

表 1 認知機能高群

	all		徘徊群		対照群			
人数	1230		25		1205			
	平均±SD		平均±SD		平均±SD		F	p
年齢	79.31±5.86		81.64±6.62		79.26±5.83		4.048	.044
	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
性別	381	849	12	13	369	836		<0.001
	平均±SD		平均±SD		平均±SD		F	p
教育歴	10.18±2.60		10.40±2.40		10.17±2.60		.191	.662
MMSE	20.16±2.62		19.20±2.61		20.18±2.62		3.444	.064
DBD	20.18±2.62		22.12±8.46		15.82±9.92		9.927	.002
DBD 下位項目								
DBDS_1	2.97±1.11		3.12±1.27		2.97±1.11		0.589	0.443
DBDS_2	2.53±1.20		2.84±1.03		2.53±1.21		2.786	0.095
DBDS_3	1.70±1.18		2.08±1.21		1.69±1.18		1.252	0.263
DBDS_4	0.48±0.85		0.92±1.06		0.47±0.84		5.879	0.015
DBDS_5	0.58±0.97		0.61±0.94		0.58±0.98		0.084	0.772
DBDS_6	1.30±1.25		1.96±1.27		1.29±1.25		4.788	0.029
DBDS_7	0.34±0.74		0.72±0.98		0.33±0.74		5.888	0.015
DBDS_8	0.54±0.95		0.83±1.07		0.53±0.95		1.772	0.183
DBDS_9	0.60±0.99		0.58±1.02		0.60±0.99		<0.001	0.989
DBDS_10	0.55±0.89		1.38±1.21		0.53±0.87		15.697	<0.001
DBDS_11	0.25±0.62		0.28±0.61		0.25±0.62		0.155	0.694
DBDS_12	0.70±1.02		0.67±0.92		0.70±1.02		0.193	0.660
DBDS_13	0.88±1.24		1.28±1.43		0.87±1.23		3.207	0.074
DBDS_14	0.25±0.64		0.40±0.91		0.24±0.64		1.336	0.248
DBDS_15	0.30±0.72		0.54±1.02		0.30±0.72		3.151	0.076
DBDS_16	0.12±0.43		0.38±0.77		0.11±0.42		7.450	0.006
DBDS_17	0.14±0.50		1.20±1.08		0.12±0.46		122.980	<0.001
DBDS_18	0.16±0.49		0.04±0.20		0.16±0.50		1.861	0.173
DBDS_19	0.59±1.00		0.80±1.15		0.59±0.99		0.661	0.416
DBDS_20	0.48±0.90		0.64±0.91		0.48±0.90		0.152	0.697
DBDS_21	0.16±0.54		0.52±0.92		0.15±0.53		9.729	0.002

DBDS_22	0.09±0.41	0.17±0.64	0.09±0.40	0.530	0.467
DBDS_23	0.09±0.42	0.00±0.00	0.09±0.42	1.391	0.238
DBDS_24	0.02±0.24	0.00±0.00	0.02±0.24	0.449	0.503
DBDS_25	0.01±0.15	0.01±0.15	0.04±0.20	0.574	0.449
DBDS_26	0.04±0.26	0.08±0.41	0.03±0.26	0.725	0.395
DBDS_27	0.15±0.47	0.46±0.98	0.14±0.45	8.255	0.004
DBDS_28	0.03±0.21	0.00±0.00	0.03±0.22	0.522	0.470
Vitality Index	8.81±1.27	8.04±1.27	8.83±1.26	6.062	0.014
GDS_score	4.31±2.88	4.92±3.84	4.30±2.86	0.940	0.333
Zarit_score	21.07±15.04	27.36±19.47	20.94±14.91	2.745	0.098
MMSE 下位項目					
時間見当識	3.02±1.41	2.16±1.28	3.04±1.41	8.033	.005
場所見当識	3.04±1.13	3.20±1.08	3.03±1.13	.186	.666

(* p<0.05, ** p<0.001)

MMSE: Mini-Mental State Examination; DBD: Dementia Behavior Disturbance Scale; VI: Vitality Index; GDS: Geriatric Depression Scale;
Zarit: Zarit 介護負担尺度

