

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査  
入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」

（総合）分担研究報告書

精神科病院に新規に入院する認知症高齢者の実態調査  
研究分担者：栗田主一（東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長）

**【研究要旨】**

[目的]平成 26 年度には、全国の認知症疾患医療センターが設置されている病院を対象に、精神科病院における認知症患者の入院長期化の要因解明を目的とする実態調査を行った（研究 1）。平成 27 年度は、認知症疾患医療センターが設置されている一般病院に入院した後に、自宅へ退院できず、精神科病院へ転院する認知症高齢者の特性を分析した（研究 2）。平成 28 年度には東京都健康長寿医療センターを退院した 272 名を対象に、世帯類型も含めて、退院先が自宅外になる要因、精神科病院になる要因を検討した（研究 3）。

[方法]認知症疾患医療センターに指定されている全国の 286 施設を対象にアンケート調査を実施した（研究 1）。次に、東京都健康長寿医療センター（精神科病床）を退院した全患者について、診療記録を用いて入院時年齢、性別、入院期間、主な精神科診断名、主な身体合併症、入院前の居所、退院先の居所を調査。自宅へ退院できなかった症例については、担当医にその理由に関する自由記述を依頼した（研究 2）。さらに、同センター（精神科病床）を退院した 272 名を対象に、退院先が「自宅以外であること」および「精神科病院であること」を従属変数として、性別、年齢、入院時診断名、入院形態（医療保護入院、任意入院）、入院前の世帯類型を説明変数に投入してロジスティック回帰分析を行った。

[結果]認知症関連疾患で新規に入院する患者の 2 ヶ月以内退院率は精神科病院で有意に高く（一般病院 67.30%、精神科病院 32.89%、 $P<0.001$ ）、一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高かった（研究 1）。入院前の居場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。担当医の自由記述によれば、(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）が主たる要因であった（研究 2）。多変量ロジスティック解析では、一般病院（精神科病床）に入院した高齢者の退院先が「精神科病院」となる有意な要因は、認知症であること（OR=3.73, 95%CI: 1.54-9.04）、入院形態が医療保護入院であること（OR=9.75, 95%CI: 3.18-29.90）であった（研究 3）。

[結論]一般病院に入院した認知症患者が精神科病院に転院せざるを得ないという一定の流れが全国的な傾向としてある。一医療機関の調査ではあるが、一般病院の精神科病床に入院する認知症患者の約 3 割が精神科病院へ転院していた。一般病院に入院する高齢者が精神科病院に転院する重要な要因は、世帯類型よりも、認知症であること、非自発的入院によらざる得なかったことが大きい。認知症高齢者の自宅への退院を促進するには、認知症であることを包摂できる地域社会の実現がなによりも重要かと思われる。

**【研究協力者】**

古田 光：東京都健康長寿医療センター精神科・部長

畠山 啓：東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター・精神保健福祉士

宮前史子：東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター・研究員

扇澤史子：東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター・心理士

**A . 研究目的**

平成 26 年度には、全国の認知症疾患医療センターが設置されている病院を対象に、精神科病院における認知症患者の入院長期化の要因解明を目的とする実態調査を行った（研究 1）。その結果、「身体合併症のために一般病院に緊急入院した認知症患者が、自宅に退院できず、入所施設を調整できず、精神科病院に転院せざるを得ない」という流れが存在することが予測されたために、平成 27 年度は、認知症疾患医療センターが設置されている一般病院に入院した後に、自宅へ

退院できず、精神科病院へ転院する認知症高齢者の特性を分析することにした(研究2)。しかしながら、同調査において、入院前の世帯類型の影響を検討することができなかったこと、単変量解析による探索的検討にとどまったことから、平成28年度には東京都健康長寿医療センターを退院した272名を対象に、世帯類型も含めて、退院先が自宅外になる要因、精神科病院になる要因を、単変量および多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した(研究3)。

## B. 研究方法

研究1:2015年1月1日現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の286施設(基幹型13,地域型268,診療所型5)を対象に郵送法による自記式アンケート調査を実施した(悉皆調査)。調査期間は2015年1月15日から2015年2月末日とした。調査項目は、平成25年度の認知症疾患医療センター活動状況調査を基礎にし、かつ平成24年度に試案した評価基準の測定が可能なものとした。

研究2:2015年1月1日~2015年12月31日に東京都健康長寿医療センター(精神科病床)を退院した全患者について、診療記録を用いて以下の項目を調査した。入院時年齢、性別、入院期間、主な精神科診断名、主な身体合併症、入院前の居所、退院先の居所。また、自宅へ退院できなかった症例については、担当医にその理由に関する自由記述を依頼した。要因の検討では、t検定および2乗検定を用いた単変量解析を行った。

研究3:東京都健康長寿医療センター(精神科病床)を退院した272名(男85名,女性187名)を対象に、退院先が「自宅以外であること」および「精神科病院であること」を従属変数として、性別、年齢、入院時診断名、入院形態(医療保護入院,任意入院)、入院前の世帯類型を説明変数として、単変量および多変量ロジスティック回帰分析を行った。(倫理的配慮)

