

精神科病院における認知症医療 ——心理行動症状への対応——

前田 潔¹⁾，尾崎 遠見¹⁾，川又 敏男²⁾

【目的】介護および医療における認知症に伴う心理行動症状（BPSD）への対応の現状を知る目的で，介護支援専門員（CM）および認知症治療病棟を対象にアンケート調査を行った。【方法】CM 166名に対し研修会場にて調査票を配布し，回答を依頼した。また認知症治療病棟を有する精神科病院 405 病院に調査票を送付し，郵送で回答を得る方法で調査を行った。【結果】CM が担当するサービス利用者の 60%以上が認知症を有しており，ほぼ半数の CM の担当する利用者の 1/3以上が重度の認知症を有していた。利用者に BPSD があるとほぼ 70%の CM がその対応に困ると感じており，最も困ると考える BPSD は暴力および外に出たがるという症状であった。また BPSD の治療のためには精神科医療を肯定的に受け入れていた。一方，認知症治療病棟における調査では平均在院日数は 722 日と長く，平均在院日数が 360 日以下の病院は 1/3 にすぎなかった。入院患者に最も頻度の高い BPSD は徘徊で，最も管理困難な BPSD は暴力行為であった。身体合併症のための転院に際して高率に，受け入れを断られたり，早期退院を迫られることがあると答えていた。認知症治療病棟の退院を阻害する要因は，精神症状のため，介護施設などの順番待ち，家族の受け入れ拒否でほぼ 80%を占めていた。【考察】CM と認知症治療病棟を対象に主に BPSD について調査を行ったが，CM においても BPSD を有する利用者への対応は困難であった。CM は BPSD などに対応困難な事例に対しては精神科病院での対応も考慮していた。一方，認知症治療病棟では入院が長期化しており，長期化する要因を分析し，対応することが必要である。また入院の長期化がさらなる家族の受け入れ拒否および患者の ADL の低下を招く結果となっていた。【結論】CM を対象とした調査では医療介護の連携がより重要であると結論された。認知症治療病棟では在院日数が長期化しており，退院を阻害する 3 つの要因への対応が必要であると考えられた。

<索引用語：介護支援専門員，認知症治療病棟，アンケート調査，BPSD，精神科医療>

はじめに

我が国では人口の高齢化の中で認知症対策が急務となっている。認知症対策は医療だけでは完結することはなく介護・ケアが重要な位置を占めている。したがって医療と介護の地域連携が構築されなければならない。認知症の医療および介護においては認知症に伴って発現する心理行動症状（BPSD）は，介護者の負担となり，当事者および

介護者の生活の質（QOL）を低下させ，医療および介護にかかる費用を増大させることから，その対応は認知症の医療・介護においては主要部分の 1 つである¹⁾。我々は，認知症医療および介護における BPSD への対応の現状を知る目的で，介護支援専門員（CM）および認知症治療病棟を対象に調査を行った。

