

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
総合研究報告書

BPSDにより精神科病院に入院する認知症患者を対象とした
全国規模での入院実態調査

研究代表者 岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学研究科 教授

研究要旨 本研究は、認知症専門病棟を持つ精神科病院に新規に認知症行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下「BPSD」）管理のために入院した認知症患者を対象に、入院時の患者、家族の特性のみならず、入院中の身体疾患を含めた治療の実態とBPSDの経過、退院支援の実態とその結果、退院後の経過を評価する前向きコホート研究を行うことで、これまでに調査されていない因子も含めて治療や退院・在宅復帰を妨げる危険因子を同定することを目的とした。解析対象者471症例をもとに、入院後2か月以内の退院を早期退院とし、まず検討項目と早期退院との関連を単変量ロジスティック回帰分析によって検討した。この単変量解析においてP値が0.100未満であった変数を選択し、選ばれた変数を予測変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、入院後2か月以内に退院できなかった患者について、6か月以内（2～4か月）の退院を阻害する入院後2か月時点での要因について、同様の方法で検討を行った。その結果、早期退院を阻害する要因として、入院前の介護負担度が強いこと（ $P=0.016$ ）、入院後にADLが低下すること（ $P=0.036$ ）、退院支援が行われていないこと（ $P<0.001$ ）の3因子が、6か月以内の退院を阻害する入院後2か月時点での要因として、NPIで測定されたBPSDの重症度（ $P=0.033$ ）および退院支援が行われていないこと（ $P<0.001$ ）の2因子が有意な要因として抽出された。本結果より、介護者の介護負担の軽減、入院後のADLを維持・向上させるためのアプローチ、退院支援を積極的に行っていくことにより、早期退院を実現できることが示唆された。また、6か月以内の退院には、退院支援を継続して積極的に行うとともに、入院後のBPSDの管理が重要であることが示唆された。一方、6か月以内に退院した237症例のうち、退院後の調査票を回収できた140症例について検討した結果、退院後6か月以内に精神科病院へ再入院となったのは12症例（8.6%）であった。この12症例と退院を継続できた116症例（身体疾患で入院となった6症例と死亡した6症例を除く）に関して、退院時のどのような要因が再入院に関連しているのかを単変量ロジスティック回帰分析によって検討したところ、有意に関連する要因は認められなかった。介護者の1日当たりの平均介護時間が6時間を超えるものが減少しており、介護者の介護負担度や抑うつ状態の程度も入院前と比較して軽減していることから、精神科病院からの退院は安定した状態の中で、安全に問題なく行われていることが示唆された。

研究分担者

石井 伸弘

東京大学医学部附属病院老年病科・
助教

石井 知行

医療法人社団知仁会・理事長

淵野 勝弘

医療法人社団淵野会・理事長

A. 研究目的

認知症病棟(急性期病棟、一般病棟を含む)を持つ精神科病院に、新規に認知症行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 以下「BPSD」)管理のために入院した認知症患者を対象に、入院時の患者、家族の特性のみならず、入院中の身体疾患を含めた治療の実態とBPSDの経過、退院支援の実態とその結果、退院後の経過を評価する前向きコホート研究を行うことで、これまでに調査されていない因子も含めて退院・在宅復帰を妨げる危険因子、さらには再入院に関連する要因を同定することを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究方法の概要

前向きコホート研究として、全国の認知症専門病棟(急性期病棟、一般病棟を含む)を持つ精神科病院にBPSD管理のために入院した認知症患者を対象とし、介護者に対する質問票、および医師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士・薬剤師の多職種による質問紙と面接調査によって患者情報を収集した。各患者に対して入院時、入院2、4、6か月後に調査を繰り返し、入院中の経過を調べた。追跡期間は入院後6か月、または患者が死亡・退院するまでとした。さらに、前向きコホート研究に参加した患者のうち、追跡期間(6か月)中に在宅等に退院した患者で、患者家族・

介護者から同意が得られた者に対して、退院後2か月おきに6か月まで質問紙調査を繰り返し、退院後の経過を調べた。

2) 研究の流れ

まず、本研究に先立ち実施した広島県におけるパイロットスタディでの調査状況や解析結果をもとに、煩雑であったり、答えにくかったりした調査項目を削り、有用と思われる調査項目を追加する形で調査項目を絞り込んでいく作業を研究代表者ならびに研究分担者の間で繰り返し行い、各職種別の調査票を完成させた。併せて、研究概要や調査の実施方法などを説明した説明用のDVDを作成した。以上のステップを踏まえたうえで、研究計画書を日本精神科病院協会倫理審査委員会ならびに広島大学疫学研究倫理審査委員会に提出し承認を受けた。

調査参加施設のリクルートにあたっては、まず研究協力団体である日本精神科病院協会を通して全会員病院である1206病院に研究協力依頼文書を送付した。その結果、「参加」「検討中」「内容説明希望」と回答したのが484病院であった。そこで、この484病院に対して説明会の案内を送り、全国8地区において担当者を集めた説明会を開催(表1)し参加の依頼を行った。その結果、計305病院、372名の参加が得られ、最終的に229病院(認知症病棟を持つ対象病院の52.8%から研究参加の同意が得られた。参加登録が完了した病院に対して調査票一式を送り、症例登録ならびに調査を開始した。

調査開始後は、研究の進捗状況を定期的に確認するとともに、対象者の登録が進んでいない施設に対しては個別にアプローチを行うなど、対象者の登録を推進するための対策を研究班会議にて繰り返し検討した。

表1. 説明会概要

地区	地区件数	都道府県	件数	開催日	開催場所				
北海道地区	23	北海道	23	12/10(水)	北海道医師会館8F 14:00~15:30(札幌) 50名				
東北地区	46	青森	7	11/28(金)	ホテルメトロポリタン盛岡本館4F岩手J 15:30~17:00 100名				
		岩手	5						
		宮城	9						
		秋田	8						
		山形	7						
関東地区	103	福島	10	12/10(水)	TKP市ヶ谷カンファレンスセンターホール5B 14:00~15:30 150名				
		茨城	15						
		栃木	8						
		群馬	7						
		埼玉	10						
		千葉	21						
		東京	27						
		神奈川	13						
		山梨	2						
		新潟	8						
北信越地区	35	富山	6	H27 1/8(木)	TKP金沢ビジネスセンター カンファレンスルーム6A 14:00~15:30 50名				
		石川	5						
		福井	5						
		長野	11						
		岐阜	8						
東海地区	44	静岡	12	H27 1/14(水)	TKP名古屋駅前カンファレンスセンター カンファレンスルーム6A 14:00~15:30(名古屋) 50名				
		愛知	20						
		三重	4						
		滋賀	6						
近畿地区	49	京都	6	H27 1/28(水)	TKP大阪淀屋橋カンファレンスセンター ホールA 14:00~15:30 80~100名				
		大阪	18						
		兵庫	11						
		奈良	4						
		和歌山	4						
		鳥取	3						
		島根	4						
中国・四国地区	60	岡山	7	H27 1/21(水)	岡山国際交流センター 2階国際会議場 14:00~15:30				
		広島	13						
		山口	11						
		徳島	5						
		香川	6						
		愛媛	6						
		高知	5						
		福岡	25						
		九州地区	97			佐賀	7	12/5(金)	TKP博多駅前シティセンター ホールB 15:00~16:30(博多) 120~150名
						長崎	8		
熊本	19								
大分	7								
宮崎	10								
鹿児島	13								
沖縄	8								

3) 調査項目

[入院患者を対象とした前向きコホート研究]

患者：基本属性、診断名、入院理由、入院経路、社会経済状況、入院前の在宅サービスの使用の有無、要介護度、介護者数、医学的管理を行っている疾患、行っている特別な医学的管理（胃瘻など）、内服薬、日常生活自立度、身体拘束の有無、痛みの有無、入院中の医学的イベント、認知機能（Mini-Mental State Examination: MMSE）、せん妄（Confusion Assessment Method: CAM）、不穏（Cohen Mansfield Agitation Inventory: CMAI）、うつ状態（Cornell Scale for Depression in dementia: CSDD）、BPSD

の重症度（Neuropsychiatric Inventory: NPI）を各職種が分担して調査した。

介護者：基本属性、社会経済状況、介護負担（Zarit Caregiver Burden: ZCB）、うつ状態（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D）を調査票により調査した。

[退院した患者を対象とした前向きコホート研究]

退院後の再入院、施設入所、死亡の有無、BPSD（NPI）、介護者負担（ZCB）、介護者のうつ状態（CES-D）を調査票により調査した。

以上の調査項目、調査内容、調査時期を一覧表にしたものを資料1（17ページ）に示した。

4) 解析

入院後2か月以内の退院を早期退院とし、まず検討項目と早期退院との関連を単変量ロジスティック回帰分析によって検討した。この単変量解析においてP値が0.100未満であった変数を選択し、選ばれた変数を予測変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、入院後2か月以内に退院できなかった患者について、6か月以内（2~4か月）の退院を阻害する入院後2か月時点での要因について、同様の方法で検討を行った。

また、6か月以内に退院した症例のうち、退院後6か月以内に精神科病院へ再入院となった症例と、退院を継続できた症例に関して、退院時のどのような要因が再入院に関連しているのかを単変量ロジスティック回帰分析によって検討した。

なお、本研究は全参加施設が加盟している日本精神科病院協会から全面的な協力を得て実施した。

(倫理面への配慮)

本研究は、ヘルシンキ宣言の精神、医学系研究に関する倫理指針を遵守して実施した。また、日本精神科病院協会倫理審査委員会ならびに広島大学疫学研究倫理審査委員会にて承認を受け実施している。本研究は認知症高齢者を対象とすることから、認知機能障害が高度な患者の参加が不可欠である。したがって、自発的入院以外の入院患者も対象に含まれることが必要とされる。このように患者本人が認知機能障害により自発的同意を行えない状態であると本研究に関与しない医師によって判断された場合には、保護者から患者本人に替って同意を得ることとした。また、本研究は診療記録をデータのひとつとして扱うため、個人情報漏えいの危険性があった。これについては、得られたデータを連結可能匿名化し、研究対象者の個人識別情報(氏名、カルテ番号)及びその対応表は、個人情報管理者が外部とは独立した PC で情報を管理し、PC にパスワードを設定し、セキュリティの厳重な部屋に保管することにより、個人情報漏えいの防止に努めた。

C. 研究結果

1) 研究参加状況

229 病院のうち、145 病院から 654 名の症例登録が行われた。このうち調査票が回収されたのは 135 病院からの 569 症例となった。569 症例の地区別の内訳を図 1 に示す。

569 名中 98 名が解析から除外されたため、解析対象者は 471 症例となった。この 471 症例のうち、94 症例(20.0%)が入院後 2 か月以内に退院(早期退院群)さらに 143 症例(合計 237 症例: 50.3%)が入院後 6 か月以内に退院し、入院 6 か月以内に退院できなかったのは 234 症例であった。参加状況と経過を図 2 に示す。

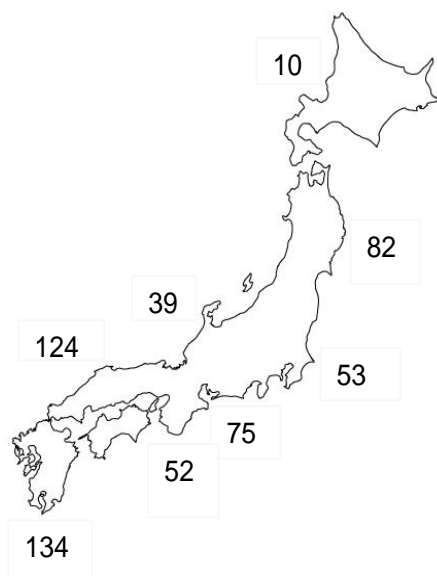


図 1. 各地区別の対象者数

(*: 北海道、東北、関東、北信越、東海、近畿、中国・四国、九州の 8 地区)

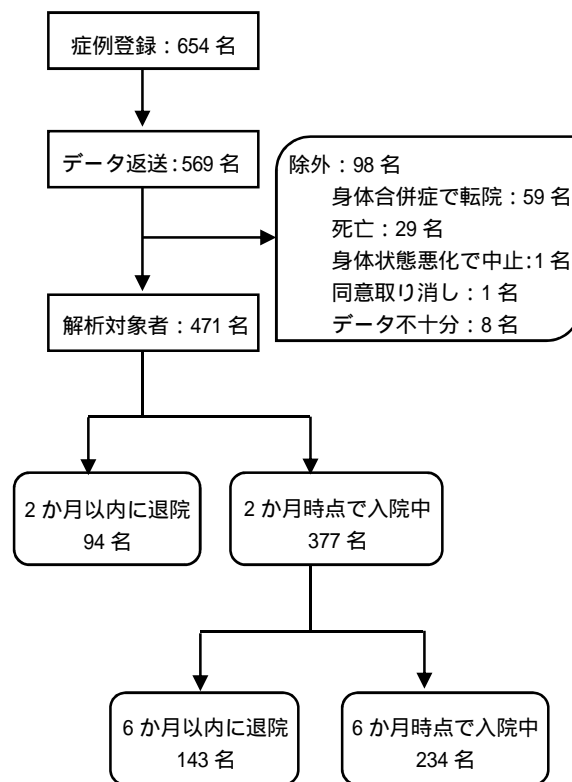


図 2. 参加状況と経過

以下、結果についての概要を示していくが、詳細については資料 2(22 ページ)にグラフとしてまとめた。

2) 入院時患者情報

対象となった 269 症例の平均年齢は 81.4 ± 8.5 歳、性別は女性が 58%であった。診断名はアルツハイマー型認知症が最も多く 64%で、以下、レビー小体型認知症(10%)、脳血管性認知症(9%)の順であった。入院経路としては自宅からが最も多く、56%を占めていた。

3) 入院前の患者の情報

配偶者と同居しているのは 48%であり、約 60%に喫煙習慣あるいは飲酒習慣が認められた。体重減少が 38%、入院前 1 年間の転倒歴が 55%で認められた。入院前の 1 か月間に身体的な制限を受けていたものが 28%おり、その種類として最も多かったのは向精神薬の追加(44%)であった。68%は意思疎通に何らかの問題が認められていた。

4) 入院前の患者の生活状況

入院前の 1 年間に徘徊がみられていたのは 32%であり、そのうち 39%は警察通報されていた。92%は介護保険を申請しており、要介護度 3 までが 75%であった。

5) 介護者情報

主として介護を行っている続柄としては息子・娘が最も多く 45%で、次いで配偶者の 36%であった。介護を行っている者の年齢は 55~64 歳が最も多く 28%であり、次いで 45~54 歳、65~74 歳(いずれも 21%)であった。介護者の 54%は仕事をしており、全体の 22%は介護のために仕事を辞めたり、働き方を変えていた。介護を始めてから収入が減ったと答えたものが 32%でみられた。介護を始めてからの期間は半数以上が 3 年以上であり、1 日の介護の平均時間も 53%は 6 時間を超

えていた。

入院時の介護者の介護負担度を示す ZCB の平均得点は 41.3 ± 20.4 点であり、介護うつ危険が高いとされている 25 点以上のものが 75%で認められた。また、介護者の抑うつ状態を評価する CES-D scale の平均得点は 18.2 ± 10.2 点であり、抑うつ状態が強いとされる 16 点以上のものが 51%にみられた。

6) 入院前後の医学的情報および入院後の経過

不穏を評価する CMAI の入院時の平均得点は 58.7 ± 21.5 点であったが、入院後は徐々にその得点が低下していった。同様に、BPSD の重症度を評価する NPI 得点も、入院後は軽減傾向を示した。一方、ADL を評価する Barthel Index については、入院後 2 か月目は入院時と比べ、ADL 能力の高い 90 点以上のものは 18%から 9%に減少し、ADL 能力が低い 10 点以下のものが 6%から 15%に増加していた。認知機能を評価する MMSE の入院時の平均得点は 12.1 ± 6.8 点であり、これは入院後もあまり変化はなかった。抑うつ状態を評価する CSDD については、入院時には抑うつ状態の強い 6 点以上のものが 63%でみられていたが、入院後は 30%前後まで減少していた。CAM で評価されたせん妄については、入院時には 11%にみられていたが、入院後は 2~3%程度に減少していた。

身体合併症について、複数の併存疾患がある場合の総合した予後予測値である Charlson Comorbidity Index は、入院時 (6.1 ± 1.2 点)から入院後の経過中において、ほとんど得点変化はみられなかった。

向精神病薬の服用状況の詳細については資料 2 に示すとおりであるが、入院後は入院時に比べ気分安定薬の服用割合はやや増加していたが、その他の薬剤についてはおおむね減少していた。

医学的処置で最も多かったのは点滴で

あり、入院時に行われていた点滴は入院後も継続されていた。経管栄養については、入院後徐々に増加傾向にあり、入院後6か月目には29%が経管栄養を受けていた。

痛みは入院時には70%にみられていたが、入院後は程度、頻度ともに軽減傾向が認められた。

身体制限は入院期間を通して約20%にみられていた。その種類や理由は資料2に詳細に示しているが、頻度の高かった理由としては、多動・不穏、転倒転落の危険性、不潔行為があげられた。

非薬物療法も比較的多く用いられており、頻度の高いものとしては作業療法、レクリエーション療法、運動療法、音楽療法があげられた。

退院支援は入院後2か月の時点で82%に行われており、その内容としては対象となる各施設への申し込みが最も多く、次いで在宅介護に向けての退院指導の実施、生活支援の調整などであった。

7) 退院

入院後2か月以内に退院した早期退院群の退院理由で最も多かったのはBPSDの緩和(53%)であり、以下、待機中の入所予定施設の受け入れが整った、感染症の緩和、医療の必要度の緩和、の順であった。退院先で最も多かったのは自宅の32%であり、次いで有料老人ホーム・ケアハウス、特別養護老人ホームの順であった。一方、退院できなかった群の理由として多かったのは、家族の拒否感情が強いこと(42%)、入所予定施設の待機中(39%)、BPSD症状が強いこと(37%)などであった。

8) 退院後の経過

6か月以内に退院した237症例のうち、退院後の調査票を回収できたのは140症例(59.1%)であった。そのうち、退院後6か月以内に精神科病院へ再入院となっ

たのが12症例(8.6%)、身体疾患のために入院となったのが6症例(4.3%)、死亡が6症例(4.3%)であり、残りの116症例(82.8%)は退院を継続できていた。

退院した症例のうち、退院後に訪問診療、訪問介護、ヘルパーを利用していたのはいずれも数%であった。

介護者に関して、1日当たりの平均介護時間が6時間を超えるものは約10%(入院前は53%)であった。また、ZBI得点からみた介護負担度や、CES-D得点からみた抑うつ状態の程度は、入院前と比べると、いずれも軽減していた。

9) 入院後2か月までの早期退院を阻害する要因

まず、入院時および入院後2か月目までの各要因を目的変数として単変量ロジスティック回帰分析を行った結果を表2に示す。次いで、単変量解析においてP値が0.100未満であった5項目を用いて多変量ロジスティック回帰分析を行った結果、入院前の介護負担度が強いこと($P=0.016$)、入院後にADLが低下すること($P=0.036$)、退院支援が行われていないこと($P<0.001$)の3因子が、早期退院を阻害する有意な要因として抽出された(表3)。

10) 6か月以内の退院を阻害する入院後2か月時点での要因

上記と同様の方法で、まず単変量ロジスティック解析を行い、単変量解析においてP値が0.100未満であった5項目を用いて多変量ロジスティック回帰分析で検討したところ、NPIで測定されたBPSDの重症度($P=0.033$)および退院支援が行われていないこと($P<0.001$)の2因子が退院を阻害する有意な要因として抽出された(表4)。

表2．2か月以内の早期退院を阻害する要因 - 単変量ロジスティック回帰分析 -

	オッズ比	信頼区間	P値
診断名	1.041	0.652 - 1.664	0.865
障害自立度	1.021	0.893 - 1.167	0.761
認知症自立度	1.099	0.951 - 1.270	0.203
性別	1.103	0.693 - 1.755	0.680
年齢	0.969	0.939 - 0.999	<u>0.045</u>
配偶者の有無	1.436	0.901 - 2.288	0.128
学歴	1.083	0.653 - 1.795	0.758
喫煙の有無	0.878	0.282 - 2.733	0.822
飲酒習慣	1.156	0.802 - 1.666	0.437
体重減少の有無	0.837	0.534 - 1.313	0.439
のど詰まりの有無	0.693	0.344 - 1.399	0.306
転倒の有無	0.986	0.621 - 1.565	0.952
身体制限の有無	1.477	0.856 - 2.546	0.161
難聴の有無	0.799	0.519 - 1.230	0.308
意思疎通の困難さ	1.077	0.835 - 1.389	0.567
理解度の困難さ	1.029	0.768 - 1.378	0.850
視力障害	1.065	0.710 - 1.599	0.760
徘徊の有無	1.085	0.659 - 1.784	0.749
世帯収入	1.062	0.932 - 1.211	0.365
介護保険申請の有無	1.504	0.700 - 3.231	0.296
介護度	1.064	0.897 - 1.264	0.475
入院経路	1.127	0.711 - 1.786	0.612
入院場所	1.092	0.617 - 1.935	0.762
精神疾患合併症の有無	2.172	0.493 - 9.571	0.305
Charlson Comorbidity Index	0.868	0.709 - 1.062	0.169
医学的処置の有無	1.462	0.493 - 4.334	0.493
非経口投与薬剤の有無	0.808	0.336 - 1.943	0.633
痛みの程度	0.895	0.724 - 1.105	0.303
入院時抗精神病薬数	0.930	0.662 - 1.307	0.677
入院時認知症薬数	0.971	0.681 - 1.386	0.873
入院時抗うつ薬数	1.186	0.605 - 2.324	0.619
入院時気分安定薬数	1.449	0.740 - 2.835	0.279
入院時抗不安薬・睡眠薬数	1.271	0.894 - 1.808	0.182
介護者の性別	0.974	0.582 - 1.630	0.921
介護者の年齢	1.007	0.990 - 1.025	0.432
介護者の健康状態	1.001	0.762 - 1.314	0.996
介護者の介護認定の有無	1.791	0.518 - 6.199	0.357
介護者の仕事の有無	1.161	0.905 - 1.490	0.241
介護者の仕事の変更の有無	0.827	0.466 - 1.468	0.517
介護者の収入の変化	0.920	0.711 - 1.190	0.525

介護の期間	0.956	0.890 - 1.026	0.210
1日の介護時間	0.999	0.942 - 1.060	0.977
介護負担度 (ZCB ^a)	1.020	1.008 - 1.032	<u>0.001</u>
介護者の抑うつ状態 (CES-D ^b)	1.290	0.796 - 2.093	0.301
認知機能 (MMSE ^c)	0.988	0.955 - 1.023	0.498
抑うつ状態 (CSDD ^d)	0.885	0.543 - 1.441	0.623
せん妄 (CAM ^e)	2.195	0.841 - 5.731	0.108
不穏症状 (CMAI ^f)	1.010	0.999 - 1.022	0.072
BPSD重症度 (NPI ^g)	1.035	1.001 - 1.070	<u>0.046</u>
入院前ADL (Barthel Index)	0.996	0.987 - 1.004	0.285
入院～入院後2か月までの ADL変化	1.857	1.158 - 2.977	<u>0.010</u>
入院～入院後2か月までの 退院支援の有無	0.220	0.123 - 0.394	<u><0.001</u>

a: Zarit Caregiver Burden

b: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

c: Mini-Mental State Examination

d: Cornell Scale for Depression in dementia

e: Confusion Assessment Method

f: Cohen Mansfield Agitation Inventory

g: Neuropsychiatric Inventory

表3. 2か月以内の早期退院を阻害する要因 - 多変量ロジスティック回帰分析 -

	オッズ比	信頼区間	P値
年齢	0.968	0.933 - 1.003	0.076
BPSD重症度	1.019	0.974 - 1.065	0.418
入院～入院後2か月までの ADL変化	1.798	1.038 - 3.113	<u>0.036</u>
介護負担度	1.019	1.003 - 1.034	<u>0.016</u>
入院～入院後2か月までの 退院支援の有無	0.178	0.092 - 0.343	<u><0.001</u>

CMAIはNPIと高い相関を示したため、多変量ロジスティック解析からは除外

表4. 6か月以内の退院を阻害する入院後2か月時点での要因 - 多変量ロジスティック回帰分析 -

	オッズ比	信頼区間	P値
入院後2か月時点での			
MMSE得点	0.983	0.940 - 1.027	0.439
ADL	0.998	0.987 - 1.008	0.659
不穏症状	0.997	0.977 - 1.018	0.805
BPSD重症度	1.029	1.002 - 1.057	<u>0.033</u>
退院支援の有無	0.223	0.131 - 0.381	<u><0.001</u>

11) 退院後の再入院に関連する退院時の要因

6か月以内に退院した237症例のうち、精神科病院へ再入院となった12症例と、退院を継続できた116症例に関して、退院時のどのような要因が再入院に関連しているのかを単変量ロジスティック回帰分析によって検討した結果、有意に関連する要因は認められなかった。

D. 考察

「今後の認知症施策の方向性について」(以下、「方向性」)においては、地域で医療および介護サービスを包括的に提供する体制の確立が必要であることと同時に、精神科病院への長期入院の解消が謳われている(入院期間中央値を平成32年度までに2か月に短縮することなど)。しかし、認知症患者の早期退院阻害因子に関する先行研究は、国内外を通して調査・論文数ともに少なく、しかも包括的に調査されたものは皆無である。したがって、これまでのデータはアウトカムやアウトプットにおいて、現況把握および評価等における対策の樹立に十分とはいえないことが否めず、政策の根拠や「方向性」における課題を具体的に

解決するために必須となる、入院中の介入や認知機能、日常生活機能、家族の受け入れ環境などを含めた多様な要因については明らかとなっていなかった。このような背景をもとに、今回、これら課題解決に向けた全国規模での調査研究を行った。

本結果より、入院後2か月以内の早期退院を阻害する要因として、入院前の介護負担度が強いこと、入院後にADLが低下すること、退院支援が行われていないことの3因子が有意な因子として抽出された。入院前の介護負担度については、介護うちの危険が高いとされている得点を超えるものが75%で認められており、これが早期退院の阻害にもつながっていることから、早急に介護者の介護負担を軽減するためのアプローチを考えていく必要があると思われる。また、入院後の患者のADLに関して、入院後2か月までにADLが低下する傾向にあることが示された。この低下が早期退院を阻害する一要因となっていることから、入院後の生活機能を維持するためのリハビリテーションの重要性が示されたといえる。また、入院後2か月の時点で退院支援が実施されていたの

は82%と、多くの患者については退院支援が行われていたが、行われていない患者については早期退院ができていなかったことから、改めて退院支援の重要性が明らかとなった。

一方、本研究では、認知症患者の精神科病院からの安全な退院につなげることを目的として、退院後の経過等を評価する前向きコホート研究を実施した。その結果、6か月以内に退院した症例のうち、退院後の調査票を回収できた140症例について検討した結果、退院後6か月以内に精神科病院へ再入院となったのは12症例(8.6%)のみであった。この12症例と退院を継続できた116症例に関して、退院時のどのような要因が再入院に関連しているのかを単変量ロジスティック回帰分析によって検討したが、有意に関連する要因は認められなかった。本結果、および退院後の経過において、介護者の1日当たりの平均介護時間が6時間を超えるものは約10%(入院前は53%)と減少しており、介護者の介護負担度や抑うつ状態の程度も入院前と比べるといずれも軽減していたことなどから、精神科病院からの退院は安定した状態の中で、安全に問題なく行われていることが示唆された。

E. 結論

BPSD管理のために精神科病院に入院した認知症患者を対象に、入院時の患者、家族の特性のみならず入院中の身体疾患を含めた治療の実態とBPSDの経過、退院支援の実態とその結果、退院後の経過を評価する前向きコホート研究を行うことで、治療や退院・在宅復帰を妨げる危険因子を同定することを目的に研究を行った。研究成果の一つとして、2か月以内の早期退院を阻害する要因が抽出されたことから、今後これらの要因にアプローチしていくことで、早期退院を実現できる可能性が示された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Miki E, Okamura H, et al: Feasibility and efficacy of speed-feedback therapy with a bicycle ergometer on cognitive function in elderly cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 23: 906-913, 2014
- 2) Mantani T, Okamura H, et al: Influence of alexithymia on the prognosis of patients with major depression. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 26: 278-286, 2014
- 3) 石井伸弥, 石井知行, 瀧野勝弘, 烏帽子田彰, 岡村 仁: 精神病床における認知症患者の入院期間に関連する要因の検討 - 広島県パイロットスタディ. *日本精神科病院協会雑誌* 33: 73-79, 2014
- 4) Ishii S, et al: Association between serum uric acid and lumbar spine bone mineral density in peri- and postmenopausal Japanese women. *Osteoporos Int* 25: 1099-1105, 2014
- 5) Ishii S, et al: Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 14 Suppl 1: 93-101, 2014
- 6) Ishii S, et al: Pleiotropic effects of obesity on fracture risk: The Study of Women's Health Across the Nation. *J Bone Miner Res* 1. doi: 10.1002/jbmr.2303, 2014
- 7) Ishii S, et al: Metabolic syndrome, sarcopenia and role of sex and age: cross-sectional analysis of Kashiwa cohort study. *PLoS One* 9: e112718. doi:10.1371/journal.pone.0112718, 2014
- 8) 瀧野勝弘: G8認知症サミット. *老年精神医学雑誌* 25: 124-125, 2014

- 9) 瀧野勝弘: 認知症疾患医療センターと認知症治療病棟 . 日本精神科病院協会雑誌33: 31-37, 2014
- 10) 瀧野勝弘: 高齢統合失調症患者の動向と身体合併症治療のあり方 . 日本精神科病院協会雑誌 33: 55-56, 2014
- 11) 瀧野勝弘: 認知症の「新たな国家戦略」. 日本精神科病院協会雑誌 33: 4, 2014
- 12) Sakaguchi S, Okamura H: Effectiveness of a collage activity based on a life review in elderly cancer patients: a preliminary study. Palliat Support Care 13: 285-293, 2015
- 13) Taira N, Okamura H, et al: The Japanese Breast Cancer Society clinical practice guideline for epidemiology and prevention of breast cancer. Breast Cancer 22: 16-27, 2015
- 14) Chujo M, Okamura H: Partnership in psycho-social group intervention for cancer patients: factors to creating the group dynamics. Yonago Acta medica 58: 45-50, 2015
- 15) Chujo M, Okamura H: The skills of facilitator nurses in psycho-social group intervention for cancer patients. Yonago Acta medica 58: 69-75, 2015
- 16) Nosaka M, Okamura H: A single session of an integrated yoga program as a stress management tool for school employees: comparison of daily practice and non-daily practice of a yoga therapy program. J Altern Complement Med 21: 444-449, 2015
- 17) Muraki S, Okamura H, et al: Study on factors associated with repeated gambling among gamblers anonymous participants. J Addict Res Ther 6: 251. doi: 10. 4172/2155-6105.1000251, 2015
- 18) 高見千恵, 岡村 仁: 認知症と診断されていない要介護者の介護者における認知症に対する支援ニーズ . 日本認知症ケア学会誌 14: 531-541, 2015
- 19) Ishii S, et al: The state of health in older adults in Japan: Trends in disability, chronic medical conditions and mortality. PLoS One 10: e0139639, 2015
- 20) Ishii S, et al: Development of conversion formulae between 4 meter, 5 meter and 6 meter gait speed. Geriatr Gerontol Int 15: 233-234, 2015
- 21) Ishii S, et al: Re: Growing research on sarcopenia in Asia. Geriatr Gerontol Int 15: 238-239, 2015
- 22) Kuroda A, Ishii S, et al: Eating alone as social disengagement is strongly associated with depressive symptoms in Japanese community-dwelling older adults. J Am Med Dir Assoc 16: 578-585, 2015
- 23) Mori T, Ishii S, et al: Parity, lactation, bone strength, and 16-year fracture risk in adult women: Findings from the study of women's health across the nation (SWAN). Bone 73: 160-166, 2015
- 24) 石井伸弥, 他: 総合診療医が知っておくべきアルツハイマー型認知症治療薬の薬物相互作用 . 治療 97: 388-391, 2015
- 25) 石井伸弥 . 高齢者薬物治療における処方最適化のためのツール . 薬局 66: 51-58, 2015
- 26) 瀧野勝弘: 「認知症専門医」は誰? 「認知症特別委員会」設置について . 日本精神神経学雑誌 117: 955, 2015
- 27) Abe K, Okamura H: Development of a method for transferring paraplegic patients with advanced cancer from the bed to the wheelchair. J Palliat

- Med 19: 656-660, 2016
- 28) Hanaoka H, Okamura H, et al: Reminiscence triggers in community-dwelling older adults in Japan. Br J Occup Ther 79: 220-227, 2016
- 29) Kobayakawa M, Okamura H, et al: Family caregivers require mental health specialists for end-of-life psychosocial problems at home: a nation-wide survey in Japan. Psycho-Oncology 25: 641-647, 2016
- 30) Shigehiro M, Okamura H, et al: Study on the psychosocial aspects of risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA1/2 mutation carriers in Japan: a preliminary report. Jpn J Clin Oncol 46: 254-259, 2016
- 31) Taira N, Okamura H, et al: The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for epidemiology and prevention of breast cancer, 2015 edition. Breast Cancer 23: 343-356, 2016
- 32) 岡村 仁: 術後患者に対する精神的・心理的サポート. 臨床外科 71: 264-269, 2016
- 33) 石長孝二郎, 岡村 仁, 他: 大腸がん患者への抗がん剤投与による嗅覚および気分の快・不快の変化. 日本病態栄養学会誌 19: 127-134, 2016
- 34) 林 優美, 岡村 仁, 他: 医師・病棟看護師が患者に「緩和ケア」という用語を使用する時期. Palliative Care Research 11: 209-216, 2016
- 35) 34) 林 優美, 岡村 仁, 他: PEACEを用いた緩和ケア研修会受講による臨床での取り組み方の変化について. Palliative Care Research 11: 234-240, 2016
- 36) Ishii S, et al: The association of change in medication regimen and use of inappropriate medication based on Beers criteria with adverse outcomes in Japanese long-term care facilities. Geriatr Gerontol Int. doi: 10.1111/ ggi.12761, 2016
- 37) Shieh A, Ishii S, et al: Urinary N-telopeptide and rate of bone loss over the menopause transition and early postmenopause. J Bone Miner Res 31: 2057-2064, 2016
- 38) Shieh A, Ishii S, et al: Quantifying the balance between total bone formation and total bone resorption: an index of net bone formation. J Clin Endocrinol Metab 101: 2802-2809, 2016
- 39) Kojima T, Ishii S, et al: Screening tool for older persons' appropriate prescriptions in 10) 2016
- 40) Ishii S, et al: The association of change in medication regimen and use of inappropriate medication based on Beers criteria with adverse outcomes in Japanese long-term care facilities. Geriatr Gerontol Int. doi: 10.1111/ ggi.12761, 2016
- 41) Ishii S, et al: Brain Health: a Japanese viewpoint. J Am Med Dir Assoc 17: 455, 2016
- 42) 石井伸弥: 血圧 身近に考えよう循環器内科の素朴な疑問. 治療 98: 360-361, 2016
- 43) 石井知行: 精神科チーム医療の現状と今後の在り方. 臨床精神医学 45: 745-753, 2016
- 44) 石井知行: 新オレンジプランと精神科医療. 日本精神科病院協会雑誌 35: 53-55, 2016
- 45) 石井知行: 新オレンジプランについて. 精神神経学雑誌 118: 559, 2016
- 46) 石井知行: 男女共同参画推進共同宣言について. 精神神経学雑誌 118: 938-942, 2016

2. 学会発表

- 1) Kaneko F, Okamura H, et al: Practice report of employment support for people with mental disorders provided by the office of transition support for employment (type B) with the cooperation of external organizations. 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, June 18-21, 2014
- 2) Okazaki T, Okamura H, et al: Relationship between social cognition and subjective interpersonal skills in patients with schizophrenia. 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, June 18-21, 2014
- 3) Hanaoka H, Okamura H, et al: Factors related to reminiscence in community-dwelling elderly individuals. 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, June 18-21, 2014
- 4) Miki E, Okamura H: The association between the decline of cognitive function and ability of ADL in elderly cancer patients. 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, June 18-21, 2014
- 5) Nosaka M, Okamura H: A single session of integrated yoga program as a stress management education for school staff employees: daily practice vs non-daily practice. 16th Congress of Asian College of Psychosomatic Medicine, Jakarta, August 22-23, 2014
- 6) 岡村 仁: 進行・終末期リハビリテーションと作業療法士の役割～精神科医の立場から～. 第9回島根県作業療法学会(教育講演), 浜田市, 2014年11月
- 7) Ishii S, et al: Detecting Sarcopenia in Community-dwelling Older Adults. ICFSR, Barceloa, Spain, March 2014
- 8) Kojima T, Ishii S, et al: Low BMI is associated with adverse drug reactions in geriatric inpatients. ICFSR, Barceloa, Spain, March 2014
- 9) Ishii S, et al: Association between metabolic syndrome and sarcopenia in community-dwelling Japanese older adults: data from the Kashiwa study. American Geriatric Society, Orlando, Florida, USA, May 2014
- 10) Ishii S, et al: Sarcopenic obesity and physical capacity impairments in community-dwelling Japanese older adults: data from the Kashiwa study. American Geriatric Society, Orlando, Florida, USA, May 2014
- 11) Shimizu K, Ishii S, et al: Use of Potentially Inappropriate Medication and Polypharmacy in Community-dwelling Japanese Elderly Population from the Kashiwa study. American Geriatric Society, Orlando, Florida, USA, May 2014
- 12) 石井知行: 地域包括ケアのサポートのための認知症医療介護連携について. 認知症医療の充実を推進する議員の会 第2回総会, 東京, 2014年10月
- 13) Miyashita M, Okamura H, et al: Development of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy- Cognitive Function (FACT-Cog) version 3. Oncology Nursing Society 40th Annual Congress, Orlando, FL, USA, April 23-26, 2015
- 14) Okamura H, et al: Study on the psychosocial aspects of risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA1/2 mutation carriers in Japan. 14th International Meeting on the

- Psychosocial Aspects of Hereditary Cancer, Manchester, United Kingdom, May 5-7, 2015
- 15) Nosaka M, Okamura H: A single session of integrated yoga program as a stress management education for the teachers at schools. 23rd World Congress on Psychosomatic Medicine, Glasgow, United Kingdom, August 19-22, 2015
- 16) Itcho S, Okamura H: The comparison of different listening style between live and recorded music by HRV and MMS. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, September 14-17, 2015
- 17) Kaneko F, Okamura H, et al: Miyajima welfare guide map was produced by the Hiroshima University Community Cooperation Promotion Project. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, September 14-17, 2015
- 18) Tokunaga A, Okamura H, et al: Opinion of child and adolescent psychiatrists on the need for occupational therapy. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, September 14-17, 2015
- 19) Miki E, Okamura H: End-of-life care education for OT students in Japan. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, September 14-17, 2015
- 20) 岡村 仁: いかに早期緩和ケアを実践するか. ACP 日本支部年次総会 2015, 京都市, 2015年5月
- 21) 竹内抄與子, 岡村 仁, 他: BRCA1/2 変異保有者におけるリスク低減卵巣卵管切除術前後の心理・社会的側面に関する研究. 第21回日本家族性腫瘍学会学術集会, さいたま市, 2015年6月
- 22) 一町小百合, 岡村 仁: 生演奏と録音音楽が及ぼす心理・身体面への影響の比較. 第49回日本作業療法学会, 神戸市, 2015年6月
- 23) 三木恵美, 岡村 仁: 作業療法学生へのがんに関する卒前教育の現状と課題 - 養成校に対するアンケート調査より -. 第49回日本作業療法学会, 神戸市, 2015年6月
- 24) 青木優香里, 岡村 仁, 他: 広島市における小規模事業所の障害者雇用に対する意識調査 - 障害者雇用納付金制度の対象事業所の拡大を前に -. 第49回日本作業療法学会, 神戸市, 2015年6月
- 25) 久保田匠, 岡村 仁, 他: 個別回想コラージュブック制作を通して退院に至った長期入院統合失調症の一症例. 第49回日本作業療法学会, 神戸市, 2015年6月
- 26) 岡村 仁: 日本統合医療学会広島県支部の設立. 第19回日本統合医療学会, 山口市, 2015年12月
- 27) 石井伸弥: 高齢者薬物治療ガイドライン. 日本老年医学会年次学術集会, 横浜市, 2015年6月
- 28) 石井知行: 精神疾患をもつ女性の妊娠・出産を支えよう. 第111回日本精神神経学会学術総会, 大阪市, 2015年6月
- 29) 淵野勝弘: 認知症における精神科医療 新たな国家戦略 . 第3回愛知精神科地域医療フォーラム, 名古屋市, 2015年4月
- 30) 淵野勝弘: 重度認知症デイケアと地域連携 (デイケアクリニカルパスの有効性). 第4回日本精神科医学会学術大会, 宜野湾市, 2015年10月
- 31) Nosaka M, Okamura H: A single session of integrated yoga program as a stress management for teachers: the effects measured by respiration rate etc. The 17th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, Fukuoka, Japan, August 20-21, 2016

32) Kaneko F, Okamura H: The efficacy of individual occupational therapy in a long-term schizophrenic inpatient: a case study. The 2016 IPA International Congress, San Francisco, USA, September 6-9, 2016

33) Okamura H, et al: A nationwide survey of dementia patients admitted to psychiatric hospitals for behavioral and psychological symptoms of dementia in Japan. 12th International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). Lisbon, Portugal, October 5-7, 2016

34) Hanaoka H, Okamura H, et al: Effective olfactory stimulation of reminiscence intervention in community-dwelling elderly persons in Japan. 2016 IPA Asian Regional Meeting, Taipei, Taiwan, December 9-11, 2016

35) 渡邊春菜, 岡村 仁, 他: 地域活動においてリーダーとして活躍する高齢者の思い. 第53回日本リハビリテーション医学会学術総会, 京都市, 2016年6月

36) Ishii S, et al. Recent sex- and age-specific changes in disability, chronic medical conditions and mortality in Japanese older adults. American Geriatric Society (AGS) Annual meeting, Long Beach, California, USA, May 2016

37) 石井伸弥, 他: [特別企画]症例から学ぶ老年医学. 日本老年医学会関東甲信越地方会, 2016年5月

38) 石井伸弥, 他: 高齢者の聴力低下危険因子としての生活習慣および生活習慣病. 抗加齢医学会年次学術集会, 横浜市, 2016年6月

39) 甘利達明, 石井伸弥, 他: 高齢男女における空腹時血糖値-HbA1c間の乖離の評価. 日本老年医学会年次学術集会, 金

沢市, 2016年6月

40) 淵野勝弘: アンケート調査と3類型の新たな機能. 平成28年度地域精神医療フォーラム, 東京都, 2016年8月

41) 淵野勝弘: シンポジウム9: 認知症の精神科医療と地域包括ケアシステム: 精神科病院における認知症患者の外来・入院について. 第5回日本精神科医学会学術大会, 仙台市, 2016年11月

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

特記すべきことなし。

【謝辞】

多忙な臨床業務の中、本調査に協力いただきました各施設の皆さまに心より感謝申し上げます。また、研究に全面協力いただきました公益社団法人 日本精神科病院協会、ならびにデータの入力、整理、解析にご協力いただきました有限会社ピコラ、エスオーシー株式会社に厚く御礼申し上げます。

**BPSD により精神科病院に入院する認知症患者を対象とした
全国規模での入院実態調査**

資料 1 . 調査項目・調査内容・調査時期 一覧表

調査項目	調査内容	調査時期		
入院時患者情報	年齢	入院時		
	性別			
	診断名			
	その他診断名の内訳			
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			
	認知症高齢者の日常生活自立度			
	入院形態			
	入院経路(入院前の居所)			
	入院病棟			
	入院場所			
	入院前の患者の状況		患者の婚姻状況	入院時
患者の学歴				
喫煙習慣				
飲酒習慣				
体重減少				
嚥下障害				
過去1年間での転倒歴				
過去1ヶ月間での身体的な制限 受けた抑制や拘束の種類				
聴覚				
周囲との意思疎通				
周囲との会話を理解する				
視力				
入院前の患者の生活状況		介護者の合計人数	入院時	
	介護者全員が65歳以上			
	過去1年間に日中患者一人になった時困ったことや問題が起こったことがある			
	過去一年間に患者一人きりになり、徘徊があった 徘徊回数			
	警察に通報した 通報回数			
	昨年度の患者世帯全体の収入			
	介護保険を申請したことがあるか 介護保険の要介護度			
	入院前に使用していた介護保険サービス			
	介護者調査票の記入者	患者情報を収集した相手 主に介護を行っていない者 患者の普段の状況		入院時
		介護者情報		
主に介護を行っている者の性別				
主に介護を行っている者の年齢				
	主に介護を行っている者の自己評価による健康状態			

	主に介護を行っている者が要介護認定を受けているか	
	主に介護を行っている者の要介護度	
	主に介護を行っている者の現在の仕事	
	主に介護を行っている者は介護のために仕事を辞める または働き方を変えた	
	介護を始めてから仕事による収入の変化	
	主に介護を行っている者の介護を始めてからの期間	
	介護を行う1日あたりの平均時間	
	Zarit 介護負担尺度：合計得点	入院時
	25 点以上/24 点以下	退院後
	CES-D Scale：合計得点	
	うつの有病率	
入院前後の医学的情報 及び入院後の経過	CMAI：合計得点(不穏の評価)	入院時 入院中* 退院後**
	NPI-Q：重症度合計得点	入院時
	NPI-Q：介護負担度合計得点	退院後
	NPI-NH：4 点以上がある症状(頻度×重症度)	入院中
	NPI-NH：合計得点	
	Barthel Index：合計得点	入院時
	MMSE：合計得点(認知障害の評価)	入院中
	CSDD：合計得点(うつの評価)	
	うつの有病率	
	CAM(せん妄の評価)	
	医学的管理の疾患	
	血液・腫瘍/4 疾患	
	循環器/6 疾患	
	消化器/4 疾患	
	腎・泌尿器/3 疾患	
	感染症/7 疾患	
	内分泌/5 疾患	
	筋骨格/4 疾患	
	神経系/6 疾患	
	精神系/4 疾患	
	呼吸器	
	眼	
	その他の疾患	
	Charlson Comorbidity index	
	抗精神病薬内服有無	
	種類	
	抗認知症薬内服有無	
	種類	

抗うつ薬内服有無	種類	
気分安定薬・抗てんかん薬内服有無	種類	
抗不安薬・睡眠薬内服有無	種類	
漢方薬内服有無	種類	
医学的処置有無	種類	
非経口的投与薬剤 投与有無	種類	
BMI		
痛みの質問に適切に答えられた	重症度	
	頻度	
	痛みによると思われる行動	
	記入個数	
	頻度	
	痛みに対する治療	
入院中の病棟		入院中
身体症状	記入個数	
身体処遇	保護室使用	
	閉鎖病棟使用	
	身体制限	
身体制限	抑制帯又は帯/種類	
	抑制帯又は帯/理由	
	向精神薬の追加/種類	
	向精神薬の追加/理由	
	車いすベルト・テーブル/理由	
	4本柵/理由	
	介護衣/理由	
	ミトン/理由	
非薬物療法		
退院支援	入院後2ヶ月目	
	入院後4ヶ月目	
	入院後6ヶ月目	
退院支援を始めた時期		
退院支援に関わった職種		

	地域連携バスを使用している	
	行った退院支援の種類	
	家族の協力状況	
	外泊することがあった	
退院	退院時診断名	退院時
	退院患者の入院期間	
	退院した理由	
	転退院先	
	退院出来ない理由	
退院後の経過	過去の医療機関の受診回数：精神科	退院後
	過去の医療機関の受診回数：精神科以外	
	過去のデイサービス・デイケア利用回数	
	過去の訪問サービス利用回数：訪問診療	
	過去の訪問サービス利用回数：訪問介護	
	過去の訪問サービス利用回数：ヘルパー	
	過去の身体的な抑制や拘束：有無	
	過去の身体的な抑制や拘束：種類	
	過去の主に介護を行っている者の1日あたりの平均介護時間	
	過去の主に介護を行っている者の自己評価による健康状態	

