■報告

認知症グループホームで生活機能向上連携加算（Ⅱ）を用いて理学療法士と介護職員が連携することの１年後の経過

藤生大我[1)]、小此木直人[2)]、金井大輔[3)]、小野瀬和美[3)]、
桒原貴子[3)]、田中志子[4)]、月井直哉[5)]、山上徹也[6)]

要旨：【目的】認知症グループホーム（GH）における生活機能向上連携加算（Ⅱ）（連携加算）の算定から１年間の活用実態を分析し、多職種連携がもたらす変化を明らかにすることで、今後のGHにおける連携推進への示唆を得ること。【方法】対象は医療法人大誠会のGH（３ユニット）の入居者のうち加算を算定し、１年間継続的に介入できた11名（女性８名、平均86歳）。GHの介護職員と理学療法士が立案したケア計画を３ヵ月１周期として、算定要件に従い必要に応じて１年間継続的な介入を実施し、ADLをBarthel Index（BI）、認知症の行動・心理症状（BPSD）をBPSD13Q、QOLをshort QOL-Dで評価した。また、BI合計点10点以上の変化を示した事例についても分析し、効果的な介入方法についての示唆を得た。【結果】１年間でBIは75.0（65.0～80.0）点→80.0（70.0～90.0）点、BPSD13Qは9.0（4.0～10.0）点→7.0（6.0～9.0）点、short QOL-Dは29.0（25.0～33.0）点→31.0（28.0～34.0）点と有意な差は認めなかったが、点数は改善した。個別事例においては、理学療法士との連携により、歩行補助具の検討や座面の高さなどの調整、介助方法の検討等を実施し、BIの歩行や移乗等が改善した。【結論】連携加算算定者11名のADL、QOL、BPSDの平均点は１年後に良好な変化を示した。また、具体的連携方法を示したことで今後の連携の一助となると考える。

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　統括研修部「志学舎」
〒378-0005　群馬県沼田市久屋原町345－1
３）医療法人大誠会　認知症対応型グループホーム　ゆうゆう・うちだ
〒378-0005　群馬県沼田市久屋原町345-1
４）医療法人大誠会　内田病院
〒378-0005　群馬県沼田市久屋原町345-1
５）認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071　東京都杉並区高井戸西1丁目12-1
６）群馬大学大学院保健学研究科
〒371-8514　群馬県前橋市昭和町三丁目39-22
（受付日　2025年２月４日／受理日　2025年３月18日）

Ⅰ．目的

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム：GH）には、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生活機能向上連携加算がある[1、2)]。具体的には、理学療法士（PT）等が訪問した際にActivities of Daily Living（ADL）やInstrumental Activities of Daily Living（IADL）等を評価し、それに基づいて「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画」を介護職員と協働で立案、実践していくものである。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、3]。GHを対象とした全国調査では、GHでのケアが認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）の重症度および負担感の得点やQuality of life（QOL）に有効なことを報告した[4、5]。また、ADLの評価としてBarthel index（BI）[6]も調査しており、2018年67.6±23.2点、2019年59.1±26.8点と、有意に低下したことを報告した[5]。このように、GHでのケアがBPSDの重症度および負担感の得点、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。これを踏まえて、ADLをできるだけ維持できるよう、歩行や更衣、排泄などの生活機能に焦点を当てたケアに力を入れる必要があることや、ADL低下を認知症の進行とあきらめず、エクササイズ等で活動量を増やすことなど、GHにおける生活機能維持、改善のための取り組みの必要性が指摘されている[5]。山中[7]は、入所施設では「リハビリテーションというと、『PTなどが行なう機能訓練』という認識がまだ根強く、それ以外の職種にとっては他人事という意識がある」と指摘した上で、「本来、生活機能の向上には、入所者自身を含め入所者の生活にかかわる誰もが情報を共有し、連携・協働して取り組まなければ効果が出ない」と提言している。入所者の生活に携わる時間が長い施設の介護職員の視点を参考に、あくまで介護職員が主導で実施できるプログラムを介護職員とPT等専門職が協働で立案することで、GHにおける自立支援や重度化予防に繋がると考えられる。一方、2019年度実施の調査報告書のヒアリング調査の結果[8]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、同報告書内の介護保険総合データベース任意集計調査で示している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。当該加算の算定率が低いため、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、我々の知る限り、生活機能向上連携加算は所定の計画書等がない。

