

認知症病棟においては、拘束の有無が歩行機能の低下につながった様子は観察されない。ただし、認知症病棟における拘束は、いずれも短時間、短期間のものである。認知症病棟における拘束例の25%が退院時、入院前より歩行機能が改善していた。認知症病棟の向精神薬使用については、処方のない群では歩行能力低下が1例も無かったのに対して、処方のあった例では72例中7例に歩行能力低下を認めた。

合併症病棟においては拘束された患者の28%の歩行機能が改善しているのに対して、拘束のなかった患者の91.7%が不変である。拘束されなかった患者には、元々、寝たきりの患者が多く身体疾患の治療が終了してもそうした状況が変化することはなかったためと考えられる。向精神薬の処方の有無に関しても、処方されなかった患者では26.1%が改善している一方で、13%が死亡退院している。向精神薬を処方された合併症患者の22.2%は、退院時の歩行機能が入院時より低下していた。こうした変化については、個々の事例に戻って検討する必要がある。

(2) 都立広尾病院精神科

総合病院である都立広尾病院は、開放の精神科病棟を持つ。広尾病院では他科の入院患者に関するリエゾン依頼事例の中から、認知症が関連した事例を収集した。準備等の都合で調査期間が短期間であったため、分析の対象となるに足る事例を収集できなかった。

(3) 都立多摩総合医療センターER

2014年10月28日から15年3月8日までの間に、44例（男性20例、女性24例）の認知症患者が合併症によって救急受診した。救急自体の発症は、自宅（施設を含む）35例、路上等9例であった。受診要請は、本人15件、家族等21件、通行人等8件である。

緊急性については、ER担当医によって緊急事態と判断されたもの16例（36.4%）、非緊急事態20例（45.0%）、どちらとも言えない8例（18.2%）であった。診察後の処遇では、外来のみ29例（65.9%）、入院12例（27.2%）、他院転送1例、その他2例である。

認知症を合併した救急患者の診察におい

ては、44例中15例で認知症の症状は救急診察の妨げとはならなかったが、残る29例では診察する医師が何らかの障害を感じていた。診察に当たって信頼できる病歴を聴取できなかった、訴えの信頼性の低さから検査が多くなりがちである、検索が十分できないことが多く、家族にそうしたリスクが残ることを説明するために時間を要した、検査・治療について理解が得られない、創傷部や点滴に触れるので危険だった等々の意見があった。

D. 考察

初年度の調査は、認知症患者の合併症医療の現場である、精神科認知症病棟、総合病院一般病棟、総合病院救急外来に加え、松沢病院の合併症病棟という特殊な状況における医療の実態を把握するための情報を収集した。総合病院の一般病棟における精神科リエゾンについては十分な情報が得られず、次年度以降、他のフィールドを含めて検討する必要があるが残った。ERにおける認知症患者の受診の状況については、44例の事例を収集したが、背景となるER全体の情報が収集できておらず、次年度以降、ER全体の医療の状況の中で、認知症患者の合併症医療がどのような特性を持っているかを検討する必要があるが残っている。

松沢病院における精神科認知症病棟と身体合併症病棟での調査は、他の医療機関での調査に比較して順調に進んだ。これまでのところ、向精神薬の処方や拘束の有無が、患者の予後に有意な影響を与えているという仮説を支持する根拠は得られていない。しかしながら、退院時に、後方視的に調査票を記載することによって集められる情報の脆弱さは残り、次年度以降、今年度に得られた資料の解析を基に、前方視的な研究を行う必要がある。

E. 結論

初年度はいくつかの医療現場での認知症患者の身体合併症医療について実態調査を行った。次年度以降、今年度の資料に統計的な分析を加え、認知症患者の合併症医療のあり方についての課題を整理し、課題解決のための方略を探る。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

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

別紙 1 : 松沢病院 調査票

合併症病棟入院例・・・① □ 認知症治療病棟入院例・・・②

----- ① と ② とともに回答ください -----

●ID () □男性 □女性
入院時 () 歳 病棟 () 病棟

●認知症の種別

□アルツハイマー型 → 認知症重症度 FAST () (1～7)
□血管性 □レビー小体型 □前頭側頭型 □その他 ()

●入院後 1 週間目の時点での向精神薬の有無

□有 → その内容 () □無

●入院時の ADL

- ・歩行・・・□寝たきり □伝い歩き □杖歩行 □短時間の独歩 □ほぼ自立
- ・着脱衣・・・□全面介助 □部分介助 □遅くて不正確 □ほぼ自立
- ・摂食・・・□経口摂取不能 □全面介助 □部分介助 □ほぼ自立
- ・排泄・・・□常時大小便失禁 □時々失禁 □尿瓶・P トイレ使用 □ほぼ自立

●入院前の居住場所

□自宅 □一般病院 □精神科病院 □老健、特養などの介護施設
□その他 ()

●拘束使用の有無 □有 □無

●退院時の ADL

- ・歩行・・・□寝たきり □伝い歩き □杖歩行 □短時間の独歩 □ほぼ自立
- ・着脱衣・・・□全面介助 □部分介助 □遅くて不正確 □ほぼ自立
- ・摂食・・・□経口摂取不能 □全面介助 □部分介助 □ほぼ自立
- ・排泄・・・□常時大小便失禁 □時々失禁 □尿瓶・P トイレ使用 □ほぼ自立

●転帰 □自宅退院 □転院 □施設入所 □死亡
 □その他 ()

----- ① のみ 回答ください -----

●合併症の治療経過

合併症名	治療に関して	治療結果
# 1. ()	□薬物治療 □手術 □投薬なしで経過観察 □その他 ()	□軽快 □不変 □増悪 □治癒 □死亡
# 2. ()	□薬物治療 □手術 □投薬なしで経過観察 □その他 ()	□軽快 □不変 □増悪 □治癒 □死亡
# 3. ()	□薬物治療	□軽快

別紙 2：広尾病院 コンサルテーション・リエゾンに関する調査票

番号（ ） 性別 ☐男性 ☐女性、年齢（ ）才

1、コンサルテーションの依頼

- ① 依頼元：☐救命救急センター、☐内科、☐外科、☐整形外科、☐脳神経外科、☐呼吸器科、☐循環器科、☐その他（ ）科）
- ② 紹介患者の入院病棟：☐一般病棟、☐ICU、☐院内 ICU、☐CCU

