

201405020A

厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業

認知症高齢者の徘徊に関する実態調査

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鈴木 隆雄

平成 27 年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告

- 認知症などで行方不明となった認知症の人に関する実態調査 ----- 3  
鈴木隆雄

### II. 分担研究報告

1. 認知症に伴う徘徊に関する研究レビュー  
鈴木隆雄、牧 陽子 ----- 9
2. もの忘れセンターでの徘徊認知症患者の実態調査 ----- 15  
櫻井 孝
3. 徘徊などで行方不明となった認知症の人に関する実態調査 ----- 26  
栗田主一、菊地和則（研究協力者：伊集院睦雄）
4. 認知症高齢者の徘徊に対する自治体の取り組みに関する調査 ----- 117  
曾根智史（研究協力者：勝又浜子、川崎千恵、進藤由美）
5. 市区町村における徘徊による認知症高齢者の行方不明の状況に関する研究--166  
曾根智史（研究協力者：勝又浜子、川崎千恵）
6. 認知症高齢者の徘徊と関連要因調査 ----- 254  
牧 陽子

### III. 研究協力者研究報告

1. 認知症患者の徘徊に関わる要因についての探索的研究 ----- 271  
村田千代栄
2. カルテ記載内容に基づく徘徊行動の定性的・定量的分析 ----- 279  
斎藤 民

### IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 291

### V. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 295

# I . 総括研究報告

統括研究報告書

徘徊などで行方不明となった認知症の人に関する実態調査

研究代表者 鈴木 隆雄

国立長寿医療研究センター 研究所長

研究要旨

最近の研究によれば、わが国の65歳以上の高齢者の認知症有病率15%（462万人）、および軽度認知障害(MCI)は13%（400万人）と推計されている。

今後の更なる高齢者人口の割合の増加と人口（人数）の増加の見込まれるなか、認知症高齢者における徘徊は緊急に解決しなければならない課題のひとつである。すなわち、認知症高齢者の徘徊とそれに続く行方不明、さらにその後不幸な転帰をたどるといった特有の問題は、高齢者本人のみならず、家族や地域社会そして日本の社会全体にとっても、「認知症施策5カ年計画（オレンジプラン）」の実現を目指すうえで、解決しなければならない極めて重要な課題となっているのである。

本調査研究ではこのような認知症高齢者の徘徊の問題に対して実態調査を中心として実施された。すなわち、

- 1) 認知症高齢者の徘徊に関する文献レビュー
- 2) 行政、捜査機関による認知症高齢者に関する情報収集
- 3) 全国自治体における実態調査
- 4) 大規模な「もの忘れ外来」受診患者（およびその家族）における徘徊高齢者の特性分析の主に4課題について、集中的に調査研究が実施された。

研究代表者：鈴木隆雄（国立長寿医療研究センター研究所長）

研究分担者：櫻井 孝（国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター センター長）

栗田主一（東京都健康長寿医療センター 研究部長）

曾根智史（国立保健医療科学院 企画調整主幹）

菊地和則（東京都健康長寿医療センター 研究員）

牧 陽子（国立長寿医療研究センター・長寿医療研修センター 室長）

研究協力者：伊集院睦雄（東京都健康長寿医療センター 研究員）

勝又浜子（国立保健医療科学院 統括研究官）

川崎千恵（国立保健医療科学院生涯健康研究部 主任研究官）

進藤由美（社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター 主任研究主幹）

村田千代栄（国立長寿医療研究センター・老年学・社会科学研究センター 室長）

斎藤 民（国立長寿医療研究センター・老年学・社会科学研究センター 室長）

## A. 研究目的

認知症高齢者における徘徊およびそれに続く行方不明とその転帰に関する包括的な調査研究の実施を目的とした。

## B. 研究方法

- 1) 文献調査に関しては「認知症」「徘徊」をキーワードとして検索し内容分析を実施
- 2) 捜査機関調査に関しては、平成 25 年度に警察に行方不明届が出され、死亡発見例 (388 例) と生存発見例(388 例)の家族を対象とした症例対照研究を実施
- 3) 自治体調査に関しては、平成 26 年度に厚生労働省が行った「徘徊などで行方不明となった認知症の人等に関する実態調査」の結果から、1594 市区町村データを分析し、さらに効果的・総合的取り組みが行われていると判断された 9 自治体への調査を実施
- 4) 認知症専門医療機関の「もの忘れセンター」を受診した認知症高齢者及びその家族において徘徊経験の有無による症例対照研究やカルテからの質的分析等の実施

## C. 研究結果

- 1) 高齢者の徘徊に関する比較的良質な国内外の先行研究 28 文献についてレビューを実施し、特に徘徊の定義に関しては、徘徊は多様な行動を包摂する可能性があるため、現段階では広義とし、① 認知症に関連すること、② 移動を伴うこと、③屋外であること、の 3 要件で、操作的定義とした。

