

201516028A

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27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成28(2016)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27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成28 (2016) 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		
ー入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究	-----	1
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
栗田 圭一		
2. 認知症高齢者に対する精神科訪問看護が 入院期間や退院先に与える影響	-----	11
北村 立		
3. 認知症の身体合併症医療に関する研究	-----	14
齊藤 正彦		
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	-----	22
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	-----	26
本間 昭		
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調査	-----	30
前田 潔, 森川 孝子		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	34
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	38

# 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】わが国では精神科病院に認知症者が安易に、また長期に入院していることが問題とされている。精神科病院の入院認知症者の実態を明らかにすることにより、認知症者の入院の抑制、長期入院の解消のための対策に資する知見を得ることを目的とする。

【方法】栗田は一般病院に入院した認知症者が、自宅から入院して精神科病院へ転院する転院理由、頻度および要因の調査を実施した。北村は単科精神科病院に入院した单身ないし子との二世帯の認知症者について、事前の訪問看護の入院期間への影響について調査した。斎藤は総合病院 ER 受診例について認知症群と対照群を様々な点について比較した。服部は、認知症疾患医療センターを設置する一般病院と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。本間は認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性を全国のかかりつけ医を対象にアンケート調査を行った。前田/森川は精神科病院に新規に入院する認知症者を対象に、入院後 4 ヶ月間の経過をフォローする前向き調査を実施した。

【結果及び考察】栗田の調査によると、入院前の居所が自宅であった患者のうち精神科病院へ転院した患者は 27.9%であった。これに関連する要因は、医療保護入院であること、入院期間が長いこと、身体合併症の数が少ないことが有意に関連していた。精神科病院への転院を軽減するには、家族支援が得られにくい認知症者に対する生活支援・居住支援の確保する必要があると結論できた。北村の調査では、自宅への退院など退院先に有意差はなかったが、入院期間は訪問群平均 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。斎藤によると、認知症群は、対照群に比して救急車の利用率、入院率が有意に高かった。入院後は身体拘束、センサーマットなどによる行動制限が有意に高く、患者の ADL 低下が危惧された。服部らの調査によると、認知症疾患医療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。本間の調査では、向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが 49.4%、場合によっては同意を得るが 38.9%、同意は得ないが 9.6%であった。向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項、確認事項、開始後の確認事項を質問したが、ほぼガイドラインに沿った使用がなされており、ガイドラインの有用性が確認された。前田/森川の行った調査では入院後 2 カ月以内に退院したものは 23.6%であり、4 カ月以内に退院したのも 62.9%であった。37.1%の入院者は 4 カ月後も入院を継続していた。29.2%の入院者に隔離を含む身体拘束が行われていた。4 カ月以内に退院したもののうち約 2 割しか自宅に帰っていない。入院から 4 ヶ月経過後も退院が困難な 33 名の理由としては、施設入所待ちが 18 名（54.5%）で最も多かった。依然として退院先の確保が困難であることが考えられた。今後は退院先の確保が喫緊の課題と結論された。

## A. 研究目的

わが国では、精神科病院に認知症者が安易に、また長期に入院していることが問題とされている。精神科病院の入院認知症者の実態を明らかにすることにより、認知症者の入院の抑制、長期入院の解消のための対策、また人権擁護の点からも厚生労働行政に資する知見を得ることを目的とする。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にも資する。

## B. 研究方法

粟田は一般病院（東京都健康長寿医療センター、精神科病床）に入院した認知症者が、自宅から入院して精神科病院へ転院する転院理由、頻度および要因の調査を実施した。

北村は県立高松病院に入院した単身ないし子との二世帯の認知症者について、訪問看護の入院期間への効果について対照群と比較調査した。

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、地域型認知症疾患医療センターを設置する一般病院と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。

本間は認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性を全国のかかりつけ医を対象にアンケート調査を行った。

前田/森川は、精神科病院に新規に入院する認知症者を対象に、入院後4ヶ月間の経過をフォローする前向き調査を実施した。

### （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、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

粟田の調査によると、認知症患者は149人で、平均年齢は80.7歳、平均入院期間は32.2日、このうち入院前の居所が自宅であった患

者は109人で、このうち精神科病院へ転院した患者は29人（27.9%）であった。これに関連する要因を検討したところ、入院形態が医療保護入院であること、入院期間が長いこと、身体合併症の数が少ないことが精神科病院への転院に有意に関連した。29人について、自宅へ退院できなかった理由に関する自由記述の内容を分析したところ、(1)本人の臨床状態に関すること（BPSDなど）、(2)家族による支援が得られにくいこと（独居・日中独居・夫婦のみ世帯、家族介護者の疲弊、家族介護者の健康問題）が主たる要因であることが明らかにされた。

北村は事前に訪問看護を行っていた群（訪問群）12人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46人について後方視的に比較検討した。自宅への退院は、訪問群が8人（67%）、対照群が17人（40%）で退院先に有意差はなかったが、入院期間は訪問群平均78.2日、対照群329.1日と有意差を認めた。自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。

斎藤は総合病院ER受診例について認知症群と対照群を比較した。認知症群は、対照群に比して救急車の利用率、入院率が有意に高かった。入院後は身体拘束、センサーマットなどによる行動制限が有意に高く、患者のADL低下が危惧された。一方、精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療としての支援がなければ経営が成り立たないことが明らかになった。

服部らは、認知症疾患医療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ことを認めている。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。また、客観的評価スケールを用いて、認知症のBPSDの重症度を相互比較することで、双方への転院適応レベルが明らかになる可能性が示唆された。

本間の調査では、向精神薬の使用に関して、501票が回収された（回収率は27.8%）。50代が最も多く39.1%を占めた。診療科では神経内科以外の内科が最も多く66.3%、次いで

