

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Tatsuru Kitamura, Shinnichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku hino.	Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS Disord.	Prim Care Companion CNS Disord	17	doi:10.4088/PCC.15m01785	2015
Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, Tatsuru Kitamura	Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia.	Psychogeriatrics	Apr27.	doi:10.1111/psyg.12114	2015
齋藤 正彦	精神科病院における身体合併症医療－東京都立松沢病院の実践－	老年精神医学雑誌	27巻4号	375-381	2016
榎山鉄矢、西田賢司、齋藤 正彦	認知症患者における身体救急の現状と課題	老年精神医学雑誌	27巻4号	399-405	2016
犬尾英里子、榎山鉄矢、齋藤 正彦	認知症における誤嚥性肺炎	老年精神医学雑誌	27巻4号	421-426	2016
服部 英幸	一般内科診療で役立つうつ病の知識・老年内科領域	内科	115巻	235-239	2015
服部 英幸	認知症患者に対するBPSD治療薬使用時のポイント	月刊薬事	57巻	55-59	2015
本間 昭	わが国の認知症施策の未来② わが国の認知症施策の歴史を振り返る	老年精神医学雑誌	27巻3号	333-337	2016

IV. 研究成果の刊行物・別刷

意欲喪失患者のケア

服部英幸 国立長寿医療研究センター病院・精神科・精神診療部長（愛知）

臨床と診断

① 病態

高齢者の意欲喪失状態（アバシー）は高頻度に見られる。しばしば「うつ状態」と混同されるが、うつ状態は感情・気分の障害で、悲哀感、自責感が強い。うつ状態の高齢者では身体愁訴が多く焦燥感を示し、多弁傾向を示す者もいる。また、「自分はお金が全くなくなってしまった」とか「もう病気が治らない」といった自己の状態を過

度に悪く確信してしまう妄想を形成しやすい（微小妄想）。

- ・これに対し、アバシーは意欲・関心の障害である。感情は動きに乏しく、自分を卑下したり、焦って周りに強く訴えたりということがない。
- ・高齢者では主としてアルツハイマー病、血管性認知症などで高頻度に認められる精神症状である。
- ・アバシーをうつ状態と誤って安易に抗うつ薬を投与すると、ふらつきや転倒などを引き起こし、日常生活動作（ADL）能力の低下が進んでしまうこともありうる。
- ・表1に典型例における両者の差異を示す。ただし、実際の臨床場面では両者が重複しており、明確に区別できないことも多い。

② アバシーのリスク要因

- ・アバシーに至る要因は多岐にわたる。表2に身体、心理、環境の3つのカテゴリーで整理した。
- ・認知症では高頻度にアバシーを伴い、身体疾患による低活動型せん妄によりアバシーが引き起こされることもある。慢性疾患による全身消耗や持続する疼痛、下痢・便秘などの身体状況もリスク要因である。
- ・感覚鈍麻は心理面で自閉傾向を促しやすく、意欲の低下を招きやすい。日常生活機能が低下していることの自覚も意欲低下へとつながりやすい。

表1 アバシーとうつ状態の区別

	うつ状態	アバシー
基盤にある病態	機能性、心因、環境因	脳血管障害、外傷などの脳障害、全身衰弱（虚弱）
症状	悲哀感、喜びの喪失、自責感が強い、焦燥感	意欲低下、無関心、自責感に乏しい
認知症との関連	合併することもあるが、認知機能低下を伴わないこともある	認知症に伴う精神症状の1つである。身体疾患による衰弱に伴って出現することもある
評価法	GDS、CES-Dなど	やる気スコア、意欲の指標
治療法	抗うつ薬、急性期は精神的安静	脳賦活薬、作業療法などの非薬物的アプローチ

GDS：Geriatric Depression Scale

CES-D：Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

表2 アバシーのリスク要因

	リスク要因
身体	認知症（アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症など）、低活動型せん妄、全身消耗性疾患、疼痛、視覚・聴覚などの感覚鈍麻
心理	失禁などにより生じた人前に出ることへの恐怖、認知機能低下により状況把握ができないこと
環境	周囲からの画一的・高圧的なかわり方による精神的萎縮、孤立した生活を続けていること

- ・認知機能低下に伴って、周囲の状況把握が困難になり恐怖心とともに意欲が低下することがある、高圧的な態度や、画一的な接し方が精神的な萎縮を促進する。

◎ 評価方法

- ・アバシーの評価方法としては日常生活機能障害が軽い例には「やる気スコア」が有用であり、重い例では「意欲の指標」が有用である。
- ・どちらも GDS (Geriatric Depression Scale) などのうつ症状評価と同時に行って、気分障害と意欲低下の度合いを個別に評価するとよい。

治療方針

ここでは薬物療法にはふれない。

Ⓐ ケア一般

アバシーに対するケアは、個々の症例におけるリスクを見極めて、それに応じた方法を考える。決して画一的な態度をとるべきではない。認知症の評価、全身状態の把握は基本的なことである。疼痛管理、排便コントロールなどできることはやっておく。認知機能が低下して困惑している場合は、ゆっくり繰り返し話し、常に安心感を与えつつ治療や他者との交流へつなげる。孤立した生活にならないような配慮も必要で、介護施設などとの連携が求められる。

Ⓑ 認知症に伴うアバシーの非薬物療法

アバシーに対してはさまざまな非薬物療法が試みられており、絵画療法、運動療法、音楽療法、ペット療法、回想法、複合的な方法などがある。Brodatyらの系統的レビューによると、エビデンスレベルの高い研究はほとんどないが、それぞれの方法でアバシーを改善する効果のあることが報告されている。そのなかでも効果を示したのは、結局、個々の患者の状態・嗜好に応じて複数の方法を組み合わせたり、環境を好ましいものに変えることであった。

専門医へのコンサルト

- ・アバシーが急激に悪化したときは低活動型せん妄の可能性があり、身体疾患の鑑別、精神科的専門治療が必要となる。

在宅神経難病患者のケア

成田有吾 三重大学教授・基礎看護学

臨床と診療

- ・神経難病には、神経変性疾患である筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、多系統萎縮症 (MSA)、パーキ

