

老健施設における 認知症BPSDへの対応

2024年度の介護報酬改定で新設された「認知症チームケア推進加算」は、認知症の行動・心理症状であるBPSDの発生を予防したり、早期対応をチームで行う体制を評価する。少子高齢化が進むなかで認知症への対応力向上は必須であり、本人の尊厳を守ることにつながる。

BPSDのチームケア対応のヒントとして、本特集では、同加算の算定要件の1つに該当する東京都の「日本版BPSDケアプログラム」を中心に取り組みをご紹介します。

同プログラムの開発者と、同プログラムを利用してBPSDに対応する老健施設取材した。

インタビュー

認知症チームケアを推進するプログラム 実践者を8時間で養成し 在宅・施設で展開

西田淳志さん

東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター センター長
東京大学大学院 教育学研究科 客員教授



レポート



BPSDの背景要因をとらえ チームでケア 発症の予防にもつながる

介護老人保健施設リハビリケアかつしか(東京都)



認知症チームケアを推進するプログラム 実践者を8時間で養成し在宅・施設で展開

西田淳志さん

東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター センター長
東京大学大学院 教育学研究科 客員教授

東京都が2018年度から展開している「日本版BPSDケアプログラム」は、認知症ケアの質の向上を推進する人材を養成するとともに、オンラインシステムを用いてケアに関わる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラムだ。それを開発したキーパーソンである東京都医学総合研究所の西田淳志さんに、特徴や活用状況、留意点などをうかがった。

BPSDケアは世界共通の重要課題 在宅で効果があるプログラムの開発を

——認知症、認知症ケアとの関わりの経緯について教えてください。

西田：私は認知症ケアの研究を2008年頃から行っています。いろいろな国・地域を訪ねて調査をした結果、認知症は環境や提供されているサービスによって大きく状態が変わってくると改めて認識し、よりよい環境やケアをどのように科学的に実現できるのかについて研究してきました。

10年ほど前に、いくつかの国ではすでに「認知症の国家戦略」を打ち出し、介護現場で役立つ研修も策定していましたが、受講に半年から1年程度かかることもあり、その普及はあまり進んでいませんでした。

そうした状況のなかで、スウェーデンでは質の高いケアを普及する仕組みができていたことがわかりました。そこでスウェーデンのチームの協力も得ながら、その仕組みをベースにプログラムを開発し、東京で展開してきました。



西田淳志（にしだ・あつし）

2008年に三重大学大学院医学系研究科を修了（医学博士）。2020年に東京都医学総合研究所の社会健康医学研究センター長に就任。2024年から東京大学大学院の客員教授も務める。東京都医学総合研究所は、都の臨床医学総合研究所、精神医学総合研究所、神経科学総合研究所の3つを統合し1999年に発足した。

——スウェーデンのプログラムの特徴は？

西田：スウェーデンでは2010年頃に取り組みが始まり、3～4年で全国に普及しました。その特徴は、座学での講義は最低限にとどめ（約2日間）、現場でのOJTはオンラインシステムを活用して進めていることです。また内容はシンプルで、効果も明確で、手応えを実感できるものでした。

——日本版BPSDケアプログラムの開発について詳しく教えてください。

西田：諸外国の調査・研究を踏まえて2013年に「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」を当研

究所主催で開催しました。参加したのは日本を含む6か国の認知症政策の担当者です。シンポでは今後10年間の重要課題、共通戦略を整理しました。

そのうちの1つが認知症の行動・心理症状（BPSD）に対して、薬物ではなくケアによって具体的な改善を図る仕組みをつくり普及することでした。背景に、認知症の人への抗精神病薬の処方により死亡リスクが高まることが明らかになったため、その使用を抑制する政策が各国でとられていたことがあります。

日本でも2013年頃は処方量が決して少なくない状況でしたので、BPSDを改善できるケアのプログラムをつくる必要があると思いました。東京都も問題意識が非常に高く、東京都モデルをつくることになりました。

スウェーデンのプログラムはとてもよかったです。入居施設でスタートし、在宅へと展開するものでした。在宅よりも施設のほうが、認知症の人に一定期間ずっと関わられるのでプログラムの効果は出やすくなりますが、東京では施設だけでなく在宅でも効果的なものにしたと考えました。在宅で効果が上がるプログラムは国際的に少なく、つくるのは簡単ではなかったのですが、スウェーデンのプログラムを参考にしながら構築しました。そのプログラムで、在宅での成果を確かめてから施設で実施したら、より高い成果が出ました。

