

【博士論文】

認知症の行動・心理症状（BPSD）の
行動コンサルテーションの手順化に関する研究

令和元年度

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

感性認知脳科学専攻 石川 愛

目次

序章	研究の背景と構成	1
第1節	研究の背景	1
第2節	本論文の構成	15
第1章	介護現場でのリーダー中心のBCモデルによるBPSDの改善 効果に関する予備研究（第1研究）	17
第1節	第1研究の目的	17
第2節	方法	17
第3節	結果	26
第4節	考察	44
第2章	介護現場におけるBPSDに関する行動コンサルテーション手 順の考案－事例研究を通じて－（第2研究）	52
第1節	第2研究の背景と目的	52
第2節	方法	52
第3節	結果	69
第4節	考察	101
第3章	総合考察及び結論	110
第1節	総合考察	110
第2節	結論	119
引用文献		120
謝辞		127
資料		129

略語一覧

略語	英語表記	日本語表記
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	認知症の行動・心理症状
BMT	Behavioral Management Techniques	行動に焦点をあてたアプローチ
BC	Behavioral Consultation	行動コンサルテーション
BL	Base Line	ベースライン期
DRA	differential reinforcement of alternative behavior	代替行動分化強化法
SSS	Staff Support System	スタッフ・サポート・システム

序章 研究の背景と構成

第 1 節 研究の背景

1. 認知症の行動・心理症状とその影響

認知症の症候は大きく、中核症状と呼ばれる認知機能障害と、周辺症状と呼ばれる精神症状、行動障害とに区別される（三村，2013）。このうち周辺症状は、認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下 BPSD）と総称されることも多い（三村，2013）。BPSD は、認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現し（Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012）、幻覚・妄想、人物誤認、徘徊、不穏・興奮、不眠・リズム障害、うつ・意欲低下など、多岐にわたる（三村，2013）。

BPSD の有症率については、認知症のみられる高齢者を追跡調査した Cache 郡研究によると、5 年間で少なくとも 1 種類以上の BPSD がみられた人の割合は 97% であった。また、最も多い症状は、アパシー、抑うつ、不安だった（Steinberg et al., 2008）。一方、介護施設での BPSD の有症率に関する横断研究のレビューによると、認知症のみられる入居者の約 80% になんらかの BPSD がみられた（Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007）。このように、認知症のある高齢者では BPSD が高い割合でみられている。

BPSD の影響としては、介護者にとって精神的・身体的に大きな負担となるだけでなく（Song & Oh, 2015）、BPSD を示す本人にとっても、施設入所のリスクを高める原因となる（Toot, Swinson, Devine, Challis, & Orrell, 2017）。このようなことから、BPSD への対応は認知症ケアにおける重要な課題となっている。

2. BPSD への対応

BPSD への対応としては、大きくわけて薬物療法や非薬物療法がある。しかし、アメリカ食品医薬品局（US Food and Drug Administration：FDA, 2005）からの、非定型抗精神病薬の使用によって認知症患者の死亡率が約 1.6～1.7 倍上昇する（原因は心疾患や感染症による）といった警告や、定型抗精神病薬も非定型抗精神病薬よりも高い危険性があるといった報告（Gill et al., 2007; Schneeweiss, Setoguchi, Brookhart, Dormuth, & Wang, 2007）などから、近年ではより安全な方法として、非薬物療法の開発や検証が盛んに行われている。

また、我が国の厚生労働省研究班による「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（第 2 版）」（厚生労働省, 2015）の治療アルゴリズムでも、その冒頭に非薬物的介入を最優先すると明記されている。具体的には、BPSD の出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探ることや、デイサービスなどの導入を検討することが勧められている。

3. 応用行動分析に基づく BPSD マネジメント研修とその課題

近年では徐々に BPSD に対する非薬物療法のシステマティックレビューがみられるようになり、Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos（2005）や Olazarán et al.（2010）では、ガイドラインに基づいて非薬物療法の推奨度が示されている。なお、Olazarán et al.（2010）以降は、推奨度を示すレビューはみられない。

まず、Livingston et al.（2005）のシステマティックレビューでは、行動に焦点をあてたアプローチである Behavioral Management

Techniques (BMT) は推奨度 B (科学的根拠があり行うように勧められる) とされ, さらに, BMT に基づく個別の介入法に関する介護者研修は推奨度 A (強い科学的根拠があり行うように強く勧められる) にランク付けされている (表 P-1)。また, Olazarán et al. (2010) によるシステマティックレビュー及びメタ分析でも, BMT 及び BMT に基づく介護職員研修は推奨度 B とされ, 推奨度が高かった (表 P-1)。

なお, BMT の内容は研究によって様々ではあるが, その中心となっているのは応用行動分析における ABC 分析を用いた行動マネジメントである (野口, 2017)。この応用行動分析に基づくアプローチとは, 行動がその前後の環境変化によって形成されるという基本原理を応用することで行動を変容し, その人の生活に何らかの改善を試みる方法である (Miltenberger, 2001)。また, ABC 分析とは, 先行条件 (Antecedent: 直前の状況), 行動 (Behavior), 結果 (Consequence: 直後の状況) の 3 要素に基づいてその行動の原因と対応を分析するもので, ABC とはこれらの英語の頭文字を表している (野口・山中, 2019)。

表P-1 システマティックレビューによるBPSDに対する非薬物療法の推奨度

文献	介入法	推奨度
Livingston et al. (2005)	BMTによる個別の介入法に関する介護者への心理教育	A
	BMT	B
	介護職員への心理教育	B
	CST	B
	音楽療法（攻撃的行動に対する直後効果のみ）	B
	スヌーズレン（攻撃的行動に対する直後効果のみ）	B
	家族カウンセリング	C
	環境調整	C
	BMTの原則に関する介護者への心理教育	D
	回想法	D
	バリデーション・セラピー	D
	リアリティ・オリエンテーション	D
	感覚刺激	D
	運動療法	D
Olazaran et al. (2010)	BMT	B
	CST	B
	マルチコンポーネントな介入	B
	介護職員への研修	B

注) BMT： Behavioral Management Techniques, CST： Cognitive Stimulation Therapy (認知活性化療法)
野口（2017）より引用

応用行動分析に基づく研修の中でも、特に、アメリカの Teri, Huda, Gibbons, Young, and van Leynseele (2005) が開発した Staff Training in Assisted Living Residences (STAR) は、マニュアルを基盤とした数少ない研修プログラムである (野口, 2017)。研修期間は 8 週間で、半日間のワークショップ 2 回、30 分間の個別スーパーバイズ (実際の事例でのオン・ザ・ジョブトレーニング) が 4 回、全体的なミーティング 3 回で構成されていた。また、この中のワークショップの内容は、BPSD に対する ABC 分析が中心で、その他にも「認知症の理解」「コミュニケーションスキル」「認知症の人が楽しめる活動」などが含まれていた。そして、マニュアルに沿って介護現場の職員研修を行い、その職員に実際に BPSD へ介入してもらった効果を、無作為比較試験によって調べた。その結果、介入群では統制群と比較して、行動異常、抑うつ、不安に関する評価点が、介入後に有意に低くなったことが報告されている。

その後、Teri et al. (2005) のプログラムはアメリカ以外の国にも広がり、現在では関連する研究もみられている (ブラジル Serelli et al., 2017; イギリス Goyder, Orrell, Wenborn, & Spector, 2012; 日本 Noguchi, Kawano, & Yamanaka, 2013)。

しかし介護現場では、日々の業務の忙しさや勤務シフトなどにより、職員が十分な研修機会を得ることが難しい場合も少なくない。実際に介護現場で職員研修を行った際には、人員不足や職員のシフト調整の困難さから、「研修への参加は代表者だけでもよいか」との声があがることもあった。このように、介護現場では職員が研修へ参加することが難しいといった切実な問題があるため、他の方法を考える必要がある。

4. 研修に代わる方法としての行動コンサルテーション

応用行動分析に基づく職員研修に代わる手立てを考える参考として、行動コンサルテーション（Behavioral Consultation：以下 BC）がある。これは、応用行動分析的な立場から行われるコンサルテーションで、クライアントの行動上の問題に悩むコンサルティ（相談者）に対し、コンサルタントとコンサルティが協働して問題解決を図る手法である（Kratowill & Bergn, 1990；加藤・大石，2004）。これまでは、もっぱら学校場面で児童・生徒の問題行動を改善するために実施されてきた。具体的には、問題となっている行動のアセスメントや介入計画の立案に関してコンサルタント（例えば、巡回相談員）がコンサルティ（例えば、教員）を支援し、クライアント（例えば、児童・生徒）への介入はコンサルティを通じて行われる（図 P-1）。特に、①問題の同定、②問題の分析、③計画の実行、④問題の評価の4段階からなるバーガンのモデル（Kratowill & Bergan, 1990）が用いられてきた。

学校場面

コンサルタントとコンサルティの協働による、
問題のアセスメントと介入計画の立案

コンサルティによるクライアント
への直接的な介入（介入計画の実施）



図P-1 学校場面での行動コンサルテーションのモデル
注) 加藤・大石 (2004) を参考に筆者が改変

一方、クライアント（施設の入居者）に対して、同じ場面で複数の職員が関わる介護現場では、学校場面と異なる 2 種類の BC のモデルが考えられる。まず、1 つ目は、介護施設の個々の職員が、入居者の BPSD に関する相談に来るタイプである（図 P-2 の上段）。このタイプは、相談に来た職員だけでなく、相談に来なかった職員達も同僚関係にあるので、コンサルテーションの内容を共有するのが難しくなるだろう。その結果、介入の統一ができず問題が解決しない可能性がある。

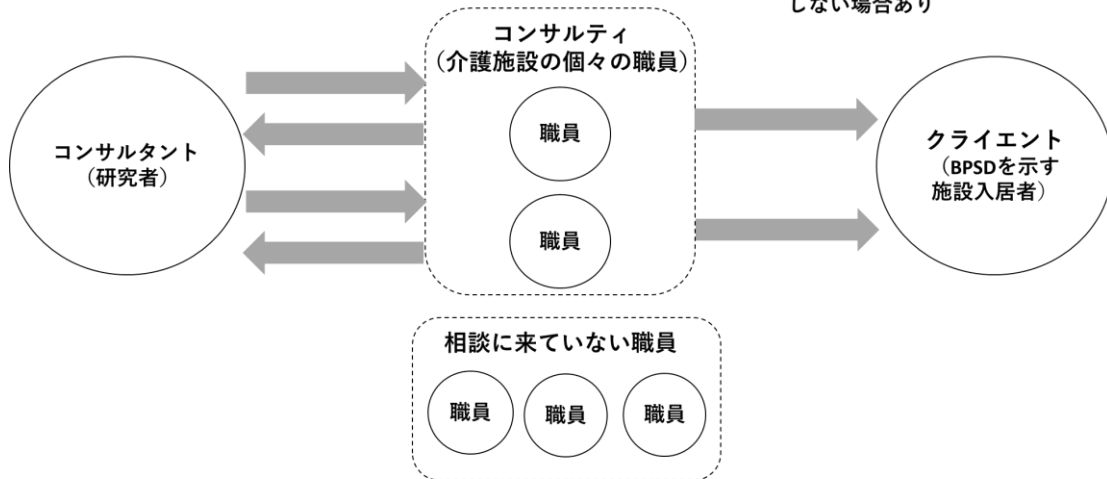
2 つ目は、介護施設のユニットリーダーが入居者の BPSD に関する相談に来るタイプ（図 P-2 の下段）である。このタイプは、先程のタイプと異なり、日頃から職員に指示を出す立場の者が全職員の代表者として相談に来ているため、コンサルテーションの内容が他の職員と共有されやすくなる。その結果、職員全体で介入の統一を図ることができ、問題が解決しやすいと予想される。

前述のように、介護現場では研修機会の確保が難しいといった課題があるが、ユニットリーダーに対して BC を実施する「リーダー中心の BC」ならば、職員研修を受けていない職員であっても、応用行動分析に基づく BPSD マネジメントが可能となるのではないだろうか。

個々の職員がコンサルタントに相談に来るタイプ

コンサルタントと個々のコンサルティの協働による、問題のアセスメントと介入計画の立案

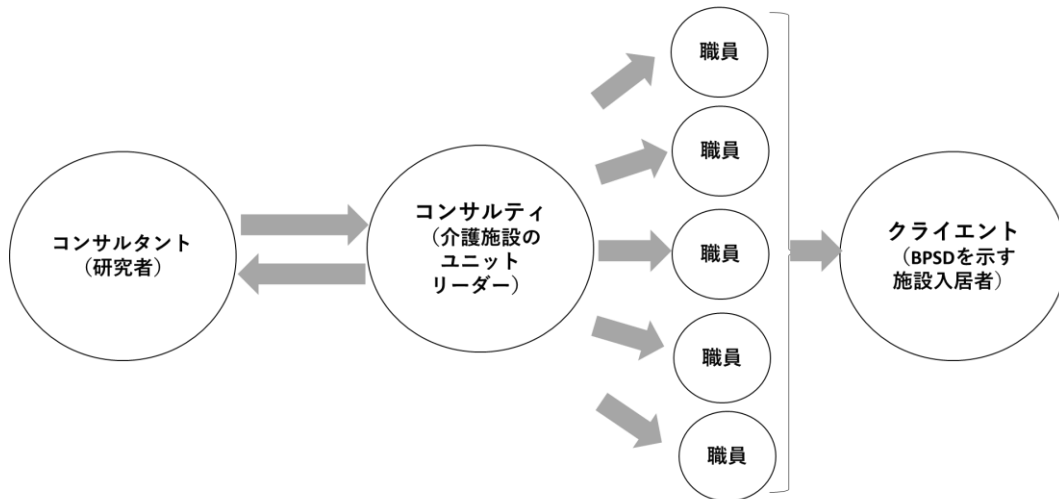
個々のコンサルティがクライアントへ介入計画を実施
※同僚同士のため共有が難しく個々に対応するため問題が解決しない場合あり



介護施設のユニットリーダーが相談に来るタイプ

コンサルタントと個々のコンサルティの協働による、問題のアセスメントと介入計画の立案

コンサルティを中心に他の職員の協力を得て介入計画を実施
※リーダーが指示するため職員に共有されやすく統一した対応により問題が解決しやすい



図P-2 介護現場における行動コンサルテーションのモデル

5. 介護現場での BPSD に関する BC の先行研究とその課題

介護現場での BPSD に関する BC の先行研究を把握するために、文献検索を行った。まず、英語文献として、PubMed で以下の式を用いて検索したところ、1865 件の文献が抽出された（2019 年 5 月 8 日時点）。検索式は、(behavioral consultation OR behavior intervention OR behavior management OR behavior analysis OR functional analysis OR consultation) AND (dementia OR Alzheimer's disease OR BPSD OR challenging behavior OR nursing home) であった。

ところが、以下の全ての基準に合致した論文はみられなかった。設定した基準は 5 つで、①対象者は BPSD を示す者である、②アセスメントや介入が応用行動分析に基づいている、③施設ケアを対象とした介入である、④クライアントに直接介入をせず、コンサルテーションを受けたコンサルティ（職員）がクライアントへの介入を行っている、⑤学会発表や会議録以外である、といった内容であった。

次に、和文献についても、CiNii と医学中央雑誌を用いて、以下の式を用いて検索したところ、CiNii では 166 件（2019 年 5 月 7 日時点）、医学中央雑誌では 1251 件の文献が抽出された（2019 年 5 月 11 日時点）。検索式は、(行動コンサルテーション OR 行動療法 OR 行動分析 OR コンサルテーション) AND (認知症 OR アルツハイマー病 OR BPSD OR 周辺症状 OR 介護施設 OR 高齢者施設) であった。

英語文献では前述のように 5 つの基準に合致するものがなかったが、和文献では抽出された中でこの基準に合致するものが 3 件（宮，2008；宮・鑪・大川・成本，2011；猪上・佐々木，2018）みられた。しかし、これらの中で、「行動コンサルテーション」という用語をタイトルや本文で使用しているものはなかった。また、「コンサルテーショ

ン」という用語が使用されているのも、猪上・佐々木（2018）のみであった。

表 P-2-1 と P-2-2 に、これら 3 件の概要を示した。まず、宮（2008）の研究では、立場は不明ではあるが介護施設の職員 1 名（コンサルティ）の来談により、介護抵抗や異食を示す認知症高齢者 1 事例に関する相談を研究実施者であるコンサルタントが受けた。その後、コンサルタントが応用行動分析の視点から、問題となっている行動の原因の推定と介入計画の考案を行い、施設の複数の職員に介入計画を実施してもらった。その結果、介護抵抗や異食が改善した。この研究では、1 名の職員へのコンサルテーションを通じて、複数の職員によるクライアントへの介入が実施されているが、相談者であるコンサルティの立場が不明である点で、前述のリーダー中心の BC モデル（図 P-2 の下段）と異なっていた。

また、宮（2008）では、介入計画や介入後の行動の変化などのクライアントに関する記述が中心で、①応用行動分析的なアプローチでは重要となる、問題（となっている行動）の発生状況に関する情報収集として、コンサルティへどのような質問をしたのかが不明である。また、②他の職員との介入計画の共有方法が示されておらず、③介入計画の実施中のコンサルティへの結果のフィードバックの方法も不明である。そのため再現が難しく、経験豊富なコンサルタントでないと実施が難しいと思われる。

表P-2-1 基準に該当した先行研究の概要 (参加者)

コンサルテーションの場所	コンサルタント	施設の種類	コンサルティ	クライアント	介入実施者
宮 (2008)	コンサルテーションの場所 病院	研究実施者 特別養護老人ホーム (従来型かユニット型かは不明)	コンサルティ 職員 (立場は不明)	クライアント 介護抵抗や異食を示す1名	介入実施者 施設の複数の職員 (人数は不明)
宮・鑑・大川・成本 (2011)	病院	研究実施者 特別養護老人ホーム (従来型かユニット型かは不明)	主任介護士と クライアントの家族	拒食を示す1名	施設の複数の職員 (人数は不明)
猪上・佐々木 (2018)	介護施設	研究実施者 不明	クライアントごとに 独立した職員3名 (立場は不明)	クライアントごとに 事例1: コールを頻回に鳴らす 事例2: 帰りたいと繰り返し訴える 事例3: 攻撃的な言動をする	コンサルティと同一人物

表P-2-2 基準に該当した先行研究の概要（手続き）

	アセスメント		アセスメント		他の職員との 介入計画の共有 方法の記載の有無	介入計画実施中の結果の フィードバックの方法
	コンサルティへの インタビュー	データの収集方法	結果の分析を する者	介入計画の立案を行う者		
			職員の対応			
		標的行動				
		施設のケース記録 (いつ記録したかは 不明)	施設のケース記録 (いつ記録したかは 不明)	コンサルタント	コンサルタント	不明
宮 (2008)	身体状況 ○ 知的状況 ○ 問題の発生状況と経過 ○ ※インタビューの手続き化 はされていない	○	○	コンサルタント	コンサルタント	不明
宮・鎌・大川・ 成本 (2011)	身体状況 ○ 知的状況 ○ 問題の発生状況と経過 ○ ※インタビューの手続き化 はされていない	○	○	毎食の摂取量を職員の 目視により記録	コンサルタント	コンサルタント
				不明	コンサルタント	不明
						・ケースカンファレンスで 職員の対応や目標を統一 (参加者は不明) ・食事摂取量が少ない日 は、コンサルティから職員 に個別指導
猪上・佐々木 (2018)	身体状況 × 知的状況 × 問題の発生状況と経過 ○ ※インタビューの手続き化 はされていない	×	×	・1日の業務終了後に 標的行動の生起状況、 持続時間、回数を記録	コンサルタント	コンサルタント
				・1日の業務終了後 に対応を記録	コンサルタント	コンサルティが 介入も実施して おり該当せず
					原案：コンサルタント 最終版：コンサルタント とコンサルティ	不明

また、宮（2008）とは別の事例である宮ら（2011）の研究では、表 P-2-1 と P-2-2 に示したように、主任介護士とクライアントの家族であるコンサルティが来談し、研究実施者であるコンサルタントが、介護施設に入居する拒食を示す認知症高齢者 1 事例（クライアント）について相談を受けた。その後、コンサルタントが、応用行動分析に基づいてアセスメントと介入計画の立案を行い、複数の職員に介入計画を実施してもらった。介入計画の実施中には定期的なケースカンファレンスによって職員の対応や目標の統一が行われ、食事摂取量が少ない日には、主任介護士から職員に個別指導が行われた。その結果、問題となっていた拒食が改善した。この研究では、リーダーの立場にある主任介護士へのコンサルテーションを通じて、複数の職員がクライアントへの介入を実施している点が、前述のリーダー中心の BC モデルと共通する。しかし、宮（2008）で課題としてあげた①～③のうち、①問題の発生状況に関する情報収集として、コンサルティへどのような質問をしたのかは不明である。また、②他の職員との介入計画の共有方法も示されていない。

一方、猪上・佐々木（2018）の研究では、介護施設の個々の職員から入居者に関する相談を受け、そのうち、研究参加基準を満たした 3 事例について介入が行われた。まず、研究実施者であるコンサルタントが、応用行動分析の視点に基づいてアセスメントをし、介入計画の原案を作成した。その後、それをもとに現場で実際に実施できるかを、各事例で独立した施設の職員であるコンサルティと話し合っ最終版を完成させた。なお、各事例の標的行動は、それぞれ、頻回なナースコール、帰宅願望、攻撃的な言動であった。立案した介入計画は、各コンサルティによって実施され、その結果、全事例において標的行動が改善した。

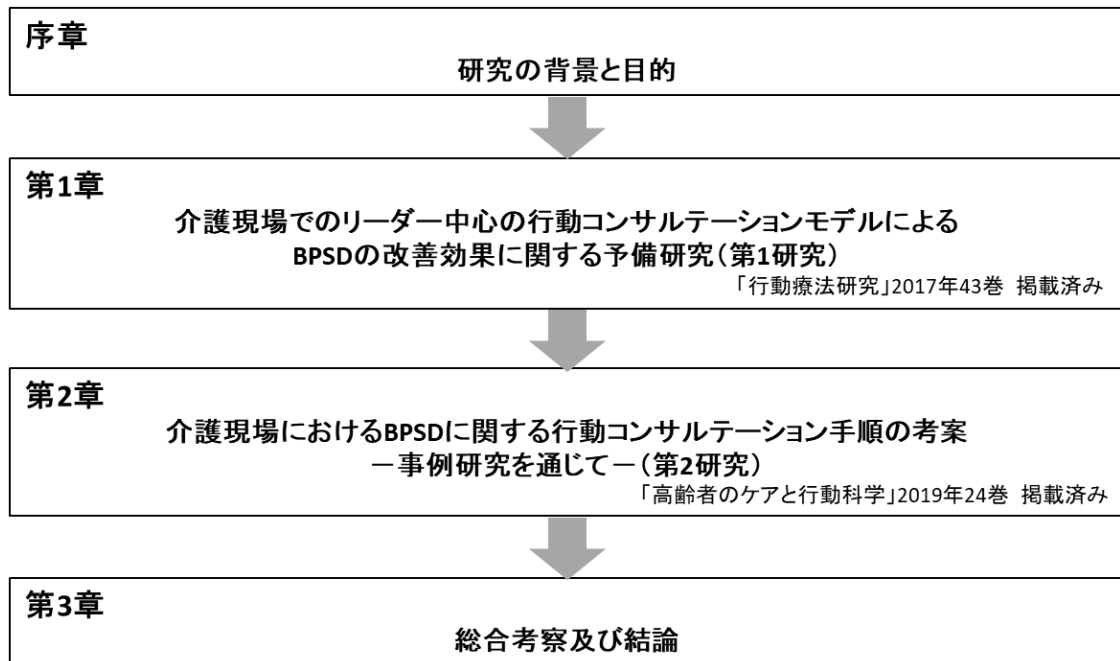
この研究では、個々の職員がコンサルテーションを受け、その者がそれぞれのクライアントへの介入を行っている（コンサルティと介入実施者は同一人物である）点が、リーダー中心の BC モデルとは異なる。また、宮（2008）で課題としてあげた①～③のうち、この研究でも、①問題の発生状況に関する情報収集として、コンサルティへどのような質問をしたのかが不明である。また、③介入計画の実施中のコンサルティへの結果のフィードバックの方法も示されていない。

以上のように、これまでは介護現場における BPSD に関する BC の研究・報告自体が少なく、わずかにみられた研究では手続きが具体的に示されていない部分が多かった。実際の介護現場で、一定の教育を受けたコンサルタントならば誰でも実施できる BC とするには、手順化が必要であるだろう。また、介護現場では前述のリーダー中心の BC モデルが有効ではないかと思われるが、このモデルの効果を調べた研究が少ない。

第 2 節 本論文の構成

上記の課題を踏まえて本研究では、まず、介護現場における BPSD に関するリーダー中心の BC モデルでの手続きを具体的に示し、この手続きの有用性及び改良が必要な点を検討することを目的として、予備研究を行った（第 1 研究）。次に、第 1 研究の課題をふまえて、介護現場における BPSD に関する BC 全体の系統的な手順の作業仮説を立てた。そして、事例をもとに作業仮説の適用可能性を検証することを目的として研究を行った（第 2 章 第 2 研究）。

最後に、第 1 研究と第 2 研究によって得られた知見をもとに総合考察を行い、結論を述べた（第 3 章）。本研究の構成は、図 P-3 に示した通りである。



図P-3 本論文の構成

第 1 章 介護現場でのリーダー中心の BC モデルによる BPSD の改善

効果に関する予備研究（第 1 研究）

第 1 節 第 1 研究の目的

介護現場におけるリーダー中心の BC モデルでの手続きを具体的に示し、この手続きの有用性及び改良が必要な点を予備研究によって検討することを目的とした。

第 2 節 方法

1. 参加者の概要

参加者の概要（コンサルティ、クライアント、職員）を事例ごとに表 1-1 に示した。まず、X 年 9 月末～同年 12 月末までの間に、ユニットリーダーから BPSD に関する相談があった、大阪市内の介護施設（グループホーム）に入居する認知症高齢者 3 名（事例 1-I, 1-II, 1-III の 3 事例）をクライアントとした。標的とした BPSD は、それぞれ、「他の入居者の居室扉を開けること（探索を伴う徘徊）」、「他の入居者の飲物をとること（盗食）」、「食事を拒否すること（拒食）」であった。

コンサルタントからコンサルテーションを受けるコンサルティはユニットリーダー（事例 1-I と II は同じで計 2 名）であった。また、クライアントが生活するユニットに配属されている、各事例で独立した他の職員（各事例平均 6.7 名、計 20 名）も参加した。なお、他の職員は、データ収集やクライアントへの介入の際に、コンサルティに協力した。

コンサルティへの助言及びデータの分析を行うコンサルタントとの役割は、応用行動分析学を学び介護福祉士の資格を持つ大学院生（筆者）が担った。コンサルティのスーパーバイザーとして、応用行動分析の知識や経験のある大学教員が参加した。

表1-1 参加者の概要

	事例1-I	事例1-II	事例1-III	
コンサルティ	施設の種類	グループホーム		
	性別	女性	男性	
	年代	30代		
	本施設での勤続年数	2年（開設時より勤務）	3年（開設時より勤務）	
クライアント	性別（年齢）	女性（77歳）	男性（70歳）	男性（80歳）
	ADLの状態	・自立歩行可能	・自立歩行可能	・自立歩行可能
		・日常生活で介助や働きかけ必要	・ADL概ね自立	・ADL概ね自立
	要介護度※	3	3	2
	障害高齢者の日常生活自立度※	A1	A1	A2
	認知症高齢者の日常生活自立度※※	IIIa	IV	IIIa
	N式老年者用精神状態尺度（重症度）※※※	8点（重度）	27点（中等度）	15点（重度）
	標的としたBPSD	他の入居者の居室の扉を開けること	他の入居者の飲物をとること	食事を拒否すること
	人数	6名	6名	8名
	職員	主たる資格（n）	介護福祉士（5） ヘルパー2級（1）	介護福祉士（5） ヘルパー2級（1）
本施設での平均勤続年数（範囲）		1年6ヶ月 （1か月-2年）	1年7ヶ月 （1か月-2年）	2年 （6か月-3年5か月）

注）ADL=Activities of Daily Living

要介護度及び※～※※印の評価結果は、施設のケース記録から直近のものを記載した

※※※印の評価はベースライン期に筆者が行った

※～※※※印の評価に関する資料（資料1-1、1-2、1-3）を本論文の巻末に掲載した

2. リーダー中心の BC モデルでの手続き

バーガンの 4 段階（問題の同定，問題の分析，計画の実行，問題の評価）からなる BC のモデルの手続きが示されているテキスト（Kratochwill & Bergan, 1990；加藤・大石，2004）を参考に，筆者が介護場面にあわせて以下のように手続きを改変した。そして，コンサルタントが各施設を訪問し，以下の手続きに沿って事例ごとに BC を行った。なお，BC ではコンサルタントとコンサルティの協働が重視されているため（Kratochwill & Bergan, 1990），図 1-1 では，以下の手続きの主な内容を，コンサルタントとコンサルティが協働で行うものと，それぞれで行うものに分けて示した。

1) 問題の同定及び問題の分析

(1) アセスメント

①インタビュー ベースライン（以下，BL）期のアセスメントとして，標的とする BPSD の定義とその行動の機能的アセスメントを目的とし，コンサルタントがコンサルティへインタビューを実施した。機能的アセスメントとは，問題となる行動の原因を知るために，その行動の生起や維持に関連する直前の状況や直後の状況（結果）に関する情報収集を行うプロセスである（Miltenberger, 2001）。

インタビューは，主に児童・生徒の行動のアセスメントを想定して作成された O'Neill et al. (1997) のインタビュー項目を，必要に応じて介護現場に合うよう言い回しを変えて用いた。なお，インタビューでは，問題となっている行動を起こりやすくしている出来事をたずねる項目として「どんな薬を服用していますか？それが行動にどんな影響を与えていると思いますか？」や，問題となっている行動が起こりやすい場合の直前のきっかけと，起こりにくい場合のきっかけをたずねる項目として

「行動が最も起こりやすい時間と、最も起こりにくい時間はいつですか？」などが含まれていた。

②BLデータの収集 標的とした BPSD の生起状況に関する BL データの収集を、コンサルティが中心となり職員の協力のもと行ってもらった。具体的には、勤務にあたっているコンサルティもしくは職員が標的とした BPSD を直接観察し、その行動が生起するたびに記録用紙に記録してもらった。また、どのような場面・方法でデータを収集するのかについては、コンサルタントとコンサルティで話し合い、実施負担に配慮しながら決定した。決定したデータ収集方法は、コンサルティから他の職員へ個別で伝達してもらった。なお、各事例でデータ収集方法が異なるため、具体的なデータ収集方法については、結果の部分で事例ごとに示した。