その他が27.7%であった。239人(47.7%)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。診療科による違いでは神経内科以外の内科が最も多かった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが49.4%、場合によっては同意を得るが38.9%、同意は得ないが9.6%であった。向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項、確認事項、開始後の確認事項についての質問への回答によると、ほぼガイドラインに沿った使用がなされており、ガイドラインの有用性が確認された。

前田/森川の行った調査では入院後2カ月以内に退院したものは23.6%であり、4カ月以内に退院したのも62.9%であった。37.1%の入院者は4カ月後も入院を継続していた。29.2%の入院者に隔離を含む身体拘束が行われていた。入院後の変化としては認知機能、ADLに変化は見られなかったが、BPSDにおいて低下する傾向が見られた。4カ月以内に退院したもののうち約2割しか自宅に帰っていない。入院から4ヶ月経過後も退院が困難な33名の理由としては、施設入所待ちが18名(54.5%)で最も多かった。クリニカルパスの利用、カンファレンスの実施については、退院支援の取り組みはなされていた。栗田の調査によると、入院前の居場所が自宅であった患者は109人で、このうち精神科病院へ転院した患者は29人(27.9%)であった。単変量解析によって要因を検討したところ、入院形態が医療保護入院であること、入院期間が長いこと、身体合併症の数が少ないことが精神科病院への転院に有意に関連した。

#### D. 考察

総合病院精神科病床に入院した認知症者は平均1カ月程度で退院している。そのなかで精神科病院に転院した認知症者は1/4程度で、その精神症状が重篤であった。同時に家族による支援が得られないものが多かった。精神科病院への転院および長期在院化の流れ軽減するには、家族的支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保する必要があると結論できた。

事前に訪問看護を経験しておく、入院期

間が有意に短縮することを見出した。また退院先が自宅への割合は訪問群では高い傾向を認めたが、これは入院期間の短縮を目指す上で極めて重要な知見であると言える。

一方、精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療としての支援がなければ経営が成り立たないことが明らかになった。

認知症者の身体合併症医療の確保については、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ってくると考えられ、今後の課題と言える。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する必要があると考えられた。

かかりつけ医の向精神薬使用は、一部の項目を除きほぼガイドラインの趣旨に沿っていると結論された。本ガイドラインに関してかかりつけ医による有用性が確認できた。今後、介護関係者を対象とした有用性の確認が必要であると考えられた。

精神科病院における認知症の人の入院医療の実態が前向き研究で明らかとなったが、このような研究は今までにほとんどなかったと言える。本研究から退院率50%は3~4カ月にあると考えられる。2カ月以内退院率50%の政府目標の達成は困難と言わざるをえない。隔離拘束が30%以上の認知症者に行われているというのも重要な知見である。退院できない理由としては、依然として退院先の確保が困難であることが考えられた。今後は退院先の確保が喫緊の課題と考えられた。

#### E. 結論

1. 入院期間の長期化の流れを軽減するには、家族的支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保する必要がある。
2. 事前の訪問看護は自宅に退院するまでの入院期間を短縮する効果があると考えられた。
3. 精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療の支援が必要であ

ることが明らかにした。

4. 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。

5. 向精神薬使用ガイドラインに関してかかりつけ医による有用性が確認でき、今後、介護関係者を対象とした有用性の確認が必要である。

6. 認知症者の精神科病院入院は2ヵ月以内に退院するのが約2割、4ヵ月以内が6割、残りの4割は4ヵ月以上入院している実態が明らかとなった。隔離・身体拘束は3割の入院者に行われていた。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にあると結論された。

#### 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(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

## 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】** 一般病院に入院する認知症患者が精神科病院へ転院する頻度と要因を明らかにする。

**【方法】** 平成27年1月1日～12月31日に東京都健康長寿医療センター（精神科病床）を退院した272名（男85名，女性187名）について，入院時年齢，性別，入院期間，診断名，主な身体合併症，入院前の居所，退院先の居所，精神科病院への転院理由を調査し，自宅から入院して精神科病院へ転院する認知症患者の頻度と要因を分析した。

**【結果】** 認知症患者は149人で，平均年齢は80.7歳，平均入院期間は32.2日，このうち入院前の居場所が自宅であった患者は109人，このうち精神科病院へ転院した患者は29人（27.9%）であった。単変量解析によって要因を検討したところ，入院形態が医療保護入院であること，入院期間が長いこと，身体合併症の数が少ないことが精神科病院への転院に有意に関連した。29人について，自宅へ退院できなかった理由に関する自由記述の内容を分析したところ，(1)本人の臨床状態に関すること（BPSDなど），(2)家族による支援が得られにくいこと（独居・日中独居・夫婦のみ世帯，家族介護者の疲弊，家族介護者の健康問題）が主たる要因であることが明らかにされた。

**【結論】** 精神科病院への転院および長期在院化の流れを軽減するには，家族的支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保する必要がある。

**【研究協力者】**

古田 光：東京都健康長寿医療センター精神科・部長

畠山 啓：東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター・精神保健福祉士

宮前史子：東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター・研究員

扇澤史子：東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター・心理士

**A. 研究目的**

平成26年度の研究では新規に入院する認知症高齢者の実態を医療機関別（精神科病院 vs. 一般病院）に把握するための調査を認知症疾患医療センターが設置されている全国の病院を対象に実施した。その結果，「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，精神科病院に転院せざるを得ない」という流れがあり，このことが精神科病院における入院長期化の一因になっていることが示唆された。そこで，平成27年度は，認知症疾患医療センターが設置されている一般病院に入院した後に，自宅へ退院できず，精神科病院へ転院する認知症高齢者の特性を分析することにした。

