

201311008A

厚生労働科学研究費補助金  
認知症対策総合研究事業

BPSD の予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 数井裕光

平成 26 年(2014)年 3 月

# 目 次

I. 総括研究報告	
BPSD の予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法 . . . . .	1
の開発研究	
数井裕光	
II. 分担者報告書	
1. BPSD 出現予測マップ作成に関する研究 . . . . .	5
数井裕光	
2. 軽度認知機能障害患者の BPSD に関する研究 . . . . .	38
武田雅俊	
3. 認知症患者における嫉妬妄想の発現機序の解明に関する研究 . . . . .	42
池田 学	
4. BPSD の発現機序に基づいた BPSD 治療・対策 . . . . .	48
プロトコルの開発研究	
森 悦朗	
5. 前頭側頭葉変性症の BPSD の発現機序の解明と治療法の開発 . . . . .	50
に関する研究	
谷向 知	
6. 血管障害亜急性期における精神症状に関する研究 . . . . .	53
横山和正	
7. 認知症の睡眠障害の発現機序の解明と他の BPSD に対する . . . . .	60
影響に関する研究	
足立浩祥	
8. BPSD を軽減・予防するための介護サービスの検討 . . . . .	67
遠藤英俊	
9. 問診・観察からの簡便な認知症鑑別診断法の開発に . . . . .	70
に関する研究	
山本泰司	

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・ 72

Ⅳ. 研究成果の刊行物・印刷・・・・・・・・・・・・・・・・ 75

# I. 総括研究報告



BPSDの予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究

主任研究者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 講師

研究要旨

**研究目的:** 一度出現した BPSD を在宅生活で対処することは困難なことが多い。またこれまでの BPSD 治療法、対応法は個々人の経験に基づいた非論理的な考えで構築されていた。本研究では、BPSD の予防法を開発する。また BPSD の発現機序を解明し、その知見に基づいた BPSD 治療法を開発する。最終年度には、本研究の成果を「発現機序に基づいた BPSD 予防法・対応法マニュアル」として出版し、かつ公的機関のホームページで公開する。

**研究方法:** BPSD 予防法を開発するために 6 つの認知症専門機関の BPSD データを収集し、4 大認知症（アルツハイマー病 (AD)、血管性認知症 (VaD)、レビー小体病 (DLB)、前頭側頭葉変性症 (FTLD)) 別に、どのような BPSD がどのくらいの頻度、重症度、介護負担度で出現するかを認知症の重症度別に整理し、さらに有効なケアサービスを明示する BPSD 出現予測マップを作成した。また軽度認知障害 (MCI) 患者の BPSD を明らかにした。さらに睡眠障害を BPSD の誘発因子と捉え、その他の BPSD との関連を調査した。また原因疾患別に、対応困難な BPSD の発現機序を解明し、それに基づいた治療法、対応法を開発した。さらに未診断で介護施設に入所した患者の原因疾患を問診や観察で同定する方法も検討した。

**結果:** 6 つの認知症専門医療機関から収集した 2447 例分のデータで出現予測マップを作成した。またこの中の MCI 186 例の約半数の症例に無為を認め、かつ無為が顕著であった症例は後に認知症に進展する確率が高かった。DLB では CDRO. 5 の時期から睡眠障害を約半数の患者に認めた。また全ての疾患で睡眠障害は他の多くの BPSD と関連していた。BPSD の発現機序の解明に関しては、① AD の嫉妬妄想には認知障害が比較的軽症であること、患者に重度の身体合併症があること、配偶者が健康で頻回に外出すること、患者の役割喪失などが明らかになり、これらを踏まえた家族への対応指導法が有効と考えられた。② VaD では無為、うつが多く、それぞれ右半球損傷、左半球損傷と関連していた。また失語を有する患者に打つが多かった。従って、これらの障害部位や症状を踏まえて BPSD 無為、うつに早期から対応することが重要と考えられた。③ DLB の幻視、誤認は視覚認知障害に伴う解放現象が原因であるためアセチルコリンエステラーゼの使用と家族への対応法指導が重要と考えられた。④ FTLD の脱抑制・食行動異常には、前頭葉障害による被影響性の亢進が誘因であるため周囲の刺激を制限し、かつ常同行動を利用したルーチン化療法が有効と考えられた。また介護施設でも鑑別診断できるツールとして物忘れスピード問診票を選択した。

