

特別養護老人ホームにおける認知症高齢者のBPSD改善に係るケアモデル調査研究

報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホーム（以下、特養）における認知症高齢者の確定診断やケアの実態及びBPSDの状態像の数値化を図るとともに、認知症疾患と環境の両側面を踏まえたケアマネジメントの在り方について提示する。

2. 事業内容

特養における認知症日常生活自立度Ⅰ以上の入所者のBPSDを中心とした実態調査及びモデル施設による個別ケースの診断や薬剤、環境等の状況を踏まえたケアプランの検証

- Ⅰ 特養における実態調査（アンケート調査）
- Ⅱ 認知症BPSDの評価スケールNPI-NHによる実態調査
- Ⅲ 具体的ケースによるケアプラン検証

3. 事業結果

Ⅰ 特養における実態調査から

（1）調査の対象、属性

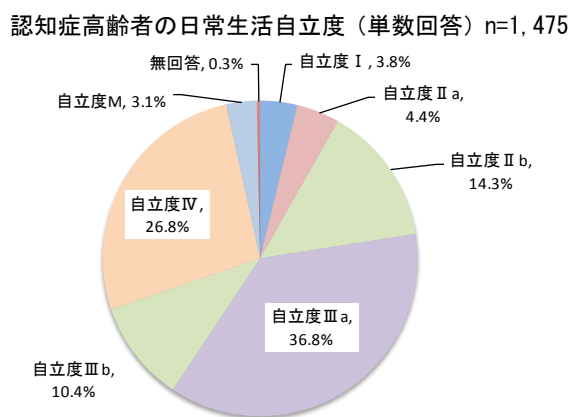
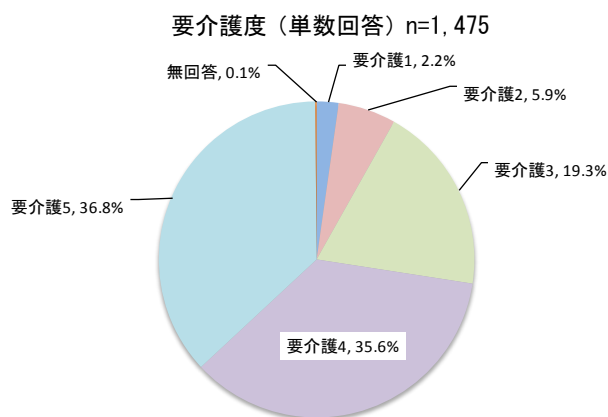
- ①調査対象：対象施設（20か所）に入所する認知症日常生活自立度Ⅰ以上の入所者
- ②回収率：100%（平成25年10月1日現在）、回収サンプル数は1,475
- ③サンプルの概況：平均年齢86.3歳、平均要介護度4.0、男性19.4%・女性80.5%

（2）調査結果の概要

①要介護度及び認知症高齢者の日常生活自立度

要介護度は要介護5が36.8%で最も多く、要介護4以上が72.4%を占めた。

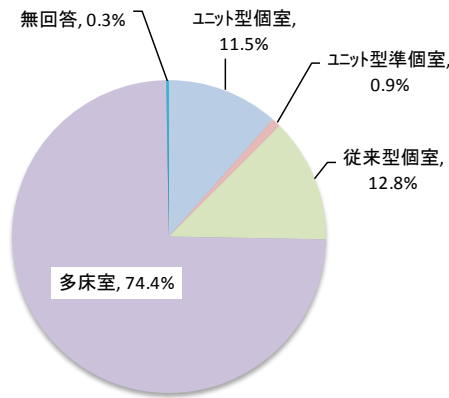
認知症の日常生活自立度では、自立度Ⅲaが36.8%で最も多く、自立度Ⅲa以上では77.1%を占めた。



②入所している居室形態は

多床室 74.4%、ユニット型個室 11.5%、従来型個室 12.8%の割合となっている。

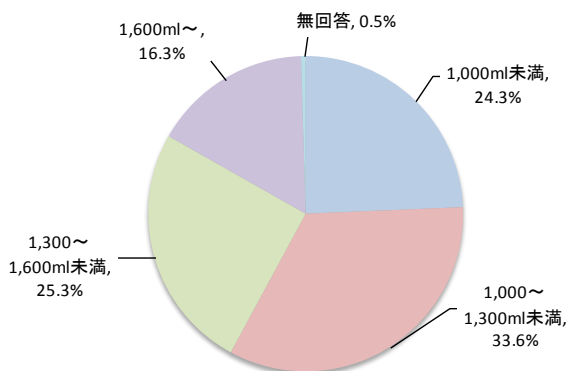
入所している居室形態（単数回答）n=1,475



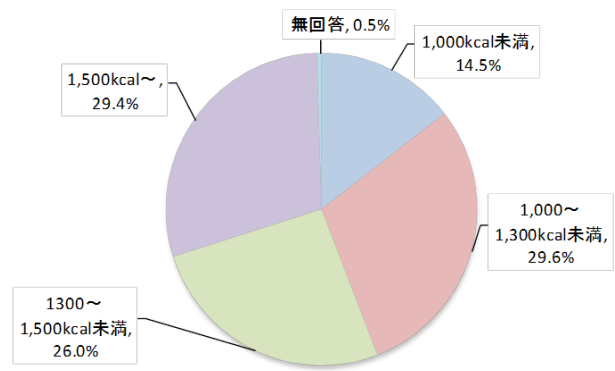
③ 1日あたりの平均水分摂取量及び平均栄養摂取量

1日あたりの平均水分摂取量は1,254.5ml、平均栄養摂取量は1,317.8kcal となっている。

1日あたりの平均水分摂取量（数値回答）n=1,475



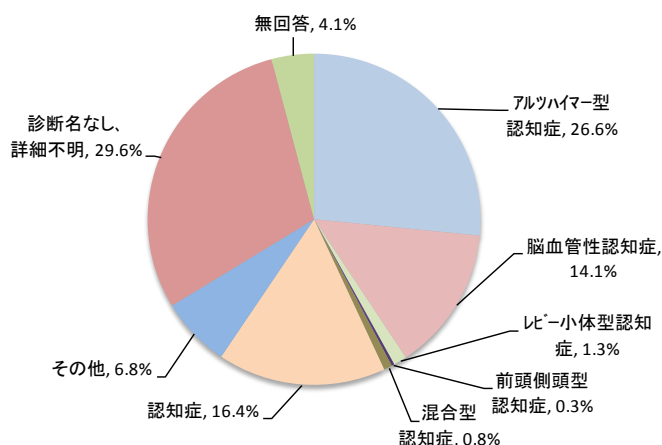
1日あたりの平均栄養摂取量（数値回答）n=1,475



④ 認知症の診断名

認知症の診断名をみると、「アルツハイマー型認知症」が26.6%、「脳血管性認知症」が14.1%を占めている。原因疾患が特定されている人は合わせて43.1%となっている一方、原因疾患が特定されない「認知症」は16.4%、「その他」は6.8%、「診断名なし、詳細不明」は29.6%となっている。

