

平成 22 年度長寿医療研究開発費

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に関する研究
(22-6)

主任研究者 服部 英幸 独立行政法人国立長寿医療研究センター行動・心理療法部 部長
研究者協力者 武田章敬、佐々木千佳子

研究要旨

介護施設や急性期病院など認知症の専門科が必ずしも勤務していないしせつでは認知症に伴う精神症状・行動異常（BPSD）の対応に苦慮し、そのことが認知症例の医療・介護における支障になっている。初年度はB P S D対応における実態調査を行なった。その結果、介護施設、急性期病院においては認知症の診断は半数以上において十分にはつけられておらず、使用できる薬剤も限定的であることが判明した。また、地域での専門病院との連携も時間がかかることが多いことがわかった。以上の点を踏まえて本研究ではB P S D対応が救急医療としての側面をもつという観点から、初期対応とその後の地域連携のための指針作成をおこなっていく。

A. 研究目的

認知症に伴う精神症状・行動異常（BPSD）は認知症全体の半数程度出現するとされる。BPSDは介護負担を高め、在宅、介護施設から医療機関への入院を求める大きな原因になっている他、一般病院において認知症患者の入院治療を躊躇する原因ともなっている。日本老年精神医学会、日本認知症学会認定の専門医の数は現在1000名に足りていない状況であり、BPSDの対応、特に救急での対応は困難である。一般病院や介護施設でのBPSDの対応の指針が十分確立されていない中、介護、医療現場での手探りでの対応に任されている。本研究により、介護施設、一般病院での初期対応の指針を構築でき、さらに、地域連携のための指針が確立されれば、認知症患者の医療・介護レベルを上げることができると期待される。本年度はまず、介護施設、急性期病院において認知症例の診断、薬物療法の実態、地域連携での問題点を調査・研究し、それを元に次年度以降の指針作成の準備とする。

B. 研究方法

1. 介護施設におけるB P S D対応の問題点（担当：長屋、福田、服部）

長屋は老人保健施設を対象として、認知症の診断比率、BPSDの発生状況について、定点観測的に調査した。福田は知多地域に立地する介護施設にアンケート調査を行いBPSD症状の介護困難度について調査した。服部は全国500ヶ所の老人保健施設にアンケート調査をおこない、使用されている薬物に関する調査をおこなった。

2. 急性期病院におけるBPSD対応の問題点（担当：鶴飼、浅井）

鶴飼は精神科の立場から、急性期病院において整形外科など身体疾患治療を目的で入院した認知症患者の診断レベルおよびBPSDが発生した場合の対処の実態について定点観測的に調査した。浅井は身体治療医（内科）の立場から、急性期病院における身体疾患治療病棟でのBPSD発生とその対応の実態調査を自身の所属施設において定点観測的に調査した。

3. 向精神薬とBPSD・せん妄発生との関連（担当：池田）

池田は精神科としての立場から薬剤使用による、認知症患者の精神症状悪化、せん妄惹起に関して精神科病院内での調査をおこなった。

4. BPSDと地域連携（担当：服部、研究協力者武田）

BPSDの対応には地域における医療・介護施設の連携が必須である。研究協力者武田は愛知県の医療機関および知多北部地域の医療機関の認知症診療に関する実態調査をアンケート方式で実施した。

研究方法の詳細については各分担報告参照。

（倫理面への配慮）

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（平成16年12月28日改正、平成17年6月29日一部改正）を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（平成16年12月28日改正）を遵守しておこなった。

C. 研究結果

1. 介護施設におけるBPSD対応の問題点（担当：長屋、福田、服部）

長屋によると老人保健施設での認知症診断に関しては、分類不明が27例(42.1%)にのぼっていた。また、BPSDの症状の中では帰宅願望がもっとも高頻度であった。福田は介護施設における介護負担の大きい認知症症状を調査し、頻度が高くかつ介護負担も高いものとして、「異常行動」「興奮」「不眠」があることを明らかにした。長屋と福田の結果については各分担報告書参照。

服部は全国の老人保健施設500箇所にアンケート調査を行なった。

対象：社団法人全国老人保健施設協会のホームページにて公表されている、協会会員施設情報を用いて各都道府県別のリストを作成し、人口比から都道府県の施設数を決定する。乱数法により、そのリストから発送先を決定する。全国で計500施設を対象とする

調査内容：各施設におけるBPSD対応のための薬物の採用について睡眠剤、抗不安剤など薬理作用別に調査した。その結果、半数以上(50%以上)の施設で採用されている薬剤

は、以下のとおりであった(図. 1から図. 6)

