

201419045A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(障害者政策研究事業 (精神障害分野))

精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査

—入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成27(2015)年 4月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(障害者政策研究事業 (精神障害分野))

精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査

—入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成27 (2015) 年 4月

目 次

I. 総括研究報告	
精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査	
―入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究―	2
前田 潔	
II. 分担研究報告	
1. 精神科病院に新規に入院する認知症高齢者の実態調査―	6
粟田 主一	
2. 認知症訪問看護・ケア会議による精神科入院抑制への効果に関する研究	
北村 立	12
3. 精神科病院における身体合併症医療の実態調査―	15
齊藤 正彦	
(資料) 別紙 松沢病院調査票	
4. 地域型認知症疾患医療センターにおける	
一般病院と精神科病院の連携に関する研究―	24
服部 英幸	
5. BPSD (認知症の行動・心理症状) に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性	
本間 昭	30
6. 認知症患者の入院期間とその期間を決定する要因	
及び退院支援に関するアンケート調査	35
前田 潔, 森川 孝子	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	40
IV. 研究成果の刊行物・別刷	44

I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
—入院抑制，入院期間短縮，身体合併症医療確保のための研究」

総括研究報告書

研究代表者：前田 潔（神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 教授）

【研究要旨】

[目的]精神科病院の入院認知症者の実態および身体合併症医療の現状を明らかにすることにより、入院認知症者の長期入院を解消するため、退院支援の方法、退院先の受け皿のあり方などの参考資料を得ること。

[方法]前田/森川は認知症治療病棟を有する西日本の精神科病院を対象に在院認知症者についてのアンケート調査を実施し、現時点での実態の解明を行った。栗田は全国の認知症疾患医療センター（疾患医療センター）を対象にアンケート調査を実施し、医療機関類型別（精神科病院 vs. 一般病院）の比較することで精神科病院に併設された疾患医療センターの特徴の抽出を試みた。斎藤は松沢病院などで身体合併症対応のための精神科病院と身体科病院の連携について調査した。服部は地域の一般病院と精神科病院との入院患者についての連携に調査を行った。北村は県立高松病院の認知症訪問看護の実態とその効果について調査した。本間は向精神薬使用ガイドラインの有用性について専門医を対象にアンケート調査を行った。

[結果及び考察]前田/森川の行った西日本の 54 精神科病院における調査結果では 26 年 8 月の平均在院日数は 595.6 日であった。全病院の合計患者について、その入院期間は 60 日以内が 361 名 (12.5%)、61 日-1 年未満が 873 名 (30.0%)、1 年以上が 1672 名 (57.5%) であった。61 日以上入院している患者の、退院できない理由として最も多かったのが「精神症状・行動制限のため」996 名 (39.1%) であり、次いで「施設入所待ち」が 636 名 (24.9%)、「家族の受入困難」が 352 名 (13.8%) であった。栗田は精神科病院における 2 ヶ月以内退院率は 32.9%と相変わらず低いことを見出している。斎藤は身体症状と精神症状を比較して、身体症状の方が在宅復帰の支障になりにくいという結果を得た。服部は一般病院（疾患医療センター）から精神科病院への紹介例および精神科病院から一般病院への紹介例のそれぞれの特性を抽出することに成功した。本間は認知症専門医を対象としたアンケートでは BPSD に対して向精神薬の使用において、同意を得ると回答した割合は 60.9%であった。ほぼガイドラインに沿った使用が行われていると結論された。

A. 研究目的

精神科病院の入院認知症者の実態および身体合併症医療の現状を明らかにすることにより、入院認知症者の長期入院を解消するため、退院支援の方法、退院先の受け皿のあり方などの参考資料を得ること。入院を抑制し、入院期間を短縮することは医療費を抑制することとなり、また人権擁護の点からも厚生労働行政に資する成果を得ることを目的

としている。

B. 研究方法

前田/森川は認知症治療病棟を有する西日本の精神科病院を対象に入院認知症者についてのアンケート調査を実施し、現時点での実態の解明を行った。栗田は全国の認知症疾患医療センター（疾患医療センター）を対象にアンケート調査を実施し、医療機関類型別（精神科病院 vs. 一般病院）の比較すること

で精神科病院に併設された疾患医療センターの特徴の抽出を試みた。斎藤は松沢病院などで身体合併症対応のための精神科病院と身体科病院の連携について調査した。服部は地域の一般病院と精神科病院との入院患者についての連携についての調査を行った。北村は県立高松病院の認知症訪問看護の実態とその効果について調査した。本間は向精神薬使用ガイドラインの有用性について専門医を対象にアンケート調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究を実施するにあたり、研究対象者に対し人権擁護上の配慮、および研究対象者に対する不利益、危険性の排除などの説明と同意を得た。また研究代表者が所属する神戸学院大学および各研究分担者が所属する組織の倫理委員会等において承認を得た。

C. 研究結果

前田/森川の行った西日本の54精神科病院における調査結果では26年8月の平均在院日数は595.6日であった。全病院の合計患者について、その入院期間は60日以内が361名(12.5%)、61日-1年未満が873名(30.0%)、1年以上が1672名(57.5%)であった。61日以上入院している患者の、退院できない理由として最も多かったのが「精神症状・行動制限のため」996名(39.1%)であり、次いで「施設入所待ち」が636名(24.9%)、「家族の受入困難」が352名(13.8%)であった。栗田は精神科病院における2ヵ月以内退院率は32.9%と相変わらず低いことを見出している。斎藤は身体症状と精神症状を比較して、身体症状の方が在宅復帰の支障になりにくいという結果を得た。服部は一般病院(疾患医療センター)から精神科病院への紹介例および精神科病院から一般病院への紹介例のそれぞれの特性を抽出することに成功した。北村は訪問介護の対象者の世帯構成によって訪問看護の目的が異なる可能性を見出している。本間は認知症専門医を対象としたアンケートではBPSDに対して向精神薬の使用において、同意を得ると回答した割合は60.9%であった。ほぼガイドラインに沿った使用が行われていると結論された。今後は、かかりつけ医を対象とした本ガイドラインの有

用性の検討を行う予定である。

D. 考察

前田/森川の行った実態調査では精神科病院に入院する認知症の人の在院期間は相変わらず長期になっていることが明らかとなった。前田/森川は3年前に同様の調査を行ったが、その結果と大きくは変わっていないということになる。相変わらず平均在院日数は600日近くであり、入院期間が2ヵ月以下の患者はわずかに12.4%にすぎなかった。栗田の調査では疾患医療センターを引き受けている精神科病院の実態が抽出され、今後の精神科病院の認知症医療におけるあり方の構築に資すると考えられる。この結果からも精神科病院からの退院支援には受け皿の整備が必要であると結論された。斎藤及び服部の調査からは精神科病院と一般病院の入院医療における連携の構築に何が重要かを明らかにする可能性が認められた。北村の研究は訪問看護の重要性、効果を確認する成果が期待された。本間の調査結果からは向精神薬が適正に使用されていると言えよう。

本研究により、精神科病院における認知症の人の入院医療の実態が明らかになりつつある。同時にこれを解消するための方策の一部が明確になりつつある。そのためには医療と介護、一般病院と精神科病院のそれぞれの連携をいかに構築するかが重要となると考えられ、今後の課題と言える。

