

生じる。緊急入院の場合は情報が本人から得られない場合も多く、せん妄が遷延化した後に離脱せん妄の可能性を疑うことも少なくない。入院時に患者の薬手帳、家族等から常用薬、飲酒歴等の情報を聴取しておくことで、速やかな離脱せん妄の予防、治療につながる。アルコール多飲歴がある高齢患者の場合、頻回の転倒による頭部打撲の危険性が高く、慢性硬膜下血腫の併存の可能性があるので、頭部打撲の病歴聴取や頭部画像検査も検討する。

せん妄の危険因子を中心に解説してきたが、いったんせん妄が生じるとどのような身体的疾患が生じるのかについて補足しておく。急性期治療後に施設に入所した65歳以上の高齢者において、せん妄を有する群の方がせん妄を有さない群より施設入所後の合併症が有意に多い¹⁵⁾という報告や、ICU入室中にせん妄を生じた65歳以上の患者の約20%は、せん妄の発症後に不整脈、肺炎、再挿管等の合併症が生じた³⁾という報告がある。せん妄が生じると、その後さまざまな身体的疾患、合併症が生じるという報告が散見される。上記の6. 感染症で述べたように、せん妄の発症による食事摂取量減少、低栄養、易感染性などから感染症が容易に発症する¹⁶⁾など、せん妄後に生じる身体的疾患の発生機序については報告がされつつあり、今後のさらなる臨床研究の成果を待ちたい。

II. せん妄時に併発しやすい外傷

—事故—

せん妄時に併発しやすい外傷（事故）としては、転倒・転落、誤嚥、誤飲、拒薬、管類（点滴ルート、尿道カテーテル等）の自己抜去、創部の安静が保てないこと、自傷、他者への暴力などが報告されている。その中で、特にせん妄に伴う外傷としては転倒・転落が挙げられる。

入院中の転倒の頻度は、ある報告によれば院内事故の0.64%を占めるにすぎないが、転倒症例のうち外傷を受傷する症例は約27~70%、骨折に至る症例は約2~6%であり、転倒による骨折症例は入院中の外傷症例の約19%に上り、骨折の内訳

としては約44%が股関節骨折であったことが報告されている⁴⁾。また、転倒症例の約90%と転倒に関連した骨折の93%は、60歳以上の高齢者であった⁴⁾。転倒は高齢者の外傷の罹患率と死亡率の主因でもある²¹⁾。入院中の転倒症例/転倒による骨折症例の併存疾患として、認知症がそれぞれ18.9/22.6%と最も多く、次いでせん妄がそれぞれ6%/6.4%と認知症に次いで多いことが報告されている⁴⁾。その他、転倒の危険因子として、高齢、女性、独居²¹⁾、併存症（HIV、肝疾患、パーキンソン病、失調）⁴⁾、転倒の既往、歩行不能、薬剤投与例（特に鎮静催眠薬、血管拡張薬、抗うつ薬、利尿薬）²¹⁾、施設からの入院、栄養不良、貧血等²⁸⁾が指摘されている。

事故防止の観点から、入院時に転倒・転落の危険性を評価し、適切な予防策を講じておくことが重要であり、転倒・転落についての自施設での取り組みを後述する。

III. せん妄対策、事故防止の観点から

前述した危険因子の把握と、それに基づいた予防策の実践が重要である（表2）。せん妄に関する予防的介入の効果についてはいくつかの報告があり、以下に紹介する。まず、高齢者に関して、股関節骨折術後の患者126名を老年科併診群と通常の治療群の2群に分けて前向き二重盲検試験を行ったところ、せん妄の発症が老年科併診群で約0.6倍と有意に減少し、number needed to treat (NNT)は5.6であったという介入研究¹⁴⁾や、急性期老年期治療病床と通常病床でのせん妄の発生に関するメタ解析を行ったところ、老年期病床ではせん妄が約0.7倍に減少したとする報告¹¹⁾がある。チーム医療の実践、教育的介入に関しては、Inouyeらによる多因子介入プログラム The Hospital Elder Life Program (HELP) がせん妄の発生率を約0.6倍に減少し、罹患期間を減少した¹⁰⁾という報告や、股関節骨折術後にせん妄に関するスタッフ教育、個々に応じたケアやリハビリプランの導入、術後合併症の積極的な予防的対応など、多職種による術後介入プログラムにより術後のせん妄・転倒の減少や屋内歩行能力やADL向上がもたらされ

表2 せん妄の推奨される予防策

認知機能の評価と治療：可能な限り、定期的な認知機能とせん妄のスクリーニングを標準化された方法（入院時のMini Mental State Examination (MMSE) や Blessed Orientation-Memory-Concentration (BOMC), 入院中のConfusion Assessment Methods (CAM)) を用いて行う。

睡眠の充実：非薬物的な自然睡眠の促進、騒音の軽減と暗めの点灯、常時点灯の回避、正常な睡眠覚醒周期の維持。

電解質異常や脱水の予防、補正：適切な補液の奨励、体液バランス表の活用。

感覚負荷の適正化：視覚、聴覚障害のスクリーニング、視覚、聴覚補助具の提供、適切な照明、病床灯の使用、窓のある病室の使用。

離脱の予防、治療：中年の成人がアルコール離脱の危険性があれば、ベンゾジアゼピン系薬剤の投与により予防する。

身体拘束を使用しない：身体拘束のプロトコルの使用。

運動の奨励：不動を避け、寝たきりの危険性の教育。

システムへの介入を考慮：スタッフの教育。

文献¹⁷⁾のせん妄予防策のうち、推奨グレードAのみを抜粋した。

た²⁵⁾とする報告がある。

転倒対策に関しては、これまで60以上もの転倒介入プログラムが施行されてきており、おおむね、転倒の相対危険度を30%減少した¹⁾という報告もある。

せん妄や転倒・転落の予防、治療に関しては、老年科や適切なせん妄介入プログラムを活用していくことも重要と考えられる。

以下に当院での取り組みを紹介する。入院時に患者全員に対し、看護師が転倒・転落スコアシートのチェックを行う(表3)。チェックは入院中の患者の状態が変化する毎に行い、網掛け項目以外の項目数が合計3個以上、あるいは網掛け項目が1個でもあてはまれば、転倒・転落ハイリスク群としてカルテ等に記載し、転倒・転落の危険が高いことを医療チーム間で共有している。

各患者で転倒・転落スコアシートのチェックした項目数を転倒・転落スコアと呼ぶこととし、当院のリンクナース会がせん妄の実態調査の目的

表3 転倒・転落スコアシート (スコア記入欄は省略)

分類	チェック項目 (点数各項目1点)
年齢	・ 歳 (70歳以上, 6歳以下)
既往歴	・ 過去に転倒・転落したことがある
感覚	・ 視覚障害がある ・ 聴覚障害がある
機能障害	・ 麻痺がある ・ 骨、関節に異常がある (拘縮, 変形)
活動領域	・ 筋力低下がある ・ 車椅子, 杖, 歩行器などを使用している ・ 移動に介助が必要である ・ ふらつきがある, 立位・歩行バランスが良好でない
認識力	・ 見当識障害, 意識混濁, 混乱がある ・ 不穏行動がある, または予想される ・ 判断力, 理解力の低下がある ・ 記憶力の低下があり, 再学習が困難である
薬剤	・ 解熱・鎮痛薬 ・ 麻薬 ・ 向精神薬 ・ 睡眠導入薬
排泄	・ 尿・便失禁がある ・ 頻尿がある ・ トイレ介助が必要 ・ 夜間トイレに行く
一般状態・他	・ 発熱 (37.5℃以上) がある ・ 貧血 (Hb8.0以下) がある ・ 脱水・浮腫がある ・ 持続点滴中である ・ 急患入院である ・ 人にものを頼まない傾向

