

認知症診療のための 地域連携パス

大阪大学大学院医学系研究科
精神医学分野

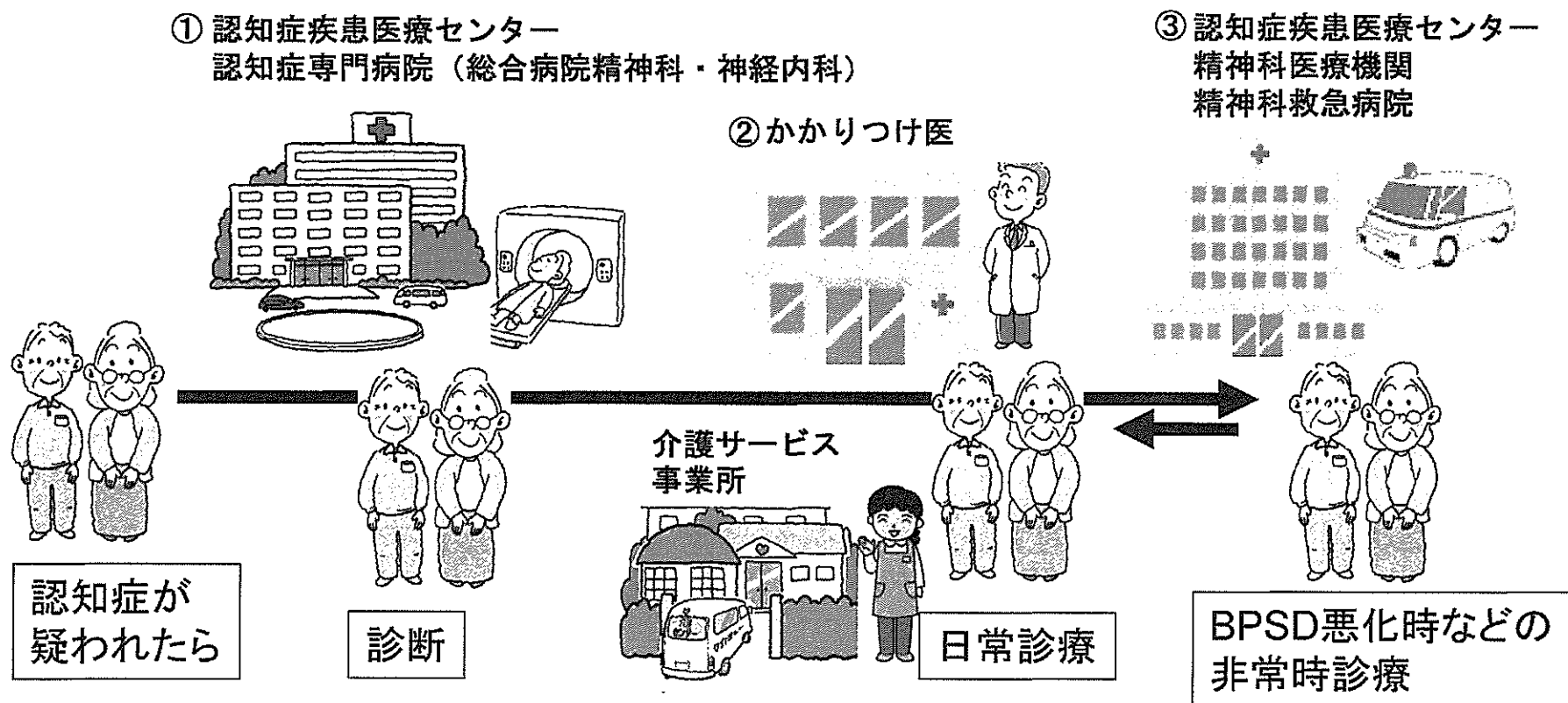
数井 裕光

情報開示

本研究は、平成21－23年度厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業／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」により行われています。

認知症患者さんの診療には連携が必要

- ・ 認知症の診療は正しい原因疾患の診断からはじまる。
 - － 疾患によって、出現しやすい認知障害、BPSDが異なり治療法、対応法も異なる。
- ・ 在宅診療と専門病院での診療とを円滑に連携させる仕組みが必要。



