

## 5) 入院治療と施設介護の経験から

小出本田病院 本田 建一

Care of Senile Dementia Patients by Hospitalization in Both  
a Geriatric Hospital and a Health Facility for the Aged

Kenichi HONDA

*Department of Psychiatry,  
Koide Honda Hospital*

The purpose of this paper is to present some observations from my experience managing a geriatric hospital and a health facility for the aged. The two problematic behaviors observed with the highest frequency during the night were wandering and delirium. Antidepressants were used more often than antipsychotic agents to treat these symptoms, despite the fact that the latter have in the past been selectively chosen for treatment. In addition, benzodiazepin sleep-inducers were also used in the treatment of these patients. However, drug therapy for problematic behavior was found to be largely ineffective. As the number of long-term hospitalized patients is increasing, the hospital is starting to be used almost as a health facility.

According to the long-term care insurance to be introduced in 2000, the grade for care is determined based on the time needed to complete the care. Thus, there is a concern that even patients with severe dementia may be categorized as requiring a lower grade for care if they are able to walk. A committee for the classification of patients should function effectively to properly categorize patients.

In the management of a group home, a strict diagnosis of the degree of dementia is necessary before elderly patients can be admitted as residents. If this is not done, the home risks being used as a health facility and may as a result lose track of its original purpose, which is to be a place for the aged to go to live out the remainder of their lives in piece and dignity.

---

Key words: wandering, nocturnal delirium, antidepressants,  
the long-term care insurance, group home.  
徘徊, 夜間せん妄, 抗うつ剤, 介護保険, グループ・ホーム

---

Reprint requests to: Kenichi HONDA,  
Koide Honda Hospital, 433-3  
Hara mushino shinden, Koide Town,  
Niigata City, 946-0031, JAPAN.

別刷請求先:  
〒946-0031 北魚沼郡小出町原虫野新田433-3  
小出本田病院 本田 建一

表1 入院・入所時の問題行動  
(1つだけ)

徘徊	70例 (49%)
夜間せん妄	26例 (18%)
興奮・暴力	15例 (10%)
妄想	10例 (7%)
火の不始末	8例 (5.5%)
叫声・独言	7例 (5%)
不潔行為	6例 (4%)
異食	1例 (0.7%)
143例	

表4 使用中の向精神薬③

H10, 11, 12現在

11位以下

レボメプロマジン	2例
ニトラゼパム	2例
プロペリシアジン	2例
その他, 1例ずつ (チオリダジン, マプロチリン, プロムペリドール, ゴテピン, クロルプロマジン, フルニトラゼパム, プロマゼパム, アルプラゾラム, クロチアゼパム, タンドスピロン)	

表2 使用中の向精神薬①  
H10, 11, 12現在  
上位5品目

ミアンセリン	13例
トリアゾラム	13例
ハロペリドール	9例
チアプリド	7例
トラゾドン	6例

表3 使用中の向精神薬②  
H10, 11, 12現在  
上位10品目

カルバマゼピン	5例
ゾピクロン	4例
エスタゾラム	4例
プロチゾラム	4例
スルピリド	3例

表5 使用中の向精神薬④

H10, 11, 12現在

抗うつ剤	23例
ブチロフェノン系	10例
フェノチアジン系	7例
ベンゾジアゼピン系	32例
抗てんかん薬	5例
脳代謝賦活剤	7例

## 1. はじめに

高齢化社会を迎えるにあたり、痴呆性老人への対策は避けて通れない問題である。我々の経験が今後の対策の一助となれば幸いである。

我々のベット数は、小出本田病院の老人性痴呆疾患治療棟60床、療養棟40床（ともに精神病院）、老人保健施設である清流苑の痴呆専門棟46床で計146床である。

## 2. 問題行動等の治療

我々の所に入院・入所するためには痴呆が存在していることは勿論であるが、問題行動等があることが必須条件である。主要な問題行動を1例につき1つだけ選んだのが表1である。徘徊が約50%。これには迷子、道路交通法無視なども含めた。夜間せん妄が約20%。これには昼夜逆転、夜間の大声、夜間の多動なども含めた。これら問題行動に対しての治療薬の当院の現状を示したのが表2である。ミアンセリン、トラゾドンなどの抗うつ剤がベストファイブに入っている。トリアゾラムも少量なら副作用が少ないので不眠によく使われている。ハロペリドールが第1選択でなくなっているが、歩行障害などの副作用のため、比較的看護婦からは好まれない。どこの病院でも繁用されているようであるチアプリドが7例だ

けというのは、あるいは私の好みの問題かもしれない。経験的には有効例になかなかめぐり合わない、という印象がある。表3は使用頻度6位～10位を示している。表4は11位以下である。大変バラけているということは、効果のある向精神薬が少ないことを表わしていると考えてよいかもしれない。表5は当院で問題行動に対して使われている向精神薬を薬効別に分類したものである。抗うつ剤が我々の所では第1選択薬である。ベンゾジアゼピン系の多いのはやはり眠剤として手軽に使われているということであろう。表ではあまりハッキリしませんが、凡そ半数の症例が向精神薬を投与されていない。その大多数が最初投与されていて、無効又は副作用のため中止の止むなきに至ったものである。

## 3. 治療の効果と退院は可能か

入院・入所後の治療をしてからの問題行動を示したのが表6である。職員のみから見ての問題行動を1例につき主要なもの1つだけ上げてもらった。興奮・暴力が増えている。環境が変わって不安で欲求不満がつのるためか。それとも、職員がキチンとやるべきことをやらせようとして抵抗に会っているという可能性もある。徘徊が減っている半面「特に問題行動が目立たない」例が多数になっている。これで退院に結びつけたいたのだが、外泊させて

