

A法人の認知症グループホームにおける 生活機能向上連携加算（Ⅱ）の短期効果の検討 ～理学療法士と介護職員の連携促進のための予備的研究

藤生大我¹⁾、小此木直人²⁾

要旨：【目的】認知症グループホーム（GH）で生活機能向上連携加算（Ⅱ）（連携加算）活用の短期効果を検討し、今後の連携の示唆を得ること。【方法】対象はA法人のGH（3ユニット）の入居者のうち連携加算を算定し、介入前後評価のできた9名（女性8名、平均90歳）。GHの各担当介護職員と担当理学療法士が立案したケア計画を1ヵ月実施し、ADLをBarthel Index（BI）、認知症の行動・心理症状（BPSD）をBPSD25Q、QOLをshort QOL-Dで効果判定をした。各担当介護職員に算定後の介護への影響や感想等の回答も求めた。【結果】効果評価の平均は、BIが63.3点→63.9点、BPSD25Qが17.4点→14.4点、short QOL-Dが26.3点→26.3点となっていた。担当介護職員4名のうち4名がケアに「役立つ」、3名が成長に「役立つ」、3名が書類の記入が「楽になった」と回答した。【考察】本結果からは効果までは言及できないが、連携加算の活用がGHにおけるケアに有用な可能性もあるため、持続的に連携していきながら効果的な方法を模索していきたい。

キーワード：生活機能向上連携加算、認知症グループホーム、理学療法士

1) 医療法人大誠会 統括リハビリ部（元介護老人保健施設大誠苑認知症専門棟）
〒378-0005 群馬県沼田市久屋原町345-1

2) 医療法人大誠会 統括人財総務部 志学舎（元統括研修部「志学舎」）
〒378-0005 群馬県沼田市久屋原町345-1

（受付日 2023年6月26日／受理日 2023年9月24日）

I. 目的

2018年度の介護報酬改定より、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム：GH）において生活機能向上連携加算が創設された。生活機能向上連携加算とは、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定できる加算である¹⁾。GHは、「認知症対応型共同生活介護」として介護保険上に位置付けられ、認知症の人へ少人数（5人から9人）を単位とした共同住居の形態でケアを提供しており、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で、食事の支度や掃除、洗濯などの日常生活行為を利用者やスタッフが共同で行うことにより、認知症症状が穏やかになり安定した生活と本人

の望む生活を実現することができるとされている²⁾。山口ら³⁾は、客観的評価を用いて、GHケアが認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）とその負担感やQuality of life（QOL）に有効なことを報告した。当該調査は日常生活動作（activity of daily living; ADL）の評価尺度であるBarthel index（BI）⁴⁾も追加調査しており、経年変化などの成果を「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書⁵⁾」として報告した。その報告において、ADL指標であるBIが2018年 67.6 ± 23.2 点、2019年 59.1 ± 26.8 点と、有意に低下した。このように、GHケアがBPSDとその負担感、QOLに有効なことと同時に、ADLが緩やかに低下することが示された。

GHの人員基準には、リハビリテーション専門職

はないため、創設された生活機能向上連携加算を活用することでADLの低下を予防できる可能性があると考えられる。しかし、筆頭著者が国内医学論文情報のインターネット検索サービス「医中誌Web」で「生活機能向上連携加算」をキーワードとして文献検索を実施した結果、GHで生活機能向上連携加算を活用した研究報告は学会抄録がひとつ⁶⁾あるのみであった(2023年5月21日時点)。また、客観的評価を用いて、GHにおける生活機能向上連携加算の効果を報告したものは見当たらない。全国調査⁷⁾では、生活機能向上連携加算の有用性が示唆されているが、同調査内で示しているGHの生活機能向上連携加算算定率は7.6%であり、法人外の施設との連携や連携する場合の報酬額の設定や認知度の低さなどが算定率の低さの課題となっている。算定率が低いため、導入にあたって近隣施設等への情報収集は困難な可能性が高い。また、個別機能訓練加算では所定の計画書があるが、生活機能向上連携加算は、我々の知る限り所定の計画書等はない。

