

研究課題：「認知症高齢者が表出する BPSD（行動心理学的徴候）に対する包括的ケアアプローチに関する研究 -BPSD 軽減のための身体的、情緒的側面からのケアモデルの開発を目的とした実践的取り組み -」

代表研究者：木村裕美（佐賀大学医学部 准教授）

1. 研究の背景

高齢化の進展や高齢者人口の増加とともに認知症高齢者の増加は必須である。介護保険による居宅で生活している要介護度認定者の3分の1は「一定の介護を必要とする認知症がある」という結果であった。さらに介護保険3施設においてはその率は高く、8割といわれている。平成24年には全国で認知症者は300万人を超えたとの報告がなされ当初の予測よりも10年早いペースといわれ、その対策が一層急がれるところである。

国の施策は、「認知症になっても安心して生活し続けられる社会を早期に構築する」として、効果的に対策を推進し、認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトが設立された。平成24年には新規事業の市町村認知症施策総合推進事業として、地域包括支援センター等に認知症地域支援推進委員を配置し適切なサービスの提供のための関係機関との連携調整や地域の実情に応じた認知症高齢者やその家族への支援を実施するものである。また、認知症を知り地域をつくるキャンペーンでは、認知症の状態や心持、家族の関わり方や地域住民の接し方、早期発見、早期診断の重要性の情報を幅広く国民に届け、理解を深めようとするものである。認知症サポーターキャンペーンは、地域で認知症高齢者やその家族にできる範囲で手助けをするものであり2014年までに400万人を養成する目標が掲げられている。

アルツハイマー等は、前頭前野の機能低下を起し認知機能障害を発生させストレスへの脆弱性をも起こすと考えられている。認知症の「周辺症状」とも呼ばれる BPSD は徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為など進行に従い頻繁に出現し、急速に本人の QOL の低下を招きかつ介護の負担をも増大させる。そこで BPSD を軽減させる適切なケア介入を行う事で BPSD を回避できるのではないかと考えた。介護者が BPSD の徴候に気づき、『ケアの方向性を変更する』ことができた場合に、BPSD の防止や回避ができるのではないかと考える。また、BPSD を起こすことは認知症者が意思を言葉や行動で表現できないという負のストレスによるものである。しかし、心身ともに快ストレスをもたらすケアは、加齢に伴う脳機能低下の進行を緩やかにし、QOL 向上の獲得に必要不可欠である。BPSD を軽減、回避するための快ストレスをもたらす認知症高齢者に対するケアプログラムは未だ明確ではない。

2. 研究目的

本研究の目的は、BPSD を表出する認知症高齢者を対象に快ストレスをもたらすケアプログラムを開発し、介入を試み BPSD の軽減および回避と快ストレスをもたらすケアを検証することである。

3. 研究方法

対象者は、S 県内の3施設のうち、介護老人福祉施設・グループホーム・小規模多機能型居宅介護・地域密着型特定施設に入所者している BPSD を表出する認知症高齢者 57 名である。

1) コントロール期（12 週間）：平成 25 年 7 月～11 月

（1）唾液中アミラーゼ活性値測定（以下、アミラーゼ活性値）および VAS（Visual Analogue Scale：フェイススケール）評価、質問紙調査について

①定期アミラーゼ活性値測定として、一日のうちで測定時間および測定部位（舌上）を定めて、BPSD が発症していない時に対象者 1 名につき 1 週に 1 回（全 12 回）アミラーゼ活性値を測定した。

②BPSD 出現時に、アミラーゼ活性値測定と VAS 評価、BPSD 発症のきっかけ、気づき、BPSD-AS を測定した。対象者 1 名につき 1 週間に 2 回程度とした。

基本属性、BEHAVE-AD、クリクトン高齢者行動評価尺度、認知症高齢者の QOL 評価表、Barthel-Index、GBS 尺度、Mini-Mental State Examination、高齢者うつ尺度を面接にて質問紙調査を実施した。

