

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 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：福田耕嗣、武田章敬、佐々木千佳子、吉田美香

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施設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。平成22年度の成果を踏まえて本研究ではBPSD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た。BPSD全体を過活動症状と低活動症状に整理し、重要な項目を挙げてそれぞれへの初期評価、ケアおよび薬物対応、専門家への紹介基準を提示した。

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。本年度は去年の成果を踏まえBPSD初期対応指針を作成した。

B. 研究方法

BPSD全体を過活動症状、低活動症状の2群に分け、医療・介護の現場で特に問題となる症状について以下のような項目について記述した。また、一般病院で使用しやすいことを念頭に身体疾患とBPSDの関連についても章を立てた。すべての項目で評価と対応を時間的流れとして理解できるようにチャート形式の図を添付した。内容はこれまでの先行研究を出来る限り参考にしたが、エビデンスレベルは示すことができなかった。

(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

指針集の全体は以下のような構成とした

	作成者
1. 認知症 BPSD 初期対応の意義について	服部
2. 認知症 BPSD 初期対応の現状と問題点	
介護施設での BPSD 頻度と管理	長屋
介護施設における BPSD ケアの現状と問題点	吉田、服部
急性期(一般)病院での BPSD・せん妄の頻度と管理	鶴飼
急性期(一般)病院における BPSD ケアの現状と問題点	佐々木、服部
認知症例の抑制について	浅井
3. BPSDの症状別初期対応	
A. 過活動状態…いわゆる「興奮」	
いわゆる「興奮している状態」の見方・考え方	服部
幻覚	福田
物盗られ妄想	福田
その他の妄想	服部
大声	服部
性的脱抑制・性的逸脱行為	熊谷
脱衣	熊谷
焦燥	熊谷
易怒性(おこりっぽい)	熊谷
攻撃性	熊谷
帰宅要求	寺田
過干渉	寺田
濫集(物集め)	寺田
弄便	寺田
暴力(介護への抵抗を含む)	寺田
自殺念慮・自殺企図	鶴飼
昼夜逆転	鶴飼

徘徊	鶴飼
まとわりつき	鶴飼
異食	福田
過食・盗み食い	福田
夕暮れ症候群	福田
常同行動（同じ行動の繰り返し）	池田

B. 低活動状態…いわゆる「うつ」

いわゆる「うつ状態」の見方・考え方	服部
抑うつ	福田
悲哀	福田
不眠	福田
意欲低下（アパシー）	池田
拒食・摂食障害	池田

C. 身体合併症がある

脳血管障害	服部
急性心筋梗塞	浅井
心不全	浅井
肺炎	浅井
大腿骨頸部骨折	服部

4. 専門治療と地域連携

介護施設と認知症治療が可能な医療機関との連携	武田
一般病院と認知症治療が可能な医療機関との連携	武田
すべての項目にチャート図を添付したが、一例のみ提示する（図）	

D. 考察

BPSD（せん妄）の症状は急に变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（平成 22 年度研究結果）。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、BPSD・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。

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られる。

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示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れば専門施設への受診、転院を考えるしかない。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 BPSD 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。本研究においては昨年度の研究結果をもとに、今年度から認知症 BPSD 初期対応の指針を作成した。次年度に出版予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸： 地域ケアで患者を支える。 *Aging and Health*, 第 20 巻 2 号、24-27、2011

Takahashi T, Iijima K, Kuzuya M, Hattori H, Yokono K, Morimoto S: Guidelines for non-medical care providers to manage the first steps of emergency triage of elderly evacuees. *Geriatr Gerontol Int*. 2011 Oct;11(4):383-394.

Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T: Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011 Oct;11(4):431-7.

服部英幸：認知症医療に必要な知識・介護保険のシステム。精神科、19、2011、267-273

服部英幸：災害時高齢者医療対策（4）精神面への対応。日本老年医学会雑誌。48、505-508、2011

2. 学会発表

服部英幸：地域の認知症医療と高齢者専門病院の役割。シンポジウムⅣ 認知症医療における精神科医の役割。第26回日本老年精神医学会、東京、2011,6

服部英幸：精神症状への対応。パネルディスカッションⅣ 災害時における高齢者医療対策—避難所生活から高齢者をどう守るか—。第53回日本老年医学会、東京、2011,6

櫻井孝、服部英幸、鷺見幸彦、遠藤英俊、伊藤健吾、武田章敬、文堂昌彦、加知輝彦、鳥羽研二：認知症の予防から終末期までをケアする「物忘れセンター」の設立。第53回日本老年医学会、東京、2011,6

服部英幸、高橋慶子：高齢者うつ病の心理特性—POMS 短縮版を用いた対照との比較研究—。第8回日本うつ病学会、大阪、2011,7

服部英幸：災害時における高齢者の精神的問題への対応。シンポジウム「高齢者医療における危機管理」。第22回日本老年医学会近畿地方会、西宮、2011,11

加藤隆司、伊藤健吾、旗野健太郎、藤原謙、中村昭範、三浦久幸、服部英幸、新畑豊、鷺見幸彦、岡村信行、谷内一彦、物忘れ外来グループ：[C-11]BF-227 集積と脳糖代謝変動の関係：認知機能正常から健忘型 MCI 段階まで。第30回日本認知症学会、東京、2011,11

中村昭範、吉山顕次、Diers Kersten、加藤隆司、服部英幸、文堂昌彦、伊藤健吾：自発脳磁図を用いた脳内ネットワーク機能評価によるアルツハイマー病補助診断の可能性。第30回日本認知症学会、東京、2011、11

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図。チャートの一例・・・帰宅要求に対する対応