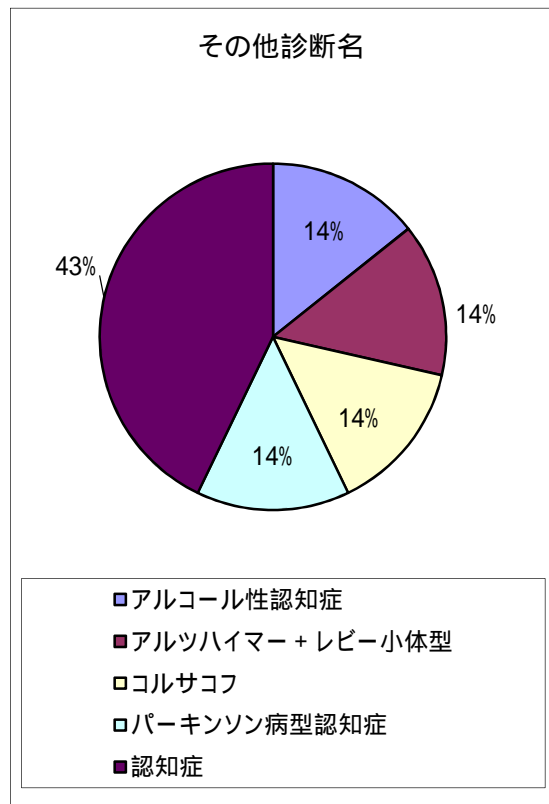
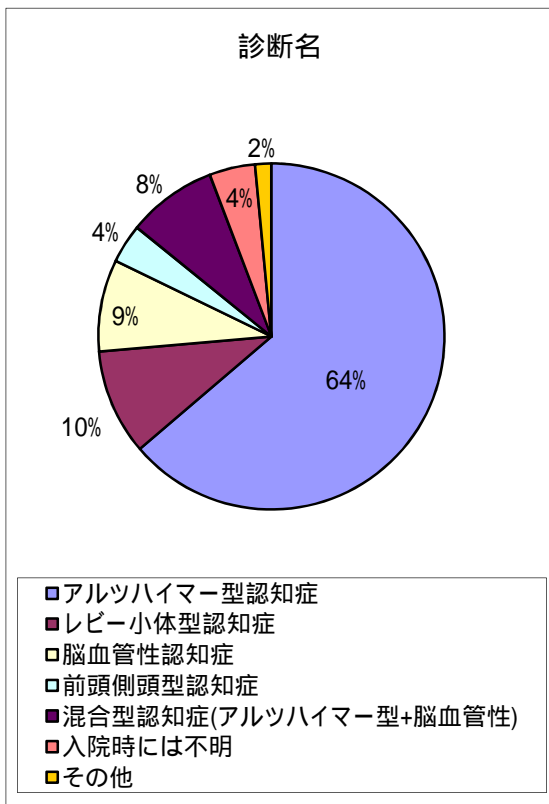
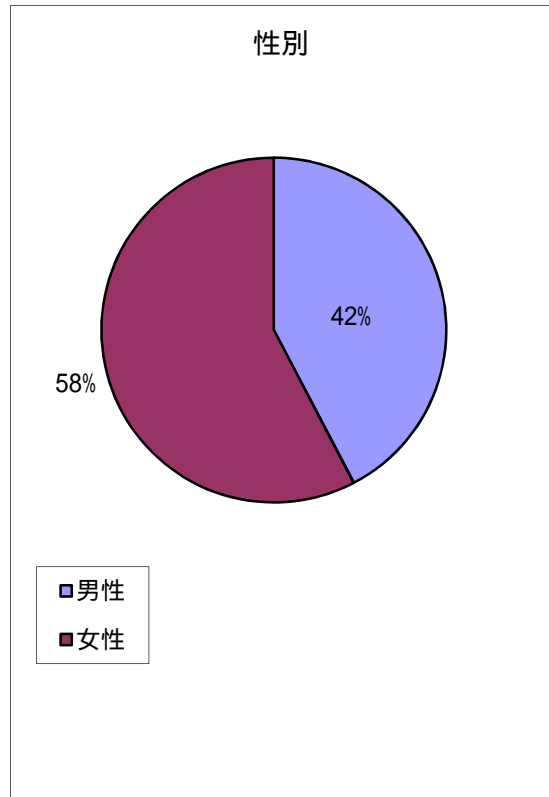
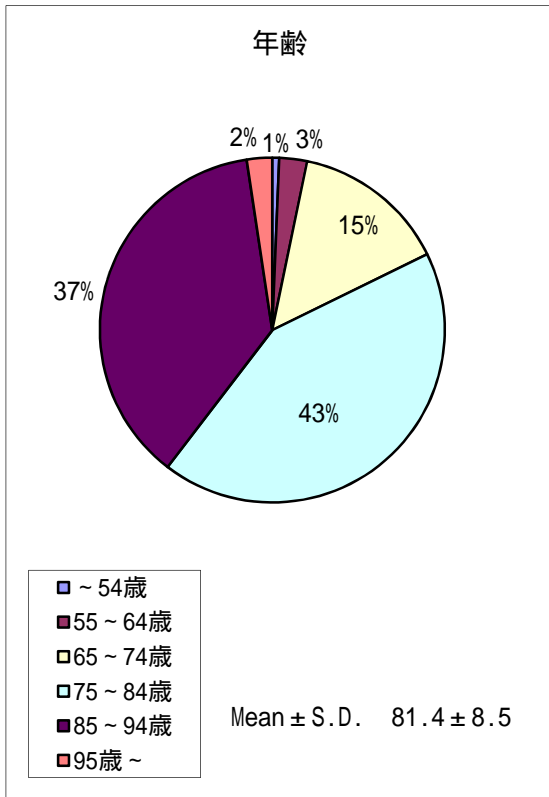
*：入院2か月後，4か月後，6か月後，または退院時

**：退院2か月後，4か月後，6か月後

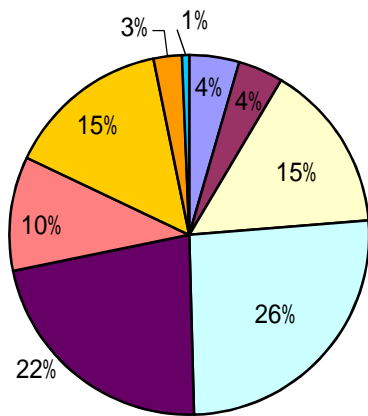
**BPSD により精神科病院に入院する認知症患者を対象とした
全国規模での入院実態調査**

資料2 . 結果グラフ 一覧

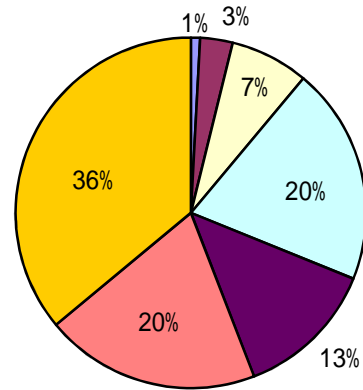
【入院時の患者情報】



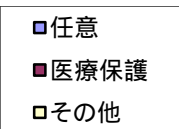
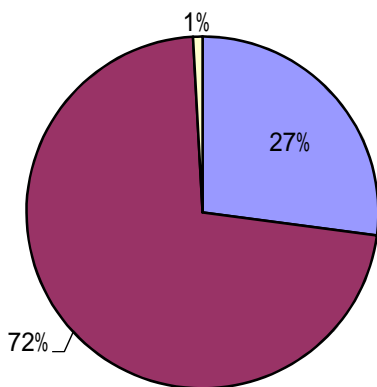
障害高齢者の日常生活自立度



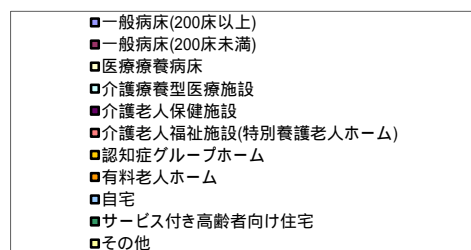
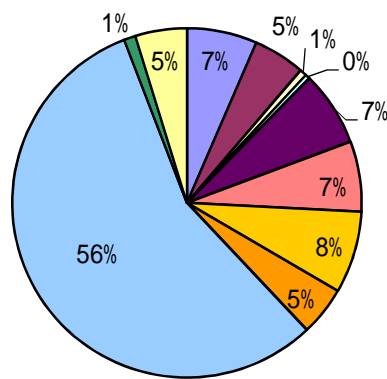
認知症高齢者の日常生活自立度

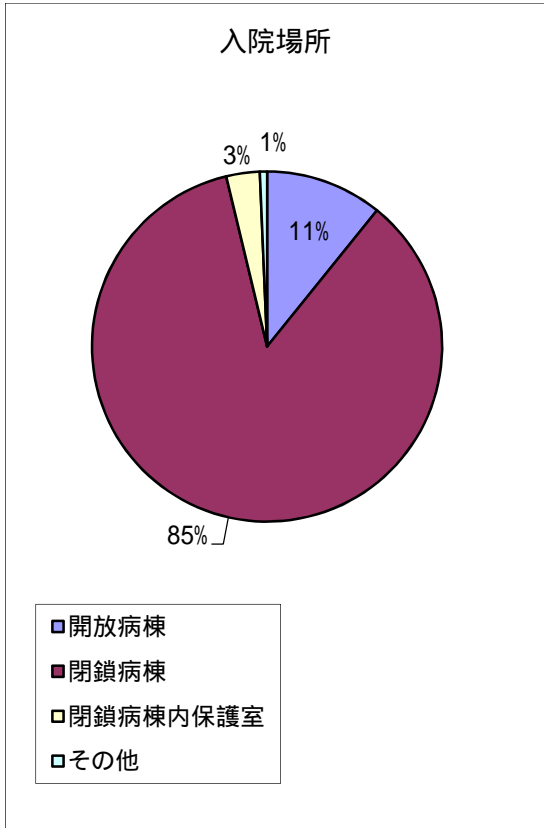
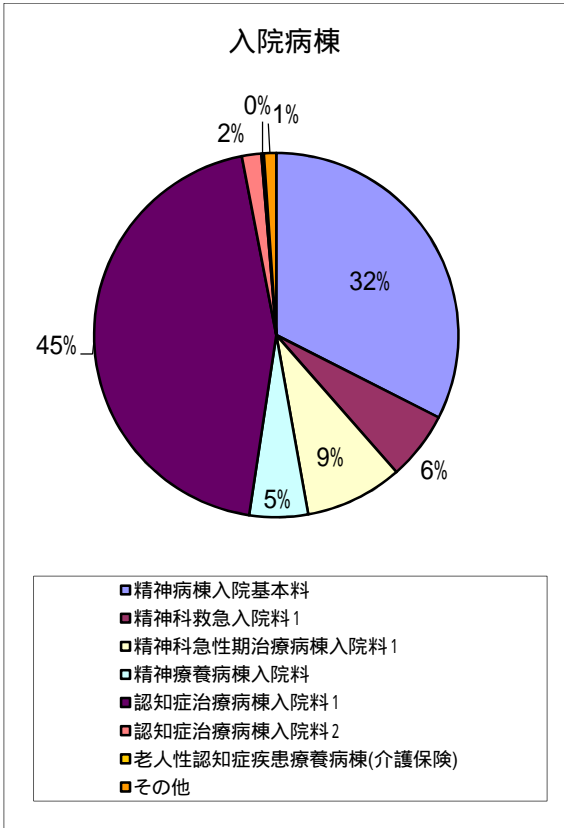


入院形態

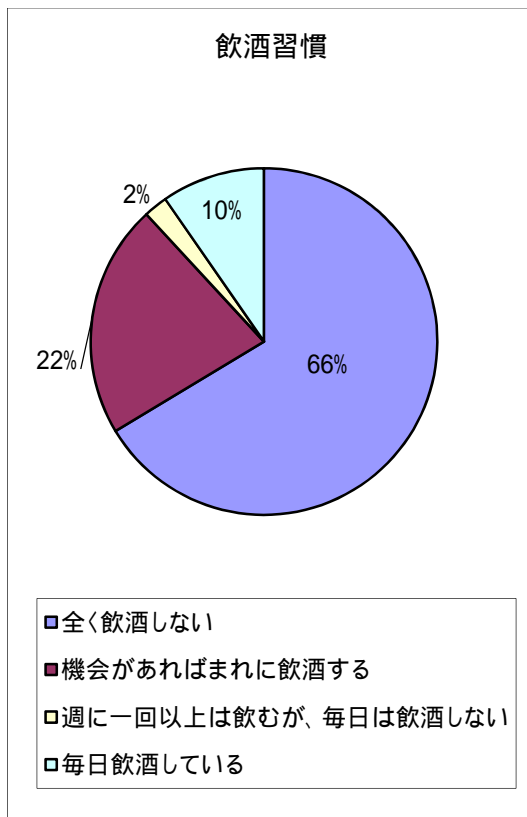
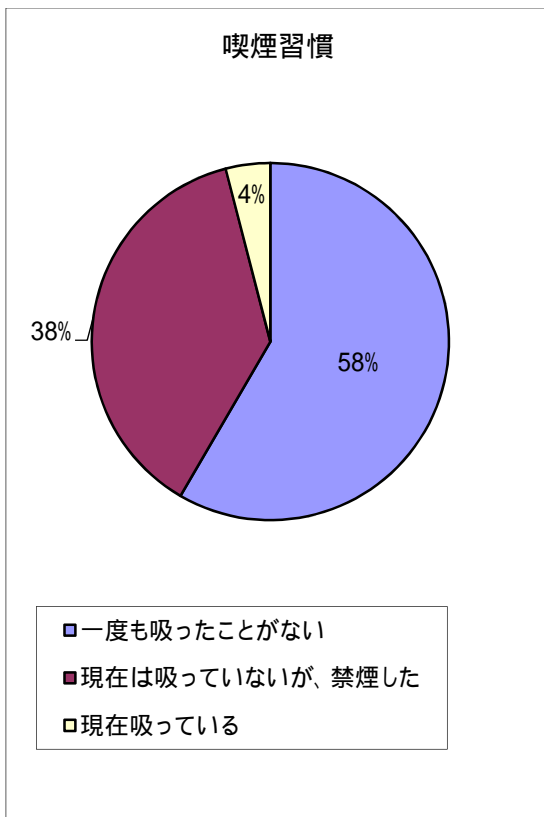
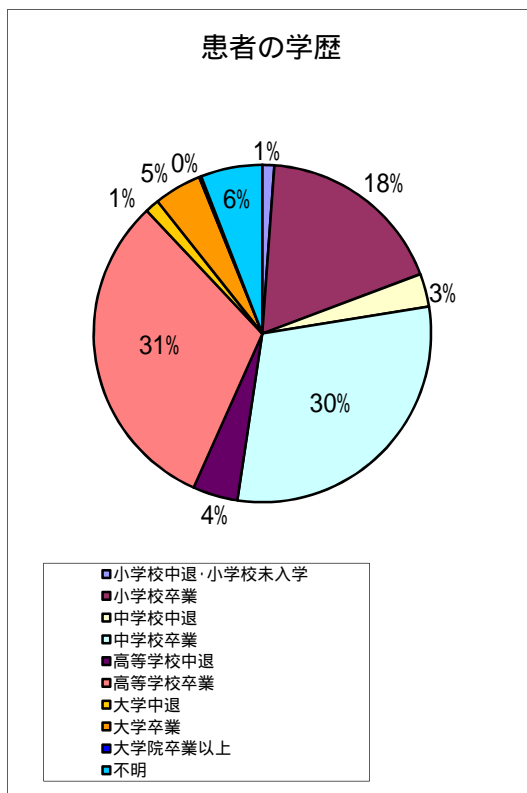
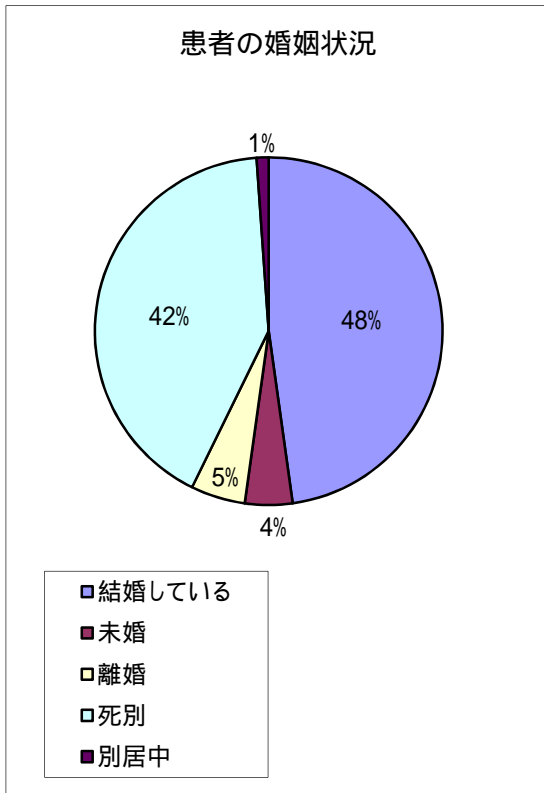


入院経路

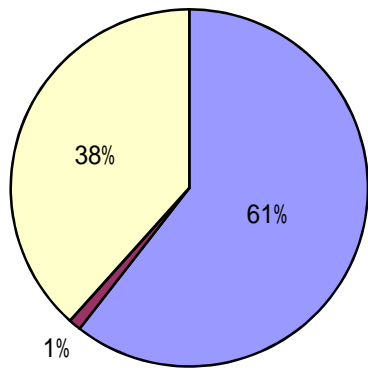




【入院前の患者の状況】

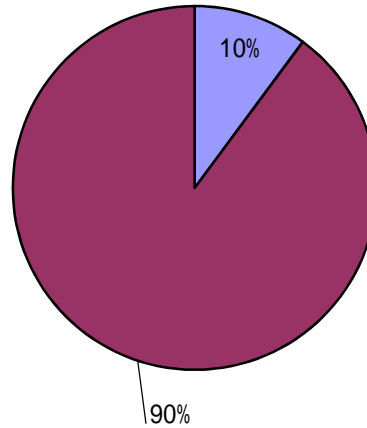


体重減少



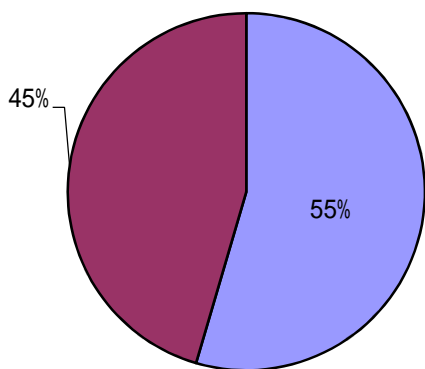
- なし
- あり(ダイエットの結果)
- あり(ダイエットを行わず)

嚥下障害



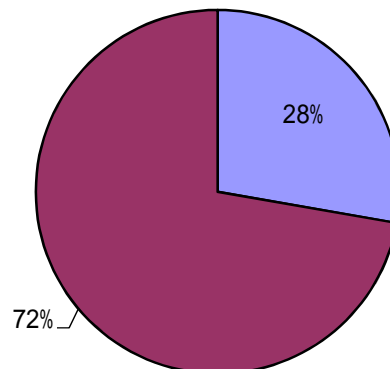
- あり
- なし

過去1年間での転倒歴



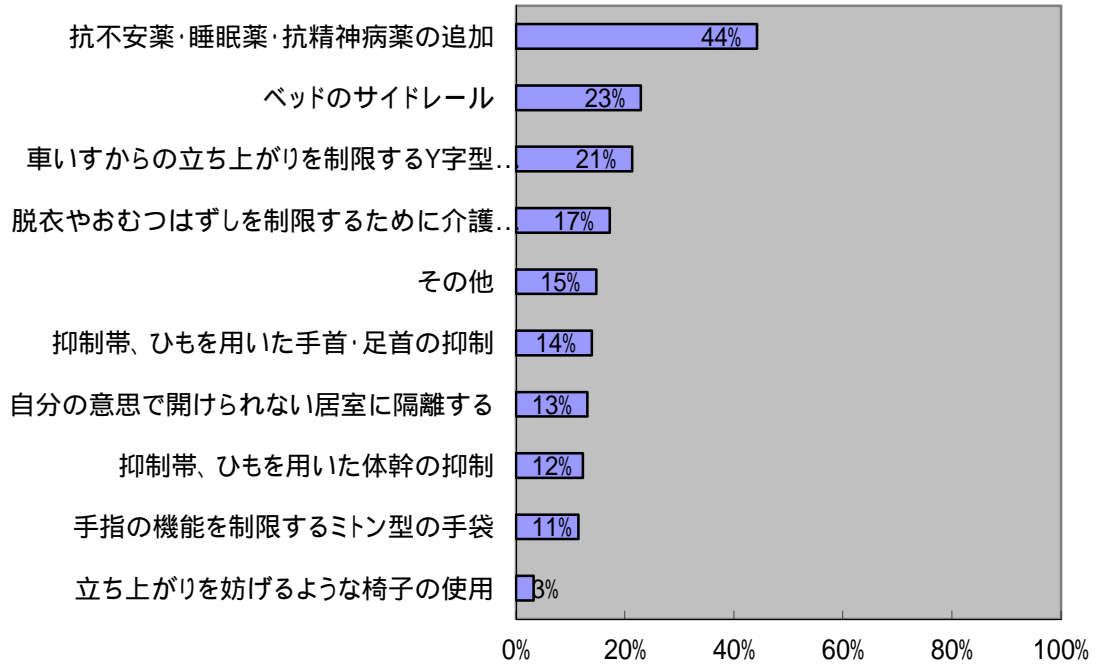
- はい
- いいえ

過去1ヶ月間での身体的な制限

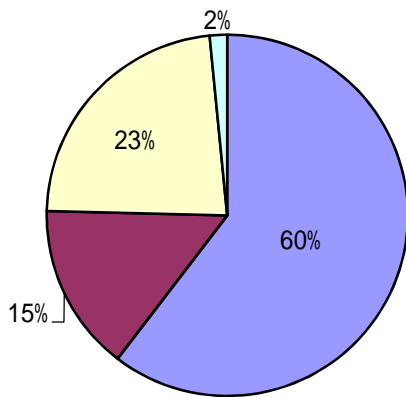


- はい
- いいえ

受けた抑制や拘束の種類

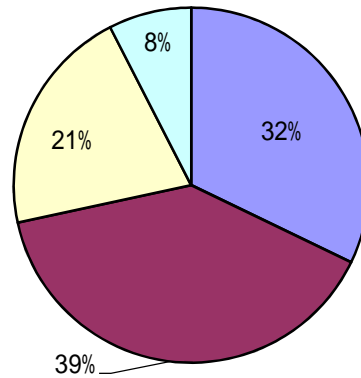


聴覚



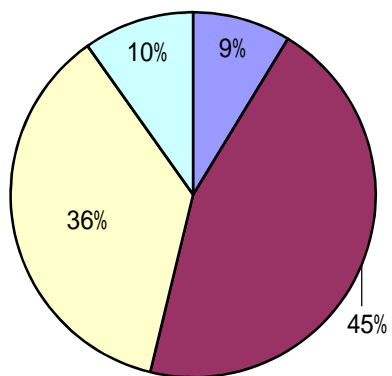
- 問題なし
- 周囲が騒がしい時などは聞こえない
- 大きな声でゆっくりはっきり話さないと聞こえない
- ほとんど聞こえていない

周囲との意思疎通



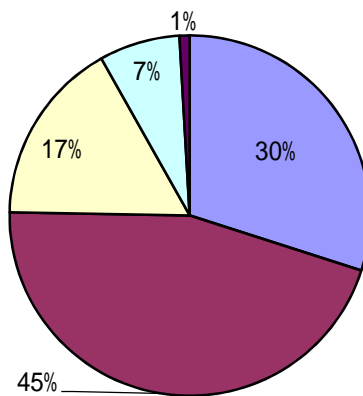
- はっきり自分の意思を伝えられる
- だいたいの場合自分の意思を伝えられる
- 時々ならば自分の意思を伝えられる
- ほとんど自分の意思を伝えることができない

周囲との会話を理解する



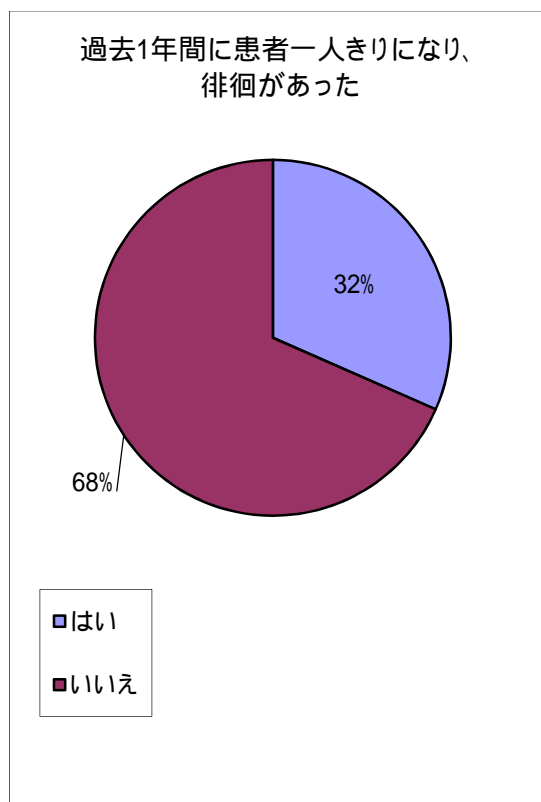
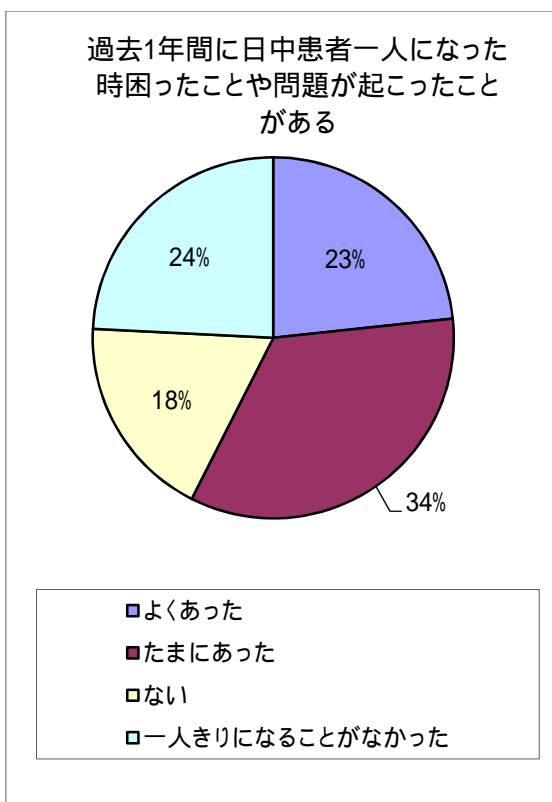
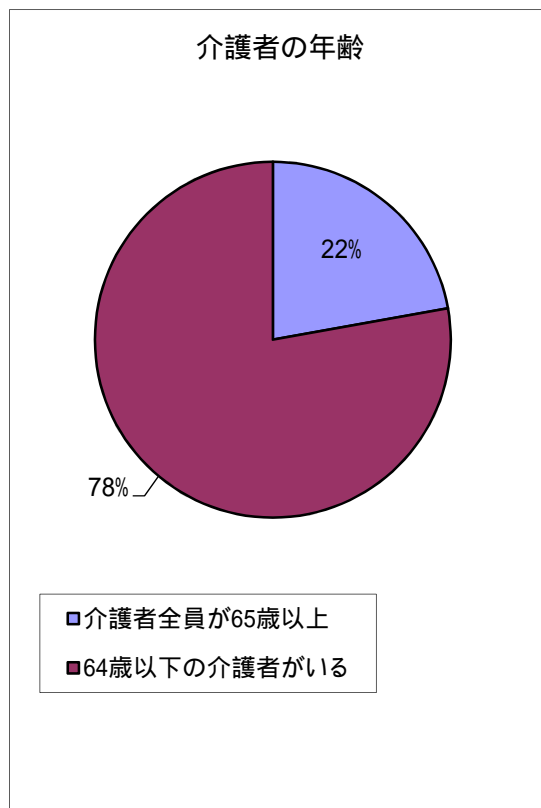
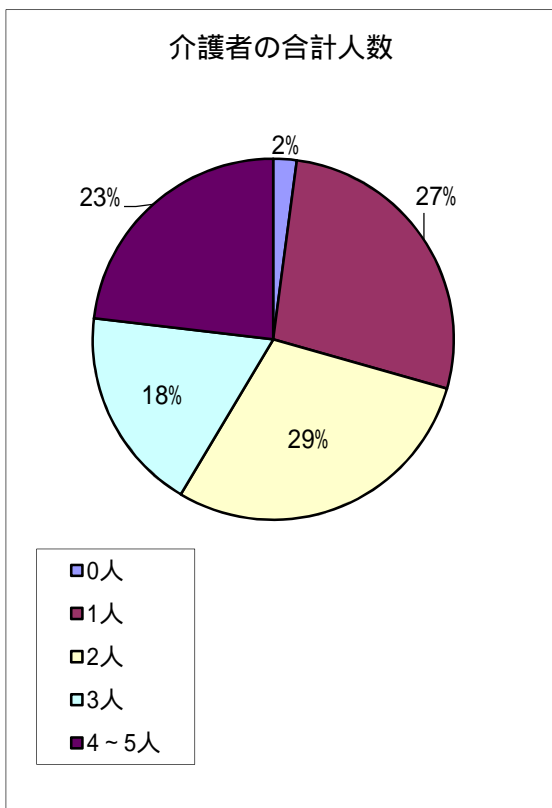
- 正しく理解できる
- だいたいの場合理解できている
- 時々ならば理解できている
- ほとんど理解できていない

視力

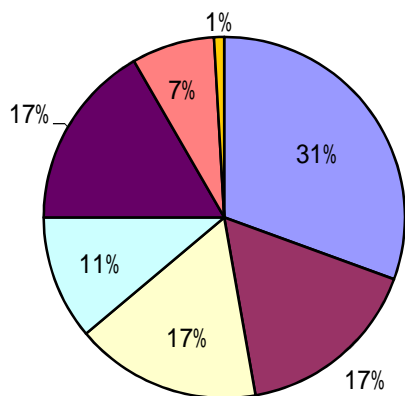


- 新聞を読むなど細かいものも見えている
- 新聞は読めないが大きな文字ならば読める
- 新聞の見出しは読めないが、眼前の物が何かは分かる
- 眼前の物の動きを目で追えるが、それが何かははっきり見えていない
- 見えていない、または光のみに反応する

【入院前の患者の生活状況】

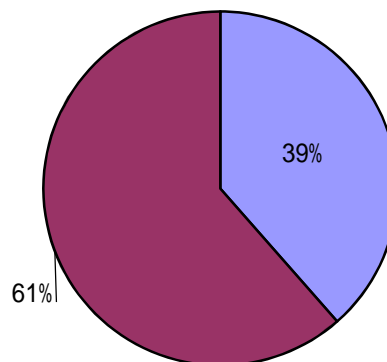


徘徊回数



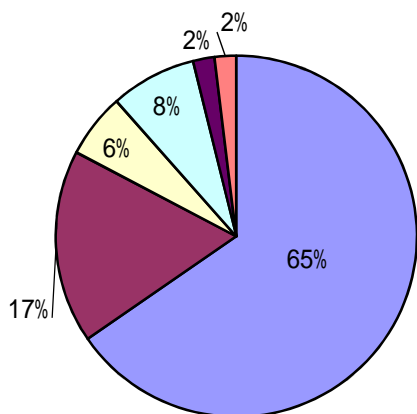
- 1回
- 2回
- 3回
- 4回～5回
- 6回～10回
- 11回～50回
- 101回以上

徘徊のうち、警察に通報した



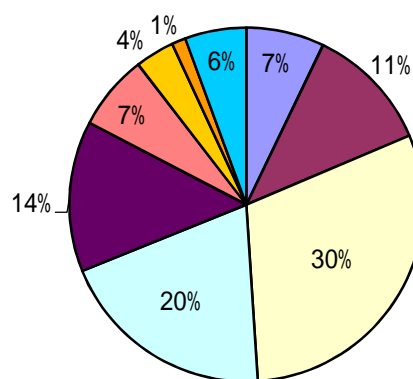
- はい
- いいえ

通報回数

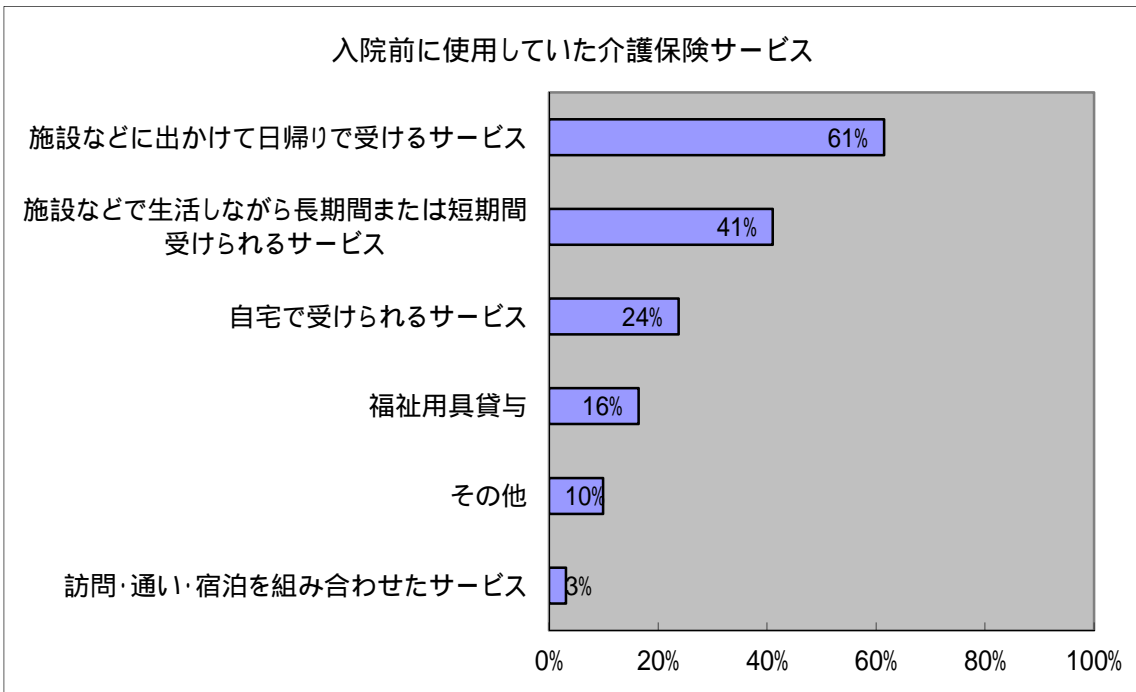
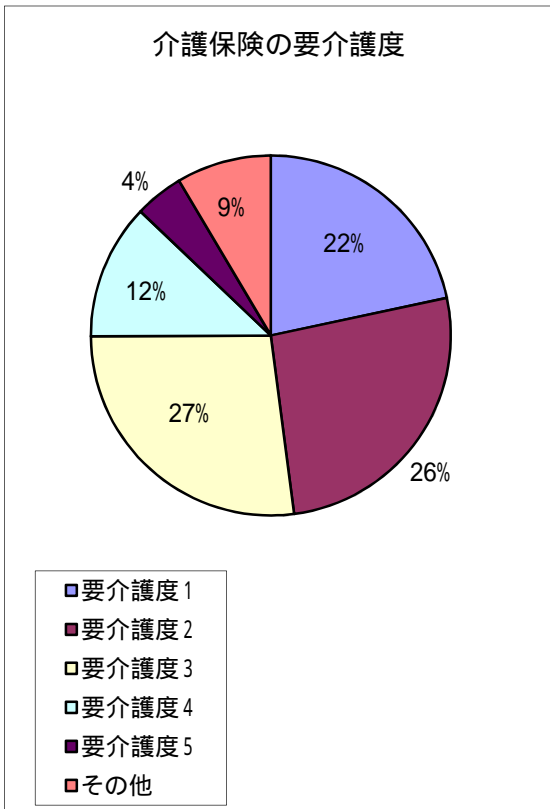
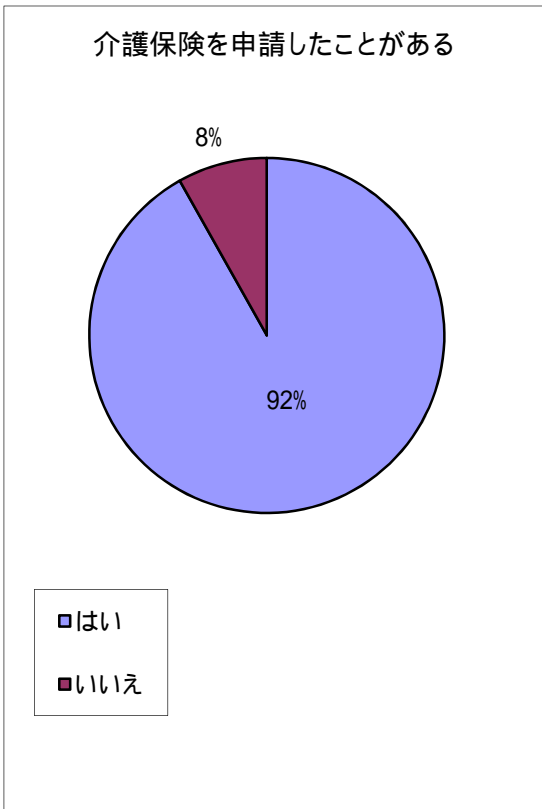


- 1回
- 2回
- 3回
- 4回～5回
- 6回～10回
- 11回～

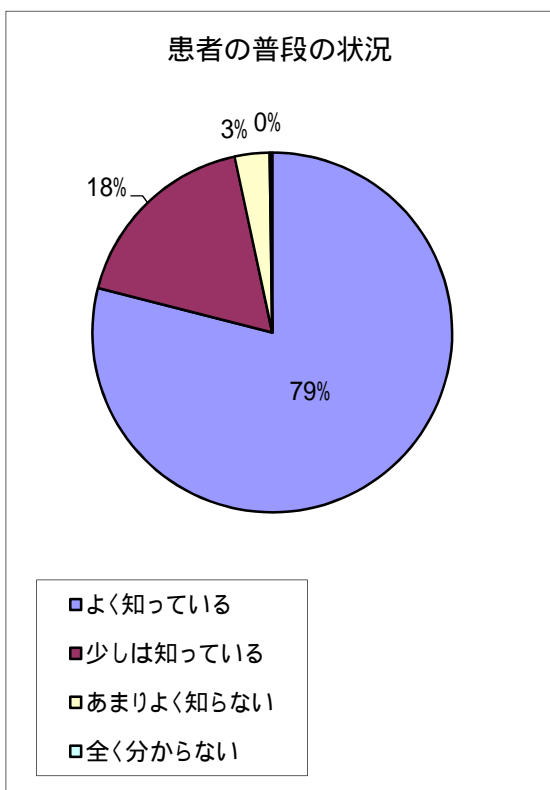
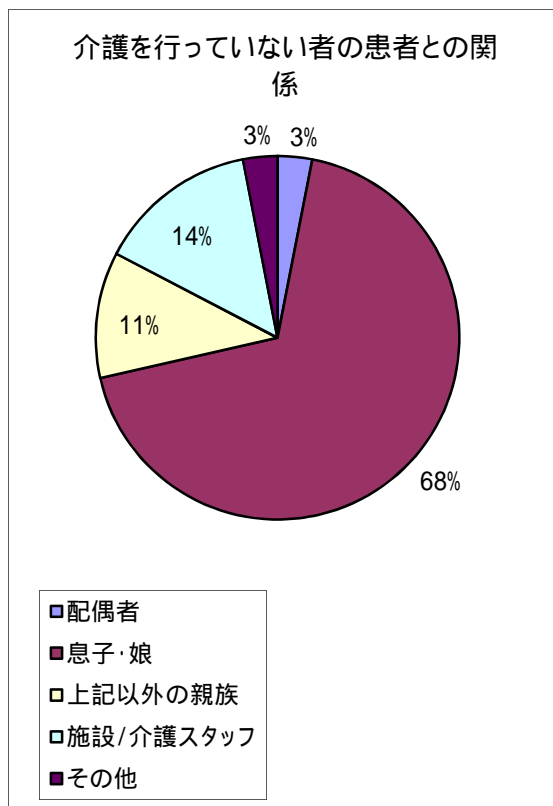
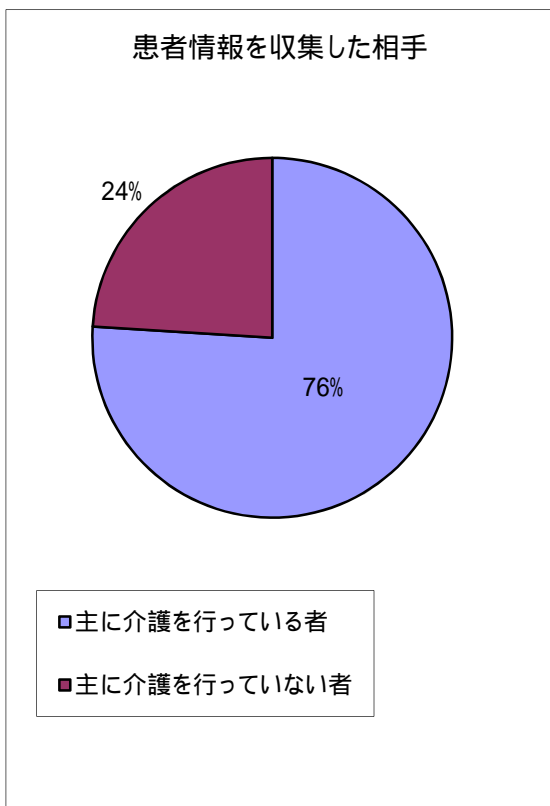
昨年度の患者世帯全体の収入



- 60万円(月5万円)未満
- 60～120万円(月5～10万円)未満
- 120～240万円(月10～20万円)未満
- 240～360万円(月20～30万円)未満
- 360～480万円(月30～40万円)未満
- 480～600万円(月40～50万円)未満
- 600～720万円(月50～60万円)未満
- 720～840万円(月60～70万円)未満
- 840万円(月70万円)以上

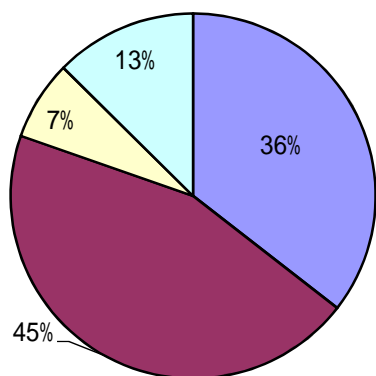


【介護者調査票の記入者】



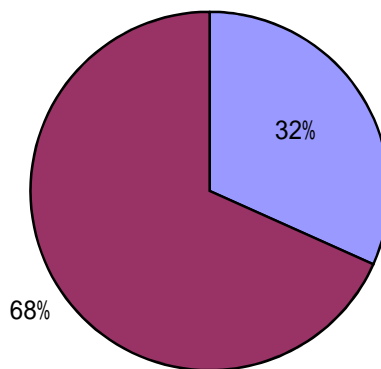
【介護者情報】

主に介護を行っている者



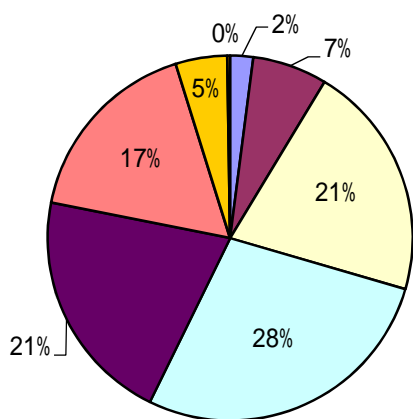
- 配偶者
- 息子・娘
- 上記以外の親族
- 介護スタッフ

主に介護を行っている者の性別



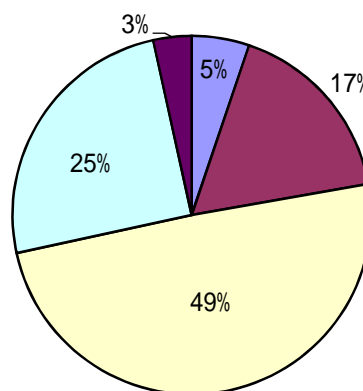
- 男性
- 女性

主に介護を行っている者の年齢



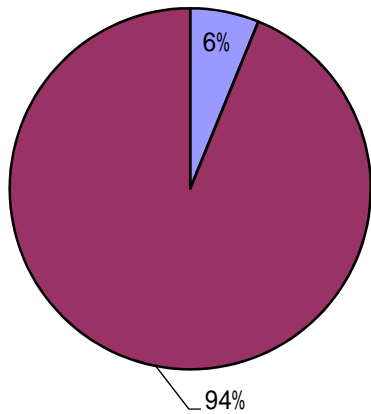
- 25～34歳
- 35～44歳
- 45～54歳
- 55～64歳
- 65～74歳
- 75～84歳
- 85～94歳
- 95歳～

主に介護を行っている者の自己評価による健康状態



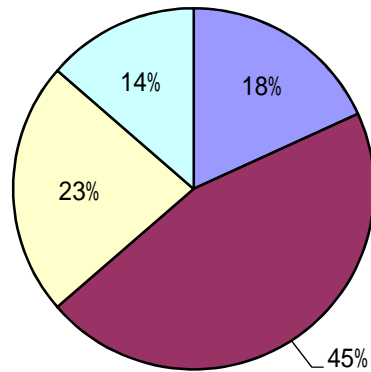
- 非常に良い
- 良い
- 普通
- 悪い
- 非常に悪い

主に介護を行っている者が要介護認定を受けているか



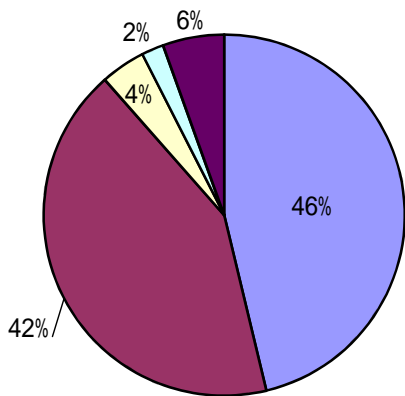
- 受けている
- 受けていない

主に介護を行っている者の要介護度



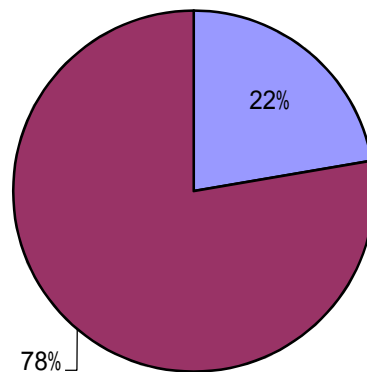
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護度1
- 要介護度2

主に介護を行っている者の現在の仕事



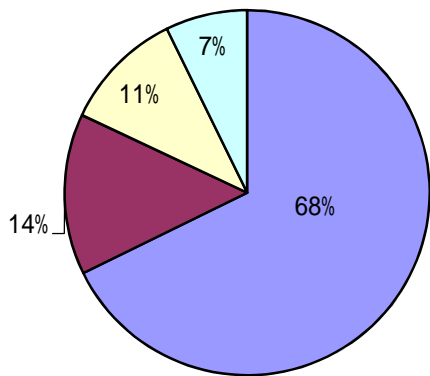
- 仕事をしていない
- ほぼ毎日仕事をしている
- 週に2,3日仕事をしている
- 月に数日仕事をしている
- その他

