

令和元年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症患者及び家族支援における
認知症看護認定看護師の活用に関する調査研究事業
報告書

令和2年3月

公益社団法人 日本看護協会

■■ 目 次 ■■

要 旨	1
第 1 章 調査研究の目的と概要	3
I. 調査研究の目的	3
II. 調査研究の概要	4
1. 実施体制	4
2. 検討委員会の活動	4
3. 調査研究内容	5
第 2 章 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業	6
I. 試行事業の概要	6
1. 試行事業の背景と目的	6
2. 試行事業の仕組み	7
3. 試行事業の実施体制	9
II. 試行事業の結果	11
1. 協力事業者の概要	11
2. 試行事業の実施状況	16
3. 訪問看護ステーション・地域密着型サービス等の事業所に関する結果概要	20
4. 認知症者および家族介護者への支援の内容と効果	42
5. ヒアリングと実施報告書等から得られた試行事業の課題と意見	67
第 3 章 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業の成果と考察	70
I. 認知症看護認定看護師等による支援内容と効果	70
1. 介護保険サービス事業所への支援と効果	70
2. 認知症者および家族介護者への支援と効果	72
3. 認知症ケアにおける倫理的側面への影響	74
II. 認知症看護認定看護師等による支援のあり方と普及・推進に向けて	75
1. 認知症看護認定看護師等による支援のあり方	75
2. 認知症看護認定看護師等による支援の普及・推進に向けて	75
第 4 章 認知症者及び家族支援における認知症看護認定看護師等の効果的な活用に向けて	76
I. 地域における認知症看護認定看護師等の活用について	76
1. 認知症看護認定看護師等の活用としての在宅・介護サービスへの支援の意義と効果	76
2. 認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援の実施上の課題	76
3. 認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援に向けた方策	77
付録 試行事業 全体図	
記録用紙	

要 旨

1. 目的

身体疾患等の医療ニーズを有する認知症者が増加する中、地域で暮らす認知症者とその家族が、自らが希望する場で安心・安全な暮らしを継続していくには、医療と介護の有機的な連携のもと、質の高い医療・介護サービスの提供体制の構築が必要である。

しかしながら、認知症ケアに携わる訪問看護ステーションや地域密着型サービス事業所には中小規模の事業所が多く、認知症ケアに関する専門的な研修等へ必要に応じて職員を派遣することは困難であり、「生活の場」で認知症者の生活や療養の安全、尊厳を保つためのケアの質の確保が課題となっている。

本事業では地域における認知症ケアの質の向上に向け、認知症看護認定看護師等（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師）が地域の在宅・介護サービスを担う訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所等へ体制整備支援と個別対応支援のスキームで試行事業を行った。その効果検証から認知症看護認定看護師等の活用について、自治体等での事業化や、報酬での評価等の将来的な政策提案につながるエビデンスデータを収集するとともに、試行事業の成果や活用スキームの周知・普及を図ることとした。

2. 方法

「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへのあり方検討委員会」の開催、地域の在宅・介護サービスを対象とした認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業の実施、検討委員会で検討した効果測定の方法に則って支援前後の評価を行うとともに、試行事業の成果及び課題から、認知症看護認定看護師等の活用の意義、事業化などを含む具体的な展開方法などについて検討した。

【試行事業の概要】

- ① 日本看護協会から認知症看護認定看護師等を地域の在宅・介護サービス事業所に派遣可能な医療機関等 23 か所（以下、協力事業者 A）に事業協力を依頼
- ② 協力事業者 A が、支援先となる在宅・介護サービス事業所（以下、協力事業者 B）を選定
- ③ 協力事業者 B は個別対応支援を受け入れる認知症者とその家族（以下、協力者 C）を選定
- ④ 協力事業者 A の認知症看護認定看護師等は協力事業者 B に出向いて「体制整備支援」と「個別対応支援」の支援を実施
「体制整備支援」：研修やコンサルテーション等の認知症ケアの体制整備を支援
「個別対応支援」：同行訪問・事業所訪問等による協力者 C への看護実践を通じた技術指導・助言等
- ⑤ 協力事業者 A、B へのヒアリング、アンケート調査から情報収集し、支援前後の変化について効果を検証
- ⑥ 「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」の普及・推進に向けた課題と方策の検討

3. 結果

令和元年11月から令和2年1月末の間に体制整備支援28件、個別対応支援27件が実施された。認知症看護認定看護師等は認知症者の生活や事業所の状況を観察し、認知症者の苦痛やその家族並びに事業所職員が困難に感じている現象の背景を的確に捉え、より効果的な方法を検討し支援していた。体制整備支援では看護・介護職員のアセスメントやケアの実践、行動心理症状（以下、BPSDとする。）・せん妄への対応などの認知症対応力の向上に寄与するとともに、事業所で認知症者の尊厳を保つケアを考える機会にもつながる可能性が示された。個別対応支援では認知症者や家族と直接接しながらケアに携わる職員と協働することにより、認知症者のBPSDの緩和、穏やかな日常生活、及び家族介護者の認知症や介護への捉え方の好転など、療養生活の継続に向けたよい影響がある可能性が示唆された。

検討委員会において、事業所全体の認知症ケアに関する体制や取り組みへの効果について、認知症ケアへの不安や負担感が緩和できたという主観的な評価のみならず、DBD-13で評価した利用者のBPSDが6割近くで好転したこと、短縮版Zarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI_8）で評価した家族介護者の介護負担感では、5割近くの家族介護者で軽減したこと、さらに、認知症者のBPSDや家族の介護負担感が改善した事例報告から、「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」は概ね有効であるという評価が得られた。認知症者が尊厳のある暮らしを継続するには、もてる力や可能性を最大限に発揮できるような事業所の効果的な関わりが不可欠であり、各事業所からの多様なニーズに対して、支援の時期や方法を見極めて支援できる認知症看護認定看護師等の支援は、地域における認知症ケアの質の向上に一定の効果があるとした。

4. 今後の課題と方策

認知症看護認定看護師等の円滑な地域活動を可能とするには、認知症看護認定看護師等を派遣する医療機関等が日頃より地域の在宅・介護サービスを担う事業者との有機的な連携の強化を図るとともに、地域包括ケアシステムの推進を視野に認知症看護認定看護師等による地域活動に対して組織内の合意形成を行い、院内の環境を整える必要がある。また、支援する認知症看護認定看護師等は、支援先の事業所の状況や認知症者とその家族の生活を十分に理解した上で、多職種同士が互いの専門性を尊重し、ともに認知症ケアを考える姿勢に努める必要がある。現段階では支援を受け入れる在宅・介護サービスの事業所において認知症看護認定看護師等の認知度は低く、地域における認知症ケアに関して認知症看護認定看護師等が関与できる公的な仕組みがないため、在宅・介護サービスへの支援の普及・推進に向けた具体的かつ実現可能な活動についての検討が必要である。地域全体の認知症ケアの質向上に資する取り組みの一環として認知症看護認定看護師等による地域活動を位置づけ、強化していく方策として地域の事業として様々に展開される研修への講師としての登用、認知症サポーター養成講座へのキャラバンメイトとしての参画、地域ケア会議のアドバイザー等の自治体における認知症に関する施策での活用、在宅・介護サービスにおける虐待予防・不適切処遇の防止に向けた取り組みへの関与等が考えられる。それらの方策の検討に加えて、認知症看護認定看護師等を派遣する医療機関等および支援を受け入れる事業所等の双方への報酬上の評価や、自治体の事業化など、何らかの財政的な支援が確保されるとともに連携を整備する仕組みの検討が必要である。今後は本試行事業のスキームによる支援実績を積み上げ、より一層の効果検証を図り、成果の幅広い周知・普及を継続していくことが重要である。

第1章 調査研究の目的と概要

I. 調査研究の目的

国が2019年6月に示した「認知症施策推進大綱」では、認知症になっても社会の一員として尊厳を保ちながら地域で安心して暮らせる「共生」と、認知症の発症や進行を遅らせる「予防」が施策の2本柱として明記されている。地域で暮らす認知症者とその家族が、自らが希望する場で安心・安全な暮らしを継続していくには、医療と介護の有機的な連携のもと、質の高い医療・介護サービスの提供体制の構築が必要である。

しかしながら、認知症ケアに携わる医療・介護職の認知症ケアの質の向上の観点でみると、中小規模の事業所が多い訪問看護ステーションや地域密着型サービス事業所では、認知症ケアに関する専門的な外部研修を一度に複数名の職員が受講することが困難であったり、研修の開催地域や機会が限られていたりするのが実状である。また、身体疾患等の医療ニーズを有する認知症者が増加する一方で、医療機関ではない「生活の場」において提供するサービスの趣旨を損なわずに認知症者の生活や療養の安全、尊厳をどのように確保するかは、介護保険の各サービスに共通する課題となっている。

日本看護協会では、平成30年度老人保健健康増進等事業「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業」において、訪問看護や地域密着型サービス事業所等へのニーズ調査から、認知症者のBPSD等への対応に苦慮する現状やBPSDやせん妄への対応・ケアについての専門性の高い看護師等による支援・助言へのニーズを把握した。また、専門看護師や認定看護師が訪問看護ステーションや地域密着型サービス事業所等のニーズに基づいて利用者のケアへの個別対応支援や事業所の体制整備支援を行った試行事業では全93事例のうち、認知症ケアに関するニーズへの支援として17事例が実施された。認知症看護認定看護師等により対応困難事例への看護実践を通じてスタッフへ技術指導・助言や、認知症に関する研修会等の開催の支援が実施された。支援前後の訪問看護・介護事業所等へのアンケートにより、スタッフの知識・スキルの向上や、ケアへの自信を深める、不安が軽減できる等の効果を確認した。

そこで、今年度は地域における認知症ケアの質の向上に向け、認知症看護認定看護師等が訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所等への研修やコンサルテーション等の体制整備支援、および同行訪問・事業所訪問等による認知症者への看護実践を通じた技術指導・助言等の個別対応支援を実施し、その効果を検証する試行事業を行い、地域における認知症看護認定看護師等の効果的な活用のスキームを検討した。そして、地域で暮らす認知症者とその家族の希望する場での療養生活を保障し、安全・安心な暮らしの支援につながる認知症看護認定看護師等の活用について、将来的な自治体等での事業化や、介護報酬での評価を政策提案していくためのエビデンスデータを収集した。並びに、試行事業の成果や活用スキームを広く公開して認知症看護認定看護師等と訪問看護や地域密着型サービスとの連携スキームを明示し、医療機関、介護保険サービス事業者双方の地域包括ケアシステムへの取り組みを促進し、地域の資源を効果的・効率的に活用した持続可能な認知症者支援体制の構築の推進を図ることを目的とした。

II. 調査研究の概要

1. 実施体制

本調査研究で実施する事業の一環として、検討委員会を下記の体制で設置し、実施内容や実施方法の検討を行った。

■ 「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援のあり方検討委員会」委員

【委員長】	栗田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所／研究部長
【委員】	赤星 文恵	日本認知症グループホーム協会／常任理事
	伊藤 隆子	順天堂大学大学院 医療看護学研究科 在宅看護学分野／教授
	奥田 悦子	武蔵野赤十字病院 看護部／看護副部長
	酒井 史子	東京都北区健康福祉部長寿支援課／課長
	笹山 志帆子	ハートフリーやすらぎ 理事／師長／認知症看護認定看護師
	佐藤 文美	複合型サービス じゃんけんぼん観音寺／管理者／ 老人看護専門看護師
	中村 さつき	磐田市立総合病院／副病院長兼看護部長

(五十音順、敬称略)

■ 日本看護協会 担当役職員

【担当役員】	岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会	常任理事
【事務局】	後藤 裕子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部長
	久保 祐子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部 在宅看護課長
	堀川 尚子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部 在宅看護課専門職
	岡崎 敦子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部 在宅看護課
	村上 登志子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部 在宅看護課
	内山 綾子	公益社団法人日本看護協会	医療政策部 医療制度課

2. 検討委員会の活動

下記の通り、検討委員会を開催し、検討を行った。

回数	開催日	主な内容
第1回	2019年 8月26日(月)	1. 事業概要について 2. 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業について
第2回	2019年 11月25日(月)	1. 試行事業の概要について 2. ヒアリング先の選定方法について 3. ヒアリングの内容について
第3回	2020年 2月28日(金)	1. 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業の実施結果について 2. 試行事業の効果検証について 3. 在宅・介護サービスへの体制整備支援、個別対応支援のあり方と普及・推進に向けた方策について

3. 調査研究内容

1) 「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援のあり方検討委員会」の活動

学識経験者や関係団体、訪問看護ステーションや地域密着型サービスの管理者、自治体等の8名を構成員とした「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援のあり方検討委員会」を設置し、試行事業の実施スキーム、効果測定、評価方法、ヒアリング調査、試行事業の効果検証、在宅・介護サービスへの支援のあり方と普及・推進に向けた方策について検討した。

2) 試行事業の実施・検証

(1) 「認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業」の実施

全国23か所で、認知症者とその家族を直接支援する地域の訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所等に対し、認知症看護認定看護師等が出向いて研修・コンサルテーションの実施、同行訪問・事業所訪問等による認知症看護の実践を通じた技術指導・助言等を行う試行事業を実施した。

■実施時期：2019年11月～2020年1月

■実施場所：訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護等）、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護保険サービス利用者宅

■訪問支援の内容

○体制整備支援：訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所の体制整備のための技術指導や助言

○個別対応支援：訪問看護師との同行訪問または事業所への訪問による介護保険サービス利用者への個別対応のための技術指導や助言

(2) ヒアリングの実施

試行事業の協力事業者から認知症看護認定看護師等が支援を受け入れた事業者のうち、サービス種別に5種を選定し、認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関や訪問看護ステーションの看護管理者、支援に出向いた看護師および支援を受けた訪問看護ステーション、地域密着型サービス等の管理者に対してヒアリングを実施した。

■実施時期：2019年12月～2020年1月上旬

■主な内容：試行事業の実施状況や成果、課題、工夫等

■対象：認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関等 5か所

(病院4か所、訪問看護ステーション1か所)

認知症看護認定看護師等を受け入れた在宅・介護サービス事業所 6か所

(医療機関の併設訪問看護ステーション、併設ではない訪問看護ステーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム、老人保健施設の各1か所)

(3) 実施報告書等による事例・データ収集

支援に出向いた認知症看護認定看護師等による実施報告書、支援を受け入れた事業者の管理者と看護・介護職員へのアンケート、利用者および家族介護者に関するアンケートから情報を収集し、試行事業の効果と課題について検証した。

第2章 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業

I. 試行事業の概要

1. 試行事業の背景と目的

1) 背景

認知症者の増加が見込まれる中、医療・介護サービスを活用しながら自宅で暮らす認知症者とその家族が、自らが希望する場で安心、安全な暮らしを継続していくには、医療・介護の有機的な連携が推進され、質の高い医療・介護が提供されることが必要である。認知症者においては病期・病態に応じて多様な中核症状、行動心理症状等を呈することから、認知症者の尊厳を守るためには個々の病態や症状に応じたゆとりあるケアが必要である。加えて、身体疾患等を抱えた高齢者の認知症の発症や、認知症の進行に伴い疾患の自己管理が困難になった状況では、認知症の病態に応じた個別性のある適切な医療的ケアや対応が求められる。しかしながら、地域の認知症者と直接かかわる診療所・医療機関、訪問看護ステーション及び地域密着型サービス事業所では、中小規模の事業所が多く、ケアの質向上を図る外部研修等を職員が受講することは人員確保の面から難しく、また、必要な専門領域の研修の開催地域や機会が限られているのが現状である。

医療職の配置や関与が少ない介護サービス事業所、認知症者への専門的な対応体制をとっていない医療機関、あるいは在宅で認知症者を介護する家族や介護者においては、多様な医療ニーズに対応しながら個別性に配慮したゆとりある認知症ケアが求められる。その中で、認知症者の介護に携わる家族や職員の介護負担や不安、ストレスが高まる危険性は高く、介護負担やストレスが深刻化した結果、不適切ケアや、希望する在宅療養の破綻が懸念される。認知症者やその家族が希望する療養・生活を支えるため、訪問看護ステーション、地域密着型サービスにおける認知症ケア力の向上は、在宅・介護領域における喫緊の課題といえる。

2) 目的

日本看護協会では、平成30年度老人保健健康増進等事業「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業」において、認知症看護認定看護師等が地域に出向き、対応困難事例への看護実践を通じたスタッフへの技術指導・助言を行う個別対応への支援や、認知症の知識やケア力の向上のための研修・勉強会開催等の体制整備への支援を試行し、支援を受けた事業所スタッフの知識・スキルの向上や、ケアへの自信を高めたり、ケアへの不安を軽減する効果を確認している。

地域全体の認知症ケアの質の向上や、地域で暮らす認知症者とその家族が希望する暮らしの継続につながる認知症看護認定看護師等の地域における効果的な活用スキームを検討するために、今年度は認知症看護認定看護師等が地域の訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所、特別養護老人ホーム等に出向き支援を行う試行事業を実施した。試行事業では研修・コンサルテーションによる認知症ケアの体制整備への支援及び同行訪問・事業所訪問による助言・技術指導を通じた個別対応への支援を行い、在宅・介護事業所の認知症ケア体制や事業所職員への効果、利用者の認知症や合併する他の疾患の悪化予防、BPSDの緩和や予防への効果、家族介護者の介護負担軽減等の効果について情報収集し、効果検証を行った。

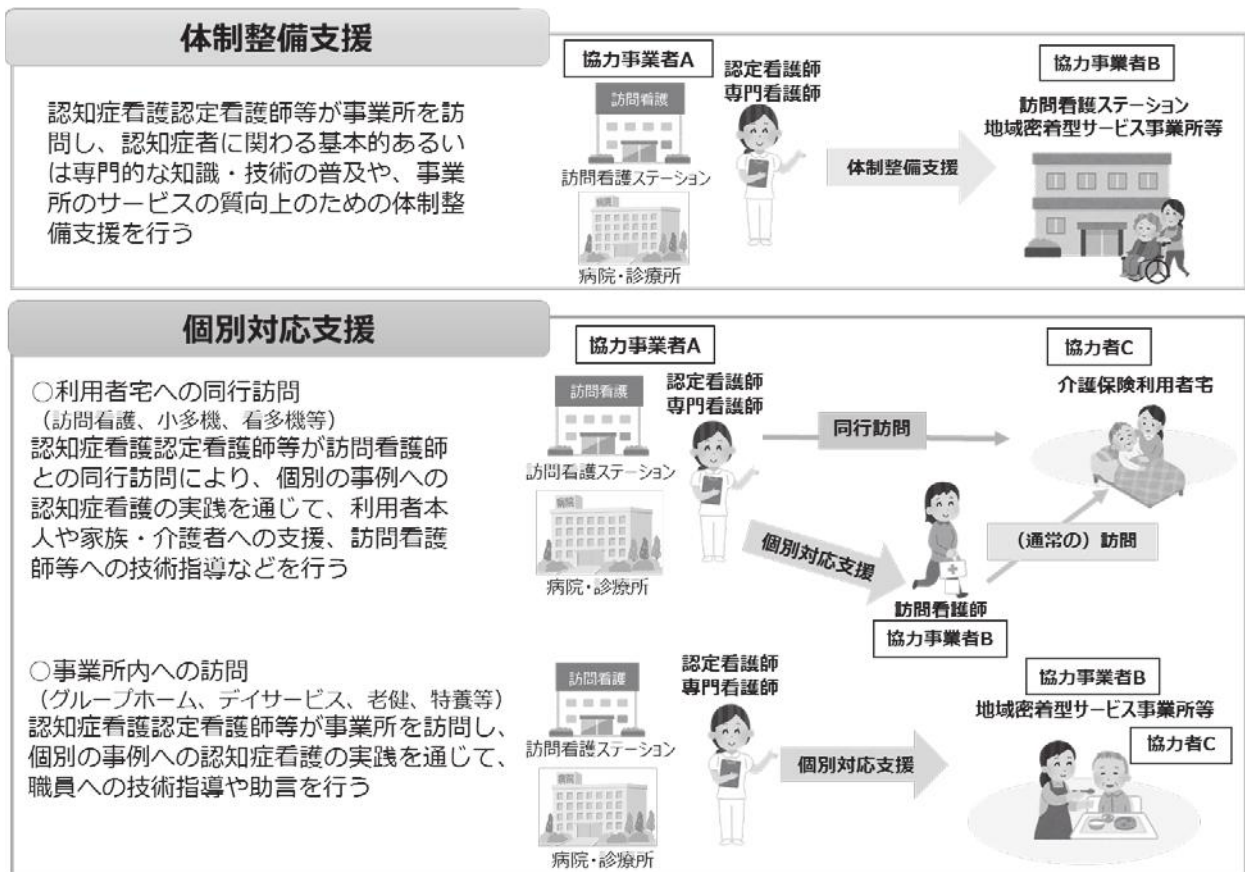
2. 試行事業の仕組み

1) 実施スキームの設定

試行事業では、全国25か所程度で認知症看護認定看護師等が地域の介護サービス事業所等に出向く支援を実施した。同一の事業所に対し（ア）体制整備支援と（イ）個別対応支援の2つのパターンの支援を試行した。

- (ア) 体制整備支援
 認知症看護認定看護師等が事業所を訪問し、認知症者に関わる基本的あるいは専門的な知識・技術の普及や、事業所のサービスの質向上のための体制整備支援を行う
- (イ) 個別対応支援
- a 利用者宅への同行訪問：認知症看護認定看護師等が訪問看護師との同行訪問により、個別の事例への認知症看護の実践を通じて、利用者本人や家族・介護者への支援、訪問看護師等への技術指導などを行う
 - b 事業所内への訪問：認知症看護認定看護師等が事業所を訪問し、個別の事例への認知症看護の実践を通じて、職員への技術指導や助言を行う

図表 1 試行事業の実施スキーム



2) 試行事業の効果検証

体制整備支援と個別対応支援の2パターンについて、支援に出向いた認知症看護認定看護師等に実施報告書の記入を依頼し、具体的な支援内容や経過を把握した。同時に、支援を受けた介護サービス事業所等の管理者や職員に対し自記式の質問紙調査等を実施し、支援前・後の介護サービス事業所の体制や職員の知識・スキルの変化について把握した。

また、個別対応支援の事例においては、介護サービス事業所の利用者や家族介護者に対し、介護サービス事業所職員による聞き取り調査を実施し、利用者本人や家族介護者の支援前後の変化について把握した。

さらに、試行事業の実施期間中または終了後に、協力事業者に試行事業の実施状況や成果、課題についてヒアリングを実施し、より詳細な情報収集を行った。

図表 2 調査の概要

調査対象	調査時期	調査方法		主な調査内容
【協力事業者 A】 認知症看護認定 看護師等	支援後	実施報告書を 記入	別紙 1-1 別紙 1-2	● 協力事業者 B との関わり の状況 ● 支援内容 ● 支援結果
【協力事業者 B】 管理者 看護・介護職員	支援前	管理者が事前 情報収集シート を記入	別紙 2-1	● 基本情報 ● 事業所の体制や連携の 状況 ● 認知症ケア(アセスメン ト、ケアの実際、評価)の 取り組み状況 ¹ ● 認知症ケアへの自信、不 安感、負担感の状況 ● 支援を要した課題の解決 状況
	支援後 (1月下旬)	管理者、看護・介 護職員がそれぞ れ終了後アンケ ートを記入	別紙 2-2 別紙 3	
【協力者 C】 利用者 家族介護者(利用者 宅訪問の場合)	支援前	協力事業者 B の 看護職等が 聞き取り調査	別紙 4-1、4-2 別紙 5-1、5-2	● 基本情報 ● BPSD の変化「Dementia Behavior Disturbance Scale(DBD)短縮版」 ² ● 介護負担感の変化「短縮 版 Zarit 介護負担感尺度 日本語版(J-ZBI_8)」 ³
	支援後 (1月下旬)	協力事業者 B の 看護職等が 聞き取り調査	別紙 4-3、4-4 別紙 5-3、5-4	

記録用紙は付録として巻末に収載 (P. 85~103)

¹ (参考文献) 石垣和子・金川克子監、山本則子編：高齢者訪問看護の質指標ーベストプラクティスを目指して。日本看護協会出版会，2008年。167-175.

² 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性，妥当性の検討ーケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指してー。日本老年医学会雑誌，2012；49(4)：463-467.

³ 荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二：Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成：その信頼性と妥当性に関する検討。日本老年医学会雑誌，2003；40(5)：497-503.

荒井由美子：Zarit介護負担感尺度日本語版/短縮版 使用手引。三京房，2018年。

3. 試行事業の実施体制

1) 協力事業者の選定

(1) 認知症看護認定看護師等を派遣可能な医療機関・訪問看護事業所の選定

①医療機関等への直接協力依頼（20 か所程度）

日本看護協会事務局が医療機関のホームページ等の公表情報をもとに、下記の対象の選定基準に該当する医療機関・訪問看護ステーション 20 か所程度を抽出して依頼先候補の案を作成し、本調査事業の検討委員会である「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援のあり方検討委員会」で検討し、依頼先を選定した。

<医療機関等の選定基準>

下記 a・b 双方に該当すること

a 認知症看護認定看護師等が在籍している

b 専門性の高い看護師による訪問看護師との同行訪問や、地域への出前講座等の実績がある

②認知症看護認定看護師等本人を通じた協力依頼（上限 5 か所程度）

上記①の方法でリストアップされない医療機関等に所属する看護師を含め、認知症看護認定看護師等全体に対し、日本看護協会のメーリングリストを活用して本試行事業の周知を行い、所属先の承認と協力を得ること等を条件として本試行事業への参加を募集した。

応募が多数に上ったため、応募者本人の地域活動の経験、認定更新回数、地域性や所属施設の種別等を勘案し、事務局で選定した。

<認知症看護認定看護師等の選定基準>

下記 a・b 双方に該当すること

a 事業参加について所属先の承認・協力が得られること

b 地域の事業所への訪問や出前講座等の経験があること

(2) 認知症看護認定看護師等の支援を希望する訪問看護や地域密着型サービスの選定

前項で選定した医療機関や訪問看護ステーション（以下：協力事業者 A）は、地域の事業所における支援ニーズや連携の実状に基づき、認知症看護認定看護師等による支援を希望する訪問看護ステーション、地域密着型サービス等（以下：協力事業者 B）を選定した。

(3) 認知症看護認定看護師等が支援を行う介護サービス利用者および家族介護者の選定

前項で選定した協力事業者 B は、サービス利用や療養生活・介護の状況、支援ニーズの状況に基づき、個別対応支援の対象となる利用者・家族介護者（以下：協力者 C）を選定した。

※ 家族介護者が支援対象となるのは訪問系サービスへの個別対応支援のみ

2) 実施期間

令和元年 11 月～令和 2 年 1 月の 3 か月間

3) 倫理的配慮

試行事業は、公益社団法人日本看護協会研究倫理委員会の承認を得て実施した。

協力事業者の選定基準に基づき、協力事業者 A を選定して協力を依頼し、協力事業者 A が協力事業者 B を選定、協力の同意を得た。協力者 C については、協力事業者 B が利用者やその家族に試行事業の協力に関して説明を行い、書面で同意を得た。

協力依頼に際しては、協力参加は自由意志に基づくこと、一度同意をしても撤回して協力を中止できること、協力しなくても何ら不利益はないこと、個人情報保護を厳守し、情報の目的外使用はしないことを保障する旨を説明した。

4) 試行事業全体図

付録として巻末に収載 (P. 81)。

II. 試行事業の結果

1. 協力事業者の概要

1) 認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関や訪問看護ステーション（協力事業者 A）

①医療機関等への直接依頼

選定基準に基づいて選定した医療機関・訪問看護ステーション 24 か所に直接依頼し、18 か所から事業協力の承諾を得た。協力できない理由としては、認知症看護認定看護師等が外部に出るための調整がつかない、認知症ケア加算の算定に関わるので院外活動は難しいなどであった。

②認知症看護認定看護師等本人を通じた協力依頼

認知症看護認定看護師等本人を通じた協力依頼として、2019年10月31日時点で登録されていた認知症看護認定看護師 1,581名、老人看護専門看護師 144名、精神看護専門看護師 316名に試行事業の周知と協力者募集を行い、認知症看護認定看護師 13名、老人看護専門看護師 3名、精神看護専門看護師 2名の計 18名から応募があった。応募者の地域活動の実績、論文・学会発表の経験等から事務局で6名を選定し、所属する6か所の医療機関等に事業協力を依頼した。

依頼した医療機関等のうち1か所が辞退したため、最終的には23か所の医療機関等が試行事業に協力した。辞退理由は、協力事業者 B の選定と同意取得に時間を要したことであった。

協力事業者 A の一覧は図表 3、試行事業に参加した認知看護認定看護師等 32名は図表 4 のとおりである。

図表 3 協力事業者 A（認知症看護認定看護師等を派遣した事業者）一覧

	医療機関	主な指定等	病床数
1	砂川市立病院 (北海道砂川市)	中空知地域センター病院 北海道認知症疾患医療センター 地域がん診療連携拠点病院 へき地医療拠点病院	総病床数 498 床(一般 408 床、精神 80 床、結核 6 床、感染症 4 床) ※救急救命センター 18 床
2	社会医療法人将道会 総合南東北病院 (宮城県岩沼市)	救急指定病院 地域災害拠点病院	271 床(一般病床のうち回復期リハビリテーション病棟 50 床、地域包括ケア病棟 40 床)
3	日本赤十字社 石巻赤十字病院 (宮城県石巻市)	地域医療支援病院 がん診療連携拠点病院 へき地医療拠点病院	464 床(一般 460 床、感染症 4 床)
4	日本赤十字社 成田赤十字病院 (千葉県成田市)	地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院	716 床(一般 659 床、精神 50 床、感染症 7 床)
5	北里大学 北里研究所病院 (東京都港区)	東京都災害拠点病院	329 床(一般 269 床、治験病床 60 床)
6	東邦大学医療センター 大森病院 (東京都大田区)	特定機能病院 地域がん診療連携拠点病院	934 床(うち一般 898 床、精神 36 床)

