

図1 各 CDR グループにおける SED13Q の度数

分布

D. 考察

SEAD13Q は介護者が記入すると、健常者の多くは 2 項目以下(87.7%)、認知症では多くが 5 項目以上(75.2%)となり、スクリーニングに有用であった。本人ではなく、介護者が記入する「客観的評価」であれば、認知症のスクリーニングに役立つ。認知症は生活障害であり、介護者が変化に気づくことが診断に有効である。

アルツハイマー型認知症をはじめとする認知症では、病識が不完全になることが、その本質である。ADP12Q を本人と介護家族の両者に同時に答えてもらうことで、その評価の解離（多くは病識の不完全さ）を明らかにすることができる。その評価結果を介護家族に示しながら本人の病識の不完全さを説明することで、家族の介護の態度が変わり、認知症の BPSD を発症し難くする効果が期待される。この点を今後の研究で明らかにしたい。

E. 結論

認知症初期症状 13 項目質問票 SED13Q の介護者による客観的な評価が認知症スクリーニングに有用なことと、認知症病識 12 ペア質問票 ADP12Q が病識の評価に有効で、介護者教育に生かせる可能性を示した。

F. 健康危険情報

なし（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Maki Y, Yoshida H, Yamaguchi T, Yamaguchi H : Relative preservation of the recognition of positive facial expression "happiness" in Alzheimer disease. *Int Psychogeriatr*. 2013 Jan;25(1):105-10
2. Yamaguchi T, Maki Y, Yamaguchi H : Pitfall Intention Explanation Task with Clue Questions (Pitfall task): assessment of comprehending other people's behavioral intentions in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2012 Dec;24(12):1919-26
3. Maki Y, Ura C, Yamaguchi T, Takahashi R, Yamaguchi H : Intervention using a community-based walking program is effective for elderly adults with depressive tendencies. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1590-1
4. Maki Y, Amari M, Yamaguchi T, Nakaaki S, Yamaguchi H : Anosognosia: patients' distress and self-awareness of deficits in Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Aug;27(5):339-45
5. Kamegaya T, Long-Term-Care Prevention Team of Maebashi City, Maki Y, Yamagami T, Yamaguchi T, Murai T, Yamaguchi H : Pleasant physical exercise program for prevention of cognitive decline in community-dwelling elderly with subjective memory complaints. *Geriatr Gerontol Int*. 2012 Oct;12(4):673-9
6. Yamagami T, Takayama Y, Maki Y, Yamaguchi H: A Randomized Controlled Trial of Brain-Activating Rehabilitation for Elderly Participants with Dementia in Residential Care Homes. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2012 2:372-380
7. Maki Y, Yamaguchi T, Koeda T, Yamaguchi H: Communicative Competence in Alzheimer's Disease: Metaphor and Sarcasm Comprehension. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Dec 7. [Epub ahead of print]
8. Yamaguchi T, Maki Y, Yamaguchi H: Yamaguchi Facial Expression-Making Task in Alzheimer's Disease: A Novel and Enjoyable Make-a-Face Game. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2012;2:248-257

2. 学会発表

日本老年精神医学会

山口晴保, 牧陽子, 山口智晴 : 認知症外来でのメマンチンの使用経験 レ
ビー小体型認知症では少量投与が、前頭側頭型認知症では規定量投与
が有効. 老年精神医学雑誌 23 増 II : 183, 2012.06. 大宮

牧陽子, 山口智晴, 山口晴保 : アルツハイマー病における病識低下と残存
する病感の検討 患者の病感の理解に基づく共感的ケアが BPSD を未
然に防ぐことにつながる. 老年精神医学雑誌 23 増刊 II : 203, 2012.06.
大宮

日本認知症ケア学会

牧陽子, 松本美江, 野中和英, 中島智子, 山口智晴, 山口晴保 : 在宅認知
症患者の家族介護指導に生かす病識・病感の検討 病感の理解に基づ
く共感的ケア. 日本認知症ケア学会誌 11(1) : 333, 2012.04. 浜松

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

心理行動症状を有する患者のケア体制に関する研究に関する研究

研究分担者 服部 英幸

独立行政法人国立長寿医療研究センター行動・心理療法部部長

研究要旨

B P S Dを有する認知症例の身体疾患治療には地域における、総合病院、精神科病院間の地域連携が必須である。連携を成功させるためには、B P S Dの評価により重症度と病態を明らかにすることが求められる。総合病院である国立長寿医療研究センターと地域の精神科病院の連携のひとつとして入退院時のB P S Dの重症度評価を統一した評価方法でおこなった。コーエン・マンズフィールド agitation 評価票を用いた検討ではセンター内認知症病棟においては、従来よりも重症の認知症B P S D患者の身体治療が可能であることが示された。B P S Dを理由に総合病院は認知症患者の身体疾患治療を精神科病院に委ねてきた経過があるが、認知症治療病棟を設置することにより、認知症身体疾患治療の新しい地域連携の姿が形成される可能性が示唆された。

研究協力者一覧

安藤三津子 共和病院
吉村敏巳 南知多病院
佐々木千佳子 国立長寿医療研究センター
伊藤弥生 大府病院

A. 研究目的

本研究では認知症B P S Dの入院治療を行っている施設間での共同研究を通し、認知症B P S D入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。

地域連携においては、情報提供や研修などに利用しやすい、簡便で有用なB P S Dの状態評価が求められる。そのためには、入院治療が効果的であったかの判定を数値で表すこと、看護・介護スタッフが使いやすいように難解な用語は用いず、具体的な状態で表現されていることが重要な要素となる。平成24年度は多施設での情報交換のために必要な、簡便で有用なB P S Dの状態評価に関する研究を行った。

