

图4. 重症度別転倒・転落者数

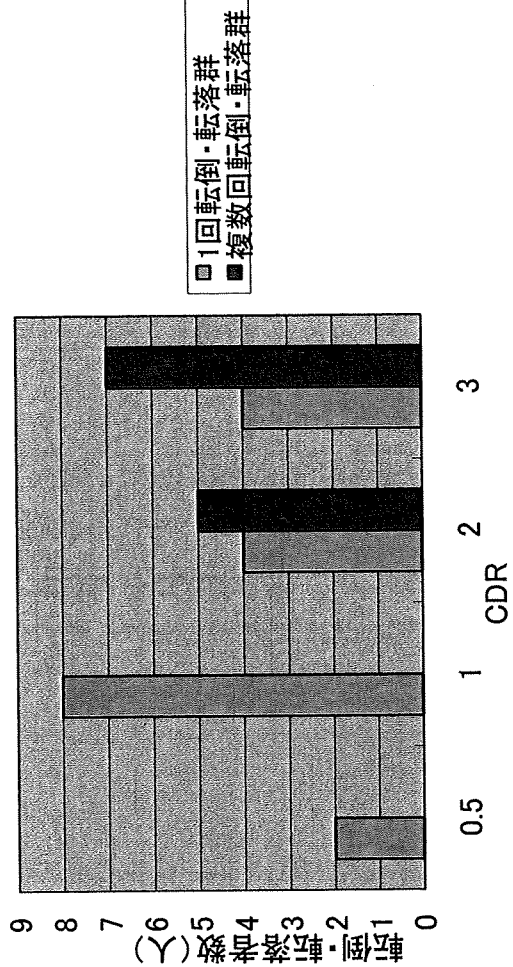
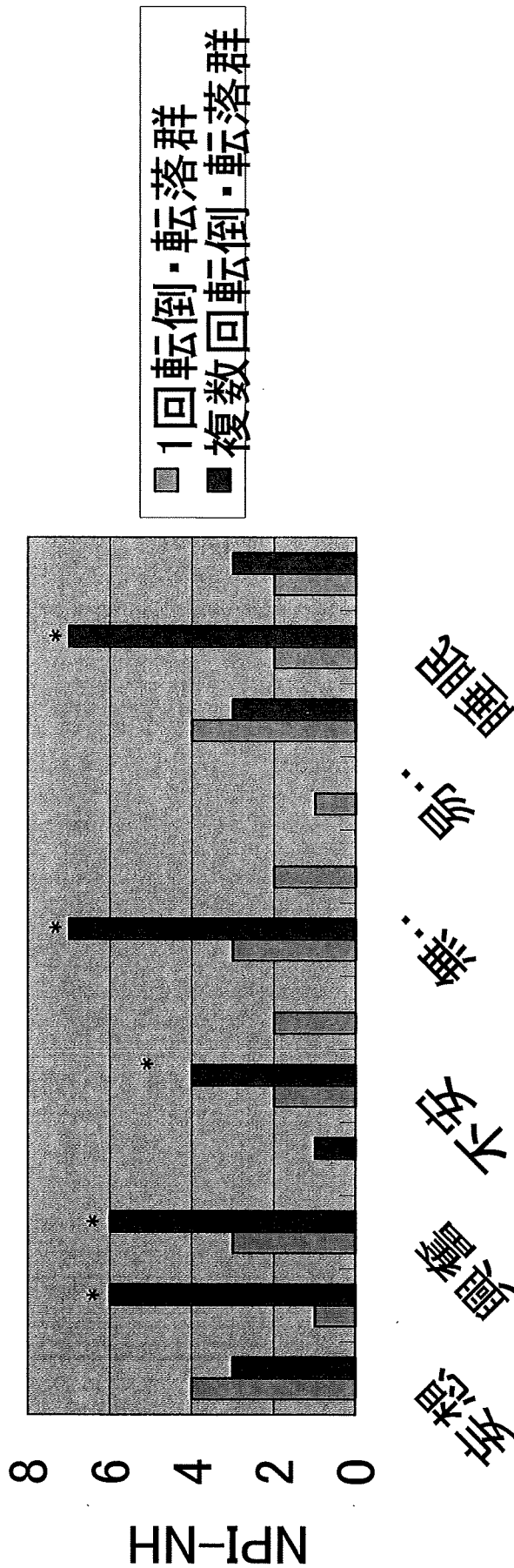


図5. 1回転倒・転落群と複数回転倒・転落群のNPI-NH
の平均得点



Mann-Whitney U検定: * p < 0.05

研究要旨：認知症の行動心理症状：BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が増悪すると、家族の介護負担は増加し、通所あるいは入所の介護サービスを受けることが困難にある場合もある。そこで施設での対応が困難なBPSDを明らかにし、専門医療機関で入院治療を行う基準を示すこと目的とした。日本語版Inventory in Nursing Home Version (NPI-NH)を基に作成したアンケートを大阪府下の介護施設に郵送し回答を得た。介護施設で最も対応困難なBPSDは興奮であり、施設の76.9%が興奮の症状があれば専門医療機関での入院治療依頼を検討すると回答した。興奮の中でも「他人を傷つけたり、殴ったりしようとする。」が最も多い症状であった。介護施設で安定した介護サービスを受けるためには、専門医療機関では「興奮」に対する速やかな治療が求められていると考えられた。

A. 研究目的

老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホームといった介護老人施設において、認知症の行動心理症状：BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が増悪した場合は、施設での介護が困難になる。その際に検討されるのが、認知症疾患治療病棟等を有する専門医療機関でのBPSDに対する入院治療である。そこで、介護老人施設で、どのBPSDがどの程度重症度と頻度、介護負担度になれば、専門医療機関へ入院治療の依頼をするかを調査し、介護老人施設で対応が困難なBPSDを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

大阪府下の老人保健施設協会、社会福祉協議会施設福祉部老人施設部会・大阪認知症高齢者グループホーム協議会に所属する全977施設を対象とした。日本語版Inventory in Nursing Home Version (NPI-NH)をもとに、12項目の各BPSDがどれくらいの頻度、重症度、介護負担感になれば、専門医療機関へ入院の依頼を行うかのアンケート（資料）を作成した。また過去1年間に各施設で専門医療機関に実際にBPSDのための入院治療を依頼した件数を調査した。アンケートは2009年10月各施設に郵送で配布し、2009年11月末日までに返信で回答を得た。（倫理面への配慮）

本研究は個人情報を取り扱うことはないが、アンケート結果は厳重な管理を行うとともに、解析は施設名を匿名化した後に行った。

C. 研究結果

特別養護老人ホーム（認知症対応型）121施設、特別養護老人ホーム（認知症非対応型）23施設、老人保健施設（認知症対応型）52人施設、老人保健施設（認知症非対応型）45施設、グループホーム189施設からアンケートの回答を得た。過去1年間の専門医療機関への一施設あたりの平均入院依頼件数は、特別養護老人ホーム（認知症対応型）0.36人、特別養護老人ホーム（認知症非対応型）0.7人、老人保健施設（認知症対応型）1.20人、老人保健施設（認知症非対応型）1.22人、グループホーム0.36人であり、全体で一施設あたり0.57人であった。入院を依頼する要因になるBPSDで最も多かったのは「興奮（76.9%）」であった。次いで「食欲あるいは食行動異常（44.1%）」、「脱抑制（35.4%）」、「易刺激性（31.1%）」、「うつ（27.7%）」、「妄想（27.2%）」、「睡眠あるいは夜間帯の行動（25.2%）」、「幻覚（23.5%）」、「不安（21.5%）」、「異常行動（20.2%）」、「多幸（11.6%）」、「無為・無関心（9.9%）」の順であった。「興奮」の中でも最も多くの施設

