

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の治療目的で精神科救急を受診する高齢患者の実態調査

清水 芳郎^{1,2)}, 数井 裕光²⁾, 澤 温¹⁾, 武田 雅俊²⁾

Yoshiro Shimizu, Hiroaki Kazui, Yutaka Sawa, Masatoshi Takeda : Rate and Characteristics of Dementia Patients Who Visit Psychiatric Emergency Hospitals for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Japan

精神疾患患者では突発的に精神症状が悪化し、精神科救急診療を受けることがある。しかし認知症患者が認知症の心理・行動症状 (BPSD) 治療のためにどの程度精神科救急を利用しているかは明らかでない。今回我々は、精神科救急診療における BPSD 治療の実態を把握するために郵送式無記名アンケートによる前向き調査を行った。対象は日本精神科病院協会に所属する精神科病院の中で平成 21 年 4 月 1 日において、救急入院料病棟、急性期治療病棟、認知症疾患医療センター、重度認知症デイケアのいずれかの認可を受けている 360 病院。調査期間は平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 ヶ月間とした。143 病院から回答を得、回収率は 39.7% であった。調査期間中、夜間および休日時間帯に受診した全患者総数は 3,527 例であったが、このうち 65 歳以上で BPSD 様症状を主訴に受診したのは 67 例 (1.9%) で、直近 1 年間に精神科受診歴がなかったのは 25 例であった。認知症と診断されたのは 47 例で、アルツハイマー病 29 例、血管性認知症 8 例、レビー小体型認知症 4 例の順であった。47 例の受診理由 (複数回答可) となった BPSD を Neuropsychiatric inventory-Nursing Home Version の項目で分類したところ、興奮 30 例、易怒性 18 例、異常行動 17 例の順であった。また、認知症の原因疾患によって BPSD に差を認めた。今回の結果より、BPSD 治療のために精神科救急を利用する患者が非常に少ないこと、精神科救急利用者の 1/3 以上が、精神科を定期的に受診していないことが明らかになった。認知症患者の精神科への定期的な受診、およびその上で緊急時には精神科救急が利用可能であることを啓発する必要があると考えられた。

<索引用語：認知症，周辺症状，BPSD，精神科救急，前向き疫学調査>

はじめに

本邦では急激に高齢者人口が増加し、それともなると認知症患者も激増している。認知症患者は早期から認知症の行動・心理症状 (behavioral

and psychological symptoms of dementia : BPSD) を高率に伴い⁸⁾、また認知症患者の 90% が臨床経過中に BPSD を伴うことが知られている³⁾。また、BPSD は認知症患者および介護者の

著者所属：1) 医療法人北斗会さわ病院, Sawa Hospital

2) 大阪大学大学院・医学系研究科・内科系臨床医学専攻・情報統合医学講座・精神医学, Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine

受理日：2013 年 6 月 1 日

quality of life を (QOL) を下げ¹⁰⁾、介護者の負担感や抑うつにかかわる²⁾こともわかっている。かつては統合失調症を中心とした内因性精神病が精神科医療の主要な治療対象であったが、近年、認知症患者、特に BPSD への治療と対応も精神科医療の主要な対象になってきた。そして今後さらに、精神科医療全体における認知症医療の比率は増していくことは明らかである。当然ながら今後、認知症患者の精神科救急利用数も増加していくことが十二分に考えられ、将来的に認知症患者への対応で精神科救急システムが機能しなくなってしまう可能性も考えられる。

しかしながら本邦において、認知症患者の精神科救急利用についての疫学的調査は、医療機関単位や^{7,11)}、県単位に限られている¹²⁾。認知症疾患医療センターに対する全国的な疫学的調査はなされているが¹⁾、身体科救急との連携についての調査であり、いまだ BPSD に焦点をあてた全国調査はなされていない。また、世界に先がけて日本の高齢化が進んでいるためと思われるが、国外においても BPSD の治療における精神科救急利用についての大規模な疫学調査はなされていない。

今回、我々は、どのくらいの認知症患者が BPSD のために夜間休日時間帯に精神科を受診しているかを明らかにするために全国規模で前向き調査を行った。また同時に、受診の原因となった BPSD の内容、受診後の転帰、受診した患者の診断、精神科受診歴についても明らかにした。

I. 対象と方法

本研究は医療関係者に対する調査であり、患者のプライバシーに関わるものではない。またアンケートは無記名で情報は匿名化され処理したので、回答者の不利益、危険性はない。

1. 調査対象病院および調査対象者

日本精神科病院協会に所属している精神科病院の中で平成 21 年 4 月 1 日現在において、救急入院料病棟、急性期治療病棟、認知症疾患医療センター、重度認知症デイケアのいずれか 1 つでも認

可を受けている 360 病院を対象とした。

2. 方法

上記の 360 の病院に以下に説明するアンケート用紙を平成 21 年 10 月 1 日までに届くように郵送した。調査期間は、平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 ヶ月間。アンケート用紙は施設調査票と個人調査票の 2 種類があり、施設調査票は施設ごとに 1 部作成を依頼し、個人調査票は調査期間内で夜間休日時間帯に BPSD 様症状を主訴に受診した患者 1 人につき 1 部個人調査票の作成を依頼した。なお、ここで「BPSD 様」と表現するのは、精神科救急の現場では、精神症状が認知症によるものか精神病によるものかを判断するのが困難な場合があるためであり、その精神症状が少しでも認知症によるものと医師が疑った場合は、個人調査票を作成するよう依頼した。アンケートは無記名で記入し、平成 21 年 11 月 30 日の調査終了後、一括して返送してもらった。

1) 施設調査票の質問内容

①平成 21 年 10 月 1 日～11 月 30 日における夜間休日の救急受診患者総数、②同期間における 65 歳以上の救急受診患者総数、③上記のうちで BPSD 様症状を主訴に受診した患者総数。

2) 個人調査票の質問内容

①患者のプロフィール (性別、年齢、BPSD の発生場所、数日以内に身体科コンサルトが必要な重篤な身体合併症の有無、直近 1 年間の精神科受診歴の有無、受診歴有の場合その診断名)、②転帰、③受診時より以前に認知症の診断がなされている場合はその診断名 [1. アルツハイマー型認知症、2. レビー小体型認知症、3. 脳血管性認知症、4. 前頭側頭型認知症 (ピック病)、5. その他の認知症の 5 つの選択肢より択一で回答]、④入院した場合は、退院時もしくは入院 2 週目時点での診断名 [1. アルツハイマー型認知症、2. レビー小体型認知症、3. 脳血管性認知症、4. 前頭側頭型認知症 (ピック病)、5. その他の認知症、6. 統合失調症、7. 気分障害、8. 老年期精神病、9. 神経症、10. せん妄、11. その他の精神病、12. その

他の 12 の選択肢から択一で回答], ⑤受診の原因となった BPSD 様症状 [Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH)¹³⁾ の 12 個の下位項目の中から選択させた. このとき複数回答可とした]. なお, 診断基準は統一せず, 各施設で採用している診断基準を使用することとした.

II. 結 果

1. BPSD 様症状のために精神科救急を利用した高齢患者の割合

360 病院にアンケートを郵送し, 143 病院より回答を得た. 回収率は 39.7% であった. 調査期間に年齢や疾患を問わず, 1 人でも夜間休日帯に患者が受診したのは 102 病院であった. これら 102 病院の 2 ヶ月間における夜間休日帯の受診患者総数は 3,527 例で, そのうち 65 歳以上の受診者総数は 321 例であった. BPSD 様症状を主訴に受診した 65 歳以上の患者がいた病院は 31 病院, 個人調査票が発生したのは 67 例で, これは夜間休日帯の受診患者総数の 1.9% であった.

2. BPSD 様症状のために精神科救急を受診した高齢患者の詳細

1) 患者の背景

67 例の内訳は男性 33 例, 女性 34 例で男女差はなかった. 平均年齢 79.4 ± 6.4 歳 (68~93 歳) であった. BPSD 様症状の発生場所は自宅 44 例 (うち同居者あり 38 例), 施設 16 例, 一般病院 4 例, その他 2 例, 無回答 1 例であった. 数日以内に身体科コンサルトが必要な重篤な身体合併症についてはありが 8 例, なしが 57 例, 無回答が 2 例であった. そして受診後の転帰は入院 46 例, 通院 16 例, 施設入所 4 例, 無回答 1 例であった.

2) 精神科救急を受診した患者の診断

この 67 例の, 直近 1 年間の精神科受診歴の有無と受診歴ありの場合はその診断を図 1 に示す. 直近 1 年間の精神科の受診歴は, あり 35 例, なし 25 例, 不明 6 例, 無回答 1 例であった. 受診歴があった患者の診断は, 認知症圏 22 例, 老年期精神病 4 例, 統合失調症 4 例, 気分障害 2 例, 神経症 1 例, 無回答 1 例であった.

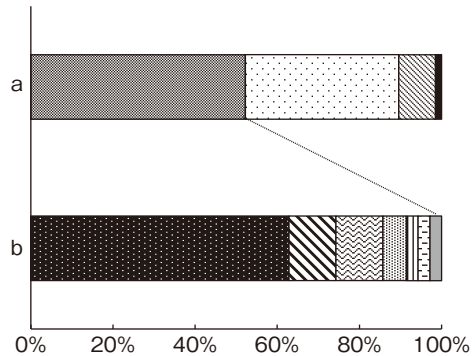
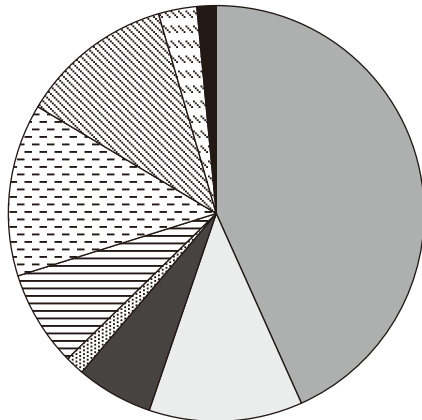


図 1 夜間および休日時間帯に BPSD 様の主訴で受診した 67 例の精神科受診歴およびその診断

1 例, その他 1 例, 無回答 1 例であった. 約 1/3 の症例に受診歴がなかった. また, 受診歴があった患者の中では認知症と診断されていた患者が多かった. 事前に認知症の診断がなされていない患者も入院後あるいは外来通院後精査した結果, 診断がなされた. その結果, 事前に診断されているものも含め認知症と診断されたのは合計 47 例 [男性 22 例, 女性 25 例, 平均年齢 80.8 ± 6.2 歳 (70~93 歳), 直近 1 年間の精神科受診歴あり 25 例, なし 16 例, 不明 5 例, 無回答 1 例] であった. この 47 例のうち, アルツハイマー型認知症 (AD) が 29 例と最も多く, 脳血管性認知症 (VaD) 8 例, レビー小体型認知症 (DLB) 4 例, 前頭側頭型認知症 (FTLD) 1 例, その他の認知症 5 例であった. 認知症と診断されなかった 20 例の内訳は, 認知症以外の精神疾患 9 例 (統合失調症 2 例, 老年期精神病 4 例, 気分障害 2 例, 神経症 1 例), せん妄 2 例, 入院したが診断未確定が 3 例, 外来受診のみで終わったため診断をできなかった患者が 5 例であった. 無回答は 1 例であった (図 2).



■ AD 29 例 □ VaD 8 例 ■ DLB 4 例
 ■ FTL D 1 例 ■ その他の認知症 5 例
 ■ 認知症以外の精神疾患 9 例 ■ 確定診断未 8 例 ■ せん妄 2 例 ■ 無回答 1 例

図2 夜間および休日時間帯に BPSD 様の主訴で受診した 67 例の臨床診断
 AD: アルツハイマー型認知症, VaD: 血管性認知症, DLB: レビー小体型認知症, FTL D: 前頭側頭型認知症

3) 認知症と診断された 47 例における, 受診の原因となった BPSD の内訳

認知症と診断された 47 例における, 受診の原因となった BPSD は興奮, 易怒性, 異常行動, 妄想, 睡眠障害, 幻覚の順に多かった (図 3a). これらの BPSD には原因疾患による差が認められ (図 3b), AD では興奮, 異常行動, 易怒性が, VaD では興奮, 易怒性が, DLB では幻覚, 妄想が多かった.

Ⅲ. 考 察

今回, 我々は BPSD 様症状のために精神科救急を受診する患者の実態を知るために全国規模の前向き調査を行った. これまでも精神科救急における認知症患者や BPSD に関する調査はあったが, すべて小規模であった. すなわち, Sawayama らの調査¹¹⁾で 6 年間の観察期間で対象者は 8 例, 北村らの調査⁷⁾では同じく 6 年間で 44 例, 澁谷の調査¹²⁾では 1 年間で 19 例であった. ま

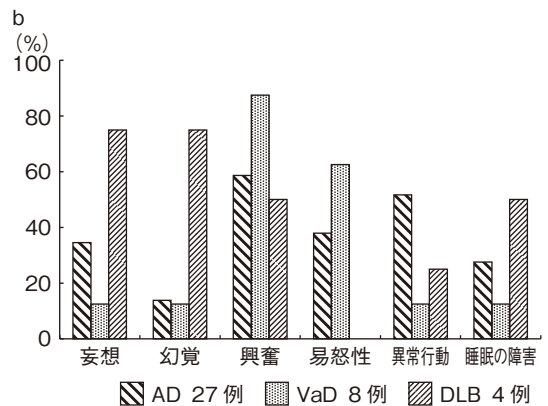
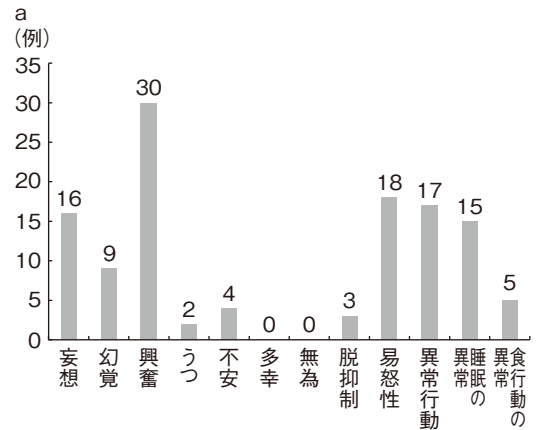


図3 受診の動機となった BPSD の内訳
 a. 全 47 例, 棒グラフの上の数字は症例数 (複数回答あり)
 b. AD, VaD, DLB の疾患別の受診の動機となった BPSD の割合. AD: アルツハイマー型認知症, VaD: 血管性認知症, DLB: レビー小体型認知症 (複数回答あり)

た前 2 者は 1 医療機関での調査, 後者でも 1 県規模の調査であった.

今回の調査で最も注目すべき結果は, 調査した 2 ヶ月間の夜間休日帯において 65 歳以上で BPSD 様症状を主訴に受診する患者は 67 例であり, 全体の 1.9%にとどまったということである. さらに, この中から明らかに認知症と診断されたのは, 47 例 (1.3%) にすぎない. 厚生労働省の資料⁵⁾によると, 平成 20 年の時点で精神科外来患者は 290.0 万人おり, そのうち認知症の精神科外来患者は 30.6 万人 (10.5%) である. 今回の調査の 1.3% (47

例に診断が未確定な 8 例を加えても 1.6%) をこの 10.5% と比較すると、認知症患者が精神科救急を利用している割合は明らかに低いと考えられる。また、認知症は精神科だけでなく神経内科、老年内科などでも治療されている。このことを考慮すると、今回の調査で明らかになった精神科救急を利用した患者の割合はさらに低いと考えられる。BPSD の治療のために精神科のない一般病院の救急外来を受診している患者もいると思われるが、これは BPSD を身体症状に伴う症状と考えたときに限られるであろう。また精神科の常勤医のいる一般病院の外来を BPSD 治療の目的で受診する患者もいると思うが、精神科救急を行っている一般病院は少ないため今回の結果に影響を及ぼすほどではないと考えられる。したがって、夜間休日帯に BPSD が発生しても多くの患者が適切には治療されていないと考えられた。

認知症患者が精神科救急を利用していない理由として、以下のような要因が考えられる。まず、そもそも医療機関を受診しておらず、認知症と診断されていない患者群が存在することである。これらの患者群では、本人に病識がなかったり家族が患者に精神疾患（認知症）があると思っていないので、BPSD が出現しても医療機関で治療してもらおうとの発想がおこらないはずである。実際、今回の調査でも直近の 1 年間に精神科を受診していたと回答した症例は、67 例中 35 例で 52.2% にとどまっていた。次に、家族や介護者が精神科救急を知らなかったり、精神科救急で認知症患者の BPSD 治療ができることを知らない可能性がある。さらに、仮に精神科救急で BPSD の治療ができることを知っていたとしても、家族や介護職員が精神科に対する偏見を持っている場合がある。また、いわゆる老老介護や介護者 1 人で複数の要介護者のケアをしている場合や、介護施設などで夜間の介護者が限られている場合など、医療機関を受診させたくても医療機関に患者を連れて行く人がいない場合が考えられる。また高齢者は若年者よりも身体能力が劣るため、家族や施設が 1 晩だけなら何とか患者の BPSD に対応できると判

断しているのかもしれない。1 人の患者において複数の要因が関与している場合も考えられ、この受診できない理由については今後さらに調査する必要がある。

今回の調査で BPSD 様症状のために精神科救急受診となった 67 例のプロフィールであるが、一般的には女性の方が高齢者人口や認知症患者に占める割合が多いことが知られているものの、今回の調査では男女差が認められなかった。男性の方が女性よりも身体能力が高いために、男性が不穏になる方が、介護者が医療機関を受診させたいと感じるのかもしれない。また、平成 21 年国民生活基礎調査⁴⁾によると、男性独居者は女性独居者の約 1/3 と、男性の独居が少なく、病院に連れてくる介護者が確保されやすいことも理由であると考えられる。実際、自宅で BPSD 様症状が発生した 44 例のうち、同居者がいた症例は 38 例で 86.3% であった。本邦において、認知症患者がどの程度独居しているのかは不明であるが、同居者がいないと症状が激しくても受診できないと考えられる。

直近の 1 年間に精神科を受診していたと回答した症例は、67 例中 35 例で 52.2% にとどまっていた。平成 16 年に大阪府で行われた調査⁶⁾では、全精神科救急患者の 69.7% に精神科受診歴があった。この大阪府の調査は本研究と違い、精神科受診歴は直近 1 年間と限定されていないが、救急を利用する精神科患者の中で、BPSD 様症状を主訴に受診する患者がその他の精神疾患よりも精神科受診歴が低い可能性が示唆される。その理由として、前述したように、本人に病識がなかったり、家族が患者に精神疾患（認知症）があると思っていないために医療機関を受診せず、認知症と診断されていない群がかなり存在するためと考えられる。BPSD が切羽詰まった状態になって初めて医療機関を受診する先が精神科救急という事態を防ぐためにも、認知症患者の早期受診と定期的な受診の必要性をさらに啓発する必要がある。今後、かかりつけ医が認知症を積極的に診療する役割が求められるであろうし、BPSD が重症な場合はかかりつけ医と精神科の連携がより必要となってく

ると考える。

診断が確定された患者の内訳が AD, VaD, DLB の順になったが、これは本邦における認知症の疾患頻度に一致している。しかし DLB が AD の 1/7 未満しかいなかったという本調査の結果は、DLB と AD の一般的な疾患の頻度を考えると少ない。本調査では患者を長期間観察できなかつたため DLB の診断基準を満たすだけの臨床症状がそろわず、AD と診断された可能性がある。実際、本調査で AD と診断された患者の中には幻覚を有する者がいた。今回の調査で、65 歳以上で BPSD 様症状を主訴に受診した患者 67 例のうち、9 例 (13.5%) は認知症以外の精神疾患の患者であった。さらに原因疾患が特定できなかつた 11 例も非認知症性の精神疾患の可能性があり、合計すると 20 例 (29.9%) となる。すなわち約 1/3 の確率で認知症以外の精神疾患患者である可能性があった。よって、BPSD の救急治療は、現状通り、一般病院の救急より精神科救急で診療することが望ましいと考えられた。しかし数日以内に身体科コンサルトが必要な重篤な合併症のある患者も 8 例 (11.9%) おり、この結果から、BPSD を今後も精神科救急で診療していくためには、身体科との円滑な連携が必要である。

認知症と診断された 47 例の受診動機となった BPSD の内訳は興奮、易怒性、異常行動、妄想、睡眠障害、幻覚の順であった。なお、NPI-NH では徘徊は異常行動に含まれている。一般に頻度の高い BPSD は無為、抑うつ、易怒性、興奮、不安である³⁾が、本研究では無為、抑うつ、不安を主訴に受診した患者がほとんどいなかった。その理由は、無為、抑うつ、不安では介護者が夜間や休日でも受診させたいと思わないためと考えられる。一方、興奮や易怒性、徘徊などの異常行動は介護者にとって負担が大きいため³⁾、平日の朝まで待てなかつたと考えられた。疾患別にみると、AD では興奮、異常行動、易怒性が多かった。VaD では興奮と易怒性が突出して多かった。前述したようにこれらの症状が多い理由は、介護者にとって急を要する BPSD だからであろう。AD と VaD

の BPSD を比較した論文は過去に数多く報告されているが、総合すると VaD では AD と比較して、抑うつと不安は多いが、徘徊は少ない傾向がある³⁾。本研究で AD と比較して VaD では異常行動が少なかったのはこの VaD の徘徊が少ないという特徴によると思われる。DLB で幻覚と妄想の割合が高かつたのは、AD に比べてそれらの症状が高頻度に出現するためと考える⁹⁾。先行研究と比較すると、北村らの調査⁷⁾では暴力行為と易怒性が上位を占め、我々の結果と矛盾しない。しかしこの調査では、BPSD の評価に BEHAVE-AD (behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale) を用いているため、AD 以外の認知症の症状評価についてはやや不明確である可能性がある。また受診動機となった BPSD については特定の尺度を用いずに評価している。Sawayama らの調査¹¹⁾では受診動機となった BPSD に触れられておらず、澁谷の調査¹²⁾では主訴となる精神症状が網羅的に記載されているだけで本研究結果との比較は困難であった。

本研究では結果を解釈する上で考慮すべき点が 3 つある。1 つは回収率が決して高くないことである。2 つ目は日本精神科病院協会に所属している医療機関を対象としたため、所属していない精神科の病院や一般病院は含まれていない。よって、この 2 つのために真の結果を反映していない可能性がある。3 つ目は、対象患者を 65 歳以上としたために、65 歳未満の認知症は対象となっていないことである。65 歳未満の若年性認知症では FTLD の割合が高いことが知られている。そのため 65 歳未満の認知症患者も含めると精神科救急を受診していた患者の割合が増えていたかもしれない。また、若年性認知症患者は高齢の認知症患者よりも暴力が激しく家族だけでは BPSD への対応が難しいため、精神科救急を利用している割合が高かつた可能性がある。このように若年性認知症患者を調査からはずしたため、実際よりも精神科救急の利用者、および FTLD 患者の利用者が実際よりも低く出た可能性がある。

おわりに

今回の研究によって、認知症のBPSD治療目的で精神科救急を利用している患者が極めて少ないことが明らかになった。夜間休日帯にBPSDが発生して介護者が困ったときには精神科救急診療が利用可能との啓発は必要であるが、救急診療はやむをえないときに利用する最終の診療手段である。そのためには救急医療を利用しなくても良いように、早期からの治療開始と継続診療の啓発が必要であり、それにはかかりつけ医の役割が大きいであろう。また、高齢者は身体合併症をもっていることが多く、BPSD患者を精神科救急で診療するためには身体科との連携も必要である。しかしながら、今後は、どうして精神科救急診療の利用率が低いのか、まずはその理由について調査をしていく必要がある。

本稿で紹介した成果は、平成21～23年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究（研究代表者：数井裕光）」の助成を受け行った研究の一部である。また、本研究の結果の一部は第25回老年精神医学会大会（2010年6月、熊本）で発表した。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 本研究の調査にご協力いただいた日本精神科病院協会所属の病院の先生方に深謝いたします。

文献

- 1) 浅野弘毅, 栗田圭一, 近藤 等：認知症疾患センターと救急医療。老年精神医学雑誌, 18; 1170-1175, 2007
- 2) Black, W., Almeida, O. P.: A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr*, 16 ; 295-315, 2004
- 3) Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E. B.: Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*, 3 : 73, 2012

4) 厚生労働省：平成21年国民生活基礎調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/1-2.html>)

5) 厚生労働省：精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（第1回），平成24年3月23日 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000264pr-att/2r985200000264x9.pdf>)

6) 古塚大介, 鄭 庸勝, 鈴木 太ほか：総合病院における精神科救急医療の実態—大阪府域の精神科救急医療実態調査から—。大阪市勤務医師会研究年報, 34 ; 1-7, 2007

7) 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 ; 70-77, 2008

8) Monastero, R., Mangialasche, F., Camarda C., et al.: A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis*, 18 (1); 11-30, 2009

9) Rockwell E., Choure, J., Galasko, D., et al.: Psychopathology at initial diagnosis in dementia with Lewy bodies versus Alzheimer disease : comparison of matched groups with autopsy-confirmed diagnoses. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15 ; 819-823, 2000

10) Ryu, S. H., Ha, J. H., Park, D. H., et al.: Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. *Int Psychogeriatr*, 23 ; 214-220, 2011

11) Sawayama, E., Takahashi, M., Arai, H.: Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63 ; 577-579, 2009

12) 澁谷孝之：精神科救急システムのなかでの認知症高齢者の救急医療。老年精神医学雑誌, 18 ; 1197-1208, 2007

13) 繁信和恵, 博野信次, 田伏 薫ほか：日本語版NPI-NHの妥当性と信頼性の検討。BRAIN and NERVE：神経研究の進歩, 60 (12); 1463-1469, 2008

Rate and Characteristics of Dementia Patients Who Visit Psychiatric Emergency Hospitals for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Japan

Yoshiro SHIMIZU^{1,2)}, Hiroaki KAZUI²⁾, Yutaka SAWA¹⁾, Masatoshi TAKEDA²⁾

1) *Sawa Hospital*

2) *Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine*

Background : Neuropsychiatric symptoms and behavioral changes, known as behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), are often observed in patients with dementia. BPSD impairs a patient's quality of life, increases the burden on the caregivers, and can be a predictor of the need for institutionalization. BPSD can aggravate on holidays or at night, when general psychiatric clinics are closed. When psychiatric symptoms aggravate on holidays or at night in patients with psychiatric disorders other than dementia, such as schizophrenia and manic psychosis, the patients visit psychiatric emergency hospitals. However, it has not been assessed whether patients with dementia visit psychiatric emergency hospitals for the treatment of BPSD on holidays or at night, although dementia patients are increasing and account for 10.5% of psychiatric outpatients in Japan.

Aims : To determine the percentage of dementia patients with BPSD in all psychiatric patients who visit psychiatric emergency hospitals, and the characteristics of patients with BPSD in Japan.

Method : We developed two questionnaires. One was for psychiatric emergency hospitals and assessed the numbers of all patients, patients over 65 years old, and patients over 65 years and with BPSD or BPSD-like symptoms, who visited the psychiatric emergency hospitals on holidays or at night. The other questionnaire was for each patient over 65 years and with BPSD, and assessed the patients' characteristics, including their diagnosis, sex, what kinds of BPSD or BPSD-like symptoms brought them to the hospital, and whether they had visited a psychiatric clinic or hospital during the preceding 12 months. The questionnaires were sent to 360 hospitals that belong to the Japan Psychiatric Hospitals Association and treat patients with acute psychotic symptoms or dementia. This prospective survey was conducted from October 1 to November 30, 2009.

Results : One hundred and forty-three hospitals returned the questionnaires (response rate : 39.7%). In the survey period, 3,527 patients visited the psychiatric emergency hospitals on holidays or at night, but only 67 patients over 65 years old (1.9%) visited the hospitals for BPSD or BPSD-like symptoms. Thirty-four of the 67 patients were men, and their average age was 79.4 ± 6.4 years old. Thirty-five patients had visited but 25 patients had never visited psy-

chiatric clinics or hospitals during the preceding 12 months. Eight patients had physical complications that required examination for several days, while 57 patients did not require such treatment. Forty-seven patients were diagnosed with dementia. Patients with Alzheimer's disease (AD) (29 patients) were the most common, followed by those with vascular dementia (VaD) (8 patients) and those with dementia with Lewy bodies (DLB) (4 patients). Among the 47 patients with dementia, agitation/aggression was the most frequent BPSD symptom (30 patients), followed by irritability (18 patients) and aberrant motor behaviors (17 patients). The BPSD symptoms observed at the psychiatric emergency hospitals differed due to the causative dementia. Agitation/aggression, aberrant motor behaviors, and irritability were the most frequent causative symptoms in AD, agitation/aggression and irritability were the most frequent causative symptoms in VaD, and hallucinations and illusions were the most frequent causative symptoms in DLB.

Conclusions : Our survey revealed that few patients over 65 years old visited psychiatric emergency hospitals for BPSD on holidays or at night in Japan, and that many of them had not regularly visit psychiatric clinics or dementia hospitals in the preceding 12 months. These results indicate that dementia patients need to visit their doctors regularly to avoid visiting psychiatric emergency hospitals on holidays or at night, and caregivers should be aware that they can visit psychiatric emergency hospitals for the treatment of BPSD on holidays or at night.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia, psychiatric emergency, causal disease, prospective epidemiological survey >