2、コンサルテーションの目的（複数回答可）

- ☐検査に協力が得られない
- ☐治療に協力が得られない
- ☐意思能力の評価・判定
- ☐認知機能低下に由来する病棟での処遇全般の困難（指示を忘れるなど）
- ☐不穏・興奮のコントロール
- ☐行動に影響を与えるほどの幻覚・妄想のコントロール
- ☐抑うつ気分のコントロール
- ☐不眠のコントロール
- ☐その他（具体的に： ）

3、精神科医による初回往診前の拘束、薬物による鎮静

- ☐行われていなかった
- ☐行われていた（☐拘束 ☐薬物による鎮静）

4、認知症の診断

- ☐入院時には判明していた
- ☐入院前にも、認知症について適切な医療を受けていたと推測される
- ☐入院前には、認知症について適切な医療を受けていなかったと推測される
- ☐入院後、明らかになっていた
- ☐コンサルテーションの結果、明らかになった

5、コンサルテーション後の精神科医の関わり

- ☐アドバイスのみ
- ☐経口薬を処方した
- ☐抗精神病薬、☐抗不安薬、☐抗うつ薬、☐睡眠導入薬、☐抗認知症薬、
☐その他（ ）
- ☐注射薬を処方した（内容： ）
- ☐精神科病棟へ転科
- ☐他の病院に転院（具体的に： ）

5、認知症の合併が身体疾患治療に与えた影響（精神科医の印象）

- ☐大きな影響はなく、検査、治療が完了した
- ☐本来行われるべき検査ができず、的確な評価、診断に至らなかった
- ☐認知症の合併を理由に治療計画が変更された
- ☐計画変更は合理的なものだと感じられた
- ☐計画変更に、疑問を感じた（具体的に： ）
- ☐一般的な治療計画に基づいて始めた治療が、途中で方針の変更を余儀なくされた

6、そのほか、この事例を通じてお考えになったこと、あるいは、認知症の患者さん一般の、身体疾患治療についてご意見をお聞かせください。（どのような医療施設で治療すべきか、総合病院で治療する場合、どのような支援があれば治療が円滑に進むか、認知症の身体合併症をどこまで治療すべきか等々）

別紙3：救急病院用調査票（都立多摩総合医療センターER）

番号（ ） 年齢（ ） 歳 性別（☐男性、☐女性）

1、搬送時の居住場所：☐自宅、☐施設、☐一般病院、☐精神科病院、☐その他（ ）

2、搬送元：☐同上 ☐路上 ☐その他

3、主訴ないし受診理由

☐頭痛 ☐けいれん ☐失神 ☐めまい ☐呼吸困難 ☐喘息 ☐咳 ☐発熱 ☐胸痛 ☐背部痛
☐腰痛 ☐腹痛 ☐悪心・嘔吐 ☐下痢 ☐外傷（交通事故、転倒その他） ☐その他

4、受診は本人の訴えによるものか

☐本人の訴え ☐家族等介護者の気づき ☐通行人からの要請 ☐その他

5、来院時付き添い者の有無

☐なし ☐同居家族 ☐非同居家族 ☐施設・病院職員
☐福祉、行政関係者（ ）

6、受診後の暫定診断（身体疾患）（ ）

7、緊急性の評価

救急要請は ☐妥当、☐非緊急、☐どちらとも言えない

8、認知症の合併が判明した時期

☐救急要請時からわかっていた
☐来院して付き添いから聞いてわかった
☐検査、治療を開始してから気づいた

9、検査、診療に関する同意

☐救命等のため緊急時なので省略
☐本人に同意を求めた
☐付き添い家族に同意を求めた
☐その他の付き添い者の同意を求めた
☐電話等で家族等の同意を求めた

★検査、治療同意に関連して、お困りのことがあれば記載してください（ ）

10、認知症であることが診療行為の障害となったか？

☐なかった
☐なった

「なった」場合、どのような事柄で？（複数選択可）

☐症状を正しく表現してくれない ☐検査、治療への同意を得られない ☐検査、診察に協力しない

☐処置、治療に抵抗する ☐その他（具体的に： ）

8、救急診察後の処遇

☐外来のみ ☐入院 ☐多院に転送 ☐その他（具体的に ）

9、受診後の処遇に、認知症であることは影響したか

☐影響しない
☐影響した（具体的に： ）

10、こうした事例の救急受診についてご意見があればお知らせください。

「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

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

研究分担者：服部英幸（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 精神診療部・部長）

【研究要旨】

本研究においては、地域型認知症疾患医療センターにおける一般病院と協力精神科病院間の紹介患者について、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担について、身体面、精神面での指標構築をめざす。初年度は、予備的研究として多施設共同の後ろ向き調査をおこなった。認知症疾患センター、協力精神科病院相互の転院例について疾患別、身体特性等について検討した。センターから精神科病院に転院する症例は合併身体疾患が少なく、ADLが有意に良好であった。精神科病院における身体疾患看護の負担を少なくする必要があることが推測された。精神科からセンターへの転院例では統合失調症例が多く、高齢化した統合失調症入院例の身体治療の重要性が示唆されるとともに総合病院において、認知症以外の高齢者精神疾患の受け入れ態勢を整える必要があることも示唆された。本研究により、認知症における一般病院と精神科病院の連携に関して、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担を明確化できることが示唆された。

A. 研究目的

身体合併症治療には BPSD への配慮が必要である。認知症身体合併症に関しては、精神科病院と一般病院との機能分担が提唱された 1)。認知症 BPSD と身体合併症治療をおこなう専門施設として、平成 20 年より認知症疾患医療センターが全国に展開されており、現在 200 ヶ所以上のセンターがある。その中で、地域型認知症疾患医療センターは母体が一般病院あるいは精神科病院で他の医療機関と連携することで、十分な機能を果たすことが求められている。しかしながら、どのような状態の患者について連携をおこなっているのか、実態については十分な研究がなされていない。

本研究においては、地域型認知症疾患医療センターにおける一般病院と協力精神科病院間の紹介患者について、BPSD の程度、身体症状の重症度などを数値化して評価し、身体治療科と精神科の連携の実態を明らかにするとともに、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担について、身体面、精

