

2014 年度全国生協連グループ 社会福祉事業等助成事業

認知症高齢者の BPSD の予防・軽減に資する  
効果的実践事例の収集方法の検討  
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

平成 27 年 12 月



## はじめに

近年、認知症の人の支援のあり方が社会問題化している。特に最近においては連日、認知症関連の報道がなされるなどにより国民の関心も高まっている。近い将来に到来する5人に1人が認知症という時代に対応すべく確固とした支援体制を構築し、認知症高齢者の存在が社会問題とならないようにする必要がある。我が国は、高齢化先進国として、近々同様の問題に直面するであろうアジア諸国の範とならなければならない。

認知症ケアが社会問題化する主たる要因は、認知症の人とその家族または認知症の人が入所（居・院）する施設の職員等がBPSDの出現によって支援の限界を感じるほどの過負担となっていることにある。したがって、現下の認知症高齢者ケアの最大の使命は、適切な医療の介入に併せて「認知症介護技術を活用して如何にBPSD（認知症の行動・心理症状）を予防・軽減するか」にあるといえよう。このことこそ認知症の人本人、その家族、外部ケア関係者の最大の要望であり、認知症研究には、それに応える責任と義務がある。

しかし、認知症の介護技術は、一部の機関や援助職による、それぞれ独自の手法が喧伝されているにすぎず、広範に認められた成熟した技術として普遍化されていない。いわゆる職人芸的な技術も実践を積み上げた経験値に基づくものであり十分に尊重されなければならないが一般化しがたい難点がある。国外からは様々な介護技術が紹介されているが、国情による介護施設の職員配置体制の相違等もあり、そのまま移入することは困難である。この際、我が国の実情にあい、且つ、エビデンスをもって科学化・標準化された技術を、あまねく全国に普及し、認知症の人本人、家族、介護職の負担を具体的に軽減していく必要がある。

福祉・介護の領域においては自立した日常生活の実現の支援（自立支援）が求められている。認知症の人においてもそれは例外ではなく、当面、「その人らしさを発揮しながら、落ち着いて、安心して、ゆったりと過ごすことができる」状態の維持・回復を目指すべきであろう。BPSDはそれを阻害している。認知症状を引き起こす原疾患、中核症状、環境をはじめ、様々な条件がその人に備わったときにBPSDが生じ、それとは別の様々な条件が備わったときにBPSDは軽減ないし消失すると仮説できるが、その条件はおそらく内的・外的な無数の変数から成っていて、それを明らかにするには膨大なデータ分析を要するので現実的ではない。しかし事例の蓄積なしでは、これをひもとくことは不可能であろう。

そこで、より実際的には、よくみられるBPSDの中から、まずはひとつをとりあげ、事例を蓄積するフォーマットを作成することからはじめるのは効果的と考えられた。その作業から得られるであろう結果や検討のプロセスから得られるヒントも重要である。本研究では「帰宅願望」について、先行研究及びヒアリング調査を踏まえてデータ収集・蓄積

のためのフォーマット案を作成したが、その成果は本文に記するように極めて貴重なものであった。残された課題を多く明らかにすることができたことも成果の一つである。

今後は、このフォーマット案を試行し事例を蓄積するための有効性を検証することにより精度を高め、他のBPSDにも活用できることを目指したい。

これはロングランで地道な研究であるが、一日も早くBPSDで苦心している認知症の人本人、またその家族、介護職などに役立つことを祈念している。

最後に、この研究に関わった方々が、研究をとおして大いに士気を高めることとなったことを報告し、この研究に助成をいただいた全国生協連に深謝申し上げる。

平成 27 年 12 月  
認知症介護研究・研修東京センター  
副センター長 佐藤信人

## 目次

はじめに	iii
目次	v
1. 研究の背景	1
1) BPSD に対するケアに関する研究	
2) フォーマット検討の必要性	
2. 研究の目的	3
3. 研究方法	4
4. 予備調査の結果	7
5. 第1回本調査	13
6. 第2回本調査	21
7. 帰宅願望情報収集フォーマット案	26
8. 考察	41
9. まとめ	45
執筆者一覧	46



# 1. 研究の背景

## 1) BPSD に対するケアに関する研究

認知症の人の生活を支えていくにあたっては、認知症の行動・心理症状（BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia）の発生を予防し、発生した場合には軽減することが重要になる。BPSD が発生するという事は、本人が苦しんでいるということはもちろんであるが、本人以外の家族やあるいは、施設等であれば同居している他の利用者、スタッフの負担も大きくなる。一方 BPSD のケアは、標準化された研究、あるいは方法論が確立されているとはいいがたい。認知症介護研究・研修仙台センターでは、認知症ケアのエキスパート（認知症介護指導者）に対して、模擬事例を用いて、食事、入浴、排せつにおけるよくある BPSD あるいは暴力、徘徊、帰宅願望といった、BPSD について、どのような情報を収集し、どのようにケアをするかということ調査してきている\*<sup>1</sup>。例えば、平成 24 年度の調査によると、2500 件以上のアンケートデータを基にして、「徘徊」「興奮・暴力」「帰宅願望」の解決前後の状況や解決方法のデータを収集し、エキスパートの対応のあり方を分析している。また、日本訪問看護財団では、「平成 26 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分）在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じたグッドプラクティスを普及するための教材開発事業」\*<sup>2</sup>において、認知症看護認定看護師や認知症介護指導者等に対し、食事、入浴、排せつ、移動等の日常生活動作及び手段的日常生活動作等について、認知症の重症度ごとにどのような支援が有益かあるいは、実行可能かについてアンケート調査を行い、状態像に合わせた生活行為のケアの方法について整理している。

これらの研究は、認知症ケアのエキスパートの実践を問題や生活行為に合わせて整理するという意味では、有益なものであった。一方で、調査としては実際の介入データを基にしたものではなく、思い出し法による調査であるための限界があり、分析結果の有用性についての検証に課題が残っている。

## 2) フォーマット検討の必要性

このような課題をクリアし、BPSD に対するケアについて、さらに有益かつ、正確な情報を集め分析していくためには、思い出し法の限界を超えて、実際に効果があった事例について、モニタリングデータを含めて、個別・具体的にケアのデータを収集し、統計解析を行うという方法が必要となる。しかし、統計解析をかけるにあたっては、集めるデータを標準化することが求められる。単なる事例報告のレベルの情報を集めるのでは、解析に耐えられる情報は集められない。しかし、逆に名義尺度によって「当てはまる」「当てはまらない」というデータを集めるとしたら、膨

大なる量のアンケート調査に取り組む必要があるが、膨大な量の項目から漏れる要素があるという可能性は常に否定できない。そういった意味では、BPSDについて、分析し適切なケアを探るためのデータ収集のフォーマットの作成の難しさが、研究の進捗を妨げる大きなボトルネックになっていると言える。

- ( \* 1 ) 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「平成 24 年度老人保健事業報告書 認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究事業」
- ( \* 2 ) 公益財団法人日本訪問看護財団「平成 26 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分）在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じたグッドプラクティスを普及するための教材開発事業」



## 2. 研究の目的

以上の議論を踏まえ、本研究では以下を目的として研究を実施する。

認知症の BPSD について、標準的なケアを統計学的に明らかにするための事例収集のフォーマットを作成する

### 3. 研究の方法

#### 1) 調査の概要

認知症介護指導者を対象にヒアリング調査を実施した。調査の回数と調査協力者数は図表3-1のとおりであった。各回の具体的なプログラムは図表3-2～3-4に示した。

図表3-1 調査の概要

	日時	調査 協力者数	内容
予備調査	平成27年2月1日 10:00-17:00	4名	調査のための予備調査
第1回本 調査	平成27年8月23日 10:00-14:00	4名	フォーマットのあり方の検討
第2回本 調査	平成27年11月18日 16:00-19:00 11月19日 9:00-11:00	8名	帰宅願望についてのフォーマット の内容の検討

表3-2 予備調査のプログラム

時間	活動
10:00~10:30	予備調査及び研究の趣旨説明・調査協力の同意について
10:30~12:00	フリートーク① ・ 研究の趣旨や目的に対する質疑応答 ・ 研究に対する意見収集（研究の目的・意義の妥当性、研究方法のあり方、成果物のあり方など）
12:00~13:00	休憩（昼食を準備します）
13:00~15:30	フリートーク②
15:30~15:45	休憩

15:45~16:45	フリートーク③
16:45~17:00	まとめ

図表 3-3 第 1 回本調査（8 月 23 日）プログラム

時間	活動
10:00~10:10	調査及び研究の趣旨説明・調査協力の同意について
10:10~11:00	予備調査の振り返り
11:00~11:30	予備調査結果に対するフリートーク <ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ収集の仕方について</li> <li>・ 調査の方法について</li> <li>・ 研究の成果物のあり方について</li> <li>・ その他</li> </ul>
11:30~12:00	アセスメント・ケアプラン・モニタリングの分析の可能性の検討（事例提供）
12:00~13:30	昼食及びフリートーク 昼食をとりながら、ケアプランの分析可能性等についてフリートーク （論点） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 記録に残る情報と洩れる情報は何か</li> <li>・ ケアプランを集めることによる分析は可能か</li> <li>・ どうすれば可能か</li> <li>・ ケアプランを集めることによる分析は有効か</li> <li>・ 本人像をどのようにして統合しているか、本人像をどのように統合したかの情報をどのようにして収集すればよいか</li> </ul>
13:30~14:00	次回について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報収集方法</li> <li>・ ヒアリングする場合の対象者</li> </ul>

図表 3-4 第 2 回本調査（11 月 18・19 日）のプログラム

時間	活動
11 月 18 日（水） 16:00~16:10	調査及び研究の趣旨説明・調査協力の同意について
16:10~17:40	これまでの調査の進捗及び質疑応答
17:50~19:00	・ アセスメント・ケアプラン・モニタリングの内容確認と事例収集フォーマットに必要な項目の抽出
11 月 19 日（木） 9:00~10:00	事例収集フォーマット案に関する討議
10:00~11:00	全体のまとめ

## 2) 倫理的配慮

調査の協力に当たっては、調査の目的、方法、結果の分析方法、活用方法、並びにデータの保管方法、並びに調査協力は任意であること、途中取り消しは自由であることなどを文書を用いて説明した上で、同意書によって同意を得た。

## 4. 予備調査の結果

### 1) 調査協力者の属性

調査協力者の属性は図表4-1のとおりであった。

図表4-1 予備調査 調査協力者の属性

氏名	性別	所属サービス	職種
A氏	女性	老人保健施設	看護師
B氏	男性	老人保健施設	相談員
C氏	女性	地域包括支援センター	社会福祉士
D氏	男性	通所介護事業所	介護職