B. 研究方法

上記、研究協力施設および国立長寿医療研究センター（以下センター）の認知症治療病棟において、入院治療をおこなった認知症患者について、入院時にコーエン・マンズフィールド agitation 評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory;CMAI)（以下CMAI）¹日

本語版 22 項目²を評価した。CMAI は観察式で患者の行動異常を評価する。行動異常は攻撃的行動、非攻撃的行動に区別され、出現頻度が高いほど高得点となる記載法をとっている（表. 1）。チェック項目が具体的行動で表現されているため、多忙な現場での評価がしやすく、看護、介護従事者にとって使用しやすい利点がある。

センターおよび協力病院間で実施している連携・研修の会において CMAI の実施方法の研修を行った後、各施設において、入院時および退院時に各 1 回評価することとした。評価者は病棟看護師とした。入院時と退院時の評価者は同一であることが望ましいが、現実的でないため、患者の状態を把握し、CMAI 評価方法を理解した別のスタッフが施行する場合も認めた。

1. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS.: A description of agitation in a nursing home. J Gerontol. 1989 ;44(3):M77-84)
2. 本間 昭他：コーエン・マンスフィールド agitation 評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory;CMAI)日本語版の妥当性の検討。老年精神医学雑誌, 13(7)：831-835, 2002

（倫理面への配慮）

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（平成 16 年 12 月 28 日改正、平成 17 年 6 月 29 日一部改正）を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（平成 16 年 12 月 28 日改正）を遵守して行った。

C. 研究結果

協力施設における実施例が少数にとどまったため解析できたのはセンターにおける結果のみであった。以下、センターの結果について記載する。

平成 23 年 4 月より平成 24 年 3 月 31 日までのセンター認知症治療病棟（西病棟）入院患者数および背景について表. 2 にまとめた。認知機能レベルは MMSE にて平均 19 点と中等度レベルの低下例が多かった。西病棟は基本的に身体疾患治療病棟であるが、認知症 BPSD があり、一般病棟で管理困難な症例を治療している。呼吸器疾患を中心に治療しているセンター内一般病棟である中 6 病棟における入院症例の CMAI と比較したところ、攻撃的行動、非攻撃的行動ともに、一般病棟では治療継続の困難な程度の BPSD 症例を治療することができていた（図. 1）。西病棟での治療を必要とされた BPSD 症例では攻撃的行動を示す例もあるが、全体としては非攻撃的行動が多かった（図. 2）。このことは、BPSD という言葉のもつイメージとしての過激さや、管理困難さを改めさせるデータであり、これまで、BPSD があるというだけで入院を見合わせていた従来の一般病棟でも、構造の一部改善や、スタッフの教育等でこれまで以上に認知症 BPSD の身体疾患治療が可能であることを示唆している。入院時と退院時の評価を比較すると、主目的である身体疾患の治療とともに BPSD の治療もおこなえており、有意に改善していることが示され

た（図．3）。退院先に関しては自宅に戻る症例、介護施設に入る症例、精神科病院に入る症例、死亡例にわけられたが、自宅から入院したが、介護が困難であるという理由から介護施設に退院した症例も相当数認められた（図．4）。精神科病院（当院との協力病院大府病院）への転院例に関しては全例が、攻撃的行動を示す例であった（図．5）。

D. 考察

センターは総合病院であり、精神病棟を有していないため、入院の主目的は身体疾患治療であるが、認知症BPSDを合併する例は多く、一般病棟での治療が困難であると判断される症例が多く発生する。そのような症例をできるだけ受け入れて身体治療を行うための病棟を立ち上げて、どこまでの症例を管理できるのかをCMAIを通して検討した。

認知症例の身体疾患を治療するために求められる施設はどうあるべきかについては、総合病院、精神科病院の機能分担が求められているところである（新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド：認知症と精神科医療 平成23年11月）。これまで、BPSDを理由に総合病院は認知症患者の身体疾患治療を精神科病院に委ねてきた経過がある。一方、受け入れる精神科病院は奮闘してはいるが、身体疾患治療のための医療・看護のインフラ、マンパワーが不足しているという弱みがあった。これまでの認知症地域連携の中にはこのような関係性が包含されていたが、総合病院のなかに認知症治療病棟を設置することにより、これまでよりも重いBPSD症状を有する認知症例を総合病院で治療できるようになり、精神科病院の負担を軽くすることが可能になると考えられる。より緊密な新しい地域連携の形が出来上がることが期待される。

E. 結論

BPSDを有する認知症例の身体疾患治療には地域における、総合病院、精神科病院間の地域連携が必須である。連携を成功させるためには、BPSDの評価により重症度と病態を明らかにすることが求められる。センターが立地する知多地域において実施している、総合病院であるセンターと精神科病院の連携のひとつとして入退院時のBPSDの重症度評価を統一した評価方法でおこなった。データ解析はセンターのみ可能であったが、総合病院においても認知症治療病棟を設置することで従来よりも重症の認知症BPSD患者の身体治療が可能であることが示唆された。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸：被災地における高齢者医療。3. 高齢者災害時医療－精神面への対応。日本老年医学会雑誌。49, 159-163, 2012

服部英幸：認知症の人に突然、BPSDが出現した時の評価・対応。認知症介護 第13巻 2号 2012、60-66

Hattori H. : Role of geriatric hospitals for dementia care in the community. PSYCHOGERIATRICS, 2012, 12, 124-126

服部英幸：認知症の治療・ケアガイド—周辺症状(BPSD)。月刊薬事臨時増刊号、Vol.54, No.10, 2012, 68-71

服部英幸：認知症の治療・ケアガイド—BPSD の薬物療法。月刊薬事臨時増刊号、Vol.54, No.16, 2012,82-86

福田耕嗣、服部英幸：「B P S D 初期対応ガイドライン」と期待される効果。Geriatric Medicine, 51, 27-30, 2013

服部英幸：新規抗認知症薬の効果と限界。精神経誌、115, 22-31, 2013 2.

