

科系医師がいないことも珍しくない。同様に、金曜日の午後に内科の重症患者が入院して、土日の当直医が外科系の医師のみという事態もありうる。

合併症病棟の看護配置基準は、精神科指定病床2病棟で13:1、一般病床2病棟が15:1であるが、実際の看護配置は病棟区分による区別はつけず、他の精神科病床に比較して手厚い看護配置を行っている。各々22人から24人の看護師が配置され、準夜勤3人、深夜勤3人で運営されている。松沢病院看護部門は、全員が正看護師以上の資格を持ち、看護助手はいない。この他、2015年度からはじめて、放射線科、検査科の24時間体制が確立した。一般病床2病棟を含め、松沢病院の合併症病棟に入院する患者のほとんど全てが精神医学的なケアを必要としている。一般病院とは異なり、医学的管理全てに加え、更衣、摂食、排泄、入浴などの日常生活行為にも看護師の支援が必要である患者が大部分を占める。合併症病棟4病棟を除く松沢病院の病床稼働率は、認知症の2病棟を含めて90%前後であるのに対して、合併症病棟4病棟の稼働率は60~70%であるが、稼働率が70%を超えると看護管理が極めて困難になる。2016年2月の実績では、精神科指定病床である合併症病棟2病棟（閉鎖病棟）の平均稼働率71.6%、平均在院日数47.6日、一般病床2病棟（開放病棟）の平均稼働率68.0%、平均在院日数43.8日である。

松沢病院の合併症病棟は、都内の単科精神科病院の院内で起こった身体合併症に対応することを目的として発足したが、現在では、地域の診療所からの紹介、総合病院救急からの紹介が増えて、ほぼ同数となっている。また、地域の診療所からの合併症入院依頼の多くを認知症患者が占めている。

2015年度、松沢病院の身体合併症への入院依頼受け入れ率は80%を超えており、受け入れできない20%の中には、他の病院での受け入れが先に決まったためにキャンセルになった事例、総合病院の医療水準を必要とする事案としてしかるべき医療機関を紹介した例などが含まれる。

医療経済的な視点から、松沢病院の23病棟を比較すると、利益率の高い順に、救急病

棟群、医療観察法病棟、急性期病棟群、特殊病棟群（認知症、依存症）、慢性期病棟群、合併症病棟群の順になる。松沢病院の合併症病棟の損益分岐点は、現在の患者数の2倍以上である。合併症病棟群の入院患者数を2倍にするためには、稼働率を上げつつ在院日数を短縮することであるが、先に述べたとおり、現在の60~70%という稼働率は、現在の看護基準では、認知症を含む精神疾患患者の身体合併症医療の限界であるといつてよい。他方、松沢病院で当初の予定入院期間を超えて退院が遅れる患者の60%は、患者の経済状態に応じた適切な生活の場がないということだけが理由であり、この問題が解決しない限り、医療機関の努力で在院日数を短縮することは不可能に近い。

松沢病院の合併症病棟の人的資源は、急性期病院とは比較にならないほど手薄なものであるといわざるを得ないが、一方で、私立精神科病院、自治体立精神科病院と比較すると、全ての職種で松沢病院は、手厚い人事配置が行われている。特に看護職員について、松沢病院ではその全てが正看護師以上の資格を持っているのに対して、私立精神科病院の職員には看護助手を含み、看護師の中には、准看護師資格の職員も含まれている。行政医療を担う松沢病院では、私立精神科病院に比較して質、量ともに手厚い人員配置を行っているが、それでもなお、急性期病院の水準に遠く及ばない。身体看護に加えて精神科看護が必要とされているにも関わらず、診療報酬上、そうした配慮が全くなされていないからである。③、④に示したように、認知症患者の合併症入院医療を行うためには、身体疾患に対する治療と並行して、精神的介入を必要とし、さらに、手厚い看護・介護が必要となる。また、内科疾患であれ、外科・整形外科疾患であれ、入院治療によって身体機能が低下するリスクが高く、入院前の生活環境に戻るができなくなる場合も少なくないために、丁寧なソーシャルワークが必要になる。こうした条件を勘案すれば、入院期間の極端な短縮は困難である。オレンジプランが示すように、一般の精神科病院にてこ入れして認知症患者の身体合併症に対応する為には、医師、看護師を中心とする人的資源の充

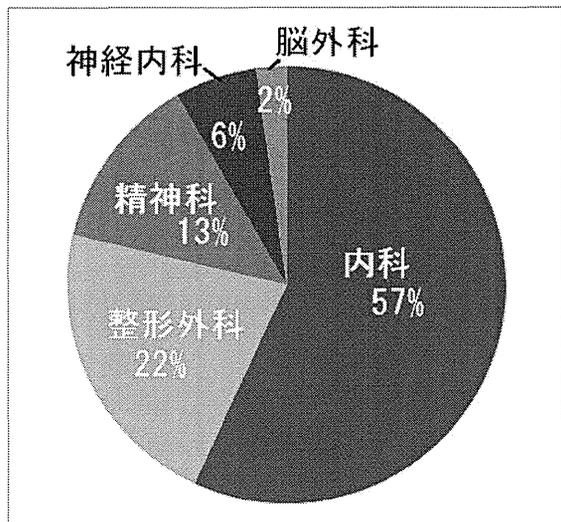
実と、それを支援する為の診療報酬の抜本的な見直しが必要である。(斎藤正彦)

③松沢病院合併症病棟における誤嚥性肺炎治療に関する調査

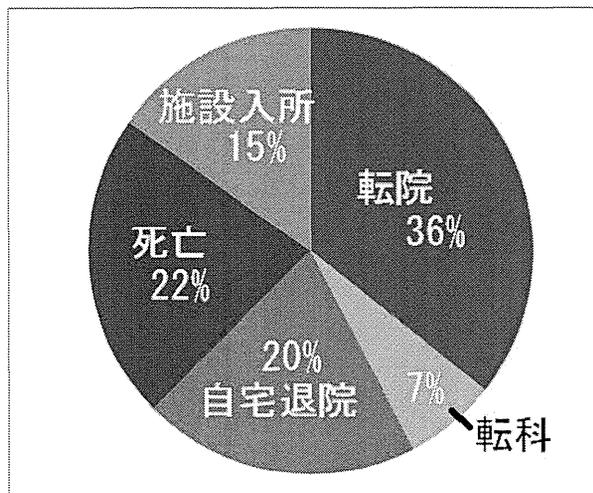
2014年4月1日から2015年3月31日に身体合併症病棟(176床)および認知症病棟(76床)を退院した認知症患者のうち誤嚥性肺炎と診断し加療された患者は46例であった。平均年齢は79.1歳、男女比は男性22例、女性24例で、グラフ1に示したとおり、診療科別では内科56.7%(26例)、整形外科21.7%(10例)、神経内科6.5%(3例)、脳外科2.2%(1例)、精神科(認知症病棟)13.0%(6例)であった。