医療法人大誠会では、2021年６月よりGHにて、生活機能向上連携加算（Ⅱ）（連携加算）を算定し、担当PT １名との連携を開始した。また、上記の背景を踏まえて、我々は先行研究[2]において客観的評価を用いて連携加算活用の短期的な変化を検討した。本研究はその継続研究として、１年間の長期的な変化を検討するものである。加えて、連携加算に基づく効果的な介入を行うため、独自の計画書を作成し、活用してきた。連携加算算定から１年が経過したため、連携加算を活用してGHに入居中の認知症の人に、PTが介護職員と連携して介入することの１年後の経過を自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から報告するとともに、具体的な連携方法を示すことで、今後の連携の参考とする。

Ⅱ．対象

対象は医療法人大誠会のGH １事業所の計３ユニットの入居者計27名に連携加算を算定し、そのうち2021年９月から2022年９月で追跡できた認知症の人計11名（ａユニット５名、ｂユニット３名、ｃユニット３名）とした。入居者計27名のうち16名は、当該期間中に退居となったため解析対象から除外された。

Ⅲ．方法

１．評価項目

BI[6]、認知症の行動・心理症状質問票13項目版（BPSD13Q）[9]、short QOL-D11）の評価は、３ユニットで計４名の介護職員が主担当となり、それぞれが担当の対象者を評価した。なお、連携加算が生活機能の向上を目的にしていることと全国調査[5]でADLが低下することが課題とされていることから、本研究のメインアウトカムはBIとした。

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、服薬数、抗精神病薬投与の有無を収集した。

２）Barthel Index（BI）[6]

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、更衣、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13項目版（BPSD13Q）[9)]

オリジナルのBPSD＋Q[10)] 27項目を13項目に短縮したもので、幻視・幻聴、妄想、徘徊・不穏、常同行動、脱抑制、易怒性、繰り返し質問、うつ、アパシー、不安、傾眠傾向、昼夜逆転、介護への抵抗の13項目のBPSDからなる。過去１週間の各項目におけるBPSDの重症度と負担度を０～５点で評価する。点数が高いほどBPSDの重症度や負担度が高いことを示す。

４）short QOL-D[11)]

オリジナルのQOL-D[12)] 31項目を９項目に短縮したもので、陽性領域（６項目で６～24点）・陰性領域（３項目で３～12点；逆転項目）・合計点（９～36点）で構成される。陽性領域は「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みて楽しんでいる」「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、陰性領域は、「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。点数が高いほどQOLが高いことを示す。評価は評価者による観察式であり、過去４週間を振り返り評価する。

２．介入

１）独自の計画書（図１）

介入にあたり、独自の計画書（図１）を活用した。GHには、機能訓練指導員、看護師や各療法士の人員配置基準が設けられていないことから医療専門職はほとんどいない。職員は介護職を中心とした構成であり、平均年齢が高い。また、GHは住まいであり、対象者の特性も踏まえて、生活の中での機能向上のための工夫が重要と考えた。このように、GHの特性、介護職員の特性、対象者の特性を加味し、介護職員とPTが共通言語でより効果的に連携することを目的に、各担当介護職員と担当PTが協働で独自の計画書を作成した。独自の計画書の内容は、個別機能訓練計画書を参考にしつつ、連携加算の算定要件を満たしている。なお、計画書は先行研究[2)]時点から改良されており、目標の達成状況を達成、やや達成、未達成で記入できるようにし、各評価項目は初回評価と比較できるように並記した。また、コメントも記入できるようにした。個別機能訓練計画書との大きな違いは、効果判定のためにBIを用い、対象者の特性を加味してBPSD13Q、short QOL-Dを用いていることと、連携を円滑とするために介護職員の希望と困りごとを記載できるようにしている点である。また、担当介護職員と協働で作成した点も、より効果的に活用、運用するためのポイントである。