神面での指標構築をめざす。これにより、認知症疾患医療センターに限らず、広く一般病院と精神科病院における認知症入院患者連携におけるモデル構築をめざす。

B. 研究方法

対象は愛知県下の地域型認知症疾患センターのうち、精神科病床をもたない一般病院が主体となっている 2 施設（国立長寿医療研究センター、名鉄病院）およびその協力先である精神科医療機関。認知症疾患センターと協力病院間の転院患者の数、疾患、重症度について評価する。

本研究では他施設共同前向き調査をおこなう予定であるが、本年度は研究の立ち上げに時間がかかったため、前向き調査の症例がわずかであり、予備的研究として多施設共同の後ろ向き調査をおこなった。平成 25 年 9 月 1 日より、平成 26 年 8 月 31 日の 1 年間に地域型認知症疾患センターと協力精神科病院の間の紹介症例を調査した。すべて入院症例とし、外来診療のみの症例は除外した。

調査項目は以下のとおりである。

転入、転出の症例数（A．精神科→認知症疾患センター、B．認知症疾患センター→精神科の双方向）

紹介症例の性別、年齢

合併身体疾患名、症状名とくに紹介が必要になった症状、検査結果

認知症診断（ついてないものも含めて）

日常生活機能（Barthel Index 0-100）

認知症重症度（I－IV）

それぞれの項目についてAとBとの平均値の比較を行った。今年度は後ろ向き調査であり、BPSD 重症度については評価できていない。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省が定める臨床研究に関する倫理指針を厳格に遵守し、当該研究施設（国立長寿医療研究センター）の倫理・利益相反委員会の承認の下に行われる。

個人情報保護法に則り、被験者のプライバシーを守秘し、いかなる個人情報も外部に漏れないよう厳密に管理する。調査結果（データベース）は USB メモリなどパソコンから取り外し可能な外部記憶装置に保存し、施錠管理する。データベース作業中はインターネット環境に接続しない。

C. 研究結果

1. 症例数、年齢、性別

認知症疾患センター（以下センター）から、協力精神科病院（以下精神科病院）へ転院例43例、精神科病院からセンターへの転院例25例であった。年齢、性別に両者の差はなかった（表．1）。

2. ADL

Barthel Indexにて評価した日常生活機能はセンターから精神科病院転院例が有意に良好であった。（図．1）

3. センターから精神科病院への転院例の特性

精神科病院への転院例における、認知症診断ではアルツハイマー型認知症が最も多く、次いでレビー小体型認知症が多かった。未診断が21%認められた（図．2）。合併身体疾患は「なし」が最も多く、糖尿病、高血圧など、一般的に頻度の高い生活習慣病が続いて多

く認められた（図．3）。介護保険主治医意見書に記載された認知症自立度の検討ではランクMがもっとも多く、次いでランクIVが多かった（図．4）。

4. 精神科病院からセンターへの転院例の特性

精神科病院からセンターへ治療依頼があった疾患別では肺炎が最も多く、次いでイレウスなどの消化器疾患、骨折などの運動器疾患が続いた。入院認知症患者の確定診断例もあった（図．5）。精神科病院での主診断では統合失調症が最も多く、ついでアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症がつづいた。診断未確定例も28%と高率であった（図．6）。介護保険主治医意見書に記載された認知症自立度の検討では認定なしがもっとも多く、次いでランクIVが多かった（図．7）

D. 考察

センターと精神科病院のそれぞれの転院例の比較により、症例の特性の違いがあきらかになった。センターから精神科病院に転院する症例は合併身体疾患が少なく、ADLが有意に良好であった。精神科病院における身体疾患看護の負担を少なくする必要があることが推測された。精神科からセンターへの転院例では統合失調症例が多く、高齢化した統合失調症入院例の身体治療の重要性が示唆されるとともに総合病院において、認知症以外の高齢者精神疾患の受け入れ態勢を整える必要があることも示唆された。

E. 結論

この研究により従来多くの問題を指摘されてきた認知症における一般病院と精神科病院の連携に関して、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担を明確化できる。それにより連携における新たなモデル構築のための基礎資料をめざす。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 服部英幸、鷺見幸彦、櫻井孝、遠藤英俊、

鳥羽研二：一般病院での認知症身体合併症治療はどこまで可能なのかー国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験ー。老年精神医学雑誌、25、185-192、2014

2) Fukuda K, Hattori H. : Unclassified cases of behavioral variant of major frontotemporal neurocognitive disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Geriatr Gerontol Int, 2014, 14 (Suppl, 2): 35-44

3) Fukata S, Kawabata Y, Fujisiro K, Katagawa Y, Kuroiwa K, Akiyama H, Terabe Y, Ando M, Kawamura T, Hattori H: Haloperidol prophylaxis does not prevent postoperative delirium in elderly patients: a randomized, open-label prospective trial. Surg Today. 44, 2305-2313, 2014

4) 服部英幸：アルツハイマー型認知症と「うつ」 高齢者の神経疾患とうつ。老年精神医学雑誌、25：34-41、2014

5) 服部英幸：高齢者に多い症候・抑うつ。大庭建三編、すぐに使える高齢者総合診療ノート。日本医事新報社、東京、2014、p52-57

6) 服部英幸：フレイルとうつ。葛谷雅文、雨海照祥編、フレイル、超高齢社会における最重要課題と予防戦略。医歯薬出版、72-77、2014

7) 服部英幸：認知症とせん妄の違いは。武藤芳照、鈴木みずえ編、認知症者の転倒予防とリスクマネジメント。日本医事新報社、東京、2014、33-38

8) 服部英幸、三浦利奈：高次脳機能障害とその評価。麻酔、63 (11) 1188-1195、2014

9) 服部英幸：老年内科領域。臨床雑誌「内科」155 (2) 235-239、2015

2. 学会発表

1) 福田耕嗣、服部英幸：DSM-5における行動優位型前頭側頭型認知症の亜型分類についての考察。第29回日本老年精神医学会、東京、2014/6/12

2) 服部英幸、鳥羽研二、櫻井孝、遠藤英俊、鷺見幸彦：急性期病院内の認知症治療病棟での実践。第56回日本老年医学会、福岡、2014/6/13

3) 服部英幸：シンポジウム 身体疾患とう

つ 「認知症とうつ」 フレイルの精神症状
日本老年看護学会、名古屋、2014/6/28

4) 服部英幸：虚弱高齢者 (frail elderly、フレイル) の心理特性の検討。第11回日本うつ病学会、広島、2014/7/18

5) 服部英幸：フレイルの心理特性の検討。第1回日本サルコペニア・フレイル研究会、東京、2014/10/19

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

表. 1

	センター→精神科病院転院	精神科病院→センター転院	p
N	43	25	
年齢	73.2±9.2	73.8±11.6	NS
性別(M/F)	21/22	12/13	NS

