修を受講しやすくしてほしい】

- ・ 実践者研修の受講ができない。人数制限ではじかれてしまう。昨年も3回申し込み、1人も受講できなかった。
- ・ 受講要件を誰でもが受けられるようにしても良いのではないかと思います。認知症介護実践者研修も認知症介護実践者リーダー研修も私の勤務する県では抽選であったり、年に1回か2回の開催しかなかったりと機会が少ない傾向です。私は役職がないので伝達していくにも難しい立場ではありますが、医療に携わる職種も介護職員初任者研修修了者も現場にて働く現役ならば受講したほうがケアの質もいち早く取り入れることができ、向上できると思います。また、事業種別でも環境因子や個人因子の影響ですでにBPSDが生じている場合もありますが、BPSD25Q/BPSD+Qは、どの事業でも活用できると思いますので、医療機関でも活用、受講の推奨をしたいと思います。
- ・ 人材不足の中で、外部研修に参加することは、とても困難です。ですが、認知症ケアに求められる適切ケアを理解、知識を習得することは不可欠だと考えます。どうにかeラーニングとか、webによるリーダー研修の開催のご検討をお願いします。
- ・ 認知症チームケア推進研修の受講は、webでできるため、現状でも良いと思うが、実践者研修、実務リーダー研修受講のハードルが高く、結果、加算算定のための最低限しか受講しないと思う。
- ・ 認知症リーダー研修受講（予定）の要件など、慢性的な介護職員不足の中、実践リーダー研修受講された方が退職されたり、研修申し込みしたがR6年度は、（申し込みから外れた為）1人も受講することができなかったなど、チームケア推進研修を受講することが難しい課題がある。

【認知症関連の研修をまとめてほしい】

- ・ 研修をいくつも分けないように。認知症実践研修と一緒に取り組めないか、eラーニングではあったが、実践研修を受講する者がこの評価のことを知っていれば、もっと数値で分かりやすいと考える。
- ・ 指導者研修リーダー研修のプログラムに追加する。
- ・ 認知症介護、実践研修、実践リーダー研修を受けていれば、すでに学んでいる内容と重複するところが多いので、研修内容のすみわけができればと思いました。

【加算の算定要件を拡大してほしい】

- ・ チームケア推進研修の受講できる資格を実践者研修からとして、実践者のは新しく認知症チームケア推進研修の為の短期間で終了出来る研修として頂き、受講資格を得られる様にし理解、発信できる職員を増やしていく事がいいと思います。
- ・ プランを立てるのが受講者のみになっているため、負担が大きいように思う。受講者の指導の下、プランを立てること可等緩和してほしい。

【加算額を増やしてほしい】

- ・ とても必要なことだが、かなり心身の負荷が大きい為、加算が見合っていないと思います。もう少し増やしてほしいです。
- ・ まずは金銭的なところ。人手不足はどこの施設でもあると思うのでそこもクリアしないといけない（認知症介護実施リーダー研修等）認知症チームケア推進研修に限ればそれほど大変ではないと思う。
- ・ 加算の算定要件を踏まえると、手間のほうが大きいように感じており、現状、進められていない。Life や生産性向上を含めて取り組まねばならぬことが多い。であるならば、認知症専門ケア加算で良いと考えてしまっている。
- ・ 昨年6月に認知症チームケア推進研修を受講する前は、BPSD の見られる利用者への取り組みが評価されると思い、期待して受講させて頂きました。しかしまず驚いたのが受講内容と本加算の単位数の違和感です。認知症チームケア推進加算(I)150 単位/月、あるいは認知症チームケア推進加算(II)120 単位/月では、認知症介護実践指導者研修修了者のいない当事業所が現在算定している認知症専門ケア加算(I)3 単位/日=90 単位/月から切り替えたとして、取り組んだ利用者一人だけが 90 単位の代わりに 120 単位、つまり+30 単位=300 円/月しか評価されないということです。ワークシートやチェックリスト、BPSD25Q、カンファレンス、見直しなどのボリュームのある手順をこなし、時間も手数もかけてこの単位数はあまりに費用対効果が悪すぎます。取り組む意義は理解できますし、何より利用者さまに安心して過ごしてもらうために取り組んでいる中で、書類作成や揃うことのほばない職員の時間調整などのために少ない加算算定をめざすのはむしろ本末転倒。加算に惑わされることなく、BPSD の利用者様に対して引き続き試行錯誤しながら取り組んでいきたいと考えています。また指導者研修を受講するのに東京センターで 23 万円+15 日間の宿泊費と旅費など、上位加算を算定するための費用対効果も悪いと言わざるを得ません。認知症チームケア推進研修を受講しやすくすることというのは、本加算を算定しやすくすることだと思います。口腔栄養スクリーニング加算のように 6 ヶ月に 1 回の 20 単位算定（=月額換算 33 円）と同様に、加算設計自体の桁間違いではないかと感じてしまいます。

【研修を義務化し基本報酬を上げてほしい】

- ・ 認知症チームケア推進研修はグループホームの職員全員が必須研修として制度化し、施設全体の基本報酬をアップすることで 入所利用者へのケア質向上に繋がると思います。 また認知症専門医との連携強化に対しても加算の対象（医療機関と両者）になることを願います。

【記載内容が多いなど、取り組みの負担が大きい】

- ・ ●県の他指導者から情報共有する限り、間違いなくチームによる認知症ケアの質が向上するとの内容が多く聞かれます。褥瘡、口腔ケア、LIFE…どんどん新しい加算を取得しようとする、その分職員の負担は増えます。指導者として利用者の QOL 向上に向け、取り組まなければいけないことは重々承知しながらも、人事も担当している立場として、どのタイミングで始めることがベターであるのか、悩んでいるところです。

- ・研修そのものについては現状でも特に問題ないと思うが、いかんせん加算の算定要件が1人につきあまりに行う内容と頻度が多すぎ、人手不足やその他 LIFE 等その他の加算の為の作業も多く、1人につき120単位、150単位のものに対する時間と労力が大きすぎる。費用対効果を考えると行えない。日々のケアで同様の視点でアセスメントを行い、ケアを行っているが、加算をどうせならとると思ってもこれではどこも対象者全員に行うことができない。加算をとらなくても、日々、同様のことは行っている。これ以上現場を苦しめてどういうつもりなのか。
- ・チームケア推進はいいことだが、書式や記載する内容が多く、人材不足の中では実用的ではない。又、加算の単位数も低く加算取得が負担になる。

【加算を取得することが取り組みの目的になっている】

- ・算定している施設を対象としたフォローUP（実際のやり方を共有する）理由として他法人の話しを聞いていると、研修修了者が1人しかいないのに、1ヶ月で80人とか100人とか算定していて、何のための認知症チームケア推進なのか？と思ってしまう。加算しか見てないように感じる。

【加算の算定要件に関する説明がほしい】

- ・動画の内容が、テキストの文章をただ読み上げるだけだったので、それならテキストを読めば済むのでは？と思った。動画を再生しないといけない理由がどこにもなかった。テキストを自分で読めば済むのに動画が終わるのをじっと待たなければいけないのは時間の無駄です。チームケア加算の算定要件の解説を動画でしてくれるのかと思ったが、そういった内容が一切なかった。算定するのに受講が必須なのに、なぜ一切の解説がないのか理解に苦しむ。

【加算の算定要件に関する質問の機会がほしい】

- ・チームケア加算について、質問する窓口がないので、どのくらいの規模、期間取得できるか、日々の記録等必要なのか？など相談しにくい状況です。

【他の計画書と一本化してほしい】

- ・リハビリ計画書や栄養の計画書のように、ケアプランに一本化できればと思う。
- ・ケアマネ、計画作成担当者も受講して、チームの考えを統一した方が良い。チームケアを進めるうえで、ケアプラン作成とリンクして、業務の中で進めていけるようにすれば、業務量増にならなくてよいのでは？

8) 認知症チームケア推進加算の算定状況

問 19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況にて「はい」と回答（算定あり）した施設・事業所数（割合）は、GH が 344 事業所（55.8%）、地密特養が 35 施設（38.9%）、特養が 219 施設（43.2%）、老健が 151 施設（47.6%）、介護医療院が 22 施設（53.7%）であった（図 2-15）。

また、「はい」もしくは「これから算定する予定」回答した施設・事業所数（割合）は、GH が 559 事業所（90.6%）、地密特養が 75 施設（83.3%）、特養が 455 施設（89.7%）、老健が 296 施設（93.4%）、介護医療院が 37 施設（90.2%）であった。

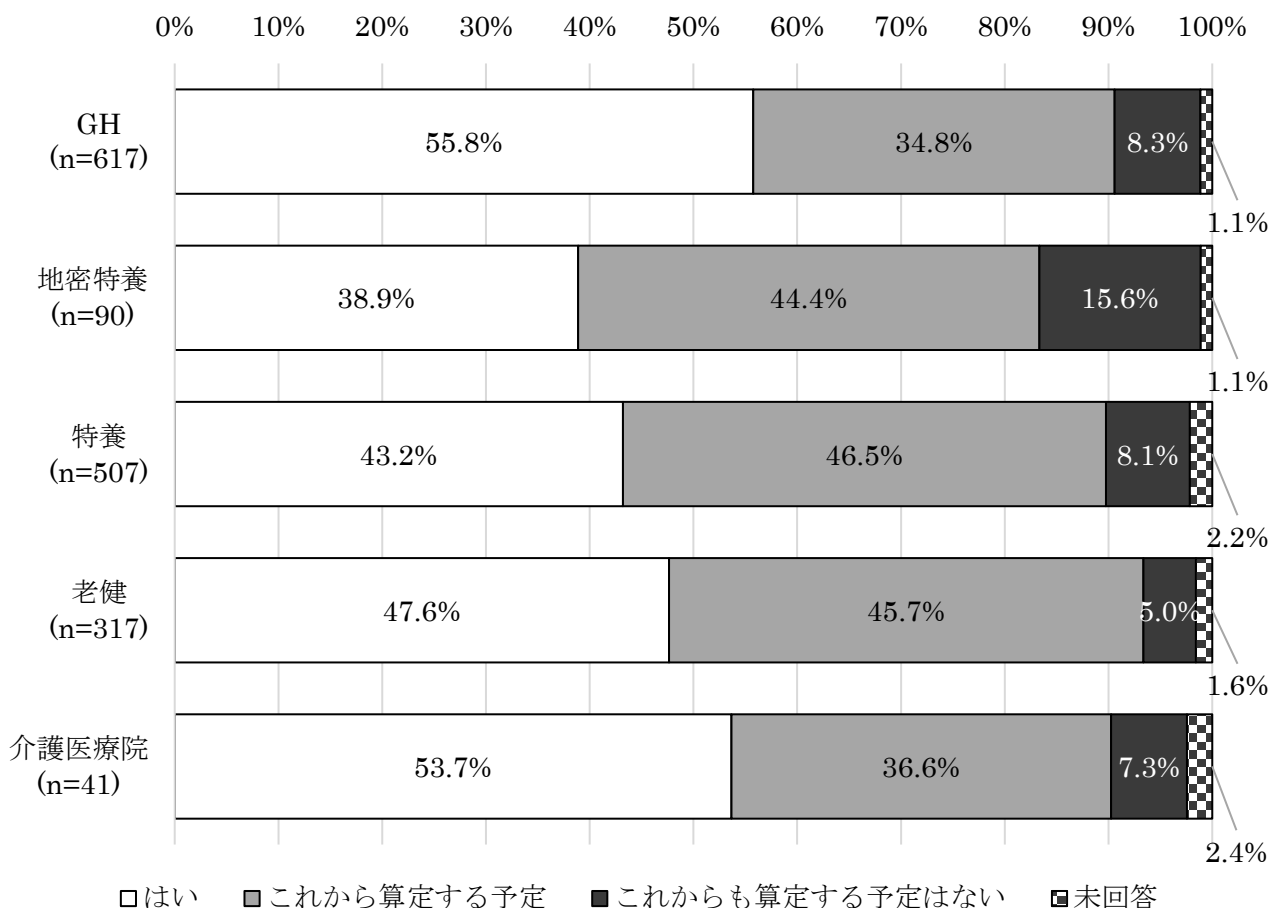


図 2-15 問 19：施設・事業所における認知症チームケア推進加算の算定状況

問 19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況にて「はい」と回答（算定あり）した施設・事業所の問 20:認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁は「人手不足であるため(31.1%～45.5%)」、「認知症介護実践リーダー研修が受講しにくい(18.2%～26.0%)」、「ワークシートの記入方法がわからないため(8.6%～22.7%)」、「定期的にカンファレンスを開くことが困難であるため(13.6%～41.1%)」、「特にない(12.3%～20.1%)」の回答割合がいずれかの事業種別で20%以上であった(図2-16)。

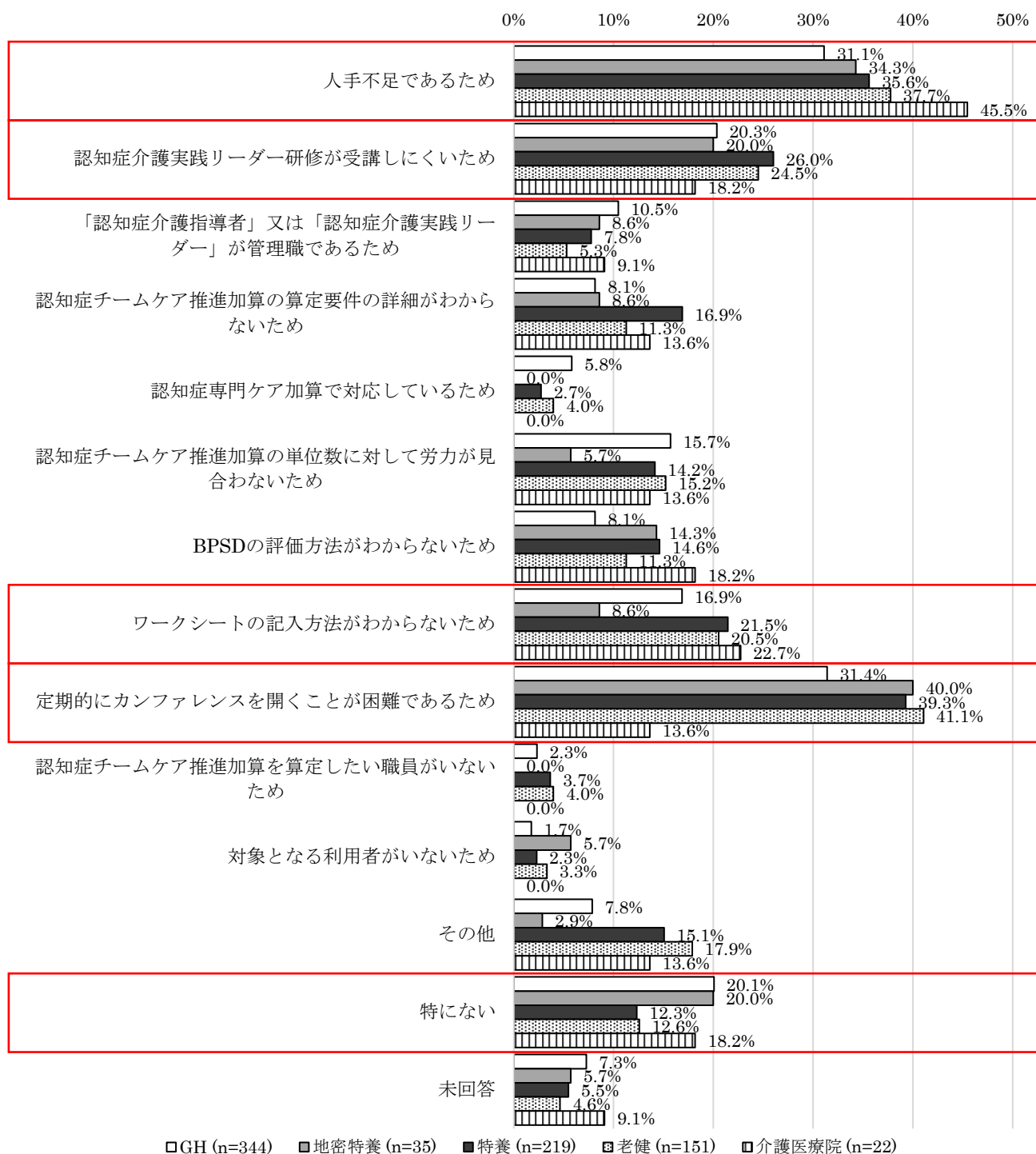


図 2-16 問 20：算定ありの施設・事業所における加算を算定する場合の障壁 (MA)

