

令和3年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

BPSDの予防・軽減等を目的とした
認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
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4(2022)年3月

事業概要

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

【目的】本研究では、①どのようなBPSDの評価指標が介護現場で使いやすく、ケアの向上に役に立つのか、評価尺度の比較を行うとともに、②BPSDを未然に防止し、質の高い認知症ケアを実施する観点からアンメットニーズをくみ取る「よい認知症ケア」の手順・要件及び、③BPSDが生じた場合であっても、BPSDを軽減し、再発を防止する「よい認知症ケア」を推進していくための手順・要件等について整理すること、その手順・要件の実証方法について検討することを目的とした。また、参考として、DEMBASEモデル事業を展開し、効果を検証した。

【方法】①～③の検討のために、研究委員会を設置し、3回の委員会を実施した。①については、委員会で文献検討をふまえて選定した5種類（DBD13、NPI-NH、NPI-Q、BPSD+Q、BPSD13Q）のBPSD尺度について、介護職員等に対し実際に現場で使用を求めた上で、有用性に関するアンケートを行った。②③については、委員会において、手順要件及びその実証方法について議論した。DEMBASEモデル事業については、NPI-NHを用いて、BPSDを定期的に測定しつつケアの試行を行った。①②③は認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認の上実施した。

【結果】①では、文献検討や認知症ケアに従事する151名に対する評価結果等から、BPSDを幅広く評価できるかどうかでは、BPSD+Qが最も幅広く、DBD13については、心理症状が取れないという課題が指摘された。評価時間では、DBD13、BPSD13Qが評価にかかる時間が短く、NPI-NHは最も長かった。評価を実施した感想としては、「数値化することにより利用者の変化がわかりやすい」との意見や「わかりやすいが、時間がかかる」等の回答が得られた。②については、委員会での議論の結果、BPSDが生じず、QOLが高い状態で安定している者について、どのようなアセスメントに基づいてどのようなケアを実施しているか、BPSD及びQOLを1か月おき等で2か月間継続的に評価し、どのような情報を収集し、どのようにニーズを評価したかなどを聞き取るとともに、先行研究の検討を行いながら予備的研究を行うこととした。③については、BPSDの生じている者について1か月おき等で2か月間、BPSD及びQOLを継続的に評価しながら、PDCAサイクルに基づくチームアプローチを実施する。PDCAサイクルにおいては、委員会で検討した項目でアセスメントし、BPSDの要因やニーズを分析したうえで、ケアを実施するという、手順・要件により介入研究を行い、BPSD及びQOLの変化を分析していくこととした。DEMBASEモデル事業では、138施設で勤務する149名の介護職員等が評価者となり、408名の利用者についてのデータ入力を行った。認知症の人3名について3回登録された308名のデータを解析したところ、1回目から2回目、2回目から3回目、1回目から3回目の登録でNPI-NHの総得点が有意に低下していることが確認された。

【考察】①はケア向上に役立つか等について十分明らかになっておらず、令和4年度にさらに現場で活用可能な尺度の検討を進める必要がある。令和3年度検討した手順・要件を基に②は予備的研究を行い、③については、実証的な介入研究を行う必要がある。

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

事業概要	iii
目次	iv
はじめに	1
1. 介護現場で活用可能な BPSD 評価尺度の検討について	2
(1) BPSD 評価尺度の検討候補	2
① BPSD 評価尺度の候補	2
② 各 BPSD 評価尺度の測定可能な項目の比較	2
(2) BPSD 評価尺度の選定にあたって考慮すべき事項	4
(3) アンケート調査の実施	6
① 目的	6
② 方法	6
③ 調査結果	8
○ 施設での各 BPSD 評価項目の有用性	10
i) 評価時間	10
ii) 活用のフィジビリティ	11
iii) ケア向上に対する有用性	13
iv) 項目のわかりやすさ	13
v) 状態変化の評価の有用性	15
vi) 多職種連携での有用性	15
vii) ニーズ分析に対する有用性	17
viii) 項目の網羅性	18
○ 居宅介護支援事業所での各 BPSD 評価尺度の有用性	19
i) 評価時間	19
ii) 活用のフィジビリティ	20
iii) ケア向上に対する有用性	21
iv) 項目のわかりやすさ	22
v) 状態変化の評価の有用性	22
vi) 多職種連携での有用性	22
vii) ニーズ分析に対する有用性	23

viii) 項目の網羅性	23
○ 各 BPSD 評価尺度への追加項目に関する質問	24
i) 施設等	24
ii) 居宅事業所	26
○ BPSD 評価尺度の活用実態	27
○ 今回の調査以前から、日常業務で使用している BPSD 評価指標	28
○ 従前から使用していた BPSD 評価指標の使用目的・その感想	29
○ 普段、BPSD 評価尺度を使用していなかったが、今回、評価を実施した感想	30
(4) 考察	33
① BPSD 評価尺度の活用状況	33
② BPSD の発生状況	34
③ 評価尺度の活用可能性	34
④ 今後の課題	35
2. BPSD の予防・軽減等を目的とした認知症ケアの枠組みについての検討の方向性	36
(1) BPSD に対する認知症支援の実際	36
○ BPSD のとらえ方	36
○ 質の高い認知症ケアと BPSD に対するケアの関係性	36
(2) BPSD の予防・軽減等を目的とした認知症ケアの枠組みについての検討の方向性	37
○ 認知症ケアの 2 層構造	37
① 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアについて	37
② BPSD を軽減し、再発を防止するケア	40
3. 来年度の試行事業の実施方法について	43
(1) 検証の必要性	43
(2) 「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」の検証方法	43
(3) 「BPSD を軽減し、再発を防止するケア」の検証方法	44
(参考)	
○ DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムのモデル事業の結果について	45
1) DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムの目的と構造	45
2) 方法	45
3) 結果	46
付記 検討委員会の結果	57
付記 2 現場の声：BPSD に対する認知症支援の実際	72

はじめに

認知症高齢者数が約 600 万人と見込まれる現在、国の認知症施策においても、認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防や軽減が課題とされているが、BPSD を未然に防止する、あるいは、BPSD を評価し、日常のケアの向上に活かす取り組みは必ずしも十分実施されていない現状がある。

このため、本検討会では、まず、どのような BPSD の評価指標が介護現場で使いやすく、ケアの向上に役に立つのかについて、評価尺度の比較を行うとともに、アンケート調査を通じて考察を行った。

さらに、BPSD を未然に防止し、質の高い認知症ケアを実施する観点からアンメットニーズをくみ取る「よい認知症ケア」を推進するとともに、BPSD が生じた場合であっても、BPSD を軽減し、再発を防止する「よい認知症ケア」を推進していくための要件等について整理を行った。

認知症施策推進大綱（抜粋）

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

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

< K P I / 目標 >

- 認知症対応プログラムの開発

令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

（認知症への対応力向上等に向けた取組の推進）

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

※なお、認知症の評価については、認知機能や生活機能の残存能力等を踏まえた別途の検討が必要であることから、別途の検討会を設置されることとなっている。本老健事業では、BPSD への対応・評価の方策の検討を行っている。

1. 介護現場で活用可能な BPSD 評価尺度の検討について

(1) BPSD 評価尺度検討候補

① BPSD 評価尺度の候補

介護現場での活用可能性を考えるに当たって、既存の BPSD 評価尺度の候補一覧を表 1 にまとめた。なお、候補は本邦にて作成された、あるいは、日本語版の BPSD 評価尺度とし、BPSD 以外の項目を評価している評価尺度は候補から外した。BPSD 評価尺度の候補は、NPI-Nursing Home version (NPI-NH) [1-4]、NPI-Brief-Questionnaire Form (NPI-Q) [5,6]、Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) [7,8]、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) [9,10]、Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD スケール) [11,12]、DBD スケール短縮版 (DBD13) [13]、阿部式 BPSD スコア[14]、BPSD+Q[15]、BPSD13Q[16]とした。

表 1 BPSD 評価尺度の候補一覧

評価尺度	項目 (数)	段階 (数)	重症度(点)		負担度	評価 期間 (過去)	時間 (分)	Web 無料 公開
			最小- 最大 (点)	重症度の 点数化法				
NPI-NH [#]	12	3*	0-120	重症度×頻度	有	1週間	15-20	×
NPI-Q	12	3	0-30	重症度	有	1ヵ月	5	×
CMAI	22	7	22-154	頻度	無	2週間	-	×
BEHAVE-AD [#]	22	4	0-75	重症度	有	2週間	-	×
DBD スケール	28	5	0-112	頻度	無	1週間	-	×
DBD13	13	5	0-52	頻度	無	1週間	-	×
阿部式 BPSD スコア	10	4	0-44	頻度、項目ごと に負担度を反映 した重み付け	無	×	1	○
BPSD+Q	27	6	0-125	頻度を加味した 重症度	有	2週間	6-8	○
BPSD13Q	13	6	0-65	頻度を加味した 重症度	有	2週間	4	○

#：面接式評価、その他は自記式評価

*：重症度（3段階）と頻度（4段階）の積を項目の得点とする

② 各 BPSD 評価尺度の測定可能な項目の比較

国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association；IPA）の提唱する BPSD を行動症状と心理症状に大別し、さらに BPSD+Q[15]に準拠してそれぞれを過活動性

BPSD と低活動性 BPSD に分け、BPSD 評価尺度が測定可能な BPSD を表 2 にまとめた。

表 2 各 BPSD 評価尺度の測定可能な項目の比較

評価尺度	IPA提唱の BPSD	NPI NPI-NH NPI-Q	CMAI	BEHAVE-AD	DBDスケール DBD13	阿部式 BPSDスコア	BPSD+Q BPSD13Q	
心理 症状	過活動性 BPSD	幻覚	幻覚	-	幻視・幻覚・ 幻嗅・幻触	-	-	幻視・幻聴*
		妄想	妄想	-	妄想観念	-	幻覚・妄想	妄想*
		誤認	-	-	-	-	-	-
		睡眠障害*	睡眠障害*	-	日内リズム	-	-	-
	低活動性 BPSD	抑うつ気分	うつ	-	感情障害	-	抑うつ	うつ*
		不安	不安	-	不安、恐怖	-	-	不安*
行動 症状	過活動性 BPSD	身体的 攻撃性	興奮	暴力	暴力	世話を拒否*、 興奮、 物を壊す	興奮、暴力	暴行、 介護への抵抗*
		不穏	-	落ち着きの なさ	不穏	-	-	不穏*
		暴言	-	悪態、 不平不満、 反抗的言動	暴言	言いがかり*、 口汚くののしる*	暴言	暴言
		焦燥	-	-	-	-	焦燥・ イライラ	-
		金切り声	-	奇声	-	金切り声	-	-
		泣き叫び	-	叫ぶ	-	泣く・笑う	大声	大声
		つきまとい	-	不当に注意を 引く、助けを 求める	-	-	-	-
		放浪	-	放浪、別の 場所へ行こう とする	-	家の外へ行こうと する	-	無断外出
		繰り返し質問	異常行動	繰り返し行動	-	繰り返し行動* 繰り返し質問	-	繰り返し質問*、 常同行動
		徘徊	-	-	徘徊、 無目的な行動	歩き回る*、 徘徊	徘徊	徘徊*
		脱抑制	脱抑制	-	-	-	-	脱抑制*
		-	-	-	日内リズム	夜間起き出す*、 夜間行動	昼夜逆転	昼夜逆転*
		-	食行動異常	-	-	食事を拒否、 過食、投げる	食行動異常	食行動異常
		-	易刺激性	-	-	-	-	易怒性*
		-	-	-	不適切な行動	不適切な 性関係、露出	-	性的不適切行動
	-	-	-	-	収集*	-	収集	
	-	-	-	-	失禁	排泄行動 異常	不潔行為	
	-	-	-	-	-	-	火の不始末	
	-	-	物を不適切に 取り扱う、 隠す	-	物をなくす・ 間違える・ 隠す*、タンスの中 身を出す*	-	物をなくす	
	-	-	不適切な 服装	-	不適切な 服装*	-	-	
	低活動性 BPSD	意欲低下	無為・ 無関心	-	-	無関心*	アパシー	アパシー*、 無反応・ 無関心
		-	-	-	-	-	-	閉じこもり
		-	-	-	-	傾眠行動*	-	傾眠傾向*

*睡眠障害は、夜間行動という点では行動症状にも該当する

(2) BPSD 評価尺度の選定にあたって考慮すべき事項

委員会協議により、介護現場で活用するための BPSD 評価尺度の選定にあたって考慮すべき事項を以下とした。

- 出現頻度の高い項目を評価できること
- 心理症状・行動症状の両方を評価できること
- 過活動性・低活動性 BPSD の両方を評価できること
- 無料で活用できること

上記の事項を踏まえて、委員会で議論の結果、アンケート調査では以下の BPSD 評価尺度を使用し、有効性の比較を行い、認知症ケアの現場で評価尺度の活用可能性を検討することとした。

- NPI-Q
- NPI-NH
- DBD13
- BPSD+Q
- BPSD13Q

引用文献

1. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al: The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314, 1994.
2. 博野信次、森悦郎、池尻義隆、他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. *脳と神経* 49(3): 266-271, 1997.
3. Cummings JL: The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 48(6): 10-16, 1997.
4. 繁信和恵、博野信次、田伏薫、他: 日本語版 NPINH の妥当性と信頼性の検討. *神研の進歩* 60(12): 1463-1469, 2008.
5. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al: Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12(2): 233-239, 2000.
6. 松本直美、池田学、福原竜治、他: 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討. *脳と神経* 58(9): 785-790, 2006.
7. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 44(3): 77-84, 1989.
8. 本間昭、新名理恵、石井徹郎、他: コーエン・マンスフィールド agitation 評価票 (CohenMansfield Agitation Inventory; CMAI) 日本語版の妥当性の検討. *老年精医誌* 13(7): 831-835, 2002.
9. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 48: 9-15, 1987.
10. 朝田隆、本間昭、木村通宏、他: 日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について. *老年精医誌* 10(7): 825-834, 1999.
11. Baumgarten M, Backer R, Gauthier S: Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance Scale. *J Am Geriatr*

Soc 38(3): 221- 226, 1990.

12. 溝口環、飯島節、江藤文夫、他: DBD スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による 老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日老医誌 30(10): 835-840, 1993.
13. 町田綾子: Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性, 妥当性 の検討—ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して—. 日老医誌 49(4): 463-467, 2012.
14. Abe K, Yamashita T, Hishikawa N, et al: A new simple score (ABS) for assessing behavioral and psychological symptoms of dementia. J Neurol Sci 350: 14-17, 2015.
15. 内藤典子、藤生大我、滝口優子、他: BPSD の新規評価尺度: 認知症困りごと質問票 BPSD+Q の開発と信頼性・妥当性の検討. 認知症ケア研究誌 2: 133-145, 2018.
16. Fujii T, Yamagami T, Ito M, et al: Development and evaluation of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version. Dement Geriatr Cogn Dis Extra, 11: 222-226, 2021.

(3) アンケート調査の実施

① 目的

委員会で検討した5種類のBPSD評価指標を用いて、それぞれの有用性を比較し、認知症ケアの現場での評価指標の活用可能性を検討することを目的とした。

② 方法

a. 対象者の抽出

全国の介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所等、計147施設に募集を図った。さらに、全国老人保健施設協会の協力のもと、各都道府県1施設の介護老人保健施設に募集を図った。

各施設では、5名の介護職員の協力を得ることとした。内訳として、BPSD評価指標を用いた評価およびアンケートに回答する3名とBPSD評価指標(NPI-NH)を用いた評価にてインタビューを受ける1名、調査の取りまとめを行う1名とした。さらに、介護職員のBPSD評価を受ける2名の認知症の人を対象としアンケートに回答する3名がNPI-NHを含む5種のBPSD評価尺度でそれぞれの状態を評価した。

各居宅介護支援事業所では、1~3名の居宅介護支援専門員(ケアマネ)の協力を得ることとした。ケアマネ1名につき、2名の認知症を評価することとしたため、最大3名のケアマネがそれぞれ2名の認知症の人を評価することとした。そのため、最大6名の認知症の人を対象とした。

b. 認知症の人の研究参加における適応基準と除外基準

適応基準は、認知症の診断を受けている人(鑑別診断の必要なし)や、認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上の者、「同じ行為を繰り返す」「怒りっぽい」「悲しそう」「介護拒否」「妄想」「やる気がない」「興味を示さない」「衝動的な行動(脱抑制)」「夜間行動」のうちのいずれか1つ以上の症状を示す者*、のすべてを満たす者とした。

除外基準は、障害高齢者の日常生活自立度C以上、会話不能、経管栄養とした。

*委員会での議論をふまえ、NPI-NH及びBPSD+Qに含まれる項目であり、過活動・低活動の症状のバランスを考慮し、ここにある症状を例示した。

c. 調査項目

認知症の基本情報(年代、認知症の原因疾患、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度)、BPSD評価(BPSD+Q、NPI-Q、DBD13、BPSD13Q、NPI-NH)、各BPSD評価尺度の評価に要した時間、BPSDの有用性、BPSD評価尺度の活用実態について回答を得た。調査項目の一覧を表5に示した。

d. 調査期間

令和3年12月20日（月）～令和4年1月28日（金）

表5 調査項目の一覧

基 本 情 報	年代
	認知症の原因疾患
	認知症高齢者の日常生活自立度
	障害高齢者の日常生活自立度
評 価 尺 度	BPSD+Q
	NPI-Q
	DBD13
	BPSD13Q
	NPI-NH*
評 価 尺 度 の 有 用 性	①介護現場で活用（評価の仕方や現場での負担等を含む）しやすいと思いますか
	②実施したケアを振り返り、次のケアにつなげる際に役立つと思いますか
	③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか
	④ケアの前後で評価を実施するときに BPSD の状態変化が数値でわかりやすく評価できると思いますか
	⑤他職種連携（医師含む）での情報共有に役立つと思いますか
	⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか
	⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか
	⑧追加した方が良いと思う項目（症状）について （⑦で「1：そう思わない」もしくは「2：ややそう思う」を選択した場合）
評 価 尺 度 の 活 用 実 態	①事業所の種類
	②日常業務で LIFE（科学的介護情報システム）の使用の有無
	③今回の調査以前に、過去1年間の日常業務で BPSD 評価指標の使用の有無 [#]
	④今回の調査以前から、日常業務で使用している BPSD 評価指標について（複数回答）
	⑤BPSD 評価指標を使用している目的
	⑥以前から使用している BPSD 評価指標に関する感想
	⑦BPSD 評価指標を使用していない理由
	⑧今回、評価を実施した感想

*：施設のみ実施。

#：評価尺度の活用実態の③にて、日常業務で BPSD 評価指標を使用ありの場合は、④から⑥の回答を得た。評価尺度の活用実態の③にて、日常業務で BPSD 評価指標を使用なしの場合は、⑦、⑧の回答を得た。

e. 調査手順

施設では、BPSD 評価指標を用いた評価およびアンケートに回答する 3 名が同一の認知症の人 2 名を同時に評価することとした。その後、評価指標の有用性に関するアンケートに回答することとした。評価では 5 つの評価指標を用いた。4 つの評価指標は評価者による自記式による評価、1 つの評価指標は評価者がインタビュアーとなり、インタビュアーとは別の介護職員にインタビュー形式で実施することとした。なお、インタビュー形式の評価は同時に行えないため、1 名ずつ順に実施することとした。

居宅介護支援事業所では、BPSD 評価指標を用いた評価およびアンケートに回答するケアマネ 1 名が認知症の人 2 名を評価することとした。その後、評価指標の有用性に関するアンケートに回答することとした。評価では 4 つの BPSD 評価指標による自記式の評価を実施することとした。複数のケアマネが同一の認知症の人を担当することはまれであるため、BPSD の評価は単独で行った。また、インタビュー形式の評価は実施しなかった。

施設、居宅介護支援事業では、各 BPSD 評価指標にて評価した直後に評価に要した時間（評価時間）および BPSD 評価尺度の有用性について「1：そう思わない」～「5：そう思う」の 5 段階で回答を得た。

f. 統計解析

BPSD 評価指標の有用性については、施設と居宅介護支援事業に分けて解析を行った。一元配置分散分析を実施し、事後検定に post hoc 多重比較検定（Tukey 法）の補正を用いた。効果量（d）の大きさの基準は効果量小 $d=0.20$ 、効果量中 $d=0.50$ 、効果量大 $d=0.80$ とした。解析は SPSS ver.27 (IBM Corp.)を用いた。

③ 調査結果

a. 対象者

全国の介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所、計 147 施設のうち、43 施設が参加した。また、介護老人保健施設は 25 施設参加した。全施設（介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、介護老人保健施設）の施設職員は 158 名、認知症の人は 106 名であった。居宅の施設職員は 26 名、認知症の人は 52 名であった。

b. 認知症の人の基本情報

各施設サービスを利用する 158 名の認知症の人の基本情報を表 6 に示す。障害高齢者の日常生活自立度において、介護老人保健施設で 1 名、介護老人福祉施設で 2 名の欠損値があった。

表 6 各施設における認知症の人の基本情報

項目	老健 (n=50)	特養 (n=44)	GH (n=10)	居宅 (n=52)	その他 (n=2)
年代	60歳未満	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	60代	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.9)
	70代	5(10.0)	5(11.4)	2(20.0)	5(9.6)
	80代	28(56.0)	22(50.0)	4(40.0)	32(61.6)
	90歳以上	16(32.0)	17(38.6)	4(40.0)	14(26.9)
認知症の 原因疾患	AD	23(46.0)	23(52.3)	8(80.0)	35(67.3)
	DLB	3(6.0)	1(2.3)	1(10.0)	6(11.5)
	FTLD	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.9)
	VaD	3(6.0)	4(9.1)	0(0.0)	3(5.8)
	混合型	1(2.0)	1(2.3)	0(0.0)	2(3.8)
	鑑別診断なし	16(32.0)	12(27.3)	0(0.0)	4(7.7)
	その他	3(5.8)	3(6.8)	1(10.0)	1(2.0)
認知症 高齢者の 日常生活 自立度	II a	1(2.0)	1(2.3)	0(0.0)	2(3.8)
	II b	8(16.0)	7(15.9)	0(0.0)	20(38.5)
	III a	24(48.0)	18(40.9)	3(30.0)	17(32.7)
	III b	11(22.0)	7(15.9)	3(30.0)	8(15.4)
	IV	6(12.0)	9(20.5)	4(40.0)	4(7.7)
V	0(0.0)	2(4.5)	0(0.0)	1(1.9)	
障害 高齢者の 日常生活 自立度	J1	1(2.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(1.9)
	J2	3(6.0)	1(2.4)	0(0.0)	5(9.6)
	A1	18(36.0)	5(11.9)	1(10.0)	26(50.0)
	A2	9(18.0)	15(35.7)	7(70.0)	17(32.7)
	B1	7(14.0)	14(33.3)	1(10.0)	2(3.8)
	B2	11(22.0)	7(16.7)	0(0.0)	1(1.9)

値は、人数(%)を示す

老健：介護老人保健施設

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

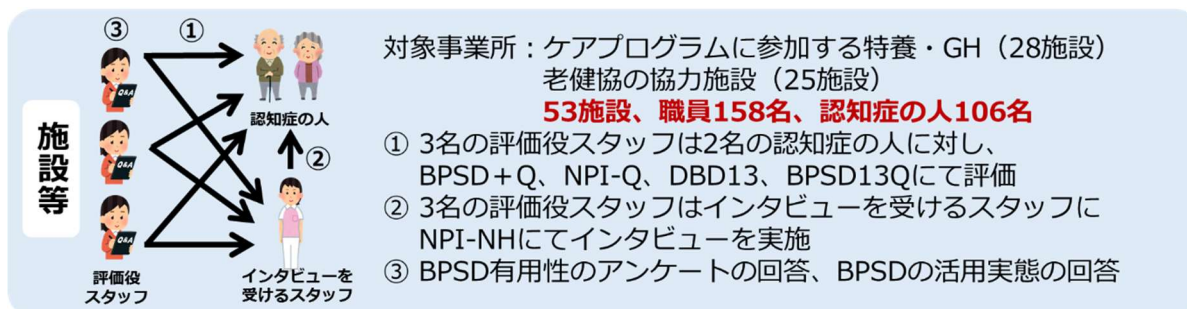
AD：アルツハイマー型認知症

DLB：レビー小体型認知症

FTLD：前頭側頭型認知症

VaD：脳血管型認知症

○ 施設での各 BPSD 評価尺度の有用性



施設の参加者のうち、BPSD 評価指標の有用性（①～⑦の項目）で欠損値があった7名を除外し、計151名を解析対象者とした。

i) 評価時間

評価時間では、BPSD+Qで2名、NPI-Qで1名、DBD13で2名、BPSD13Qで3名、NPI-NHで3名の欠損値があった。一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p < 0.001$, $F(4,739) = 129.54$)。事後解析として行った、post hoc 多重比較検定の結果は表8・図1に示す。

表7 施設における BPSD 評価指標の評価時間の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=149	n=150	n=149	n=148	n=148		
7.8±4.2	7.2±4.4	4.2±3.4	4.7±3.0	15.4±7.5	F(4,739)=129.54	<0.001***

***: $p < 0.01$

表8 施設における BPSD 評価指標の評価時間の事後解析(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
BPSD+Q	NPI-Q	0.822	-0.921	2.106	0.14
	DBD13	<0.001 ***	2.088	5.120	0.94
	BPSD13Q	<0.001 ***	1.652	4.689	0.85
	NPI-NH	<0.001 ***	-9.048	-6.011	1.25
NPI-Q	DBD13	<0.001 ***	1.498	4.525	0.76
	BPSD13Q	<0.001 ***	1.062	4.094	0.66
	NPI-NH	<0.001 ***	-9.637	-6.605	1.34
DBD13	BPSD13Q	0.936	-1.952	1.085	0.16
	NPI-NH	<0.001 ***	-12.652	-9.615	1.93
BPSD13Q	NPI-NH	<0.001 ***	-12.220	-9.178	1.87

***: $p < 0.01$

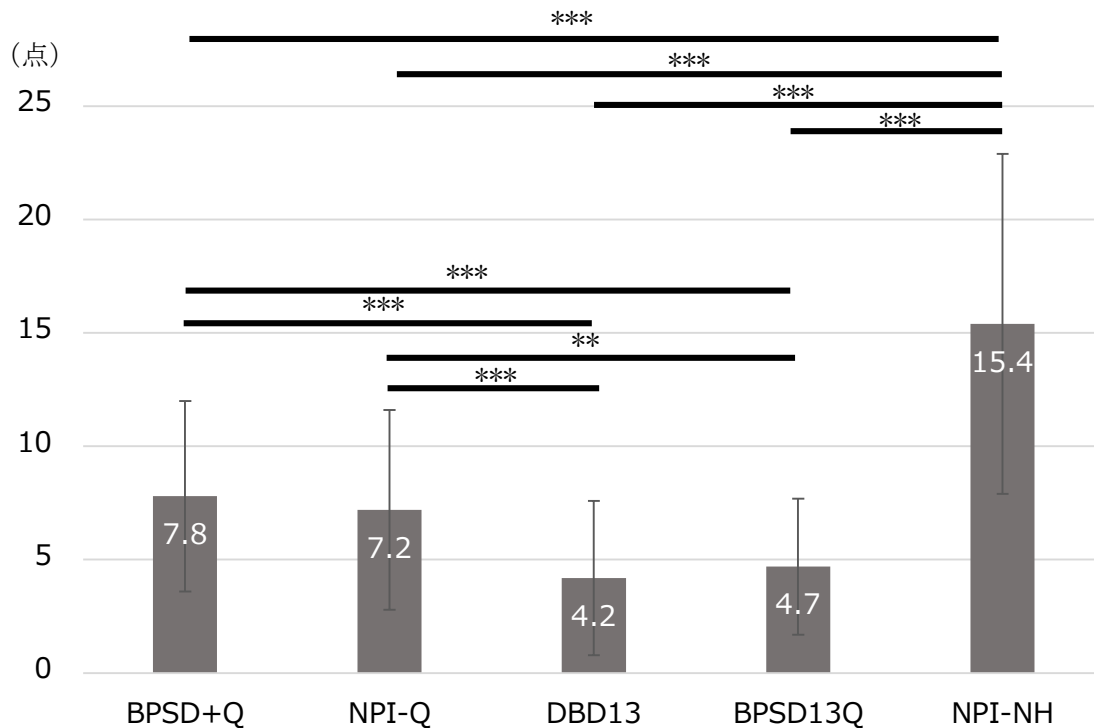


図1 施設におけるBPSD評価指標の評価時間の一元配置分散分析 事後解析(post hoc 多重比較検定)
*** : p<0.001

ii) 活用のフィジビリティ

「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いますか」の問いに対しての回答の一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた(p<0.001, F(4,750)=11.52, 表9)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表10と図2に示す。

表9 施設における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=151	n=151	n=151	n=151	n=151		
3.3±0.8	3.1±0.9	3.6±0.8	3.5±0.8	3.1±1.0	F(4,750)=11.52	<0.001***

***:p<0.01

表 10 施設における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いますか」の事後解析
(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
BPSD+Q	NPI-Q	0.314	-0.08	0.47	0.24
	DBD13	0.007 **	-0.61	-0.06	0.38
	BPSD13Q	0.078	-0.53	0.02	0.25
	NPI-NH	0.470	-0.11	0.44	0.22
NPI-Q	DBD13	<0.001 ***	-0.81	-0.25	0.59
	BPSD13Q	<0.001 ***	-0.73	-0.17	0.47
	NPI-NH	0.999	-0.30	0.25	0.00
DBD13	BPSD13Q	0.934	-0.20	0.35	0.13
	NPI-NH	<0.001 ***	0.23	0.78	0.55
BPSD13Q	NPI-NH	<0.001 ***	0.15	0.70	0.44