\* すべて認知症介護指導者

### 2) 調査結果

討議された課題とそこでの議論の内容について、表4-2にまとめた。討議された課題は、「本研究の意義」「フォーマットのあり方」「フォーマットに含まれるべきアセスメント項目の次元」「BPSD の分類のあり方」「複数の BPSD が発生している事例の取り扱い」「検討する優先順位の高い BPSD」「様々な情報を統合して本人のニーズを明らかにする過程のとらえ方」「ケアの範囲」「同じ介入で結果に差が出る理由」「良いケアの評価基準」「自ら食べない等介護を拒否する者の取り扱い」「事例提供者の選定」「調査への意見等」に分類した。

図表4-2 討議された課題と議論の内容

課題	議論等
本研究の意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ある</li> <li>■ 先行研究を活かして進める必要がある。</li> <li>■ ひもときやセンター方式、仙台センターの「初めての認知症介護」等との関係性を整理する必要がある。</li> <li>■ 3 センターでよりエビデンスのレベルを高める方向に研究が進むのであれば望ましいし、求められる。</li> <li>■ 最終的には、予防的観点から BPSD が発生しないためにはどのようなケアが必要かという情報整理が必要である。 ⇒これができれば、この要素でケアをしていけばこんな</li> </ul>

	<p>BPSD は出ないということができる。援助のレベルの問題もクリアできる</p>
<p>フォーマットのあり方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ すべての要因を網羅するフォーマットを作るのは困難である。BPSD 別にフォーマットが異なっている必要があるかもしれない。例えば MDS のトリガーのように最初の情報を集めて、それをもとにして集める情報を絞り込むなどしないと 1 事例について集める情報が膨大になりすぎる。結果として、調査票はできても記入してくれる人はいなくなるだろう。(図表 4-3)</li>   <li>■ 標準化とは何かと考えると、一般的に必要なケアを明らかにすること。標準が決まると、標準から漏れる事例も決まる。(すべてを網羅することを目指すのではなく、標準的なケアを明らかにする方向がよいのではないか)</li> <li>■ そう考えると BPSD ごとに考えられる主な原因を網羅し、標準的には、どのような項目でアセスメントすればいいかを考えられるとよいか。</li>   <li>■ あまりに細かく分類しすぎると、統計解析をするのに多くの事例が必要になる。        データをとる項目はかなり大きく情報を取り、質的データで具体化する構造が良いのではないか。        例) □役割を持ってもらう(ベランダの植木の水やり)        等、かなり大きくくりなデータをとらないと有意差は出ない。有意差を出したのちに自由記述を質的に分類する方法は考えられるか?</li> <li>■ ケアについては、本質的に何を意図してケアしているかが重要である。また、同じケアを同じ人にしても効果がある場合とない場合がある。本質的に意図したケアができるためにも、そのケアが効果的なケアになるための要素(効果的援助要素)を明らかにすべきだろう。先行研究で介入の指針を作成した上で、それをもとに実証的に実践事例を蓄積しながら、モデル化を目指していく方がいいのではないか。すなわち実践をベースにして、BPSD ごとにフォーマットを立ち上げていくというイメージで。(図表 4-4)</li> </ul>

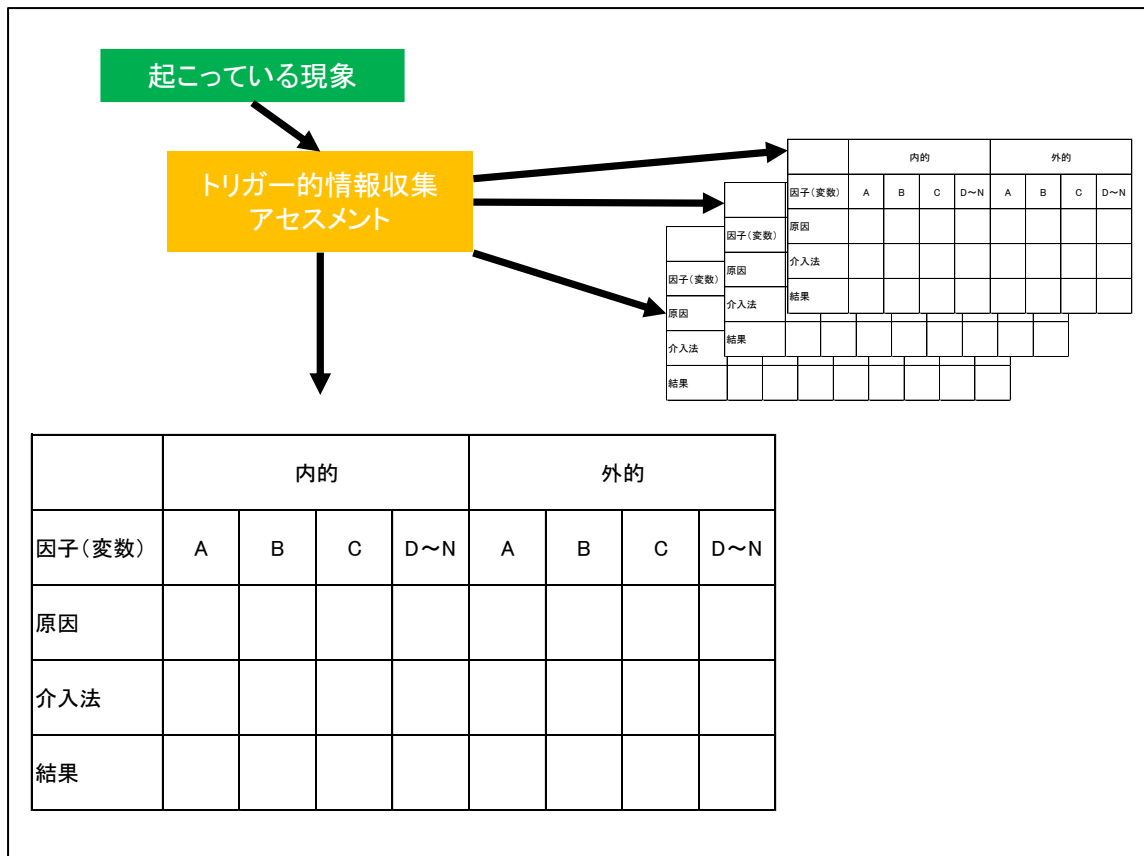
<p>フォーマットに含まれるべきアセスメント項目の次元</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ アセスメント情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知機能の程度、ADL</li> </ul> </li> <li>■ 援助側の情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームの状況、援助者の力量等</li> <li>・ 環境の要因（物理的な環境）</li> </ul> </li> <li>■ ケアプランの情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケア内容、資源</li> </ul> </li> <li>■ ケアの結果の情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実施の有無、評価項目と尺度</li> </ul> </li> </ul>
<p>BPSD の分類のあり方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 暴力・徘徊といったレベルでは、大きすぎて標準化できにくいだろう。あまりに細かいレベルでも事例が集まらない。「財布のものとられ妄想」ぐらいのレベルか？「暴力」…「移乗の時につねられる」</li> <li>■ 生活障害ということが言われている。「歯磨きができない人が歯磨きの動作を見せると歯磨きができる、歯磨きの最初の動作を手伝うと歯磨きができる」などのレベル。これは、ものとりれ妄想と比較すると、単純な障害である。この位置づけをどうするか。</li> <li>■ 認知症の疾患別・認知症の重症度別で BPSD を分類した方が良いだろう。</li> <li>■ BPSD も複数の BPSD が重複して発生している場合、単発の場合、生活障害レベルの行為のミスというレベルが考えられる。これらの BPSD について、事務局で分類案を作成し、それごとにアセスメントを考えるような検討をしてはどうか。</li> <li>■ BPSD は場所によっても発生原因の見立てが異なる。</li> </ul>
<p>複数の BPSD が同時発生している事例の取り扱い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 要検討</li> </ul>
<p>検討する優先順位の高い BPSD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人が笑顔で楽しそうに過ごしているけれども、専門職としては今後本人の生活の質が落ちることが高い確率で見込まれるケースもあるがそのあたりは対象になりうるか？</li> </ul> <p>⇒まずは、本人も介護者も困っている BPSD をまずは中心に取り組んだ方がいいのではないか。ただし現場として情報がほしいのは、グレーゾーンのところである。</p>

<p>様々な情報を統合して本人のニーズを明らかにする過程のとりえ方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 様々な要因を統合すると「本人は全体としてこれに困っている」「これを求めている」ゲシュタルトがみえてくる。項目を設定して要因を集めるだけでは弱く、本人のニーズと要因の関係を構造化できないと効果的なケアにはならない。</li> <li>■ これはデータを集められるか、どうやって統合しているか⇒チームの連携状況によっても効果が変わる。気づいた人が発言できる状況かどうかこの作業が功を奏すかどうかに影響する。</li> </ul>
<p>ケアの範囲には認知症の人の家族に対する介入も含むか</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 含むだろう</li> </ul>
<p>同じ介入で結果に差が出る理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 同じ介入であっても効果が出た時の条件と、効果が出なかった時の条件を比較するように構造化できるとよいのではないか。効果の有無を弁別するための条件（介護者のコミュニケーションのスキルの問題、ストレングス視点の有無等）はヒアリングの重要な論点になる。なお、以上は知識・技術・態度の問題であり、介護経験は条件として意味がない。</li> <li>■ 男女の差や相性の影響をどう扱うかが課題。</li> <li>■ 生活行為よりも生活体験が重要である。</li> <li>■ 入れ代わり立ち代わりスタッフがケアしている（シフトがある）ということも影響するだろう。</li> </ul>
<p>良いケアの評価基準</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 単にBPSDがなくなったということであれば、介護者が押さえつけて、本人の意欲が低下しBPSDがなくなるというケースもある。前後の評価をあわせて評価させる必要がある。</li> <li>■ 短期的に見たら効果があっても長期的にみると、不適切な場合もある（帰りたい⇒近隣を散歩すると落ち着く） *本質的にはその場しのぎ</li> <li>■ そもそも介入前のケアのレベルが低い場合は、どのような介入をしても効果が出そうである。⇒フォーマットのあり方に影響。分析する際にはどの程度のケアレベルでケアができていたかの評価が必要か？</li> </ul>
<p>自ら食べない等介護</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 要検討。本人が自己決定して食べないと判断している</li> </ul>