**まとめ:** BPSD 予防に有用と考えられる BPSD 出現予測マップを作成した。また MCI の BPSD、睡眠障害と他の BPSD との関連を検討し BPSD 予防に役立つ知見を得た。また 4 大疾患別に出現機序に基づいた対応法を考案した。次年度にはこれらの有用性を検証する予定である。

分担研究者氏名・所属施設名及び職名

武田雅俊・大阪大学精神医学・教授

池田 学・熊本大学神経精神医学・教授

谷向 知・愛媛大学神経精神医学・准教授

森 悦朗・東北大学高次機能障害学・教授

横山和正・西播磨総合リハセンター・院長

足立浩祥・大阪大学睡眠医療センター・准教授

遠藤英俊・長寿医療センター・内科総合診療部長

山本泰司・神戸大学精神医学・講師

A. 研究目的

一度出現した BPSD を在宅生活で対処することは困難なことが多い。またこれまでの BPSD 治療法、対応法は個々人の経験に基づいた非論理的な考えで構築されていた。本研究では、BPSD の予防法を開発する。また BPSD の発現機序を解明し、その知見に基づいた BPSD 治療法を開発する。

B. 研究方法

(1) BPSD 予防法の開発研究

① BPSD 出現予測マップの開発

認知症に関わるかかりつけ医、介護職員、家族介護者が、どのようなBPSDがどの認知症のどの時期に出現しやすいかをあらかじめ知っておくことは、早期から適切な対応や治療を行いBPSDの悪化を防ぐために有用である。我々は我が国を代表する6つの認知症専門医療機関である大阪大学、熊本大学、愛媛大学それぞれの精神神経科、東北大学高次機能障害学講座、兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター、財団新居浜病院の計6施設の認知症データベースに登録されている患者のうち、2008年8月1日から、2013年7月31日までの5年間に初診となった認知症患者のNeuropsychiatric Inventory (NPI) データ、診断、Clinical Dementia Rating (CDR) データなどを収集した。そして原因疾患別にNPIの下位項目の頻度、重症度、介護負担度をCDR別に整理した。またそれぞれのBPSDに対応するための介護サービスを検討した。

#### ② MCI 患者の BPSD の検討

BPSD 出現予測マップ作成のために収集した認知症患者の BPSD データを用いて、MCI 患者の BPSD を整理した。また後に認知症に進展したか否かの情報も同時に収集したため、認知症に移行する MCI 患者の BPSD の特徴についても検討した。

#### ③ 睡眠障害と他の BPSD との関連の検討

同上のデータを用いて、各認知症疾患別の睡眠障害の有症率、および睡眠障害の存在と他の BPSD との間の関連について検討した。

### (2) 発現機序の基づいた BPSD 治療法・対応法の開発研究

現在でも対応に難渋する BPSD を認知症の原因疾患別にとりあげ、その発現機序を解明し、その知見に基づいた対応法を開発した。すなわち①ADについては妄想、その中でも暴力に発展する可能性が高いため重要であるにも関わらず研究が遅れている嫉妬妄想を対象とした。②VaDに対しては無為、うつを中心に、③DLBについては幻視、誤認を中心に、④FTLDについては、脱抑制、食行動異常、常同行動を中心に開発した。さらに⑤今回開発するこれらの対応法が、正確な診断を受けないまま施設に入所してしまった認知症患者にも使用可能にするために、問診、観察による鑑別診断法を開発した。そして⑥BPSDに有効な介護サービスについて、特にタクティールケアの有用性について検討する。

#### (倫理面への配慮)

本研究では、患者のデータを扱う場合があるが、その場合は、データを匿名化して行った。また臨床研究に対しては、それぞれの施設の倫理委員会の承認を得た。

## C. 研究結果

### (2) BPSD 予防法の開発研究

#### ① BPSD 出現予測マップの開発

6施設から2447例分のデータが収集され、合併例、診断不確定例を除いたAD 1301例、VaD 191例、DLB 269例、FTLD 124例を対象に、疾患別にNPIの13下位項目ごとの頻度、重症度、介護負担度をCDR別に整理した。重症度と介護負担度については、そのBPSDを有する患者のみを対象とした。結果は156個の図として整理したが、原因疾患、重症度によって頻出するBPSDは異なっていた。各疾患の主要なBPSDに対する介護サービスについては、定期的な通所介護の利用が広範囲のBPSDに適応可能な最も基本的な介護サービスであると考えられた。

#### ② MCI 患者の BPSD の検討

MCI 186例中、NPI 総得点が1以上であったk患者は150例で、8割に何らかのBPSDが生じていた。下位項目の中では104例に無為を認め、かつ無為が顕著であった症例は後に認知症に進展する確率が高かった。