問 19：認知症チームケア推進研修加算の算定状況にて「これから算定する予定」もしくは「これからも算定する予定はない」と回答（算定なし）した施設・事業所の問 20：認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁は「人手不足であるため（29.6%～61.1%）」、「認知症介護実践リーダー研修が受講しにくい（13.5%～28.3%）」、「認知症専門ケア加算で対応しているため（4.3%～22.2%）」、「認知症チームケア推進加算の単位数に対して労力が見合わないため（11.1%～21.7%）」、「定期的にカンファレンスを開くことが困難であるため（29.6%～44.4%）」、「その他（11.3%～20.5%）」の回答割合がいずれかの事業種別で 20%以上であった（図 2-17）。

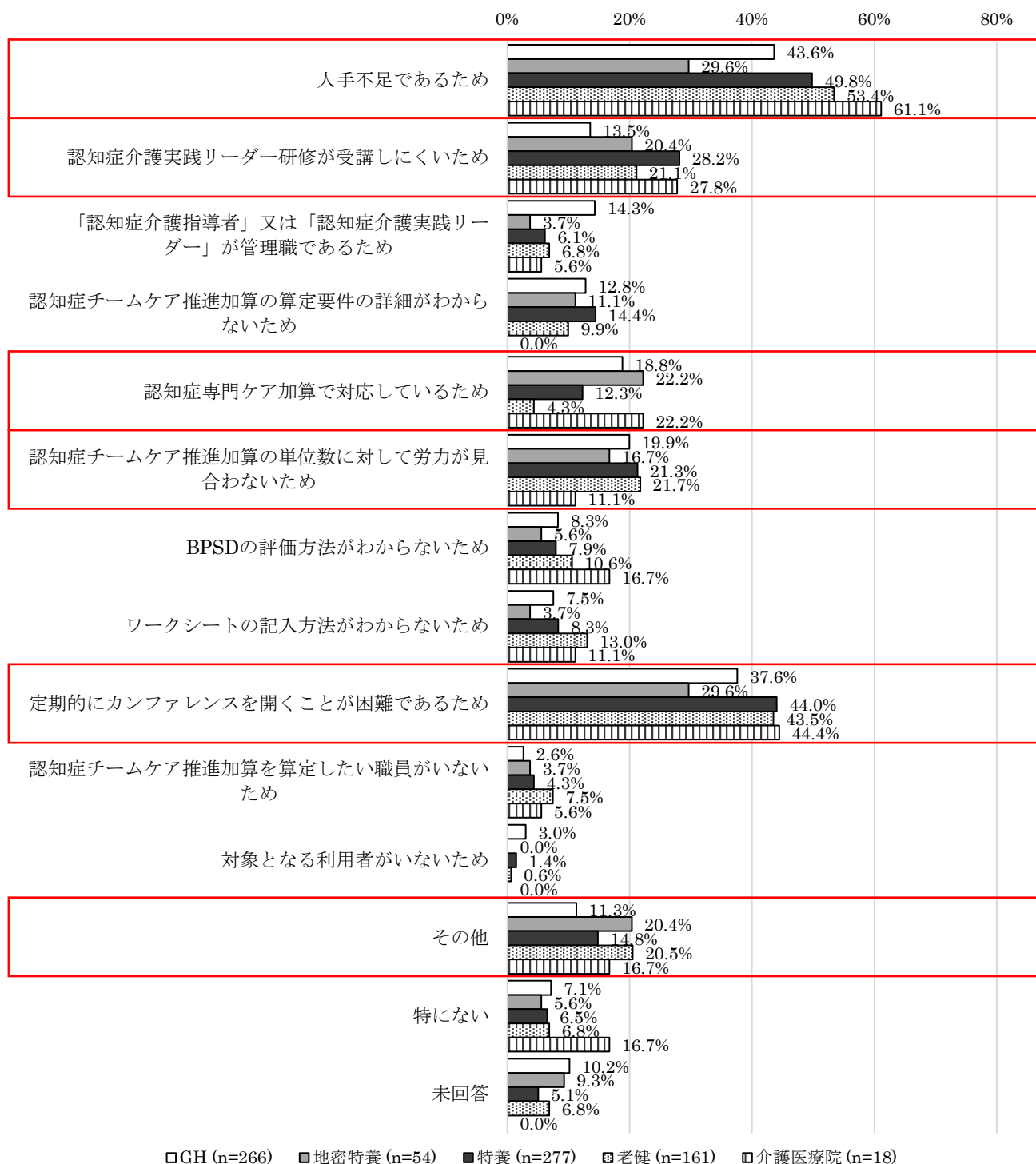


図 2-17 問 20：算定なしの施設・事業所における加算を算定する場合の障壁（MA）

問 20：認知症チームケア推進研修加算の算定の障壁を事業種別ごとに、算定の有無の 2 群間で割合の差が高かった上位 3 項目を確認した結果、GH では「認知症専門ケア加算で対応しているため」で 13.0%（算定なしが高い）、2 番目は「特にない」で 12.9%（算定ありが高い）、3 番目は「人手不足であるため」で 12.5%（算定なしが高い）であった（図 2-18）。

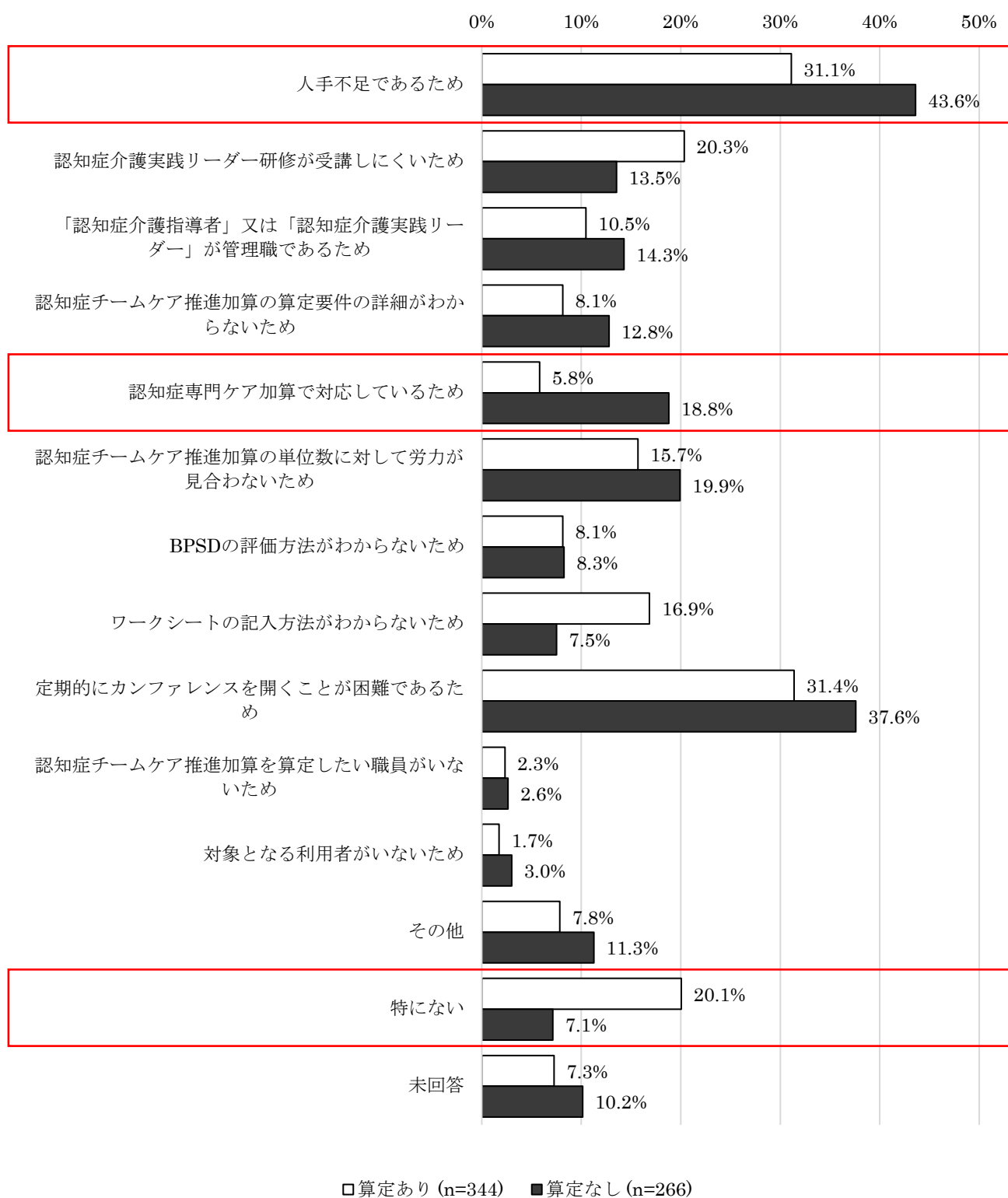


図 2-18 問 20：認知症共同生活介護における認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁

地密特養では「認知症専門ケア加算で対応しているため」で 22.2%（算定なしが高い）、2 番目は「その他」で 17.5%（算定なしが高い）、3 番目は「特にない」で 14.4%（算定ありが高い）であった（図 2-19）。

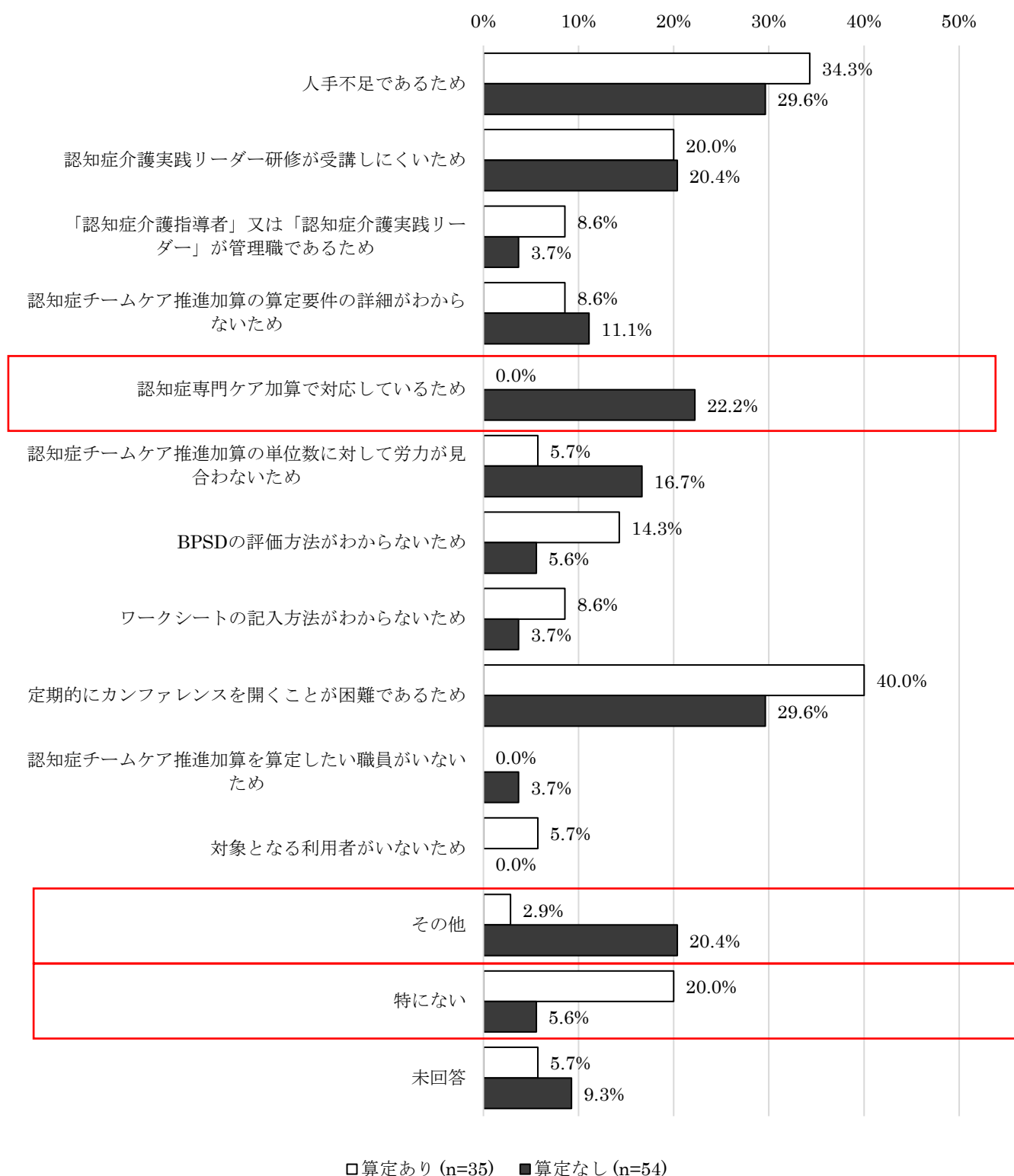


図 2-19 問 20：地域密着型介護老人福祉施設における
認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁

特養では「人手不足であるため」で 14.2%（算定なしが高い）、2 番目は「ワークシートの記入方法がわからないため」で 13.2%（算定ありが高い）、3 番目は「認知症専門ケア加算で対応しているため」で 9.5%（算定なしが高い）であった（図 2-20）。

