

令和7年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**BPSDの予防・軽減を目的とした  
チームケア推進に関する調査研究  
報告書**

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター  
令和8(2026)年 3月

## 目次

抄録	i
はじめに	1
<b>第1章 事業概要</b>	<b>2</b>
1. 令和6年度の成果と課題	2
2. 令和7年度事業の目的	2
3. 令和7年度事業の事業内容	3
4. 事業実施体制	3
<b>第2章 研究結果</b>	<b>5</b>
1. 検討委員会の結果	5
2. 在宅作業部会の結果	6
3. 施設作業部会の結果	6
4. 在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアのあり方検討－事例収集の結果－	8
5. 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策－特定施設における効果検証の結果－	70
6. 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策－実践事例報告会及び実践ヒント集の結果－	80
7. 施設等において活用できるチームケア推進のオンラインツール開発の結果	88
資料	94
第1回検討委員会議事録	94
第2回検討委員会議事録	98
第1回在宅作業部会議事録	102
第1回施設作業部会議事録	105
執筆者	

【タイトル】BPSDの予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究

【背景及び目的】認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）の予防・軽減を目的としたチームケアの重要性が高まる中、これまで開発・検証されてきた認知症チームケア推進研修および実践手法について、実践の質の向上と普及の加速化が課題となっている。本事業では、在宅および施設におけるチームケアの実態と効果を明らかにするとともに、実践を効果的に展開するための方策を整理し、さらに現場で活用可能な支援ツールの開発を行うことを目的とした。

【方法】①在宅調査：居宅介護支援事業所，小規模多機能型居宅介護，看護小規模多機能型居宅介護で勤務する介護支援専門員を対象に事例調査を実施し，BPSDの要因，チーム連携，アウトカムについて質的分析を行った。②特定施設効果検証：特定施設において研修に基づく実践を8週間実施し，BPSD25Q重症度平均値による前後比較及びアンケートにより実行可能性を検証した。③実践報告会とヒント集制作：実践施設の視察および実践事例報告会を実施し，得られた知見を整理してヒント集として取りまとめた。④オンラインツール開発：BPSD25Qおよびワークシートの入力・蓄積・可視化を可能とするクラウド型ツールの設計・開発を行った。

【結果】①在宅調査：在宅においてチームケアの対象となったBPSDは「徘徊・不穏」「繰り返し質問」「易怒性」などが多くみられた。BPSDの要因としては、「情緒・心理反応」「認知機能低下」に加え、「家族の関わり方・関係」「対人関係」など生活文脈に関わる要因が多く抽出された。チーム体制は，居宅では医療機関や通所・訪問系サービス等の多職種が関与し，小多機・看多機では事業所内職員を中心とした連携が多くみられた。チームケアの内容としては，本人への関わり方の工夫や情報共有・役割分担の整理が中心であった。アウトカムとしては，「情緒の安定」「普段の行動の変化」に加え，「家族の生活の安定・継続」など，本人および家族の生活全体に関わる変化が確認された。また，サービス形態によって連携構造や重視されるアウトカムに違いがみられた。②特定施設効果検証：特定施設における研修に基づく実践の結果，BPSD25Q重症度平均得点は初回評価26.47点から最終評価14.24点へと平均12.23点低下し，有意な改善が認められた（ $p<.001$ ，効果量 $d=1.11$ ）。17例中16例で得点の減少がみられた。実践は概ね4週間ごとのカンファレンスを軸に実施され，BPSDの評価とワークシートを用いたケア検討が継続的に行われていた。また，利用者には不安の軽減や関係性の改善などの変化がみられ，職員においても本人理解の深化やケアの統一といった変化が確認された。以上より，研修に基づくチームケア実践は，特定施設において実行可能であり，利用者のニーズに応答し得る形で展開可能であることが示唆された。

③実践報告会とヒント集制作：実践事例報告会をサービス種別ごとに実施し，カンファレンス運用，加算算定，記録・情報共有，ケアの具体化，職員教育等に関する幅広い課題と工夫が共有された。参加者からは内容の有用性が高く評価され，実践の具体化や不安の軽減，相互学習の促進につながることを示された。これらの結果を踏まえ，視察・ヒアリングおよび報告会で得られた知見を整理し，「取り組み前の準備」「実践を広げるための準備」「カンファレンス前の工夫」「本人理解を深めるための工夫」「カンファレンスの工夫」「実践の工夫」の6つのプロセスに沿って具体的方策を体系化したヒント集を作成した。また，フォローアップに関するニーズとして，導入段階では手順理解や評価方法への支援，継続段階では本人理解の深化や組織内展開，施設間の情報共有

に関する支援が求められていることが明らかとなった。**④オンラインツール開発**：BPSD25Q およびワークシートをクラウド上で入力・保管できる機能，過去データの一元管理・閲覧機能を実装した。また，最大 12 か月分の BPSD25Q 得点の推移をグラフで可視化し，各項目の変化を把握できるサマリー機能を備えた。さらに，入力内容を A4 一枚に整理して出力できる帳票出力機能を実装した。これにより，評価・記録・共有・振り返りを一体的に行うことが可能となり，現場における事務負担の軽減および多職種間の情報共有の促進に資する基盤が構築された。

**【まとめ】****①在宅調査**：在宅におけるチームケアは，BPSD の予防・軽減にとどまらず，本人および家族の生活全体の安定を支える支援として機能しており，サービス形態に応じて連携構造や重視されるアウトカムが異なることが示された。**②特定施設効果検証**：研修に基づくチームケア実践は，特定施設において実行可能であり，利用者のニーズに応答し得るケアとして展開可能であることが示唆された。**③実践報告会とヒント集制作**：実践の具体化と組織内展開を促進するためには，事例共有や実践プロセスに基づく支援資料を活用した継続的なフォローアップが重要であることが示された。**④オンラインツール開発**：評価・記録・共有を一体化した ICT 基盤の整備は，チームケアの効率化と継続的実践を支援する有効な手段となり得る。

はじめに

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

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

本事業の前身となった事業では、これまでに、令和6年度介護報酬改定で新設された「認知症チームケア推進加算」の要件の一部となる「認知症チームケア推進研修」を開発しその活用実態や効果的な普及のあり方を検討してきた。本年度（令和7年度）事業では、これまでの成果をさらに深化させ、実践の質の向上と普及の加速化を目指し、「施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策」として、研修の趣旨に則り効果的にチームケアを実践している施設への視察や事例報告会を通じて知見を集約し、これから取り組む施設や導入初期の施設が参照できる「実践ヒント集」を取りまとめるとともに、現場のワークシート入力を支援する「チームケア推進オンラインツール」の開発を行う。また、特定施設における実践の実行可能性についての検証も行う。加えて、「在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアのあり方」の検討として、在宅生活を支える介護支援専門員が経験した全国の事例を収集・分析し、在宅特有の多職種連携の実態や家族・地域を含めた支援体制、およびチームケアのアウトカムを明らかにする。認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、多くの関係者に今回の成果を理解・活用し、チームケアを推進できるような体制を目指していく。

## 第1章 事業概要

### 1. 令和6年度の成果と課題

令和6年度事業における成果と課題は、主に「施設等におけるチームケア」、「在宅等におけるチームケア」、および「認知症チームケア推進研修の実態把握」の3つの柱に整理される。

#### (1) 施設等におけるチームケアの効果的実践

認知症チームケア推進加算を算定している施設へのインタビューを通じ、チームケア推進のための工夫が抽出された。具体的には、リーダー以外の職員への目的共有、3～4名程度の適切なメンバー構成、ケア検討前の意見調整、および実現可能性の高いケア計画の立案などが有効な工夫として挙げられた。一方で、収集された実践事例が、必ずしも加算が創設された経緯や趣旨（BPSDが生じている者への集中的な支援）を十分に踏まえたものになっていなかったため、成果物としての「実践のヒント集」の公表は見合わされ、加算の趣旨に則った、より質の高い実践事例の収集と普及が課題となった。

#### (2) 在宅等におけるBPSDの予防・早期対応

施設でのチームケア手法を在宅サービス（デイサービス、小多機等）に援用した結果、事業所単位ではBPSDの軽減や職員の意識向上といった良い効果が得られることが確認された。また、在宅におけるチームケアの展開プロセスにおける議論の論点が整理された。一方で、在宅支援は単独の事業所だけで完結するものではなく、在宅生活トータルでの評価が必要であり、検討範囲の明確化、家族や地域住民を含めたチームメンバーの定義、および独居や虐待といった在宅特有の課題に応じたチームアプローチのあり方の整理が課題となった。

#### (3) 認知症チームケア推進研修の実態把握

研修修了者等への悉皆調査の結果、有効回答のあった施設・事業所の約90%が加算を「算定あり」または「算定予定」と回答し、加算への関心の高さが示された。一方で、取り組み人数が事業種別を問わず平均10名以上となっており、BPSDが出た人にスポット的に取り組むという加算の本来の趣旨が十分に浸透していない可能性が示唆された。加算を取得すること自体が目的化することを防ぎ、研修を通じてその意義や目的を適切に伝える方法の検討が課題となった。

### 2. 令和7年度事業の目的

本事業は、これまでの成果をさらに深化させ、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の予防・軽減を目指したチームケアの実践の質の向上と普及の加速化を図ることを目的とし、以下の2つの柱を中心に検討を行う。

- ・ **在宅におけるチームケアのあり方の検討**：在宅生活を支える介護支援専門員が経験した事例を収集・分析し、在宅特有の多職種連携の実態や支援体制、およびチームケアのアウトカムを体系的に明らかにすること。
- ・ **施設等における効果的な展開方策の検討**：研修の趣旨に則り効果的にチームケアを実践している施設の知見を集約し、導入初期の施設が参照できる具体的な「実践ヒント集」を取りまとめる。併せて、特定施設における実践の実行可能性の検証や、ICTを活用した支援ツールの開発を行う。

### 3. 令和7年度事業の事業内容

#### (1) 検討委員会・作業部会の設置

介護保険施設・事業者団体、専門職団体、認知症介護研究・研修センター等からなる検討委員会を設置し、本事業の推進に係る検討を行った。具体的には、調査研究の設計や実施、分析方法、および報告書の作成について専門的見地から助言を得た。また、認知症介護の実践を担う者等による作業部会（在宅および施設）をそれぞれ設置し、在宅におけるチームケアのあり方の整理や、施設等において研修に基づく実践を効果的に展開するための方策、特定施設での実行可能性、オンラインツールの開発等について具体的な検討を行った。

#### (2) 在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアのあり方検討

居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護（小多機）、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に勤務する介護支援専門員を対象とした全国事例調査を実施した。収集した事例に対し、BPSD の要因、チームの連携状況、ケアのアウトカムについて質的分析を行い、サービス種別ごとの特徴や家族・地域を含めた支援体制の実態を明らかにした。

#### (3) 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策検討

専門職団体や施設協会より推薦された、研修の趣旨に基づきチームケアを効果的に実践している施設（特養、老健、グループホーム、介護医療院）への視察およびヒアリングを行った。視察結果に基づく「実践事例報告会」での知見を集約し、導入初期の施設が参照・活用できる「実践ヒント集」を取りまとめた。

#### (4) 特定施設における実践の実行可能性検証

特定施設を対象に、認知症チームケア推進研修に基づく実践を8週間行い、BPSD25Q 得点の変化やワークシートの活用状況等を収集しチームケアの実行可能性と BPSD 軽減への寄与を検証した。

#### (5) チームケア推進オンラインツールの開発

現場のワークシート入力を支援し、利便性を高めるため、BPSD25Q の評価結果やワークシートをクラウド上で入力・保管し、対象者の経過を継続的に分析できるオンラインツールの開発を行った。

### 4. 事業実施体制

#### (1) 検討委員会

検討委員会の委員は表 1-1 のとおりであった。

表 1-1 検討委員の氏名及び所属（敬称略・五十音順）

氏名	所属
阿部 哲也	社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
○栗田 主一	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
老松 孝晃	一般社団法人 全国介護付きホーム協会（株式会社ベネッセスタイルケア）
黒岩 尚文	特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 (一般社団法人田園調布医師会 田園調布医師会立訪問看護ステーション)
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会（介護老人保健施設愛生苑）
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷲見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

(2) 作業部会

作業部会（在宅）の部員は表 1-2，作業部会（施設）の部員は表 1-3 のとおりであった。

表 1-2 作業部会部員（在宅）の氏名と所属（敬称略・五十音順）

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

表 1-3 作業部会部員（施設）の氏名と所属（敬称略・五十音順）

氏名	所属
新谷 夏海	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
堀口 高志	医療法人矢尾板記念会 グループホームかわせみ
森屋 千枝嘉	医療法人永寿会 介護医療院陵北病院

## 第2章 研究結果

### 1. 検討委員会の結果

#### (1) 検討委員会の目的

介護保険施設・事業所（施設，地域密着，在宅サービス）に係る施設協会および専門職団体，認知症介護研究・研修センターなどからなる検討委員会を設置し，事業の実施方法を検討するとともに，事業の実施結果を踏まえた検討を行う。

#### (2) 開催日時及び方法

第1回検討委員会：2025年9月18日（木）13：00～15：00 zoom開催

第2回検討委員会：2026年3月4日（水）13：00～15：00 zoom開催

#### (3) 検討委員会委員

第1回検討委員会議事録 P94～参照，第2回検討委員会議事録 P98～参照。

#### (4) 結果

第1回検討委員会では，令和6年度の成果と課題の確認及び令和7年度の調査研究計画について事務局より説明を行い，委員より了承を得た。また，今年度実施予定の調査研究の内容および調査票設計について意見交換を行った。

在宅におけるBPSDのある認知症の人に対するチームケアのあり方の検討に関しては，対象者選定におけるBPSDの定義の明確化の必要性が指摘され，国際老年精神医学会の定義を参考に整理することが助言された。また，チームメンバーの回答方法，主介護者がいない場合の回答動線の整理などについて意見が出され，調査項目を整理する必要があることが確認された。

また，施設等におけるチームケアの実践に関する調査では，事例収集における事例シートの設問項目や特定施設における効果検証の調査対象施設の選定方法について議論が行われた。調査協力の依頼方法や，実践事例の収集の進め方について，関係団体と連携しながら検討していくことが確認された。

第2回検討委員会では，事業の進捗説明及び調査結果の検討を行った。

特定施設における効果検証では，8週間の介入によりBPSD25Q平均得点の低下が認められ，多くの事例で改善傾向が示された。また，利用者の不安軽減や職員の本人理解の深化といった質的变化も確認され，BPSD25Qを用いた評価を実施し，検討メンバーがワークシートを作成したうえで，概ね4週間ごとにカンファレンスが開催されたことから，研修に基づくチームケアの実行可能性が示唆された。一方で，ケア内容の具体性の乏しさ等実践記述の課題が指摘された。

実践事例報告および実践ヒント集については，現場活用を目的とする一方で，具体的な関わりの記述，視認性の向上が課題とされた。

在宅調査では，チームケアは医療・家族・地域との連携のもとで生活全体の安定を目指して実施されていることが明らかとなったが，サービス形態による役割の違いや，本人の意思の反映不足等の課題も示された。

## 2. 在宅作業部会の結果

### (1) 在宅作業部会の目的

介護保険事業所において、認知症介護の実践を担っている者による作業部会を設置し、在宅系サービスにおけるチームケアのあり方の検討等を行う。

### (2) 開催日時及び方法

2025年11月4日（火）11：00～12：30 zoom 開催

### (3) 在宅作業部会部員

第1回在宅作業部会議事メモ P102～参照。

### (4) 結果

本作業部会では、在宅におけるBPSDのある認知症の人へのチームケアのあり方を整理することを目的として、昨年度の成果の共有と今年度の調査計画の確認を行い、在宅支援の現状と課題について意見交換を行った。

今年度は、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を対象に、BPSDの状況や要因、チームケアの経過、アウトカム等に関する事例調査を実施し、サービス種別ごとの特徴を分析することを確認した。

意見交換では、在宅支援におけるBPSDの捉え方やチームケアの成果の評価、家族や地域住民を含めた支援体制の重要性などが指摘され、事務局の説明どおり全国事例の収集と分析を進めることとした。

## 3. 施設作業部会の結果

### (1) 施設作業部会の目的

介護保険事業所において、認知症介護の実践を担っている者による作業部会を設置し、施設等において認知症チームケア推進研修に基づく実践を効果的に展開するための方策を検討する。

### (2) 開催日時及び方法

2025年11月19日（水）13：00～15：00 zoom 開催

### (3) 施設作業部会部員

第1回施設作業部会議事メモ P105～参照。

### (4) 結果

本作業部会では、施設等における認知症チームケア推進加算の取組状況を共有するとともに、導入・運用上の工夫や課題について整理し、今後の事業の進め方について検討を行った。

まず、事務局より本作業部会を起点として、今後、施設視察、事例報告会、実践ヒント集の作成を通じて知見を集約していく方針が示された。

続いて、各施設における認知症チームケア推進加算の取組状況について共有が行われた。既存のカンファレンスへの組み込みや業務調整により実施時間を確保するなど、運用上の工夫も共有された。一方

で、導入時には職員への説明や合意形成、記録作成や評価に伴う負担感が課題として挙げられた。また、BPSDの陰性症状（無為・無気力等）への着目の難しさや、様式の形骸化防止、職員の記録力やアセスメント力への支援の必要性なども課題として指摘された。さらに、加算算定の方法については、対象者を限定して一定期間の集中的支援を行う方法と、対象利用者に継続的に算定する方法の双方が実践されており、施設の状況に応じた運用が行われている実態が共有された。

これらの議論を踏まえ、今後は施設視察の実施、事例シートの作成・整理、サービス種別ごとの事例報告会の開催を進めるとともに、実践事例をもとにした「実践ヒント集」を作成することが確認された。ヒント集は、これから認知症チームケア推進加算に取り組む施設や導入初期の施設の参考となる内容とし、事例やQ&A、ワークシートの記入例等を含めて整理する予定とされた。

## 4. 在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアのあり方検討

### －事例収集の結果－

#### (1) 目的

本研究の目的は、居宅介護支援事業所（居宅）、小規模多機能型居宅介護事業所（小多機）、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に勤務する介護支援専門員が経験した事例を収集し、在宅における Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) のある認知症の人に対するチームケアの実態を明らかにすることである。

本研究では、①どのような BPSD が生じていて、その要因をどのように考えるか、②どのようなチームでどのような連携や情報共有、ケアがなされているか、③チームケアのアウトカムは何か、の3点に焦点を当てた。

#### (2) 方法

##### 1) 調査対象

居宅・小多機・看多機を各都道府県から1事業所ずつ調査協力事業所として募集した（3種別×47都道府県=計141事業所を目標とした）。対象事業所の選定は、日本介護支援専門員協会、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会、日本看護協会を通じ行い、居宅35事業所、小多機7事業所、看多機7事業所の計49事業所（調査協力率34.8%）が調査対象事業所となった。

調査対象事業所は BPSD のある認知症の人にチームケアを行った経験のある介護支援専門員1名を回答者として選定した。

##### 2) 調査方法および分析対象数

回答者として選定された介護支援専門員には、①介護支援専門員が認知症の本人もしくは周囲の人（家族等）の生活に支障が生じている BPSD があると判断した者、②研究協力に同意の得られる者の2つの選定基準を満たす認知症の人1事例を事例シートに記載することとした。

調査対象期間は2025年12月4日から2026年1月5日とし、介護支援専門員は郵送した紙媒体もしくはメールで送付した Excel の事例シートに回答することとした。

事例シートの回答は、研究者が確認し、自由記述の質的分析を行うにあたって不足があった場合、メールにてデータの追記を求めた。メールによるデータの追記に不備があった場合は、インタビューガイドに従って、電話による半構造化面接にて補足調査を実施した。

##### 3) 調査項目

事例シートは①回答者（介護支援専門員）の基本属性、②事例（認知症の人）の基本属性、③事例に対するチームケアについて記載を求めた（表2-1）。

表 2-1 調査項目

カテゴリ	No	設問内容	回答形式
回答者属性	問 1①	介護支援専門員資格の所有	選択肢 (SA)
	問 1②	その他の所有資格	選択肢 (MA)
	問 2	役職	選択肢 (SA)
	問 3	経験年数 (介護支援専門員または計画作成)	自由記述
対象者の状況	問 4①	性別	選択肢 (SA)
	問 4②	年齢階級	選択肢 (SA)
	問 5	認知症の原因疾患	選択肢 (MA)
	問 6①	認知症高齢者の日常生活自立度	選択肢 (SA)
	問 6②	要介護度	選択肢 (SA)
	問 7①	同居家族	選択肢 (MA)
	問 7②	主介護者	選択肢 (SA)
	問 8	主介護者の介護負担感	選択肢 (SA)
	問 9	治療中の病気や身体の様子	選択肢 (MA)
ケアの背景	問 10	チームケア開始時のサービス利用状況	選択肢 (MA)
	問 11	対象となった BPSD	選択肢 (MA)
	問 12	BPSD の要因 (アセスメント結果)	自由記述
	問 13	BPSD に関連する本人の行動や発言	自由記述
チーム体制	問 14	チームメンバーの内訳	選択肢 (MA)
	問 15	チーム連携の中心人物	選択肢 (MA)
	問 16①	サービス担当者会議の頻度	自由記述
	問 16②	会議で話し合われた BPSD の内容	自由記述
臨時会議	問 17①	臨時会議の目的 (定例外)	自由記述
	問 17②	臨時会議の頻度	自由記述
	問 17③	臨時会議の回数	自由記述
	問 17④	臨時会議での BPSD に関する内容	自由記述
目的・計画・結果	問 18①	チームケアの目的 (目指した生活)	自由記述
	問 18②	具体的な計画と実施状況	自由記述
	問 18③	チームケアの結果 (達成度)	自由記述
意思決定支援	問 19	意思決定支援に関する取り組み状況	選択肢 (SA)

#### 4) 分析

各質問項目を単純集計した。また、自由記述回答は質的研究を行った。まず、自由記述回答を質的記述的研究の手法を用いて分析した。自由記述回答をコード化し、コードからサブカテゴリを生成し、さらに共通性のあるものをカテゴリにまとめた。すべての過程において 3 名の研究者 (NT, MH, KN) で検討し、合意が得られるまで協議した。

次に、カテゴリ・サブカテゴリの出現頻度から「問 12 : BPSD の要因」「問 13 : BPSD に関連す

る本人の行動や発言」「問 16②：サービス担当者会議で話し合われた BPSD に関する内容」「問 17 ④：臨時に開催された会議で話し合われた BPSD に関する内容」「問 18①：チームケアの目的」「問 18②：チームケアの計画と実行状況」「問 18③：チームケアの結果」を検討するために内容分析を行った。具体的には、カテゴリ・サブカテゴリに含まれるコードが確認された事例を、全事例数で除し、カテゴリ・サブカテゴリごとにコードの出現率を求めた。カテゴリにおけるコードの出現率は、居宅と小多機・看多機で傾向を比較した。本研究は探索的な検討であったため、カテゴリにおけるコードの出現率に 20%以上の差、もしくは一方が出現していないコードがあるものを傾向の差異として記述した。

#### 5) 倫理的配慮

本研究は、認知症介護研究・研修東京センターの倫理審査委員会にて承認を得たうえで実施した。調査対象事業所の代表者および回答者（介護支援専門員）に対しては、書面を用いて説明し、同意を得た。事例（認知症の人）の同意については、回答者が本人に対し書面および口頭にて説明を行い、同意を得た。本人の同意取得が困難な場合には、家族等の代諾者に対し、同様の手順で説明を行い代諾を得た。

### (3) 結果

#### 1) 調査票の回収状況

本調査の対象は居宅 31 事業所、小多機 6 事業所、看多機 4 事業所の計 41 事業所の介護支援専門員から回答を得た（回答率 83.7%）。

#### 2) 回答者（介護支援専門員）の基本属性

##### ① 問 1①：小多機・看多機における介護支援専門員の資格の所有状況について

小多機・看多機における介護支援専門員の資格の所有状況は、小多機・看多機の全体では、介護支援専門員の資格を所有していた者は 9 名（90.0%）であり、1 名（10.0%）が所有していなかった。

小多機では 6 名（83.3%）が所有しており、看多機では 4 名（100.0%）が所有していた（図 2-1）。

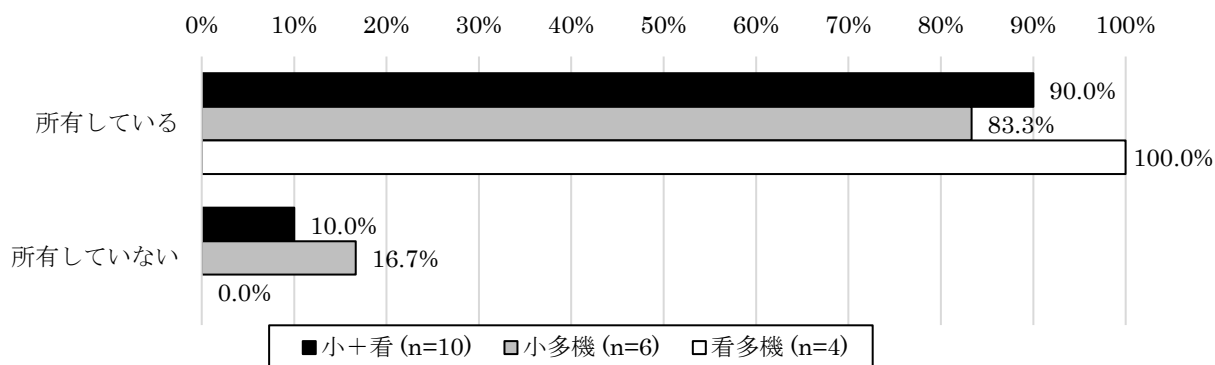


図 2-1 小多機・看多機における回答者（介護支援専門員もしくは計画作成担当者）の資格の所有状況について

② 問1②：介護支援専門員以外の所有している資格の状況について

介護支援専門員以外の所有している資格の状況は、全体では「介護福祉士」が33名（80.5%）で最も多く、次いで「社会福祉士」が11名（26.8%）であった。

居宅では「介護福祉士」が25名（80.6%）で最も多く、次いで「社会福祉士」が11名（35.5%）であった。

小多機・看多機では「介護福祉士」が8名（80.0%）で最も多く、次いで「看護師」「理学療法士」がいずれも1名（10.0%）であった（図2-2）。

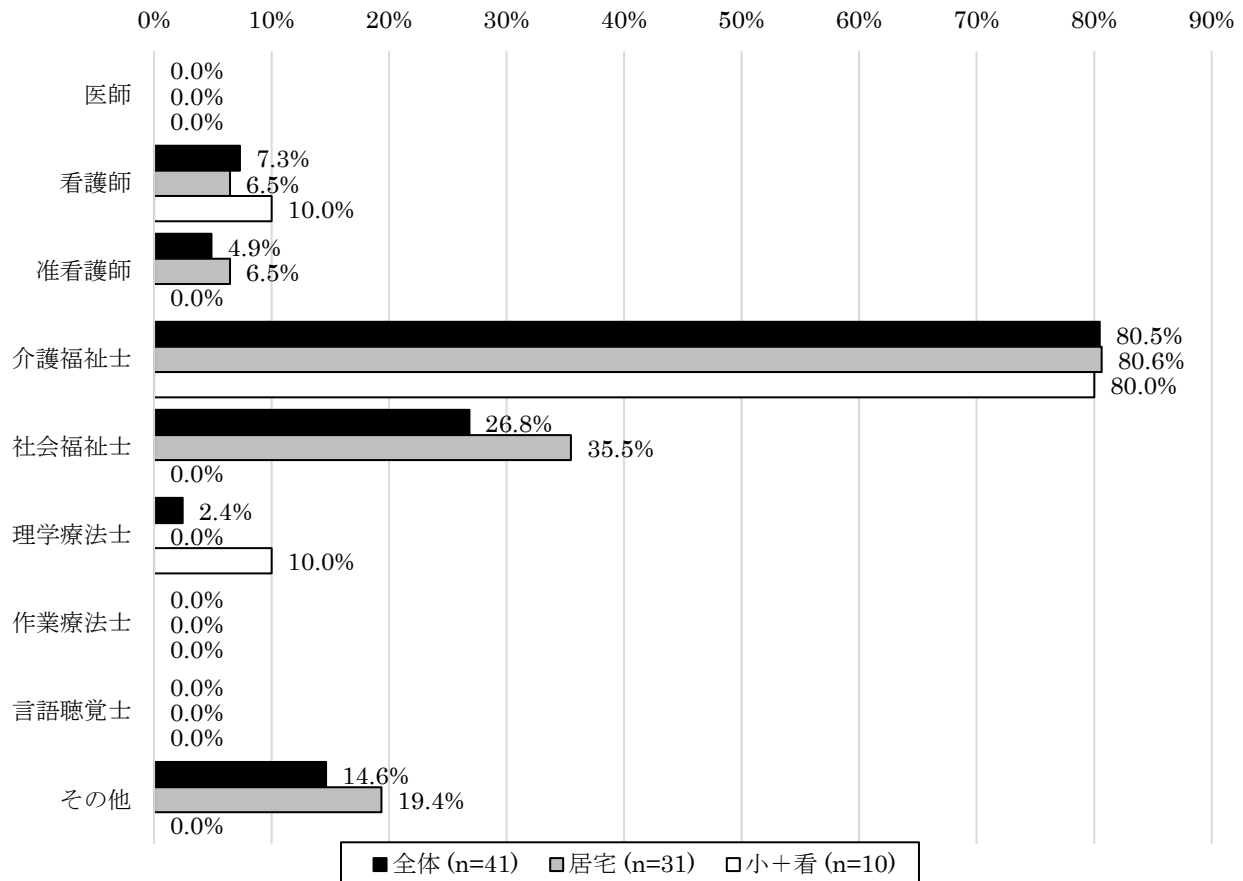


図2-2 介護支援専門員（もしくは計画作成担当者）以外の所有している資格の状況について

③ 問2：役職について

役職については、全体では「部長・課長・管理者クラス」が14名（34.1%）で最も多く、次いで「リーダー・サブリーダー・主任・副主任クラス」が10名（24.4%）であった。

居宅では「部長・課長・管理者クラス」が14名（45.2%）で最も多く、次いで「経営者・施設長クラス」「リーダー・サブリーダー・主任・副主任クラス」がいずれも7名（22.6%）であった。

小多機・看多機では「役職なし」が5名（50.0%）で最も多く、次いで「リーダー・サブリーダー・主任・副主任クラス」が3名（30.0%）であった（図2-3）。

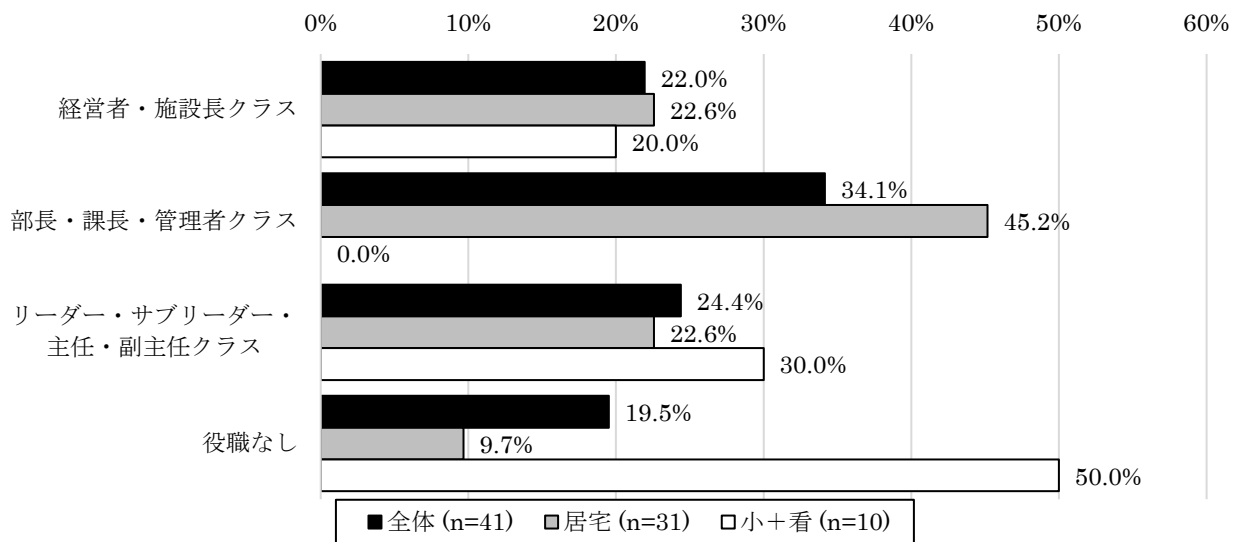


図 2-3 回答者（介護支援専門員もしくは計画作成担当者）の役職について

④ 問 3：介護支援専門員（もしくは計画作成担当者）としての経験年数について

経験年数（平均値±標準偏差）は、全体では 15.6±7.1 年，居宅では 17.7±5.3 年，小多機・看多機では 9.2±8.5 年であった（図 2-4）。

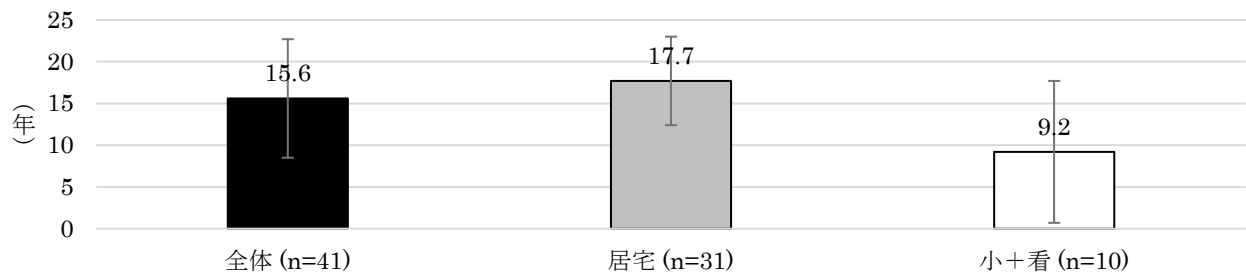


図 2-4 回答者（介護支援専門員もしくは計画作成担当者）の経験年数

3) 事例（認知症の人）の基本属性

① 問 4①：性別について

性別は、全体では「女性」が 23 名（56.1%），居宅では「男性」が 16 名（51.6%），小多機・看多機では「女性」が 8 名（80.0%）が多かった（図 2-5）。