認知症の診断名（単数回答）n=1,475



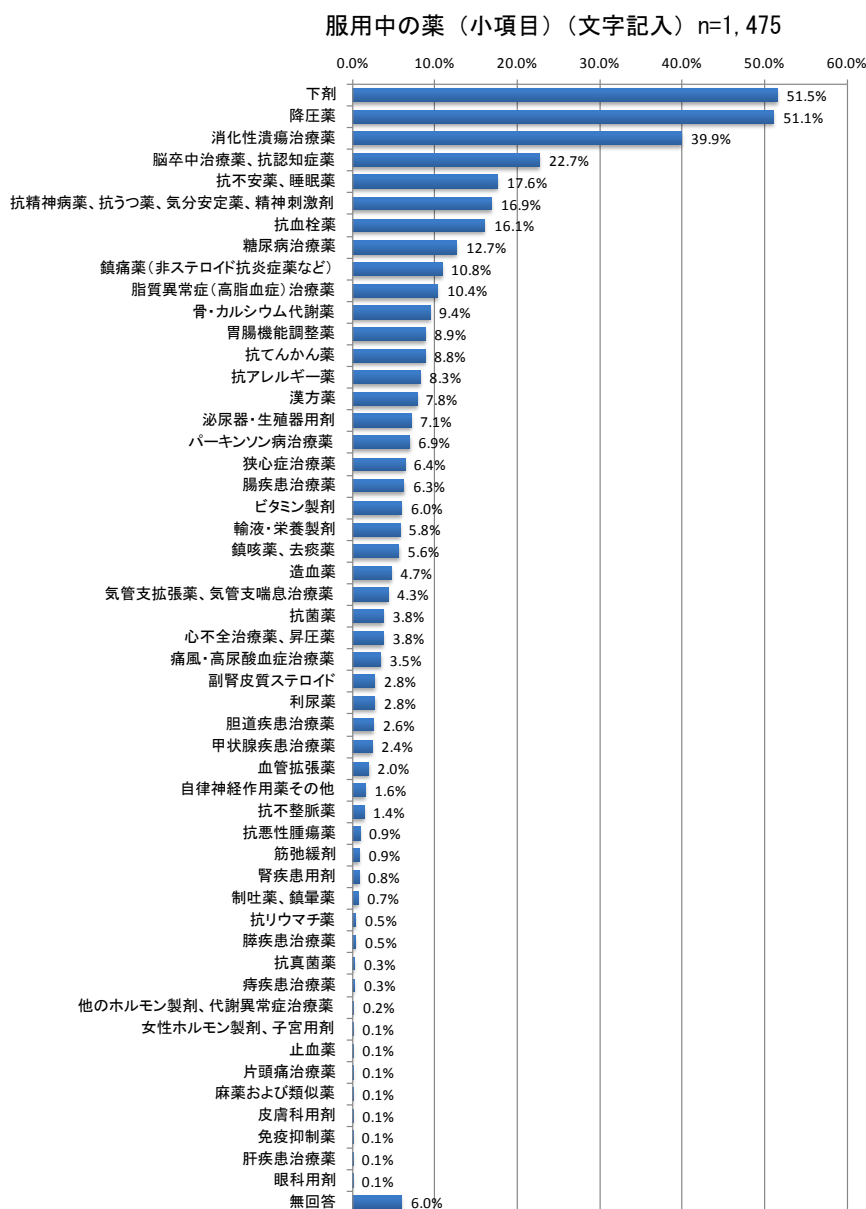
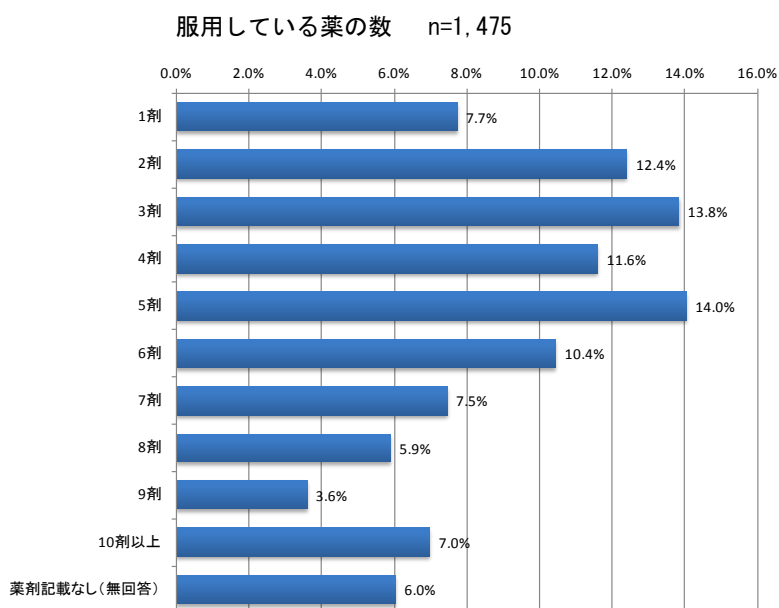
※「その他」及び「診断名なし、詳細不明」と回答があったものについて、「その他」の自由記入欄の記載内容、「Q12.入所時点で把握した病気」「Q13.入所後に発症した病気」の記載内容より、認知症と判断されるものがあつた場合について、該当する選択肢に割り付けしなおして集計している。

特に、原因疾患のない認知症の記載が多く、集計の際には「認知症」という選択を立てて割り付けている。

※前記の振り分けを経て「その他」（6.8%）とされた中には、水頭症、うつ病や統合失調症などの精神疾患、知的障害の記述が含まれている。

⑤服用している薬の数

現在、服用中の薬があるかをみると 94.0%が服薬中であり、平均服薬数は 4.9 種類となっている。10 剤以上服薬している人も 7.0%みられる。



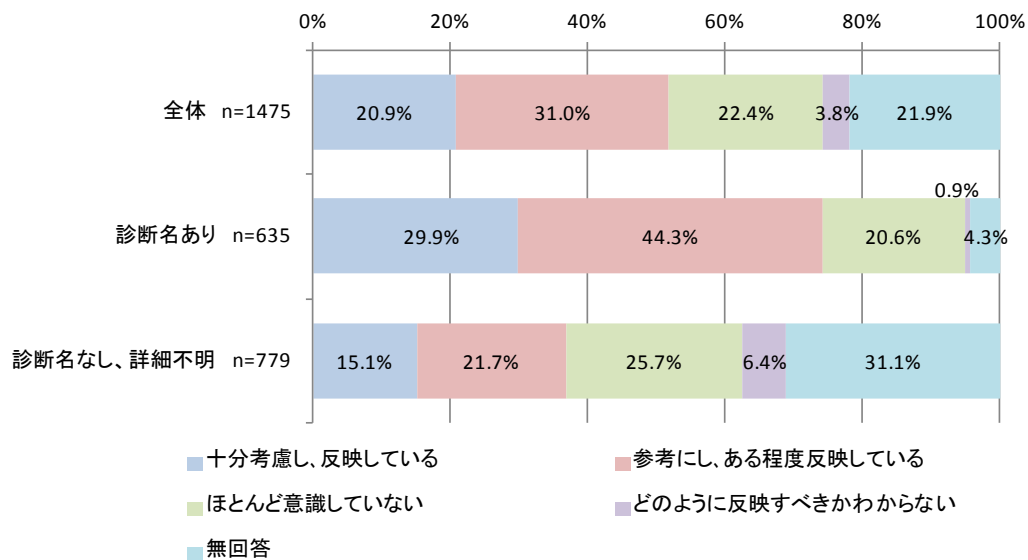
※薬の種類の分類：調査票回答を「今日の治療薬 2013」(南江堂)を参考に分類した。複数の用途があるものは、同書で主要頁とされている項目を参考に分類を行った。

⑥ 認知症の診断名に基づく症状の特徴のケアプランへの反映状況

認知症の診断名がある人について、診断名に基づく症状の特徴を踏まえたケアプランへの反映状況をみると、「十分考慮し、反映している」が29.9%、「参考にし、ある程度反映している」が44.3%を占めており、合わせて74.2%が反映していると回答している。

