

マネは 45%であった。③BPSD への対処を学ぶのに役立ったと答えた介護者は 57%、かかりつけ医は 64%、ケアマネは 72%であった。④医療と介護の連携がよくなったと答えた介護者は 64%、かかりつけ医は 77%、ケアマネは 62%であった。

それぞれの結果は、ZBI(40→34.6 p=0.0015)、家族理解度テスト(6.7→7.4 p=0.0264)、かかりつけ医の患者理解度テスト(4→5.1 p=0.0071)と有意な改善を認めた。NPI 総点(30.0→27.0 p=0.1475)には有意な改善を認めなかったが、下位項目のうち、妄想の重症度(1.2→0.8 p=0.0038)、興奮の頻度(1.8→1.2 p=0.0289)、不安の頻度(1.7→1.0 p=0.0020)および重症度(0.9→0.5 p=0.0439)で有意な改善を認めた。その他、CES-D(12.9→13.9 p=0.9269)、BI(68.9→68.3 p=0.4663)、ケアマネの患者理解度テスト(5.5→5.8 p=0.1054)では有意な改善を認めなかった。

D. 考察

連携ファイルおよびガイドブックを用いた連携システムで、連携が円滑になるとともに、家族介護者の認知症やBPSDへの対応に関する知識が向上した。またかかりつけ医が患者の生活状況や症状に関する情報が得やすくなった。これらのことが総合的に働き、介護者の介護負担感が軽減したと考えられる。また精神行動障害のうち、妄想、興奮、不安を軽減する可能性が示唆された。この3つのBPSDは周囲の環境や対応法によって改善しやすい症状であると考えられる。この精神症状の改善と家族の介護負担の減少との関係は明らかではないが、我々は家族介護者の介護負担感が減少し、患者に適切に対応できる余裕が生まれ、そのように対応したために精神症状が改善したのではないかと考えている。我々のシステムは連携システムにとどまらず、教育ツール

としても有用だと思われた。

E. 結論

地域連携システムを試験運用し、その有用性を検証した。

F. 研究発表

1. 論文・書籍発表

・Kazui H, Yoshida T, et al. Different characteristics of cognitive impairment in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease in the mild cognitive impairment stage. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 1: 20-30, 2011

・Yoshida T, Kazui H, et al. Protein synthesis in the posterior cingulate cortex in Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 11:40-45, 2011

・数井裕光. 認知症診療における地域連携パスの可能性. *Nursing Business* 5: 1004-1005, 2011

・杉山博通、数井裕光ら. 認知症地域連携パス. *老年精神医学雑誌* (印刷中)

・武田雅俊監修、数井裕光、杉山博通、板東潮子著 認知症 知って安心、症状別対応ガイド (仮題) メディカルレビュー社、大阪、2012. 4. 1. 出版予定

2. 学会発表

・Sugiyama H, Kazui H, Wada T, Kito Y, Nomura K, Bando S, Yamamoto D, Yoshiyama K, Takeda M: Development and evaluation of regional cooperation system for dementia patients 12 November 2011 Hong Kong Psychogeriatric Association

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)

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）
分担研究報告書

疾患別重症度別ガイドブックと連携ノートの作成

分担研究者 武田雅俊（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
研究協力者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
杉山博通（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
板東潮子（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）

研究要旨：昨年度までに作成した「疾患別重症度別ガイドブック」と「連携ファイル」を認知症診療連携システムの試験運用とその効果検証のための前向き研究で活用した。そしてそれぞれの不備な点を改訂し、広く一般に公開した。ガイドブックは、総論、アルツハイマー病（初期、中期、後期）、レビー小体病（初期、中期、後期）、血管性認知症、前頭側頭型認知症（初期・中期、後期）の全10種類を一冊の書籍として出版した。連携ファイルは、用紙を追加する手間を省くためにノート形式にした。また情報共有部分と患者の毎日の記録部分とに分け、それぞれ「つながりノート」と「みまもりノート」とした。「つながりノート・みまもりノート」は大阪大学精神医学講座神経心理研究室のホームページで広く一般に公開し、誰でもダウンロードして利用できるようにした。

A. 研究目的

家族介護者、ケア施設職員、かかりつけ医に対する初年度（平成21年度）の調査で、現在出版されている認知症患者の治療・ケアマニュアルには、分量が多すぎる、自分の患者に必要な情報がどこにあるのかわからない、専門用語が多く理解しにくいなどの問題点があり、その利用は限定的であることが明らかになった。このためこれらの問題を克服したガイドブックを平成22年度に作成した。また認知症患者のための地域連携パスを円滑に使用するためには、家族介護者、ケア施設職員、かかりつけ医、専門医の間で患者の情報を共有する必要があると考えた。このため平成22年に心と認知の連携ファイルを作成した。今年度は、両資料を完成させ、広く一般に公開することを目的とした。

B. 研究方法

今年度、数井は「疾患別重症度別ガイドブック」と「連携ファイル」を利用した認知症患者のための地域連携システムを大阪府北摂地域で試験運用し、その有用性を前向

き研究で検証した。この研究を通して「疾患別重症度別ガイドブック」と「連携ファイル」をさらに改訂する。またそれぞれの公開法を検討し、その結果もあわせて最終版を作成し、広く一般に公開する。

C. 研究結果

疾患別重症度別ガイドブックの作成：初年度に認知症の原因疾患別に、さらに平成22年度には重症度別の観点を加えて、総論、アルツハイマー病（初期、中期、後期）、レビー小体病（初期、中期、後期）、血管性認知症、前頭側頭型認知症（初期・中期、後期）の全10種類のガイドブックを作成した。その後、今年度の試験運用を通して明らかになった、家族介護者が知りたい対応法を加えた。そして書籍として公開することとした。その理由は、①最も利用して欲しい家族介護者のインターネットの使用率が59%にとどまること、②ページ数は一般的な書籍と比較すると少ないがダウンロードして印刷するには多いこと、③カラー印刷が必要であること、④冊子にするには手間がかかることなどが、初年度の調査や今回の前

向き研究で明らかになったためである。書籍の章立ては、1. 総論、2. 各原因疾患の説明、3. 疾患別重症度別に頻出する症状の説明とその対応法、4. 薬物治療法、5. 専門病院での入院治療とした。

「つながりノート・みまもりノート」の作成：今年度の前向き研究で連携ファイルを試験運用した結果、家族介護者が有用な情報を適切に記載するためには指導が必要であること、ファイルに用紙を追加する手間が大きいことが問題点として明らかになった。そこで、ファイルへの記載を通して家族介護者が認知症患者の介護法を修得する教育システムを構築すること、用紙の追加の手間を省くためにノート形式にすることを考えた。また連携ファイルを情報共有部分と患者の日々の記録部分に分け、それぞれを「つながりノート」と「みまもりノート」とする改訂も行った。通常、介護施設では家族介護者に施設での生活状況を伝えるために連絡帳を発行している。従って、複数の施設を利用している患者は複数の連絡帳を有しているのが通常である。しかし我々の試験運用では、複数の連絡帳を連携ファイルに一元化することとした。この方法は好評であったため、「みまもりノート」は、複数の施設の連絡帳を一元化して代わりに使用することを原則とすることとした。そして「つながりノート・みまもりノート」は大阪大学医学部精神医学講座神経心理研究室のホームページで広く一般に公開し、誰でもダウンロードできるようにした。