図. 1

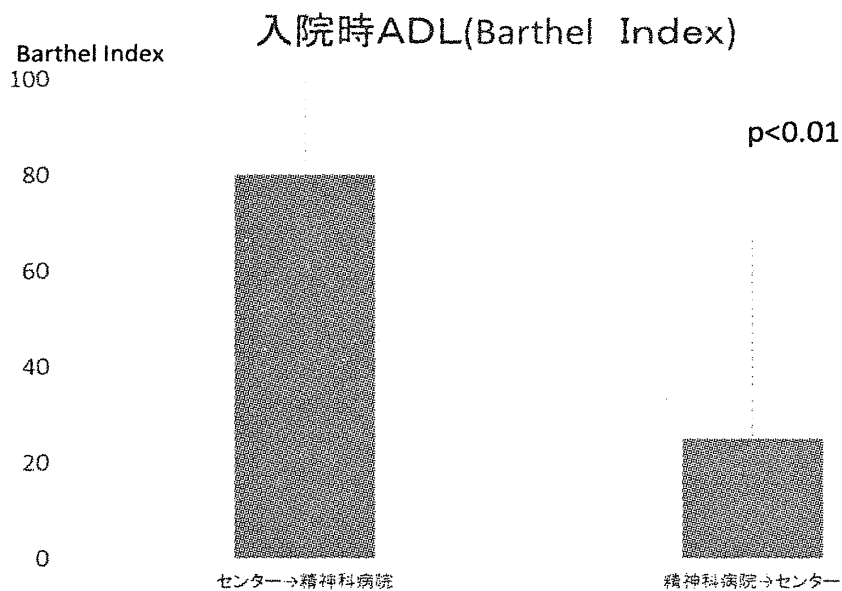


図. 2

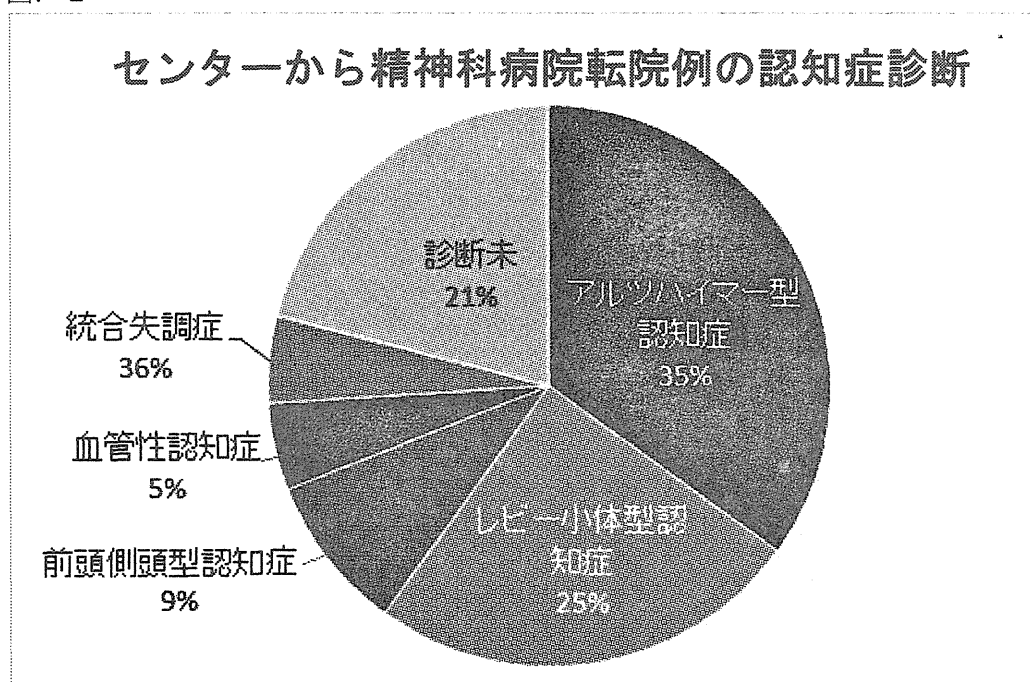


図. 3

センター→精神科 合併身体疾患(複数可)

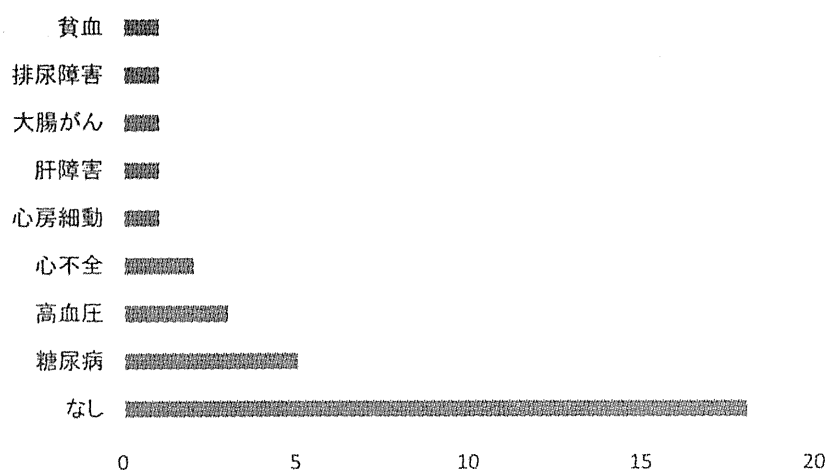


図. 4

センター→精神科 認知症自立度

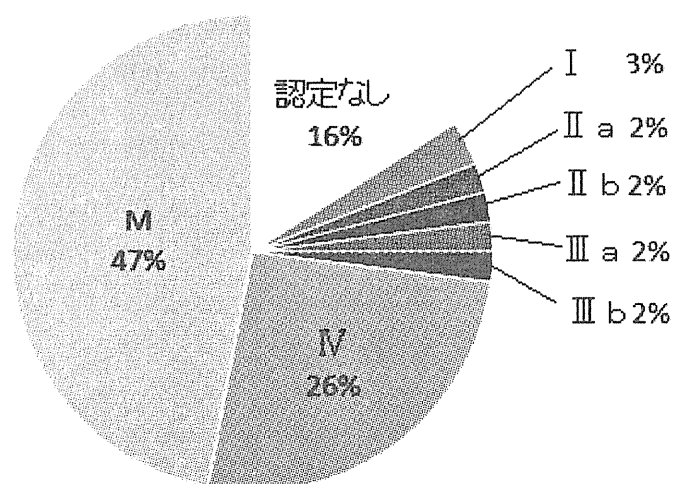


図. 5

精神科→センター 治療依頼疾患別(複数可)