E. 結論

前田/森川および栗田の調査からは、認知症の人の精神科病院入院は相変わらず長期になっているという実態が確認された。厚労省の目標(2ヵ月以内退院率50%)には遠く及ばない。入院が長期になるに従ってADLの低下などからさらに退院が困難となっている。入院が長期にわたる原因のひとつは退院先が確保されていないという点である。栗田、斎藤、服部の調査では、合併症医療の確保については一般病院と精神科病院の連携が重要と結論された。連携が具体的に担保される方策の構築が今後の課題である。北村が行っている訪問看護の充実も入院期間を短縮する有力な方策のひとつであると考え、今後の

調査を続けたい。本間の向精神薬の使用に関する調査からは適切な向精神薬の使用により精神科病院入院抑制を図ることを目指したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

各分担研究報告書に記載

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
—入院抑制，入院期間短縮，身体合併症医療確保のための研究—

分担研究報告書

精神科病院に新規に入院する認知症高齢者の実態調査

研究分担者：栗田主一（東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長）

【研究要旨】

〔目的〕 精神科病院における認知症患者の入院長期化の要因を解明する．方法：2015年1月1日現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の286施設（基幹型13，地域型268，診療所型5）を対象に郵送法によるアンケート調査（悉皆調査）を実施し，入院医療に関連する指標を病院種別（一般病院と精神科病院）に比較した．〔結果〕 135施設（一般病院58，精神科病院74）から回答が得られた（回収率47.2%）．①認知症関連疾患で新規に入院する患者の2ヶ月以内退院率は精神科病院で有意に高く（一般病院67.30%，精神科病院32.89%， $P<0.001$ ），②一般病院は救急医療と身体合併症医療に対して高い機能を発揮しているが，BPSDの対応機能は相対的に低く，③一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高い（6か月間の平均：一般病院4.14人，精神科病院9.54人， $P=0.001$ ）ことが明らかにされた．結論：身体合併症によって一般病院に緊急入院した認知症患者が，自宅に退院できず，入所施設を調整できず，精神科に転院せざるを得ないという流れが，精神科病院における入院長期化の一因になっている可能性がある．

A. 研究目的

平成24年度に筆者らが全国の認知症疾患医療センターを対象に実施した調査において，①「新規に入院した認知症関連疾患の患者のうち，2ヶ月（60日）以内に退院する患者の割合」は，一般病院で70%，精神科病院で30%，②「2ヶ月以内に退院する認知症関連疾患の患者が50%以上である病院の割合」は，一般病院で82.4%，精神科病院で19.4%であることを明らかにしている（平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究（H22-認知症-一般-005）」）．本研究の目的は，精神科病院における認知症患者の入院長期化の要因を解明するために，調査票を新たに作成し，これを用いて精神科病院に新規入院する認知症高齢者の実態を把握することにある．

B. 研究方法

研究1：調査票の作成

平成24年度に実施した認知症疾患医療センター活動状況調査の結果を踏まえて，新規に入院する認知症高齢者の実態を医療機関類型別（例：精神科病院 vs. 一般病院）に把握することができる調査票を作成した．

研究2：郵送調査

2015年1月1日現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の286施設（基幹型13，地域型268，診療所型5）を対象に郵送法による自記式アンケート調査を実施した（悉皆調査）．調査期間は2015年1月15日から2015年2月末日とした．調査項目は，平成25年度の認知症疾患医療センター活動状況調査を基礎にし，かつ平成24年度に試案した評価基準の測定が可能なものとした．

（倫理的配慮）

本研究を実施するにあたって，東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（26健事第2194号）．調査対象者には，研究の目的，方法，問い合わせ先を明記した

鏡文を、調査票とともに同封して郵送し、調査票の返送をもって調査協力の同意とみなした。収集した資料およびデータは、実施責任者の研究室の鍵付き書庫にて保管・管理するとともに、匿名化した電子データを作成し、パスワードを設定してネットワークから切り離れた記憶媒体に保存して管理した。研究終了後、記録資料は5年間保存し、紙媒体はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体は消去・破棄することとした。

C. 研究結果

研究 1：調査票の作成

以下の測定項目を含む調査票を作成した。

1. 医療施設の体制

指定年、設立主体、病院種別（精神科病院、一般病院）、病床数（全病床、精神病床）、標榜診療科

2. 救急医療機関としての機能

救急医療機関としての指定状況、診療報酬の精神科救急入院料の算定、診療報酬の精神科リエゾンチーム加算の算定、医療相談室のチームによる認知症患者の救急医療支援、医療相談室のチームによる一般病病床に入院する認知症患者のケースワーク、認知症対応力向上や院内連携の推進を目指した院内研修会の開催、夜間・休日の空床確保

3. 専門的医療機能

専門医の配置状況、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者等の配置状況、医療相談室の設置状況、相談件数実績、検査設備、鑑別診断件数、他院からの紹介患者数、他医療機関へ逆紹介した患者数、BPSD・身体合併症に対する入院対応体制、新規入院患者のうち2カ月以内に退院した患者数、2ヶ月以内退院率、入院経路、診断名別平均入院患者数

4. 地域連携推進機能

かかりつけ医・専門職対象の研修会開催状況（平成 25 年～26 年度実績）、認知症疾患医療連携協議会の開催状況、個別支援のためのケース会議、認知症初期集中支援チームへの参加の有無

5. 医療機関の認知症対応力評価尺度

医療サービス等提供状況（28 項目）

研究 2：郵送調査

135 施設（基幹型 5、地域型 127、診療所

型 3）より回答が得られた（回収率 47.2%）。

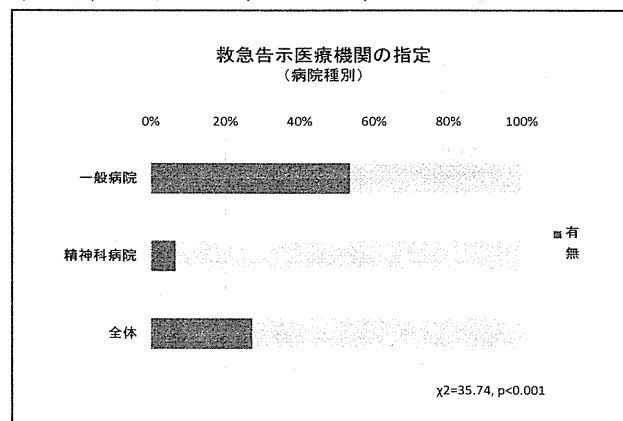
135 票すべてが有効票であり、すべてを分析対象とした。分析対象の特徴を票に示す。

1. 医療施設の体制

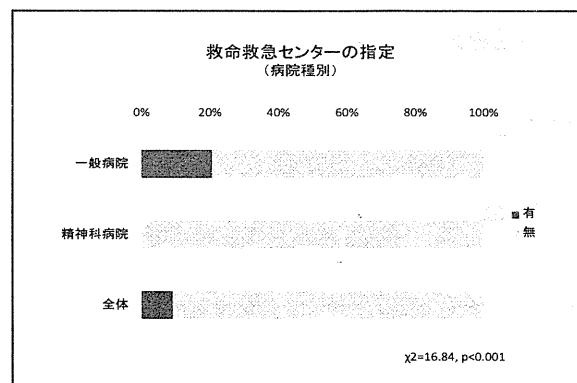
135 施設のうち、一般病院は 58 施設（43.0%）、精神科病院は 74 施設（54.8%）、診療所は 3 施設（2.2%）、精神病床をもつ医療施設は 109 施設（80.7%）、もたない施設は 26 施設（19.3%）、主な担当科は精神科が 111 施設（82.2%）、神経内科が 33 施設（24.4%）、老年内科が 1 施設（0.7%）、その他が 11 施設（8.1%）であった。病院種別と認知症疾患医療センターの類型との関連で、基幹型の指定は、一般病院では 5 施設（8.6%）、精神科病院では 0 施設（0%）であった。また、在宅医療支援医療機関の指定を受けている一般病院は 4 施設（6.9%）、精神科病院の 1 施設（1.4%）であった。