- 2) 警視庁生活安全局の公表した「行方不明届が出された認知症が疑われる行方不明者」に関するデータのなかで厚生労働省の協力のもと、死亡発見例 388 例についての分析がなされ、生死に関連する要因として、①生存例は男性に多く、死亡例は女性に多かった、②生存例は老老介護である場合が多く、死亡例は老老介護でない場合が多かった、③生存例では、行方不明になる危機感を介護者が感じている場合が多かったが、死亡例では、逆に危機感を感じていない場合が多かった、④また、行方不明から発見までの期間が 5 日以上の場合、生存者はいなかった。死亡して発見された場合、死因は溺死、低体温症・凍死が多かったことなどが明らかとなった。
- 3) 厚生労働省の実施した徘徊に関する実態調査から 1594 市区町村分のデータの解析により、以下の結果が得られた。
  - ①認知症高齢者の徘徊による行方不明者の 1 割程度が死亡または未発見であった。
  - ②行方不明者のおよそ 4 人に 1 人が要介護認定を受けていない者であった。
  - ③行方不明者に占める要介護 I、II、III の割合には、それぞれそれほど大きな差はなかった。要介護度 I～III については、ほぼ同程度の行方不明のリスクがあるものと考えられた。
  - ④人口 30 万人以上の市において、行方不明者、発見者、死亡者、未発見者のいずれも要介護認定なしの割合がそれ以下の人口規模の自治体よりも低く、逆に要介護認定ありの者の割合が相対的に高かった。さらに、9 自治体の調査により、以下のよう

な結果が導き出された。

- ① 普段の準備、体制整備について：自治体全体の取り組みとして推進すること、関係機関と緊密な関係づくりを推進すること、短時間に多くの人の協力を得る体制を整備すること、
  - ② 徘徊高齢者の行方不明発生時対応について：迅速な初動が最も重要であること、事前作成した検索マニュアルに従い、関係機関と連携して対応すること、特に警察とは迅速かつ緊密な連携を図ること。
  - ③ 発見後のフォローアップについて：検索の結果発見されたあと、関係者で話し合いの場を持ち、再発防止につなげること。
- 4) 認知症専門外来である国立長寿医用研究センターである「もの忘れセンター（外来）」を受診した認知症高齢者御本人と家族より得られた徘徊経験の有無の情報を基にした分析的研究においては、以下のような結果を得ている。
- ① 患者のカルテ調査から徘徊行動の確認出来た者 196 例について、年齢、性別、基礎疾患、MMSE 得点、等のデータを分析した。その結果、徘徊は幅広い年齢で発生し、背景疾患も多様であった。MMSE は 11～15 点が最も多かったことが抽出された。
  - ② 徘徊経験患者 196 名と非徘徊患者との症例対照研究から、「時間の見当識の低下」や「夜間の断眠／サーカディアンリズムの乱調」、「意欲の低下」などが関連する因子として抽出されている。
  - ③ 徘徊経験患者 196 名のカルテ情報による質的分析から、徘徊の予兆因子として、「薬剤変更」や「居所変更」、「家族関係」等が認められたが、なかでも「薬剤変更」は「徘徊

頻度の変化」の改善や消失と高い相関を示していた。

#### D. 考察

高齢化社会の進行とともに認知症高齢者は増加し、最近の研究<sup>1</sup>によれば、軽症者を含めた日本の 65 歳以上高齢者の認知症有病率は 15%、平成 24 年時点で 462 万人、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) は 13%、400 万人と推計された。今後社会の高齢化に伴い、認知症の数は加速度的に増加を続けることになると考えられる。

認知症における徘徊の問題は、今後認知症の人が住み慣れた環境で暮らし続けられる社会を目指す日本の認知症施策において、極めて重要な問題である。介護サービス等だけでなく、地域での住民の参加までを含めた見守り等の対策が必要であると考えられるが、そのような施策を進めるにあたって必要と考えられる、徘徊に関する実態の把握は十分になされていない。最近の新聞やテレビなど各種報道にあるように、社会的な関心も高く、その解決は喫緊の課題といえる。

本研究では、自治体や捜査機関へのアンケートを通して、日本の現状を把握するとともに、個別例の詳細な検討、例えば身元が特定され、無事に住み慣れた環境へ帰ることができた例とそれがなされなかった、あるいは不幸にも亡くなった例との比較検討や、もの忘れ外来受診者における徘徊の有無による要因の分析を行う事で、徘徊の発生や、徘徊の転帰を予測できるような要因の抽出を行うことを目的とした。