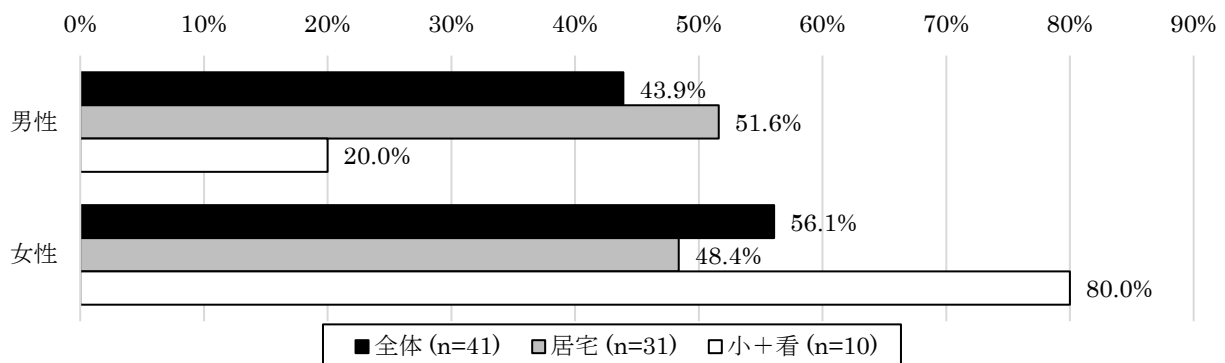


図 2-5 事例（認知症の人）の性別

② 問 4②：年齢階級について

年齢階級は、全体では「75歳以上 85歳未満」が17名（41.5%）で最も多く、次いで「85歳以上」が12名（29.3%）であった。

居宅では「85歳以上」が10名（32.3%）で最も多く、次いで「75歳以上 85歳未満」が9名（29.0%）であった。

小多機・看多機では「75歳以上 85歳未満」が8名（80.0%）で最も多く、次いで「85歳以上」が2名（20.0%）であった。（図 2-6）。

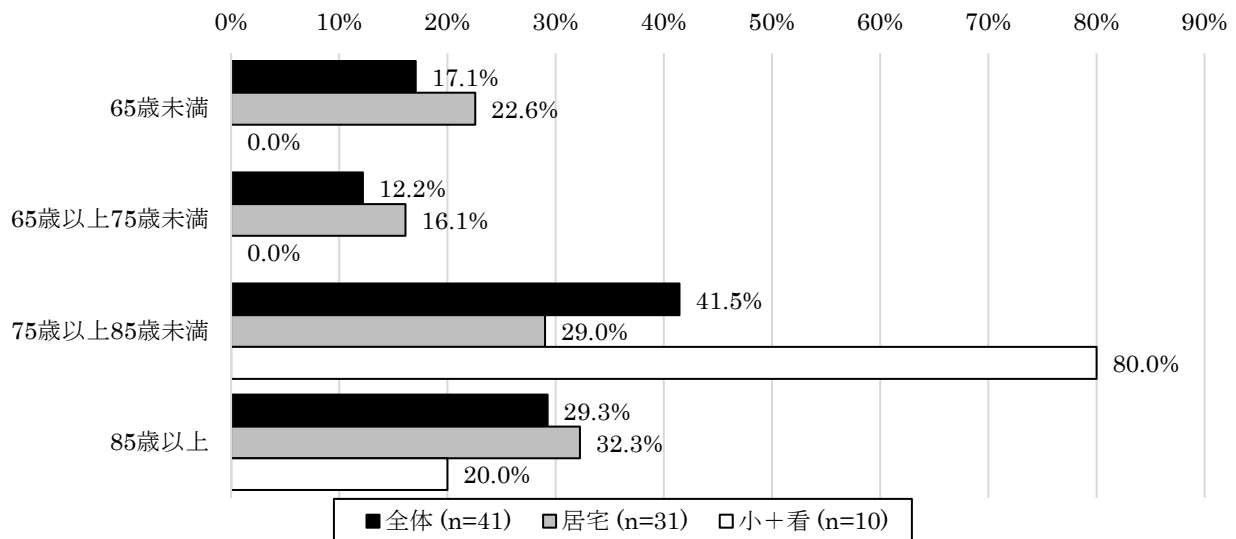


図 2-6 事例（認知症の人）の年齢階級

③ 問 5：認知症の原因疾患について

認知症の原因疾患は、全体では「アルツハイマー型」が32名（78.0%）で最も多く、次いで「血管性認知症」が6名（14.6%）あった。

居宅では「アルツハイマー型」が25名（80.6%）で最も多く、次いで「血管性認知症」が5名（16.1%）あった。

小多機・看多機では「アルツハイマー型」が7名（70.0%）で最も多く、次いで「原因疾患は不明」が2名（20.0%）あった（図 2-7）。

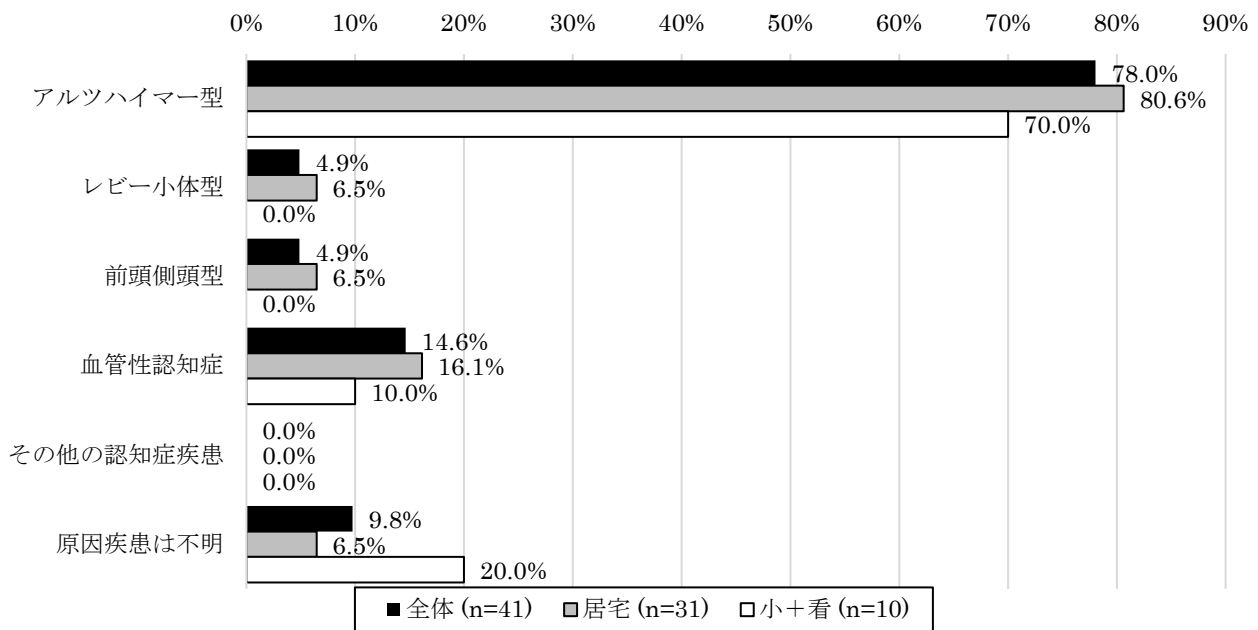


図 2-7 事例（認知症の人）の認知症の原因疾患

④ 問 6①：認知症高齢者の日常生活自立度について

認知症高齢者の日常生活自立度では、全体では「ランクⅡb」が12名（29.3%）で最も多く、次いで「ランクⅢa」が10名（24.4%）であった。

居宅では「ランクⅡb」が9名（29.0%）で最も多く、次いで「ランクⅢa」が7名（22.6%）であった。

小多機・看多機では「ランクⅡb」「ランクⅢa」「ランクⅢb」がいずれも3名（30.0%）で最も多かった（図 2-8）。

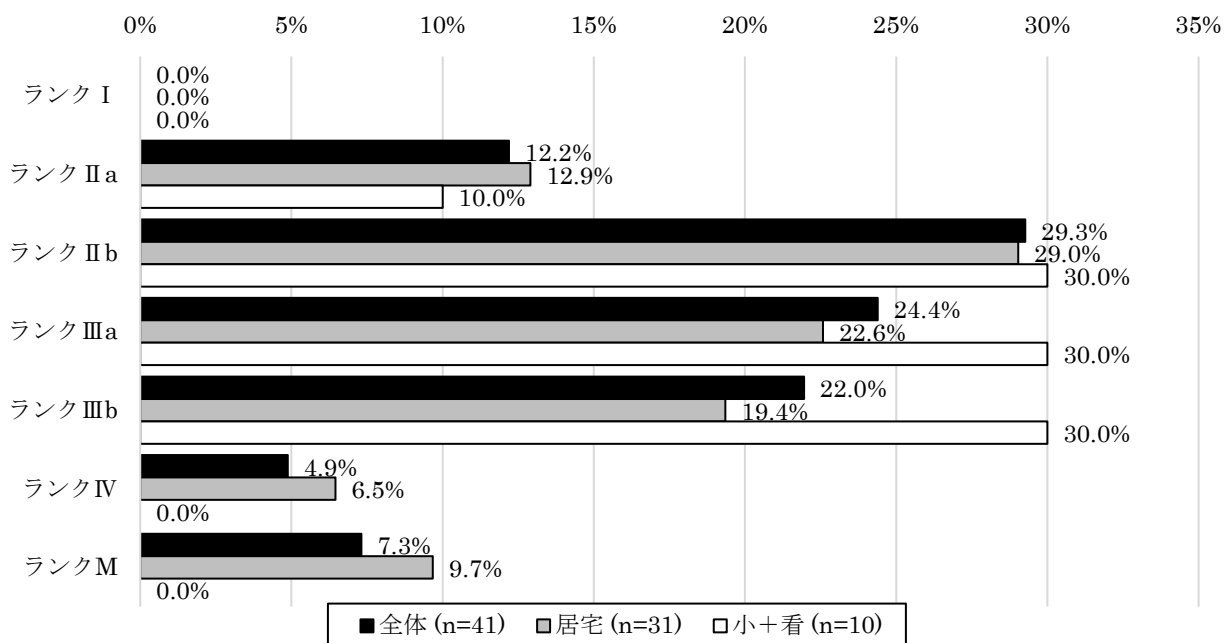


図 2-8 事例（認知症の人）の認知症高齢者の日常生活自立度

⑤ 問6②：要介護度について

要介護度は、全体では「要介護1」が14名（34.1%）で最も多く、次いで「要介護3」が12名（29.3%）であった。

居宅では「要介護1」が11名（35.5%）で最も多く、次いで「要介護3」が9名（29.0%）であった。

小多機・看多機では「要介護1」「要介護3」のいずれも3名（30.0%）で最も多かった（図2-9）。

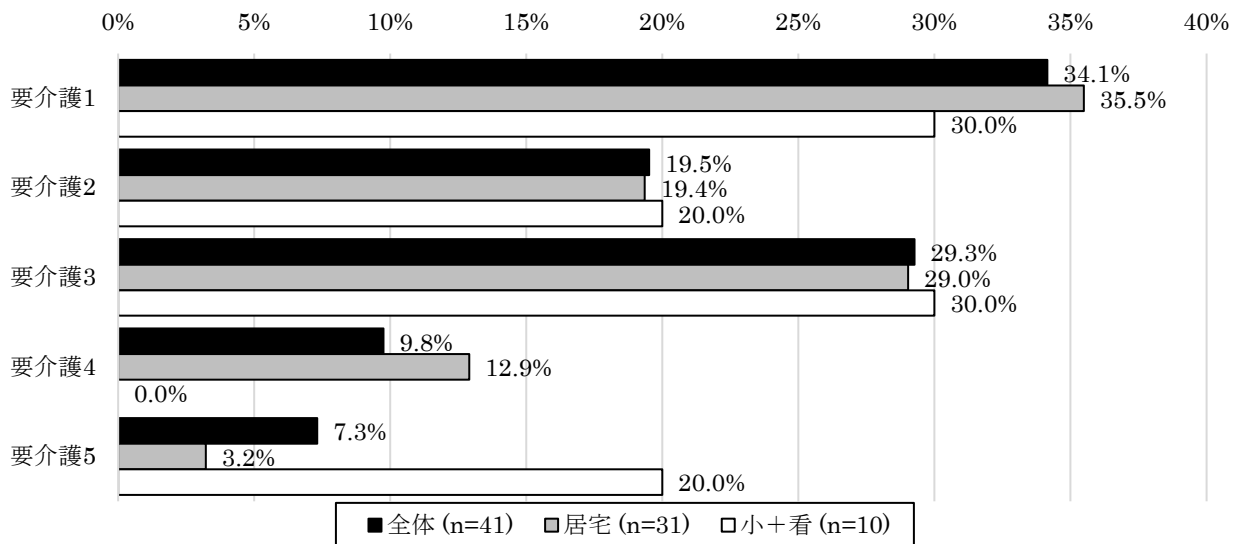


図2-9 事例（認知症の人）の要介護度

⑥ 問7①：同居している家族について

同居している家族は、全体では「一人暮らし」が18名（43.9%）で最も多く、次いで「配偶者」「子ども」がいずれも12名（29.3%）であった。

居宅では「子どもとの同居」「一人暮らし」のいずれも11名（35.5%）で最も多かった。

小多機・看多機では「一人暮らし」が7名（70.0%）で最も多く、次いで「配偶者」が3名（30.0%）であった（図2-10）。

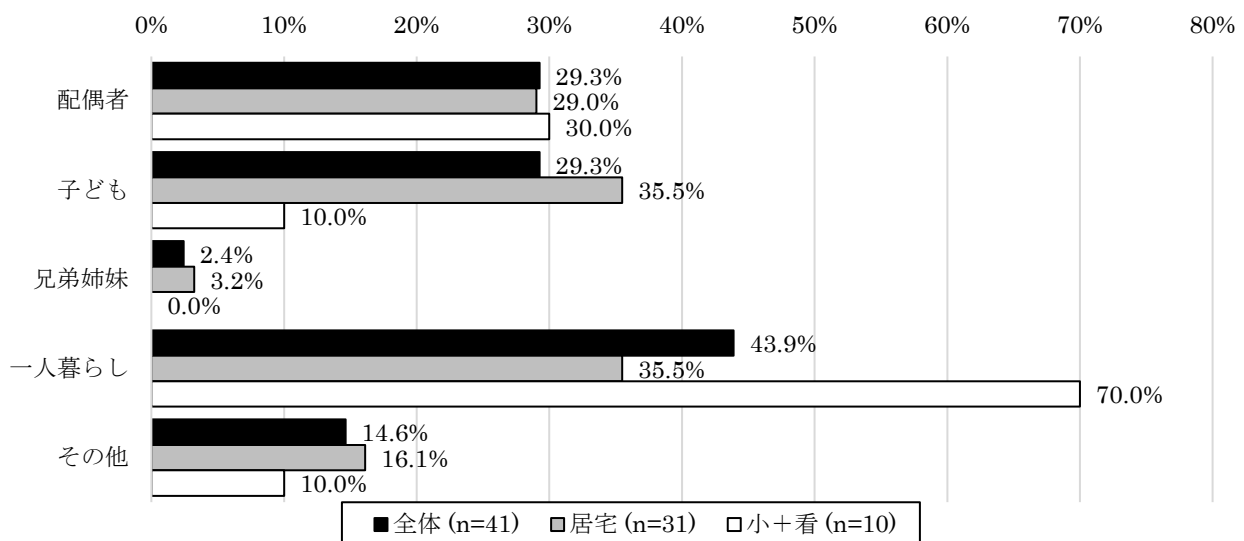


図2-10 事例（認知症の人）の同居している家族

⑦ 問7②：主介護者について

主介護者は、全体では「子ども」が18名(43.9%)で最も多く、次いで「配偶者」が10名(24.4%)であった。

居宅では「子ども」が16名(51.6%)で最も多く、次いで「配偶者」が8名(25.8%)であった。

小多機・看多機では「主介護者なし」が4名(40.0%)で最も多く、次いで「配偶者」「子ども」「その他」がいずれも2名(20.0%)であった(図2-11)。

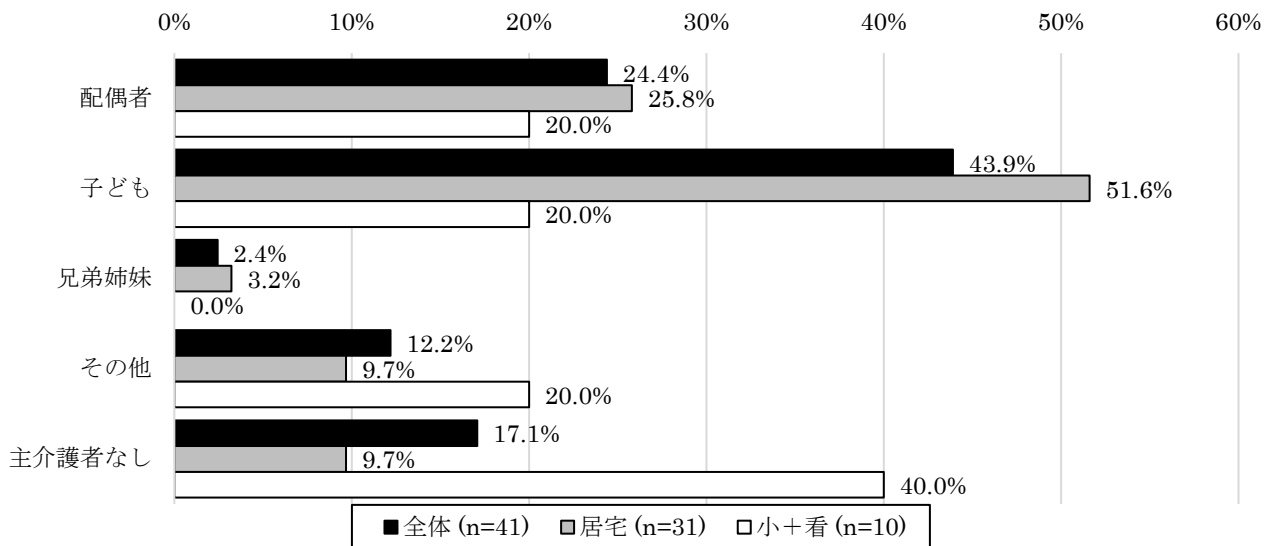


図2-11 事例(認知症の人)の主介護者

⑧ 問8：主介護者の介護負担感について(問7にて「主介護者なし」は未回答)

介護負担感では、全体では「対応困難なレベルの介護負担感があった」が22名(64.7%)で最も多く、次いで「対応可能なレベルの介護負担感があった」が12名(35.3%)であった。

居宅では「対応困難なレベルの介護負担感があった」が18名(64.3%)で最も多く、次いで「対応可能なレベルの介護負担感があった」が10名(35.7%)であった。

小多機・看多機では「対応困難なレベルの介護負担感があった」が4名(66.7%)で最も多く、次いで「対応可能なレベルの介護負担感があった」が2名(33.3%)であった(図2-12)。

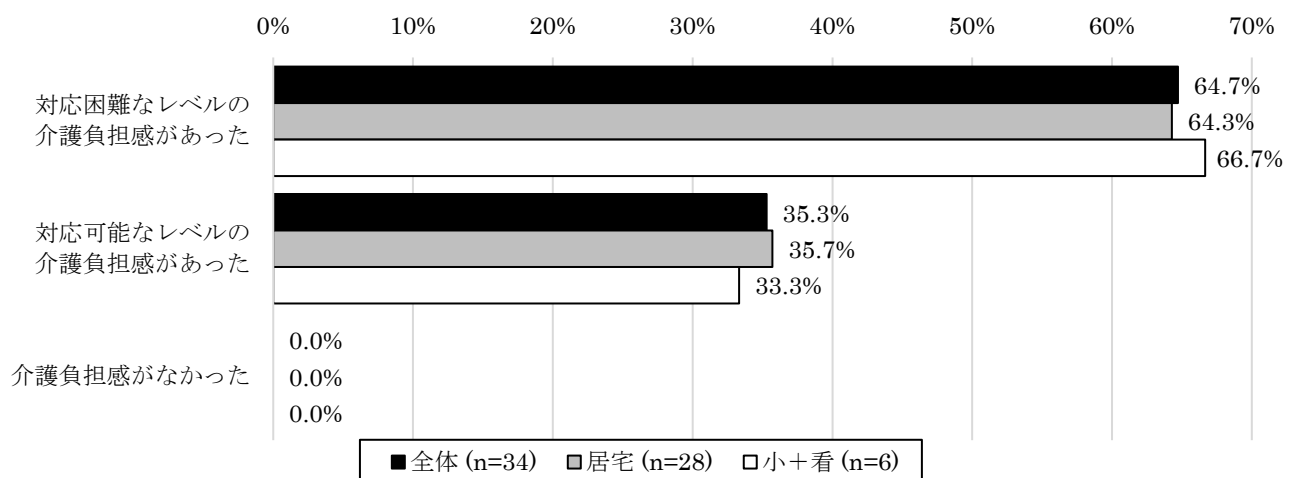


図2-12 事例(認知症の人)の主介護者の介護負担感

⑨ 問9：現在，治療中の病気や身体の様子について

治療中の病気や身体の様子は，全体では「高血圧症」が27名（65.9%）で最も多く，次いで「その他」が16名（39.0%）であった。

居宅では「高血圧症」が23名（74.2%）で最も多く，次いで「その他」が9名（29.0%）であった。

小多機・看多機では「その他」が7名（70.0%）で最も多く，次いで「高血圧症」が4名（40.0%）であった（図2-13）。

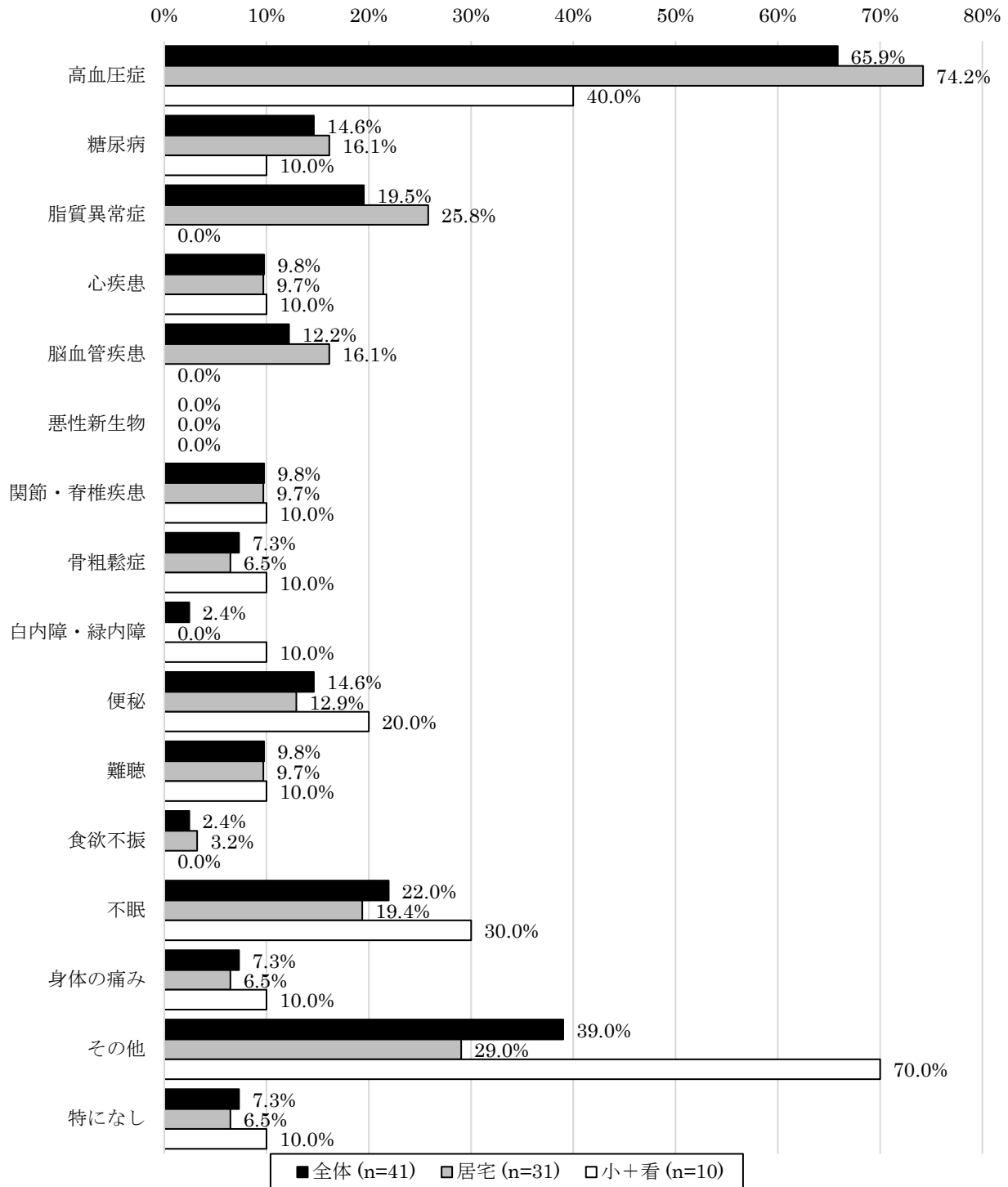


図2-13 事例（認知症の人）の現在，治療中の病気や身体の様子

4) 事例（認知症の人）に対するチームケア

① 問 10：チームケア開始時の事例のサービス利用状況について

チームケア開始時の事例のサービス利用状況は、居宅では「訪問介護」「通所介護」がいずれも16名（51.6%）で最も多く、次いで「訪問看護」が14名（45.2%）であった（図 2-14）。

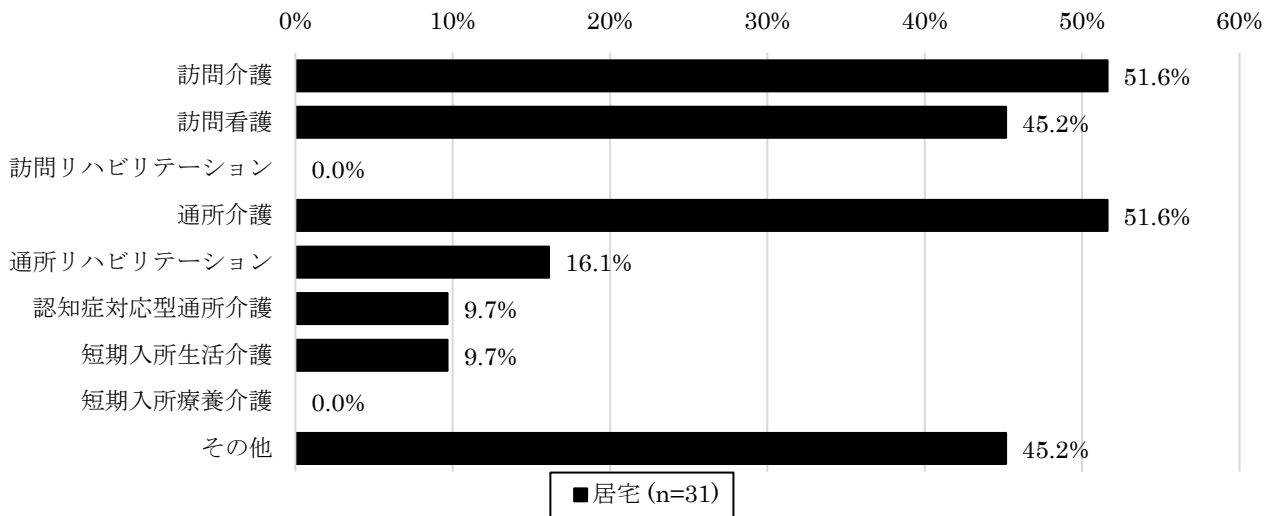


図 2-14 居宅におけるチームケア開始時の事例のサービス利用状況

チームケア開始時の事例のサービス利用状況は、小多機・看多機の全体では「通いサービス」が8名（80.0%）で最も多く、次いで「訪問サービス」が7名（70.0%）であった。

小多機では「通いサービス」が5名（83.3%）で最も多く、次いで「訪問サービス」が4名（66.7%）であった。

看多機では「宿泊サービス」が4名（100.0%）で最も多く、次いで「通所サービス」「訪問サービス」がいずれも3名（75.0%）であった（図 2-15）。

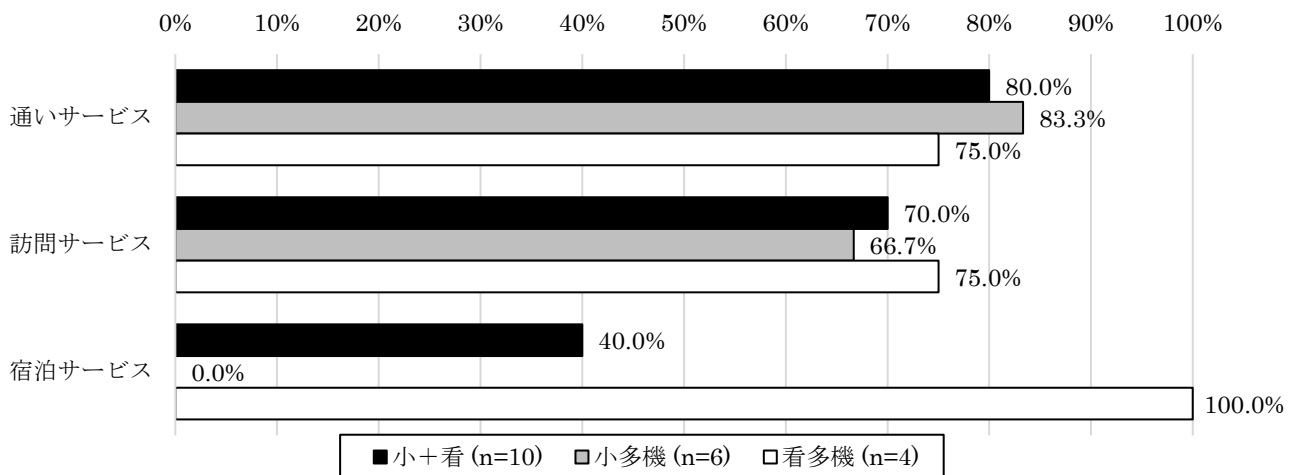


図 2-15 小多機・看多機におけるチームケア開始時の事例のサービス利用状況

② 問 11 : チームケアを行った BPSD について (目的①どのような BPSD が生じていて, その要因をどのように考えるか)

チームケアを行った BPSD は, 全体では「徘徊・不穏」が 24 名 (58.5%) で最も多く, 次いで「繰り返し質問」が 22 名 (53.7%) であった。

居宅では「易怒性」が 18 名 (58.1%) で最も多く, 次いで「徘徊・不穏」が 17 名 (54.8%) であった。

小多機・看多機では「徘徊・不穏」「繰り返し質問」がいずれも 7 名 (70.0%) で最も多く, 次いで「脱抑制」が 5 名 (50.0%) であった。(図 2-16)。

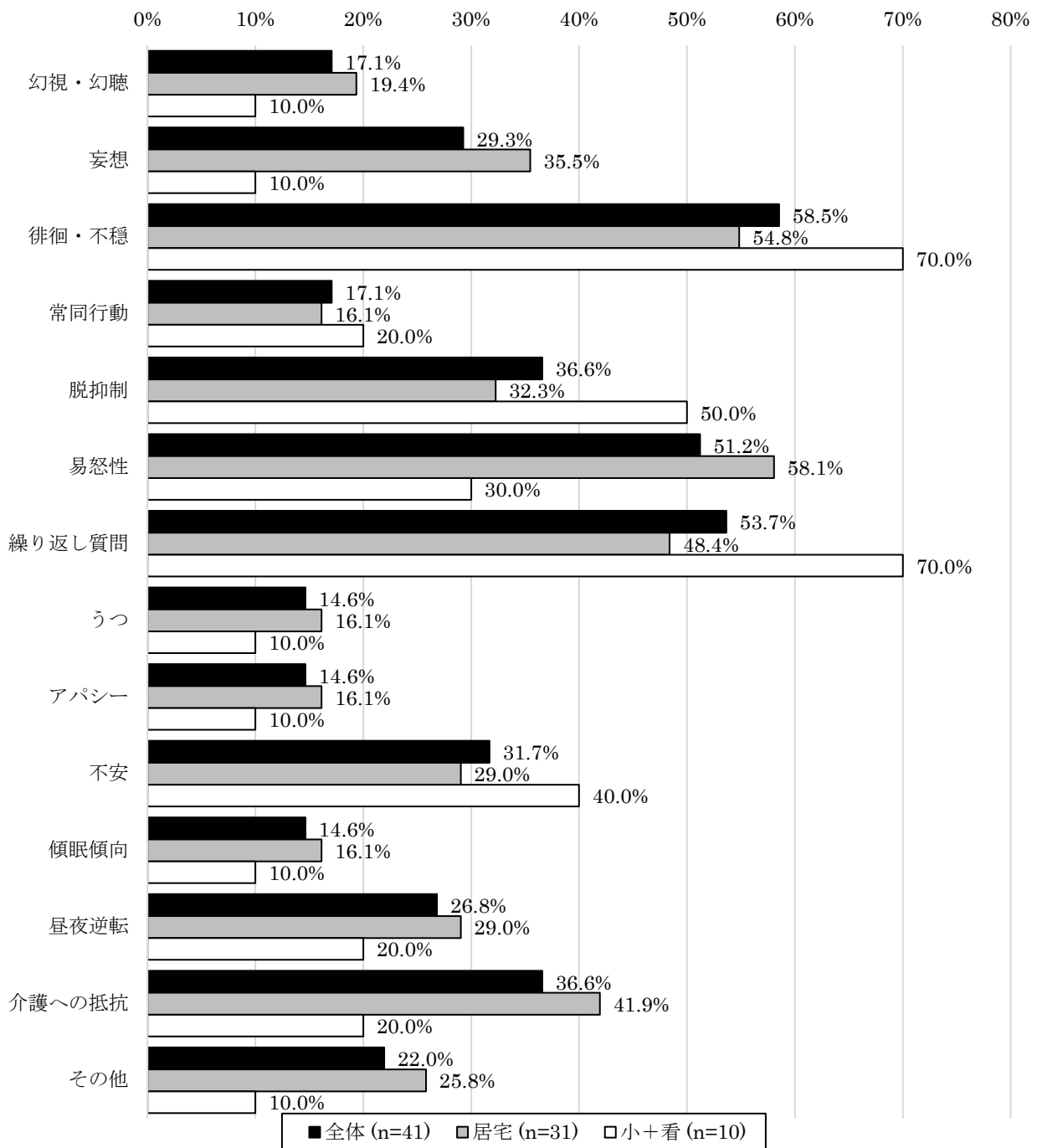


図 2-16 チームケアを行った BPSD

③ 問 12 : BPSD の要因について (目的①どのような BPSD が生じていて, その要因をどのように考えるか)

自由記述回答を質的記述的に分析した結果, 141 のコードが集約され, 12 のカテゴリ (図 2-17) のなかに 59 のサブカテゴリが生成された (表 2-2)。

BPSD の要因と考えられる項目は, 全体では「情緒・心理反応」が 15 名 (36.6%) で最も多く, 次いで「認知機能低下」がいずれも 12 名 (29.3%) であった。

居宅では「情緒・心理反応」が 12 名 (38.7%) で最も多く, 次いで「家族の関わり方・関係」「対人関係」「認知機能低下」がいずれも 10 名 (32.3%) であった。

小多機・看多機では「状況理解・環境適応の困難」が 7 名 (70.0%) で最も多く, 次いで「健康状態・身体的ニーズ」「情緒・心理反応」「生活・物理環境」がいずれも 3 名 (30.0%) であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差, または一方が 0%であった項目として, 「家族の関わり方・関係」「対人関係」「状況理解・環境適応の困難」に 20%以上の差が認められた。また, 「本人の生活史・役割」「活動不足」「疾患・服薬管理」「精神症状」の 4 項目は小多機・看多機において出現していなかった。

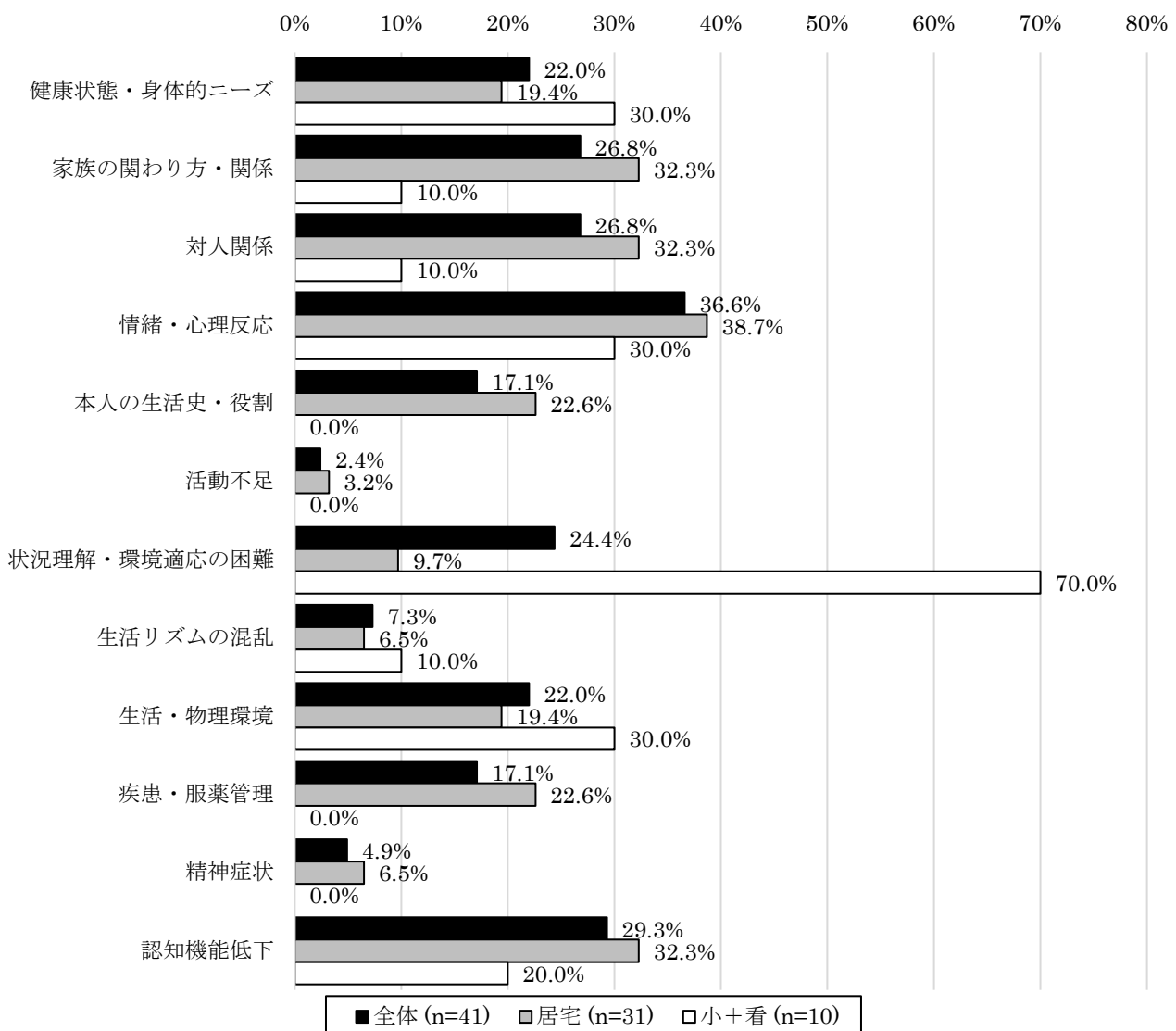


図 2-17 BPSD の要因と考えられる項目

表 2-2 チームアプローチした BPSD の各要因における出現頻度

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
健康状態・身体的ニーズ		11	9 (22.0)	6 (19.4)	3 (30.0)
	体調不良・疲労	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	便秘	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	掻痒	2	2 (4.9)	0 (0.0)	2 (20.0)
	疼痛	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	空腹	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	身体機能制限	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	身体的不調	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	頻尿	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
家族の関わり方・関係		15	11 (26.8)	10 (32.3)	1 (10.0)
	家族の介護対応力の不足	7	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	家族の疾患理解の不足	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	家族への介護役割の集中	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	家族関係の葛藤・心理的距離	5	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	本人と家族双方の疲労	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
対人関係		17	11 (26.8)	10 (32.3)	1 (10.0)
	他者との交流機会の減少	6	5 (12.2)	5 (16.1)	0 (0.0)
	周囲の不適切なかかわり	4	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	情緒的支えの欠如	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	社会的孤立	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	重要他者の喪失	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
情緒・心理反応		34	15 (36.6)	12 (38.7)	3 (30.0)
	不安	14	11 (26.8)	8 (25.8)	3 (30.0)
	不快感	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	孤独感	5	3 (7.3)	2 (6.5)	0 (0.0)
	寂しさ	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	対人ストレス	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	恐怖心	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	悲嘆	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	情緒不安定	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	意欲低下	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	抑うつ	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	疎外感	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	緊張	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	苛立ち	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	過去の悲しみ・不安の想起	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
本人の生活史・役割		8	7 (17.1)	7 (22.6)	0 (0.0)
	役割の喪失	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	性格・生活歴	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	本人の支援受容が困難	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	過去の役割意識への固着	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
活動不足		2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	日中の活動不足	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
状況理解・環境適応の困難		13	10 (24.4)	3 (9.7)	7 (70.0)
	状況理解困難	8	7 (17.1)	2 (6.5)	5 (50.0)
	環境変化への適応困難	5	3 (7.3)	1 (3.2)	2 (20.0)
生活リズムの混乱		3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	生活リズムの混乱・睡眠障害	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
生活・物理環境		12	9 (22.0)	6 (19.4)	3 (30.0)
	不適切な環境刺激	4	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	住環境や生活場所の変化	4	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	刺激不足	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	生活環境	2	2 (4.9)	0 (0.0)	2 (20.0)
疾患・服薬管理		7	7 (17.1)	7 (22.6)	0 (0.0)
	器質的脳疾患	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	感染症	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	服薬管理不良	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	精神疾患	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
精神症状		3	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	妄想	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	幻視	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
認知機能低下		16	12 (29.3)	10 (32.3)	2 (20.0)
	判断力低下	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	実行機能障害	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	抑制機能の低下	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	理解力低下	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	表出・意思伝達の困難	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	見当識障害	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	記憶障害	5	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	認知機能の変動	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	認知機能低下	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)

値は名 (%)を示す。

④ 問 13 : BPSD に関連していそうな事例の行動や発言について

自由記述回答を質的記述的に分析した結果、154 のコードが集約され、8 のカテゴリ (図 2-18) のなかに 19 のサブカテゴリが生成された (表 2-3)。

BPSD に関連していそうな事例の行動や発言は、全体では「行動のくり返しや落ち着かない動き」が 18 名 (43.9%) で最も多く、次いで「日常生活の乱れや困りごと」が 17 名 (41.5%) であった。

居宅では「行動のくり返しや落ち着かない動き」および「日常生活の乱れや困りごと」がともに 14 名 (45.2%) で最も多く、次いで「対人関係のトラブルや暴言・暴力」「認識や理解の困難」がいずれも 13 名 (41.9%) であった。

小多機・看多機では「行動のくり返しや落ち着かない動き」が 4 名 (40.0%) で最も多く、次いで「日常生活の乱れや困りごと」が 3 名 (30.0%) であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差、または一方が 0%であった項目として、「対人関係のトラブルや暴言・暴力」「認識や理解の困難」に 20%以上の差が認められた。

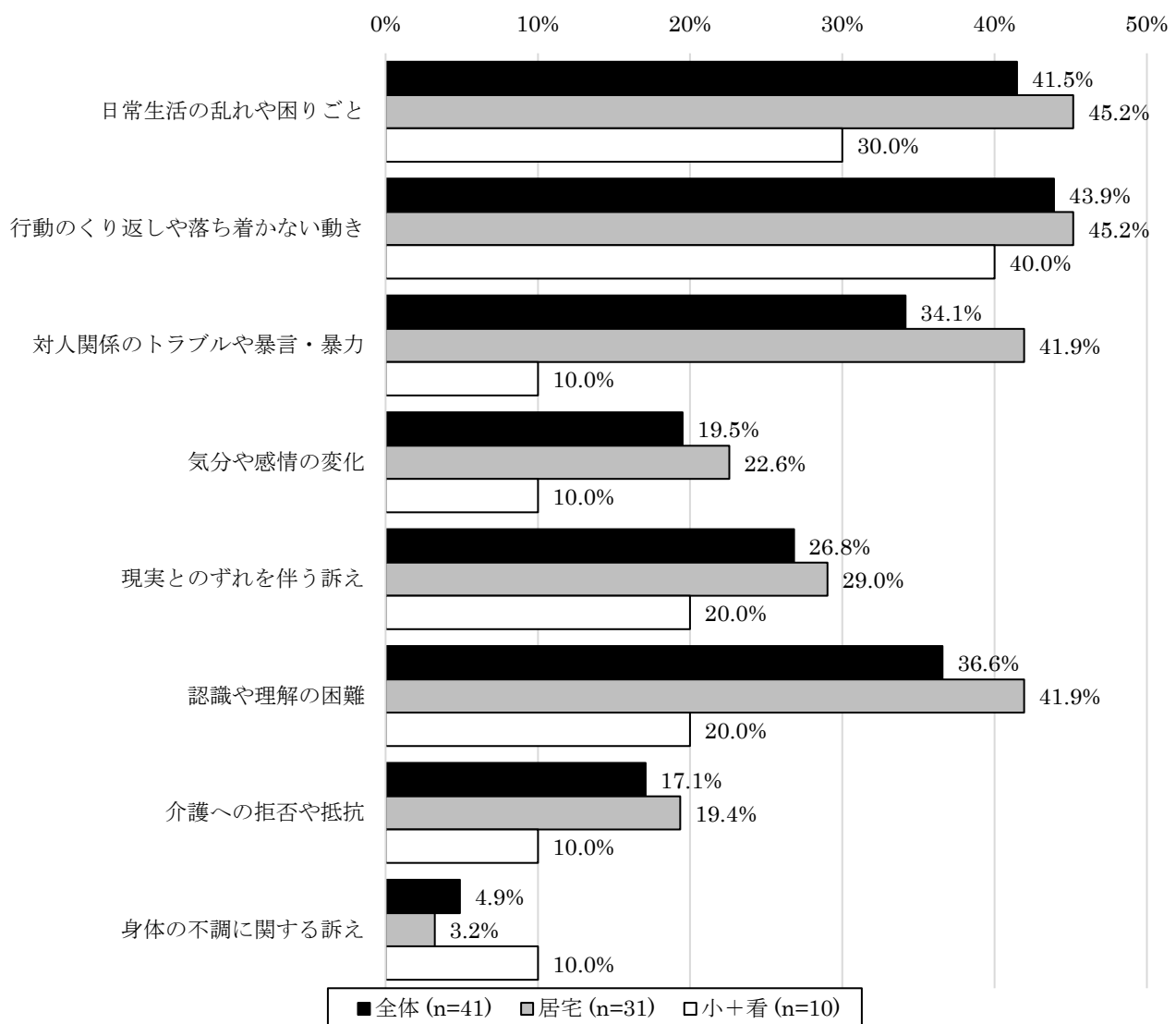


図 2-18 BPSD に関連していそうな事例の行動や発言

表 2-3 BPSD に関連していそうな事例の行動や発言

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
日常生活の乱れや困りごと		29	17 (41.5)	14 (45.2)	3 (30.0)
	生活管理の困難	14	7 (17.1)	7 (22.6)	0 (0.0)
	社会的に不適切な行動	7	7 (17.1)	7 (22.6)	0 (0.0)
	繰り返し訪問	5	4 (9.8)	2 (6.5)	2 (20.0)
	生活場面での不適切行動	2	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	目的のない行動	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
行動のくり返しや落ち着かない動き		32	18 (43.9)	14 (45.2)	4 (40.0)
	歩き回り・徘徊様行動	15	13 (31.7)	10 (32.3)	3 (30.0)
	同一質問・確認の反復	10	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	外出・帰宅行動	6	5 (12.2)	3 (9.7)	2 (20.0)
	人物追従	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
対人関係のトラブルや暴言・暴力		25	14 (34.1)	13 (41.9)	1 (10.0)
	攻撃的な態度・暴言・暴力	22	13 (31.7)	12 (38.7)	1 (10.0)
	家族との衝突	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	他者との衝突	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
気分や感情の変化		19	8 (19.5)	7 (22.6)	1 (10.0)
	気分の落ち込み・意欲低下	10	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	不安・焦燥	8	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	感情の起伏	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
現実とのずれを伴う訴え		20	11 (26.8)	9 (29.0)	2 (20.0)
	妄想	20	11 (26.8)	9 (29.0)	2 (20.0)
認識や理解の困難		15	15 (36.6)	13 (41.9)	2 (20.0)
	状況理解の困難	15	15 (36.6)	13 (41.9)	2 (20.0)
介護への拒否や抵抗		12	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
	介護拒否	12	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
身体の不調に関する訴え		2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	身体症状の訴え	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)

値は名 (%)を示す。

⑤ 問 14 : BPSD のケアに際して、チームメンバーについて (目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有, ケアがなされているか)

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員は「医療機関職員」が 26 名 (83.9%) で最も多く、次いで「その他」が 22 名 (71.0%) であった (図 2-19)。

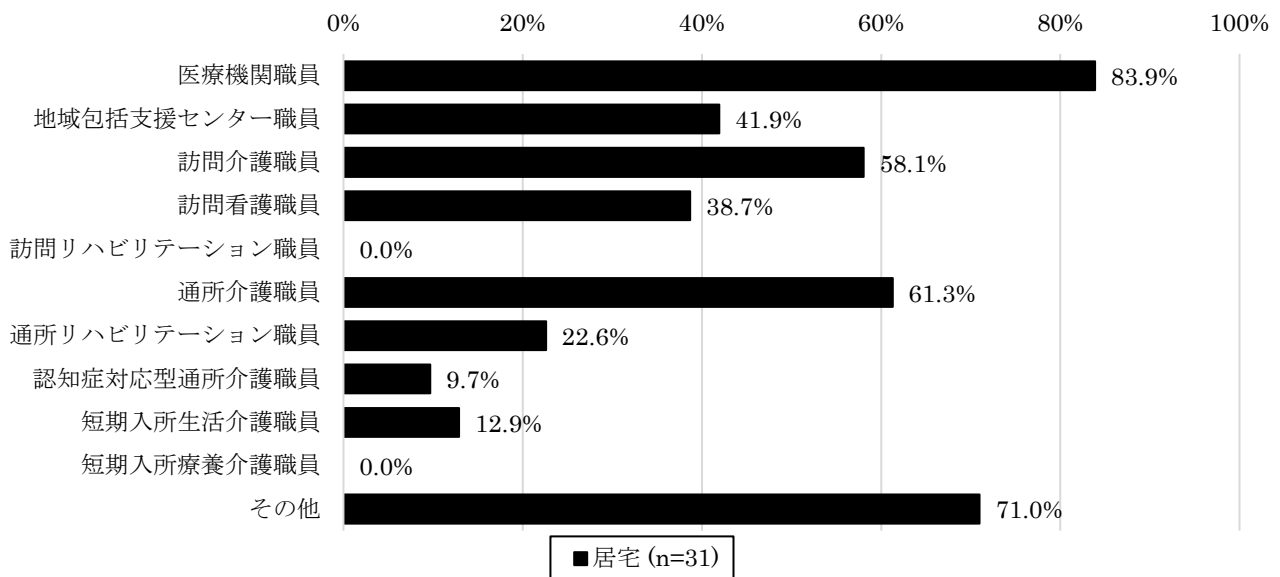


図 2-19 居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員の平均職種数 (平均値±標準偏差) は、全体が  $5.5 \pm 2.7$  であった。

「医療機関職員」が  $1.2 \pm 0.7$  で最も多く、次いで「通所介護職員」が  $0.9 \pm 0.9$  であった (図 2-20)。

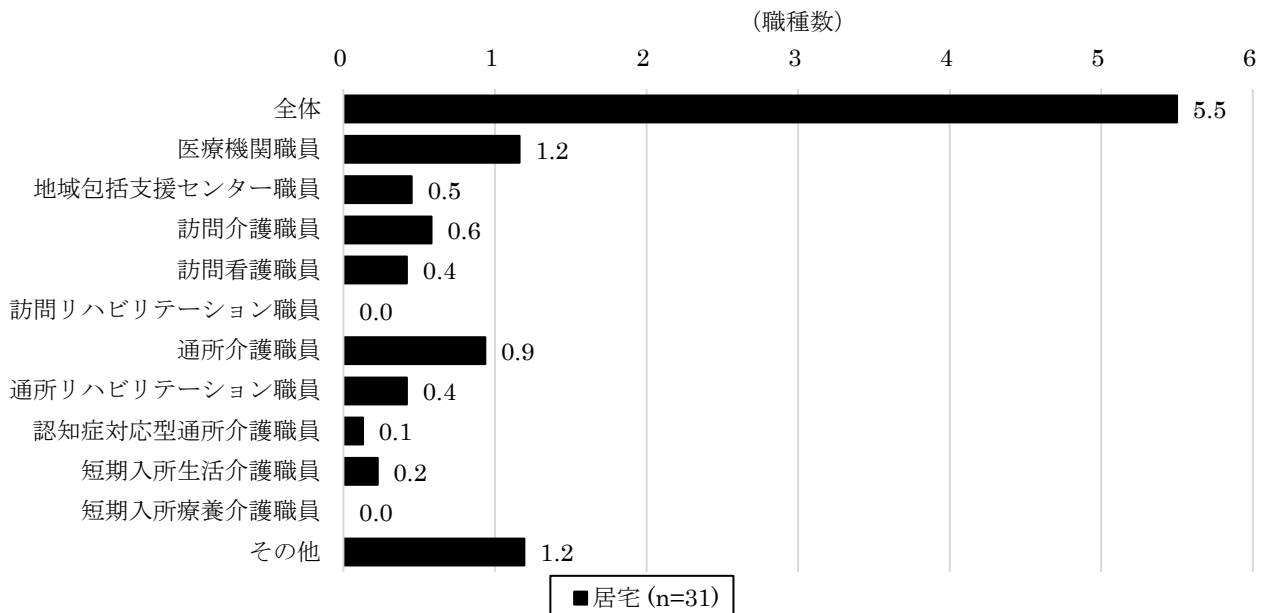


図 2-20 居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員の平均職種数

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している医療機関職員のうち、連携している職種は「医師」が20名（64.5%）で最も多く、次いで「看護職」が9名（29.0%）であった（図2-21）。