- ンソン病、ハンチントン病、神経免疫疾患である多発性硬化症、重症筋無力症などがある。それぞれの処方例は他項目を参照されたい。ここでは神経難病患者の在宅介護にかかわる問題に触れる。
- ・診断名だけでなく重症度評価と介護負担に関する評価を行い、病態の観察と問診から近い将来に予想される状態を推定する。
- ・在宅では患者と同様に介護者からの聞き取りが欠かせない。療養場所に訪問して情報を得ることが原則である。
- ・在宅療養開始前に、十分な準備、人員および時間をとって療養者 (患者および家族) への説明を行う。
- ・ALSでは、四肢・体幹の運動機能障害に加えて、嚥下、呼吸、コミュニケーションの障害が生じることを療養者が理解する必要がある。

治療方針

まず、訪問診療が可能な医師、訪問看護師、ケアマネジャーを確保し、多職種による医療・介護支援チームを結成する。専門医との連携が可能ならば、訪問診療する医師の標榜診療科は問題にならない。チーム内には、在宅での医療・福祉資源、経済的支援を含めた制度の知識が重要である。介護保険、身体障害者申請、各種医療費助成など、さまざまな切り口での利用の可能性をチーム内で検討する。

Ⓐ 嚥下障害、流涎

嚥下障害は、流涎のほか、体重減少、食事時間の延長、むせ、誤嚥性肺炎の既往から判断される。食物の形状、経口摂取時の姿勢を調整し、口腔内衛生処置、嚥下リハビリテーションを試みる。改善されない場合には、進行の速度から、経管栄養への移行について早めに議論しておく。

療養者が胃瘻造設を選択した場合、ALSでは呼吸機能が努力性肺活量 (FVG) 値の50%以上での経皮的内視鏡下胃瘻造設 (PEG) が安全とされる。それ以下に低下している場合、非侵襲的陽圧換気 (NPPV) 下の PEG を考慮する。

【処方例】流涎そのものに対しては、下記のいずれかを用いる。

- 1) テーテン錠 (2mg) 1回1錠 1日2-3回 (保外)
- 2) ボラキス錠 (2・3mg) 1回1錠 1日2-3回 (保外)

なお、ズコボラミン軟膏 (国内未承認)、ボトックス注射の有効性は知られているが、現在、保険適用外である。

Ⓑ 呼吸困難、呼吸苦

ALSでは睡眠障害の背景に夜間の呼吸障害が生じていることがある。パルスオキシメーターでは

8.

BPSD

Essence!

- ㊦ BPSD は入院治療を困難にする要因である。発生原因は心理学的機序と生物学的機序がある。
- ㊦ 認知症の原因疾患および重症度により、出現する BPSD に違いがある。それを踏まえた対応が求められる。
- ㊦ BPSD 症状を適切に評価し、背景因子を探ることがよりよい治療・ケアにつながる。
- ㊦ 認知症との鑑別を要する病態として、せん妄とうつ病がある。
- ㊦ BPSD への対応は、非薬物療法を優先させる。それでうまくいかないときに、初めて薬物療法を考慮する。BPSD のすべてを完全に取り去ることを目指さず、患者本人と介護者との関係を改善することを主目的にするのがよい。

1

BPSD とは何か～高齢者の特性と認知症～

認知症においては記憶や認知の障害に加えて精神症状・行動異常が出現することが多い。こうした症状は以前は周辺症状とよばれていたが、認知症の診療および介護においてこれらの症状にどのように対処するかが重要であると考えられるようになった。1996年に「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」と定義される behavioral and psychological signs and symptoms of dementia (BPSD) の名称が用いられるようになった¹⁾。BPSD が出現することによって在宅介護が困難となり施設入所を早め、医療費の増大をもたらし、患者と介護者の quality of life (QOL) 低下、介護者のストレス増大を惹起する。本項では BPSD とは何か、どのような機序で生じるのか、どのような対処を考えるべきであるかについて論じる。

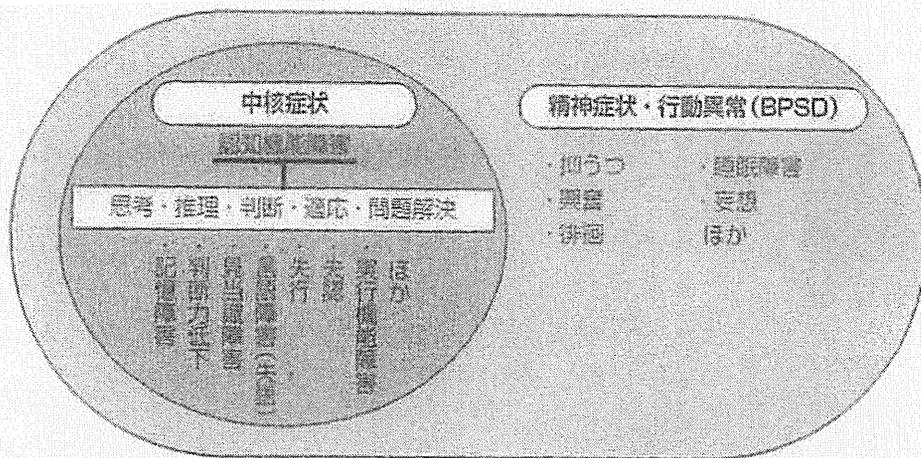


図1 認知症の中核症状と精神症状・行動異常 (BPSD)

2

中核症状と BPSD, その関連は？

よく知られているように、認知症は1つの疾患単位ではなく、多様な原因から生ずる症候群である。認知症は中核症状と精神症状・行動異常 (BPSD) の2つの症状群から構成されている (図1)。中核症状は記憶障害、認知障害、実行機能障害などであり、程度の差はあれすべての患者にみられる、基盤となる疾患による神経細胞の脱落に伴う能力の喪失の表現と考えられ、疾患の進行とともに悪化する。

BPSD は疾患の重症度 (進行) とは比例せず、認知機能障害の軽い段階から出現する症状や、重度になってから高頻度に見られる症状などがある。国際老年精神医学会の調査によると横断的な BPSD の有病率は 56% であるが、5 年経過を追うとほぼすべての症例で出現している²⁾。うつ症状、意欲低下 (アパシー)、易刺激性 (些細なことでかっとなること)、妄想などの頻度が高い (表1)。

