

原著 (短報)

病院における認知症ケアのアウトカム評価票の実用性の検討

Study on the practical use of the
“Outcome Assessment Sheet for Dementia Care” at hospital.内田陽子¹⁾、岩崎彩華²⁾、小山晶子¹⁾、清水みどり³⁾、
河端裕美³⁾、高橋陽子³⁾Yoko Uchida¹⁾, Ayaka Iwasaki²⁾, Akiko Koyama¹⁾, Midori Shimizu³⁾,
Hiromi Kawabata³⁾, Yoko Takahashi³⁾

要旨

【目的】 病院における認知症ケアのアウトカム評価票の実用性について検討する。

【方法】 対象者は、A病院に入院している認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の者とした。調査は、介入初日と最終日の2時点で認知症ケアのアウトカム評価票20項目のアセスメント番号を選択し、2時点の値を比較することでアウトカム判定を行った。介入期間中に実施したアウトカムを高めるケアの欄にはチェックをつけた。さらに、介入初日と最終日の2時点でNPI-NH評価も行った。

【結果】 対象者は、23名であった。認知症ケアのアウトカム評価票による評価は、対象者全員に実施可能であった。アウトカム判定の結果、20項目中11項目で改善が見られ、BPSDに直接影響する【I. 認知症症状・精神安定】の3項目では、80%以上の対象者が改善の判定であった。介入期間中に実施したアウトカムを高めるケアは、20項目中15項目で実施率が50%を超えた。NPI-NH得点は、初日と最終日を比べると有意な改善がみられた ($p < 0.05$)。

【結論】 認知症ケアのアウトカム評価票の病院での適応は可能であると判断された。

キーワード：認知症ケアのアウトカム評価票、BPSD、認知症、病院、看護

- 1) 群馬大学大学院保健学研究科
〒371-8514 群馬県前橋市昭和町 3-39-22
- 2) 自治医科大学附属病院
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1
- 3) 公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院
〒372-0006 群馬県伊勢崎市太田町 366

責任著者：内田陽子
群馬大学大学院保健学研究科
〒371-8514 群馬県前橋市昭和町 3-39-22
TEL/FAX : 027-220-8931
E-mail : yuchida @ gunma-u.ac.jp

受領日：2018年5月28日
再受領日：2018年8月3日
採択日：2018年9月6日
英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

はじめに

医療技術の進歩により、身体疾患に対する治療を目的に病院へ入院する認知症患者数は急増している。しかし、認知症患者は、入院による生活環境の変化やストレスの影響を受けやすく、不穏症状など認知症の行動と心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) の増悪がしばしば認められる。

2016年度診療報酬改定では、新オレンジプランを踏まえた認知症患者への適切な医療を評価している。認知症ケア加算は、病棟での認知症患者への対応力とケアの質向上を目的としている。対象患者は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の者であり、施設基準としては、認知症看護に精通した看護師または、認知症看護研修を受講した看護師の配置が必要となる。認知症看護研修は、受講者の知識が深まることが報告されているが、組織的な認知症ケアへの発展には十分な効果が認められず、看護師が病院で認知症患者に対するケアやアセスメントをどのように展開すればよいか、困難を抱える現状がある¹⁾。

研究者の一人内田は、認知症ケアのアウトカム評価票の開発を行い、在宅や施設における認知症をもつ対象者に実施してきた²⁾。この評価票は、認知症ケアの対象者 (BPSDをもつ者含む) に対するアセスメント、ケア項目、アウトカム評価を一体化したものであり、今後、包括的BPSDケアシステムとして改良する予定である²⁾。評価票の効果について、施設や在宅ケア機関において検証してきたが²⁾、病院ではいまだ検証していない。病院における認知症患者数は増加の一途であり、このシステムを病院で活用できるよう発展させる必要がある。

