

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

認知症地域連携システムの構築研究

分担研究者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）  
研究協力者 杉山博通（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）  
山本大介（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）  
釜江（繁信）和恵（財団法人浅香山病院）  
田伏 薫（財団法人浅香山病院）  
正木慶大（医療法人達磨会東加古川病院精神科）  
八田直己（医療法人清順堂ためなが温泉病院）

研究要旨：認知症患者が長く地域で生活するためには、家族介護者、ケアの専門家、かかりつけ医、専門医など多くの人達が円滑に連携して支援することが必要であるが、連携は必ずしも円滑でない。初年度には我が国における認知症地域連携の実態を明らかにするために調査を行った。その調査によりどのようなBPSDがあったときに専門病院に入院して治療すべきかが明確でないため、現場が困っていることが明らかになった。そこで次年度には、どのような状態で専門病院に入院してきているかを調査することによってBPSD治療のための入院基準を作成した。最終年度には、我々が作成した「疾患別重症度別ガイドブック」と「連携ファイル」を用いた地域連携システムを実臨床で試験運用し、その有用性を検証した。

A. 研究目的

認知症は、その多くが慢性進行性の疾患であるため、継続的な医療と生活支援のための介護を受ける必要がある。しかし両者の連携は十分でない。そこで実臨床で広く使用可能な認知症連携システムを構築するために、以下の3つの研究課題を設定した。①我が国における認知症地域連携の実態を調査する。②どのような状態で専門病院に入院してきているかを調査することによってBPSD治療のための入院基準を作成する。③家族介護者、ケア職員、かかりつけ医、専門医の間で患者情報を共有するために我々が作成した「連携ファイル」とBPSDの対応力の向上を支援するために作成した「疾患別・重症度別ガイドブック」を用いた認知症地域連携システムを実際の臨床現場で使用し、その有効性を前向き研究で検証する。

B. 研究方法

①認知症地域連携に関する実態調査：平成21年10月26日から12月14日までに、患者家族、福祉職、かかりつけ医を対象にアンケート調査を行った。設問は、1. 対応に苦慮するBPSD、2. 専門医受診の必要性に対する認識、3. 介護に関する情報の入手方法、4. 我々の提案する連携ファイルについてであった。

②BPSD 治療のための入院基準の作成：浅香山病院、大阪大学病院神経科精神科、ためなが温泉病院、東加古川病院にBPSD治療目的で入院した連続例を対象とした。入院時にNPIを施行し、また入院治療が必要と考えられたBPSDをNPIの下位項目の中から選択（複数選択可）した。そして入院治療が必要となりやすいBPSDについて、その症状が入院治療の目的であった患者群と、その他のBPSDが目的であった患者群との間で、そのBPSDの

NPI のスコアを比較した。また、BPSD が改善するために要する期間を明らかにするために、入院1週間後、1ヶ月後、退院時にNPIを再施行した。6ヶ月を越えて在院している患者群は退院困難群と定義し、入院6ヶ月後にNPIを施行し、観察終了とした。

③認知症地域連携システムの有効性の検証：平成23年2月1日から同年7月31日までの6ヶ月間、大阪府北摂地域に在住の認知症患者に対して、我々の「連携ファイル」と「疾患別・重症度別ガイドブック」を用いた地域連携システムを使用した。そして介入の前後で、家族の介護負担感をZBIで、家族の認知症に関する知識を家族理解度テストで、患者の精神症状をNPIで評価した。またかかりつけ医に対して、担当患者に関する理解度テストを行った。また使用後の感想をアンケート調査した。

## C. 研究結果

①認知症地域連携に関する実態調査：患者家族88名(291名に配布、回収率30%)、福祉職138名(278名に配布、回収率50%) (ケアマネージャー46名、介護士54名、看護師12名、行政職員2名、他) かかりつけ医10名(10名に配布、回収率100%)、全236名から回答が得られた。

### 1. 対応に苦慮するBPSDについて

対応に困るBPSDは妄想、興奮、易刺激性、異常行動、睡眠障害が多く、特に患者家族では、睡眠障害が最多であった。専門病院での入院治療が必要と考えるBPSDには、異常行動、睡眠障害が多く、他に、患者家族では妄想、福祉職では食行動異常、かかりつけ医では興奮が多かった。また専門病院で入院治療すべきか、自宅あるいはケア施設で対応すべきか判断に悩み、入院の基準となる目安があればよいと感じている人が多かった。精神科病院への抵抗感を持つ割合は、福祉職

