

## 認知症の施設介護のためのストレスマネジメントプログラムの開発

大庭 輝

大阪大学大学院人間科学研究科 助教

(助成時：京都府立医科大学大学院 医学研究科精神機能病態学 特任助教)

### 【ポスター1】

私は臨床心理士で、認知症介護の質をどう上げるかというところと、質の低下をどう防ぐかという視点から心理学の研究をしているのですが、今回は質の低下をどう防ぐかというところで、介護職員のストレスに焦点を当てて研究を行いました。

介護職員の精神的健康を測定してみると、8割くらいはカットオフ値を超すような、精神的健康が良くない状態であることが以前調査したと

きに分かりました。では、介護職員のストレス要因にはどのようなものがあるのかと考えたときに、一つは夜勤などで体のサーカディアンリズムが乱れやすい状況にあるということと、よく言われるのが書類事務が多いということです。医療は電子カルテなどで電子化されていると思うのですが、介護現場は結構いまだに紙の書類で記録を書いたりとか介護保険の書類が煩雑だったりとか、書類等が多くてなかなか他の時間がとれないということが言われています。

この辺が組織の環境面の問題で、あとは対人面の問題です。認知症という特有の病気として、対象者のBPSD（精神症状）に対してうまく対応できないことによってストレスを感じる、また、介護職員の離職理由の一番高い理由は賃金とかではなくて、実は職場の対人関係というのが言われています。

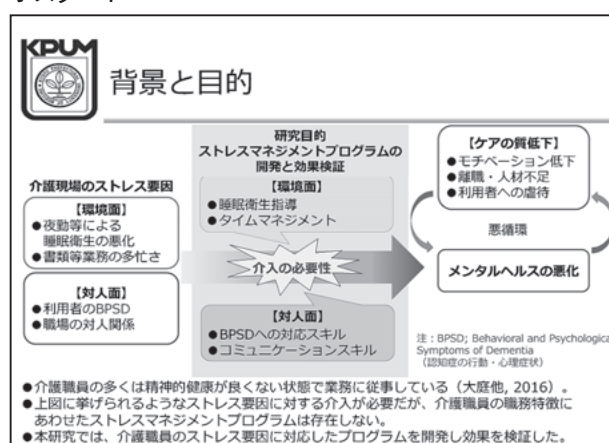
こういった環境面や対人面の問題が介護職員のストレス要因として大きな問題ということがあります。

こうした問題がメンタルヘルスの悪化に結びついて、それがモチベーションの低下ですとか離職による人材不足、最終的にはもしかしたら利用者への虐待とか、そういった悪循環に陥ってしまう可能性が高いということで、今回は、環境面と対人面に焦点を当てたストレスマネジメントプログラムを開発して、効果を検証することを目的としています。

### 【ポスター2】

手続きですけれども、助成申請前に文献研究は済ませていまして、そこから具体的にプログラムの開発に入りました。私と臨床心理学の実践者、介護福祉の現場に実際に勤めて

ポスター 1



いる管理職などで、プログラムに対する開発と内容の検討等を行いました。

内容としては、睡眠と時間の使い方、コミュニケーション、認知症の人の行動の理解といった4つのセッションをつくりました。

特徴としては、基本的には個人ワーク…個人で考えてもらうというワークと、集団で話し合ってもらったことを中心に組み立てています。というのも、介護の現場では職員を同時に1カ所に集めて何かやるのがなかなか難しいところがあります。そういう意味では、個人のワークとかグループワークは、一回やり方やワークシートの使い方がわかれば、自宅や自施設に帰って自分でできるような、つまり、一回は集まってもらわなければならないけれども、一回集まってもらえば後は自分でやってもらえる形でできることが望ましいと思い、そういった形にしています。

【ポスター3】

これがワークの一例です。

前日寝た時間とか昼寝したかどうかとか、そういった睡眠について振り返ってもらったワークと、自分の1日の時間の使い方です。工作中と仕事でない休日の時間の使い方を書いてもらって、それに対してどれくらい満足しているのか。満足していないのだったらこの部分に満足してなくて、どう変えたら自分の時間の使い方に満足できるようになるかというようなこと。

あと、ちょっとした対人葛藤場面の事例を挙げて、AさんBさんの対人事例ならば、「そのときあなたはAさんに対してどう思いましたか」「でも実はAさんはこんなことを考えていました。ではまた、あなたはAさんに対する見方が変わりましたか」といったこと。