で、小児科や母子医療センターを除く本年2月某日の入院患者547名をせん妄のない患者466名(せん妄なし群, 85.2%)とせん妄が疑われる患者81名(せん妄疑い群, 14.8%)の2群に分け、転倒・転落スコアの比較を行った。せん妄疑い群の定義は、表4の症状のうち、一つ以上が認められた者とした¹⁹⁾。その結果、せん妄疑い群の患者の転倒・転落スコアの平均点は、8.12であり、せん妄なし群の3.75に比較して高いことがわかった(表5)。すなわち、せん妄の疑いがある患者は、当院で定めた転倒・転落の危険因子を多く有する

表4 せん妄の症状(文献¹⁹⁾より引用)

いる場所や、今日が何月何日 かわかりにくい	昼や夜の区別や時間がわかり にくい	病院にいるか自宅にいるかわ からない
実際にはないものが見える	「部屋の外に虫が見える」	「誰かが部屋の外に立ってい る」
眠る時間と起きる時間が不規則 になる	昼間眠って、夜に眠れない	何度もベッドから起き上がる
くりかえし、どこかへ行こう とする	転んでしまう	過去のことを今のこのよう に話す
現実とは違うことを話す	いつもと比べて口数が少ない	活気がない
ぼんやりしている	怒りっぽくなったり時には荒 っぽくなる	治療のための管を「知らずに」 抜いてしまう

表5 当院入院患者547名における、せん妄の有無の観点
からみた転倒・転落スコアの比較

	せん妄なし群 (n=466)	せん妄疑い群 (n=81)
転倒・転落スコア平均点	3.75	8.12

ことを示している。転倒・転落の危険因子とせん妄の危険因子は同一ではないが重複するため、院内事故防止の観点から、転倒・転落の危険因子とせん妄の危険因子の両者を包括するような総合危険予測シート(作成中)の導入により、せん妄の予防、早期発見、早期治療につなげられるのではないかと考えている。

IV. 身体拘束について

身体拘束はせん妄の危険因子に挙げられており、身体拘束は高い死亡率、長い入院期間、褥瘡、院内感染、感情ストレスと関連がある²¹⁾。一方、実際の臨床場面においては、患者の安全を確保するためにやむをえず身体拘束を行っている場面が多いのではないと思われる。自施設において4年間に身体拘束を行った241人中、約12%がせん妄などの意識障害下の危険な行動を理由としたものであった¹⁸⁾。日本総合病院精神医学会編集のせん妄の治療指針では、せん妄患者に身体拘束を必要とする状況について、①せん妄の原因を鑑別中

であるため薬物投与による影響を避けたい時、②せん妄の原因が重篤で十分な薬剤を投与できない時、③持続点滴や尿道カテーテルなどの身体治療や身体管理を併行する時などが挙げられている²¹⁾。Michaudらは、身体拘束はそれ以外のせん妄治療手段が失敗に終わり、患者の行為が自身やスタッフ、他人に危険をもたらす時に適応となる例外的な手段であり、患者・代理人・看護スタッフと議論した後に限り使用すべきであることと、拘束の再評価は定期的に施行すべきである(急性期は15分おきに)と指摘している¹⁷⁾。せん妄時の身体拘束の是非に関しては個々の症例ごとに慎重に検討すべきであるが、上記のように、点滴やカテーテル類の身体的治療を併行して行う必要がある場合、自身や他人に危険を及ぼす可能性が高い場合は、医療スタッフ、本人、周囲の者でよく協議した上で拘束を開始することが事故防止の観点から重要だと思われる。

しかし、身体拘束は身体的・精神的負担を患者に強いることになるため、拘束開始後は身体拘束に伴う合併症予防、身体拘束を選択するに至った原因の除去、身体拘束を最小限にする努力を継続して行う必要がある。合併症予防に関しては、深部静脈血栓症や肺塞栓の予防を目的とした頻回のバイタルサインのチェック、呼吸状態や下肢の観察、2時間おきの体位交換、弾性ストッキングの着用、エアマッサージ機の使用、脱水予防、ヘパリン投与、早期の下肢拘束の解除等を症例ごとに

検討すべきであろう。また、褥瘡の予防のため、体位交換等による徐圧、定期的な全身の観察や栄養状態の評価と適切な栄養の投与、外用等の局所治療等を行う。点滴等の自己抜去を繰り返す患者に対しては、モニターラインや点滴を可能な限り整理したり、過活動型のせん妄で興奮や暴力行為が著しい患者に対する適切な薬物療法を行う等が挙げられる。身体拘束の最小化に関しては、定期的に医療スタッフ間で協議を行い必要最小限の拘束であるかの検討の継続、例えばせん妄が夜間に増悪する場合、医療スタッフの人的資源が多い昼間の時間帯は拘束を解除するなどの工夫も必要であろう。

V. せん妄治療に関する法的問題について

医療におけるインフォームド・コンセント (IC) とは、患者が医療行為を受けるにあたり、事前に内容についてよく説明を受け、よく理解した上で自らの自由意思に基づいて医療従事者と行為を行う合意を形成することである。意識障害や認知機能障害のある患者では、しばしばICが困難となる。入院高齢者に対して行ったICに関する臨床疫学調査では、臨床現場において処置の同意を得損なう独立予測因子はせん妄であったとの報告がある²⁾。せん妄のような意識障害を有する患者には同意能力に問題があると考えられるが、ICが必要ないことを意味するわけではなく、軽度の意識障害や変動する意識障害の患者の場合は常に患者の同意能力の判定を行い、ICを得る努力を行うべきである。その際、同意能力の判定は複数の医療従事者で行うことが望ましい。また入院時は同意能力があると考えられても、経過中にせん妄の発症により同意能力が制限される状態になる場合があるので、せん妄の危険性が高い患者においては、意識清明時にせん妄発症時の行動制限、予測されうる身体的処置の説明を行い、同意を得ておくことが重要と思われる。場合により、家族や近親者から代理同意を得ることも必要であろう。一般病床においては、入院時に本人や家族に行動制限の説明を行い同意書を得ている場合が多いが、精神科病床では入院同意能力と処置に対する意思

決定能力は同質ではないため、非自発入院であっても、入院中にせん妄の処置が必要になる場合は、事前または適宜患者や家族に説明を行い、同意を得る必要があることに留意されたい。せん妄の治療指針²⁾の中に、患者・家族向けのせん妄の治療に関する説明書があり、せん妄の病態や家族への説明方法についてわかりやすく書かれているので参考にされたい。

おわりに

せん妄時の身体合併症、転倒・転落等の外傷等の事故防止の観点から、せん妄の危険因子を十分理解し、予防措置を講じることが重要である。安全面から身体拘束が必要と考えられる場合は、常に患者の同意能力を判定し、患者からインフォームド・コンセントを得る姿勢をとり、本人、家族や多職種間での協議の上、必要最小限にとどめるべきである。