2. 救急医療機関としての機能（一般病院と精神科病院の比較）

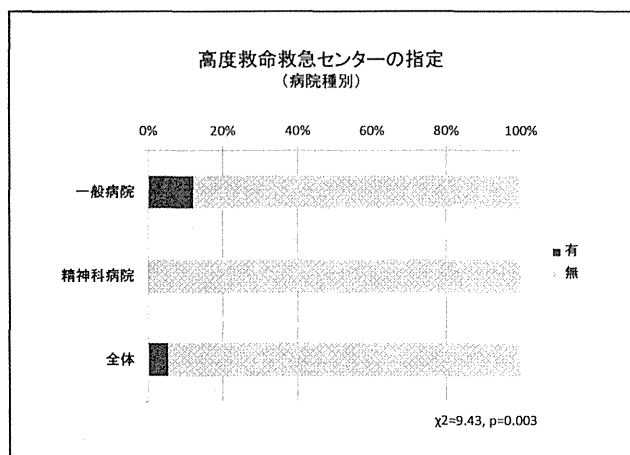
2-1. 救急告示医療機関の指定は、一般病院では 31 施設（53.4%）、精神科病院では 5 施設（6.8%）であった（ $P<0.001$ ）。



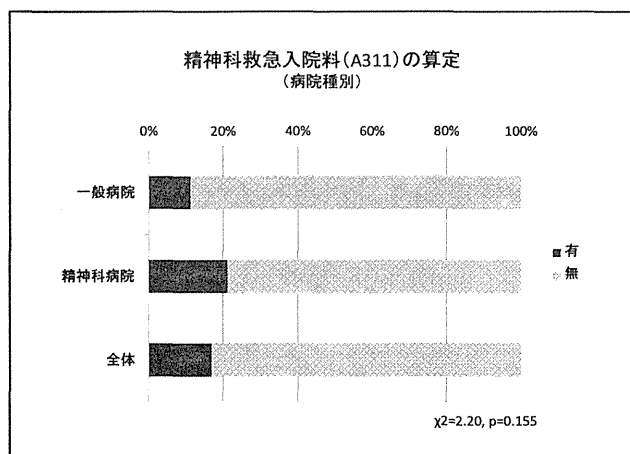
2-2. 救命救急センターの指定は、一般病院では 12 施設（20.7%）、精神科病院では 0 施設（0%）であった（ $P<0.001$ ）。



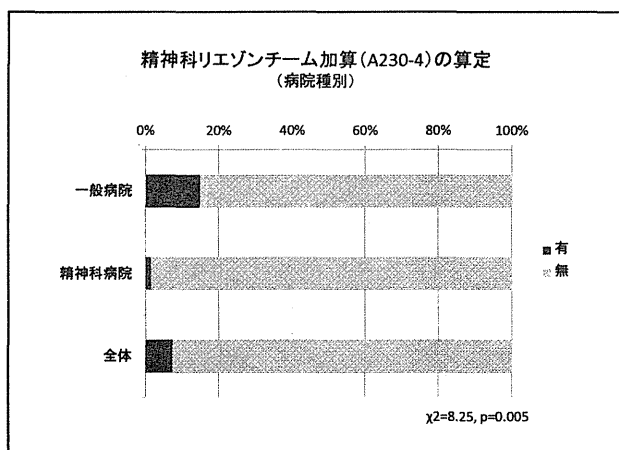
2-3. 高度救命救急センターの指定は、一般病院では7施設(12.1%)、精神科病院では0施設(0%)であった($P=0.003$)。



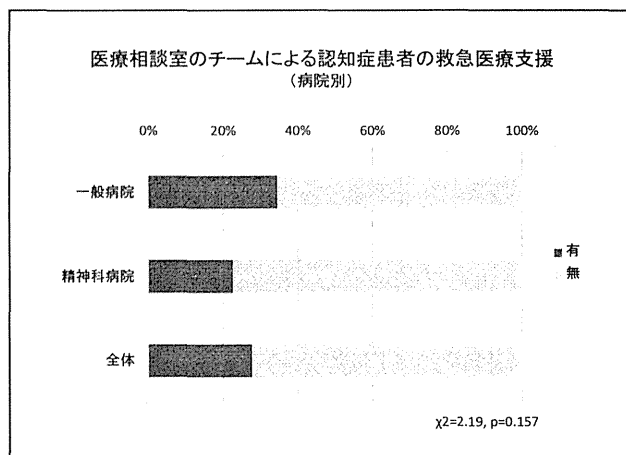
2-4. 精神科救急入院料(A311)は、一般病院では6施設(11.1%)、精神科病院では15施設(21.1%)で算定されていた($P=0.155$)。



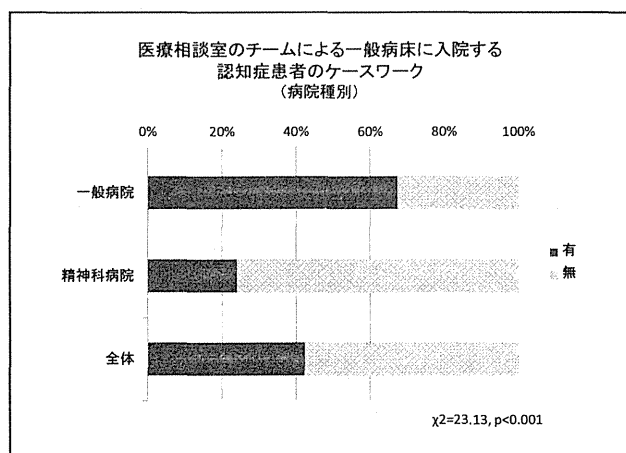
2-5. 精神科リエゾンチーム加算は、一般病院では8施設(14.8%)、精神科病院では1施設(1.4%)で算定されていた($P=0.005$)。



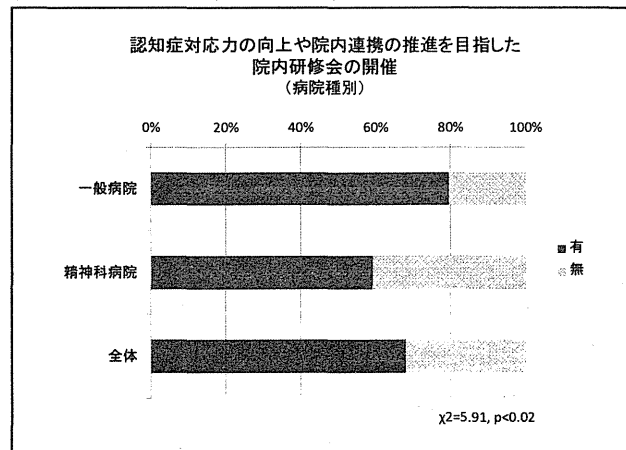
2-6. 医療相談室のチームによる認知症患者の救急医療支援は、一般病院では18施設(34.6%)、精神科病院(22.5%)では16施設で行われていた($P=0.157$)。



