

早稲田大学審査学位論文

博士（人間科学）

行動・心理症状（BPSD）に焦点をおいた

認知症ケアマネジメントの分析と評価

Analysis and Evaluation of Care Management

Focusing on Behavioral Psychological

Symptoms of Dementia

2013年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

加瀬 裕子

KASE, Hiroko

目 次

はじめに	1
第一章 ケアマネジメントの概念と介護保険制度におけるケアマネジメント	
第一節 ケアマネジメントと在宅ケア.....	6
1 ケースマネジメントの成立	
(1) 障害者への在宅ケアの進展とサービスを調整・統合するプログラムの登場	
(2) 高齢者の在宅ケアの進展とケースマネジメントの登場	
2 ケースマネジメントの展開	
(1) ケースマネジメントの機能	
(2) ケースマネジメントの定義	
(3) ケースマネジメントとケアマネジメント	
(4) 在宅ケア先進国における高齢者を対象とするケアマネジメント	
3 各国におけるケアマネジメントの共通機能	
(1) サービス提供体からアセスメントを分離する機能	
(2) 医療と介護を連携させる機能	
(3) スクリーニングされた対象をできる限り在宅でケアする機能	
第二節 介護保険におけるケアマネジメント.....	17
1 介護保険のケアマネジメント	
(1) 介護保険におけるケアマネジメントの定義	
(2) 介護保険におけるケアマネジメント・ガイドライン	
2 介護保険におけるケアマネジメントの問題点	
(1) 給付管理業務としてのケアマネジメント	
(2) ケアマネジメントとサービス提供体の不分離	
(3) 画一化されるケアマネジメント	
第二章 認知症ケアマネジメントのガイドライン	
第一節 認知症ケアの特性.....	26

- 1 認知症の定義
- 2 認知症の中核症状と周辺症状
- 3 長期ケアとしての認知症

第二節 認知症のケアマネジメントについてのガイドライン----- 30

- 1 文献の収集とエビデンスのレベル
- 2 認知症ケアマネジメントの有効性についてのガイドライン
 - (1) ケアマネジメントの有効性 1 ; 介護負担軽減
 - (2) ケアマネジメントの有効性 2 ; 介護者教育
 - (3) ケアマネジメントの有効性 3 ; 社会的ケア費用の削減
- 3 認知症アセスメントについてのガイドライン
 - (1) 認知症患者の発生率
 - (2) 認知症のアセスメント
 - (3) 認知障害のアセスメント
- 4 認知症ケアプランのアセスメントについてのガイドライン
 - (1) 認知症患者の身体的状況のアセスメントとケアプラン
 - (2) うつ病のアセスメントとケアプラン
 - (3) 行動・心理症状 (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) のアセスメントとケアプラン
 - (4) 転倒予防のアセスメントとケアプラン
 - (5) 施設入所のアセスメント
- 5 家族・介護者のアセスメントと支援についてのガイドライン
 - (1) 介護することにより生じる諸影響のアセスメント
 - (2) 家族介護者への支援プラン

第三節 認知症ケアガイドラインに関する文献研究の結論 ----- 42

第三章 認知症ケアにおける効果的アプローチの構造

第一節 研究の背景と目的 ----- 44

- 1 BPSD の「生物学的要因」と「心理社会的要因」
- 2 研究の意義

3	倫理的配慮	
第二節	研究方法	46
1	調査の方法	
(1)	調査項目策定のための事例研究	
(2)	質問紙による調査の実施	
2	調査回答者	
3	調査項目	
第三節	結果	47
1	調査対象者の基本属性	
2	BPSD について	
3	介入・対応について	
(1)	[介護側のコミュニケーションの改善]	
(2)	[環境面への介入・対応]	
(3)	[健康面への介入・対応]	
(4)	[能力を維持するための課題への介入・対応]	
(5)	[家族・介護者状況への介入・対応]	
(6)	[事業マネジメントの改善]	
第四節	考察	55
第五節	結論と今後の課題	61
第四章 行動・心理症状と効果的な介入・対応の関連		
第一節	研究の背景と目的	64
第二節	研究方法	65
(1)	調査対象と調査方法	
(2)	調査項目	
(3)	分析方法 ①分析対象 ②変数の選定と作成 ③解析方法	
(4)	倫理的配慮	

第三節 結果	67
1 調査対象者の基本属性	
2 BPSD と介入行動の関連性	
3 関連する BPSD と介入行動の群	
第四節 考察	73
1 介入・対応と効果の複合性	
2 攻撃性のある症状への介入・対応効果	
3 混乱と失見当識の症状への介入・対応効果	
4 刺激を回避する介入・対応の効果	
5 被害妄想への介入・対応効果	
第五節 まとめ	76
第五章 認知症の BPSD と効果的在宅ケア	
第一節 研究の背景と目的	78
第二節 研究方法	79
1 研究の方法	
2 調査対象	
3 倫理的配慮	
4 調査項目	
5 変数の選定と作成	
6 分析対象者	
7 解析方法	
第三節 結果	83
第四節 考察	85
1 家族・介護者支援の効果	
(1) サービス利用促進と教育	
(2) インフォーマル・ネットワーク支援の重要性と課題	

2 服薬の「調整と管理」の効果

第五節 結論と今後の課題	88
--------------	----

終章 総括

第一節 認知症ケアマネジメントの実態	91
--------------------	----

第二節 認知症ケアマネジメント開発と実証研究の重要性	91
----------------------------	----

第三節 行動・心理症状（BPSD）を焦点とする認知症ケアマネジメントの概要	92
---------------------------------------	----

(1) 質的研究の結果について

(2) 量的研究の結果について

第四節 認知症を患う人を介護する家族への支援	93
------------------------	----

第五節 今後の研究課題	94
-------------	----

はじめに

1 研究の背景

認知症高齢者の増加は、高齢社会が抱える宿命ともいえるべき現象である。80代以上の高齢者が認知症を発症する率は、20%以上ともいわれ、¹⁾戦後のベビーブームに生まれた団塊の世代が75歳となる2019年以降は、さらに大きな社会問題になることが予想される。

認知症を発症しても、人としての尊厳を保ち、長寿を祝うことのできる社会を築く政策は、少子・高齢社会となったすべての国が必要であり、欧米諸国では既に研究が進められてきた。特に、近年ではエビデンスに基づき、患者自身に効果的で、社会経済的にも効率的な認知症ケアの方法が模索されてきた。

高齢者の長期的ケアにおいては、効果的・効率的政策は、可能な限り不適切な施設入所や入院を防止し、自宅での生活を維持することである。この高齢者ケアの政策理念は、欧米諸国やオーストラリアで1980年代後半に確立し、高齢者ケアは施設型から在宅型へと移行してきた。認知症の高齢者の長期ケアについても、「できる限り住み慣れた自宅で」過ごせるような方策をとることが、患者の希望でもあり、社会的にも求められている。

日本においては、高齢者の長期ケアを在宅型にすることの重要性は、1970年代には理解されていた。1982年には老人保健法が施行され、高齢者の社会的入院による長期ケアを在宅ケアに転換することが試みられた。しかし、その後約20年間、在宅サービス利用の平均像は、週2回、2時間ずつのホームヘルプ、というものであった。

この様相は、2000年介護保険施行により大きく変わった。在宅サービスの利用者は増加し、2012年6月現在320万人が何らかの在宅サービスを利用している。1か月あたりの介護給付費は6100億円であり、そのうち3240億円が在宅サービス給付費である。²⁾

在宅サービスは、サービスの種類が多いことに加えて、供給体も地域によって様々である。そこで、介護保険制法では、高齢者やその家族が複雑な在宅サービスの情報や利用についての支援を得られるように、ケアマネジメントを制度に組み込み、実施するようになった。ケアマネジメントが在宅ケアにとって不可欠のものであることは、欧米諸国の先進例で実証されており、わが国においてもケアマネジメントの有用性は発揮された。

しかし、介護保険のもとで行なわれているケアマネジメントは、特異なものであり、ケ

ケアマネジメント本来の機能は介護保険のサービスとして位置づけられていない。言い換えれば、ケアマネジメントと定義できないような枠組みの中で、ケアマネジメントを行なうことが求められている。その齟齬が現場のケアマネジャーに業務上の困難を強いる根本的原因の一つとなっている。

介護保険におけるケアマネジャーは、介護保険給付管理事務を行うことが義務付けられており、ケアマネジメントの専門性に特化した業務のみを行っているわけではない。その一方で、ケアマネジャーの専門性を求められるケースは、現実的には多い。

とりわけ認知症を発症した高齢者の生活は、医療サービスという介護保険のサービスとは違うシステムとの連携を必要とする。また、認知障害のレベルは段階を追って重度化し、日常生活の中での気分の変化も生じる。そのような事態は、家族介護者の介護負担感に深刻な影響を与え、在宅生活の維持を困難にする。つまり、認知症のケアをマネジメントすることは、ケアマネジメントのなかでも高度な知識と技法を求められるものである。

それにもかかわらず、日本においては、様々な認知症ケアガイドラインやマニュアルは作成されてはいるものの、^{3) 4)} 実証研究に基づくものではない。実践上の指針とすることができるといえるような、エビデンスに基づいた認知症ケアマネジメントの開発研究はほとんど行われていない。

2 研究の意義

認知症を発症した高齢者が、可能な限り在宅生活を維持するためには、ケアマネジャーが行う、認知症ケアマネジメントの焦点を明らかにすることが必要である。認知症ケアの焦点は、認知症の診断（アセスメント）、認知障害のアセスメント、身体的状況のアセスメントとケアプラン、うつ病のアセスメントとケアプラン、行動・心理症状（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD）のアセスメントとケアプラン、転倒予防のアセスメントとケアプラン施設入所のアセスメント、家族介護者への支援プランと言われている。

認知症ケアマネジメントの焦点も同様に、診断・認知障害に合わせた生活設計・身体状況への対応・うつ病対応・BPSD 対応・転倒予防・施設入所対応・家族支援となる。

筆者は、認知症ケアの焦点を明らかにするため、海外の文献研究を行った。その結果、行動・心理症状（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD）こそ、認知症患者の在宅生活維持を阻害する最大要因であるとの結論に至った。多くの論文で、認知障

害の進捗よりも日常での行動障害の深刻さが施設入所時期を早めている、と報告されていた。

介護保険のケアマネジメント業務に限界はあるにせよ、**BPSD**の予防・対応に焦点をおいたケアマネジメントの技法を明らかにすることは、認知症のある高齢者のための効果的で効率的なケアを確立する方策の一つであろう。

3 研究の目的

本研究は、認知症ケアマネジメントの開発を目的として、現在行われている**BPSD**への介入・対応の中で効果のあった事例を収集し、量的・質的に分析することで、効果的な対処方法の傾向を明らかにすることを目指した。**BPSD**は、重複して存在し、介入・対応も複合的に行われている現状では、ケアマネジメントの焦点も定かではない。

特定の**BPSD**に対して、どのような介入・対応が効果を上げたか、過去の成功事例から関連性を明らかにすることで、認知症ケアマネジメントによる介入・対応の焦点を明らかにしたい。

4 論文の構成

本論文は、第一章でケアマネジメントの登場の過程と機能について海外の文献から検討する。この文献研究により、ケアマネジメントが効果的効率的在宅ケアに不可欠であり、在宅生活維持を目的としている技法であることを確認する。

第二章では、認知症ケアについて概要を述べたのちに、エビデンスに基づいた認知症ケアのガイドラインについて海外の先行研究の文献を研究した結果について述べる。認知症の原因には生物学的な要因と同時に心理社会的要因が関係しており、心理社会的要因に効果的介入をすることで、認知症を患いながらも在宅生活を維持することが可能となる。認知症ケアのガイドラインは、換言すれば認知症ケアの焦点で求められる介入・対応方法の集積である。この文献研究から着想を得て、第三章から第五章に記述したような、**BPSD**を焦点とした質問紙による調査研究を行った。

第三章では、**BPSD**が改善した204事例について、行なわれた介入・対応についての記述データをカテゴリー化することで、**BPSD**への効果的アプローチの構造を探索的にモデル化することを試みた。[介護側のコミュニケーションの改善][健康面への介入・対応][環境面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][家族・介護者状況への

介入・対応][事業マネジメントの改善]の6つのカテゴリーが生成された。効果が認められた BPSD の心理社会的要因へのアプローチでは、利用者の役割や社会性を強化するための「場」を調整することの重要性が示唆された。

第四章では BPSD 改善事例 130 を、多重コレスポネンズ分析を用いて分析した。

分析の結果、BPSD の内容と効果的な介入行動は、4群に分かれた。第1群は、行動性・攻撃性のある BPSD であり、落ちつかせる介入が効果に関連していた。第2群は、混乱と失見当識への対応が主要課題である BPSD 群で、その改善には、社会性と能力活用を刺激する介入が関連していた。第3群は「幻視」等生理学的な原因に由来する BPSD であり、対立を避けつつメリハリのある生活をめざす介入が効果に結びついたことが明らかになった。第4群からは、被害妄想改善には聴覚の低下を補完する介入の効果が示唆された。

第五章では、在宅高齢者の BPSD 改善事例 72 を対象に、コレスポネンズ分析を行った。その結果、BPSD の内容と効果的な介入・対応行動は、5群に分類された。第1群では、「昼夜逆転」「介護への抵抗」に、「服薬の調整と管理」が効果的であったことが示された。

第2群では、「不穏な気分と行動」の改善に、「サービス利用の促進」「家族・介護者への教育」「本人が自分でできる課題の遂行」が関連していた。第3群には、「暴言」のみが含まれ、「課題を簡単なものにした」ことが効果的な介入行動として示唆された。第4群と第5群からは、主に妄想・幻覚・暴力にかかわる BPSD 改善の関連が示されたが、特定の介入行動は示されなかった。

終章では、現状から考えられる BPSD にかかわる効果的な認知症ケアマネジメントについての包括的な考察を記述する。その概要は以下のとおりである。

第一に、認知症ケアマネジメントの実態が示唆された。海外の文献研究からは、認知症ケアの焦点は、認知症の診断（アセスメント）、認知障害のアセスメント、身体的状況のアセスメントとケアプラン、うつ病のアセスメントとケアプラン、行動・心理症状（BPSD）のアセスメントとケアプラン、転倒予防のアセスメントとケアプラン、施設入所のアセスメント、家族介護者への支援プランであることが示された。これに対し、日本においてはケアマネジメントのガイドラインには、利用者や家族への情報提供やケアプランの作成、医療サービスとの連携によるケアプランの実施、モニタリングなどはあるが、上記のような認知症ケアマネジメントのガイドラインは示されていないことが解った。

第二に、BPSD の改善事例の調査研究からは、[介護側のコミュニケーションの改善][健

康面への介入・対応][環境面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][家族・介護者状況への介入・対応][事業マネジメントの改善]が認知症ケアマネジメントの要素であることが示された。また、攻撃性・行動性が混乱・失見当識か、「幻視」等生理学的な原因による **BPSD** かによって、介入・対応を変える必要性が明らかになった。

第三に、在宅高齢者の **BPSD** 改善事例の分析では、施設での介入・対応と異なった関連が示された。家族介護者への支援がサービス提供に偏在する傾向が見られた。

これらの知見は、先行研究の結果と一致しているだけでなく、さらに特定の **BPSD** との関連を示すことができたことによって。改善事例の分析研究は認知症ケアマネジメントの開発に繋がる可能性が示唆された。

引用文献

- 1) Alzheimer's Society : Dementia 2012;A national Challenge, UK (2012) p.4
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=412
(2012.10.10)
- 2) 厚生労働省：介護保険事業報告（暫定）平成 24 年 6 月
<http://www.mhlw.go.jp/topics/igo/osirase/jigyoku/m12/1206.html> (2012.10.10)
- 3) 本間 昭・今井幸充・永田久美子他：センター方式03版痴呆性高齢者用ケアマネジメントシートパック-1人ひとりの尊厳を支える継続的ケアに向けて一。
老年精神医学雑誌 第15巻第1号（2004）76-100.
- 4) 平成22年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業報告書：地域包括支援センターにおける認知症連携ガイドライン。社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター（2013）
http://www.dcnnet.gr.jp/cms/contents/data/39/18/DETAIL_PDF_1.pdf (2012.10.15)

第一章 ケアマネジメントの概念と介護保険制度におけるケアマネジメント

第一節 ケアマネジメントと在宅ケア

1 ケースマネジメントの成立

日常生活に長期的な支援を必要とする人々のためのサービス制度は、医療、介護、福祉などシステム毎に作られている。しかし実際は、個人の日常生活は、衣食住から医療を受けることまで、切り離すことのできない一連の営みである。よって、個人の必要を満足するという観点をもって、縦割りで存在しているサービスを統合して提供していかなければ、効果的な生活支援が実現できない。

また、患者の身体状況や介護者の状況の変化に合わせて、ケアの焦点や分担を変える事で、効率的なケアが可能となる。体調の悪いときには、多くのサービスを利用し、回復すれば減らすというように、時期に合ったサービスと支援の体制が運営できれば、人々の在宅生活を効率的に支えることが可能となる。

このようにして、在宅ケアの効果と効率を高めるため、個人の事情にあわせて、サービスと支援のネットワークを作り運営する方法が、1970年代半ばにアメリカ合衆国に登場した。この方法は、ケースマネジメントと呼ばれたが、1980年代になって、欧米高齢者の長期ケアの分野で、徐々にケアマネジメントとも呼ばれるようになる。ケアマネジメントは、複数のニーズを持ち、複数の専門職がそのケアにかかわるような人を対象に行われる、在宅でのチームケアにとって欠くことのできない技法である。

(1) 障害者への在宅ケアの進展とサービスを調整・統合するプログラムの登場

60年代いわゆるケネディ時代に、精神保健や知的障害者の脱施設化運動と相まって、障害者の地域ケアが政策的焦点となり、公的資金による地域サービスが導入された。

多くの問題中心の立法運動、たとえば、精神保健法（Mental Health Act）、包括的精神保健法（Comprehensive Mental Health Act）、経済機会モデルシティ局に関する法律（Office of Economic Opportunity Model City Legislation）が、以前にはバラバラであった、医療プロ

グラム、福祉プログラム、精神保健プログラム、また、これらの機能を協調的にプランニングするプログラムを統合することを試みた。¹⁾

しかしながら、1960年代に連邦政府が主導権を持って行った地域サービスの拡大は、1970年代には民間社会サービス機関が多数、バラバラに開発される結果を招いてしまった。これらの機関は、其々個別のサービス概念によって組織され、その結果、サービス提供システムは特化され、職業リハビリテーション、精神保健、児童福祉、発達障害のような多様な分化した制度を形成した。

1962年のMental Retardation（精神遅滞）に関する大統領会議は、消費者が必要なサービスを保証されるように、サービスシステム・プランナーを設置して効果をあげるような「ケアの継続性」を提案した。²⁾施設収容に反対し、別の選択肢を求める声への回答として、”A Proposed Program for National Action to Combat Mental Retardation”（精神遅滞と闘うために提案された全国行動プログラム）に盛り込まれたこれらの概念の多くは、今日ケースマネジメントと呼ばれる方法に類似している。

このような政策動向の結果として、「サービスの統合 service integration」という概念が生まれ、ヒューマンサービス・プログラム間に連携（リンケイジ）と調整の機能を持つプログラムを作り上げた。連邦主導の活動では、サービスを統合することのできるプログラムが確立し、そうしたプログラムがケースマネジメントの先駆けとなった。

1971年健康・教育・福祉省長官のElliot Richardsonが「サービスの統合；次の段階」と題した覚書を明らかにした。サービス統合プログラムの目標は、(a) 人々に最大利益をもたらす調整されたサービス提供、(b) 個々の世帯単位に行われる全体的アプローチ、(c) 地方における包括的な範囲でのサービス提供、(d) 地方におけるニーズに対応する資源を地方レベルで合理的に配置すること、であった。³⁾

1971年に、Service Integration Target of Opportunity (SITO) と呼ばれる45のデモンストレーション事業が、新しい州または地方の機関間連携（リンケイジ）を確立するために開始された。これらの補助金のもとに、クライアント追跡システム、情報・送致システム、機関間プランニング、サービス提供合意、コンピュータ化された資源案内、マネジメント再組織プロジェクトを含む、多数の技術が開発され、デモンストレーションされた。SITO事業のいくつかは、成功し、いくつかは失敗した。その要因は、第一に、精巧にデザインされた案ではあったが、実行困難であったこと、第二に、地方の範疇にあるプログラムからの抵抗があったこと、第三に、3年間のパイロット事業後には連邦による研究と開発基

金が引き上げられてしまった、という事情であるとされている。⁴⁾

ケースマネジメントは1970年代後半から用語としては確立するが、1978年発達障害者の訓練と人権の宣言（公法95-602）と1980年精神保健体制法（公法96-398）によって法的根拠を持った。連邦政府はこれらの法により、障害を持つクライアントを支援し代弁するための、サービスを調整する職員の人件費に対し連邦基金からの支払いを認めた。⁵⁾このような「脱施設化運動」の下で、1955年に56万5000人であった州立精神病院の入院患者は、1985年には18万人以下となった。⁶⁾

（2）高齢者の在宅ケアの進展とケースマネジメントの登場

障害者の地域ケアにも増して、高齢者の長期的ケアを巡ってケースマネジメントの問題が広く社会に認められるようになった。障害者の場合と同様に、高齢者の地域ケアの進展とともにケースマネジメントの必要性が理解されるようになる

1965年にアメリカ合衆国連邦議会は、アメリカ高齢者法（Older Americans Act）を成立させ、連邦政府が州に対し、高齢者のためのコミュニティ・プランニング、社会サービス、研究・開発プロジェクト、専門職の人材育成のための補助金を交付するようになった。この法律により、高齢者のための在宅サービス（シニアセンターや食事サービス）が、公的資金補助により開始された。⁷⁾

また、同年には、社会保障法が改正され、低所得者のための医療扶助であるメディケイド（Medicaid）と高齢者のための医療保険メディケア（Medicare）が創設される。メディケイドによって、低所得の高齢者がナーシングホームに入所した時の費用を公費で支払うことが可能となった。

高齢者の増大は、メディケイドを含む医療費の増大を生じさせ、国家財政上の問題と考えられるようになった。そこで、1975年に社会保障法第20章が創設され、施設型の高齢者ケアを在宅型に転換することを可能にした。また、連邦政府は一括補助金を支出して、州が社会サービスを提供することになったが、（公法97-35）この社会サービスには、デイケア、輸送サービス、教育訓練サービス、雇用促進サービス、食事サービス、住宅改修等があり、低所得者が対象ではあるが、高齢者以外にも地域ケアが行われるようになった。この時に、ケースマネジメントは、高齢者のための地域ケアを調整するサービスとして、社会サービスに含まれ、連邦補助金の対象となった。⁸⁾

1981年、議会は“home and community-based long term care waiver option”を制定し、

州にナーシングホームの代わりとして、在宅と地域における長期ケアサービスを提供する権限を与えた。ナーシングホーム入所相当とアセスメントされた低所得者が、在宅で生活することを選んだ場合には、メディケイドで在宅ケア費用の支払いをすることが出来るようになった。

これは、「ナーシングホームから在宅ケアへ」の移行を示すものである。ナーシングホームは、病院から自宅への中間施設としての機能を強めている。図1は、ナーシングホーム退所者の入所日数を示すものである。1999年には、全国で250万人を越す退所者がいたが、その91%は3ヶ月に満たない短期滞在者であったことを示している。スキルドナーシング・ファシリティ（SNF）によるリハビリテーションの場としての機能を求めて、高齢者がナーシングホームを活用しているため退所も増加したと思われる。SNFとは、病院からの早期退院、在院日数短縮を政策としたため、⁹⁾メディケア（高齢者医療保険）で90日をめどにナーシングホームに入所することを認めたものである。それまでアメリカで

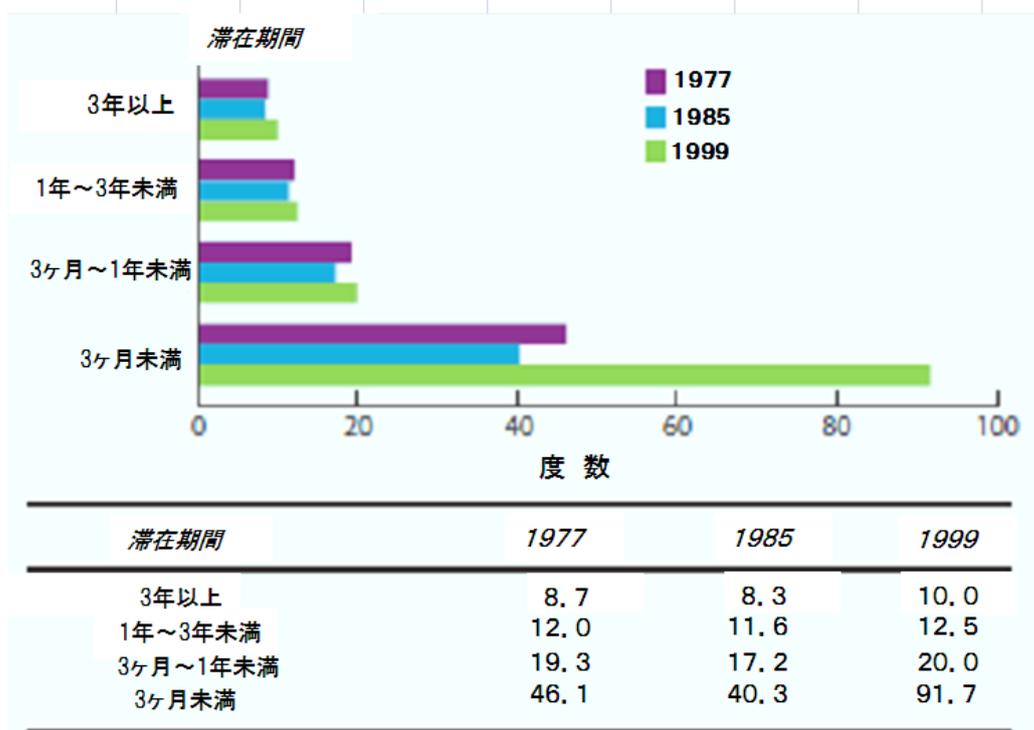


図1 米国ナーシングホーム退所者の在所期間の推移

The National Nursing Home Survey 1999より作成

は、ナーシングホームの費用は基本的に全額自己負担であり、例外である生活保護の医療扶助であるメディケイドを除けば、公費での入所は存在しなかった。

地域ケアの重要性は、さらに社会的に認識されるようになり、アメリカ高齢者法（**Older Americans Act**）は改正され、1984年に地域ケアサービスを調整する役割が州と地域高齢者機関（**Area Agencies on Aging**）にあることが明記された。1987年、さらに虚弱な高齢者に対する在宅サービス、長期ケアオンブズマン、特別のニーズに対する援助、健康教育と健康促進、高齢者虐待・ネグレクト・搾取の防止、補足的所得給付（**SSI**）・医療扶助・フードスタンプ受給者に対する訪問活動の6つのサービスに費用を充てることを明確に認可した。同年、オムニバス予算調停法（**Omnibus Budget Reconciliation Act**）が成立し、介護職研修、手続きの調査と許可の手続き、入所前スクリーニング、精神疾患のある者に対する毎年の評価を行い、ナーシングホームを改革することが行われた。¹⁰⁾