服部英幸編：BPSD 初期対応ガイドライン。ライフサイエンス、東京、2012

2. 学会発表

服部英幸：新規抗認知症薬の効果と限界。シンポジウム「認知症医療・ケアの諸課題、分子病態からケアまで」第108回日本精神神経学会、札幌、2012.5

福田耕嗣、服部英幸、榊原全雄：介護施設へのアウトリーチについての一考察—介護施設での向精神薬使用状況調査を通じて。第27回日本老年精神医学会、大宮、2012.6

清水敦哉、服部英幸他：慢性的な心機能低下により全脳血流は低下する：心—脳関連に関する検討。第54回日本老年医学会、東京、2012,6

服部英幸：認知症にともなううつ状態に対する薬物療法—デュロキセチンの効果についての検討。第9回日本うつ病学会。東京、2012,7

服部英幸：認知症 BPSD の治療。シンポジウム：認知症患者の薬物療法における薬剤師業務の実際。第55回日本病院・地域精神医学会総会。2012,10,13 名古屋

服部英幸、遠藤英俊：総合病院における認知症身体合併症入院治療 - 当院での経験。第31回日本認知症学会。つくば、2012,10,26

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
なし

表. 1 CMA I 日本語版の評価シート

CAM日本語版の攻撃的行動と非攻撃的行動のカテゴリーに含まれる項目 0-7		
攻撃的行動		以下の項目について最近2週間の頻度
1 つばを吐く		1 なし
2 悪態をつく、攻撃的発言		2 1週間に1回未満
3 たたく(自分をたたく場合も含む)		3 1週間に1ないし2回
4 ける		4 1週間に数回以上
5人やものにつかみかかる		5 1日に1ないし2回
6 押す		6 1日に数回以上
7 奇声を発する		7 1時間に数回以上
8 叫ぶ		以上で点数化する
9 噛み付く		
10 ひっかく		
11 物を引き裂く・壊す		
非攻撃的行動		
1 あてもなくウロウロする		
2 不適切な着衣・脱衣		
3 つねに不当に注意を引いたり、助けを求める		
4 同じ言葉を繰り返す・はっきりなしに質問する 落ち着きのなさ		
5 別の場所へ行こうとする		
6 不平不満を言う		
7 反抗的言動		
8 物を不適切に取り扱う		
9 物を隠す		
10 何度も同じ行為を繰り返す		
11 落ち着きのなさ		