治療後の転帰をグラフ2に示した。精神科病医院への転院34.8%(16例)、院内で内科

グラフ1. 誤嚥性肺炎の患者を担当した診療科



グラフ2. 誤嚥性肺炎合併症患者の転帰



注：転科とは内科病棟から院内の精神科病棟へ転科したものの

から精神科へ転科6.5%(3例)、死亡21.7%(10例)、自宅へ退院19.6%(9例)、施設へ転出14.3%(8例)であった。

診療科により患者の特徴は異なり、内科では既に他院で肺炎の診断がつき治療開始していても奏功しない治療困難例、施設入所者の誤嚥性肺炎発症が多かった。既治療患者では、抗菌薬の単独使用では治療困難である例が少なくなく、入院時、既に重度の呼吸不全であるため入院後数日で亡くなる例もみられた。当院の精神科から集中治療を要するために内科へ転科となり、治療終了後再び精神科病棟へ戻ったのは3例であった。

整形外科では、入院時に胸部XP上、陳旧性の肺炎変化を認め、おそらく元々軽い嚥下障害のあったと思われる患者が、骨折して整形外科手術治療目的で当院に入院し、術後の臥床安静中に肺炎が顕在化する症例が多くみられたが、肺炎重症例は少なかった。

精神科(認知症病棟)では、精神症状の悪化に伴う精神科薬の服薬調整を目的とした入院、進行した認知症のために在宅介護が困難となり認知症の評価及び退院後に施設へ入所するためのソーシャルワークを目的とした入院、地域包括センター等からの依頼に基づく、独居医療未介入認知症(いわゆるゴミ屋敷に住んでいる)の入院等であった。これらの患者の中に、潜在的な肺炎患者があり、入院時の検査で発覚したもの、入院後に肺炎を顕在化したもの、入院後の療養家庭で肺炎を起こしたものなどがある。

誤嚥性肺炎で治療を行った患者について入院前後の生活自立レベルを比較したところ、肺炎治療後に生活自立レベルが低下したもの(死亡を含む)50%、不変が43.5%、改善したものは6.5%であった。誤嚥性肺炎の罹患をきっかけに半数で、生活自立レベルが下がることが示された。

精神科病棟患者の86.3%が死亡退院しているが、これは肺炎罹患前より認知症がエンドステージにあるため内科へ転科はせず、かつ人工呼吸器や中心静脈点滴管理等の積極的加療を望まず末梢点滴管理、酸素投与のみの治療を行った結果である。

認知症の進行例では臨床症状の変化は乏しく、定期検査で偶然血液検査上の好中球増

多、CRP 高値を認め、施行された胸部 XP 検査で肺炎が診断される症例もみられた。精神症状の日による変化、特に抑鬱状態は、身体状態の悪化で活動性が低下しているのか、精神症状の変動であるのか判断が困難であり、治療開始が遅れることもある。

初期の抗菌薬の選択では SBT/ABPC が最も多く 54.3% で半数以上であった。次いで AMPC/CVA15.2%、CTRX8.7%、MEPM6.5%、CEZ4.3%、PAPM/BP・CFPM・TAZ/PIPC・CLDM・VCM はそれぞれ 2.2% であった。

半数以上の症例では SBT/ABPC を投与されたが、投与されなかった症例では既に他院にて加療を行っている難治症例、結核を併発している症例、点滴投与回数がより少ないセフトリアキソンを選択した症例、整形外科では軽症のため経口薬投与されていた等であった。(犬尾英里子)

④松沢病院合併症病棟における大腿骨頸部骨折治療に関する調査（予備的検討）

平成 27 年度、大腿骨頸部骨折に関する調査については、精神疾患全般に合併する事例の調査を行った。調査対象は、平成 25 年 4 月 1 日から 27 年 3 月 31 日までの 2 年間に、松沢病院において大腿骨頸部置換術を行った 51 例である。患者の属性と疾患属性を表 5 に、受傷前の歩行機能と手術後の歩行機能の対比を表 6 に示した。

対象患者全例に精神疾患を認め、同じく全例に何らかの身体的基礎疾患を認めた。手術に先立って治療を要する身体疾患がなかった症例は 51 例中 8 例に留まる。

受傷後骨折が認知されるまでの期間、当院入院までの期間が、前者で平均 3.4 日、最長 30 日、後者で平均 10.0 日、最長 36 日と長いのは、基礎となる精神疾患に関連した社会的背景によるところが大きい。入院から手術までの期間は平均 7.4 日、最長 22 日であった。手術に先立って、重度貧血等の身体状況を治療する必要がある症例が多いことに加え、最長 22 日を要した事例は、身寄りのない統合失調症患者で、本人の治療同意能力に疑問があるとはいうものの、明確な医療拒否の意思を表示しており、その説得に時間を要したものである。

術後の合併症の頻度も高く、リハビリテーションに時間を要する例、退院後の静養先確保に時間を要する例があり、整形外科病棟入院期間は平均 78.5 日、最長 234 日であった。

受傷前に独歩歩行が可能であった 40 例のうち、手術後、独歩可能なまでに回復したのは 29 例で、51 例中 16 例 (31.4%) は、退院時の歩行機能が、受傷前の歩行機能より低下していた。認知症 11 例についてみると、受傷前の機能を維持したものの 5 例 (3 例独歩、2