2 ケースマネジメントの展開

(1) ケースマネジメントの機能

これまでに述べたように、ケースマネジメントは職業リハビリテーション、発達障害、精神障害、高齢者というように、異なる領域で、其々の必要性に応じて発達してきた技法である。従って、ケースマネジメントのあり方は多様であり、統一した定義はないと言われたが、ケースマネジメントの機能とについては、同一性を確認することができる。

ケースマネジメントは、当初サービス調整と呼ばれていたが、**Bertsche & Horejsi** は、サービス調整者の役割を表1のように総括している。¹¹⁾

表1 サービス調整者の役割

1. サービスの適性を調べるためにクライアントとその家族とともにイニシャルインタビューを行う。
2. クライアント、家族、そのほかの施設からクライアントとその家族に心理社会的なアセスメントをするために有用なデータを集める。
3. 関連した専門家とプログラム代表者、クライアントとその家族、そのほか重要な他者とでゴールと統合された計画を作成するためにグループディスカッションと選択決定セッションを集め、導く。
4. ゴールオリエンテーションと調整の維持のためのアクションシステムの正確な情報の流れを維持し計画する。
5. クライアントの行動における一般的なトラブルシューターとして対処し、サービス提供における予測できない問題を早く明らかにするために「クライアントとその家族を「追跡」する。
6. サービス提供における危機や衝突からクライアントとその家族を助けるために情報やカウンセリングを提供する。
7. クライアントとその家族に継続的な情緒的支援を提供することで、問題により適切に対処できるようになり、専門家や複雑なサービスを利用できる。
8. 計画がずれず進展していることを文書化して維持するために必要な書類を完成させる。
9. クライアントとその家族、すべての関係する専門家、プログラム、インフォーマルリソースの連絡として動き、必要なサービスを保証する。
10. プログラム同士の連絡係として動き、サブシステム間の衝突を最小化し情報の流れをスムーズにする補償をする。
11. 重要なフォーマルとインフォーマルなリソースシステムを現在と未来のクライアントに運用できるように信頼でき、よい公的な関係を築き、維持する。
12. クライアントとサービス提供システムの効率性に影響するポリシーと進行を適正化し発展させるために組織の効果的で「よい官僚主義」を実行する。
13. 必要な時にほかの個人や機関に調整に参加してもらえるように権威の尊敬と支援を維持し保証することでクライアントの行動における参加を保証できる。

Johnsonは、ケースマネジメントを、①アセスメント②個別化したサービス計画の策定③適切なサービスネットワークにクライアントを結びつけ、調整すること④サービスの提供状況をモニターすること、⑤クライアントの代弁者となること、に類型化している。¹²⁾ このように、ケースマネジメントは、段階をおって展開され、質の高いケアを達成するため、本人、家族、専門職などの役割分担を明らかにし、ネットワーク全体がどのような方向で動くべきか、目標を示し、実践をモニターし、ケアのあり方を見直していく技法である。

(2) ケースマネジメントの定義

これまで述べたように、ケースマネジメントは、障害児・者や精神保健分野、高齢者の在宅ケアなど様々な領域で発達した技法である。また、時代や文化を反映して、様々な様相を呈している。よって、ケースマネジメントをひとつの定義にまとめることは困難であるとされているが、共通の機能からケースマネジメントを把握する試みとして、以下のようない定義が存在している。

「ケースマネジメントは、クライアントと家族の最適な参加を得て、個々のクライアントの目標と目的を定め、達成するために、機関と専門ラインを通して資源の調整を行うことである」¹³⁾

「ケースマネジメントとは、一度に何人かの援助者による助けを必要とするような、多くの問題の存在によって生活が不満足または非生産的なものになっている人々を援助する過程である」¹⁴⁾

「複数のニーズを持った人々の社会生活機能や福祉を最大限に享受できることを目的として、フォーマルおよびインフォーマルなサービスや支援のネットワークを組織し、調整し、運営すること」¹⁵⁾

つまり、「複数のニーズを持ったクライアント」が、「複数のサービスや資源」を「最大限に活用」できるように「目標を持って」「調整」を行う過程が、ケースマネジメントであるといえよう。

(3) ケースマネジメントとケアマネジメント

1970年代半ばに生まれたケースマネジメントは、次第にケアマネジメントと呼ばれるようになる。イギリスのケースマネジメントのテキスト「ケアマネジメント；実践者の指針」

は、「以前は、ケースマネジメントと呼ばれていた方法は、今日ではすべての政策指針・実践指針でケアマネジメントという用語が使用されるようになっている。」とケースマネジメントとケアマネジメントが同一の方法であることを明記している。さらに「この用語の変更は、政策指針策定を議論する過程で起こった。」と、変更が政策的に行われた事実について述べ、その理由は「人に問題があるのではなくケアに問題があり、マネージすべきは人（利用者）ではなくケアである」ことを強調するためであることが明示されている。¹⁶⁾

つまり、イギリスでは政策にケースマネジメントの手法を取り入れる過程で、国民に受け入れられやすい言葉として、ケアマネジメントを採用した。このような考え方のもと、イギリスではケアマネジメント、アメリカではケースマネジメントが、在宅ケアを統合し連絡調整する方法を示す用語として定着した。その後、アメリカでも主として医療分野では、ケアマネジメントの用語が使用されるようになったが、ケースマネジメントの用語も長期ケアの分野では多く使用されている。従って、本論文では、日本の公的サービスで使われているという理由で、ケアマネジメントという用語を使用するが、それはケースマネジメントと同義である。

(4) 在宅ケア先進国における高齢者を対象とするケアマネジメント

高齢者の長期ケアの費用を抑制するという目的のために、先進諸国が共通して行った政策のひとつは、施設や入院によるケアから在宅ケアへの転換であった。したがって、在宅ケアを統合的に提供する方法であるケアマネジメントが各国で実施されている。

① アメリカ合衆国

アメリカでは、開業しているケアマネジャーを高齢者や家族が雇う場合も多い。しかし、公費による在宅ケアの利用者には、地域高齢者機関 Area Agency on Aging (AAA) と呼ばれる民間機関によるケアマネジメントが提供される。

AAA は、1965 年アメリカ高齢者法の成立とともに、地域で高齢者のためのサービスを行うため連邦政府が支出を行うことになり、各地域に設立された。予算は、Administration on Aging を通じて AAA に分配され、AAA が契約したサービス事業者に対価を支払うかたちで執行される。集会型食事サービスや家事サービスなどが提供されていたが、1980 年代にメディケイド（医療扶助）を在宅ケアに支出できるようになり、AAA がケースマネジメントを担当するようになった。¹⁷⁾

② イギリス

イギリスでは、1980年代には国立病院のベッドが高齢者に占有され、緊急医療に支障をきたす状況が深刻化し、在宅ケアへの移行が求められるようになった。

地域・在宅ケアへの移行をめぐるには、それまで公務員が医療と介護の直接サービスを担ってきたものを、民間事業者によるサービス提供をめざす方針がとられた。

1990年の国民保健サービスおよびコミュニティケア法により、**commissioner** と **provider** が分離され、アセスメントとケアプラン作成については地方自治体が責任を持ち、サービス提供については民間事業者が担当することになった。イギリスでは、公費を使用して提供される在宅ケアの場合、サービス事業者は、大部分が民間非営利団体であるが、アセスメントとケアプラン作成を行うのは、ケアマネジャーである公務員の仕事である。¹⁸⁾

③ オーストラリア

オーストラリア政府は、70歳以上の人口に対し10%のナーシングホーム定員を有していたような、施設中心の長期ケアを行っていたが、1985年に **Home and Community Care Act (HACC)** を制定し、地域ケアへの政策転換に着手した。「早期の不適切な施設入所を削減するために」**Geriatric Assessment Team** が地域ごとに編成され、施設入所の適否を高齢者専門医療の立場からアセスメントするようになった。このチームは、現在では **Aged Care Assessment Team (ACAT)** となり、オーストラリア全土に121のチームがある。

HACCが制定されて以後3年間の間に、各地でケースマネジメントを行なう組織が登場した。¹⁹⁾ ビクトリア州では **linkage**、ニューサウスウェールズ州では **community option** と呼ばれ、在宅サービスを高齢者が効果的効率的に使えるよう、ケアマネジャーが支援を行なうものである。

④ カナダ

カナダでは、多くの州で日本の在宅介護支援センターに類似する **Community Care Assessment Centre (CCAC)** が設立され、アメリカのAAA同様の民間独立組織によって運営されている。CCACは、病院からの早期退院と入院患者の外来治療への移行を実現し、病院数を削減するという医療政策の目標に沿って、設置されたものである。サービス提供者から独立してCCACの職員によりケースマネジメントが行われ、在宅サービスについては、**Call for Proposal** とよばれる業者入札制度により、提供者が決定される。²⁰⁾

3 各国におけるケアマネジメントの共通機能

上記のようにケアマネジメントは、在宅ケアを推進しようとするれば必ず必要となる、在宅ケアを効果的・効率的に統合する方法である。その目的を遂行するため、在宅ケア先進国のケアマネジメントには、いくつかの共通する機能が見受けられる。

(1) サービス提供体からアセスメントを分離する機能

在宅ケアを効率的に提供するために、ケアマネジメントの必要性が認められてきたと述べたが、その背景には長期ケアにかかるコスト問題が存在する。1980年代以降、多くの国が新自由主義を取り入れ、財政を効率的に運営するため、プライバタイゼーションの一環として、各種サービスの民営化が図られた。健康福祉サービス分野でも、イギリスの国営医療に代表されるような行政機関によって提供されていたサービスは、民間団体に移行された。アメリカでは当初より民間会社や非営利民間団体によって健康・福祉サービスは提供されていたが、80年代に公費による在宅ケアが行われるようになった。

公費による在宅ケアではあるが、直接のサービスは民間団体から購入するとなると、サービスの監視・査定が必要である。実は、アメリカではサービス提供者の不祥事に対して利用者からの訴訟などが生じており、在宅サービスのモニタリングが公正に行われることが不可欠であった。

こうして、多くの国では、ケアマネジャーはサービス提供者とは区別され、その独立性・中立性を保つため行政や第三セクターなどの組織に属している。イギリスのケアマネジャーは、ソーシャルサービス当局の公務員、オーストラリアのACATは病院に属している公務員である。カナダのCCACとアメリカのAAAは第三セクターの非営利民間団体の職員である。

(2) 医療と介護を連携させる機能

どこの国でも、医療と介護福祉サービスは異なるシステムで運営されてきた歴史を持ち、双方のシステム間の橋渡しをする方策について工夫が重ねられてきた。ケアマネジメントは、システム間の連携を促進する現実的な手段である。

イギリスのケアマネジメントの指針では、イギリスにおける入院医療と在宅ケア、及び入所施設の関係が大きく変化したと述べている。

「入所施設やナーシングホームへの公的資金による措置にかかわる退院に関しては、大きな変化が生じている。すなわち、病院当局は地域保健サービスに退院を知らせると同時に、地方自治体に公的資金によるケアが必要なケースについては可能な限り報告することが、義務付けられた。」「入所施設ケアの支援を受ける地域保健サービスの柔軟な展開は、病院でのケアへのニーズを減少させる。アセスメントに責任を持つ実践者は、現在と将来のニーズを念頭において、それぞれの措置を通じて達成されるケアの継続性に重点を置くべきである。その目的は、施設間の移動が患者・利用者に分断状況をもたらすことを少なくすることである。」²¹⁾

カナダ・オンタリオ州のコミュニティケア・アクセス・センター協会の報告書によると、ケアマネジャー（カナダではケースマネジャーという）はスペシャリストのチームと共にあって、効果的役割を果たせるとしている。²²⁾

「ケースマネジャーは、在宅ケアと、プライマリケアの専門職チーム（おそらくこれは、家庭医をリーダーとする）を統合的に繋ぐことを行う、慢性病マネジメント・モデルのなかで、強力な役割を果たすことが出来る。ジェネラリストのケースマネジャーは、糖尿病、高血圧、高脂血症、変形性関節症のある患者のために、チームと共に働くことが出来る。」

（3）スクリーニングされた対象をできる限り在宅でケアする機能

ケアマネジメントの対象となる高齢者は、入院や入所の危険性の高い、チームによるケアが効果的なケースに限られている。

オーストラリアでは、施設入所の申し込みがあると **Aged Care Assessment Team (ACAT)** が派遣され、在宅生活維持の可能性についてアセスメントが行われる。このチームは、老年科医、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士その他の専門職からなり、申請者が在宅で暮らせない状況であれば、軽度の介護施設（ホステル）か、高度の介護施設（ナーシングホーム）が適切か、を判定する。

在宅での生活を続けることが適当と認められれば、ACATは在宅で暮らす方法についての助言を行い、在宅およびコミュニティケア（HACC）のサービス機関に送致する。軽度の介護施設の利用対象者であるが、在宅生活が可能レベルの高齢者に対しては、

Community Aged Care Package または **Extended Aged Care at Home (EACH) Package** と呼ばれるサービスに繋ぐ。これらのサービスは、1997年の **Aged Care Act** によって在宅

で施設にいるようなケアが利用できるように工夫されたもので、ケアプランの作成を含む統合的に提供される在宅サービスである。²³⁾

また、アメリカのメディケイドによる Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) も、ナーシングホーム入所レベルであるとアセスメントされた高齢者で在宅生活を選択した人々を対象に在宅サービスが提供され、ケースマネジャーが調整を行う。同じメディケイドの在宅ケアでも、入所を防止することを主目的とする PACE についてはケースマネジメントを在宅ケアから切り離すことは起きていない。つまり、ナーシングホームに入所するようなレベルの人々は、多くの在宅サービスを利用し、サービス間の調整が不可欠であるため、ケースマネジメントを切り離すことができないからである。²⁴⁾

イギリスでは、ケアマネジメントのレベル分けを行っており、デイケアやショートステイなどの単純な利用で済む利用者については、ケアマネジャーは訪問しない自治体もある。

このように、各国がケアマネジメントの対象をスクリーニングしているのは、ケアマネジャーの件数費が十分生かせるような効果の期待できるケースを選定するためであり、ニーズが単純な軽度のケースや重度で状況が変わらないケースについては、ケアマネジャーは派遣されないことが多い。ケアマネジメントの余地がないからである。

第二節 介護保険におけるケアマネジメント

1 介護保険のケアマネジメント

2000年4月より日本で実施された介護保険では、サービス利用に際しては、ケアプランを立て、それに沿った介護サービス提供がなされる。このケアプラン策定は、介護支援サービスと呼ばれ、利用者が自宅でサービスを利用する場合は居宅サービス計画、施設に入所している場合は施設サービス計画が策定される。介護支援サービスは、介護支援専門員の資格がある者（ケアマネジャー）が行わなければならない、ここにはケアマネジメントの考え方が応用されている。

しかし、介護保険における居宅介護支援サービスはケアマネジメントの考え方に基づいたものであるにもかかわらず、実際には介護保険のサービスの調整におわっていて、入院医療や在宅医療サービス、またインフォーマルな支援の総合的活用が実現できる体制とはなっていない。

(1) 介護保険におけるケアマネジメントの定義

介護保険は、第一章総則第二条においてその運用の基本方針を以下のように述べている。²⁵⁾

「第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」

つまり、介護保険給付をおこなうにあたっては、「要介護状態等の軽減または悪化の防止」という目標を持って、「医療との連携」「被保険者の選択」「多様な事業者又は施設から総合的かつ効率的に」「可能な限り居宅で自立」することをめざさなければならない。介護保険は、他の高齢化先進国と同様に「在宅型」重視であり、在宅生活維持のためにはシステムを超えて「医療との連携」や「総合的かつ効率的」なサービスと支援のネットワークを個別利用者ごとに構築することが必要となる。

そこで、介護保険では介護保険サービスを利用する高齢者一人一人に「介護支援専門員」がついて、サービスプランを作成し、サービスに係る事業者の連絡と調整を担当している。介護保険法第七条では、「介護支援専門員」を以下のように「サービス事業者等との連絡調整を行う者」と定義している。

「第七条 定義

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行

う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。」

また、「介護支援専門員」は下記のように全国統一試験に合格し、研修を受けて登録をすることで、介護保険における業務を遂行する資格ができる。

「**第六十九条の二** 厚生労働省令で定める実務の経験を有する者であって、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う試験（以下「介護支援専門員実務研修受講試験」という。）に合格し、かつ、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「介護支援専門員実務研修」という。）の課程を修了したものは、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県知事の登録を受けることができる。」

（2）介護保険におけるケアマネジメント・ガイドライン

居宅介護支援事業者のうち、都道府県知事により指定を受けた者を指定居宅介護支援事業者と言い、介護保険の保険者（市町村）は、被保険者がこれらの事業所からサービスを提供された場合には、居宅介護サービス計画費を支払わねばならない。（介護保険法第四十八条四項）

指定居宅介護サービス計画費は、単にサービス計画を作成するための費用ではなく、サービス計画を実行していく際に生じる様々な問題に対処することが求められている。

その業務内容は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十八号）最終改正：平成二四年三月一三日厚生労働省令第三〇号によって、定められている。²⁶⁾同基準の第13条に「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」があり、介護保険におけるケアマネジャーの行動指針とされている。その内容をまとめると表2のとおりである。

ケアの効果と効率を高めることを目的として、アセスメント→ケアプランの策定→サービスの実施→モニタリング→評価、の過程を繰り返し、利用者の状況の変化にあわせて、専門サービスとインフォーマルな支援のネットワークを形成・運営することが、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（以下運営基準という）第十三条の第一項から第十八項に明記されている。

従って、介護支援専門員の業務はケアマネジメントであることが確認できるが、しかし、介護保険における介護支援サービスはケアマネジメントの考え方に基づくものであるにもかかわらず、実際には介護保険によって提供できるサービスの調整におわっていて、入院医療や保健サービス、またインフォーマルな支援の総合的活用を実現できる体制とはなっていない。

つまり、サービス提供体からアセスメントを分離する機能、医療と介護を連携させる機能、スクリーニングされた対象をできる限り在宅でケアする機能という、在宅ケア先進諸国のケアマネジメントに共通の機能は、日本の介護保険ケアマネジメントにおいては十分な位置づけを与えられていなかったと言えよう。しかし、それでは、生活全体に問題の生じてくる認知症高齢者のケアマネジメントを行うことは困難である。厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（2008年7月）において、これまでの介護サービスの提供を中心とした我が国の認知症対策に対して、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立することが必要であると指摘した。そのためには、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進が必要であり、この認識のもと、積極的に総合的な施策を推進する、とまとめている。

表2 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

<p>1. 介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する。</p> <p>2. 懇切丁寧に利用者又はその家族に対し、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>3. 継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにする。</p> <p>4. 介護給付等以外のサービスも含めて居宅サービス計画上に位置付ける。</p> <p>5. サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に提供する。</p> <p>6. 自立した日常生活を営むように支援する上で解決すべき課題を把握する。</p> <p>7. アセスメントは、居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行う。</p> <p>8. 最も適切なサービスの組合せを検討し、居宅サービス計画の原案を作成する。</p> <p>9. サービス担当者会議を開催し、情報を共有し、専門的な意見を求める。</p> <p>10. 居宅サービス計画の原案を説明し、文書により利用者の同意を得る。</p> <p>11. 居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付する。</p> <p>12. 計画の実施状況の把握を行い、変更、連絡調整その他の便宜の提供を行う。</p> <p>13. モニタリングに当たっては、原則として次のように行う。</p> <p style="padding-left: 2em;">イ. 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。</p> <p style="padding-left: 2em;">ロ. 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。</p> <p>14. 次の場合、担当者会議で、計画の変更の必要性について、意見を求める。</p> <p style="padding-left: 2em;">イ. 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合</p> <p style="padding-left: 2em;">ロ. 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p> <p>15. 第三号から第十一号までの規定は、居宅サービス計画の変更に準用する。</p> <p>16. 入院・入所が必要な場合には、介護保険施設への紹介など便宜の提供を行う。</p> <p>17. 退院又は退所の依頼があれば、居宅サービス計画の作成等の援助を行う。</p> <p>18. 医療サービスが必要な時には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求める。</p> <p>19. 主治医等の指示がある時に限り、計画に医療サービスを位置付ける。</p> <p style="padding-left: 2em;">居宅サービスについて医学的留意事項が示された時は、尊重してサービスを行う。</p> <p>20. ショートステイの利用は、要介護認定の有効期間の約半数以下にする。</p> <p>21. 福祉用具貸与の利用の妥当性を検討し、必要な理由を計画に記載する。</p> <p>22. 特定福祉用具販売を利用する場合は、必要な理由を計画に記載する。</p> <p>23. 計画作成について認定審査会の意見等があれば、利用者に説明し理解を得る。</p> <p>24. 利用者が要介護から要支援に認定変更された場合には、指定介護予防支援事業者と利用者に係る情報を提供する等の連携を図る。</p> <p>25. 指定居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援の業務委託を受けるときには、その業務量等を勘案し、業務が適正に実施できるよう配慮する。</p>
--

2 介護保険におけるケアマネジメントの問題点

(1) 給付管理業務としてのケアマネジメント

介護保険における居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）の運営基準に明記されていない、もう一つの役割は、居宅サービス計画どおりサービスが提供されたかどうか、利用票を作成して国民健康保険連合会に報告することである。居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）から提出された利用票とサービス事業者の請求書が一致する場合に、介護保険報酬が事業者を支払われる。

このことは、一見するとケアプランを作成し、サービス提供を監視・査察するという各国のケアマネジメントに共通の機能を担うように見える。しかし、逆に給付管理業務を行うため、全ての介護保険利用者に対してケアマネジャーをつけなければならず、本来ケアマネジメントの必要ではない利用者に対しても、ケアマネジメントを行わざるを得ない事態が生じる。運営基準では、第十三条十三項で月1回の訪問をすべてのケースに行うことを義務づけている。

次に述べるように実質的にサービス提供体からの分離がなされず、アセスメントの統一基準を行政が指導・監査し、ケアプランを画一的なものとしている。

(2) ケアマネジメントとサービス提供体の不分離

介護保険では、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）は民間の居宅介護支援事業所に所属する。居宅介護支援事業所は保険報酬が低額に設定されているため、同事業所を経営する法人の他事業からの利益を繰り入れなければ運営ができない。

従って、上記のようにケアマネジャーには、給付管理機能が求められているにもかかわらず、実質的には、施設や訪問介護事業所など介護サービスを提供する経営体に依存している。そのためケアマネジメントとサービス提供体との不分離が起り、不適切なサービス提供が生じ、介護保険財政に困難を生じさせる原因となった。

2004年12月22日に厚生労働省が明らかにした「介護保険改革の全体像」によると、効果的でない不適切なサービスとして「福祉用具の貸与」が挙げられている。確かに、要介護度別の福祉用具の利用状況を見ると、要支援レベルの利用者が、最も多く特殊寝台を利用している層で、その割合は58%にも及んでいる。ちなみに2003年度の福祉用具貸与の不正受給は2億円と、前年度が700万円であったことと比べると不正受給が激増してい

ることが報道されている。²⁷⁾

このような状態に対し、厚生労働省が召集した高齢者リハビリテーション研究会の報告書は、「現状は、福祉用具の種目・機能情報の誤り、個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導の未実施などが想定される。このような状況では、福祉用具・住宅改修の目的である要介護者等の自立支援に十分な効果を上げることは困難である」と述べている。²⁸⁾

つまり、不適切なサービス提供が行われた原因は、ケアマネジメントの内容にあると考えられたわけであり、その後、厚生労働省は介護保険ケアマネジメントに対し、方法上の指導・監査を強化した。

(3) 画一化されるケアマネジメント

厚生労働省は、従来からケアマネジメントの方法に細かい指導を行ってきた。その内容は、介護保険ケアマネジメント全ての利用者宅をケアマネジャーが月1回以上訪問すること、また特定の事業者やサービスに偏らないケアプランを作成すること、ケアプランの「課題」に利用者の希望を書き込むことなどであった。利用者宅を月1回以上訪問することができていない、あるいは3種類以上の介護サービスがケアプランに盛り込まれていないと、居宅介護支援事業費としての介護保険報酬は減額されるようになった。また、多額のサービス費支出となる福祉用具貸与については、ケアプランなどの「適正化」をはかるためのガイドラインを作成し、介護保険報酬の引き締めを計っていった。

2005年改正以後は、介護サービスの内容に対する行政指導が一層強化され、監査のなかで禁止されていたサービスが提供されていれば、介護報酬の不正受給として返還が請求された。また、家族のいる高齢者には生活援助は認めない、要支援レベルの高齢者には介護予防の目的でも訪問介護は週2回まで、などの行政指導が行われ、定型化されたケアプランが求められる現状である。

引用文献

- 1) Rice R: A cautionary view of allied services delivery. *Social Work*. 58, 229 1977
- 2) President's Panel on Mental Retardation: *A proposed program for national action to combat mental retardation*. Washington D.C., U.S. Government Printing Office 1962
- 3) Richardson E: International memorandum; Service integration in HEW, An initial

