

令和4年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

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

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5（2023）年 3月

目次

抄録	ii
はじめに	1
1. 報告書の構成	1
2. 本研究におけるBPSDの定義	1
3. 令和3年度の成果	3
第1部 令和4年度事業の総括	5
1. 研究事業A：BPSDの予防に資するケアのあり方の検討	5
2. 研究事業B：BPSDの軽減に資するケアのあり方の検討	7
第2部 研究事業A：BPSDの予防に資するケアのあり方の検討の詳細報告	9
1. 研究事業Aの方法	9
2. BPSDの予防についての基本的考え方に関する検討結果	9
3. 委員会リストに基づいた実践の結果	13
4. 研究事業Aの議論となった点	16
5. 研究事業Aの今後の課題	17
6. 研究事業Aのまとめ	17
第3部 研究事業B：BPSDの軽減に資するケアのあり方の検討の詳細報告	19
1. はじめに	18
2. 研究事業Bの方法	18
3. 研究事業Bの結果	22
4. 研究事業Bの議論となった点	32
5. 研究事業Bの今後の課題	33
6. 研究事業Bのまとめ	33
(参考) インストラクター研修の結果	34
1. インストラクター研修の方法	34
2. インストラクター研修の結果	34
付記 検討委員会の結果	36
検討委員会委員一覧	36
開催日時	36
付記2 作業部会の結果	52
作業部会メンバー一覧	52
開催日時	52
付記3 成果物資料	76

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

【背景および目的】認知症施策推進大綱には認知症の行動・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ているが、現在のところ、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。本研究では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（以下、委員会リスト）の実用性を検証する、②「BPSDの客観的評価」「全人的アセスメント」「PDCAサイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群のクラスターランダム化比較試験を実施し、その効果検証を行う、の2点を目的とした。以降①を研究事業A、②を研究事業Bとする。

【方法】**研究事業A**：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た。さらに、以上をふまえて、委員会リストの実用性の検証を行った。

研究事業B：本研究に協力いただいた全国の施設・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」「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た。

【結果】**研究事業A**：作業部会では、4回の検討を行い、同時に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。Quality of life (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。

研究事業B：介入群は対照群に比較し、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version (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。

【まとめ】**研究事業A**：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を示した。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。**研究事業B**：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た。

はじめに

1. 報告書の構成

本報告書では、令和4年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」の成果を報告する。まず、「はじめに」では、報告書の構成を説明したうえで、本研究におけるBPSDの定義について確認し、令和3年度の研究成果について概観する。その後第1部では、研究全体の総括を行う。本研究は大きく、研究事業Aと、研究事業Bに分かれるが、それぞれの詳細を報告する第2部で構成した。

2. 本研究におけるBPSDの定義

本研究におけるBPSDの定義を示す。国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association; IPA）は1996年と1999年の会議を経てBPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia；認知症の行動・心理症状）の定義を示し、これが現在に至る¹⁾。

この定義の原文を示す。“The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), defined as: symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.”前半部では「行動障害という用語はBPSDという用語に置き換えるべきである」と記載し、後半部ではBPSDの定義を示している。この定義を直訳すると「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」となる^{1,2)}。知覚認識障害の代表は幻覚、思考内容障害の代表は妄想、気分障害の代表はうつ、行動障害の代表は暴言や徘徊となる（図1）。

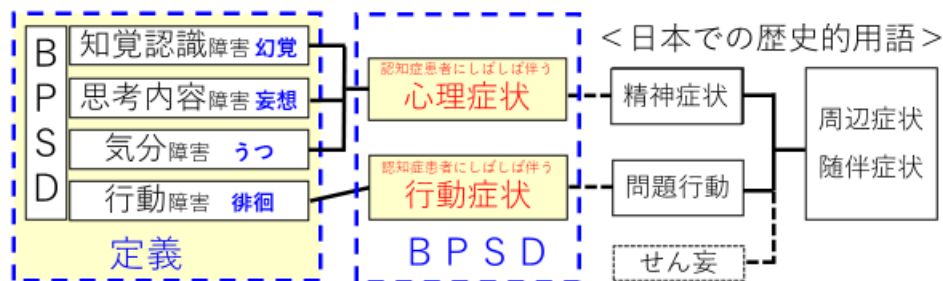


図 BPSDの定義

図1 BPSDの定義

日本老年精神医学会監訳のBPSD教育パック日本語第2版²⁾では、心理症状は『通常は、主として患者や親族との面談によって明らかにされる。不安、抑うつ、幻覚、妄想などがこれに入る』と記載され、行動症状は『通常は患者の観察によって明らかにされる。攻撃的行動、叫声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不釣り合いな行動、性的脱抑制、収集癖、ののしり、つきまといなど』と記載されている。

認知症の認知障害（cognitive deficit, cognitive symptoms）は治りにくいが、BPSDは適切な対応（治療やケア）が求められるという観点から、BPSDが提唱された。

一方、我が国では、中核症状と、これに対峙する周辺症状（随伴症状）という用語が用いられてきた。中核症状/周辺症状の関係について小澤³⁾は、①統計学的に必須/必須でない（出現頻度で分ける）、②治療・ケアによって改善困難な/可能な（改善の可能性で分ける）、③脳障害の直接的表現/修飾された表現（脳障害の直接の症状なのか間接的な症状なのか）との考え方を列記した。出現が全例ではなく、改善可能

で、修飾されて二次的に出現するのが典型的な周辺症状という考え方である。

2000年代以降、我が国に BPSD という用語が浸透しはじめると、単純に周辺症状を BPSD に置き換える作業が広まった。しかし、冒頭で述べたように BPSD は国際的に定義されている。「中核症状に様々な要因が加わって（二次的に）周辺症状を生じる」という文章は正しいが、下線部を BPSD に置き換えると国際的な定義との齟齬を生じる。

BPSD は「行動と心理の症状」と単純に定義されていて、その原因は問わない。二次的である必要はない。いわば中核症状そのものである BPSD も多い（図2）。例えば記憶障害に伴う繰り返し質問という症状は、記憶障害が認知障害（我が国では中核症状と呼ばれる）で、繰り返し質問は行動症状なので BPSD である。認知機能の視点で見れば認知障害で、行動と心理の視点で見れば BPSD という症状である。症状をどちらかに分けようとする必要はない。両者は視点の違いに過ぎない⁴⁾。

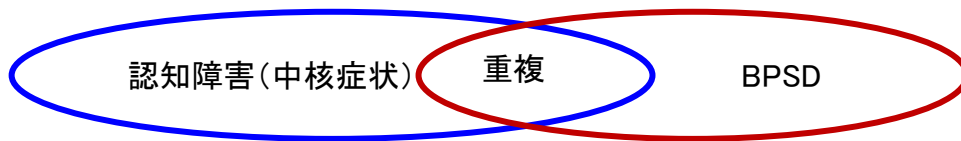


図2 認知障害と BPSD

BPSD は患者にみられる症状として定義された医学用語である。よって、ケアの現場では別な用語が求められるという意見が本委員会では出されたので、付記しておく。

例えば英国では、BPSD という医学用語に代えて Challenging behavior を用い、認知症の人の欲求が言動として表出されたものとして捉えている。このように、BPSD を症状として医学的に捉えるのではなく、認知症の人の隠れた欲求がサインとして表出されたもの（unmet needs sign または wants sign）として捉えるとよいという意見が委員会では出された。認知症の本人の心の内が、表情や言語、姿勢、仕草、行動などに表出されたサインとして、これを捉えてケアしようという考え方である。サインが BPSD のすべてを網羅するわけではないが、医学的見地から BPSD という症状として捉えるだけでなく、サインとして本人の内なる世界に気づき・寄り添い共感することが認知症ケアの基本であろうと考える。（文責：山口晴保委員長）

文献

- 1) Finkel SI, Burns A: BPSD Consensus Statement. International Psychogeriatric Association, Milwaukee, 1999
- 2) 国際老年精神医学会：認知症の行動と心理症状 BPSD（2版）（日本老年精神医学会監訳）。アルタ出版，東京，2013
- 3) 小澤 勲：痴呆老人から見た世界－老年期痴呆の精神病理。pp1-6, 岩崎学術出版社，東京，1998
- 4) 山口晴保，藤生大我：認知症の症状は「分類」から「視点」への転換を～BPSD を中心に。Dementia Japan 35: 226-240, 2021

2. 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、現在のところ、BPSD の予防・軽減の効果的な手法・評価方法は確立されていない（以下、認知症施策推進大綱（抜粋）および令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）参照）。

認知症施策推進大綱（抜粋）

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

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

< K P I / 目標 >

- 認知症対応プログラムの開発

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

（認知症への対応力向上等に向けた取組の推進）

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

このため、令和3年度は、まず、BPSD に関する評価尺度案の検討を行った。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-Item 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、③Plan-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

に準じたケアを実施する、という手順・要件により介入研究を行い、BPSD および QOL の変化を分析していくこととした。

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

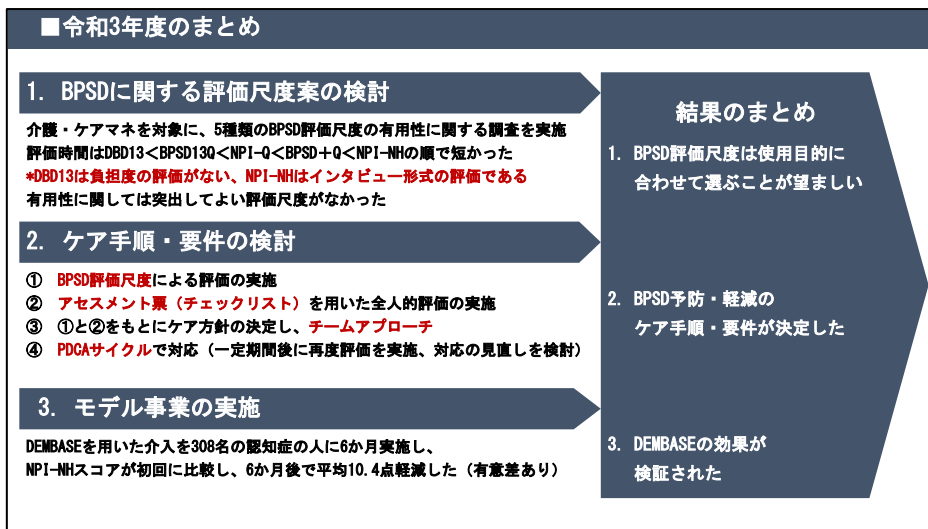


図3 令和3年度のまとめ

第1部 令和4年度事業の総括

1. 研究事業 A :BPSD の予防に資するケアのあり方の検討

(研究事業 A の目的)

- 本年度、研究事業 A は、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こと（委員会リストは図 4,5 参照）を目的とした。

(研究事業 A の方法)

- 特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームにおいて、認知症ケアを実践している者からなる作業部会を設置し、作業部会メンバーの所属する5施設・事業所において、各施設・事業所で、認知症の人2名の協力を得て、令和3年度事業で検討された委員会リストに基づいたケアの展開を求めた。ケアの実践においては、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version (BPSD25Q) 及び The short version of QOL questionnaire for Dementia (short QOL-D) を用いた前後評価を求めた。BPSD25Q では、着目する BPSD 項目を設定し、ケアの前後で着目した BPSD 項目が悪化しないかを確認した。
- ケアの結果は事例シートにまとめ、「BPSD 予防に寄与したであろうケア」について、記述するように求めた。また、その結果をもとに、作業部会メンバーに対し、BPSD 予防の定義やケアのあり方等に関するインタビューを実施した。インタビューの結果は、作業部会において取りまとめ、委員会リストと比較した。なお、以上の結果を委員会で共有し、BPSD 予防の定義やケアの基本的考え方について整理した。

(研究事業 A の結果)

- 委員会リストに基づいた実践は、作業部会メンバーの施設・事業所における新型コロナウイルス感染症のクラスター発生により、1施設2名の実践が中止となり、4施設8名の実践事例が収集された。各実践事例においては、すべての事例で着目した BPSD は悪化しなかった。また、QOL が維持・改善したのは7事例であった。
- 作業部会での討議及び、委員会での検討の結果、本委員会に置いて、BPSD 予防は「その人らしさを大切に尊重することで、『何らかの BPSD の新たな発症を未然に防ぐこと』『BPSD を予兆・軽度のうちに早期発見し、対応すること』と定義された。
- また、BPSD 予防の基本視点として、脳病変の影響を強く受ける BPSD は予防が困難な場合が多いこと、BPSD 予防を評価尺度で評価する場合は、ある BPSD が軽減した結果、別の BPSD が生じる場合もあるため、一つの BPSD に着目するのではなく、総得点の変化で評価する必要があること、特定の BPSD を予防することを目的にケアを行うことはないこと、などが指摘された。
- さらに、作業部会で議論した BPSD 予防の基本的考え方およびアセスメント項目について、内容を論点ごとに要約し、委員会リストと内容の類似性を比較しながら、共通と思われる内容を分類したところ、作業部会での検討の結果と委員会での検討の結果は、概ね一致していた。なお、BPSD 予防の基本的考え方に基づいた実践を適切に行うためには、施設・事業所に理念が浸透し、現場で実践できる環境が整っている必要があることが作業部会において指摘された。
- 加えて、アセスメントにおいて利用した「その人らしい暮らしについて本人に聞き取る7項目」については、「言語でのやり取りが困難な方への聞き取りには工夫が必要」等、情報の集め方についての課題が指摘されたほか、「ニーズの情報収集に加え、職員の記録（観察含め）や家族の

意見も踏まえて多角的に検討すべき」等、収集した情報の解釈についての指摘があった。

(研究事業 A のまとめ)

- 目的である委員会リストの実用性の検証については、①実践をふまえた作業部会メンバーへの BPSD 予防の方法に関する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、②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「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」が結果として BPSD を予防した可能性を示した。

■ 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の方法		委員会リスト
1. 「PDCAサイクル」に基づく、チームケアの実施		
○ 正しいアセスメントの前提として、個人史や本人の望み等を適切に把握するとともに、その他ケアを考える上で必要となる		
2. のような事項を把握するとともに、本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを検討するものとする		
2. 適切な認知症ケアのためにあらかじめアセスメントすべきこと（継続的にアセスメントすべきこと）		
○ 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢		
○ BPSDの有無 ⇒ 無しの場合、今後、BPSDを発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはあるか		
○ 薬剤情報：BPSDやせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤		
○ 本人の望み・ニーズの把握 ⇒ 詳細次頁		
○ 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史⇒ 詳細次頁		
○ 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力		
○ 生活障害：できないこと、できること⇒ 詳細次頁		
○ 物理的環境：音、におい、暑さ		
○ 生活環境：「なじみの場所」居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会⇒ 詳細次頁		
○ 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加⇒ 詳細次頁		
3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）		
○ 本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討（仮説）		
○ BPSDの有無、過去にあった場合には直接要因（きっかけ）、背景要因の排除・対応		
○ 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動 等々		
○ BPSDの再発防止等		
4. 「PDCAサイクル」による「チームアプローチ」		
○ 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し		
○ チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一		

図4 委員会リスト①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方法

■ 「その人らしい暮らし」について本人に聞き取る7項目		委員会リスト
以下のうちの数個、落ち着いた雰囲気の中で本人に尋ねる。		
①どのような暮らしをしたいですか、習慣としてしてきたことで、続けたいことは何ですか？ (個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史)		
②あなたの好きなことは何ですか？ (本人の嗜好)		
③あなたがこだわっていることはありますか？ (望む暮らし方、個人史)		
④今、どのようなことをしたいですか？ (本人の望み・ニーズの把握)		
⑤難しくなってきたこと、手伝ってほしいことはどのようなことですか？ (生活障害：できないこと、できることの把握)		
⑥どのような人間関係を大切にしたいですか？ (人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加)		
⑦どのような環境で暮らしたいですか？ (生活環境：「なじみの居住空間」居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会)		

図5 委員会リスト②「その人らしい暮らし」について本人に聞き取る 7 項目

2. 研究事業 B :BPSD の軽減に資するケアのあり方の検討

(研究事業 B の目的)

- 「BPSD の客観的評価」「全人的アセスメント」「PDCA サイクルで繰り返すチームアプローチ」の 3 つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群のクラスターランダム化比較試験を実施し、その効果検証を行うこと、の 2 点を目的とした。

(研究事業 B の方法)

- 全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会、認知症介護指導者の協力のもと、日本全国の介護サービス事業所に募集をかけ、協力の得られた 61 施設・事業所を利用する 122 名の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。
- 調査項目は、主要アウトカムである BPSD は BPSD25Q で測定し、副次アウトカムである QOL は、short QOL-D を用いた。その他、対象者は年齢、性別、認知症の病型、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度等の基本情報を収集したほか、職員については、年齢、性別、職種、介護経験、役職等を収集した。また、施設におけるケアの状況と調査期間中の新型コロナウイルスの感染状況も収集した。
- さらに、介入を行った直後に職員に対して、BPSD 評価尺度と PDCA サイクルによるチームアプローチの有効性および、介入群で活用した「本人に聞き取る 7 項目」について尋ねた。また、
- 以上については、検討委員会を組織し、調査の手続きおよび結果について検討した。

(研究事業 B の結果)

- 新型コロナウイルス感染症のクラスター発生により、調査継続が困難となった施設・事業所等を除く、53 事業所（介入群 26 事業所 (n=51)、対照群 27 事業所 (n=54)) を解析対象とした。
- 介入開始時の対象者の基本情報、施設におけるケアの状況では、すべての項目で有意差を認めなかったが、介入開始時点の職員の基本情報では「役職」で有意差を認めたほか、介入期間中の新型コロナウイルスの感染状況は研究期間中にクラスター発生があった割合で介入群が有意に高い傾向 ($p=0.019$) を示した (いずれもカイ二乗検定)。
- 解析の結果、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 ($p=0.003$)。また、介入群は対照群に比較し、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 ($p=0.003$) (ベースラインデータとコロナ感染の有無、職員の役職を共変量とした analysis of covariance (ANCOVA))。
- BPSD 評価尺度と PDCA サイクルによるチームアプローチの有効性については、すべての項目において役立つと思う (そう思う・ややそう思う) の割合が 90%以上であった。本人に聞き取る 7 項目は、「アセスメントの負担が小さいと思いますか」では、負担が小さいと思う割合は 20-40%程度であり、「会話ができない対象者でもアセスメントできると思いますか」では、できると思う割合は 15-35%程度であった。「ケアプランを立案・実行するにあたって最も重要なアセスメント項目 (本人に聞き取る 7 項目) はどれだと思いますか」では、最も重要な項目は項目 1 「どのような暮らしをしたいですか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？」で

39.0%であった。

(研究事業 B のまとめ)

- 本研究により、①BPSD の客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCA サイクルで検証を繰り返すチームアプローチ、の 3 つの要素に準じたケアは、BPSD 軽減および QOL 向上効果を示した。

第2部 研究事業A :BPSDの予防に資するケアのあり方の検討の詳細報告

1. 研究事業Aの方法

(1) 作業部会メンバーの選出

各団体（五十音順：日本医師会、日本認知症グループホーム協会、認知症介護指導者、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会）により推薦された5名とした。

(2) 作業部会の実施

作業部会を4回実施した。第1回は、BPSD予防の定義に関する議論を行い、BPSDの予防に寄与する可能性のあるケアについてインタビューを行った。第2回、第3回は、委員会リストに基づいた実践の経過報告を行った。第4回は、事例に関して予防したBPSDと予防に寄与したケアについて発表し、BPSD予防の定義および、BPSDを予防するケアの基本的考え方およびアセスメント項目、介入にあたって「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る7項目の検討、を行った。

BPSD予防の定義およびBPSD予防の基本視点については、後述の委員会リストに基づいた実践の結果を踏まえて作業部会において議論した。更にその結果を委員会に諮り、委員会での指摘を基に修正した。BPSDを予防するケアの基本的考え方およびアセスメント項目については、作業部会における議論を委員会リストに沿ってまとめ、内容を比較した。介入にあたって「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る7項目については、委員会リストに基づいた実践をふまえての課題について聞き取った。

(3) 委員会リストに基づいた実践

実践においては、委員会リストに基づきチームアプローチを行うよう求めた。加えて、実践の前後および必要時に対象とした認知症の人をBPSD25Qおよびshort QOL-Dで評価するよう求めた。また、実践においては、BPSD25Qの項目にある症状の中で、悪化しないように着目するBPSD項目を定めるよう求めた。委員会リストに基づいて、「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」事例シートを作成し、以上の結果を記述するよう求めた。実践の期間は2022年11月～2023年1月であった。

2. BPSDの予防についての基本的考え方に関する検討結果

(1) BPSD予防の定義と基本視点

作業部会および委員会における検討の結果、本研究において、BPSD予防の定義および、BPSDの予防を考える際の基本視点については表1-1の様に整理された。

委員会においては、BPSDの重症度・頻度の軽減を図ることは、BPSD軽減として整理することが確認されたほか、脳病変の影響を強く受けるBPSDは予防が困難なことが多いことを付記することとした。また、着目していない症状が悪くなっていた場合もあり得るため、BPSD予防はBPSD評価尺度の総得点の変化で考える必要があること、BPSDは連続的な状態であることから一次・二次予防と厳密に分けられないこと等が指摘された。

表 1-1 BPSD 予防の定義と基本視点

<p>BPSD 予防の定義</p>	<p>その人らしさを大切に尊重することで、</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 何らかの BPSD の新たな発症を未然に防ぐこと、 ● BPSD を予兆・軽度のうちに早期発見し、対応すること <p>*重症度・頻度の軽減を図ることは、BPSD 軽減として整理する *脳病変の影響を強く受ける BPSD は予防が困難なことが多い</p>
<p>BPSD 予防の基本 視点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● いかに利用者本位になれるか、本人の思いに寄り添うことができるかが大切である（本人視点） ● BPSD の予防は目的ではなく、認知症に限らず本人の尊厳の保持やその人らしさの尊重の結果、実現する。BPSD は、あくまでもその人の何らかのサインであり、否定せず、予防することだけにとらわれず、その人を全人的に捉えることが大切 ● 言葉に行動が引っ張られてしまうことがあるため注意が必要(例：“予防”というと、BPSD が発生しないことに意識が向きすぎる) ● ケアで予防できる BPSD と予防できない BPSD (例：脳の器質的変化によって生じる幻視や妄想など)があり、予防できない BPSD に介入しようとする、抑制や無理強いにつながる可能性がある ● BPSD の予兆と思われる本人の行動や言動に焦点を当て、その背景要因を考え、対応することが重要 ● これまでの経験から利用者にレッテルを張った状態でケアを行わないようにする必要がある (例：インテークでは、人とのかかわりを好まないという情報であったが、実際関わるとそういった場面が確認できなかった)

(2) BPSD 予防の基本的考え方

BPSD 予防の基本的な考え方について、作業部会で検討した内容を論点ごとに要約し、委員会リストとの内容の類似性の観点から、分類したところ、表 1-2 の様に分類された。作業部会においては、メンバーより、表の様な実践を適切に行うためには、施設理念が浸透し、現場でそれを実践できる環境が重要ではないかとの指摘があった。

表 1-2 BPSD 予防の基本的考え方

委員会案	作業部会案
<p>「PDCA サイクル」に基づく、チームケアの実施 ○本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしの実現を目指す</p>	<p>本人の暮らしを把握し、本人の思いに寄り添ったケアを目指す ○<u>本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを聞き出す</u> ・インテークの重要性 好きなこと、嫌いなこと、生活習慣をあらかじめ聞く ○<u>本人の生活リズムを把握し、環境づくりに生かしていく</u> ・24 時間シートの活用して情報共有を重ねる</p>

アセスメント	<p>本人の暮らしをより良くするためのアセスメント</p> <p>○本人の望む暮らし方を見極める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の気持ちを聞くことが重要 <p>○これまでの BPSD の傾向を捉える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでその人がどのような状況で BPSD が出現したか確認を行う ・予測しやすいもの、予測がしづらいものがある
<p>介護方針の決定</p> <p>○本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討</p>	<p>介護方針の決定とケアの実施</p> <p>○基本的な対応や接し方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会話を重ね、お互いのことをよく知る関係性を築く、安心を生み出す、役割を持ってもらう <p>○チームでの情報共有とケア方針の決定およびケアの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人に関する情報共有を行う ・本人の生活リズムを整えるケアを計画・実施する（ADL や認知機能低下に対する支援等）
<p>「PDCA サイクル」による「チームアプローチ」</p> <p>○定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し</p>	<p>再評価とケア計画の見直し</p> <p>○定期的な評価を実施して見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント項目を中心に本人に合った評価を実施する <p>○チームでの情報共有やケアの統一</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その人の細かな情報を職員同士で共有する <p>○他者との関係性を見直す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者間の関係性のほか、職員と利用者の関係性に影響を与えるような情報を共有

(3) BPSD 予防のアセスメント項目

BPSD 予防のアセスメント項目について、作業部会で検討した内容を論点ごとに要約し、委員会リストとの内容の類似性の観点から、分類したところ、表 1-3 の様に分類された。作業部会において、メンバーより、アセスメント項目は聴取する順番や聴取に関する工夫が重要との意見が寄せられた。

表 1-3 BPSD 予防のアセスメント項目

	委員会案	作業部会案
基本情報	認知症の病型と重症度と年齢	<p>1.基本情報:性別や年齢、ADL など</p> <p>2.原因疾患:アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など</p> <p>3.認知症の重症度:軽度、中等度、重度など</p> <p>4.入居の経過:入居経緯や生活の様子など</p>
本人の望み・ニーズの把握	今、どのようなことをしたいですか？（本人の望み・ニーズの把握）	<p>1.安心感を持ってもらう:環境の変化への配慮や、困りごとへの対応など</p> <p>2.生活の希望:食事や入浴時間など、過ごしたい日常について</p>