7	社会福祉法人浴風会 浴風会病院 (東京都杉並区)	東京都認知症疾患医療センター	250床(回復リハビリ病棟 50床、地域 包括ケア病棟 100床、医療療養病棟 100床)
8	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 (東京都武蔵野市)	地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院 認知症疾患医療センター 認知症初期集中支援チーム	611床(一般 528床・ICU8床・HCU 22床・GICU6床・SCU9床・NICU6 床・GCU12床・感染症 20床)
9	東京都保健医療公社 多摩北部医療センター (東京都東村山市)	地域医療支援病院	344床(ICU8床)
10	横浜市立大学附属 市民総合医療センター (神奈川県横浜市)	地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院	726床(本館 679床、救急棟 47床)
11	医療法人新成医会 総合リハビリテーション センター みどり病院 (新潟県新潟市)	在宅療養後方支援病院 認知症疾患医療センター 認知症初期集中支援チーム	261床(回復期リハビリテーション病棟 112床、地域包括ケア病棟 29床、療 養病棟 60床、障害者施設等一般病 棟 60床)
12	ぐるり株式会社 宅老所 花うた (長野県伊那市)	地域密着型通所介護	
13	長野県厚生農業協同 組合連合会 佐久総合病院 (長野県佐久市)	へき地医療拠点病院 認知症疾患医療センター	309床(一般 166床、精神 70床、地域 包括ケア病棟 42床、人間ドック 31 床)
14	磐田市立総合病院 (静岡県磐田市)	地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院 認知症疾患医療センター	500床
15	常滑市民病院 (愛知県常滑市)	特定感染症指定医療機関	267床
16	藤田医科大学病院 (愛知県豊明市)	特定機能病院 地域がん診療連携拠点病院	1,435床(一般 1,384床、精神 51床)
17	公益財団法人 豊郷病院 (滋賀県犬上郡)	認知症疾患医療センター	338床(一般 186床、療養 32床、精神 120床)
18	独立行政法人地域医療 機能推進機構 滋賀病院 (滋賀県大津市)	在宅療養後方支援病院	325床
19	日本赤十字社 京都第一赤十字病院 (京都市東山区)	地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院	652床(一般 648床、結核 4床)

20	訪問看護ステーション ハートフリーやすらぎ (大阪市住吉区)	機能強化型訪問看護 ステーション	
21	公益財団法人 浅香山病院 (大阪府堺市)	認知症疾患医療センター	1,027 床(精神 804 床・一般 223 床)
22	社会医療法人近森会 近森病院 (高知県高知市)	地域医療支援病院	512 床(一般 452 床・精神 60 床)
23	熊本大学病院 (熊本県熊本市)	特定機能病院 都道府県がん診療連携拠点病 院 熊本県基幹型認知症疾患医療 センター	845 床

(2020. 3. 10 閲覧 各施設の公式ホームページより一部抜粋)

図表 4 試行事業に参加した協力事業者 A の認知症看護認定看護師等の概要 (N=32)

		n	%
所属先	医療機関 病棟	11	34.4
	医療機関 外来	3	9.4
	医療機関 看護部等	16	50.0
	訪問看護ステーション	1	3.1
	通所介護事業所	1	3.1
保有資格 専門看護師/認定看護師	認知症看護認定看護師	23	71.9
	老人看護専門看護師	3	9.4
	精神看護専門看護師	4	12.5
	老人看護専門看護師と認知症看護認定看護師	2	6.3

2) 支援を受け入れた在宅・介護サービスの事業所（協力事業者 B）

協力事業者 A からの依頼、説明を受け、試行事業に同意した協力事業者 B は 29 か所であった。当初、試行事業は協力事業者 A から協力事業者 B については原則 1 か所を確保し、体制整備支援と個別対応支援の双方の支援を実施するよう依頼したが、試行事業期間内の日程調整の状況、協力事業者 B のニーズを勘案した結果、体制整備支援は 28 か所、同行訪問による個別対応支援は 11 か所 16 事例、事業所訪問による個別対応支援は 9 か所 11 事例で試行された。協力事業者 B の概要は図表 5 のとおりである。

図表 5 協力事業者 B（支援を受け入れた在宅・介護サービス事業所）の基本属性（N=29）

		n	%
サービス種別	訪問看護ステーション	12	41.4
	小規模多機能型居宅介護	2	6.9
	認知症対応型デイサービス	3	10.3
	グループホーム	3	10.3
	老人保健施設	3	10.3
	特別養護老人ホーム	5	17.2
	地域包括支援センター	1	3.4
事業所における支援の 受け入れ状況	体制整備+個別対応支援(同行訪問)	10	34.5
	体制整備+個別対応支援(事業所訪問)	9	31.0
	体制整備支援のみ	9	31.0
	個別対応支援(同行訪問)のみ	1	3.4
事業所の開設年数	1年未満	0	0.0
	1～3年未満	7	24.1
	3～5年未満	5	17.2
	5～10年未満	2	6.9
	10～15年未満	3	10.3
	15年以上	12	41.4
支援を受けた事業所の 看護職配置状況	常勤配置あり	24	83.0
	非常勤配置のみ	4	14.0
	外部との医療連携のみ	0	0.0
	不明・無回答	1	3.0
管理者用アンケート記入者	看護職	18	62.1
	介護職	2	6.9
	その他（施設長、社会福祉士、介護支援専門員 など）	8	27.6
	不明・無回答	1	3.4
希望した支援方法 (複数回答)	専門的な技術指導・助言	27	93.1
	研修・勉強会の開催	25	86.2
	カンファレンスへの参加・助言	16	55.2
	電話やメールによる相談	12	41.4
	同行訪問・事業所訪問	14	48.3
	その他（訪問看護の利用促進、受診支援、 ケアマニュアル作成）	3	10.3

3) 認知症者および家族介護者（協力者 C）

協力事業者 B が病態やケアの状況から試行事業に適していると判断した利用者とその家族を協力者 C として、試行事業の趣旨、認知症看護認定看護師等からの支援について協力事業者 B の管理者等から説明を行い、同意が得られた 27 事例が個別対応支援の対象となった。そのうち、家族介護者への聞き取り調査に同意が得られたのは 19 事例であった。協力者 C として個別対応支援の対象となった認知症者 27 名と家族介護者 19 名の概要は図表 6 のとおりである。

図表 6 協力者 C（認知症者と家族介護者）の基本属性

			n	%	
認知症者 (N=27)	性別	男性	9	33.3	
		女性	18	66.7	
	年齢	平均年齢 83.5±12.3 歳	範囲 33-100		
	介護度	要介護 1	6	22.2	
		要介護 2	6	22.2	
		要介護 3	7	25.9	
		要介護 4	5	18.5	
要介護 5		2	7.4		
認定はまだ受けていない	1	3.7			
家族介護者 (N=19)	性別	男性	5	26.3	
		女性	14	73.7	
	年齢	平均年齢 67.6±14.1 歳	範囲 45-86		

2. 試行事業の実施状況

1) 支援の実施状況

23 か所の協力事業者 A と 29 か所の協力事業者 B が実施した試行事業の一覧は図表 7 のとおりである。体制整備支援、個別対応支援ともに実施できなかった事業所が 1 か所あり、理由としては期間内での日程調整がつかなかったことであった。個別対応支援は実施できたが、体制整備支援が実施できなかった事業所は 1 か所で、理由は協力事業者 B の要請で計画していた体制整備支援を延期したことから期間内での日程調整がつかなかったことであった。体制整備支援は実施できたが、個別対応支援が実施できなかった事業所は 9 か所で、実施できなかった理由は、6 か所が支援ニーズのある利用者がいなかったこと、1 か所は介護保険導入時で家族が認知症看護認定看護師等の同行までの必要性はないと回答したこと、2 か所は入所施設で家族が遠方のため同意取得が困難であったことであった。

図表 7 試行事業の実施状況一覧

(体制整備、個別対応の列の数字は支援事例数、「-」は実施なし)

	協力事業者 A	協力事業者 B ^{**}	体制整備	個別対応	備考
1	砂川市立病院 (北海道砂川市)	特養	1	1	
2	社会医療法人将道会 総合南東北病院 (宮城県岩沼市)	特養	1	2	
3	日本赤十字社 石巻赤十字病院 (宮城県石巻市)	訪看	1	1	
4	日本赤十字社 成田赤十字病院 (千葉県成田市)	訪看	1	1	
5	北里大学 北里研究所病院 (東京都港区)	特養	1	1	
6	東邦大学医療センター 大森病院 (東京都大田区)	認デイ	1	-	該当者なし
7	社会福祉法人浴風会 浴風会病院 (東京都杉並区)	地域包括	1	-	同意得られず
8	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 (東京都武蔵野市)	訪看	1	2	
		認デイ	1	2	
9	東京都保健医療公社 多摩北部医療センター (東京都東村山市)	訪看	1	1	
10	横浜市立大学附属市民総合医療センター (神奈川県横浜市)	訪看	1	-	該当者なし
11	医療法人新成医会 総合リハビリテーションセンター みどり病院 (新潟県新潟市)	GH	1	1	
12	ぐるり株式会社 宅老所 花うた (長野県伊那市)	特養	1	1	
		特養	1	-	該当者なし
13	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 (長野県佐久市)	訪看	1	1	
14	磐田市立総合病院 (静岡県磐田市)	訪看	1	1	

15	常滑市民病院 (愛知県常滑市)	訪看	1	1	
		小多機	1	1	
16	藤田医科大学病院 (愛知県豊明市)	訪看	1	3	
17	公益財団法人 豊郷病院 (滋賀県犬上郡)	GH	-	-	期間内の 調整つかず
		老健	1	1	
18	独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院 (滋賀県大津市)	訪看	-	2	期間内の 調整つかず
19	日本赤十字社 京都第一赤十字病院 (京都市東山区)	訪看	1	2	
20	訪問看護ステーションハートフリーやすらぎ (大阪市住吉区)	小多機	1	1	
21	公益財団法人 浅香山病院 (大阪府堺市)	老健	1	-	該当者なし
		老健	1	-	該当者なし
22	社会医療法人近森会 近森病院 (高知県高知市)	認デイ	1	-	該当者なし
		GH	1	-	同意得られず
		GH	1	-	同意得られず
23	熊本大学病院 (熊本県熊本市)	訪看	1	1	
実施件数合計			28	27 同行 16 事業所 11	

※表中における協力事業者Bの略語の正式名称

特養	特別養護老人ホーム
訪看	訪問看護ステーション
認デイ	認知症対応型通所介護(認知症対応型デイサービス)
地域包括	地域包括支援センター
GH	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
小多機	小規模多機能型居宅介護
老健	介護老人保健施設

協力事業者 A から協力事業者 B の支援に要した総関わり回数、そのうちの実際の訪問回数については図表 8 のとおりである。事前打ち合わせや事後のフィードバックのための関わりが複数回あるなど、個々の状況に応じて多様な関わりが展開された。

図表 8 協力事業者 A と協力事業者 B の関わりの回数

	体制整備支援 (N=28)	個別対応支援:同行訪問 (N=16)	個別対応支援:事業所訪問 (N=11)
総関わり回数(電話、メール、訪問などすべて)			
2回	7	1	
3回	5	3	5
4回	4	8	1
5回	3	3	
6回	3		
7回	3		2
8回		1	1
9回			1
10回			1
12回	2		
14回	1		
上記のうち、実際の訪問回数			
1回	15	8	1
2回	5	4	5
3回	1	3	2
4回	3	1	
5回	2		1
6回			2
11回	2		

3) ヒアリング調査の実施

事務局が12月中旬に協力事業者Aに進捗状況を確認し、既に認知症看護認定看護師等による支援が開始された協力事業者Bのうち、サービス種別に選定した訪問看護（医療機関併設型及び医療機関併設ではない事業所）、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、老人保健施設、特別養護老人ホーム各1か所の管理者または事業担当者と、その事業所に認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関等5か所の看護管理者、実際に支援に出向いた看護師に対してヒアリングを実施した。

実施期間は2020年1月～2月で、ヒアリングの内容は図表9のとおりである。

図表9 主なヒアリング調査の項目

協力事業者 A	協力事業者 B
<p>●施設の基本情報</p> <p>基本情報、地域での役割、専門性の高い看護師の配置状況、専門性の高い看護師の院外活動の状況、支援に出向いた看護師の地域における活動経験等</p>	<p>●事業所の基本情報</p> <p>基本情報、地域での役割、教育・研修に関する取り組み状況等</p>
<p>●試行事業の実施体制整備</p> <p>施設内の調整、地域への周知活動、介護サービス事業所との連携調整等</p>	<p>●試行事業参加の経緯</p> <p>試行事業の参加経緯、試行事業の参加理由等</p>
<p>●試行事業の成果と課題</p> <p>実際の支援概要、試行事業実施にかかったコスト、試行を実現できた要因、連携がうまくいった要因、支援を実施してみて感じた成果と課題、組織内外での今後の活動に生かせること等</p>	<p>●試行事業の実施体制整備</p> <p>認知症看護認定看護師等の所属する支援元との連携調整、事業所内の調整、利用者や家族介護者との調整</p>
<p>●認知症ケアに関する地域での連携・協力状況</p> <p>自治体や関係機関・団体との連携における試行事業前後の変化、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの連携・役割分担等における試行事業前後の変化等</p>	<p>●試行事業の効果と課題</p> <p>事業所としての変化、スタッフの変化、利用者の変化、家族介護者の変化、体制整備支援を受け入れてみて感じた成果と課題、個別対応支援を受け入れてみて感じた成果と課題、組織内外での今後の活動に生かせること等</p>
<p>●地域における認知症看護認定看護師等の活動に関する展望、課題</p> <p>地域における認知症看護認定看護師等の活動を実施・継続していくための要件、地域における認知症看護認定看護師等の活動への展望、地域における認知症看護認定看護師等の効果的な活動を実現するために解決すべき課題等</p>	<p>●地域における認知症看護認定看護師等の支援に関する展望、課題</p> <p>地域における認知症看護認定看護師等の活用への今後の意向、地域における認知症看護認定看護師等の活用に係る費用についてどのように考えるか、地域における認知症看護認定看護師等の活用への期待、認知症看護認定看護師等を効果的に活用していくために解決すべき課題等</p>

3. 訪問看護ステーション・地域密着型サービス等の事業所に関する結果概要

1) 体制整備支援の内容と解決状況

協力事業者Bの管理者が支援前に事前情報収集シートに記載した「支援を求めた事業所の状況」、終了後アンケートの「変化・感想」、認知症看護認定看護師等が記載した実施報告書の「実施内容」の内容に基づき、体制整備支援として実施された支援内容を図表10に例示する。

管理者と認知症看護認定看護師等が事前に打ち合わせを実施し、内容を調整しながら、認知症者への理解を促す体験型の研修や、グループワークの実施、実際に対応に苦慮している事例を取り上げた勉強会を、職員の参加しやすい時間帯に事業所内で開催していた。事前準備として、支援に向かう認知症看護認定看護師等が事業所をより深く知ることを目的に、事業所が実施している利用者向け勉強会やケアカンファレンスに参加するため複数回にわたって事業所に出向き、環境やケア状況の確認をした事例等があった。

管理者からは「広くアセスメントを行う視点を持つことで利用者の全体像が理解できた」「事業所内の看護師とケアスタッフの『顔の見える関係』ができた」「入所者のBPSDの軽減やよい変化を成功体験として実感し、介護職員の自信につながった」などの肯定的な感想があった。

図表10 体制整備支援の内容の例

■管理者が支援を求めた事業所の状況
【訪問看護】 <ul style="list-style-type: none">・限られた訪問時間の中で個別のケアに悩みを抱えており、カンファレンスでも解決しない・学習会の機会が不足している・認知症の基礎的知識は習得しているも、具体的な支援方法に苦慮している・訪問看護師のケアは評価が難しく、知識やスキルの差が大きい
【通所事業所】 <ul style="list-style-type: none">・認知症者の病期に合わせた関わりや、周辺症状への対応に自信が持てない・観察したことや話し合ったことを記録に残して活用することができていない・精神疾患を持つ認知症者など、精神症状か認知症症状か判断できないまま、手探りで対応している・困難事例があったら、介護職が自分たちで工夫する視点を持ってほしい
【入所施設】 <ul style="list-style-type: none">・認知症ケアに対する不安、負担感がある・認知症ケアに関するマニュアルがなく手探りで対応している・研修を受ける機会が少なく、認知症に関する知識を習得できない・虐待を疑う事案への対応に不安がある・職員の認知症ケアには長年の経験から培ったこだわりなどがあり、ケアの統一が難しい・安全管理、身体管理が軽視され、職員がケアに責任を負う意識が薄くなっていると感じている

■実施内容

【訪問看護、通所事業所、入所施設】

- ・体験やグループワークを取り入れた学習会
- ・利用者を想定した具体的な事例検討会を実施

【入所施設】

- ・記録用紙の作成(医療データと生活データを経時的に把握できる内容など)
- ・認知症ケアマニュアルの作成
- ・利用者の状況に応じたケアを検討できるように多職種との連携について提案

■変化・感想

【訪問看護】

- ・勉強会では事例を題材にしたため、具体的なケアがイメージでき、利用者へのケアに活用できた
- ・訪問看護師の意欲の向上につながった
- ・医療機関の認定看護師等と「顔の見える関係」ができ、継続して相談できるという安心感につながった
- ・広くアセスメントを行う視点を持つことで利用者の全体像が理解できた

【通所事業所】

- ・職員が自身のケアを見直すきっかけになった
- ・介護職と看護職の情報共有について考える機会となった

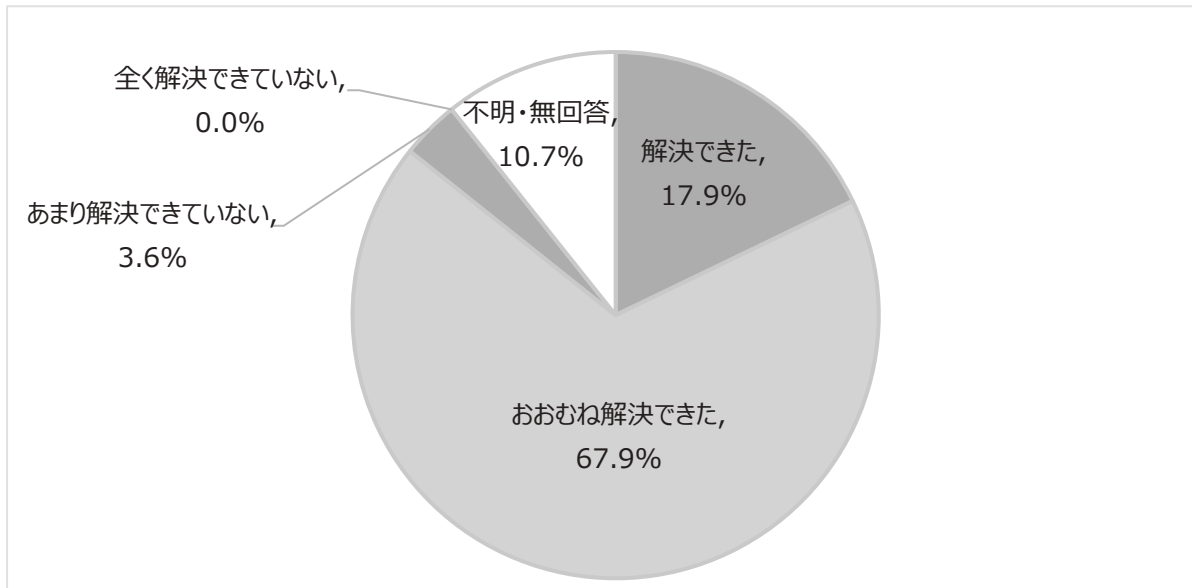
【入所施設】

- ・事業所内の看護師とケアスタッフに「顔の見える関係」ができた
- ・職員が自身のケアを振り返る機会となった
- ・入所者の BPSD の軽減やよい変化を成功体験として実感し、介護職員の自信につながった
- ・認定看護師等に自身のケアの適切さを承認してもらえたことがよかった
- ・入所者に様々な変化が現れた際、スタッフがケア方法を話し合うようになった
- ・認知症症状と身体疾患の影響を結び付けて考える機会となった

協力事業者 B の管理者が相談した課題について実際に解決できたかどうかを尋ねたところ、5名（17.9%）が「解決できた」、19名（67.9%）が「おおむね解決できた」と回答し、協力事業者 B のニーズに対し、8割以上が解決を図ることができていた。

図表 11 協力事業者 B の管理者が相談した課題の解決状況

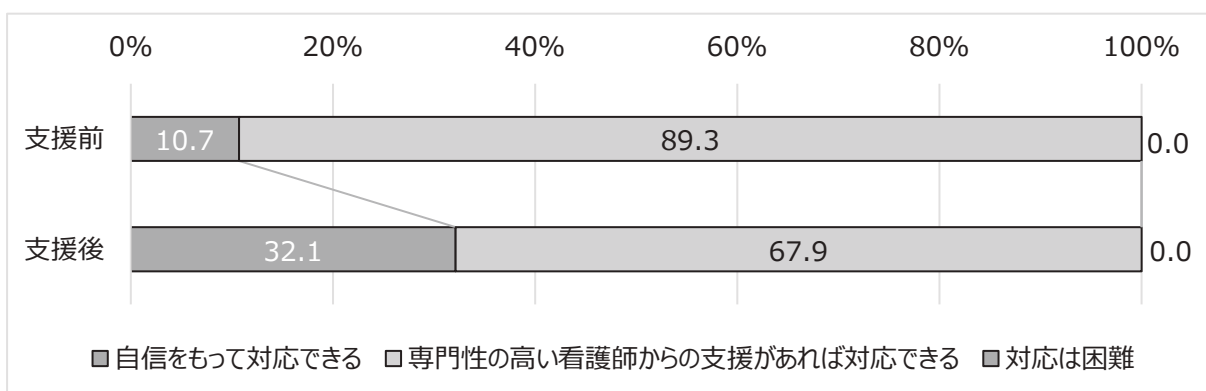
協力事業者 B の管理者による回答 N=28



事業所としての認知症ケアへの対応状況を支援前後で比較すると、「自信をもって対応できる」が3名（10.7%）から9名（32.1%）に増加していた。

図表 12 協力事業者 B の認知症ケアについての対応状況

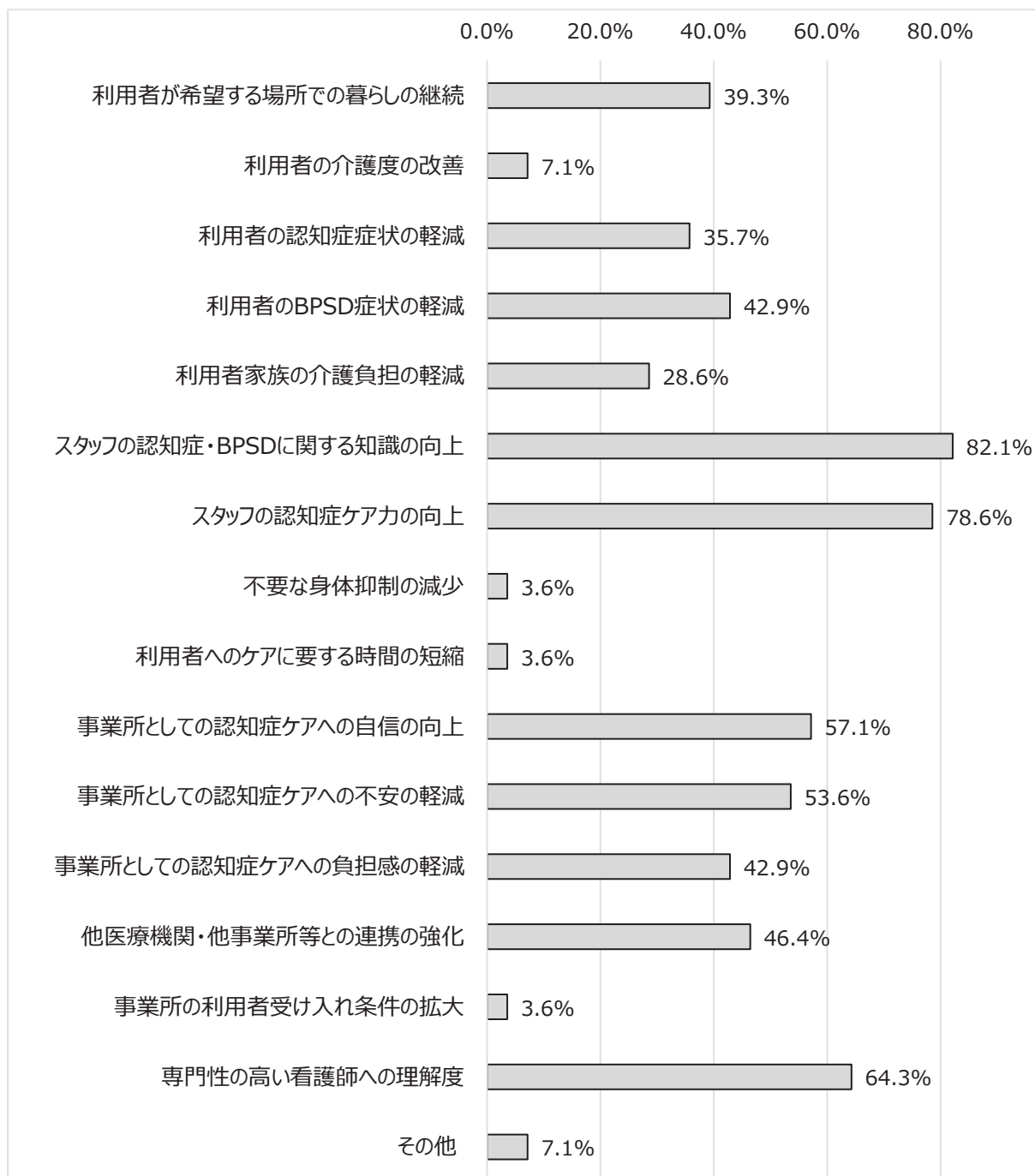
協力事業者 B の管理者による回答 N=28



今回の認知症看護認定看護師等による支援が有効だったと思うものについて尋ねると、「スタッフの認知症・BPSDに関する知識の向上」が23名（82.1%）ともっとも多く、次いで「スタッフの認知症ケア力の向上」22名（78.6%）、「専門性の高い看護師への理解度」18名（64.3%）、「事業所としての認知症ケアへの自信の向上」16名（57.1%）、「事業所としての認知症ケアへの不安の軽減」15名（53.6%）と続いた。

図表 13 認知症看護認定看護師等の支援が有効だったと思う項目（複数回答）

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



その他：家族の認知症に関する知識の向上、バイタル測定の際の異常値に対する認識を深める

2) 事業所の認知症ケアに関する体制の変化

協力事業者 B の事業所の認知症ケアに関する体制について「十分できている」から「全くできていない」の 4 段階で尋ね、支援の前後で比較した。

「事業所での認知症ケアに関する研修・教育体制の整備」については「あまりできていない」の回答が 9 名 (32.1%) から 6 名 (21.4%) に減少した。

「事業所でのケアの記録や情報共有」については「あまりできていない」が 8 名 (28.6%) から 2 名 (7.1%) に減少した。

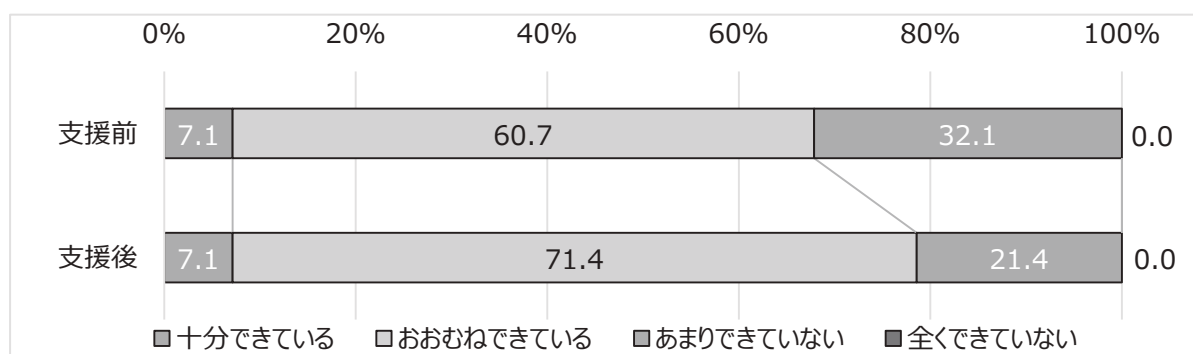
「事業所での認知症ケアに関するマニュアル・ガイドライン等の活用・整備」については、支援前「あまりできていない」「全くできていない」と回答したのが、あわせて 16 名 (57.2%) であったが、支援後は 11 名 (39.3%) に減少し、「全くできていない」との回答はなかった。

「事業所内の円滑な多職種連携」については「あまりできていない」が 3 名 (10.7%) から 2 名 (7.1%) に減少した。

「事業所外の円滑な多機関連携」については「あまりできていない」「全くできていない」があわせて 10 名 (35.7%) から 4 名 (14.3%) に減少した。

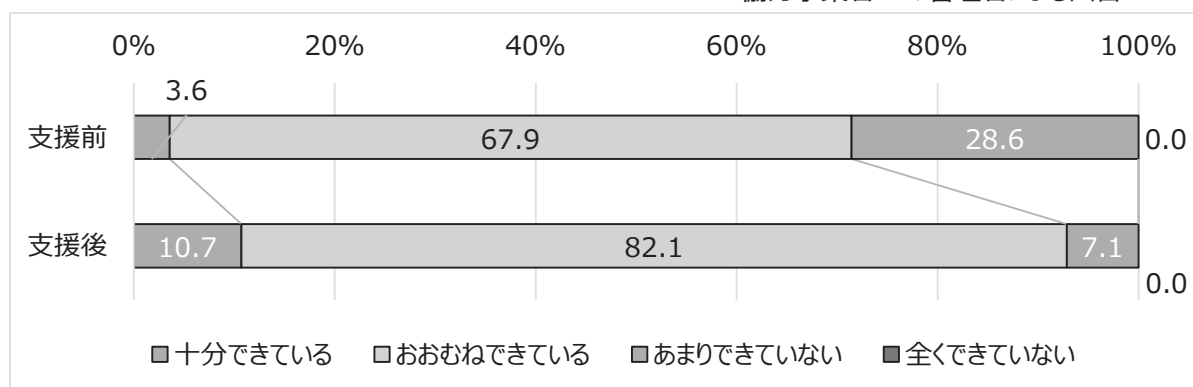
図表 14-1 【事業所での認知症ケアに関する研修・教育体制の整備】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