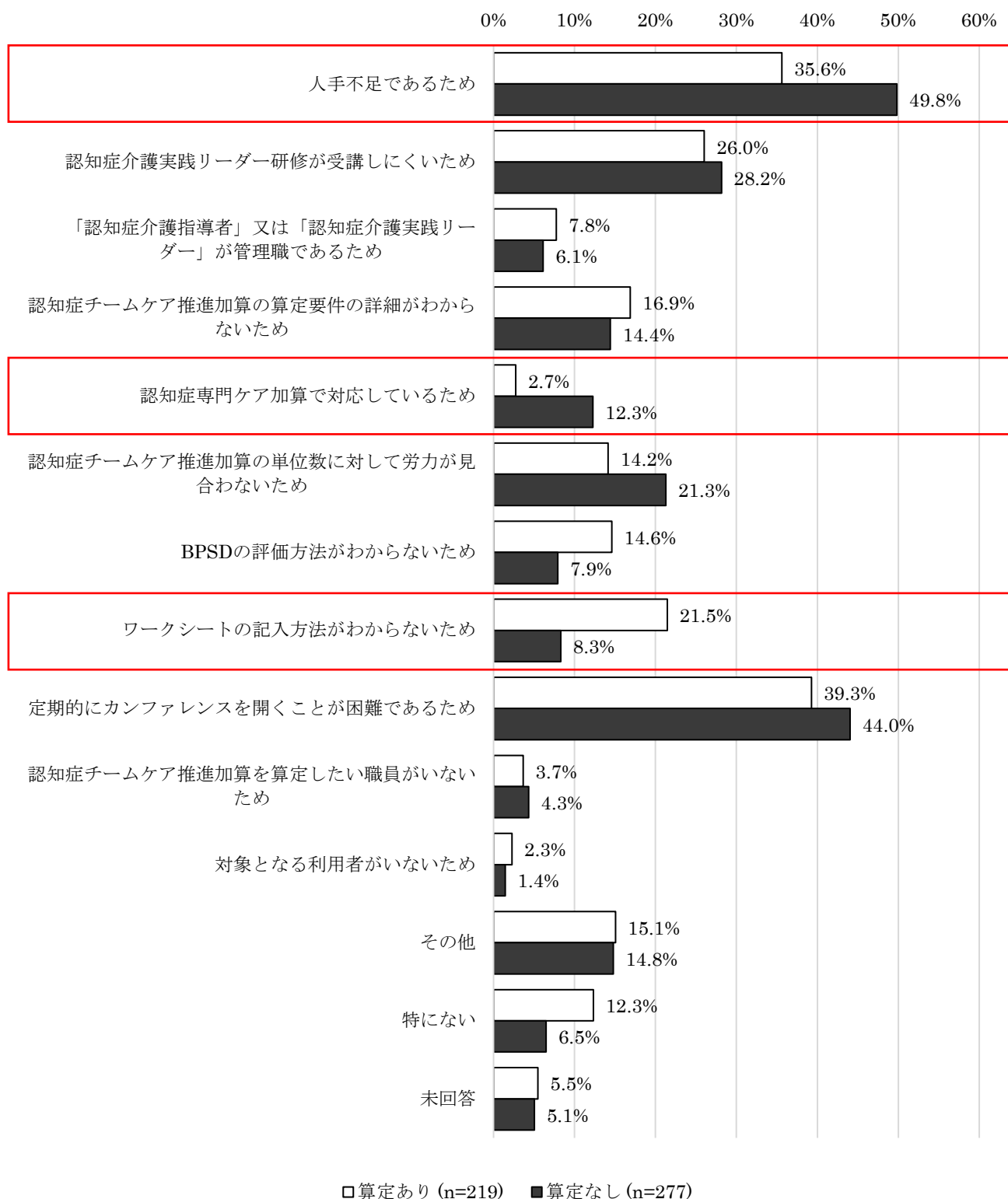


図 2-20 問 20：介護老人福祉施設における認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁

老健では「人手不足であるため」で15.7%（算定なしが高い）、2番目は「ワークシートの記入方法がわからないため」で7.5%（算定ありが高い）、3番目は「認知症チームケア推進加算の単位数に対して労力が見合わないため」で6.5%（算定なしが高い）であった（図2-21）。

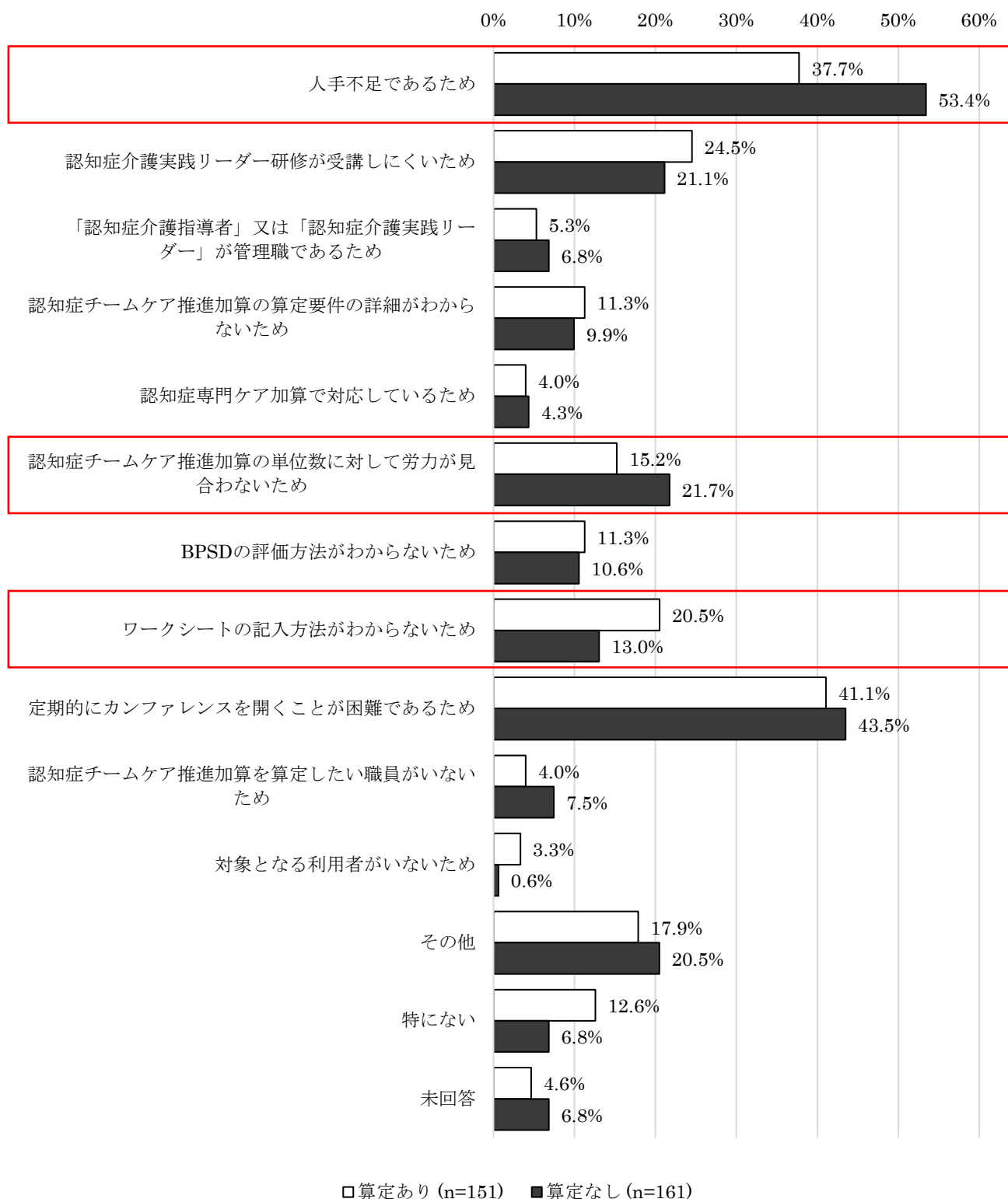


図2-21 問20：介護老人保健施設における認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁

介護医療院では「定期的にカンファレンスを開くことが困難であるため」で 30.8%（算定なしが高い）、2 番目は「認知症専門ケア加算で対応しているため」で 22.2%（算定なしが高い）、3 番目は「人手不足であるため」で 6.5%（算定なしが高い）であった（図 2-22）。

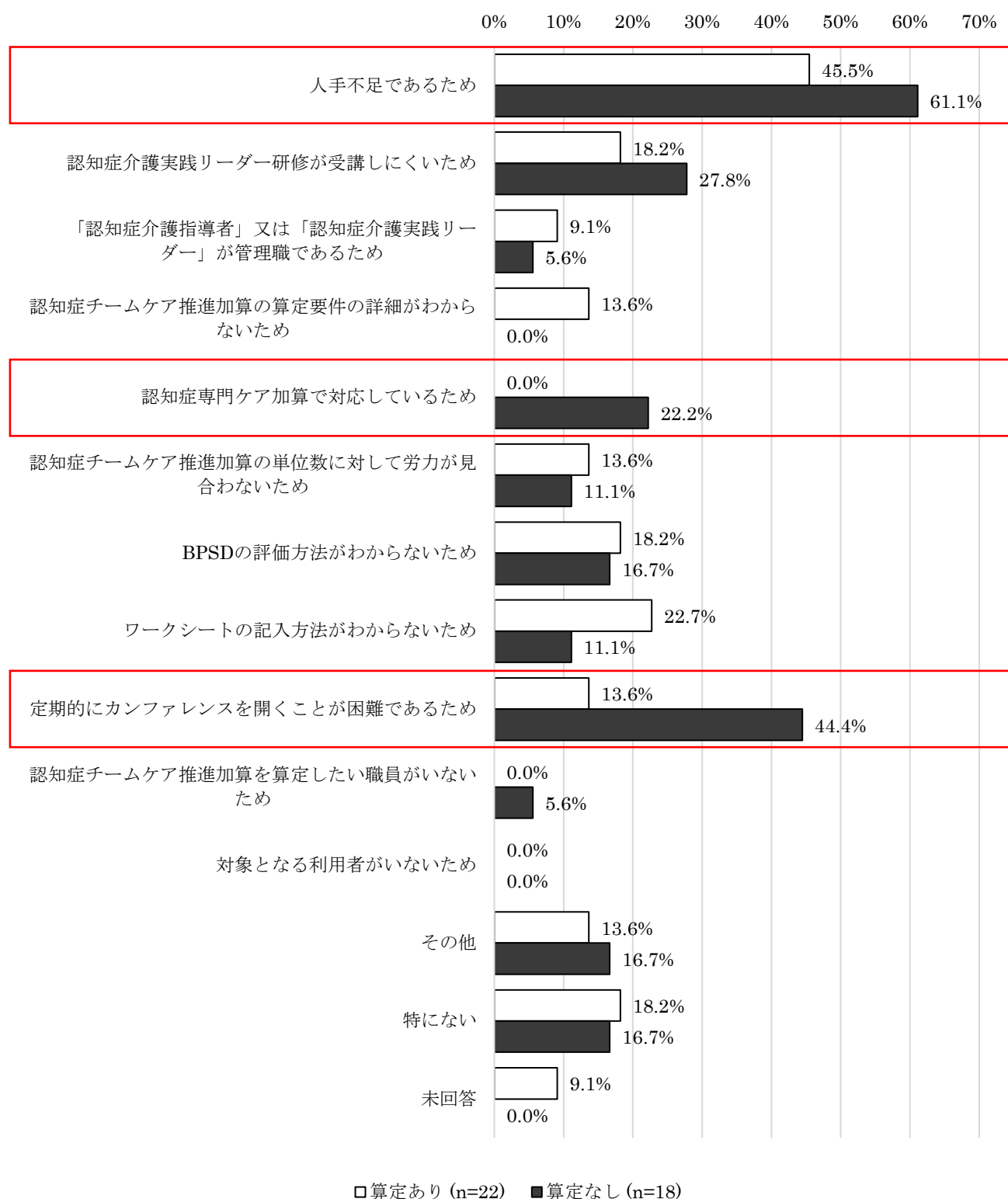


図 2-22 問 20：介護医療院における認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁

(4) 考察

本研究は、認知症チームケア推進加算の修了者 7,099 名を対象に悉皆調査を実施したところ、4,334 名（有効回答率：61.1%）と高い回答率を示した。認知症チームケア推進加算が算定可能な事業種別である GH、地密特養、特養、老健、介護医療院においても、修了者が所属する 2,422 の施設・事業所のうち、1,572 施設・事業所（有効回答率 70.1%）の回答が得られた。また、現時点において、認知症チームケア推進加算を「算定あり」もしくは「これから算定する予定」の割合は、GH が 90.6%、地密特養が 83.3%、特養が 89.7%、老健が 93.4%、介護医療院が 90.2%であった。さらに、問 18（研修の課題・改善案：自由記述）において、認知症チームケア推進加算に関する加算額や算定要件の見直しを求める声があったことから、認知症チームケア推進加算への関心の高さが、修了者や施設・事業所の高い有効回答率につながったと考えられる。

認知症チームケア推進加算の算定困難な要因については、算定の有無にかかわらず「人手不足であること」、「認知症介護実践リーダー研修を受講しにくいこと」、「定期的にカンファレンスを開くことが困難であること」など、共通の要因が確認された。算定ありの施設に特有の事案としては、「ワークシートの記入方法がわからないこと」が挙げられたが、これは研修の内容が分かりにくいことを反映している可能性がある。問 18（研修の課題・改善案：自由記述）では、「ワークシートの説明をより分かりやすくしてほしい」「具体的な事例を提示してほしい」といった意見が寄せられた。このことから、研修内容の改善策として、具体的な事例を複数提示したうえでワークシートの活用方法を説明することや、「質問の機会を設けてほしい」「Q&A 集やガイドを作成してほしい」「フォローアップ研修を開催してほしい」といった要望に対応することで、研修の理解度向上が期待できる。一方、算定なしの施設に特有の障壁としては、「認知症専門ケア加算で対応しているため」「認知症チームケア推進加算の単位数に対して労力が見合わないため」といった点が挙げられた。また、問 18（研修の課題・改善案：自由記述）においても、認知症専門ケア加算と比較して認知症チームケア推進加算は費用対効果が低いと指摘されており、「認知症専門ケア加算で対応しているため」「認知症チームケア推進加算の単位数に対して労力が見合わないため」は、今後の認知症チームケア推進加算の意義やあり方を検討する課題であると考えられる。

認知症チームケア推進加算の算定困難な要因について、事業種別ごとの算定の有無による比較を行ったところ、算定の有無によって上位 3 項目が異なる結果となった。その要因については本研究では明らかにできなかったが、事業種別ごとに必要なアプローチが異なることが示唆された。

本研究において特筆すべき点の一つとして、認知症チームケア推進加算の趣旨が介護現場に十分に浸透していない可能性が挙げられる。算定要件を踏まえると、1 つの施設・事業所において多くの利用者に対して加算を算定することは困難であり、本来の趣旨とも異なる。一方で、問 14（3 名以上の場合における取り組み人数）では、事業種別を問わず平均 10 名以上の利用者に取り組みが行われていた。このことから、一部の事業所では、加算の趣旨に沿った取り組みではなく、加算を算定すること自体が目的となっている可能性が懸念される結果となった。

(5) 今後の課題

今後の課題は、加算の趣旨を研修において適切に伝える方法を検討することである。具体的には、取り組みの目的や意義が正しく伝わるような研修内容の再考や継続した実態調査が求められる。また、加算の障壁でもあるワークシートの記入方法のわかりにくさなどの課題は、複数の具体的な事例を交えながら取り組み内容について説明していくことや、定期的なフォローアップ研修を開催し、継続的に取り組みを支援できる体制を整えることなどを検討する必要がある。