BPSD は中核症状とは異なり、残存する神経細胞の障害に対する反応であると考えられるが、これには2つの機序が想定される。その1つは心理学的な機序である。認知症の初期の段階では、病的状態というはっきりとした自覚 (病識) がなくとも、認知機能の低下から周囲の環境に対する不適応感が強まる³⁾。この状態は精神的疲労を引き起こしやすく、そこから、うつ症状、気分易変性、被害妄想へと発展しやすくなる。Alzheimer 型認知症 (AD) の初期にみられやすいうつ気分、物盗られ妄想などはこのような心理的機序から出現していると考えられる。

もう1つは、生物学的な機序である。人間の行動は、もともとある本能的な欲求を学習や思考などを通して、社会的常識に合う形で表現することで成立している。この本能的な部分の中核は間脳、辺縁系であり、それを制御しているのが大脳皮質 (特に前頭葉) である。進行した AD や前頭側頭型認知症では、大脳皮質の神経細胞脱落が強くなり、そのため、大脳皮質が行っている、間脳、辺縁系に対する制

表1 BPSDの有病率

NPI BPSD Items	調査開始時の有病率 (%)	5年追跡調査での有病率 (%)
妄想 (delusions)	18	60
幻覚 (hallucinations)	10	38
焦燥 (agitation) / 攻撃性 (aggression)	14	45
うつ状態 (depression/dysphoria)	29	77
意欲低下 (apathy/Indifference)	20	71
多幸 (elation/euphoria)	1	6
不安 (anxiety)	14	62
脱抑制 (disinhibition)	7	31
易刺激性 (irritability/lability)	20	57
異常行動 (aberrant motor behavior)	7	52
合計 (any symptom)	56	97

(International Psychogeriatric Association : The IPA complete guides to BPSD 2012. Specialists guide. p.6, 2012 より引用)

御(抑制作用が主である)が外れ、それらの機能が過剰に発現しやすくなる。そのことから、脱抑制、激しい感情、異食などのBPSDが生じやすくなると考えられる。

3

経過の中で出現するBPSDが変化する

認知症の主要な原因疾患であるADを例にとる。

ADの経過は大きく3期に分けることができる。初期はもの忘れが目立つ時期で、うつ症状、妄想が早期より出現することがある。物盗られ妄想は記憶障害を基盤とし、家族が攻撃の対象になることがしばしば認められる。この時期から3~5年経過すると中期に移行し記憶障害、認知障害がさらに進行するとともに妄想、徘徊といった精神症状、問題行動が顕在化してくることが多い。認知機能が重度に低下した時期には幻覚、妄想などの激しい症状は消退し、意欲が低下した状態(アパシー)が主症状になることが多い。この時期は栄養管理、感染予防などの身体管理のほうが重要となる。

ここで大切なことは、認知症においては早期から身体医療への配慮が欠かせないということである。高齢者に多い疾患ということもあり、身体疾患を合併し、それが認知症の進行や症状の変化に大きく影響するためである。重度~終末期になると必要とされる医療ニーズは大半が身体医療となる。ADにおける時間的変化や医療ニーズの多彩さ、移り変わりに配慮することなく、漫然と抗認知症薬や精神系薬剤を投与し続けることは、患者の生活機能、QOLを害することになる。認知症診療に関わる者は、臨床経過と精神・身体医療のニーズの変化に常に配慮しなければならない(図2)⁴⁾。

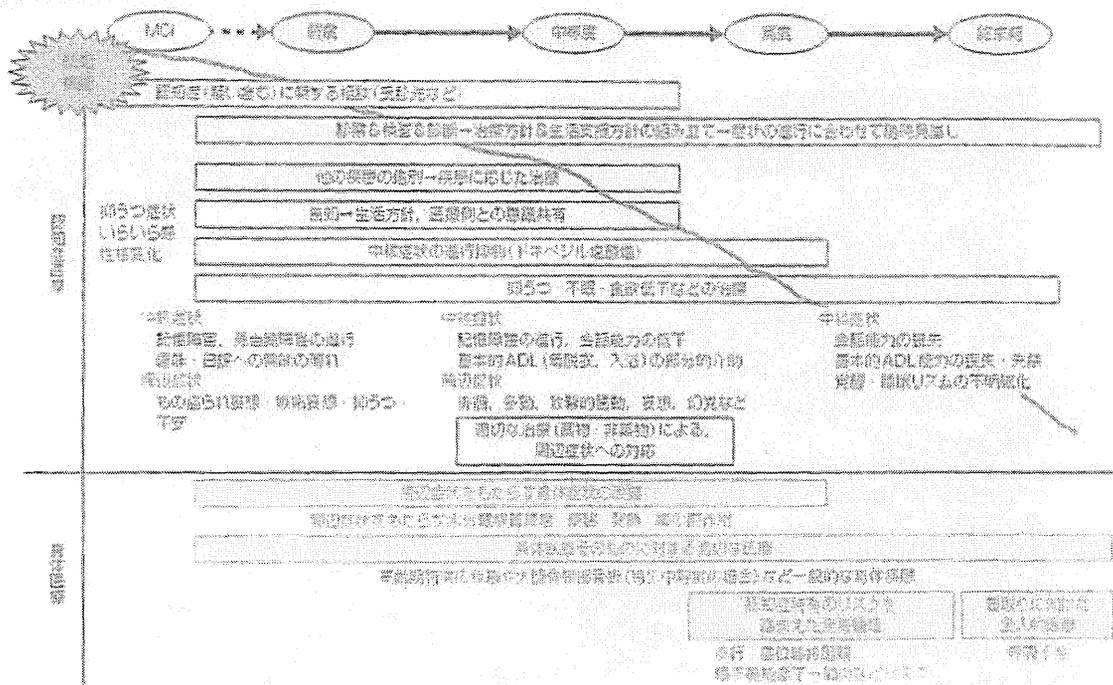


図2 認知症の経過と必要な医療～Alzheimer型認知症など変性疾患の場合
 (国立長寿医療研究センター編：認知症サポート医養成研修テキスト，平成24年版，p.9, 2012より引用)