D. 考察

今回のガイドブックは患者家族、ケア職員、かかりつけ医の認知症診療ケアに対する知識を高めるために作成した。「つながりノート・みまもりノート」は認知症患者をとりまく人達の間での情報共有を推進するための資料として作成した。そして我々はこの両

資料を利用した認知症地域連携システムを構築した。しかし我々のノートを円滑に使用するためには、使用法に関する教育指導が必要である。そしてこれこそが認知症患者の治療ケア修得のための教育研修になりうる。すなわち、我々の連携システムは同時に教育研修システムでもある。我々は平成24年度から人口16万人の兵庫県川西市に我々の認知症地域連携システムを導入する。そして地方自治体におけるこのシステムの有用性を検証する予定である。

E. 結論

認知症患者の在宅療養生活を支え、地域連携を円滑にするために「疾患別重症度別ガイドブック」と「つながりノート・みまもりノート」を作成し、それぞれ公開した。

F. 研究発表

1. 論文・書籍発表

- ・杉山博通、数井裕光、武田雅俊. 認知症地域連携パス. 老年精神医学雑誌 (印刷中)
- ・武田雅俊監修、数井裕光、杉山博通、板東潮子著 認知症 知って安心、症状別対応ガイド (仮題) メディカルレビュー社、大阪 (出版予定)

2. 学会発表

- ・Sugiyama H, Kazui H, Wada T, Kito Y, Nomura K, Bando S, Yamamoto D, Yoshiyama K, Takeda M: Development and evaluation of regional cooperation system for dementia patients 12 November 2011 Hong Kong Psychogeriatric Association

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)

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）
総括研究報告書

血管性認知症のBPSDの治療ケアマニュアルの作成

分担研究者 遠藤英俊（国立長寿医療研究センター内科総合診療部）

研究要旨：本研究の目的は血管性認知症の治療について検討し、標準的な治療とケアのマニュアルを作成することである。血管性認知症は根本的な治療方法は存在しない。そのためにも予防や症状改善の方法を検討することが重要である。認知症疾患治療ガイドラインが2010年に公表されており、そのガイドラインに基づく血管性認知症の治療について検討した。またその治療方法の標準化と情報交換のツールとしての連携パスが重要であり、その内容について検討した。

A. 研究目的

本研究の目的は血管性認知症の治療について検討し、標準的な治療とケアのマニュアルを作成することである。血管性認知症は根本的な治療方法は存在しない。そのためにも予防や症状改善の方法を検討することが重要である。認知症疾患治療ガイドラインが2010年に公表されており、そのガイドラインに基づく血管性認知症の治療について検討した。またその治療方法の標準化と情報交換のツールとしての連携パスが重要であり、その内容について検討した。

B. 研究方法

認知症疾患治療ガイドラインに基づき、血管性認知症の治療とケアについて整理した。また本研究班で作成したマニュアルと個人介護記録を用いてカンファレンスを開催した。
(倫理面への配慮)

本研究はマニュアル作成については患者を対象とせず、倫理的には問題はなかった。またカンファレンスにおいては匿名化し、内容については研究発表については具体的に示さなかったため、介護保険のカンファレンスの個人情報保護に基づいて実施した。

C. 研究結果

血管性認知症の治療とケアマニュアルの作成には①典型的な症状の観察、情報収集を行う②次にこの結果をもとに薬物療法のスタンダードを検討する③また病診連携のための連携シートを作成する④最後に介護者や介護者に投与後の症状観察チェックシートの作成を行うこととする。(倫理面への配慮) 本研究は基本的に患者の入院、外来の観察調査に基づき行われ、診療の一環として実施され、個人情報扱うことはない。なお研究発表、研究報告にあたっては個人情報の保護に留意する。

C. 研究結果

現時点では、血管性認知症のBPSDに対する薬物療法のスタンダードを作成したが(表1)、治療はあくまで、個別性が高いため、薬物処方パターンを作成を行った。現在認知症関連学会において認知症のガイドラインが検討されている今後はそのガイドラインを参考にして、修正も必要となろう。次に表2に示したような連携シートを作成し、その内容について検討を行っている。

血管性認知症の認知機能障害に有効な薬物としては、ドネペジル、リバスチグミン、ガランタミン、メマンチンがあるが、その有効性について科学的根拠は不十分である。ただし海外ではアルツハイマー型認知症と血管性認知症の合併例についてはガランタミンが有効であるとの報告がある。

血管性認知症のBPSDについてはリスペリドンが有効である(表3)。またガイドラインでは根拠は不十分であるが、BPSDの治療に抑肝散が有効である。また認知症の攻撃、興奮などのBPSDに対してメマンチンが有効である。

ニセルゴリンは脳梗塞後遺症に伴う慢性脳循環障害による意欲低下の症状の改善に有効である。アマンタジンは脳梗塞の症状の改善に有効である。抗てんかん薬は認知症のBPSDに有効との報告があるが、VaDに関する科学的根拠は不十分である。

また認知症ケアに関するガイドラインによれば表4に示すように様々な方法があるが、エビデンスレベルは低い。

なお今年度は認知症マニュアルや個人介護記録を利用した情報共有のためのカンファレンスを行ったところ、疾患別ケアに基づくケアの実践が可能となり、情報共有が有用であった。カンファレンスは短時間で集中的に行うような体制があれば今後も医療福祉連携に有用であることが示唆された。

D. 考察

血管性認知症の標準的治療のガイドラインはまだ十分ではない。しかしながら認知症疾患ガイドラインに基づく連携パスの作成と認知症マニュアルと個人介護記録の利用により認知症医療福祉連携がより充実することが示唆された。この方法やツールは今後の認知症地域包括ケアに有用であることが示唆された。

E. 結論

血管性認知症の現在の治療法について現状と課題について整理した。今後はその標準化と連携パスにさらに改良を加えて応用することが可能である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：認知症の終末期のあり方 診断と治療 3 99(3):523-525, 2011

2) Hiroyuki Umegaki, Yusuke Suzuki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Hidetoshi Endo: Dysphagia in older adults at high risk of requiring care GGI in press

3) Makizako H, Shimada H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Kato T, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Suzuki T: The association between decline in physical functioning and atrophy of medial temporal areas in community-dwelling older adults with amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment Arch Phys Med Rehabil, in press, 2011

2. 学会発表

1) 三浦久幸、大島浩子、中村孔美、洪 英在、遠藤英俊：「在宅医療支援病棟」入院患者の予後調査. 第 53 回日本老年医学会学術集会一般演題ポスター発表. 2011.6.16