資料

第1回検討委員会 議事録

開催日時：2025年1月8日（水）

開催場所：ZOOM ミーティング

【出席者（50音順・敬称略）】

○栗田 圭一	社会福祉法人浴風会 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研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
老松 孝晃	一般社団法人 全国介護付きホーム協会（株式会社ベネッセスタイルケア）
黒岩 尚文	特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会（介護老人保健施設愛生苑）
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

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 認知症介護研究・研修東京センター 中村 考一、橋本 萌子

【欠席者（50音順・敬称略）】

阿部 哲也	社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 （一般社団法人田園調布医師会田園調布医師会立訪問看護ステーション）
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

1. 開会と挨拶

- 司会進行：中村（事務局）
- 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 江川様より挨拶

2. 委員紹介

- 各委員の自己紹介

3. 令和5年度 老人保健健康増進等事業の振り返り及び令和6年度 老人保健健康増進等事業の概要について（資料P3～10）

説明：事務局（中村）

① 令和5年度事業の目的:

- これまでの成果の普及・促進の在り方について検討
- 在宅の認知症の人の BPSD 軽減を目指す際のケア要件（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）の適用可能性を検討

② 成果:

- 「BPSD ケア体制づくり研修」実施
 - 研修内容: BPSD のとらえかた、重要なアセスメント項目、評価尺度の理解と活用、ケア計画の基本的考え方、チームケアにおける PDCA サイクルの重要性、チームケアにおけるチームアプローチの重要性
 - 11 施設・17 名が修了
- 在宅系サービスへのケア要件の効果検証
 - BPSD の統計的軽減効果を確認

③ 令和6年度事業の目的:

- これまで検証してきたチームケア方法及び令和5年度までに検討した研修の活用実態把握
- 在宅等における BPSD の予防・早期対応を図るために望ましい方法の検討

主な発言内容:

- 及川委員: 例えば資料9ページの振り返りで、評価をされている。この数値の差がどのくらいで、すごく改善された、すごく悪化したというふうに考えればいいのか、もし説明ができるようであれば教えていただきたい。
 - ➡事務局(中村): この評価スケールは、重症度は0点から5点までに分かれていて、25種類のBPSDについて重症度を評価していただくものである。ここでは、29点が22点になっているため、7点弱ぐらひは減っているということである。そうすると、例えば7種類で1点ずつ下がったとか、1つのBPSDが大分見られなくなったというイメージの変化だと思う。この点数自体は手挙げしてくださっている施設・事業所の評価結果であるため、通常よりも平均点としては低く出ている印象である。
 - 江澤委員: まずはこの算定している施設は、リサーチをどのようにするのか。また、県によってリーダー研修が、受けづらいところが結構あり、リーダーがいらないため加算を算定できないところも知っている。リーダー研修の受講者が都道府県によってばらつきが大きいので、実態把握が必要である。報酬的にはインセンティブがあまり働かないため、取り組みが鈍いのかとも思うところがある。労力が増えても報酬が増えないところもあったりするため、その辺りは気になっている。
 - ➡事務局(中村): まず算定施設については、認知症チームケア推進研修受講者に調査をこれからしように考えている。施設単位で整理して加算を取得しているかどうかを悉皆で聞こうと思っている。できるだけ第2回検討委員会のときに速報値を出せるようにしたい。
- リーダー研修が受けにくいという部分については、私が答えるのが適切かどうかかわからないが、仙台センターがカリキュラム改訂を進めて、より受講しやすい内容のカリキュラムを検討している状況である。

4. 令和6年度 老人保健健康増進等事業の調査研究の説明及び討議

(1) 施設等におけるチームケアの効果的実践の展開 ―施設・居住系サービスインタビュー調査―について（資料P11）

説明：事務局（橋本）

① 概要：

- 特養、老健、介護医療院、グループホームを対象にインタビューを実施予定
- 成果物として「実践のヒント」リーフレットを作成予定

② 主な討議：

- 来年度の調査研究では特定施設も対象にいてほしい
- 事務局の概要説明のとおり進めることで合意した

主な発言内容

- ・ 栗田委員長：今回スタートが大変遅れているということもあり、限られた時間でやれる範囲でやっっていこうということで、対象施設は合計8施設程度でやっていく。ただ、委員会を開くことがなかなかできなかった関係もあり、少し先行的に調査を進めている。その辺りを含め、事務局の概要説明のとおり進めることでよろしいかということで、合意いただければと思う。
- ・ 老松委員：進め方に関しては、しっかり理解し、異存はない。ここでの対象は施設等という中で、特養、老健、介護医療院、グループホームで、恐らく次のテーマが在宅等ということになってくようかと思う。私が代表で出ている全国介護付きホーム協会というのは、介護保険上でいくと特定施設と言われるところで、いわゆる有料老人ホームということになる。介護保険的には居宅サービスというような中に位置づいてくるが、実態は施設サービスで、24時間365日のサービスをしていて、特養と変わらない。今回はこの進め方になると思うが、我々特定施設もしっかりとBPSDへの取組やチームケアには非常に力を入れて取り組んでいるため、来年度の調査研究などではスコープから外れないようにぜひ含めていただきたい。

(2) 在宅等におけるBPSDの予防・早期対応の実践の展開 ―在宅系インタビュー調査―について（資料P12～16）

説明：事務局（橋本）

① 概要：

- 令和5年度調査において協力の得られたデイサービス、デイケア、小多機、看多機合計8事業所、9名にインタビューを実施した
- インタビュー結果はカテゴリ分けした

② 主な討議

- 利用者を24時間見られる対象と、そうではない対象は、分けて考えていかないと難しい
- 地域住民や医療機関なども巻き込むことが求められる
- 通所や訪問に行っているときだけのBPSD評価はあまり意味がない

主な発言内容

- ・ 鴻江委員：熊本県下の施設はこの認知症チームケア推進加算を取りたくてもなかなか取れないというのがあり、加算についての研修を行った。現場の人たちは、それでもなかなか理解ができない。加算取得に向けて在宅でどこまでできるのかは非常に疑問に思っている。

例えば、在宅でも今お一人暮らしの方たちも多い。家族がしっかりついて、その方をしっかり見られていればよいが、お一人暮らしで、時間帯であまり見ていらっしやらないとか、ケアマネもずっと見ているわけではないため、その辺りをどう解釈していくのか。

- 事務局（中村）：昨年度はデイサービス、デイケア、小多機、看多機で、事業所におられる範囲でBPSDの状態を評価していただいた。その結果、事業所におられる範囲ではその期間の変化はあった。ただ、本質はそこではなく、在宅での生活がどうなったのかということかと思うが、今回ヒアリングをさせていただいたところもそのような認識のところが多い。そもそもケアマネと連絡を取り、情報共有しながら進めたというところもあったと思う。在宅における認知症の人のBPSDを考えるとときには、中心となるような方がいて、多くの事業所が連携しながらBPSD軽減を目指していくため、体制をどのようにつくっていくことができるのかが、非常に重要なポイントになるのだろうと感じている。

また、鴻江委員の御指摘のとおり、施設ではかなり密にやりとりができており、24時間いつでも御本人と会うというのは難しくないと思うが、在宅であると、必ずしもケアマネだけで情報を総合的に評価ができないということもある。あとは、1か月単位で取り組んでいたが、1か月単位というのが、例えばデイサービスを週に1回しか利用していない方にどの程度有効なのか。これは在宅のヒアリング、事業所のヒアリングでは1か月単位でもいいというところと、1か月単位では短過ぎるというところと、少ないヒアリングの中だが、両方あった。そういったところがいくつか論点になると思う。

- 江澤委員：そもそもBPSD+Q/BPSD25Qを用いるわけだが、これは1週間以内の心理的症状等をチェックするようになる。特に在宅であれば通所や訪問に行っているときだけのBPSD+Q/BPSD25Qはあまり意味がないと思うため、その辺りは課題である。在宅で導入するときに、昨年作成したワークシートが基本になると思うが、ワークシートも居宅サービスの職員だけではなく作り切れないため、御家族を含めて、常に一緒にいるような方も含めながら共同作業でいかなければいけない。今回、報酬で入った介護保険3施設とグループホームのように、24時間スタッフがいるところのアセスメントと、24時間、関わっていないサービス類型におけるアセスメントは、アセスメントを導入するのであれば今後、変えて在宅のバージョンを検討する必要があるのではないか。

そのような意味では、先ほど御意見があった特定施設は、居宅サービスであるが、24時間、何らかの関わりがあり、ケアを提供しているため、特定施設はむしろ研究事業の中に含めていくのは十分あり得るのではないかと考えている。

- 鷲見委員：24時間、見られる対象と、そうではない対象は、分けて考えていかないと、恐らく難しい。また、在宅でおられて時々通ってくるというような人たちを対象にするときは、このタイトルに戻って、BPSDの早期対応が大事になるのではないかと。そのような検討をして、良い事例を少し積み重ねてはどうか。
- 中林委員：居宅の介護支援専門員としては、施設等と在宅等は切り分けるべきだと思っている。本来、在宅系というのは生活の場面は自宅であるため、自宅でのBPSDをどのように評価して、またその自宅の評価の中でデイの訪問時、利用時にどのような評価があるのかというところを総合的にアセスメントして、デイ利用時のときと、自宅での特に家族等の関わりや本人のそういった生活リズムなど、総合的な評価をした上で、その方のBPSDに対してどのような支援ができる

のかというトータル的なマネジメントが必要になってくる。在宅のチームケア全体で、主治医も含めて共通理解した上で、その方の支援をどう考えて、どのような課題があって支援していくのかというところで、ここのインタビュー、アンケートの仕方を考え直さないと難しいのではないかな。また、家族の協力等も影響があるため、そのようなところを、研修等を含めてどう支援していくかというところは、視点を変えていただいたほうが今後、より進むのではないかな。

- 黒岩委員：自分は在宅しかしていなくて、チームケア推進研修と加算自体が必要と思われる経緯がよくわからない。これまでケアマネが担当者会議を自宅で開いていた。施設の中でもそうだが、そこでチームとして連携を取って話し合い、この人のケアを考えてきたはずだが、なぜ今さらわざわざチームケア加算として会議を持って、このようなツールをつくらないといけないのか、不思議に思っている。

地域の人の話が出ていない。隣近所の人をチームの中に入れていくという視点があれば、BPSDとして大きく取り上げられないこともたくさんあるのではないかな。もう少し視点として広く、あるいは関わる人を大きく持っていけば、その人のBPSDも軽減するし、あるいはBPSDとして大きく捉えなくてもいいのではないかなと思っている。

- 厚労省：24時間、見る体制ができないという地域もあり、その中で工夫しながら地域の方々に協力いただいたり、あとはケアマネ中心にミーティングを開いて、共通課題を認識していくということをあえてしている中で、チームケアの必要性を今回、加算で位置づけたわけである。もちろんそれは地域差や施設差もあると思うので、それをあえて均てん化していくということを含めて、実際に頑張っておられるところにつけていくという位置づけだと理解している。こういった御意見も含めてディスカッションしていただきたい。
- 橋本委員：在宅におられる方というのは、軽度の人が多いのではないかと考える。BPSDのいろいろな症状が出てくると、独居では生活が大変になってくるし、御家族の方がいると御家族の方もどこかの施設に預かってもらいたいという方もいると思う。在宅でBPSDの症状が出ている方がおられると、インタビューを受けるとか、重症度の得点とか、そういったことだけでは足りない。例えばかかりつけ医の先生の意見や、薬剤、検査の調査も必要なのではないかな。MRIやCT、血液検査なども必要な場合もある。単なる認知症というだけではないのかもしれない。そうなってくると、単にインタビューだけでよくなったか、悪くなかったかという評価の方法だけでは難しいと思う。
- 江澤委員：もともと令和3年度介護報酬改定のときに、BPSDの対応が大変だという議論があり、当然、BPSDの方が多くいほど、目の前の労力は施設系においても大変かもしれないが、我々も申し上げたのは、経験上も含めて、適切なケアを提供している施設は、もともとBPSDの発生を未然に防いでいる、あるいはBPSDが発生したときに早期に気づいて対応している。それが適切な認知症ケアだということを、審議会でもコンセンサスを得た。そしてR3改定の審議報告に、適切なケアを評価するために次は評価を考えるということが書かれて、宿題事項になった。そして、この3年間、この研究事業を続けてきて、令和6年度で認知症チームケア推進加算になったという経緯がまずある。ケアを適切に行っているところは利用者の方も落ち着いているし、適切なケアは追求するべきではないかということに賛同する委員もいらっしゃって、そういう状況になって、今回こういったものが導入された。この加算の算定状況や取組状況なりが、次の令和9年度改定でどうなるかというのは、また今後の議論につながっていくと思う。

そういった中で、今回の質問票の BPSD+Q/BPSD25Q は通所や訪問だけではなかなか難しい部分がある。特に BPSD の陰性症状に気づきにくい。これは施設系でもそうである。在宅でできることを模索した上で、打てる対応があれば対応することが必要だと思う。在宅アセスメントをして、通所系サービスを組み立てるとというのが本筋であるため、通所系には在宅アセスメントの中でこういったものの評価を組み入れるとか、そういう方策で、できることを対応するというのもありかなとは思う。

- 黒岩委員：既に認知症ケア加算というものがあるため、それを使って現場としては動いているし、それでももう少し手厚い介護をしていけばいいのかなと思っている。仕組みも大事だが、もう少し認知症の人に対するケアの在り方自体を丁寧に考えていくべき時期に来ているのではないかなと思っている。チームは大事だが、チームも下手すると専門職だけ集まって、こうしよう、ああしようになってしまう、人としてそばにいてほしいとか、聞いてほしいということが抜け落ちてしまって、それまでのなじみの関係を切ってしまうたり、そういうことが起こり得るのではないかな。その危険性のほうを強く思う。
- 及川委員：独居であったり、高齢者世帯であったり、御家族が一緒にいらっしゃったとしても、ずっといるわけでもないで、変化になかなか気づきにくい。これまで施設系等で進められたものを、在宅の中で早期にそれを理解できるようにする。例えば、予防するためにはどのような視点でその人に関わるかということ、デイサービス、訪問介護、ショートステイなど、いろいろな方々から、共通したアセスメント表を使って、ここのところでは何か気になる場所があったら、それを埋めていくとか、そういうシートのようなものを作っていただいて、どこかで誰かが発見し、その発見したものについてどういう取組をしていくかということチームで、ケアマネジャーが中心となるかもしれないが、そのような取組にしていけばよいのではないかなと思う。視点としては予防と、早期理解、悪化防止が、24 時間対応できなかったとしても、何とかそのきっかけや問題を早く取り上げる、発見できるということにつながるのではないかなと思う。これまで使ってこられたものについて、そういうアセスメントシート的なものとして作られたらよいのではないかな。
- 栗田委員長：基本的には、医学的なことを含めて総合的なアセスメントをして、介護ケアサービス、ケアマネ、家族、時には御本人を含めて、意思決定支援という観点からチームをつくって、どうしようかと検討して、そしていろいろなことを試して、うまくいかなければまた考える。この 3 つの枠組みは基本ではあるが簡単ではない。特に独居の場合は別居家族になるため、情報共有の仕方意思決定支援の在り方も非常に難しい技術が必要になってくる。簡単に加算を目的にして加算をつけるのは、かえって逆効果を起こすことがあるので、要注意という問題もあるということを一応、コメントしておく。ただ、今回は調査をするということであるため、1 事業所単位であるが、インタビューをしていろいろ聞いてみようということは、ぜひやってもらいたいと思うが、今言ったような限界があるということを重々認識して、ぜひ課題を含めてインタビューしていただければと思う。