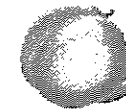
認知症地域連携パス

- 非専門家に認知症患者さんの診療手順を視覚化する役割。
 - － 認知症診療手順、流れはよく知られていない。
- 認知症患者さんに関わるかかりつけ医、ケア職員、家族介護者、専門医など多職種の役割分担・連携を明確化。
- 医療の標準化、透明化：一般に公開。
- パスは(診断)、(日常診療)、(非日常診療)に分けられる。
- (日常診療)のパスには補完システム必要。
 - － 検査や特別な治療が少ない。
 - － 家族介護者とケア職員の役割が重要な時期。
 - 連携ファイル：医療とケア、家族間の情報の共有化。
 - 疾患別・重症度別ケアガイドブック
 - － 現段階では認知症診療連携をするには専門医が、その他のメンバーに教育的支援を継続的に行い続けることが必要。
 - 連絡会議：かかりつけ医、ケア職員、認知症専門医(、家族介護者)が連携について意見交換、勉強し合う。
 - － 顔の見える関係、継続的な勉強会

連携ファイルの作成

- ・ 診断した専門医療機関で患者さんごとに発行。
 - － 主介護者の同意を必要とする。
- ・ 天寿を全うするまで利用し続ける。
 - － 病院、介護サービス事業所に行くときに携帯。
- ・ 母子手帳をイメージ。
 - － 前半部：患者の診療情報をまとめる。
 - ・ 病歴、診断、診断した病院、重要な検査結果
 - ・ かかりつけ医、ケアマネジャー、介護サービス事業所などの情報
 - ・ 今後出現しうる症状を記載し、備えてもらう。
 - － 後半部：家族、ケアマネジャー、ケアスタッフ、かかりつけ医、専門医などがお互いに連絡しあい、質問しあい、回答しあう。
- ・ 今後の改訂
 - － A5サイズ、2分冊とする。
 - ・ 後半部は常に携帯。
 - ・ 前半部は、必要時のみ携帯。

心と認知の連携ファイル
あなたの安心を
みんなで支えます



試験運用中の声

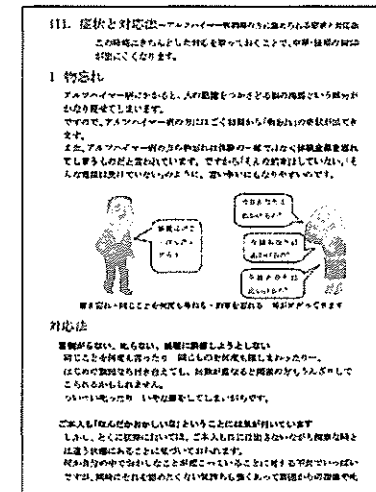
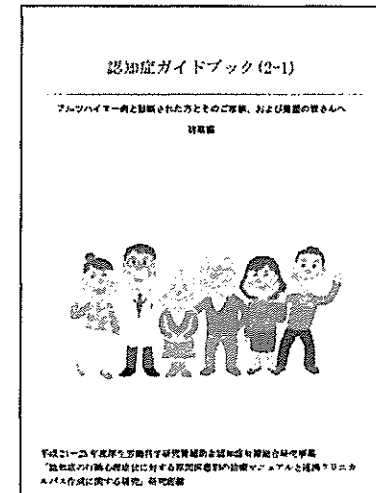
- ・ 介護サービス事業所
 - － これまで話しにくかったかかりつけ医と連絡がとりやすくなった
 - － 複数のサービス事業所間の情報共有に有用
- ・ 家族介護者
 - － 安心感が持てる
 - － 新しい施設、病院に初めて行ったときにくり返し同じ話をしなくてすんだ
- ・ かかりつけ医
 - － 患者さんの日常がわかった
 - － 利用している介護サービスを知った
 - － カルテとの二重書きになるから記載が面倒。電子化してほしい