上記の背景の中、A法人では2021年6月よりGHにて、生活機能向上連携加算(Ⅱ)(連携加算)の算定と、理学療法士との連携を開始した。そこでまずは、連携加算活用による短期効果を、客観的評価を用いて検討した。また、連携加算活用にあたり、独自の計画書を作成し、今後の連携の示唆を得たため報告する。

Ⅱ. 対象

対象はA法人のGH計3ユニットの入居者計27名のうち連携加算を算定し、介入前後で評価できた認知症の人計9名(aユニット3名、bユニット4名、cユニット2名)とした。また、連携加算の算定にあたり各ユニットで担当となった介護職員計4名(aユニット1名、bユニット2名、cユニット1名)とした。なお、導入にあたり全27名の連携加算算定を目指したが、担当理学療法士とGHの介護職員らと協議し、導入初期であり丁寧に数事例から始めることとなり、各ユニットの担当介護職員が選定した認知症の人が今回の対象となった。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン

2021年6月から9月の間に連携加算を算定した認知症の人について、現場で収集したデータを後方視的に分析した。また、介護職員に対してアンケート調査を実施した。

2. 評価項目

1) 対象者の基本属性

認知症の人の年齢、性別、認知症の診断名、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、入居からの日数と、担当介護職員の性別、経験年数、職種、職位の情報を収集した。

2) Barthel Index (BI)⁴⁾

食事、移乗(車椅子・ベッド間)、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの10の各ADL項目について、それぞれ0点、5点、10点、15点で評価する。項目によって最高点が10点と15点のものがあり、10項目の合計点は0から100点の範囲である。点数が高いほどADLが自立できていることを示す。

3) 認知症の行動・心理症状質問票(BPSD+Q/BPSD25Q)⁸⁾

BPSD+Qは、幻視・幻聴、妄想、暴言、暴行、徘徊・不穏、無断外出、性的不適切行動、常同行動、脱抑制、易怒性、繰り返し質問、収集、大声の13項目からなる過活動カテゴリー、うつ、アパシー、無反応・無関心、不安、傾眠傾向、閉じこもりの6項目からなる低活動カテゴリー、昼夜逆転、食行動異常(異食)、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、物をなくすの6項目からなる生活関連カテゴリー、過活動せん妄及び低活動せん妄各1項目の計27項目で構成される。BPSDのみを評価する場合は、せん妄2項目を除いた25項目をBPSD25Qとして扱う。各項目のBPSDの重症度と負担度を0～5点で評価する。今回はBPSD25Qを使用した。

4) short QOL-D⁹⁾

オリジナルのQOL-D¹⁰⁾ 31項目を9項目に短縮したもので、陽性点(6項目で6～24点)・陰性点(3項目で3～12点;逆転項目)・合計点(9～36点)で構成される。陽性点は「楽しそうである」「食事

を楽しんでいる」「訪問者に対して嬉しそうにする」「周りの人が活動するのを見て楽しんでいる」「自分から人に話しかける」「仕事やレク活動について話をする」の6項目、陰性点は、「怒りっぽい」「ものを乱暴に扱う」「大声で叫んだりする」の3項目の状態から算出する。

5) 担当介護職員へのアンケート

効果的な介入には介護職員の思考や技術が重要なため、担当介護職員に連携加算算定後の介護への影響や感想等について、算定開始の2021年6月から3か月後の9月に回答を求めた。具体的には、「あなたがケアを考えることにどの程度役立ちましたか?」、「あなたの成長にどの程度役立ちましたか?」、「対象者へのケアにどの程度役立ちましたか?」に対して全く役に立たない~とても役に立つの5件法で回答を求めた。また、「書類の記入は、6月と比較してどの程度楽になりましたか?」に対して全く楽にならなかった~とても楽になったの5件法で回答を求めた。加えて、「生活機能向上連携加算の長所と短所(今後の課題)をお教え下さい」について自由記述で回答を求めた。