4 基礎疾患ごとに出現しやすいBPSDがある

BPSDには多彩な症状が含まれるが、基盤となる疾患により出現しやすい症状群がある(表2)。これらの症状は疾患特異的ということではなく、すべての疾患にみられるが、頻度の高さにおいてある程度の特徴がある。ADでは、初期には物取られ妄想、嫉妬妄想、うつ状態を多く認める。認知機能低下がはっきりしない段階で妄想のみが目立つことも多い。認知機能低下が進むにつれて徘徊、収集癖が高頻度にみられる。血管性認知症では感情の変化が激しくなる感情失禁やうつ症状および意欲低下の出現頻度が高い。睡眠・覚醒リズムが障害されて、昼夜逆転傾向になる例も多い。Lewy小体型認知症では神経症状としてのParkinson症状のほかに、うつ症状と幻視が多くの人に発現している。特にうつ症状の合併頻度は大きい。前頭側頭型認知症では焦燥・攻撃性の頻度が高いほか、同じ行為を繰り返す(常同行為)、それまでの性格と様変わりして非道徳的な行為をしてしまう(性格変化、脱抑制)などが特徴的に認められる。

5 BPSD悪化要因

認知症の悪化要因は図3⁵⁾のように、身体(生物学的)レベル、心理レベル、環境レベルの3段階がある。ADなどの原因疾患が進行すると脳機能は低下し、中核症

図2 基礎疾患ごとに出現しやすいBPSD

Alzheimer型認知症	物取られ妄想、嫉妬妄想、収集癖、うつ状態
血管性認知症	感情失禁、うつ状態、睡眠・覚醒リズムの障害
Lewy小体型認知症	幻視およびさまざまな幻覚、うつ状態、Rem睡眠関連行動障害
前頭側頭型認知症	常同行為、脱抑制、意欲低下

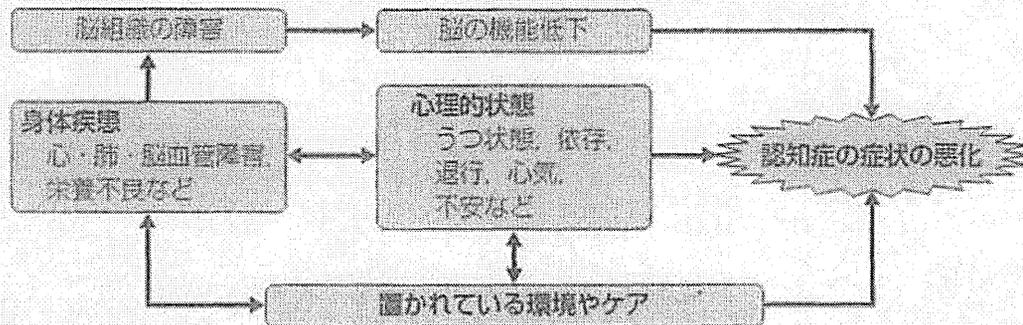


図3 認知症の症状に関連する要因

(Wells CE 編：池田久男訳：痴呆，p.123，医学書院，1974より引用)

状を主とする認知症悪化は当然生じるが、身体疾患罹患が脳機能に影響を及ぼし、認知症悪化につながる点が非常に多い点に注意する。肺炎、骨折など高齢者に多い疾患は、主疾患の治療が成功した後も認知症悪化のため生活機能低下が生じ、それが介護困難につながる。このような状態は老年症候群とよばれ、高齢者医療において最も配慮すべき状態である。もともとの患者の性格や、うつ病罹患の既往などが認知症の病像に影響を与えることがある。特に精神系疾患の治療を受けて薬物の服用をしているかどうかは必ず調べておく必要がある。近親者の死亡、引越し、災害による避難などのほか、家族や介護スタッフの不適切なケアなど、本人を取り巻く環境の変化が認知症悪化の主要な原因となりうる。入院自体が環境の変化として認知症悪化の要因となりうる。

6

BPSD 評価

目の前に精神症状・行動異常を示す患者がいたとき、たとえば激しい動きや多弁、大声をあげていると、単純に「興奮」「不穏」だと判断してしまう。逆に、何もしようとせず食事もとろうとしない患者は「うつ」になっていると記載する。これでは、患者の状態に即して適切な対応をとることは難しい。一見、同じような「興奮」の中にはさまざまな状態が含まれており、それを見分けていくことがその後の治療、ケアに結びつく。

具体的に、いわゆる「不穏」「興奮」（過活動症状ともいえる）の患者について考え

表3 認知症 BPSD の評価方法

	評価対象となる BPSD	対象者	方法	評価者
CSDD	うつ	在宅、入所	直接観察と介護者へのインタビューの併用	専門職
CMAI	焦燥	在宅、入所	直接観察	介護者
Behave-AD	包括的評価	在宅	介護者へのインタビュー	専門職
NPI-D	包括的評価	在宅	介護者へのインタビュー	専門職
NPI-Q	包括的評価	在宅、入所	介護者への質問紙	介護者
NPI-NH	包括的評価	入所	介護者へのインタビュー	専門職
BPSD-AS	包括的評価	在宅	直接観察	専門職

CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia, CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (コーエンマンフィールド行動異常評価尺度)、Behave-AD : Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease, NPI-D : Neuropsychiatric Inventory with Caregiver Distress Scale, NPI-Q : NPI-Brief Questionnaire Form, NPI-NH : NPI in Nursing Home Version, BPSD-AS : BPSD-assessment scale.

てみると、その中には、躁状態による高揚気分、うつ状態による不安焦燥、前頭側頭型認知症でよくみられる常同行為などである可能性がある。逆に反応の鈍い人（低活動症状）では、真のうつ病のほかに、認知症が進んでいることによる無為無欲状態（アパシー）、身体疾患が潜行している意識レベル低下（低活動せん妄状態）の可能性がある。鑑別は専門医でないと難しい面もあるが、一見した状態のみで判断せずもう一步踏み込んで状態を観察する態度をもち続けてほしい。

BPSD の重症度のある程度、客観的に評価して、経過、治療効果を判定するさまざまな評価尺度が用いられている（表3）。評価の仕方により、介護者への質問による方法と直接観察による方法に分けられる。質問形式の中で NPI (neuropsychiatric inventory) はいくつかの型があるが研究用として用いられることが多い。多忙な現場で看護師、介護士が評価しやすいものとして、直接観察による CMAI (Cohen-Mansfield agitation inventory) がある。ただし、CMAI では低活動症状は評価できない。