2) 介入期 (6 週間) : 平成 25 年 12 月～平成 26 年 3 月

(1) 介入内容および方法

①身体的運動介入

身体的運動介入として対象者に対して、1 週間に 2 回合計 12 回 (6 週間) スクエアステップ (以後 SSE とする) を実施した。1 回の実施時間は 30 分～60 分程度であった。対象者が精神的に落ち着いて参加できる時間として、施設ごとに開始時間を決定した。対象者個々の ADL に合わせ、独歩、杖使用、歩行器使用、手引き歩行、車いすにて SSE 用のマットの上を 3 往復のステップを踏んだ。毎回実施時には「365 歩のマーチ」の音楽を流した。ステップパターンは認知機能の状態に合わせて、可能な者は 1 回に 1 パターンを実施し、ステップパターンの理解が不可能なものは、マットのマス目を意識しながら、1 マスに足を入れるように促した。車いすの者は、足首を上下させステップをしているイメージを促し介助にて実施した。研究スタッフは、対象者がモチベーションアップや達成感、快感を体験できるように声掛け、リズム取り、手拍子、タッチング等でコミュニケーションを図った。

②情緒的介入

情緒的介入として、バリデーション法を用いたコミュニケーションを 12 回実施した。時間帯は指定せずに対象者が落ち着いて対話できる時とした。内容は今日の出来事について、家族について、日常生活について、昔のことについてなどである。バリデーション技法としては、①事実に基づいた言葉を使う、②本人の言うことを繰り返す、③はっきりした、低い優しい声で話す、④タッチングなどを活用した。

(2) アミラーゼ活性値測定および質問紙調査について

①介入時のアミラーゼ活性値を測定

SSE 実施前後でアミラーゼ活性値を測定した。また、バリデーション実施前後にアミラーゼ値を測定した。

②その他のアミラーゼの測定と質問紙調査

定期アミラーゼ活性値測定、BPSD 発症時、VAS 評価等はコントロール期と同様に実施し。身体的運動介入および情緒的介入がすべて終了した翌週から、コントロール期と同様の質問紙調査を実施した。

3) 解析方法

調査の結果、コントロール期 57 名、介入期 55 名を有効回答として統計解析を行った。アミラーゼ活性値測定には、NIPRO 酵素分析装置 唾液アミラーゼモニターを使用した。すべての統計解析には Windows 版 SPSS20.0 を用いて、統計学的有意水準を 5%未満とした。

4. 倫理的配慮

対象者には研究の趣旨と内容について説明し、理解を得た上で協力を求めた。研究への参加は自由意志であり、参加しない場合であっても不利益にならないことを書面と口頭で十分に説明した。認知症により言葉の理解が十分でない場合には、その家族と同様の説明を実施した。さらに協力に同意が得られた方には同意書の記名を得た。なお、データは匿名化し、研究以外の目的以外には使用しないこと、および個人情報の漏洩に注意した。

5. 結果

1) 対象者の概要

対象者は男性 6 名 (10.5%)、女性 51 名 (89.5%)、平均年齢は 85.6 歳 SD6.9 (男性 81.8 歳 SD6.3 女性 86.1 歳 SD6.9) であり、介護度は、要支援 2 が 4 名 (7%)、要介護 1 が 5 名 (8.8%)、要介護 2 が 11 名 (19.3%)、要介護 3 が 22 名 (38.6%)、要介護 4 が 10 名 (17.5%)、要介護 5 が 5 名 (8.8%) であった。認知症高齢者の自立度は、I が 8 名 (14.0%)、II が 8 名 (14.0%)、III が 28 名 (49.1%)、IV が 13 名 (22.8%) であった。障害高齢者の日常生活自立度は、J1 および 2 が 6 名 (10.5%)、A1 および 2 が 29 名 (50.9%)、B1 および 2 が 18 名 (31.6%)、C1 および 2 が 4 名 (7.0%) であった。

主な疾患は複数回答で、心疾患が 28 名 (49.1%)、脳血管疾患 10 名 (17.5%)、筋骨格系疾患 9 名 (12.3%)、精神疾患 (認知症を除く) 7 名 (12.3%)、消化器疾患 7 名 (12.3%) などであった。

2) コントロール期

(1) 定期および BPSD 発症時のアミラーゼ活性値について

定期アミラーゼ活性値の平均は、100~149 kIU/L は 14 名 (24.6%) が最も多く、次いで 150~199 kIU/L は 12 名 (21.1%) であった。BPSD 発症時のアミラーゼ活性値の平均は、150~199 kIU/L は 13 名 (22.8%) で最も多く、次いで 100~149 kIU/L は 9 名 (15.8%)、250~299 kIU/L は 9 名 (15.8%) であった。定期と BPSD 発症時の平均アミラーゼ活性値を比較したところ有意な差が認められ、定期のアミラーゼ活性値が低かった。