表 5. 人工骨頭置換術を施行した大腿骨頸部骨折 51 例の患者属性と疾患属性

受傷年齢	44～90 歳、平均 66.5 歳
性別	男性 17 人、女性 34 人
左右	右 29 例、左 34 例
受傷起点	転倒 44 例、不詳 6 例、自殺企図 (投身) 1 例
受傷から骨折発見まで	0～30 日、平均 3.4 日
受傷から入院まで	1～36 日、平均 10.0 日
入院から手術まで	1～22 日、平均 7.4 日
入院期間	26～234 日、平均 78.5 日
精神疾患の内訳	統合失調症 29 例、認知症 11 例 (AD6 例、BD5 例)、うつ病 3 例、てんかん精神病 2 例、精神発達遅滞 2 例、アルコール依存症 2 例、薬物中毒 2 例
大腿骨骨折以前からあった身体的基礎疾患 (重複あり)	循環器疾患 27 例、脳疾患 13 例、高血圧 10 例、糖尿病 10 例、電解質異常 10 例、腎疾患 9 例、高脂血症 7 例、肝疾患 7 例、呼吸器疾患 7 例、摂食障害 6 例、変形性関節症 3 例、疥癬 1 例、低血糖 1 例、下肢不全麻痺 1 例
入院時合併症 (重複あり)	なし 8 例、あり 43 例 肺炎 30 例、尿路感染症 14 例、せん妄 6 例、巨大結腸症 5 例、高度貧血 (要・術前輸血) 4 例、拒食 4 例、汎血球減少症 3 例、肝障害 3 例、治療を要する高アンモニア血症 2 例、重度低アルブミン血症 (要・術前輸血) 2 例、肺塞栓による急性呼吸不全 1 例
入院時下肢静脈血栓症	なし 29 例、あり 22 例
術後合併症 (重複あり)	なし 6 例、あり 45 例 術後貧血 32 例、誤嚥性肺炎 20 例、尿路感染症 9 例、脱臼 4 例、敗血症 3 例、医原性骨折 (大転子部) 3 例、急性循環不全 3 例、狭心症発作 2 例、深部感染 2 例、喘息 2 例、後頭葉皮質からの出血による意識障害 1 例、高カリウム血症 1 例、転倒による大転子部不全骨折 1 例、
術後精神症状の悪化	なし 31 例、あり 20 例 せん妄 10 例、摂食障害 4 例、過鎮静 3 例、昏昏迷 2 例、医療行為拒否 1 例

表 6. 受傷前、手術後の歩行機能

術後	独歩	歩行器歩行	介助歩行	車椅子	寝たきり
受傷前					
独歩	29 (3)	2	5 (2)	4 (3)	0
歩行器歩行	0	0	0	0	0
介助歩行	0	0	5 (2)	4 (1)	1
車椅子	0	0	1	0	0
寝たきり	0	0	0	0	0

グレーのカラムは変化なし

カッコ内の数字は、認知症の症例数

例介助歩行)、術後、歩行機能低下をきたしたものの6例(独歩⇒介助歩行2例、独歩⇒車椅子3例、介助歩行⇒車椅子1例)であった。認知症群の歩行機能維持率45.5%は、その他の精神疾患の機能維持維持(改善1例を含む)率75.0%に比較して低かった。

認知症患者の術後歩行機能の再獲得の障害となったのは、リハビリテーションが円滑に進まなかった、術後せん妄により安静が保てず脱臼、創部感染を起こした、精神症状に起因する全身状態の悪化をきたした(統合失調症例)などである。なお、術後せん妄は10例、19.6%に見られたが、これは、一般患者を対象とした従来の報告より低く、術前から一貫して整形外科医と精神科医が併診する松沢病院合併症医療の成果であるといえる。

平成28年度には、さらに事例を追加して、認知症に合併した大腿骨頸部骨折事例と、その他の精神疾患に合併した事例とを比較することとする。(吉田滋之、牛田正宏)

D. 考察

これまでの調査で、認知症患者の身体合併症治療におけるいくつかの課題が、明らかになった。その第一は、患者自身が身体症状を的確に訴えられない、あるいは家族、施設、場合によっては医療機関における観察が不十分であるために、疾患に気づかれるのが遅く、対応が遅れがちであるということである。そのため、ER受診時は既に重症化しており、救急車による搬送が増え、予後が悪くなる。誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折などの代表的な疾患においても、入院までに時間がかかり、肺炎や骨折などに加えて、別の身体合併症を併発していたり、栄養障害、貧血など、主たる疾患の治療に先立って対応しなければならない症状があったりするために、入院後、主たる身体合併症治療を開始するまでに時間を要し、治療成績を下げている可能性がある。

第二の課題は、入院後、患者が治療に協力できないことに起因するトラブルが多いということである。術前の検査に協力できない、術後の安静が保てないといったことが頻繁に起こり、そのために治療成績の低下、治療後のリハビリテーションの効果減退、合併症

の多発等が起こっている。

第三の課題は、意思決定の問題である。患者の治療拒否あるいは、治療に同意する能力の欠如が、様々な段階で、治療の遂行の支障となっている。

第四の課題は、ソーシャルワークの困難さである。内科疾患であれ、外科、整形外科疾患であれ、認知症に合併した重篤な身体合併症は、うまく治療ができたとしてもADLを含む身体機能を低下させる可能性が小さくない。ADLの低下は、介護負担の増大と直結し、入院までの住居に退院できない可能性も小さくない。

第五の課題は、入院期間の長さである。これまで示した第一から第四の課題の結果、認知症合併症医療の入院期間は必然的に長期化する。

第六の課題は、医療経済上の問題である。認知症患者の頻繁な救急受診は、総合病院救急医療の効率を下げ、救急医療のコスト・パフォーマンスを低下させている可能性がある。精神科病院は、精神科特例のために極めて不十分な人的資源しか持たず、行政医療として行われている松沢病院の身体合併症治療は、経済的にはもっとも大きな赤字を出している。入院期間の長さのために、より高額な診療報酬を得られる看護基準をとることができない。

E. 結論

研究2年目までの調査によって、考察で述べた六つの課題が明らかになりつつある。新オレンジプランは、急性期病院のBPSD対応力を高めることと、精神科病院の身体合併症対応力を高めることによって、認知症に合併する身体疾患の治療を行おうとしているが、この研究が示しつつある認知症患者の身体合併症治療における課題は、こうしたアプローチとは違う角度から、合併症治療に必要な条件を明らかにしようとしている。

研究の最終年度は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折治療について、対照群をおいた統計検定が可能なところまで症例数を増やして、今年度示した課題を再検討する。同時に、認知症患者の精神科治療、身体合併症治療における医療同意のあり方について、学会における

ワークショップ等を通じて検討する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 斎藤正彦：精神科病院における身体合併症医療－東京都立松沢病院の実践－. 老年精神医学雑誌, 27(4), 375-381, 2016,

2) 樫山鉄矢, 西田賢司, 斎藤正彦：認知症患者における身体救急の現状と課題. 老年精神医学雑誌, 27(4), 399-405, 2016,

3) 犬尾英里子, 樫山鉄矢, 斎藤正彦：認知症における誤嚥性肺炎. 老年精神医学雑誌, 27(4), 421-426, 2016,

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

「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。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。また、客観的評価スケールを用いて、認知症の心理症状・行動異常（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。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26年9月1日より、平成27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)

転院時の心理症状・行動異常 (BPSD) 重症度: Cohen-Mansfield Agitation Index (CMAI)による評価

(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 45 例、精神科病院からセンターへの転院例 28 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)。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. 3)。

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. 4)。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. 5)。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

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	45	28	
年齢	73.2±9.2	73.8±11.6	NS
性別(M/F)	22/23	13/15	NS

図 1.