一方、「診断名なし、詳細不明」の人の反映割合は合わせて36.8%にとどまっている。

認知症の診断名に基づく症状の特徴のケアプランへの反映状況



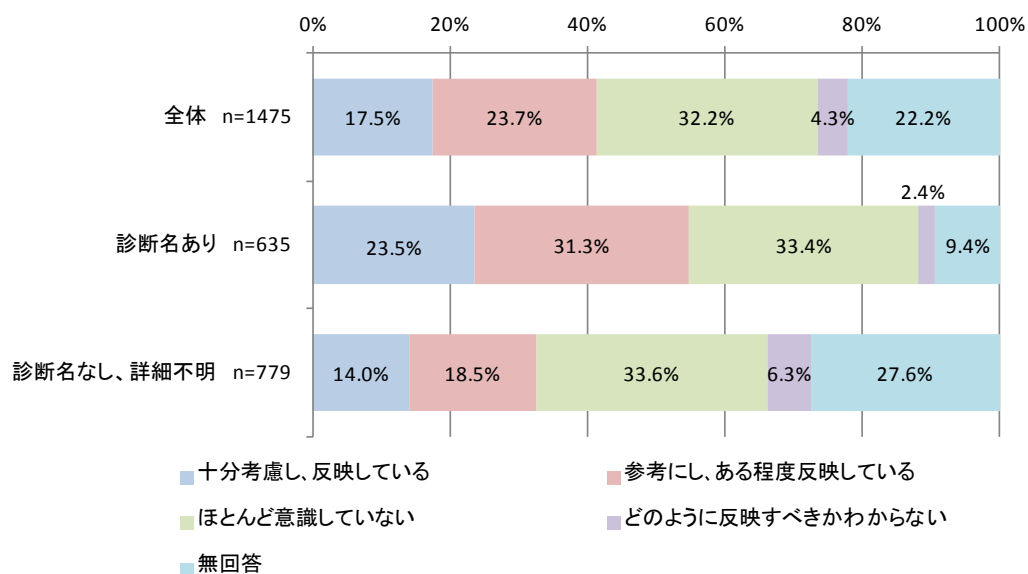
p=0.000

⑦ 服用している薬の投与方法、効果のケアプランへの反映状況

認知症の診断名がある人について、服用している薬の投与方法、効果を踏まえたケアプランへの反映状況をみると、「十分考慮し、反映している」が23.5%、「参考にし、ある程度反映している」が31.3%を占めており、合わせて54.8%が反映していると回答している。

一方で認知症の診断名がない場合、反映割合は合わせて32.5%となっている。

服用している薬の投与方法、効果のケアプランへの反映状況



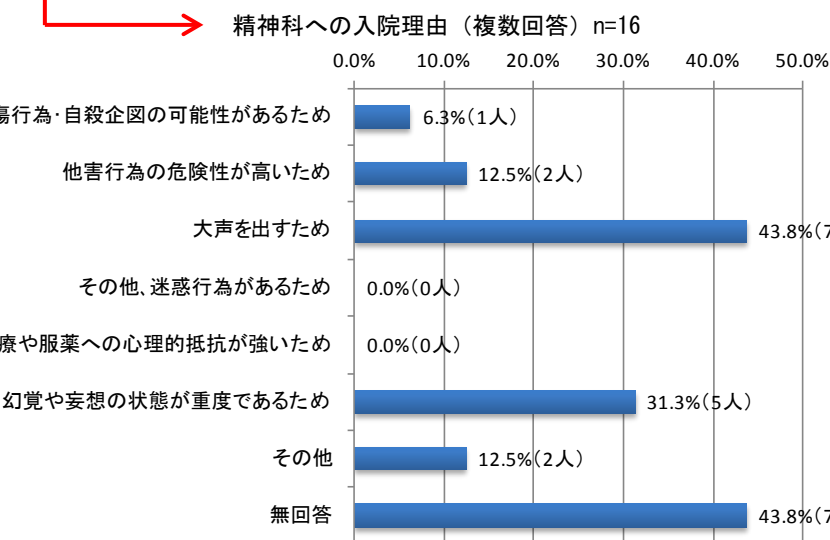
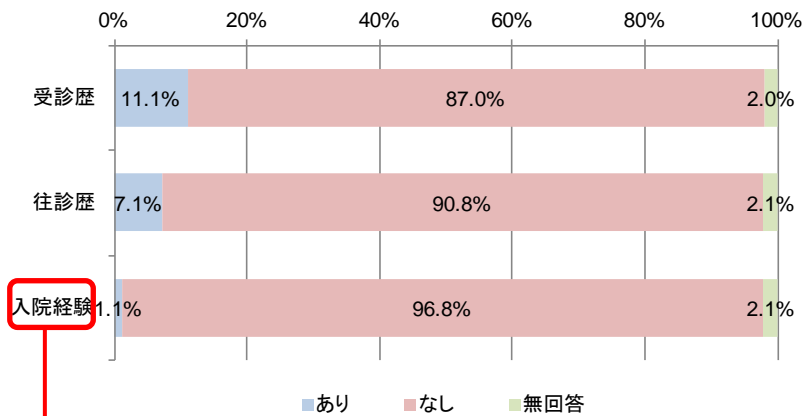
p=0.000

⑧入所後の精神科の受診歴、往診歴、入院経験

入所後に精神科の受診歴がある人は11.1%、往診歴は7.1%、入院経験は1.1%となっている。

精神科に入院したことがある16人について、その理由をみると、「大声を出すため」が43.8%（7人）、「幻覚や妄想の状態が重度であるため」が31.3%（5人）の順となっている。

入所後の精神科の受診歴、往診歴、入院経験（単数回答）n=1,475



考察

- 本調査研究事業では、実態調査について平成22年度に実施した「特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究事業」の調査項目を定期的にフォローしている。
- 比較すると、服用している薬について下剤や降圧剤、抗精神病薬・抗うつ剤・気分安定剤・精神刺激剤等の服用率が15~20ポイント減少していたことから、適切な薬の処方、服薬管理が進んでいることが明らかになった。
- 認知症の鑑別診断実施とシームレスな医療情報の伝達及びケアへの反映は、今後も継続した課題として残るところであるが、診断がある場合は原因疾患の特徴をケアプランに反映している割合が74.2%であるのに対し、診断がない場合は36.8%にとどまっていることから、鑑別診断と医療情報の有効性は明確である。
- 一方、調査対象者1,475名のうち、入所後に精神科への入院歴のある入所者は16名のみであったことから、特養内でのBPSD増悪時の対応が安定していることがうかがえる。

II 認知症BPSDの評価スケールNPI-NHによる実態調査から

(1) 調査の対象、属性は、「I 特養における実態調査」と同じ。(概況は略す。)

(2) 調査方法及び調査結果の概要

①NPI-NHについて

NPI (Neuropsychiatric Inventory) は1994年にCummingsらによって開発された客観的なBPSD評価尺度であり、日本を含めた世界各国で翻訳使用されている。

本事業で使用したNPI-NH (NPI-Nursing Home Version) はWoodらによって作成された施設入所者を対象としたNPIバージョンである。日本語版は2008年に繁信らによって作成され、高い信頼性と妥当性を有していることが確認されている。

※企業治験または企業主導市販後臨床研究などにNPIを使用する場合には、著作権保有者であるJeffery L. Cummingsからの許諾が必要

②調査手法

調査実施にあたり、下記のBPSDの12項目別に調査票を作成し、評価に必要な知識と手順等について一定時間のレクチャーを受けたケアマネジャーが記入、もしくはケアマネジャーが介護職員等と複数で協議して記入する方式とした。

<BPSD 12項目>

A 妄想	G 無為・無関心
B 幻覚	H 脱抑制
C 興奮	I 易刺激性・不安定性
D うつ・不快	J 異常行動
E 不安	K 睡眠
F 多幸	L 食欲あるいは食行動異常

a) 『主質問』

A～LのBPSD 12項目について、「該当する」「該当しない」のいずれかを選択する。アセスメントが不可能と判断した場合は「NA (ノーアセスメント)」を選択する。なお、「該当しない」「NA」を選択した場合は『下位質問』は評価せず、次のBPSDの主質問へ進む。