その結果、文献レビューから今回の徘徊に関する分析の前提となる「徘徊」の操作的定義を定め、分析に用いた。また警察による徘徊で

の死亡発見例のデータからは死亡に到る要因として性（女性）あるいは老老介護例が多いなどが明らかにされ、厚生労働省調査に基づく自治体からの情報のまとめとして、徘徊問題解決のための重要事項（例えば関係機関との緊密な関係構築、徘徊発生時の迅速な対応体制構築等）が導き出されている。

さらにわが国最大の認知症高齢者専門外来を有する国立長寿医療研究センター（もの忘れ外来を受診した認知症患者及び家族の情報から徘徊高齢者の様々な特徴（例えば「時間見当識低下」、「昼夜逆転・夜間断眠」、「意欲低下」等）が明らかにされている。

上述のような認知症による徘徊高齢者に関する多様なアプローチと分析方法から徘徊の要因と今後の予防対策に向けた重要事項が抽出されたと思われる。しかし、当該研究は実質6ヶ月の極めて短期間に実施せざるを得なかった事やそのために十分な症例（対照例）の分析的研究ができなかったこと、さらには研究全体が後方視的・横断的研究であり、今後、前方視的・コホート研究は必須の課題として残されることを明記しておきたい。

## E. 結論

わが国における認知症によると考えられる徘徊高齢者の特徴とその予防対策について後方視的・横断研究からある程度、明らかにすることが可能となった。今後は認知症高齢者の前方視的・コホート研究が必須課題であることが明らかにされた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

Suzuki T, Makizako H, Doi T, Lee S, Tsutsumimoto K, Uemura K, Maki Y, Shimada H. Community-Based Intervention for Prevention of Dementia in Japan. 2015, J Prev Alz Dis, 2:71-76.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## II. 分担研究報告



厚生労働科学研究費補助金  
分担報告書

認知症に伴う徘徊研究に関する研究レビュー

研究代表者 鈴木隆雄 国立長寿医療研究センター

研究分担者 牧 陽子 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター

本稿では、A. 徘徊の定義 B. 下位分類 C. 徘徊の関連要因：認知機能・BPSD・環境要因 D. 評価法 E. 薬物療法・非薬物療法 / ケア F. 介護負担 G. 徘徊者を発見する方策に関して、先行研究を概観する。ただし、徘徊は、定義が統一されていないために、先行研究を総括して考察することは困難な状況にある。したがって、先行研究の蓄積をベースとして仮説をたてて検証することは、方向性を誤る危険性がある。そこで、今年度の研究では、前方視の仮説検証型ではなく、後方視的なデータ分析によって、現状を把握することとした。定義に関しては、徘徊は多様な行動を包摂する可能性があるため、現段階では広義とし、① 認知症に関連すること、② 移動を伴うこと、③ 屋外であること、の3要件で、定義した。今後、下位分類で特質の相違を明確にすることが妥当と思われる。本研究をベースに次年度以降、仮説検証型的前方視研究、そして、介入の効果検証の研究に発展させていくことが重要と考えている。

徘徊は認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)であり、行方不明等、重大な転機につながることもあり、早期の施設入所の契機となるなど[1,2]、認知症の人とその家族の生活に多大な影響を及ぼす可能性のあることから病態解明が求められているものの、原因・関連要因等、これまであまり解明されていない。

徘徊研究を進めるにあたって最大の問題は、徘徊の定義が定まっていないことである。[1] 定義が定まっていないことから必然的に下位分類も成立せず、徘徊の有症率も3-53%と研究により大きなばらつきを示している。[3] 疾患別の有症率の報告もあるが、全認知症での有症率のばらつきから、再

分類した数値の信頼性はさらに低くなる。また、疾患別の有症率の検討には、レビー小体型認知症に見られるレム睡眠行動障害に関連するケース、前頭側頭型認知症の周回を徘徊に含めるのか否かを明確にすることが前提となる。徘徊の概念そのものが未定で、先行研究のシステマティックレビューも成り立ちにくい現状にあるなか、少人数での介入研究が重ねられ、また臨床も経験則で進められているのが現状である。[4] まず、定義・下位分類・有症率（疾患・ステージ毎の検討）・関連要因の解明が必須であり、その上で、適切な評価方法を定めてはじめて介入研究に移行することが可能となる。以下、現在、示されている論点を概観する。

## A. 徘徊の定義

徘徊の要件として、①認知症に関連すること、②移動の要素の2点には異議はないが、以下の要件を定義に含めるかに関して議論がある。

- i) 繰り返しおこること[5, 6]
- ii) 明確な目的の無いこと[7, 8]
- iii) 道迷いとは峻別すること[6, 9]
- iv) 失見当を定義に含める[5, 6]
- v) 発見された状況を定義に含める[10]
- vi) 戸外に限定するのか、病棟内等、施設内での行動も含めるのか[11]
- vii) レビー小体型認知症のレム睡眠関連行動障害に伴う夜間徘徊[12]、前頭側頭型認知症の周回(roaming : [13])を含めるか否か。前者は、レム睡眠中に家の内外を歩きまわるケースである。後者の前頭側頭型認知症では常同行動を示す場合が多く、毎日時刻表的に同じ時間に同じコースを歩いて戻ってくる行動を周回としている。また、夜間せん妄により歩き回る例を含めるかどうかについても議論がある。疾患別の有症率を検討する際にこの除外基準の設定が重要となる。