最後に認知症の人の行動の理解として、なんでそういう行動をしているのかとか、どういふふうに対応したらいいのでしょうかということを個人と集団で話し合ってもらった。

そういった4つのワークをつくっています。

【ポスター4】

評価指標として、精神的健康、睡眠に対する態度、時間のコントロール感、老人介護ス

ポスター 2

**方法：手続きとプログラム**

5. フォローアップ調査  
- 介入1か月後に実施

4. 介入後調査  
- 介入の研修実施 (各セッション90分を一日で実施。)  
- 研修後に調査実施

3. ベースライン調査  
- 職員60名を抽出。  
- 介入群と統制群に割り付け(非無作為)  
- 介入前調査(1か月前~2週間前)の実施

2. プログラムの開発  
- 研究者、臨床心理学の実践者、介護福祉の管理職で内容検討

1. 文献研究  
- ストレス要因の特定

**プログラムの内容(4セッション)**  
①自分の睡眠状態を把握しましょう  
②仕事や休日の時間の使い方を考えましょう  
③コミュニケーションを見直しましょう  
④認知症の人の行動を理解しましょう

**プログラムの特徴**  
- 1セッション90~120分を想定  
- セッション毎に独立して実施可能  
- 個人ワークやグループワークが中心  
- ワークの内容を知られば自宅や職場で実施可能

ポスター 3

**ワークの一例**

あなたの睡眠はどのくらい満足していますか?  
睡眠が不足しているという状態を察知し、睡眠に「困って」も困らぬ状態にしたい。

その時、あなたはAさんに対してどう思いましたか?  
「でも実はAさんはこんなことを考えていました。ではまた、あなたはAさんに対する見方が変わりましたか」といったこと。

最後に認知症の人の行動の理解として、なんでそういう行動をしているのかとか、どういふふうに対応したらいいのでしょうかということを個人と集団で話し合ってもらった。

そういった4つのワークをつくっています。

スタッフのストレッサー、認知症の行動・心理症状に対する対応の自信などのアウトカムを設定しています。

主要アウトカムとしては、ストレスマネジメントプログラムの効果ということで精神的健康を設定しています。

【スライド5】

結果です。

介入群、統制群で60人ぐらいいたのですけれども、アンケートに答えてくれないなどで最終的な解析対象は介入群25名、統制群24名の計49名になります。

基本属性は、ベースライン時のデータなのですが、基本属性に群間の有意差はないということで、一応介入群と統制群で均質の集団だといえると思います。

【ポスター6】

精神的健康のGHQの得点にどういった要因が関連したのか…本研究の仮説の4つの部分が本当に精神的健康と関連しているのかというところで重回帰分析を使って解析してみました。やはり睡眠不足による疲労感…睡眠時間が長い短いというよりはむしろ睡眠不足の結果、疲労があるかどうかというのが大きな問題でした。あとは、1日8時間寝なければいけないとか、そういった睡眠に対する不合理な信念、誤った信念を持っていること、利用者への対応が難しいとか介護の仕事が大変だというような仕事の負荷、事務的仕事…書類が多いといった負荷が、精神的健康と有意に関係していたということで、この4つについては、どれも精神的健康に影響を及ぼす要因ということが分かりました。

ポスター 4

### 方法：評価指標

- 基本属性：性別、年齢、経験年数、睡眠時間、熟睡感、睡眠不足による疲労感
- 日本版GHQ精神健康調査票 12項目（高得点＝精神的健康悪） ※主要アウトカム
- 日本語版睡眠に対する非機能的な信念と態度質問票（DBAS） 16項目（高得点＝信念強）  
－結果、心配と無力感、予測、薬物の4因子
- 時間コントロール感尺度 12項目（高得点＝コントロール感強）
- 老人介護スタッフのストレッサー尺度 28項目（高得点＝高ストレス）  
－上司とのコンフリクト、介護的仕事の負荷、利用者とのコンフリクト、事務的仕事の負荷、同僚とのコンフリクトの5因子
- 認知症の行動・心理症状に対する対応の自信 5項目（高得点＝自信高）

上（基本属性除く）から、中川・大坊（2013）、宗澤他（2008, 2009）、井島他（2012）、矢富他（1991）、Hughes et al.（2008）

ポスター 5

### 結果：基本属性の比較

	介入群 (N = 25)		統制群 (N = 24)		
	N	%	N	%	
性別					
	女性	18	72.0	13	54.2
	男性	7	28.0	11	45.8
経験年数					
	3年未満	4	16.7	6	26.1
	3年以上	20	83.3	17	73.9
	M	SD	M	SD	
年齢	41.4±11.7		37.3±12.0		
睡眠時間（時間）	6.2±0.8		6.2±0.8		
熟睡感 (1. 悪い - 4. 良い)	2.9±0.7		2.8±0.7		
睡眠不足による疲労感 (1. 感じない - 4. 感じる)	2.6±0.7		2.7±0.6		