で高く、患者家族、かかりつけ医では比較的lowであった。3群とも、精神科病院で、どのような治療が行われているかの情報が開示されれば、抵抗感が減ると回答する人が多かった。

### 2. 専門医受診の必要性について

専門医の診断を受けなければ、支障をきたすと考えている割合は、福祉職で81%、かかりつけ医で70%と高かったが、必須であると考えている割合は、福祉職で34%、かかりつけ医で20%と低かった。また専門医を受診しやすくするためには、かかりつけ医が積極的に紹介することが必要と回答した人が多かった。

3. 患者家族の、介護情報入手先は、ケアマネージャー(22%)、家族会(18%)、マスコミ(14%)が高かった。入手しても、役に立たなかった原因として、3群とも、実習形式が望ましい、情報に具体性がないという理由が多く、患者家族では、必要な情報が探せないという理由も多かった。インターネットを使用している患者家族は約半数であった。

### 4. 「連携ファイル」について

「連携ファイル」の作成は3群とも9割以上が支持した。このファイルに掲載して欲しい項目としては、診断名、処方薬、BPSDへの対処方法、声かけ方法が多かった。対応法を載せて欲しいBPSDとしては、患者家族では、異常行動、妄想、睡眠障害が、福祉職では、異常行動、興奮、妄想が、かかりつけ医では妄想、興奮、易刺激性が多かった。

②BPSD治療のための入院基準の作成：研究期間中に全施設で157名がBPSD治療目的で入院となった。うち17名は身体疾患の治療のために転院、または死亡により中止となったため解析から除外した。

入院目的となったBPSDは興奮、妄想、異常行動、睡眠障害の順であった。興奮が入院治療の原因であった患者96名のNPI興奮スコアは $7.7 \pm 3.8$ 、他のBPSDが

原因であった患者 44 名の興奮スコアは  $5.0 \pm 4.0$  であった。感度と特異度が共に高くなるように ROC 解析で基準を決めると、カットオフは 8 でそのときの感度は 0.65、特異度は 0.66 であった。同様に、妄想が原因であった患者 62 名の妄想スコアは  $7.7 \pm 3.9$ 、それ以外の患者 78 名の妄想スコアは  $3.4 \pm 4.3$  で、カットオフは 6 (感度 0.69、特異度 0.71)。異常行動が原因であった患者 60 名の異常行動スコアは  $8.0 \pm 4.2$ 、それ以外の患者 80 名の異常行動スコアは  $5.4 \pm 4.9$  で、カットオフは 8 (感度 0.68、特異度 0.6)、睡眠障害が原因であった患者 58 名の睡眠障害スコアは  $8.2 \pm 3.5$ 、それ以外の患者 82 名の睡眠障害スコアは  $5.0 \pm 4.6$  で、カットオフは 6 (感度 0.81、特異度 0.54) であった。これらのスコアが入院基準として使用可能だと考えた。

入院後の NPI の推移は、6 ヶ月以内に退院可能か否かにかかわらず、入院後 1 週間で大きく低下し、1 ヶ月後では退院時とほとんど同じ程度になった (退院群：入院時  $56.9 \pm 22.9$ 、1 週間後  $19.4 \pm 19.7$ 、1 ヶ月後  $9.5 \pm 11.8$ 、退院時  $7.9 \pm 14.1$ 、退院困難群：入院時  $48.2 \pm 25.9$ 、1 週間後  $20.4 \pm 15.5$ 、1 ヶ月後  $12.3 \pm 14.5$ 、6 ヶ月後  $11.6 \pm 13.2$ )。

③認知症地域連携システムの有効性の検証：58 名の患者が参加した。連携ファイル使用後の感想については、①連携ファイルが役に立つと答えた割合は、介護者で 96%、かかりつけ医で 95%、ケアマネで 95% であった。②記入が面倒であると感じた介護者は 9%、かかりつけ医は 24%、ケアマネは 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。

システム使用後に ZBI ( $40 \rightarrow 34.6$   $p=0.0015$ )、家族理解度テスト ( $6.7 \rightarrow 7.4$

$p=0.0264$ )、かかりつけ医の患者理解度テスト ( $4 \rightarrow 5.1$   $p=0.0071$ ) と有意な改善を認めた。NPI 総点 ( $30.0 \rightarrow 27.0$   $p=0.1475$ ) 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 ( $1.2 \rightarrow 0.8$   $p=0.0038$ )、興奮の頻度 ( $1.8 \rightarrow 1.2$   $p=0.0289$ )、不安の頻度 ( $1.7 \rightarrow 1.0$   $p=0.0020$ ) および重症度 ( $0.9 \rightarrow 0.5$   $p=0.0439$ ) で有意な改善を認めた。