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

表1. 血管性認知症のBPSD治療アルゴリズム

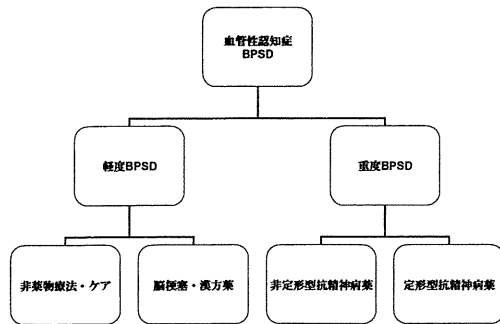


表2. 認知症 BPSD 連携シート

認知症BPSD連携シート＜ 病院 → 診療所 ＞

- 氏名・生年月日
- 住所・電話番号
- 当院カルテ番号
- 主介護者氏名・続柄・連絡先
- 介護保険の状況
- 病院の判断
 - 1)今のところ、認知症の心配はありません。
 - 2)軽度認知障害の範囲と考えます。
 - 3)認知症を発症していると思われます。
- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉型認知症
- 脳血管性認知症
- その他の特殊な認知症 ()
- 検査所見・コメント:
 - CT,MR()
 - SPECT()
 - MMSE()
 - BPSD()
- 今後の連携方針
 - 1)かかりつけ医での定期受診を継続してください。
 - 2)今後も病院での定期病状評価が必要です。(ヶ月後)
- 治療方針
 - 1)現状では治療は不要です
 - 2)ドネペジルの内服が必要です(副作用なく導入可能でした。継続をお願いします)
 - 3)BPSDに対する薬物治療が必要です(継続をお願いします)
 - 4)その他()

表 3. 認知症治療ガイドラインに基づく血管性認知症の連携パス

	専門医療機関	かかりつけ医
病名の伝達 (VaD, AD, DLBD, FTLD)	→	
検査結果 (MRI, SPECT)	→	
薬物情報	→	
BPSD第一選択	抑肝散	抑肝散
	リスペリドン	
介護情報		←
予後	→	

表 4. 周辺症状に対する非薬物療法

周辺症状に対する非薬物療法

-
- 行動に焦点をあてた療法
 - ・個別対応
 - ・環境調整
 - 感情に焦点をあてた療法
 - ・回想法
 - ・バリデーション療法(確認療法)
 - 刺激に焦点をあてた療法
 - ・音楽療法
 - ・芸術療法
 - ・ペット療法
 - ・園芸療法など

レビー小体型認知症の早期診断と幻視発現に関する予防・治療法の検討

分担研究者 井関栄三 （順天堂東京江東高齢者医療センター）

研究要旨：レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）の主要症状である幻視は、介護者の介護負担感に増大させ、在宅介護破綻に深く関与している。しかし、すべてのDLB患者に認められるわけではなく、幻視の発現する機序は明らかとなっていない。当研究では、幻視が発現する前にDLBを早期診断し、さらに器質的要因に加えて、心理・環境的要因に配慮し、幻視の発現を予防あるいは早期に治療することを目的とした。その結果、幻視出現前に様々な前駆症状が出現することが明らかとなり、薬物治療のみならず、心理・環境的要因への介入の重要性が明らかとなった。

A. 研究目的

本研究の目的は、幻視が発現する前にレビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）を早期診断し、さらに器質的要因に加えて、心理・環境的要因に配慮し、幻視の発現を予防あるいは早期に治療することである。

B. 研究方法

Probable DLBの臨床診断が確定された78症例の臨床経過について、パーキンソン病の非運動症状に注目し、患者本人とその介護者を対象として、各症状の頻度と出現時期について後方視的に調査を実施した。また、同程度の認知機能障害を示し、幻視に対する病識の有無が相違する病初期のDLB 2症例について、臨床症状を比較検討した。さらに、神経機能画像を用いて、幻視の出現前の軽度認知機能障害の段階におけるDLBの臨床診断の可能性について検討を行った。（倫理面の配慮）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した。

C. 研究結果

Probable DLBの臨床診断が確定された78症例（調査時の平均年齢：79.3歳、MMSEの平均値：17.4）において、調査時までの各臨床症状の出現の割合は、便秘（78%）、レム睡眠行動障害（64%）、嗅覚異常（46%）、立ちくらみ/起立性低血圧（35%）、抑うつ症状（26%）、失神（17%）を認め、全体の92%の症例が記憶障害出現時期にいずれかの症状を呈していた。各症状が記憶障害出現に先行した期間は、便秘（ -8.2 ± 11.5 年）、RBD（ -3.6 ± 8.5 年）、嗅覚異常（ -7.0 ± 10.0 年）、抑うつ症状（ -5.0 ± 11.9 年）であった。記憶障害出現から平均 1.5 ± 2.7 年後に中核症状である幻視あるいはパーキンソン症状が出現していた。DLB 2症例の比較検討では、レム睡眠行動障害と視覚認知機能障害が幻視に対する病識の有無に影響している可能性があり、薬物療法のみならず、心

理的介入における留意点を示唆していた。さらに、神経画像を用いた¹²³I-metaiodobenzylguanidine (MIBG) 心筋シンチグラフィによる交感神経障害や¹⁸F-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (FDG-PET) の一次視覚野の糖代謝低下が、軽度認知機能障害の段階における DLB の臨床診断に有効である可能性を明らかにした。

D. 考察

DLB 患者では、様々な前駆症状を認め、また、記憶障害が出現してから幻視発現まで平均 1.5 年かかることから、DLB を早期診断することにより、幻視発現の予防あるいは早期に治療できる可能性が示唆された。さらに、前駆状態において、既に MIBG 心筋シンチグラフィや FDG-PET による神経機能画像によって DLB の早期診断の可能性を示した。また、幻視の発現には、レム睡眠行動障害や視覚認知機能障害に起因するものなどの機序が複数あり、個々の病態や心理・環境的要因に配慮し、対応する必要性があることが明らかとなり、更なる個々の症例における幻視の発現機序を明らかにする必要がある。

E. 結論

DLB では、様々な前駆症状が存在することから、前駆症状の病歴を聴取することで、DLB を積極的に疑うことが可能となり、さらに軽度認知機能障害の段階においても、神経機能画像を用いることによって、早期診断を行うことができると考えられる。幻視の出現には、視覚認知機能障害

のみならず、レム睡眠行動障害の臨床症状の有無に加えて、性格傾向、心理・環境的要因の関与が示唆され、個々の症例に柔軟に対応することが必要であると考えられた。DLB 患者では、抗精神病薬に対する過敏性があることから、幻視における非薬物療法を積極的に考慮する上で重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

