

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・心理療法部長

研究要旨

3年間全体について

BPSD(Behavioral and psychological symptoms of dementia)は、認知症患者に見られる記憶障害などの中核症状以外の症状の総称である。BPSDの存在は介護、看護の負担を増大させる要因となっており、その緩和ないし制御の方法の構築が緊急の課題である。これまでも専門医のための薬物治療方法については研究されてきたが、認知症患者の多くは専門医のいない自宅、介護施設、一般病院にて処遇されている。本研究では、専門医が常時診療に当たっていない介護施設、医療機関において、BPSDを示す認知症患者の初期対応の指針作成をめざした。3ヵ年事業のうち、初年度において介護施設、非専門医療機関におけるBPSD患者処遇の実態調査と、これまで提唱、実施されてきたBPSDへの対応に関する文献的調査を行なった。その結果をもとに、2年目以降は指針作成に着手した。基盤となる考え方は、BPSD初期対応が「救急医療、災害医療」の概念に沿って行われるべきであるという点である。つまり、現場で可能な限りの評価と非薬物的対応、限定された中で薬物対応をおこない、その後必要な症例については、専門医療機関と円滑に連携するプロセスが求められる。

以上の点を重視した、ガイドラインの原稿作成に着手し、3年目に書籍として出版したところである。さらに、最終年度内に、次のステップとして、ガイドラインの有効性を検証するために、多施設共同でガイドラインを使用しない対照をおいた有効性検証研究に着手した。

平成24年度について

前年度までの調査研究をもとに、認知症BPSD初期対応ガイドラインを作成し、平成24年5月に書籍として出版した。また、評価委員会のコメントとして、「ガイドラインの有効性検証がなされる必要がある」ことを指摘されたことをうけて、年度内に介護施設、急性期病院での有効性検証のための研究計画を作成し、国立長寿医療研究センターにおいては倫理委員会の承認を得た。次年度以降、可能であれば継続して検証研究をおこなえる準備をおこなったところである。

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

分担研究者

福田 耕嗣 国立長寿医療研究センター 行動・心理療法部 医師

池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 教授

前田 潔 神戸学院大学総合 リハビリテーション学部 教授

長屋 政博 介護老人保健施設 ルミナス大府 施設長

鶴飼 克行 総合上飯田第一病院 老年精神科 部長

浅井 俊亘 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 内科 部長

熊谷 亮 順天堂大学医学部附属浦安病院メンタルクリニック 准教授

寺田 整司 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・精神神経病態学 准教授

研究期間 平成22年4月1日～平成25年3月31日

A. 背景と研究目的

高齢者の入院が増えている一般病院や介護施設では、認知症症例の対応に苦勞している。先行研究で全国の老人保健施設1000施設を対象に地域連携に関するアンケートを行なったところ、一般病院からの受け入れは93%で行なっているのに、約70%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。さらに、BPSD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。介護施設ばかりではない。認知症患者の対応に苦慮しているのは、認知症専門医のいない一般病院でも同様である。

BPSD（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。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、ほか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、専門施設の情報が限られているし、入院治療への受け渡しが円滑にすまない。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、同様の症状を示す例はすべてお断りとなる。この状況は、一般病院でも同様に発生している。

このような状況への一助として、介護施設および急性期病院での認知症対応向上をめざしてBPSD初期対応ガイドラインを作成し、公表することが当研究班の目的であった。

B. 研究方法

3年間全体について（研究流れ図参照）

初年度は介護施設、急性期病院における認知症 BPSD 患者への対応について、実態調査と文献的研究を行った。

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 B P S D 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 B P S D 対応の問題点（担当：鵜飼、浅井）

鵜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 B P S D 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 B P S D 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 B P S D ・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。

