

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

(精神障害分野)

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

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成29(2017)年 3月

目 次

I . 総括研究報告	
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 -----	1
前田 潔	
II . 分担研究報告	
1 . 精神科病院に新規に入院する認知症高齢者の実態調査 -----	4
栗田 圭一	
2 . 単身認知症者に対する訪問看護の効果に関する研究	
家族介護者へのインタビューより -----	8
北村 立	
3 . 精神科病院における身体合併症医療の実態調査 -----	14
齊藤 正彦	
4 . 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 -----	19
服部 英幸	
5 . 介護老人保健施設における認知症者の入所受け入れ及び	
精神科病院との連携に関するアンケート調査 -----	22
森川 孝子 , 前田 潔	
6 . 日本の精神科病院における認知症患者リハビリテーションの現状	
アンケートによる調査より -----	26
前田 潔 , 中前智通	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	33

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。精神科病院の入院認知症者の実態を明らかにすることにより、認知症者の入院の抑制、長期入院の解消のための対策に資する知見を得ることを目的とする。

[方法] 前田/森川は、全国の介護老人保健施設（以下、老健）から 600 施設を抽出し、それらを対象に精神科病院から退院する認知症者の受け入れ等についてアンケート調査を実施した。前田/中前は、全国の認知症治療病棟を有する 434 精神科病院を対象に「認知症患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。粟田は、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、自宅外に退院および精神科病院転院に関連する因子の抽出を試みた。北村は、訪問看護を受けている独居認知症者の介護家族に面接を行い、訪問看護による効果や変化の聞き取り調査を行った。齋藤は、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。

[結果及び考察] 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。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。精神科医が非常勤でも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/中前は 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。今後、このリハビリテーションが広く採用されるためには多くの修正が必要であると考えられた。粟田の調査では精神科病院転院と関連する因子としては医療保護入院、入院期間が長い、認知症、年齢が高いなどであった。北村の調査では、訪問介護導入時には、不安などの 3 つのキーワードが、また導入後は安心感、ストレス緩和など 4 つが抽出され、訪問看護が介護家族にとって、不安を軽減し、安心感を与えるものであると理解された。齋藤の調査では、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のをはじめ、抑制率、抑制日数が低下することが明らかになった。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。

【研究分担者】

粟田主一：東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

北村立：石川県立高松病院・院長

齋藤正彦：東京都立松沢病院・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

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。精神科病院の入院認知症者の実態を明らかにすることにより、認知症者の入院の抑制、長期入院の解消のための対策、また人権擁護の点からも厚生労働行政に資する知見を得ることを目的とする。入院を抑制し、入院期間を短縮することによる医療費の抑制も目的のひとつである。

B . 研究方法

介護老人保健施設（以下、老健）は精神科病院からの認知症者の受け皿ともいえる。前田/森川は、全国の老健 3600 施設から 600 施設を抽出し、そこ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。前田/中前は、全国の

認知症治療病棟を有する精神科病院 434 病院を対象に、平成 27 年に新設された「認知症患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。粟田は、東京都健康長寿医療センター精神科を退院した 272 名を対象に自宅外退院および精神科病院転院に関連する因子の抽出を試みた。北村は、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の聞き取り調査を行った。齊藤は、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。

（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、危険性の排除について、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

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（98.4%）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77.5%は認知症症状（BPSDなど）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22.4%に過ぎなかったが、54.0%の施設が、精神科医の支援が必要であると回答した。前田/中前は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では療法士の数が平均よりも多かった。粟田の調査では精神科病院転院と関連する因子としては医療保護入院、入院期間が長い、認知症、高齢などなどであった。北村の調査では、介護家族の聞き取り調査の中で、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」、「疾患や本人への理解が深まる」、「適切な支援で

単身生活は可能となる」など4つが抽出された。齋藤の調査では、治療チームに精神科医が加わることによって在院日数の短縮や入院中の抑制の率の低下が観察された。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。

D . 考察

前田/森川の行った調査では、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かった。また精神科医の支援の必要性は高かったが、実際に精神科医が非常勤を含め勤務していたのは2割に過ぎなかった。このような精神科病院退院者の受け皿としての老健の調査は今までほとんどなく、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。

前田/中前の調査では、平成27年4月に導入された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いことが明らかとなった。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。このリハ制度が広く採用されるためにはいくつかの修正が必要であることが指摘できた。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、重要な指摘を行うことができた。

粟田の調査結果から、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の事実から、認知症周辺症状が激しい症例と想像され、精神科病院に転院となっていると示唆された。これを解決するためには、介護家族や老健職員の意識変革や、これらと精神科病院との連携を進める必要があると考えられた。

北村の研究も、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たもので、訪問看護の必要性が一層明確になった。訪問介護は介護家族に安心感と本人に対する理解を進め、入院、入所に抑制的に作用すると結論することができた。

齊藤は、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。

服部は一般病院と連携精神科病院の機能特性を理解して、連携システムの構築の重要性を提起した。

精神科病院からの早期退院のために、受け皿としての老健の役割、老健等と精神科医療との連携の重要性、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。

本研究結果から、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、精神医療との連携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。北村らの調査から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。齋藤と服部の調査からは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。精神医療が一般身体医療を支援する体制を充実させる必要があると認識された。身体合併症医療への対応は、服部らのように、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。

E . 結論

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様々な角度から調査研究を行い、入院実態の解明、老健による受け入れ体制の課題、リハの重要性、訪問看護の効果などに関し、多くの知見が得られた。これらの成果から、本研究事業の目的を達成しえたと考えている。

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

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」

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、精神科病院と一般病院における認知症高齢者の入院期間を比較し、2 か月以内退院率が一般病院では 67.30%であるのに対し、精神科病院では 32.89%であることを示した。平成 27 年度には、東京都健康長寿医療センターの精神病床を退院した認知症高齢者 149 名を対象に調査し、27.9%が精神科病院に転院していること、探索的な分析（単変量解析）によって、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、身体合併症が少ないことが精神科病院への転院に関連することを示した。ただし、世帯類型との関連は検討できなかった。そこで本研究では、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。

[方法]東京都健康長寿医療センター（精神病床）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、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。

[結果]退院先が「自宅外」に有意に関連したのは年齢が高いこと、認知症であること、入院形態が医療保護入院であることであった。「精神科病院」に有意に関連したのは、認知症であること、入院形態が医療保護入院であることであった。

[結論]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、人々の認知症についての理解と、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、精神科病院と一般病院における認知症高齢者の入院期間を比較し、2 か月以内退院率が一般病院では67.30%であるのに対し、精神科病院では32.89%であることを示した。平成27年度には、東京都健康長寿医療センターの精神病

床を退院した認知症高齢者149名を対象に調査し、27.9%が精神科病院に転院していること、探索的な分析（単変量解析）によって、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、身体合併症が少ないことが精神科病院への転院に関連することを示した。ただし、世帯類型との関連は検討できなかった。そこで本研究では、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。

B．研究方法

東京都健康長寿医療センター（精神病床）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、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，個人情報保護した上で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

（1）第一に，退院先を決定する最も重要な要因が「入院前の居場所」であると考えられることから，はじめに，入院前の居場所を，自宅，施設，精神科病院，院内他科の4類型にわけて，退院先が「自宅外」になる割合，「精神科病院」なる割合を調べた。その結果が，退院先が「自宅外」になる割合が高いのは，入院前の居場所が施設(100.0%)，精神科病院(91.3%)，院内他科(54.5%)，自宅(26.4%)の順であり（表1），退院先が「精神科病院」になる割合が高いのは，入院前の居場所が精神科病院(56.5%)，施設(22.2%)，院内他科(21.7%)，自宅(14.9%)で順であることが明らかになった（表2）。

表 1. 入院前の居場所と退院先（自宅外）のクロス集計

		自宅外	合計		
			なし	あり	
入院前の居場所	自宅	度数	153	55	208
			73.6%	26.4%	100.0%
	施設	度数	0	18	18
			0.0%	100.0%	100.0%
	精神科病院	度数	2	21	23
		8.7%	91.3%	100.0%	
院内他科	度数	10	12	22	
		45.5%	54.5%	100.0%	
合計		度数	165	106	271
			60.9%	39.1%	100.0%

表 2. 入院前の居場所と退院先（精神科病院）とのクロス集計

		精神科病院	合計		
			なし	あり	
入院前の居場所	自宅	度数	177	31	208
			85.1%	14.9%	100.0%
	施設	度数	14	4	18
			77.8%	22.2%	100.0%
	精神科病院	度数	10	13	23
		43.5%	56.5%	100.0%	
院内他科	度数	18	5	23	
		78.3%	21.7%	100.0%	
合計		度数	219	53	272
			80.5%	19.5%	100.0%

以上より，以下の分析では，入院前の居場所が自宅であるケースに限定して分析を行った。

（2）性別が男性である場合，退院先が「自

宅以外」になる割合は40.0%，「精神科病院」になる割合は23.3%であったが，女性ではそれぞれ20.9%，11.5%であった（ $P<0.001$ ， $P<0.001$ ）（表3.4）。

表 3. 性別と退院先（自宅以外）のクロス集計表

		自宅以外	合計		
			なし	あり	
性別	女	度数	117	31	148
			79.1%	20.9%	100.0%
	男	度数	36	24	60
			60.0%	40.0%	100.0%
合計		度数	153	55	208
			73.6%	26.4%	100.0%

表 4. 性別と退院先（精神科病院）のクロス集計表

		精神科病院	合計		
			なし	あり	
性別	女	度数	131	17	148
			88.5%	11.5%	100.0%
	男	度数	46	14	60
			76.7%	23.3%	100.0%
合計		度数	177	31	208
			85.1%	14.9%	100.0%

（3）診断名が認知症である場合，退院先が「自宅外」になる割合は41.7%，「精神科病院」になる割合は26.9%であったが，認知症でない場合は，それぞれ10.0%，2.0%（ $P<0.01$ ， $P<0.001$ ）であった（表5.6）。

表 5. 診断名（認知症）と退院先（自宅以外）のクロス集計表

		自宅以外	合計		
			なし	あり	
認知症	なし	度数	90	10	100
			90.0%	10.0%	100.0%
	あり	度数	63	45	108
			58.3%	41.7%	100.0%
合計		度数	153	55	208
			73.6%	26.4%	100.0%

表 6. 診断名（認知症）と退院先（精神科病院）のクロス集計表

		精神科病院	合計		
			なし	あり	
認知症	なし	度数	98	2	100
			98.0%	2.0%	100.0%
	あり	度数	79	29	108
			73.1%	26.9%	100.0%
合計		度数	177	31	208
			85.1%	14.9%	100.0%

（4）入院形態が医療保護入院の場合，退院先が「自宅外」になる割合は46.9%，「精神科病院」になる割合29.6%であるが，任意入院の場合はそれぞれ8.2%，1.8%であった（表7.8）。

表 7. 入院形態と退院先（自宅以外）のクロス集計表

		自宅以外	合計		
			なし	あり	
入院形態	任意	度数	101	9	110
			91.8%	8.2%	100.0%
	医療保護	度数	52	46	98
			53.1%	46.9%	100.0%
合計		度数	153	55	208
			73.6%	26.4%	100.0%

表 8. 入院形態と退院先（精神科病院）のクロス集計表

		精神科病院転院		合計	
		なし	あり		
入院形態	任意	度数	108	2	110
			98.2%	1.8%	100.0%
	医療保護	度数	69	29	98
			70.4%	29.6%	100.0%
合計		度数	177	31	208
			85.1%	14.9%	100.0%

(5) 入院前の世帯類型別に見ると、退院先が「自宅外」になる割合は、本人と子1人(39.1%)、独居(37.5%)、夫婦のみ(31.4%)、本人と同胞1人(0.0%)、その他世帯(18.3%)であり(P=0.018)(表9)、退院先が「精神科病院」になる割合は、夫婦のみ(20.0%)、本人と子1人(17.4%)、独居(16.7%)、本人と同胞1人(0.0%)、その他世帯(12.9%)であった(P=0.671)(表10)。

