

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26年度～28年度 総合研究報告書

研究代表者 前田 潔

平成29(2017)年 3月

## 目 次

I . (総合) 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 . (総合) 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	----- 7
栗田 圭一	
2 . 認知症者の在宅生活継続に対する	
精神科訪問看護の効果に関する研究	----- 12
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	----- 18
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	----- 26
服部 英幸	
5 . BPSD (認知症の行動・心理症状) に対する	
向精神薬使用ガイドラインの有用性	----- 31
本間 昭	
6 . 認知症者の入院期間とその期間を決定する要因	
及び退院支援に関する調査	----- 35
森川 孝子, 前田 潔	
7 . 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	----- 42
前田 潔, 中前智通	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 49

「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



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

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ストラテジー。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

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

認知症者の在宅生活継続に対する精神科訪問看護の効果に関する研究  
研究分担者：北村 立（石川県立高松病院・院長）

【研究要旨】

石川県立高松病院（以下、当院）の日常診療から、認知症者の地域生活支援における訪問看護の役割を明確にするとともに、訪問看護により精神科病院への入院を抑制できるかについて検討した。平成 26 年 4 月から 27 年 9 月に当院へ入院した単身か子と二世帯の認知症者のうち、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。次に訪問看護をう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。「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の実現」という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であり、認知症者の精神科病院への入院抑制につながることを確認された。

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者の増加が社会的な問題となっている。これに伴う精神科病院への認知症者の入院の増加は、特に人権的配慮から社会的な批判を受けるようになった。一方、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、認知症者の意思が尊重され、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の実現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）では、平成 21 年度より認知症専門の訪問看護を行っており、認知症者の在宅生活の継続に一役買っていると自負している。そこで今回は、認知症者の地域生活支援における訪問看護の役割を明確に

するとともに、訪問看護により精神科病院への入院を抑制できるかについて検討した。これまで先行研究はなく、これからの我が国の認知症施策に与えるインパクトは大きいと考える。

B．研究方法

研究 1．認知症訪問看護の対象者の類型化の試み

平成 23 年度～25 年度の 3 年間に、当院で実施された認知症訪問看護の対象者の実態を分析し、その類型化を試みる。

研究 2．認知症者への精神科訪問看護が入院期間や退院先に与える影響の検討

平成 26 年 4 月 1 日から 27 年 9 月 30 日の間に、当院へ入院した認知症者のうち、世帯構成が単身世帯か子と二世帯の 58 人を対象とした。事前に訪問看護をしていた群（訪問群）12 人と訪問看護をしていなかった群（対照群）46 人に分け、自宅へ退院するまでの期間とそれに影響を与える要因について、Cox 比例ハザードモデルを用いて検討した。平成 27 年 9 月 30 日現在入院中の者は

その日までを入院期間とした。  
 研究3 . 単身認知症者に対する訪問看護の効果に関する検討

【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

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3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。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。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(C.T.とS.O.)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。

(倫理的配慮)

研究1～3は石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。研究3については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

研究1：平成23年～25年度の3年間で、新規に認知症訪問看護を行った194人のうち複数回訪問をしていた161人について調査した。

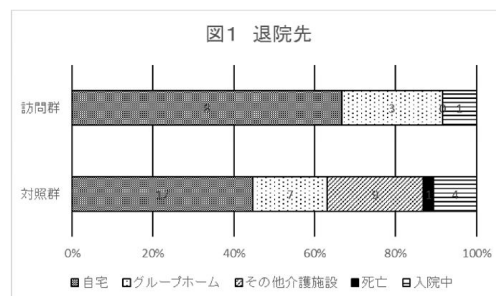
性別は男性51人(31.7%)、女性110人(68.3%)、平均年齢は78.0歳であった。診断はアルツハイマー型認知症が78人(48.4%)、レビー小体型認知症が26人(16.1%)、前頭側頭型認知症などその他の認知症が17人(10.6%)、その他老年期精神障害が40人(24.8%)であった。世帯構成は、単身世帯、夫婦二人世帯(以下、夫婦世帯)、未婚・離婚の子と同一世帯(以下、子と二人世帯)、既婚の子家族との同一世帯(以下、子家族世帯)の4群に集計した。単身世帯が30人(18.6%)、夫婦世帯が52人(32.3%)、子と二人世帯が20人(12.4%)、子家族世帯が59人(36.6%)であった。単身世帯と子と二人世帯を合わせた50人のうち女性が47人(94.0%)と、対象者のほとんどが女性であった。夫婦世帯は女性が23人(44.2%)で男性が過半数を占めた。子家族世帯では女性が40人(67.8%)であり、全体の比率とほぼ同じであった。

研究2：対象者の属性を表1に示す。

表1: 訪問群と対照群の属性

	訪問群 (n=12)	対照群 (n=46)	p値
性別	女性 10 (83.3%)	31 (67.4%)	0.478
年齢	78 (4.9)	84 (6.2)	0.001
診断	AD 7 (58.3%)	25 (54.3%)	
	DLB 2 (16.7%)	13 (28.3%)	0.939
	VD他 3 (25.0%)	8 (17.4%)	
主介護者	子 9 (75.0%)	39 (84.8%)	
	その他なし 3 (25.0%)	7 (15.2%)	0.417
MMSE	16.8 (7.2)	11.7 (7.3)	0.028
N-ADL	40.5 (4.5)	32.6 (12.7)	0.056
主訴	攻撃性 2 (16.7%)	17 (37.0%)	
	多動 5 (41.7%)	28 (60.9%)	0.981
	うつ・拒食 3 (25.0%)	3 (6.5%)	
	夜間不眠 3 (25.0%)	12 (26.1%)	
	大声・叫声 0 0	2 (4.3%)	
NPI	39.8 (28.7)	40.7 (20.8)	0.9085

訪問群は対照群に比べ、年齢が若く、入院時のMMSE得点が高かった。性差、診断、入院時主訴、入院時NPI得点に有意差を認めなかった。N-ADL得点は訪問群で高い傾向にあったが、有意差はなかった。自宅への退院は、訪問群が8人(67%)、対照群が17人(40%)だが、退院先について有意差はなかった(図1)。



両群の入院期間は図2に示すとおりであり、平均日数にすると訪問群 78.2 日、対照群 329.1 日と有意差を認めた。自宅へ退院するまでの期間に影響を与える要因として、両群に有意差のあった年齢、MMSE 得点と事前の訪問看護の有無を Cox 比例ハザードモデルで検討したところ、表2に示すように年齢や MMSE 得点は関係なく、事前の訪問看護だけが入院期間に関与していた。

図2:退院曲線

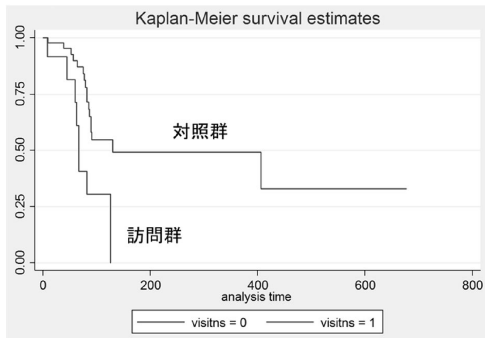


表2: 自宅への退院までの期間に影響を与える因子

要因	ハザード比	p	95%信頼区間
訪問看護あり	4.163	0.012	1.360-12.740
年齢	1.038	0.347	0.961-1.120
MMSE得点	0.97+	0.527	0.918-1.045