#### D. 考察

私達の最終目標は地域連携パスを作成することであるが、パスを有効に利用するためには基礎知識が必要である。しかし初年度の調査で、家族介護者、介護職、かかりつけ医には認知症、およびその介護法に対する知識が不足していることが明らかになった。また認知症の原因疾患は様々で、疾患によって出現しやすい症状が異なり、治療法や対応法も異なる。従って早期の鑑別診断は必須であるにもかかわらず、いまだ早期診断の重要性は周知されていなかった。またかかりつけ医が専門医に紹介しないという問題も浮き彫りになった。また家族介護者、介護職、かかりつけ医が認知症のことを学習する機会や教材も十分ではなかった。

また認知症診療は、気づき～診断、BPSD 悪化や身体が必要となったときの入院治療、在宅療養生活の 3 つの部分に分けられる。前 2 者は短期間に検査や治療が必要となるのでパス化しやすいが、最も重要な在宅療養生活は特別な検査はなく、平穩に淡々と毎日の生活を送ることが望まれる。従って、この在宅療養生活の部分はパスだけでは認知症患者を支えることは困難で、補完するシステムが必要である。我々はこの補完システムとして、「連携ファイル」と「疾患別重症度別ガイドブック」を作成した。そしてこの資料を利用した認知症地域連携システムを構築し、最終年度に実際の臨床場面で有用性

を証明した。私達のこの連携システムは日本全国どこでも使用可能で汎用性が高い。このシステムと私達がH22年度に作成したBPSDを専門病院で治療するための入院基準を利用することによって、認知症患者が安心して在宅生活を送れ、かつ必要時に円滑に専門病院に入院できるようになると考える。

#### E. 結論

認知症患者の地域連携の実態を調査し、その結果を元に認知症地域連携システムを考案し、有用性を証明した。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文・書籍発表

- ・Kazui H, Ishii R, et al. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome. *Psychogeriatrics* 9:77-84, 2009.
- ・数井裕光、武田雅俊. 認知症に対する神経心理学的研究 —阪大精神科の研究を中心に— *Cognition and Dementia* 8(4): 109-111, 2009.
- ・数井裕光、武田雅俊. 認知症のBPSDを考える；AD, DLB, FTDを中心に —BPSDと関連する脳障害部位— *老年精神医学* 20増刊号 I; 128-133, 2009.
- ・Takaya M, Kazui H, et al. Global cerebral hypoperfusion in preclinical stage of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Sci* 298:35-41, 2010.
- ・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* 11:40-5, 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、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、杉山博通ら著 認知症 知って安心、症状別対応ガイド. *メディカルレビュー社*、大阪、出版予定

##### 2. 学会発表

・Kazui H, Sugiyama H, Yamamoto D, et al. A survey on the current status of BPSD care for patients with dementia at home and care facilities in Japan. *ICAD, Honolulu*, 2010. July 11-15.

・杉山博通、数井裕光ら. BPSD ケアの実態と、医療と福祉の機能分担と円滑な連携についての調査. 第25回日本老年精神医学会、熊本、2010. 6. 24-25.

・杉山博通、数井裕光、釜江(繁信)ら. 専門病院に入院に至るBPSDの前向き多施設共同調査. 第26回日本老年精神医学会学術総会、東京都、2011. 6. 15-17.

・Sugiyama H, Kazui H, et al. Development and evaluation of regional cooperation system for dementia patients. *Hong Kong Psychogeriatric Association*, 2011 Nov. 12

#### 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つながりノート・みまもりノートの作成

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）  
木藤友実子（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）  
釜江和恵（財団法人浅香山病院 精神科）  
西川 隆（大阪府立大学総合リハビリテーション学科）

研究要旨：家族介護者、ケア職員、かかりつけ医などの認知症の診療とケアに関わる非専門家のための疾患別重症度別ガイドブックを作成した。これは、原因疾患別に認知症の行動心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) を整理し、BPSD に対する対応法、治療法をまとめたものである。また、認知症患者を在宅療養生活を支えるためには患者に関わる多くの人の間での情報共有が必要である。そのために「つながりノート・みまもりノート」を作成した。「つながりノート」は、患者にかかわる皆が伝えたいこと、質問したいこととその回答をお互いに書きあう情報共有のためのノートである。みまもりノートは家族介護者と介護職員との連絡ノートであるが、複数の介護施設で統一させ、また家族介護者の介護研修に利用する点が特徴である。最終年度に疾患別重症度別ガイドブックは書籍として、「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公開した。