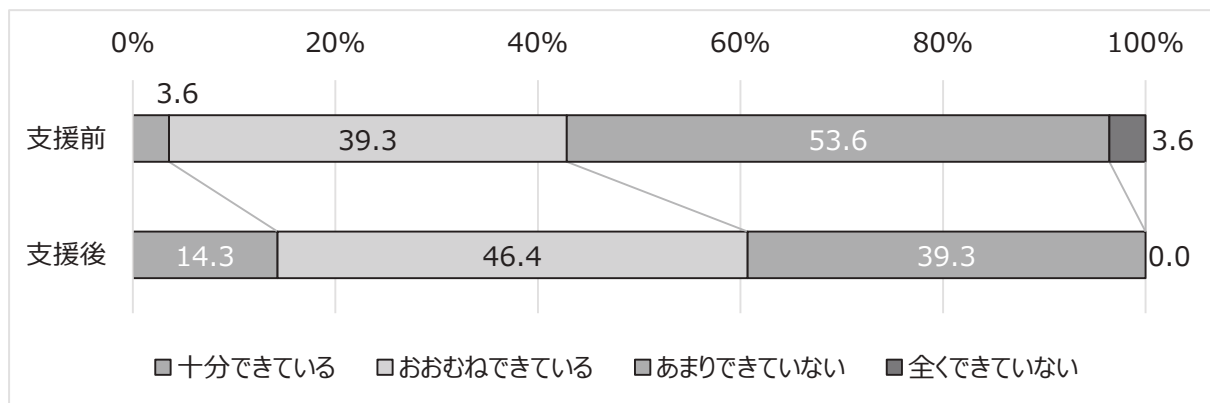
図表 14-2 【事業所でのケアの記録や情報共有の徹底】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



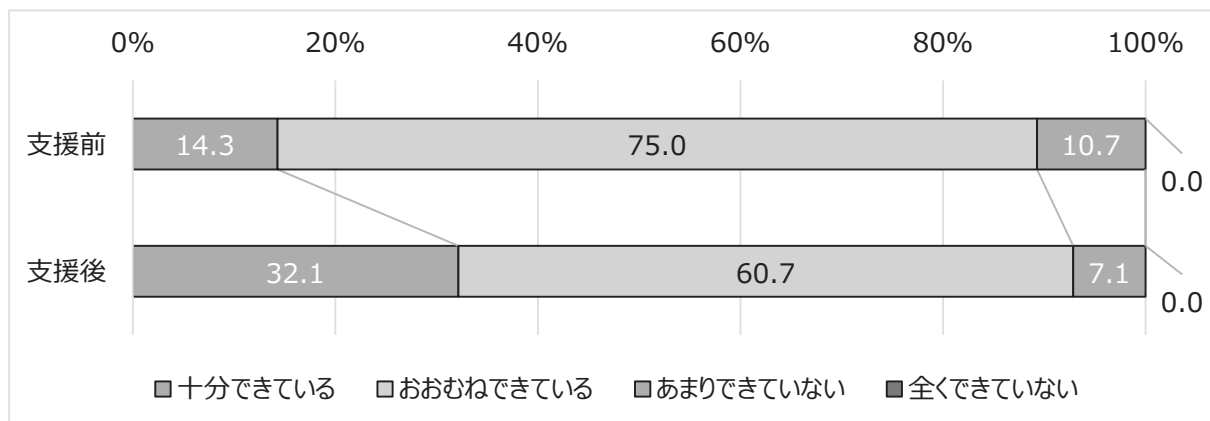
図表 14-3 【事業所での認知症ケアに関するマニュアル・ガイドライン等の活用・整備】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



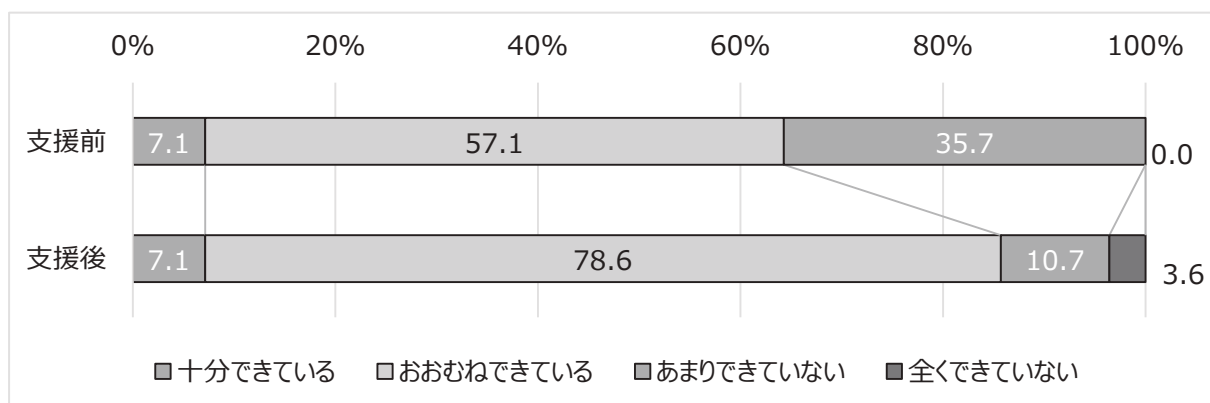
図表 14-4 【事業所内の円滑な多職種連携】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



図表 14-5 【事業所外の円滑な多機関連携】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



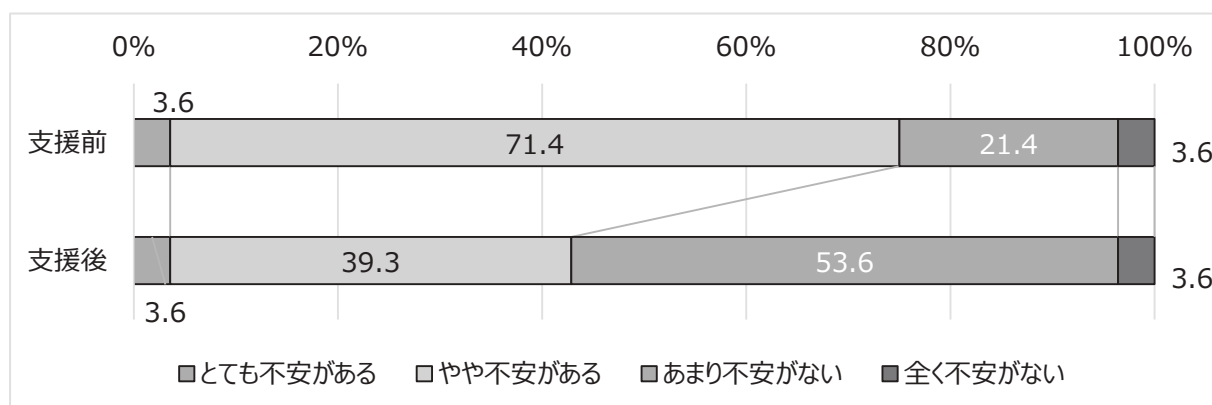
3) 事業所の認知症ケアへの不安感、負担感の変化

「事業所における認知症ケアへの不安感」については「とても不安がある」「やや不安がある」との回答が21名（75.0%）から12名（42.9%）に減少し、「あまり不安がない」との回答割合は増加した。

「事業所における認知症ケアへの負担感」については「とても負担感がある」「やや負担感がある」との回答が20名（71.4%）から15名（53.6%）に減少し、3名（10.7%）は支援後に「全く負担感がない」と回答していた。

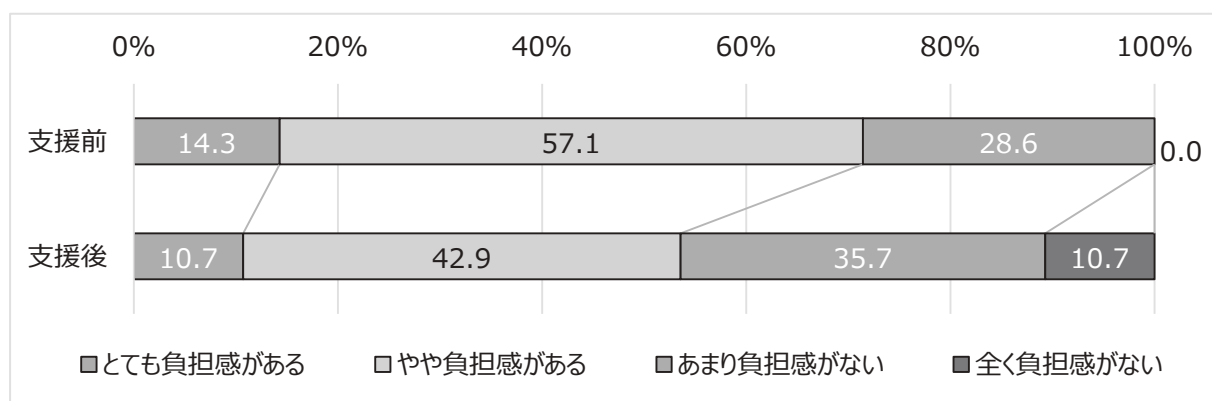
図表 15-1 【事業所における認知症ケアへの不安感】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



図表 15-2 【事業所における認知症ケアへの負担感】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



4) 事業所の認知症ケアへの取り組み状況の変化

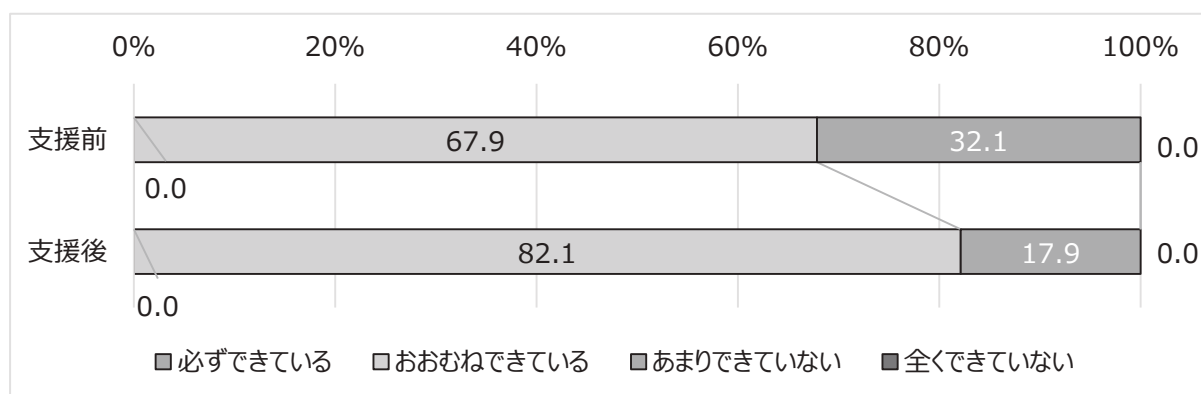
協力事業者 B の認知症ケアへの取り組み状況として、認知症ケアの実践活動の質指標を参考にした内容 13 項目について「必ずできている」から「全くできていない」の 4 段階で尋ねた。

(1) 認知症ケアの基本的姿勢（尊厳の維持）

「認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解してケアする」「利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアをする」の認知症ケアに関する基本的姿勢については、ともに「あまりできていない」の回答が 9 名（32.1%）から 5 名（17.9%）に、11 名（39.3%）から 3 名（10.7%）に減少した。

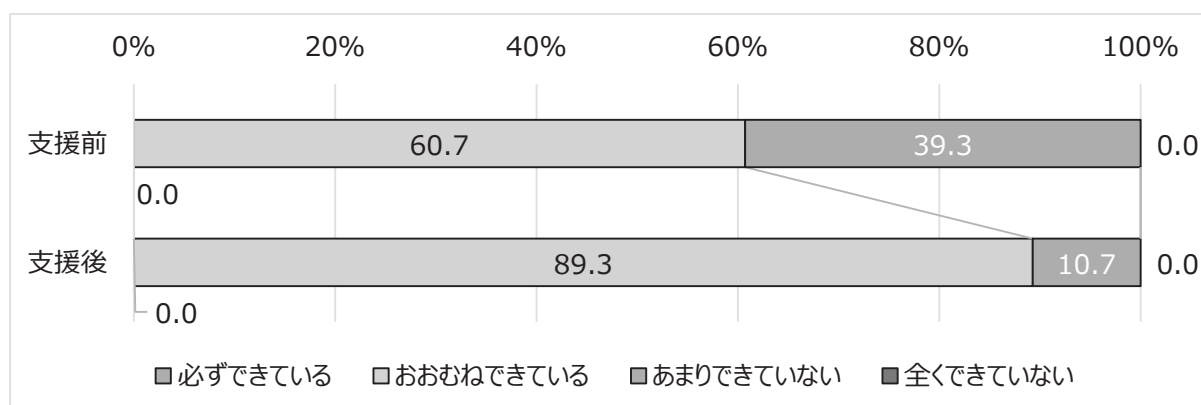
図表 16-1 【認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解してケアする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



図表 16-2 【利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアをする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28

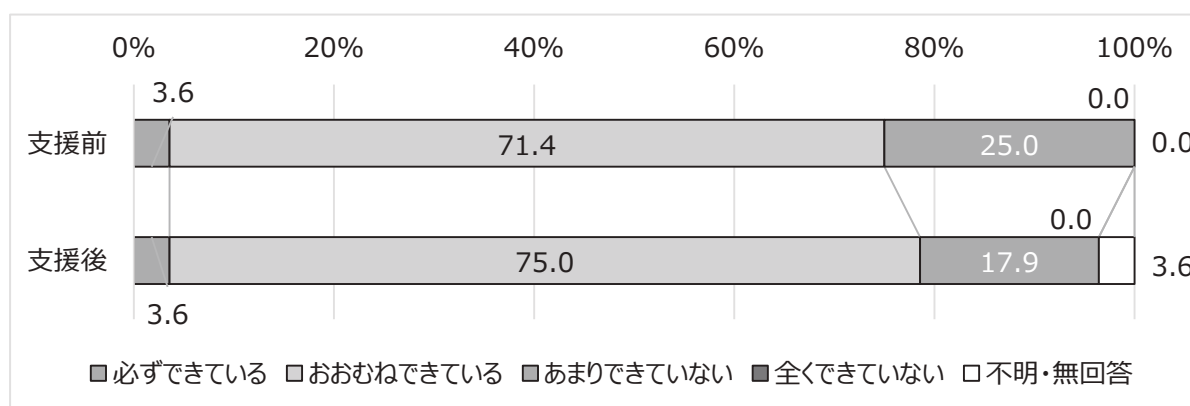


(2) 認知症ケアのアセスメント

認知症ケアのアセスメントでは、「利用者個々のコミュニケーションの状況」「利用者個々の認知症症状のコントロール状況」「利用者個々のBPSDやせん妄の状況」「利用者ご本人やご家族の認知症に関する思い・考え」について「必ずできている」「おおむねできている」の割合が支援後に増加していた。特に認知症症状のコントロール状況、BPSDやせん妄の状況、利用者や家族の認知症への思いへのアセスメントについて「あまりできていない」の割合が約2割減少していた。一方、「利用者個々の心身の状況、ADL、IADL」については「あまりできていない」の回答が2名（7.1%）から3名（10.7%）に増加した。

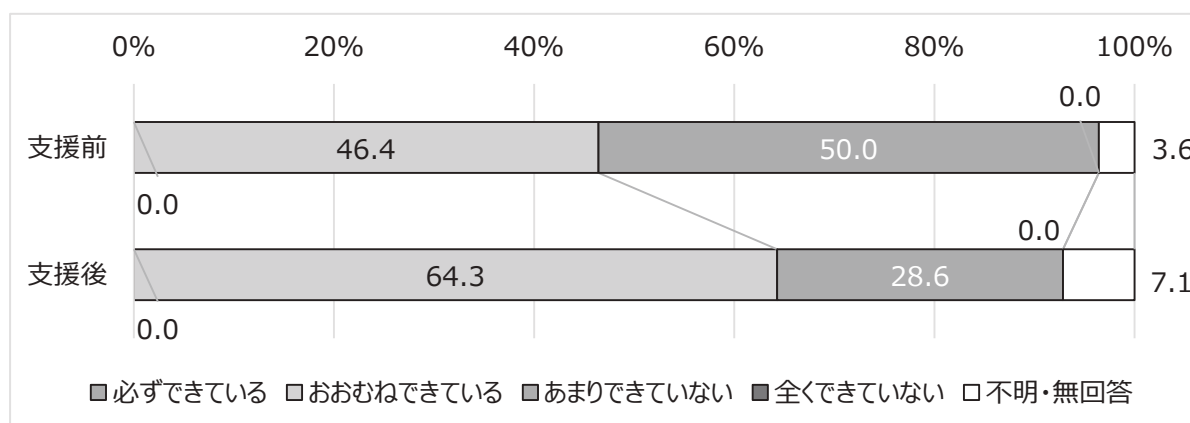
図表 16-3 【利用者個々のコミュニケーションの状況（意思の伝達、理解など）をアセスメントする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



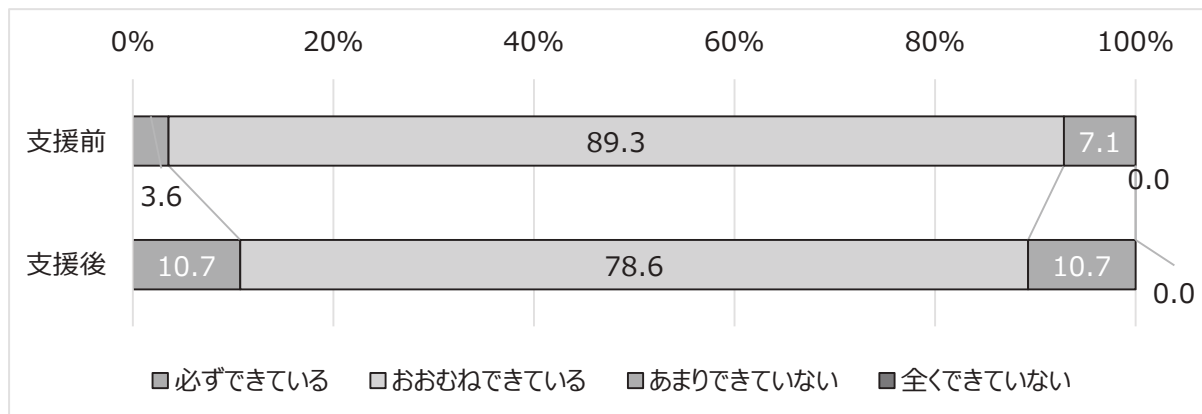
図表 16-4 【利用者個々の認知症症状のコントロール状況についてアセスメントする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



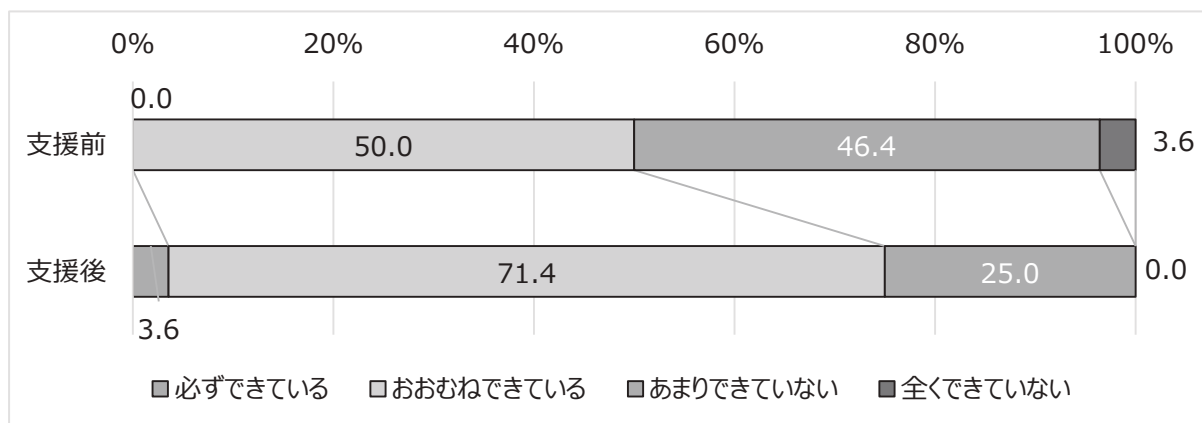
図表 16-5 【利用者個々の心身の状況、ADL、IADL についてアセスメントする】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



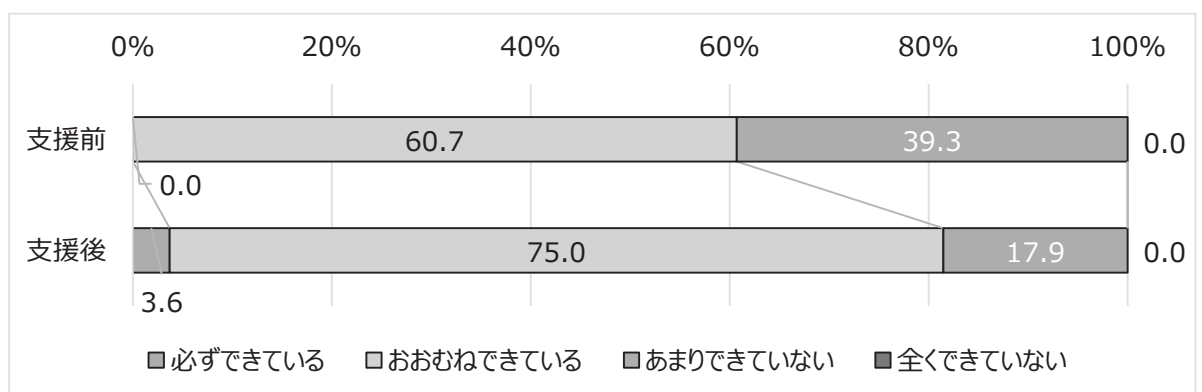
図表 16-6 【利用者個々の BPSD やせん妄の状況についてアセスメントする】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



図表 16-7 【利用者ご本人や家族の認知症に関する思い、考えなどをアセスメントする】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28

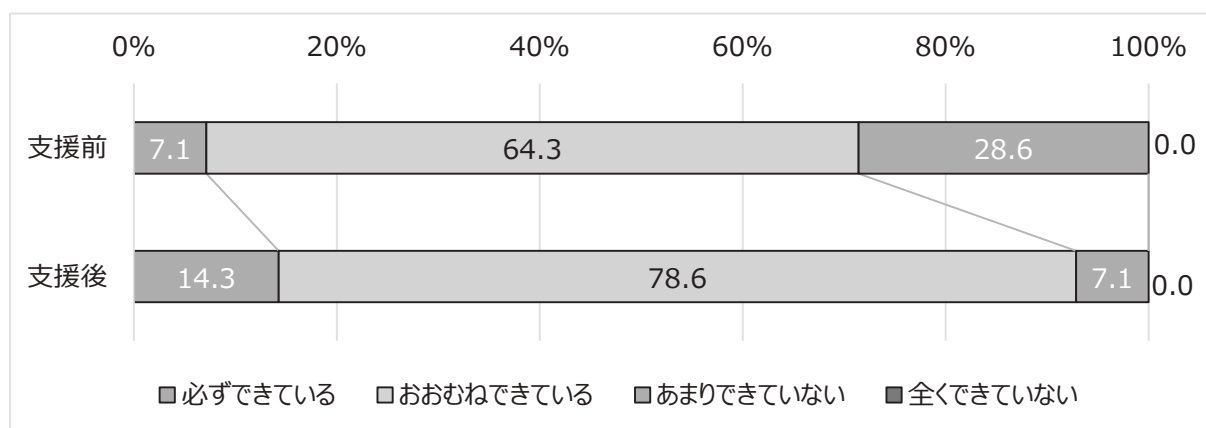


(3) 認知症ケアの実践

認知症ケアの実践として尋ねた「利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、ご本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝える」「利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアする」「利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをする」について「必ずできている」「おおむねできている」の割合は支援後に増加した。特に「利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをする」は「全くできていない」の回答1名(3.6%)は0名となり、「あまりできていない」の回答も17名(60.7%)から6名(21.4%)に減少した。

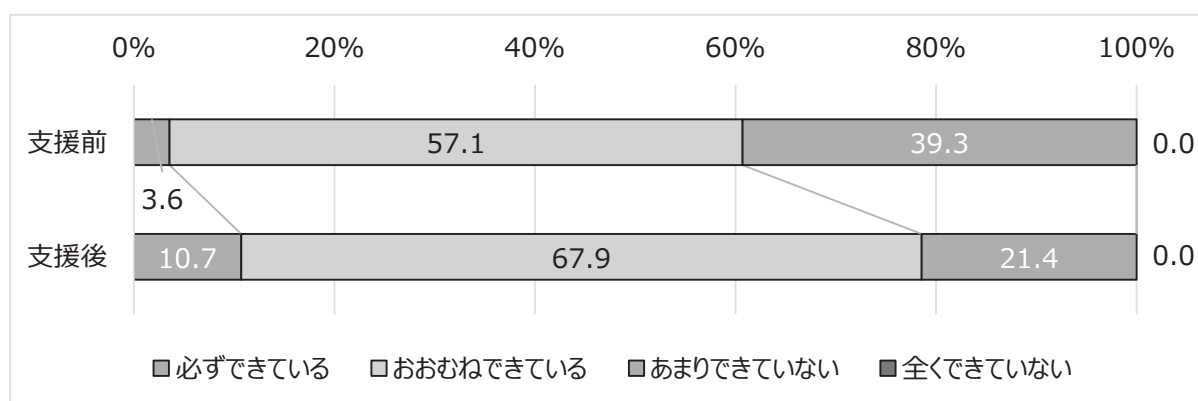
図表 16-8 【利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、ご本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝える】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



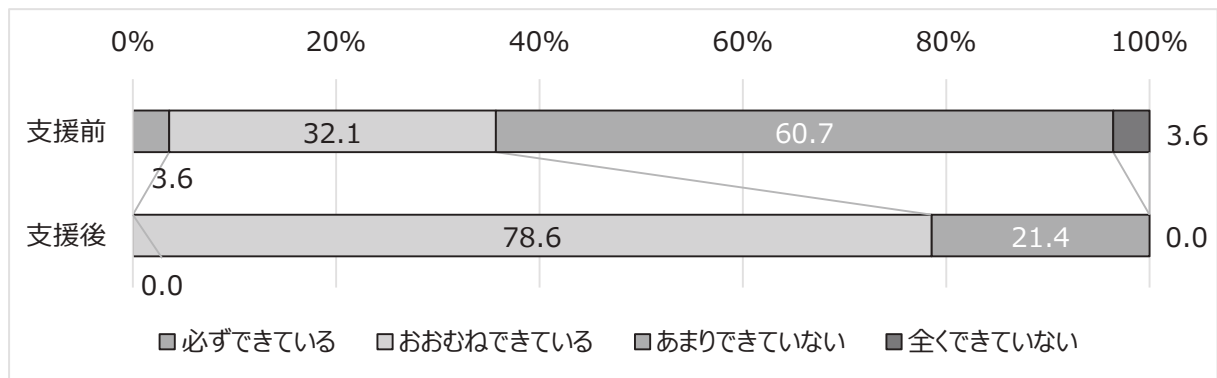
図表 16-9 【利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアをする】

協力事業者 B の管理者による回答 N=28



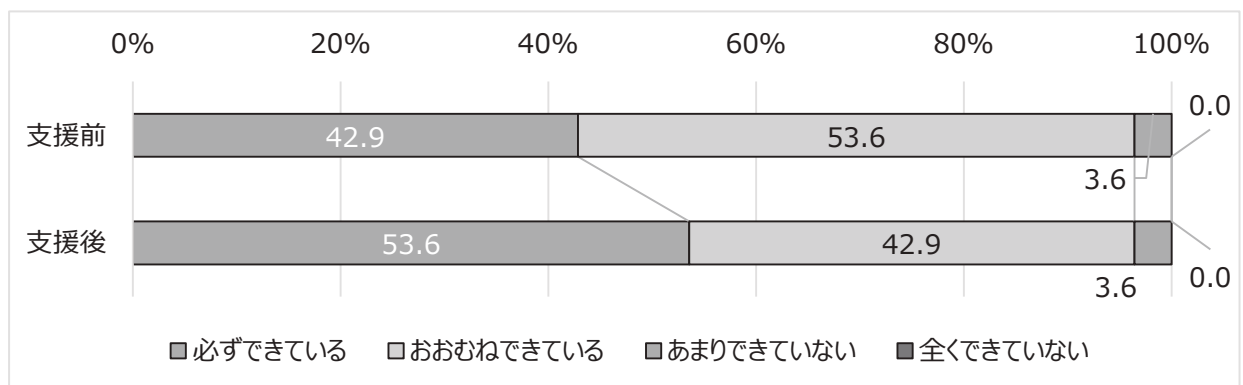
図表 16-10 【利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



図表 16-11 【利用者個々に応じて身体抑制の必要性を検討し、不要な身体抑制を避けてケアをする】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



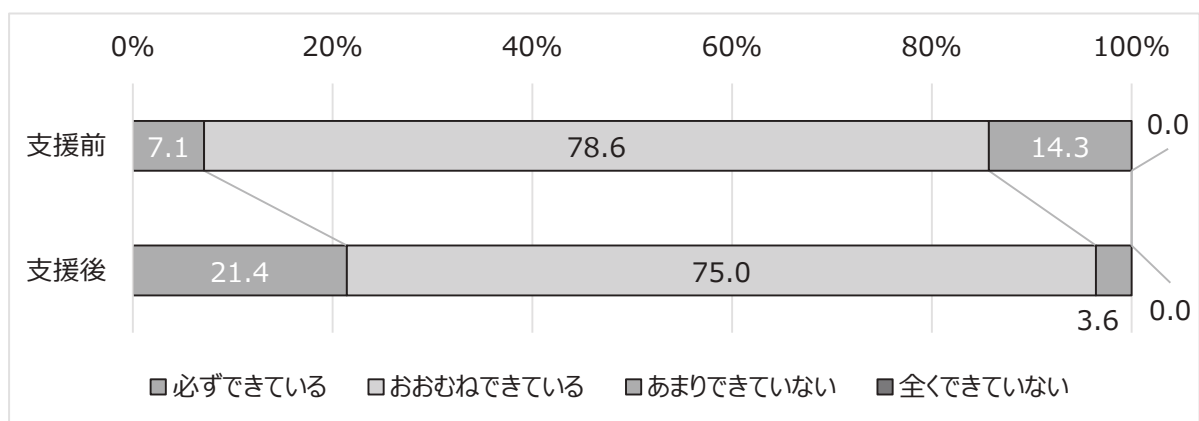
(4) 認知症ケアの評価

認知症ケアの評価として尋ねた「ケア内容について振り返り、定期的に評価する」は「あまりできていない」が4名（14.3%）から1名（3.6%）に減少した。

「ケアプランの評価、見直しについてケアマネジャーと連携を図る」では「あまりできていない」との回答が4名（14.3%）から5名（17.9%）に増加したが、一方で、「必ずできている」との回答は3名（10.7%）から6名（21.4%）に増加した。