２）PTと介護職員との連携、立案したケアの実施方法

介入は、独自の計画書（図１）を活用し、2021年９月に初回評価及びGHの介護職員と担当PTがケア計画を立案、実施した。具体的には、連携加算取得にあたり担当PTが各担当介護職員に連携加算の意義、計画書の書き方、評価のつけ方について事前に説明を行った。その上で、各担当介護職員が担当PTの訪問前に計画書を作成し、その旨を担当PTに通知した。それを受けて、法人内の情報共有ツールを用いて担当PTが事前に計画書を確認したうえで各ユニットに訪問し、評価等の記載内容の再確認、認識の共有、ケア計画の検討を実施した。本人の希望や困りごとを軸にケア計画が立案されているか、対象とした生活行為の状況と評価結果の整合性があるか、他に対応が必要な点がないかを評価結果や介護職員の希望や困りごとを加味したうえで実施することをポイントとして検討した。1回の訪問で複数名の対象について検討を行った。立案したケア計画を、担当の介護職員が各ユニットに共有した。連携加算の要件に従い、３か月を１周期として介入を実施した（各月でのPTの訪問は最低１回）。初回から３か月後に状態評価を行い、ケア計画の見直しを行った（例：１周期目；初回９月評価・ケア計画立案、３か月後11月評価・ケア計画振り返り、２周期目；初回12月評価・ケア計画見直し、３か月後２月評価・ケア計画振り返り）。その結果、１年間連携

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）
[redacted]	女性	昭和X年　Y月　X日	92
作成者（職種）		作成日	
[redacted]	確認印	2022年　9月　1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
IIIa	B1	要介護3

本人の		職員の	
希望	困りごと	希望	困りごと
重度認知症のため聞き取り困難。 職員との交流で笑顔多い。	ない、とのこと。 膝の痛みの訴え有。	歩行能力の維持、向上。	歩行時に躓くことがあり転倒リスクが高い、心配。傾眠がある。

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
両手引き歩行でホーム内での歩行ができる。
やや達成

短期目標（1か月後）
両手引き歩行で短距離の歩行ができる。 （トイレまで）
達成
短期目標（2か月後）
日常生活の中で歩行量、活動量が増加できる。 定期的に自転車運動ができる。
やや達成
長期目標（3か月後）
両手引き歩行でホーム内の歩行が安全に行える。 膝の痛みが軽減される。
達成

バーセルインデックス（ADL）		
項目	初回・自立度	最終・自立度
食事	部分介助（5点）	部分介助（5点）
移乗	部分介助（5点）	部分介助（5点）
整容	部分介助又は全介助（0点）	部分介助又は全介助（0点）
トイレ動作	部分介助（5点）	部分介助（5点）
入浴	部分介助又は全介助（0点）	部分介助又は全介助（0点）
移動	上記以外（0点）	部分介助（10点）
階段昇降	全介助（0点）	部分介助（5点）
更衣	部分介助（5点）	部分介助（5点）
排便コントロール	部分介助（5点）	部分介助（5点）
排尿コントロール	部分介助（5点）	部分介助（5点）
合計点	30	45

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
興味・関心事を探して提供することで傾眠する時間を軽減し、活動量の増加を図る。歩行中に躓き、バランスを崩されることがあるので、理学療法士と相談の上、介助方法を検討し、前方からの手引き歩行を実施する。トイレから戻る際などの移動時は、遠回りして歩行距離を増やす（毎日実施）。膝の痛みをみながら自転車運動や集団体操を実施する（様子を見ながら実施）。

コメント（継続、終了等）
ご本人の意向を伺いながら、手引き歩行ができ、歩く量が増えた。また、職員の介助の不安も軽減した。膝の痛みの訴えは軽減している。歩行中の躓きやバランスを崩すようなことがほぼなくなった。傾眠の時間が減り、活動量は向上してきているため、継続実施（継続）。

説明者	説明日
[redacted]	2022年　9月　1日
地域密着型・認知症対応型共同生活介護 [redacted] 介護保険事業所番号：[redacted] 住所：[redacted]	署名

図1　生活機能向上連携加算用の独自の計画書の例（一部）

加算を継続的に算定できたものを対象とした。各状態評価は、各担当介護職員が実施し、その結果を担当PTが確認した。ケア計画の見直しにあたり、各評価結果の変化や目標の達成状況、介護職員の実際の介入状況や主観的な対象者の変化等の情報を基に、継続的にケア計画を実施するか、ケア計画を変更するか、他の生活行為のケア計画を検討するか等を協働で検討した。なお、１年間（12か月）の間、基本的に訪問は最低月に１回は実施し、訪問時の評価や計画の検討、見直しは１事例あたり単位数の基準である20分を目標に実施した。

３．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（2023-002）。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。また、ヘルシンキ宣言および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づいた研究計画である。

