

- disease: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, part XIX. *Neurology*. 1999;52(9):1839–1844.
12. Walker Z, Allen RL, Shergill S, et al. Three years survival in patients with a clinical diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(3):267–273.
 13. Stubendorff K, Hansson O, Minthon L, et al. Differences in survival between patients with dementia with Lewy bodies and patients with Alzheimer's disease—measured from a fixed cognitive level. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(6):408–416.
 14. McKeith I, Fairbairn A, Perry R, et al. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ*. 1992;305(6855):673–678.
 15. Aarsland D, Perry R, Larsen JP, et al. Neuroleptic sensitivity in Parkinson's disease and parkinsonian dementias. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):633–637.
 16. Simard M, van Reekum R. The acetylcholinesterase inhibitors for treatment of cognitive and behavioral symptoms in dementia with Lewy bodies. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(4):409–425.
 17. Fujita Y, Takebayashi M. Efficacy of low-dose donepezil for visual hallucinations in a patient with dementia with Lewy bodies. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(3):336.
 18. McKeith I, Del Ser T, Spano P, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomized, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet*. 2000;356(9247):2031–2036.
 19. Shinno H, Utani E, Okazaki S, et al. Successful treatment with yi-gan san for psychosis and sleep disturbance in a patient with dementia with Lewy bodies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31(7):1543–1545.
 20. Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, et al. A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2009;12(2):191–199.
 21. Kung FC, Ishii R, Liu HC, et al. New possibility of traditional Chinese and Japanese medicine as treatment for behavioral and psychiatric symptoms in dementia. *Clin Interv Aging*. 2012;7:393–396.
 22. Calvó-Perxas L, de Eugenio RM, Marquez-Daniel F, et al; Registry of Dementias of Girona Study. Profile and variables related to antipsychotic consumption according to dementia subtypes. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(6):940–947.
 23. Reports from the investigative commission on mental health and welfare in the future [in Japanese]. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0521-3.html>. Accessed June 23, 2015.
 24. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al; Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005;65(12):1863–1872.
 25. Kitamura T, Kitamura M, Hino S, et al. Gender differences in clinical manifestations and outcomes among hospitalized patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(12):1548–1554.
 26. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987;48(suppl 48):9–15.
 27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–198.
 28. Nishimura T, Kobayashi T, Hariguchi S, et al. Scales for mental state and daily living activities for the elderly: clinical behavioral scales for assessing demented patients. *Int Psychogeriatr*. 1993;5(2):117–134.
 29. Oakes JM, Johnson PJ. Propensity score matching methods for social epidemiology. In: Oakes JM, Kaufman JS, eds. *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006:364–386.
 30. Galvin JE, Duda JE, Kaufer DI, et al. Lewy body dementia: the caregiver experience of clinical care. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010;16(6):388–392.
 31. Guhne U, Matschinger H, Angermeyer MC, et al. Incident dementia cases and mortality: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(3):185–193.
 32. Lee DR, McKeith I, Mosimann U, et al. The Dementia Cognitive Fluctuation Scale: a new psychometric test for clinicians to identify cognitive fluctuations in people with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(9):926–935.
 33. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, et al; Movement Disorder Society UPDRS Revision Task Force. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord*. 2008;23(15):2129–2170.

ORIGINAL ARTICLE

Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioural and psychological symptoms of dementia

Shinnichi TOCHIMOTO, Maki KITAMURA, Shoryoku HINO and Tatsuru KITAMURA

Department of Neuropsychiatry, Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital, Kahoku City, Japan

Correspondence: Shinnichi Tochimoto MD, Department of neuropsychiatry, Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital, Ya-36, Uchi-Takamatsu, Kahoku City, Ishikawa, 929-1293, Japan. Email: matukaze@pure.ocn.ne.jp

Received 13 June 2014; revision received 8 November 2014; accepted 31 December 2014.

Abstract

Background: The Japanese government recently announced the ‘Five-Year Plan for Promotion of Measures Against Dementia (Orange Plan)’ to promote people with dementia living in their communities. To achieve this, it is imperative that patients hospitalized with behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are helped to return to their own homes. The aim of the present study was to identify predictors of home discharge among patients hospitalized for BPSD.

Methods: A single-centre chart review study was conducted on consecutive patients hospitalized from home between April 2006 and March 2011 for the treatment of BPSD. The frequency of discharge back to home was examined in relation to a patient’s active behavioural problems and demographics at the time of admission. Diagnoses of dementia were made on the basis of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, and consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies.

Results: In all, 391 patients were enrolled in the study. Of these patients, 163 (42%) returned home. Multiple logistic regression analysis identified high Mini-Mental State Examination and Nishimura-style senile activities of daily living scores as significant independent predictors of home discharge. In contrast, living alone and manifestation of aggressiveness at the time of admission were negatively associated with home discharge.

Conclusions: Few patients hospitalized for BPSD are discharged home, and this number is affected by a patient’s clinical and demographic characteristics at the time of admission. These findings should be considered in designing and implementing optimal management and care strategies for patients with BPSD.

Key words: behavioural symptoms, dementia, inpatients, patient care management, patient discharge.

INTRODUCTION

Japan has the highest life expectancy in the world, and this increased longevity has resulted in an increase in the number of people with dementia among the total population.^{1–4} Despite efforts such as the Long-Term Care Insurance programme, the number of patients with dementia hospitalized in psychiatric hospitals continues to rise within Japan, with >50 000 patients currently hospitalized.⁵ The primary reason for hospitalization of dementia patients is behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), which manifest in 90% of those with demen-

tia.⁶ The goal of inpatient treatment is to achieve prompt remission of BPSD and return patients home as soon as possible. However, family members often disapprove of a patient’s discharge, even after symptom remission, leading to prolonged hospitalization, with the national average now being 944 days.⁷ Some of these patients are eventually transferred to a medical hospital, and others are reluctantly institutionalized into care facilities.

In September 2012, the Japanese government announced the ‘Five-Year Plan for Promotion of Measures Against Dementia (Orange Plan)’ not only to

improve patients' quality of life,⁸ but also to reduce medical expenditures. The policy aims to promote the independent living of demented people to enable them to remain in their own home for as long as possible,⁹ with assistance provided by enhanced coordination between health-care services and social care services.¹⁰ In this situation, it becomes more crucial to facilitate the home discharge (HD) of patients hospitalized for BPSD. As such, optimal treatment and care strategies should be developed from the early stages of hospitalization for individual patients based on their characteristics. However, the exact factors that may affect HD remain unclear.

As reviewed by Lippa *et al.*,¹¹ studies in other countries have investigated predictors for institutionalization within community-dwelling populations. However, the findings from those few studies of hospitalized populations may not be directly applicable to Japan because of differences in both cultural background and the health-care insurance system.¹² Thus, the situation in Japan requires domestic research, but studies of this nature are scarce, with only one study having investigated predictors for HD in hospitalized patients with significant BPSD under Japan's current Long-Term Care Insurance system.¹³

Previously, we demonstrated that patients' clinical and environmental characteristics at the time of admission are closely associated with time to discharge.¹⁴ In the present study, we examined the frequency of HD in relation to patient profiles at the time of admission and determined factors that could be used to predict HD.

METHODS

In the present study we reviewed the medical records of patients who were hospitalized in the acute psychogeriatric ward of Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital. Patient anonymity was carefully preserved. This retrospective study was approved by the Ethics Committee of Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital.

Participants

Consecutive patients who were admitted to the acute psychogeriatric ward of Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital from their own home for the treatment of BPSD from April 2006 to March 2011 and completed inpatient treatment were enrolled in the study. All patients had severe BPSD such that they

could not be cared for in their own home or be treated in an outpatient setting. Patients with severe physical comorbidities were judged ineligible for hospitalization in the acute psychogeriatric ward, so that medical treatment for their physical condition(s) could be prioritized. Patients were excluded from this study if they met any of the following criteria: (i) lived in care facilities prior to admission; (2) were patients of a medical hospital prior to admission; (iii) had a record of past hospitalization in the acute psychogeriatric ward of Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital; (iv) had behavioural symptoms prior to their cognitive decline; or (v) had psychiatric comorbidities.