連携ファイルの有用性

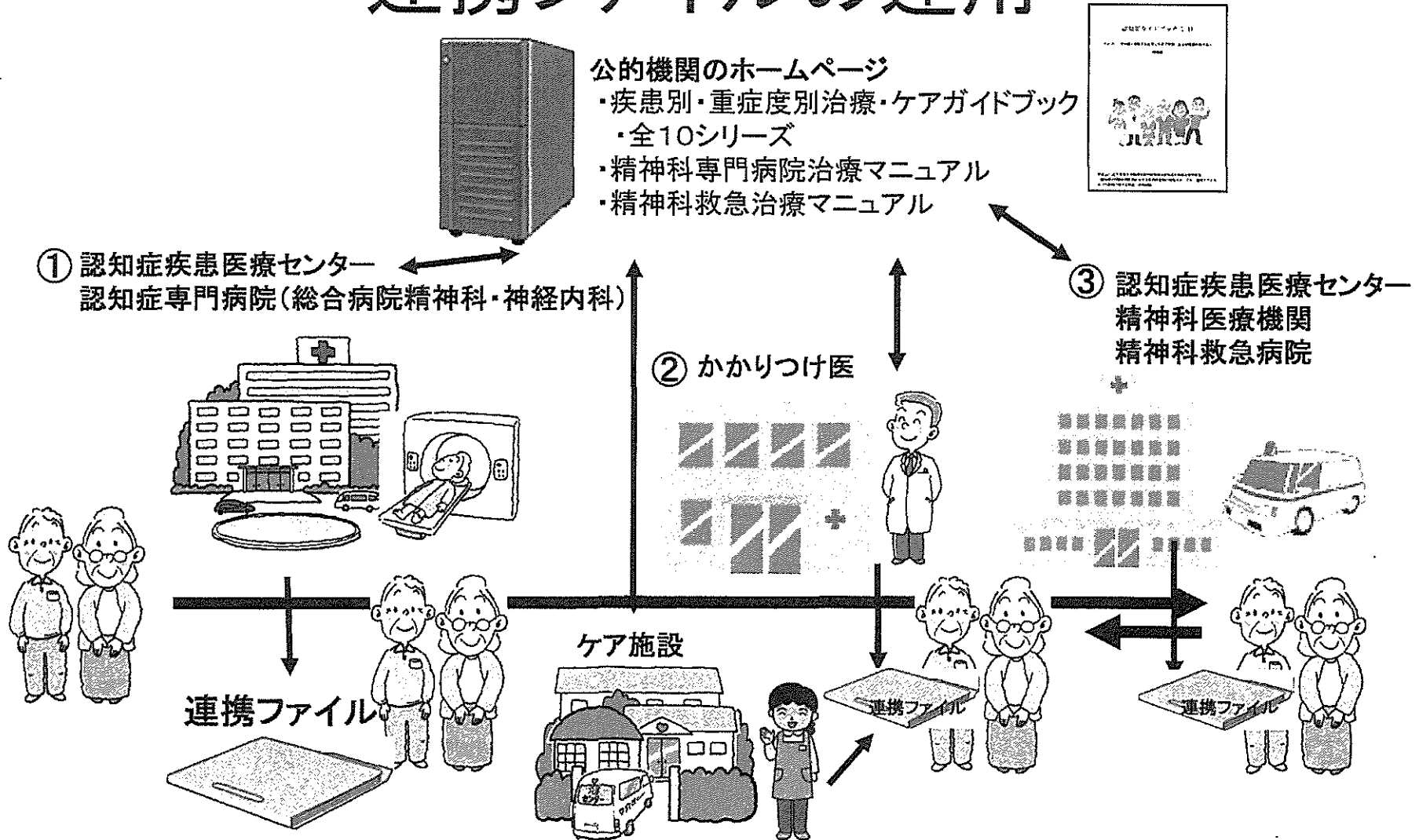
- 母子手帳：子供の誕生・成長と母親の健康を国が支える制度。
 - 長期間にわたる経過記録としての利便性
 - 関連機関が記録を共有できる有用性
 - 母子を支える制度があることを実感できる安心感
- 連携ファイル(〇〇手帳)：人生の最終ステージを皆で支える。
 - 利便性、有用性、安心感を利用者に提供できる。
- 都市部で連携システムを構築する際に特に有用。
 - 地方都市に比べて、血縁に頼れず、地縁の薄い都市部にこそ、地域連携システムを構築するために有効なツールが必要。
- かかわるすべての人が「連携ファイルに記入する」、「連携ファイルを読む」ことを通じて、「認知症の患者さんと家族から学んで、現場に活かす」ことが同時にできる、成果を共有できる。

疾患別・重症度別治療・ケアガイドブック

- ・ 書店の認知症ケアガイドブックは、家族介護者の26%、ケア職員の30%、かかりつけ医の7%のみが購入（H21年度調査）。
 - 理由：
 - ・ 量が多すぎて必要な部分が見つからないから。
 - ・ 専門用語がわからないから。
- ・ 今回のガイドブックは、
 - 疾患別重症度別に分けることによって、量を少なく。
 - 家族、ケア職員に読んでもらい、わかりにくい文言を改訂。
 - 多職種が連携するためには、共通の教科書が有用。
 - 全10種類
 - ・ 総論
 - ・ アルツハイマー病：早期・中期・後期
 - ・ レビー小体病：早期・中期・後期
 - ・ 前頭側頭型認知症：早期中期・後期
 - ・ 血管性認知症
 - 内容：それぞれの認知症の特徴について簡単に説明し、頻度の高い順にBPSDを取り上げ、有効な対応法を列挙。
 - 診断時に医療者が介護者に適切なガイドブックを渡す。
 - ・ 目標は、BPSDの出現や悪化の予防。



