

特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究

報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホームにおける認知症の原因疾患の診断の有無、認知症ケアへの反映等の実態調査を行い、医療、介護の両側面からそれぞれの果たすべき役割と機能の在り方について提言する。

2. 事業内容

- (1) 特別養護老人ホームにおける入所時の認知症の診断やケア計画との相関性、その後の医師との連携等について実態調査を実施
- (2) モデル施設による個別ケースの再診断に基づいた定期的なカンファレンスの実施とケア計画の変更、効果の追跡、検証を実施

3. 事業結果

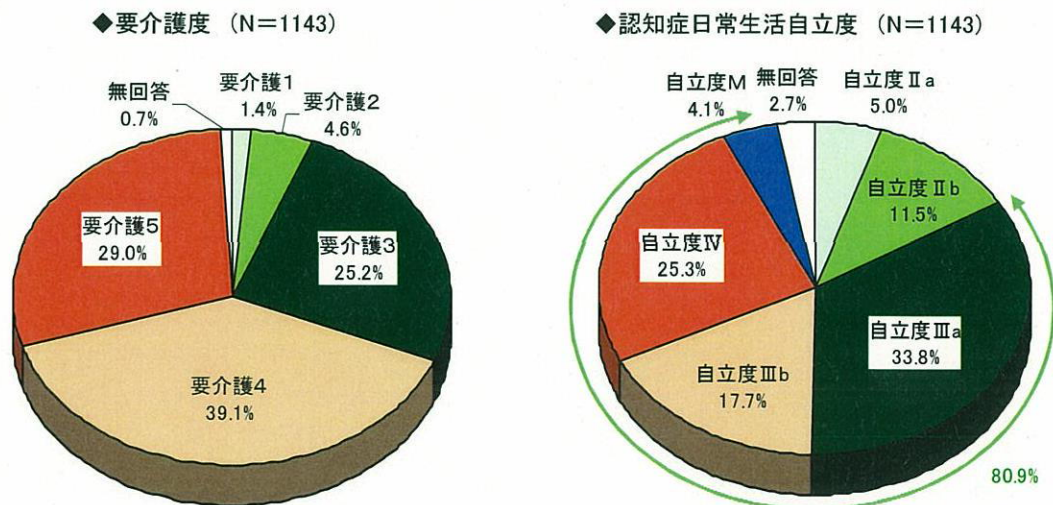
I 特別養護老人ホームにおける実態調査（アンケート調査）から

(1) 調査の対象、属性

- ① 調査対象600施設のうち230施設から調査票を回収(回収率38.3%)、回収サンプル数は1,143
※各施設で2010年9月1日を基点に認知症日常生活自立度Ⅱ以上の新規入所者5名をさかのぼって抽出
- ② サンプルの平均年齢は85.4歳、平均要介護度3.9、男性は19.8%、女性は80.2%

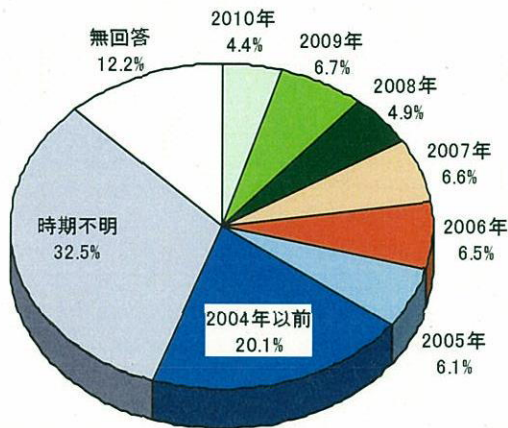
(2) 調査結果の概要

- ① 要介護度は要介護4が39.1%で最も多く、次いで要介護5が29.0%を占めた。認知症の日常生活自立度では、自立度Ⅲaが33.8%で最も多く、自立度Ⅲa以上では80.9%を占めた。

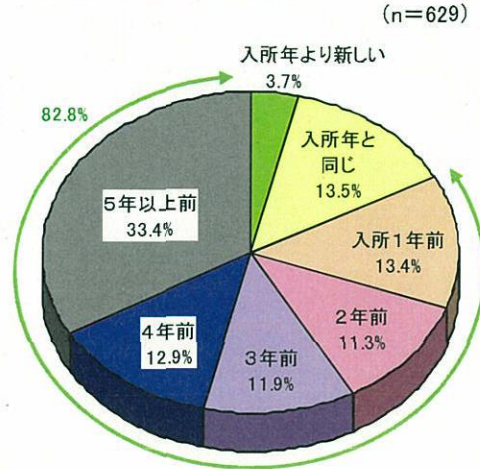


②認知症の診断時期をみると、直近2年の診断（2010年、2009年）は11.1%であり、診断時期は古いことがわかる。また、3割強が診断時期不明であった。
 診断時期と入所年を比較すると82.8%強が入所前の診断であった。入所5年以上前の診断が33.4%あるなど、一旦診断名がついた後は再診断される例は少ないようである。