以上より、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。

研究3: 表3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。

表3: 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	介護経験年数
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:参事地方の慣習で、別の家族との間で親子関係を結び擬制親子であり、実の親子と同様の密接な関係を結ぶ

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(表4, 5)。

表4: 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) 認知機能や判断力の低下(B,E)
	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) 本人が認知症になるとは思いもよらなかった(A)
	認知症の診断にショックを受ける(A,E) 今後の不安(A,E)	認知症と診断されてショックを受けた(A,E) 認知症の家族(本人)を抱えて今度どうしたらよいかわからなかった(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)
	自分自身を責める・周囲に責められる気持ち(A,E)	本人に対して陰性感情を抱いた((A,B) 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5: 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) 医師には言えない事を、訪問看護師には言える(B)
	直接相談できる安心感(B,C,E)	訪問看護師が早に見えてくれるので安心(C,E)
	緊急時に相談できる安心感(A,D,E)	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) 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助けている(B,D)
疾患や本人への理解が深まる	精神的苦痛の軽減(A,B)	訪問看護師の助言で、介護サービスの導入を決心できた(B) 不安や辛さを出さず気持ち楽になった(A,B) 時々笑えるようになった(A) 自責感が和らいだ(A)
	認知症の捉え方の変化(A,B)	認知症はそれほど大変でない(A) 周囲のサポートがたいへん本人の方を維持できる(B)
	本人の捉え方の変化(A,B,E)	本人の言動が病気のせいであると理解できる(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)
本人のポジティブな変化	本人への適切な対応について理解が深まる(A,B)	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)
	症状の改善(A,B,D)	幻覚・妄想、攻撃性・焦燥感の消失(A,B,D)
	QOLの向上(A,B,C,E)	デイケアを毎日楽しみにしている(A) 訪問看護師の信頼し受け入れられている(A,B,C,E)
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)	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)
	在宅介護に対する肯定的な思い(B,D,E)	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、今後も在宅介護を続けたい(B)



## D . 考察

訪問看護には厳密な適応基準がなく、主治医の判断と患者及び家族の希望により実施される。したがって通常の外来診療や在宅介護サービスの利用だけでは対応が困難と思われるケース、例えば単身者、介護家族の疲弊が強い場合、地域との関係調整が必要な場合などが対象になりやすい。訪問看護の対象であること自体が精神科入院のリスクである可能性があるため、訪問看護の有無と入院の有無を比較するといった単純な検討では訪問看護の効果は検証できない。

まず研究1より、当院が行っている訪問看護の対象者は世帯構成により「単身・子と二人」世帯、「高齢夫婦」世帯、「子家族と同居」世帯の3群に分類でき、それぞれによって訪問看護の目的が異なる可能性が示唆された。特に「単身・子と二人」世帯は、純粋に家族介護力が不足していると考えられ、対象者のほとんどが女性であるため、ばらつきの少ない集団と考えられた。このため、以降の研究対象を「単身・子と二人」世帯に絞ることにした。

研究2より、「単身・子と二人」世帯、すなわち家族介護力の不足しているケースでは、早期から訪問看護を行なっていれば、一旦入院しても自宅へ退院するまでの期間が短縮し、施設へ退院する場合でも入院期間が短くなることが判明した。新オレンジプランに掲げられた循環型のシステムを有効なものにするためにも訪問看護は有効な手段だと考えられた。

研究3では、質的記述的検討により、認知症者に対する訪問看護の効果や役割を検討した。訪問看護導入前、介護者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に苦しんでいた。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。認知症介護者には、疾患や介護技術の知識以前に、共に戦う味方の存在が必要だと思われる。新オレンジプランで推

進されている認知症カフェ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<sup>1)</sup>、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。また介護者は、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を呈したり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<sup>1)</sup>。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自明だからだと思われる。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<sup>2)</sup>。

(参考文献)

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

## E . 結論

「単身・子と二人」世帯、すなわち家族介護力の不足しているケースでは、早期から訪問看護を行なっていれば、一旦入院しても自宅へ退院するまでの期間が短縮し、施設へ退院する場合でも入院期間が短くなることが判明した。ま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、認知症者の在宅介護に対して前向きにさせることが明らかとなった。「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の実現」という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であり、認知症者の精神科病院への入院抑制につながる。

## F . 健康危険情報

特になし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1 ) 北村 立 , 北村真希 , 関奈緒子 , 山川 透 , 日野昌力 : 家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討 . 老年精神医学雑誌 , 25(9) : 1027-1053.2014.

2 ) 北村 立 : 生活機能をふまえた BPSD 薬物治療のあり方 . 老年精神医学雑誌 , 26(増刊号 ) : 123-128,2015.

3 ) 村井千賀 , 北村 立 : 社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例 . 老年精神医学雑誌 , 26(1) : 84-88 , 2015.

4 ) 北村 立 : 目指せ！日本のアドミラルナス - 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

5 ) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、村井千賀、北村 立 : 精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法 . 作業療法ジャーナル , 49 : 685-691.2015.

6 ) Tatsuru Kitamura, Shinnichi

Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku hino. :Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS

Disord.2015;17(0):doi:10.4088/PCC.15m01785

7 ) Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, Tatsuru Kitamura : Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychogeriatrics, 2015 Apr27.doi:10.1111/psyg.12114

8 ) 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

9 ) 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

10 ) 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

11 ) 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

12 ) 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

1 ) 北村 立 : 地域の視点から認知症医療を考える 認知症医療において精神科病院が果たすべき役割 . 日本老年精神医学会 , 東京都 , 2014.06.13.

2 ) 北村 立 : 生活機能をふまえた認知症医

療・地域からこころの医療を考える会，栃木県，2014.09.06.

3) 北村 立：目指せ 日本のアドミラルナス～高松病院認知症訪問看護チームの活動～．第13回 認知症高齢者サポートを考える会，かほく市，2014.10.18.

4) 北村 立：先手必勝の認知症医療—生活機能の視点から BPSD をマネジメントする—。ぐんま認知症アカデミー第9回，前橋市，2014.12.07.

5) 塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、柴田克之、北村 立：認知症高齢者の生活機能と家族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～．第49回日本作業療法学会，神戸市，2015.6.20．

6) 塩田繁人、稲口葉子、杉本優輝、大西昌江、山川透、北村真希、北村 立：河北郡市の認知症支援ネットワーク～BPSD の予防や対応に焦点を当てて～．第53回全国自治体病院協議会総会・研修会，帯広市，2015.08.27.

7) 北村 立：認知症の治療とケア 生活機能の視点から BPSD をマネジメントする．日本認知症ケア学会 2015 年度北陸・甲信越地域大会，金沢市，2015.10.04.

8) 北村 立：生活障害としての認知症。地域包括ケア・イノベーションフォーラム第10回ワークショップ，東京，2015.10.07.

9) 北村 立，神川繁利，北村真希，佐野滋彦，日野昌力：超高齢認知症入院患者の臨床的特徴。第34回日本認知症学会学術集会，青森市，2015.10.02.

10) 北村 立：地域における一般科医療と精神科医療 - 認知症医療における精神科の役割 - 第35回日本社会精神医学会，岡山市，2016.01.29.