- report ., Washington D.C., Department of Health , Education and Welfare. 1971
- 4) John D: Managing the human service system ; What we learned from services integration? Washington D.C. Project Share. 1976
 - 5) Doty P: Cost-Effectiveness of Home and Community-Based Long-Term Care Services. U.S. Department of Health and Human Services 3-4 .2000
 - 6) Johnson P : Case management. *In The field of Social Work 8th edition* eds by Fink F, Pfouts J & Dobelstein A . 272-276 Sage Publications, Inc, 1985
 - 7) Richardson H : Long-term Care , *In Health Care Delivery in the United States 5th edition* ed by Kovner A. R, Springer Publishing Press Company NY p206 1995
 - 8) Zawadski, R. T , & Eng C ; Case Management in Capitated Long-term Care, *Health Care Financing Review*, (Annual Supplement) ,1988 75-81
 - 9) Department of Health and Welfare ; *The National Nursing Home Survey; 1999 Summary* , Vital and Health Statistics No152 2002
 - 10) Brecher C: Government Role in Health, *In Health Care Delivery in the United States 5th edition* ed by Kovner A. R , Springer Publishing Press Company NY 338-348 1995
 - 11) Anne V. Bertsche & Charles R. Horejsi , : Coordination of client services, *Social Work*, 25 (2) : 94-98 (1980)
 - 12) Johnson P : Case management. *In The field of Social Work 8th edition* eds by Fink F , Pfouts J & Dobelstein A . p279 Sage Publications, Inc, 1985
 - 13) 富安 芳和 : コロラド州における発達障害者のケース・マネジメント. 発達障害研究会 10-11 1987
 - 14) Ballow J & Mink J : Case Management in the Human Sciences . 3p 1986
 - 15) Moxley D: *The Practice of Case Management*, Sage Publications 1989 12-15
 - 16) Department of Health Service Inspectorate, Scottish Office Social Service Group: *Care management and Assessment; Manager's Guide*, HMSO. 1991 3-4
 - 17) Older Americans Act http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/OAA/index.aspx (2012.10.20)
 - 18) National Health Service and Community Care Act <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents> (2012.10.20)
 - 19) Home and Community Care Review Working Group : First Triennial Review of the

Home and Community Care Program , Australian Government Printing Service
1988

- 20) Central East Local Health Integration Network : Our Report to the Community
http://www.ccac-ont.ca/Upload/ce/General/Annual%20Report_2011-12_FINAL.pdf
(2012.10.20)
- 21) イギリス保健省・スコットランド庁編 小田兼三、青木佳之、杉本敏夫監訳「ケア
マネジメントー実践者とマネジャーの指針ー」 190ー192 学苑社 1996
- 22) Caring for Adults with Long-term Health Needs in Ontario, Ontario Association of
Community Care Access Centre P 8 2004
- 23) 加瀬裕子：介護保険の課題と展望ーオーストラリアの在宅ケアとの比較から。日本
在宅ケア学会誌 5 (1) 2001
- 24) Zawadski R & Ansak ML : Consolidating community-based long-term care: early
returns from the on Lok demonstration, *Gerontologist*. ;23 (4) :364-369 1983
- 25) 介護保険法 2 条・ 6 条・ 69 条 (law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html,
(2012.9.24)
- 26) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
(law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000038.html, (2012.9.24)
- 27) 朝日新聞 2005 年 3 月 7 日記事
- 28) 高齢者リハビリテーション研究会報告書 (2004)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3e.html#5-1> (2012.9.24)

第二章 認知症ケアマネジメントのガイドライン

本章では、認知症の特性から、認知症ケアは長期にわたり病相も変化するため、適切な時期に適切な支援を提供するためのケアマネジメントの役割が重要であることを論じる。そのうえで、海外で開発された認知症ケアマネジメントのガイドラインを文献から研究し、欠かすことのできない要点を統合したガイドラインのプロトタイプを作成する。

第一節 認知症ケアの特性

1 認知症の定義

認知症とは、いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態を表している。認知症の診断基準としては、表1に示したDSM-IV-TR精神障害の診断マニュアル（American Psychiatric Association、2000）が最も多く使われている。

表3. DSM-IV-TR精神障害の診断統計マニュアルによる認知症の診断基準

2. 1. 2 認知症の症状

認知症の症状として抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などの認知障害は認知症の本質的な症状であり、中核症状と呼ばれている。妄想、幻覚、不安、焦燥、せん妄、睡眠障害、多弁、多動、依存、異食、過食、徘徊、不潔、暴力、暴言など必ずしも認知障害といえない行動的な障害を周辺症状と呼んでいる。

図1. 認知症の症状

A 以下の2項目からなる認知障害が認められること

1 記憶障害（新しい情報を学習したり、かつて学習した情報を想起したりする能力の障害）

2 以下のうち1つあるいは複数の認知障害が認められること

(a) 失語（言語障害）

(b) 失行（運動機能は損なわれていないにもかかわらず、動作を遂行することができない）

- (c) 失認（感覚機能は損なわれていないにもかかわらず、対象を認識あるいは同定することができない）
- (d) 実行機能（計画を立てる、組織立てる、順序立てる、抽象化する）の障害
- B 上記のA 1、A 2の記憶障害、認知障害により社会生活上あるいは職業上あきらかに支障をきたしており、以前の水準から著しく低下していること
- C 上記の記憶障害、認知障害はせん妄の経過中のみに起こるものではないこと

つまり、認知症は症候群であって、ある疾患の名前ではない。ある種の認知症は特定の神経疾患や内科的疾患によって引き起こされ、治療が可能なものもある。病因が明らかになっていないアルツハイマー病のような認知症は、治療によって進行を止めることはできないが、進行速度を緩やかにすることはできるのではないかと考えられ、様々な試みがなされている。

認知症の原因は、アメリカ合衆国においては図1のように示されている。日本における認知症の発症率や原因については、一部の研究に基づくデータは公表されているが、全国統計は、明らかではない。

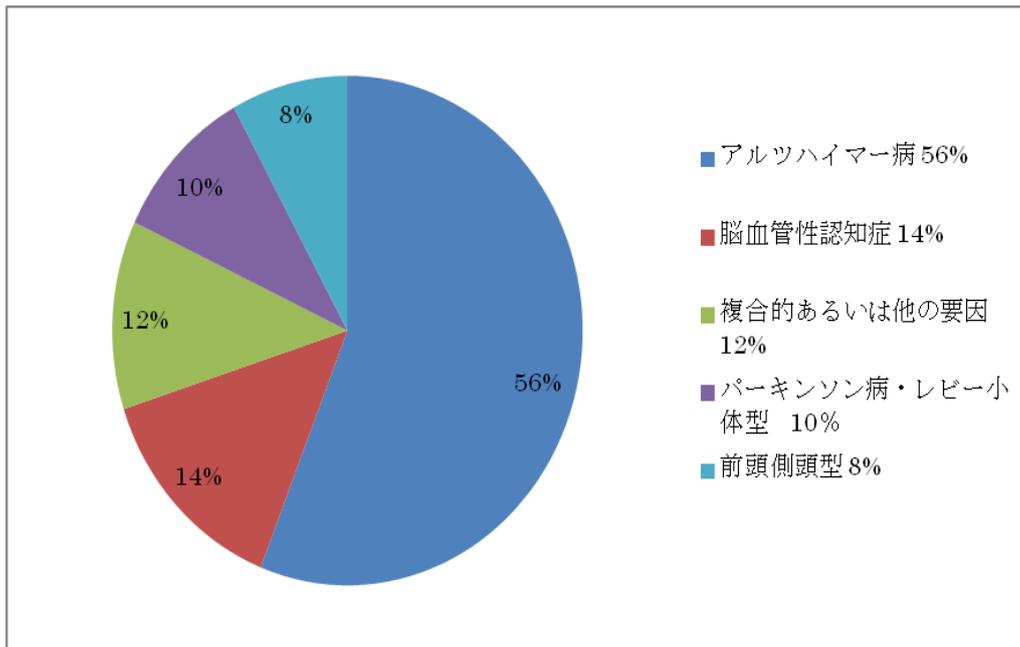


図2 認知症の原因

Peterson R ed.: Mayo Clinic on Alzheimer Disease first edition 32, Mayo Foundation for medical Education and Research, MN U.S.A. (2002)

2 認知症の中核症状と周辺症状

認知症には、認知機能低下という中核症状と、周辺症状がある。わが国における認知症治療の最初のマニュアルの一つである「アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル」は、「夜間せん妄」「幻視」「物盗られ妄想」「不眠」「徘徊」「目を離すとすぐ外に出て行こうとする」「介護に対する抵抗」「異食」「過食」「抑うつ状態」「1人にされると落ち着かなくなる」「心気」「攻撃的言動」「焦燥」を周辺症状として紹介している。周辺症状は、認知機能低下の結果生じる精神症状や行動障害であるが、逆に周辺症状が存在することによって、「認知機能低下に影響を及ぼす」とも言われている。⁴⁾周辺症状は国際的な議論を経て、行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；以下 BPSD）と呼ばれるようになった。

3 長期ケアとしての認知症

認知症介護は、症状が次第に進行し、最後は全面的な介護が必要となる長期的ケアである。臨床現場で標準的と考えられているアルツハイマー病の経過を、表4に示す。これによると、認知症ケアは約10年間に渡る長期的なターミナルケアであり、中核症状、周辺症状ともに段階を追って変化することがわかる

表4. 標準的なアルツハイマー病の経過

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 患者自身が自分の中に起こっている異常に気づく。<ul style="list-style-type: none">－ 発症後約1年後に、最も身近な家族が患者の異常に気づく。－ 発症後約2年後に医療機関を受診することが多い。2 数分から数日前の近時記憶の障害が主な軽度の時期が2～3年続く。3 介護の山場である中等度の時期が4～5年続く。<ul style="list-style-type: none">－ 即時記憶の障害や長期記憶の障害が加わる。－ 見当識は、時間、場所、人の見当識の順に障害される。－ 日常生活の行為は、仕事や調理など複雑な行為から障害され、－ しだいに日々の暮らしに必要な行為（買い物、掃除、着替え、－ 入浴など）が、数年後には排泄や食事など生命維持のための行 |
|--|

- 為までもが障害される。
- 4 発症後約7年で失禁が出現（重度）し、その後しばらくすると歩行障害が出現、最期の半年～2年は寝たきりで過ごす。
- 肺炎などの感染症や転倒・骨折など内科的な急性期対応が増加、身体合併症との戦いが始まる（全身管理や身体症状の緩和が重要）。
 - 嚥下反射が極度に低下、消失し、飲み込みができなくなる。誤嚥性肺炎を繰り返し、最期は治らない肺炎で死にいたる。
- 平原佐斗司：チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 南山堂 60-61 2011

Reisberg は、認知症の進行を7段階に分類し、1段階から4段階までを初期、5、6段階を中期、7段階を後期とした。認知障害による機能障害の進行を示した尺度であるが、こうした機能障害に対する行動上・心理上のリアクションが生じることは、当然と考えることができる。

進行する機能障害の程度にあわせ、適切なサービスや支援を提供するためには、前章までに述べたようなケアマネジメントの手法が必要となる。

表5 Reisberg の認知症の段階

<p>Early Stage.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 主観的にも客観的にも困難は生じていない。 2. 物の置き忘れについて訴える。主語を見つけられない。 3. 仕事が出来なくなっていることが同僚にも明白になる。;新しい場所に行くことができない。組織だてて考える能力の減退。 4. 複雑な仕事をする能力の減退；例えば、客を食事に招く、家計を処理する（請求書の支払いを忘れる）買い物が困難になる。など。 <p>Mid Stage</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 日々や季節、場に合わせた適切な衣服を選ぶのに手助けを必要とする。 6. a. 手助け無く、適切に衣服を着ることが困難になる。 b. 適切に入浴することが出来ない。；例えば、湯の温度を適切に調節できない。このようなことが過去数週間に時折、もしくは頻回に起こる。

- c. トイレの仕組みを使うことができない；例えば、流すことを忘れる。トイレットペーパーで適切に拭くことができない、流すことができない。このようなことが過去数週間に時折、もしくは頻回に起こる。
- d. 尿失禁が時折、もしくは頻回に起こる。
- e. 便失禁が時折、もしくは頻回に起こる。

Late Stage

- 7. a. 平均的な毎日で、あるいは集中したインタビューにおいて、話しをする能力がおおよそ 6 語かそれ以下の異なる単語に限られてくる。
- b. 平均的な毎日で、あるいは集中したインタビューにおいて、話しをする能力が単一の簡単な単語を使用するものに限られてくる；その単語を何回も繰り返すだろう。
- c. ゆっくり歩く能力の喪失；介助なしには歩けない。
- d. 介助なしに立ち上がる能力の喪失；例えば、いすに肘掛が無ければ落ちてしまう。
- e. 微笑する能力の喪失。
- f. 自立して頭を持ち上げている能力の喪失。

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

このように長期にわたり変化する機能障害の程度にあわせ、適切な医療・介護サービスやインフォーマルな支援を構成し提供するためには、前章までに述べたようなケアマネジメントの手法が必要となる。

第二節 認知症のケアマネジメントについてのガイドライン

1 文献の収集とエビデンスのレベル

認知症患者は、様々な側面で生活の継続に困難を生じるため、チームによるケアとケアマネジメントを必要とする。多くの場合、ケアマネジメントをする際に、生活の質を向上する要因は何であろうか。認知症の人々のケアマネジメントにとって鍵となる目標は、どのように設定することができるだろうか。そうしたガイドラインが示されていれば、介護

支援専門員や家族が見通しを持って、時期にかなったケアマネジメントを行うことが容易となろう。

認知症のケアマネジメントについて文献検索を行い、得られた文献のエビデンスのレベルを分析した。得られたエビデンスのレベルを基盤として、勧告のレベルを明記したガイドラインに統合し、ケアマネジメントの過程に沿って記述した。

ガイドラインの開発にあたっては、第一段階として、MEDLINE を用いて、2002年2月1日と2003年2月2日2004年2月1日に Alzheimer, care, case management, care management, caregiver, education のキーワードで文献検索し、ハンドサーチにより補填した。

その後、2000年を過ぎると、研究が蓄積され、その科学的根拠に基づいて、各国で認知症ケアのガイドラインが作成されるようになる。そこで、第二段階としては、2012年9月14日にこれらのガイドラインを参考に文献検索を行った。使用されたシステムティック・レビュー、メタアナリシスから文献を補填し、文献に示されているガイドラインの統合を行った。

エビデンスのレベルは、

- I システムティックレビュー メタアナリシス
- II 一つ以上のランダム化比較試験
- III 非ランダム化比較試験
- IV 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究）
- V 記述的研究（事例報告やケースシリーズ）
- VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

以上の6段階とした。

勧告（ガイドライン）については、

- A 行うよう強く勧められる
- B 行うよう勧められる
- C 行うよう勧められるだけの根拠がない
- D 行わないよう勧められる

以上の4段階とした。

以下に認知症を持つ人々のケアに対するマネジメントのガイドラインについて記述する。なお、これはアセスメントやケアプランを作成する時に配慮すべきことではあるが、必ずしもケアマネジャーが全て行うということを意味しない。医学的診断は医師、身体的アセスメントは看護職、心理社会的アセスメントは福祉職が担当すべきとされているが、専門領域を見極めて、適切な専門職に適切な依頼をすることがケアマネジメントの機能である。そのような観点から、認知症の人々のケアマネジメントの要点を列挙した。

2 認知症ケアマネジメントの有効性についてのガイドライン

80年代前半に、アメリカ合衆国において在宅ケアとケアマネジメントの有効性についての大規模な実験事業が行われた。その内容は、入院または入所中の高齢者を退院・退所させ、在宅サービスとケースマネジメント・サービスを提供することで、患者の余命年数・A日常生活動作能力の変化・生活満足度などの変化を測定するものであった。このような実験事業を行う試みが各地で行われ、報告書が刊行された。それらの報告書には、認知症患者を対象とするケアマネジメント手法の有効性についての研究結果が記載されている。

本項では、主に80年代前半にアメリカ合衆国で行われた認知症高齢者を対象とする在宅ケアとケアマネジメント（当時の名称ではケースマネジメント）事業の結果から明らかになったガイドラインとエビデンスについて探索した。結果として、ケアマネジメントは、財政的効率化をはかることはできるが、一律に提供すれば効果が表れるような技法ではなく、家族介護者教育や支援によって有効性が現れることが、以下のとおり示された。

(1) ケアマネジメントの有効性1；介護負担軽減

ガイドライン

ケアマネジメントは、介護者の介護負担を軽減し、認知症のある人々の在宅生活を維持する方法として、画一化することはできない。患者の状況の個別性に対応したケアマネジメントが必要である。(B)

ケアマネジャーがいることで、介護者の負担が軽くなると考えるべきではない。(D)

エビデンス

- ・介護者の介護負担軽減、うつ状態にケアマネジメントは影響を与えているが、明確な改善に結びつくものではない。¹⁾(II)

- ・ケアマネジメントは、認知症患者の治療結果にほとんど影響を与えず、施設入所を防ぐ効果をあげているとは言えない。^{2) 5)} (II)
- ・ケアマネジメントは、サービス利用を促進するが、それによって必ずしも介護者の介護時間が減少はしない。⁴⁾ (II)
- ・ケアマネジメントのスタイルは、患者の認知の程度に関連するのではなく、行動障害、介護者の介護負担、サービス利用のあり方によって分化する。^{6) 7)} (IV)

(2) ケアマネジメントの有効性2 ; 介護者教育

ガイドライン

介護者のうつ状態を改善するためには、ケアマネジメントは有効であり、心理的支援と認知についての教育的支援を焦点とするケアマネジメントが効果的である。(B)

エビデンス

- ・情報の提供やサービスの紹介だけでなく、ケアマネジャーが介護者を心理的に支援し教育することで、介護者の鬱状態を改善できる。⁸⁾ (II)
- ・問題行動への対処方法を介護者に教育することは、特に配偶者が介護者となっている場合、効果がある。⁹⁾ (II)
- ・主たる家族介護者は、二次的家族介護者からの支援を得ることが少ない。⁹⁾ (II)
- ・ケアマネジメント付の在宅チームケアを受けたグループは、ケアマネジメントなしの同様のサービスを受けたグループより、在宅生活維持ができた。¹⁰⁾ (III)
- ・介護する家族間での葛藤は、認知についての認識の違いが原因である場合が多い。¹¹⁾ (IV)

(3) ケアマネジメントの有効性3 ; 社会的ケア費用の削減

ガイドライン

認知症のある人の社会的ケア費用を効果的に運用するには、ケアマネジメントは有効である。特に、早期の合併症対策を含むケアプランが必要である。(B)

入院と外来の治療を組み合わせ、継続的治療をマネジメントすることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能である。(B)

エビデンス

- ・ケアマネジメントを活用することで、ケア経費全体の削減ができる。¹²⁾ (Ⅱ)
- ・認知症のある人々の糖尿病や心臓病などの合併症に注意し、早期に対策をたてることにより、ケア費用が削減できる。¹³⁾ (Ⅲ)
- ・攻撃性の行動障害がある患者でも、入院と外来の治療を組み合わせることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能であった。¹⁴⁾ (Ⅲ)

3 認知症アセスメントについてのガイドライン

(1) 認知症患者の発生率

ガイドライン

- ・年齢が増せば認知症の罹患率や有病率は増加するので、記憶障害を単なる老化による物忘れであると速断しないことが必要である。(D)
- ・主観的な記憶障害の訴えは認知症の有効な指標ではないが、機能喪失のヒストリーの聴取は、認知症の発見に有効である。(B)

エビデンス

- ・軽度な認知症は診断が難しいので、その罹患率を調査するのは困難である。^{15) 16)} (Ⅱ)
- ・アルツハイマー型の老齢認知症は、年齢が上がれば、認知症状の病气診断が増加する傾向が強い。¹⁷⁾ (Ⅱ)
- ・認知症罹患は年齢と共に増加し、80歳では約20%と推定される。¹⁷⁾ (Ⅱ)
- ・アルツハイマー型認知症の年間罹患率は80歳集団100人あたり6-15人であり、罹患率は男性より女性が高い。^{18) 19)} (Ⅱ)
- ・認知症は他の精神的症状(うつ病性障害、適応障害、不安障害、アルコール関連問題)と関連がある。²⁰⁾ (Ⅱ)
- ・主観的な記憶障害の訴えは認知症の有効な指標とはならない。機能の変容がより重要な徴候である。²¹⁾ (Ⅱ)

(2) 認知症のアセスメント

ガイドライン

- ・認知症が進行すると識見は減少するため、患者から聴取した履歴は信用できなくなる。

認知障害の人をアセスメントするには、患者と同様に介護者から記憶障害のヒストリーを求めるべきである。(B)

- ・認知症や他の精神的症状（シンプルな妄想、幻覚、またはその両者）が同時に存在する可能性に配慮する。(B)

エビデンス

- ・認知症が進行すれば、患者の言う経歴の信頼性が低下すると同時に、記憶障害の自覚は減少する。²²⁾ (II)
- ・アルツハイマー病患者と年齢による記憶減退者の記憶困難の訴えには、差がない。²³⁾ (II)
- ・患者による記憶の訴えはうつ病と相関する。患者の記憶に関する介護者の訴えは認知症と相関する。(II) ²⁴⁾

(3) 認知障害のアセスメント

ガイドライン

- ・一般医師は臨床的判断を高める公式な認知テストの活用を考慮すべきである。(B)
- ・一般医師を含む保健医療の専門従事者は、認知障害の認定にスクリーニングテストの活用を考慮すべきである。(B)
- ・MMSE、時計描写テスト、日常生活動作を測定する検査法、短縮されたメンタルテストなどの得点を知ることは、認知障害の認定に役立つ。(B)
- ・介護者からの訴えによって、これらのスクリーニングツールを完成させることは、認知障害の把握に役立つ。(B)

エビデンス

- ・正確さにわずかに欠けるが、プライマリーケアに用いるためにはMMSE (mini-mental state examination) を簡素化することは可能である。(II) ^{25) 27) 28) 30) 40) 41)}
- ・MMSE は、言語能力、年齢、教育、社会的集団分類に影響されるかもしれない。^{30) 32) 33)}
(II)
- ・MMSE の4つの課題—日時の見当識、WORLDを逆につづる、3単語を記憶する、文を書く—は認知症の予測に有効である。^{29) 38)} (II) MMSE を2つの課題—記憶と見当識—に減らすと、特異度をごくわずかに損なうだけである。³⁹⁾ (II)

- ・時計描写テストでは、時計面の4分儀の正確さが、最大で敏感度（87，5%）と特異度（82，3%）を表す。（Ⅱ）^{26) 31) 35) 36)}
- ・手段的日常生活動作での4領域の悪化は認知障害と非常に関連している。それらの領域とは、薬剤管理、電話の使用、予算の管理、交通機関の利用である。³⁴⁾（Ⅱ）
- ・通常と異常、妄想のある者と認知症と妄想が混合する者、認知症の者と認知症と妄想が混合する者、認知症のない者と妄想のある者を区別することに、短縮したMMSEの得点は統計的に有意であることが明らかである。⁴⁰⁾（Ⅲ）
- ・簡潔なメンタル調査票は、軽度の認知を測定する高感度なスクリーニングツールである。それは介護者によって完成されれば、認知症を認定するための有用な部分を担う。⁴²⁾（Ⅱ）
- ・自己申告による認知障害の訴えは、認知症の存在に結びついておらず、むしろ訴えない時の方が、より詳しい認知症のアセスメントを行うべき指標として有効である。⁴³⁾（Ⅰ）
- ・情報提供者による認知障害の訴えを聞くためのAD8など短縮したツールは、有効である。⁴³⁾（Ⅰ）

4 認知症ケアプランのアセスメントについてのガイドライン

（1）認知症患者の身体的状況のアセスメントとケアプラン

ガイドライン

- ・専門職は、認知症の可逆的原因の存在に配慮すべきである。（B）
- ・一般の者と同様の割合で、認知症者は身体的疾病に罹るが、症状を訴えない傾向にある。患者の身体的状況が、認知症状の原因となっていないか注意する必要がある。（B）
- ・赤血球沈降速度を含む血液学、生化学、血清カルシウムとリン酸塩、甲状腺機能、単純尿分析などの通常の検査が確実に行われていることを確認する必要がある。（B）

エビデンス

- ・少数の認知症者は隠れた特異性があり、これが治療されれば認知機能が向上する。^{44) 46)}
⁵¹⁾（Ⅱ）
- ・アルツハイマー型認知症患者のMMSE得点と血液中のビタミンB₁₂の低下には、相関がみ

られた。⁴⁵⁾ (II)

- ・認知症の患者は一般的な身体的症状を訴えないが、一般の者と同様の疾病の罹患率を示す。

⁴⁷⁾ ⁴⁸⁾ (II)

(2) うつ病のアセスメントとケアプラン

ガイドライン

- ・うつ病は、認知の進行過程のどの段階でも疑うことができる。(B)
- ・その経歴は患者や介護者の両者から集めるべきである。(B)
- ・個人又は家族のうつ症状歴のようなうつ病、又は死別や引越しなどの最近の不都合の出来事は、密接に関連するリスク要因として考慮すべきである。(B)
- ・日常生活動作、機能レベル、混乱した行動、最近みられる生物学的特長のような明白な基準に対する抗うつ剤の試みを考えるべきである。(B)

エビデンス

- ・認知症の無い者より、認知症のある者の方がうつ病の発生率が高い。⁵²⁾ ⁶⁶⁾ (II)
- ・認知症とうつ病のある者は死亡率が高い。⁵³⁾ (II)
- ・検証された研究によれば、認知症患者のうつ病発生率はかなりの幅で異なる。一般的にうつ病発生率は認知症患者の10%–40%と多様である。⁵⁴⁾ ⁶²⁾ (II)
- ・うつ病は認知症の初期段階でより認識され、診断される。⁵³⁾ ⁶³⁾ (II) 最大85%の反応率があり、治療の価値は高い。⁶¹⁾ (II)
- ・一般的に、うつ病はコミュニケーションや日常生活動作を困難にし、認知機能への影響は少ない。⁵⁵⁾ ⁵⁶⁾ ⁵⁷⁾ (II)
- ・自律的症状とは関連が弱い、表現的症状は不安、気分、興味減少、無力感、絶望感、無価値感のような精神的感情に関連する。⁶⁴⁾ (II)

(3) 行動・心理症状 (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) のアセスメントとケアプラン

ガイドライン

- ・急性的身体疾患、環境上の不備、又は身体的不快感は、行動障害の隠れた原因であり、隠れた原因が確認されたときは、行動障害の薬を処方する前に対策が講じられるべきで

ある。(B)