本人情報	どのような暮らしをしたいですか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？（個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史） あなたの好きなことは何ですか？（本人の嗜好） あなたがこだわっていることはありますか？（望む暮らし方、個人史）	1.本人の嗜好や生活習慣を把握:本人の嗜好や個人史、生活習慣、言っではいけないことを把握 2.性格傾向:一人が好き、外出が好き、家でじっとしてられないなどのもとの性格傾向を把握 3.プライバシー:閉じこもりがちの人に対してはリビングや外に行く以外に、スタッフが部屋に行くことが良い場合もある
薬剤情報	BPSD やせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤	1.基礎疾患や薬剤で BPSD が起きてしまう:うつの場合は薬に頼るケースもある 2.過鎮静にならない薬剤の工夫:薬量の調整等を行う 3.多職種で連携する:専門性を活かした非薬物療法
健康状態・身体的ニーズ	水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力	1.健康状態、医学的情報の把握:病歴や身体（筋力や転倒リスク等）・認知（見当識障害等）・精神（うつ傾向）機能、睡眠情報、過去の BPSD 発症状況の把握 2.ADL、IADL の状況:食事・入浴・排泄、歩行・外出などを把握
生活障害	難しくなってきたこと、手伝ってほしいことはどのようなことですか？（生活障害:できないこと、できることの把握）	1.ADL、IADL の低下の把握:有害事象を機に身体機能や認知機能の低下などがある 2.本人のやりたいことの把握:本人の発言や行動、家族などから情報収集
物理的環境	音、におい、暑さ	1.物理的環境:部屋の明るさや壁や床、机の材質、部屋の明るさ、雑音
生活環境	どのような環境で暮らしたいですか？（生活環境:「なじみの居住空間」（居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会））	1.居室のタイプ:ユニットケア、多床室、個室など好みの把握 2.リビングと居室との関係:日中過ごす場所、居場所について（閉じこもりの人など）把握 3.日課や役割、成功体験、失敗しない環境:本人の好きなことや得意・苦手なことを把握 4.スタッフの働き方:スタッフがバタバタしない
人的環境	どのような人間関係を大切にしたいですか？（人的環境（関係性）:「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加）	1.食席時や普段のなじみの関係:利用者同士やスタッフとの関係性を把握 2.家族との関係:家族の関係を把握
きっかけ	今後、BPSD を発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはありますか？	1.他の BPSD の有無:妄想や幻覚・幻聴、帰宅願望などは他の BPSD のきっかけになる 2.発症しやすい状況や時間帯:発症しやすい時間帯、夕方や夜等、ベッドの上、特定の席、著しい雑音環境などこれまでの BPSD 発生状況を探る 3.他者との関係性:馴染みの関係の人がいない 4.介護スタッフの言動や行動、不適切なケア方法:些細な言動や行動が BPSD を引き起こす

(4) 介入にあたって「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る 7 項目

介入にあたって「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る 7 項目（委員会リスト）につい

ては、作業部会において、以下のような意見が得られた。

- 委員会リストを活用する上での課題項目が漠然とし過ぎて答えにくい
- 本人や家族から得た情報を鵜呑みにし過ぎないことも重要
- 言語でのやり取りが困難な方への聴き取りには工夫が必要
- 誰（馴染みの人）がいつ、どんな場面（リラックスできる環境）で聴き取るかでニーズが変わることがあるため工夫が必要
- ニーズの情報収集に加え、職員の記録（観察含め）や家族の意見も踏まえて多角的に検討すべき

3. 委員会リストに基づいた実践の結果

(1) 実践の結果

5名の作業部会メンバーのうち、1名の所属施設において、期間中、新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生したため、5施設の予定が4施設となり、8事例の実践事例を収集することができた。それぞれの施設における対象者の属性等は表1-4の通りであった。また、各実践の概要は、表1-5の通りであった。

表1-4 対象者の属性等

NO	種別	原因疾患	年齢	性別	要介護度	障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度	認知機能 (任意)	ICF ステージング		ADL (任意) Barthel index:	取り組み 期間 (PDCA回数)
									オリエンテーション	コミュニケーション		
1	特養	AD	90代	女性	要介護4	B2	IIb	MMSE : 12/30点	3点	4点	35/100点	48日 (3回)
2	特養	AD	80代	女性	要介護3	B1	IIIa	—	3点	4点	55/100点	48日 (3回)
3	老健	鑑別無	90代	女性	要介護4	B1	IIIa	MMSE : 13/30点	3点	4点	3/100点	58日 (1回) *ケア会議2回
4	老健	AD	70代	女性	要介護1	J2	IIb	HDS-R : 18点	4点	5点	19/100点	58日 (1回) *ケア会議2回
5	GH	AD	90代	男性	要介護2	J2	IIb	—	4点	4点	—	51日 (2回)
6	GH	鑑別無	80代	女性	要介護1	A1	IIb	—	4点	4点	—	49日 (2回)
7	老健	混合型	90代	男性	要介護2	A1	IIIa	HDS-R : 9点	4点	4点	65/100点	26日 (2回)
8	老健	血管性	80代	男性	要介護1	A2	IIIa	HDS-R : 11点	4点	4点	85/100点	40日 (2回)

表 1-5 各実践の概要

N O	種 別	取り組み前の状態 (抜粋)	着目した BPSD 項目	想定した ニーズ (抜 粋)	実施したケア (抜粋)	取り組み後の状態 (抜粋)	BPSD25Q の変化		QOL の 変化 (点)
							総得点 (点)	着目した BPSD 項 目 (点)	
1	特 養	<ul style="list-style-type: none"> 「書類がない」とノート等がないと探す ニット帽が近くにないと多動・不穏になる可能性 	徘徊・不穏	自分のものは手の届くところに持っておきたい	<ol style="list-style-type: none"> 書類 (と本人が考えているもの) をわかりやすく配置。移動の際は持ってもらう ニット帽・衣類は本人が選ぶ・手の届くところに置く 	<ul style="list-style-type: none"> 「ありがとう」と安心されている様子が多く見られた 不穏な言動が減少し笑顔が増えた 	33→26	3→2	24→31
2	特 養	<ul style="list-style-type: none"> 日中ベッドで休もうとすることが多い。 リビングに案内してもここがいいです。 	閉じこもり 傾眠傾向	ゆっくり過ごすが好き、早く家に帰りたい 自席の場所が分からない	<ol style="list-style-type: none"> かかわりを少しずつ増やしながらかたまり等リビングで過ごす時間を作っていく 自席がわかるような配置 家族の写真や手紙を見る 	<ul style="list-style-type: none"> リビングに出てくる回数増 会話増 ③は手ごたえはなかった 	38→24	閉じこもり 4→2 傾眠 2→0	21→26
3	老 健	<ul style="list-style-type: none"> ここがつぶれたら私はどこへ行けばいいか困る 身体のかゆみが強く不眠 	易怒性 脱抑制	なじみの場所で人の役に立って過ごしたい 肩の痛み、皮膚のかゆみで眠れない	<ol style="list-style-type: none"> 掻痒感の緩和ケア (保湿、エアコン調整、皮膚科受診) 本人のこだわりに合った環境 (同性介助、リビングの席・人の調整) 役割と優越感 (食器拭き、盛り付け、ユニット代表としての報告等) 	<ul style="list-style-type: none"> 「最近よく声をかけてくるね」と職員に言う 新規入居者に「何ですかあの人は」 夜間眠れるようになった 	10→11	脱抑制 1→1 易怒性 1→1	29→31
4	老 健	<ul style="list-style-type: none"> どうして私だけ席を移動したの (希望したことを忘れていいる) 。いじめられている 着替えがない お金が自由に使えない 	無断外出 脱抑制 無反応・無関心 閉じこもり	人の役に立てたらうれしい 自分のお金は自分で管理したい	<ol style="list-style-type: none"> 心地よい居場所づくり (同席の利用者との交流支援、ティータイムで交流支援) ウォーキングや買い物をする (お金を本人に預け、リハ継続) 家族との面会、衣類購入サポート 	<ul style="list-style-type: none"> 職員や利用者に対する被害的言動が消失 (但し家族に対する不満が増→継続対応) 買い物にひとりでいけるようになったが全額使えない不満あり 	24→15	無断外出 脱抑制 無反応 閉じこもり 0⇒0	29→27
5	G H	<ul style="list-style-type: none"> 妻はどこに入院していますか、ここは何の会ですか、支払いは? など何度も尋ねる 	—	家で妻と暮らしたい 家に帰りたい	<ol style="list-style-type: none"> ここは同窓会ではない、娘さんからここを探してくれたという言葉で説明 希望を聞く (帰りたいと言われれば自宅に帰る) 	<ul style="list-style-type: none"> 声かけを統一し状況を理解してくれるようになった 奥様が入居し一緒に帰るよう詰め寄るようになった 	23→27	無断 外出 5→2	25→27

6	G H	<ul style="list-style-type: none"> •皆さんどこに行かれたんですか。誰もいないと寂しいです。ここで何をしたらいいんですか。 	—	<p>一日建物の中ばかりいと息がつまる。 みんなと歌が歌いたい</p>	<p>①外へ行きたい希望に応じる。同意が得られれば付き添う。 ②他入居者と歌を楽しむ機会を持つ</p>	<ul style="list-style-type: none"> •毎日数回公園へ行かれていたが回数が減った（いつでも行けると思えるようになった） •皆さんよくしてくれるから望むことはないです 	8→6	無断外出 3→3	36→36
7	老健	<ul style="list-style-type: none"> •いつになったら帰れますか（時折スタッフステーションに来るか、もしくは居室を訪室してきたスタッフに尋ねる） 	低活動	<p>奥さんと暮らしたい 経済人の端くれだから社会との関わりを保ちたい</p>	<p>①繰り返し同じことを聞かれても、話を否定せず、聞き続ける等丁寧な対応を意識する。 ②定期的に職員から声掛けを行い、他利用者との交流を促す。 ③居室で過ごしている時間が長い場合は、運動（散歩）を促す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> •泣いたり、ネガティブな発言が減った。 •毎日職員と笑顔で話したり、会話の中で声を出して笑う事が増えた。 	25→12	うつ アパシー 無反応・無関心 0→0	26→26
8	老健	<ul style="list-style-type: none"> •老健入所後も離苑歴がある見当識や記憶もある程度保持されている為に、家に帰れていない認識がある 	暴言 暴行 易怒性	<p>家に早く帰りたい ブドウを収穫したい</p>	<p>①本人の言葉が出るまで時間がかかるが待つ。これから行うケアを説明し、本人が納得した上で対応する。 ②帰宅願望に対して、その場での取り繕う対応をせずに、調整している事を説明する。 ③エレベーター前で待機している際は体には触らず声掛けで対応。本人の行動を抑制しない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> •スタッフステーションにくる頻度が日中減少。夜間変化なし •エレベーター前に来る回数減。帰れるか？という質問減。それ以外の話が増 •居室から出てくる回数が減。 	20→24	暴言 2→0 暴行 0→0 脱抑制 0→0 易怒性 2→2	16→18

*各事例の詳細は「尊厳を保持し個性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア実践事例集」参照。

(2) BPSDの予防に寄与したであろうケアのまとめ

事例シートに記入された、「BPSDの予防に寄与したであろうケア」の記述内容について、意図を確認したうえで、共通する内容について抽出したところ、図1-1の内容が抽出された。

■ BPSD予防の基本的な対応

予防したBPSD*

- 過活動性（暴言・暴行・不穏・易怒性、脱抑制、無断外出）
- 低活動性（無反応・無関心、アパシー、閉じこもり、傾眠傾向）

*今回の取り組み期間中、作業部会メンバーが予防できたと考えたBPSD

- 体調を整える（痛みや痒みなどを確認する）
- 安心につながる環境調整を行う（本人が大切にしている物が見える配置にする、トイレやリビング、自席がわかるように張り紙や名札を貼る、自宅と居室の環境を近づける）
- 安心につながる関わり方を心掛ける（いてくれてありがとう、誤魔化さずに本人へ説明、各職員と本人の関係性の中ですり合わせて職員間で視点を揃えるチームアプローチ・同一のケア、本人のペースに合わせる）
- 自由な暮らしを送る（お金やお風呂の時間を管理しない、外出、習慣の継続）
- 役割を持ってもらう（家事をすることで暮らしの場になる）
- 趣味活動を行ってもらう（本人の得意・興味のある活動をする）
- 身体活動量を確保する（動物の世話や様子を見に来る）
- 職員との関係を構築する（交換日記を行う、キーパーソンは職員で、時には本音を言える関係性、本人に関する深い情報を持つ）
- 家族との関係を再構築する（家族との写真や手紙を見る、一緒に外出や面会の時間を設ける）

図 1-1 BPSD 予防の基本的な対応

4. 研究事業 A の議論となった点

(1) 委員会リストの実用性の検証

目的である委員会リストの実用性の検証については、①実践をふまえた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、②作業部会において、BPSD 予防の際には、日々認知症の人のその人らしい暮らしを把握し、本人の想いに沿ったケアを目指すことが重要であることが指摘されたこと、③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「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」が結果として BPSD を予防した可能性がある。

ただし、委員会においては、今回の実践事例の様に特定の BPSD に着目するのではなく、総合点で捉える必要があることや、予防が困難な BPSD とそうでない BPSD とのすみわけを測る必要性が指摘されたほか、BPSD が必ず生じるかどうかわからない中で、実践家の「この BPSD を予防する」という想定だけで、予防できたと評価してよいかといった疑問も呈された。今後、検証を進めるならば、BPSD 予防の範囲を絞った計画が必要である。

(2) 理念の浸透の必要性

また、作業部会において BPSD 予防の基本的考え方に基づいた実践を適切に行うためには、施設・事業所に理念が浸透し、現場で実践できる環境が整っている必要があることが繰り返し指摘された。認知症ケアはチームアプローチであり、限られたリソースで「尊厳」「個別性」「その人らしい暮らし」などを尊重するためには、メンバーの合意形成に基づく、効果的・効率的な実践が求められるが、多様な人材が従事する認知症介護の現場において、理念の重要性を浸透させ、合意形成を図ることに苦心しているからこそその指摘であると考えられる。

(3) その人らしい暮らしについて聞き取る 7 項目の活用

加えて、アセスメントにおいて利用した「その人らしい暮らしについて本人に聞き取る7項目」については、内容についての指摘はなかったが、同じ質問について、誰が、いつ尋ねるかで回答が変わったという事例が報告された。ケアにおいて、まず、本人の考えを聞くことが重要であるが、本人の望みができるだけ正確に捉えるためには、単に質問項目を定めるだけではなく、尋ねる側の工夫や配慮が必要であることが示された。また、本人、家族の言葉をうのみにするのではなく、日常の行動や発言、家族の意見等を含め、複数の者により、多角的に情報を集めることが必要であることも指摘された。「その人らしい暮らしについて本人に聞き取る7項目」を実効性のあるものにしていくためには、情報収集の局面だけでなく、集まった情報を解釈する過程において留意すべき事項を整理する必要であると考えられる。

5. 研究事業 A の今後の課題

委員会リストの実践においては、理念の浸透が重要であることが指摘された。①理念が浸透している状態とはどのような状態であるか、②そのためにはどのような条件を整えればと良いかを含め、BPSDの予防がうまくいかない要因及びその対策を明らかにすることが必要である。

「その人らしい暮らしについて本人に聞き取る7項目」は、活用のための工夫や配慮が明らかになっていないことが課題として指摘された。適切にその人らしい暮らしについて本人に聞き取ることができるための工夫・配慮およびそれを分析する際の留意点を明らかにすることも今後の課題となる。

6. 研究事業 A のまとめ

特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームにおいて、認知症ケアを実践している者からなる作業部会を設置し、令和3年度事業で検討された委員会リストに基づいたケアの展開を求め、委員会リストの実用性の検証を行った。作業部会では、4回の検討を行い、同時に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。

「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」に取り組んだ結果、8事例すべてで、予防の標的としたBPSDは悪化せず、8例中7例で事例でQOLが向上した。今後は、①理念が浸透している状態とはどのような状態であるか、②そのためにはどのような条件を整えればと良いかを含め、BPSDの予防がうまくいかない要因及びその対策を明らかにするとともに、適切にその人らしい暮らしについて本人に聞き取ることができるための工夫・配慮およびそれを分析する際の留意点を明らかにする必要がある。

第3部 研究事業B：BPSDの軽減に資するケアのあり方の検討の詳細報告

1. はじめに

令和3年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」の委員会における議論の結果、BPSD軽減において①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで検証を繰り返すチームアプローチ、の3つの要素が重要であるという結論に至った。

そこで令和4年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」では、この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。

2. 研究事業Bの方法

(1) 研究デザイン

日本全国の介護サービス事業所61施設（介護老人保健施設6施設、特別養護老人ホーム28施設、認知症対応型共同生活介護27施設）を対象に、3つの事業所類型ごとにランダム化するクラスターランダム化比較試験を実施した。本研究は2022年9月に本研究はUniversity Hospital Medical Information Network (UMIN) に登録して実施した（試験ID：UMIN000049156）。試験登録後は、方法・デザインに変更はなかった。

(2) 調査手順

全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会、認知症介護指導者の協力のもと、日本全国の介護サービス事業所に募集をかけた。研究参加の申し込みがあった施設は、61施設、対象者数は122名（1施設2名）であった。参加施設は、プログラムに沿ったケアを実施する施設（介入群）と通常ケアを実施する施設（対照群）に無作為に割り付けた。本研究に関係のない者が、介護サービス事業所の類型ごとに層別化し、Microsoft Excelで生成した乱数に基づき、介入群と対照群が1：1になるよう施設を無作為に割り付けた。

61施設のうち、計8施設（介入群は5施設、対照群は3施設）が新型コロナウイルスのクラスター対応のため研究を辞退したため53施設が研究対象施設となった。調査期間は、2022年11月から2022年1月の8週間とした（図2-1：フローチャート）。

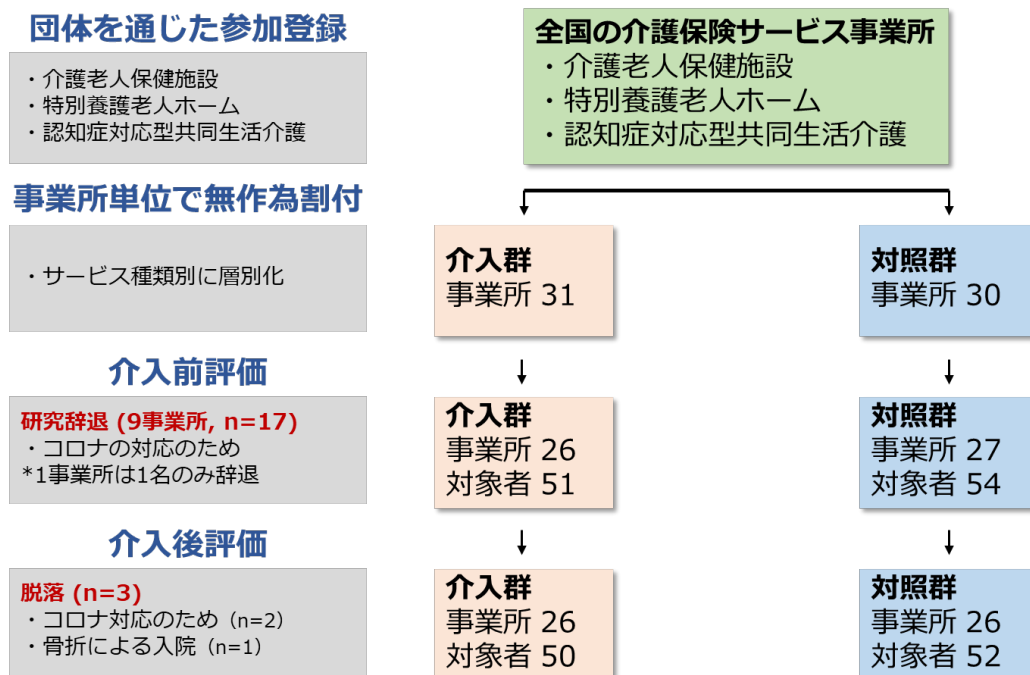


図 2-1 フローチャート

(3) 参加者

1 施設当たり 2 名の認知症の人を、その施設の介護専門職が選定した。本研究の取り込み基準は、1) 認知症の診断を受けている者（鑑別診断の必要なし）、2) BPSD25Q にて重症度得点が 3 点以上の項目があり、総得点が 10 点以上点の者、のすべてを満たす者とした。除外基準は、1) せん妄の診断・治療のある者、2) 研究開始 2 週間前に薬の変更があった者、のいずれかに当てはまる者とした。

(4) 介入方法

介入プログラムは、1) 研修の受講、2) BPSD の客観的評価、3) BPSD の背景要因のアセスメントと分析、4) チーム会議およびケア視点の統一、5) ケア計画の立案およびケアの実施、6) 再評価、のサイクルで構成した。介入はワークシートを用い、3) から 6) を記録した。

介入群のすべての介護専門職（研究担当者）は、介入初日に 1 時間の研修動画を視聴することとした。研修では、1) BPSD の多くは背景にあるアンメットニーズが表情や言動として表出されたものという理解と、そのケアの基本的な考え方、2) 介入のポイント、3) BPSD の評価および背景要因のアセスメントと分析、4) 介入手順とワークシートの説明を行った。特に、介入のポイントでは、必ず 2 名以上のチームで取り組むことや、アセスメントは過大評価すること、チームで統一したケアを実施することを軸にした内容である。研修コースの基本理念は、BPSD を認知症の人のアンメットニーズを示唆するコミュニケーション（アンメットニーズサイン）とみなしている。また、対象者のこれまでの暮らしや価値観に沿ったケアを行うことで、アンメットニーズを満たすことができるといった考えである。

介入群の研究担当者は、2 名の認知症の対象者（利用者）を担当した。対象者 1 名ごとに、2022 年 11 月に 1 名の評価者が BPSD25Q で BPSD を評価した。これまでの暮らしの把握では、ニーズを表すような本人の声をチェックリストに基づいたインタビューを実施した（表 2-1）。また、本人のニーズが表れているような普段の言動や行動の情報を収集した。

次に研究担当者は、BPSD25Q の評価結果をチームで共有するとともに、BPSD の背景要因をアセスメントし、分析した。BPSD の背景要因は、健康状態・身体的ニーズ（食事・水分量や排尿・排泄問題、身体の痛みや痒みなど）、環境（音やにおい、温度、なじみの関係や場所など）、薬剤情報（向精神薬や服薬状況の変化など）、その他の要因（生きがいや趣味、経済状況、疎外感など）の 4 つのカテゴリー

とし、それぞれの質問をチェック式にし、回答を得た。これまでの暮らしとアセスメント結果をもとに、ニーズに基づいたケア計画を策定しケアを行った（図 2-2）。2~4 週間に 1 度、チームによる話し合いを行い、対象者の状態を確認し、必要に応じてケア計画を修正した。最終評価は、ベースラインから 9 週間後の 2023 年 1 月に実施した。

対照群の介護専門職（研究担当者）は、2 名の認知症の人の対象者（利用者）について、2022 年 11 月に BPSD25Q で BPSD を評価した。その後は、チームでケア計画に沿った通常ケアを実施し、ベースラインから 9 週間後の 2023 年 1 月に最終評価を実施した。

表 2-1 チェックリスト(7項目)

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

ワークシート

過活動性BPSD

施設ID : 22

対象者ID : 43

年齢 : 85歳	性別 : 男性・女性	開催日 : R4年 11月 7日	チームメンバー : 計 5名
認知症の原因疾患 : アルツハイマー型・レビー小体型	前頭側頭型・血管性・その他 ()	看護師 2名・准看護師 名・介護福祉士 2名	
現病歴 : ()		介護スタッフ 名・介護支援専門員 1名・相談員 名	
		理学療法士 名・作業療法士 名・言語聴覚士 名	
		その他 (名 名 名)	

BPSD25Q 28点→13点、徘徊・不穏 3点→1点

1-1 その人らしい暮らしの把握

評価日	評価者	No	ニーズを要する本人の声 (*チェックリストを用いたインタビュー)	評価者	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動
11/7	A	7	仕事はいろいろしてきたとです。土方とか、あがんととか、仕事は好きですけど、だいぶですね。	A	お父さんを大声で呼んで探し回り、いないと「もう知らんよ」と怒る。仕事を依頼すると、うれしそうに、「よかよ」といい、行ってくれる。「何かすることがないかね」「何かさせてくれんね」との発言あり。食後の食器を片付けてくれる。(まだ、食べていない方の分も)

項目7: どのような日課・役割を持ちたいですか？

1-2 BPSDと背景要因の分析

健康状態・身体的ニーズ

- 食事摂取量が不足
- 水分摂取量が不足
- 喘息や痰
- 排便問題
- 排便問題
- 身体の痛み
- 発疹や痒み
- 運動麻痺
- 視覚の問題
- 聴覚の問題
- その他 ()

その他の要因 (活動・参加・個人要因など)

- 生きがいが不足
- 役割の不足
- 趣味が不足
- 好みに合わないこと
- 外出の不足
- 疎外感がある
- 経済的不安
- 失敗・無力感がある
- 宗教行事不足
- その他 ()

薬剤情報

- ドネペジル (アリセプト®)
- ガランタミン (レミニール®)
- リバステグミン (リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®)
- メマンチン (メモリア®)
- 向精神薬 (抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬)
- 服薬状況の変化
- その他 ()

着目したBPSD(BPSD+Q)

NO	症状	具体的な言動や行動
5	うろろろする、不安そうに動き回る。 【徘徊・不穏】	「お父さん、お母さん」と大声で叫びながら、あちこち探し歩く。

着目したBPSDが出現するタイミング:
夕食前後

着目したBPSDの原因:
地域の家族、仕事など、たくさんの役割をしていた。仕事をやめ、家でも子どもたちも、外へ出してほしい、役割がなくなった。そのさみしさからの不安と考える。

環境

- 両側の音・声が騒がしい
- 両側におう
- 暑い・寒い
- なじみの場所がない
- なじみの関係がない
- コミュニケーションの不具合
- その他 ()

2 その人らしい暮らしの実現プラン

4週間後をめざす本人の姿 (1-1, 1-2から考える)
夕方になっても不安ならず、落ち着いて過ごす。

具体的なケア計画 (1つに絞る)
手伝いではなく、「仕事」として時間を決めて作業してもらう。終わったらエプロンを外してもらい「お疲れさまでした」と声掛けをする。①家から持って来てもらったエプロンをする、②昼食後のテーブル拭き、③息ふき (14:00)、④エプロン、タオルたたみ (15:00) ⑤コップ洗い (16:00)

ケア計画実施に関連して本人ができること 声掛けすると簡単な作業はできる。	ケア計画実施に関連して本人ができないこと 時間はわからない。準備など、声掛けしないとできない。
---	--

図 2-2 ワークシートの記入例

(5) 測定方法

介入群、対照群ともに、ベースラインとフォローアップ時に、研究担当者がアンケート用紙を用いて、認知症の人の基本属性、BPSD25Q、short QOL-D に関する情報を入力した。

認知症の基本属性は、年齢、性別、認知症の病型、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度の回答を得た。認知症高齢者の日常生活自立度は、ランク I から V の 7 段階で分類される評価であり、ランクの数字が高くなるほど日常生活に介護が必要なことを示している。障害高齢者の日

常生活自立度ランク J1 から C2 の 8 段階で分類される評価であり、ランクの数字が高くなるほど寝たきり度が高いことを示している。

BPSD25Q は、13 項目からなる過活動性 BPSD、6 項目からなる低活動性 BPSD、6 項目からなる生活関連 BPSD の 3 カテゴリー、計 25 項目で構成される。各項目の BPSD は、過去 1 週間の重症度を 0～5 点で評価し、点数が高いほど BPSD の重症度が高いことを示す。