表 9. 世帯類型と退院先（自宅以外）のクロス集計

		退院先が自宅以外		合計	
		なし	あり		
世帯類型	独居	度数	30	18	48
			62.5%	37.5%	100.0%
	夫婦のみ	度数	24	11	35
			68.6%	31.4%	100.0%
	同胞1人	度数	8	0	8
			100.0%	0.0%	100.0%
	子1人	度数	14	9	23
			60.9%	39.1%	100.0%
その他	度数	76	17	93	
		81.7%	18.3%	100.0%	
合計		度数	152	55	207
			73.4%	26.6%	100.0%

表 10. 世帯類型と退院先（精神科病院）のクロス集計

		精神科病院転院		合計	
		なし	あり		
世帯類型	独居	度数	40	8	48
			83.3%	16.7%	100.0%
	夫婦のみ	度数	28	7	35
			80.0%	20.0%	100.0%
	同胞1人	度数	8	0	8
			100.0%	0.0%	100.0%
	子1人	度数	19	4	23
			82.6%	17.4%	100.0%
その他	度数	81	12	93	
		87.1%	12.9%	100.0%	
合計		度数	176	31	207
			85.0%	15.0%	100.0%

(6) 従属変数を退院先が「自宅外」または「精神科病院」とし、独立変数に性、年齢、認知症の診断、入院形態(医療保護入院)、入院前の世帯類型を投入して多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、退院先が「自宅外」に有意に関連したのは年齢が高いこと、認知症であること、入院形態が医療保護入院であること、年齢が高いこと。「精神科病院」に有意に関連したのは、認知症であ

ること、入院形態が医療保護入院であった(表11.12)。

表 11. 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		

表 12. 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

本研究で明らかになったことは、一般病院の精神科病棟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人世帯においても、退院先が自宅以外である割合が31%~39%と、その他世帯18%に比較して相対的に高い。しかし、精神科病院への転院については大きな差異が認められない。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。

E. 結論

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) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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) 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）.
- 2) 栗田主一：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）.
- 3) 栗田主一：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）.
- 4) 栗田主一：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）.
- 5) 栗田主一：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）.
- 6) 栗田主一：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）.
- 7) 栗田主一：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）.

- 8) 栗田主一：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）.
- 9) 栗田主一：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

特になし

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」

分担研究報告書

単身認知症者に対する訪問看護の効果に関する研究 - 家族介護者へのインタビューより -
研究分担者：北村 立（石川県立高松病院・院長）

【研究要旨】

訪問看護の具体的な効果や役割を明らかにするために、訪問看護を受けながら単身生活を続けている認知症者の家族介護者5人にインタビューを行い、訪問看護を受けることで本人及び介護者の心境や態度に生じた変化を質的記述的に検討した。訪問看護導入前の介護者の体験として、「本人の異変や行動の障害」、「診断時の介護者の不安・混乱」、「介護者の苦悩」の3つのカテゴリが、導入後の体験として、「訪問看護師の存在による介護者の安心感・精神的ストレスの緩和」、「疾患や本人への理解が深まる」、「本人のポジティブな変化」、「適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である」の4つのカテゴリが抽出された。訪問看護は家族介護者を身近なところからエンパワーメントし、認知症者の単身生活の継続に対して前向きにさせることが明らかとなった。

【研究協力者】

谷本千恵：石川県立看護大学精神看護学・准教授

大江真吾：石川県立看護大学精神看護学・助教

岡田幸子、竹下理代、福井可奈絵：石川県立高松病院・看護師

A．研究目的

わが国では、超高齢社会の進展とともに認知症高齢者の増加が社会的な問題となっている。これに対応するため、政府は平成27年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を公表し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができる社会を目標として掲げた。これを実現するためには、地域における生活支援体制の構築が必須であり、訪問看護に代表されるような、専門職による訪問サービスがそのシステムの中核になると考えられる。実際イギリスでは国家戦略としてアドミラルナース（認知症者とその家族を支援するために訪問看護を行う）の育成を推奨している。石川県立高松病院（以下、当院）でも、平成21年度より認知症専門の訪問看護を行っており、平成27年度の本研究報告においては、単身や子と二人世帯のよ

うな家族介護力の乏しい認知症者では、事前の訪問看護により、入院期間が大きく短縮することを報告した。今回は、訪問看護の具体的な効果や役割を明らかにするために、訪問看護を受けながら単身生活を続けている認知症者の家族介護者5人にインタビューを行い、訪問看護を受けることで本人及び介護者の心境や態度に生じた変化を質的記述的に検討した。

B．研究方法

当院通院中で訪問看護を利用している単身の認知症者のうち、表1に示した5人の家族介護者に半構成的インタビューを実施した。インタビューは外来受診時に行い（ケースAのみ自宅）、本人たちとは初対面の認知症病棟看護師3人が行った。

表1：対象者のプロフィール

	認知症高齢者						家族介護者		
	年齢	性別	診断	MMSE	訪問看護期間(年)	通算入院期間(年)	続柄	年齢	介護経年数
A	84	女	AD	17	2.4	なし	長女	57	2.5
B	88	男	AD	12	2.1	なし	長女	62	6.1
C	82	女	MCI →AD	26	3.1	なし	長男嫁	52	8.5
D	78	女	DLB	22	1.8	2回 0.8	烏帽子親	81	2.4
E	82	女	DLB	25	5.2	4回 1.0	長男嫁	55	6.6
平均	82.8			20.4	2.9			61.4	5.2

AD:アルツハイマー型認知症、DLB:レビー小体型認知症、MCI:軽度認知障害
年齢:インタビュー実施時、MMSE得点、訪問看護導入時
訪問看護期間:インタビュー時まで、入院期間除く
入院回数:インタビュー時まで
烏帽子親制度:能登地方の慣習で、別の家族との間で親子関係を結ぶ擬制親子であり、実の親子と同様の密接な関係を結ぶ

インタビュー内容は、許可を得たうえICレコーダーで録音した。インタビューの平均実施時間は約30分であった。インタビューは、インタビューガイド(表2)に沿って実施した。

表2:インタビューガイド

1. 病院を受診する前に困っていたこと(対象者の症状や介護者自身の気持ちなど)
2. 病院を受診した目的・何を期待したか(診断、治療、入院など)
3. 医師の診察結果を踏まえて訪問看護を勧められた時の感想
4. 訪問看護時の対象者の様子や訪問看護開始後に変わった点
5. 訪問看護を通じて、介護者自身が変わったこと
6. この先不安に思うこと

録音内容をすべて逐語録に起こし、質的記述的に分析した(テーマ内容分析: thematic content analysis)。逐語録を繰り返し読み、訪問看護による認知症患者と家族介護者への影響に関する記述部分を抽出しデータとした。抽出したデータの意味を損なわない文脈で区切りコード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリ化した。さらにサブカテゴリを内容別に類型化し、抽象度を高めカテゴリ化した。データ分析の信頼性と妥当性を高めるために本研究は2名の研究者間で分析の過程を共有化し、コード化からカテゴリ化のプロセスを確認し検討を行いながら進めた。

表3:訪問看護導入前の介護者の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
本人の異変や行動の障害	認知症の症状(中核症状・周辺症状)(A,B,C,D,E)	物忘れ(記憶障害)(C)
		幻覚・妄想(A,B,D,E)
		暴言・攻撃性・興奮(B)
		徘徊(D)
診断時の介護者の不安・混乱	本人の異変や行動の障害に対する困惑(A,E)	専門家の説明を受け本人の病状を把握しなかった(A)
		本人の状態が(どうなっているのか)わからなかった(E)
	認知症の診断にショックを受ける(A,E)	本人が認知症になるとは思いもよらなかった(A)
		認知症と診断されてショックを受けた(A,E)
介護者の苦悩	一人で認知症の家族を抱えている辛さ(B,C,D)	なかなか入院させてもらえなかった(D)
		周囲は誰も助けてくれず孤独だった(B,C)
	本人と向き合えなくなった(A,B)	心が壊れそうになり本人と距離を置いた(B)
		本人に対して陰性感情を抱いた((A,B)
自分自身を責める・周囲に責められる気持ち(A,E)	自己嫌悪(A)	
	自責感(A)	
		周囲から責められている感じがした(E)

表4:訪問看護導入後の介護者の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
訪問看護師の存在による介護者の安心感・精神的ストレスの緩和	何でも相談できる安心感(A,B,D,E)	相談できる人がいて安心(A,D,E)
	直接相談できる安心感(B,C,E)	医師には言えない事を、訪問看護師には言える(B)
	緊急時に相談できる安心感(A,D,E)	訪問看護師が見に来てくれるので安心(C,E)
		訪問看護師は、顔が見えることで安心できる(B)
		緊急時に相談ができ、安心できる(D,E)
		トラブル時にすぐに駆けつけてくれた(A)
	医療・福祉両面のサポートが得られる安心感(B,C,D)	本人の身体面をフォローしてくれていることは安心できる(B,C)
疾患や本人への理解が深まる	精神的苦痛の軽減(A,B)	医療的な面だけでなく、介護・福祉サービスも含め本人の生活全般を看ている(B,D)
	認知症の捉え方の変化(A,B)	訪問看護師の助言で、介護サービスの導入を決めた(B)
	本人の捉え方の変化(A,B,E)	不安や辛さを表出することで気持ちが楽になった(A,B)
		時々笑えるようになった(A)
本人への適切な対応について理解が深まる(A,B)		自責感が和らいだ(A)
		認知症はそれほど大変でない(A)
		周囲のサポートだけで本人の力を維持できる(B)
本人のポジティブな変化	症状の改善(A,B,D)	本人の言動が病気のせいであると理解できる(E)
	QOLの向上(A,B,C,E)	陰性感情がなくなり本人の気持ちに寄り添える(B)
		ありのままを受け入れ見守る(A,B)
適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である	医療・福祉による支援を実感(B,C)	訪問看護師の本人への対応から学べる(A,B)
		本人に対する自分の接し方を見直す(A)
		叱らずに笑顔で接することが大事だとわかる(A,B)
		幻覚・妄想、攻撃性・焦燥感の消失(A,B,D)
		ケアを毎日楽しみにしている(A)
		訪問看護師を信頼し受け入れている(A,B,C,E)
		本人の一人暮らしは訪問看護師やその他の職種に支えられている(B,C)
		在宅介護を選んでよかった(B)
		他人に迷惑をかけず普通に生活できており良かった(D)
		これからも一人暮らしを続けてほしい(E)
		変えてくれる人がいるから、今後も在宅介護を継続できそう(B)

(倫理的配慮)

石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。家族介護者に対して本研究の目的と方法、プライバシー保護と匿名性の確保、参加は自由意志であること、途中辞退の自由、データは研究の目的以外で使用しないこと、データ管理は研究者自身が厳重に行うこと、研究結果は学会や学術誌にて公表予定であることを文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。

C. 研究結果

表1に示す通り、インタビュー対象者はすべて女性であり、平均年齢は61.4歳(52~81歳)、平均介護経験年数は5.2年(2.4~8.5年)であった。家族介護者の居住地は認知症者と同一あるいは隣接市町であり、自家用車で30分以内にある。認知症高齢者との続柄は、長女が2名、長男の嫁が2名、烏帽子親1名である。

分析より、訪問看護導入前の介護者の体験に関する3つのカテゴリと導入後の介護者の体験に関する4つのカテゴリが抽出された(表3,4)。

以下に抽出されたカテゴリについて説明する。なお本文中では、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》, コードを , 語りの一例を「 」, 語りの意味を明確にするための補足を()で表記した。なお、認知症者を「本人」、家族介護者を「介護者」と記載した。