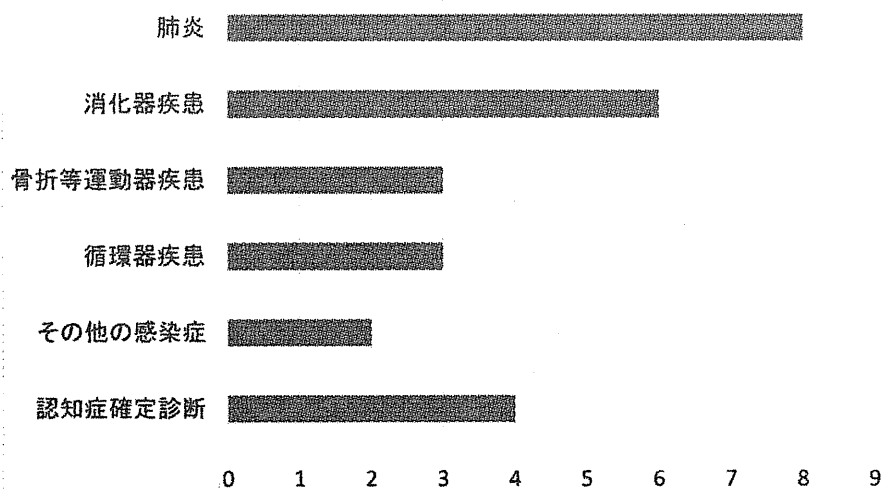


図. 6

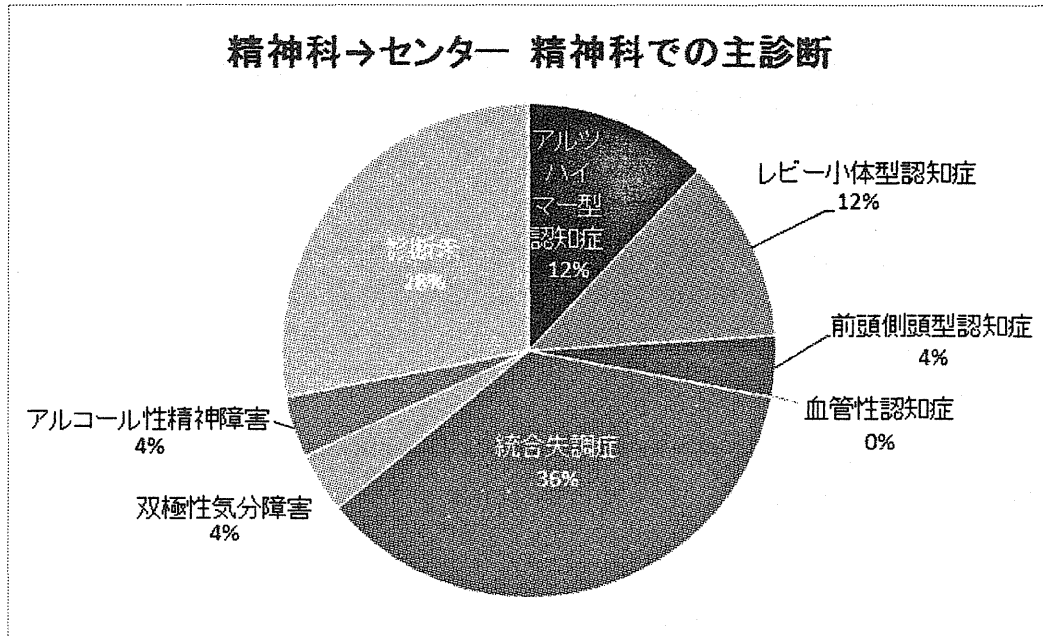
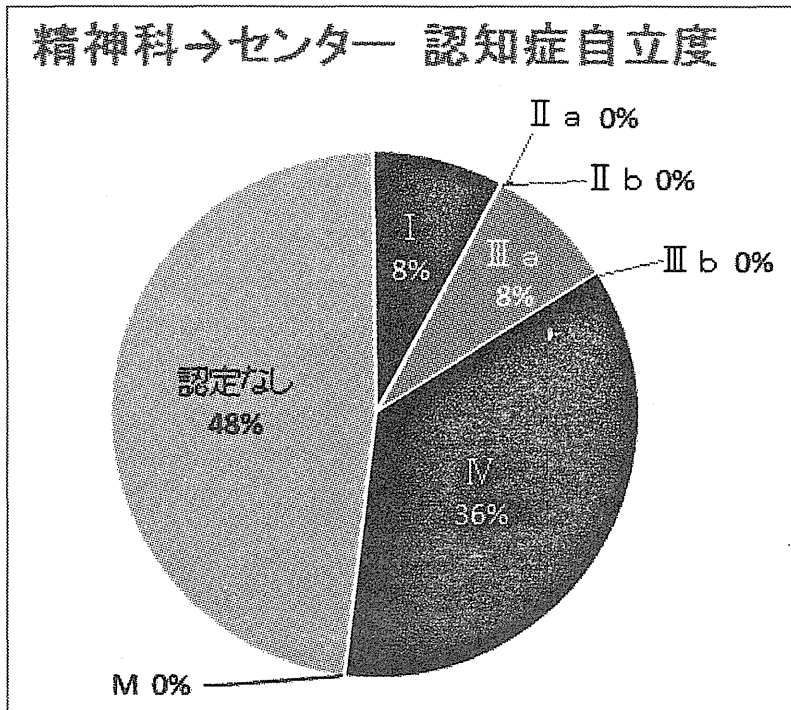