(2) 介入計画の立案

問題となる行動の原因を推測するために、アセスメントで得た情報を、コンサルタントが標的とした BPSD の直前の状況（背景情報を含む）と直後の状況として整理し、それをもとにクライアントへの介入計画の原案を作成した。その後、コンサルティへ、整理した情報とあわせてこの原案を提案し、両者で話し合いながら、実際に現場で実施可能な介入計画を完成させた。なお、介入計画を完成させるにあたり、コンサルティを含む職員のスキルや実施負担、クライアントの好みや行動レパートリーに留意した。

また、コンサルタントとコンサルティで、介入計画の内容を示したマニュアルも作成した。マニュアルは、介入計画の内容を A4 用紙 1 枚に簡潔にまとめたもので（介入はいつ・どこで・誰が・何をするかなどを記載）、介入計画の実施中に確認しやすい場所へコンサルティが設置した。

(3) 他の職員への説明

施設の既存の定例会議の機会を使い、コンサルティが中心となって、介入計画の内容などの今回の取り組み内容をクライアントに関わる他の職員に伝えた。また、コンサルタントからは、コンサルティへのインタビューや BL データをもとに、必要に応じて介入計画の意味などの補足説明を行った。介入計画の内容などに対して職員から質問が出れば、その場でコンサルティ及びコンサルタントが回答した。なお、この定例会議に参加できなかった職員に対しては、コンサルティが後日、その職員に介入計画の内容を説明した。

2) 介入計画の実施とその効果の確認

(1) 介入計画の実施

コンサルティを中心に職員全体で介入計画を実施してもらった。また、それと並行して、コンサルティ及び職員には、基本的には BL 期と同じ方法で、標的とした BPSD の生起状況に関するデータ収集を引き続き実施してもらった。さらにそれに加えて、介入計画の実施状況などに関するデータ収集も行ってもらった。どのような方法でデータを収集するのかについては、標的とした BPSD に関するデータ収集と同様に、実施負担に配慮しながらコンサルタントとコンサルティの話し合いによって決定した。そしてその方法は、コンサルティから他の職員へ個別で伝達してもらった。なお、具体的なデータ収集方法については、結果の部分で事例ごとに示した。

(2) 介入計画の実施による効果の確認

介入計画の実施期間中には、コンサルティを含む職員によって収集されたデータをもとに、標的とした BPSD の生起状況や介入計画の実施状況の日々の変化がわかるようにコンサルタントがグラフ化し、平均値な

ども算出した。そして、それらをコンサルティに提示しながら、週に1回程度の間隔で約30分間のミーティングを行った。ここでは、介入効果を判断するために、コンサルティを含む職員が介入計画を実行できていたか、標的としたBPSDが改善したかについてデータをもとに話し合った。

標的としたBPSDが改善しない場合には、介入計画の変更を行い、変更した内容は、コンサルティから他の職員へ伝えてもらった。一方、標的としたBPSDが改善した場合には、コンサルタントからBCの総括を行い終結した。BPSDが改善したかどうかの判断については、コンサルタントがコンサルティに、データをグラフ化したものをみせながら標的としたBPSDの生起状況（平均値など）や傾向（直近の連続する3つのデータポイントの方向性）を伝え、それをふまえてコンサルティに判断してもらった。また、介入計画の実施を中止する際には、そのことをコンサルティから職員に個別に伝達してもらい、順次介入を終了した。終結後には、介入前の他の職員への説明と同じく、定例会議の場を利用して、コンサルティを中心に職員へ今回の介入による全体的な結果報告が行われた。コンサルタントは、必要に応じてデータを示すなどの補足説明を行った。

なお、今回は介入効果を調べる研究であるため、後述の「BL2期」を設けてそれを終えた後に職員への全体報告を行った。

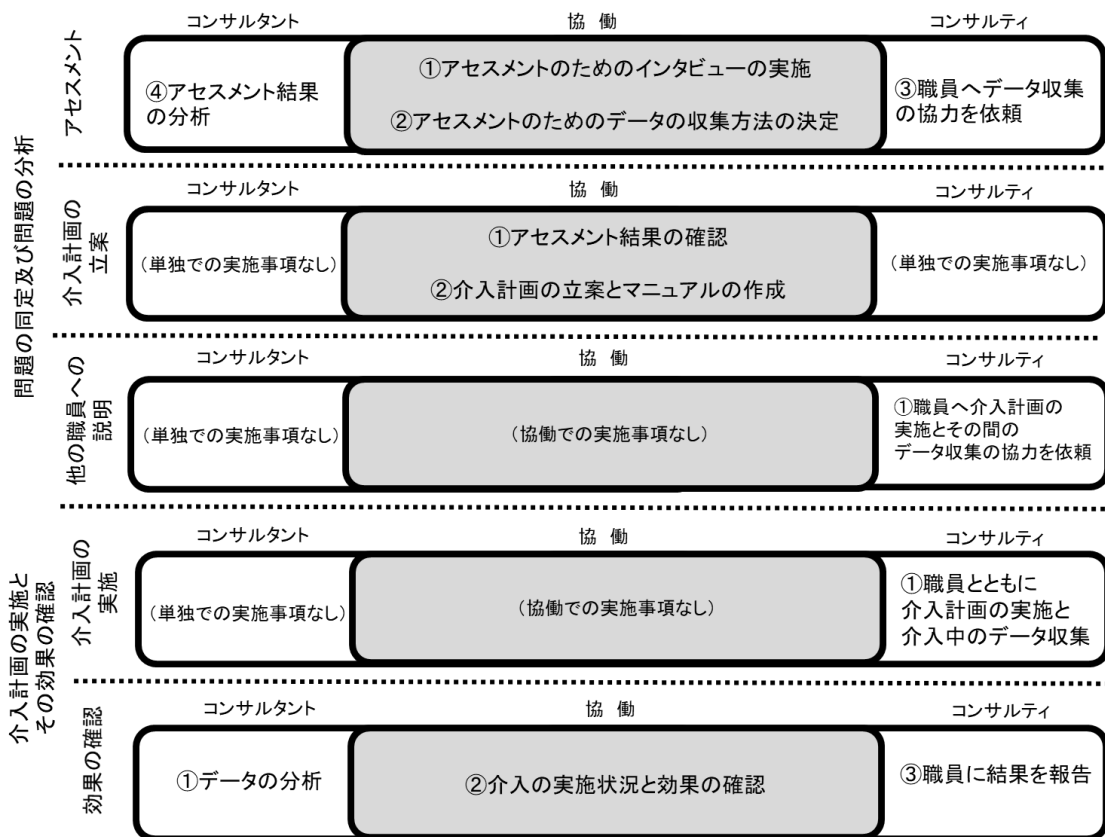


図1-1 リーダー中心の行動コンサルテーションモデルでのコンサルタントとコンサルティの役割
注)各段階での実施内容を数字の順に沿って実施する

3. 研究デザイン

本手続きの有用性（BPSD の改善効果）を明らかにするために、シングルケースデザインの ABA デザインを適用し、事例ごとに各フェイズ間で標的とした BPSD の生起状況を比較した。フェイズ A は、施設での通常の対応を行ってもらった BL 期とした。フェイズ B は、BC を通じて立案した介入計画を実施してもらった介入期とした。介入期では、実際に介入計画が実行に移されていたかの確認も合わせて行った。また、介入計画の実施が標的とした BPSD に有効であるかを評価するために、介入計画の実施を中止して BL 期と同様の対応を行ってもらった。これを BL2 期とした。

なお、今回は、コンサルタント及びコンサルティの都合で、BL2 期の後に再介入期（再び介入計画を実施してもらった）を設けることができなかった。そのため、研究終了後の再介入の実施についてはコンサルティに委ねた。

4. 標的とした BPSD の変化及び介入計画の実施状況に関するデータの収集方法と、その評価の方法

コンサルティを含む職員によって、標的とした BPSD の変化と介入計画の実施状況に関するデータを収集してもらった。データの収集方法は各事例で異なっており、具体的な方法は結果の部分で事例ごとに示した。

また、標的とした BPSD の変化と介入計画の実施状況に関する評価は、前述のようにコンサルティに行ってもらった。その際には、収集されたデータをもとに、標的とした BPSD の生起状況や介入計画の実施状況の日々の変化がわかるようにコンサルタントがグラフ化したものや、平均値などを示して、それをもとに判断してもらった。

5. コンサルティ及び職員が収集したデータの信頼性（観察者間一致率）

コンサルティ及び職員によって収集された、標的とした BPSD に関するデータと介入計画の実施状況に関するデータの信頼性を検討するために、全観察期間の一部においてコンサルタントが独立して観察・データ収集を行った。そして、コンサルティもしくは職員とコンサルタントの 2 者間での観察者間一致率を、以下の式によって算出した。

1) 標的とした BPSD に関するデータ

事例 1-I 「両者の観察結果が一致したインターバル数÷全インターバル数×100」

事例 1-II 「両者の観察結果が一致した観察機会数÷両者の観察機会数×100」

事例 1-III 「両者の観察機会における短い分数÷長い分数×100」

2) 介入計画の実施状況に関するデータ

「両者の観察結果が一致した観察機会数÷両者の観察機会数×100」

6. 介入に対する受容性

クライアントへの介入に対するコンサルティ及び職員の受容性（社会的妥当性）を評価するために、①介入計画の伝達後のクライアントへの介入前と、②BL2 期を終えた介入全体の報告後に、介入の受容性アンケートを実施した。このアンケートは、加藤・野口（2004）を参考にして筆者が作成したもので、介入計画がクライアントや職員にメリットがあるかや、実行可能であるかを尋ねる 8 項目（以下メリット項目群）と、介入計画がクライアントや職員、そしてその他の施設利用者に何らかのリスクや負担を及ぼすかを尋ねる 5 項目（以下リスク・負担項目群）に対して、4 段階（0：思わない、1：やや思う、2：かなり思う、3：非常

に思う)で回答を求めた。さらに、アンケートの最後に部分には、今回の介入に対する意見や感想を書き込める自由記述欄も設けた。

7. 倫理的配慮

研究を行う前に、兵庫教育大学研究倫理審査会から承認(承認番号第13号)を得た。その後、協力施設の施設長及び対象者もしくは代諾者(家族)に、書面と口頭で研究内容と倫理的配慮に関する説明を行った。

第3節 結果

1. 各事例へのBCの内容

1) 事例1-I

(1) BL期

コンサルティへのインタビューによると、問題となっていた行動は、フロアの共用スペースを囲むように並んでいる入居者達の居室の近くをうろうろし、居室の扉を次々と開けていくことで、繰り返し生じることから他の入居者とのトラブルにつながる可能性があった。そのため、標的行動を「他の入居者の居室扉を開けること」とし、さらにインタビューを続けた。その結果、この行動の先行条件として、就寝前の時間帯のためクライアントがこの時間帯に過ごしている場所(フロアの共用スペース)には人が少なくなり、人との関り機会が乏しくなっていた。このような状態にあったため、行動の直後にコンサルティを含む職員から注意されることが、クライアントにとっては注目や社会的接触を得られる機会として機能し、この行動が維持されていると考えられた(図1-2)。また、この就寝前の時間帯のために特定の活動設定がなく、認知機能の低下により一人で趣味などの活動ができないクライアントにとつ

では、扉を開けること自体が楽しく（感覚的な刺激を得られる機会となっている）、この行動が維持されているのではないかと推測された（図 1-2）。

標的とした BPSD に関するデータの収集として、この行動がよくみられる 20 時から入眠までの間の時間（約 4 時間）に、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員にこの行動を直接観察してもらった。そして、30 分間隔のインターバル記録法^注でデータを収集してもらい、参考として入眠時刻などについても記録してもらった。入眠の定義は、自室のベッドでクライアントが臥床し、10 分経過後も離床しない状態とした。なお、研究としては 30 分間隔のインターバルは長すぎると思われたが、現場での実施負担を考慮しこの時間間隔とした。その結果、図 1-3 に示したように、BL 期（1 日目～9 日目）の標的とした BPSD の生起率は平均 27.9%であった。

そこで、標的とした BPSD を減少させるために、まずは、職員の注目や社会的接触によりこの行動が維持されている状況を改善することとした。そして、標的とした BPSD が生起してもできる限りクライアントへ関わりを控える消去手続き（Miltenberger, 2001）による介入を計画した（図 1-2）。

また、介入計画の実施状況に関するデータ収集として、標的とした BPSD の観察時間と同じ 20 時から入眠までの間の時間（約 4 時間）に、介入計画を実施したかどうかをその実施者自身に記録してもらった。

（2）経過

①介入 1 期

図 1-3 に示したように、介入 1 期（10 日目～49 日目）では、コンサ

ルティ及び職員が全日にわたって介入を実施し、BL 期に平均 27.9%であった標的とした BPSD の生起率が、平均 20.6%に減少した。しかし、コンサルティが期待したほどの減少ではなかった。

②介入 2 期

介入 1 期の結果をもとに、コンサルタントとコンサルティで介入の効果があまり得られなかった原因について話し合った。そして、注目や社会的接触に対する消去手続きを中止して、標的とした BPSD のもう一方の維持要因として考えられた、何もすることがないので扉を開けること自体が楽しい（感覚的な刺激を得られる機会となっている）といった状況に対する介入に変更することとした（図 1-2）。介入としては、クライアントが標的とした BPSD を起こさなくてもよいように、活動の機会を設定することにした。ただし、就寝前の時間帯なので、激しく身体を動かすような活動は避けた。具体的には、就寝前の時間を過ごすフロアの共用スペースに、クライアントの好みの物品を職員が設置する介入（環境設定）を計画した。好みの物品としては、余暇時間にクライアントが自ら関わっていた、犬のぬいぐるみ、タオルなどを用いた。

その結果、介入 2 期（50 日目～58 日目）でも、コンサルティを含む職員は全日にわたり介入を実施し、標的とした BPSD は平均 10.1%に減少した（図 1-3）。だがその一方で、クライアントの居室での入眠開始時刻が、BL 期（平均 0 時 48 分）や介入 1 期（平均 23 時 50 分）よりも遅くなった（平均 1 時 36 分）。

③介入 3 期

入眠開始時刻が遅くなることをコンサルティが問題視したため、この原因について、コンサルタントとコンサルティで話し合った。その結

果、入眠開始時刻が遅くなった原因は、クライアントが設置された物品と関わるうちにその場で傾眠し、職員が居室へ誘導しようとするが、その移動の途中で本人が覚醒し再び共用スペースに戻るためだと考えられた。そこで、傾眠し始めたクライアントを覚醒させることなくスムーズに居室のベッドで入眠してもらうことを目指して、介入場면을共用スペースから居室に変更した（図 1-2）。

その結果、介入 3 期（59 日目～70 日目）でもコンサルティを含む職員は全日にわたって介入を実施し、エピソードとしてはあるが標的とした BPSD が生起していない間にクライアントが設置した物品と関わっている様子が頻繁に観察されていた。そして、入眠開始時刻の平均が 23 時 9 分と BL 期や介入 1 期よりも早くなり、標的とした BPSD の生起率も平均 7.5% に減少した（図 1-3）。このことをコンサルティに伝え、介入効果があったとコンサルティによって判断されたため終結した。

④ BL2 期

研究のために設けた BL2 期（71 日目～75 日目）では、入眠開始時刻の平均が 1 時 26 分とこれまでのフェイズよりも遅くなり、標的とした BPSD の平均生起率は 8.6% と介入 2 期よりもわずかに増加した（図 1-3）。

「他の入居者の居室の扉を開ける」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

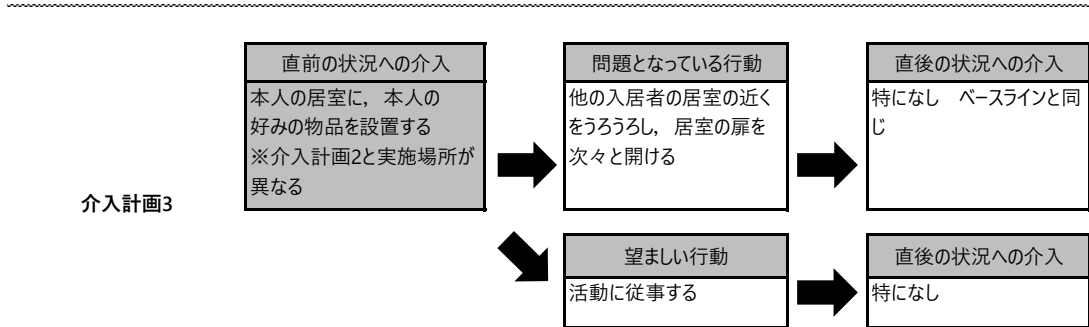
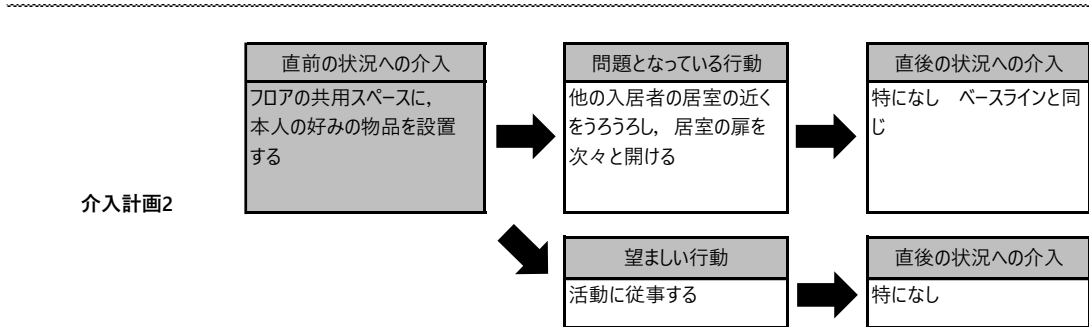
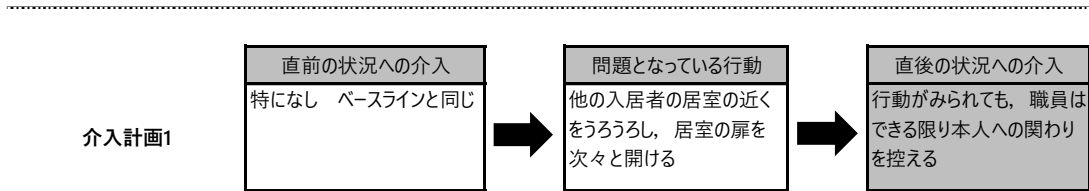
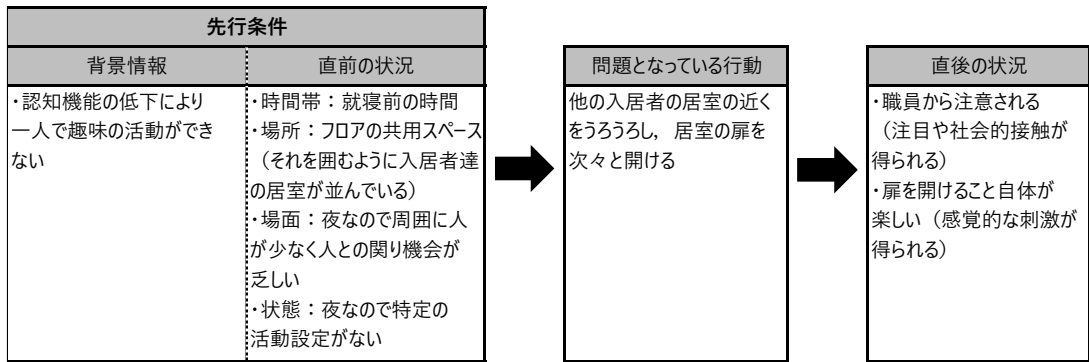


図1-2 事例1-1の「他の入居者の居室の扉を開ける」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

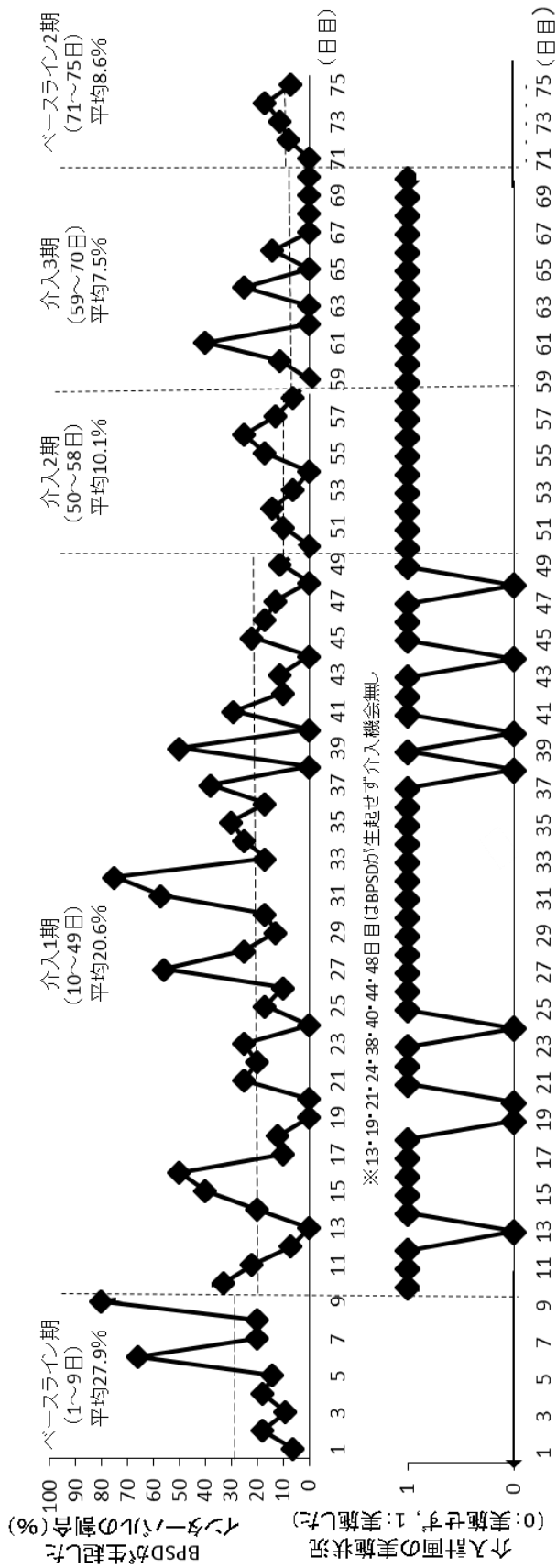


図1-3 事例1-I におけるBPSDの生起状況と介入計画の実施状況の推移

2) 事例 1－II

(1) BL 期

インタビューによると、問題となっていた行動は他の入居者の飲物をとることで、これまでに何度もみられていた。標的行動を「他の入居者の飲物をとること」とし、インタビューを続けたところ、この行動は、フロアの共用スペースで過ごす入居者達に、職員がコップに入れた飲物を配る場面（10時と15時。それぞれを場面1と場面2とする）で生じていることが明らかとなった。具体的には、自身の飲物を飲み終えた後に、まだ口をつけていない他の入居者の飲物のところへ行き無断でそれを飲んでいた。なお、以前は配られた飲物を飲み終えた後に、職員に追加の飲物を求める発言をしていたが、現在はそれがみられなくなっていた。また、他の場面でも、他の入居者が読んでいる新聞を無言でとり上げるなどの衝動的で落ち着きのない様子がみられており、これまでに薬物療法や気分転換のために散歩機会を毎日設けたが効果がなかった。これらのことから、標的とした BPSD は、クライアントがより多くの飲物を得るために生じているのではないかと推測された（図 1－4）。

標的とした BPSD に関するデータの収集として、10時と15時に、職員が飲物の入ったコップを配り始めてから全ての入居者のコップを回収し終えるまでの間、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員にこの行動を直接観察してもらった。そして、標的とした BPSD がみられたかどうかを記録してもらい、参考として、その時の様子（行動の直前と直後）もチェックリストにチェックしてもらった。その結果、BL 期（場面 1, 2 ともに 1日目～5日目）では、場面 1 で 5日のうち 3日（生起率 60%）、場面 2 で 5日のうち 4日（生起率 80%）、この行動が生じていた（図 1－5）。

そこで、標的とした BPSD を起こすことでさらに飲物が得られている状況を改善することで、標的とした BPSD の減少を目指した。具体的には、クライアントが他の入居者のテーブルに近づいた時点でコンサルティもしくは職員がクライアントに声をかけて、標的とした BPSD の代替となる社会的に望ましい行動として飲物を要求する発言を促すこととした。そして、それに対して飲物を提供する代替行動分化強化法（differential reinforcement of alternative behavior：以下 DRA；Miltenberger, 2001）を計画した（図 1-4）。なお、介入計画の実施状況に関するデータ収集は、標的とした BPSD のデータ収集と同じ場面で、介入計画を実施したかどうかをその実施者自身に記録してもらった。

（2）経過

①介入 1 期

図 1-5 に示したように、介入 1 期（場面 1 は 6 日目～11 日目、場面 2 は 6 日目～9 日目）では、条件変更後の 1 日を除き、全日にわたり介入が実施されたことがコンサルティ及び職員の記録に記されていた。しかし、標的とした BPSD は、場面 1 で 6 日のうち 5 日（生起率 83%）、場面 2 で 4 日のうち 3 日（生起率 75%）みられ、BL 期から大きな減少はみられなかった。

②介入 2 期

標的とした BPSD が改善しなかった原因を、コンサルタントとコンサルティで話し合ったところ、DRA を正しく実施できていない職員がいたことが、コンサルタントの観察やコンサルティの報告から明らかとなった。実際には標的とした BPSD が生じる前に代替行動に誘導できず、標的とした BPSD が生じた後に代替行動への誘導と飲物の提供が

行われていた。そのため、より簡単な介入計画として、最初に配る飲物とともに追加分の飲物をボトルに入れて提供する介入（環境設定）に変更した（図 1-4）。

その結果、介入 2 期（場面 1 は 12 日目～18 日目，場面 2 は 10 日目～16 日目）では全日にわたり介入が行われ（図 1-5）、標的とした BPSD は両場面ともに生じなかった。また、手続きの不履行も生じなかった。標的とした BPSD が改善したことから終結に至った。

③ BL2 期

BL2 期（場面 1 は 19 日目～27 日目，場面 2 は 17 日目～27 日目）では、図 1-5 に示したように、条件変更直後に標的とした BPSD が生じたが、その後は生じなかった。

「他の入居者の飲物をとる」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

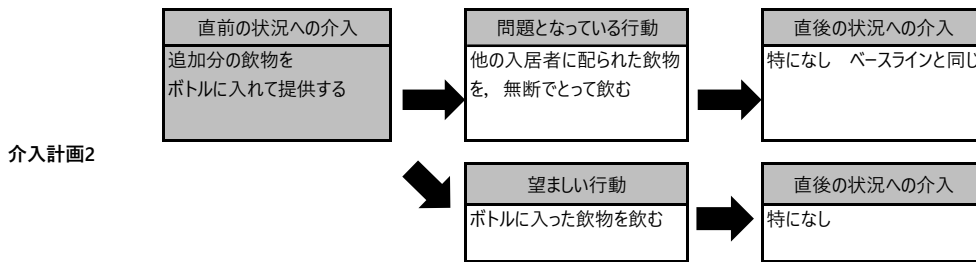
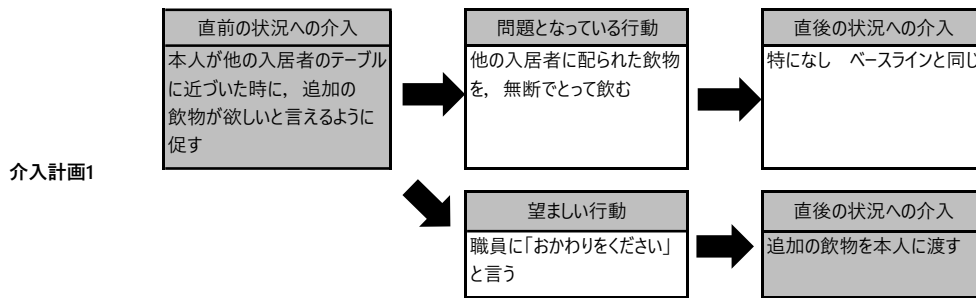
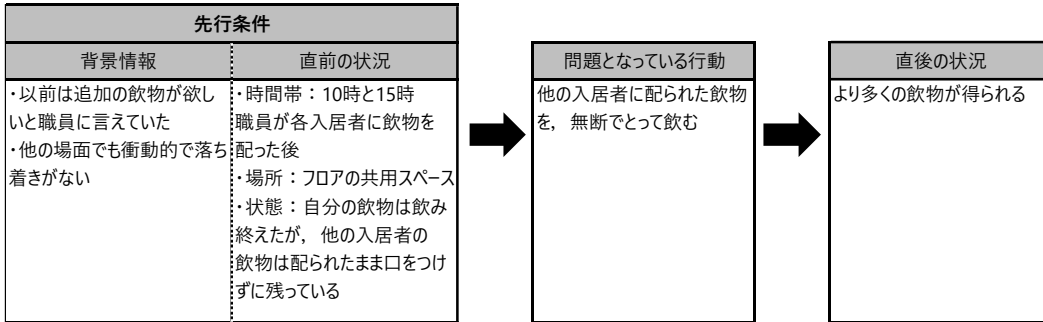
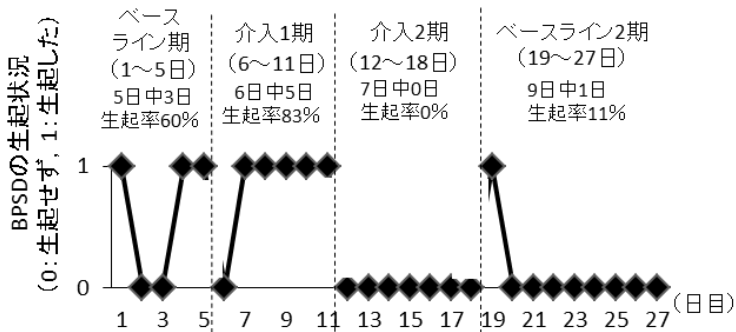
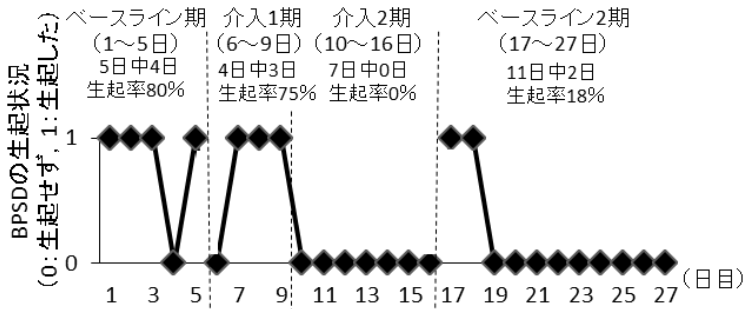
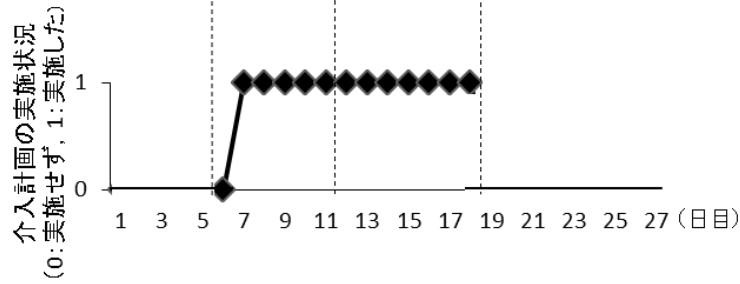