主に介護を行っている者は介護のために仕事を辞める、または働き方を変えた



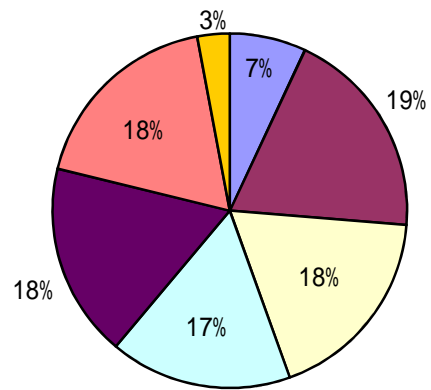
- はい
- いいえ

介護を始めてから仕事による収入の変化



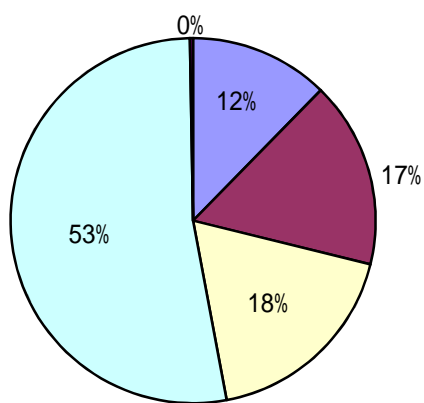
- 変わらない
- 少し減った
- 大きく減った
- なくなった

主に介護を行っている者の介護を始めてからの期間

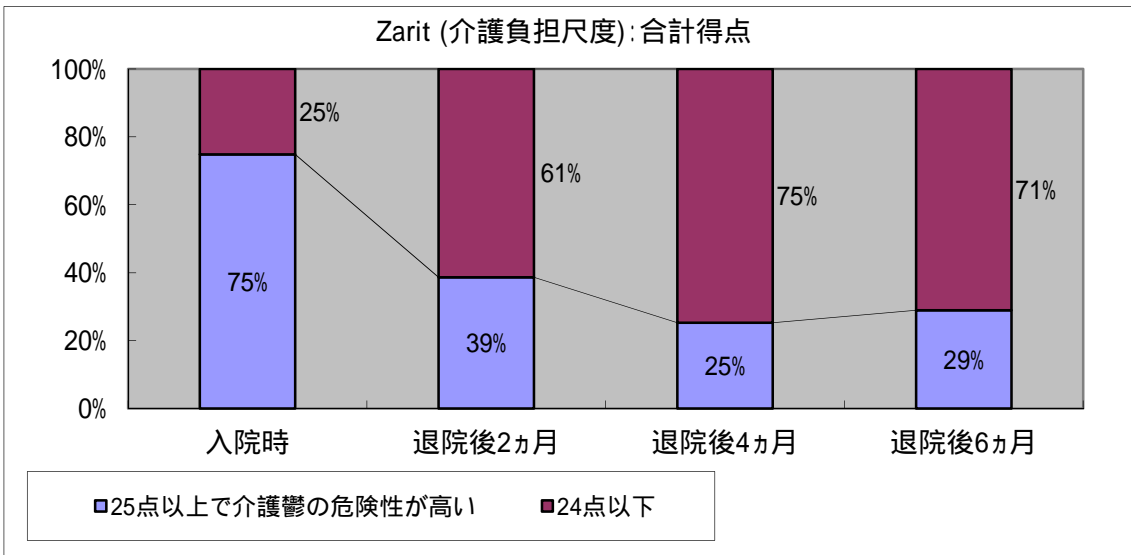
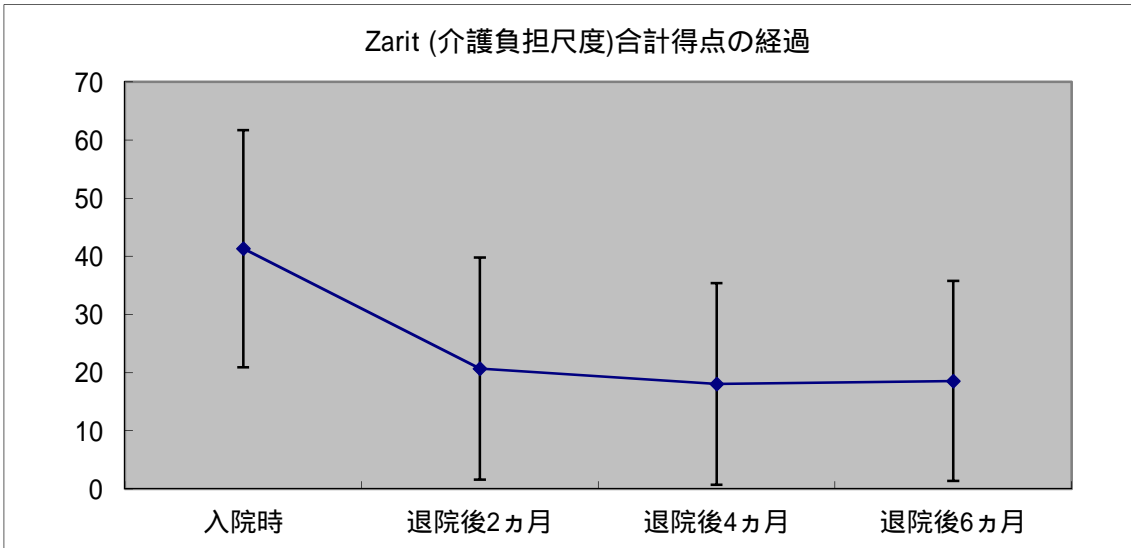
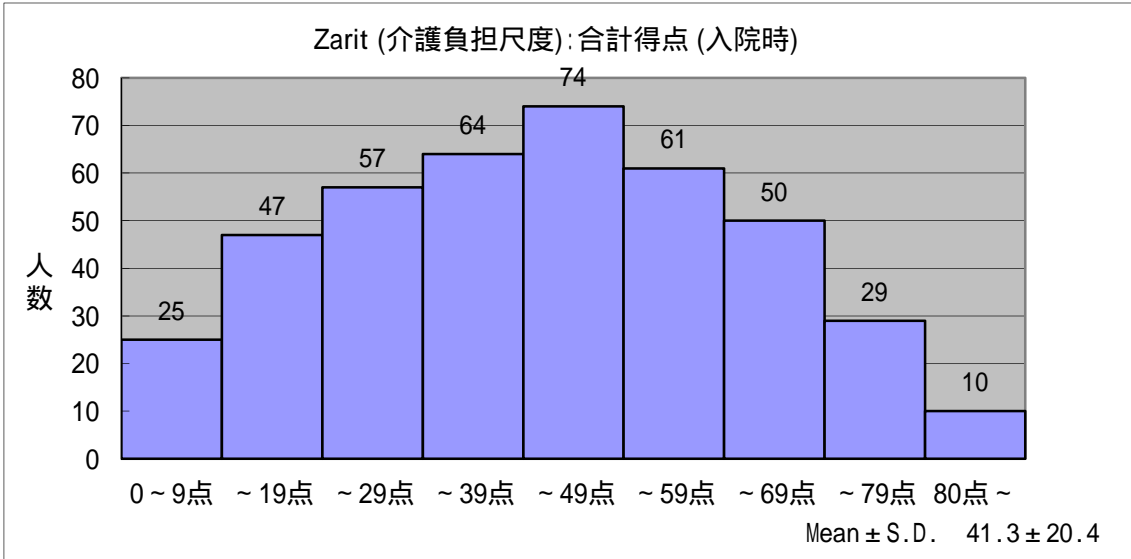


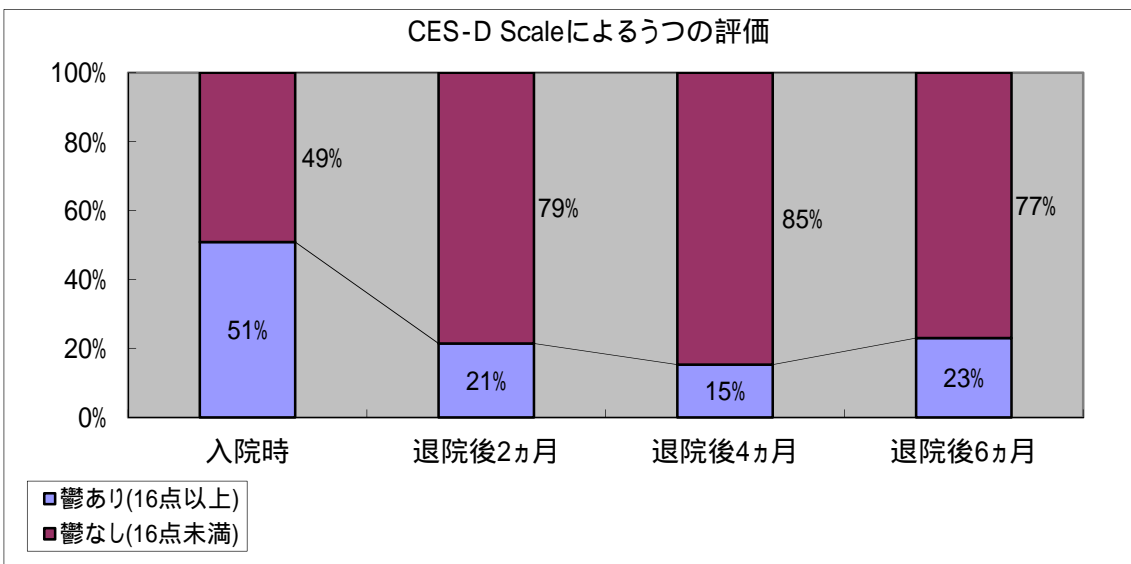
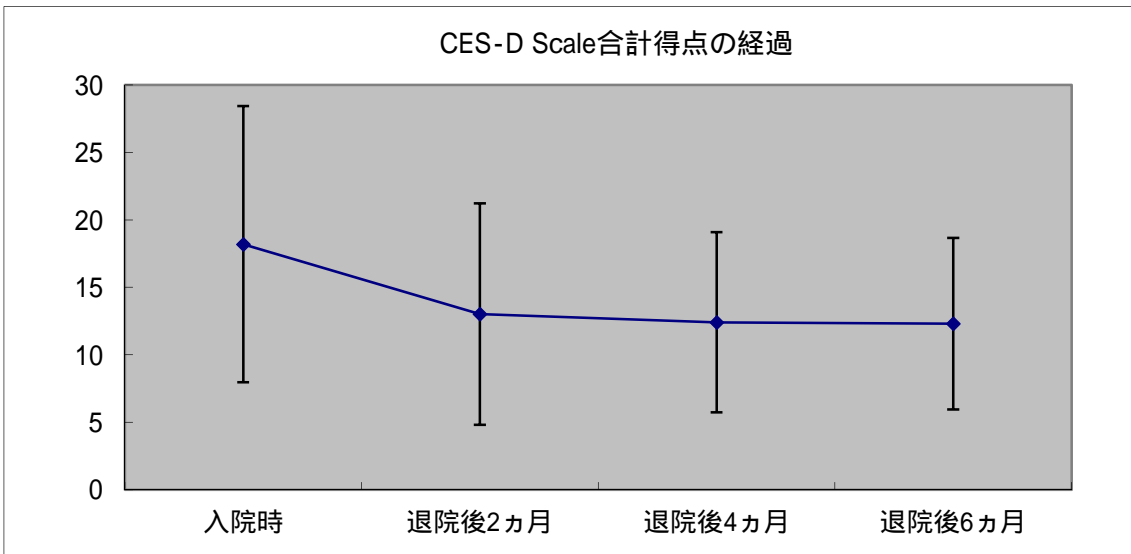
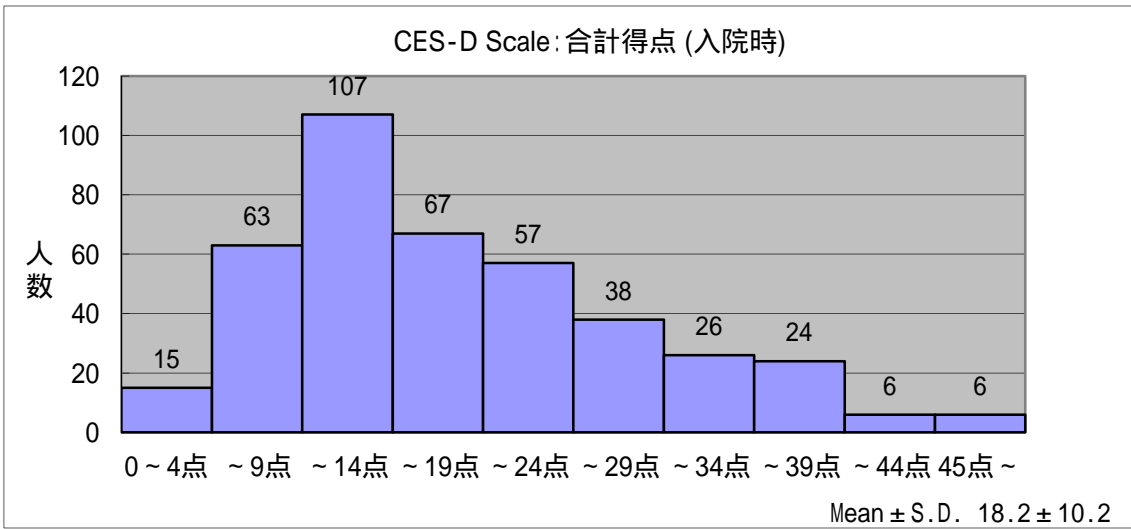
- 6ヶ月未満
- ~ 1年
- ~ 2年
- ~ 3年
- ~ 5年
- ~ 10年
- 11年~

介護を行う1日辺りの平均時間

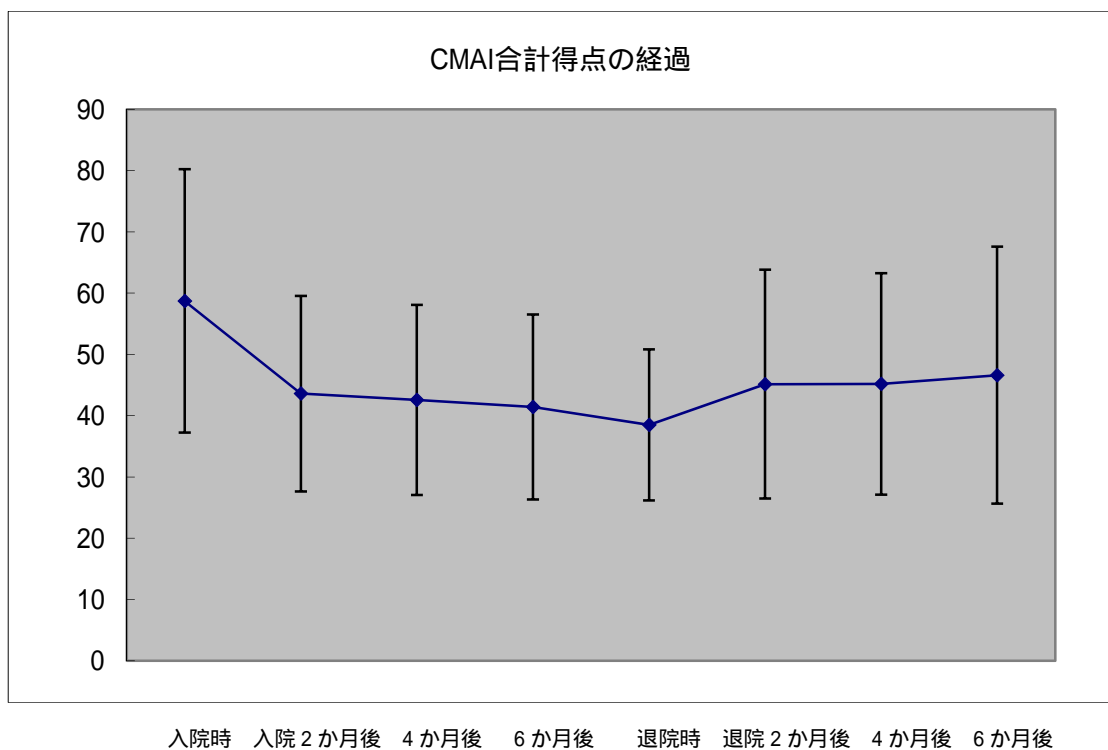
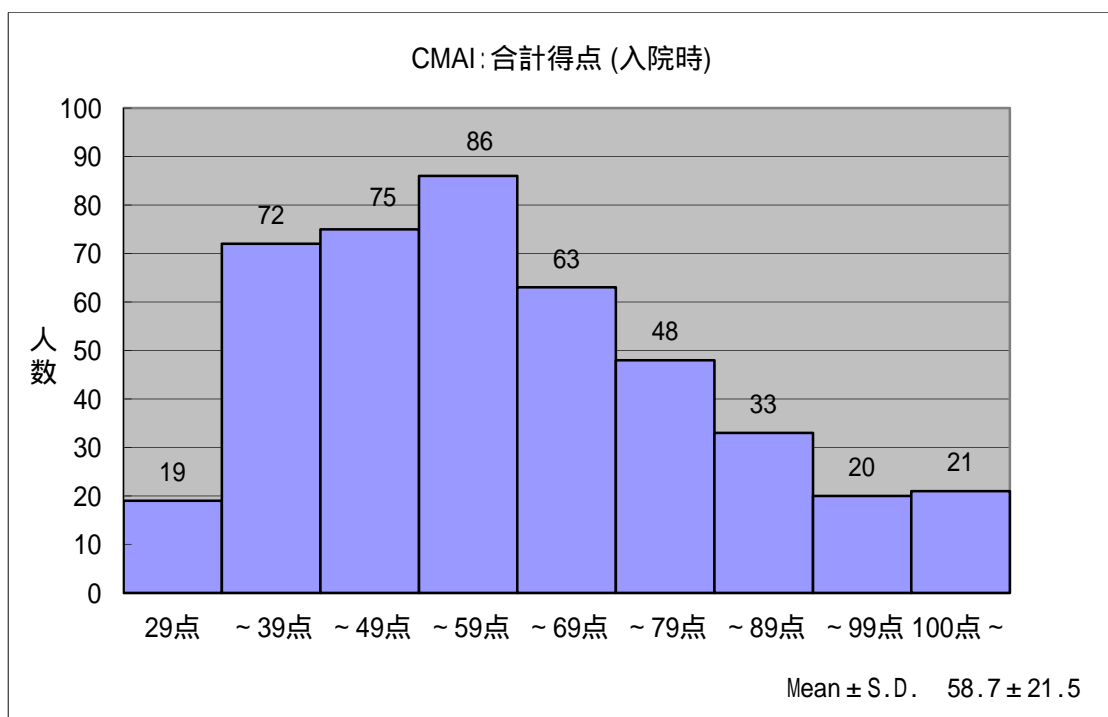


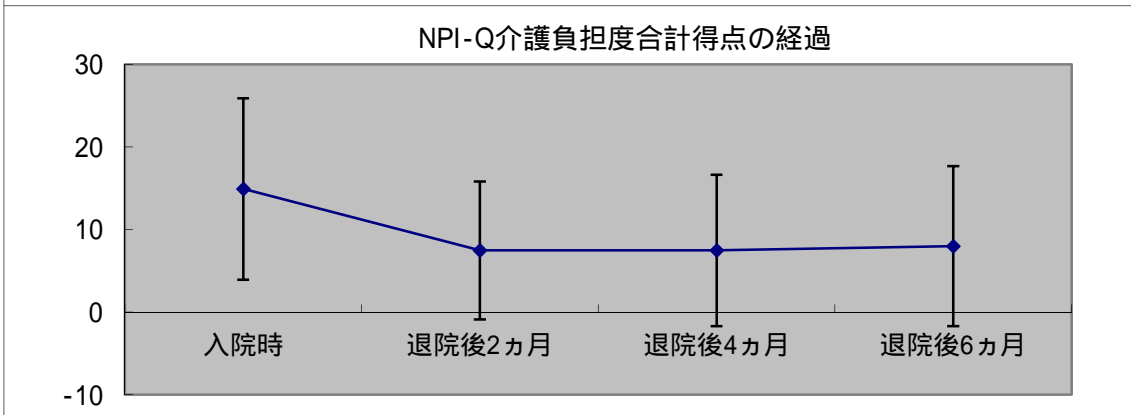
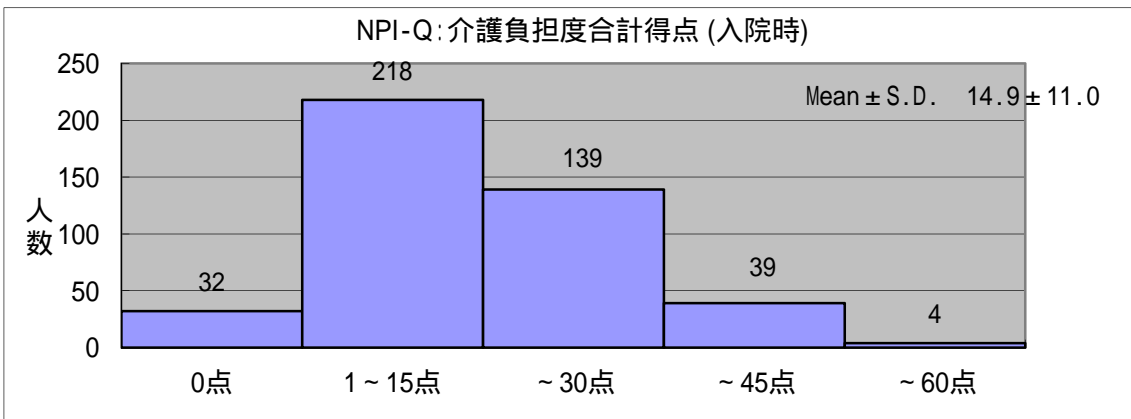
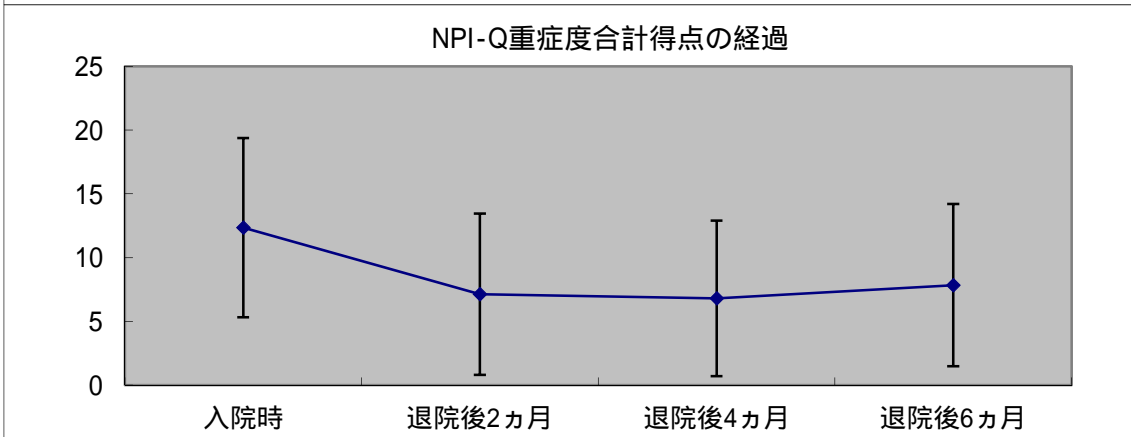
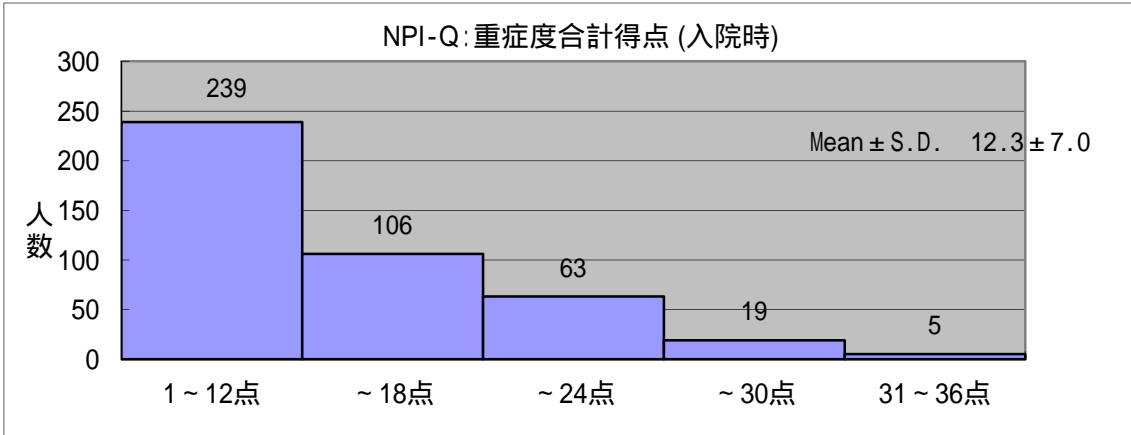
- ~ 1時間
- ~ 3時間
- ~ 6時間
- ~ 12時間
- 12時間~

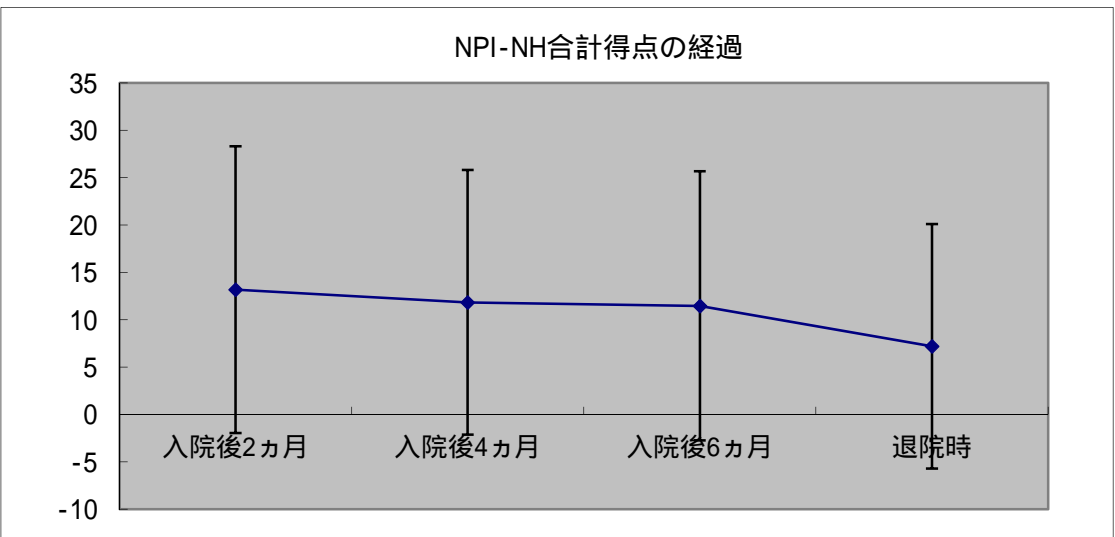
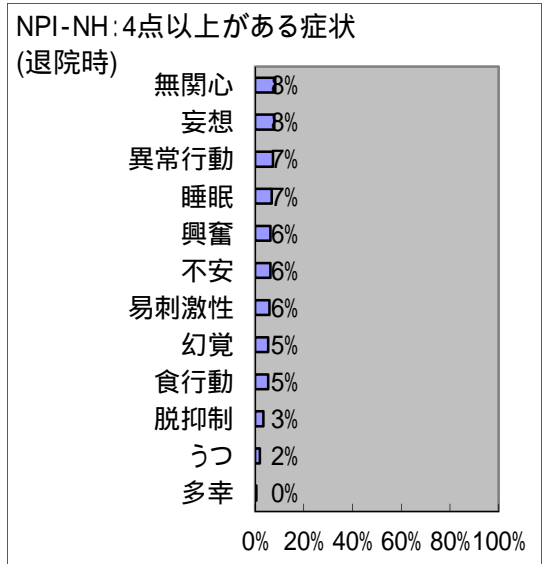
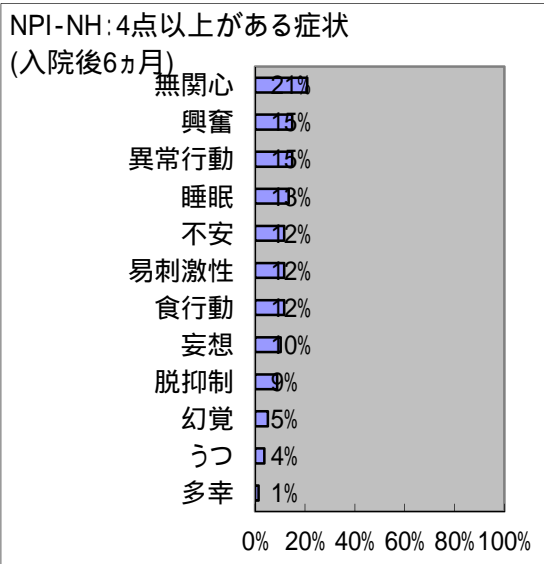
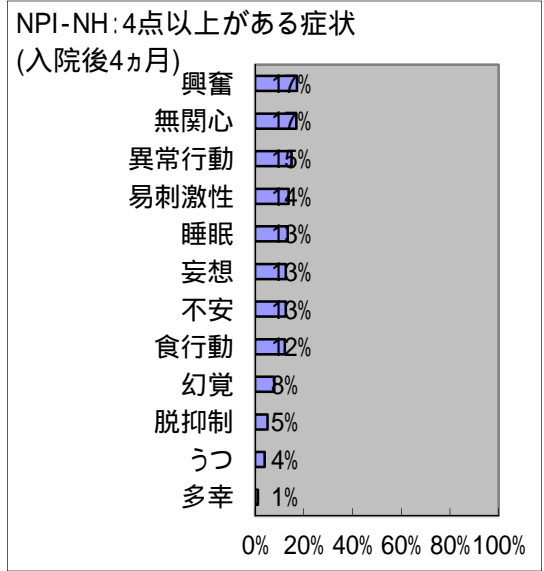
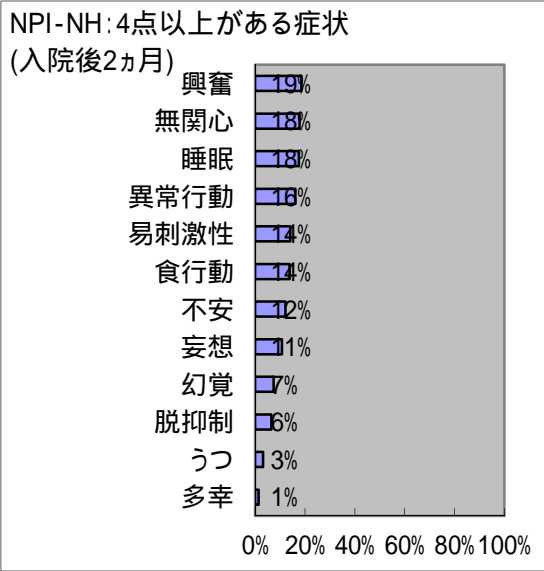




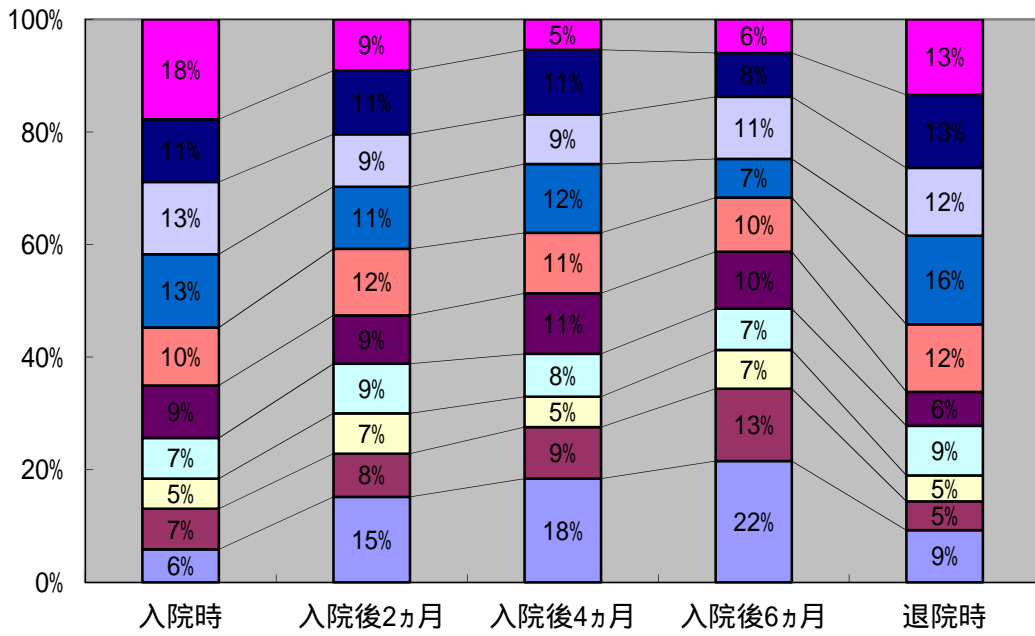
【入院前後の医学的情報及び入院後の経過】



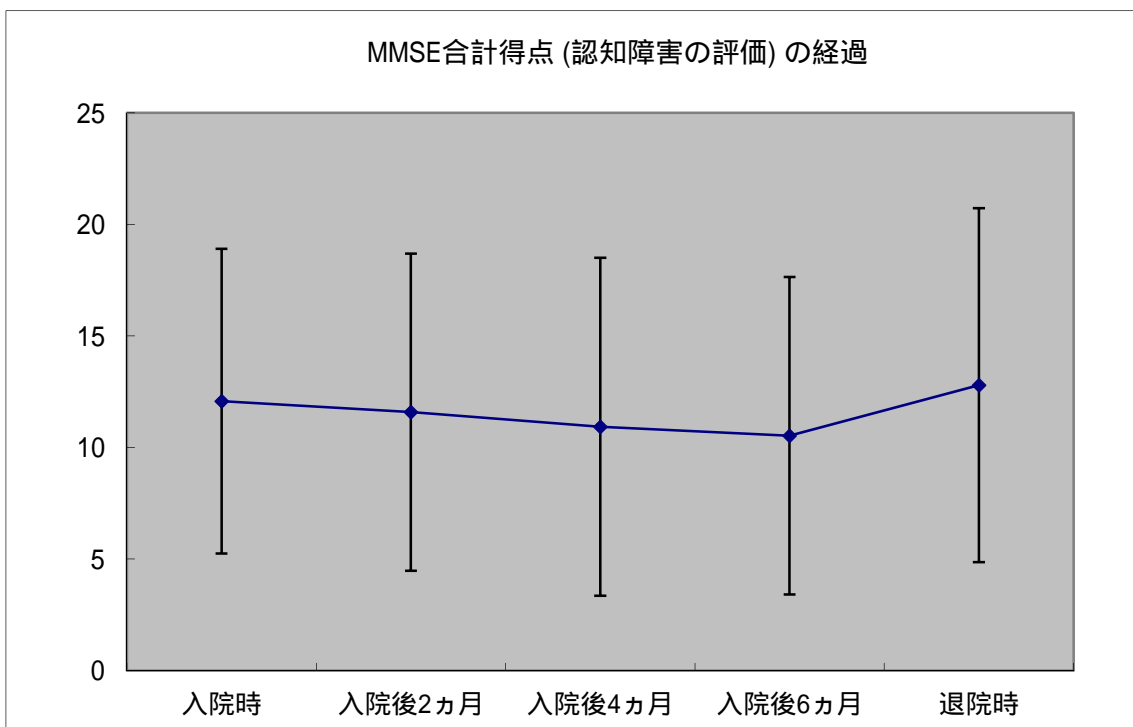
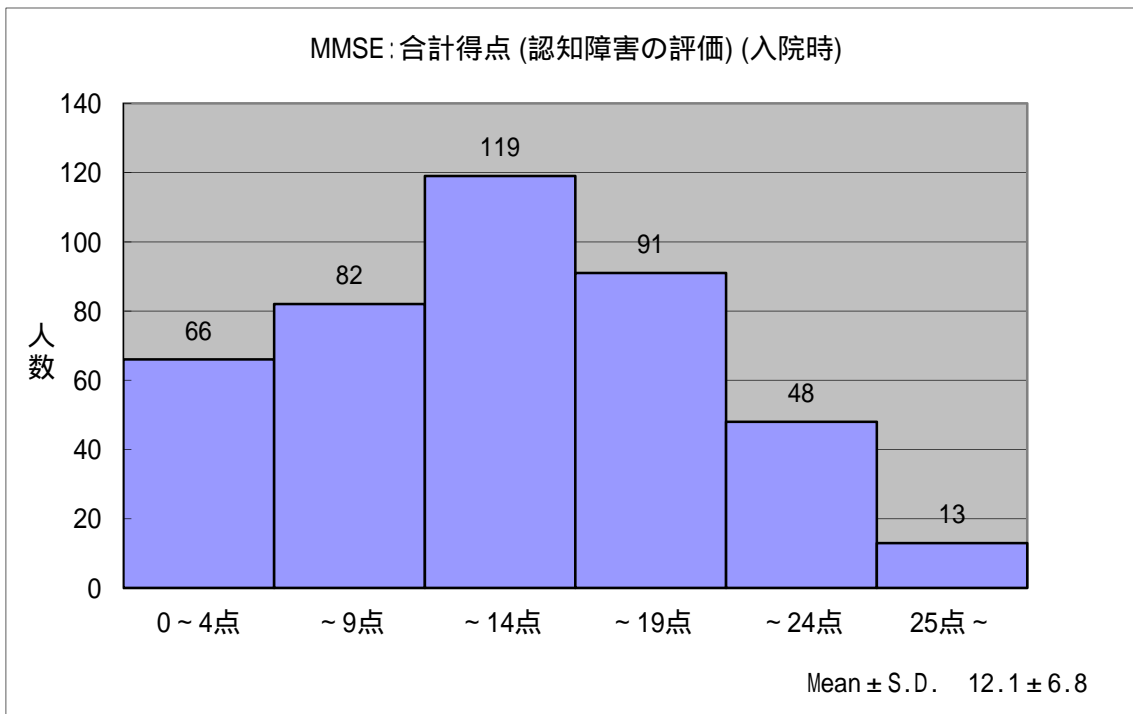


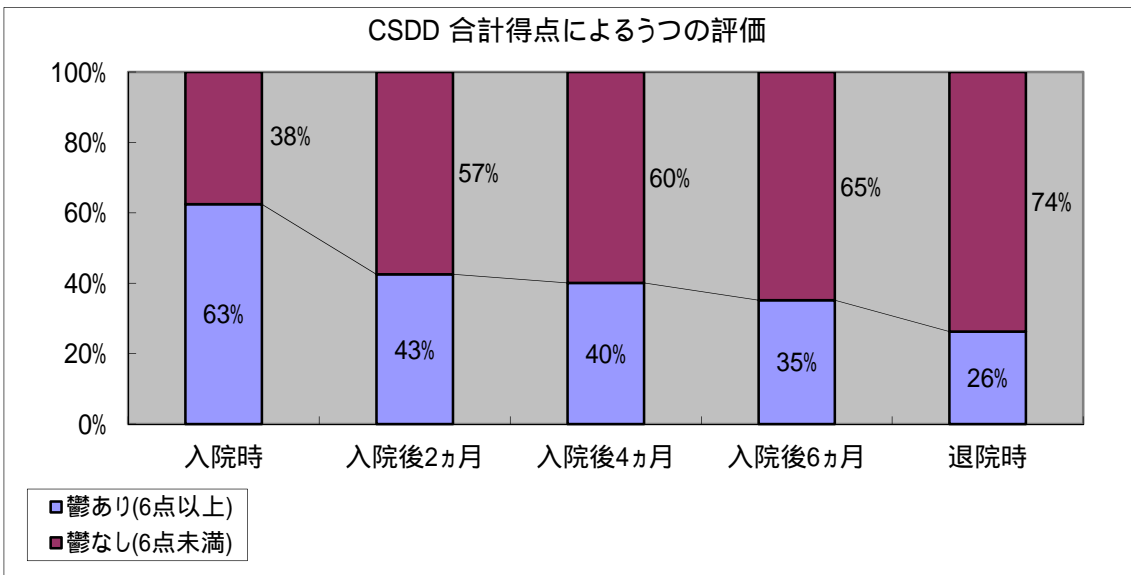
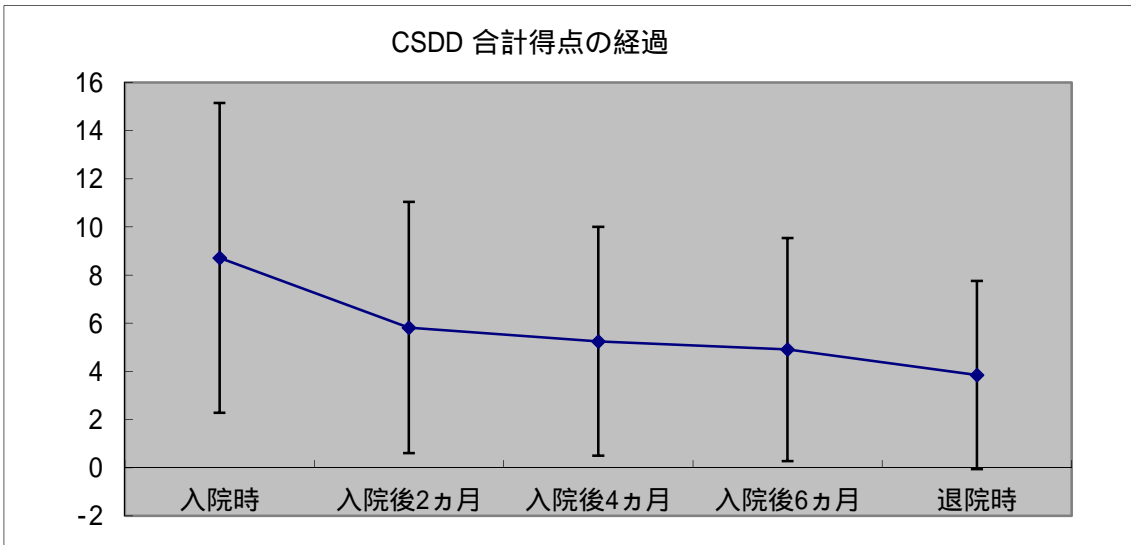
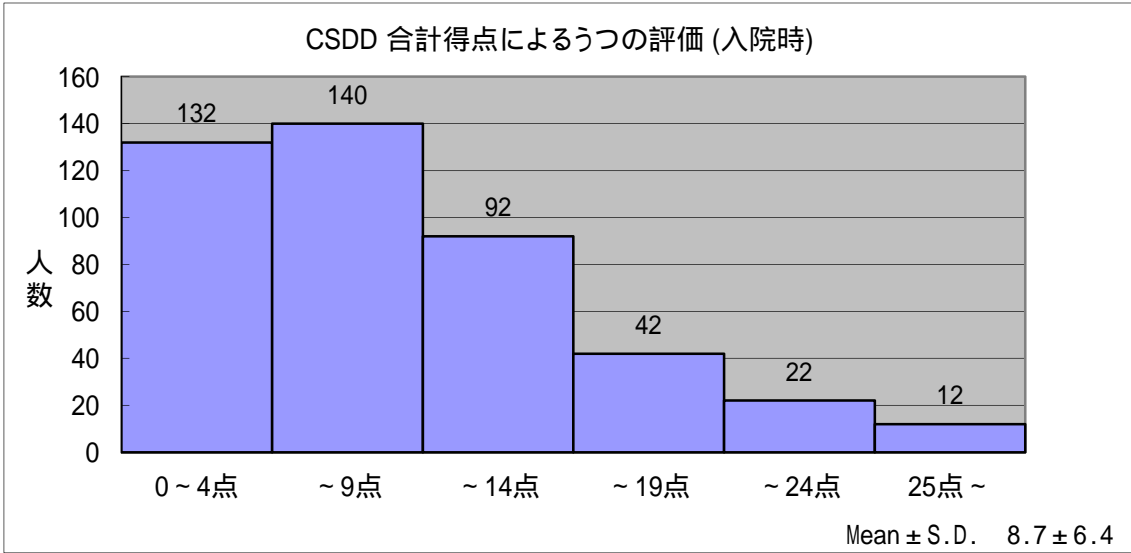


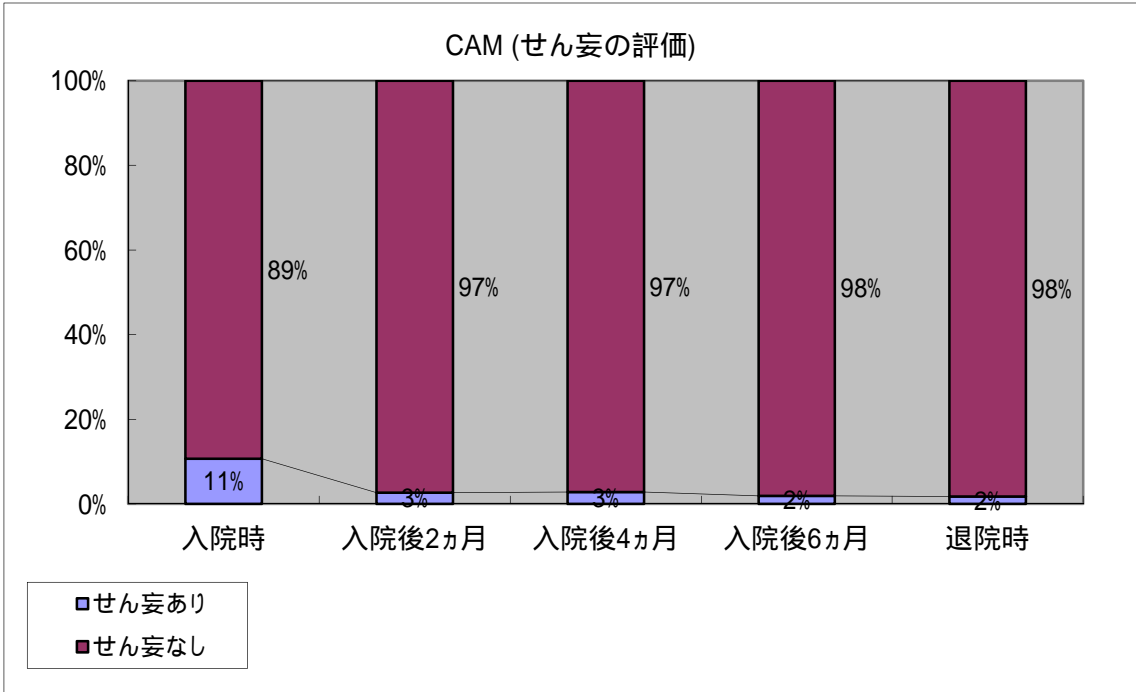
Barthel Index: 合計得点



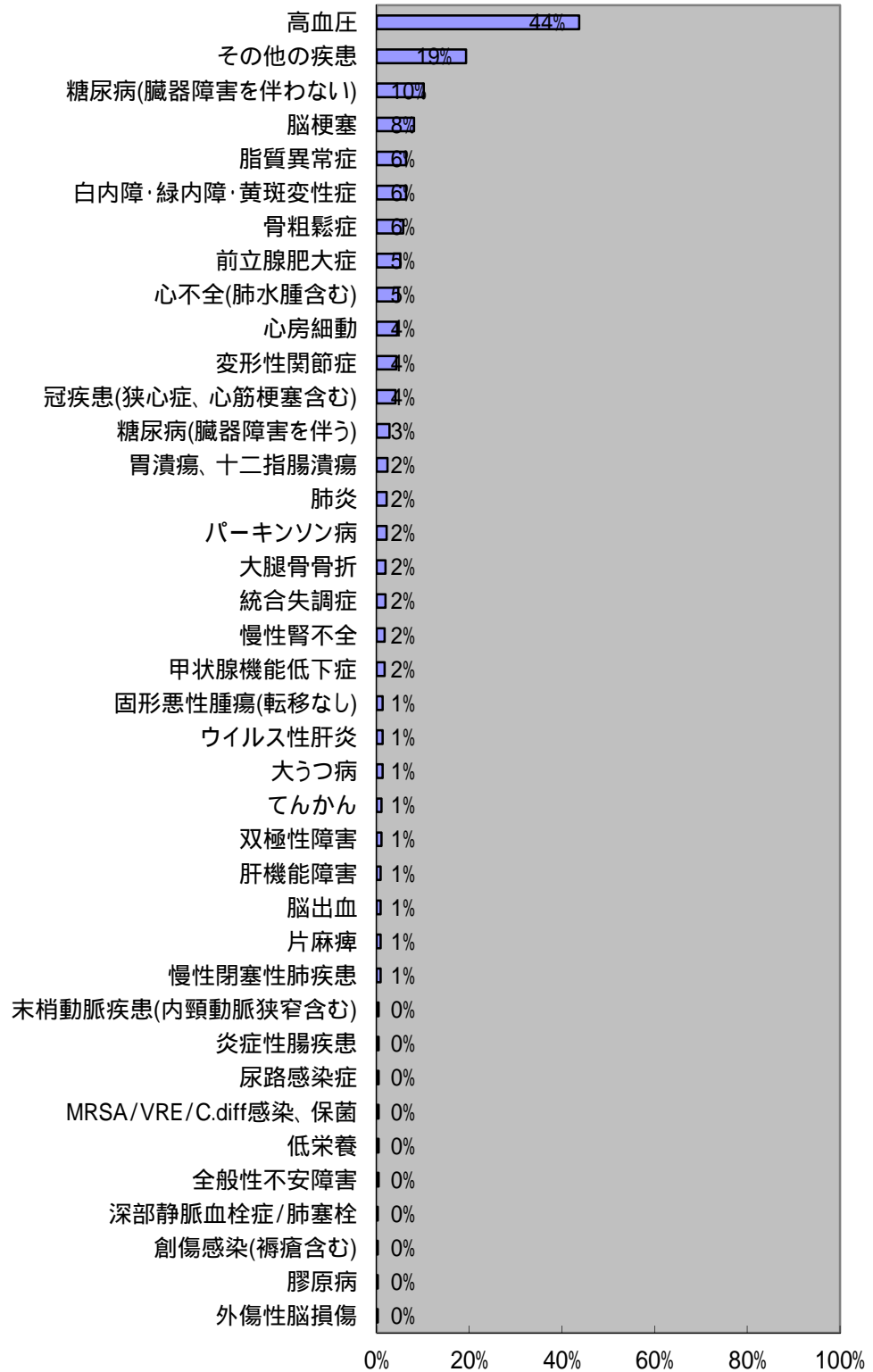
- 0点以上 ~ 10点以下 ■ 10点超 ~ 20点以下 □ 20点超 ~ 30点以下 □ 30点超 ~ 40点以下
- 40点超 ~ 50点以下 ■ 50点超 ~ 60点以下 ■ 60点超 ~ 70点以下 □ 70点超 ~ 80点以下
- 80点超 ~ 90点以下 ■ 90点超 ~ 100点







医学的管理の疾患 (入院時)



医学的管理の疾患 (入院後2ヵ月)



医学的管理の疾患 (入院後4ヵ月)