藤城弘樹, 千葉悠平, 井関栄三 レビー小体病としてのレビー小体型認知症の分類・病期と診断 老年精神医学雑誌 22: 1297-1307, 2011

太田一実, 藤城弘樹, 村山憲男, 井関栄三 顕著な幻視を呈したレビー小体型認知症の 2 症例: その心理・環境的要因 精神科 19: 90-96, 2011

太田一実, 村山憲男, 藤城弘樹, 井関栄三, 新井平伊, 佐藤 潔 レビー小体型認知症患者の幻視に対する心理的介入の有用性—2 症例での検討 精神医学 53: 845-853, 2011

Fujishiro H, Nakamura S, Kitazawa M, Sato K, Iseki E. Early detection of dementia with Lewy bodies in patients with amnesic mild cognitive impairment using cardiac MIBG scintigraphy. J Neurological sciences (in press)

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(難治性疾患克服研究事業)
分担研究報告書

BPSD発現に関する遺伝子多型の研究
分担研究者 森原剛史 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

研究協力者 林紀行 横小路美貴子 田中稔久 工藤喬 田上真次 山本美都子 桐生幸歩
(大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

研究要旨: BPSD に関する生物学的理解は乏しい。これまでに理解されてきた BPSD の社会心理的側面に加え、生物学的側面が明らかになることで、これまでとは異なる BPSD の対策や予防が可能になる可能性がある。BPSD の生物学的計測の困難さ、アルツハイマー病がきわめて複雑な他因子疾患であることなどが研究を阻んでいる。我々は動物モデルを用いると均一な環境による加齢、再現性の高い疾患表現性の測定が容易に実現すると考えた。我々はアルツハイマーモデル動物である Tg2576 を用いて Y-maze テストにおける多動性について検討を行った。各アームへの侵入回数は野生型マウス(n=39)で平均 23.8 回に対し疾患モデルマウス(n=51)では 31.9 回であり、群間に有意差(p=0.0025 t 検定)を認めた。疾患モデル動物の有意な過活動が認められた。生物学的検討が困難な BPSD にモデル動物を用いた行動解析という新しい研究方法の可能性を示すことができた。

A. 研究目的

BPSDの生物学的理解はきわめて乏しい。BPSDの生物学的計測の困難さ、アルツハイマー病がきわめて複雑な他因子疾患であることなどが研究を阻んでいる。

これまでに理解されてきたBPSDの社会心理的側面に加え、生物学的側面が明らかになることで、これまでとは異なるBPSDの対策や予防が可能になる可能性がある。前年まではヒト検体を用いた遺伝子解析を大々してきたが、今年度はモデル動物を用いた行動解析を行い、生物学的BPSD研究を行うためのプラットフォームの開発を目指した。

B. 研究方法

アルツハイマー病のような他因子疾患の生物学的研究は様々な困難を伴う。加齢、環境因、遺伝的要因が複雑に絡み合い病態を形成している。病態そのものもゲテロジーニアスであり正常や他の疾患との境界は明快ではなく連続性を持つ。そのため解析したい特定の

生物学的指標も種々の制御できない因子の修飾を受けてしまい、信頼性が高い結論を得るのを困難にしている。

一方、動物モデルを用いると均一な環境による加齢、再現性の高い疾患表現性の測定が容易に実現する。そこで我々は本年は動物モデルの解析を試みた。

家族性アルツハイマー病の原因遺伝子変異を組み込んだAPPトランスジェニックマウス(Tg2576)はアルツハイマー病の中心病理であるアミロイド蓄積を動物脳内で再現することができる。学術研究機関及び世界中の製薬会社でアルツハイマーモデル動物として疾患解析および治療法開発に広く使われている。

このモデル動物を用いた認知機能に関する行動実験(water mazeやY-mazeなど)や神経病理研究(アミロイドプラークやAβ蓄積量測定)はたくさんある。しかしながらBPSDに関連する表現型についてはほとんど研究が着手されていない。

我々はアルツハイマーモデル動物であるTg2

576を用いてY-mazeテストにおける多動性について検討を行った。疾患モデルマウス(Tg2576)39匹と遺伝子改変を行っていない野生型の同胞マウス51匹を用いた。行動計測を行う部屋に馴化させるためY-mazeのテストの2日前からマウスを飼育室から検査室に移動させた。行動計測は8分間とした。各アームへの侵入回数及び正答率を記録した。全行動はビデオカメラでも記録した。

C. 研究結果

Y-mazeテストの各アーム侵入の正答率は野生型マウスで平均58.8%に対し疾患モデルマウスでは55.1%であった。各アームへの侵入回数は野生型マウスで平均23.8回に対し疾患モデルマウスでは31.9回であり、群間に有意差($p=0.0025$ t検定)を認めた。アルツハイマー病疾患モデル動物の過活動が確認された。

D. 考察

モデル動物という環境等が制御された実験系において、 $A\beta$ が脳内に蓄積しプラークを出現させるAPPトランスジェニックマウスの野生型に対する可活動が認められた。BPSDという生物学的解析が困難な対象に対し、有力な実験系を得たことになる。APPトランスジェニックマウスの登場によりアミロイド病理に対する治療法開発や検査法(アミロイドPET)は大きく前進した。BPSD研究もこれまでの研究とは異なる新しい観点からの前進が、このモデル動物の行動計測により可能になるかもしれない。

E. 結論

生物学的検討が困難な BPSD にモデル動物を用いた行動解析という新しい研究方法の可能性を示すことができた。

F. 研究発表

2. 学会発表

Alzheimer's Association International Conference (AAIC2011)

Identification of a gene which controls Abeta accumulation using APP Tg mice with mixed genetic background: Splicing variant specific-effect of Kinesin Light Chain 1 (Klc1)

Parris, July 16-21 2011 (oral)

(口演)

第26回日本老年精神医学会

デイサービス利用者に対する認知トレーニングの効果：多施設無作為割付単盲検試験

森原剛史 林紀行 数井裕光 河野あゆみ
濱崎俊光 畑八重子 桑田直弥 奥田益弘
武田雅俊

東京 2011年6月15-16日(最優秀ポスター賞)

第30回日本認知症学会学術集会

シンポジスト

アミロイド β 蛋白の沈着を規定する遺伝子 Klc1 の同定: a translational approach

東京 2011年11月11-13日

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。

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
分担研究報告書
「認知症治療病棟における患者の入院後の夜間の歩行の実態
—IC タグモニタリングシステムによる客観的指標」
分担研究者 田伏薫（財団法人浅香山病院 精神科）

研究要旨：浅香山病院精神科認知症疾患治療病棟でICタグモニタリングシステムを用い、認知症患者の入院後の夜間の歩行を継続的にモニタリングした。その結果を病棟スタッフによる直接観察により収集した情報と比較し、スタッフの夜間における患者観察の偏りと関連要因を探索した。本研究により、ICタグによるモニタリング結果とスタッフの観察とに差異があることが明らかになった。スタッフによる直接観察には、観察時間帯や患者によって違いがあることが示唆された。一致率が高い患者の背景として、入院理由に幻覚、妄想が見られたり、ADLに介助が必要であったりする傾向が示唆された。少ないスタッフで、多くの患者の状況を詳細に把握するためには、スタッフが患者の特徴を捉え、観察には偏りがあることを自覚する必要がある。