***:p<0.001 **:p<0.01

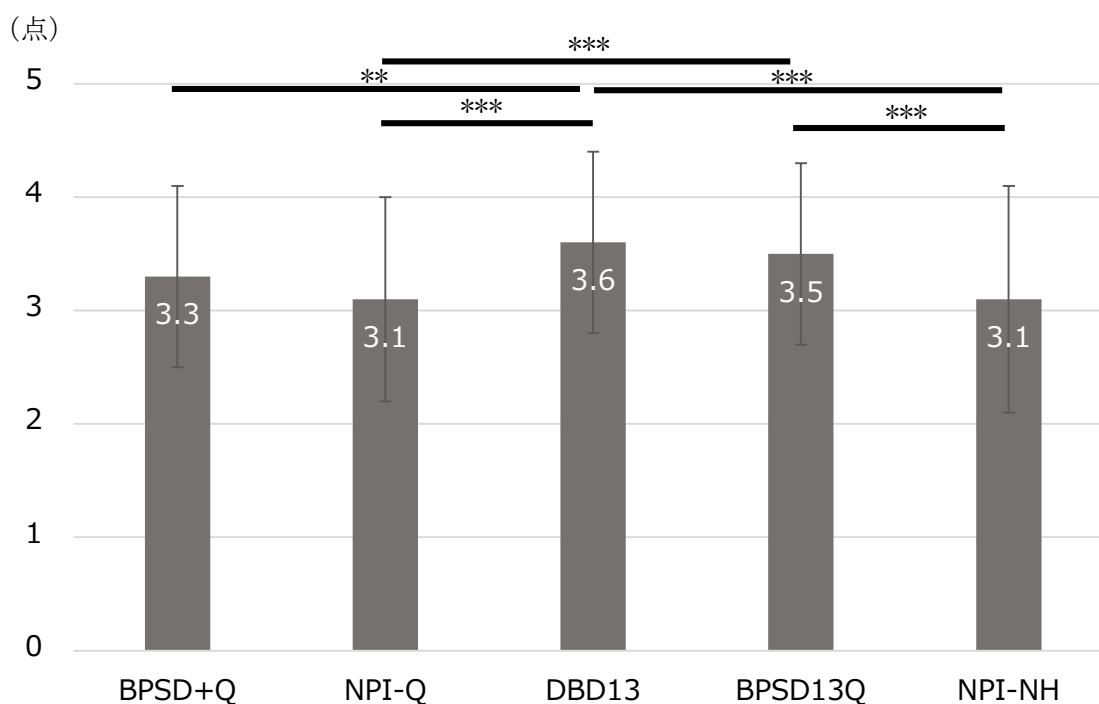


図 2 施設における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いますか」の問いに対する回答の一元配置分散分析 事後解析(post hoc 多重比較検定)

iii) ケア向上に対する有用性

「②実施したケアを振り返り、次のケアにつなげる際に役立つと思いますか」の問いに対する回答の一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.136$, F 値 1.76, 表 11)。

表 11 施設における「②実施したケアを振り返り、次のケアにつなげる際に役立つと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=151	n=151	n=151	n=151	n=151		
3.5±0.9	3.3±0.8	3.5±0.8	3.5±0.8	3.5±0.8	F(4,750)=1.76	0.136

iv) 項目のわかりやすさ

「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」、では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p<0.001$, F(4,750)=10.30, 表 12)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表 13 と図 3 の通り。

表 12 施設における「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=151	n=151	n=151	n=151	n=151		
3.4±0.9	3.0±0.9	3.4±0.8	3.5±0.8	3.2±0.9	F(4,750)=10.30	<0.001***

***: $p<0.01$

表 13 施設における「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
BPSD+Q	NPI-Q	0.003 **	0.09	0.63	0.44
	DBD13	0.202	-0.48	0.06	0.00
	BPSD13Q	0.929	-0.35	0.19	0.12
	NPI-NH	0.330	-0.08	0.46	0.22
NPI-Q	DBD13	<0.001 ***	-0.84	-0.30	0.47
	BPSD13Q	<0.001 ***	-0.71	-0.17	0.59
	NPI-NH	0.407	-0.44	0.10	0.22
DBD13	BPSD13Q	0.665	-0.14	0.40	0.13
	NPI-NH	<0.001 ***	0.13	0.67	0.24
BPSD13Q	NPI-NH	0.057	-0.01	0.53	0.35

***:p<0.001 **:p<0.01

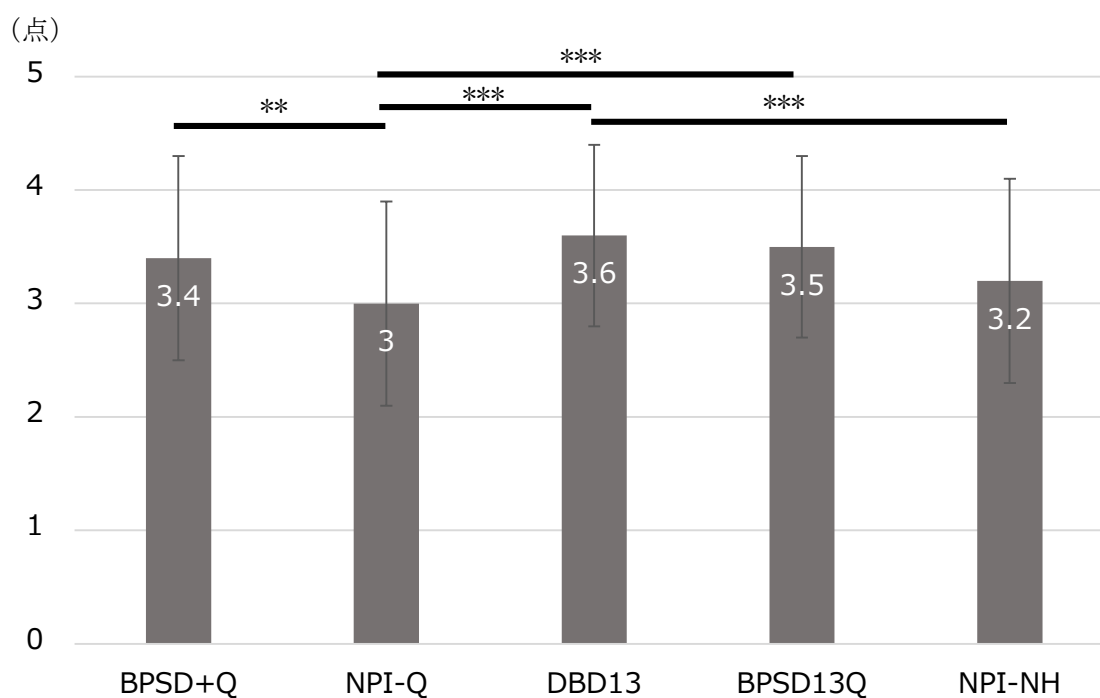


図 3 施設における「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

v) 状態変化の評価の有用性

「④ケアの前後で評価を実施するときに BPSD の状態変化が数値でわかりやすく評価できると思いませんか」、では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.083$, $F(4,750)=2.07$, 表 14)。

表 14 施設における「④ケアの前後で評価を実施するときに BPSD の状態変化が数値でわかりやすく評価できると思いませんか」の比較

BPSD+Q n=151	NPI-Q n=151	DBD13 n=151	BPSD13Q n=151	NPI-NH n=151	F 値	p 値
3.5±0.9	3.2±0.8	3.4±0.8	3.4±0.7	3.4±0.9	F(4,750)=2.07	0.083

vi) 多職種連携での有用性

「⑤他職種連携（医師含む）での情報共有に役立つと思いませんか」、では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p=0.034$, $F(4,750)=2.61$, 表 15)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表 16 と図 4 を参照。

表 15 施設における「⑤他職種連携(医師含む)での情報共有に役立つと思いませんか」の比較

BPSD+Q n=151	NPI-Q n=151	DBD13 n=151	BPSD13Q n=151	NPI-NH n=151	F 値	p 値
3.6±0.9	3.3±0.9	3.4±0.9	3.5±0.8	3.5±0.8	F(4,750)=2.61	0.034*

*:p<0.05

表 16 施設における「⑤他職種連携(医師含む)での情報共有に役立つと思いますか」の
事後解析(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
BPSD+Q	NPI-Q	0.016 *	0.04	0.56	0.33
	DBD13	0.334	-0.08	0.44	0.22
	BPSD13Q	0.592	-0.12	0.40	0.12
	NPI-NH	0.837	-0.16	0.36	0.12
NPI-Q	DBD13	0.723	-0.38	0.14	0.11
	BPSD13Q	0.457	-0.42	0.10	0.24
	NPI-NH	0.230	-0.46	0.06	0.24
DBD13	BPSD13Q	0.994	-0.30	0.22	0.12
	NPI-NH	0.921	-0.34	0.18	0.12
BPSD13Q	NPI-NH	0.994	-0.30	0.22	0.00

*:p<0.05

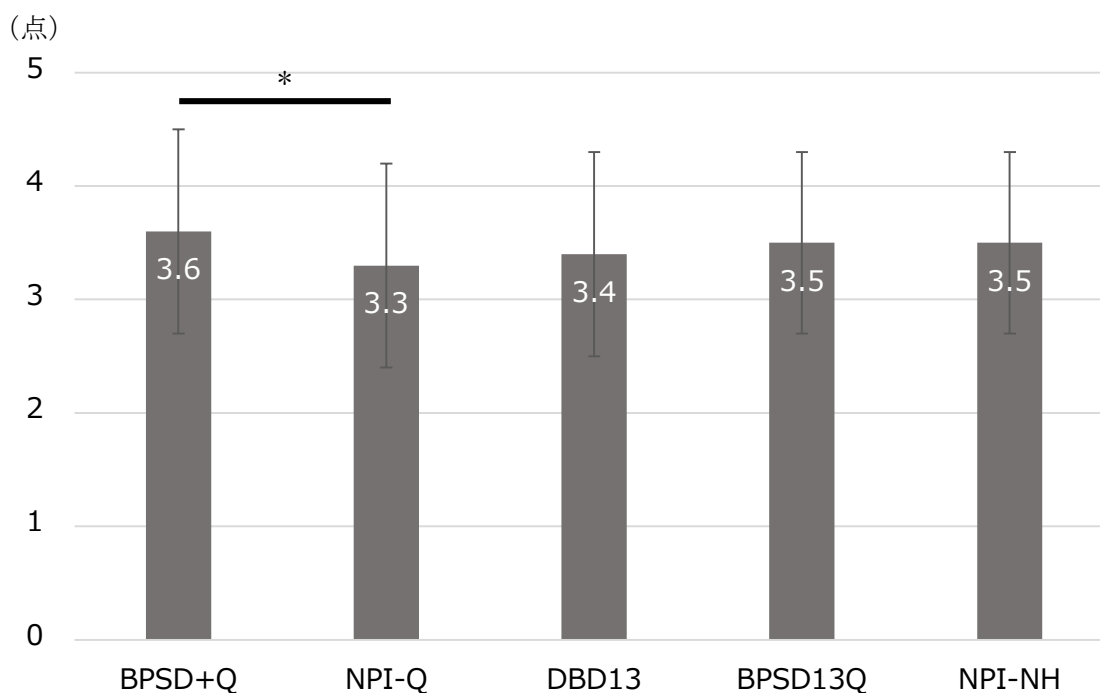


図 4 施設における「⑤他職種連携(医師含む)での情報共有に役立つと思いますか」の
事後解析(post hoc 多重比較検定)

vii) ニーズ分析に対する有用性

「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」、では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p=0.007$, $F(4,750)=3.59$, 表 17)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表 18 と図 5 を参照。

表 17 施設における「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=151	n=151	n=151	n=151	n=151		
3.6±0.8	3.2±0.8	3.3±0.8	3.4±0.8	3.4±0.8	F(4,750)=3.59	0.007**

**: $p<0.01$

表 18 施設における「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
BPSD+Q	NPI-Q	0.002 **	0.09	0.60	0.50
	DBD13	0.128	-0.03	0.47	0.38
	BPSD13Q	0.426	-0.09	0.41	0.25
	NPI-NH	0.426	-0.09	0.41	0.25
NPI-Q	DBD13	0.655	-0.38	0.13	0.13
	BPSD13Q	0.267	-0.44	0.07	0.25
	NPI-NH	0.267	-0.44	0.07	0.25
DBD13	BPSD13Q	0.968	-0.31	0.19	0.13
	NPI-NH	0.968	-0.31	0.19	0.13
BPSD13Q	NPI-NH	1.000	-0.25	0.25	0.00

**: $p<0.01$

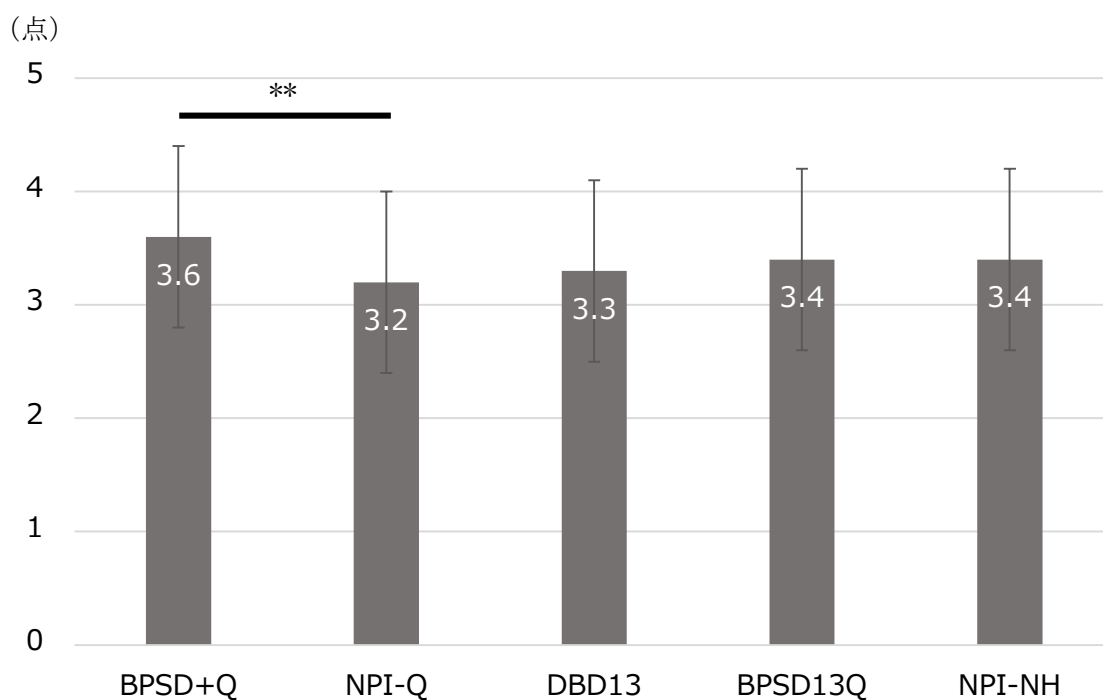


図5 施設における「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

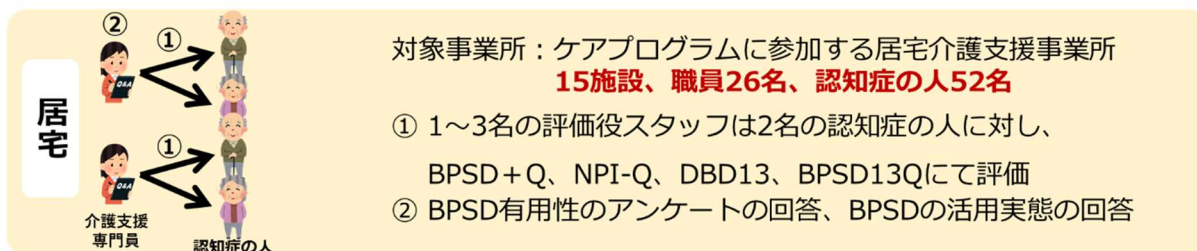
viii) 項目の網羅性

「⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか、では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.652$, $F(4,750)=0.61$, 表 19)。

表 19 施設における「⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	NPI-NH	F 値	p 値
n=151	n=151	n=151	n=151	n=151		
3.1±0.8	3.1±0.7	3.2±0.7	3.1±0.7	3.2±0.7	F(4,750)=0.61	0.652

○ 居宅介護支援事業所での各 BPSD 評価尺度の有用性



居宅介護支援事業所の参加者のうち、BPSD 評価指標の有用性 (①～⑦の項目) で欠損値があった4名を除外し、計22名を解析対象者とした。

i) 評価時間

評価時間では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p < 0.001$, $F(3,84) = 6.61$, 表20)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表21と図6を参照。

表20 居宅介護支援事業所における BPSD 評価指標の評価時間の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
13.3±7.0	9.4±6.2	6.3±5.6	6.3±5.4	F(3,84)=6.61	<0.001***

***: $p < 0.01$

表21 居宅介護支援事業所における BPSD 評価指標の評価時間の比較

		p 値	95% 信頼区間		効果量
			下限	上限	d
	NPI-Q	0.146	-0.864	8.727	0.59
BPSD+Q	DBD13	0.001 **	2.250	11.841	1.1
	BPSD13Q	0.001 **	2.182	11.773	1.12
NPI-Q	DBD13	0.329	-1.682	7.909	0.53
	BPSD13Q	0.349	-1.750	7.841	0.53
DBD13	BPSD13Q	1.000	-4.864	4.727	0

**: $p < 0.01$

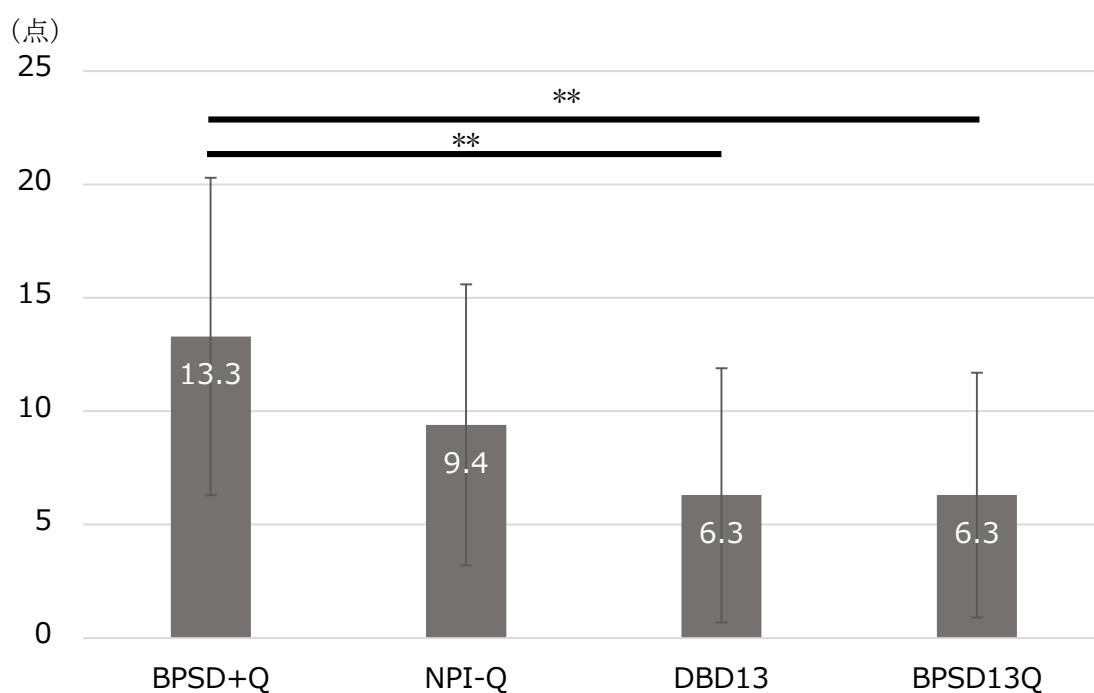


図 6 居宅介護支援事業所における BPSD 評価指標の評価時間の比較

ii) 活用のフィジビリティ

「① 介護現場で活用（評価の仕方や現場での負担等を含む）しやすいと思いますか」の問いに対する回答では、一元配置分散分析の結果、有意な差を認めた ($p=0.047$, $F(3,84)=2.77$, 表 22)。事後解析として行った post hoc 多重比較検定の結果は表 23 と図 7 を参照。

表 22 居宅介護支援事業所における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いま
すか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.4±0.8	3.2±0.9	3.8±0.7	3.6±0.7	F(3,84)=2.77	0.047*

*: $p < 0.05$

表 23 居宅介護支援事業所における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いま
すか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

		p 値	95% 信頼区間		効果量 d
			下限	上限	
	NPI-Q	0.866	-0.43	0.80	0.24
BPSD+Q	DBD13	0.221	-1.07	0.16	0.53
	BPSD13Q	0.768	-0.84	0.39	0.27
NPI-Q	DBD13	0.040 *	-1.25	-0.02	0.74
	BPSD13Q	0.309	-1.02	0.21	0.5
DBD13	BPSD13Q	0.768	-0.39	0.84	0.29

*:p<0.05

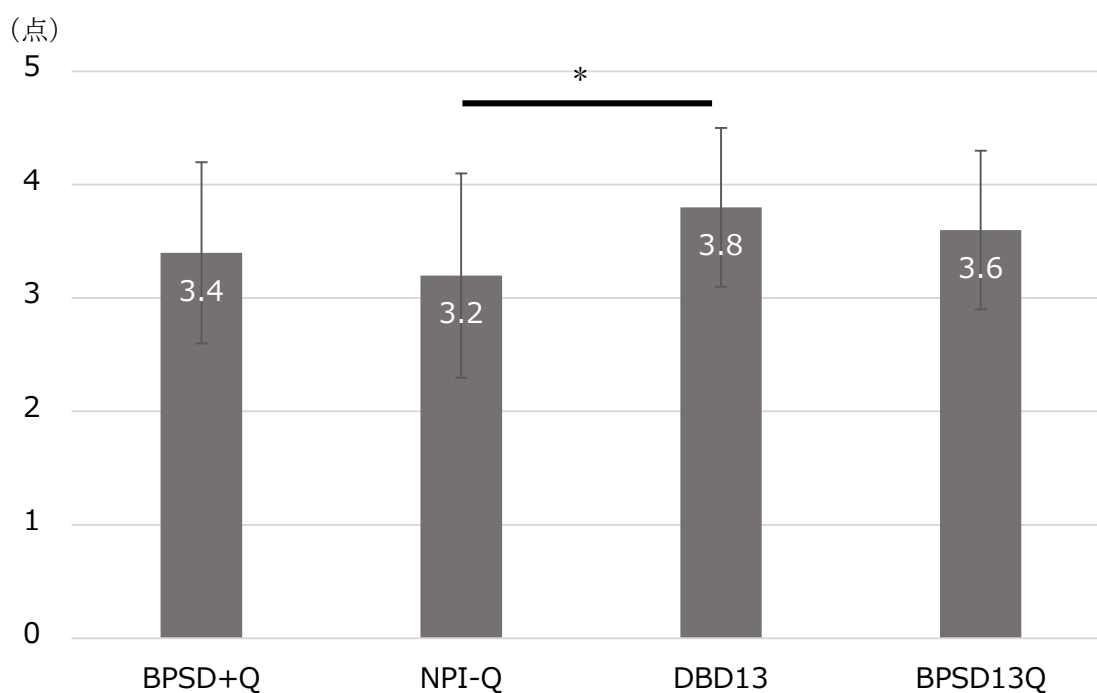


図 7 居宅介護支援事業所における「①介護現場で活用(評価の仕方や現場での負担等を含む)しやすいと思いま
すか」の事後解析(post hoc 多重比較検定)

iii) ケア向上に対する有用性

「②実施したケアを振り返り、次のケアにつなげる際に役立つと思いますか」に対する回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.249$, $F(3,84)=1.40$, 表 24)。

表 24 居宅介護支援事業所における「②実施したケアを振り返り、次のケアにつなげる際に役立つと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.5±0.8	3.3±0.8	3.7±0.6	3.6±0.6	F(3,84)=1.40	0.249

iv) 項目のわかりやすさ

「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」の回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.061$, $F(3,84)=2.56$, 表 25)。

表 25 居宅介護支援事業所における「③項目内容はわかりやすく、内容は適切だと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.5±0.8	3.1±1.0	3.7±0.6	3.6±0.8	F(3,84)=2.56	0.061

v) 状態変化の評価の有用性

「④ケアの前後で評価を実施するときに BPSD の状態変化が数値でわかりやすく評価できると思いますか」の回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.185$, $F(3,84)=1.65$, 表 26)。

表 26 居宅介護支援事業所における「④ケアの前後で評価を実施するときに BPSD の状態変化が数値でわかりやすく評価できると思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.6±0.8	3.2±0.8	3.6±0.6	3.5±0.8	F(3,84)=1.65	0.185

vi) 多職種連携での有用性

「⑤他職種連携（医師含む）での情報共有に役立つと思いますか」の回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった ($p=0.235$, $F(3,84)=1.45$, 表 27)。

表 27 居宅介護支援事業所における「⑤他職種連携(医師含む)での情報共有に役立つと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.5±0.7	3.2±0.8	3.6±0.6	3.5±0.6	F(3,84)=1.45	0.235

vii) ニーズ分析に対する有用性

「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」の回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった (p=0.383, F 値 1.03, 表 28)。

表 28 居宅介護支援事業所における「⑥認知症の人のニーズを分析する際に役立つと思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.5±0.8	3.3±0.8	3.2±0.4	3.4±0.6	F(3,84)=1.03	0.383

viii) 項目の網羅性

「⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか」への回答では一元配置分散分析の結果、有意な差を認めなかった (p=0.344, F 値 1.12, 表 29)。

表 29 居宅介護支援事業所における「⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか」の比較

BPSD+Q	NPI-Q	DBD13	BPSD13Q	F 値	p 値
n=22	n=22	n=22	n=22		
3.5±0.8	3.2±0.9	3.1±0.6	3.3±0.7	F(3,84)=1.12	0.344

○ 各 BPSD 評価尺度への追加項目に関する質問

評価尺度に追加した方が良いと思う項目（症状）について（⑦現場で出現している BPSD を見落としなく評価できると思いますか、で「1：そう思わない」もしくは「2：ややそう思う」を選択した場合）と選んだ者に対し、各評価尺度別に以下の通りに示した。

i) 施設等

施設等に所属する者の主な回答について、表 30 にまとめた。

表 30 施設における各 BPSD 評価尺度に追加した方が良いと思う項目(症状)(一部抜粋)

評価項目	内容
BPSD+Q	<p>【見落としの可能性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1週間以内の期間のため、見落としてしまうこともあるのではと思う。 ・1週間限定の評価では、1週間内に症状が出ていない場合、評価ができない（日々の介護負担等）。
	<p>【簡潔に整理されている】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・項目は簡潔に表現されている。症状があてはまらない時、一番右側の「徘徊、不穏」「収集」等を確認して、何の症状に対して質問されているのか判断する必要があった。
	<p>【ばらつきの可能性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重病度・負担度は、人によってバラつきが出てしまうのかと思う。
	<p>【追加すべき項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他者のものを勝手に持って行く。清潔・不潔の区別がつかない。
NPI-Q	<p>【表現があいまい】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BPSD の表現があいまいなため、当てはまるか評価が難しく感じた。評価者によって、かなり違いが出そうと感じた。 ・チェックの仕方としては、簡単でよいようにみえるが、質問の内容がざっくりしすぎているのかと思う。
	<p>【ばらつきの可能性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのような環境で生活しているのかによって、重症度・負担度も変わってくると思う。正しく評価されるのか疑問に思う。
	<p>【追加すべき項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・異常行動の詳細。 ・大声、収集、暴行、昼夜逆転。 ・問1で「危害を加えようとしている」の他に、「悪口を言われている」も加えてみてはどうか。問11で「夜中にあなたを起こしたり、朝早く起きる」の他に、「夜中ずっと起きている」も加えてみては。
DBD13	<p>【見落としの可能性】</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・1週間という期間なので、見落としてしまうところもあるのではと思う。
	<p>【項目の具体化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・設問が端的で、個々人で捉え方に違いが出てくるのでは。“追加”というよりは、各項目を具現化するとイメージしやすいかと思った。
	<p>【項目が少ない】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全体的に項目が少ない。
	<p>【追加すべき項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・物、人に執着する。 ・妄想、脱抑制、大声、うつ、不潔行為 ・食に関する行動について（異食、食べることを拒否するなど）。 ・心理症状がないので、BPSD 全体を評価できない。
	<p>【項目が少ない】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もっと項目があると利用者のニーズが分かるように思う。
	<p>【見落としの可能性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期間が1週間の状況なので、見落としてしまうところもあるのではと思う。
	<p>【わかりやすい】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・項目内容はわかりやすく、回答しやすかった。
BPSD13Q	<p>【追加すべき項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収集、異食。 ・大声、暴行。
	<p>【評価の仕方が難しい】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4：こだわって同じ行動…が、本人が意思を持っているか、それとも反射的にしている行動や動作か、判断が難しい。
	<p>【体調や服薬の影響】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の体調、服薬調整で状態の変化があり、つかみにくい。
	<p>【時間がかかる】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間がかかりすぎ、評価しにくい。
	<p>【ユニットケアにマッチしない】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットケアには、BPSD 評価尺度はマッチしないと思う。
	<p>【記述欄が必要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下位項目にあてはまらないこともあるため、内容を書けるスペースがあるとよいし、伝わりやすい。
NPI-NH	<p>【正確な判断が困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明文を読んでインタビューするが、聞き手側も適確な判断が困難だった。 ・インタビューする側もされる側も答えにくい部分が多かった。
	<p>【体調・服薬の影響】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体調や服薬で変化するので、本来の入居者の姿が見えない。

【ばらつきの可能性】

- ・評価する側の理解度により評価が変わってくる。また、負担度も経験年数により変わってくる。
-

【追加すべき項目】

- ・異食。
 - ・まだ足りない情報があると思う（人的環境要因など）。
 - ・人的環境要因が足りないと思う。
 - ・支離滅裂な発言がある。
-

ii) 居宅事業所

居宅介護事業所に所属する者の主な回答を表 31 にまとめた。

表 31 居宅介護支援における各 BPSD 評価尺度に追加した方が良いと思う項目(症状)(一部抜粋)