b) 『下位質問』

a) の主質問が「該当する」の場合、『下位質問』に進み、具体的な行動や状態のうち該当する項目を全て選択する。

c) 『頻度』『重症度』『負担度』

b) の『下位質問』で選択した項目の中で最も問題と考えられる症状について『頻度』『重症度』『負担度』を評価する。

※『負担度』は、その行動が原因でどの程度の仕事や努力、時間あるいは困難が介護者に生じているかで判断する。

・各項目の得点は『頻度』と『重症度』の積で表す。

『頻度』のスコア(1～4点)及び『重症度』のスコア(1～3点)を、『頻度』×『重症度』=各BPSDスコア(1～12点)として算出する。

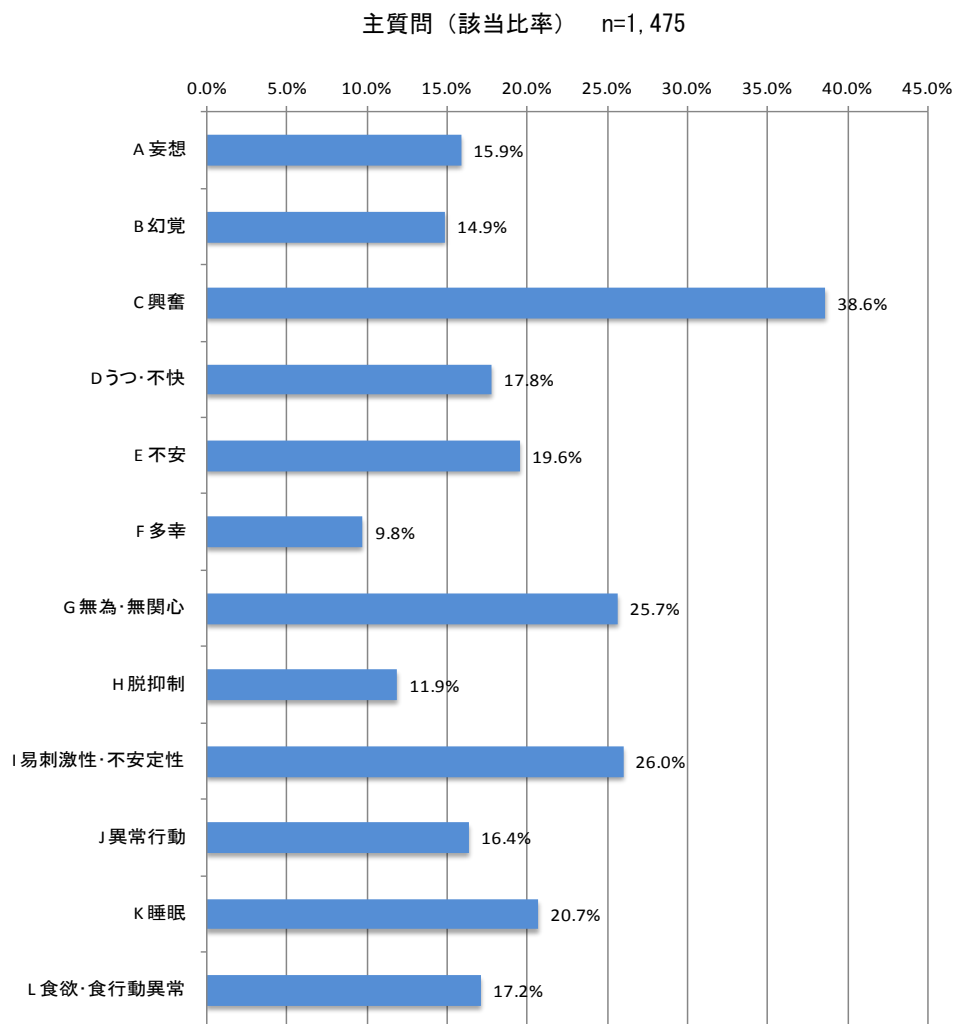
※主質問で「該当しない」「NA (ノーアセスメント)」の場合は0点となる。

・A～Lの各BPSDスコアの総合計(0～144点)が評価対象者のBPSDを表す数値となり、数値が大きいくほどBPSDが強いと判断される。

『負担度』のスコア(0～5点)は単独で合計する(0～60点)。

③概要（NPI-NH結果集計）

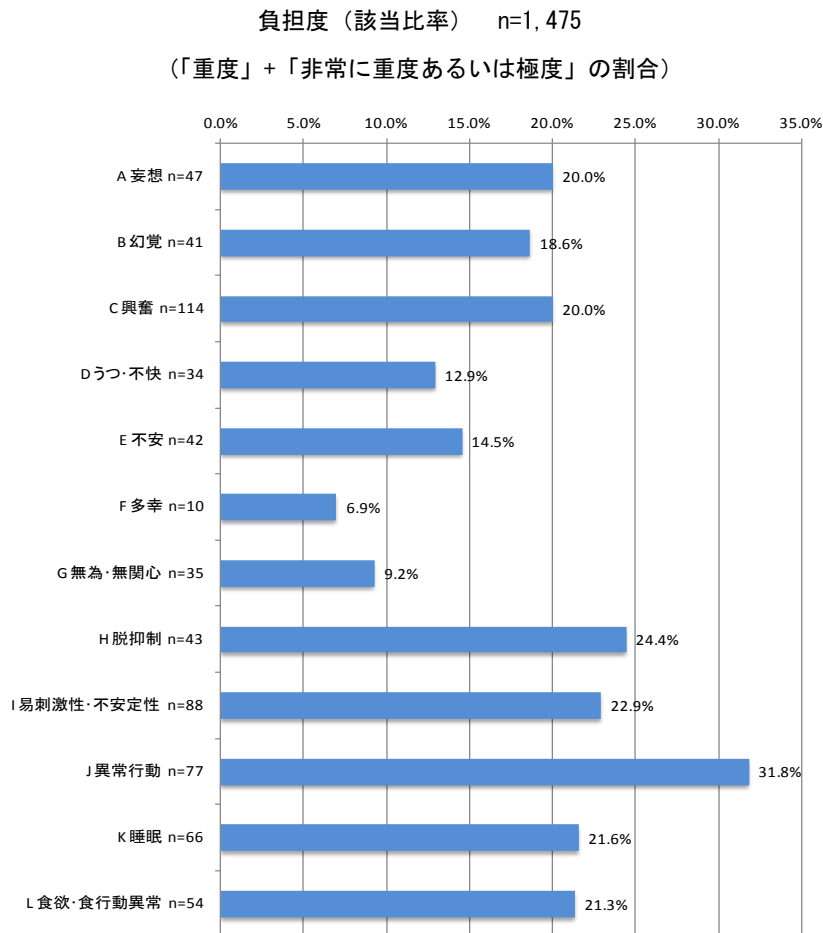
NPI-NHの12のBPSD評価項目について、「該当する」と回答した比率をみると、「C. 興奮」が38.6%でもっとも割合が高く、次いで「I. 易刺激性・不安定性」が26.0%、「G. 無為・無関心」が25.7%となっており、それぞれ、全体の4分の1以上が該当している。



各BPSD項目の具体的症状 参考：熊本大学医学部神経精神科 認知症・高次脳機能障害研究グループ 提供資料から抜粋

A 妄想	もの盗られ妄想、被害妄想、誤認妄想、嫉妬妄想 等
B 幻覚	せん妄、幻聴、幻視、幻味、幻臭、幻触、体感幻覚 等
C 興奮	介護抵抗、暴言、暴力、不穏 等
D うつ・不快	泣く、落ち込み、卑下、絶望・苦痛、自責、憂慮、希死念慮 等
E 不安	約束や家族への心配、ふるえや緊張、理由のない息苦しさ・あえぎ、動悸 等
F 多幸	異常な上機嫌、不適切な場面で笑う、
G 無為・無関心	自発性・発動性の欠如、情動の平板化、持続性の欠如、社会性の減退、無関心・無頓着 等
H 脱抑制	万引き、放尿、暴言・暴力、危険な自動車運転、性的逸脱行動 等
I 易刺激性・不安定性	イライラ、不機嫌、怒りっぽい 等
J 異常行動	徘徊、常同行動、反復運動 等
K 睡眠	寝つきの障害、夜間に起きる、夜間の徘徊や不適切な行動 等
L 食欲・食行動異常	食欲不振、過剰な食欲、体重の増減、一度に過量を口に入れる、嗜好の偏り 等

NPI-NHの12のBPSD評価項目に該当する人に対する職員の負担度について、「重度」「非常に重度あるいは極度」を合わせた比率をみると、「J. 異常行動」が31.8%で3割を超えており、負担度が高くなっている。一方、「F. 多幸」は6.9%、「G. 無為・無関心」は9.2%で1割に満たない。他は1割強から2割程度の割合となっている。



④概要（NPI-NH結果と特養における実態調査項目とのクロス集計）

クロス集計では、NPI-NHの各主質問の回答を【調査票B：入所者の診断とケアプラン】（※入所者票）の項目別に集計を行った。

クロス集計に用いた項目は、認知症の発症及び重度化には、脳の血管障害や変性性疾患等の原因疾患のみならず生活上の要因（身体的、心理的、社会的要因等）も大きく影響していることから、BPSDの出現や増悪についても基本属性やハード・ソフト両側面の環境の違いによる傾向や特徴を抽出することを目的に、「要介護度」「認知症高齢者の日常生活自立度」「認知症の診断名」「入所している居室形態」「入所年数別」「認知症専門外来の受診歴」の6項目とした。