A. 研究目的

本研究は、ICタグモニタリングシステムを用い、認知症患者の入院後の夜間の歩行を継続的にモニタリングした。その結果を病棟スタッフによる直接観察により収集した情報と比較し、スタッフの夜間における患者観察の偏りと関連要因を探索することとした。

B. 研究方法

財団法人浅香山病院認知症疾患治療病棟にて行った。IC タグモニタリングシステムをもちいて、患者の時間別歩行距離や歩行場所を連続して長期間モニタリングした。IC タグモニタリングシステムによるモニタリング結果より夜間の歩行回数を解析した。スタッフによる夜間の直接観察【1：夜間巡回表：巡回時の覚醒を記録 2：看護記録：睡眠のアセスメントが必要な患者を中心に夜間覚醒状況を記録】から夜間の睡眠や徘徊の状況を抽出した。分析の詳細目的はスタッフには知らせず行った。IC タグモニタリングシステムによる夜間の患者の歩行とスタッフの直接観察の一致率を算出した。

（倫理面への配慮）大阪大学医学部医学倫理委員会及び財団法人浅香山病院の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加要請

時は、患者の意思決定代理人が研究内容についての説明を受け、研究参加及び症例の発表に署名によって同意した。病棟スタッフの研究への参加に関しては、モニタリングプロジェクトの内容を文書と口頭で説明し、同意書に署名をもらった上で実施した。

C. 研究結果

対象は16名（2009年4月の時点の参加者36名中）、男性9名、女性7名、年齢：73.9±8.8歳

13名はアルツハイマー病（AD）であった。全体の一致率は34.1±22.1%であった。時間帯別の一致率は1時台、2時台が高く、3時～5時台にかけて少なくなっていた。一致率が高いグループでは、入院理由に幻覚、妄想などの精神症状がみられていた。一致率が低いグループでは、ADL自由に移動できる者が多かった

D. 考察

本研究により、ICタグによるモニタリング結果とスタッフの観察とに差異があることが明らかになった。スタッフによる直接観察には、観察時間帯や患者によって違いがあることが示唆された。一致率が高い患者の背景として、入院理由に幻覚、妄想が見られたり、ADLに介助が必要であったりする傾向が示唆された。これらのことから、夜

間におけるスタッフの直接観察には、患者の特徴によって偏りがある可能性がある。少ないスタッフで、多くの患者の状況を詳細に把握するためには、スタッフが患者の特徴を捉え、観察には偏りがあることを自覚する必要がある。今後の研究では、見落としやすい患者の特徴などをさらに詳細に明らかにしていくことが重要である。夜間の患者の動態とスタッフの直接観察を比較したが、患者の静態（睡眠の質）などの詳細な情報も併せて取ることも重要である。

E. 結論

ICタグによるモニタリング結果とスタッフの観察とに差異があることが明らかになった。

F. 研究発表

・山川みやえ、繁信和恵、周藤俊治、牧本清子 田伏 薫. 認知症病棟における患者の入院後の夜間の歩行の実態：ICタグモニタリングシステムによる客観的指標. 第25回日本老年精神医学会 2010.6.24-25 熊本

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。

	性別	年齢	入院理由	疾患	ADL	一致率 (%)
高い (75パー センタイル以上)	男性	81	幻覚、妄想、徘徊	DLB	上腕骨骨折後のため 体位変換必要	100.0
高い (75パー センタイル以上)	女性	84	幻覚、妄想	AD	自立	55.6
高い (75パー センタイル以上)	女性	72	幻覚、妄想、暴言 徘徊	AD	トイレ誘導	47.8
高い (75パー センタイル以上)	女性	56	幻覚、妄想、昼夜逆 転暴言、暴行、徘徊	AD	オムツ使用	43.5
低い (25パー センタイル以下)	女性	79	暴言、火の不始末 不潔行為	AD	自立	18.2
低い (25パー センタイル以下)	男性	77	暴言、暴行、徘徊	AD	自立	14.3
低い (25パー センタイル以下)	男性	65	徘徊	AD	自立	9.5
低い (25パー センタイル以下)	女性	78	夜間徘徊	AD	車椅子移動	0.0

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業分担研究報告書
「認知症の行動心理症状専門医療機関の専門治療病等でのクリニカルパス作成の検討」
分担研究者 釜江（繁信）和恵（財団法人浅香山病院 精神科）

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。そこで検討されるのが、精神科認知症疾患治療病棟等をもつ専門医療機関での入院治療である。円滑にBPSDの治療を行うために、認知症疾患治療病棟の入院治療時必要な、評価内容や、疾患別、重症度別、症状別のケアの方法を明確にし、クリニカルパスを作成した。

A. 研究目的

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なる場合もある。そこで検討されるのが、精神科認知症疾患治療病棟等をもつ専門医療機関での入院治療である。円滑にBPSDの治療を行うために、認知症疾患治療病棟の入院治療時に必要な、評価内容や、疾患別、重症度別、症状別のケアの方法を明確にし、クリニカルパスを作成することを目的とした。

B. 研究方法

前年度の研究より財団法人浅香山病院の認知症治療病棟入院前にBPSDに悪影響をきたす可能性がる薬剤（睡眠導入剤、抗不安薬）が投与されていた割合を算出した。財団法人浅香山病院認知症疾患治療病棟に勤務する、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、看護助手、学術経験者（大阪大学医学部保健学科教員）が参加し、平成23年3月～10月末まで、16回の検討会を実施した。まず、看護の初期計画、および症状評価のために収集すべき項目を検討した。次に他職種との連携、および家族面談の位置づけを検討した。次に入院前情報収集内容を検討した。次に、生活機能訓練、回想法の位置づけを検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は財団法人浅香山病院の倫理委員会

の承認を得た後に行った。

C. 研究結果

入院前に鑑別診断を行い、90日（可能であれば60日）で終了するクリニカルパスを作成した。作成したクリニカルパスを次項に示す。前年度調査で103例中43例に入院前に睡眠導入剤または抗不安薬が処方されていた。そのため入院後はBPSDに悪影響を与える可能性のある薬剤を減量中止することがまず必要であり、その後に向精神薬の使用が必要か検討すべきであると考えられた。また初期計画としてのケア方法として妄想、幻視等の個別の症状に対して、また疾患別、重症度別を意識した非薬物療法（ケアの手法）を明確にした。入院後特に頻度の高い身体リスクである転倒と誤嚥について、評価法を改善した。

D. 考察

今後は作成クリニカルパスを運用し、患者、家族、施設従事者とのコミュニケーションツールとしての評価、患者の症状のアウトカム（再入院率、症状）、管理的な基準（ベッド稼働率、在院日数）等の変化や影響を検討していく必要があると思われる。

E. 結論

認知症疾患治療病棟でBPSDの薬物療法、非薬物療法を円滑に行うための評価を盛り込んだクリニカルパスを作成した。

F. 研究発表

・繁信和恵

見当識障害の評価とリハビリテーション
老年精神医学雑誌, 22(3): 290-294, 2011

・ 繁信和恵

ドネペジルの服薬指導と効果判定

治療, 93(9) : 1852-1856, 2011.