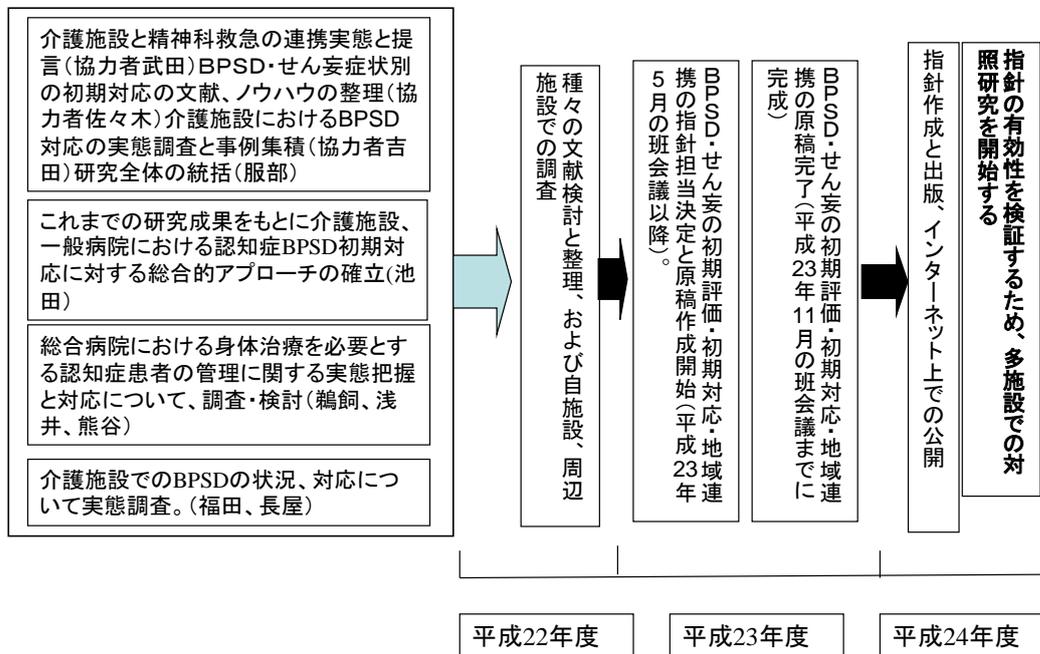
4. B P S D と地域連携（担当：服部、研究協力者武田）

B P S D 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。

2年目は初年度の研究結果をもとに BPSD 初期対応について「救急医療モデル」を応用した指針作成が必要であることがわかり、それにもとづいたガイドラインの作成をおこなった。班員全員で原稿を作成し、班会議およびメールなどを通して内容を吟味、修正した。

3年目は、出版へ向けて、レイアウト、イラスト追加などの作業をおこなった。出版後は有効性検証のための研究計画作成および倫理委員会への承認申請をおこなった。

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(研究流れ図)



平成24年度について

前年度までの調査研究をもとに、認知症 BPSD 初期対応ガイドラインを作成し、平成24年5月に書籍として出版した。また、評価委員会のコメントとして、「ガイドラインの有効性検証がなされる必要がある」ことを指摘されたことをうけて、年度内に介護施設、急性期病院での有効性検証のための研究計画を作成し、国立長寿医療研究センターにおいては倫理委員会の承認を得た。次年度以降、可能であれば継続して検証研究をおこなえる準備をおこなった。

(倫理面への配慮)

3年間全体について

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

3年間全体について

初年度の研究の結果、介護施設、一般病院の認知症患者の多くが重症度評価も診断もなされていないことがわかった（鶴飼、長屋班員による研究）。つまり、患者の背景に関する情報はあがるが、診察に関しては明確になっていない症例が多く、目の前の患者に対して実際にどうしたらいいのかのよりどころがない。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、なにが起きているかわからない（症状把握の仕方がわからない）、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ができない）なかで、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極めて制限されていることが多いことが実態調査で明らかになった（福田、服部班員による研究）。(図. 1)

2年目は初年度の研究をもとに、求められるBPSD初期対応の医療モデル、およびガイドラインの大枠構築をおこなった。介護施設や急性期病院では入所（入院）している事例の認知症の有無、重症度、診断が明確になっていない症例が極めて多い半面、現場の判断で対応を求められることが多い。そのような状況は「救急医療、災害医療」と類似しており、通常の医療モデルとは異なるプロセスが求められる(図. 2、3)。通常の医療では症状、徴候が出現すると、診察、検査を通じて、「診断」がつけられる。その後、診断によって同定された疾患に対応する治療方法が検討される。これは正統的な医療の在り方であり、認知症に関する教科書もほとんど、疾患別に整理され、論述されている。しかしながら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で解決でき、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ものである。

以上の点から、介護施設や一般病院における認知症症例の多くは、診断がついていないことをふまえて、BPSDの症状ごとに、初期の段階で何ができるのかをチャートで示し、できるだけわかりやすくしたガイドライン作成をおこなった。単にBPSDの知識を増やすための本という意味合いだけではない。むしろ、目の前にいる患者・事例の問題を解決するための「次の行動」を決めるためのよりどころとなるものをめざした。

現場ですぐに使えるという目的のために、さまざまな症候について以下のような観点によって整理した。また、巻末に対応のためのチャートをつけた。

1. 臨床的特徴・背景にある原因・基礎疾患
2. その場でできる評価のポイント
3. 直ちにできるケア
4. 薬物療法を考慮すべき状態と現場でできる薬物療法
5. 認知症専門医への紹介を考慮すべき状態

3年目の平成24年5月に、上記の考え方を取り入れたガイドラインを作成出版した。
 (図. 4 ガイドライン表紙)

