

老人保健施設において

● 八 森 淳

はじめに

現在、約170万人の認知症高齢者の約1/2が施設で生活している。平成15年の高齢者介護研究会報告書によると、介護認定された認知症自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、介護認定者の約1/2にあたる149万人で、うち20万人が介護老人保健施設（以下老健）、27万人が介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下特養）であった。全入所者に占める認知症高齢者の割合は、特養90%、老健80%、在宅では35%であった。認知症があると家庭での生活を継続しにくくなり、施設入所の可能性が非常に高く

なる。

ここでは、老人保健施設における認知症診療の取り組みや考えの例として紹介する。

入所時に不足がちな医学的情報

入所前の情報は、早期に適切なケア、リハビリ、健康管理をしていく上で非常に重要である。入所前に入所理由、生活歴、家族構成、疾患情報、心理・社会的情報などを収集し受け入れ体制を整えるが、未だに診療情報提供書に認知症の診断名がないものや、病歴、診断根拠が不明なものも少なくない。認知機能検査や画像診断、

BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia: 認知症の行動・心理症状) の発生病況、向精神薬への過敏性 (レビト小体型認知症では、その病歴自体が診断基準の一つであり、今後の薬物治療の重要な情報になる) など医学的管理上重要な情報が存在しているにもかかわらず提供されていないことが多い。これに対して生活情報は、介護職、看護職、介護支援専門員、ソーシャルワーカーなどの職種から十分得られることが多い。

入所時初期評価

・ **総合的機能評価** での認知機能評価
老健などの介護保険施設ではケアプラン作成のために、総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) を行い、例えば、MDS (Minimum Data Set) というアセスメント手法では、それぞれの職種が把握しやすい項目を生活の状態や行動から評価することで、せ

ん妄、認知症、BPSD、うつ、転倒、栄養不良、褥瘡などのリスク、向精神薬の副作用、疼痛や排泄管理の必要性、リハビリ効果の可能性などが分かり、医学的判断材料としても活用できる。排泄の問題や空腹、脱水、栄養管理の不具合、疼痛などあらゆる身体の不快や不調はBPSDの悪化やせん妄のリスクとなる。

介護士が気づいた生活の不具合やヒヤリハット、インシデントなどの情報から認知症やBPSDなどに気づくこともある。例えば、「話をしても何か落ち着かず、立ち上がろうとしたときよく転倒しそつになる」というヒヤリハット事例では、入所前から数カ月の抗精神病薬投与があり、その副作用として錐体外路症状によるアカシジア (静座不能) が起きたと考えられた。

MDSの項目の中には認知機能尺度が含まれており重症度も把握できる。さらに一般的な認知機能検査としてMMSEやHDS-R、BP

SDの評価としてはDBD (Dementia Behavior Disturbance Rating Scale)¹やTBS (問題行動評価尺度)²が介護士、看護師を中心とした現場では使いやすい。

また、診察時は神経学的所見に注意し、パーキンソン症状をはじめとする錐体外路症状、麻痺、腱反射、話し方、歩行の状態、姿勢などを把握する。誤嚥のリスク判断として、水飲み試験などを行う。また、幻視や幻聴などは家族や本人に尋ねないと情報が得られないことがある。家族と本人とを分けて問診する時間を取ることも重要な手法である。

多職種に関わる生活機能改善のための

プログラム

認知機能訓練について考えてみると、運動療法は認知機能の低下に、記憶訓練はBPPSDやうつに有効で、Reality Orientation は記憶力と在宅復帰率向上に、回想法は抑うつに効果のあ

る可能性があるというエビデンスがあり³、それぞれ理学療法士、作業療法士、介護士、介護士や作業療法士が関わって行える療法である。老健ではこれら生活の中に組み込まれたプログラムやケアが行いやすい環境にある。それが、本人の健康状態、認知機能のみならず、本人の思いや本人の世界を捉えることで、本人とうまく調和することが重要である。

生活機能を維持して住み続けられるために

・ BPPSDへの対応

在宅介護者の負担感 (Zarit:介護負担度) はDBDで評価したBPPSDの数と非常に高い相関 ($r=0.79, p<0.0001$)⁴があり、介護施設の職員の肉体的、精神的負担と最も相関の高い要因が「BPPSDの世話」(報告書では「問題行動の世話」と表記)だ⁵という。つまり、BPPSDに対応できなければ在宅のみならず施設においても生活が難しく、介護するものの負担も大き

BPSDの悪化要因と薬物療法時の留意点

BPSDの悪化要因⁷⁾

1. 認知症の未治療によるもの
2. 身体疾患によるもの
3. 各種薬剤によるもの*
4. 誤った介護
5. 介護者の負担

*注意すべき薬剤⁷⁾

睡眠薬、抗不安薬、抗てんかん薬、抗パーキンソン病薬、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬、H₂受容体拮抗薬、頻尿・尿失禁治療薬、一部の胃腸機能調整薬など