図1-4 事例1-Ⅱの「他の入居者の飲物をとる」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容



場面1



場面2

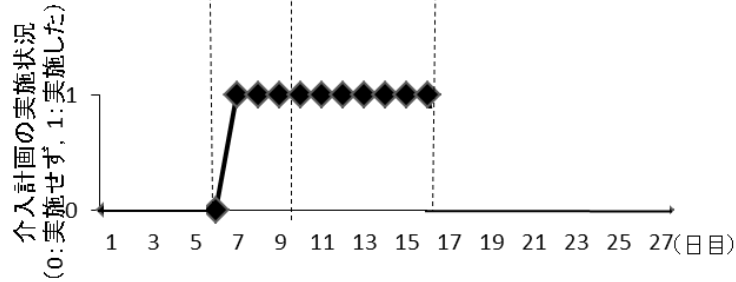


図1-5 事例1-ⅡにおけるBPSDの生起状況と介入計画の実施状況の推移

3) 事例 1-III

(1) BL 期

本事例では、クライアントが食事場面の特に夕食場面で食事を拒否し、職員が繰り返し勧めることで摂食できている状態のため（全く摂食しないこともある）、スムーズに摂食できる対応はないかとの相談があった。拒食の具体的な様子としては、食事を前にしても摂食を開始せずに無言で着席していたり、摂食を拒否する発言（怒った口調で「いらん」「なんでそんなんするんや」など）がみられるとのことであった。

BL 期のデータ収集として、その日の勤務にあたっていたコンサルティもしくは職員に、夕食の配膳後から摂食を開始するまでの潜時を記録してもらい、参考として昼食と夕食の配膳時刻なども記録してもらった。その結果、BL 期（1 日目～29 日目）の摂食潜時は平均 13 分（範囲は 0～125 分）で、夕食を全く摂食しない日がこの間に 2 日間あったことが確認された（図 1-7）。また、夕食の配膳時刻は 18～19 時頃と決められていたが、昼食の配膳時刻は決められておらず（BL 期での範囲は 12 時～15 時 30 分）、昼食の配膳時刻が 13 時頃までの日に夕食の摂食潜時が比較的短くなる傾向が明らかとなった。なお、この期間中に、食事場面の座席変更などの物理的な環境の変化はなかった。さらにコンサルティへのインタビューから、クライアントに関する情報として、日頃から言葉が出にくく意思をうまく伝えられないことが明らかとなった。

これらのことから、図 1-6 に示したように、昼食から夕食までの時間間隔が短いことでクライアントの満腹感が解消せず、夕食時の摂食行動の開始に影響を及ぼしていると考えられた。また、クライアントが自分の身体状況（満腹であること）を言葉でうまく伝えられないため、食事を拒否するといった行動の形で表れているのだと推測された。そこで、

昼食と夕食の配膳時刻の感覚が短すぎる状況を改善することで、摂食潜時の短縮（食事拒否の減少）を目指して、昼食の配膳を 13 時までに行い、昼食と夕食の時間間隔をあける計画（環境設定）を立てた（図 1-6）。なお、介入計画の実施状況に関するデータ収集は、その日の昼食の配膳担当にあっている者自身に、実施したかどうかを記録してもらった。

（2）経過

①介入期

介入期（30 日目～39 日目）では、職員が 1 日を除いて介入を実施し、クライアントの摂食潜時は平均 3 分（範囲は 0～20 分）に短縮した（図 1-7）。また、全く摂食しない日もなかった。この結果をコンサルティに伝え、拒食が改善したと判断されたため終結に至った。

②BL2 期

図 1-7 に示したように、BL2 期（40 日目～55 日目）では、摂食潜時の平均が 27 分（範囲は 0～115 分）と再び長くなったが、全く摂食しない日はなかった。

「食事拒否」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

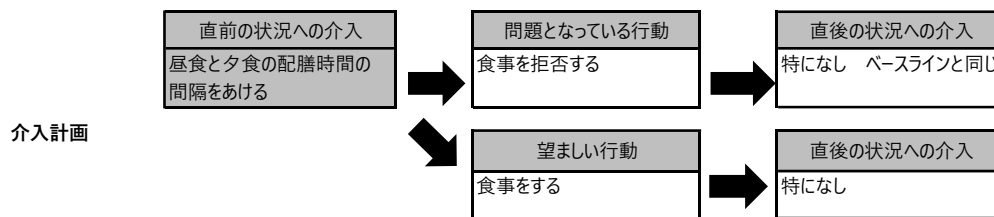
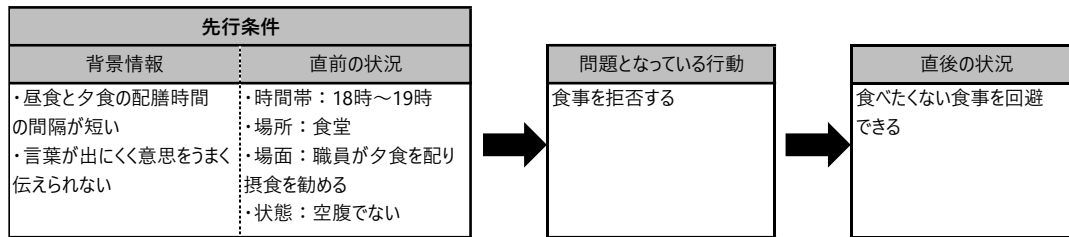


図1-6 事例1-IIIの「食事拒否」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

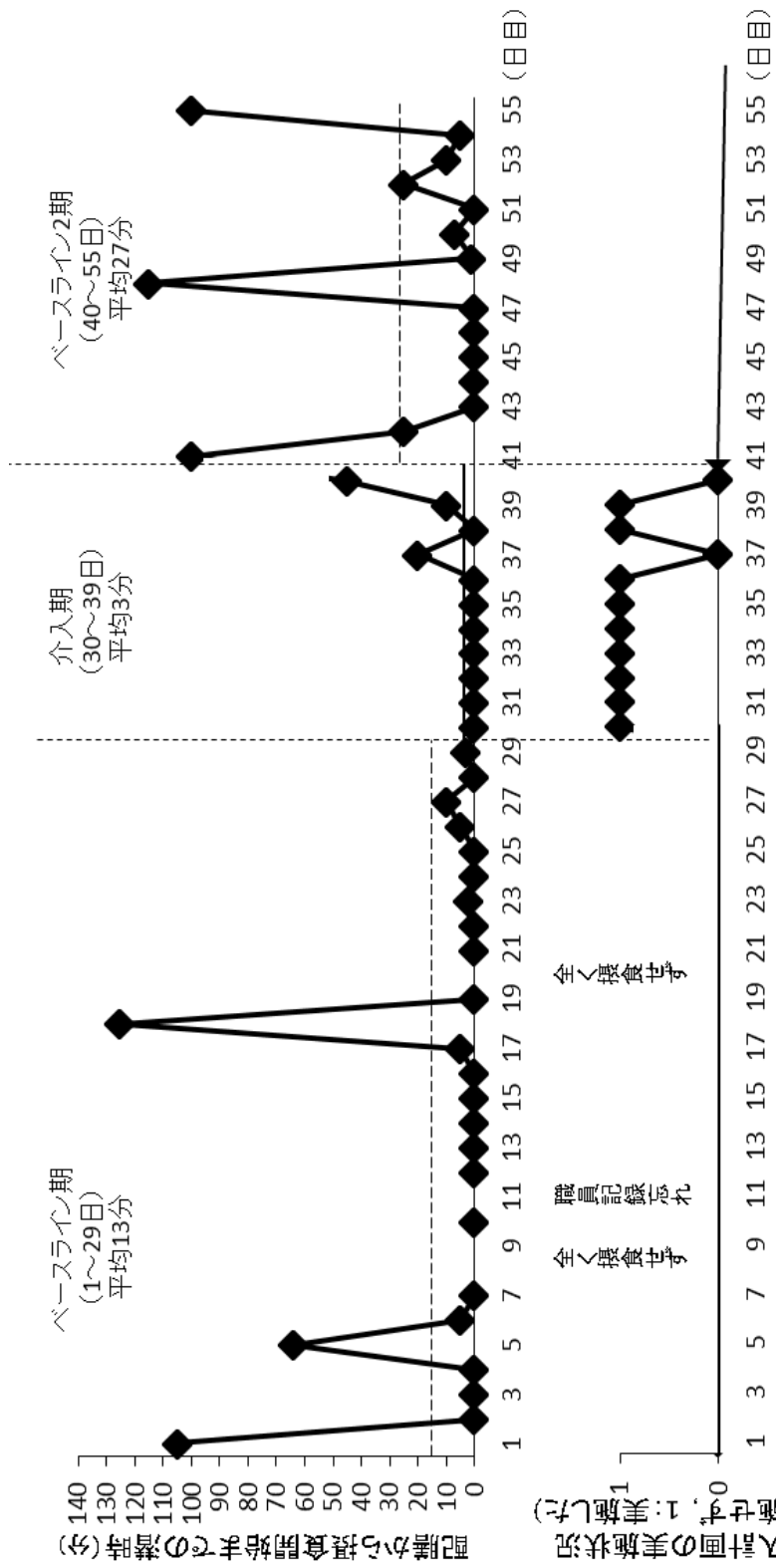


図1-7 事例1-ⅢにおけるBPSDの生起状況と介入計画の実施状況の推移

2. コンサルティ及び職員が収集したデータの信頼性（観察者間一致率）

コンサルティ及び職員によって収集された、標的とした BPSD に関するデータと介入計画の実施状況に関するデータの信頼性確認するために、方法の部分で示した算出式を用いてコンサルタントが収集したデータとの一致率を算出した。その結果、一致率は、事例 1-Ⅱの介入行動のみ 78%（場面 1）と 82%（場面 2）と低かったが、それ以外は 89～100%の範囲にあった。

なお、全観察期間のうちコンサルタントが観察を行った期間の割合は、コンサルティ及びコンサルタントの都合により各事例で異なり、事例 1-Ⅱは 25%、事例 1-Ⅱの場面 1 が 32%で場面 2 が 39%、事例 1-Ⅲは 31%となった。

3. 介入の受容性アンケートの結果

1) 各項目への回答

介入計画の実施前と介入を全て終えた時点において、介入の受容性アンケートの各項目に「思わない」と回答した人数と、担当職員数（コンサルティを含む）に対する割合を事例ごとに表 1-2 に示した。ここでの「思わない」という回答は、メリット項目群（表 1-2 では M で表記）では、「メリットがあるとは思わない」という、介入に対する否定的な回答を意味しており、一方、リスク・負担項目群（表 1-2 では R で表記）では、「リスクや負担があるとは思わない」という介入に対する肯定的な回答を意味している。

まず、メリット項目群では、介入前の時点で、「改善に至るか（M-2）」「即時的变化があるか（M-3）」「すぐに実行できるか（M-8）」の 3 項目で否定的な回答がみられたが、介入後ではそれらの項目に対する否定的

な回答が全て減少した。しかし、事例 1-Ⅱの 1 名のみで、介入後に「支援はわかりやすいか (M-7)」に対する、否定的な回答が新たに現れた。

リスク・負担項目群では、介入前の時点において、全ての項目で肯定的な回答がすでに 3 割から 7 割程度みられていた。介入後は、事例 1-I の「他の入所者への悪影響はあるか (R-2)」と、事例 1-Ⅲの「1 日の実施回数は多いか (R-4)」で肯定的な回答が減少したが、それ以外の項目では肯定的な回答が増加した、もしくは変化がみられなかった。

表1-2 介入の受容性アンケートの結果
 (「思わない」と回答した人数と割合)

質問項目	事例1-I (N=7)		事例1-II (N=7)		事例1-III (N=9)	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
クライアントの利益						
M-1) クライアントのためになるか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
M-2) 改善に至るか	1/7人 (14.3%)	0/7人 (0%)	2/7人 (28.6%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
M-3) 即時的变化があるか	1/7人 (14.3%)	0/7人 (0%)	3/7人 (42.9%)	2/7人 (28.6%)	1/9人 (11.1%)	0/9人 (0%)
職員の利益						
M-4) 職員にとって支援の重要性はあるか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
M-5) 職員の今後の支援にプラスになるか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
実行可能性						
M-6) 普通の業務に取り入れることができるか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
M-7) 支援はわかりやすいか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
M-8) すぐに実行できるか	0/7人 (0%)	0/7人 (0%)	2/7人 (28.6%)	0/7人 (0%)	0/9人 (0%)	0/9人 (0%)
クライアントや他の入居者へのリスク						
R-1) 支援はクライアントに対してリスクになるか	3/7人 (43)	5/7人 (71)	4/7人 (57.1%)	5/7人 (71)	5/9人 (55.6%)	7/9人 (77.8%)
R-2) 他の入所者への悪影響はあるか	2/7人 (28.6%)	0/7人 (0%)	3/7人 (42.9%)	3/7人 (42.9%)	6/9人 (66.7%)	8/9人 (88.9%)
職員の負担						
R-3) 時間がかかるか	3/7人 (42.9%)	4/7人 (57.1%)	3/7人 (42.9%)	4/7人 (57.1%)	4/9人 (44.4%)	5/9人 (55.6%)
R-4) 1日の実施回数は多いか	2/7人 (28.6%)	2/7人 (28.6%)	3/7人 (42.9%)	3/7人 (42.9%)	6/9人 (66.7%)	5/9人 (55.6%)
R-5) 負担度は大きいか	3/7人 (42.9%)	3/7人 (42.9%)	2/7人 (28.6%)	3/7人 (42.9%)	5/9人 (55.6%)	6/9人 (66.7%)

注) 本アンケートの結果は、職員だけでなくコンサルティの回答も含まれている

2) 自由記述欄に記載された内容

介入後の介入の受容性アンケートの自由記述欄に記載された、今回の介入に対する意見及び感想を事例ごとに示した。

事例 1-I では、今回の介入に対する意見及び感想として「支援によって問題となっていた行動が減るだけでなく、本人が入眠までの時間を落ち着いて過ごせるようになった。また、変動はあるが本人の入眠時間も増えた」「今までよりも、本人について考える時間が増え、他の場面でも工夫するようになった」「記録面での負担が大きかった」「夜勤では職員が 1 名となるため、本人の行動を観察する負担があった」との記述があった。

事例 1-II では、事例 1-I と同様に「記録面での負担が大きかった」との記述があった。

事例 1-III では、「摂食が困難であることはわかっていたが、これまでは特別な工夫をすることはなかった。今回の取り組みを通じて本人に対する意識が変わった」「本人への自身の対応の仕方を振り返る機会になった」との記述があった。

第 4 節 考察

1. 本手続きの有用性について

本研究では、ユニットリーダーをコンサルティとし、その者を中心に他の職員とともに介入計画を実施してもらう、リーダー中心の BC モデルを考案した。そして、このモデルでの手続きを具体的に示し、その有用性及び改良が必要な点を予備的研究によって調べた。

その結果、3 事例中 1 事例では最初の介入計画で標的とした BPSD が改善したが、他の 2 事例では改善しなかった。しかし、この 2 事例に関

して、介入計画を変更し再度介入を行ったところ、最終的には標的とした BPSD の改善がみられた。このようなことから、今回は事例研究の段階ではあるが、職員研修を行わなくとも、本手続きによるコンサルテーションを行うことで、BPSD の改善効果が得られることが示唆された。

また、今回は研究として実施したため、介入効果をより明らかにすることを目的とし、介入後に介入計画の実施を中止して BL 期と同様の対応を行ってもらう条件 (BL2) を設定した。この条件では、標的とした BPSD が再び悪化すると予想され、今回の 3 事例中 2 事例は予想通りであった。しかし残る 1 事例 (事例 1-Ⅱ) では、介入を中止した直後に標的とした BPSD が生じたが、その後は生じなかった。この理由について、介入場面以外で本事例への対応が変わった、本事例の全般的な活動レベルが低下したなどが考えられるが、推測の域を超えない。なお、本来は介入中止後に再介入条件を設けるべきであったが、手続きの部分に記述したように、介入を除去した条件のまま研究を終了しなければならなかったため、その後の再介入の実施はコンサルティに委ねた。

2. 介入方略について

本研究で各事例に対して用いられた介入方略についてみていくと、効果がみられた介入はいずれも先行子操作であった。介入方略の中には結果操作や先行子操作などがあるが、介護現場で応用行動分析に基づく介護者研修を行った野口・山中 (2015) が述べているように、環境設定などの先行子操作は、支援者が無理なく取り組める支援方法であり、多忙な介護現場に適しているのかもしれない。また、学校教育現場において、BC の効果を検証した道城 (2012) で提案された介入も、同じく先行子操作であった。つまり、結果操作ではクライアントの行動を観察し続け、

クライアントの行動に合わせて介護者が対応を変える（例えば、強化する／しないなど）必要があるが、先行子操作では、環境・刺激を設定するだけで済む。加えて、クライアントに関わる職員が複数いる状況で結果操作を行う際には、職員間で一貫した対応が求められるが、それよりも環境設定を一定にする方が容易であると思われる。よって、あくまでもクライアントや介入計画を実施する職員の状況を考慮した上ではあるが、今後も介護現場においては、介入計画の中に先行子操作を積極的にとり入れていくといった方向性が考えられるだろう。

さらに変化を事例ごとにみていくと、事例 1-I では、環境内の刺激が乏しいことが、刺激探索行動としての標的とした BPSD を出現させていたが、介入によって居室内が豊かな環境になった、すなわち環境豊穡化（environmental enrichment; Horner, 1980）によって、標的とした BPSD が減少したと考えられる。また、事例 1-II では、職員によって飲物の追加要求が遮断されていたために、要求行動として標的とした BPSD が生じていたところ、介入によって自己判断で飲物の入手が可能になり、標的とした BPSD が減少したと考えられる。さらに、事例 1-III では、介入前は、昼食をとる時刻の自由度が高く、クライアントが好きな時間に食事をとることができていたが、その反面、昼食の時刻が遅くなることで満腹感が解消されず、夕食時に望ましくない影響（摂食潜時の延長や拒食）が生じていた。しかし、介入によって飽和状態が解消されたことで、摂食潜時の短縮や拒食の解消などにつながったと考えられる。これらのことから、今回の BC を通じて作成された介入計画は、標的とした BPSD の改善のみならず、クライアント自身の生活の豊かさにつながるものであり、職員とクライアントの双方にとって有益なものであったと言えるだろう。認知症では、新たな行動を学習す

ることは難しい。しかし、本研究の事例のように、BCを通じて機能的アセスメントを行い、クライアントの能力や好みを加味して周囲の環境を整えることで、BPSDに代わる望ましい行動の生起を促せる可能性がある。介護者はBPSDに目を向けがちであるが、生命にかかわるような場合でなければ、発想を転換し、BPSDと対立する望ましい行動に目を向け、望ましい行動の獲得（生起）に働きかけることも重要であると思われる（杉山，2017）。

3. 介入の受容性アンケートの結果について

介入の受容性アンケートに関して、まず、メリット項目群では、介入前の時点で、先述した3項目に否定的な回答がみられていたが、介入後にはその3項目においても否定的な回答が減少した。これは、職員が介入に対するメリットを介入前からある程度は予想していたが、実際に介入を行うことで、さらに多くのメリットを実感することができたためであると考えられる。ただし、例外として、介入後に事例1-IIの1名のみで、「支援はわかりやすいか（M-7）」に対する否定的な回答が新たに現れたが、これは、事例1-IIのDRAが他の介入法と比べて複雑であったことが原因ではないかと思われる。

一方、リスク・負担項目群では、介入前の全項目において、リスクや負担があるとは思わないとの肯定的回答がある程度みられていたが、リスクや負担があると予想する者も少なからず存在していた。しかし、介入後には2項目を除く多くの項目で肯定的な回答が増加し、肯定的でない回答は減少した。これは、実際に介入を行うことで、リスクや負担は事前に予想したほどではなかったと、職員が実感できたためであると思われる。しかし、介入後に肯定的な回答が減少した項目、つまり、リス

クや負担が予想以上だった項目もあり，その 1 つは，事例 1-I の「他の入所者への悪影響 (R-2)」であった。これは，夜間は職員が 1 名になるため，クライアントに注目していると他の入居者への配慮がおろそかになるためであると考えられる。このことは，今回のような状況下の介入では多少なりとも生じる可能性があり，今後は予想されるリスクや負担として職員に事前説明をしておくことが望ましいだろう。また，事例 1-III の「1 日の実施回数は多いか (R-4)」も，リスクや負担が予想以上であった項目の 1 つで，これはコンサルティから職員の感想として報告された「記録の負担」が影響していると思われる。BC では，コンサルタントが現場に常に立ち会ってはいないため，記録は重要な要素である。実施者が，この重要な要素である記録の方に負担を感じるのであれば，より簡便な記録を工夫する必要性が出てくるであろう。そのためにも，負担が，実施と記録のどちらにあるのかを，分離して尋ねることが必要であった。

自由記述欄においては，事例 1-I や事例 1-III で，他の場面でも工夫するようになったこと，クライアントに対する意識が変わったこと，自身の対応の振り返り機会になったことなどの記述がみられた。これらのことから，BC は，職員に対して，自身の対応がクライアントの行動に影響を及ぼす可能性があることを気付かせる役割も果たしていたと考えられ，研修や on - the-job training の機能を果たすことが期待できる。

4. 改良が必要な点について

1) 介入計画の実施後に標的とした BPSD が改善しない場合の対応について

本研究に参加した 3 事例中 2 事例（事例 1-I と 1-II）は，最終的

には BPSD が改善したが、最初の介入計画では標的とした BPSD が改善しなかった。リーダー中心の BC モデルでは、立案した介入計画をコンサルティが他の複数の職員に伝達して実施してもらう。このような場合には、今回の事例 1-Ⅱの DRA（介入 1）のような、介入計画が正確に伝わっていない、もしくは正確に理解できていないことが原因で正しく実施できず、BPSD が改善しないことも良くあることだと思われる。また、リーダー中心の BC モデルに関わらず、介入計画自体の問題により BPSD が改善されない場合もあるだろう。

本研究では、このような介入計画の実施後に BPSD が改善しない場合にどのような対応をすべきかについて手続きを示していなかった。そのため、特にコンサルタントが不慣れな場合には、BPSD が改善しない原因探しと、それに応じた対応法の選択に多くの時間を要する可能性がある。経験豊富なコンサルタントでなくとも、このような事態に効率的に対応できるよう手続き化する必要があると考えられた。

2) 介入以外の相談ニーズについて

これまで BC はもっぱら学校教育場面で実施され、効果が示されていたが、今回の予備研究によって、介護現場でも BC の手法が活用できることが確認された。しかし、実際の介護現場では今回のような、BPSD を改善するための有効な方法を知りたいといった相談ニーズだけでないと思われる。例えば、今回の研究を通じて、複数の職員がシフト勤務で働く介護現場では、現状の対応で効果があるのかを全体でとらえることが難しいことを痛感した。また、介護現場の職員達だけでは、問題となっている行動をどのように測定してよいのかがわからないといった声もあがっていた。そのため、応用行動分析の視点からアセスメントを行い、その結果をもとに現在の対応を続けるべきかどうかといった助言を行う

ことも、BCの重要な役割であると思われる。さらに、BCによる対応ではなく、薬物療法や他の適切な施設へのリファーが必要になる場合もあるだろう。

本研究では、BPSDを改善するために介入計画を立案して実施してもらう流れの手続きは示したが、これ以外の前述のようなパターンの手続きは示していない。介護現場において、BPSDに関するBCを円滑にすすめるためには、これらをふまえたBCの手順化が必要だと思われる。

3) アセスメント（コンサルティへのインタビュー）について

本研究では、標的としたBPSDの機能的アセスメントを目的に、学校教育現場を想定して作成されたO'Neill et al. (1997)のインタビュー項目を、介護場面に合うように必要に応じて言い回しをかえて使用した。その結果、3事例ともに、この項目に沿ったコンサルティへのインタビューに約120分の時間を要した。O'Neill et al. (1997)では、この質問項目を使用することにより、インタビューで焦点を絞るところやその効率を一定に保てるはずだが、長時間の話し合いを要する場合もあると述べている。しかし、多忙な介護現場で実施するには、アセスメントに多くの時間を費やすことは現実的ではないと思われる。そのため、アセスメントの精度をある程度保持しながらも、今回よりも効率的にインタビューが実施できるように、何らかの工夫（例えば、インタビュー項目の厳選など）が必要である。

脚注

インターバル記録法とは、行動を観察する時間をなどしいインターバルに分け、そのインターバル内に標的とした行動が生じたか、生じなか

ったかで記録を行う方法である (Miltenberger, 2001)。例えば, 4 時間を 30 分間隔のインターバルに分けた場合, インターバル数は 8 になる。そのうち 4 つのインターバルで標的行動が観察されれば 4/8 なので, 全インターバルの 50% で標的行動が生じたことになる。

付記

本研究のデータは, 筆者が兵庫教育大学大学院修士課程に在籍中に収集したもので, 修士論文として同大学で中間報告を行った。その後, 筑波大学大学院博士後期課程 (2013 年度入学) に進学し, さらにデータの分析やまとめをし, 主要な部分は 2017 年に「行動療法研究」43 巻に掲載された (石川愛・大野裕史・山中克夫「介護現場における認知症の行動・心理症状に関する行動コンサルテーションの効果ー予備的介入ー」)。第 1 研究は, この論文に図表を追加し, 加筆・修正をしたものである。

第 2 章 介護現場における BPSD に関する行動コンサルテーション手順の考案－事例研究を通じて－（第 2 研究）

第 1 節 第 2 研究の背景と目的

第 1 研究では、介護現場におけるリーダー中心の BC モデルでの BC を手順化した。これをもとに 3 事例への BC を行ったところ、最終的には標的とした BPSD が改善したことから、本手順の有効性が示唆された。また、改良が必要な点としては、①介入計画の実施後に標的とした BPSD が改善しない場合もあるため、その場合の対応手続きを示すこと、②アセスメント結果をもとに助言するのみで終結する場合や、薬物療法やより適した施設へのリファーが必要となる場合などの介入以外のパターンにも対応した手続きも示すこと、③機能的アセスメントの中のコンサルティへのインタビューを効率化することが考えられた。

そこで第 2 研究では、上記の課題をもとに、介護現場での BPSD に関する BC 全体の系統的な手順の作業仮説を立て、その適用可能性を事例をもとに検証することを目的とした。

第 2 節 方法

1. BPSD に関する BC 全体の系統的な手順の作業仮説の立案

BPSD に関する BC 全体の系統的な手順の作業仮説の立案にあたり、介入計画の実施後に標的とした BPSD が改善しない場合の対応法が示され、介入以外の相談ニーズにも対応できる BC の手順化は、学校場面の児童・生徒の問題行動に関しても行われていない。そこで参考になるものを探したところ、近接領域の認知行動療法ではあるが、BPSD マネジメントの手順がフローチャートに示された例があった（James, 2011；図 2-1）。

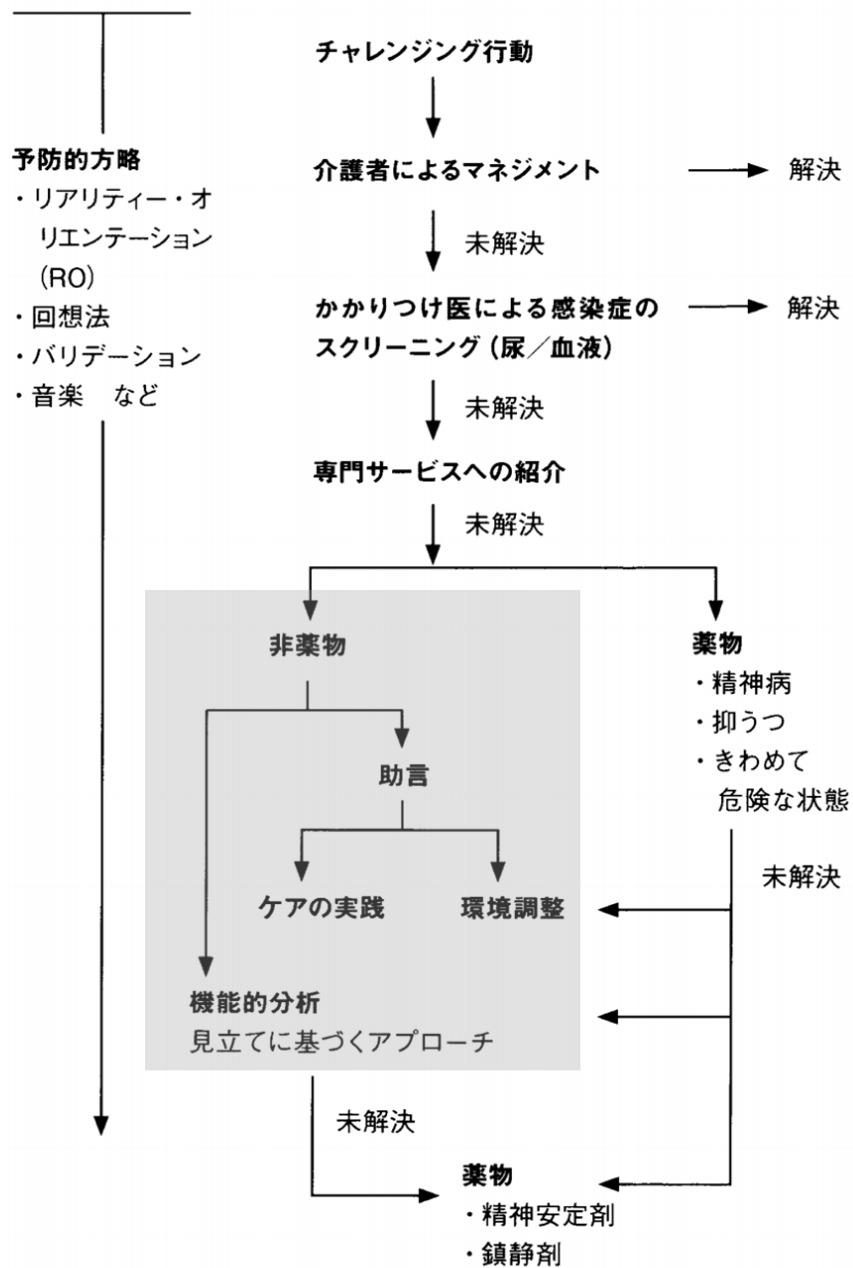


図2-1 James(2011)のBPSDマネジメント手順のフローチャート

注)非薬物療法によるコンサルテーションにあたる部分に、筆者が網掛けを加えた

これは、イギリスで BPSD の対応・相談を行っているニューキャッスル・チャレンジング行動臨床チームの実践手順を James がまとめたものである。しかし、この手順では、マネジメント全体の中の非薬物療法によるコンサルテーションの部分として、助言と機能的分析が示されているに過ぎない（図 2-1 の網掛け部分）。特に、助言に関しては詳細が示されていない。なお、ここでの機能的分析は、認知行動療法の視点から行動の見立てと介入を行うことで、応用行動分析での機能的分析（functional analysis ; Miltenberger,2001）とは異なる。

