

ことを第一の目的として創設されたものである。治療の中では、精神・行動障害の沈静化とリハビリテーション、さらには、家族介護の指導なども含め、家庭への復帰を目標に設定されたものである。また同時に、その中では正確な「認知症の診断」「合併症の治療」も期待された。しかしながら実際には、人員基準や診療報酬内容が不十分なために、画像等の診断料は設定されておらず、また、合併症治療の枠組みも設定されないままであった。このような中で、最近の精神科病床に入院している認知症患者に関する調査では、90日以内の入院患者は16.6%にすぎず、さらに、79%が1年以上の入院に至っている。精神・行動障害やADLの状況を見ると、これらの入院患者では79%において精神行動障害が著しく認められているが、このうち90%においては、ADLの低下も加わっており、日常生活全般について直接の介護を要する状態であることが示されている。入院当初から、日常生活全般にわたって介助を要するような状況にあることが分り、早期の治療・リハビリテーションもかなり高密度の行なわれ、早期の退院を目指すことが必要であることが分る。

同様な調査は、平成19年に「老人保健健康増進事業」により、日本精神科病院協会が行なった調査では、「認知症病棟（当時は老人性認知症治療病棟・同療養病棟）」では、1年以上の入院患者は2.3%に及び、平均在院日数（単純平均）は、認知症治療病棟では419.8日、同療養病棟では1,578日であった。平均年齢は77.6歳で、入院前の所在は、自宅（34.6%）、他の医療機関・他の病棟（50.3%）、グループホームを含む介護保険施設（13.1%）であった。入院の理由では、精神症状・行動障害が67.1%と最も多かった。さらに、入院患者の病態では、障害老人日常生活自立度でB・Cランクは全体の48.7%に及び、車椅子使用者は42.9%、常時おしめ使用者60.3%にも及んでいる（認知症治療病棟だけを抽出しても、47.1%がB・Cランクであり、車椅子も40.9%、おしめ59.6%である）。合併症では、54.9%が治療を要するなんらかの合併症を有している。このように、認知症専門病棟は、ADLが低下し、また、おしめや車椅子などの直接的な介護が必要な認知症高齢者が多数を占めていることが分かる。さらに、退院できない理由については、「精神・行動障害が改善しないため、65.5%」「家族の受け入れができない、32.4%」「合併症のため、11.3%」「特養・老健・グループホームの入所まち、25.0%」「その他、7.6%」であった。

本来、認知症病棟は、BPSDに陥った認知症高齢者を早期に入院できる、受け入れ体制を整えておく必要がある、また、一定の治療やリハビリテーションが終了した段階で速やかに自宅や介護保険施設への退院が行なわれる状況も整える必要がある。ところが、このいずれもが十分に機能しておらず、特に、介護保険施設への移動が円滑に行なわれないために、認知症病棟は本来の機能を果たせないままに機能不全の状況に陥って言っても過言ではない。

### 3. 認知症病棟の改善策について

一般の精神科病床では、入院後3ヶ月間で約70%が退院し、6ヶ月目では80%を超える。ところが、認知症高齢者では、4ヶ月間でようやく50%で、180日目では60%が退院しているに過ぎない。そのうえ、前節でも述べたようにADL等の低下は著しい。これらの状況を改善するために以下のような項目をあげることができる。

(1) 認知症病棟の機能の向上

- ①診断機能の向上（認知症医療センターとの連携が可能）
- ②精神行動障害だけでなく ADL が低下した入院患者に対応できる介護者の増強
- ③合併症への対応ができるように合併症加算が必要
- ④長期間の入院においても、精神・行動障害のために退院が困難な患者が多数おり、このために従来の「認知症療養病棟」のような長期型の病棟（または病床）が、ぜひ、必要である。

(2) 地域との連携を進める機能の向上

- ①認知症病棟間のネットワークを組むことで、早期の入院を可能にする（実際には入院希望から入院までの期間は、平均 7.6 日であり、連盟によりされに短縮することが可能となるであろう）
- ②退院後の受け入れ側の連携（特に、グループホームとの連携が今後拡充されなければならない）。