表 2 認知機能低群

	all		徘徊群		对照群			
人数	483		26		457			
	平均±SD		平均±SD		平均±SD		F	p
年齢	80.79±6.21		79.08±6.37		80.89±6.19		2.094	.149
	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
性別	137	346	5	21	132	325		<0.001
	平均±SD		平均±SD		平均±SD			
教育歴	9.20±2.43		9.81±2.26		9.17±2.44		1.702	.193
MMSE	11.90±3.22		11.38±3.87		11.93±3.19		.692	.406
DBD	25.43±15.33		25.43±15.33		24.84±15.08		13.293	<0.001
DBD 下位項目								
DBDS_1	3.20±1.07		3.65±0.89		3.18±1.08		4.722	.030
DBDS_2	2.85±1.28		3.38±1.06		2.82±1.29		4.453	.035
DBDS_3	2.29±1.21		3.00±1.04		2.25±1.21		9.659	.002
DBDS_4	1.08±1.29		1.65±1.50		1.05±1.27		4.819	.029
DBDS_5	0.89±1.23		1.08±1.29		0.88±1.23		.241	.623
DBDS_6	1.61±1.31		2.12±1.37		1.58±1.30		6.330	.012
DBDS_7	0.85±1.23		1.85±1.64		0.79±1.18		17.625	<0.001
DBDS_8	1.15±1.36		1.72±1.62		1.11±1.34		3.949	.047
DBDS_9	0.80±1.17		1.00±1.19		0.79±1.17		.445	.505
DBDS_10	1.30±1.29		1.96±1.27		1.26±1.29		5.957	.015
DBDS_11	0.57±0.98		0.77±1.14		0.56±0.97		.524	.469
DBDS_12	1.05±1.15		1.12±1.07		1.04±1.16		.036	.850
DBDS_13	1.26±1.45		1.88±1.63		1.23±1.43		3.812	.051
DBDS_14	0.57±1.03		0.57±1.04		0.58±1.03		.064	.800
DBDS_15	0.78±1.19		1.27±1.51		0.75±1.16		3.788	.052
DBDS_16	0.55±1.03		1.19±1.39		0.52±0.99		9.836	.002
DBDS_17	0.62±1.09		1.77±1.48		0.55±1.03		29.237	<0.001
DBDS_18	0.35±0.76		0.42±0.76		0.34±0.76		.104	.747
DBDS_19	0.88±1.21		1.38±1.33		0.85±1.19		4.880	.028
DBDS_20	1.06±1.26		1.42±1.39		1.04±1.25		2.414	.121
DBDS_21	0.61±1.05		1.20±1.53		0.57±1.01		7.501	.006

DBDS_22	0.23±0.65	0.35±0.75	0.22±0.64	.582	.446
DBDS_23	0.23±0.67	0.31±0.84	0.23±0.66	.132	.716
DBDS_24	0.04±0.23	0.00±0.00	0.04±0.24	.708	.400
DBDS_25	0.05±0.26	0.00±0.00	0.05±0.27	.655	.419
DBDS_26	0.11±0.51	0.19±0.57	0.11±0.50	.531	.466
DBDS_27	0.50±0.89	1.00±1.23	0.47±0.86	9.634	.002
DBDS_28	0.07±0.37	0.08±0.39	0.07±0.37	.024	.878
Vitality Index	7.94±1.65	7.27±1.85	7.97±1.63	4.866	.028
GDS_score	4.90±3.34	3.62±2.67	4.96±3.35	2.718	.100
Zarit_score	28.93±17.51	37.00±19.28	28.47±17.31	5.655	.018

表3 DBD 下位項目と、共分散分析の事後解析で示された認知機能高 / 低群の徘徊・対照群比較

	認知機能高群 p 値	認知機能低群 p 値
1. 同じことを何度も何度も聞く	0.443	.030
2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0.095	.035
3. 日常的な物事に関心を示さない	0.263	.002
4. 特別な理由がないのに夜中に起き出す	0.015	.029
5. 根拠なしに人に言いがかりをつける・・・	0.772	.623
6. 昼間、寝てばかりいる	0.029	.012
7. やたらに歩き回る	0.015	<0.001
8. 同じ動作をいつまでも繰り返す	0.183	.047
9. 口汚くののしる	0.989	.505
10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<0.001	.015
11. 不適切に泣いたり笑ったりする	0.694	.469
12. 世話をされるのを拒否する	0.660	.850
13. 明らかな理由なしに物をためこむ	0.074	.051
14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす	0.248	.800
15. 引き出しや箆笥の中味をみんな出してしまう	0.076	.052
16. 夜中に家の中を歩き回る	0.006	.002
17. 家の外に出て行ってしまう	<0.001	<0.001
18. 食事を拒否する	0.173	.747
19. 食べすぎる	0.416	.028
20. 尿失禁する	0.697	.121
21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る	0.002	.006
22. 暴力を奮う	0.467	.446
23. 理由なく金切り声をあげる	0.238	.716
24. 不適當な性的関係を持つとする	0.503	.400
25. 陰部を露出する	0.449	.419
26. 衣服や器物を破ったり壊したりする	0.395	.466