QOL-D の短縮版である short QOL-D は、6 項目からなる陽性領域と 3 項目からなる陰性領域の 2 領域、計 9 項目で構成される。各項目は過去 4 週間の状態を 1～4 点の 4 段階で評価される。陰性領域は逆転項目であり、「15 点－(得点)」が評価点となる。点数が高いほど QOL が高いことを示す。

(6) サンプルサイズ

サンプルサイズは、G*Power 3.1.9.2 を使用した。アルファレベル 0.05、検出力 80% とし、BPSD における効果量 0.25 を観察するために必要な対象者数は 158 名であった。本研究のサンプルサイズは 15% の脱落率を考慮し、185 名とした。しかしながら、対象者数は、新型コロナウイルス感染症の影響があり、当初計画を下回った。

(7) 統計解析

認知症の人および介護専門職の基本属性と主要アウトカムである BPSD25Q、副次的アウトカムである short QOL-D においてはベースラインの差異を介入群と対照群で検討した。カテゴリ変数にはカイ二乗検定を、数値変数には対応のない t 検定を使用した。BPSD25Q と short QOL-D はフォローアップデータからベースラインデータを差し引くことで、介入前後の変化量を算出した。ベースラインデータ、新型コロナウイルスの感染の有無、職員の役職を共変量とする共分散分析 (analysis of covariance; ANCOVA) を適用し、2 群のデータを比較した。各群の前後比較は、対応のある t 検定、各群の群間比較は対応のない t 検定で確認した (Bonferroni 法で補正、補正後: $p < 0.013$)。すべての統計解析は、IBM SPSS statistics 27.0 を用い、有意確率は 5% とした。

(8) 倫理的配慮

本研究は社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター倫理審査委員会で承認を得た (承認番号: 1_令和 4 年度)。

認知症の人およびその家族等には書面と口頭にて説明を行い、研究参加の同意を得た。認知症の人が生年月日と施設名もしくは居住している市町村がいえない場合は本人の同意に加え、家族等に代諾を得た。

職員は研究協力者を通じて、書面にて説明を行い、研究参加の同意を得た。

3. 研究事業 B の結果

(1) 調査手順

介入前評価の時点で介入群は 6 事業所 (n=11)、対照群は 3 事業所 (n=6) の計 8 事業所 (n=17) が新型コロナウイルス感染症のクラスター対応で研究参加が困難となり、脱落した。このうち介入群の 1 事業所は対象者 1 名であれば研究可能であったため参加となった。そのため、介入前評価は介入群が 26 事業所 (n=51)、対照群が 27 事業所 (n=54) の計 53 事業所 (n=105) となった。介入後評価の時点で介入群は対象者 1 名が骨折による入院で研究辞退、対照群は 1 事業所 (n=2) が新型コロナウイルスの

クラスター対応で研究継続が困難となり、計3名の対象者が研究辞退となった。そのため、介入後評価は介入群が26事業所 (n=50)、対照群が26事業所 (n=52) の計52事業所 (n=102) となった。

データ解析は、介入前評価の26事業所 (n=51)、対照群が27事業所 (n=54) の計53事業所 (n=105) を解析対象とした。介入後評価の時点で脱落した3名の対象者のデータは、介入後のデータの平均値を代入し、対応した。

介入群においてチームメンバーの人数 (平均値±標準偏差) は5.3±3.0名であった。チームメンバーとして参加している職種は表2-2に示した。

表2-2 ケアチームの参加メンバーの職種

	N	%
介護職	51	100.0
看護職	25	49.0
リハビリテーション職	8	15.7
介護支援専門員	28	54.9
相談員	6	11.8
その他	5	9.8

(2) 対象者の基本情報

介入開始時点の対象者の基本情報では、すべての項目で有意差は認められなかった (表2-3)。

BPSDの背景要因のチェック数 (平均値±標準偏差) は、健康状態・身体的ニーズが2.7±1.7個、環境が2.3±1.3個、薬剤情報が1.1±0.9個、その他の要因が3.3±1.5個、全項目が10.1±6.2個であった。

表2-3 対象者の基本情報

項目		介入群 n= 51	対照群 n= 54	p 値
年齢		87.9 (6.7)	87.0 (8.8)	0.540
性別	男性	7 (13.7)	10 (18.5)	0.505
	女性	44 (86.3)	44 (81.5)	
認知症の病型	ADD	36 (70.6)	39 (72.2)	0.586
	DLB	4 (7.8)	2 (3.7)	
	FTD	2 (3.9)	1 (1.9)	
	VaD	1 (2.0)	4 (7.4)	
	鑑別なし	8 (15.7)	8 (14.8)	
		1	3 (5.9)	
要介護度	2	7 (13.7)	11 (20.4)	0.744
	3	22 (43.1)	26 (48.1)	
	4	15 (29.4)	11 (20.4)	
	5	4 (7.8)	4 (7.4)	
	II	7 (13.7)	4 (7.4)	
認知症高齢者の 日常生活自立度	III	30 (58.8)	31 (57.4)	0.328
	IV	11 (21.6)	18 (33.3)	
	M	3 (5.9)	1 (1.9)	
障害高齢者の 日常生活自立度	生活自立	7 (13.7)	4 (7.4)	0.471
	準寝たきり	30 (58.8)	31 (57.4)	
	寝たきり	14 (27.5)	19 (35.2)	

値は mean (SD)もしくは n (%)を示す

ADD: Alzheimer's disease Dementia, DLB: Dementia with Lewy bodies, FTD: Frontotemporal dementia, VaD: Vascular dementia

(3) 職員の基本情報

介入開始時点の職員の基本情報では、役職で有意差を認めた。役職における監督者の割合は対照群 24/43 名 (48.0%) に比較し、介入群 30/50 名 (69.8%) と介入群の割合が有意に高かった。その他の項目は有意差を認められなかった (表 2-4)。

表 2-4 職員の基本情報

項目		介入群 n= 44		対照群 n= 51		p 値
年齢		44.0 (10.0)	[1]	43.3 (10.8)	[1]	0.757
性別	男性	17 (39.5)	[1]	15 (34.9)	[1]	0.880
	女性	26 (60.5)		28 (65.1)		
職種	介護職	36 (83.7)	[1]	43 (86.0)	[1]	0.746
	その他	7 (16.3)		7 (14.0)		
介護経験歴		15.0 (6.3)	[1]	14.8 (7.2)	[1]	0.901
役職	監督者以上	30 (69.8)	[1]	24 (48.0)	[1]	0.034
	一般職員	13 (30.2)		26 (52.0)		

値は、mean (%)もしくは n (%)を示す。[]は欠損数を示す。*: 対応のない t 検定, #: カイ二乗検定

(4) 施設におけるケアの状況

施設におけるケアの状況はすべての項目で有意差は認めなかった (表 2-5)。

表 2-5 施設におけるケアの状況

項目		介入群 n= 44		対照群 n= 51		p 値
職員の都合ではなく、認知症のある利用者の気持ちやペースにあわせた関わりをしている職員は多いですか	当てはまる	9 (22.0)		12 (24.0)		[1] 0.822
	やや当てはまる	24 (58.5)	[3]	28 (56.0)		
	あまり当てはまらない	8 (19.5)		9 (18.0)		
	当てはまらない	0 (0.0)		1 (2.0)		
職員の多くは、認知症のある利用者それぞれの生活習慣を把握していますか	当てはまる	7 (17.1)		12 (24.0)		[1] 0.657
	やや当てはまる	25 (61.0)	[3]	28 (56.0)		
	あまり当てはまらない	9 (22.0)		9 (18.0)		
	当てはまらない	0 (0.0)		1 (2.0)		
目指すべき認知症ケアを実践するためのビジョンや施設の理念をきちんと文書に示していますか	当てはまる	24 (58.5)		18 (36.0)		[1] 0.162
	やや当てはまる	12 (29.3)	[3]	21 (42.0)		
	あまり当てはまらない	5 (12.2)		10 (20.0)		
	当てはまらない	0 (0.0)		1 (2.0)		

値は、n (%)を示す。[]は欠損数を示す。カイ二乗検定

(5) 介入期間中の新型コロナウイルスの感染状況

介入期間中の新型コロナウイルスの感染状況を図 2-3~2-5 に示した。

介入期間中の新型コロナウイルスの感染状況はクラスター (利用者様もしくは職員 5 名以上の感染) 発生があった割合では対照群 7/27 施設 (25.9%) に比較し、介入群 15/26 施設 (57.7%) と有意に高い割合を示した (p=0.019)。その他の項目は有意差を認めなかった。

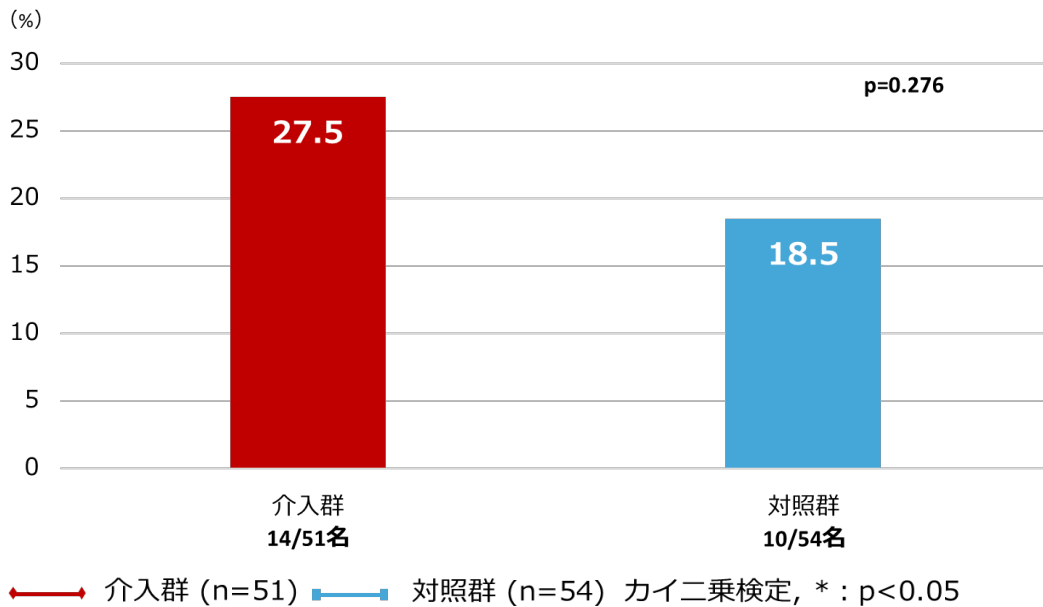


図 2-3 研究期間中に新型コロナウイルス感染症に罹患した利用者の割合

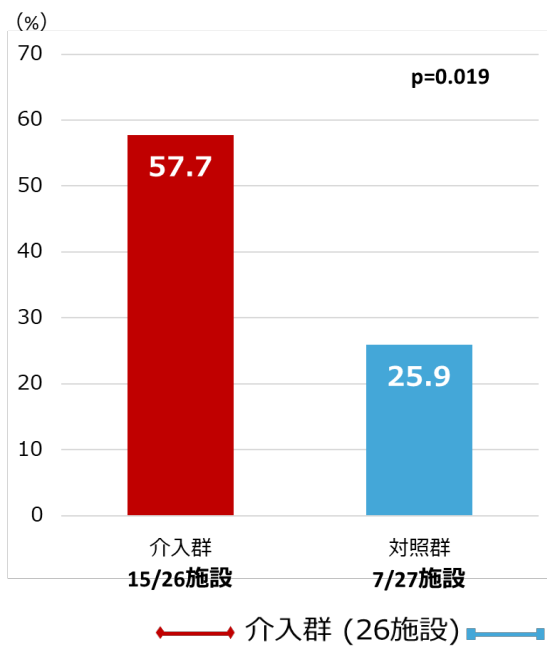


図 2-4 研究期間中にクラスター(利用者様もしくは職員 5 名以上の感染)発生があった割合

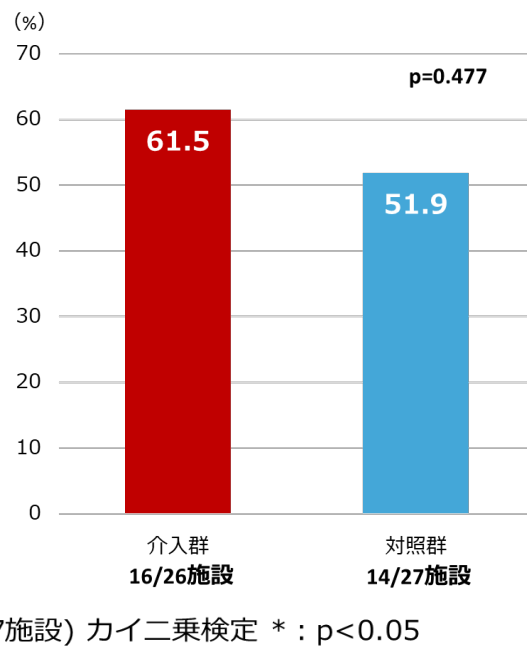


図 2-5 新型コロナウイルス感染症への対応が原因となり、ケア会議の実施が困難になることや予定したケアが行えないことがあった割合

(6) 主要・副次的アウトカムの解析

介入前後の BPSD25Q と short QOL-D の変化を表 2-6 と図 2-6、2-7 に示した。

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、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)。

表 2-6 介入前後の BPSD25Q と short QOL-D における変化量の差

群	介入前		介入後		F 値	p 値	調整後の差 post-pre
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			
BPSD25Q	介入群 (n= 51)	29.2 (14.3)	22.3 (10.3)		5.82	0.018	-7.4 (-10.4, -4.5)
	対照群 (n= 54)	33.3 (15.4)	29.7 (14.6)				-2.4 (-5.2, 0.5)
short QOL-D	介入群 (n= 51)	23.9 (4.9)	25.1 (5.0)		5.52	0.021	1.1 (0.3, 2.0)
	対照群 (n= 54)	24.6 (4.9)	24.4 (4.9)				-0.3 (-1.1, 0.5)

ベースラインデータとコロナ感染の有無、職員の役職を共変量とした analysis of covariance (ANCOVA)

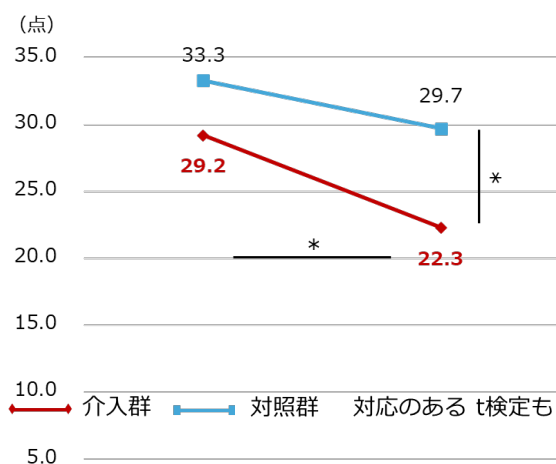


図 2-6 BPSD25Q の介入前後における得点の変化

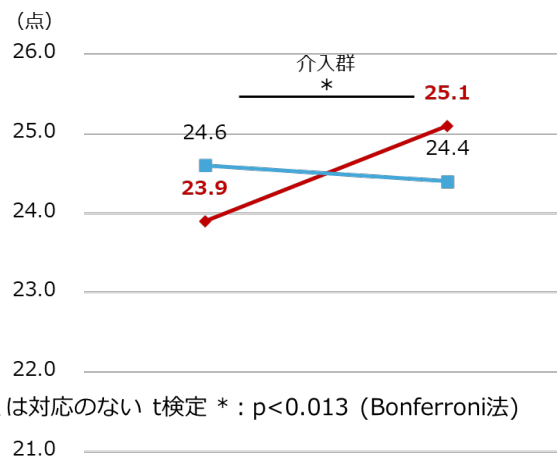


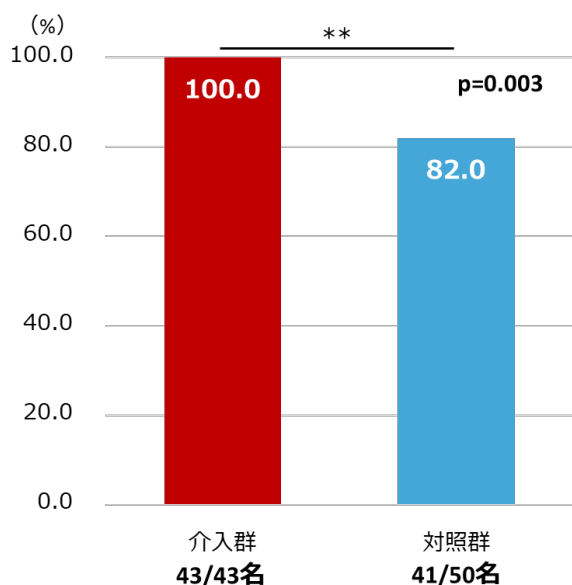
図 2-7 short QOL-D の介入前後における得点の変化

(7) 3つの要素の実施状況

介入終了後の3つの要素の実施状況を図2-8、2-9に示した。

利用者にBPSDが生じた際に、BPSDの原因をアセスメントし、その結果を踏まえたケア計画の立案をしていた割合は、対照群が41/50名(82.0%)に比較し、介入群が43/43名(100.0%)と有意に高い割合を示した($p=0.003$)。

利用者にBPSDが生じた際に、アセスメント、ケア計画の立案、ケアの実行、再評価、のプロセス(PDCAサイクル)をチーム(2名以上)で行っていた割合は、対照群が35/50名(70.0%)に比較し、介入群が43/43名(100.0%)と有意に高い割合を示した($p<0.001$)。



介入群 (n=51) 対照群 (n=54) カイ二乗検定, * : $p<0.05$

図 2-8 利用者に BPSD が生じた際に、BPSD の原因をアセスメントし、その結果を踏まえたケア計画の立案をしていた割合

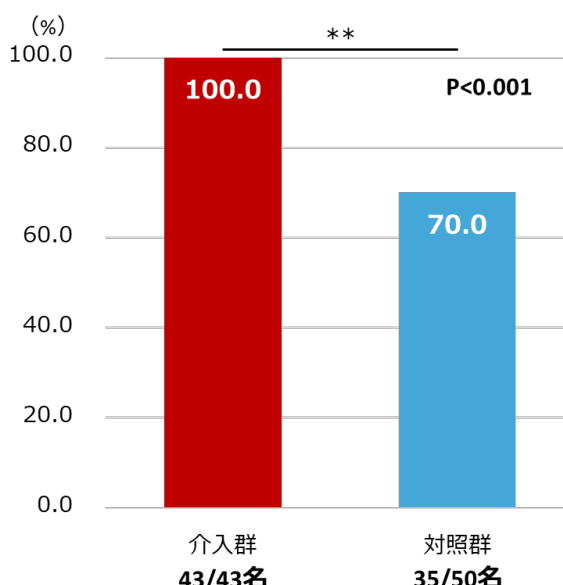


図 2-9 利用者に BPSD が生じた際に、アセスメント、ケア計画の立案、ケアの実行、再評価、のプロセス(PDCA サイクル)をチーム(2名以上)で行っていた割合

(8) BPSD 評価尺度と PDCA サイクルによるチームアプローチの有用性

BPSD 評価尺度と PDCA サイクルによるチームアプローチの有用性を図 2-10 に示した。すべての項目において役立つと思う（そう思う・ややそう思う）の割合が 90%以上であった。

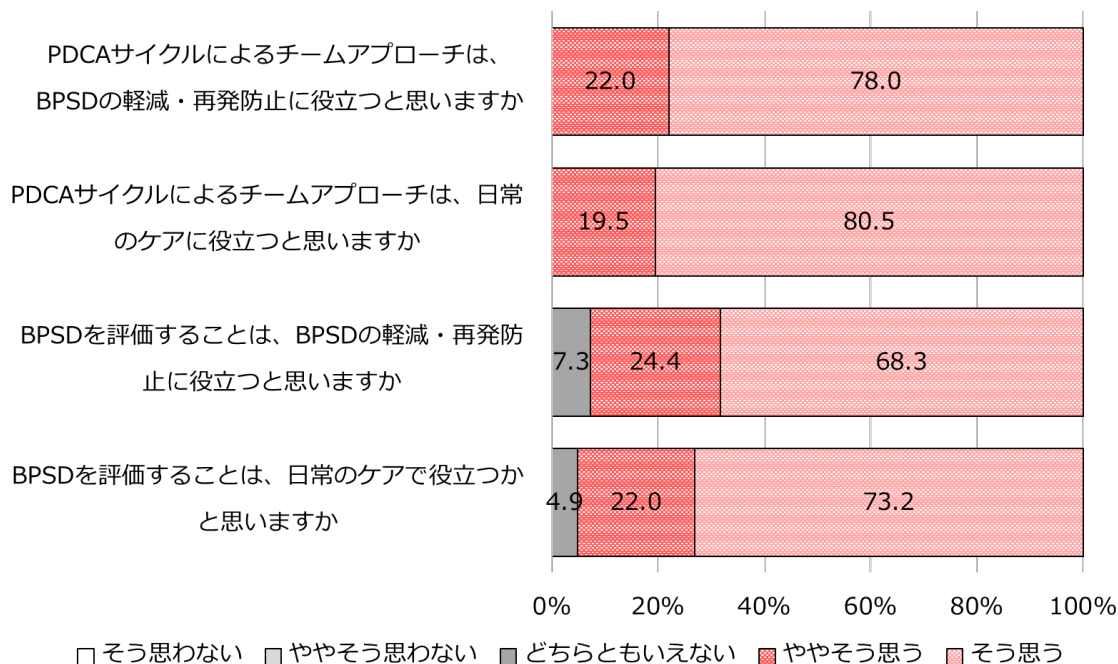


図 2-10 BPSD 評価尺度と PDCA サイクルによるチームアプローチの有用性

(9) 本人に聴き取る 7 項目に関するアンケート

本人に聴き取る 7 項目に関するアンケートの結果を図 2-11～2-13 に示した。

本人に聴き取る 7 項目はアセスメントの負担が小さいと思いますかでは、負担が小さいと思う割合は 20-40%程度であった。

本人に聴き取る 7 項目は会話ができない対象者でもアセスメントできると思いますかでは、できると思う割合は 15-35%程度であった。

ケアプランを立案・実行するにあたって最も重要なアセスメント項目（本人に聴き取る 7 項目）はどれだと思いますかでは、最も重要な項目は項目 1「どのような暮らしをしたいと思いますか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？」で 39.0%であった。

また、アセスメントを行うにあたって、聞き方やタイミング、環境などの工夫について表 2-7 に示した。

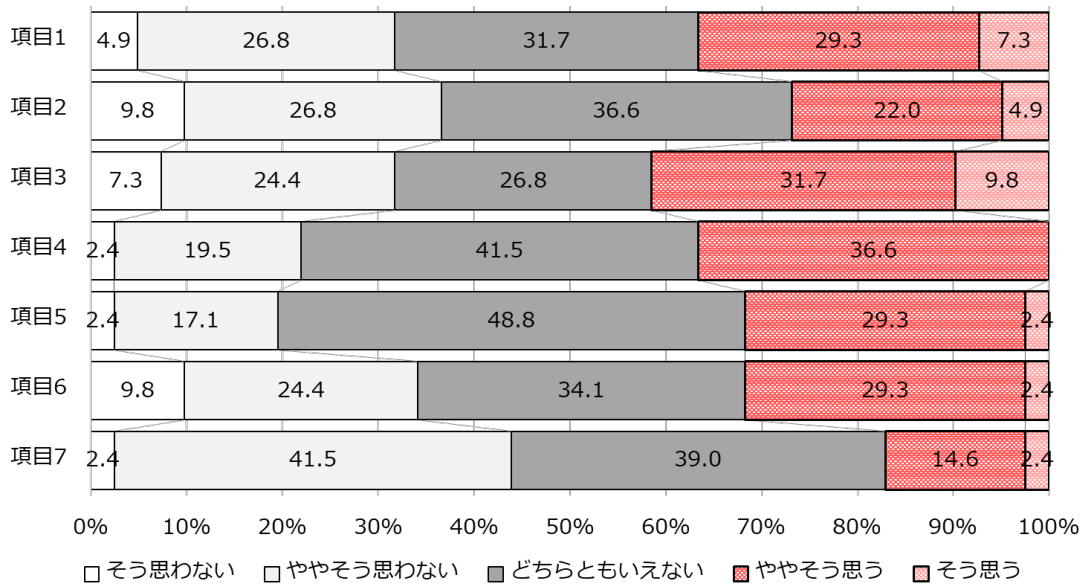


図 2-11 本人に聴き取る 7 項目はアセスメントの負担が小さいと思いますか

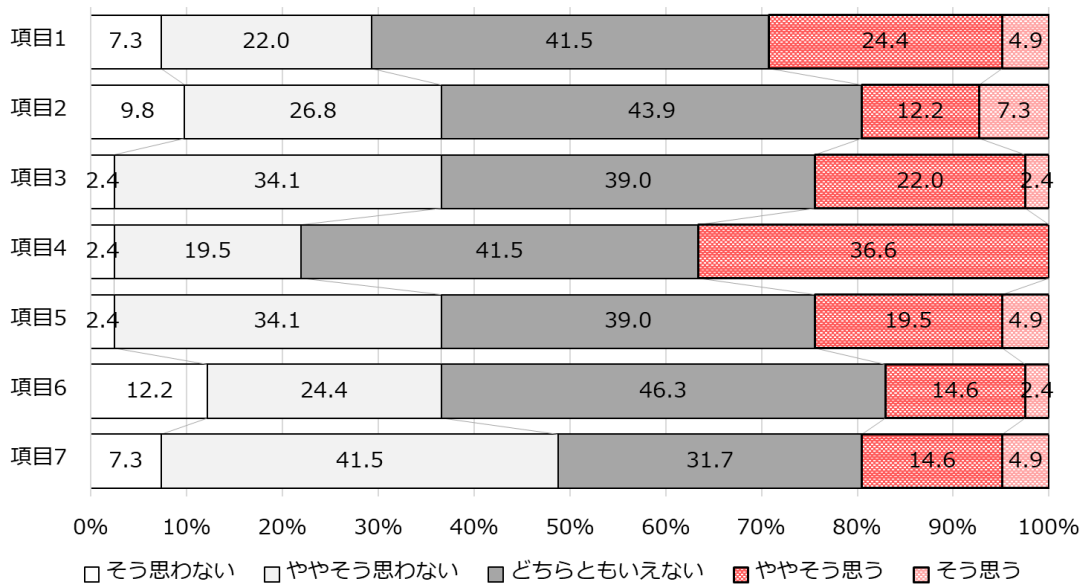


図 2-12 本人に聴き取る 7 項目は会話ができない対象者でもアセスメントできると思いますか

項目 1：どのような暮らしをしたいですか、習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？、項目 2：あなたがこだわっていることはありますか？、項目 3：今、どのようなことをしたいですか？、項目 4：生活で難しくなっていること、手伝ってほしいことはどのようなことですか？、項目 5：誰と仲良く暮らしたいですか？、項目 6：どのような環境で暮らしたいですか？、項目 7：どのような日課・役割を持ちたいですか？