3) 介入期

(1) 対象者の変更

コントロール期終了後、体調不良や入院などにより、介入が出来なくなった者が女性 2 名あり、介入対象者は 55 名となった。

(2) 定期および BPSD 発症時のアミラーゼ活性値について

介入期の定期アミラーゼ活性値の平均は、200~249kIU/L が 14 名 (25.5%) で最も多く、次いで、50~99 kIU/L が 11 名 (20.0%) で多かった。BPSD 発症時のアミラーゼ活性値の平均は、200~249kIU/L が 13 名 (23.6%) で最も多かった。介入期の定期と BPSD 発症時の平均アミラーゼ活性値を比較したところ有意な差は認められなかったが、コントロール期に比べて定期および BPSD 出現時の平均アミラーゼ活性値が低い傾向にあった。コントロール期と介入期の平均定期アミラーゼ活性値の比較では、有意な差は認められなかったが、介入期の平均アミラーゼ活性値が低くなっていた。コントロール期と介入期の BPSD 出現時のアミラーゼ活性値の比較では、有意な差は認められなかった。

定期アミラーゼ活性値は、介入期で対象者 55 名の平均を基準にしたときに、高い者が 44.4%、低いものは 55.6%と二極化が認められた。しかし、介入期には低いものが 63.7%で増加が認められた。

(3) SSE 実施とアミラーゼ活性値について

SSE 実施前の平均アミラーゼ活性値は、200~249kIU/L が 14 名 (25.5%) で最も多く、次いで、50~99 kIU/L が 11 名 (20.0%) であった。SSE 実施後の平均アミラーゼ活性値は、200~249kIU/L が 14 名 (25.5%) で最も多く、次いで 150~199 kIU/L が 10 名 (18.2%) であった。SSE 実施前後で、平均アミラーゼ活性値を比較したところ、有意な差は認められなかった。さらに SSE 実施前最高値と SSE 実施後最小値を比較したところ有意な差が見られた ($p < 0.01$)。SSE 実施前後で VAS を比較すると、有意な差が認められた ($p < 0.05$)。SSE 実施前と比べて SSE 実施後の平均アミラーゼ活性値が上昇した人は、22 名 (40.0%)、下降した人は 31 名 (56.4%) であった。

(4) バリデーション実施とアミラーゼ活性値について

バリデーション実施前のアミラーゼ活性値の平均は、200~249kIU/L が 14 名 (25.5%) で最も多く、次いで

50～99 kIU/L が 11 名 (20.0%) であった。バリデーション実施前後で、平均アミラーゼ活性値を比較したところ有意な差が認められ ($p < 0.01$)、バリデーション実施後の平均アミラーゼ活性値が低かった。バリデーション実施前後の VAS の比較では、有意な変化は認められなかった。バリデーション後に平均アミラーゼ活性値が上昇した人は 17 名 (30.9%)、下降した人は 38 名 (69.1%) であった。

6. 考察

対象者は、障害高齢者の日常生活自立度が J1 から A2 までの者が 6 割を占め、歩行は自立や見守りまたは一部介助の状態であった。しかし、認知症高齢者の自立度がⅢまたはⅣが 7 割を占め、指示、介助、誘導への興奮拒否がみられた。SSE はステップパターンの理解に困難を示したが、拒否はほとんど認められなかった。ストレスを評価するための唾液採取においてもほとんどのものが測定することができた。

定期アミラーゼ活性値は、コントロール期では二極化が認められたが、介入期には低値群が 6 割を占め増加していた。コントロール期において定期と BPSD 発症時の平均アミラーゼ活性値は有意な差が認められ、BPSD 出現時にはストレスが高くなっていることが示唆された。このことは、認知症高齢者において BPSD を発症することで QOL に影響するといわれていることから、BPSD は不快のストレスであることが考えられた。認知症高齢者がストレスと感じる BPSD をいかに発症させないように、個々にあったケアをすることは重要であり、また発症のきっかけとなることを回避することは重要である。

本研究において、身体的運動介入として実施した SSE の前後のアミラーゼ活性値の比較では有意な差は認められなかったが、VAS の比較では有意な差が認められた。実施後は表情が穏やかになり笑顔が見られるなど、音楽を聴きながら体を動かすことを楽しんでいる様子が伺えた。SSE 実施後にアミラーゼ活性値が下降した人は半数を占め一定の効果が認められたと考える。