また、介入計画の実施後（ここでは、機能的分析に基づく対応後）に BPSD が改善しない場合には、薬物による対応が示されているが、それ以外の対応法は示されていない。

さらに、この手順にはイギリスの医療制度（国民保健サービス）が強く反映されており、マネジメントはかかりつけ医による医学的な原因の有無に関するスクリーニングから始まっている（図 2-1 の「かかりつけ医による感染症のスクリーニング（尿/血液）」の部分）。しかし、こうした仕組みは我が国と異なるため、BC を手順化するならば、最初に相談窓口としてコンサルタントに相談をし、BPSD の概況確認を行った後、必要に応じて医師へリファーする流れの方が適していると思われる。

そこで、James（2011）の手順を参考にしながら、認知症ケアや応用行動分析の知識や経験のある複数の専門家とともに検討を重ねて、介護現場での BPSD に関する BC 全体の手順に関する作業仮説として、フローチャート化した手順を立案した（図 2-2）。ここでは、BC の流れを 4 段階に分けて示し、上から順に各ボックスに記載された内容に沿うことで、BC の手続きとして次に何を行えばよいのかが導き出せるよ

うにした。また，これに沿った 4 つの BC のパターン（サブパターンを入れると 6 つ）も設定した（表 2-1）。なお，これらの図表の中では，より理解しやすくするために「BPSD の改善」ではなく「BPSD の軽減」という表現を用いた。以下では，フローチャートの各段階の内容を示す。

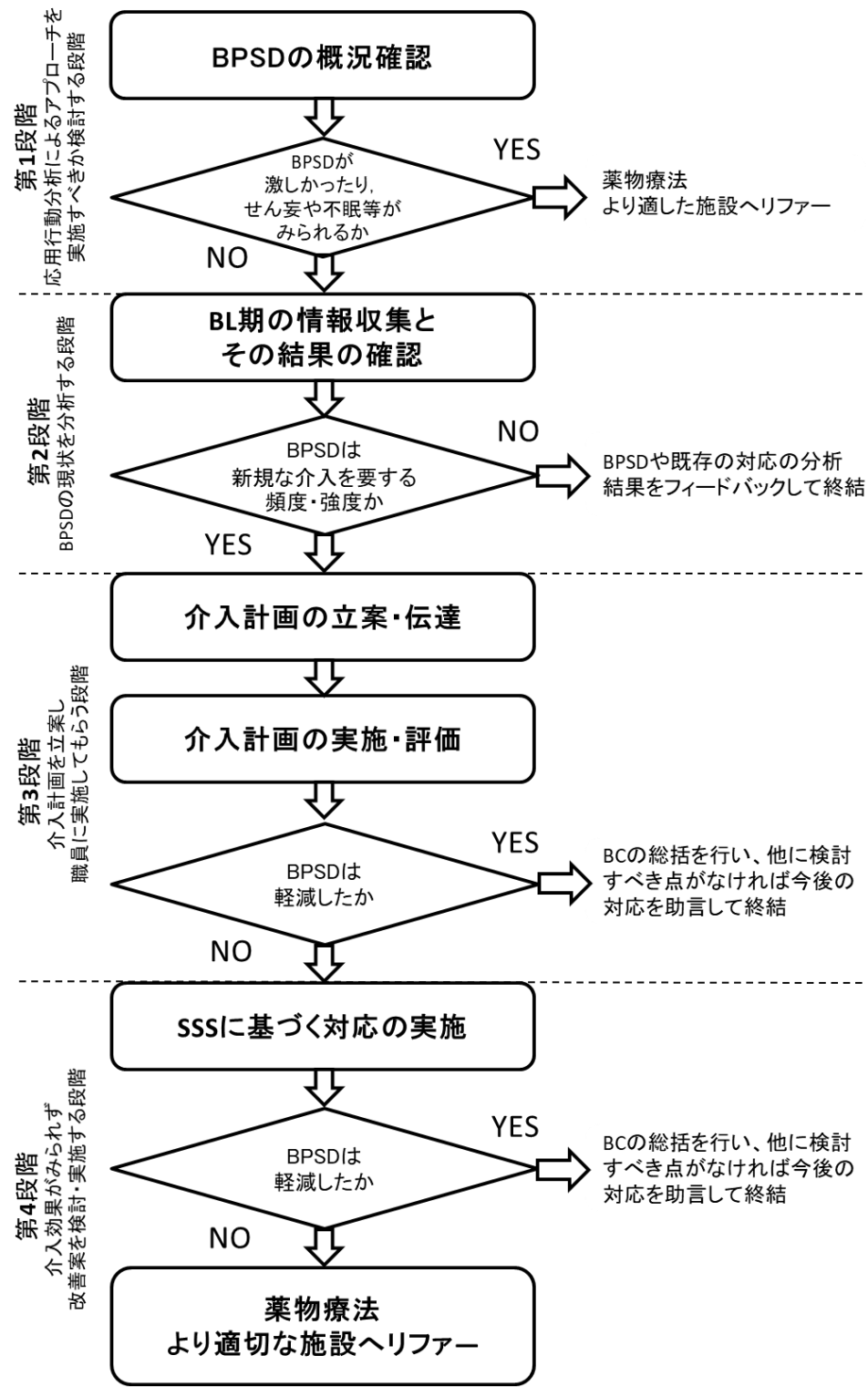


図2-2 介護現場における行動コンサルテーションの実施手順のフローチャート

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

表2-1 行動コンサルテーションのパターン

段階	パターン	内容
第1段階で終了	パターン①	BPSDの概況確認で、BPSDの原因となり得る身体や精神症状や激しいBPSDがみられ緊急性が認められることから、それらの症状の治療やより適切な施設へリファーするもの。
第2段階で終了	パターン②-1	ベースライン期の情報を収集・分析した結果、介入が必要なほどBPSDが生じておらず、必要に応じて既存の対応の良い点をフィードバックし終結するもの。
	パターン②-2	ベースライン期の情報収集中にBPSDが軽減・消失し、介入の必要性がないことから、必要に応じて既存の対応の良い点をフィードバックし終結するもの。
第3段階で終了	パターン③	介入計画を立案し、職員に実施してもらうことでBPSDが軽減し終結するもの。
第4段階で終了	パターン④-1	職員が介入してもBPSDが軽減せず、SSSに基づく対応を行うことでBPSDが軽減し終結するもの。
	パターン④-2	SSSに基づく対応を行ってもBPSDが軽減せず、薬物療法やより適切な施設へリファーするもの。

1) 第1段階 応用行動分析によるアプローチを実施すべきか検討する

ここでは、おおまかに BPSD の内容・頻度・対応法などをコンサルティに尋ね、さらにクライアントの様子を観察し、応用行動分析によるアプローチを実施すべきか決定する。BPSD が自他に危害が及ぶほど激しい場合や、脱水などによるせん妄、重度のうつによる不眠や不食がある場合などから緊急性が認められた際には、医療機関などの適切な施設へのリファーを強く勧める（表 2-1 パターン①）。

2) 第2段階 BPSD の現状を分析する

ここでは、主に機能的アセスメントにより標的とした BPSD の現状分析と介入の必要性を検討する。具体的にはまず、BPSD の原因を特定するための行動インタビュー質問項目（野口・山中, 2015: 資料 2-1）をもとにコンサルティへのインタビューを行い、標的とした BPSD の情報収集を行う。ここで使用するインタビュー項目は、第 1 研究で使用したものと異なるもので、BPSD の原因の特定に必要な情報を収集できるように作成されたインタビュー項目である。また、インタビューの中でより効率的に情報収集が行えるように、インタビューを行う数日前にコンサルティへ質問項目を渡して可能な部分を記入してもらう。そして、実際のインタビューではその中で情報が不足している部分などの必要な箇所のみ聞き取りを行う。なお、施設の既存の記録に記載されている情報も、可能な限り利用する。

次に、コンサルティが中心となり他の職員の協力を得て、直接観察により標的とした BPSD に関する BL 期のデータを収集する（7～10 日程度）。なお、データ収集方法は、第 1 研究と同様に、現場の実施負担に配慮しながらコンサルタントとコンサルティの話し合いにより決定する（資料 2-2-1, 2-2-2）。

その後、これらの情報をもとに介入の必要性をコンサルティと判断する。標的とした BPSD の頻度や強度が新規の介入を要するほどではないと合意された場合（表 2-1 パターン②-1）や、BL 期に標的とした BPSD が軽減・消失した場合（表 2-1 パターン②-2）はこの段階で BC を終結する。その際、標的とした BPSD や既存の対応の分析結果をフィードバックする。

3) 第 3 段階 介入計画を立案し、職員の実施による効果を評価する

コンサルタントが機能的アセスメントの結果から介入計画の原案を作成する。その後、アセスメント結果とあわせてこの原案をコンサルティへ提案し、第 1 研究と同様に、両者で話し合いながら実際に現場で実施できる介入計画を完成させる。なお、介入計画の完成に際して、コンサルティを含む職員のスキルや実施負担、そしてクライアントの好みや行動レパトリーに留意する。また、コンサルタントとコンサルティで、介入計画の内容を A4 判 1 枚にマニュアル化し（資料 2-3）、コンサルティ及び職員が介入計画の実施時に参照できるようにする。

その後、コンサルティが他の職員に介入計画の内容を伝えて実施協力を依頼し、コンサルティ及び職員で介入計画を実施してもらう。また、それと並行して、コンサルティ及び職員に、介入計画の実施状況のセルフチェックと標的とした BPSD のデータ収集をしてもらう。データ収集方法は、この前の第 2 段階と同様に、現場の実施負担に配慮しながらコンサルタントとコンサルティの話し合いにより決定する。

介入計画の実施期間中には、コンサルタントとコンサルティで、介入の実施状況や標的とした BPSD の変化を収集されたデータをもとに週 1 回程度の間隔で確認する。確認の際には、第 1 研究と同じく、標的とした BPSD の生起状況や介入計画の実施状況の日々の変化がわかるように、

コンサルタントがデータをグラフ化し，平均値なども算出してそれをもとに行う。その結果，標的とした BPSD が軽減したと判断されれば BC を終結する（表 2-1 パターン③）。

4) 第 4 段階 介入効果がみられない事例について改善策を考えて実施する

介入後に標的とした BPSD が軽減していないと判断された場合は，介入が計画通りに行われたか（介入厳密性）の観点から問題点を明らかにする図 2-3 のスタッフ・サポート・システム（Staff Support System, SSS：野口・河野・山中，2016a）を用いて改善策を考える。SSS は，応用行動分析に基づく BPSD マネジメント研修の効果（BPSD に対する介入の効果）を維持するために開発された職員支援システムで，職員の介入厳密性の状態により 4 つのタイプの職員に対する支援の方向性が示されている（野口ら，2016a）。

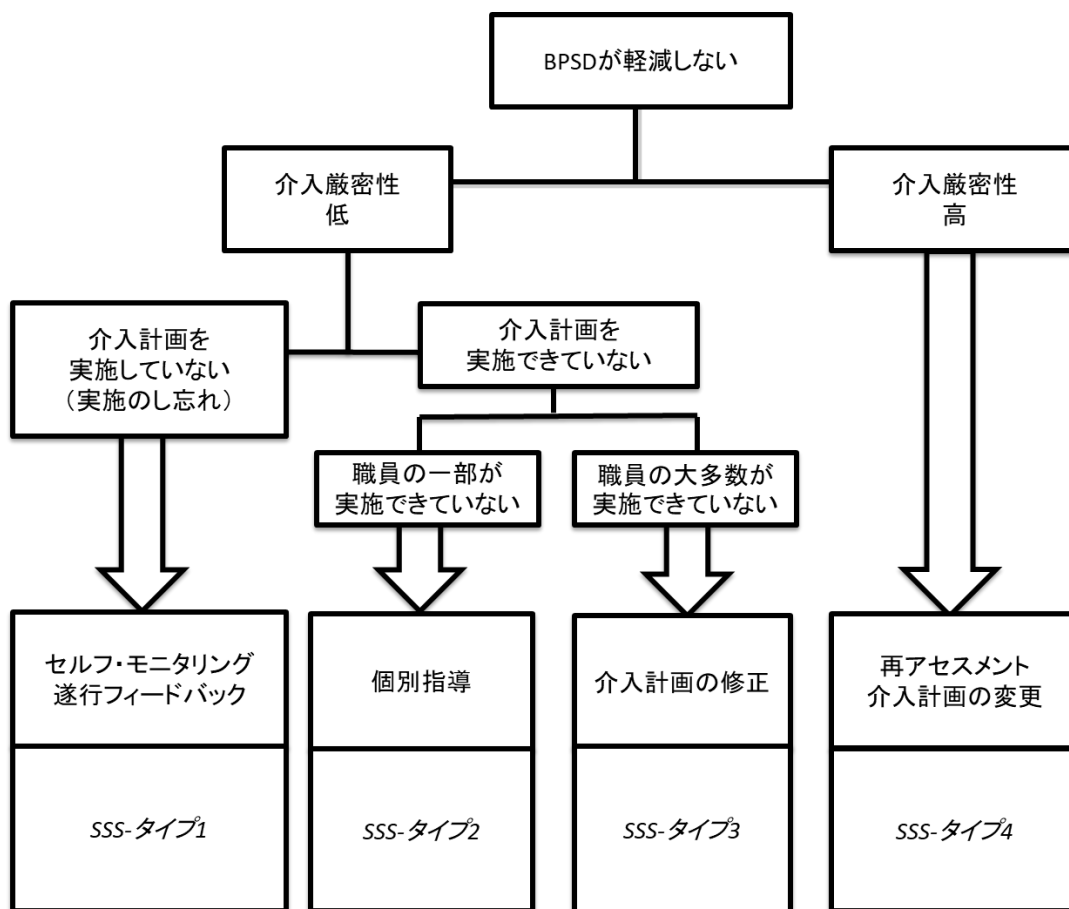


図2-3 スタッフ・サポート・システム (Staff support system; SSS; 野口・河野・山中, 2016)
 注) オリジナルの図の一部文言を変更して表示した

野口ら（2016a）によると、図 2-3 に示した SSS-タイプ 1 は、BPSD が増加もしくは軽減しない場合に、職員の介入厳密性が低下しており、それが介入計画のし忘れにより実施していないことによるタイプである。この場合には、セルフ・モニタリング（職員に自身の介入の実施状況を観察・記録してもらう）や、遂行フィードバック（職員のこれまでの介入の実施状況を示す）などの支援が必要となる。

次に、タイプ 2 は、一部の職員の介入厳密性が低く、それがスキルや知識不足などにより介入計画を実施できていない対応である。この場合には、その職員に対して個別指導を行う必要がある。

タイプ 3 は、大部分の職員の介入厳密性が低い場合で、この場合は介入計画をより実施しやすいものに修正することが必要になる。

最後のタイプ 4 は、介入厳密性が高いにも関わらず BPSD が改善しないタイプで、この場合は介入計画自体が適切でないことが考えられ、アセスメントをし直した上で、介入計画の変更が必要となる。なお、介入計画の変更を行う際には、支援決定モデル（野口・河野・山中，2016b 資料 2-4）を用いる。これは、応用行動分析学における先行子操作のアプローチを、Cohen-Mansfield（2000）の TREA のモデルに適用し開発されたものである（野口ら，2016b）。使用方法として、野口ら（2016b）の支援決定アセスメントシート（資料 2-5）を用いて BPSD の生起状況を複数回記録し、共通点の多い項目（BPSD の原因とする）を支援決定モデルから選択することで、対応が導き出される仕組みになっている（野口ら，2016b）。

そして、SSS に沿った対応の実施中も、この前の第 3 段階と同様に、コンサルタントとコンサルティで、介入の実施状況や標的とした BPSD の変化を収集されたデータをもとに週 1 回程度の間隔で確認する。その

結果、標的とした BPSD が軽減したと判断されれば終結し（表 2-1 パターン④-1）、それでも難しい場合は薬物療法やより適切な施設へのリファーを勧める（表 2-1 パターン④-2）。

なお、第 1 研究の方法の部分で述べたように、BC ではコンサルタントとコンサルティの協働が重視されている（Kratochwill & Bergan, 1990）。そのため、第 2 研究においても、各段階の手続きを、コンサルタントとコンサルティが協働で行うものと、それぞれで行うものに分けて示した図を作成した（図 2-4）。

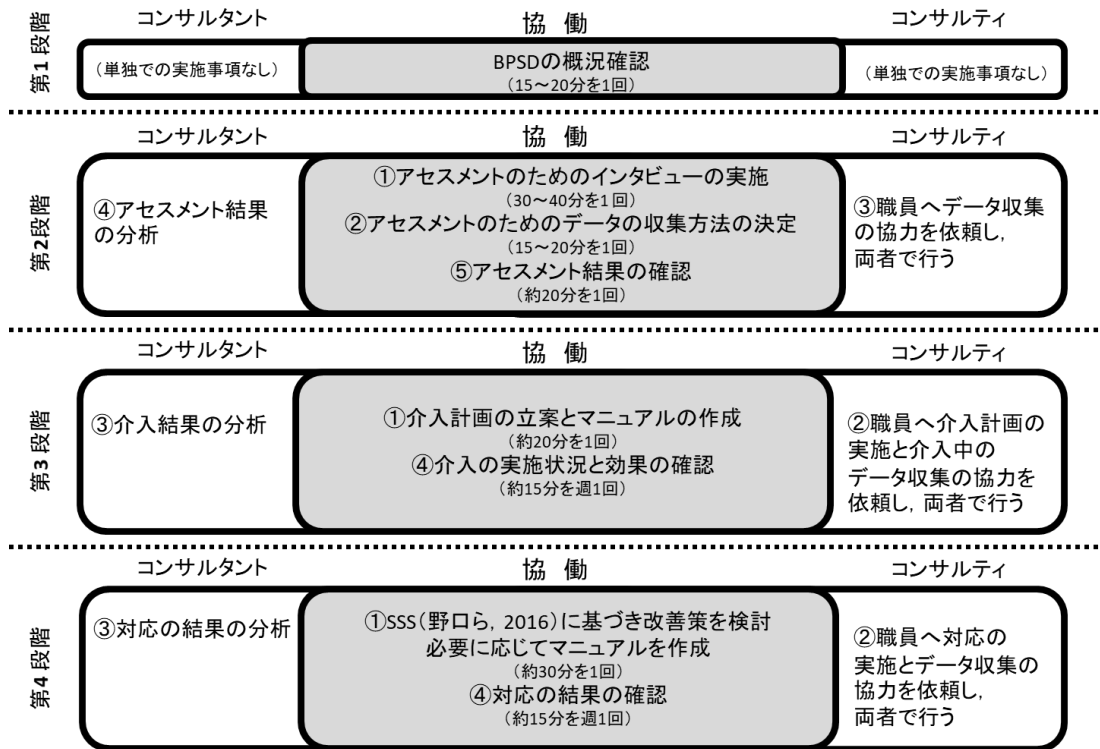


図2-4 コンサルタントとコンサルティの役割
注)各段階での実施内容を数字の順に沿って実施する

2. 参加者の概要

参加者の概要（コンサルティ、クライアント、職員）を、事例ごとに表 2-2 に示した。まず、Y 年 4 月～翌年 6 月までの間に、介護施設のユニットリーダーから BPSD に関する相談があった、茨城県の異なる介護施設に入居する認知症高齢者 5 名をクライアントとした。なお、このうち 1 名は標的とした BPSD が異なるため、それぞれの事例として扱った。そのため事例数は 6 事例（2-I～2-VI）となった。また、グループホームから紹介されたケースが他に 1 例あったが、同意・エントリー前に他病院に転院となったため、この事例は含まれていない。

各事例の標的とした BPSD は、それぞれ、「ここにいる理由などを繰り返し尋ねること（繰り返しの質問）」、「施設内を歩き続けること（徘徊）」、「他の入居者の居室に入ること（探索を伴う徘徊）」、「無断で施設の外に出て行くこと（徘徊）」、「服薬状況など繰り返し同じ質問をすること（繰り返しの質問）」、「入浴を拒否すること（興奮・介護拒否）」であった。

コンサルタントから直接コンサルテーションを受けるコンサルティは施設のユニットリーダー（事例 2-IV と 2-V は同じで計 5 名）であった。また、クライアントが生活するユニットに配属されている、事例ごとに独立した他の職員（各事例平均 10 名、計 50 名）も参加した。なお、他の職員は、第 1 研究と同じく、データ収集やクライアントへの介入の際にコンサルティに協力した。

コンサルタントは、第 1 研究と同じ大学院生（筆者）で、第 2 研究の実施時には臨床心理士の資格も有していた。また、スーパーバイザーの役割は、応用行動分析や認知症ケアの知識や経験のある大学教員が担った。

表2-2 参加者の概要

	事例2-I	事例2-II	事例2-III	事例2-IV	事例2-V	事例2-VI
施設の種類	グループホーム	特別養護老人ホーム (個室なし)	特別養護老人ホーム (個室あり)	グループホーム	グループホーム	グループホーム
性別	女性	男性	男性	男性	男性	女性
年代	30代	50代	30代	40代	50代	50代
勤続年数	9年	13年	11年	14年	11年	11年
性別(年齢)	男性(87歳)	女性(84歳)	男性(86歳)	女性(78歳)	67歳(男性)	
自立歩行可能	・自立歩行可能	・自立歩行は可能だが ふらつきあり	・自立歩行可能 ・日常生活で介助や 働きかけが必要	・自立歩行可能 ・ADL概ね自立	・自立歩行は可能だが ふらつきあり	・自立歩行は可能だが ふらつきあり
ADLの状態	・ADL概ね自立 ・場所の 見当識障害あり	・ADL概ね自立	・場所の 見当識障害あり		・ADL概ね自立して いるが促しは必要	
要介護度	2	3	3	1	3	3
MMSE※	10点	21点	5点	16点	本人拒否により 実施不可	
CDR※※	2(中等度)	1(軽度)	2(中等度)	2(中等度)	1(軽度)	
標的としたBPSD	ここにいる理由などを繰 り返し尋ねること	施設内を歩き続ける こと	他の入居者の居室に 入ること	無断で施設の外に 出て行くこと	服薬状況など繰り 返し同じ質問を すること	入浴を拒否すること
人数	13名	9名	6名	8名	14名	
主たる資格(n)	ケアマネジャー(1) 介護福祉士(1) ヘルパー2級(10) その他(1)	介護福祉士(3) ヘルパー1級(1) ヘルパー2級(5)	介護福祉士(4) ヘルパー2級(2)	ケアマネジャー(1) 介護福祉士(3) 社会福祉士(1) ヘルパー2級(3)	介護福祉士(2) ヘルパー2級(12)	
平均勤続年数(範囲)	11年 (9か月-25年)	4年6か月 (3か月-8年5か月)	8年8ヶ月 (4年-15年)	5年2ヶ月 (5か月-11年5か月)	7年11ヶ月 (1か月-12年)	

注) MMSE=Mini Mental State Examination, CDR=Clinical Dementia Rating

要介護度は施設のケース記録から直近のものを記載した

※と※※印の評価はベースライン期に筆者が行い、このうち※印の評価に関する資料(資料2-6)を本論文の巻末に掲載した

3. 手続き

コンサルタントが各施設を訪問し、本手順（立案した作業仮説）を参照しながら、事例ごとにBCを行った。

4. 作業仮説として立案した手順の適用可能性の評価方法

作業仮説として立案した手順の適用可能性に関しては、適合性と有用性の観点から、①各事例のBCの内容がフローチャートに沿いBCのパターンに網羅されていたか（適合性）、②コンサルティから相談された問題が実際に解決したか（有用性）、③介入計画を実施した場合に標的としたBPSDが軽減したか（有用性）、④コンサルティへ実施する機能的アセスメントのためのインタビューが効率化できたか（有用性）で検討した。

このうち、①と②はパターンごとに事例を整理し結果を示した。また、③については、コンサルティ及び職員が収集したデータをもとにしたコンサルティの判断に加え、BCの終了後に行ったランダムイゼーション検定の結果からも検討した。ランダムイゼーション検定とは、BL期と介入期の生起頻度の平均の差が、必然として起こったものか、偶然として起こったものかを、両期間のすべてのデータを組み合わせて比較する検定方法で、ならばかえ検定ともよばれている（神田・大川・田中・Lin・榎本，2015）。この手法は、本研究のような、単一の対象に繰り返し測定を行った時系列データでは相互に相関関係を示す傾向があるといった、系列依存性の問題をクリアしたものである（神田ら，2015）。本研究では、神田ら（2015）で紹介されている、廣田（2002）のソフト^{注1}を用いた。

なお、コンサルティ及び職員によるデータ収集の方法は、現場の実

施負担に配慮しながら決定したため、各事例で異なっている。具体的な方法については、結果の部分に事例ごとに示した。

さらに、④については、コンサルティに実施してもらったインタビュー項目への事前回答記入の所要時間（コンサルティの報告）と、実際のインタビューの所要時間（コンサルタントの計測）、そして介入により標的とした BPSD が改善したかによって検討した。

5. コンサルティ及び職員が収集したデータの信頼性

コンサルティ及び職員によって収集された、標的とした BPSD に関するデータと介入の実施状況に関するデータの信頼性を検討するために、全観察期間の一部においてコンサルタントが独立して観察・データ収集を行った。そして、コンサルティもしくは職員とコンサルタントの 2 者間でのデータの κ 係数を算出した。

6. 倫理的配慮

研究を行う前に、筑波大学人間系研究倫理委員会から承認（課題番号 26-143）を得た。協力施設の施設長には書面と口頭で研究内容と倫理的配慮に関する説明をし、自署により承認を得た。また、対象とした認知症高齢者の代諾者（家族）にも同様の手続きにより同意を得た。

第 3 節 結果

1. 各事例への BC の内容

各事例の BC の内容を，設定した BC のパターンごとに示した。

1) BL 期の情報収集のみで終結するパターン②-1 に該当した 1 事例

コンサルティへのインタビューにより，事例 2-I では「ここにいる理由や家族の居場所などを繰り返し尋ねること」を標的行動とした。この行動に対して現状では，クライアントの不安感を高めないように，「病気の治療のためにここにいる，家族は家にいますよ」などの返答をしているが，通常の記録や引継ぎではこの対応がうまくいっているのかわからないとの相談があった。また，クライアントにとっても，知りたいことがわからない不快な状態は QOL の点からも良くないと思われた。

BL 期のデータ収集として，その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員に標的とした BPSD を直接観察してもらった。そして，この行動がみられるたびに記録用紙へその時間帯を記入してもらい，その他の情報（クライアントの訴えの内容，生起状況，対応方法，対応の負担度）はチェックリスト式で記録してもらった。その結果，図 2-5 に示したように，8 日間の観察の中で実際に標的とした BPSD がみられたのは 1 日あたり平均 1.4 回（SD=1.1）であった。また，8 日間のうち半数では，1 日あたり 1 回もしくは全くみられなかった。これらのことをコンサルティ伝えたところ，「以前に困っていた行動が，現在はかなり回数が減っており，自分達の対応で良かった」との話があり，相談された内容が解決したため終結した。なお，本事例に対して実施された BC の流れは，本研究で考案した BC 手順のフローチャートに網羅されており，図 2-6（網掛け部分）に示したものであった。

