

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

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
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。この3年間において、まず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。続いて、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した。その結果、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。さらに、転院、連携を困難にする事例について収集し整理した。家族の理解不足、施設の受け入れ態勢の不備などが問題となった。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（ - ）

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

個別事例収集：センターおよび協力精神科病院の連携担当者による、連携困難事例の収集をおこない、カテゴリー分類を行った。

（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

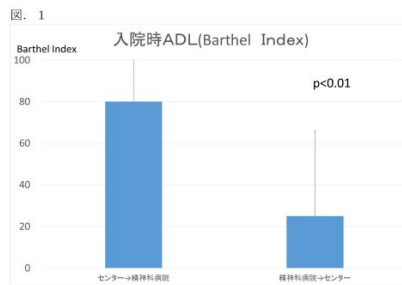
認知症疾患センター（以下センター）から、協力精神科病院（以下精神科病院）へ転院例45例、精神科病院からセンターへの転院例28例であった。年齢、性別に両者の差はなかった（表.1）。

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

2 . A D L

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）。



すなわち、精神科病院で入院可能なADLのレベルはより自立に近く、看護介護の必要度が低い例であることがわかった。

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）。

図. 2

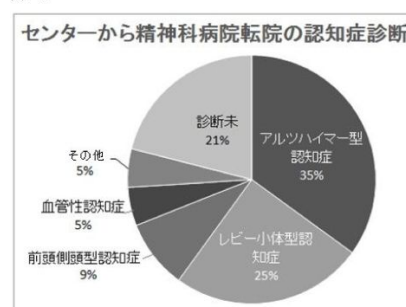
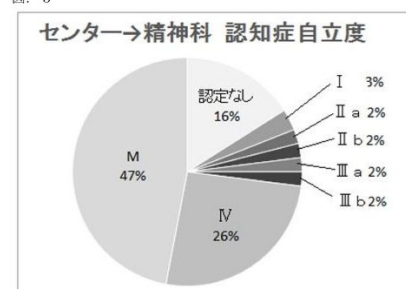


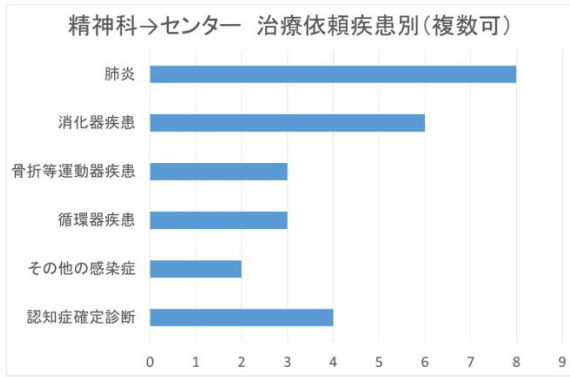
図. 3



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）。

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多く、次いでランクⅣが多かった(図.6)。

図. 5

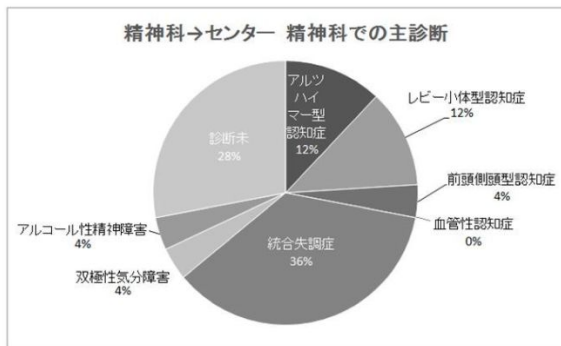
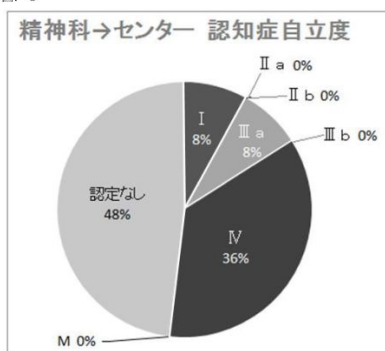


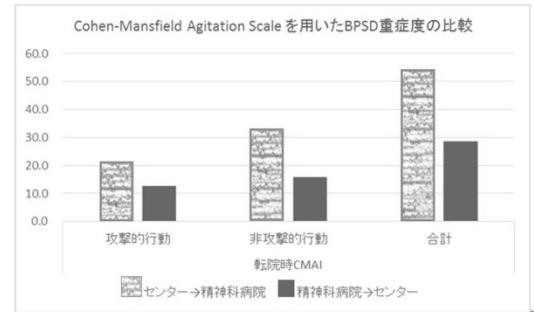
図. 6



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)。

図. 7



6. 連携困難事例の検討

精神科病院からセンターへ依頼があった事例で連携が困難であった事例は14例であった。その中で頻度が高いものは「主治医がきまらない」「連携システムの不備」であった(図.8)。センターから精神科病院へ依頼があった事例で困難であった事例は13例であった。その中で頻度の高いものは「介護者または本人が精神科病院への入院拒否」「精神症状、身体症状ともに重篤で精神科病院では入院治療がむづかしい」であった(図.9)。