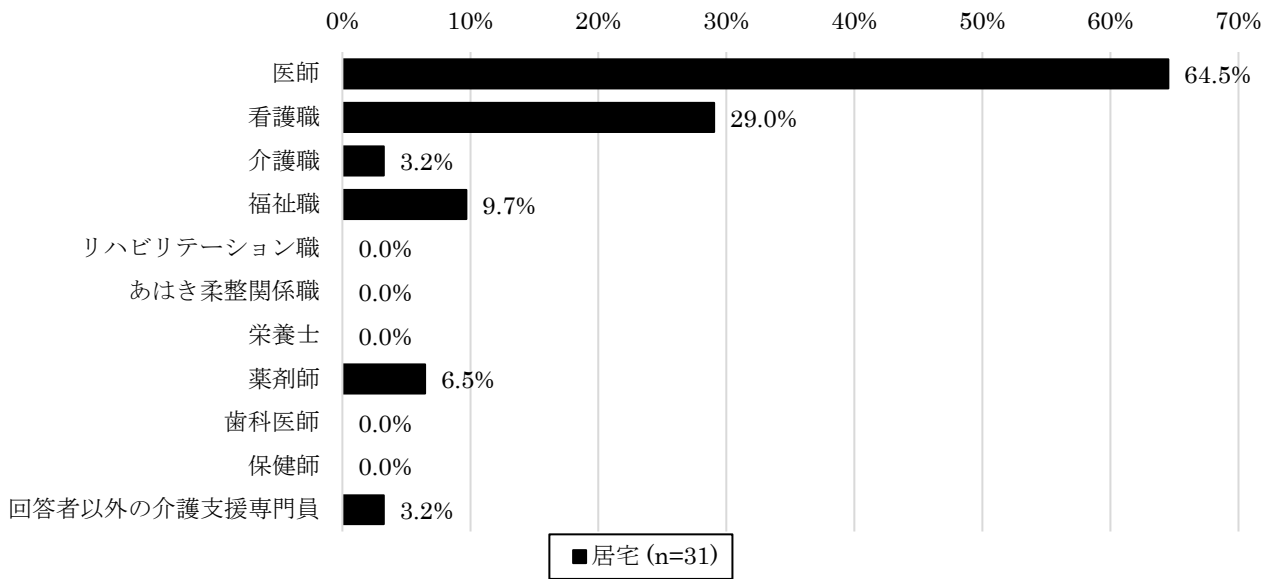


図2-21 医療機関職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している地域包括支援センター職員のうち、連携している職種は「福祉職」が6名（19.4%）で最も多く、次いで「回答者以外の介護支援専門員」が3名（9.7%）であった（図2-22）。

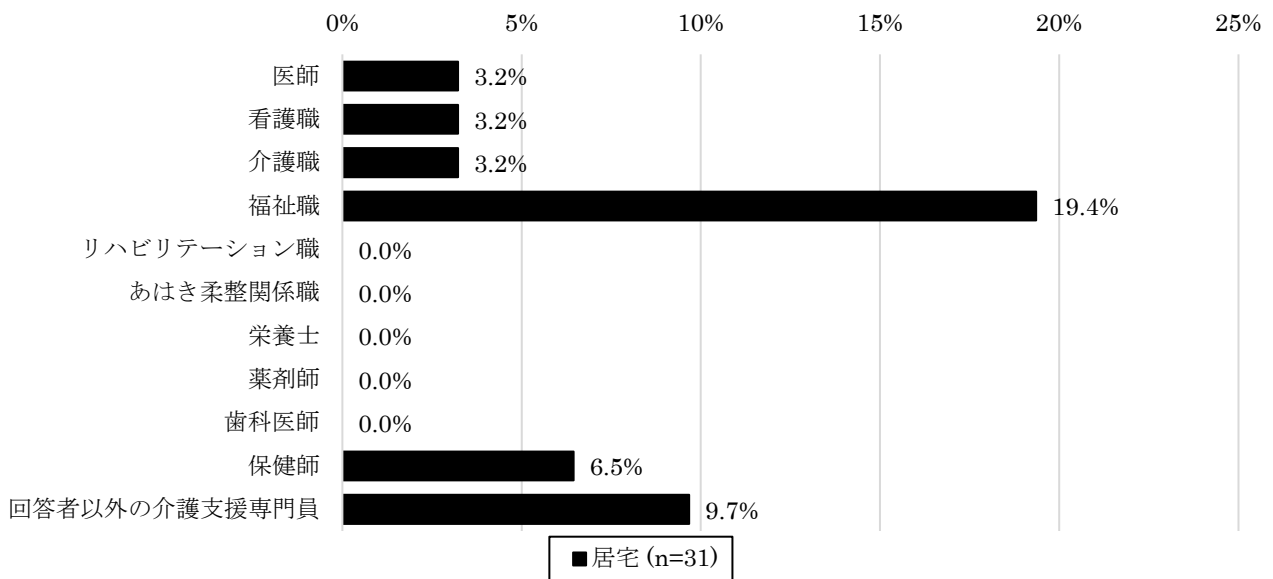


図2-22 地域包括支援センター職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している訪問介護職員のうち、連携している職種は「介護職」が18名（58.1%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった（図2-23）。

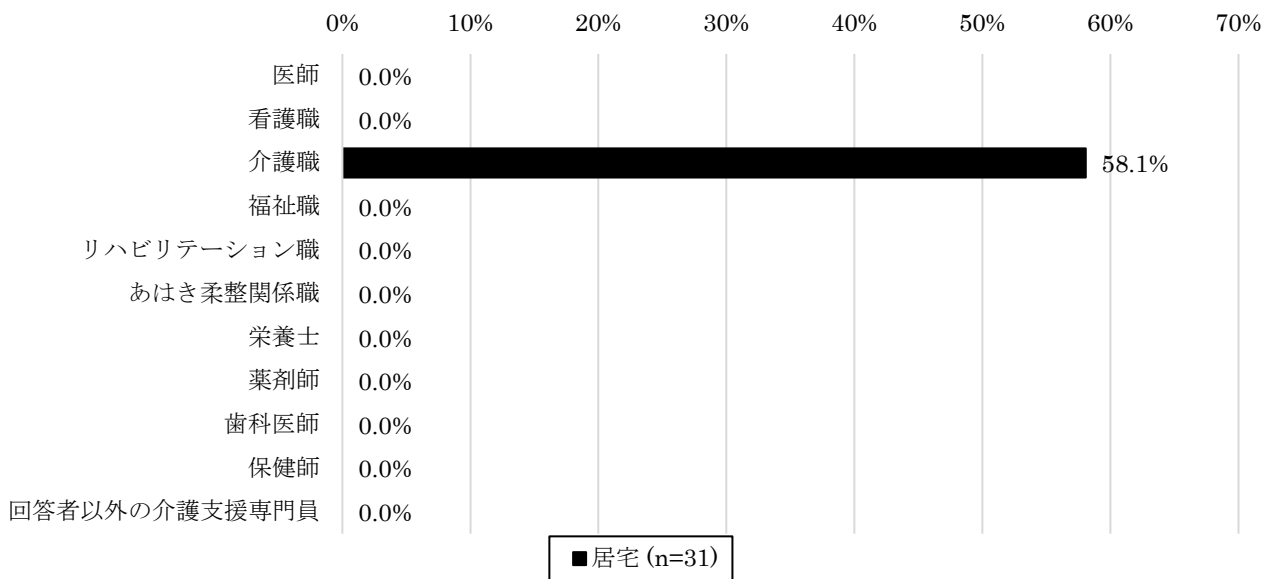


図2-23 訪問介護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している訪問看護職員のうち、連携している職種は「看護職」が12名（38.7%）で最も多く、次いで「リハビリテーション職」が1名（3.2%）であった（図2-24）。

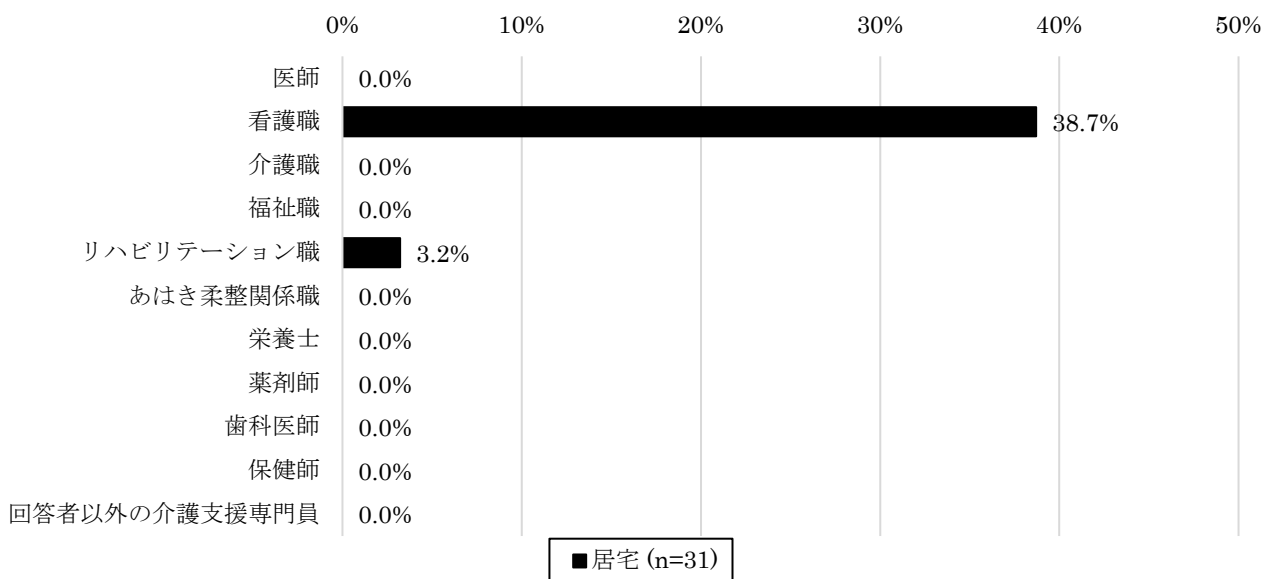


図2-24 訪問看護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員は、訪問リハビリテーション職員との連携がなかった(図 2-25).

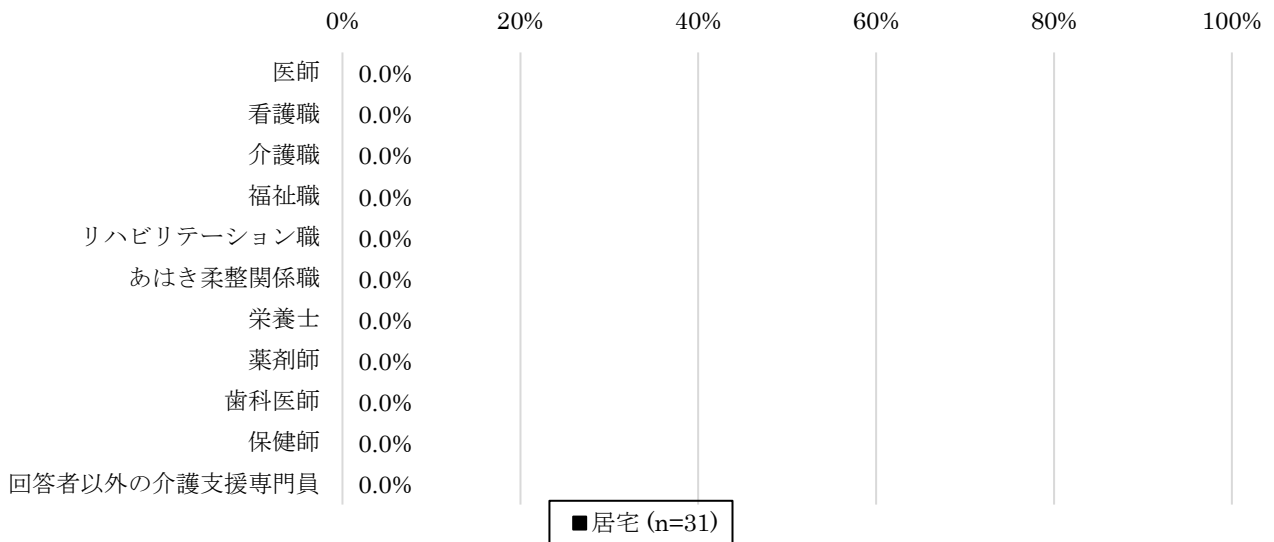


図 2-25 訪問リハビリテーション職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している通所介護職員のうち、連携している職種は「介護職」が16名(51.6%)で最も多く、次いで「看護職」「リハビリテーション職」がいずれも5名(16.1%)であった(図 2-26).

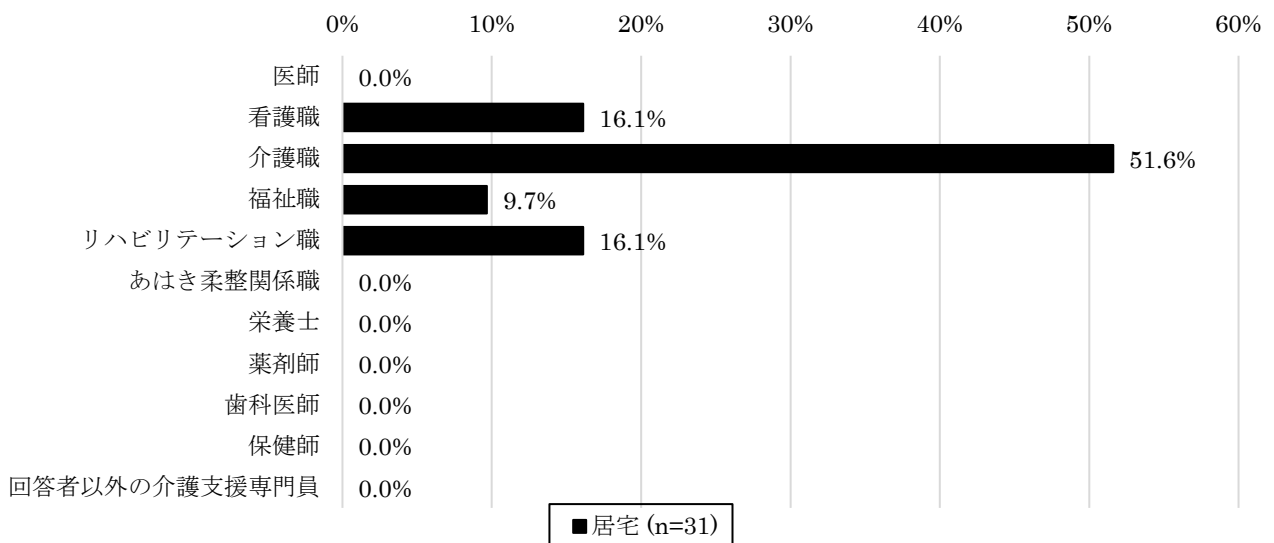


図 2-26 通所介護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している通所リハビリテーション職員のうち、連携している職種は「介護職」が6名(19.4%)で最も多く、次いで「リハビリテーション職」が3名(9.7%)であった(図2-27)。

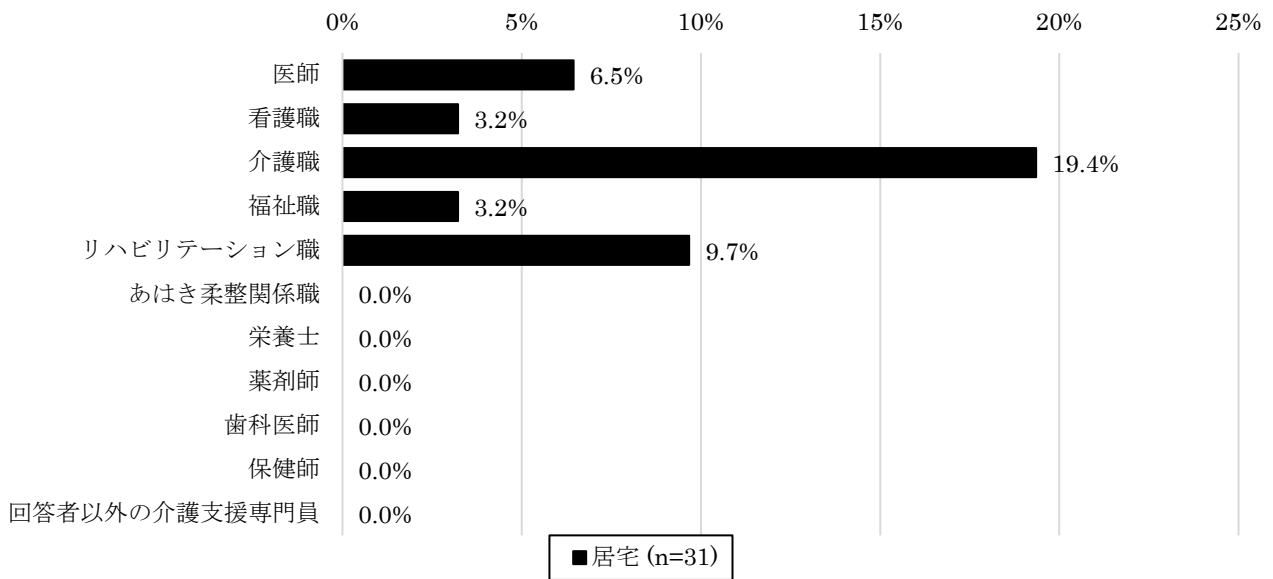


図2-27 通所リハビリテーション職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している認知症対応型通所介護職員のうち、連携している職種は「介護職」「福祉職」が2名(6.5%)で最も多く、その他の職種との連携はなかった(図2-28)。

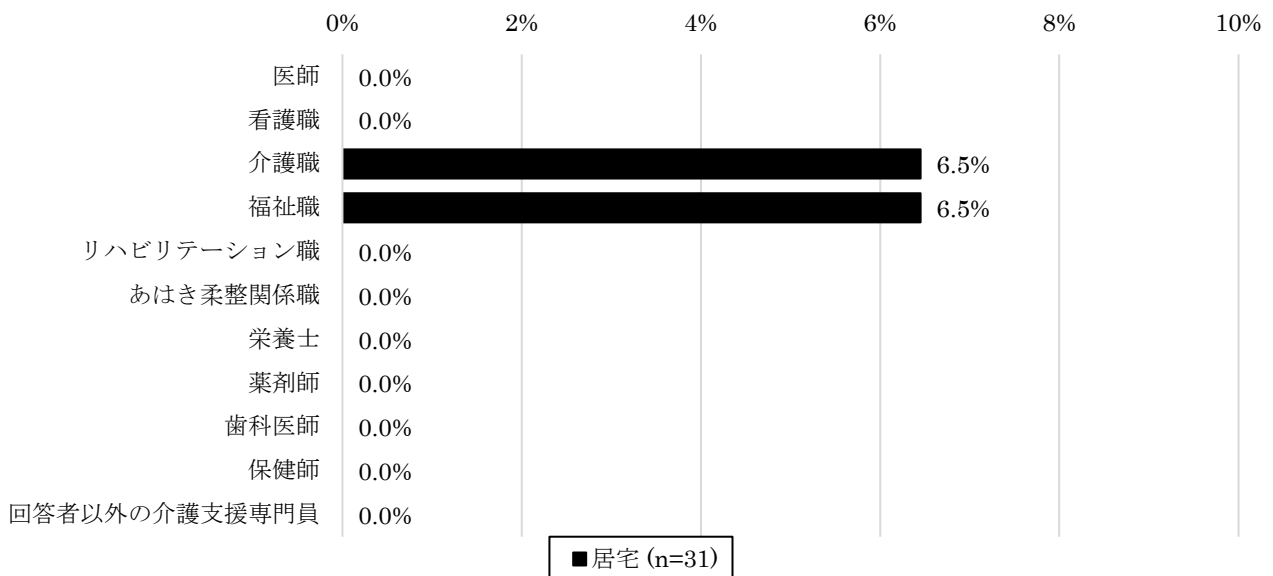


図2-28 認知症対応型通所介護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している短期入所生活介護職員のうち、連携している職種は「介護職」が3名（9.7%）で最も多く、次いで「看護職」「福祉職」が2名（6.5%）であった（図 2-29）。

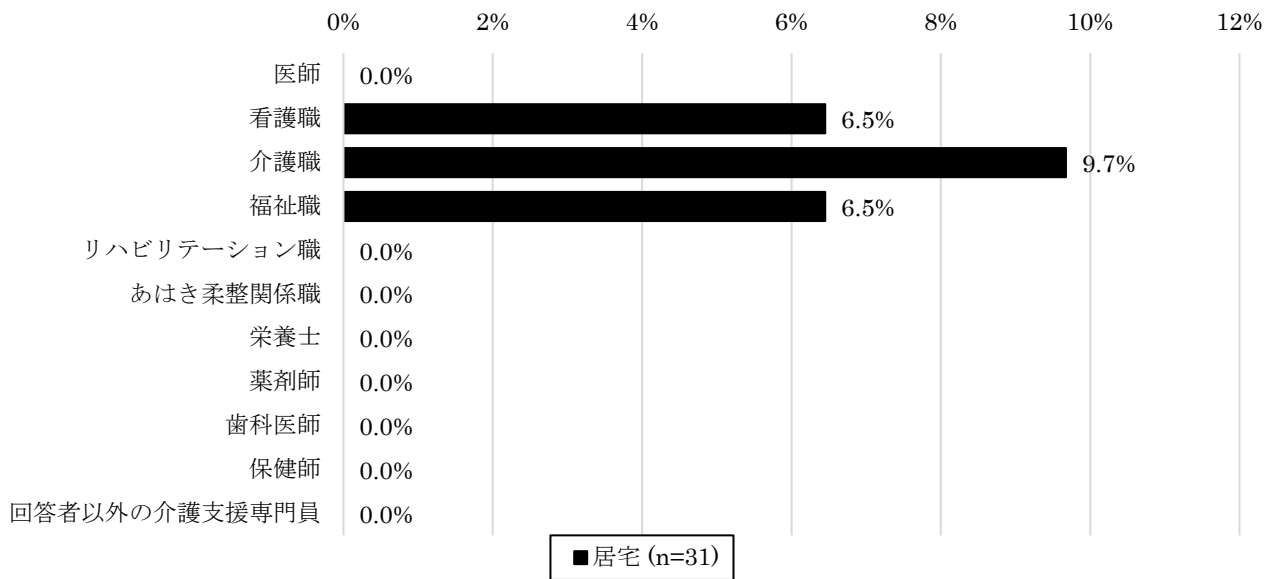


図 2-29 短期入所生活介護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員は、短期入所療養介護職員との連携がなかった（図 2-30）。

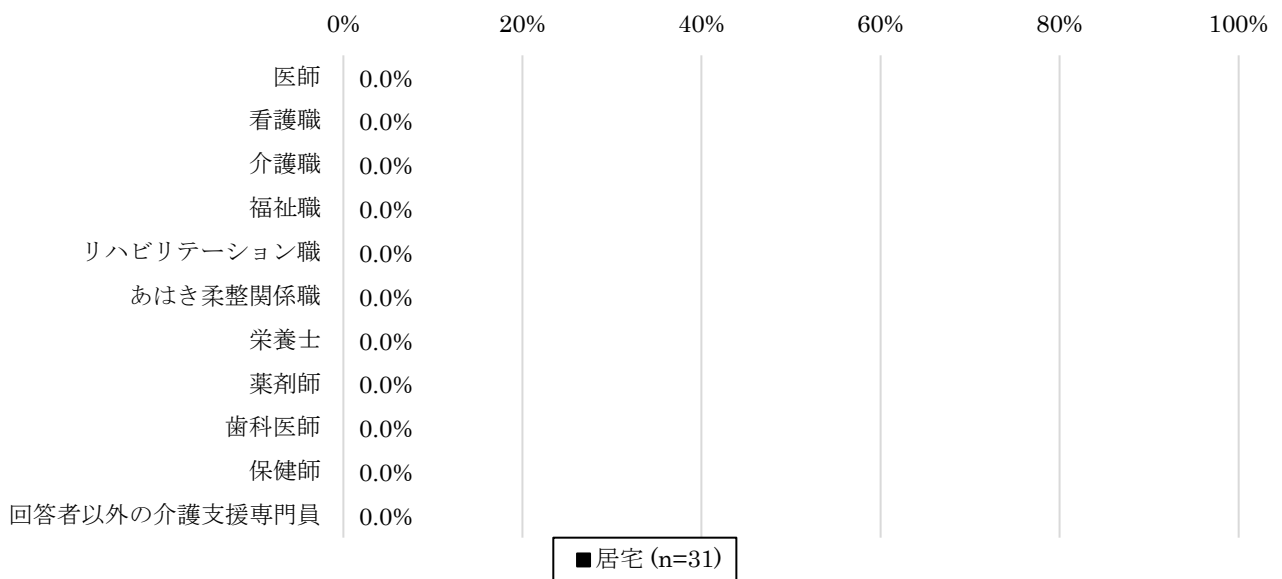


図 2-30 短期入所療養介護職員のうち、連携している職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携しているその他のうち、連携している者は「家族」が12名（38.7%）で最も多く、次いで「薬剤師・薬局職員」が5名（16.1%）であった（図2-31）。

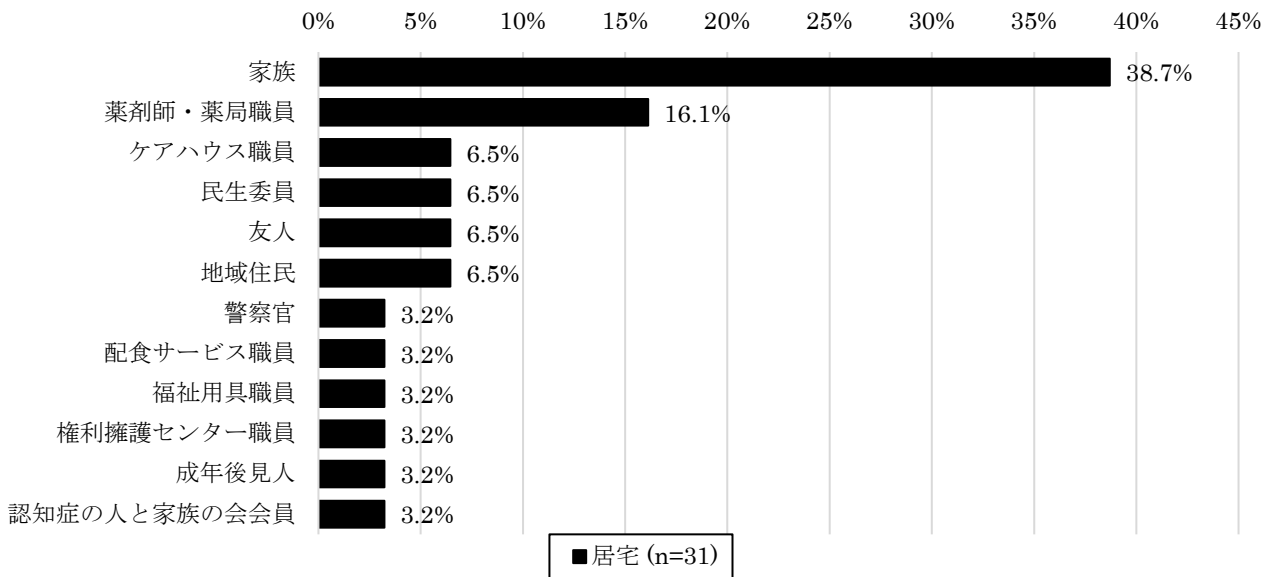


図2-31 その他のうち、連携している職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員は、小多機・看多機の全体では「事業所内職員」が10名（100.0%）で最も多く、次いで「医療機関職員」「その他」がいずれも5名（50.0%）であった。

小多機では「事業所内職員」が6名（100.0%）で最も多く、次いで「医療機関職員」「その他」がいずれも3名（50.0%）であった。

看多機では「事業所内職員」が4名（100.0%）で最も多く、次いで「医療機関職員」「その他」がいずれも2名（50.0%）であった（図2-32）。

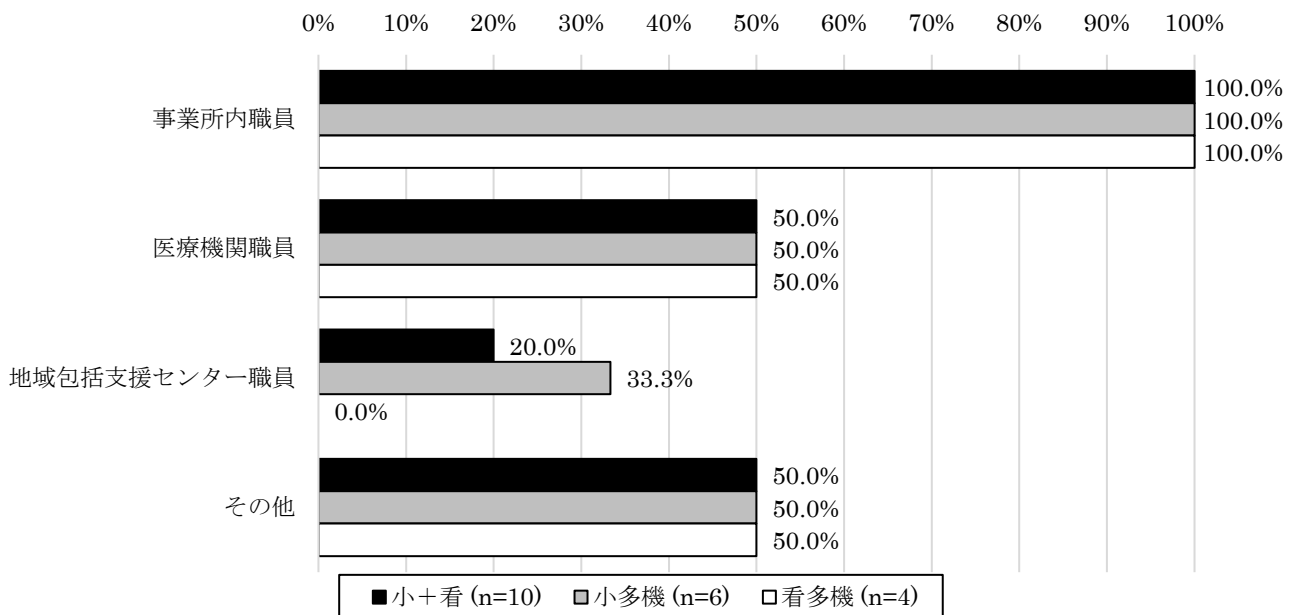


図2-32 小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員の平均職種数（平均値±標準偏差）は、小多機・看多機の全体では4.1±2.0、小多機の全体では4.0±1.4、看多機の全体では4.3±2.9であった。

小多機・看多機の全体では「事業所内職員」が2.4±0.5で最も多く、次いで「その他」が0.9±1.1であった。

小多機では「事業所内職員」が2.3±0.5で最も多く、次いで「その他」が0.8±1.0であった。

看多機では「事業所内職員」が2.5±0.6で最も多く、次いで「その他」が1.0±1.4であった。

(図 2-33).

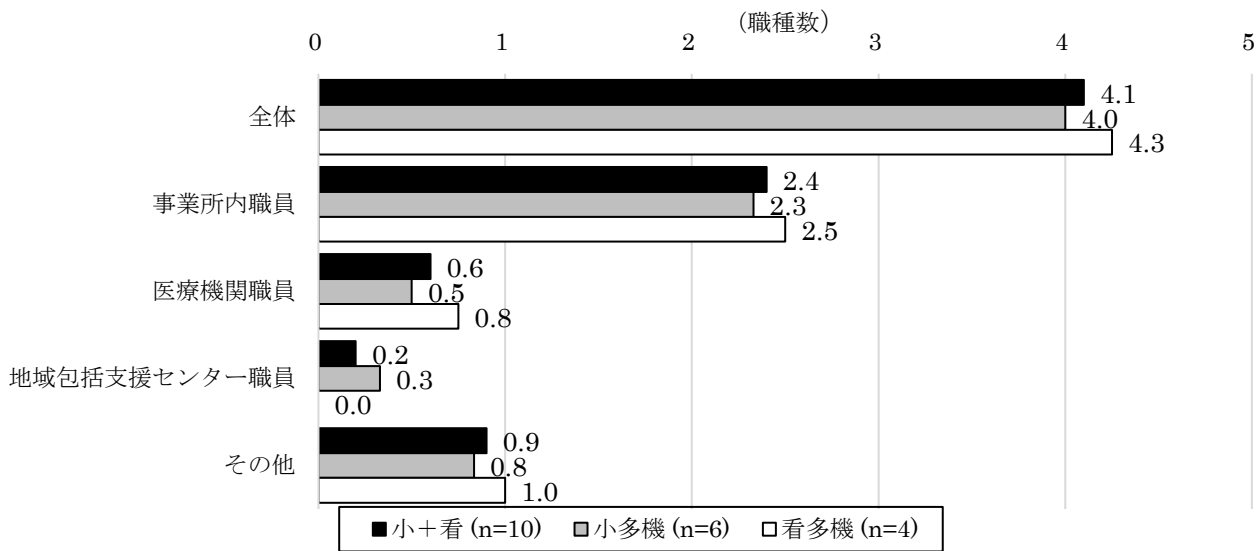


図 2-33 小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員の平均職種数

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所内職員のうち、連携している職種は、小多機・看多機の全体では「介護職」が9名（90.0%）で最も多く、次いで「回答者」が8名（80.0%）であった。

小多機では「回答者」「介護職」がいずれも5名（83.3%）で最も多く、次いで「看護職」が3名（50.0%）であった。

看多機では「介護職」が4名（100.0%）で最も多く、次いで「回答者」「看護職」がいずれも3名（75.0%）であった（図2-34）。

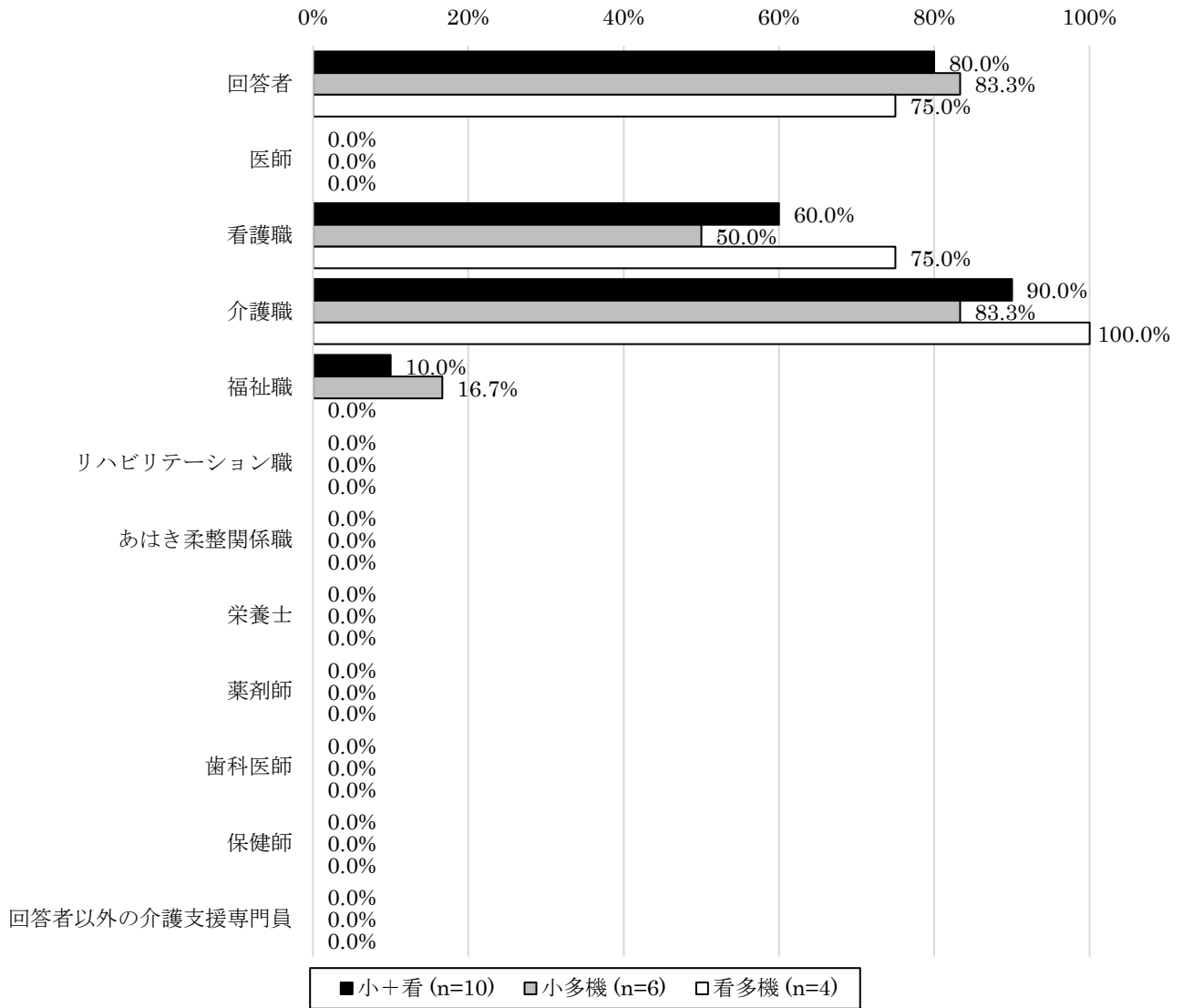


図2-34 事業所内職員のうち、連携している職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している医療機関職員のうち、連携している職種は、小多機・看多機の全体では「医師」が5名（50.0%）で最も多く、次いで「看護職」が1名（10.0%）であった。

小多機では「医師」が3名（50.0%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった。

看多機では「医師」が2名（50.0%）で最も多く、次いで「看護職」が1名（25.0%）であった（図2-35）。

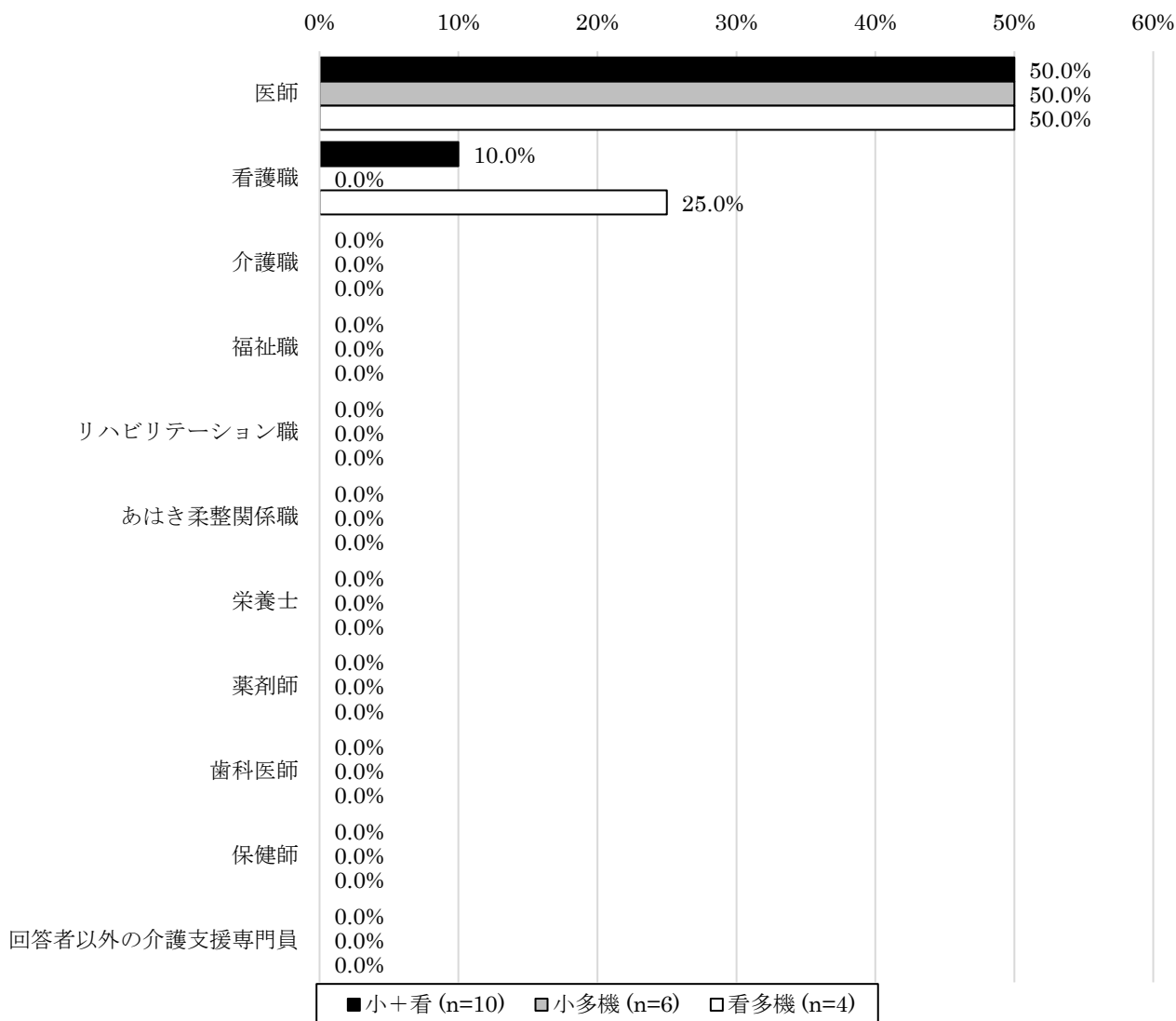


図2-35 医療機関職員のうち、連携している職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している地域包括支援センター職員のうち、連携している職種は、小多機・看多機の全体では「福祉職」が2名（20.0%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった。