**B. 研究方法**

平成27年1月1日～12月31日に東京都健康長寿医療センター（精神科病床）を退院した全患者について，診療記録を用いて以下の項目を調査した。入院時年齢，性別，入院期間，主な精神科診断名，主な身体合併症，入院前の居所，退院先の居所。また，自宅へ退院で

きなかった症例については、担当医にその理由に関する自由記述を依頼した。要因の検討では、t検定および $\chi^2$ 乗検定を用いた単変量解析を行った。すべての統計学的解析にはSPSS統計ソフトを用いた。

### (倫理面への配慮)

東京都健康長寿医療センターでは、すべての受療患者に対して、個人情報保護した上での診療データ活用について説明し同意を得ている。

## C. 研究結果

### (1) 全疾患

調査期間に退院した272名(男85人, 女187人)の特性は表1に示す。平均年齢±標準偏差は80.0±7.7歳(57歳~99歳), 平均入院期間±標準偏差は28.3±17.7日(1日~80日), このうち認知症患者は149人(54.4%), 非認知症患者は123人(45.6%), 入院前の居所は自宅(77.2%)が最も多く, 院内他科(8.5%),

表1. 対象の特徴(全疾患 N=272)

		人数	割合(%)
性別	男	85	68.8
	女	187	31.3
入院形態	任意	123	45.2
	医療保護	149	54.8
認知症患者	なし	123	45.6
	あり	149	54.4
入院前の居場所	自宅	210	77.2
	介護老人保健施設	3	1.1
	認知症対応型共同生活介護	3	1.1
	有料老人ホーム	10	3.7
	一般病院	9	3.3
	精神科病院	14	5.1
	院内他科	23	8.5

精神科病院(5.1%), 有料老人ホーム(3.7%)がこれに次いだ。

表2に退院先の居所を示す。自宅(60.7%)が最も多く, 精神科病院(19.5%)がこれに次いだ。自宅から入院した患者206人に限定すると, 精神科病院へ転院した患者は30人(14.6%)であり, 自宅以外の退院患者に占める精神科病院への転院患者の割合は54.5%であった。

### (2) 認知症患者

認知症患者149人(男51人, 女98人)の特性を表3に示す。認知症患者の平均年齢±標準偏差は80.7±7.8歳, 平均入院期間は32.2±15.9日であり, 非認知症患者に比して入院期間は有意に長かった(P<0.001)。入院形態は, 75.7%が医療保護入院。入院前の居所は自宅(73.6%)が最も多く, 院内他科(9.5%), 有料老人ホーム(6.1%), 一般病院(5.4%)がこれに次いだ。認知症患者の診断名はアルツハイマー型認知症(40.5%)が最も多く, レビー小体型認知症(39.9%), 血管性認知症(8.1%)がこれに次いだ。一人当たり平均身体合併症数は3.0で, 高血圧症が最も多く, 心疾患(21.6%), 神経筋疾患(21.6%)がこれに次いだ。表4に退院先の居所を示す。自宅(46.4%)が最も多く, 精神科病院(30.4%)がこれに次いだ。自宅から入院した患者109人に限定すると, 精神科病院へ転院した患者は29人(27.9%)であり, 自宅以外への退院患者に占める精神科病院転院患者の割合は65.9%であった。

### (3) 精神科病院に転院する要因

自宅から入院した認知症患者109人において, 退院後の居所が精神科病院の患者29人とそれ以外の患者90人を比較すると, 精神

表2. 退院先の居所(全疾患 N=272)

	全入院患者		自宅から入院した患者		
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	自宅以外退院患者に占める割合(%)
自宅	165	60.7	151	73.3	-
介護老人福祉施設	3	1.1	1	0.5	1.8
介護老人保健施設	10	3.7	6	2.9	10.9
認知症対応共同生活介護	5	1.8	4	1.9	7.3
有料老人ホーム	13	4.8	3	1.5	5.5
サービス付き高齢者向け住宅	1	0.4	1	0.5	1.8
転院(一般病院)	15	5.5	6	2.9	10.9
<b>転院(精神科病院)</b>	<b>53</b>	<b>19.5</b>	<b>30</b>	<b>14.6</b>	<b>54.5</b>
院内他科へ転科	6	2.2	4	1.9	7.3
欠損値	1	0.4	0	0.0	0.0
	272	100.0	206	100.0	-

表 3. 対象の特徴 (認知症患者 N=272)

		人数	割合(%)
性別	男性	51	34.5
	女性	98	66.2
入院形態	任意	37	25.0
	医療保護	112	75.7
入院前の居場所	自宅	109	73.6
	介護老人保健施設	1	0.7
	認知症対応型共同生活介護	3	2.0
	有料老人ホーム	9	6.1
	一般病院	8	5.4
	精神科病院	5	3.4
	院内他科	14	9.5
認知症疾患	アルツハイマー型認知症	60	40.5
	血管性認知症	12	8.1
	レビー小体型認知症	59	39.9
	前頭側頭型認知症	5	3.4
	嗜銀課粒性認知症	3	2.0
	進行麻痺	4	2.7
	その他の認知症	6	4.1
併存する精神障害	うつ病	1	0.7
	双極性障害	4	2.7
	妄想性障害	3	2.0
	不安障害	1	0.7
	アルコール関連障害	3	2.0
身体合併症 (平均合併症数 3.0±2.2)	高血圧症	76	51.4
	糖尿病	23	15.5
	脂質異常症	31	20.9
	消化器系疾患	28	18.9
	心疾患	32	21.6
	整形外科疾患	26	17.6
	腎・泌尿生殖器系疾患	19	12.8
	呼吸器系疾患	22	14.9
	内分泌系疾患	4	2.7
	血液疾患	8	5.4
	水電解質系疾患	5	3.4
	神経筋疾患	32	21.6
	眼科疾患	9	6.1
	耳鼻科疾患	1	0.7
	皮膚疾患	6	4.1
	癌	8	5.4