◆認知症の診断時期（N=1143）

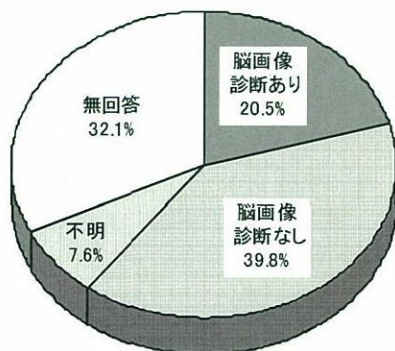


◆認知症の診断時期と入所年の比較（n=629）

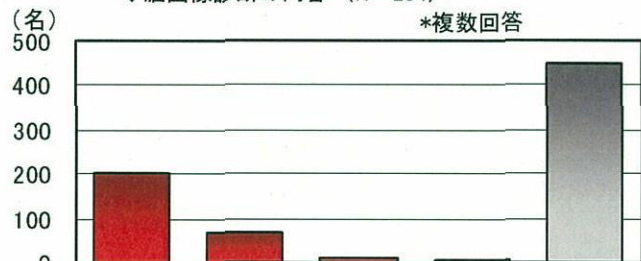


③認知症の診断時に脳画像診断が行われていたのは、20.5%（234名）であった。
 脳画像診断の内容では、CTが203名、MRIが68名、SPECTが12名である。

◆脳画像診断の有無（N=1143）



◆脳画像診断の内容（n=234）

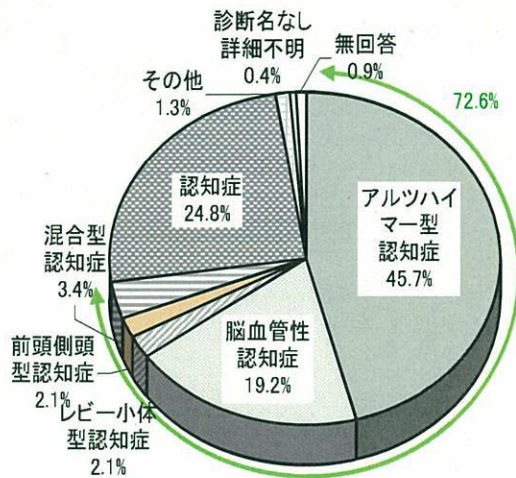


C T	M R I	S P E C T	そ の 他	脳 な し 画 像 診 断
203	68	12	3	446

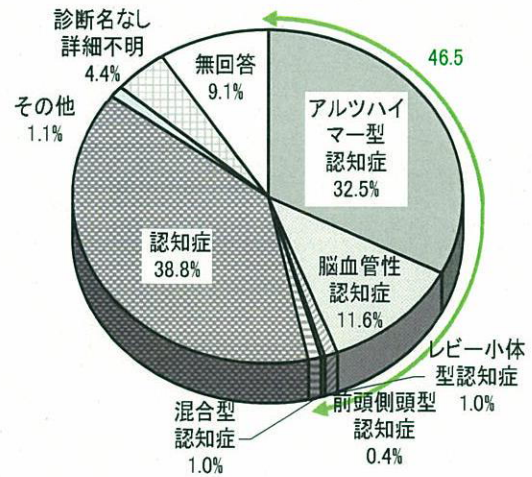
④直近の認知症の診断名では、アルツハイマー型認知症 (32.5%)、脳血管性認知症 (11.6%) をはじめ、原因疾患が特定されているものは 46.5%であった。一方で、原因疾患が特定されない「認知症」が 38.8%、「診断名なし、詳細不明」が 4.4%存在していた。

※認知症診断名としての「認知症」:本調査では、「アルツハイマー型認知症」、「脳血管性認知症」、「前頭側頭型認知症」、「レビー小体型認知症」など原因疾患が明らかなもの以外で、調査票に「認知症」、「老人性認知症」、「老年期認知症」等と回答されたものを「認知症」としてまとめている。

◆脳画像診断がある人の診断名 (n=234)



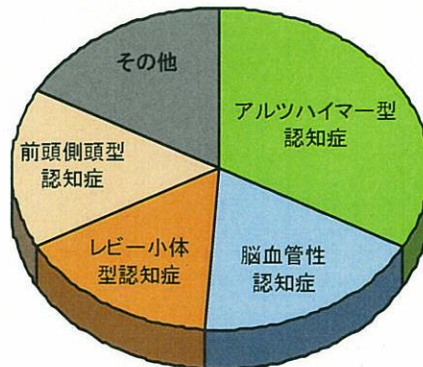
◆認知症の診断名(脳画像診断のない人を含む) (N=1143)