(3) 認知症チームケア推進研修の実態把握について（資料 P17）

説明：事務局（中村）

① 概要：

- 認知症チームケア推進研修の実態把握
 - 修了者を対象にアンケート調査を実施予定

② 主な討議：

- 調査結果が学会や医学雑誌で発表される場合、調査協力の同意を返送のみで得るのではなく、明確な同意欄を設けるべき
- 認知症チームケア推進研修の受講者の職場環境によって理解度が異なるため、内容を整理し、受講生に適した形で説明する必要がある
- 認知症チームケア推進加算の報酬設定が低く、労力に見合わない可能性がある
- アンケート調査の対象は研修修了者全体であり、加算の対象施設に限定せずに実施する

主な発言内容：

- 鷺見委員：内容は特に言うことはないが、1 ページ目の調査の結果の公表というところに、「関連学会・医学雑誌発表により、社会還元をいたします」という文言がある。もしそうであるなら、本調査は返送をもって調査協力の同意を得ることにするというのはよくないと思うため、同意欄を別につくっていただいたほうがよいと思う。
- 中林委員：4 に書かれている「内容の理解」のところの、例えば「③アセスメントの理解」、「④評価尺度の理解」、「⑤ケア計画の立て方の理解」というところは、施設職員でこの研修を受講する方と、在宅でホームヘルパーやデイの職員で受講する方というのは、同じアセスメントという言葉を利用されても、受け止め方も、求められるものも全く違ってくるかと思う。
➡事務局（中村）：誤解のないように工夫を考える。
- 栗田委員長：「研修内容の理解」の7 項目というのは、研修プログラムの中にこの7 つが明確に章立てされて説明されているという理解でよろしいか。
➡事務局（中村）：通知の中でもこの項目に沿って研修をすると組み込まれている。
- 栗田委員長：この調査でチームケア推進加算算定の有無も調べるということだが、研修を受けた、あるいは事業所単位かもしれないが、研修を受講された方のうち、算定されている率がどのくらいか、その上で算定していない場合に算定の障壁についても調査するという事になっている。これは自由記述で書いていただくということか。
➡事務局（中村）：算定の障壁については自由記述欄も用意している。これまでヒアリングした結果を選択式で回答の負担が少ないようにしてもある。この部分は、研修を受けている人は、個人単位では名簿が今できているが、施設のほうは、ソートが難しかった。ソートをかけて、施設単位で重複がないように集計できるようにと考えている。
- 江澤委員：認知症専門ケア加算と比較して、1 か月当たり 30 単位の増点だと、労力も考えると及び腰になるのではないか。例えば介護報酬の設定が課題である、もしくは、先ほど御意見があった、認知症専門ケア加算で対応しているから十分であるといったところは、一部あろうかと思う。報酬に関する障壁、あるいは認知症ケア加算で対応しているからあまり問題意識を持っていない、という選択肢があってもよいと思う。

➡事務局（中村）：委員会で御承認いただければ、そういった項目も加えさせていただきたい。表現等については御相談させていただく可能性がある。

- 老松委員：回答者は、加算が取れるサービス類型の人たちだけに限られているのか。「障壁は何ですか」という質問があるが、そもそも自分の所属する事業所は加算対象になっていないというところも根本的にはあると思った。

➡事務局（中村）：悉皆調査になる。御指摘のとおり、加算の対象外の施設にはそのような質問を尋ねないか、対象外のため算定していないという選択肢を加えるか考えていきたい。

5. 今後の予定について（資料 P18）

- 次回：2月21日（金）13：00～15：00
- 次の委員会までにインタビューを終えてヒント集の原案を考え、お諮りしていきたい。御意見をいただいて修正したものを、年度末にかけてさらに御意見をいただきながら固めていく。
- 御指摘いただいたアンケート調査の内容は修正した上で、実施していき、次の委員会では中間報告のような形でお示しする。
- 委員会の前後で報告書を作り始める。

6. その他

- 黒岩委員：現場の意見としては、とにかく会議やミーティング、計画が増えている。人員が少ない中でそれをやっていくと、形骸化していくのではないか。その辺りも踏まえて、加算を検討していただくとありがたいと思っている。
- 鴻江委員：認知症チームケア推進加算は確かに大変だが、職員は認知症の御本人に関わる時間が多くなってくる。それによっていろいろな情報を収集できる。認知症チームケア推進加算のいいところは、その御本人にとっても深く関わらなければ、なかなかこれ自体が書けないというのがあるため、その部分は非常に評価すべきだと思っている。
- 戸谷委員：認知症チームケア推進研修の内容を見せてもらいたい。「満たされないニーズの現れ」というフレーズは最近、非常によく耳にするが、介護の世界においてニーズとデマンドという言葉もあり、本人の思いのニーズなのか、本人の体にとって必要なものなのか、その辺りもはっきりさせたいと思っている。

以上

第2回検討委員会 議事録

開催日時：2025年2月21日（水）

開催場所：ZOOM ミーティング

【出席者（50音順・敬称略）】

○栗田 主一	社会福祉法人浴風会 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研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
黒岩 尚文	特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 (一般社団法人田園調布医師会田園調布医師会立訪問看護ステーション)
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会（介護老人保健施設愛生苑）
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

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 認知症介護研究・研修東京センター 中村 考一、橋本 萌子、月井 直哉

【欠席者（50音順・敬称略）】

阿部 哲也	社会福祉法人東北福社会 認知症介護研究・研修仙台センター
老松 孝晃	一般社団法人 全国介護付きホーム協会（株式会社ベネッセスタイルケア）

1. 開会と挨拶

- ・ 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 遠坂企画官より挨拶。

2. 議題別協議内容

(1) 施設等におけるチームケアの効果的実践の展開ー施設・居住系サービスインタビュー調査と「実践のヒント」について（資料1 P4～6）

【事務局報告】

- ・ インタビュー調査で得られたデータを精読し、「チームケア推進の工夫と課題」に関する内容を抽出して、実践の各プロセスに並び替え、サブカテゴリーとカテゴリーを作成した。
- ・ 分析結果に基づき、「実践のヒント集（案）」を作成した。

【主な意見・指摘】

- ・ **実践のヒント集の構成について**
 - 「会議の際に参加者全員が直近1か月で利用者さんと接して嬉しかったことなどを共有し、参考にする」とあるが、特に認知症の人では、取り繕う言動が見られるため、うれしかったことだけではなく、困りごとや不安についても含めるべきである。
 - 「認知症の人のその人らしい暮らしの実現に向けた実践のヒント」というタイトルは広すぎるため、適切なタイトルへの修正が必要である。
- ・ **加算の趣旨との整合性**
 - 対象者選定方法の記載において、「一気に全員始めた」等、認知症チームケア推進加算の趣旨に沿わない記述があり、修正が必要である。
 - 加算創設から間もなく、加算創設の趣旨が現場に伝わっていない段階でのヒント集の公表は、時期尚早である。
 - 加算創設の経緯や目的を踏まえた記述が不可欠である。

【今後の対応】

- ・ ヒント集としての公表は行わない。

【主な発言内容】

- ・ 及川委員：「実践のヒント」8ページの「その人らしい暮らしの把握について」の3つ目、「職員同士で情報を出し合い推察する」の黒い四角の1つ目に「会議の際に、参加者全員が直近1か月で利用者さんと接して、うれしかったことなどを共有し、参考にする」とある。特に認知症の利用者は、取り繕う行動や言動が見られるため、うれしかったことばかりではなく、困りごとや不安な言葉についてもヒントの中に入るべきかと思う。
➡事務局（橋本）：うれしかったことのスピーチは、実際にインタビューした施設で行われており、載せている。インタビューの分析結果の全てではなく、内容を精査してヒント集に載せた。
- ・ 鴻江委員：対象者の選定方法に「一気に全員始めた」と書いてあるが、どちらかと言うとチームケア推進加算は、BPSDが顕著である方に1人ずつ丁寧に始めたほうが、スタッフの勉強にもなり、評価がしやすいと思う。また、検討メンバーの選定方法として、「意見が強いベテランを選ぶ」というのも、意見が強ければよいということではなく、認知症の知識・経験・技術をしっかりと持っている方が、リーダーとして引っ張ることが理想ではないかと思う。

- 田邊委員：今回の事例のケースは、全員見始めたところだと思うが、注釈を付けるとよいと思う。
- 栗田委員長：このヒント集を作るにあたり、ワーキンググループで議論しながら作るプロセスはあったか。
➡事務局（橋本）：ヒント集は、ワーキンググループにはお見せしていない。
- 栗田委員長：作業部会を開けるか分からないが、よく検討することをお願いしたい。
- 橋本委員：BPSDは多岐にわたり、なかなか大変で、専門の先生が診て、しばらくの時期、興奮を抑える薬を投与されている方もいる。BPSDのある方は短期間、薬を上手に使えば落ち着き、それを減らしてやめていくこともよくされている。そのようなところも入れて、見ていかなければいけないと思う。また、ユマニチュード手技等を取り入れてBPSDの症状を抑え、落ち着かせることも必要だと思う。そのような事例があれば、参考にしていける必要があると思った。
➡事務局（橋本）：今回は「施設等におけるチームケアの効果的実践の展開に関するヒアリング調査」のデータに基づいて作ったヒント集である。どのように工夫しながら各プロセスを行ったかをインタビューしたが、どのようなケアを行ったかまでは聞き取れなかった。
- 栗田委員長：ヒント集のタイトル「認知症の人のその人らしい暮らしの実現に向けた実践のヒント」というのは、大き過ぎないか。今回、このヒアリング調査に基づいて作ったものであれば、「施設におけるチームケアの効果的実践の展開に向けたヒント集」であろうと思われる。タイトルを検討したほうがよい。
- 江澤委員：ヒント集は、誰向けのものか。また、認知症チームケア推進加算と、このヒント集はどのような位置付けになるのか。もし、加算の算定に関わるものであれば、昨年研修ができ、各施設がまだ試行錯誤しながら加算を算定している時期であり、これはその事例を集めたものに過ぎない。ヒントという模範になるものではないし、まだ成熟過程にあり、生まれたばかりの加算に対して各施設が試行錯誤しながら頑張っている段階だ。それも今日、ヒアリング結果を見て納得するものだが、それを取り集めたような事例集になっていて、世に出すタイミングとしては、まだまだそこまで成熟していないと思う。タイトルは、かなり上段に構え過ぎている。今の段階で、これを現場の職員が見て、参考になるか。

さらに、これまでのこの研究事業における議論では、施設で大人数に取り組むのではなく、BPSDが問題になっている、出現しかけている方に関係するチームのスタッフ数人で、短期集中的に関わるイメージで加算が創設された。大人数に取り組むものでもなく、「認知症専門ケア加算が取れない利用者を選定する」「これまでスポットが当たっていない人を対象にした」も加算の趣旨とは異なる。今、早急にケア・手当が必要な利用者に対して、チームで集中的にアセスメントして取り組むということが本来の趣旨だ。まだ、加算創設の趣旨が現場に伝わっていない印象で、今これをヒントとして出すことは、現場が混乱するのではないか。

➡事務局（中村）：ヒントと言うよりも、現場の現在の実態は、このように取り組まれているという情報が集まったということかと委員の先生方の御意見を伺って感じた。もし、これを出すのが時期尚早であれば、加算の趣旨等も鑑みて検討しないといけないと思う。ただ一方で、ヒアリング等を進めると、逆に加算を取れていないところでは、具体的にどのようなステップを踏んで進めればよいのか、迷いを持っているところも多いと実感している。あまりミスリードしない形で、加算の趣旨等も鑑みながら、このように取り組むと取り組みやすいという情報を、何らかの

形で提供できるとよいとも思う。ここは、委員会の中でヒントをいただけるとありがたいと思った。

- ・ 江澤委員：まず認知症チームケア推進加算が創設された経緯や趣旨がなければならない。また、ここには加算の説明がないが、内容を見ると、ほぼ加算の算定を行うだけのプロセスが並んでいる。あまりこの加算を取り立てて、この加算を取りなさいと言うことも変である。加算の趣旨を踏まえた上で、どのように取り組めばよいかという流れにした方がよいと思う。
- ・ 栗田委員長：ヒント集ということ自体も、現段階では厳しいと感じた。ここからヒント集に仕上げていくためには、今日のような議論を相当行わなくてはいけない。今回は、ヒント集という成果物を出すことは控えたほうがよいのではないかなと思う。例えば、調査結果の概要版であればよいかなと思うが、事務局で相談していただければと思う。

(2) 在宅等における BPSD の予防・早期対応の実践の展開について（資料 1 P7～14）

【事務局報告】

- ・ 作業部会の議論結果を報告した。
- ・ 自宅で暮らす認知症の人への対応の現状、課題、チームケア推進のための重要ポイントを抽出した。

【主な意見・指摘】

- ・ 意思決定支援の重要性
 - 「本人中心」だけでなく「意思決定支援」を明確に打ち出すべき。
- ・ 支援の段階整理
 - サービスや環境、職員に慣れない時期、BPSD が出ている時期等カテゴリーを決めて進めていくことが必要である。
 - 在宅はそれぞれの利用者によってチームが異なり、初期の段階から介入する。
- ・ 在宅ならではの課題
 - どこで誰が家族を交えてアセスメントをしてどのように行うか、議論が必要である。
 - 家族と地域の方々との結びつきを強くしながら守っていくことも必要である。

【主な発言内容】

- ・ 栗田委員長：BPSD をアセスメントして原因を考え、何かを行うこととは少し違う。アセスメントももちろん大事だが、一番大事なことは、本人の意思を尊重して支援を行う観点ではないか。
- ・ 江澤委員：家族を含めて施設で行うアセスメントを、どこで、誰が、どのように担保するのか、なかなか難しい部分だ。サービス担当者会議で行うのも難しい。ケアマネの負担も大きい。まだまだ議論が必要ではないか。
- ・ 鴻江委員：初期集中では、その方の意思をくみ取りやすい部分もある。特養は、要介護 3 以上で、なかなか意思をくみ取りにくい部分もあるが、通所介護は、比較的要介護度も軽い中で意思を尊重しながら、スタッフの方たちは、その方が楽しんでいただけるような取り組みを行っている。また、その方が見えない病気を抱えているときも、その変化を上手にスタッフの人たちが捉えて見つけている。必ずしも通所介護で BPSD を取り除きたいというだけではなく、その方が本当に楽しんでいただけるのはどのようなことか、注目しながら行っていると思う。ただ、通所介