7 BPSD と区別すべき病態

異常行動のすべてを BPSD とみなしてはならない。介護者にとって困る症状はすべて BPSD とみなされやすいが、実際には BPSD ではないことも多い。たとえば、リウマチなどの運動器疾患があり、疼痛と運動制限のためにトイレに間に合わないで失禁してしまった場合に、これを徘徊、放尿の BPSD とみなし睡眠薬などを投与すると、かえって状態を悪くする。認知症による BPSD であるのか、他の原因（特に身体疾患）がないかについて配慮する。

精神疾患の中で、認知症 BPSD と鑑別すべき状態はいくつかあるが、特に「高齢

者うつ病」と「せん妄」には注意する。うつ病と認知症の合併はしばしば認められる。ADにおいては、大うつ病は26%、小うつ病は26%の高率に合併が認められる⁶⁾。一方で、高齢者のうつ病ではもの忘れを強く訴えたり、実際に認知機能低下をきたす症例も多くみられ、「仮性認知症」と名づけられる状態が古くから知られていた。この考え方には、うつ病と認知症は別のものであり、鑑別することは可能であるという認識がある。実際に多くの医療スタッフ向けのテキストには高齢者うつ病と認知症との症状の違いが必ず記述されている。しかし、実際の臨床場面では鑑別ができない症例にしばしば遭遇する。その理由はADや血管性認知症などの認知症の症状の1つがうつ症状、うつ病であることや、うつ病自体から認知症に高頻度に移行することによると考えられる。そのため、高齢者うつ病と認知症は共通の基盤による一続きのスペクトラムであるとする考え方もある。認知症とうつ病の病態についての詳細は成書を参照してもら^{7,8)}として、ここでは鑑別に有用な症状の一部を紹介する。それは「微小妄想」である。

微小妄想とは、自分を過小評価する妄想のことであり、高齢者うつ病では非常に多く出現する。認知症で多くみられる意欲低下(アパシー)では認められず、うつ病と認知症(特にAD)との鑑別には有用である。微小妄想には次の3つがある。

- ・疾病妄想：病気になってもう治らないと信じ込む。
- ・貧困妄想：お金が全くなくなってしまったと信じ込む。
- ・罪業妄想：自分ほとんどない悪事を働いたと信じ込む。

高齢者で微小妄想があったら重度のうつを疑い、治療を進めていくことが求められる。

しばしば混同されているのがせん妄とBPSDである。本来、別の状態であるが認知症においては両者ともに出現することがありうるのでよりわかりにくくなる。しかしながら対応の仕方が違ってくるので鑑別を試みることは重要である。主な鑑別点を表4にまとめる。せん妄は基本的に意識障害であって急性あるいは亜急性に発現する。極端な話、昨日と今日とで精神症状が全く違っていることもある。BPSDではこのようなことはまれである。また、せん妄では原因となるイベント(たとえば内服薬の変更、脱水、手術など)が明らかであることが多いが、BPSDではいつから始まったかを明確にすることが難しい。症状・徴候ではせん妄では睡眠・覚醒のリズムが崩壊し、半覚醒状態がダラダラと続くような印象がある。その一方で幻視、多動、焦燥といった活動性の激しい症状と自発性低下、注意散漫といった動きの鈍い状態が交錯する。振戦などの神経症状を伴うこともある。ただし、せん妄とBPSDは時期的に重なって出現することがあり、対応を困難にすることがあるが原因の除去を含むせん妄治療によりBPSDが大いに改善することも多い。

せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
意識	混濁	正常
発症	急性、亜急性(数時間～数日)	潜伏性、慢性(数ヶ月～数年)
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない
脳波	異常(広汎性徐波)	正常から軽度異常(軽い徐波)

初期の状態ではせん妄か、認知症による精神症状・行動異常かの区別はきわめて困難。

8 BPSD の非薬物療法

比較的軽度の BPSD に対処するには、最初に非薬物的対応を考慮する。一般原則として BPSD の原因が身体疾患などで治療しうる場合は最優先で除外する。また非薬物的対応は個々の症例に応じて選択し、患者・介護者の希望、尊厳を尊重することが大切である。対応方法として、環境への介入、行動的介入、心理的介入がある。

環境への介入としては認知症患者にとってストレスの少ない物理的環境をつくっていくことが望まれる。時間的環境として睡眠・覚醒リズムの維持が大切である。日中の身体活動を増やす。鎮静作用のある薬物は夕方から夜にかけて投与し、脳賦活作用のある薬や利尿薬は朝、昼に最大の効果が出るようにする。視覚、聴覚などの感覚低下が BPSD 発症に結びつきやすいので補助具使用や環境整備に配慮する。また、介護施設でのデイサービスおよび作業療法が有効である。広義の心理療法的アプローチとしては音楽療法、絵画療法などがあり一定の効果が期待できる。

9 主治医としてやれること

1 薬物療法

BPSD に対する薬物療法はあくまで対症療法であり、認知機能改善をもたらさない。むしろ、有害事象を惹起しやすく、転倒などのリスク増大の危険がある。しかし、ケアを含む非薬物的アプローチでも状態が改善しない症例があるのが現実であり、薬物療法はまさに最後のとりでであるといえる。では、認知症 BPSD 薬物療法を行う意義はどこにあるのか。

薬物療法は医師が行う特権的行為である。一般的な医療(たとえば腫瘍、循環器疾患、うつ病などでも)ならごく当たり前に「患者自身」の「疾患を根治する」「症状を消失させる」と言うだろう。しかし認知症、特に BPSD に対する薬物療法はそう

ではない。あえていえば「患者とそのまわりの人々の関係」を「より持続的に耐えやすくする」ことである。つまり、認知症薬物療法は認知症本人の状態のみでなく、家族や施設の介護スタッフの状況も考えて行うべきなのである。仮に、介護困難な状態が続くと、家族やスタッフは疲弊し、徒労感に打ちひしがれる。精神的なバランスを崩すこともある。それは、認知症介護に反映され、結局、認知症患者本人の状態悪化に結びついていく。患者と介護者の関係性を良好に保つことが最も重要であると考え、そのためには、抗精神病薬などの投与により、一時的に患者の認知機能低下といった悪影響が出現する局面もあるだろう。もちろん、このような状態を漫然と継続すべきでなく、環境調整その他に努力して、最終的には薬物の軽減を図るようにすべきであることは当然である。