- ・可能なら、一般医は認知症の行動障害を抑えるために日常的にトランキライザーを使うべきではない。(B)
- ・危機状況下では、神経遮断薬の短期使用は適切であろう。(B)
- ・レヴィー小体型認知症患者は神経遮断薬を用いて治療されるべきではない。(B)
- ・妄想と攻撃的な行動の間には関連があるので、その点をふまえて攻撃的な行動を評価すべきである。(B)
- ・ケアの状況や介護者（又は施設でのケアチーム）の態度が行動障害に影響を与えていないか、配慮する。(B)

エビデンス

- ・学際的アプローチは、精神的・行動的問題を持つ者に対しては効果がある。^{67) 68)} (I)
- ・精神医学的ケアと身辺ケアの双方が必要な者には、精神医学・医療・環境のアセスメントと同時に、介護職に行動マネジメントの技法を教育することが、効果的がある。⁶⁹⁾ (I)
- ・認知症患者において、潜在的な急性の医学的病気と攻撃的な行動の突発には関連がある。^{71) 73)} (II)
- ・レヴィー小体型認知症の大部分の者は神経遮断薬に敏感であり、かなりの者が激しい反応を経験する。⁷²⁾ (II)
- ・認知症の行動障害を抑える神経遮断薬によって治療を受けている患者の67%にプラセボ反応が見られた：神経遮断薬服用者と未服用者間の確認される相違はない。⁷⁴⁾ (I)
- ・妄想又は同定不能症は多くの攻撃的な行動と関連している。⁷³⁾ (II)
- ・ケアの状況や介護者（又は施設でのケアチーム）の態度はBPSDに影響を与えるかもしれない。^{67) 77)} (III)
- ・隠された原因が確認されたときは、行動障害の薬を処方する前に対策が講じられるべきである。(VI) ⁶⁷⁾
- ・可能なら、一般医は認知症の行動障害を抑えるために日常的にトランキライザーを使うべきではない。⁶⁷⁾ (VI)
- ・危機状況下では、神経遮断薬の短期使用は適切であろう。⁶⁷⁾ (VI)

(4) 転倒予防のアセスメントとケアプラン

ガイドライン

- ・認知症患者に転倒は多い。(B)
- ・薬、徘徊、意識混濁は転倒のリスクを高める。(B)
- ・転倒した認知症患者は再び転倒する傾向にある。(B)
- ・転倒のリスクは認知症のひどさに関連しないが、機能的な能力に関連し、より能力の高い者に多い。(B)

エビデンス

- ・認知症患者は薬によって転倒のリスクが高まる。⁷⁸⁾ (II)
- ・抗精神病薬をやめることで転倒のリスクが、減少した。⁷⁹⁾ (II)
- ・大腿骨頸部の骨折は認知症が関係した転倒に最もよくみられる。⁸⁰⁾ (II)
- ・転倒は認知症のひどさには関連しないが、徘徊や意識混濁に関係する。⁸⁰⁾ (II)
- ・一度転倒した者は再び転倒する傾向にあり、転倒は徘徊や落ち着きの無さなどを頻発することに関連している。⁸¹⁾ (II)
- ・転倒は認知症患者のより能力のあるグループに多い。⁸²⁾ (II)

(5) 施設入所のアセスメント

ガイドライン

- ・介護者のストレス、患者の身体機能面の依存、興奮、夜間徘徊、失禁などの要因が、患者の在宅生活の限界を示していないか考慮する。(B)
- ・介護者のことを考慮せずに患者の最適な在宅介護を評価すべきではない。(D)

エビデンス

- ・施設入所のリスクが増加する患者側の要因として、身体機能面の依存、興奮、夜間の徘徊、失禁がある。^{85) 86) 88)} (III)
- ・介護者のストレスは施設入所のリスクを増加させる。^{87) 89)} (III)
- ・認知症患者の生存期間が最大となるのは施設入所であり、居宅で提供される公的なケアパッケージがそれに続いて有効である。⁹⁰⁾ (III)
- ・ここで言う生存期間とは、生活の質というよりは死までの単なる時間を意味する。⁹⁶⁾ (III)
- ・認知症患者のデイケア利用は施設入所を遅らせる効果がある。⁹¹⁾ (III)

5 家族・介護者のアセスメントと支援についてのガイドライン

(1) 介護することにより生じる諸影響のアセスメント

ガイドライン

- ・専門職は認知症患者をケアすることによる影響が、何処に現れているかよく理解する必要がある。最も影響を受けやすいのは、介護者である。(B)
- ・多くの要因がケアによる影響に寄与し、介護者のストレス、傷つきやすさ、社会的ネットワークの低下、経済的問題が、介護負担を増加させる。(B)
- ・男性の介護者は自発的に不満を言わない傾向があることに留意する。(B)
- ・認知障害のひどさをもって、介護負担が大きいと判断することはできない。(D)
- ・行動や態度などの要因にどのように認知症が出現するかによって、介護負担感の程度が決まる。(B)

エビデンス

- ・「介護負担感」を増加させる介護者側の要因は介護の役割に通常伴い、ストレス、傷つきやすさ、社会的ネットワークの低下、経済的問題が含まれる。⁹²⁾ (II)
認知症者へのケアの影響は要因の複雑な相互作用からひき起こされ、施設入所のリスクと関連している。^{93) 98)} (II)

ケアを受ける者が施設入所した後も介護者にとってケアの影響は続き、そして居宅でケアを提供し続ける介護者より影響は大きいかもしれない。⁹⁴⁾ (II)

- ・男性と女性の介護者はケアの影響を同等に経験するが、男性はそれを話し合うことは少ない。^{95) 96)} (II)

ケアの状況や認知症の現状が変化するにつれ介護者が感じるストレス因子は変化する。介護負担感には常に時間ともに増加するとは限らない。⁹⁷⁾ (II)

(2) 家族介護者への支援プラン

ガイドライン

- ・介護者への心理社会的介入は、介護者の心理的健康に寄与し、認知症患者の在宅生活をより長くさせることができる。(A)
- ・患者の特性にあわせた対処方法や行動マネジメント改善について、個別に家族介護者を

支援することは、有効である。(A)

- ・認知症についての情報やサポート対策のためのグループへ家族介護者を紹介することは、介護者の重荷を減らすとは考えられないが、選択肢の一つとする価値はある。(B)
- ・介護サービスへ患者を紹介することは、家族介護者の全体的安寧まで変えるとは思えないが、介護者に満足感や安心感を与える。(B)
- ・ショートステイやホームヘルプサービス、デイケアに患者を紹介することは、患者がより長く自宅生活を継続することにつながる可能性がある。(B)
- ・うつ病は認知症者の介護者に普通に現れ、ケアを受ける者に行動障害や高いケアニーズがあることによって影響を受ける。行動障害やケアニーズの高い患者を介護する家族については、うつ病の可能性に留意する。(B)
- ・介護者が自らの苦悩を認め、対処するように支援する。(B)
- ・専門職が認知症に関するより多くの情報を提供することによって、介護者の満足感を高めることが可能である。(B)

エビデンス

- ・介護者への心理社会的介入は、負担を減らすことはないが、心理的不健康を軽減し、認知症患者の在宅生活をより維持させることができる。⁹⁹⁾ (I)
- ・本人の行動に中心をおいた個別行動マネジメント療法を行うと、家族介護者のうつ症状が32か月の間に軽減した。¹⁰⁰⁾ (I)
- ・家族介護者に、行動への対処方略を教えることは、個別か集団で行うかを問わず、心理的健康上の効果がある。^{101) 102)} (I)
- ・一般的には利点があり役立つと考えられているが、介護者サポートグループは認知症者を世話するストレスや重荷を減らしたりしない。¹⁰³⁾ (II)
- ・情報は介護者に価値があり、標準化された方法の中で最適であるが、結果としての事態を変化させない。¹⁰⁴⁾ (II)
- ・ショートステイサービスは介護者に満足感や安心感を与え、ケアを受ける者の施設入所を遅らせるかもしれないが、介護者の全体的な安寧を変えることはない。¹⁰⁶⁾ (II)
- ・介護者の公的な教育・訓練は心理的な不健全さを減少させ、認知症の進む者の施設入所を遅らせるかもしれない。¹⁰⁶⁾ (II)
- ・デイケアは介護者の極度の疲労やストレスの影響を軽減することで施設入所を遅らせる。

¹⁰⁷⁾ (Ⅱ)

- ・デイケアは認知機能に影響を及ぼさない。デイケアによって影響がある唯一の日常生活動作は衣服の着脱技術である。¹⁰⁸⁾ (Ⅱ)
- ・特に行動障害が明らかであるか、又は非常にケアのニーズが高い、もしくはその両方の場合などケアを受ける者が悪化すると介護者のうつ傾向が強まる。^{109) 113)} (Ⅱ)
- ・介護者にうつ病は一般的であり、うつ病は患者と介護者の関係や以前の介護者のうつ病歴に特に関係していない。^{110) 111)} (Ⅱ)
- ・低所得は介護者のうつ病に関係している。¹¹²⁾ (Ⅱ)
- ・ひとつの研究では、認知症患者と介護者へのカウンセリングパッケージを用いた集中的な地域サポートは居宅にとどまる可能性を高めるようである。¹¹⁴⁾ (Ⅱ)
- ・介護者は、入手した情報(冊子、教育)や介護者の苦悩への対応の領域で認知症の家族に対する医学ケアに不満足を感じる。¹¹⁶⁾ (Ⅲ)
- ・介護者のうつ病は介護を受ける者の施設入所又は死によっても、サポートグループの参加によっても消滅しない。¹¹⁷⁾ (Ⅱ)

第三節 認知症ケアガイドラインに関する文献研究の結論

認知症ケアガイドラインに関する文献研究の結果、各国でエビデンスに基づいたガイドライン作りが進んでいることがわかった。90年代後半から始まったエビデンスに基づいたガイドライン作りは、10年のうちにメタアナリシスやシステムテック・レビューが多く行われるようになり、さらに進展した。

欧米だけではなく、シンガポールでも早くから認知症ケアガイドラインづくりがおこなわれており、日本での認知症ケアガイドラインは世界レベルからは程遠い。

認知症ケアの焦点は、認知症の診断(アセスメント)、認知障害のアセスメント、身体的状況のアセスメントとケアプラン、うつ病のアセスメントとケアプラン、行動・心理症状(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD)のアセスメントとケアプラン、転倒予防のアセスメントとケアプラン、施設入所のアセスメント、家族介護者への支援プランであることが解った。

これらの焦点で、今後RCTや実験的環境での効果測定研究が行われることが、日本における認知症ケアマネジメント開発にとっての課題だと思われるが、特に認知症の行動・

心理症状（BPSD）を改善する方法について研究することが、家族介護者支援、在宅ケア維持、介護費用財政にとっても重要であることが示唆された。

第三章 認知症ケアにおける効果的アプローチの構造

第一節 研究の背景と目的

認知症のケアにおいては、認知症に伴う行動・心理症状（Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia：以下 BPSD）への対処を抜きに考えることはできない。

周辺症状は、認知機能低下の結果生じる精神症状や行動障害であるが、逆に周辺症状が存在することによって、認知機能低下に影響を及ぼすとも言われている。これらの周辺症状は、問題行動や行動障害と呼ばれることも多かったが、1995年の国際老年精神医学会以降、認知症に伴う行動および心理症状（BPSD）という用語を使用することになった。¹⁾

わが国では、1980年代に入って、BPSDのある認知症高齢者を専門に受け入れる施設が出来た。²⁾ そうした老人専用棟や施設では、BPSDを規制しないことを介護の基本としており、入所者が集団で徘徊をするための「回廊式」のロビーを設け、「自由に」徘徊をさせる施設が出現した。当時、先駆的といわれた施設の介護福祉課係長は、「何も行動を起こさない寝たきりの状態」になって徘徊等がなくなる時が、「一般の特養ホーム」に移るために退所するときであった、³⁾ と述べている。ちなみに、「自由に」徘徊させることは、厚生労働省の推奨する方法でもあった。1988年に創設された「老人性痴呆疾患治療病棟」の設置基準では、長さ50メートル以上の回廊部を病棟に有することが求められていた。

1 BPSDの「生物学的要因」と「心理社会的要因」

BPSDに対処することは、特に軽度期から中度期にかけての認知症ケアの焦点であるが、その方法は大きく変化してきている。徘徊であれば、放置するのではなく、行動の背景にある理由を探索し、不安や焦燥感、興奮状態に対応する方法がとられている。認知症患者の不安感や焦燥感、興奮状態は、脳の器質的変化に起因することもあれば、状況を認知できないことや人間関係・環境の変化による、心理社会的要因により生じていることもある。精神科医として、20年近く認知症の治療と福祉に携わってきた高橋幸男（2010：125）は、次のように述べている。⁴⁾

「認知症になりゆく人たちのほとんどは、認知症が相当進んでも自分の物忘れが尋常でないことくらいは自覚しているし、周囲の状況も我々が思っているよりはるかにわかっている

た。・・・認知症になりゆく過程には、多くの人たちに共通する‘恍惚の人’という誤った認知症観や認知症恐怖に規定された‘心理社会的病理’と呼ぶ病理構造が認められる」

心理社会的要因への対応による **BPSD** の治療は、すでに海外ではエビデンスの蓄積もあり、その有用性を実証した研究も多い (Eccles ら 1998 : 804 ; Doody ら 2001 : 1156 ; Tilly ら 2004 : 7-9)。^{5) 6) 7)}

アメリカ精神科医学会が発行する教科書⁸⁾においても、認知機能の変化と **BPSD** は、「心理社会的要因が、脳のメタボリズムまたは構造上の変化に付加されることによる結果である」と記述され、「生物学的要因と心理社会的要因の双方に対処すること」は、認知症治療の要点であると記述されている。

上述のように、**BPSD** への対処は、本人への働きかけと周囲の環境への働きかけを含む内容となる。環境への働きかけには、身の回りの居住環境を整えることから、社会的偏見を是正することまでが含まれていると言えよう。そこで、本論では「本人への働きかけ」を「介入」、「環境への働きかけ」を「対応」という用語で表し、全体像を「介入・対応」と称することにした。

2 研究の意義

厚生労働省の推計によれば、介護保険の要介護・要支援認定者のおよそ2人に1人が日常生活自立度Ⅱ以上の「何らかの介護・支援を必要とする認知症のある高齢者」である。⁹⁾ 認知症ケアの向上が求められ、介護・社会福祉現場では様々な工夫がなされているにもかかわらず、エビデンスとしての蓄積は少ない。認知症ケアのマニュアル化や事例研究は行なわれているが、**BPSD** とその介入・対応効果の特性を同定するための研究は少ない。認知症高齢者の人権を保障するために、エビデンスに基づいたケアガイドラインを作成する事は社会的な急務であるといえよう。そのためには、効果的な介入・対応策についての実証的研究は不可欠である。

筆者は、第二章に述べたように、エビデンスとされた文献を検討した結果、**BPSD** に対して効果のあった介入・対応には「生物学的要因と心理社会的要因の双方に対処すること」が含まれているに違いないという仮説に到った。さらに「生物学的要因」へのアプローチと「心理社会的要因」へのアプローチがどのように実施され、どのように関連しているか、**BPSD** への効果的な介入・対応の構造を明らかにする研究を着想した。

第三章では、効果のあった介入・対応策を統計的な解析が可能な量まで収集し、改善の

程度を数値で捉えたうえで、**BPSD** 改善に有効なアプローチのモデル化を行なうことを目指した。

3 倫理的配慮

調査を依頼した介護保険事業所のケアマネジャーまたは介護保険施設の介護職が、認知症患者および家族に研究の主旨を説明し、介護記録情報の使用について許可を得た。その際に、諾否は自由であり、情報利用の拒否によって不利益は生じないことを、文書と口頭で伝えた。また、匿名化は調査を依頼した事業所で行い、個人を特定できるような情報は使用しないことも、あわせて説明した。

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究倫理審査委員会」による審査を受け、承認を得て実施した。

第二節 研究方法

1 調査の方法

(1) 調査項目策定のための事例研究

研究1年目にあたる2005年4月から2006年3月にかけて、東京都と神奈川県下のケアマネジャー5名と介護職5名に依頼し、**BPSD** 症状をもつ認知症高齢者への改善事例を収集した。事例検討をするなかで、どのような**BPSD** が存在したか、どのような介入・対応が有効であったか、探索した。

(2) 質問紙による調査の実施

研究2年目には、事例研究の結果をもとに調査項目を作成し、質問紙調査を行った。質問紙調査は、広報を行い、承諾を得られた東京都周辺の2市・四国1県下の介護保険事業所80箇所（居宅介護支援事業所・デイサービス事業所・介護施設事業所）への調査票の郵送による配布・回収方式で行った。調査期間は、2006年9月から2007年2月である。過去5年間以内に何らかの介入・対応を行なったことにより、**BPSD** が改善した事例に限定し、**BPSD** の状況と介入・対応方法、改善の状況について、1事例ごとに調査票に記入してもらった。介護保険番号の下1桁を記入してもらい、同一地域で類似した事例が生じ

た場合には、年齢と介護保険番号を照合し事例が重複していないことを確認できる方式を採用した。

2 調査回答者

上記の地域で介護保険業務に携わる介護福祉職と介護支援専門員が、調査票に記入を行った。所属する施設や事業所での職務範囲により、介入・対応方法に差があることは予測できたが、本論では、分析に際してあえて職種の限定は行なわなかった。認知症高齢者の介護にかかわる専門職には、知識と判断に相応の共通性が保たれており、効果のある介入・対応方法の構造把握は、現行の実践の範疇を越えて行われるべきであると考えたためである。

3 調査項目

調査項目は、研究1年目に明らかになった、認知症高齢者に出現しやすいBPSD23項目および行なわれた介入・対応44項目に基づいて、作成された。

調査票は、BPSD項目と介入・対応項目ごとに空欄のみを設定し、調査協力者が自由記述をすることを基本にした。「その他」の項目も設け、全てのBPSDと行った全ての介入・対応が記述できるように調査票を構成した。BPSDは、全くない・時々ある・ある・よくある、の4段階で回答を求め、介入前と介入後の変化を調べた。

また、基本属性、要介護度、認知症日常生活自立度、障害自立度、認知症尺度のスコア、認知症の種類、既往症・慢性疾患、主介護者、BPSDに対する介入・対応が行われた場所、介入期間、について回答を求めた。ADLについては、視力（見える・あまり見えない・見えない）・聴力（聞こえる・あまり聞こえない・聞こえる）会話（自立・やや困難・困難）立位・更衣・整容・歩行・排泄・食事・入浴・服薬・移乗については、自立・一部介助・全介助の三段階で回答する方式とした。

これらの項目は、全て介入・対応前の数値と介入・対応後の数値の記入を求め、改善の状況を数値で把握できるようにした。

第三節 結果

204票を収集することが出来た。（有効回収率51%）同一事業所から複数の調査票が回

収されたが、事例の重複はないことが確認できた。

1 調査対象者の基本属性

性別は男 51 (25%)・女 153 (75%)、年齢は 80 歳代 51%・90 歳代 22%・70 歳代 21%、主な介入場所は自宅 72 (35%)・特別養護老人ホーム 44 (21%) と老人保健施設 31 (15%) グループホーム 43 (21%) 有料老人ホーム 2、その他 11、欠損値 1 である。居住場所と介入が行われた場所は、ほぼ同一であるが、自宅に住んでいても主に介入が行われた場所が、ショートステイ時の施設などであれば、その他に分類した。

認知症の原因疾患はアルツハイマー病 45%・老人性認知症 37%・脳血管障害 17%、不明 1%、介入期間の平均値 1.3 年・中央値 1.0 年であった。

2 BPSD について

介入前の症状については、23 項目全てに何らかの記述が記入されていた。さらに、薬の飲み忘れ、人や日付を覚えられない (重度健忘)、季節はずれの重ね着 (失見当) について、「その他」の欄に追加記述されていたので、中核症状と命名して 1 項目を追加した。介入前の BPSD の内容がこの 24 項目で網羅されたと判断した。

次に、BPSD の出現と改善の状態を詳しく知るために、症状ごとに、全くない 0 点・時々ある 1 点・ある 2 点・よくある 3 点として、介入・対応前後値の変化を確認した。24 項目の BPSD について Wilcoxon の符号付順位検定を行ったところ c17、c22、以外の全ての項目で介入・対応前後の値に有意な差が見られた。c24 は標本数が少ないため検定不能であった。(表 1 参照) そこで「火の不始末」「性的トラブル」「中核症状」は改善とは見なさず、分析から除外した。

表1 介入・対応前後の BPSD の変化

項目内容	Z	p	検定
C01 被害妄想がありましたか	-5.038	0.000	***
C02 暴言を言うことができましたか	-4.835	0.000	***
C03 暴力をふるうことができましたか	-4.860	0.000	***
C04 落ち着きがないことがありましたか	-7.379	0.000	***
C05 作り話をすることがありましたか	-3.463	0.001	***
C06 同じ話を何度もすることがありましたか	-4.864	0.000	***
C07 外出したらもどれないことがありましたか	-2.836	0.005	**
C08 見えないものが見える幻視がありましたか	-2.985	0.003	**
C09 聞こえないものが聞こえる幻聴がありましたか	-2.389	0.017	*
C10 大声を出すことがありましたか	-4.993	0.000	***
C11 一人で出たがるので目が離せないことがありましたか	-4.936	0.000	***
C12 泣くなどの感情の不安定がありましたか	-4.468	0.000	***
C13 介護に抵抗することがありましたか	-6.298	0.000	***
C14 物を集めて回ることがありましたか	-3.236	0.001	**
C15 昼夜が逆転していることがありましたか	-5.043	0.000	***
C16 歩き回ることがありましたか	-4.728	0.000	***
C17 火の不始末がありましたか	0.000	1.000	n.s.
C18 トイレでないとところで排泄することがありましたか	-3.887	0.000	***
C19 排泄物をさわることがありましたか	-3.228	0.001	**
C20 異食することがありましたか	-2.412	0.016	*
C21 物や衣類を壊すことがありましたか	-3.132	0.002	**
C22 性的なトラブルがありましたか	-1.414	0.157	n.s.
C23 無気力・無関心な状態であることがありましたか	-3.660	0.000	***
C24 中核症状	-	-	-

(注1) Wilcoxon の符号付順位検定.

(注2) ***: p<.001, **: p<.01, *: p<.05

(注3) 欠損値を除外.

これらの BPSD の出現と改善の状況を事例数から見ると、出現率が最も高かった症状は、「落ち着きなく動き回る（多動）」で6割以上の事例に見られ、「同じ話の繰り返し」「介護への抵抗」は約半数の事例に見られた。

最も改善率の高かった BPSD は収集癖で、90.9%の事例で何らかの改善を示した。これ

に対し、「作り話」の改善率が46.0%と最も低かった。「作り話」と同様「同じ話の繰り返し」などは、改善率が低かった。(表2参照)

表2 BPSDの内容別改善率(事例数)

BPSD内容	総数	改善数	改善率
多動	130	96	73.80%
同じ話	102	55	53.90%
介護に抵抗	94	63	67.00%
被害妄想	78	49	62.80%
徘徊	75	44	58.70%
昼夜逆転	73	54	74.00%
無断外出	71	54	76.10%
暴言	69	44	63.80%
大声	64	47	73.40%
感情失禁	56	38	67.90%
無気力	56	37	66.10%
作り話	50	23	46.00%
暴力	47	36	76.60%
収集癖	44	40	90.90%
幻視	36	22	61.10%
排泄	34	25	73.50%
迷子	34	20	58.80%
ろう便	26	16	61.50%
火不始末	22	12	54.50%
破損	21	15	71.40%
幻聴	19	13	68.40%
異食	16	10	62.50%
総計	1224	817	66.70%

3 介入・対応について

介入・対応については、あらかじめ設定した44項目全てにデータの記入があり、さらに「その他」項目への記述に基づき「訪問介護計画の工夫」「職員の負担軽減」2項目を追加した。従って、介入・対応は下記の通り、990の介入・対応が行われ、46のサブカテゴリーが生成された。さらに46のサブカテゴリーは、[健康面への介入・対応][環境面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][介護側のコミュニケーションの改善][家族・介護者状況への介入・対応][事業マネジメント改善]の6つのカテゴリーに統合された。

(1) [介護側のコミュニケーションの改善]

[介護側のコミュニケーションの改善]のカテゴリーには、表3に示すように、10項目（記述データ数274）のサブカテゴリーが含まれる。「声かけ見守り」は、「他の入居者と会話等になじめなかったが、やさしい声かけをしていく事で、気持ちがほぐれ笑顔が出てきた」のような関係形成を意識したコミュニケーション上の介入であった。

表3 介護側のコミュニケーションの改善

サブカテゴリー	n
ゆっくり会話できる時間を確保した	104
嫌がることは勧めないようにした	50
声かけ見守り	28
指示をするような話し方をしないようにした	21
話題の工夫	20
返事が返ってくるまで待った	18
手順の教示	12
出来ない事を指摘するような言い方はしないようにした	8
本人の前で本人のことを他人に話さないようにした	8
試すような質問をしないようにした	5
計	274

(2) [環境面への介入・対応]

[環境面への介入・対応]のカテゴリーには、表4に示すように、10項目（記述データ数224）のサブ・カテゴリーが含まれる。

表4 環境面への介入・対応

サブカテゴリー	n
他の人との出会いや交流の機会をつくった	76
落ち着ける場所を探した	39
本人のペースに合わせた生活ができるよう環境を変えた	36
なじみのない環境への対応	31
場所の情報や標識の欠如への対応	12
参加グループを小さくした	12
広すぎるあるいは狭すぎる環境を変えた	7
多すぎるあるいは少なすぎる物や人への対応	5
多すぎるあるいは少なすぎる音や光・色への対応	4
知覚低下に対応した環境に変えた	2
計	224

(3) [健康面への介入・対応]

[健康面への介入・対応]のカテゴリーには、表5に示すように、11項目（記述データ数216）のサブカテゴリーが含まれる。

「視覚・聴覚の低下への対応」には、「左眼の視野が狭いのか、食事時お膳の左側にあるご飯等がないと言われる事があるので、お膳を少し右に寄せたら言われなくなった。」「難聴にて、ホワイトボードに大きく字を書くことによって伝達が出来るようになった。」等の記述に見られるような、本人の身体への直接的ケア以外の介入・対応が見られた。

表5 健康面への介入・対応

サブカテゴリー	n
服薬の調整	36
疲労・睡眠不足への介入・対応	27
便秘への介入・対応	26
身体的不快への介入・対応	25
視覚・聴覚の低下への介入・対応	20
低栄養への介入・対応	19
脱水への介入・対応	19
無気力状態への介入・対応	15
慢性疾患への介入・対応	15
痛みへの介入・対応	12
急性疾患への介入・対応	2
計	216