1. 訪問看護導入前の介護者の体験

1) 【本人の異変や行動の障害】に伴う【不安・混乱】

本人に、物忘れ(記憶障害) 幻覚・妄想 暴言・攻撃性・興奮 徘徊 認知機能や判断力の低下》といった《認知症の症状(中核症状・周辺症状)》が出現し、介護者は【不安・混乱】状態にあった。「お皿がなくなったとか、お盆がなくなったとか…。薬を飲み忘れるようになり…」、「香典のお金が盗まれた…息子が金庫を開けてお金を盗っていた…」、「殺される、ぼうてくる(追いかけてくる)とかと言って。そんな妄想があったね。」、「ぼろくそに娘(私)のことを言うのです…すごい暴言があつて。…それで興奮して、攻撃性です。」

《本人の異変や行動の障害に対して介護者は困惑》し、本人の状態が(どうなっているのか)わからず 専門家の説明を受け本人の状態を把握したかった。「詳しい認知症というのが分からなかったの、とにかく今の母の状態というか、母がどうなっているのかということ、専門家の言葉で聞いたかった」。医師に認知症と診断された際は、本人が認知症になるとは思いもよらず《認知症の診断にショックを受け》、認知症の家族(本人)を抱えて今後どうしたらよいかわからず、《今後の不安》を感じた。「…本当にたまにしか顔を出していなかったもので、おかしくなっているなんて思いもよらなかった。」、「(診断を受けたときは)ただただ「ああ・・・」という感じで、あまり覚えていない…本当にどうしたらいいのだろうと、そればかりですね。…これからの生活、母をどのように見ていったらいいのかという不安でいっぱいだった。」

2) 【介護者の苦悩】

認知症と診断されるも、なかなか入院させてもらえず 周囲は誰も助けてくれず孤

独 で、介護者は《一人で認知症患者を抱えている辛さ》を感じた。また本人の暴言や行動の障害に対して 心が壊れそうになり本人と距離を置いたり 本人に対して陰性感情を抱く など《患者と向き合えなくなり》、そのような 自分自身を責めたり、周囲から責められている感じがして、【介護者は苦悩】していた。「…家に居られないから入院させて欲しいのに、なかなか入院させてもらえなくて、こんなにひどいのに…、なんで(病院に)入れてくれないのかなと思って、自分なりに泣いたこともあります。」「自分一人で抱えているような気持ちになって、しんどかったですね。」「父の顔を見ても吐き気がするというか…、父と向き合っていたら自分が壊れるなと思ったもので、私は1年半、空白期間を置いたのです。」「(訪問看護を利用していなかったら)母を叱ってばかりいて自己嫌悪になり、母と一緒に死を考えていたかもしれない。」「近所の人たちも変だと思っているけれど、これは嫁のせいだからと思っているんじゃないかとまで思いました。」

2. 訪問看護導入後の介護者の体験

1) 【訪問看護師の存在による安心感・精神的ストレスの緩和】

介護者は訪問看護師に対して《何でも相談できる安心感》や《直接相談できる安心感》《緊急時に相談できる安心感》《医療と福祉両面のサポートが得られる安心感》を抱いていた。「何でも話を聞いてくれて、ありがたいなと思った。」、「先生(には)…ちょっと遠慮する部分があつて、全部言っていないのかどうかと思うこと(でも)…看護師さんに(は)言える。」、「看護師さんが様子を見に来てくださるといのは、とても安心だなと思いました。」、「(本人にトラブルがあつた時に)本当にまさしく飛んできてくれたというぐらいの速さで家に来てくれて、びっくりしたのを覚えています。」、「やはり専門家がちゃんと血圧を測ってくださるといのは(良い)、私たちも定期的に家庭の血圧計でみるけれど…。飲まなくなった薬も継続的に…そういうものも見ていただいて安心。」、「困ったことが起きた報告、血圧の薬を飲まなくなったとか、健康診断の結果の話とか、医療的なものの数値をまず見て

いただける。」「父の生活圏、それから利用しているお店などを...いろいろな出来事が起きたときに、先生に説明するときに(訪問看護師に)エリアを知っておいてもらったら私もお話ししやすいかなということで、...マップを見ていただきました。」

また介護者は、(訪問看護師に)不安や辛さを出することで気持ちが楽になる

時々笑えるようになる 自責感が和らぐ といった《精神的苦痛の軽減》を体験していた。「訪問看護ということが、...認知症の人を抱えて生活していく中での不安とか、あった困ったことの全部を...話したことによって本当に自分が楽になる。」「今はどうにかやっていますが、穏やかというのは変ですけども、時には笑うことができるというのは、やはり訪問看護のおかげなのではないかなという気がするのです。」「自分は駄目だなとか、もうかわいそうだなとか、そんなことばかり思って泣いたときもありました。やはりそういうことの回数が、徐々にですけども減ることができたのは、本当に・・・」

2)【疾患や本人への理解が深まる】

介護者は 認知症はそれほど大変でない 周囲のサポートしだいで本人の力を維持できる と思えるようになるなど、《認知症のとらえ方が変化》していた。「薬が変わったわけでないが、周囲が変わって本人をサポートすることで維持している力は出るのだなと感じた」

また介護者は 患者の言動が病気のせいであると理解できる ようになり、 陰性感情がなくなり患者の気持ちに寄り添い ありのままを受け入れ見守る ことができるようになるなど《本人のとらえ方が変化》していた。「ずっとしつこく同じことを言っていたら、こちらもかっとしてきますが、後で「これが病気なんだな」というのがちょっと理解できるようになりました。」「(父の介護で)腹が立つのではなくて、「ああそうなのだな」と...なぜお金がなくなったのか(父を)責める必要がないという気持ちになってきた...(お金がなくなった)父が一番つらいのと思う...。父は基本的に優しい人なのです。」「どんな母でもすべて受け止められたら

と思うし、徐々にわかりかけてきている」

介護者は、訪問看護師の本人への対応から学ぶ 中で、 本人に対する自分の接し方を見直し たり 叱らずに笑顔で接することが大事だとわかる ようになり、《患者への適切な対応についての理解が深まって》いた。「実際に(訪問看護師の)やっている姿を見るとというのは、やはり違います。」「教えてくださるといって、「会話はこうせんなんな」とか。やはりそこも専門職の方の言葉掛けは上手だなと。」「(心の余裕を)持っているつもりだったのですが、接し方ですね。まだまだ余裕を持っていなかったのではないかなと。(訪問看護師と)母の対話を見ていて、3年目にして、自分ではやっているつもりが、まだまだ...。そのように客観的に見ることはできたといつか...」「認知症の人には笑顔で接して、責めない、その場の空気を大切にす。」「認知症はあまり叱らないということが少しずつ分かってきた」

3)【本人のポジティブな変化】

介護者は、訪問看護を利用した結果、本人の《症状の改善》や《QOLの向上》など【本人のポジティブな変化】を体験していた。「...そういうこと(物盗られ妄想)がよくあったのですが、今は不思議とそれが無いのですよ。」「現在、幻聴も幻視もなく落ち着いている。」「父は興奮しなくなったし落ち込みもしない。ちょうどいい状態。」「デイサービスの方が楽しいらしくて、毎日でも行きたいと言って...」。「母にとって娘には言いたくないこと、弱みではないけれども言いたくないこともあると思うのです。でも、(訪問看護師には)それを言えるということもあるようなので...。母が心を許している人ができたということはよかったです。」「父はやはり人が訪れてくれるのがうれしいのです」

4)【適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である】

介護者は、《医療・福祉による支援を実感》するとともに、在宅介護を選んでよかった

人に迷惑をかけず普通に生活できており良かった これからも一人暮らしを続けてほしい 支えてくれる人がいるから、今後在宅介護を継続できそう といった、《在

宅介護に対する肯定的な思い》を抱いており、【適切な支援があれば認知症者の単身生活は可能である】ことを体験していた。「看護師さんに来ていただいたり、ヘルパーさんだったり、ケアマネさんだったり、本当に皆さんに関わっていただいているので、とても安心感というか、頼っている部分がすごく多いので、皆さんのお力があってこそ、こうして今、何とか一人暮らしをしてこられているのかなとは思いますが。」、「父を施設に入れなくて本当によかった…。在宅介護を選んで、2年間楽ではなかったが後悔しない。父（の認知症）と向き合えてよかった…。支えてくれる人がいるから、今後認知症がひどくなっても、（在宅介護で）後悔はしないし、自分を追い込まずにやっていけると思う」、「今は（本人が）人に迷惑をかけずに普通に生活していられることがいいなと思う」

D．考察

訪問看護導入前の介護者の体験については、認知症の症状により直接的にもたらされた不安や困惑の他に、認知症と診断されたことによるショックや将来への不安、孤独感や周囲からの疎外感、患者と向き合えないことへの罪悪感などが率直に語られていた。このような感情は診察室では表出されにくく、我々医師が想像するよりも遥かに強い苦悩が、認知症の家族介護者にはあると思われた。今の時代、認知症が一般的な疾患となり、介護技術などの知識も容易に入手できるようになったにも関わらず、それ以前に介護者には共に戦う味方が必要だと改めて感じた。新オレンジプランで推進している認知症カフェのような取り組みはこれに応じたものであり、今以上に普及させる必要がある。

訪問看護導入後、介護者は訪問看護師にいつでも、何でも相談できる安心感や親近感を抱いている。この介護者と訪問看護師の「友達のような」親近感はアドミラルナースの役割としても強調されており¹⁾、親近感があるからこそ交わされる情報も深まり、看護の個別性が発揮されるものと推察できる。また訪問看護師が、認知症者にとって心を許して話せる相手であり、訪問を心待ちにする人であるということは、パーソン・センタードな立

場をとっている証と言える。介護者は、このような訪問看護師の態度から認知症者への対応方法を学び、認知症者を肯定的に捉えることができるようになり、認知症者でも単身生活を続けることに前向きな考えを示していた。このように訪問看護師の活動は家族介護者をエンパワーメントし、結果として「一日でも長く住み慣れた自宅で暮らしたい」という認知症者の希望を叶えること、すなわち認知症者の権利擁護に繋がっている。

一方で、介護者は服薬管理を含めた身体面でのサポートからも安心感を得ていた。認知症者は自ら身体的不調を表現できなかったり、身体的不調が原因で焦燥や興奮といったBPSDを呈することも稀ではないため、特に身体観察が重要である。我が国では、認知症者とその家族の最も身近な存在であるべきケアマネジャーの、90%近くが福祉系の基礎資格者であり、一般的に身体的・医学的な問題への対応は不得手である。このことは認知症者の在宅生活支援を推進するにあたり、大きなハンデとなる可能性がある。

アドミラルナースの役割として、多職種との連絡調整機能は重要である¹⁾。今回の研究では、介護者はこのことをあまり語らなかったが、それは当院との繋がりが保証されており、訪問看護師を通して院内外の関係者に情報が伝達されることがあ自明であるからだと思われる。このような訪問看護師の「ハブ」としての機能、すなわち連絡調整機能については既報の通りである²⁾。

E．結論

今回の研究を通して、訪問看護は家族介護者を身近なところからエンパワーメントし、認知症者の単身生活の継続に対して前向きにさせることが明らかとなった。新オレンジプランの理念を推進するに当たり、訪問看護は有力な手段となる。今後は、適切な訪問頻度や滞在時間、さらに訪問看護師一人あたりの適切な担当人数を明らかにする必要がある。

（参考文献）

1) Frances Bunn, et. al.: Specialist nursing and community support for the carers of people with dementia living at ho

me:an evidence synthesis. Health and Social Care in the Community;24(1),48-67, 2016

2) 北村 立: 目指せ! 日本のアドミラルナース - 石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介 - . 全国自治体病院協議会雑誌, 54(6) : 139-142

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) Kitamura T, Hino S. : Disinhibition Associated with Long-term Use of Donepezil. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. 6(3) doi:10.4172/2161-0460.1000234. 2016

2) 北村 立 : 認知症医療における精神科病院の役割と訪問看護への期待 . 地域連携・入退院と在宅支援 , 9(4) ; 54-58 , 2016

3) 北村 立 : なぜ抗精神病薬による鎮静から脱却できないのか . PROGRESS IN MEDICINE36 ; 1039-1043 , 2016

4) 北村 立 , 森 京子 : 向精神薬(睡眠薬・抗不安薬 , 抗うつ薬 , 抗精神病薬) によって誘発される認知症・認知障害 . 医薬ジャーナル , 52(11) ; 83-88 , 2016

5) Shiota S, Sugimoto Y, Murai C, Kitamura M, Hino S, Kitamura T, Shibata K: Classification of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Associated Factors in Inpatients in Psychiatric Hospitals – with Special Reference to Rehabilitation. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. 6(4);doi: 10.4172/2161-0460.1000258, 2016

2 . 学会発表

北村 立、坂上章 : 当院の身体合併症患者の転院に関する検討 - 一般科との円滑な連携を目指して - 第 191 回北陸精神神経学会 , 金沢市 , 2017.01.22.

H . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1 . 特許取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

特になし

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」

分担研究報告書

精神科病院における身体合併症医療の実態調査
研究分担者：齋藤正彦（東京都立松沢病院・院長）

【研究要旨】

昨年度研究の継続で、松沢病院合併症病棟に入院した101例の大腿骨近位部骨折事例を対象に、入院、手術までの期間に関する調査を行った。単科精神科病院で受傷した例が、自宅、福祉施設で受傷した例に比較して、有意に長い時間を要していた。転入院時に、骨折以外に肺炎、肺塞栓等の身体合併症をおこしている例では、手術までの期間がさらに延長していた。

2012年以降の松沢病院合併症病棟の診療統計、経営指標を分析した。この間、単科精神科病院のみならず、総合病院身体科、地域のクリニックからの転院依頼が増加している。合併症医療においては、精神科医が治療チームの一員として積極的に関与することが、患者の抑制率、抑制日数、在院日数等を削減することが示唆された。精神科病床における身体合併症医療は現在の診療報酬体系の下では全く不採算であり、行政的配慮が求められる。

【研究協力者】

井藤佳恵：東京都立松沢病院・精神科医長
牛田正宏：同・整形外科医長
吉田滋之：同・整形外科医員
梅田健太郎：同・精神科医員
河野正晴：同・初期研修医

A．研究目的

認知症患者の身体合併症治療は、患者自身が適切に症状を訴えられないこと、検査や治療に協力できないことなどのために、一般の身体疾患治療とは異なる課題を持っている。新オレンジプランは、精神科病院の身体疾患対応力を高めること、総合病院の認知症対応力を高めることでこれらの課題を解決することを提案している。

分担研究第1年度は、総合病院ER、総合病院身体科病床、精神科病院合併症病床を対象に調査を行い、研究第2年度には、ERにおける問題をさらに検討すると同時に、認知症患者の身体合併症の代表的な疾患として、外科系疾患では大腿骨近位部骨折、内科系疾患では誤嚥性肺炎に対する治療の実情を取り上げ、精神科病院合併症病棟における治療の状況を調査した。

研究第3年度には、大腿骨近位部骨折患者の治療状況に関する調査の補充に加え、精神

科病院合併症病棟における身体合併症治療の現状を調査し、その利点と課題を明らかにすることを目的として、経営、安全管理、患者の権利擁護などの視点から分析した。

B．研究方法

東京都立松沢病院（以下、松沢病院）の身体合併症病棟（以下合併症病棟）における経営指標（井藤・齋藤）、臨床指標（井藤）を収集し、分析した。また、第2年度に指摘した大腿骨近位部骨折に対する外科治療の遅れについて、受傷場所による違い等をカルテから調査した（牛田、吉田、梅田、河野）。（倫理的配慮）

本研究は、松沢病院の倫理委員会の了承を得ている。

C．研究結果

1) 大腿骨近位部骨折受傷から治療開始までの期間に関する調査

2015年度の報告で、松沢病院において、大腿骨近位部骨折に対する人工骨頭置換術を受けた患者について、受傷から骨折認知まで、受傷から松沢病院入院まで、また入院から手術までの期間が長いことを指摘した。今年度は、保存的治療を行った事例を含め、大腿骨近位部の骨折から治療までの期間について

再検討を行った。

対象は、2013年4月から2015年12月までに、大腿骨近位部骨折治療のため松沢病院合併症病棟に入院した患者101名である。92人(91.0%)が手術適応となり、残る9人については諸般の事情により保存的な治療が行われた。手術適応となった92人の受傷場所は、松沢病院内精神科病棟17人、松沢以外の単科精神科病院42人、福祉施設内6人、自宅27人である。

受傷から入院(松沢病院内の骨折については精神科病棟から合併症病棟への転棟)までの期間を、受傷場所の違いによって比較すると、受傷後入院(転棟)までに3日以上を要した患者は、単科精神科病院では42人中35人(83.3%)、自宅では27人中9人(33.3%)、松沢病院内では17人中5人(29.4%)福祉施設内6人中1人(16.7%)で、単科精神科病院での受傷例における入院遅延例の割合が他の3群いずれと比較しても有意に高かった(二乗検定 $p < 0.05$)。

手術を受けた92人について、受傷場所別に受傷日から手術日までの日数を調査した。受傷から手術を受けるまで1週間以上を要した患者は、単科精神科病院では42人中40人、自宅で受傷した患者では27人中13人、松沢病院内では患者17人中4人、福祉施設内では6人中1人であった。この結果をフィッシャーの直接確率法(正確検定)で検定すると、単科精神科病院での受傷例は、松沢病院内、自宅での受傷例に比較して有意に多い。

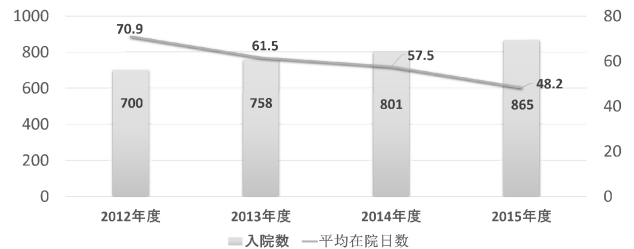
受傷後、手術までの期間が11日以上になった患者は10人で、受傷場所は単科精神科病院7人、松沢病院1人、自宅2人である。入院後手術までに時間を要した理由は、正常圧水頭症(1人)、深部静脈血栓症(3人)、下部消化管イレウス(1人)、肺水腫(1人)、肺炎(2人)、低栄養(1人)など身体合併症の治療が多くを占め、精神症状による治療拒否を説得する為に時間を要したものは当院の1例だけであった。

2)精神科病院における合併症医療に関する経営指標、臨床指標

グラフ1に松沢病院の合併症医療病棟入院患者数の年次変化を示した。2012年に年間

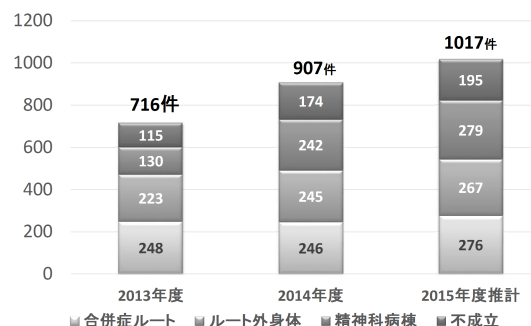
700件であった入院が、2015年度には865件となり、2016年度もさらに増加する見込みである。同じ時期に、70.9日だった在院日数は、48.5日まで減少している。

グラフ1 合併症病棟入院患者数・平均在院日数



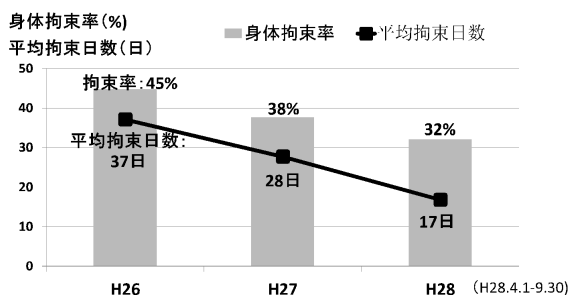
グラフ2は、2013年度から2015年度に、松沢病院が他の医療機関から受け入れた患者数の変化を表している。2013年度には716件であった依頼が2015年度には、1017件に増加し、『合併症ルート』は、都内の精神科単科病院で生じた身体合併症患者を、東京都福祉保健局を經由して松沢病院が受け入れた患者数、『ルート外身体』は、この合併症ルートを經由せず、精神科病院、総合病院、家庭医から直接の依頼で松沢病院が受け入れた患者の数を表す。この間、身体合併症を理由に松沢病院に転院した患者数は、471人から543人に増加している。一方、『不成立』は、依頼先、あるいは松沢病院の事情で受け入れに至らなかった転院依頼患者の数で2013年度の115件(16.1%)から2015年度には195件(19.2%)に増加している。『不成立』の中には、依頼時の松沢病院の病床マネジメント上、受け入れ困難であった例、依頼元の医療機関が何らかの事情によって依頼を取り下げた例、積極的ながん治療等、松沢病院の医療水準を超えるために、他の専門的な医療機関への転院を紹介した例などが含まれる。

グラフ2 他医療機関等からの入院依頼



グラフ3に、4つある合併症病棟の内、内科の閉鎖病棟における身体拘束の状況を示した。2016年度上半期の身体拘束率は32%、平均拘束日数は17日であった。2014年度には身体拘束率45%、平均拘束日数37日であったから、拘束率、拘束日数とも、最近2年間で急速に短縮している。

グラフ3 内科病棟身体拘束の現状



入院数(7年)	255人	297人	161人(半期)
平均在院日数	61.5日	43.8日	43.7日

グラフ4は、同じ病棟のインシデントレポートの数と在院患者数を示している。同病棟の予算定床は45床（看護基準13：1）であるが、現実的には、60%から80%程度の稼働率で運用している。グラフに示すとおり、在院患者数33人（稼働率73.3%）以上になると、33人未満の日に比較してインシデントの発生率が有意に高くなる（ $p=0.05$ ）。同様の傾向は他の3つの合併症病棟でも見られる。

グラフ4: 内科病棟 在患者数とインシデントレポート数 (H28.4.1-H28.9.30)

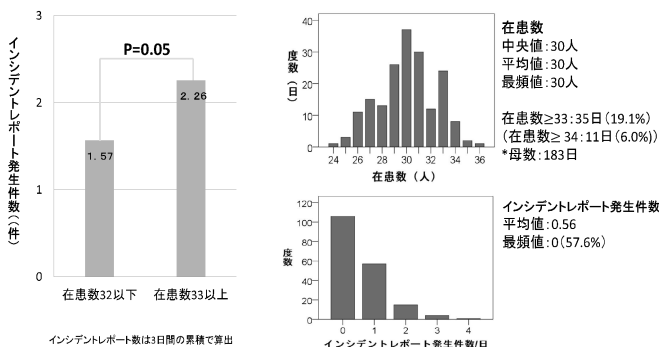


表1は、同じ病棟の収支の状況を示している。2014年度には1か月平均21.3人であった新入院患者数が2015年度前半には25.3人に増加（増加率18.8%）しているが、在院日数は63.8日から35.0日まで短縮（短縮率45.4%）している。その結果、月平均病床稼働率は73.3%から66.7%に減少し、1か月の入院料収入は22,008,000円から20,793,000円に減少（1,215,000円減/1か月）している。

2014年度における松沢病院の病棟別収支を計算すると、4つの合併症病棟は、赤字幅が最も大きい方から4つを占め、いずれの病棟も1年の赤字幅が2億円を超える。ちなみに、精神科病棟で赤字幅が2億円を超えるのは、24時間365日患者を受け入れている（年間約1000人、このうち、夜間休日に600人）救急病棟のみである。

