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

令和 4 年度老人保健健康増進等事業「BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」において実施する介入研究」では、BPSD を軽減するケアのあり方を研究し、どのようにすると BPSD 軽減に資するケアができるかを明らかにしました。

本資料では、研究で実証された BPSD の軽減に資するケアを行うには、具体的にどのように進めればよいか解説します。

令和 4 年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
事業担当：認知症介護研究・研修東京センター

目次

本研究における BPSD とそのケアの基本的考え方 1

取り組み内容の概要と具体的進め方 10

取り組み内容の概要 11

チームメンバーの選び方 12

基本的な取り組みのルール 13

取り組みの流れ 14

BPSD 評価方法 15

ケアの流れ 17

STEP1 アセスメント 18

STEP2 結果の分析 25

STEP3 ケア計画立案 49

STEP4 ケアの実行 53

おさらい 58

本研究におけるBPSDとそのケアの基本的考え方

◆ BPSDとは

■ BPSDとは「**認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状**」

■ 具体的には**妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不安などの心理症状**と、
攻撃的行動、徘徊、不穏、焦燥などの行動症状

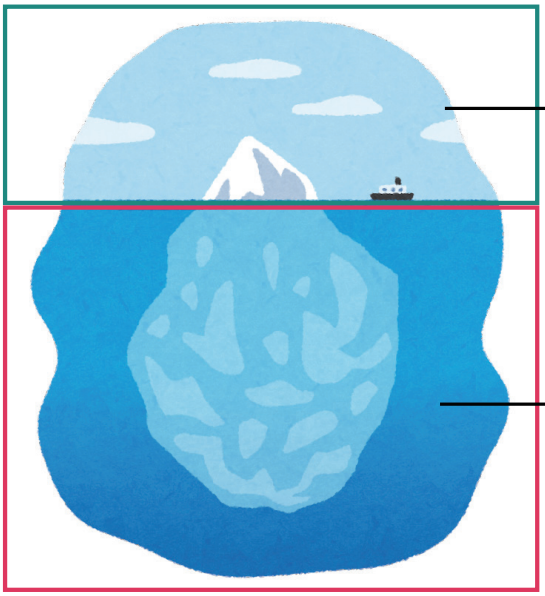
■ BPSDの多くは、認知症本人の視点で考えると、**個人の満たされないニーズ（アンメットニーズ）**を表情・仕草・声・言葉や行動で表出したものと捉えることができる

■ BPSDは認知症の人にとって**SOSサイン**である

はじめに、本研究のキーワードとなる「BPSD」についてご説明します。BPSD とは、国際老年精神医学会で定義された症状であり、「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状」と定義されています。具体的には妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不安などの「心理症状」と、攻撃的行動、徘徊、不穏、焦燥などの「行動症状」に分類されます。

BPSD の中には、認知機能障害により直接生じる症状もありますが、BPSD の多くは、認知症本人の視点で考えると、個人の満たされないニーズ（アンメットニーズ）を表情・仕草・声・言葉や行動で表出したものと捉えることができます。本研究では、BPSD は認知症の人にとっての「SOS サイン」である、と捉え、取り組みを進めていただくことを柱の一つとしています。

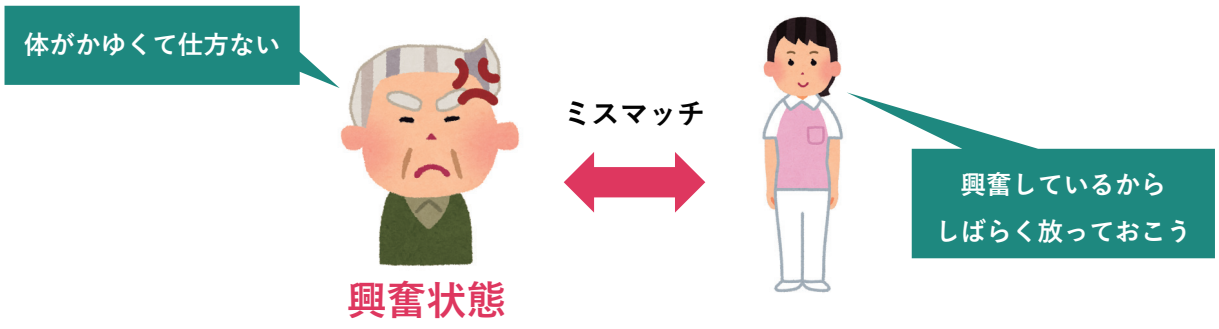
◆ BPSDとはニーズの表出



BPSD は、「氷山モデル」という図でよく解説されます。BPSD は、症状ですので、例えば、「自宅にいるのに『帰りたい』とおっしゃる」といったように介護職員等が目や耳で観察することができます。氷山モデルでは、そういった観察できる症状は、海から出ている、氷山の一角であり、その症状の背景には、海に隠れて見えない氷山の氷の様に、本人の満たされないニーズ、すなわち「アンメットニーズ」が潜んでいると考えます。

「自宅にいるのに『帰りたい』とおっしゃる」という、目に見える症状は似ていても、アンメットニーズとしては、「娘に会いたい」場合もあれば、「ここがどこかわからなくて不安であり、安心したい」場合もあるほか、「体がかゆくてそわそわする（体調を整えて落ち着きたい）」場合など、その人やその時々で様々なものが想定されますし、それら全部が重なっているかもしれません。本人の視点を想像して、満たされないニーズを想像する必要があります。

◆ 本人の想いを確認



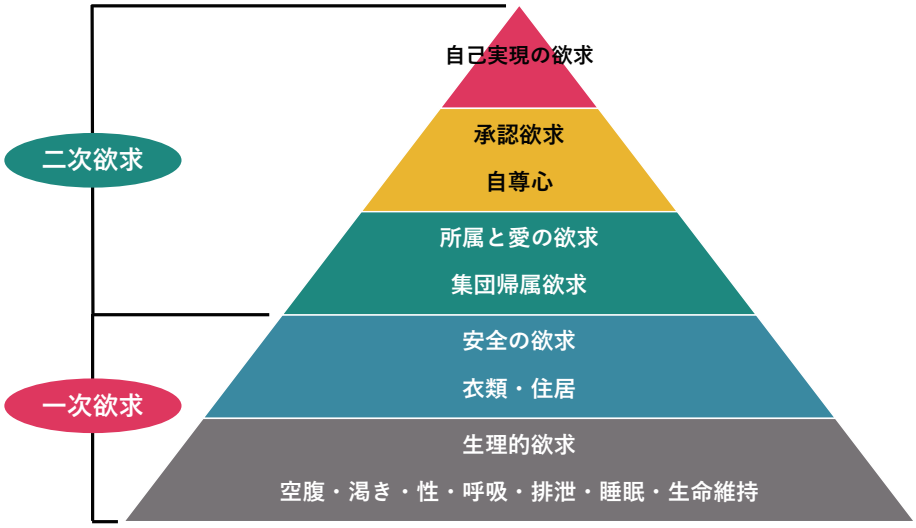
まずは本人の視点に立つ

本人の想いをくみ取ったケアが必要

このように考えると、認知症の人が『帰りたい』とおっしゃることに対して、「どう回答すれば、納得してもらえるか？」「どう回答すると興奮が治まるか」「認知症だからどうしようもない、しばらく放っておくしかないか」などと考えて対応している状態は、本人のニーズと介護職員の理解がミスマッチの状態の可能性があります。そういったときは、いくらその場の対応を考えたり、落ち着くまで一旦様子を見たりしても、また「帰りたい」とおっしゃるようになるでしょう。もし『帰りたい』という気持ちが、「娘に会いたい」ということであれば、娘さんに会えないと納得できないかもしれませんし、「ここがどこかわからなくて不安で安心したい」のであれば、今いる場所や今いる人が知っている人・場所になり、信頼関係が築かれなければだめでしょう。また、「体がかゆくてそわそわする」場合は、いくら説得したり、説明しても、体調が整わなければ落ち着きません。

「今日は帰れません」「明日帰れます」「娘さんに連絡しておきます」など、その時その場でどうやり取りするかは、本人と対話したり、本人に関する情報を集めたりしながら、本人の視点に立とうとすることにより、少しずつ見えてきます。すなわち、BPSD を軽減するケアでは本人のアンメットニーズを推測し、それをくみ取ったケアをすることが必要なのです。

◆ BPSDと背景要因の分析（マズローの基本的欲求）

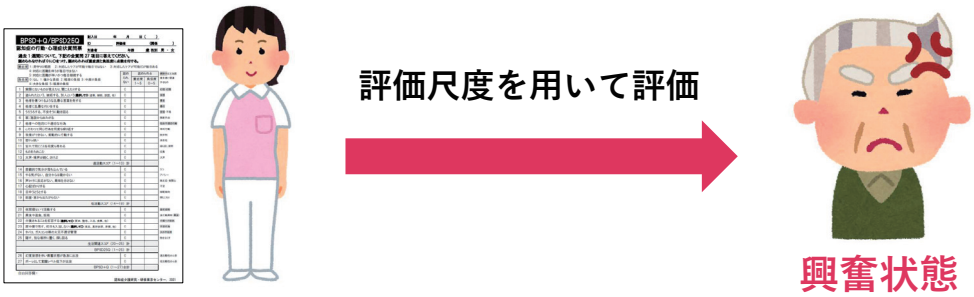


BPSDの背景要因の多くは一次欲求が満たされていない状態であることが多い

認知症の人のアンメットニーズを整理する際には、マズローの基本的欲求が参考になると考えています。具体的には、認知症の人のアンメットニーズとしては、図にある生理的欲求から、安全の欲求、所属と愛の欲求、承認欲求、自己実現の欲求などが想定できます。BPSD の軽減をめざす時は、特に一次欲求と呼ばれる、生理的欲求や安全の欲求について、見落としがないか、しっかりとご確認いただきたいと考えております。例えば、認知症の人が他の人に手を出してしまう背景には、自分の行動が否定されてイライラするとか、状況が飲み込めなくてイライラするといったことだけでなく、「痛みによるイライラ」といった生理的欲求があるとしたら、それを軽減せずして、行動を否定しないようにしたり、状況が飲み込めるようにサポートをしても、イライラは抑制されにくいということです。

まずは一次欲求をしっかりと確認する、ということが BPSD の軽減を図る際の重要なポイントになります。

◆ 本人の視点に立つためにBPSDを把握する



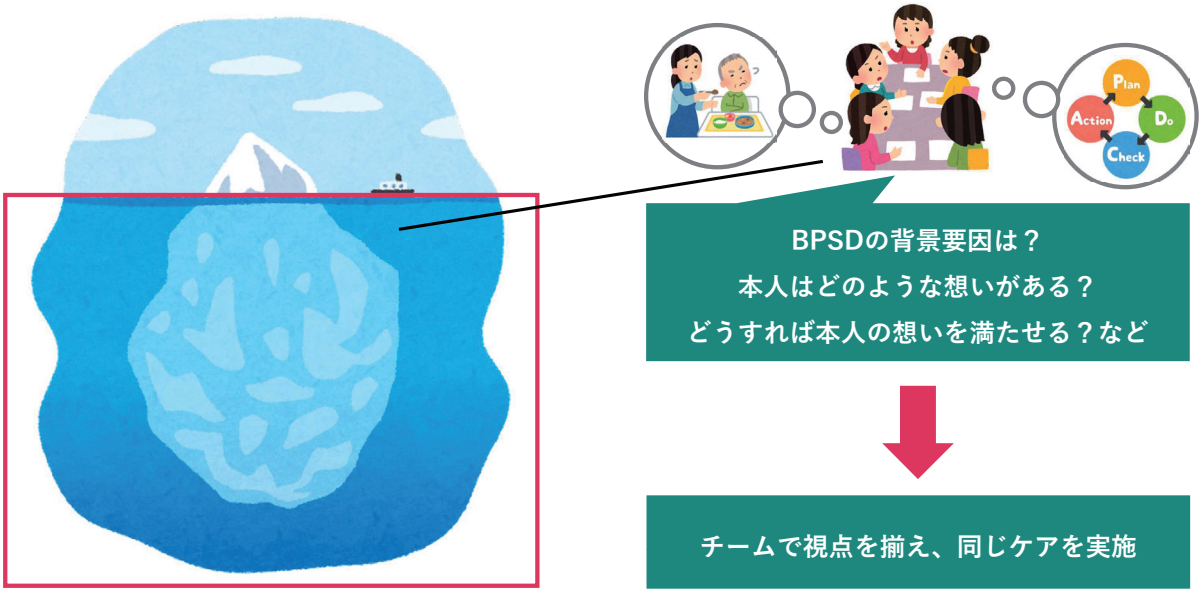
BPSD評価尺度で評価をすることで

- ■ BPSDに気づくきっかけ（特にアパシーや抑うつなど）
- ■ 日常のケアを点数化できる（ケアがうまくいっていないとBPSDの得点が高くなる）
- ■ 同じ評価尺度を使った場合は、BPSDの定義がズレにくいため、評価に齟齬が生まれにくい
- ■ 経時的な変化が数字でわかり、他の人に説明しやすい

加えて BPSD に対するケアにおいては、本人の視点に立ったケアを展開するために BPSD を正しく評価することが重要である、と考えております。本取り組みを行ったこれまでの研究では、認知症の人への介入に際しては、BPSD25Q という評価尺度によって、チームで認知症の人の BPSD を評価していただくこととしました。これによって、アパシー、すなわち無気力状態や抑うつなど、BPSD であると一見気づきにくい状態にも気づくことができる効果が期待できます。

また、介護職員の主観で、BPSD が良くなった・悪くなったを評価するのではなく、点数化することによって、より客観的に状態を評価できます。BPSD の悪化や軽減は、専門職同志でも評価がズレることがあります。評価尺度を活用することにより、BPSD の定義にずれが生じにくくなり、BPSD の評価に齟齬が生まれにくくなります。また、経時的な変化が数字でわかり、他の人に説明しやすい、というメリットもあります。

