

介護施設、一般病院におけるBPSD初期対応の効果検証に関する研究（25-1）

主任研究者 服部 英幸 国立長寿医療研究センター 行動・心理療法部部長

研究要旨

認知症患者は増加する一方であり、その対策がもとめられている。中でも精神症状・行動異常（BPSD）を示す例への対応は認知症のみならず、日本の高齢者医療の今後の成否を決めるとさえいえる。特に、重要と考えられるのは介護施設および一般病院での認知症BPSD 対応であり、とくに初期対応が重要である。我々は先行研究「長寿医療研究開発費精神症状・行動異常（BPSD）を示す認知症患者の初期対応の指針作成に関する研究（22-6）」において「BPSD初期対応ガイドライン」（注）（以下、テキスト）を作成し、出版した。本研究ではそれを継承・発展させることを目的に、一般病院、介護施設において、スタッフに対するテキストを用いた教育が、BPSD初期対応に有効であるかを検証する。対照をおいたエビデンスレベルの高い研究とする。

今年度は、初年度にあたる今年度は、研究計画の構築、対象の設定、介入研究に用いるテキストに基づいた教育用ツール作成を行った。研究計画においては、テキストを渡しておくだけの群を対照群として設定した。介入群では教育ツールを用いた教育的介入をおこなった。平成26年度より本格的に介入研究をおこなっていく予定である（図. 1）。

注：服部英幸編：BPSD 初期対応ガイドライン。ライフサイエンス、東京、2012

主任研究者 服部 英幸 （独立行政法人国立長寿医療研究センター）
分担研究者 長屋 政博 （介護老人保健施設 ルミナス大府）
鵜飼 克行 （総合上飯田第一病院）
熊谷 亮 （順天堂東京江東高齢者医療センター）
寺田 整司 （岡山大学精神科）
福田 耕嗣 （独立行政法人国立長寿医療研究センター）
前田 潔 （神戸学院大学）
橋本 衛 （熊本大学医学部附属病院）
鈴木みずえ （浜松医科大学）

A. 研究目的

認知症に関する今後の方向性は、オレンジプランでも示されたとおり、身体疾患合併症治療と地域での介護に重点が置かれている。過去に認知症治療の中心となっていた精神科病院のみでは、対応できない時代となっている。一般病院および介護事業所等(施設・居宅)のスタッフは行動・心理症状について、その特徴や機序等の知識を獲得するとともに、適切な対応に関する知識・技能を高め、ケア、介護の専門性・質を向上させていくことが必要である。そのためには、精神科等専門科の支援を受け、BPSDへの適切な対応の実践等を積み重ねていくことが求められる。

先行研究にて、一般病院、介護施設のスタッフに対する認知症BPSD初期対応ガイドライン(以下テキスト)を作成した。ただし、これまでの研究では、いくら良質の解説書を作成しても理解してもらわないと患者、入所者への対応に変化が起きないとされている。本研究では、一般病院、介護施設においてテキストを配布するだけでなく、実際に介入的教育をおこなうことがBPSD対応の向上に有効であることを検証することを目的とする。一般病院での介入は鶴飼、熊谷班員が担当する。介護施設での介入は、福田、寺田、長屋、前田班員が担当する。地域でのBPSD対応に関して橋本班員が担当する。さらに、BPSD対応向上が患者・入所者の改善に結びついているかどうかの評価方法の確立をおこなう。鈴木班員が担当する(図. 1)。

B. 研究方法

【方法】比較対照群を持った前方視介入研究

1. 対象

対象は看護師、介護スタッフである。BPSDを有する患者、入所者ではない。

①包含基準

入所介護施設(介護老人保健施設・介護老人福祉施設・グループホーム)もしくは認知症デイケアに勤務する介護士・看護師・作業療法士・臨床心理士(以下、介護スタッフ)のうち、1. 主たる業務を介護とし、2. 週4日以上勤務し、3. 少なくとも2年の勤務経験を持つ(入所者のBPSDについて評価できるだけの経験を有すると考えられる)者とする。

②除外基準

認知症認定看護師等の認知症に関する専門資格を有する者。

③中止基準

介護スタッフ本人より同意撤回があった場合は、当該スタッフへの介入は中止する。介護施設より同意撤回があった場合は、当該施設全体への介入を中止する。

④目標症例数

予備研究を行った結果、有意水準 $P<0.05$ (両側)・検出力80%($\alpha=0.05$, $\beta=0.20$)で介入群と非介入群の群間比較において、NPI-Q(下記参照)の介護負担尺度の合計点で4点