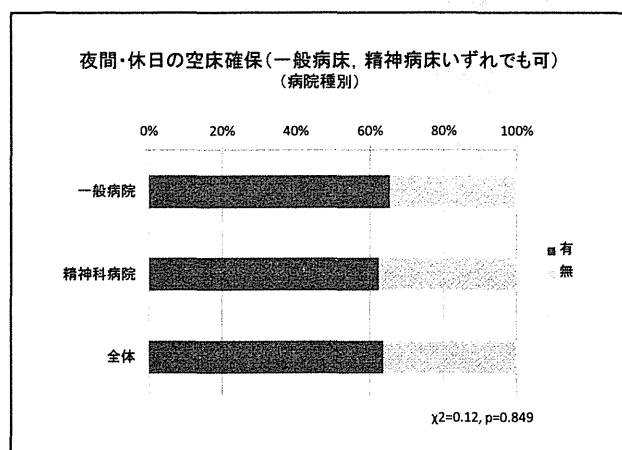
2-7. 医療相談室のチームによる一般病床に入院する認知症患者のケースワークは、一般病院の35施設(67.3%)、精神科病院の17施設(23.9%)で行われていた($P<0.001$)。



2-8. 認知症対応力の向上や院内連携の推進を目指した院内研修会の開催は、一般病院の43施設(79.6%)、精神科病院の42施設(59.2%)で行われていた($P=0.020$)。



2-9. 夜間・休日の空床確保（一般病床，精神病床いずれでも可）は，一般病院の 34 施設 (65.4%)，精神科病院の 43 施設 (62.3%) で行われていた (P=0.849)。



3. 専門的医療機能（一般病院と精神科病院の比較）

3-1. 認知症の行動・心理症状(BPSD)の入院医療を自施設で対応しているのは，一般病院では 27 施設 (49.1%)，精神科病院では 73 施設 (98.6%) であった (P<0.001)。

3-2. 身体合併症の入院医療を自施設で対応しているのは，一般病院では 52 施設 (87.3%)，精神科病院 (63.5%) では 60 施設であった (P=0.004)。

3-3. 重篤な身体合併症の入院医療を自施設で対応しているのは，一般病院では 48 施設 (87.3%)，精神科病院では 8 施設 (10.8%) であった (P<0.001)。

3-4. 2014 年 4 月 1 日～2014 年 9 月 30 日（6 か月間）の認知症関連疾患の平均入院患者数は，一般病院 33.40 人，精神科病院 41.29 人であった (P=0.407)。

3-5. 上記のうち，一般病院からの紹介による平均入院患者数は，一般病院 4.14 人，精神科病院 9.54 人 (P=0.001) であった。

3-6. 上記のうち，精神科病院からの紹介による平均入院患者数は，一般病院 1.67 人，精神科病院 1.42 人 (P=0.657) であった。

3-7. 上記のうち，診療所からの紹介による入院患者数は，一般病院 13.59 人，精神科病院 4.60 人 (P=0.032) であった。

3-8. 上記のうち，介護老人保健施設からの紹介による平均入院患者数は，一般病院 1.18 人，精神科病院 1.97 人 (P=0.135) であった。

3-9. 上記のうち，介護老人福祉施設からの平均入院患者数は，一般病院 0.85 人，精神科病院 1.24 人 (P=0.354) であった。

3-10. 上記のうち，グループホームからの平均紹介入院患者数は，一般病院 0.87 人，精神科病院 1.17 人であった (P=0.619)。

3-11. 上記のうち，その他からの紹介による平均入院患者数は，一般病院 13.73 人，精神科病院 10.07 人 (P=0.421) であった。

3-12. 上記のうち，2 ヶ月以内に退院した平均患者数は，一般病院 17.74 人，精神科病院 12.96 人 (P=0.249) であった。

3-13. 2 ヶ月以内退院率は，一般病院 67.30%，精神科病院 32.89% (P<0.001) であった。

3-14. 認知症関連疾患について，入院患者の診断名別内訳を見ると，血管性認知症の平均入院患者数は精神科病院で有意に多く (P=0.02)，正常圧水頭症の平均入院患者数は一般病院で有意に多かった (P<0.001)。前頭側頭葉変性症の平均入院患者数は，精神科病院で多い傾向が認められた (P=0.06)。非認知症関連疾患については，統合失調症の平均入院患者数は精神科病院で有意に多く (P=0.048)，てんかんの平均入院患者数は一般病院で有意に多かった (P=0.048)。気分障害 (P=0.083) とその他の精神疾患 (P=0.084) の平均入院患者数は精神科病院で多い傾向を認めた。

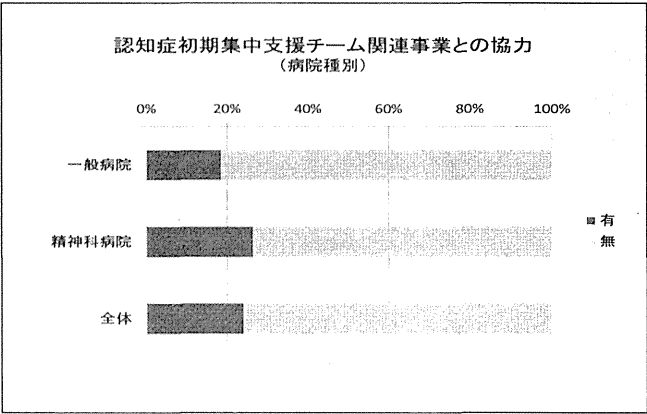
表1. 一般病院と精神科病院の比較：入院経路と入院期間（2014年4月1日～2014年9月30日までの入院患者）

認知症関連疾患	病院種別	N	平均値	標準偏差	t 値	P
入院患者数	一般病院	47	33.40	58.64	-0.93	.407
	精神科病院	72	41.29	34.07	-0.83	
一般病院から紹介で入院	一般病院	42	4.14	5.97	-3.57	.001
	精神科病院	70	9.54	8.63	-3.91	
精神科病院から紹介で入院	一般病院	39	1.67	2.96	0.48	.657
	精神科病院	69	1.42	2.35	0.45	
診療所から紹介で入院	一般病院	41	13.59	32.68	2.17	.032
	精神科病院	68	4.60	7.89	1.73	
介護老人保健施設から紹介で入院	一般病院	40	1.18	2.37	-1.42	.135
	精神科病院	67	1.97	3.03	-1.51	
介護老人福祉施設から紹介で入院	一般病院	40	0.85	2.02	-0.91	.354
	精神科病院	66	1.24	2.23	-0.93	
グループホームから紹介で入院	一般病院	39	0.87	3.40	-0.58	.619
	精神科病院	66	1.17	1.82	-0.50	
その他から紹介で入院	一般病院	39	3.08	13.73	-0.88	.421
	精神科病院	67	5.12	10.07	-0.81	
うち，入院後 2 ヶ月以内の退院患者数	一般病院	46	17.74	31.10	1.16	.249
	精神科病院	71	12.96	12.57	0.99	
退院率 2 ヶ月以内 (%)	一般病院	37	60.30	30.68	5.76	.000
	精神科病院	69	32.89	18.34	4.98	