また本結果について、現行の要介護認定に係る認定審査時の判定基準及び特別養護老人ホームの入所要件並びに有効とされるサービスへの報酬評価等、介護保険制度上の認知症に対する支援のあり方の見直しに向けたエビデンスとしても活用を期待する。

a) 要介護度の重症度とBPSDの重症度との間に必ずしも関連性は見られない。

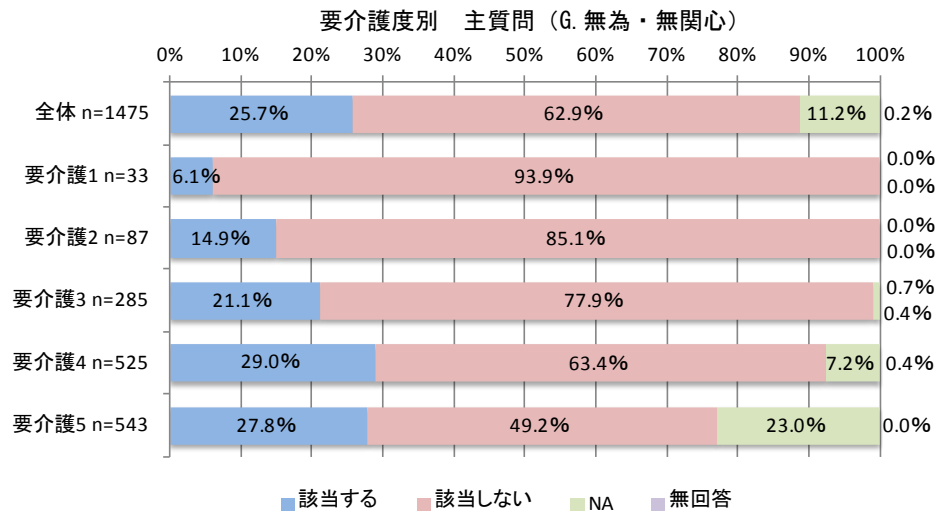
- 要介護度とBPSDの相関性については、軽度から中度の要介護度において複数の行動症状・心理症状が強く表れていることが明確になった。
- 重度の要介護度では「G. 無為・無関心」が多く該当するが、身体機能の低下や障害及

び意思疎通の困難による「NA（ノーアセスメント）」の割合が高いことが影響していると考えられる。

- 「B. 幻覚」「C. 興奮」「D. うつ・不快」「H. 脱抑制」「J. 異常行動」「K. 睡眠」「L. 食欲あるいは食行動異常」等のBPSDは要介護3から要介護4にピークがあり、中・重度の要介護度には複数のBPSDが重複して現れていることがうかがえる。
- 一方で、「E. 不安」は要介護1に最も多く、「A. 妄想」「I. 易刺激性・不安定性」では要介護2に多く見られ、必ずしも要介護度とはリンクしない。
- 軽度要介護の認知症高齢者であっても、BPSDの実態及び特徴・特性を踏まえ、個々の状態像に応じた医療・介護の適切なケアパスを構築すべきと考えられる。

【抜粋】 G. 無為・無関心

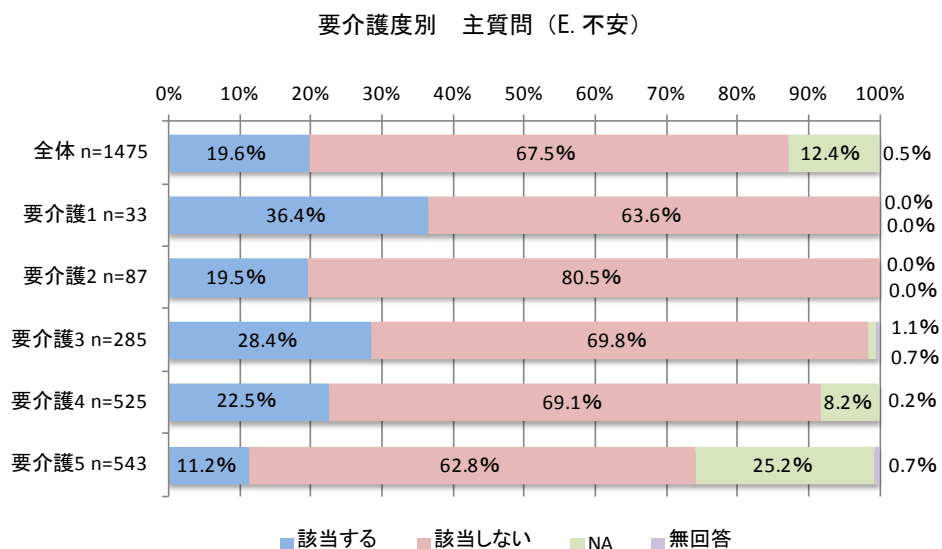
概ね要介護度の高い方が割合が高くなっている。周囲へ関心や注意を示さず、活動性の低下等が該当し、重度の要介護では約3割にみられている。口頭のアプローチは効果がなく、少量頻回の活動増加の環境整備が有効である。



p=0.000

E. 不安

繰り返し同じことを尋ねたり、身体不調を執拗に訴える等が該当し、妄想等の精神症状は不安をベースに増悪することがある。「不安」症状については、要介護1が36.4%と最も高く、次に要介護度3の28.4%がくる等、概ね要介護度が低い方に割合が高くなっている。



p=0.000

b) 居室形態別症状からは、「ユニット型個室＝なじみの関係⇒認知症ケアに有効」との結果は立証できない。

➤ユニット型施設は平成14年度から導入され、高齢者のプライバシーや尊厳の保持に配慮するとして整備が推し進められており、少人数の介護単位による馴染みの関係構築及び個別ケアの実践によって、認知症ケアに非常に有効な手法とされている。

➤本事業の分析結果からは、入所する居室形態による顕著なBPSDの出現率に大きな差異は見受けられないが、「A. 妄想」「B. 幻覚」「D. うつ・不快」「E. 不安」「G. 無為・無関心」「H. 脱抑制」「I. 易刺激性・不安定性」「J. 異常行動」「K. 睡眠」においては若干ではあるが、ユニット型に多く見られることが明らかになった。

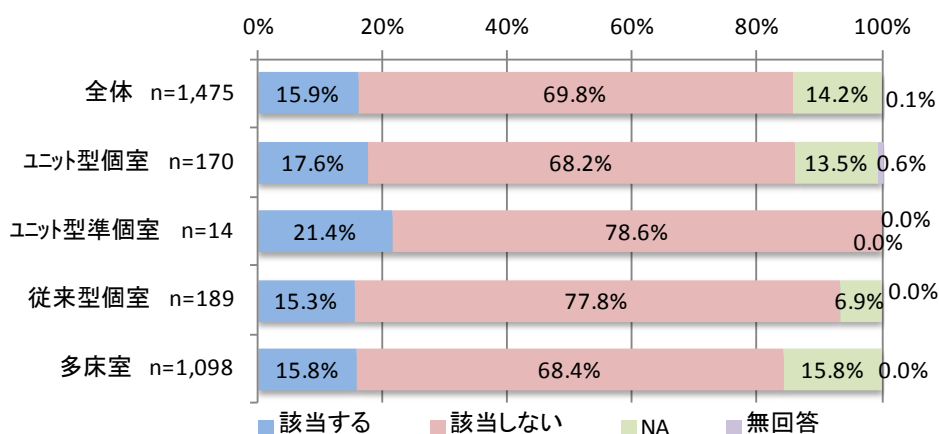
※BPSDのデータは認知症のBPSD評価尺度「NPI-NH」の調査項目に基づいており、今回の調査対象者1,475名分の入所している居室形態とクロス集計したもの。図表はA、Bを抜粋。

➤居室形態について利用者負担の在り方の議論とハード面を重視した整備目標が先行しているが、ユニット型個室と有効な認知症ケアの関連性については、今回の結果をみても十分な有意性を立証できず、さらなる実践的研究が求められるところである。