睡眠剤：レンドルミン、ハルシオン、アモバン、マイスリー

抗不安薬：デパス、セルシン

抗うつ薬：パキシルのみ

抗精神病薬：グラマリール、リスパダール、セレネース、セロクエル

気分安定化薬：テグレトール、デパケン（ただし、これらの薬剤は抗てんかん薬として採用されている可能性もある）

抗認知症・脳循環代謝改善薬：アリセプト、サアミオン（全く採用していない施設が17%）

このことから、介護施設内で選択できる薬物の種類はきわめて限定されていることがわかった。

2. 急性期病院におけるBPSD対応の問題点（担当：鶴飼、浅井）

鶴飼の結果では一般の総合病院においては、入院患者に占める認知症患者の割合は15～20%程度で、認知症の鑑別診断がなされていない状態で、入院している認知症高齢者が大部分であることが推定された。また、認知症患者の家族の多くが多くの家族が、病院側から、常時の付添いを求められたり、抑制を入院の条件とされたり、強制的に退院させられた経験を持っていることが確認された。浅井の結果では調査した急性期病院のアクシデントレポート全2556件中539件、21.1%にから背景に認知症・せん妄が関与していた。また医療的処置を要する重篤度3以上の占める割合は全体の8.1%に比し9.8%と高く、特に重篤度3b以上は全体の1.3%に比し1.9%と1.5倍で転機がより重篤となる比率が高い。内容は転倒、骨折、点滴ライン抜去が多かった。（詳細は各分担報告書参照）

3. 向精神薬とBPSD・せん妄発生との関連（担当：池田）

池田の結果では薬剤性せん妄を起こした患者の基礎疾患は、脳血管性認知症が最も多く4名、レビー小体型認知症とせん妄のみで各2名、アルツハイマー病と軽度認知機能障害では各1であった。つまり、せん妄のみのはすべて薬剤性であり、脳血管性認知症の57.1%、軽度認知機能障害の半数に、薬剤性せん妄が出現していた（詳細は各分担報告書参照）。

4. BPSDと地域連携（担当：服部、研究協力者武田）

武田が行なった調査結果

愛知県の医療機関における認知症診療に関する実態調査結果

1. 調査の方法

- 調査票の作成：東京都福祉保健局が平成19年に行った「東京都認知症専門医療機関実態調査」の調査票を一部改変し、作成した。
- 調査対象：愛知県内の病院、日本老年精神医学会・日本認知症学会・日本老年医学会・日本神経学会の専門医が勤務する、又は日本精神神経学会専門医制度研修施設に該当する診療所

■ 調査期間：平成 22 年 12 月

■ 調査方法：調査票を対象全てに送付し、記入後返送してもらった。

2. 調査の結果

調査対象ごとの回収数、回収率を以下に示す。

	送付数	回収数	回収率
病院	331 ケ所	89 ケ所	26.9%
診療所	62 ケ所	25 ケ所	40.3%

内容の結果は図 2.1 から 2.2 参照

認知症の行動・心理症状の入院治療が可能な医療機関において、病床区分は精神病床が 74%と最多であり、52%が 2 週間以内に入院可能であった。以上から精神病床に入院するまでの 2 週間の初期対応が重要となることがわかった。

D. 考察

介護施設や急性期病院では認知症患者の扱いに苦労している。平成 20 年度長寿委託研究（20 指-1）において全国の老人保健施設 1000 施設対象に地域連携に関するアンケートを行なった。その結果、約 7 割の老健で、認知症専門病院からの患者受け入れが行われていないことがわかった。一般病院からの受け入れは 93%で行なっているのにである。さらに、認知症 B P S D の既往のある症例は介護施設入所を断られる事例が多いこともわかった。しかし、認知症に関する研修を積極的に行なっているところは専門病院からの受け入れが多くなる傾向があることも示されている。このような傾向は認知症専門医のいない一般総合病院でも同様であると考えて差し支えないだろう。

B P S D（せん妄）の症状は急に変化して発症することが多く、その対応に戸惑うことが多い。患者に関する情報はあるのだが、診断に関しては明確になっていない症例が多い。教科書などでは認知症の対応方法の記載があるものの、最近では診断がついていることが前提となりつつある。実際には介護施設、一般病院の認知症患者のおおくが重症度評価も診断もなされていない（分担研究者鶴飼、福田の調査から）。介護スタッフはとりあえずの対応方法がわからず、あわてることになる。丁度、救急医療現場で、知識と経験のすくないスタッフが陥る状況に似ている。つまり、なにがおきているかわからない（症状把握のしかたがわからない）、対処の仕方がわからない（当初の状態に応じたアプローチ）中で、何とか Dr に連絡をとって医療的対応にもちこもうとする。医師も状態をみてそれなりの投薬をしたいが、施設内で使える薬はきわめて制限されている（服部の調査から）。そうこうするうちに時間が経過し、B P S D・せん妄の患者は状態が悪くなり、他の入所者へのネガティブな影響が心配される。そこで、認知症専門治療施設へ連携を依頼したいが、入院治療への受け渡しが円滑にすすまない（武田の調査から）。それでも何とか入院を依頼して、送り出したら、退院後の受け入れは困難であるとして拒否する。入院させた本人だけでなく、

同様の症状をしめす例はすべて拒否される。この状況は一般病医でも同様に発生している。

この状況のポイントを考えてみると、

1. 発症初期の評価・対応の仕方
2. その後の地域連携

の2つが重要であると考えられる。(ここでBPSDとせん妄は医学的には違う概念であるが、鑑別は専門家でも困難なことが多い。まして、介護、一般病院ではすくなくとも初期の段階では区別をつけることは不可能だというのが現実であろう。したがって乱暴な部分もあるが、おなじレベルとして話を進める。)