11) 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

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」

（総合）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：斎藤正彦（東京都立松沢病院 院長）

**【研究要旨】**

認知症患者の身体合併症治療の現状と課題を明らかにすることを目的に、東京都内の総合病院 ER、総合病院における精神科リエゾン、精神科病院身体合併症病棟における状況を調査した。具体的調査結果については、各年度の分担研究報告書に述べた。それらの研究結果から、自宅で生活している認知症高齢者については、かかりつけ医による日常的な身体管理、特に、患者自身の愁訴に頼らない身体症状の客観的把握が、救急化を防ぎ、救急車等の医療資源の効率的な利用につながることを示した。リエゾンについては十分な検討材料を得るに至らなかった。精神科病院身体合併症病棟における治療については、認知症にしばしば合併する外科系疾患として大腿骨近位部骨折、内科系疾患として誤嚥性肺炎を取り上げて検討した。総合病院では対応できない認知症患者について、精神科合併症病棟に対するニーズは高く、さらに増加し続けている。これを遂行するには、精神科特例の看護師、医師配置では対応困難であり、現状の診療報酬体系の中では継続が難しいことを示した。

**A．研究目的**

新オレンジプランは、認知症患者の身体合併症医療のニーズを、総合病院の認知症対応力を高めること、精神科病院の身体合併症対応力を高めることによって満たそうとしている。この研究では、総合病院の ER、総合病院一般病床入院患者に対する精神科リエゾン、精神科病院合併症病棟の治療実態を調査し、現状とその課題を明らかにすることを目的として計画された。

**B．研究方法**

については、初年度に都立多摩総合医療センターERの状況についてアンケート調査を行い、第2年度には、研究協力者が診療録をレトロスペクティブに調査して問題点を検討した。初年度の調査は、2014年10月28日から15年3月8日までの受診者について ER 担当医師を対象としたアンケート調査、第2年度は、ER 受診者のカルテ調査である。

については、初年度に都立広尾病院の神経科に、リエゾンの状況についてアンケート調査を行った。

については、初年度に松沢病院認知症病

棟に入院した患者と合併症病棟に入院した患者の属性を比較した。

第2年度、第3年度には、典型的な外科系疾患として大腿骨近位部骨折、内科疾患として誤嚥性肺炎を取り上げ、一定期間に入院した患者の属性、治療経過等についてカルテ調査によりレトロスペクティブな調査を行った。また、精神科病院における合併症医療の経営の実態、医療の質、治療効果などについて経営指標、臨床指標を分析することによって検討した。

（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**

都立総合病院 ER における認知症患者合併症治療の実態

初年度には ER 担当医に対するアンケート調査を行い、その結果を元に、第2年度に、2014年10月28日から2015年1月28日までの3か月間に受診した患者のうち、認知症を合併すると判断された患者のカルテ調査を行った。

対象期間中の ER 取扱数は、9180例、こ

のうち認知症と判断された事例は、合計 99 例（以下、認知症群）であった。同時期に救急受診した 75 歳以上の高齢者のうち、受診時に認知症の申告がなかった 1830 例を対照群（外来対照群）として比較した。

外来対照群に比較して、認知症群は、救急車使用率、入院率が有意に高かった。重症化するまで受診に至らなかった事例が多いためと考えられる。認知症群の受診理由では、「転倒」、「動けなくなった」、「失神」の割合が有意に高かった。

認知症群において、救急受診後入院となった 44 例のうち、入院後の記録が参照出来た 40 例について診療録の記載事項を検討した。入院時診断では感染症が多く 15 例（38%）を占め、続いて頭部等の外傷 5 例（13%）、脳血管障害 5 例（13%）、消化管出血 4 例（10%）などであった。入院した認知症群の入院後の経過を、同時期、ER 受診後に入院した 75 歳以上の高齢者 525 例のうち、病棟看護師によって概ね認知障害なしと判断された 242 例（入院対照群）と比較した。認知症群では、身体拘束、センサーマットの使用率が入院対照群より有意に高く、拘束による ADL の低下、全身状態の悪化が危惧された。入院後の転帰には、両群間に有意差はなかったが、両群とも転院例が 60%を超えており、高齢の救急受診者の治療については、転院後の状況を含めた追跡調査が必要であろう。

#### 総合病院一般病床入院患者に対する精神科リエゾンに関するアンケート調査

都立広尾病院神経科が受けた、入院患者に関するリエゾン依頼事例の中から、認知症に関連した事例を収集したが、分析の対象となるに足る数の事例を収集できなかった。

#### 精神科病院合併症病棟における身体医療の実情に関する調査

##### -1 合併症病棟と認知症病棟の患者属性等の差異について

都立松沢病院認知症病棟、同、合併症病棟の入院患者を調査の対象とした。認知症病棟（2 病棟）への入院は、認知症の BPSD など精神症状の治療が主たる目的である。1 棟は

精神科医のみ、もう 1 棟は精神科医、内科医がいる。合併症病棟は、外科系 2 棟、内科系 2 棟がある。この病棟に入院する患者は、精神疾患に加えて身体疾患を合併し、単科精神科病院や一般の総合病院では対応が困難な患者である。

初年度に、2014 年 9 月 1 日から 12 月 31 日の間に、認知症病棟を退院した全患者 93 例、合併症病棟を退院した認知症患者 41 例を比較した。年齢、性別に差はない。認知症の原因となる疾患構成では、認知症病棟でアルツハイマー病、前頭側頭型認知症の割合が高く、合併症病棟では、血管性認知症の割合が高かった。血管性認知症を発症する患者には、重篤な循環器疾患、代謝疾患等を基礎疾患として持つものが多いためと考えられる。一方、精神症状や行動障害が顕在化しやすいレビー小体型認知症や、前頭側頭型認知症は、認知症病棟に多い。

入院前の居所をみると、認知症病棟入院患者の 73.1%が自宅であるのに対して、合併症病棟では自宅からの入院が 56.1%と少なく、一般病院から 14.6%、精神科病院から 9.8%の割合が比較的高い。合併症病棟は、一般病院で認知症症状のために対応困難な患者、精神科病院で身体疾患治療が困難な患者の受け入れ先になっている。

これに対して、自宅退院の割合は、合併症病棟は 29.3%、認知症病棟は 19.4%であった。認知症病棟に自宅から入院した 68 例のうち、自宅に退院した例は 18 例である。

向精神薬（抗精神病薬、睡眠導入薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗認知症薬、抑肝散、抗痙攣薬等）の処方は、認知症病棟の 84.9%、合併症病棟の 43.9%で行われていた。

身体拘束に関しては、認知症病棟の 15.1%、合併症病棟の 68.3%で行われていた。認知症病棟の身体拘束は、脱水に対する点滴、経管栄養等を目的とした短期間、短時間の措置であるが、合併症病棟では、持続点滴などの治療処置の間、長期間にわたって持続的に行われるものが少なかった。

入院患者の ADL を比較すると、両病棟とも、60%から 80%の患者が入院時の機能を維持しており、退院時の ADL が入院時より改善した例は、低下した例に比較して割合が

高い。

認知症病棟における身体拘束の有無は、退院時の歩行機能の低下にはつながっていない。むしろ、認知症病棟における拘束例の25%が退院時、入院前より歩行機能が改善していた。認知症病棟の向精神薬使用については、処方のない群では歩行能力低下が1例もなかったのに対して、処方のあった例では72例中7例に歩行能力低下を認めた。