オンラインシステムによりケアの方法をチームで統一して対応し進化を図る

——開発された「日本版BPSDケアプログラム」の特徴について教えてください。

西田：特徴は、介護従事者が現場で日頃行っているよいケアを、オンラインシステムを用いて継続的かつ統一的に行えるような構造にしていることです。

本プログラムに取り組む上で大切なポイントは、3点あります（表1）。

まず第1のポイントは「BPSDを不可解な問題行動とみない」ことです。不可解な問題行動とみると、それを抑え込まなくてはいけない、という気持ちになってしまいます。BPSDは、何か困っていることがあるのに、それを言葉で表現できず伝えられないときに行動で示す症状です。認知症の人からのSOS、周囲の人に助けを求めているサインであることをまずは共有するこ

表1 行動・心理症状に対するケア：3つのポイント

	BPSDを不可解な問題行動とみない
【ポイント1】	⇒ 行動の背景にある満たされていないニーズを見つけ、それを満たすケアや環境調整をする
	バラバラな視点でバラバラな対応をしない
【ポイント2】	⇒ 統一した視点（仮説）をもって「チーム」で統一したケアを徹底する
	ケアのやりっぱなしをしない
【ポイント3】	⇒ 「チーム」での試行錯誤のプロセスを構造化する（PDCA）

とがとても大切です。

その上でSOSがどれくらい出ているのかを把握します。そのためには客観的な指標が必要なので、NPI（Neuropsychiatric Inventory）という国際的に広く使われている評価尺度を活用します。

さらに、本プログラムではその結果（SOSの量）について点数をつけてグラフ化しています。改善の手応えを感じやすく、提供したケアが適切だったのか否かを判断しやすくなっています。見える化をしている点も特徴の1つです。

もちろん悪化するケースもありますが、それは「失敗」ではなく、プランAという仮説に基づいたケアが棄却されることを意味し、それ以外の方法を探ることにつながり、ネガティブにはなりません。

第2のポイントは、「バラバラな視点でバラバラな対応をしない」ことです。介護ではさまざまな場面でチームアプローチが大切だと強調されますが、特に行動・心理症状に対する介入は、関わる人が統一した視点で統一したアプローチをすることがすごく大事です。我々研究者がいろいろなデータを分析した結果でも、チームで徹底して同じケアができたか否かによって、効果はまったく変わってきます。

介護現場では、関わる人が集まり話し合う時間がなかなかもてず、個々の職員がよかれと思ってケアを提供していることが多いのではないかと思います。誰も悪気はないのですが、それでは視点も対応もバラバラなので、よい効果は得られません。

そして第3のポイントは、「ケアのやりっぱなしをしない」ことです。PDCAを回しながらケアの進化を図っていきます。

こうした3つのポイントは、いずれも当たり前のこと、基本的なことだと感じる人も多いのではないかと思います。



——確かにそうですね。ですが、それがなかなかできない…。

西田：それをできるようにするために4つのステップ（PDCA）、①観察・評価②背景要因の分析③ケア計画④実行——があります。これを回していけばBPSDはかなりの確率でよくなります。

**4つのステップを繰り返しケアを検証
背景要因は23項目をまずチェック**

西田：ステップ①の観察・評価は、SOSのサインを見落とさずに把握することです。チームで話し合いながら評価することがとても大切です。1人で評価すると見落としが生じやすいのですが、複数だと過小評価をかなり防げます。

SOSの総量を把握したら、ステップ②の背景要因の分析に進みます。なぜそうしたSOSのサインが出たのかを分析します。ここが最も大切ですが非常に難しい。「どうぞ考えてください」と言われても途方に暮れてしまうでしょう。

そこでBPSDにつながりやすい23項目のチェックリストをつくりました（表2）。まずはそのなかに該当する項目がないかを確認します。

実はそのなかで最も多いのは「身体の痛みがありそう」で7割くらい。次が「発疹や痒みがある」です。皮膚の問題は大きなウエイトを占めています。

認知症のケアでは、相手の気持ちや価値観、人生史などに目を向けがちです。もちろんそれはとても大事ですが、23項目のチェックリストは、その手前の基本

的なニーズをまず確認します。それでも行動・心理症状が軽減しないときに価値観や人生史などを分析しますが、この23項目に対応することで、多くの場合BPSDは消失・軽減されます。