●解析対象者は49名。  
●基本属性に群間の有意差はなし。

ポスター 6

### 結果：精神的健康の関連要因

睡眠不足による疲労感

DBAS：予測

介護的仕事の負荷

事務的仕事の負荷

標準偏回帰係数 [95%CI] -0.6 -0.4 -0.2 0 0.2 0.4 0.6 0.8  
\*\* p < .01 \*\*\* p < .001

解析方法：重回帰分析 (Stepwise法) ベースライン時のデータを使用。  
従属変数：GHQ F(4,44) = 23.6\*\*\* R = 0.83 R<sup>2</sup> = 0.68 Adj R<sup>2</sup> = 0.65

### 【ポスター7】

こちらが実際にワークプログラムをひと通り行った後の結果です。有意差は出ていないのですが、介入群では、1カ月前くらいに行ったベースライン調査から介入直後に行った調査で精神的健康の得点が若干下がっている傾向があったのですけれども、介入1カ月後くらいに行ったフォローアップ調査ではまた戻ってしまっているといった結果でした。

統制群については特に変化がないまま終わっています。

検定力が小さいというのが結果の一つですし、研修後のアンケートでは96%の「役に立った」「実践してみようと思う」という回答が得られています。

### 【ポスター8】

ただ、実際に1カ月後の調査で、「自宅や施設に持って帰って、今回学んだワークプログラムをやってみましたか」と聞くと、やったのは24% = 6名しかいなかったという結果です。これは、特に「やってください」と強制したわけではなく、「実際役に立ったと思ったら、自施設や自宅でやってみてくださいね」という弱い感じで、強制はせずに教示しているので、自発的にやった人が24%ということです。

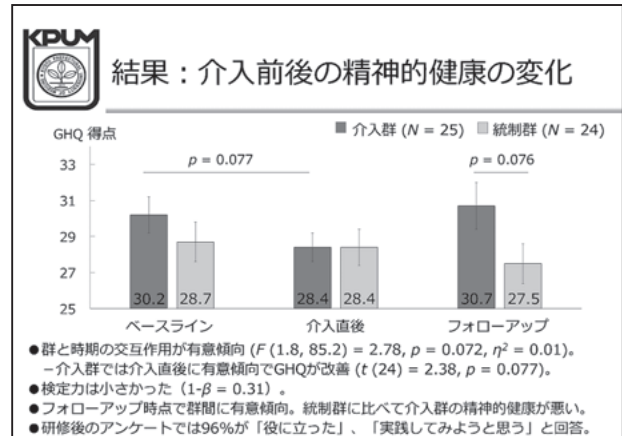
6名を見てみると、大体7割弱は得点が改善していて、やっていなかった人は改善者が少ない結果ですが、これも人数が少ない影響もあると思うのですが有意差は見られていません。

### 【ポスター9】

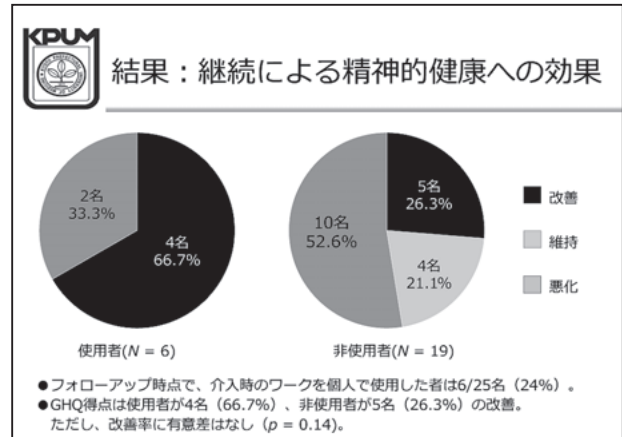
これらの結果から、ストレスマネジメントプログラムに一定の効果はあるのではないかと印象はあるのですが、もう少しサンプルサイズを増やして検証してみないと、はっきりした効果は分からないということです。

もう一つは、個人の動機づけに任せるだけでは継続にはつながりにくいということです。本人の努力だけではなく、組織的に、こういったストレスに対して焦点を当てた介入をしていく必要があるということです。今50人以上の事業所ではストレスチェックが義務付け

