

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

（総合）総括研究報告書

研究代表者：前田 潔（神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 教授）

【研究要旨】

[目的] わが国では精神科病院に認知症者が安易に、また長期に入院していることが問題とされている。本研究の目的は、精神科病院の入院認知症者の実態および身体合併症医療の現状を明らかにすることにより、入院認知症者の長期入院の解消、入院抑制、退院支援の方法、退院先の受け皿のあり方、身体合併症医療の確保などの参考資料を得ることである。

[方法] 前田/森川は認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に現時点での入院の実態の解明を行った。次に新規に入院する認知症者の調査を実施した。さらに退院した後の受け入れについて全国の介護老人保健施設を対象に調査を実施した。前田/中前は精神科病院を対象に「認知症患者リハビリテーション」の実施について調査を行った。粟田は全国の認知症疾患医療センターを対象に調査を実施し、精神科病院に併設された疾患医療センターの特徴の抽出を試みた。また、精神科病院への転院理由、頻度および要因の調査を実施した。さらに退院後の精神科病院転院と関連する因子の抽出を試みた。北村は認知症訪問看護の実態とその効果について調査した。次に事前の訪問看護の入院期間への影響について調査した。介護家族の面接を行い、訪問看護による効果や変化を調査した。齋藤は身体合併症対応の精神科病院と身体科病院の連携について調査した。次に総合病院 ER 受診例について比較した。さらに合併症病棟への入院について診療統計を分析した。服部は一般病院と精神科病院との入院患者についての連携の調査を行った。病院相互の転院例について検討し、転院、連携が困難な事例を収集し、整理を試みた。本間は向精神薬使用ガイドラインの有用性について専門医・かかりつけ医を対象にアンケート調査を行った。

[結果及び考察] 前田/森川の行った精神科病院における調査結果では平均在院日数は 595.6 日であった。61 日以上入院している患者の、退院できない理由として最も多かったのが「精神症状・行動制限のため」であり、次いで「施設入所待ち」、「家族の受入困難」であった。4 カ月以内に退院したもののうち約 2 割しか自宅に帰れていなかった。介護老人保健施設の入所継続が困難となる理由の 8 割は認知症症状の悪化であった。精神科医が勤務している施設は 2 割に過ぎなかったが、半数以上の施設が、精神科医の支援が必要であると回答した。前田/中前の調査では認知症治療病棟を有する精神科病院で認知症患者リハを実施していたのは 12 病院（16.7%）に過ぎなかった。実施していない理由としては「採算が合わない」、「療法士に余裕がない」などであった。粟田の調査でも 2 カ月以内退院率は 32.9%と相変わらず低いことを見出している。精神科病院への転院を軽減するには、家族支援が得られにくい認知症者に対する生活支援・居住支援の確保をする必要があると結論できた。北村は訪問看護の実態から世帯構成により訪問看護の目的が異なることを報告した。訪問看護は認知症者にも介護者にも有力な手段であることを示した。齋藤の調査より精神症状より身体症状の方が在宅復帰の支障になりにくいという結果を得た。また認知症者は救急車の利用率、入院率が有意に高く、入院後は行動制限が有意に高く、患者の ADL 低下が危惧された。治療チームに精神科医が加わることによって在院日数が短縮されることがわかった。服部は一般病院（疾患医療センター）から精神科病院への紹介例および精神科病院から一般病院への紹介例のそれぞれの特性を抽出することに成功した。認知症疾患医療センターから精神科病院に転院する症例は合併身体疾患が少なく、ADL が有意に良好であった。精神科病院における身体疾患看護の負担を少なくする必要があることが推測された。事例をまとめた結果、「相互の連携システムの不備」の頻度が高かった。相互の役割分担を明確にする必要があると結論した。本間の調査で向精神薬使用の実態がわかり、かかりつけ医のためのガイドラインが認知症専門医にも有用であると結論された。これらの結果より入院認知症者を減少させるためには、精神科病院、一般身体化病院、介護施設、家族の支援、およびそれぞれの緊密な連携システムの構築が必要であると結論することができた。

【研究分担者】

[研究期間：26年4月～29年3月]

栗田主一：東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

齋藤正彦：東京都立松沢病院・院長

北村立：石川県立高松病院・院長

服部英幸：国立長寿医療研究センター・精神診療部・部長

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

[研究期間：26年4月～28年3月]