表2 背景要因の分析の23項目チェックリスト

【身体的ニーズ】	
食事の摂取量が不足している	体温の異常がある
水分摂取量が不足している	脈拍に異常がある
発疹や痒みがある	血圧に異常がある
排便の問題がある	血糖値に異常がある
排尿の問題がある	呼吸が苦しそう
眠気や疲労がある	身体の痛みがありそう
視覚の問題がある	身体の不快感がありそう
聴覚の問題がある	処方薬の見直しがされていない
【姿勢】	
うまく座れない、2時間以上姿勢を変えないなどの問題がある	
【環境】	
明るさが足りない	
寒い・暑い	
家具などが動きの妨げになっている	
身体拘束されている	
他の利用者・周りの人とトラブルがある	
他の利用者・周りの人と交流がない	

※複数の要因にチェックがついた場合、対応の「優先度」を話し合う。
※一度に網羅的に対応せず、多くても2〜3の要因に絞ることが重要。

——科学的な分析に基づくプログラムの有効性が、すでに現場で証明されているのですね。

西田：そうですね。23項目には本人に寄り添うといった項目がないので、一見すると「冷たいプログラム」だと感じる方もいます。ですが思い込みではなく、23項目のチェックリストをベースに試行錯誤をする。その上でステップ③のケア計画、④の実行へと進み、それを繰り返して検証することで「本人にとって何が大切か」がみえてきます。なおケア計画には50字以内で実際の対応策を具体的に書きます。

——プログラムの活用状況はいかがですか。

西田：東京都は2018年度から活用を開始し、2025年度中に都内の全自治体での普及をめざしています。2024年にはオンラインシステム上で52自治体が導入。介護現場で実践をする際に中心となるアドミニストレーターは1,533名、そのアドミニストレーターの養成等を行うインストラクターは68名。参加している事業所数は703（うちオンラインシステム上で登録している老健施設は31）です。

——アドミニストレーターの養成研修の概要を教え



てください。

西田：このプログラムを実践すると、ベテランにも新人にも効果が出ます。アドミニストレーター養成研修は、もっている資格等を問わず多くの方に受けていただきたいと考え、それを考慮した研修内容にしています。

研修は約4時間の「eラーニング研修」と、zoomを用いた「フォローアップ研修」(2時間×2回)で構成されています。大切にしているのは、2回のフォローアップ研修の間に、実際に現場で1事例に取り組んでいただくことです。実際にやってみて、よくわからなかった点や難しかった点などを2回目で解消します。アドミニストレーターは、現場のPDCAを回し管理する役割を担います。

——施設で導入する際の留意点はありますか。

西田：施設の管理者が、このプログラムについて理解していることが非常に大事です。できれば管理者にも研修を受けていただきたい。

先ほど、ケア計画は50字以内で書く仕組みであると説明しました。現在、施設で働く外国人のスタッフが増えています。50字以内だと外国人のスタッフにもわかりやすく、とても好評です。

——事業所が入力したデータが集まり蓄積されますが、その活用はいかがですか。

西田：個別のデータは見ませんが、全体の傾向について把握・分析し、アドミニストレーター養成研修等の内容の見直し、工夫に活かしています。

蓄積したデータをAIで活用することについては、デメリットもあるので慎重に検討しています。日本版BPSDケアプログラムを活用してつくったプランは「自分たちが関わってつくったプラン」なので愛着をもって実行します。それにひきかえ、AIが提案したプランは、「言われたことを考えないで実行」することになり、両者の違いは非常に大きいのです。主体的に取り組むプロセスがとても大切なので、AIの活用については注意が必要です。

チームケアの重要性理解し加算算定 老健の強みを活かして認知症ケアの要に

——介護報酬改定では、このプログラムも関係する「認知症チームケア推進加算」が創設されました。

西田：その背景には、東京都のこのプログラムを活用

した取り組みの成果もあると思います。認知症ケアにおける「チームケア」がなぜ大切か。それを理解してから準備し取り組むことがポイントだと思います。

都のプログラムは厳密なエビデンスを踏まえています。2018年度からの普及にあたり2016～2017年に「ランダム化比較試験による効果検証研究」を行い、その効果を確認しています。そうした効果があるプログラムであることを、介護現場、チームに届けていくことが大切だと考えています。