情緒的介入としてバリデーション実施により、アミラーゼ活性値は有意に低下したが、VAS の変化は認められなかった。また、バリデーション後にアミラーゼ活性値が下降した人は 7 割を占め効果があったと考える。バリデーションは認知症の高齢者であっても、人として尊重し、共感者となり関わることで安寧をもたらす技法である。今回の研究では、10 分～15 分程度ではあったが介護スタッフが対象者とゆっくりとした時間を共有し、家族や昔の思い出話をするすることでストレスを和らげる効果が得られたと考えられる。

7. 今後の課題

認知症高齢者がますます増加する今日、QOL を向上させることは重要な取り組みである。ストレスである BPSD をできるだけ出現させないためにもきっかけとなる原因を介護者が理解することも重要である。

本研究では、短期間の介入で BPSD の状況やストレスを生理学的指標にて評価した。今後は認知症高齢者の日常生活の中で、長期的に運動や情緒的ケアを取り入れて効果を検証する必要があると考える。そして、認知症高齢者にとってより効果的なケアアプローチを開発する必要があると思われる。

学会発表：木村裕美、田本朋美、藤本裕二、神崎匠世、宮島優、畑中有美、杉かずよ：認知症高齢者の

BPSD に関する研究 - BPSD 出現時のストレスに着目して - , 第 15 回日本認知症ケア学会大会, 2014 年 5 月 31 日 - 6 月 1 日.

受賞：平成 26 年度石崎賞

認知症高齢者が表出するBPSDに対する 包括的ケアアプローチに関する研究

BPSD軽減のための身体的情緒的側面からのケアモデルの
開発を目的とした実践的取り組み

研究代表者 木村裕美（佐賀大学医学部）

研究の背景

- 居宅で生活している要介護認定者の3分の1は、「一定の介護を必要とする認知症がある」という。2012年には約462万人となり、予備軍も約400万人いると推計され、対策が一層急がれるところである。
- 国は、「認知症になっても、住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療、介護及び生活支援を、行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要である」としている。
- 平成25年度から始まったオレンジプランでは、認知症ケアパスの作成、かかりつけ医認知症対応力向上、認知症初期集中支援チームの設置、認知症サポーターの育成が掲げられている。

- アルツハイマーは、前頭前野の機能低下と認知機能障害を発生させ、ストレスへの脆弱性を起こす。
- 認知症のBPSDは徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為など、急速に本人のQOLの低下を招きかつ介護の負担も増大させる。
- BPSDは、意思を言葉や行動で表現できない負のストレスによるものである。
- 心身ともに、快ストレスをもたらすケアは加齢に伴う脳機能低下の進行を緩やかにし、QOL向上の獲得に必要な不可欠である。
- BPSDを軽減、回避するための、快ストレスをもたらすケアプログラムは未だ確立されていない。

目 的

- ◆ BPSD出現時のストレスを明らかにする。
- ◆ 介入により、快ストレスをもたらすケアを検証する。
- ◆ 認知症高齢者のBPSD軽減のための、快ストレスをもたらすケアプログラムを開発する。

研究方法

対象者：S県内の介護老人福祉施設・グループホーム・小規模多機能型居宅介護・地域密着型特定施設に入所者し、BPSD が出現する認知症高齢者57名

内 容：

コントロール期(12週間)：平成25年7月～11月

(1)唾液中アミラーゼ活性値測定(以下、アミラーゼ活性値)およびVAS(Visual Analogue Scale:フェイススケール)評価

①定期アミラーゼ活性値の測定は、BPSDが出現していない時に、測定時間および測定部位(舌上)を定めて、対象者1名につき1週間に1回(合計12回)とし、VAS評価を実施した。

②BPSD出現時に、アミラーゼ活性値の測定とVAS評価、BPSD出現のきっかけ、気づき、BPSD-ASを観察を、対象者1名につき1週間に2回程度実施した。

(2)基本属性、BEHAVE-AD、クリクトン高齢者行動評価尺度、認知症高齢者のQOL評価表、Barthel-Index、GBS尺度、Mini-Mental State Examination、高齢者うつ尺度を面接にて質問紙調査を実施した。

介入期(6週間)：平成25年12月～平成26年3月

(1)介入内容および方法

①身体的運動介入

1週間に2回(合計12回)スクエアステップ(以後SSEとする)を実施した(1回30分～60分)。ADLに合わせ、SSE用のマット上を「365歩のマーチ」の音楽にあわせて、3往復ステップを実施。ステップパターンは認知機能の状態に合わせて、理解不可能な者は、マットのマス目を意識し、1マスに足を入れるように促し、車いすの者は足首を上下させるなどステップのイメージを促した。