#### ③ 睡眠障害と他の BPSD との関連の検討

1563例(睡眠障害有り:446例、睡眠障害無し:1117例)のデータを解析した結果、疾患別の睡眠障害有症率は、PSPにおいて64.3%、DLBにおいて57.7%と高かった。疾患別のCDR重症度による睡眠障害の有症率の変化は、ADやVaD、FTLDにおいて、CDR 0.5では、出現頻度が12%~25%であり、CDRの重症化に伴い出現頻度の増加が認められた。一方、DLBでは、CDRが0.5の段階からその有症率は52.6%と高かった。また睡眠障害の重症度は4大認知症全てにおいて、病期の進行とともに重症度が高くなった。また全疾患において睡眠障害と他のBPSD症状との有意な相関関係が認められた。

### (2) 発現機序の基づいた BPSD 治療法・対応法の開発研究

#### ①AD の嫉妬妄想に対する治療法・対応法開発

熊本県内2か所の認知症専門外来(大学病院ならびに精神科単科病院)を受診した認知症患者連続328例を対象とし、嫉妬妄想の有無を調査し、嫉妬妄想発現に関わる因子を検討した。その結果、19例(5.8%)に嫉妬妄想を認め、また嫉妬妄想のある患者の約6割に暴力行為を認めた。さらに嫉妬妄想発言に関連する因子として認知障害が比較的軽症であること、患者に重度の身体合併症があること、配偶者が健康で頻回に外出すること、患者の役割喪失などが明らかになり、これらを踏まえた対応法を考案した。

#### ②VaDの精神症状に対する治療法・対応法開発

回復期病棟に入院した、脳血管障害93例を対象

として、精神症状の種類と発現機序について検討した。その結果、入院初期に幻覚、妄想、興奮、無為などの様々な精神症状が出現するが、これは意識障害にともなって出現することが多かった。頻度としては睡眠障害と無為が多く、うつ、不安、興奮、脱抑制が続いた。うつは左半球損傷例に多く、特に失語のある患者に多かった。無為・無関心は、右半球損傷例に多かった。ADLの低下と関係していた精神症状は無為・無関心、脱抑制、異常行動であった。以上より、うつに対しては、左半球損傷、特に失語症を有する患者に対しては早期から介入すべきと考えられた。また右半球例で無為は多く、また無為は高頻度であるため早期からデイケアなどに通い廃用症候群を予防する必要性が考えられた。

#### ③DLBの幻視・誤認妄想に対する治療法・対応法開発

幻視に類似した特徴を持つパレイドリアと呼ばれる錯視を検出・測定する2種類のパレイドリアテスト（風景版、ノイズ版）を開発し、DLB、AD、健常者に施行した。その結果、風景版はノイズ版に比して感度が高く、DLBとADの鑑別精度が高かった、一方ノイズ版は幻視とのより強い関係が示唆され、さらに薬物治療前後の症状の変化の検出力に優れていた、よって両方のテストを組み合わせた評価法を臨床で使用することが、鑑別診断および幻視の症状評価に有用であると考えられた。さらにこの知見に基づいてDLBの幻視の発現機序を明らかにし、対応法を開発した。

#### ④FTLDの脱抑制・食行動異常に対する治療法・対応法開発

FTLC症例に対して、食行動異常が出現している症例に対し、1) 学習ドリルを用いた誘導、2) 配膳・配食方法の修正により対応を試みた。その結果、夜間に冷蔵庫の中身を食べ漁るBPSDの出現時に、ドリルを用いた誘導により速やかに再就床に成功した。また食事場所、配膳、配食方法を段階的に工夫することで盗食・掻き込み等の危険な食行動を防止し、適応的な食事習慣を獲得できた。以上よりFTLDの食行動異常に対し、BPSDを誘発する刺激を避け、常同行動やその学習能力の高さを利用した介入方法により、新たな適応的習慣を形成可能であることを明らかにした。

#### ⑤介護施設で認知症の原因疾患を同定する方法の開発研究

現在、使用されている問診票、観察尺度などを総説した結果、唐澤らが作成した物忘れスピード問診票が有用と考えられた。これは症状と進行パターンの組み合わせにより、4大認知症を含む8種類の疾患の代表的パターンに鑑別するというものである。