(4) 【能力を維持するための課題への介入・対応】

【能力を維持するための課題への介入・対応】のカテゴリーには、表6に示すように、5項目（記述データ数 163）のサブカテゴリーが含まれる。

表6 能力を維持するための課題への介入・対応

サブカテゴリー	n
リズムのない日常生活への対応	74
時間がかかっても自分でできることをしてもらった	47
課題を簡単なものに変えた	16
障害にあわせて課題を修正した	14
地域の活動に参加する機会をつくった	12
計	163

(5) [家族・介護者状況への介入・対応]

[家族・介護者状況への介入・対応]のカテゴリーには、表7に示すように、8項目（記述データ数 111）のサブカテゴリーが含まれる。

表7 家族・介護者状況への介入・対応

サブカテゴリー	n
家族・介護者のストレスへの介入・対応	27
家族・介護者の介護負担への介入・対応	26
家族・介護者の本人に対するコミュニケーションへの介入・対応	21
家族・介護者のうつ状態など精神的疲労面への介入・対応	16
家族・介護者の身体的疲労面への介入・対応	8
家族・介護者の疾患（持病）への介入・対応	5
家族・介護者の不適切な介護への対応	5
家族・介護者の経済負担への介入・対応	3
計	111

(6) [事業マネジメントの改善]

[事業マネジメントの改善]のカテゴリーには、表8に示すように、2項目（記述データ数 2）のサブカテゴリーが含まれる。「介護計画の工夫」は、ケアマネジャーがホームヘルパーに仕事内容を「検討してもらったところ、冷蔵庫の中のものの一覧表を作った。その結果、若干訴えは少なくなった」という記述に基づくものである。「職員の負担軽減」は、「マニュアル化し、職員配置がきちんとできる時間（10時ごろ）から車椅子に乗っていただくようにして職員の移乗介助・見守りの負担を軽減した」という記述に基づくものである。

表8 事業マネジメントの改善

サブカテゴリー	n
介護計画の工夫	1
職員の負担軽減	1
計	2

第四節 考察

1 介入・対応モデル

本調査では、介入前の **BPSD** は 24 種類の症状として出現していた。(表 1 参照) 1 事例において平均 6 種類近くの **BPSD** が存在し、**BPSD** が 1 種類しかない事例は、わずかに 17 事例 (8%) のみであり、認知症高齢者の **BPSD** の発生そのものが複数の症状として起こる実態を反映している。また、介入・対応方法も 1 事例に対し 4、5 種類に及んでおり、そのいずれが特定の **BPSD** に対し有効性を発揮したものが同定することは困難であった。

つまり、5つのカテゴリー[介護側のコミュニケーションの改善][環境面への介入・対応][健康面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][家族・介護者状況への介入・対応]は、**BPSD**の種類を問わず全体的に実施され、複合的な効果を発揮するものであることが示唆された。言い換えると、介護福祉現場では「生物学的要因と心理社会的要因の双方に対処すること」が混在して試行され、介入・対応方法に意識的区別はないと言えよう。各カテゴリーに共通する要素を抽出し、カテゴリー間の関連を図式化したものが、図 1 である。円の大小は、記述データに基づく介入・対応行動の量を表す。

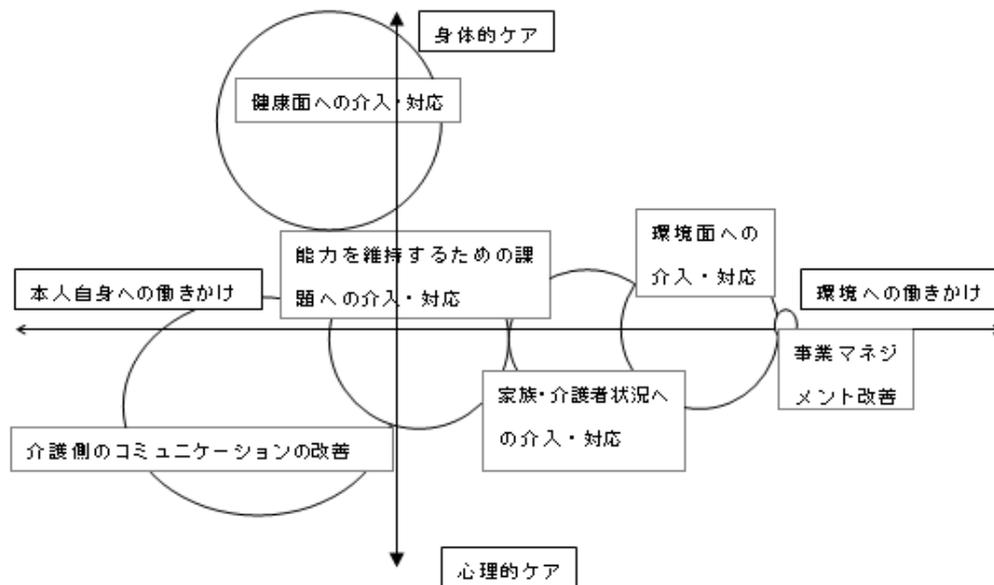


図1 BPSD への効果的介入・対応モデル 注：□は軸名を表し，○はカテゴリを表す。

BPSD を発症した高齢者への働きかけは、身体的不快・痛み・不眠・便秘・低栄養への対応といった「身体的ケア」と、ストレスや不満を受け止めて会話・話題を工夫するなどの「心理的ケア」が縦軸となっている。

横軸は、個体や内面への働きかけを中心とする「本人自身への働きかけ」と、その対極には人間関係と物理的環境を含めた「環境への働きかけ」によって構成されると解釈することができた。

6つ目のカテゴリ[事業マネジメントの改善]は、他の6カテゴリと比べると行なわれることが稀な介入・対応であったが、有効な記述データ全てをひとつも省かず、カテゴリ化し図示することにした。

2 非薬物的介入・対応を中心とする「身体的ケア」

[健康面への介入・対応]11項目 (n=216) は、主として「生物学的要因」への介入と解釈することが出来る。「生物学的要因」への介入は医療的処置が中心であり、薬物療法が多くなると予測されたが、今回の調査では、薬物療法については、記述されたデータ数が36で介入・対応全体の3.6%、健康面への介入・対応の16.6%にとどまる結果となった。

1970年代には身体抑制や薬物による行動制限は、BPSDに関連する主要な対応策であ

り、本人を保護するという理由で抗精神病薬が多用されていた。しかし、高齢者への抗精神病薬の投与は過鎮静や転倒、嚥下障害、肺炎などを生じやすいことが知られるようになり、最近では、一般臨床医が使用する BPSD の診療マニュアルでも、「薬物療法は非薬物療法を試みて改善が無かったときの最後の手段」と表記されるようになった。⁹⁾

本調査の結果も、身体的・精神的健康面への介入においても非薬物的対応の割合が大きく、便秘・身体的不快・低栄養などへの介入・対応の内容を見ると、服薬や医療的処置よりも生活の管理による対応が多かった。

例えば、「無気力症状」への介入・対応の項目には、15 事例に 17 の記述データが書き込まれたが、興味深いことには、抗うつ剤等の薬物による治療・介入は全く行われておらず、本人の社会的役割と社会性をたかめる工夫が行われていた。17 の記述データは「会話やレクリエーションの工夫」「家事や買い物に参加」「デイサービスやリハビリテーションの利用促進」に分類できた。(表 9 参照) 無気力症状への介入・対応は、内容を吟味してみれば、「他の人との出会いや交流の機会をつくった」というサブカテゴリーと近似しており、[健康面への介入・対応]ではなく[環境面への介入・対応]のカテゴリーを構成すると考えることもできる。

つまり、「身体的ケア」は「生物学的要因」へのアプローチと「心理社会的要因」へのアプローチを含むものであった。

表9 無気力状態への介入・対応の内容*

介入・対応の内容	n	記述データ(15事例 17記述)
会話や レクリエーション の工夫	5	「会話や歌などを通じて1対1での対応を行った」。 「他利用者がいない居室や外の場所での食事を誘い、徐々に居室外で過ごす時間を増やした」。 「職員との会話や集団レクリエーションに参加を促した」。 「レクリエーションを行うことで、意欲的に行事に参加するようになった」「介護者、ヘルパー息子、夫婦、孫など色々な人々が以前より多く訪れ関わることで明るさが戻ってきた」。
デイサービス・リハビリ の活用	7	「デイサービスのいろんな人と会話をするようになり、家人に対して悪口が減るなど、精神的に安定してきた」「デイサービスを利用し、定期的に外出する機会を確保した。」「日中ベッドで横になっている事がほとんどだったので、定期的にデイサービスを利用する事で、外出の機会活動性の向上、社会性の拡大を図った。」「人と接することがもともと好きな方であったので、訪問リハビリから通所リハビリという具合につなげていき、自宅でそわそわすることが少なくなった」「早急に本人、奥様が希望する通所リハビリを導入し、心身の活性化を図り、少し体力にも自信がついてきましたと話されるようになった」。
家事や買い物の活用	5	「家族やヘルパーが様子を見ながら気をつけている」「ケアワーカーと一緒に外出、買い物をしたら表情が明るくなる場合がある」「買い物や散歩等に出ることにより、表情が穏やかであった」「自室にこもる事が多かったが、家事や散歩等で前向きな気持ちを持たれた」「日中ボーっとしていることが多かったがヘルパーが入り、一緒に調理を行うなど(掃除を一緒にする)したら、促しがあれば出来る部分が増えた。(笑顔も多くなった)」。

老年精神科看護では、従来から、慢性疾患によるストレスと役割・自立の喪失が「抑うつ」と関係することが指摘され、「基礎的な身体疾患は抑うつ症状を減少させるために、まず第1に治療する必要がある」と考えられている。¹⁰⁾ 身体的疾患が真の原因である場合、環境を変えることで「無気力」を改善しようとすれば、改善に結びつかない事例も多いはずである。

実は、204事例の中で格段に認知症状が改善した事例が1つだけ存在した。それは、白内障の手術を受けて視力が回復した事例であった。このような一般の高齢者が受けられる医療を認知症であるために受けられず、BPSDを改善できない事例は存在していると思われた。

このように、調査結果からは、BPSD改善の現状は「生物学的要因」に対するアプローチを「心理社会的要因」へのアプローチで代替している可能性も予見された。

3 コミュニケーションを中心とした「心理的ケア」

[介護側のコミュニケーションの改善]には、会話の適切なペースの確保（個別化）や自己決定の尊重、非指示的態度などバイステックの7原則やロジャースの来談者中心カウンセリングにも通じる介入・対応行動が含まれていた。しかし、本調査で明らかになったことは、構造を持った面接で行なわれるような「心理的ケア」よりは、BPSDを何らかの表現として捉え、その原因を取り除く、あるいは要望に応えることで効果をあげているということであった。やはり、BPSDは行動や症状による「間接的言語表現」として捉えるべきであろう。イギリスのケア実践綱領¹¹⁾では、次のように述べている。

「スタッフは、入居者の行動の変化や、問題を示す間接的な言語表現に注意しなければならない。例えば、泌尿器系の感染症によって突然精神的な混乱状態に陥る場合がある。また、混乱した行動は便秘のため大声で助けを求めているためなのかもしれない。入居者の行動に変化が見られる場合、苦痛があるがどうかについて常に注意深く観察すべきである。」BPSDが間接的言語表現であるならば、それに応える介助行動や生活支援行動もまた、介護福祉職による間接的言語表現である。よって、BPSDのある高齢者への「心理的ケア」は、認知機能の障害が重傷になるに従って、限りなく「介助行動」に形態を変化させる。例えば、ベル¹²⁾はデイサービスの送迎をするときに、知らない人ではないことを伝えるために、家族の名前などを織り込んだ「声かけ」をしながら介助することを推奨している。それは「心理的ケア」であり、同時に介助行動である。さらに、認知能力が低下すれば、身体感覚を通じて、知らない人ではないことを伝えなければならないだろう。

今回の調査結果からは、効果的な事例では、コミュニケーションの改善が他の介入・対応と組み合わせて行われることが明らかになり、上記のような経験知に基づく認知症ケアが実施されていることを実証したとも言える。

4 「環境への働きかけ」；状況適合性にみあった「場」の再構築

[環境面への介入・対応]と[能力を維持するための課題への介入・対応]は、認知機能の障害に伴って変化する社会的環境と個人の間には生じるギャップを調整する努力と理解することができる。つまり、この二つのカテゴリーは主として「心理社会的要因」へのアプロー

チであり、認知症ケアの中心課題といえよう。ICF（国際生活機能分類）を例に出すまでもなく、社会性を高め、社会参加を積極的に促進することは、人間としての機能を維持・発揮するためには不可欠の支援である。

ゴッフマン¹³⁾は、個人はある状況の中に入ると、状況に必要な「役割をにない (come into play)」「状況に適合するように要求される」と、公共の場における人間行動を分析している。つまり、「状況」・「集まり (public place)」ごとに「コミュニケーションは厳格な規範の規制を受けて」おり、規制があることによって「コミュニケーションの流れの秩序が保たれる」。

認知症は、それまで「集まり」の場での規範を理解し、適切な役割を遂行できていた人々が、認知機能の低下に伴い「状況への適合性」を失う現象である。そのことを自ら感じ、「集まり」を避けることが「無気力」の原因であり、過去に適応していた「集まり」を失った不安が「多動」「徘徊」等の原因であると考えられる。本調査で明らかになった「心理社会的要因」への対応の主たる機能は、認知症患者にとってルールが単純で明確な「状況」、換言すれば「新たなコミュニティ」を作り出すことによって、認知症患者が参加し社会的役割・社会性を発揮できる「場」を再構築することであった。

[環境面への介入・対応]でも、「落ち着ける場所を探した」などは、物理的空間であると同時に、「注目をあつめない」等、本人が適合できる範囲の「規制」状況にある「場」を探すことと解釈することができよう。同様に、[家族・介護者状況への介入・対応]においても、家族・介護者が本人の変化にあわせて新ルールによる「場」を家庭内に再構築する介入が行なわれ、効果に結びついたと考えることができる。

5 心理社会的要因へのアプローチ

今回の調査から、効果的アプローチは心理社会的要因に作用することが明らかになった。心理社会的要因は、主として認知機能が低下することによる個人の内面に生じる変化と、それに付随する、家族関係を含む社会的環境の変化という側面から構成される。「個人と環境の適合」は、歴史的に社会福祉援助の中心的課題であると考えられてきた。^{14) 15) 16)}特に「心理社会的」アプローチ^{17) 18)}は、ソーシャルワークが専門領域としてきた技法である。

「心理社会的要因」の視点から BPSD の発生機序を理解し、対応することが必要であるならば、ソーシャルワークのアプローチは介護福祉現場で役立つと思われる。しかし、ソーシャルワークと介護福祉の関係を論じた文献によれば、介護のなかでソーシャルワーク

の技法が活用されていると指摘する専門家がいる^{19) 20) 21)} 一方で、介護福祉職はソーシャルワークを「意識化できていない」と評価されている。²²⁾

介護福祉のアプローチは相談援助の言語的コミュニケーションを中心とするものではなく、より介助や日常生活支援といった手法を中心とするものとなる。こうした介護福祉現場における援助の特性が、BPSDの心理社会的要因へのアプローチを見えにくくする作用を及ぼし、様々な誤解をも生じさせる原因となっているのではないか。老人福祉施設における介護福祉職のBPSDへの介入・対応方法について、利用者との「その場における相互行為の結果ととらえられていなかった」²³⁾ ことを問題視する研究も存在する。このような研究のデータは介護福祉職の「語り」にもとづいている。本研究では、現実に行なわれていることが意識化されないために、介護福祉職の「語り」に現れない認知症ケアの実態を把握することが出来たと言えよう。BPSDへの介入・対応と心理社会的要因へのアプローチの関係を意識化することで、介護業務に求められる専門性を正確に把握し、他の専門職に伝えることも出来るようになるのではないだろうか。

認知症ケアについての効果的アプローチのモデル化を行なうことは、介護福祉とソーシャルワークの関係のみならず、介護福祉業務の専門性を明確にする上でも役立つと思われた。

第五節 結論と今後の課題

1 認知症ケアの効果的アプローチの構造

本研究から明らかになった効果的アプローチの構造は、第一に、BPSDは複合的に発生しており、効果的な介入・対応には「生物学的要因と心理社会的要因の双方に対処すること」が含まれているということである。また、「生物学的要因」へのアプローチよりは、環境や社会的関係の変化への対応を支援する方法、つまり「心理社会的要因」を焦点とするアプローチが多用されていた。

第二に、効果的アプローチは、[介護側のコミュニケーションの改善][健康面への介入・対応][環境面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][家族・介護者状況への介入・対応][事業マネジメントの改善]によって構成され、これらは複合的に試行されることで結果として効果をあげていた。

第三に、ルールが単純で明確な「状況」「コミュニティ」を作り出すことによって、社会的役割・社会性の発揮を促進することが「心理社会的要因」アプローチの主要な課題と考

えられていることが明らかになった。反面、医療処置や服薬調整によって改善できる事例を積み残す可能性について、留意すべきであることが示唆された。

2 今後の課題

BPSDの発生とその介入・対応の実態に即した効果的アプローチをあきらかにするには、改善事例だけでなく、成功しなかった介入・対応について分析することが最終的には必要である。日常的にどのような介入・対応がなされ、そのうち何が有効で効果に結びつくかを明らかにできれば、介入・対応行動が効率的に行えるようになり、介護現場の専門職にとって役立つガイドラインを開発することが可能となろう。今後の研究課題としたい。

引用文献

- 1) 日本老年精神医学会監修:アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル、ワールドブランニング.2001
- 2) 中野いずみ:認知症ケアの模索-1970-80年代における特別養護老人ホームの実践から-、社会福祉 50, 141-153. 2009
- 3) 松尾チカ:東村山ナーシングホームの特別介護棟、本間昭・新名理恵編 現代のエスプリー-痴呆性老人の介護一、至文堂。106. 1996
- 4) 高橋幸男:認知症の精神症状-BPSDとその治療、対応を再考する一、老年精神医学雑誌 21 (増刊号-I) ,124-129.2010
- 5) Eccles M., Clapp Z., Grimshaw J, Adams P.C., Higgins B., Purves I. & Russell I. :*North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. BMJ* 317,802-808.1998
- 6) Doody R.S. et al. *Practice parameter ; Management of dementia (an evidence-based review) ; Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 56, 1156-1166.*2001
- 7) Tilly J & Reed P *Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia.* Alzheimer's Association (2004)
<http://www.alz.org/national/documents/dementiacarelitreview.pdf> 2010.10.20
- 8) Weiner M F. & Lipton A M : *The American Psychiatric Publishing Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*, American Psychiatric Publishing Inc.

150. 2009

- 9) 鮫島秀弥他: 一般臨床医のための認知症における精神症状と行動障害対応マニュアル鹿
児島県医師会鹿児島県医師国民健康保険組合。6-7, 2009
- 10) Browning M. A.:*Depression*, Hogstel M. O.ed. *Geriatric Nursing*, The C.V.Mosby
Company. 132 1990
- 11) Centre for Policy on Aging (1996) *A Better Home Life; A cord of good practice for
residential and nursing home care*, (=1999小田兼三他訳『高齢者施設ケアの実践綱
領; イギリスの高齢者居住施設とナーシングホームの運営基準』学苑社)
- 12) Bell, Virginia & Troxel, D. (2009) :*Best Friend Approach*, Health Professions Press.
65-90 2009
- 13) Goffman Erving: *Behavior in public places*, the Free Press. 24-25 1963
- 14) Richmond M. E.: *What is social case work?; An Introductory description*.
Russell Sage Foundation. 98-99. 1922
- 15) Bartlett,H.M. (1970) *The Common Base of Social Work, Practice*,National Association
of Social Work (=2009小松源助訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房) 130
- 16) Gitterman A. (1996) *Advances in life model of social work. Turner,F.ed.Social work
treatment:Interlocking theoretical approaches 4th edition*, the Free Press. 390
- 17) Hamilton G. (1940) *Theory and practice of social case work*. Columbia University Press
- 18) Hollis F.: *Casework; A Psychosocialtherapy*. New York Random House. 1964
- 19) 大和田猛: 社会福祉実践としてのケアワークの内容。ソーシャルワークとケアワーク。
中央法規出版。169. 2004
- 20) 根本博司: 保健・福祉サービス提供上必要な方法—高齢者・家族のためのソーシャル
ワーク、折茂肇編集代表。新老年学。1533—1544 東京大学出版会。1999
- 21) 笠原幸子:ケアワーカーが行うアセスメントの特徴に関する一考察—ホリスティック概
念を視野に入れて—、四天王寺大学紀要。48,77-90.2009
- 22) 八木裕子:介護福祉士資格がソーシャルワークにもたらしたもの—介護福祉士にソーシ
ヤルワークは不用なのか—、ソーシャルワーク研究。37-2,27-34. 2011
- 23) 堀 恭子:認知症デイサービスの職員は介護をどのように意識しているか—介護の体験
を探索的にモデル化する試み—、老年社会科学。(32) 3, 317-326. 2010

第四章 行動・心理症状と効果的な介入・対応の関連

第一節 研究の背景と目的

厚生労働省の推計によれば、介護保険における要支援・要介護の認定者2人に1人は「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」（認知症高齢者自立度Ⅱ以上）であり、その数は2015年までに約250万人に達するものと見込まれている。

2005年介護保険法改正にあたっては、制度の持続可能性にとって、認知症ケアの向上が重要であることが確認された。¹⁾特に、介護費用が高額となる施設において認知症高齢者の割合が多く、特別養護老人ホームにおいては、7割以上の入所者に「何らかの認知症による障害がある」と言われている。²⁾しかし、高齢者介護施設における認知症ケアについては、「不毛な介護の現状」が「本人を混乱の渦に追い込んでいる」のではないかという批判が現場から提起される³⁾ほど、課題が山積している。

前章までに述べたように、認知症ケアについては、認知機能低下という中核症状と、行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；以下BPSD）を区別して考えることが、重要である。東京都の調査では、在宅認知症高齢者の79%に何らかのBPSDが認められ、特に中等度の認知症でのBPSDの発現率は89.7%であった。⁵⁾

メイヨークリニックが発行しているガイドブックでは、二次的要因として生じるBPSDについては「薬物療法やパーソナルケアを通じて」治療可能であり、その治療は患者や介護者のQOL（生活の質）を非常に高めるものであると述べられている。⁶⁾

それでは、どのような薬物療法やパーソナルケアを行なうことがBPSDの改善に結びつくのだろうか。各国でエビデンスに基づくガイドラインづくりが進んでいる。アメリカの神経科医学会からは、認知症治療・介護に関するガイドラインとして報告書 Practice parameter; Management of dementia (an evidence-based review) が発行されている。⁷⁾ また、アメリカのアルツハイマー協会からは、Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residence and Nursing Home として介護施設向けケアガイドラインが発表されている。⁸⁾ このガイドラインについても、エビデンスを収集しレベル分けした研究（Tilly&Reed 2004）に基づいて作成されている。⁹⁾ イギリスでは、多職種研究者からなる North of England evidence based guideline development project によって認知症治療

ガイドラインが作成されている。¹⁰⁾

日本においては、「アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインの作成（一般向け）に関する研究」によりガイドラインが2003年3月1日に作成されている。¹¹⁾しかし、音楽療法等の非薬物療法については実証的研究が散見されるが、BPSDの改善に結びつく日常生活上のケアについては、エビデンスが蓄積されているとは言いがたい。

BPSDを改善するケアの方法については、介護職や家族介護者のためのウェブ・サイトも登場するようになった。しかし、これらのサイトは、看護・介護専門職や家族の体験を基に作られているものの、実証的研究に基づくBPSDの治療・対応策が推奨されているわけではない。

また、BPSDの治療・対応について現状を明らかにする研究は行われてはいるが、事例研究や介護職・家族へのインタビュー調査の結果を質的に分析した研究がほとんどである。BPSDの発生機序は、個人の生活歴や特性によって個別性が強いいため、量的なデータを収集することは容易ではないが、共通する傾向を知り、エビデンスに基づくBPSDケアを確立するためには統計的な分析は不可欠である。

本研究では、BPSDに対し効果のあった介入の実態を明らかにすることを目的として、効果のあった治療・対応策を出来る限り収集して、統計的に分析することを目指した。

第二節 研究方法

(1) 調査対象と調査方法

量的な調査は、2006年9月から2007年2月にかけて東京近郊2市と四国1県の居宅介護支援事業所協議会と老人福祉施設協議会に広報を行い、承諾を得られた介護保険事業所80箇所に対し（居宅介護支援事業所・デイサービス事業所・介護施設事業所）調査票を各5部、郵送により配布・回収した。過去5年間以内に何らかの介入によりBPSDが改善した事例に限定し、1事例ごとに調査票に記入を依頼した。介護保険利用者番号の下1桁を記入してもらい、同一地域で類似した事例が生じた場合には、年齢と介護保険番号を照合し事例が重複していないことを確認できる方式を採用した。

(2) 調査項目

調査にあたり、研究1年目には調査項目を探索するために、改善事例を収集し分析を行

なった。その結果、研究2年目に、認知症高齢者に出現しやすい **BPSD23** 項目および行なわれた介入 **44** 項目を同定し、調査項目を作成することができた。

調査票は、**BPSD** 項目と介入項目ごとに空欄のみを設定し、調査協力者が自由記述をすることを基本にした。「その他」の項目も設け、全ての **BPSD** と行った全ての介入・対応が記述できるように調査票を構成した。**BPSD** は、「全くない」・「時々ある（月1回程度）」・「ある（週1回程度）」・「よくある（週2、3回以上）」の4段階で回答を求め、介入前と介入後の変化を調べた。

また、基本属性、要介護度、認知症日常生活自立度、障害自立度、認知症尺度のスコア、認知症の種類、既往症・慢性疾患、主介護者、**BPSD** に対する介入・対応が行われた場所、介入期間、について回答を求めた。**ADL** については、視力（見える・あまり見えない・見えない）・聴力（聞こえる・あまり聞こえない・聞こえる）会話（自立・やや困難・困難）立位・更衣・整容・歩行・排泄・食事・入浴・服薬・移乗については、自立・一部介助・全介助の三段階で回答する方式とした。