表1 内科病棟診療実績・稼働率・収入

	2014年度平均	2015年4月～8月平均
月当たり新入院患者数	21.3人	25.3人(18.8%増)
月当たり退院患者数	21.5人	26.5人(23.3%増)
平均在院日数	63.8日	35.0日(45.4%減)
病床稼働率	73.3%	66.7%(6.5%低下)
月当たり入院収入	22,008,000円	20,793,000円 (1,215,000円/月減)

D . 考察

大腿骨近位部骨折治療を目的として松沢病院合併症病棟に入院する患者のうち、単科精神科病院で起こった骨折事例が、自宅、あるいは福祉施設で骨折した事例に比較して、入院、手術に至るまでの日数が有意に長いことが確認された。自宅、福祉施設での骨折事故は、直ちにかかりつけ医、総合病院等で診察を受け、一般の整形外科病棟で処遇が困難な場合は、最初にコンタクトした医療機関が松沢病院と直接連携して患者の転送を決める（ルート外）。今回の調査では、こうしたルート外の連携は迅速に機能していることが明らかになった。

一方、単科の精神科病院における骨折事例の中に、転院が遅れ、骨折以外の内科的合併症を起こし、手術までの期間が長くなる事例が多いことが明らかになった。東京都は単科精神科病院で起こった重篤な身体合併症に対応するため、単科精神科病院からの転院依頼をいったん都庁が引き受け、合併症治療を行う特定の病院（松沢病院以外は総合病院）と交渉して転院先を確保するという制度（合併症ルート）を持っているが、この行政手続きがしばしば、迅速な対応の妨げとなっていた。そのため、単科精神科病院の中には、まず、各病院が独自に持っているネットワークを通じて、近隣の総合病院と交渉をし、これらの病院で引き受けられない事例を合併症

ルートに乗せている場合がある。こうした場合は、受傷から治療開始までに、合併症ルートの手続きに要する時間に加えて長い時間を要することになる。このような治療開始までの時間の長さが内科的合併症を引き起こし、転院後の迅速な手術対応を困難にしている。患者を引き受ける医療機関（松沢病院を含めて）の側にも、自宅や福祉施設に比較すれば医療資源を持っている単科精神科病院入院中の患者の受け入れ優先順位が下がる可能性も否定できない。

松沢病院は、都内で唯一、認知症を含む精神疾患に合併した身体疾患を治療することを目的とした合併症病棟を持つ病院である。近年、合併症病棟への入院が増えているが、これは、従来の東京都合併症ルートを通じた単科精神科病院からの転入院ばかりでなく、一般病院、かかりつけ医からの直接紹介の増加による。東京は他の都道府県に比較して医療資源が豊富で、身体疾患の治療を受ける場所を探すことに難渋することはないにもかかわらず、松沢病院合併症病棟に東京都全域、近隣県からの入院があることは、精神に障害のある患者の側にそれだけのニーズがあるということの意味している。

認知症患者の身体合併症医療の質を評価する指標の一つとして合併症病棟における拘束率を取り上げた。東京都立の総合病院（広尾、大塚、駒込、墨東、多摩総合）における身体拘束の実施率は最高が大塚病院の16.4%であるから、松沢病院内科病棟の拘束率は現在なお非常に高い。しかしながら、総合病院に認知症患者が入院すれば、予定どおりの治療計画遂行、転倒の防止、徘徊等、他の患者に対する迷惑行為の防止などの目的でしばしば拘束が行われているのは周知の事実である。松沢病院合併症病棟と総合病院との比較を行うためには、総合病院における認知症患者の拘束率を用いる必要があるが、そうしたデータが存在しない。いずれにしても、身体拘束は、患者のADLを低下させ、肺炎、肺血栓症などのさらなる合併症の原因となるだけでなく、患者自身の自尊心を著しく傷つける。松沢病院合併症病棟の拘束率は2014年度の45%から2016年度上半期32%に減少し、平均拘束日数は37日から17日に短縮し

た。少なくとも、この期間に認知症の患者を含む精神疾患患者の合併症医療の質は大きく前進したことになる。同様に、2014年度には63.8日であった内科合併症病棟の平均在院日数が、2015年度前半には35.0日まで短縮しており（短縮率45.4%）、1か月あたりの新入院患者数も21.3人から25.3人まで増加している（増加率18.8%）。すなわち、2014年以降1、2年の間に、病棟のキャパシティが上がり、入院期間もほぼ半減している。この期間に、当該病棟のスタッフ数、内科治療に関する医療資源に変化はない。変化があったのは、担当する1人の精神科医の交代のみである。従来、松沢病院合併症医療は、身体科の医師がもっぱら治療の方針を決め、精神科医は精神保健福祉法に基づく非自発的入院の手続き、隔離拘束などの手続き、治療終了後の向精神薬の調整などに限られていた。精神疾患の状況とはかかわりなく治療方針が決められ、治療上の指示に患者が従えなければ拘束が長引き、その結果、身体疾患の治療が終了するころには、患者のADLが著しく低下している、といったことも珍しくなかった。2014年以降は、精神科医が入院時から患者に関わり、身体科の医師と協力して症例ごとに適切な治療目標、治療方針を決めるようになった。従来の、精神科治療はさておいて、身体疾患治療を優先するという方針を、精神と身体を区別せず、適切な治療方針が模索されている。加えて、入院時から退院を見据えた精神医学的ソーシャルワークを進めることが可能になり、退院の準備が円滑に進むようになった。このため、無駄な拘束は減り、退院までの期間も半減した。こうした精神科医の関与は、総合病院における精神科医によるリエゾンコンサルテーションとは別の次元の、密度の濃い医療チームを作る結果となり、精神科病院合併症病棟ならではの治療体制が作られている。

一方、こうした内科病棟の治療の質、量の向上は、病院経営改善には負の影響をおよぼしている。月平均病床稼働率は73.3%から66.7%に減少し、1か月の入院料収入は22,008,000円から20,793,000円に減少（1,215,000円減/1か月）している。松沢病院合併症病棟に治療を要請される患者の多くは、計画的な入

院治療の対象とはならない。疾病の兆候に自ら気づくことがなく、症状が強くなってもそれを的確に訴えられないために、診断が遅れ、治療が遅れる。このため、計画的に待機患者を入院させるという経営は不可能で、急な入院依頼が重なるときはベッドコントロールに難渋し、依頼が途切れると空床が増える。在院日数の短縮は、依頼が重なったときの患者受け入れキャパシティを増大させるが、経営的には稼働率低下というリスク要因になる。精神科病床の稼働率が90%内外であるのに対して、合併症病棟の稼働率は65%から75%である。松沢病院に4つある合併症病棟は、病棟別原価計算で最も赤字の大きい病棟であり、この稼働率の低さはその要因の一つである。一方、患者数が33人（稼働率73.3%）を超えると、有意にインシデントが増えるという現象からも明らかのように、精神科病床の13:1、15:1といった看護基準で、精神疾患と身体疾患を合併する患者用ベッド45床を満床にすることは現実的には不可能である。一般の総合病院内科系、外科系病棟とは異なり、松沢病院合併症病棟では、点滴や留置カテーテルの管理を理解できる患者の方が少ない。異常が起こったときに自らナースコールができる患者も多くはない。加えて、配薬した薬は患者が完全に飲み込むまで看護師が観察しなければならない。統合失調症の患者では拒薬による精神症状の悪化が身体疾患の治療に大きな悪影響を及ぼすし、服薬という行為自体を理解できない認知症の患者であれば身体管理に不可欠な薬物が服用されないという事態は珍しくない。合併症病棟における看護師の負担は、現在の稼働率をもってしても、過重なものになっている。

内科、外科などの専門医の視点から見れば、松沢病院の合併症医療は不十分なものである。しかしながら、総合病院における合併症治療が困難な事例が、松沢病院に集まるとい現象が起こっていると考えられ、その需要は増大しつつある。近年、松沢病院合併症病棟の受け入れキャパシティは増大しているが、入院依頼の増加はそれを上回る勢いである。一方、現在の診療報酬体系の中では、こうした医療は、きわめて不採算なものになっている。

E . 結論

- ・昨年度研究の継続で行った、大腿骨近位部骨折事例の入院、手術までの期間に関する調査では、単科精神科病院で受傷した例が、自宅、福祉施設で受傷した例に比較して、有意に長い時間を要していた。
- ・転入院時に、骨折以外に肺炎、肺塞栓等の身体合併症を起こしている例では、手術までの期間がさらに延長していた。
- ・精神科病院の合併症病棟への転院依頼は増加している。
- ・単科精神科病院のみならず、総合病院身体科、地域のクリニックからの依頼も増加している。
- ・内科、外科などの専門医のみならず、精神科医がより治療チームの一員として積極的に関与することによって、合併症治療中の患者の抑制率、抑制日数、在院日数等を削減することができる。
- ・精神科病床における合併症医療は現在の診療報酬体系の下では全く不採算である。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

なし（準備中）

2 . 学会発表

ワークショップ「認知症高齢者の医療における意思決定」斎藤正彦，井藤佳恵.第31回日本老年精神医学会(2016.6.24 ,10:00-12:00 ,金沢)

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

特になし

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」

分担研究報告書

地域型認知症疾患医療センターにおける一般病院と精神科病院の連携に関する研究
研究分担者：服部英幸（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 精神診療部・部長）

【研究要旨】

本研究においては、地域型認知症疾患医療センターにおける一般病院と協力精神科病院間の紹介患者について、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担について、身体面、精神面での指標構築をめざす。最終年度である今年度は、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。入院および外来症例について検討した。

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。

（倫理的配慮）

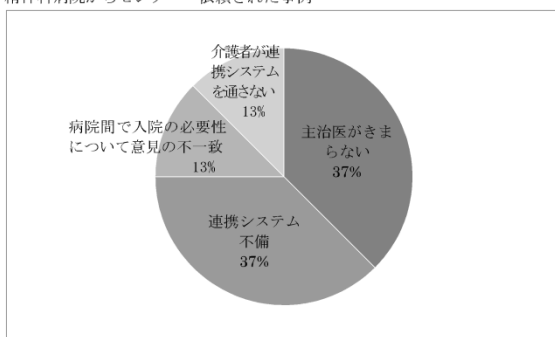
本研究は、厚生労働省が定める臨床研究に関する倫理指針を厳格に遵守し、当該研究施設(国立長寿医療研究センター)の倫理・利益相反委員会の承認の下に行われる。個人情報保護法に則り、被験者のプライバシーを守秘し、いかなる個人情報も外部に漏れないよう厳密に管理する。調査結果(データベース)は USB メモリなどパソコンから取り外し可能な外部記憶装置に保存し、施錠管理する。データベース作業中はインターネット環境に接続しない。

C. 研究結果

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. 1)。具体例について下記に記す。

主治医の決定が遅れた例
統合失調症で大府病院に長期入院中。H26.12.10 に頸の右側に腫脹があるのを確認、痛みの訴えあり。15 年ほど前に、碧南市民病院で悪性リンパ腫のために放射線治療を受けた既往あり寛解し終了している。再発が危惧されるとのことで転院依頼あり。血液内科医師に打診したが、痛みあるなら感染と思われるため、耳鼻科が適当とコメントされた。次に耳鼻科医師に打診したところ、耳鼻科で診察をして、その後必要な科に相談をかけるとコメントをもらった。結局、耳鼻科担当で入院となったが、受け入れまでに時間がかかった事例。