科病院へ転院した患者の方が、医療保護入院の割合が有意に高く (96.6% vs. 61.2%, P<0.001), 入院期間は有意に長く、身体合併症の数は有意に少なかった (表 5)。

自宅に退院できなかった理由に関する自由記述の内容を分析すると、概ね、(1)本人の臨床状態に関する事、(2)家族による支援に関する事に分類され、(1)では、①BPSD (51.7%) が最も多く、身体的健康問題 (13.8%)、その他 (アルコール関連問題) (6.9%) がこれに次ぎ、(2)では、①夫婦のみ世帯 (20.7%) が最も多く、②独居 (24.1%)、③家族介護者の疲弊 (13.8%) がこれに次いだ。自由記述の内容を表6に示す。

#### D. 考察

本調査の結果から、①一般病院に入院する認知症患者が精神科病院へ転院する割合は相対的に高いこと (概ね3割が精神科病院に転院)、②「BPSD があること」と「家族による生活支援が得られにくい状況にあること」(例：独居・日中独居・夫婦のみ世帯、家族介護者の疲弊、家族介護者の健康問題) が、精神科病院に転院する主要な理由になっていることが明らかにされた。

表 5. 精神科病院転院群と非転院群の比較

	精神科病院転院群	精神科病院非転院群	P
年齢	81.6±7.1	79.6±8.0	0.228
入院期間	39.3±13.8	30.0±16.4	0.004
合併症数	2.2±1.6	3.0±2.1	0.034

数値は平均±標準偏差

表 4. 退院先の居所 (認知症患者 N=149)

	全入院患者		自宅から入院した患者		
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	自宅以外退院患者に占める割合(%)
自宅	69	46.6	63	60.6	-
介護老人福祉施設	3	2.0	2	1.9	4.5
介護老人保健施設	5	3.4	3	2.9	6.8
認知症対応共同生活介護	4	2.7	3	2.9	6.8
有料老人ホーム	11	7.4	3	2.9	6.8
サービス付き高齢者向け住宅	1	0.7	1	1.0	2.3
転院 (一般病院)	8	5.4	3	2.9	6.8
<b>転院 (精神科病院)</b>	<b>45</b>	<b>30.4</b>	<b>29</b>	<b>27.9</b>	<b>65.9</b>
院内他科へ転科	3	2.0	2	1.9	4.5
	149	100.7	109	104.8	247.7

表6. 自宅に退院できない理由

	本人の臨床状態に関する事				家族による生活支援に関する事					
	BPSD	身体的問題	ADL	その他	疲弊	健康問題	独居	日中独居	夫婦のみ	その他
1 BPSD:易怒性・徘徊衝動などあり、入院時から家族は長期療養を希望	1									
2 BPSD暴言暴力あり、自宅介護継続は無理と入院時に転院希望	1									
3 易怒性は落ち着いたが高徘徊リスク、介護者妻のみで自宅介護継続困難と判断。	1								1	
4 家族と同居だが日中は一人になる時間が長いから、自宅退院困難								1		
5 家族の介護疲弊が著しく転院療養を希望					1					
6 家族は当初自宅退院を希望していたが、入院前のBPSD強く疲弊したのか、退院後転院希望					1					
7 妻と2人暮らし、BPSDのため妻の疲弊強く自宅退院希望せず	1									1
8 妻と2人暮らし、認知症重症、BPSD易怒・拒否・徘徊	1									1
9 視力障害、BPSD、認知症重症、身体的問題等から娘による自宅介護は無理と医療	1	1							1	
10 自宅へ戻り長男との2人暮らしを再開する予定であったが、長男の体調不良により								1		
11 自宅介護は認知症の程度やADL低下のため困難				1						
12 若年AD、娘と2人暮らし、BPSD易怒性持続のため自宅介護困難(DSも適応困難)	1									
13 主たる介護者の娘が癌に罹患しその精密加療中のお預かりとして入院、娘の体調戻る								1		
14 退院したら拒絶しそう、BPSD再発すると介護困難、と家族が転院を希望	1									
15 転院リスクが高く要拘束で特養に入ることは難しく、家族が長期療養を希望		1								
16 独居、アルコール問題、認知症進行				1				1		
17 独居、近隣と関係悪い、認知症進行、BPSD治療拒否	1							1		
18 独居、身寄りなし、認知症で自宅生活継続困難、区長同意かつ入院後見申請								1		
19 独居、認知症進行で独居継続困難、身寄りなし、協力いまいち、後見申請中								1		
20 独居、認知症進行で独居継続困難、家族同居無理、生保								1		
21 独居であり、家族同居不可、介護保険を利用して自宅介護は困難								1		
22 入院9日前、妻が制止しようとするのを察せられそうになった。	1									
23 入院前BPSDで家族への暴力あり、これ以上の自宅介護を希望せず	1									
24 認知症、アルコール問題、妻と2人暮らし				1						1
25 認知症おもい、BPSD暴力あり、妻と2人暮らしで妻が慢性症あり自宅介護無理	1	1								1
26 認知症進行、BPSD活発、歩行困難で独居継続無理、施設も不審でだめだった。	1	1						1		
27 夫も認知症で同居次男が両親共に見るのは困難と。								1		1
28 徘徊や易怒もあるもざりざりで自宅介護していた老々世帯、妻の疲弊強く長期療養を希望	1							1		1
29 徘徊有り、日中独居で自宅介護困難。	1							1		
計	15	4	1	2	4	2	7	2	6	1