著者所属：1) 神戸学院大学総合リハビリテーション学部

2) 神戸大学大学院保健学研究科

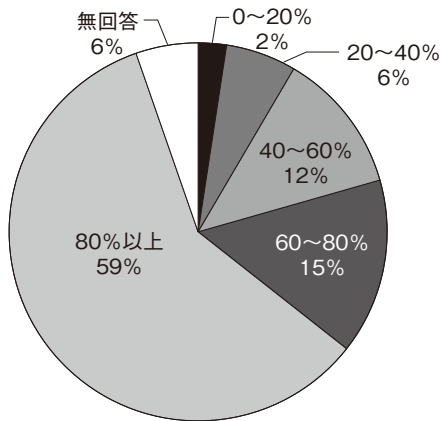


図1 介護支援専門員 (CM) が介護支援を行っている利用者のうち認知症を有している割合

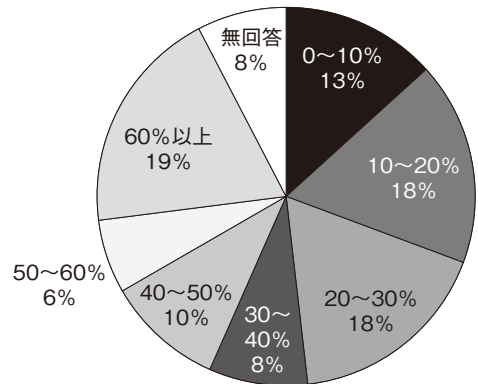


図2 認知症を有する利用者の認知症の重症度の割合

I. 方法

1. CM を対象とした調査

平成 23 年 6 月に兵庫県で行われた居宅 CM 専門研修・更新研修に参加した CM166 名に対し、研修会場にて調査票を配布し、回答してもらい、調査票をその場で回収した。

2. 認知症治療病棟を対象とした調査

日本精神科病院協会に属し、認知症治療病棟を有する全国の精神科病院 405 病院に調査票を送付し、平成 23 年 9 月の状況を調査した。回答は郵送にて回収した。

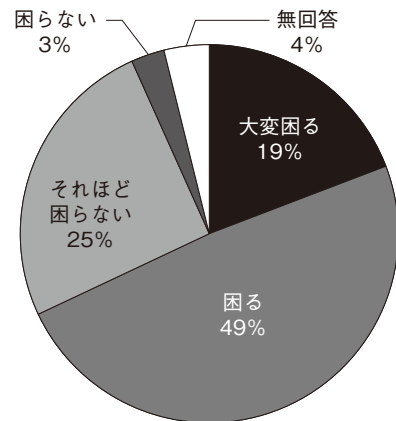


図3 認知症に伴う行動心理症状 (BPSD) が CM としての業務遂行上困難となる割合

II. 結果

1. CM を対象とした調査

調査の対象となった CM の主要な職場は特別養護老人ホームの 27% をトップに介護老人保健施設 (老健) (26%)、グループホーム (18%)、有料老人ホーム (15%) の順であった。CM のほぼ 3/4 (74%) が、担当利用者のうち 60% 以上に認知症症状があるということであった (図 1)。利用者の認知症の程度は、担当している利用者の 30% 以上が重度の認知症を有しているという CM が 43% であり、担当利用者の 50% 以上が重度の認知症を有していた CM は 25% であった (図 2)。利用者に激しい BPSD がある場合、CM の業務遂行は困

難となることがあるかという質問には、CM の 68% が大変困るあるいは困ると回答し、困らないあるいはそれほど困らないと答えた 28% と大きな違いがあった (図 3)。BPSD のうち最も困る症状としては、暴力および帰宅願望を含めた外に出たがって目が離せないという回答が他の BPSD から際立って多かった (図 4)。利用者が入院を必要とするような身体合併症を発症した時、約半数 (48%) の CM は大変困るあるいは困ると答え、それほど困らないおよび困らないという回答は 42% であった (図 5)。また利用者が激しい BPSD