合併症病棟においても、身体拘束が患者の退院時歩行機能に影響したという統計的根拠は見出されず、身体拘束を受けた患者の28%に、歩行機能の改善を認めた。向精神薬の処方の有無と歩行機能に関しては、処方されなかった患者では、26.1%が改善している一方で、向精神薬を処方された合併症患者の22.2%は、退院時の歩行機能が入院時より低下していた。ただし、上記の検討については症例数が少なく、さらなる検討を必要とする。

## -2: 松沢病院合併症病棟における誤嚥性肺炎治療に関する調査

初年度は、2014年4月1日から2015年3月31日までの期間に身体合併症病棟(176床)および認知症病棟(76床)を退院した認知症患者のうち、誤嚥性肺炎と診断され、加療された患者は46例である。平均年齢は79.1歳、男女比は男性22例、女性24例で、診療科別では内科56.7%(26例)、整形外科21.7%(10例)、神経内科6.5%(3例)、脳外科2.2%(1例)、精神科(認知症病棟)13.0%(6例)であった。治療後の転帰については、精神科病院への転院34.8%(16例)、院内で内科から精神科へ転科6.5%(3例)、死亡21.7%(10例)、自宅へ退院19.6%(9例)、施設へ転出14.3%(8例)であった。

診療科により患者の特徴は異なり、内科では既に他院で肺炎の診断がつき治療開始していても奏功しない治療困難例、施設入所者の誤嚥性肺炎発症が多かった。既治療患者では、抗菌薬の単独使用では治療困難である例が少なく、入院時、既に重度の呼吸不全であるため入院後数日で亡くなる例もみられた。

整形外科では、入院時に胸部XP上、陈旧性の肺炎変化を認め、おそらく元々軽い嚥下

障害のあったと思われる患者が、骨折して整形外科手術治療目的で当院に入院し、術後の臥床安静中に肺炎が顕在化する症例が多くみられたが、肺炎重症例は少なかった。

精神科(認知症病棟)では、主としてBPSDの治療を目的として入院した患者の中に、潜在的な肺炎患者があり、入院時の検査で発覚したもの、入院後に肺炎を顕在化したもの、入院後の療養過程で肺炎を起こしたものなどがある。

誤嚥性肺炎で治療を行った患者について入院前後の生活自立レベルを比較したところ、肺炎治療後に生活自立レベルが低下したもの(死亡を含む)50%、不変が43.5%、改善したものは6.5%であった。誤嚥性肺炎の罹患をきっかけに半数で、生活自立レベルが下がることが示された。

## -3 松沢病院合併症病棟における大腿骨近位部骨折治療に関する調査

研究第2年度に、2013年4月1日から15年3月31日までの2年間に、松沢病院において人工骨頭置換術を行った51例を対象に調査を行った。対象患者全例に精神疾患を認め、同じく全例に何らかの身体的基礎疾患を認めた。手術に先立って治療を要する身体疾患がなかった症例は51例中8例のみであった。

受傷後、骨折が認知されるまでの期間、当院入院までの期間が、前者で平均3.4日、最長30日、後者で平均10.0日、最長36日と長いのは、基礎となる精神疾患に関連した社会的背景によるところが大きい。入院から手術までの期間は平均7.4日、最長22日であった。

術後の合併症の頻度も高く、リハビリテーションに時間を要する例、退院後の静養先確保に時間を要する例があり、整形外科病棟入院期間は平均78.5日、最長234日であった。

受傷前に独歩歩行が可能であった40例のうち、手術後、独歩可能なまでに回復したのは29例で、51例中16例(31.4%)は、退院時の歩行機能が、受傷前の歩行機能より低下していた。認知症11例についてみると、受傷前の機能を維持したものの5例(3例独歩、2例介助歩行)、術後、歩行機能低下をきた

したものの6例(独歩 介助歩行2例、独歩車椅子3例、介助歩行 車椅子1例)であった。認知症群の歩行機能維持率45.5%は、その他の精神疾患の機能維持維持(改善1例を含む)率75.0%に比較して低かった。

認知症患者の術後歩行機能の再獲得の障害となったのは、リハビリテーションが円滑に進まなかった、術後せん妄により安静が保てず脱臼、創部感染を起こした、精神症状に起因する全身状態の悪化をきたした(統合失調症例)などである。なお、術後せん妄は10例、19.6%に見られたが、これは、一般患者を対象とした従来からの報告より低く、術前から整形外科医と精神科医が併診する松沢病院合併症医療の成果であるといえる。

研究第3年度には、骨折事故が起こった場所による手術までの期間の遅延を検討するため、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1日から2015年12月31日までに、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人である。101人中、92人(91.0%)が手術適応となり、残る9人については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( $\chi^2$ 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比較した。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、自宅では27人中13人、松沢病院内では患者17人中4人、福祉施設では6人中1人であった。単科精神科病院での受傷例は、

他のどの群と比較しても手術遅延例が有意に多かった( $\chi^2$ 乗検定、 $p < 0.01$ )。

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、松沢病院内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。

#### -4 精神科病院における合併症医療に関する経営指標、臨床指標の検討

2012年に年間700件であった松沢病院の合併症病棟入院患者数は、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。

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転・入院依頼数の変化を見ると、2013年度には716件であった依頼が2015年度には、1017件に増加している。都内の単科精神科病院で生じた身体合併症患者を、東京都福祉保健局を経由して松沢病院が受け入れるというルールによる依頼(合併症ルート)、この合併症ルートを經由せず、精神科病院、総合病院、家庭医から直接受ける依頼(合併症ルート外)はほぼ同数であるが、徐々に合併症ルート外の転院依頼の割合が増している。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。

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。2014年度の身体拘束率45%、平均拘束日数37日から、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。拘束率、拘束日数とも、最近2年間で急速に減少している。

同じ病棟のインシデントレポートの数と在院患者数の関係を見ると、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。

同じ病棟の診療状況と収支の関係を見ると、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 23 の病棟について、各々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。

#### D . 考察

松沢病院は、890 床の病床をもつ精神疾患を対象とした医療機関である。このうち、4 病棟 176 床が精神疾患患者の身体合併症に対応する病床で、この他、結核患者のための病棟が 1 棟ある。合併症病棟のうち 2 つは精神科指定病床、2 つは一般病床で精神保健福祉法に基づく行動制限等が必要な患者と、そうでない患者とで病棟を使い分けている。この他、この研究の 1 年目には、認知症病棟（2 病棟）の入院患者も分析の対象とした。

合併症 4 病棟のうち、1 病棟が 41 床、残る 3 病棟が 45 床で、看護基準は 2 病棟が、13 : 1、2 病棟が、15 : 1 であるが、院内の傾斜配置で看護師数は基準を上回り、各々 23 人ないし 24 人の正看護師を配置して、準夜勤、深夜勤に 3 人ずつ 3 交代になっている。2016 年 4 月 1 日現在医師数は、内科・神経内科 11 人、外科 1 人、整形外科 2 人、脳神経外科 2 人、形成外科 1 人、麻酔科 2 人、リハビリテーション科 1 人、放射線科 1 人、歯科口腔外科 2 人で、4 つの病棟に 4 人の精神科レジデント、2 人の精神科医長が配置されている。夜間、休日は、2 人の常勤精神科