②情緒的介入

バリデーション法を用いたコミュニケーションを合計12回実施した。①事実に基づいた言葉を使う ②本人の言うことを繰り返す ③はっきりした、低い優しい声で話す ④タッチング

(2)介入期のアミラーゼ活性値の測定および質問紙調査について

①介入時のアミラーゼ活性値の測定、VASの評価

SSE実施前後、バリデーション実施前後にアミラーゼ活性値を測定およびVAS評価

②その他のアミラーゼ活性値の測定と質問紙調査

定期とBPSD出現時のアミラーゼ活性値測定、VAS評価

介入後翌週から、コントロール期と同様の質問紙調査を実施

解析方法：

コントロール期57名、介入期55名を有効として、統計解析を行った。アミラーゼ活性値の測定には、NIPRO酵素分析装置唾液アミラーゼモニターを使用した。

すべての統計解析にはWindows版SPSS20.0を用いて、統計学的有意水準を5%未満とした。

対象者の基本属性

	男性	女性	全体
性別	6(10.5%)	51(89.5%)	57(100.0%)
平均年齢(SD)	81.83歳SD6.3	86.08歳SD6.9	85.63SD6.9 (66歳－97歳)
60歳代	0	1	1
70歳代	2	5	7
80歳代	4	27	31
90歳代	0	18	18
介護度			
要支援1	0	0	0
要支援2	1(1.8%)	3(5.3%)	4(7.0%)
要介護1	1(1.8%)	4(7.0%)	5(8.8%)
要介護2	0	11(19.3%)	11(19.3%)
要介護3	4(7.0%)	18(31.6%)	22(38.6%)
要介護4	0	10(17.5%)	10(17.5%)
要介護5	0	5(8.8%)	5(8.8%)
非該当	0	0	0
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			
J1	2(3.5%)	2(3.5%)	4(7.0%)
J2	0	2(3.5%)	2(3.5%)
A1	1(1.8%)	12(21.1%)	13(22.8%)
A2	2(3.5%)	14(24.6%)	16(28.1%)
B1	1(1.8%)	7(12.3%)	8(14.0%)
B2	0	10(17.5%)	10(17.5%)
C1	0	2(3.5%)	2(3.5%)
C2	0	2(3.5%)	2(3.5%)
認知症高齢者の自立度			
I	2(3.5%)	6(10.5%)	8(14.0%)
II a	0	3(5.3%)	3(5.3%)
II b	0	5(8.8%)	5(8.8%)
III a	2(3.5%)	17(29.8%)	19(33.3%)
III b	2(3.5%)	7(12.3%)	9(15.8%)
IV	0	13(22.8%)	13(22.8%)

定期およびBPSD出現時のアミラーゼ活性値の状況

アミラーゼ活性値平均値	定期アミラーゼ活性値	BPSD出現時
0～49KIU/L	3名 (5.3%)	7名 (12.3%)
50～	9 (15.8%)	5 (8.8%)
100～	14 (24.6%)	9 (15.8%)
150～	12 (21.1%)	13 (22.8%)
200～	9 (15.8%)	3 (5.3%)
250～	6 (10.5%)	9 (15.8%)
300～	3 (5.3%)	6 (10.5%)
350～	1 (1.8%)	3 (5.3%)
400～	0	2 (3.5%)