## B. 下位分類

属性に応じ薬物・非薬物療法の検討の前提として、下位分類は重要である。しかし、定義が定まらないために、下位分類も定説は無い。日本認知症学会 認知症テキストブック [14]では Hope RA et al 1990 [15]を改変して徘徊に含まれる行動として

1	調べ回る（介護者やそれ以外の人 の所在を繰り返し探しまわる）
---	-----------------------------------

2	人の後についていく、またはつきまとう（調べまわる行為の極端なもの —介護者やそれ以外の人を過度に追 い回す）
3	ぶらぶら歩く、あるいはあくせく働 く（家の周りや庭を歩き回り、仕事 をしようと無意味な試みをする）
4	目的なしに歩く
5	夜間に歩く
6	不適當な方向に向って歩く
7	過活動
8	さまよい歩き、家に連れ帰る必要が ある
9	繰り返し家を出ようと試みる

があげられている。Hope の分類は先行研究として取り上げられることが多いが、分類基準が一律とはなっていない点に留意が必要である。さらに、2はつきまとい、7は過活動として別の BPSD として分類する立場もあり[3]、5の夜間に歩くというのは、せん妄によるケースも含んでいる。Hope の分類の1-4は行動の目的による分類であるが、数井らは臨床経験に即した徘徊目的・理由を提案している。[16]

1	道迷いの結果の徘徊
2	差し迫った必要を感じてある目的地 に向ってあるく徘徊
3	本人も目的がよく分からずソワソワ 歩く徘徊
4	目的地がみつけれずに歩く徘徊
5	せん妄による徘徊
6	今いる場所が退屈だったりするため

に歩く徘徊
-------

ただし、本人の目的は行動観察から推察することになり、本人の真の目的とは合致しない可能性のあることにも留意が必要である。

### C. 徘徊の関連要因：認知機能・BPSD・環境要因

#### i) 認知機能との関連

徘徊は、全般的な認知機能低下と関連し[17]、Mini-Mental State Examination で13点以下に多く見られるという報告がある[18]。特定領域の認知機能低下との関連では、場所見当識との関連が報告され[19]、徘徊を示すアルツハイマー病者は、徘徊の無い者に比べて左頭頂・側頭領域の血流低下が指摘されている。[20]

#### ii) BPSD・夜間断眠/不眠・環境要因との関連性

臨床経験から徘徊に関連するとされている、うつ・焦燥・不穏等、他のBPSDとの関連、環境要因に関しては先行研究調査の範囲内では系統的に調べられていない。[1] 焦燥・不穏もまた、徘徊と同じく、定義が曖昧であるため、同じ用語を使っている異なる病態を示している可能性のあることも先行研究の比較を困難としている。

また、夜間の断眠・不眠に関しても、経験則では徘徊と関連性があるとされているが、詳細な検討はなされていない。[1]

### D. 評価法

病態を的確に評価するためには、評価方法の標準化が重要である。徘徊の標準化された

評価方法として、*Algate Wandering Scale* があり、日本語でも標準化されている。[11] ただし、当質問紙は、入院病棟等施設内での徘徊を対象としているため、適用範囲が限定される。その他、標準化された質問紙で臨床の場で多用されているものは、今回調べた範囲内では無い。

### E. 薬物療法・非薬物療法 / ケア

#### i) 薬物療法

徘徊に対する効果的な薬物療法の報告は少ない。リスペリドン投与による徘徊の減少が報告されているが、同時に転倒リスクを高めるという副作用が報告されている。[21]

#### ii) 非薬物療法 / ケア

##### a) 徘徊を未然に防ぐ方策

徘徊に対しては心理社会的介入が推奨されるものの、*Cochrane* システムティックレビューでは、非薬物療法は十分なエビデンスがあるとは認められなかった。[4] ただし、運動・音楽療法の介入は、エビデンスは不十分ではあるが、臨床上の経験からは受け入れられる介入とされている。[22]

なお、徘徊への対応は認知症の人の活動する自由と危険性を最小限にするという、時には相反する要請の衡量が必要である。拘束・活動制限は必ずしも有効ではないということは、先行研究にも示され[1]、易怒性・焦燥等のBPSDを誘発し、介護負担を増す可能性も指摘されている。

さらに、徘徊阻止ではなく、認知症の人の視点に立って認知症者にとって有益な運動(歩行)を促進するとともに、安全を担保するという発想の転換の重要性も近年、指摘されて

いる。[22]