文 献

- 1) American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the prevention of falls in older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 49; 664-672, 2001.
- 2) Auerswald, K.B., Charpentier, P.A. and Inouye, S.K.: The informed consent process in older patients who developed delirium: a clinical epidemiologic study. *Am. J. Med.*, 103; 410-418, 1997.
- 3) Balas, M.C., Happ, M.B., Yang, W. et al.: Outcomes associated with delirium in older patients in surgical ICUs. *Chest*, 135; 18-25, 2009.
- 4) Brand, C.A. and Sundararajan, V.: A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. *Qual. Saf. Health Care*, 19; e51, 2010.
- 5) Bush, S.H. and Bruera, E.: The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist*, 14; 1039-1049, 2009.
- 6) Caerio, L., Ferro, J.M., Albuquerque, R. et al.: Delirium in the first days of stroke. *J. Neurol.*, 251; 171-178, 2004.
- 7) Carin-Levy, G., Mead, G.E., Nicol, K. et al.: Delirium in acute stroke: screening tools, incidence

- rates and predictors : a systematic review. *J. Neurol.*, 259 ; 1590-1599, 2012.
- 8) Dasgupta, M. and Dumbrell, A.C. : Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery : a systematic review. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 54 ; 1578-1589, 2006.
 - 9) Edlund, A., Lundström, M., Karlsson, S. et al. : Delirium in older patients admitted to general internal medicine. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.*, 19 ; 83-90, 2006.
 - 10) Fong, T.G., Tulebaev, S.R. and Inouye, S.K. : Delirium in elderly adults : diagnosis, prevention and treatment. *Nature Rev. Neurol.*, 5 ; 210-220, 2009.
 - 11) Fox, M.T., Persaud, M., Maimets, I. et al. : Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components : a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 60 ; 2237-2245, 2012.
 - 12) Hustey, F.M. and Meldon, S.W. : The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patient. *Ann. Emerg. Med.*, 39 ; 248-253, 2002.
 - 13) Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. et al. : Geriatric syndromes : clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 55 ; 780-791, 2007.
 - 14) Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. et al. : Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 49 ; 516-522, 2001.
 - 15) Marcantonio, E.R., Kiely, D.K., Simon, S.E. et al. : Outcomes older people admitted to postacute facilities with delirium. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53 ; 963-969, 2005.
 - 16) Martin, B.J., Buth, K.J., Arora, R.C. et al. : Delirium as a predictor of sepsis in post-coronary artery bypass grafting patients : a retrospective cohort study. *Crit. Care*, 14 ; R171, 2010.
 - 17) Michaud, L., Bula, C., Berney, A. et al. : Delirium : Guidelines for general hospital. *J. Psychosom. Res.*, 62 ; 371-383, 2007.
 - 18) Odawara, T., Narita, H., Yamada, Y. et al. : Use of restraints in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 59 ; 605-609, 2005.
 - 19) 岡山大学病院 : せん妄対策チームについてのご案内 (患者, 家族向けパンフレット).
 - 20) Ouimet, S., Kavanagh, B.P., Gottfried, S.B. et al. : Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med.*, 33 ; 66-73, 2007.
 - 21) Rothschild, J.M., Bates, D.W. and Leape, L.L. : Preventable medical injuries in older patients. *Arch. Intern. Med.*, 160 ; 2717-2728, 2000.
 - 22) Sheng, A.Z., Shen, Q., Cordato, D. et al. : Delirium within three days of stroke in a cohort of elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 54 ; 1192-1198, 2006.
 - 23) Shi, C.M., Wang, D.X., Chen, K.S. et al. : Incidence and risk factors of delirium in critically ill patients after non-cardiac surgery. *Chin. Med. J.*, 123 ; 993-999, 2010.
 - 24) Sieber, F.E. and Barnett, S.R. : Preventing post-operative complications in the elderly. *Anesthesiol. Clin.*, 29 ; 83-97, 2011.
 - 25) Stenvall, M., Berggren, M., Lundström, M. et al. : A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia—subgroup analyses of a randomized controlled trial. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 54 ; e284-e289, 2012.
 - 26) Witlox, J., Eurelings, L.S., de Jonghe, J.F. et al. : Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia : a meta-analysis. *JAMA*, 304 ; 443-451, 2010.
 - 27) 薬物療法検討小委員会 (委員長 : 八田耕太郎) : せん妄の治療指針. 日本総合病院精神医学会治療指針 1, 星和書店, 東京, 2005.
 - 28) Zapatero, A., Barba, R., Canora, J. et al. : Hip fracture in hospitalized medical patients. *BMC Musculoskelet. Disord.*, 14 ; 15, 2013.

【巻頭言】

一般病院における高齢者医療

日本総合病院精神医学会理事 小田原俊成

今年発表されたわが国の認知症有病率調査（厚生労働科学研究，朝田班）において，65歳以上高齢者の15%が認知症（推計4百数十万人），さらに13%が認知症予備軍とされる軽度認知障害であることが報告された。これは昨年厚生労働省から発表された介護保険要介護者数から推計される3百万人をさらに上回る数値であり，従来予想を大幅に超えて認知症高齢者が増えている実態が明らかとなった。2008年の患者調査では，3年前に比べ一般診療所外来における高齢者割合は10%増加し，疾患では認知症が1.5倍に増えている。入院患者に目を向けると，65歳以上高齢者割合は68.2%，75歳以上割合は49.3%に達している。認知症が年齢とともに増える（先述の調査では，74歳未満高齢者では10%未満，85歳以上では40%超）ことを考慮すれば，「認知症は日常診療で遭遇しやすい病態」という言い回しはもはや控えめすぎる表現でしかなく，高齢者診療において何らかの認知機能評価は欠かせない状況となっている。2012年3月にJSGHP会員を対象として行った認知症診療実態調査でも，大学病院・一般病院精神科外来の初診患者の30～40%が高齢者で，うち30～40%が認知症であることが明らかとなっており，総合病院精神科における診療業務の少なくない部分を認知症診療（鑑別診断，BPSD対応）が占めていることがわかる。

もちろん高齢者医療において重要な疾患は認知症だけではない。現在，アメリカの医学教育では，高齢者診療におけるminimum requirementとして3D（せん妄delirium，うつ病depression，

認知症dementiaの頭文字）の臨床的特徴の理解が専門性を問わず知っておくべき知識として取り上げられている。しかし，実臨床でこれら3つの病態を鑑別することは必ずしも容易ではない。当院では5月よりリエゾンチーム活動を開始したが，相談内容の多くを占めるせん妄や不安，うつに関する相談事例において，これら3つの病態が混在しないし併存することは珍しくない。3Dの鑑別・治療には，症状や経過の把握のほか，家族との協力関係の構築，最適な薬剤選択，多職種連携による治療・ケアプランの策定など退院後の生活を見越した包括的対応が必要であり，こうした作業は精神科医なくして十分に成り立たないことが多いと感じている。最近Hattaらが，わが国の常勤精神科医を有する一般病院で行ったせん妄患者の多施設共同観察研究において，抗精神病薬が投与された2千数百例（平均年齢73.5歳）中，重篤な有害事象を呈した症例は1%に満たず，1週間以内に半数以上でせん妄が改善したことが報告された。高齢者に対する抗精神病薬投与の危険性が指摘されて久しいが，総合病院精神科のvalueとして大いにアピールされるべきであろう。

近年，緩和ケアチームの活動により精神科医をはじめとする多職種連携の重要性が浸透しつつあるが，今後はリエゾンチームの活動展開が加わることで精神科のvalueをさらに高め，常勤精神科医を有する一般病院が1割しかないというわが国の現状を変えるターニングポイントとならんことを願う次第である。