評価項目	内容
NPI-Q	【項目の具体化】 ・症状の追加よりも、具体例を出したりして、わかりやすい表記の方がよい。
	【追加すべき項目】 ・排泄、食事動作に関する項目。
DBD13	【評価の仕方が難しい】 ・問 10 に対し、該当する答えがないと悩まれた結果、未回答で提出された。実際は家族が、毎回、着衣を準備する全介助状態であるため、「過去に不適切な服装をすることがあったため、現在は全介助」等の回答選択肢があるとよいのではと考える。 ・「重症度」と「負担度」の評価はあった方がよいと思う。

○ BPSD 評価尺度の活用実態

各施設における LIFE および BPSD 評価尺度の活用実態を表 32 に示す。

表 32 各施設における LIFE および BPSD 評価尺度の活用実態

項目		老健	特養	GH	居宅	その他
		(n=74)	(n=66)	(n=15)	(n=26)	(n=3)
日常業務での LIFE 使用	有	55(74.3)	35(53.0)	6(40.0)	0(0.0)	0(0.0)
	無	19(25.7)	29(47.0)	9(60.0)	26(100.0)	3(100.0)
過去 1 年間の日常業務で BPSD 評価尺度の使用	有	13(17.6)	21(31.8)	3(20.0)	1(3.8)	0(0.0)
	無	61(82.4)	45(68.2)	12(80.0)	25(96.2)	3(100.0)

値は、名(%)を示す

老健：介護老人保健施設

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

※ BPSD 評価尺度については、日常業務で今回の検討で見た評価尺度を使っていない可能性があることに留意のこと。

○ 今回の調査以前から、日常業務で使用している BPSD 評価指標

過去 1 年間の日常業務で BPSD 評価尺度の使用ありと回答した者に、今回の調査以前から、日常業務で使用している BPSD 評価指標について質問をした（複数回答あり：表 33）。

表 33 日常業務で使用している BPSD 評価指標

項目	老健 (n=13)	特養 (n=21)	GH (n=3)	居宅 (n=1)
NPI	0(0.0)	11(52.4)	0(0.0)	1(100.0)
NPI-Q	0(0.0)	1(4.8)	0(0.0)	0(0.0)
NPI-NH	0(0.0)	7(33.3)	3(100.0)	0(0.0)
DBD スケール	5(38.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
DBD13	3(23.1)	7(33.3)	0(0.0)	0(0.0)
BEHAVE-AD	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
CMAI	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
BPSD+Q	3(23.1)	3(14.3)	0(0.0)	0(0.0)
BPSD13Q	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
阿部式 BPSD スコア	3(23.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

値は、名(%)を示す

老健：介護老人保健施設

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

NPI：Neuropsychiatric Inventory

NPI-Q：Neuropsychiatric Inventory-Brief-Questionnaire Form

NPI-NH：Neuropsychiatric Inventory -Nursing Home version

DBD スケール：Dementia Behavior Disturbance Scale

DBD13：Dementia Behavior Disturbance Scale 短縮版

BEHAVE-AD：Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale

CMAI：Cohen-Mansfield Agitation Inventory

BPSD+Q：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia plus-Questionnaire

BPSD13Q：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia-Questionnaire 13-Item Version

○ 従前から使用していた BPSD 評価指標の使用目的・その感想

施設および居宅における③過去 1 年間の日常業務で BPSD 評価尺度の使用ありと回答した者に、⑤BPSD 評価指標を使用している目的、および、⑥以前から使用している BPSD 評価指標に関する感想について、表 34、35 にまとめた。

表 34 施設における BPSD 評価尺度の使用目的と以前から使用している
BPSD 評価尺度に関する感想(一部抜粋)

使用している尺度	BPSD 評価尺度の使用目的	以前から使用している BPSD 評価尺度に関する感想
NPI,BPSD+Q	よりよい個別ケアをするため。多職種との連携のため。	利用者様に対して、ピンポイントでどのようなケアを行っていきこう！ということができる。職員同士も何をすればよいのかがわかりやすい。
NPI-Q	実証実験の一環として使用。	内容が難しい。でも、やってみると効果が見られて驚いた。
NPI-NH	認知症ケア研修の一貫として使用したため、現場にも取り入れ、教育目的として使った。	数値化により、傾向はつかめるものの、それらをどうケアに反映させるのがよいのかが、いまひとつピンとこない。
	B P S D ケアプログラムのモデル事業になっているため。ケアの向上化に取り組むため。	深く探るきっかけとなりました。体調（便など）などを見る、 <u>関わる気づきが増えました。スコアをつけることにより、見える化につながる</u> と思いました。
	B P S D ケアプログラムのモデル事業となったため。効果的なケアを探るため。	<u>数値化されていることで、変化がわかりやすかった。</u> サービスや環境がニーズに合っているのかがわかり、 <u>評価が明確となり、症状を客観的に見ることができ、把握につながった。</u>
NPI-NH,DBD13	本人の生活環境、認知度、行動（日々）を知るため。	項目内容が分かりやすい。本人の状況、状態を知ることができる。項目が少ないため、評価できない B P S D が出てくる。
DBD スケール	利用者様の評価のために使用している。（LIFE）	他職種との情報共有ができ、よいと思った。ニーズ分析に役立つと思う。
	利用者の状態を評価するため。（LIFE）	<u>評価尺度に当てはまらない方が多いと評価しにくい。</u>
NPI-NH, DBD13	環境の変化による B P S D の有無。B P S D ケア介入前後の効果測定。B P S D の原因、背景の分析、ケアの選定。処方薬の調整。	一般の介護職員にとって、例えば「妄想」について説明（解釈）することは難しいことだと思う。DBD13 のような平易な表現について評価する方が、迷いが少ないと思う。

本人の生活環境、認知度、行動（日々）を知るため。	項目内容が分かりやすい。本人の状況、状態を知ることができる。項目が少ないため、評価できないBPSDが出てくる。
--------------------------	---

表 35 居宅における BPSD 評価尺度の使用目的と以前から使用している

BPSD 評価尺度に関する感想

使用している尺度	BPSD 評価尺度の使用目的	以前から使用している BPSD 評価尺度に関する感想
NPI	興味があり、使用してみた。日常的に取り入れていくわけではない。	すごく評価しやすく、デジタル化できるところがとてもよいです。ただし、自分の解釈や評価基準をズラさないように注意すべきです。

○ 普段、BPSD 評価尺度を使用していなかったが、今回、評価を実施した感想

施設および居宅において、⑦BPSD 評価尺度を使用しなかった理由、および、⑧今回、評価を実施した感想を尋ねた。⑦の回答には特徴がなかった（回答が「機会がなかった」などに集中）ので、ここでは、⑧について、施設等の回答を表 36、居宅の回答を表 37 にまとめた。

表 36 BPSD 評価尺度による評価を実施した感想(施設・一部抜粋)

今回、評価を実施した感想
<p>【数値化することにより変化がわかりやすい・役に立つ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 具体的に<u>数字で評価できるのは、変化も含めて、分かりやすいと感じた</u>。慣れてくれば、評価にかかる時間も、もっと短くなりそう。 ・ BPSD の状態を数値で記録しておくことは、今後、<u>役立つかもしれないと感じた</u>。 ・ <u>数値化することで、変化が分かりやすくなっている</u>。 ・ <u>数値化で、個々の変化を把握できることで、とても分かりやすかった</u>。 ・ 何かしら評価ができるツールがあった方が、<u>見える化して、わかりやすい</u>と思った。 ・ <u>変化が分かりやすく表されたと思う</u>。 ・ <u>BPSD の状態を数値化できるため、前後の評価を比較することが可能となると感じた</u>。しかし、<u>質問項目が多い印象</u>を受け、人手不足という問題を抱えている現状では、業務に取り入れることは難しいと思う。 <p>【時間がかかる】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>数値化できることで、変化がわかりやすいとは思ったが、時間がかかりすぎる</u>。同じようなことを書かされたという印象。

-
- ・ 時間がかかり、仕事に支障があった。数値で分かるのはよかったと思う。
 - ・ かなり時間を作らなければ、入所者全員は対応できない。
 - ・ 質問数が多く、半分ほどの質問数であればやりやすい。
 - ・ インタビュー形式のものは、とても時間がかかり、現場で実施していくのは難しいと思った。(NPI-NH)
 - ・ インタビュー形式の評価は、業務時間内に聞く時間がとれない。(NPI-NH)
-

【評価が難しい】

- ・ 1週間で判断するのが難しい。
 - ・ 分かりにくい表現があったりしたので悩んだが、分かりやすく簡単なものが、時間をかけるものよりもよいと思った。
 - ・ 質問が多い、選択が難しい項目があったが、ケアの見直しに役立った。
 - ・ NPI-Qがわかりにくかった。記入方法の説明を読んで答えると適応なしに付けてしまう。
-

【認知症の人を捉えるきっかけとなった】

- ・ 今回、行ってみて、利用者様のことをより考えられるようになった。勉強になった。
 - ・ 改めて、ゲスト様の日常の様子を考えるきっかけになったと思う。見直すこともでき、よかったと思う。
 - ・ 以前は利用者様の行動をよく観察できていなかった。分析もほぼできていなかったと痛感している。症状の軽減には、チームで、情報共有、ケアの統一が重要であり、人的要因ケアのかかわり方で改善されていくことを実感した。
 - ・ 1つの行動には、今まで考えてみなかった要因があることがわかった。
 - ・ やや専門用語が難しいが、前後の比較や対象者のニーズを見つめ直しやすくなったと思った。これまでは話し合いの場で「怒りやすくなった」程度のことしかいえなかったが、BPSDの評価尺度を活用すると、どれくらい、いつ、どんな時、どのようになったかが分かりやすくなったと思う。
 - ・ 対象利用者が現在、どんな状態にあるのか、把握できるよい機会となった。
 - ・ 普段、利用者様を見る視点とは違った見方で評価することで、ニーズの分析やBPSDの状態変化を確認していくことを知るきっかけになった。
 - ・ 初めてBPSDの指標を用いて評価をさせていただき、改めて入所者様と向き合えた感じがした。
-

【スタッフ間での認知症の人の理解の差が明らかになった】

- ・ BPSDと習慣やくせとの区別や判断が、介助者によって、認識が違うと思った。
 - ・ 尺度による質問は概ね分かりやすく、適切であると思われるが、負担度の評価については、ケアワーカー毎の性格や接し方の技術により差が出るため、客観的な評価を行うためには複数のケアワーカーによる評価が必要になるのではないかと感じた。
 - ・ インタビュー形式の評価(NPI-NH)は、自分が感じていることと他者が感じていることに違いがあり、評価する人によって結果もだいぶ違うので、情報共有やニーズの把握に本当に役立つのかわからなかった。
-

【共通理解のツールとなる】

- ・ 今後、機会があれば、実際に使用してみたいと思った。また、他のスタッフとも共通確認がしやすくなるのではないかと思う。
- ・ 簡単にできる（評価）できるものがあることを知れた。職員間でご利用者の状態を共有認識でき、ピンポイントにアプローチする指標にもなるので、今後、使っていけたらと思う。
- ・ 詳しく評価できるので、情報提供に役立つ。

【ケアに役立てたい】

- ・ 日々の業務で、なかなか新しいことを取り入れていくことは大変ですが、BPSD 評価することで認知症ケアに役立つことができ、ケアの質が向上していくことができたらと思います。
- ・ チェック項目が BPSD に特化されている点は分かりやすいと感じた。また、点数表記することで、前回と比較する際にも分かりやすくなり、よいのではと思った。今後、利用者の背景を考える際に役立てたい。
- ・ 認知症の症状について、細かく分類され、それぞれ名称があることを改めて確認しました。毎日の業務やケアプラン作成にいかすことができればと思った。

【業務負担軽減につなげてほしい】

- ・ 施設では、人手不足から、業務内容の簡素化、ICT 導入を進めている。評価尺度を用いてケアにいかす方法や利点を知ってもらわないと、業務の手間として扱われる。利用者の QOL を上げつつ、業務の負担軽減になるようなツールだとしたら、業界全体に広めてほしいと思う。
- ・ 評価尺度それぞれ、評価時間が異なるので（対象入居者にもよるが）、特に現場で働く職員が業務内に評価していくことを考えると、より短時間で効率よく行える評価尺度が必要ではないかと感じた。今後、LIFE（科学的介護）を進めていくことを考えると、このような評価尺度を用いて、科学的な根拠を持ってケアをしていく必要性があると思った。

【個別の尺度について】

- ・ NPI-NH は、問題行動が細かくカテゴリーされており、評価しやすかった。
- ・ 4つの評価の中で、BPSD+Q だと、若い年数のスタッフでも答えやすいかと感じた。

【評価の期間について】

- ・ 1週間より1か月の方が評価しやすい様感じた。
-

表 37 BPSD 評価尺度による評価を実施した感想(居宅事業所・一部抜粋)

今回、評価を実施した感想

【情報共有に役立つ】

- ・ 全ての利用者に対して使用することは業務量的に難しいが、対応に困っている利用者に対して、他事業所との情報共有や連携の1つとして活用できるとよいと思った。より具体的な項目の方が役立つと感じた。
- ・ とてもわかりやすく、現場でBPSDを評価し、プランやサービス提供の際に役立つと感じた。
- ・ 情報共有がしやすく、家族も評価を可視化できることで、介護の重要性や必要性等を認識しやすくなる。サービス事業所、居宅ケアマネとして、サービスの頻度など、重点的に行う指標ができる。

【活用しやすい尺度・基準を期待】

- ・ 慣れるまでに時間がかかったが、慣れれば評価にかかる時間も短縮され、細かな視点で評価分析することができるのではないかと考える。詳しく見ていくことも大切だと思うが、評価しやすく情報共有しやすい評価基準があればと思う。
- ・ BPSDの評価を行う際には役立つツールであるということが、学びとして得たと思う。今後、現場にも活用しやすい尺度ができれば活用していきたい。

【BPSD+Qは使いやすい】

- ・ BPSD+Qが評価しやすく、一番実用的に感じた。

【BPSDの推移がわかりやすい】

- ・ 質問内容が分かりやすく、簡素なものがよい。しかし、質問項目を限定する(少なくする)と、BPSDの見落とし、ご利用者の状態が分かりにくくなる。5段階評価で数値化するのが、モニタリングしやすく、BPSDの推移が分かりやすい。

【スケールを学べる機会が必要】

- ・ 数値化することで、次回の評価が分かりやすいことを理解する。BPSDに関しては、なぜそのような行動をとっているのかに主眼を置いてアセスメントをしていた。今後は、このような評価スケールを身近に学べる機会が必要と考えた。

(4) 考察

① BPSD 評価尺度の活用状況

- 調査結果より、今回の調査以前から、介護現場において日常業務で使用しているBPSD評価指標は多くないことが示唆された。
- しかし、そうした普段、BPSD評価尺度を使用していなかった施設や居宅事業所においても、今回、評価を実施した感想として、①数値化することにより利用者の変化がわかりやすいとの意見や、②認知症の人を捉えるきっかけとなった、③共通理解のツールとなったなど、ケアの見直しにつなげていくに当たっての前向きな声が多く寄せられた。
- 一方で、数値化できることで、変化がわかりやすいとは思ったが、時間がかかりすぎる、入所者全員は対応できない、半分ほどの質問数であればやりやすいなどの声もあり、今

後の活用にあたっては、評価の負担をいかに軽減していくかが課題となることが分かった。

② BPSD の発生状況

- 各尺度の項目となった BPSD について、施設、居宅事業所での発生の有無について確認した結果、在宅・施設とも、評価を担当したすべての介護職員が「該当なし」と回答した BPSD は全くなかった。すなわち、各尺度で設けられている項目は、心理症状を含め、それぞれ現場で認知症の人に一定程度生じる BPSD であることが確認された。

BPSD を幅広く評価：BPSD+Q>NPI-NH、NPI-Q、BPSD13Q>DBD13

- 評価項目に心理症状を有する評価尺度では、各項目で 50%程度の出現率が認められた。加えて、DEMBASE モデル事業*1において、心理症状の軽減も認められたことから、BPSD 軽減に向けた介入においては、心理症状の評価も必要となることが示唆された。
- しかし、DBD13 は、心理症状を評価する項目がないため、個別介入の評価において活用する場合の限界があることが示された。

③ 評価尺度の活用可能性

- 評価時間においては、DBD13 や BPSD13Q の評価が、施設等で 5 分弱、在宅でも 6 分程度と短時間で評価しやすいことが確認された。

評価時間：DBD13、BPSD13Q<NPI-Q、BPSD+Q<NPI-NH

- また、当該調査の自由記述回答では、BPSD の評価尺度について、「項目数が多い」「項目がわかりにくい」「時間がかかる」といった点を課題として指摘する意見が見られた。

分かりやすさ・活用：DBD13、BPSD13Q、BPSD+Q>NPI-NH>NPI-Q

- 一方で、委員会においては、BPSD が無いと思っている職員が、BPSD 評価指標を用いて評価することによって、無気力・無関心等の見落としやすい BPSD への気づきにつながる可能性があることや、BPSD の予防や軽減を目的にする以上、評価に時間がかかっても行動症状や心理症状を見落としなく評価する必要性があり、一定の項目数が必要であるとの意見もあった。

* 1 : DEMBASE モデル事業とは、令和 2 年度より実施している事業であり、東京都の日本版 BPSD ケアプログラムを用いた介入プログラムのことを言う。令和 3 年度は、この検証も本事業で実施した。

④ 今後の課題

- アンケート結果や DEMBASE モデル事業の結果（p.45 参考資料参照）等から、心理症状を含めた BPSD の評価を数値化してケアを行っていくことにより、利用者の適切な把握や、関係者間での情報の共有等を通じて、認知症ケアの改善につながる可能性が示唆された。
- 一方で、今年度は介護現場での記入の負担等は明らかとなったが、評価項目数については、記入に要する手間と項目の見落としとの兼ね合いで、どの程度が適当か、BPSD への介入により有効に役立つかなどについての結論が出たわけではない。また、評価指標間での調査項目レベルでの評価結果のばらつきの程度も評価できた訳ではない。
- このため、次年度は、今年度の結果を踏まえて、さらに、評価指標をさらに絞り込んだ上で、3.「BPSD の予防・軽減等を目的とした認知症ケアのあり方の検討について」の検証事業を通じて、評価尺度についての更なる検討を重ねる必要がある。

2. BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアの枠組みについての検討の方向性

(1) BPSDに対する認知症支援の実際

○BPSDのとらえ方

BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) は、国際老年精神医学会が主催したアップデート合意会議 (1999 年) の声明により、「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による「症状」と定義された。

これは、本邦において普及している中核症状・周辺症状という単純な二元論で捉えるものではなく、認知症の人の行動を捉える一つの視点である。例えば「幻視」は国際老年精神医学会では BPSD に分類されているが、同時にレビー小体型認知症で見られるように脳の病変によって生じる中核症状と捉えることもできる。

すなわち、認知症の人の行動を BPSD によるものかどうかを弁別することが重要なのではなく、その行動・症状によって認知症の人や介護家族が困っているかを見極めた上で、ケア等による介入を検討していくかが重要になる。

○質の高い認知症ケアと BPSD に対するケアの関係性

BPSD を悪い状態と捉え、単純に BPSD を軽減することだけを目指すことが大切なのではない。実際、質の高い認知症ケアを行っている介護現場においては、そもそも BPSD をなくすことを直接の目標としてケアが行われているのではなく、認知症の人のニーズをとらえ、その人らしい暮らしを支援しているものと考えられる。こうした介護現場において、BPSD の発症者が少なかったり、発症しても BPSD の軽減が図られているのは、その人らしい暮らしを支援した結果であると言えるのではないか。

本委員会の主眼にある「BPSD の予防・軽減等を目的とした認知症ケア」を実施する上では、逆説的になるが、BPSD の軽減だけを直接の目的にしないことが重要である。生活の中で本人の声や本人から発信されるメッセージを受け取り、そのメッセージを尊重しながら、本人の望む暮らしの実現を目指すケアを行うことが目標であり、認知症の人のニーズが満たされた結果として BPSD が予防・軽減されることが望ましいと考えられる。

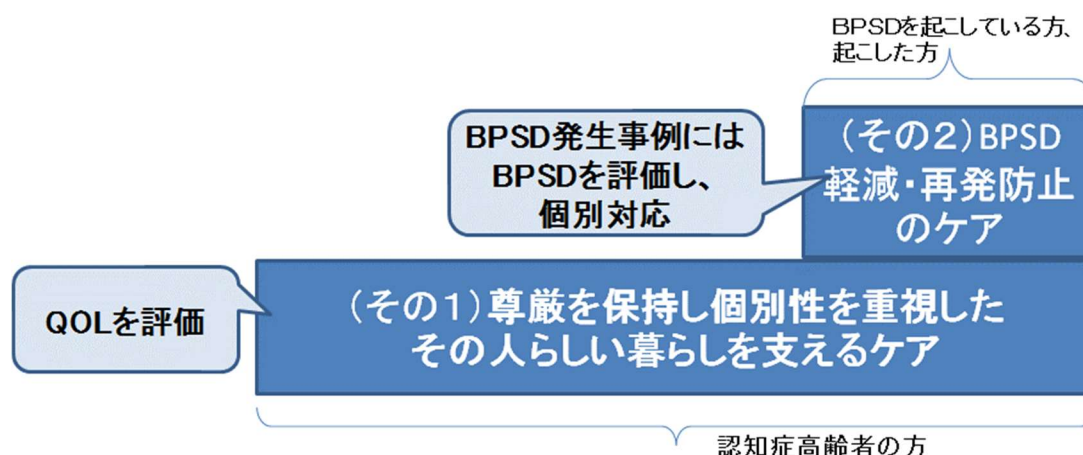
しかし、どれだけ予防に努めても、BPSD が出現することが不可避な場合も想定される。

一般に、BPSD は認知症の進行により必ず生じるものではないものの、その発現には身体的要因や環境要因が関与しており、関わり方によって症状の予防や軽減につながるケースが多いことはよく知られている。しかし、介護現場や在宅では、まだまだ、その対応に苦慮している実情も存在している。このため、多岐にわたる BPSD の出現要因を踏まえつつ、それらに適切に対応することで BPSD を低減するとともに、さらには予兆に気づき、出現のきっかけを減らしていくことで、BPSD の予防・回避につなげられるようなケアの実施を図っていくことが求められるのではないか。

(2) BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアの枠組みについての検討の方向性

○認知症ケアの2層構造

本委員会では、質の高い認知症ケアを推進する観点から、「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケア」を①「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」と②「BPSDを軽減し、再発を防止するケア」の2階建てで検討を進めていくこととした。



① 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアについて

- i) 「尊厳を保持し、個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」のあり方
検討会では、以下のような進め方をしていくこととされた。
- 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアについては、エビデンススペース（数値化したデータに基づく）での検討になじみにくいところもあるので、検証を進めつつも、広く意見を求めてあり方について意見をいただく。
 - BPSDを未然防止し、尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアの前提は、その人らしさを中心に置き、尊厳を支える支援、その人の生き方・意向・好みに沿った暮らしの中で、自分でできることは行いつつ、できないことへの支援を実施することが重要。
 - その前提として適切なアセスメントを行うことが重要。そのために必要な情報、手順、要件の基本形は以下のようなものとする。
 - ・ ケアの際の心構え：「受容と共感」が必要。
 - ⇒ 性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史の把握、認知症の病型と重症度と年齢、薬剤情報
 - ⇒ 本人の望み・ニーズの把握
 - ⇒ 生活障害：できないこと、できることの把握⇒できることはしてもらう
 - ・ Barthel index はアセスメントで活用
 - ⇒ 人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、

友人や社会参加

⇒ 生活環境：「なじみの居住空間」（居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会）

⇒ 物理的環境：音、におい、暑さ

⇒ 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力

など が考えられる。

○ 「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」のアウトカム評価

⇒ エビデンスベースでの検討に馴染みにくいが、

・ 現時点では、LIFE でも入力する「DBD、Vitality index」を基本とする。

（Barthel index はアウトカムとしては含めない。）

⇒ アウトカムの検証の観点から、試行事業では QOL（short QOL-D）を評価。

⇒ BPSD の未然防止の効果の検証の観点から、DBD 以外の BPSD 評価指標もとるか等、引き続き要検討

ii) 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア（手順・要件）について

検討会では、i) のケアを実現するための「手順・要件」について、概ね、以下のよう
に進めていくこととされた。

1. 「PDCA サイクル」に基づく、チームケアの実施

○ 正しいアセスメントの前提として、個人史や本人の望み等を適切に把握するとともに、その他ケアを考える上で必要となる 2. のような事項を把握するとともに、本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを検討するものとする。

2. 適切な認知症ケアのためにあらかじめアセスメントすべきこと（継続的にアセスメントすべきこと）

○ 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢

○ BPSD の有無 ⇒ 有りの場合（その 2）の対応へ

⇒ 無しの場合でも、今後、BPSD を発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはありますか？

○ 薬剤情報：BPSD やせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤

○ 本人の望み・ニーズの把握 ⇒ iii) 参照

○ 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史

⇒ 詳細次頁

○ 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力

- 生活障害：できないこと、できること⇒できることはしてもらう⇒ 詳細次頁
- 物理的環境：音、におい、暑さ、
- 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会⇒ iii) 参照
- 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加 ⇒ 詳細次頁

3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）

- 本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討（仮説）
- BPSDの有無、過去にあった場合には直接要因（きっかけ）、背景要因の排除・対応
- 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動 等々
- BPSDの再発防止等

4. 「PDCA サイクル」による「チームアプローチ」

- 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し
- チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一

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

本人の能力に応じ、選択肢を提示するなどの工夫をしながら、本人（又は家族等）に尋ねるとともに、その人の暮らしを観察しながら情報収集し、ニーズを見極めた上で、その人らしい暮らしを実現するチームケア（以下「介入」という。）を行うこととしてはどうか。

介入にあたって「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る項目（案）

以下のうちの数個、落ち着いた雰囲気の中で本人に尋ねる。

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

以上の情報に基づき、本人の望む暮らしを明らかにし、介護方針を決定した上で、PDCA サイクルによるチームアプローチによって統一したケアを実施していくことが、尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアであると考えられる。

なお、これらのアウトカム評価は、現時点においては、LIFE で入力する「DBD、Vitality index」等で把握することを基本としつつ、現場負担等を考慮しつつ、short QOL-D の様な評価尺度により、QOL を評価する方法が考えられる。

また、これらの視点や手順・要件を一般化させるためには、さらに視点や手順・要件を精査していく必要がある。

② BPSD を軽減し、再発を防止するケア

i) BPSD を軽減し、再発を防止するケアの推進について

BPSD は、多くの場合、認知症の人の生活の質の低下につながるだけでなく、介護者のストレスや抑うつ、介護負担などにもつながる。BPSD の対応としては、非薬物療法が推奨されているが、認知症の人が自分らしく暮らし続けるためには、先ずもって、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」が重要であり、それが、結果的に BPSD を出現させないこと（予防）につながる。

しかし、どれだけ予防に努めても、BPSD が出現することが不可避な場合も想定される。一般に、BPSD は認知症の進行により必ず生じるものではないものの、その発現には身体的要因や環境要因が関与しており、関わり方によって症状の予防や軽減につながるケースが多いことはよく知られているが、介護現場や在宅では、その対応に苦慮している実情も存在している。

このため、多岐にわたる BPSD の出現要因を踏まえつつ、それらに適切に対応することで BPSD を低減するとともに、さらには予兆に気づき、出現のきっかけをなくすことで、BPSD の予防・回避につなげられるようなケアの実施を図っていくことが求められる。

具体的には、BPSD を軽減するケアを実施していくためには、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」とともに、BPSD の背景要因を具体的に考えるべく、アセスメントを行った上で、充足すべきアンメットニーズがあるかを具体的に検討し、その結果に基づくケアを行う必要がある。

ii) BPSD を軽減し、再発を防止するケア（手順・要件）について

検討会では、i) のケアを実現するための「手順・要件」について、概ね、次のように進めていくこととされた。

1. 「PDCA サイクル」に用いる BPSD の客観的評価（反復測定）

- 「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」とともに、BPSD の背景要因を具体的に考えるべく 2. のような事項を把握した上で、解決すべき課題等があるかを具体的に検討する。
- 評価指標（DBD13,BPSD13Q,NPI 関連指標）による BPSD の評価

2. BPSD の背景要因として把握すべきこと（アセスメント項目）⇒ iii）参照

- BPSD の直接要因（きっかけ）として考えられることの有無
⇒ 1 で評価した BPSD の背景に何か直接的なきっかけはありますか？
- 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢
- 薬剤情報：BPSD やせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤
- 本人の望み・ニーズの把握
- 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史
- 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力
- 生活障害：できないこと、できること⇒できることはしてもらう
- 物理的環境：音、におい、暑さ、
- 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会
- 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加

3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）

- 本人にとっての困りごととその奥にあるアンメットニーズの見極め（仮説）
- 直接要因（きっかけ）の排除、背景要因の排除・対応
- 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動等々
- 再発予防

4. 「PDCA サイクル」による「チームアプローチ」

- 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し
- チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一

iii) アセスメント項目

本人の能力に応じ、選択肢を提示するなどの工夫をしながら、本人（又は家族等）に尋ねるとともに、その人の暮らしを観察しながら情報収集し、ニーズを見極めた上で、BPSD の軽減等につなげるためのチームケア（以下「介入」という。）を行うこととしてはどうか。

アセスメント項目（案）

基本情報：認知症の病型と重症度と年齢

- ① どのような BPSD が生じていますか？（発言や行動を具体的に文章で記入）
- ② 上記①のきっかけになっている出来事はありませんか？
NO YES→具体的に：
- ③ 薬剤情報：BPSD やせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤が上記①の BPSD の原因となっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ④ 本人の望み・ニーズの把握：上記①について、本人の望みやニーズを推測できる発言・や行動はありますか？
NO YES→具体的に：
- ⑤ 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史が①の BPSD の原因となっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ⑥ 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力などが、上記①の BPSD の原因になっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ⑦ 生活障害：できないことをさせている、できることをしていない等、能力と活動のミスマッチが上記①の BPSD の原因になっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ⑧ 物理的環境：音、におい、暑さなど、物理的環境が上記①の BPSD の原因になっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ⑨ 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会などが無い・少ないことなどが上記①の BPSD の原因になっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：
- ⑩ 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加が少ないこと・不適切なことが上記①の BPSD の原因になっている可能性はないでしょうか？
NO YES→具体的に：