——この加算は介護保険3施設と認知症グループホームが対象ですが、算定要件はきびしく、算定している施設はまだ非常に少ない状況です。

西田：都のプログラムは在宅・施設の両方で活用できるようになっており、広く普及を図る仕組みを構築しています。「認知症チームケア」はとても大切なので、「普及性」も考慮した今後の展開を期待しています。

——都のプログラムを活用している介護現場からはどのような意見が寄せられていますか。

西田：プログラムを利用して「手応えを感じた」「認知症のBPSDに自信をもって向き合うことができるようになった」といった感想が多く聞かれます。

BPSDへの対応で悩んでいる方は多いと思いますが、現場の人を励ますプログラムになっていると感じています。多くの現場で活用していただければと思います。

——おわりに全国の老健施設に向けたメッセージをお願いします。

西田：このプログラムは老健施設でも活用していただけており、すでに大きな成果が出ています。認知症の方のSOSの背景をみると、身体の基本的なことで苦しんでいることが多いので、介護と医療の両面から利用者を見ている老健施設は、そうした背景要因の分析は得意分野だと思います。

その強みを活かし老健施設において、身体・心・環境の各側面からご利用者をしっかりとみて、「本当の困りごと」を見つける。その上で、そうした情報を地域と共有していけば、地域における認知症ケアの要になっていただけたと思います。

プログラムの利用については、都外からも問い合わせが多いので、関係者間で調整中だとうかがっています。ぜひ広域で使っていただきたいと思います。

——本日はありがとうございました。

BPSDの背景要因をとらえチームでケア 発症の予防にもつながる

介護老人保健施設リハビリケアかつしか (東京都)

老健施設「リハビリケアかつしか」(医療法人社団協友会。高藤繁施設長)は、東京都が普及を進めている「日本版BPSDケアプログラム」を活用し、認知症ケアの質の向上を推進。2024年度の介護報酬改定で創設された「認知症チームケア推進加算」も、いち早く算定している。取り組みの背景・成果・課題などをうかがった。



施設外観

理想に近い認知症ケアを施設全体でつくる
利用者・家族からの評価が力に

リハビリケアかつしかは1都6県に数多くの病院・老健施設等を展開する「上尾中央医科グループ」の19番目の老健施設として2012年に東京都葛飾区に開設された。定員は入所：120名(認知症専門棟50名含む)、通所：40名。

類型は超強化型で、施設の名称が示すとおりリハビリが充実。リハビリ専門職は計18名(理学療法士12、作業療法士3、言語聴覚士3)。また歯科衛生士が非常勤で2名おり、口腔ケアにも力を入れている。

小澤雅宏事務長は「開設当初から在宅復帰を進めてきましたが、周辺地域は在宅ケアの整備が進んでいます。ケアマネジャーや地域包括支援センターも協力的で、ご家族を含めて在宅復帰を受け止める力があると感じています」と説明する。

同施設で認知症ケアをリードするのは介護福祉士の甲斐康由貴介護看護部科長(以下、甲斐科長)。同グループの千葉県内の老健施設「ハートケア市川」や「リハビリケア船橋」などを経て9年ほど前に同施設に異動した。

市川・船橋での10数年間、甲斐科長は認知症ケア

専門士の資格を取得して「パーソン・センタード・ケア」を実践してきた。新人として入職した市川では、「反発もかなりありましたが、ゼロに近い状態から少しずつ進め、5年後には理想に近い認知症ケアを、ご家族も巻き込みながら施設全体でつくりあげることができました」と振り返る。

リハビリケアかつしかに着任した当初は「認知症ケアや介護職の育成に関しても改善すべきところが多い」と感じた甲斐科長。しかし市川での成功体験があるので、時間をかけてねばり強く進めれば大きく変わっていくと確信していた。