小多機では「福祉職」が2名（33.3%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった。

看多機では連携していなかった（図 2-36）。

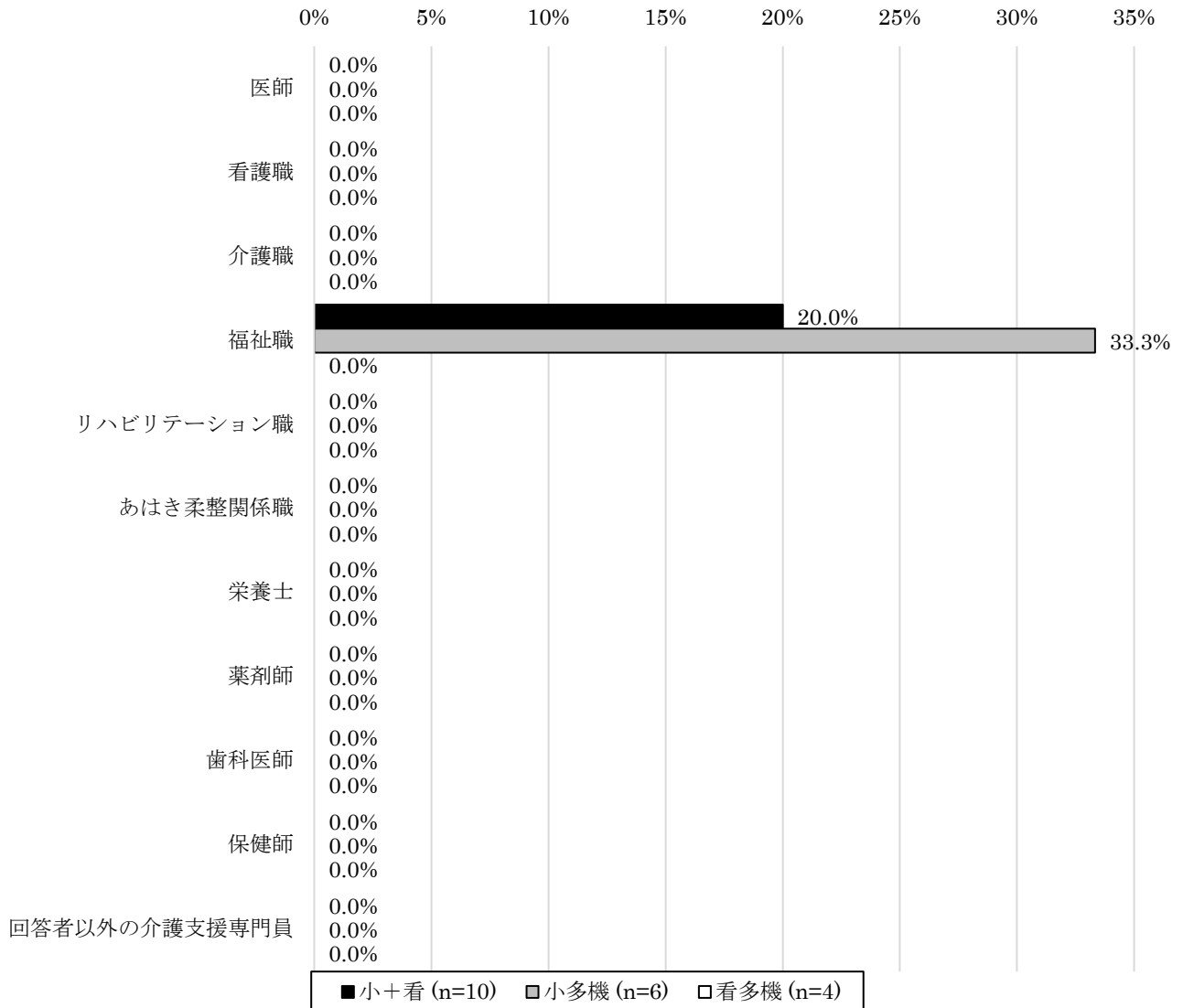


図 2-36 地域包括支援センター職員のうち、連携している職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携しているその他のうち、連携している者は、小多機・看多機の全体では「家族」が3名（30.0%）で最も多く、次いで「ケースワーカー」「家族の介護支援専門員」「家族のヘルパー」「柔整関係職」「社会福祉協議会」「民生委員」がいずれも1名（10.0%）であった。

小多機では「家族」が2名（33.3%）で最も多く、次いで「ケースワーカー」「社会福祉協議会」「民生委員」がいずれも1名（16.7%）であった。

看多機では「家族」「家族の介護支援専門員」「家族のヘルパー」「柔整関係職」がいずれも1名（25.0%）であった。（図2-37）。

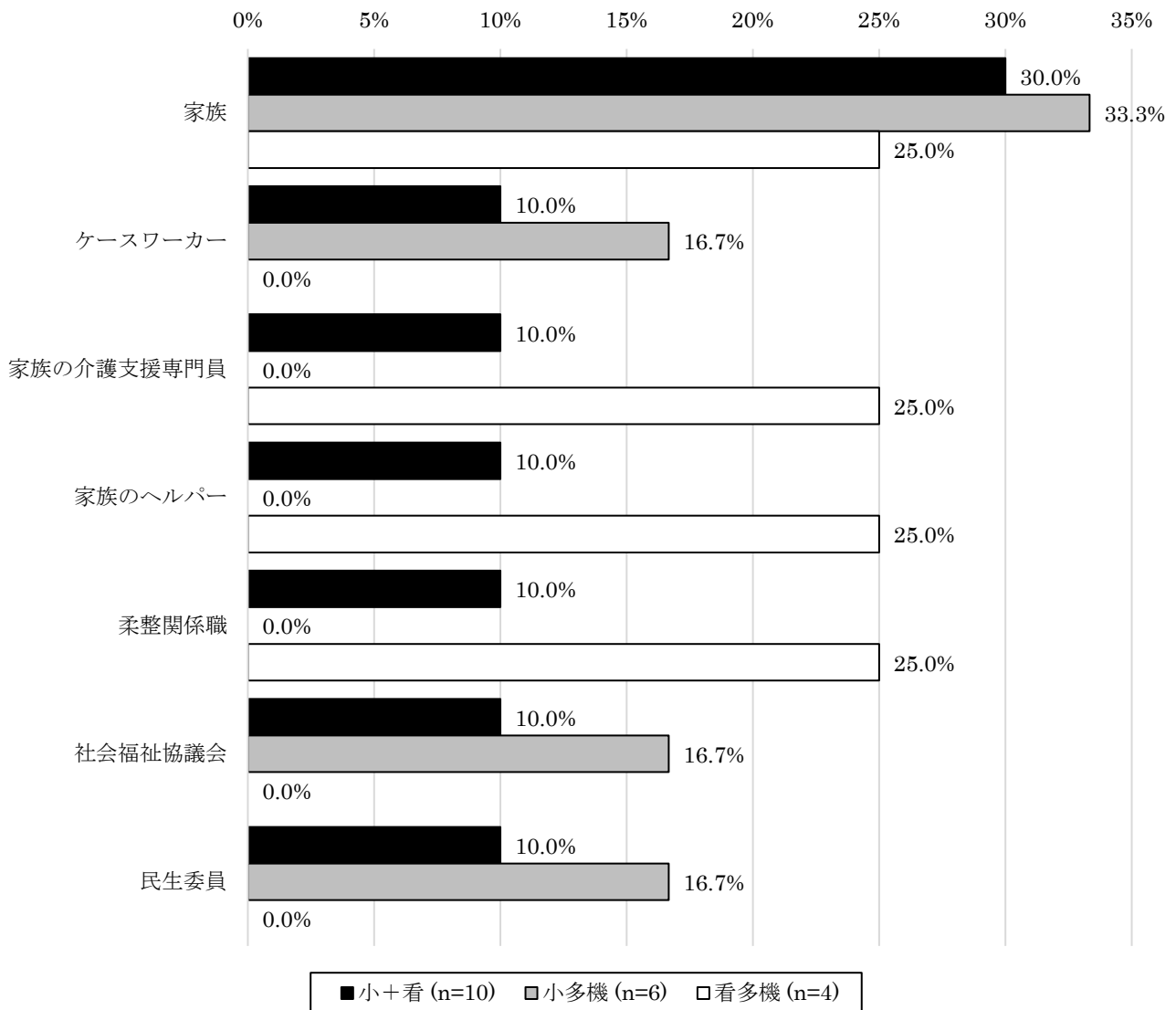


図2-37 その他のうち、連携している職種

⑥ 問 15 : BPSD のケアに際して、チームでの連携の中心メンバーについて (目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有、ケアがなされているか)

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員は「居宅介護支援事業所職員」が 26 名 (83.9%) で最も多く、次いで「その他」が 13 名 (41.9%) であった (図 2-38).

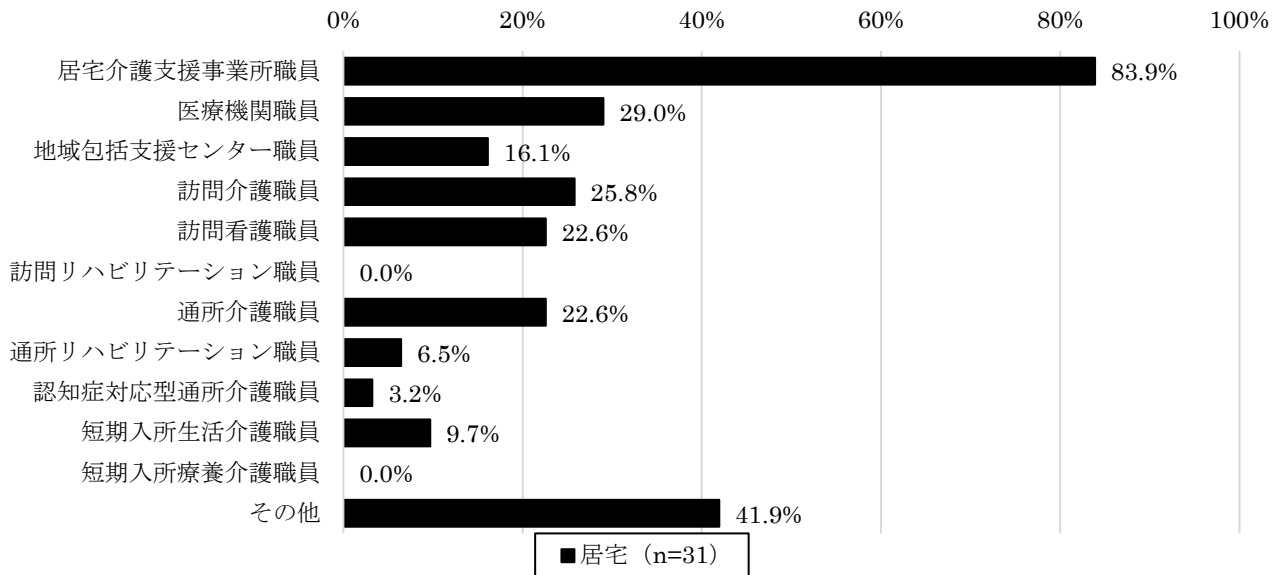


図 2-38 居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員の平均職種数 (平均値±標準偏差) は、全体が  $3.0 \pm 2.5$  であった。

「居宅介護支援事業所職員」が  $0.9 \pm 0.4$  で最も多く、次いで「その他」が  $0.4 \pm 0.6$  であった (図 2-39)。

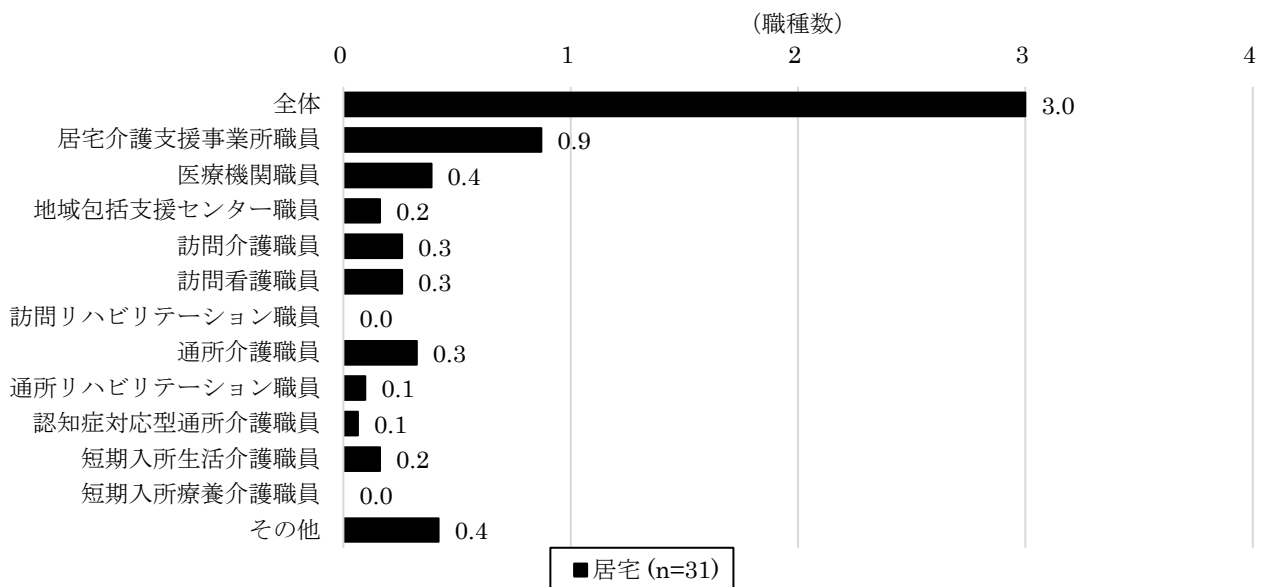


図 2-39 居宅に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員の平均職種数

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している居宅介護支援事業所職員のうち、連携の中心となっている職種は「回答者」が24名（77.4%）で最も多く、次いで「介護職」「福祉職」「回答者以外の介護支援専門員」がいずれも1名（3.2%）であった（図2-40）。

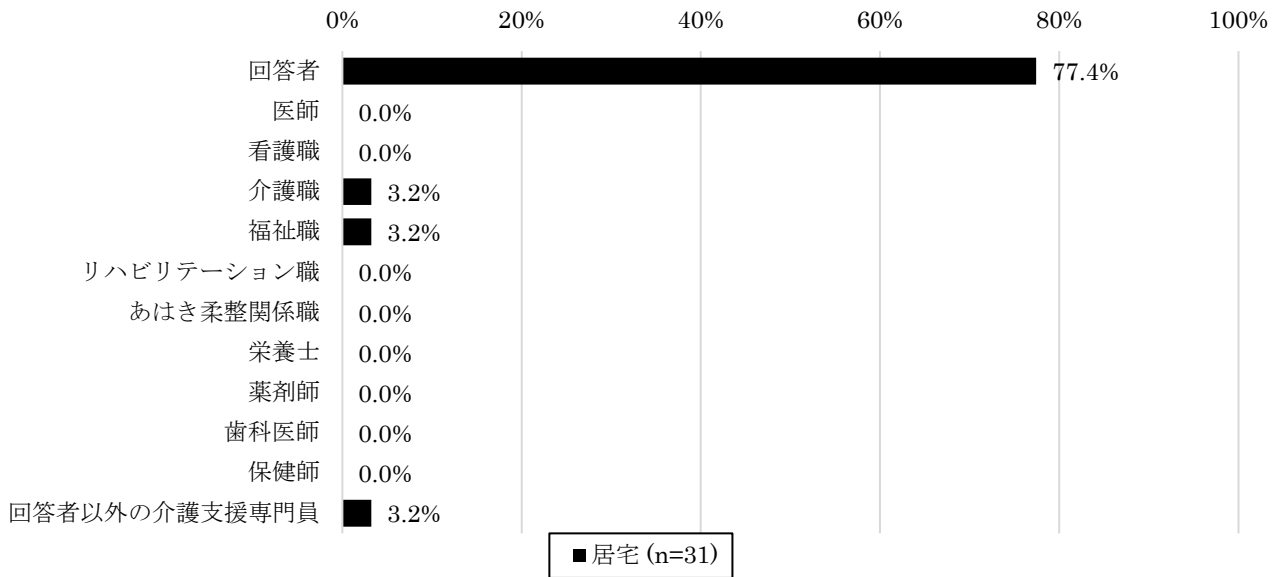


図2-40 居宅介護支援事業所職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している医療機関職員のうち、連携の中心となっている職種は「医師」が8名（25.8%）で最も多く、次いで「看護職」が4名（12.9%）であった（図2-41）。

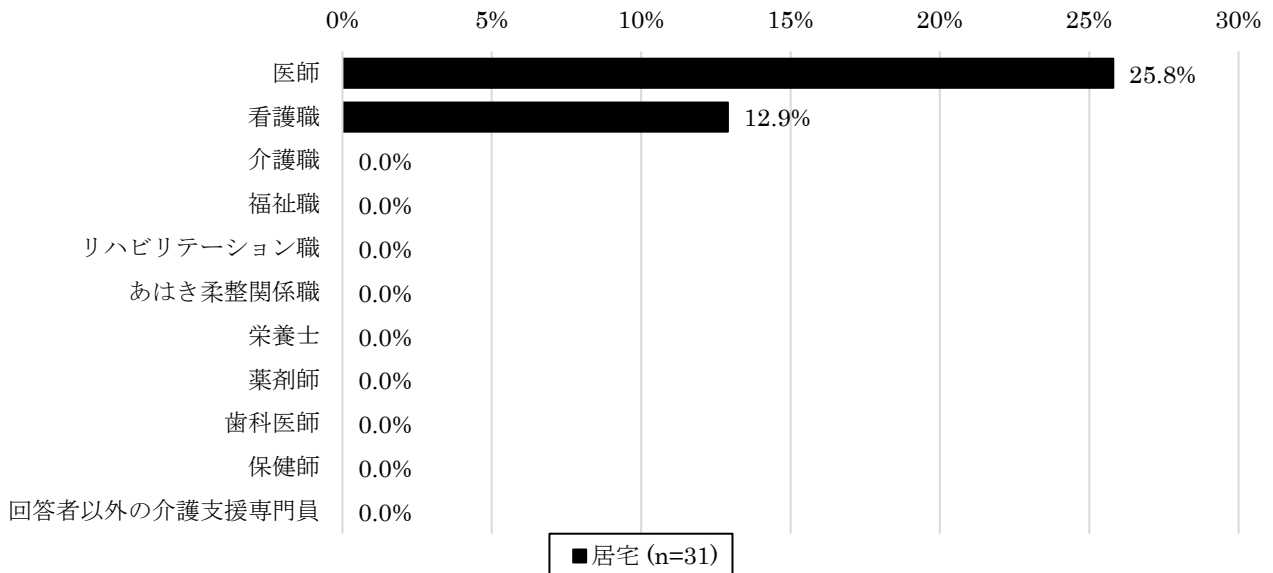


図2-41 医療機関職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している地域包括支援センター職員のうち、連携の中心となっている職種は「福祉職」が3名（9.7%）で最も多く、次いで「看護職」「回答者以外の介護支援専門員」がいずれも1名（3.2%）であった（図2-42）。

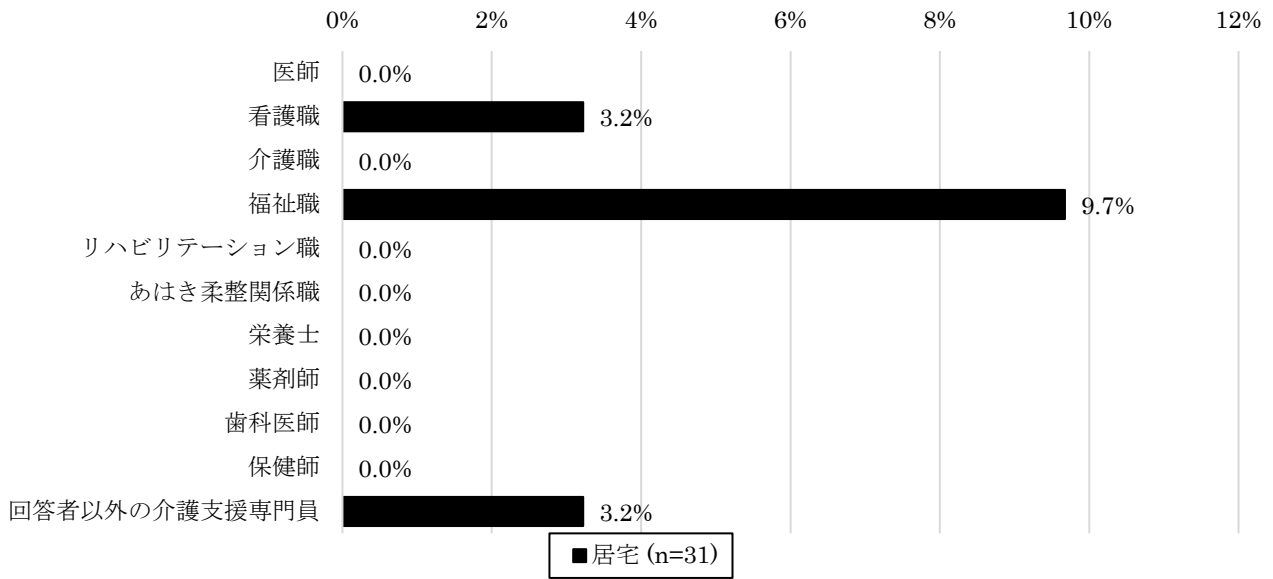


図2-42 地域包括支援センター職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している訪問介護職員のうち、連携の中心となっている職種は「介護職」が8名（25.8%）で最も多く、その他の職種は連携の中心ではなかった（図2-43）。

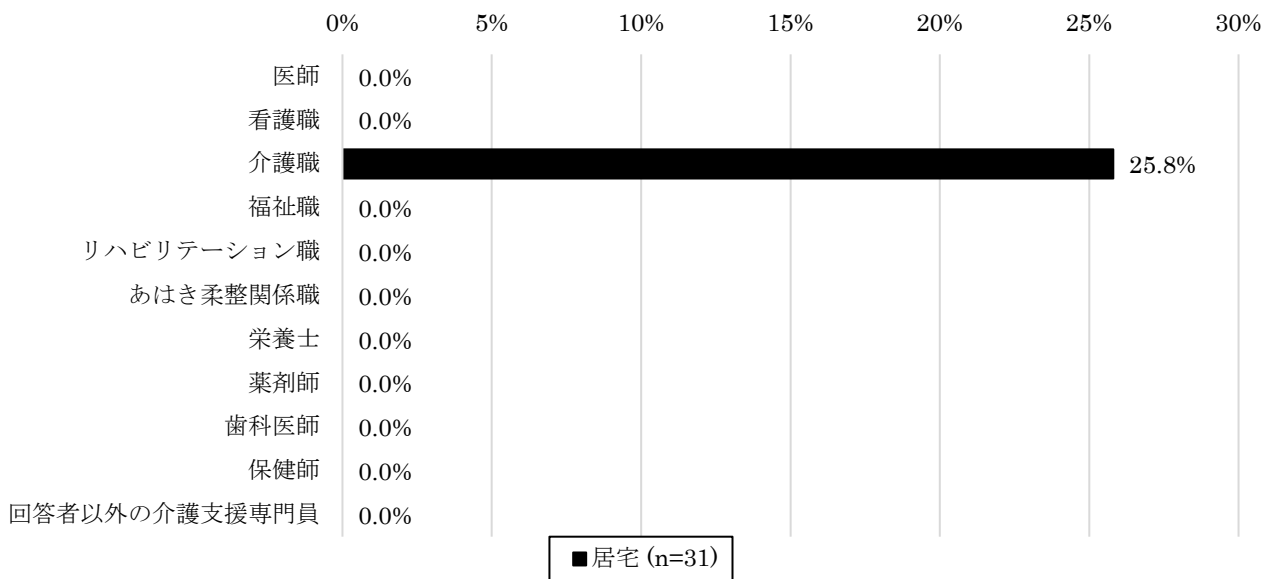


図2-43 訪問介護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している訪問看護職員のうち、連携の中心となっている職種は「看護職」が7名（22.6%）で最も多く、次いで「リハビリテーション職」が1名（3.2%）であった（図 2-44）。

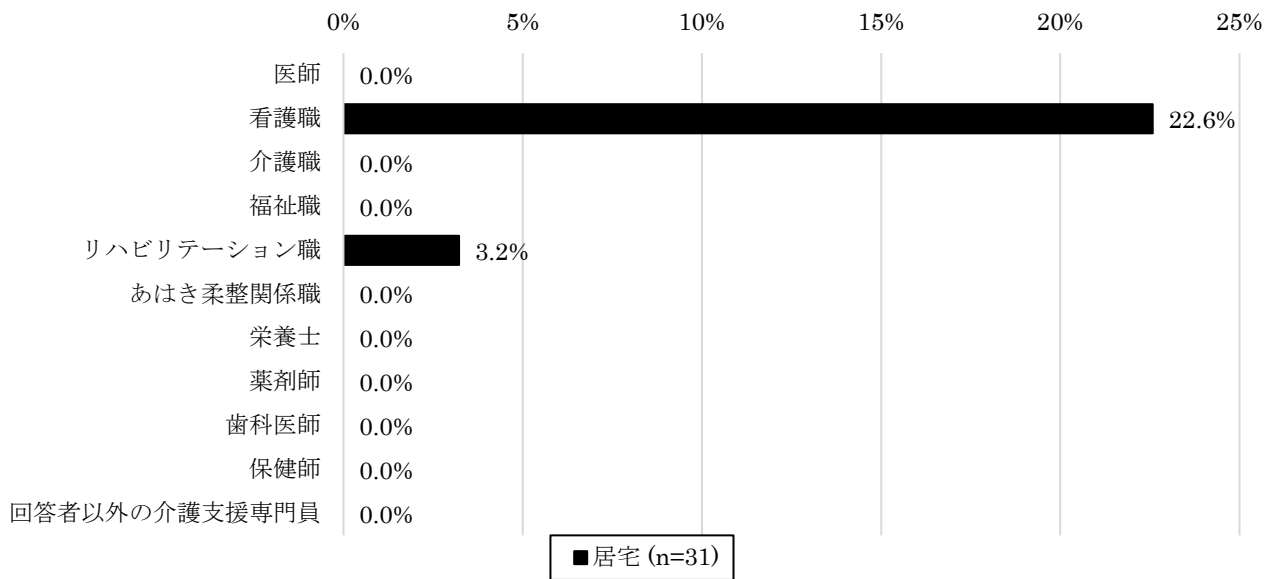


図 2-44 訪問看護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している訪問リハビリテーション職員は、連携の中心となっている職種がいなかった（図 2-45）。

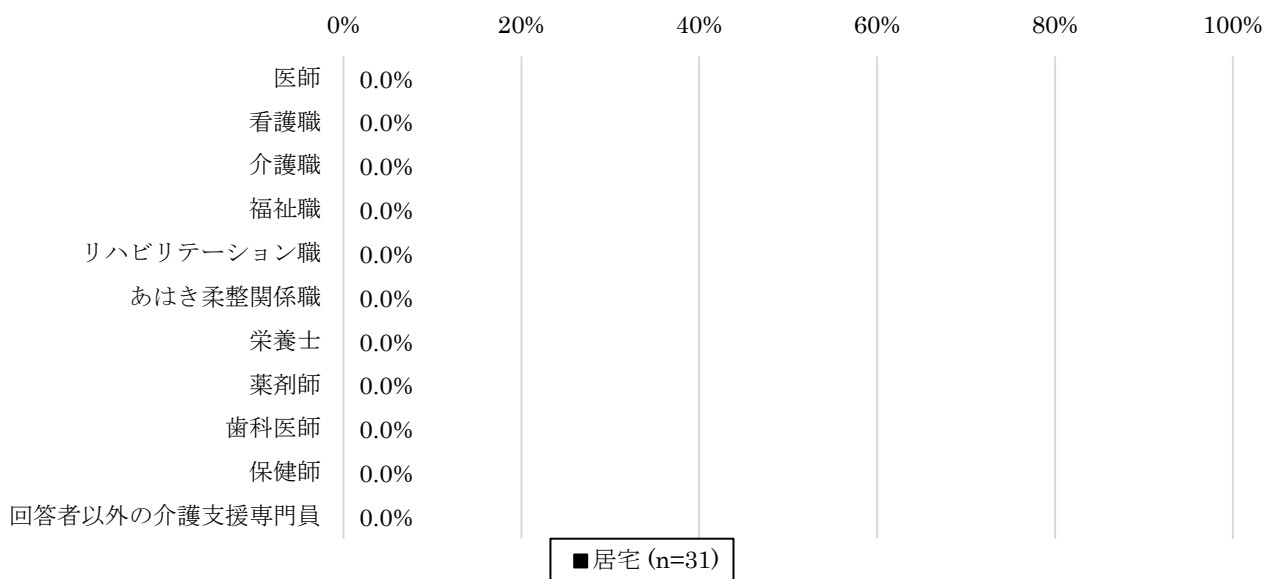


図 2-45 訪問リハビリテーション職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している通所介護職員のうち、連携の中心となっている職種は「看護職」「介護職」がいずれも3名（9.7%）で最も多く、次いで「福祉職」「リハビリテーション職」がいずれも2名（6.5%）であった（図2-46）。

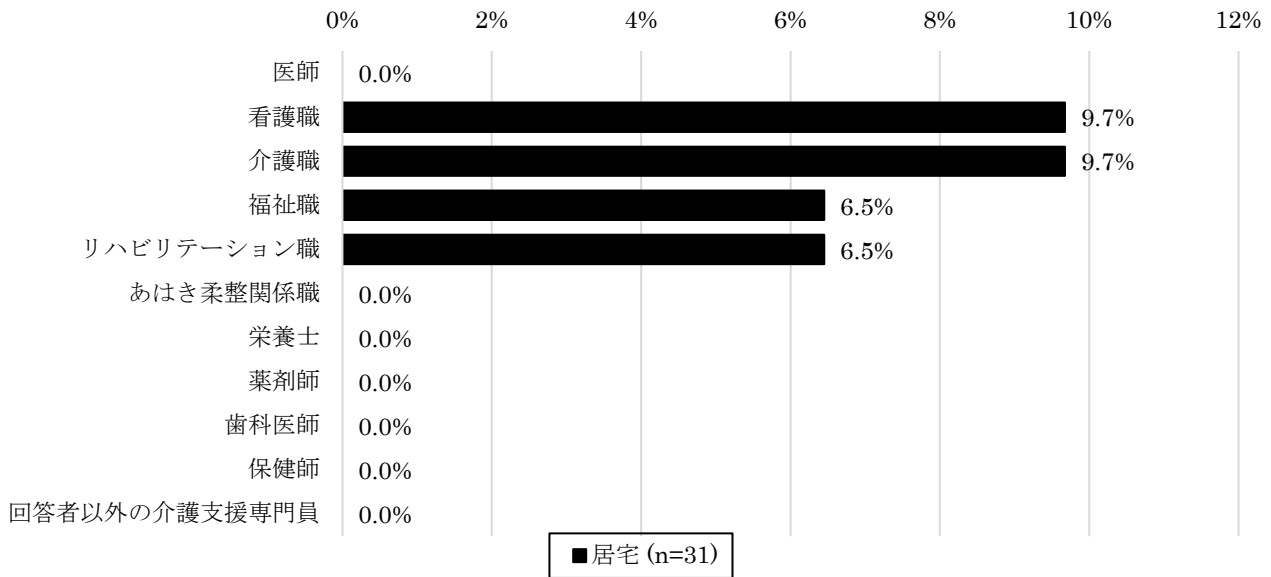


図2-46 通所介護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している通所リハビリテーション職員のうち、連携の中心となっている職種は「介護職」「福祉職」「リハビリテーション職」がいずれも1名（3.2%）で最も多く、その他の職種は連携の中心ではなかった（図2-47）。

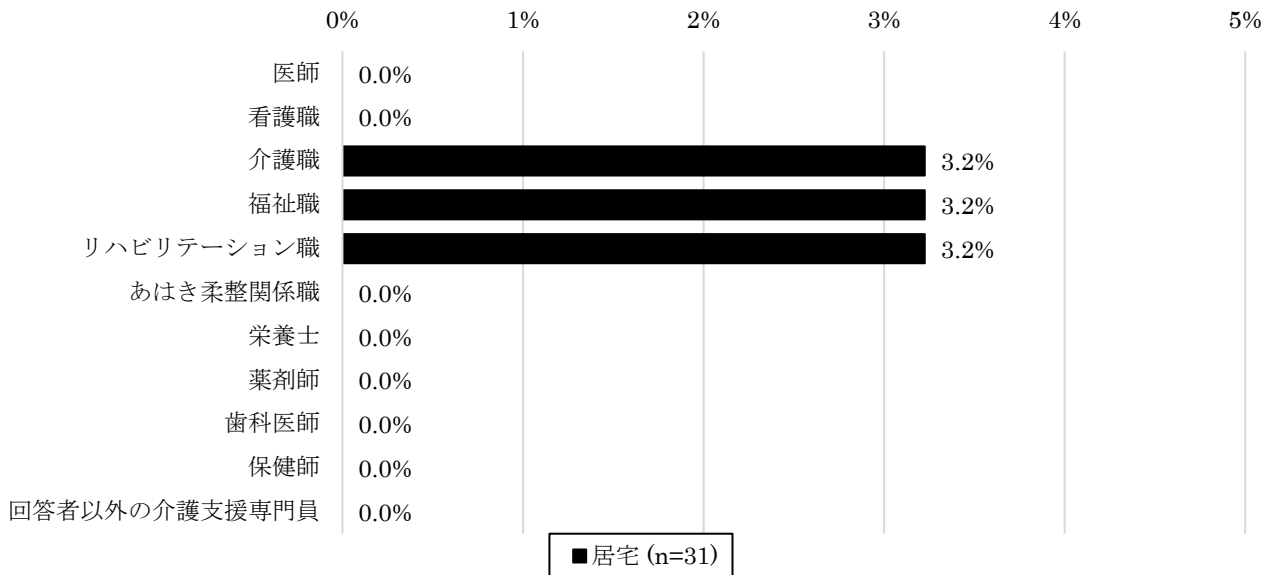


図2-47 通所リハビリテーション職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している認知症対応型通所介護職員のうち、連携の中心となっている職種は「福祉職」「リハビリテーション職」がいずれも1名（3.2%）で最も多く、その他の職種は連携の中心ではなかった（図 2-48）。

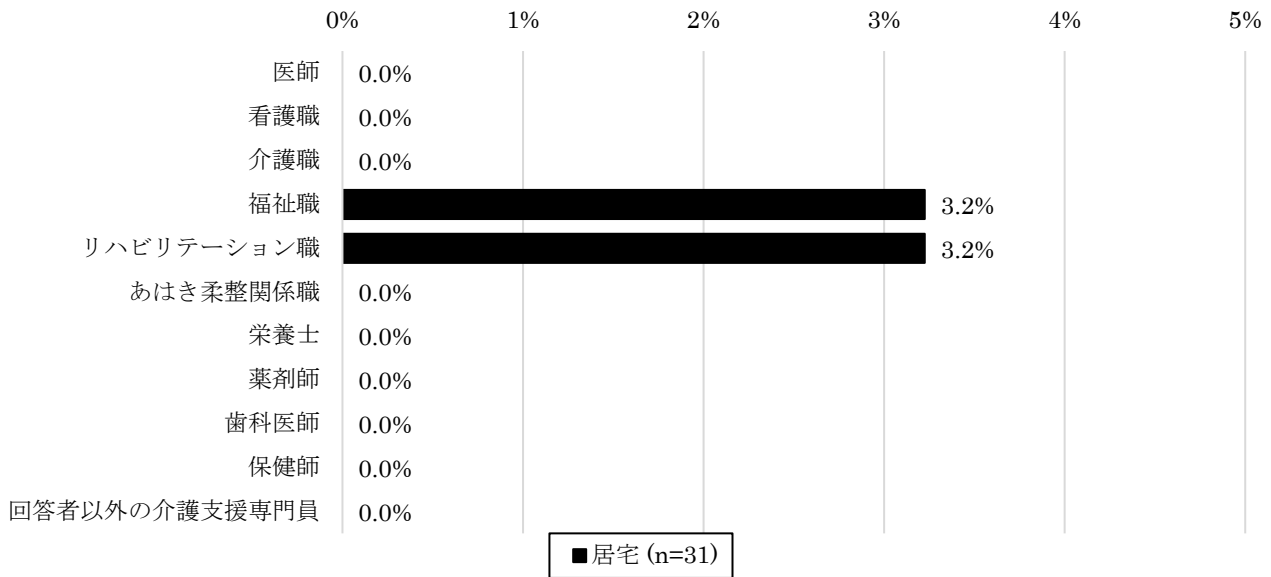


図 2-48 認知症対応型通所介護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している短期入所生活介護職員のうち、連携の中心となっている職種は「介護職」が3名（9.7%）で最も多く、次いで「看護職」「福祉職」がいずれも1名（3.2%）であった（図 2-49）。

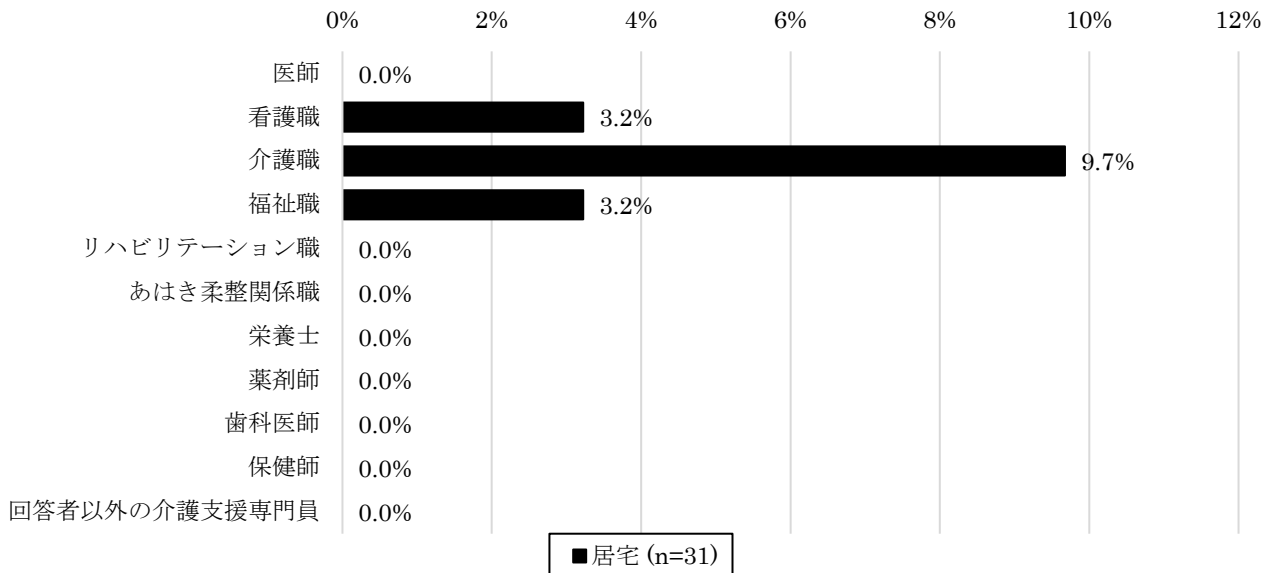


図 2-49 短期入所生活介護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携している短期入所療養介護職員は、連携の中心となっている職種がいなかった（図 2-50）。

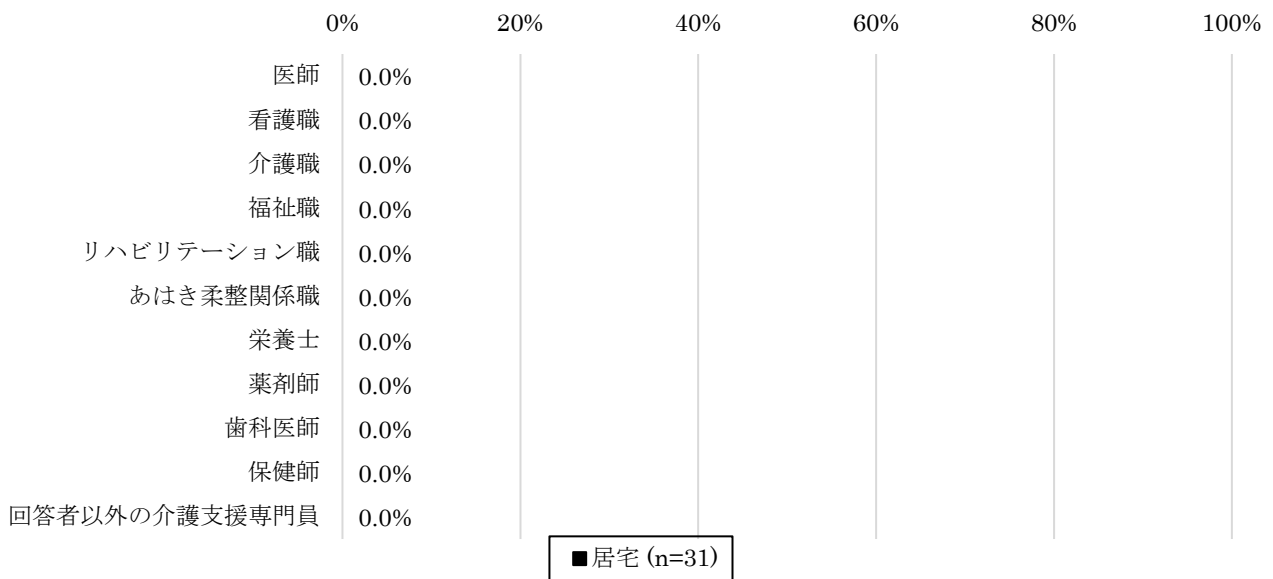


図 2-50 短期入所療養介護職員のうち、連携の中心となっている職種

居宅に勤務する介護支援専門員が連携しているその他のうち、連携の中心となっている職種は「家族」が 8 名（25.8%）で最も多く、次いで「薬剤師・薬局職員」「ケアハウス職員」「友人」「地域住民」「福祉用具職員」がいずれも 1 名（3.2%）であった（図 2-51）。

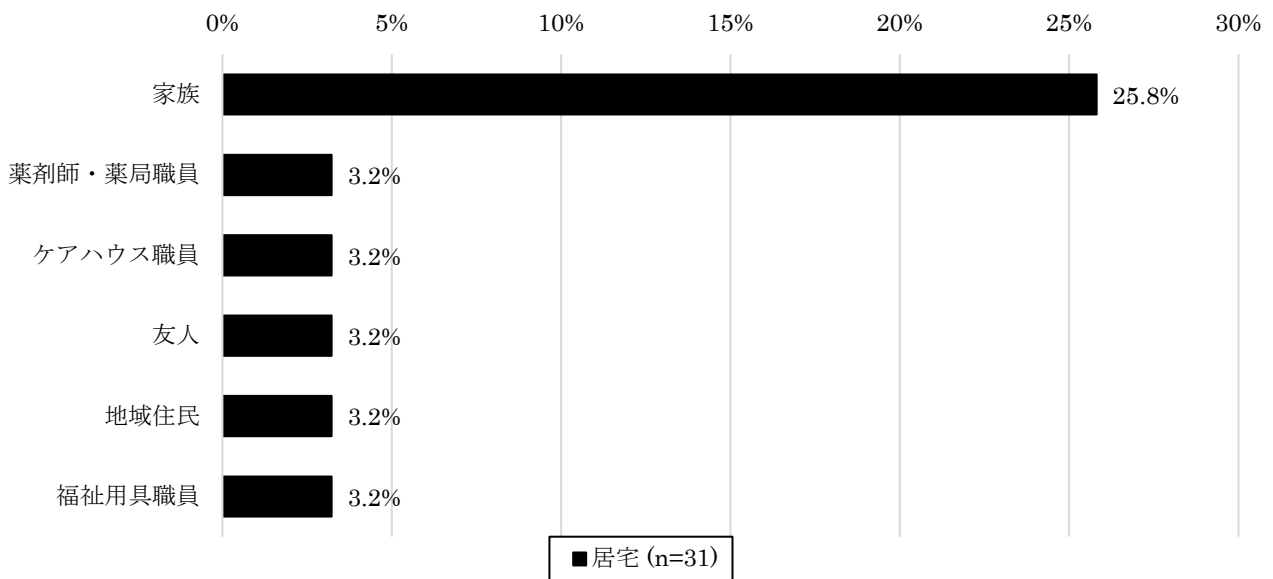


図 2-51 その他のうち、連携の中心となっている職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員は、小多機・看多機の全体では「事業所内職員」が10名（100.0%）で最も多く、次いで「その他」が3名（30.0%）であった。

小多機では「事業所内職員」が6名（100.0%）で最も多く、次いで「地域包括支援センター職員」が2名（33.3%）であった。

看多機では「事業所内職員」が4名（100.0%）で最も多く、次いで「その他」が2名（50.0%）であった（図2-52）。

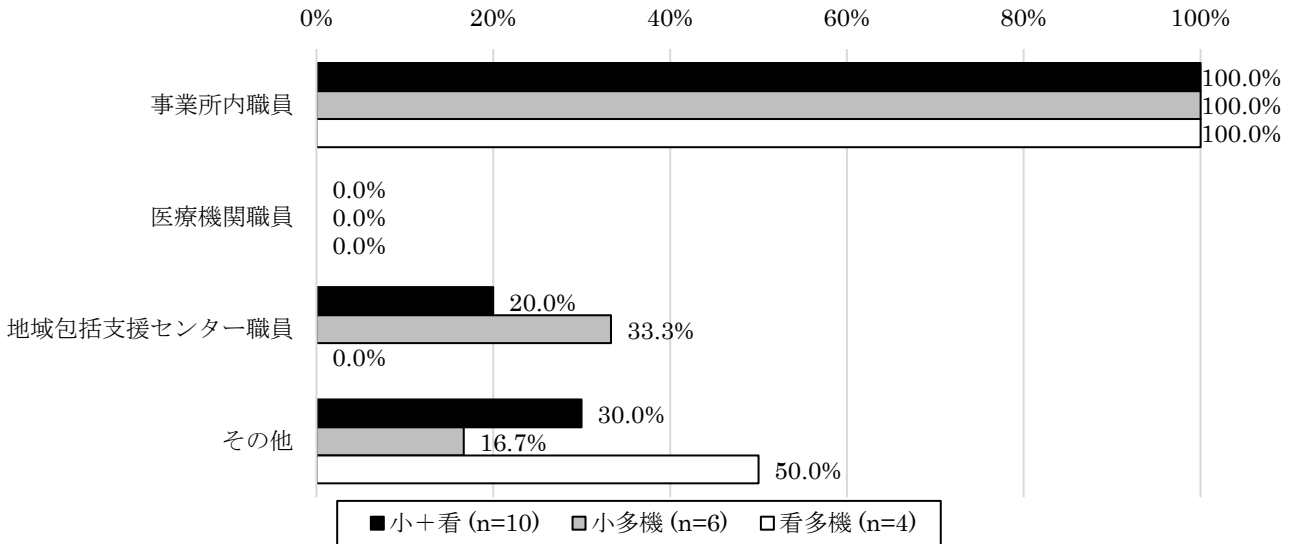


図2-52 小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員の平均職種数（平均値±標準偏差）は、小多機・看多機の全体では2.2±0.9、小多機の全体では2.2±0.8、看多機の全体では2.3±1.3であった。

小多機・看多機の全体では「事業所内職員」が1.6±0.7で最も多く、次いで「その他」が0.4±0.7であった。

小多機では「事業所内職員」が1.5±0.5で最も多く、次いで「地域包括支援センター職員」が0.3±0.5であった。

看多機では「事業所内職員」が1.8±1.3で最も多く、次いで「その他」が0.5±0.6であった。  
(図 2-53).