◆ 本人の想いにどのように対応するか

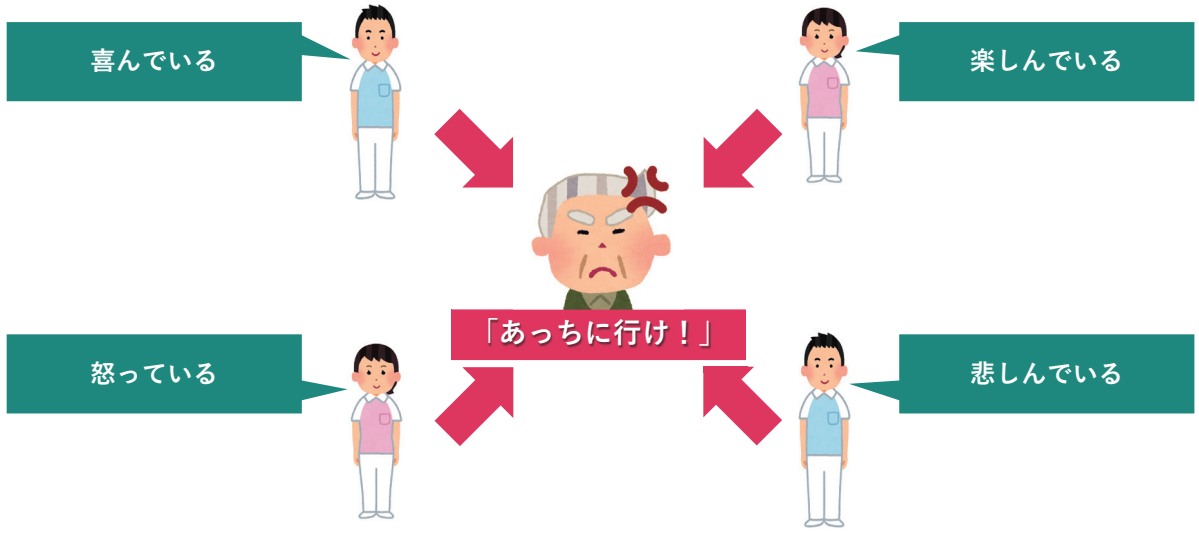


BPSD を客観的に評価すると、どのような症状の重症度が高いかが、数値で可視化されます。これによって、焦点を当てるべき症状の優先順位をつけやすくなります。多くの場合、重症度の高い症状に、その人のアンメットニーズがより強く反映されていると想定することができます。

BPSD を評価した後のステップとしては、チームで、優先して検討すべき症状を焦点化し、その背景要因を探っていただくという段階に入ります。なぜ、その症状の重症度が高いのか、本人は何を求めているのか、という視点でチームで議論することにより、チームメンバーの視点を統一する効果が期待できます。これは、認知症の人に対するケアを統一することにもつながります。本人のアンメットニーズをチームで共有することは、実施するケアを統一するよりもより本質的な理解につながることが想定されます。加えて本人の理解を統一することで、統一したケアを実施するモチベーションも高まることが期待できます。

今回ご紹介する BPSD 軽減に資するケアのプロセスは、認知症の人の症状にどう対応するかではなく、本人の想いを推測し、その想いにどう対応するかを検討していく構造となっています。

◆ チームで視点を揃えてケアを行う意義



ひとりひとり異なる本人の状態像を思い描いている可能性があるため、視点を揃える必要がある
バラバラなケアを行うとどれが効果的であったかわからない

この取り組みでは、「チームで視点をそろえる」という点を最も重視しました。認知症の人の理解の仕方、見え方は、人によって様々です。例えば、認知症の人がタンスを開け閉めしているときに、どうしましたか？と声をかけて、「あっちへ行け！」とおっしゃっている場面では、「怒っている」と捉えるスタッフもいれば、良く知るスタッフから見ると、ひとりの作業に集中している時間（楽しんでいる時間）かもしれません。同じ場面でもやり取りの経過などの持っている情報で理解が異なる場合がありますが、それを共有しなければ理解がズレたままケアを行うことになります。

また、認知症の人でも新人スタッフとリーダーとの区別がついて、リーダーには喜んでいるところを見せるけれども、新人スタッフには悲しんでいる気持ちを吐露するなど、スタッフによっても認知症の人が見せる姿が異なる場合があることは経験的に理解していただけると思います。

そのような持っている情報のずれや、情報に基づく理解のずれを極力排除し、一貫したケアを行えば、認知症の人の安心した生活につながりますし、バラバラなケアを行えば、認知症の人の不安を助長してしまいます。

また、ケアがバラバラなままでは、認知症の人の状態が改善したと思われたときに、何が良かったのか、明確にすることが難しいという事態も生じます。逆に一貫したケアを行えば、もし、行ったケアが本人に合わなかったとしても、その結果をもとに次のケアを検討しやすくなります。

◆ 本研究における取り組みのポイント

1. 本人の視点に立つためにBPSDを把握する

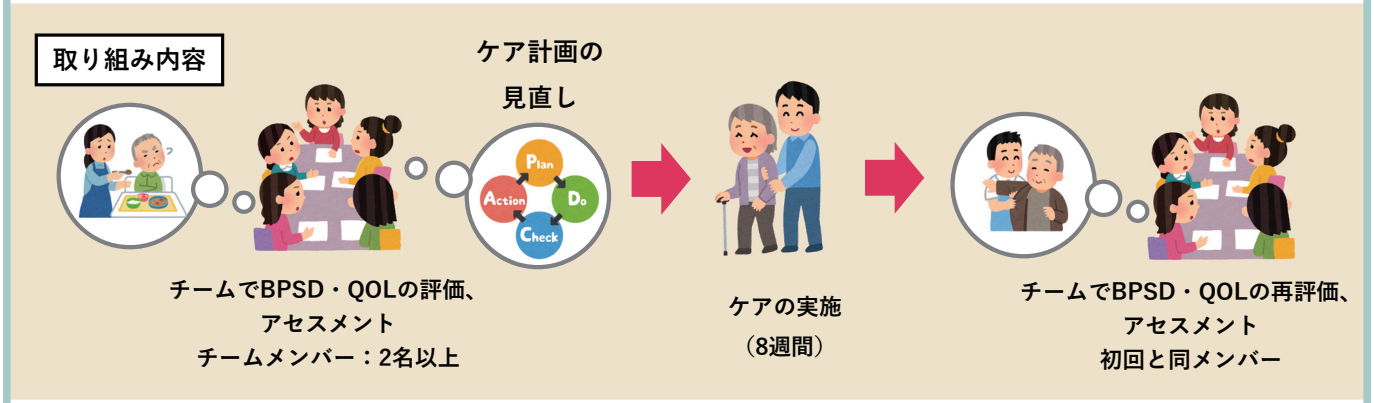
2. BPSDをニーズの表出と捉え、本人の想いを確認する

3. チームで視点を揃えてケアを行い、ケアの結果から次のケアを検討する

まとめると、本研究における取り組みのポイントは、
1. 本人の視点に立つために BPSD を把握すること
2. BPSD をニーズの表出と捉え、本人の想いを確認すること
3. チームで視点を揃えてケアを行い、ケアの結果から次のケアを検討すること
と言えます。

取り組み内容の概要と
具体的進め方

◆ 取り組み内容の概要



取り組みの具体的な手続きについてご説明します。

BPSD の軽減に取り組む際は、まず、対象となる認知症の人を決定します。対象として決定した認知症の人の BPSD について、コアチームのメンバーで評価し、ケア計画を作成します。その上で、コアチーム以外のチームメンバーにもアセスメントとケア計画を共有いただき実施していただきます。取り組み後に、再度、コアチームで認知症の人の BPSD について、コアチームのメンバーで評価する、というのが基本的な流れとなります。期間の目安は 8 週間としています。

◆ チームメンバーの選び方

1. 対象者（認知症の人）の主担当者が中心となる

■ 1名のスタッフが中心となり、取り組みを実施する

2. 多職種連携が望ましい

■ 対象者に普段ケアを行うスタッフでチームを作成する（主担当者含め最低2名以上）
■ 毎回会議に参加することを条件とするコアチームメンバーと
情報共有や同じケアを行うチームメンバーを作成する
■ 参加するスタッフの経験年数は問わない

情報共有

チームメンバー

主担当者が中心となり、
アセスメントや評価、
ケア計画の立案を進める
チームメンバーにも情報共有し、
同じ視点で同じケアを行う

チームメンバーを選ぶ際には、主担当者となるスタッフを設定するとスムーズです。主担当の方を中心に、まずコアチームメンバーを設定します。コアチームメンバーとは、認知症の人の BPSD の評価やアセスメントを行う担当のチームメンバーです。主担当者を含め、最低でも 2 名以上になるように設定してください。2 名以上で検討するというのは、取り組みの効果を得るために特に重要な要素です。BPSD の評価やケアの検討の時に必ず参加いただくメンバーですので、人数は、集まりやすい数に絞っていただければと思います。

また、認知症の人に対して日々ケアを実施するスタッフの皆さんが、チームメンバーということになります。コアチームメンバーよりも多くのスタッフがチームメンバーとなります。チームメンバーは、認知症の人の BPSD の評価結果やアセスメントとケア計画の結果を情報共有し、コアチームメンバーとともに実際のケアを実施します。コアチームメンバーで検討した結果は、同じ視点でケアできるようチームメンバーにも共有してください。

◆ 基本的な取り組みのルール

1. Plan-Do-Check-Act（PDCA）サイクルで検証を繰り返すチームアプローチ

- ■ BPSD評価およびアセスメントに基づいたケア計画
- ■ 2名以上のチームでPDCAサイクルを繰り返す
- ■ 介入は2〜4週間を目安に振り返り、プランを変更するか検討する

2. BPSD評価およびアセスメントの実施

- ■ BPSD評価尺度
- ■ アセスメント（対象者のニーズ・身体状況・環境要因など）

ケアの実施期間は、取り組み開始時に検討・計画したケアを 8 週間続けるのではなく、PDCA サイクルでケアの検証を繰り返し、変更することを想定しています。例えば、食事介助を拒否する認知症の人に対して、検討の結果「声の聞こえやすい右側から声をかけて摂取を促す」ケアを計画・実施したが、4 週間経過しても摂取量等に改善が見られない、といった時にはケアを行った経験を踏まえて、「言葉で促されるのが混乱するため、一皿ずつ提供して自力で食べてもらう」等、新たなケアを計画し、そのケアを実施します。さらに、その後もモニタリングし、介助をされることの混乱は減ったため摂取量は増えたが、食べ始めに時間がかかる、少し介助をすると拒否なく食べられるかもしれないなどといった検討がなされれば、次の改善では、「言葉で促されるのが混乱するため、一皿ずつ提供して自力で食べてもらう、その際最初の一口だけ介助するといった計画に変更されるかもしれません。

このように、8 週間の介入期間は、実施したケアとその結果から、本人のニーズと、ニーズにあったケアを模索していきます。ただし、当初計画したケアによって、本人の状態が改善し、変更する必要がないと考えられる場合には、この限りではありません。また、実施したケアが明らかに不適切と思われる場合や効果が不十分と思われる場合には、4 週間を待たずして、ケア計画が変更される場合があります。

ケア計画を立案するにあたって BPSD 評価尺度を用いた評価やアセスメントを実施します。BPSD 評価やアセスメントは状態の変化を把握するために必要であるため、ケア計画を変更する根拠となります。必要に応じて実施されることが望ましいです。

◆ 取り組みの流れ

①BPSD評価

②ワークシートの記入

③振り返り・プラン修正

1. BPSD評価から始まり、ワークシートに沿ったケア計画の立案と実行、介入開始から4週間を目安に振り返り・プランの修正を行う
2. 介入は8週間実施し、介入開始9週間後に主担当者が評価を実施

続いて、取り組みの流れについて説明します。BPSD25Q を評価した後には、ワークシートを用いてコアチームで検討します。ワークシートでは BPSD の原因や認知症の人のニーズ及びそれをふまえたケア計画について検討をします。検討の結果は、コアチーム以外のチームメンバーにも周知し、統一した理解に基づくケアを実施できる体制を作ってください。

その後、4 週間をめどに、計画実施したケアの効果を振り返り、ワークシートを再度記入します。前述の通り、ケアが効果的に機能している場合は、改めて検討し再度ケアを計画する必要がないかもしれません。また、ケアが悪影響を与えていたり、充分な効果が認められない場合は、4 週間を待たず再検討していただいて構いません。

取り組みは 8 週間実施していただき、取り組み開始 9 週間後に、再度 BPSD 評価を実施するという流れになります。

◆ BPSD評価方法：BPSD25Qの使い方

BPSD＋Q/BPSD25Q　記入日　年　月　日（　）
ID　評価者　（関係　）
認知症の行動・心理症状質問票　対象者　年齢　歳 性別 男・女

過去１週間について、下記の全質問 27 項目に答えてください。
認められなければ０に〇をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度 1：見守りの範囲　2：対応したケアが可能で毎日ではない　3：対応したケアが毎日ある
4：対応に困難を伴うが毎日ではない
5：対応に困難が伴いかつ毎日継続する
負担度 0：なし 1：僅かな負担 2：軽度の負担 3：中度の負担
4：大きな負担 5：極度の負担

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

自由回答欄：

認知症介護研究・研修東京センター，2021

評価方法

- ■ 介護者が観察した結果を記録
- ■ 過去1週間の対象者の状況を評価
- ■ 質問にある症状が、過去1週間で認められなかった場合には、「0」に〇を付ける
- ■ 重症度・負担度ともに得点が高いほどBPSDが重症

注意点

- ■ 重症度は客観的に、負担度は評価者の主観で評価
- ■ 重症度が1点以上の得点がついた場合でも、負担度が0点の場合もある
- ■ 確認している症状の定義は、質問文であり、評価をする際、勝手に症状の定義を変更しない

対象となる認知症の人の、BPSD の評価方法ですが、本取り組みを行った研究では、「BPSD25Q」を用いました。BPSD25Q はインターネットで検索すると無料でダウンロードできます。BPSD25Q は、本人のことを日常的に介護する介護者が観察した結果を記録する評価尺度です。