参考として、国内の認知症研究を踏まえた疾患頻度の概要を次に示す。アルツハイマー型認知症が3割強で最も多いが、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症も2割弱程度の頻度となっている。

◆先行研究における認知症の診断名

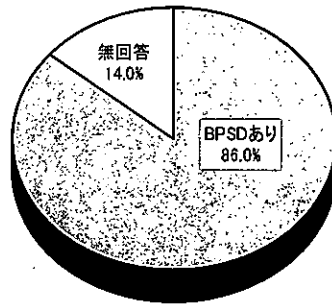
認知症における疾患頻度の概要



(出所)杉本あずさ、河村満「認知症の分類と疫学」『Clinical Neuroscience』Vol.29 No.3 (2011-3) pp.262-263

⑤直近1ヶ月間でBPSD（認知症の行動と心理症状）がある人は86.0%であった。

◆直近1ヶ月間のBPSDの有無 (N=1143)



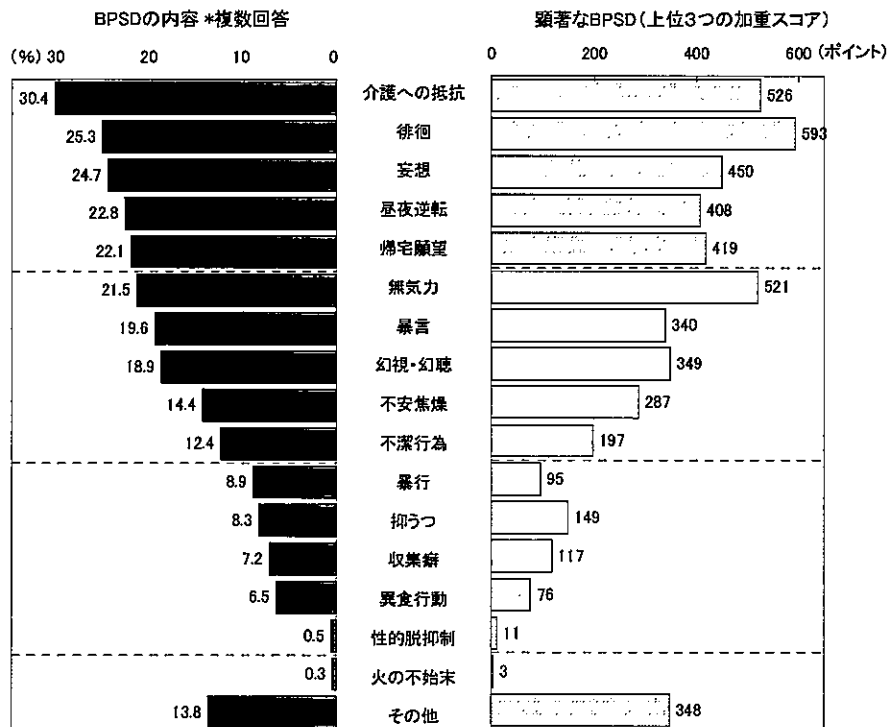
⑥BPSDの内容は、介護への抵抗が30.4%と最も多く、徘徊(25.3%)、妄想(24.7%)、昼夜逆転(22.8%)、帰宅願望(22.1%)と続く(複数回答可)。

「その他」の主なものは、大声・奇声など(2.5%)、独語・独話・同じ話の繰り返し(2.2%)のほか、感情失禁・興奮・ヒステリー(1.0%)、食事で遊ぶ・人のものを食べる(0.9%)などであった。

顕著に見られるBPSD上位3つを加重集計したところ、トップが徘徊、2位が介護への抵抗となり、BPSDの内容と順位が入れ替わっている。BPSDの内容では6位だった無気力が2位と僅差の3位へ上昇しており、ケアの現場では問題になることがうかがわれる。

※BPSD上位3つの加重集計：最も顕著なBPSDを3ポイント、2番目に顕著なBPSDを2ポイント、3番目に顕著なBPSDを1ポイントとして集計した。

◆BPSDの内容と顕著なもの (N=1143)



- ⑦認知症の診断名別に顕著なBPSDは次の通りであった。無気力が最も顕著なのは、脳血管性認知症とレビー小体型認知症である。レビー小体型認知症では、妄想と幻視幻聴がそれぞれ2位、3位となっており、ほかの認知症と異なる傾向を見せている。