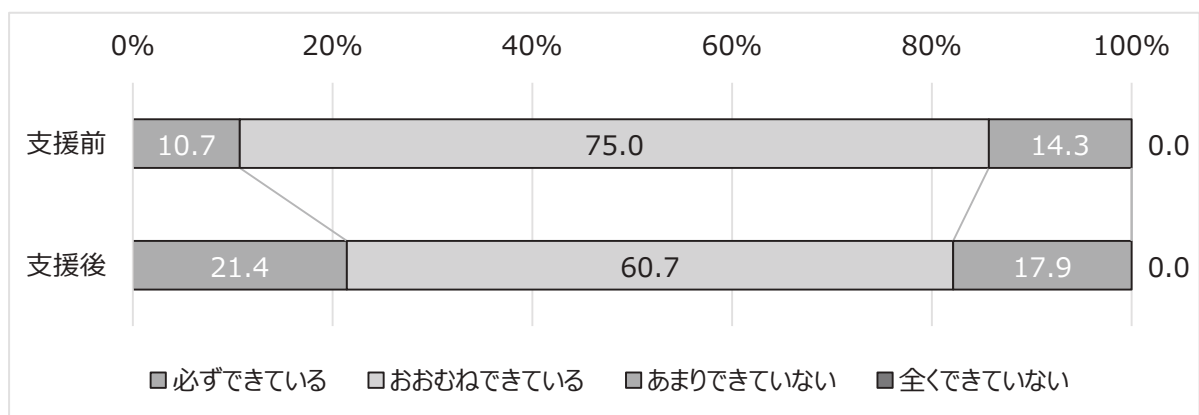
図表 16-12 【ケアの内容について振り返り、定期的に評価する】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



図表 16-13 【ケアプランの評価、見直しについてケアマネジャーと連携を図る】

協力事業者 B の管理者による回答 N = 28



5) 事業所の看護・介護職員への効果

試行事業終了時期（2020年1月下旬）に、協力事業者Bの29か所の事業所に所属する看護・介護職員を対象に個人を特定できないように配慮した自記式質問紙調査を行い、29か所211名から回答を得た。

看護・介護職員の基本情報は図表17のとおりである。

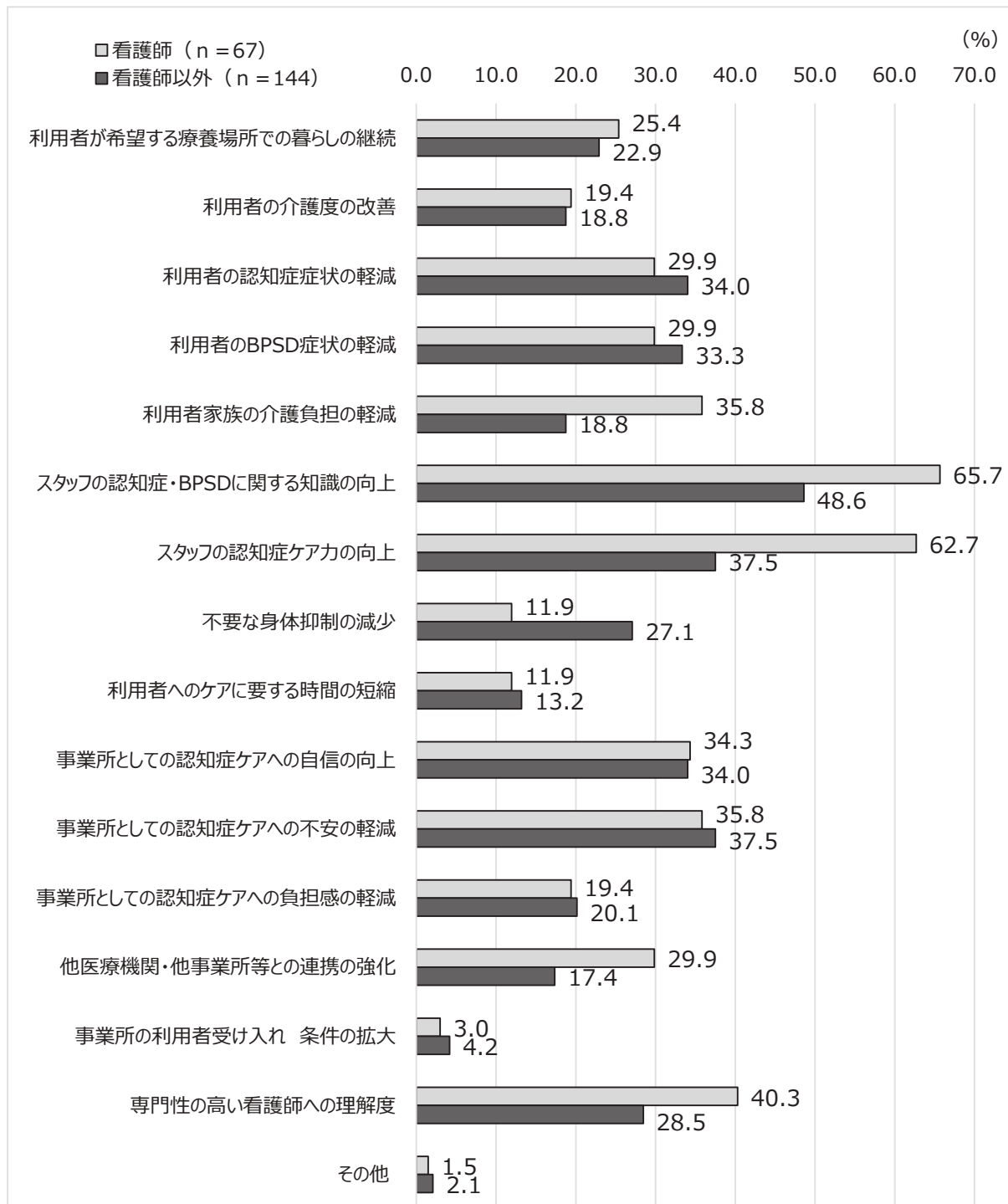
図表17 協力事業者Bの看護・介護職員の基本情報 N=211

		n	%
性別	男性	44	20.9
	女性	166	78.7
	無回答	1	0.5
年齢	20歳未満	2	0.9
	20歳代	19	9.0
	30歳代	58	27.5
	40歳代	66	31.3
	50歳代	32	15.2
	60歳代	19	9.0
	70歳以上	12	5.7
	無回答	3	1.4
職位	管理職	7	3.3
	中間管理職	53	25.1
	スタッフ	139	65.9
	その他	6	2.8
	不明・無回答	6	2.8
勤務状況	常勤	163	77.3
	非常勤(週20時間以上)	29	13.7
	非常勤(週20時間未満)	14	6.6
	その他	1	0.5
	不明・無回答	4	1.9
保有資格(複数回答)	看護師	67	31.8
	介護福祉士	99	46.9
	介護支援専門員	37	17.5
	その他 助産師、保健師、理学療法士、 作業療法士、管理栄養士、 社会福祉士、精神保健福祉士 など	43	20.4
	特になし	10	4.7
医療介護領域での勤務年数	1年未満	4	1.9
	1～3年	9	4.3
	3～5年	8	3.8
	5～10年	35	16.6
	10～15年	48	22.7
	15年以上	99	46.9
	不明・無回答	8	3.8

現在の職場における勤務年数	1年未満	30	14.2
	1～3年	57	27.0
	3～5年	24	11.4
	5～10年	42	19.9
	10～15年	29	13.7
	15年以上	27	12.8
	不明・無回答	2	0.9
受講経験のある研修(複数回答)	認知症介護基礎研修	45	21.3
	認知症介護実践研修	30	14.2
	認知症介護実践者リーダー研修	8	3.8
	その他	43	20.4
	認知症サポーター養成講座	23	10.9
	認知症ケア専門士	2	0.9
	学会主催、施設開催の勉強会など	18	8.5
試行事業への参加状況	個別対応支援と体制整備支援	70	33.2
	個別対応支援のみ	21	10.0
	体制整備支援のみ	81	38.4
	どちらの関わりも特になかった	20	9.5
	不明・無回答	19	9.0

今回の認知症看護認定看護師等による支援が有効だったと思うものについて尋ね、回答者の看護師資格の有無で比較したところ、「スタッフの認知症・BPSDに関する知識の向上」「スタッフの認知症ケア力の向上」「専門性の高い看護師への理解度」は看護師の方が有効だったという回答が多く、「不要な身体抑制の減少」は看護師以外の職員の方が有効だったと回答する割合が多かった。

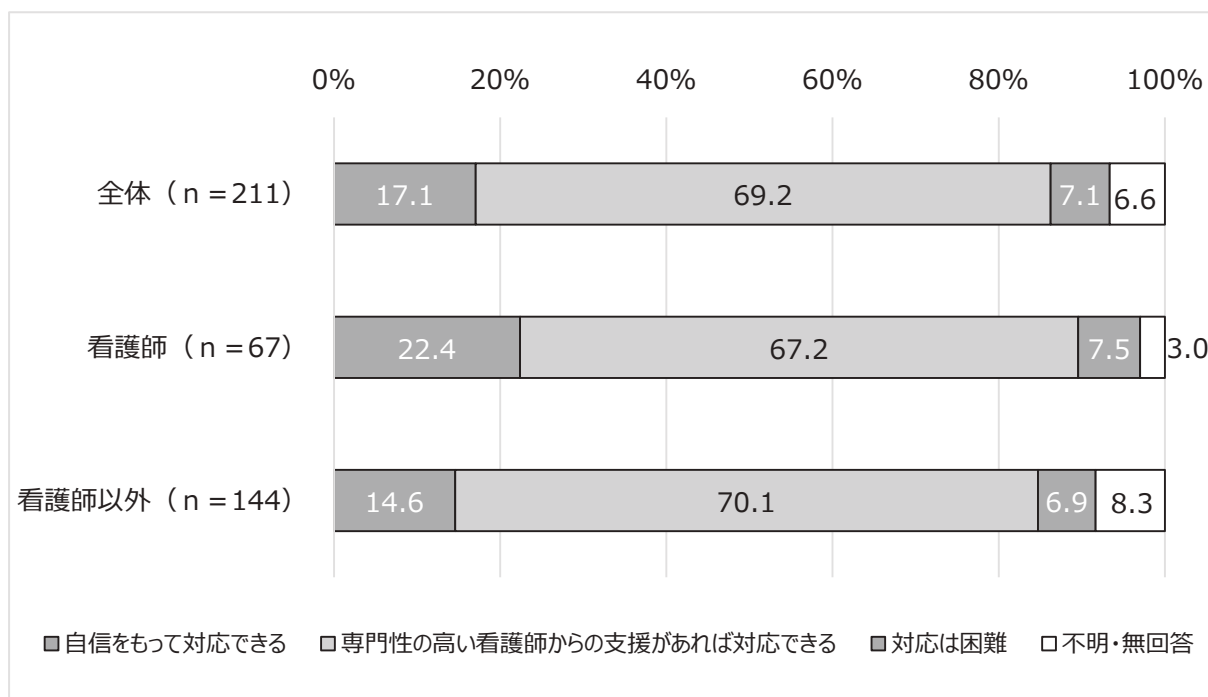
図表 18 看護師資格の有無でみた認知症看護認定看護師等の支援が有効だったと思うもの
(複数回答)



自身の認知症ケアについて自信をもって対応できるかどうかを尋ねると、全体では約7割が「専門性の高い看護師からの支援があれば対応できる」、36名（17.1%）が「自信をもって対応できる」と回答していた。「自信をもって対応できる」と回答した割合は看護師では15名（22.4%）、看護師以外では21名（14.6%）であった。

図表 19 自身の認知症ケアについての対応状況

看護・介護職員による回答 N=211



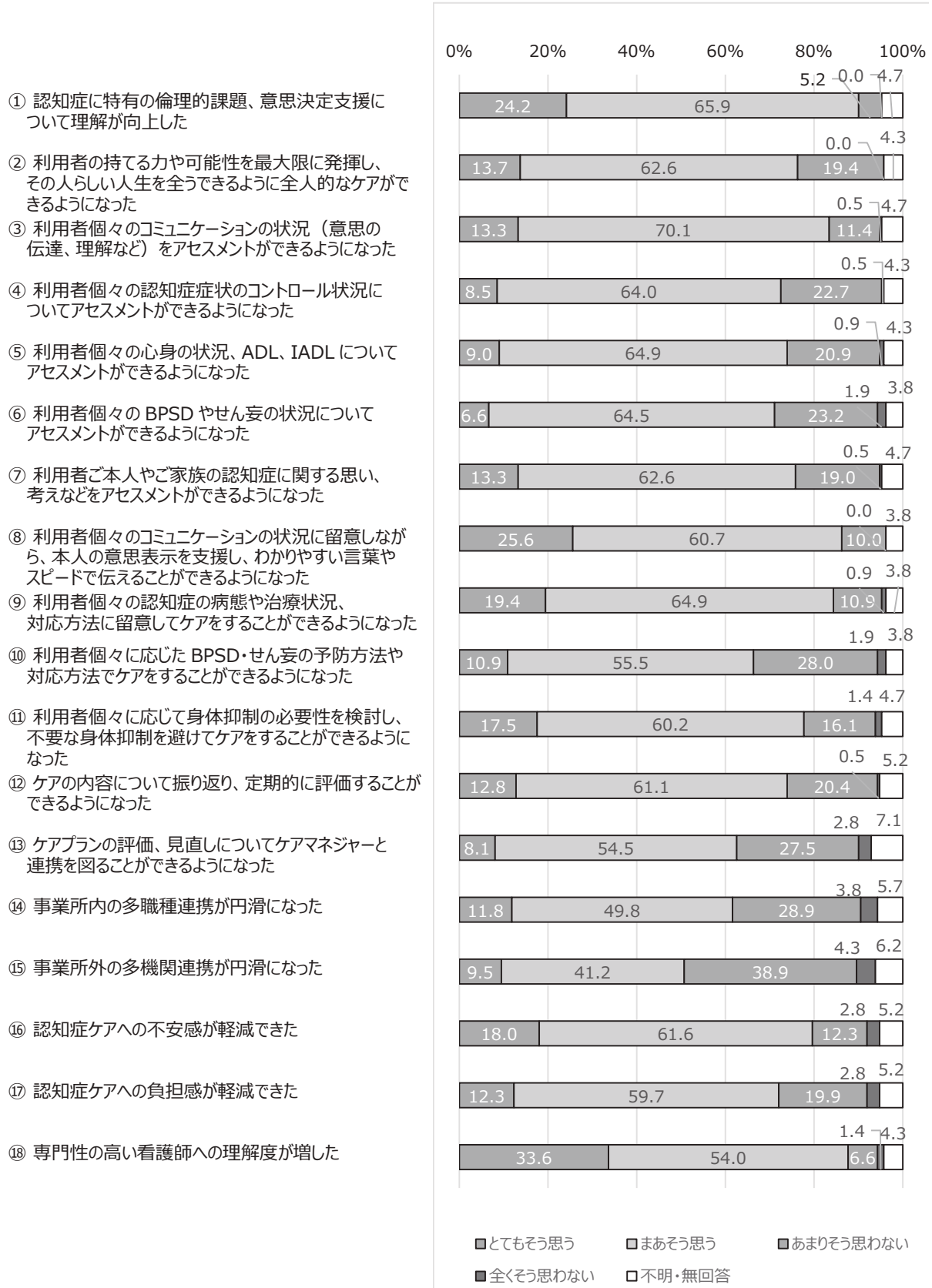
今回の試行事業への参加後の自身の認知症ケアにおける変化18項目について「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の4段階で尋ねた。

「とてもそう思う」「まあそう思う」と回答した割合が8割以上と多かったのは「認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解が向上した」「利用者個々のコミュニケーションの状況（意思の伝達、理解など）をアセスメントできるようになった」「利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝えることができるようになった」「利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアをすることができるようになった」「認知症ケアへの不安感が軽減できた」「専門性の高い看護師への理解度が増した」であった。

一方、「事業所外の多機関連携が円滑になった」「事業所内の多職種連携が円滑になった」の事業所の連携状況については「あまりそう思わない」との回答が約3割と他の項目と比較して多かった。また「利用者個々に応じたBPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをすることができるようになった」も59名（28.0%）が「あまりそう思わない」と回答していた。

図表 20 認知症ケアについての状況

看護・介護職員による回答 N=211



～体制整備支援の例～

※支援を受け入れた協力事業者 B の管理者による「事前情報収集シート（管理者用）」「終了後アンケート（管理者用）」及び、認知症看護認定看護師等が記載した「実施報告書（体制整備支援）」の記載内容を要約。

◆訪問看護への体制整備支援

事業所の課題	クリニック併設の訪問看護ステーションでは、訪問看護師だけでなく他職種からも BPSD による介護拒否や暴力・暴言、せん妄への対応、認知症そのものについて理解を深めたいとの要望があった。日頃の訪問では、易怒性がある利用者への適切な対応方法がわからず、効果的なケアができずに困惑する事例も抱えていた。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、訪問看護に特化せず認知症者との日常的なコミュニケーションについて、就業時間外の 30 分を利用して学習会を開催した。学習会では、アルツハイマー型認知症の事例を用いて、記憶障害のメカニズムや情動の変化の関連性を説明し、認知症者の行動の理由と対処方法の理解を進めた。また、現状の関わりに困難を感じている事例について、事例の背景を参加者同士で確認しあい、学習会の内容と個人の経験を踏まえた効果的な関わりについて考える機会を持った。
事業所の反応・変化	参加者からは「日頃ありがちな困りごとについて、何が問題だったかを考えられた」という自身のケアを見直す声が聞かれた。訪問看護ステーションの管理者からは、学習会とディスカッションの場を持てたことで職員の知識が向上しただけでなく、地域の中に相談できる認知症看護認定看護師等の存在を知り安心感が生まれたとの感想があった。

◆通所事業所への体制整備支援①

事業所の課題	事業所の介護職員は、認知症疾患について学習する機会が少なく、認知症看護認定看護師等から見ても個人の感性や感覚に頼って認知症者を捉えている印象があった。また認知症の病期や周辺症状に合わせた関わりや、認知症者の苦悩への対応に自信が持てない状況、観察した認知症者の様子やディスカッションの内容が記録として残されていない状況があった。加えて若年性認知症特有の記憶障害を自覚した認知症者や家族への支援の必要性を感じつつ、具体的な方策にまで至っていない現状があった。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、支援先の事業所のニーズを把握するために、施設で提供されているサービスやケアの状況を理解することから開始した。具体的には、若年性認知症専門コースへの見学研修や、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式会議へ参加した後、支援先の管理者と話し合い、支援先の事業所のニーズと課題を明確にした。その後、認知症看護認定看護師等は、介護職員が認知症の症状と現象を結び付けて認知症者を理解できるようになる必要があると感じ、認知症に関する知識の向上のための学習会を開催した。認知症看護認定看護師等は、事前に介護職が困っている実際のケースを聴取し、認知症者の言動の背景と知識が結びつくよう工夫し、また介護福祉士のテキスト等を参考にして用語の統一を図り学習会を進めた。
事業所の反応・変化	学習会では介護福祉士から、「あの方は実は寂しかったのではないか」等、対応に困難を感じていたケースの背景にある認知症者の心情を推測する言葉が聞かれ、介護職員の認知症者に対する視点や観察方法が変わった。また施設管理者からは、「介護職員は気持ちや思いだけでなく、認知症を疾患として理解した上で、認知症者への関わり方を考える必要がある」という感想も聞かれた。

◆通所事業所への体制整備支援②

事業所の課題	認知症の利用者が多く、職員は認知症の研修を何度か受講しているものの、医療者による研修の受講経験はなく、医学的な専門的知識と具体的な対応方法、家族支援について専門の看護師に教えてほしいと感じていた。また利用者が家を出て自宅に戻れなくなり何度も警察に保護された事例があり、どのように対応してよいか困っていた。
支援の内容	事業所の看護・介護職を対象に「認知症の方の支援について」講義をした。講義の内容は、認知症の病態、病型、中核症状、BPSD、薬物療法、認知症の人とのコミュニケーションの基本、事例をもとにしたグループワークであった。困難に感じている事例について、対応方法を提案するとともに利用者の言動に目を向ける視点を意識し、考えられる原因や利用者の気持ちを想像できるようなグループワークを行った。認知症看護認定看護師等は、行動の原因を考えるととも病態と関連付けて考えるように伝えた。また、その人の思いを知ろうとすること、認知症の症状に目を向けるのではなく、その人を全人的に理解してケアを行うことを伝えた。
事業所の反応・変化	支援後、職員からは『あの時の症状はこういうことだった』ということが気づけたのがよかった。冷静に対応していたつもりが、改めて感情的になっていた自分を反省し、もっと正面から利用者さんと向き合っていこうと感じた。ご家族も対応に困っていたのなら、このようなテクニックのアドバイスもできると思った。」「今まで問題行動と決めつけて利用者に原因を求めていたが、私たち介護者の行動や環境を見直さなければいけないと思った。」「通所事業所でただ座っているのを見守るだけでなく、大切に生きている時間を有意義なものにしていきたい。」という意見が聞かれた。 介護職員は利用者のできることに視点が転換でき、対応を工夫していた。介護職員が介護者である夫へ「通所事業所での様子」や「利用者ができること」を伝えようと、送迎時に意識してコミュニケーションを図ることにより信頼関係が深まりや、今後の継続した支援につながるのではないかと感じていた。 利用者は、支援前、通所事業所を利用中、落ち着きがなく「帰りたい」と発言していたが、支援後は「帰りたい」という発言が減り、穏やかに過ごす時間が増えた。

◆通所事業所への体制整備支援③

事業所の課題	事業所の管理者は、利用者の認知症の症状が年々進行しているため、現状のケアを継続していくだけではいけないと感じており、考える指標が欲しいと考えていた。また介護職員に対しては、困難事例があったら自分たちで工夫する視点を持ってほしいと思っていた。介護職員は、自分たちが行っているケアについての認知症者の家族への説明や、困っている家族にケアの助言ができるようになりたいと考えていた。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、認知症者のアセスメントやケアを考える視点を記したマニュアルの作成を提案し、介護職員が主体的にケアを考えたり家族対応ができるようになったりすることを期待した。マニュアル作成では、現状で困っているケア内容をヒアリングし、アセスメントやケアの視点だけでなく、事業所で大切にしているケア方針を言語化して記載した。介護職員が、困ったときにいつでもマニュアルを確認でき、家族への説明にも活用しやすいようシーリングするなど、マニュアルの形態も工夫した。
事業所の反応・変化	ケアの根拠となるマニュアルを作成したことで、介護職員は認知症者の状況をアセスメントし、ケアを考えることができるようになっただけでなく、ケアに対する承認が得られ自信につながり、これまで「困りごと」で終わっていたことが、介護職員が主体的に対応できることにつながった。さらに、介護職員の中で、認知症ケアを充実させていこうという意識につながっているように感じられた。

◆入所施設への体制整備支援①

事業所の課題	支援前、施設管理者は入居者の介護度が全体的に重症化するにつれて、職員の介護負担が増加し離職者が増えていることや、認知症ケアの知識や介護方法についての知識が乏しく、介護職員が疲弊し入居者を尊重したケアができていない状況を捉えていた。認知症ケアの取り組み状況では、すべての項目で「あまりできていない」と評価している一方で、事業所での認知症ケアの対応状況は「自信を持って対応できている」と評価していた。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、高齢者や認知症に関する内容と、重症化に対応できる施設運営についての講義を行った。介護職員は認知症に関する講義を受けたことがなく、入居時に多職種で ADL を評価する必要性や近隣の医療機関との連携の必要性を感じたという反応が得られた。
事業所の反応・変化	支援後、施設管理者評価は、認知症ケアの取り組み状況では、「認知症に特有の倫理的課題や意思決定について理解しケアする」「入居者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、ご本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝える」の項目が、支援前「あまりできていない」から支援後「おおむねできている」に改善した。一方で事業所での認知症ケアの「専門性の高い看護師からの支援があればできる」と評価が下がったが、施設管理者から支援後に「定期的に専門性の高い看護師の研修を受講できれば良い」とコメントされており、認知症看護認定看護師等の支援によって、自施設にも認知症ケアの専門的な知識が必要と感じられたと考えられる。

◆入所施設への体制整備支援②

事業所の課題	看護管理者は、介護職員が研修を受ける機会が少なく、経験値で介護を実践しているため、認知症について様々な視点で考える機会が欲しいと考えていた。認知症看護認定看護師等は事前の情報収集により介護職員は生じている現象にのみ着目し対応しているが、現象の背景や誘因・原因を考えることが難しく、一度は落ち着いた認知症者の症状が繰り返されてしまい、職員の負担感が増大していると感じた。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、看護・介護職員への聞き取り調査から、徘徊や興奮・帰宅欲求などの対応で、職員の困難感や負担感が増大していることが分かった。また医療機関で急性期看護の経験が豊富な看護師が多いことから、看護師が老化や複数疾患を有する高齢者の生活を見据えたケアや介護実践が難しい状況や、夜間は介護職のみで対応している状況を考慮して、職種別に認知症の基礎的知識を習得する学習会を企画した。
事業所の反応・変化	学習会後、介護職員は、「自分たちのケアを振り返り見直すことができた」「これまでと異なる(認知症ケアの)視点でアセスメントしていきたい」「学習会に参加できていない介護職にも聞いてほしい」など意欲的な意見が聞かれた。看護管理者は、「施設に夜間の看護師配置がなく、薬物療法を行っている利用者への対応に苦慮していたが、看護師としての役割や職種間の情報共有のポイントについて考える機会となった」と述べた。

◆入所施設への体制整備支援③

事業所の課題	管理者は、職員が日々の業務に追われ、入居者一人ひとりの行動や感情への働きかけができていないことや、職員の認知症対応には其々の拘りや個人差があり、ケアの統一ができていないことが課題と感じていた。
支援の内容	認知症看護認定看護師等は、職員が認知症ケアの学びを深め、個々の入居者のケアを考える機会を持ち、ケアの根拠や意味づけできるように、研修会を開催した。また支援の中で、身体管理の計測をしても記録が残っていないことや、観察した内容を評価していないことに着目し、新たな記録書式を提案した。記録書式は、基準値を明記することで、職員が報告・相談できるよう工夫し、加齢や認知症の進行によって基準値や報告のタイミングが異なることを伝え、職員のアセスメント力が向上するように働きかけた。
事業所の反応・変化	支援後、職員は入居者に変化が現れた際に原因を話し合うことができるようになったり、加齢や認知症症状の変化と身体疾患の影響を結び付けて考える視点に気づいたりできるようになった。施設管理者は、職員が認知症者の個々の行動の要因が理解できたことで、自分たちが行っているケアが適切であったと感じようになり、職員の自己肯定感が上がってきたと感じていた。また、職員の精神的な安定が得られたことで入居者の状態も安定し、認知症の対応を意識して行うことで不穏状態が少なくなっていると感じていた。

4. 認知症者および家族介護者への支援の内容と効果

1) 認知症者および家族介護者の基本情報

個別対応支援の協力者 C として、協力事業者 B の担当者による聞き取り調査で回答を得た利用者 27 名の基本情報は図表 21 のとおりである。

図表 21 利用者の基本情報 (N=27)

		n	%
介護度	平均年齢±SD(歳) 範囲		
要介護 1	80.8±8.6 68-91	6	22.2
要介護 2	82.0±4.2 75-86	6	22.2
要介護 3	86.1±3.5 79-89	7	25.9
要介護 4	91.8±7.4 80-100	5	18.5
要介護 5	91.5±6.4 87-96	2	7.4
認定はまだ受けていない	33.0	1	3.7
性別	男性	9	33.3
	女性	18	66.7
同居家族の有無	あり	19	70.4
	なし	8	29.6
主たる介護者	母親	1	3.7
	配偶者	10	37.0
	子ども	7	25.9
	子どもの配偶者(嫁)	4	14.8
	施設職員	5	18.5
利用している介護保険サービス (複数回答)	訪問看護	17	63.0
	訪問介護	4	14.8
	認知症対応型通所介護	4	14.8
	通所介護	4	14.8
	介護施設等に入所中	7	25.9
	小規模多機能型居宅介護	2	7.4
	その他 訪問入浴、訪問リハビリ、通所リハビリなど	3	11.1

利用者 27 名の医療情報は図表 22 のとおりである。27 名のうち、認知症の診断がついているのは 23 名 (85.2%) で、認知症の病型はアルツハイマー型認知症が 12 名 (44.4%)、前頭側頭型認知症が 2 名 (7.4%) であったが、8 名 (29.6%) は認知症と診断はされているものの病型は不明という回答であった。

認知症以外の医療ニーズを有する疾患・症状としては「治療を要する高血圧」が 11 名 (40.7%) で最も多く、「糖尿病」が 6 名 (22.2%) で続いた。

医療処置としては「服薬管理」11 名 (40.7%) が最も多く、次いで「排便コントロール」7 名 (25.9%)、「インスリン注射」3 名 (11.1%) となっていた。