A. 研究目的

①BPSDに対する治療ケアガイドブックを作成する。②認知症患者の在宅生活を支えるために、患者を取り巻く人達の間で円滑に情報を共有するためのツールを作成する。

B. 研究方法

①どのようなガイドブックにするかを家族介護者、ケア職員に対する数井が行った初年度の調査結果を踏まえて作成する。そして家族介護者に校閲してもらい、難解な専門用語などをなくす。最終年度には、地域の診療ケアの現場で実際に使用し、その経験を踏まえて最終改訂する。また公開法を検討する。②情報共有ツールとして連携ファイルの作成を考えたが、そのファイルの構成、含めるべき項目を検討した。そして連携ファイルを作成し、最終年度には、地

域の診療ケアの現場で実際に使用し、その経験を踏まえて最終改訂する。また公開法を検討する。

C. 研究結果

①疾患別重症度別ガイドブックの作成：家族介護者、ケア施設職員、かかりつけ医に対する初年度の調査で、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。そこで疾患別にすることにより患者家族に必要な情報のみを届けられ、また家族介護者の校閲を経たガイドブックを初年度に作成した。

平成22年度にはさらに重症度別に分け、

一冊の分量をさらに少なくした。その結果、疾患別重症度別ガイドブックは、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種類となった。

最終年度には、実際の現場で試験運用し、最終改訂を行った。公開法の検討としては、平成22年度の堺市医師会のホームページにおき、かかりつけ医がダウンロードできるようにした。また最終年度には書籍として広く一般に公開することとした。書籍とした理由は、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：平成21年度の調査の結果より、この情報共有ファイル作成について、かかりつけ医、ケア施設職員、家族介護者の全てで90%以上の人の賛同が得られた。また記載すべき項目には、診断名、疾患ごとの留意点、処方内容、適切な声掛けの仕方、対応法を掲載して欲しいBPSDには異常行動、妄想、睡眠障害、暴力、易刺激性があったため、これらは記載することとした。

平成22年度には、2人の患者に対して連携ファイル試作版を作成した。そしてこの2人の患者に対して3ヶ月間運用した。この間、1ヶ月に一回連携会議を開催し、連携ファイルの内容と運用法について問題点を明らかにし、改訂を重ねて完成版を作成した。その結果、連携ファイルは、患者情報を一元化するページと連携に関するペ

ージとに特化することとした。情報の一元化ページには、患者が利用している医療機関とケア施設、ケアマネジャー名、要介護度、患者の身体状況、認知症の診断名と病歴、重要な検査名とその結果、現在認めている認知障害と精神症状、今後近い将来出現しうる症状、患者の好み趣味、人となりなどを記載しまとめることとした。連携に関するページは、読んで欲しい対象者を指名して、質問したりコメントを書いたりすることとした。そして指名された者は次の診療日やケア日に回答を記入する。この内容については患者に関わる全ての人に周知したいため、その内容を読んだ者はサインをすることとした。ただし、この連絡は次の診療日までは対象者が読むことはないため、緊急の場合は、連携ファイルを用いずにFAXか電話で連絡する運用法をとることとした。

最終年度には、疾患別重症度別ガイドブックとともに実際の現場で試験運用した。その結果、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とに分け、それぞれを「つながりノート」と「みまもりノート」とした。また我々の試験運用では、複数の施設が個々に発行している連絡帳を連携ファイルに一元化した。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。「つながりノート・みまもりノート」は我々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

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」を併用した認知症地域連携システムは、多くの地域で適用可能な汎用性の高いシステムであると考えられる。ただしノートに適切な記載をするためには、使用方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。次年度から人口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し、さらに広域地域での我々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

・Kazui H, Ishii R, et al. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome. *Psychogeriatrics* 9:77-84, 2009.

・数井裕光、武田雅俊. 認知症に対する神経心理学的研究 — 阪大精神科の研究を中心に — *Cognition and Dementia* 8(4): 109-111, 2009.

・数井裕光、武田雅俊. 認知症のBPSDを考える ; AD, DLB, FTD を中心に — BPSD と関連する脳障害部位 — *老年精神医学* 20 増刊号 I; 128-133, 2009.

・Takaya M, Kazui H, et al. Global cerebral hypoperfusion in preclinical stage of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Sci* 298:35-41, 2010.