上記に述べたように、BPSDやせん妄はまわりからは急激ととれる発現の仕方があり、当初の対応がよければ軽症のうちに解決でき、専門施設に送ってさらに進んだ医療を受けさせることができるが、初期対応を誤ったり、地域での連携ができていないと重大な結果を招く。これらは救急医療の概念に対応する。

救急医療としてBPSD・せん妄対応を考えた場合、以下の3点が重要である

a. 初期評価・・・トリアージの考え方

初期段階でどこまで対応可能なのか、すぐ専門施設におくるのかの評価が、介護スタッフ、非専門医、看護師にできることが必要である。ここでは、身体疾患の急激な発現も含まれるので、身体徴候への配慮も求められる。ここで本研究として求められるのは、「BPSD症状ごとの早期徴候はあるのか、文献的調査とエビデンスはあるのか」という点である。

b. 初期対応

それまで認めらなかった認知症BPSDが出現したときに、まず行なうべき評価と対応・介入(薬物、ケア)である。背景で述べたように、診断をつけ、それに添った対応をとる努力は必要だが、現状では介護施設、一般病院に入所(入院)中の多くの例が未診断状態であるため、診断がついていないことを前提としての対応を求められる。勿論、最終的には診断を正確にくだし、それに応じた治療、対処法をおこなうべきだが、それは救急医療で言えば2次救急以降であり、初期の段階では対症療法的アプローチがきわめて重要であると考ええる。

そこで、われわれの研究は、精神症状・行動異常の各症状ごとに、初期の段階で何ができるのかをしめすことであるといえる。

- イ. 薬物はどのくらい使えるか・・・院内薬剤は限定的である施設がほとんど?現状ではその場で提供できる薬物は限られている(介護施設、一般病院で具体的にどのような睡眠剤、抗うつ剤、抗精神病薬が使用されているかなど、調査の必要あり)。
 - ロ. 看護・介護スタッフでとりあえずできる非薬物的対応方法はないか?スタッフが負担に感じる大きな原因として「一体いつまでこの症状とつきあうのかわからない」
- c. 専門医療へのシームレスな連携

急激に発症したBPSDについて初期の対応ができたなら専門施設への受診、転院をかん

がえるしかない。そのための、連携を円滑に行なうにはどうすればいいのか。とりあえずの対応後（せめて数日間。このあたり救急医療に類似）、専門的治療へすすめていくための連携を提言することが求められる。

E. 結論

介護施設および急性期病院での認知症 B P S D 対応のポイントを考えてみると、発症初期の評価・対応の仕方およびその後の地域連携の 2 つが重要であると考えられる。今回の研究でのミッションはこのような状況を打開するにあり、そのためには上記の 2 つについての指針を示すことを目標とするべきであると考えられた。本研究においては今年度の研究結果をもとに、次年度から認知症 B P S D 初期対応の指針作成に取り掛かる予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸：高齢者うつ病は認知症とどこが違うのかー対処法は？ 訪問看護と介護 第 15 巻 1 号 32-38 2010

服部英幸、森明子、小長谷陽子、鈴木亮子：デイケア利用者におけるうつの実態とデイケアの効果 日本医事新報 4472, 93-96, 2010

服部英幸：認知症の地域医療-各医療機関の特性（得手不得手）と地域連携の現状・課題 4）老年医療専門病院の認知症専門医としての立場から。

神経内科 Vol. 72 Suppl. 6 206-210 2010

Hideyuki Hattori, Kenji Yoshiyama, Rina Miura, Sachiko Fujie: Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly. PSYCHOGERIATRICS, 10, 29-33 2010

服部英幸：高齢者在宅医療の実際 3) 認知症への対応。Geriat. Med 48,, 1511-1517, 2010

服部英幸：B P S D に応じた対応。小長谷陽子編著。本人・家族のための若年性認知症サポートブック。中央法規 東京、191-199 2010

2. 学会発表

服部英幸、加藤隆司：軽度認知障害（MCI）に伴ううつ状態の心理特性。第 51 回日本老年医学会学術集会、パシフィコ横浜、平成 21 年 6 月 19 日

服部英幸、吉山顕次、三浦利奈、藤江祥子：高齢者心気症の心理特性。第 24 回日本老年精神医学会、パシフィコ横浜、平成 21 年 6 月 19 日

服部英幸、吉山顕次、三浦利奈、藤江祥子：アルツハイマー病、軽度認知障害（MCI）に伴ううつ状態の心理特性。第 6 回日本うつ病学会、東京、平成 21 年 7 月 31 日

服部英幸、吉山顕次、三浦利奈、藤江祥子：レビー小体型認知症に伴ううつ状態の心理特性—大うつ病、アルツハイマー病との比較—第7回日本うつ病学会、金沢、平成22年6月11日

服部英幸：総合病院における認知症治療病棟の機能と問題点について。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

深田伸二、北川雄一、原田敦、服部英幸：高齢者術後せん妄発症頻度の検討。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

清水敦哉、野本憲一郎、末永正機、服部英幸：高齢者の心臓ペースメーカー植え込み患者における心理特性（認知、記憶、気分、意欲）に関する検討。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