## F. 介護負担

徘徊のエピソードがあると、常時、見守る必要があることから介護負担が高いとされ、早期の施設入所の契機になることが先行研究から示されている。[1] 徘徊に対する非薬物療法介入効果として、Cochrane review では単に徘徊の回数の減少のみを評価するのではなく、認知症の人・介護者の QOL, 使用される社会資源、不安等関連する BPSD の変化を含めて、認知症の人の生活を包括的に評価することが推奨されている。[23]

## G. 徘徊者を発見する方策

地域での徘徊者発見のネットワーク作りの現状の課題として、1) ネットワークの整備状況 2) 形骸化 3) 広域化の3点が挙げられている。特に広域化の問題点として、徘徊は地方自治体内で終わるのではないために、有効に稼働するためには、地方自治体のネットワークがつながっていく必要がある。現在、有効に稼働しているネットワークも自治体内で機能しているのみで、自治体の枠を超えて徘徊が起こった際には対応できないことがあげられている。こうした現状を踏まえて、新しい制度の導入ではなく、現実的に稼働率をあげることが現実的と指摘されている。さらに当調査では、ネットワークを維持するため取り組みとして、担当者の異動のある行政ではなく市民団体が継続的に維持していく、学校教育・市民啓発等を通じて認知症の理解を深めていくという地道な取り組みが背景にあることが指摘されている。

[24] Alzheimer's Association による

MedicAlert<sup>®</sup>[28]など、他国にも徘徊者の探索ネットワークシステムはあるが、地域のあり方・社会の制度・人権の考え方等、異なる背景があり、何よりも、有効なネットワークは地域住民の関係性に根ざしているものであることから、外形的に制度のみを日本に持ってきても、有効に機能するとは限らないことに留意が必要であろう。

また、徘徊者の発見に役立つよう GPS, 電子タグ等徘徊者追跡技術が開発されているが、これらの使用に対しては認知症の人のプライバシー権を侵害するものとして倫理的側面での論争がある。[25-27] 今後、新たな技術の開発も予想されるが、認知症の人の人権・尊厳への配慮との衡量は慎重な検討を必要とする。

徘徊は、そもそも、定義が統一されていないために、先行研究の蓄積をベースとして仮説をたてて検証することは、方向性を誤る危険性がある。そこで、今年度の研究では、前方視の仮説検証型ではなく、後方視的なデータ分析によって、現状を把握することとした。定義に関しては、徘徊は多様な行動を包摂する可能性があるため、現段階では広義とし、① 認知症に関連すること、② 移動を伴うこと、③ 屋外であること、の3要件で、定義した。今後、下位分類で特質の相違を明確にすることが妥当と思われる。

本研究をベースに次年度以降、仮説検証型の前方視研究、そして、介入の効果検証の研究に発展させていくことが重要と考えている。

## Reference

1. Cipriani, G., C. Lucetti, A. Nuti, and S. Danti, Wandering and dementia. *Psychogeriatrics*, 2014. 14(2): p. 135-42.
2. Rolland, Y., S. Andrieu, C. Cantet, et al., Wandering behavior and Alzheimer disease. The REAL.FR prospective study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2007. 21(1): p. 31-8.
3. 精神症状行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班. BPSD 初期対応ガイドライン. ライフサイエンス社. 2012
4. Hermans, D.G., U.H. Htay, and R. McShane, Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(1): p. CD005994.
5. Algase DL, M.D., Vandeweerd C, Gavin-Dreschnack DJ., Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. *Aging Ment Health*, 2007. 11: p. 686-698.
6. Rowe, M.A., S.S. Vandeveer, C.A. Greenblum, et al., Persons with dementia missing in the community: is it wandering or something unique? *BMC Geriatr*, 2011. 11: p. 28.
7. Matteson, M.A. and A. Linton, Wandering behaviors in institutionalized persons with dementia. *J Gerontol Nurs*, 1996. 22(9): p. 39-46.
8. Volicer, L., J.T. van der Steen, and D.H. Frijters, Involvement in activities and wandering in nursing home residents with cognitive impairment. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2013. 27(3): p. 272-7.
9. Rowe, M.A. and V. Bennett, A look at deaths occurring in persons with dementia lost in the community. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 2003. 18(6): p. 343-8.
10. Carr, D., G.W. Muschert, J. Kinney, et al., Silver alerts and the problem of missing adults with dementia. *Gerontologist*, 2010. 50(2): p. 149-57.
11. Algase, D.L., E.R. Beattie, E.L. Bogue, and L. Yao, The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 2001. 16(3): p. 141-52.
12. McKeith, I.G., D.W. Dickson, J. Lowe, et al., Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 2005. 65(12): p. 1863-72.
13. Mendez, M.F., A. Selwood, A.R. Mastri, and W.H. Frey, 2nd, Pick's disease versus Alzheimer's disease: a comparison of clinical characteristics. *Neurology*, 1993. 43(2): p. 289-92.