Measures

Six factors (demography, reason for admission, type of dementia, BPSD, cognitive function, and functional state of daily living) were evaluated and recorded in all patients within 1 week of admission according to institutional protocols.

Demography

Information regarding a patient's age, gender, and living situation (i.e. family style, relationship with caregiver) was obtained from interviews with family members or from questionnaires administered by psychiatric social workers and completed by family members or public service staff. 'Family style' refers to the people with whom the patient was living; people were categorized as either the patient's partner or 'others', which included all other family members. Caregivers were identified as being the patient's partner, son or daughter, other family member or relative, or public service staff.

Reason for admission

Behavioural problems that caused distress to the caregiver and that were the primary reason for hospitalization were recorded following interviews with the caregiver. Reasons for hospitalization were classified as combative behaviour, overactivity, or apathy/depression. Combative behaviour comprised physically or verbally aggressive behaviour, such as hitting, kicking, biting, throwing things, cursing, and screaming, during or between care provisions. Overactivity included non-aggressive behaviour that required monitoring, such as aimless wandering, trying to reach a different place, restlessness, or repetitive actions and/or mannerisms. Apathy/depression included

serious apathetic or depressive behaviour, such as severe loss of appetite, refusal to eat, refusal to take medication, or suicidal tendencies.¹⁴

Type of dementia

Diagnoses of Alzheimer's disease and vascular dementia were made by either of the two experienced geriatric psychiatrists (TK and MK) according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Diagnoses of dementia with Lewy bodies were made according to the consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies.¹⁵ All diagnoses were made after interviews with patients and family members or public service staff and based upon physical and neurological findings, laboratory data, and results of brain imaging studies.

Behavioural and psychiatric symptoms

The prevalence of behavioural and psychiatric symptoms was evaluated by the two geriatric psychiatrists (TK and MK) using the Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease rating scale.¹⁶ The presence or absence of symptoms in each of the following seven clusters comprising a subscale of Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease was recorded: paranoid and delusional ideation; hallucinations; aggressiveness; activity disturbances; diurnal rhythm disturbances; affective disturbances; and anxieties or phobias.

Cognitive function

Cognitive function was evaluated by the geriatric psychiatrists in the acute psychogeriatric ward using the Mini-Mental State Examination (MMSE).¹⁷

Functional state of daily living

Activities of daily living (ADL) were scored by well-trained nursing staff according to the Nishimura-style senile activities of daily living (N-ADL) scale,¹⁸ which is one of the most used scales for the evaluation of ADL in Japan. On the N-ADL scale, five items are evaluated: walking/sitting; range of activities; dressing/bathing, eating; and excretion. Each item is scored from 0 to 10 points, with a score of 0 indicating that that activity is not performed and a score of 10 indicating no impairment in the activity. The total

(maximum score: 50) is taken as the N-ADL score. Nursing staff rated the reliability of the scale, when completed, as good.¹⁸

Intervention

Patients received pharmacological intervention as clinically indicated. All patients were treated under the supervision of the two geriatric psychiatrists based on their clinical judgement. Non-pharmacological interventions included occupational therapy and psychoeducation of patients and their families.

To aid patients settling back into their homes after discharge, we held care meetings with family members prior to discharge and identified potential problems in each patient's home care. We also visited patients' homes to confirm whether the help planned at the hospital was feasible in the specific environment and to provide advice. If necessary, we continued periodic home visits after discharge to follow up on patients' living and care status.

Statistical analysis

The primary end-point of the study was discharge home. For analysis, discharge destination was dichotomized into HD and all other destinations (not home discharge (NHD)), which included discharge to a care facility, transfer to a medical hospital, or death during hospitalization in the acute psychogeriatric ward.

Data management and statistical calculations were performed with the software package Stata version 11.0 (Statacorp, College Station, TX, USA).

Differences between groups (HD vs NHD) in terms of age, MMSE score, N-ADL score, and dose of antipsychotics used during hospitalization were evaluated by *t*-tests. Differences in frequency data were analyzed by χ^2 tests.

Univariate logistic regression analysis was conducted to determine the potential association of each demographic and clinical variable with HD. To determine independent predictors of HD and to create a predictive model, variables with $P < 0.10$ in the univariate analysis were included in a multiple logistic regression model. In this model, backward elimination was used to establish a cut-off *P*-value of 0.10.

For all statistical tests conducted, two-tailed $P < 0.05$ was considered significant. For multiple comparisons, *P*-values were adjusted with Bonferroni correction.

RESULTS

From April 2006 to March 2011, 600 patients were admitted to the acute psychogeriatric ward for the treatment of BPSD. Of these, 209 patients were excluded from the study because they had resided in a group home (49 patients), another care facility (92 patients), or a medical hospital (68 patients). Thus, 391 patients admitted from their own home were identified as eligible for inclusion in the study. All patients had been discharged (including those who died) when the study ended.

Table 1 lists the demographic and clinical characteristics of the 391 patients at the time of admission. Of these, 163 patients (42%) were identified as having an HD after inpatient treatment. Of the 228 patients (58%) recorded as having an NHD, 52 went to a group home, 107 went to a care facility, 61 were transferred to a medical hospital, and 8 died during hospitalization. Patients in the HD group were less likely to have

lived alone and were more likely to have lived with others prior to their admission compared with patients in the NHD group. Both MMSE and N-ADL scores at the time of admission were higher in the HD group, and these patients were more likely to manifest hallucinations and less likely to manifest aggressiveness in BPSD at the time of admission. The mean \pm SD length of hospital stay for the 391 patients was 132 \pm 211 days. The length of hospital stay was shorter in the HD than the NHD group (71 \pm 82 vs 176 \pm 259 days, respectively; $P = 0.000$).

Table 2 details the psychotropic medications used during hospitalization by patients in the HD and NHD groups. There were no significant differences in the maximum daily dose of antipsychotics used during hospitalization or in the frequency of cholinesterase inhibitor use.

Univariate analysis revealed a significant positive correlation between HD and living with others, higher

Table 1 Demographic and clinical characteristics at the time of admission

	HD (<i>n</i> = 163)	NHD (<i>n</i> = 228)	<i>P</i> -value	Total (<i>n</i> = 391)
Age, mean \pm SD	81.5 \pm 7.4	81.6 \pm 6.6	0.8216	81.6 \pm 6.9
Male (<i>n</i>)	59 (36%)	101 (44%)	0.108	160 (41%)
Type of dementia (<i>n</i>)			0.346	
AD	90 (55%)	145 (64%)		135 (60%)
DLB	37 (23%)	41 (18%)		78 (20%)
VD	16 (10%)	22 (10%)		38 (10%)
Others	20 (12%)	20 (9%)		40 (10%)
Family style (<i>n</i>)			0.000	
Alone	14 (9%) ^{***}	55 (24%) ^{***}		69 (18%)
With partner only	26 (17%)	38 (17%)		66 (17%)
With others	121 (74%) ^{**}	135 (59%) ^{**}		256 (65%)
Relationship with caregiver (<i>n</i>)			0.489	
Partner	51 (31%)	62 (27%)		113 (29%)
Son or daughter	84 (52%)	113 (50%)		197 (50%)
Other family member or relative	18 (11%)	32 (14%)		50 (13%)
Public service staff	10 (6%)	21 (9%)		31 (8%)
MMSE score, mean \pm SD	13.3 \pm 7.4	9.9 \pm 7.6	0.000	11.3 \pm 7.7
N-ADL score, mean \pm SD	31.4 \pm 10.2	27.4 \pm 11.6	0.0004	29.1 \pm 11.2
Reason for admission (<i>n</i>)			0.423	
Combative behaviour	58 (36%)	96 (42%)		154 (39%)
Overactivity	77 (47%)	98 (43%)		175 (45%)
Apathy or depression	28 (17%)	34 (15%)		62 (16%)
BPSD (<i>n</i>)				
Paranoid and delusional ideation	81 (37%)	66 (29%)	0.078	127 (32%)
Hallucination	46 (28%)	41 (18%)	0.017	87 (22%)
Aggressiveness	84 (52%)	147 (64%)	0.010	231 (59%)
Activity disturbances	114 (70%)	176 (77%)	0.106	290 (74%)
Diurnal rhythm disturbances	112 (68%)	171 (75%)	0.170	283 (72%)
Affective disturbances	50 (31%)	55 (24%)	0.150	105 (27%)
Anxieties and phobias	49 (30%)	60 (26%)	0.415	109 (28%)

* P value <0.05; ** P value <0.01; *** P value <0.001. AD, Alzheimer's type dementia; BPSD, behavioural and psychological symptoms of dementia; DLB, dementia with Lewy bodies; HD, patients discharged home; MMSE, Mini-Mental State Examination; N-ADL, Nishimura-style senile activities of daily living; NHD, patients not discharged home; VD, vascular dementia.