◆診断名別 顕著なBPSD

	アルツハイマー型認知症 (n=372)	脳血管性認知症 (n=133)	レビー小体型認知症 (n=12)	前頭側頭型認知症 (n=5)	混合型認知症 (n=11)	認知症 (n=443)	全体 (N=1143)
1位	徘徊	無気力	無気力	徘徊	昼夜逆転	徘徊	徘徊
2位	介護への抵抗	介護への抵抗	妄想	介護への抵抗	徘徊	妄想	介護への抵抗
3位	無気力	暴言	幻視・幻聴	抑うつ	介護への抵抗	介護への抵抗	無気力
4位	帰宅願望	昼夜逆転	抑うつ	無気力	無気力	帰宅願望	妄想
5位	昼夜逆転	妄想	介護への抵抗	妄想	暴言	無気力	帰宅願望

※一般的にいわれる認知症症状の特徴

アルツハイマー型認知症

記憶障害から発症することが多く、場あわせや取り繕い反応が見られる。

見当識障害、視空間認識障害、失語、失行、失認等が起こり、持続的な認知機能の低下が認められる。

脳血管性認知症

物忘れよりも判断力の低下によって日常の実行機能に障害が生じる。

意欲の低下、自発性低下、感情失禁、夜間せん妄等が見られる。

レビー小体型認知症

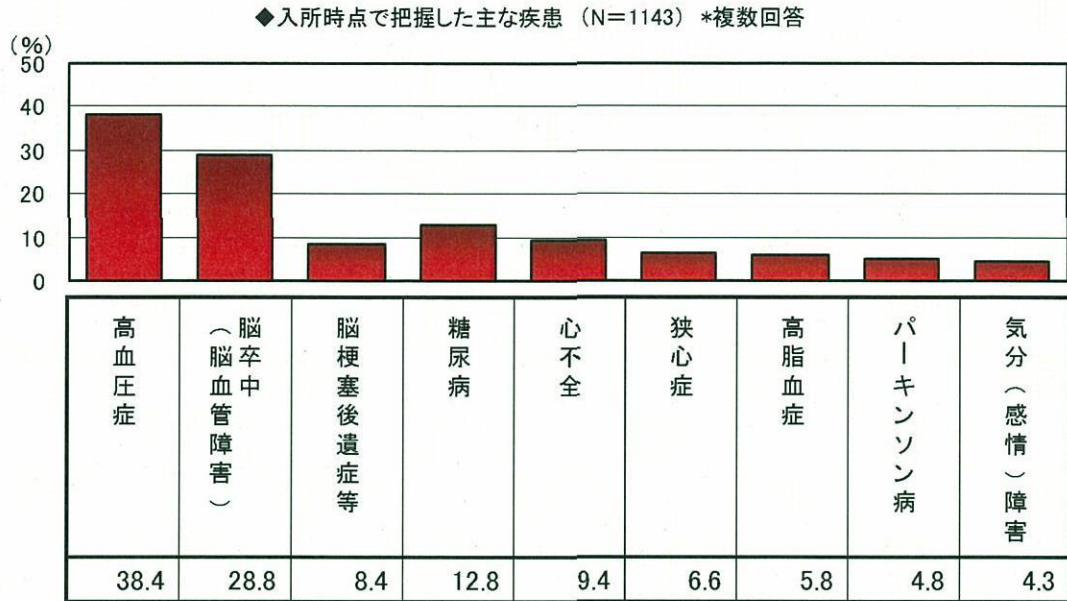
初期の段階から手足がふるえたり、動きが緩慢になる等のパーキンソン病に似た症状が多く見られる。

また、日や時間帯による症状の変化、具体的で詳細な内容の幻視が特徴的である。

前頭側頭型認知症

反社会的な行動や、性格の変化、自発性の低下が見られ、毎日同じものを食べる、同じ服を着る等の常同行動や特定のものに執着する等の特徴がある。

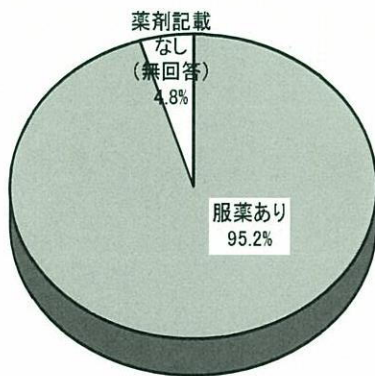
⑧特養入所時点で把握した主な疾患は、高血圧症が38.4%と最も多く、脳卒中（脳血管障害）28.8%、糖尿病12.8%、心不全9.4%が続く。