が入院の依頼を行う要因にあげたのは「他人を傷つけたり、殴ったりしようとする。(69.8%)」であった。続いて、「その他、攻撃的なあるいは興奮した行動をする。(44.8%)」「ドアをばたんと閉めたり、家具を蹴ったり、ものを投げたりする。(31.4%)」「叫んだり、大きな騒音を出したり、悪態をついたりする。(28.0%)」であった。「食欲あるいは食行動異常」の中では「体重が減少している。(27.7%)」、「食欲が不振になっている。(19.0%)」の順で多かった。

D. 考察

興奮にもとづく他者への暴力行為や攻撃性、破壊行為が最も施設入所を継続することが困難で、専門医療機関医療機関での入院治療を依頼する要因であることが明らかになった。認知症患者の興奮は、ケアスタッフの関わり方や環境調整、適切な薬物治療により改善が可能なBPSDであることはこれまでも報告されている。施設で安定した生活を継続するためには、ケアスタッフが認知症に伴う「興奮」について、発生原因の分析や、適切なケア技術、環境調整方法を取得する必要があると考えられる。また、比較的容易に専門医療機関を外来受診できる「特別養護老人ホーム」と「グループホーム」では、「ケアスタッフの工夫で改善が見込めない場合は、可能な限り外来通院でBPSDの専門的治療を行っている。」という自由記載が目立った。このことは医療機関を定期的に外来受診することが比較的困難な「老人保健施設」に比べて、「特別養護老人ホーム」と「グループホーム」での専門医療機関への入院件数が少なかった

ことに関係があるとも考えられる。一方で専門医療機関では、暴力行為や攻撃性、破壊行為といった激しい興奮を速やかに治療することが、介護施設からは望まれていると思われた。

E. 結論

介護施設で最も対応困難なBPSDは興奮であり、特に他の入所者への暴力行為であった。

F. 研究発表

・繁信和恵, 池田学: 認知症1行動療法的アプローチ・環境調整. 精神科治療学23巻増刊号:233-235, 2009.

・繁信和恵, 池田学:FTLD患者への対応. BRAIN and NERVE61:1337-1342, 2009.

・Nakaoka, A., Suto, S., Makimoto, K., Yamakawa, M., Shigenobu, K., Tabushi, K. Pacing and lapping movements among institutionalized patients with dementia. the American Journal of Alzheimers Disease & Other Dementias (accepted for publication, October, 2009).

・田伏薫、繁信和恵: 認知症疾患治療病棟における転倒・転落の原因と対策. 総合病院精神医学21-3号: 2009 (印刷中)

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業

精神科救急における BPSD に関する研究

分担研究報告書

分担研究者：澤温（医療法人北斗会理事長）

研究協力者：清水芳郎（医療法人北斗会さわ病院）

精神科救急における BPSD の実態調査をするために、精神科救急や認知症を診療している 360 病院にアンケート調査をおこなった。143 病院から回答を得、調査対象者は 67 例であった。受診動機は全体では興奮、易怒性が多かったが疾患別に差が見られた。疾患別ではアルツハイマー型認知症が多く、血管性認知症がそれに次いで多かった。しかしながら、BPSD 様症状を主訴に精神科救急を利用した患者は、精神科救急全体の 2%にも満たず、十分なサポートを受けられない患者が多数いる可能性が示唆された。

A. 研究目的

認知症患者が BPSD のために夜間休日に精神科救急医療をどのように利用しているかの実態調査をした。

B. 研究方法

日本精神科病院協会に所属している精神科病院の中で平成 21 年 4 月 1 日現在において、救急入院料病棟、急性期治療病棟、認知症疾患医療センター、重度認知症デイケアのいずれかひとつでも認可を受けているすべての病院、合計 360 病院に別紙のアンケート調査をおこなった。〈調査期間〉平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 カ月間

（倫理面への配慮）

本研究は医療関係者に対する調査であり、患者のプライバシーに関わるものではない。またアンケートは無記名で情報は匿名化され処理されるので、回答者の不利益、危険性はない。

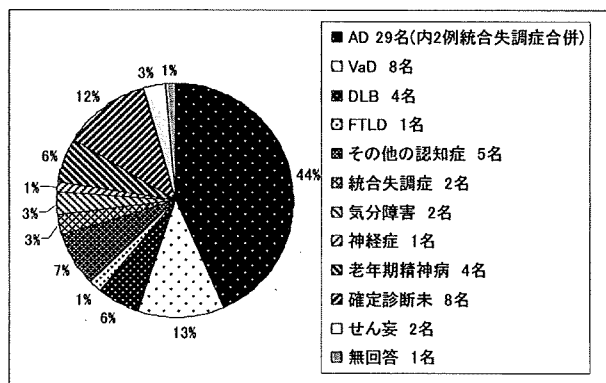
C. 研究結果

360 病院にアンケート調査をおこない、143 病院から回答を得たが、調査期間に 1 人でも夜間休日帯に患者が受診したのは 102 病院であった。そのうち、BPSD 様症状を主訴に受診した患

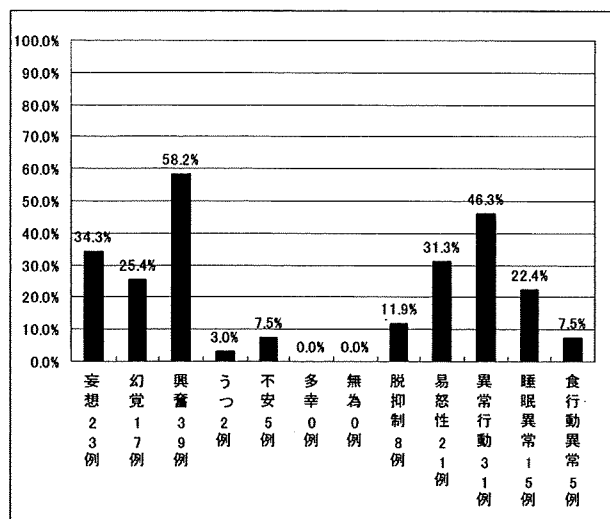
者がいた病院は 31 病院で、調査対象患者は合計 67 例であった。一方これら 102 病院の 2 カ月間における夜間休日帯の受診患者総数は 3527 例であった（なお、BPSD 様症状と表現するのは、患者の呈する症状が BPSD なのか精神科の症状なのか区別がつかないことがあるため、BPSD を疑った場合は個人調査票を作成するよう依頼した）。