	平均値	SD	p値
定期アミラーゼ活性値	52.7	61.5	0.00
BPSD出現時アミラーゼ活性値	269.1	147.8	

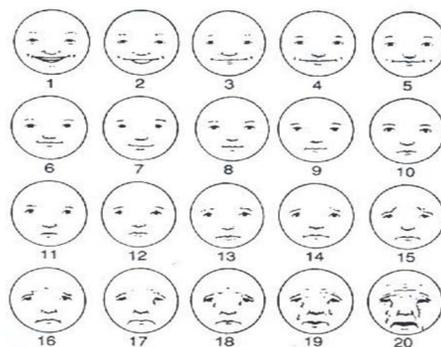
対応のあるt検定

BPSD出現時のVAS

出現回数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	合計
1		2	1	2	2			1	1								9
2		2			2		1				2						7
3			1	2	1									1			5
4		1	1	1	4	1		2	1			1					12
5		1		2	2	2			2								9
6		1	3	1	1	2	4					1					13
7		2		2	1	1			1								7
8		2	1	2	2	4	2	1					1				15
9			3	1	2		2	1	1	1	1						12
10		4	7	6	2	3	2	4	4	2							34
11		2	3	1	3	2	2	2	1	2							18
12		1	2	4		1	3	1	1	1				1			15
13		2	1	3	2	3	3	3	4	1							22
14		2	5	5	7	5	2	8	8	1		2			1		47
15		9	10	7	6	7	4	5	3	5	1				1	1	59
16		7	2	5	3	6	5	2	2	2							34
17		2	2	6	5	2	6	5	3	3		1					35
18		6	3	4	8	5	3	3	3	3		1					39
19		2	2		1		1	1	1								8
20								1									1
21その他	6	4	4	6	6	7	6	5	9								53
怒り	1	4	1									1					7
興奮し、しかめた顔		1															1
笑顔もみられる		1															1
怒ったり笑ったり		1															1
しかめた顔				1													1
苦痛					1												1
閉眼						1											1
眠い								1									1

今日の貴方の“心” ほどんな顔？



米アラバマ大学のロリッシュ、マイシアク両博士が考案したフェイス・スケール(アメリカのリウマチ学会機関紙「Arthritis and Rheumatology」より)

BPSD-AS尺度の状況

	コントロール期 57名489回	介入期 55名409回
BPSD-AS A)妄想	147(30.1%)	145(35.5%)
①物盗られ妄想	22	11
②被害妄想	62(42.2%)	91(82.8%)
③嫉妬妄想	0	5
④人の誤認妄想	27	13
⑤場所の誤認妄想	16	15
⑥その他の事実でない事を信じ込んでいる	20	10
BPSD-AS B)幻視・幻聴	136(27.8%)	165(40.3%)
①存在していないもの(人、動物、虫など)が見えたり言ったり、触ろうとしたり、何も無いところを指してそこにあると言ったりしますか	49	65
②存在しない声や音が聞こえると言ったり、聞こえているかのように振舞ったり、存在しない人と会話したりしますか	80(58.8%)	99(80.0%)
③その他の存在しないものが見えたり聞こえたりしている	7	1
BPSD-AS C)指示・誘導・介助への興奮拒否	277(56.6%)	288(70.4%)
①食事や排泄場面などで口添えや介助をしようとした時に怒ったり、介助を拒んだり、対応しにくかったりしますか	92	64
②不適切な発言や行動をやめさせようとした時に、怒ったり、拒否したり、非協力的だったりしますか	99(35.7%)	154(53.5%)
③大声を上げたり、ものを投げたり、乱暴になったりしますか	42	57
④その他に介護者が接する場面で興奮や拒否がある	44	13
BPSD-AS D)易刺激性(気分の変わりやすさ)	208(42.5%)	128(31.3%)
①物音、人の声、周りの様子など、偶然聞こえたり見えたりしたこと瞬間的に怒りますか	82	52
②機嫌がよくなったのが、1分後には怒っていたというような、急な気分の変化がありますか	107(51.4%)	68(53.1%)
③その他に気分の変わりやすさを感じさせる言葉や行動がある	19	8

	コントロール期 57名489回	介入期 55名409回
BPSD-AS E)抑うつ気分	75(15.3%)	32(7.8%)
①明らかな原因がないのに、落ち込んだり、泣いたりしますか	49(65.3%)	21(65.6%)
②家族の重荷になっているとか、自分がいなくなった方が家族はうまくいと言ったりしますか	6	3
③死にたいと言ったり、自殺について話したりしますか	1	0
④その他に抑うつ気分を感じさせる言葉や行動がある	19	8
BPSD-AS F)不安	135(27.6%)	60(14.7%)
①明らかに原因がないのに、震えたり、非常に緊張したり、いつもそわそわしていたりしますか	15	13
②明らかに原因がないのに、たびたび体の不調(頭痛、腹痛、動悸、息苦しさなど)を訴えますか	20	21(35.0%)
③施設での活動に参加するなど、にぎやかで落ち着かない状況や場所を嫌がりますか	20	5
④介護者や信頼している人がいなくなったり、そばを離れたりと落ち着かなかったり、混乱したりしますか	56(41.5%)	13
⑤その他に利用者の不安を感じさせる言葉や行動がある	24	8
BPSD-AS G)脱抑制(自己抑制のなくなった発言・行動)	41(8.4%)	9(2.2%)
①他人の感情を傷つけるようなことや、ぶしつけな事を言いますか	28(68.3%)	6(66.7%)
②プライベートな事をあげつらげに話したりしますか	1	0
③他人を不適切に、触ったり、抱きしめたりしますか	3	1
④結果を考えずに衝動的に行動しますか	7	2
⑤その他に自己抑制がなくなったことを感じさせる言葉や行動がある	2	0
BPSD-AS H)繰り返し行動	24(4.9%)	12(2.9%)
①毎回決まった時刻、コースを同じパターンで繰り返し歩いたりしますか	5	0
②決まった時間に決まったことをすることにこだわる事がありますか	1	2
③食べ物を同じ順序で食べたりしますか	3	0
④頻回に同じ食品や、同じメニューの料理を食べたりしますか	1	0
⑤その他に繰り返し行う行動がある	14(58.3%)	10(83.3%)