護の中でどれだけチームケアを行えるか、前回討議したが、私は、通所介護は案外やりやすいと思っている。

家族と地域の方々との結びつきを強くしながら守っていくことも非常に必要だと思う。

- ・ 及川委員：作業部会で議論した論点の二つは、回答しづらいと思った。認知症とわかっている利用者にファーストコンタクトを取る時期は、サービスを導入されてサービスや環境・職員に慣れない時期、生活全体において深刻なBPSDが出ている時期など、时期的なことがあると思うが、それをどのように考えるべきか。あとは、その利用者を支える環境面について、例えば介護者やサービス提供者を含めた環境要因、どこに何があって何が足りないか、今のサービスの状況や、それがこの利用者さんに効果的に作用しているのか、していないのかも考えなければ、回答しづらいのではないかと。
- ・ 中林委員：在宅はそれぞれの利用者によってチームも違い、在宅初期の方から介入する。BPSDの状況にもよるが、初期の段階で介入しながら支援を行うことは、非常に大事なポイントだ。そこを、どのように評価するか。
- ・ 栗田委員長：本日の委員会で出たディスカッションは非常に重要であるため、報告書として残しておくことが必要だ。そのような方向でよろしいか。
➡意見なし。
- ・ 栗田委員長：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの中の「意思決定支援チームが、このチームと非常に深く関係している。チームという考え方を意識することが、結果としてBPSDの低減、もう少し言うと、その背景にあるウェルビーイングやサイコロジカル・ディストレスの改善に関連する。そのような考え方が、とても大事であり、どのようにリアルワールドで作り上げていくかが大きな課題として残されている。

(3) 認知症チームケア推進研修の実態把握について（資料1 P15～27）

【事務局報告】

- ・ 令和6年4月1日～令和7年1月8日までに認知症チームケア推進研修を修了した者に対するアンケート調査の結果を報告。
- ・ 令和7年2月7日までにデータ入力が完了し、欠損のなかった1,101名の回答の速報値を報告。
- ・ 令和7年2月12日時点では、回答者3,113名、回答率43.9%。
- ・ 加算算定している施設・事業所は、29.0%～51.6%。
- ・ 加算算定の障壁：人手不足、リーダー研修受講困難、認知症専門ケア加算で対応しているため、報酬と労力の不均衡、カンファレンス開催困難等。

【主な意見・指摘】

- ・ グループホームの回答割合が高いため、結果が偏らないように留意。
- ・ 研修の修了後、どのようにフォローしていくかということも、考えていかなければいけない。
- ・ リーダー研修が都道府県によって受講しにくい、管理職業務が忙しく関与できないことは、解決しなければならない課題。
- ・ 各職能団体で行う各研修も算定の要件として検討することも1つの方向。

【主な発言内容】

- ・ 及川委員：グループホームの回答が全体の回答とリンクするものか。

➡事務局（月井）：グループホームの回答率が高いため、全体で集計するとグループホームに引け張られる形になる。ただ、加算の算定状況以外は、現時点でのデータの分析であるが比較的どのデータも回答の傾向は似ていると思う。

- ・ 及川委員：研修に出すことさえも難しいことは、日本介護福祉士会で研修を担当していてわかるが、それでもこのぐらいの割合の方々が、研修を受けて満足されていることは大きなことだと思うため、そこをしっかりと明示いただけたらと思う。
- ・ 田邊委員：私の事業所もそうだが、私自身も研修を修了はしているものの、まだ加算は算定できていない。その理由は人材不足と、認知症専門ケア加算で対応が可能だということ、単位数としても問題がないことがあるため、ほかの事業所でもそうなのではないかと思う。また、研修修了後、どのようにフォローしていくかということも、一方で考えていかなければいけない部分だと思う。
- ・ 江澤委員：25 ページの算定しにくい理由で、上から2つ目は、リーダー研修の受講者がいないことも含めた回答という理解でよいか。「リーダー研修が受講しにくい」もしくは「受講した者がいない」という両方の回答でよろしいか。

➡事務局（月井）：こちらの回答した施設が、必ずしも指導者・リーダーがいない状況か、今回の調査ではわからないが、現状としてはリーダー研修が受講しにくいことが算定の障壁となっているという結果だ。

- ・ 江澤委員：これは、リーダー研修が都道府県によって受けづらいところがあるため、厚生労働省にお願いしたいと思う。3つ目の管理職とは、管理職業務が忙しくて指導者研修・リーダー研修は終わっているが、ここに関与できないからという理解でよいか。

➡事務局（月井）：御認識のとおりである。

- ・ 江澤委員：この課題は、解決していかないといけないと思ったところだ。
- ・ 田邊委員：現在、リーダー研修の受講生のみが加算算定の要件になっていると思う。一方で、認知症専門ケア加算は、リーダー研修以外の研修も要件になっていたと思う。各職能団体で行う各研修も算定の要件として検討することも1つの方向かと思った。
- ・ 栗田委員長：調査結果からどのようなことを結論として導き出すかがポイントだと思う。ポジティブな側面と壁があり、どのように対応していくか、コンクルージョンとして出てくるべきだと思う。このようにまとめていただくことで、よろしいか。

➡意見なし。

3. 報告書の作成について

【事務局報告】

- ・ 研究の目的、方法を整理し、委員会と作業部会の検討結果をまとめたうえで、調査の結果と考察を取りまとめる。
- ・ 在宅等におけるBPSDの予防・早期対応の実践の展開は、検討すべき課題等について整理する。

4. 今後の予定

- ・ アンケート結果の分析・まとめ、議事録作成、報告書の作成を進める。
- ・ 3月末に内容等の確認を依頼する。

以上

第1回作業部会 議事録

開催日時：2025年2月13日（木）

開催場所：ZOOM ミーティング

【出席者（50音順・敬称略）】

黒岩 尚文	特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
佐藤 智洋	社会福祉法人杏風会 白寿園デイサービスセンター
田中 千賀子	一般社団法人田園調布医師会 田園調布医師会立訪問看護ステーション
戸谷 修二	介護老人保健施設愛生苑
中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会
野村 美代子	医療法人博愛会 介護老人保健施設ぺあれんと
森 久紀	公益社団法人日本介護福祉士会

事務局 認知症介護研究・研修東京センター 中村 考一、橋本 萌子、月井 直哉

1. 開会・趣旨説明

事務局より、これまでの事業経過と本作業部会の目的について説明を行った。

2. 議題

- ① ご自身の施設・事業所ではどのようなプロセスで、自宅で暮らす認知症の人への認知症ケア（BPSD ケアを含む）をチームで展開しているか。
- ② 在宅系サービスにおいて、認知症の人のチームケアを効果的に展開するためには、どのような条件が必要か。

3. 議事概要

- (1) 各委員による報告及び意見交換

【森部員】

①実践プロセス（小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護のお立場から）

- ・ 総合記録シートや認知症カンファレンスシートを用いて日々の記録・情報共有を徹底。
- ・ 本人・家族・近隣住民など多様な情報源から情報把握を実施。
- ・ ケアマネ、MSW から相談員という流れでアセスメントする。
- ・ アセスメントをもとにケア方法の検討と実施。
- ・ （課題）行政との情報連携が不十分（例：入院中の要介護認定結果が把握できない等）。

②効果的なチームケア展開のための条件

- ・ 職員の専門性確保と精神的な安定。
- ・ 家族も含めチーム内での情報共有とケア評価の徹底。

【田中部員】

① 実践プロセス（訪問看護のお立場から）

- ・ 訪問看護・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等と連携。
- ・ 多職種連携による情報共有（同フロアでの密な連絡）。
- ・ 本人と信頼関係を築きながら、生活支援のためのチームにつないでいく。
- ・ 認知症の疑いがある場合は、医師に報告し、認知症疾患医療センター、かかりつけ医につないでいく。
- ・ （課題）アセスメントや情報を共有する統一したツールがない。
- ・ （課題）本人不在で家族主体になりがちな支援。

② 効果的な展開のための条件

- ・ かかりつけ医と医療機関が連携できる流れ。
- ・ 家族へのケア。
- ・ （課題）それぞれのサービス事業所における教育内容、使用しているツールの把握が不十分。
- ・ （課題）サービス事業所が集まり、本人がどのように過ごしたいか等について話し合う場がない。

【戸谷部員】

- ・ 認知症チームケア推進研修全体を通して、医療に関わることが非常に少ないという印象を受けた。

① 実践プロセス（通所リハビリテーションのお立場から）

- ・ 通所リハ利用開始の際の判定会でニーズとデマンドの明確化。
- ・ 家族、介護職員が本人の日常の行動変化を共有し、対応。ケアマネに報告し、ケアマネは医療の意見を取り入れながら、各事業所に情報を提供。
- ・ 本人の体調管理。
- ・ （課題）一人暮らし高齢者の支援困難さ、情報の不十分さ。
- ・ （課題）ケアマネの業務負担の大きさ。

② 効果的な展開のための条件

- ・ チーム構成員の抽出（サービス利用頻度、家族の認識の違い、職員の負担等によって難しさがある）。
- ・ チーム員の意識や方向性の統一。
- ・ 本人がどう過ごしていきたいのかを把握。
- ・ チーム構成は対等であること。

【黒岩部員】

① 実践プロセス（小規模多機能型居宅介護事業所のお立場から）

- ・ 小多機での総合記録シート活用を通じた身体的要因の共有と把握。
- ・ 地域住民との日常的な関わり。
- ・ 本人の生活歴や意向を踏まえた個別的な支援。

② 効果的な展開のための条件

- 本人が築いてきた関係性がある人にチームに入ってもらおう。
- 地域資源と柔軟な連携。
- 地域とのつながりづくりが介護報酬の対象とならず仕組みとして成り立ちにくい。

【中林部員】

① 実践プロセス（ケアマネジャーのお立場から）

- ケアマネとして多職種協働の支援調整。
- 家族、近隣住民、知人等と情報を共有。

② 効果的な展開のための条件

- ケアマネの負担軽減と制度的支援。
- 行政手続等含む支援。
- 地域資源の活用には個人情報観の観点から限界もある。

【佐藤部員】

① 実践プロセス（通所介護のお立場から）

- サービス利用中からの「気づき」の収集。
- ケアマネ・他事業所・医師、家族等からの情報収集、共有。
- 認知症専門医の診断。
- 認知症検討会を実施し、それらを基に、ミニカンファレンス、ひもときシート活用。
- 家族や担当ケアマネとケア計画の共有。
- PDCA サイクルで行う。

② 効果的な展開のための条件

- チーム全体でその人らしい暮らしの実現プランの方向性を共有し、統一する。
- 専門職のチームが地域を動かしていく原動力になり、本人の気持ち、ニーズに着目する。
- 本人の希望に基づいたケアの実施。
- ケアマネを中心とした情報集約とチームケアの一貫性。

【野村部員】

① 実践プロセス（介護老人保健施設、短期入所療養介護のお立場から）

- 相談員、本人、家族、ケアマネから情報収集し、検討会議で症状などを事前に確認。
- リハビリ職員や施設ケアマネ等が主に情報を集め、ケアプラン立案。
- 在宅で関わっている方からの情報が頼りの綱になる。
- ケアプランの評価を返し、ケアマネから関係事業者に連絡を取る。
- （課題）困ったときのミニカンファレンスを誰が音頭とって行うのか。

② 効果的な展開のための条件

- 状況に合わせて、オンラインでもすぐに話し合えるネットワーク。
- 認知症カフェ、地域ケア会議、認知症初期集中支援チームを知る機会。
- 家族、支援者、地域住民の認知症への理解。

主な発言内容

- 森部員：論点①について、私は現場から離れているため、現場の責任者から聞き取りをし、それを抜粋したものを挙げた。本人だけではなく家族のアセスメントを深掘りする。そして、様々な環境を整え、ケアの方法を検討する。その情報を共有する中で、総合記録シート、認知症カンファレンスシートなどを使う。プロセスとしては、ケアマネ、MSW から私どもの窓口の相談員にという流れでアセスメントをするような流れになっている。独居の方もいるため、近隣住民からも情報共有をする。本人と身寄り、近所の住んでいる身内以外の情報もここに落とし込んで展開するという流れになっている。入口として、一般でいうケアマネやMSW だけではなく、近隣住民や民生委員など、その人それぞれによって情報先が変わるというのが小多機になる。

ケースとして多いのが、介護認定も受けていないような独居の方などが、例えば BPSD や身体症状で病院に入院し、退院するまでに要介護認定を申請し、退院のタイミングで要介護認定の判定が出るが、要介護の何になったかというのを、市町村によっては個人情報により教えてもらえないことがあるという話を聞いている。入院している状態で判定が出ていれば、対応ができて、本人が自宅に戻るまでに環境を整えられる。在宅で認知症の方を支えるには事前情報も必要である。
- 森部員：論点②は、関わる専門職種の情報が共有され、スタッフに行き渡るシステムをつくること、記録が重要である。また、「認知症のケアに対する知識や関心、また自身も健康で過ごせる事」ということも必要である。ほかには、BPSD が出たときには様々な評価があるが、その実施。総合記録シートを私どもの事業所では使っているが、体調の変化に注意するのも施設職員だけではなく、家族も関わってくるため、総合記録シートを家族にも記入してもらい、細かい情報を共有することで、いかに BPSD を出さないかということに着目してケアをしているということが特徴である。
- 戸谷部員：「認知症ケアに対する知識や関心、また自身も健康で過ごせる事」というのは、主語は誰になるのか。
- 森部員：職員である。職員数も多く経験値がばらばらな職員もいて、きちんとした知識がなければ疲弊してしまう。BPSD が出たときにどう対応していいかというのが分からなくて困ってしまう経験の浅い職員もいて、そのときに自分がめいってしまう。まずはケアする本人も健康でいなければならないということだった。
- 黒岩部員：論点①の中で、利用者によっては近隣住民とも協力して情報共有をしていくということがあり、論点②の中で、家族に記録を取ってもらう、報告してもらうということがあった。チームケアの中に近隣住民の方や地域資源はどのように入ってくるのか。
- 森部員：記録の記入に関して、地域の方が直接記録することはしていない。近隣の方もそこまで責任を負えないという話も実際にあった。記録はあくまでも職員がしている。近隣住民はあくまでもアセスメントのときの情報までで、ケアについて住民に家族や職員のような関わりを求めることはできていないのが現状である。ケアには直接的なケアと間接的なケアがあると思うが、例えば独居の方が外に出てきた、家の中でこうだったといった情報は、教えていただき、それを記録することにはしている。
- 森部員：最終的にこれはどうまとめるのか。
- 事務局（中村）：各先生方で共通の要素は、重要なプロセス、外せないプロセスではないかと仮定して、在宅の認知症の人を支えるときに押さえてケアを進めなければならないことは何なのかということを、今回の場合は完成版までとはいかないと思うが、議論のスタートとして整理する重要な材料、

事実情報、データとして使いたいと考えている。

- 田中部員：在宅医療相談窓口ということで、区民や多職種が相談できる窓口を設置している。さらに、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等がある。部屋は違うが同じフロアのため、情報共有を行いながらやっている。自宅で暮らす認知症の人に対して、区では物忘れ検診の希望者に受診を勧めている。また、地域包括支援センターでは家族や近所、友人から、物忘れのことや、いつもと様子が違うので大丈夫かという相談があった場合にかかりつけ医に相談するように受診を勧めている。かかりつけ医のいない場合は、在宅医療相談窓口から認知症対応の医療機関を紹介し、認知症のケアにつなげるようにしている。ただし、それに対するアセスメントなど統一したものがなく、まだ情報共有と伝達になっていると感じている。

さらに、地域住民に対しては包括支援センターで認知症サポーター養成講座を開催している。認知症カフェ、家族の会、チームオレンジも行っている。1人の人を地域のたくさんの人が支えていくものを包括支援センターが支援している。