まず取り組んだのは、根拠があり国も認めている理想の介護や認知症ケアを、ともに進める味方を探すことだった。「市川でも、そして当施設でも、そこをベースにチームを固めていきました。味方、同志が1人、2人と増えていけば成功につながります。特に若手には『将来、期待している』と評価し、『一緒にがんばりたい』と伝えて、取り組んできました」。

介護も医療も、利用者の評価は非常に重要なポイントだ。「認知症のご本人から評価の言葉をいただくのは難しいことが多いのですが、笑顔が増えたり行動が



その方から将来は報酬で評価される要件になりそうだという話を聞いたのが、日本版BPSDケアプログラムを利用することになったきっかけです」と話す。

なお指導者養成研修は2001年度にスタート。宮城県・東京都・愛知県の3か所の認知症介護研究・研修センターで毎年開催されている。計308時間の研修のなかで横のつながりもでき、その後の仕事に有用なもの、魅力の1つだ。

約3か月の研修期間中は、施設における日常業務に割ける時間はほとんどない。「法人（上尾中央医科グループ）がそれを認めて研修に送り出してくれたことも大きかった」と君塚看護部長は指摘する。

甲斐科長が指導者養成研修を受講した約6年前は不適切なケアが少なくないことが大きな課題であったが、研修受講後の取り組みにより、それを解消することができた。とはいえ甲斐科長の目から見ると「マイナス面は解消されましたが、プラスにするのは今後の課題」という。

プラスにするための課題は多く、「例えば認知症の利用者に、喜びや楽しさを実感していただく部分は、まだまだ力不足です。悲しませないことはできるようになりましたが」と甲斐科長。

指導者養成研修の受講を第1ステップとすると、都の日本版BPSDケアプログラムのアドミニストレーター養成研修を受講後の取り組みは、第2ステップになる。

同プログラムについては「ものすごく活用できます」と甲斐科長は高く評価する。「話をしっかり聴いて優しくケアをするなど職員のケアの質が倫理的にはよくなった。BPSDの改善に結びつかないことがあるのが実情だと思います。そこをどうやって乗り越えるかを考える際に利用するプログラムとして、とても優れていると職員に説明し、取り組んでいるところです」。

プログラムは、観察・評価（介護職同士で利用者の行動の頻度・重症度を評価し、システムに入力）→背景要因の分析（行動の背景にあるニーズを分析）→ケア計画（ニーズに沿った行動・心理症状への対応を計画）→実行（ケア計画に沿って実行）というPDCAサイクルを回すことで進んでいく。

その最大の利点は背景要因をとらえるところにある。「例えば骨折して痛みがひどかったり、体がかゆかったりする人の手を優しく握って話しかけてみても、笑顔にはなりませんよね。そのことに気づけていなかった

んです」と甲斐科長は説明する。チームで取り組むからこそ、それができるようになる、といえそうだ。

同施設における具体例としては、車いすでいつも泣いて大声を出している利用者のケアプランをみると、「手をとりあって話を傾聴する」となっていたが、泣き叫んでいたのは「おしりが痛かったから」だとわかった。逆に、腰椎圧迫骨折後のフォローで入所した利用者は、起床していると問題はなかったが、ベッドに寝ると痛みや不眠の訴えが頻繁にあったため、「寝るときに頭を上げる姿勢に変えてみた」ところ、ぐっすりと眠れるようになったことが多々ある。

つづいて終わりではなく実行するプランにBPSDを予防するケアの充実にも寄与

プログラムのもう1つの特徴。それは「ケア計画は、絶対にやってほしいケアを50字以内で書く」ことだ。

甲斐科長は「いままではケア計画をつくっても、職員はそれを読まないことが多かった。そこが変わり、実行するようになりました」と話す。その上でアドミニストレーター養成研修の修了者がPDCAサイクルを回すことで、効果的で質の高い認知症ケアを実現・継続できるようになる。

なおBPSDの評価は、「妄想、幻覚、興奮、うつ・不快、不安、多幸、無為・無関心」などの項目ごとに点数化する仕組みになっている（国際的に広く使われているNPI評価尺度を利用）。

同施設では現在、プログラムの対象者は80名。その平均得点を見ると初回評価の9点だが、おおよそ半年後には7点に改善した。施設全体でも一定の成果が表れつつある。

また、報酬改定で新設された「認知症チームケア推進加算」は「BPSDの発現を未然に防ぐ」ことも目的になっている。そこでBPSDが出現していない人も評価対象とするように変えた。