図. 1
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



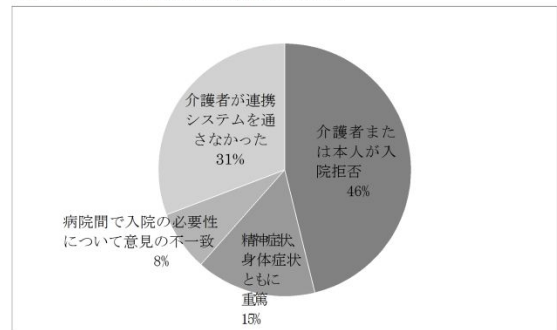
センターから精神科病院へ依頼があった事例で困難であった事例は 13 例であった。その中で頻度の高いものは「介護者または本人が精神科病院への入院拒否」「精神症状、身体症状ともに重篤で精神科病院では入院治療がむづかしい」であった(図. 2)。具体例について下記に記す。

家族が精神科病院入院を拒否した例

若年性アルツハイマー型認知症の男性例。興奮が強いため大府 HP を紹介したが妻が拒否。結局説得して大府 HP に行くことになったが妻一人では困難なため病院職員 3 人が付き添うことになった。大府 HP に着いたら再び妻が入院拒否。処方薬を出されて帰宅し

たが、やはり自宅では困難であり、再度入院調整をおこなった。

図. 2
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

この研究により従来多くの問題を指摘されてきた認知症における一般病院と精神科病院の連携に関して、相互の機能を十分に生かすことができる役割分担を明確化できる。それにより連携における新たなモデル構築のための基礎資料をめざす。

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 . 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

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

特になし

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」

分担研究報告書

介護老人保健施設における認知症者の入所受け入れ及び
精神科病院との連携に関するアンケート調査
研究分担者：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）
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】

我々は、平成 26 年度には、認知症治療病棟を有する精神科病院において、認知症者の入院期間とその期間に影響する要因及び退院支援に関する調査を実施した。また、27 年度においては、認知症治療病棟を有する精神科病院に、新規に入院する認知症者を対象に、入院後 4 ヶ月間の前向き調査を実施した。2 ヶ月以内退院率が 23.6%であった。4 カ月以上入院を継続しなければならなかったのは 37.1%であった。入院中の隔離・拘束は 29.2%に行われていた。認知機能障害や日常生活動作と異なり、BPSD は入院後、改善する傾向を認めた。4 カ月以内に退院したもののうち、自宅に退院したものは 20%弱に過ぎなかった。4 カ月後も入院を継続していたものの継続理由は施設入所待ちが 54.5%で、BPSD のためは 30.3%に過ぎなかった。依然として退院先の確保が困難であることが示され、退院先の確保が今後の喫緊の課題と考えられた。

そこで、平成 28 年度は精神科病院から退院する認知症者の受け入れ先として自宅以外に考えられる介護老人保健施設（以下、老健とする）を対象に、認知症者の受け入れ及び精神科病院との連携に関するアンケート調査を実施した。入所者のほとんどは認知症を有しており、行動・心理症状（BPSD）が悪化した場合、多くは精神科病院への入院が検討されていた。

A . 研究目的

2015 年に公表した国の新オレンジプランでは、認知症の人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すとされている。しかし、認知症者の中には、身体合併症の治療や、行動・心理症状（BPSD）の管理のための入院医療が必要な場合がある。特に BPSD の治療については、精神科病院における入院治療が必要なことが少なくない。このような場合でも BPSD が治まり、退院・外来治療が可能となると、すみやかに地域での生活に移行することが求められているが、様々な理由から入院が長期となり、退院困難になることが以前から指摘されている。厚生労働省は、精神科病院に入院する認知症者の 2 ヶ月以内退院率を平成 32 年（2020 年）には、50%にするとの目標値を設定している。

我々は、平成 26 年度の病院調査、平成 27 年度の患者調査を行い、BPSD が比較的改善

しやすいこと、自宅退院が困難であり施設入所待ちをしている認知症者も 50%を超えていることを明らかにした。また、認知症治療病棟を有する精神科病院に新規に入院する認知症者を、入院から 4 ヶ月間の経過をフォローする前向き調査を実施し、認知機能障害や ADL とことなり、BPSD は薬物療法などで比較的早期に改善する一方で、4 カ月以内に退院したもののうち、自宅に退院したものは 20%弱に過ぎなかった。4 カ月後も入院を継続していたものの継続理由は施設入所待ちが 54.5%で、BPSD のためは 30.3%に過ぎなかった。

そこで、今回我々は全国の介護老人保健施設（以下、老健とする）を対象に認知症者の入所受け入れ及び精神科病院との連携に関するアンケート調査を実施した。

B . 研究方法

全国の介護老人保健施設約 3,600 施設のうち、都道府県ごとの施設数から割合を算出し、

合計600施設を無作為に選択し対象施設とした。方法は郵送法により実施した。対象者は老健の相談員又は施設長、事務長等とした。内容は、以下の通りである。

・施設情報について

属性、老健入所中の認知症者の割合、介護度、日常生活自立度、認知症治療薬の処方割合、抗精神病薬の処方割合、身体抑制について、認知症者が入所継続困難となる理由、入所継続困難となるBPSD、入所継続困難な認知症者の退所先など。

・精神科病院との連携について

精神科病院に入院中の認知症者の老健への入所相談について、入所の有無、入所受け入れ可否の施設方針、老健入所中の認知症者の精神科病院への入院依頼について、精神科病院と老健間の情報提供について等。

・精神科医との連携について

精神科医の勤務について、老健が精神科医の支援の必要性を感じているかについて等。
(倫理的配慮)

アンケートは無記名にて実施した。また、本調査は神戸学院大学人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認を受け実施した(SE B16-09)。

C . 研究結果

調査期間は2016年11月2日～11月25日であり、回答施設は125施設(回収率20.8%)であった。

・施設情報について

施設設置は病院併設施設が49.6%、単施設が38.4%、認知症等を有している施設は26.4%であった。併設病院の種類は61.3%が一般病院、精神科病院は14.5%であった。提供しているサービスは通所リハビリテーションが70.4%で最も多かった。入所者のうち、認知症のある人が入所している老健は98.4%であり、介護度は要介護3が78.4%、日常生活自立度判定基準はaが68.0%であった。認知症治療薬を処方されている認知症者の割合は1/4以下が90.4%であり、向精神薬を服用している認知症者の割合は1割以下が66.4%であった。

施設での認知症者の入所継続が困難となる状態は、身体症状への医療的対応や経済

的理由等が22.5%であり、認知症の症状が理由の場合は77.5%であった(回答数40施設)。認知症の行動・心理症状(BPSD)として多いものは興奮が80.8%、異常行動が58.4%であった。施設での入所継続が困難となった場合、退院後の居所として多い者は併設病院が12.0%、併設以外の病院が72.8%であり、併設以外の病院の多くが精神科病院であった。

・精神科病院との連携について

精神科病院に入院中の認知症者に関する施設の受け入れ方針は、「BPSDの程度による」との回答が76.6%、「BPSDが再燃した場合、再入院の保障」が36.2%、「他の入所者と何ら差がなく受け入れている」が25.5%であった。認知症者の精神科病院からの受け入れの際に精神科病院から情報提供があるのは78.7%であった。精神科病院との連携を取ることがあると答えた老健(全体の75.2%)のうち、情報交換の方法としては電話や直接の会話が60.6%、書面が34.0%であった。また、精神科病院との連携に関して、特定の病院があるわけではないが、紹介できる病院があると回答した施設は66.0%であった。

・精神科医との連携について

施設における常勤及び非常勤の医師の診療科目で最も多いのは内科であり、常勤精神科医は1名であった。非常勤での精神科医の勤務については、回答のあった49施設のうちでは11名(22.4%)であり、精神科医の関与がない病院は76.8%であった。非常勤精神科医での対応や、必要に応じて精神科医が往診する、という回答がそれぞれ10%程度であった。認知症入所者のケアに関して精神科医の支援の必要性に関して、「感じる」と回答があったのは54.0%であった。精神科医の支援が必要と感じる理由として多かったものは、問題行動に対する助言、向精神薬の使用や調整について、重篤なBPSDについての対応についてについてなどの希望が多かった。一方で「必要性を感じない」と回答した理由としては、BPSDがあっても安定している、重症な

人・問題行動のある人を受け入れていない、精神科医ののアドバイスがあるといいが、老健内でのスタッフ間で検討する機会もあり、必ずしも必要ではない。などの意見があった。

D . 考察

今回の調査では、併設病院を有している病院が約50%であったものの、精神科病院を併設施設として有している病院は14.5%と少なく、老健が認知症棟を有している割合も26.4%であり、認知症者を専門的にケアする施設が少なかったのではないかと考える。しかし、今回の老健入所者のうち、症状の程度はあるものの、ほとんどの老健が認知症のある人を受け入れているが、認知症治療薬や向精神薬を服用している割合は少ないため、本調査での老健における認知症の重症度は低いのではないかと考えられる。

一方で、入所中の認知症者が老健での入所継続が困難になる理由としては、BPSDの悪化による問題行動などとなっており、その場合は、退所後に併設病院も含め、精神科病院に入院となるケースが多いことが明らかとなった。認知症者の老健と精神科病院間での入退所、入退院の際の連携については何らかの形で情報交換・情報共有が行われているようであった。精神科病院の紹介の際には、老健側で、必ずしも決まった病院があるわけではなく、ケースバイケースで精神科病院を検討し、紹介している病院もあるのではないかと考えられる。

精神科医の認知症者のケアなどに関する老健への勤務に関しては、常勤医師に関しては1名で有り、また、非常勤でも勤務も少なかった。精神科医の支援を必要と考える施設も、54.0%とおおよそ半数の施設であり、BPSDの軽減に関しての薬剤調整や専門的な助言を求める一方で、比較的軽度な認知症者を受け入れている方針である施設が多いのではないかと考えられる。

E . 結論

本調査において、介護老人保健施設を対象に認知症者の入所受け入れ及び精神科病院との連携に関するアンケート調査を実施し

た。今回の回答のあった老健は比較的認知症の重症度が軽度な施設であり、また、回答数が少なかったと考えられる。しかし、認知症の程度が重症化すると、併設施設が精神以外の場合は精神科病院への入院が検討されることが明らかとなった。また、精神科病院から退院する認知症者に関しては、BPSDの程度が老健の入所受け入れに関して大きな要因となっていることが明らかとなった。一方で、BPSDへの対応や薬剤調整に関しては精神科医の支援を必要としていることから、精神科医による老健への支援により、精神科病院から退院する認知症者の受け皿を増やすことができるのではないかと考えられる。

F . 健康危険情報

なし。

G . 研究発表

1 . 論文発表

1) Takako Morikawa, Kiyoshi Maeda, Tohmi Osaki, Hiroyuki Kajita, Kayano Yotsumoto, Toshio Kawamata, Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan: factors that can shorten their hospitalizations. *Psychogeriatrics*, (accept 2016.11.21) DOI:10.0000/psyg.12244, 2017

2) 尾寄遠見, 森川孝子, 前田潔 わが国の認知症施策の未来 精神科病院と認知症-課題とその解決-. *老年精神医学雑誌*, 第27巻第12号, 1337-1342, 2016.

2 . 学会発表

1) 前田潔, 森川孝子 精神科病院における認知症者の入院実態, 入院から4ヶ月間の前向き調査より (シンポジウム23) . 第35回日本認知症学会学術集会, 東京, 2016/12/1-3

2) 前田潔 精神医療における認知症医療; 精神科病院への認知症の人の入院 (シンポジウム7) . 第31回日本老年精神医学会, 金沢, 2016/6/22-24

3) 森川孝子, 尾寄遠見, 梶田博之, 前田潔: 精神科病院に入院する認知症者の認知機能, ADL, 行動・心理症状の変化-入院から4ヶ月間の前向き調査より. 第50回日本作業療法学会, 札幌, 2016.9.9.