質問ごとに、重症度・負担度について、過去 1 週間の本人の状況を振り返って評価していただきます。質問にある症状が、過去 1 週間で認められなかった場合には、「0」に〇を付けてください。重症度・負担度ともに得点が高いほど BPSD が重症とされています。

注意点は以下の通りです。

■ 重症度は客観的に、負担度は評価者の主観で評価する

■ 重症度が 1 点以上の得点がついた場合でも、負担度が 0 点の場合もありえる

■ 確認している症状の定義は、質問文そのものであり、評価をする際に、勝手に症状の定義を変更したり、解釈を加えたりせず、質問文そのものに回答する

◆ BPSD評価方法

BPSD＋Q/BPSD25Q　記入日　年　月　日（　）
認知症の行動・心理症状質問票　ID　評価者　（関係　）
対象者　年齢　歳　性別　男・女

過去１週間について、下記の全質問 27 項目に答えてください。
認められなければ 0 に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度　1：見守りの範囲　2：対応したケアが可能で毎日ではない　3：対応したケアが可能だが毎日ある
4：対応に困難を伴うが毎日ではない
5：対応に困難が伴いかつ毎日継続する
負担度　0：なし　1：僅かな負担　2：軽度の負担　3：中度の負担
4：大きな負担　5：極度の負担

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

自由回答欄：

認知症介護研究・研修東京センター、2021

1. 主担当者が評価を行う

■ 主担当者は一人で評価を行う

2. 評価内容をチームメンバーに共有し過大評価を行う

■ コアチームメンバーと話し合いながら評価する

■ 話し合いに参加できないチームメンバーの意見は、事前に情報共有を行い、取り入れる

■ チームで話し合い、**得点に関する意見が合わなかった場合は高い得点の意見を採用**する

3. BPSD評価尺度は日常のケアを数値化している

■ BPSDの症状が重度であることや、多くのBPSDが出現しているのは、認知症の人が悪いわけではなく、必要なケアが不足している可能性がある

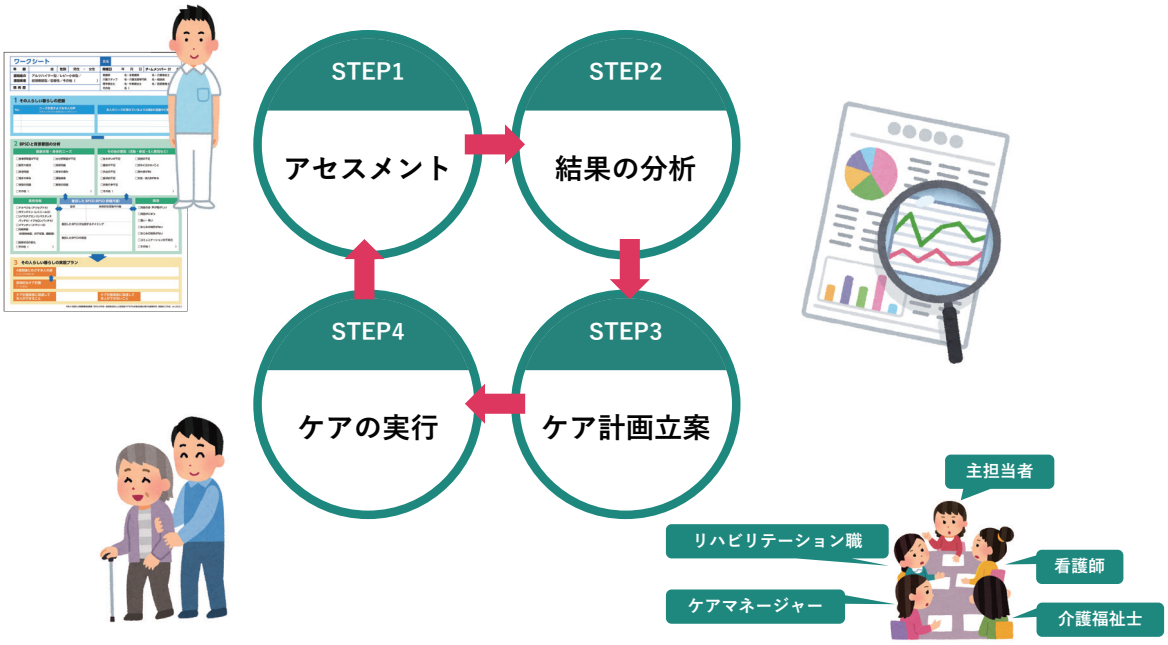
BPSD の評価は、主担当者を決め、主担当者がまず一人で行ってください。その上で、主担当者が評価した BPSD25Q の結果は、コアチームで BPSD を評価する際のたたき台にします。チームでの話し合いは BPSD25Q の「重症度」のみで結構です。具体的には、コアチームで集まり、チームで主担当者が評価した BPSD25Q の結果が、妥当であるか検討を行い、必要に応じ修正してください。

なお、チームで話し合う際に、得点に関する意見が合わなかった場合は、高い得点の意見を採用することとします。ある人が気づいている BPSD か過小評価され、見過ごされるとすれば、それは、認知症の人のメッセージを見過ごすことに他なりません。意見が合わなかったときは、できるだけ BPSD を過大評価し、その結果からケアを検討するようにしてください。

また、話し合いに参加できないチームメンバーの意見については、事前に情報共有を行い取り入れる等の工夫は適宜行っていただいて構いません。

なお、BPSD を評価することは、認知症の人の良し悪しを評価することではなく、日常のケアの結果を数値化していると捉えています。

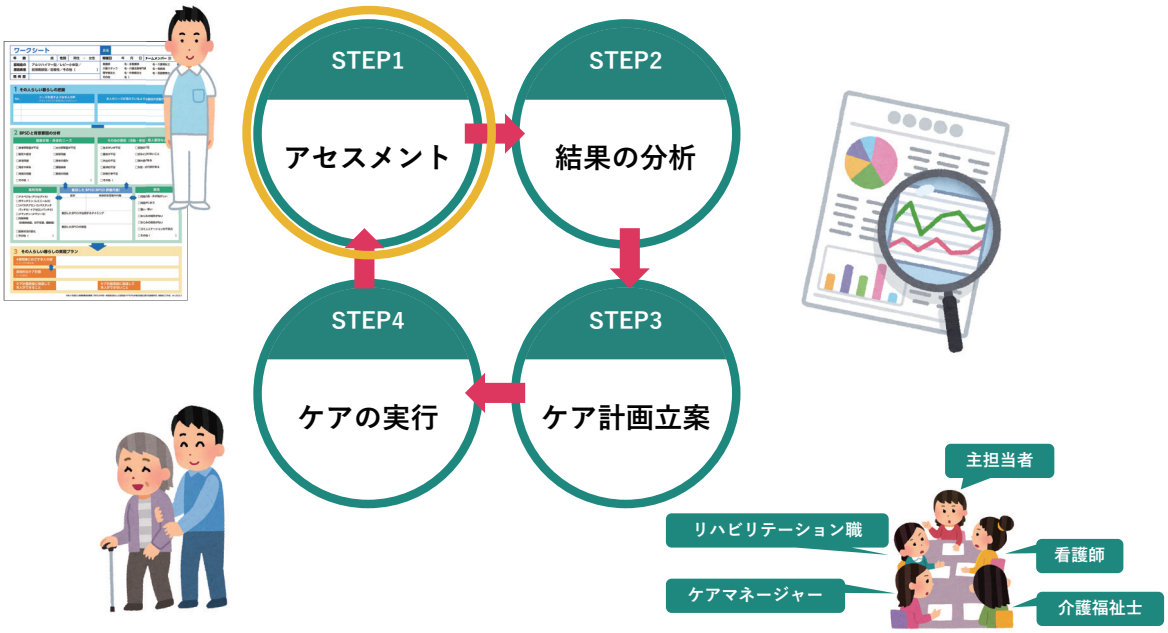
◆ ケアの流れ



ワークシートを記入し、ケアを実施して、その結果を振り返るプロセスをまとめると、この図のようになります。すなわち、ステップ１はアセスメント、ステップ２は結果の分析、ステップ３はケア計画立案、ステップ４はケアの実行です。ケアの実行の結果をモニタリングし、再度アセスメントにつながっていきます。

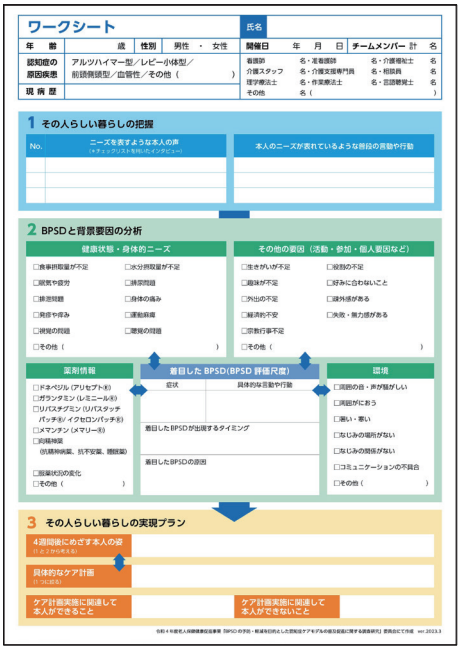
以降はこれらのステップについて更に具体的に解説します。

◆ ケアの流れ：STEP1 アセスメント



まずはステップ１の「アセスメント」についてご説明します。

◆ アセスメント方法：基本方針


ワークシート

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

1 その人らしい暮らしの把握

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

2 BPSDと背景要因の分析

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
- □尿閉や疲労
- □排便問題
- □排泄問題
- □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
- □孤独感がある
- □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®）
- □リバスチグミン（リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®）
- □メマンチン（メマリー®）
- □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評価尺度）

症状	具体的な言動や行動

着目したBPSDが出現するタイミング

着目したBPSDの原因

環境
- □周囲の目・声が騒がしい
- □周囲がにおう
- □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同台
- □その他（ ）

3 その人らしい暮らしの実現プラン
- 4週間後にめざす本人の姿（1、2つから考える）
- 具体的なケア計画（1つに絞る）
- ケア計画実施に関連して本人ができること
- ケア計画実施に関連して本人ができないこと

令和4年度老人保健健康増進事業「BPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの地方自治体に関する調査研究」研究会にて作成 ver.2023.3

1. ワークシートの全体構成

■ 1：その人らしい暮らしの把握、2：BPSDと背景要因の分析、3：その人らしい暮らしの実現プラン、の3部構成になっており、1から取り組む

2. チームで話し合いながら評価を行う

■ 主担当者が事前に評価を実施し、結果を共有し、その場で再度チームで話し合う

■ ２名以上のチームメンバーが集まって話し合いながら評価する

■ 評価は**主担当者が中心**となる

3. 1～3はチームメンバー全員で確認を行う

■ 記入は代表の者1名で行ってもよいが、記入内容の確認はチームメンバー全員で行う

アセスメントからケア計画立案までの流れは、このワークシートに沿って、コアチームで検討いただく想定です。ワークシートの全体構成は、大きく３つのエリアで構成しています。

まず、一番上の青色の部分が、1：その人らしい暮らしの把握のエリアです。続いて、真ん中、緑の部分が、2：BPSD と背景要因の分析のエリアとなります。最後に、1、2 をふまえて、3：その人らしい暮らしの実現プランのエリアを記入します。

このシートは、コアチームで検討することを想定していますが、主担当者が事前に評価を実施し、結果を共有し、その場で再度チームで話し合う等、工夫して取り組んでいただければと思います。なお、コアチームは、2 名以上のメンバーであり、原則として取り組み期間を通じて、検討に関与できる方で構成していただくことを想定しています。一人で検討すると、どうしてもその人の視点の偏りが生じます。複数の専門家から見て、認知症の人の困りごとやニーズをできる限り客観的に捉えることができることを目指す意図があります。また、「1 ～ 3 はチームメンバー全員で確認を行う」ようにしてください。

◆ 基本情報の記載方法

ワークシート				氏名		
年　齢	歳	性別	男性　・　女性	開催日	年　月　日	チームメンバー 計　名
認知症の原因疾患	アルツハイマー型／レビー小体型／前頭側頭型／血管性／その他（　　）			看護師 介護スタッフ 理学療法士 その他	名・准看護師 名・介護支援専門員 名・作業療法士 名（　　）	名・介護福祉士　名 名・相談員　名 名・言語聴覚士　名
現 病 歴						

■ 認知症の原因疾患は複数ある場合は複数に〇をつける

■ 資格を複数持った職員がチームメンバーとなった場合は、
働いている資格のみをカウント
（例：介護福祉士と介護支援専門員を持っているが、
介護福祉士として働いている場合は介護福祉士としてカウント）

さらに具体的に、各欄の記入方法を解説していきます。

まず、基本情報の記載方法です。

●年齢については、ワークシート記載時の年齢を記入します。

●性別は、男性もしくは女性に〇をつけてください。

●認知症の原因疾患は、原則単数回答ですが、混合型の様に、複数ある場合は複数に〇をつけてください。また、原因疾患の鑑別がされていない場合は、その他に〇をつけ「鑑別なし」と記入します。

●現病歴には、現在服薬、治療中の疾患を記入します。

●開催日は、コアチームでワークシートの内容を検討した日を記入します。

●チームメンバーの人数の記載欄がありますが、チームメンバー：計〇名のところには、検討に参加したコアメンバーの数を記入します。

なお、資格を複数持った職員がチームメンバーとなった場合は、働いている資格のみをカウントします。例えば、介護福祉士と介護支援専門員を持っているが、介護福祉士として働いている場合は介護福祉士としてカウントします。

◆ アセスメント方法：1　その人らしい暮らしの把握

1 その人らしい暮らしの把握

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

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きていること、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

チェックリストを用いたインタビュー方法

- チームで話し合ってチェックする項目（2-3項目）を決める（対象者にとって重要な項目を選択）
- 本人の声は対象者の発言をそのままを記録する
- 本人が回答困難な場合は質問方法を変えてもよい（これまでの記録や家族情報等を参考にしてもよい）
- インタビューの実施方法は自由
- インタビューの例1：信頼関係ある人が対象者から回答を得る
- インタビューの例2：カンファレンスに対象者が参加し、みんなで話し合いながら回答を得る）