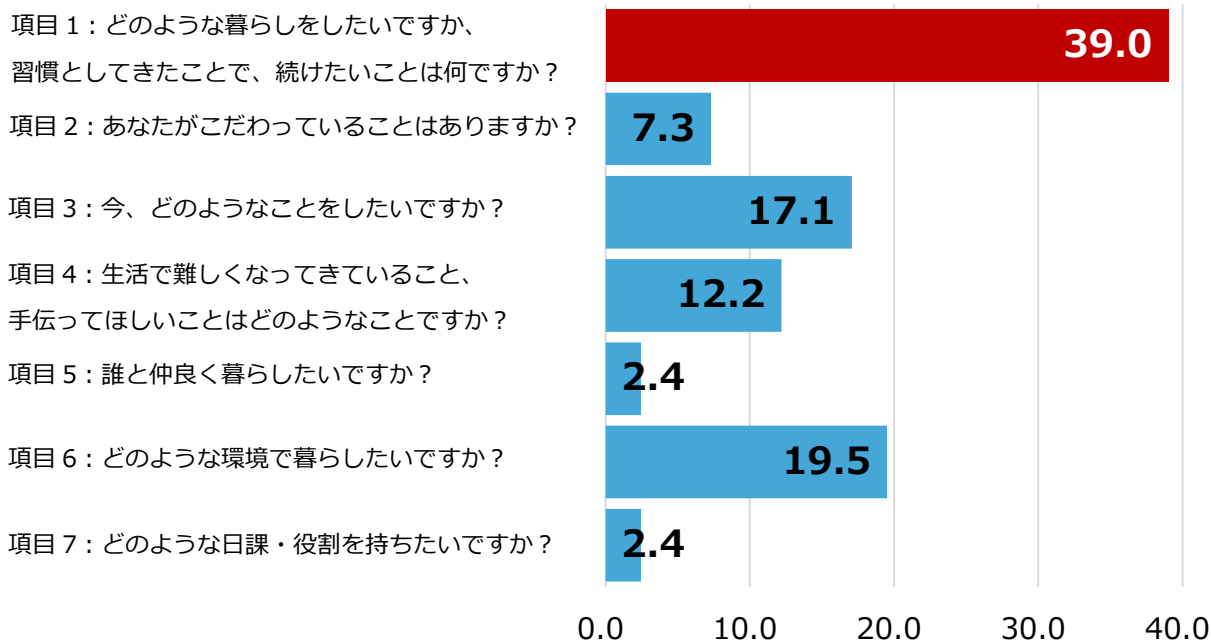


図 2-13 ケアプランを立案・実行するにあたって最も重要なアセスメント項目(本人に聴き取る 7 項目)はどれだと思いますか

表 2-7 アセスメントを行うにあたって、聞き方やタイミング、環境などの工夫

No	サービス種別	内容 (自由記述)
1	GH	2 人の時や移動中に複数回聴くこと
2	GH	話が出来ない方、忘れてしまっていることについては生活歴や好みなど、家族から聞き取る。面と向かって改まると話されないこともあり、日常のさりげない会話で思いを聞き取ったり、しぐさ、行動から読み取るようにしている。
3	GH	タイミングは会話の途中でもりこんだり、リクレーションでみんなに質問するかたちでもう少し具体的に聞くようにしている。
4	GH	昔やっていた〇〇はしたいと思うことがありますか？など
5	GH	職員同士の私語を減らし、落ち着いた静かな環境を提供する。
6	GH	コミュニケーションが難しい事も多く、様々な職員が、様々なタイミングで同じような聞き取りを行っている。
7	GH	本人に聞く場合は、本人の機嫌のよい時に聞くようにはしました。
8	GH	一対一でお話する。色んな話をしながら自分の聞きたい話しに流れをもっていく。難しい言葉だと伝わりにくい事もあるので簡略化することもある。
9	GH	明るく、穏やかに対応
10	GH	普段の生活の中で聞くようにしてます。聞くだけでなく、日頃の言動なども参考にしています。言葉にできない方も多いので態度なども見ています。
11	GH	複数人でお話をしている場を使い、アセスメント項目をさりげなく織りませ皆に質問する。
12	GH	対象者を緊張させないよう、その場ではメモを取らず、あくまでも雑談しているようにする。
		リラックスして質問に答えてもらえるように、普段リビングで座っている場所で何気ない普段の会話の中に質問をうまく入れて聞き取りをした。
		ご利用者(対象者)の居室で会話している際に今回のアセスメントを行いました。落ち着ける静かな環境と話を楽しんでいると思えた際に、アセスメントをしようと工夫しました。

No	サービス種別	内容（自由記述）
		そのままの文章で質問した場合、返答をもらうのに時間を要しました。言葉を言い換えて、さりげない生活の会話の中から、質問への回答を拾いました。今回の対象者へは、あまり時間をかけた質問は適さず、「それより腹減った」「まんま（ご飯）まだ？」と聞き取りが何度もストップしました。
13	GH	入居時のアセスメントを丁寧に行うことと、入居後に、ご本人からの声や、家族との協力関係を大切にすることで、関わりのヒントを沢山いただける事を、現場で実感します。 今回は居室ではなく、リビングでさりげない雰囲気のもと、アセスメントを実施しました。
14	GH	アセスメント項目をストレートに聞くのではなく、何げない会話の流れの中で聞くように工夫しました。
15	GH	1対1での対話、普段何気ない会話の中でアセスメントをしていました。
16	GH	なじみの場所、精神的に安定した朝。
17	GH	<ul style="list-style-type: none"> ・その方が話しやすい場所を選んで聞き取りを行う。（人はいるが少し距離のある場所、居室、その方の苦手な方がいない場所 等） ・いきなり質問から入らず、雑談を行なっている流れで聞き取りを行う。 ・その方の気分が落ち着かれている時に、話を聞く。
18	特養	ご入居者が穏やかに過ごされている時、ゆっくり時間をかけて笑顔で傾聴する。
19	特養	1対1で行う。 最初から質問しないなど。
20	特養	集中できるような居室等の落ち着いた環境で、休憩がてら 2人きりでお茶しながら行った
21	特養	利用者の担当者からタイミングを見て、その都度聞き取りなどを行った。
22	特養	落ち着く環境を整備する。穏やか、体調の良い日に実施する。
23	特養	ご本人が穏やかに過ごされている環境で、ゆっくりわかりやすく声かけして聞き取りを行った。
24	特養	落ち着いた環境で、1対1で視線を合わせてお聞きする。
25	特養	機嫌が良さそうで、排泄の心配がない状態の時に。
26	特養	以前の生活習慣や性格などをよく把握しておく（特に言語かが困難な利用者） 聞き方は決して固くならず、普段の生活の時間の中で良いと思う。
27	特養	事前にその方のパーソナリティを把握し、状況にあわせて、オープンクエスチョン、クローズクエスチョンを使い分け、今その方が困っていることを聞き取っていく。
28	特養	会話ができない対象者について、いかに、ご家族から多くの情報を頂くことができるか、また、対象者の方のその都度の表情、行動であてはめていく。
29	特養	リラックスされている環境でゆっくり話ができるとき。表情の柔らかいとき
30	特養	普段の何気ない会話や表情から想いを確認している。
31	特養	居室等、1対1で話をしたり、日常生活の中での会話や構想など、職員やご家族様に情報をいただくように努力している。
32	特養	聞くタイミングは、普段の会話をしながら、会話の流れに沿って聞くようにしています。
33	特養	質問をそのまま聞いても、ほぼ返答がなく同じころ場を繰り返すことが多かった。比較的、穏やかな時、午後から聞き取りをすると返答があった。 もう少し具体的に聞くと良かったと思います。
34	特養	職員と1対1の時間を作り、本人の好きなことを一緒に行う。 好きなことを見つける。
35	特養	本人の思い、訴えを傾聴する。

No	サービス種別	内容（自由記述）
36	老健	本人が落ち着いている時間に、質問内容に近い言葉で話をするように心がけました。また意見、考えが変わらないか確認のために、別の日にもアセスメントするよう努めました。
37	老健	第一に人的環境が大きな影響を与えたいと思います。家族、介護職、他職種の関わりにより、認知症の利用者の方でも安心した生活の提供ができると考えます。そのために施設の理念、チームの理念を大切に皆が同じ方向を向き、一人一人のケアを常に考え提供していく事が大切と考えます。 また、聞き方やタイミングに関しては、信頼関係を気付き言語のみでなく非言語を大切に落ち着いた環境で質問するのではなく会話の中から出てきた言葉を大切に、チームで共有する事により、新たな気づきにつながると考えます。
38	老健	少人数で静かな場所を選ぶ
39	老健	意思疎通の難しい方に関しては、本人の思いを間違いなくくみ取る事は不可能と考えている。その為、すでにアセスメントされている情報と普段の本人の様子、家族からの情報を元に考えるようにしている。

GH：認知症共同生活介護，特養：特別養護老人ホーム，老健：介護老人保健施設 5名の感想が欠損

4. 研究事業Bの議論となった点

本研究は、全国の介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護の認知症の人105名を対象にクラスターランダム化比較試験を実施した。介入群は①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで検証を繰り返すチームアプローチ、の3つの要素に準じたケア、対照群はBPSDの客観的評価の後にケアプランに基づく通常ケアを実施した。その結果、介入群は対照群に比較し、BPSD25Qの得点が有意に軽減し、short QOL-Dの得点が有意に向上した。このことから3つの要素に基づくケアは、BPSD軽減の効果を示し、さらにはQOLの向上に寄与することが明らかとなった。

本研究の対象となった介護保険サービス事業所は、各団体から推薦されたため、一般的な事業所に比較し、ケアの質が高い可能性がある。そのため、介入を実施していない対照群においても、利用者にBPSDが生じた際に、アセスメント、ケア計画の立案、ケアの実行、再評価、のプロセス（PDCAサイクル）をチーム（2名以上）で行っていた割合は72.0%と高い割合であったことから対照群においてもケアをするうえで重要とされる要素に準じたケアが行えていた。しかし、介入群ではワークシートを用いて3つの要素に基づくケアを行うことで対照群に比較し、BPSD軽減とQOL向上する結果を示した。このことから今回の3要素を含む構造化された介入によってケアの質をより向上させることが示唆された。例えば、介入群においてはBPSDの背景要因の分析では、ワークシートのチェック項目にてBPSDの原因となる項目をチームで評価・分析し、具体的なケア計画を立案する。これをチームで取り組む際に過大評価を行なうことや、チームで統一したケアを行うことを徹底した。ワークシートを用いた構造化されたケアにより、アンメットニーズに着目したケアを行えた可能性が高い。一方、対照群では類似したプロセスでケアを行っていた可能性はあるが、介入群と同レベルの質でBPSDの背景要因を分析することやアセスメントの過大評価やチームで統一したケアの実施など基本的なケアのポイントを抑えることができていない可能性がある。これらがBPSD軽減効果に影響を及ぼしたと推察した。

本研究では、BPSDが軽減するだけでなく、QOLも向上した。これはアンメットニーズを意味するBPSDが軽減したことでニーズが満たされ、QOLの向上した可能性がある。また、ワークシートでは、本人の暮らしを把握し、本人らしい暮らしが実現するために何をすべきかをチームで考える構造となっている。職員が本人らしさを知ることにより質の高いケアにつながったと考えた。また、職員が認知症

本人の声を聴くことで、本人をより知り、関係性が構築につながることや、認知症の進行に伴い意思の表示が困難になった際にもこれまでの経験から本人の思いを考え、対応することにもつながる可能性があると考えた。

本人の声を聞くことは特別養護老人ホームなどでは難しいという意見もあったが、今回のアンケート調査では、「会話ができない対象者」でも、質問項目によって2~3割の利用者は自分の考えを伝えることができるという結果を得た。この利用者ニーズを訊いても答えられないだろうという思い込みは捨てて、非言語メッセージなどで本人のニーズをくみ取る努力が介護職に求められる。そして、このような共感的態度がBPSDの軽減に役立つばかりでなく、BPSD予防にも有用と思われる。

5. 研究事業Bの今後の課題

本研究においていくつかの限界があった。1点目は、新型コロナウイルス感染症拡大下での研究であったことである。そのため、研究に参加できる施設が限られてしまい、サンプルサイズが予定した数に届かなかった。また、研究期間中に対象者が新型コロナウイルスに感染したケースも約2割あり、感染者の新型コロナウイルスの感染状況については聴取できていなかった。新型コロナウイルスのクラスター感染の発生施設は介入群が57.7%、対照群が25.9%であり、新型コロナウイルスへの対応が原因となり、ケア会議の実施が困難になることや予定したケアが行えないことがあった割合は介入群、対照群ともに半数以上であった。2点目は、対象施設の介護形態は把握できていないことである。

6. 研究事業Bのまとめ

- 全国の介護保険サービス事業所（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護）の認知症の人105名を対象にクラスターランダム化比較試験を実施した。
- 介入群は①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで検証を繰り返すチームアプローチ、の3つの要素に準じたケア、対照群はBPSDの客観的評価の後にケアプランに基づく通常ケアを実施した。
- 介入群は3つの要素に準じたケアの実施により対照群に比較し、BPSDが軽減し、QOLが向上した。
- 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。
- 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た。

(参考)インストラクター研修の結果

1. インストラクター研修の方法

(1) WEB システム改修

研修実施に際し東京都のシステム改修に合わせて BPSD ケアプログラムの WEB システムである DEMBASE を改修した。

(2) 研修の対象者

対象者は以下の①～③を満たす者とした。

- ① 介護保険施設等において、認知症の人の介護に現に従事している者（管理者等も含む）
- ② 令和3年度に認知症介護研究・研修東京センターで実施した日本版 BPSD ケアプログラムのフォローアップ研修（2回）を受講・修了した者
- ③ 所属施設・事業所の管理者等により、研修修了後、日本版 BPSD ケアプログラムのインストラクターとして活動することを認められた者

(3) 研修の日程とプログラム

研修の日程と当日のプログラムは以下のとおりである。

研修の日程：2023年3月7日 13:30～16:00

プログラムは表 3-1 に示した。

表 3-1 研修のプログラム

時間	プログラム	担当
13:30～13:45	事業の主旨およびプログラム説明	認知症介護研究・研修 東京センター
13:45～14:00	参加者自己紹介	
14:00～15:00	復習セッション	東京都医学総合研究所 西田淳志先生
15:00～15:10	休憩	
15:10～15:50	質疑応答・意見交換	認知症介護研究・研修 東京センター
15:50～16:00	まとめ	

2. インストラクター研修の結果

(1) 受講者数

研修受講者数の一覧を表 3-2 に示した。研修の申し込みがあった 31 名が研修を受講した。このうち 4 名は当日欠席のため、動画視聴により受講した。

表 3-2 研修受講者数の一覧

都道府県	サービス種別	受講者（名）
北海道	特養	1
山形県	特養	1
茨城県	特養	2
	居宅	1
群馬県	GH	1
神奈川県	特養	1
	GH	1
新潟県	特養	1
長野県	小多機	1
岐阜県	特養	1
三重県	特養	1
奈良県	特養	2
和歌山件	居宅	1
島根県	居宅	1
岡山県	特養	1
広島県	特養	2
	GH	1
香川県	居宅	1
福岡県	居宅	2
佐賀県	特養	2
	GH	1
長崎件	特養	2
熊本県	GH	1
大分県	特養	1
鹿児島県	特養	1

特養：特別養護老人ホーム、GH：認知症対応型共同生活介護
 居宅：居宅介護支援、小多機：小規模多機能型居宅介護

付記 検討委員会の結果

○検討委員会委員一覧(五十音順・敬称略)

	氏名	所属
団体	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
	高山 陽子	公益社団法人 日本看護協会
	田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
	中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
	東 憲太郎	公益社団法人 全国老人保健施設協会
有識者	栗田 圭一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター
	西田 淳志	公益財団法人 東京都医学総合研究所
	宮島 渡	日本社会事業大学 専門職大学院
行政	西川 篤史	東京都福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課
センター	阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
	小木曾 恵里子	認知症介護研究・研修大府センター
	山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター
	オブザーバー	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

○開催日時

回	日時	開催方法
第1回	令和4年9月7日 19:00～20:45	オンライン
第2回	令和5年2月20日 16:00～18:00	オンライン
第3回	令和5年3月6日 16:00～18:00	オンライン

○第1回検討委員会 議事要旨

【メンバー（敬称略、五十音順）】栗田圭一、江澤和彦、小木曾恵里子、鴻江圭子、高山陽子、田邊恒一、中林弘明、西川篤史、西田淳志、東憲太郎、宮島渡、山口晴保

【欠席】阿部 哲也

【オブザーバー（敬称略）】厚労省：和田、中西、谷内、松村、東京都：山崎、全老健：事務局、医師会：事務局、事務局：家田、中村、月井

1. 挨拶

- 厚生労働省挨拶
- 委員長挨拶

2. 事業説明

- 各委員の自己紹介
- 事務局より資料説明

討議1

- 鴻江委員：尊厳の定義はどうなっているか。認知症本人にとっての定義とケアをする側の定義もある。尊厳あるケアはどのように定義されているか。
- 事務局中村：委員会としての定義はない。本人の意思を継続的に確認し、ケアに取り入れる。
- 山口委員長：一般的な尊厳の定義は、本人の意思の尊重。つまり、自律が基本的な考えである。委員会として、定義する必要があるれば意見いただきたい。
- 栗田委員：鴻江委員は本質的に重要な質問をされた。尊厳は研究であれば操作的に定義するが、チェックリストに沿ってケアが行われたから尊厳が担保されたかは疑問である。パーソン・センタード・ケアのVIPSが保たれているかが重要である。少なくともVIPSのVが保たれているか、人権ベースのアプローチをきちんと行われているかが基本である。そういったバックグラウンドを持ったチェックリストを考えることが重要である。理論武装はしていただきたい。
- 山口委員長：尊厳の定義をきちんとすると研究に入りにくくなるのではないか。研究に入る施設をセレクトしなければなくなるため、研究が困難になるのではないか。
- 栗田委員：研究であるため、操作的に定義するしかない。背後にある理論的枠組みがしっかりと研究としては危ういものとなると思う。
- 西田委員：1点目は、BPSDの定義と評価の仕方について、対象者を選定するうえで、BPSDがないと思う者を選定するのはよくない。BPSD評価した上で対象者を選定すべきである。また、BPSDがないと定義するのはかなり困難である。JAMAの論文では、9割の認知症の人はいずれかの段階で何らかのBPSDが生じることが報告されているため、BPSDが生じていない方を探すのは至難の業かと思う。2点目は、質的研究はエビデンスが弱く、制度に取り入れるのは非常に厳しいと思う。RCTを行うのは通例であり、研究の入り口の難しさと合わせて慎重に検討する必要がある。
- 事務局中村：予防では、軽減と同じく、BPSD+Qを継続的に評価していく予定である。作業部会の冒頭でBPSDや評価尺度について理解していただきたいと思っている。対象者の選定は、BPSDがかなり軽度の状態で保たれている状態など操作的に定義していくことになる。

- 山口委員長：エビデンスにならないのはそのとおり。承知している。
- 江澤委員：医療と介護のエビデンスの単純比較は困難である。介護分野は、倫理的な面を含めて前向きな RCT は難しい。非薬物療法は介護職の腕の見せ所であり、これまでの経験や蓄積の中で良かれと思う部分を前年度からやっている。今回は対照群すらきれいに作れないと思う。まずははじめの一步として、尊厳の保持と自立支援をターゲットにして、走りながら考えて、経年的に蓄積していくことが大切である。
- 栗田委員：この研究の仮説をお話しいただきたい。こういうことがあると BPSD が予防ないし軽減できるという仮説を言語化願いたい。チェックリストやシートを行うと担保されるというのは寂しいような気がする。
- 事務局中村：昨年度の議論は項目の列挙となっている。検討した要件を実施するだけで尊厳が保持されるわけではないため、作業部会でケア要件について議論しながら事例をまとめるように進めていきたい。
- 栗田委員：基本的には BPSD 軽減と共通の考えでよろしいか。
- 事務局中村：おっしゃるとおり。
- 山口委員長：本人の声を大切にすることが、尊厳につながるであろう。
- 田邊委員：作業部会の詳細の中に「BPSD の予防について定義し」とあるが、作業部会で BPSD 予防を定義し、取りまとめるという認識でよいか。
- 事務局中村：BPSD の予防の定義は、操作的に定義し、取り込み基準や除外基準を定める予定である。
- 田邊委員：これから事務局で定義について示すという認識でよいか。
- 事務局中村：おっしゃるとおり。
- 鴻江委員：本人のニーズは質問しても答えられない方もいる。ニーズに関する質問は聞き方を変えてよいか。
- 事務局中村：予防と軽減で対象となる認知症の人が異なると考えている。予防は BPSD の定義を決めて、コミュニケーションが取れる方を対象とするイメージでいる。本人のニーズに関する質問をして、答えられる方の方が少ないのが現状だと考えている。本人の声に合わせて、日常のやり取りや様子を参考にしながら本人のニーズを検討する。必ずしも質問だけをすればよいわけではない。
- 鴻江委員：ご家族がこうなってほしいというケースがある。本人がはっきり答えられる方が非常に少ないため確認した。
- 東委員：ICF ステージングのオリエンテーションやコミュニケーションを把握した上で、できる限り本人のニーズに沿った対応が重要である。本人の持っている意思や望みは本人の能力を把握した上で進めることが大切である。まともにコミュニケーションが取れることを前提にケアを実施するのは良くない。こういった部分も作業部会で検討していただきたい。
- 宮島委員：1 点目はパーソン・センタード・ケアの基本的な枠組みを置いて予防について議論した方が良かったと思った。2 点目は BPSD のアセスメントの内容について、なじみの場所やなじみの関係は BPSD の予防につながる背景要因と考えることができるが、ポジティブな要素、ネガティブな要素のどちらでとらえればよいか。
- 事務局中村：予防における背景要因の分析は、両側面で考える必要があると思う。
- 西田委員：予防と軽減は共通なのではないか。BPSD はあり、なしのカテゴリ変数ではなく、連続変数の問題である。カットオフを恣意的に決めることはあるが、本質的には連続的に半分の正規分布である。そういう意味では、増悪予防が正しいと思う。国際的には増悪予防の中に予防を含める。

カテゴリカルに BPSD を分類することは評価の面で正しいかどうかについては熟議する必要がある。連続変数でとらえれば、予防も軽減も同じスキームになると思う。

- 中林委員：1点目は、「尊厳を保持し」は介護保険法の第一条と共有することが前提だと思う。2点目は、事例シートはケアをすることによって結果的に改善されたという対象者を選定するのか。また、「ケアプラン」は何を求められているか。
 - 事務局中村：ケアプランの書き方には語弊があると感じた。情報収集をもとにどのようなケアを提供しようとまとめたか、介護保険法とは別のケアプランを意味している。介入前後の本人の様子はポジティブ・ネガティブな要素どちらについてまとめてもよい。
 - 中林委員：どういった方を選定するかにつながるため、検討いただきたい。
 - 栗田委員：言語的に意思を表出できない方は、ニーズを聞くことよりも、ニーズをくみとり、本人を中心に考えることが大切である。話すことができても必ずしも発言が正しいとは限らない。チームで本人を中心にした意見を考えることが非常に大切である。本人が言語的な表出ができなくても、パーソン・センタード・ケアは行えるため、コミュニケーションが取れない方も対象にした方がよいと思う。
 - 山口委員長：ケアする側の認知的共感で、本人のサインから思い込みのケアが行われている可能性もある。本人のニーズを表情やクローズドな質問で確認していくことが大切である。
 - 栗田委員：おっしゃるとおりで、まずは本人の視点を大切にすべき。本人不在でチームになって話を進めないことが最も重要である。
- 事務局より資料説明

討議2

- 西田委員：1点目は、研究デザインがクラスターRCTであることを明記すべき。施設単位で無作為割り付けを行う必要がある。施設によって理念等が異なり、その点が結果に影響する可能性がある。2点目は、BPSDの評価でBPSD+Qを使うことは理解した。ニーズはチームで話し合ってみ極めることが大切であり、NPI-NHはチームで話し合うことに適している。BPSD+Qで評価を行う際は、チームの視点を揃えて評価を実施すべき。3点目は、背景要因の分析は一度では当たらない。また、背景要因の分析が細かいと時間がかかり、現場で行なわなくなる。背景要因の項目は最低限にし、チームで使うことを想定すべき。
- 事務局中村：ご指摘を踏まえて、進めていきたい。評価尺度については目的に合った評価尺度を選ぶことが望ましい。今回は、BPSD+Qが最も良い尺度であるから選んだわけではなく、今回の研究に適していると考えたため採用した。NPI-NHより検討する際には課題があるため、チームでできるように研修等で対応したい。
- 山口委員長：BPSDの評価は、介入群だけがチームで評価し、対照群は個人で評価するという認識でよいか。
- 事務局中村：おっしゃるとおり。評価のプロセスを含めて介入だと考えている。
- 江澤委員：対照群についてもどのようなケアを行っているかは簡易的でもよいので聴取すべき。本研究の要件は、一般的なケアになりつつある。例えば、看取りのガイドラインでは、医療・ケアチームと本人の意思を推定する者がくり返し話し合いをして良かれと思ったことを実施している。職員の資質能力は施設によって大きく異なるため、すべての施設で本研究の要件が実施できているとは限らないが行っている現状もあると思う。今回の研究は認知症ケアを良い方向に導くよう示唆できる