BPSD に対する薬物療法を始める前に注意すべき事項は多い。前述のように症状が出現したら、医師としてまずチェックするのは身体合併症と服用している薬剤である。身体合併症では、運動器疾患に伴う疼痛、皮膚疾患による搔痒感などが不穏につながる。便秘、下痢、排尿困難なども BPSD 出現を促す要因になりうる。さらに、BPSD 出現時に見つかる小さな脳血管障害は意外に多いことも心にとどめておく。次に、注意すべき併用薬剤は、抗不安薬、抗 Parkinson 病薬、抗うつ薬、 H_2 受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、抗コリン薬、市販のかぜ薬などがある。これらの薬剤の影響が疑われたら、新たな薬剤を追加する前に減薬することを優先する。

薬物療法がどうしても必要であると考えられたとき、まず、患者自身の環境について考える。服薬管理を行うことができる認知機能があるか、介護者がいるか、転倒の危険性が高い身体状況、環境ではないかなどを確認する。薬物選択にあたっては、症状を見極めて状態像を把握し、適合する薬剤選択を行うようにする。単純に不穏、興奮があるからと決めつけず、どのような症状によるものなのかを見極める習慣をつける。また、認知症の時間的経過の中で症状は大きく変化する。過活動症状は認知機能低下とともに消退する。同じ薬を漫然と投与せず、常に見直す努力が求められる。そのときの原則は常に、高齢者薬物療法の 3S (small dose, short duration, simple pharmacy) である。

BPSD の症状別の薬物療法のエビデンス (表 5)⁹⁾ と、筆者の経験を加えた薬物療法の実際的使用法 (表 6) を参考にしてもらいたい。ドネペジル塩酸塩、メマンチンなどの抗認知症薬が BPSD にも有効である例が少なからずある。それぞれの薬剤の特徴を抑えておくと、現場で役立つことが多い。さらに詳しい薬物療法の実際上の注意点については BPSD 薬物療法ガイドラインが出されているので参考にしてもらいたい¹⁰⁾。

現段階では、BPSD を治療するための薬剤は、BPSD 自体に関しては保険適用がない。そのため、家族や本人には保険外使用であることを十分に説明して処方を行

表5 認知症の精神症状・行動異常 (BPSD) に対する有効な薬物はあるか？

症状	薬品名	エビデンスレベル	症状	薬品名	エビデンスレベル	
不安	・リスベリドン	B	うつ状態	・SNRI	C1	
	・オランザピン	B		・SSRI	C1	
	・クエチアピン	C1	暴力・不穏	・リスベリドン	C1	
焦燥性興奮	・リスベリドン	B	徘徊	・(リスベリドン)		
	・クエチアピン	B		性的脱抑制	・(SSRI)	
	・オランザピン	B			・(非定型抗精神病薬)	
	・アリピプラゾール	B	・(トラゾドン)			
	・バルプロ酸	C1	睡眠障害	・ベンゾジアゼピン系	C1	
	・カルバマゼピン (抑肝散)	C1		・リスベリドン	C1	
		・ドネペジル		C1		
幻覚・妄想	・リスベリドン	B		・抑肝散	C1	
	・オランザピン	B				
	・アリピプラゾール	B				
	・クエチアピン	C1				
	・ハロペリドール	C1				

() は推奨度なし。

(和田健二, 中島健二: 認知症治療ガイドライン 2010 版における薬物治療の位置付け, 臨床精神薬理 15: 13-17, 2012 より引用)

表6 BPSD に対する薬物療法

		過活動症状	幻覚・妄想	不安・焦燥	易怒性・攻撃	低活動症状	意欲低下	抑うつ
抗認知症薬	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジル)						○	
	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ガランタミン)			○	○		○	
	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (リバスチグミン)		○				○	
抗精神病薬	NMDA 受容体拮抗薬 (メマンチン)			○	○			
	ブチロフェノン系 (ハロペリドール)		○		○			
抗うつ薬	SDA (リスベリドン, オランザピン, クエチアピン, ペロスピロン)		○	○	○			
	SSRI (パロキセチン, フルボキサミン, 塩酸セルトラリン, エスシタロプラム)			○				○
抗てんかん薬	SNRI (ミルナシبران, デュロキセンチン)						○	○
	バルプロ酸ナトリウム, カルバマゼピンなど			○	○			
漢方薬	抑肝散		○	○	○			
	補中益気湯, 八味地黄丸など (いわゆる補剤)						○	

SDA: 非定型抗精神病薬 (セロトニン, ドパミン拮抗薬), SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬,

すべて, 薬剤投与時は高齢者の身体特性と副作用の出現に注意する。

う。ただし、2011年に厚生労働省保険局医療課長の通達により、「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対してクエチアピンプマル酸塩、ハロペリドール、ペロスピロン、リスベリドンの保険適用外使用が認められた。また、リスベリドンは「Parkinson病に伴う幻覚」に対しても保険適用外使用が認められた(保医発0928第1号、平成23年9月28日付)。

BPSD治療は医師個人の方でどうにかなるものではなく、ケア、リハビリテーションなど、多職種協同のチーム医療の中で多面的アプローチを行っていくものである。その1例について症例を提示する。

症例

コメディカルとのチーム医療で対処したBPSD～大声を出す症例～

83歳、男性。6年前より記憶障害、失見当識など認知機能低下がみられた。3年前より当科通院。初診時HDS-R 15点。頭部MRIにて海馬の萎縮を認め、脳血流シンチグラムで頭頂葉、後部帯状回の血流低下を認め、ADと診断した。ドネペジルを投与したが、認知機能低下が進んだ。3ヵ月前のHDS-R 6点。尿失禁もあり、言語理解も悪くなっていた。2週間前に転倒して腰椎圧迫骨折発症。入院となった。病棟にて、常に「おーい」「誰か来てくれ」と大声で叫ぶため、病棟内の他患者から苦情が出た。本人に注意しても理解できない様子であった。原因として、絶え間なく続く疼痛とそれに対する不安、夜間の睡眠不足が考えられた。鎮痛のための治療を整形外科に依頼するほか、ナースによる頻回の訪室や、昼間のリハビリテーションを行うなどの対処を試みたうえで、不安感、気分不安定性を取り除くために塩酸セルトラリン12.5mg、睡眠促進のためにラメルテオン8mgを投与したところ、夜間の大声はなくなり、昼間も軽減した。