差を検出するために必要な介護スタッフの人数は、20%の脱落率を想定すると介入群、非介入群あわせて、それぞれ約200名である。

2. 介護施設の選定

書面にて研究協力を依頼し、同意が得られた介護施設を対象とする。

3. 介入の方法

①研究同意が得られた介護施設を、介入群と非介入群に割り付ける。このとき介護施設の種類（介護老人保健施設・介護老人福祉施設・グループホーム）がなるべく均等になるよう割り付ける。介護現場の状況から完全な形での無作為割り付けは困難であることから、共変量に関しては傾向スコア（propensity score）を利用して統制する（図. 2 研究の流れ参照）。

②介入群の介護スタッフには、『ガイドライン』を配布し、『ガイドライン』を元に作成された教育ツール（パワーポイント）を作成し、それによって介入方法を講義する。（図. 3）

③非介入群の介護スタッフ（施設）には、『ガイドライン』を配布するが、講義は行わない。

④介入群においては、薬物治療に関しても『ガイドライン』に準拠する。非介入群においては、通常の介護で用いている薬物で治療する。

4. 調査（評価）項目（図. 4）

①調査開始時点に、介護スタッフの年齢・性別・職種・経験年数・介護負担度・バーンアウト症状および入所者の介護依存度を調査する。

②介護スタッフの介護負担度は、日本語版 Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire (NPI-Q)の負担尺度(carer distress score)を用いて評価する。NPI-Qは12項目のBPSDをそれぞれ評価するよう構成されている。負担尺度は「0=全くなし」から「5=極度に負担で処理できない」の6段階になっており、介護者自身が評価する。合計0から60点となり、点数が高いほど介護負担が高いことを意味する（資料4）。BPSDを示し対応を必要とする入所者1名につき、介護者1名が評価を行う。

③介護スタッフのバーンアウト症状は、日本語版バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory ; MBI）を用いて評価する。MBIは17項目からなる尺度で、「1=ない」から「5=いつもある」までの5段階で評価する。今回はこのうち、『情緒的消耗感（5項目）』と『個人的達成感（6項目）』について調査する。『情緒的消耗感』は5～25点で評価され、点数が高いほど情緒的消耗感が大きいことを意味する。『個人的達成感』は5～30点で評価され、点数が低いほど達成感も低いことを意味する。（資料5）

④入所者の介護依存度は日本語版ケア依存度スケール（Care Dependency Scale ; CDS）を用いて評価する。CDSは15項目から構成されており、依存の程度によって各項目5段階で評価する。介護依存度が高いものを5点、低いものを1点とし、合計15～75点となる。なお16項目は総合評価として対象者の全般的な依存度を評価する項目となっている。鈴木班員は、CDSとBPSDの関連について詳細に検討する。

⑤調査終了時点に、介護スタッフの介護負担度および入所者の介護依存度を調査する。「調

査終了時」とは、1) 研究開始から3ヵ月が経過した時点、もしくは2) NPI-Qで評価している入所者が退所等で評価し得なくなった時点、を意味する。

5. 調査期間

平成26年中の開始を考えている。平成27年9月頃に完了することをめざす。

6. 解析

①介入群・非介入群双方において、調査開始時点と終了時点でのNPI-Q得点の変化量を、対応のあるt検定を用いて比較検討する。

②終了時点における介入群と非介入群のNPI-D得点の差を、対応の無いt検定を用いて比較検討する。

③NPI-Qの得点変化を従属変数、『BPSD 初期対応ガイドライン』での介入の有無を独立変数、介護スタッフの年齢・性別・職種・経験年数および入所者の介護依存度を共変量とし、ロジスティック回帰分析を行う。

(倫理面への配慮)

①介護スタッフには、口頭及び書面にて研究同意を得る

②倫理委員会が存在する施設については、当該施設での倫理委員会の承認を得る。倫理委員会が存在しない施設においては、当該施設におけるそれに準じた委員会等において承認を得る。

③本研究は施設入所者への直接介入は行わないが、研究参加施設においては、研究実施についての情報を公開する。当該情報は、施設内の明瞭な場所に文書を掲示することで公開する

C. 研究結果

初年度にあたる今年度は、研究計画の構築、対象の設定、介入研究に用いる教育用ツール作成を行った。研究のアウトラインおよび進捗状況は以下の通りである。

① 介護施設に口頭および書面にて研究協力を依頼。各班員がそれぞれ責任をもって協力施設を設定。10月段階で対象決定済。

② 研究同意が得られた介護施設を介入群と非介入群に無作為分類し、介入群のスタッフを対象に、『BPSD 初期対応ガイドライン』を用いた介入方法を新たに作成した教育ツールを用いて講義する(図. 2)。教育ツールは基礎的内容の第1部と事例検討の第2部で構成し、それぞれ30分程度の内容とする。10月段階で完成。非介入群には『BPSD 初期対応ガイドライン』を配布するが、講義は行わないというデザインで介入研究をおこなう。平成26年度より開始予定。介入群および非介入群に対して、介護依存度、介護負担度などを検証する(評価項目は図. 4参考)。