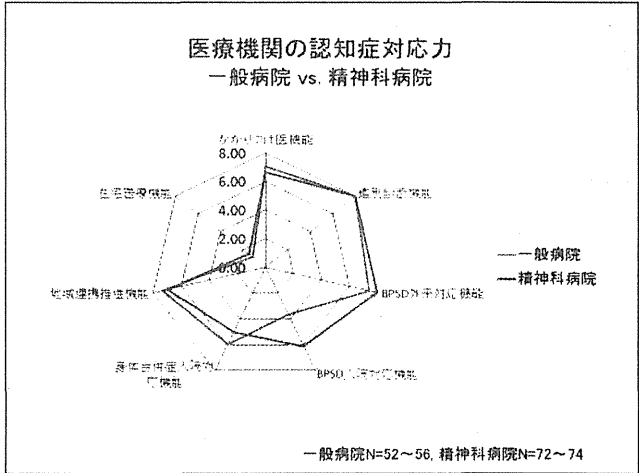
表2. 一般病院と精神科病院の比較：診断名別新規入院患者数（2014年4月1日～2014年9月30日までの入院患者）

		N	平均値	標準偏差	t値	P
正常または健康	一般病院	47	0.4	0.29	1.24	.217
	精神科病院	72	0.09	0.09	1.09	
MCI	一般病院	47	2.1	0.79	0.17	.892
	精神科病院	72	2.1	0.79	0.17	
アルツハイマー型認知症	一般病院	48	16.52	28.51	1.23	.222
	精神科病院	72	21.88	19.31	1.13	
脳血管障害を伴うアルツハイマー病	一般病院	47	1.11	3.11	0.88	.381
	精神科病院	72	1.55	3.44	0.99	
血管性認知症	一般病院	47	1.72	3.88	3.09	.002
	精神科病院	72	4.07	4.15	3.14	
レビー小体型認知症	一般病院	47	2.98	5.29	0.07	.945
	精神科病院	72	2.92	4.45	0.07	
前頭側頭葉性症	一般病院	47	0.7	0.99	1.90	.060
	精神科病院	72	1.45	3.09	2.25	
正常圧水頭症	一般病院	47	1.17	2.47	3.67	.000
	精神科病院	72	0.8	2.39	0.40	
アルコール性認知症	一般病院	47	40	1.14	0.33	.742
	精神科病院	72	47	1.07	0.33	
その他認知症	一般病院	47	4.87	12.28	0.51	.610
	精神科病院	72	3.95	8.12	0.47	
器質性精神障害	一般病院	47	79	1.97	0.82	.386
	精神科病院	72	1.13	2.14	0.89	
統合失調症	一般病院	47	1.79	6.83	2.13	.035
	精神科病院	71	8.25	20.52	2.54	
気分障害	一般病院	46	2.11	8.24	1.75	.083
	精神科病院	72	5.58	11.75	1.89	
てんかん	一般病院	47	1.69	5.72	2.00	.048
	精神科病院	72	3.2	0.92	1.63	
その他精神疾患	一般病院	47	1.35	4.93	1.74	.084
	精神科病院	72	4.53	11.78	2.03	
その他神経疾患	一般病院	47	3.49	17.22	1.57	.120
	精神科病院	72	3.2	0.97	1.27	
いずれでもない疾患	一般病院	47	32.98	218.85	1.24	.217
	精神科病院	72	1.09	4.59	1.09	

4. 地域連携推進機能（一般病院と精神科病院の比較）
- 4-1. かかりつけ医を対象とする研修会の年間の平均開催件数は、一般病院では2.45回、精神科病院では1.52回であった（ $P=0.033$ ）。
- 4-2. 地域包括支援センター等を対象とする研修会の年間の平均開催件数は、一般病院2.87回、精神科病院2.41回であった（ $P=0.410$ ）。
- 4-3. 一般病院の医療従事者を対象とする研修会の年間の平均開催件数は、一般病院2.81回、精神科病院1.01回であった（ $P<0.001$ ）。
- 4-4. 認知症の人の家族や地域住民等を対象とする研修会の年間平均開催件数は、一般病院3.17回、精神科病院3.09回であった（ $P=0.908$ ）。
- 4-5. 認知症疾患医療連携協議会の年間の平均開催件数は、一般病院1.89回、精神病院1.89回であった（ $P=0.984$ ）。
- 4-6. 地域包括支援センター職員等を含む認知症患者の個別支援のためのケア会議の年間の平均開催件数は、一般病院7.11回、精神科病院4.91回であった（ $P=0.457$ ）。
- 4-7. 認知症初期集中支援関連事業に協力しているのは、一般病院では10施設（18.5%）、精神科病院では19施設（26.4%）であった（ $P=0.393$ ）。



5. 医療機関の認知症対応力（一般病院と精神科病院の比較）
- 医療機関の認知症対応力評価尺度を用いて、一般病院の認知症疾患医療センターと精神科病院の認知症疾患医療センターの機能を比較すると、鑑別診断機能、地域連携推進機能、在宅医療機能について有意差は認めなかったが、かかりつけ医機能（ $P=0.026$ ）、身体合併症入院対応機能（ $P=0.009$ ）は一般病院が有意に高く、BPSD 外来対応機能（ $P=0.001$ ）と BPSD 入院対応機能（ $P<0.001$ ）は精神科病院で有意に高かった。



- 認知症疾患医療センターの認知症対応力（一般病院と精神科病院の比較）
- D. 考察
- 精神科病院における認知症患者の入院長期化の要因を解明するために、全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法によるアンケート調査を行い、認知症関連疾患の入院医療に関連する指標を病院種別（一般病院と精神科病院）に比較した。その結果、①認知症関連疾患で新規に入院する患者の2ヶ月以内

退院率は精神科病院で有意に高いこと、②一般病院は救急医療と身体合併症医療に対して高い機能を発揮しているが、BPSD の対応機能は相対的に低いこと、③一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高いことが明らかにされた。

認知症高齢者は身体合併症が重篤化し、救急事例化するリスクが高い（栗田：認知症患者の身体救急の問題点．精神科治療学, 26: 1233-1238, 2011）．その背景には、単身・高齢者のみ世帯で、家族等の生活支援が得られず、また、経済的困窮や BPSD のために、健康管理を含む必要な生活支援の確保が困難な状況にある場合が多い．こうした事例は、急性期医療のために一旦は一般病院に入院するが、しばしば自宅退院は困難であり、また、診療報酬に規定される在院日数の制限のために入院中に入所可能な介護施設を調整することができない．そのため、精神科病院への転院を選択せざるを得ないという現実がある．そのために、一般病院での入院日数は相対的に短くなり、精神科病院での入院日数は相対的に長くなる．

このような現状をより詳細に分析するためには、一般病院から精神科病院に転院する認知症患者の縦断的追跡研究を行う必要がある．

E. 結論

全国の認知症疾患医療センターの入院医療の調査から、①認知症関連疾患で新規に入院する患者の2ヶ月以内退院率は精神科病院で有意に高いこと、②一般病院は救急医療と身体合併症医療に対して高い機能を発揮しているが、BPSD の対応機能は相対的に低いこと、③一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高いことが明らかにされた．身体合併症のために一般病院に緊急入院した認知症患者が、自宅に退院できず、入所施設を調整できず、精神科に転院せざるを得ないという流れが、精神科病院における入院長期化の一因になっている可能性がある．

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Awata S. Current activities of medical centers for dementia in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 14 Suppl 2:23-7, 2014.