BPSDへの対応は、精神科医療サービスの役割でもある。しかし、診療報酬上在院日数のしびりが大きい急性期医療を担う一般病院では、BPSDに対する精神科医療を十分に提供することができない場合がある。そのことが精神科病院への転院につながるのとは明らかである。実際、医療サービスの機能分担という観点からは、精神科病院への転院が適切な場合もあろう。

しかし、家族的支援が得られにくいという理由で精神科病院へ転院するのは、明らかに精神科医療の目的に反する。精神科病院における認知症高齢者の長期在院化の問題を解決する上で第一に行われるべきことは、家族による支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保することかと考える。本調査は一医療機関の調査であることから、結果の一般化には注意を要する。しかし、上記の結果は、一般病院において認知症高齢者の入院医療を行う臨床医が共通して実感している現実ではないであろうか。家族による生活支援が

得られにくいことが、一般病院から精神科病院への転院にどの程度影響を及ぼしているかを定量的に評価するためには、世帯類型のデータを説明変数に投入した解析が必要である。残念ながら、このたびの調査は診療録を用いた後方視的調査であったため、世帯情報を収集してデータベース化することができなかった。世帯類型を調査項目に含めた調査が必要である。

本研究の結果は、本研究の調査手法が、一般病院に入院する認知症患者の退院動向を調査する方法として実現可能であることを示している。一般病院から精神科病院へ転院する患者の背景について、より一般化可能な結果を得るためには、多施設共同調査が必要である。

また、一般病院から精神科病院へ転院した患者において、①BPSDがあること、②家族による生活支援が得られにくい状況にあることが、その後の精神科病院における入院の長期化にどのような影響を及ぼすかについては、さらなる追跡調査を行う必要がある。

## E. 結論

1) 一般病院の精神病床に入院する認知症患者の約3割が精神科病院へ転院している。

2) BPSDがあることと、家族的支援が得られにくい状況にあることが、自宅へ退院できず、精神科病院への転院が選択される主要な要因となっている。

3) 精神科病院の長期在院化の問題を解決するために第一に行われるべきことは、家族による支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制の確保であろう。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 栗田主一：認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか. 老年精神医学雑誌. 26:487-492, 2015.

2) 栗田主一：アルツハイマー病診断後の生活ストラテジー. 医療サービス, 生活支援サービス, 介護保険サービスを利用する. 老年精神医学雑誌. 26:398-405, 2015.

3) 栗田主一：これからの認知症疾患医療センターに求められること. 病院 74: 750-755, 2015.

### 2. 学会発表

1) 栗田主一：認知症と共により良く生きる. 日本認知症ケア学会（2015年度関西地域大会）. 2015. 9. 6. 大阪（基調講演）.

2) 栗田主一：認知症疾患医療センターの現在と未来. 第34回日本認知症学会, 2015. 10. 2-10. 4 青森（シンポジウム）.

3) 栗田主一：認知症地域連携・支援. 第20回日本神経精神医学会. 金沢, 2015. 12. 12.

4) 栗田主一：認知症の人の暮らしを支える総合支援体制の構築. 第35回日本社会精神医学会, 岡山, 2016. 1. 28-1. 29（教育講演）.

## 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

認知症高齢者に対する精神科訪問看護が入院期間や退院先に与える影響

研究分担者：北村 立（石川県高松病院・院長）

**【研究要旨】**

平成 26 年 4 月から 27 年 9 月に、石川県立高松病院へ入院した単身か子と二人世帯の認知症高齢者のうち、事前に訪問看護を行っていた群（訪問群）12 人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46 人について後方視的に比較検討した。自宅への退院は、訪問群が 8 人（67%）、対照群が 17 人（40%）で退院先に有意差はなかったが、入院期間は訪問群平均 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。

**A. 研究目的**

認知症の人に対する精神科訪問看護が、精神科病院への入院期間の短縮や自宅への退院を促進するか検討する。

**B. 研究方法**

平成 26 年 4 月 1 日から 27 年 9 月 30 日の間に、石川県立高松病院（以下、当院）へ入院した認知症高齢者のうち、世帯構成が単身世帯か子と二人世帯の患者 58 人を対象とした。事前に訪問看護をしていた群（訪問群）12 人と訪問看護をしていなかった群（対照群）

46 人に分け、自宅へ退院するまでの期間とそれに影響を与える要因について、Cox 比例ハザードモデルを用いて検討した。平成 27 年 9 月 30 日現在入院中の患者はその日までを入院期間とした。

**（倫理面への配慮）**

当院の倫理審査委員会の承認を受けた。

**C. 研究結果**

今回は自宅への退院がより困難と思われる単身者、日中単身者を対象とした。対象者の属性を表 1 に示す。

表 1. 属性

		訪問群 (n=12)	対照群 (n=46)	p 値
性別	女性	10 (83.3%)	31 (67.4%)	0.478
年齢		78 (4.9)	84 (6.2)	0.001
診断	AD	7 (58.3%)	25 (54.3%)	0.939
	DLB	2 (16.7%)	13 (28.3%)	
	VD 他	3 (25.0%)	8 (17.4%)	
主介護者	子	9 (75.0%)	39 (84.8%)	0.417
	その他なし	3 (25.0%)	7 (15.2%)	
MMSE		16.8 (7.2)	11.7 (7.3)	0.028
N-ADL		40.5 (4.5)	32.6 (12.7)	0.056
主訴	攻撃性	2 (16.7%)	17 (37.0%)	0.981
	多動	5 (41.7%)	28 (60.9%)	
	うつ・拒食	3 (25.0%)	3 (6.5%)	
	夜間不眠	3 (25.0%)	12 (26.1%)	
	大声・叫声	0 0	2 (4.3%)	
NPI		39.8 (28.7)	40.7 (20.8)	0.9085