(3) 新たな受け入れ施設の必要性

調査結果からも明らかなように、退院は可能とされていながら、軽度に精神・行動障害が残っていたり、合併症があったり、あるいは、ADL が低下しているために、現状の施設形態では受け入れが困難な認知症高齢者が多数存在する。このような人達には、医療が強化された新たな施設形態が必要になる（医療型認知症グループホーム又はケアホーム）。

# 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 分担研究報告書

### 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

研究分担者 木之下 徹 医療法人社団こだま会こだまクリニック 院長

#### 研究要旨

今日の地域における認知症諸問題、諸課題の対応に向けて諸施策を勘案する上で、全国の認知症患者の実態把握は必須である。そのためにこれまで明らかになっている実態のうち、次期課題と結びつけられる部分を整理して示した。

調査の結果、BPSD を有する認知症の方は高齢であり、特に後期高齢者が多く、その半数には配偶者がいなかった。また独居が見過ごせないほど多かった。要介護度については、未申請、要介護 I～V まで均等に分布していた。

BPSD を発現しているものは高齢であり、また多くの合併症を併発していることがわかった。高血圧、高脂血症、糖尿病などは高率に合併している。特徴的であったのは、パーキンソン病の合併率であり、認知症との関連を推察させた。BPSD を診るということは、同時に高率に合併する身体疾患も合わせて管理することに他ならない。

今後の対応に関して、オフラベル薬などの正しい使い方とその情報の共有化、およびその前提となるBPSDに関する疾患概念の理解、さらに介護職との連携も含んだ多方面にわたる戦略化が必須となると考える。

この結果を踏まえ、今後のよりよいサービスを構築することは、ニーズとサービスの unmet な部分に光を当てる方法論は当該事業の推進上基礎になると考える。

#### A. 研究目的

今日の地域における認知症諸問題、諸課題の対応に向けて諸施策を勘案する上で、全国の認知症患者の実態把握は必須である。

地域においては、BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症に伴う行動と心理の兆候、いわゆる周辺症状)が多く(論文[Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al. Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al. 老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.]によると認知症者の7～9割にBPSDが発現。)出現していて、中核症状によるものと合わせて、高度な生活障害をきたしていることが予測される。同時にこの傾向は超高齢化社会と核家族化、経済状況悪化により今



後ますます家庭や地域における住みにくさが膨れ上がることは明らかである。そのような状況の中で、家族の誰かが認知症になってしまうと、生活上致命的な障害を受けることもある。認知症生活者を支えきれずに家庭が崩壊することもあり、また家族の崩壊につながることもある。虐待（高齢者虐待防止法参照）の問題、機会損失（例、認知症の親の介護のために仕事を辞める、など）の問題の温床となる。さらに認知症に特異的に生じる医療問題として、不適切な薬剤の使用、せん妄の見逃し、せん妄の背景にある身体疾患の見逃しなども多い（平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業：認知症の「周辺症状」（BPSD）に対する医療と介護の実態調査と BPSD に対するチームアプローチ研修事業の指針策定、参照）。これらの実態から浮き上がることは、認知症において、良い面も悪い面も医療・介護の関係性は大きく、これらの整備なくして、将来の明るい兆しはない。その基盤整備を行う際、全国の認知症患者の実態把握、今回の医療面における把握は、欠くべからざる基盤資料として必須である。以下には、これまで把握できている内容を、当該基盤資料を作成する際の端緒とすべく、順次記載する。