67 例の内訳は男性 33 例、女性 34 例、平均年齢 79.3 歳（68 歳～93 歳）。発生場所は自宅 44 例、施設 16 例、一般病院 4 例、その他 2 例、無回答 1 例であった。直近 1 年間の精神科受診歴は有 35 例（認知症 22 例、老年期精神病 4 例、気分障害 2 例、統合失調症 4 例、神経症 1 例、その他 1 例、無回答 1 例）、無 25 例、不明 6 例、無回答 1 例であった。急性期エピソードの発生時期は受診まで 1 日以内が 32 例、受診まで 2 日以上が 29 例、無回答及び記載不備が 6 例であった。重篤な内科疾患の合併は有 7 例、無 58 例、無回答 2 例であった。受診時間帯は準夜帯が 41 例、深夜帯が 13 例、休日の日勤帯が 13 例であった。対応は入院 46 例、通院 16 例、施設入所 4 例、無回答 1 例であった。

原因となる認知症疾患としては、アルツハイマー型認知症 (AD) が多く、脳血管性認知症 (VaD)、レビー小体型認知症 (DLB) の順であった。なお、入院したが診断が確定できなかった症例が 3 例と、外来受診のみで終わったため診断確定できなかった症例が 5 例あった。また、BPSD と高齢者の精神疾患との鑑別は難しく、精神病圏の患者も 9 例 (統合失調症 2 例、老年期精神病 4 例、気分障害 2 例) 含まれていた。



受診動機となった BPSD は NPI で評価した (複数回答)。全 67 例の受診動機となった BPSD は下図の通りであり、興奮、異常行動、妄想の順が多かった。



また、疾患ごとに受診動機となった BPSD に差は認められた (別紙の個人調査票結果を参照)。

施設調査票の結果は別紙の施設調査票結果の通りである。

D. 考察

アルツハイマー型認知症が多かったのは、レビー小体型病の鑑別が困難であるからかもしれない。全体では興奮、易怒性が受診動機の上位を占めたが、アルツハイマー型認知症では興奮の次に異常行動であった。血管性認知症では興奮の割合が、アルツハイマー型のそれよりも高く幻覚と妄想は少なかった。これらは疾患の症状の傾向と一致している。

今回の調査でもうひとつ明らかになったことは、夜間休日帯において 65 歳以上で BPSD を主訴に受診する患者は全体の 2% 程度に留まったということである。この数字は日常臨床の実感からすると、あまりにも少ない印象である。よって、夜間休日帯に BPSD 様の症状が発生しても適切な対応を享受できない、のではないかとこの仮説を立てるにいたった。

E. 結論及び今後の方向性

精神科救急における BPSD の実態を調査するため 360 病院にアンケート調査をおこない、143 病院から回答を得た。平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 ヶ月間において夜間休日時間帯に BPSD 様症状を主訴として受診した患者は 67 名いた。しかしながら、回答を得た病院における同期間中の夜間休日時間帯の受診者総数は 3527 名であり、BPSD を主訴として受診した患者は全体の 2% にも満たず、夜間休日時間帯に BPSD で困っている患者が適切なサポートを受けられていない可能性が高いことが考えられる。今後は、BPSD の急性期エピソードが発症した時から受診までに要した時間を詳細に調査することや、受診までに時間を要させたいと思われる要因について調査をおこなってきたい。

F. 研究発表

【文献】

1. 澤 温、長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス、精神科臨床サービス、第9巻3号、385-389、2009
2. 澤 温、精神科救急医が目指すもの、精神科救急、12：45-48、2009
3. 澤 温、危機介入と精神科救急、精神科救急（印刷中）
4. 澤 温、大阪市の精神科救急を含めた地域医療～小規模精神科救急病院から見えたもの～、病院・地域精神医学（印刷中）

【講演】

2009年9月18日第52回日本病院・地域精神医学会総会 一般演題「急性期医療」
「大阪市の精神科救急を含めた地域医療～小規模精神科救急から見えたもの～」

施設調査票結果

アンケート調査に回答のあった 143 病院を、認知症診療の有無や救急対応の有無に関わらず以下の 3 群に分ける。精神科救急を積極的にしていないと返答した病院で夜間休日時間帯に受診者が発生していたり、認知症対応をしていないと答えた病院で個人調査票が発生したため、この分類方法が 1 番適切であると判断した。

- ・ A 群・・・個人調査票が発生した病院群
(65 歳以上で BPSD 様症状を主訴に受診した患者が 1 例以上あった病院)
- ・ B 群・・・夜間休日時間帯に受診した患者が 1 例以上いたが、個人調査票は発生しなかった病院群
- ・ C 群・・・夜間休日時間帯に受診した患者が 1 例もいなかった群
- ・ D 群・・・施設調査票に記載不備のあった病院及び、回答拒否した病院群

1. 病院群の内訳数

- ・ A 群・・・31 病院
- ・ B 群・・・71 病院
- ・ C 群・・・25 病院
- ・ D 群・・・16 病院 (合計 143 病院)

2. 救急対応の体制 (カッコ内はそれぞれの病院群における%)

| | A 群(31 病院) | B 群(71 病院) | C 群(25 病院) |
|--------------------|------------|------------|------------|
| ① 24 時間体制 | 29 (93.5%) | 53 (74.6%) | 3 (12.0%) |
| ②当番(輪番)のときのみ救急対応 | 0 (0%) | 14 (19.7%) | 0 (0%) |
| ①②以外(積極的に救急をしていない) | 1 (3.2%) | 4 (5.6%) | 16 (65.0%) |
| 無回答 | 1 (3.2%) | 1 (1.4%) | 6 (24.0%) |

3. 各群において、下記の病棟の認可を受けていると答えた病院の数。

カッコ内はその病院群における割合 (%)

右側斜体はそのうち夜間休日時間帯に認知症患者を受け入れ可能と返答のあった病棟

| | A 群 (31 病院) | B (71 病院) | C (25 病院) |
|-------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 救急入院料病棟 | 16 (51.6%) / 16 | 5 (7.0%) / 5 | 0 (0%) / 0 |
| 急性期治療病棟 | 17 (54.8%) / 16 | 54 (76.1%) / 43 | 12 (48.0%) / 7 |
| 一般精神科病棟 | 20 (64.5%) / 8 | 47 (66.2%) / 36 | 16 (64.0%) / 6 |
| 認知症病棟(包括制度) | 17 (54.8%) / 9 | 33 (46.5%) / 25 | 13 (52.0%) / 9 |

| | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 認知症病棟(介護保険) | 0 (0%) / 0 | 3 (4.2%) / 0 | 1 (4.0%) / 0 |
| 一般精神科病棟 (認知症加算) | 6 (19.3%) / 6 | 10 (14.1%) / 7 | 3 (12.0%) / 2 |
| 精神科療養病棟 | 27 (87.1%) / 7 | 58 (81.7%) / 13 | 18 (72.0%) / 3 |
| 一般身体科病棟 | 5 (16.1%) / 1 | 4 (5.6%) / 2 | 1 (4.0%) / 3 |