【抜粋】 A. 妄想

ユニット型個室が17.6%と、若干割合が高いが、居室形態による大きな差異は見られない。

入所している居室形態別 主質問 (A. 妄想)

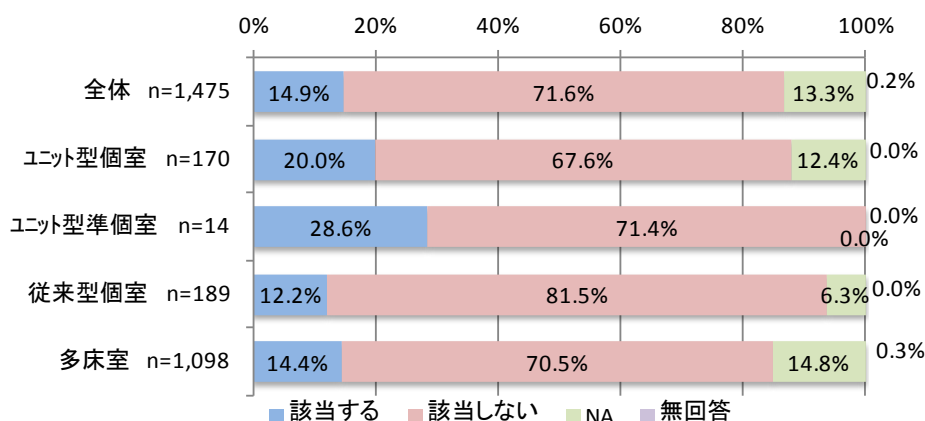


p=0.029

B. 幻覚

ユニット型個室が20.0%と、高くなっている。

入所している居室形態別 主質問 (B. 幻覚)



p=0.003

Ⅲ モデル検証事業から

モデル検証事業は、3か所の特養において、BPSDの顕著な入所者をそれぞれ10名程度ずつ抽出し、施設ごとに計3回のモデル検証会議を通して、認知症専門医師及びケアマネジメントの有識者を交え、多職種によるカンファレンスを開催した。

認知症の鑑別診断を含む原因疾患の再確認、身体疾患の把握と薬剤の服用状況の見直し等医療的な情報と、居室形態、日課や他の利用者とのコミュニケーション、職員との関わり等環境的な情報の整理によってケアプランの見直しを行った。

モデルケースの取り組み前と取り組み後の評価及び成果については、経過を追ったケアプランへの注釈と変更点の根拠の記載、及び認知症BPSD評価尺度NPI-NHを用いたスコアによる比較によって取りまとめた。

また、事例ごとにモデル検証施設職員による本事業の成果と課題を「施設としての気づき、今後の取り組みへの活用」として掲載した。

(1) 調査の対象、属性

- ①実施施設：3施設
- ②対象ケース：30ケース（男性5名、女性25名）

(2) 調査結果の概要

- ①調査実施期間：約4か月
- ②概要

a) モデル検証施設での準備

対象者のフェイスシート、直近のアセスメント及びケアプラン他ケア記録一式、脳のCT画像等

b) モデル検証会議

- 第1回：モデル検証対象事例の鑑別診断及びケアプラン検証
- 第2回：モデル検証対象事例の経過報告及びケアプラン検証
- 第3回：モデル検証対象事例の経過報告及びケアプラン検証とりまとめ

c) まとめ

各モデル検証施設の対象ケースのうち、5例を抽出してケアプランの見直しの経過と成果について報告書に掲載

③モデルケアプラン作成対象者一覧

No	イニシャル	年齢	性別	要介護度	認知症の診断名
事例1	K.Y	96歳	女性	要介護3	アルツハイマー型認知症及び脳血管性認知症
事例2	Y.S	93歳	女性	要介護4	脳血管性認知症
事例3	Y.H	83歳	女性	要介護3	レビー小体型認知症の疑い
事例4	A.S	88歳	女性	要介護4	脳血管性認知症並びに肝性脳症による認知症
事例5	H.I	96歳	女性	要介護2	アルツハイマー型認知症

④事例 1

K. Yさん

96歳

女性

要介護3

平成18年入所

アルツハイマー型認知症及び脳血管性認知症

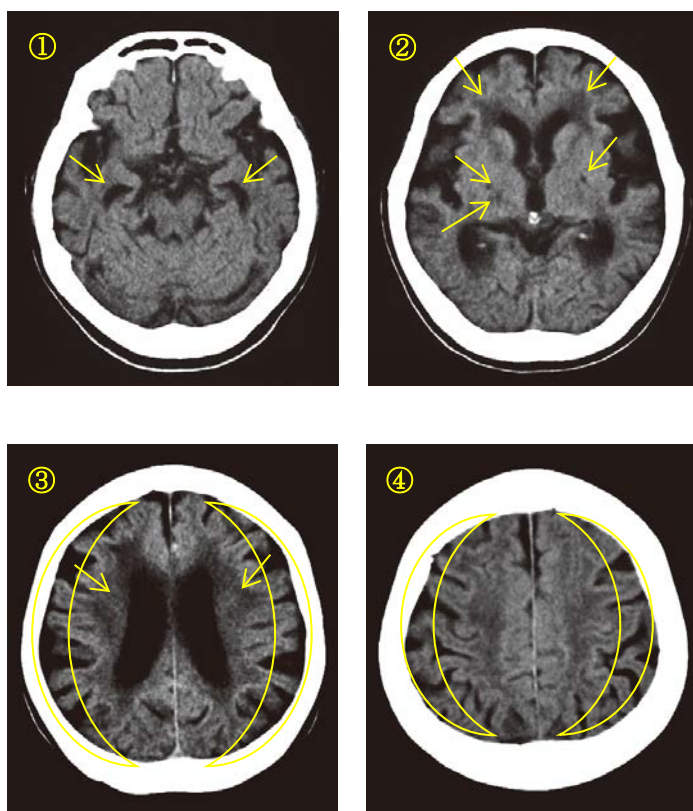
認知症生活自立度Ⅲ a

当初、物盗られ妄想が主たるBPSDだったが、帯状疱疹後の尿閉、食欲不振等身体不調によってフォーレの抜去や不潔行為並びに強い心理症状が現れていたケース。

身体不調の改善に伴い、医療的側面のニーズ重視のケアプランから生活支援を重視したケアプランに順次移行し、総合的なBPSDの軽減に至った。

服薬状況（モデル検証事業開始時から終了時まで変化なし）

服薬状況			
現在服薬中の薬	薬剂量	飲み方	
アムロジンOD錠	5mg	朝	食後
プロプレス錠8	8mg	朝	食後
プロテカジン錠5	10mg	朝・夜	食後
アスパラK散50%	1.8g	朝・昼・夜	食後
つくしA・配合酸	2g	朝・昼・夜	食後
ムコスタ顆粒20%	3g	朝・昼・夜	食後



認知症専門医師の所見

側脳室下角の開大が目立つほか（①）、大脳皮質のびまん性の萎縮がみられ（③、④）、老年期アルツハイマー型認知症の所見である。

また、両側基底核にはラクナ梗塞などの多発性脳梗塞が（②）、側脳室周囲には虚血性変化を示唆する低吸収域が両側脳室前角を中心に広がっており（②、③矢印）、脳血管障害を伴っている。

近時記憶障害のほか、意欲低下や易刺激性などの症状を伴いやすい。

モデルケースのカンファレンスの流れ

	心身の疾患の課題	認知症BPSDの課題	生活・環境面の課題
第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・大動脈瘤 ・緑内障による左目の視力低下 帯状疱疹 尿閉 →フォーレ挿入 	<ul style="list-style-type: none"> ・もの盗られ妄想 ・フォーレ抜去、不潔行為 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の偏り ・家族との不和 ・妄想への対策として他人との接触が少ない居室に入所
第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・大動脈瘤 ・緑内障による左目の視力低下 尿閉 →フォーレ挿入 	<ul style="list-style-type: none"> ・もの盗られ妄想 ・フォーレ抜去、不潔行為 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上の楽しみや本人の趣味に応じた、より具体的かつ達成可能な援助内容へ ・家族や職員との関わり方の見直し
第3回	<ul style="list-style-type: none"> ・大動脈瘤 ・緑内障による左目の視力低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・もの盗られ妄想 	<ul style="list-style-type: none"> ・体調の回復から活動量が上がり、職員対応を待つのが苦痛 ・家族との関係再構築の継続 ・自発的かつ能動的な生活の支援