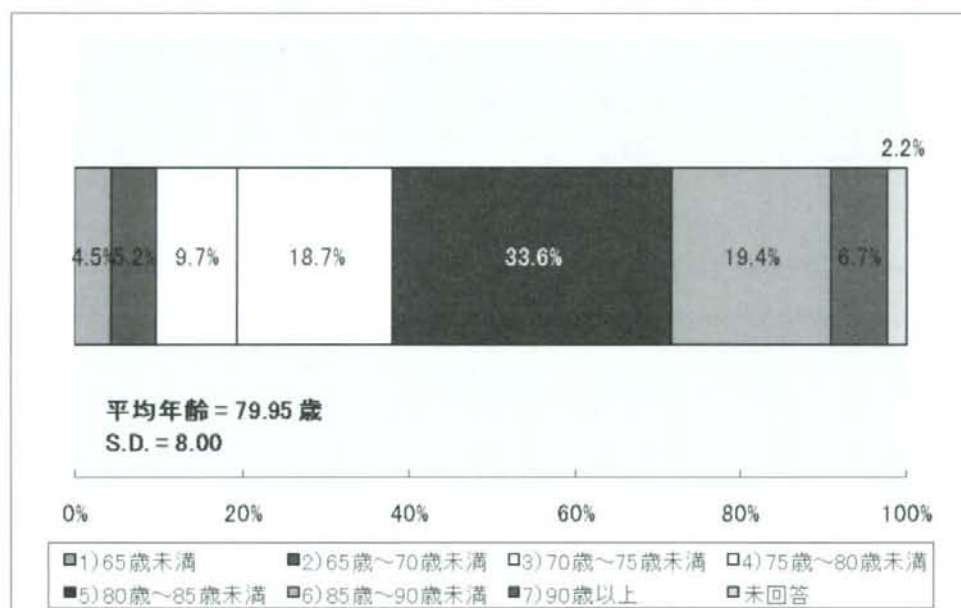
## B. 研究方法

本分担研究者が担当する東京都内の患者を中心に、認知症を専門的に診察する家庭医が中心となって在宅の認知症患者の実態を系統的に調査した。

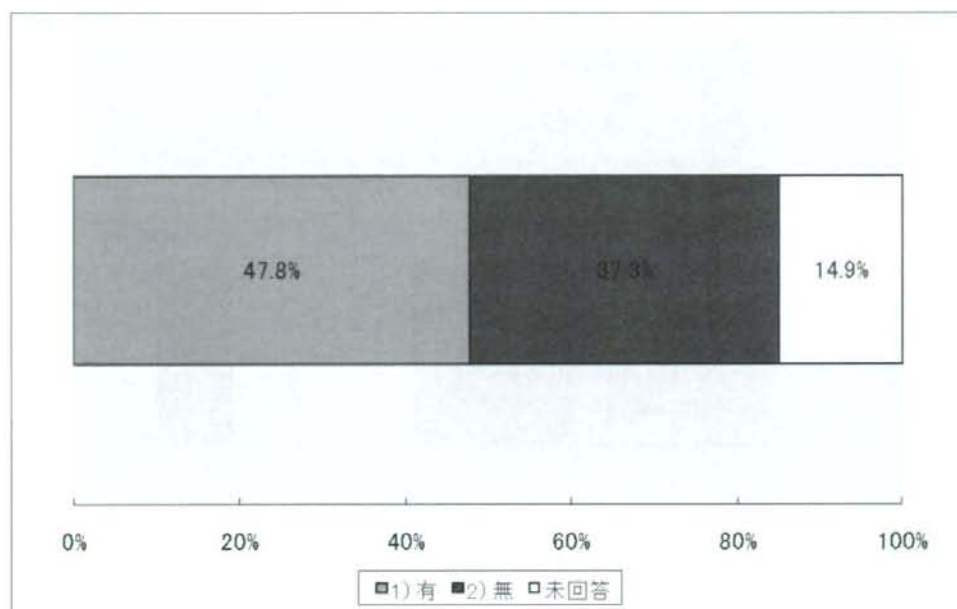
## C. 研究結果

### 1) BPSD のある患者の生活状況

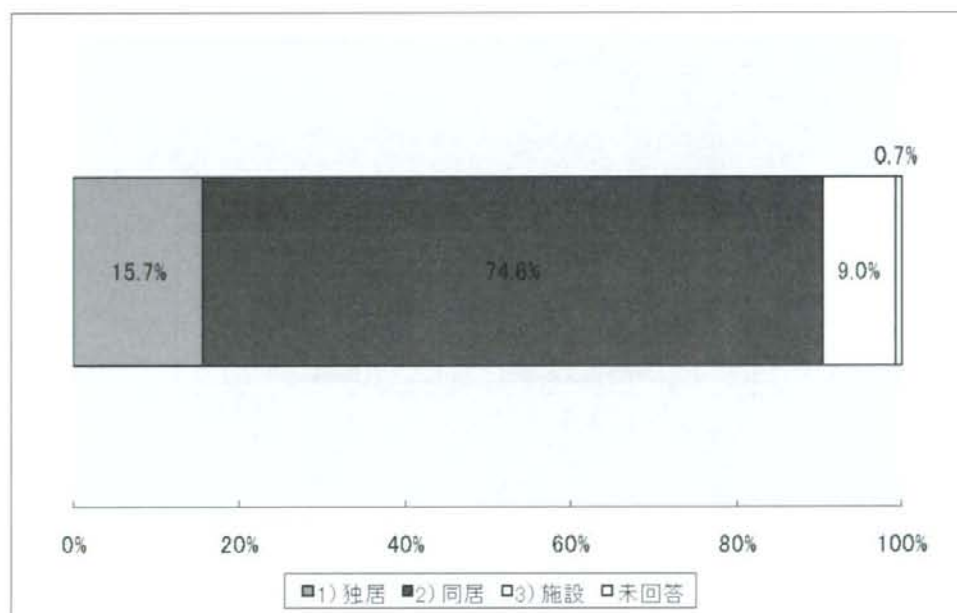