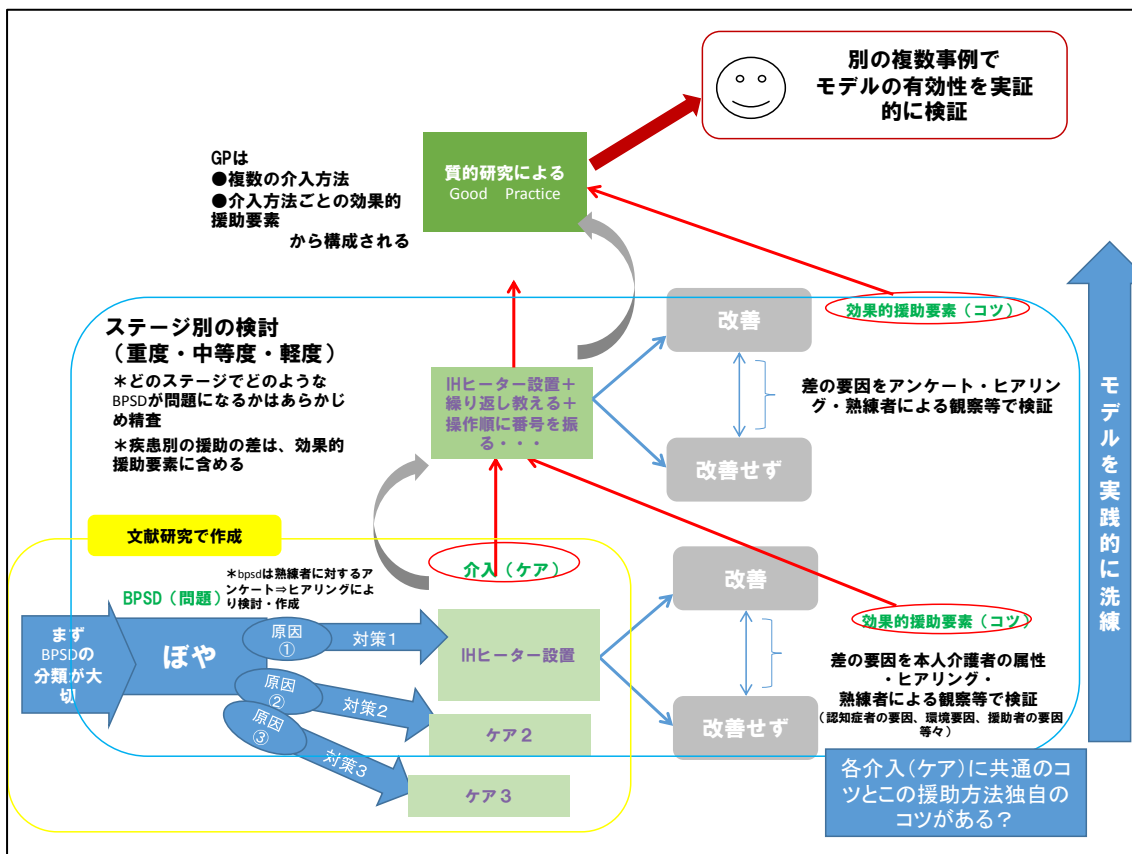


を拒否する者の取り扱い	認められるかもしれないし、死にたいと思うような不快を取り除けばもしかしたらもっと生きてみようと思うかもしれない。価値判断はできないが情報として得られるのであれば考えたい。 ■ ただし、研究の当初は、本人も介護者も困っているケースについて検討した方が良い。
事例提供者の選定	■ 有効な事例を集めることを目指すとすると、集める施設事業所は、ある程度選定した方がいいのではないか。
調査への意見等	■ 一泊のワークショップにより意見をさらに集めようと思っているがどうか ⇒議論がつみあがるように、ヒアリングの意見をまとめて、紹介しながらそれを繰り返し、積み重ねていく方法がいい。

図表 4 - 3



図表 4 - 4



## 5. 第1回本調査の結果

### 1) 調査協力者の属性

調査協力者の属性は図表5-1のとおりであった

図表5-1 第1回本調査 調査協力者の属性

氏名	性別	所属サービス	職種
A氏	女性	老人保健施設	看護師
B氏	男性	老人保健施設	相談員
C氏	女性	地域包括支援センター	社会福祉士
D氏	男性	通所介護事業所	介護職

\*すべて認知症介護指導者

### 2) 調査結果

討議された課題とそこでの議論の内容について、表5-2にまとめた。討議された課題は、「生活障害は研究で取り扱う範囲に含むか」「有効なケア方法を実証する方法」「施設・事業所のケアの力量を弁別する方法」「フォーマットに入れるべき項目」「家族評価のあり方」「本人のニーズを明らかにする方法論はあるか」「効果評価について」「研究の進め方について」「研究成果の活用について」であった。また、項目を検討する際の参考としてA氏及びB氏より、BPSDが軽減した事例の事例提出を求めた。事例の概要について図表5-4にまとめた。

図表5-2 第1回本調査討議結果

課題	議論等
生活障害は研究で取り扱う範囲に含むか	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生活障害に対してすぐに、そして極力負担のない形で対応するということができればそもそも本人のストレスは軽減され、激しいBPSDにはつながりにくい。そういう意味でも研究の中で取り扱っていくことは必要。</li> </ul>
有効なケア方法を実証する方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 何らかの教育プログラムを準備し、職場内の全員にレクチャーして、その実施の有無でBPSDの発生頻度を調査するような方法も考えられる。</li> <li>■ アセスメント・ケアプラン（個別援助計画）・モニタリングを合わせて分析していくということも考えられる。た</li> </ul>

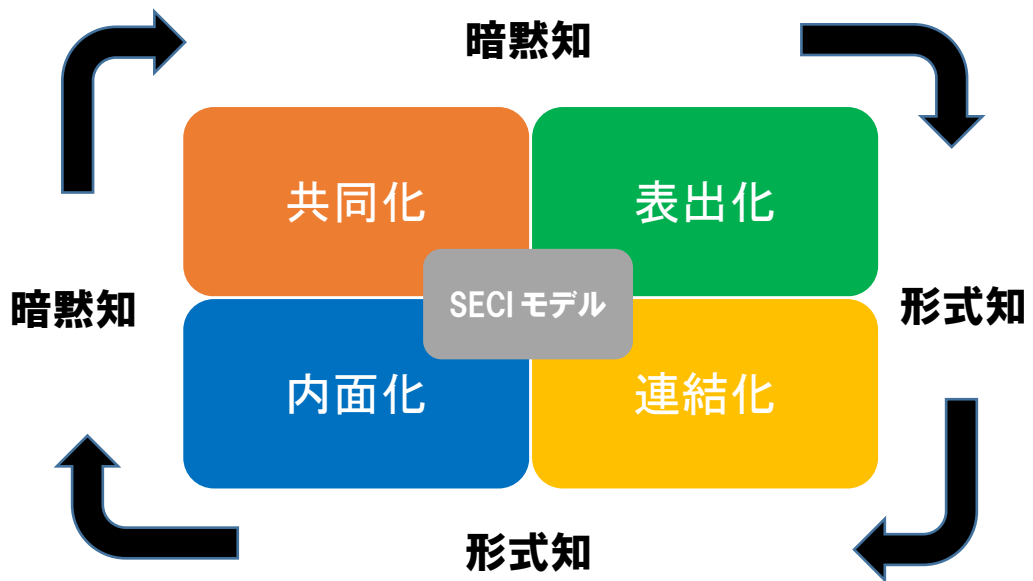
	<p>だし、倫理的な問題のクリアが必要。</p>
施設・事業所のケアの力量を弁別する方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 向精神薬を使用している比率で弁別する方法はある。</li> </ul>
フォーマットに入れるべき項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 経営者・管理者の力量が重要。どのような資料で評価するかが課題。</li> <li>■ 同じケアでも効果がある場合とない場合があるため、「行ったケア」とともに「そのケアにおける工夫」を集める必要がある。フォーマットをチェック方式にするのはいいが、「これもしている」「これもしている」と、「しているかどうか」をチェックしても不十分な場合がある。しているけれども掘り下げてもうちょっと工夫できる場合があり、それをしているかどうかで BPSD が出るかどうかが決まる場合がある。</li> <li>■ 生活障害を捉えているか、生活障害に対するケアをしているかは重要。予防的観点からも意味がある。</li> <li>■ 思考プロセスを評価することが重要。ここのスタッフがそれを理解していることも重要。また、その力量をつけるためのスーパーバイズをしているかも重要である。</li> <li>■ スタッフが利用者に対して苦手意識を持っていると BPSD が発生しやすい。</li> <li>■ 薬が変わった際は、ADL 等が変化している場合が多いため、その時にアセスメントを見直しているかどうかで BPSD の発生が防げるかどうかに影響する</li> <li>■ 中核症状をふまえて、認知症の人が感じていることやわからないことを推測できることが重要。そのためには、認知症の人の感じていること、考えていることが現場で問い直されていることが必要。</li> <li>■ 事例を集めるときの一つの視点として、まず自分の施設・事業所で普段から力を入れて取り組んでいることを自然に書けるような形が望ましい。</li> <li>■ 管理者・リーダーが、確実に改善しなくても、チームメンバーに「やってよかったな」と思わせることができるとよい。</li> <li>■ 最終的に、人員配置や加算などの仕組みに反映できたら良い。そのためには、実践者研修などを受講した職員の数、所有している資格などの情報も必要。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 認知機能や重症度のアセスメント。HDS-R や FAST など、数値化できるものは出してもらおう。</li> <li>■ 基本情報（家族、就労等）は必要。</li> <li>■ 組織体制も必要。</li> </ul>
<p>家族評価のあり方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族に、24 時間シートを取ってもらった。そこに居宅のケアマネとか他の事業所とかにも関わってもらい、ケアの統一を図ることで若干落ち着いてきている（事例報告より）</li> <li>■ 家族に、相談員が「こういうことを心がけたらできました」と伝え、「じゃあやってみます」ということで、取り組まれる。そのような具体的なフォローで少しずつ家族がわかってきて、「こうするといいんですね。怒るだけじゃだめなのですね」と変わってくる。ただし、家族の考え方による。</li> <li>■ 家族にとってはこれまでの関係が一番ウエイトが大きい。在宅介護日数が2週間であるのを10日間に少なくしたり、2カ月・3カ月先、ここまで来たら入所しましょうと伝えたり、等見えない介護に見える化するということも生活を維持できる方法。在宅でみていたいという思いがあるのであれば、そこがなえないように私たちは支援していかなければいけない。</li> </ul>
<p>本人のニーズを明らかにする方法論はあるか</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ データを統合して、「この人はこんなことに困っているんじゃないか」とか「こんなことを求めているのじゃないか」とか、「この人ってこんなことを大事にしている人だよね」みたいな本人の気持ちを解釈してケアしているからよいケアができています。しかし、気持ち価値観は職人芸的に解釈するだけで、定式化されたものはない。このようなプロセスが一般化できると非常に有効に機能する可能性があるが、必要か、またできるか。</li> <li>■ チームで、深く考え悩みながらひねり出すことで、本人に近づけるし、チームで共通理解できる。それが大事なので、一般化しなくていいんだという考えもある</li> <li>■ 暗黙知を言語化して、それに基づいて使ってみると形式知になる。さらに形式知を使うと経験が高まり暗黙知が形成される。それらを循環させながら専門性を高めていくという野中郁次郎先生の SECI モデルが使えるかもしれない</li> </ul>