・ 矢山 壮、繁信和恵、山川みやえ、牧本清子、田伏 薫.

入所施設の認知症の行動心理学的徴候 (BPSD) で入院を依頼する要因の実態調査.

2011, 22(12)

・ Yamakawa M, Suto S, Shigenobu K, Kunimoto K, Makimoto K. Comparing dementia patients' nighttime objective

movement indicators with staff observation. *Psychogeriatrics*. Acceptance for publication.

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。

1) 症専門治療病棟クリニックバス (A2-A3用)

目的
BPSDを軽減するための環境と要り方を効果的に抽出し、適切なスムーズなケアの提供を目的とする
認知症専門治療病棟でのケアの改善を目的とし、ケアを継続する重要となる地域のケアスタッフに実践が伝えられ
認知症入院になったおとを軽減し、そのケアを管理するスタッフへの教育ツールでもある

1) 入院前日まで	入院日	一人入室日	7日目	7-8日目	8日目	30-31日目	30日目	30-31日目	32日目
入院のための資料収集 (①医師面接/主治医センター) ②地域生活支援 ③精神科外来	BPSD発見	行動観察/ファレンス	BPSD軽減、ADL確立	行動観察、ADL確立	行動観察/ファレンス	ADLの確立、夜間の利用	行動観察/ファレンス	行動観察/ファレンス	行動観察/ファレンス
心のBPSD事例	BPSD軽減、夜間利用への適応	BPSD軽減、生活リズム確立	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方	精神科薬の増減 減量、変更の必要性の 検討	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方	認知ケア/アットする BPSDに対する精神科薬 の適正な処方
4) インターネット 実践/リエンゲージ 事前情報収集	初期計画立案 BPSD, ADLに焦点を当てて 事前情報収集	初期計画実行/ インターネットの検証と修 正	初期計画 修正立案	1ヶ月計画 評価	計画 修正立案	2ヶ月計画 評価	計画 修正立案	3ヶ月計画 評価	継続の場合は見直し/カンファレンス 退院
5) 【他職種の情報提供】 ①治療方針(主治医) -薬剤師 -入浴時の服用薬剤 ②BPSD, ADLレベル 報告/診断書 BPSD項目(NPI-PQ) ADLレベル(HADLS) ③PSW用技術カード -薬物投与 -入浴時の状況(危険など) -飲酒、喫煙歴 ④外来カルテ(もしくは他病棟からの入院 カルテ) -基本情報(年齢、性別など) -身体合併症(スクリーニングのため) -生活様式、症状表 -嗜好、飲酒、喫煙 -心電図 -画像検査 -臨床経過 -退院意思の把握 -紹介状 【情報収集確認】 -監禁リスク -認知リスク -CRP(認知症重症度) -栄養評価(栄養科) -褥瘡リスク -尿量状況(夜間の評価回) 【実施記録】 -アナムネ(治療方針確認)家族、主治医、PSW -センター方式シート	【初期計画立案】 ※BPSD(治療目的)の基本プラン -薬量決定 -BPSDへの対応 -コミュニケーション方法 -ADLの活動 -体調管理 【非薬物療法】 ※生活環境調整(薬量・個人)OTR, CP, Ms, CW ※生活環境調整(認知法) ※その他の非薬物療法 -光療法 【情報収集確認】 -監禁リスク -認知リスク -CRP(認知症重症度) -栄養評価(栄養科) -褥瘡リスク -尿量状況(夜間の評価回) 【実施記録】 -アナムネ(治療方針確認)家族、主治医、PSW -センター方式シート	【初期計画実行】 【評価項目】 ADLレベル NPI-PQ 褥瘡リスク 身体合併症 【非薬物療法】 ※生活環境調整(薬量・個人)OTR, CP, Ms, CW ※生活環境調整(認知法) ※その他の非薬物療法 -光療法 【家族への状況説明】	【評価立案】 ※経過観察の時間あり -BPSDへの対応 -コミュニケーション方法 -ADLの活動 -リスクへの対応 -体調管理 -非薬物療法 【家族への状況説明】	【評価項目】 NPI-PQ 褥瘡リスク 身体合併症 認知症重症度 非薬物療法 【評価立案】 ※経過観察の時間あり -BPSDへの対応 -コミュニケーション方法 -ADLの活動 -リスクへの対応 -体調管理 -非薬物療法 【家族への状況説明】 MD PSW(介護認定) N/A	【評価立案】 ※経過観察の時間あり -BPSDへの対応 -コミュニケーション方法 -ADLの活動 -リスクへの対応 -体調管理 -非薬物療法 【家族への状況説明】 MD PSW(介護認定) N/A	【評価項目】 NPI-PQ 褥瘡リスク 身体合併症 認知症重症度 非薬物療法 【評価立案】 ※経過観察の時間あり -BPSDへの対応 -コミュニケーション方法 -ADLの活動 -リスクへの対応 -体調管理 -非薬物療法 【家族への状況説明】 MD PSW(介護認定) N/A	【評価項目】 ADL NPI-PQ 褥瘡リスク 身体合併症 非薬物療法 【実施記録/スタッフへの確認】 【退院/リハビリの修正、確認】 【外来への情報提供】	【評価項目】 ADL NPI-PQ 褥瘡リスク 身体合併症 非薬物療法 【実施記録/スタッフへの確認】 【退院/リハビリの修正、確認】 【外来への情報提供】	

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）

医療法人北斗会さわ病院認知症疾患医療センターの管轄する地域に限定した範囲内で、「精神科救急における BPSD に対するマニュアル」の作成と運用を試みたが、当院以外に夜間・休日時間帯で BPSD の治療ができる医療機関がないことが判明したため、マニュアルの作成を断念した。また、大阪府下の病院にアンケート調査をしたところ、精神科救急システムの枠外で夜間・休日時間帯において、かかりつけ以外の患者を入院も含めて対応できる病院は 5 箇所しかなかった。大阪府下の認知症疾患医療センターのうち、夜間休日時間帯に全く機能していないところも複数あることが判明した。

A. 研究目的

- ① 昨年の研究で、認知症に関わる、ケアマネージャーを中心とする専門職の多くが、夜間に認知症患者の BPSD について対応できずに困っていることが多かったことから、精神科救急における BPSD 対応マニュアルを作成し、医療法人北斗会さわ病院の認知症疾患医療センターが管轄する地域において限定配布し、運用を試みようとした。
- ② 大阪府下で夜間・休日時間帯に BPSD を主訴とした認知症患者をどの程度医療機関が受け入れられるのか、また精神科救急システムで BPSD を主訴とした認知症患者の診療することへの意識を調査した。

