

長寿医療研究開発費 平成27年度 総括研究報告（総合報告及び年度報告）

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（部長）

研究要旨

3年間全体について

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。高いエビデンスレベルを求めて、対照研究とした。介護施設スタッフ、急性期病院看護師、介護支援専門員に対する教育的介入をそれぞれ行い、前後での有効性を評価し、非介入群との比較をおこなった。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。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。

BPSDの対応については、従来より多くの解説、概論が出されてきた。しかし、それらのテキストが、現場において本当に役立っているかを検証した報告はほとんどない。今回のわれわれの研究は、解説書を書いてそれで終わりにするのではなく、教育的介入を行なうことで本来の有用性を発揮できることを示唆している。

平成27年度について

前年度までの研究から、介護施設における教育的介入の効果が明らかになった。本報告書を作成する時点では間に合わなかったが、論文投稿中である。また、介護施設の特性とBPSD介護について、介護依存度を評価した研究も論文投稿中である。急性期病院における介入の効果について、今回は明らかにできなかった。介護支援員への教育的介入は効果がある傾向がみられた。

主任研究者	服部 英幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	部長
分担研究者	福田 耕嗣	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	医師
	鵜飼 克行	総合上飯田第一病院	部長
	長屋 政博	介護老人保健施設 ルミナス大府	施設長
	熊谷 亮	順天堂東京江東高齢者医療センター	准教授
	寺田 整司	岡山大学精神科	准教授
	橋本 衛	熊本大学医学部附属病院	講師
	鈴木みずえ	浜松医科大学	教授
	前田 潔	神戸学院大学	教授 (平成25年度のみ)

研究期間 平成25年4月1日～平成28年3月31日

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

3年間全体について

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。

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。

平成 27 年度について

研究方法、対象はこれまでどおりである。

(倫理面への配慮)

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(平成 16 年 12 月 28 日改正、平成 17 年 6 月 29 日一部改正、平成 19 年 8 月 16 日改正、平成 20 年 12 月 1 日一部改正) を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(平成 16 年 12 月 28 日改正、平成 20 年 7 月 31 日改正) を遵守して行う。また、調査においては、必要に応じて倫理・利益相反委員会の許可を得る。

本介入研究に関しては、平成 26 年度に長寿医療研究センターの倫理委員会に申請し、その承認を得た。各班員は、研究実施施設に対して、その施設の責任者に事前に説明を行い、参加協力への同意を得た。また、実際の参加者からは、参加への同意を書面により得た。

C. 研究結果

3 年間全体について

介護施設における有効性の検証 (担当：福田、寺田、長屋、服部)

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。

急性期病院における有効性の検証 (担当：鶴飼、熊谷)

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。

介護支援専門員における有効性の検証（担当：橋本）

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を用いたとBPSDと介護依存度との関連研究（担当：鈴木）

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。

平成27年度について

介護施設における教育的介入グループ（長屋、寺田、福田各班員）：テキストに基づいて教育的介入を行なった群では、NPIで評価されたBPSDの軽減、介護スタッフのMBI軽減が認められた。一方、非介入群では優位な差は認めなかった。教育的介入の有用性が示唆された。

鵜飼班員：急性期病院における教育的介入を行なった。実施した5種類の調査において、有意差は無く、ガイドラインの有効性を客観的に証明できなかった。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考えられた。

熊谷班員：高齢者の生活障害についての検討をおこなった。特に、万引きについては「寂しさ」「孤独」などの心理的要因が強く関与していると一般的には論じられているが、5名の日常生活からはこれらの感情は覗かれなかった。認知症性疾患の場合はこれらの心理的要因は比較的少ない傾向があると考えられ、介護者が責められることがないように注意が必要であることが示唆された。

橋本班員：BPSDとしての幻聴について検討した。DLB患者の35.2%に幻聴がみられ、その頻度はADよりも極めて高かった。さらにDLBでは、幻聴を伴うことにより精神状態が悪化し、治療反応性も不良である可能性が本研究結果から示唆された。