ことが大切である。対照群のケア内容を把握し、サブ解析ができるようにしておくべきである。

- 山口委員長：アンケートは、介入が終わった後に介入群については要件に合ったケアの実施できたか確認、対照群は手順・要件を実施していたか確認する予定である。
- 鴻江委員：BPSD+Q は具体的でイメージしやすいが、質問文から外れると評価しにくい。一方で、NPI はインタビュー形式であるため対応が可能である。
- 栗田委員：介入群と対照群で BPSD の評価の仕方が異なるのは良くないと思う。西田先生に伺いたいのは、アウトカム評価をする人が介入をする人でよいか。この問題を減らす工夫はあるか。アセスメントした後にランダム化するなど、群分けするほうがよいか。
- 西田委員：ベースラインの評価をランダム化前にできると補強にはなるが、リアルワールドで短期間の実施は困難である。
- 山口委員長：当初の研究計画では評価者をブラインドとしていたが、その人が対象とした人の生活を正確に把握できるかも疑問である。また、デザインも非常に複雑になる。介入群・対照群とも、評価はひとまず一人で行い、その後介入群はチームで共有する対応はできると思う。
- 西田委員：このアプローチで最も高い効果量を示すのはチーム力である。チームで合意形成をしながら進めることが効果量に影響する。チーム力で PDCA を回す構造を作らないと効果が出にくくなることが予測される。
- 東委員：チームでどれだけ関わられるかは同意見である。チェックリストで情報収集してもチームで視点を揃えないと効果が出にくいと理解している。本人のニーズを把握し、チームで関わらないと上手くいかない。誰かひとりが評価してもチームで意味がない。
- 山口委員：例えば、一人で LIFE を全員分入れる施設などもあると聞く。評価をもとにチームでケアができるように対応したい。
- 中林委員：チームアプローチの前のアセスメント力も重要である。多面的かつ客観的な評価から適切な対応をどうしていくかをチームアプローチで行うと受け止めている。この研究では、評価の視点をシートで揃えるといったイメージでよいか。
- 山口委員長：おっしゃるとおり。
- 西川委員：1施設当たり 2 名の利用者が参加するが、どのくらいの方が関わることになるかと想定しているか。事前に研修等も必要だと思うが、どの程度の方が関わる必要があるか。
- 事務局中村：施設によりけりである。ケアに関わる方 1 名を中心に、チームで進める方針である。チームで動画を見るよう対応できる体制を作る予定である。
- 西川委員：施設は職員のシフトを組む際に夜勤等もあるため、チームで集まるのは困難なことが予測される。ご説明の工夫は必要であると考えている。
- 西田委員：チームで集まるのは実行が困難である。核となる数人のチームを作ることも大切であるが、話し合いに参加できない人にもシートに回答いただくなど対応する必要もある。どこまでをチームとしてみるかも定義が必要ではあるが、現場に対する配慮が必要である。
- 山口委員長：チームで結果の共有は最低限すべきと思う。
- 高山委員：軽減の研究に関しては、どのようなケアが有効かについては自由記載やインタビュー等を実施しないか。
- 山口委員長：アンケートの追加は可能である。個別の事例ごとの解析は行わない予定である。
- 事務局中村：ワークシートの方にケア計画を書くため、後ほど確認できる。その際、ケアの良し悪しがはっきりするように進める必要があると思う。
- 高山委員：ケア提供者が意識していないケアが有効な場合もある。グループインタビューでは、質問

の引き出し方が重要であるため、工夫が必要である。

- 小木曾委員：研究に参加される施設の対照群は、何もされていない状態を作るのは困難であると思う。VIPSの話が出てきたが、VIPSは組織改革であり、チーム作りにも関係がある。現在の資料は、心理的ニーズに着目しているが、VIPSの要素も重要だと思う。
- 栗田委員：小木曾委員と同意見で、コントロール群はすでに良いケアをしている可能性がある。特にVIPSの考え方を理解している施設もあると思っている。ネガティブな結果が出た場合は、VIPSが関与している可能性がある。鈴木みずえ先生のパーソン・センタード・ケアの評価方法を使ってVIPSを評価するのもよいかもしれない。チームケアアプローチだけでも評価しておくもよい。
- 山口委員長：アンケートの部分では、どんなケアをやっているか、施設負担を考慮した上で評価したいと思う。研究結果がネガティブであっても、介入群と対照群で交互作用がなくても、どちらも改善していればよいケアをしていたといえるようにアンケートを作りたいと思う。
- 和田企画官：介護保険の本質に立ちかえった議論から大変深い議論を聞かせていただいた。改めて介護現場で研究を行う難しさについて身に刻んだところである。皆様の知恵をいただきながら進めていきたいと思う。
- 中西補佐：非常に勉強になった。アカデミックな話から現場の実情に沿った検討をいただけた。現場の検討を含めて、より良い研究ができればと思う。
- 山口委員長：意見をもとに研究事業の計画をバージョンアップしたい。

3. 今後の流れ

事務局中村：本日の意見を踏まえて、調査を進めさせていただきたい。

第2回委員会は、事業の進捗を確認しながら改めて日程調整を行う。

本日の意見をもとに変更した資料等はメールで共有し、事業を進める予定。以上

○ 第2回検討委員会 議事要旨

【メンバー（敬称略、五十音順）】阿部哲也、粟田主一、江澤和彦、小木曾恵里子、鴻江圭子、田邊恒一、中林弘明、西川篤史、西田淳志、東憲太郎、宮島渡、山口晴保

【欠席】高山陽子

【オブザーバー（敬称略）】厚労省：和田、中西、谷内、松村、東京都：山崎、全老健：事務局、医師会：事務局、事務局：家田、中村、月井

1. 挨拶

- 厚生労働省挨拶
- 委員長挨拶

2. 資料説明

- 事務局より資料説明

3. 討議1

- 山口委員長：計10事例に取り組んだか？
- 事務局中村：作業部会メンバー施設のうち1施設では、コロナクラスター発生と調査期間がかぶり、実際に取り組めた事例は8事例となった。
- 西田委員：PDCAのチェックはどのようなポイントで行ったか
- 事務局：PDCAの具体的なチェックは行っていない。手続きを丁寧に確認しながら進めていただいた。
- 西田委員：BPSDがカテゴリカルなものではなく、連続量とみると、BPSD予防をどう定義できるかが難しい。また、BPSDがないと思っても測定してみないとわからない。どこをBPSDと定義するか難しいがどうしたか
- 事務局：BPSDの発生の有無はBPSD+Qで評価した。前回の西田委員の指摘により、全くBPSDが出ていないという事例はほぼないという想定もあったので、ある項目でBPSDに点数がついても、他の項目でBPSDが出ていなければ対象とするという考えで進めた。また、あるBPSDが必ず発症するというを確認するすべはないため、「現場でこのままケアしないでいるとさらに●●というBPSDが出る可能性がある」という作業部会メンバーの推測に基づき、推測どおりBPSDが増えたか、そのままかを観察・評価し、事例をまとめていただいた。
- 西田委員：7つの質問項目は重要。具体的な質問項目である。一方、「その人らしさを大切に尊重する」といったケアの表現は、実践においては、抽象的である。よくないケア計画では「寄り添ったケアをする」「優しく接する」などのケア計画が立てられる。具体的な行動計画にならない。具体的にどのようなアクションをするのか、それが本人をふまえたアクションであることを徹底することが重要。本人の意向に沿ってどれくらい具体化できているかデータを示すことが重要。
- 東委員：BPSDの予防の対象はどこになるか。（病院、在宅は含まれるか）
- 事務局：今回は、特養・老健・GH
- 東委員：BPSD予防の目的に、予防するケアの基本的な考え方・方法を検討するとあるが、検討した結果、いいケアはこう（PDCA、評価など）が回答ということでもいいか。次回適切なケ

アが出てくるか。

- 事務局：何が予防に有効なケアであるかは取り組み方法の限界もあるので、委員会でご議論いただきたいところ。委員会案に対する作業部会の提案を出したので、更にそれをもんでいただきたい。
- 東委員：作業部会では同じアプローチをしたか
- 事務局：同じアプローチをした。
- 東委員：事例はないか。どのような事例に取り組んだか、どのような点数の人が、どのように変化したか、どの時点で再評価したか、ケアが有効だったか知りたい。
- 事務局：現在まとめに至っていない。P D C A の期間や事例で焦点を当てた課題、事例の特徴等はまとめて、次回お示ししたい。
- 鴻江委員：予防については、特養においては、B P S D がすでに起こっている人が対象。予防と改善の整理がよくわからない。たとえば皮膚疾患で掻痒症状が出現し、昼夜逆転に繋がることがあったり、薬剤による副作用等については予防はありえても将来起こるであろう BPSD を予測することは難しい。
- 事務局：作業部会のメンバーも、予防を念頭にケアをしていない。B P S D が生じていれば原因を考えて対応しているという意見を述べる人もいた。今回はご質問の例にあったような、「掻痒の方であれば昼夜逆転になる可能性があるかも」など作業部会メンバーに推測していただきながら事例に取り組んでいただいた。
- 鴻江委員：推測できるような B P S D ならいいが、急に出てくることもある。その選別はどうしたか？
- 事務局：今回は、BPSD が生じるかどうかの予測は難しいが、それはそれとして、BPSD 予防の可能性について取り組みながら考えるという方針で取り組みを進めた。その中で、B P S D 予防の基本的考え方にもあるが、ケアで予防できる B P S D もあるが、幻視など予兆が見られない。ケアで予防できる B P S D と、できない B P S D があるという指摘があった。
- 山口委員長：3次予防までは、B P S D ケアとどこが違うのかという議論は出てくる。この辺の整理は必要。
- 中林委員：P D C A サイクルによるチームアプローチまで評価したが、P D C A 期間と頻度、評価軸の報告が欲しい
- 事務局：B P S D + Q や R 4 の項目などを使用した。取り組み全体は、6週間に留まった。その範囲で P D C A を回した。サイクル・頻度は指定していないが、2~3週間をめぐりに取り組んだのではないかと推測している。改めて確認したい。
- 江澤委員：委員会資料 P.7 ①~⑩は作業部会で話し合った？
- 事務局：ご指摘の通り
- 江澤委員：委員会で活用する上での課題は、事前に共有した？
- 事務局：取り組んだ結果の意見
- 江澤委員：資料 14~15 の項目は、事例から導き出した？
- 事務局：ご指摘の通り。
- 江澤委員：多職種協働で取り組んだか？
- 事務局：確認が必要であるが恐らくそうだろう。
- 東委員：BPSD については、固定してしまっている BPSD、常時徘徊など、凝り固まったものもある。幻覚の予防も難しい。FTLD の BPSD の予防も難しいものもある。効果がある BPSD を

定義しないとすべての BPSD が予防できると誤解されかねない。この点、指摘しておいた方がいい

- 山口委員長：BPSD の基本的考え方にケアで予防できる BPSD ・できない BPSD とあるので、ここを明確に示す。
- 田邊委員：具体的には寄り添うとはどういうものか、現場スタッフが理解しやすいようにすることは重要。作業部会で浮かび上がった課題の施設理念の浸透について検討するかしらないか、も議論としては必要。
- 西川委員：p.16 浮かび上がった課題で「施設理念」との記述があるが、今回行った予防の基本的考え方についての理解でいいか。もともとの施設理念のことか？
- 事務局：BPSD 予防のケアに取り組む際に、p.13 のステップを確実に進めるのが重要という指摘があったが、併せて、実際に実施する現場において、理念がしっかり浸透しており実践できる環境が整っていることが前提という指摘があった。逆の場合、介護職員の負担が大きくなること懸念されるとの指摘があり記述した。

4. 資料説明2

- 事務局より資料説明

5. 討議2

- 西田委員：コロナの厳しい状況の中で、目標のサンプルサイズには届かなかったが、効果が出るころまで進められたのは素晴らしい。ベースライン調整したということでもいいか
- 事務局：おっしゃる通り。
- 西田委員：結果をみると、行動心理症状を評価し、背景要因を分析し、具体的なケア計画をすることでしっかり成果が出ることを確認された。NPI-NHだけでなく、簡易なメジャーでも構造がしっかりしていれば差が出ることを示された。構造を維持し普及することが重要。
- 栗田委員：交互作用のデータはないか。
- 事務局：ANCOVAで確認した。
- 中林委員：改善が見られたことはよくわかるが、最終の報告書においては、どのような支援を示すか、どのように報告するか。どういったPDCAを回したかどう示すか
- 事務局：現在検討中。医学的アセスメント項目もチェックしている。それやケア計画の確認はしたい。PDCAのサイクルも確認。西田委員がご指摘いただいたように3要素の検証を行った。まとめ方は、具体的なケアに焦点を当てるのではなく、要素に焦点を当てた結果ということが中心になる。要素の実施率は次回報告。
- 東委員：素晴らしい結果が出た。p.18にある、客観的評価等の3要素に効果があったと理解しているが、BPSDにも一時的なものもある。どのようなBPSDに対して有効だったかも検討してほしい
- 山口委員長：できる範囲で分析する。
- 江澤委員：対照群はどのような属性か。介入群との差は？
- 事務局：ランダムサンプリングを行い、通常のケアプランに基づくケアを行った。
- 江澤委員：実施するケアは職員に任せたか？その施設の通常ケア？介入との乖離をどう考えるか
- 事務局：ルールは決めていない。次回、どのようなケアをしていたかアンケートをとったのでそれを提示する。
- 江澤委員：下がった一番のポイントは何か、違いのポイントを知りたい

- 山口委員長：取り込み基準として、何らかの BPSD がある人を基準にし、ランダムにしたのでオープンにサンプリングできた。
- 江澤委員：入所してからの期間の設定は？
- 事務局：今回は設定していない。データも取っていない。
- 西田委員：層化ランダム化しているということでもいいか？ランダム化している時点で無作為になり、統計的には、ベースラインを調整すれば、今回の結果は有意な差と理解できるということでもいいと思うがいかが
- 事務局：ご指摘の通り。
- 田邊委員：取り組んでの感想は尋ねたか？
- 事務局：簡単に聴取したため、次回ご説明したい。
- 鴻江委員：取り込み基準で診断を受けているもの、鑑別診断を除く、となっているが、診断した者や時期は定めていないか。
- 事務局：時期等は抑えきれていない。カルテ情報の中で診断がある人が対象。
- 鴻江委員：疾患別のデータも欲しい。
- 山口委員長対象者の基本情報はお示しした。ADが大部分を占める。ついている診断は答えてもらっている。鑑別無しは、両群とも8例でそんなに多くない。
- 阿部委員：きれいな結果が出た。今日は答えられないと思っているが、25Qの下位尺度の違いが面白い。低活動だけ有意差がない。あまり効果がない。生活関連は対照群も有意差がある。これらはなぜか？
- 事務局：過活動性のBPSDは点数が下がりやすいのではないか。低活動性は下がりにくい。ひもときシートでの取り組みでも低活動の変化は得られなかった。生活関連は現在答えられない。低活動BPSDはアパシーなどが入っているので、介護専門職で対応するのは難易度が高い可能性。
- 宮島委員：できれば、いくつかの事例でいいので、どのような中身になっているか、わかるように示してもらえるとわかりやすい
- 小木曾委員：アセスメント、評価の重要性が示された。
- 西田委員：全人的ケアの中身は、行動心理症状の背景についてどう分析するかのアセスメントが極めて重要。海外で失敗している事例は、分析項目をたくさん並べすぎている。背景要因、苦しいと感じる重要なポイントを絞り、アセスメントをして、それに基づいたケア計画を実施することがポイント。アパシーについても、背景要因の分析シートがどうなっているかが重要。アパシーの反応性が低いとは我々の取り組みからは必ずしも言えない。背景要因のリストの中にアパシーの背景が含まれていたかが重要。背景要因の整理シートが重要。出来るケア計画は100人、100様である。
- 栗田委員：BPSDはアンメットニーズのサインということが重要なキーワード。では何が満たされていないのかを西田委員はクリアに説明されていた。包括的にニーズをアセスメントしていくということがBPSDケアの基礎というのは理論的枠組みとしては明快。これを研究の重要な核として強調してほしい。前半の研究は方法的に難しい。どのようにして結果が出されたか、厳密なことを言うとフォーカスグループを質的に分析し、出すときれい。そこまではしなくてもいいが、どのような議論があったかは知りたい。簡単な議事録でもいいので基礎資料を出すと言力がある。
- 和田企画官：コロナの最中に実施されたということで、第3回はコロナとの関係の中での影響も

分析していただきたい。

- 江澤委員：葛藤のきっかけは拾っているか。次回報告でも入れてもらえるとありがたい。きっかけを未然に防ぐのが前半、後半はきっかけの手当てが出ていればいい結果が期待できると思う。
- 事務局：BPSD の背景を考える項目がある。ワークシートで考えていただいている。
- 西田委員：前半、後半をつなげて考えると、冒頭申し上げた通り、BPSD は連続的なものであるという性質に基づけば1・2・3次予防の境を恣意的に定義することは難しい。これは基本性質。それゆえに、これらを分けず、初期から包括的に評価し、アンメットニーズが何なのか本人に直接聞く、行動分析的アプローチだけでなく、本人がどのような生活をしたいか早期に理解して対応することが予防につながると理解した。境を厳密にすることはかなり難しいと思われる。むしろ、本人が言葉で表明できるうちに、要望を聴取し実現を目指すことに焦点を当ててもいいかもしれないと考えた。
- 和田企画官：個別例にあたって分析したい。

○ 第3回検討委員会議事要旨

【メンバー（敬称略、五十音順）】阿部哲也、粟田主一、江澤和彦、小木曾恵里子、鴻江圭子、田邊恒一、中林弘明、西田淳志、東憲太郎、宮島渡、山口晴保

【欠席】高山陽子、西川篤史

【オブザーバー（敬称略）】厚労省：和田、中西、谷内、松村、東京都：山崎、全老健：事務局、医師会：事務局、事務局：中村、月井

1. 挨拶

- 厚生労働省挨拶
- 委員長挨拶

2. 資料説明

- 委員長より BPSD について説明
本委員会においての BPSD の定義は IPA の定義を用いる
症状の二分は中核症状と周辺症状に分けていた時代の名残であるが、BPSD と中核症状はオーバーラップしている
- 事務局より資料説明

3. 討議1

- 西田委員：BPSD25Q の変化の部分で、BPSD のある、なしの問題ではないのだが、一次予防の対象としていいのか。
- 事務局中村：この取り組みに関しては、BPSD25Q の総得点に着目したのではなく、何らかの項目における BPSD 発生に着目した。何らかの BPSD の発症予防は一次予防と考えている。
- 山口委員長：総得点は参考データであり、標的とした BPSD の変化はどうだったかを書き出すのが良いのではないか。
- 西田委員：標的としたのは誰なのか。標的としていないものが悪くなっていた場合もあり得るのではないか。標的としていないものであっても大切なものがあり、別の形でアンメットニーズとしている可能性がある。そのため、総得点で考える必要があるのではないか。連続変数がある、なしのカテゴリ化するのは現実的には不可能ではないか。
- 東委員：事例の多くは、認知症高齢者の日常生活自立度が3レベルであった。これは何らかの BPSD がある状態である。BPSD を未然に防ぐ場合は BPSD がない方を選んで介入する必要があるのではないか。また、BPSD を標的にすることに違和感がある。よくない状態では、あらゆる BPSD につながる可能性がある。そのため、あまり特定の BPSD を絞って介入するのは良くないと思う。BPSD は変動があることから BPSD を標的にすることには違和感がある。
- 鴻江委員：作業部会や現場の方々には BPSD が生じてから対応することがほとんどであり、BPSD を予測することほとんどないと思う。また、要介護度3以上の方々で BPSD が起きる前の人を探すのは非常に難易度が高いのではないか。
- 東委員：BPSD が起こりそうな方を抽出するのは困難だと感じている。BPSD の予防として調査を行うのであれば、BPSD がない方を対象に調査をすべき。また、スライド18の委員会リスト7項目は聴き取るときには、コミュニケーションなどの認知機能を評価した上で行う必要がある。

BPSD 予防の定義（スライド 13）はこれでよいのか

- 西田委員：BPSD がない認知症の方は疫学的にはほとんどおらず 10%以下と認識している。そういう中で BPSD のない方を探して予防をすることは意義があるか。また、ひとつの BPSD を抑えても他の形で BPSD が出てくることもあることから満たされないニーズを満たすことが有効である。そういった背景から予防ということやそれを施行することは、国際的に妥当なのか、腑に落ちていない。
- 東委員：西田委員に伺いたいですが、軽度の認知症であっても BPSD は 90%程度あるといった認識でよいのか。
- 西田委員：初期であっても不安やうつを評価すると 0 点ということはほとんどない。そういった観点で考えると行動としての症状は重度化してから生じることが多いが、心理面の症状は早くから出ることが多いと記憶している。
- 東委員：外来で見ていると初期ではうつでもないような方がたくさんいて、90%も BPSD がある人がいると聞いて驚いた。
- 西田委員：補足すると、発病から亡くなるまでの長い病期中で BPSD が生じない人は数パーセントである。病期中で 90%以上が BPSD を経験することと、初期でも心理的症状をかなりの頻度で生じている報告が多かったと認識している。
- 東委員：B P S D がない方もいるのであれば予防ができるかは別として、予防という考え方は成立すると思った。
- 山口委員長：初期でも BPSD は出ると思う。それは対応が必要なレベルではないことが多い。また、B P S D の定義の部分で何らかの B P S D の新たな発症を防ぐことの例として、繰り返し質問（BPSD）のあるような記憶障害の方が物盗られ妄想にならないように新たな B P S D を防ぐことや家族が困らないように予防することが挙げられ、それらは大切ではないか。改めて定義の部分を読み返すと一次・二次予防があることが定義であり、その人らしさを尊重は予防の定義ではないので星印で分けるのが良いと思う。
- 粟田委員：精神医学では精神症状の定義はアバウトである。本人もしくは周囲の人が著しく困るのが精神症状である。精神医学では診断名があるから予防を定義できるが症状では定義が困難ではないか。B P S D は連続的な状態であることから一次・二次予防と厳密に分けるのではなく、大雑把に予防の方が安全ではないか。また、脳病変の影響が強く受ける場合でも予防できる症状もある。気持ちはわかるが、困難までは書かない方がよいのではないか。
- 山口委員長：一次・二次予防は外す。脳病変の影響を強く受ける B P S D は困難なことが多いに留めるように。

全体に対するコメント

- 中林委員：スライド 12 の BPSD 予防の基本的な対応だが、認知症ケアの心得としてはよいが、予防の観点からもう少し具体的に言語化できないか。
- 事務局中村：8 事例の共通点であるため抽象的になっている。補足するとすれば今回の取り組みはスタッフが具体的なケアを言語化し、チームで統一して行っていた。
- 田邊委員：グループホームは生活に困り事があって入居される方もいる。入居後に BPSD がなくなる方も多いため、今後 BPSD 予防に関する調査を行う際には、BPSD が安定した方を対象として調査するのもよいと思う。

4. 討議2

- 中林委員：スライド 40 の PDCA サイクルのチームアプローチは大切ではあるが、具体的にはどういったケアが行われているか。
- 山口委員長：研究デザイン通りの PDCA サイクルによる結果を示している。
- 鴻江委員：7つの項目があるが、要介護度 3 以上では困難でないか。漠然とした質問に対しては本人も答えづらいのではないかと思うがどのように考えているかご教示いただきたい。
- 事務局月井：家族情報に加え、これまでのかかわりや観察情報やクローズドな質問で情報収集されていた。
- 山口委員長：この質問を入れた意図は、本人に聞いても回答できないという思い込みから、本人に聞かなくて良いという発想をなくしたいからである。本人のコミュニケーション能力をアセスメントした上でクローズドな質問や表情などで確認して、少しでも本人の意向を反映したケアが行えるような努力が必要と考えているためこちらを入れた。
- 東委員：軽減に関する研究は、重要なエビデンスが出たと思う。本人に聴き取る 7 項目に関しては本人の認知機能を評価し、できること、できないことを評価することが認知症の方の尊厳につながる。本人に聴き取ることが困難な場合は、家族に聞くことや日頃の発言、行動から推察するしかない。
- 阿部委員：スライド 30 では対照群が評価やアセスメントを実施しケア計画の立案、チームで PDCA サイクルなど結構な割合で行っている。なぜ介入後の群間差がきれいに出ていると思うか。
- 事務局月井：ワークシートを用いた背景要因の分析が細かに行えたことが影響していると考えた。特に医療的な観点が加わったことが結果に反映した可能性があると考えている。
- 阿部委員：取り組みは対照群でも行っているが、やり方の差異が効果に反映しているといった解釈でよろしいか。
- 事務局月井：おっしゃるとおり。
- 東委員：今回の研究では対照群も BPSD25Q を用いていたか。
- 事務局月井：介入前後の評価は両群ともに BPSD25Q で統一している。介入の途中で新たに BPSD が発生したときに評価尺度を活用しているとした場合、何で測っているかは不明である。
- 山口委員長：補足で、研究デザイン上は両群に同じ尺度を使わざるを得ない。対照群でも BPSD25Q を用いて評価をしたため、BPSD 評価をしていると勘違いしている方がいる可能性がある。この部分は無視していただきたい。
- 江澤委員：今回の研究は選抜施設であるため、今回求めていたケアに近い形があったと考えている。その上で結果が出ているため良好な結果であろうと思う。コロナの感染者の割合が高いため、影響が気になるころではある。今回の結果は、このプロトコルで行った結果としては客観的な視点で良好と考えている。追加で山口委員長に伺いたいが、介護のテキストでも周辺症状で説明をしている。それは今後変えていった方がよろしいか。
- 山口委員長：日本の現場では周辺症状という用語をそのまま BPSD に置き換えている。そのため、「BPSD が二次的に生じる」という考え方や、「手がかかるものは BPSD でそうでない軽い症状は BPSD でない」といった本来の概念とは異なったものが日本では広がっている。正しく使うのであれば BPSD の定義通り使うべき。周辺症状を使うのであれば、対の言葉は中核症状。BPSD と中核症状とするのであれば、BPSD であって中核症状（認知機能障害）であること

もある。

- 小木曾委員：スライド 42 の会話ができない人でもアセスメントできるかといった項目内容は意思決定支援の基本となるような部分と感じた。本人の思いをどのようにくみ取るかがケアする方々の専門性であり、これをやっているかどうか脱抑制や易怒性などの結果に反映している可能性があると思った。
- 宮島委員：軽減の研究に関してはアセスメントや PDCA サイクルなど施設で取り組んでいるものの、それができていない可能性がある。これは質の問題だと思うので、教育に反映させていきたい。施設の考え方やケアリーダーのリーダーシップなど、施設全体で取り組む姿勢が重要だと感じた。
- 西田委員：日頃行っていると思っている取り組みを構造化することが大切で、それがうまくいくと成果に差が出る。3つの主要な要素を現場の方がやりやすくセットできるかが重要なポイントである。我々の経験から最も効果が大きいのは、2人以上のチームで徹底することが重要で、過小評価を防げる。そのため、見落としを減らせる。チームで構造化できる仕組みが重要な点を示唆していると思う。
- 山口委員長：1点補足、全人的なアセスメントには、本人に聴き取る7項目も必要。
- 栗田委員：言語的コミュニケーションには限界がある。言語的アプローチでなくても、ただそばにいただけで変化が生じることもある。今回の研究では触れる必要がないが、言語的コミュニケーションが困難であっても BPSD が軽減する可能性がある。
- 山口委員長：本人に聴き取るには、言語的なメッセージのみならず、非言語的なメッセージも受け取ることを追加するように。