私たちの考えるガイドブックと 連携ファイルの運用

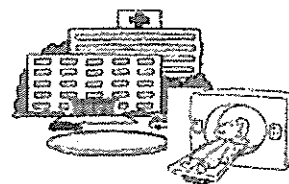


現在進行中の前向き研究

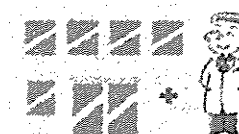
連絡会議



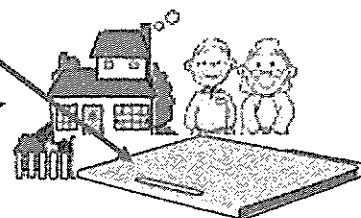
阪大病院神経科精神科



吹田市・豊中市
かかりつけ医



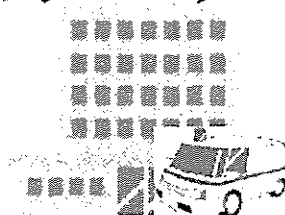
患者、家族介護者



疾患別・重症度別
ケアガイドブック



認知症疾患医療センター
(さわ病院)



ケア施設



連携ファイ
ル

参加者

- ・患者(家族): 59患者
- ・かかりつけ医: 75名
- ・介護サービス事業所: 84施設
- ・ケアマネジャー: 48名
- ・期間
- ・平成23年2月～7月

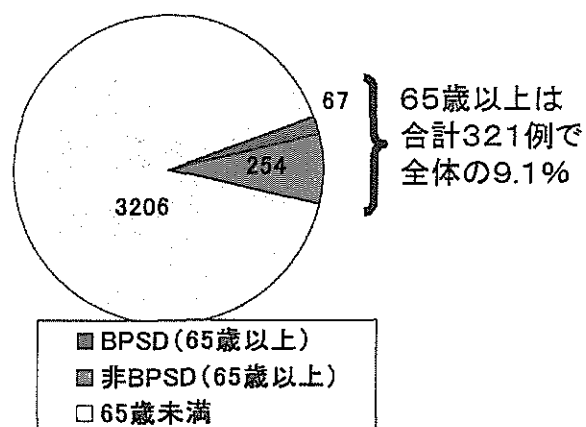
アウトカム

- ・メンバー間の連絡回数の増加
- ・かかりつけ医、ケア職員の患者さんの症状や診療・ケアの状況、患者さんを取り巻く人々に関するお互いの情報把握の改善
- ・家族介護者の介護負担感の軽減
- ・患者さんの精神症状の軽減と認知機能の改善
- ・このシステムの感想

調査結果(1):BPSD治療目的で精神科救急システムは利用されていない

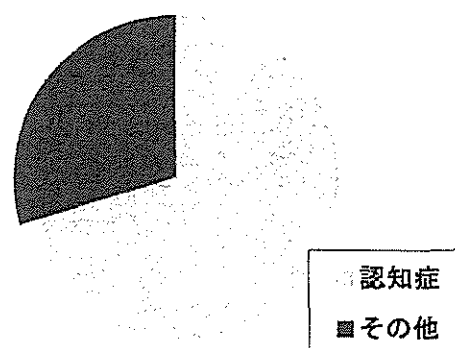
- 精神科救急診療をしている全国の精神病院102病院を対象に 平成21年10月1日～11月30日の間の夜間、休日にBPSD様症状で受診した65歳以上の患者について 前向き調査を施行

BPSD治療目的患者



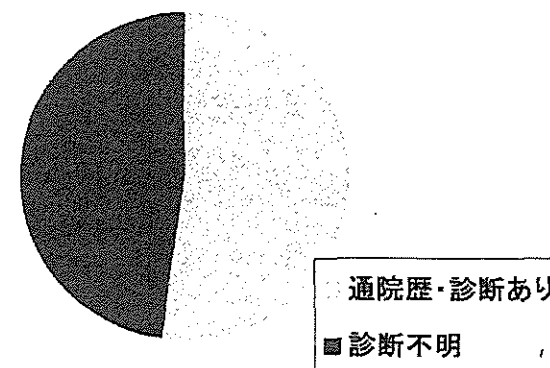
BPSD様症状を主訴に
受診したのは、わずか
67例、全体の1.9%
→精神科救急システム
の啓発が必要

67例の原因疾患



受診者の約2/3は認知
症であったが、約1/3
は他の精神疾患
→認知症のBPSDの
救急は精神科病院で
受けるべき

67例の受診歴



受診者の半数は受診歴がな
い、または受診時診断不明。
→認知症疑い患者の早期診
断の必要性の啓発が重要

調査結果(2):BPSD入院基準を提案

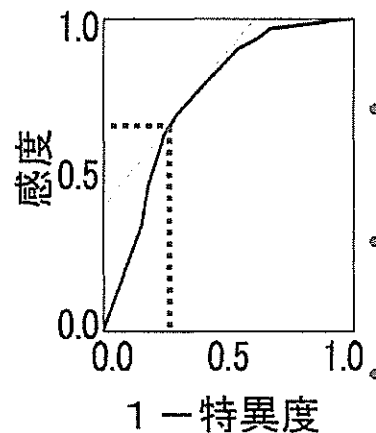
- 平成21年度の大阪府での調査で、どのようなBPSDに入院治療が必要なのかがわからず、患者家族(89%)、ケアスタッフ(84%)、かかりつけ医(100%)は入院の目安の作成を希望。

認知症疾患医療センター・精神科専門病院で、入院目的として頻度の高かった症状のうち、その症状が入院の原因となった群(A)と入院の原因にならなかった群(B)とを比較。対象140名。

睡眠	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	58	8.2±3.5	7.3-9.2
B群	82	5.0±4.6	4.0-6.0

興奮	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	96	7.7±3.8	6.9-8.4
B群	44	5.0±3.4	4.0-6.1
妄想	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	62	7.7±3.8	6.8-8.7
B群	78	4.0±4.3	3.0-4.9
異常行動	数	平均±SD	95%信頼区間
A群	60	8.0±4.2	6.9-9.0
B群	80	5.4±4.9	4.3-6.5

入院を要する精神症状の目安をNPIのスコアで作成

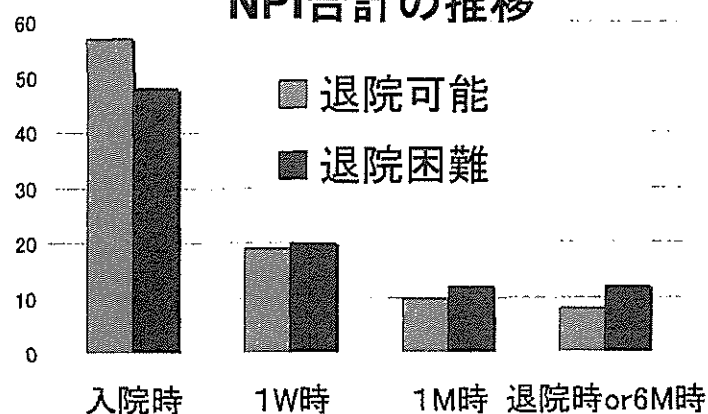


- 妄想は6点以上
 - 感度0.69特異度0.71
- 興奮は8点以上
 - 感度0.65特異度0.66
- 異常行動は8点以上
 - 感度0.68特異度0.60
- 睡眠は6点以上
 - 感度0.81特異度0.54

調査結果(3):BPSD治療入院は1ヶ月間

退院可能:入院後6ヶ月までに退院した症例、退院困難:同時点で退院できなかった症例

専門病院での治療による
NPI合計の推移



BPSDは1週間で著明軽減、
1ヶ月でプラトーに
→1ヶ月で退院が可能
→早期入院、早期退院が適当

退院困難群48例の理由

受入施設ない(16)、BPSD(性的逸脱行為、大声・暴力、盗食、放尿など)のため(14)、家族が関わり拒否(6)、身体疾患・副作用(5)、その他(7)

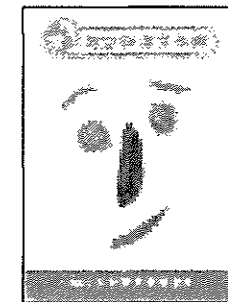
退院可能例と困難例の比較

患者要因	退院可能群 92例	退院困難群 48例	p値
年齢	78.1±8.7	75.3±11.2	0.11
男性の割合(%)	41	60	0.04
教育年数	9.4±3.3	9.7±3.5	0.68
MMSE	11.1±0.7	10.3±1.0	0.51
ADの割合(%)	67	69	
患者の年金額	12.7±10.9	8.7±7.2	0.026
主介護者が配偶者の割合(%)	34	40	0.46
同居者の有(%)	51	62	0.23
介護介助者の有(%)	33	38	0.56
介護者教育年数	12.4±3.1	12.2±3.5	0.69
ZBI総得点	48.9±19.1	48.1±17.8	0.80

地域連携パスを定着させるために

- 認知症診療に関心のあるかかりつけ医の確保が重要
 - かかりつけ医が、専門医を紹介してくれないとの介護者の嘆きが多かった。
 - 認知症診療に関心の少ないサポート医先生はあまり機能しない。
 - 関心のある医師が医師会の中核にいと連携は進みやすい。
 - 開業医の先生は忙しさに差がある。
 - 週当たりの患者数:206±158人(18~650人)
 - » 認知症患者数:16±18人(1~100人、精神科クリニック含)
 - 時間に余裕があり、かつ若い開業医の先生が認知症診療連携に協力。
 - 外来診療圏ごとに認知症診療開業医を設定。
 - » 診療所名と地図を公開。
- 連携の橋渡しとなるものが必要
 - 定期的に利用する素材が必要
 - 連携ファイル:国、協会などが標準的な資材を発行。
 - 地域連携電子カルテ:ネットワーク基盤の整備
- 保険点数化:今ある制度のどこに入れられるか。
 - パスを使えば〇点、連携ファイルに記載すれば〇点。
 - 家族に介護指導をすれば〇点。
 - 介護サービス事業所に医師が往診し介護指導をすれば〇点。

糖尿病連携手帳
(日本糖尿病協会発行)



今後の私達の計画

- 現在の日常診療システムの中の連携ファイル、ガイドブック、連絡会議それぞれの効果検証
 - － 効果の少ない介入、効果の少ない項目は削除する。
- (診断パス)、(日常診療パス＋連携システム)、(非日常診療パス)を連結し、かつ以下のことを取り入れた連携パスを作成
 - － 専門病院への入院基準
 - － 専門病院でのパスを入院期間を1ヶ月間を目指す
 - － 精神科救急システムの啓発システム
- 連携パスの長期効果の検証研究(2～3年間)
 - － 千里ニュータウンは今後一気に高齢化が進む都市部の高齢化の典型で研究地域として望ましい。
- アウトカムは現在の研究の項目＋在宅生活期間の延長。

連携ファイル連絡会

1. ご挨拶
2. ミニレクチャー
3. ディスカッション

第3回連携ファイル連絡会

第3回連携ファイル連絡会を4月16日に阪大病院14階会議室で行いました。ご家族様をはじめ、かかりつけ医の先生方、介護職、行政職の方にお越しいただき、約70名の方々にご参加いただきました。ありがとうございました。

ミニレクチャー

大阪大学精神医学教室 講師 数井裕光により、「BPSDの治療法、対方法」という演題でミニレクチャーを行いました。別紙に内容をまとめましたのでご参照下さい。



ディスカッション **BPSDの対応について活発な議論がなされた**

今回は、第1回、第2回の連携ファイル連絡会でご要望の高かった「BPSDの対応方法」をテーマとして取り上げました。会場で、対応に困っていることについて、二つ質問を投げかけていただきました。

ひとつめは、「60歳代のアルツハイマー病のご利用者様。デイサービスは楽しんで過ごしているが、帰宅後、「田舎に帰りたい」と繰り返し訴える。何かよい対応法はないか？」とご質問頂きました。

これを受けて、会場から、いろいろなご提案をしていただきました。

—ご家族様より「うちも同じ症状があります。『明日になったら帰ろう』という、翌日には忘れていて何とかやれています」と回答がありました。

—ご家族様より「うちも同じような症状があり困っていましたが、本人の気持ちを受け止め、誠意を持って、田舎に帰って暮らすことが難しいことを伝えたら、自覚するようになりました。」と回答がありました。

—医師より「『田舎に戻りたい』というのは、「元気で、活躍していて、楽しかった昔に戻りたい」という意味なのかもしれない。何か、ご本人に役

立っているという実感をもってもらえるような関わりができたらいいいのでは？」と提案ありました。

もうひとつは、「78歳のアルツハイマー病のご利用者様で「子供が帰ってくるから」と買い物を頻繁にして料理をしているが、とても食べられる料理ではなく困っている」というご質問でした。

—医師より、「ヘルパーさんと一緒に買い物をしたり、食事を作るのはどうですか？」と提案ありました。

—ケアマネジャーより、「一品料理を作ってもらおうにすると食材を買ってくるのが減った」というご経験の提示ありました。

—「みんなの役に立ちたいという気持ちのために、料理を作るのであれば、別のことにすり替えるということはできないか？」とご提案ありました。

—作業療法士より、「やってもらうというだけでは、実際は難しい。作業工程を少なくするといった観察や提案も必要」と回答ありました

次回も、このテーマを継続したいと思います。

連携ファイルの記録より (4月16日当日資料)

デイサービス S 様の記録より、帰宅願望のある利用者様について

○月○日

「わし帰らなあかんねや」と14時ごろ走って玄関の方へ行かれました。
スタッフが「まだ帰る時間違いますよ。機能訓練してから帰りましょう」と言っても
「帰る」と走り出しました。
玄関へ行かれたので遠くから様子をうかがっていると、戻ってこられ、リハビリの先生の椅子を持ってきて下さいました。

○月○日

13:30頃「帰らなあかんねん」と立ち上げられました。「その帽子素敵ですね。どこで買ったんですか?」と訊くと、「××の商店街や」と答えて下さいました。
どこら辺の店ですか?立ち話もなんなんや…」椅子を引いて座っていただきました。
「地図書いて下さいませんか?」とペンを渡すと「ここをこう行って…」と…地図を書いて下さいました。スタッフが席を離れると「わし帰らなあかん」と再度立ち上げられましたが、地図の説明をお願いすると、説明して下さいました。

○月○日

午後は「わし帰らな、おばはんやと約束してるんや」と何度か玄関に行かれ、力づくで扉を開けようとされましたが、スタッフが「奥様から電話があって待ち合わせは3時半って連絡ありましたよ」とお伝えすると、フロアに戻って下さいました。

○月○日

昼食後「帰る」とおっしゃっておられましたが、「午後からバレーするのでいて下さい」とお願いすると「え、わしもすんの?」と驚いていたようでした。それでも「帰る」と席をたたれたので「足の爪が伸びているので切りましょう。座して下さい」と声かけすると、「伸びてるんか?」と席に座して下さいました。その後風船バレーに参加され楽しんでおられる様子でした。

日によって遠くから見守ったり、注意をうまくそらしたりと、対応されているのですね。
温かさも伝わってきます。



デイサービス J 様の記録より、入浴拒否のある利用者様について

○月○日

Nsにて「全身観察する日」とお伝えして入っていただいています。一度入られると「気持ちよかった」と喜ばれています。

○月○日

入浴の声かけに嫌がられますが「マッサージの先生が待っているの」と声かけし、入られると嫌がられることなく「気持ちよかった」と喜ばれています。

○月○日

入浴は軽く嫌がられましたが「土曜日はアロママッサージの仕上げの日なので大先生が来ているから」とお伝えし、入浴できています。もしよろしければ、ヘルパー様、ご家族様からも「アロマの効果が表れているね」とお話を合わせていただければと思います。
(*他にも「美人の湯」「コラーゲンの湯」などいろいろな言葉で誘っておられます)

ご本人も喜べるような設定にしてあり、工夫や温かみを感じます。



どちらの施設様も、うまくいった時もいかなかった時も様子を書いて下さっているの、よい記録になっていると思います。

アルツハイマー病患者さんの 物盗られ妄想に対して

- ・ 最初から否定や訂正しない。
 - ー 介護者の否定は患者さんの口を閉ざす。
 - ー 不安や怒りでさらに悪化し興奮も。
 - ー 否定も肯定もしない態度で。
- ・ 介護者が妄想対象
 - ー 対象者と距離を置く。
 - ー 他人が関与。
 - ー デイ、ショートステイ、短期入院を利用。
- ・ 患者さんが物をししまう場所を探る。
- ・ 積極的にししまう場所を決める。
- ・ 楽しい感情をひきつける。

DLB患者さんの幻視

- ・ 誘因
 - ー 見たものがへんな形、色に見えている。
 - ・ 目が悪いと考える。
 - ー 睡眠覚醒リズムの障害
 - ・ 起きているのに頭は寝ぼけている。
 - ー 夕方から夜におこりやすい。
 - ・ 特に夜中に途中覚醒したとき。
- ・ 対応の基本 患者さんに病気のために起こっていることを理解してもらう。

DLBの患者さんの幻視に対し て

- ・ 教育的精神療法が有効
 - ー 幻視は危害を加えない。
 - ・ 安心を保証
 - ー 暗いところで幻視は見えやすい。
 - ・ 常夜灯をつける。
 - ー 錯視（見誤り）を誘発する物を除去
 - ・ 例：ハンガーに掛かった服
 - ー つづになりやすいので対応
 - ・ 治療を継続することを保証。
 - ・ あきらめない
 - ・ 患者さんに希望を持ってもらう

怒りっぽい患者さんへ

- ・ 怒る理由を考える。
- ・ 制止されるときに怒ることが多い。
 - ー 問題ないことは大目に見る。
- ・ プライドの高い患者さん
 - ー プライドを維持できる対応を。
 - ・ 「先生」とお呼びする。
 - ・ 得意なことを教えていただく。
- ・ 一人の介護者が対応する時間をへらす
 - ー デイなどを来回に

BPSD地域連携研究連絡会議

第3回ミニレクチャー

BPSDの治療法・対応法

大阪大学大学院・医学系研究科
情報統合医学講座・精神医学

数井裕光

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

- ・認知症患者さんに認める、精神行動障害のこと。
- ・幻覚、妄想、攻撃性、焦燥、興奮、脱抑制、不安、抑うつなど。
- ・認知障害以上に日常生活の支障、介護負担、早期からの施設入所の原因となる。
- ・介護者の切なる思いはBPSDの治療。
 - 薬物治療をうまくして欲しい。
 - 接し方を教えて欲しい。

BPSD治療の基本原則

- ・認知症の原因疾患の診断が重要。
- ・BPSDの予防を心がける。
 - 後手に回ると難渋。
- ・治療の基本は、
 - 適切な対応法
 - (非薬物的対応法)
 - 薬物治療
 - アリセプト
 - その他の向精神薬

薬物治療を選択する前に

- ・薬物の効果を検証する方法は決まっている。
- ・その方法で有効性が検証されているか。
- ・最も厳しいのが臨床試験
 - 効果がある。
 - 安全である。
 - 保険適応薬
- ・確度を知って治療法は選択すべき。

BPSDの薬物治療の基本

- ・有害事象を考えても必要があるときに使用。
 - アリセプトは積極的に使用:AD、(DLB)
 - 非定型抗精神病薬
 - ・過鎮静、転倒、骨折の恐れあり。
 - ・死亡率が約1.6~1.7倍になる。
 - 心疾患と感染症が高頻度。
 - ・保険適応外。
- ・介護者にリスクを説明して使用。
- ・介護者は十分に観察。

BPSD対応の基本原則

- ・認知症の原因疾患に基づいて考える。
 - 同じように見える症状でも原因疾患が異なると発現機序が異なる可能性あり。

	アルツハイマー病の徘徊	前額側頭型認知症の常同的周遊
原因	何がを求めて(自分の家)を探している。 不安感、疎外感を持っている。	同じ経路を散歩したいという強い欲求。
配慮すべき点	迷空間認知障害のために道に迷う可能性がある。	通常は迷うことはない。欲求は強く制止困難。
対応	安心させてあげる。 途中まで一緒に散歩する。	安全に周遊させてあげる。

対応法の選択は難しい

- 全ての患者さんに有効な対応法はない。
 - －原因疾患
 - －重症度
 - －元々の性格
 - －家族関係、生活環境
 - ＝そのBPSDの理由
 - ・同じ患者さんでも有効なときと無効なときがある
- 試行錯誤は仕方ない。

患者さんの心理と対応

- 日常動作が難しい課題に。
 - －「できなかったらどうしよう」
 - －「やめておこう」
- プライドがある。
 - －自分を保とうとする防衛規制。
 - －反発もしたくなる。
- 対応の基本は自然に促す。
 - －楽しくなるよう配慮。
 - －「ありがとう、助かるわ」が大切。
 - －子供扱いしない。

BPSD対応のコツ（１）

- BPSDは不安が誘因。
 - －「大丈夫」であることを態度、言葉で表現。
 - ・ゆったりとした穏やかな雰囲気で。
 - ・笑顔で正面から患者さんの顔を見る。
 - ・簡潔な言葉でゆっくりと話す。
- 論理的な説得は有効でない。
 - －患者さんには理解障害がある。
 - －介護者の「真面目な顔」は「怖い顔」。

BPSD対応のコツ（２）

- 感情を伴った記憶は残りやすい。
 - －陰性の感情は避ける。
- 患者さんに役割を持ってもらう。
 - －ヒトは社会的な生物。
 - －役に立っているということを伝える。
 - －家やデイで役割を。
 - ・「ありがとう、助かるわ」と声をかけ。

BPSD対応のコツ（３）

- ケアする人が余裕を持って。
 - －社会支援の利用。
 - ・介護者の定期的な休息。
 - ・家族会やケアの専門家に相談。
 - －介護介助者の設定。
 - ・介護者は仕事も続けながら。
- 患者さんが家族以外の人と交流する。
 - －他人と話すのは頭のリハビリになる。
 - －社会との交流の維持。
 - －家族介護の良さと専門家介護のよさ。

BPSD対応のコツ（４）

- BPSDには患者さんなりの理由がある。
 - －一旦は患者さんの言葉を受けとめる。
 - －いきなりBPSDを修正しない。
 - －体の不調は？
 - ・便秘、薬の副作用（下痢、腹痛、体のだるさ）、感染症。
 - －時には演技も。
 - －患者さんの気分転換を図る。
 - ・好きな物を知っておいてそれを利用。