続いて、1 その人らしい暮らしの把握、の欄についてご説明します。この欄は、取り組み全体の方向性として、何を目指していけばいいか見失わないように、本人の望む暮らしをまず検討することを意図して設けた項目です。

この欄は、原則として、スライドにあるチェックリストを用いたインタビューによって、認知症の人ご本人に聞き取った結果を記入することを想定しています。「その人らしい暮らしについて聞き取る項目」にある 7 項目について、認知症の人に聴き取って赤枠の中に記入いただければと思います。欄が限られていますので、1 ～ 7 の質問について簡単にチームで話し合いチェックする 2 ～ 3 項目を決めます。選定基準は、コアチームメンバーの主観で、対象者にとって重要な項目を選択していただければと思います。記入に際しては、評価日・評価者を記入の上、No をつけながら、対象者の発言をそのまま記入するようにします。

なお、本人が回答困難な場合は、例えば、これまでの記録や家族情報等を参考にする等、情報源を変えていただいても構いません。ただし、できる限り本人からの発信を重視して記入いただきたいと思います。例えば、認知症の人は、改めて「今どのようなことをしたいですか？」などと尋ねても、「わからない」とか「特にない」とおっしゃることもあるでしょう。その場合は、日常生活の中で発信された情報から、本人のその人らしい暮らしを推測する必要があります。

◆ アセスメント方法：1　その人らしい暮らしの把握

1 その人らしい暮らしの把握

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

本人のニーズが表れているような普段の言動や行動の評価方法

■ チームで本人のニーズが表れているような普段の言動や行動について話し合い、頻繁に出現する言動や発言、または大切にしていることなどを記録する（対象者にとって重要な項目を選択する）

本人のニーズが表れているような普段の言動や行動の欄には、チームで普段の言動や行動について話し合い、頻繁に出現する言動や発言、または大切にしていることなどを記録します（対象者にとって重要な項目を選択する）。例えば、食堂に座るときの席とか、居室のもののレイアウト、食べ物の好き嫌いや、本人なりの習慣など、とても些細なことに思えるようなことも本人の中では大きなこだわりになっている場合があります。そういった本人の望む暮らし方などを記入いただくと、本人の理解やケアのヒントになる可能性があります。

その他、改めてインタビューをしても「特にしたいことはない」とおっしゃる方でも、外を眺めておられる時に話しかけると「墓はどうしたかな」などとつぶやかれることがあるかもしれません。そういったときに「お墓が気になりますか？」とか、「奥さんが懐かしいですか？」などとお尋ねすることで、ご本人の望みが聞き取れたり、推測できたりするかもしれません。本人から特段回答がなかった場合でも、それが望む暮らしのヒントとなると思われれば、本人のニーズが表れているような普段の言動や行動の欄に「外を眺めておられる時に話しかけると「墓はどうしたかな」とつぶやかれた。」などと記入いただければと思います。

また、家族からの重要な情報はここに記入してください。家族からの情報を記入する場合は、評価者の欄に家族と記入してください。

◆ アセスメント方法：1　その人らしい暮らしの把握

1 その人らしい暮らしの把握

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

本人が回答困難な場合

- これまでの記録や家族情報、介護者との関わる経験の中から**大切だと思われることを「はい」「いいえ」で答えられる形で尋ねる**
- 「はい」「いいえ」でも回答することが困難な場合はこれまでの情報をもとに**本人の立場になって回答を考える**

さらに、これまでの記録や家族情報、介護者との関わる経験の中から大切だと思われることを「はい」「いいえ」で答えられる形で尋ねることで回答を得られるかもしれません。また、「はい」「いいえ」でも回答することが困難な場合でも、ご本人の望む暮らしを推測するヒントとなるような情報を発信されている場面があるかもしれません。ご本人がどのような暮らしを望んでおられるかを考えるヒントとなりそうな情報がキャッチできた際には、極力ご本人からの発信をくみ取る形で、記入いただければと思います。この欄は、時間をかけようと思えば、際限なく時間が必要になる欄でもあります。取り組む時間や情報を収集する範囲を決めて記入し、新たな情報が得られた際には、次に記入する際に追記する等の対応をしていただければと思います。

◆ アセスメント方法：1　その人らしい暮らしの把握（事例）

1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを表すような本人の声 （＊チェックリストを用いたインタビュー）	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動
5	「わかりません、すみません。」	よく、「こうちゃんは？」「なおちゃんは？」と尋ねられる　※「こうちゃん」は息子、「なおちゃん」は、夫のこと（息子より）

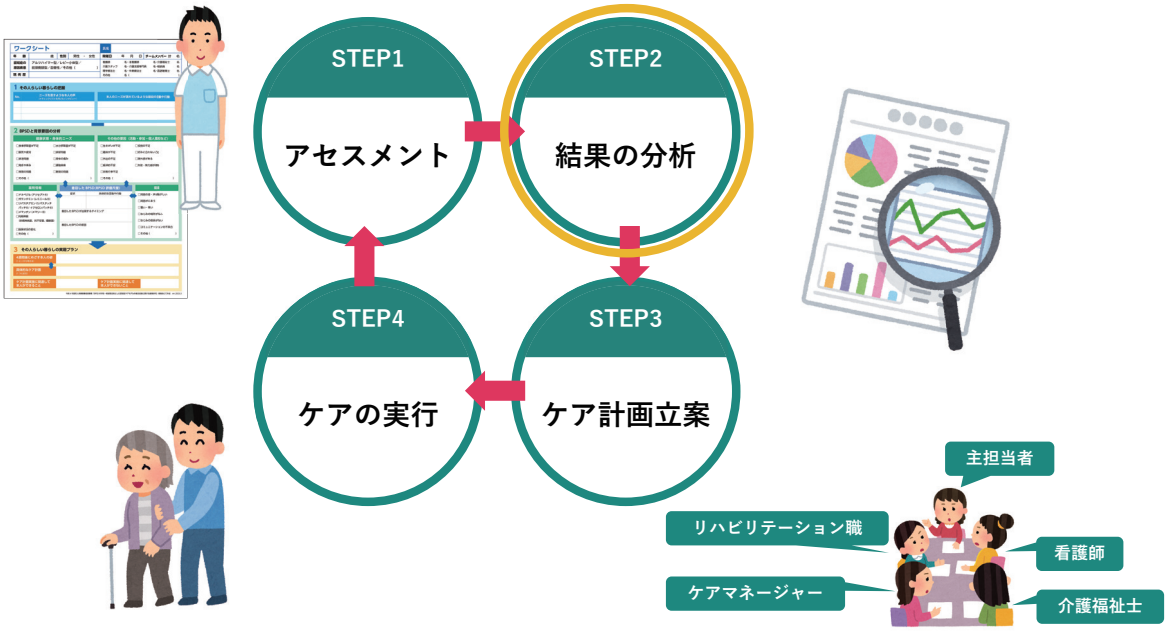
チェックリストのNOを記入

インタビューの結果から担当者が優先順位が高いと思う声を記入。「わかりません」などもそのまま記入。

80歳、レビー小体型認知症、女性

こちらが記入例です。

◆ ケアの流れ：STEP2 結果の分析



続いて、ステップ２の「結果の分析」に入ります。これは、２を記入するステップと概ね合致しています。

◆ アセスメント方法：2　BPSDと背景要因の分析

1. □のついた各項目について、現状を振り返りチェックする

- ■ BPSDの原因に挙がりやすい項目で構成されている
- ■ チェックが多いほどBPSDが生じやすい状態を示す
- ■ チームで話し合い、チェックに関する意見が合わなかった場合は**チェックがついた方の意見を採用**する

2. 着目するBPSDを絞り、「着目したBPSD」「BPSDが出現するタイミング」を記入する

- ■ BPSD+Qの結果及びチェックの結果から着目するBPSDをコアチームで検討し、決定する
- ■ 本人の発言や行動を具体的に記入する

3. 着目したBPSDに与える影響が大きいと思われる要因を検討

- ■ BPSDが出現するタイミングを考えることは対象者への接し方の振り返りや対象者の心情を探るきっかけになる
- ■ 想定される原因は、チェック項目やその他の要因、BPSDが出現するタイミングから考え、主なもの一つに絞る
- ■ BPSDを通じて対象者のニーズが何かを考える

2 BPSD と背景要因の分析、は、この図の赤枠内になります。1 から 3 のステップで進めていきます。

1. □のついた各項目について、現状を振り返りチェックします。

■ BPSD の原因に挙がりやすい項目で構成されています。

■ チェックが多いほど BPSD が生じやすい状態を示しています。

■ チームで話し合い、チェックに関する意見が合わなかった場合はチェックがついた方の意見を採用とします。

2. 着目する BPSD を絞り、「着目した BPSD」「BPSD が出現するタイミング」を記入してください。

■ BPSD25Q の結果及びチェックの結果から着目する BPSD をコアチームで検討し、決定してください。

■ 本人の発言や行動を具体的に記入してください。

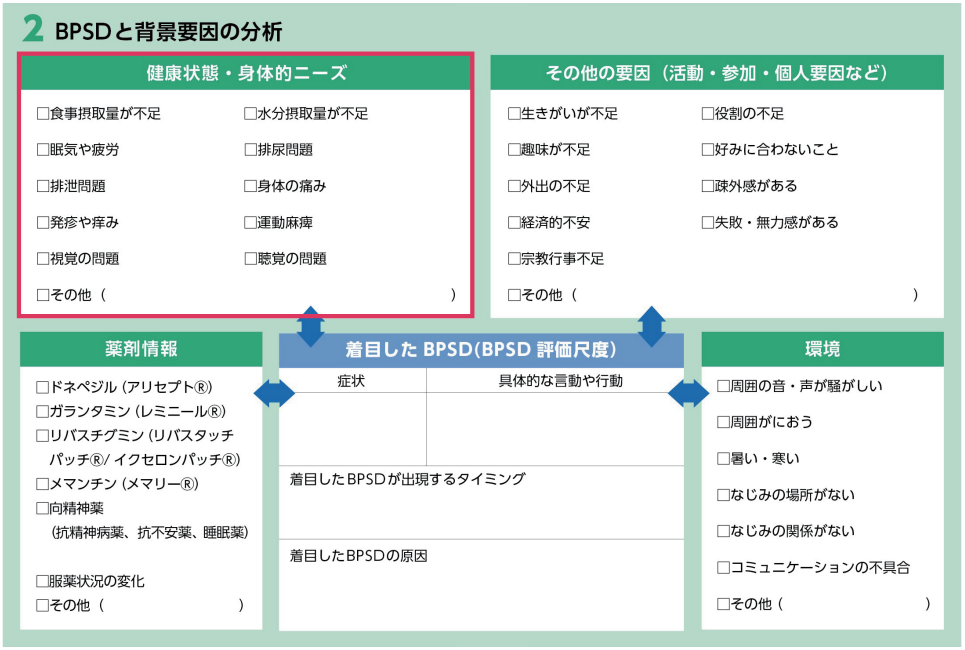
3. 着目した BPSD に与える影響が大きいと思われる要因を検討してください。

■ BPSD が出現するタイミングを考えることは対象者への接し方の振り返りや対象者の心情を探るきっかけになります。

■ 想定される原因は、チェック項目やその他の要因、BPSD が出現するタイミングから考え、主なもの一つに絞ってください。

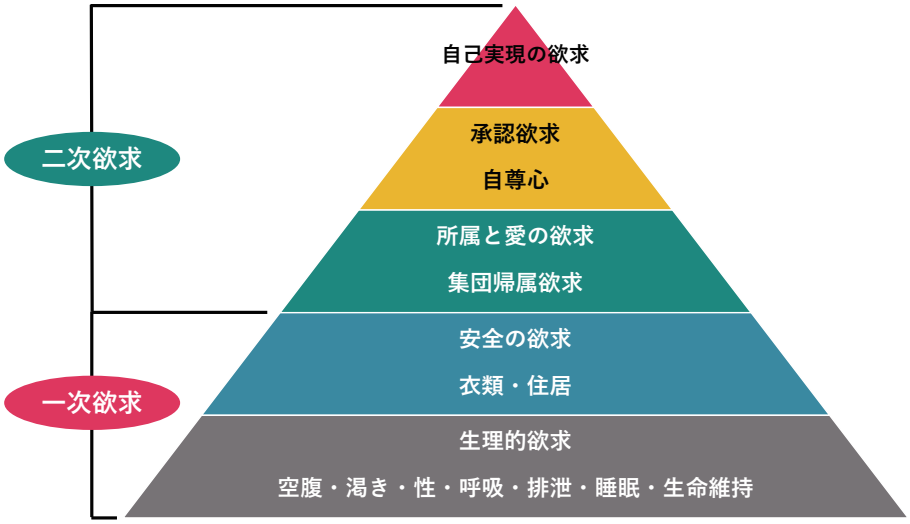
■ BPSD を通じて対象者のニーズが何かを考えてください。

◆2　BPSDと背景要因の分析（健康状態・身体的ニーズ）



健康状態・身体的ニーズの欄についてご説明します。本研究においては、健康状態・身体的ニーズは、優先して対応すべき基本的なニーズと考えています。

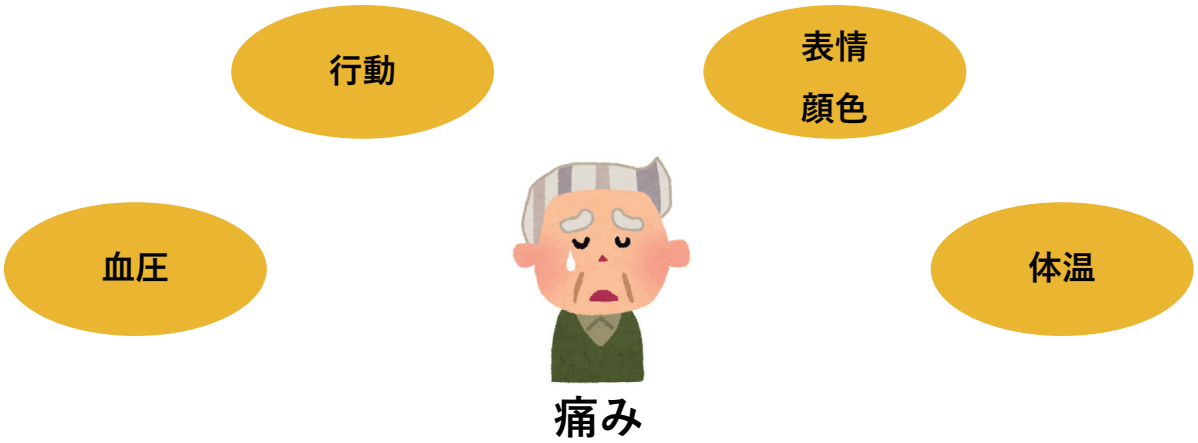
◆認知症の人の健康状態・身体的ニーズ（マズローの基本的欲求）



BPSDの背景要因の多くは一次欲求が満たされていない状態であることが多い

人は、まず、一番下にある土台となっているニーズを優先的に満たすことを望み、それが満たされれば次のレベルの欲求を満たそうとするということがこの図に基づいて解説されます。認知症の人も、安定して生活をするためには、まずは生理的欲求、次いで安全の欲求と、一次欲求に分類される低次の欲求を満たす必要があります。しかし、認知機能の低下により、そういった欲求があることを自覚できなかったり、感じていても分かるように介護者等に伝えられない場合があります。「健康状態・身体的ニーズ」の欄では、このことが BPSD の大きな要因になっていないか検討をします。