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

## C. 研究結果

研究1:135施設(一般病院58,精神科病院74)から回答が得られた(回収率47.2%)。

認知症関連疾患で新規に入院する患者の2ヶ月以内退院率は精神科病院で有意に高く(一般病院67.30%,精神科病院32.89%, $P<0.001$ )、一般病院は救急医療と身体合併症医療に対して高い機能を発揮しているが、BPSDの対応機能は相対的に低く、一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高い(6か月間の平均:一般病院4.14人,精神科病院9.54人, $P=0.001$ )ことが明らかにされた。

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

研究3:退院先が「自宅外」に有意に関連したのは年齢が高いこと( $OR=1.04$ , 95%CI: 1.00-1.08)、認知症であること( $OR=2.02$ , 95%CI: 1.07-3.82)、入院形態が医療保護入院であること( $OR=6.95$ , 95%CI: 3.46-13.93)であった(表1)。

表1. 退院先が「自宅外」の関連要因

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
性別(男)	.435	.324	1.806	1	.179	1.545	.819	2.914
年齢	.039	.019	4.030	1	.045	1.040	1.001	1.080
認知症の診断	.704	.325	4.693	1	.030	2.022	1.069	3.823
入院形態(医療保護)	1.938	.355	29.809	1	.000	6.947	3.464	13.930
世帯類型	.189	.156	1.470	1	.225	1.208	.890	1.640
定数	-7.711	1.695	20.693	1	.000	.000		

「精神科病院」に有意に関連したのは、認知症であること(OR=3.73, 95%CI: 1.54-9.04), 入院形態が医療保護入院であること(OR=9.75, 95%CI: 3.18-29.90)であった(表2)。

表2. 退院先が「精神科病院」の関連要因

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
性別(男)	.314	.353	.795	1	.373	1.369	.686	2.734
年齢	-.035	.022	2.560	1	.110	.965	.925	1.008
認知症の診断	1.316	.452	8.464	1	.004	3.727	1.536	9.043
入院形態(医療保護)	2.277	.572	15.840	1	.000	9.745	3.176	29.903
世帯類型	.237	.180	1.741	1	.187	1.268	.891	1.803
定数	-4.189	1.923	4.744	1	.029	.015		

## D. 考察

研究1:本研究によって、認知症関連疾患で新規に入院する患者の2ヶ月以内退院率は精神科病院で有意に高いこと、一般病院は救急医療と身体合併症医療に対して高い機能を発揮しているが、BPSDの対応機能は相対的に低いこと、一般病院からの紹介による入院患者数は精神科病院で有意に高いことが明らかにされた。

認知症高齢者は身体合併症が重篤化し、救急事例化するリスクが高い(粟田:認知症患者の身体救急の問題点.精神科治療学,26:1233-1238,2011)。その背景には、単身・高齢者のみ世帯で、家族等の生活支援が得られず、また、経済的困窮やBPSDのために、健康管理を含む必要な生活支援の確保が困難な状況にある場合が多い。こうした事例は、急性期医療のために一旦は一般病院に入院するが、しばしば自宅退院は困難であり、また、診療報酬に規定される在院日数の制限のために入院中に入所可能な介護施設を調整することができない。そのため、精神科病院への転院を選択せざるを得ないという現実がある。そのために、一般病院での入院日数は相対的に短くなり、精神科病院での入院日数は相対的に長くなる可能性がある。

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

本調査は一医療機関の調査であることから、結果の一般化には注意を要する。しかし、上記の結果は、一般病院において認知症高齢者の入院医療を行う臨床医が共通して実感している現実ではないであろうか。家族による生活支援が得られにくいことが、一般病院から精神科病院への転院にどの程度影響を及ぼしているかを定量的に評価するためには、世帯類型のデータを説明変数に投入した解析が必要である。残念ながら、このたびの調査は診療録を用いた後方視的調査であったため、世帯情報を収集してデータベース化することができなかった。世帯類型を調査項目に含めた調査が必要である。

研究3:本研究で明らかになったことは、一般病院の精神病床に入院する高齢者が自宅外に退院する最も大きな要因は、「入院前の居場所が自宅ではないこと」であり、入院前の居場所が自宅であった場合に、退院先が自宅外になる要因としては、「年齢が高いこと」、「診断が認知症であること」、「入院形態が医療保護入院」であること、特に退院先が精神科病院になる要因としては、「診断が認知症であること」、「入院形態が医療保護入院であること」が重要であるということである。つまり、認知症であることと、非自発的入院であることの2つの要因は、自宅に退院できず、しかも精神科病院への転院に至る最も重大な要因であることが示された。

一方、多変量解析では、世帯類型は退院先に関連しなかった。単変量解析の結果を見ると、単独世帯、夫婦のみ世帯、本人と子1人世帯において、退院先が自宅以外である割合が31%~39%と、その他世帯18%に比較して明らかに高い。しかし、精神科病院への転院についてはそれほど大きな差異が認められなかった。このことは、精神科病院への転院に至る要因が、世帯類型よりも、認知症であること、精神症状があること、非自発的入院によらざる得なかったことに大きく影響していることを示すものである。このような要因は、たとえ家族がいても、自宅に退院しがたい理由となっている。