Table 2 Psychotropic medications used during hospitalization

	HD (<i>n</i> = 163)	NHD (<i>n</i> = 228)	<i>P</i> value	Total (<i>n</i> = 391)
Dose of antipsychotics [†] , mean ± SD	2.8 ± 3.2	2.7 ± 3.5	0.7639	2.8 ± 3.4
Patients using cholinesterase inhibitors (<i>n</i>)	92 (56%)	125 (55%)	0.751	217 (55%)

[†]Maximum daily dose of antipsychotics, given in chlorpromazine equivalents (mg/day), used during hospitalization. HD, patients discharged home; NHD, patients not discharged home.

Table 3 Univariate and multivariate logistic regression analyses on the relationship between characteristics at the time of admission and discharge to home

	Unadjusted			Adjusted		
	OR	95%CI	<i>P</i> -value	OR	95%CI	<i>P</i> -value
Type of dementia						
AD	0.71	0.47–1.06	0.096			
Family style						
Alone	0.30	0.16–0.55	0.000	0.19	0.10–0.38	0.000
With others	1.98	1.28–3.08	0.002			
MMSE (per unit increase)	1.06	1.03–1.09	0.000	1.05	1.02–1.09	0.002
N-ADL (per unit increase)	1.03	1.01–1.05	0.001	1.03	1.01–1.05	0.010
BPSD						
Paranoid and delusional ideation	1.47	0.96–2.25	0.078			
Hallucination	1.78	1.10–2.88	0.018			
Aggressiveness	0.59	0.39–0.88	0.011	0.56	0.36–0.87	0.010

Variables with *P* < 0.10 are listed. AD, Alzheimer's-type dementia; BPSD, behavioural and psychological symptoms of dementia; CI, confidence interval; MMSE, Mini-Mental State Examination; N-ADL, Nishimura-style senile activities of daily living; OR, odds ratio.

MMSE score, higher N-ADL score, and manifestation of hallucination. Negative correlations were found between HD and living alone and the manifestation of aggressiveness. Multiple logistic regression analysis identified higher MMSE and N-ADL scores as being significantly and independently associated with HD. In contrast, living alone and manifestation of aggressiveness in BPSD were independently and negatively associated with HD (Table 3).

DISCUSSION

From the early stages of hospitalization, we start to design a support plan for patients based on the assumption that they will live at home after leaving hospital. However, the results of the present study show that fewer than half the patients were discharged home. In addition to living alone, multivariate analyses identified lower MMSE scores, lower N-ADL scores, and the manifestation of aggressiveness in BPSD as being independently and negatively associated with HD.

Findings of an association between functional state and HD were not surprising. Ono *et al.* demonstrated a positive correlation between N-ADL and HD in men and between revised Hasegawa's Dementia Scale

(HDS-R) and HD in women.¹³ However, because that study was conducted in a single institution, it was crucial to verify the generalizability of the previous findings in the present study. Although the study by Ono *et al.* focused on gender differences in predictors of HD,¹³ our data did not show any significant effect of gender, even in univariate analysis.

It is of note that our data clearly showed a negative impact of aggressiveness on the likelihood of HD. Because we did not evaluate chronological changes in symptoms in detail, it is unclear whether the aggressiveness exhibited by our patients was less likely to respond to pharmacotherapy than other clusters of BPSD. However, some studies have indicated that antipsychotics may be more effective in treating aggression rather than hallucinations and delusions.^{19–23} This means that the lower likelihood of HD for patients who exhibited aggressiveness at the time of admission could be due to the family's unwillingness to take the patient back into their home, even with symptom control. Because the aggressiveness exhibited by our patients could be harmful and is often directed at those close to them, the interpersonal relationships between the patients and their families may have already been disrupted prior to the patient's

hospital admission. In addition to strengthened service provisions, intervention strategies targeting family members may be required to decrease the stress associated with caregiving and to improve patient–family relationships.^{24–26} There is growing empirical evidence that these measures can simultaneously improve the quality of life of both the patient and caregiver.^{27,28}

In contrast with aggressiveness, hallucinations usually manifest as disorganized speech or behaviour; they are associated with a less harmful nature towards others and are generally less disruptive.²⁹ A psycho-educational approach could help patients acquire an insight into their disease and enable their families to calmly deal with the problem behaviours, even if mild symptoms persist after pharmacological treatment.

The Orange Plan promotes earlier detection of and intervention for dementia. To this end, the Japanese government encourages primary care doctors to develop a better understanding of dementia and to collaborate with specialists from the earliest stages of the condition.⁹ We hope that this strategy may, in turn, help prevent the development of prominent BPSD. Kunik *et al.* recently examined factors associated with the development of aggression and identified worsening of severe pain, caregiver burden, and declining mutuality over time as independent predictors.³⁰ Determining the factors precipitating BPSD could facilitate the development of preventive strategies in such cases.

Because the family is the first-line support for older people in Asian societies, stronger support systems are needed for patients living alone.²⁶ However, under the current Japanese Long-Term Care Insurance system, the absence of cohabitants is not taken into account when determining the level of care required. As nuclear families have become more common as the family unit, more elderly Japanese are living alone. This issue should be addressed in future changes to systems used to determine the level of care.

Several limitations of the present study must be acknowledged. The retrospective nature of the study, which was based on a review of patients' medical charts, means that the information available is limited. In addition, there could be other relevant variables that may have influenced HD. In particular, despite findings indicating its potential association with HD, we did not evaluate caregiver burden.³¹ Furthermore, our routine practice does not include detailing of chronological responses to treatment. Finally, the

present study was conducted in a single institution in a particular region of Japan, and the likelihood of HD largely depends on the number of social workers or resources available in the region. To confirm the generalizability of our results, future well-designed multicentre studies are warranted.

In conclusion, lower MMSE scores, lower N-ADL scores, the manifestation of aggressiveness in BPSD at the time of admission, and living alone prior to hospital admission could predict a lower likelihood of HD in patients with BPSD. These findings should be taken into consideration when managing patients with dementia to enable implementation of optimal intervention and care strategies to improve patients' quality of life.

REFERENCES

- 1 Graves AB, Larson EB, Edland SD *et al.* Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington state. The Kame Project. *Am J Epidemiol* 1996; **144**: 760–771.
- 2 Larson EB, Langa KM. The rising tide of dementia worldwide. *Lancet* 2008; **372**: 430–432.
- 3 Llibre Rodríguez JJ, Ferri CP, Acosta D *et al.* Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008; **372**: 464–474.
- 4 Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L *et al.* Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology* 2000; **54**: S4–S9.
- 5 Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities. Reports from the investigative commission on mental health and welfare in the future [in Japanese]. Japanese ministry of Health, Labour and Welfare Website. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0521-3.html>.
- 6 Finkel SI. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Geriatr Med* 2003; **19**: 799–824.
- 7 Examination team for the construction of the new community mental health medical care system. Reports from the survey on dementia patients hospitalized in psychiatric hospitals [in Japanese]. Japanese ministry of Health, Labour and Welfare Website. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000z8ie-att/2r9852000000znwy.pdf>.
- 8 Health and Welfare Bureau for the Elderly. Report on Five-Years Plan for Promotion of Measures against Dementia (Orange Plan) [in Japanese]. Japanese ministry of Health, Labour and Welfare website. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>.
- 9 Hara K. Dementia Policy, in Japan. 2013. http://www.igakuken.or.jp/english/e_research/symposia_workshop/2013_0129_sympo/pdf/list00.pdf.
- 10 Nakanishi M, Nakashima T. Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: how should a national dementia policy interact with the public health- and social-care systems? *Alzheimers Dement* 2013; **10**: 468–476.
- 11 Lippa M, Luck T, Brahler E, König HH, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; **26**: 65–78.