本間昭：認知症介護研究・研修東京センター・センター長（現：お多福もの忘れクリニック・院長）

[研究期間：28年4月～29年3月]

中前智通：神戸学院大学総合リハビリテーション学部・講師

A．研究目的

わが国では、精神科病院に認知症者が安易に、また長期に入院していることが問題とされている。本研究の目的は、精神科病院の入院認知症者の実態および入院中の認知症者（多くは高齢）の身体合併症医療の実態を調査することより、認知症者の入院の抑制、長期入院の解消のための対策を考える足掛かりとし、退院支援の方法、退院先の受け皿のあり方などの参考資料を得ることである。

入院を抑制し、入院期間を短縮することは医療費を抑制することとなり、また人権擁護の点からも厚生労働行政に資する成果を得ることとなる。

B．研究方法

前田/森川は26年度に認知症治療病棟を有する西日本の精神科病院を対象に入院認知症者についてのアンケート調査を実施した。27年度には、精神科病院に新規に入院する認知症者を対象に、入院後4ヶ月間の経過をフォローする前向き調査を実施した。28年度には、全国の介護老人保健施設（以下、老健）600施設を対象に精神科病院から退院する認知症者の受け入れについてアンケート調査を実施した。

栗田は26年度に、全国の認知症疾患医療

センター（疾患医療センター）を対象にアンケート調査を実施し、医療機関類型別（精神科病院 vs. 一般病院）の比較を行うことで精神科病院に併設された疾患医療センターの特徴の抽出を試みた。27年度には一般病院（東京都健康長寿医療センター、精神科病床）に入院した認知症者が、精神科病院へ転院する転院理由、頻度および要因の調査を実施した。28年度には、東京都健康長寿医療センター精神科を退院した272名を対象に精神科病院転院と関連する因子の抽出を試みた。

北村は26年度に、平成23～25年間の県立高松病院で行った訪問看護対象者161名の看護記録を調査し、分析した。27年度には県立高松病院に入院した単身ないし子との二世帯の認知症者について、訪問看護の入院期間への影響について対照群と比較調査した。28年度には、訪問看護を受けている独居認知症者の介護家族の面接を行い、訪問看護による効果や変化を調査した。

齋藤は26年度には松沢病院などで身体合併症対応のための精神科病院と身体科病院の連携について調査した。27年度には、松沢病院などで身体合併症対応のための精神科病院と身体科病院の連携について調査した。28年度には、2012年以降の都立松沢病院合併症病棟への認知症者の入院について診療統計を分析した。

服部は26年度、地域の一般病院と精神科病院との入院患者についての連携についての調査を行った。27年度には、地域型認知症疾患医療センターを設置する一般病院と協力精神科病院相互の転院例について疾患別、身体特性等について検討した。28年度には、一般病院と協力精神科病院との患者紹介において、転院、連携が困難な事例を収集し、整理を試みた。

本間は26年度に、向精神薬使用ガイドラインの有用性について専門医を対象にアンケート調査を行った。27年度には認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性を全国のかかりつけ医を対象にアンケート調査を行った。

前田/中前は、28年度、全国の認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に「認知症患者

者リハビリテーション（以下、認知症患者リハ）」の実施についてアンケート調査を行った。

（倫理面への配慮）

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

C．研究結果

26年度に前田/森川の行った西日本の54精神科病院における調査結果では、26年8月の平均在院日数は595.6日であった。全病院の合計患者については、入院期間は60日以内が361名（12.5%）、61日-1年未満が873名（30.0%）、1年以上が1672名（57.5%）であった。61日以上入院している患者の、退院できない理由として最も多かったのが「精神症状・行動制限のため」996名（39.1%）であり、次いで「施設入所待ち」が636名（24.9%）、「家族の受入困難」が352名（13.8%）であった。27年度に、前田/森川の行った調査では入院後2カ月以内に退院したものは23.6%であり、4カ月以内に退院したのも62.9%であった。37.1%の入院者は4カ月後も入院を継続していた。29.2%の入院者に隔離を含む身体拘束が行われていた。入院後の変化としては認知機能、ADLに変化は見られなかったが、BPSDにおいて改善する傾向が見られた。4カ月以内に退院したもののうち約2割しか自宅に帰っていなかった。入院から4ヶ月経過後も退院が困難な33名の理由としては、施設入所待ちが18名（54.5%）で最も多かった。クリニカルパスの利用、カンファレンスの実施など、退院支援の取り組みは多くの施設でなされていた。28年度に、前田/森川の行った調査では、125施設（回収率20.8%）から回答があった。ほぼすべての施設に認知症者が入所していた。入所継続が困難となる理由の8割は認知症症状の悪化であった。精神科医（非常勤を含む）が勤務している施設は2割に過ぎなかったが、半数以上の施設が、精神科医の支援が必要であると回答した。