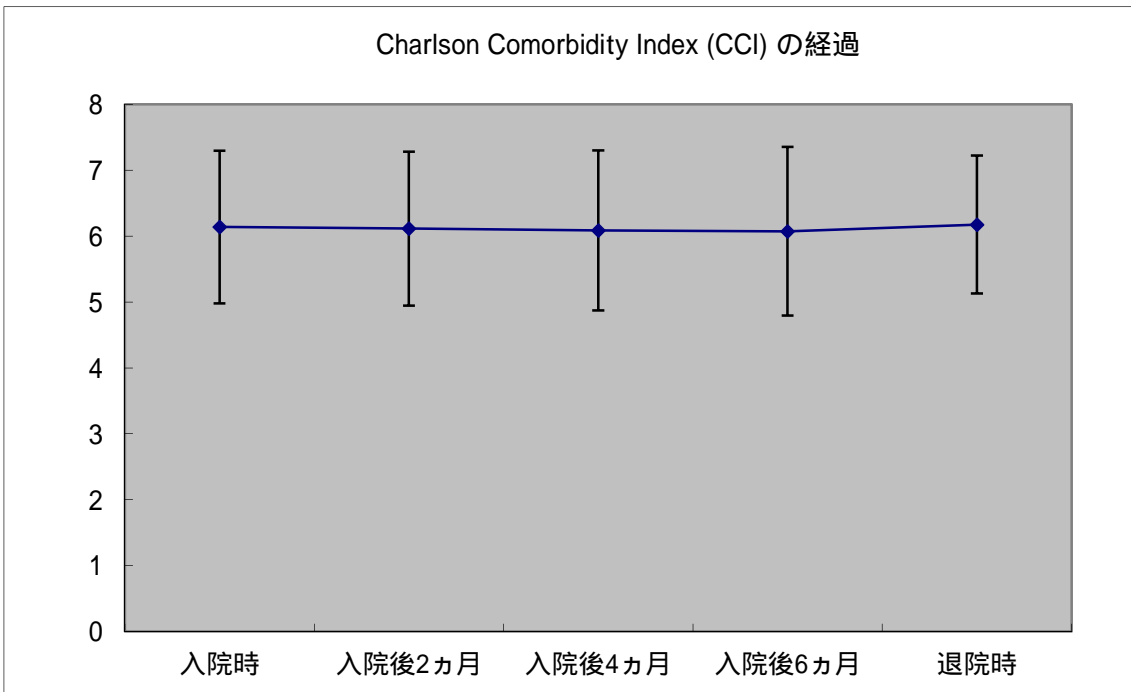
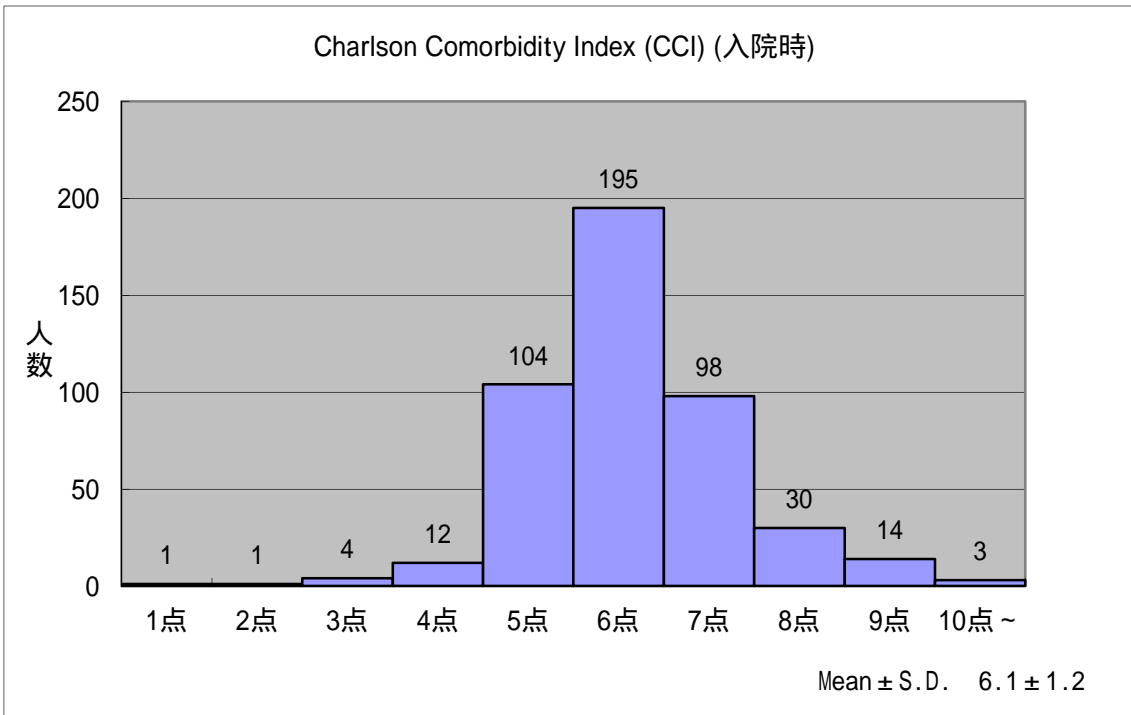


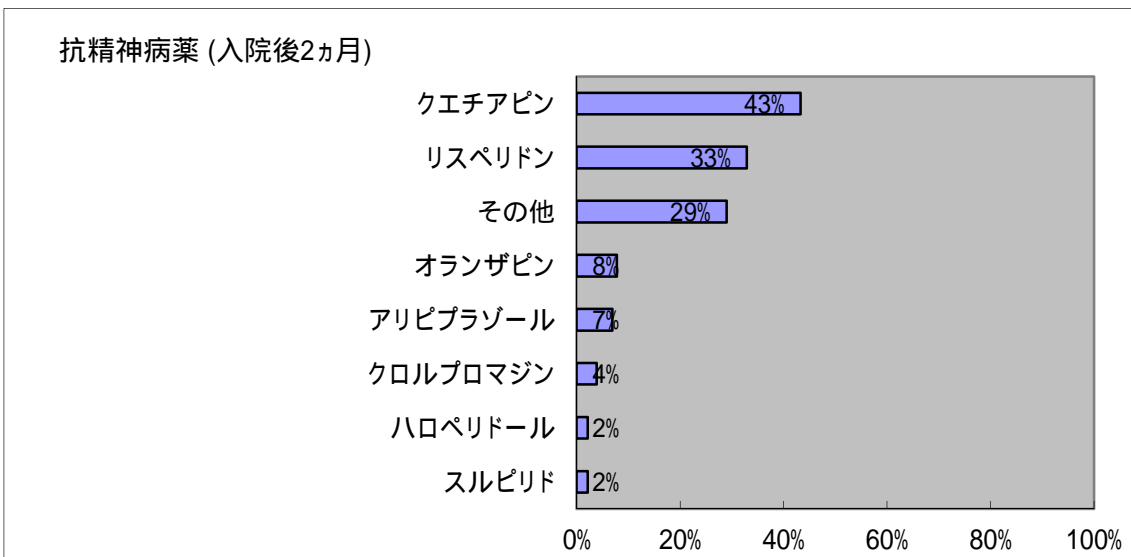
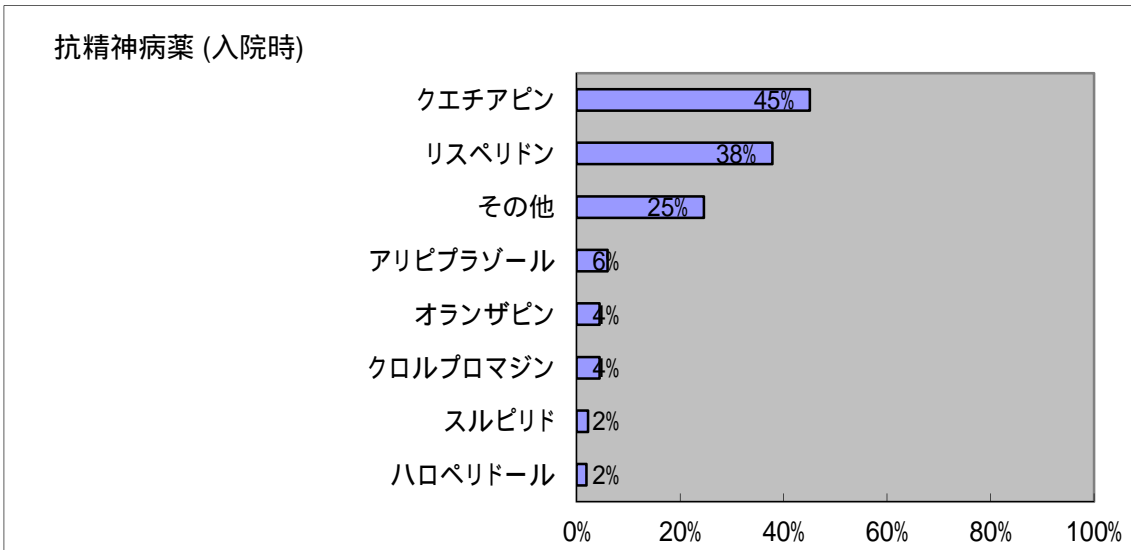
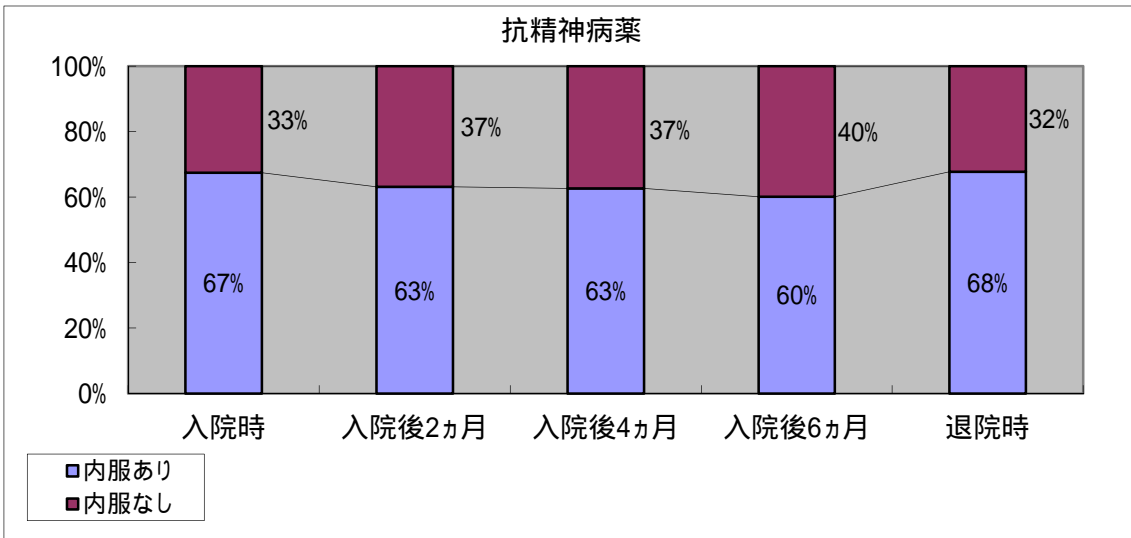
医学的管理の疾患 (入院後6ヵ月)



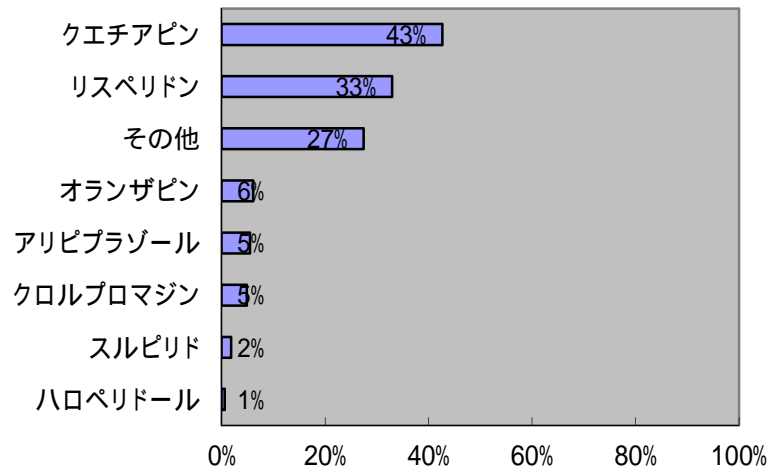
医学的管理の疾患 (退院時)



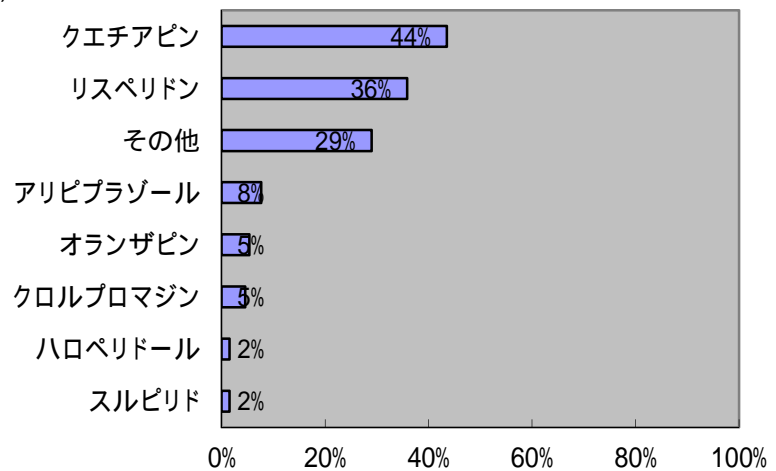




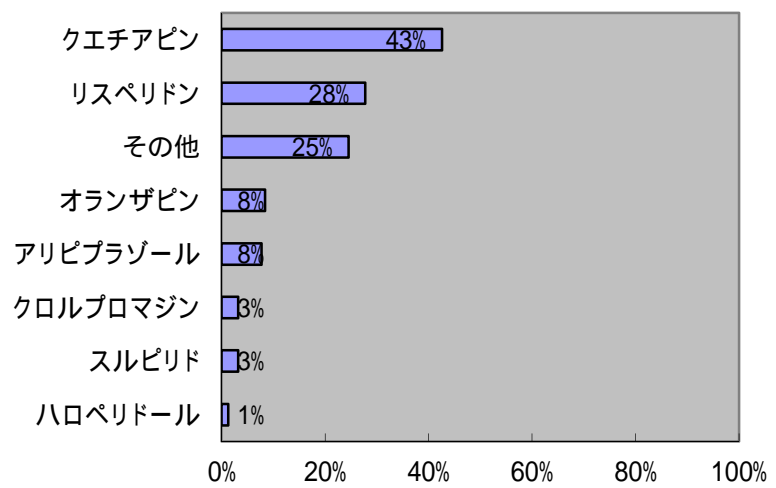
抗精神病薬 (入院後4ヵ月)

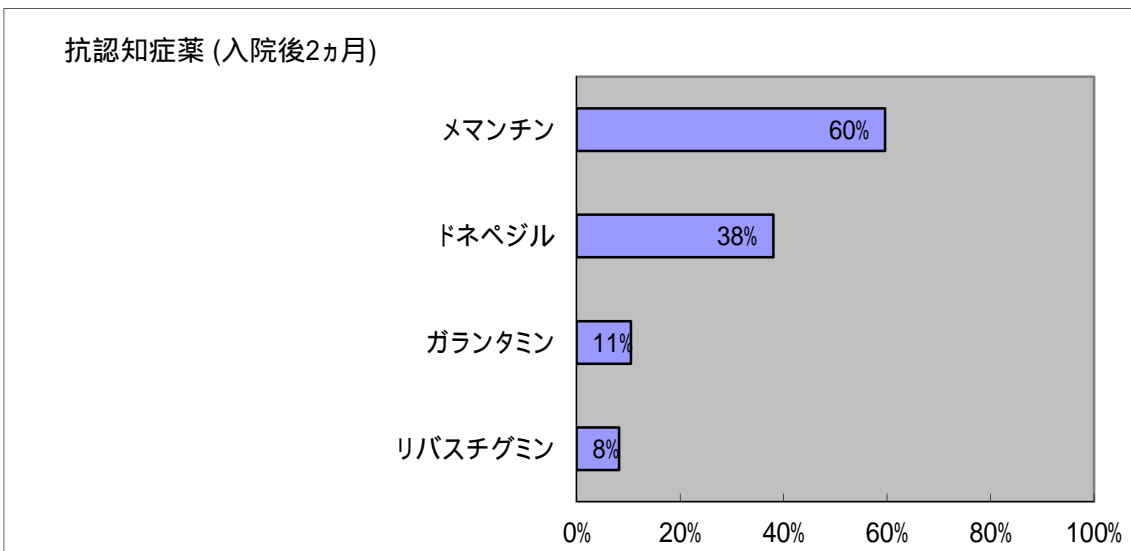
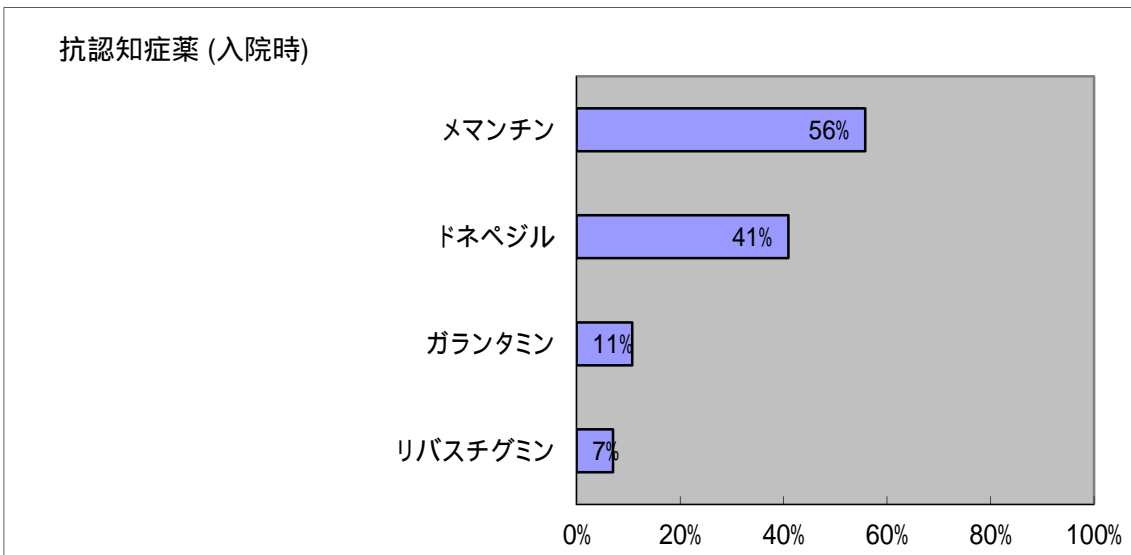
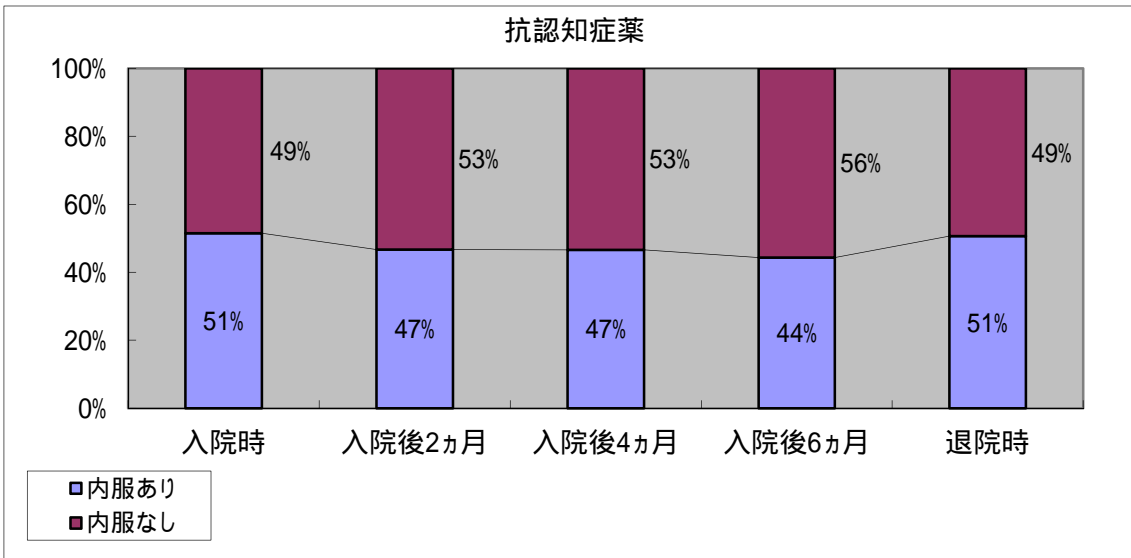


抗精神病薬 (入院後6ヵ月)

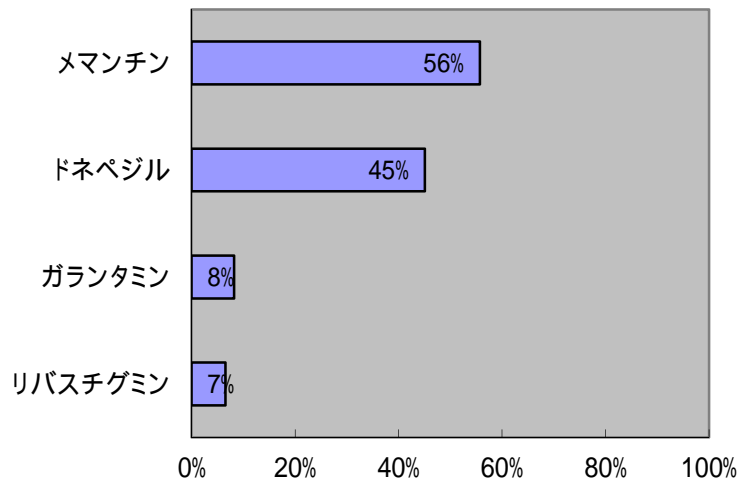


抗精神病薬 (退院時)

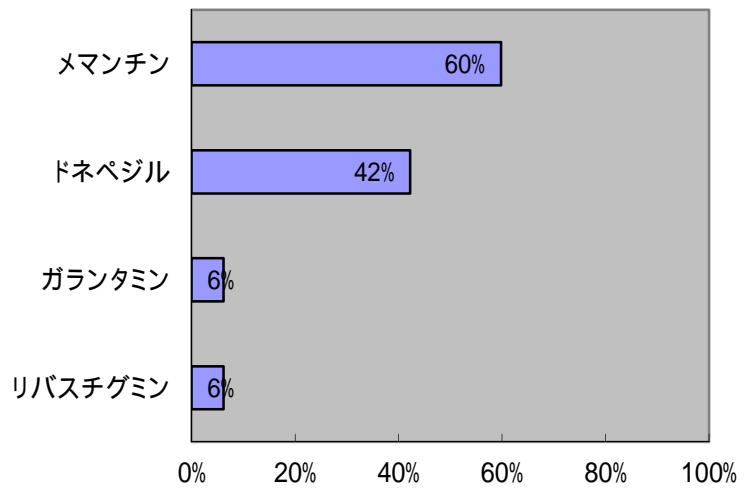




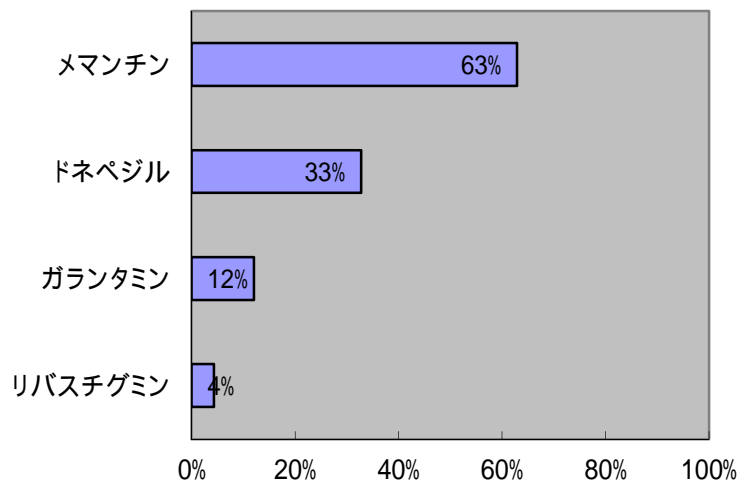
抗認知症薬 (入院後4ヵ月)

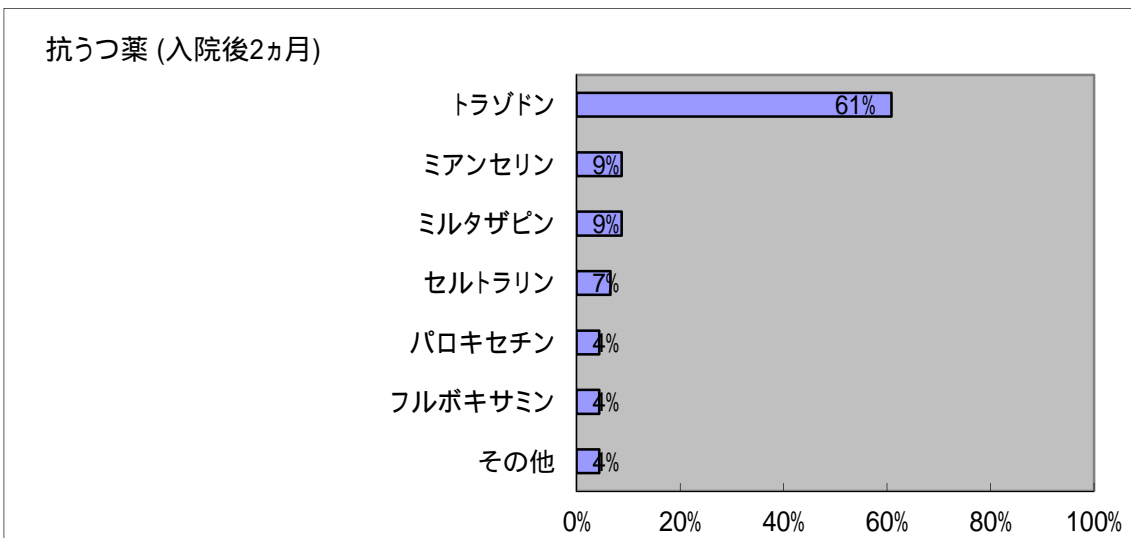
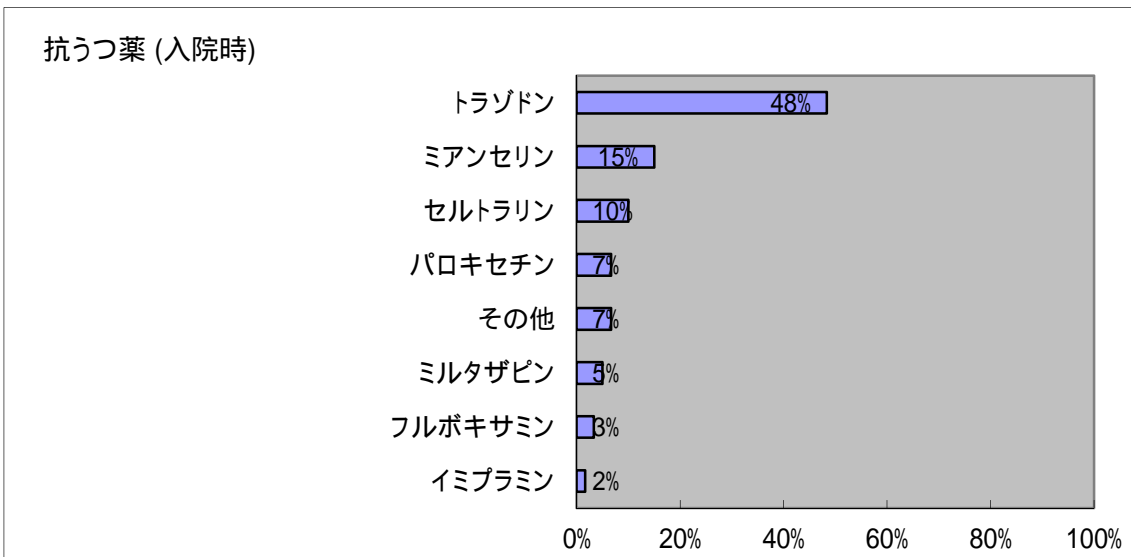
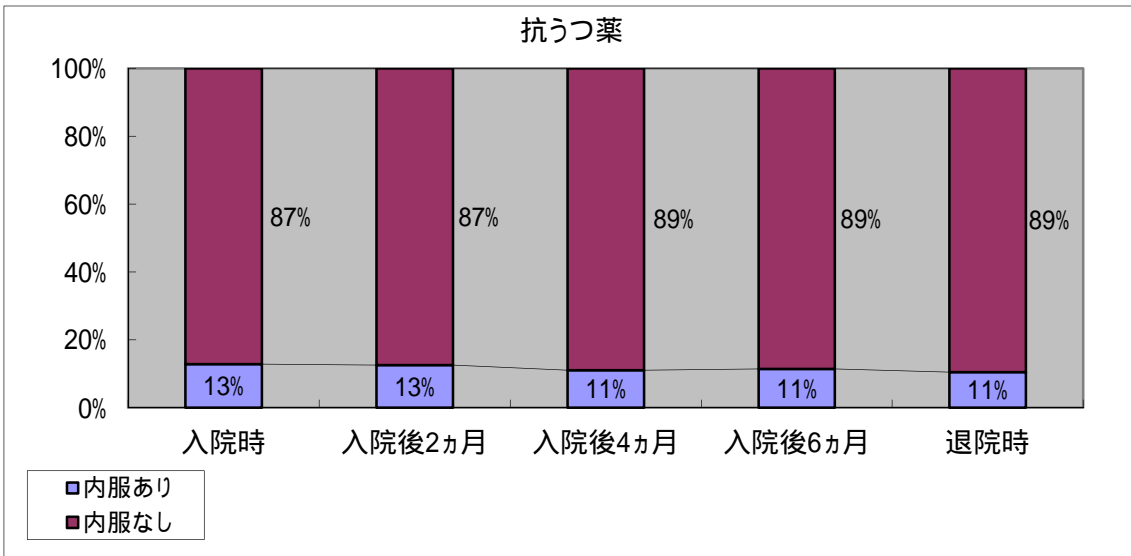


抗認知症薬 (入院後6ヵ月)

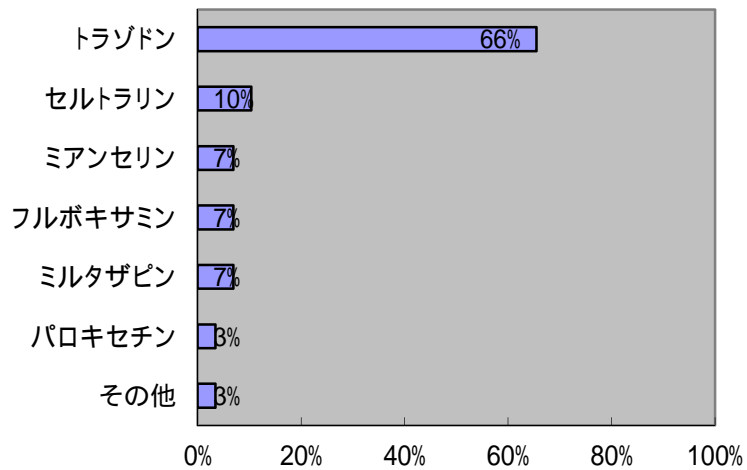


抗認知症薬 (退院時)

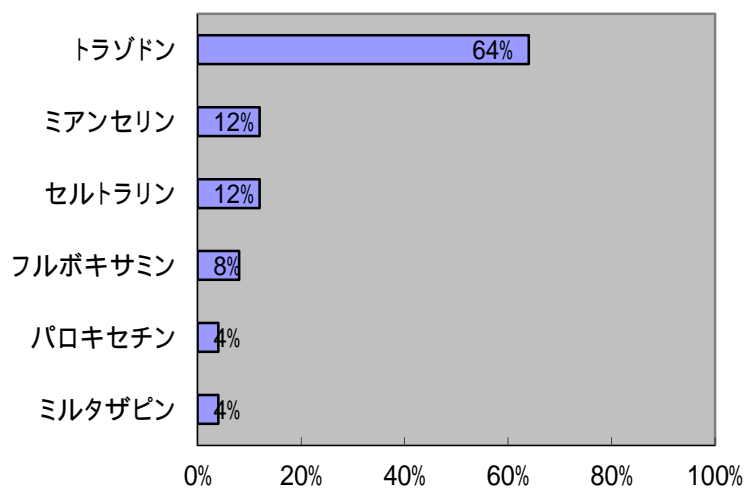




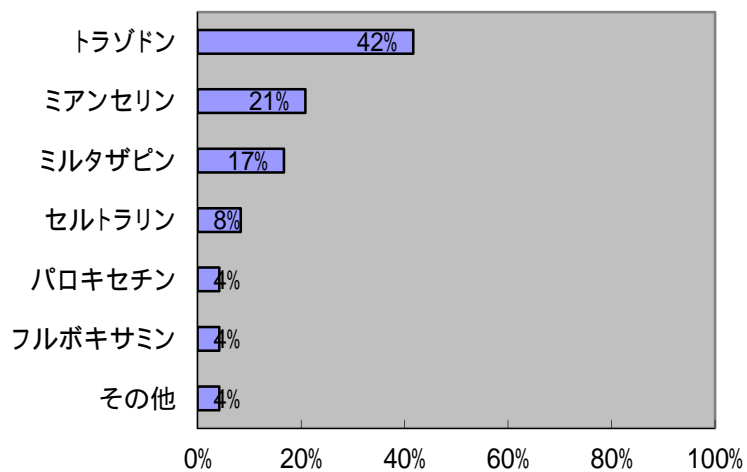
抗うつ薬 (入院後4ヵ月)

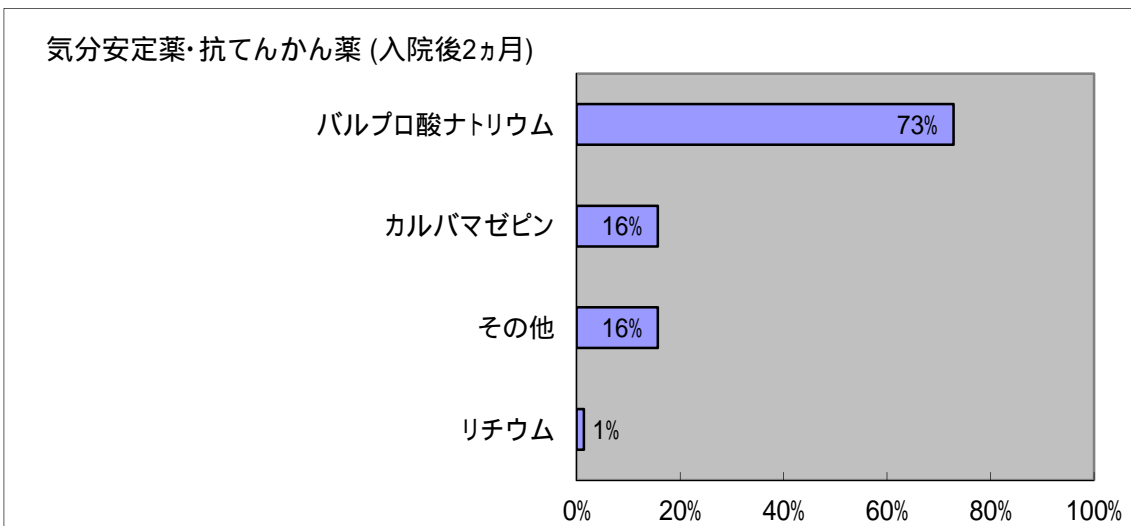
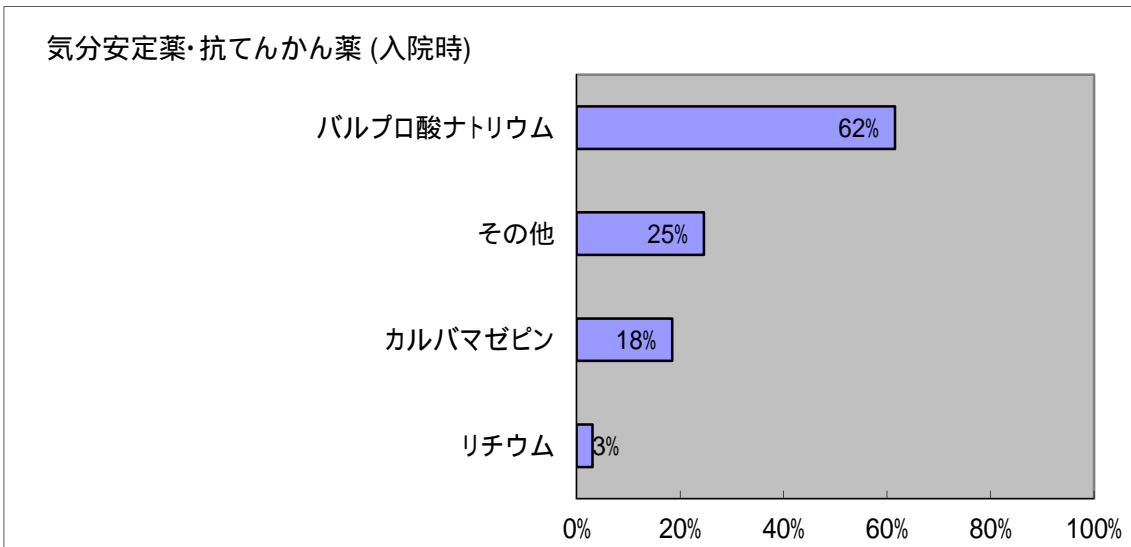
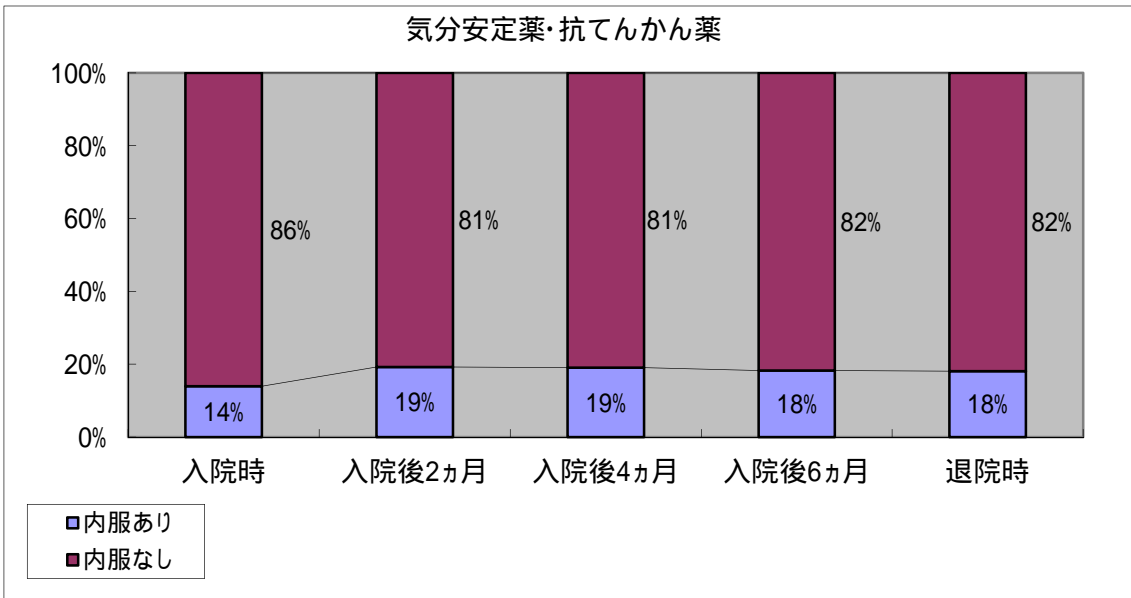


抗うつ薬 (入院後6ヵ月)

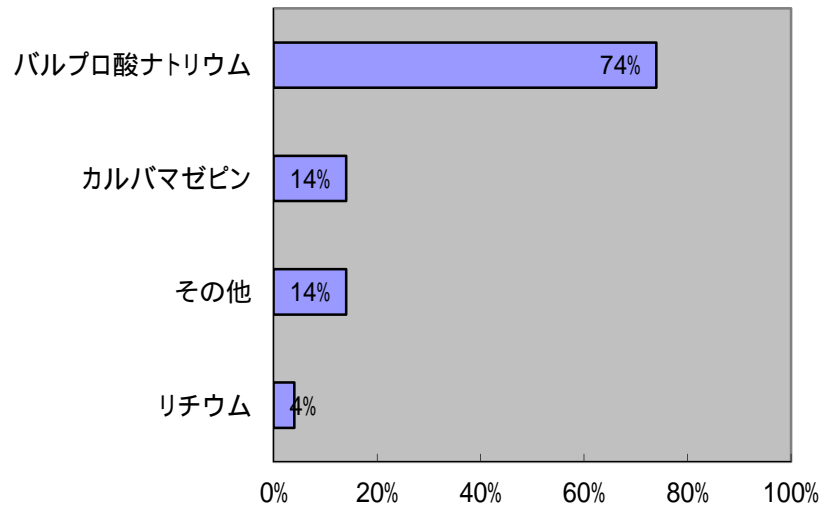


抗うつ薬 (退院時)

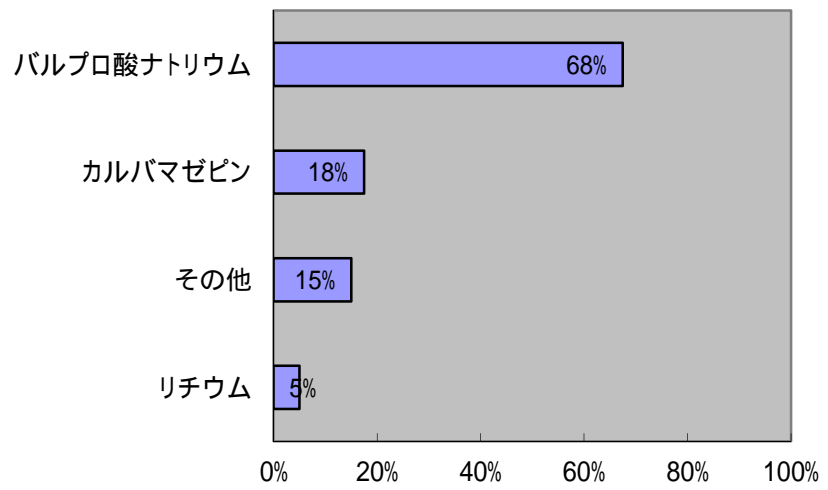




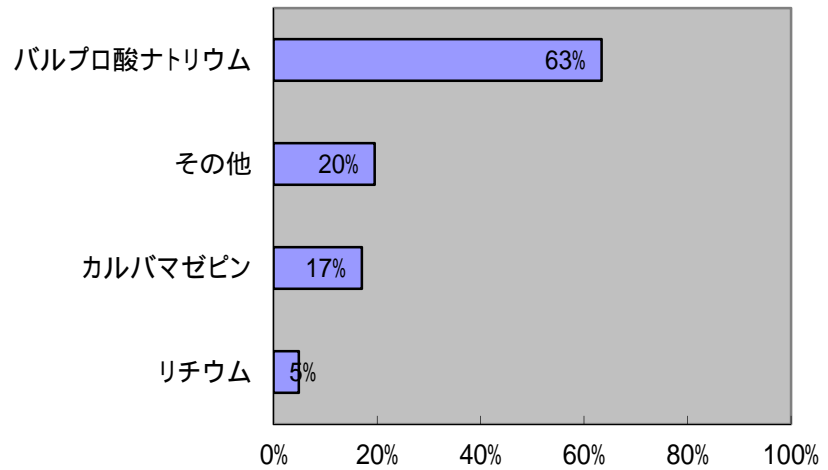
気分安定薬・抗てんかん薬 (入院後4ヵ月)

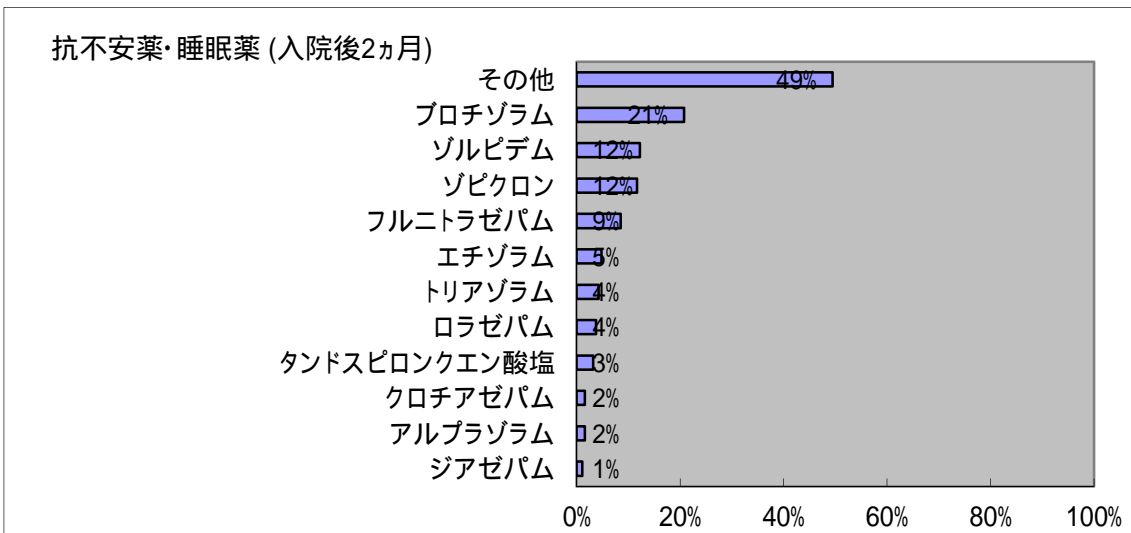
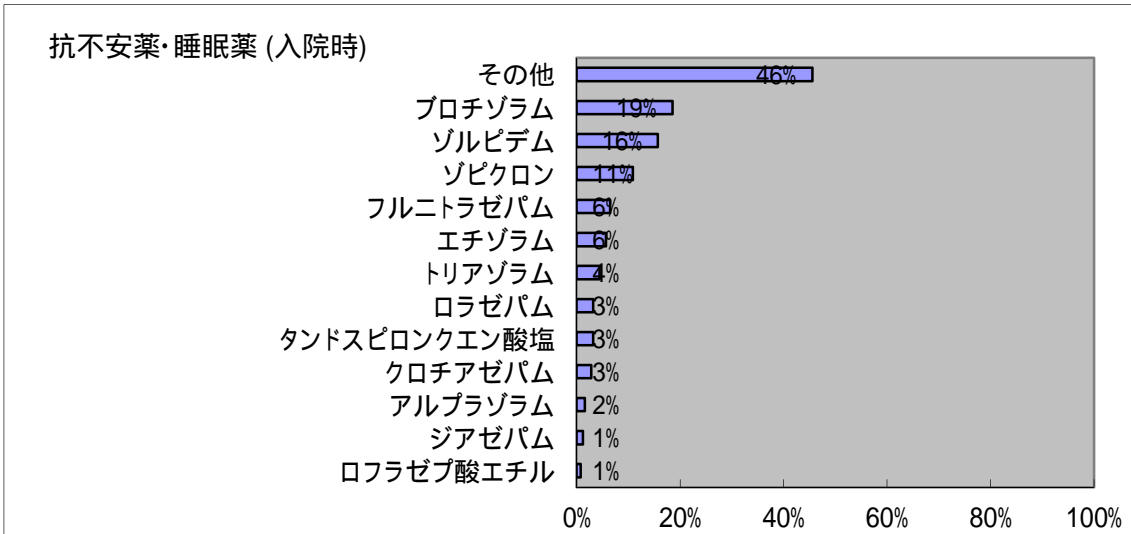
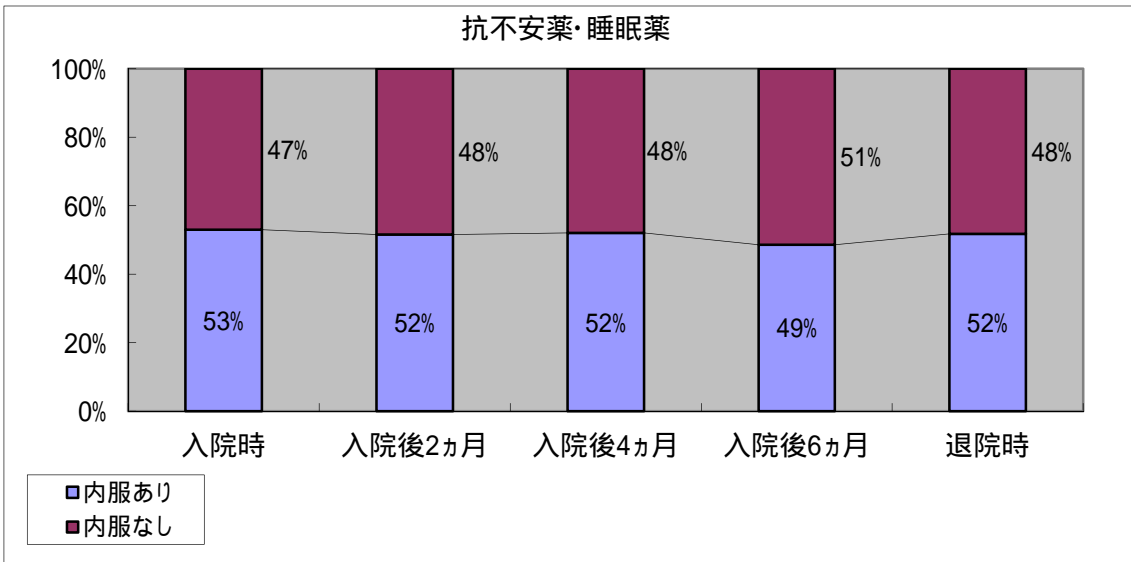