原 著

Original article

日本総合病院精神医学会会員に対する 認知症診療に関するアンケート調査

近藤 大三*¹ 小田原俊成*^{1,2} 粟田 主一*² 池尻 義隆*²
下田 健吾*² 高橋 晶*² 竹内 文一*² 長谷川朝穂*²
藤原修一郎*² 吉田 常孝*² 吉村 匡史*² 田子 久夫*²

A questionnaire survey of members of the Japanese Society of General Hospital Psychiatry regarding medical care for dementia

Daizo Kondo*¹, Toshinari Odawara*^{1,2}, Shuichi Awata*², Yoshitaka Ikejiri*²,
Kengo Shimoda*², Sho Takahashi*², Fumikazu Takeuchi*², Asaho Hasegawa*²,
Shuichiro Fujiwara*², Tsunetaka Yoshida*², Masafumi Yoshimura*², Hisao Tago*²

*¹ Psychiatric Center, Yokohama City University Medical Center, 4-57 Urafune-cho, Minami-ku, Yokohama 232-0024, Japan

*² Japanese Society of General Hospital Psychiatry

Abstract : To clarify the current state of and issues concerning medical care for dementia, we conducted a questionnaire survey of members of the JSGHP (Japanese Society of General Hospital Psychiatry) in March 2012. As a result, we obtained responses from 87 centers (42 general hospitals, 24 university hospitals, 8 psychiatric hospitals, and 13 psychiatric clinics). The main departments that provided medical care for dementia were: psychiatric departments (86.2%), departments of neurology (44.8%), departments of neurosurgery (5.7%), and departments of internal medicine (5.7%). The proportions of patients aged 65 years or older among the new out-patients in 2011 were 45.2, 37.3, 32.9, and 15.5% in general hospitals, university hospitals, psychiatric hospitals, and psychiatric clinics, respectively. This suggested that medical care for dementia is provided daily regardless of the type of medical center or doctors' specialty. In addition, it was indicated that 40% or more of the patients in consultations in university and general hospitals had dementia. A wide range of current limitations and tasks were pointed out, such as the promotion of community cooperation, skewed distribution of specialized medical centers (general hospitals), treatment of physical complications and BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia), and provision of dementia education.

Key words : Dementia, Complication, General hospital psychiatry, Regional medical liaison, Dementia disease medical center

序 言

今日、総合病院精神科に求められる役割は多岐にわたるが[§]、超高齢化社会に突入したわが国では

*¹ 横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター (〒232-0024 横浜市区南区浦舟町 4-57)

*² 日本総合病院精神医学会認知症対策委員会

【診察状況】

・あなたの認知症患者の診療状況をお教えてください。
 認知症患者の診療を 行っている・ 行っていない

・あなたの主たる認知症診療の役割をお教えてください。(複数選択可)
 鑑別診断・BPSD(せん妄含む)の治療・身体合併症治療・専門相談・
 その他()

・認知症診療を行う上での問題点と課題についてお教えてください。

・認知症診療を円滑に行うために、JSGHPに期待することがあればお教えてください。

・研修会や地域連携会の開催など、JSGHPにお手伝いできることがあればお聞かせください。
 ()
 ()

【患者状況】

・診療科の年間外来新患数(平成23年度1年間): 人
 上記のうち65歳以上高齢者数: 人
 上記のうち認知症患者数: 人

・65歳以上外来新患高齢者の内訳

F0(症状性含む器質性精神障害)	<input type="text"/> 人
F1(精神作用物質による精神および行動の障害)	<input type="text"/> 人
F2(統合失調症および妄想性障害など)	<input type="text"/> 人
F3(気分障害)	<input type="text"/> 人
F4(神経症性障害、ストレス関連障害など)	<input type="text"/> 人
その他 F 圏	<input type="text"/> 人
上記のうち、認知症患者数	<input type="text"/> 人

・65歳以上他科併診件数 人
 うち認知症患者数(疑い含む) 人

・相談件数(相談室含む): 電話 件、面接 件

認知症対策委員会

Fig. 1. 日本総合病院精神医学会における認知症診療の実態調査アンケート用紙(2)

精神科病院8施設、精神科診療所13施設)から回答を得た。

結 果

1. 診療科・施設と患者数

認知症の主たる診療科は精神科(86.2%)、神

経内科(44.8%)、脳神経外科(5.7%)、内科(5.7%)が担っており(Table 1)、認知症診療を行っていないと回答した施設は4施設であった。

主たる診療内容としては、回答のあった全施設において鑑別診断・BPSDへの対応・専門相談が大半を占めており、総合病院・大学病院においてはそれに加えてBPSDが併存する身体疾患への

Table 1. 認知症の主たる診療科

科名	施設数	割合 (%)
精神科	75	86.2
神経内科	39	44.8
脳神経外科	5	5.7
内科	5	5.7

Table 2. 総合病院および大学病院の入院における年間併診患者数と認知症患者数 (平均値±標準偏差)

	65歳以上の 他科併診患者数	そのうち 認知症患者数
総合病院	120.5 ± 108.1	36.8 ± 27.5
大学病院	219.3 ± 197.6	70.7 ± 64.2

Table 3. 各施設の外来診療における患者数と割合 (平均値±標準偏差)

	年間外来新患者数	65歳以上の 高齢者数	65歳以上の 高齢者数 / 新患者数 (%)	認知症高齢者数	認知症高齢者数 / 新患者数 (%)
総合病院	375.7 ± 246.9	182.7 ± 158.6	48.6	81.0 ± 103.7	21.6
大学病院	952.0 ± 539.0	335.4 ± 197.1	35.2	111.0 ± 115.4	11.7
精神科病院	538.5 ± 106.6	177.2 ± 77.7	33.0	89.8 ± 64.2	16.7
精神科診療所	494.8 ± 235.8	73.8 ± 60.8	15.0	25.8 ± 51.1	5.2

対応があげられていた。総合病院および大学病院における65歳以上の入院における他科併診患者のうち、認知症高齢者の割合は平均して各々42.6%、43.3%であった。なお、各々の併診患者数と認知症患者数をTable 2に示す(ただし、回答が不完全であった施設は除くため総合病院20施設、大学病院15施設)。

一方、外来診療では年間外来新患者数全体に占める割合は総合病院48.6%、大学病院35.2%、精神科病院33.0%、精神科診療所15.0%であり、外来新患者診察に占める認知症高齢者の割合は、各施設順に21.6%、11.7%、16.7%、5.2%であった(Table 3)。今回の結果では、総合病院・大学病院・精神科病院の新患外来診療対象者は30~40%が高齢者であり、そのうちの30~40%が認知症患者であることが明らかとなり、認知症診療が日常的に行われていた。各施設ごとの年間外来患者数、65歳以上の高齢者数、認知症高齢者数についてもTable 3に示す(ただし、回答が不完全であった施設は除くため、各施設ごと順に33施設、20施設、6施設、9施設)。

回答のあった87施設中、認知症疾患医療センターの機能を有するのは10施設(総合病院4施設、大学病院3施設、精神科病院3施設)であった。それぞれの患者数を、精神科診療所を除く施設で認知症疾患医療センターを有している施設(7施設:3施設は回答不完全)と有していない施設