本研究では、BPSD を有する認知症の方は高年齢であり、特に後期高齢者が多い。



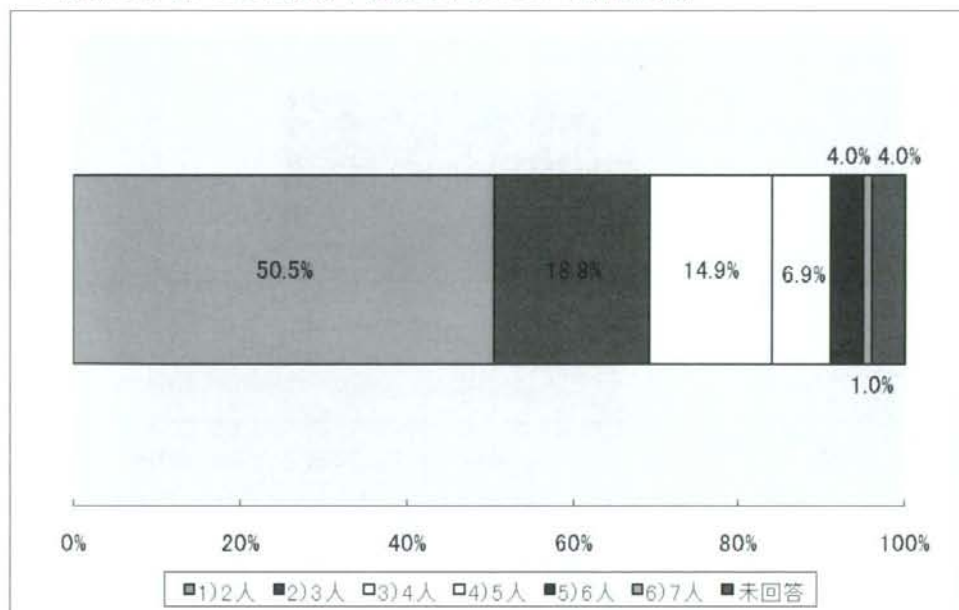
その半数には配偶者がいない。



また同居形態についても、独居が見過ごせないほど多い。今後増大する傾向にあるのと、そもそも独居は調査にかかりづらいバイアスがかかっていることを考慮するとこの数値は明らかに過小評価であることが推定でき、今後極めて大きい、社会的なインパクトがあることが想像できる。