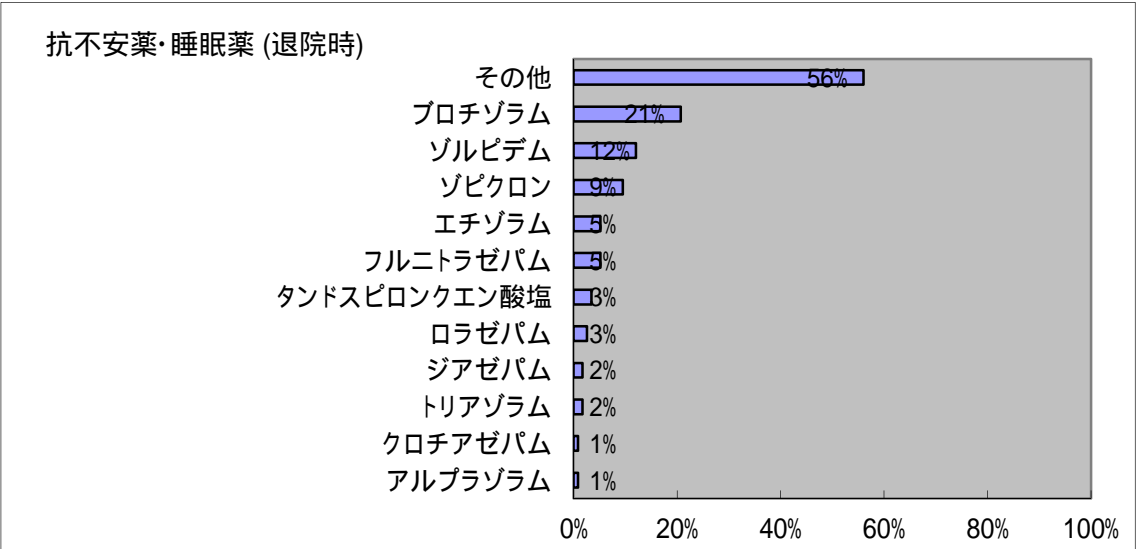
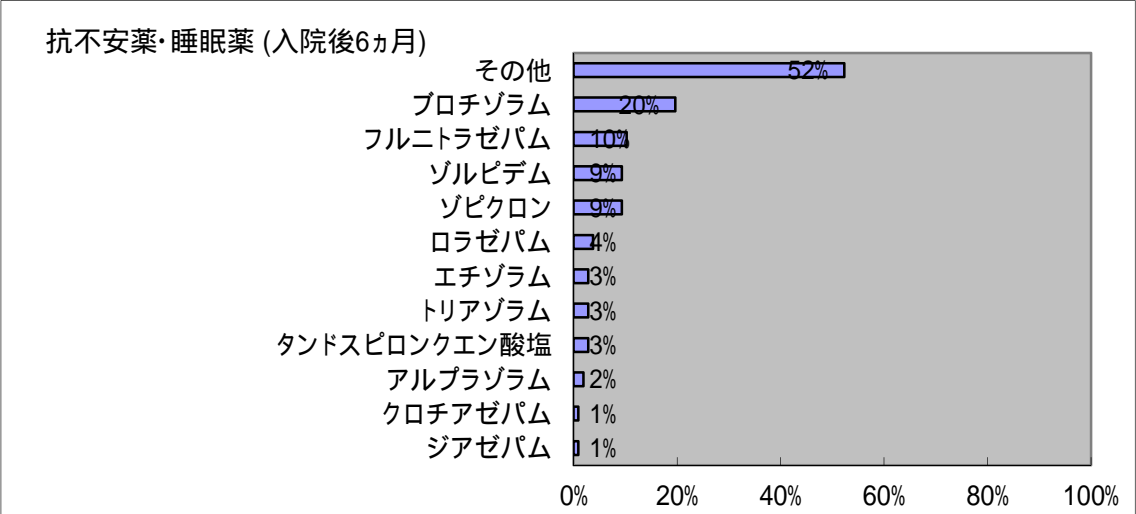
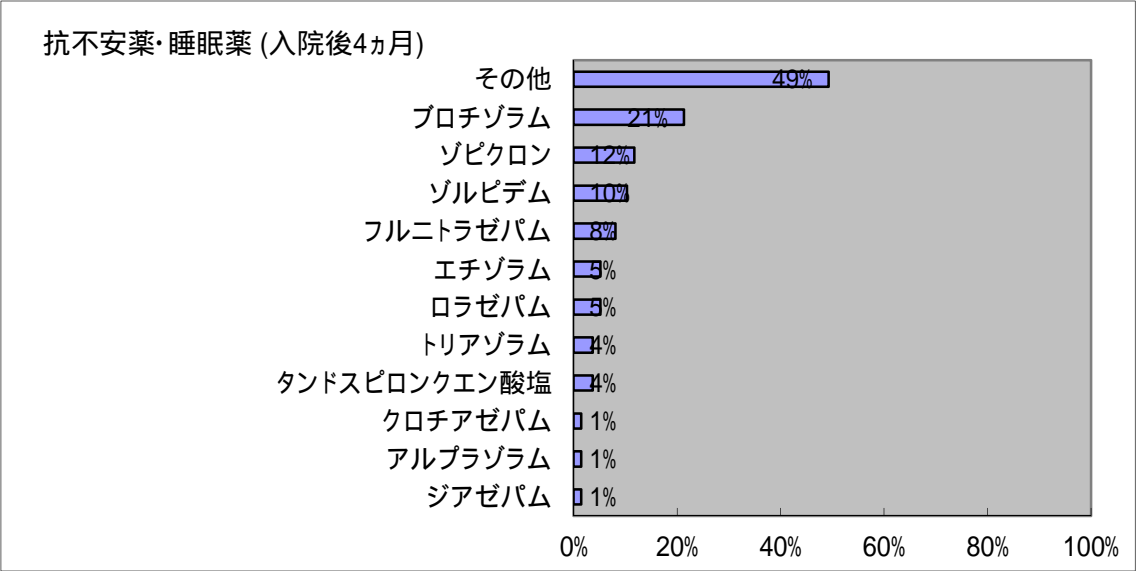
気分安定薬・抗てんかん薬 (入院後6ヵ月)

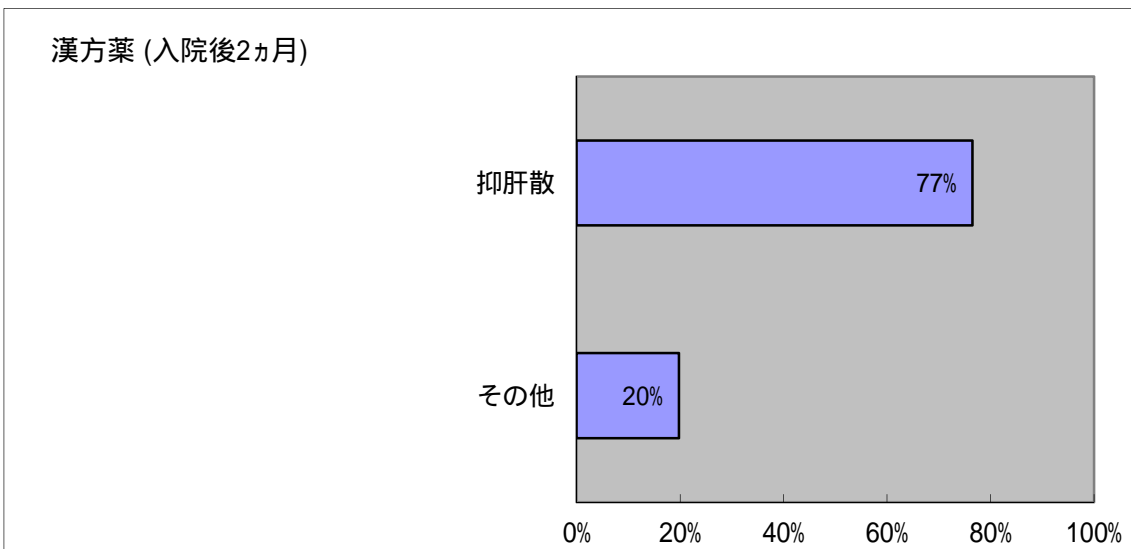
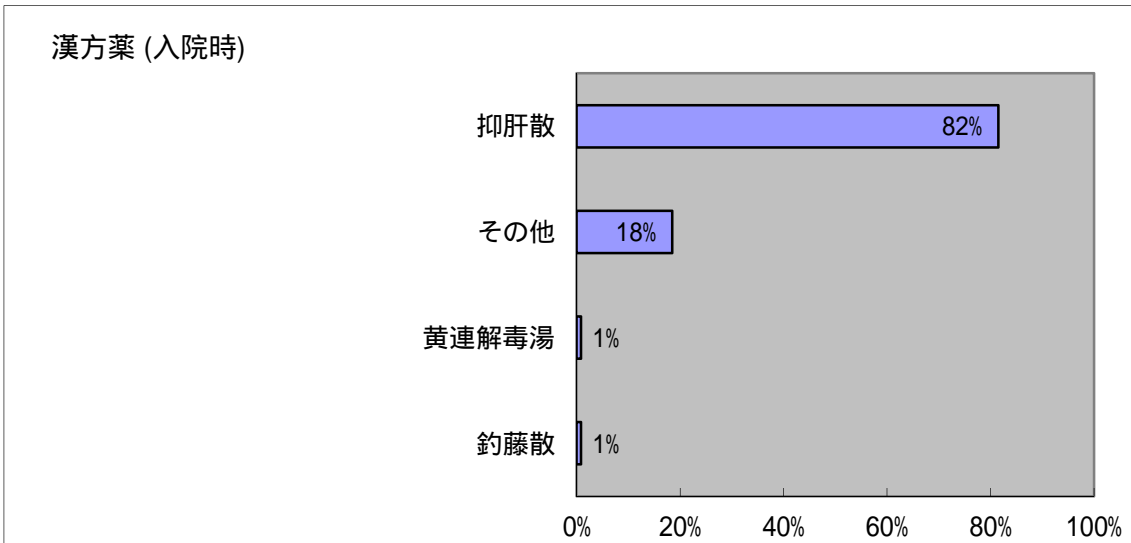
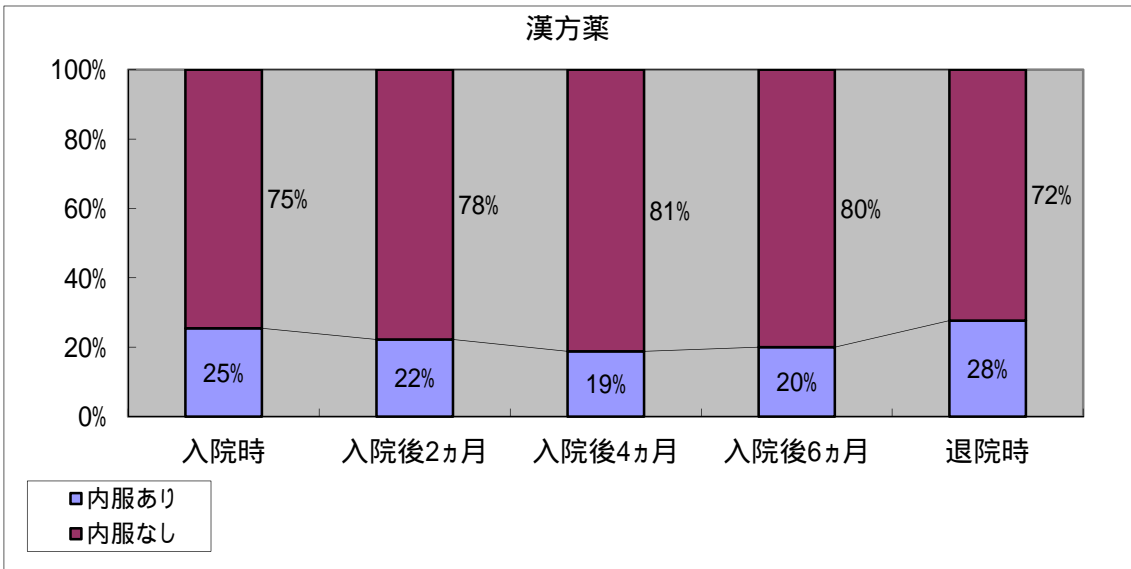


気分安定薬・抗てんかん薬 (退院時)

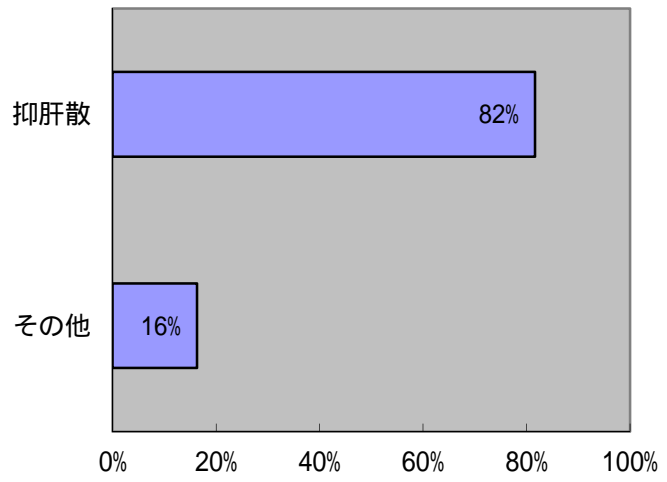




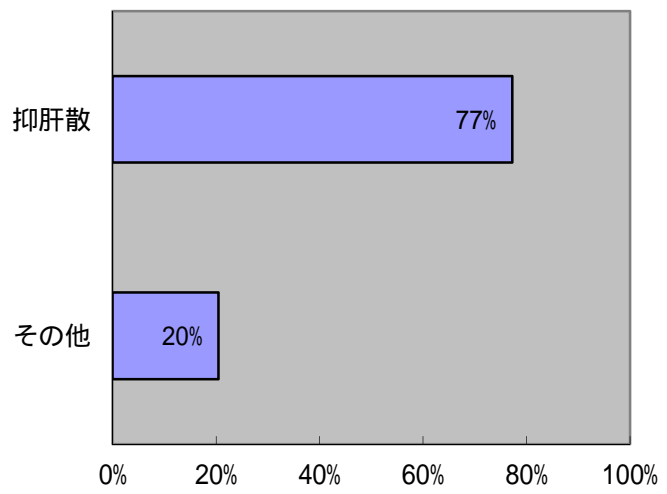




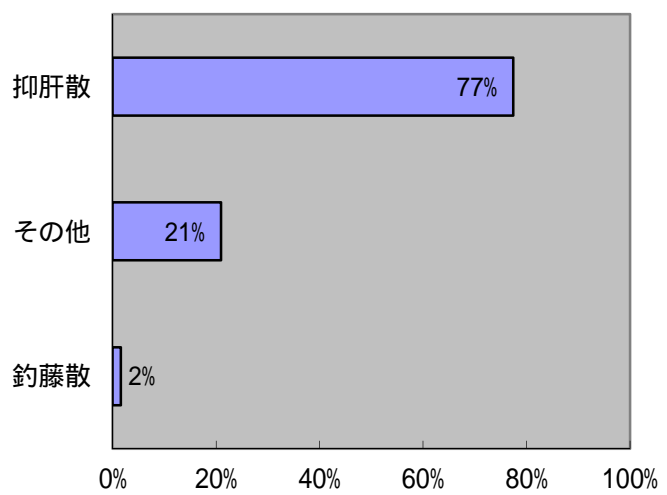
漢方薬 (入院後4ヵ月)

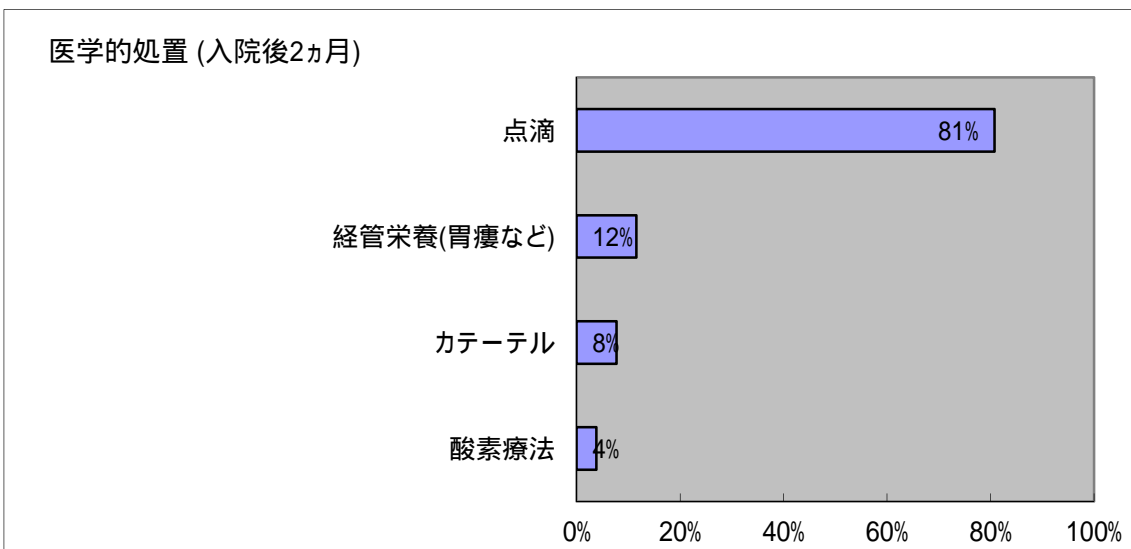
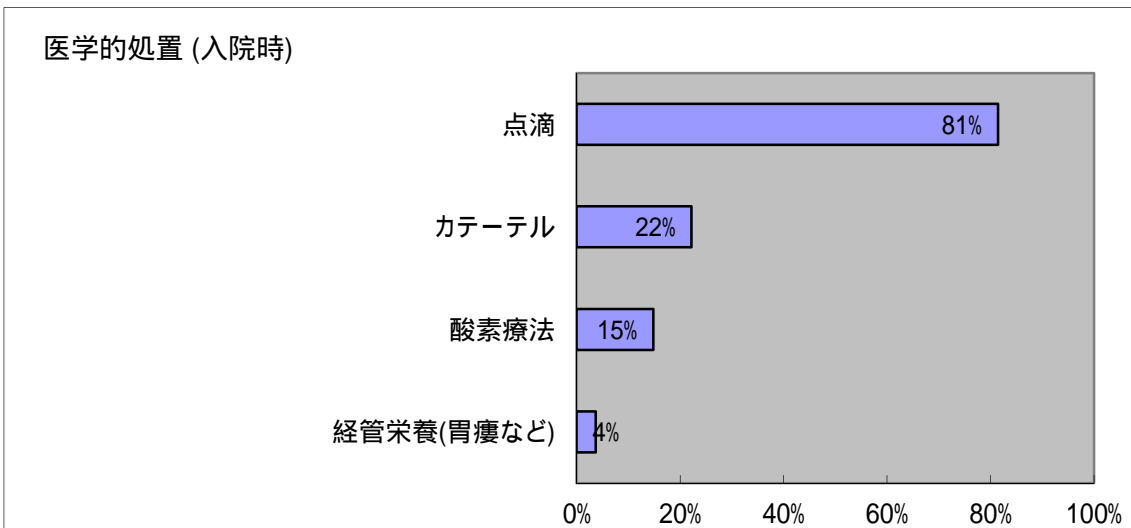
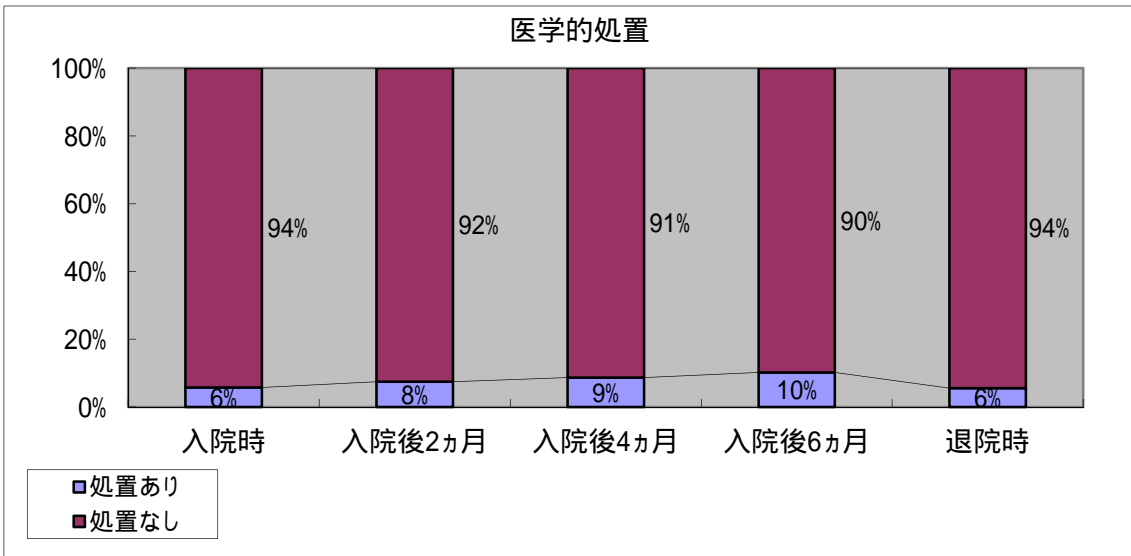


漢方薬 (入院後6ヵ月)

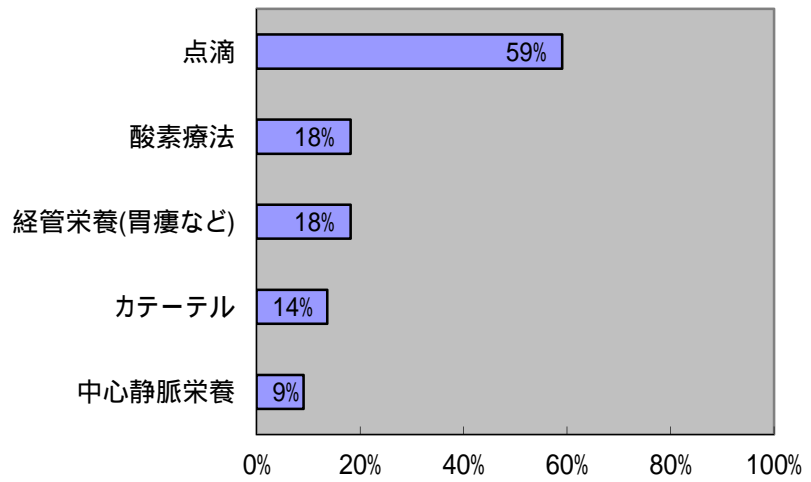


漢方薬 (退院時)

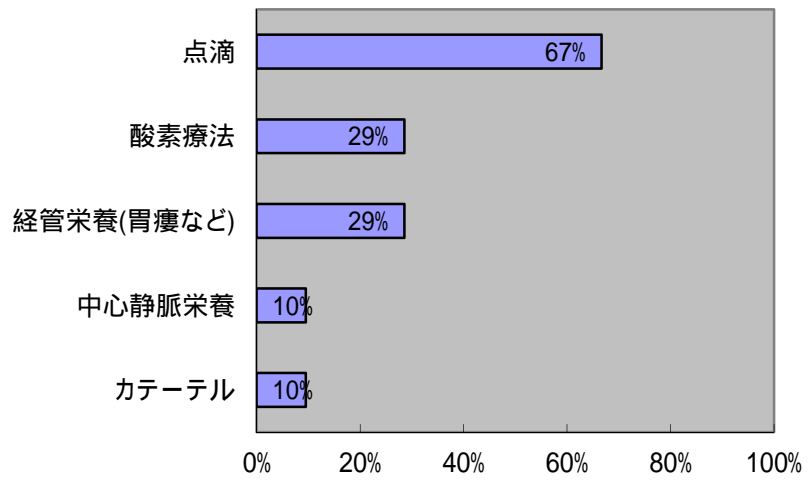




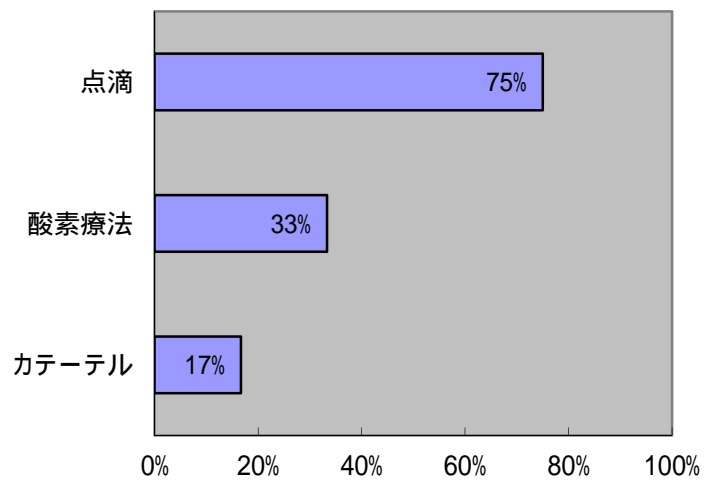
医学的処置 (入院後4ヵ月)

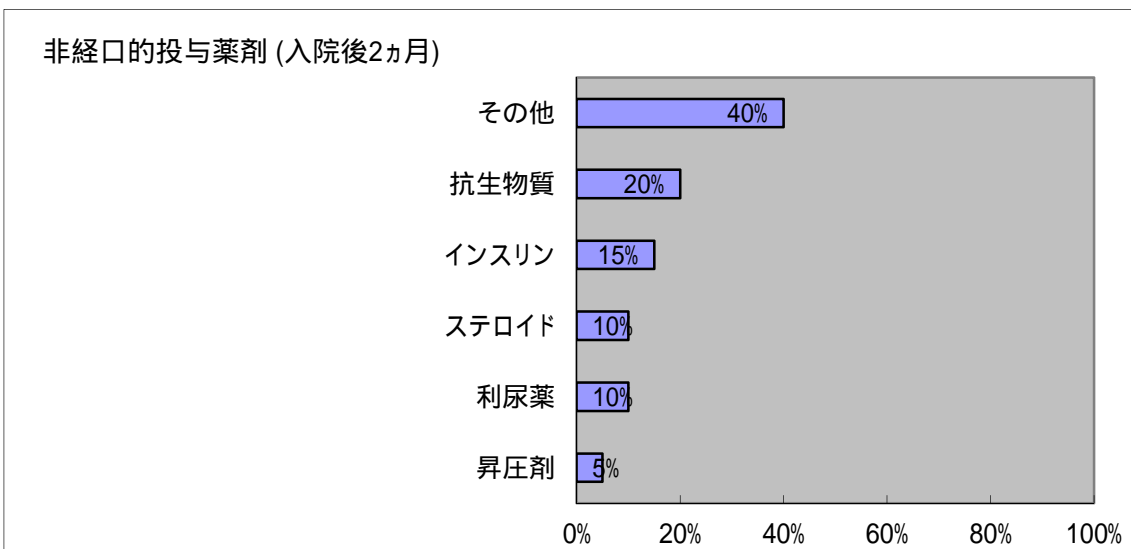
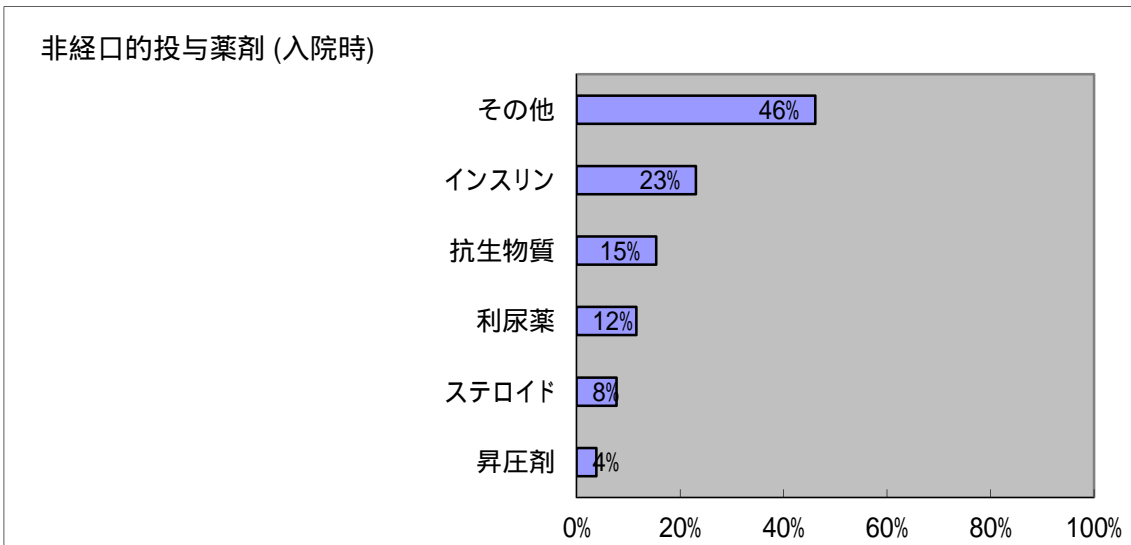
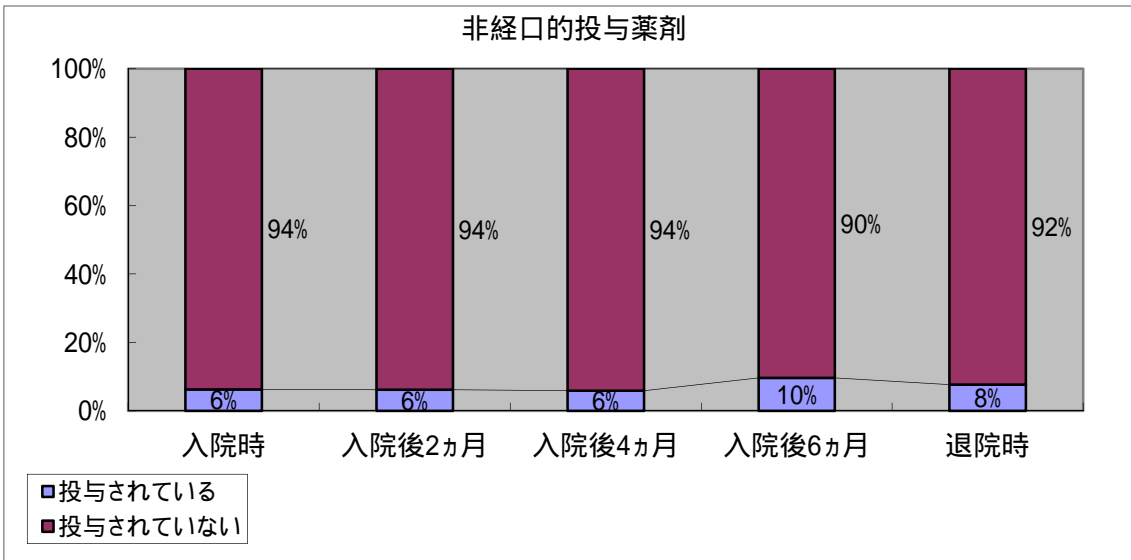


医学的処置 (入院後6ヵ月)

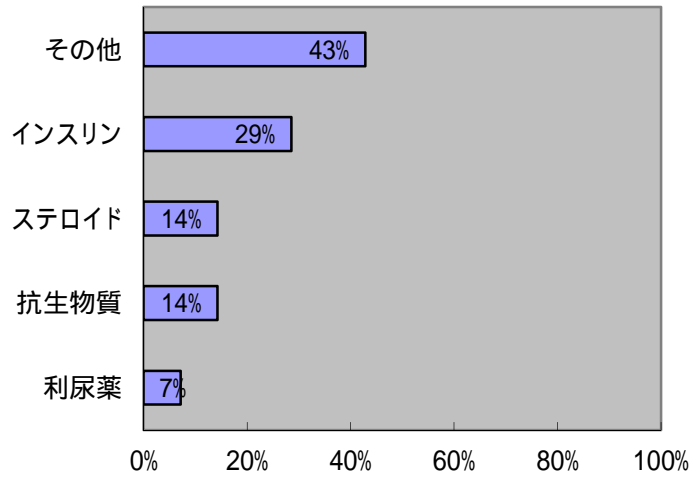


医学的処置 (退院時)

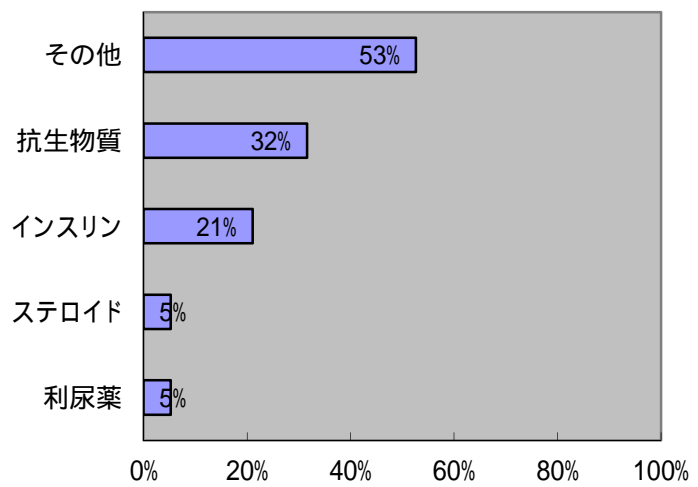




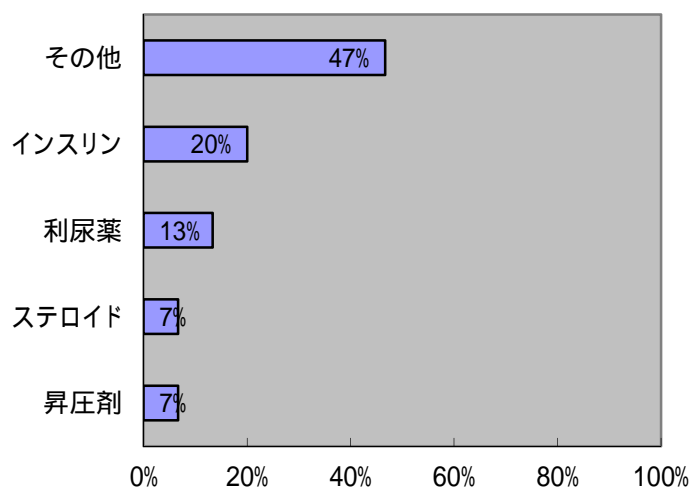
非経口的投与薬剤 (入院後4ヵ月)

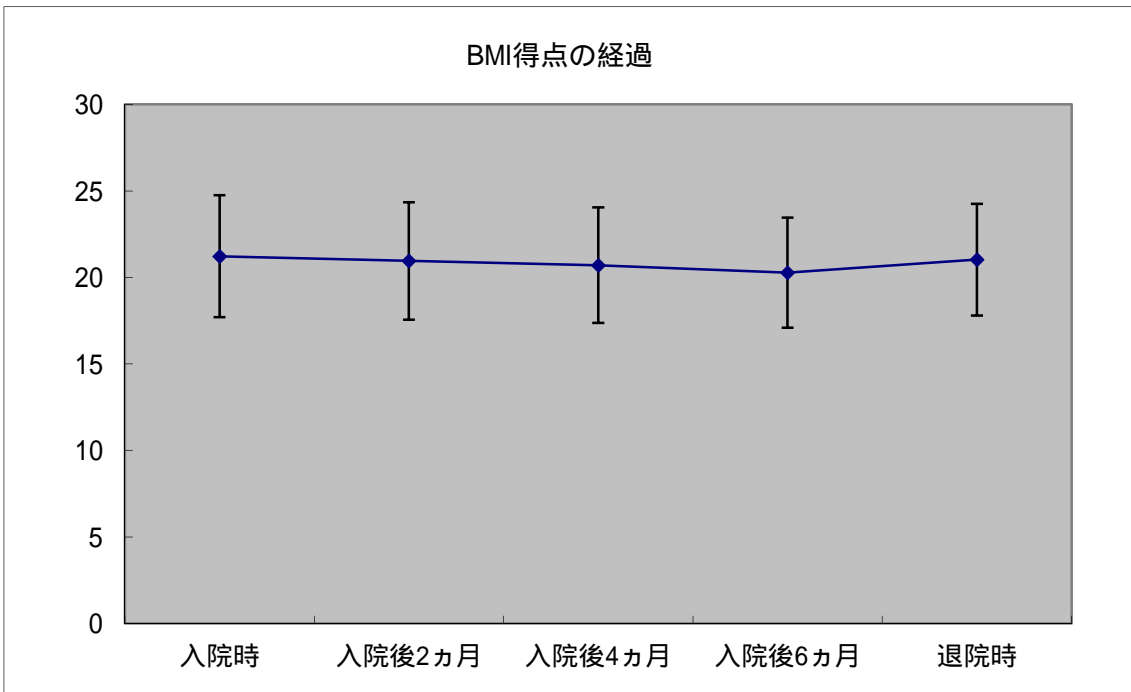
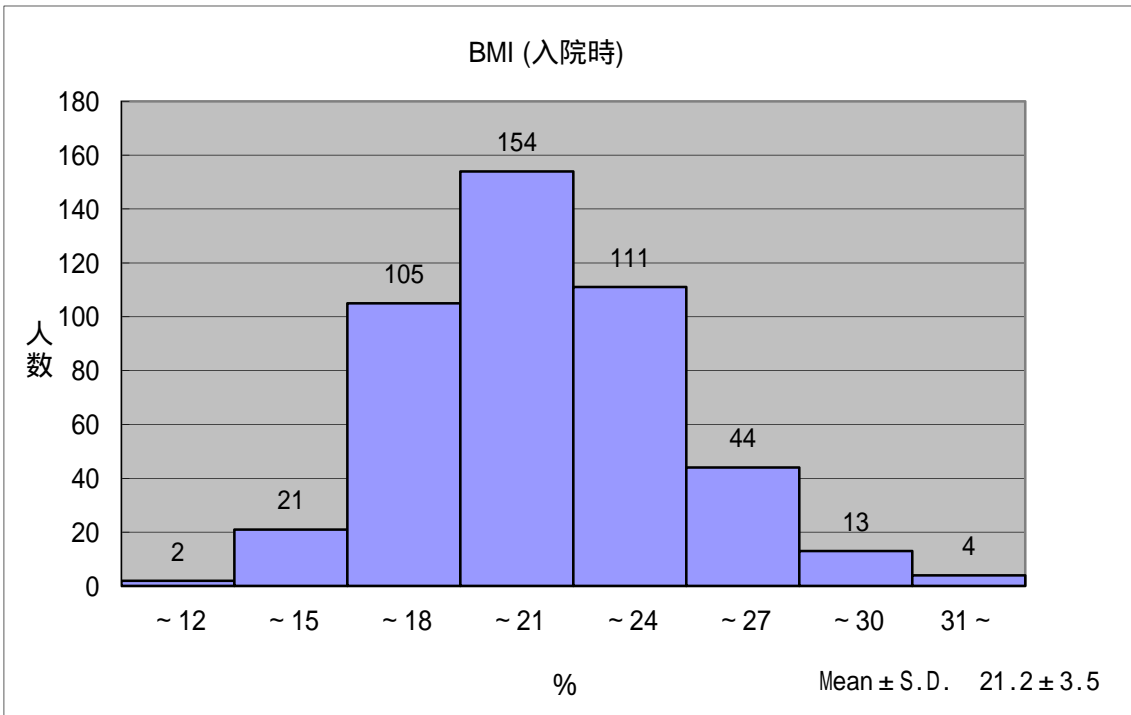


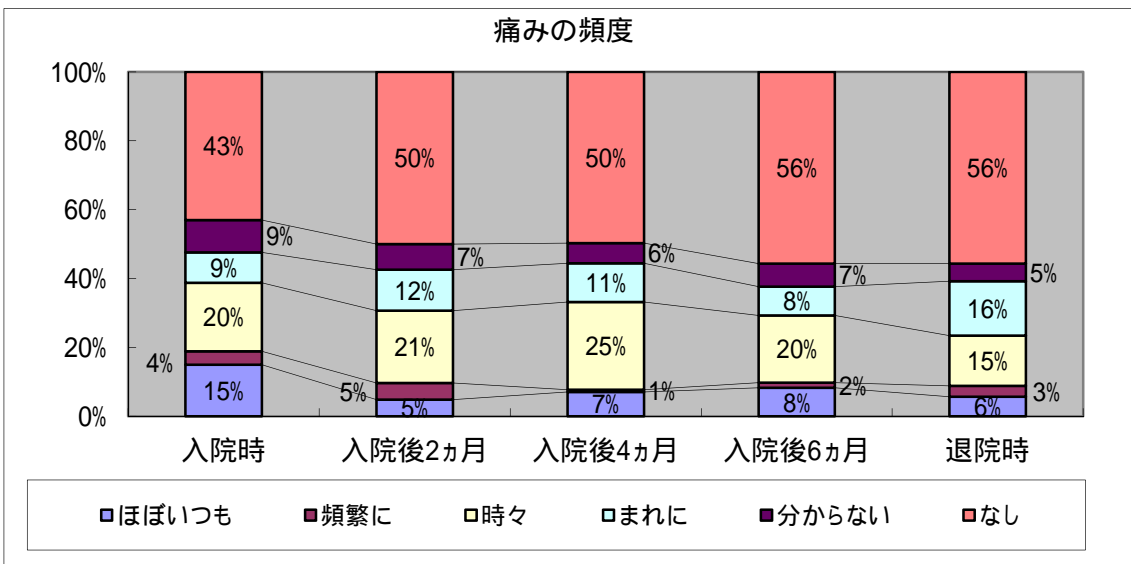
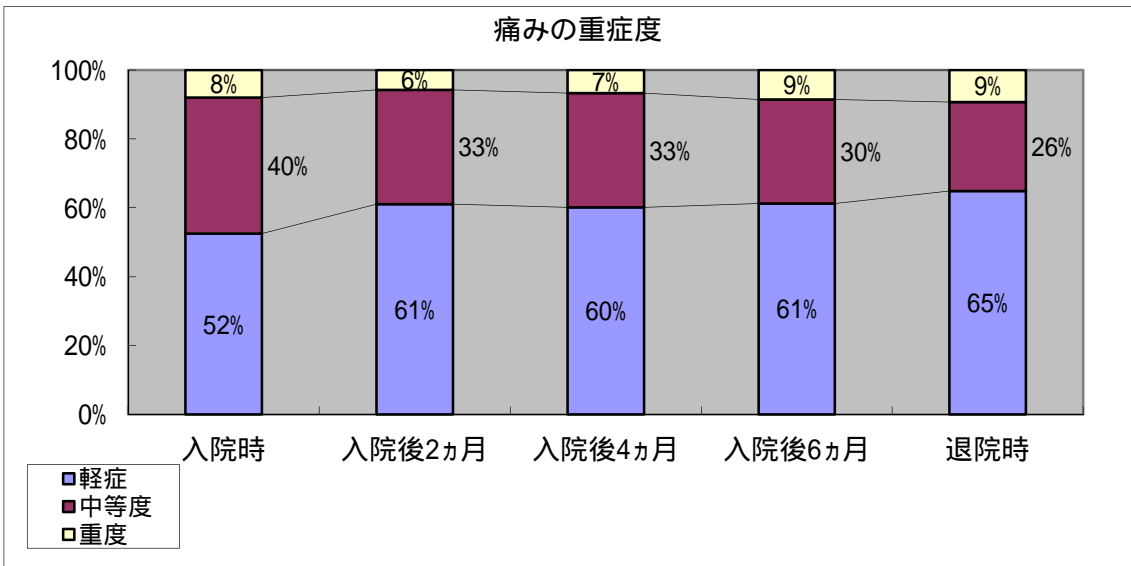
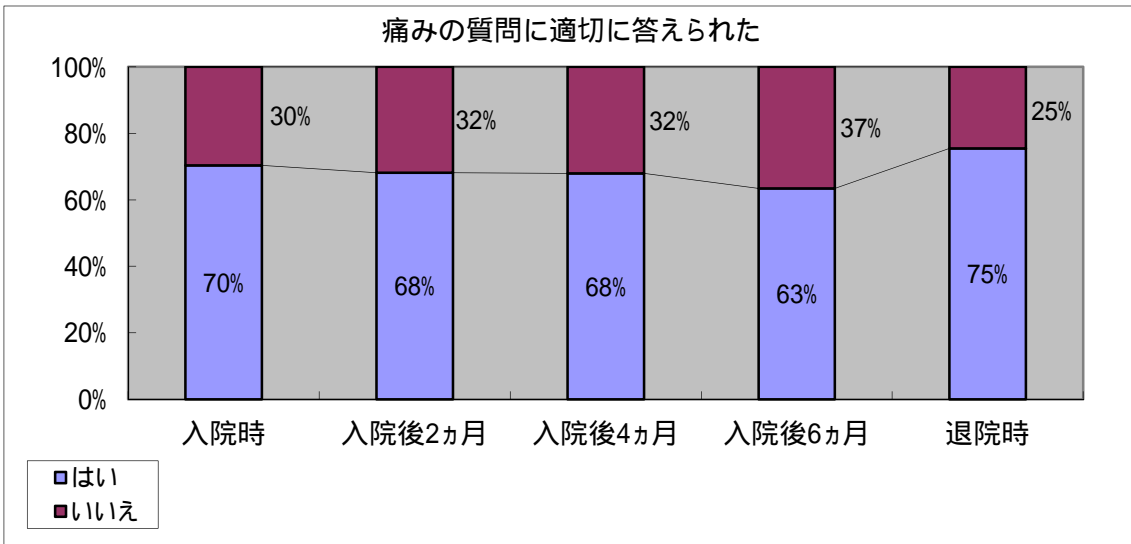
非経口的投与薬剤 (入院後6ヵ月)

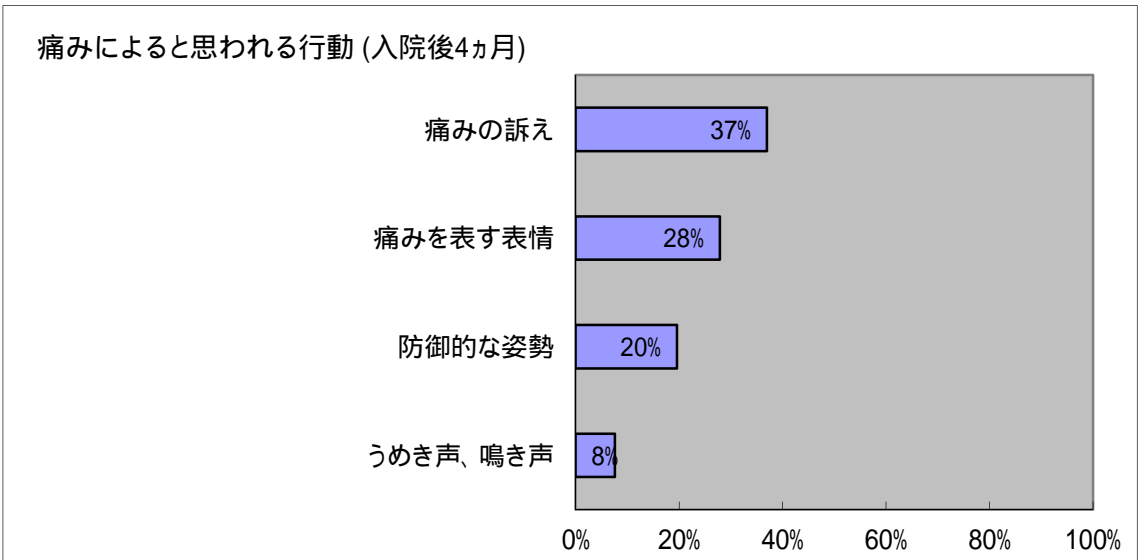
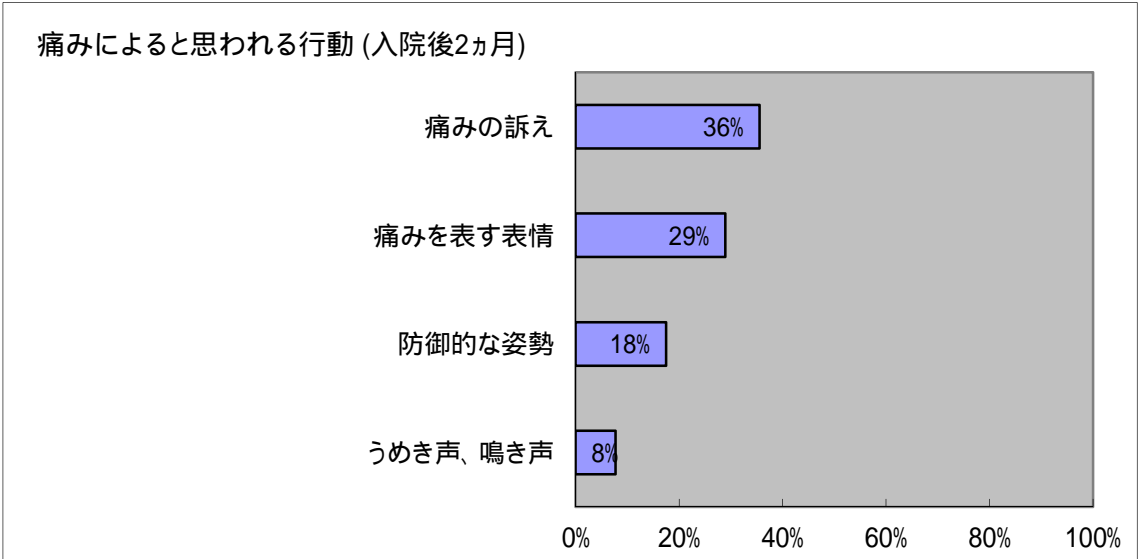
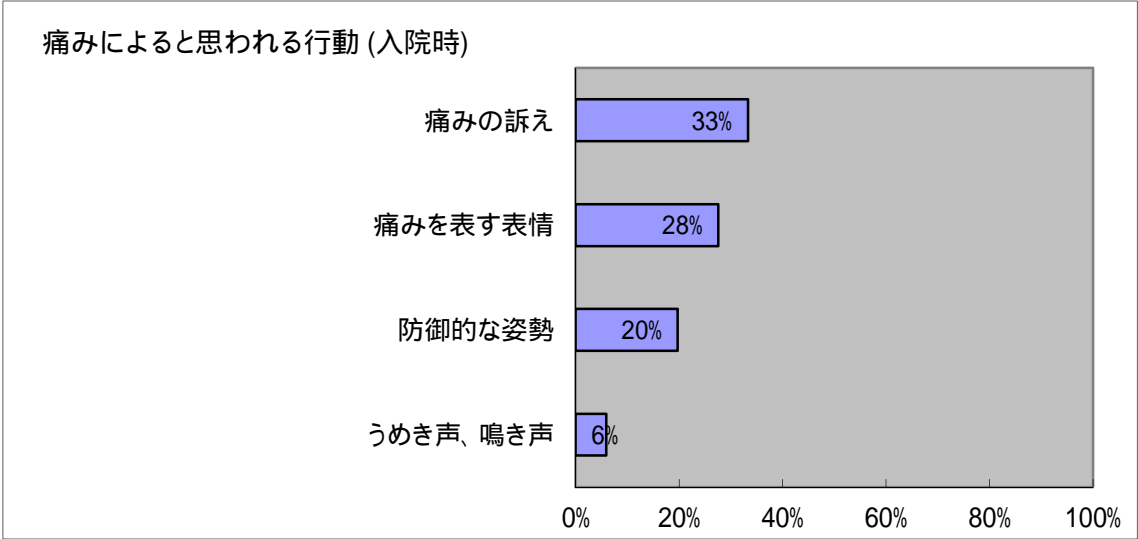