14. 日本認知症学会. 認知症テキストブック. 中外医学社. 2008 p. 75-76.
15. Hope RA, F.C., The nature of wandering in dementia: A community-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1990. 5: p. 239-245.
16. 武田雅俊(監修), 数井裕光, 杉山弘通, 板東潮子. 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. 2012
17. Holtzer, R., M.X. Tang, D.P. Devanand, et al., Psychopathological features in Alzheimer's disease: course and relationship with cognitive status. *J Am Geriatr Soc*, 2003. 51(7): p. 953-60.
18. Hope, T., J. Keene, R.H. McShane, et al., Wandering in dementia: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr*, 2001. 13(2): p. 137-47.
19. Kavcic V, D.C., Attentional dynamics and visual perception: mechanisms of spatial disorientation in Alzheimer's disease. *Brain*, 2003. 126: p. 1173-1181.
20. Rolland Y, P.P., Lauwers-Cances V, Voisin T, Esquerre JP, Vellas B. A SPECT study of wandering behavior in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005. 20: p. 816-820.
21. Meguro K, M.M., Tanaka Y, Akanuma K, Yamaguchi K, Itoh M, Risperidone is effective for wandering and disturbed sleep/wake patterns in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004. 17: p. 61-67.
22. Robinson, L., D. Hutchings, H.O. Dickinson, et al., Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007. 22(1): p. 9-22.
23. Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD001932.
24. 平成 20 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 報告書『認知症高齢者の徘徊行方不明ゼロに向けたハイリスク者登録制度に関する調査研究事業』報告書. 2009. NPO シルバー総合研究所
25. Hughes JC, Louw SJ. Electronic tagging of people with dementia who wander [Editorial]. *BMJ* 2002; 325: 847-848.
26. McShane R. Should patients with dementia who wander be electronically tagged? Yes. *BMJ* 2013; 346: f3603.
27. O'Neill D. Should patients with dementia who wander be electronically tagged? No. *BMJ* 2013; 346: f3606.
28. Alzheimer's Association Alzheimer's and Dementia Caregiver Center MedicAlert® C <http://www.alz.org/care/dementia-medic-alert-sa-fe-return.asp>

厚生労働科学研究費補助金

分担報告書

もの忘れセンターでの徘徊認知症患者の実態調査

国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

櫻井 孝

### 研究要旨

徘徊は認知症の行動心理症状のなかでも、管理に難渋する症候の一つである。その実態は不明な点が多く、その理由として徘徊の定義が定まっていないことが重要である。そこで本研究では、認知症高齢者の徘徊を「帰宅障害を伴う屋外への外出」と定義し、その実態を調査した。対象は、2010年9月～2014年11月に国立長寿医療研究センターもの忘れセンターを受診した患者で、「徘徊」「GPS」をキーワードとして診療録を検索し、無作為に抽出された196名である。年齢、性別、認知症の基礎疾患、MMSEの成績、家族構成等の情報を収集した。結果、徘徊は幅広い年齢で生じ、認知症の背景疾患も多様であった。徘徊が出現した時の認知機能（MMSEの成績）は、11～15点が最も多かったが、進行期認知症や、軽度の認知症（MMSE 20点以上）にも徘徊はみられた。徘徊の多くは繰り返していた。徘徊時の介護保険認定では、要介護1～3が半数程度を占めるが、要支援、介護保険未申請や未利用でも徘徊が生じていた。徘徊の日内発生時間帯では、16:00～19:00がもっとも少なかった。本研究は後方視的な横断的調査であり、様々なバイアスが含まれる。今後の課題として、徘徊の定義を明確にすること、前向きに臨床経過を観察して予兆（リスク）と対応方法を明らかにすることが重要と思われた。

### A. 研究目的

徘徊は認知症の行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）のなかでも、もっとも管理に難渋する症候の一つである。徘徊を繰り返すと、患者が転倒や事故に遭遇する可能性が上昇し、また家族は「絶えず目が離せなくなった」と介護負担を増悪させる。わが国では、徘徊する認知症高齢者が年間10,000人を超え、鉄道事故を起こしたり、行方不明となる認知症高齢者がかなり存在するとの報道もある。徘徊は認知症医療やケアだけの

問題ではなく、社会的問題となっている。

一方、徘徊を科学的に解析した報告を検索すると、知見は非常に乏しい。その理由として、徘徊の定義が定まっていないことが重要であろう。散歩中に方向を誤り帰宅が少し遅れる場合から、行方不明となるケースまで様々である。軽度の認知症でも、偶然に電車に乗りちがえパニックとなり遠方で発見される場合こともある。自宅や介護施設内で、夜間に歩き回り、徘徊と報告されている例もある。徘徊は、屋内徘徊、屋外徘徊に区別することがある。しかし屋内