これらの項目は、全て介入前の数値と介入後の数値の記入を求め、改善の状況を数値で把握できるようにした。

(3) 分析方法

① 分析対象

回収数は **204** 件であった。（有効回収率 **51%**）このうち、施設・グループホームに入所している者 **130** 例を分析対象とした。在宅の事例では、「デイサービスを紹介した」等の記述はあるものの、デイサービスで行なわれた介入の内容については不明確なものが多く含まれたため、分析を分けて行うこととした。

BPSD 項目は、介入前後で頻度が減少した場合に「改善」、頻度が維持・増加した場合に「維持・悪化」の2値変数とした。介入行動は、「介入」・「非介入」の2値変数である。なお、分析対象件数の1割に満たない介入行動は、まれにしか行なわれない介入と考え、変数から除外した。

② 変数の選定と作成

以下の基本属性は2値変数に変換した；介入期間は「1年未満」・「1年以上」、日常生活自立度は「自立」（自立）・「介助」（一部介助・全介助）、認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」（ランク J・A）・「見守り」（ランク B・C）、障害高齢者の日常生活自立度は「自

立」(ランクⅠ・Ⅱ)・「見守り」(ランクⅢ-M)である。

③ 解析方法

解析は多重コレスポネンシ分析を利用した。介入のあった **BPSD** 項目と介入行動項目の各変数のカテゴリ・ポイントから布置図を作成して、改善のあった **BPSD** 変数と、介入のあった介入行動の変数間の結びつきを、図上で分析した。さらに、介入期間、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介入前の **ADL** の状態を補助変数として投入し、二変数間の結びつきとの関連を図上に示した。

解析は、統計パッケージ **SPSS 19J** を用いた。

(4) 倫理的配慮

調査を依頼した介護保険事業所のケアマネジャーまたは介護保険施設の介護職が、認知症患者および家族に研究の主旨を説明し、介護記録情報の使用について許可を得た。その際に、諾否は自由であり、情報利用の拒否によって不利益は生じないことを文書と口頭で伝えた。また、匿名化は調査を依頼した事業所で行い、個人を特定できるような情報は使用しないことも、あわせて説明した。

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究倫理審査委員会」による審査を受け、承認を得て実施した。

第三節 結果

1 調査対象者の基本属性

対象者の基本属性の最頻値は、次のとおりである。性別は、女性の **76.9%**であった。年齢階級は、**80** 歳代の **44.6%**であった。原因疾患は、アルツハイマー型の **43.1%**であった。介入が行なわれた場所は、特別養護老人ホームとグループホームがそれぞれ **33.1%**である。

介入前の指標は、介護度が要介護2の **38.5%**であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅱb (家庭内で半自立) の **24.6%**であった。障害高齢者の日常生活自立度は、最頻値がA (外出時要介助) の **57.7%**であった。

介入期間の中央値は **0.7** 年、最頻値は **0.4** 年・**0.5** 年・**0.6** 年であった。(表1)

2 BPSD と介入行動の関連性

130 事例に対して、多重コレスポネンス分析を行った。得られた固有値は 5.942,3.977,2.788,2.610 の順で減少し、次元 2 と次元 3 のあいだに変化の違いが見られた。そこで、2 次元までを解析対象とした。次いで、次元 1 と次元 2 のカテゴリ・スコアを利用して、64 変数の布置図を作成した。解析に利用した変数は、表 2 のとおりである。

BPSD の「改善」変数の分布と介入行動の「介入」変数は、布置図の第 2 象限に分布する傾向が見られた。これらの変数の分布は相互に重なり合い、他方、BPSD の「維持・悪化」変数と問題行動の「非介入」変数は、それぞれ独立して分布していた。よって、「介入」行動と BPSD の「改善」のあいだには関連性のあることが認められた。(図 1 参照)

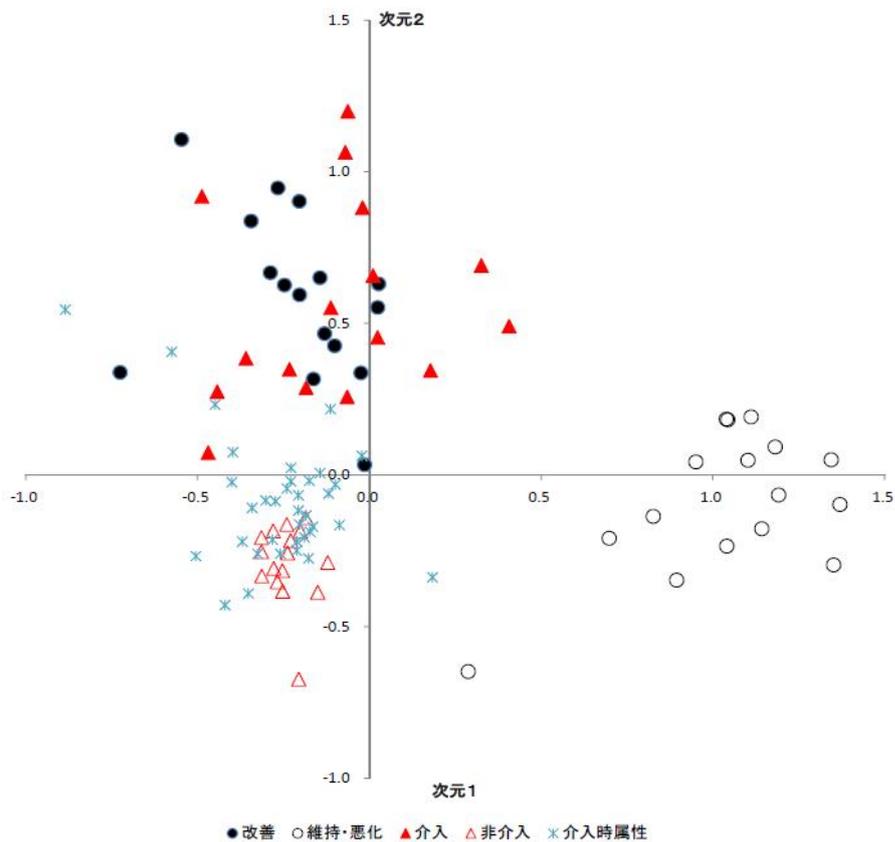
表1 分析対象者の基本属性

属性変数		計	度数	パーセント	検定(※)	
			130	100.0	-	
性別	女性		100	76.9	***	
	男性		30	23.1		
年齢階級	60歳代		8	6.2	***	
	70歳代		25	19.2		
	80歳代		58	44.6		
	90歳代		37	28.5		
	合計		128	98.5		
	欠損値		2	1.5		
施設種別	特別養護老人ホーム		43	33.1	**	
	老人保健施設		31	23.8		
	グループホーム		43	33.1		
	合計		117	90		
	欠損値		13	10		
原因疾患	アルツハイマー型		56	43.1	**	
	脳血管性		23	17.7		
	老年性		50	38.5		
	合計		129	99.2		
	欠損値		1	0.8		
介護度 (介入前)	要支援		1	0.8	***	
	要介護1		7	5.4		
	要介護2		50	38.5		
	要介護3		45	34.6		
	要介護4		20	15.4		
	要介護5		7	5.4		
日常生活自立度 認知症高齢者 (介入前)	I		1	0.8	***	
	II		5	3.8		
	II a		11	8.5		
	II b		32	24.6		
	III		13	10.0		
	III a		19	14.6		
	III b		24	18.5		
	IV		16	12.3		
	IV b		2	1.5		
	M		6	4.6		
	計		129	99.2		
	欠損値		1	0.8		
	障害高齢者	J		13	10.0	***
		A		75	57.7	
		B		27	20.8	
		C		14	10.8	
		計		129	99.2	
欠損値			1	0.8		
介入期間	1年未満		78	60.0	**	
	1年以上		45	34.6		
	欠損値		7	35.4		
	最頻値	0.4年		12	9.2	-
		0.5年		12	9.2	
		0.6年		12	9.2	
	平均値±SD		1.0年±0.9年			
中央値		0.7年				

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

※カイ二乗検定を使用し、欠損値は除外した。

BPSD の 32 変数 (「改善」・「維持」・「悪化」) と介入行動の 32 変数 (「介入」・「非介入」)



(注)欠損値は除外した
 図1 布置図全体像

また、介入前の要介護度、ADL、日常生活自立度（認知症高齢者・障害高齢者）を補助変数として投入した。補助変数は、分析変数（BPSD・介入行動）の相関に影響を与えず、カテゴリ・スコアを付加できる変数投入の方法である。これらの属性変数は、BPSDの「改善」変数および介入行動の「介入」変数の分布とは重ならず、介入行動の「非介入」変数の分布と重なる傾向が見られた。

参考までに、介入前のBPSDの頻度（4件法）と介入行動（2値変数）に対しても多重コレスポンデンス分析を行った。やはり2次元の布置図が得られたが、変数のカテゴリ・スコアは0の付近に集まり、介入前のBPSDの頻度と介入行動には関連性を認めなかった。

表2 解析に利用した変数

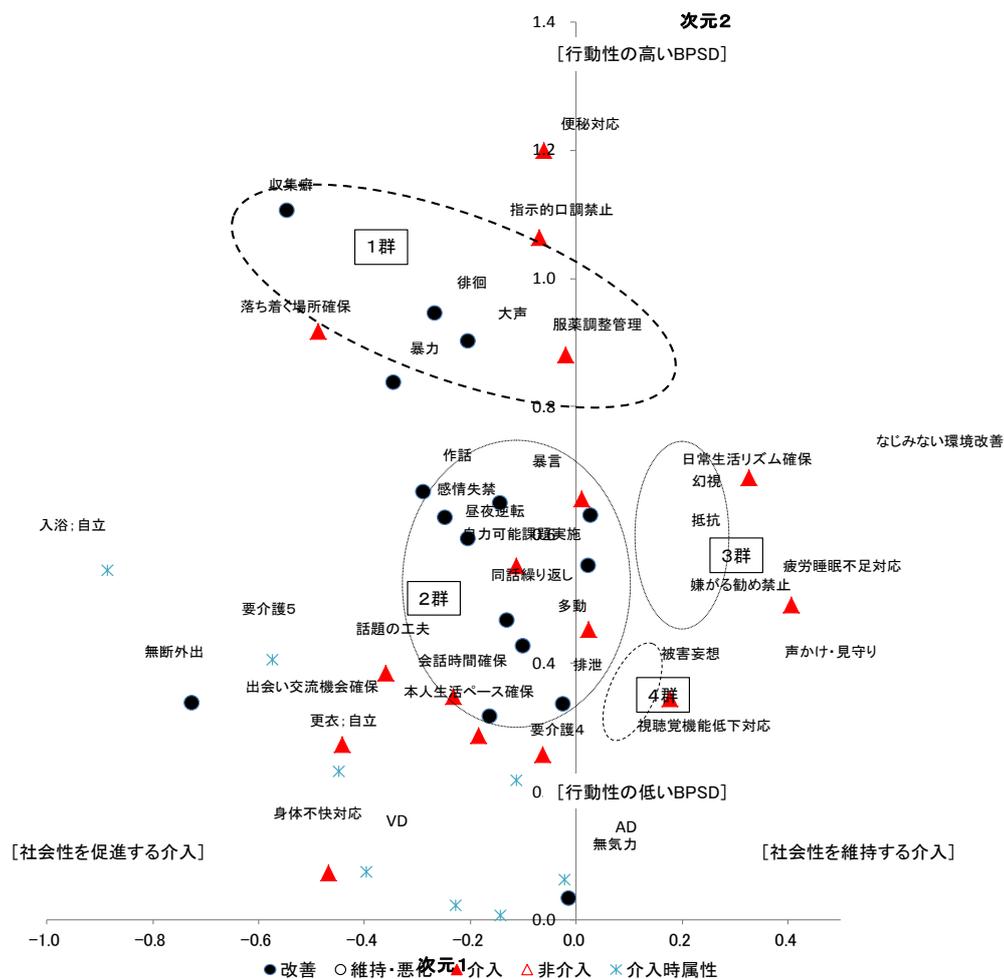
区分	変数	カテゴリ	
BPSD	被害妄想	改善	維持・悪化
	暴言		
	暴力		
	多動		
	作話		
	同話繰り返し		
	幻視		
	大声		
	無断外出		
	感情失禁		
	抵抗		
	収集癖		
	昼夜逆転		
	徘徊		
	排泄		
	無気力		
介入行動	服薬調整管理	介入	非介入
	視聴覚低下対応		
	便秘対応		
	疲労睡眠不足対応		
	身体不快対応		
	本人生活ペース確保		
	日常生活リズム確保		
	なじみない環境改善		
	落ち着く場所確保		
	自力可能課題実施		
	出会い交流機会確保		
	会話時間確保		
	指示的口調禁止		
	嫌がる勧め禁止		
	話題の工夫		
	声かけ・見守りの実施		

(注) 属性変数を除く

3 関連する BPSD と介入行動の群

布置図の第1象限を拡大し、BPSD 群と介入行動の関係を図2に示した。

BPSD と介入行動の内容から、第1軸を、右に寄るほど「社会性を維持する介入」、左に寄るほど「社会性を促進する介入」と命名した。同様に上に寄るほど「行動性の高い BPSD」、下に寄るほど「行動性の低い BPSD」と命名した。



(注)欠損値は除外した

図2 BPSDと介入行動の布置図

布置図から関連が確認された各群の構成、は以下の通りであることが確認できた。

第一群は (BPSD;収集癖・暴力・徘徊・大声 介入行動;落ち着く場所確保・服薬調整管理)、第二群は (BPSD;作話・感情失禁・昼夜逆転・暴言・排泄・同じ話繰り返し・多動 介入行動;話題の工夫・会話時間確保・本人生活ペース確保・自力可能課題実施)、第三群は (BPSD;幻視・抵抗 介入行動;日常生活リズム確保・嫌がる勧め禁止)、第四群は (BPSD;被害妄想 介入行動;視聴覚機能低下対応) であった。

各群を構成する BPSD と介入行動のカテゴリ・スコアは、表3のとおりである。

表3 各群の構成と変数

群	区分	変数名	変数の値		
			第一軸	第二軸	
第一群	BPSD	収集癖	-0.547	1.106	
		暴力	-0.344	0.837	
		徘徊	-0.266	0.946	
		大声	-0.204	0.902	
		介入行動	落ち着く場所確保	-0.487	0.918
			服薬調整管理	-0.020	0.881
第二群	BPSD	作話	-0.288	0.667	
		感情失禁	-0.247	0.626	
		昼夜逆転	-0.203	0.594	
		暴言	-0.144	0.650	
		排泄	-0.266	0.946	
		同話繰り返し	-0.130	0.466	
		多動	-0.101	0.426	
		介入行動	話題の工夫	-0.359	0.384
			会話時間確保	-0.232	0.348
			本人生活ペース確保	-0.184	0.287
			自力可能課題実施	-0.112	0.551
第三群		幻視	0.027	0.630	
		抵抗	0.024	0.552	
		介入行動	日常生活リズム確保	0.011	0.657
			嫌がる勧め禁止	0.024	0.453
第四群	BPSD	被害妄想	-0.025	0.336	
	介入行動	視聴覚機能低下対応	-0.070	1.064	

(注)BPSDは「改善」の変数, 介入行動は「介入」の変数である。

第四節 考察

1 介入・対応と効果の複合性

介入前のBPSDの頻度(4件法)と介入行動(2値変数)に対して行なった多重コレスポンデンス分析の結果、BPSDの頻度と介入行動には関連性を認めなかった。つまり、特定のBPSDの「よくある」状態に特定の介入行動が近接することが予測されたが、そのような事実は発見されなかった。たとえば、暴力のようなBPSDに対しては、頻度が高ければ当然抗精神病薬の投与が行なわれているのではないかと考えられたが、調査結果からはそのような関連性は存在しなかった。

一人の認知症高齢者に複数のBPSDが重複して発生するため、介入行動も複数行なわれ

ていることは予測されたが、頻度と介入行動との間に関連性がなかったことで、BPSDへの介入効果は複合的なものであり、介入行動を広く試行して、そのうちのいくつかが効果に結びつくという実態を反映しているものと思われた。

図1において、維持・悪化群がひとつの塊となり、介入と全く関連のない象限に布置したことは、介入を行わなければ維持・悪化の傾向にあったことを示しており、介入行動が何らかの改善に結びつくことを示している。

介入前基本属性はダミー変数である非介入と重なりあっていた。いくつかの基本属性は各群に近いところに布置したが、意味のある解釈は得られず、得定の事例の影響が強かったものではないかと思われた。

2 攻撃性のある症状への介入・対応効果

第一群は、行動性・攻撃性があり時に破壊的行動を伴う、対処が困難なBPSD群である。「収集癖」「徘徊」「大声をあげる」「暴力をふるう」は、他の入居者に危害を及ぼす、あるいは他の入居者の不穏状態を喚起することから、早急の介入を求められるBPSDである。布置図は、こうしたBPSDに対し、「落ち着く場所の確保」と「服薬調整管理」が効果に結びついたことを示唆している。

ちなみに、「服薬調整管理」の内容は27の記述データから構成されたが、抗精神病薬の投与によりBPSDが改善したという明確な記述は、5件のみであった。残りの22件のうち5件が湿布や服薬方法の工夫などであり、13件が明確な中止・減薬・変更調整であった。

2005年に米国食品医薬品局より非定型抗精神病薬を高年齢者認知症患者のBPSD治療に用いると死亡率が有意に上昇するとの勧告が出された。最近でも、抗精神病薬を服用していた高齢者は、服用していなかった高齢者に比べ、1.7倍から2.6倍肺炎にかかるリスクが高くなることが報告されている。¹²⁾このような状況を反映して、「BPSDの薬物療法は非薬物療法を試みて改善が無かったときの最後の手段」¹³⁾と考えられるようになった。

本調査でも、抗精神病薬の使用による効果ではなく、服薬については中止・減薬・変更という、文字どおりの「調整管理」が効果に結びついたことが明らかになった。

3 混乱と失見当識の症状への介入・対応効果

第二群は、不安や焦燥に裏付けられ、対処に悩まされるが、混乱と失見当識への対応が主要な課題となるBPSD群である。「作話」「感情失禁」「昼夜逆転」「暴言」「トイレ以外

で排泄する」「同じ話の繰り返し」「落ち着きなく動き回る」**BPSD**については、「自分で出来る課題を与える」「話題を工夫する」「ゆっくり会話する時間を確保する」「生活を本人のペースに見合ったものとする」という、本人の能力への刺激を試みる介入が、効果をあげていることが示唆された。

室伏君士¹⁴⁾は、「なじみの関係」が認知症治療にとって不可欠であることを提唱し、その後の認知症ケアに多大な影響を与えた。本調査でもこの群にあるような介入行動は「なじみの関係」を構築するための努力と解釈することが可能である。しかし、本調査の結果からは、認知症高齢者を「なじみの関係」により環境に適応させる介入に留まらず、認知症高齢者の残存能力を維持し、社会性を高めるための介入が行なわれることが、効果に結びついたことが明らかになった。

4 刺激を回避する介入・対応の効果

第三群は、「幻視」「介護への抵抗」の**BPSD**の改善と「リズムのある日常生活を送れるようにする」「嫌がることを勧めない」という、刺激を回避する介入行動の関連を示している。認知症高齢者は、日によって気分が異なることが多く、入浴や着替えの拒否が起こることがある。そのような時に無理強いをせず対立を回避しつつも、日常生活のメリハリをつけることが「幻視」「介護への抵抗」を改善することに結びついている。

ちなみに、幻視 15 件の内容のうちほとんどが「子どもが居る」というものであった。子どもが見える幻視は、レヴィー小体型認知症の典型であるといわれている¹⁵⁾が、本調査においてはレヴィー小体型認知症の診断名がある事例は 1 件もなかった。

5 被害妄想への介入・対応効果

第四群は、**BPSD**「被害妄想」と「低下した視聴覚機能への対応」という介入行動から構成された。老年看護学においては、「被害妄想」は、「迫害されているという妄想・他人への正常ではない疑惑である」と定義される。そして、「知覚の鋭敏さが衰えること、特に難聴によって混乱と誤った解釈が起こること、また障害・孤独・病気・財政的逼迫による不安」が病因であると考えられてきた。¹⁶⁾本調査の結果も、「低下した視聴覚機能への対応」の記述データ 13 件は「聞こえる方の耳元で話す」「ホワイトボードに書いて伝える」など、全て「難聴への対応」であり、先行研究を支持する結果となった。

第五節 まとめ

本調査の結果、BPSD と効果をもたらす介入行動の関連について、以下の四点が明らかになった。第一に行動性・攻撃性のある BPSD については「服薬調整管理」を含む、落ちつかせる介入が関連していること。第二に、混乱と失見当識への対応が主要課題である BPSD を改善するには、社会性と能力活用を刺激する介入が適していること。第三に「幻視」等生理学的な原因に由来する BPSD については、対立を避けつつメリハリのある生活をめざす介入が効果に結びつく。第四に、被害妄想改善には聴覚の低下を補完する介入の効果が示唆された。

本研究は、エビデンスのレベルとしては対照群のない事例研究ではあるが、従来にない量的調査であり、BPSD と介入行動の関係の焦点を絞ることが出来た。得られた知見については、エビデンス・レベルがさらに高い、コントロール・スタディや無作為化比較試験をめざす手がかりを得ることができたと見えよう。

<参考文献>

- 1) 社会保障審議会介護保険部会報告：介護保険制度見直しに関する意見。23-25
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0730-5.html>, 2011.10.10 (2004)
- 2) 川上正子：認知症ケアにおけるリスクマネジメント、オンブズマンの立場から；認知症ケアにおけるリスクマネジメント。日本認知症ケア学会誌、6 (3) : 454-459 (2007)
- 3) 田村光：認知症のターミナルケア、実践と課題：介護支援専門員からみた認知症のターミナルケアの実践とその課題；介護支援専門員に求められるもの。老年精神医学雑誌、18 (9) : 959-965 (2007)
- 5) 東京都福祉局、高齢者の健康と生活に関する実態調査。専門調査結果報告書。東京都福祉局。(1996)
- 6) Peterson R ed. : Mayo Clinic on Alzheimer Disease first edition 71-72, Mayo Foundation for medical Education and Research, MN U.S.A. (2002)
- 7) Practice parameter ; Management of dementia (an evidence-based review) ; Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.

Neurology 2001; 56: 1156-1166

- 8) Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residence and Nursing Home. Alzheimer's Association (2005)
www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphases1n2.pdf,
- 9) Tilly J & Reed P : Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia. Alzheimer's Association <http://timetofacealz.org/national/documents/dementiacarelitreview.pdf>
2011.10.10 (2004)
- 10) Eccles M , Clarke J, Livingstone M , et al. North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761
- 11) アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン 厚生労働科学研究費補助金 (医療技術評価総合研究事業) (総合) 研究報告書
http://minds.jcqhc.or.jp/n/medical_user_main.php (2012.10.12 閲覧)
- 12) Trifiro, G. et al.: Association of Community-Acquired Pneumonia With Antipsychotic Drug Use in Elderly Patients; A Nested Case–Control Study. *Ann Intern Med.* 2010; 152:418-425.
- 13) 鮫島秀弥他：一般臨床医のための認知症における精神症状と行動障害対応マニュアル。6-7, 鹿児島県医師会鹿児島県医師国民健康保険組合 (2009)
- 14) 室伏君士編:老年期の精神科臨床。第4版、金剛出版、東京 (1984)
- 15) 小阪憲司・池田学：レヴィー小体型認知症の臨床。81-82, 医学書院、東京 (2011)
- 16) Carignan, A. M, ed. : Gerontological nursing (Nsna Review Series) .195-196, Delmar Publishers, Detroit (1995)

第五章 認知症の **BPSD** と効果的在宅ケア

第一節 研究の背景と意義

認知症高齢者の増加は介護保険の存続を左右しかねない問題となっている。厚生労働省は、2005年の介護保険改正にむけた議論の中で「高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換」¹⁾する方針を確認した。

さらに、そのためには、「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランが作成されることが」必要であると考えられた。²⁾ こうして認知症ケアマネジメントの重要性が認識されるようになった。

筆者は、文献研究の結果、在宅高齢者のための認知症ケアマネジメントを行うためには認知症の行動・心理症状（Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia；以下 **BPSD**）への対応が不可欠であるとの考えに至った。その理由の第一は、患者と家族にとって **BPSD** の存在が生活上最大の困難となるからである。国際老年精神医学会（IPA）は **BPSD** の治療こそ、「患者の苦悩を和らげ、家族の負担を減らし、社会的費用を抑える可能性を最も高くするもの」と捉えている。³⁾ 第二に、同様に多くの先行研究で、**BPSD** は施設入所のリスク要因であることが明らかにされている⁴⁾ ことが理由である。

また、**BPSD** の発生は、認知症発症初期から最重度期に至るに従い、変化することが明らかになっている。⁵⁾ 従って、可能な限り在宅生活を維持することを目指す認知症患者のケアマネジメントでは、初期のうちから **BPSD** の予防と対応を視野に入れることは欠かさずことのできない要素である。

BPSD は病気に直接由来する以外に、二次的な要因によって発生することも多いことが広く知られている。⁶⁾ よって、薬物療法だけではなく環境や家族介護者への働きかけを含む非薬物的対処方法が研究され、エビデンスも蓄積されてきた。⁷⁾

しかし、回想法や音楽療法など非薬物療法の効果について測定する研究は散見されるが、日々の介護の中で行われる様々な対応と **BPSD** 改善との関連を実証する研究は少ない。⁸⁾ 筆者らは、すでに施設における **BPSD** 改善事例を分析し、ひとりの患者に **BPSD** が複数し、介入・対応も複数行われていること、さらに **BPSD** の種類によって改善に結びついた介入には関連性があるとの結果を得た。⁹⁾

そこで、本研究は認知症ケアマネジメント遂行に不可欠な要素であるBPSDへの効果的介入・対応を明らかにすることを目的として、BPSDの軽減に成功した在宅認知症高齢者の事例を分析し、在宅における効果的な対応方法を解明することを目指した。

第二節 研究方法

1 研究の方法

研究は、3年間の計画によって実施された。研究1年目には調査項目を探索するために、改善事例を収集し分析を行なった。その結果により、認知症高齢者に出現しやすいBPSD 23項目および行なわれた介入・対応 44項目を同定し、調査項目を作成することができた。