訪問群は対照群に比べ、年齢が若く、入院時の MMSE 得点が高かった。性差、診断、入院時主訴、入院時 NPI 得点に有意差を認めなかった。N-ADL 得点は訪問群で高い傾向にあったが、有意差はなかった。自宅への退院は、訪問群が 8 人 (67%)、対照群が 17 人 (40%) だが、退院先について有意差はなかった (図 1)。

両群の入院期間は図 2 に示すとおりであり、平均日数にすると訪問群 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。自宅へ退院するまでの期間に影響を与える要因として、両群に有意差のあった年齢、MMSE 得点と事前の訪問看護の有無を Cox 比例ハザードモデルで

図 1. 退院先

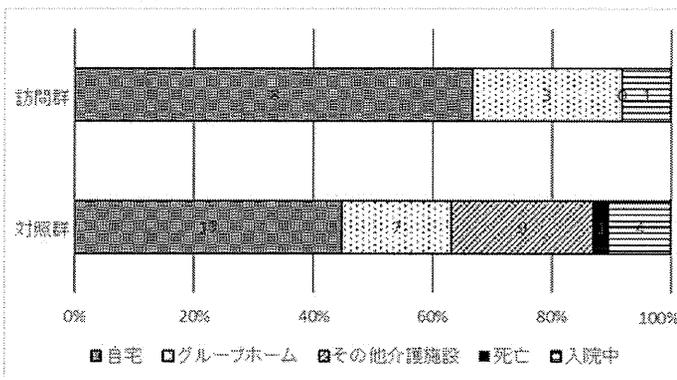
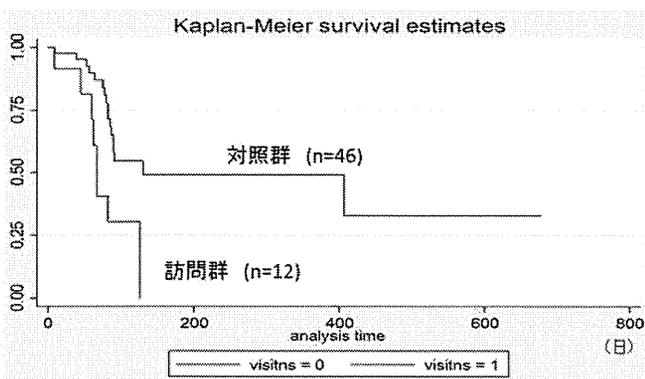


図 2. 退院曲線



平均入院期間 訪問群78.2日 対照群329.1日

表 2. 自宅への退院までの機関に影響を与える因子

要因	ハザード比	p	95%信頼区間
訪問看護あり	4.163	0.012	1.360-12.740
年齢	1.038	0.347	0.961-1.120
MMSE 得点	0.97+	0.527	0.918-1.045

検討したところ、表 2 に示すように年齢や MMSE 得点は関係なく、事前の訪問看護だけが入院期間に関与していた。以上より、自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。

#### D. 考察

単身者や子と二人暮らしで日中単身になるケース、すなわち家族介護力の不足しているケースでは、早期から訪問看護を行なっていれば、一旦入院しても自宅へ退院するまでの期間が短縮し、施設へ退院する場合でも入院期間が短くなることが判明した。新オレンジプランに掲げられた循環型のシステムを有効なものにするためにも訪問看護は有効な手段だと考えられる。

一方で、今回は調べ得なかったが、介護サービス施設との関係性や家族・親族との関係性も入院期間に影響を与える可能性がある。さらに今回の結果は、訪問看護が有効なのではなく、事前に当院へ通院していたことが影響しているのかもしれない。訪問看護を導入するのは、家族介護力が乏しい場合や BPSD のため家族の疲弊が激しい場合、介護サービスにつながらない場合など、在宅生活の維持が困難な事例に多い。したがって訪問看護を行う時点で入院のハイリスク群とも言える。そのハイリスク群が訪問看護によりどれだけ精神科入院を回避できるか、あるいは入院期間を短縮できるかという問題については、対照群の設定が難しく、量的な検討では限界があると思われる。よって訪問看護の効果を検証するには質的研究が必要と考えられた。

#### E. 結論

単身世帯や子と二世帯の認知症高齢者が精神科病院に入院する場合は、事前に訪問看護を行っている方が自宅へ退院するまでの期間が短い。

訪問看護の効果を臨床的に検討した報告は少なく、学術的な意義は高いと思われるが、診療統計による量的な研究では訪問看護の効果を評価するには限界があり、質的研究が必要であると考えられた。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 北村 立：目指せ！日本のアドミラルナーズー石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介ー。全国自治体病院協議会雑誌，54(6)：139-142

2) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、村井千賀、北村 立：精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法。作業療法ジャーナル，49：685-691. 2015.

3) Tatsuru Kitamura, Shinnichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku hino. :Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS Disord. 2015;17(0):doi:10.4088/PCC.15m01785

4) Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, Tatsuru Kitamura : Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychogeriatrics, 2015 Apr27. doi:10.1111/psyg.12114

### 2. 学会発表

1) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、柴田克之、北村 立：認知症高齢者の生活機能と家族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～。第49回日本作業療法学会，神戸市，2015.6.20.

2) 塩田繁人、稲口葉子、杉本優輝、大西昌江、山川透、北村真希、北村 立：河北郡市の認知症支援ネットワーク～BPSDの予防や対応に焦点を当てて～。第53回全国自治体病院協議会総会・研修会、帯広市、2015.08.27.