#### ⑥BPSDを軽減・予防するための介護サービスの検討

タクティールケアの有用性についてDCM（認知症ケアマッピング）を用いて検証する研究を開始した

#### D. 考察

認知症患者のBPSDは、患者の在宅療養生活の大きな支障となる重要な障害である。BPSDは一度顕著となると治療に難渋することが多いため、軽度の時に適切な対応をとったり、介護サービスを利用したりして悪化を防ぐことが重要である。そこで今回、我々は我が国を代表する認知症専門医療機関6施設に集積されている認知症患者のデータベースから合計2447例のNPIデータを集め、4大認知症の疾患別、重症度別にNPIの下位13項目の精神症状の頻度、重症度、介護負担度を156個の図に整理し出現予測マップを作成した。また同じデータを用いて、MCIの段階でBPSDの対応を開始できるようにするために、MCIの段階でのBPSDを明らかにした。また睡眠障害をその他のBPSDを悪化させる因子と考え、睡眠障害治療によるその他のBPSD治療法を開発するために、認知症患者の睡眠障害を原因疾患別に検討した。以上の結果より、MCI患者に無為が多く、かつ無為が顕著であった患者は認知症に移行しやすいことが明らかになり、無為に対する治療や介入が認知症の発現を遅延させられる可能性が示唆された。また睡眠障害はDLBでは軽度の段階から頻度が高く、かつ田の認知症も含め、進行に伴い睡眠障害が顕著になることが明らかになった。また睡眠障害は他の様々なBPSDと関連しており、睡眠障害治療による他のBPSD治療の重要性が示唆された。

発現機序に基づいた疾患別のBPSD対応法開発については、ADにおいてはこれまで研究がほとんど進んでいない嫉妬妄想に注目し、この症状が、配偶者との心理的格差が影響する可能性が明らかになった。VaDに関しては、血管障害の部位によってうつと無為の出現がある程度予測できることを明らかにした。また失語症状はうつを引き起こす巣症状であることを明らかにし、失語症状のある患者にはうつ症状に対する配慮を前もって行う必要性が示唆された。DLBの幻視、誤認に対しては、パレイドリアを利用した2つの課題を用いて、発現機序を明らかにできると考えられた。これらの課題は臨床診断、および治療効果判定にも使用可能と考えられた。FTLDの食行動異常、脱抑制に対しては、まず被影響性の亢進症状がこれらの症状を誘発しうると考えられたため、まず患者の行動を攪乱する周囲の刺激を制限することを試みる。その上で

逆に FTLD の症状である常同行動を利用して、望ましい行動に集中させる方法が有用と考えられた。

以上のように認知症の BPSD に対する対応法を検討するためには、まず原因疾患を明らかにする必要がある。原因疾患によって障害されやすい脳損傷部位が決まり、出現しやすい臨床症状も決まるからである。しかし現実的には、臨床診断を受けずに介護施設に入所している患者が我が国に少なからず存在する。そのような患者でも、本研究で、我々が作成しようとしている原因疾患に基づきかつ「発現機序に基づいた BPSD 予防法・対応法マニュアル」を使用するためには臨床診断をどこかの医療機関で受けてもらう必要がある。あるいは医療機関を受診できない患者でも経過や臨床症状で臨床診断に近づける方法の開発が必要である。物忘れスピード問診票のこのような目的のために重要である。

#### **E. 結論**

BPSD 出現予測マップを作成した。また MCI 段階の BPSD、睡眠障害と他の BPSD との関連を明らかにし、この知見に基づいた BPSD 予防が可能であることを明らかにした。また発現機序に基づいた BPSD 治療法対応法を 4 大認知症の原因疾患別に開発した。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

各分担研究者の成果報告書に記載。



## Ⅱ. 分担研究報告

分担研究報告書

BPSD 出現予測マップ作成に関する研究

研究分担者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師

研究要旨

**研究目的:** 認知症の原因疾患別・重症度別に様々な精神行動障害（BPSD）がどのような頻度、重症度、介護負担度で出現するかを明らかにする。また BPSD 治療に役立つ介護サービスを検討する。

**研究方法:** 大阪大学、熊本大学、愛媛大学それぞれの精神神経科、東北大学高次機能障害学講座、兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター、財団新居浜病院の計 6 施設に、最近 5 年間に新患者として受診し、BPSD を Neuropsychiatric Inventory (NPI) で評価した患者の NPI データ、診断、Clinical Dementia Rating (CDR) データなどを収集する。そしてアルツハイマー病 (AD)、血管性認知症 (VaD)、レビー小体型認知症 (DLB)、前頭側頭葉変性症 (FTLD) の 4 大疾患別に NPI の 13 個の下位項目ごとの頻度、重症度、介護負担度を CDR 別に整理した。さらにそれぞれの疾患の BPSD に対して有効な介護サービスについて、エキスパートオピニオンを収集した。