図. 8

連携担当者から見た連携困難事例の検討
精神科病院からセンターへ依頼された事例

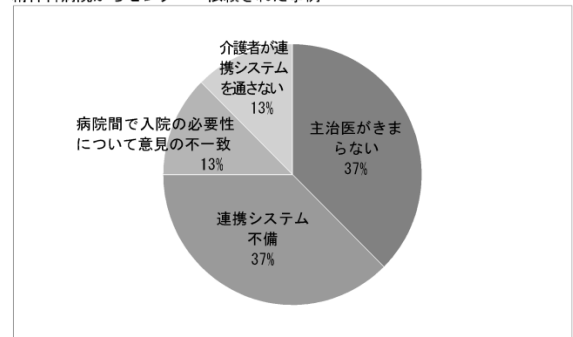
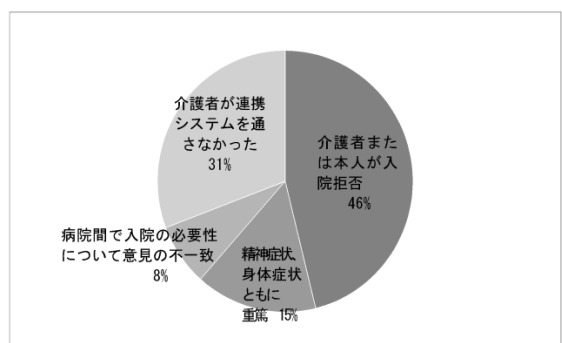


図. 9

連携担当者から見た連携困難事例の検討
センターから精神科病院へ依頼された事例



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。転院、連携を困難にする事例については、家族の理解不足、施設の受け入れ態勢の不備などが問題となった。より円滑に連携、協力できる態勢について相互に調整していくことが必要であると考えられた。

E . 結論

本研究において明らかになった重要な点は、一般病院と精神科病院における受け入れ患者のADLの格差である。これは、連携における困難を生じる可能性がある。そのような中、精神科病院において、よりADLの低い精神疾患患者を積極的に受け入れ、治療しようとする傾向がみられる。一方、総合病院においても、新オレンジプランにおいて、認知症の受け入れを高めることが求められるようになっている。平成28年度から導入された認知症ケア加算により、認知症回診チームの立ち上げなどが全国的レベルで開始されており、一般病院の側からも、従来なら精神科に依頼されたレベルの認知症患者の治療を行おうとする傾向がみられている。一般病院と精神科病院が次第に同じ視点にたって認知症の身体合併症治療ができるようになりつつあるように見える。

その点において、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することは重要である。この研究は、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したものであり、今後も発展させていくこと

が望まれる。

研究結果と考察については平成28年12月に開催された日本認知症学会においてシンポジウム内で発表した。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

- 1) 服部英幸: フレイルとは何か? 漢方と診療, 28(7): 2-12, 2017
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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、
- 6) 服部英幸、鷺見幸彦、櫻井孝、遠藤英俊、鳥羽研二: 一般病院での認知症身体合併症治療はどこまで可能なのか - 国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験 - 。老年精神医学雑誌、25、185-192、2014
- 7) Fukuda K, Hattori H.: Unclassified cases of behavioral variant of major frontotemporal neurocognitive disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Geriatr Gerontol Int, 2014, 14 (Suppl, 2): 35-44
- 8) Fukata S, Kawabata Y, Fujisiro K, Katagawa Y, Kuroiwa K, Akiyama H, Terabe Y, Ando M, Kawamura T, Hattori H: Haloperidol prophylaxis does not prevent postoperative delirium in elderly patients: a randomized, open-label

prospective trial. Surg Today. 44, 2305-2313, 2014

9) 服部英幸:アルツハイマー型認知症と「うつ」 高齢者の神経疾患とうつ。老年精神医学雑誌、25:34-41、2014

10) 服部英幸: 高齢者に多い症候・抑うつ。大庭建三編、すぐに使える高齢者総合診療ノート。日本医事新報社、東京、2014、p52-57

11) 服部英幸: フレイルとうつ。葛谷雅文、雨海照祥編、フレイル、超高齢社会における最重要課題と予防戦略。医歯薬出版、72-77、2014

12) 服部英幸: 認知症とせん妄の違いは。武藤芳照、鈴木みずえ編、認知症者の転倒予防とリスクマネジメント。日本医事新報社、東京、2014、33-38

13) 服部英幸、三浦利奈: 高次脳機能障害とその評価。麻酔、63(11)1188-1195、2014

14) 服部英幸: 老年内科領域。臨床雑誌「内科」155(2)235-239、2015

2. 学会発表

1) 服部英幸: BPSD 初期対応ガイドラインについて。第 58 回日本老年医学会、金沢、2016/6/8

2) 服部英幸: シンポジウム アルツハイマー型認知症とうつ。第 31 回日本老年精神医学会、金沢、2016/6/24

3) 服部英幸: 精神科外来における後期高齢者フレイルの心理的特性。第 3 回サルコペニアフレイル研究会、名古屋、2016/11/6

4) 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

5) 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

6) 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、東京、2014/6/12

7) 服部英幸、鳥羽研二ほか: 急性期病院内の認知症治療病棟での実践。第 56 回日本老年医学会、福岡、2014/6/13

服部英幸: 教育講演: 高齢者うつ病、診断と治療。日本老年医学会、福岡、2014/6/14

8) 服部英幸: シンポジウム 身体疾患とうつ 「認知症とうつ」 フレイルの精神症状 日本老年看護学会、名古屋、2014/6/28

9) 服部英幸: 虚弱高齢者 (frail elderly、フレイル) の心理特性の検討。第 11 回日本うつ病学会、広島、2014/7/18

10) 服部英幸: フレイルの心理特性の検討。第 1 回日本サルコペニア・フレイル研究会、東京、2014/10/19

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