3. 介入

1) GHの特徴を踏まえた独自の計画書の作成(図1)

図1の計画書作成にあたって、担当介護職員4名と協議を行い、必要最低限の項目を設定した。対象者の基本属性と、ケアの軸となる対象者の希望と困りごと、また、連携を円滑にするために介護職員側の希望と困りごとを併せて記載してもらうこととした。加えて、目的とする生活行為とその自立を目指すための各月の目標、それを達成するためのケア内容を記載することとした。生活行為を対象とすることと、なるべく簡易な評価を使用するために効果評価としてBI⁴⁾を採用した。連携加算算定開始月の2021年6月時点では採用していなかったが、認知症の人の生活を検討するにあたってQOLやBPSDも重要であることから、介護職員と協議の上、認知症グループホーム協会の研究報告⁵⁾にならって、2021年7月よりshort QOL-D⁹⁾、BPSD+Q⁸⁾を効果評価として追加採用した。状況に応じて生活行為工程

分析表¹¹⁾も活用することとしたが、今回は1事例(事例6)のみに使用した。なお、対象者合意のもと進められるものであるため、対象者の署名欄も設けた。加えて、独自の計画書、連携加算の導入にあたり、担当理学療法士と担当介護職員らが、social networking service (SNS) のアプリケーションである「LINE」のトークグループを作成し、日程調整や質疑応答を随時行えるようにした(入居者の個人情報には含まない)。また、導入初期には評価尺度を付ける意味や方法、連携加算導入の意義等の説明から開始した。

2) 理学療法士と介護職員との連携、立案したケアの実施方法

介入は、前述の独自の計画書(図1)を活用し、2021年6月に初回評価及びGHの介護職員と担当理学療法士がケア計画を立案、実施した。その1か月後の7月に、1ヶ月後評価及びケアの振り返りを実施した。そこで、前述の通りQOLとBPSDの評価も追加実施したためケア計画を再検討し、実施した。その1か月後の8月に最終評価及びケアの振り返りを実施した。なお、3ユニットで計4名の介護職員が主担当となり、ケア計画を各ユニットに共有した(各月での理学療法士の訪問は1回)。

4. 倫理的配慮

本研究は、医療法人大誠会倫理委員会の審査を受け、承認を得た(承認番号:2021-007)。対象者とその家族には、入居時点で入居事業所から、連携加算で取得するデータを活用する旨や個人情報の保護について十分に説明した上で協力を依頼し、書面にて同意を得た。

5. 分析

short QOL-D、BPSD25Qは7月より評価項目に追加されたため、2021年7月を前評価とし、ケアの再検討、実施から1か月後の8月に行った評価を後評価として解析に用いた。認知症の人の連携加算算定(介入)前後(2021年7月と8月の評価)のBI、short QOL-D、BPSD25Qの平均値を算出した。介護職員へ実施したアンケート結果は記述統計を実施した。また、参考までに独自の計画書(図1)より、

日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容（目的とした生活行為）と目標を達成するために介護従事者が行う介助等の内容（ケア内容）を要約し、示した。

IV. 結果

1. 対象者の基本属性

認知症の人9名の基本属性は、平均年齢90.3（標準偏差7.2）歳、女性8名、診断はアルツハイマー

認知症対応型共同生活介護計画（生活機能向上連携加算記録書類）			
氏名	性別	生年月日	年齢(歳)
様	男性・女性	年 月 日	
作成者(職種)		作成日	
	確認印	年 月 日	
認知症高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	要介護度	
アイテムを選択してください。	アイテムを選択してください。	アイテムを選択してください。	
本人の		職員の	
希望	困りごと	希望	困りごと
日々の暮らしの中で可能な限り自立して行なおうとする行為の内容	パーセルインデックス(ADL)		
	項目	自立度	
	食事	アイテムを選択してください。	
	移乗	アイテムを選択してください。	
	整容	アイテムを選択してください。	
	トイレ動作	アイテムを選択してください。	
	入浴	アイテムを選択してください。	
	移動	アイテムを選択してください。	
	階段昇降	アイテムを選択してください。	
	更衣	アイテムを選択してください。	
	排便コントロール	アイテムを選択してください。	
	排尿コントロール	アイテムを選択してください。	
	合計点		
目標を達成するために介護従事者が行なう介助等の内容			
※実施頻度や時間、実施内容を具体的に記入する。			
説明者		作成日	
		年 月 日	
地域密着型・認知症対応型共同生活介護		署名	
介護保険事業所番号:			
住所:			