4. 各群において下記の医療福祉サービスを設置している、提携していると返答した病院数（左側が設置していると返答した病院数、右側斜体が提携していると返答した病院数）

| | A群 (31病院) | B群 (71病院) | C群 (25病院) |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| | 設置/連携 | 設置/連携 | 設置/連携 |
| 重度認知症デイケア | 12 / 0 | 15 / 5 | 8 / 5 |
| 認知症疾患センター | 6 / 3 | 9 / 6 | 1 / 0 |
| 地域包括支援センター | 7 / 10 | 9 / 17 | 2 / 8 |
| 介護老人福祉施設 (特養) | 5 / 13 | 3 / 18 | 0 / 7 |
| 介護老人保健施設 | 14 / 12 | 23 / 20 | 5 / 9 |
| 老人性認知症疾患グループホーム | 3 / 7 | 11 / 15 | 4 / 8 |
| 訪問看護 (24時間体制) | 5 / 3 | 6 / 2 | 3 / 3 |
| 訪問看護 (非24時間体制) | 17 / 3 | 52 / 16 | 16 / 5 |
| 訪問介護 (24時間体制) | 0 / 1 | 2 / 1 | 2 / 1 |
| 訪問介護 (非24時間体制) | 4 / 2 | 9 / 12 | 0 / 10 |
| 通所介護 (24時間体制) | 1 / 1 | 0 / 2 | 0 / 0 |
| 通所介護 (非24時間体制) | 1 / 5 | 5 / 10 | 1 / 4 |
| 通所リハ (24時間体制) | 1 / 1 | 0 / 1 | 0 / 0 |
| 通所リハ (非24時間体制) | 14 / 3 | 29 / 11 | 5 / 2 |
| 医師の往診 (24時間体制) | 2 / 0 | 0 / 0 | 1 / 0 |
| 医師の往診 (非24時間体制) | 16 / 2 | 26 / 6 | 3 / 3 |

5. 夜間休日時間帯に認知症患者を受け入れ可能な病棟における、保護室（隔離室の有無）

A群：有29、無2

B群：有63、無7、無回答1

C群：有13、無12、無回答2

6. 各病院群において、下記の検査を実施可能と返答した病院数。右斜体はそのうち、夜間休日時間帯でも対応可能な検査と返答した病院数

| | A群 (31病院) | B群 (71病院) | C群 (25病院) |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| CT | 30 / 20 | 55 / 14 | 18 / 9 |
| MRI | 12 / 6 | 15 / 8 | 3 / 1 |
| SPECT | 5 / 0 | 5 / 0 | 3 / 0 |
| 血液検査 | 31 / 21 | 70 / 28 | 23 / 9 |
| 脳波 | 31 / 12 | 67 / 5 | 19 / 5 |
| 心理検査 | 30 / 5 | 68 / 5 | 19 / 4 |

7. 内科医の有無

非常勤医師の半日勤務は0.5日と計算している。

| | A群 (31病院) | B群 (71病院) | C群 (25病院) |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| 常勤+非常勤 | 8 | 13 | 4 |
| 常勤のみ | 12 | 13 | 4 |
| 非常勤のみ (内、週3日以上勤務) | 8 (0) | 33 (6) | 9 (2) |
| 無し | 3 | 10 | 5 |
| 不適當記載 | 0 | 2 | 3 |

個人調査票結果

調査対象者は67例であった。

【性別】 男性33例、女性34例

【平均年齢】 79.3歳 (68歳~93歳)

【発生場所】 自宅44、施設16、一般病院4、その他2、無回答1

【直近1年間の精神科受診歴】

有37例 (認知症23例、老年期精神病4例、気分障害2例、統合失調症4例、その他1例、無回答1例)、無25例、不明6例、無回答1例

【急性期エピソードの発生時期】

受診前1日以内・・・32例、受診2日以上前・・・29例、無回答、記載不備・・・6例

【受診時間帯】

準夜帯・・・41例、深夜帯・・・13例、休日の日勤帯・・・13例

【同居者の有無】 (自宅発生の場合)