以上の情報に基づき、BPSD が生じる原因とその奥にあるアンメットニーズを見極め、介護方針を決定した上で、PDCA サイクルによるチームアプローチによって、BPSD のきっかけや直接要因・背景要因を排除し、アンメットニーズを満たすために統一したケアを実施していくことが、「BPSD を軽減し、再発を防止するケア」であると考えられる。

なお、これらのアウトカム評価は、今後検討していく BPSD の評価尺度で測定した数値の

変化を見ていくことが基本となると考えられる。

3. 来年度の試行事業の実施方法について

(1) 検証の必要性

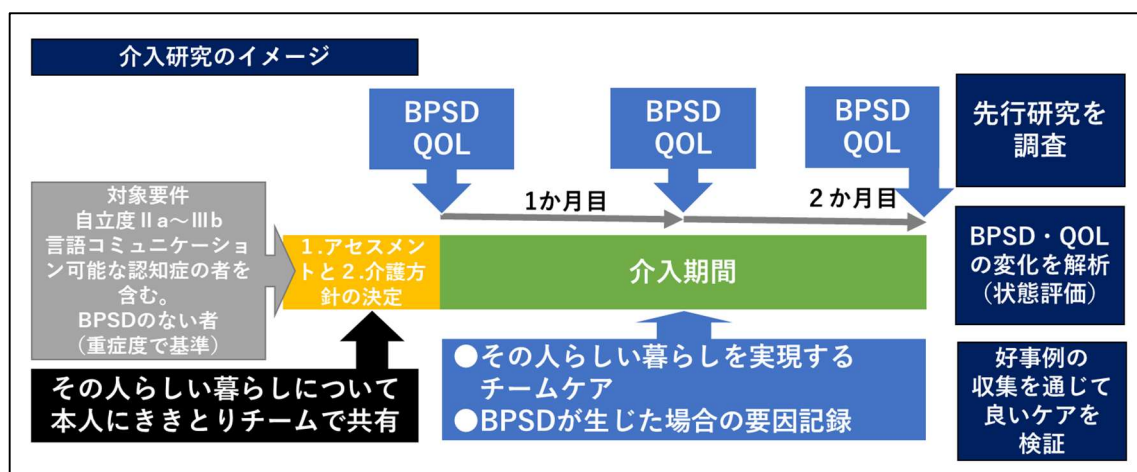
令和4年度は、以上をふまえ、BPSDの評価尺度について、更なる検討を進める。並行して「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」「BPSDを軽減し、再発を防止するケア」それぞれについて、ケアのあり方や有効性について検証していく必要がある。

(2) 「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」の検証方法

BPSDは認知症の人に必ず生じる症状ではないことから、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を実施した結果、BPSDが予防できるかどうかを実証的に明らかにするのは、ほぼ不可能である。また、検討会においても、介護分野はRCT（ランダム化比較試験）に馴染みにくい分野であるとの指摘もなされたところ。

このため、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」検討するとすれば、BPSDが生じず、QOLが高い状態で安定している者について、どのようなアセスメントに基づいてどのようなケアを実施しているかを質的に調査していく方法が考えられる。

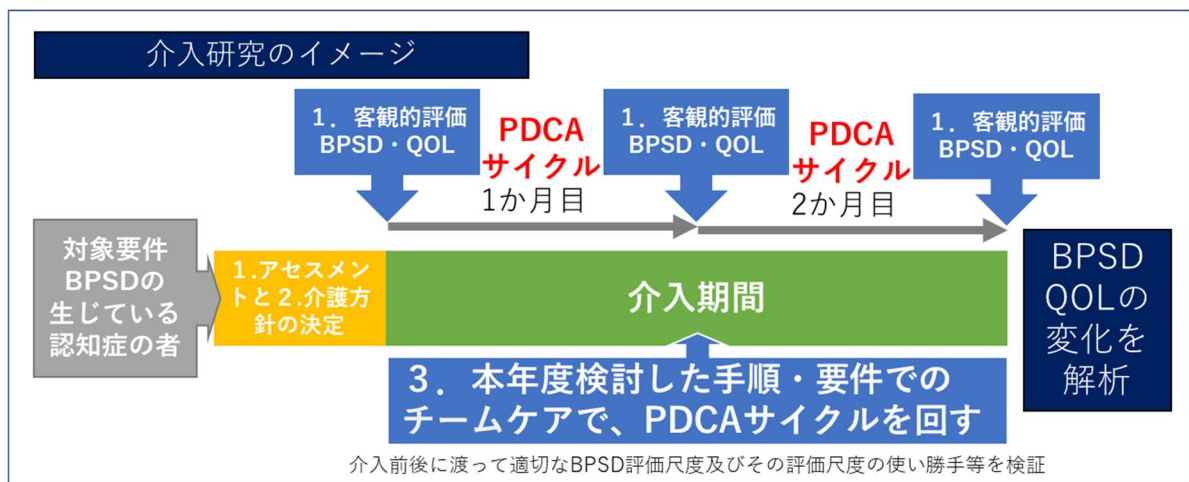
具体的には、在宅、地域密着、施設等において、調査に協力の得られる複数の認知症の人に協力を得て、BPSD及びQOLを1か月おき等で継続的に評価し、BPSDが生じず、QOLが高い状態で安定している者について、どのような情報を収集し、どのようにニーズを評価したか、ニーズ評価結果を踏まえてどのように暮らしをデザインし、どのようなケアを行ったかなどを聞き取るとともに、BPSDが生じた者との違いについて、ケアチームにインタビューを行い、質的に分析することにより、「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」に必要な手順・要件を及び把握事項を精査し、プロセスを整理していく方法が想定される。



(3) 「BPSDを軽減し、再発を防止するケア」の検証方法

BPSDを軽減し、再発を防止するケアの検証としては、シングルシステムデザインの介入研究が想定できる。

具体的には、1) 在宅、地域密着、施設等において、調査に協力の得られる認知症の人について、本年度検討したアセスメント項目(案)に基づいて情報を収集し、BPSDの要因となっているかどうかをチームで検討し、認知症の人のニーズを分析する、2) BPSDの要因となっていると考えられる項目については、具体的に行うケアを検討・決定したうえで、チームで共有し、実践する。3) 介入前後でのBPSDの変化を評価するという手順で介入を行う方法が想定できる。また、こうした取り組みを通じて、適切なBPSD評価尺度及びその評価尺度の使い勝手等を検証する。



次年度は、以上の(2)、(3)について、引き続き、検証を行っていく必要がある。

DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムのモデル事業の結果について

1) DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムの目的と構造

DEMBASE*とは、公益財団法人東京都医学総合研究所によって開発されたオンラインシステムであり、DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムのモデル事業（以下「モデル事業」という）では、行動・心理症状を“問題行動”ではなく、ケア改善のための「大切なメッセージ」としてとらえ、チームで議論したうえで、行動・心理症状の背景にある認知症の人のニーズを見出し、それを踏まえた個別ケアを提供する。具体的な方法として、チームで行う4つのステップ（観察評価、背景要因の分析、ケア計画の策定、ケアの実行）を実践する。その際、DEMBASEにて、ケア効果の数値化（見える化）をしつつ、常にPDCAサイクルを回し、効果の検証を行う。

公益財団法人東京都医学総合研究所は、これまでにランダム化比較試験によってその効果を実証し、東京都により「日本版 BPSD ケアプログラム」として、都内で当該ケアプログラムの普及が推進されてきた。しかし、当該ケアプログラムの活用は東京都にとどまっていることが現状の課題であった。本事業では、全国の多様な介護サービス事業所でモデル事業を実施することを目的とした。

*DEMBASE は、東京都医学総合研究所により商標登録されている

2) 方法**(1) 対象者の選定**

全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会および日本介護支援専門員協会の協力のもと、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援等、各道府県（東京都を除く）1もしくは2施設程度の募集を図った。各施設1名の介護職員等が、オンラインシステムを用いたケアを実践するアドミニストレーターとなり、モデル事業を運用した。また、アドミニストレーターは各事業所にて、認知症を有するサービス利用者3名に対して、それぞれオンラインシステムを運用し、3回のデータ入力を依頼した。

(2) DEMBASE の展開

アドミニストレーターは、各事業所にて、認知症を有するサービス利用者3名に対してDEMBASEを用いた認知症ケアを約5か月間にわたり提供した。その間、各利用者につき計3回チームによるケア会議（観察評価、背景要因の分析、ケア計画の策定）を開催し、その都度協議された内容についてオンラインシステムに入力した。

さらにアドミニストレーターを対象にアンケート調査（Google フォームを用いた Web 調査）にて情報収集を行った。

基本情報として、アドミニストレーターID（任意）、職種、事業所の種類、介護の経験年

数、経験について回答を得た。利用者のケアに関与している職種のうち、モデル事業の話し合いに参加を依頼した職種について（複数回答あり）、準備にかかる時間、話し合いにかかる時間、システム入力にかかる時間、オンラインシステムを今後も利用することに関する負担、自分の日頃のケアの変化について、利用者さんの日頃の様子の変化について、モデル事業に取り組んだ感想について、ケアプログラムを現場でより役立てるための意見について回答を得た。

(3) 統計解析

アドミニストレーターおよび利用者の基本属性を記述的にまとめた。また、オンラインシステムにデータを3回入力された利用者のうち、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所以外の利用者を除いた者を分析対象者とした。アドミニストレーターおよび利用者の基本属性、行動の背景要因やケア計画、NPI-NH、アドミニストレーターへのアンケートは記述的にまとめた。NPI-NHの総得点および下位項目の得点（頻度×重症度で算出）のデータは正規性を確認後、1回目、2回目、3回目の入力結果について全体及びサービス種別ごとに群内比較としてFriedman検定を用いた。事後検定にはWilcoxonの符号順位検定を用い、Bonferroni法（補正後の有意水準は $p < 0.016$ ）で補正した。

(4) 倫理的配慮

研究協力は任意とし、協力しないことによる不利益はないこと、結果を報告書等で報告すること、途中取り消しが自由であること等を文書にて説明し、同意書の提出を得た。手続きについて、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得た。

3) 結果

(1) 対象者の選定

全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会および日本介護支援専門員協会の協力のもと、全国41道府県にある介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所等、計147施設の介護職員等156名にモデル事業の協力を得た。

(2) アドミニストレーター養成研修

アドミニストレーターとなるためには、所定の研修を受講・修了する必要がある。参加予定者は147施設で勤務する156名の介護職員等で、参加者は142施設で勤務する148名の介護職員等であった（参加率94.9%）。

表4 アドミニストレーター養成研修の日程と参加予定者、修了者数

日程	参加予定者（名）	修了者（名）
2021年8月31日まで	157	149

(3) DEMBASE を用いた認知症ケアプログラムのモデル事業

① オンラインシステムにおける利用者の登録状況

アドミニストレーター養成研修受講修了者、計149名が利用者のオンラインシステムにデータ入力を行い、登録者は408名であった。アドミニストレーターの基本属性は表5を参照、利用者の基本属性は表6を参照。

149名のアドミニストレーターのうち1名以上の利用者に対して、オンラインシステムに3回のデータ入力を終了した者は125名であった。登録者408名のうち、オンラインシステムに3回のデータ入力をされた者は320名であった。アドミニストレーターおよび利用者の登録状況は表7を参照。

表5 全アドミニストレーターの基本属性

項目	全体 (n=149)	特養 (n=72)	GH (n=37)	居宅 (n=36)	その他 (n=4)	
年齢, 歳	43.0±11.1	39.8±9.3	44.6±12.2	48.3±11.5	37.5±8.6	
性別	男性	83(55.7)	46(63.9)	18(48.6)	17(47.2)	2(50.0)
	女性	66(44.3)	26(36.1)	19(51.4)	19(52.8)	2(50.0)
介護職	介護職	79(53.0)	46(63.9)	26(70.3)	4(11.1)	3(75.0)
	看護職	2(1.3)	0(0.0)	2(5.4)	0(0.0)	0(0.0)
職種	ケアマネ	35(23.5)	1(1.4)	2(5.4)	32(88.9)	0(0.0)
	PT	1(0.7)	0(0.0)	1(2.7)	0(0.0)	0(0.0)
	その他	32(21.5)	25(34.7)	6(16.2)	0(0.0)	1(25.0)

値は、平均値±標準偏差もしくは名(%)を示す

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

ケアマネ：居宅介護支援専門員

PT：理学療法士

表6 全利用者の基本属性

項目		全体 (n=408)	特養 (n=186)	GH (n=96)	居宅 (n=97)	その他 (n=29)
年齢, 歳		86.5±7.4	87.4±7.4	87.2±6.4	83.4±7.9	88.8±6.2
性別	男性	70(17.2)	24(12.9)	12(12.5)	30(30.9)	4(13.8)
	女性	338(82.8)	162(87.1)	84(87.5)	67(69.1)	25(86.2)
疾患名	アルツハイマー型	282(69.1)	123(66.1)	77(80.2)	62(63.9)	20(69.0)
	レビー小体型	18(4.4)	8(4.3)	4(4.2)	4(4.1)	2(6.9)
	前頭側頭型	5(1.2)	3(1.6)	1(1.0)	1(1.0)	0(0.0)
	脳血管型	24(5.9)	12(6.5)	1(1.0)	10(10.3)	1(3.4)
	その他	79(19.4)	40(21.5)	13(13.5)	20(20.6)	6(20.7)

値は、平均値±標準偏差もしくは名(%)を示す

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

表7 アドミニストレーターおよび利用者の登録状況

	アドミニストレーター (名)	利用者 (名)
1回以上登録あり	149	408
3回以上登録あり	125	320

② 選定されたニーズとケア

オンラインシステムにデータを3回入力された利用者320名のうち、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所以外の利用者12名を除いた308名を分析対象者とした。

行動の背景要因として、身体的ニーズ(16項目)・姿勢(1項目)・環境(6項目)、軽23項目に「はい」と回答した割合を図1に示した。脈拍の異常やうまく座れないなどの問題、身体拘束の3項目を除いた20項目では1回目の測定時に比較し、3回目の測定では割合が減少する傾向が見られた。

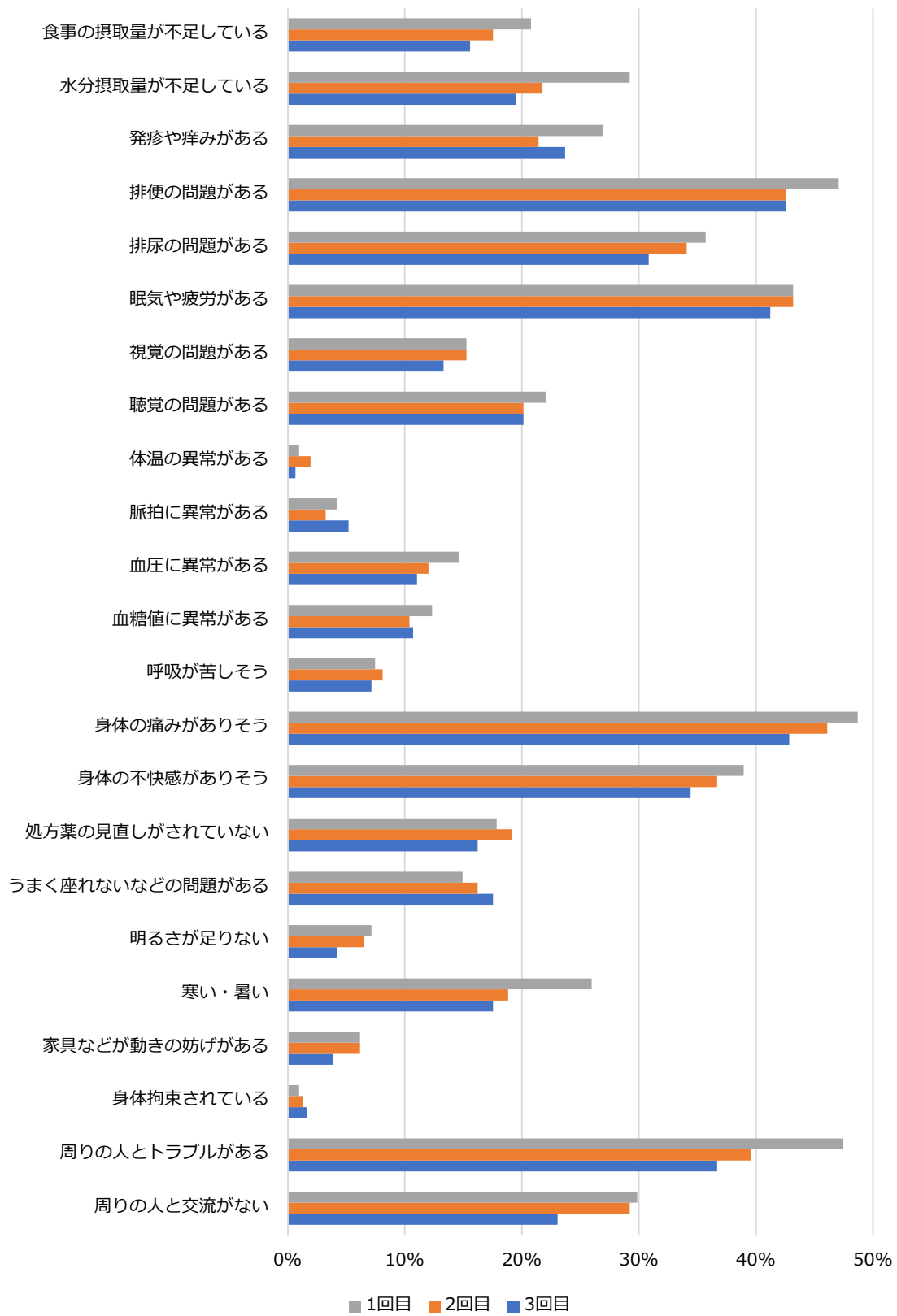


図1 それぞれの行動の背景要因における割合

③ 初回介入時からの NPI-NH の変化

オンラインシステムにデータを 3 回入力された利用者 320 名のうち、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所以外の利用者 12 名を除いた 308 名を分析対象者とした。308 名の利用者を入力したアドミニストレーターは 121 名であった。アドミニストレーターの基本属性は表 8 を参照、利用者の基本属性は表 9 を参照。

表8 各施設におけるアドミニストレーターの基本属性

項目		全体 (n=121)	特養 (n=62)	GH (n=28)	居宅 (n=31)
年齢, 歳		43.4±11.0	40.2±9.3	45.6±12.4	48.5±11.0
性別	男性	69(57.0)	40(64.5)	13(46.4)	16(51.6)
	女性	52(43.0)	22(35.5)	15(53.6)	15(48.4)
職種	介護職	62(51.2)	42(67.7)	18(64.3)	2(6.5)
	看護職	1(0.8)	0(0.0)	1(3.6)	0(0.0)
	ケアマネ	32(26.4)	1(1.6)	2(7.1)	29(93.5)
	PT	1(0.8)	0(0.0)	1(3.6)	0(0.0)
	その他	25(20.7)	19(30.6)	6(21.4)	0(0.0)

値は、平均値±標準偏差もしくは名(%)を示す

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

ケアマネ：居宅介護支援専門員

PT：理学療法士

表9 各施設における認知症の人の基本属性

項目		全体 (n=308)	特養 (n=155)	GH (n=73)	居宅 (n=80)
年齢, 歳		86.7±7.0	88.3±6.6	87.0±6.3	83.5±7.4
性別	男性	56(18.2)	17(11.0)	11(15.1)	28(35.0)
	女性	252(81.8)	138(89.0)	62(84.9)	52(65.0)
疾患名	アルツハイマー型	215(69.8)	105(67.7)	59(80.8)	51(63.7)
	レビー小体型	14(4.5)	8(5.2)	3(4.1)	3(3.8)
	前頭側頭型	3(1.0)	3(1.9)	0(0.0)	0(0.0)
	脳血管型	16(5.2)	6(3.9)	1(1.4)	9(11.3)
	その他	60(19.5)	33(21.3)	10(13.7)	17(21.3)

値は、平均値±標準偏差もしくは名(%)を示す

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

NPI-NHの総得点の変化は表11を参照。全施設では1回目は23.0[12.0-39.0]に比較し、3回目は13.0[6.0-26.0]で有意に得点が低下した($p<0.001$)。図2を参照。

介護老人福祉施設では1回目は26.0[16.0-43.0]に比較し、3回目は16.0[9.0-28.0]で有意に得点が低下した($p<0.001$)。図3を参照。

認知症対応型共同生活介護では1回目は27.0[15.5-47.5]に比較し、3回目は16.0[7.0-29.0]で有意に得点が低下した($p<0.001$)。図4を参照。

居宅介護支援では1回目は12.5[5.0-23.0]に比較し、3回目は5.0[3.0-12.0]で有意に得点が低下した($p<0.001$)。図5を参照。

表 10 全施設における NPI-NH の総得点および下位項目の得点の変化

施設	1 回目	2 回目	3 回目	p 値	post-hoc
全施設 (n=308)	23.0[12.0-39.0]	17.0[8.0-28.0]	13.0[6.0-26.0]	<0.01	3 回目<2 回目 3 回目<1 回目 2 回目<1 回目
特養 (n=155)	26.0[16.0-43.0]	20.0[13.0-35.0]	16.0[9.0-28.0]	<0.01	3 回目<2 回目 3 回目<1 回目 2 回目<1 回目
GH (n=73)	27.0[15.5-47.5]	19.0[11.0-28.0]	16.0[7.0-29.0]	<0.01	3 回目<2 回目 3 回目<1 回目 2 回目<1 回目
居宅 (n=80)	12.5[5.0-23.0]	8.0[3.3-18.8]	5.0[3.0-12.0]	<0.01	3 回目<2 回目 3 回目<1 回目 2 回目<1 回目

Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定(Bonferroni 補正)

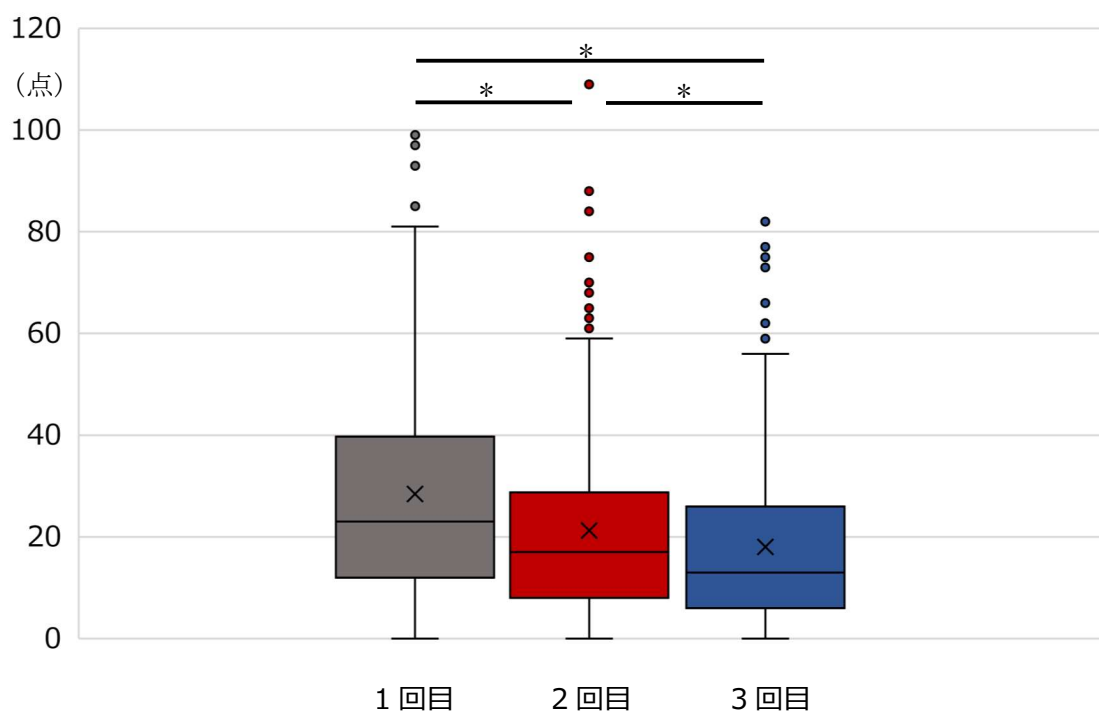
値は、中央値[四分位範囲]

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型グループホーム

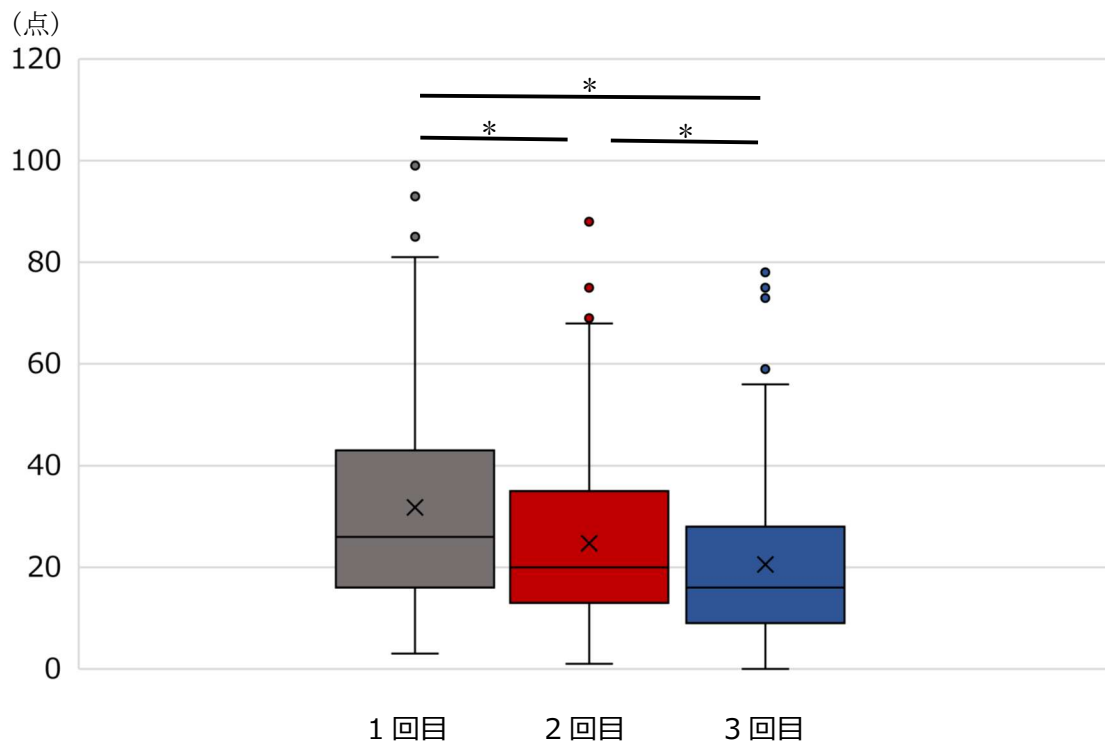
居宅：居宅介護支援

得点 = 頻度 × 重症度



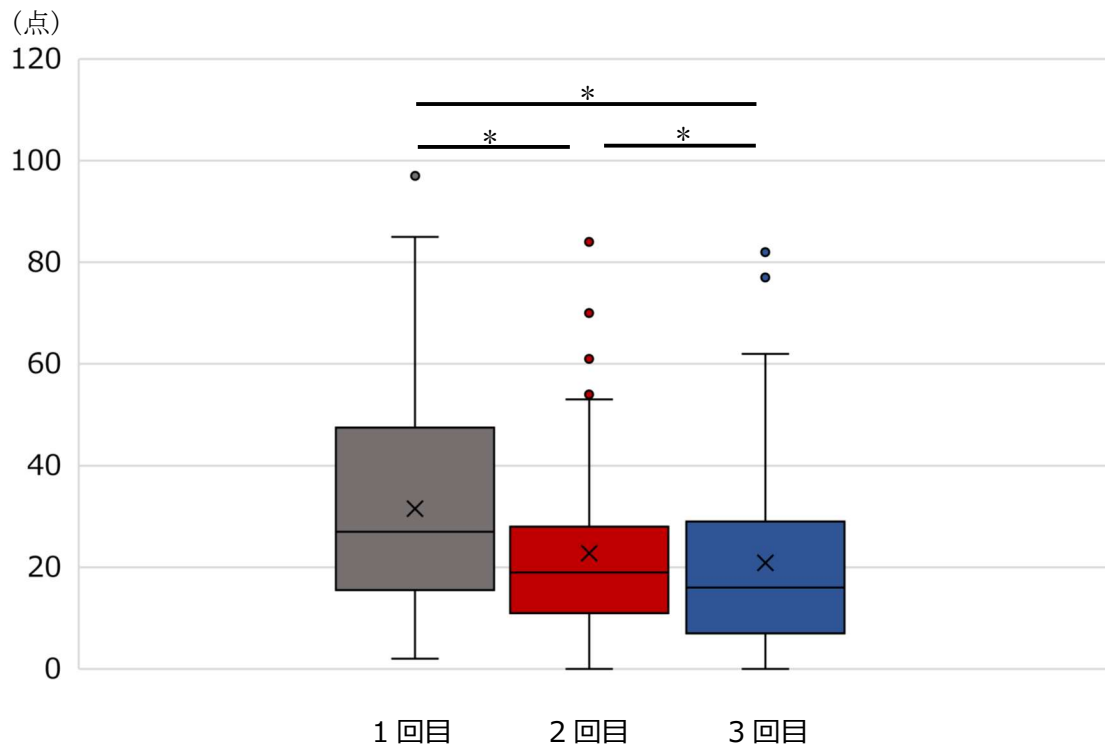
Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定(Bonferroni 補正), * : p<0.016

図 2 全施設における NPI-NH の変化(n=308)