図1 生活機能向上連携加算用の独自の計画書（一部）

型認知症5名、嗜銀顆粒性認知症1名、レビー小体型認知症1名、認知症の原因疾患不明2名、要介護度は要介護3が5名、要介護4が2名、要介護2が1名、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaが8名、Ⅱaが1名、障害高齢者の日常生活自立度はA2が6名、B1が2名、自立が1名であった。入居からの日数は平均1186.6(標準偏差1221.3)日であった(表1)。

担当介護職員4名の基本属性は、女性2名、経験年数は17年が2名、12年が1名、3年が1名、取得資格は介護福祉士取得者2名、取得資格なしが2名、職位は一般職員3名、管理者1名であった。

2. 介入前後の効果評価の変化(表1)

介入前後でBIは平均63.3(標準偏差15.0)点から63.9(16.2)点、BPSD25Qは17.4(13.0)点から14.4(8.2)点、short QOL-Dは26.3(5.4)点から26.3(5.1)点となっていた。事例別の効果評価の変化と基本属性を表1に示した。

3. 担当介護職員へのアンケート

担当介護職員4名のうち、「あなたがケアをすることにどの程度役立ちましたか?」はとても役に立つ3名、まあまあ役に立つ1名、「あなたの成長にどの程度役立ちましたか?」はとても役に立つ2名、まあまあ役に立つ1名、どちらともいえない1名、「対象者へのケアにどの程度役立ちましたか?」はとても役に立つ2名、まあまあ役に立つ2名、「書類の記入は、6月と比較してどの程度楽になりましたか?」はまあまあ楽になった3名、どちらともいえない1名であった。

「生活機能向上連携加算の長所と短所(今後の課題)をお教え下さい」の回答は表2に示した。その他の感想として、「生活リハビリは、介護をやると思ったきっかけの一つにしていました。それを、働いている中で考えられるようになって、とても嬉しいです。普通に働いていたら、実行できていませんでした。GHで働いてみたいと思った理由の一つを実行できてる気がします。全然、思うように進めないこともあるけど、少しは時間を作れるようになった気がするので行っていきたい。経験のある人

に現実的なお話ができて、とても勉強になります。」との回答が得られた。

V. 考察

1. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)の短期効果

連携加算を活用し、理学療法士と介護職員で連携、ケアを1か月間実施することでBPSDの平均点は軽減、ADLは維持、QOLは良好な点数を維持していた。対象者は高齢であること、疾患別リハビリテーションのように理学療法士の継続的な個別介入はできないことから1か月間でのADLの全体での変化は困難であったと考えられる。一方で、BPSD25Q(BPSD)は32から22点(表1の事例5)、42から25点(表1の事例6)と大きく改善した2事例がいた。提案したケアとしては、洗濯や掃除などの役割活動を通じた活動量の維持、拡大などをねらったものであった。先述の通り連携加算ではリハビリテーション専門職が個別で介入できるものではなく、また、GHは生活の場であるため本人の特性に合わせて生活の中で自然に行えるケア内容が良いと考えている。そのため、事例5では、歩行の安定、活動量の向上を図るために朝の居室内の掃除の習慣化から開始した。また、事例6については、残存機能を適切に評価したうえで介入するために生活行為工程分析表¹¹⁾を用いて該当の生活行為(事例6では洗濯)を詳細な工程に分けて評価を行ったうえでケアを提案した。役割や作業活動の提供はBPSDに有用であり¹²⁾、生活の専門家である理学療法士とともに検討したことでより良いケアにつながった可能性がある。short QOL-D(QOL)は、30点以上が「とても良い」、25-29点が「良い」、20-24点が「少し良くない」、19点以下が「良くない」と評価される¹³⁾。対象者は、平均26点と「良い」状態は維持されていたが、事例別でみると19点以下が1事例いた。当該事例は、17点から19点へのやや向上はみられていたため、全体としても個別の事例としても良い影響は与えていたと考えられる。以上のように、1か月間では平均点の大きな変化は認められなかったが、事例別でみると、特にBPSDに良い効果が期待できる可能性が示唆された。しかし、対象の9名は介護職員に選定してもらったため効果が期待されやすい可