	<p>ない。(図表5-3参照)</p>
効果評価について	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 単に BPSD がなくなっただけでは不十分である。何がどう良くなったか。頻度などを聞けたほうがよい。前後評価においては本人へのヒアリングも含め、「快適な状態が多くなったか」とか、本人がよくなったかとか、実質的によくなったかどうかを評価する必要がある</li> <li>■ 前後で DCM を取って状態像を見る方法がある。しかし、短いスパンでよくなっただけでは不十分。もう少し長いスパンでも見ていかなければ、問題は軽減したように見えたのだけ新たな問題が発生したとか、軽減したように見えたけれどその場しのぎだったといったことが起こる場合がある</li> </ul>
研究の進め方について	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ アセスメントとケアプラン、モニタリング、ひもとき。プラス人材育成情報とか施設の人員配置の状況をひとまず何かの BPSD で 10 ケースくらい集めさせてもらって、そこで共通に出てきている要素を分析してみるとよい。</li> <li>■ とりあえずこの 12 月までの期間の中でどこをして、その先に続けていくかというふうにしてやっていかないと、いま説明を聞いたり、2 月の話を思い出しながらしていても、なかなか広げ過ぎてしまうと收拾がつかない</li> <li>■ ケアのアプローチで改善したケースを対象に、広く集め、その要因とアプローチの質的な部分とで分析してはどうか。まずは BPSD ごとに分類し、項目と質的な部分で分析したほうが現実的。</li> <li>■ BPSD が、なぜ起こったのかは集めたうえで事務局が分析するという作業のほうが進めやすい</li> <li>■ 事業所でケアワーカーとか在宅で家族とかが負担を感じやすいような BPSD の例えば上位 3 つなら 3 つに絞ってみて、それに対して集めてみて分析してみる</li> </ul>
研究成果の活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ よいものが出て、なかなかうまく活用されないというのが現場の中の現状。それから、よい事例をやったときに、先ほど中村さんも言ったけれど、その環境が全然違えば、自分のところとは環境が違うからだめというふうになってしまう。現場でいいケアをできる流れができればよい。</li> <li>■ 一つの BPSD について、標準的にはこんな形で考えてみよ</li> </ul>

	うという、ケアの「考え方」が提示できると使えるかもしれない。
--	--------------------------------

図表 5-3 SECI モデル



野中郁次郎・竹内弘高「知識創造企業」東洋経済新報社（1996）を参考

図表 5 - 4 提出された事例概要

概況
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生活保護を受けている方で、同じ県内に兄弟などはいるのだけど音信不通。離婚されていて、子も音信不通。グループホームの中で、特に職員に対して、職員が他の利用者に関わったりしていると、それに対して「そんなことしなくていい」とか「なぜそんなことをするんだ」とか攻撃性が強く出て、グループホームで支援が難しくなり、老健（A 氏、B 氏の所属）に相談が来た事例。</li> </ul>
課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 小さい集団から大きい集団に入ってきて、X 年に入居し、X+1 年 8 月頃までは落ち着いていた。</li> <li>■ X+1 年夏ごろから歩きにくくなり、パーキンソン薬が始まった。それに伴って嘔気とか内科的な症状が強くなってきた。何の薬が本人にどう影響しているのかわかりづらくなってしまった</li> <li>■ X+2 年に入ってから少しずつ介護拒否や、急に怒り出すことが頻繁になり、X+2 年 5 月くらいから細かい原因を探っていたが、結果的には薬の調整となった。</li> <li>■ 医師が専門医から別の先生に変わったことで薬を拒否することが多く、本人の動きが激しくなった。</li> <li>■ 職員が介入しようと思うと、「あんた、みっともない顔をしているね」などと言われ、「なぜそうなるんだろうね」と職員と面談するが、なかなか職員が立ち直れなくて、「でも私たちは人だから」というところですごく疲弊してしまった。</li> <li>■ 最もケアに困っているところは急に怒り出してしまうところであった。</li> </ul>
情報・理解
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ さっきまで「ありがとうね」とか「あんた、いい人だね」とか言っていたかと思うと、急に言葉が変わってしまって「あっちに行け」とか「そうやって人のけつを見ようとしているんだろ」等、攻撃的になり、何の要因があるかわからず、もう少し深く知ろうとひもときシートを展開した。結果、以下の点が挙げた。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人にとって体が思うように動かなくなっていることがイライラにつながっている</li> <li>・ 尿失禁と便がスムーズに出ないことで、本人のイライラにつながっている。</li> <li>・ 生活保護受給者ということで、結婚と離婚歴が 2 回ある。自分が貧乏だと常に思っていて、洋服や、職員は普通のユニフォームを着ているのだけど、「あんた、いい洋服を着ているね。私はこんなぼろしかないから」と発言がある。</li> <li>・ 食事は自歯がなく義歯で食形態が変わり、貧乏だから差別されているという印象を与えた様子であった。</li> <li>・ 薬の副作用も多少は影響しているのか、嘔吐が出てくるようになった。</li> </ul> </li> </ul>



- ・ 『こんなぺらぺらな服を着ているから仕方ないんだよ』とたびたび訴えがある。本当は寒いか暑いか伝えたいが、洋服に対する非難的な言葉として受け止めているのではないか。
- ・ たまに車椅子でそのままいたりすることで、椅子の座りづらさがあるが、うまく言えず、周囲の人に批判的になっているのではないか。
- ・ 職員がすごく傷ついてしまうような言動があるものだから、限られた生活場面のところでは介入するのだけど、ふと気がついたらそれ以上のかかわりがなかった。
- ・ 体のだるさや、夜も眠れなくなってきて若干昼夜逆転ぎみになってきているが、その辺で昼に何かしたいとか誰かと話したいと思っているのだろうけれど体がすごくだるいということで本人が困っているのではないか。
- ・ 排泄の失敗とか歩けなくなったということに対して、人から介入されることがどうしてもばかにされているとかいうふうな不安につながってしまっているのではないか。
- ・ 職員はこの FAST ステージのところとか長谷川式とかいうところにあまり注目することなく、ADL の低下だけにフォーカスされた一方で、時間的なこともなかなかわかりにくくなっていった。
- ・ 50代の男性スタッフにだけは心を開く。その人には絶対に攻撃的なことを言ったりしない。その人が他の女性とかとしゃべっていると怒るということで、その人を誰か別の人、ご主人あるいは兄弟とかと勘違いする見当識障害が出ているのではないか。

#### ケア

- 落ち着かなくなるのは何が要因となっているのか評価した。
  - ① 怒る前に人とどんな関わりをしていたのか、一人ぼっちでいる時間がすごく長くなかったか。
  - ② 便秘と落ち着きのなさとかが影響しているのではないか。
  - ③ 薬がちゃんと飲めないことによって落ち着きのなさが出ているのではないか。
- 「自分が貧乏だから、みんな自分をばかにしてのではないか」という思いが、人との関わりの希薄さからも、さらに助長されていることを配慮してかかわる。
- トイレに行くタイミングをもう少し見極める。
- いろいろな人が入れ代わり立ち代わり関わるのではなくて、できるだけその日に主になる人が一日を通してできるだけ関わる。

#### 結果

- 全職員に書かせたことを担当者が細かく分類したことによって、スタッフが本人の様子を見るようになった。
- いままでは、「あんた、ブスだね」と言われると、その日はもう近寄りたくないという職員がいたりしたが、「大人が『あんた、ブスだね』と直接言うのはどう理解すればいい

いか、普通は言わない」ということから、「本人もすごくつらいんだ」ということが深まってきた。

- 結果本人がだいぶ落ち着いてきてしまった。
- 朝起きてきたときからすごく怒り、ご飯も食べないということが頻繁にあった。一日中、朝から晩までだめという日の数が減ってきている。
- ただし、いまだに波はあって、「おはようございます」と言っただけで、「おはようじゃないんだ、ばかやろう」ということはある。「おはようじゃないんだよ」と言われたところでスタッフはショックを受けるが、『『それどころじゃない』』というのはどうしたのですか、何かあったのですか」と聞くと、うまく言葉にはならないんだけど「私は何とかなんだよ」とその後が続いてくる。

## 6. 第2回本調査の結果

### 1) 調査協力者の属性

調査協力者の属性は図表6-1のとおりであった。

図表6-1 第2回本調査 調査協力者の属性

氏名	性別	所属サービス	職種
A氏	女性	老人保健施設	看護師
B氏	男性	老人保健施設	相談員
C氏	女性	地域包括支援センター	社会福祉士
D氏	男性	通所介護事業所	介護職
E氏	男性	グループホーム	介護職
F氏	女性	小規模多機能事業所	介護支援専門員
G氏	女性	居宅介護支援事業所	介護支援専門員
H氏	男性	通所介護事業所	相談員

\*すべて認知症介護指導者

### 2) 調査結果

討議された課題とそこでの議論の内容について、図表6-2にまとめた。討議された課題は、分類しまとめた。各参加者より帰宅願望のケアについての実践事例の提供を求め共有しながら討議を行った。なお、帰宅願望の原因をどのようにとらえるかという点については事務局より図表6-3を提示して議論の参考とした。

図表6-2 第2回本調査討議結果

課題	議論等
帰宅願望の定義	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「認知機能低下等のない第三者から見ると客観的な理由がないのに帰りたいと言っている」と理解できる。</li> </ul>
帰宅願望のとらえ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ データ収集という観点では、徘徊を細かく分けるような意味において、帰宅願望を分ける必要はない。</li> <li>■ ただし①その場から離れたい、②目的があって帰りたい、という類型は考えられる。</li> </ul>