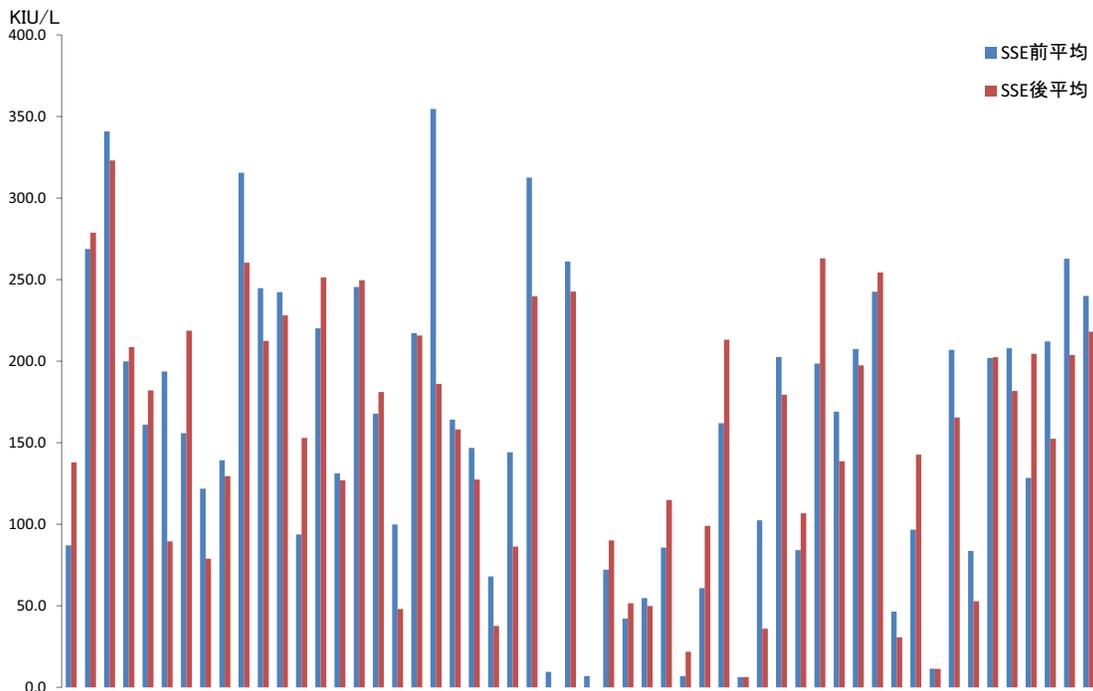
SSEパターンの例

1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	
1		2	

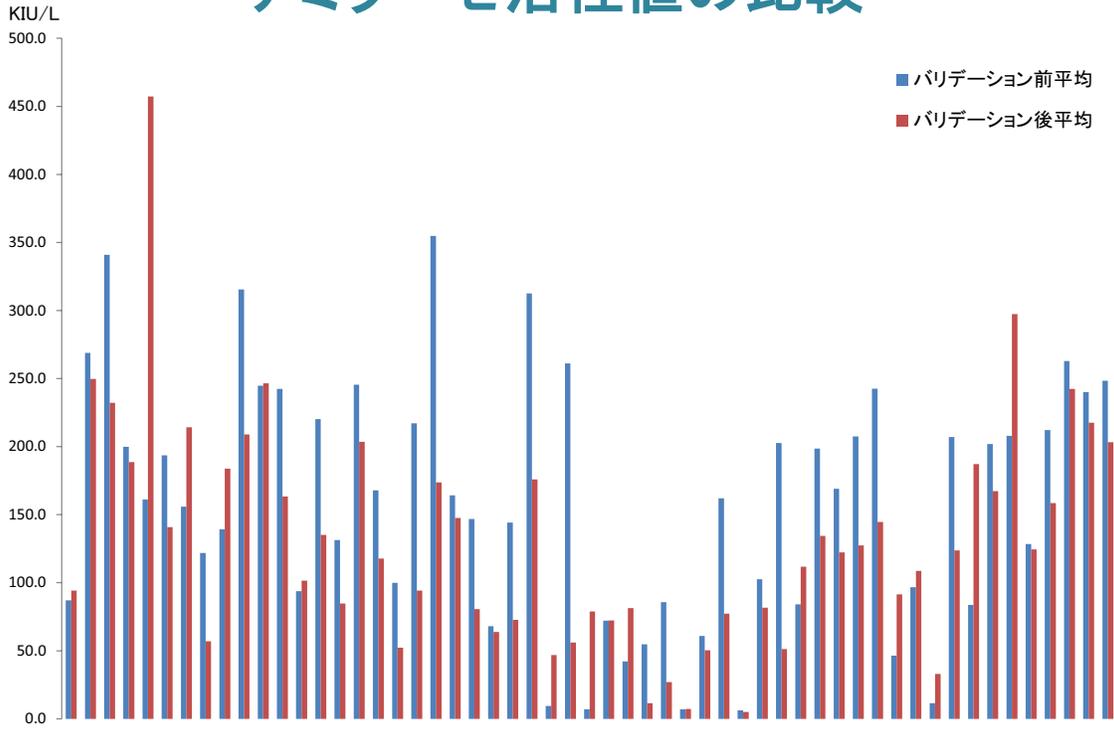
	1		
		2	
	1		
		2	
	1		
		2	
	1		
		2	
	1		
		2	

	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	
	1	2	

SSE前後のアミラーゼ活性値の比較



バリデーション実施前後の アミラーゼ活性値の比較



介入期アミラーゼ活性値の比較

SSE介入

	n	平均値	SD	p値
SSE前平均	53	165.0	86.7	0.13
SSE後平均		155.6	79.4	
SSE前最高値	53	352.6	187.3	0.00
SSE後最小値		32.4	40.8	
SSE前VAS	21	204.6	209.3	0.04
SSE後VAS		161.6	136.5	

対応のあるt検定

バリデーション介入

	n	平均値	SD	p値
バリデーション前平均	55	159.3	90.1	0.00
バリデーション後平均		130.6	82.6	
バリデーション前最高値	55	340.3	194.5	0.00
バリデーション後最小値		29.1	37.5	
バリデーション前VAS	21	267.1	242.0	.072
バリデーション後VAS		195.9	127.3	

対応のあるt検定