その一部について、焦燥を呈する認知症例への初期対応の項目を紹介する。(図. 5,6) 焦燥が生じる背景、原因を表にまとめ、その場でできる評価と対応、薬物療法の例、専門医への紹介基準を2ページでまとめ、巻末にはチャートとして図示し、現場ですぐ使えるように工夫した。

図. 1 介護施設でのBPSD・せん妄発症後の様子は？

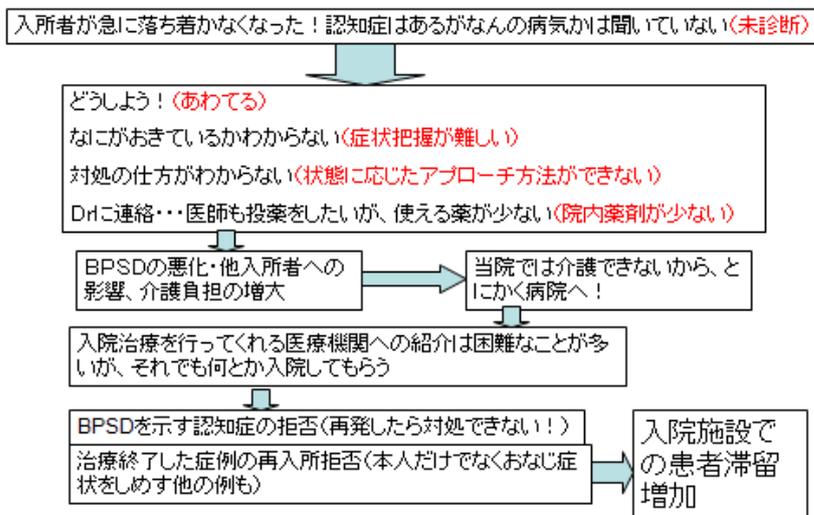


図. 2 BPSD対応における医療モデル

通常の医療モデル

症状・徴候→診断→診断に対応する治療

救急医療モデル

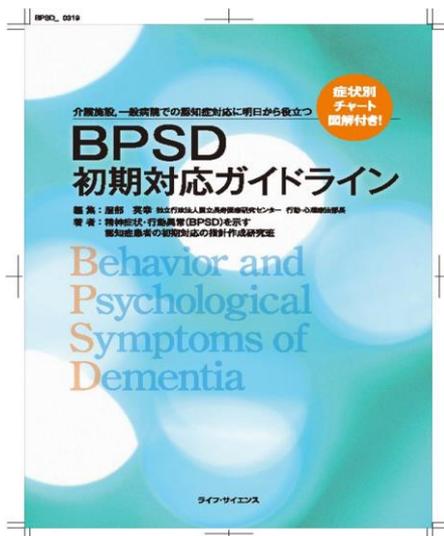
症状・徴候→**トリアージ**(優先すべきこと、緊急対応すべきことなどの決定) →初期対応

1. 初期対応で問題なければ継続
2. 初期対応で不十分な場合は専門医療機関へ搬送(地域連携)

図. 3 救急医療としてのBPSDの考え方

1. 初期評価・・・トリアージ
初期段階でどこまで対応可能なのかが、専門施設に紹介すべきなのかの評価が、介護スタッフ、非専門医、看護師にできることが望まれる
2. 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)。
その場で提供できる薬物は限られている。
ここでは、身体疾患の急激な発現も含まれる
3. 専門医療への継ぎ目のない連携
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。

図. 4 表紙



平成 24 年度について

前年度までの調査研究をもとに、認知症 BPSD 初期対応ガイドラインを作成し、平成 24 年 5 月に書籍として出版した。また、評価委員会のコメントとして、「ガイドラインの有効性検証がなされる必要がある」ことを指摘されたことをうけて、年度内に介護施設、急性期病院での有効性検証のための研究計画を作成し、国立長寿医療研究センターにおいては倫理委員会の承認を得た。次年度以降、可能であれば継続して検証研究をおこなえる準備をおこなった。

D. 考察と結論

本研究の目的は、専門医が常時勤務しているわけではない介護施設や、急性期病院において、認知症 BPSD が発生した場合の初期対応を指針としてまとめ、公表することであった。認知症 BPSD の出現は、介護困難度をまし、身体合併症の管理を難しくする大きな要因である。急性期病院においても高齢者の比率が高まっていることや、介護施設入所者の大部分が認知症を合併しているという点からも認知症 BPSD への対応指針が求められている。BPSD への対応ということではこれまでにも多くのテキストが出版されてきた。どれもすぐれた内容のものと思われるが、介護、看護の現場において急場の役にたつためにはやや不十分な点があると思われた。その理由は、今回の研究でも明らかな通り、現状の介護施設や急性期病院では入院（入所）した事例に関して認知症の情報が極めて少ないという点にあるようだ。認知症の有無、重症度、診断すべてが把握できない状態で BPSD を発症している事例に対応しなければならない。しかも、薬物治療に関しては選択できる薬剤がきわめて限定されている。したがって、初期段階では本来の医療モデルである診断・治療のステップを踏んで対応することがきわめて難しいことがわかる。その状況は上述したとおり、「救急医療、災害医療」の現場に酷似しているのだ。