栗田の26年度の調査によると、入院前の居

場所が自宅であった患者は109人で、このうち精神科病院へ転院した患者は29人（27.9%）であった。単変量解析によって要因を検討したところ、入院形態が医療保護入院であること、入院期間が長いこと、身体合併症の数が少ないことが精神科病院への転院に有意に関連した。精神科病院における2カ月以内退院率は32.9%と相変わらず低いことを見出している。27年度に栗田が行った調査によると、入院した認知症者は149人で、平均年齢は80.7歳、平均入院期間は32.2日、このうち入院前の居所が自宅であった患者（109人）のうち精神科病院へ転院した患者は29人（27.9%）であった。これに関連する要因を検討したところ、入院形態が医療保護入院であること、入院期間が長いこと、身体合併症の数が少ないことが精神科病院への転院に有意に関連した。29人について、自宅へ退院できなかった理由に関する自由記述の内容を分析したところ、(1)本人の臨床状態に関すること（BPSDなど）、(2)家族による支援が得られにくいこと（独居・日中独居・夫婦のみ世帯、家族介護者の疲弊、家族介護者の健康問題）が主たる要因であることが明らかにされた。また栗田は28年度に自宅外退院、精神科病院転院に関連する要因として、非自発入院、診断名が認知症、高齢、入院期間が長期などがあげられることを見出した。

北村は26年度の調査から、訪問介護の対象者の世帯構成によって訪問看護の目的が異なる可能性を見出している。27年度、北村は事前に訪問看護を行っていた群（訪問群）12人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46人について後方視的に比較検討した。自宅への退院は、訪問群が8人（67%）、対照群が17人（40%）で退院先に有意差はなかったが、入院期間は訪問群平均78.2日、対照群329.1日と有意差を認めた。自宅に退院するまでの期間に影響を与えるのは事前の訪問看護がある場合だけだった。28年度の北村の調査では、訪問介護導入時には、不安、混乱、苦悩の3つのキーワードが、導入後は安心感、ストレス緩和など4つが抽出された。

26年度、齋藤は身体症状と精神症状を比較して、身体症状の方が在宅復帰の支障になりにくいという結果を得た。齋藤は27年度に総

合病院ER受診例について認知症群と対照群を比較した。認知症群は、対照群に比して救急車の利用率、入院率が有意に高かった。入院後は身体拘束、センサーマットなどによる行動制限が有意に高く、患者のADL低下が危惧された。一方、精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療としての支援がなければ経営が成り立たないことが明らかになった。齋藤の28年度の調査では、治療チームに精神科医が加わることによって在院日数が短縮されることをみいだした。

服部は26年度の調査から、一般病院（疾患医療センター）から精神科病院への紹介例および精神科病院から一般病院への紹介例のそれぞれの特性を抽出することに成功した。服部らは、さらに27年度に、認知症疾患医療センターから精神科病院に転院する症例は合併身体疾患が少なく、ADLが有意に良好であったことを認めている。精神科病院における身体疾患看護の負担を少なくする必要があることが推測された。また、客観的評価スケールを用いて、認知症のBPSDの重症度を相互比較することで、双方への転院適応レベルが明らかになる可能性が示唆された。28年度、服部は、事例をまとめた結果、「相互の連携システムの不備」の頻度が高かった。相互の役割分担を明確にする必要があると結論した。