有・・・38例、無・・・6例

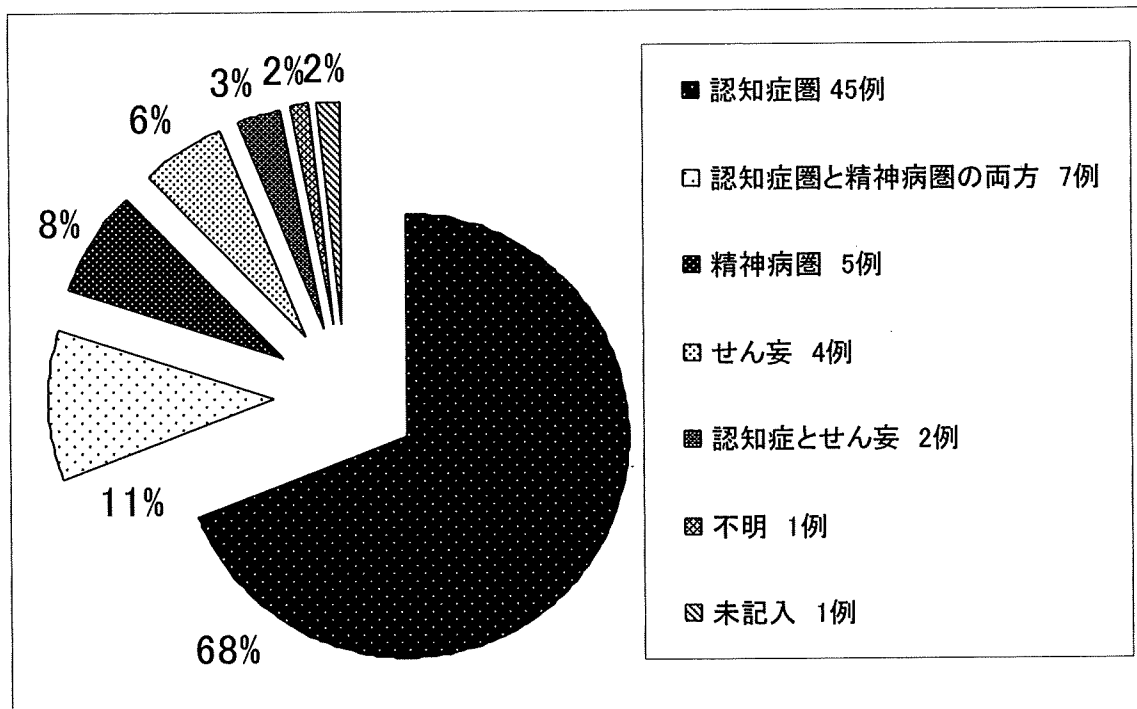
【重篤な内科疾患】

有・・・7例、無・・・58例、無回答・・・2例

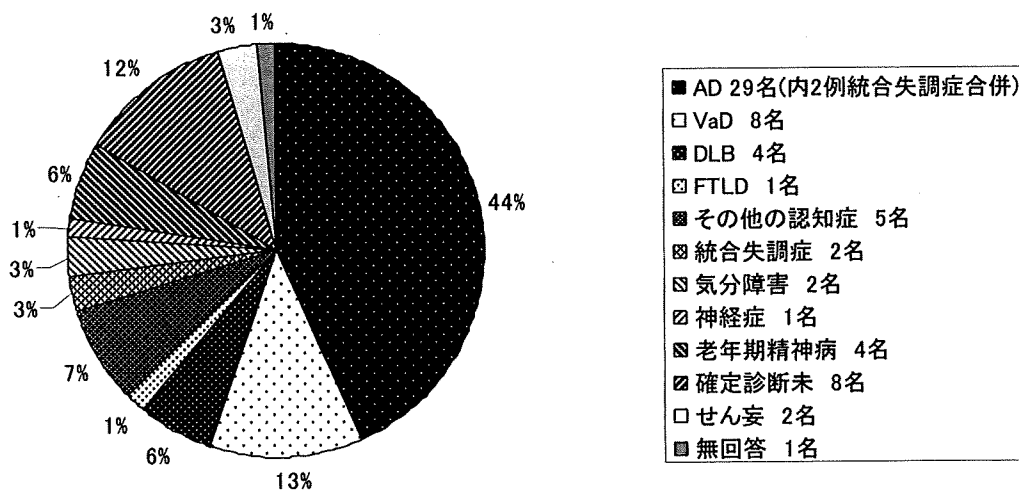
【対応】

入院・・・46例、通院・・・16例、施設入所・・・4例、無回答・・・1例

【受診時に疑った状態】



【原因となった疾患（確定診断後）】



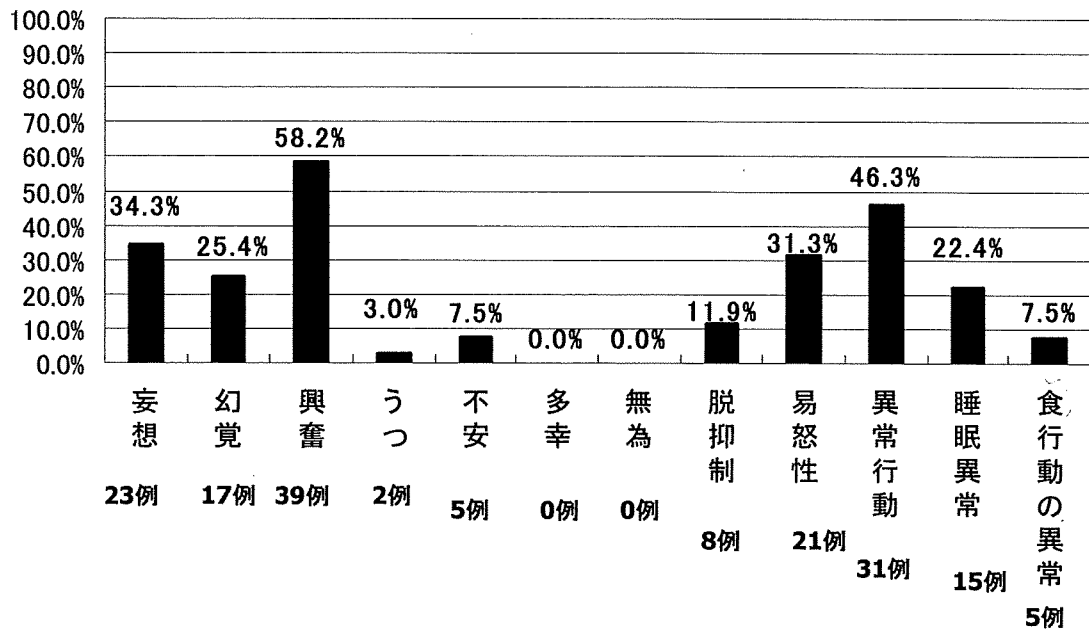
AD：アルツハイマー型認知症

VaD：血管性認知症

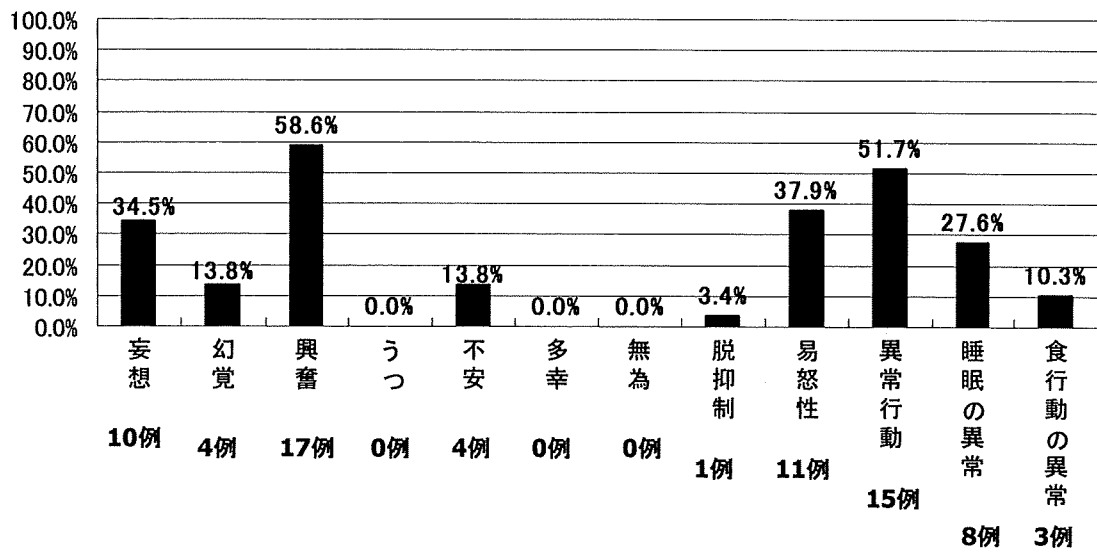
DLB：レヴィ小体型認知症

FTLD：前頭側頭型認知症

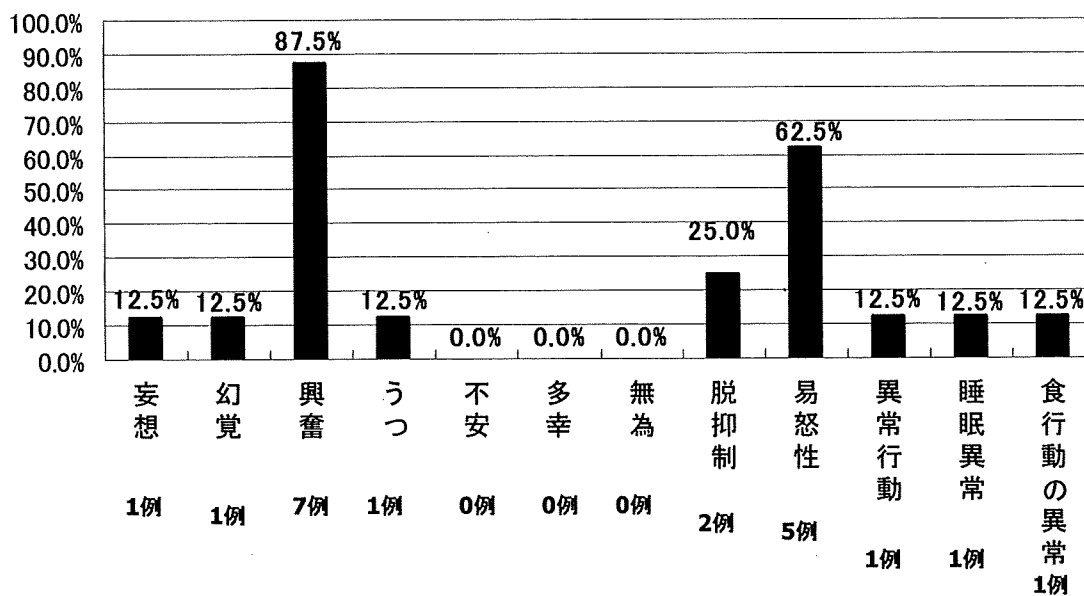
【受診動機となった BPSD(全 67 例)】



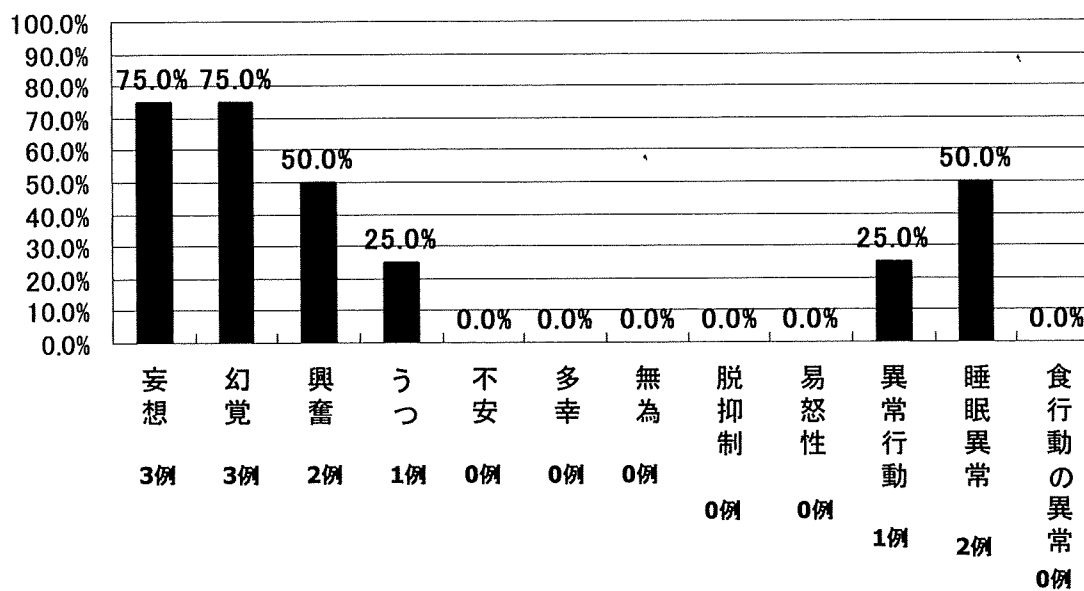
【受診動機となった BPSD(AD29 例)】



【受診動機となった BPSD(VaD8 例)】



【受診動機となった BPSD(DLB4 例)】



施設調査票

| | | | | | | |
|-------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------|---|
| 平日の救急診療時間帯 | | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 休日の救急診療時間帯 | | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 認知症患者の診療について | | 1.有 | ・ | | 2.無 | |
| 認知症患者の救急対応について | | 1.有 | ・ | | 2.無 | |
| 設置している病棟(複数回答可) | | 1.救急入院料病棟 ・ 2.急性期治療病棟 3.認知症病棟(包括制) ・ 4.一般精神科病棟 5.認知症疾患療養病棟(介護保険制度) 6.一般精神科病棟(認知症加算あり) 7.精神科療養病棟 ・ 8.一般身体科病棟 | | | | |
| 上記のうち認知症患者の救急入院が可能な病棟(複数回答可) | | 1.救急入院料病棟 ・ 2.急性期治療病棟 3.認知症病棟(包括制) ・ 4.一般精神科病棟 5.認知症疾患療養病棟(介護保険制度) 6.一般精神科病棟(認知症加算あり) 7.精神科療養病棟 ・ 8.一般身体科病棟 | | | | |