27. 大便を失禁する	0.004	.002
28. 食物を投げる	0.470	.878

III. 研究協力者研究報告

認知症患者の徘徊に関わる要因についての探索的研究
～電子カルテ記載内容に基づく分析

研究協力者 村田 千代栄（国立長寿医療研究センター室長）

研究協力者 斎藤 民 （ 同 室長）

研究要旨

「徘徊」は認知症に伴う BPSD（行動心理症状）の一つであり、死亡や重大事故など不幸な転帰をたどることも少なくない。本研究では、「徘徊」の操作的定義として、①認知症に関連、②移動の要素がある、③屋外である、以上の3つを用い、国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来を受診した患者のうち「徘徊」ありと判断された196ケースのカルテ情報を用いて、各患者の徘徊内容について、テキスト分析により類型化した上で、徘徊エピソードが複数回か否かを目的変数とした一般化線形モデルによる分析を行った。その結果、徘徊の予兆となる要因として、居所変更や薬の変更が報告されると共に、複数回の徘徊が男性に多いことなどが示唆された。徘徊に対する効果的な方策を構築するためには、今後、カルテ情報を活用に加え、家族介護者からの聞き取りや、CGA（高齢者総合機能評価）を用いた、家族介護力や居住状況など、徘徊に関わる社会的要因についての検討も必要と思われる。

A. 研究目的

「徘徊」は認知症に伴う BPSD（行動心理症状）の一つであり、徘徊に続く行方不明の結果、死亡や重大事故など不幸な転帰をたどることも少なくない。アメリカでは、アルツハイマー病により10人中6人に徘徊が出現し、そのうちの半分が行方不明となることが報告されている（Alzheimer's Association, 2008）。団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、認知症高齢者における徘徊への対処は、きわめて重要になると思われる。しかしながら、認知症については、未だ研究の蓄積も少なく、「徘徊」の定義も必ずしも定まっていない。そのため、「徘徊」の下位分類はもとより、認知症の有症率も定まらないのが現状である。

そこで、本研究では、国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来を受診した患者のカルテ情報を分析し、認知症患者の徘徊に関わる要因を探索することを目的とした。

B. 研究方法

1. 分析データ

本研究では「徘徊」の操作的定義として、①認知症に関連、②移動の要素がある、③屋外である、以上の3つを用いた。用いたデータは、2011年10月4日から2014年10月9日の3年間にわたり記録された国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来の受診患者の電子カルテから「徘徊」「GPS」のキーワードを含むケースを検索し、上記の徘徊の定義にあてはまる者196名である。カルテ記載

内容から、徘徊の前兆や徘徊内容、その後の経過等について、認知症専門看護師が書き起こしてデータ化を行った。このデータには徘徊の予兆と考えられる出来事や、認知症発症時年齢、認知機能等、さまざまな情報が含まれる。本稿では各患者のカルテ情報から、徘徊エピソードに関する記載内容に限定して分析を行った。

2. 分析方法

カルテの記載内容は、大島&児玉(2012)や村山ら(2013)の方法論を参考に、記載内容を類型化した上で、徘徊エピソードが複数回か否かを目的変数とした一般化線形モデルによる分析を行った。繰り返される徘徊は、介護者負担の重さとも関連しているからである(河野、2012)。用いた調整変数は、性、徘徊時の年齢、徘徊時MMSE、認知症の基礎疾患としてのアルツハイマー病の有無である。加えて、徘徊の予兆、発見状況、現在の経過についても分析を行った。分析には、IBM SPSS 21.0Jを用いた。有意水準は $p < .05$ を用いた。

(倫理面の配慮)

本研究では、患者ID、姓名など、個人特定につながる情報を削除(連結可能匿名化)した上でデータの提供を受け、分析を行った。

C. 結果

1. 徘徊を伴う認知症患者の基本属性

対象者196名(男性34.2%、女性65.8%)のもの忘れ外来初診時の平均年齢は、76.7歳(レンジ:50~102歳)であり、徘徊時の平均年齢は79歳(レンジ:51~102歳)であった。発症年齢が不明の23名を除き、96%(143名)の患者が、もの忘れ外来の受診後、認知症と診断されていた。認知症発症の平均年齢は74.4歳(レンジ:51~91歳)であり

(表1)、徘徊時のMMSEは、高度な知能障害が疑われるレベルである10点未満であった者が83.8%であった(表2)。徘徊時MMSEにおいて女性で高い傾向が見られたものの、いずれの変数も統計学的に有意な男女差はなかった。

認知症発症から徘徊が出現するまでの平均年数は、男性3.45年、女性4.97年であり(発症の2年前から徘徊の報告があった1名、および、発症または徘徊時の年齢が不明の14名を除く)女性の方が有意に、徘徊出現までの年数が長かった(表1)。

カルテ記載の処方薬剤の平均は3.9種類(1~17種類)であり、認知症基礎疾患として、アルツハイマー病と診断された患者は、疑い例も含め、男性42名(62.7%)、女性104名(80.6%)と、有意に($p < 0.01$)女性で多かった(表1)。

2. 複数回徘徊に関わる要因

カルテのテキスト分析の結果、84名(42.9%)の患者において、複数回の徘徊エピソードが報告されていた。そこで、徘徊エピソードが複数回か否かを目的変数とした一般化線形モデルによる分析を行ったところ、男性で複数回の徘徊がより多く報告されていた(女性の41.1%に対し、男性で46.3%)にも関わらず、統計学的には有意ではなかった(表3)。これは、調整要因に用いた徘徊時の年齢、MMSE、アルツハイマー病の有無に欠損のないサンプル(N=148)に限ったためである可能性もある。なお、徘徊時の年齢やMMSE、原因疾患がアルツハイマー型か否かについて、複数回の徘徊との間に有意な関連は見られなかった。