・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* 11:40-5, 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、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、杉山博通ら著 認知症 知って安心、症状別対応ガイド. *メディカルレビュー社*、大阪、出版予定  
2. 学会発表

・Kazui H, Sugiyama H, Yamamoto D, et al. A survey on the current status of BPSD care for patients with dementia at home and care facilities in Japan. *ICAD, Honolulu*, 2010. July 11-15.

・杉山博通、数井裕光ら. BPSD ケアの実態と、医療と福祉の機能分担と円滑な連携についての調査. 第 25 回日本老年精神医学会、熊本、2010. 6. 24-25.

・Sugiyama H, Kazui H, et al. Development and evaluation of regional cooperation system for dementia patients. *Hong Kong Psychogeriatric Association*, 2011 Nov. 12

#### 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

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について整理した。

（倫理面への配慮）

本研究は患者を対象とせず、倫理的には問題はなかった。

C. 研究結果

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1）。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2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。

表 1. 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
	リスベリドン	
介護情報		←
予後	→	

#### 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

表 2. 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

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

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

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、アルツハイマー型認知症に比較して、病初期に出現することが多く、早期に在宅介護破綻することに関与している。本研究では、病期別、とくに幻視が出現する前段階でDLBを早期診断することで、心理的介入を含めた非薬物的対応についても検討を行った。DLBでは、発症前に様々な前駆症状が出現することが明らかとなり、さらに、<sup>123</sup>I-metaiodobenzylguanidine (MIBG) 心筋シンチグラフィや<sup>18</sup>F-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (FDG-PET)の神経画像により早期診断の可能性が示唆され、発症前の介入方法について報告を行った。

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（ $-8.2 \pm 11.5$ 年）、RBD（ $-3.6 \pm 8.5$ 年）、嗅覚異常（ $-7.0 \pm 10.0$ 年）、抑うつ症状（ $-5.0 \pm 11.9$ 年）であった。記憶障害出現から平均 $1.5 \pm 2.7$ 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<sup>123</sup>I-metaiodobenzylguanidine (MIBG) 心筋シンチグラフィによる交感神経障害や<sup>18</sup>F-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (FDG-PET) の一次視覚野の糖代謝低下が、DLB の前駆状態の臨床診断に有効であった。

#### D. 考察

DLB 患者において、幻視の出現前の早期に診断し、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。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。

#### E. 結論

DLB の様々な前駆症状の病歴を聴取し、DLB を積極的に疑うことが可能となり、さらに前駆状態においても、神経機能画像を用いることによって、早期診断が可能である。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り、本研究で検討した幻視に対する非薬物療法の適応について、さらなる知見の蓄積が必要である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

藤城弘樹, 井関栄三 高齢期の幻覚妄想の病理学的背景 老年精神医学会雑誌 21: 671-676, 2010

藤城弘樹, 井関栄三, 村山憲男, 笠貫浩史, 太田一実, 新井平伊, 佐藤潔 特発性レム睡眠行動障害の長期経過の後に、場所依存性に幻視が出現したレビー小体型認知症の 1 例 精神医学 53: 7-13, 2011

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く、生物学的研究そのものがほとんど行われていない。BPSDの生物学的側面が明らかになることで、病態メカニズムの解明が進むだけでなく、まったく新しい着想による治療法が生まれる可能性がある。  
本研究では①BPSD関連遺伝子の探索研究を行った。統合失調症、うつやパニック障害で注目されているセロトニン2A受容体(HTR2A)の遺伝子多型(rs6313)とNPIの無為において弱い関連傾向がみられた( $p=0.06$ )。②動物モデルによるBPSD研究の可能性検討としてAPPTランスジェニックマウスの行動評価を行った。Y-mazeテストの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。このことによって、社会心理的側面が統制可能な動物モデルを用いてBPSDの生物学的研究の新たな扉を開けることになるかもしれない。

#### A. 研究目的

これまでに理解されてきたBPSDの社会心理的側面に加え、生物学的な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。

生物学的側面を明らかにするため①BPSDに関連する遺伝子の探索、②BPSDを生物学的に研究するためプラットホームとしてのモデル動物の使用、について研究を進めた。

##### ① BPSD関連遺伝子探索

現在臨床開発が進んでいるアルツハイマー病治療薬の標的はアミロイド病理である。アミロイド病理の重要性を明らかにしたのは家族性アルツハイマー病原因遺伝子の同定に負う面が大きい。BPSDについても関与する遺伝子が明らかになることで、病態メカニズムの解明が進むだけでなく、まったく新しい着想による治療法が生まれる可能性がある。