表1 事例別の効果評価の変化と基本属性

事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9
介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前
75	75	70	70	70	70	75	80	80
75	70	70	80	40	70	45	80	55
17	17	9	9	32	42	14	23	12
25	26*	34	34	22	24	17	29	29
short QOL-D								
目的とした生活行為								
歩行	歩行	トイレ動作	歩行	歩行	洗濯	歩行	歩行	歩行
集団体操	起立運動	残存機能活用	移動時遠回り	掃除	洗濯作業収納	移動時遠回り	自主トレ提供	移動時遠回り
86	92	93	85	95	77	99	99	87
性別								
男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
診断名								
嗜銀顆粒性認知症	ADD	ADD	不明	ADD	ADD	DLB	不明	ADD
要介護度								
要介護3	要介護2	要介護4	要介護3	要介護4	要介護3	要介護3	要介護1	要介護3
認知症高齢者の日常生活自立度								
III a	III a	III a	III a	III a	II a	III a	III a	III a
障害高齢者の日常生活自立度								
B1	A2	A2	A2	A2	自立	A2	A2	B1
入居からの日数(日)								
2021年7月1日時点								
1057	3800	967	764	2467	222	1158	85	150

変化量の大きさに関わらず、改善を*、悪化を+で示した。

BI, Barthel Index; ADD, Alzheimer disease dementia; DLB, Dementia with Lewy bodies

能性がある。一方で、導入初期であったため担当者同士の関係性の構築や連携の不十分さなどの現場での細かな要因から連携加算の効果を十分に発揮できなかったことや連携加算は3か月で1周期のため1か月間では変化をみることに不十分であった可能性もある。これらの点については、継続的に連携加算対象者のデータを蓄積し、全国規模のGHの継続調査⁵⁾と経年変化を比較することで、より具体的に連携加算がADL、QOL、BPSDにどのような影響を与えるか検討したいと考えている。

2. 理学療法士と介護職員の連携

連携加算算定後の担当介護職員4名へのアンケートでは、全員がケアを考えること、実際のケアに「役に立つ」、3名が成長に「役に立つ」と回答していた。連携加算の長所としては、改めて個別のケアを考えるだけでなく、評価を学ぶ機会となっている、一方で短所としてはケアの共有方法が共通課題として挙げられていた。今回、連携するにあたりお互いの共通言語として独自の計画書を作成した。リハビリテーション専門職または医師と、介護職員は基礎教育の背景が異なるため、お互いの考えを共有するツ

ルとして評価尺度を盛り込んだ計画書を作成したことは、連携に有用だったかもしれない。実際に、今回採用したBPSD25Q (BPSD+Q) は情報共有に有用であることが報告されている¹⁴⁾。一方で、担当介護職員が各ユニットのその他の介護職員にケア方針を共有することを課題としていた。この点は、持続的に連携加算を活用して連携していきながら効果的な方法を模索していきたいと考えている。このように連携加算を用いて理学療法士と介護職員で連携することは、日頃の介護に有用であり、担当介護職員の意欲や成長に寄与することが示唆された。今後は各ユニットへの情報共有方法や長期効果、評価の変化の関連要因を検討する。