3. 徘徊の予兆と現在の状況

徘徊の予兆について言及のあるケースは、少数ではあったが、記載があったケースをテキスト分析した結果、徘徊に先立って、

何らかの居所変更（施設入居、入院、家族との同居を始めるなど）があった者は、24名（12.2%）、投薬の変更があった者が31名（15.8%）であった（表4）。一方、徘徊が出現した結果、処方薬の変更が行われ、徘徊の消失、もしくは改善が報告されたケースも7件あり、処方薬が徘徊の出現と改善の双方に関連していることが示唆された。

見つかった経緯について記載がある70件の徘徊エピソードを分析したところ、捜索願を出し警察に保護されたケースは38件（54.3%）、自分で帰ったか家族が見つけたケースは17件（24.3%）、近所の人やコンビニで保護されたなどのケースは15件（21.4%）であった（表5）。2014年10月現在の転帰として、もの忘れ外来の受診を終了、もしくは中断した患者は100名（51%）であった。その理由は、施設入居が36名、近医受診が29名、入院8名、死亡5名、不明21名、通院困難が1名であった（表6）。

D. 考察

本研究では、96%の対象者が、もの忘れ外来受診後、認知症が発症したとの診断がなされていた。これは、認知症が疑われるような行動が出現した結果、もの忘れ外来の受診につながり、認知症の確定診断が行われた可能性が示唆された。

統計的に有意ではないものの、複数回の徘徊のエピソードは男性でより多く報告され、徘徊には性差がある可能性も示唆された。徘徊の予兆として、居所の変更や投薬の変更があった例も複数報告されていたが、環境が変わることで、見当識の障害が悪化し、徘徊につながる可能性がある。徘徊などのBPSD（行動心理症状）による介護負担の軽減や、重大な事故の防止のためには、認知症患者においては、可能な限り周りの環境を変えないなど

の配慮も必要かもしれない。また、薬の変更により徘徊が出現したとの報告があった一方、処方薬の変更により徘徊が消失もしくは改善したとの報告もあり、処方薬と徘徊の出現および改善との間の関連についても今後詳細な検討が必要と思われる。

本研究の限界として、今回は、カルテ記載の情報に頼ったため、一般化が難しいという問題があげられる。また、97.2%の徘徊エピソードがもの忘れ外来受診後に報告されているため、受診以前の状況については不明である。主治医の聞き取り方によるバイアスの問題もあげられる。

また、徘徊エピソードがある受診患者に限定した分析を行ったため、徘徊を行う認知症高齢者に特有な要因を抽出することができなかった。徘徊に関わる要因を抽出し、徘徊などの問題行動や、徘徊に起因する事故の防止のためには、全てのカルテを活用し、年齢・MMSE得点などをマッチングさせた上で、徘徊がある患者とそうでない患者との比較検討が、今後必要と思われる。

E. 結論

国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来を受診した患者のうち徘徊ありと判断されたケースのカルテ情報に基づき、複数回の徘徊に関わる要因について分析した。

いくつかの限界はあるものの、本研究により、徘徊の予兆となる要因として、居所変更や薬の変更、複数回の徘徊が男性に多いことなどが示唆された。カルテ情報をより詳細に検討することで、処方薬との関連や、徘徊への対処の効果の検討などが、可能になると思われる、

徘徊に対する効果的な方策を構築するためには、CGA（高齢者総合機能評価）を活用した、家族の介護力や居住状況など、社

会的要因についての検討も必要と思われる。

F. 研究発表

なし

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

【引用文献】

Alzheimer's Association (2008).

Wandering: Who is at risk?

(https://www.alz.org/national/documents/card_wanderingwhoisatrisk.pdf, 2015.3.2)

大島千穂，児玉桂子（2012）．介護支援専門員のとらえる認知症高齢者への在宅環境配慮の効果．老年社会科学；34(3): 335-349.

村山陽，竹内瑠美，大場宏美，他（2013）．世代間交流事業に対する社会的関心とその現状：新聞記事の内容分析および実施主体者を対象とした質問紙調査から．日本公衆衛生学雑誌；60(3): 138-145.