(52施設)で比較した場合、センターを有している施設ではセンターを有していない施設と比較して、高齢者の割合、さらにはそのなかで認知症高齢者の占める割合が高かった(Table 4)。JSGHPに期待することとして、地域包括ケア展開モデルの開発や学会を横断した協力的体制・システムの構築、また教育面ではせん妄/薬物療法/Mild Cognitive Impairment (MCI)への対応などのガイドライン作成や診療手引きの作成、そのほかにも勉強会・研修会・連携会(テーマごと、評価尺度、講師派遣、多職種対象)の企画などさまざまな意見が得られた。

2. 問題点と課題

「認知症診療を行ううえでの問題点と課題」について、自由記載によるアンケート結果を項目ごとに分類して以下に記載する。なお、回答内容の内訳については(Fig. 2)に示す。

1) 専門医療機関の負担

多数の意見として、施設のハード面の違い(CT・MRI・SPECTの有無)で診断や治療の質に不均一が生じることが問題点としてあげられた。また検査ができる施設であったとしても、その予約枠が少なく、診断をつけるまでに期間を要することが指摘されている。さらに器質的な評価が可能であったとしても、高齢者は認知症に先行して気分障害を呈することや多彩な精神症状を合

Table 4. 認知症疾患医療センターの有無による外来診療における平均患者数と割合（平均値±標準偏差）

	年間外来 新患者数	65歳以上の 高齢者数	65歳以上の 高齢者数 / 新患者数 (%)	認知症 高齢者数	認知症高齢者数 / 新患者数 (%)
センターを有する施設	555.0 ± 246.9	313.9 ± 266.9	56.6	185.0 ± 170.9	33.3
センターを有しない施設	588.9 ± 456.0	221.2 ± 165.0	37.6	86.6 ± 90.0	14.7

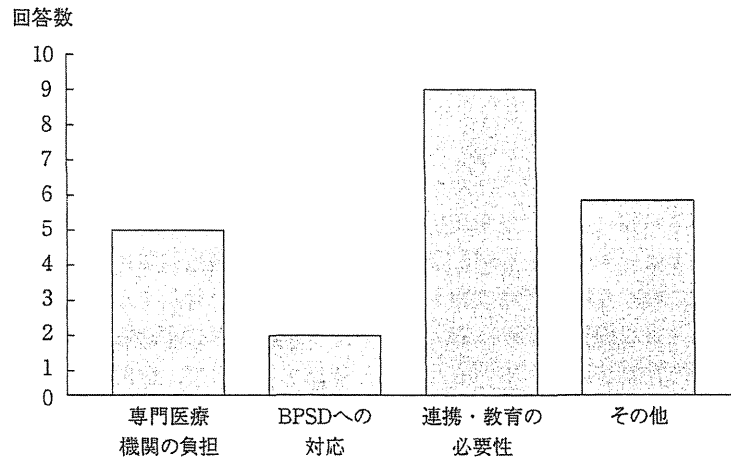


Fig. 2. 自由記載で指摘された問題点

併することがあり、的確な診断や評価をするためには、かかりつけ医のスキルアップが必要という声もみられた。また、専門医療機関が少ない地域では遠方からの電話相談が中心となり、迅速な検査や治療が受けられないことが問題視されていた。

2) BPSD への対応

認知症介護においては、中核症状のみならず BPSD が前景化してくると介護度は大幅に高くなり、在宅での対応が困難となる。こういった場合の受け入れ先が少ないことは喫緊の問題であり、精神科病院への長期入院を余儀なくされる場合があるという。しかし、高齢者は複数の身体合併症を併存することが少なくないため、現状では BPSD 治療だけではなく同時に身体管理を必要とする多くの場合は、その役割を総合病院や大学病院に求めることになる。また、臨床場面では BPSD 治療薬として抗精神病薬が投薬されているが、保険外使用の問題もあり対応をより困難にさせているという意見があった。

3) 連携・教育の必要性

一番の問題点は、身体合併症を有する認知症患者の入院先がきわめて少ないという指摘が多かった。また、仮に入院できても、退院先としての在宅への移行や転院が円滑に進まないことはしばしば経験される。原因として、医療機関の役割分担が明確でないことや、病院間の身体管理体制に格差があることが指摘されていた。

また、在宅医療を進めるうえで、多職種連携が十分でない点もあげられた。情報共有が希薄になると治療の継続性に支障をきたすため、地域ごとに認知症高齢者に対する病院・診療所・介護の多職種連携を推進していく必要がある。一方、教育的観点からは、系統的に認知症高齢者の診察法を学ぶ場がないという意見があげられており、地域連携のあり方（事例検討会など）を含めた勉強会や研修会の開催を希望する声のみられた。

4) その他

重度認知症への対応（コスト・受け入れ先の問題）、治療同意取得の問題、終末期医療の在り方、診療報酬の適正化（評価）、単身者のフォローアッ

ブなどさまざまな意見が得られた。

考 察

今回のアンケート調査では、総合病院・大学病院からの回答が約3/4 (75.9%)を占め、回答施設の認知症の主たる診療科は精神科 (86.2%)という結果であった。外来診療においては、65歳以上の他科併診のうち認知症患者の割合が40%を超えるという結果から、認知症診療において精神科リエゾン業務の需要の高さが確認された。

また、総合病院・大学病院のなかで認知症疾患センターを有する施設では、センターを有しない施設に比べ、新規患者における高齢者の割合が高く、さらには認知症の占める割合が高かった。これは、認知症専門外来の有無が影響していると考えられるが、一方センターを有しない施設における認知症診療の機会もかなりあることが、今回の結果から明らかになった。

今後の問題点と課題において、専門医療機関へ患者が集中する問題、認知症の非専門医である医師の認知症診療のスキル向上や連携のための研修会開催に関する要望が多くみられたことから、地域全体の認知症診療・介護技術の質の向上および均質化が望まれる。

診療内容に関しては、総合病院・大学病院では鑑別診断や専門相談 (認知症患者に関わる介護者の対応など)のほか、BPSDの対応やBPSDを合併する身体疾患への対応が主たる業務としてあげられていること、またわが国の認知症入院患者の約70%が精神科病床に入院している現状を踏まえると、精神科医が認知症診療に果たすべき役割は大きく、特に総合病院精神科と精神科病院の治療連携が重要と考えられる。総合病院精神科が地域医療の中心となり得る前提として、高橋は①精神科病棟で身体的な問題が発生した場合でも簡便に身体科へ相談できること、②精神的トリアージをすること、③他の社会資源と協働することをあげている¹⁾が、こうした機能は認知症包括ケアにおいてまさしく必要とされるべきものである。

一方、有床総合病院精神科は2002年から2008年までの6年間で272施設から239施設へと減少

しており、病床数は同期間で4,413床減少したことになる²⁾。総合病院精神科の病床削減は、医療経済的評価の低さによる病院経営上の理由と、労働環境の悪化による精神科勤務医師数の減少などの要因により、負のスパイラルが形成され進行すると指摘されてきた³⁾。しかし、いくつかの総合病院では、少ない人的資源や乏しいインフラ環境のなかでも、単なる病床削減・規模の縮小にとどまらない、ダウンサイジングと地域移行を試み成功させている^{4,5)}。