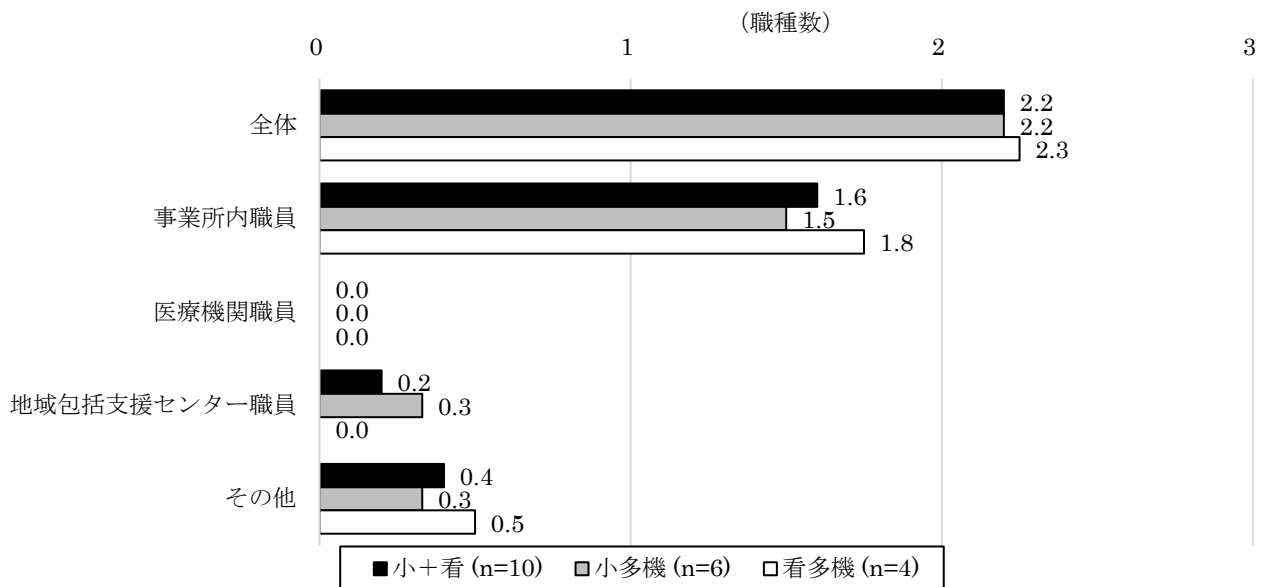


図 2-53 小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所職員のうち、中心となっている事業所職員の平均職種数

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している事業所内職員のうち、中心となっている事業所職員は、小多機・看多機の全体では「回答者」「介護職」がいずれも7名（70.0%）で最も多く、次いで「看護職」が2名（20.0%）であった。

小多機では「回答者」「介護職」がいずれも4名（66.7%）で最も多く、次いで「看護職」が1名（16.7%）であった。

看多機では「回答者」「介護職」がいずれも3名（75.0%）で最も多く、次いで「看護職」が1名（25.0%）であった（図 2-54）。

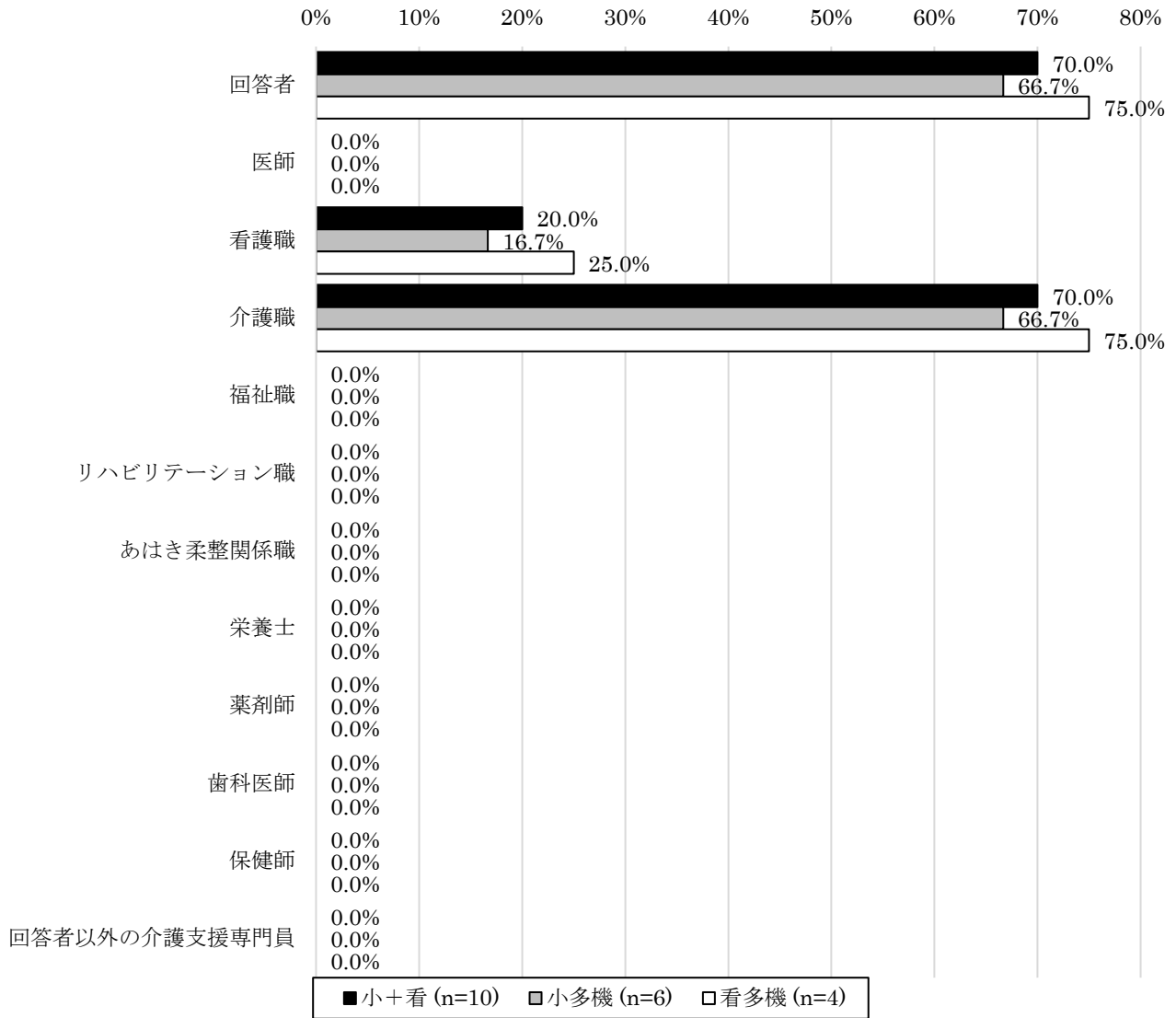


図 2-54 事業所内職員のうち、連携の中心となっている職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している医療機関職員は、連携の中心となっている職種がいなかった（図 2-55）。

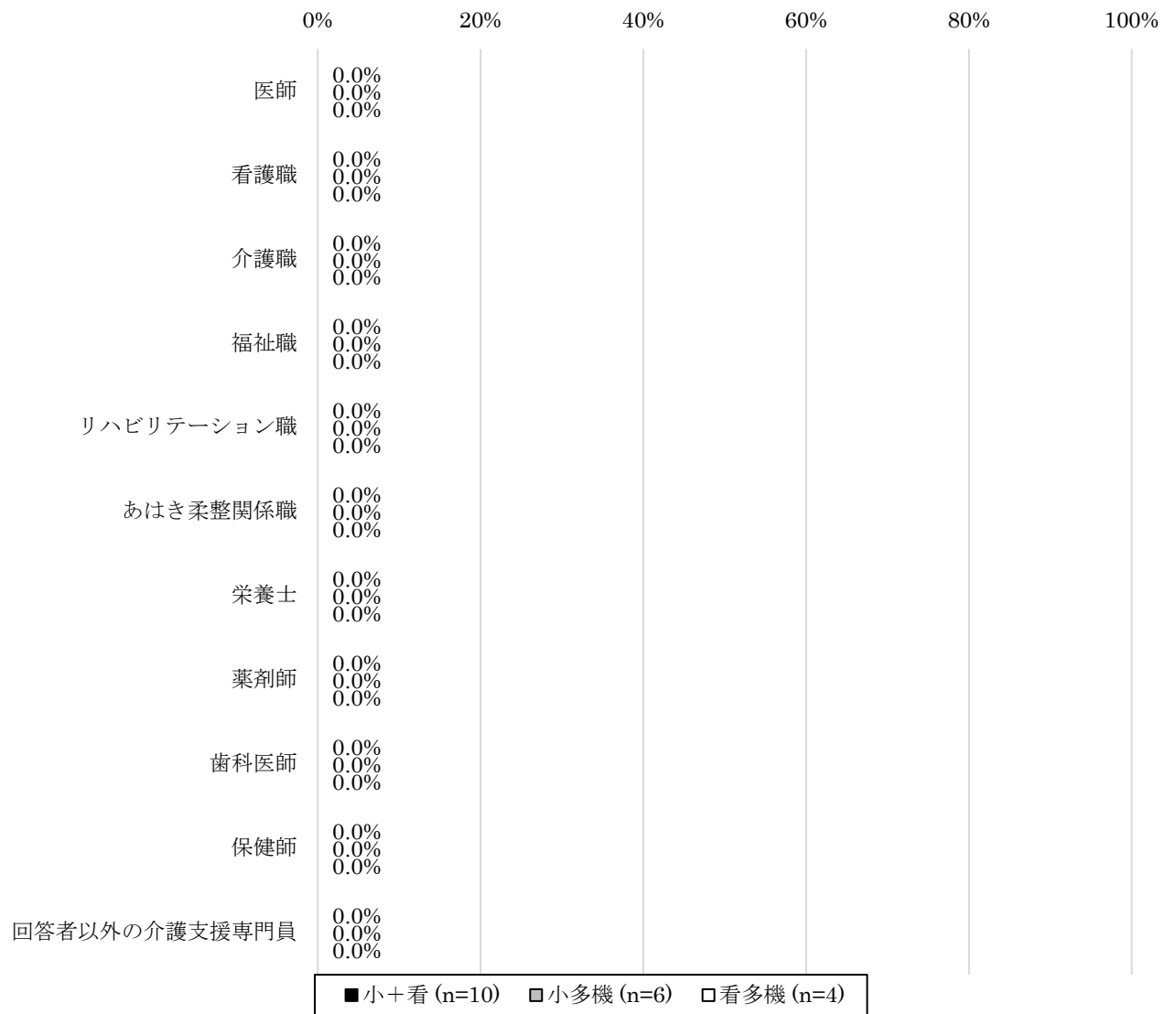


図 2-55 医療機関職員のうち、連携の中心となっている職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携している地域包括支援センター職員のうち、中心となっている事業所職員は、小多機・看多機の全体では「福祉職」が2名（20.0%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった。

小多機では「福祉職」が2名（33.3%）で最も多く、その他の職種との連携はなかった。

看多機では連携していなかった（図 2-56）。

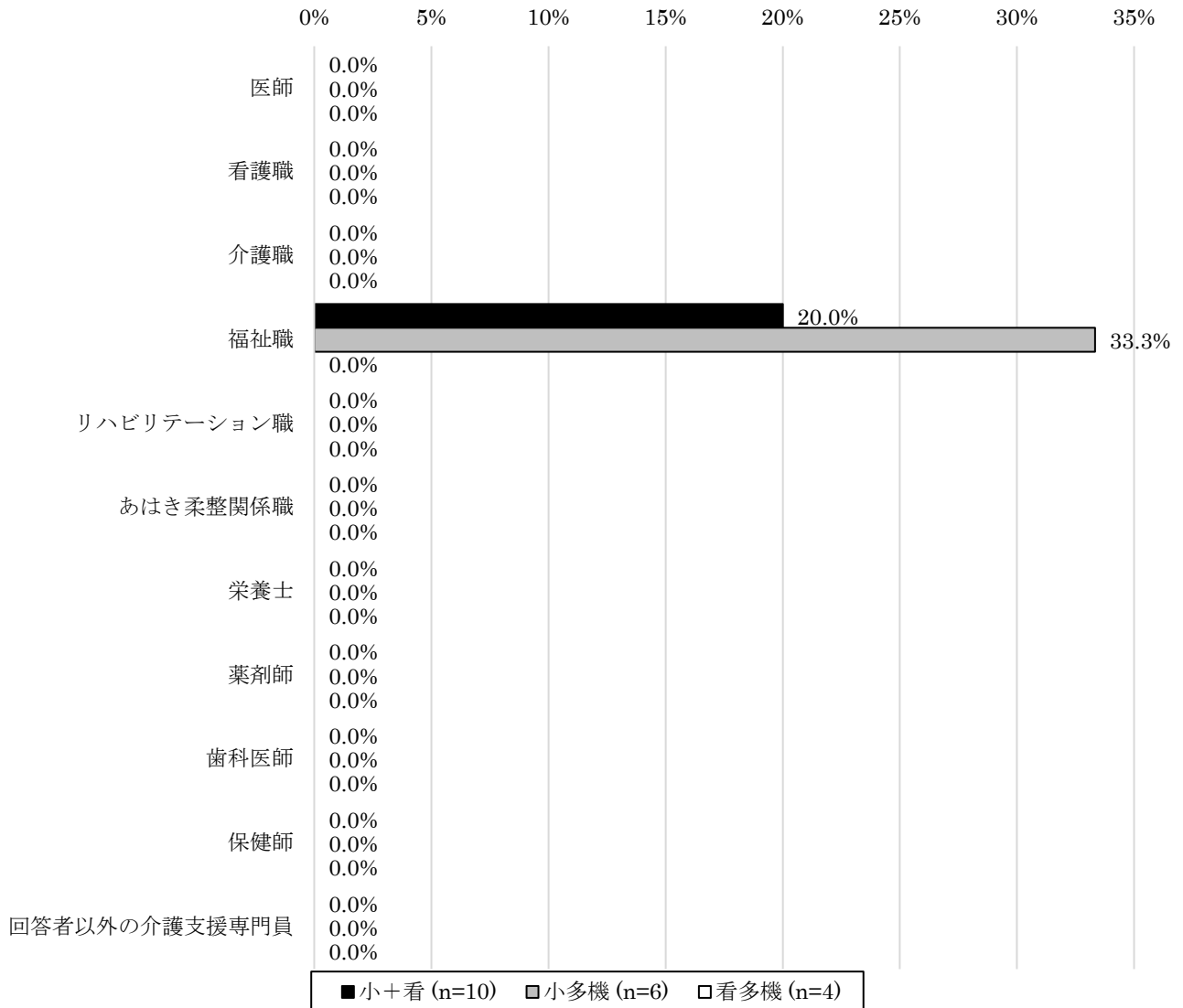


図 2-56 地域包括支援センター職員のうち、連携の中心となっている職種

小多機・看多機に勤務する介護支援専門員が連携しているその他のうち、中心となっている者は、小多機・看多機の全体では「家族」「ケースワーカー」「家族の介護支援専門員」「社会福祉協議会」がいずれも1名（10.0%）であった。

小多機では「ケースワーカー」「社会福祉協議会」がいずれも1名（16.7%）であった。

看多機では「家族」「家族の介護支援専門員」がいずれも1名（25.0%）であった。（図 2-57）。

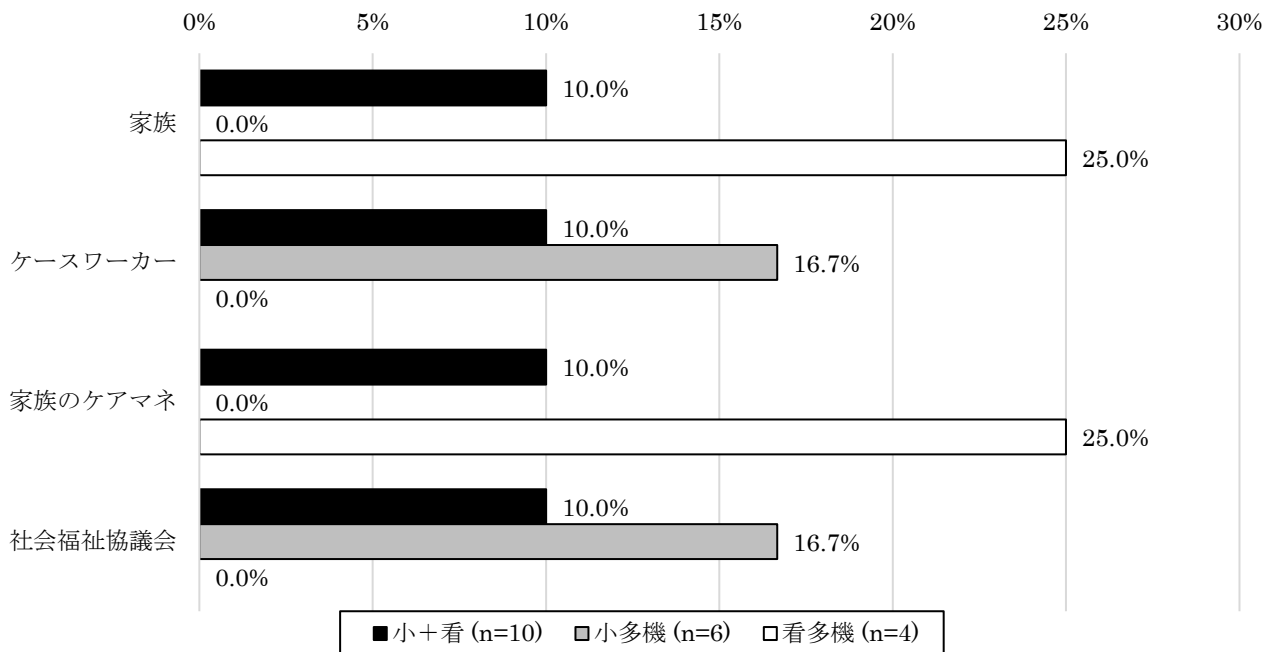


図 2-57 その他のうち、連携の中心となっている職種

⑦ 問 16①：サービス担当者会議の頻度について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

サービス担当者会議の頻度は，全体では「3か月に1回」が12名（29.3%）で最も多く，次いで「6か月に1回」が11名（26.8%）であった。

居宅では「6か月に1回」が9名（29.0%）で最も多く，次いで「3か月に1回」が8名（25.8%）であった。

小多機・看多機では「3か月に1回」が4名（40.0%）で最も多く，次いで「1か月に1回」が3名（30.0%）であった。（図 2-58）。

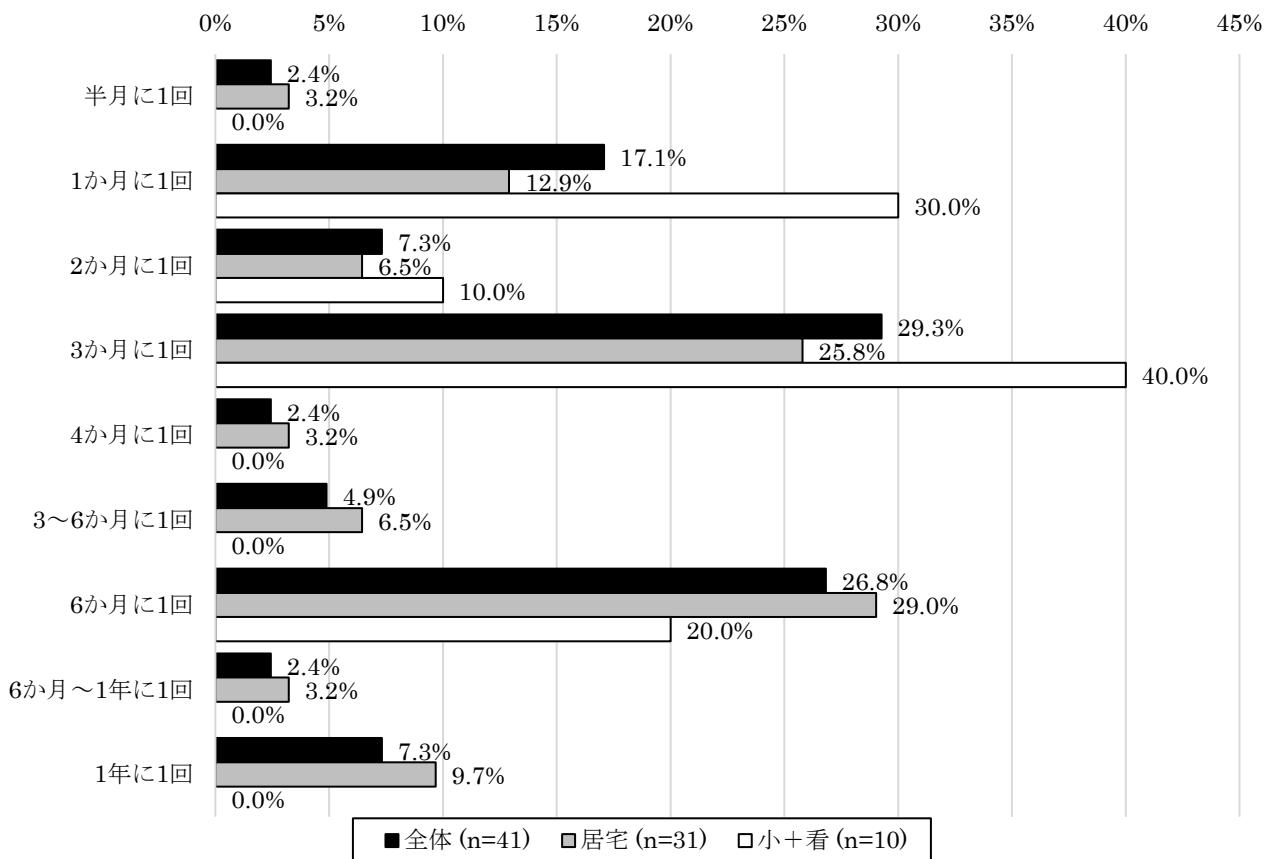


図 2-58 サービス担当者会議の頻度

⑧ 問 16②: サービス担当者会議で話し合われた BPSD に関する内容について (目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有, ケアがなされているか)

自由記述回答を質的記述的に分析した結果, 134 のコードが集約され, 10 のカテゴリ (図 2-59) のなかに 30 のサブカテゴリが生成された (表 2-4)。

サービス担当者会議で話し合われた BPSD に関する内容は, 全体では「本人への関わり方や対応の工夫」が 22 名 (53.7%) で最も多く, 次いで「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 20 名 (48.8%) であった。

居宅では「本人への関わり方や対応の工夫」が 19 名 (61.3%) で最も多く, 次いで「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 14 名 (45.2%) であった。

小多機・看多機では「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 6 名 (60.0%) で最も多く, 次いで「本人の思い・行動の理解」が 4 名 (40.0%) であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差, または一方が 0%であった項目として, 「本人への関わり方や対応の工夫」「チームケアの展開方法」「家族の状況と支援」が 20%以上の差を認めた。

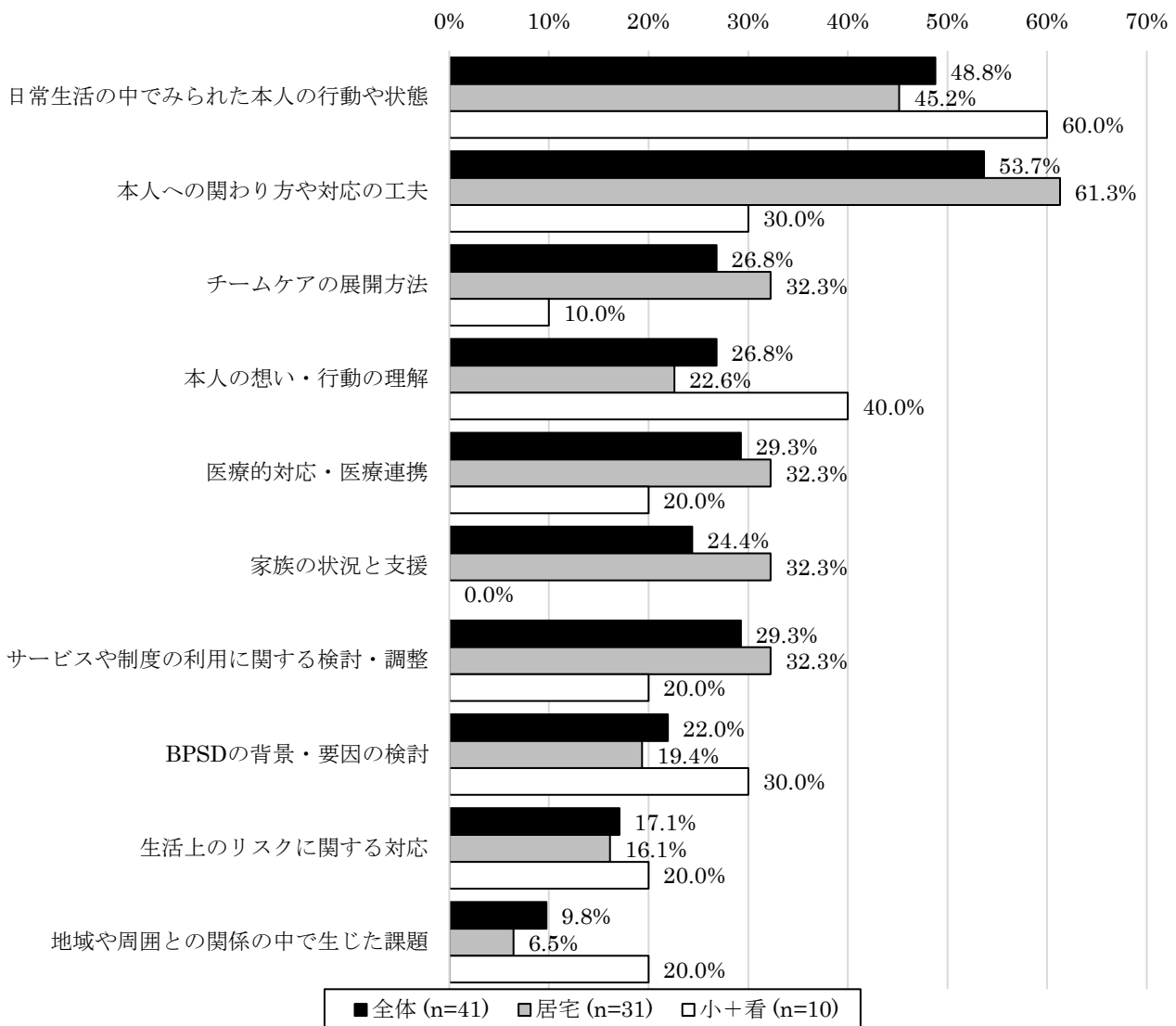


図 2-59 サービス担当者会議で話し合われた BPSD に関する内容

表 2-4 サービス担当者会議で話し合われた BPSD に関する内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
日常生活の中でみられた本人の行動や状態		30	20 (48.8)	14 (45.2)	6 (60.0)
	日常生活でみられた行動や様子	17	17 (41.5)	12 (38.7)	5 (50.0)
	身体・認知機能の状態・変化	5	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	睡眠状況	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	BPSD の出現場面	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	サービス利用の拒否	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	支援の結果	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者への暴言・暴力への対応	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
本人への関わり方や対応の工夫		30	22 (53.7)	19 (61.3)	3 (30.0)
	支援者の本人への関わり方・コミュニケーション	16	16 (39.0)	15 (48.4)	1 (10.0)
	家族の本人への関わり方	4	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	うまくいった対応・成功例の共有	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	日中の活動内容	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	服薬管理	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	栄養管理	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	体調調整	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	物理的環境調整	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
チームケアの展開方法		15	11 (26.8)	10 (32.3)	1 (10.0)
	役割分担の整理	7	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
	対応方法の検討・統一	4	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	連絡体制の整理	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	対応方法の評価	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
本人の思い・行動の理解		15	11 (26.8)	7 (22.6)	4 (40.0)
	本人の視点に立った思い・行動の理解	9	9 (22.0)	6 (19.4)	3 (30.0)
	本人の生活背景・価値観	4	4 (9.8)	1 (3.2)	3 (30.0)
	本人の困りごと	2	2 (4.9)	0 (0.0)	2 (20.0)
医療的対応・医療連携		14	12 (29.3)	10 (32.3)	2 (20.0)
	医療的判断・治療に関する医師連携	11	11 (26.8)	10 (32.3)	1 (10.0)
	受診方法の検討	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
家族の状況と支援		12	10 (24.4)	10 (32.3)	0 (0.0)
	家族への支援方針・対応	6	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	家族の介護負担	5	5 (12.2)	5 (16.1)	0 (0.0)
	家族の要望	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
サービスや制度の利用に関する検討・調整		12	12 (29.3)	10 (32.3)	2 (20.0)
	サービス導入・調整	12	12 (29.3)	10 (32.3)	2 (20.0)
BPSD の背景・要因の検討		9	9 (22.0)	6 (19.4)	3 (30.0)
	BPSD の背景・誘因	9	9 (22.0)	6 (19.4)	3 (30.0)
生活上のリスクに関する対応		8	7 (17.1)	5 (16.1)	2 (20.0)
	安全確保に関する対応	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	転倒のリスク	3	3 (7.3)	1 (3.2)	2 (20.0)
	外出のリスク	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
	地域や周囲との関係の中で生じた課題	4	4 (9.8)	2 (6.5)	2 (20.0)
	本人と地域との関係に関する課題と対応	3	3 (7.3)	1 (3.2)	2 (20.0)
	本人と他利用者との関係に関する課題	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)

値は名 (%)を示す。

⑨ 問 17①：通常のサービス担当者会議と別に臨時で開催した会議（定例と別のサービス担当者会議や地域ケア会議等）がある場合、会議の目的について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

臨時で開催した会議の目的は、全体では「情報共有を行うため」が 23 名（56.1%）で最も多く、次いで「ケアの見直し・立案のため」が 22 名（53.7%）であった。

居宅では「情報共有を行うため」が 18 名（58.1%）で最も多く、次いで「ケアの見直し・立案のため」が 17 名（54.8%）であった。

小多機・看多機では「BPSD に関する情報収集を行うため」が 7 名（70.0%）で最も多く、次いで「ケアの見直し・立案のため」「情報共有を行うため」がいずれも 5 名（50.0%）であった（図 2-60）。

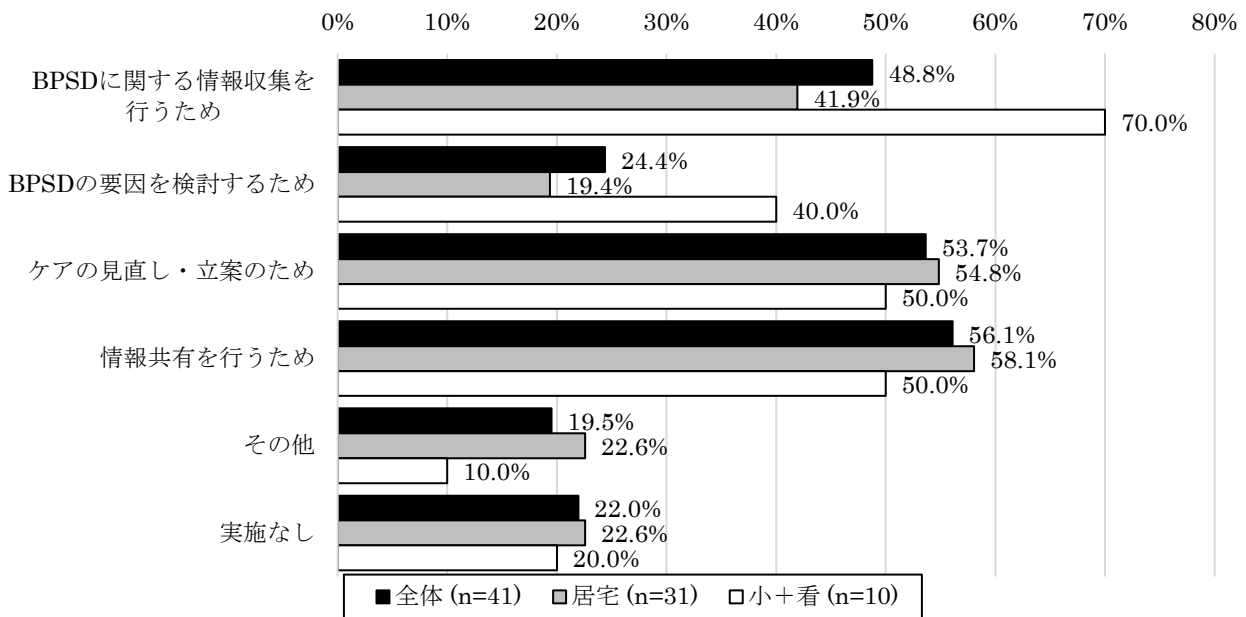


図 2-60 臨時で開催した会議の目的

⑩ 問 17②：通常のサービス担当者会議と別に臨時で開催した会議（定例と別のサービス担当者会議や地域ケア会議等）がある場合、頻度について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

臨時で開催した会議の頻度は、全体では「不定期に開催」が 14 名（43.8%）で最も多く、次いで「1 か月に 1 回」が 6 名（18.8%）であった。

居宅では「不定期に開催」が 14 名（58.3%）で最も多く、次いで「1 か月に 1 回」が 3 名（12.5%）であった。

小多機・看多機では「1 か月に 1 回」が 3 名（37.5%）で最も多く、次いで「1 週間に 1 回以上」「2～3 か月に 1 回」がいずれも 2 名（25.0%）であった（図 2-61）。

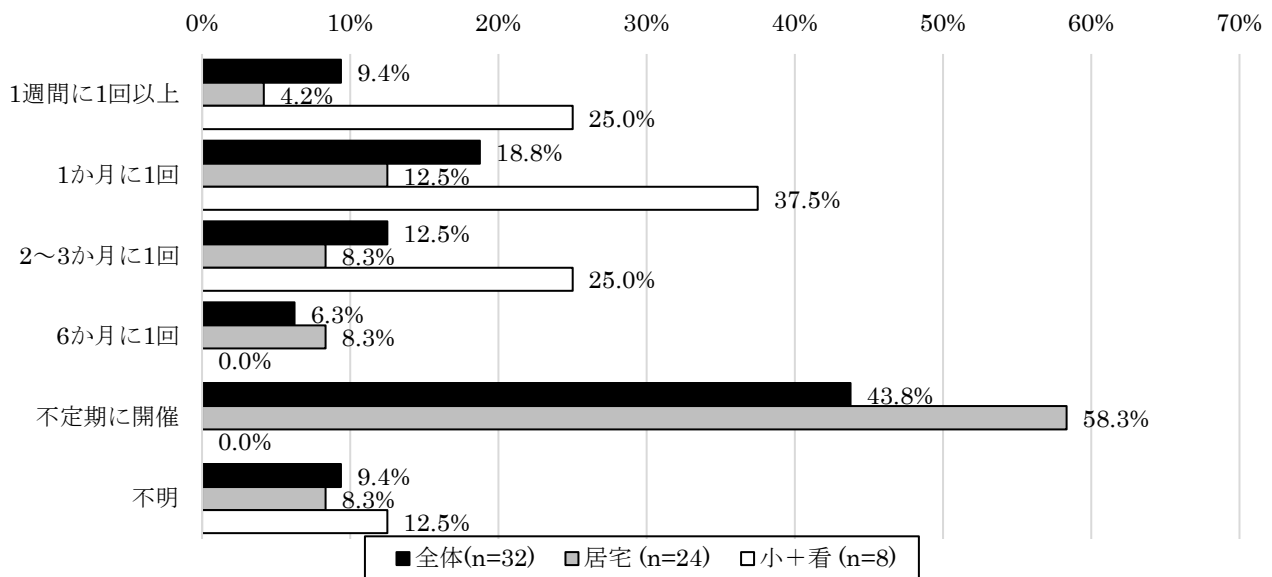


図 2-61 臨時に開催した会議の頻度

① 問 17③：通常のサービス担当者会議と別に臨時で開催した会議（定例と別のサービス担当者会議や地域ケア会議等）がある場合、回数について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

臨時で開催した会議の回数は、全体では「2回」が8名（25.0%）で最も多く、次いで「3回」が6名（18.8%）であった。

居宅では「不明」が7名（29.2%）で最も多く、次いで「2回」「3回」がいずれも5名（20.8%）であった。

小多機・看多機では「2回」「4回以上」がいずれも3名（37.5%）で最も多く、次いで「1回」「3回」がいずれも1名（12.5%）であった（図 2-62）。

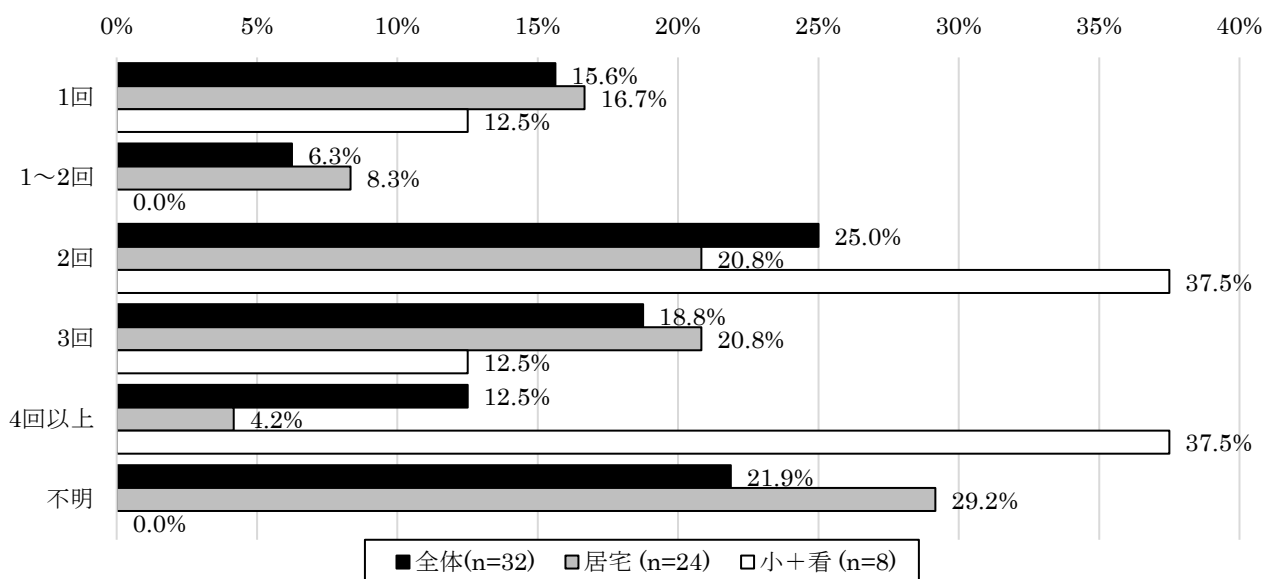


図 2-62 臨時に開催した会議の回数

⑫ 問 17④：通常のサービス担当者会議と別に臨時で開催した会議（定例と別のサービス担当者会議や地域ケア会議等）がある場合、話し合われた BPSD に関する内容について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

自由記述回答を質的記述的に分析した結果，146 のコードが集約され，8 のカテゴリ（図 2-63）のなかに 27 のサブカテゴリが生成された（表 2-5）。

臨時で開催した会議で話し合われた BPSD に関する内容は，全体では「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 18 名（56.2%）で最も多く，次いで「本人への関わり方や対応の工夫」が 15 名（46.9%）であった。

居宅では「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 13 名（54.2%）で最も多く，次いで「本人への関わり方や対応の工夫」が 12 名（50.0%）であった。

小多機・看多機では「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」が 5 名（62.5%）で最も多く，次いで「地域や周囲との関係の中で生じた課題」「本人へのかかわり方や対応の工夫」がいずれも 3 名（37.5%）であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差，または一方が 0%であった項目として，「地域や周囲との関係の中で生じた課題」のみ 20%以上の差が認められた。