2) 栗田主一：認知症診療の枠組み．日本精神神経学雑誌 116(5): 378-387, 2014

2. 学会発表

1) Awata S, Ito K, Okamura T, Niikawa H: Current activities of Medical Centers for Dementia in Japan. Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Vancouver, 2014.10.5-7

2) Awata S: Towards creating a society where people can live well with dementia with hope and dignity. Global Dementia Legacy Event Japan. 5th-6th November 2014, Tokyo (Symposium).

3) 栗田主一：オレンジプランと高齢者の精神医療．第 29 回日本老年精神医学会（シンポジウム）．2014.6.12-6.13（東京）．

4) 栗田主一：日本における認知症施策の新展開-オレンジプランを踏まえて（モーニングセミナー）．2014.11.30（横浜）．

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

「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
—入院抑制，入院期間短縮，身体合併症医療確保のための研究」

分担研究報告書

認知症訪問看護・ケア会議による精神科入院抑制への効果に関する研究

研究分担者：北村 立（石川県高松病院・院長）

【研究要旨】

認知症高齢者に対する訪問看護やケア会議が、精神科病院への入院抑制や入院期間の短縮につながることを検証するために、今年度は平成 23 年度以降に石川県立高松病院（以下、当院）で実施された認知症訪問看護のデータベースを作成し、訪問看護対象者の実態を調査した。
世帯構成により訪問看護の目的が異なることが示唆された。

A. 研究目的

認知症高齢者に対する精神科訪問看護やケア会議が、精神科病院への入院抑制や入院期間の短縮につながることを検証する。

B. 研究方法

平成 23 年度以降に、石川県立高松病院（以下、当院）で実施された認知症訪問看護のデータベースを作成した。今年度は当院の認知症訪問看護対象者の実態を調査した。

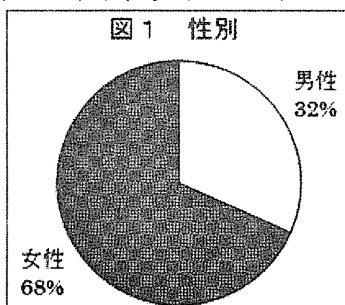
（倫理面への配慮）

当院の倫理審査委員会の承認を受ける。発表に際しては個人が特定できないよう配慮する。

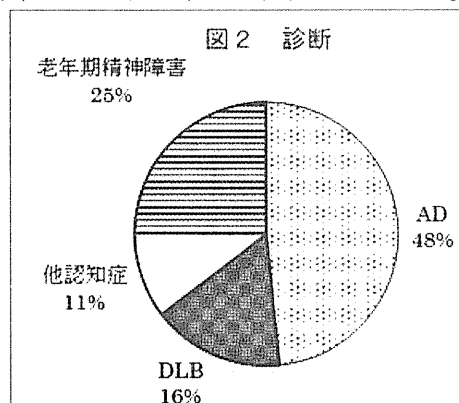
C. 研究結果

平成 23 年～25 年度の 3 年間で、新規に認知症訪問看護を行った患者は 194 人であり、そのうち 161 人が複数回訪問をしていた。この 161 人について調査した。

性別は男性 51 人（31.7%）、女性 110 人（68.3%）、平均年齢は 78.0 歳であった。

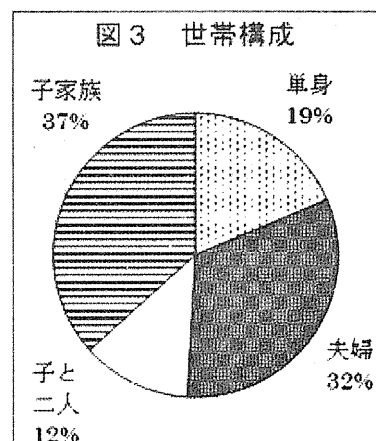


診断はアルツハイマー型認知症が 78 人（48.4%）、レビー小体型認知症が 26 人（16.1%）、前頭側頭型認知症などその他の認知症が 17 人（10.6%）、その他老年期精神障害が 40 人（24.8%）であった。



老年期精神障害は妄想性障害やうつ病性障害だが、ほとんどが認知機能低下を認めるため認知症訪問看護チームが担当している。

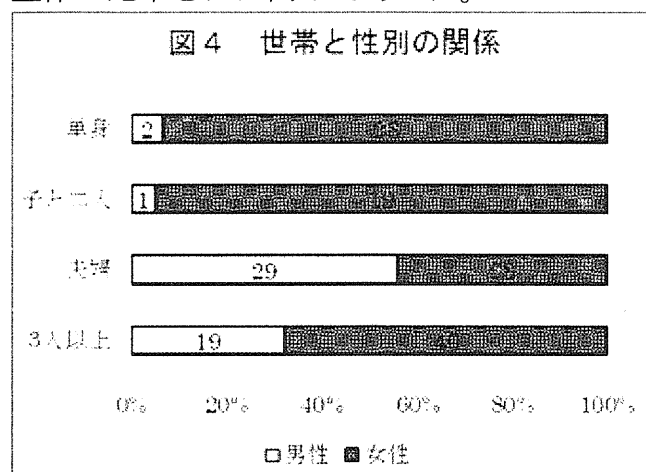
世帯構成は、単身世帯、夫婦二人世帯（以下、夫婦世帯）、未婚・離婚の子と同一世帯（以下、子と二人世帯）、既婚の子家族との同一世帯（以下、子家族世帯）の 4 群に集計し



た。単身世帯が 30 人 (18.6%)、夫婦世帯が 52 人 (32.3%)、子と二人世帯が 20 人

(12.4%)、子家族世帯が 59 人 (36.6%) であった。子と二人世帯も子の就労により日中は単身で生活していることが多い。

単身世帯と子と二人世帯を合わせた 50 人のうち女性が 47 人 (94.0%) と、対象者のほとんどは女性であった。夫婦世帯は女性が 23 人 (44.2%) で男性が過半数を占めた。子家族世帯では女性が 40 人 (67.8%) であり、全体の比率とほぼ同じであった。



D. 考察

訪問看護には厳密な適応基準がなく、主治医の判断と患者及び家族の希望により実施される。したがって通常の外来診療や在宅介護サービスの利用だけでは対応が困難と思われるケース、例えば単身者、介護家族の疲弊が強い場合、地域との関係調整が必要な場合などが対象になりやすい。訪問看護の対象であること自体が精神科入院のリスクである可能性があるため、訪問看護の有無と入院の有無を比較するといった単純な検討では訪問看護の効果は検証できない。

今回、当院が行っている訪問看護の対象者は世帯構成により、「単身・子と二人」世帯、「高齢夫婦」世帯、「子家族と同居」世帯の 3 群に分類でき、それぞれによって訪問看護の目的が異なる可能性が示唆された。例えば、「単身・子と二人」世帯はほとんどが女性であり、ケアマネジャーやヘルパーと連携した生活支援を行い、可能な限り在宅生活を続けてもらうのと同時に介護施設への入所のタイミングを見極めること、「高齢夫婦」世帯は夫婦間の関係調整、特に妻への介護指導など

を行うことなどである。

この結果を踏まえ、次年度以降にこの 3 群に対する訪問看護の効果を質的に検討する予定である。また、自宅から当院へ入院した認知症高齢者を、事前に訪問看護を行っていた群と行っていなかった群に分け、その入院期間と退院先を比較検討する。可能ならば年齢、性別、診断、認知機能、日常生活動作能力、世帯構成などをマッチングするなどして比較する予定である。

E. 結論

予備的研究段階であり、結論はない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 北村 立, 北村真希, 関奈緒子, 山川 透, 日野昌力: 家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討. 老年精神医学雑誌, 25(9): 1027-1053. 2014.