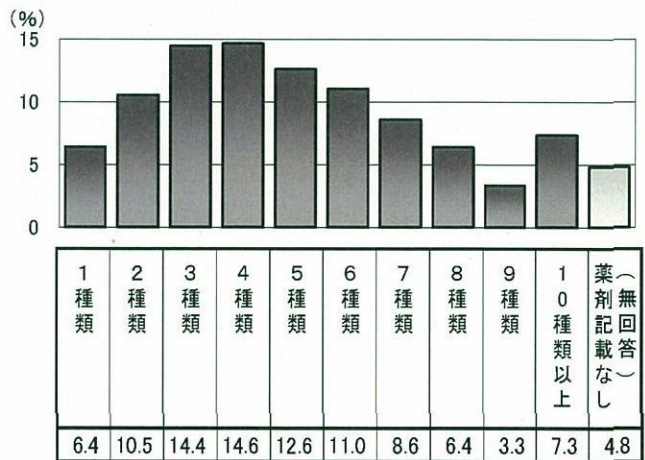
注)入所時点で把握した「完治」「治療中」「経過観察中」の疾患を集計

⑨調査時点における服薬状況は、95.2%が服薬中であり、平均服薬数は4.8種類である。
10種類以上を服薬している人が7.3%あり、最多服薬数は16種類であった。