救急医療として BPSD 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、すぐ専門施設に送るのかの評価が、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。

b. 初期対応

BPSD が出現したときに、まず行なうべき対応・介入（薬物、ケア）である。

イ. 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「この症状にどのように向き合えばいいのかわからない」というものがある。症状を見極め、それに応じた初期の対応を行なえる指針が求められる。

ロ. 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多い現状では、その場で提供できる薬物が限られている。薬物療法の指針はできるだけ、現場に配置され

ている薬剤で可能な指針でなければならない。

c. 専門医療への円滑な連携

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）、専門的治療へすすめていくための連携が求められる。

今回、出版、公表出来たガイドラインは現場での困難に対して不十分ながらも応えようとするものであるが、文献検索においては BPSD への対応（非薬物、薬物とも）に関してはエビデンスを示すことのできる先行研究がほとんどなく、症例報告や横断研究なども引用せざるを得なかった。この分野での地道なエビデンスの蓄積が今後の課題である。本研究では最終年度において、完成したガイドラインの有効性を可能な限り厳密な研究デザインに基づいて検証するための準備作業をおこなった。今後の展開へむけて努力していきたいと考える。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

平成 22 年度

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 服部英幸：高齢者在宅医療の実際 3) 認知症への対応。Geriatr. Med 48,, 1511-1517, 2010
- 6) 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

平成 23 年度

- 1) 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
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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
- 5) 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

平成 24 年度

- 1) 服部英幸：被災地における高齢者医療。 3. 高齢者災害時医療－精神面への対応日本老年医学会雑誌。49, 159-163, 2012
- 2) 服部英幸：認知症の人に突然、B P S D が出現した時の評価・対応。認知症介護 第 13 巻 2 号 2012、60-66
- 3) Hattori H. : Role of geriatric hospitals for dementia care in the community. *PSYCHOGERIATRICS*, 2012, 12, 124-126
- 4) 服部英幸：認知症の治療・ケアガイドー周辺症状(BPSD)。月刊薬事臨時増刊号、Vol. 54, No. 10, 2012, 68-71
- 5) 服部英幸：認知症の治療・ケアガイドーBPSDの薬物療法。月刊薬事臨時増刊号、Vol. 54, No. 16, 2012, 82-86
- 6) 福田耕嗣、服部英幸：「B P S D 初期対応ガイドライン」と期待される効果。*Geriatric Medicine*, 51, 27-30, 2013
- 7) 服部英幸：新規抗認知症薬の効果と限界。*精神経誌*、115, 22-31, 2013 2.
- 8) 服部英幸編：BPSD初期対応ガイドライン。ライフサイエンス、東京、2012

2. 学会発表

平成 22 年度

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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

- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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A β 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
- 10) 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
- 11) 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

平成23年度

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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

較研究一。第8回日本うつ病学会、大阪、2011,7

- 5) 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
- 6) 加藤隆司、伊藤健吾、篠野健太郎、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
- 7) 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

平成24年度

- 1) 服部英幸：新規抗認知症薬の効果と限界。シンポジウム「認知症医療・ケアの諸課題、分子病態からケアまで」第108回日本精神神経学会、札幌、2012.5
- 2) 福田耕嗣、服部英幸、榊原全雄：介護施設へのアウトリーチについての一考察—介護施設での向精神薬使用状況調査を通じて。第27回日本老年精神医学会、大宮、2012.6
- 3) 清水敦哉、服部英幸他：慢性的な心機能低下により全脳血流は低下する：心—脳関連に関する検討。第54回日本老年医学会、東京、2012,6
- 4) 服部英幸：認知症にともなううつ状態に対する薬物療法—デュロキセチンの効果についての検討。第9回日本うつ病学会。東京、2012,7
- 5) 服部英幸：認知症BPSDの治療。シンポジウム：認知症患者の薬物療法における薬剤師業務の実際。第55回日本病院・地域精神医学会総会。2012,10,13 名古屋
- 6) 服部英幸、遠藤英俊：総合病院における認知症身体合併症入院治療—当院での経験第31回日本認知症学会。つくば、2012,10,26

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

特記事項なし。