医、1 人の身体科医、1 人の精神科レジデント、1 人のジュニアレジデントが勤務している。平成 26 年度には、199 件の手術が行われ、このうち 174 件は全身麻酔下の手術であるが、松沢病院の場合、手術の夜に、外科系の医師が誰もいないという事態が日常的に起こる。

上記のように、松沢病院身体合併症病棟の診療体制は、総合病院のように様々な身体疾患に対して十分な治療ができるようなものではない。入院前の患者の居住地は、東京都全域を中心に、神奈川、千葉、埼玉など近県にも及んでいる。認知症患者に限っても、BPSD を理由に認知症病棟に入院する患者の住所分布が松沢病院を中心とする半径 5 キロメートル及び、交通の便の良い鉄道沿線に集中しているのに比較して、身体合併症治療を目的に入院する患者の居住地の分布は都内全域から周辺自治体に広がっている。

松沢病院の合併症医療は、総合病院に比較して人的資源が乏しく、対象となる疾患も限られているにもかかわらず、東京都及び隣接する自治体から入院要請が寄せられている。松沢病院に身体合併症治療を要請する医療機関の中には、三次救急医療機関を含む総合病院が多く含まれており、単科精神科病院の合併症医療ニーズだけでなく、総合病院の医療では対応しきれない患者の受け皿となっていると考えられる。

第 2 年度の報告書で、認知症患者の身体合併症治療におけるいくつかの課題について述べたが、さらに第 3 年度の研究結果を踏まえ、もう一度、認知症の身体合併症医療の課題を整理する。

第一の課題は、受診の遅れとそれに伴って生じる問題である。総合病院 ER を受診する認知症患者は、同年代の非認知症患者に比較して、救急車の利用が多く、そのまま入院する例が多かった。しかも、受診のきっかけは、「転倒した」、「動けなくなった」、「失神したなど」、本人の訴え以外のものである。患者自身が身体症状を的確に訴えられない、あるいは家族、施設、場合によっては医療機関における観察が不十分であるために、疾患に気づかれるのが遅く、対応が遅れがちであるということである。かかりつけ医による日常的



な身体管理の徹底が救急化を防ぎ、認知症患者や家族の安全のためにも、医療資源の有効利用のためにも重要である。

松沢病院の合併症病棟に、誤嚥性肺炎、大腿骨近位部骨折を理由に入院する事例でも、入院までに時間がかかり、肺炎や骨折などに加えて、別の身体合併症、栄養障害、貧血など、全身状態を悪化させる要因を抱えているものが多い。単科精神科病院から松沢病院合併症病棟に転入する患者で、自宅、施設入居者に比較して治療遅延が目立った。単科精神科病院における基本的な身体管理機能の向上と同時に、円滑な転院ができるようなシステムの改善が必要であると考えられる。

第二の課題は、治療の過程に対する認知機能低下の影響である。医療機関を受診するまでに遅れが生じることに加え、受診時の治療同意の問題、入院後、患者が治療に協力できないことに起因するトラブルについての検討が必要である。この課題は、認知症患者の医療に関する人権の問題と言い換えてもよい。治療同意の問題は、その後の治療過程に大きく影響し、別の個人や団体に代諾権を認めれば済むという問題ではない。この研究班では、2016年の日本老年精神医学会ワークショップにおいてこの問題を取り上げてディスカッションを行った。今後も、検討を続ける必要がある。

意思能力の低下は、入院後の治療に患者自身が協力できないという問題にも直結する。このため、円滑で安全な治療の遂行を理由としてしばしば身体拘束が行われる。総合病院における身体拘束は、精神保健福祉法の定めるような手続きを必要としないため、かえってその実態がわかりにくい。松沢病院入院患者の拘束率は、2014年の調査で、合併症病棟では68.3%、認知症病棟では15.1%であった（認知症病棟の15.1%についても身体合併症治療のための点滴等を理由とするものである）。同時期、内科系合併症病棟のみを見ると、外科系病棟に比較して若干低く、身体拘束率45.0%、平均拘束日数37日であったが、研究第3年度2016年上半期の調査では、内科系合併症病棟の身体拘束率は32.0%、拘束実施日数17日まで縮小されていた。

2014年から16年の2年間に、同病棟の入院患者数が18.8%増加し、在院日数は45.4%短縮したことは、第3年度の報告書に述べたとおりである。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、精神科医の役割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。これは、総合病院における精神科リエゾンに近い機能である。2014年以降、松沢病院の内科合併症病棟では、精神科医が入院時から患者の治療に関わり、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。身体疾患治療を優先するために精神科医は、求められた時だけ最小限の関与をするという従来の方針を、入院直後から精神と身体を区別せず、退院後の生活を視野に入れた総合的治療方針を模索していくという方針に大きく転換された。総合病院における標準的な治療をそのまま実施することではなく、個々の患者の能力とその後の生活を考慮した治療方針を立てることによって、患者の拘束率が低下し、拘束期間が大幅に短縮した。こうした関与によって、入院時から退院後を見据えた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。こうした密度の濃い切れ目のない精神科医の関与は、総合病院における精神科リエゾンとは次元の異なる質の高さを必要とする。

第三の課題は、医療経済上の問題である。認知症患者の頻繁な救急受診は、総合病院救急医療の効率を下げ、救急医療のコスト・パフォーマンスを低下させている。研究第2年度に行ったER担当医へのアンケートでは、ERを受診した認知症患者の中で、実際に医療上の緊急性が確認できたのは、40%に過ぎなかった。さらに、認知症を合併する患者は、その他の高齢者に比較して、救急車のER受診が多く、社会的な医療資源への負荷も大きい。

一方、松沢病院のような精神科病院におけ

る合併症医療では、精神科特例による貧困な医療資源配置と、それに対応する診療報酬の低さがネックになっている。研究第3年度に明らかにしたとおり、診療の質の向上により在院日数を半減し、入院要請に依って入院患者数を増やしても、病床稼働率が低下すれば、病院経営には負の影響しか及ぼさない。認知症を含む精神疾患患者の身体合併症入院治療の大部分は、症状が顕在化し、猶予のない状況で受診に至るため、計画的な予定入院による病床管理は不可能である。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。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となっている。

医療安全の視点から見ると、経営改善のためにこれ以上受け入れ患者数を増やすことには大きなリスクがある。45床ある内科病棟の患者数が33人(稼働率73.3%)を超えると、有意にインシデントレポー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の治療を行うことは、現実的には不可能である。1年に3000人を超える新入院患者を受け入れる松沢病院全体の看護必要度は、他の都立総合病院と差がない。合併症病棟においては、看護必要度の高い患者が集中しており、7:1、10:1看護単位で運営されている総合病院の平均的な看護必要度を上回っている。こうした状況を勘案するなら、精神科病院での身体合併症医療の経済問題を診療報酬によって解決することは不可能で、一般の総合病院での医療が難しい精神障害者の合併症医療については、行政医療として国公立病院が担う以外に対策はないのかもしれない。

## E . 結論

・総合病院 ER を受診する認知症高齢者を対象とした調査から、認知症を合併する高齢者は、非認知症の高齢者に比較して、救急車の利用が多く、受診後入院に至る例が多かった。一方、約40%は救急受診を必要としない軽症者であった。受診のきっかけは本人の愁訴ではなく、転倒、失神、動けなくなった

等で、患者自身が自分の身体症状を的確に表現できなくなっていることが原因の一つと考えられる。かかりつけ医による、日常的な身体症状の診察、評価、治療方針の策定などが、救急医療資源や、救急車等の社会資源の無駄を省くために必要である。