◆調査時点の服薬状況（N=1143）



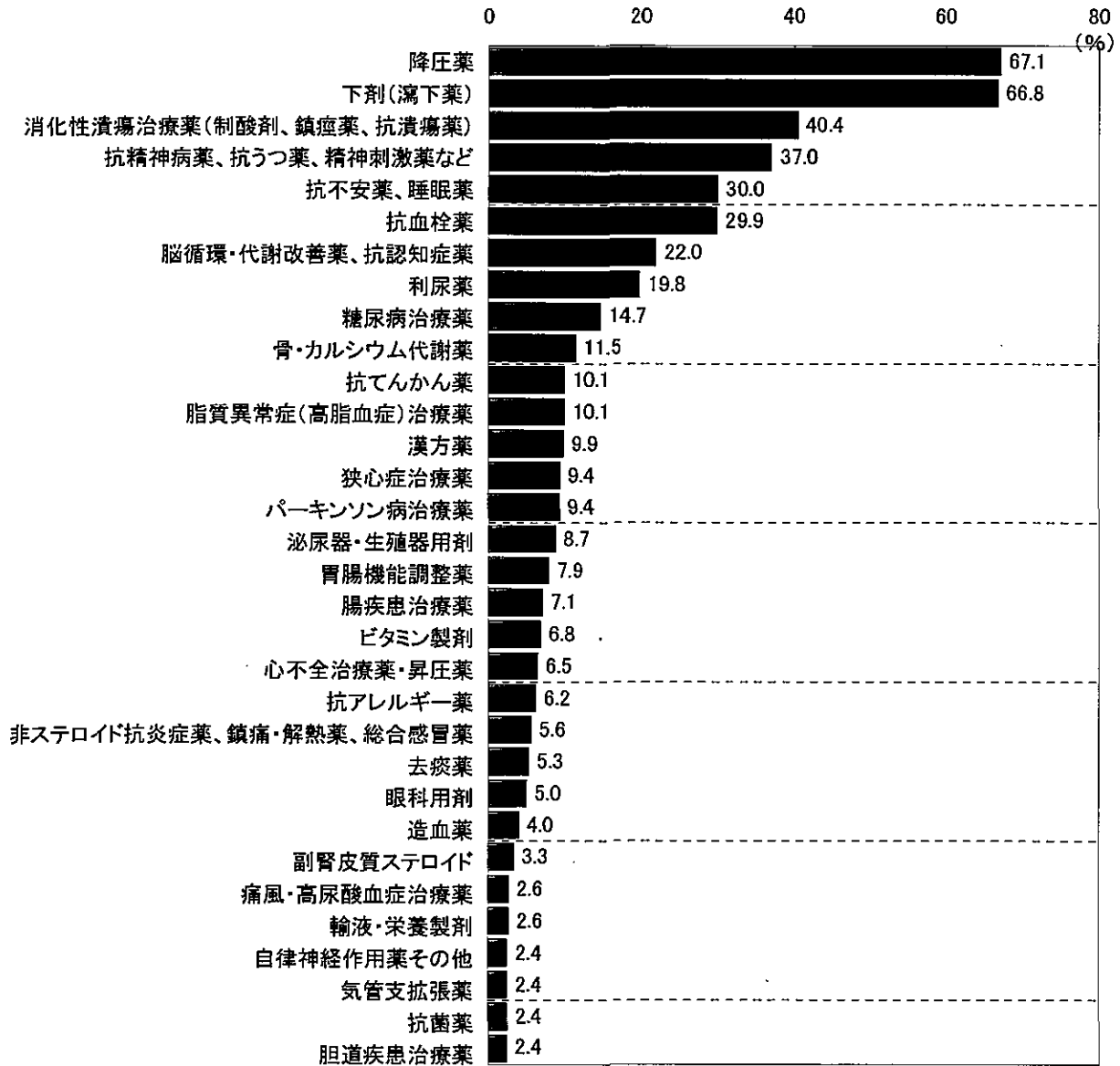
◆調査時点の服薬数（N=1143）



⑩種類別の服薬上位を見ると、降圧薬と下剤が服薬率6割を超えており、次いで消化性潰瘍治療薬(40.4%)が続いた。ドネペジルに代表される抗認知症薬の服薬率は22.0%であった。

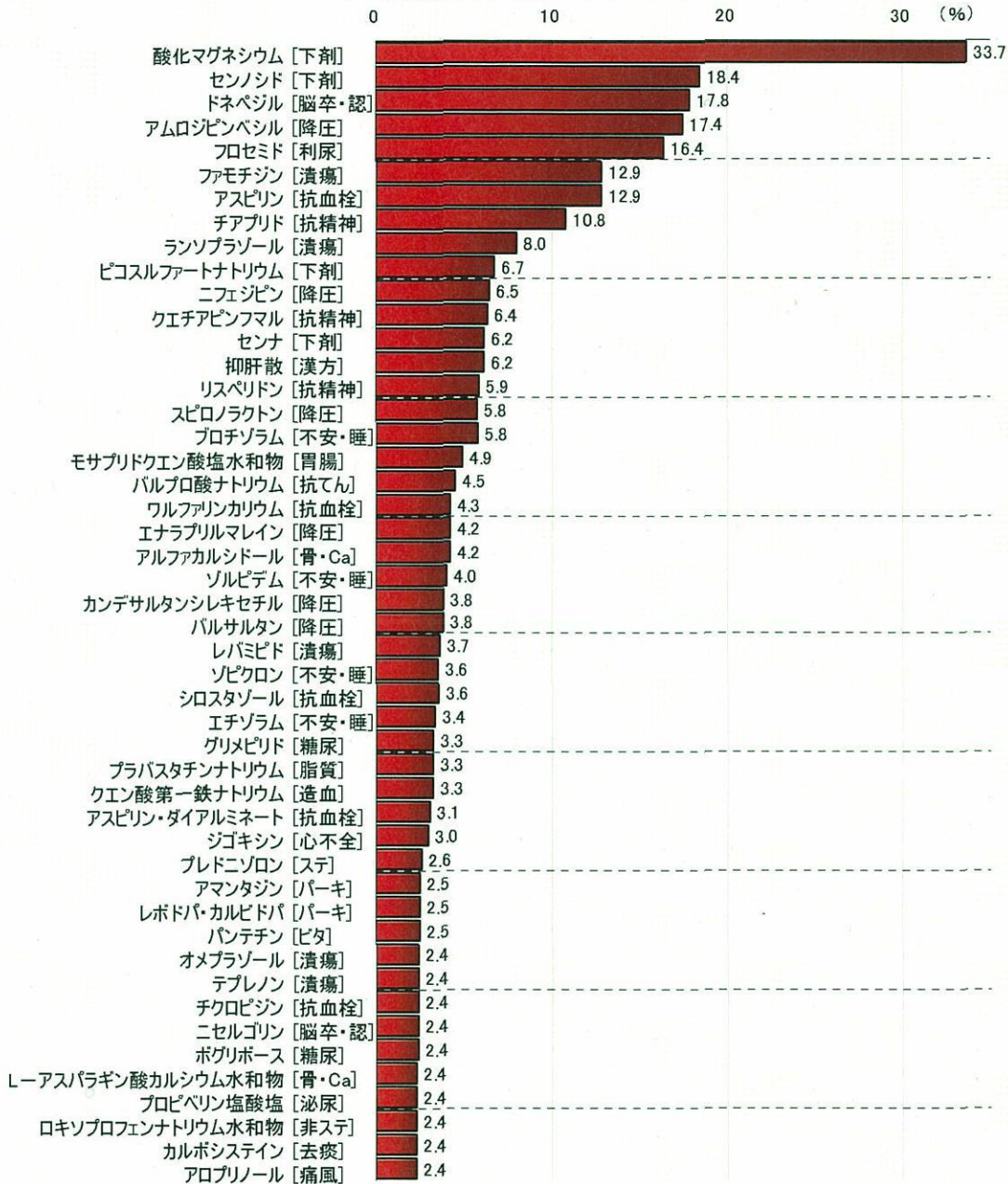
※薬の種類分類：調査票回答を『今日の治療薬 2010』(南江堂)を参考に分類した。複数の用途があるものは、同書で主要頁とされている項目を参考にしつつ、現場の処方をもとに分類を行った。