2 BPSD 診療連携

認知症BPSDへの対応は困難なことが多く、家族の介護負担を増大させる主要な原因となっている。一般病院での対応ができず、身体合併症治療を行えない例も多い。その理由を考えてみると、専門家でないでBPSDの症状評価が難しいことが多く、どのような対応をしてよいかわかりにくいこと、BPSDの治療自体が困難で薬物治療も副作用のリスクが大きいことなどがある。

そのため、BPSD例の治療あるいは管理は専門家との連携が欠かせない。どのような場合に精神科などの専門医に依頼すべきかについて表7にまとめた。認知症専門医がいる施設としては、2008年より認知症疾患センターが全国に展開されており、現在200ヵ所以上のセンターがある。また日本老年精神医学会および日本認知症学会が、それぞれ認知症専門医認定を行っており、ウェブ上で公開されている。

■ 専門医に紹介すべき BPSD レベル

1. 原因疾患の診断に苦慮する
2. 精神病症状(幻覚、妄想、せん妄など)を伴っている
3. 行動異常が激しく、自分を傷つけたり、身の回りのものを壊す、他者を傷つけるおそれがある
4. 抗認知症薬などを試みたが効果に乏しく遷延化が懸念される

しかしながら認知症専門医はまだ少なく、地域でのニーズをまかなえるほどには至っていない。地域のかかりつけ医と専門医との仲介を行う役割として期待されているのが認知症サポート医であり、2014年現在、サポート医研修の修了者が3,000名を超えるところまできている。

高齢者が増大し、認知症を伴った患者の治療は、小児科を除くほとんどすべての科で不可避となっている。認知症疾患センターや地域の認知症サポート医との連携を常に行っていくことで、BPSD対応を向上させ、認知症患者の治療を進めていくことが求められている。

■ 文献

- 1) Finkel SI, et al : Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia : a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8 (Suppl 3) : 497-500, 1996.
- 2) International Psychogeriatric Association : The IPA complete guides to BPSD 2012. *Specialists guide*, p.6, 2012.
- 3) Hattori H, et al : Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly. *Psychogeriatrics* 10 : 29-33, 2010.
- 4) 国立長寿医療研究センター編 : 認知症サポート医養成研修テキスト, 平成 24 年版, p.9, 2012.
- 5) Wells CE 編 ; 池田久男訳 ; 痴呆. 医学書院, p.123, 1974.
- 6) Starkstein SE, et al : The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 162 : 2086-2093, 2005.
- 7) 朝田 隆 : うつ病—治療・研究の最前線—関連疾患 うつ病と認知症の鑑別. *医学のあゆみ* 244 (5) : 459-462, 2013.
- 8) 馬場 元 : 高齢うつ病と認知症はスペクトラムか—アミロイドβを中心に—. *Depression Frontier* 11 (1) : 46-52, 2013.
- 9) 和田健二, 中島健二 : 認知症治療ガイドライン 2010 版における薬物治療の位置付け. *臨床精神薬理* 15 : 13-17, 2012.
- 10) かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0e-att/2r98520000036k1t.pdf>

(服部英幸)

Dementia Japan 第29巻 第4号 別冊

全国の重度認知症患者デイケアの 実態調査

尾寄 遠見, 前田 潔

原著

全国の重度認知症患者デイケアの実態調査

尾寄 遠見¹⁾²⁾, 前田 潔²⁾

要 旨

認知症者専門の通所医療施設である重度認知症患者デイケア（以下、認知症デイケア）に関する全国的な実態調査を行い、その施設および利用者実態、従事者の意識調査を通して認知症デイケアの現状と課題を明らかにした。1か所の認知症デイケアの一日平均利用者数は26名、週当たり平均4.2日利用されていた。平均年齢は80歳、要介護度の多くは2～3で、妄想、不安、興奮などを示す利用者が多かった。勤務する作業療法士は、認知症デイケアを多職種での医療を提供し、家族の介護負担軽減に貢献する貴重な医療資源と認識していた。現在では認知症デイケアの認知度は決して高くないが、今後は広く認知され、利用が進むことが期待されると結論された。

1. はじめに

わが国の認知症施策の基本は、認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で暮らすことである。その基本施策のもと、通所型サービスは認知症者およびその家族の地域生活を支えるうえで不可欠な社会資源である。わが国の認知症者が利用可能な通所型サービスは、認知症対応型通所介護、通所介護、通所リハビリテーションおよび重度認知症患者デイケア（以下、認知症デイケア）である。

認知症デイケアとは精神科を標榜する病院・診療所に設置される認知症者専門の通所医療施設である。いわゆる通所リハビリテーション（デイケア）や通所介護（デイサービス）などの介護保険適用のサービスとは異なり、行動・心理症状（BPSD）の著しい認知症者を対象とした精神科専門療法に位置付けられる。Table 1はその施設基準を示している。Table 2では他の3つの通所型施設との相違点を記している。認知症デイケアには精神科医師のほか、作業療法士、看護師、精神保健福祉士などの多くの専門職が配置されており、様々な視点からの認知症医療・ケアが行える。厚生労働省が発表した認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の中でも「認知症者とその家族を地域で支える」という目標が掲げられており（厚労省、2012）、地域の一資源とし

A survey of daycare facilities for dementia people in Japan
Tohmi Osaki, Kiyoshi Maeda

¹⁾ 神戸大学医学部附属病院認知症疾患医療センター [〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7-5-2]

Medical Center for Dementia, Kobe University Hospital (7-5-2 Kusunoki-cho, Chuo-ku, Kobe 650-0017, Japan)

²⁾ 神戸学院大学総合リハビリテーション学部 [〒651-2180 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬518]

Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)

Table 1. The day care for people with severe dementia

Outline	Medical management is performed to each patient to improve the psychological symptoms and to recover the mental and physical function.
Subjects	Dementia patients with severe behavioral and psychological symptoms.
Personal distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrists • Occupational therapists • Nurses • Psychiatric nurses or psychiatric social workers or clinical psychologists

Table 2. Day care and day service facilities in Japan

	Day care for people with dementia	Day care for elderly	Day service for elderly	Day service for people with dementia
Insurance	Health insurance	Long-term care insurance		
Subjects	Dementia people with severe BPSD or physical illness	People needed long-term care service		Dementia people needed long-term care service
Personal distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrists • Occupational therapists • Nurses • Psychiatric social workers • Clinical psychologists 	<ul style="list-style-type: none"> • Physicians • Nurses • Therapists (OT, PT or ST) • Care workers 	<ul style="list-style-type: none"> • Life counselors • Nurses • Care workers 	<ul style="list-style-type: none"> • Life counselors • Nurses • Care workers
Aims	To improve the psychological symptoms and to recover the mental and physical function	Rehabilitation to recover the mental and physical function	Care of daily life and functional training	Care of daily life and functional training

Notes: BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; OT=occupational therapists; PT=physical therapists; ST=speech-language-hearing therapists.