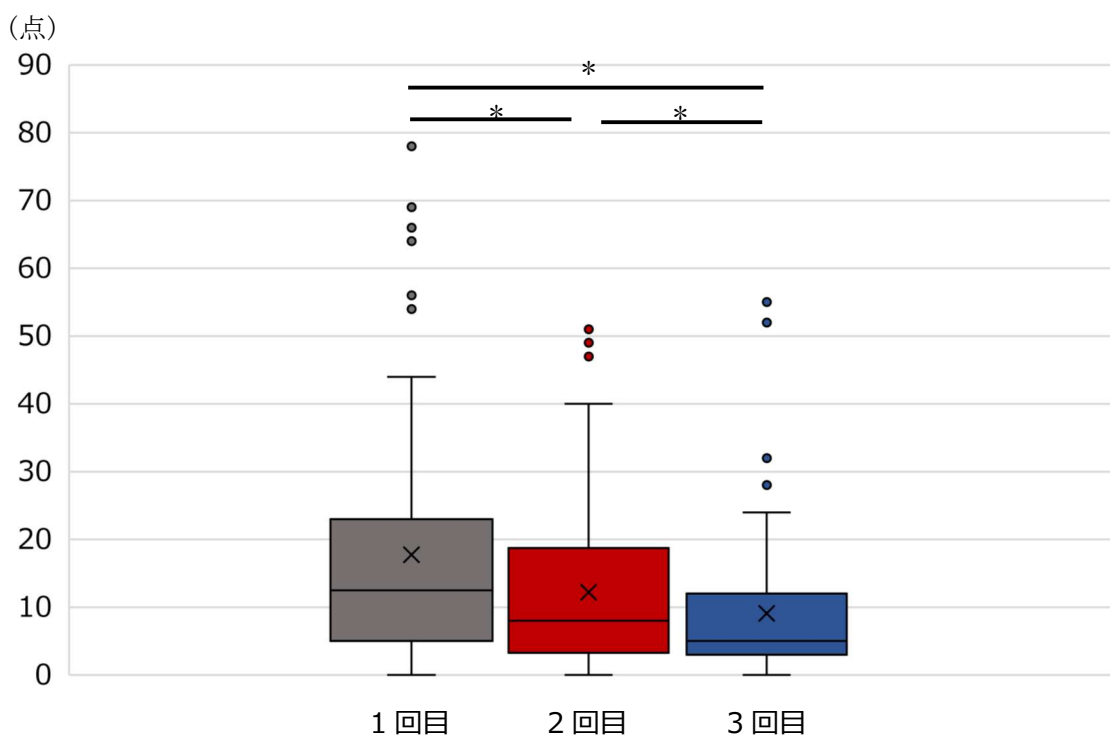
Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定 (Bonferroni 補正), * : $p < 0.016$

図 3 介護老人福祉施設における NPI-NH の変化(n=155)



Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定 (Bonferroni 補正), * : $p < 0.016$

図 4 認知症共同生活介護における NPI-NH の変化(n=73)



Friedman 検定：事後検定は Wilcoxon の符号順位検定 (Bonferroni 補正), * : $p < 0.016$

図 5 居宅介護支援における NPI-NH の変化(n=80)

④ アドミニストレーターアンケートの結果

アドミニストレーターの所属する 142 施設に勤務する 148 名の介護職員等を対象に、匿名のアンケート調査 (Google フォームを用いた Web 調査) にて情報収集を実施した。実施期間は 1 月 17 日から 2 月 7 日までとした。回答者は 101 名 (回答率 68.2%) であった。

アンケートの回答は表 11 に示した。

表 11 アドミニストレーターアンケートの結果

項目	全体 (n=101)	特養 (n=48)	GH (n=21)	居宅 (n=28)	その他 (n=4)
介護福祉士	73(72.3)	40(83.3)	17(81.0)	13(46.4)	3(75.0)
社会福祉士	18(17.8)	7(14.6)	3(14.3)	8(28.6)	0(0)
精神保健福祉士	2(2.0)	1(2.1)	0(0)	1(3.6)	0(0)
職種 介護支援専門員	65(64.4)	22(45.8)	14(66.7)	28(100)	1(25.0)
看護師	6(5.9)	0(0)	3(14.3)	3(10.7)	0(0)
生活相談員	3(3.0)	3(6.3)	0(0)	0(0)	0(0)
その他	6(5.9)	3(6.3)	1(4.8)	1(3.6)	1(25.0)
介護年数 3 年以上	101(100)	48(100)	21(100)	28(100)	4(100)
DEMBASE の経験あり	8(7.9)	5(10.4)	2(9.5)	1(3.6)	0(0)

	介護福祉士	98(97.0)	47(97.9)	20(95.2)	27(96.4)	4(100)
	社会福祉士	18(17.8)	10(20.8)	1(4.8)	6(21.4)	1(25.0)
	精神保健福祉士	2(2.0)	1(2.1)	0(0)	1(3.6)	0(0)
話し合いを	介護支援専門員	47(46.5)	27(56.3)	8(38.1)	10(35.7)	2(50.0)
依頼した職	看護師	55(54.5)	29(60.4)	9(42.9)	14(50.0)	3(75.0)
種	理学療法士	13(12.9)	5(10.4)	0(0)	8(28.6)	0(0)
	作業療法士	6(5.9)	3(6.3)	0(0)	2(7.1)	1(25.0)
	言語聴覚士	2(2.0)	1(2.1)	1(4.8)	0(0)	0(0)
	介護スタッフ	35(34.7)	16(33.3)	8(38.1)	8(28.6)	3(75.0)
準備にかか	ほとんど負担はない	16(15.8)	10(20.8)	2(9.5)	2(7.1)	2(50.0)
る時間につ	どちらともいえない	75(74.3)	32(66.7)	17(81.0)	24(85.8)	2(50.0)
いて	かなり負担である	10(9.9)	6(12.5)	2(9.5)	2(7.1)	0(0)
話し合いに	ほとんど負担はない	10(9.9)	3(6.2)	0(0)	6(21.4)	1(25.0)
かかる時間	どちらともいえない	72(71.3)	36(75.0)	18(85.7)	15(53.6)	3(75.0)
について	かなり負担である	19(18.8)	9(18.8)	3(14.3)	7(25.0)	0(0)
システム入力	ほとんど負担はない	48(47.5)	26(54.2)	8(38.1)	12(42.9)	2(50.0)
にかかると	どちらともいえない	47(46.5)	17(35.4)	13(61.9)	15(53.6)	2(50.0)
について	かなり負担である	6(5.9)	5(10.4)	0(0)	1(3.5)	0(0)
今後も利用	ほとんど負担はない	18(17.8)	10(20.8)	2(9.5)	5(17.9)	1(25.0)
することに	どちらともいえない	69(68.3)	32(66.7)	16(76.2)	18(64.2)	3(75.0)
について	かなり負担である	14(13.9)	6(12.5)	3(14.3)	5(17.9)	0(0)

値は、名(%)を示す

特養：介護老人福祉施設

GH：認知症対応型共同生活介護

居宅：居宅介護支援

アドミニストレーターの日頃のケアの変化について自由記述で回答を求めた。介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援、その他のそれぞれで、「同じ指標で多職種が話すことで共通のケアを行い、変化を感じるのよい」「期間を区切って、具体的な効果を見るようになった。」「氷山の一角を常にイメージし周辺症状に潜む原因を探ろうと意識が変わった。」「目標を意識しながらケアし、取り組めた」(回答の一部を紹介)などの回答が得られた。

(10) 利用者の日頃の様子の変化について

利用者の日頃の様子の変化について自由記述で回答を求めた。介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援、その他それぞれの施設・事業所で、「心理症状が改善

していく様子が、目に見えて感じられた。それにより生活の質の向上も見られた。」「感情的なことが少なくなり笑顔も見られるようになっていく。」「少しずつ気持ちにゆとりがでるようになり、自分の気持ちを話して下さるようになった」「その日のよって多少波はあるものの、以前に比べて比較的落ち着いて生活出来ている」(回答の一部を紹介)などの回答が得られた。

(11) モデル事業に取り組んだ感想について

モデル事業に取り組んだ感想について自由記述で回答を求めた。介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所、その他それぞれの施設・事業所で、「始めは難しいと感じましたが、ケアを行うヒントが得られると思うと取り組みやすかった」「職員が原因を細かく考える様になった。」「自分一人ではなく、チームで同じ考えを基本とし、本人主体で整理整頓する関わりを学ぶことができたので、とても良かった」「数値化し結果が出たので職員のモチベーションアップにつながった」(回答の一部を紹介)などの回答が得られた。

(12) 当該プログラムを現場でより役立てるための意見について

当該プログラムを現場でより役立てるための意見について自由記述で回答を求めた。介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所、その他のそれぞれの施設・事業所で、「ケアプランに連動させた内容となるよう、担当者会議の際に活用していく。」「ケアプログラムによって確実に症状は緩和し、向精神薬の使用を減少させる事ができ、生活の質の向上に役立てることが出来ると思います。しかし継続的に行っていくには、新しくLIFEを導入したこともあり負担はやはり大きいと思います。」「センター方式、ひもときシートなど色々な方式があるので、うまく活用できる様になれば役立つと思います。具体的なケア方法を導くところが難しいです。」「サービス担当者会議、ケアカンファレンスに日本版BPSD ケアプログラムについて話し合うとより役立つのではないかと思います。」「現場で複数人の受講修了者が協議できるよう、アドミニストレーター研修がより簡便に受講できるようにしてほしい」(回答の一部を紹介)などの回答が得られた。

付記 検討委員会の結果

○検討委員会委員一覧（五十音順・敬称略）

	氏名	所属
団体	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会
	鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
	高山 陽子	公益社団法人 日本看護協会
	田邊 恒一	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
	中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
	東 憲太郎	公益社団法人 全国老人保健施設協会
有識者	西田 淳志	公益財団法人 東京都医学総合研究所
	宮島 渡	日本社会事業大学 専門職大学院
行政	小林 由香子	東京都福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課
センター	阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
	小木曾 恵里子	認知症介護研究・研修大府センター
	山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター

オブザーバー 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

○開催日時

回	日時	開催方法
第1回	令和3年9月28日 18:00~20:00	オンライン
第2回	令和3年12月16日 10:00~12:00	オンライン
第3回	令和4年3月4日 17:00~19:00	オンライン

○第1回検討委員会議事要旨

参加者（敬称略、五十音順）：阿部哲也、江澤和彦、鴻江圭子、小林由香子、高山陽子、田邊 恒一、中林弘明、西田淳志、東憲太郎、宮島渡、山口晴保

オブザーバー（敬称略）：厚労省：笹子、菱谷、谷内、田中、橋本、東京都：山崎、千田、全老健：中島、老施協：鈴木、事務局：家田、中村、牧、月井

1. 挨拶

- 笹子課長の挨拶

2. 事業説明

- 菱谷企画官より説明
- 山口委員長より説明
- 設置要綱の説明と各委員の自己紹介

3. BPSD 評価指標について

- 中林委員：調査研究の対象施設には在宅が含まれているか。調査研究には居宅サービスも含めて調査を実施していただきたい。
- 西田委員：現場において簡単に評価を行うことは大切である。一方で、本来の目的であるケアの改善につながる評価であるのかも大切であり、簡単な評価であってもケアの改善につながらなければ意味がないのではないか。
 評価を行うことで、対象者に関わるスタッフがチームで議論し、合意形成を行い、チームで視点を揃えたケアを行う一連のプロセスが非常に重要であると考えている。面接法と自記式と比較すると当然自記式の方が簡単であるが、面接法のようにチームで議論し、合意形成を図ることは必要な時間である。そのため、簡単に評価ができるかに加え、チームで合意形成を行える評価であるかを調査すべきである。加えて、仮説に基づいたケアが重要であり、同じ評価で仮説が正しかったかを確認するために PDCA を回すことに適している評価は何かについても検討すべきではないか。
- 東委員：調査実施に当たって、現場で認知症の人1名をどのように選別するか。BPSDがある方を選ぶのは当然だが、BPSDの重症度や出ている症状にばらつきがあるため、1名だけを選んでBPSD評価指標の有用性を図るのは無理があるのではないか。何名か選ばないとバイアスが入るため、BPSDの症状をもった認知症の人を複数名対象にし、実施すべき。また、NPIは心理症状に偏った評価であり、介護現場等ではゴールドスタンダードでないと考えている。BPSD+QもしくはBPSD13Qの2つが症状のバランス良く評価できると思う。
- 鴻江委員：ひもときシートはNPI-NHの考え方に似ている。ひもときシートは気づきを高めることはできるが、数値化できない。NPI-NHは世界に共通したものであると納得している。しかし、現場で手の出しやすさや専門性の高い方が使わないといけない部分には不安を感じる。
- 西田委員：面接法に関しては、初めて評価を行う場合は所要時間がかかり、負担感が高い傾向にあるが、回数を重ねると所要時間や負担感が大きく変化する。調査の際に、初めての評価なのか、もしくは慣れてから評価を実施するのかで結果が異なる点に留意する必要がある。
- 東委員：行動症状・心理症状に偏りがないように対象者を選定すべき。
 両方の症状が出現している方を評価するなり工夫をしないとバイアスが入ることが想定される。
- 江澤委員：ケア要件の検討と介護報酬改定について説明願いたい。
- 菱谷企画官：BPSD評価指標の選定に加え、ケア要件の検討はこの後の議論する予定である。介護報酬改訂については中身が決まらなると報酬化の議論はできない。
- 江澤委員：BPSDは発症を未然に防止すべきと考えている。今回のBPSD評価指標はBPSDのアセスメントに反映できて、さらに発症を未然に防ぐケアに繋がらないと意味がないと考えている。また、施設に膨大な負担やスキルを有する一定の職員ばかりに負担がかかることは防ぐべき。現場はLIFEへの入力に困難感を示しているため、そういった現場への

配慮をして調査研究をすべき。対象者の選定の際に、主観や恣意的に選ぶとバイアスがかかる。BPSD に対して未介入もしくは介入をしているか、認知症の疾患別にも結果が異なるのではないか。現場では生活歴を重視しており、あらゆる手段でアセスメントをしているため、そこのつながりが出るようにしていただきたい。

- 山口委員長：今回の議論に関しては BPSD そのものを数値化する評価に関する内容であり、他の要因については当然ケアをするにあたって様々なアセスメントが必要だと認識している。
- 西田委員：調査の目的を絞るべきではないか。重要な BPSD を網羅的に見落としなく、極めて正確に評価できるかについては、すでに出ているメタ分析の結果任せておいて、今回は BPSD 評価を実施した際の合意形成に役立つかなどを中心に調査することが良いのではないか。正確に調査することを厳密にやる場合は 1 事例の録画を複数の評価者が観察して評価を行い比較する必要がある。今回はそこを目指していないのではないか。
- 東委員：現場の合意形成を目的としているとは資料案には書いていないが、調査の目的は何か。厚生労働省にお答えいただきたい。
- 菱谷企画官：BPSD の軽減を目的とし、どのようにケア要件につなげていくかを検討していきたい。今後のケアの中身と連動させるか、評価指標としての有用性を測るかは議論としてあると思う。
- 東委員：BPSD の予防につながるか、もしくは少しでも BPSD が軽減して在宅につながるような現場で使える簡便な指標を作りたいのであれば、現在のような調査を行うとよいと思う。そうではなく合意形成を図るような評価指標について検討するのであれば調査研究のスキームを変える必要があるのではないだろうか。
- 山口委員長：合意形成に関してはすでに日本版 BPSD ケアプログラムで NPI-NH が使用されており、現場で役立つことが示されている。そのため、現場で使いやすい評価指標は何かを考えるのがメインではないだろうか。

追加でコメントすると、NPI-NH は紙ベースでは現場で使用しにくいと思う。日本版 BPSD ケアプログラムでは Web サポートがあるため使いやすくなっていると理解している。アンケート案に本日のコメントを盛り込み修正させていただく。

4. ケア要件の検討について

- 東委員：BPSD は予防が重要だと考えている。BPSD の軽減も大切ではあるが、医療モデルである。ICF の考え方に基づいて、認知機能の残存能力の維持・向上を目指して、ポジティブ評価をすべきではないか。本来であればテーマは、認知機能の維持・向上を目的としたケアモデルであるべきではないだろうか。BPSD のケアは複雑であり、パーソン・センタード・ケアをすれば BPSD が軽減するほど簡単な話ではないと感じている。
- 宮島委員：背景要因の分析が重要であると考えている。BPSD の対応初期は負担を感じやすいが、どのような要因が影響しているかを考え、ケアに結びつけることでチーム全体が成長していく。合意形成等プロセスで気づきが増えていくと感じている。背景要因を分析して

いくことで、適切なアセスメントにつながり、それをチームで取り組むことは非常に重要であると考えている。

- 鴻江委員：BPSD の予防は重要だとわかるが、特別養護老人ホームでは重篤な方が非常に多い。BPSD にあてはまるか、それとも精神疾患や薬の飲み合わせの問題の影響など医師等専門家がいないと困難である。そのため、特別養護老人ホームについては予防よりも、重度の認知症の人に関する問題があると考えている。
- 中林委員：在宅では MCI の BPSD が家庭内で生じている。服薬もしくはケアが必要な場合は現場では悩む。背景因子によってさまざまな症状が発生する。BPSD の軽減において、軽度から重度の対象者では対応や評価指標を含めて異なるのではないかと。
- 江澤委員：24 ページのケア要件のイメージはこれを改善し、シート等を作るのかどうか。
- 事務局：チェックリスト等を作ることは想定される。この委員会でチェックリストを作成する。現場で活用して評価することについては検討中である。
- 山口委員長：最終的にはケア要件として加算の要件を決める際には短い文章とチェックリストのような形になると想定している。今回のケア要件はあくまでたたき台として、因子を網羅的に出したものである。厚生労働省から補足説明をお願いしたい。
- 菱谷企画官：大切なことは PDCA、客観的な評価、チームアプローチであり、これは絶対重要なポイントである。その上で、なぜ BPSD を起こしたのか考える視点、留意事項は、要件とは別かもしれないがチェック表があるとなぜ BPSD が生じたのかを考えるきっかけになり、一つの案になるのではないかと。
- 江澤委員：ケアのアセスメントであれば、わかるが要件は何のことなのか。
- 菱谷企画官：要件とは、アセスメントそのもの。最終的には BPSD の人に対する何らかの加算を考える時に、要件として何を入れるかは別の議論としてあるが、それは別の議論となる。最終的には加算の要件を決めないといけない。
- 江澤委員：議論が最初から加算ありきになっていないか。加算ありきであれば BPSD の発症リスクがある方に対して起こしていない、あるいは認知症の進行によって BPSD が出やすい時期等を考慮すべき。制度設計をふまえた研究プロトコルにしないといけないのではないかと。
- 菱谷企画官：1 年目の事業であるためまずはしっかりと研究していきたい。
- 東委員：加算とかケアモデルと最初から突っ走るのはおかしい。BPSD を軽減するケアモデルでも違和感がある。BPSD の評価指標も定まっていないのに、ケアモデルは困難では。評価指標にテーマを絞ってはどうか。
- 阿部委員：認知症ケアのゴールの問題ではないか。BPSD 評価指標だけでなく、QOL とセットにしていく方が良いのではないかと。BPSD だけでなく、QOL をゴールにして、そこを高めれば BPSD の予防になるといった構造を作れば良いのではないかと。
- 小木曾委員：BPSD だけを見るのは困難ではないかと感じている。BPSD と QOL は表裏一体だと考えている。ただ、BPSD を評価するだけでなく、そのプロセスが大切ではある。そこに何かできないか。

- 高山委員：認知症ケアは BPSD だけで評価するのは難しい。あわせて ADL や QOL も評価すべきではないか。ケアの評価とすると広がりが見える。生活の評価なども行うと現場のモチベーションが上がるかもしれない。BPSD をなくすことがゴールではない。網羅的に評価すべき。
- 田邊委員：例えば自分の GH では、今回のアンケート調査をスタッフが実施した際に難しいと感じると思う。利用者をよりよい状態にするためにスタッフは悪戦苦闘している。評価指標を現場で使いやすくしたいと考えている。
- 中林委員：調査の対象者で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa～Ⅲb と限定されているが、対象のランク関係なく、評価指標を作る方向で行くのか、ランクを絞るか検討すべき。
- 小林委員：老健事業の目的は、BPSD の予防やリスクの軽減に向けて客観的評価を活用したケアの取り組みを進めることと伺っている。3 ヶ年目までの目標としてケアの取り組みまで議論に至りたいという点があると思う。今年度の到達点として適当な評価指標を丁寧に検討すべきと考えている。実際に現場で使われて、効果を実感していただけることが重要である。また、どういった目的で評価指標を使用していくかを考える必要がある。
- 西田委員：この事業の最終目的がどこにあるのか。アセスメントを正確にすることが目標なのか。それともケアの改善につなげて、対象者がより良くなることを目指すのか。そこを明確にした目標設定をした方が良いと思う。
- 江澤委員：BPSD の背景要因は一般的に認知症ケアの全般的な背景要因で、現場のアセスメントではほとんど網羅されていると思う。現場で事例を確認するのであれば BPSD のアセスメントを通じて何が効果的であったが、グリップできたかを把握すべき。好事例を横串することが認知症ケアの全般の質を高めると思っている。認知症ケアの中で BPSD だけを切り取って加算を付けるのは現場からすると違和感がある。認知症ケアのあるべき姿を追求すると BPSD の改善もしくは防止するのではないか。
- 鴻江委員：介護の質に関してのコメントがあったが、介護の質は評価できない。だからこそ客観的な評価で数値化が必要ではないか。ひもときシートは BPSD の背景要因を抑えることはできていたが、アウトカムが数値化できていなかった。そこで、BPSD 評価指標は必要だと考えている。誰もが認識・納得できる評価指標は質につながるため必要だと思っている。ぜひ評価指標をお作り頂きたいと思っている。
- 東委員：BPSD にターゲット絞っているが、BPSD 持っている人だけに要件を当てはめるのはおかしいのではないか。BPSD のない方がほとんどだが、コミュニケーションの能力やオリエンテーションの能力が低下しているのを放置するとそこが BPSD につながることもある。BPSD が出ている方だけにチームアプローチ等が必要なわけではなく、認知症の方全員に必要である。認知機能の維持・改善に着目する方が大切ではないか。BPSD はネガティブな部分に着目しているため非常に違和感がある。
- 笹子課長：今年度は介護報酬化については別の話である。令和 3 年度は BPSD の評価指標に関する議論が必要である。また、認知症全体を評価する尺度に関しても別途必要である。この事業においては、評価指標やケアの在り方についてご議論いただいて、来年度どうす

るか検討していきたい。

- 菱谷企画官：今回のテーマはあくまで BPSD であり、BPSD の軽減を目的とした評価指標の在り方や軽減に当たってどのようなことが考えられるかについて議論していきたい。認知症の評価において BPSD だけでは不十分なのは承知している。また、LIFE の横串は現状の評価指標でよいのか、認知症の認知機能や残存能力、生活機能等については別途議論すべきと考えている。
- 山口委員長：生活安寧指標の紹介

5. モデル事業について

- 事務局より説明

6. 今後の流れ

- 第2回委員会予定について事務局より説明

以上

○第2回検討委員会 議事要旨

参加者（敬称略、五十音順）：江澤和彦、鴻江圭子、小林由香子、田邊恒一、
中林弘明、西田淳志、東憲太郎、山口晴保

（欠席）高山陽子、宮島渡、阿部哲也、小木曾恵里子

オブザーバー（敬称略）：厚労省：菱谷、谷内、田中、橋本、東京都：山崎、千田、全老健事務局、老施協事務局、事務局：中村、牧、月井

1. 挨拶

- 山口委員長、菱谷企画官より挨拶

2. 介護現場で活用する BPSD の評価指標案

- 東委員：認知症は大きな問題という点は合意。認知症は様々なステージがあるが、よい認知症ケアはすべての認知症の方に必要。BPSD は偏っている、よい認知症ケアはすべての方を適切に評価することから始まる。認知症高齢者の日常生活自立度は迷惑度を測っている、そうでなく、保持している残存能力を図ることが必要。
- 鴻江委員：老施協の会員施設は BPSD が大変な方が非常に多い、割合は少ないが、介護負担が大きい。そこには BPSD がある。予防やケアの在り方はいろいろなところでやっているが、どう評価するか、どう改善させるか、ここを今まであまりやっていない。

3. 認知症ケアのあり方について

- 鴻江先生：PDCA サイクルの中に基づくチームアプローチは、LIFE の中で実施するのか
- 山口委員長：現時点では、別途委員会で検討
- 鴻江委員：LIFE の DBD は特養を利用する認知症の人の BPSD は反映されにくい。どう心理症状が反映されてくるのか、終の棲家であることも踏まえた評価を検討していただきたい。
- 菱谷企画官：その人らしい暮らしを支えるケアをどうやって評価していくか、アセスメントとして把握すべき事項は把握する、評価に時間がかからない簡易的なものが良い、現状では LIFE 項目、検証事業としては QOL-D のような簡易的な評価
- 江澤委員：LIFE は介護報酬に入ってきたが、走りながら考え、毎回報酬のたびに改修が必要。認知症に特化したものは DBD のみで、その問題意識をもって東委員のご発言があったと認識。医療は疾患の評価、介護の評価は人・生活の評価、とくに IADL や社会参加が落ちるが、どうやって尊厳等を最後まで支えるか、暮らしを支えるか、その人らしさをどうやって施設内で具現化できるか、より介護にふさわしい評価を期待している
- 中林委員：ケアの評価は非常に大切、QOL の評価は尊厳・暮らしを評価することは個別である。そのため、QOL を評価することそのものが適切なのかという問題がある。また、人の暮らしは千差万別であり、地域がその人をどう受け止めるかにも影響される。本人と、地域が本人をどう受け入れるかを一体的に検討していかないといけない。そこを含

めて QOL を考えることは非常に重要。在宅の意見をしっかり聞いてほしい。

- 田邊委員：現場のスタッフが BPSD に対して苦勞しているケースも多い、その中で検討会を進めてほしい

(尊厳を保持し個別性を重視したケア・来年度の老健事業をどう進めるか)

- 東委員：アセスメントの項目は重要、適切なケアを行うためにはアセスメントが必須、アセスメントをした結果をどう評価するか、12 ページは DBD と Vitality Index で BPSD を評価するのは無理がある。精神心理症状を加える必要がある。QOL を入れるのは善でも否でもない
- 江澤委員：13 スライド、アセスメントの視点が重要、介護分野は RCT が不可能、環境もちがえば前向きな試験等ではできない、これまでの知見で子のアセスメントの視点が決まったと思う、現時点においてふさわしいアセスメントを世に広める必要はある。認知症の進行度合いと BPSD は相関関係にない、環境の変化で BPSD が出現しやすい時期があり、入所時や、身体の不調等、BPSD が出やすいタイミングがある。これに着目しながら進めては。新たな QOL の視点はトライアルしてみたらよい。尊厳を踏まえ、どういったケアでどういった効果が出たかを調査できれば良い
- 鴻江委員：スライド 13②はひもときシートでもやっている、特養は入ってきた段階で重度、生活の不自由さのサインで出てくる、改善具合の評価も必要なのではないか
- 山口委員長：②の方で検討する
- 菱谷企画官：BPSD も一定評価したほうがよい。DBD に心理症状を足す形になるのか、それとも別途 BPSD 評価アンケートの結果で判断か。
- 東委員：BPSD が出ているとき・出ていないときで介入は別だと思う、評価指標を考える検討会、医療の場面でも BPSD は問題。医療では評価して介入ができていない。いずれ医療の方でも応用されるべきだと考えている。
- 山口委員長：QOL-D の紹介、陽性 6 項目だけ評価すればよいのではないか。3 項目は BPSD となっている。

(BPSD の軽減・再発防止のケアについて)

- 中林委員：アセスメントシートは、問題を発見する視点ではなく、残存能力や得意とすることを評価するのが弱い。ICF のように、アセスメントシートに追加すべき。
- 山口委員長：その 1 の尊厳を保持し個別性を重視したケアありきで、その 2 の BPSD の軽減・再発防止に資するケアがある。
- 東委員：その 1 も BPSD 予防のためのアセスメント。BPSD 予防するためにアセスメントすべき。本委員会とは別の委員会で検討する。
- 江澤委員：現場では、できること、できる可能性があることを見極めて、自立支援を前提にケアをしている。その 1 は認知症ケアの基本であり、BPSD 予防ではなく、利用者全体に行っている。BPSD が出現したときにその方において個別介入したときに改善したとい

うことを拾い上げていったほうがよい、個別の事例になるがそういったものを集め、広げていくのが良い。医療現場でも応用できると思う。認知症の影響で適切な医療が植えられないケースもあり、医療でもケアの部分は視野に入れて応用できるようにすべき。

- 山口委員長：本人の声を聴きながら、表情を確認しながらが重要。
- 鴻江委員：BPSD かどうか迷う場合もある、原因がわからない（例えば薬の飲み合わせなど）。
- 山口委員長：BPSD は中核症状と BPSD はわけなくてよい、視点の問題
- 鴻江委員：つばはくなど原因がわからないが、どうすればよいか。
- 山口委員長：認知症がなければ生じないような異常な行動ということであれば BPSD の定義は満たす。脳の器質的な障害による症状である可能性が高いのではないか、直接原因があるものとなないものがある。
- 東委員：BPSD と中核症状を分けることは時代遅れ、オリエンテーション能力等を見ていくことが重要、ベクトルが逆の評価が重要。
- 山口委員長：症状だからこそ治療すべきだ、と判断されることがある、ネガティブのみならずポジティブなアプローチも重要。
- 東委員：BPSD は一過性とそうでないものがある、BPSD を評価して、なくなるもの、なくなるものものを認識したうえでアプローチが必要。
- 江澤委員：現場の調査をするのであれば、BPSD は非薬物療法が中心、どういった投薬があるのか、など医療的な視点も合わせて行うべき。
- 山口委員長：ドネペジルをやめるだけで過活動の BPSD がなくなることもある。
- 西田委員：BPSD は介護スタッフの中でイメージや閾値が異なり、判断にばらつきがある。これは、その 1 とその 2 の連続性に関わる。適切なアンメットニーズを満たし、予防的に心理症状を含めた評価、閾値設定が現場で共通認識になっていることが重要。
- 山口委員長：尺度を使うことは現場のスキルアップにもつながる。抗精神病薬を使った方は、BPSD が軽いにもかかわらず、Barthel Index が下がる。