考 察

- 対象者は、障害高齢者の日常生活自立度がJ1からA2が6割を占め、歩行は自立や見守りまたは、一部介助の状態であった。
- 認知症高齢者の自立度が、ⅢまたはⅣが7割を占め、指示、介助、誘導への興奮拒否がみられた。
- SSEはステップパターンの理解に困難を示したが、拒否は認められず、アミラーゼ活性値の測定も、実施できた。

- 定期とBPSD出現時のアミラーゼ活性値は、有意な差が認められ、BPSD出現時にはストレスが高くなっていることが示唆された。
- BPSDの出現は不快なストレスであり、先行研究からも、QOLに影響することが考えられた。
- BPSDを出現させない個別的ケアと出現の回避は重要である。
- 介入期の定期アミラーゼ活性値は、低値群が6割を占め、コントロール期よりも増加していた。

- SSE実施後にアミラーゼ活性値が下降した者は半数を占め、一定の効果が認められた.
- SSEの前後のVASの比較では表情が穏やかに笑顔が見られ、音楽を聴きながら、体を動かすことを楽しんでいる様子が伺えた.
- バリデーション前後のアミラーゼ活性値の比較では、有意に低下し効果があった.
- バリデーション法では、介護スタッフが対象者と時間を共有し、家族や昔の思い出話をするすることで、ストレスを和らげる効果が得られた.

今後の課題

- ◆ 認知症高齢者のQOLを向上させることは、重要な取り組みである。ストレスであるBPSDを出現させないケアを理解することが重要である.
- ◆ 今後は、認知症高齢者の日常生活の中で、長期的に運動や情緒的ケアを取り入れて、その効果を検証するとともに、プログラムの提案を実施する.