外の境界は曖昧である。マンションの共有スペース、庭が広く敷地内外の境界が不明瞭など、徘徊の定義には問題点が多い。

そこで本研究では、認知症高齢者の徘徊を「帰宅障害を伴う屋外への外出」と定義し、その実態を調査した。認知症の徘徊年齢、時間帯、原因疾患、認知症の程度、介護保険の利用、家族構成などについて調査を行った。

## B. 方法

2010年9月～2014年11月に国立長寿医療研究センターもの忘れセンターを受診した患者で、「徘徊」「GPS」をキーワードとして診療録を検索した。365名が無作為に抽出され、診療録の徘徊に関する情報を後方視的に収集した。196名で「帰宅障害を伴う屋外への外出」がみられた。

これらの対象において、下記項目を患者情報、診療録の自由記載内容から収集した。診療録の情報取得は、認知症診療に十分な経験を有する看護師（1名）が行なった。

徘徊調査項目：年齢（発症時・初診時・徘徊時）、性別、認知症の基礎疾患、MMSEの成績（初診時・徘徊時）、薬物療法、予兆、徘徊内容、徘徊後の指示変更、徘徊後の経過、家族構成等である。

## C. 結果

対象の臨床プロフィールを表に示す。

### 1. 徘徊年齢の分布（図1）

平均で79.0歳であり、51歳～102歳まで幅広い。70歳代、80歳代で全体の約80%を占めた。

### 2. 認知症の基礎疾患（図2）

アルツハイマー型認知症が72%、血管

性認知症4%、レビー小体型認知症11%であり、もの忘れセンターの患者の診断分布とほぼ同様であった。

### 3. 徘徊時のミニメンタルテスト（MMSE）の成績（図3）

MMSEの平均得点で13.1/30点であった。MMSEの成績を5点ごとに層別化すると、11～15点が約25%で最も多かった。続いて16～20点（19.4%）、6～10点（14.8%）であった。認知障害の進行した症例でも徘徊はみられるが、軽度の認知症（MMSE 20点以上）でも徘徊はみられた。

### 4. 徘徊の回数（図4）

徘徊が単回であった例は38.8%であり、6割以上の例で徘徊を繰り返した。3回以上の徘徊も約20%にみられた。

### 5. 徘徊時の要介護度（図5）

徘徊時に介護保険の認定を有していたものは全体の66.2%であった。要介護認定では、要介護1～3が徘徊全体の57.2%を占めた。一方、要支援が4.1%、介護保険未申請と未利用を合わせて16.3%であった。

### 6. 同居者（図6）

配偶者あるいは子供と同居している者が全体の71.4%を占めた。独居が15.3%であった。

### 7. 日内時間あたりの徘徊件数（図7）

徘徊の日内発生件数では、16:00～17:00がもっとも少なく、他の時間帯ではほぼ差がみられなかった。

## D&E. 考察と結論

本研究は、認知症の徘徊を「帰宅障害のみられた屋外への外出」と定義して、国立長



寿医療研究センターのもの忘れセンターを受診した患者から 196 名を無作為に抽出した。つまり、医療機関を受診する患者が対象である。Cipriani らの総説から、徘徊に関連する項目を横断的に調査した。その結果、以下のことが明らかになり、考察を加え述べたい。

- ① 徘徊は幅広い年齢で生じ 70 歳代～80 歳代が約 80%を占める。
- ② 認知症の基礎疾患は多様である。
- ③ 徘徊をきたした時点での認知機能(MMSE の成績)は、11~15 点が最も多い。つまりある程度認知障害が進行しているが、移動能力は維持されている病期に多い。一方、進行期認知症や、軽度の認知症(MMSE 20 点以上)にも徘徊はみられる。
- ④ 徘徊の多くは繰り返す。
- ⑤ 徘徊時に介護保険認定を有しているのは全体の 66%に留まる。要介護度 1~3 が半数程度を占める。一方、要支援、介護保険未申請や未利用でも徘徊が生じており、早期からの介護保険サービスの利用を促すことが必要と思われた。
- ⑥ 家族関係では、配偶者あるいは子供との同居が全体の 70%以上を占めた。独居は約 15%であったが、徘徊の確認が困難であることも原因と思われる。
- ⑦ 徘徊の日内発生時間帯では、16:00~19:00 がもっとも少なかった。デイサービスなどからの帰宅、夕食等の時間と重なり、生活リズムにより徘徊が抑制できる可能性を示唆するかもしれない。