**結果:** 2447 例分のデータが収集され、合併例、診断不確定例を除いた、AD 1301 例、VaD 191 例、DLB 269 例、FTLD 124 例を対象として 156 個の図に結果を整理した。その結果、原因疾患、重症度によって頻出する BPSD は異なっていた。また BPSD 治療や対応に有効な介護サービスについては、定期的な通所介護が広範囲の BPSD に適応可能な最も基本的な介護サービスであると考えられた。その他訪問介護、短期入所も有用であると考えた。

**まとめ:** 認知症の原因疾患、重症度によって NPI 下位項目それぞれの BPSD の出現頻度、重症度、介護負担度は異なっていた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

橋本 衛・熊本大学神経精神医学・講師

池田 学・熊本大学神経精神医学・教授

谷向 知・愛媛大学神経精神医学・准教授

小森憲治郎・財団新居浜病院臨床心理科・科長

檉林哲雄・西播磨総合リハセンター・医長

横山和正・西播磨総合リハセンター・院長

森 悦朗・東北大学高次機能障害学・教授

吉山顕次・大阪大学精神医学・助教

吉田哲彦・大阪大学精神医学・医員

野村慶子・大阪大学精神医学・大学院生

清水芳郎・大阪大学精神医学・大学院生

鐘本英輝・大阪大学精神医学・大学院生

A. 研究目的

認知症に関わるかかりつけ医、介護職員、家族介護者が、どのような BPSD がどの認知症のどの時期に出現しやすいかをあらかじめ知っておくことは、早期から適切な対応や治療を行い BPSD の悪化を防ぐために有用である。我々は我が国を代表する 6 つの認知症専門医療機関の認知症データベースに収集された NPI データを整理し、疾患別、重症度別の BPSD の出現頻度、出現時の重症度と介護負担度を明らかにした。

B. 研究方法

大阪大学、熊本大学、愛媛大学それぞれの精神神経科、東北大学高次機能障害学講座、兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター、財団新居浜病院の計 6 施設の認知症データベースに登録されている患者のうち、2008 年 8 月 1 日から、2013 年 7 月 31 日までの 5 年間に初診と

なった認知症患者の以下のデータを収集した。すなわち Neuropsychiatric Inventory (NPI) 最大 13 項目の頻度・重症度・介護負担度、診断、Clinical Dementia Rating (CDR) データを中心に年齢、性別、教育年数、発症年齢、罹病期間、評価時の投薬内容、Mini Mental State Examination 得点、日常生活活動能力 (PSMS、IADL で評価)、Zarit Burden Interview 得点などであった。NPI はオリジナルの 10 項目版、10 項目版に食行動異常と睡眠障害を加えた 12 項目版、さらに認知機能の変動を加えた 13 項目版の 3 つの中のどれを採用しているかは施設によって異なっていたため、各施設が収集している最大のデータを送ってもらった。そして NPI の下位項目の頻度 (0. なし、1. 週に一度未満、2. 殆ど週に一度、3. 週に数回だが毎日ではない、4. 一日一度以上)、重症度 (1. 症状は存在するが害はなく患者に苦痛もほとんどない、2. 症状は苦痛であり破綻をもたらすものである、3. 症状は非常に強く、行動破綻の主要な原因となる (薬物を投与されている時は重度とする)、介護負担度 (0. 全くなし、1. ごく軽度に負担は感じるが処理するのに問題はない、2. それほど大きな負担ではなく通常は大きな問題なく処理できる、3. かなり負担で処理するのが難しい、4. 非常に負担で処理するのが難しい、5. 極度に負担で処理できない) を CDR 別に整理した。またそれぞれの BPSD に対応するための介護サービスを検討した。

#### (倫理面への配慮)

本研究では、匿名化したデータを各施設より大阪大学精神科に送ってもらった。そしてそのデータを解析した。従って、患者のデータが特定される危険性はほとんどない。

### C. 研究結果

2447 例分のデータが収集され、合併例、診断不確定例を除いた AD 1301 例、VaD 191 例、DLB 269 例、FTLD 124 例を対象に、疾患別に NPI の 13 下位項目ごとの頻度、重症度、介護負担度を CDR 別に整理した。重症度と介護負担度については、その BPSD を有する患者のみを対象とした。結果は 156 個の図として整理したが、原因疾患、重症度によって頻出する BPSD は異なっていた。