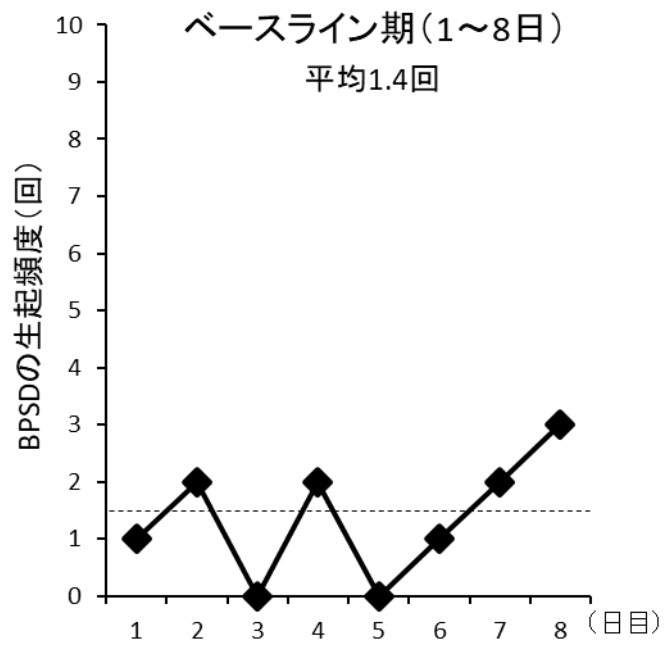


図2-5 事例2-Iにおける1日あたりのBPSDの生起頻度の推移

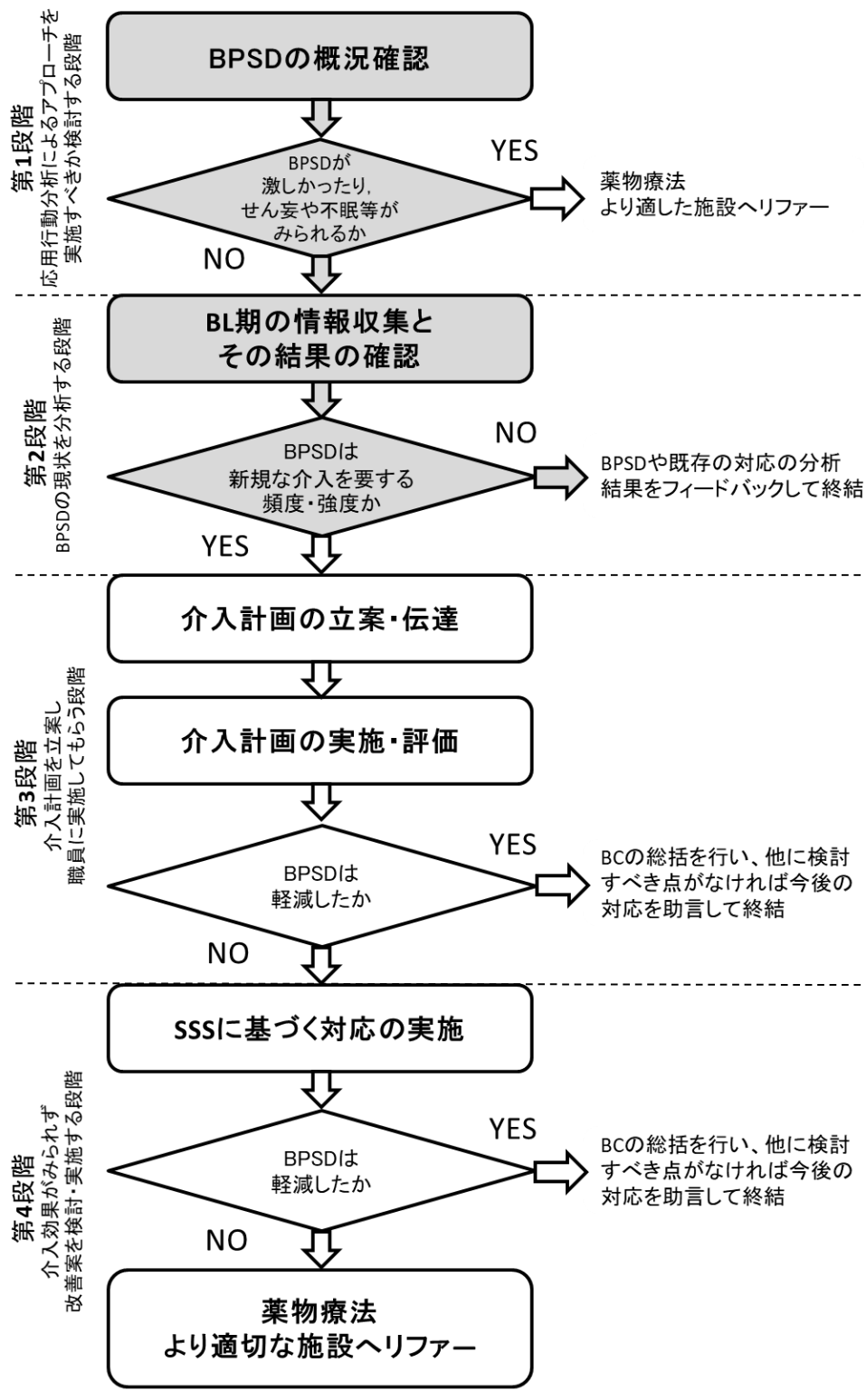


図2-6 事例2-I に対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSSI: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

2) BL 期の情報収集中に BPSD が軽減・消失し介入せず終結するパターン②-2 に該当した 1 事例

事例 2-Ⅱでは、「絶え間なく施設内を歩き続けること」を標的行動とした。コンサルティからの相談内容は、施設内を歩き続けることに対してこれまでは見守り対応をしてきたが、転倒リスクがみられるようになったため、他の方法を検討したいというものであった。

BL 期のデータ収集として、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員に標的とした BPSD を直接観察してもらい、30 分間隔のインターバル記録法（第 1 研究の脚注参照）でデータ収集をしてもらった。その結果、初日では 1 日あたり 33.3% みられた標的とした BPSD が日ごとに減少し、18 日目には消失し 3 日間その状態が続いた（図 2-7）。そのため、コンサルティにそのことを報告し終結に至った。ただし、標的とした BPSD が減少した原因に関する様々な可能性についてコンサルティに尋ねたが、原因は明らかにできなかった。なお、本事例に対して実施された BC の流れは、BC 手順のフローチャートに網羅されており、図 2-8（網掛け部分）に示したものであった。

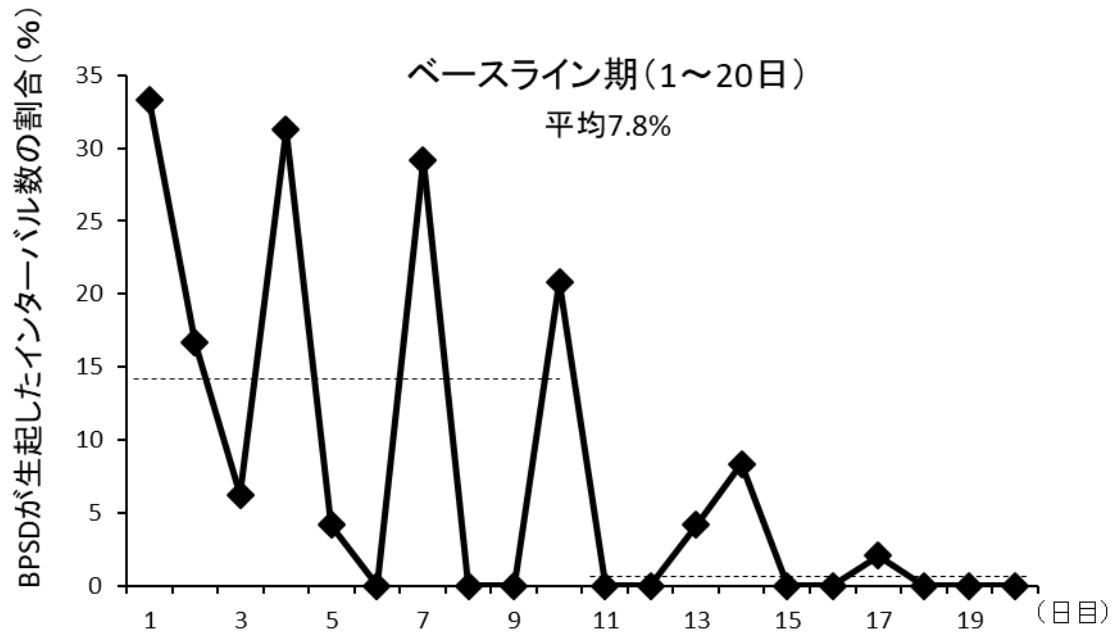


図2-7 事例2-IIにおける1日あたりのBPSDが生じたインターバル数の割合の推移

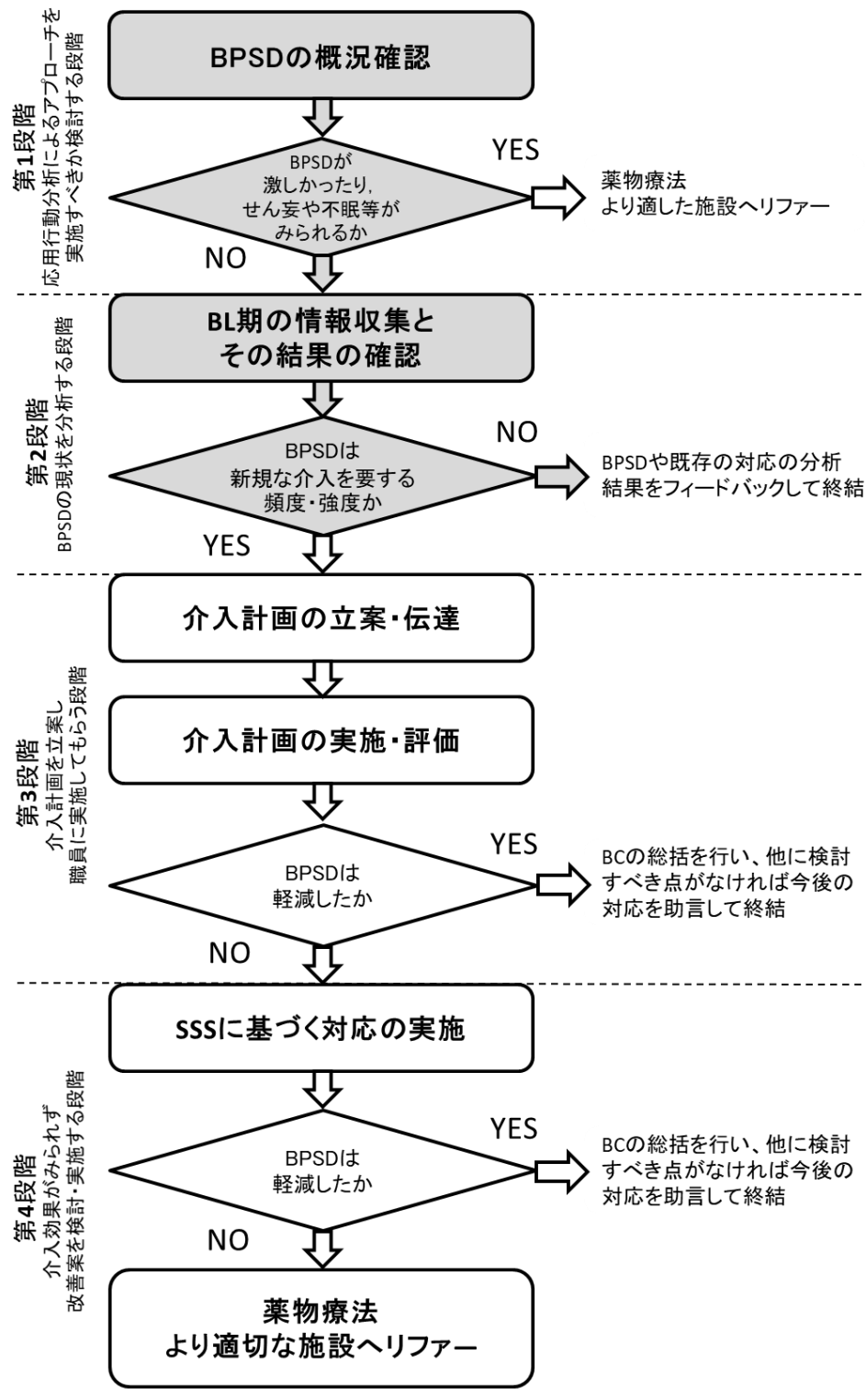


図2-8 事例2-Ⅱに対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

3) 介入計画を立案し、実施してもらおうパターン③に該当した 2 事例

(1) 事例 2-Ⅲの BL 期

事例 2-Ⅲの標的とした BPSD は「他の入居者の居室に入ること」で、繰り返し生じることから他の入居者とのトラブルにつながる可能性があった。クライアントが他の入居者の居室に入る前に職員が止めることもあったため、中に入ることに加え居室の前にも含めて観察を行った。

BL 期のデータ収集として、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員に標的とした BPSD を直接観察してもらった。そして、この行動がみられたら、あらかじめ時間帯が記載されている記録用紙の該当する時間にチェックを入れ、その場所もメモに残してもらった。その結果、図の 2-9 に示したように、BL 期（1～18 日目）では、標的とした BPSD が 1 日あたり平均 2.6 回（SD=2.8）みられた。

機能的アセスメント（図 2-10）では、理解力の低下によりフロアにいても参加できる活動がない状況（直前の状況）で、居室に戻ると（行動）、参加できる活動のない場から逃れられるため（直後の状況）、この行動を繰り返していると考えられた。また、居室の目印（表札、色、模様・飾り）が弁別刺激として機能せず、誤って他の人の居室にも入ってしまうと考えられたが、認知機能のレベルからクライアントにとって弁別可能な目印を考案することは困難であると思われた。そこで、フロアで参加できる活動（簡単な体操など）を設定し午前中過ごしてもらい、昼食後に職員に居室まで誘導してもらおう計画を立てた。

介入計画の実施状況に関するデータ収集としては、その日の介入実施者をあらかじめ決めておき、実施した場合には、標的行動に関するデータを収集している用紙にメモを残してもらった。

(2) 事例 2-III の経過

介入期（20～36 日目）では，クライアントが活動に参加し，図 2-9 に示したように標的とした BPSD が BL 期の約 1/3 まで減少した（平均 0.9 回，SD=1.9）。そのため，このことをコンサルティに伝え終結に至った。なお，本事例に対して実施された BC の流れは，BC 手順のフローチャートに網羅されていた（図 2-11 の網掛け部分）。

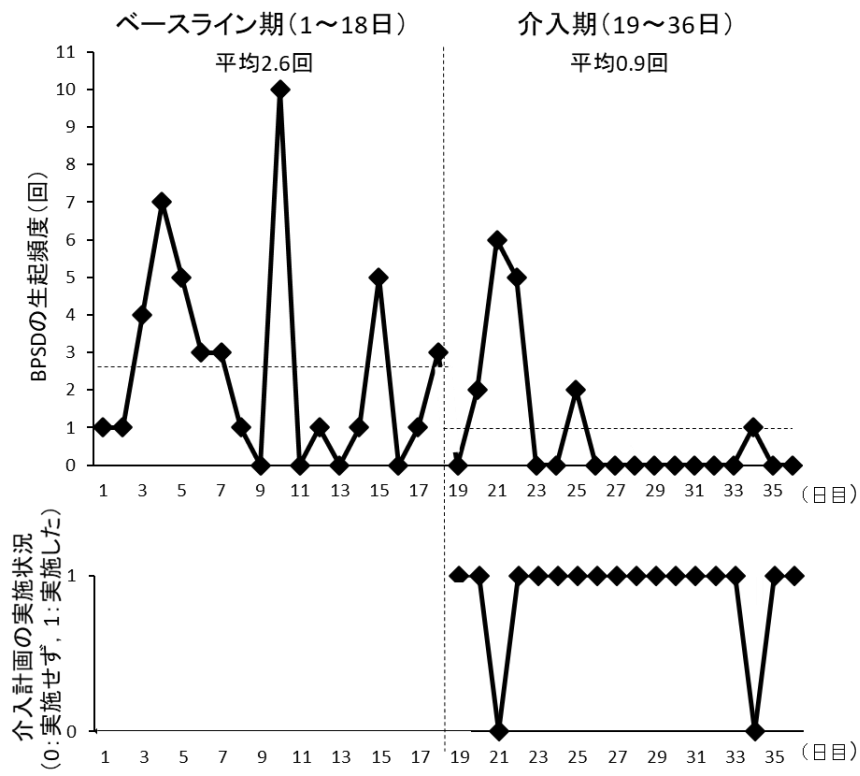


図2-9 事例2-Ⅲにおける1日あたりのBPSDの生起頻度と介入計画の実施状況の推移

「他の入居者の居室に入る」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

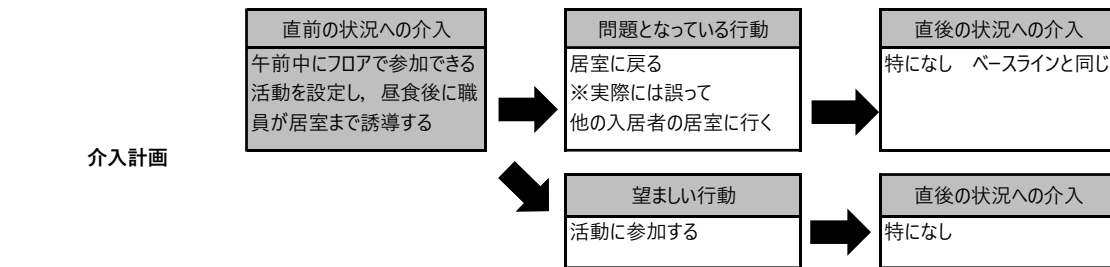
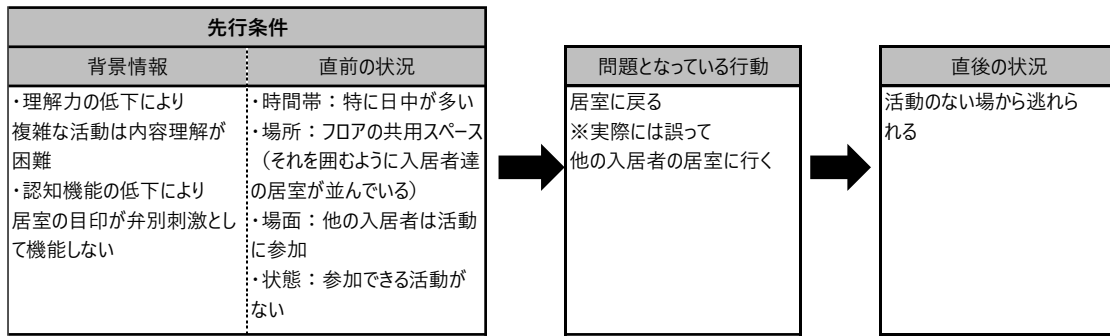


図2-10 事例2-IIIの「他の入居者の居室に入る」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

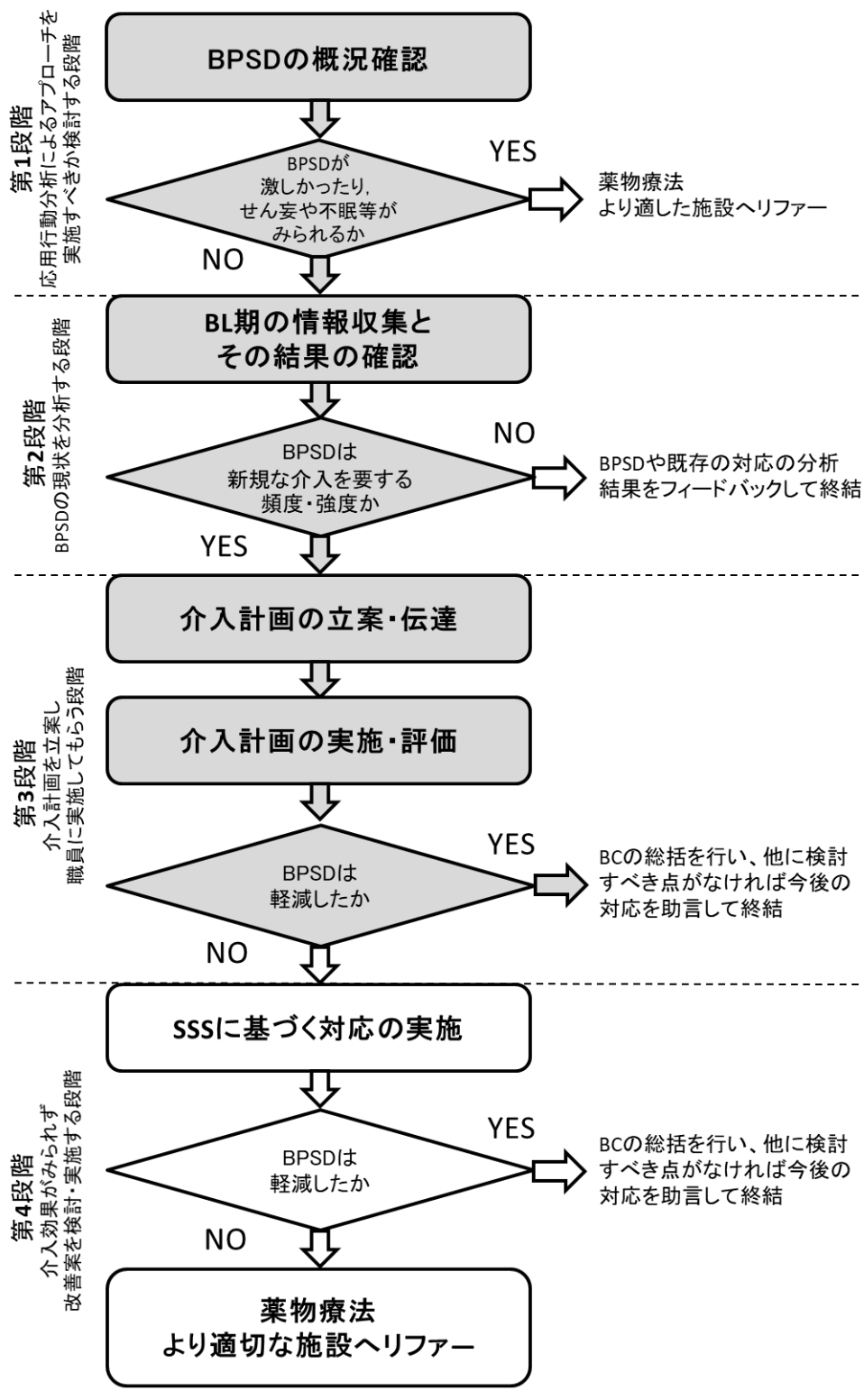


図2-11 事例2-Ⅲに対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

(3) 事例 2-Ⅳの BL 期

パターン③のもう一方の事例(事例 2-Ⅳ)の標的とした BPSD は「無断で施設の外へ出て行ってしまうこと」で、相談内容はこの BPSD への対応であった。これまで「外出前に声をかけてください」と直接クライアントに伝えたり、玄関に人感センサーをつけたりしてみたが、前者はクライアントが忘れてしまい、後者は職員が警告音を聞き洩らすことがあり効果が得られなかった。

BL 期のデータ収集として、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員に標的とした BPSD を直接観察してもらった。そして、この行動がみられるたびに、時間帯や場所そしてクライアントの様子を記入してもらい、その他の情報(生起状況、対応の負担度)はチェックリスト式で記録してもらった。その結果、無断外出はもっぱら午前(8時～10時)に起こっており、図 2-12 に示したように、BL 期(1～8日目)ではこの時間帯に1日あたりの平均 0.4 回(SD=0.7)みられていた。

また、機能的アセスメントでは、この時間帯は職員が他の業務で忙しくて関わることができず、特定の活動もない状況である(直前の状況)のに対して、施設の外に出れば(行動)、以前の日課だった散歩ができる(直後の状況)のでこの行動が繰り返されていると考えられた(図 2-13)。また、職員に外出時に声をかけるように注意されても、記憶障害により忘れてしまうため、無断で外出するのだと思われた。この仮説とクライアントの能力や好みなどの背景情報及び職員の負担を考慮し、直前の状況を変えるために、無断外出がよくみられる午前の時間帯(8～10時)に洗濯物干しなどの活動機会を設けた(図 2-13)。なお、以前は散歩が日課だったことを考慮すると、職員が付き添って散歩の機会を作ることが望ましいと思われたが、マンパワーの点から難しいため住居内の

活動を充実させることにした。

一方、図 2-12 に示したように、11~22 日目には午後（13~15 時）にも無断外出が若干みられるようになったため（この時間帯の 1 日あたりの平均 0.2 回，SD=0.8），23 日目からは午後にも同様の活動機会を設けた。

介入計画の実施状況に関するデータ収集としては、その日の介入実施者をあらかじめ決めておき、実施した場合には、チェックリストに印をつけてもらった。

（4）事例 2-IV の経過

介入期では、午前・午後ともに活動参加の機会が多くなり、無断外出は午前（9~72 日目の 8~10 時）が 1 日あたり平均 0.1 回（SD=0.4），午後（23~72 日目の 13~15 時）が 1 日あたり平均 0.1 回（SD=0.5）に減少した（図 2-12）。これらのことをコンサルティに伝え終結した。なお、本事例に対して実施された BC の流れは、BC 手順のフローチャートに網羅されており、図 2-14（網掛け部分）に示したものであった。

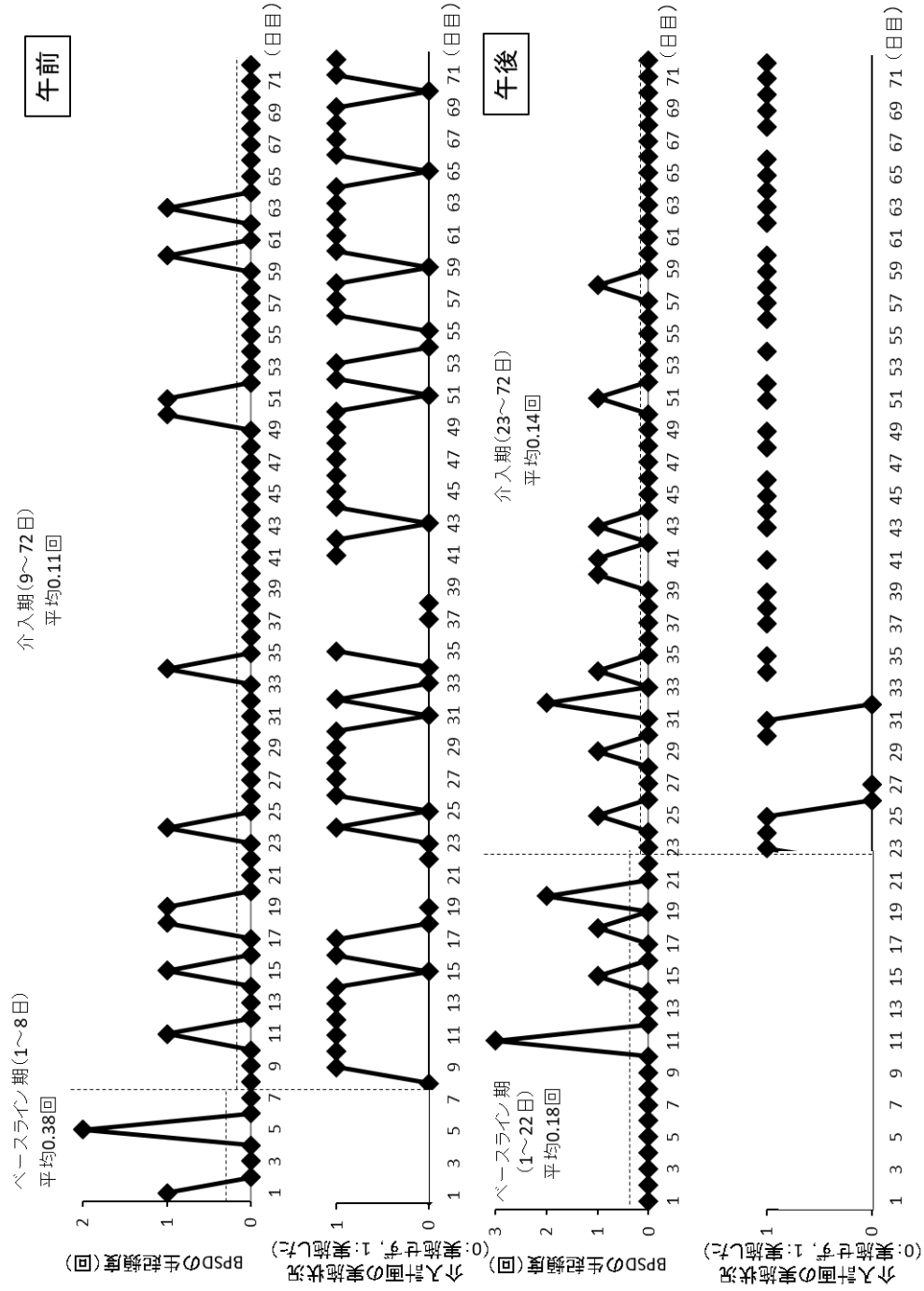


図2-12 事例2-IVにおける場面ごとのBPSDの生起頻度と介入計画の実施状況の推移
 (注)行事参加や外出等で介入の実施機会がなかった日は空欄になっている

「無断で施設の外へ出て行く」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

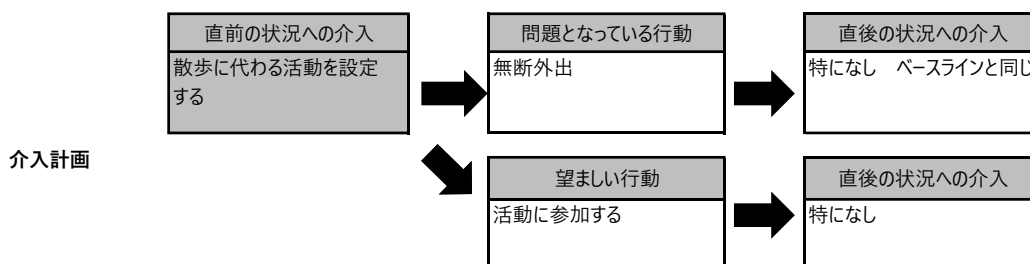
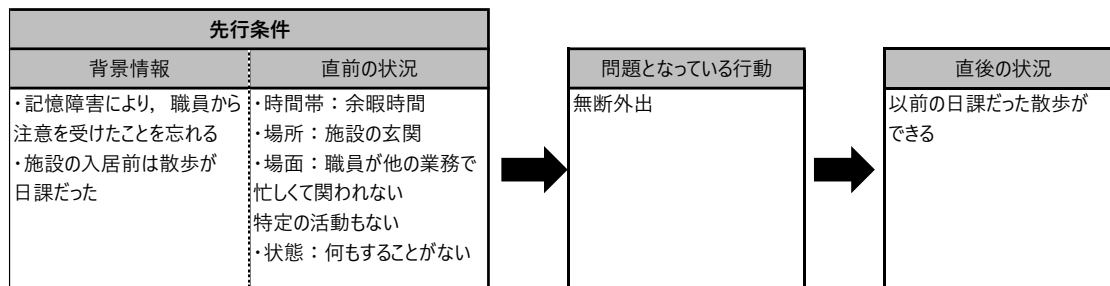


