

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

BPSD に有効な介護サービスに関する調査研究

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

我々が昨年度に作成した「BPSD 出現予測マップ」の有用性を増すために、今年度はどのような BPSD に対して、どのような介護サービスが有用であることを明らかにするための調査研究を行った。

対象：大阪府社会福祉協議会に所属する介護事業所 452 とその他 1 施設。

方法：無記名郵送式のアンケート調査。NPI-12 の項目から多幸を除いた項目別に、12 の介護サービスの中から有用性を経験した、あるいは有用と考えられる介護サービスを、順位を付けて 3 つ選択させた。1 番目に選択されたサービスに 3 点、2 番目に 2 点、3 番目に 1 点とし各サービスごとに合計点を計算。

結果：有効回答数は 105（23.2%）。妄想、幻覚、興奮、不安、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害に対して認知症対応型共同生活介護の得点が最も高かった。居宅サービスの中では、妄想、幻覚、うつ・不快、無為・無関心、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害、食行動異常に対しては通所介護が、興奮、不安、脱抑制に対しては訪問介護が最も高得点であった。施設サービスよりも居宅サービスの方が高得点であった BPSD は、うつ・不快、無為・無関心、食行動異常であった。

まとめ：多くの BPSD に対して、認知症対応型共同生活介護が選択され、BPSD を有する患者が在宅生活を送ることの困難さが示唆された。しかし通所介護、訪問介護、訪問看護の有用性も評価されており、BPSD が軽症の時に居宅サービスを利用しながら適切な対応を行えば、在宅生活を長く送ることが出来る可能性はあると考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

吉山顕次・大阪大学精神医学・助教

田中稔久・大阪大学精神医学・准教授

鐘本英輝・大阪大学精神医学・大学院生

鈴木由希子・大阪大学精神医学・大学院生

佐藤俊介・大阪大学精神医学・大学院生

榎林哲雄・西播磨総合リハビリセンター・医長

横山和正・西播磨総合リハビリセンター・院長

A. 研究目的

認知症患者の BPSD は患者の予後、介護者の介護負担を増悪させる因子である。このため、長きにわたる認知症患者の療養生活の中で、BPSD を予防したり、治療したりすることは重要である。認知症患者では、脳損傷による機能低下が生じるが、その低下を補おうと意識的、あるいは無意識的に患者が残存機能を働かせる。その働きが結末が不適當な活動と周囲の人から受け取られたときに BPSD と表現される。従って、BPSD の治療には非薬物的対応法と薬剤による治療とがある。非薬物的対応法の中には

介護サービスによる治療も含まれる。介護サービスの利用は現実的で、かつ有効な治療法であるが、どのような介護サービスがどのような BPSD に有効であるかについてはこれまで明らかにされてこなかった。昨年度、我々が作成した BPSD 出現予測マップにこの情報を付帯させることを意図して、今年度は各 BPSD に有効な介護サービスを明らかにした。

B. 研究方法

対象は、大阪府社会福祉協議会に属する事業所（452 施設）とその他 1 施設。これらの施設に対して、平成 26 年 9 月 18 日に無記名式アンケート調査用紙（巻末に資料として添付）を郵送し調査を依頼した。締切りは 10 月 20 日とした。アンケートでは、NPI-12 の項目から多幸を除いた 11 の項目別に、12 の介護サービスの中から「有用性を経験した、あるいは有用と考えられる介護サービスを、順位を付けて 3 つ選択」させた。回答者は、各施設で最もこのアンケートに答えるのに相応しい方お一人に回答していただくようにした。対象とした介護サービスは、訪問介護（訪介）、訪問看護（訪看）、訪問リハビリ（訪リ）、通所介護（通介）、通所リハビリ（通り）、短期入所生活介護（短生）、短期入所療養介護（短療）、特定施設入居者生活介護（特

生) 介護老人福祉施設(介福) 介護老人保健施設(介保) 介護療養型医療施設(介医) 認知症対応型共同生活介護(認共)であった。

(倫理面への配慮)

本研究でおこなったアンケート調査の基本は、無記名形式であったため、殆どのアンケート用紙には個人情報に含まれない。しかしBPSD出現予測マップ研究参加希望施設を同時にこのアンケート内で募集しており、希望施設は担当者名が記載される。従って患者の情報は一切含まれないが、被験者情報は含まれる可能性がある。これらの情報管理は徹底した。

C. 研究結果

アンケートは105施設から返送された(回収率23.2%)。回答者の内訳は、ケアマネジャーが46%と最も多かった。次いで、ソーシャルワーカー、施設管理者、介護職員がそれぞれ11%、看護師、相談員がそれぞれ5%、介護福祉士が4%、社会福祉士が2%、保健師が1%、その他が4%であった。

NPI項目ごとの結果を巻末に添付するが、1番目に選択されたサービスに3点、2番目に2点、3番目に1点とし、各サービスごとに合計点を計算しグラフにした。妄想、幻覚、興奮、不安、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害に対して認知症対応型共同生活介護の得点が最も高かった。居宅サービスの中では、妄想、幻覚、うつ・不快、無為・無関心、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害、食行動異常に対しては通所介護が、興奮、不安、脱抑制に対しては訪問介護が最も高得点であった。施設サービスよりも居宅サービスの方が高得点であったBPSDは、うつ・不快、無為・無関心、食行動異常であった。