この縮小危機を「入院医療から地域医療へ」という精神科医療のフレームシフトのチャンスととらえ、地域医療における高齢者および認知症患者に対するコンサルテーションの必要性に 대응べく、精神科医に求められるやりがいのある役割と認識することで、医師の離職と低収益性の負のスパイラルに陥った総合病院精神科の危機を打開するきっかけとなることを望みたい。「総合病院だから何でも対応する、治療する」という抱え込み型の医療から脱却して、適正な仕事量にダウンサイジングを図ると同時に、求められるニーズや実行可能な範囲を吟味して仕事を選択、分担していくことが必要である⁶⁾。

今回、アンケート回答を得た施設のうち、認知症疾患医療センターが整備されているのは10施設であったが、今後は認知症の専門医療の提供体制を強化するため、さらなるセンターの拡充が必要と思われるが、地域性や機能に十分配慮した医療機関の選定も重要と思われる。

昨年、国の認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン) が発表され、病院・施設を中心とした認知症ケア施策を在宅中心に転換する方針が提示された。そのなかで、認知症ケアパスの作成・普及、早期対応を目的とした認知症サポート医の数値目標の設定、認知症初期集中支援チームの設置、早期診断医療機関の整備、地域移行促進を目的とした退院支援・地域連携クリティカルパスの作成などが計画に盛り込まれた。今後、さまざまなモデル事業を通じて地域の実情に応じた支援のあり方を検討するなかで、総合病院精神科が認知症診療において有効に活用されることが望まれる。

結 語

JSGHP 会員に実施したアンケート結果から、診療機関の形態を問わず認知症診療が日常的に行われていることが明らかとなった。また、回答を得た大学病院・総合病院の65歳以上の入院における他科からのコンサルテーションにおいて、いずれも40%以上が認知症であった。今後の診療上の課題として、医療機関および多職種間の連携推進が喫緊の課題として最も多く取り上げられていた。今回の結果より、JSGHP 会員の所属する大学病院を含む総合病院精神科においては、認知症診療が日常的に行われていること、地域連携の促進や診療スキルの向上が課題として意識されていることが明らかとなった。

認知症の専門医療の提供体制を強化するため、鑑別診断・専門医療相談・BPSD および合併症対応・医療情報提供を行うとともに、担当者の配置による介護との連携や、認知症を専門としない一般開業医らへの研修を行う、認知症疾患医療センターのさらなる整備が必要である。

謝辞：最後にお忙しいなか、本アンケートに御協力いただきました JSGHP 会員の皆様に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 高橋武久：地域精神医療における総合病院の役割；総合病院精神科は地域において何をするべきか。精神神経学会誌105：601-608, 2003
- 2) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会（和田 健, 野口正行, 中嶋義文, 他）：総合病院精神科の現状とめざすべき将来—総合病院精神科のネクストステップ2009。総合病院精神医学 21：ss1-ss30, 2009
- 3) 藤原修一郎：総合病院精神科の現状をいかに打破するか—基礎調査をふまえて—。精神神経学会誌 109：262-268, 2007
- 4) 野口正行：佐野市における総合病院精神科と地域社会福祉法人の連携の試み。日本社会精神医学 18：266-272, 2009
- 5) 吉本博昭：危機に瀕する総合病院精神科 再生は可能か。総合病院精神科は病床削減により、生き残れるか—富山市民病院による各種の取り組みと苦悩—。精神神経学雑誌 110：1072-1076, 2008
- 6) 渡邊博幸：『抱える』医療から『つなぐ』医療へ—総合病院精神科のダウンサイジングと地域精神医療の取り組み—。日本社会精神医学会 21：116-123, 2012

受理日：2013年7月16日

【要約】 Japanese Society of General Hospital Psychiatry（以下、JSGHP）会員の認知症診療の実態と課題を明らかにするため、2012年3月にアンケート調査を実施した。その結果、87施設（総合病院42施設、大学病院24施設、精神科病院8施設、精神科診療所13施設）から回答を得た。認知症診療の主たる診療科は、精神科(86.2%)、神経内科(44.8%)、脳神経外科(5.7%)、内科(5.7%)が担っていた。2011年度の年間外来新患数全体に占める65歳以上の高齢者の割合は、各施設順に45.2%、37.3%、32.9%、15.5%で、診療機関の形態や専門性を問わず認知症診療が日常的に行われていることが明らかとなった。また、大学病院・総合病院の高齢者のコンサルテーションにおいては、いずれも40%以上が認知症であった。今後の問題点と課題として、地域連携促進、専門医療機関（総合病院）の偏在、身体合併症対応、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下、BPSD）治療、教育といった多岐にわたる項目が指摘された。

キーワード：認知症、総合病院精神科、地域医療連携、身体合併症、認知症疾患医療センター

地域 リハビリテーション 白書 3

地域包括ケア時代を
見据えて

監修◎澤村誠志

編集◎日本リハビリテーション
病院・施設協会

第11章 全国各地の組織化活動

1. 地域づくり的介護予防

4 千葉県認知症対策におけるネットワーク活動

旭 俊臣*

*医療法人社団弥生会 旭神経内科リハビリテーション病院 院長、医師

地域の概要

千葉県は高度成長期の1965年頃より人口が急増して、2009年には人口620万人となり、高齢化率は18%で全国平均(23%)より低い。しかし、団塊の世代(1947~1949年生まれ)が高齢期を迎える2015年には、高齢化率が26%になると予想されており、埼玉県に次いで全国2番目の伸び率で高齢者数が急増すると考えられている。当院の所在地である松戸市は、1990年は人口46万人で高齢化率は6.7%であったが、2010年には人口48万人で高齢化率20%となり、高齢者人口は3万1,000人から9万6,000人に急増している。そして、認知症高齢者は、1,200人から7,500人(介護認定を受けた人数)に増えている。介護認定を受けていない認知症高齢者を含めると、1万5,000人以上の認知症高齢者が在住していると考えられる。

千葉県の認知症高齢者は、2009年には7万人であり、今後、急増していくと予想される。認知症高齢者は、診療所、認知症専門医療機関(神経内科、精神科、脳神経外科、老年科等)、救急病院、リハ病院(回復期リハ病棟)、精神科病院等で診療を受けているが、このような医療現場では多くの問題が生じている。本稿では、千葉県および松戸市における、認知症高齢者の診療の現状と診療システムの構築への取り組みを述べる。

活動の歴史

1. 千葉認知症研究会

松戸市における認知症に関する地域活動は、1990年に行われた松戸市シルバー健康実態調査からが発端である。この調査において、松戸市の人口は46万人、高齢化率6.7%、高齢者3万1,000人であり、認知症発現率は3.9%(1,200人)、重度別分類では、軽度認知症43%、中等度認知症25%、重度認知症32%であった。調査の10年後の2000年には、認知症高齢者は2,000人に達する見込みであったので、対策として地域ケアシステムの必要性が提唱されていた。

1994年には、筆者らが、医師、看護師、保健師、臨床心理士、行政担当者に呼びかけ、十数名で松戸痴呆性老人研究会を発足して、数カ月に1回の勉強会を行った。1996年までの3年間研究会を続けた結果、認知症患者の長期在宅ケアを促進するためには、医療関係者と行政の連携だけでなく、福祉関係者、介護者との連携を進めることが必要となってきた。そこで、1997年に千葉県内の関係者に呼びかけて、千葉痴呆研究会(2006年、第10回研究会より千葉認知症研究会と改称)を立ち上げた。第1回の研究会には、千葉県下から200名近くの参加者があり、研究発表や講演会を行った。