③ 評価結果を回収しデータ解析する。平成27年度予定。介入前後での介護者の負担感の変化量を評価するとともに、調査終了時の介入群と非介入群での介護負担度等の差異を検討し公表する(図. 1)。

D. 考察と結論

一般病院、介護施設において認知症患者受け入れの最大の問題点は、認知症にともなうBPSDへの対応である。今回の研究では、先行研究で作成したテキストをもとに、積極的なアウトリーチによる介入で対応向上ができることによりBPSD受け入れの向上につながると考える。

また、今回の研究においては、効果検証をできるだけ厳密な手法でおこなうことをめざしている。今後、さまざまな介入方法が構想されるだろうが、その効果判定のモデルとなることも期待されている。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

福田耕嗣、服部英幸：「BPSD 初期対応ガイドライン」と期待される効果。 *Geriatric Medicine*, 51, 27-30, 2013

服部英幸：新規抗認知症薬の効果と限界。 *精神経誌*, 115, 22-31, 2013

服部英幸：高齢者の災害医療・精神面への中長期対応。 *日本老年医学会雑誌*, 50, 79-81, 2013

服部英幸：高齢者の術後せん妄。 *臨床精神医学*, 42, 327-334, 2013

服部英幸：BPSD—介護者を悩ませる症状を理解するために。治療：非薬物療法の立場から。重要性・有効性を再考する。 *認知症の最新医療*, 3, 74-78, 2013

服部英幸：認知症にともなう精神症状・行動異常（BPSD）。高齢者の救急医療—その病態特徴と基本管理。 *日本臨床*, 71, 981-987, 2013

服部英幸：高齢者における意識障害の原因と対応。精神疾患による意識障害。 *Geriatric Medicine*, 51, 769-773, 2013

服部英幸：虚弱高齢者の精神症状。 *日老医誌*, 50, 759-761, 2013

服部英幸：認知症にともなう精神症状・行動異常（BPSD）とその対応。 *明日の臨床*, 25, 1-9,

2014

服部英幸：アルツハイマー型認知症と「うつ」 高齢者の神経疾患とうつ。老年精神医学雑誌、25：34-41、2014

服部英幸、鷺見幸彦、櫻井孝、遠藤英俊、鳥羽研二：一般病院での認知症身体合併症治療はどこまで可能なのかー国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験ー。老年精神医学雑誌、25、185-192、2014

Fukuda K, Hattori H. : Unclassified cases of behavioral variant of major frontotemporal neurocognitive disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Geriatr Gerontol Int, 2014, 14 (Suppl, 2): 35-44

服部英幸：心気症・不安障害。朝田隆編：誤診症例から学ぶ認知症とその他の疾患の鑑別。医学書院、東京、77-98、2013

服部英幸：高齢者に多い症候・抑うつ。大庭建三編、すぐに使える高齢者総合診療ノート。日本医事新報社、東京、2014、p52-57

2. 学会発表

藤崎あかり、服部英幸他：病院内 DST(Dementia Support Team)ラウンドの活動報告と課題。 第14回日本認知症ケア学会大会、福岡、2013、6