図表 22 利用者の医療情報 (N=27)

		n	%
認知症の診断・ 治療の状況	認知症の診断はついていない	4	14.8
	認知症の診断はついていないが、まだ治療していない	4	14.8
	認知症の診断はついていて、過去に治療していたが、現在は治療していない	0	
	認知症の診断はついていて、現在治療中である	19	70.4
認知症の病型 (診断済の 23 名)	アルツハイマー型認知症	12	44.4
	脳血管性認知症	0	
	レビー小体型認知症	0	
	前頭側頭型認知症	2	7.4
	若年性認知症	0	
	アルコール性認知症	0	
	正常圧水頭症	0	
	まだら認知症	0	
	軽度認知障害	0	
	病型は不明	8	29.6
	アルツハイマー型と脳血管性認知症	1	3.7
認知症以外の 医療ニーズを 有する疾患・症状 (複数回答)	脳血管疾患(脳梗塞・くも膜下出血等)	3	11.1
	心疾患(心筋梗塞、不整脈等)	0	
	治療を要する高血圧	11	40.7
	上記以外の循環器疾患(心不全、狭心症等)	3	11.1
	糖尿病	6	22.2
	悪性新生物(がん)	1	3.7
	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫や慢性気管支炎を含む)	1	3.7
	慢性閉塞性肺疾患以外の呼吸器疾患(肺炎、肺結核等)	1	3.7
	大腿骨骨折	3	11.1
	大腿骨以外の骨折	3	11.1
	神経難病(ALS、パーキンソン病等)	0	
	認知症以外の精神疾患(うつ、統合失調症等)	1	3.7
	その他 潰瘍性大腸炎、非結核性抗酸菌症、骨粗しょう症など	5	18.5
	医療処置 (複数回答)	インスリン注射	3
中心静脈栄養の管理		0	
インスリン注射・中心静脈栄養 以外の注射・点滴の管理		0	
透析(腹膜透析含む)の管理		0	
ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の管理		0	
酸素療法		0	
人工呼吸器の管理		0	
気管切開の管理		0	
がん性疼痛のコントロール		1	3.7
経管栄養(胃ろう・腸ろう含む)		1	3.7
カテーテル(留置カテーテル等)の管理		0	
喀痰吸引		1	3.7
ネブライザー(吸入)		0	
褥瘡の処置		1	3.7
創傷(褥瘡以外)の処置		1	3.7
服薬管理(薬の飲みすぎ、飲み忘れへの対応等)		11	40.7
排便コントロール(浣腸・摘便等)		7	25.9
導尿		0	
がんの外来化学療法		0	
簡易血糖測定		2	7.4
その他の医療処置 嚥下障害のためのトロミ食	1	3.7	

2) 同行訪問を通じた認知症者および家族介護者への個別対応支援の内容

協力事業者 B の訪問看護ステーションの担当者が事前情報収集シートに記載した「支援を要した利用者の状況」「変化・感想」と、認知症看護認定看護師等が記載した「実施報告書」の内容に基づき、同行訪問による個別対応支援として実施された支援内容を図表 23 に例示する。

認知症看護認定看護師等は、協力事業者 B の訪問看護師や管理者と事前に打ち合わせ、利用者や家族の状況から支援内容を調整の上、訪問看護師とアセスメントの視点やケア実践を共有していた。訪問時には訪問看護師が利用者本人と関わる中、そばにいる家族介護者の思いを傾聴し、不安の緩和のための情報提供やケアの方法について具体的に助言する直接的な支援も実施していた。

支援後の変化として、利用者では BPSD の軽減や、周囲とのコミュニケーションの状況の改善に関する記載が多い一方で、「特に変化は認められない」という記載もあった。介護者の変化では認知症や利用者本人への理解が深まり、介護者の対応力向上につながった事例や、介護に関する不安が軽減できた事例が多く記載されていたが、認知症看護認定看護師等の助言が実際の行動変容にはつながらず、「特に変化は認められない」と記載された事例も数例あった。また介護者への聞き取り調査では支援後の回答を拒否され、聞き取り調査が完了できなかった事例が 1 事例あった。

支援後の事業所の変化としては、同行訪問で得られた知見を事業所内で共有し、他の利用者へのケアに活かすなど、個別対応支援で同行した訪問看護師のみならず、事業所全体のケアの質向上につながるという報告があった。また、認知症看護認定看護師等が家族の思いを傾聴し、利用者とその家族へのアセスメントを深めることで事業所での家族との関わりを支援できた、利用者の状況にあったケアの実践につながる多職種との連携を支援できたという事例があった。

図表 23 同行訪問による個別対応支援の例

<p>■支援を要した利用者の状況</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 若年性認知症(前頭側頭型認知症)で活用できる社会資源が少なく、家族関係の悪化、介護力低下の可能性が高く、利用者のケア拒否が出現していて対応が難しい • 内服薬の自己管理ができず、疾病コントロールが難しくなっており、自宅に鍵をかけるなどのケア拒否がある • 夫婦ともに認知症で、利用者はがんターミナル期にもかかわらず、感情や意思の表出が少ないため苦痛のコントロールが難しく、看取りに向けた QOL 向上を図れる看護を考えたい • ケア拒否や、感情失禁、情緒の波に家族が対応できず、介護負担が増大しているので対応を考えたい • 介護者に相談相手がおらず、介護負担が増大し、虐待事案として行政から経過観察となって対応に苦慮している
<p>■実施内容</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 認知症者の心理の理解や、行動の原因に着目するアセスメント、支援方法について共有した • 認知症の症状、個々の状況に応じたコミュニケーションのポイントを伝えた • 認知症の状態、身体状況について医学的な立場からのアセスメントを共有した • 訪問看護師や介護者のケアのよいところを承認してねぎらい、介護者の思いを傾聴した • 各種サービスを利用しながら介護者の介護負担の緩和を目標として利用者に関わり、利用者の生活の中で混乱している事柄を整理・調整した • 介護者に対して思いを傾聴し、不安が緩和できるような認知症に関する情報提供を行った • 介護者が困難に感じていることについて、具体的にいくつかの方法を提案し選択できるよう助言した
<p>■変化・感想</p>
<p>【利用者】</p> <ul style="list-style-type: none"> • ケア拒否、興奮、抵抗の回数が減った • 穏やかな時間が増え、自分から思い出を語ることが増えた • 新たにデイサービスの利用を開始することができ、その結果、清潔レベルの改善、不眠や失禁の解消が図られ、日常的なケア拒否も減少できた • 痛みの表出方法を工夫したことで、利用者自身が苦痛を表現できるようになり、医師と連携したターミナル期の苦痛緩和を図ることができた • 1 回の訪問では、特に変化は認められなかった
<p>【介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 介護者が、認知症の症状と介護者の困り事に関連付けて考えられるようになり、認知症者への理解が促され、介護を肯定的に捉えることができた • 支援前には「両親はボケているのでわからない」と話していた介護者が、支援後は「本人(認知症者)の表情が変わり、よくしゃべるようになった」と発言。看取り後も「家で看取れたのでよかった」と話された • 介護者の不安や緊張が緩和され、その結果、認知症症状の捉え方、声掛けや関わり方が変化し、介護負担感が軽減できた • 介護者が不安から連日、事業所に架電していたが、支援後には「看護師に相談するタイミングが分かった」と、一切架電がなくなった • 介護、ケアの方法をいくつか提案したが行動変容には至らなかった
<p>【事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 看護技術を見直し、基本的な看護が利用者への苦痛の軽減につながることを事業所内で共有した • 同行訪問で得た知識を事業所内で共有し、他の利用者のケアへ応用できるようになった • これまでの訪問では聞けなかった家族の思いを知ったことで、訪問看護師と家族がコミュニケーションをとりやすくなった • 訪問看護と訪問リハビリが情報共有し、利用者の生活を中心にしたケアプランへと変更し、相互の連携が取れるようになった

3) 事業所訪問を通じた認知症者および家族介護者への個別対応支援の内容

協力事業者 B の在宅・介護サービス事業所の担当者が事前情報収集シートに記載した「支援を要した利用者の状況」「変化・感想」、認知症看護認定看護師が記載した「実施内容」の内容に基づき、事業所訪問による個別対応支援として実施された支援内容を図表 24 に例示する。

協力事業者 B の事業担当者と認知症看護認定看護師等が事前に打ち合わせをして、利用者や家族の状況から支援内容を調整し、職員へ利用者のケアのポイントや心身の状況と認知症症状の関連などのアセスメントの視点やケア実践の共有が行われていた。

事業所訪問時には、利用者の認知症の病態や心身の状況をとともにアセスメントし、起きている事象のみにとらわれず背景要因を考えたり、認知症者の個別の状況に応じたコミュニケーションのポイントや工夫、職員の表情、事業所の雰囲気づくりに配慮したりしてケアを行う重要性について伝える支援が行われていた。また、利用者の「できる能力」、嗜好、生活歴に配慮し、役割行動の再構築をとともに考えたり、「できる能力」に着目した関わりを職員に促したり、さらに、利用者のできていることやポジティブなことを介護職員から家族に伝えていくよう助言することにより事業所職員が家族介護者をサポートできるよう支援していた。

支援後の変化として、利用者では BPSD の軽減や、何らかの作業（食事の準備、洗濯物の片づけなど）を集中して行うようになったなど新しい役割の獲得や、塗り絵などの活動を通じて穏やかに集中した時間の増加が報告された。家族介護者からも利用者の状況が落ち着いた、これまで利用者の行動を全て問題行動として捉えていたことが気にならなくなった、利用者とのコミュニケーション状況が改善したなどの記載があった。

支援後の事業所の変化としては、職員が利用者の心身の状況を広く捉えられるようになった、利用者のためにできるケアがもっとあると気づいた、利用者の「できること」へ着目できるようになった、職員の話し方や雰囲気づくりに配慮できるようになったなど、職員が得られた知見を事業所内で共有し、事業所全体の認知症ケアへのよい取り組みにつながっているという報告があった。

図表 24 事業所訪問による個別対応支援の例

<p>■支援を要した利用者の状況</p>
<ul style="list-style-type: none"> • デイサービス利用時に他者への暴言が多く、対応が難しい • 事業所は、小多機の利用回数を増やした方がよいと考えているが、家族の同意が得られない • 家族が利用者の徘徊について行動制限を強めるようになっており、今後のケアの方向性が見出しにくい • 認知機能の低下により、何度もトイレに行ったことを忘れてしまい、排泄行動が頻回で、職員が要求に応じないと大声を出すなど対応に苦慮している • 認知機能の障害、症状がどのように生活に影響するのか、判断したり、対応したりするのが難しい • 認知症の進行、ADL の低下、褥瘡の悪化がある入所者への対応に苦慮している • 一時帰宅や今後の療養方法について、介護者と親族で意見が分かかれ、介護者による虐待が疑われている
<p>■実施内容</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 認知症の病態や心身の状況とともにアセスメントし、目の前の BPSD のみにとらわれず、背景要因を考え、コミュニケーションのポイントや職員の表情、事業所の雰囲気づくりに配慮してケアを行う重要性について伝えた • 利用者の「できる能力」、嗜好、生活歴に配慮し、役割行動の再構築とともに考えた • 利用者の「できる能力」に着目した関わりを職員に促し、できていることやポジティブなことを介護職員から家族に伝えていくように説明した • 多職種と家族を交えたカンファレンスを行い、利用者の施設での様子を共有することで、今後の療養計画を共有した • 介護職員のケア方法を肯定的にフィードバックした • 一時帰宅時には、紙芝居を使って家族へ認知症について説明し、家族の疑問に一つ一つ回答することで、家族の認知症への理解を促した
<p>■変化・感想</p>
<p>【利用者】</p> <ul style="list-style-type: none"> • サービス利用時の BPSD の出現、帰宅願望の訴えが減少した • 穏やかに過ごす時間が増えた • 発語、笑顔が増えた • 気が紛れる軽作業への参加が増えた • 興奮、帰宅願望、焦燥感、悲壮感が減った
<p>【介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 介護者が問題と思っていた利用者の行動が、気にならなくなった • サービス利用を断っていた介護者が利用回数の増加に同意し、その結果、介護者に余裕ができ、利用者への声かけや接し方に変化が見られた • 虐待を疑われていた家族の中で、家族自らが家族会議を持つようになり、「療養場所はどこであれ、本人が笑顔で過ごせる時間を長くする」という家族の共通した目標を確認できた
<p>【事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者のためにもっとできるケアがあることに気づいた • 利用者の症状の波に応じて介護職員が適度な距離を保つ等、対応に変化が見られた • 利用者の認知症症状と身体症状の全体像を理解できた • 送迎時に、事業所職員が介護者へ利用者のプラスメッセージを伝えるよう努めたことで、事業所全体が利用者の「できること」に着目するように変化した • 介護職員の話し方や環境づくりに目が向けられるようになった • 利用者が不安に感じている状況や気持ちについて、職員が理解し、考えて接するようになった

4) 認知症者の BPSD に関する効果

利用者の認知症に伴う BPSD を測定する尺度として Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD 短縮版 (以下、DBD-13 とする。)) を活用した。BPSD の 13 項目について「まったくない」を 0 点、「常にある」を 4 点とした 5 段階で評価したもので、得点が高いほど BPSD の出現頻度が多い。訪問看護師または事業所の担当者に記入を依頼した。

利用者 27 名の DBD-13 のスコアは図表 25-1 のとおりで、支援の前後でのスコアの変動を示したのが図表 25-2 である。支援前には 30 点以上の利用者が 5 名 (18.5%) であったが、支援後は 1 名 (3.7%) に減少しており、支援前後のスコアの変化をみると、10 点以上の減少が 5 名 (18.5%)、1~9 点の減少が 11 名 (40.7%) で、6 割近くの利用者で BPSD が好転していることが示された。一方でスコアが上昇している利用者も 8 名 (29.6%) いた。

各項目の支援前後の変化は図表 26-1 から図表 26-13 のとおりである。

「世話されるのを拒否する」では「まったくない」「ほとんどない」を合わせた回答割合が増加し、「場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする」では「常にある」「よくある」を合わせた回答割合が減少した。

図表 25-1 利用者 27 名の DBD-13 尺度のスコア N=27

	支援前		支援後	
	n	%	n	%
1-9	2	7.4	6	22.2
10-19	9	33.3	7	25.9
20-29	9	33.3	12	44.4
30-39	5	18.5	1	3.7
40 以上	0	0.0	0	0.0
不明・無回答	2	7.4	1	3.7
平均±SD	20.68±7.95		17.85±8.11	
範囲	2 - 32		2 - 30	

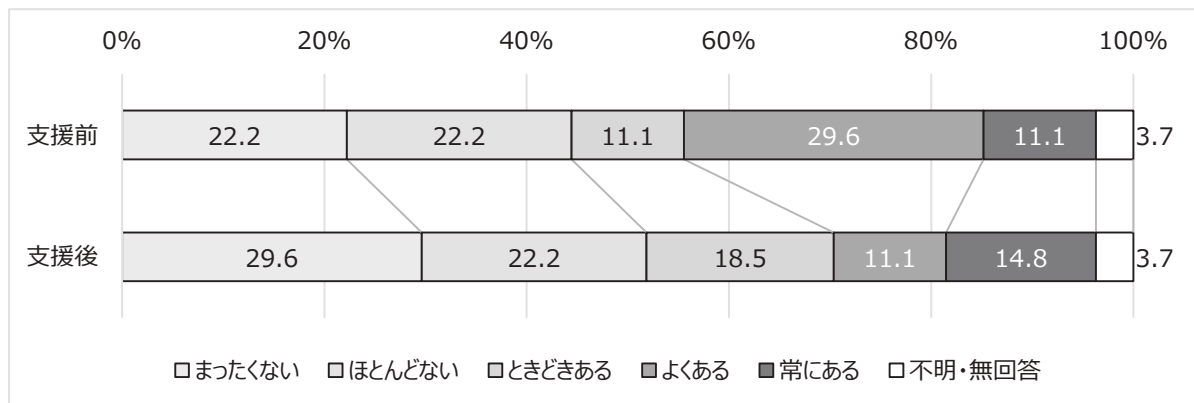
図表 25-2 利用者 27 名の DBD-13 尺度のスコア
支援前後の差 N=27

	n	%
10 点以上 減少	5	18.5
1~9 点 減少	11	40.7
増減なし	1	3.7
1~9 点 増加	7	25.9
10 点以上 増加	1	3.7
不明・無回答	2	7.4
平均±SD	-2.96±7.16	
範囲	-17 - +15	

図表 26-1 DBD-13 因子 1：記憶、不安、不信感

【よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている】

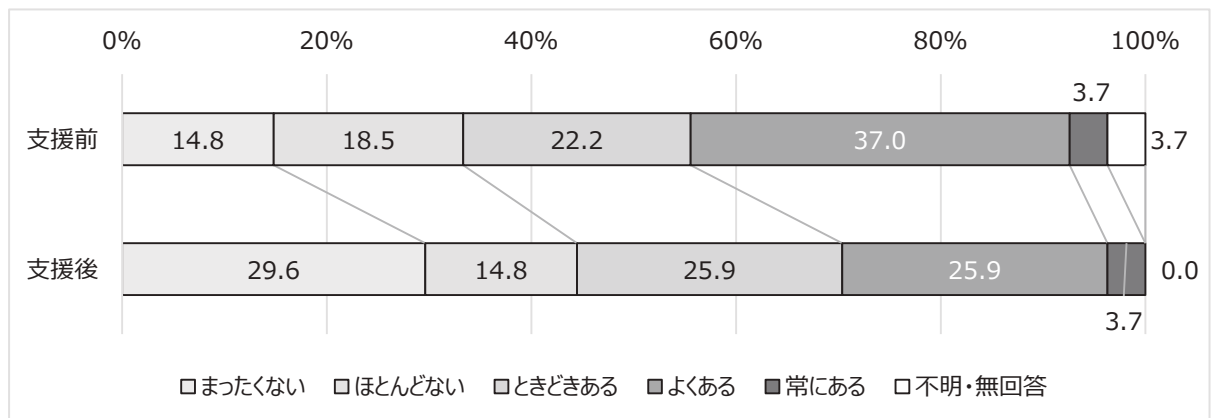
利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



図表 26-2 DBD-13 因子 1：記憶、不安、不信感

【世話されるのを拒否する】

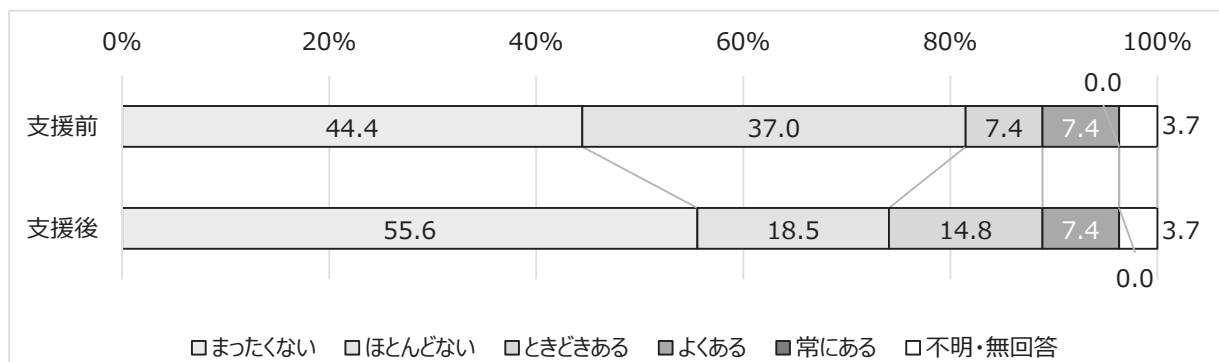
利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



図表 26-3 DBD-13 因子 1：記憶、不安、不信感

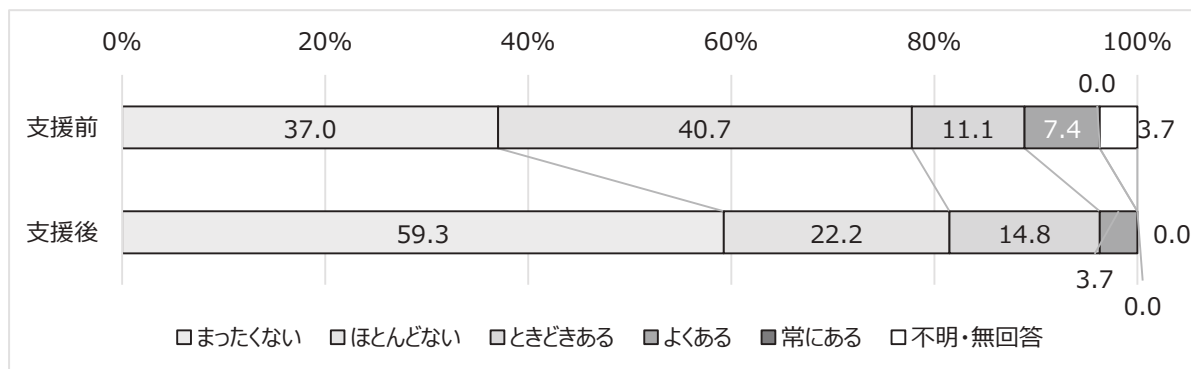
【明らかな理由なしに物を貯め込む】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



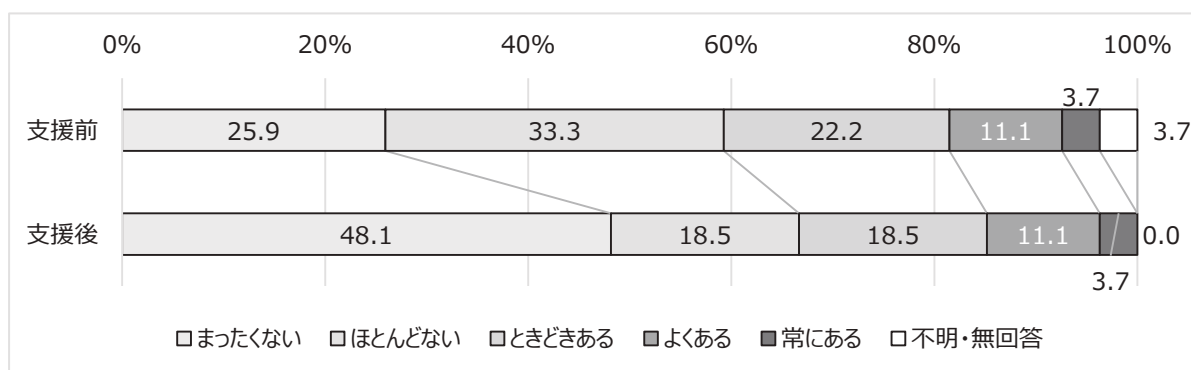
図表 26-4 DBD-13 因子1：記憶、不安、不信感
【引き出しやタンスの中身を全部出してしまう】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



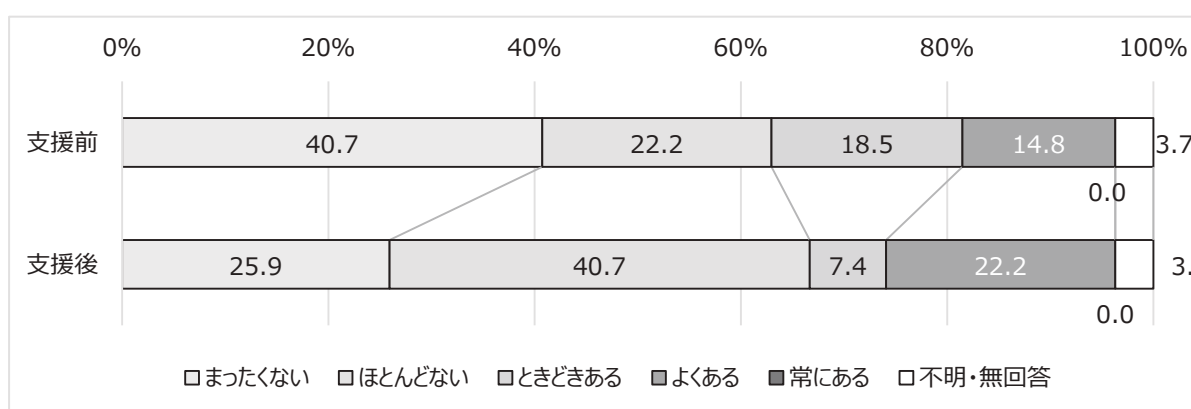
図表 26-5 DBD-13 因子2：陽性症状、言語性
【特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



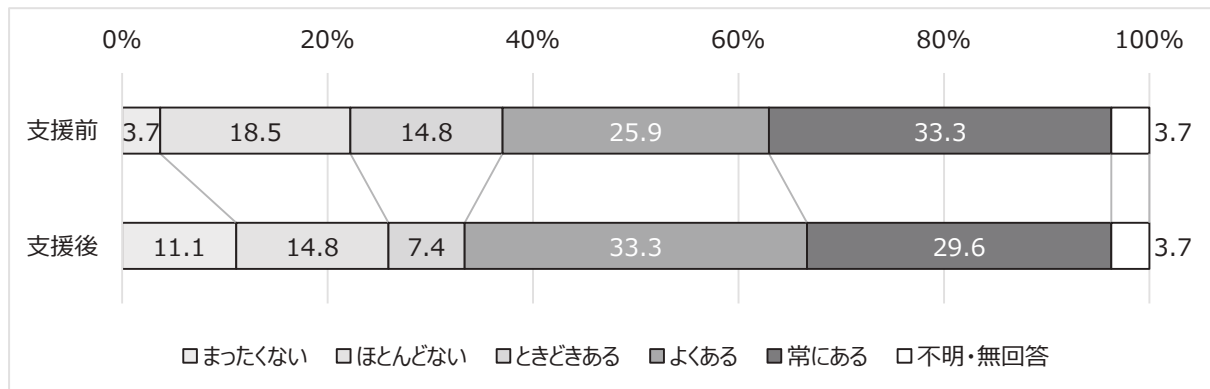
図表 26-6 DBD-13 因子2：陽性症状、言語性
【口汚くののしる】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



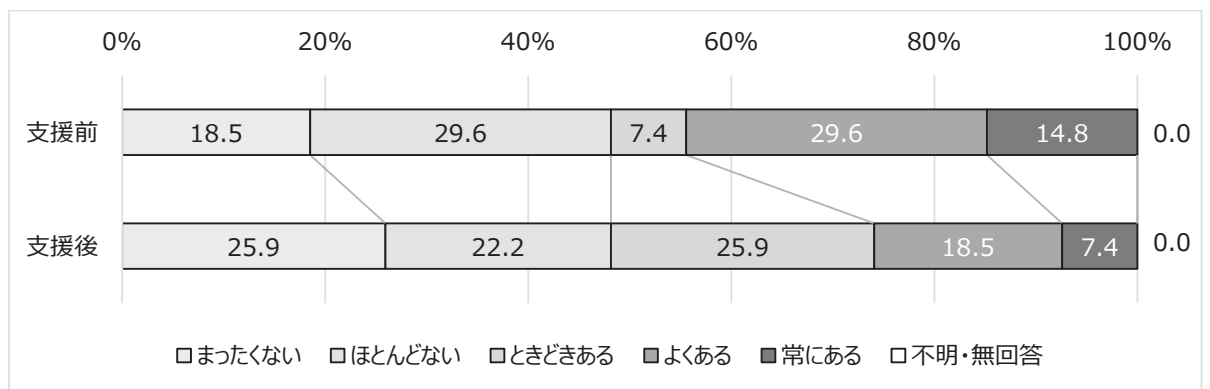
図表 26-7 DBD-13 因子3：陰性症状、うつ
【同じことを何度も何度も聞く】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



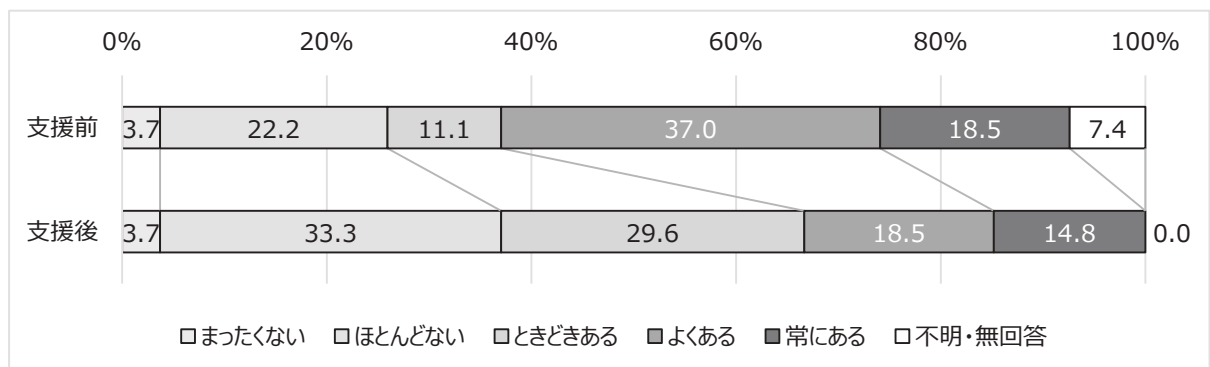
図表 26-8 DBD-13 因子3：陰性症状、うつ
【昼間、寝てばかりいる】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



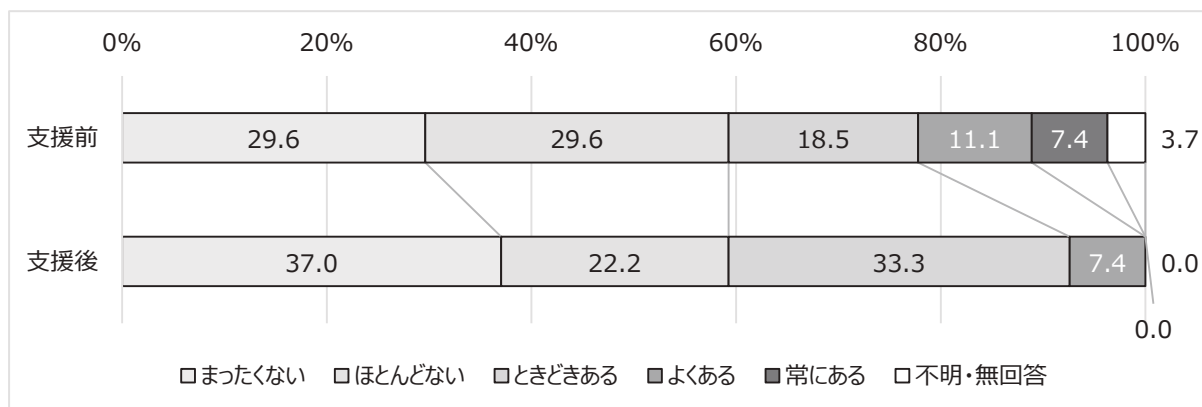
図表 26-9 DBD-13 因子3：陰性症状、うつ
【日常的な物事に関心を示さない】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