本研究は後方視的な横断的調査であり、様々なバイアスが含まれる。例えば、もの忘れセンターを受診する患者では、継続的

な外来通院を行うもの、地域の医療施設に戻り定期的な通院はしないもの、他疾患を合併して入院や死亡するものなど様々である。今回の対象は少なくとも複数回以上、私どもの医療施設を受診した患者である。先行研究では徘徊の出現率では 3~53%とされ(BPSD 初期対応ガイドライン)、調査により幅が広い。本研究では、上記のバイアスを考え、徘徊の出現頻度は推計しなかった。

今回の調査は診療録の自由記載の内容を分析したため、臨床情報には濃淡があり欠損データも多い。また徘徊があると家族は精神的にストレスを抱えることが多く、施設入所につながるケースが多かった。このためその後の臨床経過を追跡することが困難であることが多かった。このため本研究では、徘徊の予兆、対応、その後の経過等について体系的な分類は行わなかった。徘徊関連項目の相互の関連については、本研究班の別解析を参照されたい。

今後の課題として、徘徊の定義を明確にすること、臨床経過を前向きに観察して予兆(リスク)を明らかにすること、また徘徊への対応方法を明らかにすることが重要である。その成果が認知症高齢者に優しい街づくりに反映されることが待たれる。

## F. 研究発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

## 引用文献

Cipriani G, Lucetti C, Nuti A, Danti S.  
 Wandering and dementia.  
 Psychogeriatrics. 2014  
 Jun;14(2):135-42.

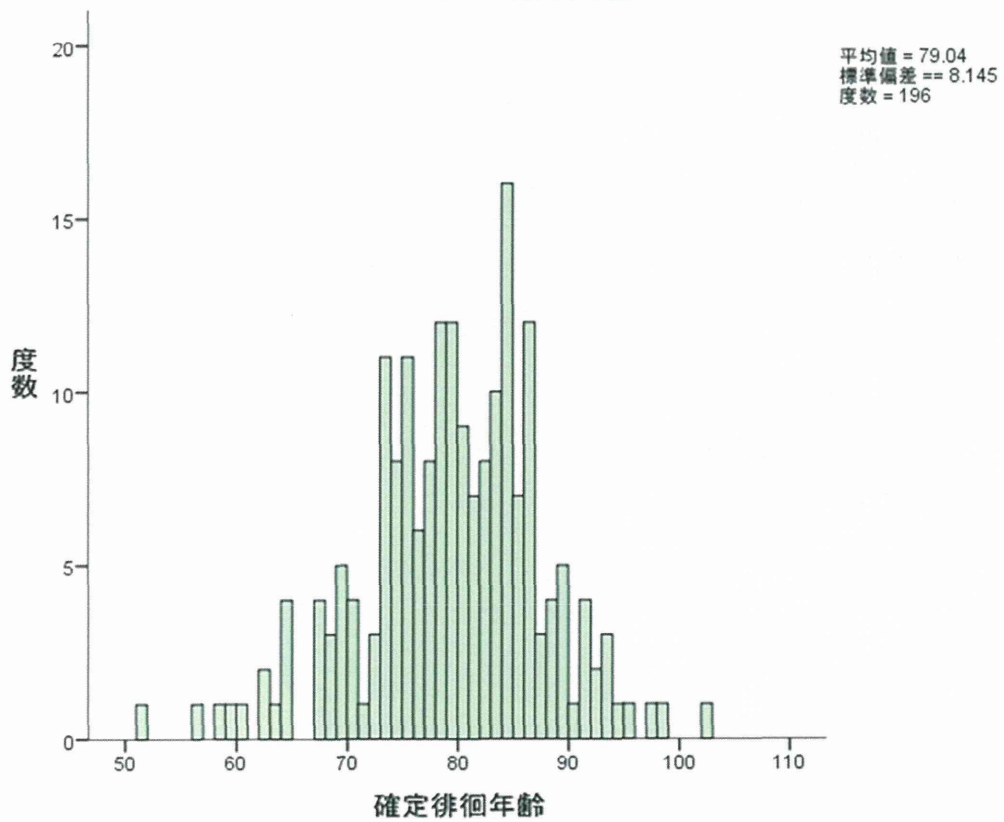
BPSD 初期対応ガイドライン 服部英幸編  
 精神症状・行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究会 ライフサイエンス 2012

表

N=196 (男性 67 女性 129)			
	N	平均値	標準偏差
現年齢	196	80.8	8.04
初診時年齢	176	76.7	8.39
認知症発症年齢	182	74.4	8.05
徘徊年齢	196	79.0	8.14
MMSE (初診時)	158	16.1	6.34
MMSE (徘徊時)	148	13.1	6.21

確定徘徊年齢			
	度数	%	累積%
50~59	4	2.0	2.0
60~69	20	10.2	12.2
70~79	76	38.8	51.0
80~89	81	41.3	92.3
90~	15	7.7	100.0
合計	196	100.0	

図1 :徘徊年齢



AD	VaD	DLB	FTD	NPH	その他
142	7	22	10	4	11

図2 認知症の基礎疾患