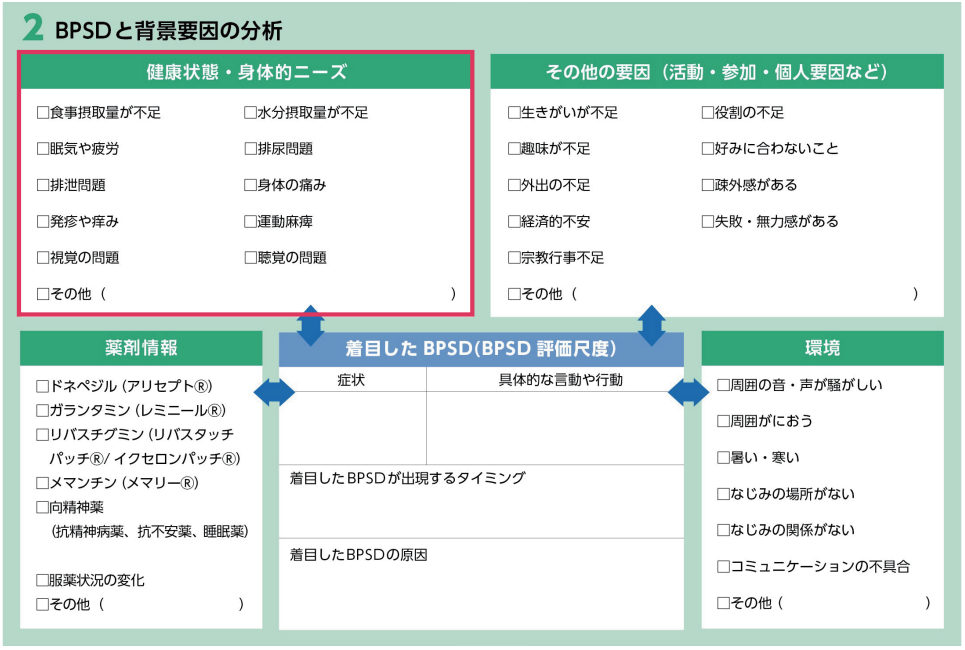
◆ 認知症の人の生理的ニーズ



行動や表情・顔色、血圧、体温の変化の裏には「痛み」があるかもしれない

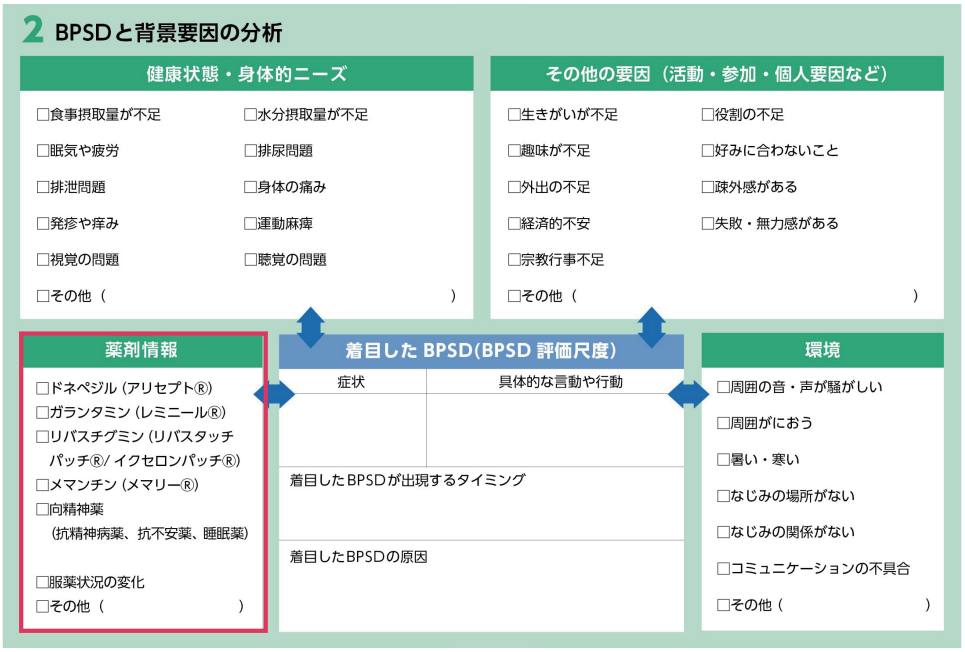
例えば、痛みがある人は、直接その痛みを訴えることができていないかもしれません。その場合は、いつもと少し異なる行動・動作・姿勢、表情や顔色、体温・血圧等、本人のことをよく観察することで痛みがあることを発見していくことがあります。

◆2　BPSDと背景要因の分析（健康状態・身体的ニーズ）



健康状態・身体的ニーズの欄を記入する際には、そういった本人の様子を実際に確認したり、本人に話を聞くなどして、事実確認を行いながら、チェックをしていくとよいでしょう。食事摂取量が不足は、食事摂取量の不足による低栄養状態や、空腹感などをチェックします。水分摂取量が不足は、水分摂取量の不足による口渇感や、脱水症状等をチェックします。眠気や疲労は、夜間の睡眠状況や日中の活動量などをチェックします。排泄の問題は、便秘や下痢、排尿の問題は、失禁、頻尿、その他の排尿に関わるかをチェックします。身体の痛みは、傷、打撲、骨折、口内炎、入れ歯の影響、潰瘍やがん等の痛みをチェックします。発疹や痒みは、皮膚の状態やかきむしりなどがないかをチェックします。運動麻痺は、移動が制限されたり、身体が自由に動かないことにストレスがありそうな場合にチェックします。視覚の問題、聴覚の問題も見落とされがちですが、認知症の人は基本的に高齢ですので、見えにくい、聞こえにくくないかチェックします。その他の欄は、例えば、特定の疾患の影響等、これらの項目以外に健康状態、身体的ニーズが影響していると考えられる場合に記入してください。

◆2　BPSDと背景要因の分析（薬剤情報）



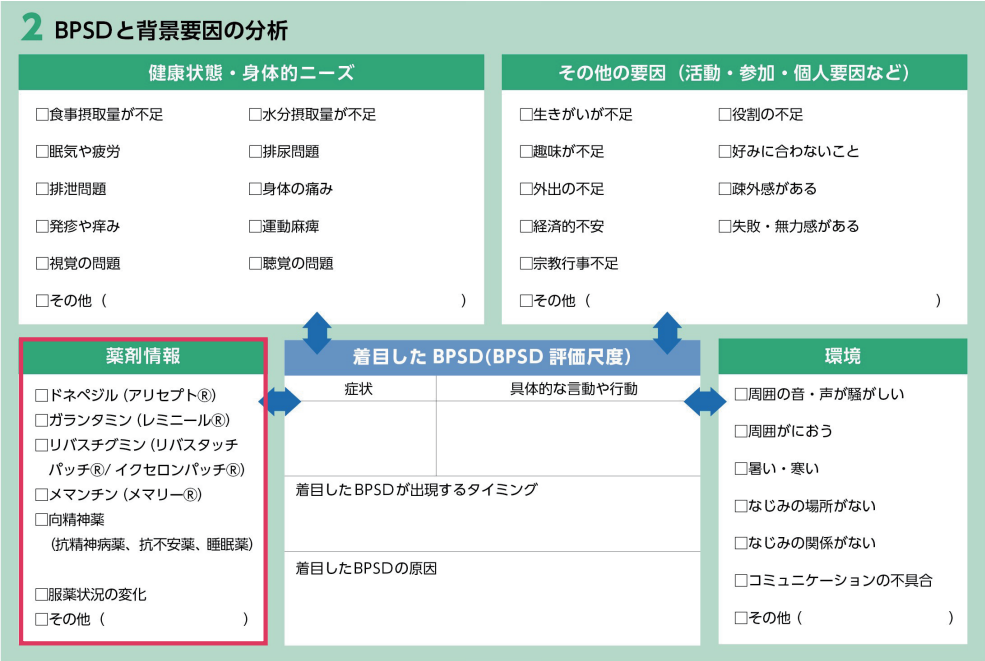
続いて薬剤情報の欄です。この欄では、薬剤の利用状況をチェックし、BPSD に影響を与えていないか検討します。

◆ 認知症の人の生理的ニーズ（薬剤の影響）

定期的に薬剤を見直す必要がある
本当に飲む必要があるのか

認知症の人は、加齢の影響もあり、薬の影響により BPSD を生じやすいと捉えることができます。例えば、多剤を服用している場合や、治った症状に対する薬が継続されていたり、薬の効きすぎや効果が得られていない場合、飲み合わせが悪い等により、BPSD が生じている可能性があります。これらは、介護職員が判断することは難しいですが、該当すると考えられる場合は、医師や看護師等の医療専門職に生活の様子の情報提供を行いながら、見直しの可能性を検討し、対応することにより、BPSD が軽減・改善する場合があります。

◆2　BPSDと背景要因の分析（薬剤情報）



認知症治療薬や向精神薬が処方されている場合は、副作用や効きすぎその他の影響がないか、医療専門職と連携をとり、BPSD に影響している可能性がないかチェックします。その他、薬剤が変更された後などは、副作用や効きすぎ等の影響で BPSD につながる可能性があります。

◆ 2　BPSDと背景要因の分析（環境）

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
- □眠気や疲労
- □排尿問題
- □排泄問題
- □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®）
- □リバスチグミン（リバスタッチパッチ®/ イクセロンパッチ®）
- □メマンチン（メマリー®）
- □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 評価尺度）

症状	具体的な言動や行動

着目したBPSDが出現するタイミング

着目したBPSDの原因

環境

- □周囲の音・声が騒がしい
- □周囲がにおう
- □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（　　）

この欄は、BPSD と物理的・人的環境の影響について検討する項目です。

◆ 騒音

騒音がBPSDの要因となるかもしれない
騒音が認知症本人にとってどのような影響を与えているかを本人視点で考える

認知症の人は、認知機能障害により、注意を集中したり、維持したりする機能が低下している場合があります。そのため、テレビ・ラジオの音や音楽などが聞こえている中で、人と話しをすると、その人の話が理解しにくいといった場合があります。他にも、普通は気にならないようなドアの開閉の音が、気になってそれまで行っていた作業や会話が止まってしまったり、周囲の人の話し声が続いていると耳に入るとイライラしたりする場合があります。

BPSD が生じている際に音の影響がないかを考えて、あてはまるようならチェックをしてください。

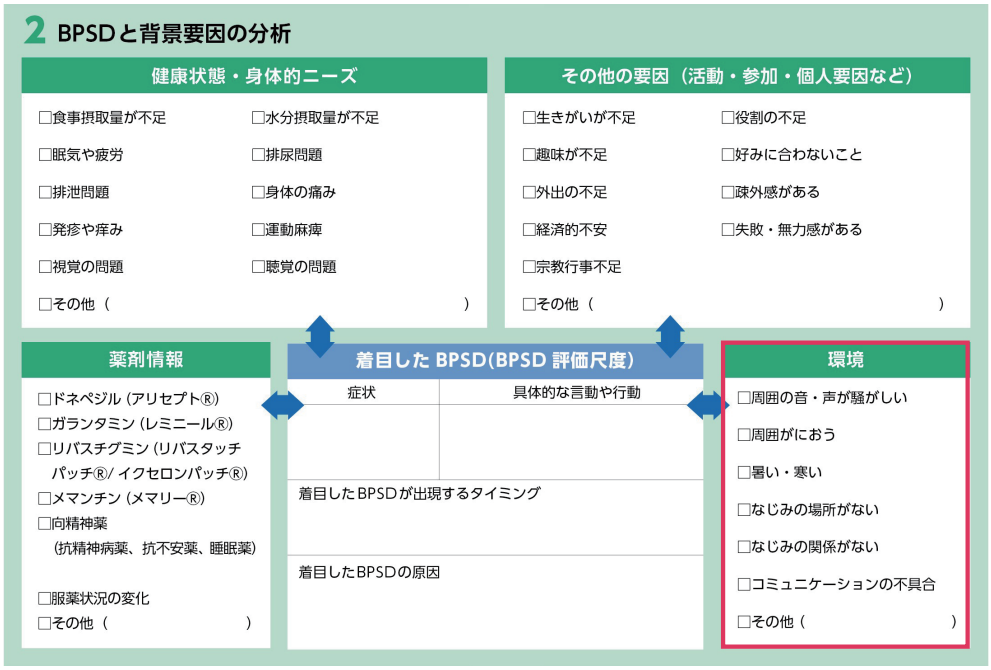
◆ におい

においがBPSDの要因となるかもしれない
においが認知症本人にとってどのような影響を与えているかを本人視点で考える

認知症の人は不快なにおいを感じてもそれが何の匂いかわからない可能性があります。また、においを不快と感じても、においのせいで不快であるということが分からない可能性もあります。さらに、料理の匂いがしてくると、帰って子供に食事を作らないと…など、帰りたいという気持ちになるきっかけになる場合などもあるでしょう。