B. 研究方法

- ① 当認知症疾患医療センターが管轄する地域（豊中市、吹田市、池田市、箕面市、豊能郡）で、大阪府こころの健康センターが発行している「認知症の医療ガイド(精神科)」2010 年度版に記載のある(物忘れ外来、認知症外来等を標榜している)すべての医療機関に資料①のアンケート用紙を郵送し、記入後

返信してもらう方式で、マニュアルの運用にどの程度協力してもらえるか調査した。

- ② 大阪府下の認知症疾患医療センターの認可を受けている病院、精神科救急システムに参画している病院、前述の大阪府こころの健康総合センターが発行している「認知症の医療ガイド(精神科)」2010 年度版に記載のある病院（物忘れ外来、認知症外来等を標榜している総合病院、精神科病院）すべてに対して資料②～④のアンケート用紙を郵送し、記入後返信してもらう方式で調査をおこなった。（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、個々の患者のプライバシーに関わるものではない。また、アンケートは記名式で返信してもらったが、データの解析は匿名化しておこなった。

C. 研究結果、及び考察

- ① 当認知症疾患医療センターが管轄する地域内で、前述に該当する医療機関は 12 あり、内訳は総合病院が 6、精神科病院が 5、有床診療所が 1 であった。返信は 7 つの病院より得、内訳は総合病院 4、精神科病院が 3

であった（回収率 58.3%）。問 1 の BPSD の診療をしているかとの問いに対して、1 つの総合病院が「いいえ」を回答した以外は、他は「はい」と回答した。問 2 の夜間・休日時間帯に BPSD の診療をしているかとの問いに対しては、1 つの精神科病院が「かかりつけ患者のみ入院や関連施設への入所を含めて対応する」と回答した以外、すべての医療機関が「いいえ」と回答した。なお、問 2 で①を回答した精神科病院は問 3 で①を選んだ。

この調査結果により、夜間・休日時間帯でかかりつけ以外の患者の BPSD 治療をできる医療機関は当院のみであることが判明した。当初は警察、消防、居宅介護支援事業所等にマニュアルを配布することを想定していたが、この状態で試験的に運用しても当院に患者が殺到し、パンクしてしまうため、マニュアルの作成を断念した。

- ② 大阪府下で前述の基準に該当する病院は 87 病院あり、そのうち 65 病院より返信を得た。返信率は 74.7% であった。内訳は以下の通りであった。

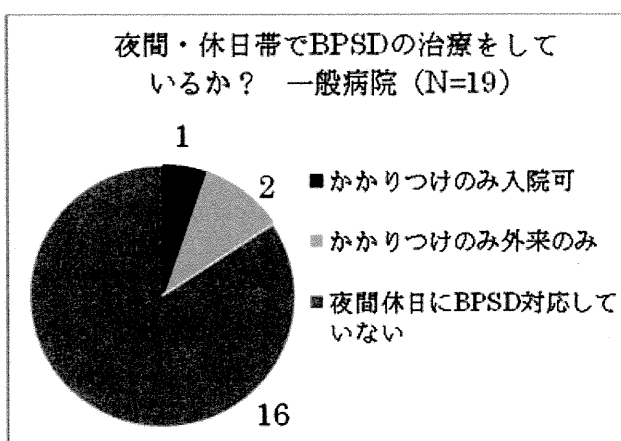
	発送数	返信数(返信率)
合計	87	65(74.7%)
一般病院	35	27(77.1%)
認知症疾患医療センターの認可を受けている病院	11 [※]	8 ^{※※} (72.7%)
精神科救急システムに参画している精神科病院 (認知症疾患医療センター併設の病院を除く)	20	14(70%)
上記以外の精神科病院	21	16(76.2%)

※ 8 病院が精神科救急システムに参画

※※ 6 病院が精神科救急システムに参画

<一般病院>

資料 2 の質問 1 で BPSD の治療をしているか、に対する回答は 27 病院中しているが 19、していないが 8 病院であった。質問 2 で夜間・休日時間帯に BPSD の治療をしているか、に対する回答は該当の 19 病院のうち、かかりつけのみ入院も含めて対応が 1、かかりつけ以外でも入院も含めて対応は 0、かかりつけのみ外来対応のみが 2、かかりつけ以外でも外来対応のみは 0、夜間・休日帯に BPSD 患者の診療をしていないが 16 病院であった。

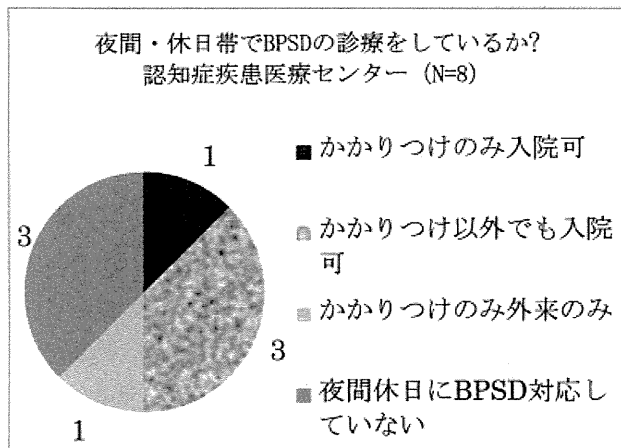


質問 3 で該当する 18 病院に夜間・休日帯に BPSD 患者の対応ができない理由を尋ねた結果は別紙データ①の通りである。一般病院で夜間・休日帯は、精神科が対応できる体制ではないことが問題点であることが示唆された。

<認知症疾患医療センターの認可を受けている病院>

資料 3 の質問 1 で BPSD の治療に精神科救急システムを利用することに対する意識については、8 病院中積極的に利用すべきが 1、現状ではやむを得ないが 5、あまり利用すべきでない」と回答したのは 1 病院であった。1 病院は無回答であった。なお、8 病院のうち 2 病院は精神科救急システムに参画していないが、回答はともに現状ではやむを得ない、であった。質問 2 で BPSD の治療をしているか、に対しては 8 病院ともしていると回答した。質問 3 で救急の当

番日以外で夜間・休日帯にBPSDの治療をしているか、に対する回答は、かかりつけのみ入院も含めて対応が1、かかりつけ以外でも入院も含めて対応が3、かかりつけのみ外来対応のみが1、かかりつけ以外でも外来対応のみは0、夜間・休日帯にBPSD患者の診療をしていないが3病院であった。



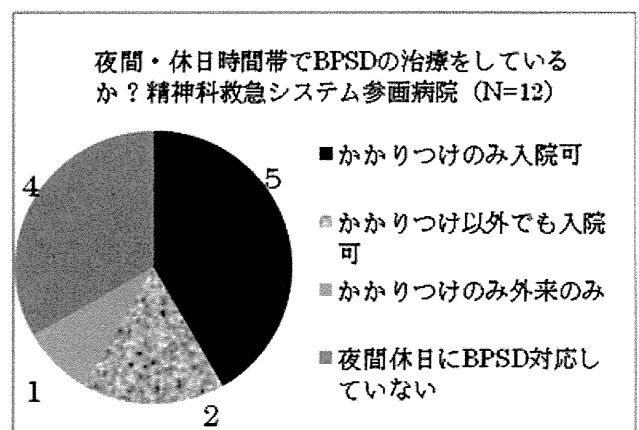
質問4で該当する4病院に夜間・休日帯にBPSD患者の対応ができない理由を尋ねた理由は別紙データ②の通りであった。