## E. 結論

(1)身体合併症によって一般病院に緊急入

院した認知症患者が、自宅に退院できず、入所施設を調整できず、精神科に転院せざるを得ないという流れが、精神科病院における入院長期化の一因になっている可能性がある。

(2) 一般病院の精神病床に入院する認知症患者の約3割が精神科病院へ転院している。BPSDがあることと、家族的支援が得られにくい状況にあることが、自宅へ退院できず、精神科病院への転院が選択される主要な要因となっている。精神科病院の長期在院化の問題を解決するために第一に行われるべきことは、家族による支援が得られにくい認知症高齢者に対する生活支援・居住支援のサービス提供体制の確保であろう。

(3) 一般病院に入院する高齢者が精神科病院に転院する重要な要因は、認知症であること、非自発的入院によらざる得なかったことが大きい。自宅への退院を促進するには、認知症であることを包摂できる地域社会の実現がなによりも重要かと思われる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Awata S. Current activities of medical centers for dementia in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 14 Suppl 2:23-7, 2014.
- 2) 栗田主一：認知症診療の枠組み。日本精神神経学雑誌 116(5): 378-387, 2014.
- 3) 栗田主一：認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか。老年精神医学雑誌 . 26:487-492, 2015.
- 4) 栗田主一：アルツハイマー病診断後の生活戦略。医療サービス, 生活支援サービス, 介護保険サービスを利用する。老年精神医学雑誌 . 26:398-405, 2015.
- 5) 栗田主一：これからの認知症疾患医療センターに求められること。病院 74: 750-755, 2015.
- 6) 栗田主一：認知症支援と社会システム。医学のあゆみ, 257: 555-560, 2016.
- 7) 栗田主一：認知症初期集中支援チーム。臨床精神医学, 45: 657-661, 2016.
- 8) 栗田主一：認知症の診療体制-新オレンジプランの現状と課題。日本医師会雑誌, 144:2246-2250, 2016.
- 9) 栗田主一：認知症医療と新オレンジプラン。日本臨床, 74: 499-504, 2016.

### 2. 学会発表

- 1) Awata S, Ito K, Okamura T, Niikawa H: Current activities of Medical Centers for Dementia in Japan. Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Vancouver, 2014.10.5-7 Awata S: Towards creating a society where people can live well with dementia with hope and dignity. Global Dementia Legacy Event Japan. 5<sup>th</sup>-6<sup>th</sup> November 2014, Tokyo (Symposium).
- 2) 栗田主一：オレンジプランと高齢者の精神医療。第29回日本老年精神医学会(シンポジウム)。2014.6.12-.6.13(東京)。
- 3) 栗田主一：日本における認知症施策の新展開-オレンジプランを踏まえて(モーニングセミナー)。2014.11.30(横浜)。
- 4) 栗田主一：認知症と共により良く生きる。日本認知症ケア学会(2015年度関西地域大会)。2015.9.6。大阪(基調講演)。
- 5) 栗田主一：認知症疾患医療センターの現在と未来。第34回日本認知症学会, 2015.10.2-10.4 青森(シンポジウム)。
- 6) 栗田主一：認知症地域連携・支援。第20回日本神経精神医学会。金沢, 2015.12.12.
- 7) 栗田主一：認知症の人の暮らしを支える総合支援体制の構築。第35回日本社会精神医学会, 岡山, 2016.1.28-1.29(教育講演)。
- 8) 栗田主一：認知症とともに生きる地域・社会・環境。第112回日本精神神経学会

学術総会，2016.6.2-6.3，千葉（シンポジウム）。

- 9) 栗田圭一：我が国の認知症施策の現状と課題．第58回日本老年医学会，2016.6.8-6.10，金沢（セミナー）。
- 10) 栗田圭一：新オレンジプランとこれからの認知症ケア．第18回日本在宅医学会・第21回日本在宅ケア学会合同大会，2016.7.16-2016.7.17，東京（指定講演）。  
栗田圭一：BPSD．日本老年看護学会，第21回学術集会，2016.7.23-7.24，埼玉（教育セミナー）。
- 11) 栗田圭一：認知症予防とMCIの診断後支援．第6回日本認知症予防学会，2016.9.23-9.25，仙台（シンポジウム）。
- 12) 栗田圭一：認知症とともに希望と尊厳をもって生きることができる社会とは何か．リハビリテーション合同研究大会茨城2016，2016.10.27-10.29，つくば（シンポジウム）。
- 13) 栗田圭一：認知症疾患医療センターと地域包括ケアシステム．第5回日本精神科医学会学術大会，2016.11.16-11.17，仙台（シンポジウム）。
- 14) 栗田圭一：認知症と共に暮らせる社会に向けて．第35回日本認知症学会，2016.12.1-12.3，東京（シンポジウム）。
- 15) 栗田圭一：わが国の認知症施策の動向．第35回日本認知症学会，2016.12.1-12.3，東京（教育セミナー）。

#### 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