その結果、点数が0～2点と低くても背景要因として検討が必要な項目にたくさんのチェックが入る人も多く、BPSDを発症する危険性が高いことがうかがえた。同時に「さまざまな背景要因に気づいて分析し、それに対応するケアを進める上からも、このプログラムは非常に有用だとわかりました」と甲斐科長は指摘。利



小澤事務長



甲斐介護看護部科長



君塚看護部長

落ち着いたり、介護をする職員を信頼する様子がうかがえるなど目に見える変化があります。また、ご家族から『職員の〇〇さんはすごくよい介護をしてくれています』とか、退所後に『入所していたときに最も輝いていた』などといわれたりすると、それが一番のやりがいにつながるのです」と甲斐科長。

もちろん、認知症の病状が進行して改善につながらなかったケースも少なくない。「現在の医学では、薬物療法で完治することは不可能で、少しでも進行を遅らせて症状をやわらげられるよう努めています」と君塚一恵看護部長。日々、さまざまな困難を抱えながらもケアを継続する。それも認知症ケアの大きな特徴の1つだといえるだろう。

認知症ケアについては、2024年度の介護報酬改定で「認知症チームケア推進加算」が創設された。この加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取り組みを推進する観点から新設

されたものだ。

加算の名称が示すように「チームケア」を重視し、「個人に対し計画的にBPSDの評価指標を用いて評価を実施」することや、「対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催」することなどがポイントだ。

加算（Ⅰ）は1か月につき150単位、（Ⅱ）は120単位。同施設は（Ⅰ）を算定している（全国の算定状況は表1）。

加算（Ⅰ）の算定要件の1つに、「認知症介護指導者養成研修（以下、指導者養成研修）を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者」を1名以上配置していることがある。指導者養成研修は、甲斐科長が約3か月かけて受講・修了しておりクリア。

一方、認知症チームケア推進研修の修了については、東京都の日本版BPSDケアプログラムのアドミニストレーター養成研修も該当しており、この養成研修もすでに受講済みで、要件をクリアすることができた。

表1 認知症チームケア推進加算の算定状況

(2024年6月審査分)		単位数 (千単位)	回数 (千回)
老健	加算(Ⅰ)	56	0.4
	加算(Ⅱ)	273	2.3
特養	加算(Ⅰ)	113	0.8
	加算(Ⅱ)	280	2.3
地域密着型特養	加算(Ⅰ)	28	0.2
	加算(Ⅱ)	39	0.3
介護医療院	加算(Ⅰ)	5	0.0
	加算(Ⅱ)	40	0.3
認知症対応型GH	加算(Ⅰ)	180	1.2
	加算(Ⅱ)	338	2.8

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計月報（2024年6月審査分）」

指導者養成研修を経て不適切ケアを解消 日本版BPSDケアプログラムの魅力とは

その日本版BPSDケアプログラムについて都は2018年度から普及を進めており、都内の703事業所が利用（2024年3月29日現在）。老健施設は17施設で、同施設もそのうちの1つだ。

指導者養成研修を甲斐科長は2019年に修了。「研修を修了した指導者のなかに、都のアドミニストレーター研修を受けて第一線で活躍されている方がいました。

利用者の病態への対応だけでなく、療養環境や利用者同士の交流を見直すべきケースがあることなども、より鮮明に見えてきたという。

なお、このプログラムで使用するオンラインシステムはDEMBASE（デムベース：DEMENTIA Behavior Analytics & Support Enhancement）とも呼ばれている。利用者の情報を入力して『見える化』する仕組みだ（写真）。

同施設では、独自の「カンファレンス記録」（表2）を担当職員が多職種と話し合っ

て作成。それを各部署の代表者とアドミニストレーターの甲斐科長が確認し、必要な助言や指導をした上で、オンラインシステムに入力。その結果を各部署にもどして情報共有し、日々の認知症ケアに活用する、という流れになっている。

甲斐科長は「利用者の情報を管理するためにデータ化することは、時間と労力を費やすことが懸念されます。しかしこのプログラムを利用すれば、それが容易にできます。多くの利用者のデータを楽に入力・更新できるので、当施設では日々のカンファレンスでも活用しています」と説明する。「科学的根拠のあるデータがグラフ化されるので、現場はすごくやりやすいです」と君塚看護部長も続ける。