図. 7



「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

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

研究分担者：本間 昭（認知症介護研究・研修東京センター長）

【研究要旨】

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を検討した。認知症関連学会が認定した専門医計 1,539 人を対象に郵送法でアンケート調査を行った。822 票が回収された（回収率は 54.0%）。50 代が最も多く 36.7%を占めた。診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。787 人（95.7%）が外来診療で BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答した。診療科による違いはなかった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった。向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目、確認事項として 6 項目、開始後の確認事項として 9 項目を質問した。結果では一部の項目を除きほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。今回の結果から本ガイドラインに関して専門医による有用性が確認できた。今後、かかりつけ医を対象とした有用性の確認が必要である。

A. 研究目的

研究分担者らは平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究を実施し、かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドラインを作成した。本研究では上記のガイドラインの有用性について検討を行った。

B. 研究方法

日本認知症学会および日本老年精神医学会認定専門医の合計 1,539 人（平成 23 年度現在、重複を除く）を対象に郵送法でアンケート調査を行った。内容は個別の薬剤についての用法・用量等を含む使用法についてではなく、薬物療法を開始する前の検討事項、確認事項および開始後の確認事項についてそれぞれの有用性を尋ねた。

（倫理面への配慮）

認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会では審査非該当となった。

C. 研究結果

17 票が配達不能等で戻り、822 票が回収された。従って回収率は 54.0%であった。回答者の年代では 50 代が最も多く 36.7%を占めた。診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。787 人（95.7%）が外来診療で BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答した。診療科による違いはなかった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るという回答は 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった（表 1）。

向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目を質問した。身体的な原因は、向精神薬を使用すると回答した中では 99.4%が確認していた。他の薬物との関連の

有無は、98.7%が、環境要因との関連の有無は、97.3%が、非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないかに関しては、96.8%が確認していた。診療科による大きな違いはなかった（表2）。

薬物療法開始前の確認事項として6項目を質問した。標的としたBPSDに対する薬物療法が妥当であるかは、向精神薬を使用すると回答した中(N=787)の97.8%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては98.5%が、使用薬物の種類に関しては、97.1%が、予測される副作用については、99.5%が、治療期間については、70.9%にとどまった。服薬確認を誰が行うかについては、96.7%が確認していた。診療科による大きな違いはなかったが、治療期間を予め設定すると回答した割合は他の設問と比べると低かった（表3）。

治療開始後の確認事項として9項目を質問した。以下はBPSDに対して向精神薬を用いることがあると回答したものの中での割合である。日中の過ごし方の変化の確認が有用であるとした回答は95.2%、日中の覚醒状態と眠気は98.2%、夜間の睡眠状態は97.8%、服薬状況の確認は97.0%、水分の摂取状況は68.9%、食事の摂取状況は89.5%、パーキンソン症状の有無は97.8%、転倒しやすくなったかは98.5%、減量・中止できないかの検討は97.1%であった（表4）。

D. 考察

認知症関連学会の専門医を対象とした今回のアンケートでは回収率が54%と高く、おおむね実態を反映していると考えられる。BPSDに対して向精神薬を使いことがあると回答した中では、常に同意を得る/場合によって同意を得ると回答した割合は94.4%であり妥当な結果と考えられる。診療科による大

きな違いはない。向精神薬を用いた薬物療法開始前の4つの検討事項および治療期間の70.9%を除いた5つの確認事項については、95%以上が検討すると回答しており、ほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。特に予測される副作用については99.5%の回答者が確認していた。治療開始後の9つの確認事項では水分と食事の摂取状況以外では95%以上の回答者が有用と回答していた。水分と食事の摂取状況が比較的低い割合にとどまっていた理由は外来診療では両者の確認が必ずしも容易ではない状況による影響も考えられる。今回の結果より、本ガイドラインの有用性が確認できた。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が必要である。

E. 結論

アンケート調査票の回収率が54%であったことからおおむねその実態を表していると考えられた。必ずしも十分な内容のアンケート調査ということはできないが、おおむね研究目的を達成することができた。検本ガイドラインは、かかりつけ医を対象に作成されたものであり、認知症関連学会専門医によって有用性が確認された。このことは地域の医師会等の研修会等で活用できる根拠が示されたということができよう。今後さらに、かかりつけ医を対象とした有用性の確認が必要となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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

表 1. 対象者の年代、診療科、向精神薬使用の有無、同意取得の有無 (%)

		N	Q1.年代				
			20代	50代	60代	70代以上	無回答
		822	0.0	36.7	15.3	5.6	0.1
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	463	0.0	36.1	14.5	7.1	0.2
	神経内科	269	0.0	36.4	15.2	2.6	0.0
	脳神経外科	41	0.0	48.8	26.8	9.8	0.0
	脳神経外科以外の内科	35	0.0	34.3	8.6	0.0	0.0
	その他	11	0.0	36.4	36.4	9.1	0.0
Q3.向精神薬使用の有無	ある	787	0.0	37.2	14.1	5.1	0.1
	ない	34	0.0	26.5	44.1	17.6	0.0
Q4.向精神薬を使う時の本人/家族からの同意	常に同意を得る	479	0.0	35.1	12.7	5.2	0.0
	場合によって得る	266	0.0	39.5	16.2	4.5	0.4
	同意は得ない	38	0.0	47.4	15.8	5.3	0.0

表 2. 向精神薬による薬物療法を検討前に確認すると回答した割合 (%)

		N	身体的 原因	他の薬物 との関連	環境要因 との関連	効果の期 待の有無 /適切性
全体		822	95.4	94.8	93.4	92.9
Q2.主たる診療科目		463	96.5	95.2	94.6	94.8
	精神・神経科	269	94.1	94.1	92.9	90.7
	神経内科	41	90.2	92.7	80.5	87.8
	脳神経外科	35	97.1	97.1	97.1	94.3
	脳神経外科以外の内科	11	90.9	90.9	90.9	90.9
	その他	11	90.9	90.9	90.9	90.9
Q3.向精神薬使用の有無		787	99.4	98.7	97.3	96.8
	ある	34	99.4	98.7	97.3	96.8
	ない	34	99.4	98.7	97.3	96.8
Q4.同意の有無		479	99.4	99.6	98.7	97.9
	常に同意を得る	266	99.2	97.7	95.1	95.1
	場合によって得る	38	100	94.7	94.7	94.7
	同意は得ない	38	100	94.7	94.7	94.7

表 3. 向精神薬による薬物療法を始める前に確認すると回答した割合 (%)