| 設置している福祉サービス、施設(複数回答可)(訪問看護はステーション含む) | | 1.重度認知症患者ケア ・ 2.認知症医療疾患センター 3.地域包括支援センター ・ 4.介護老人福祉施設(特養) 5.介護老人保健施設 ・ 6.老人性認知症疾患グループホーム 7.訪問看護(24時間体制) ・ 8.訪問看護(非24時間体制) 9.訪問介護(24時間体制) ・ 10.訪問介護(非24時間体制) 11.通所介護(24時間体制) ・ 12.通所介護(非24時間体制) 13.通所リハ(24時間体制) ・ 14.通所リハ(非24時間体制) 15.医師の往診(24時間体制) ・ 16.医師の往診(非24時間体制) | | | | |
| 他機関と連携している福祉サービス、施設(複数回答可)(訪問看護はステーション含む) | | 1.重度認知症患者ケア ・ 2.認知症医療疾患センター 3.地域包括支援センター ・ 4.介護老人福祉施設(特養) 5.介護老人保健施設 ・ 6.老人性認知症疾患グループホーム 7.訪問看護(24時間体制) ・ 8.訪問看護(非24時間体制) 9.訪問介護(24時間体制) ・ 10.訪問介護(非24時間体制) 11.通所介護(24時間体制) ・ 12.通所介護(非24時間体制) 13.通所リハ(24時間体制) ・ 14.通所リハ(非24時間体制) 15.医師の往診(24時間体制) ・ 16.医師の往診(非24時間体制) | | | | |
| 認知症患者が救急入院できる病棟の隔離室 | | 1.有 | ・ | | 2.無 | |
| | | 1.有 | ・ | | 2.無 | |
| 内科医の有無 | 常勤 | 週 | | | 日(半日は0.5日扱い) | |
| | 非常勤 | 週 | | | 日(半日は0.5日扱い) | |

| | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 可能な検査項目(連携も含む)(複数回答可) | 1.CT ・ 2.MRI ・ 3.SPECT 4.血液検査 ・ 5.脳波 ・ 6.心理検査 |
| 上記のうち救急時間帯でも可能な検査 (連携も含む)(複数回答可) | 1.CT ・ 2.MRI ・ 3.SPECT 4.血液検査 ・ 5.脳波 ・ 6.心理検査 |
| 2009年10月1日から11月30日までの2ヶ月間の 夜間休日における救急受診者総数 | 名 |
| 上記救急受診者の中の65歳以上の受診者の 数 | 名 |
| 上記65歳以上の救急受診者のうち、別紙の個人 表を作成した数 | 名 |