て認知症デイケアを活用する事は望ましいと考えられる。

しかしその知名度は低く、全国の施設数も平成23年で239施設と少ない(中医協, 2011)。また認知症デイケアに関する調査、報告はきわめて少なく、あってもせいぜい1~数施設における調査が多くを占め(上城ら, 2009; 小野ら, 2006; 佐藤ら, 2011; 高橋ら, 2008)、全国的な調査は少ない(日本精神科病院協会, 2011; 認知症介護研究・研修東京センター, 2013)。認知症デイケアの最大の特徴は精神科医やリハビリ専門職などの多職種がBPSDを示す認知症者に対応するという点にある。認知症者が激しいBPSDを示しても入院・入所を避けて可能な限り通所で対応しようとするもので、激しいBPSDを示してもこれら専門医療職が協働して住み慣れた地域での生活を継続しようとするものであ

る。このことは国の方向性とも一致するもので、今後、重要とされる認知症ケアのひとつである。

今回、我々は全国の認知症デイケアに関する実態調査を行った。その施設実態と利用者実態、そして従事者の意識調査を通して認知症デイケアの現状と課題を明らかにし、今後の施設整備に向けた基礎資料とする事を目的とした。

2. 対象と方法

調査は2回に分けて行った。1回目の調査(以下、調査①)では施設実態を、2回目の調査(以下、調査②)では利用者実態を調査した。従事者の意識調査は調査①、調査②の両方を通して行った。

調査①の対象は平成24年8月時点で資料やウェブサイトから住所の判明した全国の認知症デイケア

189施設とした。平成24年9月に調査票を郵送にて送付し、郵送にて回収した。

調査②の対象は調査①で回答のあった施設のうち、再度の協力を承諾いただいた64施設とした。平成25年3月に調査票を郵送にて送付し、郵送にて回収した。

全ての調査の記入者は認知症デイケアに勤務する作業療法士に依頼した。

本調査は神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会における承認（承認番号：HEB120613-6）を受けて行われた。

3. 結果

調査①では189施設中67施設から回答（回収率：35.4%）があった。調査②では64施設中29施設から回答（回収率：45.3%）があった。

3.1. 施設実態

施設種別は病院が71.7%、診療所が22.4%、その他が6.0%であった。病院のうち精神科病院が93.8%であった。申請単位数（利用者25名が1単位）は1単位が67.2%、2単位が26.9%、3単位以上が6.0%であった。週の実施日数は6日が55.2%と最も多く、次いで5日が34.3%、7日が10.4%であった。週5および6日で9割を占めていた。平均従事者数は1単位25名定員に換算すると、作業療法士が1.4名、看護師が2.0名、精神保健福祉士が1.0名、介護士などが3.2名配置されていた。臨床心理技術者は19.4%（13施設）の施設で配置されており、平均では0.2名であった。

65歳未満で発症する若年性認知症者に関して、受け入れ可能で利用者ありが61.2%、受け入れ可能だが利用者なしが29.9%、受け入れ不可能が6.0%などであった。介護保険サービスとの連携では、認知症デイケア利用者はほとんど（92.8%、後記）が介護保険を利用しており、各利用者について介護保険のサービス担当者会議へ認知症デイケア職員の参加を要請されたり、会議への職員の意見を求められることがある。その利用者の割合を、すべての利用者、利用者の8割、利用者の5割、利用者の2割、

およびまったくない、の5つの選択肢で尋ねた。すなわち介護保険サービスとの連携を調査したところ、利用者の2割程度が32.8%と最も多く、次いで8割程度が23.9%、5割程度が22.4%、全くないが9.0%、全ての患者であるとした施設はわずか4.5%（無回答7.5%）であった。5割以下の利用者にはサービス担当者会議を開かれていない施設が2/3を占めていた。

入浴サービスは利用者の半数以上に実施が32.8%、半数以下に実施が41.8%、非実施が23.9%であった。平成24年度より新設された夜間ケア加算（通常の6時間に加え、追加で2時間以上実施すると1日100点加算）については全ての施設が実施していなかった。

3.2. 利用者実態

全体の利用者数（平均±標準偏差）は定員が34.5±17.7名、総登録者数が51.4±32.6名、一日平均利用者数が26.2±16.1名、6か月間での新規利用者数が10.7±7.6名、6か月間での利用中止者数が9.4±8.5名であった。

利用者については25施設から計102の利用者個人票を回収した。内訳は男性36名、女性66名であった。年齢は80.4±7.8歳（60歳～96歳）であった。通所期間の平均は30.3±25.1か月（1～138か月）であった。

アルツハイマー型認知症が70.0%と最も多く、次いで前頭側頭型認知症が6.0%、血管性認知症が5.0%、レビー小体型認知症が2.0%、その他が17.0%であった。週当たりの平均利用日数は4.2日±1.5日であった。自宅から通所している利用者が80.2%、グループホームなどの介護施設から通所している利用者が16.8%などであった。介護度認定は要介護3が25.8%と最も多く、次いで要介護2が21.6%、要介護1が19.6%、要介護4が13.4%、要介護5が10.3%、要支援が2.1%、介護保険未申請が7.2%であった（Figure 1）。

キーパーソンは子（義理を含む）が58.2%、配偶者が37.8%などであった。同居人は2.3±1.7名であった。通所理由（複数回答可）は認知機能の維持・改善のためが84.3%と最も多く、生活リズムの構築