・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。骨折から治療開始までの時間の遅延は、骨折以外の様々な身体合併症を引き起こし、それが入院長期化の原因になっている。

・研究第2年度の調査対象となった大腿骨近位部骨折事例51例中、受傷前歩行が可能であった40例のうち、退院時歩行機能を回復していた患者は29例であった。51例中16例(31.4%)で、退院時の歩行、移動能力が入院時より低かった。

・誤嚥性肺炎の治療においても、他施設で初期治療を試みたのちの転入院が多く、死亡退院が21.7%を占めた。退院先では、他の医療機関、福祉機関への転出が55.6%で、自宅へ退院した患者は19.6%であった。退院患者の28.3%で入院時より生活自立機能が低下、不変43.5%、改善6.5%であった(残りは死亡)。

・合併症病棟治療中の拘束が、退院時ADLの低下に結びついたという、統計的根拠は見出せなかった。むしろ、拘束を受けた患者の25%は退院時、入院前より高い歩行機能を回復しており、短期間に身体治療を終了するための身体拘束は、治療効果を上げる意味があるのかもしれない。他方、鎮静のための向精神薬投与については、調査した72例中7例に退院時歩行機能の低下がみられ、慎重な処方と、その後のフォローアップが重要であると考えられた。

・東京都において、松沢病院合併症病棟への転院依頼は増加している。単科精神科病院にとどまらず、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。松沢病院の合併症病棟は、総合病院での治療が困難な認知症患者の身体合併症治療ニーズに応えているものと考えられ、そのニーズは年々増

加している。

・精神科医が治療チームの一員として、身体合併症治療に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た。こうした精神科医の関与は、総合病院におけるコンサルテーションリエゾンとは、全く異なるものである。

・精神科病院における合併症医療病棟で、認知症患者の身体疾患を治療するためには、精神科特例に基づく看護基準では不十分で、行政医療として特別な配慮を行わない限り継続は困難である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

1) 齋藤正彦：精神科病院における身体合併症医療 - 東京都立松沢病院の実践 - .老年精神医学雑誌,27(4)：375-381,2016

2) 櫻山鉄矢,西田賢司,齋藤正彦：認知症患者における身体救急の現状と課題. 老年精神医学雑誌,27(4)：399-405,2016

3) 牛田正宏,吉田滋之：認知症患者の大腿骨近位部骨折治療. 老年精神医学雑誌,27(4)：413-420,2016

4) 犬尾英里子,櫻山鉄矢,齋藤正彦：認知症における誤嚥性肺炎. 老年精神医学雑誌,27(4)：421-426,2016

### 2．学会発表

1) ワークショップ「認知症高齢者の医療における意思決定」齋藤正彦,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

特記すべきことなし

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」

（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年間に於いて、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

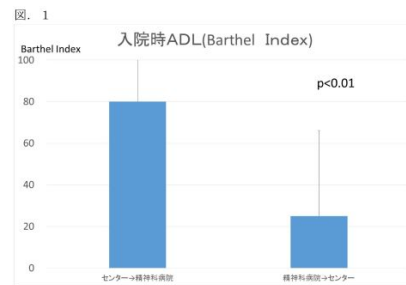
認知症疾患センター (以下センター) から、協力精神科病院 (以下精神科病院) へ転院例 45 例、精神科病院からセンターへの転院例 28 例であった。年齢、性別に両者の差はなかった (表. 1)。

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

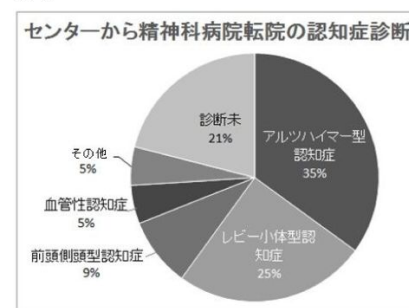
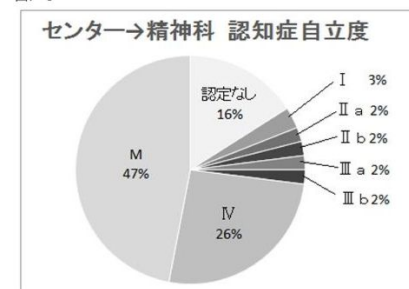


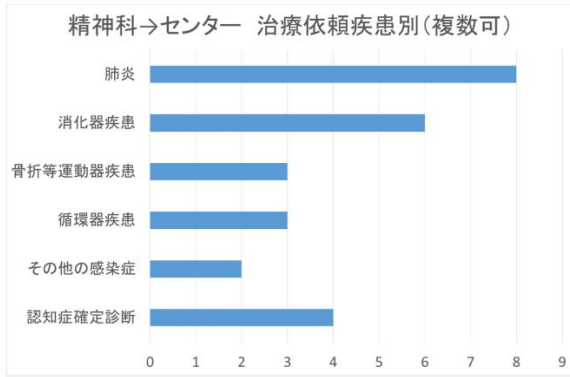
図. 3



### 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

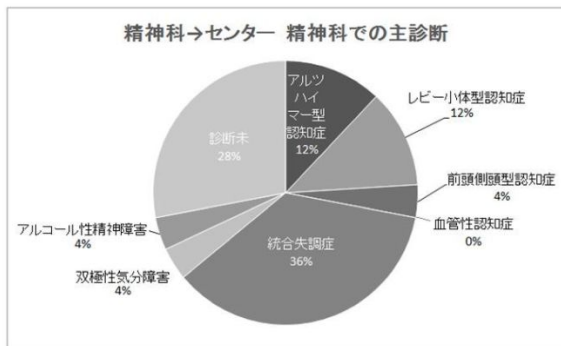
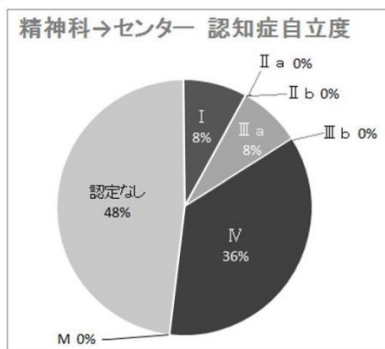


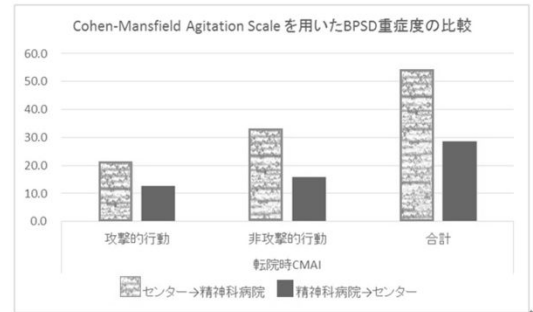
図. 6



### 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

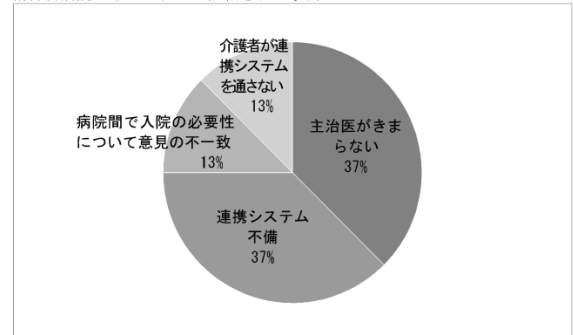
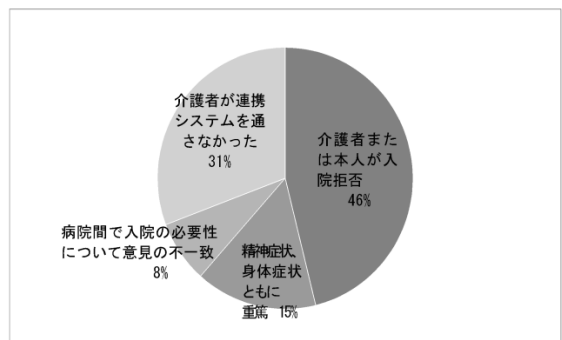