図2-13 事例2-IVの「無断で施設の外へ出て行く」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

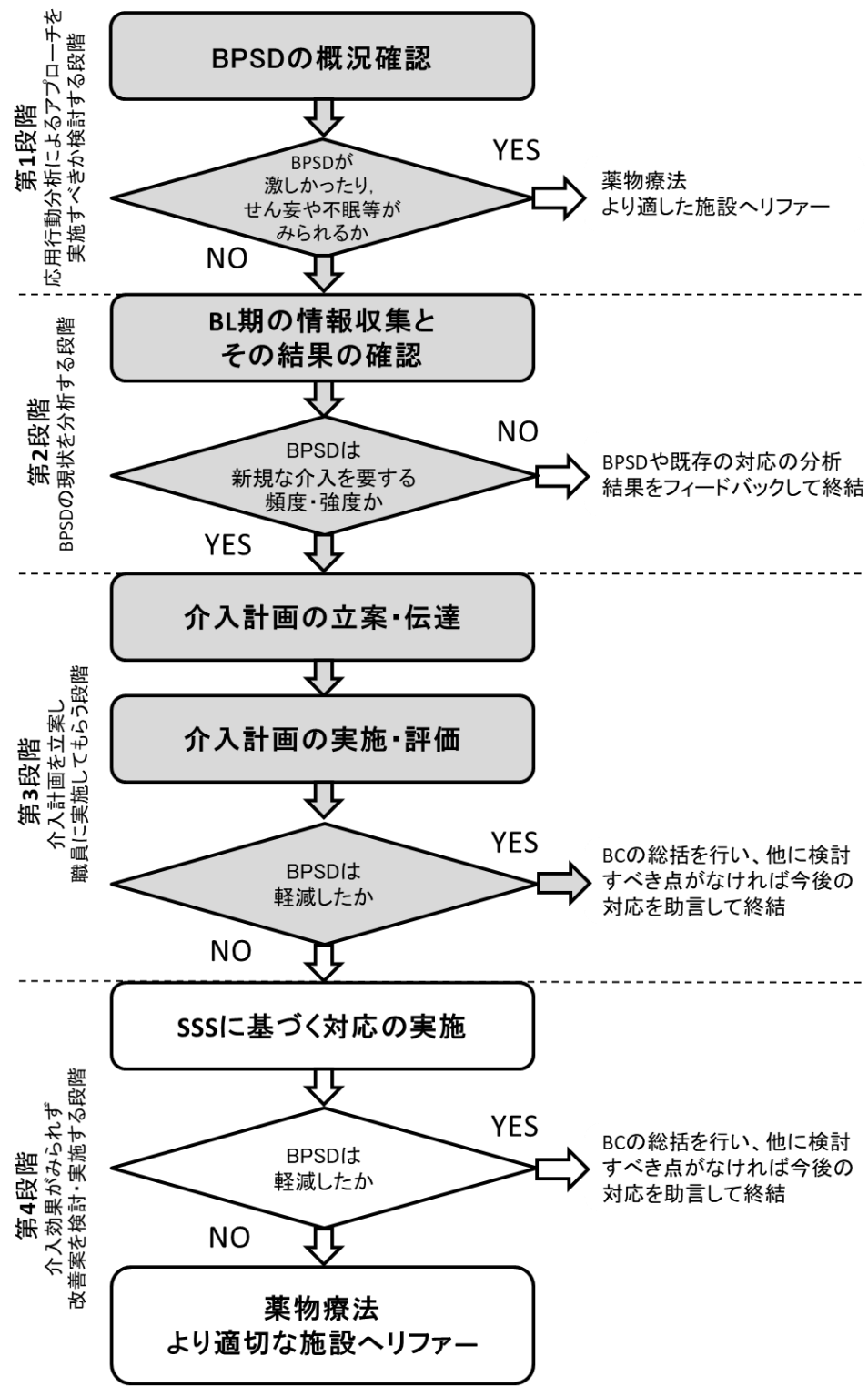


図2-14 事例2-IVに対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

4) 介入計画を実施してもらっても BPSD が軽減せず，SSS に基づく対応を行うパターン④-1 に該当した 1 事例

(1) 事例 2-V の BL 期

事例 2-V の標的とした BPSD は「服薬状況や通帳・印鑑の保管場所などについて職員に繰り返し同じ質問をすること」で、相談内容はこの BPSD への対応であった。これまでの対応では質問の都度返答をしていたが、頻発すると職員の精神的な負担が大きく、クライアントは服薬状況などがわからない状況に不安な表情を示していた。

BL 期のデータ収集として、その日の勤務にあたっているコンサルティもしくは職員に標的とした BPSD を直接観察してもらった。そして、この行動がみられるたびに、時間帯や持続時間そして場所を記入してもらい、その他の情報（訴えの内容、生起状況、対応の負担度）はチェックリスト式で記録してもらった。その結果、標的とした BPSD は、クライアントが居室でノートを見て過ごすことが多い、夕食後から就寝までの時間帯（18～21 時半）によくみられていた。また、図 2-15 に示したように、この時間帯の BL 期（1～11 日目）の 1 日平均は 1.6 回（SD=2.3）であった。なお、このノートは物忘れを補うためにクライアントが服薬状況などを記録していたものであったが、職員が確認したところ、何がかどこに書かれているのかわからない状態であった。

機能的アセスメントからは、ノートでは情報が確認できず（直前の状況）、職員に尋ねることで（行動）、情報が得られるので（直後の状況）、この行動が繰り返されていると考えられた。そこで、行動の直前の状況を変えるため、この行動が頻発する時間帯の前に、クライアントにはチェックシート式の日めくりの用紙で服薬状況などをチェックしてもらい、職員にはそれを居室の壁に掲示してもらうことにした（図 2-16）。

介入計画の実施状況に関するデータ収集としては、記入済みの日めくりの用紙を残しておいてもらいそれを確認することとした。

(2) 事例 2-V の経過

図 2-15 に示したように、介入 1 期（12～27 日目の 18～21 時半）では、繰り返しの質問の生起頻度は BL 期の約 1/2（平均 0.9 回，SD=1.9）まで減少した。しかし、まだ頻発する日もあったため、SSS（図 2-17）で原因を探ったところ、職員の介入厳密性が高いことが明らかにされた（100%の計画実施）。そこで、再アセスメントをしたところ、介入計画に記載された内容に加え、クライアントに「記入済みの日めくりの用紙の利用方法を伝える」手続き実施する必要であることがわかった。

そのため、介入 2 期（28～34 日目の 18～21 時半）では、介入計画の変更を行うこととした（図 2-17）。具体的には、介入 1 期の計画に、記入済みの用紙の利用方法をクライアントに伝える手続きを加えて（図 2-16）、それを職員に実施してもらった。その結果、図 2-15 に示したように、繰り返しの質問の生起頻度は平均 0.3 回（SD=0.5）と BL 期の約 1/6 に減少した。

その後、さらに標的とした BPSD を減少させたいというコンサルティから要望があり、介入 3 期（35～63 日目の 18～21 時半）では、介入 2 期の計画のままで、用紙の大きさをクライアントが気づきやすいように大きなものに変更した（図 2-16）。しかし、図 2-15 に示したように、繰り返しの質問の生起頻度は介入 2 期からほとんど変化がみられなかった（平均 0.4 回，SD=0.6）。この時点でコンサルティから介入 2 期の対応法を続けるという了解が得られ BC は終結した。なお、本事例に対して実施された BC の流れは、BC 手順のフローチャートに網羅されており、図 2-18（網掛け部分）に示したものであった。

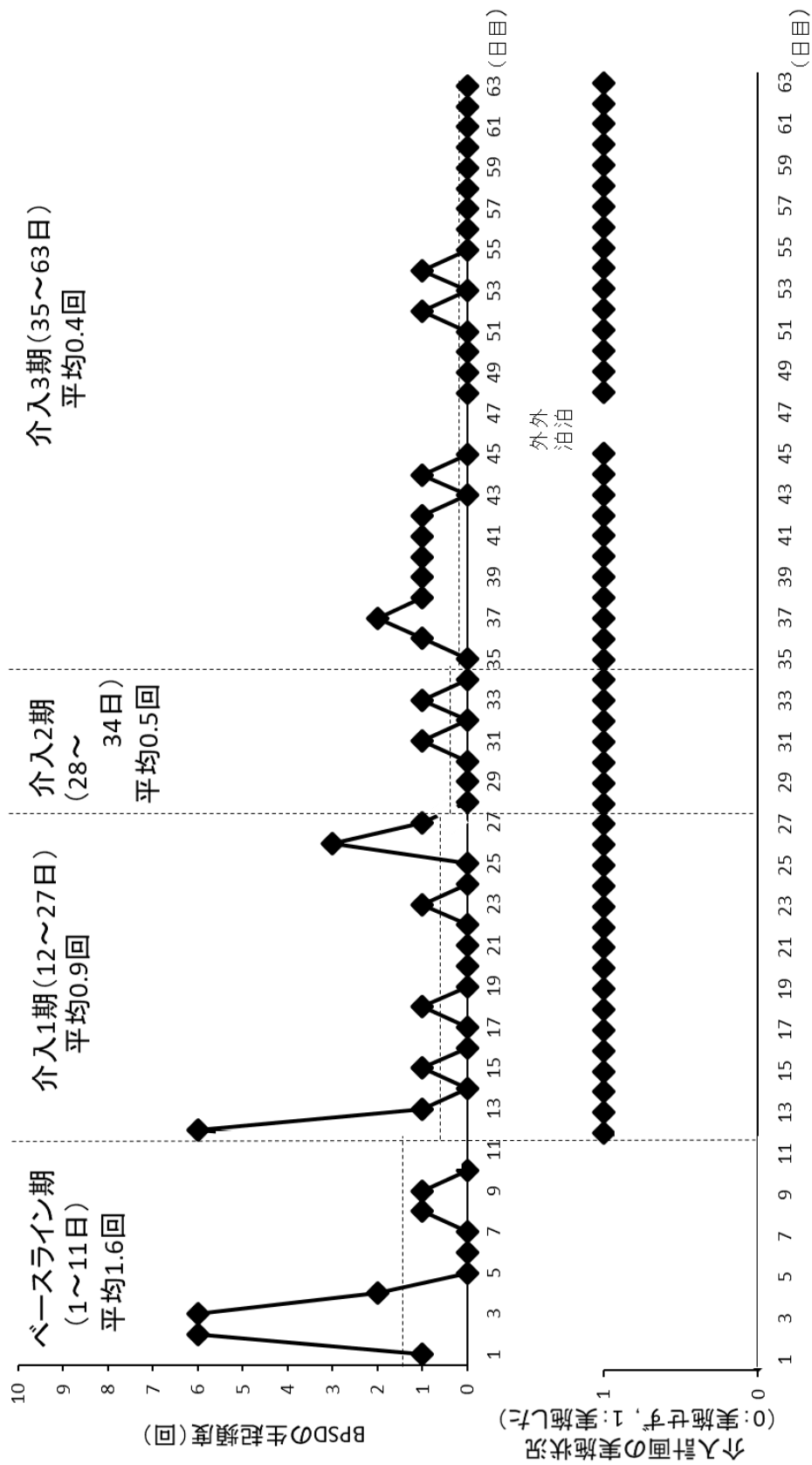


図2-15 事例2-Vにおける1日あたりのBPSDの生起頻度と介入計画の実施状況の推移
 注)46日目と47日目は、本人が外泊していたため介入機会がなかった

「繰り返し同じ質問をする」が生成する状況の原因仮説（ベースライン）

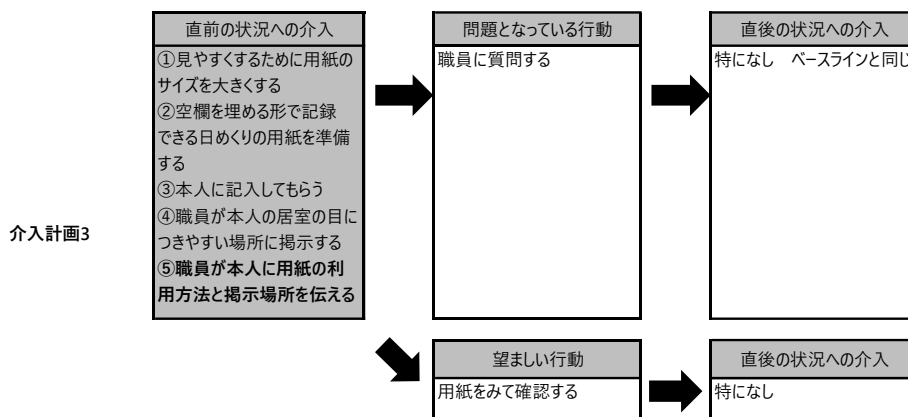
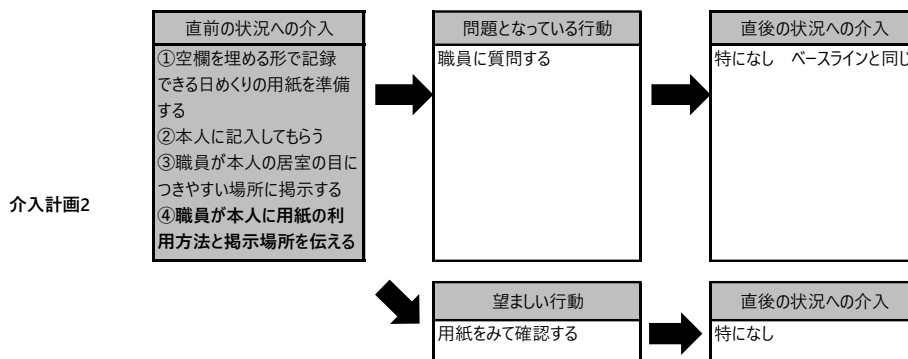
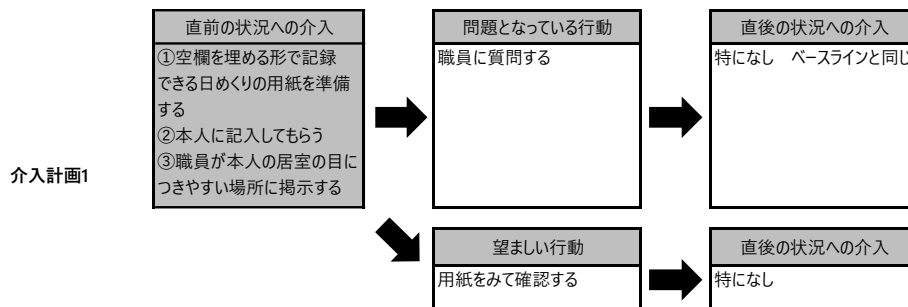
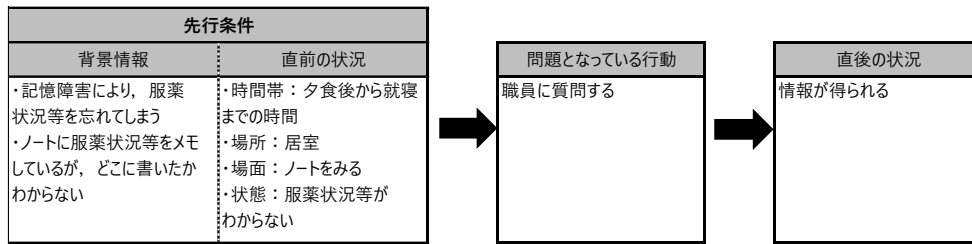


図2-16 事例2-Vの「繰り返し同じ質問をする」の生成状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

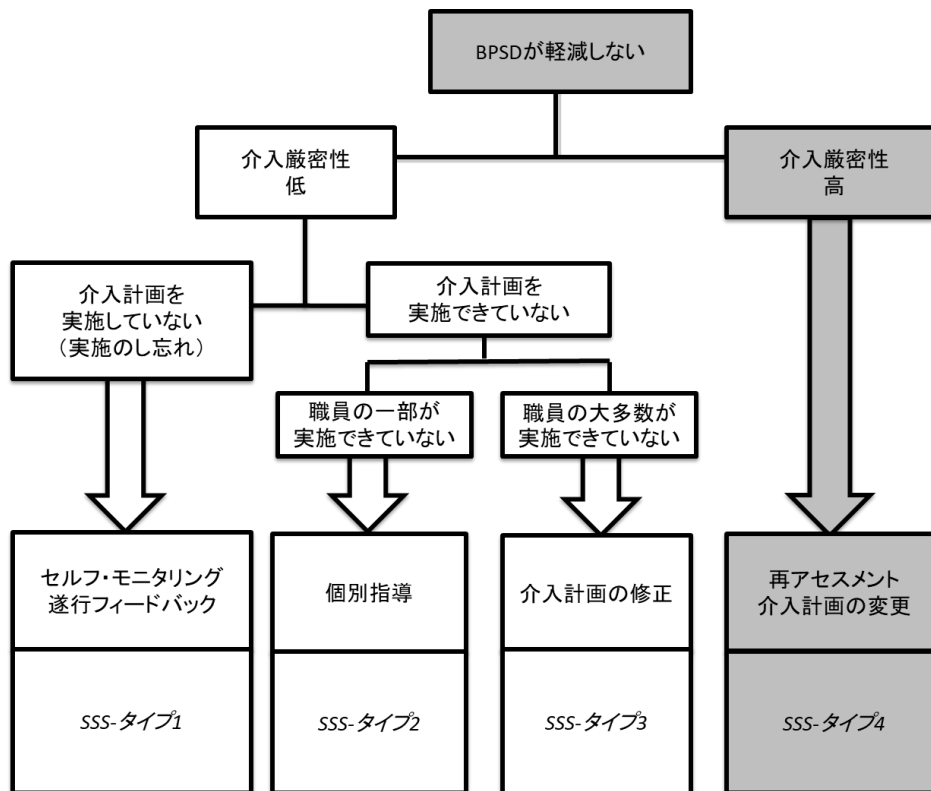


図2-17 事例2-Vにおけるスタッフ・サポート・システム(Staff support system; SSS; 野口・河野・山中, 2016)のタイプ
 注) 本事例の該当部分に、筆者が網掛けをした

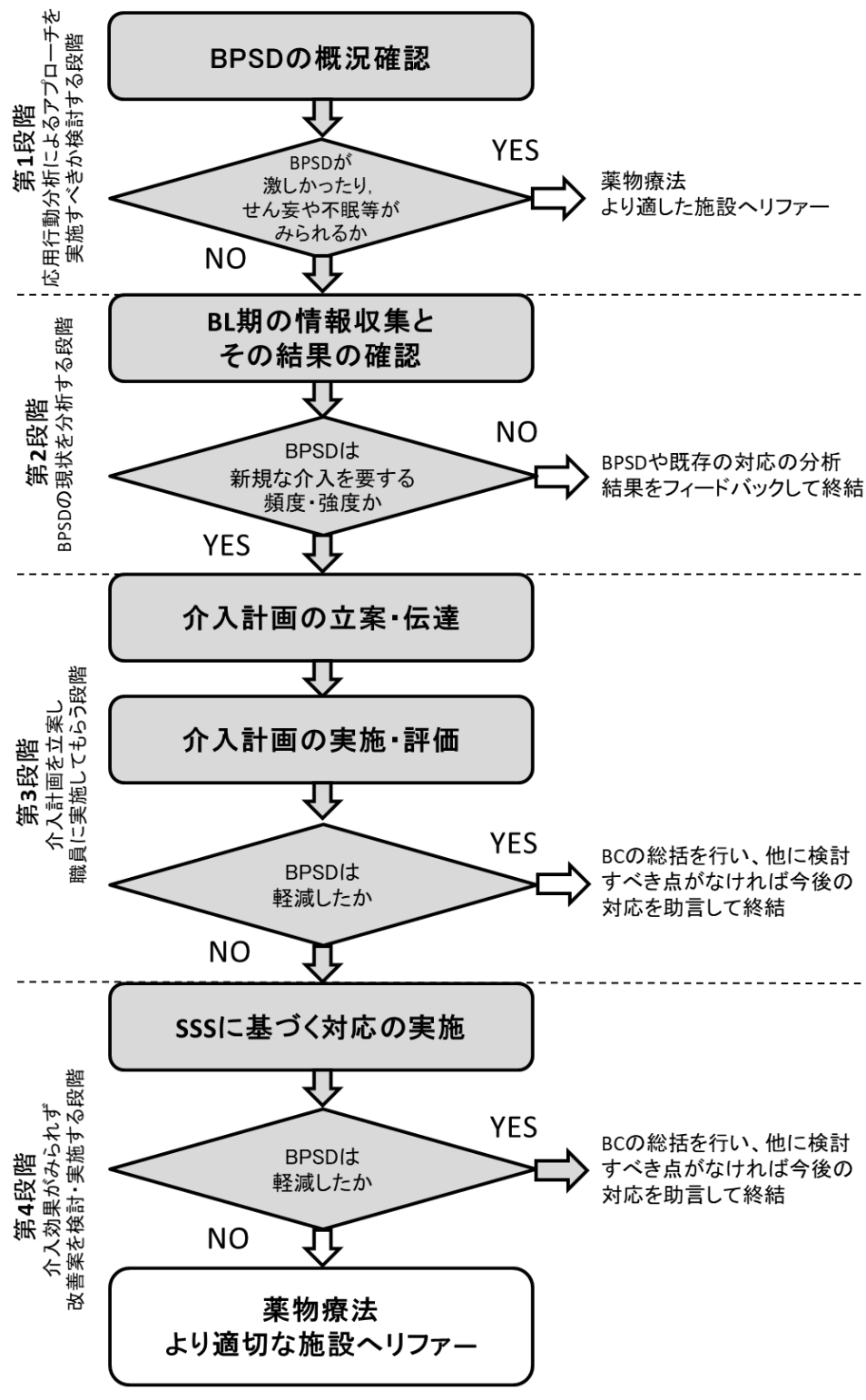


図2-18 事例2-Vに対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

5) 該当パターンがなかった 1 事例

(1) 事例 2-VI の BL 期

事例 2-VI の標的とした BPSD は「入浴拒否」で、長期間にわたっていることから衛生面の問題につながる可能性があった。相談内容はこうした介護拒否への対応法に関するものであった。

BL 期のデータ収集として、クライアントに入浴の声掛けをしたコンサルティもしくは職員に、その都度、時間帯や声掛けをした状況と声掛けの仕方、そしてクライアントの反応に対する対応を記入してもらい、その他の情報（声掛けに対する反応、対応の負担度）はチェックリスト式で記録してもらった。その結果、図 2-19 に示したように、入浴拒否は BL 期(1~12 日目)の 12 日のうち 10 日みられた(生起率は 83.3%)。

機能的アセスメントでは、図 2-20 に示したように、足腰に痛みがあり移動に負荷かかるので、入浴の誘いを断り(行動)、痛みや負荷を回避している(直後の状況)と考えられた。また、足腰の痛みにより居室で横になって過ごすことが多く、職員とのコミュニケーション機会が乏しかった。そこで、声掛けの前にクライアントとの談笑機会を設けて気分転換を図った後に声掛けをする介入計画を立てた。また、入浴後にも談笑の機会を設けることとした(図 2-12)。なお、介入計画として、移動負荷を減らすための車椅子使用も検討したが、クライアントが好まないことから断念した。また、足腰の痛みを緩和するために以前は服薬治療が行われていたが、クライアントの希望により現在は中止されていた。

(2) 事例 2-VI の経過

図 2-19 に示したように、介入期(13~30 日目)では、実施機会のなかった日を除く 17 日のうち 11 日は介入計画が実施されているにもかかわらず(実施率は 64.7%)、18 日のうち 17 日が入浴拒否がみられ(生起

率は 94.4%)、BL 期と変化がみられなかった。しかし、その一方で改めて施設の記録を見直すと、入浴ができなくても清拭や足浴は実施できていることが明らかとなった。そこで、これらの情報をもとにコンサルティと話し合った結果、移動時に足腰に痛みのあるクライアントにとっては、清拭や足浴が入浴の代替として機能している（図 2-21）のではないかと考えられた。また、清拭や足浴に加えて、時折入浴もできているため、クライアントのことを考えると、無理に入浴させる必要はないのではないかとの結論に至り、実質的に問題が解決したため BC を終結した。なお、図 2-22（網掛け部分）に示したように、本事例に対して実施された BC の流れは、BC 手順のフローチャートで網羅できなかった。

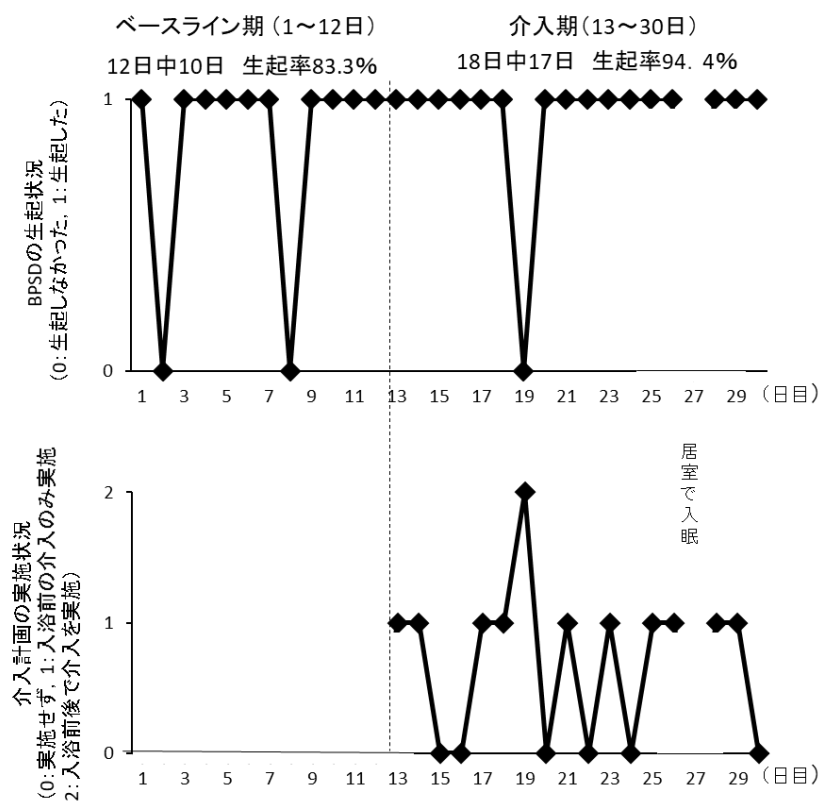


図2-19 事例2-VIにおける1日あたりのBPSDの生起状況と介入計画の実施状況の推移
注) 27日目は本人が居室で入眠しており介入機会がなかった

「入浴拒否」が生起する状況の原因仮説（ベースライン）

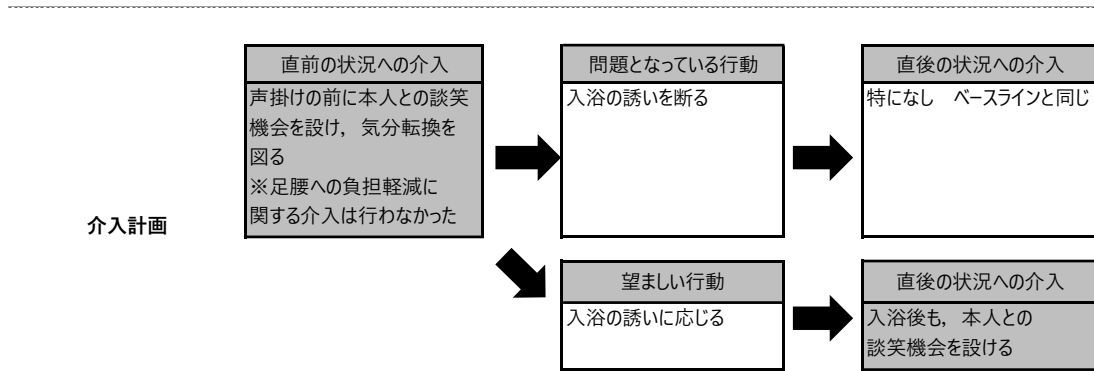
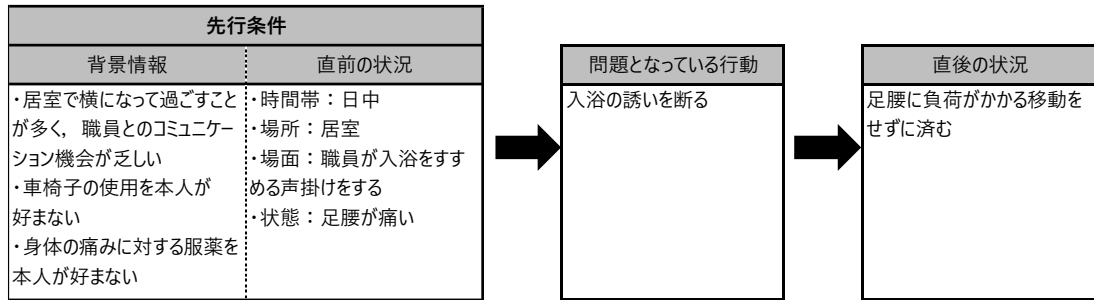


図2-20 事例2-VIの「入浴拒否」の生起状況の原因仮説とそれに基づく介入計画の内容

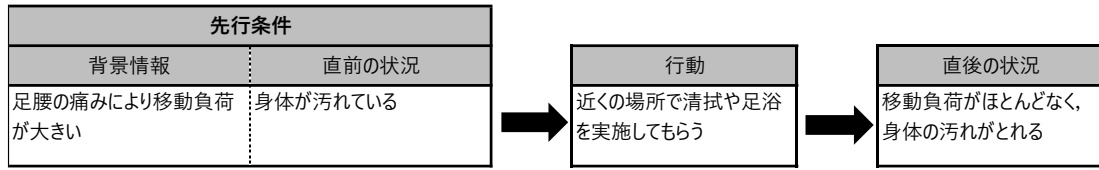


図2-21 事例2-VIの「清拭・足浴」の機能の仮説

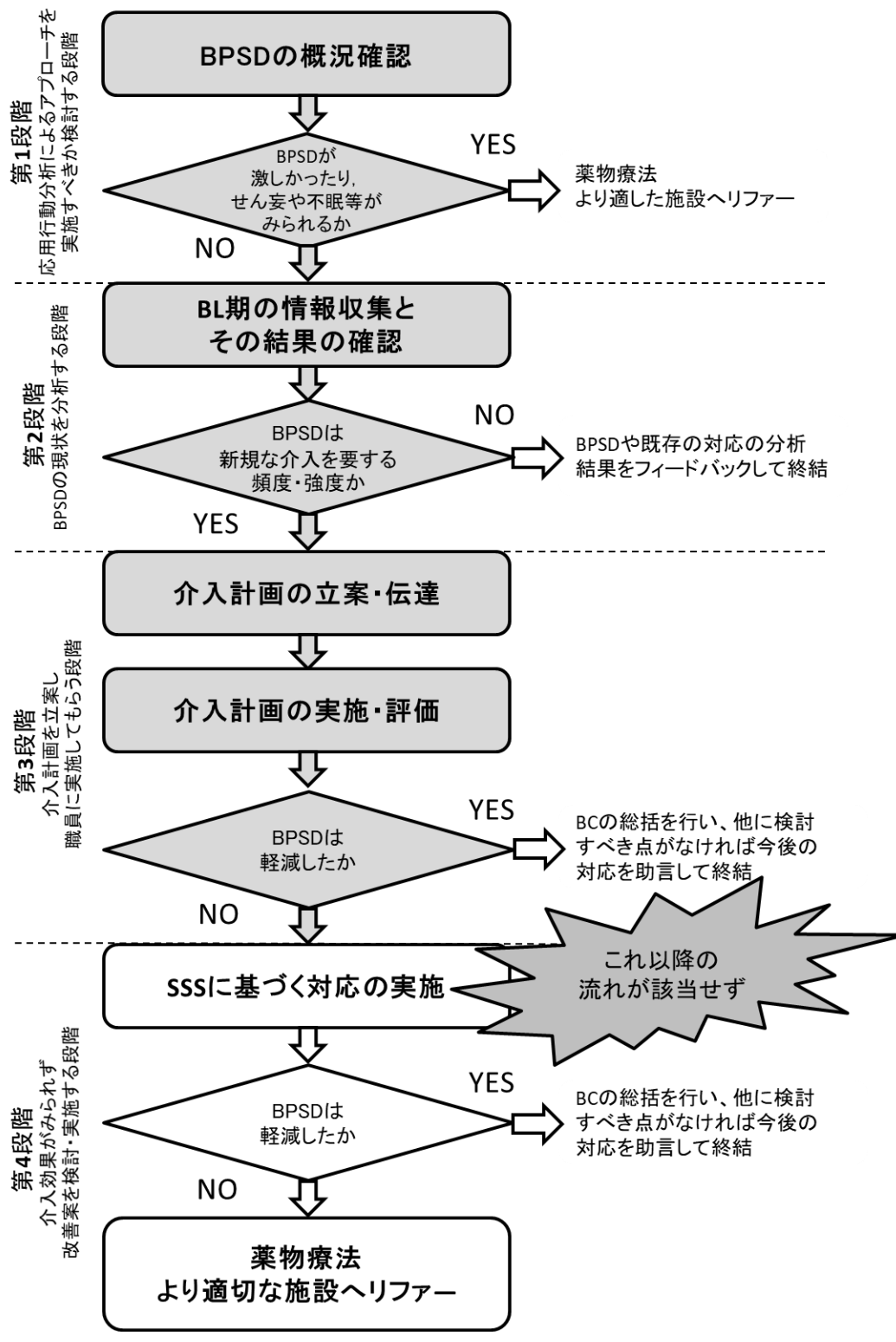


図2-22 事例2-VIに対して実施された行動コンサルテーションの流れ

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

2. コンサルティ及び職員が収集したデータの信頼性

コンサルティ及び職員によって収集された、標的とした BPSD に関するデータと介入の実施状況に関するデータの信頼性を確認するために、コンサルタントが収集したデータとの κ 係数を算出した。その結果、事例 2-VI の標的とした BPSD の κ 係数は .88 であり、その他のすべての事例の標的とした BPSD および介入行動の κ 係数も 1.00 であったことから職員の行動記録の信頼性が確認できた。