BPSDと遺伝子の関係はこれまでほとんど研究されていない。本研究では他の精神疾患の研究成果も積極的に導入しながらBPSDに関連する遺伝子を探索していく。

##### ② 動物モデルによるBPSD研究の可能性

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。病態そのものもヘ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。そこで我々は動物モデルによるBPSD研究の可能性を検討する。

#### B. 研究方法

##### ①-1 ヒトDNA検体の収集

大阪大学医学部附属病院精神科受診症例でBPSDを含む詳細な神経心理所見が得られている患者に十分な説明と文書による同意を得たうえ遺伝子採血を行った。

匿名化された血液からゲノムを抽出する。ア

ルツハイマー病のリスク遺伝子であるApoEをはじめ、統合失調症や気分障害のリスク遺伝子として報告がある遺伝子を中心に調べた。

遺伝子情報は、匿名化されたBPSDを含む臨床情報と連結する。両者の関連を解析した。

(倫理面への配慮)

本研究は認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報の秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後に行った。

#### ① -2 遺伝子解析

統合失調症とアルツハイマー病の両疾患への関連の可能性が報告されている遺伝子をデータベースで調べ候補遺伝子とした。

#### ② 動物モデルによるBPSD研究

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。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

#### ①-1 ヒトDNA検体の収集

これまでに収集されたゲノムの検体数は以下のようなものである。大阪大学がある吹田市在住の高齢健常者400検体以上、アルツハイマー病と臨床または病理診断された検体が500以上、厳密な認知症診断は行われていないが、ADAS等を含む詳細な認知機能検査が行われた地域高齢者の検体147検体、大阪大学医学部付属病院を受診した脳血管障害48検体が収集されている。このうち大阪大学医学部付属病院の患者でNPIスコアが得られているゲノム検体数は極めて少数であったため、この3年間で追加収集し90検体を得た。

#### ① -2 遺伝子解析

統合失調症、うつやパニック障害で注目され

ているセロトニン2A受容体(HTR2A)の遺伝子多型(rs6313)の検討を行った。検体数が限られ、予備的検討の段階であるがNPIの無為において弱い関連傾向がみられた( $p=0.06$ )。

上記とは別にKIBRA遺伝子多型について解析を行った。この多型はアルツハイマー病の発症リスクにはなっていないが、認知症においてもエピソード記憶と関連があることが分かった(Dement Geriatr Cogn Disord. 2010)。

#### ② 動物モデルによるBPSD研究

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

BPSDの生物学的検討についていくつかの端緒を得ることができた。しかしBPSD関連遺伝子の探索では75検体では十分な統計学的パワーが期待できない。他の臨床活動との連携をすすめながら、BPSD臨床情報のある遺伝子採血を今後も進めていく必要がある。モデル動物についてもより群内のばらつきがなく精度の高い方法を改良していく必要がある。

### E. 結論

①予備的結果ではあるがHTR2A遺伝子多型とアルツハイマー病の無為との間に関連があることが示唆された。

KIBRA遺伝子多型が認知症においてもエピソード記憶に関連することを見出した。

②APPトランスジェニックマウスがアルツハイマー病の多動性を解析するモデルとして有用である可能性が示された。

### F. 研究発表

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

「ICタグモニタリングシステムによる認知症疾患治療病棟での症状評価」

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歩行を継続的にモニタリングした。その中で、特徴的であった症例の歩行パターンの評価、および夜間の歩行について、直接観察との比較を行った。ICタグによるモニタリングにより、これまで注目していなかった歩行パターンが明らかになった。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と考えられた。

A. 研究目的

本研究は、ICタグモニタリングシステム（以下ICタグ）を用い、認知症患者の入院後の歩行を継続的にモニタリングした。

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。

- ① 無銭飲食等の脱抑制的行動が常同化し入院したFTD患者1名を研究対象者とした。入院前の生活パターンを家族より聴取し、入院後の様子については看護記録より収集した。また、入院後はICタグをもちいて、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。
- ② ICタグ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

①FTD患者は夜間帯（0:00～6:00）には歩行距離はまったく算出されなかった。また、活動時間帯は、どの日も6:00から24:00の間にあり、昼夜の活動リズムは入院1日目からついていった。朝の活動開始時間が入院前後で同じであり、また、入院後11:00に自室もどることが、入院前の同じ時間に外出先から帰宅する時間と一致した。その他に、14:30ごろには、入院前は飲食店で飲食しており、入院後はテーブルに座ってパズルをしていた。また就寝時刻もほぼ一致していた。

②夜間歩行回数を測定した対象は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タグにより客観的な認知症患者の行動パターンの評価が行えた。モニタリング結果はスタッフが通常評価し難い、細かな時間ごとの行動パターンも評価可能であった。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。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と考えられた。

#### 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、中岡亜希子、繁信和恵、手寫大喜、西方志織、牧本清子、田伏薫. 入院前後の活動リズムをICタグモニタリングシステムにより比較した前頭側頭型認知症の1例. 老年精神医学雑誌. 21(6). 2010.