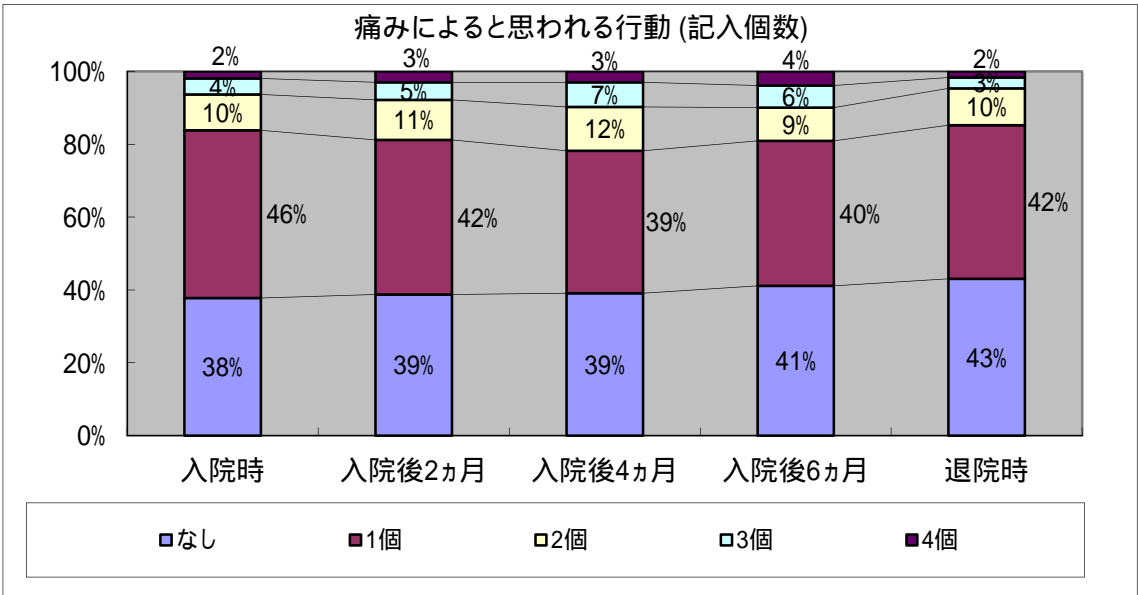
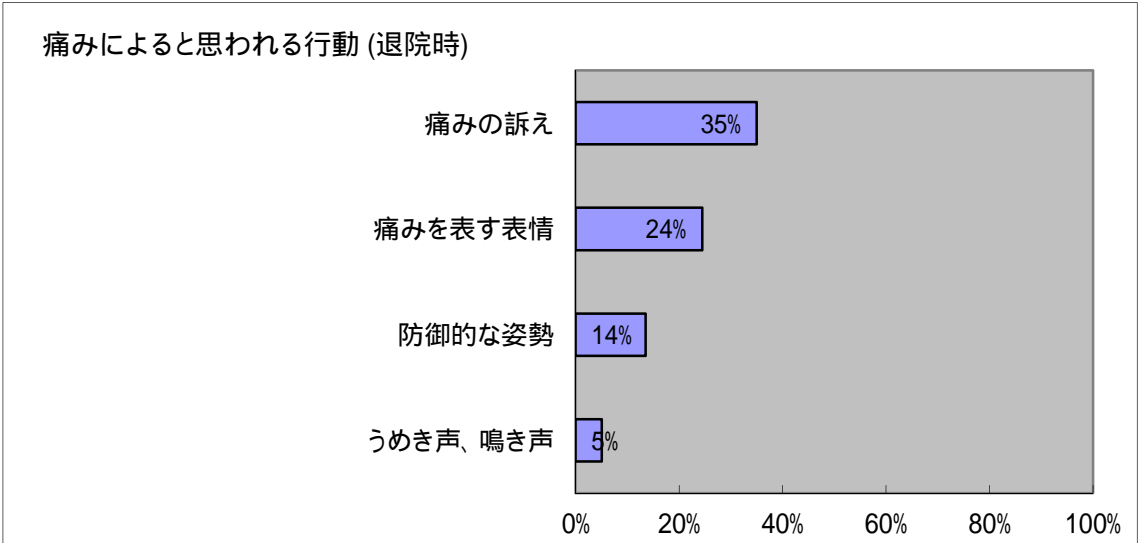
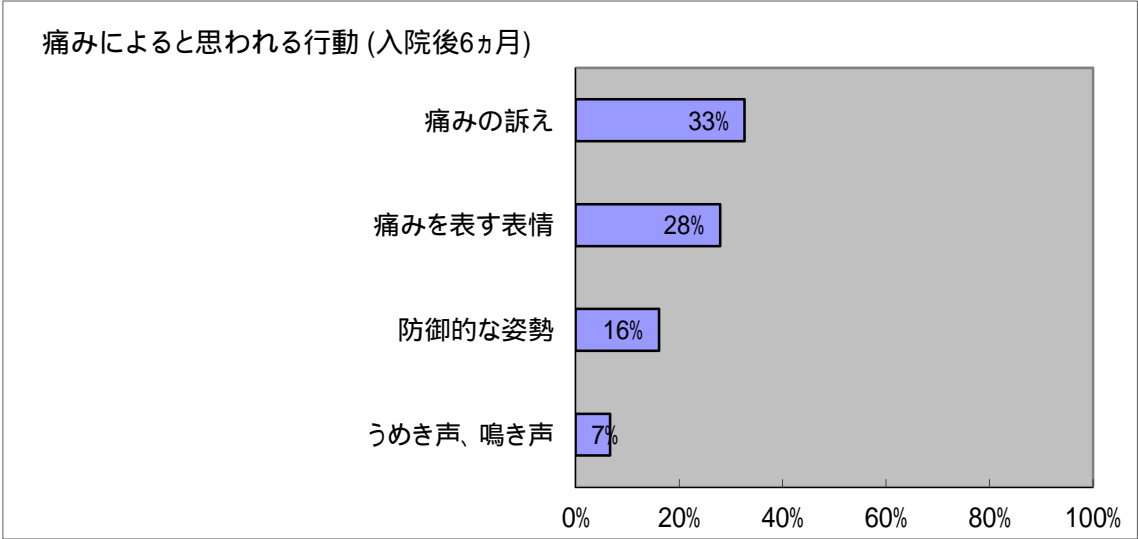
非経口的投与薬剤 (退院時)

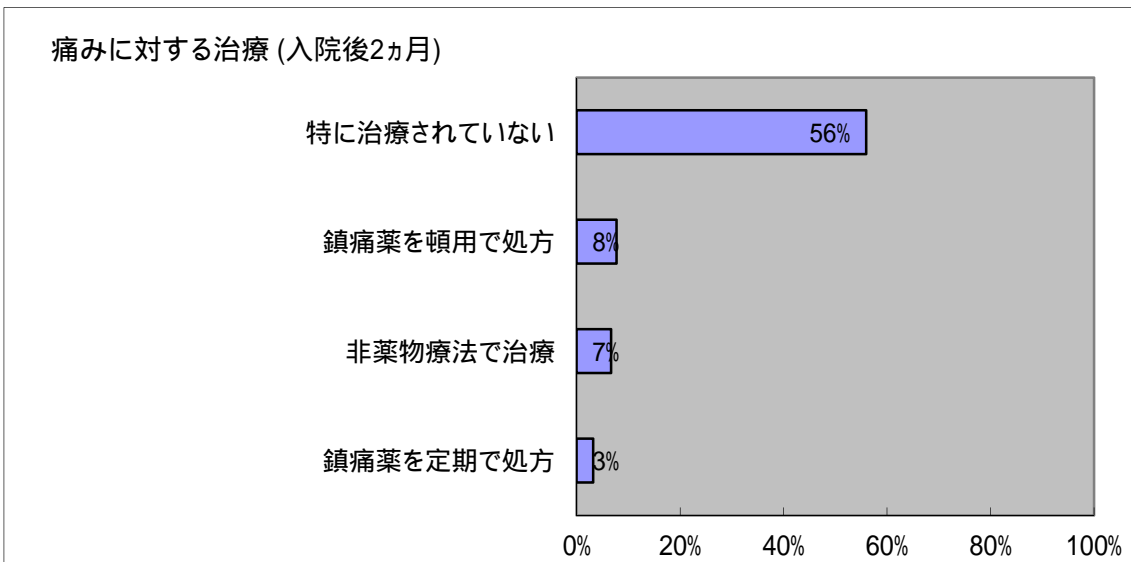
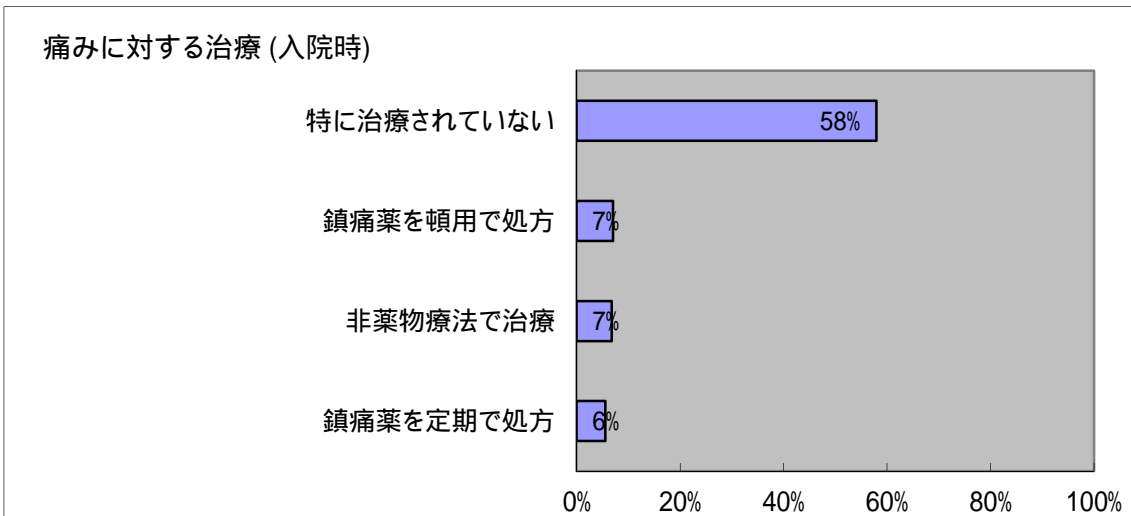
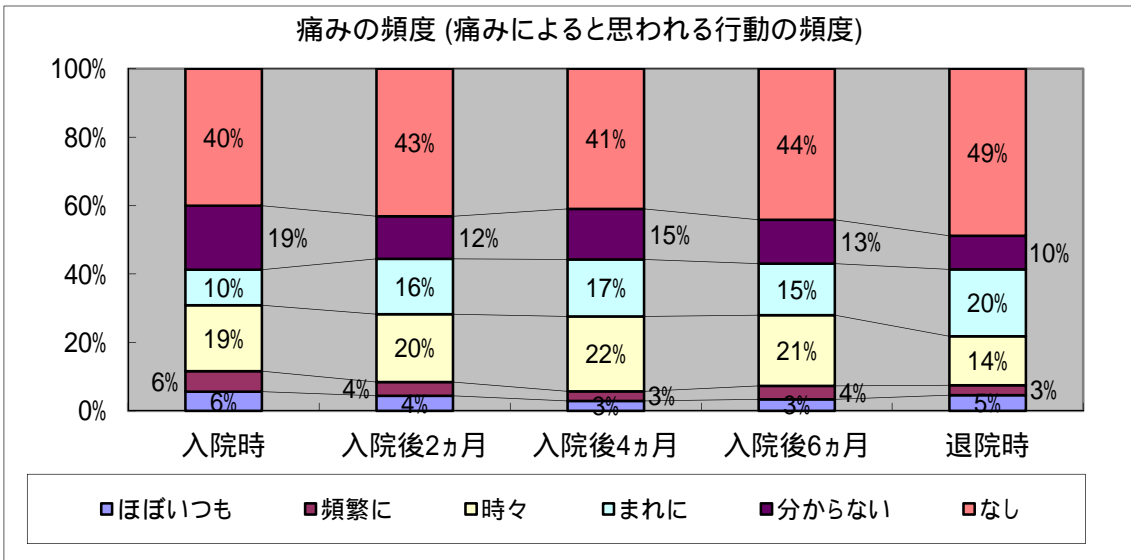


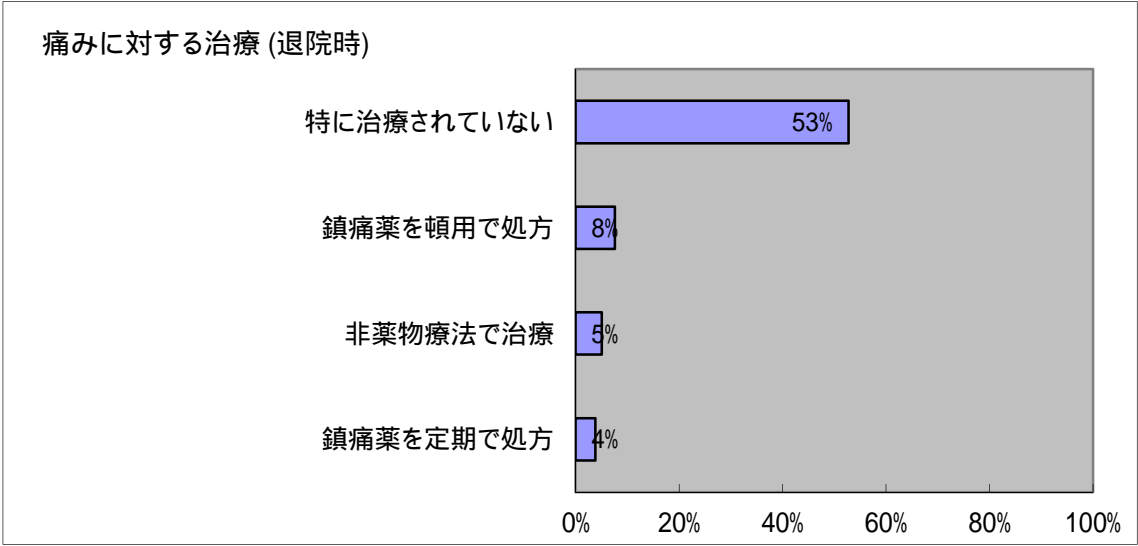
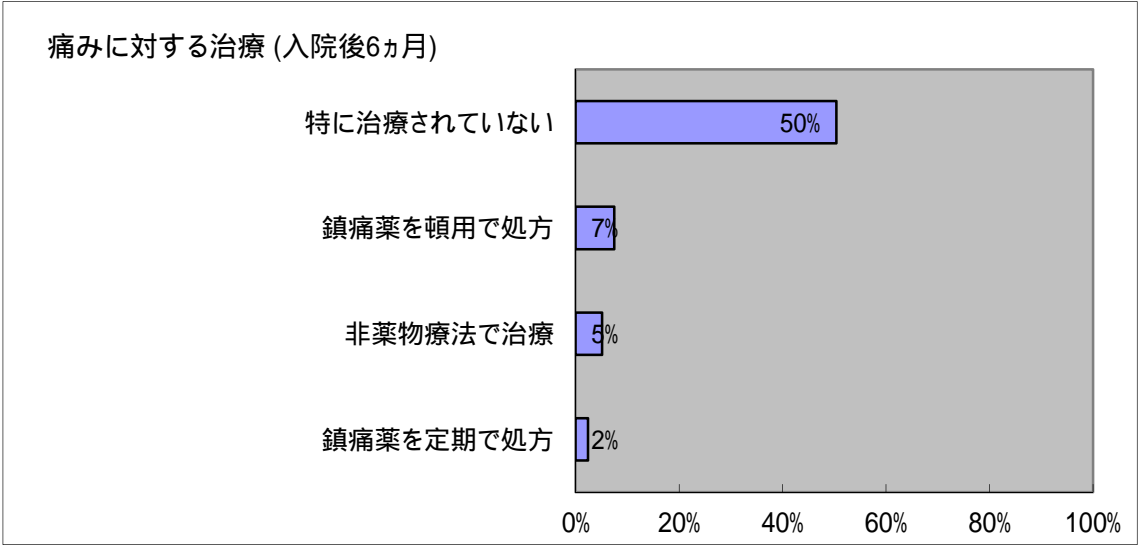
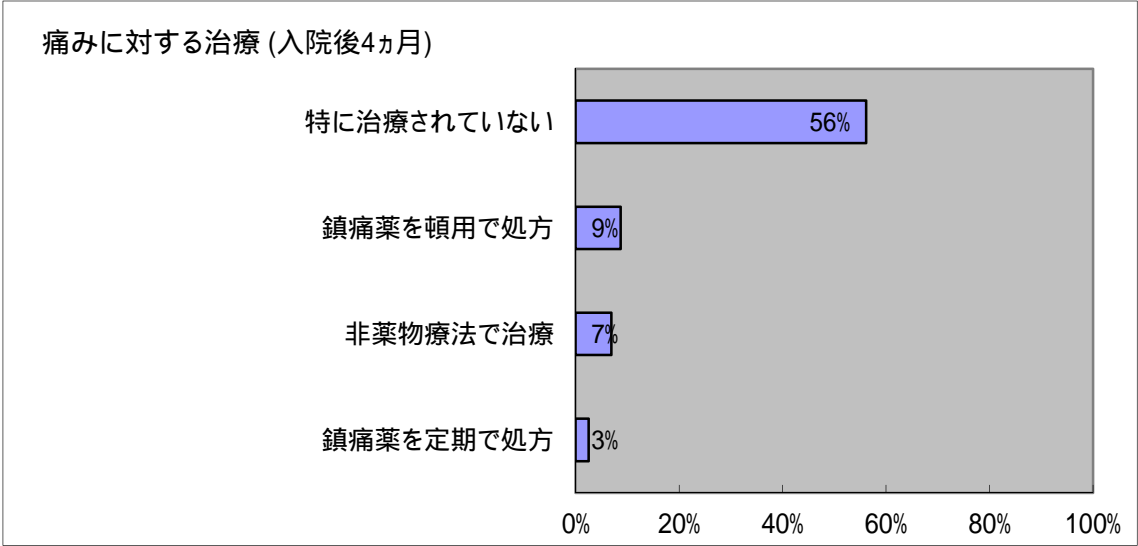


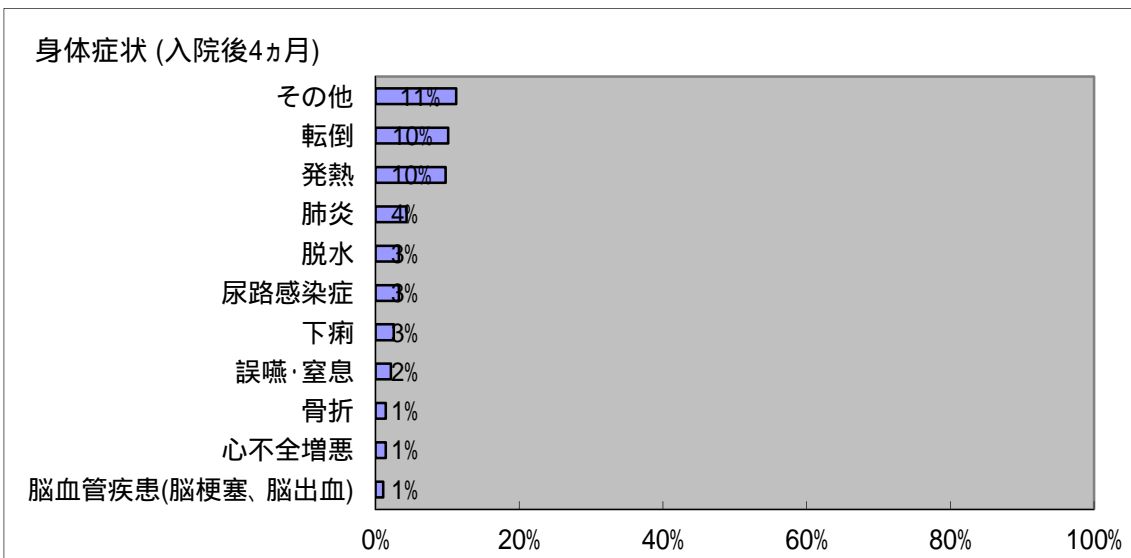
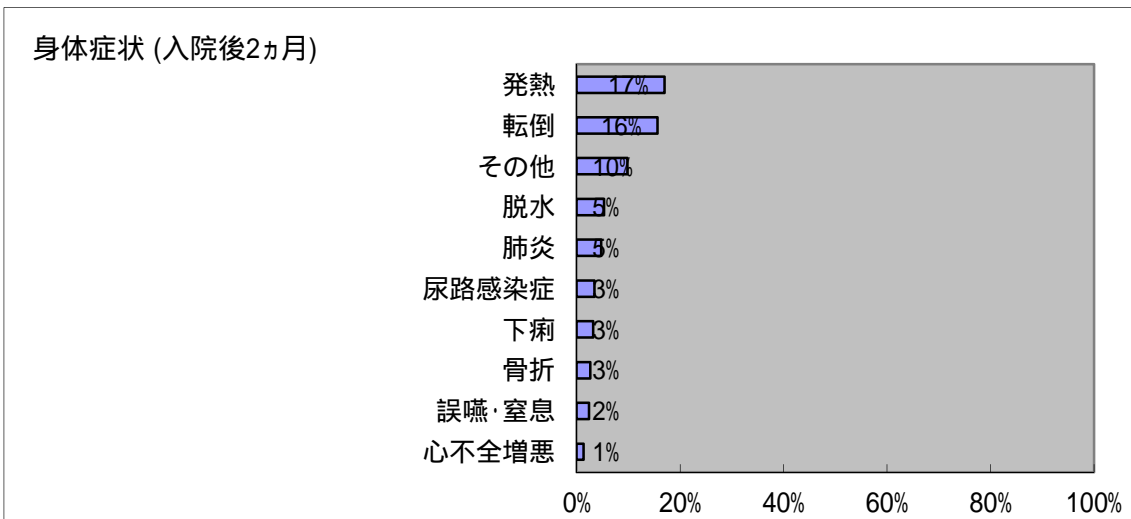
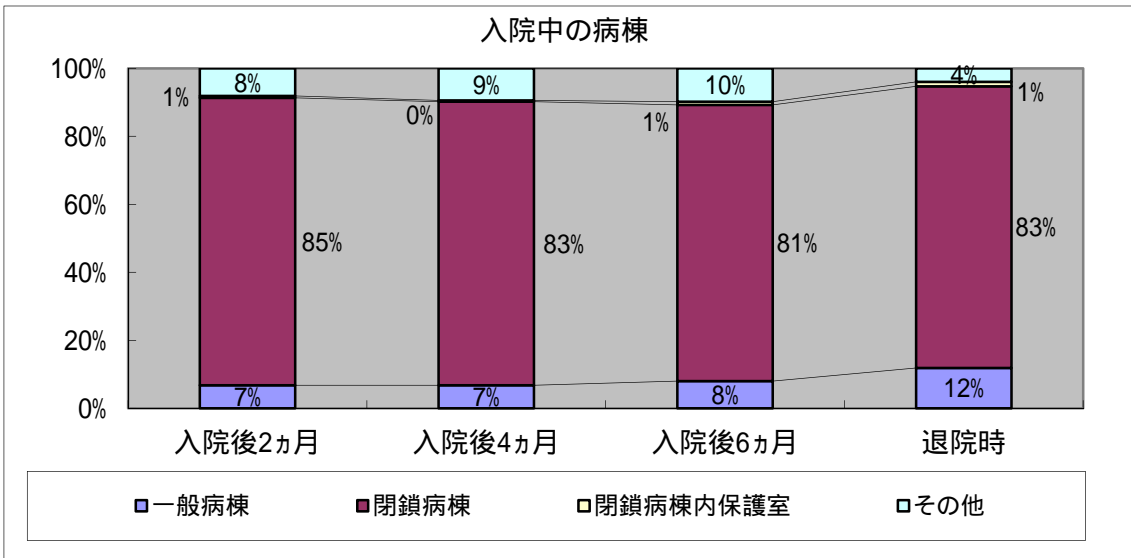


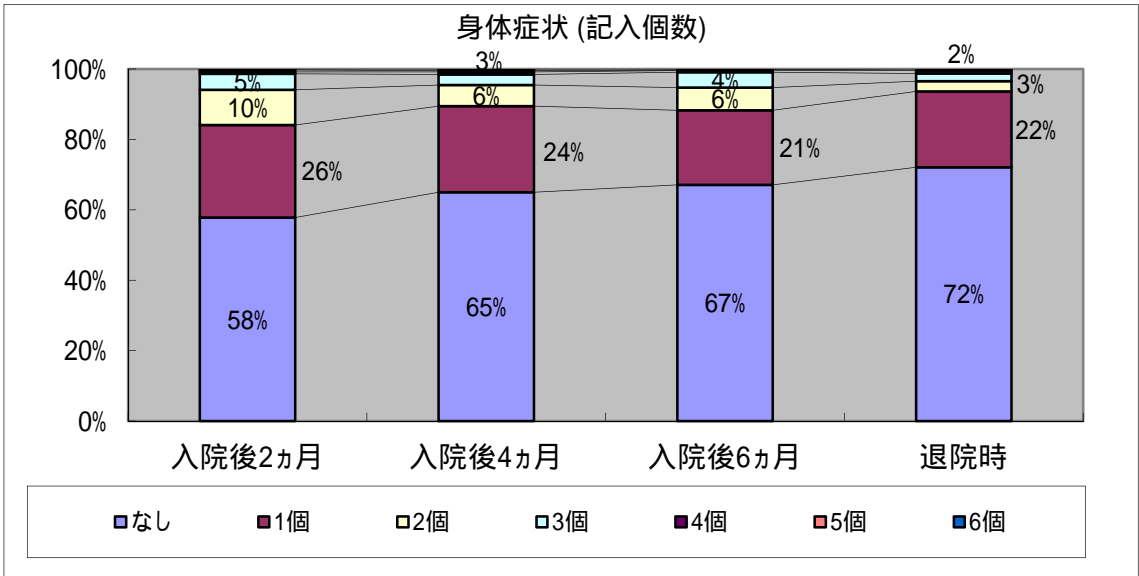
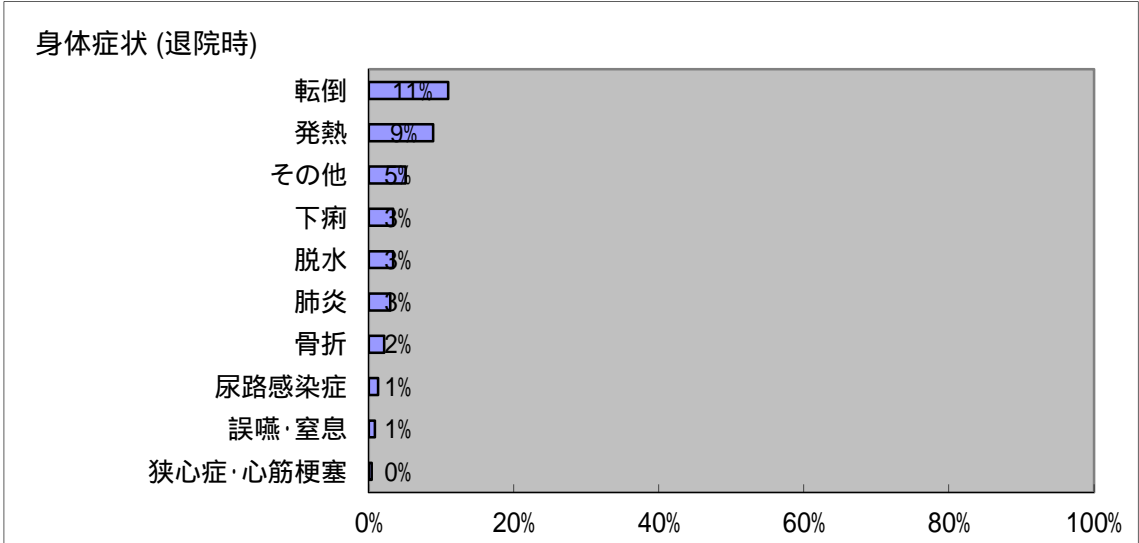
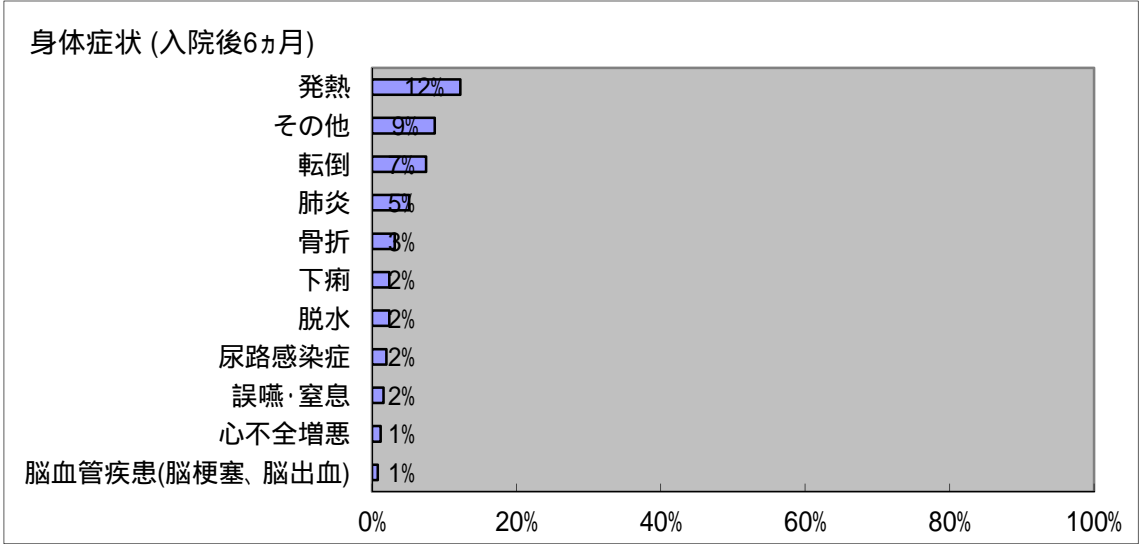


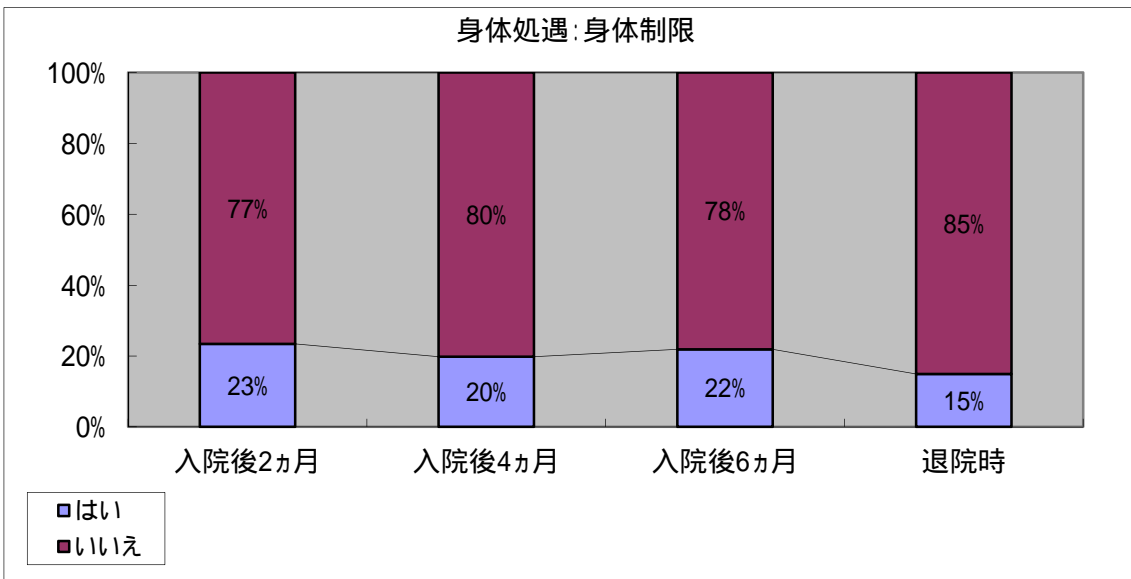
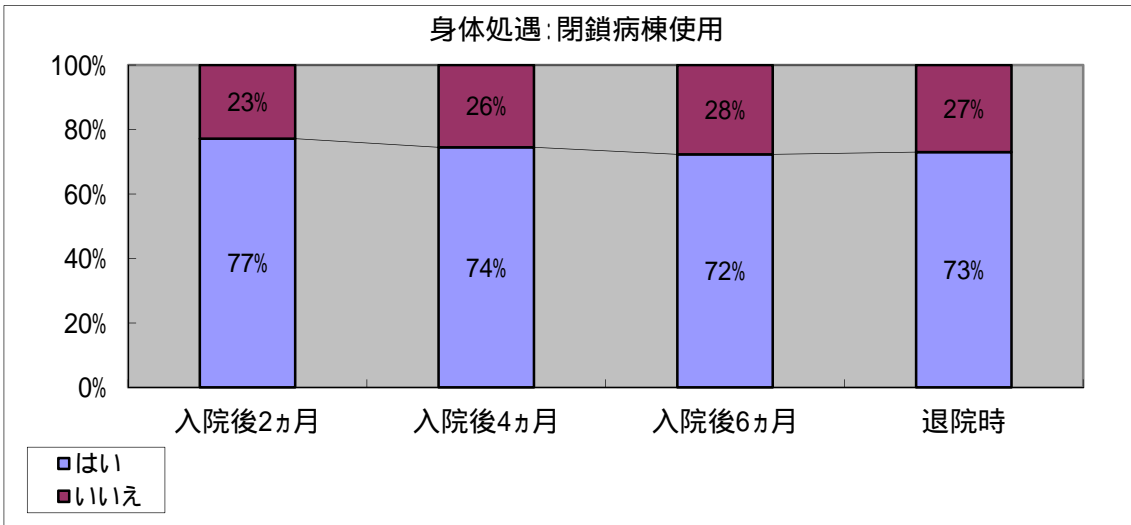
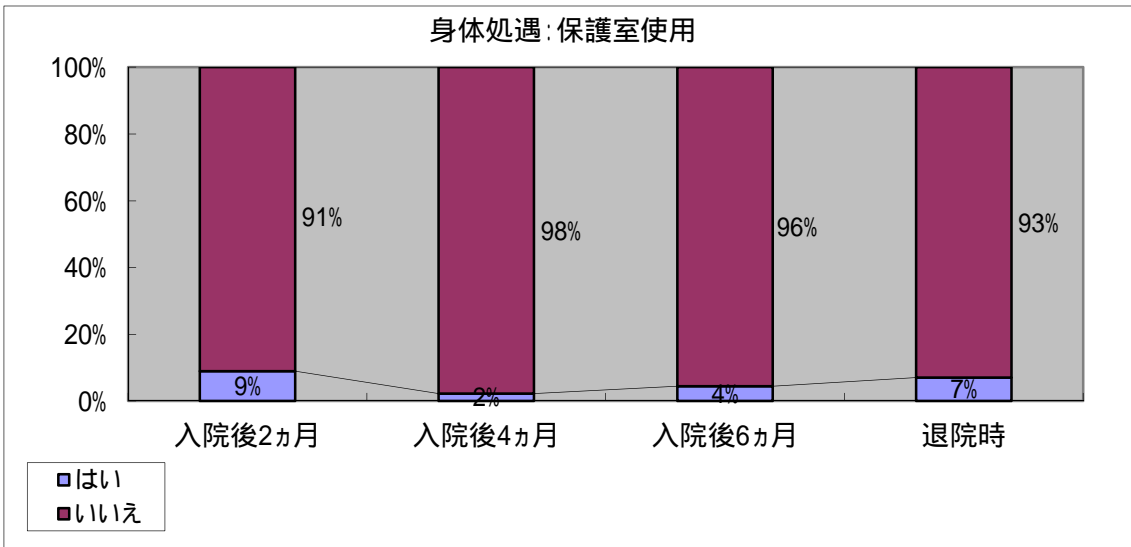


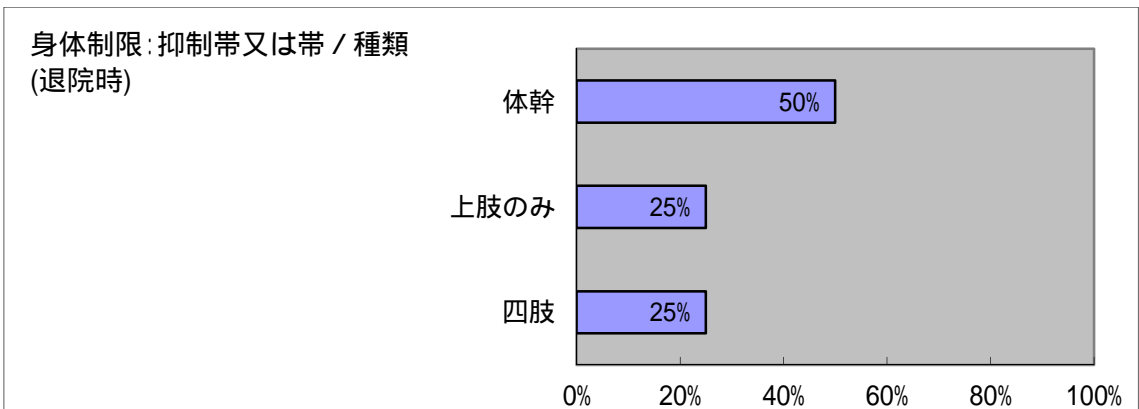
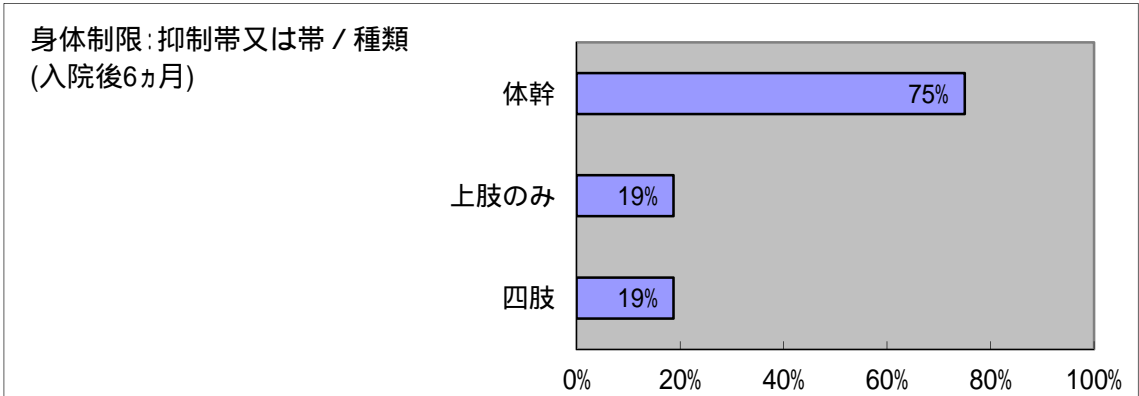
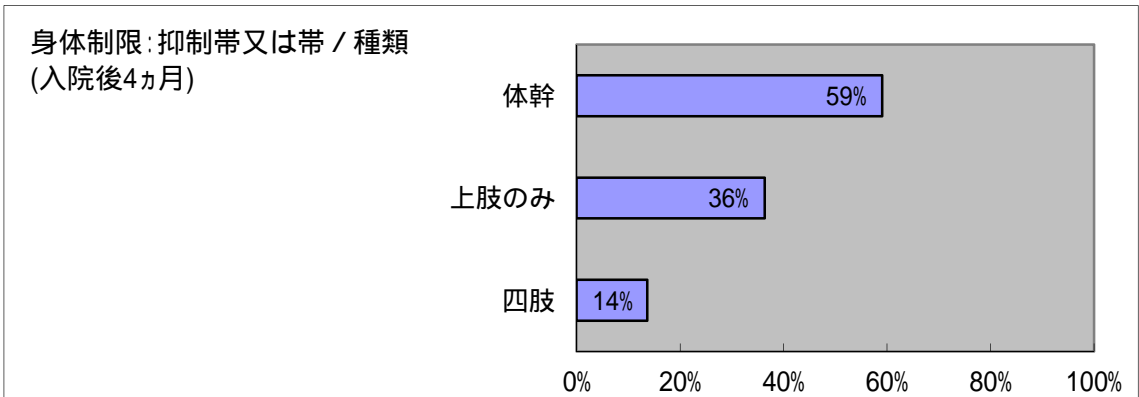
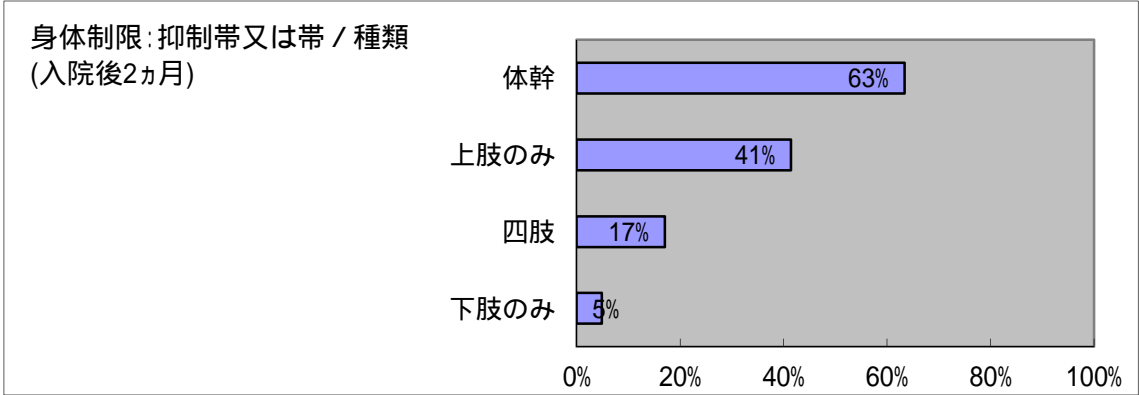


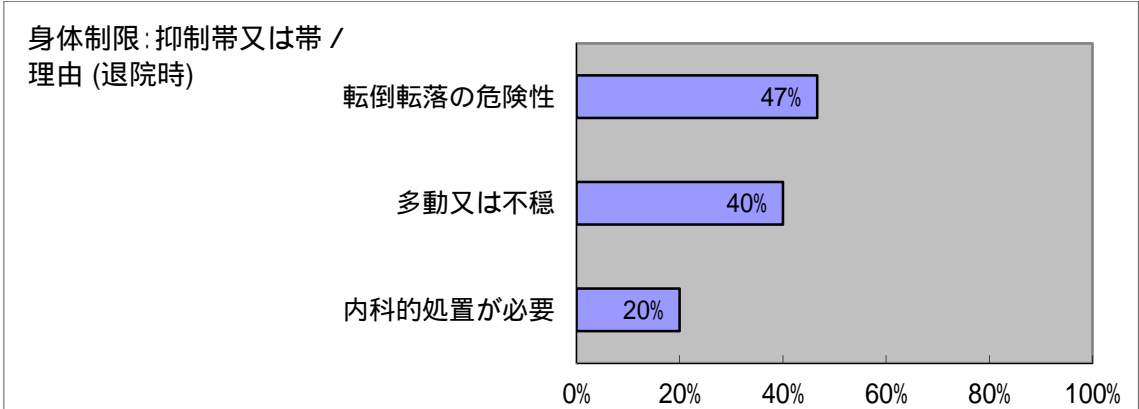
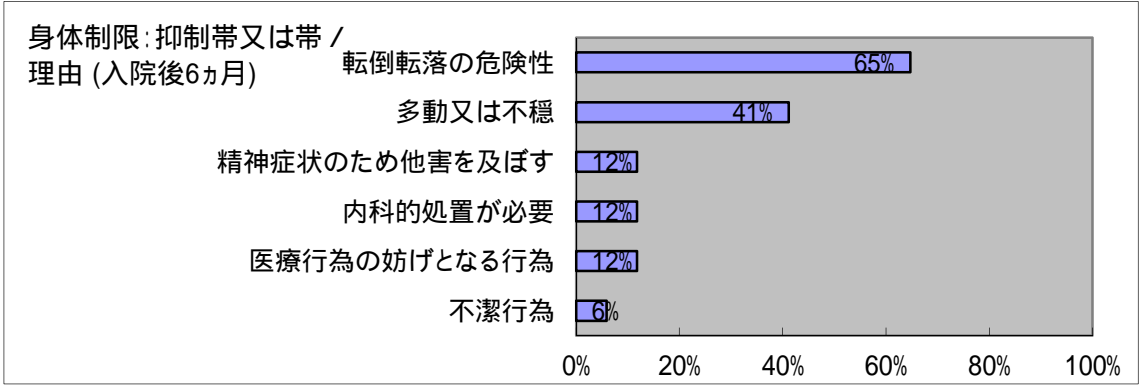
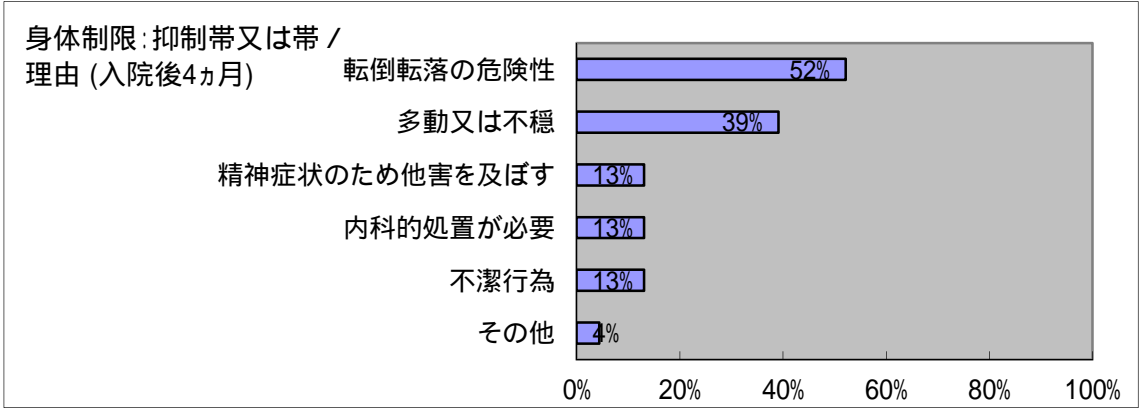
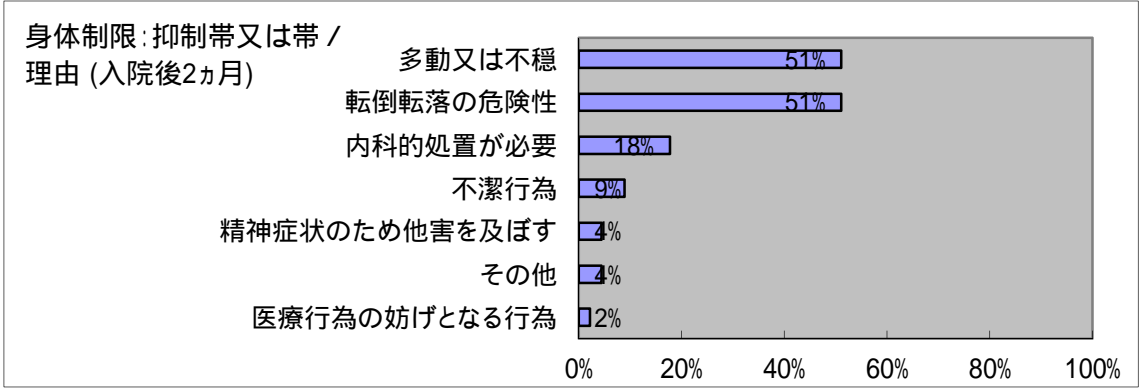