◆種類別の服薬状況 (N=1143) *複数回答



⑪具体的な薬別の服用上位ランキングを見ると、「酸化マグネシウム【下剤】」が1位で33.7%、次いで「センノシド【下剤】」で18.4%となっている。抗認知症薬としては「ドネペジル」が17.8%で3位となっている。

◆ 具体的な薬別の服薬上位ランキング



【薬の種類】	
下剤	: 下剤(瀉下薬)
脳卒・認	: 脳循環・代謝改善薬、抗認知症薬
降圧	: 降圧薬
利尿	: 利尿薬
潰瘍	: 消化性潰瘍治療薬(制酸剤、鎮痙薬、抗潰瘍薬)
抗血栓	: 抗血栓薬
抗精神	: 抗精神病薬、抗うつ薬、精神刺激薬など
漢方	: 漢方薬
不安・睡	: 抗不安薬、睡眠薬
胃腸	: 胃腸機能調整薬
抗てん	: 抗てんかん薬
骨・Ca	: 骨・カルシウム代謝薬
糖尿	: 糖尿病治療薬
脂質	: 脂質異常症(高脂血症)治療薬
造血	: 造血薬
心不全	: 心不全治療薬・昇圧薬
ステ	: 副腎皮質ステロイド
パーキ	: パーキンソン病治療薬
ビタ	: ビタミン製剤
泌尿	: 泌尿器・生殖器用剤
非ステ	: 非ステロイド抗炎症薬、鎮痛・解熱薬、総合感冒薬
去痰	: 去痰薬
痛風	: 痛風・高尿酸血症治療薬

⑫自由記述によるコメント

【入所時点の診断名が不明で、ケアプランへの作成に苦勞する事例】

- ・認知症を生じる原因疾患がはっきりしていない【複数】
- ・診断材料が不足していてケア計画への反映が難しい
- ・診断については入所時の診断書に記入があり詳細不明にて「認知症」としかわからない。
- ・診断名は「脳血管性認知症」だが、脳血管性というよりはアルツハイマー様の症状がみられる。専門医に正確な判断をしてもらっているわけではないので、診断名にはあまりこだわっていない
- ・認知症の診断名がなく、症状（問題となる行為）について取り上げるのみで、プランへの反映に戸惑いがある
- ・主治医意見書の認知症自立度はⅢaとなっているが「認知症」との診断はない。施設と病院を間違えたり所在地も理解できていないことから、認知症症状ありと判断している
- ・同じ病院からの情報であるにもかかわらず、脳血管性認知症と書いてあるものとアルツハイマー型認知症と書いてあるものがあつたため、BPSDの状態から計画を立案した
- ・認知症の類型がわからないので、今後症状が進行した場合、どのような配慮を要するのか予測し難い
- ・認知症との診断はついていないが、明らかに認知症と思われる症状があるため、プランにもあげている【複数】

【ケアプランにおける服薬調整の難しさ、薬の情報や認識の不足についてのコメント】

- ・現在、入所時の内服薬を少しずつ減量し、状態を見ている。減少に伴うリスク等の情報がある程度反映したが、状態変化の時期、期間がわからず、予測等つかずケア計画への反映は難しい
- ・精神科の内服は症状により都度変更しているので、ケア計画への反映が難しい
- ・内服薬服用による効果、副作用に対する認識不足があり、ケアプランへの反映が難しかった
- ・BPSDの中で昼夜逆転及び理解力の低下による転倒リスクの高さを考えると、薬剤による入眠も起床時に足元のふらつきが多く、兼ね合いが難しい
- ・認知症に関連のある薬は処方されておらず、進行を遅らせることができるのかどうかわからない
- ・服薬したことで、傾眠状態や食事が食べられない等の症状があり、服薬を中止したことがある

【ケアプラン作成の苦勞、家族に対する配慮等のコメント】

- ・認知症状に対し具体的なプランではなく、なんとなく漠然としたプランになってしまう
- ・認知症状に対し、薬の調整や転倒防止などのプランになってしまい、本人の想いや希望をプランに取り入れていくことが難しい
- ・認知症の症状や度合いは人それぞれであり、医療的な知識（認知症に対して）がないため、プランへ具体的な内容が取り込めていないような気がする
- ・認知症だけでなく、その他の疾病に対するケアが大きい
- ・専門医の診察に対して家族の理解が得られず、一切の服薬を拒否している。ケアプランに「認知症」という言葉も控えるなど、非常に支援が難しい

II モデル施設による個別ケースの再診断及び定期的なカンファレンスによる検証事業から

(1) 調査の対象、属性

- ①実施施設：3施設
- ②対象ケース：8ケース（男性3名、女性5名）

(2) 調査結果の概要

①期間：約3か月

②概要

i モデル検証施設での準備

- ・「認知症の原因疾患別アプローチ検討委員会（仮）」の立ち上げ、メンバー選出
- ・特養入所者のうちBPSDの顕著なケースや対応に苦慮しているケースを10例程度選出、CT画像の取得及びフェイスシート作成
- ・同意書の取得、家族への説明

ii 事前説明

- ・モデル検証施設職員等に対し、訪問による事業の主旨説明、検証の手順及びスケジュール等について説明実施

iii モデル検証会議

- ・対象ケースの抽出（5例程度）
- ・現行ケアの課題整理
- ・認知症専門医による再診断と処方薬の見直し、ケア計画への助言
- ・定期的なケアカンファレンス、ケア計画の見直し、認知症専門医への適宜報告

iv まとめ

- ・各モデル検証施設の対象ケースのうち、成果及び相関性が見られたケースについて経過を取りまとめ、報告書に掲載

③モデル検証事業における再診断と処方薬の見直しについて

	診断名	処方薬
Aさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	中止×1種類、減量×1種類、開始×2種類
Bさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	変更なし
Cさん	アルツハイマー型認知症 ⇒レビー小体型認知症及び正常圧水頭症	変更なし
Dさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	減量×1種類
Eさん	脳血管性認知症⇒レビー小体型認知症	中止×2種類、減量×2種類、増量検討×1種類
Fさん	脳血管性認知症（変更なし）	中止×2種類、減量×1種類
Gさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	開始×1種類
Hさん	ファール病の疑い⇒前頭葉症候群	減量×1種類

※モデル検証事業開始時の対象ケースは20ケースだったが、事業を通して成果が顕著なケースを8例抽出し、報告書に掲載した

④成果と課題

【成果】

- ・医師による治療や薬の処方の変更について、介護職員による観察、記録、気づき等が科学的な判断材料となることから、情報の一元化や伝達方法について技術的な向上が認められた。
- ・ケアのみによるアプローチに限界があるケースや、認知症の原因疾患の特徴によっては医療、介護いずれも明確な成果が望めないケースがあることを確認できた。
- ・改善が困難なBPSDへの対応についてのカンファレンスの中で、入所者の尊厳を重視した方針決定時に介護の視点でイニシアチブを取る場面が多々あり、「生活」を中心においた合議ができた。
- ・施設の嘱託医や連携先病院の医師の理解が得られ、経過観察や認知症に対するケアの在り方について共に考えることができた。
- ・モデル検証事業を進める中で正常圧水頭症が疑われるケースが複数あり、認知症症状の初期段階における脳のCT画像検査を実施することの重要性が明らかになった。

【課題】

- ・入所以前の医療との関わりについての情報収集と把握が難しく、情報不足によるケアの模索が浮き彫りになった。
- ・入所時に把握した情報、また診断、処方薬等について、その後の再診断や見直しの機会がほとんど設けられていない。
- ・認知症の症状と基礎疾患による症状、また薬の影響による症状の見極めが難しく、医療、看護、介護の連携による総合的な判断が求められる。

Ⅲ 本調査研究事業のまとめ

本調査研究事業の結果から次の点について提言する。

①認知症専門医の量、質の早急な確保及び認知症介護との連携・協働体制の構築

- ・認知症の早期発見、早期治療が予後に大きく関与するとともに、正確な診断が受けられていることによって、重度化してからも根拠あるケアが可能となる。
- ・認知症の初期に専門医による正確な診断がなされ、その情報が入所先まできちんと伝わるような医療と介護の連携システムの標準化が急がれる。

②認知症の正確な診断と脳画像診断による情報の積極的な評価

- ・脳画像診断が行われていたのは2割程度にとどまっているが、脳画像診断を行うことによって疾患名が特定されるケースが46.5%から72.6%に高まっており、医療情報として有効性が期待される。
- ・脳画像診断によって、治療が可能とされる正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫等の認知症の診断が可能になり、より精度の高い認知症の診断が可能になる。

③「原因疾患を踏まえた個別ケア」の確立

- ・介護職、看護職が、認知症の原因疾患とその特徴に対する知識を習得し理解したうえで、個々の事例を科学的に考え、実践することが重要である。
- ・医療との適切な連携を進めるためには、介護職の記録、観察、変化への気づき等が大きな判断材料となり、利用者の尊厳を守る生活支援の視点において必要不可欠な役割を果たしていることから、常にフィードバックの関係性を維持することが重要である。