なお、全観察期間のうちコンサルタントが観察を行った期間の割合は、コンサルティ及びコンサルタントの都合により各事例で異なり、事例 2-I は 25%、2-II は 20%、2-III は 25%、2-IV は 15%、2-V は 24%、2-VI は 23% となった。

3. 介入計画の実施による標的とした BPSD の軽減効果の統計的分析

コンサルティにより、介入計画の実施後に BPSD が軽減したと判断された事例 2-III ~ V において、標的とした BPSD の生起頻度に関するデータのランダムマイゼーション検定を行った。その結果、表 2-3 に示したように、事例 2-III では BL 期と比較して介入期で有意な減少傾向が示され ($p=.052$)、事例 2-V では BL 期と比較して介入期 (介入 3 期) で有意な減少が示された ($p=.015$)。しかし、事例 2-IV のみ、有意傾向や有意な低下が示されなかった。

表2-3 ランダマイゼーション検定の結果

	事例2-III	事例2-IV		事例2-V
		(午前)	(午後)	
BL期と介入1期の比較	0.05*	0.38	0.51	0.30
BL期と介入2期の比較				0.19
BL期と介入3期の比較				0.02**
			*P<.10	**P<.05

4. コンサルティへ実施する機能的アセスメントのためのインタビューに関する所要時間

コンサルティによるインタビュー項目への事前回答記入と、実際のインタビューの所要時間を表 2-4 に示した。事前の回答記入の所要時間は、回答記入をしていなかった事例 2-II を除いて、平均 13 分 (SD = 2.9) であった。また、実際のインタビューの所要時間は平均 27 分 (SD = 8.4) であった。これらを合わせると平均 37 分 (SD = 4.5) となった。

表2-4 事前の回答記入と実際のインタビューの所要時間

	事例2-I	事例2-II	事例2-III	事例2-IV	事例2-V	事例2-VI
					※2-IVと 同一人物	
事前の回答記入	約10分	未記入	約15分		約10分	約15分
インタビュー	約20分	約40分	約20分		約30分	約25分
合計	約30分	約40分	約35分		約40分	約40分

第 4 節 考察

本研究では、BC 全体の系統的な手順の作業仮説を立案した。そして、それを参照しながら各事例に対する BC を行うことで、本手順の適用可能性を適合性と有用性の観点から検討することを目的とした。以下では、適合性と有用性にわけて考察を述べる。

1. 作業仮説として立案した本手順の適合性について

1) BC の内容がフローチャート及び BC のパターンに網羅されていた事例について

作業仮説として立案した本手順の適合性に関しては、各事例の BC の内容がフローチャートに沿って BC のパターンに網羅されていたかで検討を行った。その結果、6 事例中 5 事例の BC の内容が、本フローチャートと BC のパターンに網羅されていた。

具体的には、介入計画の立案・実施を必要とせず、BL 期の情報収集の段階で相談された問題が解決するパターン②-1 と BPSD が軽減・消失し終結するパターン②-2 に、それぞれ事例 2-I と 2-II が該当していた。これらのパターンは、これまでの学校場面での BC ではみられないものであったが、実際に事例が存在していたことから、介護現場での BC にとって必要なパターンであることが確かめられた。

また、従来の介入計画を立案し実施してもらったパターン③には事例 III と IV が該当していた。さらに、今回は、介入を行っても BPSD が軽減しない場合に、SSS (野口ら, 2016a) に基づき対応の改善を行うパターン④-1 を設定したが、これには事例 2-V が該当していた。これまでの手順 (James, 2011) では、介入計画の実施後に BPSD が改善しなければ薬物療法による対応に切り替えられていたが、SSS により

対応の改善を図ることで、すぐに薬物療法を使わずに非薬物療法の段階で問題を解決できる可能性が見出された。

なお、今回は、第1段階のBPSDの概況確認により薬物療法の適用や他機関にリファーされるパターン①に該当する事例はなかったが、実際には、概況確認の前に施設側の判断で緊急に他機関（精神科）へリファーされたケースがあった。しかし、施設側でリファーの判断がつかない場合もありうることから、このパターンは必要であると思われる。

2) BCの内容がフローチャート及びBCのパターンに網羅されなかった事例について

本研究に参加した6事例のうち、1事例（事例VI）のみ本フローチャートやパターンに該当しなかった、この事例では、介入計画を実施しても、最初に相談された入浴拒否の問題が改善されなかった。しかし、改めて施設の記録の見直しを行ったところ、クライアントにとって入浴の代替機能を果たしていると思われる清拭や足浴が実施されており、これらを入浴できた日に加えると、入浴拒否は問題視するほど生じていないことが明らかとなった。つまり、この点を考慮すれば、介入計画の立案・実施は不要なケースだったと思われる。しかし、第2段階の機能的アセスメントの時点で、施設の記録を詳細に確認する手続きを加えると、これまでよりもアセスメントが長期化し、介入開始時期が遅くなってしまう。このような事態は、本人や職員にとって望ましくない。

そのため、介入前の時点で介入が必要なのか（標的行動の設定は適切なのか）を確かめるための手続きとして、コンサルティへのインタビューの中で、問題となっている行動だけでなく、それに代わる望ましい行動を確認しておくことが考えられる（例えば、「問題となっている行動にかわる望ましい行動は何かありませんか?」「それはどのくらいみ

られていますか？」「そのこともふまえて、問題となる行動に介入は必要ですか？」といった質問)。さらに、本手順に今回のケースの BC の流れを加えることも必要であるだろう。

そこで、今回の結果をふまえて、作業仮説である本手順（フローチャート及び BC のパターン分類）に修正を加えた（図 2-23, 表 2-5）。このフローチャート（図 2-23）では、第 4 段階の「SSS に基づく対応の実施」の前に、標的とした BPSD の設定が適切でなかったのかどうかを確認し、適切でなければ第 2 段階へ戻り標的行動の見直しと BL 期の情報収集から再度を行う手続きを加えた。また、BC のパターン分類（表 2-5）では、最初の介入で BPSD が軽減しないパターン④の下位分類（パターン④-2）として、「職員の介入の厳密性が高いにも関わらず BPSD が軽減せず、それが標的行動の設定の問題であるため、その見直しと BL 期の情報収集から再度行うもの」を加えた。

今後は、さらに完成度を高めるために、修正版の BC 手順（フローチャート及び BC のパターン分類）の適用可能性を、より多くのサンプルで、そして他のコンサルタントの実施による場合でも検証し、必要に応じて改良を加える必要があるだろう。

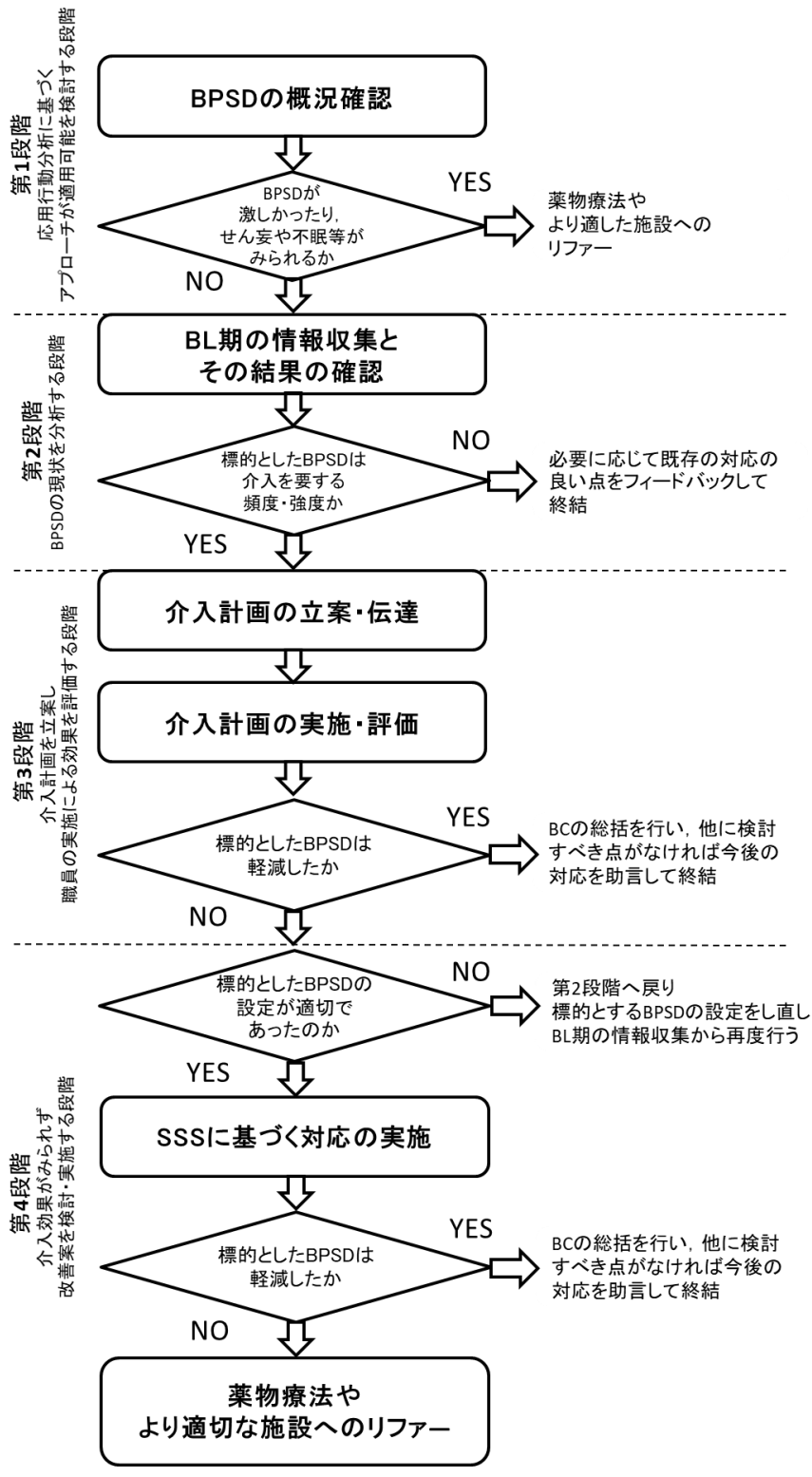


図2-23 修正版 介護現場における行動コンサルテーションの実施手順のフローチャート

注) BL: ベースライン, BC: 行動コンサルテーション,
SSS: スタッフ・サポート・システム(野口・河野・山中, 2016)

表2-5 修正版行動コンサルテーションのパターン

段階	パターン	内容
第1段階で終了	パターン①	BPSDの概況確認で、BPSDの原因となり得る身体や精神症状や激しいBPSDがみられ緊急性が認められることから、それらの症状の治療やより適切な施設へリファーするもの。
第1段階を経て	パターン②-1	ベースライン期の情報を収集・分析した結果、介入が必要なほどBPSDが生じておらず、必要に応じて既存の対応の良い点をフィードバックし終結するもの。
第2段階で終了	パターン②-2	ベースライン期の情報収集中にBPSDが軽減・消失し、介入の必要性がないことから、必要に応じて既存の対応の良い点をフィードバックし終結するもの。
第1, 2段階を経て	パターン③	介入計画を立案し、職員に実施してもらうことでBPSDが軽減し終結するもの。
第3段階で終了	パターン④-1	職員の介入厳密性が低いためにBPSDが軽減せず、SSSに基づく対応を行うことでBPSDが軽減し終結するもの。
第1～3段階を経て	パターン④-2	職員の介入厳密性が高いにも関わらずBPSDが軽減せず、それが標的行動の設定の問題であるため、
第4段階で終了または	パターン④-3	祖標的行動の見直しとベースライン期の情報収集から再度行うもの。
第2段階から再実施	パターン④-4	職員の介入厳密性が高いにも関わらずBPSDが軽減せず、標的行動の設定にも問題がないことから、SSSに基づく対応を行いBPSDが軽減し終結するもの。
	パターン④-4	SSSに基づく対応を行ってもBPSDが軽減せず、薬物療法やより適切な施設へリファーするもの。

2. 作業仮説として立案した本手順の有用性について

作業仮説として立案した本手順の有用性に関しては、①コンサルティから相談された問題が実際に解決したか、②介入計画を実施した場合に標的とした BPSD が軽減したか、③コンサルティへ実施する機能的アセスメントのためのインタビューが効率化できたか、の3点で検討を行った。

1) コンサルティから相談された問題が実際に解決したかについて

手順の適合性の部分で、本フローチャート及びパターンに網羅されていたと前述した5事例については、コンサルティから相談された問題も解決することができた。

また、残る1事例（事例2-VI）については、最初に相談された入浴拒否の問題は解決できなかった。しかし、クライアントにとって入浴の代替として機能していると考えられる、清拭や足浴といった介助は実施できており、それに加えて入浴も全くできていないわけではないことから、実質的に問題が解決しているとの結論にコンサルティが至り終結した。これらのことから、基本的には全事例において問題が解決できたと考えられる。

2) 介入計画を実施した場合に標的とした BPSD が軽減したかについて

介入計画を実施した事例で標的とした BPSD が軽減したかについては、すべての事例（2-III, 2-IV, 2-V）で介入計画の実施後に標的とした BPSD が軽減し、そのことをコンサルティが納得し終結できた。

しかしその一方で、BC の終了後に統計解析を行うと、標的とした BPSD の有意な軽減がみられない事例（事例2-IV）もみられた。今回、このようなコンサルティの主観による判断と統計解析の結果との間で差異がみられたが、この原因について本データだけでは明確にできない

め、この点については今後の課題である。

3) コンサルティへ実施する機能的アセスメントのためのインタビューが効率化できたかについて

本研究に参加した4事例（事例2-Ⅲ，Ⅳ，Ⅴ，Ⅵ）では、第2段階において、機能的アセスメントのためのインタビューをコンサルティへ実施した。その結果、インタビューの所要時間は、コンサルティによるインタビュー項目への事前の回答記入の時間を含めても平均37分で、最も長くかかった事例でも40分で終わることができた。そしてこれらは、本研究と同じコンサルタントが実施した、第1研究における各事例でのインタビューの所要時間（約120分）よりも短かった。

この理由については、次の2点が考えられる。まず1点目は、インタビューを実施する数日前に、インタビューで尋ねる質問項目をコンサルティへ渡しておき、事前に回答を記入してもらっていたことである。この手続きによって、実際のインタビューでは、回答が記入された用紙をみながら、情報が不足している部分について確認するだけで済んだ。本研究では6事例中1事例のみであったが、事前に回答を記入していなかった事例（事例2-Ⅱ）があり、この場合には他の事例よりも実際のインタビューの所要時間が長くなっていた。また、実施のインタビューで、全ての項目の質問内容を説明するといった時間も、大幅に短縮することができたのではないかと考えられる。さらに、インタビューで質問される項目に、あらかじめコンサルティが目を通していているので、インタビューで回答を求めた際にも、コンサルティ自身の考えが整理されており、よりスムーズに回答できたのではないかと考えられる。なお、事前に回答を記入することに関して、コンサルティからは、都合の良い時間に回答記入ができたので負担は感じなかった、といったポジティブな感想があ

がっていた。

2点目としては、第1研究とは異なるインタビュー項目を、本研究で使用したことである。第1研究で使用したインタビュー項目(O'Neill et al., 1997)は、質問項目が細かく設定されており、項目数は計39個^{注2}あった。一方、本研究で使用した、BPSDの原因を特定するための行動インタビュー質問項目(野口・山中, 2015)の項目数は計16個と、O'Neill et al. (1997)よりも少なかった。第1研究の方法の部分に示したように、O'Neill et al. (1997)の項目は、主に児童・生徒の行動のアセスメントを想定して作成されたものであった。そのため、BPSDの原因の特定においては、重要性が低いと思われる項目も含まれていた(例えば、本人のコミュニケーション方法について尋ねる複数の項目)。また、介護現場には適さないと思われる項目もみられた(例えば、難しい課題を行うように言われる、欲しかったものが得られないなどの各状況での問題となっている行動への影響を尋ねる複数の項目)。しかし、今回は野口・山中(2015)が作成した項目を使用したことによって、BPSDの原因の特定に必要な情報をO'Neill et al. (1997)よりも少ない項目数で収集することができ、インタビュー時間の短縮につながったのではないかとと思われる。

さらに、本アセスメントを通じて立案した介入計画を実施することで、前述のように、すべての事例(2-Ⅲ, 2-Ⅳ, 2-Ⅴ)で標的としたBPSDの改善効果が得られたとコンサルティによって判断された。これらのことから、本手続きによってアセスメントが効率化できたと考えられた。

脚注

注 1: <http://sci.kj.yamagata-u.ac.jp/~columbo/software.html> に掲載されている, 廣田 (2002) ソフトのエクセルのマクロを用いて, ランダムイゼーション検定を行った。(2018年6月11日検索)

注 2: 各カテゴリー下位項目が設定されているため, その合計数を示した。

付記

本研究の主要な部分は, 2019年の11~12月頃に「高齢者ケアと行動科学」24巻に掲載される予定である(石川愛・野口代・山中克夫「介護現場における認知症の行動・心理症状(BPSD)に関する行動コンサルテーションの仕組み作り: フローチャート化した手順の適用可能性に関する事例的検討」)。

第 3 章 総合考察及び結論

第 1 節 総合考察

1. 介護現場でのリーダー中心の BC モデルについて

1) リーダー中心の BC モデルによる BPSD の改善効果について

本研究の序章で述べたように、介護現場では応用行動分析に基づく BPSD マネジメント研修の実施が難しい場合がある。そのため、それに代わる方法として、学校場面で用いられてきた BC の手法に着目した。そして、この手法をもとに介護現場の状況をふまえて、介護施設のユニットリーダーをコンサルティとしたリーダー中心の BC モデルを考案した。しかし、これまでは、リーダー中心の BC モデルのみならず、介護現場における BPSD に関する BC の研究・報告自体が少なかった。また、手続きが具体的に示されていない部分が多く再現が難しいと思われた。

そのため、まず第 1 研究として、介護現場におけるリーダー中心の BC モデルでの手続きを具体的に示し、この手続きの有用性及び改良が必要な点を明らかにすることを目的として予備研究を行った。その結果、参加した全事例の標的とした BPSD を改善することができた(事例 1-I, 1-II, 1-III)。また、第 1 研究の BC の手続きをベースに、さらに改良を加えて実施した第 2 研究の BC でも、介入を行った全事例で BPSD の改善効果が示された(事例 2-III, 2-IV, 2-V)。このように本研究では、合計 6 事例で BPSD の改善効果を示すことができた。

以上のことから、事例研究の段階ではあるが、介護現場におけるリーダー中心の BC モデルは、職員研修に代わる BPSD 改善のための新たな手段になり得るのではないかと考えられる。今後は、さらに事例数を増やし、より頑健な研究デザインで検証する必要があるだろう。また、別のコンサルタントが実施した場合の効果も、検証すべきである。

2) リーダー中心の BC モデルで BC を実施する利点について

本研究を通じて、リーダー中心の BC モデルで BC を実施することによる主な利点としては、①スケジュール調整のしやすさや、②リソースの活用のしやすさといった点が考えられる。

(1) スケジュール調整のしやすさについて

序章の部分で述べたように、介護現場では、日々の業務の忙しさや勤務シフトなどにより、職員が十分な研修機会を得ることが難しい。特に、人間的な余裕のない現場で集合式の研修を実施するならば、職員のスケジュール調整は大変な作業となる。

しかし、本モデルによる BC では、コンサルティとコンサルタントとの主に 2 者間でのやりとりとなるため、コンサルテーションの実施日時が決定しやすい。さらに、コンサルティ自身が、ユニット内の勤務シフトの管理を行っているため、スケジュール調整がしやすくコンサルテーションの機会が確保しやすい。実際に本研究の実施期間中には、他の入居者の体調が急変し、その対応のために予定していたコンサルテーションが中止になることがあった。入居者の体調が急変する事態は、介護現場では珍しいことではないが、このような場合にも、コンサルテーション日時の変更は容易であった。

なお、第 2 研究の方法の部分で示した図 2-4 の各手続の所要時間や回数を参考にしながら、BC の開始時にコンサルティと全体のスケジュールを決めておき、必要に応じて日程調整を行えば、よりスムーズに BC がすすめられると思われる。

(2) リソースの活用のしやすさについて

本研究でクライアントに対して実施された介入は、特別な装置や新たな物品購入、そして職員への特別な訓練を必要とするものではなかつ

た。これは、研究者が中心となって介入計画を立案するのではなく、クライアント及び他の職員のことを良く把握しているリーダーの立場にあるコンサルティから、両者の能力を含む現場のリソースに関する情報を得て協働で行ったためではないかと思われる。

James (2011) でも、「ケアラー・センタード／パーソン・フォーカスト」アプローチとして、介護者（本研究ではコンサルティにあたる）が中心になって介入計画を立案する必要があることが強調されており、それによって効果的かつ実効可能な介入計画が立案できるようになるとされている（野口・山中，2019）。これは、BPSDを示す認知症高齢者に関する重要な情報を提供してくれるのは最も近くにいる介護者で、また、その人に毎日関わりを持つ（ケアを行う）のも介護者だからである（野口・山中，2019）。今回のように、新たな装置などの購入といった経済的な負担をできうる限りかけずに、リソースを活用した介入計画の立案がしやすいことも、リーダー中心のBCモデルの利点ではないかと思われる。

3) リーダー中心のBCによる他の職員への効果について

第1研究では、介入の前後にコンサルティを含む職員に対して介入の受容性アンケートを行い、その中の自由記述欄には、今回の介入に対する意見や感想を記入してもらった。その結果、他の場面でも工夫するようになったこと、クライアントに対する意識が変わったことなどの、BCの主な目的であったBPSDの改善以外の記載もみられた。

一方、認知行動療法によるBPSDマネジメントではあるが、James (2011) でも、コンサルテーションの導入で効果的だったのはどのような点だったかという職員への質問に対して、次のような同様の意見がみられた。それは、「職員から本人に話しかけるなど、資料（BPSDの見立

てが書かれたもの)を読んだ職員は、本人に合わせて、自らの接し方を変えるようになった」「以前と比べると、本人についてずいぶん理解できるようになったと思う。例えば、私達が言語的攻撃と考えていたことは、本人からすれば私達をからかっていたに過ぎないと思えるようになった」などであった。

本研究では、リーダーを中心としてコンサルテーションを実施したため、James (2011)のように複数の職員が集まってコンサルテーションを受ける機会は設けていなかった。しかし、今回の結果から、直接コンサルテーションを受けていない他の職員に対しても、クライアントの行動には何らかの原因があることに気づく機会をもたらす可能性が示唆された。

2. BC全体をふまえた手順化について

1) SSSによる効果について

本研究では、これまでに介護現場でのBC全体をふまえた手順化がされていなかったため、第2研究では、コンサルティの多様な相談ニーズやBCの様々なパターンを想定してBCの手順化を行い、適用可能性を検討した。その結果、介入を行った事例では標的としたBPSDを改善することができた(事例2-Ⅲ, 2-Ⅳ, 2-Ⅴ)。また、その中の1事例(事例2-Ⅴ)では、最初の介入で十分な効果が得られなかったが、SSS(野口ら, 2016a)により対応の改善を図ることで、コンサルティが納得できるレベルまでBPSDを改善させることができた。

第2研究の考察の部分で述べたように、本手順の考案の際に参考にしたJames(2011)の手順では、非薬物的な介入で効果がない場合に、SSSのような改善策を考える流れは示されておらず、薬物療法に

切り替えられていた。しかし、薬物療法では副作用が懸念されるため、それをできる限り使用せずに、BPSDを改善できる可能性のある方法を示せたことは、クライアントにとって重要なことであったと思われる。

一方、第1研究においても、最初の介入で十分な効果が得られない事例があったが（事例1-I, 1-II）、介入計画を変更して対応することで標的としたBPSDを改善することができた。しかし、第1研究では、BPSDが改善しない場合にどのような対応をすべきかの手続きが示されていなかったため、BPSDが改善しない原因探しと、それに応じた対応法の選択が効率的に行えなかった。

ところが、このSSSをもとに前述の事例を振り返ると、事例1-Iの介入1と2では、コンサルティ及び職員が介入計画を実施している（介入厳密性が高い）にも関わらず標的としたBPSDが改善しないため、アセスメントをし直したうえで介入計画の変更が必要であることが容易に導き出せる（図2-3のSSS-タイプ4、第2研究の方法の部分を参照）。また、事例1-IIの介入1では、介入計画を正しく実施できていない職員がいる（介入厳密性が低い）ために標的としたBPSDが改善しないため、職員への個別指導もしくは介入計画の修正が必要であることがわかる（図2-3のSSS-タイプ2もしくは3、第2研究の方法の部分を参照）。

このように、BC全体の手順化の際にSSSを組み入れたことは、クライアントのみならずコンサルタントにとっても重要なことであったと思われる。

2) 介入計画の実施を必要としない事例に対する効果について

本研究に参加した事例の中には、介入計画の実施を必要とせずにBL期の情報収集の段階で問題を解決できた事例があった（事例2-I, 2

ーⅡ)。また、研究の背景の部分で紹介した猪上・佐々木（2018）でも、職員から相談を受けた9事例のうち1事例では、相談を受けた不適応行動が実際にプレセッション時に記録（BL期のデータ収集）を行うと、全く生起しなかったことが報告されていた。このように、本研究でみられたBL期の情報収集の段階で問題が解決するような事例は、介護現場では珍しいものではないと思われる。ただし、このようなパターンの事例について、猪上・佐々木（2018）では、分析対象から外したとの記載はあるものの、その後どのような対応をして終結したのかは示されていない。また、James（2011）の手順でも、研究の背景の部分で述べたように、非薬物的な対応として助言を行う流れになっているが、その詳細が示されておらず手続きがわからなかった。

しかし今回の手順化では、このようなパターンへの対応についても具体的に示したことにより（手順の第1段階、第2段階）、コンサルタントは手続きに迷うことなくスムーズに、そして系統的に対応できるようになったと思われる。また、現在は、介護現場でもエビデンス（実証的根拠）のある介護が求められる時代になってきている（小野寺，2005）。そのような状況で、介護現場の熟練した職員の中には、実際に行っている対応を専門用語で説明することはできないが、非常に優れた知識をもっている人も多くいる（James，2011）。BCを通じて、現在の対応が学術的にみて筋が通っているかや、効果的であるのかを示すことは、今後の介護現場でより重要になってくるだろう。さらに、自分たちの対応が効果的であることを知ることで、職員の自己効力感の向上も期待できる。このような点からも、今回の手順化において、助言の部分の手順をより詳細に示したことは意義があったと思われる。

3. 今後の課題について

今後の課題としては、以下の4点が考えられる。まず1点目は、誰をコンサルティとするのかについてである。本研究では、第1研究、第2研究ともに、施設のユニットリーダーにコンサルティの役割を担ってもらった。しかし、今回の参加事例の中には、施設の管理者が施設利用者のBPSDに対して問題意識を感じて、研究者側に連絡してくるケースがあった（事例2-II）。本研究では、このような場合にもユニットリーダーにコンサルティの役割を担ってもらったが、実際には管理者ほどに問題意識は持っていなかった。また、他の事例と同じく、コンサルティへのインタビューに先立って質問項目への回答記入を依頼していたが、本事例では実施できていなかった。これらのことから、実質的なリーダーのBCへの関心の程度が、BCの実施や効果に影響を及ぼす可能性も考えられる。今後はこの点についても検討し、職員に指示を出す立場にある者の中でも、誰をコンサルティとすればよいのかについて明らかにする必要があると思われる。

2点目は、データ収集についてである。本研究では、BPSDの改善効果の指標として、応用行動分析に基づく介入場面で一般的に用いられている、行動の生起頻度、生起率、潜時をBPSDの種類にあわせて使用し、コンサルティ及び職員に経時的に反復測定を行ってもらった。応用行動分析学では、記録（データ）に基づいた判断と介入が何より大切であり、職員への負担の少ない記録用紙の作成は重要である（中川・森山・高橋・杉山，2017）。しかし、人員的な余裕のない介護現場では、実施負担に配慮しても、行動の変化を反復的に測定すること（データ収集）に対して職員が負担を感じることもある。このことは、第1研究で実施した介入の受容性アンケートの自由記述欄への記述からもうかが

える。このような記録（データ収集）の負担を軽減するための方法の 1 つとして、石川ら（2018）や石川・野口・Onchi Sugimitzu・山中（2018）によって開発がすすめられている行動記録アプリの利用が考えられる。しかし、このアプリはまだ実用に至っていない。今後は、こうしたアプリを利用しながら BC を行い、実際の介護現場で職員の負担が軽減されるのかを検証する必要がある。

3 点目は、遠方での BC の実施に関するものである。本研究に参加した施設は、大阪市内（第 1 研究）もしくは茨城県内（第 2 研究）にあり、電車もしくは車で片道 30 分以内に訪問できる範囲にあった。しかし、本研究の参加施設とは異なり遠方の施設で相談があった場合には、コンサルタントの移動にかかる時間や費用といったコストがかかり、BC を実施する上での負担となる。そのため、学校での BC で実践されたインターネットを介したビデオカンファレンス（Fischer et al., 2016）や FAX（松岡，2010）といった媒体を、介護現場の BC でも活用できるのかどうかを、個人情報扱いにも注意しながら検討すべきだろう。

最後の課題は、介護現場での BC の普及についてである。本研究では、第 1 研究、第 2 研究ともに筆者がコンサルタントの役割を担っていた。応用行動分析が心理療法の一種であることから、今回の筆者のように心理士が BC においてコンサルタントの役割を担うことが望ましいと思われる。しかし、現在のところ応用行動分析的な実践が行え、さらに高齢者介護に関する知識や経験のある心理士は、多くはいないだろう。なお、我が国で学校場面や学校支援として実施された BC の研究論文のレビュー（大石，2016）によると、22 件中 12 件と半数以上は大学教員がコンサルタントの役割を担っていたが、他の業務もある大学教員には負担が大きいのと思われ、本研究のようにスーパーバイザーの役割ならば現実的

ではないかと思われる。そのため、介護現場での BC の普及においては、まずは心理士に BC の有効性や有用性を知ってもらい、介護現場で応用行動分析的な実践が行える心理士を増やすこと（教育）が必要であると考えられる。

第 2 節 結論

本研究では、第 1 研究の結果をふまえて、介護施設での BPSD に関する BC 全体の系統的な手順の作業仮説を立案した。本手順には、介入によって BPSD が改善する場合だけでなく、アセスメント結果をもとに助言するのみで終結する場合や、薬物療法やより適した施設へのリファーが必要となる場合など、介護現場で想定される様々なパターンへの対応手続きが含まれていた。また、介入によって標的とした BPSD が改善しない場合に、その後の対応を系統的に導き出すための SSS も組み込まれていた。

そして、本手順を参照しながら BC を行うことで、事例研究の段階ではあるが、本手順の適用可能性が示唆された。また、今回の結果をもとに、修正版の手順も作成した。

今後は、本手順の完成度をさらに高めるために、修正版の手順の適用可能性をより多くのサンプルで検証する必要がある。

引用文献

- Barlow,D.H.& Hersen.M. 1984 Single case experimental designs :strategies for studying behavior change.2nd ed. Pergamon books, Oxford,UK. (高木俊一郎・佐久間徹 監訳 (2008) 一事例の実験デザイン : ケーススタディの基本と応用 二瓶社 Pp.141-172.)
- Cerejeira, J., Lagarto,L., & Mukaetova-Ladinska,E.B. 2012 Behavioral and psychological symptoms of dementia.*Frontier in Neurology*,**3**, 1-21.
- Cohen-Mansfield, J. 2000 Nonpharmacological Management of behavioral problems in persons with dementia: The TREA model. *Alzheimer's Care Quarterly*,**1**, 22-34.
- 道城裕貴 2012 通常学級において学級全体を対象に行った行動コンサルテーションの効果 行動療法研究, **38**, 117-129.
- Fischer, A. J., Dart, E. H., Leblanc, H., Hartman, K, L., Steeves, R. O.,& Gresham, F. M. 2016 An investigation of the acceptability of videoconferencing within a school-based behavioral consultation framework. *Psychology in the Schools*, **53**, 240-252.
- Gill, S.S., Bronskill, S.E., Normand, S-LT., Anderson, G.M., Sykora, K.,Lam, K., Bell, C.M., Lee, P.H., Fischer, H.D., Herrmann, N., Gurwitz,J.H., Rochon, P.A. 2007 Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annals of Internal Medicine*, **146**, 775-786.
- Goyder, J., Orrell, M., Wenborn, J., & Spector, A. 2012 Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *International Psychogeriatrics*, **24**, 911-920.