本間が26年度に行った認知症専門医を対象としたアンケートではBPSDに対して向精神薬の使用において、同意を得ると回答した割合は60.9%であった。ほぼガイドラインに沿った使用が行われていると結論された。さらに27年度に、本間の行ったかかりつけ医を対象とした調査では、向精神薬の使用に関して、501票が回収された（回収率は27.8%）。診療科では神経内科以外の内科が最も多く66.3%、次いでその他が27.7%であった。239人（47.7%）が外来診療でBPSDに対して向精神薬を用いることがあると回答した。診療科による違いでは神経内科以外の内科が最も多かった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが49.4%、場合によっては同意を得るが38.9%、同意は得ないが9.6%であった。向精神薬を用いた薬物療法開始前

の検討事項、確認事項、開始後の確認事項についての質問への回答によると、ほぼガイドラインに沿った使用がなされており、ガイドラインの有用性が確認された。

前田/中前は28年度に、72病院（回収率16.6%）から回答を得たが、認知症患者リハを実施していたのは12病院（16.7%）に過ぎなかった。実施していない理由としては「採算が合わない」、「療法士に余裕がない」などであった。「認知症患者リハ」を実施している病院は療法士が多かった。

D. 考察

前田/森川の平成26年度に行った実態調査では精神科病院に入院する認知症の人の在院期間は相変わらず長期になっていることが明らかとなった。前田/森川は3年前に同様の調査を行ったが、その結果と大きくは変わっていないということになる。相変わらず平均在院日数は600日近くであり、入院期間が2ヵ月以下の患者はわずかに12.4%にすぎなかった。27年度の調査により、精神科病院における認知症の人の入院医療の実態が前向き研究で明らかとなったが、このような研究は今までにほとんどなかったと言える。本研究から退院率50%は3～4ヵ月にあると考えられる。2ヵ月以内退院率50%の政府目標の達成は困難と言わざるをえない。隔離拘束が30%以上の認知症者に行われているというのも重要な知見である。退院できない理由としては、依然として退院先の確保が困難であることが考えられた。今後は退院先の確保が喫緊の課題と考えられた。28年に行った調査では、精神科病院からの退院認知症者の受け皿となる老健において、精神科病院との連携はなされていたが、精神症状が理由で退所となる事例は多い。また精神科医の支援の必要性は高かった。このように受け皿の調査としては今までになく、老健における認知症者の処遇について一端が明らかとなった。

栗田の平成26年度の調査では疾患医療センターを引き受けている精神科病院の実態が抽出され、今後の精神科病院の認知症医療におけるあり方の構築に資すると考えられる。この結果からも精神科病院からの退院支援には受け皿の整備が必要であると結論さ

れた。27年度の調査では、総合病院精神科病床に入院した認知症者は平均1カ月程度で退院しており、そのなかで精神科病院に転院した認知症者は1/4程度で、その精神症状が重篤であった。同時に家族による支援が得られないものが多かったことから、精神科病院への転院および長期在院化の流れを軽減するには、家族的支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保する必要があると結論している。28年度の調査結果から、総合病院から精神科病院に転院する場合、非自発入院や長期入院から、認知症周辺症状が激しいと想像され、精神科病院に転院とされていると示唆された。

北村は平成26年度の研究で訪問看護の重要性、効果を確認する成果を得た。27年度では事前に訪問看護を経験しておく、入院期間が有意に短縮することを見出した。また退院先が自宅への割合は訪問群では高い傾向を認めたが、これは入院期間の短縮を目指す上で極めて重要な知見であると言える。28年の研究では、訪問看護が介護家族支援にどのような効果があるかという点を明らかにし、訪問看護の必要性が一層明確になった。

齋藤の平成26年の調査からは精神科病院と一般病院の入院医療における連携の構築に何が重要かを明らかにする可能性が認められ、27年度には精神科病院合併症病棟における身体合併症医療について、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療としての支援がなければ経営が成り立たないことを明らかになった。28年度には合併症対応において精神科医の関与の重要性とともに、現在の、精神病床における身体合併症医療の採算性の課題を指摘した。

服部の調査からは精神科病院と一般病院の入院医療における連携の構築において医療と介護、一般病院と精神科病院のそれぞれの連携をいかに構築するかが重要となってくると考えられ、今後の課題と結論した。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する必要があると考えられた。

本間の調査結果からは向精神薬が適正に

使用されていると言えた。かかりつけ医の向精神薬使用は、一部の項目を除きほぼガイドラインの趣旨に沿っていると結論し、有用性の確認ができた。今後、介護関係者を対象とした有用性の確認が必要であると考えられた。