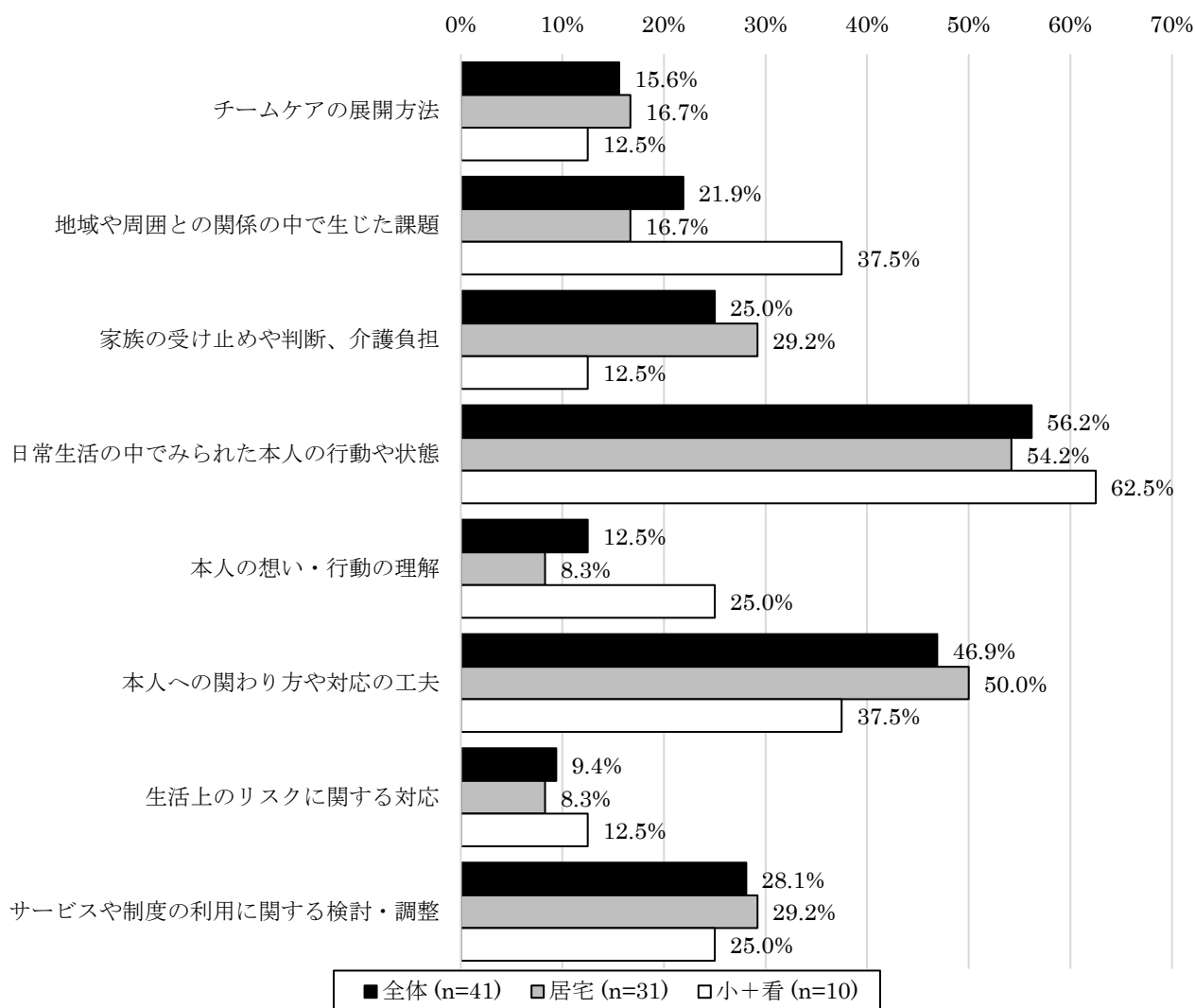


図 2-63 臨時で開催した会議で話し合われた BPSD に関する内容

表 2-5 臨時に開催した会議で話し合われた BPSD に関する内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=32)	居宅 (n=24)	小+看 (n=8)
チームケアの展開方法		10	5 (15.6)	4 (16.7)	1 (12.5)
	対応方法の共有・統一	5	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
	連携の方法・方針	5	4 (12.5)	3 (12.5)	1 (12.5)
地域や周囲との関係の中で生じた課題		12	7 (21.9)	4 (16.7)	3 (37.5)
	本人と他利用者との関係に関する課題	2	1 (3.1)	0 (0.0)	1 (12.5)
	本人と地域との関係に関する課題	10	6 (18.8)	4 (16.7)	2 (25.0)
家族の受け止めや判断, 介護負担		14	8 (25.0)	7 (29.2)	1 (12.5)
	家族の介護負担	6	4 (12.5)	4 (16.7)	0 (0.0)
	家族への支援方針・対応	2	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
	家族内の判断・葛藤	6	4 (12.5)	3 (12.5)	1 (12.5)
日常生活の中でみられた本人の行動や状態		51	18 (56.2)	13 (54.2)	5 (62.5)
	サービス利用の拒否	5	4 (12.5)	4 (16.7)	0 (0.0)
	不安や気持ちとして捉えられたこと	8	5 (15.6)	3 (12.5)	2 (25.0)
	他者への暴言・暴力の様子	2	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
	夜間・特定場面で目立つ行動	8	4 (12.5)	3 (12.5)	1 (12.5)
	排せつ・生活上の行動	5	3 (9.4)	1 (4.2)	2 (25.0)
	支援の結果	1	1 (3.1)	1 (4.2)	0 (0.0)
	日常生活でみられた行動や様子	15	6 (18.8)	4 (16.7)	2 (25.0)
	身体・認知機能の状態・変化	7	3 (9.4)	2 (8.3)	1 (12.5)
本人の思い・行動の理解		5	4 (12.5)	2 (8.3)	2 (25.0)
	本人の視点に立った思い・行動の理解	4	3 (9.4)	1 (4.2)	2 (25.0)
	行動の背景要因	1	1 (3.1)	1 (4.2)	0 (0.0)
本人への関わり方や対応の工夫		31	15 (46.9)	12 (50.0)	3 (37.5)
	家族の本人への関わり方	3	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
	支援者の本人への関わり方・コミュニケーション	13	6 (18.8)	5 (20.8)	1 (12.5)
	日中の活動時間の確保	2	2 (6.2)	1 (4.2)	1 (12.5)
	服薬調整	8	7 (21.9)	6 (25.0)	1 (12.5)
	栄養管理	1	1 (3.1)	1 (4.2)	0 (0.0)
	物理的環境調整	4	4 (12.5)	3 (12.5)	1 (12.5)
生活上のリスクに関する対応		5	3 (9.4)	2 (8.3)	1 (12.5)
	外出時本人が所在不明になることの対応	2	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
	転倒・事故を防ぐための対応	3	2 (6.2)	1 (4.2)	1 (12.5)
サービスや制度の利用に関する検討・調整		18	9 (28.1)	7 (29.2)	2 (25.0)
	サービス導入・調整	15	9 (28.1)	7 (29.2)	2 (25.0)
	医療の検討・情報共有	3	2 (6.2)	2 (8.3)	0 (0.0)

値は名 (%)を示す。

⑬ 問 18①：チームケアの目的（どのような生活を目指したか）について

自由記述回答を質的記述的に分析した結果、129のコードが集約され、7のカテゴリ（図 2-64）のなかに20のサブカテゴリが生成された（表 2-6）。

チームケアの目的は、全体では「心身の安定」が28名（68.3%）で最も多く、次いで「望む場所での生活の継続」が18名（43.9%）であった。

居宅では「心身の安定」が20名（64.5%）で最も多く、次いで「望む場所での生活の継続」が14名（45.2%）であった。

小多機・看多機では「心身の安定」が8名（80.0%）で最も多く、次いで「望む場所での生活の継続」が4名（40.0%）であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に20%以上の差、または一方が0%であった項目として、「支援体制・ケア提供の質の向上」は小多機・看多機において出現していなかった。

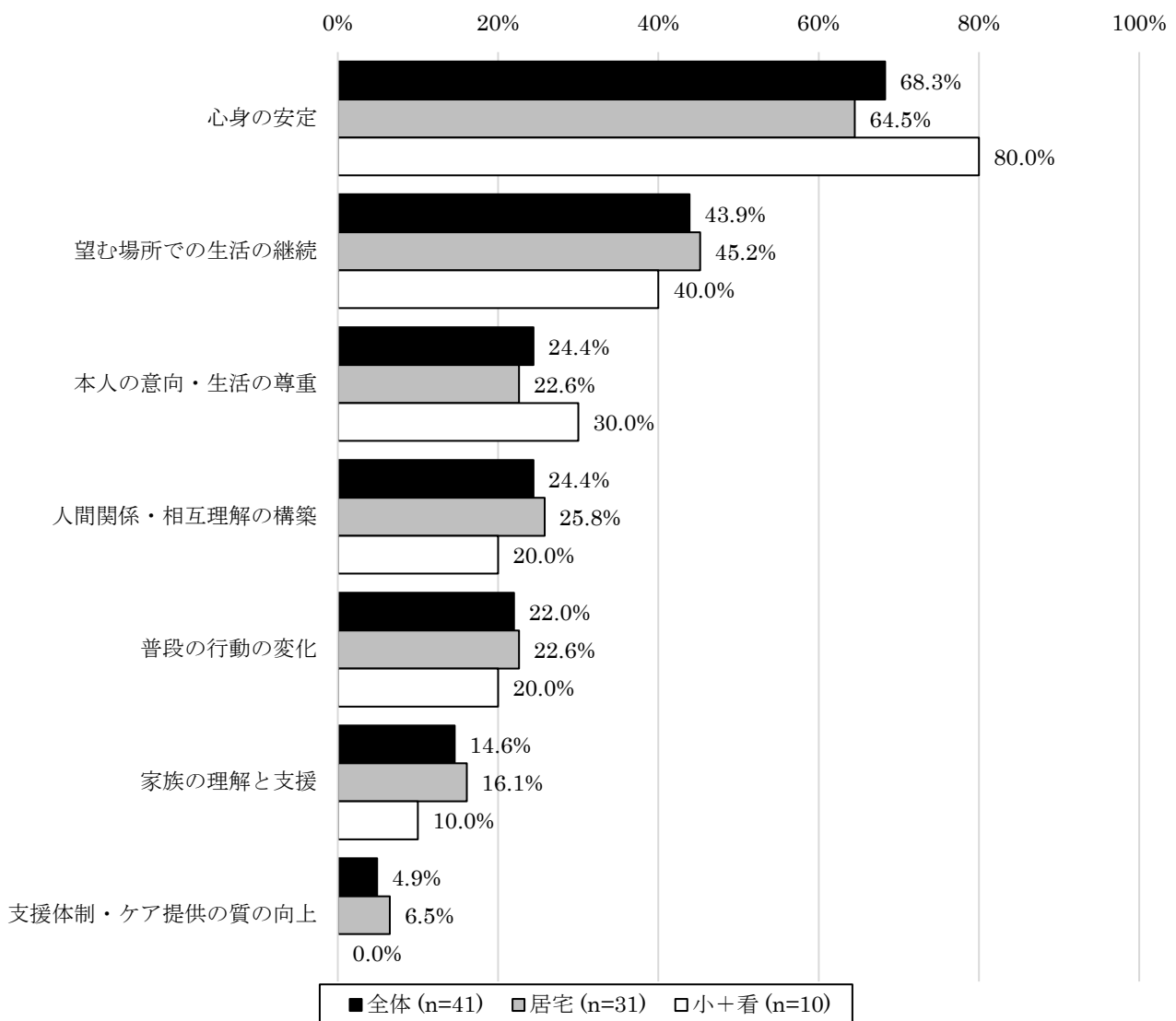


図 2-64 チームケアの目的

表 2-6 チームケアの目的

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
心身の安定		45	28 (68.3)	20 (64.5)	8 (80.0)
	心理的安心・情緒の安定	30	21 (51.2)	13 (41.9)	8 (80.0)
	身体の安定	7	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	安全の確保	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	服薬管理	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	外出意欲の向上	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	体調の維持	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
望む場所での生活の継続		30	18 (43.9)	14 (45.2)	4 (40.0)
	在宅生活の継続	26	16 (39.0)	12 (38.7)	4 (40.0)
	家族との生活の継続	4	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
本人の意向・生活の尊重		21	10 (24.4)	7 (22.6)	3 (30.0)
	意思が尊重された生活	14	8 (19.5)	5 (16.1)	3 (30.0)
	習慣の継続	5	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	本人の生活背景・希望の理解	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
人間関係・相互理解の構築		11	10 (24.4)	8 (25.8)	2 (20.0)
	支援の受け入れ	4	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	関係性の構築	4	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	地域住民の理解	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者との活動	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
普段の行動の変化		10	9 (22.0)	7 (22.6)	2 (20.0)
	BPSD の軽減	10	9 (22.0)	7 (22.6)	2 (20.0)
家族の理解と支援		10	6 (14.6)	5 (16.1)	1 (10.0)
	介護負担の軽減	5	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	家族の疾患理解	3	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	家族のセルフケア	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
支援体制・ケア提供の質の向上		2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	ケアの質向上	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)

値は名 (%)を示す。

⑭ 問 18②：具体的なチームケアの計画と実施状況について（目的②どのようなチームでどのような連携や情報共有，ケアがなされているか）

自由記述回答を質的記述的に分析した結果，237 のコードが集約され，12 のカテゴリ（図 2-65）のなかに 53 のサブカテゴリが生成された（表 2-7）。

具体的なチームケアの計画と実施状況に関する内容は，全体では「具体的ケアの調整」が 18 名（43.9%）で最も多く，次いで「チームでの情報共有・連携」および「活動・参加の促進」が 16 名（39.0%）であった。

居宅では「医学的管理」が 14 名（45.2%）で最も多く，次いで「介護保険サービスの利用・変更調整」および「活動・参加の促進」が 12 名（38.7%）であった。

小多機・看多機では「具体的ケアの調整」が 7 名（70.0%）で最も多く，次いで「チームでの情報共有・連携」が 5 名（50.0%）であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差，または一方が 0%であった項目として，「ADL 支援」「介護保険サービスの利用・変更調整」「具体的ケアの調整」に 20%以上の差が認められた。また，「医学的管理」「家族との連携」「家族支援」「心身機能の維持・向上」の 4 項目は小多機・看多機において出現していなかった。

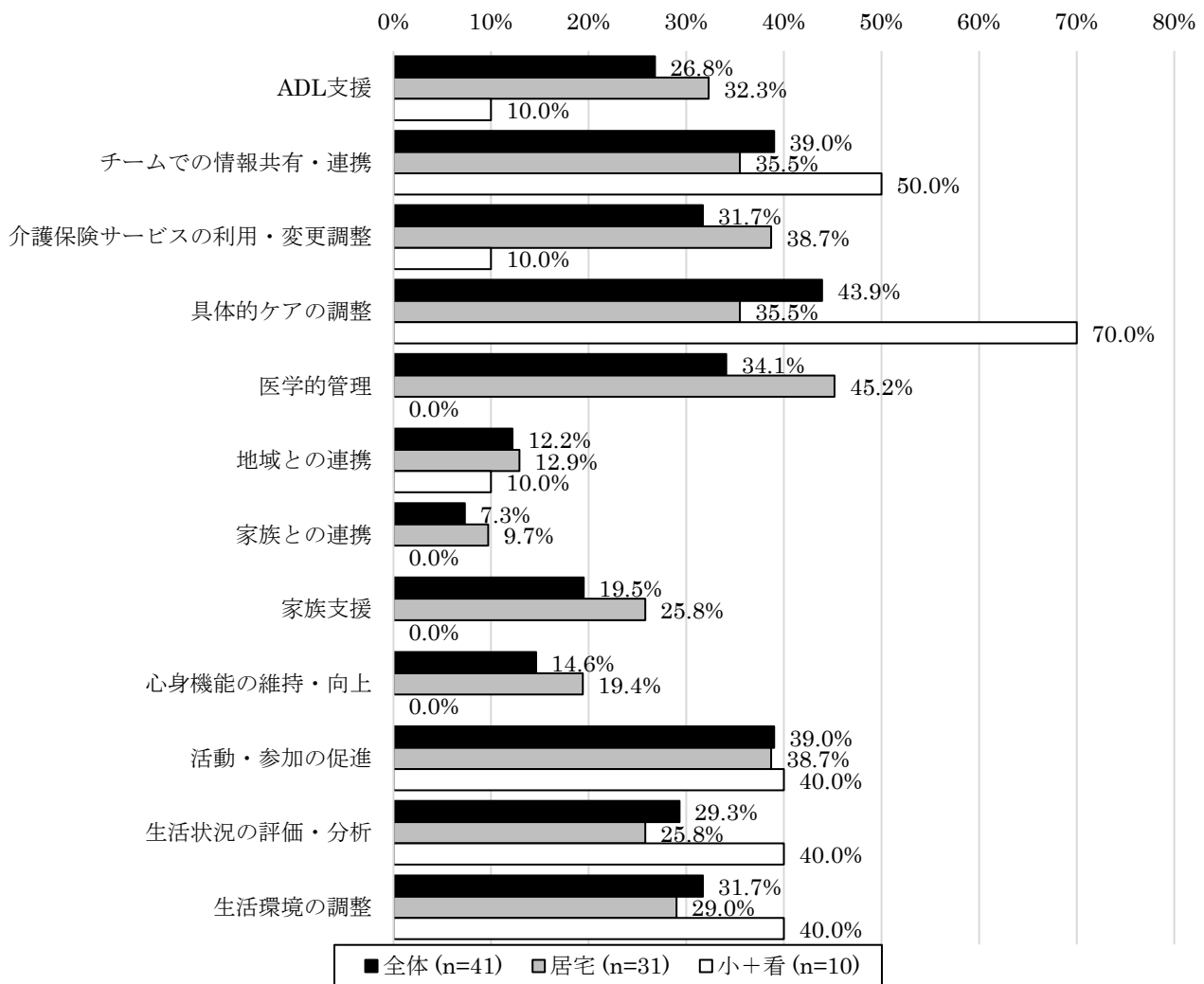


図 2-65 チームアプローチを行う際のケア計画と実施状況

表 2-7 チームアプローチを行う際のケア計画と実施状況

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
ADL 支援		26	11 (26.8)	10 (32.3)	1 (10.0)
	ADL の調整・支援	20	8 (19.5)	8 (25.8)	0 (0.0)
	IADL の調整・支援	6	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
チームでの情報共有・連携		27	16 (39.0)	11 (35.5)	5 (50.0)
	事業所内での情報共有	6	4 (9.8)	0 (0.0)	4 (40.0)
	他職種・他事業所との情報共有	9	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
	他職種・他事業所との連携による支援調整	12	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
介護保険サービスの利用・変更調整		22	13 (31.7)	12 (38.7)	1 (10.0)
	ショートステイの利用・変更調整	6	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	居宅療養管理指導の利用	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	訪問サービスの利用・変更調整	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	通所サービスの利用・変更調整	12	8 (19.5)	8 (25.8)	0 (0.0)
具体的ケアの調整		43	18 (43.9)	11 (35.5)	7 (70.0)
	レクリエーション	3	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	不安軽減のための説明	12	6 (14.6)	2 (6.5)	4 (40.0)
	傾聴	7	7 (17.1)	5 (16.1)	2 (20.0)
	声かけの方針統一	8	6 (14.6)	4 (12.9)	2 (20.0)
	家族のレスパイト	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	本人の行動パターンを踏まえたかわり	3	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	本人主体の関わり方の統一	5	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	活動量の調整	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	生活課題・ニーズ把握	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	音楽療法	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
医学的管理		25	14 (34.1)	14 (45.2)	0 (0.0)
	医療的処置	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	服薬・治療内容の調整	16	12 (29.3)	12 (38.7)	0 (0.0)
	身体の管理	7	5 (12.2)	5 (16.1)	0 (0.0)
地域との連携		6	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	地域住民との連携	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	地域住民との関係づくり	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	地域資源との連携	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
家族との連携		3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	家族との情報共有	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	情報共有先の家族の決定	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
家族支援		13	8 (19.5)	8 (25.8)	0 (0.0)
	介護者と本人の距離感	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	介護者の心理的支援	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	介護者の通院支援	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	介護者への配慮	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	家族と本人の時間を作る	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	家族のレスパイト	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	家族の疾患理解	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	家族への助言	3	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	自費サービスの利用	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
心身機能の維持・向上		9	6 (14.6)	6 (19.4)	0 (0.0)
	認知機能の維持・向上	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	運動・機能訓練	7	5 (12.2)	5 (16.1)	0 (0.0)
活動・参加の促進		27	16 (39.0)	12 (38.7)	4 (40.0)
	なじみの関係の維持	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	主体的な生活づくり	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者との交流	6	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	外出支援	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	居場所の確保	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	成功体験づくり	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	本人が担える役割の設定・調整	9	5 (12.2)	2 (6.5)	3 (30.0)
	関係性の構築	5	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
生活状況の評価・分析		18	12 (29.3)	8 (25.8)	4 (40.0)
	体調の把握	8	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	生活状況の把握	4	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	生活課題・ニーズ把握	6	5 (12.2)	2 (6.5)	3 (30.0)
生活環境の調整		18	13 (31.7)	9 (29.0)	4 (40.0)
	人的環境調整	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	安全の確保	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	物理的環境調整	11	10 (24.4)	6 (19.4)	4 (40.0)
	福祉用具の導入	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)

値は名 (%)を示す。

⑮ 問 18③：チームケアの結果（目指した生活が達成できたか）について（目的③チームケアのアウトカムは何か）

自由記述回答を質的記述的に分析した結果、134 のコードが集約され、13 のカテゴリ（図 2-66）のなかに 59 のサブカテゴリが生成された（表 2-8）。

チームケアのアウトカム（変化を捉えていた項目）は、全体では「情緒の安定」が 18 名（43.9%）で最も多く、次いで「普段の行動の変化」が 13 名（31.7%）であった。

居宅では「家族の生活の安定・継続」が 11 名（35.5%）で最も多く、次いで「普段の行動の変化」「支援受容の変化」がいずれも 10 名（32.3%）であった。

小多機・看多機では「情緒の安定」が 9 名（90.0%）で最も多く、次いで「関係性の安定化」が 4 名（40.0%）であった。

居宅と小多機・看多機の間で出現率に 20%以上の差、または一方が 0%であった項目として、「情緒の安定」「関係性の安定化」に 20%以上の差が認められた。また、「支援受容の変化」「関係性の安定化」「安全の確保」「介護者の生活の安定・継続」「家族の理解・受容の進展」「チームの連携状況」の 5 項目は小多機・看多機において出現していなかった。

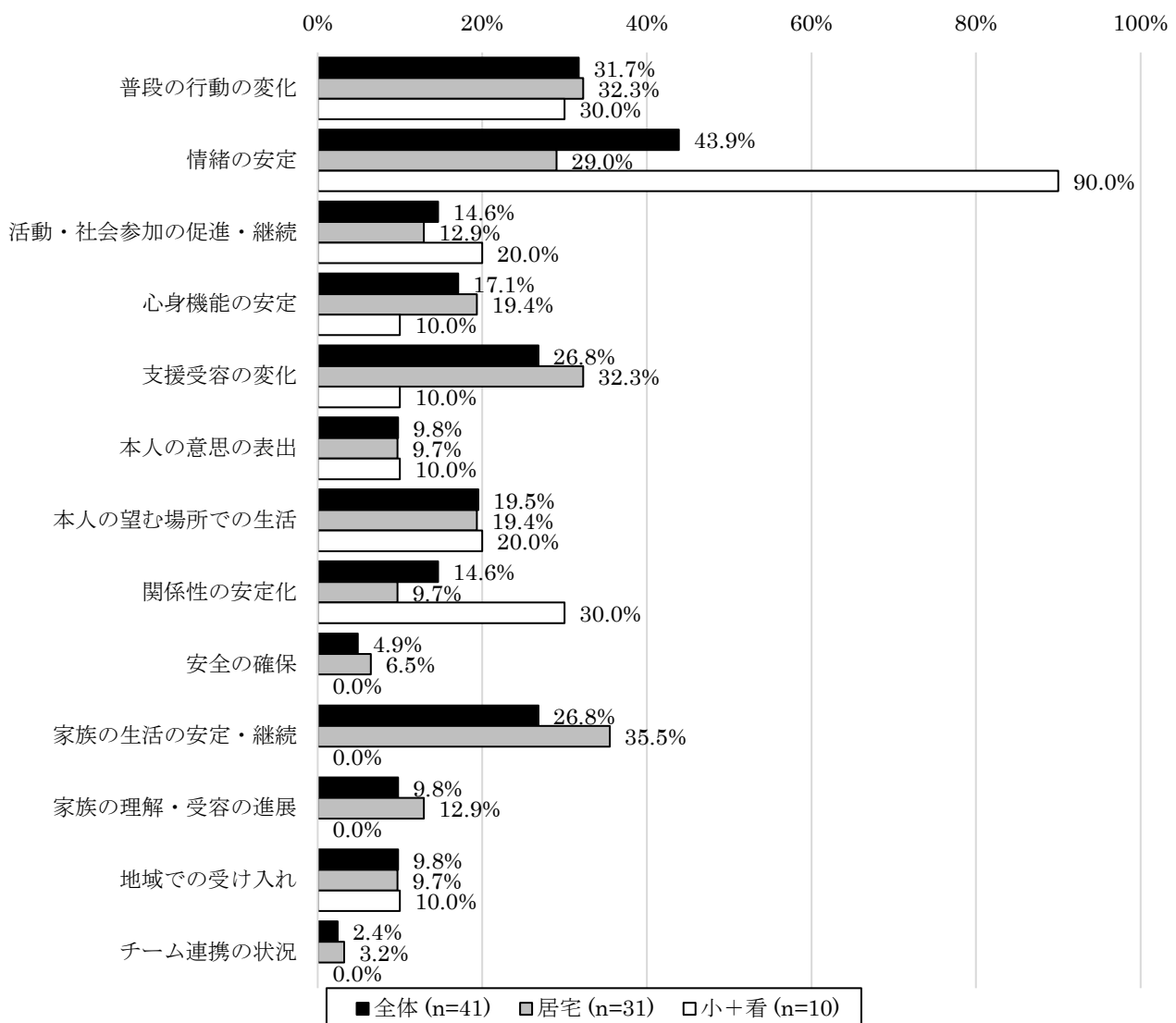


図 2-66 チームケアのアウトカム

表 2-8 チームケアのアウトカム

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
普段の行動の変化		24	13 (31.7)	10 (32.3)	3 (30.0)
	怒っている様子	5	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	BPSD の様子	4	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	徘徊の様子	3	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	帰宅願望の様子	2	2 (4.9)	0 (0.0)	2 (20.0)
	繰り返し質問の様子	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	異所排泄の様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	介護拒否の様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	声掛けへの拒否の様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者に対する攻撃性	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者への取り繕い	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	脱衣の様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	抵抗する様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	日中の不安定さ	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	入浴拒否の様子	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
情緒の安定		30	18 (43.9)	9 (29.0)	9 (90.0)
	安心・安定して過ごせる時間	7	6 (14.6)	4 (12.9)	2 (20.0)
	快表情への変化	6	6 (14.6)	3 (9.7)	3 (30.0)
	活動場面における快の表出	5	5 (12.2)	4 (12.9)	1 (10.0)
	不安の様子	5	5 (12.2)	1 (3.2)	4 (40.0)
	落ち着いた様子	3	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	不快な表情の変化	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	他者への警戒心	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	活動の停滞状態	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
活動・社会参加の促進・継続		8	6 (14.6)	4 (12.9)	2 (20.0)
	役割の再獲得	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	役割の実感	2	2 (4.9)	0 (0.0)	2 (20.0)
	外出機会の確保	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	趣味活動の再開	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	他者との交流	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	居場所の成立	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
心身機能の安定		8	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
	身体的状態の変化	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	服薬管理の状況	2	2 (4.9)	1 (3.2)	1 (10.0)
	生活リズムの変化	2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	ADL の維持	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	認知機能の変化	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
支援受容の変化		10	10 (24.4)	10 (32.3)	0 (0.0)
	介護保険サービスの安定的利用	8	8 (19.5)	8 (25.8)	0 (0.0)
	支援の受け入れ	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数	全体 (n=41)	居宅 (n=31)	小+看 (n=10)
本人の意思の表出		4	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	活動に対する自発性	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	納得している様子	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
	変化した希望の表出	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
本人の望む場所での生活		8	8 (19.5)	6 (19.4)	2 (20.0)
	在宅生活の継続	7	7 (17.1)	6 (19.4)	1 (10.0)
	地域での生活の継続	1	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (10.0)
関係性の安定化		7	7 (17.1)	3 (9.7)	4 (40.0)
	他者・支援者との関係性の構築	6	6 (14.6)	2 (6.5)	4 (40.0)
	コミュニケーション状況の変化	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
安全の確保		2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	介護者による事故防止	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	虐待の危険性の回避	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
家族の生活の安定・継続		19	11 (26.8)	11 (35.5)	0 (0.0)
	家族の精神的苦痛	5	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	介護負担・負担感の変化	5	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	家族の自分の時間の確保	4	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	家族の希望とその達成	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	家族の就労継続	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	介護に要する時間	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	本人の良好な生活状況の確認による安心	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
家族の理解・受容の進展		7	4 (9.8)	4 (12.9)	0 (0.0)
	家族の疾患理解の程度	3	3 (7.3)	3 (9.7)	0 (0.0)
	家族の疾患受容の程度	2	2 (4.9)	2 (6.5)	0 (0.0)
	家族の関わり方の理解	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	家族の雰囲気	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
地域での受け入れ		5	4 (9.8)	3 (9.7)	1 (10.0)
	地域の理解の構築	4	3 (7.3)	2 (6.5)	1 (10.0)
	地域の支えの構築	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
チーム連携の状況		2	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	チームでの柔軟な対応	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)
	チームでの対応統一・円滑化	1	1 (2.4)	1 (3.2)	0 (0.0)

値は名 (%)を示す。

⑩ 問 19 : チームケアにおける意思決定支援に関する取り組み状況

チームケアにおける意思決定支援に関する取り組み状況は、全体では「事例の意思を確認し、表明した意思の実現に向けた取り組みに活かした」が 30 名 (73.2%) で最も多く、次いで「事例の意思を確認したが、表明した意思の実現に向けた取り組みには活かせなかった」が 6 名 (14.6%) であった。

居宅では「事例の意思を確認し、表明した意思の実現に向けた取り組みに活かした」が 23 名 (74.2%) で最も多く、次いで「事例の意思を確認したが、表明した意思の実現に向けた取り組みには活かせなかった」が 5 名 (16.1%) であった。

小多機・看多機では「事例の意思を確認し、表明した意思の実現に向けた取り組みに活かした」が 7 名 (70.0%) で最も多く、次いで「事例の意思を確認したが、意思をくみ取ることができなかった」が 2 名 (20.0%) であった (図 2-67)。

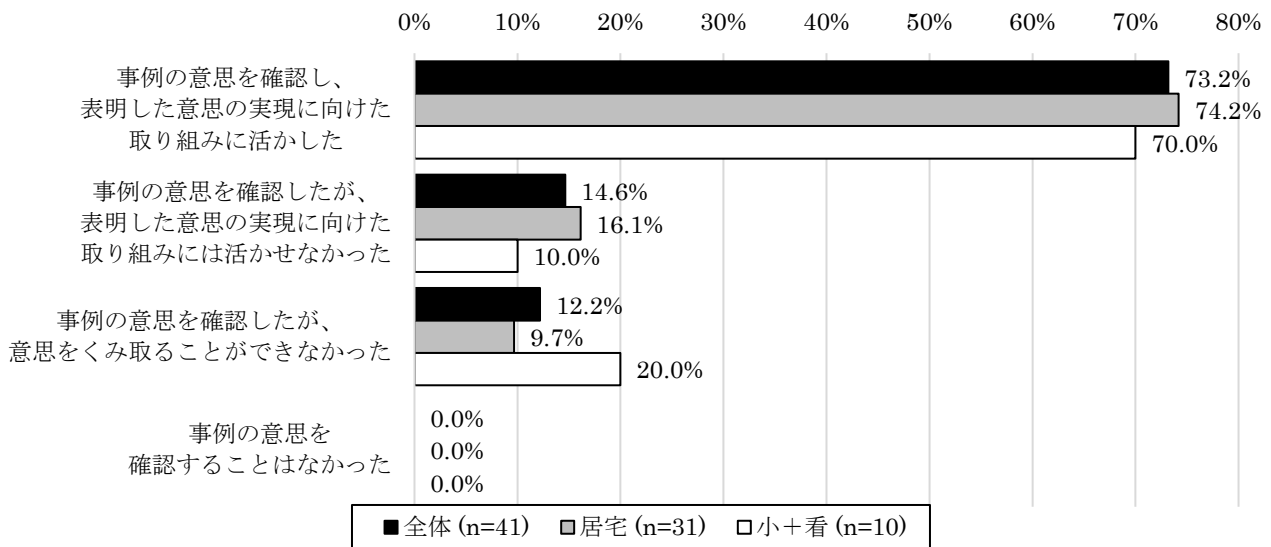


図 2-67 チームケアにおける意思決定支援に関する取り組み状況

(4) 考察

① どのような BPSD が生じ、その要因をどう考えるか？

本調査では、在宅においてチームケアの対象となった BPSD として、「徘徊・不穏」「繰り返し質問」「易怒性」といった陽性症状が多く挙げられた。一方で、「うつ」「アパシー」「傾眠傾向」といった陰性症状の割合は低い傾向にあった。陰性症状の割合が低かった背景には、これらが生活上のトラブルとして顕在化しにくく、支援の契機として認識されにくい可能性がある。

また、BPSD の要因としては、「情緒・心理反応」「認知機能低下」「家族の関わり方・関係」「対人関係」の割合が高く、医学的要因のみならず心理社会的要因に着目している実態が明らかとなった。在宅では生活環境や対人関係の変化が日常生活に直接反映されやすく、BPSD は医学的要因のみならず生活環境や人間関係の影響を受けて出現している可能性がある。

さらに、サービス形態による違いもみられた。居宅では「家族の関わり方・関係」や「対人関係」の割合が高く、在宅生活における家族関係や社会的関係が BPSD の背景として捉えられていた。一方、小多機・看多機では「状況理解・環境適応の困難」の割合が高く、サービス利用環境や生活場面の变化への適応の難しさが BPSD の発現に影響していることが示唆された。これらの結果から、

サービス形態によって BPSD の背景として捉えられる生活課題の特徴が異なる可能性が考えられる。

## ② どのようなチームで、どのような連携・情報共有、ケアがなされているか？

チーム構成は、居宅では平均 5.5 職種と多様な職種が関与し、医療機関職員、通所介護職員、訪問看護職員など多機関との連携が行われていた。一方、小多機・看多機では平均 4.1 職種であり、事業所内職員を中心とした連携構造が多くみられた。

また、連携の中心となる主体にも違いがみられた。居宅では連携の中心は介護支援専門員であることが多く、回答者自身が連携の中心となっていた割合は 77.4%であった。これは在宅ケアにおいて、介護支援専門員がケアの調整役として重要な役割を担っていることを示している。一方、小多機・看多機では回答者および介護職が連携の中心となる割合が高く、事業所内職員を中心としたチームによってケアが調整されている傾向がみられた。

在宅では医療・介護・家族・地域など多様な主体が関与するため、調整の責任主体が曖昧になる可能性がある。チームケアを実効性のあるものとするためには、ケアマネジメントを担う介護支援専門員がイニシアチブを持ち、情報の集約と意思決定の調整を担う体制を明確にすることが重要であると考えた。

小多機・看多機では事業所内職員が中心となる割合が 100%であり、日常的な情報共有が容易であるという利点がある反面、議論が事業所内部に閉じやすい構造もみられた。外部の医療機関や地域資源との連携が限定される場合、本人の生活全体を捉えた視点が不足する可能性がある。したがって、小多機・看多機においても、地域包括支援センターや医療機関、地域住民など外部資源を含めた幅広い連携を確保することが求められると考えた。

また、サービス担当者会議や臨時に開催された会議の内容を見ると、「日常生活の中でみられた本人の行動や状態」や「本人への関わり方や対応の工夫」に関する議論が多くみられた一方で、「本人の想い・行動の理解」について話し合われた割合は低い傾向にあった。このことから、実際のチームケアでは、現れている行動への対応方法やケアの調整が中心となりやすく、行動の背景にある本人の心理や生活史を踏まえて意味を読み解く議論は必ずしも十分に行われていない可能性がある。BPSD を単なる問題行動としてではなく、本人からのサインとして捉え、多職種でその背景を検討する視点をチーム内で共有していくことが、今後の在宅チームケアにおいて重要であると考えられる。こうしたチーム構造や議論の内容は、チームケアによって生じる成果の特徴にも影響している可能性がある。

## ③ チームケアのアウトカム（成果）は何か？

チームケアのアウトカムとしては、「情緒の安定」「普段の行動の変化」「家族の生活の安定・継続」などが挙げられていた。これらの結果から、在宅におけるチームケアでは、本人の情緒や行動の変化だけでなく、本人の生活の安定や家族の生活の継続など、生活全体に関わる成果がアウトカムとして捉えられている実態が明らかとなった。

また、サービス形態による違いもみられた。居宅では「家族の生活の安定・継続」や「支援受容の変化」など、家族や生活継続に関わる成果が多く挙げられていた。これは、在宅生活の継続を支えるうえで、家族の介護負担や生活状況への支援が重要な要素となっていることを示していると

考えられる。

一方、小多機・看多機では「情緒の安定」や「関係性の安定化」の割合が高く、事業所内での関係性の構築や生活環境の調整を通じて、本人の安心感や落ち着きが生じている様子が見えてきた。これは、小多機・看多機が通い・訪問・宿泊を組み合わせながら継続的に関わることができるサービスであることから、生活環境や対人関係を含めた日常生活の安定を図りやすい特徴が反映されていると考えられる。

さらに、「本人の意思の表出」や「本人の望む場所での生活」といったアウトカムも一定数みられており、在宅チームケアにおいては、本人の意思や生活の希望を尊重しながら支援を行う視点が重要であると考えられる。こうした視点は、認知症施策において重点目標とされている「認知症の人の生活においてその意思等が尊重されていること」「認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができること」とも整合している。これらは、生活全体を支えるチームケアを進めるうえでの基盤となるアウトカムであると考えられる。

#### ④ 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、収集された事例数は当初想定より少なく、特に小多機・看多機の事例数は限定的であったため、サービス形態間の比較結果については傾向として解釈する必要がある。第二に、「通常のサービス担当者会議」「臨時に開催した会議」「会議」「中心となるチームメンバー」などの用語の捉え方は回答者によって異なる可能性があり、実際には会議形式ではなく日常的な連絡や情報共有によって連携が行われている場合も考えられる。さらに、本研究は介護支援専門員による事例記述をもとに分析を行ったものであり、他職種の視点や実践の全過程を十分に反映していない可能性がある。

一方で、本研究は在宅における BPSD のある認知症の人へのチームケアについて、要因、チーム構造、ケア内容、アウトカムを一連の流れとして整理した点に意義がある。また、BPSD の背景を医学的要因だけでなく、家族関係や対人関係、生活環境といった生活文脈から捉えたこと、さらにチームケアの成果が症状の変化にとどまらず、本人や家族の生活の安定といった生活全体に関わるアウトカムとして認識されている実態を示したことは、在宅チームケアの特徴を示す知見として重要であると考えられる。

#### (5) 結論

在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアでは、医療機関や家族、地域資源等を含む多様な主体が関与し、連携・情報共有を通じてケアが展開されていた。また、チームケアのアウトカムとしては、情緒の安定や家族の生活の安定・継続などが挙げられており、BPSD の予防・軽減のみが主要なアウトカムとして捉えられているわけではなかった。これらの結果から、在宅におけるチームケアは BPSD への対応にとどまらず、本人および家族の生活の安定を含めた生活全体を調整する機能を有している実態が示唆された。

また、サービス形態によって連携構造および重視されるアウトカムに違いがみられた。居宅では医療機関や家族を含む外部機関との連携が広くみられ、家族の生活の安定・継続など家族に関わる成果が挙げられていた。一方、小多機・看多機では事業所内を中心とした連携が多く、情緒の安定や関係性の安定化など、日常生活の中での変化が成果として捉えられていた。これらの結果は、サービス形態によって在宅チ

ームケアの連携方法や重視される成果の特徴が異なる可能性を示している。

#### (6) 在宅における BPSD のある認知症の人に対するチームケアの今後の課題と展望

本研究の結果から、在宅における BPSD のある認知症の人へのチームケアは、症状への対応にとどまらず、本人および家族の生活全体を支える支援として展開されている実態が示唆された。一方で、チームケアの実践においてはいくつかの課題も明らかとなった。

第一に、BPSD を本人からのサインとして理解する視点の共有である。本研究では、サービス担当者会議や臨時に開催された会議において「本人の思い・行動の理解」が議論された割合は低く、現れている行動への対応方法やケアの調整が中心となる傾向がみられた。BPSD は、本人の満たされていない思いが行動として表出したアンメットニーズサインとして現れる場合も多く、その背景にある生活状況や心理的要因を多職種で検討する視点を共有していくことが重要である。

第二に、在宅チームケアにおける調整機能の明確化である。在宅では医療・介護・家族・地域など多様な主体が関与するため、情報共有や意思決定の調整が不可欠となる。本研究でも、居宅では介護支援専門員が連携の中心となる割合が高く、チームケアの調整役として重要な役割を担っていた。多職種が関わる在宅ケアにおいては、介護支援専門員がイニシアチブを持ち、情報の集約やケア方針の調整を担う体制を明確にすることが求められる。

第三に、サービス形態の特徴を踏まえた連携の強化である。小多機・看多機では事業所内を中心とした連携が多くみられ、日常的な情報共有が行いやすい一方で、議論が事業所内に閉じやすい側面もある。本人の生活全体を捉えた支援を行うためには、地域包括支援センターや医療機関、地域資源など外部機関との連携を意識的に確保し、地域全体で支えるチームケアを構築していくことが重要である。

また、本研究では「情緒の安定」「家族の生活の安定・継続」「本人の意思の表出」「本人の望む場所での生活」など、生活全体に関わるアウトカムが挙げられていた。今後の在宅チームケアにおいては、BPSD のみならず、本人の意思が尊重されることや本人の望む場所での生活の実現といった生活全体のアウトカムを共有しながら支援を進めていくことが重要だと考えた。

## 5. 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策

### －特定施設における効果検証の結果－

#### (1) 目的

本研究の目的は、特定施設における認知症チームケア推進研修（以下、研修）に基づく実践の実行可能性について検討することである。

#### (2) 方法

##### 1) 研究デザイン

特定施設を対象に BPSD25Q をエンドポイントの尺度としたシングルアームの前後比較試験を実施した。介入期間は8週間とし、4週目に中間評価を実施した。

##### 2) 調査対象

全国介護付きホーム協会の推薦または研修システムを通じて募集した。

対象施設は、認知症介護指導者または、認知症介護実践リーダー研修修了者が所属し、当該研修修了者が実践担当者となって研修に基づく実践を行うことができる施設とした。

対象施設職員は、①認知症介護指導者養成研修または、認知症介護実践リーダー研修修了者であり、認知症チームケア推進研修を修了した実践担当者、②認知症の本人（以下、本人）にサービスを直接提供する実践担当者を中心とするチームとした。

本人の選定基準は、①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者、②職員が本人もしくは周囲の人（他の入居者等）の生活に支障が生じている BPSD があると判断した者とし、除外基準は、①せん妄の診断・治療のある者、②研究開始 2 週間前に抗精神病薬の変更があった者のいずれかに当てはまる者とした。1 チームにおける本人の協力数の上限は2名までとした。

##### 3) 調査内容

###### ①前後比較試験

まず、本研究において中心となる主担当者が研修を受講していない場合、研修の受講を求めた。そのうえで、カンファレンスを開催し、BPSD25Q を用いて BPSD の評価及びチームでワークシートの記入を行った。カンファレンスで決定したケアを4週間実施し、4週間目には、BPSD25Q の中間評価を行い、再度ワークシートに基づき、本人のニーズと実施するケアを検討するよう求めた。介入開始8週間後に最終評価として、再度 BPSD25Q の評価を行い、その結果を分析対象のデータとした。

###### ②アンケート

最終評価後、実践担当者に BPSD25Q の評価方法や実践期間等に関してアンケートを実施した。

###### ③取組の状況・効果に関するヒアリング

特定施設における認知症ケアの取り組みの状況について、調査に影響のない範囲で3施設を視察したうえで、最終評価後実践担当者に1回あたり30分程度、取り組みの状況や職員・本人の変化等に関してヒアリングを実施した。

#### 4) 調査項目

##### ①前後比較試験

ベースライン時, 中間評価時, 最終評価時に主担当者が BPSD25Q を用いて BPSD を評価した. 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.

##### ②アンケート

①検討メンバーには, 対象となる本人のことを良く知る職員を含めたか, ②BPSD25Q は 2 回とも同じ職員が評価したか, ③BPSD25Q について検討メンバーで話し合った際に, 得点に関する意見が合わなかった場合, 高い得点の意見を採用したか, ④実践は 4 週間ごとに行ったか, ⑤その理由, ⑥実践するうえでの課題とした.

##### ③取組の状況・効果に関するヒアリング

①対象者を選定した理由, ②取組前の対象者の状況, ③初回・中間カンファレンスでの検討内容, ④取組後の職員・本人の変化等とし, 2 回に分けて実施した.

#### 5) 研究期間

##### ①前後比較試験・アンケート

2025 年 11 月 17 日~2026 年 1 月 30 日 (初回評価期間: 2025 年 11 月 17 日~23 日, 介入期間: 2025 年 11 月 24 日~2026 年 1 月 27 日 (4 週目に中間評価, 8 週目に最終評価, アンケート回答)).

##### ②取組の状況・効果に関するヒアリング

2026 年 3 月 3 日, 3 月 13 日, 3 月 16 日 (1 回あたり約 30 分間).

#### 6) 分析方法

##### ①前後比較試験

介入前後の BPSD25Q 得点について記述統計量を算出し, 平均値の差を対応ある t 検定で解析した. 統計解析は, IBM SPSS statistics 26.0 を用い, 有意確率は 5%とした. 効果量は, Cohen の d で, 効果大: 0.8, 効果中: 0.5, 効果小: 0.2 とした.

##### ②アンケート

各項目について単純集計を行った. また, 自由記述については回答内容を原文のまま整理し掲載した.

##### ③取組の状況・効果に関するヒアリング

事例について内容を整理し, 実践の特徴や効果についてまとめた.

#### 7) 倫理的配慮

主担当者及び調査協力施設への説明と同意は, 書面を用いて行い同意を得た. 本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. 本人が氏名, 生年月日, 住所がいえない場合は本人の同意に加え, 家族等に代諾を得た. 以上については, 認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会の承認を得たうえで実施した (承認番号 2025-2).

### (3) 結果

#### 1) 前後比較試験

##### ① データ抽出のプロセス

全国介護付きホーム協会から1名の推薦があり、研修システムを通じて12名から調査参加の申し込みがあった。その結果、6法人・10施設・13チーム・対象者19名が調査協力者として登録された。1名死亡により途中脱落となり、1名外部サービス利用型と判明したため分析からは除外した。分析対象は6法人・10施設・12チーム・対象者17名となった。

##### ② 分析対象者の利用サービスと対象者数

分析対象となった対象者の利用するサービスは、介護付き有料老人ホームが11チーム16名、養護老人ホームが1チーム1名であった（表2-9）。

表2-9 分析対象者の利用サービスと対象者数

利用サービス	チーム数	対象者数
介護付き有料老人ホーム	11	16
養護老人ホーム	1	1

##### ③ 取り組み期間

初回評価から中間評価までの期間は平均32.65±4.34日、中間評価から最終評価までの期間は平均25.94±5.55日であった。取り組み全体の期間は平均58.59±6.90日であった（表2-10）。

表2-10 取り組み期間 (n=17)

	平均日数	標準偏差
初回評価-中間評価期間	32.65	4.34
中間評価-最終評価期間	25.94	5.55
初回評価-最終評価期間	58.59	6.90

##### ④ BPSD25Q 重症度得点の変化

BPSD25Q 重症度得点の初回評価は平均26.47±14.73点、最終評価は平均14.24±10.23点であり、初回評価から最終評価にかけて12.23点減少していた（表2-11）。17名中1名は初回評価から最終評価で得点に変化が見られなかったが、16名では得点の減少が認められた（図2-68）。初回評価と最終評価の差を検討するために、対応あるt検定を実施した結果、BPSD25Q 重症度得点は初回評価と比較して最終評価で有意に低下していた（表2-11）。効果量(Cohenのd)はd=1.11であり、大きな効果量が認められた。

表 2-11 BPSD25Q 重症度得点の変化 (n=17)

	初回評価	最終評価	p
平均値	26.47	14.24	**
標準偏差	14.73	10.23	-
中央値	21.00	12.00	-
最大値	62.00	39.00	-
最小値	7.00	2.00	-

\*\* : p<.001 対応ある t 検定

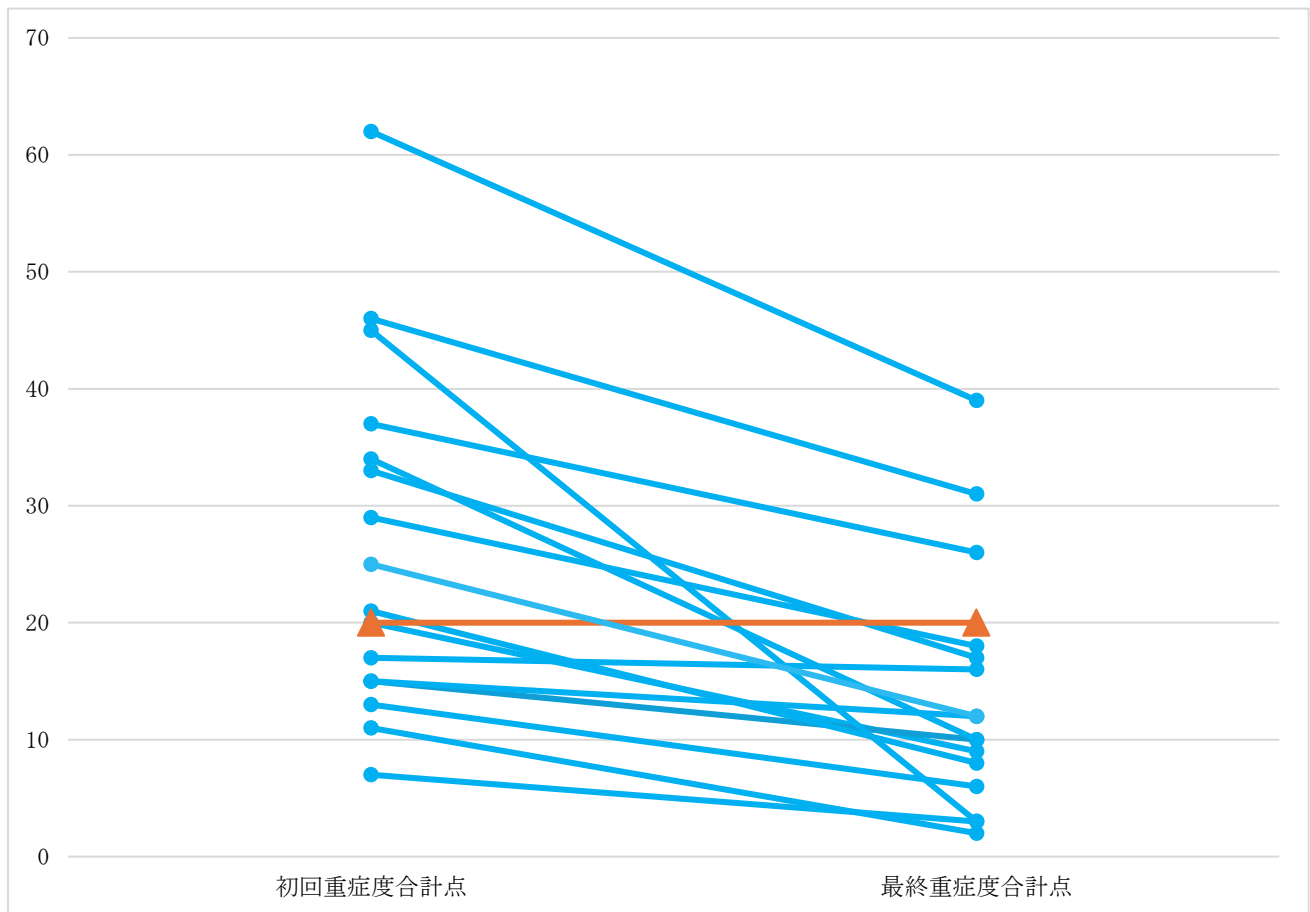


図 2-68 BPSD25Q 重症度得点の変化 (n=17)

## 2) アンケート

最終評価後、実践担当者へアンケートを配布し、17名より回答を得た(本人1名につき1枚回答)。

問1:「検討メンバーに対象となる認知症の人をよく知る職員を含めたか」については、全員が「はい」と回答した(n=17, 100%) (表2-12)。

表2-12 検討メンバーに対象者をよく知る職員を含めたか

はい	いいえ	無回答
17	0	0

問2:「BPSD25Qは2回とも同じ職員が評価したか」については、全員が「はい」と回答した(n=17, 100%) (表2-13)。

表2-13 2回とも同じ職員がBPSD25Qを評価したか

はい	いいえ	無回答
17	0	0

問3:「BPSD25Qについて検討メンバーで話し合った際、得点に関する意見が一致しなかった場合、高い得点の意見を採用したか」については、「はい」が16名(94.1%)、無回答が1名(5.9%)であった(表2-14)。

表2-14 BPSD25Q得点に関する意見が一致しなかった場合、高い得点の意見を採用したか

はい	いいえ	無回答
16	0	1

問4:「実践は4週間ごとに行ったか」については、「4週間ごとに実施した」が9名(52.9%)、「4週間より早いサイクルで実施した」が4名(23.5%)、「4週間より遅いサイクルで実施した」が3名(17.6%)、無回答が1名(5.9%)であった(表2-15)。

表2-15 実践は4週間ごとに行ったか

4週間ごとに実施した	4週間より早いサイクルで実施した	4週間より遅いサイクルで実施した	無回答
9	4	3	1

問5:問4の回答理由

### 4週間ごとに実施した

- 定期的に行うことが適切と判断しました。ご入居者の状態が安定していました。
- 適切な実践の効果検証を行うため。
- シフト上の関係。

- 曜日を先に決めていた。
- 4週間ごとに実施する事で業務をやりながらの取組みでスケジュールを立てやすかった。
- 目安の期間を提示していただいていたので、その期間内に実施しました。

#### 4週間より早いサイクルで実施した

- 日々の関わりの中から実践した職員からの意見、成功したタイミングの報告があり、2週おきに話ができただけ。
- 担当職員の勤務調整のため早いサイクルで実施した。
- 概ね4週間ごと実施したが、チームが合う時間が取れなかったため一日前後した。

#### 4週間より遅いサイクルで実施した

- 主担当者や検討メンバーの出勤日に合わせた為、取り組み期間が4週間以上かかり、評価を行いました。
- 主担当者及び検討メンバーの出勤日に評価日を合わせた為。
- シフト上メンバーでの検討が難しく、他のメンバー（職員）からも情報をもらいながら実施している。

#### 問6：実践するうえでの課題

- 高齢者、特に認知疾患の方は、体調や気分にもムラがあるので、断片的ではなく、長期的な視点で評価する必要があります。
- 全スタッフへ周知することが難しかった。全体的にみると、改善見られたが、点数が悪化している項目もあり、今後も意識的に取り組んでいく必要があると感じた。
- なし
- 取り組みに行う際、介護職員不足により、ヘルプ職員が配置されることがあり、毎日継続し取り組みを行う事が難しかったです。
- 利用者様の徘徊行動、トイレ頻回の取組を決める際、多職種で話し合いながらも、具体的ニーズを理解し利用者様の生活、行動等を加味しつつ取組を決定する時に、とても時間がかかりました。
- 記録についてももう少し詳しく発信し、悪かったことだけではなく、良かった点等も記録してもらおう。
- 日常的ケア改善の延長線なので、負担感はありませんでした。対象者は認知症状を有している方々ですが、集団生活ができるレベルですので、日常生活に支障をきたすような著しいBPSDはありませんが、それでも日々繰り返される訴えに職員も苦慮していました。この機会に対象者の想いや生活史を振り返り、日々のケアに生かせることでご本人のことをより深く理解でき、BPSDの軽減に繋がりました。
- 実施をする職員が決まってしまう、介入の少ない職員への促しが課題として残った。
- 実施期間中に感染が広まり対応方法を決めていなかった。
- 実施状況の専用記録用紙を作成し行っていたが、実施しているのに記入がない、全く記入してなく実施したのか定かではないなどあり、出勤した時に実行しているのか確認すべきだった。

- チームで行う際、ケア計画の意図や内容が理解できないスタッフがいたため、その都度是正することが必然であった。

### 3) 取組の状況・効果に関するヒアリング

A 有料老人ホームの実践担当者に約 30 分のヒアリングを計 2 回実施し、取り組みの状況や職員・本人の変化等について聴取した。

#### 【A 有料老人ホームの事例】

施設の人員体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員，看護職員，機能訓練指導員が勤務している。</li> <li>・看護師も日常ケアを行っている。</li> <li>・人員配置は約 2.6，平均要介護度 2，認知症高齢者の日常生活自立度の平均 III。</li> </ul>
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居して 2～3 年経過している方である。</li> <li>・入居当初は髭が伸びたままであったり，尿失禁が見られたりしていたため，まずは身だしなみを整えることや尿失禁への対応を中心にケアを行っていた。</li> <li>・他利用者との交流もなかったため，孤立していた。</li> <li>・昼夜共に不安な顔でフロア内をうろうろし，職員に「どうしたらいいですか？」と尋ねながら，職員についていく行動が見られることがあり，イライラする様子も見られた。</li> <li>・職員は本人と介助以外で関わることがあまりなく，場当たりの対応を繰り返していたため，改めてケアを考えることにした。</li> </ul>
実践担当者	施設長（リーダー研修・認知症チームケア推進研修修了者）
検討メンバー	施設長 1 名，介護職員 1 名，ケアマネジャー 1 名。
初回カンファレンスでの検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症が進行しており他利用者との交流が難しいという他者との関係性や，「職員にどうしたらいい？」「助けてください」といった声が聞かれること等を確認した。</li> <li>・自分が置かれている状況を理解できていなかったり，何をしたいかわからないといった不安な気持ちがあるのではないかと考えた。</li> <li>・日々の楽しみがなく，食事・排せつ・入浴以外の活動がほとんど見られず，刺激に乏しい生活状況であったことも不安につながっていた可能性があると考えられた。</li> <li>・尿意・便意がなく失禁していることや肩の痛みを訴えていることもあることを確認した。</li> <li>・これまでは場当たりの対応しかできておらず，なじみの関係ができていなかったため，事務所の職員含め本人と関係性を作り，不安感を持たないよう笑顔で</li> </ul>

	<p>対応し、本人が安心できる体制を整えることが必要だと考え、「不安な表情をされているときや職員を呼び止められたときは、笑顔で話を傾聴し、前向きな言葉がけで会話を行う」というケア計画を立案した。</p>
中間評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回評価 62 点 ➡ 中間評価 54 点</li> <li>・不安の訴えは減少した。事務所の職員含め関係性ができたことや統一したケアが実施できたからではないかと評価した。</li> <li>・生活歴や人生史をさらに振り返る必要があると考え、過去のアセスメントシートを読み返したり家族に情報収集をしたりし、仕事は先生をしていたことや野球が好きであること等がわかった。そのため、本人を呼ぶ際は親しみを込めて「○○先生」と読んだり、野球のテレビを付けたりするようにした。</li> <li>・一方で、おなかが空いた、体がかゆいといった欲求が新たに出現し、怒りっぽさが増えた。</li> <li>・昔から食べる量は多かったと家族より情報を得て、「空腹の訴えがあったときは、飲み物やお菓子などを提供する」というケア計画を立案した。</li> </ul>
本人の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間評価 54 点 ➡ 最終評価 39 点</li> <li>・職員をみかけると声をかけてくれるようになったり、穏やかになった。</li> <li>・これまで家族に声を荒げることが多く、家族は面会に来てても本人と顔を合わさずに荷物を届けるのみで帰宅していたが、取り組みを始めてから家族に対しても穏やかになり、家族と部屋で面会できるようになった。家族関係も変わったと感じた。</li> </ul>

B 有料老人ホームの実践担当者に約 30 分のヒアリングを計 2 回実施し、本人や職員の変化等を中心に聴取した。

#### 【80 代・女性（アルツハイマー型認知症）の事例】

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は自分でいろいろなところに移動されていたが、車いすでの移動となり動かないことが続いていた。</li> <li>・きつい口調で他の利用者とコミュニケーションをとる方で、他の利用者が離れていっていた。</li> <li>・職員が介入したいが、職員が近くにいるときにトラブルがあり、結果、他の利用者から席を離してくれと言われてたりすることがあった。</li> </ul>
初回カンファレンスでの検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他利用者に対して攻撃的であり、音に対して「うるさい」等の発言があったり、他利用者に対して文句を言ったりすることがあり、他者と関係性をつくれていないことを確認した。</li> <li>・そのため、新聞たたみやタオルたたみ等の作業を通して、まずは職員と関係性をつくることをケア計画とした。</li> </ul>
中間評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回評価 25 点 ➡ 中間評価 22 点</li> <li>・作業ができるときとできないときがあることを振り返り、ただ作業をしてもらう</li> </ul>

	<p>のではなく、コミュニケーションを取りながら誘い、実施することが大事であることを検討メンバーで再確認した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・そのため、一緒にお茶を飲みながらコミュニケーションを行い、他利用者とも交流を図れるようなケア計画に変更した。</li> </ul>
本人の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間評価 22 点➡最終評価 12 点</li> <li>・BPSD は顕著には変化しなかったが、動こうとされずにずっと他利用者を見ていたのが、「一緒にしませんか」という声掛けで動かれることが増えてきた。</li> </ul>
職員の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初のクールでは変化がなかったが、これらのプロセスで情報の大切さに気づき、様々な情報を取るようになり、得た情報を踏まえて 2 回目の検討を行うことができた。</li> <li>・職員の本人への見方も、「他の人へのきつい口調でかかわる人」から変化し、何があるのかを知るようになった。</li> <li>・職員で目線がそろって効果が大きかった。経験がない職員もケアチームに混ざるので、どうしたらいいかを先輩に聞くことができなかった職員も、取り組みをきっかけにケアの仕方を聞けたり、先輩が後輩のケアの仕方にアドバイスしたりして成長が促された。</li> </ul>

#### 【70 代・男性（血管性認知症）の事例】

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・静かなところを好む人で、かかわりが少ない方だった。</li> <li>・血管性認知症で表情がわかりにくく、リアクションも薄かった。</li> <li>・急に怒られたりすることもあった。</li> <li>・周りが女性が多く若かった。</li> <li>・インスリンを打っている方で、月に 10 回前後拒否があった。</li> </ul>
初回カンファレンスでの検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周りが 80 代以上の女性が多い中、70 代と若く男性ということもあり、関係が作りにくいのではないかと考えた。</li> <li>・何か誘うも「何もしたくない」という発言があることや腰痛により動きたくない可能性があることを確認した。</li> <li>・腰痛を軽減し望む活動が出来るようになることを目指す方向性として話し合った。</li> <li>・リハビリ職員より体は動かした方がよいという意見があり、本人が意欲的なストレッチを始めることにした。</li> </ul>
中間評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回評価 20 点➡中間評価 22 点</li> <li>・痛みは軽減しておらず、効果がなかったと評価した。</li> <li>・本人の様子から寂しそうな雰囲気を感じ、「寂しさ」「自分がここにいていいか」という不安」「役割の喪失」などがあるほか、できることがあること、感謝を伝える必要性が話し合われた。</li> </ul>
本人の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間評価 22 点➡最終評価 20 点</li> <li>・少しずつ関係が作れてきた。取り組みが進むにつれて、「今日は仕事何時までか」などと本人から職員に声をかけてくれるようになった。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・また、娯楽室で 40 分くらい一緒にお茶を飲めるようになる日もあった。インスリン注射の拒否も 2・3 回に減った。</li> </ul>
職員の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が利用者を知ろうと声をかける姿が増えた。</li> <li>・これまでのかかわりが少なかったということに改めて気づいた。人間性を知ってから介護をするようになって、拒否がなくなり、受け入れがよくなった。また、ケアの声掛けしかしていなかったが関わっていたつもりになっていたという意見もあり、専門職としてどうあるべきかに気づききっかけになった。</li> </ul>

#### (4) まとめ

研修に基づく 8 週間の介入を実施した結果、BPSD25Q 平均得点は初回評価から最終評価にかけて 12.23 点減少した。アンケート結果からは、BPSD25Q を用いた評価を行い、検討メンバーがワークシートを作成したうえで、概ね 4 週間ごとにカンファレンスが開催されていたことが確認された。

BPSD について、すでに体制を整えて実践している施設においても、本取り組みを行うことによって職員が本人について新たな気づきを得て、その理解を基にケアを計画し実践することで、BPSD 軽減につながっていた。

以上より、本研究の条件下では、研修に基づく実践が、特定施設においても利用者のニーズに応答し得る形で、実行可能であることが示唆された。

しかし、調査協力者のリクルートに難航し、サンプル数が限定的であったため、外的妥当性に限界がある。今後は、対象者数を増やしても大きな効果量を認められるか確認が必要である。

## 6. 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策

### －実践事例報告会及び実践ヒント集の結果－

#### (1) 研究の目的

BPSD の予防・軽減に資するチームケアの効果的な展開方法を明らかにし、それらの知見を「実践ヒント集」として整理し、これから取り組みを開始しようとしている施設や、取り組みを始めたばかりの施設の実践をサポートすることを目的とした。

#### (2) 研究の方法

##### 1) 研究方法の全体像

専門職団体等から推薦された効果的な実践施設への視察およびヒアリングを行い、その結果を踏まえてオンラインによる「実践事例報告会」を開催した。これらのプロセスを通じて得られた知見を整理・分析し、これから取り組みを開始する施設等の支援に資する「実践ヒント集」として取りまとめた。

##### 2) 対象

調査の対象は、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、介護医療院の4種別とした。具体的には、各サービス種別2施設ずつ、合計8施設を対象とした。施設の選定にあたっては、公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会、公益社団法人日本認知症グループホーム協会より、それぞれ研修の趣旨に基づき効果的にチームケアを実践している施設の推薦を得た。対象施設における実施主体は、認知症チームケア推進研修を修了し、個別ケアの体制づくりの中心となっている実践担当者、およびその担当者を中心とするチームとした。また、研究協力への同意が得られた利用者を調査の対象に含めた。

##### 3) 施設視察の実施

各推薦施設の普段のBPSDに対するケアの実践状況を直接確認するため、8施設の中からサービス種別のバランスおよび視察の実施可能性を踏まえ4施設を選定し、事務局による視察を実施した。視察の実施にあたっては、現場視点から実践内容を把握することを目的として、浴風会の職員が同行した。

##### 4) 実践事例報告会及びヒアリングの実施

視察の結果を踏まえ、サービス種別ごとにオンライン（Zoom）にて報告会を計4回実施した。

- ① 報告内容：各施設の実践担当者に対し、事例シート（対象者の基本情報、BPSDの状況、背景要因、カンファレンスの構成や検討経過、対象者選定の理由等を整理したもの）および、認知症チームケア推進研修で実際に使用しているワークシートに基づいた報告を依頼した。
- ② プログラム構成：1回2時間の構成とし、2施設からの事例報告（各20分）と、それに対する質疑応答・意見交換（各20分）を組み合わせ、相互に知見を共有する場とした。
- ③ 事後調査：報告会終了後、参加した報告者に対してアンケートを実施し、内容の有用性や今後

のフォローアップのあり方について回答を得た。

#### 5) 「実践ヒント集」の取りまとめ方法

8事例の実践報告、報告会での質疑応答、ヒアリングおよび視察で得られた具体的な工夫の内容を事務局にて整理した。タイトルは「認知症チームケア推進研修に基づく実践のヒント」とした。整理にあたっては、実践のプロセスを「取り組みを始める前の準備」「実践を広げるための準備」「カンファレンス前の工夫」「本人理解を深めるために」「カンファレンスの工夫」「実践の工夫」の6つのフェーズに分類した。各フェーズにおける具体的な成功要因や課題解決のヒントを、サービス種別ごとの事例紹介と紐づける形で構成し、導入初期の施設が参照できる伴走資料として編集した。素案を委員会に諮り、指摘事項を修正して、最終案を取りまとめた。

#### 6) 倫理的配慮

本研究は、認知症介護研究・研修東京センターの倫理審査委員会の承認を得た上で実施した（承認番号 2025-2）。調査対象事業所の代表者および実践担当者に対しては、研究の目的、方法、プライバシーの保護、データの厳重な管理、および調査結果の公表方法等について書面を用いて説明し、研究参加への同意を得た。また、事例として報告された認知症の本人および家族等に対しても、実践担当者を通じて書面または口頭による説明を行い、同意を得た。

「実践ヒント集」の作成にあたっては、個人および施設が特定されないよう、収集した情報を匿名化し、内容の一部を改変する等の配慮を行った。また、報告会における録音データ等は、研究目的以外には使用せず、研究終了後に適切に廃棄することとした。

### (3) 研究の結果

#### 1) 施設視察の結果

各種別1か所ずつ、合計4施設・事業所の視察を行った。視察時期は、表2-16に示す。

表 2-16 視察の時期と場所

時期	場所
令和7年12月17日（水）	A 介護医療院
令和7年12月18日（木）	A 特別養護老人ホーム
令和7年12月26日（金）	A グループホーム
令和8年2月26日（月）	A 老人保健施設

#### 2) 報告会の結果

サービス種別ごとに報告会を実施し、各回とも事例報告に加え質疑応答・意見交換を行い、参加者間で具体的な実践内容や課題について共有した。報告会の実施日程および参加状況は表2-17に示すとおりである。全体では、加算・運用、カンファレンス運用、アセスメント・評価、記録・情報共有、ケア実践、職員体制・教育、対象者選定など、実践の導入から運用に至るまでの幅広いテーマに関する質疑が行われた（表2-18）。これらの質疑は、制度や評価に関する基本的な理解に加え、カンファレンスの運用方法や記録の具体化、職員体制の整備など、実践を現場に定着させるた

めの具体的な運用面に関心が集中していたことを示している。

また、アンケートの結果は表 2-19 に示すとおりであった。時間配分については全体および事例報告の時間について9名全員が「ちょうどよい」と回答し、質疑応答の時間についても8名(88.9%)が「ちょうどよい」、1名(11.1%)が「短い」と回答した。開催方法(オンライン)については8名(88.9%)が「適切」、1名(11.1%)が「どちらともいえない」と回答した。さらに、内容については9名全員が「今後に活かせる」と回答し、定期開催については8名(88.9%)が「必要」、1名(11.1%)が「どちらともいえない」と回答した。

表 2-17 報告会の日時

報告施設	参加者数	日程
特別養護老人ホーム	報告者4名+傍聴1名	1/15(木) 14:00~16:00
介護老人保健施設	報告者3名+傍聴2名	1/16(金) 10:00~12:00
グループホーム	報告者4名+傍聴3名	1/19(月) 14:00~16:00
介護医療院	報告者4名	1/22(木) 14:00~16:00

表 2-18 質疑応答の結果

分類	質問・感想	回答	施設
加算・運用	なぜ大人数加算を算定できるのか?	算定できる方法を考えながら実施していった。1か月ずつ人数を増やしていった。	老健
	チームケア研修修了者はどんどん増やしていく方向性?	まずは実践者・リーダー研修修了者を増やしたい。	老健
	当施設は現在3名の入居者に対して加算を算定しているが、何名算定しているか?	27名算定するように言われていたが、3名から始めて7名算定している。一人モデルケースが出来れば、順番にいった。今くらいが限界である。	GH
カンファレンス運用	カンファレンス回数が多いが、どのように実施しているか?	夜中に意見交換しておく。1回あたりの検討時間は1時間で4人を検討している。ユニットごとに実施している。	老健
	検討メンバーは3人?5人?	5人だけど、その時々で変わってくる。	老健
	既存の会議に組み入れるのは難しくなかったか?	新しいものをつくらないようにした。長くいる職員中心に始め、その職員が下準備したうえでカンファレンスしている。	GH
	カンファレンスの人数のメリット・課題、適正人数は?	各部署(介護・看護・リハ・栄養等)から参加している。実質は6名程度で、ケースに応じて介護職を追加している。多職種視点が得られるのがメリットだが、意見が多くなりすぎるため一つに絞る工夫が必要。	特養
	カンファレンスの時間配分は?	約1時間で3事例を検討している。事前準備をして時間短縮している。	特養
アセスメント・評価	BPSD25Q どのように使っているか?	初月評価・当月評価を見比べられるようにしている。また、カンファレンスで検討した内容を書けるようにしている。	老健
	BPSD25Qの得点が50→28に減っているが、他の利用者もそう?	感染症による隔離対応の影響も含まれた結果と受け止めている。	老健
	BPSD観察シート(施設独自で作成)はどのように活用しているか?	日付と時間ごとにBPSD出現を記録し、出現時間帯や頻度を可視化している。ケアの効果判定にも使用している。	特養
記録・情報共有	看護記録は全ての職員が確認している?	大事なことは口頭で伝言していく。日々のカンファレンス、申し送りノートで確認する。自分で情報を取りに行くようになっている。	介護医療院
	BPSD出現時に記録を書くということだが、記録を拾うのは誰がやっている?	介護職員から看護師に伝達し、看護師が看護記録に書いている。検討メンバーが1か月分を抜粋する。	介護医療院
	記録や実践のばらつきにはどう対応しているか?	シートで可視化して共有し、次回カンファレンスで再検討している。	特養
ケア実践	本人がケアを嫌がることはあるか?	パズルはやりたくないと言われることがあり、別のことを誘ってみようとしている。	GH

	他の利用者の転倒リスクを考えると、廊下の電気を節電したいという本人の思いを受け入れきれない。	センサーライトを使用。転倒も本人の選択の結果であることを家族に説明している。	GH
	どのような時間帯で計画を実行しているのか？	入浴・おむつ交換など関わりの中で実行している。	介護医療院
	訪室時以外にもCDを聞いている？	1日複数のCDを聞いている。	介護医療院
	ケアをさらに改善するための工夫は？	ケア内容を掲示して全職員に可視化し、共通認識を持たせている。	特養
	ケア計画はどのように具体化しているか？	シンプルで誰でも分かる内容にしている。試行錯誤しながら調整している。	特養
職員 体制・ 教育	実践者研修・リーダー研修修了者が多いが、強制的に受けてもらっているのか？	研修に力を入れている法人である。	老健
	職員のモチベーション向上が悩みである。	行ける雰囲気をつくる。背中を押す。勤務表も調整する。	老健
	職員にフォローが必要なとき、何かしていることはあるか？	まず受け入れるように伝えている。	GH
	新人スタッフはケア計画を覚えていられる？	ユニットミーティングや口頭で繰り返し伝えている。	GH
	実践がうまくいかない職員への対応は？	OJTで実演しながら伝え、振り返りで気づきを促す。	特養
	職員の変化はあったか？	思考力が向上し、根拠を持ってケアを考えるようになった。	特養
対象 者選 定	対象者減らしてもいい感覚ある？	陰性症状にも関わる必要がある。選定の難しさがある。	老健
	どのように対象者選定した？	症状が強い利用者から選定。担当者ごとに割り当てている。	老健
	対象者は意欲的な方？	無為な方だが、声掛けで行動できる。	GH
	対象者はどのように選定しているか？	主観+BPSD25Qで困っているケースを選定している。	特養

表 2-19 アンケートの結果

質問NO	質問内容	回答	n (%)
問 1①	実践事例報告会の時間配分（全体の時間数）は適切でしたか。	ちょうどよい	9 (100.0)
問 1②	実践事例報告会の時間配分（事例報告の時間数）は適切でしたか。	ちょうどよい	9 (100.0)
問 1③	実践事例報告会の時間配分（質疑応答の時間数）は適切でしたか。	ちょうどよい	8 (88.9)
		短い	1 (11.1)
問 2	開催方法（オンライン）は適切でしたか。	適切	8 (88.9)
		どちらともいえない	1 (11.1)
問 3	疑問点を解消したり、今後に活かしたりできそうな内容でしたか。	はい	9 (100.0)
問 4	認知症チームケア推進研修修了者に対して、実践事例報告会を定期的に開催したほうがよいと思いますか。	はい	8 (88.9)
		どちらともいえない	1 (11.1)

### 3) 実践のヒントの製作結果

#### ① 「実践ヒント集」原案の作成

視察、ヒアリング、および実践事例報告会を通じて得られた知見を集約し、「認知症チームケア推進研修に基づく実践のヒント」（以下、実践ヒント集）の原案を完成させた。実践ヒント集の原案は、導入初期の施設が即座に参照できるよう、全46ページの構成とした。内容は、「はじめに（趣旨・メリット等）」、4種別8施設による「サービス種別ごとの実践事例」、および実践の各プロセスにおける具体的な工夫をまとめた「実践のヒント」の3部構成とした。なお、実践のヒントの整理にあたっては、各施設の取り組み内容を実践プロセスごとに整理し、共通してみら

れた工夫や課題を抽出することで、導入初期の施設において参照可能な形となるよう編集した。

## ② 検討委員会における指摘と修正対応

作成した素案について、第2回検討委員会において専門的見地から評価を受けた。委員からは、現場での実用性を高めるための具体的な指摘がなされ、事務局ではこれらの指摘を整理し、内容の修正および補強を行った（表2-20）。特に、実践内容の具体性や時間軸の明確化、資料の分量や提示方法、倫理的配慮の観点などについて指摘があり、これらを踏まえて、現場での活用を想定した構成および表現へと修正を行った。

表2-20 実践ヒント集原案に対する指摘事項と対応方針

カテゴリ	委員	指摘内容の要旨	対応方針・具体的な修正内容
実践プランの具体性と時間軸	橋本委員	ケア計画と改善結果の間を埋める、具体的なケアの行動例（声かけの内容等）や、効果が出るまでの期間（時間軸）が必要である。	実現プランに記載されている内容が実践ケアそのものであるが、事例紹介において期間の表記を強調し、より具体的なプロセスが伝わるよう補強する。
資料の分量と媒体の工夫	黒岩委員	46ページというボリュームは多忙な現場には多すぎる。現代の情報の受け取り方に合わせ、動画等の活用も検討すべき。	全体を俯瞰できるフローチャートページを作成した。重要なポイントの短編動画を作成は課題として残った。
加算算定の本質	黒岩委員 戸谷委員	算定数が多い事例（45人/月等）を紹介する際、単なる「事務作業の簡略化」ではなく、「本人と向き合う時間の創出」のためのICT活用であることを強調すべき。	実践のヒントの読み方において、本人のより良い暮らしを目指すための手段として活用するよう教示した。
	江澤委員	算定数が多い事例（45人/月等）を紹介する際、本来の加算のあり方ではないので工夫が必要	
倫理的配慮（掲示の是非）	黒岩委員 老松委員 戸谷委員 江澤委員	ケア計画をベッドネーム周辺に掲示する工夫は、尊厳とプライバシーの観点から課題がある。	「工夫の好事例」として掲載するのは適切ではないため、ヒント集への掲載は見送った。
重度者への表現の適正化	黒岩委員 戸谷委員	寝たきりの人に対し「生活変化が見えにくい」という表現は、ケアの放棄につながる恐れがある。	「微細なサインを読み解くアセスメントの専門性が求められる」「変化の評価指標や観察方法を工夫する必要がある」等、前向きな表現へ修正した。
	江澤委員	寝たきりの人はそもそもBPSDが出現しているのか。	
後進育成の定義	黒岩委員	メンバー選定理由の「後進育成」は、単なる書類作成スキルの向上ではなく、「本人の困りごとに気づける感性」を養うこととすべき。	事例提供者に確認し、後進育成の用語は削除し、趣旨をより詳細に記述するように修正した。
	江澤委員	チームメンバーの選定理由に入っている「後進育成」は削除を検討すべき。	
認知症の基本的知識	鴻江委員	チームケア推進会議を行うにあたって、疾患別の対応など認知症の基本的な知識は必要不可欠。これらを研修で学んでいくことが必要ではないか。	「取り組む際の工夫」に記述する。

## ③ 成果物の活用と別冊化

最終的に取りまとめた「実践ヒント集」は、導入初期の施設において実践の具体化や組織内展開を支援することを目的とし、必要に応じて参照・活用できる実践支援ツールとして位置づけ、本報告書の別冊として作成した。本資料は、全国の研修修了者が日々の実践において「伴走資料」として活用できるよう、センターのホームページ等を通じて広く公表することとした。

#### 4) ヒアリングの結果

報告会終了後、参加した報告者に対してアンケートを実施し、内容の有用性や今後のフォローアップのあり方について自由記述による回答を得た。得られた回答は、各施設における実践経験を踏まえた具体的な課題認識および支援ニーズを含むものであった。これらの記述データについて、内容の意味単位ごとにコード化を行い、類似性に基づいて統合・抽象化する質的・帰納的分析を実施した。その結果、フォローアップに関するニーズは、実践の導入段階において求められる支援と、実践の継続および発展段階において求められる支援とで性質が異なることが示唆されたため、「実践開始前までのニーズ」と「実践継続・発展フェーズのニーズ」の2つの段階に整理した。さらに、それぞれの段階において内容の共通性に基づき大カテゴリおよび小カテゴリを生成したところ、表 2-21-1、表 2-21-2 に示すとおり分類された。

特に、実践開始前までのニーズでは、加算導入に対する不安や評価方法・ワークシートの理解不足、具体的な実践イメージの欠如に関する内容が多くみられた。一方で、実践継続・発展フェーズのニーズでは、本人理解の深化や家族対応、組織内への浸透方法、施設間での情報共有など、実践の質の向上および展開に関する内容が中心であった。

表 2-21-1 実践開始前までのニーズ

中分類	小分類	意見コード	施設種別
実践の普及・ 動機づけ	加算導入の促進	加算取得を迷っている事業所に対し、「それほど負担はなく、BPSDが軽減できる喜びがある」というメッセージを発信してほしい。	特養
評価・ツールの 理解支援	ワークシート理解	ワークシートの具体的な書き方や、どの症状がどこに当てはまるのかが分からない。 話せない人の「ニーズの推測方法」や、ワークシートの埋め方の記入例がほしい。	特養 介護医療院
	評価方法の理解	算定根拠や評価の仕方が分からず、運営指導（実地指導）への恐怖心があった。	GH
実践スキル 習得	具体的実践の学習	他の施設がどのようにワークシートを書いているのか見る機会があると安心する。	特養
		ワークシートを実際に書いて共有するグループワーク形式の研修が必要。	特養
	実践プロセス理解	陽性症状・陰性症状別など、正解ではなく「この事例ならこう取り組んだ」という事例集がほしい。	老健
	基礎理解の補強	取り組み開始から加算算定までの流れを再現した「ドラマ仕立ての動画」があると分かりやすい。 実践者研修レベルの内容（その人らしい暮らし、BPSDの理解）が不足していると、ワークシートでつまづく。	GH 老健
情報共有・ネットワーク	施設間連携	どの施設が加算を算定しているか分からず手探りだったため、情報交換の場がほしい。	老健
心理的支援	不安の軽減	「自分たちの方法が正しいのか」という罪悪感や不安を抱えているため、他施設の取り組みを聞いて自信を深める場が必要。	GH
学習手段・媒体	研修形式	施設内での申請が大変なシステムよりも、YouTube などフリーで見られる動画が好ましい。	老健
実践の普及・ 動機づけ	対象者の考え方	症状が重い人だけでなく、軽度や予防の人こそ取り組むべきだと広めてほしい。	GH

表 2-21-2 実践継続・発展フェーズのニーズ

評価・ツールの理解支援	評価の可視化	BPSD25Qの過去からの点数の推移がグラフで見られるようになると良い。	特養
実践スキル習得	本人理解の支援	自立度MやIVの人は本人の意向を吸い上げづらいため、その際の考え方のヒントがほしい。	介護医療院
	家族対応	本人と家族のニーズに相違がある場合や、家族との熱量に差がある場合の進め方が難しい。	介護医療院
組織・マネジメント	組織内展開	ケアの内容だけでなく、現場への浸透方法などのマネジメント手法も知りたい。	特養
	倫理的配慮	ベッドサイドへのケア計画揭示は家族から感謝されるが、倫理的な配慮との兼ね合いが悩み。	介護医療院
情報共有・ネットワーク	施設間連携	県内だけでなく、全国の同じサービス種別と意見交換できるのは有益。	老健
	施設間連携	オンラインで算定施設同士が悩みを打ち明け、フィードバックし合える場がほしい。	GH
	多職種・他サービス理解	他のサービス種別の発表を聞くことも、難しさの共有や参考になる。	介護医療院

#### (4) 考察

##### 1) 実践事例報告会の位置づけ

実践事例報告会は、研修で得られた知識を具体的な実践へと結びつける機会として機能した。報告会における質疑は、加算の運用や評価方法に加え、カンファレンスの進め方や記録の具体化、職員体制の整備など、実践の運用に関する具体的内容が多くを占めており、現場においては知識の理解にとどまらず、実践の具体化や組織内への定着に関する課題が生じていることが示唆された。これらは、既に加算を算定し実践に取り組んでいる施設からの発言であることから、実践は導入後も試行錯誤を伴いながら具体化されていくプロセスであることが示された。

また、他施設の取り組みの共有により、不安の軽減や相互学習の促進につながり、実践上の具体的課題が可視化されることが示唆された。さらに、フォローアップに関するニーズを実践段階ごとに整理することが可能となり、今後の支援の方向性を検討する基礎的知見が得られた。特に、報告会自体の有用性について高い評価が得られたことから、実践事例報告会は研修修了後のフォローアップ手法として有効であることが示唆された。

##### 2) ヒント集の役割

本研究で作成した実践ヒント集は、実践事例報告会等で明らかとなった課題に対し、実践プロセスごとの具体的な工夫を整理し、導入初期の施設が参照可能な形で提示したものである。検討委員会においても、実践の具体性や時間軸の明確化の必要性が指摘されており、現場では抽象的な指針にとどまらず、実践の具体的なイメージや進め方を補足する資料が求められていることが示唆された。したがって、ヒント集は単なる事例の集積ではなく、実践を具体化するための参照枠として機能することが期待される。

##### 3) 認知症チームケア推進研修のフォローアップのあり方

ヒアリング結果から、フォローアップに関するニーズは実践の段階によって異なることが明らかとなった。実践開始前までの段階では、加算導入に対する不安や評価方法・ワークシートの理解不足など、導入に向けた基礎的な支援ニーズが中心であった。このことから、導入にあたっては現在の70分の動画視聴のみではハードルが高い場合があり、記入方法や導入プロセスを具体的に示す教材や、それを補完するフォローアップ研修など、実践手順を可視化する支援が有効であると考えられる。また、つまづきは経験差により個別性が高いことから、一般的教材に加え、個別の疑問に対応で

きる相談体制の整備も有用である可能性が示唆される。

一方、実践継続・発展フェーズでは、本人理解の深化や組織内への浸透方法、施設間での情報共有など、質の向上および展開に関するニーズが中心であった。このことから、事例報告会のような実践共有の機会や、地域・全国レベルでのネットワークキングなど、相互に学び合う場が重要であると考えられる。本研究で高い評価が得られた事例報告会の枠組みを活用し、研修修了者、特に指導的立場にある者が中心となって継続的に運営していく体制を整備することは、実践の普及および質の向上に資する方策の一つとして有効である可能性が示唆される。また、フォローアップの具体的な内容としては、事例検討を中心とした実践支援と、チーム内での展開や体制整備を支援するマネジメント支援の2つの方向性が考えられる。前者は個別事例に即した理解の深化やケアの具体化を支援するものであり、後者は組織内への浸透や職員教育、体制整備を支援するものである。すなわち、フォローアップは一方向的な情報提供にとどまらず、双方向的・相互作用的な仕組みとして設計されることが望ましい。

#### 4) 結論

以上より、認知症チームケア推進研修に基づく実践を効果的に展開するためには、研修による知識提供に加え、実践の具体化を支援する仕組みと、実践段階に応じた継続的なフォローアップが不可欠である。特に、導入段階では手順理解を支援する教材や研修、相談体制の整備が求められ、継続・発展段階では事例報告会やネットワークキングを通じた相互学習の機会を確保することが重要である。

#### (5) 今後の課題

本研究の結果を踏まえ、認知症チームケア推進研修に基づく実践の普及および質の向上に向けた今後の課題を以下のとおり整理する。

##### 1) 導入段階における支援の充実

取り組みの導入段階では、評価方法やワークシートの理解不足、導入に対する不安への対応が課題となる。ワークシートの記入方法や導入プロセスを解説する動画教材の整備など、実践の具体を可視化する支援、個別性の高い疑問に対応する相談体制の整備などが望まれる。