認知症患者および家族から医療・保健・福祉関係施設および行政への相談が急速に増えていく中

表 1 アルツハイマー病の病期と症状および受診医療機関

病期	初期	中期	後期	終末期
症 状	記憶障害(軽度) 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心が薄れる 閉じこもり	記憶障害(中等度) BPSD(妄想,徘徊,不穏,暴言,暴力)	記憶障害(重度) 歩行障害～転倒骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害(最重度) 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 癌
受診医療機関	診療所(かかりつけ医) 認知症専門医(神経内科,老年科,脳外科,精神科)	精神科 老人性認知症治療病棟	救急病院(整形外科) リハ病院	救急病院(内科) 診療所(かかりつけ医)

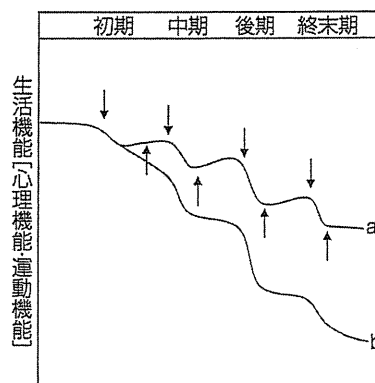


図 1 アルツハイマー病の病期と生活機能変化
a: 改善された穏やかな曲線
b: 一般的なアルツハイマー病の曲線

で、認知症の治療・ケア上の問題点も多く明らかになった。そこで、年に 1 回開催される研究会において、関心の高いテーマを取り上げてシンポジウムを行い、会員の啓蒙活動として講演会を行ってきた。

2. 松戸認知症研究会

2006 年には松戸市医師会が中心となり、松戸市認知症研究会として発足し研修会を行った。松戸市医師会は、研修会に参加した医師を「認知症協力医」と認定した。2009 年には松戸市役所主催の研究会となり、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、認知症の人と家族の会、福祉施設関係者にも拡大されて、2 カ月に 1 回開催されるようになった。

その後、現在までに医師および看護・介護職への研修会、一般市民への講演会等を行った結果、認知症高齢者の診療に関する協力医や専門医、看護・介護職との連携が徐々にとられるようになった。また、一般市民への講演会等を通して、認知症高齢者への理解者となってもらい認知症サポーターの育成を図った。その結果、2012 年にはサポーターが 9,500 名になった。そのサポーターのうち 920 名が、松戸市内に在住する認知症高齢者に対して見守り活動を行う「松戸市あんしんオレ

ンジ隊」として発足した。サポーターの見守り活動により、徘徊中の認知症高齢者が、以前より早く発見されるようになった。

活動の実際

1. 認知症リハ

最近、認知症リハに関する関心が高まっているが、統一した定義がなされていない。リハの現場では、認知症のリハは主として、次の 2 つに解釈されている。1 つは、ADL 障害に認知症を合併している場合、ADL 改善のために理学療法、作業療法、言語療法等を行うことである。もう 1 つは、ADL が自立している認知症患者に対して、神経心理療法（回想法、音楽療法、認知療法等）を行うことである。

筆者は、日本リハビリテーション病院・施設協会のリハの定義に準じて、「認知症のリハビリテーションとは、認知症によって精神心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされるようにすることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行う療法である」

と考えている¹⁾。

筆者は、アルツハイマー病の病期と生活機能変化の状態像として、表1と図1のモデルを提唱している。認知症初期には、記憶障害が進行して、意欲も低下してくるが、この時期に塩酸ドネペジルと通所リハを併用すると、単独に使用した場合よりも、生活機能の改善に効果的であることが最近発表されている²⁾。認知症が初期から中期になり、BPSD（認知症疾患に伴う行動障害と精神症状）が出現している時にも、薬物療法と認知リハの併用が有効であると発表されるようになった⁴⁾。また、軽度から重度認知症高齢者に対して短期集中リハとして、記憶の訓練、日常生活活動の訓練を個別に20分以上、週3回、3カ月間行うと、HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）の改善とともにBPSDも改善することが発表され⁵⁾、2008年の介護報酬にも導入された。

さらに後期になると、歩行障害が進行して、転倒・骨折により救急病院へ入院することになり、ADLや認知機能が低下する⁶⁾。この時期にも、骨折の治療後にリハ病院へ転院してリハ治療を行うと、ADLの回復とともに認知機能も改善する⁷⁾。

終末期に肺炎、癌、心筋梗塞、脳卒中等を発生して救急病院に入院すると、寝たきりになったり、嚥下障害や認知機能の低下が生じたりするが、この時期でも、上記疾患が改善して退院後、終末期リハ⁸⁾を行うことで、ADLや嚥下機能等が改善することがある。

2. 認知症の診療の現状と問題

認知症高齢者は病期により、診療所医師、認知症専門医療機関、救急病院、リハ病院、精神科病院で治療を受けているが、表2で挙げたような問題点を抱えている。当院は、認知症専門医療機関として認知症の外来診療と認知症高齢者に対するリハ治療を行っており、診療所からの紹介を含めて、年間約500名の新患認知症高齢者が受診している。その中で、BPSDが悪化した時には、精神科病院への入院を、身体合併症を併発した時には救急病院へ入院を依頼している。反対に、精神科病院や救急病院での治療によってBPSDが安定した後、および身体合併症の治療後に、ADLが低

表2 認知症の診療の現状と問題点

- | |
|---|
| (1) 診療所 |
| 1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時、診断と治療が困難。 |
| 2. BPSD発症時 |
| i) 徘徊、不穏、暴力行為出現時に対応困難。 |
| ii) 紹介できる認知症専門医がわからない。 |
| 3. グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームに往診しているが対応困難。 |
| (2) 救急病院 |
| 1. 肺炎、骨折、心筋梗塞、脳血管障害、意識障害等で救急病院に入院してくるが、入院当初は認知症の症状が目立たないが、入院後に出現した時、対応が困難となる。 |
| 2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない。 |
| 3. 治療終了後、転院先の精神科病院が少ない。 |
| (3) リハ病院 |
| 1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった（全国の回復期リハ病棟の入院患者のうち52%に認知症合併）。 |
| 2. BPSDのために看護、介護が困難。 |
| 3. 認知症専門医が少ない。 |
| (4) 精神科病院 |
| 1. 認知症患者の合併症（肺炎、心筋梗塞、骨折等）の治療が困難である。 |
| 2. リハ病院が少ないため、歩行障害、日常生活障害、嚥下障害等の治療ケアができない。 |
| 3. 精神症状が安定しても退院先がないため、長期入院となり、緊急入院が困難になっている。 |
| 4. 認知症専門医が少ない。 |

下してリハが必要となった認知症高齢者を当院で受け入れている。このように、当院では松戸市内および周辺さらに遠隔地の診療所、病院と連携をとって認知症高齢者に対する診療を行っている。

3. 千葉県認知症対策推進協議会

以上、述べてきた認知症診療の現状と問題点の改善を図るために、千葉県内の医療機関や介護施設、行政と連携をとってきた。そして、2009年に千葉県認知症対策推進協議会が発足した。この協議会の目的と課題については表3に掲げる。筆者は、作業部会長として、認知症診療・ケアの連携システムを構築することを第一の目的として提案し、協議会では、「現場主義」で認知症にかかわる医療機関とケアにかかわる看護介護施設の現状報告から開始した。各現場から認知症高齢者への診療・ケアの対応と問題点を発表してもらい、討論を行った。2009～2010年の1年間に10回の作業