本題だが、訪問看護において認知症チームで展開する場合について話をする。一人暮らしで支援が必要だと周囲が勧めても、「困っていないから大丈夫」と言ってなかなか家の中に入ることができない。導入の一步がなかなか難しい場合に、訪問看護は、「看護師さんならいいわ」という話があれば、それを機会に、医師から依頼があったということで入る形になる。決められた時間で短時間の訪問のため、初回ではなかなか現状をつかみ切れないため、回数を重ねつつ、その人のできていることや困っていることなどを理解しながら、「人が入ることはそんなに悪くない」というように少しずつ信頼関係を築きながら、生活支援のためのチームのサービスにつないでいくことも、私たちの役割として行っている。

また、認知症の人には、認知症だけではなくがんの終末期の方や、結核の薬を飲まないといけない方、難病や心不全など疾患が複数ある方の場合にも、訪問看護は、病気もあるけれども認知症もあり、その中で家でどう暮らせるかということにも関わっていく。また、インスリンの注射や、点滴やカテーテルなど医療処置が必要な場合にも、そのような処置をどのようにしたらいいのかということで関わることになる。また、看護師は介護と医療の両方を担っているため、医療チームと、介護のヘルパー、デイサービス、ショートステイなど生活を支えているチームとで連携を取りながらつないでいくのが私たちの役割だと考えている。ただし、その中では情報を共有するためのツールはないため、どちらかといえば報告という形になったり、相談を受けてその相談に対してアドバイスをしたり、お互いに生活面が見えないと、ふだんの食事はどうなっているかといったことなどを介護の方に聞いたり、ケアマネジャーに情報を聞いたりすることが主になる。

様々な情報については、自宅にノートや記録など書いてあるものがあるので、それに目を通したり、ケアマネからの情報を受けて共有したりすることがある。ただし、ケアチームで共有している情報は、どちらかといえば現状の実施した内容や、困っていること、気をつけなければならないことがほとんどになっている。その人が何をしたいか、このように関わったほうがいいといった目標のようなものはないということを今、反省している。

認知症と診断されていない方でも、訪問している間に、曜日や時間が分からない、計算ができないなど、認知症を疑うような事態になることがあるため、その場合には医師に報告し、家族にも今の利用者の状況を伝えてかかりつけ医が診断・治療を適切にできるように促していくようにしている。

ただし、早期に受診し、また中核症状に対してケアチームで関わるが、BPSD の症状が強く出る方がいる。そのようなときには医師に報告し、認知症の医療センターを受診し、適切な治療をし、その後、退院したらかかりつけ医と治療の継続をしながら、在宅チームが見ていくという形になっている。

- 田中部員：論点②について、自分が今、現場でやっていることや、必要だと思われることを考えた。その中では、物忘れ検診などで初期に受診すると、軽度の認知障害、認知症のグレーゾーンになる方もいるので、「認知症ではないと診断された」、「まだ大丈夫と言われた」という場合、本人と家族は、大丈夫だという認識で、定期的な検診や受診が中断され、気がつくとかかなり進行して深刻な症状が出てくることもある。それも考えると、かかりつけ医は非常に必要である。ただ、かかりつけ医が紹介して認知症の専門外来などを受診すると、その患者たちは専門の病院だからということがかかりつけ医に戻らない。そのため外来に通院を続けることになると、病院の中で認知症の初期で定期的に受診する方が増えるために、専門的な治療が必要になったときに、予約の患者が多くて初診の予約が数か月待ちになる。適切な診断と治療ができるように、地域にかかりつけ医を持つことが必要で、医療機関とかかりつけ医が連携できるような流れが必要である。かかりつけ医はチームの中でとても大事で、適切な診断と治療について私たちはとても悩むことがあり、本人と家族も不安になることがあるので、チームの中にかかりつけ医が必要である。

また、在宅ではほかのサービス事業者と重ならないように行っているため、それぞれの対応についてなかなか見えない部分がある。今は事業所ごとに認知症の研修をきちんと行うように言われているため、毎年、研修や教育が行われているが、それぞれの教育の内容がわからない。使っているシートやツールについてもわからない。

さらに、認知症のケアを話し合う場がない。認知症ケアに対してチームで、対応やケアで困っていることを共有し、話し合い、共通の認識を持てるとよい。

- 黒岩部員：担当者会議は、自分たちの仕事の役割分担に意識が行き、ヘルパーは何時に行くというような、役割分担だけ話をして、実際に本人の 24 時間の暮らしに目が行かないので、チームとして何に焦点を当てて共有するかということがとても重要だと感じる。
- 田中部員：条件の中に入れてよいかどうか悩んだことだが、在宅では本人以外の家族もとても大きな影響力がある。家族は認知症になったら困る、暮らしていけないと考える。また BPSD の行動がとても悪いイメージになる。具体的に認知症の本人に何ができているのか、何ができないから困っているのか、何をすると本人の症状が悪くなるのかということを家族が理解できず、家族の関わりでかえって症状を悪くすることもあるので、家族に対してのケアも必要ではないか。プランの中でも家族から、何をしてほしい、何で困っていると言われて、サービスのプランが家族主体のケアのプランになってしまうことも往々にしてあるので、大事なものは認知症である本人はどうなのかということで、そこに立ち戻らないとならないのではないかと感じた。
- 戸谷部員：研修全体を通して医療が関わるということが非常に少ないという印象を受けた。この研究では、症状と言いながらも実は満たされないニーズの表れだと言っているのも、そこは非常に共感できる。一方で、レビーの幻視やピックの脱抑制などは、中核症状でありながらも BPSD という特殊なケースなので、そこに対して現場がやりくりしてもどうにもならない部分もある。そこは医者

れば、これ以上は無理だということが共有できるのではないか。チームに関わらないにしても、何かしら医師の意見を取り入れられるようなシステムは必要である。

それを前提として、論点①について、老健の通所リハに関して言うと、利用開始の際に必ず判定会を行っている。利用者の全体像を、介護力も含めて把握し、本人が何を希望しているのか、また本人の体にとって何が必要なのかというデマンドとニーズを必ず明確にはしている。それを明確にすることで、次に起こり得ることもあらかじめ予測が付き、何に注意するかという話ができる。利用中に本人にBPSDがあれば、気づいた職員がそれを他の職員と共有する。また、家族からも自宅での様子についての話が送迎の際などにあったり、ケアマネからも報告があったりする。それら集めて、施設ではどうするかということを話し合っている。「食事・水分摂取量、日中の活動量」については、ふだんの体調管理ができていないと心も乱れるということで、私どもの施設では必ず介入している。例えば声かけや座る席、風呂の順番など、工夫しながら本人の気持ちが落ち着くように試行錯誤している。そのような対応に入ったときにはケアマネジャーに、こういうことをしているという報告がされている。また、医療にも非定期的に、気になることがあると報告するようにしている。私も実は定期的に認知症外来をやっていて、そこでもそういう報告を受けることがある。

「食事・水分摂取量、日中の活動量」については、ふだんの体調管理ができていないと心も乱れるということで、必ず介入している。対応に入ったときにはケアマネジャーに、こういうことをしているという報告がされている。また、医療にも非定期的に、気になることがあると報告するようにしている。大体1〜3か月程度の間にはリハビリ会議も開かれるので、それが現在の対応や家庭での様子など互いの情報共有ができる場所になっている。

まとめると、家族や介護職から日常の行動変化についての報告があり、サービス提供中には介護職がそこで対応し、それ以外についてはケアマネジャーに全部報告が行く。ケアマネジャーは医療からの意見を取り入れながら、各利用者への対応について各事業所、多職種に情報を提供している状態である。

ケアマネジャーにも聞いたが、一人暮らしの方が今かなり大変である。自宅での様子がつかみづらい、あるいは、ヘルパーなどが入っても、なかなか全部が集まるわけでもなく、情報が不十分なことがあるということだった。さらにかかなり疲弊しているということである。既にそういったチームケアのようなことが行われているわけで、リーダーは決まっていないが、ケアマネ自身、自分たちが動くしかないという認識で自宅訪問や病院受診への同行、通所先までの付き添いなど、情報共有せざるを得ないという現状で、かなり負担が増えている。今後チーム会議といったことまで強いるなら、何かしらよい方法を練らないとならないのではないか。ケアマネが中心になるという前提で話をしたが、正直なところ、おのずとケアマネが中心にならざるを得ないのではないかとも思っている。なので、何とかその負担を軽減できるものがないかとは考えている。

- 中林部員：ケアマネジャーの立場から発言する。先ほどの疲弊については、本年度、厚生労働省でケアマネジメントにおける諸課題の検討会が実施され、その中間報告が出ている。その中で、在宅では本人だけではなく家族の意向、環境によって支援の在り方が大きく変わってくる。また、一人暮らしの認知症の方の支援においては、様々なサービスがあったとしても、家族の代行、認知症の病院への付き添い、書類関係の整理、行政機関への書類の手続きは、ほかのサービス事業所は介護保険外ということでサービス提供ができないので、それらの多くはケアマネジャーが代行しており、そこをどうするのかという課題はある。これも大きな課題として今後の議論の対象になるのではないか。

- 戸谷部員：論点②について、一番はチーム構成員の選出がとても大事でありながらも難しい。施設利用頻度によって介入者に限界が出てくる。観察やケアの介入の時間がばらばらになる。通所リハビリでは、間隔が最長であれば2週間に1回という利用者もいる。逆に小多機や看多機であれば、毎日観察できる方もいる。そこを一律に話をしても難しくなることが懸念される。同居の家族がいれば観察について協力してもらえらるだろうが、一人暮らしであればそのリスクは高くなる。例えば夜、寝ないでたんすの出し入れをしても隣の人には絶対にわからないので、そういったことをどう拾い上げていくのか。課題が多い印象を受けている。家族や近隣住民までチームに加わってもらうということは難しいのではないかと。介護職がいかにかそのチームを構成するかということになるが、ヘルパーやケアマネジャー、訪問看護などでチーム構成した場合に、既存の業務に加えてシート作成の負担は非常に鍵になる。そうなれば、負担を減らすことは難しく、限りなく負担は減らしながらも何かしら給与が上がるようなシステムにしなければ誰もついてこないのではないかと。

入所系と同じようなPDCAサイクルには乗せられるだろうが、入所系にはかなり劣ったものになるだろうと思うので、その効果は未知数かもしれない。関わる時間が圧倒的に少ないので、だからこそ介入するチーム員の意識や方向性の統一が必要で、ぶれのないようにしておかないといけない。

一方で、この研究でもあるようにBPSDの予防ということでは、利用者本人が心が満たされる状態であればBPSDは起きないだろうということであれば、いかに心が満たされる状態が続けられるかである。したがって、まずは本人自身の予後の理解がとても大事である。本人がどう思い、どう生きたいのかということ、家族や周囲がきちんと把握しておくことが重要である。在宅系のサービス利用者の全員に対して、早い時期からどのような生き方をしたいのかを把握するという幅広い介入が重要になるのではないかと。

- 黒岩部員：チームという概念は、対等な立場で意見が言えることがまずは前提条件ではないかと。
- 戸谷部員：そのとおりである。
- 黒岩部員：在宅でチームをつくったときに上下関係が生まれると、視点や方向性がずれてしまうことがある。

- 黒岩部員：論点①については、記録を通してBPSDを引き起こす可能性のある身体的要因をチームで共有・把握することと、地域の方々とチームを組んでその方の暮らしをサポートすることである。

情報共有総合記録シートで、24時間の水分、排泄、食事を記録していく。便秘や不穏な状況があったときに、いつ頃から出ていなかったかということ把握する1週間の流れである。

- 黒岩部員：論点②については、施設と在宅ではチームの構成が異なり、本人の状態や置かれている状況によって変化するのではないかと。また、チームの構成も個別性があることを認識し、それを生かすことが、特に在宅サービスでは重要ではないかと。本人の望む暮らしを尊重するのであれば、本人が築いてきた周囲の関係性がある人にチームに入ってもらうことが不可欠ではないかと。自分たちが知っている以上に、友人関係にある方がその人の望む暮らしを知っている、あるいは困りごととも発見しやすいこともあるので、その意味では家族だけに限らず周囲の人を入れていく。家族以上に近所の人知っていたりすることもあるので、入ってもらえるとありがたい。それも踏まえて、専門職だけでチームにならないことが、在宅系サービスにおいて認知症の人を支えるには大事ではないかと。
- 戸谷部員：本人が築き上げてきた周囲の関係性をそのまま継続していけることは理想だが、どこまでチームに関与してもらえるのか。もしそれが何かしらの加算などになると、チーム介入した方に

対する何かしらのペイがどうなるのか。それに伴って責任も出てくるだろう。できれば一緒に加わってほしいが、どういう形で加わってもらえるかということを考えなければならないのではないかと。

- 黒岩部員：全てのケースについて近所の人に関わってくれるわけではない。認知症の人の隣人の方が「いつもこの時間なら電気がついているのに、ついていないが大丈夫か」と事業所に連絡をくれた。それには、当たり前なことだが、日頃から訪問した職員が挨拶をしているかということも関わっている。そういうことから本人と地域をつなぐということがあるのではないかと。
- 戸谷部員：地域住民をチームに引き入れてしまうリスクもある。そうであれば緩くつなげられるように、誰かがハブとなって、そういう情報を吸い上げるような在り方でもよいのではないかとも思いもした。
- 黒岩部員：必ずしも入ってくれるわけでもないが、大事にはしたい。会議に出るとなると躊躇するが、立ち話で本人も含めて挨拶する関係や、そういうものが繋がれば良い。

人材不足の介護現場の中で、直接的ケア、例えば訪問して食事の準備をする、衣服の準備をすることは、自分たちの仕事だと認識できているが、隣近所の関係をつなぐのはケアと思っていないくて、現場に入るとその認識も違う。結局、孤立してしまうし、周りから疎外感を受けてしまう。だが、周りをつなげば本人の安心感は全然違うし、BPSD という認識にならない。そこに時間がかかるが、そこを丁寧に行くと、逆にサービスはそれほど要らなくなる。そこは介護サービス、介護報酬ではないという意識の人もある。連れてきて報酬になり、1時間、決められた時間、行って報酬になる。そこがうまくかみ合わないところがある。

- 中林部員：改めてケアマネジャーの役割の説明から入る。利用者との出会い、初回に関しては、病院など様々なところからの紹介をいただき、インテーク（初回面接）を受けて、アセスメント（情報収集）し、認定を受けている方に関しては主治医意見書や認定調査票等から情報収集しながら、既往歴、疾患においてアルツハイマー型認知症であることなど、そのような情報からその方の支援を考える。まず本人の意向も大事だが、在宅においては本人だけではなく、家族以外の方も含めて家族等の意向も押さえておくべきだと言われている。その主訴、意向、要望等を受けて、今度はその方が置かれている現状、その中で課題と言われていること、何に困っているのか、どのような生活を送りたいのかということ整理しながら、ケアプラン、ケア計画をつくる。その中で、特に認知症に関して必要な支援、社会資源を踏まえて、在宅において特にフォーマルなサービスだけではなくインフォーマルなサポート、自助・互助・共助が当然あるが、互助としては家族支援、近隣住民、また影響がかなり大きいのは知人・友人であり、そういった方の情報をエコマップやジェノグラムなどで整理し、初めてその中でチーム編成を行う。このチームに関しては、在宅の利用者ごとにチームは異なる。その都度チームを編成し、担当者会議を通じて実際にそれぞれの役割や、その方の支援の方針等を共有しながら、実際にサービスを提供していく。これが最も一般的な流れになる。