- 12 Rozzini L, Cornali C, Chilovi BV, Ghianda D, Padvani A, Trabucchi M. Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 7: 345–349.
- 13 Ono T, Tamai A, Takeuchi D, Tamai Y. Predictors of outcomes from a ward for demented elderly: gender differences. *Psychogeriatrics* 2010; 10: 21–28.
- 14 Kitamura T, Kitamura M, Hino S, Kurata K. Predictors of time to discharge in patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2013; 3: 86–95.
- 15 McKeith IG, Dickson DW, Lowe J *et al.* Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 65: 1863–1872.
- 16 Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (Suppl): 9–15.
- 17 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189–198.
- 18 Nishimura T, Kobayashi T, Hariguchi S *et al.* Scales for mental state and daily living activities for the elderly: clinical behavioral scales for assessing demented patients. *Int Psychogeriatr* 1993; 5: 117–134.
- 19 Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 107–115.
- 20 Street JS, Clark WS, Gannon KS *et al.* Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 968–976.
- 21 Brodaty H, Ames D, Snowdon J *et al.* A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 134–143.
- 22 Tariot PN, Schneider L, Katz IR *et al.* Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 767–776.
- 23 Salzman C, Jeste DV, Meyer RE *et al.* Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 889–898.
- 24 Schulz R, Martire LM, Klinger JN. Evidence-based caregiver interventions in geriatric psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28: 1007–1038, x.
- 25 Belle SH, Burgio L, Burns R *et al.* Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 727–738.
- 26 Chan SW. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 469–478.
- 27 Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356–372.
- 28 Callahan CM, Boustanli MA, Unverzagt FW *et al.* Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2148–2157.
- 29 Chen RC, Liu CL, Lin MH *et al.* Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: a prospective cohort study in Taiwan. *Geriatr Gerontol* 2014; 14: 440–446.
- 30 Kunik ME, Snow AL, Davila JA *et al.* Causes of aggressive behavior in patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1145–1152.
- 31 Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51: 281–287.

目指せ！日本のアドミラルナース

～石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介～



石川県立高松病院 院長 北村 立



カット：山崎俊生

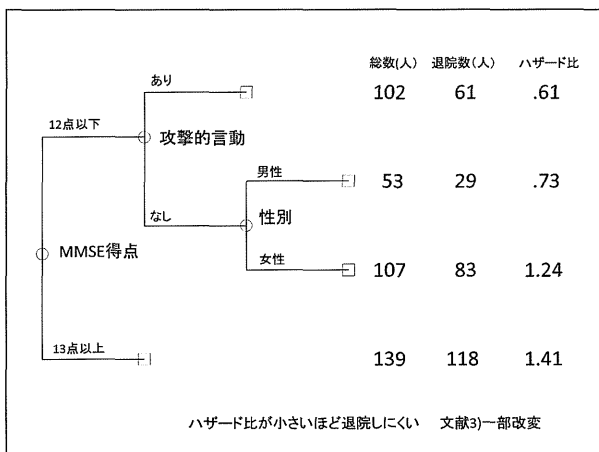
1. 認知症訪問看護を始めたきっかけ

石川県立高松病院（以下、当院）は平成20年より高齢者専用の精神科急性期治療病棟（以下、急性期病棟）を運用し、認知症の早期退院に尽力している^{1),2)}。しかし26年にグループホームや特別養護老人ホームが在宅として認められるまでは、在宅への移行40%という施設基準をクリアするのに四苦八苦していた。同じ頃、認知症の新規入院患者402名の認知機能、精神機能、日常生活能力、社会的な背景などを分析したところ図1を得た³⁾。詳細は省くが、高度の認知機能障害、攻撃的言動、男性の三つは自宅や施設への退院を阻害する因子であることが判明した。特に男性の認知症患者は早い段階での医学的介入が必要と思われ

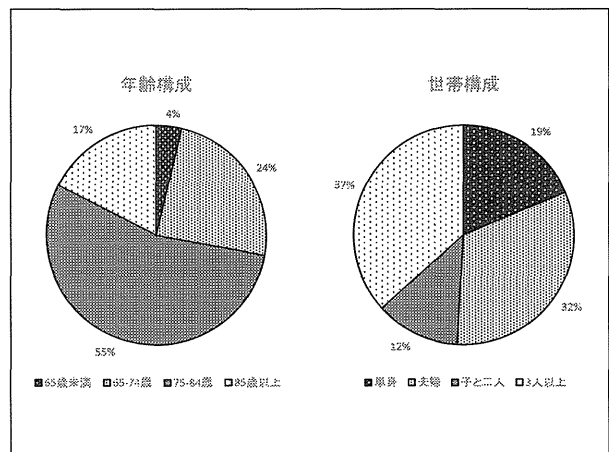
た。当院の事情で言うなら、急性期病棟の施設基準をクリアするためには、認知症の進行した男性を入院させない努力が必要ということである。ところで認知症女性の介護者は半数が子供世代だが、男性の場合は半数が妻である⁴⁾。彼女らに話を聴くと、自分は多少辛くても介護したいが子供らに気兼ねしているということが多い。早期から介護する妻を支援し、子供や介護担当者との間に立ち、在宅介護の体制を整えておけば、一旦入院しても再び家で看ることができ、あるいは施設への移行もスムーズになるはずである。家族も病院も介護関係者も皆 happy な Win-Win の関係が築ける。このような考えから当院の認知症訪問看護は始まった。

2. 認知症訪問看護の実績と効果

従来の精神科訪問看護とは別に、専属の職員を配置して認知症訪問看護を開始したのが平成21年である。担当者を徐々に増やし、平成27年4月からは5人がその任にあっている。平成23年から25年までの3年間の登録者194人のうち複数回訪問看護を行った161人の年齢と世帯構成を図2に示す。平均年齢は78.0歳、半数以上が単身世帯あるいは高齢世帯であった。訪問看護の対象を大雑把にまとめると図3のような項目があげられる。介護家族がいるケースでは、通所サービスを拒む場合や、隣人等とのトラブルの調整が必要な場合が多い。また初診時に入院が必要と思われるケースでも可能な限り即入院とはせず、初期薬物



(図1) 自宅や施設への退院に関する樹木モデル (CART分析)



(図2) 訪問看護対象者の年齢と世帯(n=161)

治療を行うと同時に数日以内に訪問看護を行い、患者宅でケアマネジャー等とケア会議を行うようにしている。本人、家族の希望や地域の資源を把握した上で関係者全員が退院後の生活をイメージしておくのである。この入院前の一手間こそ当院の入院期間が短く自宅への退院率が高い理由であり、それだけで入院を回避できるケースも相当数ある。

さらに、実際生活の場へ出向くと多くの情報が得られるのは言うまでもない。例えばレビー小体型認知症で幻視が華々しいケースでは、家の壁紙や照明、調度品などに問題があるご家庭が多い。階段の状況や隣家との距離、道路の交通量などは認知症の在宅生活を考えるのに重要なポイントである。また単身者では冷蔵庫や薬箱、ゴミ袋などをさりげなく観察することで、生活機能の一旦を把握できる。当院では単身者など患者さんの生活機能の評価が必要な場合は作業療法士も同行訪問することになっている。

訪問看護を開始した当初は、と

にかく介護者の愚痴を聴いてあげること、そして何でも相談できる信頼関係を築くことを主眼に置いていた。訪問時ばかりでなく電話で介護者と頻回に連絡をとることで、病院の敷居を下げるができる。そして認知症の問題を協議するばかりではなく、たまには雑談をすることで介護家族とリラックスした人間関係を持つことができる。そのうち現役時代の様子など診察場面では聴取できない患者さんの人となりや家族の患者さんへの本当の思いを知ることができる。こうした経験を積み重ねる中でわかったことが二つある。一つは、介護する家族は頑張りたい気持ちはあるけれど何を頑張ればよいかわかっていないことである。認知症の人を真剣に説得して誤りを正そうとする。これだけ巷に認知症に関する情報が溢れていても、である。だから我々は家族教育や家族指導を丁寧に行い、介護家族に余裕を持ってもらわなければいけない。二つ目は、患者さんである認知症の人は我々が考える以上に家庭内で孤立していること