４．分析

2021年９月から2022年９月の１年間、継続的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。

2021年９月と2022年９月のBI、BPSD13Q、short QOL-Dの比較はWilcoxonの符号順位検定を実施し、検定統計量Zを用いて効果量rを算出した。１年後のBIの各ADL項目の変化を、2022年得点から2021年得点を引いた値が－5以下は低下、０は維持、５以上は改善に分類した。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。分析は、統計解析ソフト（SPSS ver. 26 for Windows、IBM社製）を用いて行った。

事例数が少ないことも踏まえ、統計的分析に加え、脳卒中患者のBIの臨床的に意味のある最小差：minimal clinically important difference（MCID）9.25点[13]を参考に、BIの合計点数の変化が10点以上あった事例については、詳細な介入内容と経過を検討することで、効果的な介入方法についての理解を深めることとした。

Ⅳ．結果

１．対象者の基本属性

対象者11名の基本属性は、平均年齢86.9±3.8歳、女性８名、認知症の診断はアルツハイマー型認知症６名、嗜銀顆粒性認知症１名、血管性認知症１名、レビー小体型認知症１名、混合型認知症１名、認知症の原因疾患不明１名、要介護度は要介護３が６名、要介護２が４名、要介護１が１名、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaが７名、Ⅲbが３名、Ⅰ１名、障害高齢者の日常生活自立度はA1が５名、A2が３名、J2が２名、J1が１名であった。初回評価時点のBI各項目の中央値（四分位範囲）は、食事10（10～10）点、移乗15（10～15）点、整容５（０～５）点、トイレ動作10（５～10）点、入浴０（０～０）点、歩行10（10～15）点、階段昇降５（５～５）点、更衣10（５～10）点、排便コントロール５（５～10）点、排尿コントロール10（５～10）であった。入居からの日数は平均604.3±416.3日、平均服薬数は6.6±3.2であり、抗精神病薬を投与していたのは１事例であった。

表１　１年後の各効果評価の変化（n=11）

	2021年9月		2022年9月			
（点）	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	p	r
Barthel index	75.0	65.0～80.0	80.0	70.0～90.0	0.52	-0.19
BPSD13Q	9.0	4.0～10.0	7.0	6.0～9.0	0.72	-0.11
short QOL-D	29.0	25.0～33.0	31.0	28.0～34.0	0.20	-0.39