それぞれのサービスがよいと思われる理由についても聴取したが、様々なBPSDに対して効果が高いとされた認知症対応型共同生活介護については以下のようなものがあった。すなわち、妄想に対しては「少人数で、より個別的な関わりができる。専門性が高い、もしくは同じ症状の方が利用されることが多いため」、幻覚に対しては「認知症専門のスタッフが常駐しており、少人数のグループで対応している為。老健に比べて人員配置が厚いため」、興奮に対しては「少人数で、より個別的な関わりができるため。共同生活により、その人に合った時間の過ごし方や役割を作る事ができる」、不安に対しては「認知症に特化したケアを同じ場所で継続的に行える」などであった。

一方、居宅サービスについては、最も高得点であることが多かった通所介護では、妄想に対

して、「他者との交流。環境をかえ、訴えを傾聴して対応することが有効」、幻覚に対しては、「共感できる人、傾聴する人が居る。レクやリハビリで気をそらす事が出来る」、うつ・不快に対しては、「他者との関わりを増やしてみる。自宅から出て環境をかえることが有効」などであった。

通所介護と訪問介護との使い分けについては、無為・無関心に対して、通所介護は「人との交流や外出の機会をもち、会話や活動をともにすることで刺激がえられる。社会への参加。生活意欲を向上させる。新しい人間関係の構築。」との理由であった一方、訪問介護は「まずは訪問を入れ、家事等をフォロー、次に通所系を入れて外部との接触を行う事を考える。馴染みの環境で、安心できる環境での援助が必要。」と理由が書かれていた。

訪問介護と訪問看護との使い分けについては、不安に対して、訪問介護は「住み慣れた自宅での支援の方が本人が安定する。その人にあった接し方が大切なので集団より個別対応が必要」との理由であった一方、訪問看護は「精神科の訪問看護を利用し、症状の観察を行いながら、不安定な心身をサポートできる。医療職の介入による適切な状況判断」と理由が書かれていた。

D. 考察

認知症患者のBPSDに対しては、介護サービスは有効だと考えられていることが明らかになった。そして最も有効性が高いと考えられているサービスは、認知症対応型共同生活介護であった。小人数の患者さんが比較的人員配置の密な中で対応できる環境が提供できるからのである。またこのことはBPSDが出現してしまうと居宅サービスでは困難であるということかもしれない。

居宅サービスの中では通所介護、訪問介護、訪問看護が高得点であった。通所介護が最も高得点であったが、通所介護につなげる前に訪問介護で患者さんに介護サービスに慣れてもらうという対応がとられているようである。また精神医学的専門知識を有している看護師の訪問が望まれる場面も多いと思われる。

本調査は実態調査である。従って、良いサービスであっても身近に利用できる環境でなければ、低得点となったと考えられる。例えば上記した訪問看護もさらに使用しやすい環境にあればもっと高得点になった可能性がある。また訪問リハ、通所リハについてもどこでもこのサービスが受けられるという状況にあれば、もっと高得点になった可能性がある。BPSD対応についてはやはり医学的知識は重要であるため、こ

これらの医学系サービスがより使用しやすくなると居宅サービスでBPSDを今以上に治療できると考えられた。

E. 結論

多くのBPSDに対して、認知症対応型共同生活介護が選択され、BPSDを有する患者が在宅生活を送ることの困難さが示唆された。しかし通所介護、訪問介護、訪問看護の有用性も評価されており、BPSDが軽症の時から居宅サービスを利用しながら適切な対応を行えば、在宅生活を長く送ることが出来る可能性はあると考えられた。さらに今後は訪問看護、通所リハ、訪問リハなどの医学系サービスが充実すれば、さらに在宅でBPSD対応が可能になるのではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 数井裕光. 『認知症』今日の診療のためのガイドライン外来診療 2014 (泉孝英 編) pp423-432, 2014、日経メディカル開発、東京
- 2) 数井裕光. 正常圧水頭症と慢性硬膜下血腫の症候学. 日常診療に必要な認知症症候学. (池田学 編) pp72-77, 2014、新興医学出版社、東京
- 3) 数井裕光、吉山顕次、武田雅俊. アルツハイマー病における扁桃体萎縮と症候. *Clinical Neuroscience* 2014;32(6):662-4.
- 4) 清水芳郎、数井裕光、武田雅俊、澤 温. 精神科救急における Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) 治療の実際. *臨床精神医学* 2014;43(5):739-47.
- 5) 数井裕光、武田雅俊. 認知症クリニカルパスの基本的な考え方と情報共有ノートを用いた地域連携システムの運用経験. eらぼーる (<https://www.e-rapport.jp/team/clinical/path/sample/sample22/01.html>) 2014.06.13 掲載
- 6) 吉山顕次、数井裕光. 認知障害. 特発性正常圧水頭症の診療 (新井 一監修、石川正恒、森悦朗編集) pp60-68、金芳堂、京都、2014

- 7) 鈴木由希子、数井裕光、武田雅俊. パーキンソン病の認知機能障害. *老年精神医学*. 2014;25(11):1218-21.

2. 学会発表

- 1) 数井裕光. これからの認知症診療 ~ 鑑別診断の重要性と薬物治療 ~ 第7回難病フォーラム、神戸市、2014.4.5.
- 2) 数井裕光. 認知障害の初期症状. アルツハイマー病研究会第15回学術シンポジウム、東京、2014.4.19.
- 3) 数井裕光. BPSDに対する治療と対応. 第8回兵庫認知症診療連携会、神戸市、2014.7.26.
- 4) 数井裕光. その物忘れ大丈夫? 知っておきたい認知症の話. 福島県言語聴覚士会認知症フォーラム in 郡山、郡山市 2014.8.31.
- 5) 数井裕光. 認知症の症候の理解と対応法・治療法の構築. 第10回福岡市認知症疾患医療センター研修会、福岡市、2014.9.12.

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