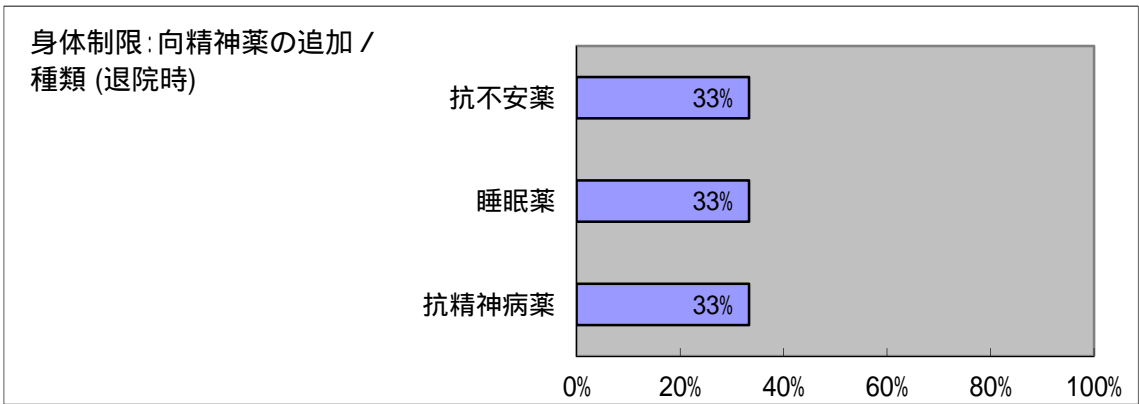
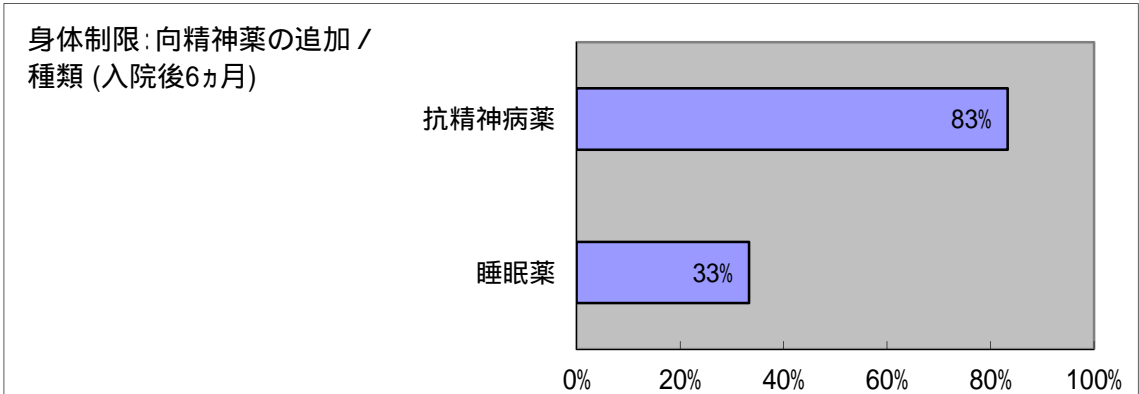
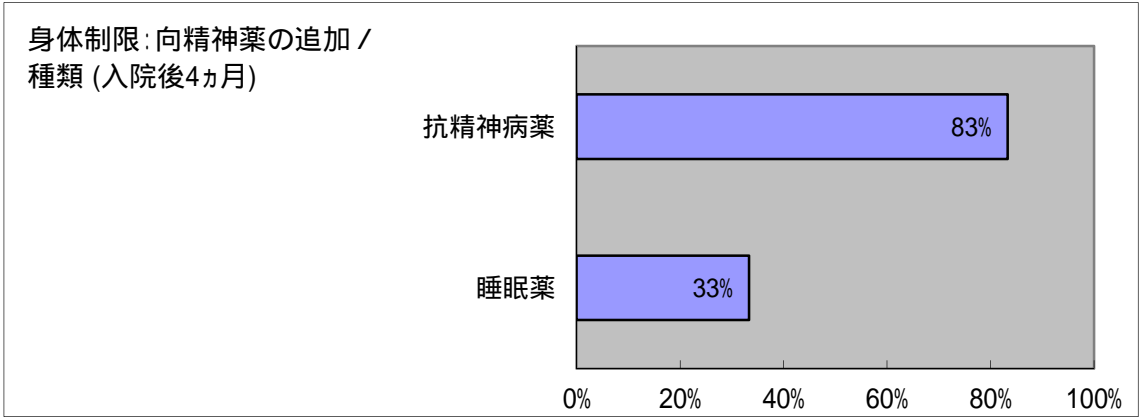
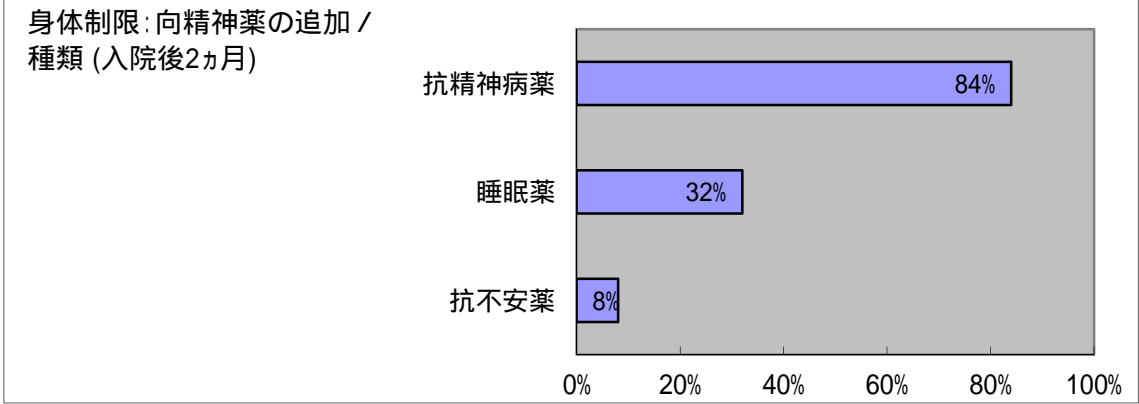


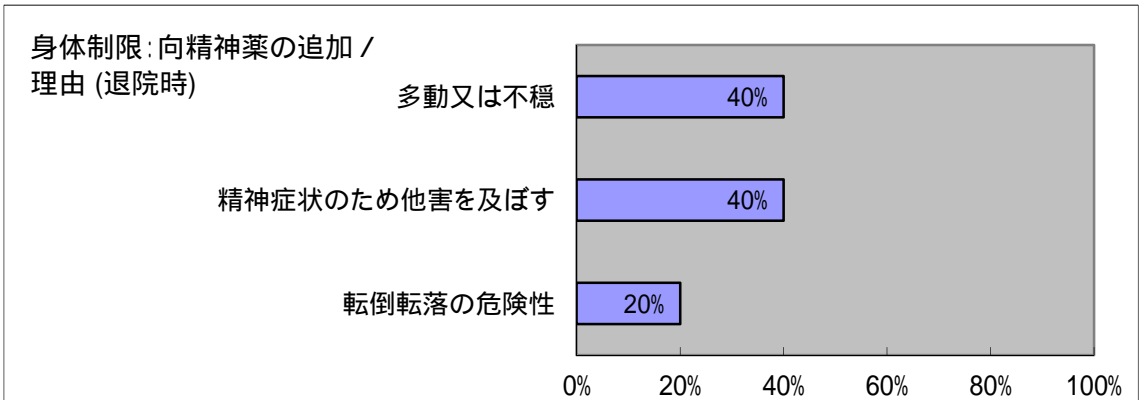
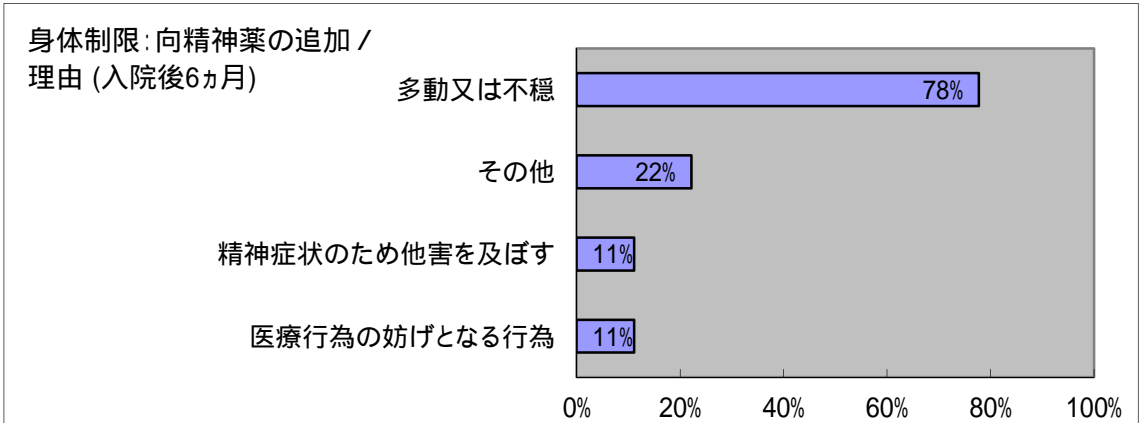
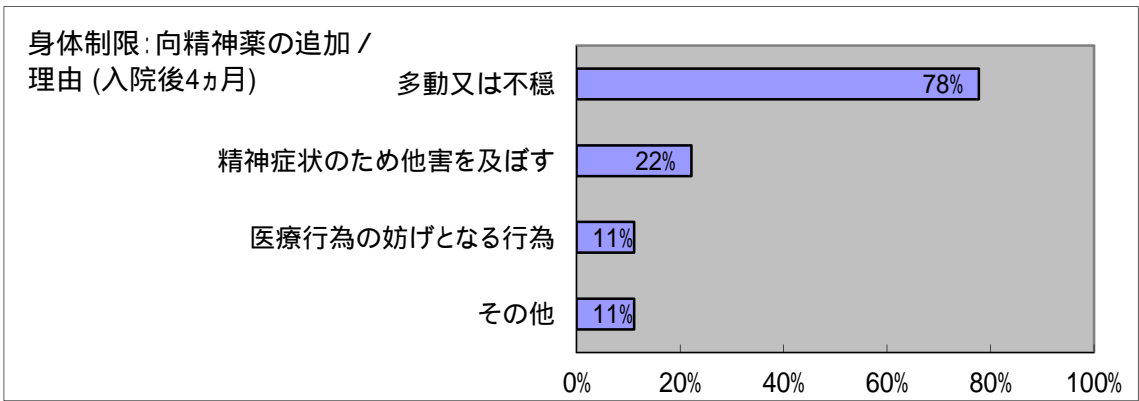
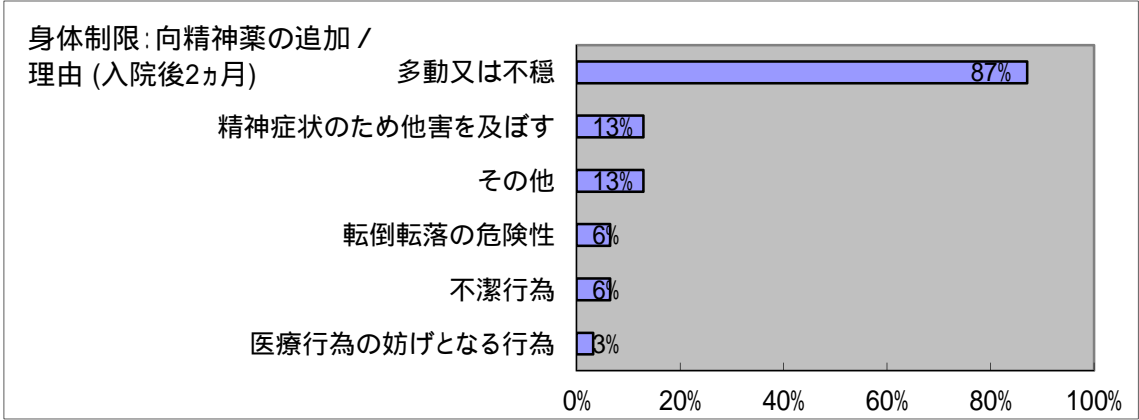


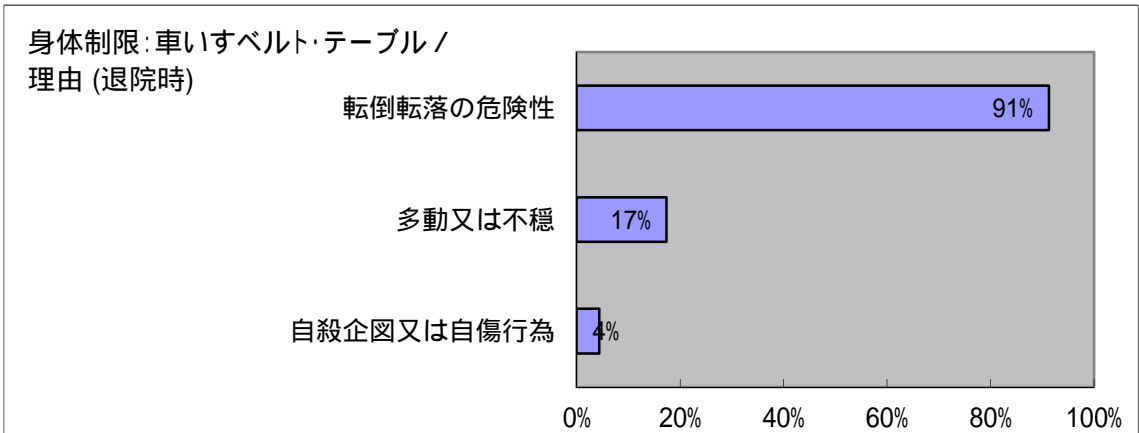
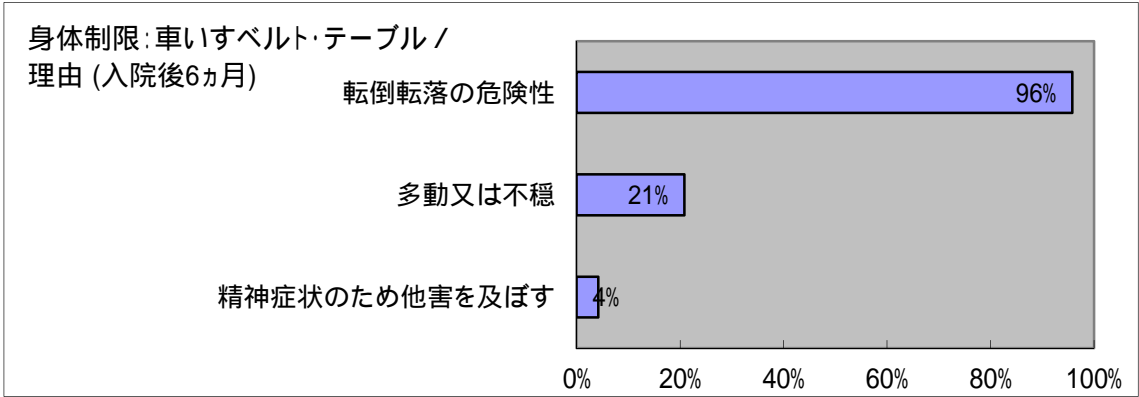
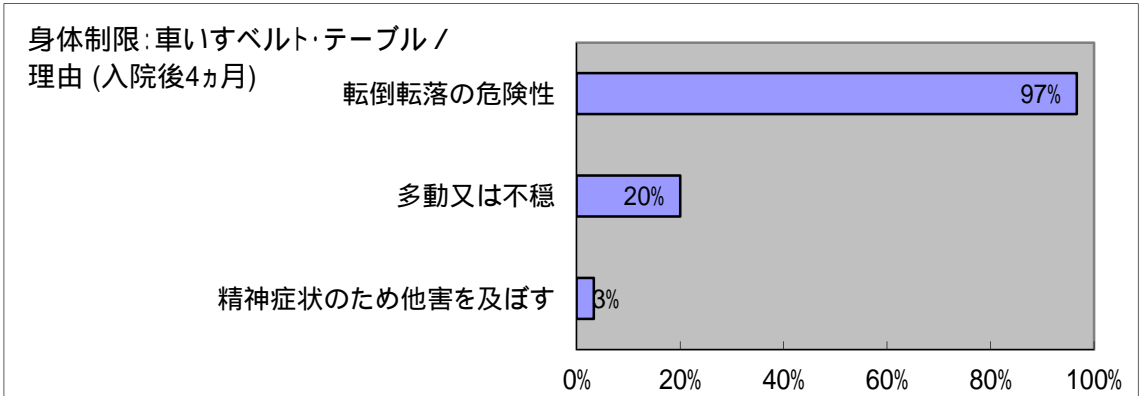
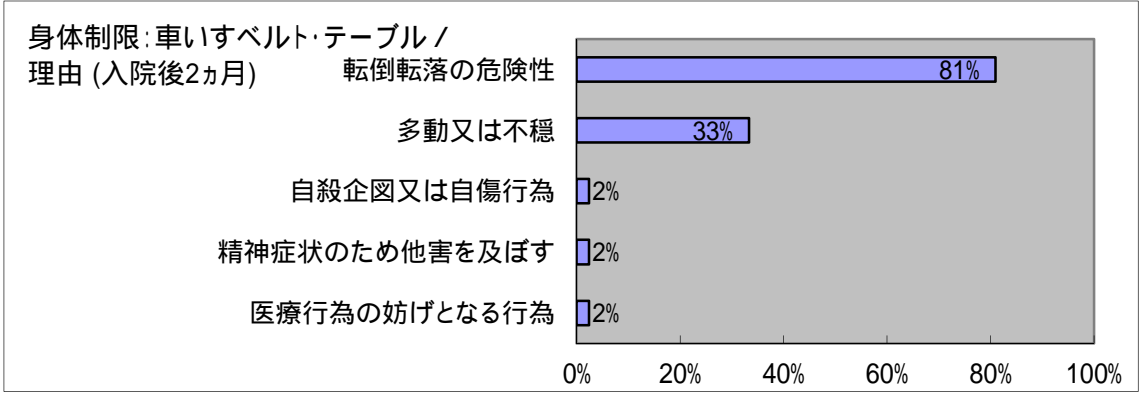


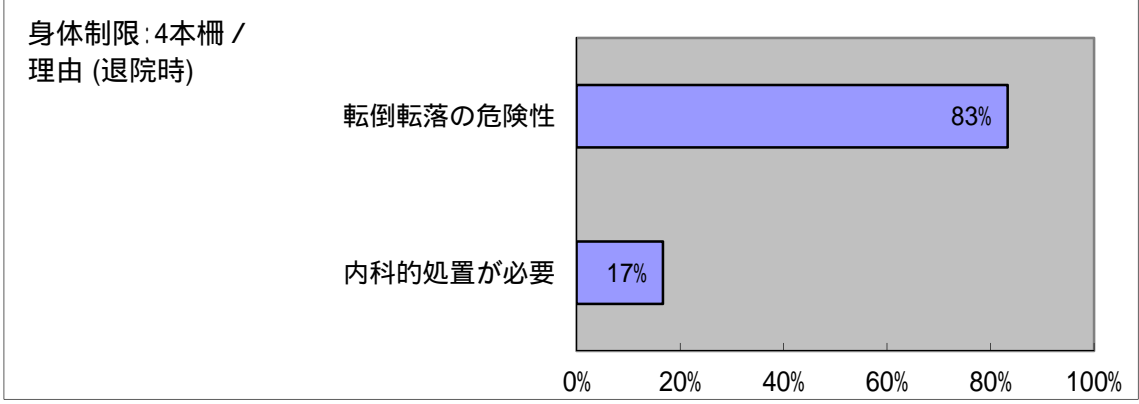
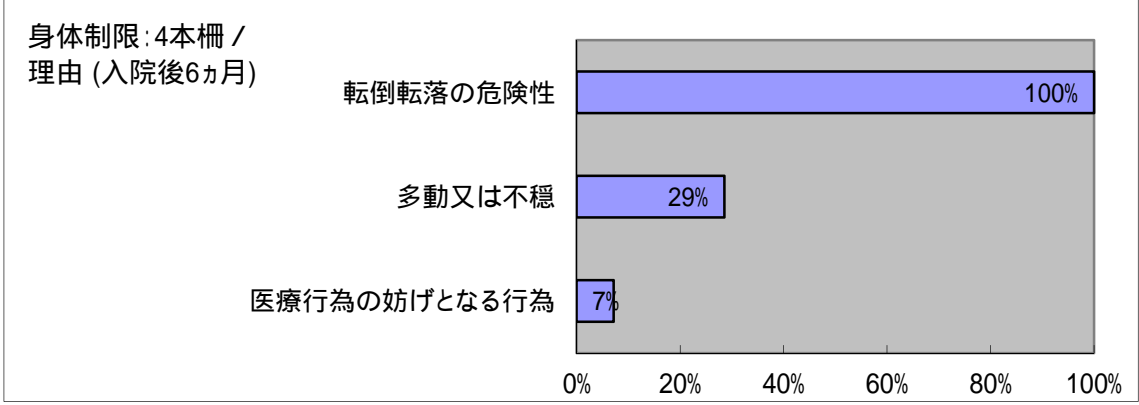
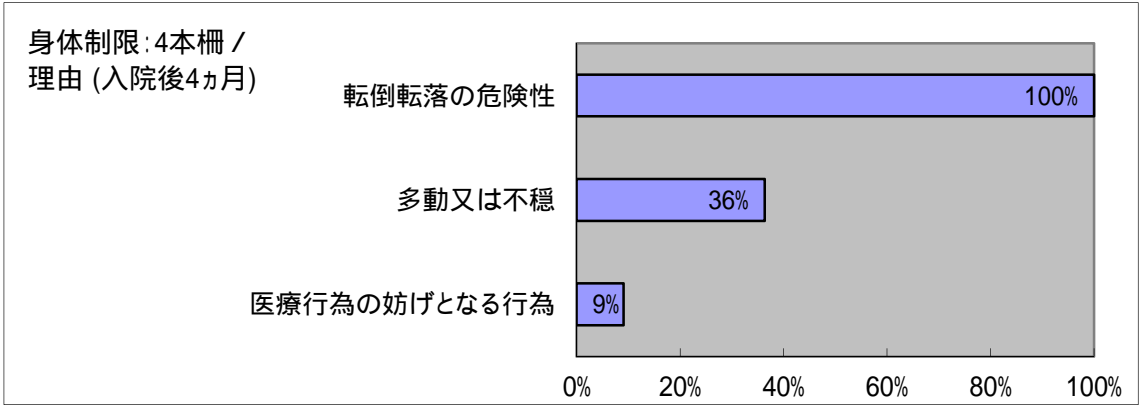
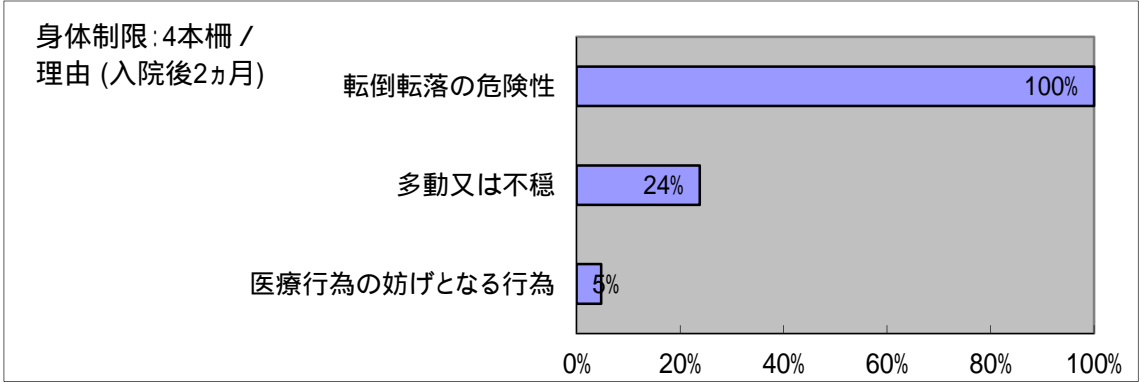


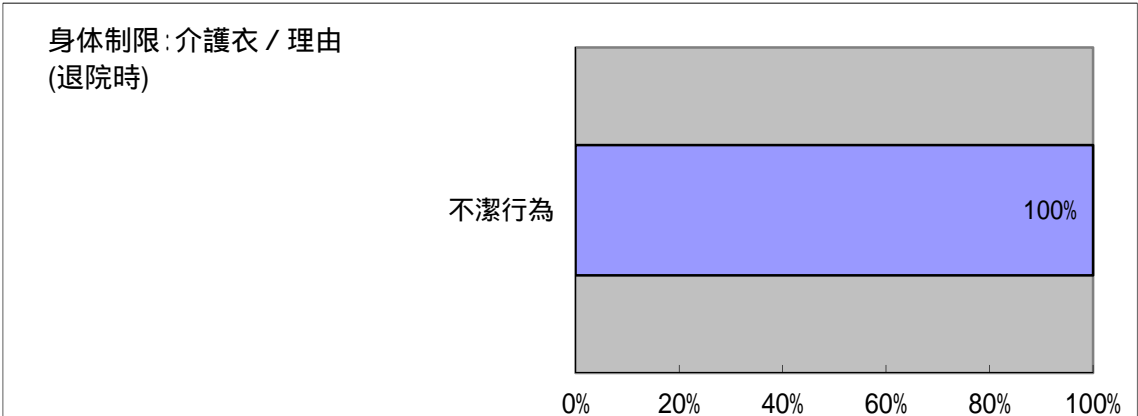
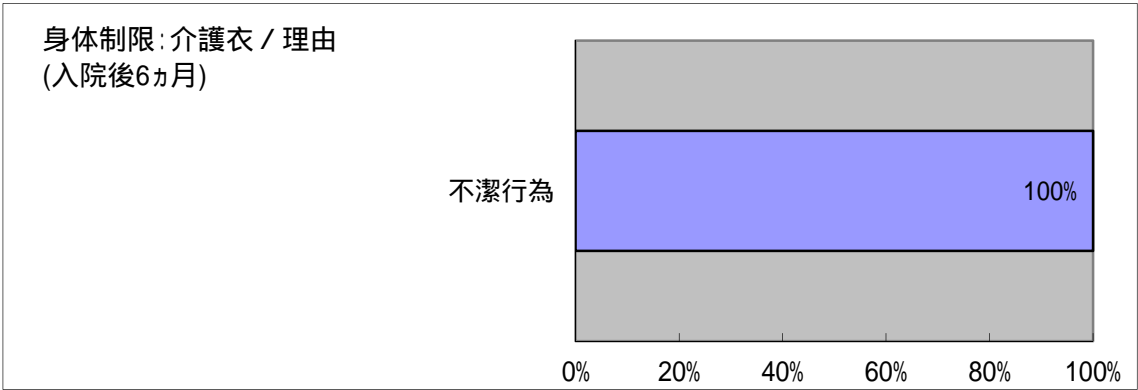
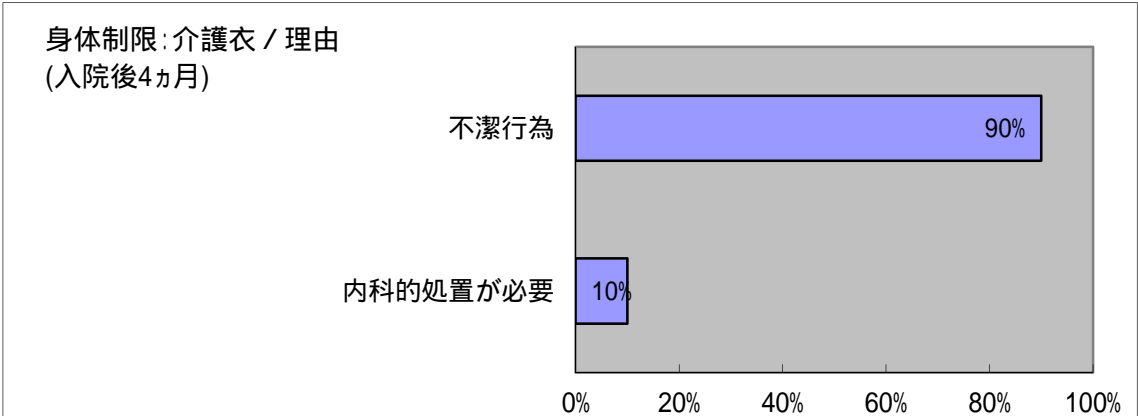
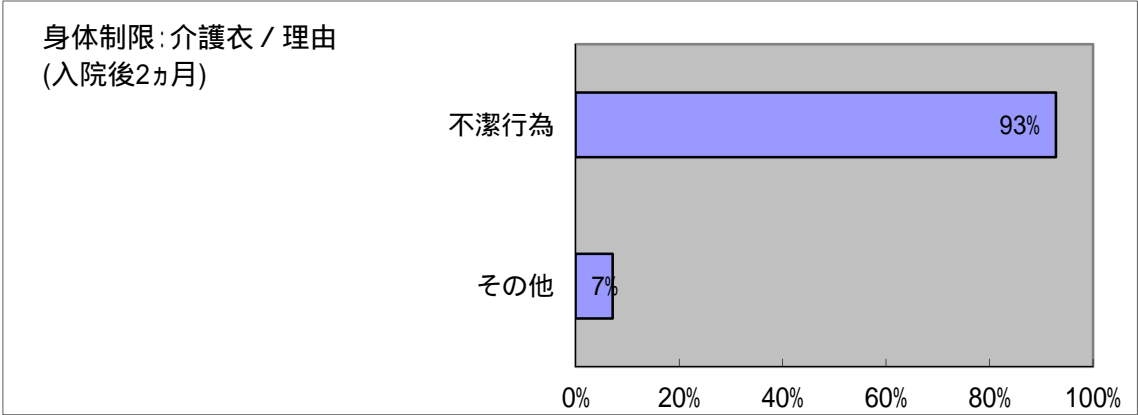


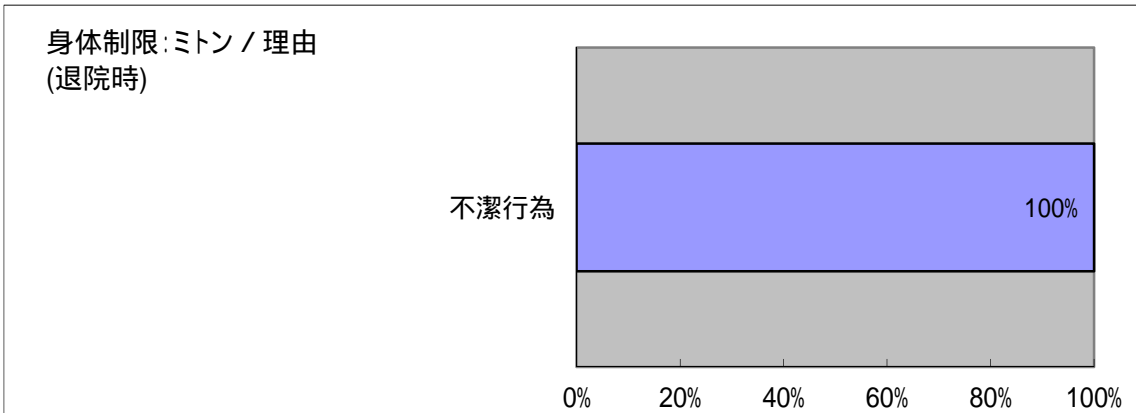
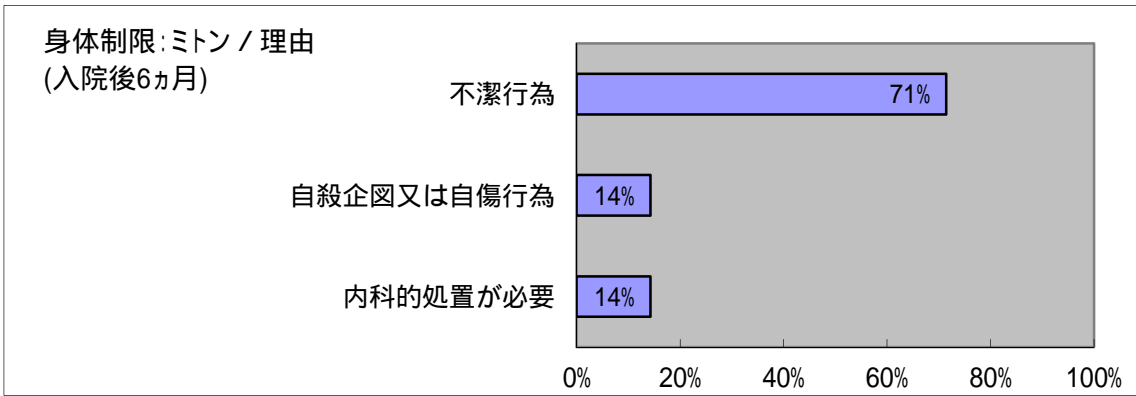
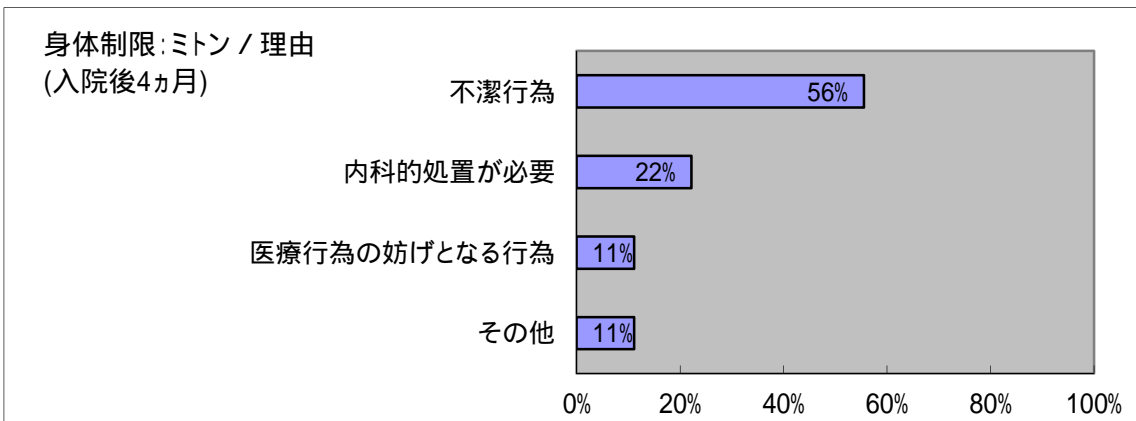
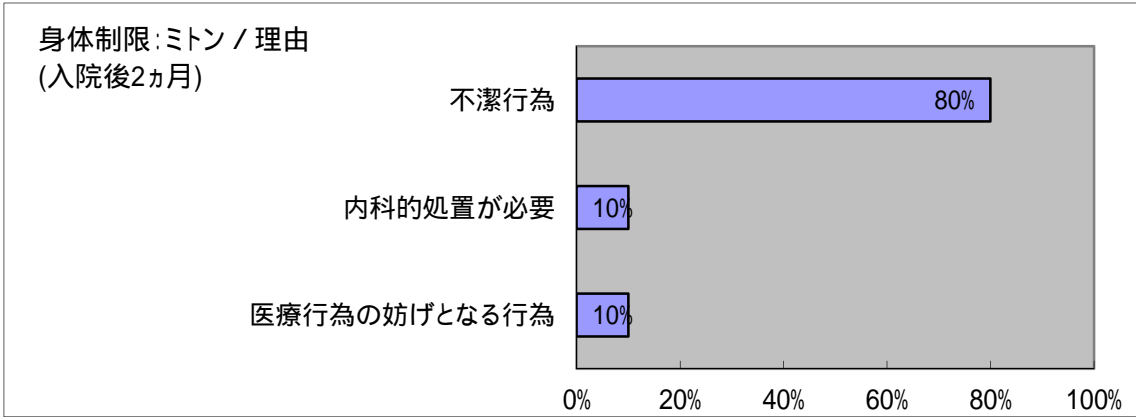




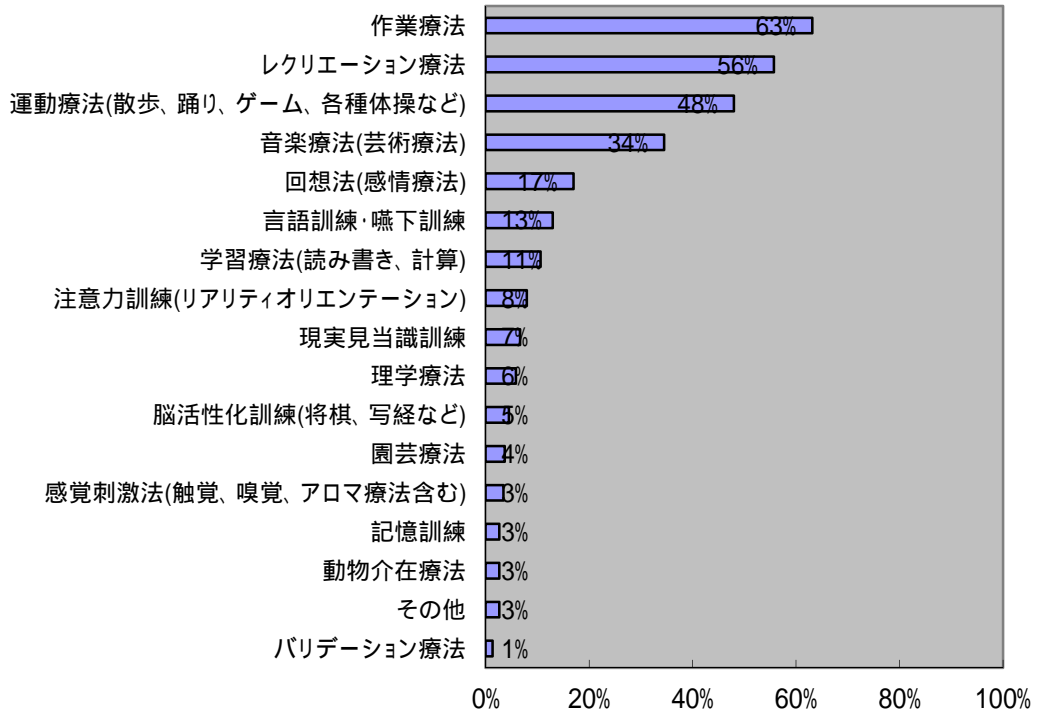




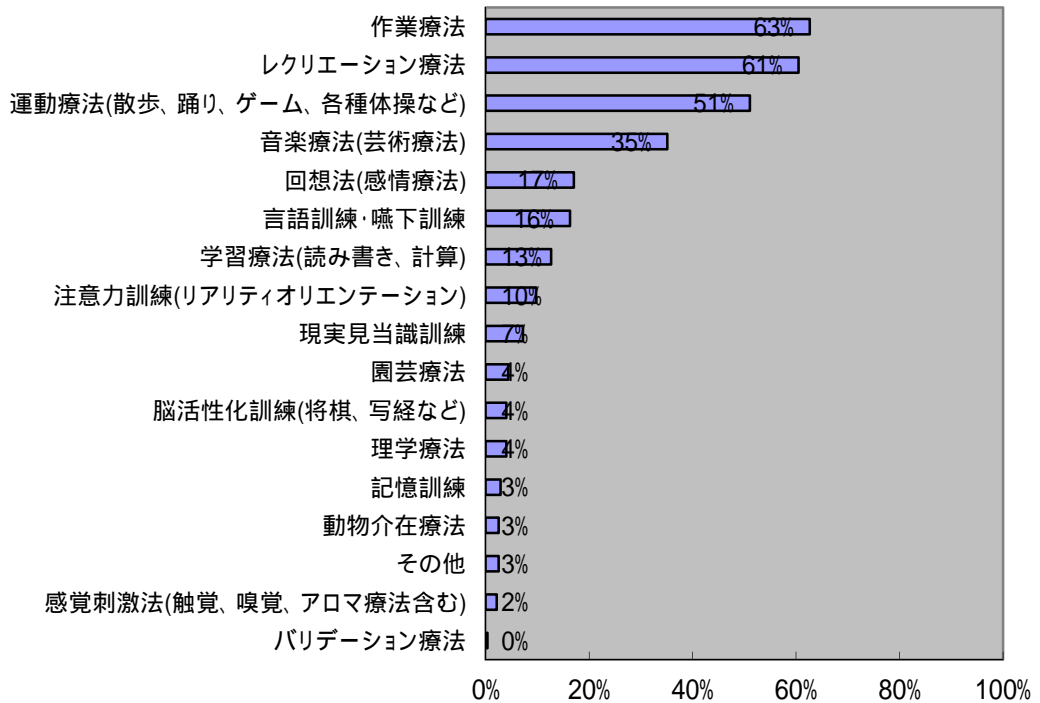




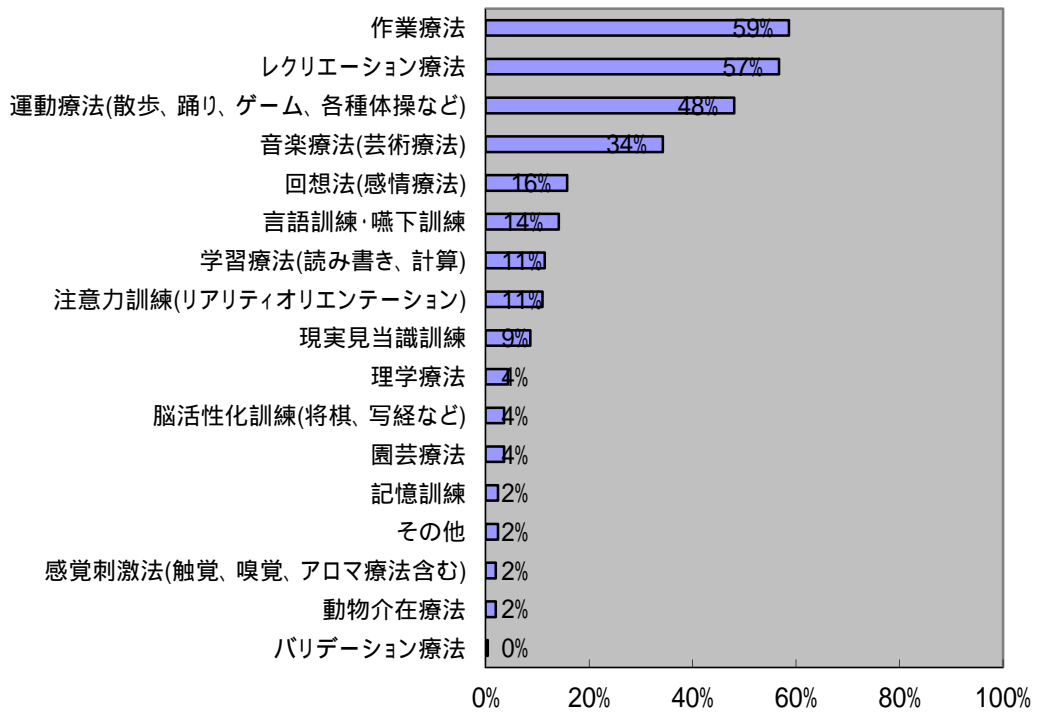
認知症に対する非薬物療法 (入院後2ヵ月)



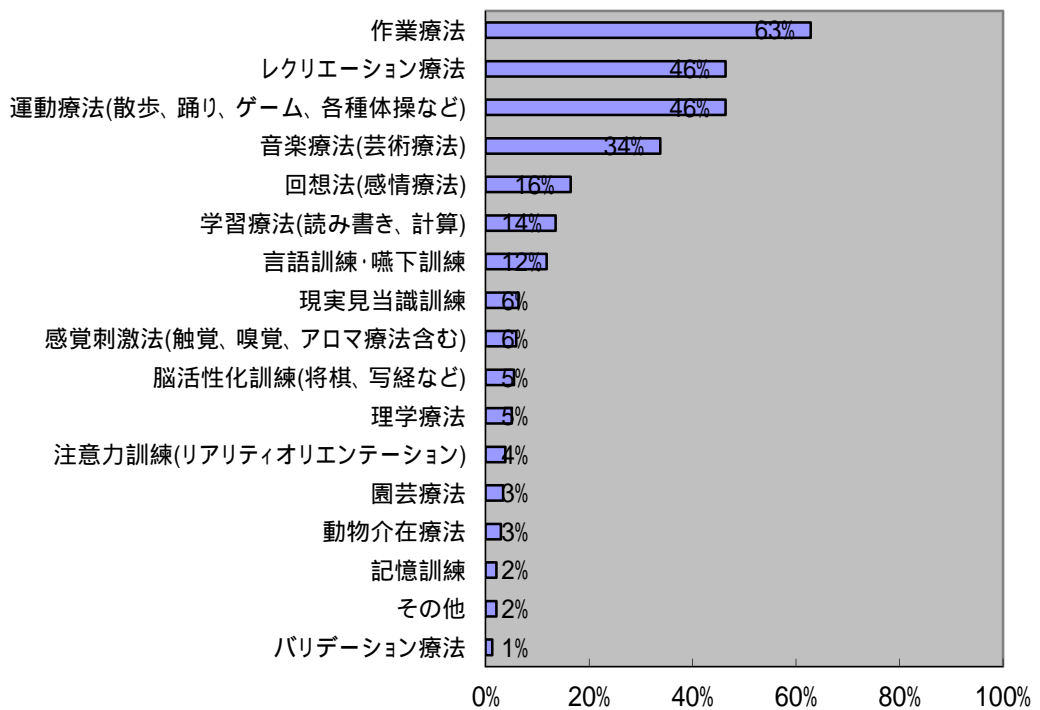
認知症に対する非薬物療法 (入院後4ヵ月)