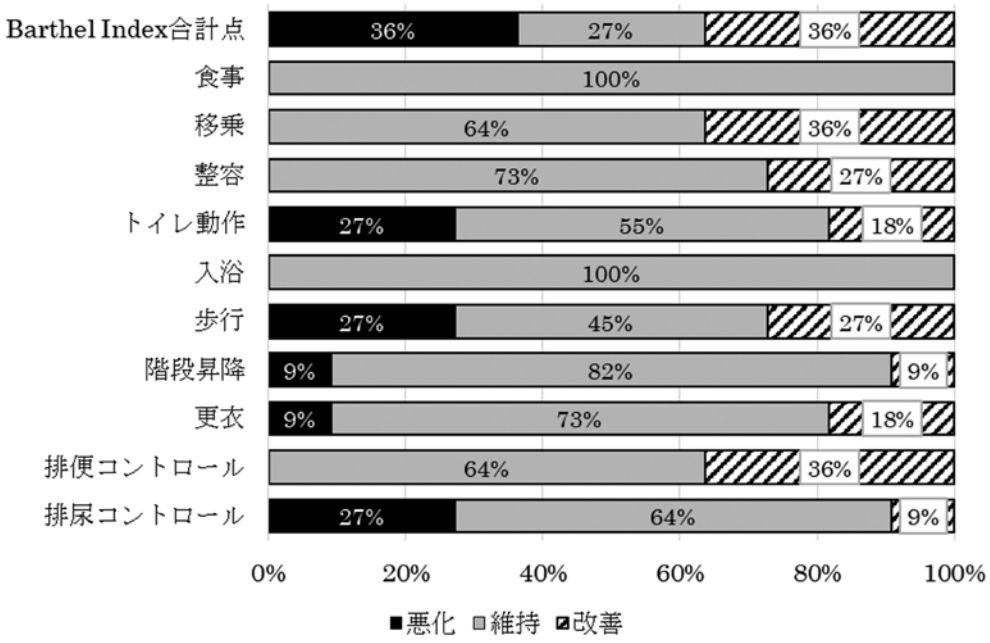

図２　BI各項目の１年後変化（n=11）

２．１年後の効果評価の変化

介入前後で中央値（四分位範囲）では、BIは75.0（65.0 ～ 80.0）点から80.0（70.0 ～ 90.0）点（p = 0.52、r = -0.19）、BPSD13Qは9.0（4.0 ～ 10.0）点から7.0（6.0 ～ 9.0）点（p = 0.72、r = -0.11）、short QOL-Dは29.0（25.0 ～ 33.0）点から31.0（28.0 ～ 34.0）点（p = 0.20、r = -0.39）と有意な変化は認めなかった（表１）。また、BI各項目の１年後の変化は図２に示した。改善率が２割以上の項目は移乗、整容、歩行、排便コントロールであった。低下率が２割以上の項目はトイレ動作、歩行、排尿コントロールであった。食事は全員維持された。

事例別の効果評価の変化と基本属性を表２に示した。

３．顕著なADLの変化を示した具体的な事例

10点以上のBIの合計点数の変化があった事例１、２、４、８について、実践の参考として具体的な変化を示した。

１）効果的であった事例

事例２は、転倒歴がありピックアップ歩行器歩行を見守り下で実施していた。初回訪問時のケア計画としては、使用している歩行器の高さ調整や、滑り止め等の劣化している物品の確認、立ち上がり時の座面の高さ調整（クッションや使用している椅子の確認）、提案を行った。次回訪問時では、歩行や動き出しが安定してきたため、日常での歩行量の確保を目的とし、歩行時には少し寄り道をしてもらうよう提案した。この結果、転倒なく過ごせてはいたが、BIの歩行は10点を維持であった。一方、更衣や排便コントロールなどの他の生活行為での点数の改善がみられていた。

事例４は、歩行時の杖の置き忘れがあり、歩行時にふらつきがある場面が多くみられていた。初回訪問時のケア計画では、歩行補助具を検討し、使用の定着を図ることで歩行は自立で行えるようになった。ただし、定着に至るまでの工夫に難渋し、歩行補助具の設置場所や声掛け、歩行補助具へのお気に入りの装飾をつけるなどを半年程度継続して検討した。歩行の自立は図れたため、次回訪問時は役割活動の検討を実施した。聴力低下により筆談を要しており、積極的な役割活動は行えていなかったが、残存機能があったため、洗濯干し等の家事も実施するようになり、生活リズムを構築していくことができた。

事例８は、焦燥感が強く、易刺激的であり、日内でもADLに変動があった。また、レビー小体型認知症の影響があり、すり足歩行を呈していた。初回訪問時のケア計画として、定期的な集団体操の参加や屋外外出機会の確保による日中の活動の習慣化を

表２　事例別の効果評価の変化と基本属性

（点）	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		事例10		事例11	
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
Barthel index	75	55 †	70	85*	90	85 †	65	90*	70	70	80	80	60	65*	55	90*	80	75 †	80	75 †	90	90
BPSD13Q	10	8*	4	6 †	5	7 †	2	6 †	16	7*	6	7 †	32	3*	9	9	9	11 †	10	11 †	1	3 †
short QOL-D	25	28*	34	30 †	32	28 †	29	32*	30	31*	24	25*	27	35*	27	34*	23	23	33	35*	33	34*
・目的とした生活行為 →ケア内容（一部）	・移動 →ペダリング、 環境調整 ・排泄 →排泄誘導の工夫		・移動 →移動時遠回り ・移動 →環境調整		・家事 →掃除 ・移動 ・意欲 →習字、 集団体操		・移動 →環境調整 ・役割 →洗濯等家事		・移動 →集団体操 ・移動 ・排泄 →移動時遠回り		・移動 →屋外歩行 ・移動 ・排泄 →集団体操		・移動、情動 →役割提供 ・移動 →屋外歩行		・移動 →集団体操 ・屋外移動 →屋外歩行		・食事 →環境調整 ・移動 →集団体操		・トイレまでの移動 →集団体操 ・屋外移動 →屋外歩行		・移動 →移動時遠回り ・屋外移動 →屋外歩行	
年齢（歳）	86		92		86		88		91		85		89		81		91		86		81	
性別	男性		女性		男性		女性		女性		女性		女性		女性		男性		女性		女性	
診断名	嗜銀顆粒性認知症		ADD		血管性認知症		ADD		ADD		不明		ADD		DLB		ADD		混合型		ADD	
要介護度	要介護３		要介護２		要介護３		要介護１		要介護３		要介護３		要介護３		要介護３		要介護２		要介護２		要介護２	
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲａ		Ⅲａ		Ⅲｂ		Ⅲｂ		Ⅲｂ		Ⅲａ		Ⅲａ		Ⅲａ		Ⅲａ		Ⅲａ		Ⅰ	
障害高齢者の日常生活自立度	A1		A2		A1		A1		A1		A2		J2		J2		A1		A2		J1	
服薬種類数			5		6		6		9		3		6		4		9		4		3	
抗精神病薬投与	なし		なし		リスペリドン		なし		なし		なし		なし		なし		なし		なし		なし	
入居からの日数（日） 2021年９月１日時点	1081		264		824		28		789		824		308		446		1344		323		316	