	カンファレンス検討内容
第1回	<ul style="list-style-type: none"> ☞急激な体調不良による医療対応・ケアの優先順位変動に伴い、ケアプランの課題（ニーズ）を整理 ☞アルツハイマー型認知症のほか脳血管障害による病変が認められるが、大脳皮質等が保たれていることからごまかしやその場しのぎの嘘は不適切との指摘 ☞フォーレ抜去や不潔行為については、違和感や不快感から起こる反応であり、使用しているタイプ変更やチューブの処置の工夫を検討
第2回	<ul style="list-style-type: none"> ☞居室を2人部屋から4人部屋に変更し、職員のステーション近くになったことから、人との関わりや見守りが濃密になったこと、体調不良に伴って家族が頻繁に関わったことにより、もの盗られ妄想や興奮が減少したため、さらに生活面の支援を重点化するように検討 ☞フォーレによる違和感や不快感を改善するため、自然排尿に戻すトレーニングについて検討 ☞食事の偏りが改善されたため、食のQOL向上に向けた課題（ニーズ）へステップアップ
第3回	<ul style="list-style-type: none"> ☞自然排尿に移行したため、慢性疾患に配慮しつつ、身体不調からの回復に伴う機能と活動性向上の課題（ニーズ）へ変更 ☞他者との交流が多い方が、もの盗られ妄想や不穏を軽減可能であることが分かったため、居室を4人部屋とし、積極的な関わりを持つようにケアを統一 ☞リスク管理主体から本人の快適性や要望、意思を尊重するケアプランへ変更

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
1 大動脈瘤が破裂する恐れがあるが、今のままの生活を維持したい	今の生活の維持	H26.2.10 ～ H27.1.31	今の生活の維持	H26.2.10 ～ H26.7.31	①状態の観察(血圧の上昇・意識レベル等)を行ない、変化を見逃さないように努める。 ②職員と関わりを多くもっていただき、支助していただくように対応する。 ③家族の意向と主治医の指示に沿って対応する。	家族 主治医 介護職員 看護職員 他職員	毎日	H26.2.10 ～ H26.7.31
2 充実した時間を過ごし、生活に張りを持ちたい(物がなくなったとの訴えが頻繁にある)	生活に張りを持ち、精神的安定を図る	H26.2.10 ～ H27.1.31	一人の時間をなくし、充実した時間を過ごす	H26.2.10 ～ H26.7.31	①お茶会や活動参加の機会を増やし、他人所者や職員と大いにコミュニケーションがとれるように配慮や支助できる環境づくりを行なう。 ②おしほりたたみやゆり籠等を行なえる環境を提供する。 ③プランター等で花や野菜を栽培し、つくる楽しみやできた時の喜びを味わっていただく。 ④外出等の機会を設ける。	介護職員 機能訓練指導員	毎日 随時	H26.2.10 ～ H26.7.31
	精神的安定を図る	H26.2.10 ～ H26.7.31		H26.2.10 ～ H26.7.31	①物がなくなったと訴える時は積極的に努め、本人が納得できるように対応する。 ②待たせしめと興奮することがあるので、本人からの要求等にはできるだけ早く対応する。 ③水分量を多くし、覚醒状態をよくする。	介護職員 他職員	随時	H26.2.10 ～ H26.7.31
3 おいしいものを食べて、今の健康状態を維持し、元気に生活したい	美味しく食べて元気を維持する	H26.2.10 ～ H27.1.31	好きな物を食べて満足する	H26.2.10 ～ H26.7.31	①美味しく召し上がるものはお代わりを提供する。 ②移動販売などで自分の好きなものを買って食べていただけるように配慮する。	介護職員 栄養職員 他職員	随時	H26.2.10 ～ H26.7.31
4 緑内障と視力低下により左目が見えていない。歩行・生活に不安があるが、安全に安心して過ごしたい	安全に安心して暮す	H26.2.10 ～ H27.1.31	危険がなく、安心して移動できる	H26.2.10 ～ H26.7.31	①歩行器等で歩行している時は見守る。 ②毎日、確実に点眼する。 ③定期的に往診をしてもらい、眼の状態をみてもらう。	介護職員 機能訓練指導員	毎日	H26.2.10 ～ H26.7.31
	安心して生活できる	H26.2.10 ～ H26.7.31		H26.2.10 ～ H26.7.31	今、困っていることがないか、安心感を持ってもらえるように会話をする。			H26.2.10 ～ H26.7.31

変更
「穏やかに過ごしたい」
→「今のままの生活を維持したい」
(長期・短期目標も同様)
⇒表現を具体的に変更

追加
「今の健康状態を維持し」
⇒食事摂取できるように
なり、健康状態が改善したため

追加
⇒「待たせしめと興奮→早く対応する」
パルソン挿入中は興奮と一緒に行動していたが、取れてからは身軽になり、待つことが苦痛になった

追加
①の「杖」を削除
「歩行器や杖で」
⇒「歩行器で」
歩行器使用のみにした

項目削除
「尿漏への対策」
「口腔内の清潔」
日常的に定着して行っているため
(実施のプランに入っている)
「リハビリ実施して～」
リハビリに関しては、別紙でお出しているため

追加
⇒「いま困っていることがないか」
本人の要望を会話の中から察すること
ができるように会話の機会をもつ

見直しのポイント【生活全般の解決すべき課題(ニーズ)】

- ①抽象的な表現の見直しを行い、「維持」の内容を明確化
- ②身体的不調等の緊急性が高いニーズについて、改善したため削除、また別途個別計画書がある項目についても削除

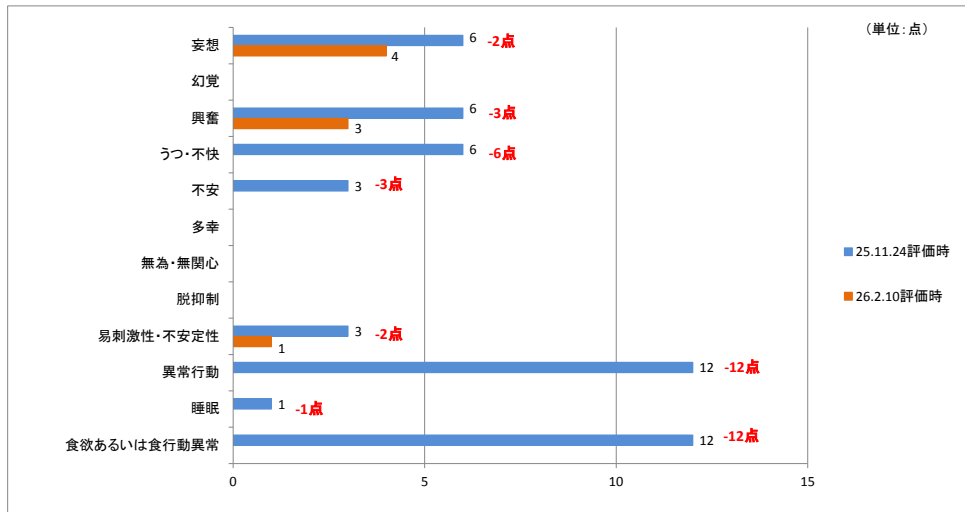
見直しのポイント【援助内容】

- ①トラブルや問題を防ぐリスク回避の視点から、本人の要望や意思を尊重した視点に切り替えた援助内容に改善
- ②積極的な人との関わりを促し、本人が主体的に活動できる場面を提供する内容を追加

モデル検証事業開始時から終了時におけるNP I-NH評価「BPSDスコア」及び「負担度」の変化
 ※グラフの ■ はモデル検証事業開始時のスコア、■ は終了時のスコア