服部英幸、間瀬徹、服部千賀子、水島久美子、外尾知英子、軽度アルツハイマー病に対する絵画療法の有効性の検討。第29回日本認知症学会、2010.11.5、名古屋市

前野信久、加藤隆司、藤原謙、箕野健太郎、鷺見幸彦、新畑豊、武田章敬、末永正機、服部英幸、吉山顕次、三浦久幸、伊藤健吾、BF227-PET画像で捉えたAβ集積とVBM-MRI解析による脳萎縮との関連についての検討。第29回日本認知症学会、2010.11.5、名古屋市

中村昭範、吉山顕次、Diers Kersten、加藤隆司、小野健太郎、服部英幸、文堂昌彦、伊藤健吾、脳磁図を用いたアルツハイマー型認知症の電気生理学的マーカーの検討。第29回日本認知症学会、2010.11.5、名古屋市

櫻井孝、武田章敬、服部英幸、遠藤英俊、鷺見幸彦、文堂昌彦、伊藤健吾、三浦利奈、渡辺佳弘、藤崎あかり、かせ川牧子、井上智子、北村忍、加知輝彦、鳥羽研二、国立長寿医療研究センターでの新たな「もの忘れセンター」—認知症の予防から終末期まで—。第29回日本認知症学会、2010.11.5、名古屋市