・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

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  
「介護施設で対応困難な認知症の行動心理症状に対する精神科専門病棟で治療・ケアにつ  
いての検討」

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した。次に堺市における認知症連携システムの構築における構築者側の意識と、利用するかかりつけ医の意識を調査し、認知症連携システムの構築に必要な要素を明らかにした。その結果を元に、BPSD治療の専門医療機関である認知症疾患治療病棟の入院治療のクリニカルパスを作成した。

#### A. 研究目的

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、その際の専門医療機関への連携、および専門医療機関でのBPSDの治療・ケアの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

1. 大阪府下の介護老人施設全977施設を対象として、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、専門医療機関に入院の依頼を行うかのアンケート(資料)を作成し、郵送で配布し返信で回答を得た。

2. 認知症診療についての連携について認知症相談医講習を受けたかかりつけ医88名にアンケートを郵送した。

3. BPSDの入院治療についてのクリニカルパスを作成するために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（大阪大学保健学会教員）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。

（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。また財団法人浅香山病院の倫理委員会および堺市医師会の承認を得て行った。

#### C. 研究結果

1. 介護老人施設へのアンケートの回収率は41.0%であった。入院依頼を検討するBPSDは「興奮」が全施設の77.1%と最も多かった。その下位項目は、「他人を傷ついたり殴ったりしようとする」が最も多かった。過過去1年間の専門医療機関への1施設あたりの平均入院依頼件数は、全体で一施設あたり0.57人であった。

2. かかりつけ医への診療連携についてのアンケートでは52.3%のかかりつけ医から回答を得た。診療連携で困ったことは「身体症状・精神症状が悪くなった認知症患者さんを入院治療させてくれる病院が見つからなかった」であった。今後取り入れてほしいものは「その日、その時間に認知症患者さんの身体治療や精神科治療を受けてくれる救急病院がわかるシステムの構築」であった。

3. クリニカルパスの作成では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。最終的に別表のようなクリニカルパスを作成した。

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あることが明らかになった。同様に在宅認知症患者を診療しているかかりつけ医も、急激な精神症状や身体症状の悪化時の入院受け入れ施設を探すことに苦慮していることが明らかに

なった。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、地域から望まれていると思われ、速やかに入院治療を開始し、元の環境に戻れるようにするためにクリニカルパスは重要と考えられた。

E. 結論

介護老人施設で対応困難なBPSDを明らかにし、それに対する専門医療機関での入院治療・ケアのクリニカルパスを作成した。

F. 研究発表

・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、老年精神医学雑誌、2011、22(12)

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。

認知症専門治療科クリニカルパス(A2-A3用)

※BPSDを軽減するための薬物と併用する非薬物療法とし、薬剤師のスムーズなケアの継続を促すための施設と専門治療科のケアの連携を推進し、ケアチームによる患者の生活の質の向上を図る。また、患者の生活の質の向上を図る。

入院前	入院前まで	入院時	入院後1週間	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月
入院前	入院前まで	入院時	入院後1週間	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月	1か月
【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】
【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】	【BPSD】 【認知症】 【介護】 【生活】

## 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 対応マニュアルを作成するため、1 年目は BPSD 様症状を主訴とした患者がどの程度精神科救急を利用しているか実態調査をおこない、2 年目は精神科救急受診に至っていない認知症患者の BPSD について実態調査をおこなった。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%にも満たなかった一方、ケアマネジャーを中心とする専門職の多くが夜間・休日帯に認知症患者の BPSD に対応できず困っていることが分かった。しかしながら 3 年目の調査の結果、大阪府下で夜間・休日帯に BPSD を主訴とした認知症患者を受け入れる病院が少なすぎるということが判明し、現段階ではマニュアルを運用することは不可能と判断し、作成を断念した。

#### A. 研究目的

- ① 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。
- ② 精神科救急受診に至っていない認知症患者の BPSD について実態調査をおこなった。
- ③ 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。
- ④ 大阪府下で夜間・休日帯に 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 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。調査期間は平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 カ月間とした。