2) 北村 立: 生活機能をふまえた BPSD 薬物治療のあり方. 老年精神医学雑誌, 26(増刊号 I): 123-128. 2015.

3) 村井千賀, 北村 立: 社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例. 老年精神医学雑誌, 26(1): 84-88. 2015.

2. 学会発表

1) 北村 立: 地域の視点から認知症医療を考える 認知症医療において精神科病院が果たすべき役割. 日本老年精神医学会, 東京都, 2014. 06. 13.

2) 北村 立: 生活機能をふまえた認知症医療. 地域からこころの医療を考える会, 栃木県, 2014. 09. 06.

3) 北村 立: 目指せ 日本のアドミラルナース～高松病院認知症訪問看護チームの活動～. 第 13 回 認知症高齢者サポートを考える会, かほく市, 2014. 10. 18.

4) 北村 立: 先手必勝の認知症医療—生活機能の視点から BPSD をマネジメントする—. ぐんま認知症アカデミー第 9 回, 前橋市, 2014. 12. 07.

H. 知的所有権の出願・取得状況

(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

精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
—入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究—

分担研究報告書

精神科病院における身体合併症医療の実態調査

研究分担者：斎藤正彦（東京都立 松澤病院・院長）

【研究要旨】

都立松沢病院の精神科認知症病棟(93 例)、身体合併症病棟(41 例)、都立広尾病院神経科リエゾン(9 件)、都立多摩総合医療センターER(44 例)における、認知症患者の身体疾患治療に関する調査を行った。松沢病院における認知症病棟では向精神薬の処方頻度が高く、身体合併症病棟では、拘束の頻度が高かったが、いずれも、入院前後の歩行機能には顕著な影響を与えていなかった。身体合併症病棟では血管性認知症の割合が高く、認知症病棟ではレビー小体型、前頭側頭型の割合が高かった。両病棟とも、入院前後の ADL の変化には大きな差は無く、60%から 80%の患者は入院前後の ADL に差がなかった。改善する事例の方が、低下する事例より多かった。認知症病棟入院者の約 73%が自宅からであるのに対して、合併症病棟では、自宅からの入院は約 56%で、一般病院、精神科病院からの転入が多かった。自宅に退院する患者は認知症病棟で 19.4%、合併症病棟で 29.3%であり、身体症状の方が、精神症状より在宅介護の支障になりにくいことが示された。その他の調査結果は次年度に分析を行う。

A. 研究目的

進行した認知症患者が身体合併症を起こしたとき、一般の患者とは異なる問題が生じる。第一に、患者が自分の身体症状を的確に伝えられないために、発見が遅れやすい。第二に、症状が顕在化して診察を受けることになっても、医師とのコミュニケーションがうまくできないために、診察や検査の同意を得にくかったり、診察、検査の遂行に支障をきたしたりする。第三に、患者が医師の指示を理解できなかったり、忘れてしまったりするため、受診後の治療コンプライアンスが低くなることもある。第四には、入院を要する事態になった場合、医療、看護上の指示に従えないばかりか、入院環境が刺激となって、それまで見られなかった BPSD が出現し、患者にとっても医療機関にとっても本来の疾患とは無関係のリスクが増すことになる。

こうした問題は、患者家族にとっても、医療者にとっても大きな負担となっており、その結果、認知症患者の身体疾患の治療は、一般高齢者の身体医療と比較して必ずしも満

足のいく状況にはなっていない。

この分担研究は、認知症患者の身体合併症医療の状況についてその現状の一端を明らかにし、浮かび上がる課題に対してどのような解決策を持てばよいかについて考えることを目的としている。

初年度の 2014 年度は、専門的な医療を供給する側の状況を明らかにするために、精神科病院における、身体合併症病棟と認知症病棟における合併症治療の状況、総合病院の一般診療科病棟入院患者に対する精神科リエゾン、同じく、総合病院の救急外来を受診する認知症患者の状況に関する調査を行った。

B. 研究方法

研究のフィールドは、東京都立松沢病院認知症病棟（精神科医が主治医となり内科医が随時回診する）、同じく都立松沢病院の身体合併症病棟（内科、神経内科、外科、整形外科、脳外科の常勤医が主治医となり、病棟全体を受け持つ精神科常勤医がいる）、都立広尾病院精神科、都立多摩総合医療センターER

である。

調査は、一定の期間、該当病院を受診、又は退院したすべての認知症患者について、別紙1（松沢病院合併症病棟・認知症病棟）、2（広尾病院精神科）、3（多摩総合医療センターER）の調査票に情報の記入を求め、それらを分担研究者が集計、解析するという方法で行った。

（倫理面への配慮）

研究フィールドとなる3都立病院の倫理委員会に研究計画を提出して承認を得た。一次情報である個票は匿名化して分担研究者に送られ、結果は、個票を統計処理した数字で公表する。個人情報外部に流失するリスクは無い。

C. 研究結果

松沢病院認知症病棟、93例（男性39例、女性54例、平均年齢81.1歳）、同身体合併症病棟、41例（男性17例、女性24例、平均年齢79.6歳）、広尾病院神経科リエゾン事例、9例（男性5例、女性4例、平均年齢82.7歳）、多摩総合医療センターER、44例（男性20例、女性24例、平均年齢81.9歳）の調査票を集めて分析の対象とした。松沢病院における調査対象は2014年9月1日から12月31日の間の全退院患者、広尾病院、多摩総合医療センターでは、倫理委員会の承認時期、研究者と調査機関との連絡調整等の都合で、2014年末の2ヶ月ないし3ヶ月の期間に受診した認知症患者全例を対象とした。三つの医療機関の患者の年齢階級別度数分布はいずれも80歳代をピークとするが、多摩総合医療センターERの受診者のみ、70歳代と80歳代の患者数が拮抗していた。

以下に、調査結果の概要を述べる。

(1) 松沢病院認知症病棟・合併症病棟

認知症病棟への入院は、認知症のBPSDなど精神症状の治療が主たる目的であり、精神科医が主治医となる。2つある認知症病棟のうち、1棟は精神科医のみ、もう1棟は精神科医の病棟担当医の他に、病棟全体の認知症患者の身体疾患をケアするために、内科の担当医がいる。したがって、若干性格が異なるが、この調査では、この2病棟を認知症病棟としてまとめる。合併症病棟は、外科系2棟、内