したがって、論点①については、多職種協働で様々な職種の方、主治医をはじめ関連する方々と連携を図りながら、実際に在宅での生活を支援していく。その中でケアマネジャーは、法定研修や実務研修等様々な研修の機会の中で認知症の方の支援については講義・演習等を受けており、また法制度の中で認知症基本法の理解やパーソン・センタード・ケア、特にナラティブアプローチ、本人の物語、これまでの生活歴などを尊重しながら、大事にしながら、その方の生活を継続していくといった知識・技術的なものは備えて、それぞれサービスを調整していく。

その中で次の課題、効果的条件にもつながってくるが、在宅においてケアプランの中で 24 時間、365 日の体制には限界がある。特に家族が同居していれば、デイやヘルパーなど様々な社会資源を活用していくが、フォーマルな支援以外の時間帯がどうであったかという家族の協力、あるいは近隣、知人の協力というインフォーマルな支援で情報を共有していかなければ、なかなか 24 時間対応できない。情報として、専門職だけではなく、家族からの情報を共有していくことが非常に大切になる。

また、支援によって家族もプラス面、マイナス面にもつながる。家族の虐待、身体拘束等も実際にある。そのようなことに陥らないように、家族へのサポートも必要になる。そこをチームとしてそれぞれの役割を担いながら、またサービス時間以外のところをどのような形で支援できるか。

MCI、初期の方は、私はしっかりしている、自分のことはできているという方がほとんどなので、支援は要らないということで、実際に地域に出かけて買物等をし、その中で様々な問題等が起きて、そのたびに警察や近隣から何とかしてほしいといった情報がケアマネジャーに集まってくる。そこも地域ならではの支援という形で見守っている。

- 黒岩部員：ケアマネは正直なところ、在宅のチームケア加算は望んでいるのか。
- 中林部員：以前、独居加算や認知症加算があった。なぜかという、同じ理由で、そのくらい手間がかかるということで、基本報酬以外に加算があった。今は諸課題の中で、業務外で、警察からの連絡、地域からの電話で迎えに行ったり、徘徊して探しに行ったり、そういう手間暇はかかるので、何らかのものは望まれる。ただ、加算をつけるとなると責任が生じる。それはケアマネジャーがやる役割だろうと言われたときに、自宅内であればいいが、自宅外で何かあったときに迎えを依頼されると、どこまで責任が負えるのかということで、悩みはある。
- 事務局（橋本）：利用者によってチームが異なることがとても大事だろうと思うが、チームの構成員は、誰がどう決め、どう招集するのか伺いたい。
- 中林部員：基本的には利用者の意向を聞きながらだが、家族の声が大きい。MCI で初期レベルであれば、利用者からは逆に、そんなことは自分でやっているから必要ないという拒否が多いが、家族からは、物忘れが多くて同じものを買っている、風呂に入っていると言うが全く入っていない、食べていると言っても同じものしか食べないといったことで、まず家族からの SOS が多いので、そこで家族の意向を聞きながら、様々な方と相談しながら介入して、誰かが入れば次は誰という感じで、そういうことを専門職同士で話し合っている。
- 中林部員：論点②について、様々な課題がある。一番は、認知症の方の金銭管理である。介護保険では金銭管理はできない。後見人制度があると言っても、その活用には費用もかかるので、年金生活者の金銭管理をどうするかは問題である。拒否があった場合、誰が金銭管理をするのか。特に金銭の取扱いを間違ったり、お金が引き出せないという課題に対してどう対応するかという問題が在宅では多くある。最も大きいのはマイナンバーカードで、書類はケアマネジャーが代行するなど、そのような負担が多くなってきている。

また、まだ地域住民の理解や受入れは乏しいところがある。したがって、自宅内であれば家族の支援でよいが、まだ元気な方が生活していくに当たっての専門職以外の方のこともある。

さらに、個人情報保護法があり、ケアマネジャーもその人が認知症であることを地域住民の方に簡単に言えない。その障壁をどうクリアしていくのか。

- 黒岩部員：情報を漏らすことはよくないと思うが、情報を伝えて共有することは全く違うのではないか。その人の支援をする、その人をしっかりサポートするに当たってお互いに共有するのと、漏ら

し合うのは違う。そういう意味では必要な情報はお互いに共有する、認知症であることは伝えて、認知症である中でどういう症状がその人にあるか、どういうリスクがあるかということは伝え合うことがないと、誰も自宅に入れない。

- 中林部員：家族が同居していない場合など、勝手に情報提供はできないので一応、同意書は取る。ただ、その同意書は関係機関に対してであって、それをどこまで含めるのかということである。
- 戸谷部員：何かしら情報提供をいただけるような人に限ると思うので、そこは本人の了解でよいのではないか。本人に「あの人が協力してくれそうで、そうすればあなたはそのまま家で暮らせる」という話をすれば、大丈夫だと思うが、どうか。
- 中林部員：そのために、家族以外になると知人・友人の協力で、向こう三軒両隣ぐらいであれば、ある程度、知っている方もいるので、情報も提供したり、逆にケアマネジャーに情報提供してもらったりすることはある。そこは本人の物語で、知人・友人との情報のやりとりはしている。

- 佐藤部員：論点①について、まず①サービス利用中の状況からの「気付き」の収集である。気づくことに関しては職員の専門性が非常に必要とされるので、そこは日頃からの研修等によって高めている。食事、排泄、入浴、機能訓練、口腔ケアなどの状況により情報を収集している。

もう一つは、担当ケアマネからの情報の収集である。サービス担当者会議において、また我々は何かあれば事業所にリアルタイムで電話連絡をするので、そのような情報伝達をしている。ケアマネだけではなく、他のホームヘルパー、訪問看護、主治医などの情報も収集している。また、認知症カフェからの情報もある。初期集中支援チームも行っており、それからの情報も得ている。また、非常に重要なのは、家族からの情報の収集である。送迎の際、電話連絡、サービス担当者会議のときなどに、家族からの情報を収集している。特に送迎のときは非常に重要で、利用者を送り出すときの家族の表情でちょっとした疲労感が見えるなどしたときには、言葉かけをすることによって家族の気持ちを引き出すことができるので、そこも重要視している。

②として、そのような情報を職員間で共有し、周知徹底している。また介護ソフトにリアルタイムに入力している。これにより、データでの情報の収集ができ、それをそのまま画像としてケアマネ、家族、その他の事業所にも共有できるので、非常に効率が上がっている。

③として、その情報においてBPSDが非常に高くなってきた方、課題が大きくなってきた方、または何の症状なのか疑問が出てきたときに関しては、「認知症検討会」ということで、認知症の専門医の診断を無料で受けることができる会を2か月に1回、行っている。脳のCT画像を見ながら、今後こういう症状が出てくるだろう、またはこういう服薬の調整が必要だろうといった様々なアドバイスをいただくことができている。そこには専門医を中心に施設長、看護職員、相談員、機能訓練、介護職員など、全てのセクションが参加するようにしている。

④として、それらの情報を基にミニカンファ、または「ひもときシート」での課題分析とケア計画の立案をしている。

⑤として、家族や担当ケアマネとのケア計画内容の共有をしている。

⑥として、ケア計画を実際に実施し、状態観察における強化をし、また①から②をPDCAサイクルで行っている。必要なときには、また③の「認知症検討会」で再度、検討を行っている。

- 佐藤部員：その人らしい暮らしの実現プランは各事業所でばらばらな内容ではなく、少なくとも方向性を共有して統一する必要がある。

また、単独の事業所からの情報だけではなく、チームケアを行っている多職種の事業所からの情報の集約が不可欠であることはもちろんのことである。

地域資源の開発、協力は非常に難しいと実感している。

したがって、施設で取り組んでいるシステムの流れ、様式は非常に効果的なのではないかと実感している。在宅で新たにこのプロセスを進めていくのであれば、まずは専門職のチームが地域を動かしていく原動力になれるようなシステムにし、それに向けて、BPSD だけに着目するのではなく、BPSD の背景にあるその方の気持ち、ニーズに着目するような、地域を動かせるようなシステムにできればよくて、それにはとにかく分かりやすいシステムにする必要があると感じている。

- 中林部員：実際にケアマネジャーは、情報については面接のとき、契約のとき以外は月 1 回のモニタリングだけで、あとはヘルパーの情報や訪問看護、またデイでの様子になる。ヘルパーはその方の状況を最も分かっており、そのフィードバックがケアマネジャーに返ってきたり、日々の状況の共有をしたりして、逆にそれがケアプランに生かされたり、サービスの見直しにつながったりするので、ケアマネジャーからではなくて、逆に多職種の方から情報をいただくほうがよりよい支援につながるとい現状がある。
- 佐藤部員：私たちも非常に重要視しているのは、ケアマネジャーとの信頼関係である。そのためには、こちらからいかに瞬時に利用者の方の情報をケアマネジャーに伝えるかということにかかっていると感じている。
- 野村部員：自宅で暮らす認知症の方にチームで行う認知症ケアについては、老健ではショートステイで関わる人が多い。相談があり、事前に相談員から情報収集し、本人、家族、ケアマネジャーから情報収集し、検討会議で症状などを事前に確認してお引受けしている。その場で、その方を私どもの施設で見られるか、疑問のあるときは、その場で話し合いをしたりしている。ケアプランを立てるに当たっては、リハビリや施設ケアマネなどが主に情報を集め作成している。その中で分からないことがあるときは、またケアマネに連絡を取る、家族に状況を聞いていただくなど、そういうところでは関わりがある。

また、在宅生活がベースなので、家の情報が分からないことにはどうにもならないということで、そこがすぐにケアマネジャーや家族、ほかの事業所と連携が取ればよいなと悩むことはある。在宅で関わっている方からの情報が頼りの綱になっている。

立てた計画に沿ってどういう状況だったかということは、ケアプランの評価で書面でも返し、ケアマネジャーから関係事業者にも連絡を取る形になっている。これから専門医にもかかりたい、かかりつけ医にも相談したいという場合は、利用中の情報なども詳しく書面で伝えている。

在宅でしっかりアセスメントされていて情報が来ると安心して引き受けられるが、皆が分からない状況で施設の中でアセスメントすることも多い。それが老健の役割でもあるかと思うが、そこから家に返って過ごすためにはどうすればよいのかということや、リハビリなどの専門の方もいるので、皆でアセスメントして在宅のチームケアの一員としてやっていければと思う。

施設では多職種がそろっていて、特に老健では医師もいて、困ったらすぐ集まってミニカンファレンスなどを開いてやれるが、在宅だと話し合いをするのに誰が音頭を取って話し合うのだろうと思う。最近はオンラインもできるので、もう少しそういうことがうまくできればよい。

在宅復帰支援では、帰る前に担当者会議等もし、そのときには施設でこうすれば落ち着くという

生活リズムなどが見えてくるので、それを言語化したものとして24時間シートがあり、それは提供して伝えるが、それがどのように活用されているのかはわからない。

また、自宅に帰して終わりではなく、家族支援がとても大事なので、いつでもショートステイを受けられるという体制は、帰る際にはしっかり約束している。家族の理解が難しいなどの事情があると、在宅復帰にならないケースも多く、そのままグループホームに入居ということもある。

- 野村部員：まずは居宅ケアマネを中心としたネットワークが、既にあるのかもしれないが、私たちの周りではまだない。ただ、今日話を聞いて、ケアマネジャーも疲弊している現状もあるようだが、施設ケアマネだけが音頭を取るわけでもなく、チームと利用者、家族との関係性で、リハビリを中心にやったほうがよいときや、相談員がしたほうがよいときなど様々なので、その状況に合わせて、オンラインでもよいので、すぐに話し合えるネットワークがあればよい。

また、老健でやれるとよいこととしては、認知症カフェに施設職員が顔を出せば、あるいは、地域ケア会議や認知症初期集中支援チームが具体的にどのようにしているのかを知ることができるような機会がもっとあれば、もっと地域を見て施設でもケアができるのではないかな。

さらに、家族や支援者、地域住民の方の認知症への理解が社会で共通にできていけばよい。

- 事務局（月井）：本人の望む生活を考える場合に、他事業所のスタッフも含めて皆でそれを支える際に、意識や方向性の統一をどのように行っていくのか。
- 戸谷部員：難しいが、最低限の統一は必要である。中心になるのは、今日の流れではケアマネになるのではないかと感じている。また、統一のときに最終的には本人が了承しないとそこには進めないと思うので、そういう意味では本人の了承があれば統一になるのではないかな。あとは、その方向に向かってそれぞれの専門職がどのように関わっていけるのかということを探していくことになる。
- 事務局（月井）：関係図は他の事業所にも共有し合っているのか。また、関係図の中のどこかに自分たちの事業所がアプローチするという情報も皆で共有しているのか。もししていない場合、皆がばらばらにいろいろやり始めて、かえって混乱を生むこともあり得るのではないかなということが気になった。
- 黒岩部員：総合記録シートと、「軒下マップ」と言っているが、あのような関係図を使っている。必要な人には作って、訪問看護や福祉用具の方が入ることもあるので、共有している。付き合いって最初からあれを全部埋めようとしなくて、たくさん探そうとせずに、付き合いながら関係している人を見ていく。
- 事務局（中村）：チームのメンバーに入ってもらおうというよりも、チームのメンバー、サポートのメンバーが承知しておくということか。
- 黒岩部員：そうである。担当者会議や、自宅と一緒にカンファレンスなどをするとき、その用紙を持ち寄って共有するというイメージである。
- 森部員：地域ケア会議に介護福祉士は参加していない地域もあると思うので、中心はケアマネになるだろうが、介護福祉士は絶対に参加して多職種連携をするべきだろう。
- 黒岩部員：認知症の加算はよくわからないが、必要ないと思っている。今のケアマネたちが一生懸命担当者会議をしていて、チームを組んで方向性を示してやっていたらそれでいいので、何のための加算かわからない。加算を取れば本人の負担も増える。要らないものをなぜ議論しなければならないのか。年寄りにとっていい形をつくっていきたい。

- 事務局（中村）：まず大事なのは、在宅ではこのようなケアがいいのではないかという提案がスタートで、それをやっているところと、できていないところがあって、そのギャップを埋める中で、加算という選択肢も結果として出てくるということではないか。
- 佐藤部員：特に一人暮らしの認知症の方を支える中で今、非常に課題に思っているのが、服薬管理である。残薬や飲み忘れ、あるいは重複服用が非常に課題になっている。デイサービスがそれを担当することもあるが、それもなかなか難しいところがある。

以上

事務局

所属・氏名	執筆担当
認知症介護研究・研修東京センター 中村 考一	第 2 章 2.4.
認知症介護研究・研修東京センター 橋本 萌子	第 1 章、第 2 章 1.3.
認知症介護研究・研修東京センター 月井 直哉	第 2 章 5.

【報告書名】

令和6年度老人保健事業推進費等補助金
BPSDの予防・軽減を目的としたチームケア推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7（2025）年 3月