本研究の目的は、病院における認知症ケアのアウトカム評価票の実用性について検討することである。

方法

1. 対象施設と対象者および、調査期間

対象施設は急性期病棟、回復期病棟、地域包括ケア病床 (病床総数189床) を持つ脳神経専門病院で、認知症看護認定看護師や老人看護専門看護師が所属し、認知症ケア加算1を取得しているA病院とした。対象者はA病院に入院して1週間以上経過しており、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上で、研究の同意が得られた23名とした。調査期間は2017年8月8日から10月13日までとした。

2. 調査方法

週に1回実施される認知症ケアチームの巡回に同伴、あるいは対象者の病室を訪問し、患者および家族に対して参与観察と聞き取り調査を行った。患者の基本情報、職員のケア実施については、電子カルテおよび、職員への聞き取りにて情報を収集した。

3. 調査項目と内容

1) 対象者の背景

対象者の背景として、性別、年齢、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の種類、主疾患、麻痺の有無、家族構成などとした。

2) 認知症ケアのアウトカム評価

評価票は、4カテゴリー、20項目から成る²⁾。以下、カテゴリーは【Ⅰ】、項目は「」で示す。【Ⅰ. 認知症症状・精神安定】「①笑顔」、「②精神症状」、「③行動症状」、【Ⅱ. 生活・セルフケア】「④身づくろい」、「⑤入浴」、「⑥食事」、「⑦トイレでの排泄」、「⑧歩行」、「⑨休憩・睡眠」、「⑩金銭管理」、「⑪事故防止」、【Ⅲ. その人らしい生き方】「⑫外見の保持」、「⑬あいさつ」、「⑭意思表示」、「⑮コミュニケーション」、「⑯役割の発揮」、「⑰趣味・生きがいの実現」、【Ⅳ. 介護者】「⑱認知症者の受容」、「⑲接し方・介護方法の取得」、「⑳介護者のストレス・疲労の様子」。各項目に対するアセスメントは、正常を示す0から4の5段階で設定されており、数値が上がるほど悪い状態とされる。介入

初日と最終日の2時点で患者を観察し、該当するアセスメント番号を選択、その値を比較することでアウトカム判定を行う。アウトカム判定は、最高値0から0の場合を最高値持続、値が減少した場合を改善、値の変動がない場合を維持、値が増加した場合を悪化、最低値4から4の場合を最低値持続とする5段階となる。また、介入期間に行われたアウトカムを高めるケアは、各項目で設けられた6~11個のアウトカムを高めるケアの欄にチェックをした(図1)。

なお、最終日とは、調査期間内での退院もしくは転院日とし、長期入院患者は調査期間最終日とした。

3) NPI-NH

今回、アウトカム評価結果の妥当性を確認するためにNPI-NHを使用し評価を行った。NPI-NHは、入院・入所中の認知症患者に対するBPSDの評価スケールであり、「頻度」・「重症度」および「職業的負担度」を数量化するものである。BPSDは、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、易刺激性、異常行動、夜間行動、食行動の12項目で示され、各項目で「頻度」は0~4点、「重症度」は0~3点の点数が設けられる。各項目の「頻度」と「重症度」の積を合計したもの

がNPI-NH得点となる。0~144点で示され、点数が高いほどBPSDの状態が悪いことを示す。介入初日と最終日に評価を実施した。なお、今回は担当看護師が複数存在していたため「職業的負担度」については得点を算出しなかった。

4) 評価者

評価者は臨床の看護師と随時確認しながら研究者複数で行った。評価は患者の過去1週間の状況を踏まえて判定した。

4. 分析方法

対象者の背景、認知症ケアのアウトカム評価票のアウトカム判定とアウトカムを高めるケアの実施率については記述統計を実施した。介入初日と最終日におけるNPI-NH得点の差は、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。分析はSPSS Ver.21を使用した。

5. 倫理的配慮

本研究はA病院の病院長および病棟管理者に研究実施の承認を受けた上で、対象者およびその家族に口頭と文書にて研究内容を説明し、同意書に署名を得て実施した。また、A病院の倫理委員会の承認(086-08)を受けて研究を実施した。

図1 認知症ケアのアウトカム評価票(一部)の記入方法とアウトカム判定

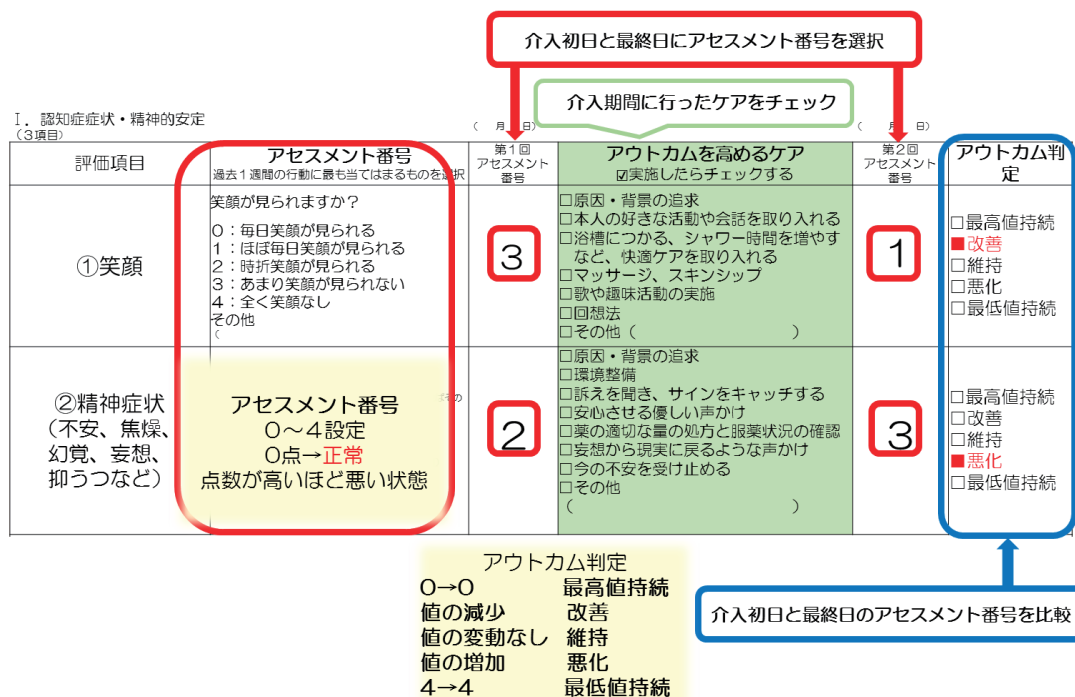


表1 対象者の背景

		n=23	
項目		n	%
性別	男性	10	43.5
	女性	13	56.5
年齢	75歳未満	7	30.4
	75歳以上	16	69.6
障害高齢者の日常生活自立度	ランクA	2	8.7
	ランクB	14	60.9
	ランクC	7	30.4
認知症高齢者の日常生活自立度	ランクⅢ	5	21.7
	ランクⅣ	18	78.3
認知症診断の種類	アルツハイマー型認知症	6	26.1
	血管性認知症	3	13.0
	レビー小体型認知症	2	8.7
	不明	12	52.2
主疾患 (複数回答)	脳血管疾患	18	78.3
	高血圧	14	60.9
	糖尿病	4	17.4
	パーキンソン病	4	17.4
	その他	10	43.5
麻痺	あり	12	52.2
	なし	11	47.8
家族との同居	同居	19	82.6
	独居	4	17.4

は半数以上を示す

結果

1. 対象者の背景(表1)

対象者は、男性が10名(43.5%)、女性が13名(56.5%)で、平均年齢は79.6±8.2歳であった。75歳以上の者が約7割を占めた。認知症高齢者

の日常生活自立度は、ランクⅢが5名(21.7%)、ランクⅣが18名(78.3%)であった。認知症の診断を受けた者は11名(47.8%)で、内訳はアルツハイマー病が6名(26.1%)、血管性認知症が3名(13.0%)、レビー小体型認知症が2名(8.7%)であった。認知症以外の疾患では、脳血管疾患18名(78.3%)で最も多く、次いで高血圧14名(60.9%)となった。対象ごとの介入期間は、8～14日が8名(34.8%)、22～28日が4名(17.4%)、29日以上が9名(39.1%)であった。

2. 認知症ケアのアウトカム評価票項目別のアウトカム判定(表2・3)

評価項目別に対象者のアウトカム判定を示した。最高値持続において該当者数が50%を超える項目はなかったが、「⑬あいさつ」8名(34.8%)、「⑱認知症者の受容」6名(26.1%)などの8項目では該当者がみられた。改善において「②精神症状」21名(91.3%)、「①笑顔」20名(87.0%)など10項目、維持において「⑥食事」19名(82.6%)、「④身づくろい」17名(73.9%)など5項目で該当者数が50%を超えた。悪化において該当者数が50%を超える項目は無かったが、「⑪事故防止」「⑳介護者のストレス・疲労の様子」とともに1名(4.3%)で該当者がみられた。最低値

表2 認知症ケアのアウトカム評価票項目別のアウトカム判定

n = 23

項目	アウトカム判定 : n (%)					
	最高値持続	改善	維持	悪化	最低値持続	
I. 認知症の症状・精神安定	①笑顔	0	20(87.0)	2(8.7)	0	1(4.3)
	②精神症状	0	21(91.3)	2(8.7)	0	0
	③行動症状	0	19(82.6)	4(17.4)	0	0
II. 生活セルフケア	④身づくろい	0	5(21.7)	17(73.9)	0	1(4.3)
	⑤入浴	0	7(30.4)	15(65.2)	0	1(4.3)
	⑥食事	1(4.3)	3(13.0)	19(82.6)	0	0
	⑦トイレでの排泄	0	5(21.7)	11(47.8)	0	7(30.4)
	⑧歩行	0	5(21.7)	17(73.9)	0	1(4.3)
	⑨休息・睡眠	0	8(34.8)	15(65.2)	0	0
	⑩金銭管理	0	0	0	0	23(100)
III. その人らしい生き方	⑪事故防止	0	16(69.6)	6(26.1)	1(4.3)	0
	⑫外見の保持	0	14(60.9)	9(39.1)	0	0
	⑬あいさつ	8(34.8)	12(52.2)	3(13.0)	0	0
	⑭意思表示	1(4.3)	16(69.6)	5(21.7)	0	1(4.3)
	⑮コミュニケーション	3(13.0)	13(56.5)	7(30.4)	0	0
	⑯役割の発揮	0	10(43.5)	2(8.7)	0	11(47.8)
IV. 介護者	⑰趣味・生きがいの実現	1(4.3)	7(30.4)	0	0	15(65.2)
	⑱認知症者の受容	6(26.1)	9(39.1)	8(34.8)	0	0
	⑲接し方・介護方法の取得	3(13.0)	12(52.2)	8(34.8)	0	0
	⑳介護者のストレス・疲労の様子	1(4.3)	13(56.5)	8(34.8)	1(4.3)	0

表3 NPI-NH得点の変化

	平均値	標準偏差	中央値	p 値
NPI-NH (初日)	37.3	24.1	30	*
NPI-NH (最終日)	9.7	11.4	8	

Wilcoxon の符号付き順位検定 * < 0.05

持続において「⑩金銭管理」23名(100%)、「⑰趣味・生きがいの実現」15名(65.2%)の2項目で該当者数が50%を超えた。NPI-NH得点については初日は37.3±24.1点、最終日9.7±11.4で、得点が有意に低下していた(p<0.05)。

3. 評価項目別に設定されたアウトカムを高めるケアの実施率(表4)

介入期間中に実施されたアウトカムを高めるケアを集計した。全20項目にはそれぞれ6~11個のケアが設定されている。全20項目中「①笑顔」や「②精神症状」など15項目で、各項目のケアの半数以上が実施率50%以上であった(表中黄色)。「⑩金銭管理」や「⑰役割の発揮」など4項目で、各項目のケアの半数以上が実施率50%未満であった(表中灰色)。「⑧歩行」は、実施率50%以上のケアと50%未満のケアが半数ずつであった。

考察

1. 病院におけるアウトカム評価の特徴

アウトカム判定で改善者が多かった上位は「①笑顔」「②精神症状」「③行動症状」であった。これは、BPSDに関する項目である。BPSDの主病因には脳病変が挙げられる³⁾。本研究の対象者の7割は、主疾患が脳血管性疾患であることから、BPSDが発症しやすく、入院によるリロケーションダメージや、治療にともなう侵襲も加わり、BPSDが悪化しやすい状況にある者であった。

NPI-NH得点が経過とともに有意に低下しており、対象者は、経過とともにBPSDが改善していることが明らかとなった。認知症患者は、時間を要するものの入院環境に馴染むことが可能である⁴⁾。BPSDの改善は、入院加療による主疾患の改善は勿論、入院環境への適応も加わり、対象者の

表4 認知症ケアのアウトカム評価票に設定されたアウトカムを高めるケアの実施率

項目名	ケア数	実施率別のケア項目数 (項目に占める割合%)					
		100%	100%未満 80%以上	80%未満 50%以上	50%未満 20%以上	20%未満	
I. 認知症症状・ 精神安定	①笑顔	6	2(33.3)	3(50.0)	0	1(16.7)	0
	②精神症状	7	3(42.9)	2(28.6)	1(14.3)	1(14.3)	0
	③行動症状	9	3(33.3)	3(33.3)	2(22.2)	0	1(11.1)
II. 生活・ セルフケア	④身づくろい	5	2(40.0)	1(20.0)	1(20.0)	1(20.0)	0
	⑤入浴	6	2(33.3)	2(33.3)	1(16.7)	0	1(16.7)
	⑥食事	8	2(25.0)	1(12.5)	2(25.0)	1(12.5)	2(25.0)
	⑦トイレでの排泄	9	1(11.1)	2(22.2)	5(55.6)	1(11.1)	0
	⑧歩行	10	1(10.0)	1(10.0)	3(30.0)	5(50.0)	0
	⑨休息・睡眠	7	1(14.3)	2(28.6)	2(28.6)	2(28.6)	0
	⑩金銭管理	7	2(28.6)	0	0	0	5(71.4)
III. その人らしい 生き方	⑪事故予防	9	4(44.4)	0	0	1(11.1)	4(44.4)
	⑫外見の保持	6	2(33.3)	2(33.3)	0	1(16.7)	1(16.7)
	⑬あいさつ	6	5(83.3)	1(16.7)	0	0	0
	⑭意思表示	8	3(37.5)	3(37.5)	0	1(12.5)	1(12.5)
	⑮コミュニケーション	10	5(50.0)	5(50.0)	0	0	0
	⑯役割	7	1(14.3)	0	0	4(57.1)	2(28.6)
IV. 介護者	⑰趣味・生きがいの実現	5	1(20.0)	1(20.0)	0	2(40.0)	1(20.0)
	⑱認知症者の受容	6	3(50.0)	2(33.3)	0	0	1(16.7)
	⑲接し方・介護方法の取得	7	2(28.6)	4(57.1)	0	0	1(14.3)
	⑳介護者のストレス・疲労の様子	5	3(60.0)	1(20.0)	1(20.0)	0	0
項目合計数	143	48 (33.6)	36 (25.2)	18 (12.6)	21 (14.7)	20 (14.0)	

BPSDは軽快したと考えられる。笑顔はその人の快状態を示す⁵⁾。包括的BPSDケアシステム「①笑顔」のアウトカム判定が改善を示していることから、対象者の不快症状が入院経過とともに軽減したことを示している。

カテゴリー【Ⅲ. その人らしい生き方】のアウトカム判定は、6項目中4項目で改善が示された。その項目は、「⑫外見の保持」、「⑬あいさつ」、「⑭意思表示」、「⑮コミュニケーション」であり、これは施設において調査した先行研究⁶⁾と一致した見解であった。カテゴリー【Ⅳ. 介護者】のアウトカム判定は、全項目で改善が示された。対象者のBPSDの改善とともに介護者は、対象者の受容が進み、対象者への接し方を理解し、ストレスが軽減されたのだと考える。