河野和彦，東田勉（2012）．新しい認知症ケア～医療編．pp86-89．講談社．東京

表 1 徘徊のある認知症患者の基本属性 (N = 196、男性 67 名 : 34.2%、女性 129 名 : 65.8%)

性別	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	性差の p 値	
男	初診年齢	61	50	90	76.31	8.239	.898
	認知症発症年齢	62	51	86	74.18	7.968	.917
	徘徊年齢	67	51	91	77.90	8.066	.719
	初診時MMSE	55	0	26	16.87	6.239	.543
	徘徊時のMMSE	51	0	26	14.22	6.724	.109
	処方薬剤数	58	1.00	14.00	4.28	3.172	.357
	もの忘れ受診から発症までの年数	57	0	7	2.00	1.69	<.01
	発症から徘徊出現までの年数	62	0	11	3.45	2.331	.052
	基礎疾患としてのアルツハイマー病の有無	67	0	1	.627	.487	<.01
女	初診年齢	115	54	102	76.92	8.496	.898
	認知症発症年齢	120	52	91	74.54	8.127	.917
	徘徊年齢	129	56	102	79.60	8.150	.719
	初診時MMSE	103	0	28	15.73	6.393	.543
	徘徊時のMMSE	97	0	28	12.46	5.861	.109
	処方薬剤数	119	1.00	17.00	3.72	2.875	.357
	もの忘れ受診から発症までの年数	109	0	24	3.02	3.63	<.01
	発症から徘徊出現までの年数	119	0	24	4.97	3.727	.052
	基礎疾患としてのアルツハイマー病の有無	129	0	1	.806	.397	<.01

注1) 性差の検定は、t 検定による。

表 2 徘徊時の MMSE

		徘徊時MMSE				合計
		24+	20-23	10-19	9<=	
性別	女	N 3 3.1%	9 9.3%	60 61.9%	25 25.8%	97 100.0%
	男	N 4 7.8%	8 15.7%	24 47.1%	15 29.4%	51 100.0%
合計		N 7 4.7%	17 11.5%	84 56.8%	40 27.0%	148 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.243 ^a	3	.236
尤度比	4.131	3	.248
線型と線型による連関	.876	1	.349
有効なケースの数	148		

a. 2 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.41 です。

表 3 複数回の徘徊エピソードにおける性差
(原因疾患としてのアルツハイマー病の有無による)

	アルツハイマー病	それ以外	全体	性差の p 値
男性	47.6 (52.3)	44.0 (51.9)	46.3 (52.1)	.101
女性	43.3 (38.7)	32.0 (32.8)	41.1 (35.7)	

注 1) 表中の数字は、複数回徘徊エピソードが記載されている患者の%の実数であり、()内は、一般化線形モデルにより徘徊年齢および徘徊時の MMSE を調整した上での%である。

注 2) 一般化線形モデルでは、徘徊時年齢、徘徊時 MMSE、原因疾患に欠損のないサンプル(N=148, 男性 51 名, 女性 97 名)に限ったため、カルテ全体の実数 (N=196) とは異なる。

注 3) 性差の p 値は一般化線形モデルによる。

表4 徘徊の予兆

1) 居所変更の有無

	N	%	累積%
施設入居	12	50.0	6.1
ショートステイ利用開始	5	20.8	2.6
カルテに記載あり	6	25.0	3.1
転居	1	4.2	.5
小計	24	100.0	12.2
カルテに記載なし	172		87.8
合計	196	100.0	100.0

2) 投薬変更の有無

	N	%
カルテに記載あり	31	15.8
カルテに記載なし	165	84.2
合計	196	100.0

表5 見つかった経緯

	N	%	累積%
自分で帰る	10	14.3	5.1
家族が見つける	7	10.0	3.6
カルテに記載あり	38	54.3	19.4
近所の人	5	7.1	2.6
その他	10	14.3	5.1
小計	70	100.0	35.7
カルテに記載なし	126		64.3
合計	196	100.0	100.0

表 6 その後の経過（2014 年 10 月時の転帰）

	中断/終了理由	N	%	累積%
受診中断または終了	施設入居	36	36.0	18.4
	入院	8	8.0	4.1
	近医受診	29	29.0	14.8
	死亡	5	5.0	2.6
	通院困難	1	1.0	.5
	不明	21	21.0	10.7
	受診継続中		96	
	合計	196	100.0	100.0

カルテ記載内容に基づく徘徊行動の定性的・定量的分析

研究協力者 齋藤 民（国立長寿医療研究センター室長）

研究協力者 村田 千代栄（同 室長）

研究要旨

国立長寿医療研究センターの物忘れ外来を受診した患者のうち徘徊ありと判断された196ケースのカルテ情報から307の徘徊エピソードを得て、徘徊内容について定性的・定量的に分析した。その結果、【徘徊頻度とその変化】、【徘徊の契機・特異的状況】、【徘徊への対処】、【迷子の有無】など、10のカテゴリが得られた。カテゴリ間の関係について予備的に相関分析を行った結果、いくつかのカテゴリ間の有意な関連が認められた。本研究の成果を踏まえ、今後認知症専門職や家族への詳細な聞き取りを通じて徘徊の定義やその類型化を行うことが重要と考えられる。