(BPSD の軽減・再発防止のケアの検証方法について)

- 中林委員：QOL の指標は他にあるのか。
- 山口委員長：海外のものがある、いくつかある、QOL-D は使いやすいが、客観的 QOL である、BPSD との逆相関も高い。
- 中林委員：新たなものを作成するといった認識でよいか。
- 山口委員長：今回は間に合わないため、QOL-D 等。
- 東委員：QOL-D の陽性症状と陰性症状は逆ではないか、
- 山口委員長： $+\alpha$ で QOL を評価しようという主旨、薬との兼ね合いで過鎮静等あるため。
- 東委員：間接的な評価だと理解した。
- 西田委員：薬剤による投与で、鎮静状態になるのは好ましくない、どう評価するかでは NPI にはアパシーがある、過鎮静では、アパシーのスコアが変わる。背景にある、満たされて

いないニーズが変わるのではないか。BPSDに焦点化した方が良い。その際、アパシーを含む評価が良いのではないか。主観的なQOLでないものは、何をもって妥当と評価するか難しい。QOLよりはBPSDが主観的な訴えと考えた上で評価していくことが良いのではないか。

- 江澤委員：BPSDを未然に防いでいるケアについては、心の安定性、生活の部分を加えてもらいたい。アパシー等の症状は、うつと鑑別が厳しく、介護職員には極めて評価が困難である。まずは現場で困っていることをどうすべきかを考え、支援にあたっての課題に着手し、QOLを含めて、生活をきちんとみていく。DBDに変わるものは別途検討していただければと思う。
- 鴻江委員：アパシーや多幸には困る。活動性をあげようと工夫をするが、それが本人の尊厳なのか、ゆっくり生活したいのかなど迷う。
- 山口委員長：アパシーに気づくことがまずは大切である。そのための評価は必要。次のステップでどうすべきかを考えることが大切なのではないだろうか。
- 小林委員：行政の立場として、指標については介護の現場に合った、効果があるかの等検討が必要である。実態に合っており、運用できるものであることが望ましい。
- 中林委員：認知症ケアについてのアセスメントシートは複数あるが、負担感があって現場で使っていくのは非常に困難である、現場レベルで活用できるものを考慮していただきたい。

○第3回検討委員会 議事要旨

参加者（敬称略、五十音順）：江澤和彦、鴻江圭子、小林由香子、田邊恒一、中林弘明、西田淳志、東憲太郎、宮島渡、山口晴保

（欠席）高山陽子、阿部哲也、小木曾恵里子

オブザーバー（敬称略）：厚労省：菱谷、谷内、田中、東京都：山崎、千田、老施協事務局3名、事務局：家田、中村、牧、月井

1. 開催挨拶

- 山口委員長よりあいさつ
- 菱谷企画官よりあいさつ

2. 検討事項

1) BPSDの評価指標アンケート結果の共有と尺度の検討

- 東委員：BPSDの予防軽減を目的としたケアモデルになっているため、BPSDの評価は重要だと考えている。スライド13の評価指標の活用実態では老健、居宅ではBPSD評価を日常的に行っている施設は少ないが、選択項目以外の評価尺度を使っている可能性があるのではないかと。今回の評価指標で次年度以降調査を実施するのか、もしくは汎用性のある評価指標で行くかを考える必要はある。スライド14の評価時間やわかりやすさは重要視すべき観点だが、予防や軽減を目的にするならば、評価に時間がかかっても行動症状や心理症状を幅広くBPSDを評価する必要があると考えている。老健の現場でBPSDの方の診察をしているが、一過性のものと恒常的なものがある。一過性のものは軽減するが、恒常的なBPSDでは軽減が困難であるためどのような対応をするかを検討する必要がある。次年度の事業では一過性のものか、恒常的なものかを明確にして検討すべきである。
- 山口委員長：評価指標の活用実態では、独立した尺度を使っていなくてもR4などで評価している場合もある。個別の介入には幅広いBPSDの評価が必要である。次年度の事業では、BPSDを経時的に評価し、BPSDが継続しているかを把握する。東委員からご指摘いただいたとおり、BPSDの中には中核症状のようにかかわり方ではなかなか改善しないものと、二次的に生じており、きっかけをなくせば改善するBPSDがある。東委員にご指摘いただいた点を踏まえて、次年度の事業を考えていきたい。

2) 認知症ケアのあり方について

① 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア

- 鴻江委員：今回の委員会はBPSD評価指標を突き詰めていくわけではなく、認知症ケアのあり方について話し合う委員会なのか。
- 菱谷企画官：BPSDの軽減の話に留まらず、BPSDを起こさないことが重要であるという議論があったため、ここでは一般的な認知症ケアをどう進めるべきかについて議論をしている。一般的な認知症ケアを実践したうえでBPSDを起こした人をどう評価するかについて

での議論が BPSD の評価指標に関連すると認識している。

- 鴻江委員：特養においては要介護 3 以上だが、当然のこととしてその方々の情報を集めて尊厳を重視しながらケアを実施している。その中でも BPSD が顕著な方に対してケアを実施した際に、ケアが適切かどうかを評価する指標を求めている。それが NPI-NH だと考えていたが、BPSD+Q の項目と重複しているので、BPSD+Q もよいと考えている。今回は、BPSD 評価指標について重点的に話し合うのではなく、認知症ケアのあり方について話し合うのか。それは他の委員会等で、すでに行っていることではないか。
- 菱谷企画官：認知症ケアについての議論は他で当然やられている内容ではある。優れた施設では当然やられているケアではあると思うが、そうでない施設が松竹梅でいう梅から竹に近づけるような内容を改めて議論していければと考えている。
- 東委員：今回は BPSD がターゲットだと理解している。介入研究の対象者は BPSD がない者なのか。対象者について教えてほしい。また、特別な介入があるのか、具体的な介入内容について教えていただきたい。
- 菱谷企画官：その 1 の「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」の対象は、BPSD がない人が対象である。例えば、重症度が 3 点以下など、BPSD の重症度が低い方を検討している。言語コミュニケーションについては、本人の意思を確認しながら行い、本人に感想を聞くことも重要だと考えている。その人らしい暮らしについて本人に聴き取りながら介入していくことを想定している。
- 東委員：介入にあたって、聴き取る項目と書いてあるため、特別な介入があると思っていた。
- 菱谷企画官：認知症の人に聴取し、意向に基づいた介入を実施することを想定している。特別な介入があるわけではない。
- 東委員：介入という言葉があるため、統一的な介入を行うように思えた。一過性の BPSD と恒常的な BPSD が出ている方のそれぞれに何を行うと BPSD が軽減するかを明らかにすることが大切だと考えている。
- 山口委員長：今の議論はその 2 の部分であるため、後ほど議論する。その 1 では、介入と書いてあるが、実際は観察に近い。観察しながら情報収集し、本人の気持ちに寄り添ってチームケアを実践するとどうなるかを検証する。先行研究や好事例に力点を置いていきたいと考えている。
- 江澤委員：スライド 20・21・26 ページのアセスメント内容はこれまでの認知症ケアの歴史において、一般的にコンセンサスがとられていると思う。これらの介入はほとんどの施設が取り組んでいる。ケアは RCT が行えず、レトロスペクティブな研究となる。各団体は、事例発表も含め、蓄積されているため、過去の記録をひもときながら、文献や事例等を分析し、何が一番効いているのかを分析すること大切である。その中で現場に出向き、認知症本人や職員にヒアリングしながら分析することが重要だと考えている。認知症ケアにおいて、予防・軽減においてよいケアは共通していると思う。その 1・2 で分けて分析すれば問題がないと思う。プロトコルは今後決めていけばよいと思う。

- 中林委員：BPSD だけの評価だけでは BPSD の要因は明らかにならない。BPSD の発症前後の状態を評価することが重要である。
- 鴻江委員：特養は要介護 3 以上であり、BPSD がない方たちに聴き取りができない方がたくさんいる。老健や GH、特養では BPSD の違いがあると思う。本人から取れない場合は家族などから情報収集する。要介護 3 以上では認知症の合併症が多く、分けられない。
- 山口委員長：認知症の病型別のアプローチは考えていない。特養ではその 1 に入る方が少なくなることが想定されるため検討が必要。
- 菱谷企画官：その人らしいを聴き取れない場合は、普段接している方がその時の反応を把握していくことが重要であると考えている。
- 鴻江委員：情報収集から認知症の人の尊厳を見極めていくために、ひもときシートなどが作られた。それでも BPSD は起こるため、BPSD を掘り下げていきたいと考えている。
- 宮島委員：中核症状が BPSD になっている場合は、頻度が多く出ていると思う。多くは、二次障害の BPSD であり、介入は効果的だと思う。事業では介護者のスキルと負担感の影響も考える必要がある。BPSD 評価指標以外に、介入のポイントを定めた際に、介護者のスキル向上や負担感に変化が出たかを把握するために介護者に対してもヒアリングは必要だと思う。

② BPSD を軽減するケア

- 田邊委員：BPSD の軽減が困難なものがあることを理解しているスタッフがどれだけいるか。まずは BPSD には軽減が困難なものがあるということを理解してもらうことが第一歩だと思う。その 1 ではその人らしい暮らしを実現するためのチームケアを具体化することで GH ではよい結果が出そう。
- 山口委員長：田邊委員のご指摘のとおり、BPSD の軽減が困難なものが、日本版 BPSD ケアプログラムの結果では、ほとんどの BPSD で効果が出ているため西田委員からコメントをいただきたい。
- 西田委員：国際的なエビデンスとして、治りにくい BPSD とそうでない BPSD の区別がエビデンスとして整理されているかはつかめていない。基本的には満たされていないニーズを分析し、対応すると BPSD は広範に下がると考えている。シンプルな方法を広範に導入した方が良いと思っている。
- 東委員：その 2 では BPSD を生じているものだが、BPSD が全くない方が BPSD を呈するようになる場合と、BPSD は多少あるが、軽いものが重いものになることなど、BPSD の出方が異なる場合でも、介入の仕方によって違いが出ると考えている。日本版 BPSD ケアプログラムの成果は素晴らしいと思っている。NPI-NH の変化であるため、どちらかという心理症状に効果があったと理解している。行動障害にも効果があるのであれば素晴らしいと思う。NPI-NH 以外の尺度での効果も期待している。BPSD が全くない状態から BPSD を生じた方と、BPSD があったが、悪化した方の両方が対象となるのか。
- 山口委員長：両方とも入る。BPSD が急に悪化した場合にはせん妄が入る可能性がある。

- 東委員：BPSD の出方によって介入効果が異なる可能性があるため、対象者を検討する必要がある。また、配置人員や専門職等を考えると施設間で行える介入が違ってくることが想定されるが、どうか。
- 山口委員長：今年度検討した要件を用いて、施設でケアの介入を行う。例えば、薬を使った場合は記録を残し、解析の際に参考にする。
- 鴻江委員：現場の職員は事故にならないよう対処療法にケアのあり方を持っていく傾向がある。しかし、現場では BPSD になる要因に気づく力が重要だと考えている。
- 菱谷企画官：経時的に BPSD 評価をしながら、BPSD が生じた原因を考えることが大切である。
- 西田委員：背景要因の分析力が本丸のポイントだと思う。背景要因の分析は、網羅的にやると膨らみすぎて失敗する。成功事例では、最低限を抑えて、観察してポイントをつかむことを実施している。まずは背景要因の評価に焦点を絞ることも大切である。行動心理症状の有無の二項よりも連続的に考える必要がある。BPSD は、連続スペクトラムの現象であるため閾値の設定をどうするか議論であると思う。まずは評価する習慣を養うことを目的とし、それにかなう評価尺度を選択することが望ましいと考えている。スライド 9 の現場での使いやすさでは、統計学的には有意差はついていないが、点差はほとんどない。ここはあまり意味がないと思う。表面的な議論ではなく、包括的に評価できるかなどが大切であると考えている。
- 山口委員長：BPSD がないと思っている職員にも BPSD 評価指標を用いて評価していただくことが気づきにつながる可能性がある。
- 東委員：介護職によって BPSD のとらえ方は異なる。BPSD+Q は多くの項目を拾っている。今後の調査では、現場が BPSD に対してどう感じているかも必要なことだと感じた。
- 江澤委員：事業の目的から、ケアの質を高めて、認知症の方々に貢献できることがアウトカムだと考えている。薬の開発治験のようなスタディーは組めない。また、介護職員の入れ替わりもある。そういう集合体の中でケアの質を高めるかが重要である。まずは大雑把にケアの質が高まる取り組みを実践することが大切である。管理者・経営者の方針や理念等が現場を導くため、そういう方々に届けたい。松竹梅の話は、現場スタッフの責任ではない。組織のケアの質をどう保つかの示唆になるような取り組みをしていただきたい。
- 中林委員：在宅での認知症では、認認介護がある。その 2 では、家族の協力なしでは在宅での実践は難しい。家族の協力をどのように巻き込むかが在宅の場合は重要である。
- 菱谷企画官：在宅では家族の存在が重要である。背景要因に家族関係が絡んでいることがあると思う。具体の事例について展開していければと考えている。
- 西田委員：ご家族の件で、居宅では家族の影響がある。国際的には居宅での介入の失敗は家族を対象に実施してきたことにある。ケア職がうまくいったところで家族に提案することが望ましいとされている。日本版 BPSD ケアプログラムでは、家族から情報を教えていただき、まずはケア職が介入し、その後に家族に介入するようにしている。
- 小林委員：来年度もケアのあり方と指標の検討をしていくべきと思う。全体的なスケジュー

ール感を教えていただきたい。行政は、効果検証されていると体制措置に持っていきやすくなるため、ぜひ検証まで行っていただきたい。

- 菱谷企画官：スケジュール感はしっかり議論していくしかない。令和6年度に向けて、来年再来年で制度設計の議論が目安になると考えている。
- 東委員：居宅においては介護職で見本を見せてはいるが、家族が介護している。次年度居宅の方では、家族が認知症の人を理解してもらう取り組みが必要だと考えている。

3. 報告書章立てについて

- 鴻江委員：BPSDの指標が示されるものだと思っていたが、認知症ケアについての議論になっている。BPSD評価指標を決めるまでには行きつかないということか。
- 菱谷企画官：今年度の検証だけでは不十分なため、実際にBPSDのケアを行っている方に試してから今後検討予定である。
- 山口委員長：今年度はそれぞれの指標の特徴がわかったが、一つに絞るところには結論が出なかった。個人的には、それぞれの特徴を活かした使い方が良いと思う。

4. 全体討議

- 鴻江委員：日本版BPSDケアプログラムは今後行う上で料金がかかるのか。
- 小林委員：東京都は都事業として使用料は無料である。全国普及に関しては実施主体が東京都ではない。
- 山口委員長：東京都が実施する場合は無料だが、東京都以外が普及する場合はライセンス問題等について議論する必要がある。
- 中林委員：アルツハイマー型認知症の方で基礎疾患の合併症が多い。今回は医療的な基礎疾患は考えずに、診断のデータととらえてよいか。背景要因の分析には様々な基礎疾患を考慮するが、今回は考慮していないという認識でよいか。
- 山口委員長：議論が少し異なる。まず高齢になればなるほどアルツハイマーやレビーなど合併する議論が一点。高齢になればなるほど身体疾患が増える。一点目は病型で分類することは現場では困難であるため、症状からケアを考えるほうが良い。それから身体合併症を把握してケアを考えることが必要だと理解している。
- 菱谷企画官：江澤委員のご発言のとおり、事業の目的はケアの質を高めることである。論文の精度を高めるために細かくするのではなく、全体の傾向を見ていくことが大切であると考えている。

5. 閉会

- 笹子課長よりあいさつ

以上

付記2 現場の声：BPSDに対する認知症支援の実際

令和3年度の検討を行うに当たって、BPSDの予防や、軽減に資するであろうケアの実態を把握するため、介護現場で実際の「現場の声」を聴取した。

これらの事例（16例）は実際の介入に基づく実践報告であり、網羅的なものではないが、実臨床の実践、本人との対話・協働に有益である可能性があるため、参考資料の「付記2」として取りまとめた。また、とりまとめに当たっては、今後、ケアのプロセス等を検討する際の参考となるよう、力点が置かれている項目ごとに並べ、整理を行っている。

なお、認知症ケアは、本人の行動を端緒として、本人全体への関わりであり、以下の記述では、年齢・性別・診断名は必要な情報ではないため、本稿では、個人情報に関わる年齢・性別・診断名の記載は割愛している。

- 1) 本人の意思の尊重の観点から生活全般の共有意思決定
どのような生活を送っていきたいのか、本人と共に意思決定を行う（共有意思決定）。
事例1: 新しい関係性の構築に向けて本人の自己決定・自律の支援
事例2: 活動を媒介としたコミュニケーションによる共有意思決定
事例3: 前職を活かした役割での居場所づくり
- 2) 課題となる言動の背景を分析・統合し、本人の視点に立って課題の解決の提案を考える。
事例4: 怒りの背景の本人の自分自身に対する不全感に気づくことの重要性
事例5: 集団の中での孤独に気づくことの重要性
事例6-8: 意欲低下等、陰性症状に気づきアプローチすることの重要性
- 3) 対話を通じて、本人と共に課題解決を試み、1)の生活の実現に向けて協働する。
事例9 本人を肯定する対話により妄想に対処
事例10 本人の声を聴こうとする努力を重ねることの重要性
事例11 ケア側の意思を強制しないことの徹底と、誤魔化さず根気よく説明をしていく重要性
事例12 怒りの背景の不安に気づくことの重要性
事例13 BPSDは周囲の状況への本人なりの現実への対応手段である可能性に気づく重要性
事例14 他者との関係性がうまく結べないという背景の不安に気づくことの重要性
事例15 入居直後の混乱と新しい共同生活への適応への支援
- 4) チームアプローチ
事例16 関わるスタッフが多い場合のチームアプローチ: 口頭周知から書面周知の工夫

1) 本人の意思の尊重の観点から生活全般の共有意思決定
 事例1 新しい関係性の構築に向けて本人の自己決定・自律の支援
 社会福祉法人正瑛会 グループホーム翠風園

【テーマ】

グループホームへの入居は、新しい関係性の中で生きていくこと。傾聴・対話を繰り返すことにより、ご自身が納得されていく過程の支援。ご本人が、家に帰りたという気持ちを、不穏という形での表現ではなく、自分の気持ちに穏やかに折り合いをつけていく自律の過程を支援。BPSDを含め、ご本人の言動は、ご本人の意思に基づくもので、ご本人が行動変容の自己決定（自律）をしていくことができるように、支援を行う。

【本人の行動】

- ・帰宅願望があり午後から入床まで帰りたいと続いて言う。
- ・夕方から入床まで落ち着かなくなり、人を探し、歩き回る。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

- ・自分の家ではないと認識していて、帰らないと家族が心配する、と思うのではないか。
- ・なぜ、ここにいるのか理由がわからないのではないか。
- ・こんなところでのんびりしているのではなく、家に帰って夕飯の支度をしなくては、と思うのではないか。

【ケアの方針】

- ・家族との対話の機会を維持。
- ・役割があることを伝えて本人ができることを積極的にお願ひする。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	傾聴	ご本人の変化
開始前	傾聴を徹底し、うなずき共感を示す。	熱心に聴いてくれる職員のところに行き話に行く。
4週間後		ご本人から「どうしたらいいか」と聞かれるようになり、職員の提案に納得してもらう。

解説： 本人が聞く姿勢を持つ前に、提案をしても、聞いていただけない。「どうしたらいいか」と本人が尋ねるといふ変化は、本人が自分の話を聴いてもらい、受け入れられたと感じていることが推察される。この段階を待って、職員から提案を行っている。

対応	役割	ご本人の変化
開始前	常に人の役に立とうとして動いている。お手伝いをしていることに感謝を伝える。	何か手伝おうか、と言われる。
		嬉しそうな表情。当たり前のことをしていると言われる。

2週間後	家族からの情報収集でご本人の好むことを依頼することで、ご本人の意欲を引き出す支援。	意欲的にされる。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人が、思い・やりたいことを紙に記入し、職員が共有してご本人のできることを具体的に（日課に）入れていく。 ・役に立ちたい、という気持ちと行動に感謝を表す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・役に立ちたい、という気持ちを表しやすく、「何かしようか」と言われる。 ・嬉しそうな表情。 「いつでもなんでも言ってほしい」

解説： 役割を持ち、協働していくことは生活の中心となり、また、グループホームをご自身の「居場所」と感じていただくためにも、役割は重要である。本ケースでは、本人の意欲を引き出すために、ご家族からの情報収集、さらに、本人が、思い・やりたいことを紙に記入して、それに応えている。また、役に立ちたい、という気持ちと行動に感謝を伝えていることで、役割を通じて向社会的な信頼関係を育んでいる。

対応	帰宅願望に対して	ご本人の変化
2週間後	家に服を取りに職員と外出。	家族から服を受け取り、「皆が待っているよ」と家族に促されて納得して帰路についた。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・一時帰宅をしていただく。 ・ご本人が希望を持てる対応をする。 	今は帰れないけれど、納得をされ、落ち着かれる。

【考察】

本支援では、帰宅願望をBPSDの症状と捉え、その症状緩和を目的とはしていない。家族との面会・対話の機会を維持しつつ、家族とも協力をして、帰宅願望を持ちつつも、ご自身で自分の気持ちをコントロールして、不穏という行動で表現をしないように、自律していく過程を支援していく。この支援では、本人が自分の感情を整理し、コントロールしていく力があるということ、ケアする側が信頼していることがうかがわれる。家に帰りたという気持ちを抱えながらも、新しいグループホームでの生活に適応し、本人が家族とも良好な関係性を維持する一方、グループホームも居場所と感じられるようになっていくように関係性を築いていく、という支援である。一時帰宅をする等、家族との連携も図り、「帰りたくても今は帰れない」状況であることを、本人には隠すことはなく、本人が自分の気持ちに折り合いをつけていく力を信じる対応をとっている。このように、BPSDに対するケアは、症状とされる言動に対して、即効性のある支援方法があるというのではない。本人が自分の言動を変容していく動機を持たない限り、行動変容はない。本人が、行動変容をする意思を持つという力を信頼し、本人が自分をコントロールしていくように、エンパワメントする支援が望まれる。そのためには、まず、本人の話を傾聴し、症状とされる言動も含めて本人を受容していく過程で信頼関係を築いていくことが重要と思われる。家に帰りたという気持ちを持ちつつ、家族との関係性も維持しながらも、グループホームでの集団の暮らしにも居場所を見つけていく、というゴールに向けて息の長い支援が実現されていると思われる。

1) 本人の意思の尊重の観点から生活全般の共有意思決定
 事例2 活動を媒介としたコミュニケーションによる共有意思決定
 社会福祉法人新生会 サンビレッジ大垣

【テーマ】

認知症では言語コミュニケーションが困難になっていくが、傾聴とともに活動を媒介とするコミュニケーションが進行とともに有効となっていく。

【本人の行動】

突然、「おかしい」「わからない」「どっちなの」という訴えが、納得がいくまで訴えが続く。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】:

- ・私の思うことをしてほしい、分かってほしい、なぜここにいるのか、分からないから教えてほしい、という気持ちがあるのではないか。
- ・納得して施設に入所していないのではないか、そのため、なぜここにいるのか、分からなくなり不安があり、誰も本当のことを教えてくれないという思いがあるのではないか。

【ケアの方針】

時間をかけて話を聞く

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	傾聴	ご本人の変化
開始前	時間をかけて話を聞く。	気持ちが落ち着いた様子。
4週間後	「おかしい」「わからない」「どっちなの」ではなく、「どうすればいい?」というワードが出たときはわかりやすく伝える。	「わからない、聞こえない」から「こうすればいいのね、分かった」、という納得を得る。

解説： 本人が聞く姿勢が無い段階で無理に伝えても、効果が無いばかりか、信頼関係構築にも逆効果となることも多い。本人が「どうすればいい?」と聞いてきたときに、本人に分かるように伝えることで、対話が継続し、信頼関係が増してくると考えられる。

対応	信頼を言葉で示す	ご本人の変化
開始前	常に頼りにしていることを伝える。	うれしそうな表情、笑顔がみえる。
4週間後	その都度、頼りにしていること、ご本人が安心する声掛けを行っている。	「ありがとう がんばるわ」などの声が聞けた。

対応	活動を媒介としたコミュニケーション	ご本人の変化
開始前	他の利用者ともスタッフが橋渡し。	発語が多くなり、笑顔が見られる。

4週間後	他の利用者ともスタッフが橋渡しをする、一緒に何かを行う。	他者に話しかけたり、笑顔が見られた。
------	------------------------------	--------------------

解説： 認知症の進行で、言語によるコミュニケーションが難しくなっている場合には、認知症本人同士の対話は、必ずしも円滑には進まないために、スタッフが橋渡しをすることが効果的と考えられる。さらに、活動を共有することで、非言語面も含めて、コミュニケーションが図られていくことが期待される。

対応	役割	ご本人の変化
開始前	洗濯たたみをお願いしている。	できる時とできない時がある。
2週間後	出来る時、やりたくない時がある。できないときは「また、できる時をお願いする」と伝える。	安心された顔をする。
4週間後	タオルたたみでは、スタッフは以前のようにたためなくなっていることに気づく。(くしを手渡しても) 整髪も前ほど気にしなくなった。	

解説： 整髪を前ほど気にしなくなったという観察を、タオルが以前のようにたためなくなっている、ということと一緒に書いていることから、機能低下により、くし（道具）を使うことが難しくなるなど、整髪もうまくできなくなっている可能性が示唆されている。

【考察】

役割の重要性は周知のことであるが、本人の変化に合わせて内容を変化させていくことが重要である。自宅で暮らしたいという思いが強い場合には、施設も本人の居場所と認識していただくために、ご本人が好み、また、機能に応じた役割を提供することの重要性は周知のことである。しかし、本人の好むこと、かつ、機能に応じた難易度という双方の要件を満たす役割の提供は困難な場合が多い。機能に応じて簡単な役割であれば、本人自身は簡単すぎると思ひ、意欲がわかないケースもあり、また、逆に本人の機能から難しい場合にも、本人は挑戦する意欲を持たずに拒否的な姿勢を示すことがある。「したくない」という言動を単に、アパシー、やる気のなさ、と捉えるのではなく、機能にあっているかどうか、という判断も必要となる。本ケースでは、スタッフが「したくない」という本人の気持ちを受容するとともに、本人の気持ちの背景を観察して、以前よりうまくたためなくなっていることに気付いている。つまり、単に気が向かないというのではなく、難しくなっているので意欲が出ないという可能性に気づいている。役割を変更するには本人の同意が必要で、誤魔化すことはできないため、スタッフとの信頼関係が前提となる。無理に励まして、本人には理解されないという気持ちが残る一方、本人も、なぜ、やる気が出ないのか、自分では気づいていないことも多い。まず、本人の「やりたくない」という気持ちを受容し、なぜ、やりたくないのか、行動から原因を推察していく、ということがケアでは重要となっていく。本ケースでは、観察の結果、日常生活の他の活動でも難しくなっている動作のあることに気づいている。この気づきから、ケアのあり方、役割の変更を本人に提案していく、ということが求められるが、実際には、このように変化を受け入れていただくコミュニケーションは非常に難易度が高く、常日頃の信頼関係が求められる。

1) 本人の意思の尊重の観点から生活全般の共有意思決定

事例3 前職を活かした役割での居場所づくり

有限会社スローライフ・プランニング グループホームぎんなん

【テーマ】 スタッフとの信頼関係のもと、自発性・積極性を引き出す支援。

【本人の行動】

他の利用者に帰りたいねと同調を求めるため言われた利用者も不安な気持ちとなり、その人も家に帰りたいと訴えはじめる。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】:

看護師をしていた使命感から、人の役に立ちたいと思っているが、自分が思っているような行動がとれず、もどかしくて困っている。

【ケアの方針】

他の利用者と家事・畑の手伝い・他の利用者の介助等、スタッフと一緒に試みる。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	傾聴	ご本人の変化
開始前	受容的な態度で傾聴。	ご本人が納得するまでスタッフに話をする。
2-4週間後	何度も同じ話をされるが、本人の話を面倒がらずに否定せずに、気持ちを聴く姿勢で、初めて聴くように、受け入れながら傾聴している。	繰り返しが少なくなった。 少しずつ顔見知りになったのか、分かりやすい言葉で短く伝えることにより、理解されていることが多くなったのではないかと感じる。

対応	前職を活かした役割	ご本人の変化
開始前	看護師として長年働かれていたこともあり、他の利用者のお世話(車いす操作、トイレ・居室の案内等)をする。	ご本人から率先して行うことはよいが、相手からのアプローチは好まない様子。
2週間後	看護師だったので、他の利用者のお世話に積極的にかかわっていただく支援を行っている。	率先して他の利用者のお世話を積極的に行ってください。しかし、耳の遠さと認知症により他の利用者の言葉が分からずに混乱することがある。
4週間後	手続き記憶が残っているので、アセスメントを行い積極的に支援している。	看護師としての経験を活かし、他の利用者の支援を行っている。

解説： 看護師の経験を活かして、他の利用者の支援を行う場合には、他の利用者の安全確保もあり、本人が自由に行うのではなく、アセスメントに基づいたスタッフとの連携が重要となる。

対応	役割を通じたコミュニケーション	ご本人の変化
開始前	ご本人の尊厳を保ちながら、ご自分の思いを伝えやすい関係性を築くことができる支援。	すべての思いは伝えることができていないが、その時の思いを伝えることができる関係性。