G. 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

なし

図. 1 睡眠薬

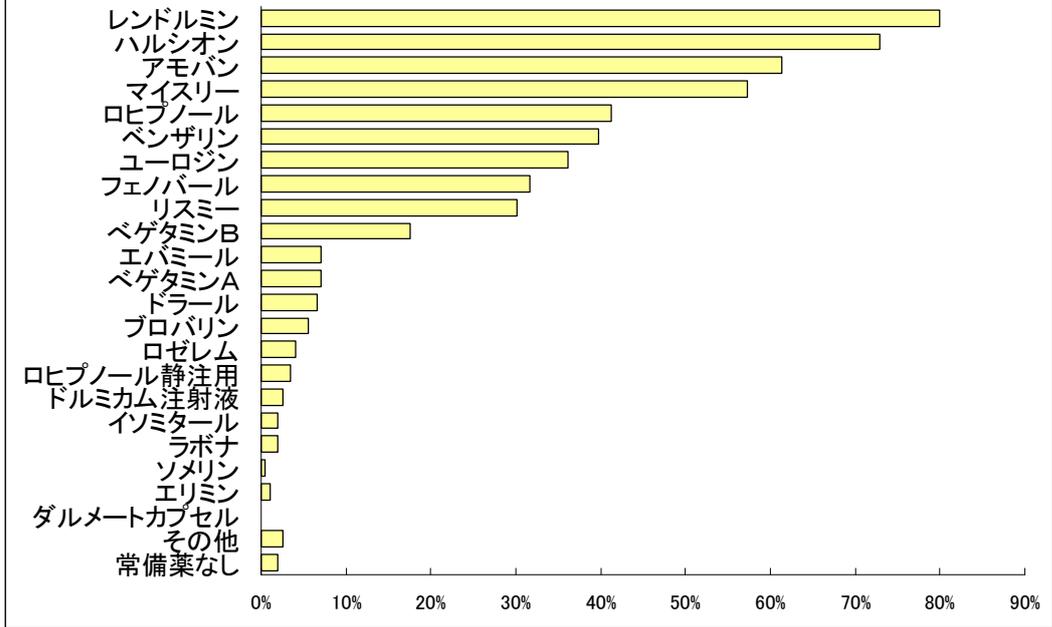


図. 2 抗不安薬

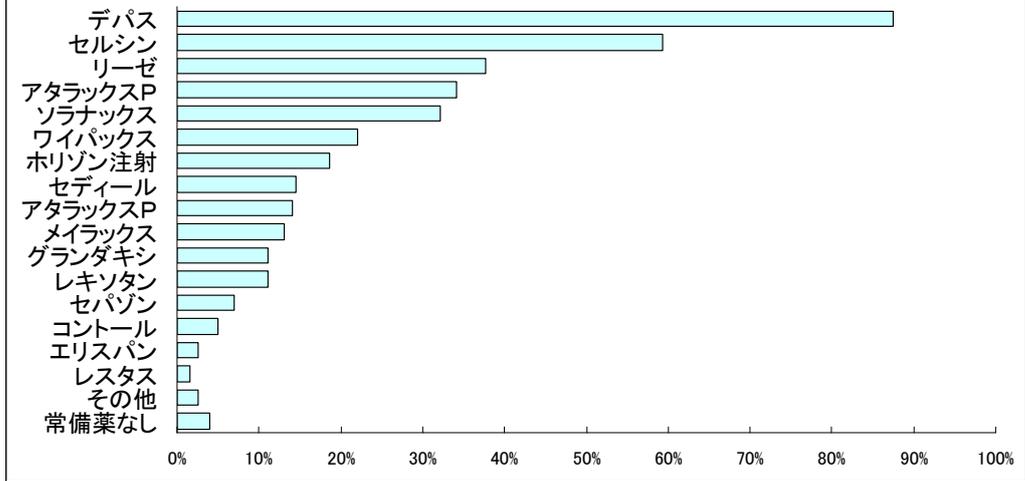