カテゴリー【Ⅱ. 生活・セルフケア】のアウトカム判定は、「④身づくろい」、「⑤入浴」、「⑥食事」、「⑦トイレでの排泄」、「⑧歩行」、「⑨休憩・睡眠」という日常生活動作の項目が維持であったのに対し、より高次の日常生活動作である「⑩金銭管理」は最低値持続であった。日常生活動作は、認知機能の低下とともに高次の日常生活動作から低下することが明らかとなっている⁷⁾。本研究の対象者は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の者であり、金銭管理は困難であることが推察できる。さらに入院中の金銭管理は本人でなく家族に委ねられることが多い。これらより、アウトカム判定が最低値持続であったと考えられる。評価項目からの削除については今後検討が必要である。また、「⑪事故防止」のアウトカム判定が改善であった。先行研究において「認知症看護認定看護師は転倒転落等の事故予防と患者の認識強化の対応、安全な治療継続と快適な療養生活を支えている。」⁸⁾と報告されている。この結果は、看護師が病棟で認知症患者に対して安全管理と事故予防に注意を払っていることによるものである。

2. ケアの実施率からみた病院でのシステム適応

評価票のアウトカムを高めるケアの実施率は全体的に高く、病院において実施可能なケア項目であったことを示している。また、アウトカム判定で改善や維持であった項目の大半は、ケア実施率

も高かった。評価票に沿ってケアを提供することで、認知症患者とその家族に良いアウトカムをもたらすことが可能であると考えられる。

「⑩役割の発揮」のケア実施率は低かった。病院は、主に治療が行われる場所であり、入院期間は短い。近年、院内デイケアの取り組みの有効性が報告されており⁹⁾、病院でも治療だけでなく、認知症患者が役割を發揮できる居場所づくりが必要になってくると思われる。

3. 本研究の限界と課題

本研究結果より、評価票の病院での適応が可能であると判断される。今後は、病院で運用するために必要な項目を盛り込む必要がある。

本研究の対象施設は1施設であり、対象者の介入期間はそれぞれ異なることから、本研究結果を一般化することはできない。今後は複数の病院において介入群と非介入群を設定し、両群ともに入院前から入院後一定の期間を設定した上で検証することが求められる。

COI：なし

謝辞：研究に協力してくださいました患者様およびご家族の皆様、A病院の職員の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の平成29年度認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」(代表研究開発者：山口晴保：課題番号17dk0207033h0001)の一部として行いました。

文献

- 1) 北川公子、酒井郁子、深堀浩樹他：老年看護政策検討委員会：老年看護政策検討委員会活動報告(1), 老年看護学22(2) : 97-102, 2018.
- 2) 内田陽子：包括的BPSDケアシステムの開発. 認知症ケア研究誌2 : 17-26, 2018.
- 3) 山口晴保：BPSDの定義, その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌2 : 1-16, 2018.

- 4) 久米真代、高山成子、丸橋佐和子：中等度から重度の痴呆患者が入院環境になじんでいくプロセスに関する研究．老年看護学(2) : 124-132, 2005.
- 5) 山口晴保、佐土根朗、松沼記代、他：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント．協同医書出版社, pp139-142, 2005.
- 6) 内田陽子：短期間で改善しやすい認知症ケアのアウトカム評価に影響する因子－看護学生の実習前後の評価分析から－．日本認知症ケア学会誌 10 (1) : 11-19, 2011.
- 7) 大内善隆、石川博康、中村馨、他：軽度認知障害高齢者における手段的日常生活動作の量的および質的制限：最軽度アルツハイマー病を通じての検討．高次脳機能研究 33 (3) : 55-63, 2013.
- 8) 天木伸子、百瀬由美子、松岡広子、他：一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断．日本看護研究学会誌 37 (4) : 63-72, 2014.
- 9) 堀内園子：認知症ケアの専門性：デイケア看護師による認知症高齢者の「鉞脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成．日本看護研究会雑誌 33 (2) : 35-47, 2010.