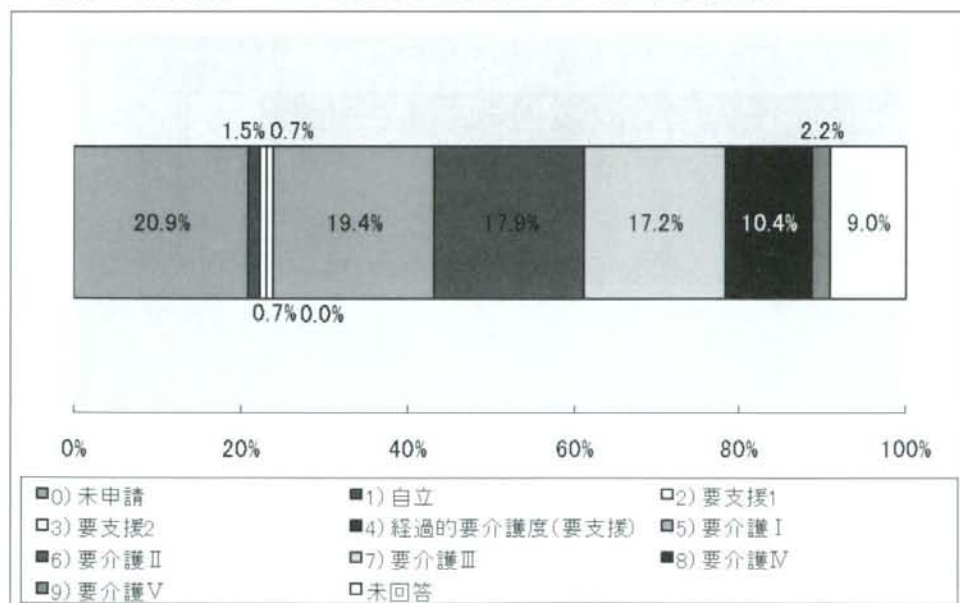


また、同居を除いて、同居者数を眺めると、その半数は本人を含めて2人が過半数を占めていた。主たる介護者が高齢の配偶者であることを考え合わせると、その生活の大変さが容易に想像できる。この状況も今後拡大することが予測される。



## 2) 患者の要介護度

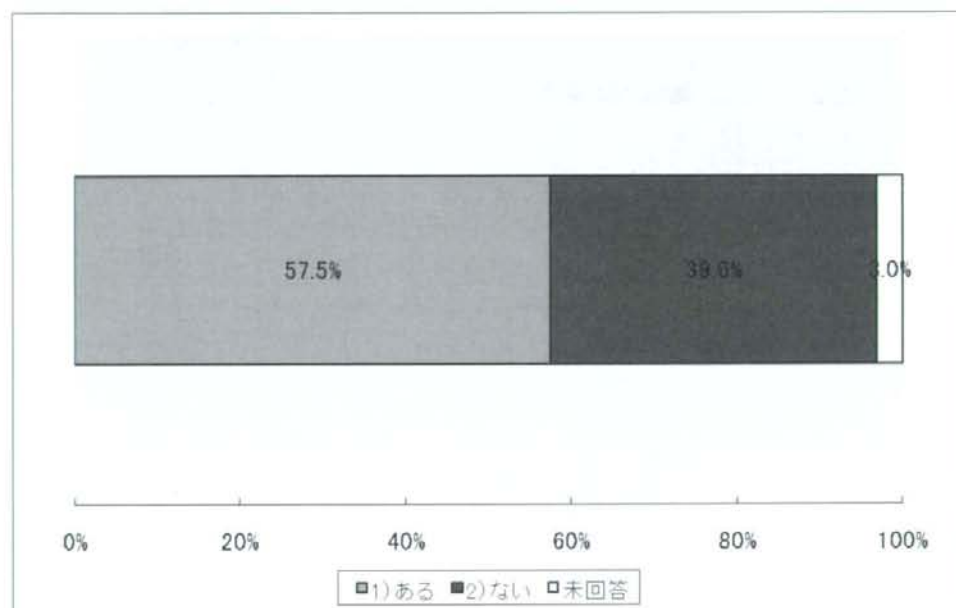
一方、要介護度（①-9 要介護度）を眺めると、未申請、要介護Ⅰ～Ⅴまで均等にばらついていました。つまり、高度な生活障害を生じている認知症にも関わらず、介護度における偏りがないうことは、その状況がマスとして、介護度は関係がない、と解釈できる。したがって、社会資源の有効利用についても点検する必要があることが示唆された。