(巻末に添付)。各疾患の主要な BPSD に対する介護サービスについては、定期的な通所介護の利用が広範囲の BPSD に適応可能な最も基本的な介護サービスであると考えられた。全ての疾患の意欲低下、睡眠障害には特に有用であると考えられた。睡眠障害は他の様々な BPSD の誘因となるため、睡眠障害の改善により多くの BPSD

が改善するとも考えられた。AD の妄想にも、特に家族介護者が対象となっている物盗られ妄想には有効であると考えられた。FTLD に対しても有効ではあるが、FTLD では複数人での共同的な活動は困難なので、個別に対応するという工夫が必要であろう。しかし逆に FTLD の特徴的な症状である常同行動を利用して通所介護を日課にできれば、通所介護の有効性はさらにますと考えられた。不安が顕著な患者に対しては、訪問介護により誰かがそばにいる態勢をとることが有用であると考えられた。妄想の対象が家族介護者であり、かつこれが顕著な場合、興奮、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動が顕著な場合は、短期入所が適応となると考えられた。

### D. 考察

認知症患者の BPSD は、患者の在宅療養生活の大きな支障となる重要な障害である。BPSD は一度顕著となると治療に難渋することが多いため、軽度の時に適切な対応をとったり、介護サービスを利用したりして悪化を防ぐことが重要である。そこで今回、我々は我が国を代表する認知症専門医療機関 6 施設に集積されている認知症患者のデータベースから合計 2447 例の NPI データを集め、4 大認知症の疾患別、重症度別に NPI の下位 13 項目の精神症状の頻度、重症度、介護負担度を 156 個の図に整理した。多数例での信頼できるデータになったと自負している。さらにこれらの BPSD に対応するための介護サービスをエキスパートに聴取する方法で整理した。来年度には、特にこの介護サービス部分について、実臨床場面で介護している介護の専門家の意見も取り入れブラッシュアップする予定である。

### E. 結論

認知症の原因疾患別、重症度別に BPSD の出現頻度、重症度、介護負担度を整理した。その結果、原因疾患、重症度によって頻出する BPSD は異なっていた。また BPSD に有効な介護サービスを整理した。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) 数井裕光. 鑑別診断. 認知症ハンドブック (中島健二、天野直二、下濱俊、富本秀和、三村將編集) pp140-147、医学書院、東京、2013.
- 2) 数井裕光、武田雅俊. 認知症診療における地

域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学  
学会雑誌 22 (2) : 109-115, 2013.

- 3) 数井裕光、田中稔久、安野史彦、武田雅俊. アルツハイマー病の早期診断における臨床診断基準と神経心理検査の有用性. Dementia Japan 27:316-323, 2013.

## 2. 学会発表

- 1) 数井裕光. 認知症診療における神経画像検査の有用性. 第109回日本精神神経学会学術総会ワークショップ17 認知症の臨床-予防、診断、治療のコツ-福岡、2013. 5. 23-25.
- 2) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携. 日本プライマリ・ケア連合学会第27回近畿地方会、特別講演3、神戸、2013. 9. 8.
- 3) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携-情報共有ファイルの有用性- 第3回日本認知症予防学会ランチョンセミナー、新潟、2013. 9. 27-29.
- 4) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携-情報共有ファイルの有用性- 第14回日本クリニカルパス学会学術集会ランチョンセミナー、盛岡、2013. 11. 1.
- 5) 数井裕光. 認知症の症候と対応. 第37回日本高次脳機能障害学会. ランチョンセミナー、松江、2013. 11. 29-30.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## BPSD 治療に有用な介護サービス

(1) 介護サービスの種類（認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会：認知症ケアパス作成のための手引き、pp87-89、2013 を参考に一部改変）