個人調査票

| | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者様のIN(識別のため) | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 受診日 | 年 月 日 |
| 貴院初診日(以前に初診日あれば) | 年 月 日 |
| 認知症の初発年齢(もし分かれば) | 歳 |
| 今回の受診時年齢(65歳以上) | 歳 |
| 直近1年以内の精神科受診歴 ※ | 1.有 ・ 2.無 ・ 3.不明 |
| ※1が有の場合、その診断名 | 1.統合失調症 2.気分障害 3.老年期精神病 4.神経症 5.認知症(疾患名問わず) 6.受診歴あるが詳細不明 7.その他() |
| 発生場所 | 1.自宅 ・ 2.施設 ・ 3.一般病院 ・ 4.その他() |
| 発生時期(今回の急性期エピソード) | 日前 or 時間前 |
| 同居者(自宅発生の場合) | 1.有 ・ 2.無 |
| 受診時間帯 | 1.準夜 ・ 2.深夜 ・ 3.休日の日勤帯 |
| <受診の理由となった BPSD様の主訴の内容> (複数回答可) | 1.妄想 ・ 2.幻覚 ・ 3.興奮 ・ 4.うつ ・ 5.不安 6.多幸 ・ 7.無為 ・ 8.脱抑制 ・ 9.易怒性 10.異常行動(徘徊含む) ・ 11.睡眠異常 ・ 12.食行動の異常 |
| <受診時診断名> 事前に診断が確定している場合 (どれか1つ選択してください) | 1.アルツハイマー型認知症 2.レビー小体型認知症 3.脳血管性認知症 4.前頭側頭型認知症(ピック病) 5.その他の認知症() |
| 事前に診断が確定していない場合 受診時に考えられた状態像 | 1.認知症圏 2.精神病圏 3.認知症圏と精神病圏の両方 4.意識障害(せん妄) 5.不明 |
| 重篤な合併症(数日以内に身体科コンサルトが必要なレベル) | 1.有 ・ 2.無 |
| <対処方法> | 1.入院 ・ 2.施設入所 ・ 3.通院 ・ 4.他院へ転送 |
| 通院の場合(複数回答可) | 1.介護者への指導や助言 ・ 2.投薬調整 3.デイケアへ繋ぐ ・ 4.その他() |
| <退院時もしくは 入院2週目時点での診断名> (どれか1つ選択してください) ※2 | 1.アルツハイマー型認知症 2.レビー小体型認知症 3.脳血管性認知症 4.前頭側頭型認知症(ピック病) 5.その他の認知症() 6.統合失調症 7.気分障害 8.老年期精神病 9.神経症 10.意識障害(せん妄含む) 11.その他の精神病() 11.診断未確定 |
| ※2を診断するために要した検査 (複数回答可) | 1.心理検査 ・ 2.CT ・ 3.MRI ・ 4.脳波 ・ 5.SPECT 6.血液検査 ・ 7.臨床症状のみで診断 ・ 8.その他() |
| 自由記載欄(本症例で困難に感じたことがありましたら、その内容を記載していただければ幸いです) | |

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)
分担研究報告書

老人保健施設およびリハビリテーション専門病院における
認知症の疾患別BPSDの実態調査とその対応法に関する研究

分担研究者 西川 隆 (大阪府立大学総合リハビリテーション学科)

研究協力者 大西久男 (大阪府立大学総合リハビリテーション学科)

大川直澄 (医療法人みどり会中村記念病院)

中山博識 (社会福祉法人多伎の郷老人保健施設たき)

研究要旨

BPSDについては、初診時や通院時に行われた調査報告は多いが、施設や病院に入所・入院中の患者のBPSDに関する報告は少ない。本研究ではその実態を調査し、認知症の原因疾患別の特徴を明らかにして、その対応法を模索する。

今年度は、老人保健施設2施設と、回復期リハビリテーションを専門とする1病院において、BPSDの発生頻度とその種類、原疾患、認知症の重症度、認知機能、介護負担度を調査した。

調査した範囲では、老人保健施設入所の方が回復期入院患者より多くのBPSDを呈していた。疾患との関連では、血管性認知症のほうがアルツハイマー病に比べてNPI総点と負担度が高い傾向がみられた。老人保健施設におけるBPSDに対して重点的な対策を講じる必要がある。

A. 研究目的

BPSDについては医療機関で初診時あるいは通院時に行われた在宅患者のBPSDに関する報告は多いが、保健施設や医療機関に入所・入院中のBPSDに関するまとまった報告は少ない。

今回の研究の目的は、認知症疾患別の各種施設・病院におけるBPSDの実態を明らかにし、患者への対応法を模索することにある。

B. 研究方法

2009年10月～12月の間に、老人保健施設2施設(大阪府・島根県各1施設)と回復期リハビリテーションを専門とする1病院(大阪府)において、入所者・入院者のBPSDに関する以下の調査を行った。

過去1ヶ月にみられたBPSDの発生頻度とその種類・重症度・介護負担度、ならびに対象者

の性・年齢・神経学的症候・認知症尺度・認知機能・ADLを調査した。

BPSDに関してはNPI-Q、ADLは兵庫脳研式ADLスケールを用いた。

認知症の重症度にはCDR、認知機能の評価にはMMSE、HDS-Rの直近の成績を収集した。

以上の項目の質問紙を冊子にまとめ、入所者・入院患者の主な介護・看護を担当する職員に配布し、対象者の1ヶ月間にみられた症状・状態の評価を依頼した。

(倫理面への配慮)

認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報について厳重に管理するとともに、データの解析は匿名化して行った。

C. 研究結果

各施設における調査対象者の人数・性・年

齢を表1に示す。

表1 対象

| | 人数(男/女) | 年齢 |
|------|------------|-----------|
| 老健A | 99 (28/71) | 84.3±9.0 |
| 老健B | 50 (12/31) | 86.7±7.4 |
| 病院A | 61 (33/28) | 69.7±15.0 |
| 中枢疾患 | 43(29/14) | 66.3±13.4 |
| 整外疾患 | 18 (4/14) | 77.8±15.7 |

各施設のNPI得点と、ADL負担度の平均値を表2に示す。

表2 各施設のNPIとADL

| | NPI得点 | ADL負担度 |
|------|-----------|-----------|
| 老健A | 11.1±14.9 | 8.4±8.9 |
| 老健B | 15.0±14.9 | 20.0±12.8 |
| 病院C | 2.2±4.9 | 6.3±6.3 |
| 中枢疾患 | 1.9±4.1 | 7.2±7.1 |
| 整外疾患 | 2.9±6.4 | 4.1±3.2 |

疾患別の何らかのBPSD出現率を表3に示す。

表3 疾患別のBPSD出現率

| | 患者数 | BPSD出現率 |
|------------|-----|---------|
| アルツハイマー病 | 22 | 90.9% |
| 血管性認知症 | 48 | 72.9% |
| 整外疾患(伴認知症) | 34 | 82.3% |
| その他・不明の認知症 | 42 | 76.2% |
| 血管障害(非認知症) | 33 | 30.3% |
| 整外疾患(非認知症) | 16 | 18.7% |
| その他・不明非認知症 | 11 | 63.6% |

ただし、整形外科疾患(伴認知症)と、その他・不明の認知症にはアルツハイマー病が多く含まれていると考えられる。

主な結果は以下のものであった。

- ① 老健施設入所の方が回復期リハビリテーション病院入院患者よりもBPSDの発現は少ない。
- ② 2つの老健施設では入所者のNPI発現頻度に大差はないが、ADL負担度には差が目立つ。
- ③ 2つの老健施設では入所者のBPSDの発

現頻度と種類、重症度に差がある。

- ④ 血管性認知症ではアルツハイマー病に比べてBPSD発現率は低く、NPI総点と負担度も低い傾向がみられた(p<0.1)。

D. 考察

施設によってBPSDの頻度に差がみられたが、このことは各施設において対象者を受け入れる条件の差を反映するものと思われる。

老健施設に高率にBPSDが発生している事実を踏まえた対策を講じる必要がある。

さらにデータを収集しつつ、原因疾患・認知症重症度とBPSDの種類・重症度の関連、退院・退所の転帰(退院先)とBPSDの種類・重症度の関連という重要な点について検討を進めたい。