猪上優子・佐々木美保 2018 施設介護職員に対する負担感軽減を目的としたコンサルテーションの実施と効果の検討 心理相談センター 紀要, 14, 17-27.

石川愛・野口代・Onchi Sugimitzu Diego Eij・山田亨・西田健次・松田圭二・山中克夫 2018 行動記録アプリケーションのパイロット版の開発 -介護施設のリーダー職員へのインタビュー調査を通じて- ニューロリハビリテーションシンポジウム 2018 ポスター発表.

石川愛・野口代・Onchi Sugimitzu Diego Eij・山中克夫 2018 行動記録アプリケーションのパイロット版の開発 -介護施設の介護施設の職員による使いやすさと有用性の予備的検討- 日本老年行動科学会第21回埼玉大会 ポスター発表.

Horner, R. D. 1980 The effects of an environmental “enrichment” program on the behavior of institutionalized profoundly retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 473-491.

James, I. A. 2011 Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment. London: Jessica Kingsley. (山中克夫 監訳 2016 チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する BPSD からのパラダイム転換と認知行動療法に基づく新しいケア 星和書店 Pp.1-14, Pp.55-88, Pp.113-132.)

神田尚・大川一郎・田中真理・Lin Shuzhen・榎本尚子 2015 ステップ式仮説検証型事例検討の進め方 -分析編- 高齢者のケアと行動科学, 20, 49-71.

加藤哲文・大石幸二 (編著) 2004 特別支援教育をさせる行動コンサルテーション -連携と協働を実現するためのシステムと技法- 学苑社 Pp.2-15, Pp.16-27, Pp.28-41, Pp.42-65.

- 厚生労働省 1991 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第10212号）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>（2019年10月1日検索）
- 厚生労働省 2006 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>（2019年10月1日検索）
- 厚生労働省 2015 かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン 第2版
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000135953.html>（2019年10月1日検索）
- Kratochwill, T. R. & Bergan, J. R. 1990 *Behavioral consultation in applied settings: An individual guide*. New York: Plenum Press.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. 2005 Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, **162**, 1996–2021.
- 松岡勝彦 2010 特別支援学校に在籍する自閉症児の唾吐き行動に対する行動コンサルテーションの効果 山口大学教育学部研究論叢（第3部）, **60**, 301–307.
- 目黒謙一 2008 認知症早期発見のための CDR 判定ハンドブック 医学書院 Pp.6–9.
- Miltenberger, R.G. 2001 *Behavior Modification : Principles and Procedures* (2nd eds.) . California: Wadsworth (園山繁樹・野呂文

- 行・渡部匡隆・大石幸二（訳）2006 行動変容法入門 二瓶社 Pp.1
- 14, Pp.17-34, Pp.239-256, Pp.257-277.)
- 三村将 2013 認知症の症候について 中島健二・天野直二・下濱俊・
富本秀和・三村将（編）認知症ハンドブック 医学書院 pp.26-27
- 宮裕昭 2008 行動分析学的対応によって暴力的な介護抵抗と異食を
改善した一例 高齢者ケアと行動科学, **13**, 1-10.
- 宮裕昭・鑪直樹・大川一郎・成本迅 2011 認知症を伴う要介護高齢
者の拒食行動に対する応用行動分析学的介入 高齢者ケアと行動科
学, **16**, 95-107.
- 中川雄一郎・森山真理子・高橋恵子・杉山直子 2017 ある特別養護
老人ホームにおける夜間のナースコールが頻回な利用者のケア：観
察と記録の重要性 認知症ケア事例ジャーナル, **10**, 143-148.
- 野口代 2017 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する応用行動分
析に基づくアプローチの有効性 高齢者のケアと行動科学, **22**, 2-
16.
- Noguchi, D., Kawano, Y., & Yamanaka, K. 2013 Care staff training
in residential homes for managing behavioural and psychological
symptoms of dementia based on differential reinforcement pro-
cedures of applied behavior analysis : a process research. *Psycho-
geriatrics*. **13**, 108-117.
- 野口代・河野禎之・山中克夫 2016a 応用行動分析に基づく BPSD マ
ネジメントの研修効果を維持するためのスタッフ・サポート・システ
ム（SSS）の構築 高齢者ケアと行動科学, **21**, 13-33.
- 野口代・河野禎之・山中克夫 2016b 支援決定モデルを用いたスタッ
フ・サポート・システム（SSS）の効果検証－介入厳密性が高いにも関

わらず BPSD が改善しない事例－ 高齢者ケアと行動科学, **21**, 34－49.

野口代・山中克夫 2015 高齢者支援 行動分析学に基づく BPSD マネジメントと介護職員研修 (山本淳一・武藤崇・鎌倉やよい (編) 2015 ケースで学ぶ行動分析学による問題解決 金剛出版, Pp.206－213.)

野口代・山中克夫 2019 よくわかる行動分析による認知症ケア 中央法規 Pp.1－26, P.134.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H., & Mufliz, R. 2010 Nonpharmacological therapies in alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, **30**, 161－178.

O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. 1997 Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook. 2nd ed. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole (オニール R. E.・ホーナー R. H.・アルビン R. W.・スプラギュー J. R.・ストーレイ K.: ニュートン S. 茨木俊夫 (監修) 三田地昭典・三田地真実 (監訳) 2003 子どもの視点から考える不適応行動解決支援ハンドブック 学苑社 P.7, Pp.140－150.)

小野寺敦志 2005 認知症高齢者に対する生活支援の試み 応用行動分析学的視点を用いた役割行動の再構築 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要, **6**, 291－302.

- 大石幸二 2016 行動コンサルテーションに関するわが国の研究動向
－学校における発達障害児の支援に関する研究と実践－ 特殊教育
学研究, **54**, 47－56.
- 大塚俊男・本間昭（編） 2004 高齢者のための知的機能検査の手引
き ワールドプランニング Pp.35－38, Pp.81－86.
- Schneeweiss, S., Setoguchi, S., Brookhart, A., Dormuth, C., & Wang,
P.S. 2007 Risk of death associated with the use of conventional
versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients.
CMAJ, **176**,627－632.
- Serelli, S., Reis, R. C., Laks, J., Pádua, A. C. De, Bottino, C. M. C.,
& Caramelli, P. 2017 Effects of the Staff Training for Assisted
Living Residences protocol for caregivers of older adults with
dementia : A pilot study in the Brazilian population. *Geriatrics &
Gerontology International*, **17**, 449－455.
- Song, J.A. & Oh, Y. 2015 The Association Between the Burden on
Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms
of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes.
Archives of Psychiatric Nursing, **29**, 346－354.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C.G., Welsh-Bohmer,
K.A., Norton, M.C., Breitner, J.C., Steffens, D.C., & Tschanz, J.T.
2008 Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric
symptoms in dementia: the Cache County Study. *International
Journal of Geriatric Psychiatry*, **23**, 170－177.
- 杉山尚子 2017 介護支援を科学する : 認知症の BPSD に対する応用
行動分析学 認知症ケア事例ジャーナル, **10**, 137－142.

- Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., Young, H., & van Leynseele, J. 2005
STAR: A dementia-specific training program for staff in assisted
living residences. *The Gerontologist*, **45**, 686 – 693.
- Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, O. 2017 Causes
of nursing home placement for older people with dementia: a
systematic review and meta-analysis. *International
Psychogeriatrics*, **29**, 195 – 208.
- US Food and Drug Administration 2005 FDA public health advisory:
Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral
disturbances. <http://psychrights.org/drugs/FDAantipsychotics4elderlywarning.htm> (2019年3月14日檢索)
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. 2007 Prevalence and
predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired
nursing-home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and
Neurology*, **20**, 41 – 49.

謝辞

本研究を実施するにあたり、多くの方々からのご協力、ご指導、ご助言をいただきましたことを、心より感謝申し上げます。

まず、本研究にご協力いただいた介護施設の職員の皆様には、大変お忙しい中でいつも暖かく迎え入れてくださったことに大変感謝しております。皆様の多大なご協力により、多くの知見を得ることができました。また、本研究に快くご協力して下さった入居者の皆様、そしてそのご家族の皆様に深く御礼申し上げます。さらに、第1研究にご協力くださったグループホームについては、結城香子様のご紹介により、ご縁をつないでいただきました。皆様のご協力により得られた今回の知見を活かし、今後も研究を続けていきたいと思っております。

また、大野裕史先生には、私が兵庫教育大学大学院修士課程に在籍している間だけではなく修了した後も、長きにわたり貴重なご指摘、ご助言をいただきました。太田深秀先生、加藤克紀先生、新井哲明先生、大川一郎先生には、博士論文の執筆にあたり、ご多忙な中で、広い視野からのご助言をいただきました。先生方には、大変感謝しております。ありがとうございました。

さらに、山中研究室の皆様、そして卒業・終了された研究室の皆様にも多くの貴重なご意見をいただきました。特に野口代先生には、応用行動分析をご専門にされていることもあり、研究実施や論文執筆について多くの貴重なご助言をいただきました。また、河野禎之先生ならびに内田達二先生にも、多くの面でご協力をいただきました。皆様のご協力に、心から感謝いたします。

最後になりましたが、本研究の実施及び論文執筆にあたりご指導をいただいた山中克夫先生に深く感謝申し上げます。大変お忙しい中であっ

でも、いつも丁寧にご指導いただき、また、何のために、誰のために研究をするのかといった研究を実施する上での信念についても学ばせていただきました。多くの貴重な学びを与えていただきましたことに、改めて感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

資 料

資料 1-1 障害高齢者の日常生活自立度

(P.18 表 1-1 参加者の概要の中で使用)

(1) 判定の基準

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。
なお、全く障害等を有しない者については、自立に○をつけること。

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

(2) 判定にあたっての留意事項

この判定基準は、地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。

判定に際しては「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けすることで評価するものとする。なお、本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていない。4段階の各ランクに関する留意点は以下のとおりである。

朝昼夜等の時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

【ランクJ】

何らかの身体的障害等を有するが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出する者が該当する。なお”障害等”とは、疾病や傷害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。

J-1 はバス、電車等の公共交通機関を利用して積極的にまた、かなり遠くまで外出する場合が該当する。

J-2 は隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。

【ランクA】

「準寝たきり」に分類され、「寝たきり予備軍」ともいうべきグループであり、いわゆる **house-bound** に相当する。屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関しては概ね自分で行き、留守番等をするが、近所に外出するときは介護者の援助を必要とする場合が該当する。

なお”ベッドから離れている”とは”離床”のことであり、ふとん使用の場合も含まれるが、ベッドの使用は本人にとっても介護者にとっても有用であり普及が図られているところでもあるので、奨励の意味からベッドという表現を使用した。

A-1 は寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。

A-2 は日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。

【ランクB】

「寝たきり」に分類されるグループであり、いわゆる **chair-bound** に相当する。B-1 と B-2 とは座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区分する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。排泄に関しては、夜間のみ”おむつ”をつける場合には、介助を要するものとはみなさない。なお、”車いす”は一般のいすや、ポータブルトイレ等で読み替えても差し支えない。

B-1 は介助なしに車いすに移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。

B-2 は介助のもと、車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

【ランクC】

ランクBと同様、「寝たきり」に分類されるが、ランクBより障害の程度が重い者のグループであり、いわゆる **bed-bound** に相当する。日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介護者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごす。

C-1 はベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。

C-2 は自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

出典：厚生労働省「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第10212号）。

資料 1-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(P.18 表 1-1 参加者の概要の中で使用)

(1) 判定の基準

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(2) 判定にあたっての留意事項

認定調査項目に含まれていない認知症に関連する症状のうち、「幻視・幻聴」、「暴言・暴行」、「不潔行為」、「異食行動」等については、関連する項目の特記事項に記載するか、認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に記載すること。また、「火の不始末」は、「4-12 ひどい物忘れ」で評価されるので適切な選択肢を選び、特記事項に具体的な状況を記載する。

出典：厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）。

資料 1-3 N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール)

(P.18 表 1-1 参加者の概要の中で使用)

N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール)

氏名	男・女	生年 M T 年 月 日 S	年齢	居住場所	重症度 評価点	NMスケール 正常：48~50点 境界：43~47 軽症：31~42 中等症：17~30 重症：0~16	備考	長谷川式 テスト 点 N式テスト 点
診断名	視力障害 なし	聴力障害 なし	運動障害 なし	上肢<左右 ありあり なしなし 下肢<左右 ありあり なしなし				

項目	0点	1点	3点	5点	7点	9点	10点
家事 身辺整理	不能	ほとんど不能	買い物不能、ごく簡単な家事、整理も不完全	簡単な買い物も不確か、ごく簡単な家事、整理のみ可能	簡単な買い物は可能、留守番、複雑な家事、整理は困難	やや不確かだが買い物、留守番、家事などをいちおう任せられる	正常
関心・意欲 交流	無関心 まったくなにもしない	周囲に多少関心あり ほんやりと無為に過ごすことが多い	自らはほとんどなにもしないが、指示されれば簡単なことはしようとする	習慣的なことはある程度自らする、気がむけば人に話しかける	運動・家事・仕事・趣味などを気がむけばする、必要なことは話しかける	やや積極性の低下がみられるが、ほぼ正常	正常
会話	呼びかけに無反応	呼びかけにいちおう反応するが、自ら話すことはない	ごく簡単な会話のみ可能、つじつまの合わないことが多い	簡単な会話は可能であるが、つじつまの合わないことがある	話し方は、なめらかではないが、簡単な会話は通じる	日常会話はほぼ正常 複雑な会話がやや困難	正常
記録・記憶	不能	新しいことはまったく覚えられない 古い記憶がまれにある	最近の記憶はほとんどない、古い記憶多少残存、生年月日不確か	最近の出来事の記憶困難、古い記憶の部分的脱落 生年月日正答	最近の出来事をよく忘れる 古い記憶はほぼ正常	最近の出来事をときどき忘れる	正常
見当識	まったくなし	ほとんどなし 人物の弁別困難	失見当識著明、家族と他人との区別はいちおうできるが、だれかはわからない	失見当識かなりあり(日時・年齢・場所など不確か、道に迷う)	ときどき場所を間違えることがある	ときどき日時を間違えることがある	正常

NMスケール評価点

出典：大塚俊男・本間昭（編） 2004 高齢者のための知的機能検査の手引き ワールドプランニング Pp.81-86.

資料 1-4 介入の受容性アンケート

(P.25 第 1 研究において、BC 中の介入計画の実施前に使用)

氏名()

●●様の「他入所者様の居室扉を開ける」行動の減少を目的とした、現在の支援について、以下の各項目のもっともあてはまる部分の数字に○印をつけてください。

	思わない	やや思う	かなり思う	非常に思う
a) 今回の支援は、ご自分にとって重要だと思いますか？	①	②	③	④
b) 今回の支援は、普段の業務に取り入れることが可能であると思いますか？	①	②	③	④
c) 今回の支援は、対象者様のためになりそうだと思いますか？	①	②	③	④
d) 今回の支援は対象者様に不必要なリスクを引き起こす可能性があると思いますか？	①	②	③	④
e) 今回の支援は、他の入所者様に悪影響を及ぼすと思いますか？	①	②	③	④
f) 今回の支援は、あなたの多くの時間を必要とすると思いますか？	①	②	③	④
g) 今回の支援は、対象者の「気になる行動」の改善を導くものであると思いますか？	①	②	③	④
h) 今回の支援後すぐに、対象者様の「気になる行動」の肯定的な変化を感じる事ができると思いますか？	①	②	③	④
i) 今回の支援は、わかりやすいと思いますか？	①	②	③	④
j) 今回の支援は、すぐにでも実行できると思いますか？	①	②	③	④
k) 1日の実施回数は多いと思いますか？	①	②	③	④
l) 今回の支援は、回数に関係なく、援助方法自体の負担度が大きそうだと思いますか？	①	②	③	④
m) 今回の支援の中から、ご自分の対象者様に対する接し方や援助の仕方にプラスになるものがありそうだと思いますか？	①	②	③	④

n) その他、ご意見等ございましたら記入ください。

(P.25 第 1 研究において，BC 中の介入全体の報告後に使用)

氏名()

●●様の「●●」行動の減少を目的とした，前回の支援中のことを思い出して，以下の各項目のもっともあてはまる部分の数字に○印をつけてください。

	思わない	やや思う	かなり思う	非常に思う
a) 今回の支援は，ご自分にとって重要だったと思いますか？	①	②	③	④
b) 今回の支援は，普段の業務に取り入れることが可能であったと思いますか？	①	②	③	④
c) 今回の支援は，対象者様のためになったと思いますか？	①	②	③	④
d) 今回の支援は対象者様に不必要なリスクを引き起こしたと思いますか？	①	②	③	④
e) 今回の支援は，他の入所者様に悪影響を及ぼしたと思いますか？	①	②	③	④
f) 今回の支援は，あなたの多くの時間を必要としたと思いますか？	①	②	③	④
g) 今回の支援は，対象者の「気になる行動」の改善を導くものであったと思いますか？	①	②	③	④
h) 今回の支援後すぐに，対象者様の「気になる行動」の肯定的な変化を感じることができたと思いますか？	①	②	③	④
i) 今回の支援は，わかりやすかったと思いますか？	①	②	③	④
j) 今回の支援は，すぐにでも実行できたと思いますか？	①	②	③	④
k) 1日の実施回数は多かったと思いますか？	①	②	③	④
l) 今回の支援は，回数に関係なく，援助方法自体の負担度が大きかったと思いますか？	①	②	③	④
m) 今回の支援の中から，ご自分の対象者様に対する接し方や援助の仕方にプラスになるものがあったと思いますか？	①	②	③	④

n) その他，ご意見等ございましたら記入ください。

資料 2-1 インタビュー項目

(P.58 第 2 研究において、BC 中の第 2 段階で使用)

<p>I. BPSDのきっかけ（直前の出来事や状況）について</p> <p>1) 時間帯：BPSDが最も起こりやすい時間と、最も起こりにくい時間はいつですか？</p> <p>2) 場所：BPSDが最も起こりやすい場所と最も起こりにくい場所はどこですか？</p> <p>3) 人：誰（スタッフ、他入居者、家族など）と一緒にそのときにそれらの行動が最も起こりやすく、最も起こりにくいのですか？</p> <p>4) 活動：どんな活動を行っているときにBPSDが最も起こりやすく、最も起こりにくいのですか？</p> <p>5) 人が多かったり、騒がしい状況を嫌がっている様子はありますか？</p> <p>6) 温度や湿度、照度（まぶしさ、暗さ）などが行動に影響を与えていませんか？</p> <p>7) 行動に影響を与えているかもしれない医療上の問題や身体の状態がありますか？（例えば、アレルギー、発疹、鼻炎、発作、喘息など）</p> <p>8) 睡眠の状況を教えてください。睡眠のパターンは行動にどの程度影響を与えていると思われませんか？</p> <p>9) 食事の日課と食事内容、食事量、空腹感について教えてください。それが行動にどの程度影響を与えていると思われませんか？</p> <p>10) どのような薬を服用していますか？それが行動にどんな影響を与えていると思いませんか？</p> <p>11) 上記以外に、何かある特定の状況や特殊な出来事で、BPSDの引き金となっていると思われるものはありますか？たとえば、ある特定の指示をされる、服薬など。</p>
<p>II. BPSDの結果（直後の出来事や状況）について</p> <p>12) BPSDをおこした後（結果）、周囲の状況はどのようにかわりますか？ どのように対応されていますか？ 何か得られているものはありますか？（好みのもの、注目、快感） 何か回避できているものはありますか？（嫌いな活動、人、物）</p>
<p>III. その他の支援のための手掛かりについて</p> <p>13) 本人の好きなものは何ですか？（食べ物、活動、物など）</p> <p>14) あなたが本人と一緒に何かを行うときや支援をするときに、どのようなことを行うべきで、どのようなことを避けるべきだと思いますか？</p> <p>15) 本人との活動がうまく行えるようには、何を改善すればいいと思いますか？</p> <p>16) 本人のBPSDを防止するためには、どのようなことを避けるべきだと思いますか？</p>

出典：野口代・山中克夫 2015 高齢者支援 行動分析学に基づく

BPSD マネジメントと介護職員研修（山本淳一・武藤崇・鎌倉やよい

（編）2015 ケースで学ぶ行動分析学による問題解決 金剛出版, Pp.206

資料 2-2-1 記録用紙の例

(P.58 第2研究において、BCの中の第2段階で使用)

場所は？	時間 (持続時間) は？	訴えの内容は？	その時の状況は？	対応した職員の 負担度は？	記録者は？
例 食堂	午後20時 (2.5分程度)	<p>訴えの内容は？</p> <p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>その時の状況は？</p> <p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 2: その他 ()</p>	<p>対応した職員の負担度は？</p> <p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	石川
		<p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 3: その他 ()</p>	<p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	
		<p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 4: その他 ()</p>	<p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	
		<p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 5: その他 ()</p>	<p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	
		<p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	
		<p>0: 通帳や印鑑が気になる 1: 服薬したかが気になる 2: 夕食を食べたかが気になる 3: 身体の不調が気になる 4: 自分の洗濯物が気になる</p> <p>4: 自分の洗濯物が気になる 5: 電話をかけた 6: その他 ()</p>	<p>0: 〇〇様の方から声をかけてきた 1: 職員が声をかけた 7: その他 ()</p>	<p>0: 大変ではない 1: やや大変 2: とても大変</p>	

No.

〇〇様が、以下の0~5の訴えをされたり、その他にも不安そうな表情で何か訴えをされた時に
関わった職員の方が記録してください。

資料 2-2-2 記録用紙の例

(P.58 第2研究において、BCの中の第2段階で使用)

〇〇様の徘徊記録用紙

月日 (曜日)	徘徊状況 ※時間内に少しでも徘徊がみられたらマス目を塗りつぶしてください。																								記録者
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
8/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								
/ ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	(特記)																								

資料 2-3 マニュアルの例

(P.58 第 2 研究において、BC 中の第 3 段階で使用)

支援計画①「チェックシートの導入」について

実施者 夜勤者

場面 ○○様が夕食後に、次の日の献立書きをされた後

方法

① 夜勤者が○○様と一緒にチェックシートに記入してください。

(忙しい業務の中で大変かとは思われますが、できるだけ楽しい雰囲気であればよいですね)

平成 年 月 日 曜日

お食事 朝 昼 夜

お薬 朝 夕
眠前 貼り薬

保険証・通帳・印鑑は
が預かっています

年月日はカレンダーと一緒にみながら記入してください

食事の欄も、一緒に確認しながら口の枠に○を記入してください

服薬の欄も、食事と同様に記入してください。
※眠前と貼り薬は、後の時間の記入となります。

イラストの部分は、先に長女さんのお名前を入れておいてください。
○○様とは、特に確認作業など何もしなくて大丈夫です。

② 記入後は、○○様の居室扉（部屋の内側）の目につく位置に、コマンドタブを使って、○○様と一緒にチェックシートを貼ってください。

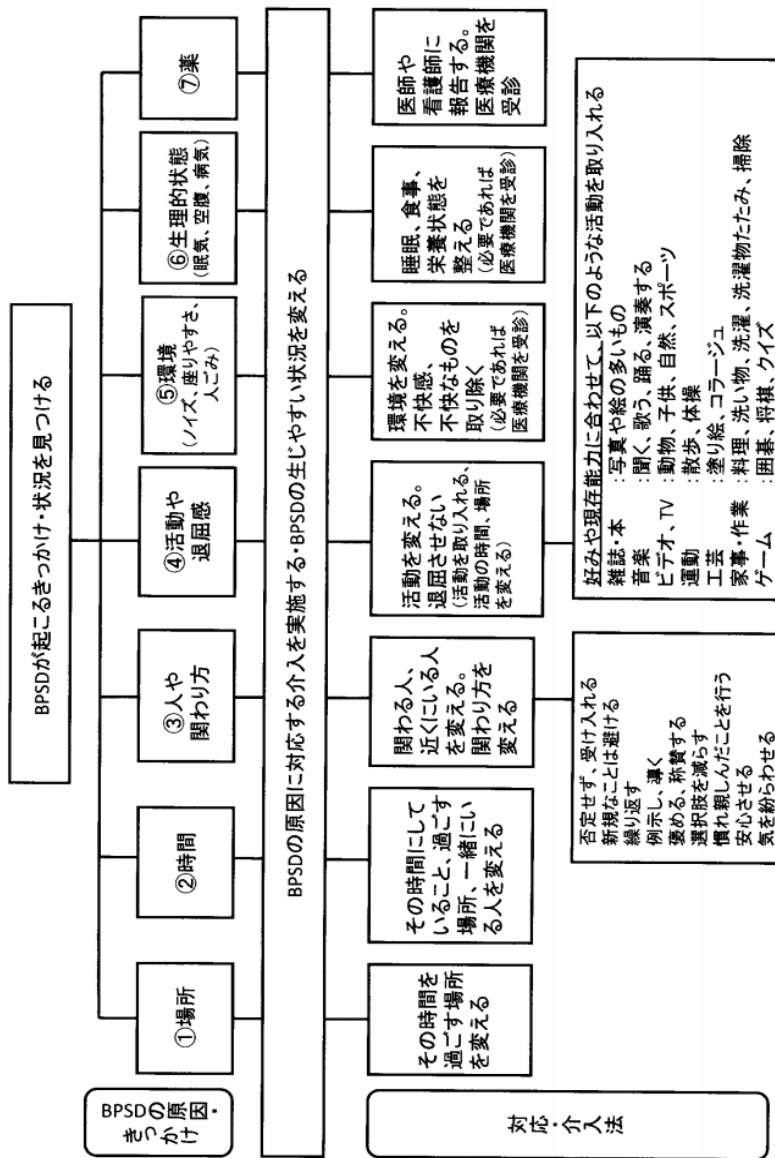
③ 眠前薬、貼り薬を貼った後に、扉に貼ったチェックシートに○○様と一緒に、口の枠の中に○を記入してください。

④ 夜勤者が○○様に朝食の声掛けをする際に、○○様に声をかけてチェックシートを扉からはずしてください。

そして、チェックシートは事務所で保管しておいてください。

資料 2-4 支援決定モデル

(P.62 第2研究において、BCの中の第4段階で、SSSによる対応として必要に応じて使用するツール)



出典：野口代・河野禎之・山中克夫 2016 支援決定モデルを用いたスタッフ・サポート・システム (SSS) の効果検証ー介入厳密性が高いにも関わらず BPSD が改善しない事例ー 高齢者ケアと行動科学, 21, 34-49.

資料 2-6 Mini Mental State Examination (MMSE)

(P.66 表 2-2 参加者の概要の中で使用)

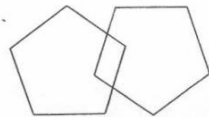
Mini-Mental State (MMS)

検査日：昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

検査者： _____

氏名 _____ 男・女 生年月日：昭・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年	
		曜日	
		月	
		日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例：関東地方)	県	
		市	
		階	
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検査者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、被検者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ _____ 回		
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください)		
		得点合計	



出典：大塚俊男・本間昭(編) 2004 高齢者のための知的機能検査
の手引き ワールドプランニング Pp.35-38.