なおシステムへの入力も、都が行うアドミニストレーター養成研修の修了者に限定されている。同施設では甲斐科長のほかに1名修了者がいるが、次世代育成の観点から今後、さらに増員することが課題だ。

**マンネリ化しやすさへの対応もポイント
観察力の強化を重視して、こまめに指導**

プログラムの特徴の1つとして「多くの利用者のデータを楽しみに入力・更新できる」ことをあげたが、裏を返せば「評価結果やケアプラン等について安易にコピー&ペーストしてやり過ごすことができちゃう」。つまりマンネリ化しやすいともいえる。

その対策については「アドミニストレーターのチェックが重要です。プログラムの対象となる利用者全員を把握するのは難しいですが、変化には可能な限り敏感になる。また計画等に変化がない場合も、それをス

写真 シームレスなりハビプログラムを効率的に提供

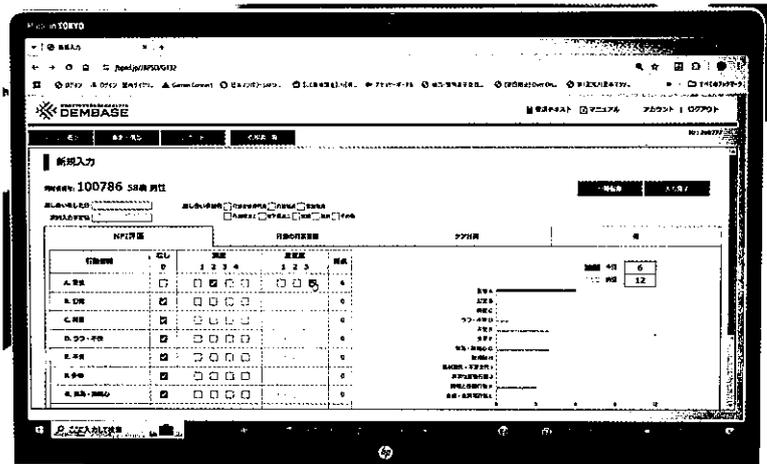


表2 カンファレンス記録

カンファレンス記録

利用者名 認知症種別

担当

評価	2024年12月25日	カンファレンス	年 月 日
介護職員	沙野 麗子		
介護支援専門員	梅田 悠希		
看護職員	梅田 悠希		

	頻度	重症度	
A. 妄想	0	0	0
B. 幻覚	0	0	0
C. 興奮	4	1	4
D. うつ・不快	3	1	3
E. 不安	4	1	4
F. 多幸	4	1	4
G. 興奮・焦り	0	0	0
H. 脱抑制	4	1	4
I. 暴言・暴行・不安定性	4	1	4
J. 異常な運動行動	0	0	0
K. 頻回と夜間行動	0	0	0
L. 異常あるいは異常行動	0	0	前回
		計	23

前回との比較

経過記録の様子や評価尺度からBPSDや重症度に変化が見られず、症状も前回と同様である。

利用者のニーズ

本人の気持ちに寄り添い傾聴し、安心して不安な気持ちを少しでも和らげて穏やかに過ごしていただく。

現れているBPSD

(不安) 理由もなく不安に陥りやすく、不安になり、怯えている。異常に緊張していたり、リラックスできないように見える。自分が置かれている人から離れることを恐れる様子などが目立つことが1日以上で本人へストレスだが、介護者の手助けで通常その気分が変わる。

背景要因として考えられるもの

(身体) 睡眠の問題がある (身体) 尿意の問題がある (身体) 視覚や聴覚がある (身体) 身体の不快感がある (身体) 身体の不快感がある (身体) うまく眠れない、2時間以上寝るが寝ないなどの問題がある (環境) 他の利用者・周りの人とトラブル