	種類	サービス名称	サービスの主な内容
居宅サービス	訪問	訪問介護	訪問介護員（介護福祉士、ホームヘルパー）が訪問し、身体介護や調理などの家事援助を行う。
	訪問	訪問看護	看護師等が訪問し、療養の世話や診療補助を行う（医療依存度が高い場合には、医療保険の対象）。
	訪問	訪問入浴介護	看護師や介護員が巡回入浴者等で訪問し、入浴介助・支援を行う。
	訪問	訪問リハビリ	理学療法士、作業療法士が訪問し、機能回復訓練を行う。
	通所	通所介護	デイサービスセンター等において、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	通所	通所リハビリ	日帰りで、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行う。
	泊まり	短期入所生活介護	家族が病気や休養などで一時的に介護ができないときなど、短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。特別養護老人ホーム等が行う。
	泊まり	短期入所療養介護	短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、療養上の世話、機能訓練等を行う。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療法上の療養病床等が行う。
	貸与	福祉用具貸与	介護ベッド、車椅子などの貸与を行う。
暮らす	特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスなどで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。必要に応じて外部の訪問サービスの調整も行う。	
施設サービス	暮らす	介護老人福祉施設	常時介護が必要で居宅での生活がむずかしい要介護者を対象に、介護サービスと日常生活の場を提供する。
	暮らす	介護老人保健施設	入院治療の必要ない要介護者を対象に、介護、看護、リハビリ等を行う。医療施設と福祉施設・在宅の中間施設と位置づけられる。
	暮らす	介護療養型医療施設	慢性疾患等により長期療養を必要とする要介護者を対象に、医学的管理や看護等を行う（2018年3月まで）。
地域密着型サービス	訪問	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的または連携して行う。
	訪問	夜間対応型訪問介護	定期の夜間巡回や緊急（通報）対応型の短時間訪問を行う。
	通所	認知症対応型通所介護	認知症要介護者を対象に、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	訪問/ 通所/ 泊まり	小規模多機能型居宅介護	住み慣れた自宅・地域、また、馴染みのスタッフや環境の中で、通所サービスを中心に、訪問や短期入所を組み合わせ、日常生活の世話等を行う。



暮らす	認知症対応型 共同生活介護	比較的安定状態にある認知症要介護者を対象に、共同生活の中で入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話をを行う。
暮らす	地域密着型 特定施設入居者 生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特定施設において、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴・食事の提供とその介助、日常生活・療養上の世話をを行う。
暮らす	地域密着型 介護福祉施設 生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特別養護老人ホームにおいて、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴・食事の提供とその介助、日常生活・療養上の世話をを行う。
訪問/ 通所/ 泊まり	複合型 サービス	小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加え、通所サービスや訪問（介護・看護）、短期入所を組み合わせ、日常生活・療養上の世話をを行う。

## (2) BPSD 対応に介護サービスを利用する際の基本的事項

- ①全ての BPSD の対応に於いて患者と介護者の不安を軽減するサービスを考える。
- ②患者は生活や状況が変化するとき不安を強く感じ、BPSD が悪化しやすいので、患者の生活が規則正しく変化の少ないパターン化したものになるようにサービスを利用する。
- ③介護サービスは積極的に利用する。家族による介護と専門家による介護の両方の良さを患者に享受してもらおう。家族が定期的に介護の専門家と接する機会を持ち、BPSD の対応法などを学ぶこと、家族の介護負担感を発散させ、家族の孤立化を防ぐことは重要。
- ④一人の介護者に介護負担が集中することを避け、介護サービスなどを利用して一人当たりの担当時間を減少することを考える。
- ⑤家族が BPSD の対象となっている場合は、家族と患者の時間的、空間的距離を置くことが重要で、このためにも介護サービスを利用する。

## (3) BPSD 対応のための介護サービスの具体案

妄想：通所介護、通所リハビリ。症状が強い場合は介護療養型医療施設などの施設サービス。

AD、DLB で多い。特に物盗られ妄想の対象となった家族介護者との時間的、空間的距離を置くことが有用。患者に家族以外の人間関係を構築することも重要。

幻覚：通所介護、通所リハビリ。症状が強い場合は介護療養型医療施設などの施設サービス。

DLB の幻視が多いが、夜間に多いため、十分な睡眠をとってもらうことが重要となる。睡眠障害への対応と重複するが、昼間に活動していただき、夜に心地よい睡眠が得られるよう介護サービスを利用する。介護療養型医療施設などの施設に入院、入所して治療する場合もある。

興奮：通所介護、通所リハビリ。患者が通所できない場合は訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ、症状が強い場合は介護療養型医療施設などの施設サービス。

全ての認知症で出現するが、家族の介護負担が高まり、不適切な家族の対応によって患者の興奮が顕著となっている場合がある。家族以外の専門家が患者に対応する時間を増やすことが重要である。症状が強い場合は介護療養型医療施設などの施設に入院、入所して治療する場合もある。

うつ：訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ。通所できる場合は通所介護、通所リハビリ。介護老人保健施設、介護療養型医療施設などの施設に入院、入所する場合もある。