表. 2 平成 23 年度物忘れセンター認知症治療病棟における全入院症例

		SD
MMS E	19	6.8
Barthel Index		
平均値	47.1	33.7
中央値	50	

図. 1

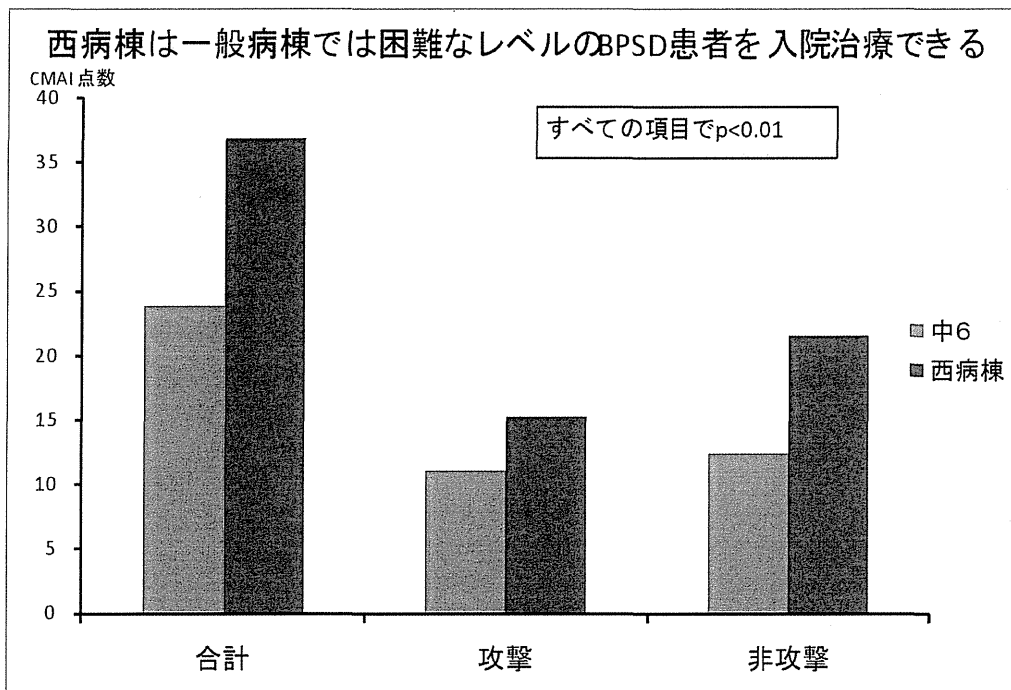


図. 2

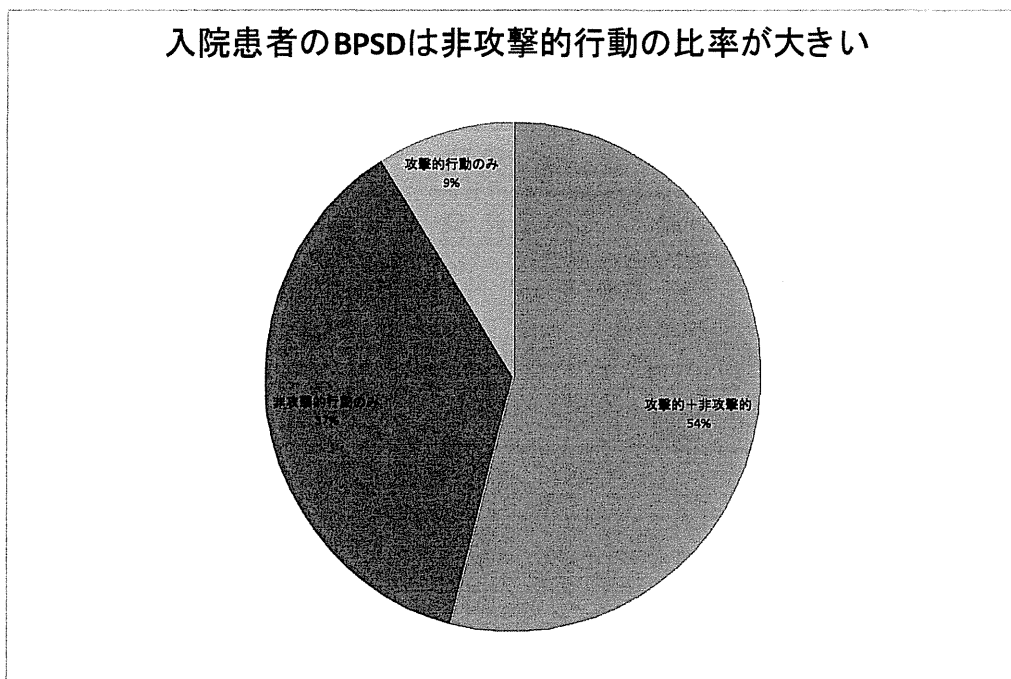


図. 3

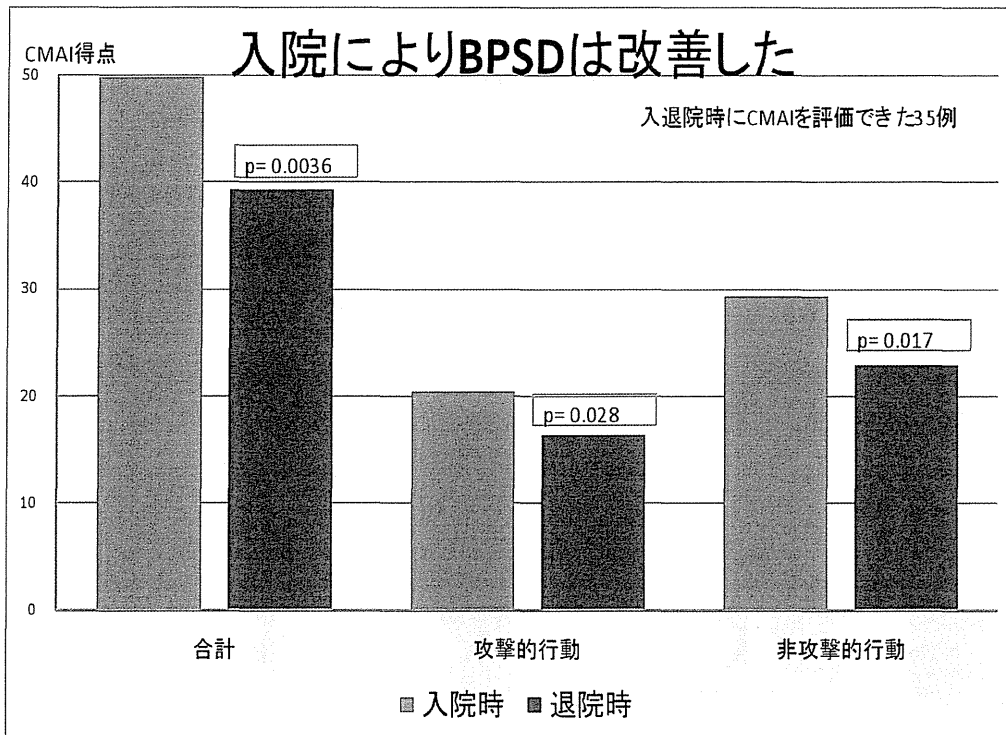


図. 4

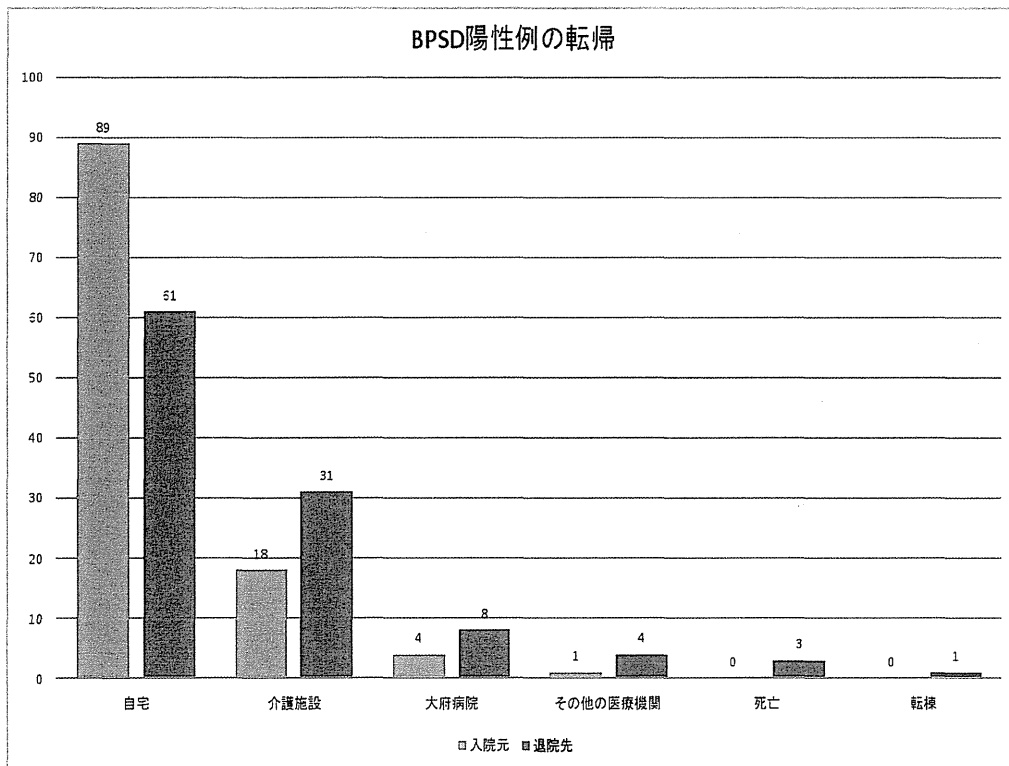
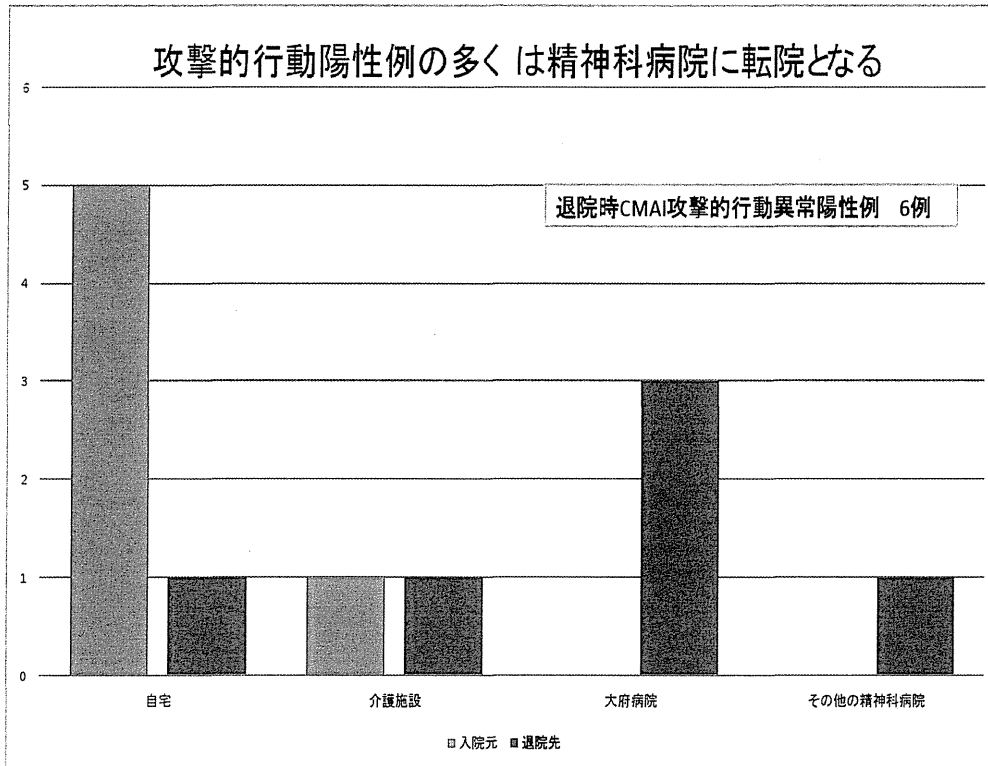


図. 5



23年度年度までの結果

研究要旨

認知症BPSD例の入院治療上の問題点として、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。本研究では認知症入院治療を行っている施設における認知症医療の状況を調査し、認知症BPSDの入院治療を担っている精神科病院のBPSDおよび身体合併症治療の現状の分析をおこない、役割と課題を明らかにする。さらに共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。対象は愛知県知多半島地域にある認知症BPSD入院治療が可能な4施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）に入院中の認知症BPSD例およびケアスタッフとする。4施設において長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症BPSD患者看護記録を共同で使用し、その効果を評価する。今年度は従来の看護記録との比較を記録時間の短縮ができたかという点で評価した。また、実施前後でアンケート調査をおこない、職員の満足度を調査した。

研究協力者一覧

前田 潔	神戸学院大学
安藤三津子	共和病院
吉村敏巳	南知多病院
佐々木千佳子	国立長寿医療研究センター
伊藤弥生	大府病院

本研究では認知症BPSD入院治療を行っている精神科病院の現状を分析し、その結果をもとに、共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。平成23年度は以下の2つの研究を行った。

1. 精神科病院における認知症医療に関する全国調査
2. 知多地域における認知症入院治療可能な施設において、国立長寿医療研究センターで開発された認知症入院看護記録を共同で試用し、有用性を検証する

研究1

精神科病院における認知症医療に関する全国調査

A. 研究目的

精神科病院における認知症医療(特に、入退院、ADL、身体合併症への対応、服薬、BPSDへの対応、リハビリテーション、地域連携の7項目について)の状況を調査し、精神科病院の役割と課題を明らかにする。