表6 現在入院・入所中での問題行動  
(1つだけ、職員による)

徘徊	37例 (26%)
興奮・暴力	28例 (20%)
不潔行為	14例 (10%)
妄想	10例 (7%)
夜間せん妄	8例 (6%)
収集癖	7例 (5%)
叫声・独言	7例 (5%)
異食	3例 (2%)
特に目立たない	29例 (20%)
143例	

表7 小出本田病院からの退院先  
(H9.10.1~H10.9.30)

・他施設へ(特養など)	18名
・総合病院へ(合併症)	11
・自宅へ	14
・死亡	4
47名	

みると徘徊が見られる。これはどうも、ちょっとした徘徊は病院や施設では問題にならないということのようで、建物の構造上の問題であろうかと思っている。

表7と表8にこの1年間の退院先、退所先を示した。表7は病院の場合であるが特別養護老人ホームなどへの転出が多くなっている。自宅への退院も多いが、このうち約半数はいったん自宅に帰ってすぐに他の施設に移っている。病院が中間施設の役割を荷っている。表8は清流苑であるが全体に退所が多いとは言えない。こちらの方は逆に中間施設としての役割を必ずしも果していない。短期で入退院、入退所をくり返している例は表7、表8にはカウントしていない。

表9は入院、入所の期間を調べたものである。思ったより半年未満の患者が多いとも言えるし、長期にわたる患者もまた多い、と両方のことが言えるようだ。尚、病院は平成6年4月1日の開設で、清流苑が平成9年4月1日開設と比較的新しい我々の病院であり、施設であるということを示し添えておく。

#### 4. 介護保険と痴呆

平成12年4月から介護保険制度がスタートする。介護度区分は介護に要する時間というタイムスタディで決め

表8 清流苑からの退所先  
(H9.10.1~H10.9.30)

・他施設へ(特養など)	3名
・総合病院へ(合併症)	0
・自宅へ	9
・死亡	0
12名	

表9 入院・入所の期間  
(平成10.11.30現在)

	半年未満	6ヶ月~	1年~	2年~	3年~	4年~
治療病棟	16	10	8	14	1	11
療養病棟	7	5	10	3	5	9
痴呆専門棟	12	8	24			
計	35	23	42	17	6	20

られる。ADL重視のため、歩ける痴呆患者の介護度が低く出易いことが指摘されている。かかりつけ医の意見書で修正して適正な認定が受けられるようにしたいものである。認定審査会の役割が大変重要になってくる。

もう1つの懸念として、軽度痴呆の患者は大体日常生活が出来るので、要支援状態という最低ラインにさえも認定してもらえない可能性がある。介護保険を使って老人デイ・ケアに通い、痴呆の進行を防ごうというもくろみは実現しにくいことになる。

#### 5. グループホーム

グループホームに触れてみるが、経験がないので文献上からの推察になる。ご存じのようにスウェーデンで痴呆の患者になじみの環境でなじみの生活をやらせようというのが一番いいということで始まったものである。真田<sup>1)</sup>によると、厳密に患者さんを選別したトライアルの時代と、どんな痴呆でもグループホームでみて行こうといういわば普及段階の現在では、いつか様変わりし反省期に入っているようである。重い痴呆患者はみれないので中間施設化となり、終の住み家に近いものをという理想が崩れつつあるようである。今後グループホームの普及を期待するが、それには入居前診断はフリーパスとせず多少の選択は止むを得ないようである。

#### 6. ま と め

痴呆性老人のための病院及び老人保健施設の運営経験

を発表した。頻度の高い問題行動は徘徊と夜間せん妄であった。これらに対する向精神薬療法は抗うつ剤が比較的使用頻度が高かった。ベンゾジアゼピン系の眠剤もよく使われていた。

介護保険とグループホームについても簡単にふれた。

## 参 考 文 献

- 1) 真田順子：グループホームを育てるために，老年精神医学雑誌 10; 1146～1147, 1998.

## 6) 痴呆のデイケアの経験

川瀬神経内科クリニック 川瀬 康裕

### Day Care for Dementia Patients An Analysis of a Three-year Program

Yasuhiro KAWASE

*Kawase Neurology Clinic*

A day care program for patients with dementia was started at Kawase Neurology Clinic in 1996. Eighty-five patients have taken part in the program, some for as long as three years. To examine the effects of Day Care on demented patients we executed a series of cognitive function tests, MMSE (mini-mental state examination) and KANA-HIROI test. According to our observations of the test results we had some notable findings.

They are as follows:

1) 50% of the male patients and 24% of the female patients were in the worse group (MMSE points decreased more than 3 points). 8% of the male patients and 34% of the female patients were in the improved group (MMSE increased more than 3 points). The male to female ratio is opposite in the 2 groups.

2) 82% of the patients who joined the Day Care program at a slight to mild dementia level (MMSE scores 26～15 points) stayed in the same level through 1 to 3 years. The remaining patients worsened. Of those who started at moderate to severe level (MMSE scores 14～5 points) only 8% improved.

Our conclusion is that Day Care programs should be started at an early stage of dementia and the patients who enjoy the programs will have better results.

---

Key words: Dementia, Day Care, cognitive function, MMSE.

痴呆, デイケア, 認知機能, MMS テスト

---

Reprint requests to: Yasuhiro KAWASE,  
Kawase Neurology Clinic,  
20-8 Higashi Honjouji, Sanjou City,  
955-0823, JAPAN.

別刷請求先:

〒955-0823 新潟県三条市東本成寺20-8  
川瀬神経内科クリニック 川瀬 康裕