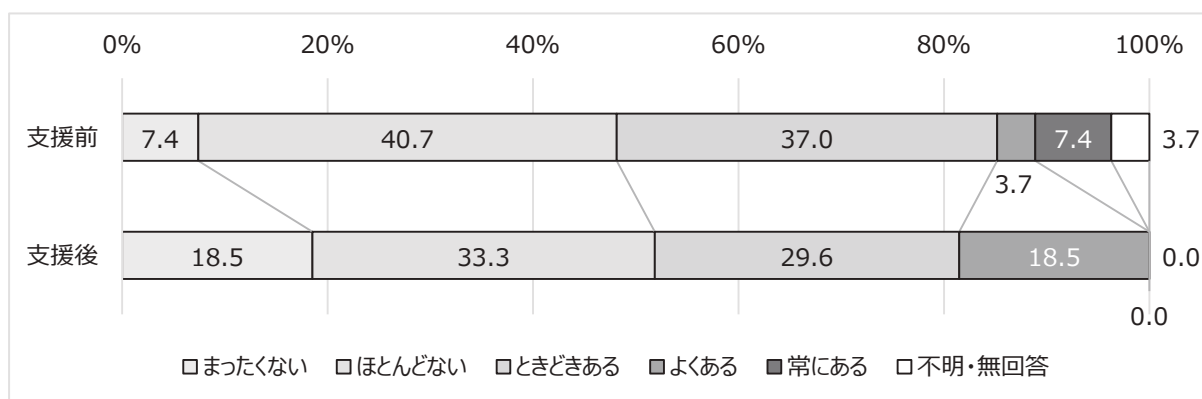
図表 26-10 DBD-13 因子 3：陰性症状、うつ
【場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



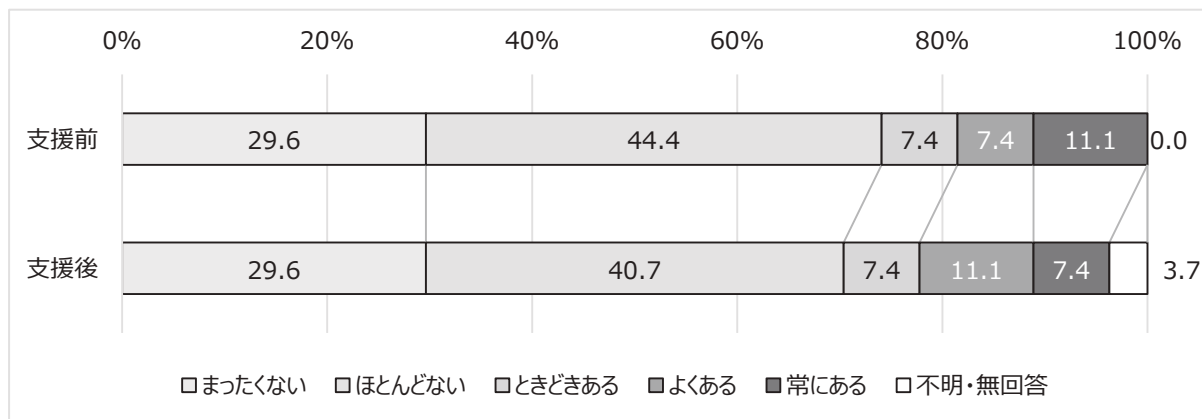
図表 26-11 DBD-13 因子 4：陽性症状、動作性
【特別な理由がないのに夜中起き出す】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



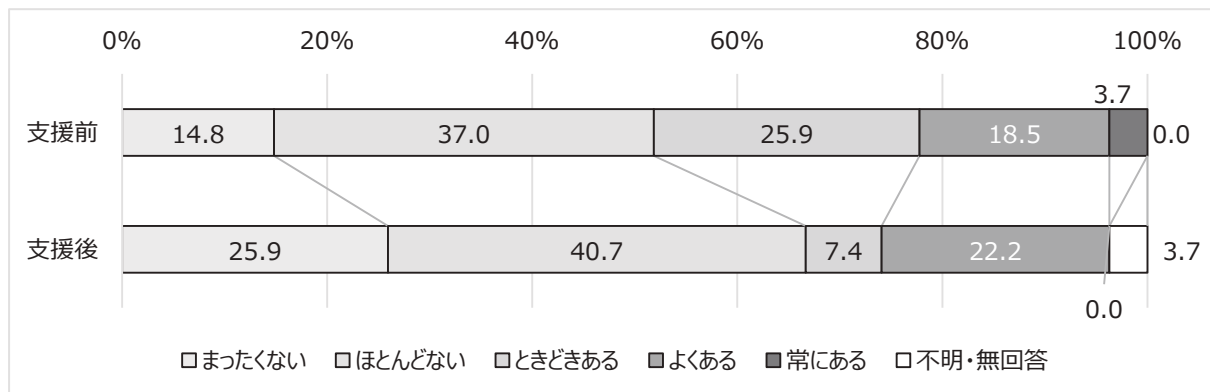
図表 26-12 DBD-13 因子 4：陽性症状、動作性
【やたらに歩き回る】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



図表 26-13 DBD-13 因子 4：陽性症状、動作性
【同じ動作をいつまでも繰り返す】

利用者 N = 27、聞き取り調査による回答



5) 家族介護者への効果

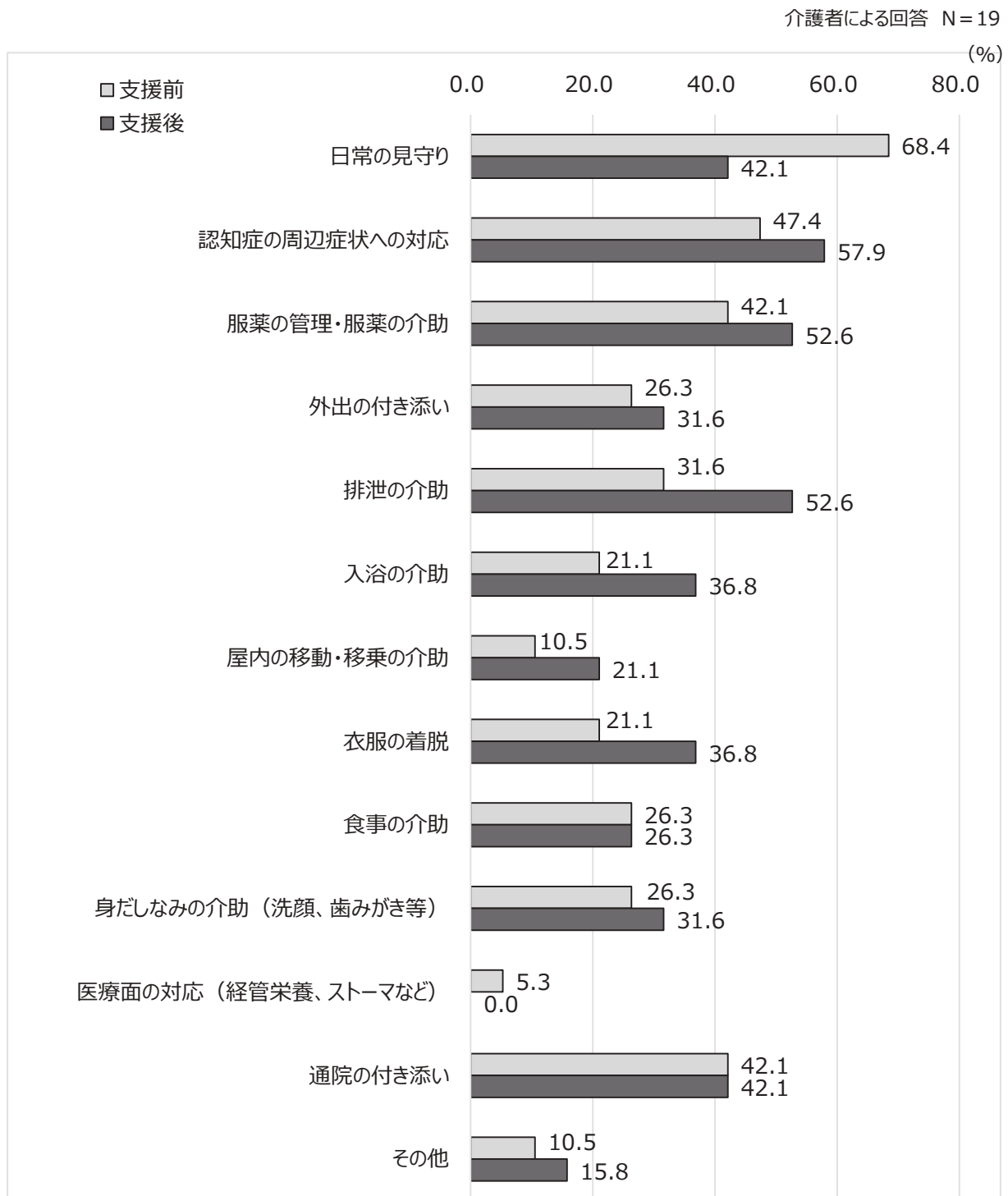
協力事業者 B の担当者から個別対応支援の協力者 C として家族介護者へ聞き取り調査を行い、回答を得た家族介護者 19 名の基本情報は図表 27 のとおりである。

図表 27 主たる家族介護者の基本情報 N=19

年齢	平均±SD	67.6±14.1 歳	範囲	45-86
		n	%	
性別	男性	5	26.3%	
	女性	14	73.7%	
利用者からみた続柄	母親	1	5.3%	
	配偶者	9	47.4%	
	子ども	5	26.3%	
	子どもの配偶者(嫁)	4	21.1%	
利用者との同居の有無	あり	16	84.2%	
	なし	3	15.8%	
他の家族からのサポートの有無	あり	13	68.4%	
	なし	5	26.3%	
	無回答	1	5.3%	

日頃の介護の内容について、特に負担に感じることを尋ね、支援の前後で比較すると、「日常の見守り」は13名（68.4%）から8名（42.1%）に回答が減少した一方、「認知症の周辺症状への対応」、「服薬の管理・服薬の介助」、「外出の付き添い」、「排泄の介助」、「入浴の介助」、「屋内の移動・移乗の介助」、「衣服の着脱」、「身だしなみの介助（洗顔、歯みがき等）」は負担を感じる内容としての回答が増加した。

図表 28 日頃負担に感じている介護の内容（複数回答）



家族介護者の介護負担感を測定する尺度として短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI_8) を活用した。介護負担感を尋ねる 8 項目について「思わない」を 0 点、「いつも思う」を 4 点とした 5 段階で評価したもので、得点が高いほど介護負担感が高い。

家族介護者 19 名の J-ZBI_8 のスコアは図表 29-1 のとおりで、支援の前後でスコアの変動を示したのが図表 29-2 である。支援前には 16 点以上の家族介護者が 9 名 (47.3%) であったが、支援後は 5 名 (26.4%) に減少しており、支援前後のスコアの変化をみると、10 点以上の減少が 2 名 (10.5%)、1~9 点の減少が 7 名 (36.8%) であった。一方でスコアが上昇している利用者は 3 名 (15.8%)、変化なしが 4 名 (21.1%) であった。

各項目の支援前後の変化は図表 30-1 から図表 30-8 のとおりである。

図表 29-1 家族介護者 19 名の J-ZBI_8 尺度のスコア N=19

	支援前		支援後	
	n	%	n	%
0-7	3	15.8	4	21.1
8-15	5	26.3	9	47.4
16-23	7	36.8	4	21.1
24-32	2	10.5	1	5.3
不明・無回答	2	10.5	※1	5.3
平均±SD	15.5±7.3		12.6±6.4	
範囲	3-29		2-24	

※支援後の無回答の 1 名は「介護負担感増強し、聴取できなかった。

支援事業後の思いの表出はされず」(訪問看護師記載)とあり、事後調査への回答を拒否した事例であった。

図表 29-2 家族介護者 19 名の J-ZBI_8 尺度のスコア

支援前後の差 N=19

	n	%
10 点以上 減少	2	10.5
1~9 点 減少	7	36.8
変化なし	4	21.1
1~9 点 増加	3	15.8
10 点以上 増加	0	0.0
不明・無回答	3	15.8
平均±SD	-2.94±6.03	
範囲	-20 - +4	

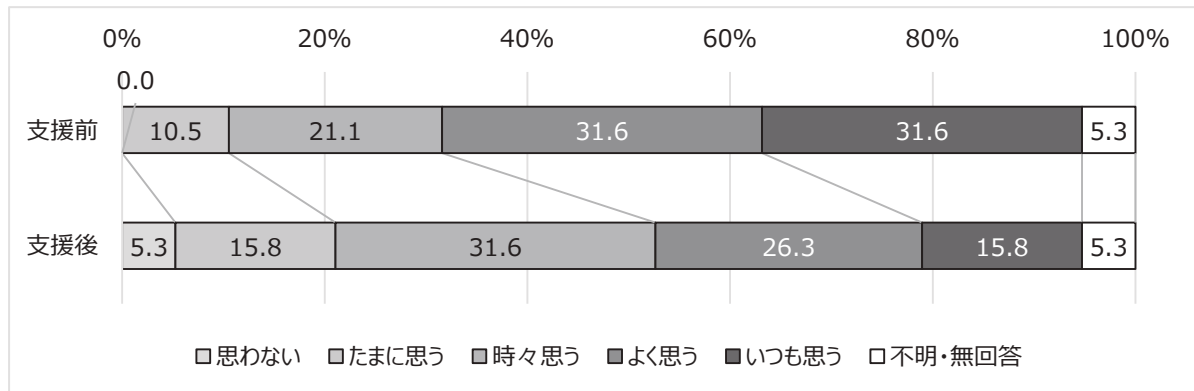
短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の質問項目は著作権元の意向により、掲載は差し控えさせていただきます。質問項目の詳細は下記文献をご参照ください。

- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003; 40 (5) : 497-503.
- 荒井由美子著: Zarit 介護負担感尺度日本語版/短縮版 使用手引. 三京房, 2018 年.

※ 短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の使用に関する手続きは適正に行っております。

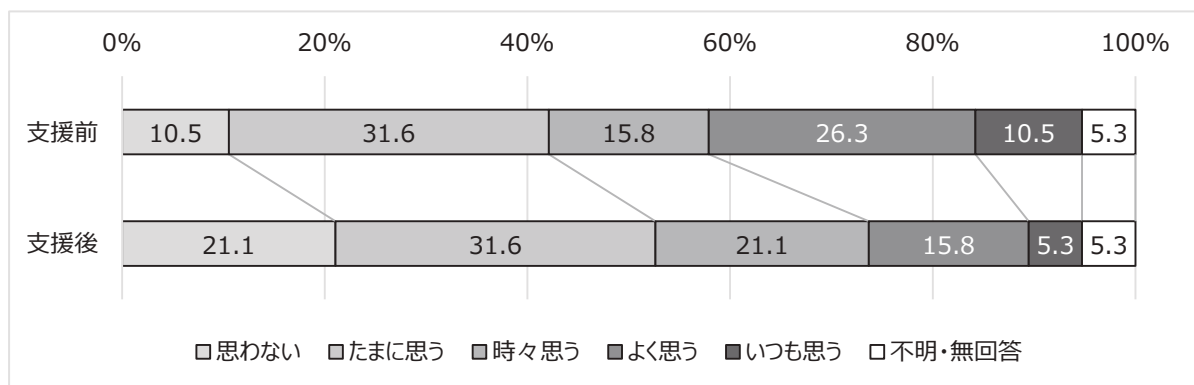
図表 30-1 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目①】

介護者 N=19、聞き取り調査による回答



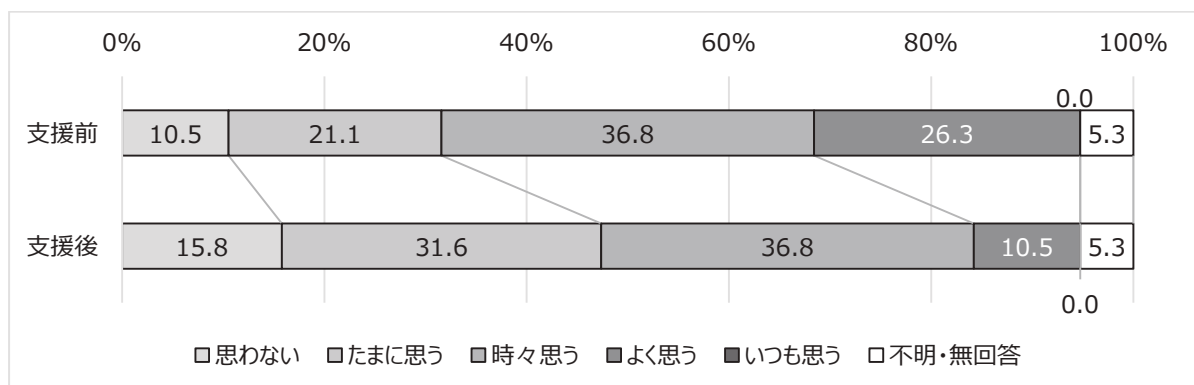
図表 30-2 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目②】

介護者 N=19、聞き取り調査による回答



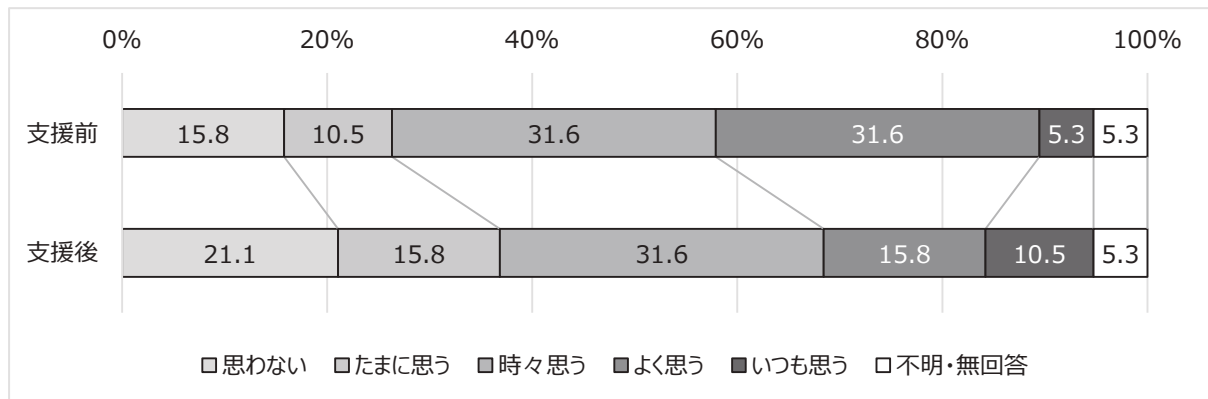
図表 30-3 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目③】

介護者 N=19、聞き取り調査による回答



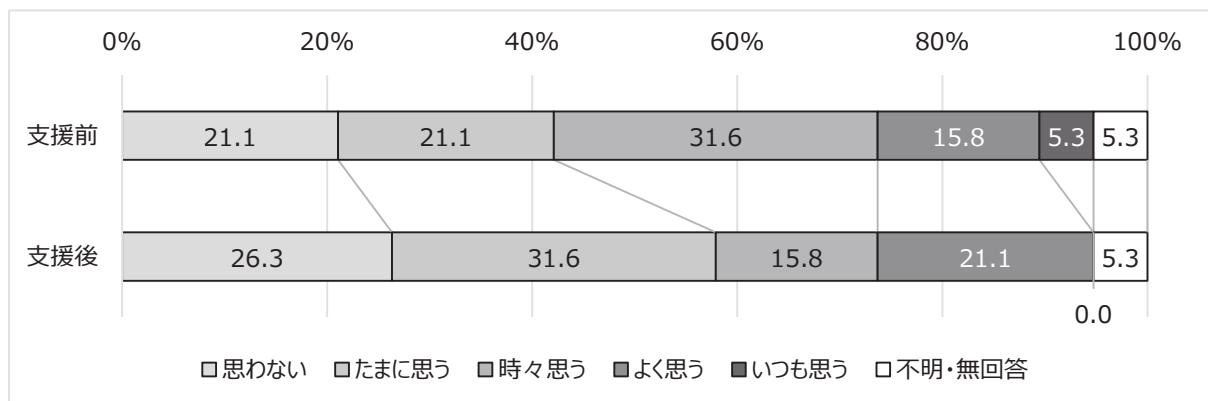
図表 30-4 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目④】

介護者 N = 19、聞き取り調査による回答



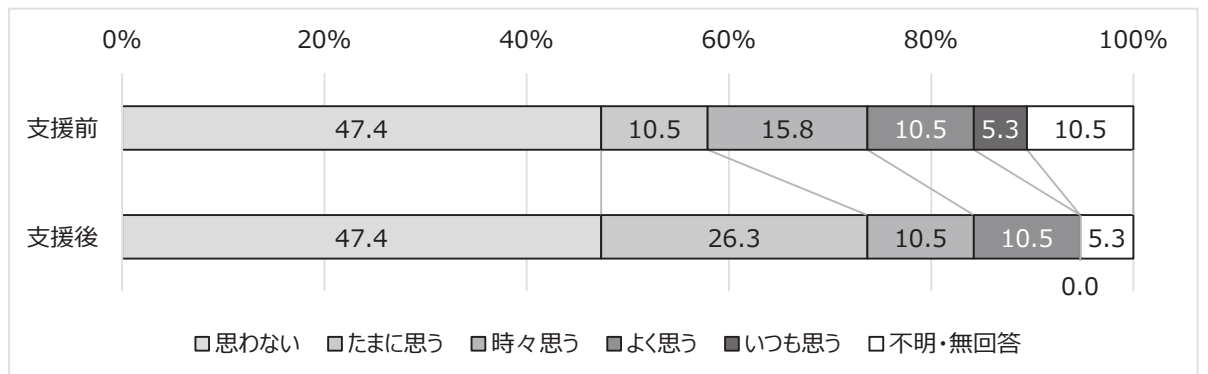
図表 30-5 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目⑤】

介護者 N = 19、聞き取り調査による回答



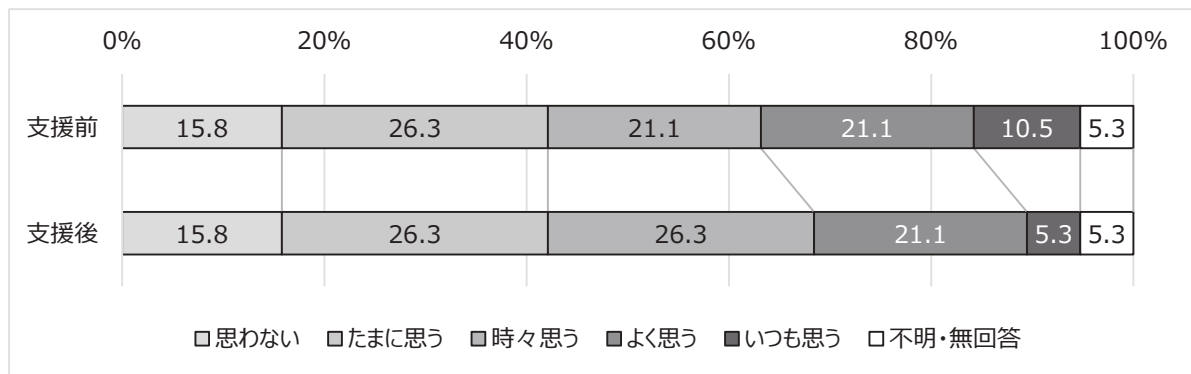
図表 30-6 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目⑥】

介護者 N = 19、聞き取り調査による回答



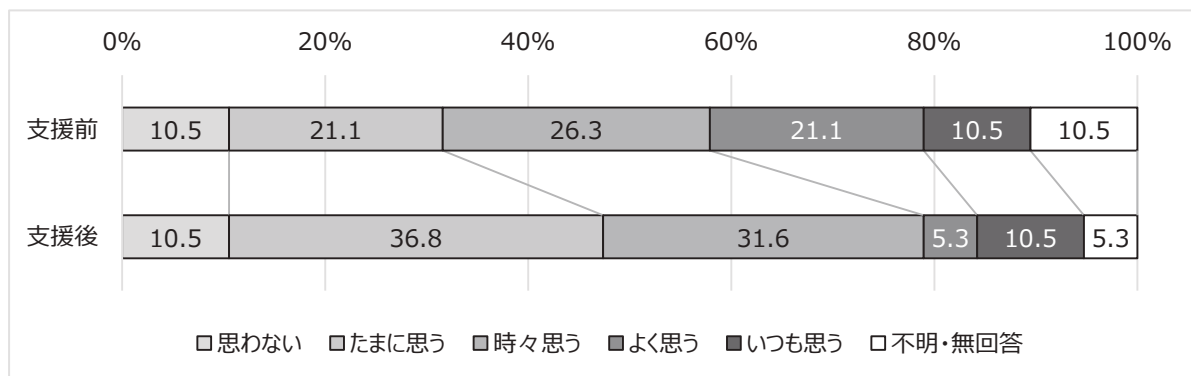
図表 30-7 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目⑦】

介護者 N=19、聞き取り調査による回答



図表 30-8 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 【項目⑧】

介護者 N=19、聞き取り調査による回答



～個別対応支援の例～

※支援を受け入れた協力事業者Bの看護師等による「個別対応支援 利用者 基本情報収集シート」

「個別対応支援 利用者 支援前・後 DBD-13」「個別対応支援 利用者 終了後アンケート」、「個別対応支援 主たる家族介護者 基本情報収集シート」「個別対応支援 主たる家族介護者 支援前・後アンケート」及び、認知症看護認定看護師等が記載した「実施報告書（個別対応支援）」の記載内容を要約。

◆事業所訪問による個別対応支援①

対象者	91歳女性 要介護度4 既往歴：ラクナ梗塞、腰椎圧迫骨折、難聴、アルツハイマー型認知症 生活歴：子どもはおらず、夫の死別後は弟と共に農業で生計を立てていた。腰椎圧迫骨折をきっかけにショートステイの利用を開始し、現在は施設に入所。最近は発熱など体調を壊すことが多くなり、興奮がひどくなると言いたいことが伝えられない、馬が合わないスタッフに強く当たる、言語理解力の低下、食事を最後まで食べない、脱衣行為などが見られる。家族の顔や名前は認識できている。
介護の状況	介護職員は認知症者個々の状況に合わせて対応しているが、認知機能障害と生活への影響が見極められていない。認知症者と過ごす時間が長い介護職員は、進行性疾患である認知症の症状に合わせたケア方法の変更ができていない。
支援内容	認知症看護認定看護師等は、認知症者の易怒性や興奮の背景にある要因を推察し、認知機能と身体機能の状況をアセスメントして、介護職員のケア方法の変更について提案した。難聴や言語理解の遅延、遂行機能障害が見られたため、短文でのコミュニケーションや、視覚的な情報提供、ケア時に笑顔で雰囲気づくり、興奮している際のニーズ把握、個別スペースを作って食事に集中できる環境づくり、性差によるスタッフの配置等の工夫を助言した。
支援後の変化	DBD-13：支援前31点→支援後30点 認知症者はケア支援時に興奮することが少なくなった。 介護職員は認知症者の時代背景や価値観などを理解したうえで対応するように、ケア方法を変更することができ、コミュニケーションのちょっとした工夫で認知症者の状況が変化することを実感できた。

◆事業所訪問による個別対応支援②

対象者	<p>88歳女性 要介護度3</p> <p>既往歴：アルツハイマー型認知症、高血圧、糖尿病</p> <p>生活歴：専業主婦。夫と死別後は独身の長男と二人暮らしをしていたが、徐々に物忘れが出現し、身の回りのことが上手くできず転倒することが多くなり、上腕骨骨折をきっかけにロングショートステイを経て特別養護老人ホームに入所したが帰宅欲求が強い。洋裁や料理が好きで、“料理をふるまうこと”や“長男を支える”という役割を担えなくなったことから、利用者は自らの存在価値を見出せず、役割行動を果たしたいという帰宅要求につながっていると推察された。</p>
介護の状況	<p>介護職員は利用者の言動にその都度対応を工夫しているが、利用者の役割行動につながるケアになっていないため、根本的な解決に至っていない。</p>
支援内容	<p>認知症看護認定看護師等は、利用者との面談や居住環境の確認、認知機能障害と BPSD の背景要因の見極め、介護福祉士と生活相談員に背景要因を伝え、利用者が役割行動を見つけるようにケア方法を検討した。利用者が得意な料理に関する軽作業を提案し、利用者が楽しかった昔のことを回想できるよう写真を部屋に飾る等、居住環境の調整を行った。</p>
支援後の変化	<p>DBD-13：支援前 32 点→支援後 26 点</p> <p>利用者の帰宅要求は継続していたが、食事に関する軽作業や洗濯物たたみなど、自宅で行っていた作業は飽きずにできた。</p> <p>介護職員は、利用者の行動の裏にある思いを大事にして関わるようになった。また、現状で無理なくできることから考えることが重要という視点や、認知症症状の進行に合わせてケア方法を変更していくことを理解し、介護職員の中で広がりつつある。日常業務の中でどうケアしていけるかという考え方で、日常のちょっとした工夫を考えるように視点が変わっただけでなく、「自分たちができる範囲で」という助言によって、日頃の葛藤を自信につなげることができた。</p>

◆事業所訪問による個別対応支援③

対象者	<p>100歳 女性 要介護度4</p> <p>既往歴：急性膵炎、胆石症、腹膜癒痕ヘルニア、憩室炎、子宮留膿腫、高血圧症。認知症の診断は受けていないが軽度の認知機能低下、短期記憶障害あり。重度の難聴、軽度の視力低下あり。</p> <p>生活歴：96歳まで自宅で長女と生活していたが、右大腿骨骨折後に入所した。専業主婦で家族関係は良好であった。ADLは、車いす自走可能、何かにつかまって立位可能、食事はセッティングをすれば自力摂取可能、排泄行動は、日中は失禁なくトイレで排泄し、夜間はオムツを使用している。人前で排泄を失敗できないという思いが強い。難聴のため他の利用者との会話やテレビの音が聞こえない。</p>
介護の状況	<p>認知機能の低下によりトイレに行った記憶がなく、職員が要求に応じないと自力で車椅子を自走するため、他の利用者との接触が心配であった。頻回にトイレに行きたいと要求があるがすべてには対応できず、どのように対応すればよいか困っていた。</p>
支援内容	<p>介護職員から生活歴の情報を得たが、認知機能に関する情報が得られなかったため、直接利用者と面接し情報収集を行った。その後、看護職員、介護職員、生活相談員とカンファレンスを実施し援助方法を検討した。難聴を補うために、もしもしフォンの使用を検討したり、趣味の習字をペン習字で試したりした。また利用者が車椅子で移動しやすい場所で日中過ごし、トイレへ行くことにできるだけ介護職員が対応し行動抑制しないケア方法に変更した。また、家族に対して、トイレに行くことを尊重し利用者の安心感を確保することにつながる一方で、周囲の人や物の存在を認識しないまま車椅子を自走し、転倒等の外傷のリスクがあることを説明した。</p>
支援後の変化	<p>DBD-13：支援前30点→支援後25点</p> <p>介護職員は、利用者がトイレに行けない焦燥感や悲壮感が減ったように感じていた。利用者が車椅子を勢いよくこいでしまい、一度転倒したが、家族は転倒リスクを避けるために行動制限するよりは、利用者が日常を希望どおりに穏やかに過ごすことを望んでおり、家族と介護職員の思いは合致していた。家族は、転倒は利用者の意向を尊重した結果としてやむを得ないと思っており、また、介護職員の対応が多くなったことを申し訳ないと思っていた。</p> <p>介護職員は今回の支援は一つのプロセスと捉え、新たな視点で考える機会になったと感じていた。</p>