また、調査結果より課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図る。

B. 研究方法

日本精神科病院協会に属する 1213 の病院

(平成 23 年 8 月現在)(うち認知症治療病棟を有する病院は 405) にアンケートを送付した。

回答者は自由とし、回答者の職種(事務長、看護師長、医師、精神保健福祉士等)を記載する項目を設けた。

自由回答法と選択肢法を合わせた計 30 問の調査票を作成した。その内訳は

基本的情報	・・・4 問
入退院状況	・・・2 問
ADL 状況	・・・4 問
服薬	・・・2 問
身体合併症への対応	・・・6 問
BPSD への対応	・・・5 問
リハビリテーション	・・・2 問
地域連携	・・・5 問

である。

全施設対象の回収率は 14%、認知症治療病棟を有する病院からの回収率は 26%であった。
(倫理面への配慮)

実施者である前田が属する神戸学院大学における「ヒトを対象とする研究等倫理委員会」
における承認(HEB110608-5)

および日本精神科病院協会理事会における承認を得た。

C. 研究結果

平均在院日数は 360 日以上 540 日以内が最も多かった(図. 1)。退院阻害因子は入院日数の短い例でも長い例でも精神症状・行動異常の存在がもっとも多かった。状態が良くなっているのに受け入れ先がみつからず、入院が長くなっている例も多かった(図. 2)。

身体疾患合併症の治療のための医師・看護師は配置している施設が多かったが、その数は大多数の施設で不足していた(図. 3-5)。医療機器、設備も不十分な施設が多かった(図. 6)。一般病院への転院は困難なことが多くみられた(図. 7)。入院患者の紹介元は一般病院、介護施設が多かった。認知症疾患センターは少なかった(図. 8)。退院先としては介護施設に紹介することが最も多かった。認知症疾患センターはほとんどなかった(図. 9)。地域連携のためのカンファレンス等についてはごく 20%の症例で行われている施設が最も多く、行われていない施設も多かった(図. 10)。地域連携パスの使用はほとんど行われていなかった(図. 11)。

D. 考察

患者の半数以上が 1 年以上入院しているが、院阻害因子の 4 割が施設や家族の受け入れが出来ない為である。歩行、食事が自立でない方はそれぞれ、6 割、4 割にのぼり、退院阻害因子の 1 割が ADL 低下の為である。包括医療制度の為か、抗認知症薬の使用は 2 割程度

であった。入院経路、退院・転院時相談先とも、介護施設や一般科の病院・診療所が主であり、最近整備されてきた認知症疾患医療センターとの関わりは非常に少なかった。

E. 結論

調査結果より課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図ることが今後の課題であると考えられた。

研究 2

A. 研究目的

認知症入院可能施設での新しい認知症看護記録の有用性に関する共同研究
認知症入院治療・ケアにおいて重要視されるべきものは個々の症例の効率的情報把握、計画であると考えられる。それを踏まえて、平成 22 年度から開始した本研究では認知症 B P S D 入院治療を行っている施設間で、認知症看護記録の有用性に関する共同研究を通し認知症 B P S D 入院治療における看護レベルの均てん化とレベルアップをめざした。

B. 研究方法

対象

当センターが位置する愛知県知多半島地域にある認知症 B P S D 入院治療が可能な 4 施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター病院）において入院中の各施設に入院中の認知症 B P S D 症例に対して看護記録を統一して使用。

入院時より退院時ないし入院後 2 週間までの観察研究。

これまでの看護記録との比較をとおして有用性を検討する。

研究実施場所は当センターが位置する愛知県知多半島地域にある認知症 B P S D 入院治療が可能な 4 施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）この 4 施設では 3 年前より連携の会を立ち上げ、研修会等を通じて認知症 B P S D ケアに関する情報交換の場を設けており、今回共同研究を行うことになった。対象は上記病院入院中の認知症 B P S D 例およびケアスタッフとする。

長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症 B P S D 患者看護記録（図. 12）を共同で使用し、その効果を評価する。この看護記録は時間ごとに B P S D の各症状、睡眠の経過などを記載できるようになっており、1 ページで 1 日の記載が完結できるため、一目で患者の 1 日の B P S D の変化を把握することができる。さらに、バイタルサイン、血糖値などの身体管理情報も記載できるため、高齢者に多い身体合併症の管理にも対応できる。

評価およびアウトカムとしては、B P S D 症例の看護記録記載時間およびスタッフの使用満足度をアンケート調査した。

（倫理面への配慮）

倫理面への配慮：疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（平成 16 年 12 月 28 日改正、平成 17 年 6 月 29 日一部改正）を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（平成 16 年 12 月 28 日改正）を遵守して行

う。

C. 研究結果

1. 参加 4 施設において各 2 例程度の試用を行い、関与した看護スタッフにアンケートを行ったところ、84%で「使用しやすい」「満足である」との回答を得た。また、新しい記録方式の特徴を尋ねたところ以下のような回答を得た（図. 13）。

長所：記入しやすい、症状をひと目で把握できる、1 日の変化を理解しやすい。

短所：1 日 1 枚の仕様なので長期の患者では以前の結果と比較しづらい、変化のない項目を繰り返し記入する必要がある。

2. 1 施設においての結果であるが、通常記録との記載時間の比較をおこなった。BPSD 急性期の患者で日勤帯における平均記載時間は、短くなる傾向がみられたが現時点では統計的有意差は出せていない（図. 14）。

D. 考察

看護記録の記載負担は様々な条件で変化する。急性期、慢性期では相違してくることなどを考慮した改訂版の作成が必要と思われる

E. 結論

平成 24 年度から、各施設での症例集積に入る。少数例での試験的使用から開始し、症例数を次第に集積し、解析を行なう。平成 24 年度には効果検証と追跡調査を行う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸： 地域ケアで患者を支える。 *Aging and Health*, 第 20 巻 2 号、24-27、2011

Takahashi T, Iijima K, Kuzuya M, Hattori H, Yokono K, Morimoto S: Guidelines for non-medical care providers to manage the first steps of emergency triage of elderly evacuees. *Geriatr Gerontol Int*. 2011 Oct;11(4):383-394.

Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T.: Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011 Oct;11(4):431-7.

服部英幸： 認知症医療に必要な知識・介護保険のシステム。 *精神科*、19、2011、267-273

服部英幸： 災害時高齢者医療対策（4）精神面への対応。 *日本老年医学会雑誌*。48, 505-508, 2011

2. 学会発表

服部英幸：地域の認知症医療と高齢者専門病院の役割。シンポジウムⅣ 認知症医療における精神科医の役割。第 26 回日本老年精神医学会、東京、2011,6

服部英幸：精神症状への対応。パネルディスカッションⅣ 災害時における高齢者医療対策—避難所生活から高齢者をどう守るか—。第 53 回日本老年医学会、東京、2011,6

櫻井孝、服部英幸、鷺見幸彦、遠藤英俊、伊藤健吾、武田章敬、文堂昌彦、加知輝彦、鳥羽研二：認知症の予防から終末期までをケアする「物忘れセンター」の設立。第 53 回日本老年医学会、東京、2011,6

服部英幸、高橋慶子：高齢者うつ病の心理特性—POMS 短縮版を用いた対照との比較研究—。第 8 回日本うつ病学会、大阪、2011,7

服部英幸：災害時における高齢者の精神的問題への対応。シンポジウム「高齢者医療における危機管理」。第 22 回日本老年医学会近畿地方会、西宮、2011,11

加藤隆司、伊藤健吾、旗野健太郎、藤原謙、中村昭範、三浦久幸、服部英幸、新畑豊、鷺見幸彦、岡村信行、谷内一彦、物忘れ外来グループ：[C-11}BF-227 集積と脳糖代謝変動の関係：認知機能正常から健忘型 MCI 段階まで。第 30 回日本認知症学会、東京、2011,11

中村昭範、吉山顕次、Diers Kersten、加藤隆司、服部英幸、文堂昌彦、伊藤健吾：自発脳磁図を用いた脳内ネットワーク機能評価によるアルツハイマー病補助診断の可能性。第 30 回日本認知症学会、東京、2011、11

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

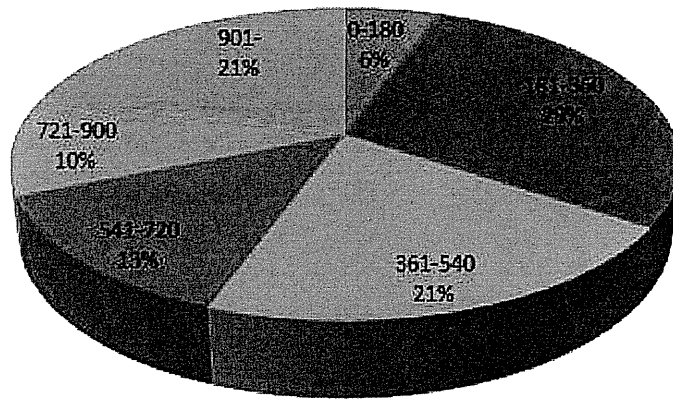
なし

3. その他

なし

図. 1 平均在院日数

平均在院日数別の病院数割合



※対象90病院

図. 2 在院日数別の退院阻害因子

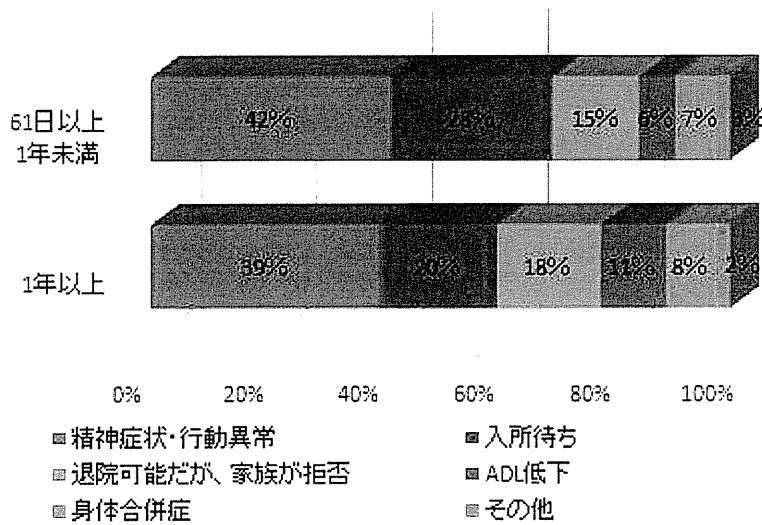
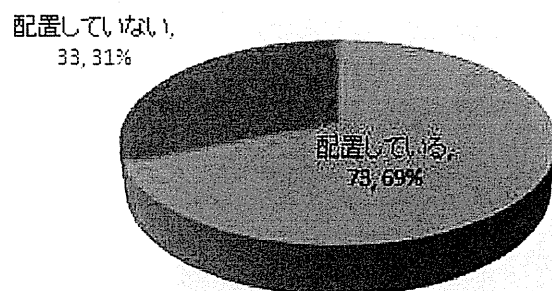