A. 研究目的

認知症の行動・心理症状のひとつである徘徊は、現在我が国の社会問題のひとつとなっており、「行方不明者1万人」といったマスコミ報道もみられる。徘徊についてはその定義が多様になされており、現時点では統一の見解が得られていない。そのため先行研究における徘徊症状の出現割合は数%程度～50%以上と、まちまちである（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,2012)。そこで本研究では、今後徘徊の国立長寿医療研究センター物忘れ外来を受診した患者のカルテ情報に基づき、当センター認知症専門医が徘徊と判断するケースにおいて記載された徘徊内容をもとに、徘徊行動にみられるパターンについての定性的・定量的分析を試みた。

B. 研究方法

1. 分析データ

国立長寿医療研究センター物忘れ外来を

2011年10月より2014年10月の間に受診した患者の電子カルテから、「徘徊」「GPS」のキーワードを含むケースを検索したところ、合計196件がヒットした。これらのキーワードを含むケースについて、徘徊の前兆や徘徊内容、その後の経過等についてのカルテ記載内容を認知症専門看護師が書き起こしてデータ化した。このデータには徘徊の予兆と考えられる出来事や、認知症発症時年齢、認知機能等、さまざまな情報が含まれるが、本稿ではこのなかから徘徊エピソードに関する記載内容に限定して分析を行った。1人につき複数の徘徊エピソードがみられる場合には、一つ一つの徘徊エピソードに分け、合計307件の徘徊エピソードを対象とした。

2. 分析方法

大島&児玉(2012)や村山ら(2013)の方法論を参考とし、KJ法におけるカテゴリ化の手法を参考として定性的にデータを分析した後定量的分析を行った。まず各エピソード

ードについて精読し、各エピソードをひとつの意味を持つ切片ごとに切り分け（計716件）、その切片の内容を最もよく表すラベル名をつけた。類似するラベル名をサブカテゴリとしてまとめ、もとのエピソードの文脈に戻りながら上位のカテゴリにまとめた。例えば、「家に帰りたい」「親戚の家にいると思ったようで」「自分の家に行きたい」といった切片を《帰宅願望》とし、さらにその上位のカテゴリとして【本人なりの理由づけ】と名付けた。次に徘徊の各エピソードを対象とし、個々のエピソードの中にどのようなカテゴリおよびサブカテゴリがいくつ含まれているのか、またカテゴリ間の組み合わせにどのような傾向がみられるのかを定量的に探索した。具体的には各エピソードを分析単位とし、内包するカテゴリやサブカテゴリの数を集計した後、Spearmanの順位相関により求めた。有意水準 $p < .05$ として、有意な組み合わせを明らかにした。分析にはIBM SPSS for 22.0Jを用いた。

C. 結果

1. 徘徊内容から得られたカテゴリ（表1）

徘徊についての個々のエピソードの中で記載されている内容についてカテゴリ化した結果、該当エピソード数の多い順に、【徘徊頻度とその変化（122）】、【徘徊が起きた時間帯（95）】、【徘徊の契機・特異的状況（79）】、【保護・助けた人（56）】、【徘徊への対処（55）】、【発見場所（46）】、【迷子の有無（44）】、【移動手段（39）】、【本人なりの理由（34）】、【徘徊の結果（24）】が挙げられた（【】はカテゴリ名、（）は該当するエピソード数を示す）。

1) 【徘徊頻度とその変化】

今回挙げられた徘徊エピソードでは、徘徊

の頻度やその変化は多様であった。まず《頻回》のケースでは「徘徊がひどい」や「1日3回」、など非常に頻度が高く、「家族が常に目を離せない」といったことが挙げられていた。一方《単発》では1回のみ徘徊について語られており、「道に迷ったのは1回のみ」といった記載もみられた。その他徘徊のエピソードとして《数回》のケースがみられた。徘徊頻度の変化については《継続》、《悪化》のように進行中のものとともに、《改善》、《消失》といった記載もみられた。

2) 【徘徊が起きた時間帯】

時間帯の記載があるエピソードの6割以上が《夜間》の徘徊であった。一方、《昼間》や《早朝・朝》、《夕方》もみられた。時間帯についての記載があるエピソードの大多数では、決まった時間に起こる徘徊が語られていたが、ケースは少ないものの《時間帯にパターンなし》というエピソードもみられた。

3) 【徘徊の契機と特異的状況】

徘徊が起こる特異的な状況や認知症者が徘徊と同時に抱える他の症状について記載されており、サブカテゴリとして《徘徊と併存する認知症状》、《環境変化》、《家族関係》、《投薬・処方薬変更》があげられた。《徘徊と併存する認知症状》については、徘徊以外に抱える症状として「昼夜逆転・夜間覚醒」や「不穏・落ち着きのなさ」、「興奮・易怒性・暴力」、「幻覚・妄想」その他、認知症の多様な行動・心理症状が挙げられていた。またケースは少ないが「意欲減退」によって徘徊が消失したケースも挙げられていた。《環境変化》では、入院時、入所時、通院時、デイサービス利用時や、親せき宅に外泊する時、外出先などで特異的に徘徊が起こるケースが報