◆同行訪問による個別対応支援①

対象者	<p>75歳男性 要介護度2 妻（主介護者）・娘との3人暮らし</p> <p>既往歴：慢性心不全、慢性腎不全、正球性正色素性貧血、混合型認知症（アルツハイマー型、血管性）、糖尿病、高血圧症、脳梗塞、脳出血、脳動脈瘤、緑内障、白内障</p> <p>生活歴：倦怠感が強く日中は寝て過ごすことが多い。血糖コントロールが不良でインスリン投与後に食事を食べないこともある。リハビリに応じない、入浴を嫌がるなどの介護拒否や、テレビを見なくなる、外出したがるなどの低活動の状態。</p> <p>認知機能低下と身体疾患のコントロール不良により、倦怠感が増強し意欲低下を来している可能性あり。関わり方のすれ違いにより易怒性があり、妻との会話も少なくなった。週2回訪問看護を利用し、デイサービスは利用者の拒否で中止した。</p>
介護の状況	<p>妻はかかりつけ医からの説明や本を購入して認知症の知識を持っているが、易怒性がある夫にどのように関わればよいかわからず、関わり方に難しさを感じている。</p>
支援内容	<p>認知症看護認定看護師等は、利用者の意欲低下に対するアプローチや易怒性に対する関わりについて訪問看護師と妻へ助言した。利用者のペースで声をかけて離床を進め、ポジティブな言葉を使用するなど工夫した。また、主介護者である妻の介護状況や日常生活状況を確認した。利用者と介護者が離れる時間をつくることも必要と伝え、認知機能低下による影響や症状の説明をして、介護負担感をねぎらった。</p>
支援後の変化	<p>DBD-13：支援前 32点→支援後 15点</p> <p>利用者は気分や体調面で変わりなく過ごし、その日の気分や体調に合わせて訪問看護師とともにリハビリをしている。ポジティブな言葉かけに笑顔も見られた。</p> <p>主介護者である妻は、連休中に娘の協力を得て介護負担が一旦軽減したが、連休明けに再び独りで介護をすることになり介護負担が増強し、精神的ストレスが増強している。現在は訪問看護サービスを受けるための準備も妻が負担に感じるようになり、ショートステイの利用を検討されている。</p>

◆同行訪問による個別対応支援②

対象者	<p>81歳女性 要介護度2 主介護者：夫 既往歴：高血圧症、脊柱管湾曲症、頸椎骨折 生活歴：80歳の夫と二人暮らし。夫はがんを患いながらもADLは自立し、介護保険を利用することなく、家事全般を担っている。 利用者本人はこれまで傾聴ボランティアや地域活動をしていたが、加齢による変化や認知機能の低下を受け止められず落ち込むようになった。低温熱傷で入院した際に転倒し、頸椎骨折後は定期受診もできずに引きこもるようになった。 ADLは自立、すり足歩行で独歩可、1人で入浴可、失禁なし。 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅱa。</p>
介護の状況	<p>利用者は外出できるADLであるものの外出せず、夫への暴言があることを、娘が心配している。</p>
支援内容	<p>試行事業による計4回の利用者宅訪問を計画的に行い、利用者の認知症症状の確認と、夫との面談を実施した。また利用者の運動量と食事摂取量の確認、体重測定を行った。さらに、暴言の背景を探るためにこれまでの生活歴や家族歴を傾聴しながら、夫に対して利用者へこれまでの詫びと感謝の言葉をかけてみてはどうかと提案した。</p>
支援後の変化	<p>J-ZBI_8：支援前24点→支援後4点 DBD-13：支援前21点→支援後26点 認知機能はMCIもしくは軽度認知症レベルであることが分かった。 外出しないことは、老いによって生じた外見の変化が受け入れられないためとアセスメントし、室内で万歩計を使用して運動を継続できていることや、食欲低下により減少していた体重が、現在では補食を用いて体重増加できていることを確認し、訪問看護師と情報共有した。利用者から夫への暴言は、これまでの長い家族関係の表れと考えられ、夫自身は妻からの暴言をうまく受け流しており、精神的苦痛としては捉えていないと話された。</p>

◆同行訪問による個別対応支援③

対象者	<p>87歳男性 要介護度1 主たる介護者：認知症の妻 既往歴：不整脈（ペースメーカー植え込み）、慢性閉塞性肺疾患、舌癌のターミナル期（手術や治療は望まない） 生活歴：妻・長男との3人暮らしだが、日中は認知症の妻と過ごしている。がんの転移もあり、内服での鎮痛管理が難しいため貼付剤の麻薬を使用して疼痛コントロール中。食事・排泄は自立しているが、入浴は2年ほどできておらず更衣もしない。HDS-Rは3点程度。</p>
介護の状況	<p>過去に妻の嫉妬妄想があったため、「本人の体にはあまり触れないでほしい」と子が希望している。長男は、積極的な介護への参加はないが、食事の内容や量の不足、痛みへの対応など全般に不安を感じている。近所に住む長女は延命を希望している。 妻の認知症症状も強く、訪問看護を利用していることへの認識が曖昧になっており、訪問看護師が自宅に入るまでに時間を要している。 訪問看護師は、認知症者への理解を深め、QOL向上につながる看護を提供したいと思っているが、苦痛緩和につながるケアの実践が難しいと感じている。 日中は息子が仕事で不在のため、認知症の夫婦にターミナル期の意向を確認することが難しい。訪問看護ステーションで毎日カンファレンスを開催し、対応を検討してきたが「本当にこのままでよいのか」というジレンマがある。</p>
支援内容	<p>利用者と妻の認知症症状や感覚機能を確認し、妻の方が典型的なアルツハイマー型認知症の症状が強いことが分かった。妻の活動エネルギーが強いため、利用者との会話が遮られてしまうことが多い。 認知症看護認定看護師は、訪問看護師と利用者の関係性が構築できていることを尊重し、利用者が能動的に話せる機会をつくるように、意図的に利用者の考えや感情を聞けるよう、座る位置や質問の仕方、コミュニケーションをとる際のポイントについて提案した。 疼痛コントロールにはフェイススケールによる継続した痛みの評価を提案した。 利用者や家族の状況をアセスメントする際は先入観で決めつけないことを助言した。</p>
支援後の変化	<p>J-ZBI_8：支援前22点→支援後13点 DBD-13：支援前28点→支援後18点 認知症看護認定看護師が関わり方や声のかけ方を助言したことで、訪問看護師は関わり方や声掛けを工夫でき、「～が辛い」「～が痛い」など利用者の思いをくみ取ることができるようになった。 その結果、利用者から「うんうん」の返事だけではなく、具体的な発言が増えたことで、苦痛部分が表出されるようになり、医師と連携して疼痛が緩和できた。利用者の身体的な苦痛に加え、認知機能の低下による必要以上の緊張や不安をくみ取りたいという訪問看護師の思いが利用者に伝わり、緊張が緩和されたことも相乗効果があったと推察される。 支援前、息子は「両親はボケているのでわからないと思う」と言われていたが、支援後には、「父親の表情が変わった。」「よくしゃべるようになった。」と話し、看取り後は、「家で穏やかに看取れたので良かった」と言われ、家族はその人らしい看取りができたことを喜んでおり満足度につながっていた。</p>

◆同行訪問による個別対応支援④

対象者	<p>85歳男性 要介護度2 主たる介護者：妻 既往歴：アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧症、腓頭部がん術後、 大腿骨頸部骨折術後 生活歴：妻と二人暮らし。訪問看護開始後6ヶ月が経過した。日時や曜日は分からず、入浴は4、5日に1回、声をかけても入らないことが多い。普段はほとんど笑わず、デイサービスなど人が集まるところは好きではない。夜間の尿失禁は10日～1ヶ月に1回程度ある。</p>
介護の状況	<p>利用者の認知症が進行するにつれて、主介護者である妻の不安が強くなり、訪問看護師に頻回に電話して相談しているが、頻回に電話しているという認識はなく衝動的な電話をかけている様子がある。 訪問看護師は、認知症看護認定看護師に利用者の様々な認知症症状に対するケアのポイントを教えてもらい、妻を安心させたいと思っている。</p>
支援内容	<p>利用者の認知機能や日常生活の状況、妻の介護の状況をアセスメントし、妻のサポートを含めた支援が必要であることを訪問看護師と共有した。介護者である妻に利用者とのコミュニケーションの取り方の工夫（名前を呼んで注意を向けてから話す、選択肢を簡単にする、利用者の発声を促す、利用者が得意なことを話題にする、存在意義を認める声掛けをする等）を提案し、妻へのねぎらいや心配していることを訪問看護師から伝えるように支援した。</p>
支援後の変化	<p>J-ZBI_8：支援前29点→支援後19点 DBD-13：支援前30点→支援後19点 認知機能低下が高度であり、活動性も低下していたことから、大きな変化への期待は薄かったが BPSD を示すスコアが減少しており、訪問時も利用者の表情が明るくなっていた。これは妻が利用者の BPSD の捉え方が変わったことで緊張や不安が緩和でき、利用者への声のかけ方や関わり方が変化したことが影響していると考えられた。また、利用者の変化が妻の介護負担の軽減につながり、妻から訪問看護師への緊急連絡がなくなっていた。妻からは「看護師に相談すべきタイミングが分かってきた」「認知症の症状がどのような変化をもたらすのか理解できた」「一つ一つの行動に驚くことがなくなった」「どのような時に看護師に相談すべきか理解でき、ずっと監視することが減った」「いつでも相談できると思ったら、安心できる」という発言が聞かれた。</p>

◆同行訪問による個別対応支援⑤

対象者	<p>68歳女性 要介護度1 主たる介護者：夫 既往歴：アルツハイマー型認知症、糖尿病、骨粗鬆症 生活歴：子はおらず夫婦2人暮らし。介護者である夫は前立腺がんで通院治療中。着衣失行、注意障害、長期記憶に及ぶ記憶障害、失読・失書などが見られ、認知症症状が進行し、ADLにも何らかの介助が必要な状態。過去に慣れた家政婦が交代したことを機に、利用者の攻撃性が増した。</p>
介護の状況	<p>介護者である夫にも持病があり介護負担感が強い。利用者の倦怠感や食欲低下など、身体的な体調不良を夫も心配している。夫は相談相手がおらず、利用者に手を上げてしまうことがあり、自治体の虐待判定会議の結果、様子観察となっている。 訪問看護師は、今後もサービスを利用しながら、夫の介護負担を軽減し、夫婦の生活が続けていけるようなサポートが必要と考えている。</p>
支援内容	<p>デイサービスやショートステイの利用につなげるために、訪問看護師に慣れてもらうことを目標にした。夫が心配している身体的な不調については、血糖値や排便のコントロール、活動量の変化などを訪問看護師が観察するようにした。利用者の注意障害による食行動の変化については血数や提供方法を変更してみることや、構成障害も予測されたため日常生活の中でできる簡単な作業を提案し、利用者ができることを訪問看護師、夫と共有した。また、夫が利用者へ求める理想（食事や運動の仕方）と実現可能なレベルに乖離が生じている印象があったため、認知症看護認定看護師等と訪問看護師は、今後、夫に認知症に対する正しい認識をしてもらう必要性を共有した。 アルツハイマー型認知症が進行し、日常生活への影響が強く出現しており、支援の余地はたくさんあったが、利用者や家族と十分な関係性が確立できていない状況下では、支援のタイミングを見計らうことも重要であった。</p>
支援後の変化	<p>J-ZBI_8：支援前18点→支援後15点 DBD-13：支援前19点→支援後6点 利用者は訪問看護サービスを拒否や混乱なく受け入れることができおり、段階的にデイサービスも導入できている。サービスの追加によって一時的に夫の介護負担感は軽減した。しかし、利用者の認知機能低下が進行し、夫への認識も曖昧になってきたため夫の精神的ショックが大きいことが予測され、今後も継続的なサポートが必要である。</p>

5. ヒアリングと実施報告書等から得られた試行事業の課題と意見

試行事業で実施された体制整備支援 28 件と個別対応支援 27 件で提出された記録用紙や「ご意見・ご感想」に記載された内容、およびヒアリングによって収集した意見について、図表 31-1 から図表 31-3 に示している。

認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関等の看護管理者からは今回の試行事業について＜地域貢献としての活動＞＜地域連携の重要性＞＜病院/事業所から認知症看護認定看護師等を派遣するための体制や工夫＞＜診療報酬等での評価への期待＞に関する意見があった。

支援に出向いた認知症看護認定看護師等からは＜認知症看護認定看護師等が感じている在宅の支援ニーズや困難＞＜支援方法＞＜支援に出向く際の基本的姿勢＞に関する意見があった。

認知症看護認定看護師等を受け入れた事業所管理者からは＜認知症ケアの現状＞＜認知症看護認定看護師等の支援への期待＞＜事業所や地域における支援を受け入れる仕組み＞に関する意見があった。

図表 31-1 認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関等の看護管理者からの意見

<p>＜地域貢献としての活動＞</p> <ul style="list-style-type: none">認知症看護認定看護師等が院外活動を行うことは地域貢献として推進していきたいし、地域のケアの質が向上することは自医療機関の負担の軽減につながると思う
<p>＜地域連携の重要性＞</p> <ul style="list-style-type: none">認知症看護認定看護師等の活動による宣伝効果は大きく、一つの事例の成功が今後の連携の拡大につながると思う普段の連携がなければ、いざ支援の実施となっても実現はしにくい多機関・多職種が事例を通じ、ともに支援に悩むことで関係性を強化していく必要がある医療機関が行政とうまく連携できることが、医療機関と事業所との連携強化につながっていることを実感している行政から在宅領域の事業所等へ、情報伝達していくことは重要である支援方法を同行訪問に限定せず、画像など医療情報の共有による相談支援が可能になるとよい
<p>＜病院/事業所から認知症看護認定看護師等を派遣するための体制や工夫＞</p> <ul style="list-style-type: none">外部に派遣するには人員配置基準に抵触しない外来所属の方が派遣しやすいのではないかと病棟配置の方が勤務の調整がつきやすいので派遣しやすいかもしれない院内で外部に出向いた成功事例を共有できると、今後の取り組みへの意欲につながるかもしれない
<p>＜診療報酬等での評価への期待＞</p> <ul style="list-style-type: none">外部への派遣が診療報酬等に反映されると、院内でこのような活動をより推進しやすくなると思うがん患者指導管理料のように退院後 1 か月と限定されずに複数回訪問でき、診療報酬で評価されるとよい利用者の家族への支援に対する評価があると、互助の強化が図れるのではないかと看護師派遣による病院、事業所の経済的損失を補填する何らかの経済的支援が必要ではないかと

図表 31-2 支援に向いた認知症看護認定看護師等からの意見

<認知症看護認定看護師等が感じている在宅の支援ニーズや困難>

- 事業所には体制・個別双方の支援ニーズが相互に関連しながら存在している
- 長期療養を支える事業所では症状の進行や加齢に伴う変化、身体疾患の影響などの利用者の変化に対応した身体管理や認知症ケアなどの提供が求められていると思う
- 訪問看護の利用は認知症症状の進行を遅らせたり、療養環境を整備したりすることにつながると実感しており、もの忘れ外来の患者には訪問看護の利用を勧奨するようになったが、どの時期に導入すべきといった目安については判断が難しいと感じている
- 認知症看護認定看護師等による支援がどのように影響したかを評価するのは難しい

<支援方法>

- 単発の関わりですぐに変化があるわけではないので、定期的に関わっていく必要がある
- 認知症者にとって普段見慣れない認知症看護認定看護師等が支援することの影響を考慮して、どのような支援が適切かをよく検討する必要がある
- 個々の事例への応用力をつけるには、基礎的知識を伝えるだけでなく、事例検討を重ねるなどの継続した関わりが重要と思う
- 「勉強会(知識、姿勢、ケアなど)→個別訪問で実際のケアを一緒に行う→フィードバック」の流れがよいのではないか
- 事業所への支援は、研修などの体制整備と個別事例への支援をあわせて、1回/週×3~4回程度の訪問支援が妥当ではないか。ただし、認知症ケアの基本的な考え方が異なっているとさらに回数が必要と考える。
- 事業所側は、利用契約時に外部コンサルタントが入ることの包括同意を得ておくと、都度の同意を要せずに臨機応変な相談が可能となるのではないか

<支援に向く際の基本的姿勢>

- 在宅の環境や事業所の状況、利用者とその家族の背景に配慮し、助言・指導的立場に偏らず、実践可能なケアと一緒に考える姿勢が必要である
- 介護職に対し、介護の専門家であることへの敬意をもち、対等の立場で相談支援に関わるのがよい
- 在宅や介護の場で長く利用者に関わっている看護職や介護職の強みを尊重して関わる
- 看護職や介護職には、家族の介護力を高めていける関わりを支援できるようになることを見守る立場として、関わっている
- 看護職や介護職には、利用者家族の準備性や段階を考慮し、まずは介護を労って関係性を築いた上で、ケアのための知識などを家族に伝えていくように伝えている
- 起きている事象や認知症の症状よりも、原因にフォーカスした関わりを伝えるよう心がける

図表 31-3 認知症看護認定看護師等を受け入れた事業所管理者からの意見

< 認知症ケアの現状 >

- 事業所内で困難事例の共有やケアの検討まではできていないのが現状である
- 法人の方針によって、教育研修の機会や体制は様々である
- 事業所はケアマネジャーを抜きに医師などの他職種に相談しにくい場合もある
- 看護職や医療機関に相談することは心理的にハードルが高い場合もある

< 認知症看護認定看護師等の支援への期待 >

- 認知症の支援は、がん看護や皮膚・排泄ケアと同様にニーズが高く、ぜひ支援を受け入れたい
- 試行事業のような支援が定期的にあったり、継続して受けられたりすると事業所としてはありがたい
- 介護職がどのように介護しているのか、利用者が施設でどのように過ごし暮らしているのかを十分に知った上で支援してもらえるとよい
- 地域における認知症ケアの質が一定でないため、共通した指標・スケールを活用するなどして、地域のケアの質の均一化が図れるとよい
- 勉強会と個別事例への支援をセットで受けられたことが分かりやすく、効果的であった

< 事業所や地域における支援を受け入れる仕組み >

- 訪問看護の事業所では年に1回の認知症に関する研修が義務付けられているところもあるので、その制度を活用して教育研修の機会だけでも確保できるとよい
- 専門性の高い看護師に気軽に相談できる体制が地域の中で整っていると安心できる
- 利用者の病状を鑑み、在宅領域でも認知症の重症度に応じた加算のようなものがあるとよい

第3章 認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業の成果と考察

I. 認知症看護認定看護師等による支援内容と効果

試行事業では、地域における認知症ケアの質の向上や、地域で暮らす認知症者とその家族が希望する暮らしの継続につながるため、認知症看護認定看護師等の効果的な活用のあり方として認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援の実施スキームを検証した。

試行事業の実施スキームは、地域の事業所に認知症看護認定看護師等が出向いて研修やコンサルテーション等を行う「体制整備支援」と、同行訪問・事業所訪問等による認知症者への看護実践を通じた技術指導・助言等の「個別対応支援」の2つの方法で支援した。23か所の協力事業者Aから計32名の認知症看護認定看護師等が、29か所の協力事業者Bに対して支援を行った。「体制整備支援」と「個別対応支援（事業所訪問、又は同行訪問）」の両支援を併せて行うことの効果検証を目標に開始したが、支援対象となる協力者Cへのアプローチのタイミングや試行期間の制約等で、体制整備支援および個別対応支援のいずれかのみを実施したケースがあったため、支援の方法に関わらず検証の対象とした。

協力事業者Aによる協力事業者Bの選定では、認知症看護認定看護師等が日頃から連携している事業所で更なる認知症対応力の向上や、協力事業者Aの看護管理者が日常の連携がない事業所をあえて選定し今後の連携を模索する機会を意図するなど、それぞれの認知症ケアに関する地域の実情を踏まえた連携の構築への取り組みが見られた。

試行事業全体を通じ、事業所全体の認知症ケアに関する意識の変化が見られたという主観的な評価だけでなく、認知症者のBPSDや家族の介護負担感の客観的な尺度を用いた評価においても改善した事例もあり、認知症看護認定看護師等による事業所への支援は概ね有効であるという評価が得られた。認知症看護認定看護師等は、体制整備支援と個別対応支援の両方において、認知症者の生活や事業所の状況を観察し、認知症者の苦痛やその家族並びに事業所職員が困難に感じている現象の背景を的確に捉え、より効果的な支援の方法を検討していた。

認知症者が尊厳のある暮らしを継続するためには、認知症者のもてる力や可能性を最大限に発揮できるようなサービス提供者の効果的な関わりが不可欠であり、各事業所の多様なニーズに介入の時期や方法を見極めて支援できる認知症看護認定看護師等の活動は一定の効果があったと考えられる。

1. 介護保険サービス事業所への支援と効果

1) 認知症対応力の向上への効果

事業所への支援において認知症看護認定看護師等は、管理者が抱える課題や事業所職員が困難に感じている認知症者への対応を聴取し、事業所に必要な支援内容を検討していた。事業所内のケア方法を統一し、認知症ケアの質を向上させたいという課題は、サービス種別を問わず共通していた。

支援後に管理者及び看護・介護職員に尋ねた「認知症看護認定看護師等の支援が有効だった項目」で特に有効であったと回答されたのは、【認知症・BPSDに関する知識の向上】、【スタッフの認

知症ケア力の向上】、【認知症ケアへの自信の向上】、【認知症ケアへの不安の軽減】、【専門性の高い看護師への理解度】の項目であった。

事業所の認知症ケアに関する体制の変化では、管理者は【ケアの記録や情報共有の徹底】【事業所外の多職種連携】に特によい変化があったと回答しており、認知症ケアへの取り組み状況としては、アセスメントやケアの実践、特に【BPSD・せん妄の予防や対応】の項目でよい変化があったと回答された。

ヒアリングや実施報告書においては、「学習会や事例検討を通して、職員同士が認知症者のケア方法について主体的に意見交換した」「カンファレンスや事例検討の内容を日々の認知症ケアにすぐに活用でき、職員同士で認知症ケアについて話し合う機会を得た」という意見が聞かれた。加えて、認知症看護認定看護師等が、記録用紙やマニュアルの見直しを支援し、認知症者を観察する視点や観察した内容を記録に残すことにより、認知症者の個別性を捉え事業所で統一したケアを行うことができるようになっていた。

在宅・介護サービス事業所では、職員が研修を受ける機会が少ない現状があり、また、一般的な認知症に関する研修の受講内容を自身のケアに活用しにくかったが、認知症者をより理解するための体験型の学習会や、事業所で実際に困難に感じている事例を提示した参加型の学習会を開催したことにより、職員は利用者個々の状況に応じたケアを主体的に考えることができ、さらに実践できるようになったと考えられる。外部から認知症看護認定看護師等が直接事業所に出向き、事業所の課題や背景を踏まえた学習会や事例検討、マニュアル整備に向けた支援を行ったことが効果的であることが示唆された。

事業所の職員は、学習会や事例検討等で認知症に関する基本的あるいは専門的な知識を習得し、新たな認知症ケアの視点に気づくことで、自身の認知症ケアを振り返る機会を得ていた。さらに、認知症ケアの根拠が明確に示されたことで、これまでの実践が肯定され自信につながるとともに、「認知症者やその家族により良いケアを提供したい」という意欲的な発言も聞かれ、【認知症ケアへの自信の向上】、【認知症ケアへの不安の軽減】と回答していることが推察される。

一方、認知症看護認定看護師等による支援前後で、事業所の認知症ケアの対応について、管理者が「自信をもってできる」から「専門性の高い看護師からの支援があれば対応できる」と回答が変化した事業所が1か所あった。前述した管理者評価では【専門性の高い看護師への理解度】が評価されている点を考慮すると、認知症看護認定看護師等の支援が事業所内の認知症ケアを見直すきっかけになった可能性があり、管理者が認知症者やその家族の主体性や尊厳を守る生活を支援する役割を再認識できる効果が示唆された。

認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービス事業所への体制整備支援では学習会や事例検討会等で職員が新たに得た知識や経験を個別性のある認知症者のケアに関連付けて活用し、認知症者の変化を実感しながら成功体験を蓄積することにつながり、事業所職員のBPSD対応力をはじめとする認知症対応力の向上に一定の効果があると考えられた。また個別対応支援では、事業所職員が個別事例を通じて得た知識や経験を事業所内の他の認知症者へも応用し、他の職員と共有しながら事業所全体の認知症対応力を向上できる可能性が見込まれ、地域の認知症ケアの質の向上への効果が期待できる。

2. 認知症者および家族介護者への支援と効果

1) BPSD 尺度と介護負担感尺度、事例からの考察

認知症看護認定看護師等による個別対応支援（事業所訪問・同行訪問）では、認知症者の暴言や介護拒否・徘徊等への対応や、家族介護者による認知症者の行動制限や虐待が疑われた事例などへの支援が求められた。

利用者の BPSD の変化に関して、DBD-13 を用いて評価すると、支援前には 30 点以上の利用者が 5 名（18.5%）であったが、支援後は 1 名（3.7%）に減少しており、支援前後のスコアの変化をみると、10 点以上の減少が 5 名（18.5%）、1～9 点の減少が 11 名（40.7%）で、6 割近くの利用者が BPSD が好転していた。認知症看護認定看護師等は認知症者の病態や心身の状態をアセスメントし、顕在化している BPSD のみにとらわれず、背景要因を家族介護者と共に検討しており、これらの支援がスコアの改善につながったと考えられる。これは、認知症看護認定看護師等が認知症者の「もてる力や可能性」に着目した思考過程を家族介護者と共有し、ケア方法を提案したことにより、認知症者の BPSD が減少したり、穏やかに過ごす時間が増加したりしたと考えられる。また、認知症看護認定看護師等が、事業所の職員や家族介護者が「困りごと」として捉えている認知症者の言動についてともに背景要因を考えた結果、事業所職員や家族介護者の視点が「困りごと」から「認知症者にとって意味のある言動」へと変化し、ケアの方法や内容が変更された結果と推察される。認知症症状が進行しており DBD-13 スコアの改善は見込めないと考えていた事例であっても、家族介護者が対応を工夫できるよう変化したことにより BPSD が改善した事例も見られた。認知症看護認定看護師等が直接的に認知症者に支援するだけでなく、認知症者の生活を支える家族介護者や事業所職員へ働きかけ、結果として認知症者の苦痛や BPSD が緩和され、症状が改善したと考えられる。

一方、認知症者を尊重した支援が行われた事例でも、身体疾患の影響による認知機能の低下が進行しスコアの改善には至らない事例もあった。認知症看護認定看護師等の関わりは短期間ですぐに成果が出るものではなく、認知症者の生活を尊重した支援のタイミングで生活を支える家族介護者の認識や行動の変化につながるような継続的な関わりが必要なことが示唆された。

2) 負担に感じる介護と介護負担感尺度、事例からの考察

認知症看護認定看護師等による支援前後で、日頃の介護の内容について特に負担に感じることを尋ねたところ、「日常の見守り」は減少した一方で、「認知症の周辺症状への対応」、「服薬の管理・服薬の介助」、「外出の付き添い」、「排泄の介助」、「入浴の介助」、「屋内の移動・移乗の介助」、「衣服の着脱」、「身だしなみの介助（洗顔、歯みがき等）」は回答割合が増加していた。これは、家族介護者が介護へ参加する機会が増えたことと、必要なケアが必要に応じて的確に提供されるようになったことにより利用者の状態が落ち着き、日常の見守りが減ったことの両面が考えられる。

家族介護者の介護負担感を測定する尺度には、短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版（J-ZBI_8）を活用した。支援前後のスコアの変化をみると、5 割近くの家族介護者で介護負担感が好転していた。具体的には認知症者の行動への困難感、腹立たしさ、困惑や交友関係の制限などでは、概ね改善している傾向があった。自宅での認知症者への対応に困り、家族介護者が頻りに事業所に架電していた事例では、認知症看護認定看護師等の支援後に、家族介護者から「（認知症者の行動

が)あまり気にならなくなった」「(事業所に)相談するタイミングが分かった」という感想が聞かれたことから、介護者による適切なケアの展開が認知症者の状態を落ち着かせ、見守りの頻度が減り、負担感の軽減につながったことが推察される。

家族介護者は「負担に感じる介護内容」が増えたものの、介護負担感尺度では負担感が軽減されていたことから、家族介護者が必要なケアを的確に行えるよう積極的に介護に参加する結果、直接的な介護内容は増えるものの、認知症者への受け止め方が変化し、介護負担感が軽減できる可能性が示唆された。一方で、介護負担感のスコアが上昇した、または変化がないという家族介護者もいた。家族介護者のストレス緩和や社会参加の機会につながる効果は、認知症看護認定看護師等による短期間の関わりだけで得られるものではないが、支援が家族介護者の負担感の緩和の一助となることが示された。

また、ヒアリング調査から認知症看護認定看護師等は支援の中で、家族に対して介護に対するねぎらいの気持ちを伝え、これまで介護してきたことを承認する関わりを行っていることが分かった。介護者は、緊張感を持った介護の中でも、「このようなことがあっても大丈夫」という助言を受けて、介護者自身が「これでもいいのだ」と安心感を持つことにつながったと考えられる。

認知症看護認定看護師等が認知症者や家族と直に接したり、介護に携わる職員と協働したりすることは、認知症者のBPSDの軽減や家族介護者の介護負担感の緩和により影響があることが示唆された。

3. 認知症ケアにおける倫理的側面への影響

事業所の管理者において、【認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解してケアする】【利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアをする】という倫理的なケアへの姿勢を尋ねた項目で「おおむねできている」との回答が支援後に増加した。また事業所職員への支援後の調査でも【認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解が向上した】は9割以上、【利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、本人の意思を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝えることができるようになった】と【利用者個々の認知者の病態や治療状況、対応方法に留意してケアすることができるようになった】では8割以上、【利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアができるようになった】では7割以上で支援後の変化を感じていた。