前田/中前の調査では、平成27年4月に導入されたが精神科病院における「認知症患者リハ」はまだ一部の病院でしか採用されていなかった。その理由は採算性と療法士の不足であり、今後の課題と考えられた。このような調査は、初めてのものであり、精神科病院の認知症者のリハについて、興味深い結果を見出した。

わが国の認知症者の精神科病院入院を抑制し、入院期間を短縮し、合併症医療を確保する方策、その課題の一端を示すことができた。退院認知症者の多くは老健に入所するが、老健の受け入れについての課題、すなわち、精神症状悪化の際の対処の体制を構築する必要があると考えられた。われわれは認知症の早期退院には、リハが効果的であることを明らかにしているが、精神科病院のリハを充実させるための課題も指摘した。

一般病院精神科からの自宅退院を促進し、とくに精神科病院入院を減少させる方策は、家族支援が重要であるということを示した。また、訪問看護が認知症者の入院を抑制し、不安、混乱も軽減させることが明らかとなり、訪問介護をもっと活用すべきと考えられた。

精神科病院と一般病院の身体合併症医療連携についての課題が明らかになった。身体合併症医療への対応は、病院間の連携が必要となる。緊密な連携システムの構築が必要であると指摘したい。向精神薬使用のガイドラインの調査から、認知症者への向精神薬の処方について、ほぼガイドラインにそって使用されていることが明らかとなった。

以上の研究により、精神科病院における認知症の人の入院医療の実態の一部が明らかになった。同時に長期入院を解消するための方策の一部も明確になった。そのためには医療と介護、一般病院と精神科病院のそれぞれの連携をいかに構築するかが重要となってくると考えられ、今後の課題と言える。精神

科病院からの早期退院のために、老健の役割、退院に必要なリハの体制をどのように構築するか、訪問介護の効果、精神科病院における合併症医療の問題点が明らかとなった。

E . 結論

1 . 認知症者の精神科病院入院は相変わらず長期になっていることが確認された。認知症者の精神科病院入院は2ヵ月以内に退院するのが約2割、4ヵ月以内が6割、残りの4割は4ヵ月以上入院している実態が明らかとなった。隔離・身体拘束は3割の入院者に行われていた。入院が長期になるに従ってADLの低下などからさらに退院が困難となっている。

2 . 入院が長期にわたる原因のひとつは退院先が確保されていないという点であった。退院先のひとつと考えられている老健による受け入れ体制の現状と課題が明らかになった。また、家族支援が得られにくい認知症高齢者に特化した生活支援・居住支援のサービス提供体制を確保することで、入院期間の長期化の流れを軽減することができるのではないかと考えられた。

3 . 訪問看護の充実も入院期間を短縮する有力な方策のひとつであることを明らかにした。訪問介護をさらに推進すべきであると提言したい。また、リハの重要性にもっと関心がもたれるべきであり、精神科病院におけるリハを充実させることによって、退院が促進されると結論した。

4 . 合併症医療の確保については一般病院と精神科病院の連携が重要と結論された。連携が具体的に担保される方策の構築が今後の課題である。精神科病院合併症病棟における身体合併症医療については、診療報酬等、医療制度上の制約が大きく、行政医療の支援が必要であると考えられた。

5 . 認知症における一般病院と精神科病院の連携に関して、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担を明確化するべきと考えられた。一般病院における認知症者の退院の実態から、一般病院退院、その後に精神科病院に転院するケースをいかに少なくするかが課題である。

6 . 向精神薬使用ガイドラインに関して、認知症専門医、かかりつけ医による有用性が確

認でき、向精神薬の使用に関する調査からは適切な向精神薬の使用により精神科病院入院抑制につながる可能性が考えられた。

本研究は認知症者の精神科病院における長期入院の解消、身体合併症医療の確保の要因を明らかにしようとするものである。この目的を達成するために、3年間、多くの研究分担者が様々な角度から調査研究を行った。

精神科病院における認知症者の入院期間の短縮、入院者の減少を目指すためには、精神科病院、一般身体化病院、介護施設など、それぞれの一層の連携、家族の支援が重要であると結論することができた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

各分担研究報告書に記載

H 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1 . 特許取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし