

令和4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

「BPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」

本研究は、①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで繰り返すチームアプローチ、の3つの要素に準じたケアは、通常のケアに比較して、認知症の行動・心理症状(BPSD)をより軽減させるか明らかにすることを目的としました。そこで、全国の介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護に居住する認知症の人105名(53事業所)を対象にクラスターランダム化比較試験を実施しました(図1)。

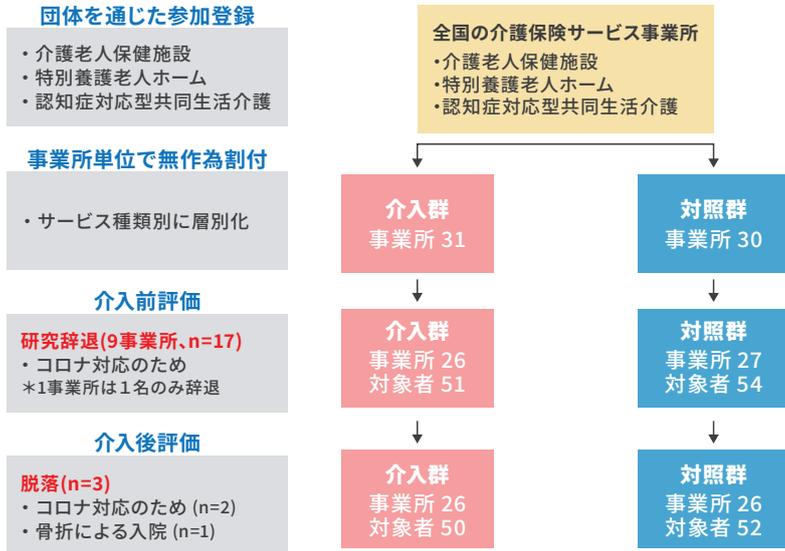


図1 研究のフローチャート

参加者は、1施設当たり2名の認知症の人を介護専門職が選定しました。取り込み基準は、1) 認知症の診断を受けている者(鑑別診断の必要なし)、2) BPSD25Qにて重症度得点が3点以上の項目があり、総得点が10点以上点の者、のすべてを満たす者とししました。除外基準は、1) せん妄の診断・治療のある者、2) 研究開始2週間前に薬の変更があった者、のいずれかに当てはまる者とししました。

介入群は、1) 研修の受講、2) BPSDの客観的評価、3) BPSDの背景要因のアセスメントと分析、4) チーム会議およびケア視点の統一、5) ケア計画の立案およびケアの実施、6) 再評価、の一連のサイクルを繰り返し行うプログラムに則ったケアを実施しました。この一連のプログラムではワークシート(図2)を使用し、本人のその人らしい暮らしをインタビューや観察等で把握、健康状態や薬剤状況、環境などを把握、さらに満たされていないニーズを把握し、BPSDの背景要因を分析しました。これらの結果をもとにニーズに基づいたケア計画を策定しケアを行いました。2から4週間に1度、チームによる話し合いを行い、対象者の状態を確認し、必要に応じてケア計画を修正しました。

対照群は、BPSD評価の後、チームでケア計画に沿ったケアを実施しました。

介入群と対照群はそれぞれ8週間にわたってケアを実施しました。介入前後の認知症の人の状態を比較するためにBPSD25Q(25項目:得点が高いほどBPSDの重症度が高い)とshort QOL-D(9項目:得点が高いほどQOLが高い)を評価しました。BPSD25Qとshort QOL-Dの得点から変化量(介入後と介入前の差)を算出し、両群で比較しました。変化量の比較は、介入前の得点やコロナの感染の有無、職員の役職の影響を取り除いた解析を行いました。なお、介入期間中に脱落のあった者は介入後評価の平均点を代入し、解析しました。