図. 9

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



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[研究期間：平成26年～27年度]

B P S D（認知症の行動・心理症状）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性  
研究分担者：本間 昭（お多福もの忘れクリニック・院長）

**【研究要旨】**

BPSD（認知症の行動・心理症状）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性を検討した。認知症関連学会が認定した専門医計 1,539 人および 1,804 人のかかりつけ医を対象に郵送法でアンケート調査を行った。回収率はそれぞれ 54.0%と 27.8%であった。専門医では、50代が最も多く 36.7%を、かかりつけ医でも 50代が最も多く 39.1%を占めた。専門医の診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。かかりつけ医では神経内科以外の内科が最も多かった。専門医の 95.7%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が、かかりつけ医では 47.4%であった。さらに、専門医では向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった。かかりつけ医では常に同意を得るが 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として 4 項目、確認事項として 6 項目、開始後の確認事項として 9 項目を質問した。結果では一部の項目を除きほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。今回の結果から本ガイドラインに関して専門医による有用性が確認できた。

**A．研究目的**

研究分担者らは平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究を実施し、かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドラインを作成した。本研究では上記のガイドラインの有用性について検討を行った。

**B．研究方法**

日本認知症学会および日本老年精神医学会認定専門医（以下専門医）の合計 1,539 人（平成 23 年度現在、重複を除く）および 1,804 人のかかりつけ医を対象に郵送法でアンケート調査を行った。内容は個別の薬剤についての用法・用量等を含む使用方法についてではなく、薬物療法を開始する前の検討事項、確認事項および開始後の確認事項および同意取得の有無についてそれぞれの有用性を尋ねた。

（倫理面への配慮）

認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会では審査非該当となった。

**C．研究結果**

専門医では 17 票が配達不能等で戻り、822 票が回収された。従って回収率は 54.0%であった。回答者の年代では 50代が最も多く 36.7%を占めた。診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。787 人（95.7%）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。診療科による違いはなかった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るという回答は 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった。

かかりつけ医を対象とした調査では、診療所・クリニックの抽出にあたり、都道府県医師会管内の郡市区町村医師会のうちホームページ(HP)で医療機関リストが検索できる医師会は全国で 680 あった。医師会ごとに、内科を標榜する診療所・クリニック(病院を除く)数を検索して集計した。診療所・クリ

ニック数は 19,913 件であった。標本数を 1,800 とし、都道府県別の診療所・クリニック数の構成比に沿って 1,800 の標本を割り付けて、都道府県ごとの抽出数を設定した。診療科は、内科であり、精神科、心療内科、神経内科を含み、診療科目が 4 科以上の診療所・クリニックは除いた。また、内科が含まれていても、外科や産婦人科、小児科が筆頭である場合、介護施設（老人保健施設等）の併設診療所・クリニックは除いた。抽出は等間隔で行い 10 件に 1 件を抽出した。1,804 件が抽出された。これらの診療所/クリニックに調査票を郵送し回答を求めた。501 票が回収された。従って回収率は 27.8%であった。50 代が最も多く 39.1%を占めた。診療科では神経内科以外の内科が最も多く 66.3%、神経内科は 2.8%、精神科は 3.4%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く 64.9%、次いでその他の 27.7%であった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るという回答は 48.5%、同意は得ないが 9.6%であった。診療科による違いでは神経内科以外の内科が最も多く 61.9%、次いでその他の 26.3%であった(表 1)。

専門医を対象とした調査では、向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目を質問した。身体的な原因は、向精神薬を使用すると回答した中では 99.4%が確認していた。他の薬物との関連の有無は、98.7%が、環境要因との関連の有無は、97.3%が、非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないかに関しては、96.8%が確認していた。診療科による大きな違いはなかった(表 2)。

薬物療法開始前の確認事項として 6 項目を質問した。標的とした BPSD に対する薬物療法が妥当であるかは、向精神薬を使用すると回答した中(N=787)の 97.8%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては 98.5%が、使用薬物の種類に関しては、97.1%が、予測される副作用については、99.5%が、治療期間については、70.9%にと

どまった。服薬確認を誰が行うかについては、96.7%が確認していた。診療科による大きな違いはなかったが、治療期間を予め設定すると回答した割合は他の設問と比べると低かった(表 3)。

治療開始後の確認事項として 9 項目を質問した。以下は BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答したのものの中での割合である。日中の過ごし方の変化の確認が有用であるとした回答は 95.2%、日中の覚醒状態と眠気は 98.2%、夜間の睡眠状態は 97.8%、服薬状況の確認は 97.0%、水分の摂取状況は 68.9%、食事の摂取状況は 89.5%、パーキンソン症状の有無は 97.8%、転倒しやすくなったかは 98.5%、減量・中止できないかの検討は 97.1%であった(表 4)。

かかりつけ医を対象とした調査では、専門医を対象とした調査と同様に、向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目を質問した。身体的な原因は、向精神薬を使用すると回答した中では 96.2%が確認していた。他の薬物との関連の有無は、95.8%が、環境要因との関連の有無は、84.1%が、非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないかに関しては、86.2%が確認していた(表 2)。

薬物療法開始前の確認事項として 6 項目を質問した。標的とした BPSD に対する薬物療法が妥当であるかは、向精神薬を使用すると回答した中の 94.6%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては 94.1%が、使用薬物の種類に関しては、84.9%が、予測される副作用については、94.1%が、治療期間については、56.5%にとどまった。服薬確認を誰が行うかについては、85.8%が確認していた(表 3)。

治療開始後の確認事項として 9 項目を質問した。以下は BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答したのものの中での割合である。日中の過ごし方の変化の確認が有用であるとした回答は 92.9%、日中の覚醒状態と眠気は 95.0%、夜間の睡眠状態は 95.8%、服薬状況の確認は 94.6%、水分の摂取状況は 64.9%、食事の摂取状況は

80.8%、パーキンソン症状の有無は90.4%、転倒しやすくなったかは94.1%、減量・中止できないかの検討は93.3%であった(表4)。

#### D . 考察

専門医を対象とした今回の調査では回収率が54%と高く、おおむね実態を反映していると考えられたが、かかりつけ医対象の調査における回収率は27.8%であり必ずしもかかりつけ医の実態を反映していない可能性がある点には留意が必要であろう。主に神経内科以外の内科を標榜するかかりつけ医を対象とした調査では回収率は27.8%にとどまり、今回の回答者は平素より向精神薬を使い慣れているかかりつけ医と考えることができるかもしれない。