		N	その行動/ 症状に対し て薬物療法 が妥当か	その行動/ 症状に対し る薬物療法 の効果が期 待できるか	その行動/ 症状に対し てどの種類 の薬物が最 も適してい るか	予測される 副作用	治療期間	服薬管理
	全体	822	93.9	94.5	93.1	95.5	68.0	92.8
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	463	95.0	96.1	95.0	97.0	68.3	95.5
	神経内科	269	92.6	92.6	91.1	93.7	69.5	88.5
	脳神経外科	41	90.2	90.2	87.8	90.2	61.0	90.2
	脳神経外科以外の内科	35	97.1	97.1	91.4	97.1	68.6	97.1
	その他	11	90.9	90.9	90.9	90.9	45.5	90.9
Q3.向精神薬使用の有無	ある	787	97.8	98.5	97.1	99.5	70.9	96.7
Q4.同意の有無	常に同意を得る	479	99.2	98.5	97.9	99.6	75.6	98.3
	場合によって得る	266	96.2	98.5	96.2	99.6	63.9	95.9
	同意は得ない	38	97.4	97.4	92.1	97.4	55.3	84.2

表 4. 向精神薬による薬物療法開始後の確認項目として有用だと回答した割合 (%)

		N	日中の過 し方	日中の覚醒 状態と眠気	夜間の睡眠 状態	服薬状況	水分摂取	食事摂取	パーキンソ ン症状	転倒しやす いか	減量/中止 の検討
	全体	822	91.4	94.3	93.9	93.1	66.1	85.9	93.9	94.5	93.2
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	463	92.9	95.9	95.9	93.7	70.4	88.6	95.2	95.9	94.0
	神経内科	269	90.0	92.9	92.6	91.8	61.3	81.8	92.2	93.3	91.8
	脳神経外科	41	85.4	82.9	87.8	92.7	53.7	80.5	90.2	85.4	92.7
	脳神経外科以外の内科	35	88.6	97.1	85.7	94.3	65.7	88.6	94.3	97.1	94.3
	その他	11	90.9	90.9	90.9	90.9	36.4	81.8	90.9	90.9	90.9
Q3.向精神薬使用の有無	ある	787	95.2	98.2	97.8	97.0	68.9	89.5	97.8	98.5	97.1
Q4.同意の有無	常に同意を得る	479	96.0	98.7	97.7	97.7	71.2	89.6	97.5	98.5	97.7
	場合によって得る	266	93.2	98.5	98.1	96.6	66.2	90.2	98.5	98.1	96.2
	同意は得ない	38	97.4	92.1	97.4	92.1	57.9	81.6	97.4	100	94.7

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

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

研究分担者：前田 潔（神戸学院大学・教授）

森川 孝子（神戸学院大学・助教）

【研究要旨】

我が国では、高齢者数の増加により高齢者の約4人に一人が認知症の人又はその予備軍とされており、高齢化の進展に伴い、認知症の人は2025年には約700万人に達すると言われている。新オレンジプランでは、認知症の人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の現実を目指すと言われている。しかし、認知症の人の中には行動・心理症状（BPSD）や身体合併症の対応のために適切な医療が必要な場合があり、特にBPSDの治療については、精神科病院が適切な入院治療を行い、すみやかに住み慣れた地域での生活に移行することが求められている。

そこで、我々は、近畿、中四国を中心に認知症治療病棟を有する精神科病院に、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を実施した。2か月以内に退院した患者の割合は約10%であった。入院期間が61日以上認知症患者の退院を困難としている要因は、BPSDによるものが最も多く、次いで施設入所待ちであった。3年前の調査と比較すると地域連携会議の実施は増えてきているものの、認知症に関連するクリニカルパスについては、普及が進んでいないことが明らかになった。

A. 研究目的

我が国では、高齢者数の増加により高齢者の約4人に一人が認知症の人又はその予備軍とされており、高齢化の進展に伴い、認知症の人は更に増加すると厚生労働省は見込んでいる（2025年には約700万人）。新オレンジプランでは、認知症の人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の現実を目指すと言われている。しかし、認知症の人の中には行動・心理症状（BPSD）や身体合併症の対応のために適切な医療が必要な場合があり、特にBPSDの治療については、精神科病院が適切な入院治療を行い、すみやかに住み慣れた地域での生活に移行することが求められている。

そこで、我々は、近畿、中四国を中心に認知症治療病棟を有する精神科病院に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を実施した。

B. 研究方法

アンケート調査を実施した。近畿、中国、四国地方の認知症治療病棟を有する私立精神科病院、及び認知症治療病棟を有する公立精神科病院、独立行政法人国立病院機構へ郵送により調査票を送付し、回収した。調査期間は平成26年8月1日～10月31日であった。アンケート用紙とともに本調査についての説明文と同意書を送付し、同意が得られた施設からアンケートの回答と同意書を得た。な

お、倫理面への配慮として、本調査にあたり、神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会における承認を得て実施した（承認番号 HEB141017-1）。

アンケート内容は、入院期間、退院困難な理由、リハビリテーション、地域連携、退院支援について等であった。

C. 研究結果

132 施設へ調査票を送付し、54 施設より回答を得た（回収率 40.9%）。内訳は、認知症治療病棟を有する私立精神科病院 40 施設、同病棟を有する独立行政法人国立病院機構精神科病院 1 施設、同病棟を有する県立精神科病院 2 施設、同病棟を有する回復期リハビリテーション病院 2 施設、認知症治療病棟を持たない私立精神科病院 6 施設、独立行政法人国立病院機構精神科病院 1 施設、県立精神科病院 2 施設であった。認知症治療病棟の全病床数は 3213 床であった。

全施設の平成 26 年 8 月 1 日～8 月 31 日の全ての入院患者数は 1840 名、そのうち認知症患者数は 497 名、認知症患者のうち認知症治療病棟に入院した患者数は 237 名であった。認知症治療病棟の平均病床数は 70.9 床（48～240 床）であった。また、同期間に認知症治療病棟を退院した患者数は 4.7 名（0～22 名）、8 月における平均在院日数は 595.6（0～4362）日であった。夜間対応加算は 45 施設のうち 11 施設（24.4%）が算定していた。

認知症治療病棟以外に認知症患者が主として入院する病棟は、急性期治療病棟が 25 施設、精神一般病棟が 13 施設、精神科療養病棟が 1 施設、記載なしが 15 施設であった。