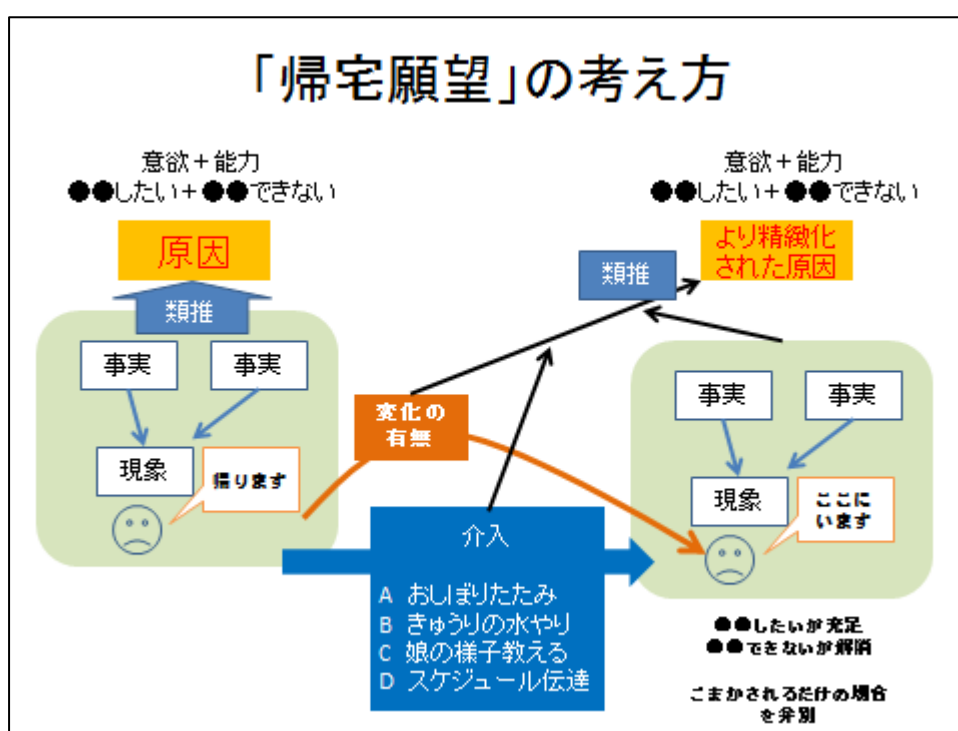
<p>帰宅願望のケア（全般）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 帰宅願望は、中核症状がある限り、多くのケースにおいて発生するというスタンスが重要である</li> <li>■ そのことによってケア者が無理に帰宅願望を抑え込もうとしなくて済む。（記憶障害があって、どうして入居したかを忘れてたら、帰りたくなるだろうね。）</li> <li>■ 帰宅願望は生じて当たり前、という観点からは、「帰宅願望の成功事例」というと、事例が集まらないことが予測できる。帰宅願望が軽減した事例、あるいは帰宅願望の事例ということで集めたほうがいい。</li> <li>■ また、増悪した事例が含まれていてもよい。</li> </ul>
<p>帰宅願望のケア（入居系）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 入居しているという事実を認知症の本人が納得しているかどうか、あるいは本人が納得できるようにいかに説明できるかが重要である。</li> </ul> <p>（例）E氏のケース</p> <p>妻が入居していたことは忘れていないが、自分が入居していることを納得していなかった。以下のような関わりで入居することが必要という本人自身の納得・理解につながった。ただし、これは、E氏と認知症の人との信頼関係がそもそもできていたことが背景にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康診断をして認知機能が低下していることを確認してもらう。</li> <li>・自分自身が感じている生活上の困りごとを想起してもらった。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人が帰って何をしたいかを明らかにして、そのしたいことを実現する。あるいは帰って解消したい心配を解消する（入金はあるかどうかを確認したい等）</li> </ul> <p>（例）E氏のケース</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に本人が帰ると、自分なりにいろいろ確認している。</li> <li>・事業所の仕組みで、利用者ごとに、事実と気づきを集める取り組みがあるが、そこで例えば、月末・月初に帰宅願望が多いという事実が見えてきた。</li> <li>・スタッフの連携によって、明らかにすることができた。</li> </ul>
<p>帰宅願望のケア（デイ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人が帰りたいと訴える時間を極力短くすることが重要（認知症である自分と向き合わずに済む）。</li> </ul>

	<p>不安・不快な時間を長引かせることになり、周囲にも悪影響がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ その際、他の入居者・利用者の力を借りるということも効果的。「わたしと送迎一緒なんだから待ってなよ」</li> <li>■ ただし、認知機能の低下を逆手にとってあしらうというスタンスは伝わる。親身になって真剣に本人の訴えに耳を傾ける中で、本人のニーズが見えてくる。利用者に向き合いながら、送迎の時間まで自然に時間を使ってもらう</li> <li>■ 帰るということに注意が向く前に先手を打って、様々な取り組みをしてもらうことを行っている</li> </ul>
<p>帰宅願望のケア</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ パズルや塗り絵、おしぼりたたみ、あるいは外出して気を紛らす等の様々ななかかわりを行うが、それらについては、ただそれを実施するというスタンスでは効果的ではない。</li> <li>■ 例えば塗り絵をすることも、「塗り絵をしたい」ということではなく、傍らに座って一緒に時間を過ごす過程でさみしさを感じずに過ごせるという意味で効果的である場合がある。 ⇒そのようにあるケアをする際の意図、本質的に狙っている効果がいつの間にか見えなくなってしまう場合があるので、そうならないようにすることが重要である。あるいは、そうなったときにスタッフの誰かが気づき、共有して、修正できるということが必要である</li> <li>■ 痛みやかゆみや便秘、他の利用者との不仲、せん妄、その他の基本的な不快を取り除くということはほかのBPSDと同様に重要である。</li> <li>■ すぐにGHから外に出ていく事例があったが、それは、建物が大きい病院に行くともたたくなくなった。GHの大きさでは、本人の持っているエネルギーを発散しきれなかったのではないかと。</li> <li>■ 居宅で帰りたいという訴えがある場合には、家族のケアが不適切なケースが多い。ただし、その場合対応に非常に苦慮する。なぜなら、単純にそのことを指摘したり、デイでそうではない姿を見せると「では入居してもらおう」という発想になるからである。家族のスキルが上がると望ましいが、におわすことはできても家族の教育を強要するということはリスクが高い。</li> </ul>

	<p>* 家族の介護力向上ための介入は積み残しの課題</p>
モニタリングについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 基本的にある期間を経ると、納得して訴えなくなる。</li> <li>■ 信頼関係が形成され、ここにいていいと思えるようになる？ ⇒標準的な期間というのは研究であるか？ ⇒ほとんどない。</li> <li>■ 回数はカウントしにくい。</li> <li>■ 持続した時間は目安になるし、計測しやすい。</li> <li>■ 発生した時間帯も重要。</li> <li>■ あるいは発生した期間も必要である。</li> <li>■ 帰宅願望がなくなったということは、本人の意欲・能力が低下したという場合が多い。</li> </ul>
以上をふまえた、事例フォーマット（要情報収集項目）	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 基本項目 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知機能に配慮したコミュニケーション</li> <li>・ 適切な身体ケア・生活リズムの調整</li> <li>・ 受診と薬物の調整</li> <li>・ 人間関係やできることの支援</li> <li>・ スタッフの連携</li> <li>・ 家族の介護力</li> </ul> </li> <li>■ 特化項目 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本的信頼関係ができているか *ただし、どう測るかが課題</li> <li>・ 本人が気になっていることとその解消</li> <li>・ 本人のニーズを捉え、それにアプローチする視点で役割、アクティビティ、レクリエーション等を行っているか</li> <li>・ 役割、アクティビティが本人の能力や生活歴、持っているパワーに合っているか</li> <li>・ それらをチームで共有して実行しているか</li> <li>・ 本人の意思・意欲の状況* どう測るか</li> <li>・ 家族に無理な負担（教育・研修）を強いていないか。支持的サポートをしているか</li> </ul> </li> </ul>
未解決の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 帰宅願望をどのように呼称すればよいか。</li> <li>■ 施設の質を評価するための指標となる項目 例えば離職率だが、それを聴くと回収率が悪くなるかもしれない。</li> <li>■ データの収集元は、在宅も含めるか？（データが集まりに</li> </ul>

	<p>くないのではないか)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 家族の介護力を高めるためにどのように介入すればよいか。</li> <li>■ 本人の意欲が高いままに帰りたいと言わなくなったケースと、意欲が下がったために帰りたいと言わなくなったケースを弁別する指標はないか。</li> </ul>
--	--

図表 6-3 帰宅願望の発生原因の捉え方



## 7. 帰宅願望情報収集フォーマット案

予備調査、第1・2回本調査をふまえ、帰宅願望の情報収集のためのフォーマット案についてまとめた。

### 1) 帰宅願望実践事例収集のための要情報収集項目

#### (1) 本人の状態に関する項目

本人の状態に関する項目としては、図表8-1のとおり79項目を抽出した。

図表8-1 本人の状態に関する項目

基本情報	1	登録対象者生年月
	2	性別
居住地	3	居住地
	4	在宅・施設
	5	居室の構造
	6	家屋
	7	60歳以降の転居経験有無
	8	転居前の居住地
	9	直近の転居時期
自立度	10	障害高齢者の日常生活自立度
	11	認知症高齢者の日常生活自立度
	12	要介護度
診断と診断機関	13	認知症の診断名
	14	鑑別診断の場所
	15	告知の有無
	16	専門医の受診の有無
ADL	17	食事:咀嚼・嚥下を含めた食事動作
	18	整容:口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔など
	19	清拭:風呂、シャワーなどで首から下(背中以外)を洗う
	20	更衣:上半身:腰より上の更衣及び技師装具の装着
	21	更衣:下半身:腰より下の更衣及び技師装具の装着
	22	トイレ動作:衣服の着脱、排せつ後の清潔、生理用具の使用
	23	排尿管理:排尿管理、器具や薬剤の使用含む
	24	排便管理:排便管理、器具や薬剤の使用含む



	25	ベッド・椅子・車椅子:それぞれの間の移乗、起立動作を含む
	26	トイレへ(から)の移乗
	27	浴室・シャワー:浴槽、シャワー室へ(から)の移乗
	28	歩行・車いす:屋内での移動、または車椅子移動
	29	階段:12~14 段の階段昇降
	30	理解:聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解
	31	表出:言語的または非言語的表現
	32	社会的交流:他患者、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応
	33	問題解決:認知症生活での問題解決、適切な判断能力
	34	記憶:日常生活に必要な情報の記憶
IADL	35	バスや電車を使って一人で外出できますか
	36	日用品の買い物ができますか
	37	自分で食事の用意ができますか
	38	請求書の支払いができますか
	39	銀行貯金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか
	40	年金などの書類が書けますか
	41	新聞を読んでいますか
	42	本や雑誌を読んでいますか
	43	健康についての記事や番組に関心がありますか
	44	友達の家を訪ねることがありますか
	45	家族や友達の相談に乗ることがありますか
	46	病院を見舞うことがありますか
	47	若い人に自分から話しかけることがありますか
認知機能	48	お年はいくつですか
	49	今日は何年何月何日ですか
	50	私たちが今いるところはどこですか
	51	これからいう3つの言葉を言ってみてください
	52	100 から7を順番に引いてください
	53	これからいう数字を逆から言ってください
	54	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。
	55	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください
	56	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください
生活歴	57	今までに従事していた主な職業
	58	病前性格
現病・既往歴	59	現病・既往歴

