

長寿医療研究開発費 平成26年度 総括研究報告

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 精神診療部部长

研究要旨

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。

2年目にあたる今年度は、介護施設、急性期病院、介護支援専門員にたいする教育的介入を行い、有効性を評価した。また、認知症ケア依存度と BPSD の関連について検討した。介護施設に関しては、NPI の評価にて BPSD の改善が有意に認められた。介護スタッフの心理的な変化は明らかではなかった。急性期病院では、有効性を直接に示す有意な結果は得られなかった。介護支援専門員に対する客観的な評価としての有効性を示すことはできなかったが、「利用しやすいテキストである」という。評価が多かった。BPSD における妄想や異常行動がみられることはケア依存度を全般的に低下させており、認知症高齢者の依存度が単に ADL の影響だけでなく、BPSD の影響を受けていることが明らかになった。平成 27 年度はより症例を増やし成果を公表する予定である（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 福田 耕嗣 （独立行政法人国立長寿医療研究センター）
鵜飼 克行 （総合上飯田第一病院）
長屋 政博 （介護老人保健施設 ルミナス大府）
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）
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。

B. 研究方法

ア. 介護施設における有効性の検証(担当:福田、寺田、長屋、服部)

1. 対象

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スタッフ

2. 『BPSD 初期対応ガイドライン』の配布および講義を行い、施行前と施行後それぞれ1ヶ月の期間において調査(評価)項目の数値および状態を比較検討する。

3. 調査(評価)項目

①調査開始時点で、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日本語版 Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire (NPI-Q)の負担尺度(carer distress score)

③日本語版バーンアウト尺度(Maslach Burnout Inventory ; MBI)

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)

⑤調査終了時点で、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ヶ月が経過した時点、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。

イ. 急性期病院看護師に対する介入研究(担当:熊谷、鶴飼)

1. 対象

急性期病院一般病棟(内科、外科など)の看護師

2. 方法

『BPSD 初期対応ガイドライン』の配布および講義を行い、施行前と施行後それぞれ1ヶ月の期間において調査（評価）項目の数値および状態を比較検討する。

3. 調査（評価）項目

介護スタッフの介護負担度を、Clinical Global Impressions-Improvement Scale (CGI-I) および日本語版 Maslach Burnout Inventory (MBI) を用い、対象期間前後で評価・比較する。調査期間中に入院となった認知症患者について、対症的に用いた向精神薬（頓服薬）の種類と量、身体拘束の時間について調査する。

ウ. 介護支援専門員における有効性の検証（担当：橋本）

1. 対象

2014年2月の時点で、熊本県介護支援専門員協会熊本市支部に所属する介護支援専門員167名のうち、本研究への参加に同意が得られた74名。

2. 方法

対象者全例に対して『BPSD 初期対応ガイドライン』を配布した。配布時に、①認知症ならびにBPSDについての医学的側面、②『BPSD 初期対応ガイドライン』の使用方法、について研修（2時間程度）を実施。

郵送法にて配布した自己記入式質問票により評価した。

3. 評価項目

- 1) 主観的評価：『BPSD 初期対応ガイドライン』の使用頻度、有用性についての感想などを質問表により調査した。質問内容を表1に示す。
- 2) 客観的評価：研究期間内に施設入所もしくは認知症病棟に入院となった担当認知症患者数を、介入前の半年間に入所・入院となった患者数と比較した。

エ. BPSD とケア依存度の関連（担当：鈴木）

1. 対象

療養型病床群、老人福祉施設、グループホームの入居者で認知症と診断された高齢者、または認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上と評価されている高齢者

2. 方法

多施設の聞き取り調査

3. 評価項目

日本語版 Care dependency scale (CDS) を目的変数とし、ADL、NPI、MMSE、QOLD を説明変数として解析した。

C. 研究結果

介護施設の結果。介入群は114名、非介入群は100名から研究同意および参加が得られ

た。このうち、主として評価尺度の記載漏れなどのため除外した対象を除いた介入群 90 例、非介入群 87 例（合計 177 例）を解析対象とした。福田、長屋の中間報告によると、NPI-Q で評価される介護負担感については、各群の前後比較において、非介入群では変化が認められなかったが、介入群では有意に軽減していた。

急性期病院の結果。ガイドラインの配布前後で看護の負担・内容ともに大きな違いは生じなかった。

介護支援専門員の結果。ガイドラインの有用性については、「とても役に立った」、「まずまず役に立った」の感想が 95% を占めており、実際に使用した介護支援専門員のほとんどはその有効性を実感していた。入院・入所の予防効果は有意ではなかった。

CDS と BPSD の関連では、異常行動、妄想が低いことが CDS の総合評価を促進していることがわかった。

D. 考察と結論

介護施設においては、いまだ中間報告の段階であるが、本テキストをもちいた教育的介入により介護施設における BPSD の介護レベルの向上が図られていることが統計的に示された。今後はさらに症例を増やしていく予定である。

急性期病院では、有効性を直接に示す有意な結果は得られなかった。この原因として、一般の急性期総合病院においては、その時々で入院患者の数や質（疾患の種類、患者の性格など）が大きく異なり、今回の調査の結果はその偶然性に大きく影響されたと考えられ、1 か月間の調査期間（×2 回）や 6 病棟の調査対象者数程度の規模の調査では、有効性を証明するには不十分であったためと思われる。

介護支援専門員に対する客観的な評価としての有効性を示すことはできなかった。有効性の評価は難しいが、「利用しやすいテキストである」という。評価が多かった。より多くの利用により患者・家族への対応力が向上することが望まれる。

BPSD における妄想や異常行動がみられることはケア依存度を全般的に低下させており、認知症高齢者の依存度が単に ADL の影響だけでなく、BPSD の影響を受けていることが明らかになった。

上記のように、本研究において、少なくとも介護施設においては、BPSD 初期対応の教育的介入は効果があることが示唆された。急性期病院や介護支援員に対する評価は困難なことが多く、客観的な結果を出すことは今のところできていない。今後の課題であるといえる。来年度は、さらに症例を集積し、結果を解析した後、公表をおこなう予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

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：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

服部英幸：フレイルとうつ。葛谷雅文、雨海照祥編、フレイル、超高齢社会における最重要課題と予防戦略。医歯薬出版、72-77、2014

服部英幸：認知症とせん妄の違いは。武藤芳照、鈴木みずえ編、認知症者の転倒予防とリスクマネジメント。日本医事新報社、東京、2014、33-38

2. 学会発表

福田耕嗣、服部英幸：DSM-5における行動優位型前頭側頭型認知症の亜型分類についての考察。第29回日本老年精神医学会、東京、2014/6/12

服部英幸、鳥羽研二ほか：急性期病院内の認知症治療病棟での実践。第56回日本老年医学会、福岡、2014/6/13

服部英幸：教育講演：高齢者うつ病、診断と治療。日本老年医学会、福岡、2014/6/14

服部英幸：シンポジウム 身体疾患とうつ 「認知症とうつ」 フレイルの精神症状 日本老年看護学会、名古屋、2014/6/28

服部英幸：虚弱高齢者（frail elderly、フレイル）の心理特性の検討。第11回日本うつ病学会、広島、2014/7/18

服部英幸：フレイルの心理特性の検討。第1回日本サルコペニア・フレイル研究会、東京、2014/10/19

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