#### D. 考察

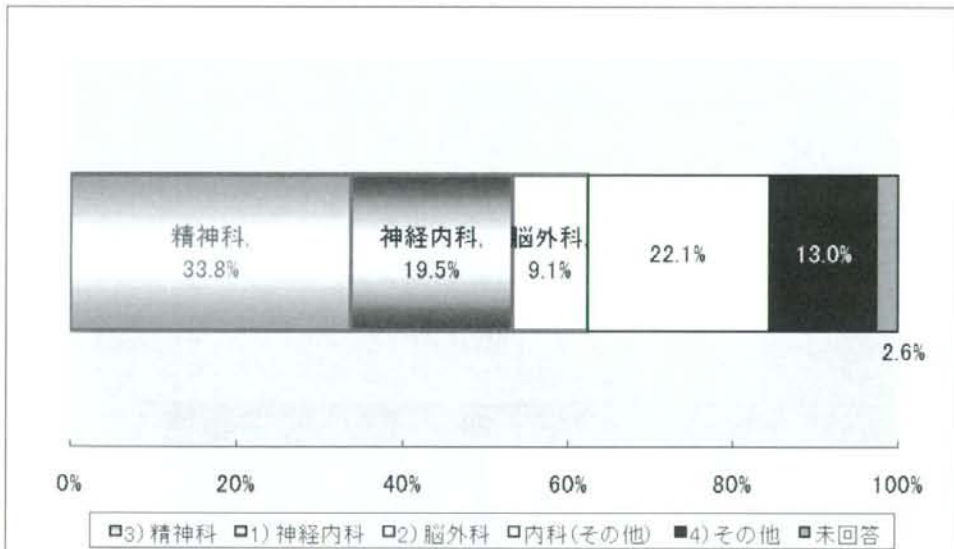
##### 1) 地域における認知症並びに BPSD 医療の未熟さ

認知症並びに BPSD を専門とする本研究における調査医療機関までの受診経緯において、約 6 割が前医で治療を受けていた。現状においては、認知症専門施設の配備ならびに周知が徹底していないために、この数値は、「地域においてどうにか専門施設に訪れることができた」のが約 6 割とも解釈できる。すなわち、専門医療に対するニーズはそれ以上であることが予測でき、数値上、専門施設の配備が必要とされる