薬物	60	認知症治療薬
	61	向精神薬
生活の状態	62	自発的な発話の頻度
	63	睡眠
	64	昼寝
	65	仕事・役割等の活動
	66	その他自分の能力を発揮できる機会はあるか
	67	散歩・運動・体操など
	68	その他、身体的エネルギーを発散できる機会はあるか
	69	社会活動
	70	仲のいい入居者との交流があるか
	71	その他、他者とのつながりを感じられる機会があるか
	72	家族とのつながりを感じられているか
	73	レクリエーション・余暇活動
	74	その他生活上の楽しみがあるか
	75	不快なこと
	76	痛み・かゆみ・便秘等身体不快
	77	心配なこと
	78	生活上のこだわり
79	自分が尊重されていると感じられているか	

(2) 本人の環境に関する項目

本人の環境に関する項目としては、図表8-2、図表8-3のとおり、家族情報20項目、サービス情報31項目を抽出した。

図表8-2 家族情報

配偶者の有無	1	配偶者の有無
配偶者の基本情報	2	配偶者の年齢
配偶者と本人の関係	3	本人との関係
配偶者の状況	4	家族会参加
	5	要介護認定
	6	配偶者の要介護度
子ども	7	有無
	8	性別
	9	居住場所
	10	年代

その他の同居者	11	有無
	12	人数
家族介護者	13	有無
	14	年齢
	15	訪問頻度
	16	連絡頻度
	17	本人との関係
	18	家族会参加
	19	要介護認定
	20	要介護度

図表 8-3 サービス情報

法人情報	1	法人種別
	2	開設年
	3	当該法人が隣接地域で実施するサービス
施設情報	4	サービス種別
	5	利用者数
	6	スタッフ数
研修修了者数等	7	居室の形態
	8	実践者研修修了者数
	9	リーダー研修修了者数
研修状況	10	指導者研修修了者数
	11	認知症ケア専門士数
	12	年間の認知症介護関連職場研修回数
経営者・管理者	13	OJT 体制
	14	OJT 担当者の教育
リーダーの関わり	15	経営者の修了研修
	16	管理者の修了研修
	17	リーダーシップが発揮されているか
	18	ねざらいがあるか
その他の状況	19	ケアの成果をフィードバックしているか
	20	OJT でケアの問い直しをしているか
	21	ケアに関するボランティア数
	22	過去 3 か月の骨折者数
	23	看取り回数
	24	認知症介護に関する委員会の有無
外部の組織や資源との連携	25	日中の施設
	26	向精神薬の利用者数
	27	外部の組織との理念や介護方針等の共有
	28	地域資源との理念や介護方針等の共有
	29	外部の組織との情報交換(話し合い・会議等)
	30	地域資源との情報交換(話し合い・会議等)
	31	施設・事業所で特に力を入れていること

(3) 本人に対するケアに関する項目

本人に対するケアに関する項目として、図表 8-4 のとおり 40 項目を抽出した。

図表 8-4 本人に対するケアに関する項目

本人に対するケアの方針	1	予防する観点からケアを考えているか
	2	認知症の人の視点を重視した支援をしている
	3	認知症の人のありのままの声を記録している
	4	認知症の人の個別性を捉えて支援している
	5	認知症介護にかかわる関係者を尊重している
帰宅願望のケア	6	帰宅して何をしたいか尋ねているか
	7	帰宅して何をしたいかについて、実現しようとしているか
ケアのための連携	8	帰宅願望は発生して当たり前ということを共有しているか
	9	なぜ、帰宅願望が出てきているか、整理しているか
	10	本人をどのように理解すればいいか検討する機会を持ったか、いつか
	11	本人をどのように理解すればいいか共有する機会を持ったか、いつか
	12	本人の情報を組織的に収集しているか
	13	登録対象者に関するカンファレンスの回数
	14	モニタリングの頻度
ケアの見直しの状況	15	その他対象者に関するミーティングの回数
	16	ただ決められたケアをするだけでなく、目的意識をもってケアしているか
	17	実施するケアの効果的な実施方法(効果的援助要素)を検討しているか
本人とのコミュニケーション	18	本人もつらいということをスタッフが納得できているか
	19	本人の意向を確認しているか
	20	目的・理由・方法を説明
	21	会話方法の配慮(短く、スピード等)
	22	会話の環境への配慮
	23	会話のタイミングへの配慮
	24	接触量の調整
	25	非言語的交流
物理的環境調整	26	使いやすい道具を使用
	27	居室を自分の部屋だと分かるように配慮している
	28	音の調整
	29	席の位置を調整する
人的環境調整	30	他者との関係支援
	31	過ごす人数を調整する
	32	同じ人が関わるようにする
	33	職員の調整(専属、性別、変更等)
医療と介護の連携	34	医師と連携し服薬を調整
	35	医師に処置をしてもらう
プライバシー	36	プライバシーの確保をしている
家族支援	37	ケアを無理強いしていないか
	38	支持的サポートをしているか
全般的な組織内連携	39	理念や介護方針等組織の指針の意識化
その他	40	その他

(4) モニタリング項目

モニタリング項目として図表8-5のとおり、8項目を抽出した

図表8-5 モニタリング項目

始まった時期	1	帰宅願望が始まった時期
帰宅願望の状況	2	一日の帰宅願望の有無
	3	帰宅願望の持続時間
	4	発生した時間帯
	5	実際に行きたい場所があるか、あるいはその場から離れたいか
本人の様子	6	その時の主な表情・発言
	7	実質的に良くなった感じがするか
本人の納得	8	本人にサービス利用について説明しているか、納得しているか

(5) 抽出した項目のまとめ

「本人の状態に関する項目」「本人の環境に関する項目」「本人に対するケアに関する項目」「モニタリング項目」の4つの分野について、項目の分類と項目数を図表8-6にまとめた。

図表8-6 分野ごとの項目数

分野	分類	項目数
本人の状態	基本情報	2
	居住地	7
	自立度	3
	診断と診断機関	4
	ADL	18
	IADL	13
	認知機能	9
	生活歴	2
	現病・既往歴	1
	薬物	2
	生活の状態	18
	家族情報	配偶者の有無
配偶者の基本情報		1
配偶者と本人の関係		1
配偶者の状況		3
子ども		4

	その他の同居者	2
	家族介護者	8
サービス情報	法人情報	3
	施設情報	4
	研修修了者数等	4
	研修状況	3
	経営者・管理者	2
	リーダーの関わり	4
	その他の状況	6
	外部の組織や資源との連携	5
	本人に対するケア	本人に対するケアの方針
帰宅願望のケア		3
ケアのための連携		7
ケアの見直しの状況		3
本人とのコミュニケーション		7
物理的環境調整		4
人的環境調整		4
医療と介護の連携		2
プライバシー		1
家族支援		2
全般的な組織内連携		1
その他		1
モニタリング		始まった時期
	帰宅願望の状況	4
	本人の様子	2
	本人の納得	1

## 2) 帰宅願望実践事例収集のためのフォーマット案

検討結果及び先行研究をふまえて以下の案を作成した。先行研究としては、特にケア内容の抽出にあたって、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「平成24年度老人保健事業報告書 認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究事業」及び、公益財団法人日本訪問看護財団「平成26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分）在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じたグッドプラクティスを普及するための教材開発事業」における研究成果を参照した。全体として尺度はチェック方式を中心とし、全体を構成した

基本情報	1	登録対象者 生年月	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
	2	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
居住地	3	居住地	郵便番号	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	
	4	在宅・施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入居系施設				
	5	居室の構造	<input type="checkbox"/> 個室、 <input type="checkbox"/> 2人部屋、 <input type="checkbox"/> 3人部屋以上				
	6	家屋	<input type="checkbox"/> 一戸建て、 <input type="checkbox"/> マンション・アパート、 <input type="checkbox"/> その他				
	7	60歳以降の転居経験有無	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし				
	8	転居前の居住地	<input type="checkbox"/> 現在の区市町村内 左記以外の現在居住する県内 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他				
	9	直近の転居時期	西暦 年 月頃				
自立度	10	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明				
	11	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明				
	12	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他				
診断と診断機関	13	認知症の診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉変性症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他				
	14	鑑別診断の場所	<input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
	15	告知の有無	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不明				
	16	専門医の受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				

ADL(FIM)	既存の書式を利用
IADL	既存の書式を利用
認知機能	既存の書式を利用



生活歴	57	今までに従事していた主な職業	自由記述
	58	病前性格	自由記述
現病・既往歴	59	現病・既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の疾患 <input type="checkbox"/> 筋骨格系疾患(骨粗しょう) <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 血液・免疫疾患 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
	60	認知症治療薬	<input type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> メマリー <input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> リバスタッチパッチ <input type="checkbox"/> イクセロンパッチ <input type="checkbox"/> なし
薬物	61	向精神薬	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 不明  薬剤名: _____ 量: _____ mg
	62	自発的な発話の頻度	<input type="checkbox"/> 一日を通じてある <input type="checkbox"/> 一日数回程度ある <input type="checkbox"/> 週数回程度ある <input type="checkbox"/> 月数回程度ある <input type="checkbox"/> ほとんどない
生活の状態	63	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> ほぼ毎日眠れない <input type="checkbox"/> 不明
	64	昼寝	<input type="checkbox"/> 昼寝はしない <input type="checkbox"/> たまに昼寝をする <input type="checkbox"/> 毎日昼寝をする <input type="checkbox"/> 不明  <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> 30分以下 <input type="checkbox"/> 不明
	65	仕事・役割等の活動	<input type="checkbox"/> まったくしない <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 週に3回程度 <input type="checkbox"/> 毎日する
	66	その他自分の能力を発揮できる機会はあるか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	67	散歩・運動・体操など	<input type="checkbox"/> まったくしない <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 週に3回程度 <input type="checkbox"/> 毎日する
	68	その他、身体的エネルギーを発散できる機会はあるか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	69	社会活動	<input type="checkbox"/> まったくしない <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 週に3回程度 <input type="checkbox"/> 毎日する
	70	仲のいい同居者との交流があるか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	71	その他、他者とのつながりを感じられる機会があるか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	72	家族とのつながりを感じられているか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	73	レクリエーション・余暇活動	<input type="checkbox"/> まったくしない <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 週に3回程度 <input type="checkbox"/> 毎日する
	74	その他生活上の楽しみがあるか	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	75	不快なこと	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	76	痛み・かゆみ・便秘等身体不快	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	77	心配なこと	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
	78	生活上のこだわり	<input type="checkbox"/> ある 具体( ) <input type="checkbox"/> ない
79	自分が尊重されていると感じられているか	<input type="checkbox"/> 感じられていると思われる <input type="checkbox"/> 感じられていると思われない <input type="checkbox"/> 不明	
			判断根拠:

配偶者の有無	1 配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 死別( 年)
配偶者の基本情報	2 配偶者の年齢	歳 <input type="checkbox"/> 不明
配偶者と本人の関係	3 本人との関係	<input type="checkbox"/> 良好(よく見える) <input type="checkbox"/> 良好に見えない
配偶者の状況	4 家族会参加	<input type="checkbox"/> 定期的に参加している <input type="checkbox"/> 不定期で参加している <input type="checkbox"/> 参加していない <input type="checkbox"/> 家族会がない <input type="checkbox"/> 不明
	5 要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	6 配偶者の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他
子ども	7 有無	<input type="checkbox"/> 有( 人) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	8 性別	<input type="checkbox"/> 男性( 人) <input type="checkbox"/> 女性( 人) <input type="checkbox"/> 不明
	9 居住場所	<input type="checkbox"/> 同居( 人) <input type="checkbox"/> 別居( 人) <input type="checkbox"/> 不明
	10 年代	<input type="checkbox"/> 70代( 人) <input type="checkbox"/> 60代( 人) <input type="checkbox"/> 50代( 人) <input type="checkbox"/> 40代( 人) <input type="checkbox"/> 30代( 人) <input type="checkbox"/> 不明( 人)
その他の同居者	11 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	12 人数	人
家族介護者	13 有無	<input type="checkbox"/> 有(続柄: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	14 年齢	<input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 不明
	15 訪問頻度	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 月2~3回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 2~3か月に1回 <input type="checkbox"/> 年1~2回 <input type="checkbox"/> なし
	16 連絡頻度	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 月2~3回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 2~3か月に1回 <input type="checkbox"/> 年1~2回 <input type="checkbox"/> なし
	17 本人との関係	<input type="checkbox"/> 良好(よく見える) <input type="checkbox"/> 良好に見えない
	18 家族会参加	<input type="checkbox"/> 定期的に参加している <input type="checkbox"/> 不定期で参加している <input type="checkbox"/> 参加していない <input type="checkbox"/> 家族会がない <input type="checkbox"/> 不明
	19 要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	20 要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他

法人情報	1 法人種別	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社団法人・財団法人 <input type="checkbox"/> その他																						
	2 開設年	西暦 年																						
	3 当該法人が隣接地域で実施するサービス	<input type="checkbox"/> 病院・医院 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 療養通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他																						
施設情報	4 サービス種別	<input type="checkbox"/> 病院・医院 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 療養通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他																						
	5 利用者数	<input type="checkbox"/> 要支援1 ( 人) <input type="checkbox"/> 要支援2 ( 人) <input type="checkbox"/> 要介護1 ( 人) <input type="checkbox"/> 要介護2 ( 人) <input type="checkbox"/> 要介護3 ( 人) <input type="checkbox"/> 要介護4 ( 人) <input type="checkbox"/> 要介護5 ( 人) <input type="checkbox"/> その他 ( 人)																						
	6 スタッフ数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総員</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>介護職員</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>相談職</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>リハビリ職</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>			常勤	非常勤	総員	人	人	介護職員	人	人	看護職員	人	人	相談職	人	人	リハビリ職	人	人	その他	人	人
		常勤	非常勤																					
総員	人	人																						
介護職員	人	人																						
看護職員	人	人																						
相談職	人	人																						
リハビリ職	人	人																						
その他	人	人																						
7 居室の形態	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 3人部屋以上																							
研修修了者数等	8 実践者研修修了者数	実践者研修修了者数	人																					
	9 リーダー研修修了者数	リーダー研修修了者数	人																					
	10 指導者研修修了者数	指導者研修修了者数	人																					
	11 認知症ケア専門士数	認知症ケア専門士数	人																					
研修状況	12 年間の認知症介護関連職場研修回数	年間の認知症介護関連職場研修回数	人																					
	13 OJT体制	<input type="checkbox"/> OJT制度がある <input type="checkbox"/> OJT制度はない																						
	14 OJT担当者の教育	<input type="checkbox"/> OJT担当者教育制度がある <input type="checkbox"/> OJT担当者教育制度はない																						
経営者・管理者	15 経営者の修了研修	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修 <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士 <input type="checkbox"/> 保健医療福祉関連修士・博士 <input type="checkbox"/> その他																						
	16 管理者の修了研修	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修 <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士 <input type="checkbox"/> 保健医療福祉関連修士・博士 <input type="checkbox"/> その他																						

リーダーの関わり	17	リーダーシップが発揮されているか	
	18	ねざらいがあるか	<input type="checkbox"/> している(方法: ) <input type="checkbox"/> していない
	19	ケアの成果をフィードバックしているか	<input type="checkbox"/> している(方法: ) <input type="checkbox"/> していない
	20	OJTでケアの問い直しをしているか	<input type="checkbox"/> ケアの制度をより高めるような働きかけをしている <input type="checkbox"/> あるケアをすること自体が目的になっているかを確認している <input type="checkbox"/> ケアの問い直しをするように全体に指示している <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )
その他の状況	21	ケアに関するボランティア数	人/月
	22	過去3か月の骨折者数	人
	23	看取り回数	過去1年間の看取り人数 人/年
	24	認知症介護に関する委員会の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	25	日中の施錠	<input type="checkbox"/> 門を施錠している <input type="checkbox"/> 施設の玄関にしている <input type="checkbox"/> フロアにしている <input type="checkbox"/> 施錠はしていない <input type="checkbox"/> 該当しない
	26	向精神薬の利用者数	記入日の向精神薬の利用者数 人
外部の組織や資源との連携	27	外部の組織との理念や介護方針等の共有	<input type="checkbox"/> 特に実施していない <input type="checkbox"/> 年に1回程度 <input type="checkbox"/> 年2～3回程度 <input type="checkbox"/> 2か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 毎月以上
	28	地域資源との理念や介護方針等の共有	<input type="checkbox"/> 特に実施していない <input type="checkbox"/> 年に1回程度 <input type="checkbox"/> 年2～3回程度 <input type="checkbox"/> 2か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 毎月以上
	29	外部の組織との情報交換(話し合い・会議等)	<input type="checkbox"/> 特に実施していない <input type="checkbox"/> 年に1回程度 <input type="checkbox"/> 年2～3回程度 <input type="checkbox"/> 2か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 毎月以上
	30	地域資源との情報交換(話し合い・会議等)	<input type="checkbox"/> 特に実施していない <input type="checkbox"/> 年に1回程度 <input type="checkbox"/> 年2～3回程度 <input type="checkbox"/> 2か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 毎月以上
	31	施設・事業所で特に力を入れていること	自由記述

本人に対するケアの方針	1	予防する観点からケアを考えているか	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	2	認知症の人の視点を重視した支援をしている	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	3	認知症の人のありのままの声を記録している	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	4	認知症の人の個別性を捉えて支援している	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	5	認知症介護にかかわる関係者を尊重している	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
帰宅願望のケア	6	帰宅して何をしたいか尋ねているか	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	7	帰宅して何をしたいかについて、実現しようとしているか	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	8	帰宅願望は発生して当たり前ということを共有しているか	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
ケアのための連携	9	なぜ、帰宅願望が出てきているか、整理しているか	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	10	本人をどのように理解すればいいか検討する機会を持ったか、いつか	<input type="checkbox"/> 実践している(直近の時期: 年 月 ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	11	本人をどのように理解すればいいか共有する機会を持ったか、いつか	<input type="checkbox"/> 実践している(直近の時期: 年 月 ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	12	本人の情報を組織的に収集しているか	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	13	登録対象者に関するカンファレンスの回数	<input type="checkbox"/> 月に1回程度 <input type="checkbox"/> 2~3か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> その他
	14	モニタリングの頻度	<input type="checkbox"/> 月に1回程度 <input type="checkbox"/> 2~3か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> その他
15	その他対象者に関するミーティングの回数	<input type="checkbox"/> 分   回/月	
ケアの見直しの状況	16	ただ決められたケアをするだけではなく、目的意識をもってケアしているか	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	17	実施するケアの効果的な実施方法(効果的援助要素)を検討しているか	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	18	本人もつらいということをスタッフが納得できているか	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が納得していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し納得している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ納得している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり納得している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない

本人とのコミュニケーション	19	本人の意向を確認しているか	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	20	目的・理由・方法を説明	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	21	会話方法の配慮(短く、スピード等)	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	22	会話の環境への配慮	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	23	会話のタイミングへの配慮	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	24	接触量の調整	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	25	非言語的交流	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
物理的環境調整	26	使いやすい道具を使用	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	27	居室を自分の部屋だと分かるように配慮している	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	28	音の調整	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	29	席の位置を調整する	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
人的環境調整	30	他者との関係支援	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	31	過ごす人数を調整する	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	32	同じ人が関わるようにする	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	33	職員の調整(専属、性別、変更等)	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
医療と介護の連携	34	医師と連携し服薬を調整	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
	35	医師に処置をしてもらう	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
プライバシー	36	プライバシーの確保をしている	<input type="checkbox"/> ほぼ全員が実践していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し実践している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ実践している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり実践している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない

家族支援	37	ケアを無理強いないように意識しているか	<input type="checkbox"/> 家族にかかわるスタッフのほぼ全員が意識していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し意識している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ意識している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり意識している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
	38	支持的サポートをしているか	<input type="checkbox"/> 家族にかかわるスタッフのほぼ全員が意識していない(0~25%) <input type="checkbox"/> 少し意識している(25~50%) <input type="checkbox"/> まあ意識している(50~75%) <input type="checkbox"/> かなり意識している(75~100%) <input type="checkbox"/> 判断できない
全般的な組織内連携	39	理念や介護方針等組織の指針の意識化	<input type="checkbox"/> 実践している(具体的に: ) <input type="checkbox"/> 実践していない <input type="checkbox"/> 特に必要性がない
その他	40	その他	自由記述

始まった時期	1	帰宅願望が始まった時期	西暦 年 月 頃
帰宅願望の状況	2	一日の帰宅願望の有無	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> それ以外
	3	帰宅願望の持続時間	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
	4	発生した時間帯	約 回、 トータルの継続時間 分 <input type="checkbox"/> 5:00~8:00、 <input type="checkbox"/> 8:00~12:00、 <input type="checkbox"/> 12:00~16:00、 <input type="checkbox"/> 16:00~19:00、 <input type="checkbox"/> 19:00~24:00、 <input type="checkbox"/> 0:00~5:00
	5	実際に行きたい場所があるか、あるいはその場から離れたいだけか	<input type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> わからない
本人の様子	6	その時の主な表情・発言	<input type="checkbox"/> 良い(笑顔等)、 <input type="checkbox"/> よくも悪くもない、 <input type="checkbox"/> 悪い(怒り、悲しみ、落胆)
	7	実質的に良くなった感じがするか	<input type="checkbox"/> 消失・軽減したと思われる、 <input type="checkbox"/> 消失・軽減したが本人のあきらめや能力低下による、 <input type="checkbox"/> わからない・判断できない
本人の納得	8	本人にサービス利用について説明しているか、納得しているか	<input type="checkbox"/> 繰り返し説明している、 <input type="checkbox"/> 説明したことはある <input type="checkbox"/> 説明していない
			<input type="checkbox"/> 納得していると思われる、 <input type="checkbox"/> 納得していないと思われる <input type="checkbox"/> 不明