変化量の大きさに関わらず、改善を*、悪化を†で示した。

ADD, Alzheimer disease dementia; DLB, Dementia with Lewy bodies

提案した。生活リズムの構築を図ることができたが、活動性が向上した結果か、作業に難渋している他の入所者を指摘してしまう等のトラブルが起こるようになったため、次回訪問時には、配席調整や相性の良い他の入居者との対人交流の促がしなどを実施した結果、精神的に安定し、生活リズムができ、活動量が増えた。

２）難渋した事例

事例１は、徐々に自発的に動くことが減少しており、生活全般において意欲低下がみられていた。また、声掛けに対して怒りを示す場面もあった。初回訪問時のケア計画では、生活史を踏まえて、興味、関心を示すものの検討から開始したが、興味を示すこと自体が減っていた。その後の訪問では、日によって意欲に変動はあるため、座った状態で可能な運動としてペダリングや声掛けの工夫を提案してきたが、緩やかにADLが低下していた。自発的にトイレに行くことも減り失禁も増えてきたため、トイレへ案内する際の声掛けでうまくいった方法を共有してもらうなど順次対応していたが、ADLの維持・改善には至らなかった。

Ⅴ．考察

本研究では連携加算を活用し、認知症の人への効果的な介入を行うため、独自の計画書を作成し、運用してきた。PTとGHの介護職員で連携・ケアを１年間実施した結果、中央値の変化では、BIは75.0（65.0～80.0）点→80.0（70.0～90.0）点、BPSD13Qは9.0（4.0～10.0）点→7.0（6.0～9.0）点、short QOL-Dは29.0（25.0～33.0）点→31.0（28.0～34.0）と点数は改善したものの有意な変化は認めなかった。各事例別にみると、BIでは11名のうち７名が維持・改善を示し、特に歩行項目での効果が顕著であった。このような各事例の変化が得られた要因として、PTとの連携により、歩行補助具の検討や座面の高さなどの調整、介助方法の検討などの具体的な助言が可能となったことが考えられる。特に、GHにおいて低下しやすい身体機能[5)]に関するADLの低下予防について、連携加算の活用が有効であったと示唆される。

GHの介護職員は必ずしも医療、介護等の専門的な教育を受けているとも限らず、平均年齢が高いこともある。このため、対象者のみならず所属介護職員のケアに関する専門知識や介護職員同士の関係性、仕事に対する意欲などのアセスメントも行い、介護職員が共有、実践、継続できるケアを提案できるとより良いと考えている。特に、重度認知症においては、日差、日内変動があることが報告されており[14)]、PT等専門職の関与場面のみのアセスメントでは対象者の日常生活に関する情報が不足するため、より介護職員との情報共有、連携が重要と考える。今回、独自の計画書を使用したが、計画の軸となる対象者の希望と困りごと、それに加えて連携する介護職員の希望と困りごとを書類に盛り込んだことが、円滑な連携に寄与していると考えている。これは、特に効果のあった事例２、４、８において、PTが提案した介入が介護職員によって継続的に実施された結果、効果につながったことからも支持されると考える。また、先行研究[2)]では、介護職員への教育効果も示唆されており、PT等専門職との連携により、そのような付帯効果も期待できると考える。

先行研究[15)]では、重度認知症でも一定数は食事、排泄、歩行を自立して行えることが報告されている。本研究の結果からも、食事は全員が維持できており、移乗、整容、歩行、排便コントロールにおいては２割以上の改善率を示した。そのため、生活行為工程分析表[16)]などを用いながら適切にアセスメントし、残存機能を発揮するための助言をすることも、PT等専門職に求められる役割と考える。GH入居者に限らず、超高齢者ではADL低下が予後に影響する[17)]ことも報告されており、生活機能の維持、向上に資するためのPT等専門職の活躍や連携加算の活用は重要と考える。一方で事例１は１年間でADLが低下した。嗜銀顆粒性認知症ではしばしば「理由のない怒り」が見られる[18、19)]とのこともあり、難渋した事例であり、今後も包括的にアセスメントし、継続的に連携していく必要がある。