告されていた。《家族関係》では、家族の認知症に対する無理解や、家族との不和が生じた際に徘徊することが挙げられていた。《投薬・処方薬変更》については、「アリセプト服用1週間後から」のように徘徊が始まる契機として語られる事例がみられる一方、後述するが、処方薬の変更により徘徊症状が改善するきっかけとしても記載されていた。

4) 【保護・助けた人】

最も多いのは《警察》であった。一方、《住民》として民生委員や近所の人、通行人が保護してくれたり、見守ってくれたりする場合もみられた。また《業者》として、コンビニエンスストアが保護したというエピソードや、タクシー会社が警察と連携して保護したというエピソードがみられた。

5) 【徘徊への対処】

徘徊行動に対して、医療や家族等による対処が行われていた。医療では主に《投薬・処方薬変更》を行っており、効果がある場合とない場合の双方がみられた。「効果あり」のなかでは徘徊が消失する場合や、外出は継続するが迷子にならなくなった、ということが語られていた。家族による対処として《搜索願》、《家族の付き添い・説得》、《施錠》、《探索機器》がみられた。このなかで《施錠》や《家族の付き添い・説得》のうち、無理に連れ戻そうとするエピソードでは効果がない場合が大半を占めた。《デイサービス利用日変更》については、効果があった場合となかった場合の双方がみられた。

6) 【発見場所】

発見場所については《近隣》と《他市町村・他県》がみられ、自宅周辺で倒れているところを発見されたというエピソードから、他県まで家族が迎えに行くというエピ

ソードまで幅広くみられた。

7) 【迷子の有無】

目的があり外出したが行き先がわからず道に迷うパターンと、外出はするが迷わず行く、あるいは帰ってくるパターンの両方が記載されていた。道に迷うパターンとしては、《親族・知人宅》、《買い物》、《散歩》、《トイレ》、《ゴミ捨て》に行こうとして迷子になったエピソードがみられた。《トイレ》では、複数の事例においてトイレがわからず外まで出てしまったということが挙げられていた。一方、道に迷わず行く、あるいは帰ってこられるパターンとしては、《最寄り駅》や《デイサービス》、《散歩》、《自宅周辺》など比較的一定の目的地まで／から定期的に通うケースについて迷わず帰ってこられる、と語られていた。なお、これらの「迷わない」ケースについては、徘徊ではなく「外出」という言葉を用いている場合と、「迷わず帰ってこられるが、徘徊は多くなっている」「徘徊しても帰ってこられる」というように徘徊の範疇として挙げる記載との双方がみられた。

8) 【移動手段】

《徒歩・自転車》による徘徊が最も多かったが、《車・タクシー・電車》といったケースもみられた。

9) 【本人なりの理由】

実際にはすでに亡くなった人を探すなど、現実とは乖離しているが本人の中には確固とした理由があり、徘徊するケースがみられた。具体的にはサブカテゴリとして《帰宅願望》、《家族や知人に会う・探す》、《仕事・用事》がみられた。《帰宅願望》では、「ここは自分の家か?」「家に帰りたい」など、現在の住まいを自宅ではないと思うことから生じる帰宅願望が挙げられ

ていた。また実際にはないにも関わらず、現在の自分の家に加えて別の家を持っていると認識しており、そちらに行きたいとする場合もみられた。《家族や知人に会う・探す》では、「母や兄に会いに行く」など、現在は死別しているはずの親族に会いに行ったり、「子どもを探さなければ」など幼少期の子どもを探す、という理由がみられた。《仕事・用事》では、「仕事に出かける」や「ごみを捨てに」、「病院に行く」と、いずれも現実とは乖離した状況の中で本人の理由として語られていた。

10) 【徘徊の結果】

徘徊の結果として、《負傷・死亡》、《転倒・事故》、《入院・救急搬送》、《施設転帰》のサブカテゴリがみられた。《負傷・死亡》では、骨折や打撲、また稀ではあるが死亡ケースが、《転倒・事故》では、鉄道や道路上での事故への遭遇が、《入院・救急搬送》では熱中症や骨折、低体温症による入院や意識不明での発見による救急搬送がみられた。《施設転帰》のカテゴリでは、徘徊が引き金となり、退院したり、施設を対処するエピソード、逆に、徘徊が在宅介護困難の理由となり施設入所するエピソードがみられた。

2. 各カテゴリ間の関連性 (図1、表2)

各エピソードを単位として、それぞれのエピソードにいくつのカテゴリを内包しているのか、あるカテゴリ内のサブカテゴリと別のカテゴリ内のサブカテゴリの間にもどのような関連が認められるのかを探索した(例えば、《夕方》(【徘徊の起きた時間帯】)と《帰宅願望》(【本人なりの理由】)との関連があるかどうか、など)。全307エピソードにおいて、それぞれに内包されるカテゴリ数の分布を図1に示した。10のカテ