研究2年目に、その調査項目により質問紙を作成し量的調査を実施した。

2 調査対象

量的な調査は、2006年9月から2008年2月にかけて東京近郊2市と四国1県の居宅介護支援事業所協議会と老人福祉施設協議会に広報を行い、承諾を得られた介護保険事業所80箇所に対し（居宅介護支援事業所・デイサービス事業所・介護施設事業所）調査票を各5部、郵送により配布・回収した。過去5年間以内に何らかの介入・対応によりBPSDが改善した事例に限定し、1事例ごとに調査票に記入を依頼した。

3 倫理的配慮

調査を依頼した介護保険事業所の職員が、利用者および家族に研究の主旨を説明し、介護記録情報の使用について許可を得た。その際に、諾否は自由であり、情報利用の拒否によって不利益は生じないことを文書と口頭で伝えた。また、匿名化は調査を依頼した事業所で行い、個人を特定できるような情報は使用しないことも、あわせて説明した。

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究倫理審査委員会」による審査を受け、承認を得て実施した。

4 調査項目

調査票は、BPSD項目と介入項目ごとに空欄のみを設定し、調査協力者が自由記述をすることを基本にした。「その他」の項目も設け、全てのBPSDと行った全ての介入が記述

できるように調査票を構成した。BPSD は、「全くない」・「時々ある（月 1 回程度）」・「ある（週 1 回程度）」・「よくある（週 3 回以上）」の 4 段階で回答を求めた。

また、基本属性、要介護度、日常生活動作能力、認知症日常生活自立度、障害自立度、認知症尺度のスコア、認知症の種類、既往症・慢性疾患、主介護者、BPSD に対する介入・対応、行われた場所、期間について回答を求めた。

これらの項目は、全て介入・対応前の数値と介入・対応後の数値の記入を求め、改善の状況を数値で確認できるようにした。

5 変数の選定と作成

BPSD 項目は、介入・対応前後で頻度が減少した場合に「改善」、頻度が維持・増加した場合に「維持・悪化」の 2 値変数とした。介入・対応行動は、「介入」・「非介入」の 2 値変数である。なお、分析対象件数の 1 割に満たない介入・対応行動は、まれにしか行なわれない介入・対応と考え、変数から除外した。

使用した変数を表 1 に示した

表1 解析に利用した変数

区分	変数	改善	カテゴリ
BPSD	被害妄想	改善	維持・悪化
	暴言		
	暴力		
	多動		
	同話		
	迷子		
	幻視		
	大声		
	無断外出		
	感情失禁		
	抵抗		
	収集癖		
	昼夜逆転		
	徘徊		
	排泄		
	無気力		
介入行動	服薬調整管理	介入	非介入
	慢性疾患対応		
	低栄養対応		
	うつ状態対応		
	疲労睡眠不足対応		
	身体不快対応		
	本人生活ペース確保		
	日常生活リズム確保		
	なじみない環境改善		
	落ち着く場所確保		
	課題難易度低減		
	自力可能課題遂行		
	出会い交流機会確保		
	会話時間確保		
	指示的口調禁止		
	返事時間待機		
	嫌がる勧め禁止		
	声かけ・見守りの実施		
	家族等精神疲労対応		
	家族等身体疲労対応		
家族等介護負担対応			
家族等ストレス不安対応			
家族等本人意思疎通対応			

(注) 属性変数を除く

6 分析対象者

回収数は204件であった。(有効回収率51%) 認知症ケアマネジメントに限定した分析とするため、施設・グループホームに入所している者130件を除き、さらに明確に自宅の記載がない2事例は、分析対象から除外し、在宅事例72件を分析対象とした。

分析対象者の基本属性の最頻値は、次のとおりである。性別は、女性の76.9%であった。年齢階級は、80歳代の44.6%であった。原因疾患は、アルツハイマー型の43.1%であっ

た。

介入前の指標は、介護度が要介護2の38.5%であった。介入・対応期間の中央値は0.7年、最頻値は0.4年・0.5年・0.6年であった。基本属性の最頻値を表2に示した。

表2 分析対象者の基本属性

		度数	パーセント
分析対象		72	100.0
性別	女性	51	70.8
	男性	21	29.2
年齢階級	60歳代	2	2.8
	70歳代	17	23.6
	80歳代	45	62.5
	90歳代	7	9.7
	合計	71	98.6
	欠損値	1	1.4
原因疾患	アルツハイマー型	34	47.2
	脳血管性	11	15.3
	老年性	23	31.9
	合計	68	94.4
	欠損値	4	5.6
介護度 (介入前)	要支援	4	5.6
	要介護1	23	31.9
	要介護2	20	27.8
	要介護3	12	16.7
	要介護4	10	13.9
	要介護5	3	4.2
介入期間	1年未満	27	37.5
	1年以上	42	58.3
	欠損値	3	4.2
	平均値±SD	1.7年±1.3年	-

7 解析方法

解析は多重コレスポネンス分析を利用した。BPSD項目と介入・対応行動項目の各変数のカテゴリ・ポイントから布置図を作成して、改善のあったBPSD変数と、実施された介入・対応行動の変数間の結びつきを、図上で分析した。(図1)

解析は、統計パッケージSPSS 19Jを用いた。

表3 各群の構成と変数

群	区分	変数名	変数の値	
			第一軸	第二軸
第一群	BPSD	抵抗	0.387	0.359
		昼夜逆転	0.445	0.352
		同話	0.467	0.228
		大声	0.471	0.065
	介入行動	服薬調整管理	0.42	0.359
第二群	BPSD	迷子	-0.049	0.578
		多動	0.028	0.44
	介入行動	自力可能課題遂行	-0.043	0.583
		疲労睡眠不足対応	-0.015	0.488
		家族等介護負担対応	0.01	0.605
		家族等本人意思疎通対応	0.041	0.594
会話時間確保	0.125	0.582		
第三群	BPSD	暴言	0.265	0.787
	介入行動	課題難易度低減	0.197	0.702
第四群	BPSD	収集癖	0.57	0.614
		幻視	0.61	0.471
		被害妄想	0.646	0.811
		暴力	0.685	0.697
第五群	BPSD	無断外出	0.95	1.426
		火始末	0.125	1.303
		徘徊	0.302	1.171

(注) BPSDは「改善」の変数、介入行動は「介入」の変数である。

第一群は、BPSD「介護への抵抗」「昼夜逆転」「同じ話の繰り返し」「大声をあげる」と

介入行動「服薬調整管理」から構成された。

第二群は、「落ち着きがないことがあった（多動）」「外出して戻れなくなることがあった（迷子）」の二つのBPSDと、「家族・介護者の本人に対するコミュニケーションへの対応（家族等本人意思疎通対応）」「家族・介護者の介護負担への対応（家族等介護負担対応）」「時間がかかっても自分でできることをやってもらった（自力可能課題遂行）」「疲労・睡眠不足への対応（疲労睡眠不足対応）」という4種類の介入・対応行動から構成されていた。

「多動」「迷子」は「徘徊」と似通ったBPSDと思われたが、「多動」「迷子」の「改善」変数と「徘徊」の「改善」変数は、布置図のうえからは関連を確認できなかった。

よって、第二群のBPSDは、徘徊よりも軽度の不安や見当識障害を原因とする「不穏な気分や行動」であり、家族の本人に対するコミュニケーション改善のための支援や介護負担の軽減および、本人の疲労や睡眠不足に対応し、自分でできることをしてもらうという介入行動で、「不穏な気分や行動」が改善されることが示唆された。

第三群は、「暴言」のBPSDに対し、介入行動は「課題難易度低減」であった。他の群に比べて緩い関連ではあるが、仕事や役割を与えることで、暴言を言う機会を少なくするという方略は、行動科学の原則からも在り得る介入である。マイナスの行動を修正するのではなく、プラスの行動を増やすことで行動変容をはかる介入は理解できる。

第四群は、「収集癖」「幻視」「被害妄想」「暴力」であった。関連した介入行動は、見られなかった。

第五群は、「無断外出」「火始末」「徘徊」のBPSDのみによって構成された。「火の始末」の内容は、「鍋を焦がす」とともに「煙草の火の不始末」が多く、在宅という環境特有のBPSD群であったが、特定の介入の効果は明示されなかった。

第四節 考察

1 家族・介護者支援の効果

(1) サービス利用促進と教育

第二群からは、家族・介護者への介入が効果的であることが示されたが、その内容は「介護負担への対応」と「本人に対するコミュニケーションへの対応」であった。

「家族・介護者の介護負担への対応」は、記述されたデータの内容が「サービス利用促進」

22件と「傾聴・助言」5件に分類できた。つまり、「家族・介護者の介護負担への対応」は実質的には「サービス利用促進」であった。

また「疲労・不眠への対応」10事例のうち、デイサービス等で日中活動を活発化した事例が半数であった。これらの結果から考察すると、「疲労・不眠への対応」も実態として「サービス利用促進」の割合が多い。

デイサービスやショートステイなどの「サービス利用促進」が家族・介護者の負担を減少させ、在宅介護を持続させるとの先行研究は複数存在しており、^{6) 7)} 本研究も先行研究を支持する結果となった。

「家族・介護者の本人に対するコミュニケーションへの対応」は、記述されたデータの内容が「適切なコミュニケーションへの助言」6件、「認知症の理解促進」2件、「本人の外出や会話の機会を増やす助言」2件、「ケアマネジャーの態度による家族の変容」2件であった。「ケアマネジャーの態度による家族の変容」は、以下のように記述されていた。

「ケアマネが訪問の際、本人の話をさえぎらずにまずは聞くという姿勢をとっていたため、近くに住む次女も徐々にそういった姿勢を示してくれるようになり、本人も萎縮をしないで話せるようになった」「介護者が周りの人々への信頼感を持つようになると介護者自身にも余裕が出来、それが本人にも伝わり、関係がよくなってきているようである」

ケアマネジャーの家族支援の苦心が伺われるデータである。このような方法も含めて、「適切なコミュニケーション」や認知症介護について家族・介護者の教育がなされることの効果が明らかになったといえよう。介護者を心理的に支援し教育することで、介護者のストレス状態を改善できることは、従来の先行研究も明らかであり、^{8) 9)} 最近の研究でも、コミュニケーションの方略を向上するような家族・介護者支援をすることが介護負担軽減につながることを示されている。¹⁰⁾

日本でも「介護者に対する指導は、患者の抑うつ、不安、興奮などを改善」と考えられてきた¹¹⁾ が、本調査の結果では、そのなかでも具体的に「不穏な気分や態度」の改善に効果がある可能性が示された。

(2) インフォーマル・ネットワーク支援の重要性と課題

布置図に示されたもう一つの家族・介護者支援方法として「家族・介護者のストレスや不安への対応」がある。

家族・介護者のストレスは施設入所のリスク要因であり¹²⁾、BPSDの存在が家族・介護者のストレスを増加させることも、¹³⁾ 先行研究が明らかにしている。同様に、本調査で「家族・介護者のストレスや不安への対応」の効果が示唆されたことは、サービス利用促進や教育にとどまらず、ケアマネジメントの直接的サービスであるインフォーマル・ネットワーク支援を強化することの効果が確認されたと解釈することができる。

しかし、その方法は「サービス利用促進」に偏る傾向があると言わざるを得ない。インフォーマル・ネットワーク支援も実際はもっと多岐にわたって行われ、効果も上がっているにもかかわらず、ケアマネジャー自身がそのことを意識化出来ていないのではないだろうか。例えば、家族・介護者の鬱症状は出現頻度も高く、ケアマネジメントのインフォーマル・ネットワーク支援の主要部分であると思われるが、「家族・介護者のうつ・精神的疲労への対応（家族等精神疲労対応）」に分類できる記述データが少なく、介入変数は布置図に図示できなかつた。

2 服薬の「調整と管理」の効果

認知症高齢者の在宅介護にとって「昼夜逆転」は、対処が最も困難なBPSDの一つである。大西らの調査によれば、「不眠」は家族介護者が住む場所を変えなければならなかつた事と有意な相関があつた。¹⁴⁾ つまり、「昼夜逆転」があると誰かが夜間の見守りをしなければならず、それまで別に暮らしていた家族が同居せざるを得ないことになる。「介護への抵抗」も「失禁してもオムツや衣類を交換させてくれない」など排泄介助の拒否が半数におよび、対処が困難なBPSDである。

これらの改善に関連する介入行動は「服薬の調整と管理」8件であつたが、そのうち専門医による服薬を開始したものが5件、服薬内容の調整が2件、中止による改善が1件であつた。認知症患者の薬物療法は、抗精神病薬の使用による攻撃性のBPSDへの対処が予想されるが、全国13の医療機関での実態調査によれば、意外にもBPSD悪化要因の25.4%は、前医処方薬の影響であつた。¹⁵⁾ 本研究でも、服薬内容の変更や中止による改善事例が含まれており、認知症ケアにおける服薬は開始と同時に患者の状態にあわせた「調整」や「管理」が必要であることが示唆された。

BPSDへの薬剤の使用は、肺炎や心臓障害などの副作用により死亡率が高くなることが知られており、¹⁶⁾ 慎重な対応が必要である。アメリカ家庭医協会（AFP）の治療ガイドラインでも、まず非薬物療法を行い、効果がなかつたときに薬物療法を開始すべきである

としている。また「服薬量と期間を削減し、薬物治療が複雑になることを抑制してくれるだろう」と理由を明記して、薬物療法を行わざるを得ないときでも、非薬物療法の併用を推奨している。¹⁷⁾

第五節 結論と今後の課題

「不穏な気分や行動」のある利用者に対しては、家族・介護者への「教育」や「サービス利用の促進」「時間がかかっても本人のできることをやってもらうこと」が効果的であり、「昼夜逆転」「介護への抵抗」の改善には、「服薬の調整と管理」が関連していたことが確認された。

これらの知見は、先行研究の結果と一致するものであった。さらに、先行研究では明らかにされなかった特定のBPSDとの関連を明示しており、改善事例の分析研究が認知症ケアマネジメントの開発に貢献する可能性が示唆された。

施設において行われている介入・対応と明らかに違うところは、家族介護者への支援が含まれることであった。しかし、「家族・介護者のうつ・精神的疲労への対応（家族等精神疲労対応）」「家族・介護者の介護負担軽減」「家族・介護者のストレスへの対応」の記述データの内容が、サービス提供促進に偏重していたように、実際の介護現場では細かく家族をアセスメントして支援しているわけではない実態も示唆された。

引用文献

- 1) 高齢者介護研究会:2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて。
高齢者介護研究会報告書 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
2012.3.20 (2003)
- 2) 本間 昭、今井幸充、永田久美子他。 :センター方式03版痴呆性高齢者用ケアマネジメントシートパック 1人ひとりの尊厳を支える継続的ケアに向けて。老年精神医学雑誌、
15 (1) : 79-100 (2004)
- 3) International Psychogeriatric association: Educational pack, Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. 日本老年精神医学会監訳 : 痴呆の行動と心理症状。12 アルタ出版、東京 (2005)
- 4) Balestrerai L, Grossberg A, Grossberg G : Behavioral and Psychological Symptoms of

Dementia as a Risk Factor for

Nursing Home Placement. *International Psychogeriatrics*, 12, Suppl. 7 : 59-62 (2000)

- 5) 高橋未央、山下功一、天野直二：アルツハイマー病のBPSD、老年精神医学雑誌 21 : 850—857
- 6) Peterson R ed. : Mayo Clinic on Alzheimer's Disease. 1st ed., 70, Mayo Foundation for medical Education and Research, MN U.S.A. (2002)
- 7) Rabins P, et al.: Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *American Journal of Psychiatry* 164 (Suppl.12) :5-56. (2007)
- 8) Kverno K S, et al.:Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies,1998-2008:a systematic review. *International Psychogeriatrics* 21 (5) :825-843 (2009)
- 9) 加瀬裕子、多賀努、久松信夫他：認知症の行動・心理症状（BPSD）と効果的介入。老年社会科学 34 (1) : 29—38 (2012)
- Lawton MP, Brody EM, Saperstein AR. : A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 29: 8-16. (1989)
- 7) Wimo A, Mattsson B, Adolfsson R, Eriksson T, Nelvig : A. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization: a controlled Swedish study. *Scandinavia Journal of Primary Health Care* 11: 117-123 (1993)
- 8) Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D : Impact of a psycho-educational intervention on caregiver response to behavioral problems, *Nursing Research* 51 (6) : 363-374 (2002)
- 9) Morris LW, Morris RG, Britton PG : Cognitive style and perceived control in spouse caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Medical Psychology* 62:173-179. (1989)
- 10) Savundranayagam MY, Orange JB : Relationships between appraisals of caregiver communication strategies and burden among spouses and adult children . *International Psychogeriatrics* 23:1470-1478
- 11) 水上勝義：アルツハイマー型認知症の特徴とケアのポイント、日本認知症ケア学会誌 10 (1) : 124 (2010)

- 12) Haley WE, Pardo KM :
Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging* 4:
389-392 (1989)
- 13) Leggett A N, Zarit S, Taylor A, et al. : Stress and Burden Among Caregivers of Patients
with Lewy Body Dementia. *Gerontologist* 51 (1) : 76-85 (2011)
- 14) 大西丈二、梅垣宏行、鈴木裕介他：痴呆の行動・心理症状（BPSD）および介護環境
の介護負担に与える影響、老年精神医学雑誌 14 (4) : 465-473 (2003)
- 15) 中野正剛、宮村季浩、平井茂夫他：認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）への医療
介入に関する実態調査、老年精神医学雑誌 22 (3) : 313-324 (2003)
- 16) 植木昭紀：認知症の抗精神病薬療法—精神病症状、攻撃性に対して—老年精神医学雑
誌 19 増刊 2 : 71 2008
- 17) Cummings JL ,Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, et.al.:Guidelines for managing
Alzheimer's disease: Part II Treatment. *American Family Physician*.65 (12) :2525-34
(2002)

終章 総括

第一節 認知症ケアマネジメントの実態

第一章では、ケアマネジメントの概念を確認し、認知症ケアマネジメントの必要性について述べた。日本においては介護保険の居宅介護支援事業運営基準において、ケアマネジメントのガイドラインが示されており、利用者や家族への情報提供やケアプランの作成、医療サービスとの連携によるケアプランの実施、モニタリングなどが明示されている。

しかし、ケアマネジャーの業務は保険給付管理業務と並行して行うことが求められており、ケアマネジメント業務に専念できないという問題を含んでいる。また、ケアマネジャーは介護サービス事業者が行っており、その所属する法人のために利益を図らなければならない立場にある。このような体制のもとでは、サービスの適切性と中立性を遂行するためには根拠が必要となる。今後、増大が予想される認知症高齢者の在宅ケアに対応する理論的根拠として、認知症ケアマネジメントのガイドラインが必要となることは明らかである。

科学的根拠に基づく認知症ケアマネジメントのガイドライン開発は、要介護高齢者と家族の生活支援にとって緊急の課題である。

第二節 認知症ケアマネジメント開発と実証研究の重要性

第二章では、認知症ケアマネジメントのガイドラインについて、海外の文献研究を行い、認知症ケアの焦点は、認知症の診断（アセスメント）、認知障害のアセスメント、身体的状況のアセスメントとケアプラン、うつ病のアセスメントとケアプラン、行動・心理症状（BPSD）のアセスメントとケアプラン、転倒予防のアセスメントとケアプラン、施設入所のアセスメント、家族介護者への支援プランの8項目であることが示された。

この文献研究を通じて、特に行動・心理症状（BPSD）の存在が、家族介護者の介護負担感を増大させ、在宅生活の維持を困難にさせる大きな要因であることが解った。しかし、行動・心理症状（BPSD）を軽減させる方法についても、日本では研究の蓄積が少なく、RCT（無作為比較試験）や実験的な方法での研究も困難である。エビデンス・レベルの

I・IIにあたるような実証研究を実施するためには、行動・心理症状（BPSD）を軽減させる経験知を明らかにし、そこに何らかの法則性があることを示すことが出発点であることが明らかになった。

第三節 行動・心理症状（BPSD）を焦点とする認知症ケアマネジメントの概要

第二章に述べたような研究の経緯から、行動・心理症状（BPSD）の改善事例を収集し、行動・心理症状（BPSD）を軽減させる経験知を分析する質的・量的研究を行った。その結果は、第三章から第五章で述べたとおりであるが、質的研究からは、行動・心理症状（BPSD）への効果的介入・対応への全体的なイメージを提起できたのではないかと考える。

また、量的研究（多重コレスポンデンス分析）では、介護現場で行われている行動・心理症状（BPSD）への効果的介入・対応を統計的に分析することが可能であることを示すことができた。

在宅事例の分析からは、施設で行われている介入・対応とは異なった傾向で効果が表れることも明らかになった。また、在宅ならではの課題、家族・介護者支援のアセスメントや資源の不足による問題も示唆された。

（1）質的研究の結果について

行動・心理症状（BPSD）の改善事例 204 の調査研究の質的分析から明らかになったことは、第一に、非薬物的な介入・対応によって、行動・心理症状（BPSD）が軽減するということであった。文献研究の結果からも、BPSD に対して効果のあった介入・対応には「生物学的要因と心理社会的要因の双方に対処すること」が、含まれていることが示唆されたが、改善事例の分析から「生物学的要因」へのアプローチと「心理社会的要因」へのアプローチが存在しており、主として「心理社会的要因」へのアプローチによって BPSD が改善されている現状が明らかになった。

第二に、行動・心理症状（BPSD）を焦点とする認知症ケアマネジメントの概要を明らかにすることができた。[介護側のコミュニケーションの改善][健康面への介入・対応][環境面への介入・対応][能力を維持するための課題への介入・対応][家族・介護者状況への介入・対応][事業マネジメントの改善]が認知症ケアマネジメントの6つの焦点であること

が示された。

(2) 量的研究の結果について

また、老人介護施設における改善事例 130 件に多重コレスポネンズ分析を行い、介護職が行う日常の BPSD 対応には、有効性に結びつく一定の傾向があることが示唆された。同時に、4 群を抽出することができた。攻撃性・行動性が高い BPSD に対しては、落ち着かせる介入、混乱・失見当識に対しては社会性や残存能力への刺激が有効であった。「幻視」等生理学的な原因による BPSD には生活リズムの改善、被害妄想等の精神症状には視覚低下への対応が効果的であった。認知症改善事例の分析から得られた知見は、先行研究の結果と一致しているだけでなく、特定の BPSD と介入・対応行動の関係性について示すことが出来た。

改善された BPSD には、何らかの介入・対応が関連していたことは、在宅の認知症高齢者の BPSD 改善事例分析でも同様の結果であった。コレスポネンズ分析の結果は、やや異なった傾向が示されたが、これは在宅高齢者の場合は BPSD が家族介護者に及ぼす影響があること、また家族という環境により高齢者の BPSD が影響を受けるという二重の条件が在宅ケアには存在することによると思われた。第二章の海外の認知症ケアガイドラインの中でも家族介護者の問題が重視されていることを支持する結果といえよう。

第四節 認知症を患う人を介護する家族への支援

在宅高齢者の BPSD 改善事例の分析では、施設での介入・対応と異なった関連が示されたが、その理由は在宅ケアでは家族の影響が大きいことであり、家族介護者への支援が認知症ケアマネジメントの課題となることが示された。

海外の認知症ケアマネジメントの文献研究からは、家族介護者への支援として有効なもの、サービス利用の支援と同時に、個別ニーズに見合った教育支援であった。認知症の一般的知識の供与ではなく、介護を必要とする人自身の行動・心理特性にあわせた行動マネジメントの方法を教育することが重要である、と海外の認知症ケアガイドラインは指摘していた。BPSD に対する「個別行動マネジメント」や「行動対処方略」の家族介護者教育の効果は、エビデンスのレベルが最高位であった。

これに対して、改善事例の調査では、家族介護者への支援がサービス提供に偏在する傾

向が見られた。在宅事例の分析からは、サービスの利用促進が **BPSD** 改善に結びついたことは明らかになった。家族介護者への教育的支援についても関連は見られたものの、件数が少なかった。家族介護者への教育的支援が **BPSD** の個別対処法に焦点を合わせて行われるならば、改善される事例数も多くなることが予想された。

第一章で述べたとおり、介護保険におけるケアマネジャーは介護サービス事業を提供する法人に属している。ケアマネジャーが事業者としての行動規範に忠実であるならば、収入を失うリスクとして、家族介護者への教育的介入や指導的態度を避ける可能性も考えられる。ケアマネジャー業務の独立性の問題と関連して、家族介護者への教育的介入が困難となる現状が予見された。

第五節 今後の研究課題

これまでの認知症ケアの効果についての研究は、事例報告や専門職の意見の質的研究であったことに対し、本研究では統計的手法で特定の **BPSD** と効果的な介入・対応行動の関連を示すことができた。本研究の手法により大規模な調査を行い、サンプル数を増やして関数の安定性を得ることで、さらに精度の高い研究も可能となろう。改善事例の分析研究は認知症ケアマネジメントの開発に繋がる可能性が示唆された。

本研究は、レトロスペクティブな事例研究であり、**BPSD** への介入・対応の実態の全体像を把握するうえでは、限界がある。ケアマネジャーの家族支援を充実するためのエビデンスを収集するには、プロスペクティブな研究を行うことが必要であると思われる。今後の研究課題としたい。

注

第一章は、加瀬裕子：介護保険改革とケアマネジメント—国際比較からの展望— 中島義明・木村一郎 編 「健康福祉」人間科学、朝倉書店、2008 年に加筆したものである。

第二章は、加瀬裕子：アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン ケアマネジメントガイドライン老年精神医学会 老年精神医学雑誌 16 巻増刊号 I 110-118 2005

に加筆したものである。

第三章は、加瀬裕子 多賀努 久松信夫 横山順一：認知症ケアにおける効果的アプローチの構造—認知症の行動・心理症状（BPSD）への介入・対応モデルの分析から—、社会福祉学、53(1)、3-14 2012 年に加筆したものである。

第四章は、加瀬裕子 多賀努 久松信夫 横山順一：認知症の行動・心理症状（BPSD）と効果的介入、老年社会科学、34(1)：29 - 38 2012 年に加筆したものである。

第五章は、加瀬裕子、久松信夫：認知症ケアマネジメントの開発的研究—行動・心理症状（BPSD）改善を焦点として—、介護福祉学、19 (2)、157-165 に加筆したものである。

認知症改善事例の分析から得られた知見は、先行研究の結果と一致しているだけでなく、さらに特定の BPSD と介入・対応の関連を示すことができたことによって、改善事例の分析研究は認知症ケアマネジメントの開発に繋がる可能性が示唆された。

本論文は、2005年度から2007年度の文部科学研究費補助（基盤研究C17500376）および2010年度から2012年度の文部科学研究費補助（基盤研究C22530631）を受けて行なった研究の成果です。調査にご協力いただいた皆様に心から感謝いたします。

付録1 使用したガイドライン

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) .Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK) : British Psychological Society; (NICE Clinical Guidelines, No. 42.) 2007.