ワークシート		氏名	
年齢	85歳	性別	男性・(女性)
認知症の原因疾患	アルツハイマー型 / レビ-小体型 / 前頭側頭型 / 血管性 / その他 ()	看護師	2名・准看護師 名・介護福祉士 2名
現病歴		介護スタッフ	名・介護支援専門員 1名・相談員 名
		理学療法士	名・作業療法士 名・言語聴覚士 名
		その他	名 ()
1 その人らしい暮らしの把握 ニーズを表すような本人の声 (※チェックリストを用いたインタビュー) No. 仕事はいろいろしてきてます。土方とか、あがんととか、仕事は好きですけど、だいぶですね。 本人のニーズが表れているような普段の言動や行動 お父さんを大声で呼んで探し回らないで「もう知らんよ」と怒る。仕事をお願いすると、うれしそうに「はかよ」と言ってくれる。 「何かすることがないかね」「何かさせてくれねえ」との発言あり。食後の食器を片づけてくれる。(まだ、食べていない方の分も)			
2 BPSDと背景要因の分析 健康状態・身体的ニーズ <input type="checkbox"/> 食事摂取量が不足 <input checked="" type="checkbox"/> 水分摂取量が不足 <input type="checkbox"/> 眠気や疲労 <input checked="" type="checkbox"/> 排便問題 <input type="checkbox"/> 排泄問題 <input type="checkbox"/> 身体の痛み <input type="checkbox"/> 発疹や痒み <input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚の問題 <input type="checkbox"/> 聴覚の問題 <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他の要因(活動・参加・個人要因など) <input type="checkbox"/> 生きがい不足 <input type="checkbox"/> 役割の不足 <input type="checkbox"/> 趣味が不足 <input type="checkbox"/> 好みに合わないこと <input type="checkbox"/> 外出の不足 <input type="checkbox"/> 疎外感がある <input type="checkbox"/> 経済的不安 <input type="checkbox"/> 失敗・無力感がある <input type="checkbox"/> 宗教行事不足 <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬剤情報	着目したBPSD(BPSD評価尺度)		環境
<input type="checkbox"/> ドネペジル(アリセプト®) <input type="checkbox"/> ガランタミン(レミニール®) <input type="checkbox"/> リバスタチン(リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®) <input type="checkbox"/> メマンチン(メマリー®) <input type="checkbox"/> 向精神薬(抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬) <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他 ()	症状 うろろする、不安そうに動き回る。 【徘徊・不穏】 着目したBPSDが出現するタイミング 夕食前後 着目したBPSDの原因 地域や家庭、仕事など、たくさんの役割があった。仕事をやめ、子どもたちも家を出てしまい、役割がなくなった。そのさみしさからの不安と考える。	具体的な言動や行動 「お父さん、お母さん」と大声で叫びながら、あちこち探し歩く。	<input type="checkbox"/> 周囲の音・声が騒がしい <input type="checkbox"/> 周囲におう <input type="checkbox"/> 暑い・寒い <input type="checkbox"/> なじみの場所がない <input type="checkbox"/> コミュニケーションの不具合 <input type="checkbox"/> その他 ()
3 その人らしい暮らしの実現プラン 4週間後にめざす本人の姿 (1と2から考える) 夕方になっても不安にならず、落ち着いて過ごす。 具体的なケア計画 (1つに絞る) 手伝いではなく、「仕事」として時間を決めて作業してもらい「お疲れ様でした」と声掛けをする。 ①家から持ってきてもらったエプロンをする ②昼食後のテーブル拭き ③窓拭き(14:00) ④エプロン・タオルたたみ(15:00) ⑤コップ洗い(16:00)とする。 ケア計画実施に関連して本人ができること 声掛けすると簡単な作業はできる。			

図2 ワークシートとその記載例

介入前の認知症の人および職員の基本情報を図3に示しています。介入期間前の認知症の人の基本情報（年齢や性別、原因疾患など）は両群間で差は認められませんでした。介護者の基本情報では、役職者の割合のみ介入群が対照群に比較し、有意に高い割合でした（ $p=0.034$ ）。8週間の介入期間中には、介入群で1名、対照群で2名の脱落がありました。また、介入期間中に新型コロナウイルスに感染した認知症の人の割合は介入群が14名（27.4%）、対照群が10名（18.5%）で有意差はありませんでした（ $p=0.276$ ）。