2週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・他の混乱している利用者のことを手伝ってもらったり、頼りにしています、等の言葉掛けを行っている。 ・短い言葉でわかりやすく伝え、「有難うございます。」と感謝の言葉を必ず伝えるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分のできること（洗濯物畳み、台拭き掃除等）を自然と手伝ってくださるようになった。 ・他の利用者の食べこぼしを片付けてくださるようになった。 ・嬉しい表情で、「やって良かった」という様な、「皆さんの役に立てて良かった」という言葉を言われる。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・他の混乱している利用者に寄り添い、スタッフが「頼りにしています」と言葉がけを行っている。 ・看護師としての経験を活かしてただこうという支援をしていこうと、言葉掛けを行い、スタッフとともにできることのお手伝い、他の利用者のお手伝いを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自発的に、ご自分から ADL の低い方のお手伝いを行っていただけるようになった。 ・ご自分のできることを自然と手伝ってくださるようになった。他の利用者が立ち上がる時に支えたり、車いすが動かないようにおさえたり、自発的に行うことが増えた。

解説： 感謝・信頼を言葉にして伝えるとともに、ご本人の行動を見守り、必要に応じて、他の利用者の安全確保を行っていることが伺われる。他の利用者が関係する場合に、ご本人の自発的な活動を、規制せずに見守るとともに、必要に応じて助言・サポートを受け入れていただくためには、スタッフとの信頼関係が重要となる。

【考察】

帰宅願望の背景に、看護師をしていた使命感から、人の役に立ちたいと思っているが、自分が思っているような行動がとれず、もどかしくて困っているという気持ちがあるのではないかと推察し、看護師の経験を活かす活動を行っていただいている。前職の経験を活かす、特に、他の入居者に直接関与する役割を果たしていただくためには、他の入居者の安全確保の観点からも、本人とスタッフとの信頼関係が不可欠となる。本ケースでは、本人が積極的、自発的に動いて、他の入居者のサポートをしている。その背景には、本人の機能のアセスメントを行い、本人の可能な活動を見極めて、自発的にしていただけると判断する場合には、見守るとともに、必要に応じてサポートをしていることが伺われる。認知症により機能が低下している場合には、本人が「できる」と思っているにもかかわらず、そのもどかしさから不安等を感じる、ということは認知症ケアではしばしば経験されることである。それに対して、ご本人が「自分が主体的に動いている」と感じられるように、さりげなくサポートをする、というのは、非常に高度なケアのスキルということが出来る（本人の機能をアセスメントし、状況に応じて、必要最小限、適切・迅速にサポートを提供し、かつ、そのサポートが本人の行動の流れを阻害しない、ということが求められる）。BPSDとして示されているのは帰宅願望であるが、帰宅願望にアプローチするのではなく、家に帰りたいたいという気持ちも大切にしつつ、グループホームでも、前職を活かした役割を持ち、他利用者、スタッフから感謝をされ、頼りにされる経験を積み重ねることにより、グループホームもご自身の居場所と感じられる支援となっている。

2) 課題となる言動の背景を分析・統合し本人の視点に立って課題の解決の提案を考える

事例4 怒りの背景の本人の自分自身に対する不全感に気づくことの重要性

社会福祉法人浴風会 特別養護老人ホーム南陽園

【テーマ】

認知症では自分自身の状況が整理・理解できず、混乱が他者への攻撃として現れることがある。まず、傾聴し、今のご本人を受容するところから開始をする。

【本人の行動】

無表情でスタッフに対して攻撃的になることがある。

【ケアの方針：アセスメント前】

可能な限り傾聴に努め、心の安定に努める。

【アセスメント前】(ICFの枠組み)

心身機能・構造	排泄の課題
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・声掛けをしなくてもご自分で参加されているので、楽しんで参加している。 ・難しいことと速い動きが苦手。簡単な作業なら真剣にやってくれる。できることはたくさんあるが、ご本人のスピード感と他者が折り合わない。 ・ラジオ体操や口腔体操に参加されている。時間が経過すると、集中力が切れるのか、動きが鈍くなってくる。体の可動域が限られているため、体操やレクをおこなっても他のご利用者と一緒にできないときがある。
参加 周囲の 人との 関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・一人は寂しいが、大勢の中での生活は落ち着かない。ご本人がその場にはいないときに会話が弾んでいると、仲間外れにされていると感じてしまっている。 ・人の役に立ったりお手伝いをしたいと思っているが、思うようにならない。「あっち行って」「やめさせなさい」などと言われ、自分の居場所がない。 ・他利用者の食事を食べてしまったり、非難されることが多く、ご利用者から煙たがられている。スタッフや自分の話を聞いてくれるご利用者に依存し、手を強く握ったりされる。 ・ご家族との関係が希薄、長女とは絶縁状態、長男も遠方にいたため、なかなか会えていない。姉や父など家族の話をするのが好き。 ・まずは自分の話をゆっくり聞いてほしい。指図されることは好きでない。 ・世話をしたり、人とのかわりは好きだが、相手に合わせるのは苦手。 ・怒られると怒り返す。 ・人がいる場所に行きたい。優しくしてくれる人が好き、ついていきたい。 ・静かに穏やかに話せば穏やかに会話できる。 ・歩行が安定しているため、職員の優先度が下がり、寂しさを感じており、職員の後ろをついてくるが、静止されていることが多い。
環境 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人のルールと時間や環境がなかなか一致しない(ドアの開閉、電気の点灯等)。(家に帰って、自分のペースで過ごしたいが現状できない。歌ったり、好きなことが自由にできない。)

	<ul style="list-style-type: none"> ・花が好きだが、実生活で花と触れ合う機会がない。
個人 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・誰かと一緒に過ごしたい。 ・自分で発した言葉がちゃんと伝わっていないかもしれない。 ・自分の思い通りにいかないため怒っているのではないか。 ・わからないから教えてほしい。 ・自分自身の行動に苛立ち、表情がなくなり怒りっぽくなる。 ・自身の行動から疎外されることが多く、孤立してしまうのではないか。 ・主婦としての務めを果たしたい。

↓

背景 要因の まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・集団でのレクや手伝いなどの作業に対する集中力が持続しない。家と同じような環境で好きな歌や花に触れることができない。一人であることに孤独を感じることもある。 ・利用者やケアワーカーに「あれやっちゃダメ」と言われ、自分の思い通りにいかず、不快感を言語で示せない。
------------------	---

↓

本人の 気持ち の推察	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の話をゆっくり聞いてほしい。誰かと一緒に過ごしたい。 ・人がいる場所に行きたい。 ・できないことやわからないことが増えてきているので教えてほしい。 ・自分の行動に対して咎めず、理解（共感）してほしい。
-------------------	--

【ケアの方針：アセスメント後】

- ・本人の行動に対して、「〇〇しちゃだめ」「いじらないで」などの制止するような声掛けではなく、行動に対して理解を示しながら、言葉のトーンにも気を付けながら、「ありがとう」「助かったよ」などの前向きな声掛けを行う。
- ・お茶配りなどの手伝いや好きな花と触れ合うなどの「ケアワーカーとの1対1の関わり」を持つ時間を作る。

【解説】

アセスメント前のケア方針は「傾聴」「心の安定」と漠然としている。認知症ケアでは、抽象的に症状名を特定して、その症状に対して抽象的な対応方針を立てても、漠然として、具体的な支援に必ずしも結びつかない。まず、症状名ではなく、本人の具体的な言動を示し、その言動の背景を分析することで、具体的な支援方法が見えてくる。認知症ケアでは社会参加が強調されるが、認知機能低下により、特に会話を通じた社会交流は困難となっていく。また、相手の気持ちを推察したり場の状況を読むというのは社会認知機能にも関わり、認知症本人同士の交流では、ミスコミュニケーションがおこりやすい状況にある。本ケースでは、他の入居者との交流以前に、スタッフが、まず、本人に感謝し、本人を受容する言動を繰り返すとともに、スタッフとの1対1の関わりを持つ方針を示している。スタッフは本人の認知機能低下を含めて、本人に合わせた関わりができる。スタッフとの関わりから始めて、少しずつ、他の入居者との関わりを良好にしていくことが期待される。

2) 課題となる言動の背景を分析・統合し本人の視点に立って課題の解決の提案を考える

事例5 集団の中での孤独に気づくことの重要性
 社会福祉法人浴風会 特別養護老人ホーム南陽園

【テーマ】

認知症では、記憶をはじめ認知機能の低下により、「自分自身が曖昧になっていく」という存在そのものの不安に苛まれることが指摘されている。社会的交流の重要性が、社会参加の前提として、この自分自身の不確かさに対する支援が求められる。当ケースでは、本人の不適應の背景の不安に気づき、支援を試みている。

【本人の行動】

夕方ぐらいから帰宅願望が聞かれ、立ち上がり多くなる。

【ケアの方針：アセスメント前】

帰宅欲求やご家族の心配をされた際に都度丁寧に説明している。

【アセスメント前】(ICFの枠組み)

心身機能・構造	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能（記憶）低下：スタッフが説明したこともすぐに忘れてしまい解決していないと感じストレスを感じているのではないか。 ・転倒による右大腿骨頸部骨折術後、歩行時に痛みの訴え。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・長年主婦としての務めを果たしてきたが、今は何もすることがなく自分はここにいていいのか不安な気持ちになっている。 ・手先を使い細かい作業も可能であるが、複数の作業が伴うと難しく、1つ1つの声掛けが必要となる。 ・骨折前は1時間ほどの散歩を日課としていた。ラジオ体操は声掛けで積極的に参加する。 ・日中テレビを見てもらっているが、あまり興味を示していないことが多い。
参加 周囲の 人との 関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・話すことは好きだが、聞き上手でもあり聞き役に回ることが多い。話し手に体の向きを変え聞こうとするが、大人数の会話となると話すことを控えてしまい、疎外感を感じるのか不安な表情がある。 ・にぎやかなことを好まれるが、不安が強い時は逆効果につながることもある。 ・大勢が苦手（遠慮がち）。 ・不安な時に傾聴すると次第に笑顔がみられるが、数回説明を要することがある。 ・話をきちんと聞かないと不安が強くなる。 ・自宅にいても「帰らなくちゃ」と話したり、家族の顔もわからず、「出て行って」ということがあった。現在は通院時などに娘と合ってもきちんと認識されており関係は良好。 ・援助者の関わりが少ないと不安を口にする。
環境 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・現状がわからずどうなっているかと不安になっている。 ・ご家族と会えず寂しく思う気持ちもあるが、「こんなところに連れてこられた」と娘に対

	<p>する怒りに変わることがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チェアセンサーを使用しているため、ソファなどほかの席に誘導しづらく、椅子で過ごすことが多い。 ・暗いところ、寒さが苦手。日常を温かくきれいなものに囲まれて過ごしたい。
個人 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・「さみしくて涙が出る」「私一人ですか?」「一人じゃられない」「怖がりだから」と心配ごとを口にする。家族と過ごしたい。

↓

背景 要因の まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・自分のことがわからない。自分で自分のことがうまくできない。そのため不安で家族を求めているのではないか。 ・自分の家ではないということはわかっている。人と話したりすることは好きであるが、大勢の人の中では遠慮してしまう。 ・楽しそうな雰囲気は好き。
------------------	---

↓

本人の 気持ち の推察	<ul style="list-style-type: none"> ・不安な気持ちが強く、安心できる場所が欲しい。 ・ここにいてもよいと思えるような居場所が欲しい。 ・暖かい環境で過ごしたい。身体を動かす機会を作りたい。
-------------------	--

【ケアの方針：アセスメント後】

- ・テーブル席だけでなく、ソファや暖かいこたつなど環境を変えてみる。
- ・落ち着かない状態になる前に周りをキョロキョロ見まわし、スタッフを探しているぐらいのタイミングで早めの声掛けを行う。
- ・テーブルに花を添える。本人の好きな花や動物が載せたアルバムを作る。
- ・散歩（テラス・廊下）や体操等身体を使う機会を増やしてみようか。

【考察】

社会交流の重要性は強調されるが、認知機能が低下し、会話の内容が理解できないなど、場の雰囲気についていけない場合には、かえって、孤独感を深める可能性のあることに十分に留意することが必要となる。本人も、にぎやかなことは好きであっても、大人数の会話となると、おそらく話についていけずに話すことを控えてしまい、疎外感を感じるのか、不安な表情が示されている。認知症本人同士の会話で、お互いに自分の好きなことを話して、話がかみあわず、脈絡は無くても場を楽しんでいる様子が観察されることもあるが、本人が話の内容を理解して、場に参加をしようとする意思のある場合には、話題についていけないと、かえって孤独感を深めてしまい、その孤独感が本人の存在不安を強めていくことも予想される。このように、会話についていくことが難しくなっている場合の社会交流への参加には、適切な支援が必要となる。「落ち着かない状態になる前に周りをキョロキョロ見まわし、スタッフを探しているぐらいのタイミングで早めの声掛けを行う」という見守りの姿勢での支援により、本人は、必要な時に支援を受けられる安心感を持って生活をしていくことができると思われる。また、会話以外の社会交流として、集団での体操等、体を動かして一体感を味わうというのは、有効な支援と思われる。

2) 課題となる言動の背景を分析・統合し本人の視点に立って課題の解決の提案を考える

事例 6-8 意欲低下等、陰性症状に気づきアプローチすることの重要性

社会福祉法人幸清会 特別養護老人ホーム幸豊の杜・成香 2021

【テーマ】

意欲低下は見過ごされがちであるが、意欲・活動の低下は、認知機能・身体機能の廃用にもつながっていく。背景を探り、対応を考えることが求められる。本稿では3ケースのアセスメントを紹介する。意欲低下という「状態」は共通しても、その背景は一人ひとり、異なり、個人に応じた支援が求められる。

事例 6 【本人の行動】

意欲的な様子が見られず日中からリビングのソファに横になりテレビを見ている。

【ケアの方針：アセスメント前】

- ・洗濯物たたみなど、軽作業をお願いする。
- ・職員からお話し、会話の機会を図る。

【アセスメント前】(ICFの枠組み)

心身機能・構造	認知症の症状・薬剤の副作用として意欲低下の可能性はあるのでは。
活動	日中からソファに横になっている。
参加	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナのため、面会禁止になっていた。現在は面会できるが制限があり、ご家族との面会ができていないために寂しさがあるのではないか。 ・家にいる時は編み物をよくしていた。
環境因子	<ul style="list-style-type: none"> ・施設生活では、周囲が何でもしてくれる、自分が自ら動く必要が無い。 ・食事の配膳・下膳もスタッフがするので、自分はする必要はないと思っているのかもしれない。 ・飲食店に勤めていたことから、食事作りを手伝ってもらうことにより、昔を思い出し、持っている力を発揮できるのではないか。
個人因子	<ul style="list-style-type: none"> ・性格の影響もあり、意欲的に活動しようと思わないのではないか。 ・自由な性格だったが、自由に外出等もできずに、あきらめてしまっているのではないか。 ・「体が心配だけど、もう、年だからこのままでいいんです」と言う。 ・今までとおりの生活を続けたい（自分のペースで生活したい）という希望。 ・自分がやれることはやっていきたい、という希望。

↓

気持ちの推察	<ul style="list-style-type: none"> ・性格の影響もあり、意欲的に活動しようと思わないのではないか。 ・年なので、無理せず、安心して生活していきたいと思っているのではないか
--------	--

【ケアの方針：アセスメント後】

- ・洗濯物たたみなど、簡単な軽作業をお願いして活動の機会を設ける。
- ・テレビの内容でも職員からお話して会話の機会を設ける
- ・職員が全てするのではなく、職員からご本人へ、「～してくれると助かる」と声掛けし、していただくと、感謝の気持ちをオーバーに伝える。

事例7 【本人の行動】

以前は職員が話しかけると笑顔も多く見られ、感情表現が豊かであったが、現在は無表情で過ごされていることが多い。以前から発語されることも無いため、ご本人の表情・しぐさから意向をくみ取るようにしている。リビングで過ごしている間にも傾眠傾向が強いことがある。

【ケアの方針：アセスメント前】

- ・リビングで過ごされている際に、多く話しかけてみる。
- ・ご家族様にも連絡し、以前好きだったこと、好きな話題などを聞き、その話題についてはなしかけてみる。

【アセスメント】(ICFの枠組み)

心身機能・構造	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の進行の可能性。 ・認知機能低下が進行した影響で表情が乏しくなった可能性。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・認知・身体機能が低下し、歩けなくなってしまい、活動量の低下が意欲の低下につながっているかもしれない。 (施設入居7年目で、以前は手引き歩行をしていたが、現在は全介助で車いすに移乗。) ・リビングでは、車いすからご本人にあった椅子に移乗し座り、安定した体位維持のため、見守り・介助を実施(車いす・椅子からのずり落ち防止)。 ・機能訓練計画に基づき、両下肢の可動域訓練を実施。
参加	新型コロナウイルス感染防止のため、ご家族との面会ができなかったことが影響している可能性。
環境 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい施設に引っ越したことによって、戸惑いがあるのかもしれない。 ・以前の施設では、多床室で過ごされていたが、現在は個室で過ごされており、孤独感を感じているのかもしれない。 ・他の入居者、職員とのかかわりが少ない。
個人 因子	認知機能・身体機能の低下により、以前のように歩いたり、活動することができないことにより、ご本人様も寂しさや辛さを感じているかもしれない。

↓

背景 要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分で体を動かすことができなくなったことに対して喪失感を感じている可能性。 ・他の入居者の方との関わりも少なく、寂しさを感じているのではないか。
----------	---

↓

気持ち の推察	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分で身体を動かすことができないことに対する喪失感があること。 ・お話する相手がいないこと。
------------	---

【ケアの方針：アセスメント後】

- ・ご本人にできるだけ多くの楽しい話題を職員が提供する。
- ・ご本人の好きな音楽・映像を見ていただく。

事例 8 【本人の行動】

リビングで過ごされている際に、自分からお話をされることがなく、黙っていることが多いので、ご本人がどのような気持ちでいるのかわからないことがある。以前は絵を描いたり、他の入居者と楽しく話をされて活発に過ごされていたが、現在は日中リビングの椅子に座り、何も話されず、黙ったまま無表情に過ごされていることが多い。職員が話しかけても、何も話されなかったり、一言二言、言葉を発して、その後は黙ってしまうことが多い。

【ケアの方針：アセスメント前】

以前は絵を描くことが好きだったが、最近はすることがなくなっていた。再度、絵を描くことや塗り絵をすることを勧めてみる。

職員が自ら会話したり、また職員が間に入り他の入居者の方とお話をする場を設け、交流を図る。

【アセスメント前】 (ICF の枠組み)

心身機能・構造	記憶の低下
活動	歩行器を使用して歩くことができなくなっており、活動量が低下している。
参加 周囲の 人との 関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と面会しても、家族と認知することができないため、お話することができない。 ・新型コロナ感染防止のため、しばらく、家族と面会できなかったこと、認知機能低下により家族の顔を忘れてしまった可能性がある。 ・職員も、日常業務もあり、ゆっくりとご本人とお話する時間がない。
環境 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・半年前に、以前の施設から新しい施設に引っ越しをしたため、環境の変化に戸惑っているかもしれない。 ・居室になじみのあるもの（今までの生活で使用していた物、思い出の写真など）がお部屋に少ない。
個人 因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ここがどこか分からないと話されており、不安を感じて生活をしている可能性がある。 ・以前は絵を描くことがとても上手であったが、現在ではできなくなったことによるストレスがあるかもしれない。

↓

背景 要因の まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・話し相手がいないため、寂しさがあるのではないか。 ・家族が誰かわからなくなって、寂しさがあるのではないか。 ・以前は絵がとても上手だったが、今では上手に描けなくなって、そのことに対する喪失感があるのではないか。
------------------	--

↓

本人の 気持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・お話する相手と楽しく会話をする時間がほしい。 ・家族と過ごす時間がほしい。
------------	---

の推察	・自分が好きだった絵に触れ合う時間がほしい。
-----	------------------------

【ケアの方針：アセスメント後】

- ・職員がご本人に絵を見ていただいたり、絵画の話をするなどのアクティビティの場を設け、そこから会話の機会を設ける。
- ・職員も間に入り、他の入居者とお話する場を設ける。
- ・できる範囲で、家族に面会に来ていただいたり、自宅からなじみのある物を持ってきていただきお部屋に飾る。

【考察】

怒りっぽいというような言動に対して、意欲低下は見過ごされがちであるが、廃用にも結び付くために適切な対応が求められる。意欲低下という状況は共通していても、背景は一人ひとり、異なるため、個別の分析・対応が必要である。

事例6では、もともとの性格とともに、自由に外出等もできずに、あきらめてしまっているのではないかと推察されている。その一方で、自分がやれることはやっていきたいという希望も話されている。飲食店に勤めていたことから、食事作りを手伝ってもらうことにより、昔を思い出し、持っている力を発揮できるのではないかと、等、意欲的に生活をしていただけるよう、様々なアプローチをして、奏功することを探していく支援が行われている。

事例7,8は認知機能低下が関連していると思われる。意欲低下の支援では、この認知機能との関連が課題となる。意欲低下に関連する廃用が、認知・身体機能低下の関連要因となることは周知のことである。その一方、認知機能が低下していくと、意欲を持ちにくくなっていく。例えば集団での生活で、周囲の状況の理解が困難となり、特に、周囲で交わされている会話の理解が難しくなっていく、場の状況を把握しそれに対応していくことが困難になっていくと、周囲へ関心を持ちにくくなる。さらには、周囲の状況のみならず、自分自身の状況の把握も難しくなっていく。事例7のように、自由に歩けなくなっていくと、自分自身で整理のつかない閉塞感で意欲を失っていくことが予想される。事例7,8ともに、環境の変化があったとされているが、事例8の場合には、「ここがどこか分からない」と話されており、不安を感じて生活をしている可能性がある。不安から意欲が失われることも、しばしば観察されている。本支援の、「自宅からなじみのある物を持ってきていただきお部屋に飾る」など、本人が安心して過ごすことのできる環境を整える支援は、気持ちの安定のためにも重要である。なお、以前との比較で考えがちであるが、進行性の原因疾患の場合には、認知機能低下に応じた目標設定の変更も必要と思われる。例えば、アルツハイマー型認知症の進行度を示す、Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease (FAST)ステージ**では、混迷・昏睡(ステージ7f)に至る前段階で、笑顔の喪失(7e)とされている。進行度によっては、笑顔の維持を目標とすることも想定される。ただし、高度に認知機能が低下した場合にも、「認知機能低下」で済ませるのではなく、事例7,8の支援のように、背景を探り、ご本人を信頼し対話の可能性を求め、より良い状態を目指す諦めない支援が求められる。

**Reisberg, B. Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacology Bulletin. 1988;24: 653-659

3) 対話と協働

事例9 本人を肯定する対話により妄想に対処

社会福祉法人憲章会 東雲の丘グループホーム1号館

【テーマ】

妄想に対しても、本人の状況を理解し納得をしていく、という力を信じること

【本人の行動】

もの盗られ妄想の出現時、すごい剣幕で援助者に怒鳴り込む。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

- ・私の事を分かってほしい。・要望を聞き入れてほしい。・混乱しないようにしたい。
- ・寂しい思いを分かってほしい。

【ケアの方針】

- ・背部のマッサージケアを生活リズムシートに入れる。

(注：背中の子供がいなくなっている、という訴えへの対応)

- ・家事手伝いを増やし、手伝いの時間帯を細かく割り振りしコミュニケーションの場を広げる。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	もの盗られ妄想等への対応	ご本人の変化
開始前	ご本人から「私の歯ブラシが見つからない、誰かが盗ってある」と険しい表情で訴える。 「一緒に探しましょう。かばんの中を開けてもよろしいですか」「コップと歯ブラシが入っていますよ、几帳面ですね、きちんとしまわれていますね」。	「あなた達は、忙しいはずなのにごめんね」とやんわりした口調で言われた。
2週間後	ご本人から「背中の子供がいなくなっている、どうしたかしら」とリビング内を行ったり来たりする。ご本人の傍について「背中に違和感があるようですね、背中に触れてもよろしいですか、子供が小さいときは、よくおんぶして家事と子育て頑張っていたのね、マッサージしてもよろしいですか」。	「昔はね、おんぶしながら家のこともやらないといけなかったよ、うちの子はそろばん塾も行かしたよ。」と表情豊かに話してくれた。
	「ポケットの中の板切り紙、大事にしておられるようですが、何に使うのですか」「ズボンのポケットが膨らみすぎて歩きにくくないですか、少し分けてお部屋に片づけておきましょうか」。	
4週間後	ご本人から「私のお母さん知りませんか、さっきまでここにいたけど、誰か知りませんか」とリビングと台所を行き来される。職員「Mさんのお母さんですね、では、お母さんの特徴を教えてくださいませんか、洋服の色覚えていますか、髪の毛の色は黒、それとも白ですか・・・」と生まれ育った幼少期の頃を引	「私はおばあちゃん子だったのよ」 「ある日、おばあちゃんを探していたら、お母さんが、おばあちゃんは亡くなったよ」と聞かされてお墓まで行ったことがあるよ」と微笑みながら話す。他入居者も交流し、生ま

	き出しながらコミュニケーションを図る。	れ育った地域の話で盛り上がる。
	ベッド上に服が散乱している。「Mさん、どの服にしようか迷っていらしたのね、衣装持ちですね、今着ているのもお似合いですよ」「このズボン素敵ですよ」（着替えをしていただくように提案し）、「残りの服は畳んでダンスにしましょう」。	「私のベッドに誰が服置いたかしら」「さっきまではなかったのに」 「昔はね、贅沢なんかできないからね、ずっと大事にしているよ」（笑って着替えをされる。）

解説： 認知症では、困っていると感じていることがあっても、漠然とした不全感で、明確に言語化して認識することが難しくなり、妄想という形で示されることがある。この場合には、本人の困っている気持ちを言語化し共感することで、本人の納得を引き出す支援が奏功することがある。上記の支援は、本人の困りごとを代弁し、「几帳面ですね」等、本人を肯定したり、本人の好む話題に引き寄せることで、本人が「困っている」という不全感から、肯定的感情へと解放される支援を行っている。こうした対話の積み重ねが、信頼関係につながっていく。

対応	帰宅願望への対応	ご本人の変化
開始前	ご本人から「私は家に帰れないの、主人はどこにいるの」と不安そうに訴える。ご本人の傍について、コロナ禍の状況説明に新聞やテレビのニュース等の話題でコミュニケーションを図った。	「悪い風邪が流行っていたら仕方がないね」と言われ納得された様子が伺えた
4週間後	ご本人から「子供たちに会いたい、みんな何しているのかね、長いことあってないさー、どんなしたら会えるかね」としんみりした表情で自分の思いを職員へ伝える。 職員「子供たちに会いたいですよね」「新型コロナの悪い風邪が落ち着くまで、もうしばらく待ってもられますか」「コロナの状況を見ながら家族（子供たち）との再会の機会を作りましょう」	「コロナ・コロナっていつまでコロナかね」と声を張り上げる。しばらくうつむいて一点を見つめている。テレビから“新型コロナ感染のニュース”が流れると「今は、やっぱり会わない方がいいのかね」「後でいいからいつ頃会えるか教えてね」と納得された様子が伺われた。

解説： 帰宅願望に対して、誤魔化さずに、状況を説明している。このように、本人が社会の状況を理解し、納得する力があると信じる事が認知症ケアでは重要となる。

チームアプローチの変化

2週間後	家事手伝いの時間帯を細かく割り振りすることにより、コミュニケーションの場が広がった。（家事手伝いは、他の他入居者と積極的に行う。）
------	---

【考察】

ものとられ妄想・帰宅願望は、容易には解消されない、その都度、本人の気持ちを代弁し、本人の理解する力を信じ、誤魔化さずに説明し、本人との肯定的なコミュニケーションに転じることにより、本人は不全感から解放され、攻撃により自分を守る必要が無くなっていくことが期待される。このような対話の積み重ねで信頼関係を築いていくことが、認知症ケアの本質といえる。

3) 対話と協働

事例 10 本人の声を聴こうとする努力を重ねることの重要性

社会福祉法人憲章会 東雲の丘グループホーム 2 号館

【テーマ】

双方向のコミュニケーションは認知症ケアの本質

【本人の行動】

難聴があって、コミュニケーションが上手く図れない。(異食があり、補聴器も部品を分解し口に入れてしまうので使用できない。)

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

難聴の影響で本人に伝わっていないので何をされるか不安がある。

【ケアの方針】

- ・コミュニケーションの工夫（簡潔に話す、非言語コミュニケーション、筆談等）。
- ・援助する前にしっかり説明をして同意を得てから援助する。

【本人とのコミュニケーションと 4 週間での本人の変化】

対応	コミュニケーション支援	ご本人の変化
開始前	話を聴く時、「うなづく」等のアクション（非言語コミュニケーション）を活用して聴く姿勢に注意した。	言葉がなかなか出てこない様子がある。(物の認識が出来ない等) ご本人から話をする時は時々、笑顔があり。
2 週間後	ご本人が話をしている時（訴えている時）、援助者はうなづく、身振り、手をさする、目線を合わせる等の聴く姿勢に留意した。	(朝の時間帯) 起床から何をすればよいか分からない様子だったので、聴き方を工夫することで表情にも変化がみられた(安心した様子が見られた)。
4 週間後	ご本人が話をしている(何かを訴えている時)に受け取る側の理解が難しい場合、発せられる言葉に、ご本人が何を訴えているのか? 言葉(キーワード)の意味を探り気持ちを読み取るように努めた。	発せられる言葉で何を訴えているのか読み取ることができた(例えばトイレに行きたいが言葉に出てこない)。
	コミュニケーションの伝え方、聴き方を全職員で共有し統一を図ることでご本人が何を訴えているのか(何を望んでいるのか)を少しずつ理解できるようになってきた。 ケアの質の向上のためにはコミュニケーション方法の知識、技術をさらに高めると同時に、行動の理由、課題となりえる背景、要因は何なのか? 考える良いきっかけになった。	

対応	拒否等に対する支援	ご本人の変化
2 週間後	夕方、「ご飯の仕度」をしないといけないので帰らないといけないとの思いが強い。援助者と一緒に外に出て気分転換に散歩に出かけた。本人の話を否定せずうなづきながら話を聴いた。	少し興奮気味であったが、気分転換に外に散歩に出かけ、帰って来た頃には穏やかな表情になっていた。
4 週間後	入浴の場面：	しっかりご本人に説明する事でスムー