4) Kiyoshi Maeda, Takako Morikawa, Tohmi Ozaki, Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan –Factors that can shorten period of the hospitalization. IPA-AR 2016 Meeting , 2016/12/9-11

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

特になし

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」

分担研究報告書

日本の精神科病院における認知症患者リハビリテーションの現状
アンケートによる調査より

研究分担者：前田 潔（神戸学院大学総合リハビリテーション学部・教授）
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）

【研究要旨】

【目的】本調査は、認知症治療病棟を開設する精神科病院を対象に「認知症患者リハビリテーション」（以下認知症患者リハ）の実施の有無及び実施状況とその有効性、実施に至らない要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2016年1月現在、日本精神科病院協会に登録があり、認知症治療病棟を開設する434精神科病院を対象とし、追加調査では、「認知症患者リハ」を実施していると回答があった精神科病院を対象とした。方法は、郵送法を用いてアンケート調査を行った。

【結果】「認知症患者リハ」の実施病院は、回答のあった72病院中の12病院（16.7%）のみであり、59病院（81.9%）が未実施であった。「認知症患者リハ」の実施病院は平均以上の作業療法士が従事しており、すべての病院がその有効性を感じていた。一方、その未実施病院が、実施に至らない理由として、「採算が合わない」、「療法士数に余裕がない」、「対象者が少ない」が多く、希望する実施基準への要望では、「療法士の専従要件を専任へ変更する」が最も多く、その他では「実施限度期間の延長」や「リハ料の引き上げ」が挙げられた。

【結論】「認知症患者リハ」には有効性があるが、実施に踏み切れない病院が多々あることが示唆された。その要因として在籍する療法士数の不足や採算の問題が挙げられ、「認知症患者リハ」の実施病院の増加を図るためには、療法士の「専従」から「専任」への変更や、実施限度期間の延長、リハ料の見直しなどの実施基準及び診療報酬の改定が今後期待される。

A．研究目的

認知症の人に対するリハでは、2006年から介護保険サービスにおいて「認知症短期集中リハ」が実施されるようになった。また2009年には、その有効性への期待から、認知症短期集中リハの対象となる認知症の重症度も軽度から重度へと拡大された。さらに2014年からは、介護保険による認知症短期集中リハのみではなく、保険医療機関においても、精神科病院の認知症治療病棟や認知症疾患医療センターに入院する重度認知症患者に対して短期集中リハを行う「認知症患者リハ料」が算定できるようになり、重度認知症の人に対する短期集中リハが開始された。しかし、この保険医療機

関における認知症患者リハは施行されてからあまり間がないため、実施施設数及び実施状況、有効性などに関する報告はほとんどない。

そこで本調査では、日本において認知症治療病棟を開設している精神科病院を対象に「認知症患者リハ」の実施の有無及びその有効性、実施に至らない要因等を把握することを目的としてアンケート調査を行った。また、実施を行っている施設に対して追加調査を行い、認知症患者リハの実施状況を整理及び検討した。

B．研究方法

調査の対象は、2016年1月現在、日本精神

科病院協会のホームページに記載されており、認知症治療病棟を開設している434精神科病院とした。追加調査では、認知症患者リハを実施していると回答があった病院において、認知症患者リハを担当している療法士1名を対象とした。

調査方法は、調査内容の説明書及び承諾書、調査用紙を対象施設に郵送し、同意の得られた病院から調査用紙及び承諾書の返送を受けた。

初回調査の内容は、認知症患者リハの実施の有無、療法士の勤務者数、認知症患者リハの対象者数、認知症患者リハの有効性、認知症患者リハの実施予定、認知症患者リハを実施しない理由、認知症患者リハの実施を開始するために希望する実施基準への要望の7項目とした。また、追加調査の内容は、回答者の基本属性、認知機能障害に対する介入内容、Behavioral and psychological symptoms of dementia（以下BPSD）に対する介入内容、Activities of Daily Living（以下ADL）に対する介入内容、

家族・介護者に対する介入内容、認知症患者リハの実施基準に対して希望する内容、

現在感じている困難や問題の7項目とした。質問及び回答の形式は、選択技法と自由回答法を併用し、回収されたデータは、各項目の回答ごとに単純集計を行った。また、自由回答に関しては、KJ法を用いてカテゴリー化し分類を行った。本調査は2016年1月から6月の期間に実施した。なお、本調査は、神戸学院大学人を対象とする研究等倫理審査委員会の審査を受けて承認されている。

C. 研究結果

本調査の結果、434病院中の72病院からの回答を得た（回収率16.6%）。また追加調査では、12病院中の7施設から回答を得た（回収率58.3%）。

1. 認知症患者リハの実施の有無

本調査実施時に認知症患者リハを実施していた病院は、72病院中12病院（16.7%）のみであり、59病院（81.9%）が実施しておらず、1病院が過去に実施していた（図1）。

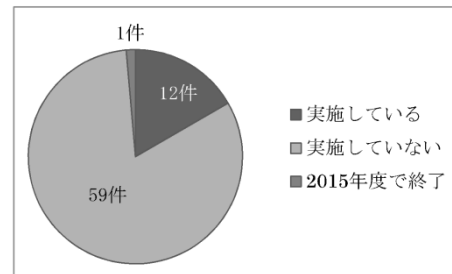


図1. 認知症患者リハの実施の有無

2. 認知症患者リハ実施病院における回答

1) 初回調査の結果

(1) 療法士の勤務者数

作業療法士の勤務者数は、「10名以上」が7件と最も多く、次に「4～6名」が3件、「7～9名」が2件であり、回答のあったすべての病院で作業療法士が4名以上勤務していた。また、理学療法士の勤務者数は、「0名」が5件と最も多く、次いで「1～3名」が4件、「4～6名」が2件、「10名以上」が1件であった。言語聴覚士の勤務者数では、「0名」が最も多く6件であり、次に「1～3名」が4件、「4～6名」及び「7～9名」がそれぞれ1件ずつであった（図2）。認知症患者リハに従事する療法士のほとんどは、作業療法士であった。

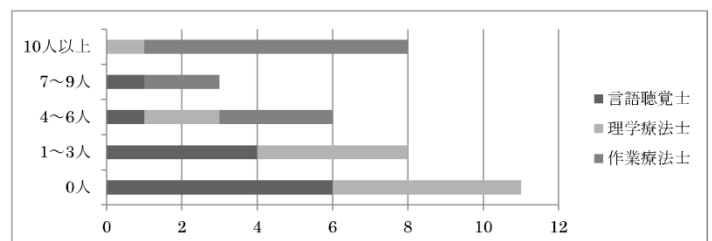


図2. 療法士の勤務者数

(2) 認知症患者リハの対象者数

認知症患者リハの対象者数では、「1～5名」が6件と最も多く、次いで「6～10名」及び「11～15名」がそれぞれ2件ずつ、「0名」、「20名以上」がそれぞれ1件ずつであった（図3）。

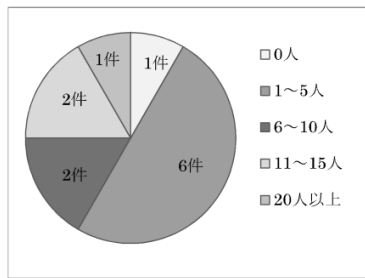


図3. 認知症患者リハの対象者数

(3) 認知症患者リハの有効性

認知症患者リハの有効性に対する回答では、「やや有効」が7件で最も多く、次に「とても有効」が5件、「有効性なし」が0件であり、すべての病院が有効性を感じていた(図4)。

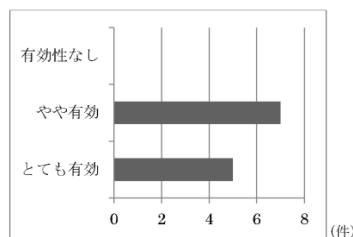


図4. 認知症患者リハの有効性

2) 追加調査の結果

(1) 認知機能障害に対する介入内容

認知機能障害に対する介入内容では、「手工芸」及び「散歩」がそれぞれ7件で最も多く、次いで、「体操」、「塗り絵」がそれぞれ6件、リアリティー・オリエンテーション(以下RO)、「調理」がそれぞれ3件、その他、「回想法」、「園芸」、「ゲーム」、「書道」、「軽スポーツ」、「歌唱」がそれぞれ2件などであった(表1)。

表1. 認知機能障害に対する介入内容(抜粋)

介入内容	件数	介入内容	件数
手工芸	7	園芸	2
散歩	7	ゲーム	2
体操	6	書道	2
塗り絵	6	軽スポーツ	2
RO	3	歌唱	2
調理	3	学習療法	2
回想法	2		

(2) BPSD に対する介入内容

BPSD に対する介入内容では、「散歩」、「塗り絵」がそれぞれ5件で最も多く、次いで

「体操」が4件、「手工芸」、「音楽鑑賞」が3件、「RO」、「学習療法」が2件などであり、認知機能障害に対する介入と同様の介入内容が多い結果であった(表2)。

表2. BPSD に対するの介入内容(抜粋)

介入内容	件数	介入内容	件数
散歩	5	調理	1
塗り絵	5	回想法	1
体操	4	園芸	1
手工芸	3	ゲーム	1
音楽鑑賞	3	書道	1
RO	2	軽スポーツ	1
学習療法	2	歌唱	1

(3) ADL に対する介入内容

ADL に対する介入内容では、「歩行練習」が7件で最も多く、次いで「排泄動作練習」が6件、「起居動作練習」、「食事動作練習」がそれぞれ4件、「更衣動作練習」、「バランス練習」がそれぞれ3件、「入浴動作練習」、「整容動作練習」がそれぞれ2件、「車椅子操作練習」がそれぞれ1件であった(表3)。入浴や整容動作に対する介入が少なく、介入の範囲に偏りがみられた。

表3. ADL に対する介入内容

介入内容	件数	介入内容	件数
歩行練習	7	バランス練習	3
排泄動作練習	6	入浴動作練習	2
起居動作練習	4	整容動作練習	2
食事動作練習	4	車いす操作練習	1
更衣動作練習	3		

(4) 家族・介護者に対する介入内容

家族・介護者に対する介入内容では、「ADL 及び IADL の介助方法の助言、指導」が5件で最も多く、次に「BPSD、認知機能障害に対する対応方法への助言、指導」及び「介護者自身への精神的援助」がそれぞれ4件、「導入した作業の進め方や援助方法の助言、指導」が3件、「疾患についての説明」が2件、「医療福祉サービスに関する情報提供」が1

件であった(表4)。

表4. 家族・介護者に対する介入内容

介入内容	件数
ADL及びIADLの介助方法の助言, 指導	5
BPSD及び認知機能障害への対応方法の助言, 指導	4
介護者自身への精神的援助	4
導入した作業の進め方, 援助方法の助言, 指導	3
疾患についての説明	2
医療福祉サービスに関する情報提供	1

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

(5) 認知症患者リハ実施基準への要望

認知症患者リハ実施基準への要望(自由記載)をKJ法を用いてカテゴリー化し分類を行った結果では、「リハ料算定可能期間の延長」が6件で最も多く、次いで、「重度認知症患者判定条件の緩和」が5件、「療法士の専従要件から専任要件への変更」が5件、「1人当たりの実施限度数の拡大」が4件、「リハ料の引き上げ」が1件であった(表5)。

表5. 認知症患者リハ実施基準への要望

要望	件数
リハ料算定可能期間の延長	6
重度認知症患者判定条件の緩和	5
療法士の専従要件から専任要件への変更	5
1人当たりの実施限度数の拡大	4
リハ料の引き上げ	1

(6) 現在感じている問題点

現在感じている問題点(自由記載)では、「リハ料算定可能期間の短さ」が4件、「リハ実施最小時間の少なさ」、「対象者の重症度における算定条件の厳しさ」、「介入可能な場所の制限」、「理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士の配置の偏り」がそれぞれ1件ずつであった(表6)。

表6. 現在感じている問題点

要望	件数
リハ料算定可能期間の短さ	6
リハ実施最小時間の少なさ	5
対象者の重症度における算定条件の厳しさ	5
介入可能な場所の制限	4
理学・作業・言語聴覚士の配置の偏り	1