服部英幸、福田耕嗣、吉田裕子：介護施設における認知症 BPSD に対する精神科療養指導の実践。 第28回老年精神医学会、大阪、2013、6、5

服部英幸：認知症とうつ。虚弱高齢者の精神症状。 第28回日本老年精神医学会、第50回日本老年医学会合同パネルディスカッション。 大阪、2013、6、6

服部英幸：高齢者うつ病への対応ー認知症、身体合併症との関連から 第10回日本うつ病学会 シンポジウム。 小倉 2013年7月

服部英幸：教育講演：認知症に伴なう精神症状・行動異常 (BPSD)初期対応および災害時の対応について。日本老年医学会東海地方会、名古屋、2013、10、26

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図. 1: 本研究の年度予定

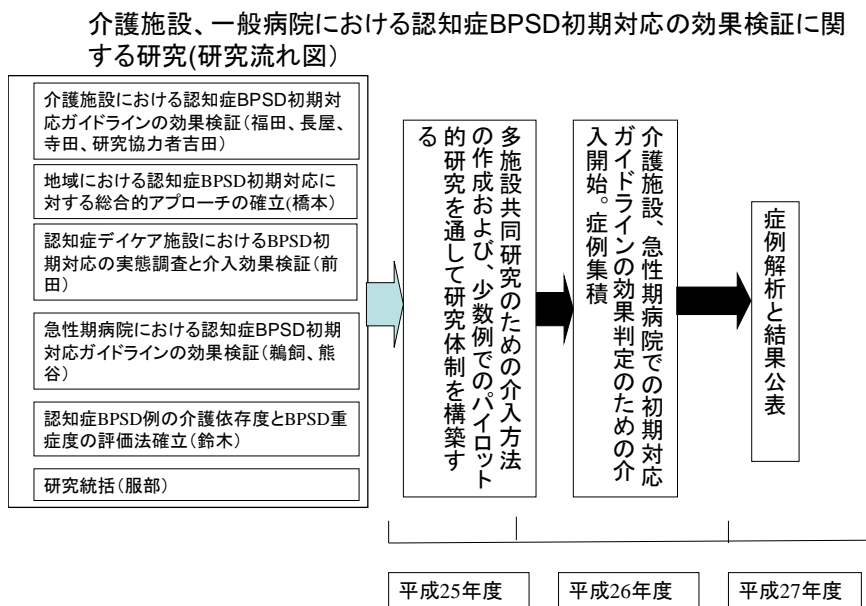
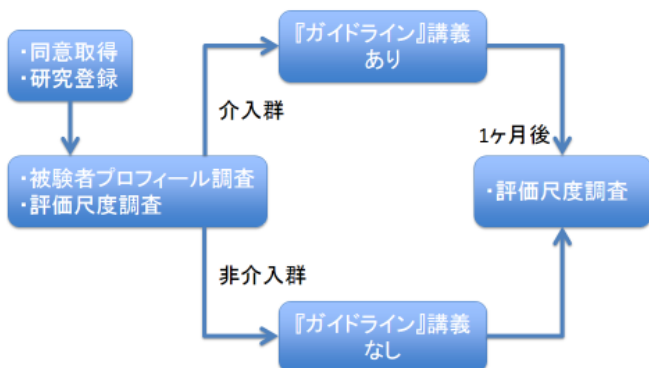


図. 2 本研究の進め方

研究の流れ



- 介入施設
- 非介入施設

研究の流れ2

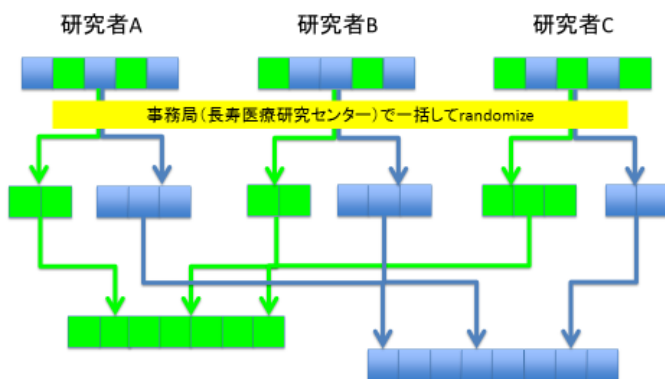
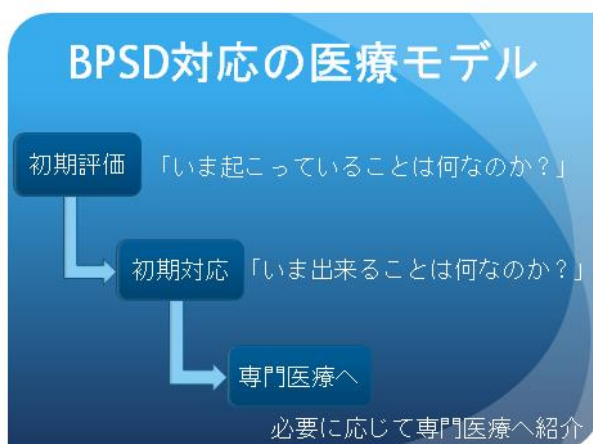


図. 3 : パワーポイントを用いた教育用ツールの例



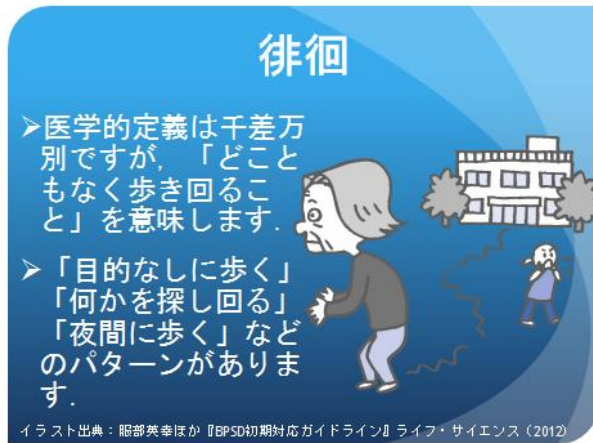


図. 4 評価項目

評価項目

期間	研究開始時	研究期間中	研究終了時
同意取得(資料9)	●		
選択・除外基準	●		
被験者登録	●		
被験者プロフィール(資料8)	●		
NPI-Q	●		●
CDS	●		●
MBI	●		●
BPSD記録(資料7)		●	