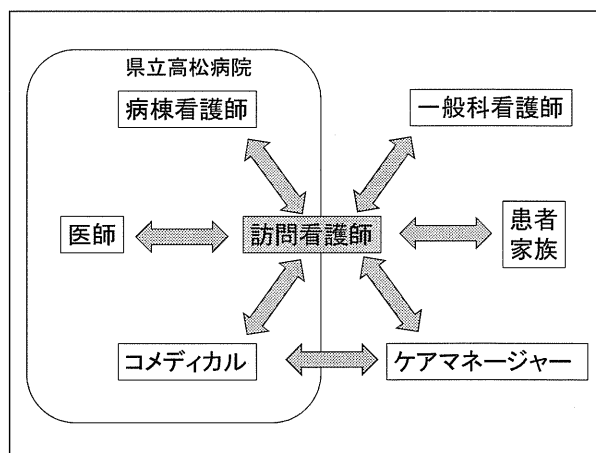
である。同じことばかり言うので、家族には「またか」「さっきも言った」と相手にされず、だんだん団欒にも加われなくなる。だから家族ばかりでなく認知症の人の話も聴いてあげなければならない。しかし限られた診察時間内で認知症の人やそのご家族と十分に語らうことはできない。よって訪問看護時にゆっくり喋ってもらい、診察時はそのエッセンスを頂戴するということになる。訪問を行っている人で、私の診察を嫌がる人はいない。事前学習しているので本人が嫌がること、恥ずかしいことを言ったり尋ねたりする必要がないからである。そのような意味では、訪問看護の最大の効果は治療継続率かもしれない。

3. 副次的な効果もある

ところで医療面以外にもこの取り組みのメリットは大きかった。県直営病院で病床数も減らさずに新しい部署の職員数を増やせたことを不思議に思われた方もいようが、実は認知症訪問看護師はすべて再任用職員である。他県の事情

1. 単身世帯
2. 高齢世帯
3. 本人の不安が強い
4. 家族の不安が強い
5. 家族介護者の教育が必要
6. 隣人等との調整が必要
7. ケアマネジャー等との調整が必要
8. 通所サービスを拒む
9. 緊急の介入が必要

(図3) 認知症訪問看護の対象



(図4) 訪問看護師をHUBとした連携

は知らないが、石川県は60歳定年を延長しない代わりに、本人が希望すれば最長5年の再任用が認められる。精神科看護師を40年近く経験したベテランをより安い賃金で再雇用できるのだから、経営的にはおいしい話である。介護家族も自分たちと歳の近いベテラン看護師が来るので馴染み易いし安心感がある。訪問看護師自身も病棟の管理業務や記録などで疲弊していたところから開放され、自分のペースで仕事ができる上に、地域のいろんな人と顔見知りになる、患者さんやご家族から直接感謝されるなど、新鮮な楽しさがあるモチベーションが上がる。初代訪問看護師Sさんの「40年も看護師をやっている、こんな楽しいことはない」という言葉が今でも耳に残っているが、看護師やコメディカル職員に夢と希望を与えることは医師の重要な役割だと考えている。

4. 日本のアドミラルナースを目指して

当院の訪問看護師には図4のような地域連携のHUBとしての機能もある。通常地域連携室は事務連絡的要素が強い。我々は、家族やケアマネージャーからの情報は直接医師には入らず、訪問看護師、あるいは外来看護師が情報を整理し振り分けることにしている。担当患者の外來受診時には訪問看護師も同席する。退院直後の患者の場合、病棟での情報が外來に伝わりにくいという傾向があるが、入院中から訪問看護師が病棟へ出向くことでこれも解決した。



(写真) 石川県立高松病院のアドミラルナースたち

これからは初期集中支援チームとの連携や一般病院における認知症チームとの連携も視野にいれ、準備を進めている。

イギリスでは認知症国家戦略のなかでアドミラルナースの病院での採用を奨励した。アドミラルナースとは、「コミュニティにおいて他の職種と協働し、認知症の人や家族の生活の質の改善を図り、特にコミュニケーションや対人関係の維持に努める」訪問看護師のことで、民間団体(Dementia UK)が寄付金で養成している。何故アドミラル(提督)なのかは定かでないが、現在約100人がこの資格を持っているらしい。当院の訪問看護チームもまさしくこれと同じような働きをしており、アドミラルナースがNHKで紹介された時は驚いたものである。文化も環境も全く違う女王様の国と北陸の片田舎で、同じようなシステムが自然に生まれたのだとすれば、これはきっと時代の要請、超高齢社会における医療の一手法として真実に違いない。我々は本場のアドミラルナースに負けないよう仕事の質を高め、国政に取り入れられる

ような活躍をしたいものである。最後になるが、訪問看護は年々齢を重ねる精神障害者の地域生活支援にも有力な方法である。石川県では平成27年度より地域ごとの精神科病院と訪問看護ステーションとの連携を強化する目的で、精神障害者地域療養支援事業を開始することにした。南加賀、石川中央、能登中部、能登北部の4地域ごとに連絡会や研修会を開催し、集合研修や実地研修は当院が請け負う。ACTのような派手さはないが、石川県らしい堅実な取り組みだと考えている。

文献

- 1) 北村 立、倉田孝一：高齢者専用の精神科急性期ユニットの必要性について—認知症病棟から精神科急性期治療病棟への転用を試みて— 全国自治体病院協議会雑誌, 48(10):86-90, 2009
- 2) 北村 立、北村真希、澁谷良子、倉田孝一：精神科病院における認知症医療のあり方—石川県立高松病院における認知症入院患者の残存率と報酬面からの

考察 日本老年精神医学雑誌,
21(1) : 82-90, 2010
3) Kitamura, T. Kitamura, M.
Hino, S. Kurata, K. : Predictors
of Time to Discharge in
Patients Hospitalized for
Behavioral and Psychological

Symptoms of Dementia.
Dement Geriatr Cogn Disord
Extra 3 : 86-95, 2013.
4) Kitamura, T. Kitamura, M.
Hino, S. Tanaka, N. Kurata, K. :
Gender Differences in Clinical
Manifestations and Outcomes

Among Hospitalized Patients
With Behavioral and Psycho-
logical Symptoms of Dementia.
J Clin Psychiatry, 73 (12) :
1548-1554, 2012.

8

医療機関(病院)①

精神科病院における 認知症高齢者に対する作業療法

塩田 繁人*¹
Shigehito Shiota

杉本 優輝*¹
Yuki Sugimoto

稲口 葉子*¹
Yoko Inaguchi

北村 立*²
Tatsuru Kitamura

村井 千賀*³
Chiga Murai

はじめに

石川県立高松病院(以下、当院)は400床の単科精神科病院であり、そのうち精神科急性期病棟(以下、急性期病棟)を含めた150床を高齢者専門として運用しており、認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)を中心に老年精神疾患に対する治療・リハを提供している。当院では、認知症の人を、国際生活機能分類¹⁾(以下、ICF)に基づき、「認知症を持ちながら生活している人(図1)」としてとらえて、包括的にアセスメント・支援することを心がけている²⁾。また、作業療法を展開するポイントとして、以下の3点の視点³⁾を大切にしている。①人を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」としてとらえる視点、②入院前の生活から退院後の生活まで、一貫した対象者の生活を理解し支援するという視点、③作業の継続性という個人の活動から、地域の社会資源の活用までを幅広くとらえる視点である。当院では、これまでに入院患者に対する作業療法プログラムの有効性や、自宅退院を達成するには歩行能力の維持が重要なこと、生活行為向上マネジメントの活用が再入院率を低下させる可能性があることを報告してきた⁴⁻⁶⁾。今回、当院の急性期病

棟で実践している作業療法について、事例を交えつつ紹介する。

当院の作業療法の紹介—生活行為向上 マネジメントの活用

1. 認知症の生活障害の考え方

当院は、日本作業療法士協会が厚生労働省から委託を受けて実施していた老人保健健康増進等事業に2008年(平成20年)より参画しており、研究事業の中で開発・効果検証された生活行為向上マネジメント³⁾が、認知症の生活障害を考えるうえでのベースとなっている。

認知症高齢者が精神科病院に入院する要因の72%が、BPSDによって家族や介護施設で対応が困難となったこととされている⁷⁾。われわれはBPSDの要因を、図2に示すように、認知機能の低下といった一側面のみでとらえるのではなく、脱水・便秘・薬物の副作用といった健康状態の悪化、加齢性の筋力低下や痛みといった心身機能の低下、作業遂行能力の低下や役割の喪失といった活動制限と参加制約、家族や支援者の態度・家電製品の変更といった環境の変化、元々の生活習慣や生活歴といった個人因子から包括的にアセスメ

*¹石川県立高松病院、作業療法士 〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ36、*²同、病院長、医師、*³厚生労働省老健局老人保健課、課長補佐、作業療法士

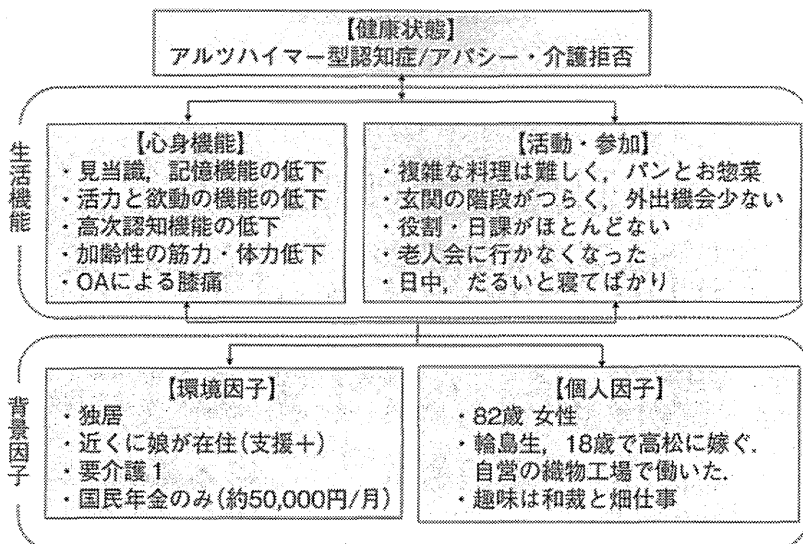


図1 ICFに基づいた認知症の人のとらえ方の一例(文献1を基に架空事例で筆者作成)

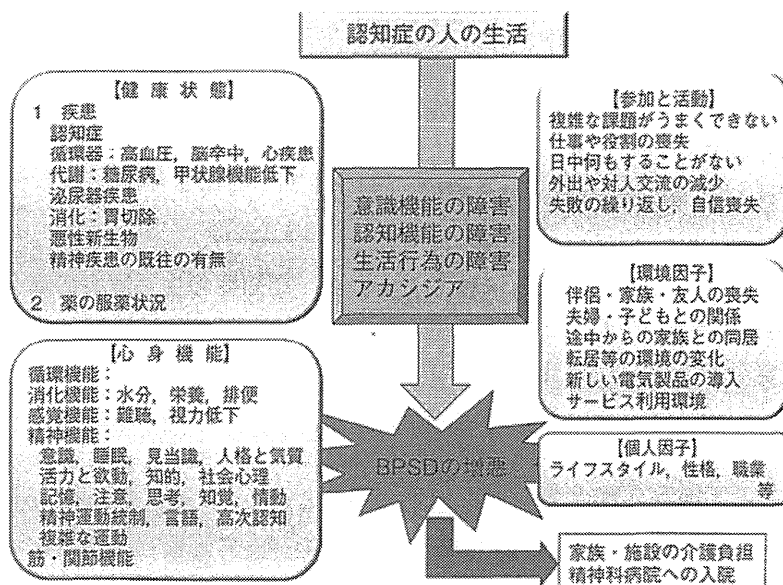


図2 BPSDの要因の考え方(文献8より一部修正して引用)

ントしている⁸⁾。BPSDの要因は、大抵の場合
一つだけでなく、さまざまな要因が複雑に重なっ
ているため、家族・介護支援専門員からの詳細な
聞き取りや多職種による情報共有が重要である。
入院前の認知症高齢者は、さまざまなストレッ
サーに曝されており、自己否定感が強く、自己や
他者への攻撃性が高まっている状態になっている
ことが多い。そのため、入院中にOTが達成すべ
き課題としては、①生きがい・役割の再構築によ
る自己有効感の回復、②「活動と参加」に焦点を

当たった評価と支援、③本人・家族に対する支援体
制の構築の3点である。一方、入院中に課題が達
成できることは少ないので、退院後の支援体制の
構築も重要であり、Procoveryの視点⁹⁾(希望を
もって前に進むという造語)を大切にしている。

2. 作業療法の流れとプログラム・支援内容

当院の急性期病棟での作業療法の流れを図3
に示す。入院時(初日)、急性期、亜急性期、退院
準備期に分けており、それぞれの時期に応じた支



図3 急性期病棟における作業療法プログラム・支援内容の流れ

援内容を以下に説明する。

1) 入院時 (初日)

「家族との面談」を行い、ADL・IADLの能力・実行状況の聞き取りを行うと同時に、生活歴や職歴といった本人の人となりや住環境、介護負担感や自宅退院への希望等を評価する。聞き取りを行いながら介護の苦勞をねぎらい、リハ計画を伝え、入院中の課題を明確にすることで在宅介護への動機づけを図る。本人への支援としては、入院時から身体機能と移動・運搬能力を見立てて歩行車や車いすを適合し、「しているADL」を維持することで、廃用症候群の予防を図っている。特に認知機能が低下している方の場合は、転倒リスクが高いからと車いすに座らされたままになる場合があるため、看護師と協働して日中はなるべく病棟内を自由に動いてもらっている。これ自体が、睡眠・覚醒リズムの改善にとっても重要である。病棟内での運動プログラムは毎日セミオープングループで行っており、入院初日の落ち着かない状態であっても自発的に参加する方も多い。

2) 急性期：入院~1週目

本人に対して認知機能や身体機能、ADL、作業遂行能力といった包括的評価(表)を行う。入院後1週以内に評価を行い、生活行為向上マネジメ

表 当院の包括的評価

項目	評価バッテリー
認知機能	Mini-Mental State Examination (MMSE) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
身体機能	握力、片足立ち、10m歩行時間
ADL	Barthel Index
IADL	Frenchay Activities Index (FAI) ¹⁰⁾
BPSD	NPI-NH ¹¹⁾
興味・関心	興味・関心チェックリスト ⁹⁾
家族の介護負担感	日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZBI 8) ¹²⁾
本人の QOL	EQ-5D 日本語版 ¹³⁾

ントシートを作成する。抑うつ症状で拒否的な場合や激しい興奮・せん妄状態の患者を除いて、約8割の患者で評価からプランニングまで実行できる。評価が困難な場合は、状態の改善に合わせてタイミングを見計らう。興味・関心チェックシートを用いた生活行為の聞き取りと心身機能の評価を参考に、本人が遂行可能で興味のある作業を選択・導入する。本人がしたい作業を表出することが困難な場合は、生活歴・元気なころの役割を参考に推察したり、絵カード評価法¹⁰⁾を用いる等の工夫をしている。

薬物療法が積極的に行われ、精神症状が変化し

第2章 時期(重症度)別にみる認知症の作業療法の実際



図 4 退院前訪問の様子

a: 車いす・ベッド間の移乗, b: 本人の好きな編み物ができる環境の設定

やすい時期でもあるので、作業療法場面でも、注意機能や作業能力の変化をモニタリングし、主治医に変化を報告する。アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症等の病型によらず、活力が高く多動な患者や睡眠・覚醒リズム障害のある患者は早期から作業に導入しており、プログラム終了後は穏やかになっていることが多い。しかし、うつ病や認知症にうつを合併した患者に関しては、失敗体験が症状の悪化を招き、閉じこもりといった作業の副作用の危険性もある。われわれも、作業の導入時期を早まったため本人が自室にひきこもり、入院が長期化したという苦い経験がある。意欲の回復状況をなるべく客観的に評価するため Vitality Index¹⁵⁾を用い、10点中6点以上まで回復したタイミングで簡単な作業種目から導入することとしている。

3) 亜急性期：2週目～1カ月

院内多職種チームによるゴール設定が検討・共有される時期である。多職種チームカンファレンスでは、OTの視点から、生活機能の評価と予後予測、退院後に必要な支援内容、起こり得るリスクと対応方法等を提案する。

精神症状が安定した時期を見計らい、家事練習、屋外歩行や買い物等のIADLの評価を追加する。この時期に、ある程度のストレスを与えておくことで、退院後に起こり得るリスクの把握にもつながり、チームの治療方針を再検討する材料になると考えている。われわれは、IADL評価の場面を写真に撮り、家族や介護支援専門員に介助のポイントを説明する際に用いている。単身生活者や主

婦の役割がある場合は、必ず料理評価を行うようにしている。記憶機能の低下に加えて、高次認知機能の低下や注意の配分の低下により、メニューや材料を想起できない、食材の管理が困難、鍋を焦がす、味付けが濃い(薄い)といった問題が確認されることが多い。しかし、手続き記憶により残存する下ごしらえや洗い物等は認知症が進行していても可能な場合が多く、自宅やデイサービスで継続するように働きかけている。この時期の家族に対するアプローチとしては、本人の回復具合を報告し、退院後の生活設計について少しずつ話し合っておくことが大切であると考えている。

4) 退院準備期：1～3カ月

具体的に退院先が決まり、退院後の生活に向けたサービス調整や情報の引き継ぎが行われる時期である。認知機能の低下が軽度な患者については、本人と一緒に退院後の生活設計を考えることを心がけている。記憶機能の障害があったとしても、情動に働きかけることや、一緒に体験することで記憶の保持が可能なこともある。単身生活を希望している患者でも、料理を通じて在宅生活への不安を聴取していき、宅配弁当や訪問介護の必要性について話し合う過程で、グループホームへの入所を受け入れた事例を経験したこともある。

退院後も本人が生活行為を継続できる環境を整えるため、退院前訪問やケア会議を手段として活用している。退院前訪問(図4)は、本人・家族・介護支援専門員と自宅に同行し、現場で本人のできる能力を共有し、退院後の支援内容を検討する。自宅内でも作業を継続できるように、作業スベ-

スや道具のセッティング、時間帯の調整を行うこともある。車いすや歩行車を使用している場合は、玄関の出入りや室内の移動、排泄・入浴行為ができるように、手すりの設置や福祉用具の導入・適合を行うことで、本人・家族が楽に生活を送れるようにしている。なるべく家具の位置の調整や介護保険でレンタル可能な用具を選択することで、将来的に施設入所になっても無駄にならないように配慮している。

ケア会議は、在宅退院患者の約半数で実施しており、本人・家族に加えて、退院後の支援チームである介護支援専門員、デイサービス職員等が参加する。OTの視点から、継続してほしいプログラムの申し送りや、対応上の留意点、ADL・IADLのできる能力と必要な支援内容等を提案する。また、退院時に生活行為申し送り表³⁾を用いて、家族や介護支援専門員に生活行為の予後予測や支援内容を書面で説明しており、最近では介護支援専門員側から要求されることもある。

このように、入院時～退院後まで切れ目なく支援を行っているつもりではいるが、家族との関係の破綻や経済的理由により、やむを得ず自宅への退院という希望に添えない場合もあり、より早期の対応により在宅生活を継続することが今後の課題である。

当院では認知症専門外来において、医師の指示により生活機能のアセスメントを行い、必要に応じて訪問支援や地域包括支援センターとの連携や介護予防事業への移行支援等を行っている¹⁶⁾。在宅で生活行為が維持できることにより、本人・家族ともに満足して在宅生活を継続できるように、貢献していきたい。

事例提示：独居のレビー小体型認知症の女性に対する地域移行支援

1. 基本情報

患者：80代、女性

診断名：レビー小体型認知症

現病歴：X年Y-1月ころから誰もいないにもかかわらず、空中に向かって話すようになった。

Y月Z日に雨の中、山に登っていき捜索隊により保護されたところ、「神のお告げが」と意味不明なことを話していたため、当院に医療保護入院となった。

生活歴：小学校を卒業後、30年間工場に勤めた。生涯独身で、両親の死去後は独居となり、畑や近所の人につくった野菜を配ることを楽しみにしていた。

2. 作業療法評価

入院日より作業療法が開始となった。入院当初は興奮した様子で「八百万の神がいて、太鼓の音が鳴っているでしょう」と独語が目立ち、夜間も入眠困難であった。抗精神病薬と気分安定薬による薬物治療が開始され、Z+3日に作業療法評価を実施した。MMSE：23/30点、HDS-R：25/30点と短期記憶の低下は目立たず、注意の転導性亢進と配分の低下がみられた。睡眠時間の低下からくる活力レベルの亢進によって聴覚の異常や思考の内容の障害が出現し、幻聴に支配されて山に登るといった行動化に至ったことが推測された。ADLは自立しており、IADLはFAI：21/45点で家事全般をこなしており、買い物は歩いて5分の商店に行き、畑で毎日野菜の世話をしていた。一方、食生活としては、鍋を何度も焦がすことがあり、ご飯と刺身だけを食べており、入院時の血液検査でビタミンB₁₂欠乏症が指摘された。要介護1だったが、本人が拒否していたためサービスは利用していなかった。近所の親戚が外出の付き添いや安否確認等をしていた。

3. 支援計画と経過

本事例の課題としては、①幻聴への対応、②食生活の改善、③服薬管理の支援、④独居生活の寂しさが挙げられた。評価の際に、本人にも作業療法の目的と内容を説明し、在宅生活を目標に①～④の課題に対して支援することで同意を得た。①幻聴への対応は、主治医からの病気の説明の後で、本人と対応方法を一緒に検討した。②食生活は、自宅での調理能力を確認し、宅配弁当や訪問介護等の必要な支援を検討することとした。③服薬管

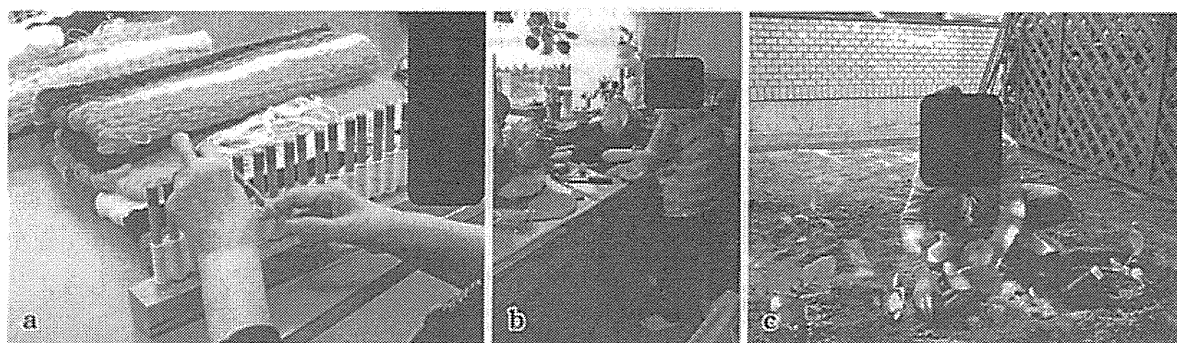


図 5 作業療法プログラムの様子

a: スティック手織り, b: 自宅での調理評価, c: 自宅の畑

理は、病棟看護師と協働して服薬自己管理練習を行い、退院後は精神科訪問看護を導入することにした。④独居の寂しさについては、本人の好きだった編み物を導入し、デイサービスでも継続できるように調整することで、対人交流の機会を維持することとした。