図. 3 身体科医師の配置状況】



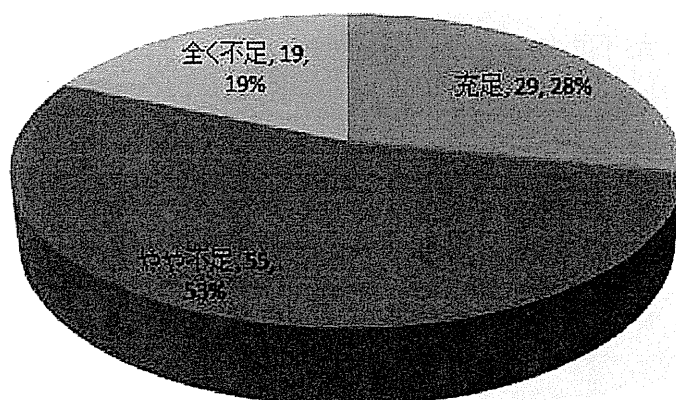
※対象103病院

※配置している場合、常勤医師数 平均0.8名 最頻値1名
非常勤医師数 平均1.2名 最頻値0名

※精神科身体合併症管理加算：
病棟に専任の内科医、または外科医を配置した際、治療開始から7日間を
限度に350点加算される。

図. 4 医師数の状況

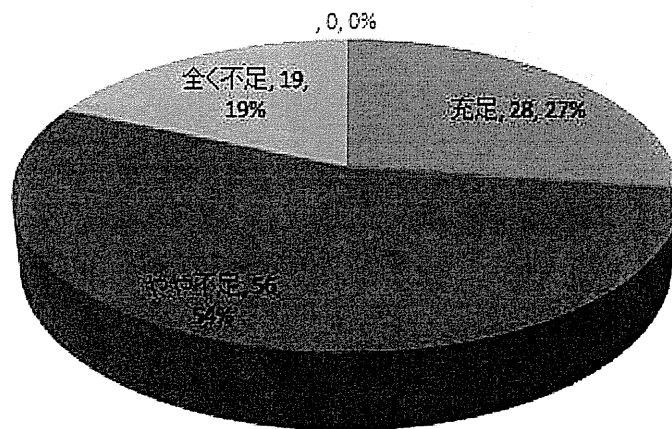
身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？



※対象103病院

図. 5 看護師数の状況

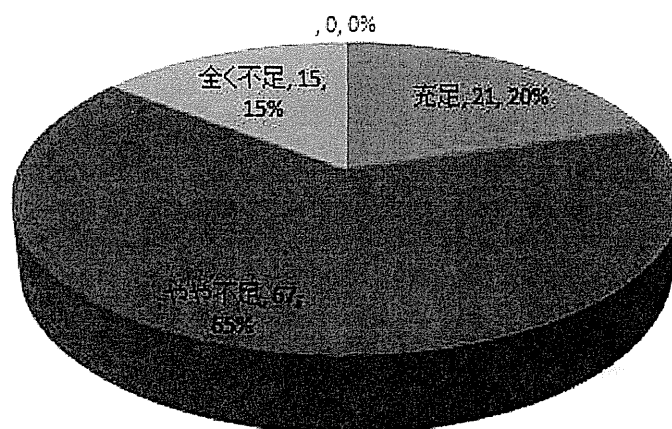
身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？



※対象102病院

図. 6 医療機器・設備

身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？

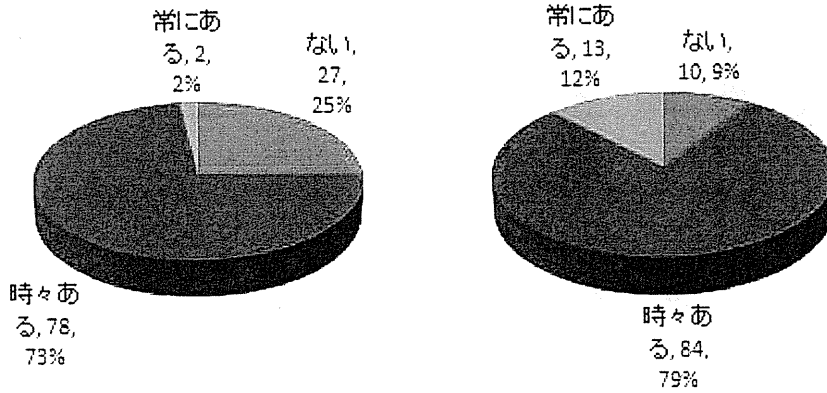


※対象102病院

図. 7 転院時の問題

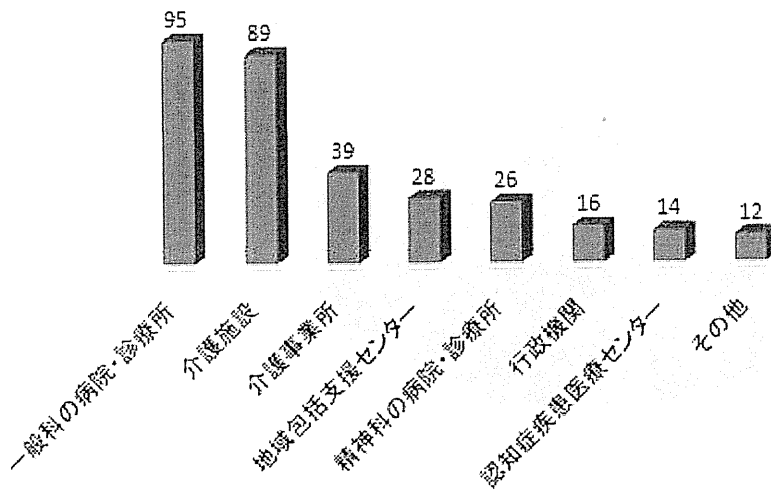
受け入れを断られる事が

早期退院させられる事が



※対象105病院

図. 8 入院経路



※主要な3つを選択

※対象回答数107