3) 北村 立：認知症の治療とケアー生活機能の視点からBPSDをマネジメントするー。日本認知症ケア学会2015年度北陸・甲信越地域大会，金沢市，2015.10.04.

4) 北村 立：生活障害としての認知症. 地域包括ケア・イノベーションフォーラム第10回ワークショップ，東京，2015.10.07.

族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～。第49回日本作業療法学会，神戸市，2015.6.20.

5) 北村 立，神川繁利，北村真希，佐野滋彦，日野昌力：超高齢認知症入院患者の臨床的特徴. 第34回日本認知症学会学術集会，青森市，2015.10.02.

6) 北村 立：地域における一般科医療と精神科医療ー認知症医療における精神科の役割ー。第35回日本社会精神医学会，岡山市，2016.01.29.

## 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

認知症の身体合併症医療に関する研究

研究分担者：齋藤正彦（東京都立松沢病院・院長）

【研究要旨】

平成 26 年度の調査結果を元に、総合病院 ER 受診例について対照群をおいて比較した。認知症群は、対照群に比して救急車の利用率、入院率が有意に高かった。入院後は身体拘束、センサーマットなどによる行動制限が有意に高く、患者の ADL 低下が危惧された。一方、精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療としての支援がなければ経営が成り立たないことが明らかになった。平成 27 年度から、精神科病院合併症病棟、認知症病棟における誤嚥性肺炎、大腿骨骨折に対する人工骨頭置換術について調査を開始した。誤嚥性肺炎で治療を受けた認知症患者は 1 年間に 46 例であった。肺炎を治療標的として松沢病院の精神科病棟、あるいは単科精神科病院や介護施設から転入する患者の他に、整形外科疾患等で入院した患者に合併していた事例、あるいは術後合併症として肺炎を併発した事例があった。治療後自宅に退院した患者は 20%で、施設入所 36%、転院・転科 22%、死亡 22%であった。松沢病院における大腿骨骨頭置換術は 2 年間に 51 例、このうち認知症合併例は 11 例であった。両疾患とも、今後事例を増やして解析を行う。

【研究協力者】

樫山鉄矢：東京都立松沢病院副院長  
犬尾英里子：東京都立松沢病院検査科医長  
牛田正宏：東京都立松沢病院整形外科医長  
吉田滋之：東京都立松沢病院整形外科医員

A. 研究目的

認知症患者の身体合併症医療の実態を調査し、その問題点を明らかにすることを目的とする。平成 28 年度研究班終了までに、現実的な対応策を提示すること。

B. 研究方法

平成 26 年度には、都立総合病院 ER における認知症患者の実態を調査、同じく、総合病院身体疾患診療科病棟に対する精神科のリエゾンに関する調査、精神科病院における身体合併症治療病棟の概要に関する調査を行った。

平成 27 年度には、以下の調査と分析を行

った。

①平成 26 年に実施した都立総合病院 ER における認知症患者受診の調査データについて、同病院における一般の救急搬送患者と比較して、分析を行った。

②平成 26 年に実施した東京都立松沢病院(以下、松沢病院)における身体合併症医療に関する調査結果について、医療経済上の分析を加えて分析を終えた。

平成 27 年度から、新たに、認知症患者の身体合併症として代表的な外科系疾患、内科系疾患を取り上げ、松沢病院における治療の実態調査を開始した。

③誤嚥性肺炎

④大腿骨頸部骨折

①、②については、平成 26 年度調査の結果に、病院内の診療統計、経営統計資料を加えて分析を行い、研究のための新たな患者個人情報収集は行っていない。

③、④については、松沢病院における後方

視的カルテ調査によって行った。結果は統計的に分析され、患者、家族に対する新たな負担となるような調査、検査等を行っていない。結果の分析、公表において個人情報につながる情報の暴露はない。

### (倫理面への配慮)

今年度の研究は、前年度に引き続き、診療録から後方視的に情報を採取し、統計的に処理するものであって、患者や家族に研究のための負担を強いることは全くない。個々の症例についての分析を行わないので研究成果の公表によって個人情報が外部に暴露されることはない。

したがって、前年度同様の、院内告知のみで、個々の患者の同意は得ていない。こうした研究方法については、平成26年度の研究開始時に、当院倫理委員会の承認を得ている。

## C. 研究結果

### ①都立総合病院 ER における認知症患者合併症治療の実態

この調査は、東京都立多摩総合医療センターERを、2014年10月28日から2015年1月28日までの3ヶ月間に受診した患者のうち、認知症を合併すると判断された患者を対象とし、診療録を用いて年齢、性別、受診理由、暫定診断、外来転帰、入院後の経過等を調査した。

対象期間中のER取扱数は、9180例、このうち認知症と判断された事例は、合計99例（以下、認知症群）であった。同時期に救急受診した75歳以上の高齢者のうち、受診時に認知症の申告がなかった1830例を対照群（外来対照群）として比較した。

両群の属性等を表1に示した。外来対照群

表1. 認知症群と外来対象群の概要

	認知症群	外来対照群
患者数	99例	1830例
年齢（平均）	58-104歳（82.5歳）	75-100歳（82.1歳）
性別（男/女）	45/53例	888/942例
救急車搬送	49例（50%）※	184例（10%）※
入院	44例（44%）※	525例（29%）※
※ p<0.005, $\chi^2$ 検定		

に比較して、認知症群は、救急車使用率、入院率が有意に高かった。重症化するまで受診に至らなかった事例が多いためと考えられる。表2に受診理由を示した。認知症群では、転倒、動けなくなった、失神の割合が有意に高かった。