全体コメント

- 鴻江委員：なんでもよいといわれることが多い。また、現場では BPSD が起こるとけがをさせない、転倒しないように一生懸命ケアをしていた時期があった。BPSD の背景要因を考えることを習慣化が大切であることは、身をもって経験している。また、服薬調整など医療介護連携が重要であることを付け加えていただきたい。
- 東委員：BPSD と周辺症状の使い分けが気になっていた。BPSD の定義は、広義と狭義で BPSD を有する割合が大きく異なる。今後、アカデミアや行政も言葉の使い分けをどうするか、定義を一般的に広めていかないといけない。
- 江澤委員：来年の4月が報酬改定。現場で一人一人の利用者を幸せにしていくことが大切で、BPSD で生活に支障をきたしている方や、本人の QOL を損ねている方など目につくところから手を付けていくことが重要である。学問的な定義など並行して行うべき。本事業の結果は審議会においても議論していきたい。

5. 討議3

- 宮島委員：BPSD はある側面では、声なき声、サインである。それをうまくとらえていくことが大切である。BPSD は起きるもので積極的になくそうとするとスピーチロックやドラッグロックが起きてしまうかもしれない。予防に代わる近い概念の言葉があるとよい。
- 山口委員長：定義はしっかり示すので、決して BPSD を根絶するといった内容ではない。
- 西田委員：アンメットニーズが BPSD であるという解釈は非常に大切であると思う。周辺症状から BPSD、チャレンジング行動やアンメットニーズなど国際的には言い回しを非常に丁寧に改

善してきた。こういった流れを伝えていただけるとありがたい。もう1点、BPSDの軽減の検証においてはサンプルサイズがあらかじめ設定したものの半分であり、小さい。そのため、少ないサンプルで項目ごとの解析を行い、差がなかったといわないように示すデータは検討すべき。

- 山口委員長：2点目の意見については前回の委員会にて意見があったため対応した。症状ごとのデータは報告書に載せなくて良いと考えている。1点目のBPSDは、医学モデルの用語であって、ケアの業界ではBPSDといった言葉自体使わない方が良いと考えている。代わりにウオンツサインやアンメットニーズサインのようにサインを使うのが良いと考えているが、報告書に入れてよいか悩ましい。
- 西田委員：はじめにの部分で入れた方が良くと思う。また、アンメットニーズと捉えるからこそPDCAが回る。そのため、アンメットニーズサインについての説明を加えると良い。
- 厚生労働省 中西課長補佐：BPSDについては、周辺症状とBPSDについて混乱があると認識している。現時点では認知機能障害とBPSDに統一している。認知症疾患ガイドライン2017に基づいて使用するようになっている。できるものから資料を修正していきたい。

以上

付記 2 作業部会の結果

○作業部会メンバー一覧

氏名 (50 音順)	所属名
新谷 夏海	医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑
新保 祐輝	社会福祉法人杏風会 特別養護老人ホーム白寿園
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
宮本 憲男	社会福祉法人新生寿会 きのこ老人保健施設
山城 裕美	株式会社ウェルフェアネット グループホームさわやかテラス

○開催日時

開催回	月日	論点
第 1 回	2022/11/22	BPSD 予防の定義に、BPSD の予防に寄与する可能性のあるケア
第 2 回	2022/12/22	委員会リストに基づいた実践の経過報告
第 3 回	2023/1/13	委員会リストに基づいた実践の経過報告
第 4 回	2023/2/7	事例報告および、BPSD 予防の定義、BPSD を予防するケアの基本的考え方、アセスメント項目、「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る 7 項目等の検討

○ 第1回作業部会 議事要旨

1. はじめに

- 事務局より趣旨説明

2. 自己紹介

- 各自自己紹介

3. BPSD 別の予兆や予防の視点等

- 新保：発症を未然にという文面を見ると、難しい。私たちが利用者さんの BPSD を見るときには、怒っていることが結構目につくところで、それを起こさないようにすることはもちろん大事。未然に防ぐことは、意外とイメージすることが難しい

3-1 幻視・幻聴について

- 新谷：実際に幻視や幻聴は既に起きてしまっていることが多い。実際、最初のところは、見えないものを触ろうとしたり、もしくは指を指したりしておっしゃられることから始まっていく。1回おっしゃられると、どんどんどんどん増えていく印象
- 野村：最初の情報で、レビー小体がありますよということがあれば、出るかもしれないという予測、予想は立つ。やはり先ほどおっしゃったように、現実出てしまっただけからでは、どういうアセスメントシートを使いながら検証しようかなという感じ。
- 新保：私も新谷さんと同じで、例えば何かをつまもうとしているとか、テーブルを拭こうとしているとか、具体的な行動を見て、もしかしたらこれが幻視なのかなと職員と話をすることはある。幻聴については、その方が聞こえているかどうかを判断することがすごく難しい。例えば何か聞こえるとか、その方の発言がないと、私たちが気づくことがすごく難しい。
- 新谷：アセスメント項目に関しては、先ほど別の方がおっしゃっていた DLB の鑑別がある。あとは今までに在宅やほかの施設サービス、もしくは通所等で同様の BPSD が発症したと思われる情報は、アセスメント項目に必要。新たにということに関しては、幻視・幻聴以外も起き得ると思うが、著しい雑音環境、ざわざわした環境は苦手かと思われるので、そういうところ。あと壁紙や机の材質。点があるようだと、レビー小体の方は、顔に見えたりする。机を触ることもある。机に傷があると、どうしてもそれが気になって触られたり、それで逆に幻視が見えてしまうことになるので、なるべく無地のものや傷がないもの。あとは以前発症したときの状況や時間。起きやすい時間、夕方、夜とか、ベッドの上、この席だったらという具体的な統計を取っていくといい。
- 中村：そのアセスメントを踏まえて、出そうだなとあって、あらかじめやる対応やケアはあるか。
- 新谷：下の著しい雑音環境からが新たな BPSD を防ぐケア。
- 新保：アセスメント項目については、部屋の明るさに注意することがある。薄暗い環境だと、例えばぬいぐるみを置いているのが人の形に見えたり、ぼんやり見えているのが錯視につながって、それが幻視につながる。ベースが錯視になるのかもしれないが。就寝のときのお部屋の明るさ、もしかしたら真っ暗にするのか、明るさを落とすのかどうかは、工夫として、ポイントとして押さえてもいい。
- 中村：錯視がある方が幻視に移行すると。
- 新保：錯視なのか、幻視なのかということが実際のところ。例えば赤ちゃんに見えりとか、それが錯視なのか、幻視なのかは、判断が難しいところ。全くないところから見えるというよりも、何となく

そう見えてしまう。それが訴えにつながるイメージ。

- 山城：うちは出たところ勝負で、発症してからどうするという感じ。
- 中村：発症してからこうするということは、発症前のケアと考えられたりするか。
- 山城：決めつけになりそうなので、その人のことをまず見てからでないと判断しないところはある
- 野村：基礎疾患や飲んでいるお薬でどうしても起きてしまう可能性がある。起きても、問題やトラブルでなければ、悪いものとして予防しよう、未然に防ごうという感じがするのですが、ある程度あるものとしてその方を受け入れることもしている。
- 新保：確かに幻視や妄想の症状がある方で、どうしても妄想が強い方は、幻視を抑え込んでしまおうと思うと、お薬に頼ることがある。ご本人が過鎮静にならないようにお薬を注意してあげることは、すごく考えている。ゼロにはならなくても、前よりも減ったよねとか、本人が今落ち着いて暮らしているよねということが、目指すべきところなのかなとドクターと話をしたりしている。
- 野村：ずっと背中に亡くなった子供さんがいらっしやるとか、見えない人がずっといるとか、それは否定はできないから、「そうなんだね。いらっしやって何ておっしやっているの?」と一緒に共有する。そういうケアも大事かなと思っている。防ごう、防ごうというよりは、その世界で安心して過ごしていただけたらいい。
- 新保：やはりご本人の不安感に対してどうアプローチするか、ほかの BPSD についてもベースになっているような気はする。

3-2 妄想について

- 新谷：どこからが幻視でどこからが妄想なのか。すごく考える。おトイレを別のところでされる方に「どうしてされるのですか」と聞くと「ここがトイレで」と言っていて、これは妄想なのか、本当にトイレが見えているのか、悩ましいなと思うときはある。アセスメント項目に関しては、同様の BPSD が発症したと思われる情報。ケアの方法に関しては、先ほどもお話した状況や時間帯のアセスメント。その方の妄想の中でいい意味で完結されて生活されているのだったら、特に問題はない。対人関係やその他もろもろでトラブルしてしまうようであれば、居室や食席等の生活環境の改善が必要。
- 新保：BPSD を捉えるときは、症状が出て初めて認識できる気がする。今、妄想をイメージしたときに、それはもう症状が出てしまっている。出てしまっているのだけれど、新たな BPSD、今から発症するかもしれない、これってもしかしたら気づきだよねというイメージか。
- 中村：例えば物盗られ妄想だと、あれがない、あれがどこに行ったっけということが増えてきたら、物盗られ妄想になってしまうかもといったことがあるのか。実際を知りたい。
- 新保：その方が例えば洋服がないとか、お財布がないとか、お金がないとか、そこで止まる方もいらっしやる。そういう方って、ずっと探していらっしやる。そこから盗られ妄想にならない方も中にはいる。
- 中村：それはケアの力でならないのか、本人の要因でならないのか。
- 新保：そういう方に対しては、一緒に探してあげるとか、本人が見つけれられるように、皆さん工夫する。それが予防になっている可能性はあるかもしれない。判断は難しい。でも、大体盗られ妄想をイメージしたときには、あの人に盗られたと皆言っている。
- 野村：1度そういうことがあったら、なくなったとよく言われるから、もしかしたら人のせいにされるかもしれないから気をつけようねとか、職員が触ってなくなったと言われたら大変だから、本人のいないときにお部屋に入ることはやめようねとか、そういうことはやっている。いろいろな事例の方を見て、この方はもしかしたら盗られ妄想になるかもねと考えることはある。
- 中村：それはどんなときか。

- 野村：盗られ妄想だったら、よく物がなくなったと言って、誰か入ったんだろうかという疑いくらいの言動だと、これを放置しておくトラブルになるかもねと予測するときはある。
- 山城：やはり何かしらのことが起こってからでないと、その方に妄想があるかなとはなかなかならない。1回だけかもしれないとか、たまたまかもしれないとか、「家でもよく言っていました」とご家族から聞くと、心配性とか、性格的なこともあるのかなと思うと、それをすぐに私たちが症状が出たとは思えない感じもある。新たにというと、気づけないわけではないが、「そういうふうになるかもね」と皆で言うことはない
- 中村：例えば妄想でも、嫉妬妄想みたいなものはどうか。あらかじめ注意しないか。
- 山城：事前にそういう情報があるときもある。だからといって、そういう目で見ない。それぞれが情報を読んで、そういうこともあると思うが、先回りのことにはしない。決めつけたくないということが常にある
- 野村：BPSDがあるということからは利用者様に入らない。1人の何々さんに関わる中で、あら、おかしいなという言動で、もしかしたらこれは妄想でトラブルになるかもしれないから気をつけようねと関わるのが自然。認知症だから BPSD を防ぐという感じではやっていない。
- 山城：そういうふうにとやるところが多いから BPSD の勉強をしましょうとなるのではないか。
- 中村：BPSD を防ぐとやらないことが、かえって BPSD を防ぐか。
- 野村：BPSD はその人の SOS だから、悪いことではなくて、何かあれば早く気づいて対処して、それ以上悪化しないようにしようということがスタート地点。
- 新谷：医学的、医療的な観点からしたら、BPSD は治療するものという視点で見ると思うが、介護的な観点から言うと、認知症と BPSD がセットではなくて、その方を見てから考えるので、もともとの企画の立案の視点が、多分介護の方と医学的な観点からで異なる。
- 新保：でも、妄想についても、いろいろ種類がある。私は生活相談員で、介護職員や看護職員と話をよくするが、「妄想はない？」と聞いても、判断が難しい。具体的に、NPI の質問項目のような被害妄想的な話とか、そういう言動がないかと等具体的に質問すると、「確かにあるよね」という話は結構出てきたりする。

不安について

- 新谷：不安は、逆に事前に分かる。不安って、口に出される不安で初めて不安に思われているんだなと認識するのが、その前に周囲をきょろきょろしたり、同じ場所を行ったり来たりしているところから不安と察する。そうすると、その後「私どうしたらいい？」と実際におっしゃられたりする。アセスメント項目としては、既往歴、生活背景と性格傾向。あとは同様の BPSD が発症したと思われる情報。もともと性格的に不安な方もいる。精神疾患的に不安な方もいると思うので、必ずしも認知症がというところでは難しい。ケアに関しては、役割づくり。あと成功体験。それに伴う失敗させない環境。役割をつくる時に、失敗しやすい役割ではなく、その方の生活や性格に合った役割づくり、失敗させない環境づくりも必要。あと夕方や夜など、状況が似ていると思うので、そういう時間をアセスメントしていくことが重要。
- 新保：私たちの施設は、個室と 4 人部屋がある。環境が合う・合わないがあるので、そういうところを見る。ほかの方と一緒にいいのか。夜起きられて、ほかの方が寝ているから安心して寝ようということもあったりする。お 1 人の部屋にすると、「何で私を 1 人にするんだ」とおっしゃる方もあるので、その辺りも見ておく必要がある。あと具体的な対応としては、ご本人が不安だなとか、どうしたらいいのというときに、しっかり話を聞いたり、関わる時間がご本人の不安を軽減させる。
- 野村：事前の発症を疑う際の情報は、どのくらいの認知機能があるのかで、場所の認識や失見当があ

るという情報があれば——施設に初めて入居されたらということで考えているが、時間の感覚がないとか、どの程度なのかに合わせて、不安になる可能性は予測できる。時間の感覚がない方は、「今、朝ですよ」とか、「おはようございます。朝ですよ、朝御飯食べましょうか」と声かけしましょうね等は、事前に検討し、不安が増強しないように未然に防ぐためのケアはしている。どういう経緯で入居されたかも影響する。家族が大変だと言って入居になって、本人はよく分からないまま、納得しないまま来られることもある。そうなれば当然本人は不安だから、受け入れるときから、どんな声かけをしたらいいかは、事前に考えている。ほかのものと一緒だが、家でこういうことがあると不安になる等の情報があれば、未然に防ごうということは、やれる。

- 山城：不安って BPSD なのかと思う。私もこの会議に出るまでは不安で、うろうろしていた。私たちでもこのようになるくらいであり、あまり BPSD という感覚はない。不安な気持ちは当たり前にある。お話しできる方には、どういう部分が不安なのかをしっかりと聞いたりしている。
- 新保：不安って、結構ぼんやりしている。お話しができる方は、聞けば、「ここは誰も知り合いがないから」とか、「慣れていないから」とおっしゃる。具体的にこういうことが不安なのではないかというのがあると、チェックしやすい。
- 月井：現場で見ていて、実際どのような不安が多いのかを伺いたい。利用者さんは、どのようなことに不安を感じていそうか。
- 野村：その人の受け取り方、感じ方で違う。物音一つとか、職員の歩き方や言動や表情とか、こっちも見ないで通り過ぎられたとか、そういうことだけでも不安に思われる方もある。あらゆることが不安の要因になる可能性がある。五感で感じるものが不安なのではないか。だけど、どれくらいがその人にとって安心になるのかは違う。いろいろやりながら。本当にこだわっている部分は、事前に聞いたりはする。例えば夜寝る前に必ず温かい白湯を飲んで寝るとか、そういう情報があれば、もらっておいて、最初から「寝る前だから、お湯飲みましょうね」と関わる。うちの施設はユニットケアなので、すごく細かい情報を事前に取り。家でやっていた習慣を施設に入ってもできるようにすることで安心できるようにして、BPSD の予防になるとは考えている。
- 新谷：短期記憶や記憶障害の重症度による。うちの施設だと、入れ歯がないことが不安とか、夕飯が出るのか、朝飯が出るのかということに不安を感じる方もいれば、私は何をしたらいいのかという漠然とした不安の方もいる。AD だと、記憶障害がメインになるが、レビーや前頭側頭の場合は、逆に記憶が比較的保たれた状態で、何でここにいるのか分かるので、認知症の種類、鑑別によって、不安に思われるものが変わってくるのかなと思う。
- 新保：私は特養だが、認知症の鑑別を行う診断場面の本人の問診を伺っていると、例えば先生が「困っていることはありますか」とか、「心配なことはありますか」とご本人にお尋ねる。これもタイプによって受け答えが違う。AD の人は、「何も心配なことはありません」、「困っていることなんてありません」、家族は「いや、いや、そんなことないです」というやり取りが結構ある。だけれども、うろうろしたり、そわそわしたりということで、もしかしたら不安に思っているのではないのかなと職員が声をかけたりする。

うつについて

- 新谷：鬱は、比較的状况が出る前にも分かりやすい。一般的に言われる躁鬱よりは抑鬱のほうが分かりやすく出ている。食欲低下とか、活気の低下、話す内容。ネガティブワードや希死観念。アセスメントに関しては、既往歴、性格傾向、生活傾向、睡眠時間。あと今までに同様の BPSD が発症したと疑われる情報。ケアに関しては、役割づくり、成功体験、失敗させない環境づくりと、あとはセロトニンを増やす意味で、日照時間や睡眠時間をしっかり確保する。アパシーと鬱って何が違うのとう

ちのスタッフから言われることが多い。無意欲と抑鬱をうまく考えることが難しい。

- 新保：確かにうちのスタッフも、アパシーと鬱の違区別が難しい。例えば、自発的なものがアパシーはないけれど、鬱は自発性がまだある等。捉え方が僕すごく難しいと思うことがある。鬱の方へのケアは、いろいろなことをあまり言いすぎるといけない。アパシーの方は、どんどん連れ出してあげたほうがいい。そこも難しい。どういう声かけをしたらいいのか、どの程度言ったらいいのか。
- 月井：現場でなかなか鑑別が難しいが、医師と連携してうまくやっていくとか、そのような対応はあるか。
- 新保：鬱がどういうもので、アパシーがどういうものであるという勉強はするが難しい。
- 山城：この辺は、ほとんど鬱っぽいで片づけてしまいそう。どれがどうと分けにくい。
- 新谷：鬱とアパシーで悩むときは、認知症サポートチームがあるので、そのコンサルをかけるみる。
- 新保：鬱の人がお薬の力を少し借りたり、激励や無理強いを避けたり、アパシーの人は、なかなかお薬では対応が難しい。

無断外出について

- 新谷：出入りできる場所の付近に長時間立っていたり、もしくは座られていることが多い。やはり何となくでもそこが出口なんだと分かれる。アセスメント項目に関しては、前頭側頭の鑑別。アルツハイマー型の方は、現病歴のところと、性格計画と生活の傾向。もともと自由奔放に生活されていた方は、自由奔放に出たがる。防ぐためのケア方法としては、役割づくりと、いつまでいるか、何でいるかを想起しやすい環境づくり。貼り紙やご家族からの手紙。あと、「お父さん、もう少し入院しててね」というような動画を撮っていただく。発症したときの状況や時間等でアセスメントしていくことが重要。意味性認知症の方に結構多い。うちで以前あったのは、職員も見えていない食事を配膳するための栄養科のエレベーターがあるが、そこでしっかり待って、そこが職員が一番手薄であると覚えており、降りられた方がいらっしまった。
- 新保：私たちの特養は、入ってくる方は9割くらいが認知症の方。その中で、すごくお元気で足腰が強い方、しかもなおかつ見当識障害がある方。特に場所の感覚がない方は、玄関ではなく、何となく窓を開けて出ていこうとされたりする。足が強い方には、皆一番注意するようにしている。
- 新保：グループホームになると、この人は大丈夫だけど、この人は危ないなということがあったりするか
- 山城：自由に出入りしているから、何とも言いようがない。クラスターのさなかでも家に帰るぞと言って、防護服を着て家まで送っていた。未然になると、すごく難しい。もう帰るぞとか、人がざわざわしているときに限って、うまくそこをすり抜けてすーっと出ていかれる方がいらっしやる。未然に防ぐことが一番難しい。出ていった後から、出ていかれたぞ、どっちに曲がっただろうかという予想から入ることが多い。これこそうちが一番未然に防いでいない。
- 新保：そういう方は、疾患としては、アルツハイマーではなくて、レビーとか。
- 山城：アルツハイマーの人が多い。男性はじーっと家の中で過ごせないというか、外に行きたいと言われる方が多い。女の人は、家事をしたり、いろいろすることがあるが、男性陣は何もすることがないとなれば、外に行きたいと言われるのは分かる。家に帰ったり、その辺の喫茶店に行ったり、行きたいところに行ってもらう感じ。施設にいるからなるのではなくて、もともと外に行くことが好きな方という情報は家族から得ることはできる。
- 野村：足腰が強くて歩ける方は気をつけている。あとは認知機能がどの程度か。場所の見当識。あと先ほどから出ている BPSD、妄想があるとか、幻聴や幻視がある。どちらかという、妄想。日頃の

発言と身体能力を見て、飛び出されるかもしれないという予測は立てたりする。前もあったけれど、お金のことを言い出されると、銀行に行きたいと言われると、出られる可能性が高かったので、そういうときの対応策は事前につくって予防していた。

- 新保：帰りたいとおっしゃる方がいるときに 15 分、20 分時間をかけて、「帰りたいんですね。でも、家にはどなたもいらっしゃらないんですね」とか、「ご主人だけなんですね」とか、「奥さんだけなんですね」とか言いながら、「帰ってもいいんですけど、今から帰ると心配なんですね」と言っただけで、話を少し聞くと、「ああ、そうね。じゃあ帰るのやめておこうかな」となるケースは、僕は結構経験がある。皆に通用するかというと、そうではないが。
- 新谷：ベースに帰宅願望があるのかなと思われて、大体帰るとおっしゃられる。「どこへ行こうとしていたんですか」と聞くと、「帰ろうと思って」ということが多い。あとうちの病院の取組で、エレベーターが茶色とか、エレベーターっぽくなくしている。

介護抵抗について

- 新谷：介護抵抗に関しては、イメージするものによって違う。私は、暴力と明確な意思を表現する言葉の二つが浮かんだ。先行するのは、明確な意思を表現する言葉。「やめて」とか、「嫌だ」から始まって、その後手が出てしまう。その中で、事前にとということでは、不同意メッセージが大事。アセスメントに関しては、現病歴。暴力となると、脱抑制があるので、FTDの方が比較的強いイメージ。あと単純に、女性の方で同性介護ではなく異性なんて恥ずかしいとおっしゃる方もある。あとは性格傾向と生活背景。自分でずっと暮らしていた方、人の世話になりたくない方は、そういうことが強い。対応するケアの方法として、抵抗する理由に対応する。パッドを交換したくない、帰りたいというところに関しては、少しでも居心地のいい環境をつくってみるとか、パッドを交換しなくてもいいように、適時誘導して、少しでもパッド内失禁を減らす。あとは抵抗している状態で無理強いしない。感情は残るとい話があるので、そこであまりにも無理強いすると、今度は声をかけただけで「嫌だ」となってしまうことがたまにある。
- 山城：入居やサービスを始めるときに、必ずご家族に——本人さんに聞いたら本人に聞くのですが、ご家族に、嫌いなことや苦手なこと、言っただけいけないワード、聞いてはいけないことなどは聞くようにしている。それが抵抗に絡むことが多いと思う。
- 新保：介護抵抗と聞くと、いろいろな生活場面でケアの入りにくさがある。具体的に何ということをして介護職員と話をして、聞いて、そういうときにどういう言葉かけをしたのか、どういう状況だったのか、それではうまくいかなかったから、次はこういうふうに声かけをしてみようとか。PDCA。あと男性はいいけれど、女性はだめだとか、逆に女性はいいけれど、男性はだめとか、ある。例えば入浴が嫌だと言われた方には、違う職員が声をかけてみるとか、時間をおいて誘ってみる。男性がだめだったら、女性。女性がだめだったら男性。介護の現場でもそういう工夫はしている。
- 新谷：1点お伺いしたいが、野村さんのところはユニットケアをされているが、何時頃にお風呂に入っていてというところにこだわりなどがあつたるするので、ユニットケアをすると、少し減っていくではないか。
- 野村：多分それは大いにある。前も、夜でないとだめな人がいらっした。あとタイミングは分からないけれど、毎日入れるようにしていたら、1週間に1回くらいは入られるようになった。その辺で介護抵抗がなくなった事例はある。でも、そのときの声かけの仕方もあるので、そこは24時間シートに入れて、ケアの統一はしている。

常同行動について

- 新谷：常同行動は、表現されないと分かりづらい。アセスメントとしては、現病歴で、やはり FTD の方が比較的強い。あと性格傾向と生活背景はある。もともと昔から几帳面でとか、こうしないとうちの旦那は気が済まないんですという方は、たまたまその後認知症になってしまったので常同行動という名前がついているだけというところがある。その辺の生活背景や性格傾向は必要。そこに対しては、ルーティン化療法しかないか。極端な話、廊下の木目に沿って歩くくらいであれば、逆にクイックルワイパーを持っていただいて歩いていただくくらいがちょうどいい。どうしてもこの時間にお風呂に入れないのであれば、別の代替えのものにしてみる。その方にとって、周りにとって、何かがあるようだったら、ルーティン化療法で代替えすることがベストなのかなと思っている。
- 野村：最初からずっと同じだが、そういう症状があったら、次に起きないようにという予防はしていく。本人が安心されることだったら、あまり止めない。体の転倒リスクが高いとか、ずっと廊下を歩き続ける方がいらっしゃるが、駆け足になったら止めましょうとか、それまでは見守りをしている。危険や体調に影響がある前、危なくなる前に介入していく感じの予防。全て止めることはない。他者に何か被害があるときは、影響がないようにしていく。歩き続ける方は、フロア内の皆、ほかの部署の人にも周知して、見かけたら疲れていないか声かけしてねという見守り体制での関わりはしている。取りつかれてしまう方は、気を逸らすケア方法は取る。違う活動にお誘いする等。それで悪化する前に未然に防ぐ感じ。
- 新谷：体現化される常同行動や介護抵抗は、多分介護の現場の方が一番困っている。どちらかというところ、物盗られ妄想よりも、職員の疲弊度が高い。BPSD+Q を毎月つけているが、比較的大変なのは、肉体的に大変なことが多い。私のフロアは認知症専門棟で、もう 1 フロア一般棟があるが、うちの院内の症例発表の中で、認知症専門棟で常同行動的にほかの方とのトラブルがあった際の申し送りをしたときに、逆に一般棟で少しでもほかの方とられるように視界を遮る工夫をして、常同行動や暴言が減りましたよという話があった。
- 新保：やはり現場が困るのは、何度も何度も繰り返し行動される方への対応で、すごく負担感が強い。それを常同行動と捉えるならば、そういう症状に対するアプローチは負担感が強い。あと常同行動の区別も、難しいと思っている。具体的には、例えばペーパータオルを皆使ってばいっと捨て、それを自分の部屋に拾ってきて、干してまた使おうとする方がいらっしゃる。それは異常行動なのか。
- 野村：うちは同じものをずっと食べる人が多い。卵かけ御飯を毎日食べないと気が済まないとか。そういう方は、食べてもらっている。ご自分で冷蔵庫を開けられたらどうしようもない。