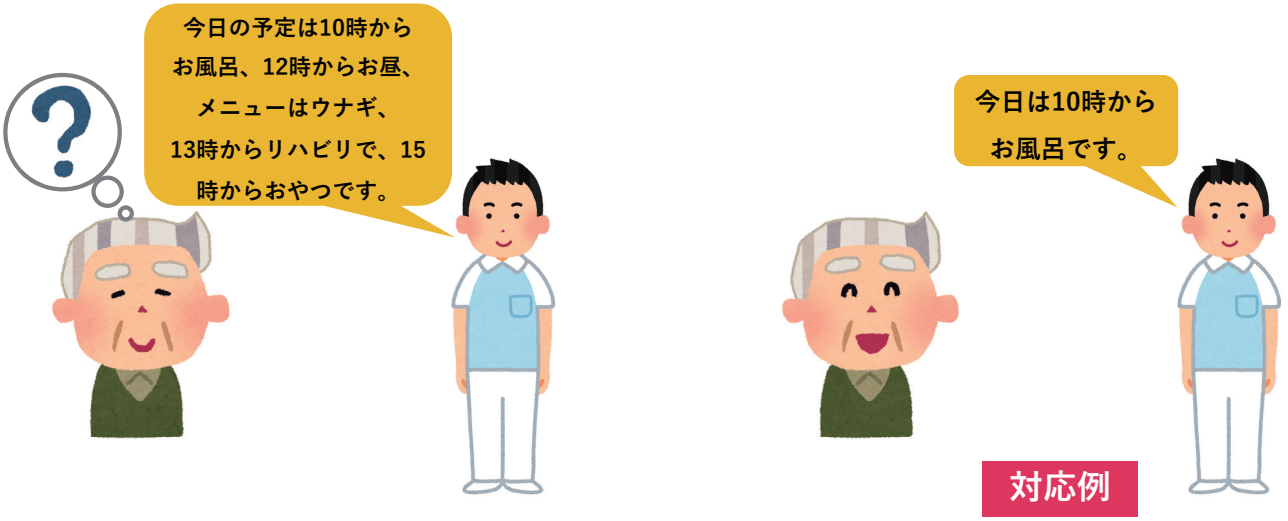
生活の中の様々なにおいが、認知症の人を不安にしたり、落ち着かなくさせている可能性がある場合はチェックします。

◆2　BPSDと背景要因の分析（環境）



周囲の音が騒がしい、周囲がにおう、暑い･寒い、なじみの場所、なじみの関係、コミュニケーションの不具合などをチェックします。暑い・寒いは、温度に関する感覚が機能していても、暑い・寒いと判断できず、そわそわする可能性もあります。温度だけでなく、湿度や日差しなどもこういった感覚に影響を与える可能性がありますので、そのような要因について検討し、影響を与えている可能性が考えられる場合はチェックしましょう。なじみの場所は、本人が落ち着いて過ごせる場所があるかどうかをチェックします。なじみの関係は、「本人がだれかわかる人がいる」あるいは、「誰かはわからなくてもこの人が入れば、安心という人がいるか」どうかをチェックします。コミュニケーションの不具合は、話の際に自分に話しかけられていることに気づいているか、本人がわかるスピードで話しているか、話が理解できず混乱していないかなどを確認します。

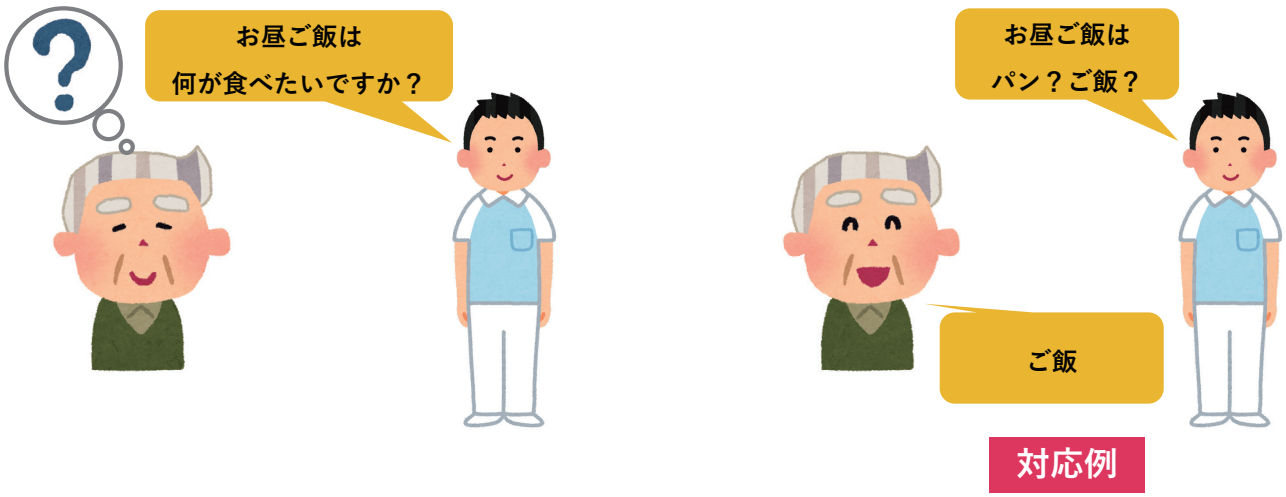
◆ ケア提供者の関わり方



短く、わかりやすい言葉で伝える必要がある

例えば、認知症の人は、言語機能が低下し、一度にたくさんの言語情報をやり取りできない場合があります。「今日の予定は 10 時からお風呂、12 時からお昼、メニューはウナギ、13 時からリハビリで、15 時からおやつです。」などと、一度にたくさんの情報を伝えると、理解できなかったり、混乱してしまうかもしれません。その場合は、スライドにあるように、「今日は 10 時からお風呂です。」などと　短くわかりやすい言葉で伝える必要があります。

◆ ケア提供者の関わり方



選択肢から選んでもらうことや「はい」「いいえ」で回答してもらった方がよい場合がある

更に短い文章でも理解が難しい場合は、選択肢から選んでもらうことや「はい」「いいえ」で回答してもらった方がよい場合がありますし、話すスピードを少しゆっくりにしたり、単語で伝えたり、身振り手振りで伝えたり、文字がわかる人は文字で伝える等、認知症の人が理解できる方法を模索する必要があります。逆に、そうした配慮が不十分であることがコミュニケーションのストレスを生み、BPSD が生じる可能性があります。ケア提供者の関わり方が不十分な場合は、コミュニケーションの不具合にチェックします。

◆ 視覚情報

コントラストをつけることでトイレだと認識しやすくなる

その他、人的環境や物理的環境か、BPSD に影響を与えていると考えられる場合は、その他にチェックし、影響を与えていると思われる要因を（　）内に記入してください。その他の欄には、例えば、視覚情報の認知機能低下などが入るかもしれません。視覚情報の認知機能が低下している人は、同じ色のものの形を捉えることが難しくなります。トイレであれば、図のようにすべて白い色で同じ材質のものでできていますが、このような場合、トイレをトイレと認知しにくくなることなどがあります。そういったときは、便座部分にコントラストをつけることでトイレと認識しやすくなる場合があります。その他、壁とドアの色が似ていることで、ドアの場所が分からず混乱するなどということもあります。

項目にない環境が影響している考えられる場合は、その他にチェックしてください。

◆2　BPSDと背景要因の分析（その他の要因）

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
- □眠気や疲労
- □排尿問題
- □排泄問題
- □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®）
- □リバスチグミン（リバスタッチパッチ®/ イクセロンパッチ®）
- □メマンチン（メマリー®）
- □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 評価尺度)

症状	具体的な言動や行動

着目したBPSDが出現するタイミング

着目したBPSDの原因

環境

- □周囲の音・声が騒がしい
- □周囲がにおう
- □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（　　）

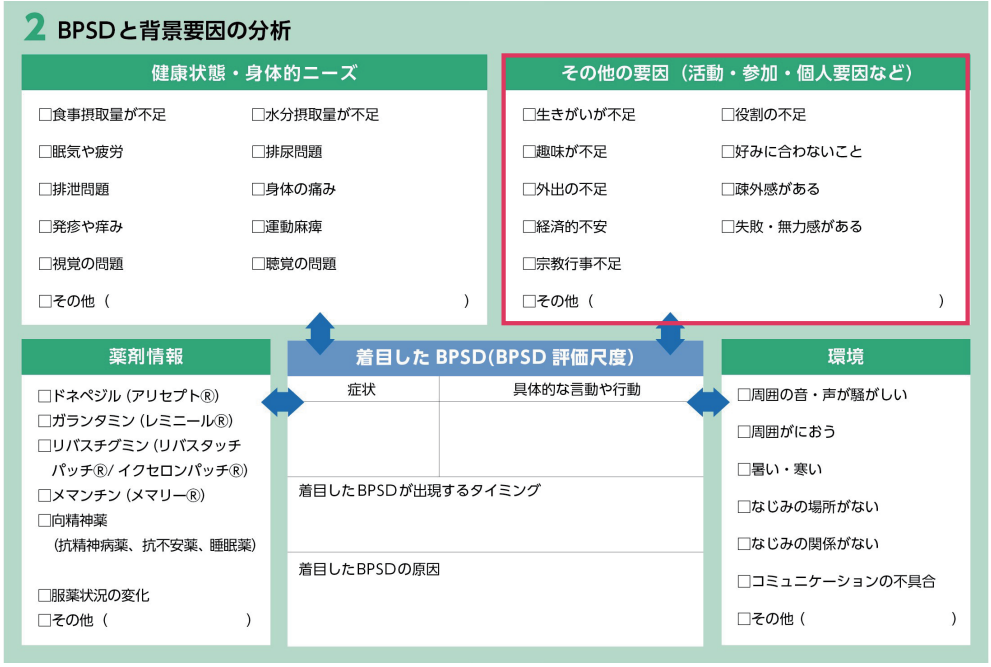
その他の要因には、生きがい、役割、趣味等認知症の人の価値観等に類する要因を中心に項目を設けました。

◆ 認知症の人の価値観

マズローの基本的欲求の一次欲求が満たされているにもかかわらず、BPSDが生じている場合は二次欲求に着目するとよい

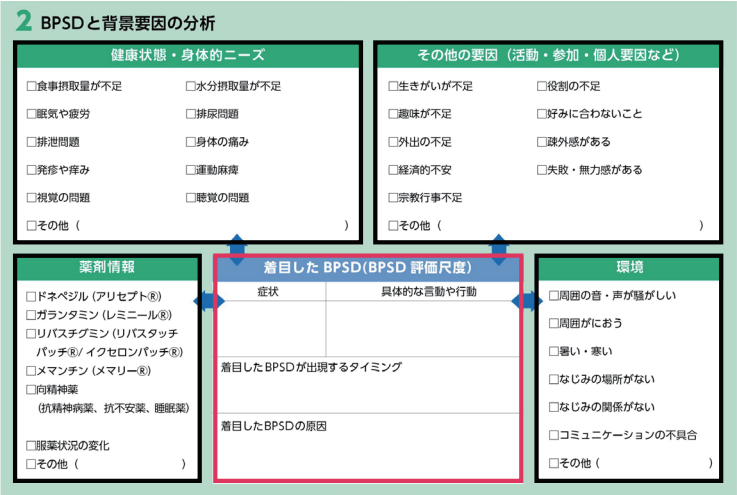
本研究では、マズローの基本的欲求における、一次欲求が満たされることをまず重視しますが、一次欲求が満たされているにもかかわらず、BPSD が生じている場合は二次欲求に着目する必要があるでしょう。生きがいや役割があるか、望む宗教活動ができているか、外出ができているか、好みが尊重されているかなどを評価します。

◆2　BPSDと背景要因の分析（その他の要因）



生きがいが不足、役割の不足、趣味が不足では、これらが満たされていないと思われる場合は、チェックし BPSD の要因になっていないか検討します。好みに合わないことでは、生活の中で、本人の好みが尊重されているか、例えば、服装や生活で用いる家具や道具、食事や嗜好などが尊重されないことにより、BPSD の要因になっていないか検討します。外出の不足は、本人が望む外出の機会が確保されないことにより、BPSD の要因になっていないか検討する項目です。疎外感があるは、周囲の人と打ち解けられているかをチェックします。経済的不安は、金銭管理についての約束事を忘れる、理解できないといったことや食事をする際、その他活動をする際に、支払いなどが不安につながることがあります。失敗・無力感があるは、わからなかったり、失敗をしたりすることによって、無気力・無関心等の BPSD を生じる場合もあります。宗教行事不足では、望む宗教活動ができていないかチェックします。墓参りや位牌の管理、その他宗教的な活動の影響を検討します。その他では、これまでに出てきていない要因が BPSD に影響を与えている可能性がないか検討します。例えば、日常的な習慣が行えていない場合などはチェックをします。