認知症看護認定看護師等による実施報告書には、「認知症者や認知症そのものを理解できるようになった」「問題行動と思っていたことに意味づけをすることができるようになった」「コミュニケーションの工夫を図り意思疎通に向けたケアを目指した」「認知症者のできないことではなく、『できること』に着目したケアを考えた」「職員の表情や事業所の雰囲気認知症者に与える影響について考えた」などが支援後の事業所管理者や看護・介護職員からの感想として記載されていた。

認知症看護認定看護師等の認知症者の尊厳を守る姿勢や全人的なケアが、事業所への支援を通じて管理者や職員と共有され、事業所職員の倫理的価値観や、事業所としての倫理を振り返る機会につながったと考えられる。事業所の介護職の約3割が【不要な身体抑制の減少】について有効であったと回答しており、利用者のための「見守り」が、緊張感の高い「見張り」や「監視」「行動制限」になっていないか振り返り、不要な身体抑制の検討や身体抑制を避けたケアの実践、利用者の個々の状況に応じたコミュニケーションや対応の工夫の検討を促したと推察される。

このように事業所の管理者や看護・介護職員が倫理的感受性を高め、認知症者の個別の状況への適切なケアを実践することは、認知症者の尊厳の保持や認知症者とその家族が望む療養生活の支えにつながるものと考えられる。

II. 認知症看護認定看護師等による支援のあり方と普及・推進に向けて

1. 認知症看護認定看護師等による支援のあり方

認知症看護認定看護師等を派遣する医療機関等には、地域包括ケアシステムの推進を目的に日常的に在宅・介護サービス事業所との連携を強化し、認知症看護認定看護師等が出向いて支援を実践できる環境を整える必要がある。

訪問看護、通所事業所、入所施設への支援は、「体制整備」と「個別対応」の双方を相互に関連させながら、認知症者の尊厳ある生活が維持できるように、認知症者や事業所の状況を考慮して、継続した支援を行うことが望ましい。

認知症ケアに携わる専門性の高い看護師が、在宅・介護サービス事業所に出向き、体制整備や個別対応への支援を実践する際には、事業所や認知症者とその家族の状況を知り、多職種が互いの専門性を尊重しながらケアの方向性を共有し、ともに考える姿勢に努める必要がある。さらに、顕在化している課題と背景要因を探り、その上で、事業所職員と認知症者やその家族との関係性を尊重し、介護者が主体的に認知症者を支えることができるように支援する。そのためには事業所等の認知症ケアに対する基本的な姿勢や知識、取り組み方等を勘案し、事業所等の状況に応じて、顕在および潜在するニーズのすり合わせと支援方法の調整を図る必要がある。加えて、認知症看護認定看護師等の思考過程や支援のプロセスを多職種間で共有できるよう、事業所職員や家族へフィードバックし実現可能な目標の設定等を行うことが求められる。事業所職員が認知症者やその家族への関わりで成功体験を重ねることにより、認知症ケアへの意欲的な取り組みや事業所内の認知症ケアの質の向上が期待される。

2. 認知症看護認定看護師等による支援の普及・推進に向けて

地域における認知症ケアの質の向上を目指すためには、認知症看護認定看護師等を派遣した医療機関の看護管理者から「日頃からの連携の必要性」や「行政と医療機関の連携の必要性」について語られたように、行政等と連携しながら、医療機関等と在宅・介護サービス事業所との連携を強化する必要がある。また支援を受けた事業所の管理者や職員が「専門性の高い看護師からの支援」を有効だと捉えており、今回の試行事業を通じて認知症看護認定看護師等の地域における役割や活用の効果を実感したことがうかがえる。このことから、在宅・介護サービス事業所が、地域において認知症ケアに関する困りごとについて、認知症看護認定看護師等に気軽にいつでも相談できる体制を整備する必要がある。また、認知症看護認定看護師等の支援の実施にあたっては、派遣する医療機関等および受け入れる在宅・介護サービス事業所の双方への財政的な支援につながる仕組みが必要である。

第4章 認知症者及び家族支援における認知症看護認定看護師等の効果的な活用に向けて

I. 地域における認知症看護認定看護師等の活用について

1. 認知症看護認定看護師等の活用としての在宅・介護サービスへの支援の意義と効果

試行事業において、外部の認知症ケアに関する専門性の高い看護師（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師）が地域の在宅・介護サービスを担う訪問看護ステーション、地域密着型サービス事業所、特別養護老人ホーム等に出向き、体制整備支援 28 件と個別対応支援 27 件の支援を実施した。

個別対応支援では事業所職員と協働することによって、認知症者の BPSD の緩和、穏やかな日常生活、および家族介護者の認知症や介護への捉え方を好転させるといった療養生活の継続に向けたよい影響がある可能性が示唆された。また、体制整備支援は、看護・介護職員のアセスメントやケアの実践、BPSD・せん妄への対応などの認知症対応力の向上に寄与するとともに、事業所全体の認知症者の尊厳を保つケアにつながり、認知症ケア体制の充実により効果を持つと考えられ、地域における認知症ケアの質の向上に一定の効果があることが示された。

試行事業で検証した「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」は、地域で暮らす認知症者とその家族の希望する場において、安全・安心な暮らしを支えるための支援として意義は大きいと考える。

2. 認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援の実施上の課題

「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」の実施にあたっては、試行事業においていくつかの課題が明らかとなっている。

地域包括ケアシステムの推進の観点から、認知症看護認定看護師等を派遣する医療機関等は、地域の在宅・介護サービスを担う事業者への柔軟な支援を通じて有機的な連携体制を構築する必要がある。そのためには、医療機関等において組織内の合意形成を行い、環境を整える等、派遣できる体制の整備が必要となる。支援を実践する認知症看護認定看護師等は支援先の事業所の状況、認知症者とその家族の生活を十分に知った上で多職種同士がお互いの専門性を尊重し、ともに認知症ケアを考える姿勢に努める必要がある。

しかしながら、現段階では支援を受け入れる在宅・介護サービスの事業所において認知症看護認定看護師等の認知度は高いとは言えず、また地域における認知症ケアに関して、認知症看護認定看護師等が関与できる公的な仕組みがない。今後は、在宅・介護サービスへの支援の普及・推進に向けた具体的かつ実現可能な活動についての検討が必要である。

3. 認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援に向けた方策

前項の課題を踏まえ、地域における認知症者とその家族の療養生活を支えるためには、「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」の普及・推進が重要であり、地域全体の認知症ケアの質向上に資する取り組みの一環として認知症看護認定看護師等による地域活動を位置づけ、強化していく必要がある。方策としては、地域の事業として様々に展開される介護職向け研修（介護職実践者研修や介護職実践者リーダー研修等）、看護職向け研修（認知症対応力向上研修等）への講師としての登用、市民に向けた認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとしての参画、地域ケア会議のアドバイザー等の自治体における認知症に関する施策での活用、地域の在宅・介護サービスにおける虐待予防・不適切処遇の防止に向けた取り組みへの関与等を図ること等が考えられる。

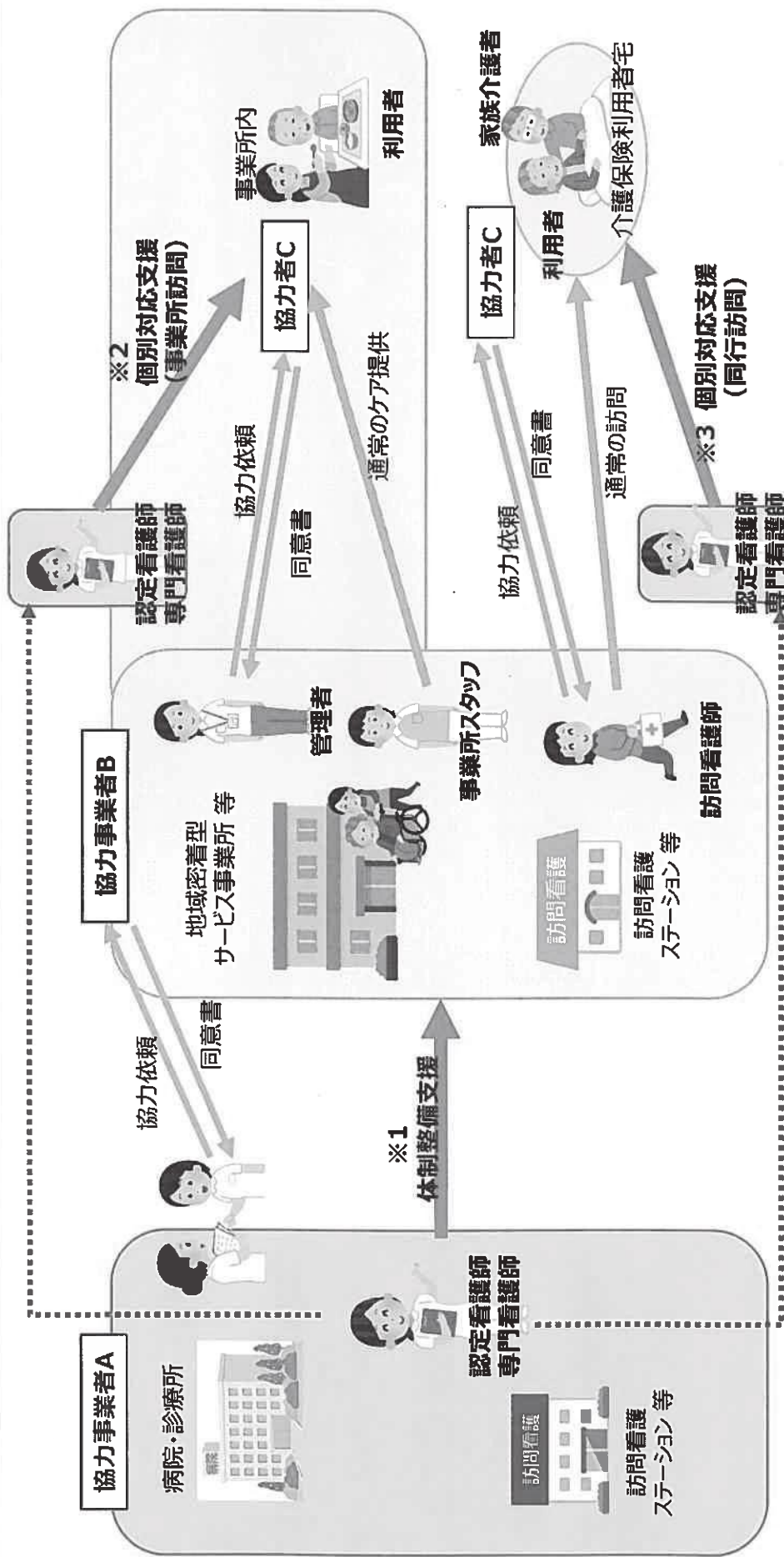
加えて、「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」の普及・推進のためには、看護師を派遣する医療機関等及び支援を受け入れる事業所等の双方への報酬上の評価や、自治体の事業化など、何らかの財政的な支援が確保されるとともに連携を整備する仕組みの検討が必要である。

今後は「認知症看護認定看護師等による在宅・介護サービスへの支援」の普及・推進に向けた方策や仕組みの検討のために、本事業のスキームによる支援実績を積み上げ、より一層の効果検証を図り、成果の幅広い周知・普及を継続していくことが重要である。

【付録】

試行事業 全体図

認知症看護認定看護師等によるサービス提供試行事業 全体図



記録用紙	認定看護師/専門看護師	管理者	事業所スタッフ/訪問看護師	訪問看護師等による聞き取り調査
実施報告書	事前情報収集 (管理者)	アンケート (管理者)	アンケート (スタッフ)	基本情報収集 (利用者家族)
		アンケート (利用者)		アンケート (利用者家族)

※1 体制整備支援：認知症看護認定看護師等が事業所を訪問し、認知症者に関わる基本的あるいは専門的な知識・技術の普及や、事業所のサービスの質向上のための体制整備を支援する
 ※2 個別対応支援（事業所訪問）：認知症看護認定看護師等が事業所を訪問し、個別事例への看護実践を通じて、事業所スタッフへの技術指導や助言などを行う
 ※3 個別対応支援（同行訪問）：認知症看護認定看護師等が訪問看護師との同行訪問により、個別事例への看護実践を通じて、利用者本人や家族・介護者への支援、訪問看護師等への技術指導や助言などを行う

記録用紙

実施報告書（体制整備支援）

記入日 令和 年 月 日

氏名		専門/認定 領域	
所属施設名		所属部署	
実施日程 * 関わった内容は打ち合わせ・実際のケアを問わず、すべて記載してください * 必要に応じて行を増やしてください	日 時		方法（どれか1つに○）
	申込受領日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.電話 2.メール 3.面談
	初回打合せ	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.電話 2.メール 3.面談
	1 回目	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
	2 回目	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
	3 回目	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
4 回目	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談	
◆ 個人/事業所が特定されないよう配慮の上、できるだけ具体的にご記入下さい。使用された指標等あれば記載してください。 ◆ 使用されたアセスメントツールや、記録、画像所見等がありましたら、個人情報にご配慮の上、コピーをご提出ください。コピーと重複する内容についてはこの報告書への記載は不要です。			
●体制整備支援 事業所情報			
アセスメント	<背景・現状・職員構成など>		
	<課題・ニーズ>		

実施内容	
結果	<事業所スタッフの反応等、おわかりになる範囲でご記入ください>
感想	<試行事業に参加されてのご感想やご意見がありましたらご記入ください>

実施報告書（個別対応支援）

記入日 令和 年 月 日

氏名			専門/認定 領域	
所属施設名			所属部署	
実施日程 * 関わった内容は打ち合わせ・実際のケアを問わず、すべて記載してください * 必要に応じて行を増やしてください	日 時			方法（どれか1つに○）
	申込受領日	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.電話 2.メール 3.面談
	初回打合せ	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.電話 2.メール 3.面談
	1 回目	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
	2 回目	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
	3 回目	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談
4 回目	令和 年 月 日 時 分	～ 時 分	1.利用者宅訪問 2.電話相談 3.事業所訪問 4.メール相談	
◆ 個人/事業所が特定されないようご配慮の上、できるだけ具体的にご記入下さい。使用された指標等あれば記載してください。 ◆ 使用されたアセスメントツールや、記録、画像所見等がありましたら、個人情報にご配慮の上、コピーをご提出ください。コピーと重複する内容についてはこの報告書への記載は不要です。				
● 個別対応支援（利用者に関する内容を記載してください。） 利用者情報： 年齢() 性別(男・女) 要介護度(1・2・3・4・5) 同居者(有・無) 主たる介護者(ご本人からみた続柄：)				
アセスメント	<背景・現状（現病歴・既往歴・家族歴など）>			
	<課題・ニーズ>			

<p>実施内容</p>	
<p>結果</p>	<p><利用者の変化></p> <p><家族・介護者・ケア提供者の変化></p>
<p>感想</p>	<p><試行事業に参加されてのご感想やご意見がありましたらご記入ください></p>

事前情報収集シート（管理者用）

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

記入者名		記入者職種 どれか 1 つに○	1. 看護職 2. 介護職 3. その他()	
事業所名	事業所名	事業所区分 どれか 1 つに○	1. 訪問看護ステーション	
	電話		2. 看護小規模多機能型居宅介護	
	メール		3. 小規模多機能型居宅介護	
事業所情報	開設年 西暦 年 月	看護職配置状況 あてはまるものに○	4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	利用者定員数		5. 認知症対応型共同生活介護	
相談内容	<具体的な相談内容>			
	*できるだけ具体的にご記入下さい			
	*ただし、個人/事業所が特定される内容は記載しないで下さい			
	<お伺いする際に配慮したほうがよいこと等ございましたら、ご記入ください>			
	認知症看護認定看護師等からの支援として希望していること (あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な技術指導・助言 2. 研修・勉強会の開催 3. カンファレンスへの参加・助言	4. 電話やメールによる相談 5. 同行訪問・事業所訪問 6. その他()	
アンケートのお願い (どれか 1 つに○)	① 事業所での認知症ケアについての現在の対応状況	1. 自信を持って対応できる	2. 専門性の高い看護師からの支援があれば対応できる	3. 対応は困難
	② 事業所での認知症ケアに関する研修・教育体制の整備	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない
	③ 事業所でのケアの記録や情報共有の徹底	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない
	④ 事業所での認知症ケアに関するマニュアル・ガイドライン等の活用・整備	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない
	⑤ 事業所内の円滑な多職種連携	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない
	⑥ 事業所外の円滑な多機関連携	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない
	⑦ 事業所における認知症ケアへの不安感	1. とても不安がある	2. やや不安がある	3. あまり不安がない
	⑧ 事業所における認知症ケアへの負担感	1. とても負担感がある	2. やや負担感がある	3. あまり負担感がない
		4. 全くできていない		

◆貴事業所における認知症ケアの日頃の取り組み状況について、該当するもの 1 つに○をつけてください

① 認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解してケアする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
② 利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアをする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
③ 利用者個々のコミュニケーションの状況（意思の伝達、理解など）をアセスメントする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
④ 利用者個々の認知症症状のコントロール状況についてアセスメントする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑤ 利用者個々の心身の状況、ADL、IADL についてアセスメントする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑥ 利用者個々の BPSD やせん妄の状況についてアセスメントする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑦ 利用者ご本人やご家族の認知症に関する思い、考えなどをアセスメントする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑧ 利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、ご本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝える	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑨ 利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアをする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑩ 利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑪ 利用者個々に応じて身体抑制の必要性を検討し、不要な身体抑制を避けてケアをする	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑫ ケアの内容について振り返り、定期的に評価する	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
⑬ ケアプランの評価、見直しについてケアマネジャーと連携を図る	1. 必ず できている	2. おおむね できている	3. あまり できていない	4. 全く できていない
ご意見 ご感想				

終了後アンケート（管理者用）

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

記入者名		記入者職種 どれか1つに○	1. 看護職 2. 介護職 3. その他()		
事業所名	事業所	事業所区分 どれか1つに○	1. 訪問看護ステーション		
	メール		2. 看護小規模多機能型居宅介護		
	電話		3. 小規模多機能型居宅介護		
相談結果	今回相談された課題は解決できましたか。(あてはまる番号に○)	1. 解決できた	2. おおむね解決できた	3. あまり解決できていない	4. 全く解決できていない
		◆今回の専門性の高い看護師による支援が有効だったと思うもの <u>全て</u> に○をつけて下さい			
アンケートの お願い	1. 利用者が希望する療養場所での暮らしの継続				
	2. 利用者の介護度の改善		3. 利用者の認知症症状の軽減		
	4. 利用者のBPSD症状の軽減		5. 利用者家族の介護負担の軽減		
	6. 訪問看護師・事業所スタッフの認知症・BPSDに関する知識の向上		7. 訪問看護師・事業所スタッフの認知症ケア力の向上		
	8. 不要な身体抑制の減少		9. 利用者へのケアに要する時間の短縮		
	10. 事業所としての認知症ケアへの自信の向上		11. 事業所としての認知症ケアへの不安の軽減		
	12. 事業所としての認知症ケアへの負担感の軽減		13. 他医療機関・他事業所等との連携の強化		
	14. 事業所の利用者受け入れ条件の拡大		15. 専門性の高い看護師への理解度		
	16. その他()				
① 事業所での認知症ケアについての現在の対応状況 (どれか1つに○)	1. 自信を持って対応できる	2. 専門性の高い看護師からの支援があれば対応できる	3. 対応は困難		
② 事業所での認知症ケアに関する研修・教育体制の整備 (どれか1つに○)	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない	
③ 事業所でのケアの記録や情報共有の徹底 (どれか1つに○)	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない	
④ 事業所での認知症ケアに関するマニュアル・ガイドライン等の活用・整備 (どれか1つに○)	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない	
⑤ 事業所内の円滑な多職種連携 (どれか1つに○)	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない	
⑥ 事業所外の円滑な多機関連携 (どれか1つに○)	1. 十分できている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない	
⑦ 事業所における認知症ケアへの不安感 (どれか1つに○)	1. とても不安がある	2. やや不安がある	3. あまり不安がない	4. 全く不安がない	
⑧ 事業所における認知症ケアへの負担感 (どれか1つに○)	1. とても負担感がある	2. やや負担感がある	3. あまり負担感がない	4. 全く負担感がない	

◆認知症ケアに関する普段の取り組み状況について、該当するもの1つに○をつけてください

① 認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解してケアする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
② 利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアをする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
③ 利用者個々のコミュニケーションの状況（意思の伝達、理解など）をアセスメントする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
④ 利用者個々の認知症症状のコントロール状況についてアセスメントする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑤ 利用者個々の心身の状況、ADL、IADL についてアセスメントする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑥ 利用者個々の BPSD やせん妄の状況についてアセスメントする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑦ 利用者ご本人やご家族の認知症に関する思い、考えなどをアセスメントする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑧ 利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、ご本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝える	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑨ 利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアをする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑩ 利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑪ 利用者個々に応じて身体抑制の必要性を検討し、不要な身体抑制を避けてケアをする	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑫ ケアの内容について振り返り、定期的に評価する	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
⑬ ケアプランの評価、見直しについてケアマネージャーと連携を図る	1. 必ずできている	2. おおむねできている	3. あまりできていない	4. 全くできていない
ご意見 ご感想	<外部の専門性の高い看護師の活用について、ご意見やご感想がありましたらご記入ください>			

◆今回の試行事業への参加後、ご自身の認知症ケアの変化について、該当するもの 1 つに○をつけてください

① 認知症に特有の倫理的課題、意思決定支援について理解が向上した	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
② 利用者の持てる力や可能性を最大限に発揮し、その人らしい人生を全うできるように全人的なケアができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
③ 利用者個々のコミュニケーションの状況（意思の伝達、理解など）をアセスメントができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
④ 利用者個々の認知症症状のコントロール状況についてアセスメントができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑤ 利用者個々の心身の状況、ADL、IADL についてアセスメントができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑥ 利用者個々の BPSD やせん妄の状況についてアセスメントができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑦ 利用者ご本人やご家族の認知症に関する思い、考えなどをアセスメントができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑧ 利用者個々のコミュニケーションの状況に留意しながら、本人の意思表示を支援し、わかりやすい言葉やスピードで伝えることができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑨ 利用者個々の認知症の病態や治療状況、対応方法に留意してケアをすることができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑩ 利用者個々に応じた BPSD・せん妄の予防方法や対応方法でケアをすることができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑪ 利用者個々に応じて身体抑制の必要性を検討し、不要な身体抑制を避けてケアをすることができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑫ ケアの内容について振り返り、定期的に評価することができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑬ ケアプランの評価、見直しについてケアマネージャーと連携を図ることができるようになった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑭ 事業所内の多職種連携が円滑になった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑮ 事業所外の多機関連携が円滑になった	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑯ 認知症ケアへの不安感が軽減できた	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑰ 認知症ケアへの負担感が軽減できた	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない
⑱ 専門性の高い看護師への理解度が増した	1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. あまりそう 思わない	4. 全くそう 思わない

ご意見 ご感想	<外部の専門性の高い看護師の活用について、課題に感じられたことがあればご記入ください>
--------------------	---

個別対応支援 利用者 基本情報収集シート

記入日 令和 年 月 日

<p style="text-align: center;">試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

現在の介護度 どれか 1 つに○	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 要支援1 7. 要支援2 8. 介護度の認定はまだ受けていない	年齢・性別	() 歳 男・女
		同居家族の有無 どちらかに○	1. 有 2. 無
		主たる介護者 (本人からみた続柄)	()
利用している介護保険サービス 全てに○	1. 訪問看護 (週に 分× 回 いつから) 2. 訪問介護 (週に 分× 回 いつから) 3. 認知症対応型通所介護 (週に 分× 回 いつから) 4. (上記以外の)通所介護 (週に 分× 回 いつから) 5. その他 ()		
認知症の診断・治療の状況 どれか 1 つに○	1. 認知症の診断はついていない (未診断) 2. <u>認知症の診断はついていますが、まだ治療はしていない</u> (未治療) 3. <u>認知症の診断はついていて、過去に治療はしていたが、現在は治療していない</u> (治療中断) 4. <u>認知症の診断はついていて、現在治療中である</u> 5. 上記以外の状況 ()		
認知症の病型 どれか 1 つに○	1. アルツハイマー型認知症 2. 脳血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. 若年性認知症 6. アルコール性認知症 7. 正常圧水頭症 8. まだら認知症 9. 軽度認知障害 10. 病型は不明 11. その他 ()		
認知症以外の医療ニーズを有する疾患・症状 全てに○	1. 脳血管疾患 (脳梗塞・くも膜下出血等) 2. 心疾患(心筋梗塞、不整脈等) 3. 治療を要する高血圧 4. 1. ~3.以外の循環器疾患 (心不全、狭心症等) 5. 糖尿病 6. 悪性新生物(がん) 7. 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫や慢性気管支炎を含む) 8. 7 慢性閉塞性肺疾患以外の呼吸器疾患(肺炎、肺結核等) 9. 大腿骨骨折 10. 大腿骨以外の骨折 11. 神経難病 (ALS、パーキンソン病等) 12. 認知症以外の精神疾患 (うつ、統合失調症等) 13. その他 ()		
医療処置 全てに○	1. インスリン注射 2. 中心静脈栄養の管理 3. インスリン注射・中心静脈栄養以外の注射・点滴の管理 4. 透析(腹膜透析含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. 人工呼吸器の管理 8. 気管切開の管理 9. がん性疼痛のコントロール 10. 経管栄養(胃ろう・腸ろう含む) 11. カテーテル (留置カテーテル等)の管理 12. 喀痰吸引 13. ネブライザー(吸入) 14. 褥瘡の処置 15. 創傷(褥瘡以外)の処置 16. 服薬管理(薬の飲みすぎ、飲み忘れへの対応等) 17. 排便コントロール(浣腸・摘便等) 18. 導尿 19. がんの外来化学療法 20. 簡易血糖測定 21. その他の医療処置 ()		

◆ 個人/事業所が特定されないよう配慮の上、できるだけ具体的にご記入下さい。

<現在の状況、専門性の高い看護師による支援を要した状況>

<家族の状況・介護の状況など>

個別対応支援 利用者 支援前 DBD-13

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男・女	介護度	
-------	-----------	-----	--

◆各項目で「0.まったくない」から「4.常にある」の5段階の選択肢のうち、もっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

		0点	1点	2点	3点	4点
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
7	やたらに歩き回る	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
9	口汚くののしる	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
11	世話をされるのを拒否する	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある

個別対応支援 利用者 終了後アンケート

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------



別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男 ・ 女	介護度	
--------------	----------------------	------------	--

◆ 個人/事業所が特定されないようご配慮の上、できるだけ具体的にご記入下さい。

<専門性の高い看護師による支援事業終了後の変化の状況>

<家族の状況・介護の変化の状況など>

個別対応支援 利用者 支援後 DBD-13

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男・女	介護度	
-------	-----------	-----	--

◆各項目で「0.まったくない」から「4.常にある」の5段階の選択肢のうち、もっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

		0点	1点	2点	3点	4点
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
7	やたらに歩き回る	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
9	口汚くののしる	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
11	世話をされるのを拒否する	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったく ない	1. ほとんど ない	2. ときどき ある	3. よくある	4. 常にある

個別対応支援 主たる家族介護者 支援前アンケート

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を
理解し、回答に
同意します

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨
をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェ
ックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男・女	利用者からみた続柄	()
利用者との 同居の有無	1.同居 2.別居	介護について他の家族からの サポートの有無	1. あり（利用者からみた続柄：() 2. なし

※ 介護負担感を聞き取る実際の場面では、別紙の Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) をご利用ください。

短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の質問項目は著作権元の意向により、掲載は差し控えさせていただきます。
質問項目の詳細は下記文献をご参照ください。

- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 : Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8) の作成 :
その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40 (5) : 497-503.
- 荒井由美子著 : Zarit 介護負担感尺度日本語版/短縮版 使用手引. 三京房, 2018 年.

※ 短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の使用に関する手続きは適正に行っております。

個別対応支援 主たる家族介護者 終了後アンケート

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を 理解し、回答に 同意します	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男・女	利用者からみた続柄	()
利用者との同居の有無	1.同居 2.別居	介護について他の家族からのサポートの有無	1. あり（利用者からみた続柄：) 2. なし

◆ 日頃の介護の状況についておたずねします。			
日頃の介護の内容について、特に負担を感じることがありましたら○をつけてください。 (○はいくつでも)	1. 日常の見守り	2. 認知症の周辺症状への対応	3. 服薬の管理・服薬の介助
4. 外出の付き添い	5. 排泄の介助	6. 入浴の介助	7. 食事の介助
7. 屋内の移動・移乗の介助	8. 衣服の着脱	9. 食事の介助	10. 通院の付き添い
10. 身だしなみの介助 (洗顔、歯みがき等)	11. 医療面の対応 (経管栄養、ストーマなど)	12. 通院の付き添い	13. その他()
<専門性の高い看護師による試行事業にご協力されて、その後の介護の状況やあなたのお気持ちに何か変化はありましたか>			

個別対応支援 主たる家族介護者 終了後アンケート

記入日 令和 年 月 日

試行事業・調査の趣旨を
理解し、回答に
同意します

別紙「協力依頼内容説明書」により試行事業および調査の趣旨
をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェ
ックボックスにチェック☑を入れてください。

年齢・性別	() 歳 男・女	利用者からみた続柄	()
利用者との 同居の有無	1.同居 2.別居	介護について他の家族からの サポートの有無	1. あり（利用者からみた続柄：() 2. なし

※ 介護負担感を聞き取る実際の場面では、別紙の Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) をご利用ください。

短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の質問項目は著作権元の意向により、掲載は差し控えさせていただきます。
質問項目の詳細は下記文献をご参照ください。

- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 : Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8) の作成 :
その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40 (5) : 497-503.
- 荒井由美子著 : Zarit 介護負担感尺度日本語版/短縮版 使用手引. 三京房, 2018 年.

※ 短縮版 Zarit 介護負担感尺度日本語版の使用に関する手続きは適正に行っております。

令和元年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

認知症患者及び家族支援における
認知症看護認定看護師の活用に関する調査研究事業報告書

令和2年3月31日

[編集・発行] 公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL : 03(5778)8831 (代) URL : <http://www.nurse.or.jp/>

問い合わせ先 : 公益社団法人 日本看護協会
医療政策部在宅看護課
TEL : 03(5778)8842 FAX : 03(5778)8478

本書の無断複写・掲載は禁じます。