平成 26 年 10 月 31 日時点における認知症治療病棟に入院している認知症患者の入院期間は 30 日以内が 182 名、31 日以上 60 日未満が 179 名、61 日以上 1 年未満が 873 名、1 年以上が 1672 名であった。61 日以上 1 年未満の入院患者 873 名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」317 名（36.3%）で、次いで「施設入所待ち」が 274 名（31.4%）であった。「家族の受入困難」は 98 名（11.2%）、「身体合併症のため」は 64 名（7.3%）、「ADL 低下のため」は 59 名（6.8%）、その他は 18 名（2.1%）、

記載なしが 43 名（4.9%）であった。その他の理由としては、退院検討・調整中、経済的問題、親族間で方向性が決まらないなどであった。

1 年以上の入院患者 1672 名の退院できない理由として、最も多かったのは「精神症状・行動制限のため」679 名（40.5%）であり、次いで「施設入所待ち」が 362 名（21.6%）であった。「家族の受入困難」は 254 名（15.1%）、「ADL 低下のため」は 149 名（8.9%）、「身体合併症のため」は 101 名（6.0%）、その他は 34 名（2.0%）、記載なしが 98 名（5.8%）であった。その他の理由としては、退院検討中、施設が見つからない、経済的問題、親族間で方向性が決まらないなどであった。

61 日以上入院患者全体では、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%）、「ADL 低下のため」208 名（8.2%）、「身体合併症のため」101 名（6.5%）、「その他」52 名（2.0%）、記載なし 141（5.5%）であった。

リハビリスタッフの配置は、認知症治療病棟を有する回答のあった 44 施設全てに作業療法士が配置（0.6～3 名）され、理学療法士は 4 施設（0～1.5 名）、言語聴覚士は 1 施設（1.5 名）であった。また、認知症患者リハビリテーション料の算定について、現在、算定している施設は 7 施設（15.6%）、準備中の施設は 7 施設（15.6%）、算定の予定のない施設が 31 施設（68.9%）であった。算定していない理由として最も多かったのは、人員配置の都合 23 施設（63.9%）、経営上の問題 6 施設（16.7%）、その他が 5 施設（13.9%）、回答なし 2 施設（5.6%）であった。その他の理由として、基準を満たせない（理学療法士の確保困難、設備上の問題など）、対象者がいない、などであった。

平成 26 年 8 月 1 日～10 月 31 日の間に認知症治療病棟に入院した患者 515 名の入院経路のうち、最も多かったのは一般科の病院・診療所からの 175 名、次いで自宅が 104 名、介護施設入所者が 88 名、外来通院中の患者が 64 名、精神科病院等が 37 名、その他の経路

が47名であった。一方、平成26年8月1日～10月31日の間に認知症治療病棟から退院した患者304名の退院・転院先について、最も多かったのは介護施設129名、一般の病院・診療所が68名、自宅が60名、その他が39名、精神科の病院・診療所が8名であった。その他の内訳として、死亡が最も多く26名、有料老人ホームが6名、グループホーム又は養護老人ホームが3名、高齢者住宅が1名、未記載が3名であった。

地域連携会議、ケア会議等の開催は、「ほとんど開催していない」が15施設(27.8%)、「少数の患者(1/4)に対して開催している」が11施設(20.4%)、「多くの患者(3/4)に対して開催している」が9施設(16.7%)、「半分程度の患者に対して開催している」が8施設(14.8%)、「ほぼ全ての患者に対して開催している」が5施設(9.3%)であった。回答のなかった施設は6施設(11.1%)であった。平成26年8月1日～10月31日に退院した患者について、退院時の利用サービスが決まっていたのは30施設であった。決まっていなかった施設は6施設、該当者なしの施設は3施設、記載がない施設は15施設であった。

利用したサービスの種類は医療保険の通院診療が81件、介護保険の通所系が72件、介護保険の訪問系が26件、医療保険の訪問診療が2件であった。その他は34件であり、その内訳はショートステイ、施設入所(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など)であった。

自宅や施設在住の認知症患者に対する訪問診療や訪問看護等の支援については、行っていないが最も多く22件であり、施設への訪問診療が19件、自宅への訪問診療が18件、医師又は看護師による他院への支援が5件、回答なしが5件であった(複数回答)。

退院支援部署の設置について、設置している施設が40施設(74.1%)、設置していない施設が12施設(22.2%)、記載なしが2施設(3.7%)であった。精神保健福祉士以外の専従の従事者の職種として複数回答にて回答を得た結果、最も多かったのは精神保健福祉士20名、次いで看護師15名、臨床心理技術者8名、社会福祉士7名、作業療法士3名、

回答なし3名であった。

急性期認知症クリニカルパスの使用については、「ほとんど使用していない施設」が43施設(79.6%)と最も多かった。「ほぼすべての患者に使用している」施設は5施設(9.3%)であり、「少数の患者に使用している」施設が2施設、「多くの患者(3/4)に実施している」、「半分程度の患者に使用している」施設が1施設ずつ、であった。

認知症版地域連携クリニカルパスの使用状況は、「使用・経験ともになく、導入の予定もない」と回答した施設が22施設(40.7%)で最も多く、次いで「使用・経験ともないが、できれば導入したい」が16施設(29.6%)、「現在使用している」が6施設(11.1%)、「使用・経験ともないが、導入を予定している」が5施設(9.3%)であった。過去に使用経験のあった施設は2施設(9.7%)であった。調査時点で使用中、過去に使用経験があった施設は14.8%であり、使用の経験がない施設は79.6%であった。

D. 考察

<入院期間について>

本調査における平均在院日数は595.6日であり、前回の尾寄らの調査と比較すると722.9日と短くなっているものの、未だ1年以上あることが分かった。また、入院期間が60日未満の患者数は全体の9.6%であり、厚生労働省が目標としている2か月以内退院率の50%よりも少ないことが分かった。2か月以内の退院を困難にしている要因として最も多かったのが、BPSDのためであり約40%を占めていた。これは、3年前に実施した尾寄らの研究と同様の結果となっている。これらの患者は引き続き精神科病院での治療を必要としているが、可能な限り入院期間を短縮する治療が必要と考えられる。一方、施設入所待ちや家族の受入困難などの社会的入院患者も合計で38.7%近くおり、これらの患者に関しては、早期の退院に向けての調整が必要と考えられる。

<認知症患者リハビリテーション料について>

平成26年度より新設された認知症患者リ