表2. 受診理由

	認知症群（99例）	外来対照群（1830例）
転倒	23例（23%）※	248例（14%）
発熱	15例（15%）	220（12%）
動けなくなった	11例（11%）※	9例（0.5%）
失神	10例（10%）※	45例（2.5%）
※ p<0.05, $\chi^2$ 検定		

次に、認知症群において、救急受診後入院となった44例のうち、入院後の記録が参照出来た40例について検討した。年齢は、66-97歳（平均82.5歳）、男性21例、女性19例であった。入院時診断では感染症が多く15例（38%）を占め、続いて頭部等の外傷5例（13%）、脳血管障害5例（13%）、消化管出血4例（10%）などであった。認知症を主病名とした精神科への入院は1例のみであった。

表3は、入院した認知症群の入院後の経過を、同時期、ER受診後に入院した75歳以上

表3. 入院後経過

	認知症群	入院対照群
○患者	40例	242例
年齢（平均）	72歳-97歳（82.5歳）	75歳-100歳（81.1歳）
性別（男/女）	22例/18例	108例/134例
○処置		
拘束処置	26例（64%）※	29例（9.2%）
センサーマット	16例（40%）※	28例（11%）
○転帰		
自宅退院	9例（23%）	64例（27%）
施設退院	4例（10%）	9例（3.7%）
転院	24例（60%）	152例（63%）
死亡退院	3例（7%）	10例（4.1%）
※ p<0.05, $\chi^2$ 検定		

の高齢者 525 例で、病棟看護師によって概ね認知障害なしと判断された 242 例（入院対照群）と比較したものである。認知症群では、身体拘束、センサーマットの使用率が入院対照群より有意に高く、拘束による ADL の低下、全身状態の悪化が危惧された。入院後の転帰には、両群間に有意差はなかったが、両群とも転院例が 60% を超えており、高齢の救急受診者の治療については、転院後の状況を含めた追跡調査が必要であろう。

救急担当医に対して、認知症群の状況に対するアンケート調査を行った。回答が得られたのは、認知症群のうち 31 例で、回収率は 32% である。担当医により、緊急性ありと判断された例は 40%、緊急性なしとされた例は 43%、「どちらとも言えない」が 17% であった。31 例のうち、19 例（61%）において、担当医が、診療上何らかの障害を感じたと報告していた。表 4 にその内容を示した。

表 4. 認知症患者の診療において困難と感じたこと

・ 情報聴取が困難
・ 診察が困難
・ 処置が困難
・ 同意取得が困難
・ 胃管や点滴に触るので危険であった。
・ 処置中に暴力的になり診察不能となった
・ 理解の悪さから、頻回な受診になり易い
・ 治療方針について、本人の意見を聞けなかった
・ 必要最小限の精査で終了した
・ 事後の指示が理解されなかった
・ 入院適応ではなかったが、社会的入院となった
・ 病歴の不足、訴えの信頼性の低さから、検査過剰になり易い

(榎山鉄矢)

## ②松沢病院合併症病棟における身体合併症病棟の概要

平成 26 年度報告、今年度の報告③、④において、松沢病院における合併症病棟の臨床統計を取り上げている。厚生労働省の新オレンジプランは、身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状 (BPSD) への対応力を高めること、及び精神科病院に

おける身体合併症への対応力を高めることがともに重要であるとしている。松沢病院は 2 つの認知症専門病棟と、4 つの身体合併症病棟を持ち、認知症患者の身体合併症治療を行ってきた。これらの病棟は、東京都の行政医療の一部として運用されており、いわゆる急性期病院ではないが、一般の精神科病院に比較すれば、かなり、専門的な身体合併症治療が可能である。ここで、松沢病院合併症病棟の機能について概観しておく。

精神科病床の職員配置は医療法上の精神科特例のため、一般病床に比較して著しく低い。松沢病院の 890 床のうち、800 床は精神科病床であり精神科特例に従った人員配置である。残る 90 床は、診療報酬上、看護基準 15 : 1 の一般病床である。

認知症病棟 (36 床・41 床) はいずれも精神科病床で、各々指定医 1 人 + 精神科シニアレジデント 1 人が配置され、このうち身体合併症患者を受け入れる 41 床の病棟には内科医 1 人が兼務で配置されている。合併症病棟は 5 病棟 (221 床) あり、3 病棟 (131 床) が 13 : 1 の精神科病床、2 病棟 (90 床) が 15 : 1 の一般病床である。このうち、結核患者を受け入れる精神科 1 病棟を除いた 4 病棟を合併症病棟としてその機能を論じる。これらの 4 病棟には精神科医 3 人、精神科シニアレジデント 2 人の他、内科医 10 人、神経内科医 2 人、外科医 3 人、整形外科医 2 人、脳外科医 2 人、麻酔科医 2 人、リハビリテーション科医 1 人、放射線科医 1 人 (2016 年 3 月 13 日現在) が配置されている。

当直医は 890 床に対して 5 人であるが、精神科医以外の身体科医は 1 人である。松沢病院には身体科の後期研修医はいないので、この 1 人が、合併症病棟のみならず、890 床全体で起こる身体疾患に 1 人で対応し、さらに救急受診する精神科患者の合併症について診療を支援する。残る 4 人のうち、2 人は精神科の精神保健指定医、又はそれに準じる経験を持つ医師、1 人は精神科の後期研修医、1 人は初期研修医である。初期研修医は、当直帯で行われる上席医 (精神科・身体科) の医療行為の助手を勤める。松沢病院では、年間およそ 200 件の手術 (外科、整形外科、脳外科) が行われるが、手術当日の当直医に、外