認知症になっても、高齢者が住み慣れた場所で暮らし続ける社会を実現する地域密着型サービスが、GHである。小規模で家庭的な生活環境のもと、本人の自己決定と生活支援を中心とするケアで、認知

症の人を支えている[20]。このGHが持つ「強み」は、要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように地域内で助け合うという、地域包括ケアシステムの目指す姿に合致する。よって連携加算の活用により、PT等専門職がGHの認知症の人ならびに介護職員に介入することは、地域包括ケアシステムの更なる推進に寄与すると考えられる。

Ⅵ. 研究の限界

本研究では特定の事業所の少数例が対象であり、BIの入浴は初期評価時点で中央値が0点であるなどの対象の特徴がある。さらには、抗精神病薬服用者や基礎疾患の影響により多剤を服用している者もおり、認知症サポートチームへの相談をもちかけた事例もいる。しかし、服薬種類数や抗精神病薬等のADL低下の関連要因[21]については詳細に考慮できていないため、効果まで言及することは難しい。加えて、連携加算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可能性がある。算定率が低く、1施設最大9名であり、多施設共同研究の実施も難しいことから、本研究は今後の実践や研究のための基礎資料としたい。

Ⅵ. 結論

GHで連携加算を活用し、11名を対象に1年後の経過を検討した結果、BIは75.0（65.0 ～ 80.0）点→80.0（70.0 ～ 90.0） 点、BPSD13Qは9.0（4.0 ～ 10.0）点→7.0（6.0 ～ 9.0）点、short QOL-Dは29.0（25.0 ～ 33.0）点→31.0（28.0 ～ 34.0）と点数は改善したものの有意な変化は認めなかった。連携加算を活用し、PT等専門職がGHの認知症の人ならびに介護職員に介入することは、生活機能の維持、向上に資する可能性がある。また、具体的な連携方法を示したことで今後の連携の一助となると考える。

Ⅶ. 謝辞

ご協力いただきました対象者と職員の皆様に厚くお礼を申し上げます。

Ⅷ. 付記

開示すべき利益相反はない。本論文は第10回日本地域理学療法学会学術大会の発表内容を修正・加筆し、まとめたものである。

Ⅸ. 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10月15日引用）
2）藤生大我，小此木直人：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．理学療法群馬 35：7-14、2024.
3）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10月15日引用）
4）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.
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_R1Reasearch.pdf（2023年10月15日引用）
6） Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J 14: 61-65, 1965.
7）山中雄大:【生活機能向上連携加算の工夫】入所施設で効率的に連携を進める工夫. Rehaje 6：84-87、2018.
8）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10月15日引用）

9）Fuju T, Yamagami T, et al.: Development and evaluation of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 11: 222-226, 2021.
10）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.
11）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.
12）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.
13）Hsieh YW, Wang CH, et al.: Establishing the minimal clinically important difference of the Barthel Index in stroke patients. Neurorehabil Neural Repair 21：233-238, 2007.
14）石丸大貴，田中寛之・他：重度認知症におけるADLの変動性．老年精神医学雑誌28(9)：1025-1030、2017.
15）厚生労働科学研究成果データベース　厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業「生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化化に関する研究」平成29年度総括・分担報告書,「生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Life Performance for Dementia；PADLP-D）による地域在住AD 患者の生活行為工程障害と残存の特徴」. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172071/201715003A_upload/201715003A0010.pdf（2023年11月12日引用）
16）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.
17）Landi F, Liperoti R, et al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. J Clin Epidemiol 63(7): 752-759, 2010.
18）山口晴保，藤生大我：認知症の症状は「分類」から「視点」への転換を～ BPSDを中心に．日本認知症学会誌35(2)：226-240、2021.
19）池田研二，天野直二：タウオパチーの臨床と病理．信州医学雑誌60：410-418、2012.
20）厚生労働省ホームページ　認知症グループホームの強みを活かして！. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/grouphome.pdf（2023年11月20日引用）
21）藤生大我，山口晴保・他：ADL低下と抗精神病薬投与の関連：認知症グループホーム継続調査から．日本認知症学会誌35(2)：241-250、2021.