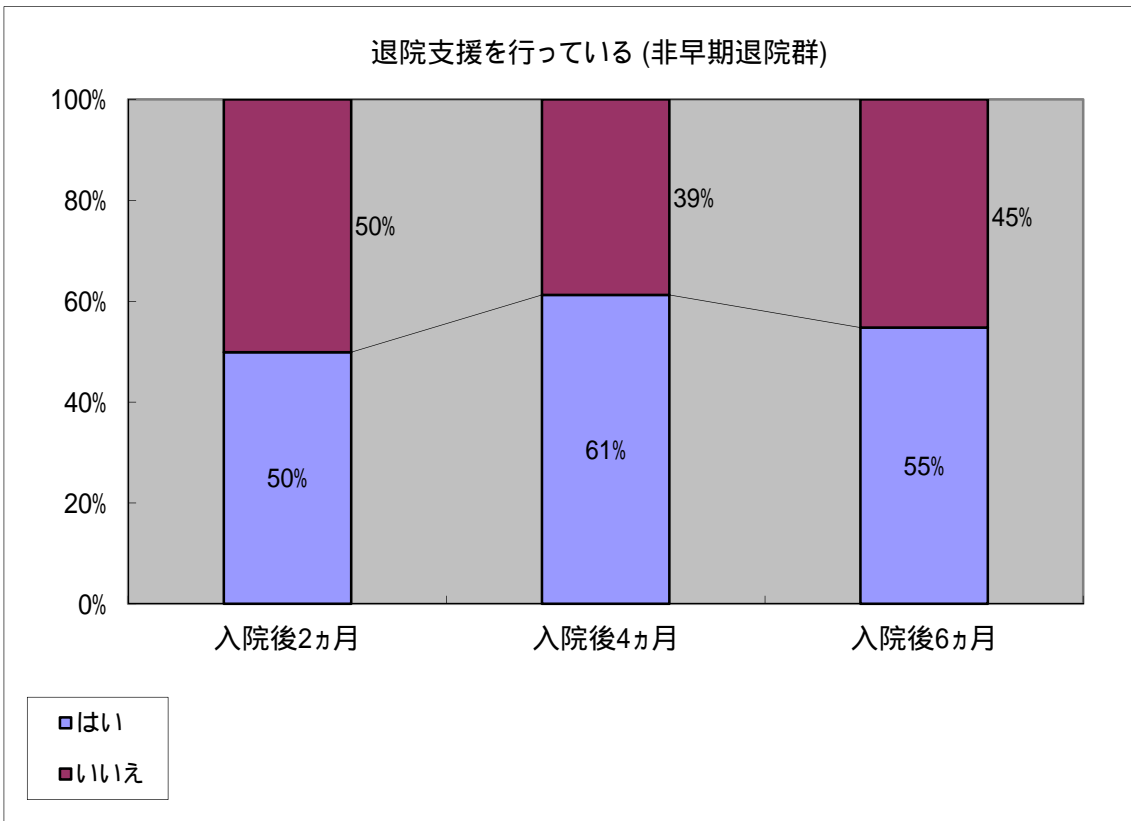
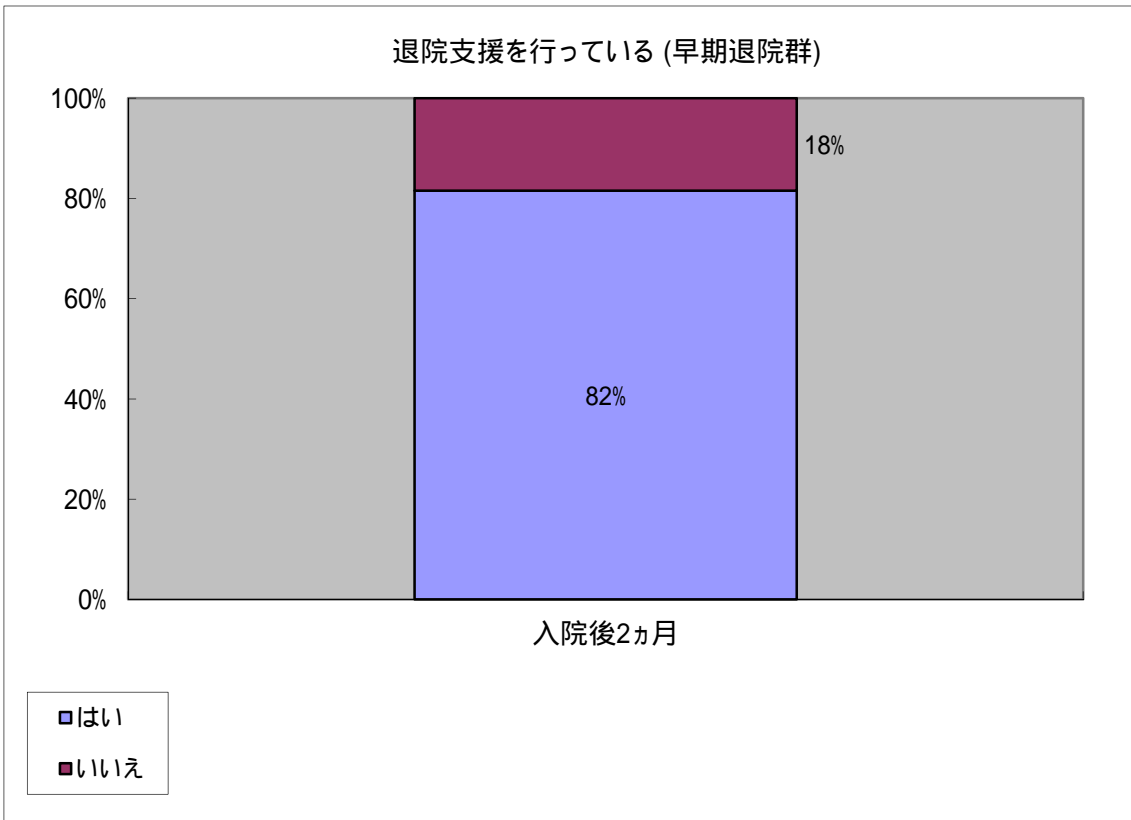


認知症に対する非薬物療法 (入院後6ヵ月)

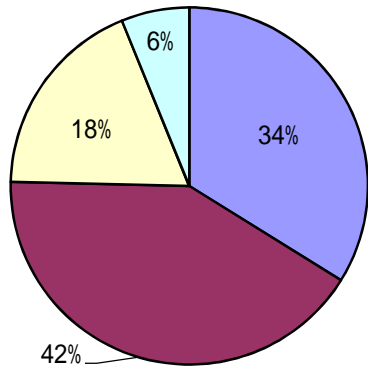


認知症に対する非薬物療法 (退院時)



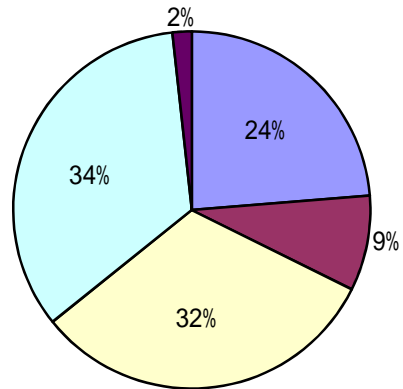


退院支援を始めた時期
(早期退院群)



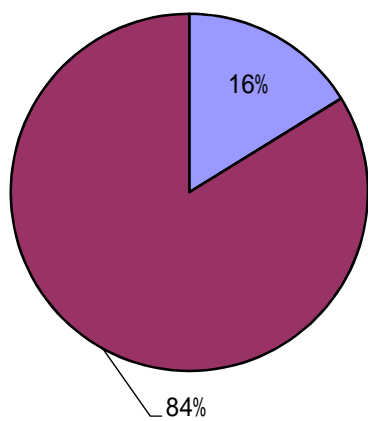
- 入院後2週間(14日)以内
- 1ヶ月(30日)以内
- 2ヶ月(60日)以内
- 支援あり(期間不明)

退院支援を始めた時期
(非早期退院群)



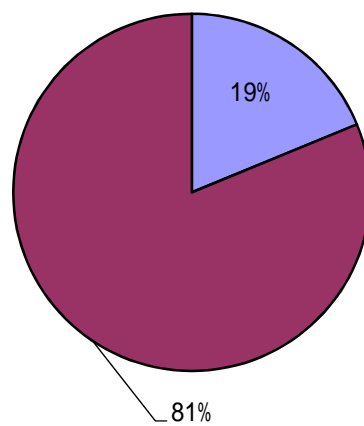
- 入院後2週間(14日)以内
- 1ヶ月(30日)以内
- 2ヶ月(60日)以内
- 2ヶ月(61日)以上～
- 支援あり(期間不明)

地域連携パスを使用している
(早期退院群)



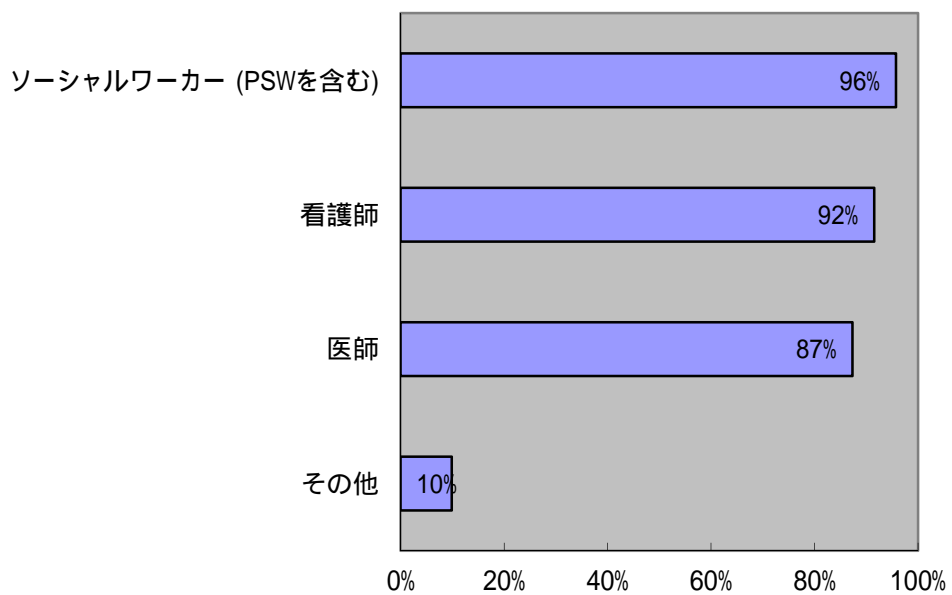
- はい
- いいえ

地域連携パスを使用している
(非早期退院群)

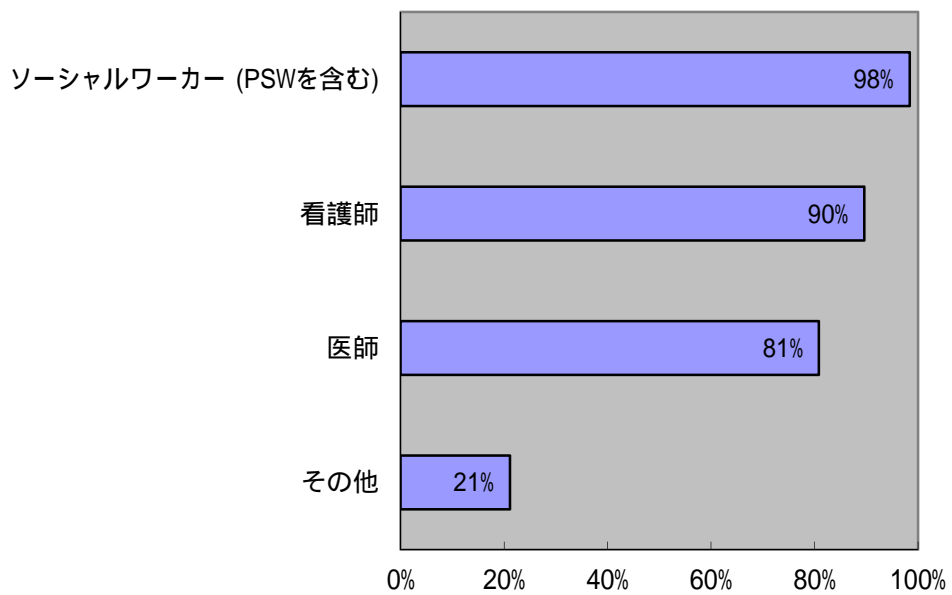


- はい
- いいえ

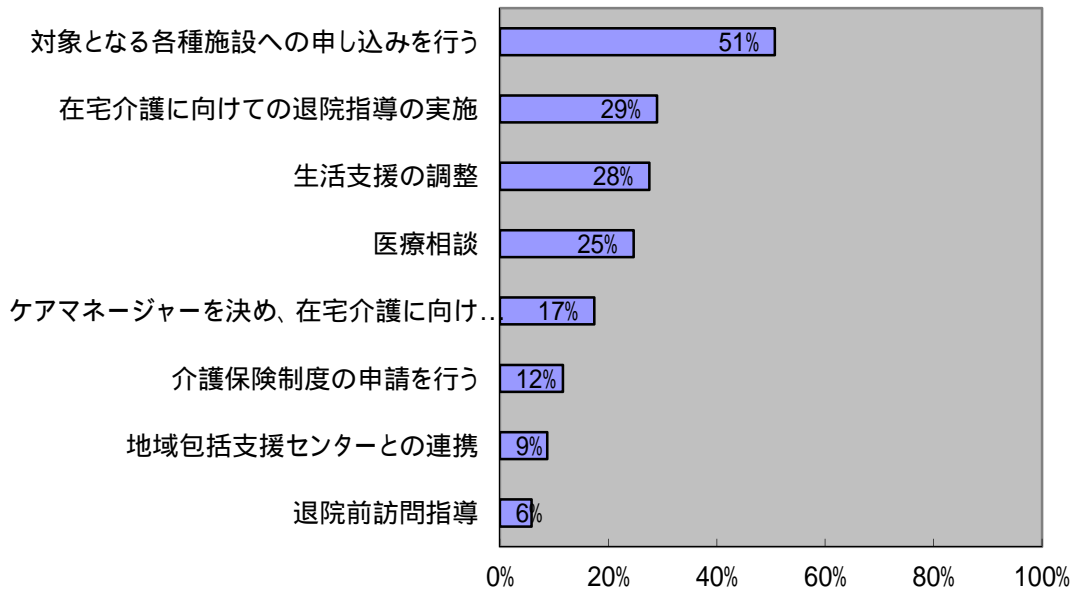
退院支援に関わった職業 (早期退院群)



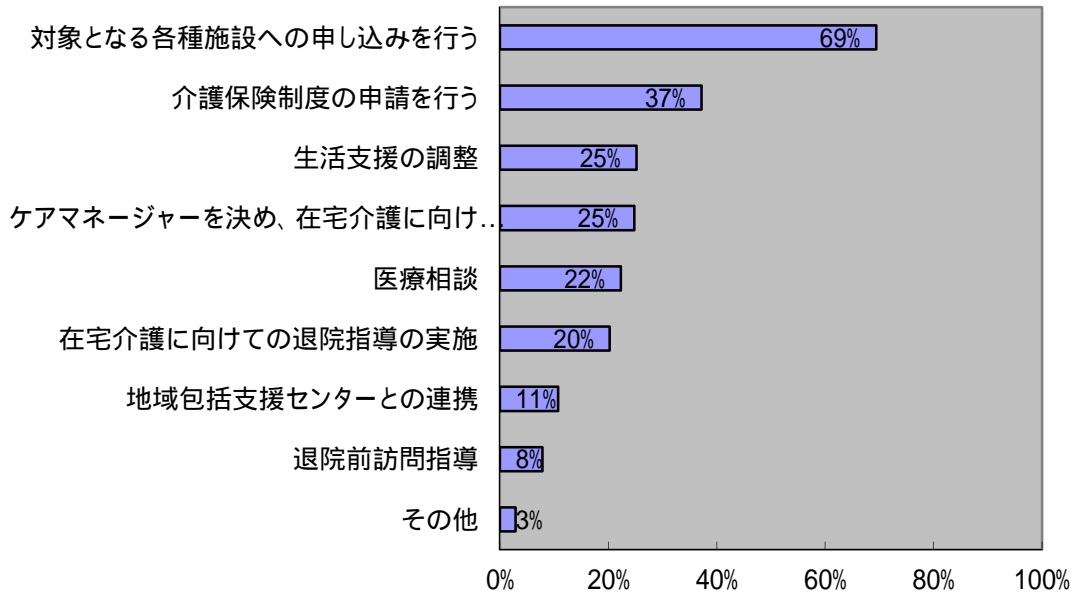
退院支援に関わった職業 (非早期退院群)



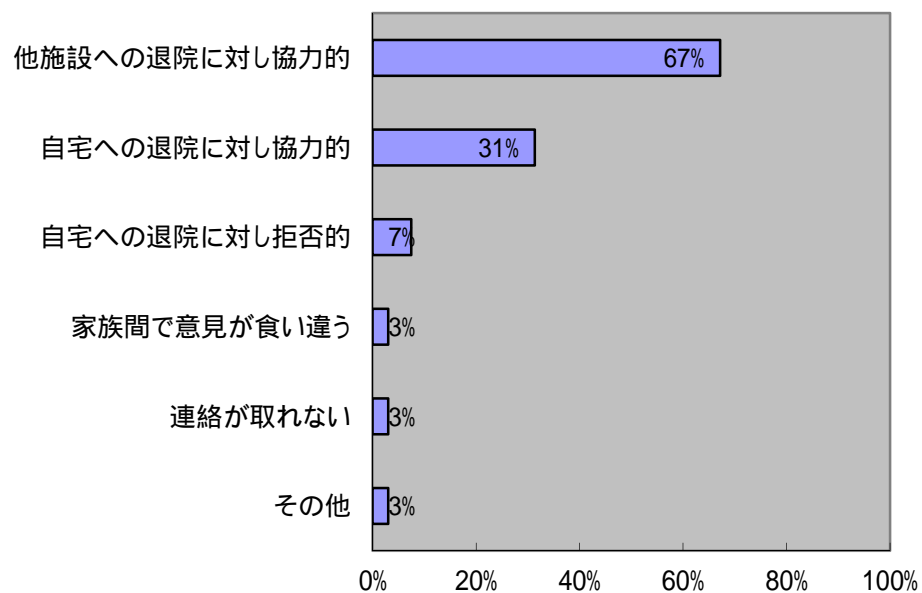
行った退院支援の種類 (早期退院群)



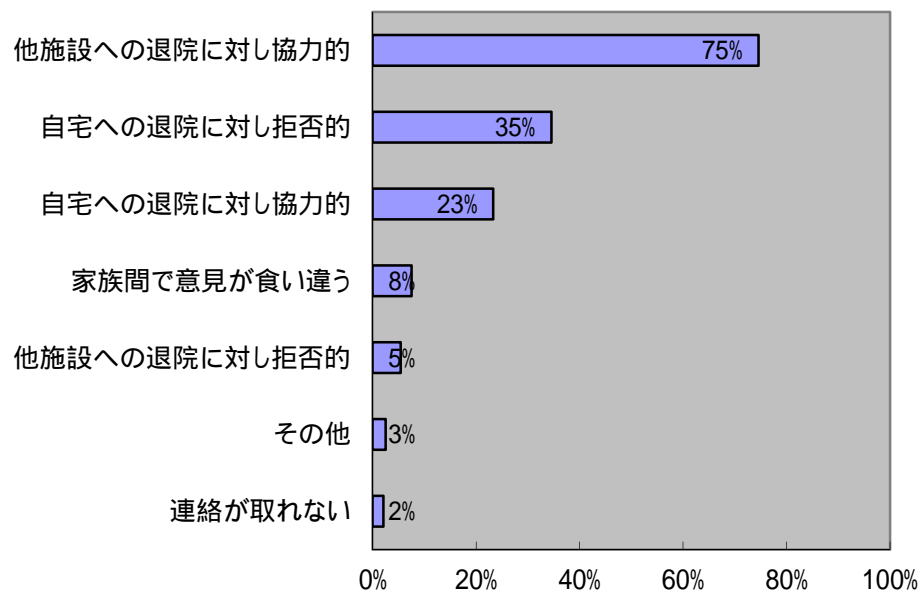
行った退院支援の種類 (非早期退院群)



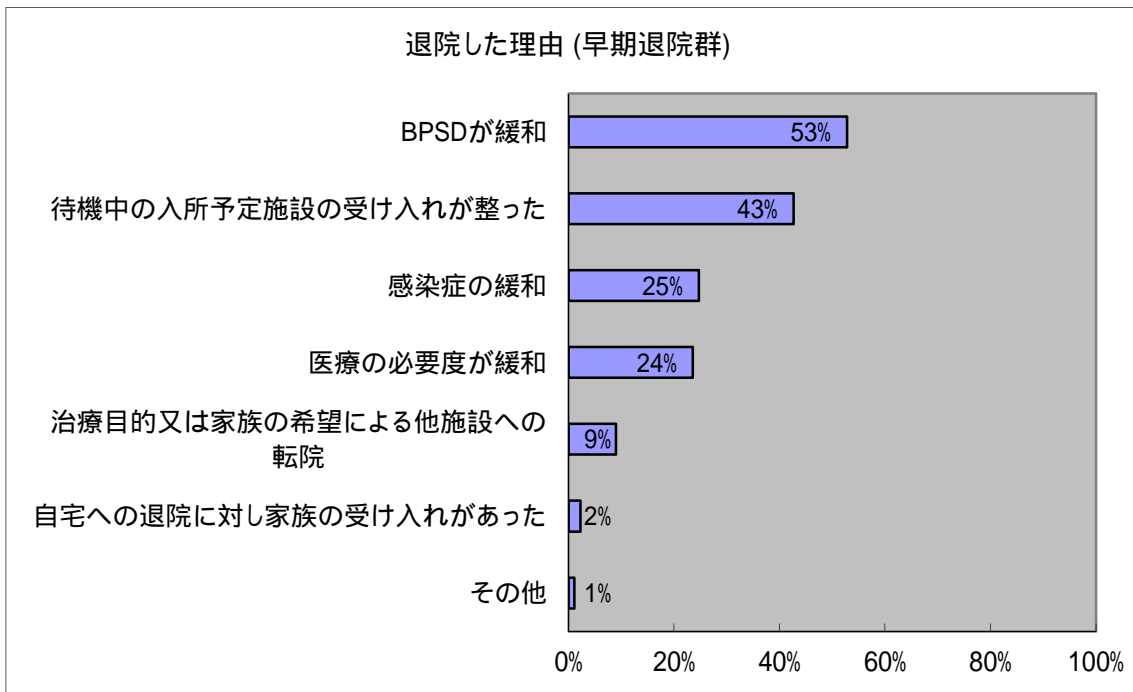
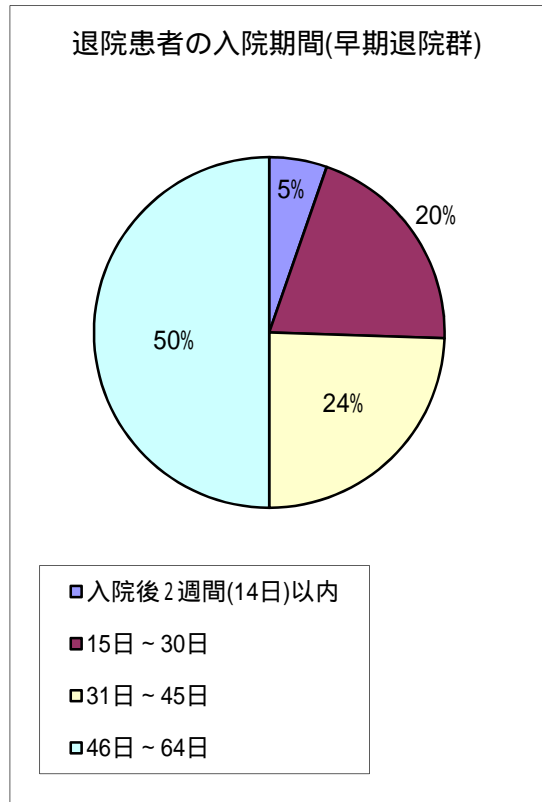
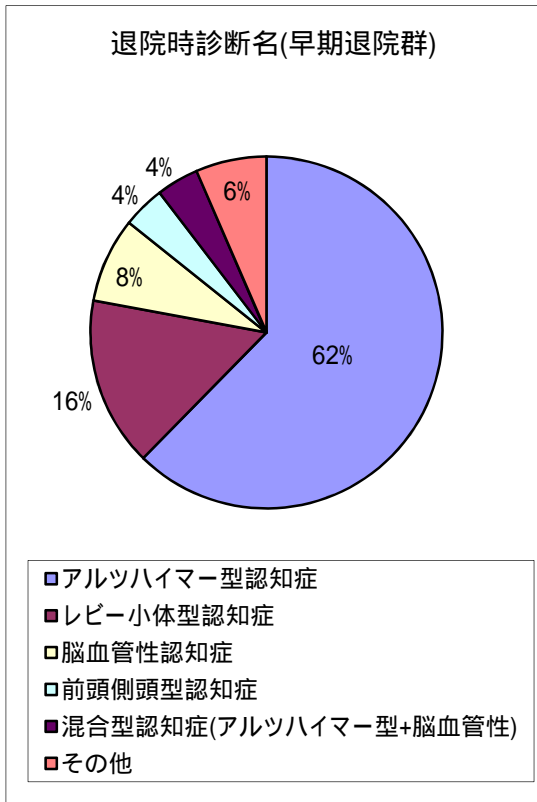
家族の協力状況 (早期退院群)

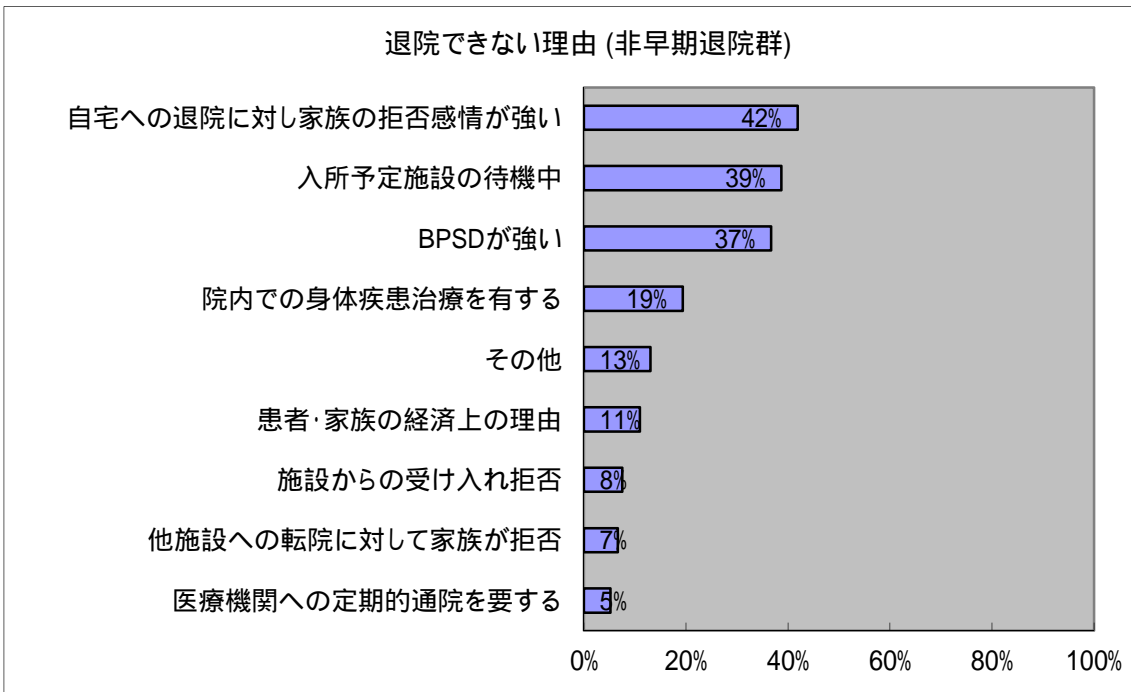
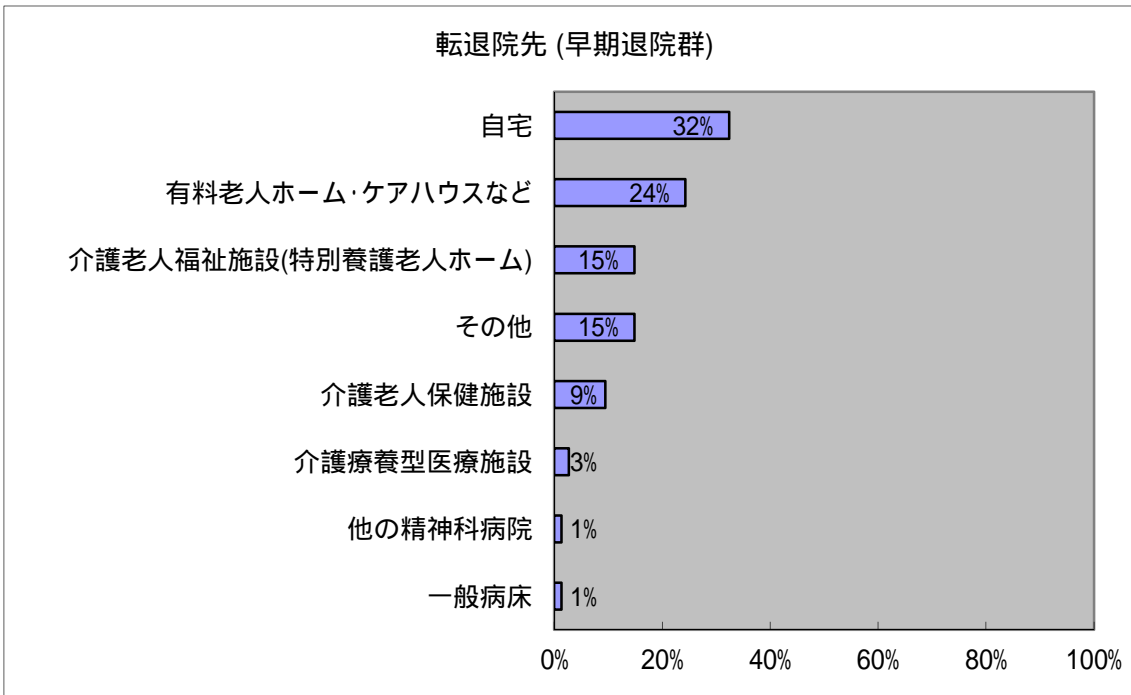


家族の協力状況 (非早期退院群)

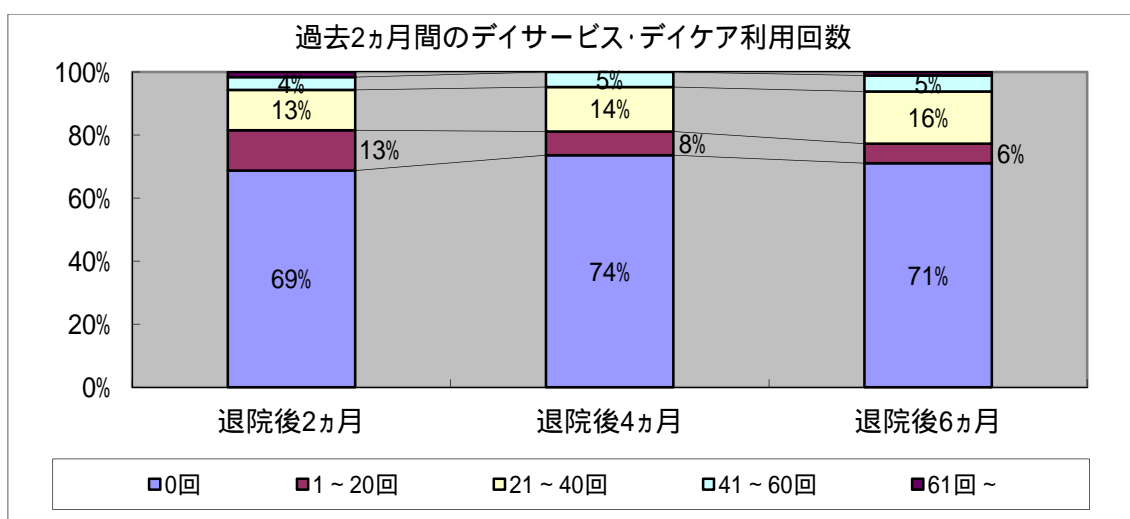
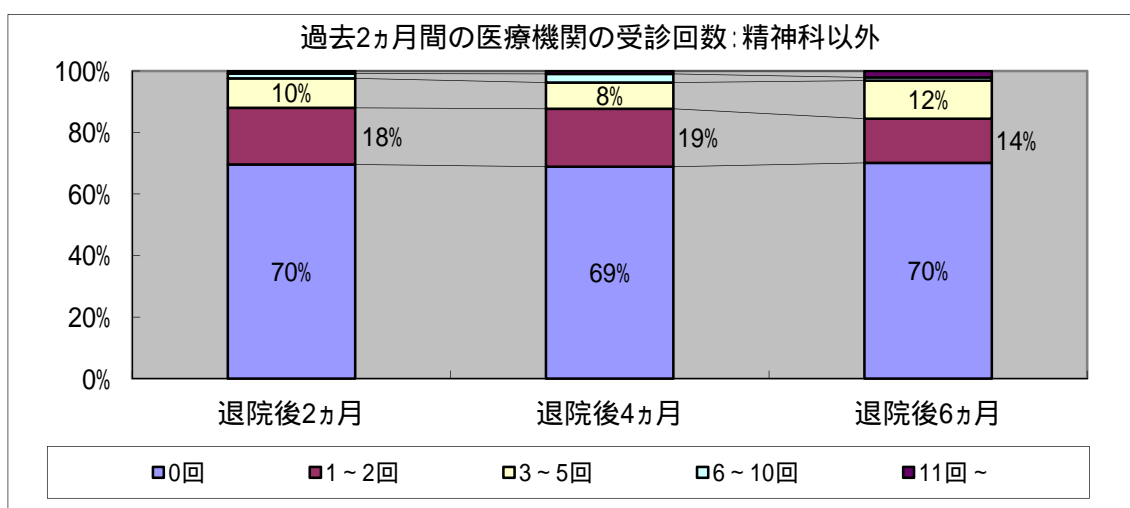
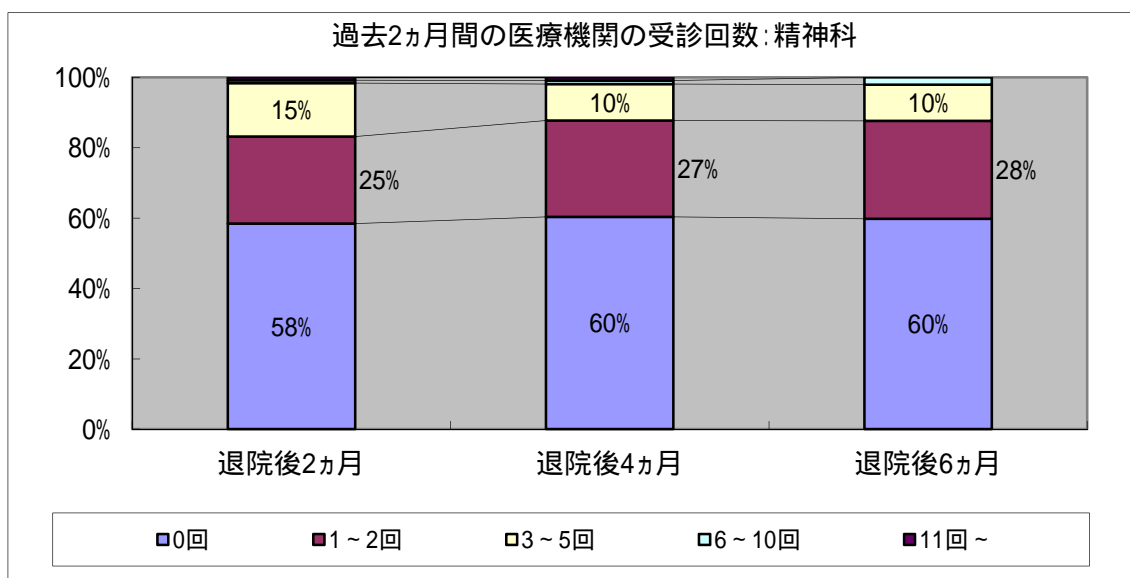


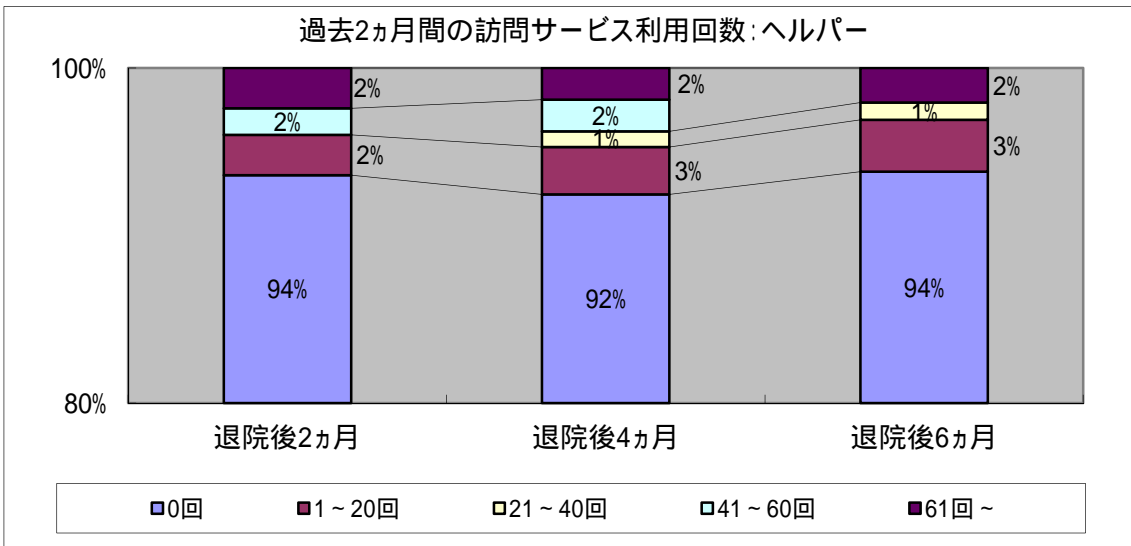
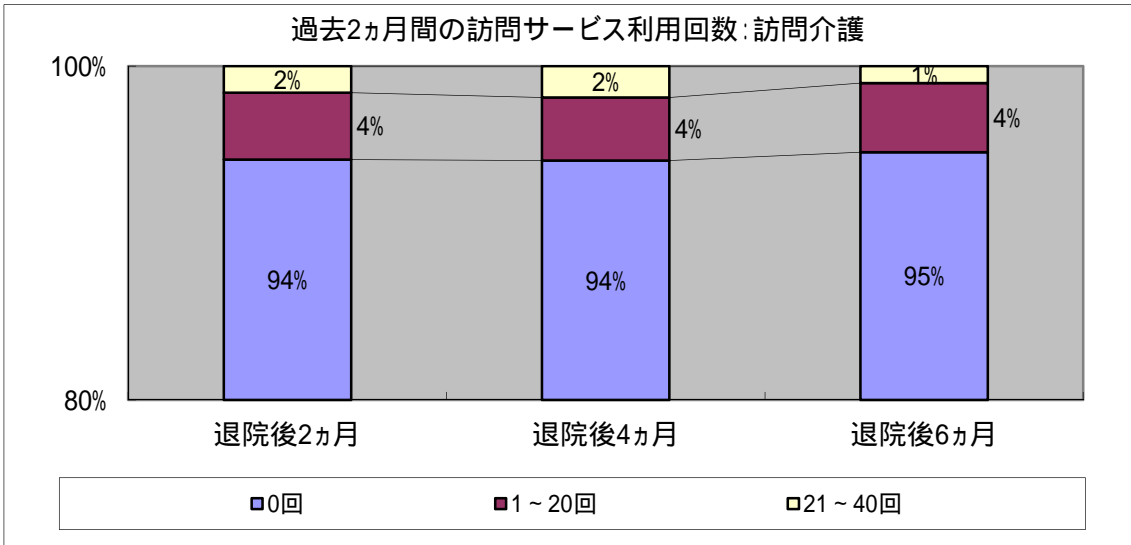
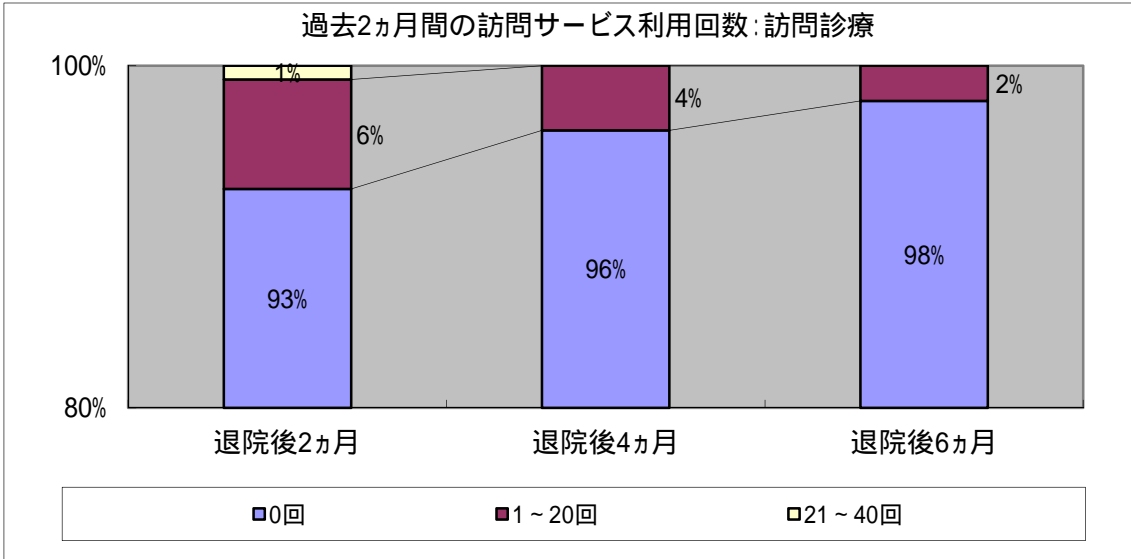
【退院】

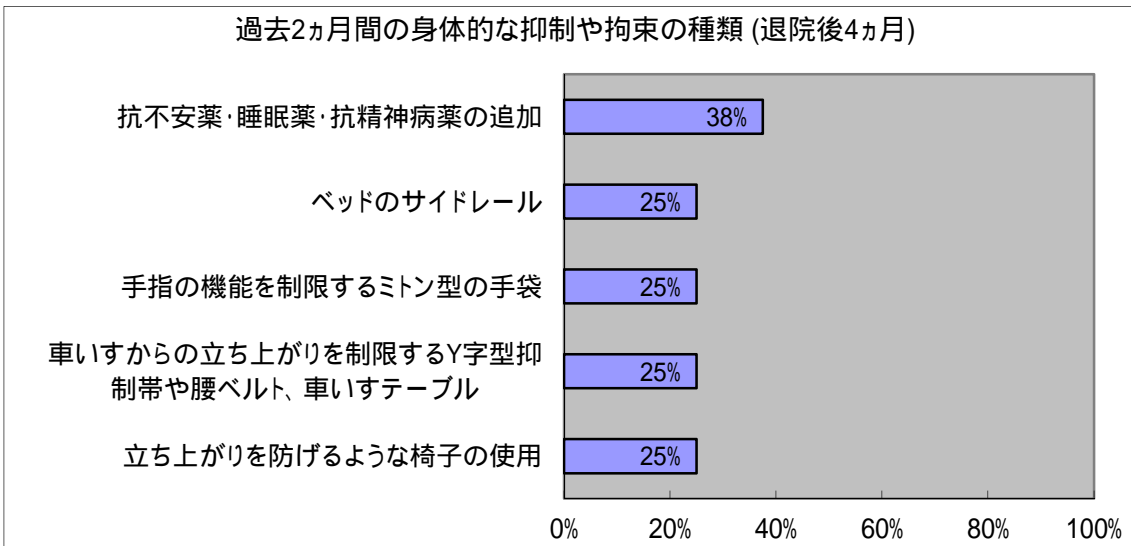
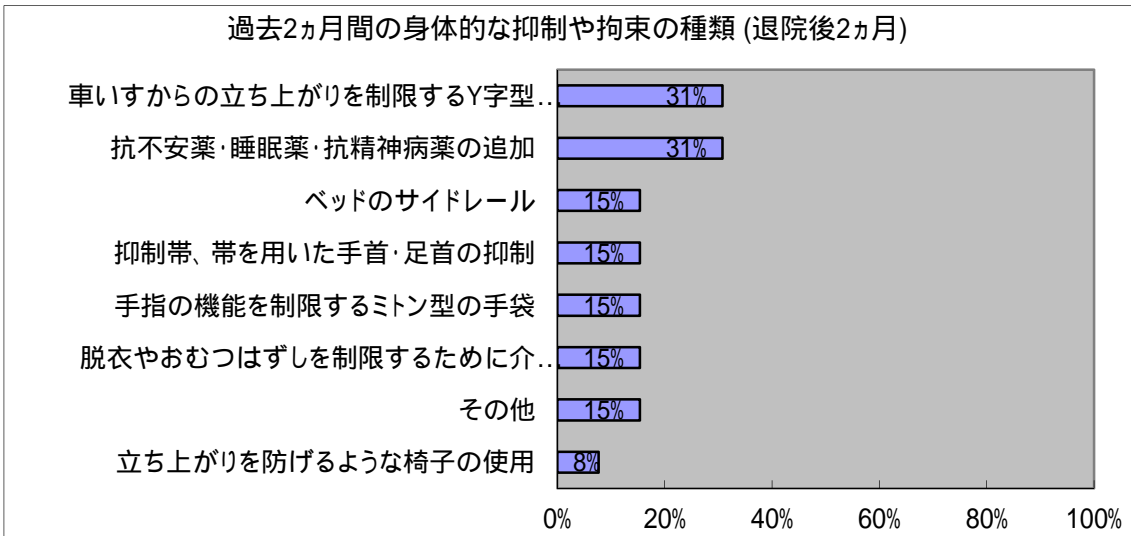
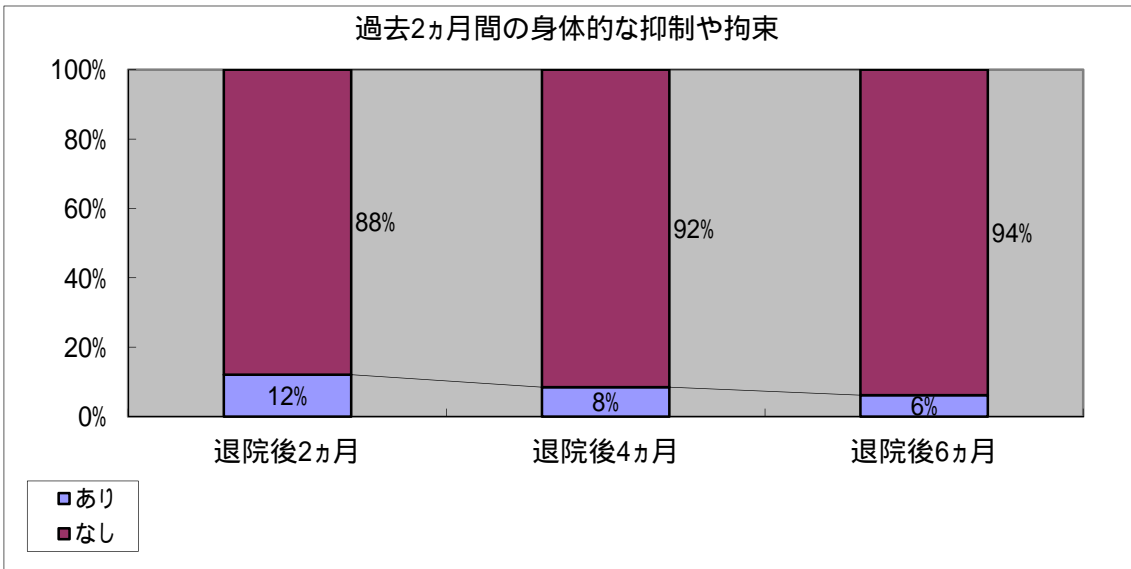




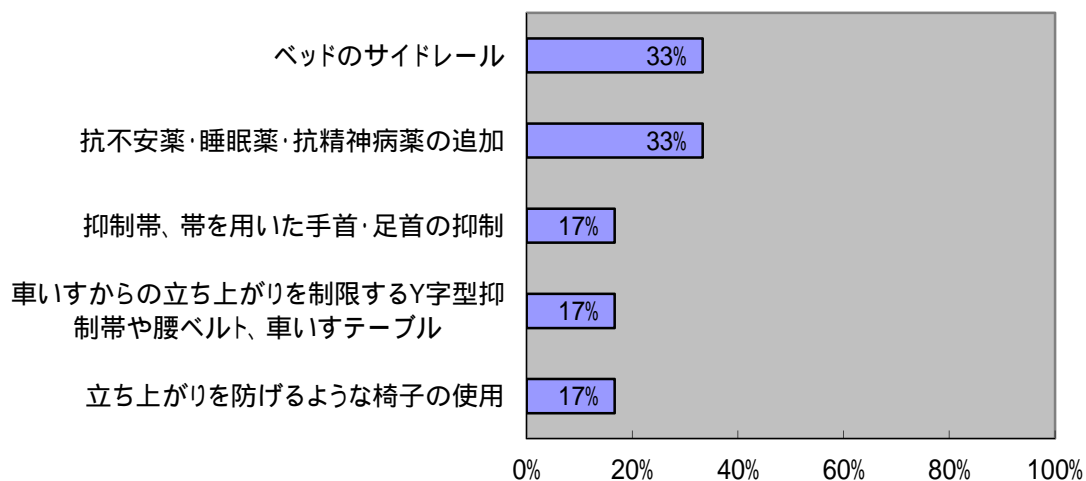
【退院後の経過】



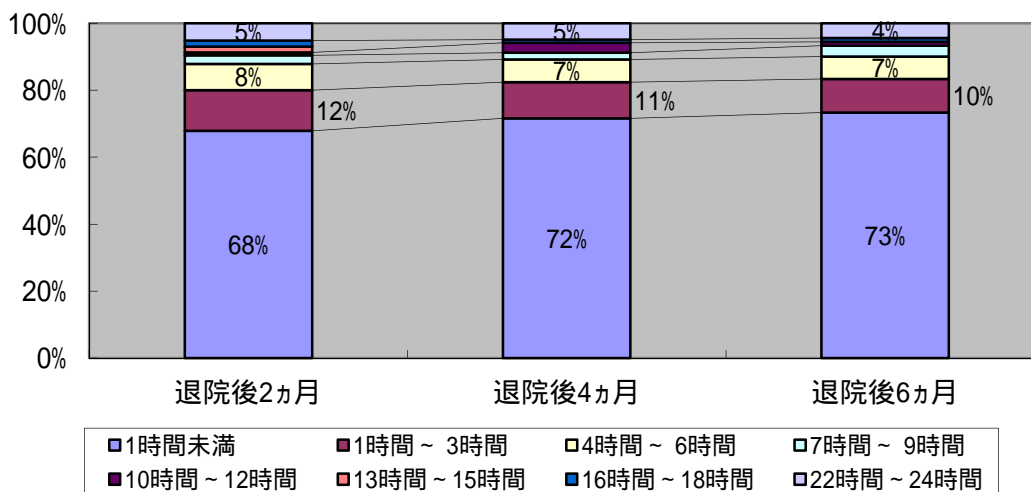




過去2ヵ月間の身体的な抑制や拘束の種類 (退院後6ヵ月)



過去2ヵ月間の主に介護を行っている者の1日あたりの平均介護時間



過去2ヵ月間の主に介護を行っている者の自己評価による健康状態