図. 3 抗うつ薬

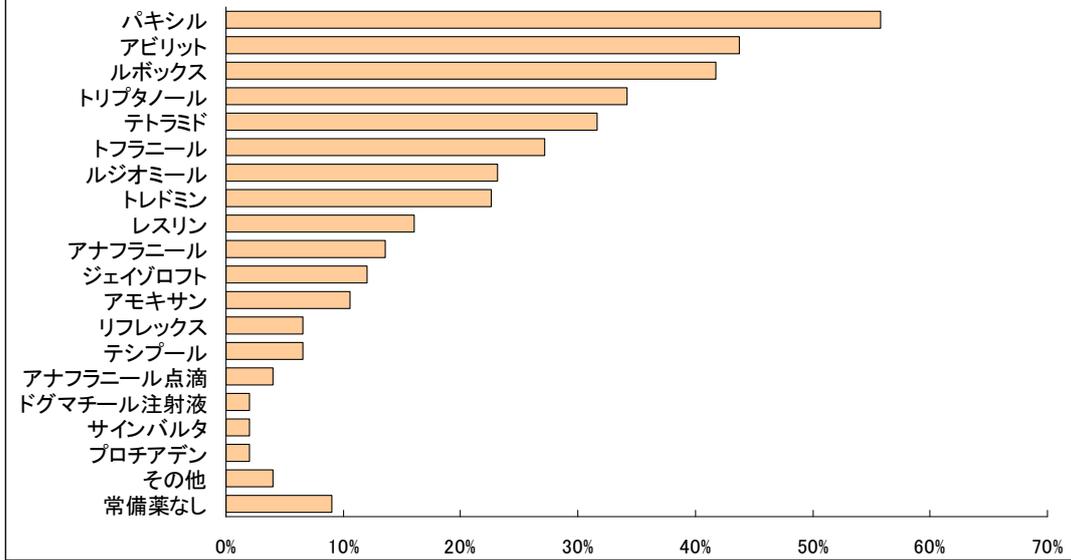
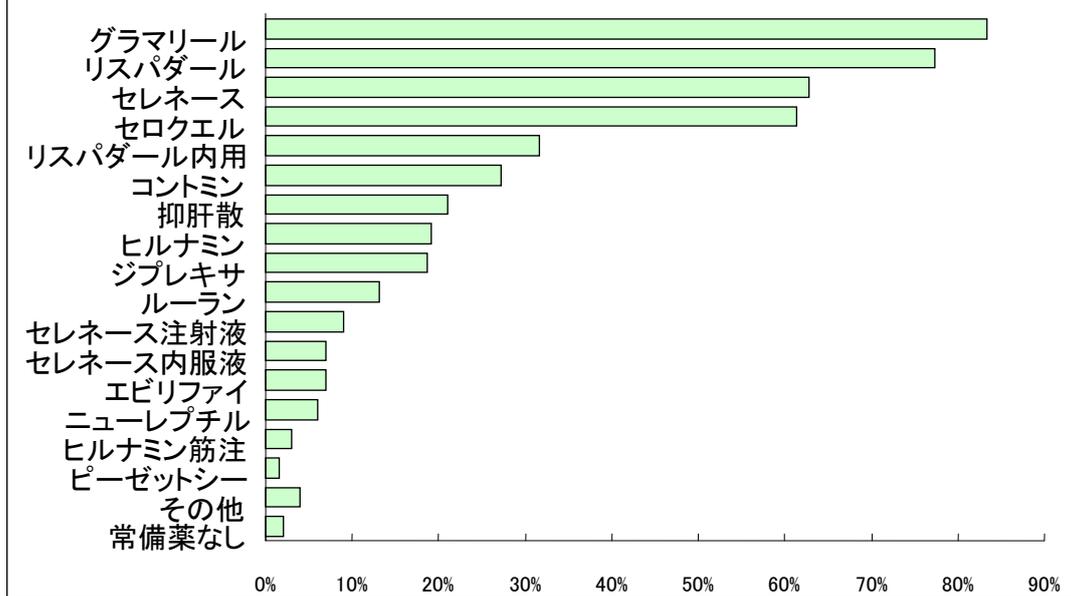
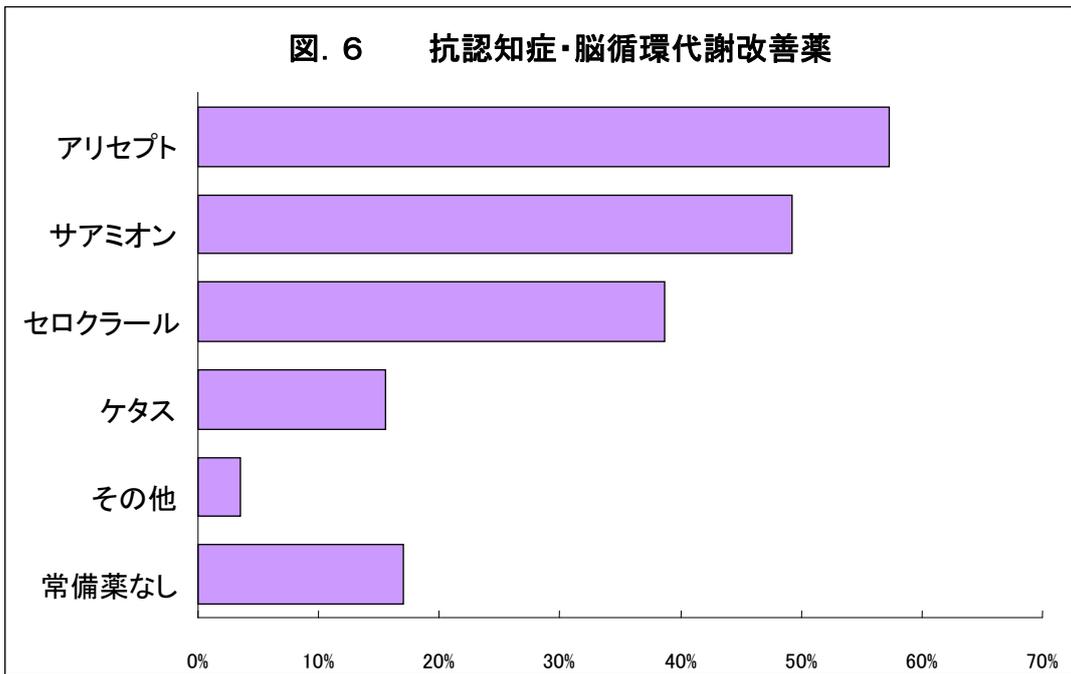
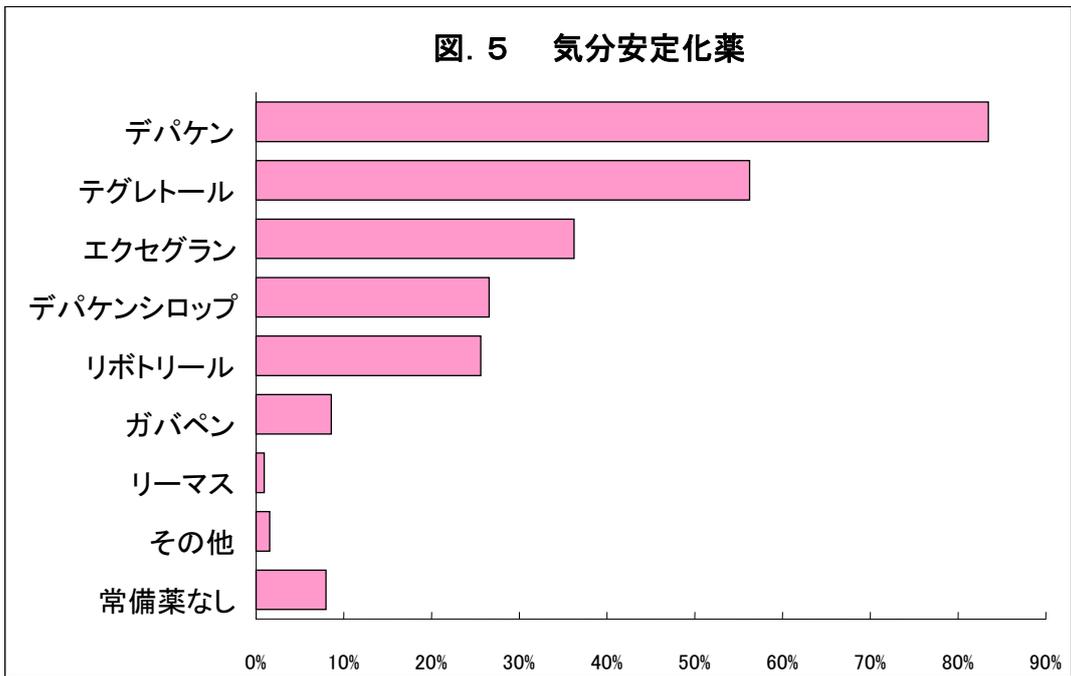