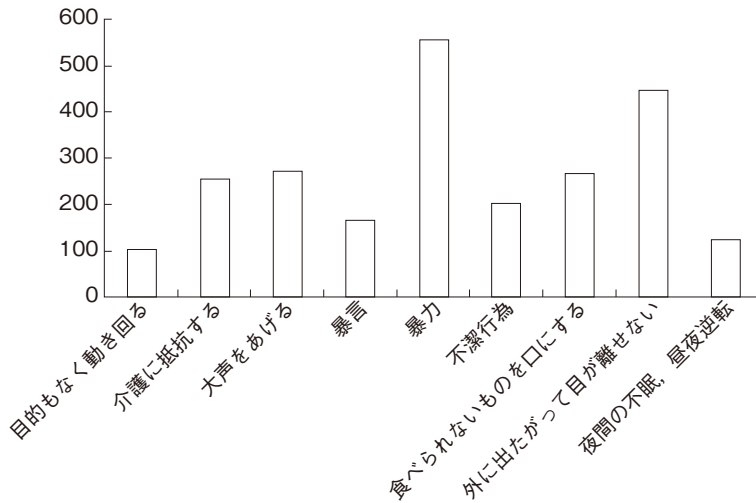


図4 BPSDのうち、CMの業務遂行上、最も困る症状

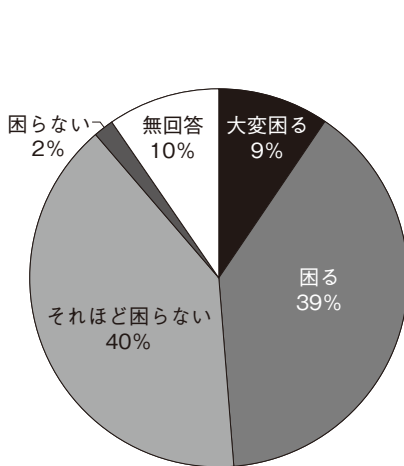


図5 認知症を有する利用者が、ある程度以上の重い身体合併症を併発した場合、CMとしての業務遂行上困難となる割合

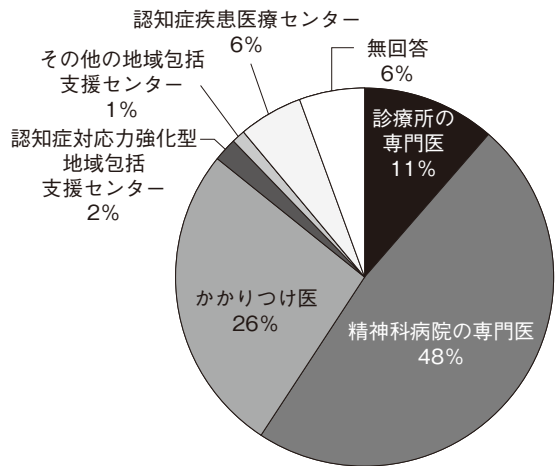


図6 利用者が激しいBPSDを示す場合の対応

を示した場合、59%のCMが専門医のいる診療所や病院を受診するという回答であった(図6)。また激しいBPSDの治療は精神科病院あるいは精神科、神経内科のある総合病院を「最後の砦」と考えているCMが70%おり、特に激しいBPSDの治療のためには精神科病院への入院を含めて精神科受診について肯定的に受け入れていた(図7)。

2. 認知症治療病棟における調査

本調査では105病棟(26.0%)から回答を得た。認知症治療病棟への紹介・入院経路は、一般科の医療機関および介護施設からの入院がほとんどの病棟で見られる経路であった(図8)。認知症治療病棟における平均在院日数は722日で、平均在院日数が360日以下の病院は35%にすぎず、180

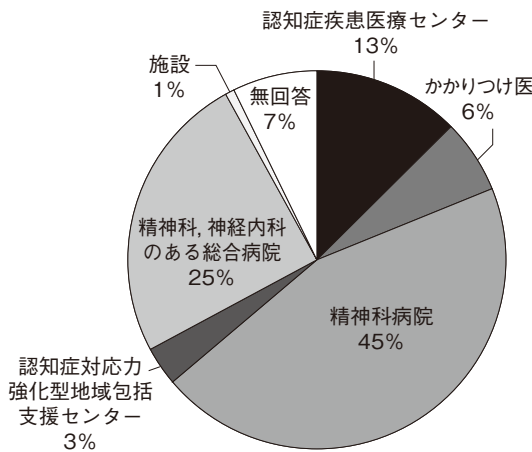


図7 利用者の激しいBPSDのため介護関係者が疲弊している場合、「最後の砦」と考える医療機関、施設

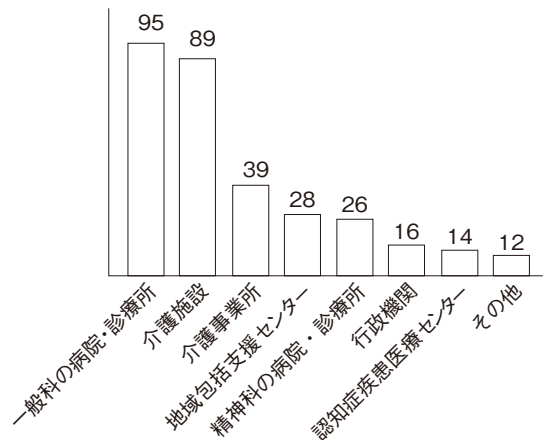


図8 認知症治療病棟への入院経路
※主要な3つを選択

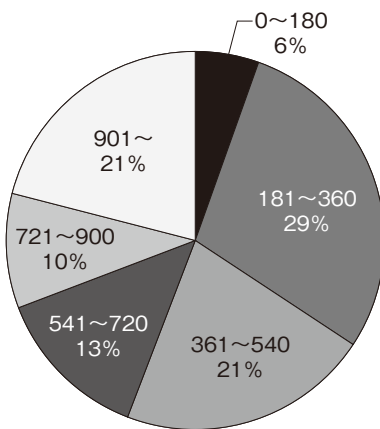


図9 認知症治療病棟の平均在院日数

日以下は6%の病棟でしかなかった。大まかに言うと平均在院日数は約1/3の病棟で1年以下、1/3で1~2年、1/3で2年以上という結果であった(図9)。入院患者のBPSDについての調査結果では、最も頻度の高いBPSDは徘徊で、次いで医療・介護への抵抗であった。最も管理困難なBPSDはという質問に対しては、暴力行為、次いで医療・介護への抵抗、異食行為(食べられないものを口にする)であった(図10)。他の医療機関との連携はほとんどの病棟で確保されていると

されていたが、身体合併症による身体科への転院に際しては、7割以上が受け入れを断られることを経験しており、9割が早期退院させられることがあったと回答した(図11)。在院日数に関係なく、退院できない理由として、BPSDのため、家族の受け入れ拒否、施設入所待ちの3つで77~85%を占めていた。また、退院を阻害する要因を平均在院日数が1年以上の病院と1年未満の病院を比較すると、違いは以下の2点にあった。施設入所待ちにより退院できない割合は平均在院日数が1年未満の病棟で28%、1年以上の病棟では20%と差を認めた。また1年未満の病棟では入院患者のADLの低下のため退院できない割合が6%であったが、1年以上の病棟では11%とほぼ2倍になっていた(図12)。退院・転院時相談先は介護施設、介護事業所や一般科の病院・診療所が主であった(図13)。

III. 考 察

BPSDは介護負担を増加させ、認知症患者本人および介護者のQOLを著しく低下させる。また入院、入所など事例化させる原因であり、介護費用、医療費を増大させる。CMと認知症を有する担当利用者との調査では、担当利用者の多くは認

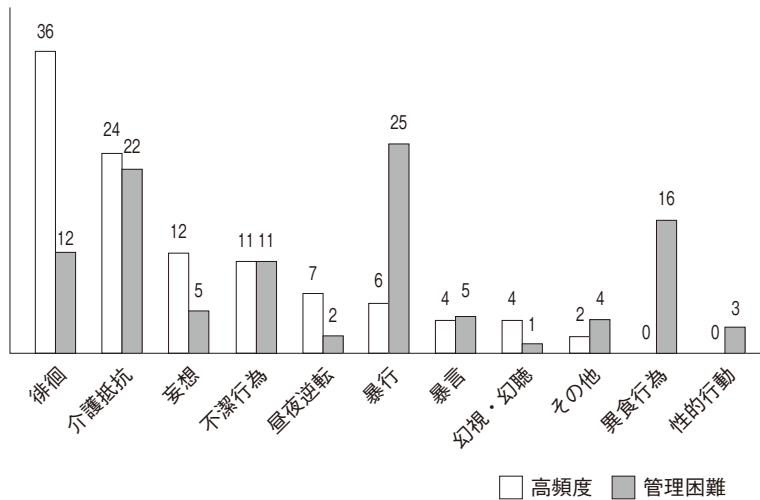


図 10 高頻度にみられる BPSD および管理困難な BPSD

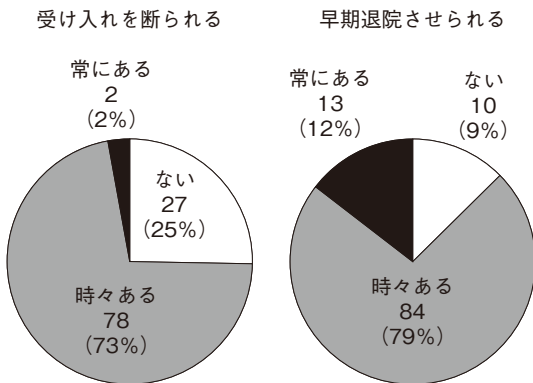


図 11 身体合併症で転院する際の問題点

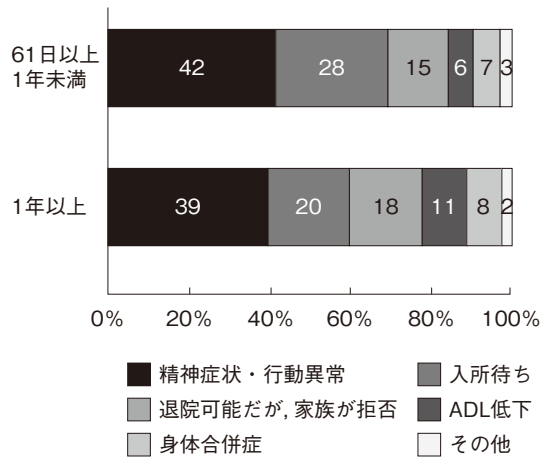


図 12 認知症治療病棟からの退院を阻害する要因

知症を有しており、その一部は重度の認知症であった。BPSDの有無については直接調査しなかったが、この重度の認知症にはBPSDを示す利用者が含まれているものと想像できる。認知症症状を有する担当利用者が入院を要するような身体合併症を併発した場合、困ると困らないという回答はほぼ同数であったが、激しいBPSDを示す担当利用者への対応では困ると困らないという回答を大きく勝っていた。BPSDを示す患

者への対応が今後の課題であろう。身体合併症を併発した利用者においても、認知症治療病棟での質問への回答にみられるように、認知症病棟の入院患者のようなBPSDを有すると考えられるような場合には、その対応に課題があることがわかる。BPSDを有する担当利用者に対しては、専門医をあてにしており、精神科病院の受診は無論、入院について、BPSDの治療のためには肯定的に受け入れられているようであった。北村らも救急

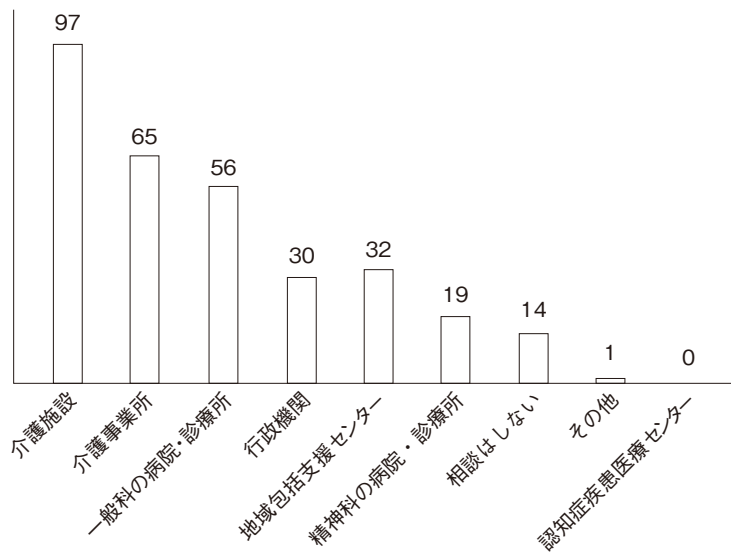


図 13 認知症治療病棟からの退院時，転院時の相談先
※主要な3つを選択

事例化して精神科救急病院を受診する例を分析して，認知症に伴う暴力や身体合併症については，介護施設や一般病床での対応は困難であり，現在のところ精神科病院の枠組みで対応するのが妥当であると結論している¹⁾。

精神科病院の認知症治療病棟はそのような激しいBPSDを示す認知症患者を治療するために整備されてきた。認知症治療病棟は以下の要件を満たした場合診療報酬に加算が算定できる²⁾。

- ①医師の指導監督の下で，作業療法士，看護師，精神保健福祉士の従事者により，精神症状などの軽快および生活機能の回復を目的に看護ならびに生活機能回復のための訓練および指導を集中的に行う。
- ②医師の診療に基づき心理検査の結果などを踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき，看護ならびに生活機能回復のための訓練および指導を集中的に行うとともに，定期的にその評価を行うなど計画的な治療を行う。
- ③生活機能回復のための訓練および指導を，生活機能回復訓練室などにおいて患者1人当たり1日4時間，週5回行う。

このように精神症状などの軽快および生活機能の回復を目的とした専門病棟である。本調査ではこの認知症治療病棟で，以前から指摘されていた在院日数が長期化している⁴⁾ことが改めて確認された。今回の調査では平均で2年となっていた。退院を困難にしている理由としてはまずBPSDが軽快しないため，次いで退院後入所する施設の空きを待っているためであった。在院日数を短くするためには認知症治療病棟に入院している患者を受け入れてくれるような施設が増える必要があると考えられた。それとともに家族の受け入れ拒否があったが，家族が困り果てた結果として認知症治療病棟への入院になったのであり，もっと早期の入院が考えられてもよいのではないかと考えられた。退院を困難としている要因としては4～5番目になるがADLの低下があった。入院期間が長くなると精神科病院では十分なりハビリが行えないため入院患者のADLが低下する。ADLが低下し，介護に手間がかかると施設では引き受けられないことも多い³⁾。入院期間が長くなることによってADLが低下するので，そのためにも入院期間の短縮が必要となってくる。吉江らは全国20

病院の認知症治療病棟を調査して、身体科からの転院が多く、それらの患者はADLが低下しており、病棟の負担となっていると報告し、入院が長期化する要因としては認知症が重度であること、ADLが低いことを挙げている⁷⁾。管理困難なBPSDとして暴力が挙げられているが頻度は高くない。頻度も高く管理も困難なBPSDに医療・介護への抵抗があった。この点についても今後の調査研究が必要となってくる。矢山らは、大阪府下介護施設の介護スタッフに調査し、入院依頼を検討するBPSDは興奮が最も多かったと報告している。その下位項目では他人を傷つけたり、殴ったりしようとするが最も多かった。次に多かったのは食欲と食行動の変化で、下位項目では体重減少や食欲不振が最も多かった。対応困難で入院依頼を検討するBPSDに共通してみられる特徴は、他の入所・入居者に影響があるもので、異食などの行動の異常よりも体重減少や食欲不振などの身体的問題になりうるものも入院依頼を検討する要因であったと述べている⁶⁾。入院および退院の相談先の調査では、入院も退院も直接介護施設や介護事業所が依頼元あるいは相談先となっていて、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターがほとんど挙がってこなかった。認知症疾患医療センターは介護保険申請のための鑑別診断とBPSD対応が目的である⁵⁾が、何しろ数が少なく、地域での存在感は高くない。入院先として一般診療所が挙がっていたが、医療の面ではフォローアップをこういうところに依頼しているのであろう。地域包括支援センターはその機能を十分に果たしていないと言えるのではないだろうか。

おわりに

認知症に対する医療と介護の実態を、とくに

BPSDに焦点を絞ってCMと認知症治療病棟を対象に調査を行った。CMにおける調査では、CMが担当者の示すBPSDへの対応に苦慮していること、認知症治療病棟における調査ではBPSDの治療のために入院期間が長期化して、退院困難となっている実態が明らかとなった。

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、平成23年度阪本精神病理学研究所の精神病理学研究助成によるところ大であった。ここに謝辞を述べる。

文 献

- 1) 北村 立, 長谷川充, 倉田孝一: 精神科救急医療の対象となった認知症高齢者の特性, 石川県立高松病院における診療実績から. 老年精神医学雑誌, 19 (1); 70-77, 2008
- 2) 厚生労働省保険局: 第203回中央社会保険医療協議会総会資料(総-1) 精神科医療について. p.15-30, 2011
- 3) 三根浩一郎: 認知症専門病棟の歴史と今後の課題. 日本精神科病院協会雑誌, 28 (4); 31-38, 2009
- 4) 日本精神科病院協会高齢者対策・介護保険委員会(鮫島健, 河崎健人, 松原三郎ほか): 老人性痴呆疾患専門病棟に関するアンケート調査結果報告. 日本精神科病院協会雑誌, 21 (12); 67-72, 2002
- 5) 高田知二, 鈴木 芳, 曾根靖貴ほか: 介護保険制度下での共立菊川総合病院老人性痴呆疾患センターの活動. 老年精神医学雑誌, 12 (3); 919-927, 2001
- 6) 矢山 壮, 繁信和恵, 山川みやえほか: 入所施設の認知症の行動心理学的徴候(BPSD)で入院を依頼する要因の実態調査. 老年精神医学雑誌, 22 (12); 1413-1421, 2011
- 7) 吉江 悟, 白石弘巳: 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 (2); 197-207, 2007

Survey for Management of BPSD in Care Managers and Special Psychiatric Wards for People with Severe Dementia

Kiyoshi MAEDA¹⁾, Tohmi OZAKI¹⁾, Toshio KAWAMATA²⁾

1) *Kobegakuin University Faculty of General Rehabilitation*

2) *Kobe University Graduate School of Applied Medical Science*

Objectives : The integration of medical care and long-term care services is very important in managing dementia patients. We performed two surveys to explore how dementia patients and their symptoms were managed in care facilities (study 1) and at special psychiatric wards for people with severe dementia (study 2).

Methods : (Study 1) One hundred and sixty-six care managers were subjects for the survey. The questionnaires were distributed at the meeting and recovered at the same meeting place. (Study 2) The questionnaires were sent by mail to 405 psychiatric hospitals with special psychiatric wards. The questionnaires were recovered from 105 wards (recovery rate : 26.0%).

Results : (Study 1) Over 60% of people the care managers take care of have dementia, and 1/3 of them showed severe dementia. The care managers felt that it is very difficult to manage dementia patients with severe BPSD. They were of the opinion that psychiatric care should be administered to those people. (Study 2) The average period of stay on the wards was about 2 years. One third of people stayed on the wards for over 3 years. The reasons why the people have to stay longer on the wards were as follows : severe BPSD, limited number of care facilities for patients to go to after discharge from the wards, and patients' families do not accept them in their homes.

Conclusions : Care managers supposed that dementia patients with severe BPSD should be managed by specialists in dementia, psychiatrists, etc., at psychiatric hospitals. Patients on special psychiatric wards stayed for longer because of a limited number of care facilities which can manage them.

<Authors' abstract>

<**Key words** : care manager, special ward of mental hospitals for dementia patients, questionnaire survey, BPSD, psychiatric care >