閉じこもりについて

- 新谷：抑鬱的なときが多いイメージ。お話しされていたなと思ったら、出てこれなくなることもある。あと ADL の低下。もともと自立度が A1、A2 くらいの方が転倒して大腿骨骨折などで自立歩行ができなくなったときに、車いすで出たくないという形で閉じこもり傾向になる。アセスメントとしては、既往歴。あと性格傾向と生活傾向でもともと 1 人が好きで、他者との交流をあまり好まない方は、お部屋にこもりがち。「同じような質問をする人とは一緒にいられない」という方もいらっしゃる。プライドが高い性格傾向も影響する。対策としては、本人が出たくなる、起きたくなる環境づくり。ご家族に聞いて、好きなお菓子やお茶、あと役割づくり。「何とかさんにしか頼めないんです」と言って出てもらったりする。逆に教えてくださいと無理強いしていると、相手の方も「いや、出ない」とおっしゃる。無理強いしないことが大切。
- 野村：もともと性格や職業的なことで言うと、割と社会的地位が高くて、プライドが高い方が認知症でだんだん分からなくなる自分を人にさらけ出さたくないという思考の方だと、どうしても閉じこもりがちになる。最初の介入のときから、関わり方に気をつけている。失敗体験をさせないとか、

閉じこもらないように、お部屋から出やすいように。うちはユニットになっているので、ユニットの雰囲気はその人に合っているか。皆さんがいらっしゃるキッチンやリビングに行ったときに違和感があるようだったら時間をずらすとか。あえて1人席にして、皆と合わせるのではなくて、その方のリズムで御飯を食べる時間やリビングに出る時間に配慮して、出やすい環境をつくるようにしている。閉じこまれる前から。何かきっかけがあると、きっと閉じこまれるなど分かる方もいる。周りの方、認知症の方と一緒にしてほしくない方だったら、認知症の方たちとあまり接する機会がないような配慮は結構している。閉じこもるきっかけがないようにしている。それでも閉じこまれるケースもある。

- 山城：生活習慣が結構大きい。あまり外に行きたくないとか、もともと人と関わるのが好きではなかったとか、生活習慣がある。先ほどおっしゃったヒエラルキーを重んじる方、私のところにいる方もドクターの奥さんで、「あんな人たちと一緒にいられない」と言われる。あと若年の方は「じいちゃん、ばあちゃんしかいないね」と言って部屋に閉じこもっている方もいる。要するに、環境も大きい問題だろう。どういう方がいらっしゃるかは影響が大きい。
- 新保：山城さん、そういうときは、ほかの方と交わりを持つことは、なかなか難しいか。
- 山城：リビングに来なければいけない理由はないので、私たちのほうから部屋に行ったりする。楽しい行事があって出てほしいんだと若い男性スタッフが懇願すると、「しょうがない。行ってやろうか」というときはある。若年の方は、年の近いスタッフがいるので、そういう人が横と一緒に座ると、出てきてくださることもある。スタッフがその方と一緒に御飯を食べたりする。リビングにそういう空間をつくってみることで出てこられるときもある。
- 新保：認知機能とか、年齢とか、同じくらいの方がいらっしゃるないと、一緒に隣に座っている方が認知症の症状が強かったり、認知症の程度が重い方がいたりすると、うまくいかないケースは結構ある。きちんとお話ができると、食堂に出てこられてお話をしている。席を工夫することは、うちの特養でも介護職員が気を遣って、この人とこの人は合うだろうとか、そういうことを見る傾向はある。
- 野村：利用者様同士ではなく職員と話すだけで満足される方もいる。あえて他者交流だといって利用者さん同志で何かさせようとする、うまくいかなかったりする。交流というより、少し離れたところで人がわいわいしているのを遠巻きに見ているだけでも、今日出てこられてよかったと思っている。出る目的、ここに来たら楽しいという理由づけが要る。目的が要る。
- 山城：ドライブや外の喫茶店には行かれるのに、リビングが嫌だと言われる。やはりはっきりした理由がある程度ある気がする。
- 新保：私たちの特養も、職員が部屋から食堂などにご案内しなければ、部屋から出たいとか、部屋から出たくないとおっしゃる方は多くない印象がある。やはり生活の場なので、できるだけ日中はしっかり起きていただいて、活動的に生活していただく生活リズムをお手伝いすることはある。部屋から出たくないと言う方は、すごく少ない。
- 新谷：うちもあまりいない。平均介護度が3.4~3.7くらいで振り幅がある。50人満床で1人か2人くらい。記憶障害はそれほど強くない。「私は1人がいいの」と。お話したくない明確な目的があるのかなと感じることがうちの老健でもある。

感想の共有

- 新谷：BPSDの対応よりも、発症の予防のほうが労力的に楽。やはり事前にアセスメントをしたり、考えたりで、労力はその前にも要するが、そのときのBPSDの対応よりも、そちらのほうが楽。定義として、「再発しない、頻度が減ること」が定義なのかなと考える。毎日「何で帰してくれない」とステーションに1日30回くらい来る方がいらっしゃるが、その方に朝はこういう対応、夕方はこ

ういう対応とずっと同じ対応をしたら、やはり頻度が減った。それで BPSD が予防できていると考ええると、再発しないことや頻度が減ってくるのかと思う。

- 山城：予防という考えが基本的に自分がないと、今日皆さんの話を聞いていて思う。本当に出たとこ勝負。何かが出ることは、きっと何か思いがあったり、今の環境が嫌だとか、何かがあってその行動に出られる。それは何なのかを一生懸命やることしかない。それを止めようとか、予防しようとか、そうならないようにしようという発想が、あまりない。なので、予防はどうかと言われると、すごく困る。そういうふうな感覚で、スタッフが皆その人のことを見ていない。その人そのものを認める、そういう人だなと受け止めるので、予防が全然しっくり来ない。
- 新保：入所してこられるときに、生活歴、どういう環境で育ってこられたのか、生活してこられたのかを私たちもしっかり取るようにしている。24 時間シート、私はこんな人という情報をしっかりいただくと、本人の思いに寄り添ったケアができる。本人の思いに寄り添うケアができると、多分ご本人的には不安が少なくなり、不安が少ないと、BPSD がもしかしたら予防できるかもしれない。あと疾患によって特徴があるので、こういう症状が出るのかもね、こういう症状に気をつけて見ていこうねということを皆で共有することはある。もしかしたらそれが本人が穏やかに落ち着いて暮らしていただける一つの考え方なのかなと思う。予防ということは、難しいなと思う。
- 野村：利用者様に認知症があってもその人らしく生きていただき、その人の思いをかなえてさしあげするため、ニーズを捉えるためのアセスメントをしっかりしなければいけないなと思った。でも、予防できることはするべきだと思う。それぞれの疾患別の認知症の症状があるだろうから、医学的な療法はちゃんと持っておくこと。それで予測できることはしていきたい。あと体調とか、本当に当たり前のこと、御飯がおいしく食べられて、排泄がきちんとできて、睡眠がちゃんとできる。そこをしっかり見ていかなければいけない。それが予防につながるのかなと思う。
- 山城：スタッフの不用意な動きで、「あっ！」というときがある。ちょっと言うてはいけないことを言ったとか。スタッフの動きで発症するときがある。それがちゃんと周知できているところは、もしかしたらこういうことが少ないのかなと思う。
- 新谷：先ほどから結構その人として捉えるという話があって、僕もそういう気持ちがすごく強くなる時がある。日常生活に支障を来していることが認知症の定義で、BPSD もそうなのかなと思っている。日常生活で、卵かけ御飯だけ食べていて、褥瘡ができなかったり、栄養のリスクが大丈夫だったら、そんなにあれなのかなと思う。木目をなぞって廊下を歩いているくらいも同様。それが過度に歩きすぎてしまって、転倒につながっていくと、日常生活に支障を来す。定義として、頻度を減らしていくところに入ったほうがいいのかと思った。
- 山城：ご本人様が転倒したり、どなたかとぶつかってその方を転倒させてしまったとか、そういうことがあると、それは支障。それが予防できるのであれば、したい。「しないでください」と言って、「ああ、そうですか」と言う方は施設に入っていない。どこまで私たちが言っているのか。プロだから事故がないようにしなければいけないと言う人もいるけれど、無理強いしたり、抑制にならないようにする。その瀬戸際がすごく難しい。自分たち、働いている人たちが皆同じ方向を向かないと。先ほどのお話で、朝はこういう声かけ、夜はこういう声かけとちゃんと決めたことを皆が納得してやってくれればいいが、私はこう考える、私はこう考えるとスタッフの気持ちがばらばらで、方針にきちんと沿わなかったら、防げるものも防げない。皆の意識も大事。やはり働く側の不適切な行動は、すごく大きい。
- 野村：どれだけ利用者本位になれるか。施設全体の仕組みがそうならないと、抑制になってしまう。

- 山城：経営者に「だめ、だめ。リスクを考えて」と言われたら外にも行けない。そういう覚悟もケアには必要になってくる。
- 新谷：スタッフの情報を知る力が、うちの施設は弱い。例えば去年、老年病精神学会がステートメントを出していて、転倒してもしょうがないですよというようなステートメントを一般の方向けに出している。そういうものも一般職員に僕が言うと、「そうなんだ」となる。利用者本位で見ていく中で、介護職員が情報を自分から仕入れていく力もケアの統一や考え方には必要。
- 山城：研修になかなか出してもらえない施設も多い。後ろから声かけないでくださいと自分たちは言っているのに、スタッフは平気で後ろから声をかけていたりする。自分のところのスタッフがまずはサポーター養成講座を受けないといけないと思ったりする。
- 新保：勉強しても実際に体現できるのか。それも難しいところがある。
- 野村：分かっているけれど、日々の業務の流れでは許されないこともある。
- 新保：本人にとって良くない環境になっていないか、よく認識しておく必要があると思う。職員側からすると、例えばこういう理由だから声かけをしたと言うけれど、本人からするとになっていないから、本人がいらいらしてしまうことが結構ある。何でそういうことを言ったりやったりするかをしっかりと見ていくことが、どのBPSDにとってもすごく重要。本人の中に答えがある。
- 山城：スタッフの焦りはなぜか通じる。風呂に入ってほしくて声をかけたら、うまくいかない。
- 山城：もう何日も入っていないしとか、そういう心の叫びが、言っていないのに、つつい態度に出るから、それを感覚で分かってしまうので、「入らない」と言われたり。
- 新谷：職員のペースと利用者さんのペースは全く違って、理解の速度も全然違うと考えると、やはりそのところをしっかりと合わせてお話をしないと、多分通じない、理解してもらえない。

委員会リストに基づいた実践の説明

- 事務局より説明。

○第2回作業部会議事要旨

1. 実践状況の共有

- 新谷：2名の方の選定は終了。同意済み。明日以降に会議を実施。最初の1名の方に関しては、BPSD+Qの評価とshort QOL-Dの評価は終了。その上で先日、会議を行った際に、どうしたら0点の症状をそのままにできるか、実際にケアをこうしたらいいのではないかとこの話を職員に共有して実施中。もう1名の方は、代諾での同意のみなので、ここからBPSD+Qの評価とQOL-Dの評価をして、ケアを考えていくことをここ3日間ぐらいでできれば。血管性認知症の方で、離苑歴がある方。BPSDとしては、無断外出や若干の暴言がある。移動性や繰り返し質問、鬱、不安傾向、傾眠傾向もある。血管性認知症で、脳梗塞の後遺症で失語症もある方で、その方の失語症の状況に応じてゆっくり、御本人のペースで話していただけるように、しっかり声かけを行っていく。あとは見当識、記憶はある程度ある方で、それを踏まえて対応をしていく。曖昧な回答をしない。しっかりと、「いついつになったら退院できます」というような対応をしていく。あとは、抑制をすごく嫌う方ですので抑制をしない。きちんとお声かけをして対応していくところを実施している。脱抑制や、大声で叫ぶみたいなところをゼロでそのままいければ。
- 山城：私はこのシートが初めてで少し不安だったので、4人選んだ。1つのグループホームに2人、1つのグループホームに2人という形で選定。同意は皆さんから取得済み。それぞれの管理者と一緒に

に話をしながらつけてた。お外に出られる方とか、あとは不安の強い方。2名は外に出られる方。

- 中村：不安の強い方はどの辺りが予防できればなとか、外に出る人はこんな予防ができればなというような想定はいかがか。
- 山城：まだ入居して間もない方もいらっしゃる。その方は前の施設で外に出ようとして鍵を壊したことがあった。そういうところは、うちでは開けっぱなしなので、予防ができるのではないか。
- 新保：私のほうも、4名を介護と一緒に挙げてもらって、うち2名に絞った。一応2名に絞った方に関しては、御家族に電話で相談をして同意いただいている。お1人は、90代の女性の方で、B2のIIb要介護4。この方はアルツハイマーの方。BPSD+Qで34点。short QOL-Dで24点。この方は場所の感覚が曖昧。ここを会社と思っているのか、学校と思っているのか、というところがある。御自分の荷物で会社の書類がないとか、私の荷物はどこにあるのなどをよく訴えられる。この方の会社の書類というのが、ノートとか塗り絵とか色鉛筆。そういうのを1つのバッグにまとめて御準備しているが、それがなくなるとすごく訴えが強くなる。そこのところを介護職としっかり話をして環境を整えて、本人の不安や興奮などを予防できていると思うので、様子を見ている。

もう1人は、なかなかお部屋から出たがらない方。80代の女性でB1のIIIa。この方もアルツハイマーで、お部屋の中から出にくい方。閉じこもりにならないように、どうしたらいいかを介護職と話をして、御本人の好きな興味のあるもので話題をつくりながらお部屋から出ていただくとか。少し不安が強い方でもあるので、御自分の席が分かるように工夫をすとか。息子が来ているでしょという訴えもあったりするので、そこに対してしっかりと写真を見ていただきながら説明をしたり、御本人に安心していただけるようにしている。スタートして10日程度。予防のターゲットは、14番から19番のところ辺り。

- 野村：私のほうは、2人選定。もう同意も取れていてシートも埋めて。カンファレンスが2人とも、ちょうど今月だったので、それまでにシートを埋めながら、ケア計画を立ててこんな感じになりますということで、御家族にもカンファレンスに参加していただいているのでお伝えして、今少しずつ関わっている。

1人目の方は、90代の女性の方で妄想が若干あるのと、認知症の症状の強い方に、なんでここに来たのか帰ればいいのかとか、攻撃性がある方。その攻撃性がもう少し落ち着かないかなというのと、今ある症状が、ひどくならないように。他の方に暴行等、激しくなる可能性もあり予防したい。

2人目の方は、70代の女性。がんがあって転移もされていて、身体はADL的には元気。少し認知症があって、身体の異変もあるけれども、本人の認識があまりなくてという方。妄想と不安のところが5点ついている。どちらかという、今は人に不安を訴える感じがある。あと周りの人にいじめられているとか、被害的。もしかしたら、そのうち鬱で引きこもりとか閉じこもりになる可能性もあり、そこを予防するという観点で取組をしている。リハスタッフに聞いたらすぐにその2人を上げてきてくれたので、その2人を対象にした。リハビリで日頃関わっていて、関わり方がよく分からないとか。このままおいて関わりがうまくいかなかったら悪化するのではないかという方々。

2. 質問・確認・疑問点等

- 新谷：ICFのステージングリストもチェックしたほうがいいか。
- 月井：欄にありますので、そこを埋めていただきたい。
- 新谷：チェックリストも同様に確認していくという形か。
- 月井：おっしゃるとおり。
- 新谷：今お1人、介入している方が年明けには退所されるという見込み。本来の契約介入である8週間に満たないかもしれない。その場合は致し方ないということではないか。

- 中村：やむを得ない。取り組み期間を記録にお残しいただきたい。
- 新谷 承知。
- 山城 そもそも、これを始めるにあたり管理者に話したときに、何で点数をつけるんですかからまた始まってしまった。数値化することで、今のケアの結果の評価になるということで、すごく納得した。けれども、私たちの感覚でつけることに意味があるのかとか。あとは、例えば外に出たがるんだけれども、それが予防できているから大声で叫ばないね等関連を考えてもいいのかなとか。あと、やはり点数をつけるということに対する、何らかの嫌悪感がある。もし予防をするのであれば、最初に入居されてサービスを使う段階で、先ほどのチェックリストみたいなことが聞けていたら、自分のところの施設ではここまではできるよねという議論ができた。また、そういうチェックができたら予防につながるのかなという話は少し出た。
- 山城：このシートって、どちらかという医学的な観点から見るシートなのかなって思った。例えば、便とか尿で汚すのに何日も入浴しないということが、何で同じ項目に書かれているのか。これはもしかしたら便で汚しているから入浴してほしいよねとか、そういう意図が入っていないかとか、1個1個言い出したら切りがなくて全然進まない。取りあえずつけてみようと言ってやるが、そういうのが湧き出てきてなかなか進まなかった。結局でも一応全部書いた。生活のところとかも書いてはみたけれども、それとこの点数がどう関係があって、どう出たらこれはなるほど予防できたってなるのかなという、先が分からなかった。
- 新谷：うちの施設が BPSD+Q をつけ始めて1年ちょっとたっていて、今コロナのクラスターで中止をしているんですが、最初のほうに同じような質問があった。導入しようと説明するときに価値観の共有という言葉を使った。あの人大変だよねをデータに残していきたいというところと、BPSD の評価は、大変という評価が介護職員で結構異なるので、Amazon のレビューと同じように、その大変さを少しでもフラットにするために、数字を使って価値観を共有しているという説明を結構うちでは使っていた。
- 新保：人によって大変だなと感じるところと、いや、僕はそんなに大変でもないけどというのは、僕はかなり個人差がある。あとは利用者の状態で、例えば夜寝ないというのを1つ上げたときに、たまたま夜勤の周期で寝ないところに当たる職員がいる。なんか私のときこの前も寝なかったよとか。けれどもそれを、ひと月きちんと取ってみると、たくさん当たる職員にとっては毎回のよう感じるものの、実は1か月通してみると月何回かしかないということはある。評価をつけるときに注意するのは、1人だけではなくてグループで、つけるように工夫はする。何人かでグループを組んで、そこでみんなで共有することで、じゃあ寝ないのは私のときだけか。ほかの人のときは寝ているんだ。じゃあ、どういうふうにしたら寝ているのか教えてみたいなことになる時がある。
- 新保：介護職員と評価は先程のようにしてつけた。BPSD+Q と short QOL-D の大体のイメージというか、うちもこれを使うのは今回が初めてなので、利用者さんをこちらが大変だなと思っている点数と、どれぐらいマッチングしているのかというのが、全く分からない。すごく大変な方だけれども、大体どれぐらいの点数で出るのかなというのが少し気になる。
- 月井：BPSD+Q のほうだと、グループホームで全利用者にとると、平均が大体10点程度。現場の方々がBPSDを下げたいと思って連れてきた方々は、30点ぐらいが平均。現場の感覚的に大変というのは、大体25点から30点ぐらいではないか。short QOL-D は大体25点ぐらいを越えてくるとよいであろうと言われている。
- 新保：あともう1個、やはり予防の効果があつたのか、僕は個人的にすごく難しいと思う。例えば妄想が出なかったというのを1つ予防したときに、こういうことをしたから出なかったかもしれない

い、というぐらいは言えるのかなと思ったりするが。

- 中村：そこも含めて今回の調査だと思料。皆様が取り組んでみて、予防の効果があつたと言にくいということがあつたら、それも率直にぜひ伺いたい。今おっしゃったみたいに、この程度だつたら言えるかなという辺りを見極めていきたい。
- 新保：スタッフと話をする中で、ケアで改善が見込める項目と見込めない項目というのが、もしかしたらあるかもしれない。それが具体的に何なのかまでは、話はしていない。ケアで改善が見込める部分と見込めない部分というのが出てきたりすると面白い。
- 野村：予測してやるので、こういう症状が出るかもしれないという予測が正しかったのかどうかも分からないのは、少し疑問。

あと今、関わっている方が、予防したいと思って関わったが、どんどん症状が進行し、ひどくなってきている。この研究に関しての対象者の選定が少し難しい。

今までも職員間で情報交換をしていたけれども、よりこういう評価をきちんと使ってみると、リハビリと介護の視点が全然違っていた。介護職が一番近くにいますが、あまり深く見られておらず、リハビリが専門的な視点で見ている、こんなによくはない状態だったというのを、すり合わせができ、介入しなければいけないという気づきももらった。それと、御家族に説明したときには、こうやってより細かく見てもらえるのはありがたいと言っていた。疑問よりはよかったことのほうが多い。

あと変化が激しくて、本当に早く気づいて関わらないと、本当に手遅れになってしまうとすごく思った。こういうきっかけがないと、あつという間に悪化していたのではないかという気もする。

- 宮本：施設で暮らす時 BPSD が出るのは避けられないと思っている。住み慣れた家で暮らされている人であっても、BPSD は出ている。全く家とも違う環境で、人間関係も全く違う関係の中に、しかも年老いて、そういった環境の中で暮らされているということは、前提として BPSD は当然出て当たり前。そのためにできたのが、グループホームのケアとか、ユニットケアである。何もない病院のような広い空間で暮らすというのは、どうしてもなじめない。だからもう少しコンパクトで、家にあるようなものに囲まれたリビングのようなどころだと、少し落ち着いてここだつたら座ってもいいかなと思ってもらえるのではないかということで、グループホームケアができた。あと、やはり立ち替わり入れ替わりで、なかなか誰なのかというのを認識しづらい。やはりグループホームのように固定配置していこうと。同じメンバーで関わっていくことで、名前を覚えてもらえなくても顔は覚えてもらえるという関係性の中で、いつものお兄ちゃんだねと。この人だつたら一緒にトイレに行ってもいいと思えるような環境。そういった関係をつくっていったのも、予防だつたんだろうなと思う。

私も集団ケアの中で最初に仕事をしてしたが、関係性が築けていないのに無理矢理お風呂に連れて行って、しかもよく分からない人に服を無理矢理脱がされるというケアをしていた、そういう時代を少し思い出した。そう思うとマンツーマンで関係性ができている職員が、お風呂に誘導して、同じ職員で入浴介助もできて、これも予防。そういった意味では、BPSD も昔に比べると減ってきたのかなと、もっと激しく出られる方がたくさんおられたことも少し思い出した。

あと、点数というの、あまりいいイメージはないが、これは、私たちのケアの点数のような気がする。私たちのケアのレベルが、まだ点数が低いのか、ある一定の水準を超えているのかというふうに見ていくのも1つの手。

- 事務局より事務連絡をして終了

○ 第3回作業部会議事要旨

1. 実践状況の共有

新谷氏報告

- 新谷：まず A 氏の報告。初回評価が 12 月 15 日、2 回目の評価が 1 月 8 日の前回で実施。BPSD+Q の変化として、改善が 5 項目、悪化が 5 項目。増えたという認識。逆に short QOL-D に関しては、維持が 5 項目、改善が 4 項目ということで悪化したところがなかった。

今回、カンファレンスの話合いで出てきたのが、ステーションに来る頻度について、昼間に関しては減少して、夜間は変化なしということ。ただ評価尺度においても、悪化のところ、閉じこもりとかが増えている。傾眠傾向が若干増えている可能性がある。ただ、維持のところ、昼夜逆転になっており、昼夜逆転ほどまではしていない。スタッフが A さんとの適切な距離感を把握できるようになってきている。私たちの老健も 11 月頭を皮切りにコロナのクラスターが 2 回ほど発生した。A 氏はその間に新規で入所され、私たちも A 氏との距離感や信頼関係がうまく築けていなかったが、お互いの距離感が把握できるようになったのではないかと。あとは、コミュニケーション方法について、前回ケアを統一したので、影響しているのではないかと。あとは余暇の過ごし方で、記載のとおり初回評価時は、クラスターの収束直後でフロア内も隔離対応の余波でなかなか環境が適切ではなかった。うちは従来型で、やはり居室の対応に重きを置いて、環境があまりよくないということ、適切な余暇がなかなかうまく過ごせなかった。その後、環境づくりの一環でハムスターを飼い始めた。A さんがとても興味を持っている仕草が見受けられ、自発的にケージを見に来る様子も、ときどき見られた。また、クラスターが収束したことにより、以前やっていた音楽療法が再開されたり、リハビリも再開されたり、余暇や刺激が増えたことで、改善項目が増えたのではないかと考えている。

- 中村：予防という意味で、手応えがあったケアは？
- 新谷：ハムスターが、まさかこの方にフィットするとは、というところが正直あった。見学させていただいた中でも、緑が多いのがすごく印象的。私たちの認知症専門棟の中では、リスクを重んじるばかりに、ものをどんどんなくしてしまっていて、生活感がどんどんなくなってしまった傾向があった。そのような中で今、徐々に環境づくりをしていく、その中の一環で 1 つのユニットでハムスターを飼い始めてみた。その方が対象というよりは、何となく御利用者の方が見に来られたらいいねみたいなニュアンスで始めたものが、一番 A さんにフィットした。
- 新保：この方は血管性認知症ということで、なかなか対応が難しい。ごまかしが利かない難しい方なのではないかと思いつつ聞いていたが、この方は今度、理解力や記憶障害の辺りはどうか。
- 新谷：HDS-R の点数が、11 点。認知症高齢者の日常生活自立度は IIIa で要介護は 1。比較的短期記憶は保持されている。職員の認識もできている。
- 野村：A 氏はどういうふうに関わっているか。
- 新谷：透明なケージを使っていて外から見やすいものになるので、比較的動いているときに見にきたり等、興味があるように見ている。
- 野村：自分から見に来られるか。
- 新谷：自分から。この方に関しては、もうそこにハムスターがいるという記憶があるので、きちんと行かれる。
- 山城：以前、おうちで動物を飼っていたということもあるか。
- 新谷：おうちで動物は多分飼われていなかった。
- 中村：予防できたという感じはあるか。

- 新谷：このまま続けていけばというか、スタッフがきちんと距離感が図れていなかったり、血管性認知症で失語症があるところまで認識できていない、知識が足りないスタッフもいる。きちんと丁寧に A さんはこういう方で、話をしたいし、話したいことはあるんだけど、うまく出ないから、ゆっくり聞いてねというところとか。この方は男性でタッチングを好まないこともあるので、声かけとか、その方にあった対応をするという対応方法をまとめていた。そういうところも収集、大声や暴行みたいなのところに至らなかったのは、予防という観点としてはあるのかなと思う。