VaD、DLB では初期から比較的顕著に認められるが、認知症患者のうつは認知症に伴う生活障害に対する不安、自信喪失に由来していることが多い。そのため生活に対する支援を行い患者に安心感を持ってもらうことが重要である。孤立している患者に対しては、通所介護を利用して他者と交流する場を設定することも有用である。運動機能障害に対しては、麻痺などの症状の改善、廃用症候群の予防のために、通所や入所でリハビリテーションを受けるサービスが重要である。

不安：通所介護、通所リハビリ。通所できない場合は訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ。症状が強い場合は介護療養型医療施設。

どの認知症でも出現しうるが DLB で多い。DLB では幻視が高頻度に認められるため、またパーキンソンズムによって運動機能低下が生じるためと考えられる。安心感を持ってもらうため、生活支援、移動の支援をしてもらうため、他者と交流するために介護サービスが有用である。誰かがそばにいる時間を可能な限り維持するために訪問サービスを小刻みに利用することも検討すべきである。症状が強い場合は介護療養型医療施設での治療が適応になることもある。

多幸：問題となることはほとんどないため対応はなし

無為・無関心：通所介護、通所リハビリ。通所できない場合は訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ。場合によっては介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設。

全ての疾患で最も頻度が多い。家族以外の人と交流する時間の定期的確保が重要。VaD ではこの症状が顕著で廃用症候群が生じやすいため特に重要。規則正しい活動的な生活をするのが重要で、在宅生活で通所介護、通所リハビリを利用するのが基本となるが、通所できない場合は、訪問介護、訪問介護、訪問リハビリから開始し、介護スタッフになれてきたところで通所介護に切り替えるようにする。在宅療養生活では困難な場合は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設などに入所、入院して行う。

脱抑制：通所介護、通所リハビリ。通所困難な場合には訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ。さらに入所が必要な場合は、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護福祉施設生活介護、複合型サービス。

FTLD で特に頻度の多い症状。患者の欲動を満たしている状況では顕在化しない。そこで通所介護や通所リハビリを習慣化させることを目指す。記憶は保たれるために介護スタッフを覚えることができる。そして介護スタッフと馴染みの関係をつくることができれば通所介護を定着できる。通所が困難な場合は、訪問サービスとなるが、これも馴染みの関係を作り、患者にとって日課のように思ってもらう。症状が強い場合は施設に入院や入所をして治療、対応する方法もある。その際に、共同生活は苦手なので、小規模型が望ましい。

易刺激性・不安定性：通所介護、通所リハビリ、訪問介護、訪問介護、訪問リハビリ。介護療養型医療施設。

些細なことで気分がかわり、興奮したり易怒的になったりするため、介護者が疲弊し、さらに不適切な

介護になるという悪循環に陥りやすい。これを断ち切るために、家族以外の方が患者に接する時間を確保し、介護負担を減らすことが重要。このために通所介護や訪問介護を利用する。症状が顕著な場合は介護療養型医療施設に入院し薬物治療を行うこともある。

**異常行動：**通所介護、通所リハビリ、さらに入所介護が必要な場合は、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護福祉施設生活介護、複合型サービス、介護療養型医療施設、介護療養型医療施設。

徘徊や落ち着きのない行動が含まれる。徘徊は運動機能が保たれるADで他の認知症よりも問題になりやすい。これによって行方不明になることが頻回になると施設サービスが必要となる。FTLDで認められる常同的周遊は徘徊と似て非なる症状で、行方不明にはなりにくい。これで入所介護が必要となる可能性は低いですが、通所介護、通所リハビリを常同行動化できるようこれらのサービスを利用する。

**睡眠障害：**通所介護、通所リハビリ、介護療養型医療施設。

全ての疾患で頻度の多い症状である。昼間の定期的な活動を維持し、心地よい疲労を形成し睡眠を改善する。また昼間に日光に当たることも重要で、これらの意味で外出する機会を定期的に持たせることが役立つ。また在宅療養生活では、規則正しいリズムが形成できない場合には、施設サービスを利用する。さらに介護療養型医療施設に入院して睡眠薬の調整をすることも可能である。

**食行動異常：**訪問介護、訪問リハビリ。通所介護、通所リハビリ。認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護福祉施設、生活介護複合型サービス、介護療養型医療施設。

多くの認知症で進行に伴い食事量が減少する。食事の介助は大きな介護負担となるため、食事の提供を受けるサービスが有用である。在宅患者に対しては、訪問介護で食事を作ってもらったり、訪問リハビリで嚥下訓練を受けたりする。また食事量が少ない場合は、通所介護、通所リハビリを利用して、昼食だけでも栄養を確保することもある。介護療養型医療施設などの施設に入院、入所し食事療法を行うこともある。