鈴木班員：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設のそれぞれにおける認知症高齢者のBPSDについて、ケア依存とADL、BPSD、QOLDとの関係を検討した。施設ごとに特徴的な結果が得られた。

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。福田および寺田班員の結果より、介入群ではBPSDの改善と、介護職員のバーンアウト尺度の「脱人格化」が有意に改善した。また、有意ではないものの、介入群ではCDSについても改善の傾向が認められた。この結果が生じた理由を考察すると、以下のような道

筋を考えることができる（寺田）。

1. 本を置くだけでなく、講義を行うことで、介護者の脱人格化が改善した。
2. 脱人格化の減少により、入所者に対する介護者の対応が改善した。
3. 介護者に対する対応の改善が、CDS の改善傾向を引き起こした可能性がある。

face to face の講義を加えることで、何らかのプラスの効果を引き起こすことが出来る可能性を示したことは、非常に意義深いことと考えている。

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。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。

BPSD の対応については、従来より多くの解説、概論が出されてきた。しかし、それらのテキストが、現場において本当に役立っているかを検証した報告はほとんどない。今回のわれわれの研究は、解説書を書いてそれで終わりにするのではなく、教育的介入を行なうことで本来の有用性を発揮できることを示唆している。

残念ながら、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、客観的な結果をだすことは今のところできていない。今後、方法論をさらに改良して効果の検証をおこなっていくことが必要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 福田耕嗣、服部英幸：「B P S D 初期対応ガイドライン」と期待される効果。Geriatric Medicine, 51, 27-30, 2013
- 2) 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
- 3) 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

- 4) 服部英幸：高齢者の術後せん妄。臨床精神医学、42, 327-334, 2013
- 5) 服部英幸：BPSD一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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 服部英幸：虚弱高齢者の精神症状。日老医誌、50, 759-761, 2013
- 9) 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
- 10) 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
- 11) 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—国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験—。老年精神医学雑誌、25、185-192、2014
- 12) 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
- 13) 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
- 14) 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
- 15) 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
- 16) 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
- 17) 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—国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験—。老年精神医学雑誌、25、185-192、2014
- 18) 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
- 19) 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
- 20) 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

- 21) 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
- 22) Hiroto Ito, Hideyuki Hattori, Hiromitsu Kazui, Masamoto Taguchi, Manabu Ikeda: Integrating Psychiatric Services into Com-prehensive Dementia Care in the Community. Open Journal of Psychiatry, 2015,
- 23) 服部英幸：一般内科診療で役立つうつ病の知識・老年内科領域。内科、115、235-239、2015
- 24) 服部英幸：第5章高齢者と介護者のための自助ツール。Toner JA, Mierswa TM, Howe JL 著 日本老年精神医学会監訳 「高齢社会における災害と緊急時の備え」ワールドプランニング、東京、63-74、2015
- 25) 服部英幸：第6章 ボランティア。Toner JA, Mierswa TM, Howe JL 著 日本老年精神医学会監訳 「高齢社会における災害と緊急時の備え」ワールドプランニング、東京、75-87、2015
- 26) 服部英幸：意欲喪失患者のケア。今日の治療指針 2015、医学書院、東京、p1491、2015
- 27) 服部英幸：入院高齢者によくみられる症候～老年症候群～BPSD。神崎恒一編；入院高齢者診療マニュアル、文光堂、東京、2015、133-144

2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 服部英幸：高齢者うつ病への対応—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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 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

うつ病学会、広島、2014/7/18

11) 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

12) 服部英幸：シンポジウム認知症とうつの介護 第15回日本認知症ケア学会、札幌、2015/5/23

13) 服部英幸：うつ症状を呈するフレイルにたいする薬物治療—探索的研究。第57回日本老年医学会、横浜、2015/6/14

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