ポスター7



ポスター8




られてきましたので、ストレスチェック制度と絡めて、ただチェックするだけではなくて改善とか予防を図るための介入も行っていくといいのではないかと思います。

その点、本研究でつくったプログラムはワーク中心ですので、自施設で使いやすい利点があります。誰か講師を頼むと、講師の力量によって効果が左右されたりとかお金がかかったりとかがありますけれども、その辺の問題はクリアできると思います。

今回、結果は4セッションまとめて解析していますので、各セッションのどれに効果があったのかということまでは検討できていません。重回帰分析からの結果からは、睡眠不足による疲労感とか、事務的仕事の負荷という環境面の影響が結構大きいので、その辺の問題から取り組むほうがやりやすいと考えています。睡眠不足で疲労感があってイライラしやすいという状況が元々あって、そこに、あるきっかけがあって対人関係の問題が出てきてしまうということもあるかもしれませんので、まず取り組みやすい身体面のところから介入していくのが効果的ではないかと思っています。

#### ポスター 9



### まとめ/結論

- **ストレスマネジメントプログラムに一定の意義はあり**
  - 単発でも効果がある可能性は示唆されたが、効果量は小さく有意差はなかった。
  - 検定力不足の可能性があり、より大きなサンプルサイズでの検討が必要。
- **個人の動機づけに任せるだけでは継続につながりにくい**
  - ワークが役に立ったと感じても、フォローアップ時に継続していた者は少ない。
  - 単発での効果は小さいため、組織的にワークの継続機会を提供することが必要。
  - ストレスチェック制度と絡めると良いかもしれない。
  - 本プログラムはワークが中心のため、参加者が自施設で広めやすい利点がある。
- **各セッション毎の効果については今後の検証が必要**
  - 各セッション毎の効果については検討できていない。
  - まずは生活習慣など本人自身が行動可能な身体面の改善を図ることが有効か？
  - 環境面のストレスの影響が対人面のストレスにも影響しているか？

## 質疑応答

**座長：** 今回、N（研究対象数）がこの数だし、母集団の問題がいろいろ関係するのかなと思うのですが、どうですか、おやりになった印象として、介護施設…言葉は悪いけどかなり劣悪な状況で働いていらっしゃる方々から、それなりに恵まれた状況までいろいろありますが、今回の対象はどんな感じですか。印象としては。

**大庭：** 今回の対象は、法人としては一つの法人で施設としては10個くらいの、大きい法人でたくさん施設を持っているところの職員を対象にしています。

**座長：** では、一応いくつかの施設をまたがってのNなんですね。

**大庭：** そうです。10施設くらいにはなっているのですが、法人が同じというところと、その法人は、実際に給与面とかそういうところを見てみても、一般的な

---

介護施設に比べるとちょっと良いところですので、その辺の集団の問題が入っている可能性はあるかなと思います。

**座長：**あとはやはり、かなり追い詰められて実際に働いていらっしゃる方々のストレスをどうするかというのは、今、ものすごく大きい問題だと思うのですが、その手前の段階でこういうプログラムがどんどん普及していくと、かなり期待できるものですか？

**大庭：**そうですね。やはり予防的などころはとても大きいと思います。「健全な精神は健全な体に宿る」という言葉もありますが、まず環境面の調整を組織としてストレス予防教育という形で取り組んでいくことが重要かと思います。私は臨床心理士ですが、今回、国家資格が心理職でできましたので、それができたことで介護保険内に心理の専門職が入り込んでいけるような形になると、ハイリスクの人のカウンセリングや相談援助など個別の対応もできるようになっていくのではないかと期待しています。

**会場：**研究の手法のことで質問ですけれども、統制群と介入群はどのように分けられたのでしょうか。

**大庭：**介入できる人というのは、シフトの問題などもあったので、各施設のシフトに合わせてその施設の管理職の人にマネジメントしてもらった形です。無作為にはなっていないのも一つ問題かと思います。ただ、他の変数も群間に有意差はないので、一応集団としてはある程度均質性はあるのではないかと考えています。

**座長：**研究の特性上、いわゆるコントロールと介入とのチョイスは結構難しいですね。

**大庭：**そうですね。ちょっと難しいですね。

**座長：**やはりNを増やして行って結果を出していくしかない、ということにもなるかもしれないですね。

**大庭：**そうですね。Nを増やすのと、あとは、同じような研究を増やして行ってメタ解析する形でエビデンスを高めていくという方法が、一番具体的にできることかと思います。