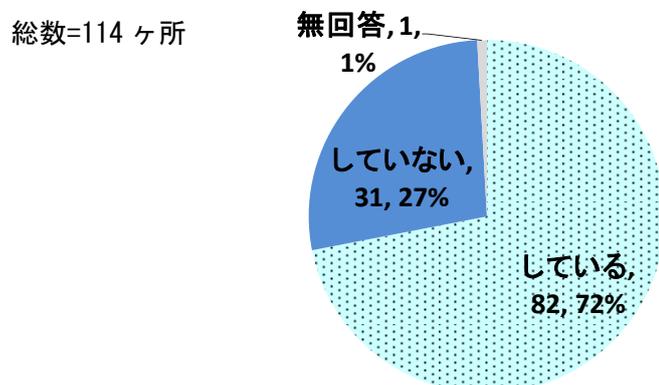
図. 4 抗精神病薬



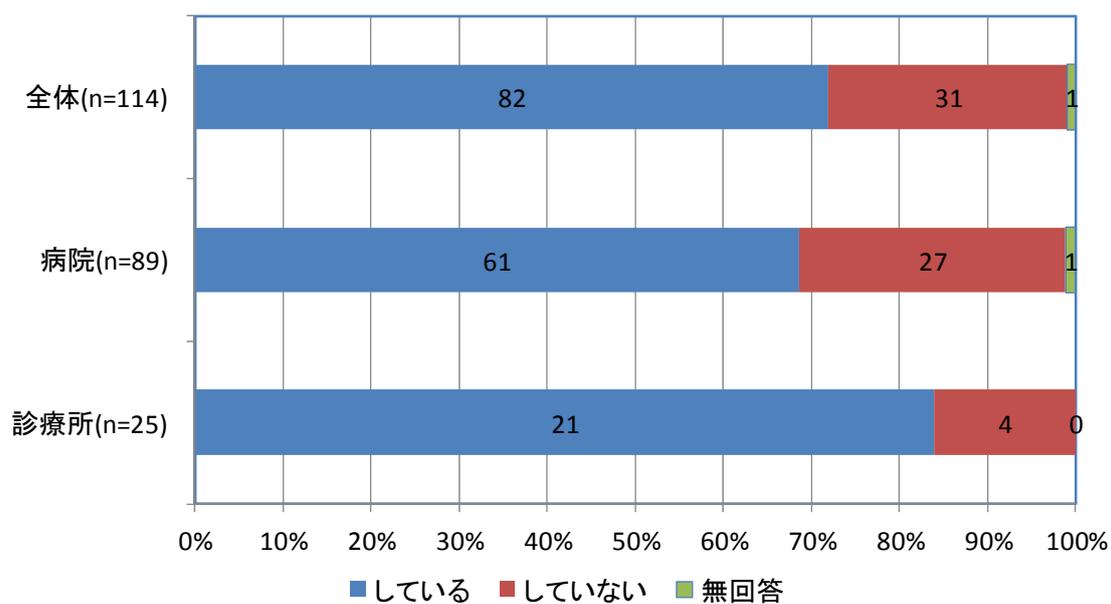


2.1 認知症への対応について

図表 2-1-1 「貴院では認知症患者への対応（認知症診断・治療・身体疾患発症時の対応いずれでも可）を行っていますか」

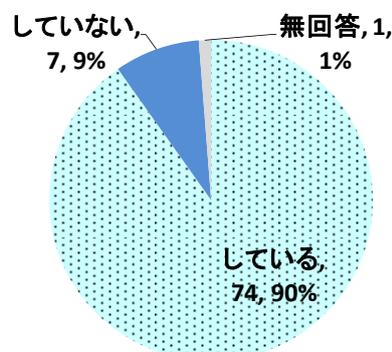


図表 2-1-2 「貴院では認知症患者への対応（認知症診断・治療・身体疾患発症時の対応いずれでも可）を行っていますか。」（医療機関別）



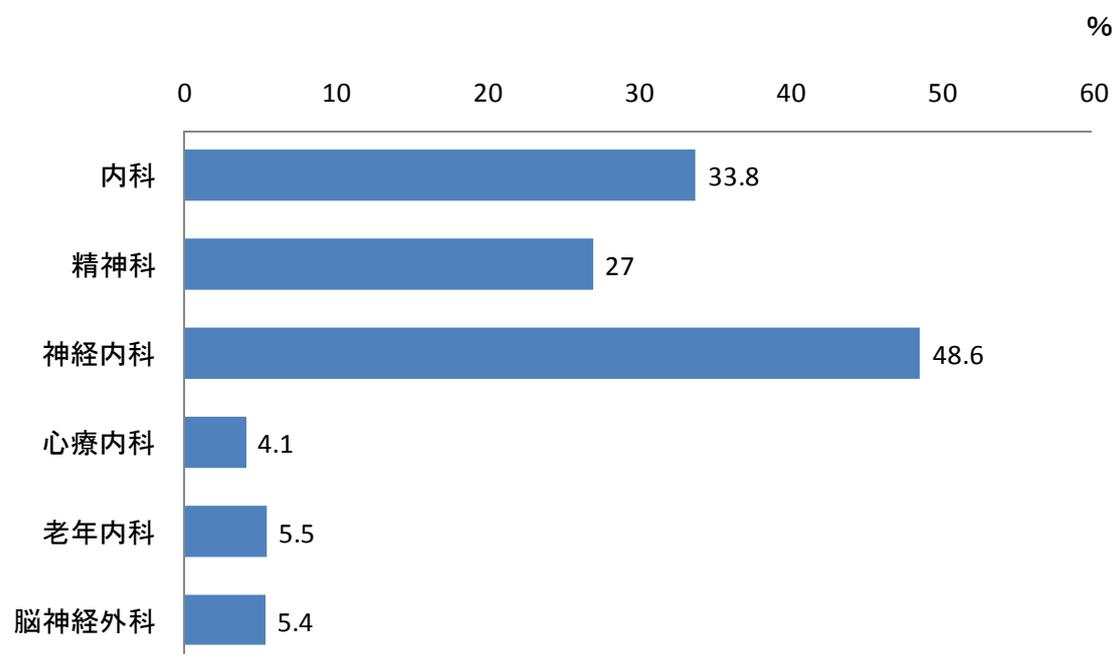
2.2 認知症の診断・治療について

図表 2-2-1 「貴院において認知症の診断・治療を行っていますか。」



認知症患者への対応を行っている医療機関（82 ヶ所）のうち、認知症の診断・治療を行っているのは全体の90%であった。

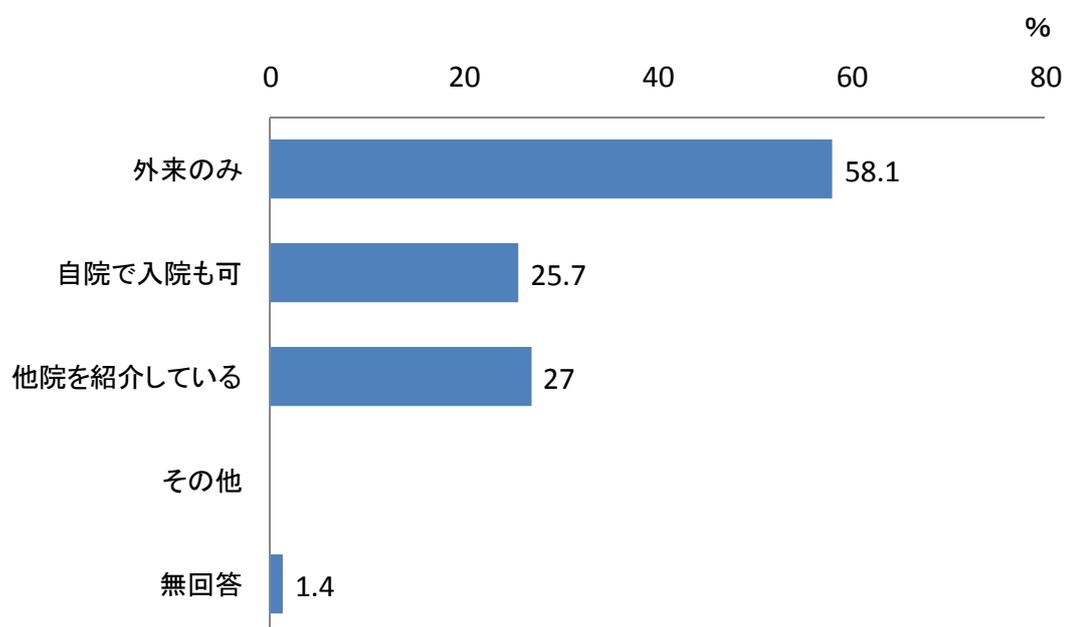