## 8. 考察

### 1) BPSD 軽減のためのケアと情報収集に際しての課題

本研究では認知症介護指導者に対する3回のヒアリング調査を通じ、BPSDを分析するためのフォーマットのあり方について検討した。フォーマットを検討するにあたっては、BPSDやそれに対するケア、あるいはケアの価値について問い直しが行われた。これらは、認知症ケアの在り方を検討する上でも有意義なものであった。BPSDを理解し、軽減、あるいは予防を目指す際の主な論点について、以下の4項目にまとめる。

#### (1) 認知症の人の良い状態の定義に関する論点

認知症の人に対する効果的なケアの一つとして、「BPSDの軽減・消失」ということが、考えられるが、単にBPSDがなくなるということが良いとは言えないということが論じられた。すなわち、「認知症の人の生活機能が低下したためにBPSDが発生しなくなってしまった場合」「認知症の人の意欲が低下してしまったためにBPSDが発生しなくなってしまった場合」「その場しのぎのケアでごまかしたことによって一時的にBPSDが軽減した場合」「認知症の人の行動を押さえつけている場合」など、認知症の人の状態の悪化や不適切なケアを要因としてBPSDが軽減したように見える可能性が指摘された。すなわち、ケアの効果を見る際には、モニタリングにおいて単にBPSDの発生頻度や継続時間だけを見るのではなく、それ以外の指標（例えば、表情等）とあわせて、状態を把握する必要があると言える。ただし、どのような指標が信頼性の高い指標であるかという点については明確にできず今後の課題となった。

#### (2) BPSDごとにデータ収集する必要性

帰宅願望の軽減に資するケアを明らかにするために必要な情報は、多岐にわたったが、ヒアリング結果からもBPSDに応じた評価視点があることが明らかになったと言えるだろう。BPSDごとに事例を集めてそれを分析するという手法は一定の有効性があることが示唆される。

#### (3) BPSDの分類に関する論点

なお、その際のBPSDの分類のあり方については大きな論点となった。例えば、「徘徊」というBPSDについては、介護業界では一般に使われている用語であるが、「トイレを探しているが見つからない場合」「前頭側頭型認知症の周遊行動の場合」「外に出たくて出口を探している場合」等、状態像を見れば「徘徊」と捉えられる現象であっても、認知症の人の内面で起こっている活動は全く異なっている場合があり、これらを同じ現象として対応策を検討することは不適切であることが指摘された。



さらに、生活障害と言われる中核症状に起因する行動の間違ひについては、その中核症状がある場合は発生が避けられないが、生活障害を発生しにくくしたり、発生しても問題とならないような環境をつくるのが、BPSDの軽減に資する可能性が指摘された。BPSDの軽減に資するデータを収集する場合には、収集するための基準としてのBPSDの分類は非常に重要である。これらの構造についてより詳細に検討することが課題となった。

#### (4) 標準化に関する論点

BPSDを予防・軽減するケアを明らかにするということは、すなわちその状態にある認知症の人に関する標準的なケアを明らかにすることといえる。これを検討する際には、すべての要因について説明することを目指したくなるが、認知機能の障害や認知症の人の個性、あるいはそれまでの生活歴や環境は異なっていることから、すべての要因あるいはケア方法を網羅するということは不可能であるという視点の重要性が指摘された。個別にケアを検討すべきところと、標準的にすべての認知症の人において検討すべきところについて区別して検討する視点が求められることが明らかとなった。

#### (5) ケアの効果的援助要素とケアの意図に関する論点

また、ある人に対して効果があったケアが必ずしも他の人に効果があるとは限らないということが論点として議論された。認知症の人の役割の一つとして「植物に対する水やり」を行ったとしても、その効果の有無については、様々であり、そのケアを有効に機能させるための「効果的援助要素」について明らかにする必要があることが指摘された。また、ある人に効果があったケアであっても、目的や意図を忘れ、ただそのケアをしてもらっただけの繰り返しになることで、本人の困りごとを軽減するために行われていたケアが、その場しのぎのケアになってしまうという点についても指摘された。

以上から、単にあるケアが効果的かどうかという観点での情報収集をするのではなく、そのケアが、本人のどのようなニーズを満たしているのかという観点から、理解する必要性が示唆された。例えば、トマトの栽培、金魚のえさやりという現象としては異なる2つの活動も、「自分がポジティブな影響を与えている」という観点では共通しており、そのような本人の体験あるいはニーズが充足されることが重要であるとする、それをどのようにとらえていけばよいかということが論点となった。

#### (6) 家族支援の課題

家族支援については、家族が認知症について理解し、より効果的なケアができるようになるためのサポートの重要性を指摘する意見がある一方で、不用意な介入や介護指導を行うことによって介護家族の介護意欲を削ぎ、それが在宅生活の継続を妨げる要因になる可能性があることが指摘された。在宅生活においては、サービス利用時間よりも居

宅で過ごす時間が圧倒的に多いことがほとんどであり、その時間認知症の人を支える介護家族とどのようにかかわるか、あるいは協働するかということが大きな論点となる。この点については、積極的な介入よりも、不用意に指導しないといった消極的な形での向き合い方の重要性が強調された形となった。この点については、家族の学習意欲等のアセスメントによって調整が必要という指摘もあったが、十分整理できているとは言い難く、今後さらに検討を深めていく必要があるものとする。

## 2) 帰宅願望を捉える際の基本的考え方

本研究では、BPSD の分析をするためのフォーマットとして、「帰宅願望」についてのデータ収集用フォーマット案を作成した。帰宅願望については、徘徊のケースと異なり、ケアを検討する上でさらに詳細に種類を分類する必要性は指摘されなかった。ただし、比較的軽度の認知症であった、家に帰って何をしたいか目的が明確にあって、それを達成したいと思っている場合と、それ以外のとにかくそこではないどこか（あるいは安心して落ち着けるところ）へ行きたい場合、があることが指摘された。また、その対応については、デーサービスやショートステイについては、サービス利用中にそのサービスをいかに楽しみ、有意義に過ごせるように環境をつくったりケアをしたりすることに重点がある一方で、入居施設の場合は、本人が入居しているということを納得すること、あるいは、帰って何をしたいのかということをはっきりとそれを達成するための対応をすることが重要であるということが言及された。今回論点となった、サービスの違いによる対応方針の差については、その有効性について、実証的なデータをふまえながら、検討していく必要があるものと思われる。

## 3) 研究の成果と課題

### (1) フォーマットの有効性

帰宅願望のフォーマット案については、先行研究及びヒアリング調査をふまえて、最大限必要な項目を網羅するような形で構築した。収集するケース数を増やすことにより、総合的な情報収集のツールとして活用できる可能性が示唆される。ただし、全体として項目が多いため、今後予備調査をふまえて項目を精査することが必要となる。ひもときシートとの連動を含めて効果的な記入及び事例収集方法を検討していきたい。

### (2) 運用面での課題

認知症ケアにおいてはチームアプローチが基本となるが、「チーム全体のケア状況をできるだけ客観的な形で残すための仕組みをどのように組み込むか」、「スタッフの個々の力量をどのような形で評価するか」「誰がフォーマットに記入するか」といった点は今後の課題といえる。また、モニタリングについても、同様に運用面で誰がどのように評価するかという観点が今後の課題となる。より客観的な評価を行うためには、任意の3日程度の「帰

帰宅願望の状況」「本人の様子」について、記録した上で登録する形が考えられる。帰宅願望については、全く発生しないということを目指すことは難しいということが指摘されたが、標準的にどの程度継続するような状態像であるか、また、本人の ADL や認知機能あるいは意欲が低下しない形で帰宅願望が軽減するということがあるとして、それをどのように弁別するかという点については、一定程度のデータ収集を行った後に検証する必要があると思われる。

#### 4) 今後の研究の課題と展望

認知症介護指導者に対するヒアリングによって、多岐にわたる観点から BPSD の発生に影響を与える要因を検証し、帰宅願望についてのフォーマットを作成することができた。今後、フォーマット案の有効性を検討し、事例を集めるために有益であることが検証できれば、今回のプロトコルを応用して、他の BPSD の検証にも活用できるものとする。

## 9. まとめ

### 【研究の概要】

認知症の人の生活を支えていくにあたっては、認知症の BPSD の発生を予防し、発生した場合には軽減することが重要であるが、BPSD のケアについて標準化された研究、あるいは方法論が確立されているとはいいがたい。本研究では、認知症介護指導者を対象にしたヒアリング調査を行い、認知症の BPSD について、標準的なケアを統計学的に明らかにするための事例収集のフォーマットを作成することを目的として実施した。

### 【ヒアリング調査の実施】

認知症介護指導者を対象に、予備調査を含めた計 3 回のヒアリング調査を実施した。予備調査では、研究の目的・意義の妥当性、研究方法のあり方、成果物のあり方などについて意見を収集した。第 1 回本調査では、アセスメント・ケアプラン・モニタリングの分析の可能性について討議した。また、フォーマットに入れるべき項目を検討する際の参考として、調査協力者より、BPSD が軽減した事例の事例提出を求めた。第 2 回本調査では、アセスメント・ケアプラン・モニタリングの内容確認と事例収集フォーマットに必要な項目の抽出、事例収集フォーマット案に関する討議を行った。

### 【フォーマット案の作成】

ヒアリング調査の結果及び先行研究をふまえ、「帰宅願望」についての情報を収集するためのフォーマット案を作成した。項目は、「本人の状態に関する項目」として 79 項目、「本人の環境に関する項目」として家族情報 20 項目、サービス情報 31 項目、「本人に対するケアに関する項目」として 40 項目、「モニタリング項目」として 8 項目を抽出した。尺度はチェック方式を中心とし、全体を構成した。

### 【今後の研究の課題】

フォーマット案については、最大限必要な項目を網羅する形で構築したため、今後予備調査をふまえて項目を精査し、フォーマット案の有効性を検討していく必要がある。ひもときシートとの連動を含めて、効果的な記入及び事例収集方法を検討していきたい。また、誰がどのように評価するかという観点から、運用面に関して検討していくことも今後の課題といえる。

## 執筆者一覧

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長 佐藤信人	はじめに
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹 中村考一	1. 背景～ 9. 考察
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹 滝口優子	10. まとめ

報告書名

2014 年度全国生協連グループ 社会福祉事業等助成事業  
認知症高齢者の BPSD の予防・軽減に資する  
効果的実践事例の収集方法の検討  
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  
東京都杉並区高井戸西1-12-1  
TEL:03-3334-2173 FAX : 03-3334-2156

発行年月

平成 27 (2015) 年 12 月