表3 千葉県認知症対策推進協議会

【目的】
 認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、協議会を設置し、医療と介護、福祉の連携における総合的な課題解決を図る。

【課題】

I. 医療連携

- 1) 救急病院・精神科病院・リハ病院の連携（認知症および身体合併症診療における医療連携）
- 2) かかりつけ医と専門医および病院との連携
- 3) 早期発見・診断の確立

II. 医療と介護・福祉の連携

- 1) 認知症高齢者および家族への包括的支援
- 2) 生活支援のための医療機関と介護施設間連携

III. 地域連携

県・市町村・医師会等の連携

表4 今後の課題

①千葉県内での認知症診療の新しいシステムの構築

診療所医師
 ↓
 認知症協力医
 ↓
 認知症専門医療機関

リハ病院
 ↓
 救急病院
 ↓
 精神科病院

初期～終末期診療

認知症医療連携

②医療と介護の連携
 医療職・看護職・介護職の連携

③認知症研修会
 医師、リハ専門職、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、その他の関連職種

④認知症コーディネーターの育成
 病病連携、病診連携
 医療と介護の連携、行政との連携

⑤認知症疾患医療センターの拡充

⑥地域支援体制構築

⑦在宅ケアの支援

表5 千葉県認知症連携パス試案

記載年月日
 年 月 日 第→病 受付資料 状 緊急性
 年 月 日 第→病 受付資料 状 緊急性
 年 月 日 第→病 受付資料 状 緊急性

目的 (該当するものに✓を付けてください) (複数可)
 診断 周辺症状予防 周辺症状緩和 周辺症状悪化への対応
 身体症状への対応 在宅生活支援 その他 ()

基本情報
 <本人氏名> <生年月日> 年 月 日 (歳)
 <住所>
 <キーパーソン> 配偶者・子ども・兄弟・その他
 <氏名> <連絡方法> 電話 ()

早期診断
診断のための情報 (該当するものに✓を付けてください) (複数可)
 記憶障害 実行機能障害 失行 嗅覚障害 失認
 その他 ()
上記症状の出現時期 ()
専門医からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください)

周辺症状
周辺症状に関する情報 (該当するものに✓を付けてください) (複数可)
 幻視・幻聴 妄想 感情失禁 暴力行為 暴言
 介服への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食
 その他 ()
上記症状の出現時期 ()
専門医からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください)

基本情報2
介護保険利用に関する情報 (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください)
 介護認定 無・有一介護度
 認知症高齢者の日常生活自立度判定 ランク I・II・IIIa・IIIb・IIIc・IIIb・IV・M
 利用している介護サービス 訪問看護・訪問介護・デイサービス・ショートステイ
 その他 ()
服用中の薬剤 (服用中の薬剤名を下記余白に記載または添付してください)
 その他、身体症状・既往歴・生活歴等で特記すべきこと

ていくためには、診療所（認知症協力医）、専門医療機関、救急病院、リハ病院、精神科病院の連携システムの構築が必要である。そのためには、認知症連携パス、認知症リハの拡充が重要である。

②認知症診療とケア連携のためには、医療職と介護職、福祉関係職種、および介護施設との協力体制を構築する。③認知症研修会を拡充して、各関連職種の認知症診療・ケアの技術向上を図る。④医療とケアにかかわる諸機関の連携を図るために、認知症コーディネーターを育成する。⑤認知症疾患医療センターが、2010年に千葉県内に1カ所、2012年千葉大学医学部付属病院にも設置され、今後徐々に拡充される予定である。⑥地域支援体制の構築。

部会を行った結果、多くの問題点と対応策が提案された。

今後の課題

今後の認知症対策における課題を表4に挙げた。①認知症高齢者を初期から終末期まで診療し

2011年千葉県では表5に示す千葉県認知症連携パス試案が作成された。この連携パスは、BPSDの診療・ケアに重点を置いて、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。この連携パスが円滑に活用されるためには、認知症診療にかかわる医師、コメディカル、介護関係者、病診・病病の連携が必要であり、この連

携に主としてかかわる認知症コーディネーターの育成が重要課題であると考えられる。2012年8月より、千葉県松戸市、佐倉市、旭市、袖ヶ浦市で、この連携パスを使ったモデル事業を2年間にわたって行う予定である。当初は、BPSDの診療・ケアに重点を置いて運用していくが、その後に身体合併症治療、リハビリにおける救急病院およびリハビリ病院とも、この連携パスの活用を働きかけていきたいと考えている⁹⁾。今後、認知症は急増していくと考えられているが、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携パスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケアシステムの構築が急務であると考えられる。

最後に、アルツハイマー病は、原因が解明されておらず、治療も確立していない現在において、図1bのような生活機能変化をたどるが、以上述べた課題が改善されると、図1aのような穏やかな生活機能に改善され、終末期に在宅で穏やかな最期を迎えることも可能であると考えており、今後も、その実現のために活動を続けていきたいと

考えている。

引用文献・参考文献

- 1) 旭 俊臣, 他: 認知症のリハビリテーションと地域活動. 老年精神医学 16: 1139-1148, 2006
- 2) 渡辺広美, 他: 痴呆進行予防と中核症状へのアプローチ 3 痴呆の早期から在宅までの対応. アリセプト投与と脳活性化リハビリテーション併用による臨床効果について. 痴呆介護 2: 58-64, 2001
- 3) Matsuda O: Cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: the effect of cognitive stimulation therapy on the progression of mild Alzheimer's disease in patients treated with donepezil. *Int Psychogeriatr* 19: 241-252, 2007
- 4) Olazarán J, et al: Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 63: 2348-2353, 2004
- 5) 全国老人保健施設協会: 認知症短期中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書. 平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分). 2008
- 6) 博野信次: 臨床痴呆学入門—正しい診療正しいリハビリテーションとケア. 金芳堂, 2001
- 7) 下村辰雄: 認知症の記憶・言語障害へのケア. 臨床リハ 18: 220-228, 2009
- 8) 大田仁史: 終末期リハビリテーション. 荘道社, 2002
- 9) 旭 俊臣: 認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み. *Jpn J Rehabil Med* 49: 123-126, 2012

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「在宅医療研究への助成」研究

「うつ、寝たきり、認知症高齢者に対する震災後の岩手県気仙地域
(陸前高田市・大船渡市)における巡回型心のデイケアの研究」

報告書

主任研究者	及川 忠人	東八幡平病院	院長
研究協力者	木川田 典彌	医療法人 勝久会	理事長
	金野 千津	介護老人保健施設 気仙苑	センター長
	藤原 瀬津雄	東八幡平病院	リハビリテーション科
	内出 幸美	社会福祉法人 典人会	理事
	熊谷 君子	社会福祉法人 典人会	所長
	小山 孝宏	末崎町デイサービスセンター	所長
	太田 千尋	社会福祉法人 典人会	精神保健福祉士
	菊池 望	社会福祉法人 典人会	生活支援員
	藪内 菜愛	神戸大学医学部保健学科	看護師
	三浦 秀幸	弘前大学医学部保健学科	理学療法士
	旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院	院長
	矢野 啓明	旭神経内科リハビリテーション病院	心理療法科
	斯波 純子	旭神経内科リハビリテーション病院	心理療法科

所属機関所在地

〒028-7303 岩手県八幡平市柏台 2-8-2

提出年月日

2013年2月28日