図表 2-2-2 「貴院で認知症の診断をするのは、主にどの診療科ですか。あてはまる全ての診療科をお答えください。」



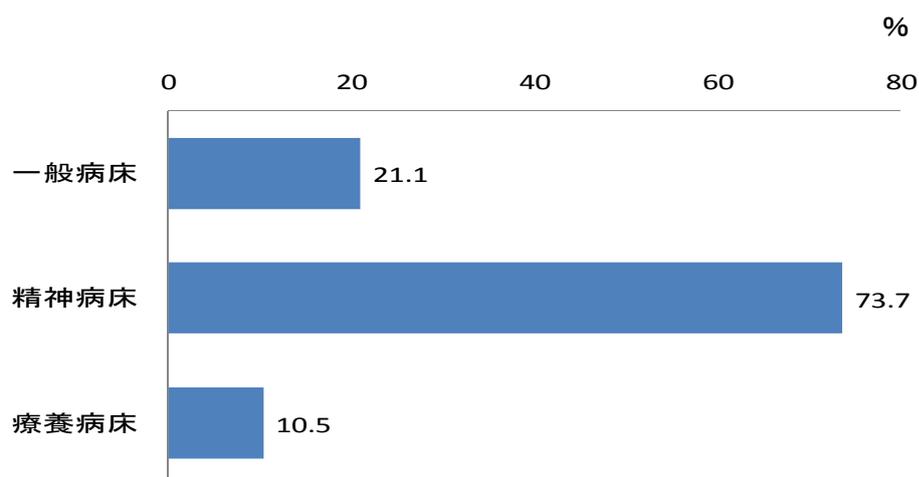
認知症の診断・治療を行っている医療機関（74 ヶ所）のうち、認知症の診療を行う診療科としては、神経内科が48.6%で最も高く、内科、精神科と続いた。

2.3 認知症の周辺症状・身体合併症への対応について

図表 2-3-1 「不穏・興奮等の認知症の周辺症状のある患者に対する診断、治療はどのように行っていますか。」

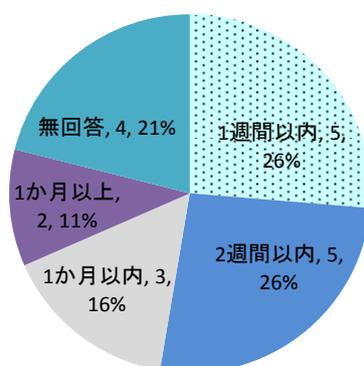


図表 2-3-2 「自院でも入院可」の場合の病床区分



不穏・興奮等の認知症の周辺症状のある患者を入院で治療している医療機関（19ヶ所）の病床区分の74%が精神病床であった。

図表 2-3-3 「入院待ちはありますか。」



認知症の周辺症状の入院待ちは半数以上で2週間以内であった。