必要な支援

過去に重症化診断書の既往があり、顔の動きを新えたり、車椅子上で座ることがある。痛みや姿勢悪化が見られた際は服薬の時間を設ける。

置きざりや不安から、助けを求めたりしたらよいか何度も訴えることがある。訴え時は寄り添い傾聴し、好きな乗り物や、音の話をして気分転換を図る。

リハビリプログラム提供 認知症ケアチーム提供 2024/12/25

スタッフ間でしっかりと共有していくことが大切です」と甲斐科長は説明する。

君塚看護部長が「いま、次世代の育成を意識的に進めています。そのポイントの1つは観察力の強化です。この取り組みでも、その点を重視しています。観察ができていないとうまくいかないの、『本当に、それでいいのかな?』などと、こまめに助言・指導していきます」と続ける。



そうした力を職員一人ひとりがつけることも、同施設の介護・看護・医療、さらには認知症ケアの質に大きく影響しているといえる。

「東京都医学総合研究所では、東京都の委託を受けて日本版BPSDケアプログラムを開発しているそうです。オンラインシステムを使って行動・心理症状の変化を見える化し、データを収集した結果、ケアプログラムの導入による行動・心理症状の減少効果が証明されたと聞いています」と君塚看護部長。

なお、認知症チームケア推進加算を算定するためには所定の「ワークシート」への記載が必須だ。

そのワークシートは表3の3つの柱「その人らしい暮らしの把握」「BPSDと背景要因の分析」「その人らしい暮らしの実現プラン」で構成されている。日本版BPSDケアプログラムの内容は、それに対応したものになっている。

表3 認知症チームケア推進加算 ワークシートの概要

1 その人らしい暮らしの把握
①ニーズを表すような本人の声 ②本人のニーズが表れているような普段の言動や行動
2 BPSDと背景要因の分析
①健康状態・身体的ニーズ【11項目】 ②その他の要因（活動・参加・個人要因など）【11項目】 ③薬剤情報 ④着目したBPSD（BPSD評価尺度） ⑤環境
3 その人らしい暮らしの実現プラン
①●週間後にめざす本人の姿（1と2から考える） ※●には次の評価時期を決めて記入 ②具体的なケア計画（1つに絞る） ③ケア計画実施に関連して本人ができること ④ケア計画実施に関連して本人ができないこと

認知症ケアのプロフェッショナルとして在宅や地域に積極的に関与していくことも大切

日本版BPSDケアプログラムの活用をメインに、同施設における認知症ケアの進化のポイントをみてきたが、施設がある葛飾区は人口46万6,778人。高齢化率は24.3%で全国平均29.2%を約5ポイント下回る（2023年10月現在）。

認知症について同区は2024年度からの「第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」において

「認知症高齢者施策の充実」を重点事業の1つに位置づけている。

認知症ケアの地域での展開に関しては、同施設には現在「認知症サポーターキャラバンメイト」が2名いる。その2名が「認知症サポーター養成講座」を3か月に1回程度の割合で開催しており、地域包括支援センターやキャラバンメイトの交流会にも積極的に参加している。

厚生労働省は、「認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、認知症の人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み」である「チームオレンジ」の全市町村での整備を進めている。

甲斐科長は「チームオレンジは各地で整備が進んでいます。全国の老健施設も、その動きに関心をもって積極的に参加・協力してほしい」と呼びかける。「それぞれの地域包括ケアシステムにおける老健施設の役割は何か、ということがポイントになると思います」と君塚看護部長。

地域との関係では、甲斐科長は「認知症介護指導者」や「キャラバンメイト」等として、自施設にとどまらず地域においても指導的な役割を果たしている。君塚看護部長は「それはとても大切なことなので、地域に出やすいように支援しています。同時に地域での活動の成果を、施設や法人全体（グループ）に還元していくことも求められます」と、甲斐科長や、それに続く中堅・若手の今後の活躍に期待を寄せる。

小澤事務長も「老健施設には地域包括ケアシステムの中心を担うことが求められます。同システムでは在宅における認知症ケアが大きなポイントの1つ。老健施設の職員が認知症ケアのプロフェッショナルとして在宅や地域に積極的に関与し、老健施設ができることや実際の成果等をアピールしていくことは、とても大切です。『葛飾区にはリハビリケアかつしかがあるから安心だよ』といわれることにつながってくると思います」と指摘する。

政府は2024年12月3日に「認知症施策推進基本計画」を閣議決定した。計画期間は2024年12月から2029年度までのおおむね5年間。日本版BPSDケアプログラムを活用した成果を地域全体に浸透させていくことは、その計画に沿った取り組みの1つといえる。