回答のあった大阪府内8箇所の認知症疾患医療センターのうち、かかりつけ以外でも夜間・休日帯に入院対応が可能なところはわずか3箇所であった。また夜間・休日帯にBPSDの診療をしていないとの回答が3箇所から得られたことは衝撃的であり、精神科救急の体制が比較的進んでいる大阪府で認知症疾患医療センターが本来の機能を果たしていないのは大問題である。

平成元年に認知症疾患医療センターは「老人性痴呆疾患センター」として始まった。このときは、夜間・休日の救急対応について「常時、1床以上の空床を確保するとともに、診療応需の態勢を整えていること」と明記されていた。しかしながら、平成20年に認知症疾患医療センターに変更された時にこの文言は削除され、「平日、週5日の稼働を原則とする」「周辺症状もしくは身体合併症の急性期入院治療をおこなえること」と実施要綱が変わってしまった。この影響で、複数の認知症疾患医療センターが

夜間休日対応を放棄してしまったものと推察される。

<精神科救急システムに参画している精神科病院（認知症疾患医療センター併設を除く）>
資料3の質問1でBPSDの治療に精神科救急システムをすることに対する意識については、積極的に利用すべきが4、現状ではやむを得ないが7、あまり利用すべきではないが3であった。前述の認知症疾患医療センターに対する質問1と合わせて考えても、病院間にBPSDの治療目的で精神科救急システムを利用することに対して、意思が統一されていないことが示唆された。質問2でBPSDに治療をしているかに対する回答は、しているが12、していないが2病院であった。該当する12病院に対する質問3で救急の当番日以外で夜間・休日帯にBPSDの治療をしているか、に対する回答は、かかりつけのみ入院も含めて対応が5、かかりつけ以外でも入院も含めて対応が2、かかりつけのみ外来対応のみ1、かかりつけ以外でも外来対応のみは0、夜間・休日帯にBPSD患者の診療をしていないが4病院であった。



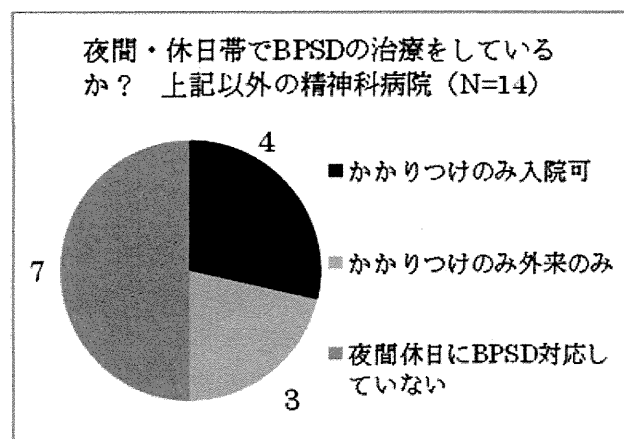
質問4で該当する5病院に夜間・休日帯にBPSD患者の対応ができない理由を尋ねた理由は別紙データ②の通りであった。

認知症疾患医療センターのデータと合わせて考察すると、880万の人口を抱える大阪府において精神科救急システムの枠外で夜間・休日帯にかかりつけ以外でもBPSD患者の入院対応

ができるのはわずか5病院のみで、超高齢社会を迎えた現下においてあまりに貧弱と言わざるを得ない。

<上記以外の精神科病院>

資料4の質問1でBPSDの治療をしているか、に対する回答は16病院中しているが14、していないが2病院であった。質問2で夜間・休日時間帯にBPSDの治療をしているか、に対する回答は該当の14病院のうち、かかりつけのみ入院も含めて対応が4、かかりつけ以外でも入院も含めて対応は0、かかりつけのみ外来対応のみが3、かかりつけ以外でも入院外来対応のみは0、夜間・休日帯にBPSD患者の診療をしていないが7病院であった。



外来対応レベルでよければ半分の病院がかかりつけ患者のみ診療するが、もう半分はかかりつけ患者でも対応が難しいことが分かった。質問3で該当する10病院に夜間・休日帯にBPSD患者の対応ができない理由を尋ねた結果は別紙データ③の通りであった。やはり、救急をしていない精神科病院は夜間の対応が難しいことが示唆された。

D. 結論

現段階において、精神科救急におけるBPSD対応マニュアルの作成は不可能である。当認知症疾患医療センターの管轄内で夜間休日帯にBPSDに対応する医療機関が不十分なため、マニュアルの試験運用を断念した。しかしながら、

大阪府下全体においても、精神科救急システムの枠外で夜間・休日帯にかかりつけ以外でもBPSD患者の入院対応ができるのはわずか5病院にとどまり、認知症疾患医療センターに至っては、救急対応を放棄しているところが複数もある。これでは、大阪府内で精神科救急におけるBPSD対応マニュアルの運用は不可能であるとの結論に至った。

E. 提言

これから認知症患者の著しい増加が見込まれ、認知症患者の60~90%の患者がその過程のある時期にBPSDを示すといわれているので、国は認知症疾患医療センターの実施要綱を直ちに改正し、「常時1床以上空床確保」「常時診療必需の態勢を整える」の文言を復活させるべきである。

F. 研究発表

【文献】

① 澤 温、精神科救急～地域ケアにおけるネットワークの面から～ 臨床精神医学誌第40巻第5号 601-606

① 澤 温、精神科病院で地域に貢献する立場で考える、10年、20年後に向けたキャリアパス 精神科科学評論社第19巻4号 348-351

【講演】

① 平成23年4月20日豊中市介護事業者連絡会「認知症についてのアンケート調査から見えたこと」

② 平成23年11月10日 高岡病院での病院学会 講演「救急の現場からみた精神科救急の問題点～質の確保と予防（精神科医療的対応と非医療的対応）～」

③ 平成23年11月14日 東信地区CNS学術講演会 講演「精神科救急の地域連携（ACTを含めて）」

④ 平成23年11月16日 精神科急性期薬物治療講演会 講演「精神科救急医療の現状と問

題 ～制度・治療・予防～」

- ⑤ 平成 23 年 12 月 7 日佐賀県精神科病院協会
学術講演会講演 「精神科救急医療の現状
と問題点」
- ⑥ 平成 23 年 12 月 14 日大阪市東成区・認知症
講演会「知って納得！認知症」
- ⑦ 平成 24 年 1 月 29 日 大阪認知症研究会
講演「認知症疾患医療センターと精神科救
急について」