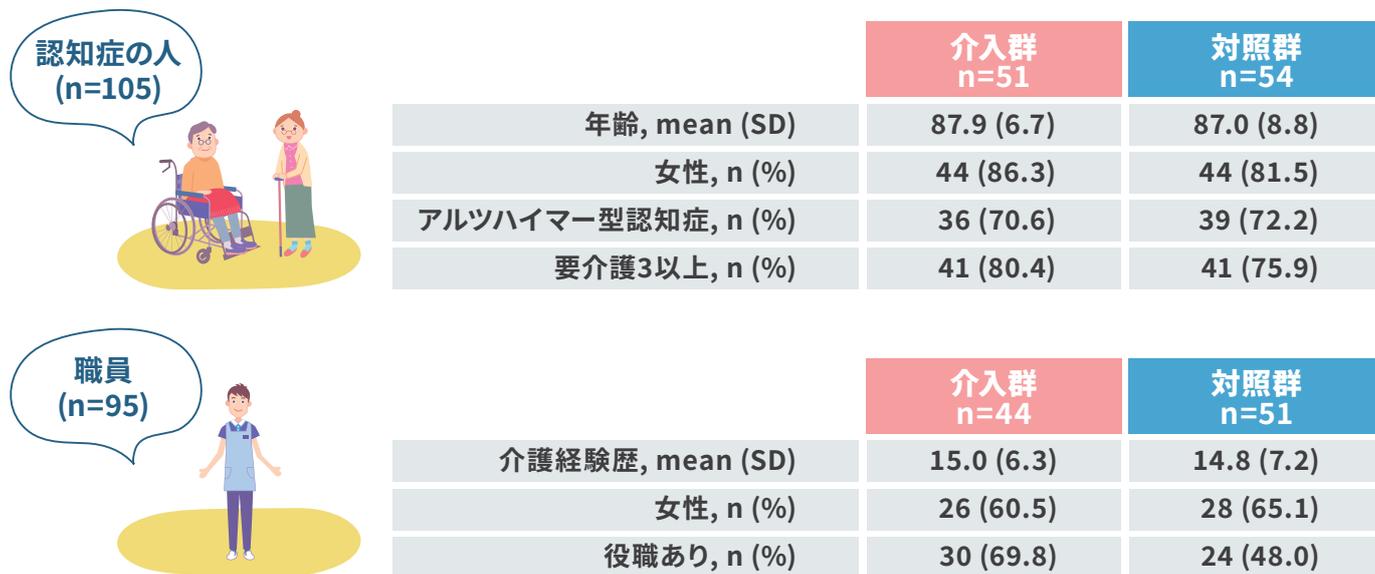


図3 認知症の人および職員の基本情報

解析の結果、介入群は対照群に比較し、BPSD25Qの得点が有意に低く（ $F=5.82$, $p=0.018$ ）、short QOL-Dの得点が有意に高い（ $F=5.52$, $p=0.021$ ）ことが示されました。すなわち、介入群ではBPSDがより軽減し、QOLが向上したという結果でした（図4）。

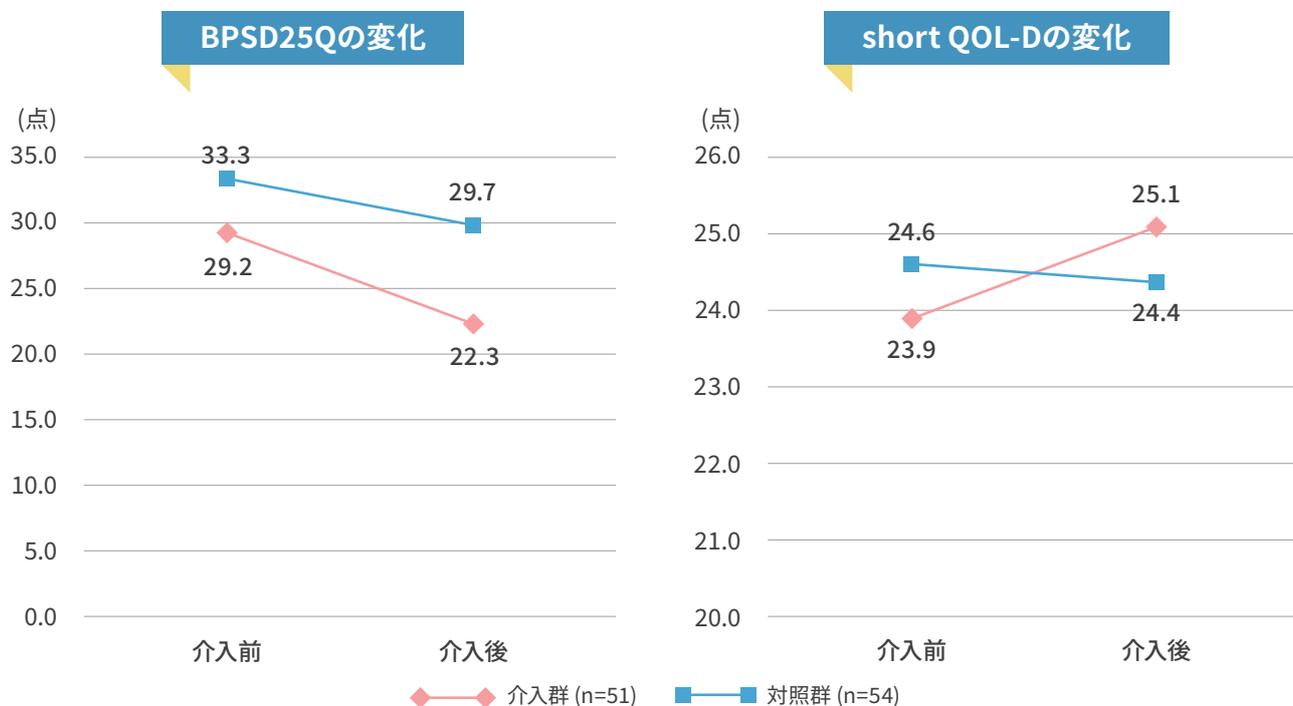


図4 BPSD25Qおよびshort QOL-Dの変化

結論

本研究の結果、①BPSDの客観的評価、②全人的アセスメント、③PDCAサイクルで繰り返すチームアプローチ、の3つの要素に準じたケアは通常のケアに比較し、BPSDを軽減し、QOLを向上させることが明らかとなりました。