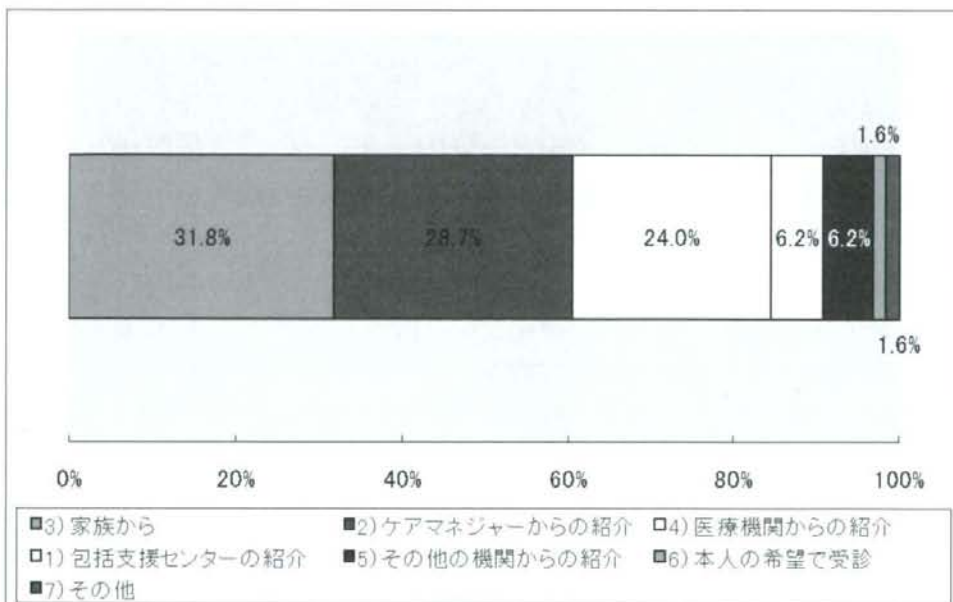


しかし、その前医の 6 割は、精神科、神経内科、脳外科など、いわば、世間では認知症の診療を行うことができるとされている診療科目であった。このことは種々の背景があるにせよ、医療サービスと住民のニーズの乖離がなんらかの原因で存在することを意味している。原因の究明と、解決方法の創出が必要である。そのなかでも原因のヒントを上げるならば次の通りである。現行では、サポート医研修が行われているが、その内容については、国のサポート医研修や民の研修（製薬企業が所属する製薬協におけるプロモーションコードによる制約）では扱えないオフラベル薬の使用などに関わる問題も大きく含まれている。オフラベル薬、とくに抗精神病薬に関する誤った使用法や安易な使用が医師の間に蔓延している可能性もある。したがって、治験などによる適用拡大に向けての努力、ただし正しい使い方の整備と共有化、および、その正しい使い方をする前提となる思想基盤、つまり BPSD に関する疾患概念（治療すべき対象なのか、たとえば「周辺症状は理解すべき対象（故小澤功氏による

言)」)の整備など、さらに当該医療行為には介護職との連携も含まれ、多方面にわたる戦略化が必須となる。



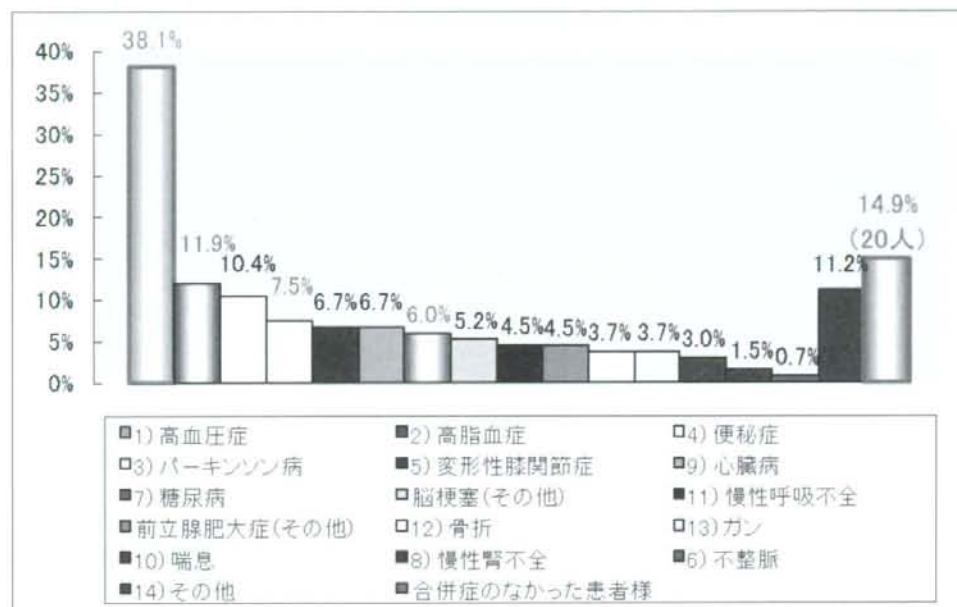
また BPSD を有する高齢者本人の意志による受診はほぼ期待できない疾患であることも下記の結果から示されている。同時に治療が必要にもかかわらず、(体が悪くて)来られない、(本人が)来ない、本人に対するアプローチも同時に再考する必要がある。専門医療機関へのアクセスについての再考が迫られた。





## 2) BPSD 者における合併症

BPSD を発現しているものは高齢であり、また多くの合併症を併発していることがわかった。高血圧、高脂血症、糖尿病などは高率に合併しているが、これはわが国における有病率とかけ離れていない。しかし特徴的であったのは、パーキンソン病の合併率であり、認知症との関連を推察させた。BPSD を診るということは、同時に高率に合併する身体疾患も合わせて管理することに他ならないことが確認できた。すなわち認知症専門機関の機能化において、これらの合併症治療の位置づけも考慮しなくてはならない。



## 3) まとめ

要約的な表であるが、認知症の BPSD において、その悪化原因が下記の通りであった。薬剤によるものと身体合併症によるものを合わせると 6 割を超えている。これらのニーズに合わせるべく医療サービスの再編成と提供が必要となる。