##### 2) 実践継続・発展を支える学習機会の確保

継続・発展段階では、質の向上と組織内展開を支える学習機会の確保が課題である。事例報告会を継続的に実施するとともに、地域やサービス種別を越えたネットワークキングを通じて相互学習を促進することの有効性が示唆される。研修修了者、特に指導的立場にある者が中心となり、実践共有の場を運営する等を持続的な仕組みとして構築することが課題である。これらの学習機会は、事例検討を中心とした実践支援と、組織内展開を支援するマネジメント支援の双方の観点から整理することが有用である。

##### 3) 実践ヒント集の継続的な改善

実践ヒント集については、活用しやすさについての指摘があったが、十分対応できているとは言

い切れない。現場での活用状況を把握し、有用性や課題を検証した上で継続的に改善する必要がある。導入初期の活用状況や理解度、運用のしやすさ等を評価し、その結果を踏まえて必要に応じた内容の修正・補強を行うことが求められる。

## 7. 施設等において活用できるチームケア推進のオンラインツール開発の結果

### (1) 目的

認知症チームケア推進研修に基づく実践を効果的に展開するためのオンラインツールを開発することを目的とした。

### (2) 方法

#### 1) システム設計の基本方針

認知症チームケア推進研修の修了者が、現場での実践において使用する「BPSD25Q」および「ワークシート」を効率的に運用できるよう、クラウド型システムの設計を行った。これまでPDF（手書き）やExcelデータで行われていた記録・管理をデジタル化することで、現場の事務負担を軽減し、多職種間での情報共有や対象者の経過分析を容易にすることを目指した。

#### 2) 主要機能の実装検討

以下の3つの機能を柱として、システムの仕様を検討した。

- ① 入力・保管機能：BPSD25Qの25項目をラジオボタン形式で容易に入力できるインターフェースとし、過去の記録をクラウド上で一元的に保管・閲覧できる機能。
- ② 分析・サマリー機能：最大12か月分の合計得点の推移をグラフ化する機能。また、25項目それぞれの前回値と今回値を比較し、どの症状に変化があったかを一目で把握できるサマリー表示機能。
- ③ 帳票出力機能：入力したBPSD25Qおよびワークシートを、A4サイズ1枚に収まる適切なレイアウトでPDF出力（印刷）できる機能。

#### 3) 開発のプロセス

本事業の事務局とシステム開発会社との間で、研修の趣旨に沿った操作性や視認性を確保するための仕様設計に関する協議を重ねた。具体的には、検討委員会等で示された現場のニーズ（「これまでの点数の推移をグラフで見たい」「効率的に作成したい」等）を機能要件に反映させ、システムの構築を進めた。

### (3) 開発結果

#### 1) 入力・保管機能

BPSD25Qの25項目をラジオボタン形式で容易に入力できるインターフェースとし、過去の記録をクラウド上で一元的に保管・閲覧できる機能を実装した。また、ワークシートの内容をテキスト入力し、クラウド上にセキュアに保管・閲覧することができるものとした（図 2-69～2-71）。

認知症の行動・心理症状質問

過去1週間について、下記的全量期に答えてください。

0 なし  
  1 片守りの範囲  
  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 対応に困難が伴うが毎日ではない  
  5 対応に困難が伴い毎日継続する

0 なし  
  1 僅かな負担  
  2 軽度の負担  
  3 中程度の負担  
  4 大きな負担  
  5 極度の負担

Q1. 実際に無いものが見えたり、聞こえたりする 必須

重症度  0  1  2  3  4  5

Q2. 盗られたという、嫉妬する、別人という 必須

重症度  0  1  2  3  4  5

Q3. 他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する 必須

重症度  0  1  2  3  4  5

図 2-69 BPSD25Q 入力画面（開発画面）

BPSD+Q管理 ワークシート 編集

基本情報  
  利用者情報  
  1 その人らしい暮らしの把握  
  2 BPSDと背景要因の分析  
  2 BPSDと背景要因の分析 【着目したBPSD（BPSD評価尺度）】  
  3 その人らしい暮らしの実現プラン

基本情報

ID 1      スコアID 必須 408

開票日 必須 2026/02/08      検討メンバー 123

変更

利用者情報

利用者ID	181	利用者名	井上 次郎
年齢	1951/01/30 ( 75 歳 )	性別	男
要介護度	要支援2	予防	該当
認知症の原因疾患	認知症の診断なし	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa
障害高齢者の日常生活自立度	J2	システム外での評価有無	無
研究フラグ	-		

図 2-70 ワークシート編集画面①（開発画面）

本人のニーズが表れているような普段の行動や行動

No.1  [その人らしい暮らしについて聴き取る項目 を見る](#)

ニーズを表すような本人の声

※100文字まで

本人のニーズが表れているような普段の行動や行動

※100文字まで

No.2  [その人らしい暮らしについて聴き取る項目 を見る](#)

ニーズを表すような本人の声

※100文字まで

本人のニーズが表れているような普段の行動や行動

※100文字まで

図 2-71 ワークシート編集画面②（開発画面）

2) 分析・サマリー機能

最大 12 か月分の BPSD25Q 重症度合計得点の推移をグラフ化する機能及び 25 項目それぞれの前回値と今回値を比較し、どの症状に変化があったかを一目で把握できるサマリー表示機能を実装した (図 2-72~2-73)。

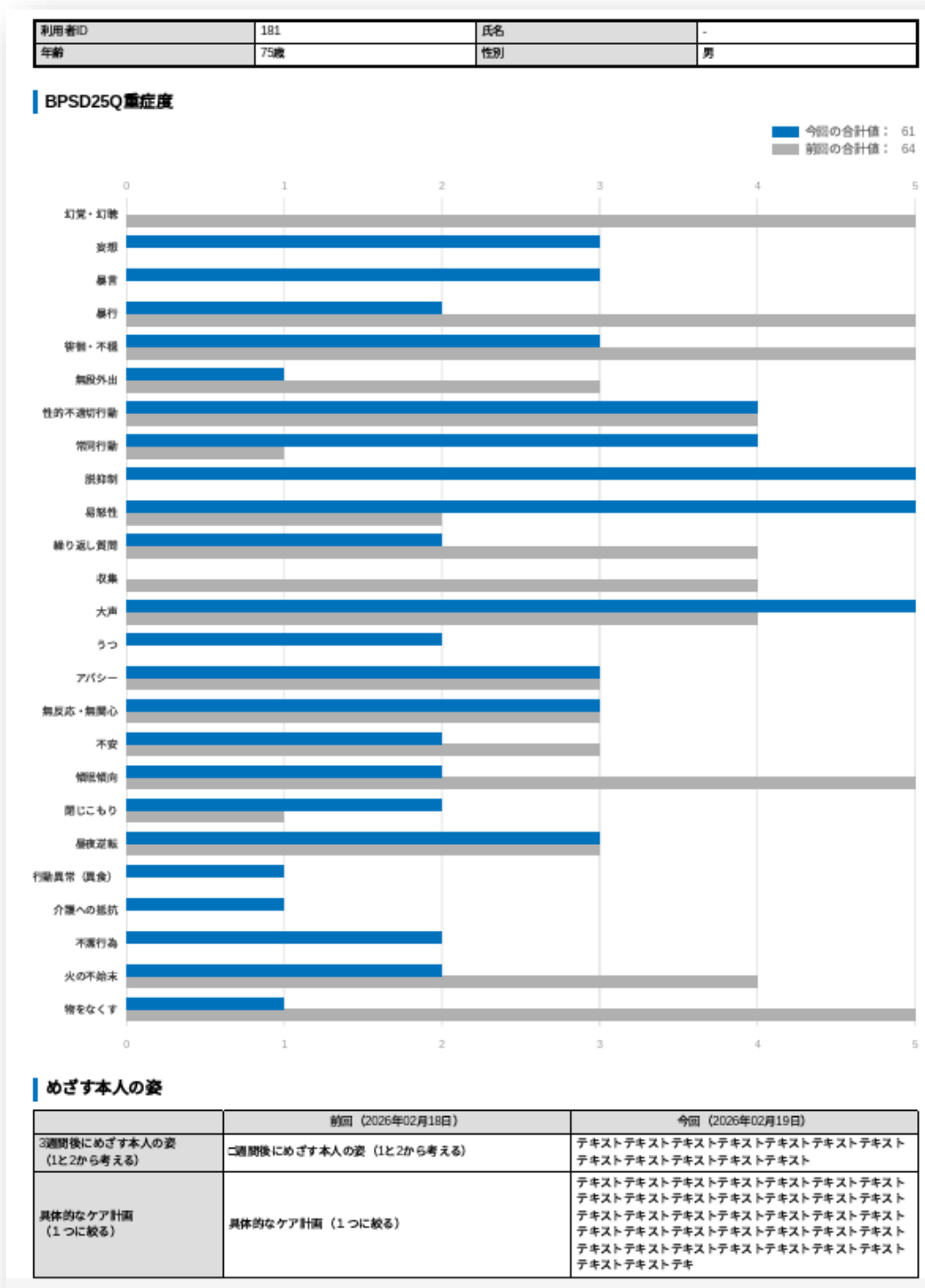


図 2-72 サマリー開発画面① (開発画面)

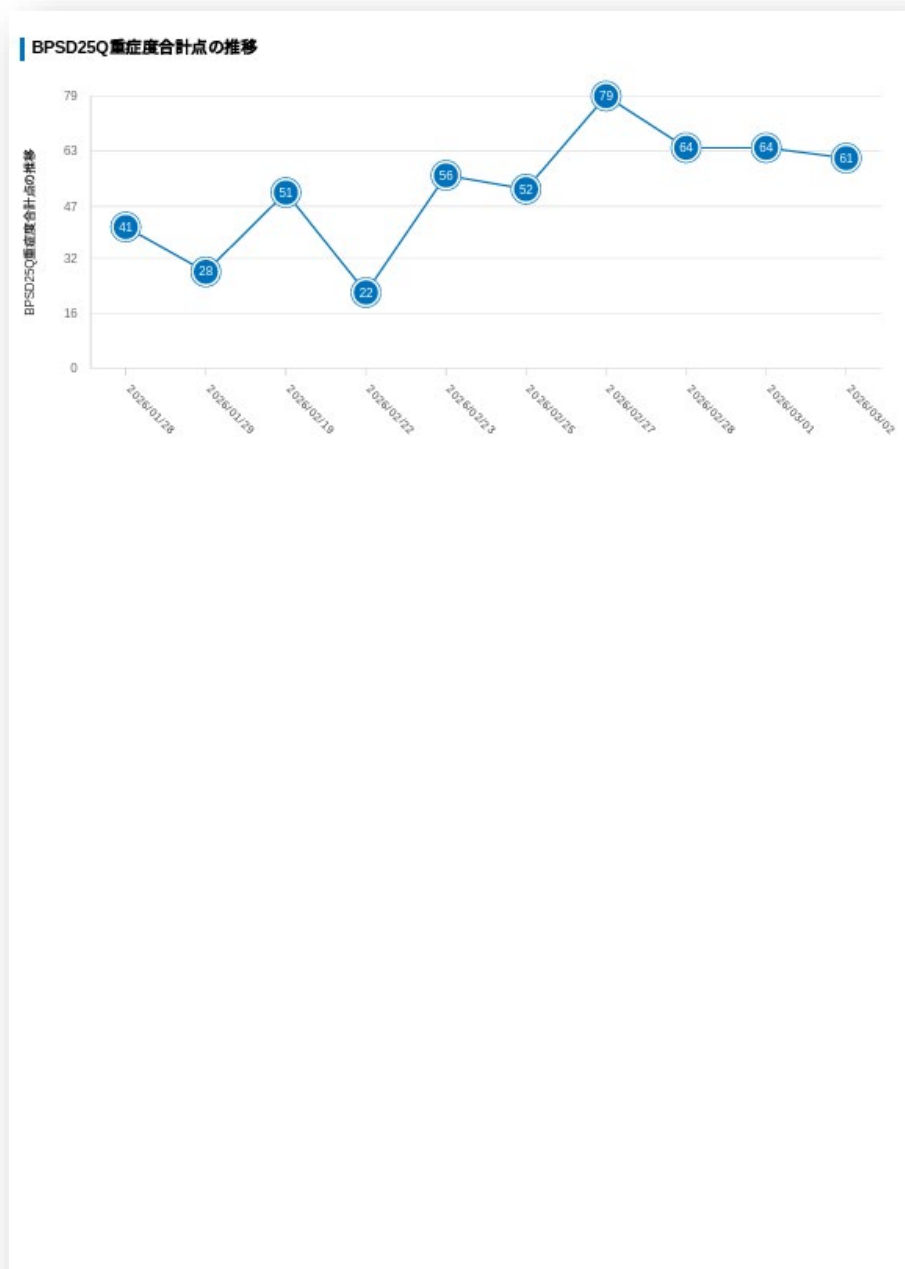


図 2-73 サマリー開発画面②（開発画面）

### 3) 帳票出力機能

入力した BPSD25Q およびワークシートを、A4 サイズ 1 枚に収まる適切なレイアウトで PDF 出力（印刷）できる機能を実装した（図 2-74）。

ワークシート				氏名	山田 花子
年齢	80歳	性別	男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/>	開始日	2026年 1月 30日
				検診メンバー	計 2名

### 1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを要するような本人の声 (※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自らの活動や行動
1	この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。 この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。 この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。	よく、「こうちゃんは?」「なつちゃんは?」と尋ねられる *「こうちゃん」は息子、「なつちゃん」は、夫のこと(息子より)

### 2 BPSDと背景要因の分析

BPSDの有病要因として検討すべき項目に  。

健康状態・身体的ニーズ	その他の要因(活動・習慣・個人要因など)
<input type="checkbox"/> 食事摂取量 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	<input checked="" type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 趣味 <input checked="" type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 宗教行事 <input type="checkbox"/> その他の要因 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)
<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠状態 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	<input type="checkbox"/> 役割 <input type="checkbox"/> 好み <input checked="" type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> やる気・自覚 <input type="checkbox"/> 生活歴・人生史
<input type="checkbox"/> 排便 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 皮膚の状態 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 視覚 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 水分摂取量 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 排尿 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 痛み (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 運動・動作 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	
<input type="checkbox"/> 聴覚 (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	

薬剤情報	前日したBPSD (BPSD評価尺度)	環境
<input type="checkbox"/> トネバレル (アリセプト系) (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)	<b>症状</b> うろたえる、不安そうに動き回る  <b>BPSDが出現しやすい環境</b> この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。  <b>着目したBPSDの背景要因</b> 周りの人の言わることが分からず、普段の生活で嫌外感を感じている。加えて午後の疲労も加わり、夫や息子が気になり、採って歩き始めるのではないが、まずは、午後の疲労に焦点を当ててはどうか。	<input type="checkbox"/> 周囲の音・声 <input type="checkbox"/> 周囲のにおい <input type="checkbox"/> 気味・空襲(暑い・寒い) <input type="checkbox"/> なじみの場所 <input checked="" type="checkbox"/> なじみの関係 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション (この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力)

### 3 その人らしい暮らしの実現プラン

<input type="checkbox"/> 課題解決にめざす本人の姿 (1つから考える)	この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。
<input type="checkbox"/> 具体的なケア計画 (1つに絞る)	この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。
<input type="checkbox"/> ケア計画実施に際して本人ができること	この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。
<input type="checkbox"/> ケア計画実施に際して本人ができないこと	この文章はダミーです。文字の大きさ、量、字間、行間等を確認するために入力しています。この文章はダミーです。

BPSD/SDQ	初期評価	前後評価
重症度合計点	25	15

図 2-74 PDF 出力・印刷画面(開発画面)

(4) 今後の課題と展望

本年度の開発成果を踏まえ、次年度以降の本格的な普及・活用に向けては、以下の事項の検討・決定が課題として挙げられた。

1) 持続可能なシステム維持管理方針の決定

システムの安定稼働を維持するためのサーバー保守およびセキュリティ管理の体制を確立する必要がある。特に、開発フェーズから運用フェーズへの移行にあたり、中長期的な維持管理に係る責任主体と業務範囲を明確化することが求められる。

2) 受益者による実費負担モデルの構築

本システムは、現場の実践を支援する公共性を鑑み、利用施設に対しては「実費相当分のみの負担(ほぼ無料)」で提供する方針である。具体的な負担方法(例:クラウド利用料として

の月額定額制や、ID 発行数に応じた従量制など) について、事務的な手続きの簡便さと透明性を両立させた仕組みを決定する必要がある。

3) スムーズな利用開始を支援する Web ポータルの整備

研修修了者が迷うことなくシステム利用を開始できるよう、Web 上の専用ポータル（入り口）を整備することが不可欠である。このポータルには、利用申請の受付機能、アカウント発行の自動化、利用規約への同意確認、および操作マニュアルや FAQ の提供機能を統合し、事務局および現場双方の負担を最小限に抑えた導入導線を構築する必要がある。

4) 試行運用による利便性の検証

認知症チームケア推進研修の修了者を対象とした限定的な試行運用を開始し、実際の現場での入力負荷や通信環境による制約などを検証する。その際、BPSD25Q やワークシートの入力機能に加え、現場での具体的な実践プロセスをタイムリーに蓄積できる「ケアの経過記録機能」の追加についても検討を行う、これにより、アセスメントからケアの実施、その後の変化に至る一連の経過をシステム上で一元的に管理・可視化することを目指し、試行運用で得られたフィードバックを基に、システムのさらなる改善や機能の最適化、およびサポート体制の充実を目指す。

## 資料

### 第1回検討委員会 議事録

開催日時：2025年9月18日（木）13：00～15：00

開催場所：ZOOM ミーティング

#### 【出席者（50音順・敬称略）】

阿部 哲也	社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
○栗田 主一	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
老松 孝晃 (事務局代理出席)	一般社団法人 全国介護付きホーム協会 (株式会社ベネッセスタイルケア)
黒岩 尚文	一般社団法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 (一般社団法人田園調布医師会田園調布医師会立訪問看護ステーション)
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会 (介護老人保健施設愛生苑)
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷲見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

オブザーバー 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

事務局 認知症介護研究・研修東京センター 中村考一，堀内萌子，月井直哉

#### 【欠席者（敬称略）】

及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
--------	-----------------

## 1. 開会と挨拶

- ・ 事務局（中村）より開会の辞.
- ・ 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 江川様より挨拶.

## 2. 設置要綱確認及び委員長選出

- ・ 調査研究の設計・実施・分析・報告書作成に関する検討を行う.
- ・ 委員長は栗田委員が昨年度に引き続き継続.

## 3. 「令和6年度の成果と課題」及び「令和7年度の計画」（資料P2～4）

事務局より資料のとおり説明を行い、令和6年度成果と課題を確認し、令和7年度計画について委員より了承を得た.

## 4. 令和7年度調査研究の説明及び検討

### (1) 在宅におけるBPSDのある認知症の人に対するチームケアのあり方を検討（資料P5～7）

事務局より資料のとおり説明を行った.

主な討議：

- ・ 対象者を選定する際のBPSDの定義に曖昧さがある（橋本委員）.  
→ 栗田委員長より国際老年精神医学会におけるBPSDの定義を参考に整理すべきと助言.
- ・ 問13, 14はチームメンバーを回答するのか、機関を回答するのか（田中委員）.  
→ 機関を回答し、必要に応じてメンバーをヒアリングする（事務局）.
- ・ 地域ケア会議で課題は挙がるがアフターフォローができていない現状もある（鴻江委員）.  
→ 地域ケア会議で話された内容やその後の実態をまずは捉える（事務局）.
- ・ 在宅におけるチームケアでは、地域住民や民生委員の関与が重要である。チームメンバーを回答する項目の選択肢に入れた方がよいのではないか（黒岩委員）.  
→ 栗田委員長より、地域住民も大変重要だが、守秘義務の観点から必ず入れなければいけないと言ってよいかわからないところがある。「その他」で記入するのはどうかと助言.

調査票設計の改善点

- 問7 主介護者がいない場合の回答動線を整理したほうがよい（中林委員）.
  - 問9 BPSDの身体的要因（便秘・難聴・疼痛等）も選択肢に追加するとよい（橋本委員・戸谷委員）.
  - 本人の思いを書く欄を追加できるとよい（戸谷委員）.  
→ 検討する（事務局）.
- (2) 施設等におけるチームケアの実践を効果的に展開するための方策（資料P8～12）
- 事務局より資料のとおり説明を行った.

主な討議：

- ・ オンラインツールのセキュリティは問題ないか（鷺見委員）。  
→ 業者と打ち合わせを重ねながら検討していく（事務局）。
- ・ 事例シート「認知症の原因疾患」の「(複数選択可)」がわかりにくい（橋本委員）。  
→ 削除する（事務局）。追記：混合型認知症の場合を考え、残すことにした。
- ・ 事例シート「移動時の使用用具」は複数選択可にした方がよいのではないか（橋本委員）。  
→ ご指摘のとおり修正する（事務局）。
- ・ 事例シートの「対象者を選定した理由」と「検討メンバーが今回の人選になった経緯・理由」の違いがわからない（橋本委員）。  
→ 対象者と検討メンバーの補足説明を追加する（事務局）。
- ・ 事例シートの選択肢に「考えておく」と複数回記載があるが、どの程度を意図しているか（橋本委員）。  
→ カンファレンスの前に BPSD25Q を評価しておくことや、最近の状況を振り返っておくことを意図していたが、選択肢の表現を検討する（事務局）。
- ・ 特定施設調査において、どのように依頼するのか（大江様）。  
→ 認知症チームケア推進研修のシステムから事務局が対象者を選定することを考えているが、実際実践していない施設もある可能性があるため、介護付きホーム協会様に御推薦の御協力をいただくことになるかもしれない。指導者研修またはリーダー研修の修了者であって、認知症チームケア推進研修を修了している方、もしくは指導者研修またはリーダー研修の修了者であって、今回新たに認知症チームケア推進研修を受講していただくのか、そのあたりは相談させていただきたい（事務局）。  
→ 認知症チームケア推進加算を考慮すると、リーダー研修あるいは指導者研修修了者であることが担保されていると、この調査の結果が加算につながりやすくなると思う。しかし、データを集めないといけない。可能な限り対象者を探すことでどうか（栗田委員長）。  
→ 事務局と相談しながら進めたい（大江様）。
- ・ 報告会と事例集作成にあたり、どのような施設を推薦したらよいか（田邊委員）。  
→ 気になる認知症の人、今この状態を改善するためにチームでどう対応したらよいかを考えながら実践しているような施設を推薦していただけたらありがたい（事務局）。
- ・ 「その人らしい暮らしの実現」という表現が気になる（栗田委員長）。
- ・ 施設や介護医療院において「暮らし」という表現は、人によって違和感があるのではないかと。また、チームを作りどのようなケアをしていくかも議論に上げていったほうがよいのではないかと（橋本委員）。
- ・ 「その人らしい」と書いてあると、いわゆる認知症の方々の主体性が見えてこない印象もあり、

むしろ対象者の自分らしい生活と置き換えたほうがよいのではないかとも思う（戸谷委員）。

5. 今後のスケジュールについて

検討委員会は11月、2月頃開催予定。

以上

## 第2回 検討委員会議事録

開催日時：2026年3月4日（水）13：00～15：00

開催場所：ZOOM ミーティング

### 【出席者（50音順・敬称略）】

○栗田 圭一	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
老松 孝晃	一般社団法人 全国介護付きホーム協会（株式会社ベネッセスタイルケア）
黒岩 尚文	一般社団法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
田中 千賀子	公益社団法人 日本看護協会 （一般社団法人田園調布医師会田園調布医師会立訪問看護ステーション）
田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
橋本 康子	一般社団法人 日本慢性期医療協会
鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

○：委員長

オブザーバー 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課  
事務局 認知症介護研究・研修東京センター 中村考一，月井直哉

### 【欠席者（敬称略）】

阿部 哲也	社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
及川 ゆりこ	公益社団法人 日本介護福祉士会
戸谷 修二	公益社団法人 全国老人保健施設協会（介護老人保健施設愛生苑）

## (1) 前回の振り返り

本事業は以下の2本柱で構成

### ① 在宅におけるBPSDへのチームケアのあり方検討

- ・ 居宅介護支援事業所（居宅）、小規模多機能型居宅介護事業所（小多機）、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に勤務する介護支援専門員が経験した事例を（141事例）収集した。

### ② 施設等におけるチームケアの実践展開方策

- ・ 視察・実践事例報告会の実施
- ・ 特定施設での効果検証
- ・ オンラインツール開発  
を実施した。

## (2) 特定施設における効果検証

### ■ 概要

- ・ 特定施設における認知症チームケア推進研修に基づく実践の実行可能性について検討することを目的に、BPSD25Qをエンドポイントの尺度としたシングルアームの前後比較試験を実施した。
- ・ 介入期間は8週間とし、4週目に中間評価を実施した。
- ・ 17事例が分析対象となった。
- ・ BPSD25Q平均得点は初回約26点 → 最終約14点（約12点減少）。16事例で改善傾向であった。
- ・ アンケート結果から概ね4週間ごとにカンファレンスを実施していたことが明らかになった。
- ・ 取組後には、利用者は不安が減少し落ち着きが見られる等の変化が認められた。職員は、本人理解が深まる等の効果が見られた。
- ・ 本研究の条件下では、認知症チームケア推進研修に基づく実践が、特定施設においても利用者のニーズに応答し得る形で、実行可能であることが示唆された。

### ■ 主な意見

- ・ 対象者属性（入居期間、認知症タイプ等）が不足している。また、ケア内容が一般的であり、アセスメントに基づく具体性が不十分である（江澤委員）。  
→ 事務局回答：実行可能性の検証を優先したため、属性情報の収集が不十分であった。ワークシートを再分析し、アセスメントに基づく具体的ケアを抽出・報告書に反映する。
- ・ チームケアが多職種連携ではなく、職員の方向性統一に偏っているのではないか（鷲見委員）。  
→ 事務局回答：本研究におけるチームケアは、2名以上で方向性を共有する実践が中心である。多職種連携というより、現場で実行可能な形を重視した。
- ・ 多職種からの情報収集が重要である。また、BPSD25Qの得点にばらつきがある点への対応が必要である（鴻江委員）。  
→ 事務局回答：特定施設では人員配置上、多職種連携が難しい場合もある。評価経験が少ない職員によるばらつきの可能性はある。チーム内での話し合いにより過小評価を防ぐ工夫を実施している。

- ・ 特養等と比べて実践に差があるのか（老松委員）。
- 事務局回答：指導者・リーダーがいる施設では、他サービスと大きな差はないと考える。
- ・ 記述は簡潔だが臨床的に重要な内容を含んでいる。数値以上にケアの質的变化の可視化が重要である（栗田委員長）。

### (3) 実践事例報告会及び実践ヒント集について

#### ■ 概要

- ・ 実践事例報告会を実施し、結果を基にヒント集を作成中である。
- ・ これから取り組みを始める施設等への実践支援を目的としている。

#### ■ 主な意見

- ・ アセスメントと結果の間に具体的な実践内容が不足している。また、行動レベルの記述や時間軸（期間・関わり時間）が必要ではないか（橋本委員）。
- 事務局回答：ワークシートは簡潔に記述する設計としているが、期間や具体的実践の補足は必要と認識する。ヒント集での記述強化を検討する。
- ・ ヒント集は分量が多く現場で活用しにくい（黒岩委員）。
- 事務局回答：構造化・視認性向上で対応予定である。動画等の補完手段も今後の検討課題である。

### (4) オンラインツール開発について

#### ■ 概要

- ・ BPSD25Q 得点、ワークシートを入力・保存・PDF 出力・推移可視化できるシステムを開発中である。

#### ■ 主な意見

- ・ オンラインツールは誰が利用可能か（田邊委員）。
- 事務局回答：現在検討中であるが、基本的には認知症チームケア推進研修修了者を中心とした運用を想定している。

### (5) 在宅調査について

#### ■ 概要

- ・ 居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護に勤務する介護支援専門員が経験した事例を（41 事例）収集した。
- ・ 各調査項目の平均値や割合を算出し、自由記述回答は質的研究を行った。
- ・ 在宅におけるチームケアは、医療・家族・地域資源等との連携のもとで実施され、BPSD 対応にとどまらず生活全体の安定等幅広い項目をアウトカムとしていた。また、サービス形態により、居宅では外部連携や家族支援、小多機・看多機では事業所内での情緒や関係性の安定が重視されるなど、連携のあり方やアウトカムに違いがみられた。

## ■ 主な意見

- ・ 施設におけるケアのあり方と、居宅のケアマネジャーの連絡調整という、求められている役割によって結果が違ってきている（中林委員）。
- ・ ケアマネジャーにとって「臨時会議」という言葉はあまり使われていない。常に連絡調整し情報共有を図っているため、それを会議というイメージが少し違う（中林委員）。
- ・ 居宅に関しては、例えば認知症外来を受診しているのか、薬剤の服用歴等を最初に押さえておくことは大事ではないかと思う（橋本委員）。
- ・ 事業所内だけで完結し、地域の方や家族と情報共有ができていないというのが残念であった（黒岩委員）。
- ・ 臨時会議で本人の思いや意思を話し合っている事例が非常に少ない。症状に着目し過ぎるということがもしかしたら現場で起こっているのではないかと思う。それはファシリテート、リーダーの技量にもかなり左右されるのではないか（黒岩委員）。
- ・ 小多機・看多機の場合は、本人の自宅について、本当の自宅の場合もあれば、併設している集合住宅もあり、様々なケースがあるため、それによって対応を考えてもよいと思う。また、小多機・看多機はほかの居宅サービスを使っていないため、そのスタッフが中心にアセスメントをしたりリーダーシップを取っていくことは、それでよろしいかと思っている。一方で、居宅サービスを利用している場合、様々な人が関わるため、誰がイニシアチブを取りアセスメントや評価をしていくのか、そのあたりはコメントを入れたほうがよいのか、事務局に任せる（江澤委員）。

## (6) 報告書の構成について

意見なし

## (7) 今後のスケジュールについて

3/11 を目途にヒント集及び在宅調査の結果についてご意見をいただきたい。

以上

## 第1回在宅作業部会 議事メモ

開催日時：2025年11月4日（火）11：00～12：30

開催場所：ZOOM ミーティング

【出席者（50音順・敬称略）】

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

事務局 認知症介護研究・研修東京センター 中村考一，堀内萌子，月井直哉

【欠席者（50音順・敬称略）】

戸谷 修二	介護老人保健施設愛生苑
森 久紀	公益社団法人 日本介護福祉士会

### 1. 開会・挨拶

事務局中村より開会挨拶，各委員より自己紹介を行った。

---

### 2. 令和6年度作業部会の振り返り

事務局より以下について説明：

#### ■ 昨年度の成果

- 在宅における認知症の人への認知症ケア（BPSDを含む）の実態について，部員へのヒアリングを実施し，11領域にまとめられた。
  - 在宅におけるBPSDを予防・軽減するケア（良い認知症ケア）のための条件として（9カテゴリ・18サブカテゴリ）を整理した。
  - 一方で，
    - チームメンバーの範囲（家族・地域住民の位置づけ）
    - 検討範囲の明確化（エンゲージメントから終末期のどこまでを対象に議論するか）
    - 課題に応じたチームアプローチのあり方（入退院時の対応，独居，専門職の見立てと本人のデマンドに乖離があるケース，虐待・身体拘束のケース等）をどう取り扱うかなど，整理すべき課題も明確となった。
- 

### 3. 今年度（令和7年度）事業の概要説明

#### ■ 目的

在宅におけるBPSDのある認知症の人へのチームケアのあり方を，全国の事例から分析し整理する。

## ■ 調査方法

- 対象：
  - 居宅介護支援事業所
  - 小規模多機能型居宅介護事業所
  - 看護小規模多機能型居宅介護事業所に勤務する介護支援専門員
- 各都道府県から各サービス種別 1 事例を目標とする。
- 内容：
  - 事例シートによる BPSD 状況，要因，チームケア経過，アウトカムを収集
  - 必要に応じて半構造化面接を実施し不足情報を補う
- 分析：
  - BPSD の内容と要因
  - チーム構成・連携・情報共有の内容
  - アウトカムの整理を 3 サービス種別ごとに比較分析する。

## ■ スケジュール

- 11～12 月：事例募集・収集
- 12 月末～1 月末：インタビュー・整理
- 1 月末～2 月上旬：次回作業部会にて分析結果を提示し，チームケアのあり方を議論

---

## 4. 修正調査票の確認

事務局月井より調査票修正点を共有（古いバージョンを送付していた）。

主な修正内容：

- BPSD の定義を追記
- BPSD の関連要因項目の追加
- チームメンバー構成を選択肢で回答しやすく改善  
（※後日正式版をメールで共有した。）

---

## 5. 意見交換（要点整理）

### ▼ 黒岩部員

- 近年，自地域では「典型的な強い BPSD」を示す在宅の人が減少している印象がある。
- BPSD を過度に問題化することへの懸念。  
→「問題をつくりに行く」ようになる危険性。
- 日常生活での違和感や地域との軋轢は BPSD ではなく，関係性・認識のズレとして理解すべき場面も多い（例：シロアリが飛んでくるからどうにかしてくれと，認知症の人本人の家の近隣住民から訴え→本人は気にしていない）。
- 厚労省以外に経産省，交通省等からもアンケートが届いて，現場は疲弊している。

### ▼ 佐藤部員

- 自地域では逆に重症度の高い BPSD や家族負担の大きい事例が増加。

- 医療連携の難しさ、症状に対する家族の不安の高さを感じる。
- 今回のような在宅チームケアの整理は重要。

#### ▼ 田中部員

- 現場では「BPSD」という言葉よりも、「生活上の困り事」として語られることが多い。
- 全国規模の事例から、チームケアの実際が見えることに期待。

#### ▼ 中林部員

- 認知症・BPSDの相談は増加傾向。
- 在宅支援では家族・地域住民からのSOSが多い。
- 在宅チームケアの「成功」とは何か（例：施設入所は成功かどうか）の基準をどう捉えるか、アウトカムをどう示すかが極めて重要。
- 地域性が関係ないのであれば、47都道府県1事例の確保ではなく、柔軟な収集方法も検討いただきたい。  
→（事務局）まずは47都道府県×1事例でお願いしたいが、アンケート協力への負担の大きさは承知しており、状況を見ながら、柔軟な収集方法でできるだけ多くの事例を収集したい。

#### ▼ 野村部員

- 在宅生活に限界を迎えた方が入所してくる立場からすると、在宅でどこまでBPSDケアが可能か疑問がある。
- 在宅復帰には、家族の支援力・24時間見守れるサービス体制の確保・費用などの環境要因が大きい。

---

## 6. 閉会

次回は結果がまとまった頃開催予定。

事務局より調査票の正式版を追って配布する旨を共有し閉会。

以上

## 第1回施設作業部会 議事メモ

開催日時：2025年11月19日（水）13：00～15：00

開催場所：ZOOM ミーティング

【出席者（50音順・敬称略）】

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
堀口 高志	医療法人矢尾板記念会 グループホームかわせみ
森屋 千枝嘉	医療法人永寿会 介護医療院陵北病院

事務局 認知症介護研究・研修東京センター 中村考一，堀内萌子，月井直哉

### 1. 議題

- ・ 事業趣旨および作業部会の位置づけの確認
- ・ 各施設における認知症チームケア推進加算の取組状況共有
- ・ 導入・運用上の工夫および課題の整理
- ・ 今後の視察，事例報告会，実践ヒント集作成の進め方

### 2. 議事概要

#### (1) 事業趣旨および作業部会の役割

- ・ 事務局より，本事業は施設におけるBPSDの予防・軽減を目的としたチームケア実践を，より効果的に展開するための方策を整理・提案することを目的とする旨が説明された。
- ・ 本作業部会はキックオフとして位置づけられ，今後，施設視察，事例報告会の実施，実践ヒント集の作成を通じて知見を集約する方針が示された。

#### (2) 各施設の取組状況の共有

各部員より，チームケア推進加算の導入状況および運用方法について報告があった。

老健：

- 施設概要：
  - ・ 老健2フロア（一般棟・認知症専門棟 各50床）
  - ・ 指導者研修修了者1名，リーダー研修修了者3名（専門棟）2名（一般棟），実践者研修修了者複数名（専門棟），職員の1/3（一般棟）
  - ・ 認知症チームケア研修修了者9割
- 取組状況：
  - ・ 認知症チームケア推進加算は，利用者の約9割を対象に算定
  - ・ 令和6年4～6月は徐々に算定し，令和6年10月頃より利用者の約9割を対象に算定
- 発言要旨：
  - ・ トップダウンで取り組みを開始した

- ・ 最大のハードルは取り組み開始前の職員説明と業務負担感
- ・ ユニット会議を実施する代わりに削る業務を調整し、スタッフと話しながら折り合いをつけた
- ・ 専門棟の各ユニット1名から始めることを声かけした
- ・ 県内の他施設に工夫や方法等、情報収集を行った
- ・ BPSD+Q とワークシートを両面印刷で1枚になるようにし、カンファレンス内容を記載できるスペースを作り、工夫した
- ・ ユニットごと・夜勤明けの時間を活用してカンファレンスを実施（夜勤中に下話しておいてもらう）
- ・ 陽性症状（興奮・攻撃性）に比べ、無為・無気力など陰性症状への着目が難しい点が課題
- ・ 文章作成が苦手な職員がいることも課題
- ・ 今後は質向上と効率化、生成 AI 活用の可能性も検討中

#### 特養：

##### ● 施設概要：

- ・ 入所定員 99 名，平均要介護度 4.2，ユニット棟 2フロア，多床室棟 2フロア
- ・ 指導者研修修了者 1 名（デイサービス），リーダー研修修了者 10 名，実践者研修修了者 3 名
- ・ 認知症チームケア推進研修修了者 9 名

##### ● 取組状況：

- ・ 各棟で対象者を限定（1フロア1名程度）し，段階的に実施
- ・ 令和 6 年 4 月から準備を進め，令和 6 年 5～6 月頃より加算を算定
- ・ リーダー研修・実践者研修修了者が中心となり運用

##### ● 発言要旨：

- ・ 施設長主導のトップダウンで導入
- ・ 加算は「ケアの質向上のための仕組み」として位置づけている
- ・ 丁寧な実践を重視し，3～6 か月で評価・卒業（対象を切り替える）する方式
- ・ 書類作成や評価に対する職員の負担感は大きい
- ・ カンファレンスには施設長，相談員，看護・介護・リハビリスタッフ，栄養士等も参加
- ・ BPSD+Q の評価基準について，職員間でのすり合わせが必要

#### グループホーム：

##### ● 施設概要：

- ・ 2 ユニット 18 名（当初は 1 ユニット）
- ・ 指導者研修修了者 1 名，リーダー研修修了者 1 名，実践者研修修了者 2 名

##### ● 取組状況：

- ・ 加算算定は 2～3 名
- ・ 令和 6 年 6 月から加算算定（※後日訂正→令和 4 年 4 月から加算算定）
- ・ 認知症チームケア推進研修修了者 2 名

##### ● 発言要旨：

- ・ 収益確保と認知症ケアの質向上の両立が導入動機（施設長と相談し導入した）

- ・ BPSD+Q やワークシートにより「個別に見る視点」が職員に浸透
- ・ 実際の会議内容は従来と大きく変わらず，時間負担は増えていない
- ・ 一方で，様式が形骸化しやすい点，中心職員への負担集中が課題
- ・ 加算要件の読み方や手順について悩んでいる施設が多い印象

#### 介護医療院：

##### ● 施設概要：

- ・ 療養型病院から転換し，369床・7フロア（52床4フロア，60床2フロア，41床1フロア）
- ・ リーダー研修修了者6名（修了見込1名），実践者研修修了者13名
- ・ 認知症チームケア推進研修修了者6名
- ・ 各フロアの介護主任・副主任が優先的にリーダー研修とセットで認知症チームケア推進研修を受講するようにしている＋各療養棟から1名認知症ケア委員会の委員になっており，そのメンバーに認知症チームケア推進研修修了者より研修内容を伝達する形にしている

##### ● 取組状況：

- ・ 認知症ケア委員会を中心に段階的に展開
- ・ 令和6年9月から加算算定
- ・ 利用者の約9割を対象に加算算定

##### ● 発言要旨：

- ・ 施設からのトップダウンで導入し，令和6年4月から認知症ケア委員会を立ち上げ，認知症の人の勉強会を行い，委員が認知症の人1人に対してプランを立てるところから始めた
- ・ 認知症ケア委員会で疑問点を共有し，各フロアの職員へ降ろし，令和7年2月末に利用者の約9割を対象に算定していった
- ・ 医療依存度が高く，コミュニケーションがとれない方も多く，BPSDの捉え方が難しいケースが多い
- ・ 薬物療法中心の視点から「ケアで考える視点」への転換が課題
- ・ 治療中心的な考え方の中で介護職主体でアセスメントすることで，根拠をもって意見を言いやすくなった
- ・ 認知症看護認定看護師に相談窓役として認知症ケア委員会に入ってもらい，助言を受けている
- ・ 加算を通じて，職員の意識・対応が向上してきている
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Mの方が多く，BPSDのレベル別のワークシート記入例があると助かる

#### (3) 導入・運用上の工夫および共通課題

意見交換を通じ，以下の点が共通の論点として整理された。

##### ● 導入時の主な課題

- ・ 職員への説明・合意形成
- ・ 記録・文章化に対する負担感

##### ● 運用上の工夫

- ・ 既存の会議やカンファレンスへの組込み

- ・ ユニット単位・委員会主導での段階的導入
  - **加算算定の考え方**
    - ・ 対象利用者に対し継続的に算定する方法
    - ・ 一定期間の集中的介入後に対象を切り替える方法
      - いずれも通知では示されておらず、目的や施設特性に応じた運用が行われている実態が共有された
  - **今後の課題**
    - ・ 陰性症状（アパシー等）への着目
    - ・ 実践の形骸化防止
    - ・ 職員の記録力・アセスメント力への支援
- 

#### (4) 今後の進め方の確認

事務局より、以下の進行案が提示され、概ね了承された。

1. **施設視察の実施**（令和7年12月中旬まで、可能であればカンファレンスを見学）
  2. **事例シート作成**（作成したものを年内にオンラインで打ち合わせ）
  3. **事例報告会の開催**（令和8年1月、サービス種別ごと・オンライン）
    - ・ 指導者研修・リーダー研修修了者であり、実践担当者である方が中心となって発表
    - ・ チームメンバーのオブザーバー参加は可とする
    - ・ 他サービス種別の事例報告会は動画で共有する
  4. **実践ヒント集の作成**（2月中旬頃までに原案作成→作業部会で検討→委員会に諮る）
    - ・ 実践をサポートするヒント集で、これから取り組みを開始しようとしている施設や取り組みを始めたばかりの施設が参考にするもの
    - ・ 全利用者が加算を算定するための方略ではなく、加算ができた背景をきちんと理解してもらえるような情報の示し方、すでに頑張っておられる施設が工夫できるような内容とする
    - ・ 実際の事例を基にした模擬事例とする
    - ・ 導入時の疑問に対応するQ&Aを含む構成とする
    - ・ ワークシートの記入例もあるとよい
      - 示し方が難しいが、意見として受け止める
    - ・ 実践ヒント集は事務局ホームページ上で公開
    - ・ 実践ヒント集は協会を通じて配布したり等も今後検討
- 

### 3. 今後の対応事項

- ・ 視察日程の調整
- ・ 事例シート記入の依頼・回収

以上

事務局

所属・氏名	執筆担当
認知症介護研究・研修東京センター 中村 考一	第1章, 第2章 6, 7
認知症介護研究・研修東京センター 堀内 萌子	第2章 1, 2, 3, 5
認知症介護研究・研修東京センター 月井 直哉	第2章 4



**【報告書名】**

令和7年度老人保健事業推進費等補助金  
BPSDの予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究  
報告書

**【発行元】**

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

**【発行年月】**

令和8(2026)年 3月