ゴリのいずれも内包するエピソードはみられず、6カテゴリを内包するエピソードが最大であった。このエピソードは、《徘徊と併存する症状》をもつ認知症者が《夜間》に《帰宅願望》のため《数回》徘徊し、《住民》により保護されたが《負傷・死亡》していた、というものであった。このようにカテゴリ間の組み合わせが可能な、2つ以上のカテゴリを内包するエピソードは合計172(56.0%)であった(図1)。

次にこれらのカテゴリ間の組み合わせが可能な172エピソードを分析対象とし、すべてのサブカテゴリ間の相関関係をSpearmanの順位相関により検討した結果を表2に示す。5%水準で有意差がみられたものについて相関係数(ρ)の大きい順に示した。最も相関が高かったのは、【徘徊への対処】における《投薬・処方薬変更》と【徘徊頻度とその変化】における《改善》($\rho = .421$)および《消失》($\rho = .349$)であった。また【徘徊の契機・特異的状況】における《家族関係》と【徘徊の起きた時間帯】における《早朝・朝》($\rho = .305$)にも0.3以上の相関がみられた。

一方、【徘徊の契機・特異的状況】における《投薬・処方薬》は【徘徊頻度とその変化】における《開始》と相関していた($\rho = .282$)。また【移動手段】における《徒歩・自転車》は、【発見場所】における《他市町村・他県》と正の相関がみられた($\rho = .242$)。その他、【徘徊の契機・特異的状況】における《家族関係》と【徘徊頻度とその変化における】《悪化》($\rho = .240$)、【本人なりの理由】における《帰宅願望》と【徘徊が起きた時間帯における時間帯】における《夕方》($\rho = .213$)、【移動手段】における《車・タクシー・電車》と【保護・助けた人】における《警察》($\rho = .2$

01) との関連などがみられた。

D. 考察

国立長寿医療研究センター物忘れ外来を受診した患者のうち徘徊に該当すると考えられるケースのカルテ記載情報を定性的に検討したところ、徘徊内容に含まれる要素として10のカテゴリが得られた。今後認知症専門医の視点からみて徘徊内容を分類するうえで必要なカテゴリが何であるのかについて議論を深める必要があると考えられる。徘徊の定義に統一した見解が得られていないことから、「迷子は徘徊ではない」という声が医療福祉の関係者から聞かれる場合がある。実際に本研究におけるカルテ起こしデータでも「ケアマネに迷子は徘徊ではないと言われ困っている」といった内容が見られた。しかし本研究においては、「迷子」と分類されるエピソードが見られており、当センターの認知症専門医はある程度迷子となるケースを含めて徘徊と捉えている可能性が示唆された。一方、家に帰ってこられるエピソードについては、「外出」と記載するものがある一方で、「迷わず帰ってこられるが、徘徊は多くなっている」という記載内容も認められ、認知症専門医においても判断が分かれている可能性が示唆された。

さらに本研究では、各徘徊エピソードを分析対象とし、カテゴリ間の関連を予備的に相関分析により検討した。その結果、「夕方」になると「帰宅願望」が生じて徘徊する、といったようないわゆる「夕暮れ症候群」を統計的に支持する結果が得られた。またもっとも強い相関関係を示すものとして、徘徊行動に対する投薬や処方薬変更と徘徊行動の改善や消失が挙げられた。徘徊行動がある程度薬でコントロールされてい

ることが予備的結果ではあるが示されたと考えられる。その一方では処方薬の変更が徘徊を開始させたという関連も認められており、行動・心理症状のコントロールの困難さがうかがわれた。家族との関係についてみると、家族に認知症への無理解や、家族関係が悪い場合に朝の徘徊や徘徊頻度が悪化する傾向がみられた。そのなかには「家に帰りたくないのも朝から終日外出する」といったエピソードもみられた。医療だけではなく、家族が徘徊行動の多寡に関与する可能性もあり、家族に対する啓発が重要な可能性が示唆された。

ただし本研究はあくまでもカルテに記載された内容の分析に基づいている。そのため、カルテを記載した医師による偏りの可能性は否定できず、得られた10カテゴリが徘徊行動を把握するうえで十分な要素である保障もない。また各エピソードをみると、10のカテゴリのうち最大でも6カテゴリについての情報しか内包しておらず、半数弱のケースはいずれか1つのカテゴリのみ、あるいは全くカテゴリに関する情報を包含していなかった。そのため本研究では、徘徊行動の典型的パターンを見出すような複雑な分析を行うことはできなかった。今後は、例えばデルファイ法等を用いて、認知症専門職が妥当と考える徘徊行動の要素を整理するとともに、家族への聞き取り等を通じて徘徊行動についての詳細な情報を得ることにより、徘徊行動の定義や徘徊行動の類型化を行うことが重要と考えられる。

E. 結論

国立長寿医療研究センターの物忘れ外来を受診した患者のうち徘徊ありと判断されたケースのカルテ情報に基づき、徘徊内容について定性的・定量的に分析した。その