VI. 謝辞

ご協力いただきました対象者の皆様に厚くお礼を申し上げます。また、本研究実施にあたりご協力いただきました新谷夏海氏、角田匡哉氏、星野将斗氏、三瓶紗也子氏に深謝します。

VII. 付記

開示すべきCOI関係にある企業などはない。また、

表2 担当介護職員が回答した生活機能向上連携加算算定後の長所と短所 (n=4)

回答者	長所	短所
1	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に対して、どのようにすれば、向上するか考えられるようになった。働いているうえでやりたいけどできないなあと後回しになっていたけど、第一に考えられるようになった。 一人一人の深ぼり（活かしていきたい点）。 	<ul style="list-style-type: none"> 同じフロアの人により共有するにはどうすれば良いか。 フロアの人に、実行内容を伝えて共有したら「こういう風にやれと言われたから」と話していて、言われ方が悪く、そう思われないうにどうすれば共有できるかが課題。
2	<ul style="list-style-type: none"> 個別での関わりが多くなり信頼関係が深まる。 具体的な生活機能の課題がわかった。 自立できることを検討し、プラン作成していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 職員間で内容を周知し、ケアの共有できれば。
3	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能向上連携加算をとることにより、利用者様の身体機能の様子やバーセルインデックスの評価方法を知ることができました。改めて、入居者を知る良い機会になっていると思います。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者なので身体機能が急激に改善するとは思えないので身体機能の維持に努めたいと思います。
4	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の機能回復に向け取り組みたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 人員不足のため実施できない日がある。業務改善もしていきたい。

回答者1：経験年数12年・所定の資格なし・一般職員、回答者2：経験年数3年・所定の資格なし、一般職員、回答者3：経験年数17年・介護福祉士・一般職員、回答者4：経験年数17年・介護福祉士・管理者

本論文は第23回日本認知症ケア学会大会の発表内容を修正・加筆し、まとめたものである。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> (2023年5月22日引用)
- 2) 日本認知症グループホーム協会ホームページ グループホームとは?. <https://www.ghkyo.or.jp/greeting/whats-grouphome> (2023年5月22日引用)
- 3) 山口晴保、林邦彦・他：認知症グループホームにおけるグループホームケアの効果研究. 認知症ケア研究誌 2 : 103-115、2018.
- 4) Mahoney FI, Barthel DW: FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J* 14: 61-65, 1965.
- 5) 日本認知症グループホーム協会ホームページ 認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業. 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. https://www.ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2020/04/R10408_R1Research.pdf (2023年5月22日引用)
- 6) 古川祐太：GHへの間接的介入を経て考える生活機能向上連携加算の在り方. *理学療法学* 47 Suppl.1 : 82、2021.
- 7) 厚生労働省ホームページ 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業（報告書）（第2分冊）. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000636164.pdf> (2023年5月22日引用)
- 8) 内藤典子、藤生大我・他：BPSDの新規評価尺度: 認知症困りごと質問票BPSD+Qの開発と信頼性・妥当性の検討. *認知症ケア研究誌* 2 : 133-145、2018.
- 9) Terada S, Oshima E, et al.: Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. *Int Psychogeriatr* 27(1): 103-110, 2015.
- 10) Terada S, Ishizu H, et al.: Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 17(9):851-858, 2002.
- 11) 田平隆行、堀田牧・他：地域在住認知症患者に対する生活行為工程分析表 (PADA-D)の開発. *老年精医誌* 30(8) : 923-931, 2019.
- 12) 山口晴保、山上徹也: 脳活性化リハビリテーション. 「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」山口晴保 (編)、協同医書出版社、東京、2023、pp198-272.
- 13) 竹之下慎太郎、寺田整司・他：認知症患者の客観的QOL評価は、主観的QOLをどのように反映しているのか. *認知症ケア研究誌* 3 : 38-44、2019.
- 14) 藤生大我、内藤典子・他：介護施設における介護保険主治医意見書に基づいた「認知症困りごと質問票 (BPSD+Q)」の有用性: NPI-Q・NPI-NHとの比較. *老年精医誌* 31(4) : 389-402、2020.