- ② 平成 22 年 9 月から 11 月にかけて医療法人北斗会がおこなった認知症に関する講演に参加した人たちに別紙のアンケート調査をおこなった。また、平成 22 年 12 月豊中市内の居宅介護事業所全 113 箇所と同様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。
- ③ 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。
- ④ 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)

- ①と③と④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、③と④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。②の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、及び考察

- ① 360病院にアンケートを送り143病院から回答を得た。該当期間中、疾患を問わず1人でも夜間・休日帯に受診のあった病院は102病院であった。そのうち、BPSD様症状を主訴とする患者の受診があったのは31病院であった(なお、BPSD様症状と表現するのは、患者の呈する症状がBPSDなのか精神病の症状なのか区別がつかないことがあるため、BPSDを疑った患者すべてを対象とした)。対象患者は67例で、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が多く、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の順であった。受診動機は興奮、異常行動、妄想の順に多かった。一方で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例であり、BPSD様症状を主訴に受診した患者は全体の2%にしか満たなかった。そのため、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示唆された。

- ② 955名の有効回答を得た。回答者の内訳は男167名(17.4%)、女788名(82.6%)であった。職種及び立場は、認知症患者の家族52名(5.4%)、認知症患者の近隣及び知り合い19名(2.0%)、一般市民148名(15.5%)、民生委員(校区福祉委員を含む)149名(15.5%)、医師9名(0.9%)、保健師13名(1.4%)、看護師26名(2.7%)、精神保健福祉士4名(0.4%)、社会福祉士17名(1.8%)、医療ソーシャルワーカー2名(0.2%)、ケアマネジャー340名(35.6%)、ヘルパー73名(7.6%)、その他103名(10.8%)であった。

955名中、認知症患者の対応に困った経験がある701名に対し「今まで接した中で1番対応に困ったひと1人を思い出して」回答してもらったところ、夜間・休日帯にBPSDのために医療機関を受診させたいと思ったことがあると答えたのは285名であった。しかしながら、このうち実際夜間・休日帯に医療機関を受診できたのは42名(14.7%)であり、BPSDの対応に困るケースの多くは精神科救急受診に至らないことが判明した。

- ③ 当院認知症疾患医療センターが管轄する地域内において、前述に該当する医療機関は12あった。そのうち、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1つもないことが判明した。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。
- ④ 大阪府下で前述の基準に該当する病院は87病院で、返信は65病院より得た。返信率は74.7%であった。一般病院は、夜間・休日帯は精神科の対応ができないため、BPSDを主訴とした認知症患者の診療はできないと回答した病院がほとんどであっ

た。精神科病院や認知症疾患医療センターの認可を受けた病院でも、精神科救急の当番日以外で、夜間・休日にBPSDの診療をしていると回答した病院は多くはなく、かかりつけ以外の患者も入院も含めて対応している病院は5つにとどまった。一方で、精神科救急システムで認知症患者のBPSDの診療をすることについては、54.5%が現状やむなしとの意見であったが、積極的に利用すべきと回答したのが22.7%、あまり利用すべきでないと回答したのが18.1%あり、コンセンサスが得られていないことが判明した。

この調査で特筆すべき点は、大阪府内に11ある認知症疾患医療センターのうち3つが、夜間・休日帯はそもそも診療をしていないと回答したことである。認知症診療の最後の砦たる認知症疾患医療センターがこのような状況では、到底、精神科救急におけるBPSD対応マニュアルを作成し、運用することなどできるはずもない。早急に認知症疾患医療センターの要綱を改正すべきであると提言したい。

#### D. 結論

1年目の調査で、BPSDを主訴に認知症患者が夜間・休日帯に医療機関を利用しているケースは極めて少ないことが判明した。2年目の調査で、夜間・休日帯に家族や介護専門職が、BPSDの治療のために医療機関を受診させたいと思ったケースのうち、実際に受診に至ったケースも少ないことが判明した。1年目の調査で我々が把握したものは氷山の一角に過ぎない。今後、認知症患者が増加し続けることは明白であり、精神科救急におけるBPSD対応への需要が増大することは必定である。しかしながら3年目の調査で、夜間・休日帯にBPSDの治療を受け入れられる医療機関も少ないことが判明した。

今後、増大する需要に対し、認知症疾患医療センターを頂点とした体制を整えることが必

要である。一方で、1年目の調査対象者である67例のうち、直近1年間に精神科受診歴がない症例も32例(47.8%)であったことから、認知症に関する情報をもっと啓発し、BPSDが早期の段階で治療介入できるようにし、認知症患者が精神科救急を利用しないようにすることも必要であると考えられる。