科系2棟がある。この病棟に入院する患者は、精神疾患に加えて重篤な身体疾患を抱え、一般の総合病院では対応が困難な患者である。

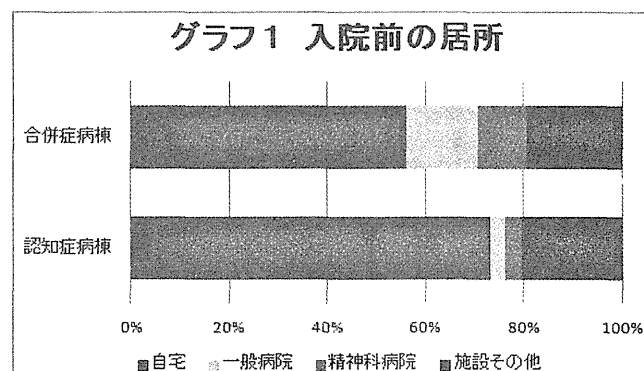
以下に、認知症病棟と合併症病棟を比較しながら結果の概略を示す。

年齢、性別に目立った差は無い。入院時の認知症に関する診断は表のとおりである。

入院時診断（重複あり）	認知症病棟	合併症病棟
アルツハイマー型認知症	50	25
血管性認知症	8	8
レビー小体型認知症	15	4
前頭側頭型認知症	7	1
その他	13	3

脳血管性認知症を発症する患者には、重篤な循環器疾患、代謝疾患等が合併し易く、合併症病棟には血管性認知症患者が多い。一方、精神症状や行動障害が顕在化しやすいレビー小体型認知症や、前頭側頭型認知症は、認知症病棟に多い。

入院前の居所をグラフ1に示した。



認知症病棟入院患者の73.1%が自宅であるのに対して、合併症病棟では自宅からの入院が56.1%と少なく、一般病院から14.6%、精神科病院から9.8%の割合が高い。合併症病棟は、一般病院で精神症状のために対応困難な患者、精神科病院で身体疾患治療が困難な患者の受け入れ先になっている。

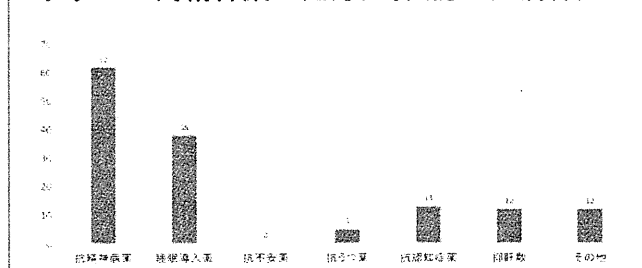
自宅への他院は認知症病棟で19.4%、合併症病棟で29.3%に留まり、特に認知症病棟では、自宅から入院した68例のうち、自宅へ退院した患者は18例に留まった。精神症状や行動障害の方が、身体疾患より在宅介護の支障となり易い可能性がある。ただし、この点については、介護家族の有無など、自宅の状況によるところも多く、更なる調査研究を要する。

入院患者のADLを比較すると、合併症病棟入院群で、歩行、更衣、摂食、排泄ともに、重度障害の患者の割合が高い。合併症病棟入院患者の46.3%が入院時には寝たきり、51.2%が更衣に全面的な介助を要し、43.9%が経口摂食不可、58.5%が常時オムツを使用していた。

向精神薬（抗精神病薬、睡眠導入薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗認知症薬、抑肝散、抗痙攣薬等）の処方は、認知症病棟の84.9%、合併症病棟の43.9%で行われていた。

認知症病棟における向精神薬処方の内容についてはグラフ2に示した。

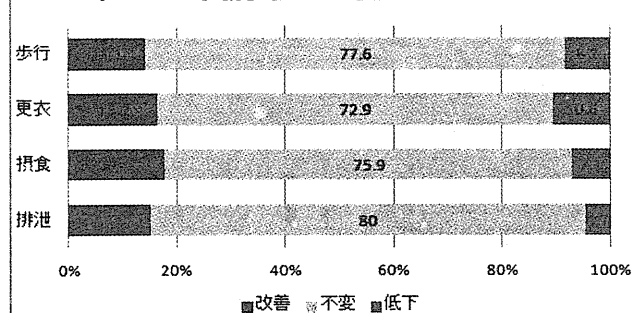
グラフ2 向精神薬の処方内容(認知症病棟)



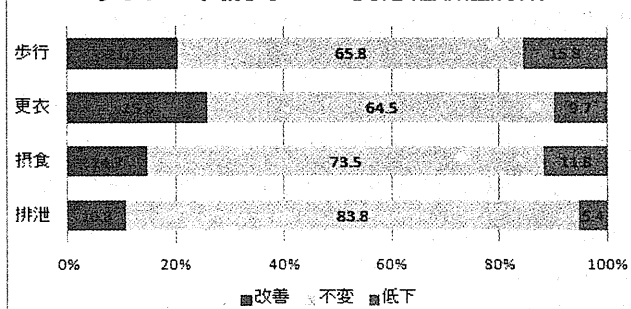
身体拘束に関しては、認知症病棟の15.1%、合併症病棟の68.3%で行われていた。認知症病棟の身体拘束は、短期間、短時間の措置であるが、合併症病棟では、持続点滴などの治療処置の間、長期間にわたって持続的に行われるものが少なくなかった。

グラフ3に認知症病棟退院患者、グラフ4に合併症病棟退院患者の入院前後のADLの変化を示した。

グラフ3 入院時ADLの変化(認知症病棟)



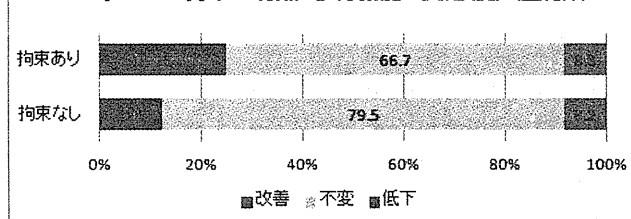
グラフ4 入院時ADLの変化(合併症病棟)



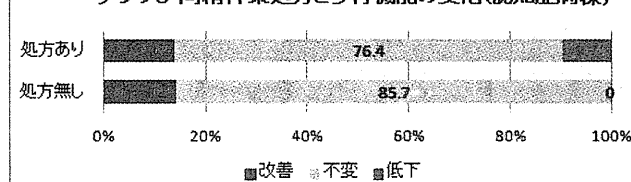
両病棟とも、60%から80%の患者が入院時の機能を維持しており、退院時の機能が改善した例は、低下した例に比較して割合が高い。ただし、合併症病棟については、入院時、重篤な身体疾患のために歩行、排泄などが自力で行えない患者が多いため、この結果の解釈には慎重要する。認知症病棟については、すべての項目で、改善例が低下例を大きく上回った。

向精神薬の処方の有無、拘束の有無と歩行機能の変化をグラフ5、6、7、8に示した。

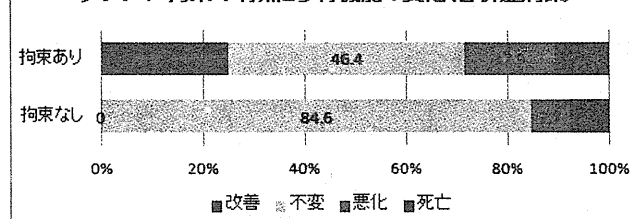
グラフ5 拘束の有無と歩行機能の変化(認知症病棟)



グラフ6 向精神薬処方と歩行機能の変化(認知症病棟)



グラフ7 拘束の有無と歩行機能の変化(合併症病棟)



グラフ8 向精神薬処方と歩行機能の変化(合併症病棟)