E. 結論

今回調査を行った施設と病院をみる限りでは、老人保健施設の入所の方が回復期リハビリテーションの専門病院の入院患者より、多くのBPSDを呈していた。重点的な対策を講じる必要がある。

F. 研究発表

- 1) 西川 隆, 大西久男: 認知症の原因疾患による症状・行動の特徴とケアの方針. Journal of Rehabilitation and Health Sciences 7(1): (掲載予定), 2009
- 2) 西川 隆: アルツハイマー病 症状と臨床経過. 神経内科 増刊号, 2010
- 3) 西川 隆: 認知症疾患別の予後の見通しと本人への対応、家族への援助. Cognition and Demntia 9: (掲載予定), 2010

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした認知症啓発プログラムの効果

研究分担者 河野あゆみ 大阪市立大学大学院看護学研究科
研究協力者 丸尾 智実 大阪市立大学大学院看護学研究科修士課程

研究要旨

認知症高齢者が増加する中、高齢者自身の認知症を予防するための行動と地域住民に対する認知症の啓発活動の必要性が指摘されている。本研究は、地域に住む154人の中高年者に対し地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした認知症啓発プログラムを行い、その効果を検証した。その結果、「認知症は『身近に感じられる』(p=.0023)、『自分には関係ない』(p=.0493)」、「認知症になるのは『恥ずかしい』(p<.0001)、『悲しい』(p=.0006)」、認知症の知識 (p=.0319)、「『暴言をはいたり、暴行をしたりする』認知症高齢者に対応できる」(p=.0356)、「認知症高齢者とその家族を自分の地域で支えることが『できる』と思う」(p=.0096)の項目で効果がみとめられた。本プログラムが地域住民の認知症に対する否定的なイメージを改善し認知症を身近な問題として捉えることおよび認知症に対する正しい知識とBPSDの対応への自己効力感や認知症高齢者を自分の地域で支えることができる感覚を高めることが示唆された。

A.研究目的

少子高齢化に伴い認知症高齢者の増加が予想されており、高齢者自身の認知症を予防するための健康行動や認知症高齢者とその家族を地域で支えていくための啓発活動の必要性が指摘されている。本研究では、地域に住む中高年者に対して地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした認知症啓発プログラムを行い、認知症に対するイメージや知識、BPSDの対応への自己効力感、認知症の受容や地域社会への態度および認知症高齢者を地域で支えることに対する考え方への効果を検証した。

B.研究方法

大阪府下の2市6地区で研究対象の計154人に、地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした集団教育プログラムを2～3か月間に3回開催した。評価は基本属性、認知機能、うつ傾向およびプログラム評価に関する内容の認知症に対するイメージや知識、BPSDの対応への自己効力感、認知症

の受容や地域社会への態度、認知症高齢者を地域で支えることに対する考え方について自記式質問紙調査を行った。また、認知症のイメージに関しては、第1回と第3回のプログラム内の「認知症に対するイメージの共有」での参加者の発言を質的に分析した。

C.研究結果

対象者は平均年齢が70.7才(SD,7.4)で女性が137人(82.5%)であった。また、1年前と比較して認知機能の低下を自覚していた者は114人(74.0%)であり、認知症の人との関わりの経験がある者が61人(40.4%)、認知機能においてAACDおよび認知症の可能性のある者が62人(41.2%)であった。プログラムに全3回参加した者(以下、全3回参加群)と2回以下の参加であった者(以下、2回以下の参加群)で対象者の特徴をロジスティック回帰分析にて比較した結果、プログラムの参加に影響を及ぼしていた要因は教育年数が12年以上であること(OR,2.6;

95%CI,1.1~6.0)、耳が普通に聞こえること

(OR,3.8; 95%CI,1.0~14.6)、認知機能が高いこと (OR,3.3; 95%CI,1.5~7.2) であった。

プログラムの効果では、認知症に対するイメージの「認知症は『身近に感じられる』(p=.0023)、『自分には関係ない』(p=.0493)」、「認知症になるのは『恥ずかしい』(p<.0001)、『悲しい』(p=.0006)」と認知症の知識 (p=.0319)、BPSD の対応への自己効力感の『暴言をはいたり暴行をしたりする』認知症高齢者に対応できる (p=.0356)」、認知症高齢者を地域で支えることに対する考え方の「認知症高齢者とその家族を自分の地域で支えることができると思う(p=.0096)」でプログラム後に得点が期待する方向に変化した。また、認知症のイメージに対する参加者の発言は、第1回に比べて第3回でマイナスイメージが減少しプラスイメージが増加していた。

認知症の人との関わりの経験の違いでは、認知症の人との関わりがある者が「認知症になるのは『怖い』(p=.0308)と『恥ずかしい』(p=.0106)」、「『外出するとひとりで戻れない』認知症高齢者に対応できる(p=.0186)」で、認知症の人との関わりの経験がない者が『暴言をはいたり暴行をしたりする』(p=.0091)と『目的もなく歩き回る』(p=.0132) 認知症高齢者に対応できる」の項目で、プログラム後に期待する方向に得点に変化した。

D. 考察

1. プログラムへの参加に関連する要因

プログラムの参加へは、認知機能が高いこと、教育年数が12年以上であること、耳が普通に聞こえることが強い影響を及ぼしていたことから、地域住民を対象とした認知症啓発プログラムの開催の際にはこれらの要素も対象者の選定に考慮する必要があると考えられた。

2. 本プログラムの効果

本プログラムが、認知症に対する否定的なイメージを改善し認知症を身近なこととして捉えられ

ること、認知症の知識を増加させること、「『暴言をはいたり暴行をしたりする』認知症高齢者に対応できる」というBPSDの対応への自己効力感を高めること、認知症高齢者とその家族を自分の地域で支えることができる感覚を高めることが考えられた。

3. 認知症の人との関わりの経験の違いによる効果の違い

認知症の人との関わりの経験の有無で効果に違いがみられたことから、地域住民を対象としたプログラムの開催の際には、認知症の人との関わりの経験の有無を考慮した情報提供の必要性や効果が示唆された。

4. 本研究の限界

本研究の対象が比較的地区活動の活発な地域に住む者であり、また、対象者にAACDおよび認知症の疑いのある者が多く含まれていたことから、本研究結果の解釈には限界がある。さらに、本研究ではプログラムの評価を実施直後に行っていることから、プログラムの効果が長期的に維持されるかどうかについての検討が必要である。

E. 結語

本プログラムを地域住民に提供する際には対象者の選定方法の検討や対象者の特徴を捉えてプログラムを展開する必要性が考えられるが、本プログラムが認知症の否定的なイメージを改善し認知症を身近なこととして捉えられること、認知症高齢者を自分の地域で支えることができる感覚を高めるなど一定の効果をもたらすことが示唆された。

さらに今後は、認知症高齢者とその家族を地域で支えるために、BPSDのみられる認知症高齢者やその家族を地域住民が早期に発見できるような指標の作成や支える場の提供が必要である。

F.健康危険情報 なし

G.研究発表 なし

H.知的財産権の出願・登録状況 なし