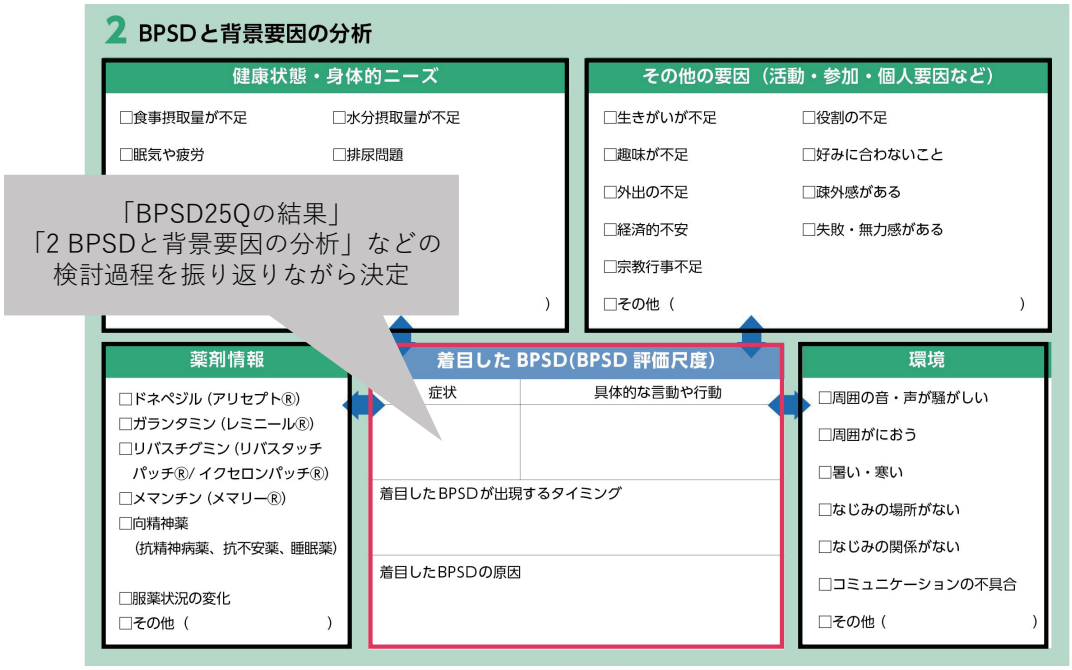
◆ 2　BPSDと背景要因の分析（着目したBPSD～BPSDから見える本人のニーズ）



① 黒枠の項目はBPSDの背景要因となっている可能性が高い項目
② BPSD評価尺度の項目から1項目に着目（必ずしもBPSDが重度な項目に着目する必要はない）
①の結果も踏まえて、対象者の視点になり、本人のニーズを考える

BPSD と背景要因の分析欄の黒枠の項目は BPSD の背景要因となっている可能性が高い項目です。黒枠を検討した後に BPSD 評価尺度の項目から 1 項目に着目（必ずしも BPSD が重度な項目に着目する必要はない）し、赤枠の検討を進めます。

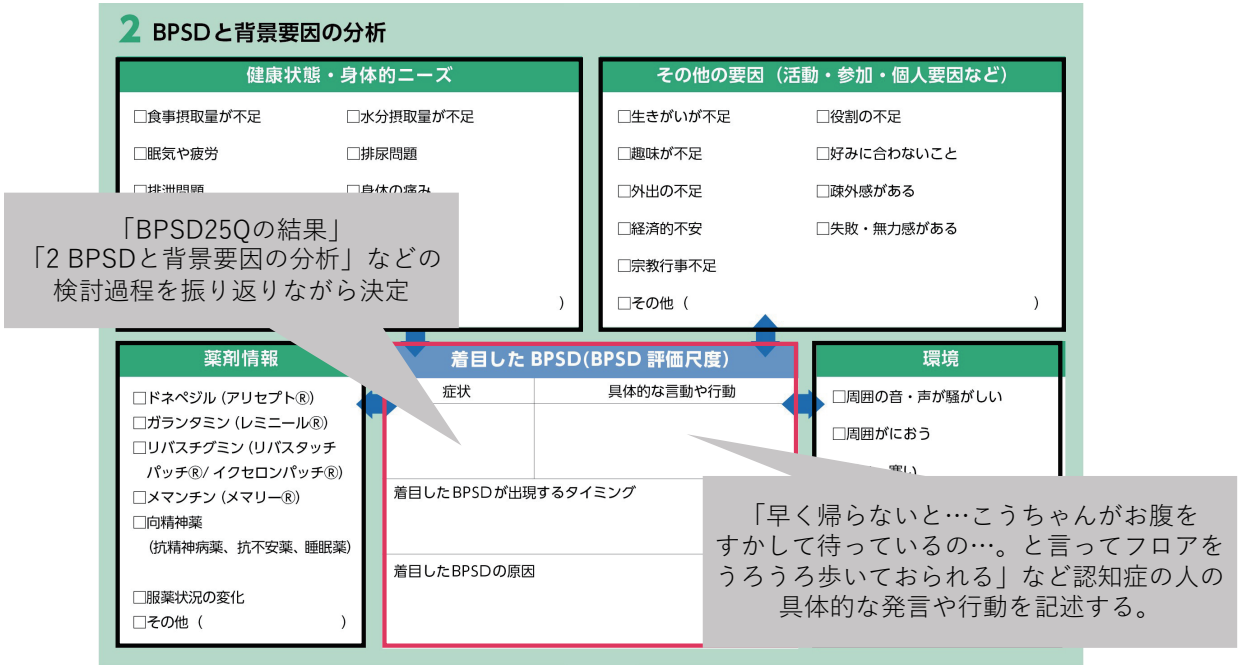
◆ 2　BPSDと背景要因の分析（着目したBPSD～BPSDから見える本人のニーズ）



これまで説明した部分は、事実確認の欄になります。事実の認識がコアメンバーの中でズレる場合は、前述のように、チェックがついた方の意見を採用するようご留意ください。

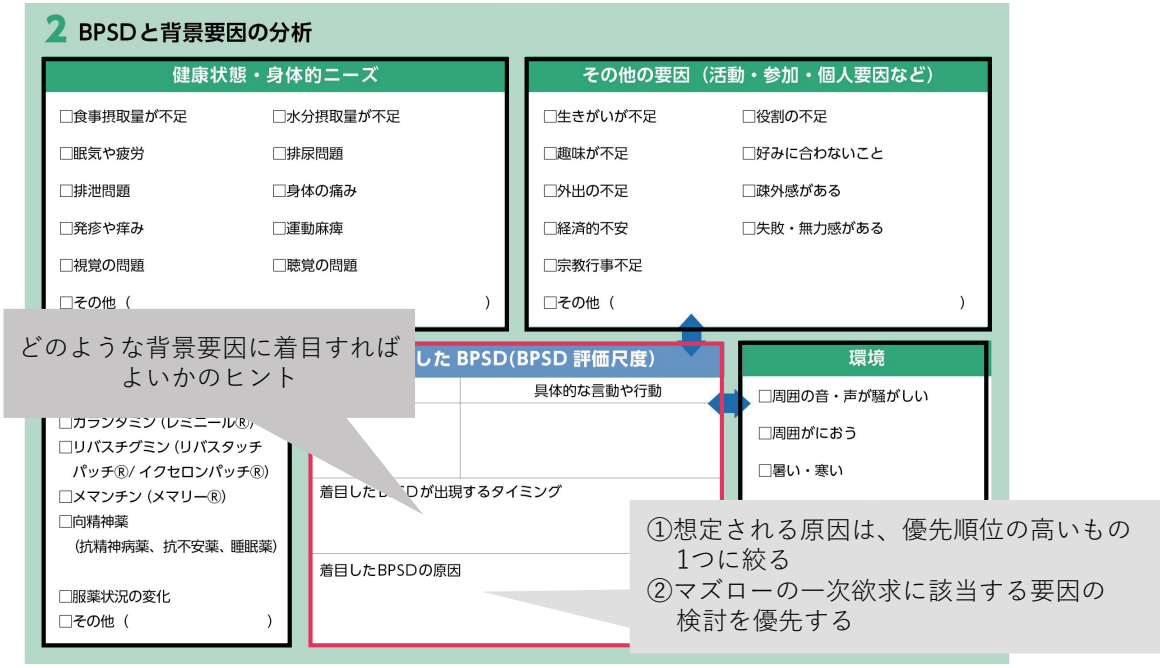
続いて、これらの検討をふまえて、着目した BPSD ～ BPSD から見える本人のニーズをどのように検討するかについてご説明します。まず、「着目した BPSD」に記入する BPSD を検討します。どのような BPSD を記入するかについて、参考とする情報のひとつとしては、BPSD25Q において、重症度・負担度が最も大きかった項目が想定されます。ただし、最も大きかったから、必ずその BPSD をここに記述するとは限りません。ご説明した背景要因の振り返りの過程も含めて、「対象者の BPSD が軽減・改善することで対象者と介護者の生活がより良くなると思われる BPSD」について、ご検討ください。なお、その際に大きなポイントになるのは、これまで検討してきた「BPSD25Q の結果」「2 BPSD と背景要因の分析」などです。参考にしながら認知症の人が最も解決してほしいと思っている BPSD はこれではないか、という場面を決めていきます。

◆ 2　BPSDと背景要因の分析（着目したBPSD～BPSDから見える本人のニーズ）



記入に際しては、ケアを検討する BPSD を具体的に記入するようにします。例えば、帰宅願望、と書くのではなく、「早く帰らないと…こうちゃんがお腹をすかして待っているの…。」と言ってフロアをうろうろ歩いておられる。などと書くようにします。BPSD はメッセージですので、その場面でご本人が何をどのように語り、どう行動しておられるかは、重要なケアのヒントになります。具体的に書くことによって、そのメッセージの理解に近づくための一助になります。

◆ 2　BPSDと背景要因の分析（着目したBPSD～BPSDから見える本人のニーズ）



着目した BPSD を記述した後には、着目した BPSD が出現するタイミングを記入します。着目した BPSD が出現するタイミングを考えることは対象者への接し方の振り返りや対象者の心情を探るきっかけになり、どのような背景要因に着目すればよいかのヒントになるでしょう。

以上の過程を踏んだうえで、想定される原因を記述していきます。これは、「着目した BPSD の原因」としては、何が最も影響を与えていると思われるか、コアチームで検討し、文章で記述します。

記述する際のポイントは、①想定される原因は、優先順位の高いもの 1 つに絞る、②マズローの一次欲求に該当する要因の検討を優先するの 2 点です。

◆2　BPSDと背景要因の分析（事例）

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
- ☑眠気や疲労　夕方疲れている様子がある
- □排尿問題
- □排泄問題
- □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（ 歩行が小刻みである ）

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®）
- □リバスチグミン（リバスタッチパッチ®/ イクセロンパッチ®）
- □メマンチン（メマリー®）
- ☑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 評価尺度)

症状	具体的な言動や行動
うろうろする	「こうちゃん」「なおちゃん、どこ？」と顔をしかめて、フロアを探して歩かれる

着目したBPSDが出現するタイミング
改めて考えると、午後が多い。おやつ以降から夕方までが多い

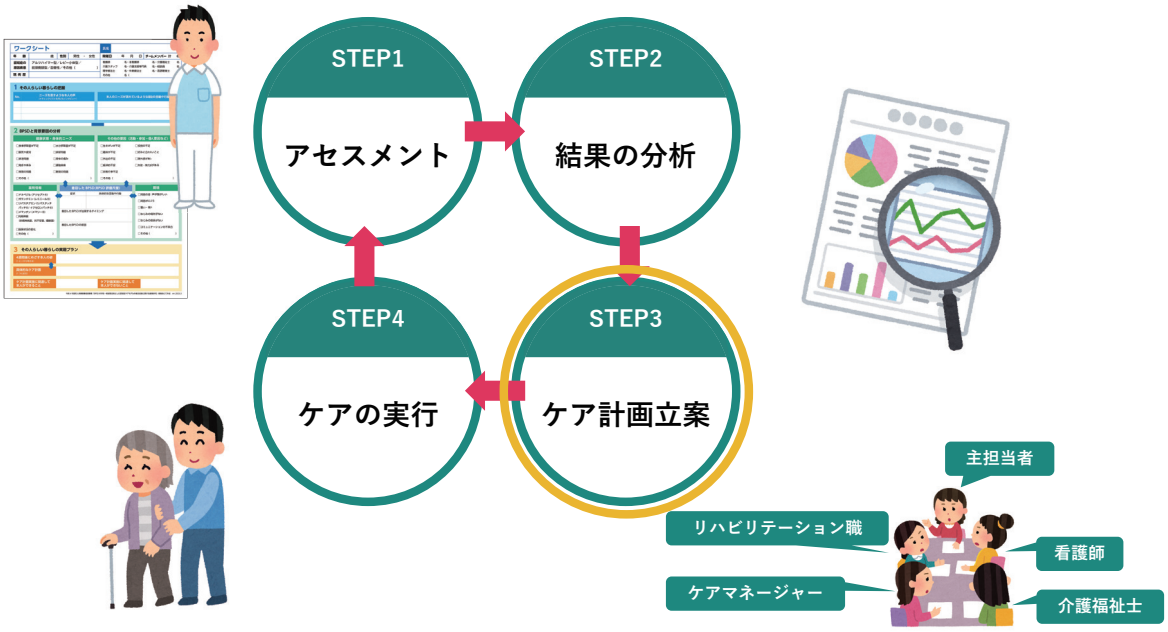
着目したBPSDの原因　周りの人の言うことが良くわからず、普段の生活で疎外感を感じている。加えて午後の疲労も加わり、夫や息子が気になり、探して歩きはじめるのではないか。まずは午後の疲労に焦点を当ててはどうか

環境

- ☑周囲の音・声が騒がしい
- □周囲がにおう
- □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　職員の言葉がよくわからない
- □その他（ ）

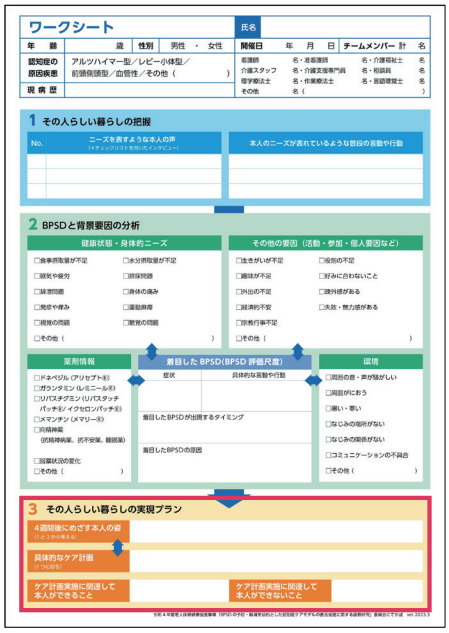
こちらが記入例です。

◆ ケアの流れ：STEP3 ケア計画立案



続いては、ステップ 3 の「ケア計画立案」についてご説明します。なお、このステップは、要介護者の生活全体についてアセスメントしプランを立てる、介護保険制度上のケアプランではなく、認知症の人の BPSD に焦点を当てたアセスメントの結果、ケアを計画するステップです。計画の内容は、本人のニーズを満たし、BPSD 軽減する方向で機能するケアに限定されます。いわば、BPSD に特化したアクションプランと言えます。