急性期：Z+3日から病棟内の運動プログラムに参加を開始した。プログラム中も独語は続いていたが、体操や風船バレー等すべて参加可能であった。Z+5日から作業療法室での編み物(図5)を追加した。単純な課題であれば問題なく遂行できることを確認した。

亜急性期：薬物療法の効果もあり、独語は減少してデイルームで他患者と交流することが可能となった。しかし、自室に1人していると「自分と呼ぶ声」や「太鼓の音」が聞こえていた。静かな環境で孤独感や寂しさを感じた際に聞こえてくることを本人に説明し、なるべく他者とおしゃべりをする、惑わす声が聞こえてきたら無視することとなった。Z+4週と5週に調理評価を実施した。1回目は味噌汁と煮物をつくったが、煮物が沸騰したまま洗いをするため、鍋を焦がした。本人にフィードバックを行い、火の管理を忘れないように1工程ずつ行うこととした。その結果、2回目は問題なくできたものの、1回目の約1.5倍の時間を要したため、「これじゃあ、だっちゃかんね(ダメだね)」と話し、栄養面も含めて検討したところ、昼食のおかずのみ宅配弁当とすることとなった。

退院準備期：本人と退院後の日課について検討

を開始した。本人は、「退院したら今まで通り畑と家のことを続けたい」と希望したが、火事や病状悪化のリスクも想定されたため、自宅環境の評価とケア会議を目的に本人・親戚・介護支援専門員・訪問看護師と一緒に退院前訪問を行った。自宅内はきれいに整理されていたが、風呂場が壊れていてお湯が出ない状況であった。訪問の際に病院から食材を持参し、自宅の台所で調理評価を行い、鍋が沸騰していても気づかずにトイレに行く場面を支援スタッフ間で確認した。退院後は、ご飯と味噌汁程度の料理とし、おかずの宅配弁当をとること、夕食をつくる時間に訪問介護と親戚が訪問し、火の管理の見守りを行うこと、入浴と編み物の継続を目的にデイサービスを利用することとなった。Y+3月で自宅に退院となり、Y+10月現在も支援を受けながら独居生活を継続している。

おわりに

精神科病院に入院する認知症高齢者は増加傾向にあり、入院治療によりBPSDは改善したものの退院できないという「社会的入院」が問題視されている。過去の報告においては、認知症治療病棟への入院により、ADLの低下と医療処置の増加が指摘されている¹⁷⁾。

当院では、自宅から入院した患者の約6割が3カ月以内に退院しており、作業療法プログラムに参加している患者は認知機能・ADLともに維持されることが確認されている。

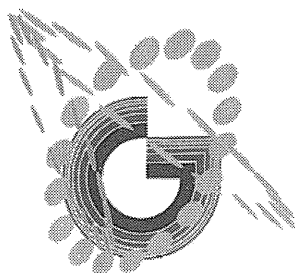
今後も臨床知見を積み重ねていき、認知症高齢

者の QOL 維持や家族の介護負担感を軽減するための支援内容を検討し、認知症高齢者の退院支援・地域移行支援だけでなく、入院前の外来作業療法や訪問支援を充実させる必要がある。

文献

- 1) 障害者福祉研究会 (編): ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版. 中央法規出版, 2002
- 2) 村井千賀, 他: 対象者理解を深める—ICF を利用した対象者理解. OT ジャーナル 44:374-381, 2010
- 3) 日本作業療法士協会: 生活行為向上マネジメント (作業療法マニュアル 57), 2014
- 4) 村井千賀, 他: 認知症高齢者のリハビリテーション. 精神科救急 13:64-68, 2010
- 5) 北村 立: 認知症の早期対応と生活支援について. 日本未病システム学会雑誌 19:41-45, 2013
- 6) Shiota S, et al: Can the Management Tool for Daily Life Performance reduce re-hospitalization for patients with dementia? 16th WFOT, 2014
- 7) 厚生労働省精神障害保健課: 精神病床における認知症入院患者に関する調査概要, 2010 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000z8ie-att/2r9852000000znwy.pdf>) (2015年3月2日参照)
- 8) 日本作業療法士協会: 平成 24 年度老人保健健康増進等事業「生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証事業」報告書, 2013
- 9) 長嶺敬彦: 予測して防ぐ抗精神病薬の「身体副作用」—Beyond Dopamine Antagonism. 医学書院, pp46-49, 2009
- 10) 末永英文, 他: 改訂版 Frenchay Activities Index 自己評価表の再現性と妥当性. 日職災医誌 48:55-60, 2000
- 11) 繁信和恵, 他: 日本語版 NPI-NH の妥当性と信頼性の検討. BRAIN NERVE 60:1463-1469, 2008
- 12) 荒井由美子, 他: Zarit 介護負担感尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI 8) の作成—その信頼性と妥当性に関する検討. 日老医誌 40:497-503, 2003
- 13) 西村周三, 他: 日本語版 EuroQol 開発委員会: 日本語版 EuroQol の開発. 医療と社会 8:109-123, 1998
- 14) 井口知也, 他: 絵カードを用いた認知症高齢者の作業評価法の作成—絵カードの表面的妥当性の検討. 作業行動研究 14:237-245, 2011
- 15) Toba K, et al: Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. Geriatr Gerontol Int 2:23-29, 2002
- 16) 村井千賀, 他: 社会参加の再会により娘に対する被害妄想が消失した一例. 老年精神医学雑誌 26:84-88, 2015
- 17) 吉江 悟, 他: 認知症治療病棟の運営実態および在院期間の関連要因 老年精神医学雑誌 18:197-207, 2007





社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例

村井千賀*¹, 北村 立*²

Key words : ICF, 生活行為向上マネジメント, 訪問看護, ケア会議, 多職種協働

老年精神医学雑誌 26 : 84-88, 2015

はじめに

石川県立高松病院（以下、当院）は400床の単科精神科病院であり、150床の認知症対応病棟を有する。筆者らはこれまで、認知症医療における精神科医療の果たすべき役割を、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）に対する救急・急性期医療と考へて、臨床を積み重ねてきた³⁾。短期間で入院治療の成果を上げるには、標的症候を明確にし、適切な薬物治療が行えるよう綿密に副作用を観察することが重要であり、自宅への退院を目指すには、本人の生活機能、とくに歩行機能を維持することが重要である⁴⁾。しかしBPSDが改善したとしても、家族の疲弊が強ければ自宅への退院はむずかしい。家族や地域の疲弊を避けるには、かかりつけ医や介護関係者、行政関係者との連携を深め、できるかぎり早期の受診を促すことはいうまでもないが、加えて入院前の下ごしらえが必要となる。すなわち、事前にケア会議を開催し、家族や介護関係者と入院の目的や期待される効果を共有し、入院治療のゴールを設定しておくのである。BPSDの悪化の兆しがあれば、ケア会議を開いて

介護サービスの調整や訪問看護（作業療法士等、多職種の訪問も含む）、薬物調整などを行うが、入院治療もそのなかの一つのオプションとして位置づける。「地域で支えきれなくなったから入院」ではなく、地域での生活を続けるために入院治療を上手に使うのである。その結果、入院を回避できるケースが増え、それゆへ、最近では入院治療よりも外来治療を重点的に行えるようになってきた。

このような経験から、BPSDの治療においては、これを単なる精神症状として安易に薬物治療の対象にするのではなく、対人関係障害を含めた生活機能の障害としてとらえ、認知症の人と家族の生活を支えることに主眼をおくことの重要性を改めて認識した⁵⁾。その手段として訪問看護やケア会議が有用であり、多職種協働が必要となる。今回は国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF）を参考にしながら、筆者らの臨床例を報告したい。なお症例呈示については、本人と家族には口頭で説明して同意を得たうえで、当院倫理委員会の承認を得た。内容に関しては、個人情報に配慮し報告の趣旨に反しない範囲で修正した。

I. ICFについて^{5,7)}

ICFの詳細については成書を参照されたい。「生活機能」とは、人が生きることの3つのレベ

*1 Chiga Murai : 石川県立高松病院、厚生労働省老健局老人保健課

*2 Tatsuru Kitamura : 石川県立高松病院

*1 〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ36 (石川県立高松病院)