3. 認知症患者リハ未実施病院における回答

1). 認知症患者リハの実施予定

認知症患者リハを実施していない59病院における認知症患者リハの実施予定に関しては、「予定なし」が最も多く42件(58.3%), 次に「予定あり」が10件, 「どちらとも言えない」が4件, 「未回答」が2件であった。回答のあった病院の半数以上が認知症患者リハを実施する意図がない結果となった(図5)。

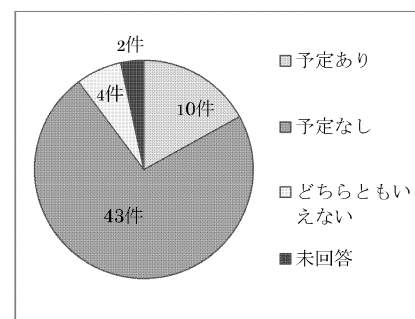


図5. 認知症患者リハの実施予定

2). 認知症患者リハの実施に至らない理由

認知症患者リハの実施予定がない病院において、実施に至らない理由として、「認知症患者リハを実施しても採算が合わない」が最も多く25件、次いで、「療法士の人数に余裕がない」が24件、「認知症患者リハの対象者が少ない」が17件、「認知症患者リハを実施する場所がない」が7件などであった(表7)。

表 7. 認知症患者リハ実施に至らない理由

理 由	件数
認知症患者リハを実施しても、採算が合わない	25
療法士の人数に余裕がない	25
認知症患者リハの対象者が少ない	17
認知症患者リハを実施する場所がない	7
その他	7

3). 希望する実施基準への要望

認知症患者リハの実施を開始するために希望する実施基準への要望(自由記載)を、KJ法を用いてカテゴリー化し分類を行った結果では、「療法士の専従要件から専任要件への変更」が最も多く14件であった。次いで、「リハ料の算定可能な期間の延長」11件、「重度認知症判定条件の緩和」及び「リハ料の引き上げ」がそれぞれ5件などであった(表8)。

表 8. 認知症患者リハの実施を開始するために希望する実施基準への要望

要 望	件 数
療法士の専従要件から専任要件への変更	14
リハ料の算定可能な期間の延長	11
重度認知症判定条件の緩和	5
認知症患者リハ料の引き上げ	5
認知症治療病棟の人員配置基準見直し	3
算定可能人数の拡大	3
常勤医師の専任条件から兼任条件への変更	3

D. 考察

1. 認知症患者リハの低い実施率とその要因

本調査の結果において、認知症患者リハを実施している病院は、回答の得られた72病院中12病院(16.7%)のみであり、認知症患者リハの実施率が低いことが明らかになった。また認知症患者リハ未実施病院における実施予定に関しては、「予定なし」が42件(58.3%)とその半数以上が実施する意図がない結果であった。実施に至らない理由としては、「実施しても採算が合わない」、「療法士の人数に余裕がない」、「認知症患者リハの対象者が少ない」が多く、認知

症患者リハ未実施病院が希望する実施基準への要望でも、「療法士の専従要件を専任要件へ変更する」が最も多く挙げられていた。今後、認知症リハを実施する病院数を拡大してくためには、これら病院経営に関わる問題点の改善の必要性が示唆された。さらに上記のことは、認知症患者リハを実施する病院の作業療法士数からも推測できる。12病院中7病院で10名以上の作業療法士が勤務しており、12病院すべてで4名以上が勤務している。日本作業療法士協会による2012年の調査では精神科病院1施設平均4.2名(1324施設中5617名)の作業療法士が勤務していることが報告されているが、認知症患者リハを実施する病院は平均以上の作業療法士が従事しており、療法士数にも余裕があることが推測される。

このような背景の中、上記の問題点を改善していく1つの改善策として、認知症リハを担当する療法士の要件である「専従」を「専任」に変更し、病院に在籍する限られた療法士の時間を有効的に使用してプラスの採算を維持できるよう、実施基準の変更を思案する必要性が考えられる。

その他、多く挙げられていた要望をみると、「リハ料の算定可能な期間の延長」や「リハ料の引き上げ」があった。認知症患者リハ料を算定できる期間は、入院してから1ヶ月間と非常に短期間となっている⁸⁾。入院してからリハビリテーションの計画を立てるための評価期間もあることを考えると、この期間は非常に短い。東は、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションに関して6年間で400例以上の試行結果を分析し、認知症短期集中リハが長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の点数を有意に改善させる結果が得られたことを報告している。入院する認知症の人に対して最大限に効果的な結果をもたらすためにも、認知症患者リハの実施期間を介護サ

ービスにおける認知症短期集中リハ同様に1ヶ月から2または3ヶ月への延長について早急に検討が為されることが期待される。

2. 認知症患者リハ介入の現状と今後

認知症患者リハを実施している12病院における認知症患者リハの有効性に対する回答では、すべての病院が有効性を感じていた。この結果は、認知症患者リハが、実施限度が1ヶ月という短い期間であるにも関わらず、有効性をもつ介入である可能性を示唆している。このことから、実施限度期間が3ヶ月に延長されれば、介護サービスにおける認知症短期集中リハ同様にさらなる効果が期待できるのではないかと推測される。

具体的な介入内容では、認知機能障害及びBPSD双方に対する介入において、「手工芸」及び「散歩」、「体操」、「塗り絵」、「音楽」等の同様の内容が多く挙げられていた。認知症患者リハ料の1人当たりの算定時間は20分以上とされているが、これらの結果から、短い実施時間を有効に活用するために、認知機能障害及びBPSD双方に効果的と考えられる活動を導入しようとする療法士の意図が伺える。

一方、本調査において認知症患者リハを実施している病院での現在感じている問題点や実施基準への要望の中で、「リハ実施のための最小時間」や「算定可能な実施回数」の少なさが挙げられている。先行文献では、認知機能障害及びBPSD、ADL、IADLそれぞれに有効性が報告されているいくつかの介入がある。認知症の人のリハでは、認知機能障害及びBPSD、ADL、IADL、家族・介護へのアプローチなど広範囲に介入を行う必要があるため、有効的な介入を十分に実施するためには、算定に係る1人当たりの最小時間や実施限度数の延長についても検討されていくことが期待される。

E. 結論

「認知症患者リハ」には有効性があるが、実施に踏み切れない病院が多々あることが示唆された。その要因として在籍する療法士数の不足や採算の問題が挙げられ、「認知症患者リハ」の実施病院の増加を図るためには、療法士の「専従」から「専任」への変更や、実施限度期間の延長、リハ料の見直しなどの実施基準及び診療報酬の改定が今後期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大瀧誠, 中前智通, 梶田博之, 中島綾, 森川孝子, 臨床実習を通じて作業療法学生が学ぶ作業の導入と適応 神戸学院総合リハビリテーション研究 11(2) 115-123, 2016
- 2) Aya Nakajima, Makoto Otaki, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa, Toshimichi Nakamae, Masako Kato, Assessment methods used by occupational therapist working in special needs schools in Japan, 神戸学院総合リハビリテーション研究 11(2) 135-145, 2016
- 3) 中前智通, 前田潔, 認知症の人のための作業療法 仁明会精神医学研究 13(1) 76-81, 2016
- 4) 巽絵理, 長見まき子, 中前智通, 復職支援プログラムに参加するうつ病患者の作業遂行特性; 箱作り法検査を用いて 関西福祉科学大学EAP研究所紀要 10 37-44, 2016

2. 学会発表

- 1) 中前智通, 巽絵理, 認知症の人に対する

る訪問作業療法の実態調査 第50回日本作業療法学会，札幌，2016/9/9-11

2) 巽絵理，中前智通，鼓美紀，復職支援における作業療法プログラムの気分と疲労に対する効果 第50回日本作業療法学会，札幌，2016/9/9-11

3) Toshimichi Nakamae，Kiyoshi Maeda，Newly implemented rehabilitation for dementia inpatients of psychiatric hospitals in Japan, IPA-AR 2016 Meeting，2016/12/9-11

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

特になし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>服部英幸</u>		服部英幸	在宅支援のための認知症BPSD対応ハンドブック	ライフ・サイエンス	東京	2016	1-190
<u>服部英幸</u>		服部英幸	認知症の行動・心理症状（BPSD）等に対し、認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業報告書	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	愛知	2016	1-132

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Takako Morikawa, Kiyoshi Maeda, Tohmi Osaki, Hiruyuki Kajita, Kayano Yotsu moto, Toshio Kawamata,</u>	Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan: factors that can shorten their hospitalizations.	Pshchogeriatrics,	(accept 2016.11.21)	DOI:10.0000/psyg.12244	2017
<u>尾寄遠見, 森川孝子, 前田 潔</u>	わが国の認知症施策の未来 精神科病院と認知症-課題と その解決-	老年精神医学 雑誌	27巻12号	1337-1342	2016
<u>前田 潔, 梶田博之</u>	特集「オレンジプラン, 中間 年の検証, 地域連携」認知症 初期集中支援チームの課題 神戸市における経験	精神神経学雑 誌	118巻2号	84-90	2016
<u>加藤真司, 仁木美砂子, 前田 潔, 谷口 洋</u>	介護老人保健施設における認 知症短期集中リハビリテーシ ョンの効果とその持続,	認知症の最新 医療	6巻4号	185-188	2016
<u>梶田博之, 尾寄遠見, 前田 潔</u>	認知症初期集中支援推進事業 の自治体による比較.	老年精神医学 雑誌	27巻11号	1215-1221	2016
<u>中前智通, 前田 潔</u>	認知症の人のための作業療法	仁明会精神医 学研究	13巻	76-81	2016
<u>粟田主一</u>	認知症支援と社会システム	医学のあゆみ	257巻	555-560	2016
<u>粟田主一</u>	認知症初期集中支援チーム	臨床精神医学	45巻	657-661	2016
<u>粟田主一</u>	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巻	2246-2250	2016
<u>粟田主一</u>	認知症医療と新オレンジプラ ン	日本臨床	74巻	499-504	2016
<u>Kitamura T, Hino S</u>	Disinhibition Associated with Long-term Use of Donepezil.	Journal of Alz heimer's Dise ase & Parkin .	6巻3号	doi:10.4172/ 2161-0460. 1000234.	2016
<u>北村 立</u>	認知症医療における精神科病 院の役割と訪問看護への期待.	地域連携・入退 院と在宅支援	9巻4号	54-58	2016
<u>北村 立</u>	なぜ抗精神病薬による鎮静か ら脱却できないのか	PROGRESS I N MEDICINE	36巻	1039-1043	2016

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
北村立, 森京子	向精神薬(睡眠薬・抗不安薬, 抗うつ薬, 抗精神病薬)によって誘発される認知症・認知障害	医薬ジャーナル	52巻11号	83-88	2016
Shiota S, Sugimoto Y, Murai C, Kitamura M, Hino S, <u>Kitamura T</u> , Shibata K	Classification of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Associated Factors in Inpatients in Psychiatric Hospitals – with Special Reference to Rehabilitation	Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism.	6巻4号	doi: 10.4172/2161-0460.1000258	2016
大瀧誠, <u>中前智通</u> , 梶田博之, 中島綾, <u>森川孝子</u>	臨床実習を通じて作業療法学生が学ぶ作業の導入と適応	神戸学院総合リハビリテーション研究	11巻2号	115-123	2016
巽絵理, 長見まき子, <u>中前智通</u>	復職支援プログラムに参加するうつ病患者の作業遂行特性; 箱作り法検査を用いて	関西福祉科学大学EAP研究所紀要	10巻	37-44	2016
Aya Nakajima, Makoto Otaki, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa, <u>Toshimichi Nakamae</u> , Masako Kato	Assessment methods used by occupational therapist working in special needs schools in Japan .	神戸学院総合リハビリテーション研究	11巻2号	135-145	2016