BPSDの薬物療法時の留意点

- 非薬物療法を原則とすること
- 少量からの薬物投与
- 錐体外路症状、抗コリン作用などのモニタリング
- 効果発現後は減量を念頭に
- 本人の生活状態の改善、心地よい生活を目的とすること

い。そう考えると、認知症の方の7割、9割に存在するBPSD⁶⁾は、生活しにくさの大きな要因である。

BPSDの発症あるいは悪化の要因は、認知

症の未治療、身体疾患、各種薬剤、誤った介護者の負担などが考えられる(表⁷⁾)。したがって健康管理上心がけていることは①減量、中止できる薬剤を整理すること(薬剤整理)、②本人からの訴えはもとより、生活状態を見ている介護士、看護師から排泄、睡眠、食事、歩行や姿勢、覚醒の状態、活動状況などの情報を報告してもらうこと(生活情報の収集：急性の病態の早期把握と予防)、③看護師、医師を中心として認知症そのものを含む慢性疾患に関係する診療計画を立て、身体・認知・精神機能のモニタリングを行うこと(慢性疾患の計画的管理)である。

BPSDの治療は、非薬物療法を基本的な治療方針としながら、レビー小体型認知症のように幻視などの幻覚が起きやすい認知症もあり、薬物療法が必要なBPSDも一定の割合で存在する。これらについては、疾患や病態、薬剤の過敏性などを考慮しつつ、高齢者の薬剤蓄積性

に配慮して薬物療法を行う。少量の非定型抗精神病薬、コリンエステラーゼ阻害薬、漢方薬などの効果が報告されている。重要なことは、①非薬物療法を検討し行うこと②少量の投薬から行うこと③非定型抗精神病薬などで起きやすい、錐体外路症状、抗コリン作用については必ずモニタリングし続けること④効果が出たあと通常に減量と非薬物療法への移行を考え、錐体外路症状を起ささないように努めることである。そして何より、⑤認知症の方自身の生活状態の改善、心地よい生活を目的としていることを忘れないことである(表)。老健の場合は、介護士が生活面から、看護師が医療面から本人の不快につながる副作用をモニタリングしやすい。老健を使うことで、在宅で対処しにくいBPSDの原因検査と対処、薬剤の調整を行い、家族の教育を行いながら、居宅サービスや医療機関との連携のもと在宅復帰につなげられる可能性がある。

認知症、BPSDへの対処のための

薬剤コストをどう考えるか

老健では、治療行為や治療薬剤も包括して介護報酬が規定されているため、認知症やBPSDに対する薬剤投与がしにくいという意見もある。しかし、非薬物療法と薬物療法により認知症の方の困難が少なく住み続けられる可能性があること、比較的短期間の薬物療法の間非薬物療法により状態の安定を維持できる場合も多いこと、介護職員の介護負担やそれに伴う離職、離職後のケアの質悪化によりさらなる職場環境の悪化が考えられること、これらを考慮した場合、薬剤負担は大きいのかどうかを再考してはどうだろうか？ アルツハイマー型認知症の施設入所者の中には在宅で投与されていた進行抑制薬(塩酸ドネペジル)が投与されにくい施設もあると聞かすが、制度上の理由から必要な薬剤が投与されていないのであれば倫理的にも問題かもしれない。また、老健における医療の在り

方も変化しているため、適切な報酬上の評価になつていのかを再検討する余地があるのかも
しれない。

(社団法人地域医療振興協会)

伊東市介護老人保健施設みはらし 施設長)

文献

- 1) 溝口環ら：DBDスケールによる老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究、老年医誌 30、835～840(1993)
- 2) 朝田隆ら：痴呆患者の問題行動評価票(TBS)の作成、日本公衛誌、41、518～527(1994)
- 3) Livingston, G., et al.: Systematic Review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am. J. Psychiatry*, 162, 1996～2021(2005)
- 4) 鳥羽研一：認知症高齢者に対する医療と介護 - 問題点と今後の改革の視点 - *Great. Med.*, 45(2), 123～128(2007)
- 5) 山口昇ら：老人保健施設、痴呆性老人のケア負担に関する研究、平成10年度「痴呆性老人ケアマニュアル作成に関する研究事業」報告書、29～35、社団法人

人全国老人保健施設協会、東京(1999)

6) 本間昭：老年精神医学雑誌、9、1019～1024(1998)

7) 認知症の「周辺症状」(BPPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書、財団法人ほけ予防協会、東京(2008)