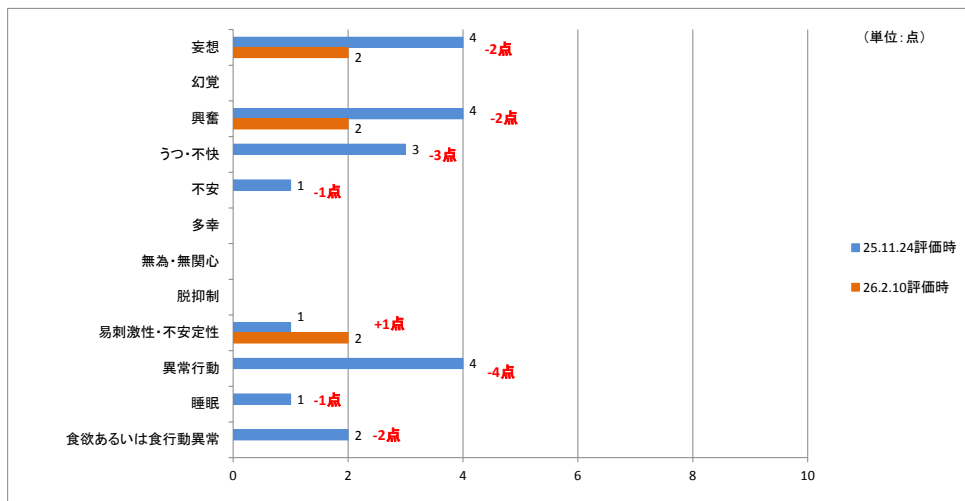
■ BPSDスコア（頻度と重症度の積）の差

- ・「異常行動」「食欲あるいは食行動異常」の2項目が各-12点と顕著な減少が見られた。
- ・「うつ・不快」が-6点、「妄想」「興奮」「不安」「易刺激性・不安定性」「睡眠」の各項目が-1～-3点減少した。



■ 負担度の差

- ・「異常行動」「うつ・不快」の2項目が各-3～-4点減少した。
- ・「妄想」「興奮」「不安」「睡眠」「食欲あるいは食行動異常」の5項目が-1～-2点減少した。
- ・「易刺激性・不安定性」が+1点増加した。



施設としての気づき、今後の取り組みへの活用

検証前は物盗られというBPSDで困っていた。盗られるということで、なるべく人との接触が少ない居室で生活して頂いていた。しかし、顔面の帯状疱疹という思いがけないアクシデントが発生し、食欲低下、尿閉、大きくADLが低下して生活にダメージを受けることとなった。

居室変更にて、孤立しないよう不安感をなくすように対応し、本人に関わる機会を多くした。体の状態が悪くなったことで、盗られ妄想が現れていなかったが、現在は尿カテーテルが抜けトイレに行くようになり、体調が良くなり逆にBPSDが再び出現してきた。BPSDは健康状態と連動していると感じた。

食事に関しては、体調回復後、急に全量食べられるようになったが、どうして食べられるようになったのか不明である。

尿バルーンカテーテルの事例でもあったが、外すための関わりと実際に外すことができ、価値ある経験ができたと感じている。困りごとに対しての考え方が、無理だとあきらめずに提案しチームで取り組んでいくことを学んだ。

今後は、気候もよくなったので草取りなど外での活動に持っていきたい。また、野外活動を行なうことで体力や脚力を上げる関わりにもなってくる。体調がよくなると家族との関わりが薄れてくるので、体調の良しあしに関わらず、家族への協力を依頼していく。

その状態に見合った新たなケアプランを作成し、今この事例にすべきことをリアルにプランニングすることの助言をうけたことも収穫だった。

IV 本調査研究事業のまとめ

(1) 現状と課題

- ・認知症の確定診断の実施及び医療情報の共有については引き続きの課題ではあるものの、情報を有する場合は、疾患情報及び薬剤の投与や効果についてケアプランへの反映に活かす等、有益な指標として活用が見られた。
- ・認知症とされている入所者の中には水頭症、うつ病や統合失調症などの精神疾患、知的障害等の他、さまざまな要因から生じる認知機能の低下が含まれている。
- ・また、在宅や医療機関、他の介護施設等を経て特養入所に至るまでには、心身の疾患及び廃用症候群によるADL低下、リロケーションダメージ等により、入所者の状態像が複雑かつ重篤化しているケースが多数を占め、行動症状・精神症状ともに本来の要因特定が困難な状況にある。
- ・BPSDの要因は多岐にわたるが、本調査研究のモデル検証事業において一定期間事例の経過を分析することにより、心身の疾患から派生する身体不調の影響によって増悪することが明らかになった。
- ・一方で、認知機能の低下した要介護高齢者に対して、医療と認知症ケアを分離して提供することは望ましくないことは周知のとおりであり、必然的に施設ケアマネジメントには医療ニーズへの対応が必要となる。
- ・認知症高齢者の入院や手術時に、環境変化ややむを得ない抑制等によって、身体的なダメージに加えて精神的なダメージを受け、結果としてBPSDや心身の状態悪化につながるケースは後を絶たない。
- ・認知症高齢者にとっては、信頼関係が構築できている職員や馴染んだ環境の中での支援が最も効果的であり、結果として過剰な医療の介入や医療費の抑制にも貢献することになる。
- ・また、認知症ケアに有効とされてきたユニットケアについても、本調査研究からは入所する居室形態等ハード面の条件とBPSDの実態調査結果とのクロス集計では多床室との大きな差は見られていない。
- ・ハード・ソフトそれぞれの環境と、認知症ケアとの相関並びに質の評価の在り方について、現状の介護報酬体系そのものを見直す時期である。
- ・介護保険制度改正では、特養の新規入所者を原則要介護3以上に限定する等、重点化・効率化の観点から軽度要介護の認知症高齢者支援の選択肢はより一層居宅サービスへと誘導されることになる。
- ・本調査研究では、要介護度とBPSDの実態調査結果とのクロス集計において、要介護1及び2であっても、傾聴や見守りといった常時対応を必要とする症状が強く表れることが明らか

かになっている。

- ・認知症のBPSDは、出現したBPSDへの不適切な対応によって、さらに別のBPSDを誘引する等、初期の関わりによって予後が大きく左右されることから、軽度要介護の認知症ケアの質の在り方が認知症施策全体に影響することは明らかである。
- ・初期の認知症では、早期発見・早期治療に伴う医療の介入のみならず、生活全般に関わる心身の支援並びに介護による環境整備が必須である。
- ・特養の医療・介護を含むシームレスケアの経過と成果から、居宅・施設に共通したケアモデルを導き出すことにより、認知症症状の状態改善並びに重度化予防の活かしたケアパス構築が実現可能と思われる。
- ・今回、認知症医療の領域では広く使用されているBPSDの評価尺度「NPI-NH」を用いた特養入所者のBPSDの数値化に取り組み、改めて入所者の状態像を系統的かつ統一された解釈で捉えることの重要性を認識した。
- ・環境変化や処方薬の変更、新たな介入のアクションの前後等に取り入れることにより、状態像変化の可視化や情報のフィードバックが可能になる等、医療を含む多職種連携における鍵である、客観的な評価手法としてさらなる普及を目指す。

(2) 本調査研究事業結果を踏まえた提言

①認知症高齢者のケアパス構築と早期からの情報の一元化

- ・認知症高齢者のケアパス構築にあたっては、発症後早期からの医療・介護情報の一元化が必須であり、その経過と記録、関わった専門職や機関等による支援目標と内容等について、情報共有可能なシステムを早急に整備すべきである。

②生活施設における医療ニーズを包括したケアマネジメントの推進と評価

- ・客観的な評価尺度の導入と評価技術の熟練により、BPSDを正確に捉えることは認知症ケアの専門性向上に資するとともに、医療と介護の連携においても不可欠である。
- ・特養では、さらに心身の疾患への対応力の強化によって、総合的かつ効率的な医療ニーズを包括したケアマネジメントを推進するとともに、それに対する評価を高めるべきである。

③認知症ケアへの報酬体系及び質の評価の在り方見直し

- ・軽度要介護者のBPSDの実態と特性に鑑み、要介護度認定の在り方を再検討するとともに特養入所に係る入所判定基準へのガイドラインへ反映すべきである。
- ・また、現行の認知症ケアへの報酬体系及び質の評価の仕組みを抜本的に検討すべきである。