Practice parameter ; Management of dementia (an evidence-based review) ; Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166

Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residence and Nursing Home. Alzheimer's Association (2005)

www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphases1n2.pdf,

Eccles M , Clarke J, Livingstone M , et al. North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761

Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)
NICE Clinical Guidelines, No. 90 National Collaborating Centre for Mental Health
(UK) .2010

付録2 エビデンスに使用した文献

- 1 Newcomer R, Yodanis C, Fox P , Wilkinson P , Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. *Health Serv Res* 1999 ; 34 (3) 669-89
- 2 Buckwalter KC, Gerdner L, Kohout F, Hall GR, Kelly A, Richards B, Sime M, A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia, *Arch Psychiatric Nursing* , 1999 ; 13 (2) p80-88
- 3 Arnsberger, P., Case management styles for people with AD: Do the difference makes difference? *Geriatrics* ,1997; 52 suppl.2
- 4 Baxter, E., Patients, caregivers, and managing care, *Geriatrics* 1997;52 suppl.2 s-48-s49
- 5 Miller R, Newcomer R, Fox P, Effect of the Medicare Alzheimer' s disease demonstration on nursing home entry, *Health Serv Res* , 1999;34 691-714
- 6 Arnsberger, P., Fox P, Zhang X, Cas e Manager defined roles in the Medicare Alzheimer Disease Demonstration: Relationship to client and caregiver outcomes, *Care Management J.* 2000; vol1 issue1 29-37

- 7 Schraeder C, Shelton P, Dworak D et. Al., Alzheimer's disease: Case management in a rural setting, *Journal of Case management*, 1993; vol.2 p26-31.
- 8 Yoedi C, DuNah R, Bostrum A, Fox P, Wilkinson A, Newcomer R, Caregiver Supports: Outcomes From the Medicare Alzheimer's disease demonstration, *Health Care Financing Review*. 1997;19 (2) 97-117
- 9 Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D: Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems, *Nurs Res*, 2002; vol51 (6) p363-374
- 10 David Challis¹, Richard von Abendorff, Pamela Brown et.al.: Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation *Int J Geriatr Psychiatry*; 2002; 17: 315–325.
- 11 Gwyther LP, When "the family" is not one voice: conflict in caregiving families, *Journal of Case Management*, 1996;4 (2) 150-155
- 12 Newcomer, R., Miller, R., Clay, T., Fox P, Effects of the Medicare's Alzheimer disease demonstration on Medicare expenditure, *Health Care Finance Rev*. 1997;20(4) 45-65
- 13 Fillit HN: Managed care decisions in Alzheimer's disease, *American Journal of Managed care* 2000; vol. 6 (22suppl) s1149-55 s1156-60
- 14 Shelton P, Schrader C, Dworak D, Fraser C, Sager MA: Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site, *Journal of American Geriatric Society*, 2001; 49 (12) 1600-1605
- 15 Bland R C & Newman S C Mild Dementia or Cognitive Impairment: The Modified Mini-Mental State examination (3MS) as a screen for dementia *Can J Psychiatry* 2001; 46:: 506-510
- 16 Mowry BJ, Burvill PW. A study of mild dementia in the community using a wide range of diagnostic criteria. *Br J Psychiatry* . 1998; 153: 328-334.
- 17 Hofman, A., Rocca, W.A., Brayne, C., et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *International Journal of Epidemiology*, 1991;20, 736–748.
- 18 Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 54,2000 S4–S9.

- 19 Tobiansky R, Blizard R, Livingston G, Mann A. The Gospel Oak study stage IV: the clinical relevance of subjective memory impairment in older people. *Psychol Med* 1995; 25: 779-786
- 20 Brayne C, Gill C, Huppert FA, Barkley C, Gehlhaar E, Girling DM, et al. Incidence of clinically diagnosed subtypes of dementia in an elderly population. Cambridge project for later life. *Br J Psychiatry* 1995; 17: 255-262.
- 21 McGlone J, Gupta S, Humphrey D, Oppenheimer S, Mirsen T, Evans DR. Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. *Arch Neurol* 1990; 47: 1189-1193.
- 22 Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 57-63
- 23 Feher EP, Larrabee GJ, Sudilovsky A, Crook 3rd TH. Memory self-report in Alzheimer's disease and in age-associated memory impairment. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1994; 7: 58-65
- 24 O'Connor DW, Fertig A, Grande MJ, Hyde JB, Perry JR, Roland MO, et al. Dementia in general practice: the practical consequences of a more positive approach to diagnosis. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 185-188.
- 25 Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short portable mental status questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 412-416
- 26 Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 725-729
- 27 Gagnon M, Letenneur L, Dartigues JF, Commenges D, Orgogozo JM, Barberger-Gateau P, et al. Validity of the mini-mental state examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in French elderly community residents. *Neuroepidemiology* 1990; 19: 143-150.
- 28 Galasko D, Klauber MR, Hofstetter CR, Salmon DP, Lasker B, Thal LJ. The mini-mental state examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1990; 47: 49-52.

- 29 Livingston G, Sax K, Willison J, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak study stage II: the diagnosis of dementia in the community. *Psychol Med* 1990; 20: 881-891.
- 30 Uhlmann RF, Larson EB. Effect of education on the mini-mental state examination as a screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 876-880.
- 31 Huntzinger JA, Rosse RB, Schwartz BL, Ross LA, Deutsch SI. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 142-144
- 32 Wells JC, Keyl PM, Chase GA, Aboraya A. Discriminant validity of a reduced set of mini-mental state examination items for dementia and Alzheimer's disease. Annual Scientific Meeting of the American Psychiatric Association (New Orleans, Louisiana) .*Acta Psychiatr Scand* 1991; 86: 23-31.
- 33 Ylikoski R, Erkinjuntti T, Sulkava R, Juva K, Tilvis R, Valvanne J. Correction for age, education and other demographic variables in the use of the mini-mental state examination in Finland. *Acta Neurol Scand* 1992; 85: 391-396
- 34 Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1129-1134
- 35 Mendez MF, Ala T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1095-1099
- 36 Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: an objective screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 1235-1240
- 37 Wilcock GK, Ashworth DL, Langfield JA, Smith PM. Detecting patients with Alzheimer's disease suitable for drug treatment: comparison of three methods of assessment [with comment]. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 30-33
- 38 Fillenbaum GG, Wilkinson WE, Welsh KA, Mohs RC. Discrimination between stages of Alzheimer's disease with subsets of mini-mental state examination 33items. An analysis of consortium to establish a registry for Alzheimer's disease data. *Arch Neurol* 1994; 51: 916-921

- 39 Troster AI, Moe KE, Vitiello MV, Prinz PN. Predicting long-term outcome in individuals at risk for Alzheimer's disease with the dementia rating scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 54-57
- 40 Iliffe S, Mitchley S, Gould I, Haines A. Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression and problem drinking among elderly people in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44: 503-507
- 41 Braekhus A, Laake K, Engedal K. A low, 'normal' score on the mini-mental state examination predicts development of dementia after three years. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 656-661
- 42 Koss E, Patterson MB, Ownby R, Stuckey JC, Whitehouse PJ. Memory evaluation in Alzheimer's disease. Caregivers' appraisals and objective testing. *Arch Neurol* 1993; 50: 92-97.
- 43 VA Evidence-based Synthesis Program (ESP) Center, *A Systematic Evidence Review of the Signs and Symptoms of Dementia and Brief Cognitive Tests Available in VA*, Department of Veterans Affairs Health Services Research & Development Service Washington D.C., 2010 31
- 44 Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115: 122-132
- 45 Levitt AJ, Karlinsky H. Folate, vitamin B12 and cognitive impairment in patients with Alzheimer's disease. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 301-305.
- 46 Richards M, Stern Y, Mayeux R. Subtle extrapyramidal signs can predict the development of dementia in elderly individuals. *Neurology* 1993; 43: 2184-2188.
- 47 Burke WJ, McLaughlin JR, Chung HD, Gillespie KN, Grossberg GT, Luque FA, et al. Occurrence of cancer in Alzheimer and elderly control patients: an epidemiologic necropsy study. *Alzheimer Dis Associated Disord* 1994; 8: 22-28.
- 48 McCormick WC, Kukull WA, van Belle G, Bowen JD, Teri L, Larson EB. Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 517-521.

- 49 Crystal HA, Ortof E, Frishman WH, Gruber A, Hershman D, Aronson M. Serum vitamin B12 levels and incidence of dementia in a healthy elderly population: a report from the Bronx longitudinal aging study. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 933-936.
- 50 Clarnette RM, Patterson CJ. Hypothyroidism: does treatment cure dementia? *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1994; 7: 23-27.
- 51 McKeith IG, Perry RH, Fairbairn AF, Jabeen S, Perry EK. Operational criteria for senile dementia of Lewy body type (SDLT) . *Psychol Med* 1992; 22: 911-922.
- 52 Lazarus LW, Newton N, Cohler B, Lesser J, Schweon C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 41-45
- 53 Reding M, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic. A three-year prospective study. *Arch Neurol* 1985; 42: 894-896.
- 54 Reifler BV, Larson E, Teri L, Poulsen M. Dementia of the Alzheimer's type and depression. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 855-859
- 55 Thomas P, Hazif Thomas C, Billon R, Peix R, Faugeron P, Clément JP. Depression and frontal dysfunction: risks for the elderly? *Encephale*. 35 (4) :361-9. 2009
- 56 Burke WJ, Rubin EH, Morris JC, Berg L. Symptoms of "depression" in dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Associated Disord* 1988; 2: 356-362.
- 57 Pearson JL, Teri L, Reifler BV, Raskind MA. Functional status and cognitive impairment in Alzheimer's patients with and without depression. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1117-1121.
- 58 O'Connor DW, Pollitt PA, Roth M. Coexisting depression and dementia in a community survey of the elderly. *Int Psychogeriatrics* 1990; 2: 45-53.
- 59 Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. III: Disorders of mood. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 81-86.
- 60 Rosen J, Zubenko GS. Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 1991; 29: 224-232

- 61 Passeri M, Cucinotta D, Abate G, Senin U, Ventura A, Stramba Badiale M, et al. Oral 5'-methyltetrahydrofolic acid in senile organic mental disorders with depression: results of a double-blind multicenter study. *Aging* 1993; 5: 63-71
- 62 Troisi A, Pasini A, Gori G, Sorbi T, Biagini C, Aulisi A, et al. Assessment of depression in Alzheimer's disease: symptoms, syndrome, and computed tomography findings. *Dementia* 1993; 4: 87-93.
- 63 Ballard CG, Cassidy G, Bannister C, Mohan RN. Prevalence, symptom profile, and aetiology of depression in dementia sufferers. *J Affect Disord* 1993; 29: 1-6
- 64 Fitz AG, Teri L. Depression, cognition, and functional ability in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 186-191
- 65 Verhey FR, Ponds RW, Rozendaal N, Jolles J. Depression, insight, and personality changes in Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995; 8: 23-27
- 66 Burt DB, Zembar MJ, Niederehe G. Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychol Bull* 1995; 117: 285-305.
- 67 Violence The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments *NICE Clinical Guidelines, No. 25* 2005
- 68 Generalised Anxiety Disorder in Adults Management in Primary, Secondary and Community Care *NICE Clinical Guidelines, No. 113* National Collaborating Centre for Mental Health (UK) .2011
- 69 Collet J, de Vugt ME, Verhey FR, Schols JM. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 25 (1) : 3-13. 2010
- 70 Delirium Diagnosis, Prevention and Management *.NICE Clinical Guidelines, No. 103* National Clinical Guideline Centre (UK) .2010

- 71 O'Neil M, Freeman M, Christensen V, Telerant A, Addleman A, and Kansagara D. Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: A Systematic Review of the Evidence. VA-ESP Project #05-225; 2011
- 72 McKeith I, Fairbairn A, Perry R, Thompson P, Perry E. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ* 1992; 305: 673-678.
- 73 Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (Suppl) : 9-15.
- 74 Lovett WC, Stokes DK, Taylor LB, Young ML, Free SM, Phelan DG. Management of behavioral symptoms in disturbed elderly patients: comparison of trifluoperazine and haloperidol. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 234-236.
- 75 Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A meta-analysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 553-563.
- 76 Deutsch LH, Bylsma FW, Rovner BW, Steele C, Folstein MF. Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1159-1163.
- 77 Malone ML, Thompson L, Goodwin JS. Aggressive behaviors among the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 853-856
- 78 Clinical Practice Guideline for the Assessment and Prevention of Falls in Older People. *NICE Clinical Guidelines, No. 21* .National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK) .2004
- 79 Robertson MC, Gardner MM, Devlin N, McGee R, Campbell AJ Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres, *British Medical Journal*, 322 (7288) :701-4 2001
- 80 Buchner DM, Larson EB. Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. *JAMA* 1987; 20: 1492-1495.
- 81 Melton 3rd LJ, Beard CM, Kokmen E, Atkinson EJ, O'Fallon WM. Fracture risk in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*; 42: 614-619 1994
- 82 Asada T, Kariya T, Kinoshita T, Asaka A, Morikawa S, Yoshioka M, et al. Predictors of fall-related injuries among community-dwelling elderly people with dementia. *Age Ageing*; 25: 22-28 1996

- 83 Colerick EJ, George LK: Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 493-498.
- 84 Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA.: Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging* 1987; 2: 323-330
- 85 Knopman DS, Kitto J, Deinard S, Heiring J. Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 108-112
- 86 Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1049-1051.
- 87 Nygaard HA. Who cares for the caregiver? Factors exerting influence on nursing home admissions of demented elderly. *Scand J Caring Sci* 1991; 5: 157-162
- 88 O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*; 5: 45-52. 1992
- 89 Collins C, King S, Kokinakis C. Community service issues before nursing home placement of persons with dementia. *West J Nurs Res*; 16: 40-52 1994
- 90 Huang Y, Macera CA, Cornman CB, Davis DR, Scott WK, Neff L. :Survival of Alzheimer's disease patients with regard to pattern of care in South Carolina, 1988-1993. *J SC Med Assoc*; 90: 51-55. 1994
- 91 Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R, Respite for dementia caregivers :the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands *Int Psychogeriatr* 2003 15 (1) 37-58
- 92 Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26: 260-266
- 93 Haley WE, Pardo KM. Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychol Aging* 1989; 4: 389-392

- 94 Stephens MA, Kinney JM, Ogrocki PK. Stressors and well-being among caregivers to older adults with dementia: the in-home versus nursing home experience. *Gerontologist* 1991; 31: 217-223.
- 95 Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD.: Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 1991; 6: 392-402.
- 96 Parks SH, Pilisuk M. Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61: 501-509.
- 97 Russo J, Vitaliano PP. Life events as correlates of burden in spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Exp Aging Res* 1995; 21: 273-294
- 98 Haley WE, Levine EG, Brown SL, Berry JW, Hughes GH: Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 405-411
- 99 Brodaty H, Green A & Koschera A: Meta-Analysis of psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia, *J Am Geriatr Soc* 51:657-664, 2003.
- 100 Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders* 2007; 101 (1-3) : 75-89.
- 101 Cooper C, Balamurali T B, Selwood A, Livingston G: A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 22 (3) : 181-188 2007
- 102 Kahan J, Kemp B, Staples FR, et al.: Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 664-670.
- 103 Hebert R, Leclerc G, Bravo G, et al. Efficacy of a support group program for caregivers of demented patients in the community: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 1994; 18: 1-14.
- 104 Goodman CC, Pynoos J. A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1990; 30: 399-404.
- 105 Lawton MP, Brody EM, Saperstein AR. A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1989; 29: 8-16.

- 106 Brodaty H, Gresham M. Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. *BMJ* 1989; 299: 1375-1379
- 107 Engedal K. Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 161-166
- 108 Wimo A, Mattsson B, Adolfsson R, Eriksson T, Nelvig A. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization: a controlled Swedish study. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 117-123
- 109 Morris LW, Morris RG, Britton PG. Cognitive style and perceived control in spouse caregivers of dementia sufferers. *Br J Med Psychol* 1989; 62: 173-179.
- 110 Gallagher D, Rose J, Rivera P, Lovett S, Thompson LW. Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist* 1989; 29: 449-456
- 111 Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychol Aging* 1991; 6: 467-473.
- 112 Schulz R, Williamson GM. A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychol Aging* ; 6: 569-578.1991
- 113 Ballard CG, Saad K, Coope B, Graham C, Gahir M, Wilcock GK, et al. The aetiology of depression in the carers of dementia sufferers. *J Affect Disord* 1995; 35: 59-63
- 114 Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, Mackell JA, Ambinder A, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* ; 33: 730-740 1993
- 115 Williams GO, Gjerde CL, Haugland S, Darnold D, Simonton LJ, Woodward PJ. Patients with dementia and their caregivers 3years after diagnosis. A longitudinal study. *Arch Fam Med* 1995; 4: 512-517
- 116 Haley WE, Clair JM, Saulsberry K. Family caregiver satisfaction with medical care of their demented relatives. *Gerontologist* ; 32: 219-226.1992
- 117 Hébert R, Girouard D, Leclerc G, Bravo G. The impact of a support group programme for care-givers on the institutionalisation of demented patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1995; 20: 129-134.

付録3

フェースシート (介入前)

No.1

記入日: 200 年 月 日

記入事業者種別

No.	性別 □男 □女 歳	要介護度	認知症の日常 生活自立度判定	障害老人自立 度判定	認知症関連の併発 (名称)	認知症: □アルツハイマー型 □アルツハイマー病 □脳血管性 □前頭側頭型 □ピック病 □その他() 診断を受けた日: 年 月 日 又は □不明		
			疾患:(既往歴・現病歴)	主たる介護者: 配偶者()・兄弟姉妹()・親族()・施設職員()				
A D L								
視力	自立・一部介助・全介助	歩行	自立・一部介助・全介助	更衣	自立・一部介助・全介助	服薬	自立・一部介助・全介助	
聴力	自立・一部介助・全介助	排泄	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助	会話	自立・一部介助・全介助	
立位	自立・一部介助・全介助	食事	自立・一部介助・全介助	整容	自立・一部介助・全介助			
行動障害の内容と程度(その1)								
※記入方法: ほとんどない(月1回程度) 時々ある(週1回~週2回程度) よくある(週3回以上)		全くない	ほとんどない	時々ある	よくある	※当時の行動障害のすべてを記入してください		
						どこであったか	どんな時に起きたか(例:食事時・夕方など)	誰に対してあったか
1. 被害妄想がありましたか		1	2	3	4			
2. 暴言をいうことがありましたか		1	2	3	4			
3. 暴力をふるうことがありましたか		1	2	3	4			
4. 落ち着かないことがありましたか		1	2	3	4			
5. 作り話をすることがありましたか		1	2	3	4			
6. 同じ話を何度もすることがありましたか		1	2	3	4			
7. 外出したら戻れないことがありましたか		1	2	3	4			
8. 見えないものが見える幻視がありましたか		1	2	3	4			
9. 聞こえないものが聞こえる幻聴がありましたか		1	2	3	4			
10. 大声を出すことがありましたか		1	2	3	4			

フェースシート (介入前)

No.2

行動障害の内容と程度(その2)								
※記入方法: ほとんどない(月1回程度) 時々ある(週1回~週2回程度) よくある(週3回以上)		全くない	ほとんどない	時々ある	よくある	※当時の行動障害のすべてを記入してください		
						どこであったか	どんな時に起きたか(例:食事時・夕方など)	誰に対してあったか
11. 一人で出たことがありましたか		1	2	3	4			
12. 泣くなど感情の不安定がありましたか		1	2	3	4			
13. 介護に抵抗することがありましたか		1	2	3	4			
14. 物を集めて回ることがありましたか		1	2	3	4			
15. 昼夜が逆転していることがありましたか		1	2	3	4			
16. 歩き回る(徘徊)ことがありましたか		1	2	3	4			
17. 火の不始末がございましたか		1	2	3	4			
18. トイレでない所で排泄することがありましたか		1	2	3	4			
19. 排泄物をさわるすることがありましたか		1	2	3	4			
20. 異食することがありましたか		1	2	3	4			
21. 物や衣類を壊すことがありましたか		1	2	3	4			
22. 性的なトラブルを起こすことがありましたか		1	2	3	4			
23. 無関心な状態に陥ることがありましたか		1	2	3	4			
24. 暴言		1	2	3	4			
25. 暴行		1	2	3	4			

※注: その人特有の行動障害が上記の項目の他にあり場合は、その内容を記入してください

行動障害への介入 その1 (どんな介入を行ったら行動障害が改善したか)	
※行ったことにチェックして、詳しい内容を記述してください。 例: 口広すぎる環境への配慮(小さな部屋で個別に対応した)	
1. 身体的・精神的健康	
<input type="checkbox"/> 薬の調整 ()
<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚の低下への対応 ()
<input type="checkbox"/> 急性疾患への対応 ()
<input type="checkbox"/> 慢性疾患への対応 ()
<input type="checkbox"/> 低栄養への対応 ()
<input type="checkbox"/> 脱水への対応 ()
<input type="checkbox"/> 便秘への対応 ()
<input type="checkbox"/> うつ状態への対応 ()
<input type="checkbox"/> 疲労への対応 ()
<input type="checkbox"/> 身体的不快への対応 ()
2. 環境	
<input type="checkbox"/> 不安になる場所や環境を変えた ()
<input type="checkbox"/> 広すぎるあるいは狭すぎる環境を変えた ()
<input type="checkbox"/> 多すぎるあるいは少なすぎる物や人への対応 ()
<input type="checkbox"/> 多すぎるあるいは少なすぎる音や光・色への対応 ()
<input type="checkbox"/> 場所の情報やサインへの欠如への対応 ()
<input type="checkbox"/> 知覚低下に対応した環境に変えた ()
<input type="checkbox"/> リズムのない日常生活への対応 ()
<input type="checkbox"/> なじみのない環境への対応 ()
3. 認知能力を維持するための課題	
<input type="checkbox"/> 課題を簡単なものに変えた ()
<input type="checkbox"/> 課題のステップ数を減らした ()
<input type="checkbox"/> 障害にあわせて課題を修正した ()
<input type="checkbox"/> 慣れない課題を与えるのをやめた ()
行動障害への介入 その2 (どんな介入を行ったら行動障害が改善したか)	
※行ったことにチェックして、詳しい内容を記述してください。 例: 口広すぎる環境への配慮(小さな部屋で個別に対応した)	
4. コミュニケーション (高齢者に関わる者のコミュニケーション)	
<input type="checkbox"/> 不意に近づくのをやめた ()
<input type="checkbox"/> 議論や命令をするような話し方をやめた ()
<input type="checkbox"/> 時間を与えない急いだ話し方をやめた ()
<input type="checkbox"/> 試すような質問をやめた ()
<input type="checkbox"/> 怒りや不満な態度をやめた ()
<input type="checkbox"/> 出来ない事を指摘するような話し方をやめた ()
<input type="checkbox"/> 本人の前で本人のことを他人に話すことをやめた ()
5. 家族・介護者状況	
<input type="checkbox"/> 家族・介護者のうつ状態など精神(的疲労)面への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の身体的疲労面への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の介護負担感への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者のストレスへの対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の疾患(持病)への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の不適切な介護への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の経済負担への対応 ()
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の高齢者に対するコミュニケーションへの対応 ()
6. その他 (上記にない対応・介入などがあれば、自由に記述してください)	
<input type="checkbox"/>	(

参考文献

- 1 加瀬裕子 ケアマネジメント 『チームケアとチームワーク』(共著) 長寿社会開発センター2009年
- 2 加瀬裕子 介護保険改革とケアマネジメント—国際比較からの展望—2008年6月中島義明・木村一郎 編『「健康福祉」人間科学』 朝倉書店
- 3 加瀬裕子 高齢者虐待対応システムの課題『日本在宅ケア学会誌』11巻2号 2008年
- 4 加瀬裕子 多様化する高齢者の生活困難と社会福祉援助の専門性 山崎久美子編『臨床心理クライアント研究セミナー』 至文堂 2007
- 5 加瀬裕子 アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン ケアマネジメントガイドライン
老年精神医学会 老年精神医学雑誌 16巻増刊号 I 110-118頁 2005年4月
- 6 加瀬裕子 介護保険におけるケアマネジメントの現状と倫理的課題
日本ケアマネジメント学会『ケアマネジメント学』2号7-14頁 2003年12月
- 7 加瀬裕子 介護保険の課題と展望—オーストラリアの在宅ケアとの比較から—
日本在宅ケア学会『日本在宅ケア学会誌』5巻1号 2001年12月
- 8 加瀬裕子 オーストラリア—高齢者の医療と福祉— 『老人保健医療福祉の国際比較』 学校法人日本社会事業大学 138—182頁 1991年3月
- 9 加瀬裕子 ケースマネジメントの展開—在宅老人福祉をめぐって—学校法人日本社会事業大学編『社会福祉の開発と改革』72—90頁中央法規出版 1990年10月
- 10 加瀬裕子 著『生協福祉活動の事例を読む』生協総合研究所 1996
- 11 白澤政和著『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版 1992年10月
- 12 Anabel O. Pelham, William F. Clark ed., Managing Home Care for the Elderly; Lessons from Community-based Agencies, Springer Publishing Co. 1986
アナベルO. ペルハム, ウィリアム F. クラーク編 浅野 仁・西尾雄吾監訳『ケースマネジメント』相川書房 1987年
- 13 David Maxly, The Practice of Case Management, Sage Publications 1989
野中猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規出版 1994
- 14 David Challis & Bleddyn Davies, Case management in Community Care, Her Majesty Stationary Office 1989

窪田暁子・谷口政隆・田端光美訳『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館
1991

- 1 5 Norma Radol Raiff with Barbara K. Shore, Advanced Case Management, Sage Publications 1993
- 1 6 Department of Health Social Services Inspectorate, & Scottish Office Social Work Services Group, Care Management and Assessment ; Practitioners' Guide, Her Majesty's Stationary Office 1991
- 1 7 Department of Health Social Services Inspectorate, & Scottish Office Social Work Services Group, Care Management and Assessment ; Managers' Guide, Her Majesty's Stationary Office 1991