◆ アセスメント方法：3　その人らしい暮らしの実現プラン


ワークシート　氏名
年齢　歳　性別　男性・女性　開催日　年　月　日　チームメンバー　計　名
認知症の原因疾患　アルツハイマー型／レビー小体型／前頭側頭型／血管性／その他（　）
現病歴
看護師　名・訪看護師　名・介護福祉士　名
介護スタッフ　名・介護支援専門員　名・相談員　名
理学療法士　名・作業療法士　名・言語聴覚士　名
その他　名（　）
1 その人らしい暮らしの把握
No.　ニーズを表すような本人の声（チェックリストを用いたインタビュー）　本人のニーズが表れているような普段の言動や行動
2 BPSDと背景要因の分析
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
□疲労や倦怠　□排便問題
□睡眠問題　□身体の痛み
□発熱や痛み　□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　□孤独感がある
□経済的不安　□決定・無力感がある
□医療行事不足
□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®）
□リバスチグミン（リバスタッチパッチ®／イクセロンパッチ®）
□メマンチン（メマリー®）
□向精神薬（抗精神薬、抗不安薬、睡眠薬）
□服薬状況の変化
□その他（　）
着目したBPSD（BPSD評価尺度）
症状　具体的な言動や行動
着目したBPSDが出現するタイミング
着目したBPSDの原因
環境
□周囲の音・声が騒がしい
□周囲がにおう
□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同合
□その他（　）
3 その人らしい暮らしの実現プラン
4週間後にめざす本人の姿（1つ考える）
具体的なケア計画（1つに絞る）
ケア計画実施に関連して本人ができること　ケア計画実施に関連して本人ができないこと
令和4年度厚生労働省老健事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした活用ツールモデルの構築及び実施に関する調査研究」調査のための試作 ver.2023.3

1. 目標設定

■「1　その人らしい暮らしの把握」と「2　BPSDから見える本人のニーズ」を参考に、それぞれ1つずつ目標を立てる

■ 目標は**1～2か月程度で達成できる短期目標**とする

2. 目標達成を目指すにあたって本人ができる・できないことの把握

■「1　その人らしい暮らしの把握」と「2　BPSDから見える本人のニーズ」を参考に、それぞれ立てた目標をもとに**対象者の現状を把握**する

■ できること・できないことを明確にし、**できないことは「支援」もしくは「再獲得」**するかを考える

3. ケア計画の立案

■ 目標達成するために具体的なケア計画を立てる（誰もが再現できるようにする）

3 その人らしい暮らしの実現プラン、では、まず、4 週間後に目指す本人の姿を 1 と 2 を参考に 1 つ考えます。また、4 週間後に目指す本人の姿を踏まえ、具体的なケア計画を立案します。具体的なケア計画は、「午前 1 回、午後 1 回は本人に声掛けし、1 分以上会話する」など、具体的に示すことで、実現可能性が高まり、人によるケアのずれも予防できます。いつ、どこで、どうするかということがわかるような計画を立てるように意識ください。誰でもできるケアを統一して実施することにより、認知症の人に届くケアになることをねらっています。

具体的なケア計画を立てた後に、計画実施に関連して、本人ができる・できないことを整理する欄を設けています。本人ができることは本人が行い、できないことはサポートするということを意識することにより、自尊心を高めるとともに、身体機能や認知機能の廃用を予防することが見込まれます。

◆ アセスメント方法：3　その人らしい暮らしの実現プラン（事例）

3　その人らしい暮らしの実現プラン

4週間後にめざす本人の姿 （1 と 2 から考える）	夕方になっても、疲労感を感じず、落ち着いていられる。
具体的なケア計画 （1 つに絞る）	おやつの前の30分間程度、居室で横になり、休むように声をかける。

ケア計画実施に関連して本人ができること	15時からおやつであることはわかる、時計を見て時間がわかる	ケア計画実施に関連して本人ができないこと	時計がいつもの場所にないと、時計が見つけられず、時間がわからなくなる時がある

こちらが記入例です。

◆ 2　BPSDと背景要因の分析（着目したBPSD～BPSDから見える本人のニーズ）

困りごとの構造

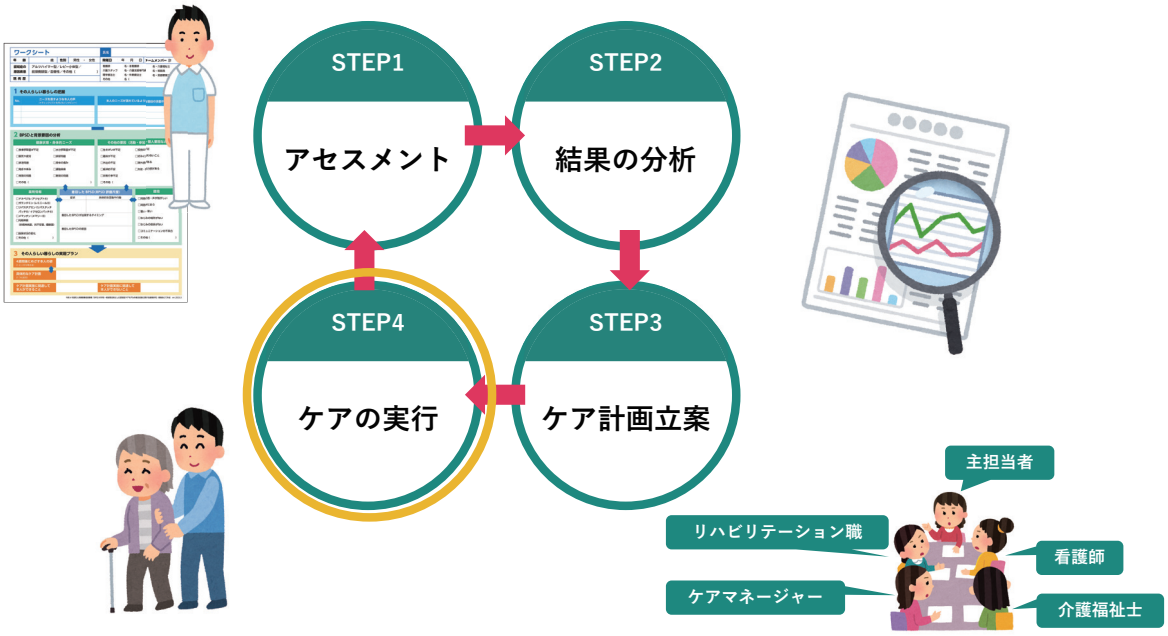
〇〇で困る　＝　〇〇したい　＋　〇〇できない

歩けないのに立ち上がる	食事の準備を手伝いたい	歩けないことを自覚できない
夕方そわそわ落ち着かず歩く	落ち着いていたい	疲労感を感じていることが分からない 疲労をとる方法が分からない

BPSD から見える本人のニーズを検討するにあたっては、「困りごとの構造」の考え方が役に立つかもしれません。これは、困りごとの中に、〇〇したいという意欲と、〇〇できないという能力を見いだす考え方です。困りごとの構造では、アセスメントによって、外に出て道に迷うのは場所の見当識障害により帰り道がわからないといった能力の問題と、せんべいを買いに行きたいといった、意欲の問題に分けて考えます。このように考えることによって、本人の〇〇したいという意欲を満たしたり、〇〇できないという能力をサポートするという視点でケアを検討することができます。

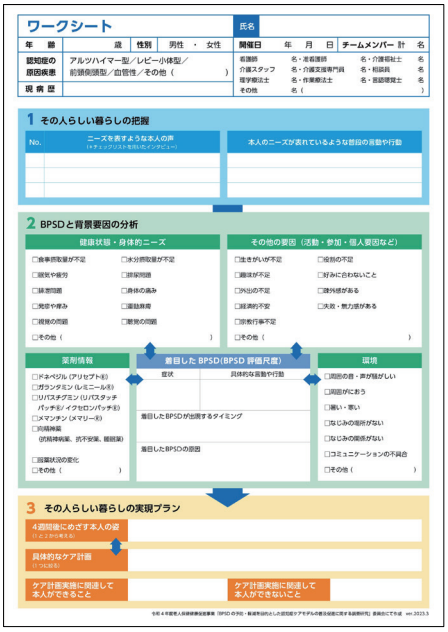
認知症の人は本当はどうしたいのだろうか、BPSD の奥には、本人のどのような望みが隠されているのか、というニーズの視点がチームで気づきとともに共有されると、BPSD のケアに取り組むチームの意欲が高まりやすくなるでしょう。

◆ ケアの流れ：STEP4 ケアの実行



最後にステップ４の「ケアの実行」をご説明します。

◆ ケアの実行とケア計画の変更



取り組み内容の経過観察を行う

- ■ 2〜4週間など期間を決めた介入を実施し、**悪化やケアが困難だと感じた場合はケア計画を立て直す**
- ■ アセスメントを行い、必要に応じてBPSD評価も実施する
- ■ ケア計画の変更時は再度チームメンバーで話し合いを行う
- ■ ケア計画に変更がない場合はそのまま継続する
- ■ PDCAを回すタイミングはチームによって異なる

取り組みを開始した後は、取り組み内容の経過観察を行ってください。2 ～ 4 週間など期間を決めた取り組みを実施し、悪化やケアが困難だと感じた場合はケア計画を立て直していただければと思います。アセスメントを行い、必要に応じて BPSD 評価も実施してください。ケア計画の変更時は再度チームメンバーで話し合いを行ってください。ケア計画に変更がない場合はそのまま継続してください。PDCA を回すタイミングはチームによって異なります。

◆ 話し合いの工夫方法

■ 話し合いの前に評価用紙やワークシートをチームメンバーに配布し、話し合いの準備をする

■ 話し合いの時点である情報で判断し、具体的なケア計画を立案する

■ 話し合いに参加できないスタッフには事前に評価用紙を渡し、回答を得ておく

■ 毎回同じチームメンバーで話をすることが望ましい

■ あらかじめ話し合いをする最大の時間を決めておく

話し合いの工夫方法として、以下を行うことで話し合いが円滑に行えます。

■ 話し合いの前に評価用紙やワークシートをチームメンバーに配布し、話し合いの準備をしてください

■ 話し合いの時点である情報で判断し、具体的なケア計画を立案してください

■ 話し合いに参加できないスタッフには事前に評価用紙を渡し、回答を得てください

■ 毎回同じチームメンバーで話をすることが望ましいです

■ あらかじめ話し合いをする最大の時間を決めておいてください

◆ 日程調整の工夫方法

■ 話し合いの解散前に次回の日時を決めておく

■ 話し合いは2〜4週間を目安に実施する

■ 最低2日は候補の日程を決める

日程調整の工夫方法として、以下があります。

■ 話し合いの解散前に次回の日時を決めておいてください

■ 話し合いは 2 ～ 4 週間を目安に実施してください

■ 最低 2 日は候補の日程を決めてください

◆ 進め方のポイント

■ ケア計画が思いつかないときはこれまで行ってきた配慮や工夫を参考にする

■ 認知症本人について詳しくなることで本人視点に立ちやすく、BPSDの背景要因の分析や、ケア計画が立てやすくなる

■ 主担当者の意見だけで進めないようにチームメンバーに配慮する

■ BPSD25Qの評価結果（結果の変化）は、チームメンバーで共有する

進め方のポイントとして、以下があります。

■ ケア計画が思いつかないときはこれまで行ってきた配慮や工夫を参考にしてください

■ 認知症本人について詳しくなることで本人視点に立ちやすく、BPSD の背景要因の分析や、ケア計画が立てやすくなります

■ 主担当者の意見だけで進めないようにチームメンバーに配慮してください
エキスパート一人がケア計画を立てて進めるのではなく、みんなで意見を出し合い視点を揃えたケアができるように進めていく必要があります

■ また、BPSD25Q の評価結果（結果の変化）は、チームメンバーで共有すると、チーム全体のモチベーション向上につながる効果が期待できます

おさらい

◆ ケアのポイントのおさらい

■ BPSDの多くは、認知症本人の視点で考えると、**個人の満たされないニーズ（アンメットニーズ）**を表情・仕草・声・言葉や行動で表出したものととらえることができる

■ BPSDは認知症の人にとって**SOSサイン**

■ BPSDの原因として、**健康状態や身体的ニーズ、環境など**（マズローの**一次欲求**）が影響していることが多い

■ BPSDをなくすことが目的ではなく、**認知症本人と介護者にとってより良い生活を目指す**

■ 認知症**本人の視点**に立ち、**想い**を知り、**どうすれば実現するかを考える**ことが大切

以下はケアのポイントのおさらいです。

■ BPSD の多くは、認知症本人の視点で考えると、個人の満たされないニーズ（アンメットニーズ）を表情・仕草・声・言葉や行動で表出したものと捉えることができます

■ BPSD は認知症の人にとって SOS サインです

■ BPSD の原因として、健康状態や身体的ニーズ、環境など（マズローの一次欲求）が影響していることが多いです

■ BPSD をなくすことが目的ではなく、認知症本人と介護者にとってより良い生活を目指します

■ 認知症本人の視点に立ち、想いを知り、どうすれば実現するかを考えることが大切です

◆ 取り組み内容のおさらい

■ 主担当者が中心となり、取り組みを進める（期間は8週間）

■ 対象者のニーズを中心に考え、ケア計画を立案し、ケアを行う

■ ケア計画は1～2か月で成果が出ることが想定される内容とする

■ 取り組みは２～4週間を目安に振り返り、プランを変更するか検討する

以下は取り組み内容のおさらいです。

■ 主担当者が中心となり、取り組みを進めます（期間は８週間を目安にする）

■ 対象者のニーズを中心に考え、ケア計画を立案し、ケアを行います

■ ケア計画は１～２か月で成果が出ることが想定される内容とします

■ 介入は２～４週間を目安に振り返り、プランを変更するか検討します