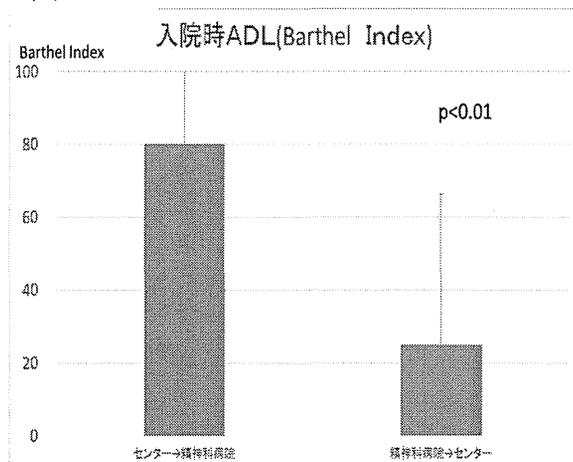


図 2.

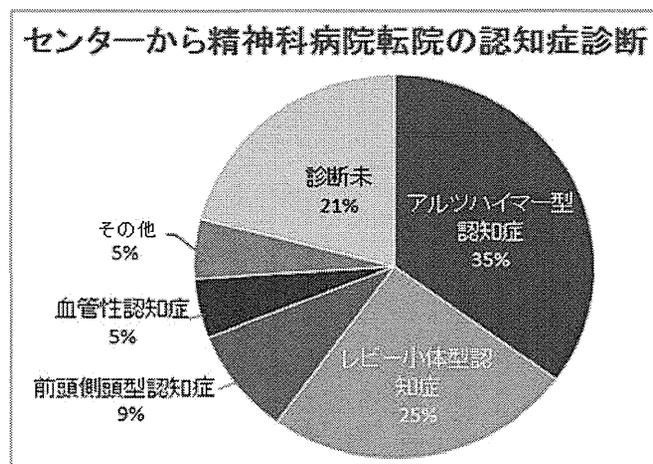


図 3.

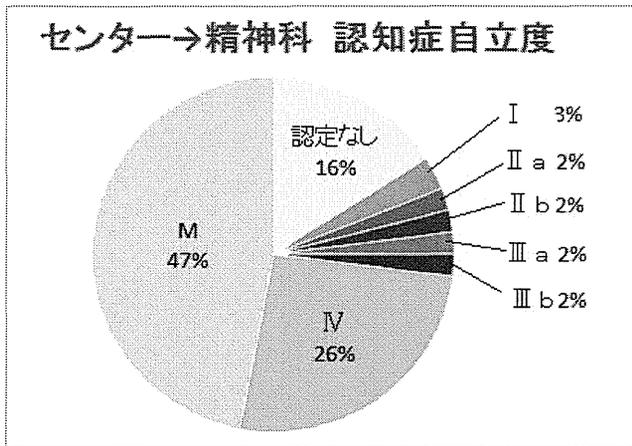


図 4.

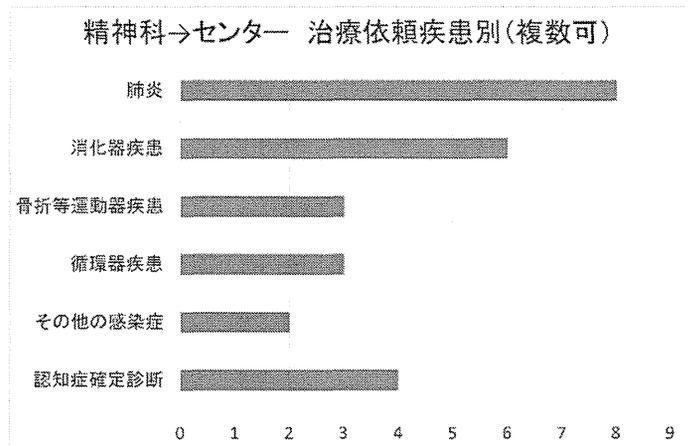


図 5.

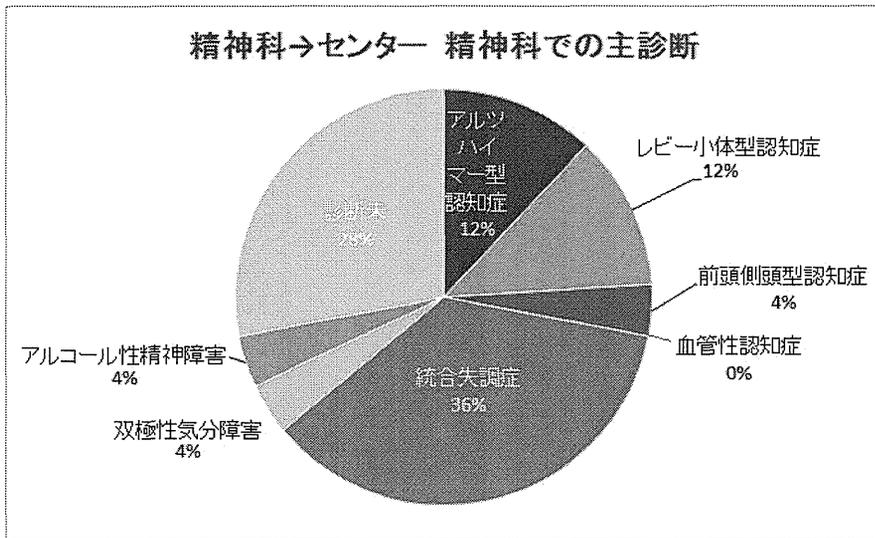


図 6.

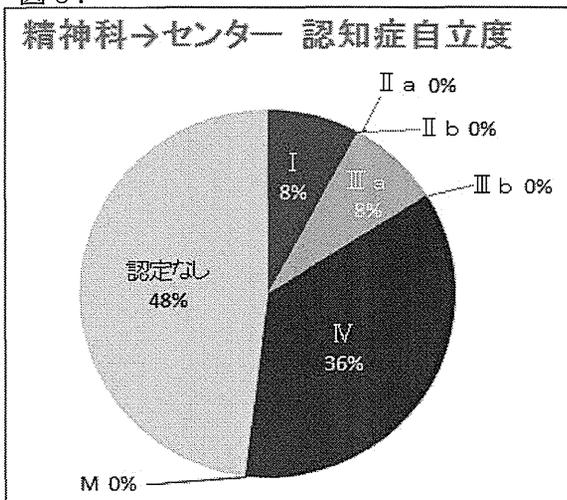
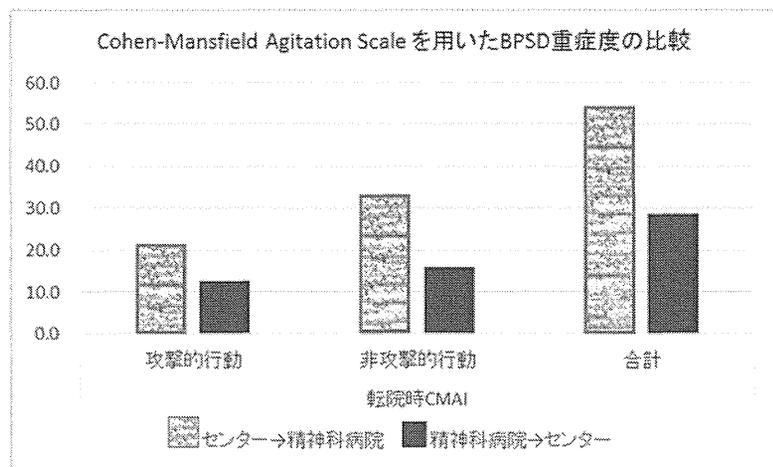


図 7.



多く、次いでランクIVが多かった(図. 6)。

5. 転院時のBPSD重症度比較

センターから精神科病院への重症度はCMAIで評すると攻撃的行動21.3 非攻撃的行動33.1 合計点54.3であった。精神科病院から、センターへの転院例は攻撃

的行動12.6 非攻撃的行動16.0

合計点28.5であり、有意にセンターから精神科病院への転院例が低かった(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。また、BPSDの重症度を数値化して比較することにより、精神科病院への入院必要例の客観的重症度を評価できることが明らかになった。

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：意欲喪失患者のケア。今日の治療指針2015（医学書院）、1491-1492、2015

2) 服部英幸：入院高齢者によくみられる症候～老年症候群～BPSD。入院高齢者診療マニュアル（文光堂）、133-144、2015

3) 服部英幸：一般内科診療で役立つうつ病の知識・老年内科領域。内科、115：235-239、2015

4) 服部英幸：認知症患者に対するBPSD治療薬使用時のポイント。月刊薬事、57：55-59、

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、横浜、2015/6/12

2) 服部英幸：シンポジウム認知症とうつの介護 第15回日本認知症ケア学会、札幌、2015/5/23

3) 服部英幸：うつ症状を呈するフレイルにたいする薬物治療—探索的研究。第57回日本老年医学会、横浜、2015/6/14

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

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。27年度は全国の内科を中心としたかかりつけ医 1,806人を対象に郵送法でアンケート調査を行った。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。

A. 研究目的

27年度は、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についてかかりつけ医を対象とした有用性について検討した。

B. 研究方法

診療所・クリニックの抽出にあたり、都道府県医師会管内の郡市区町村医師会のうちホームページ(HP)で医療機関リストが検索できる医師会は全国で680あった。医師会ごとに、内科を標榜する診療所・クリニック（病院を除く）数を検索して集計した。診療所・クリニック数は19,913件であった。標本数を1,800とし、都道府県別の診療所・クリニック数の構成比に沿って1,800の標本を割り付けて、都道府県ごとの抽出数を設定した（表1）。診療科は、内科であり、精神科、心療内科、神経内科を含み、診療科目が4科

以上の診療所・クリニックは除いた。また、内科が含まれていても、外科や産婦人科、小児科が筆頭である場合、介護施設（老人保健施設等）の併設診療所・クリニックは除いた。抽出は等間隔で行い10件に1件を抽出した。1,804件が抽出された。これらの診療所/クリニックに調査票を郵送し回答を求めた。

（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

501票が回収された。従って回収率は27.8%であった。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%、神経内科は2.8%、精神科は3.4%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

表 1. 都道府県別診療所・クリニック数と割付標本数

都道府県	診療所・クリニック数	抽出数
北海道	730	67
青森県	131	12
岩手県	263	22
宮城県	303	29
秋田県	221	20
山形県	293	27
福島県	191	12
北海道・東北合計	2,132	189
茨城県	278	24
栃木県	232	23
群馬県	290	24
埼玉県	638	59
千葉県	393	28
東京都	1,826	176
神奈川県	1,016	101
関東合計	4,673	435
新潟県	471	44
富山県	202	14
石川県	208	17
福井県	32	3
山梨県	115	8
長野県	533	49
甲信越・北陸合計	1,561	135
岐阜県	267	20
静岡県	651	54
愛知県	986	96
三重県	392	34
東海合計	2,296	204
滋賀県	217	22
京都府	411	38
大阪府	2,155	212
兵庫県	1,215	113
奈良県	212	21
和歌山県	256	24
近畿合計	4,466	430
鳥取県	63	5
島根県	229	22
岡山県	442	33
広島県	630	57
山口県	263	18
徳島県	129	6
香川県	223	18
愛媛県	233	21
高知県	75	5
中国・四国合計	2,287	185
福岡県	1,025	101
佐賀県	101	10
長崎県	312	28
熊本県	279	26
大分県	160	11
宮崎県	205	20
鹿児島県	230	14
沖縄県	186	16
九州・沖縄合計	2,498	226
総計	19,913	1,804

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く 64.9%、次いでその他の 27.7%であった。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 48.5%、同意は得ないが 9.6%であった。診療科による違いでは神経内科以外の内科が

最も多く 61.9%、次いでその他の 26.3%であった (表 2、3)。

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 96.2%が確認していた。他の薬物との関連の有無は、95.8%が、環境要因との関連の有無は、84.1%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、86.2%が確認していた (表 4)。

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の 94.6%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては 94.1%が、使用薬物の種類に関しては、84.9%が、予測される副作用については、94.1%が、治療期間については、56.5%にとどまった。服薬確認を誰が行うかについては、85.8%が確認していた (表 5)。

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 92.9%、日中の覚醒状態と眠気は 95.0%、夜間の睡眠状態は 95.8%、服薬状況の確認は 94.6%、水分の摂取状況は 64.9%、食事の摂取状況は 80.8%、パーキンソン症状の有無は 90.4%、転倒しやすくなったかは 94.1%、減量・中止できないかの検討は 93.3%であった (表 6)。

D. 考察

主に神経内科以外の内科を標榜するかかりつけ医を対象とした今回のアンケートでは回収率は 27.8%にとどまり、他の項目の回答が 26 年度に実施した認知症関連学会の専門医を対象とした結果とほぼ同様であることを考慮すると今回の回答者は平素より向

表2. 対象者の年代、主たる診療科、向精神薬の使用の有無、同意の取得の有無

		20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	無回答	
全体		501	0.0	1.4	12.4	39.1	30.3	16.8	0.0
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	17	0.0	5.9	17.6	23.5	29.4	23.5	0.0
	神経内科	14	0.0	7.1	14.3	50.0	21.4	7.1	0.0
	脳神経外科	6	0.0	0.0	0.0	50.0	33.3	16.7	0.0
	神経内科以外の内科	332	0.0	0.9	12.7	37.7	30.4	18.4	0.0
	その他	139	0.0	1.4	11.5	42.4	30.9	13.7	0.0
Q3.BPSDに対して向精神薬を用いることがありますか	ある	239	0.0	1.7	17.6	35.1	32.6	13.0	0.0
	ない	262	0.0	1.1	7.6	42.7	28.2	20.2	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	118	0.0	1.7	16.1	41.5	28.0	12.7	0.0
	場合によって同意を得る	93	0.0	2.2	20.4	29.0	35.5	12.9	0.0
	同意は得ない	23	0.0	0.0	13.0	39.1	34.8	13.0	0.0

表3. 主たる診療科目と向精神薬使用の有無と同意の有無

		精神・神経科	神経内科	脳神経外科	脳神経外科以外の内科	その他	無回答	
全体		501	3.4	2.8	1.2	66.3	27.7	0.0
Q3.BPSDに対して向精神薬を用いることがありますか	ある	239	6.3	5.0	2.1	64.9	24.3	0.0
	ない	262	0.8	0.8	0.4	67.6	30.9	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	118	7.6	5.1	2.5	61.9	26.3	0.0
	場合によって同意を得る	93	6.5	5.4	1.1	68.8	20.4	0.0
	同意は得ない	23	0.0	0.0	4.3	65.2	30.4	0.0

表4. 向精神薬による薬物療法を検討する前に、身体的要因、薬物との関連、環境要因、非薬物的介入の効果が期待できないこと確認すると解答した割合(%)

		身体的要因	薬物との関連	環境要因	非薬物的介入の効果が期待できない	
全体		239	96.2	95.8	84.1	86.2
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	15	100.0	100.0	93.3	93.3
	神経内科	12	100.0	100.0	91.7	83.3
	脳神経外科	5	100.0	100.0	80.0	80.0
	神経内科以外の内科	155	96.8	95.5	83.2	87.1
	その他	58	93.1	94.8	84.5	84.5

表5. 薬物療法開始前に以下の事項について確認すると解答した割合(%)

		妥当かその理由は	効果は期待できるか	最も適している薬物は	予測される副作用は	治療期間は	服薬管理は誰がするのか	
全体		239	94.6	94.1	84.9	94.1	56.5	85.8
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	15	100.0	100.0	93.3	100.0	53.3	100.0
	神経内科	12	100.0	100.0	91.7	100.0	58.3	100.0
	脳神経外科	5	100.0	100.0	100.0	100.0	40.0	100.0
	神経内科以外の内科	155	93.5	93.5	83.2	92.9	56.1	82.6
	その他	58	94.8	93.1	84.5	94.8	60.3	86.2

表6. 向精神薬による薬物療法開始後の確認項目として有用と解答した割合(%)

		日中の過ごし方	日中の覚醒状態と眠気	夜間の睡眠状態	服薬状況	水分の摂取状況	食事の摂取状況	パーキンソン症状の有無	転倒しやすくなったか	減量・中止できないかの検討	
全体		239	92.9	95.0	95.8	94.6	64.9	80.8	90.4	94.1	93.3
Q2.主たる診療科目	精神・神経科	15	100.0	100.0	100.0	100.0	66.7	80.0	93.3	100.0	86.7
	神経内科	12	100.0	100.0	83.3	100.0	66.7	83.3	91.7	100.0	100.0
	脳神経外科	5	80.0	100.0	100.0	100.0	60.0	80.0	100.0	100.0	100.0
	神経内科以外の内科	155	92.3	94.2	96.1	94.8	60.6	80.0	88.4	92.9	91.0
	その他	58	93.1	94.8	94.8	91.4	74.1	81.0	91.4	94.8	98.3

精神薬を使い慣れているかかりつけ医と考えることができるかもしれない。BPSD に対して向精神薬を使うことがあると回答した中 (N=239) 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

88.3% (211/239) であり妥当な結果と考えられるが、診療科による違いもみられた。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を除いた5つの確認事項については、80%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。しかし、治療期間に関しては56.5%とほぼ半数にとどまり、すべての診療科に共通していた。予測される副作用については94.1%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90%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といえる。今後、介護関係者を対象とした有用性の検討が必要である。

E. 結論

アンケート調査結果の内容の妥当性は回収率が27.8%であったことから実態を反映する十分な内容のアンケート調査ということとはできないが、おおむね研究目的を達成できた。従来、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については検討が行われていなかったが、今回の結果で有用であることが示された。また、検討したガイドラインは、かかりつけ医を対象に作成されたものであり、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。

F. 健康危険情報

本報告作成時点ではなし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 本間昭, 進藤由美: 認知症の実態と地域連携システム. 調剤と情報, 21(11), 16-19, 2015,

2) 本間昭: わが国の認知症施策の未来② わが国の認知症施策の歴史を振り返る. 老年精神医学雑誌, 27(3), 333-337, 2016,

3) Homma A, Atarashi H, Kubota N, Nakai K, Takase T. Efficacy and Safety of Sustained Release Donepezil High Dose versus Immediate Release Donepezil Standard Dose in Japanese Patients with Severe Alzheimer's Disease: A Randomized, Double-Blind Trial. J Alzheimers Dis. 2016 Mar 11;52(1):345-57. doi:10.3233/JAD-151149.

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

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調査

研究分担者：前田 潔（神戸学院大学 総合リハビリテーション学部・教授）
森川 孝子（神戸学院大学 総合リハビリテーション学部・助教）

【研究要旨】

認知症者には、認知症治療薬の投与のほかに、身体合併症の治療や、行動・心理症状（BPSD）の管理のために入院医療が必要な場合がある。特に BPSD の治療については、精神科病院における入院治療が必要な場合が少なくない。このような場合でも BPSD が治まり、退院・外来治療が可能となると、すみやかに地域での生活に移行することが求められているが、様々な理由から入院が長期となり、退院困難になることが以前から指摘されている。

われわれは、平成 26 年度には、認知症治療病棟を有する精神科病院において、認知症者の入院期間とその期間に影響する要因及び退院支援に関する調査を実施した。今回は、認知症治療病棟を有する精神科病院に、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。89 名の認知症者を退院まで、あるいは入院後 4 カ月まで追跡した。2 ヶ月以内に退院できたのは 23.6%であった。4 カ月以上入院を継続しなければならなかったのは 37.1%であった。入院中の隔離・拘束は 29.2%に行われていた。認知機能障害や日常生活動作と異なり、BPSD は入院後、改善する傾向を認めた。4 カ月以内に退院したもののうち、自宅に退院したものは 20%弱に過ぎなかった。4 カ月後も入院を継続していたものの継続理由は施設入所待ちが 54.5%で、BPSD のためは 30.3%に過ぎなかった。依然として退院先の確保が困難であることが示さ、退院先の確保が今後の喫緊の課題と考えられた。

A. 研究目的

2015 年に公表した国の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されている。しかし、認知症者の中には、身体合併症の治療や、行動・心理症状（BPSD）の管理のための入院医療が必要な場合がある。特に BPSD の治療については、精神科病院における入院治療が必要なことが少なくない。このような場合でも BPSD が治まり、退院・外来治療が可能となると、すみやかに地域での生活に移行することが求められているが、様々な理由から入院が長期と

なり、退院困難になることが以前から指摘されている。厚生労働省は、精神科病院に入院する認知症者の 2 ヶ月以内退院率を平成 32 年（2020 年）には、50%にするとの目標値を設定している。

そこで、われわれは、認知症治療病棟を有する精神科病院に新規に入院する認知症者を、入院から 4 ヶ月間の経過をフォローする前向き調査を実施した。

B. 研究方法

大阪府及び兵庫県下の認知症治療病棟を有する精神科病院に新規入院する認知症の人について、入院から 4 ヶ月間の経過を調査

した。調査内容は、個人ごとに年齢、性別、疾患名、身体合併症の有無、薬物療法、非薬物療法、認知機能検査（HDS-R）、ADL評価（N-ADL）、BPSDの評価（NPI）、地域連携、家族の意向などであった。入院時、入院から1週間目、2ヶ月目、4ヶ月目ごとに調査した。調査期間は2015年3月から12月であった。

倫理面への配慮として、本調査の目的について説明し、同意が得られた精神科病院を協力病院とし、協力病院に新規入院する認知症の人および家族に対して本研究の目的と方法について説明し、同意が得られた人を対象者とした。協力病院の精神保健福祉士（PSW）に、対象者への説明と同意を得ること、対象者の調査内容についての情報収集を依頼した。本調査は、神戸学院大学人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認No. HEB20151211-1）。

C. 研究結果

協力の得られた精神科病院は、10病院であり、同意が得られた対象者は99名であった。入院から2週間以内に退院した4例及び、死亡退院した6名を対象から除外し、集計した。

対象者89名の内訳は男性48名（77.9±7.1歳）、女性41名（81.3±10.0歳）であった。診断名は、アルツハイマー型認知症41名（46.1%）、老人性認知症18名（20.2%）、脳血管性認知症11名（12.4%）、Lewy小体型認知症及び混合型認知症が各8名（各9.0%）、その他が3名（3.4%）であった。入院前の主たる居所は、自宅が最も多く50名（56.2%）であり、次いで精神科を含む他の病院が13名（14.6%）、介護老人保健施設（老健）および高齢者住宅がそれぞれ7名（7.9%）、次いで、グループホーム、養護老人ホーム及び特別養護老人ホーム（特養）などであった。対象者のうち、58名（65.2%）が服薬など治療を必要とする身体合併症を有していた。

入院前に要介護度の認定を受けていたものは73名（82.0%）であった。73名のうち介護度3が最も多く25名（34.2%）であり、次いで、介護度2が15名（20.5%）、介護度1が13名（17.8%）、要支援1が4名（5.5%）、要介護4、5および要支援2はいなかった。介護認定を受けていないものは16名（18.0%）

であった。同居家族（47名が回答）の介護負担は「非常に負担」が25名（53.2%）、「かなり負担」が11名（23.4%）、「少し」が9名（19.1%）、「ほとんどない」が2名（4.2%）であった。

入院前に医療サービスを利用していたは57名（64.0%）で、そのうち入院した病院の外来を受診していた者は21名（23.6%）、他の医療機関の外来を受診していた者は36名（40.4%）であった。認知症治療薬は32名（36.0%）が処方され、抗精神病薬を含む向精神薬は50名（56.2%）が処方されていた。訪問診療を受けていた者は11名、訪問看護は5名であった。介護サービスは、通所サービスを利用していたものが34名、訪問サービスは13名が利用していた。

入院時の入院形態は医療保護入院が66名（74.2%）であった。入院病棟は、精神一般病棟が40名（44.9%）、認知症治療病棟が32名（36.0%）、精神科急性期病棟が11名（12.4%）、精神療養病棟が2名（2.2%）、その他の病棟が4名であった。入院時の処方として、認知症治療薬は34名（38.2%）に処方され、向精神薬は41名（46.1%）に処方されていた。入院理由のうち、最も多かったものは、行動・心理症状（BPSD）が60名（67.4%）であった。その他の理由として、施設対応困難、身体合併症治療などであった。身体拘束については、隔離室の使用が8名（11.1%）、身体拘束が20名（22.5%）ののべ8名、計26名（29.2%）の対象者に行われていた。

急性期認知症クリニカルパスの使用者は17名（19.1%）、その他のクリニカルパスの使用者は39名（43.8%）であり、対象者の62.9%にクリニカルパスが使用されていた。入院時のカンファレンスの実施は27名（30.3%）であり、2ヶ月目は45.2%、4ヶ月目は66.7%であった。他施設職員との連携は、入院時点では43名（48.3%）に対して行われ、2ヶ月目では61.3%、4ヶ月目では45.5%の対象者に行われていた。

入院から60日以内に退院した者は21名（他病院への転院者は7名）であった。転院者を含む2ヶ月以内退院率は23.6%であった。入院から120日以内に退院したものは35名（39.3%）であり、120日以上入院しているものは

33名 (37.1%) であった。

対象者の評価結果について、2ヶ月以内に退院した群、4ヶ月以内に退院した群、入院継続群に分けて分析した。3群において、入院時のHDS-R、N-ADL、NPIの得点に有意差はみられなかった。入院後の得点の変化について比較したところ、HDS-R及びN-ADLは、どの期間においても有意差は認められなかった。NPIは、2ヶ月以内退院群、4ヶ月以内退院群（入院時と2ヶ月退院時、入院時と2ヶ月目、2ヶ月目と4ヶ月退院時、入院時と4ヶ月退院時）において、得点が低下傾向にあった。一方、入院継続群は、入院時と2ヶ月目は有意に低下したが、2ヶ月目と4ヶ月目の変化に有意差はなかった。

家族との連絡を行う職種で最も多かったのはPSWであり、次いで、医師、看護師であった。入院時点での退院先に関する家族の意向は、施設入所が最も多く、50名 (56.2%) であった。自宅退院の希望は10名 (11.2%) であり、希望がない又は未定の者は26名 (29.2%) であった。

退院後の居所については、2ヵ月以内に退院した21名のうち、自宅が4名、グループホームが3名、老健が4名、特養が1名、精神科を含む他病院への転院が8名、1名は不明であった。4ヶ月以内に退院した者56名のうち、自宅への退院が11名 (19.6%)、グループホームが7名 (12.5%)、老健が13名 (23.2%)、養護老人ホーム及び特養が6名 (10.7%) であり、精神科を含む他病院への転院が15名 (26.8%) であった。退院理由としては、BPSDの改善が最も多く27名 (48.2%) であり、次いで、施設入所の決定が21名 (37.5%)、家族の受入れが7名 (12.5%) であった。一方、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%) で最も多く、BPSDのためが10名 (30.3%)、ADL低下が4名 (12.1%)、身体合併症のためが2名 (6.1%) であった。

D. 考察

今回、認知症治療病棟を持つ精神科病院に新規入院する認知症の人に対して入院時、入院2ヶ月後、4ヶ月後に調査を実施した。

対象者の入院理由としては、これまでの先

行研究と同様に、最も多いのがBPSDであることがわかった。

一方、HDS-R、N-ADL、NPIの結果より、認知機能やADLに比べて、BPSDは精神科病院における適切なケアで改善しやすいことが示唆された。BPSDは、当事者のQOLや介護者の負担感に影響するといわれており、薬物療法やリハビリテーションにより早期に軽減させ、退院支援へとつなげる必要があると考える。

入院中の治療やケアにおいては、6割近くの対象者にクリニカルパスを使用していること、カンファレンスの実施割合が入院時から2ヶ月目、4ヶ月目と経過するごとに増加していた。BPSD重症度の軽減とともに、退院に向けての支援・調整を行っていることが推測できる。一方で、BPSDの重症度は軽減し、退院可能な状態にあっても、退院先となる施設について、入所待ちとなるケースが50%を超えている。高齢者の介護施設数自体の不足や、認知症の人への適切なケアを行える施設数の不足が推測される。精神科病院での治療により、BPSDが軽減された後にスムーズに退院できるようなシステムが必要と考えられる。また、退院先には他病院への入院（転院）も含まれており、更に詳細な分析が必要ではないかと考える。

今回の調査は、病院調査ではなく、個人調査のため、対象者から同意が得られない場合も多く、対象者数も少ないことが限界として考えられる。

E. 結論

今回、認知症治療病棟をもつ精神科病院に入院する認知症者について、入院時、2ヶ月後、4ヶ月後の前向き調査を行った。精神科病院での治療やケアにより、BPSDの重症度が改善することが示唆された。また、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るものの、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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 尾寄遠見、前田潔 全国の重度認知症患者デイケアの実態調査 Dementia Japan

(29) 605-614, 2015

2) 前田潔、梶田博之 認知症初期集中支援チーム：神戸市における活動の現状と今後の課題－活動1年目と2年目の比較－ 老年精神医学雑誌 (26) 1131-1136, 2015

3) 梶田博之、前田潔、久次米健市、真鍋ひろ子、浅熊香織、池畑清美、川敦子、尾寄遠見、岩薮かおり、池田敦子 神戸市における認知症初期集中支援チームの活動－平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題－ Dementia Japan(29) 596-604, 2015

4) 梶田博之、前田潔 認知症初期集中支援チームにおける多職種協働－神戸市における活動から－ Dementia Japan(30) 73-78, 2016

5) 前田潔、梶田博之 認知症初期集中支援チームの課題－神戸市における経験－ 精神神経学雑誌(118) 84-85, 2016

6) 中前智通、前田潔 認知症患者の作業療法 日本精神科病院協会雑誌 (34) 55-59, 2015

7) Yuma Sonoda, Ikuo Tooyama, Hideyuki Mukai, Kiyoshi Maeda, Haruhiko Akiyama, and Toshio Kawamata, S6 kinase phosphorylated at T229 is involved in tau and act in pathologies in Alzheimer's disease. Neuro pathology On line 18 Nov. 2015

8) Kazuo Sakai, Haruhiko Oda, Akira Terashima, Kiyoshi Maeda and Kazunari Ishii Slow progression of cognitive dysfunction of Alzheimer's disease in sexagenarian women with schizophrenia, Case Reports in Psychiatry Online Article ID 968598 2015

2. 学会発表

1) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、小林伸行、近藤一博、前田潔 家族の唾液中ヒトヘルペスウイルスDNA量による疲労評価の検討 第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

2) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、前田潔 精神一般病棟および精神療養病棟における認知症医療の実態と退院促進要因の検討 第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

3) 前田潔、池田敦子 認知症初期集中支援チームの課題－神戸市での1年半の経験－、第111回日本精神神経学会 シンポジウム18、大阪、2015/6/ 4-6

4) 前田潔、山本泰司 認知症サポート医の実態；認知症サポート医はいかに認知症にこうけんしょうるか 第30回日本老年精神医学会 シンポジウム4、横浜、2015/6/12-14

5) 前田潔 わが国の認知症医療とケアの現状と展望 第49回日本作業療法学会 シンポジウム5、神戸、2015/6/19-21

6) Kiyoshi Maeda, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa(招待講演) The recent national strategy for dementia in Japan, rapidly ageing society, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

7) T. Morikawa, T. Ozai, H. Kajita, K. Maeda, A questionnaire survey on people with dementia admitted in mental hospitals in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

8) H. Kajita, T. Morikawa, K. Maeda, Activity of initial-phase intensive support team for dementia of Kobe City in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

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

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
服部英幸	意欲喪失患者のケ ア	福井次矢	今日の治療 指針2015	医学書院	東京	2015	1491-1492
服部英幸	入院高齢者によく みられる症候～老 年症候群～BPSD	神崎恒一	入院高齢者 診療マニユ アル	文光堂	東京	2015	133-144

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
尾寄遠見、前田 潔	全国の重度認知症患者デイケアの実態調査	Dementia Japan	29巻	605-614	2015
梶田博之、前田 潔、久次米健市、真鍋ひろ子、浅熊香織、池畑清美、川敦子、尾寄遠見、岩露かおり、池田敦子	神戸市における認知症初期集中支援チームの活動ー平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題ー	Dementia Japan	29巻	596-604	2015
前田 潔、梶田博之	認知症初期集中支援チーム：神戸市における活動の現状と今後の課題ー活動1年目と2年目の比較ー	老年精神医学雑誌	26巻	1131-1136	2015
梶田博之、前田 潔	認知症初期集中支援チームにおける多職種協働ー神戸市における活動からー	Dementia Japan	30巻	73-78	2016
前田 潔、梶田博之	認知症初期集中支援チームの課題ー神戸市における経験ー	精神神経学雑誌	118巻	84-85	2016
K.Sakai, H.Oda, A.Terashima, K.Maeda, K.Ishii	Slow progression of cognitive dysfunction of Alzheimer's disease in sexagenarian women with schizophrenia,	Case Reports in Psychiatry	On line	ID 968598	2015
栗田 圭一	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巻	487-492	2015
栗田 圭一	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巻	398-405	2015
栗田 圭一	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巻	750-755	2015
北村 立	目指せ！日本のアドミラルナース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巻6号	139-142	2015
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巻	685-691	2015