	洋服を脱ぎながらにしっかりと着替えがある事を説明し実際に洋服を見せ安心してもらえるように言葉かけに配慮した。	ズに入浴が行えるようになったと感じている。「娘さんが持ってきた洋服ですよ」と説明するとご本人からの反応も良く安心して様子がかえりやすくなる。
--	--	--

対応	本人の納得する役割	ご本人の変化
開始前	食べ終わったお皿を見て「洗わないと」と言葉が出たので言葉かけして、援助者と一緒に皿洗いを行った。	言葉かけが伝わり、理解して一緒に行っていた。
2週間後	夜、眠れない時に、援助者（夜勤者）が掃除をしていたので、本人からちり取りを持ち手伝う様子があったので見守りしながらテーブル拭きを行ってもらった。最後に使い終わった布巾もご本人で洗われていた。	手伝いを行う前までは「帰って食事の仕度をしないと」との訴えがあって、室内を歩き回っていた。援助者の手伝いを一緒に行ってから集中して行っていた。その後は落ち着かれて座られる。
4週間後	ご本人から「洗わないと、、、」と言葉が出たときは食器洗いを職員と一緒にやった。また、タオルなどの洗濯物も畳んでいただいた。手伝ってもらった後はお礼を伝えるようにした。	職員で見守りしながら食器洗いなどを行っていただいたご本人は、お礼を言われると笑顔も見られるようになった。

対応	痛みの訴えと身体的コミュニケーション	ご本人の変化
開始前	起床時の右足の痛みがあり。本人のペースでの移動に努めた。本人が立ち上がるまで待つ。	本人のペースで立ちあがる。杖を使用する事でゆっくり移動できる。
2週間後	起床の時は左膝の痛みがあり。ご本人のペースで立ち上がってもらい左手で杖を持ってもらい、援助者は右側に立って右手を握りながら痛みを配慮した支援（手引き誘導）に努めた。	立ち上がった時に痛みはご本人から痛みも訴えあるが、手を握りご本人も安心した様子があった。
4週間後	歩行時、右膝の痛み、右太ももの傷が（皮膚疾患）あり。痛みもある。 移動時（杖歩行）は本人の移動ペースに配慮するように努める。	午前中は右膝の痛みがあり。活動範囲は少なめ。午後からは活動活発になるが、右膝の痛みによる精神的な影響は少ないと思われる。

解説： 握った右手から、本人には安心感が伝わっていると思われる。コミュニケーションは言語に限らず、身体的コミュニケーションにより、信頼関係を築いていくことも重要である。

【考察】

通じにくいということで諦めるのではなく、発せられる言葉、様子から、本人が何を訴えているのか、意味を探り気持ちを読み取る努力を重ね、チームで共有している。本人は「聞いてもらえない」と思うと諦めてしまうが、ケアする側の聴く姿勢が伝わると、本人も伝えようとしていく。身体面も含め、双方向のコミュニケーションが認知症ケアの本質である。

3) 対話と協働

事例 11 ケア側の意思を強制しないことの徹底と誤魔化さず根気よく説明をすることの重要性
社会福祉法人清風 特別養護老人ホームさざ波

【テーマ】

介助への抵抗にも理由があると考えて、本人に合わせて、抵抗をする際には、強制ケアはしないことを徹底するとともに、ごまかすのではなく、根気よくわかりやすく説明をする。

【本人の行動】

介護への抵抗 ～ 更衣・入浴

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

自分のペースを乱す、自分の行動を止めさせるようなことは嫌だ。

【ケアの方針】

本人のペースに合わせる、介助する職員を入れ替える。

本人の言葉を否定しない。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	本人のペースに合わせる	ご本人の変化
開始前	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人ペースに合わせ共感的な態度 ・事前に理解できるようにきちんと声掛けをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・変動があり穏やかな時と口調が荒い時がある。 ・理解できる時と伝わらない時がある。
2週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の話すペースを乱さないように気を付けている。 ・視線を合わせてゆっくりと話す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースを合わすと笑顔も見られ穏やかに会話ができる。 ・視線を合わすと安心した表情になる。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・興奮状態の時でも本人の訴えを共感する。 ・ゆっくり理解できるように伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・興奮が徐々に収まり落ち着かれる。 ・丁寧に伝えれば理解できる様子。

解説： コミュニケーションは一方的に傾聴するのみではなく、ケアを提供するためには、ケアする側の話も聞いていただく必要がある。そのためには、興奮している時も、共感を示し、本人が理解できるように伝える、ということを継続していくことが重要である。

対応	介護への抵抗に対するケア	ご本人の変化
開始前	介助へ抵抗がある際は、強制ではなくご本人へ声掛けしご本人に合わせている	抵抗がなくなることはないが、許容範囲である
2,4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・介助に抵抗することにも理由があるのでそれを汲み取る ・誤魔化すのではなくわかりやすく説明をする 	<ul style="list-style-type: none"> ・根気強く説明をすれば納得する ・納得したような表情で抵抗もなくなる

解説： 長期的に信頼関係を結んでいくためには、スタッフ側がその場しのぎで誤魔化すのでは

なく、相手を理解しようと努めるとともに、必要な事を伝えることが求められる。傾聴・対話では、ご本人が「聴いてもらっている」という実感を持ち、対話内容に納得することが重要である。

対応	痛みへの対応	ご本人の変化
開始前	動く際、右大腿部痛ある為、痛くないように配慮する	理解し介助に協力動作がある場合と、抵抗する場合がある
2週間後	右大腿部痛があり、介助の際は注意している	痛みを伴う時は抵抗も激しくなる
4週間後		痛みを伴う際には訴えがある

解説： 痛みの訴えがあるというのは、訴えたと聞いてもらえるという信頼関係が背景にあることが推察される。

対応	ノンバーバルコミュニケーション	ご本人の変化
2週間後	他の入居者との関わりを以前より多くとっている。	楽しそうに笑顔を見せられている。
4週間後	他の方の行動を見て理解できることもある（ラジオ体操等）。	言語の理解より、視覚的な理解がスムーズな時がある。

チームアプローチ

開始前	介助に抵抗があるため、ご本人が理解するような声掛けとご本人のペースに合わせることをチームで共有している
2週間後	ご本人のペースに合わせることをチームで共有している
4週間後	ご本人のペースに合わせる。また嫌がる際には強制ケアしないように共有している

【考察】

長期的視点からは、ケアの拒否は本人には不利益となる。本ケースでは、痛みが関連しているが、ケアで直接痛みを軽減する、ということは困難であり、ケアを受け入れていただくのは非常に難易度が高いことが想像される。そのような場合であっても、認知症の支援では、本人のいうなりになってしまうたり、拒否がある場合には、ケアをしない、ということでは解決はせず、ケアを受け入れていただけるように、地道に説明をし続けることが重要である。その場しのぎで誤魔化してしまうのではなく、丁寧に説明しつつ、どうすれば伝わるのか、本人の理解できるコミュニケーション方法を探っていくことが大切と思われる。4週間で、丁寧に伝えれば理解できる様子、根気強く説明をすれば納得する、納得したような表情で抵抗もなくなるという変化が見られている。痛みを抵抗ではなく、「訴え」として適切に表出するようになってきているのは、「訴えれば聞いてもらえる」という信頼感があることが伺われる。忙しい介護の現場で、本人のペースに合わせて傾聴し、丁寧に説明し続けるということは容易ではないと思われるが、それでも、その場しのぎで誤魔化すことをしてしまうと、少しずつ築かれていく信頼関係が損なわれる可能性もあり、本ケースのように地道な努力が長期的には奏功すると思われる。

3) 対話と協働

事例 12 怒りの背景の不安に気づくことの重要性 社会福祉法人清風 特別養護老人ホームさざ波

【テーマ】

怒りの背景にある不安に気づくことの大切さ。信頼関係を築いていくためには、本人の要求に応じていく、という地道なケアの積み重ねが重要。

【本人の行動】

他者を傷つける乱暴な行為をする

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

背景に家に帰りたいが帰れない、一人でいる不安があるのではないか

【ケアの方針】

- ・ 何故自宅に帰りたいのか、本人の言動より推測する
- ・ 本人が思っている不安を推測する
- ・ できるだけ一人にさせない、職員が視界に入るようにする。

【本人とのコミュニケーションと 4 週間での本人の変化】

対応	傾聴	ご本人の変化
開始前	ご本人の話を否定せずその都度説明をする。	同じ事を繰り返し聞かすがすぐに忘れる。
2 週間後	ご本人の話に合わせた聴き方をする。	ご本人にきちんと説明をすると納得する。
4 週間後	帰宅願望を訴える時には、ご本人の話をきちんと聴く。	「また泊りですか」と尋ねて納得している。

対応	そばに付き添う	ご本人の変化
開始前	一人でいると、孤独感、不安感になるので、できる限り職員が付きそう。	職員が側にいると話しかけ笑顔もある。
2 週間後	リビングに誰もいないと不安になり、出来る限り職員が傍にいる。	誰かがいると安心した表情になる。
4 週間後	一人になると不安になるので職員が付き添いをしている。	職員が傍にいると落ち着かれる。

対応		ご本人の変化
開始前	人間観察が好きで、人物を誤認することがあるが、傾聴の姿勢でいる。	色々なものをよく見て、観察をしている。
2 週間後	視界に入る他利用者への配慮をして	周囲が気になり辺りを見回している。

	いる。	辺りを見回している背景には家族を探している可能性がある。
4週間後	同じテーブルの入居者と最近話をしている。	違和感なく話ができている。

解説： 周囲を見回している行動を、直ちに、他者への攻撃の可能性に結びつけるのではなく、当該行動を肯定的にとらえることで、家族を探している可能性という本人の意図に気づいている。この可能性に気づくというのは、常日頃から、症状を含めて本人を肯定する姿勢が背景にある。

対応		ご本人の変化
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・寒さに敏感であり、衣類の調整をしている。 ・掻痒感があり、軟膏を塗付。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人より「寒い」との訴え時にすぐに対応してして、ご本人も納得している。 ・軟膏を塗付することにより安心をしている。

解説： 対応可能なことは、すぐに対応をするという行動で示すことは、信頼関係を築いていく上では重要となっていく。

チームアプローチ

対応		ご本人の変化
開始前	他の利用者とトラブルにならないように工夫している。	
2週間後	辺りを見回している背景には家族を探している可能性がある ということを共有。	
4週間後	他の入居者の行動に攻撃的な発言があり、ご本人の居場所へ配慮している。	

【考察】

訴えが強い場合には、短期的な介入では解決しないことも多い。しかし解決しないからといって諦めるのではなく、小さな変化を見逃さないで継続をしていくことで、信頼関係を築いていくことが重要なことと思われる。

本ケースの支援では、本人が攻撃的な言動を自ら修正していく力があるということを信頼している支援が伺われる。攻撃的な言動があるから他者と遠ざけるというのではなく、そばにつき添い、傾聴し、また、居場所に配慮をしながら、他者との関係性もはかっていく、というきめ細かい支援がなされている。4週間後には、他の入居者と違和感なく話をしている様子も見られている。辺りを見回している、という行動の背景に家族を探している可能性があるのでは、と思いついたというのも、本人を信頼し、本人の行動には正当な理由があると思ひ、真摯に本人に向き合っていることが示されていると思われる。攻撃的な言動に対して、そのトリガーを見つけて未然に防ぐということも推奨されているが、個々の言動にとらわれ、本人の行動を修正するという方向の発想ではなく、本人の行動の背景、本ケースでは、家族がいない不安に気づき、本人の話を傾聴し、傍にいてということを重ねていくことで、信頼関係を築いていくという支援が本質的であり、長い目では奏功すると思われる。質問紙のスコアの変化は分かりやすいが、スコアの変化のみに頼るのではなく、スコアに現れない日常生活での小さな変化の観察が重要であり、そうした変化の積み重ねが、長期的には本質的な変化となっていくと思われる。

3) 対話と協働

事例 13 BPSD は周囲の状況への本人なりの現実への対応手段である可能性に気づく重要性
宮崎医療生活協同組合 グループホームにじの樹

【テーマ】

本人の話をよく聞き、良く観察し、どうすれば対話が深まるのか、試行錯誤を繰り返す。

【本人の行動】

介護拒否、車いすから立ち上がって歩こうとするので、目が離せない。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】：

- ・拒否というよりも、自分でできると思っているのではないか。
- ・自分のしたいことをしたい時にしたい、うまくいかなくて困っているのではないか。
- ・相手の言っていることもわからなくて話ができず寂しいのではないか。

【ケアの方針】

- ・何か行動をおこしたときは、本人が何か言っていることも多いのでよく聞く。
- ・どんな時にどんな行動をするのか、何ができて何を嫌がるのか、よく観察する。
- ・意図が伝わりやすかったジェスチャーで統一する、通じなくてもよく聞く。

【本人とのコミュニケーションと 4 週間での本人の変化】

対応 傾聴	ご本人の変化
開始前	落ち着かない様子が見られる時だけそばで見守る。
2 週間後	不安そうな時はご本人のそばで手を握ったりして寄り添う。
4 週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・話しかけられた時は、そばに座り、ゆっくり話を聞いたり、相槌をうったりする。 ・マッサージすることが好きな様子がみられたため、職員がかたわらに寄り添う時にさりげなく職員の腕を差し出すようにした。

解説： マッサージは、ノンバーバルコミュニケーションとなっている。本人がマッサージをすることが好きということに気づき、さりげなく腕を差し出すということで、本人はご自身が受け入れられている、自分の得意なことで、相手の役に立っていると感じていることが推察される。

対応 介護拒否への対応	ご本人の変化
開始前	職員の都合で介助がほとんど、行われている。
	介護に対しての拒否が多い。

2週間後	嫌がる時には、無理強いをしない、自分でできることは見守る。	拒否する回数は以前と比べると少し減る。
4週間後	粉薬をのむことへの拒否が強かったため、主治医へ相談し、水に溶かすタイプの薬に変更したところ、内服の拒否が無くなった。	もともと、お茶やのみものが大好きだったため、拒否無くのめるようになった。

解説：普段の生活の観察により、医師との連携に奏功した例。拒否がある場合に、どのような方法であれば、拒否が無くなるのか、方策を考えて試行錯誤することは重要である。医師は生活状況を観察することはあまりないことから、生活の観察に基づくケア側からの提案は、医師には非常に有益な情報となる。

対応	伝え方の工夫	ご本人の変化
開始前	難聴があるため、大きな声やジェスチャーで伝えている	聞こえたり、聞こえなかったりしている。
2週間後	聞き取りやすいトーンで話す。	ご本人の調子で聞こえる時と聞こえない時がある。
4週間後	短い言葉で伝える。	ご本人の調子もあるが、以前よりは少し聞こえている様子。

対応	ご本人の変化	
2週間後	職員がそばにいる時間が増えたことで、他利用者とコミュニケーションがとれるようになった。	職員や他利用者に対し、おだやかな口調になってきた。

チームアプローチ

2,4週間後	声掛けの方法やトイレ誘導のタイミングを統一し、ご本人が混乱しないようにする。
--------	--

【考察】

BPSDのケアは、客観的に症状を特定し、それに対しての客観的な対応をとる、と考える向きもあるが、ケアはコミュニケーションであり、客観的な「対応法」がうまくいくかどうか、ではなく、認知症本人とケア側の対話・関係性が深まった結果ということが言える。対話は、BPSDを含めて本人を受容し、本人の話をよく聞くとともに、信頼関係を引き出して、伝えたいことも受け入れていただく、という双方向性が重要である。本ケースでは、直接、介護拒否に対応するという発想ではなく、本人の話をよく聞き、本人が何をしたいのか、どんな時にどんな行動をするのか、何ができて何を嫌がるのか、よく観察することから始めるとともに、どう、伝えるとご本人が混乱しないのか、ご本人に伝わるのか、試行錯誤を繰り返している。本人のいいなりになり、耳障りの良いことを言うのみでは、真のコミュニケーションとは言えない。その時点では本人は受け入れにくいことでも、長い目で見て本人のためになると思われることは伝える続ける努力が求められる。試行錯誤の過程で対話が深まり、信頼関係が深まっていくことが期待される。

3) 対話と協働

事例 14 他者との関係性がうまく結べないという背景の不安に気づくことの重要性
 社会福祉法人美明会 特別養護老人ホーム義明苑いなほ

【テーマ】

他の入居者とのトラブルになりかねない行動に対して、その行動を止めようとするのではなく、背景の不安に気づき、ご本人本来の姿を取り戻していただく支援を行う。

【本人の行動】

他の人の物を自分の物と思い込んで使う。知人を探して、どこに行ったのかと職員に訴える。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】：

- ・自分の物と他の人の物の区別がつかないのではないか。
- ・他入居者の衣類と自分の衣類の認識が出来なくて混乱しているのではないか。
- ・友人（気を許せる人）がいないのではないか。

【ケアの方針】

- ・ご本人が安心できる居場所づくりの実施。
- ・役割を持って生活して頂く、他入居者との関係の構築

【本人とのコミュニケーションと 4 週間での本人の変化】

対応 傾聴	ご本人の変化
開始前	否定せず、相手の気持ちを理解し傾聴する。 笑顔で「ありがとね。」と言ってくれる時と「何か変だよ」と納得されない時がある。
2 週間後	否定せずご本人の話を傾聴した。他の方へのフォローも同時に実施。 納得いかないことが多く「何か違うね」と発言見られる。
4 週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・話をするときには立ち止まり、正面からご本人の表情を伺い、困りごとはないか話を聞く姿勢を心掛けた。 ・日常生活の様々な場面で自然に意思表示できるよう配慮し、表現が難しかったら、こういう意味で大丈夫ですかと確認する。 ・「どうかしましたか」とご本人をいつも気にかけていることを態度で示す。 <ul style="list-style-type: none"> ・以前より今の不安を、きちんと話してくれるようになった。 ・自分の言葉で表明しづらそうなときに「そうそうそれ」「よくわかったわね」とすっきりされる様子見られた。 ・「いつもありがとね」「大丈夫だよ」と明るい返事が返ってくるようになった。

解説： 認知症では、内言語で自分の考えをまとめたり、自分の言葉で表現することが困難になっていく。その際に、「こういう意味で大丈夫ですかと確認する」というように、相手の発言を補い、かつ、確認をする、という支援は、本人との信頼関係・コミュニケーションを深めていく。

対応	安心できる居場所づくり	ご本人の変化
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の不安軽減のため、座席にご本人と気が合うような入居者に来ていただき、職員が関係を取りもった。 ・居室をでるときは、三枚扉をしめることで安心感を持っていただく ・居室が分かるような飾りつけをドアに行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・もともと社交的であったが、職員がいることで安心感が持てた様子。自分のことを話す様子も見られる。 ・「これで安心よね」と居室を出られるようになる。 ・居室の前の飾りを見て「ここ私の部屋よね」と言われるようになった。

対応	役割	ご本人の変化
開始前	洗濯物畳みを手伝ってもらう。	「やるよ～」という時と、「何で私がやらなきゃいけないの」と気分の差がある。
4週間後	ADLは高いため、職員と一緒に行動する時間を作り、洗い物や、施設内の清掃を手伝っていただいた。	「たのしいね」「次は何やる」と積極的に取り組んでくださった。満足度が高そうである。

対応	おしゃれを楽しむ	ご本人の変化
2週間後	とても身なりには気を付けていた。今回、マニキュアを楽しんでいただく。	「うわあ・・・素敵」「若い時を思い出すね」と嬉しそうであった。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・職員と一緒に、衣類を選ぶ。 ・おしゃれについて職員と会話を交わす。 	これは地味、これは派手など、自分で意思を示してくれた。最近是他の入居者の衣類にあまり関心を示さなくなった。

チームアプローチ

2週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方への関わりで、ケアの統一の重要性を感じた。 ・ご本人の不安や困りごとの背景に何があるのだろうか和職員間で考えるようになった。
4週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・今までその場しのぎの対応の繰り返しだったが、職員の関わり方次第で認知症の方の不安が解消できるという確信が持てた。

【考察】

認知症では、言語理解が困難になることから感情での納得が強調されがちであるが、言語獲得以降は内言語で考えるため、「言葉を補いかつ確認をする」という支援は本人の自律（意思決定）支援において、非常に重要である。「すっきりされる」様子から本人も、自分の考えのまともらないという不全感から解放されることが推察される。

本ケースでは「他の人の物を自分の物と思い込んで使う」という行為が課題となっているが、当該行為をやめるように対応するのではなく、本人との対話を深め、安心感のもてる支援を重ねる中で、本人とおしゃれを楽しむようになり、本人がご自分の衣類に関心を持つようになっていった結果、他の入居者の衣類にあまり関心を示さなくなっていく。このように、単一の行為への対応ではなく、全般的な信頼関係を深めていく支援が本質である。

3) 対話と協働

事例 15 入居直後の混乱と新しい共同生活への適応への支援 社会福祉法人よつば会 グループホームオリーブの家

【テーマ】

施設等への入居後、新しい環境・生活リズムに適応するまでは、不適応・不安等がBPSDとして発現することが見られ、新しい生活に慣れるよう、働きかけが求められる。

【本人の行動】

夕食後から夜間にかけて、大声を出して職員への暴力がある。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】

入居によって分からないことが多く、不安で、誰をたよりにしていいか、分からなくなった、不安なのにわかってくれる人がいない、寂しいのではないか。

【ケアの方針】

優しい言葉、丁寧な態度で接する。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応	拒否への対応	ご本人の変化
開始前	服薬、整容、排泄介助などを理解はしていても、拒否が多い。	「どこも悪くないから薬はいらない」、「トイレについてこないで」、「風呂は家で入る」など。
2週間後	拒否に対して、様々なアプローチを試している。	風呂はあまり入りたくない、トイレには入ってきほしくない。
4週間後	服薬拒否時は丁寧に説明をすると納得していただけるようになったが、入浴と排泄介助は拒否が多い	様々なアプローチを試しているが、拒否が多く、風呂は家に帰って入るからいい、等の一点張り。

対応	役割	ご本人の変化
開始前	家事をしていただき、また、ゲーム・歌を通じて利用者とのコミュニケーションを図る。	家事は大好き。 何か手伝いたいという思いが伝わってくる。
2週間後	手伝いをしたいという意思を尊重して、様々なことを手伝っていただく。	食器拭き、テーブル拭きなどを行っていただくと、機嫌がよくなる、役立つことはうれしい様子。
4週間後		可能な家事をしていただくことで、役立ちたいというご本人の望みが叶い、表情も明るくなる。

対応	家族との関係性	ご本人の変化
開始前	長男、嫁はそばにはいないが、名前を会話の中で繰り返して、そばにいるような気持ちを呼び起こす	名前を聞いただけで、目の焦点があい、笑顔になる。

2,4 週間後	「いい息子さんね、お嫁さんも良い人ね」と日ごろから声掛けをしている。	長男夫婦とは良い関係を築いていたようで、長男夫婦の話題はたのしそうに話している。
---------	------------------------------------	--

対応	なじみの地域	ご本人の変化
開始前	今も記憶している地域・住所を具体的な言葉で話題にし、地産の食品の説明をすることあり、	地域の説明を聞くと笑顔になり、自分から話の続きを他の人に聞かせてくれる。
4 週間後	同郷の他利用者との話、大好きな農作業の話を通じ、他の利用者とのコミュニケーションのきっかけを作る。	自分の好きな話題は明るく楽しく話題にして会話への参加を促す。

対応	生活習慣	ご本人の変化
開始前	一人暮らしで好きな時間に寝起きしていたようだが、GHの暮らしになじむように働きかけている。	入居当初は戸惑いも多いようであったが、約一か月がすぎ、だいぶ落ち着いてきた。
2 週間後	徐々に GH の時間の流れに慣れていくようにしていった。	朝夕は特に帰りたい、ということが多いが、それも入居当初よりは少なくなった。手伝いの意欲は極力活かすようにすると生き生きしてくる。
4 週間後	<ul style="list-style-type: none"> ・ GH での生活リズムに慣れてきて、落ち着きが出てきた。好きな家事を行っていただくようにしている。 ・ 帰宅願望などの訴えがある時は、居室にはいついていただき傾聴する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手伝いをすることにより、充実感がある様子。 ・ 次第に落ち着きを取り戻すか、時には同じ訴えを繰り返す。

GH: グループホーム

チームアプローチ

2 週間後	入居後1か月が過ぎて、どのような働きかけが効果的か、スタッフ同士で意見交換し、情報を集めている最中である。
4 週間後	特に入浴のすすめ方について、職員全体で検討しているが、確立した方法はない。

【考察】

入居後に新しい生活に落ち着くまでは、環境への不適應で混乱することは多い。特に GH 入居に関しては「一言も聞いていない」と本人は言うが、長男が入居を説明し、同意の上で入居したことを忘れてしまった。そして、現段階では入居には納得していない様子がうかがわれる。本ケースでは入居後の環境の変化に加えて、入居前には好きな時間に寝起きしていた生活から、集団での生活リズムに変化する適應を求められている。本人には変化への主体的な適應を期待することは難しい状況である。それに対して、入居前の生活を断ち切るのではなく、家族・なじみの地域の話題等で生活の連続性を感じられるようにしつつ、役割を持てるようにするなど、新しい生活に適應するように支援し、嬉しそうな様子がふえたことで信頼関係の基礎を築いている。

4) チームアプローチ

事例 16 関わるスタッフが多い場合のチームアプローチ： 口頭周知から書面周知の工夫
医療法人社団協友会 リハビリケアかつしか

【テーマ】

介護拒否に対して傾聴と受容で相手の信頼を待つ支援

【本人の行動】

歩けると言い車いすの使用の拒否、食事・入浴の拒否。

【ケア側からの本人の行動の理由の想像】：

- ・施設にいる理由が分からない、自由に動きたい、したいようにしたい。
- ・自分の話を聴いてほしい、話を聞いてほしいのにハッキリとした返答がもらえない。
- ・困っていることをうやむやにされてしまう。
- ・お風呂や食事を自分のペース行いたい。

【チームアプローチ】

- ・口頭周知： 部署の所属長とリーダーがカンファレンスや朝礼で実施の周知を促す。
⇒実施への課題： スタッフの認識が曖昧な兆候が感じられる。
- ⇒書面周知： 実施内容を書面化し実施内容を日々記入するようにルール化。

日付	すれ違ったとき話を聞いてほしいときは傾聴して穏やかにになった	傾聴できる職員を案内して穏やかになった	歩こうとするときは制止せずに様子を見て付き添い怒らなかった	拒否をするときは強要しないで時間をあけて促しをすることで怒らなかった
○/○				

○良いかんじ △変わらない ×悪化した /そのような様子はない

解説： チェックリストはA4の紙で、スタッフルームに掲示をして、チェックを入れていく。簡潔で、見やすく、かつチェックを入れていくので、継時変化も一目瞭然となる工夫がされている。また、ケアの方針のみならず、「穏やかにになった」「怒らなかった」と本人の反応を記載することにより、「したつもり」ではなく、本人の反応をしっかりと確認することが習慣化される工夫がなされている。認知症ケアは、身体的な関わりを含めて双方向のコミュニケーションであり、「したつもり」という一方的なケア提供側の思い込みでは不十分で、働きかけへの本人の反応をしっかりと確認をすることの積み重ねが、本人との信頼関係につながっていくと思われる。

【本人とのコミュニケーションと4週間での本人の変化】

対応 傾聴	ご本人の変化
開始前	・スタッフ毎に対応がまちまちだが、不穏時は納得しないことが多くなげやりな対応になることがある。

	・施設に居ることを説明するも納得しないことが多い。	・納得せずに帰りたいと訴える。
2週間後	・関わるスタッフを決めて、傾聴の姿勢を統一。 ・関わるスタッフが忙しい時は他のスタッフへ案内し対応していただく。	・傾聴した時や他のスタッフへ案内した時は穏やかなことが多い。 ・怒ることが少なくなった。
4週間後	ご本人が困っていたりスタッフを探していたら傾聴していく。	困りごとの訴えはあるものの不穏の訴えが減ったように感じる。怒らないことが増えた。

対応	車いすからの立ち上がり	ご本人の変化
開始前	車いすから立ち上がり歩こうとするがスタッフが静止している。	「歩けるんだ！！」とご立腹されることが多い。
2週間後	歩こうとした場合は制止せず、付き添う。	一緒に歩いても変わらないこともあるが、穏やかに怒らず経過することもあった。
4週間後	歩行時制止せず付き添う。	歩行を少しすると「疲れた」等の発言あり。「無理しないほうがいいよね」とも話される。

対応	他の入居者との関係性	ご本人の変化
開始前	一人席を希望するため、一人席を提供している。	他の利用者に関わる時間帯は良好な関係で過ごされている。
2,4週間後	本人希望の一人席を提供。	適度な距離感で他利用者との関係は良好。

対応	家族との関係性	ご本人の変化
開始前 ~4週間後	週に一度(したりしなかつたりではあるが)家族へ電話をかけている。	電話で家族と話すときは喜ばれている。

【考察】

30人という大勢のスタッフに関わる場合には、カンファレンス、朝礼等で話をしても、他の入居者のケアもあり、周知は難しいことが多い。本ケースでは、チェック表を作成して壁に貼り毎日、チェックをするという書面周知が奏功している。「スタッフの認識が曖昧な兆候を感じ」とあり、入居者の状況のみならず、大人数のスタッフが、それぞれ、意識を持ってケアにあたっているのかを、日ごろから確認している様子が見られる。

施設での生活は多数との関係性があり、「ご本人らしい生活」という表現がなされるが、在宅での生活と施設での集団生活は質的に異なる。スタッフとの関係性も施設での生活の重要な要素であるとともに、他の入居者との距離感、関係性も本人の好み・状況に合わせてきめ細かい配慮を重ねていくことにより、本人が落ち着いて生活できるようになり、言動も変わっていったことが伺われる。当支援のように、施設という環境の中で、それぞれの個人が、安心して生活をしていけるように、一律ではなく個別の配慮を重ねていくことが、認知症ケアでは求められる。

令和3年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究
報告書

令和4（2022）年 3月

発行 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
TEL03-3334-2173（代表） Fax03-3334-271