新保氏報告

- 新保：この方は 90 代の女性の方。B2 の II b、MMSE は 12 点。ICF ステージングオリエンテーションが 3 点。コミュニケーションが 4 点。BI が 35 点。要介護度が 4 で、アルツハイマー型の診断名がついている方で、大動脈弁閉鎖不全症、骨粗鬆症。お薬に関しては、現在デエビゴ、アゾセミド、酸化マグネシウムの 3 種類のみ。BPSD+Q が 34 点、short QOL-D が 27 点。この方に関しては、会社の書類がない、どこにあるのと、ノートとか塗り絵とか色鉛筆が手の届く範囲にないと徘徊とか不穏につながる可能性があり、ここが予防できたらいいな、できているのかどうなのか、というところを介護職員と話合いをしながら関わっていかうとしていた方。あとは、ノートや塗り絵のほかに、御自身の衣類、衣服。特にニット帽、頭にかぶる帽子が近くないと、多動や不穏になることがあった。御本人の生活の状況、暮らし方とかニーズとしては、自分のものは手の届くところに自分で持っておきたい。

人間関係としては、長女さんや長男さんのお名前は分かるし、子どもたちからよくしてもらっているとおっしゃいますし、職員への感謝の言葉をおっしゃる。ここが施設か会社か、ここがどこなのかという場所の感覚は、あまり分かっていらっしゃらない。あと、自分の席は分かるが、トイレの場所やお部屋の場所とか、その辺りは感覚的に難しい。生活障害は、会社の書類とか、ノートや塗り絵、色鉛筆がないと探しにいこうとしたり、動きがあるときにすぐ対応しなければ声を荒げたりとか、こだわりが強く納得しないと不穏や多動が続くというふうなことがあった。ケアの計画は、本人が会社の書類と考えているものは、本人が分かりやすいように配置をする。本人に確認してもらいながら紙袋に 1 つにまとめて、それから食堂や居室に移動する際は、御自分で持って来て、本人の目が届くところに置いておく。本人がその場を離れるときは、ここに置いていきますねとか、どこに置きましょうか、と本人にしっかりと説明をしながら、納得いただけるように声かけを行うということとした。それから、ニット帽や衣類に対しての思入れが強く、手の届くところに配置する。ニット帽や衣類は本人にしっかりと選んでいただく。どっちがいいですか、どれがいいですかというのをしっかりと選んでいただくということで、本人の意向に沿った支援というのをやっている。あとは介入後の利用者状況。関わった介護職員に話を聞くと、やはり御本人が望んでいるところ。要望とか本人にとってベストな形というか環境を整えることで、それ以上の不穏や興奮、多動が予防できているのではないかということだった。あとは、それをしっかりと職員が統一したケアとして認識しておくこと。それも環境が崩れると結構動き出すみたいで、やはりそういうのって大事だよなということ介護職員と話している。

この期間中に、御本人が娘さんと電話をしたいということがあったので、実際に私が取り次いで連絡をしていただいた。それで今日になって、電話をしたことは覚えているんだけど、今日来ると言っていたというふうなことをおしゃっていた。そこが記憶障害から来るものであろうかなと思うが、少し考え違いというか、そういうところがあるので、娘さんと電話をしたことが、そのような形で出てくるんだなと今日思った。妄想の予防という点は難しいのかなと今日思った。

- 中村：書類やニット帽とか、少し不安が減って娘さんのことを考える余裕が出てきたか。
- 新保：そうであるとすごく介護職員もうれしい。あとは、否定しないというか、本人のペースに合わせることで、本人に納得いただくこと。あとは職員の関わり方として否定しないように、これは違いますよではなくて、できるだけ本人の思いを受け止めながらこうしたらいんじゃないでしょうか、というのを、本人と一緒に確認しながら行っている。
- 新谷：予防できている実感は？
- 新保：結論から言うと、介護職員はこの対応をしていることで BPSD が予防できているという感覚はある様子。これをもしやめてしまったときには、恐らくこのホールをうろうろするような、何かを探すようなことに多分ほぼなるだろうと、話をしている。
- 月井：ほぼ対応しなかったら出るであろうという感覚。その感覚ってどこからくるか？
- 新保：以前の経験からと思料。初めて入所されてきた方ではないので、今までの関わりの中で今の対応に行き着いているところが介護職員としてはあるよう。
- 新谷：スタッフの尺度に対する捉えに変化はあったか。
- 新保：実は NPI を使って BPSD が改善するかどうか、したかどうかというのを今まで取り組んだことがあった。評価尺度として使う感覚はあると思料。

山城氏報告

- 山城 だんだん本人の居場所になるにつれて、外に行くことが少なくなってきた方。入居されてから 1 日中、建物の中にばかりいると息が詰まるということで、外に結構行かれる方。だんだんグループホームが家になってきたのか、外に行くことが減ってきた。スタッフの負担度をつけてみたら、スタッフの負担度のところの施設から出たがるということが、負担度が 5 だったのが、今は 3 とつけられていた。御本人が外に出て行く前兆があり、それが不安な形で出るので、その不安の段階できちんと関わっていると、外に行くことが減っているのが分かった。それでも負担に思うスタッフもいて、やはり 5 から 3 ぐらいになったと思う人と、全く 5 ぐらいのまま変わりませんというスタッフがいた。御本人の不安とか不安な前兆みたいなものを少し感じ取れる人は、その段階で関わられるので何も思わないが、やはりそこが感じ取れなかったりすると、出て行くというところにつながるの、前と全く変わりませんと思う人がいることが分かった。

立ち上がったとき、かばんを横にかけたとき、部屋に一旦帰るとき、誰もリビングにいないときとか、そういうことが具体的に分かってきた。そういうときに一旦お声かけをしてみたら、誰もいないから少し不安だったわというようなことが出たりする。

結局不安の段階で、誰かがきちんと御本人さんの思いを聞いておけば、出るということがなくなる。今度出なくなったらスタッフのほうさがみしくなって、出なくなってしまったと。少しぐらい出てほしいですよみたいなことに、逆になってしまった。そしたら、前の公園がすごくお気に入りの場所なので、あのベンチ好きよとかって言われるので、少し外に空気を吸いに行きませんかということで、今度はこちらからお誘いするようになった。今までは、負担に思っているスタッフにとっては、お外に行かれる方で困ったなと思っていたかもしれないが、今度はこちらから声をかけるようになった。そういう前兆の段階で声をかけられたら、BPSD 的なことを少し防いでいるのではないかなということには至った。何かいろいろある方が、そういう現象がなくなると、少しさみしくなる。諦めてしまわれたのかなとか、居場所としてよくなったんだったらいいけれども、言いづらくなっていないかなとか。私たちがそういう態度をしているのではないとか、そういうふうにも思ったりもする。決してそれが全てではないが、何となく自分たちの対応が悪かったから行かな

いって言い出したのではないかと思うところはある。そういうのがカンファで出てきたりする。

- 新谷：予防のさらに先を行っている感じがした。例えば、帰りたいと言って外に出られるときって、不快か快といったら、不快な感情があって出られて。でもそこを一緒について行って、ゼロベースぐらいに戻って、じゃあそろそろ帰ろうとか、という部分。でも今回、逆に職員の人と一緒にいきますかみたいになって、ゼロベースから快のほうに刺激として行っている。結果的にほかのBPSDも誘発されないで、さらに予防ができていのかなど、すごく感じた。
- 中村：目的でやるのではなくて、もう自然とそうなるというふうに、多分理念の徹底みたいな辺りができていて、そこまでいくプロセスはぜひ聞いてみたい。
- 野村：うちの施設では、それって相談員がやるんじゃないとか。その職員が、一緒に外出してあげようとかという気持ちに、なかなか引き出せない。
- 山城：職種がたくさんいないというのもあると思う。
- 新谷：見学に行かせていただいて、すごくいいケアをされているという印象を受けた。全部終わって考えたときに、一番感じたのは、実はいいケアって結果であって、理念の浸透とか教育みたいなのが一番優れていらっやって、結果的にアウトプットとしてそれが出ているだけ。僕らが次の施設に行くときに、ちょうどお見送りの御利用者さんがいてスタッフも、え、あなたが行ってよ、あなたが行ってよみたいな雰囲気ではなくて、僕が行きますみたいな感じで、ずっと普通に出てきたのが、本当に自然の流れでされていることが、一番すごいなと感じた。
- 組織が大きくなると、なかなか一人一人に理念を落とし込むというのは難しいし、職域を越えてのチームケアというのもやりにくいと思う。グループホームのような小さい単位だと、それがやりやすい数なのかもしれない。
- 1つ聞きたかったのが、息が詰まるから外に出たいと言われていたと。その息が詰まるというのは、どういったところがそういう言葉になったか。
- 山城：学校の先生をされていた経歴があって、その後すぐに専業主婦。ご自分が認知症ということも自覚がなく、ほかの方を見ていて、この環境に私はそぐわないんじゃないか等と言っていた時期もあった。それで雰囲気がちょっと嫌だわと、外に行っていた。そしたら、だんだんその環境に慣れられたのか、折り合いをつけたのか、諦められたのかは分からないが、や少しずつ、もうここで。でも、ここは嫌いではないのと言っていたので、嫌いではない。だけど息が詰まるという。多分ご飯も出てきて、お風呂も入れて環境はいいんだけど。そこら辺はみんな話している。
- 認知症の方が多くて、私は違うわと。そこになじめないので、息が詰まると。もっと気心知れた人と一緒にいたいというのもあった？
- 山城：居心地はそんなに悪くはない。やはり自分のお部屋もあるし、皆さん親切だからいいわ、とはおっしゃるけれども、でもそういうふうにおっしゃっていたから、じゃあ外に一緒に行きましょうって。例えば急に、ここでいいわみたいな感じで座られると、あらあらどうしたんだろうって。
- 職員が止めるのではなくて、外まで一緒に行って一緒に歩いてというのができたから安心されたのかもしれない。

野村氏報告

- 野村：A様で90歳の女性の方で、認知機能のHDS-Rが14点。ご主人が亡くなられて、1人で暮らされていた。同居生活で姪御さんがずっとお世話されていたけれども限界ということで、うちの施設に入居。もともと人の世話をして生きてこられた、親戚のお手伝いとかをして。だから姪御さんから、どちらかというところすごく上から目線だから攻撃的になるかもというふうな情報をいただ

いていた。ICF ステージングオリエンテーションは3、コミュニケーションは4。ADLのBIは3点で、FIMが86点。リハが調べてくれて要介護4の方。鑑別診断のない認知症ということで、少し妄想があった。春に京都に行ってきたとか、年齢も今90歳のだが、65歳と言われる。CREST症候群がある。BPSD+Qが6点で、short QOL-Dが24点。先ほどの健康のところでも、少しお伝えしたが、老健なので在宅復帰が難しいということで、住宅系の施設を今探している。見学に行ったけれども、「うちいかに。何で私だけ」とおっしゃる。スタッフが異動したりとか、仲のよかった利用者様が入院されたり等の影響で、「もうここはつぶれるのではないかと。私は絶対動きませんからね。」という状態。日ごろ、「ここが一番居心地がいい。ただ人の役には立ちたいのよねって、でも肩も痛いし、手もあまり自由が利かないし、何ができるかしら」とおっしゃっていた。自宅はもう無理って本人も言われていた。上から目線で人を見るので、認知症で大きい物音をたてる方とか、大声で言われる方がいると、「もう何でこんな人がいるか。どこかへ追い出してくれ」といった言い方をされる。いろいろ調べたら背景として、もちろん状況や環境が変わって分からなくてというのはあるが、ご病気で肩が痛くて、いろいろ不自由さを感じていて、まあでも自分で頑張りたいが、遠慮して職員に言えないのがある。あと身体の痒みがすごく強くて、それで不眠になっていて、だんだん冬にもなって寒さも増してくると関節の痛みも強く、やはり体調面も影響しているのではないかと。それでいろいろが増えて、認知症の方に対して攻撃性が出ているのではないかと、その辺のケアを職員で見直していこうということで、3つ上げた。

1つ目は、身体的な面のケアを徹底すること。それから2番は、何か居心地のいいところは、今は食堂の自分の席で、みんなが見渡せるところ。なので、そこは変えないで、あとは視界に少しうるさい人が入らないような環境。あとは、男性の職員は呼ばず1人で行こうとして転んでしまうこともあり、男性の接し方を調整。あとは、ほかの利用者様と信頼関係も築けるように、交流ができるようにした。②番が居心地のよいリビングの席の配置を維持することと、同テーブルの入居者の選定を支障がない範囲でさせていただいた。それと、自分だけ特別だという優越感もあるかなということで、お買い物は必ず週1回一緒に、移動販売も来るから、買い物で好きなものを買ってという楽しみを持つことを実施している。3番目の役に立っているのは、役に立って感謝されたいって言われ、優越感があるとほかの人への攻撃性が減るのではないかとという予測で、まずユニットでできる家事活動の役割で、食器を拭いてもらうとか、タオルを畳むとか。あと行事。ユニットで調理するときもあるから、そういうときは一緒にやってもらった。どら焼きをつくったときは、自分で皆さんにあんこを入れてあげて、けんかにならないようにいっぱい入れてあげたとか。写真も撮って見てもらった。食事の盛り付けは、ユニットですから一緒にさせていただこうとしたが、私は手が痛いからやりませんっていう感じになったので、まだできていない。違う役割のほうがいいかなという結論になった。あと、利用者様懇談会というのを月1回、各代表に出てもらおう。全然覚えていらないが、ユニットでこんなことをしましたという発表をしてもらったり。自分は代表なんだっていう感じで、やっていただいた。攻撃性は悪化しておらず、逆にあのトイレに行きたがっているよとか、職員に教えてくれたりとか。晩ご飯を食べたらお部屋に戻られるんですけども、「いいや、あの人を先に連れて行ってあげなさい」とか、というのが少し出てきた。何か最近えらい私に言うてくるねと言われていたので、この機会にすごくしっかり注目して、いい関わりができたのかなと、実感としてみんな感じている。

- 新保：この方のお話を聞くと、すごくしっかりされている方のような印象を受けるのと、あとは御本人ができることをしっかりとやっておられる印象。利用者さん同士で同じぐらいのレベルで仲良くお話されたりするような方とかも、この方はいらっしゃるか。

- 野村：いらっしゃる。やはり言われるとおりで、同じぐらいの会話のレベルの方とかは、仲間ではないけれども、範囲内の人という感じ。よく観察されている。利用者もスタッフも。

感想

- 宮本：最初に発表されたhamsterのときも、そう思ったが、やはり何かそれぞれ心の隙間を埋める何かを探しておられているような感じ。我々が提供できるものが、もっとたくさんあればいいんだけど、でもそれがちゃんとうまくかみ合って、というところもある。それからそういった隙間を埋めていけるというのは、本当は我々職員じゃないといけない、まず最初に。それで、もっといろいろなバリエーションがその後に、用意できると余計にいい。まずは職員のコミュニケーションスキルだと思った。言われたように、不穏になれる前兆を察して関わっていくのも、もちろん大事。本当はもっと余裕があれば、前兆が出る前に普段からしっかりコミュニケーションを取って。やはり本人が外に出て行くというのは、ここが面白くないからなんだと思うので、そう思わないような関わり方。あ、ちゃんと私の話を聞いてくれる人が側にいるとか、30分も1時間も聞くのを求めているのではなくて、ほんの5分でも、本当に自分のことに興味を持って聞いてくれる人が側にいてくれると、随分心の安定が図れるような感じがする。だからそういったことで予防ができていくと、これが目指すところかなと思った。でもやはり忙しいから、なかなかその時間が取れないんだけど、でもやはりスキルを身につけてもらう研修というか考え方。ちょっとした気遣いを併せ持った職員を教育できたらいいかなと思った。

○ 第4回作業部会議事要旨

3. 事例報告

新保氏報告

事例1

【予防したBPSD】暴言・暴行・興奮・不穏・易怒性

【寄与したケア】①環境調整（本人に確認してもらいながら、安心感を与える）②関わり方（本人へ説明し、意向に沿ったケア、職員間で同一のケア）

事例2

【予防したBPSD】閉じこもり、傾眠傾向、介護への抵抗（入浴に手間）

【寄与したケア】①役割や興味のある活動、②環境調整（見当識障害への対応）、③環境調整（家族とのつながり、安心感）あまり効果がなかった

野村氏報告

事例1

【予防したBPSD】易怒性、脱抑制（悪化しないように）、暴力、引きこもり

【寄与したケア】①体調管理（痒みや痛みに対するケア）、②体調管理・かかわり方（痛みのある部分は手伝い、不安感や易怒性、夜間安眠につながった）、③居場所作り・環境作り（優越感を感じたい、見下す：姉御肌をよい方向に活かす）、④かかわり方（身体的なケアは同性、攻撃性は減った、悪化しなかった）

事例2

【予防した BPSD】 脱抑制、無断外出、無反応、無関心、閉じこもり

【寄与したケア】 ①かかわり方（仲の良い関係性の人）、②かかわり方（自由な暮らしの提供、お金やお風呂の管理をやめる）、③家族との関係作り

所感

- ・新たなものを予防したというよりは悪化を防いだ
- ・よく関わられて利用者さんのことが良く知れてよかった

山城氏報告

事例1

【予防した BPSD】 帰宅願望（BPSD がないと思っているのでターゲット）

【寄与したケア】 ①かかわり方（スタッフが同一の声かけ、自宅で過ごす時間も作った）、②環境整備（自宅と施設居室の環境を同じにした）、③趣味活動（得意な短歌、囲碁の会）

事例2

【予防した BPSD】 外に出る

【寄与したケア】 ①本人の意思の尊重（気分転換で外に出る）、②役割（家事のお手伝いしたことで、自宅にいる雰囲気が出た）、③習慣の継続

新谷氏報告

事例1

【予防した BPSD】 易怒性、脱抑制、暴言、暴行

【寄与したケア】 ①かかわり方（意思を確認、同意をとる、うそをつかないで一貫した関わり）、②信頼関係（安心感）、③環境調整（動物を飼ったことで意欲や安心感）

事例2

【予防した BPSD】 アパシー、閉じこもり傾向

【寄与したケア】 ①かかわり方（否定しない、周囲の人への不信感）、②信頼関係（安心感を作る）、③活動量の調整（フロアで過ごすことで一定の社会性）、④環境調整（動物を飼うことで見に来る）

4. 「Ⅳ. 利用者が望む生活状況」の聴取で利用したチェックシートの内容で修正・追加すべき点はあるか。チェックシートはどのように使えばよいか？

- 新谷：血管性運動性失語の方、うまく話せない際には適切なやり取りができない。家族に聞くとするとわからないこともある。
- 野村：センター形式、本人、家族、多角的に見てニーズを検討する。本人の話だけで判断するのではなく、本人の話も含めて多角的に情報を集め、もしかしたらこうなのではと考える。
- 山城：質問をする場面が大切、何かをしているときにさりげなく聞く、管理者のような人が聞くときるように取り繕うことがある、新人の方が本音を言うてくださることがある。今回は管理者、他のスタッフからは全然違うことを言われた。
- 新保：穏やかで控えめな方、一人でゆっくりが好きと家族から情報があった→それをケアに取り入れていた、それが閉じこもりを作っていた。事前の情報は大切だが、情報に縛られ過ぎないのも大

切、偏見につながる。以前、介護職員の記録を見返すと「ノンアルビール昼からはありえないだろう」と本人がおっしゃっていた記録を発見した。そこから本人について推測できることもある。そのようにあえて聞き取りをするわけではないけれど生活の場面からの情報大切なのではないだろうか

5. BPSD の定義について

- 新谷：BPSD と不同意メッセージは被るところがある
- 野村、山城：異論はなし
- 山城：本人が困っているかが一番大切なのではないか
- 新保：BPSD の定義についてここだけでまとめてしまってもよいのか？
- 事務局：前提としては IPA の定義がある。
- 新保：そうであれば異論はなし。
- 宮本：BPSD の考え方自体がしっかりこない、こちらの考え方の問題。相手のせいではなく、介護側や環境等が良くない。

6. BPSD 予防の定義

- 質問なじみの人でないと本音は出ない、聞き方としてはアセスメントになっている
- 質問は漠然とし過ぎていて答えにくい
- キーパーソンは職員

7. BPSD 予防の基本的な考え方

- 新谷：基本的な対応のところ、ケアとして当たり前な部分、話を聞く、コミュニケーションをとる。現場単位でいうとできていないことを実感した。理解した上でコミュニケーションをとることが重要。
- 野村：考え方で、発症の予測はできないけれど、誰でも認知症があってもなくても、環境が合わないと BPSD のような状態に陥ることは皆さんある。誰でも尊厳、その人らしさを大切にされたケアが大前提にあるところかなと思った。基本的な対応の所で、異なる考え方を持たないようにするのだが、いろんな立場の人にいろいろな視点があるので、すり合わせていくことが大切。いろんな関係性がある。なじみの人には言いにくいけどたまに行く人にぼろっと話してくれることもある。そういう意味でのチームアプローチが大切。
- 山城：言葉で気持ちが寄せられることがある。例えば介入があると悪い言葉に聞こえて、その状態を何とかしようと聞こえる。「拒否する」だと悪い人に聞こえる、「丁寧に断られた」だとまた受け止め方は変わる。引っ張られないようにする必要がある。
- 事務局：BPSD という言葉を使うとそういう人に見える、畏のような感じ。そこにセンシティブになっているからこそ、BPSD と使わない。BPSD をその人の行動としての反応。BPSD でなくて行動と捉える、そういった視点が徹底されているように感じる。
- 新保：すべて環境を整えれば BPSD がよくなるとは限らない。本人に穏やかになってもらうはケアでできそう、しかし盗られ妄想や幻視に関してケアの力で予防するのはかなり困難。予防は無理なのではないか。本人が持つ要因とその他すべての要因を整えることは区別した方がいい。BPSD+Q を見るとケアやかかわりで解決できるところとできないところがあるように感じた。BPSD と捉えないことも大切だが、症状に焦点を当ててどうしたらこういう風にならずにと捉えることも大事と思った。BPSD と漠然と捉えるのではなく、行動や発言に対して何ができるか考える→背景要因の分析が大切。

- 宮本：基本的な考え方のところで本人や周囲の人に悪影響が、BPSD になっている時点で本人に悪影響が出ていると思う。
- 事務局中村：器質性は受け入れ、対応して 0 にはできないが訴えを聞いて手当をしていく姿勢を持つことが重要

8. BPSD 予防の基本方針

- 新谷：概ねこの通り。今までの当たり前の内容と変わらない。今までのことで予防ができるのか。
- 野村：わかりやすくシンプルであればよい。本人の想いに寄り添ったケアがキーワードと思う。
- 山城：基本方針は ok。次の手順の部分が現実できるかが肝。思いはあるが実現できるかが肝。
- 新保様：基本方針は ok
- 宮本様：そもそも施設で思いに寄り添ったケアができるかという限界があると感じている。

9. BPSD 予防の手順

- 新谷：アセスメントでどういう場面で聞くか。数名が聞いたことを統合する。職務質問にならない。介護方針の決定で傾聴はもう少し具体的な言葉が良い。
- 新保：アセスメントの情報収集の仕方として、特養は重度の人が多く、質問をしても返ってきづらい。好きな食べ物は 9 割返ってこない。例えば、確認の仕方として、視覚的にアプローチするのが良い、ラーメンやうどんのどちらが好きかなど。そういうことで情報が入りやすい。
- 宮本：介護方針の決定とケアの実施に「役割を与える」これは上から目線。これは修正が必要。また原因疾患ごとよりは、その人ごとに BPSD の傾向をとらえる

10. BPSD 予防のアセスメント項目

- 新谷：安心感を与える→安心感を持ってもらう
- 新保：評価尺度の欄を設けてみてもよい。認知機能等。
- 山城：どういう順番から書くかも重要。質問の並びにも引っ張られそう。例えば認知症の情報から記入するとそこに引っ張られそう。
- 野村：当たり前にやっている事のような気がする。BPSD の予防のための手順ではなく普通の BPSD のケアの手順。

11. 全体を通じてのコメント

- 新谷：コミュニケーションが重要と 2 事例をとった中で感じた。どう傾聴するか。専門職として見る視点と言葉に引っ張られないようにしないといけない視点、天秤をかけながらやっていかないと感じた。
- 野村：チームケアの大切さを感じた。施設の強みを再認識できた。BPSD 云々ではなく、質の良いケアを追求し続ける、自分や家族だったらと置き換えてケアする。本人の思いを把握し続ける、追及していくことが大事だが、現場でそれが追求できるような制度や仕組みが整えられることが大切と思う。おおもとのところが核施設に浸透していけば。経営や管理、理念の基盤が重要。
- 山城：掲げていることをやっていいという代表がいるからこそ実践できると改めて思った。自分たちが楽になりたいケアではないが浸透しないと、本人本位。してあげたいと本人の希望の塩梅つけるのは難しい。塩梅をつけるのは理念、何を基本に安心したい暮らしを送ってもらいたいと思うか。理念の軸がしっかりしていないといけない。
- 新保：利用者主体の生活援助（理念）、そこにつける。いろんな職種で考える中で、一人で考えるよ

りもみんなで情報を持ち寄ってケアを検討していくことが重要と感じた。何が原因であったか深く考える。それをやり続けることが大事と思った。

- 宮本：原点に戻る。いつものケアが間違っているからいろんなサインを出される。基本に忠実なケアが理解はされているが、実践に結び付けられていない。BPSD は利用者さんのケアへの炎上なんだなと思った。ネットの炎上のように。私たちのことは私たち抜きで決めないで、とあるが当事者の意見を聞いてみたい。

付記3 成果物資料

本事業の成果として以下の資料を作成した。

- ・ 「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実践事例集」
- ・ 「BPSD の軽減に資するケアの基本的考え方とケアの取り組みプロセス」
- ・ 研究事業 B 成果まとめ資料

執筆者一覧

担当部分	担当者氏名（所属）
はじめに 2. 本研究における BPSD の定義	山口晴保（認知症介護研究・研修東京センター）
はじめに 1. 報告書の構成 3. 令和 3 年度の成果 第 1 部 令和 4 年度事業の総括 第 2 部 研究事業 A：BPSD の予防に資するケアのあり方の検討の詳細報告	中村考一（認知症介護研究・研修東京センター）
第 3 部 研究事業 B：BPSD の軽減に資するケアのあり方の検討の詳細報告 （参考）インストラクター研修の結果	月井直哉（認知症介護研究・研修東京センター）

【報告書名】

令和4年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
BPSDの予防・軽減等を目的とした
認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
報告書

【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5（2023）年 3月