専門医調査でBPSDに対して向精神薬を使うことがあると回答した中では、常に同意を得る/場合によって同意を得ると回答した割合は94.4%であり妥当な結果と考えられる。診療科による大きな違いはない。BPSDに対して向精神薬を使うことがあると回答したかかりつけ医(N=239)では、常に同意を得る/場合によって同意を得ると回答した割合は88.3%(211/239)であり、若干低い割合であるが、ほぼ同様であったことから平素より向精神薬の使用になれていると言えるかもしれない。

向精神薬を用いた薬物療法開始前の4つの検討事項では、治療期間について専門医は70.9%が検討すると回答していたが、かかりつけ医調査では56.5%に留まり、両群ともに満足できる結果とは言い難いが、この点を除けばほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。特に予測される副作用については両群の高い割合の回答者が確認していた。

治療開始後の9つの確認事項では両群ともに水分と食事の摂取状況では他の項目に比して若干低い割合が示されたが、それら以外では90%以上の回答者が有用と回答していた。水分と食事の摂取状況が比較的低い割合にとどまっていた理由は外来診療では両者の確認が必ずしも容易ではない状況による影響も考えられる。今回の結果より、本ガ

イドラインの有用性が専門医においてかかりつけ医においても確認できた。

#### E . 結論

今回の調査結果を一般に敷衍することはできないが、おおむね研究目的を達成することができた。検本ガイドラインは、かかりつけ医を対象に作成されたものであり、専門医によって有用性が確認された。また、向精神薬の使用になれたかかりつけ医の回答であった可能性もあるが、専門医と同様の結果が得られた。このことは地域の医師会等の研修会等で活用できる根拠が示されたということができよう。

#### G . 研究発表

##### 1 . 論文発表

1) 本間昭, 進藤由美: 認知症の実態と地域連携システム. 調剤と情報, 21(11), 16-19, 2015,

2) 本間昭: わが国の認知症施策の未来 わが国の認知症施策の歴史を振り返る. 老年精神医学雑誌, 27(3), 333-337, 2016,

#### 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

表1. 専門医とかかりつけ医の向精神薬使用と同意の取得の有無

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
向精神薬を使用することがあると回答した人数	787	239
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を常に得ると回答した人数	479	118
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を場合によって得ると回答した人数	266	93
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を得ないと回答した人数	38	23

表2. 向精神薬による薬物療法を検討前に確認すると回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
身体的要因	95.4	96.2
薬物との関連	94.8	95.8
環境要因との関連	93.4	84.1
非薬物的介入の効果が期待できない	92.9	86.2

表3. 薬物療法開始前に以下の項目について確認すると回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
妥当か、その理由は	93.9	94.6
効果は期待できるか	94.5	94.1
最も適している薬剤は	93.1	84.9
予測される副作用は	95.5	94.1
治療期間は	68	56.5
服薬管理は誰がするのか	92.8	85.8

表4. 薬物療法開始後の確認事項として有用と回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
日中の過ごし方	91.4	92.9
日中の覚醒状態と眠気	94.3	95
夜間の睡眠状態	93.9	95.8
服薬状況	93.1	94.6
水分摂取	66.1	64.9
食事摂取	85.9	80.8
パーキンソン症状	93.9	90.4
転倒しやすいか	94.5	94.1
減量/中止の検討	93.2	93.3

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

認知症者の入院期間とその期間を決定する要因及び退院支援に関する調査  
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**

我が国では、高齢者数の増加により高齢者の約4人に一人が認知症の人又はその予備軍とされており、高齢化の進展に伴い、認知症の人は2025年には約700万人に達すると言われている。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、認知症の人の中には行動・心理症状（BPSD）や身体合併症の対応のために適切な医療が必要な場合があり、特にBPSDの治療については、精神科病院が適切な入院治療を行い、すみやかに住み慣れた地域での生活に移行することが求められている。精神科病院に入院する認知症者に関しては、2011年の尾寄らの調査では認知症治療病棟に入院する認知症者の平均在院日数は722.9日、Yoshimuraらによる2009年から2011年の調査では575日と報告されており、入院期間が長期化していることが明らかとなっている。

そこで、我々は認知症者の入院抑制と入院

期間短縮の要因を明らかにするために以下の三つの調査を実施した。

<平成26年度>

認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に入院している認知症者の実態について調査した。

<平成27年度>

病院調査をもとに、認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に、新規入院する認知症者の入院後4ヶ月間の前向き調査を実施した。

<平成28年度>

前年度の認知症者の精神科病院への入院に関する前向き調査の結果より、介護老人保健施設（以下、老健とする）からの入院、精神科病院を退院する認知症者の老健への入所及び老健と精神科病院との連携に関する調査を行った。

**B . 研究方法**

<平成26年度>

対象は、近畿、中国、四国地方の認知症治療病棟を有する私立精神科病院、及び認知症

治療病棟を有する公立精神科病院、独立行政法人国立病院機構とし、郵送法によるアンケート調査を実施した。調査期間は平成26年8月1日～10月31日であった。アンケート内容は、入院期間、退院困難な理由、リハビリテーション、地域連携、退院支援について等であった。

(倫理的配慮)

本調査にあたり、神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会における承認を得て実施した(承認番号HEB141017-1)。

<平成27年度>

大阪府及び兵庫県下の認知症治療病棟を有する精神科病院に新規入院する認知症の人について、入院から4ヶ月間の経過を調査した。調査内容は、個人ごとに年齢、性別、疾患名、身体合併症の有無、薬物療法、非薬物療法、認知機能検査(HDS-R)、ADL評価(N-ADL)、BPSDの評価(NPI)、地域連携、家族の意向などであった。

(倫理的配慮)

本調査の目的について説明し、同意が得られた精神科病院を協力病院とし、協力病院に新規入院する認知症の人および家族に対して本研究の目的と方法について説明し、同意が得られた人を対象者とした。協力病院の精神保健福祉士(PSW)に、対象者への説明と同意を得ること、対象者の調査内容についての情報収集を依頼した。神戸学院大学人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認No. HEB20151211-1)。

<平成28年度>

全国の老健約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。内容は、施設情報について、認知症者の受け入れについて、精神科病院との連携について、精神科医との連携についてなどとした。

(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(SEB16-09)。

## C. 研究結果

<平成26年度>

認知症病棟を有する精神科病院121施設へ送付し、45施設から回答を得た(回収率37.2%)。調査期間中の全入院患者1428名のうち、認知症者は384名(26.9%)であった。回答が得られた276名のうち、53.2%は認知症治療病棟に、22.8%は精神科急性期病棟に、22.5%は精神一般病棟に入院していた。認知症治療病棟における平均在院日数は482.7日、2ヶ月以内退院率は40.6%であった。

入院前の居所で多かったものは一般病院入院中が34.0%、自宅が32.6%、老健が17.1%であった。自宅にて生活している者のうち、38%は精神科病院に通院中であった。退院後の居所として多かったのは老健であり(42.4%)、次いで一般病院への入院が22.4%、自宅が19.7%であった。

認知症者の在院日数は、60日未満が12.5%、61日以上1年未満が30.0%、1年以上が57.5%であった。病棟別の2ヶ月以内退院率は、認知症治療病棟が35.4%、精神一般病棟が41.9%、急性期病棟が61.9%であった。

認知症者の退院困難な理由としては、BPSDのためが最も多く、次いで施設入所待ち、家族の受け入れ拒否と続いていた。

同年に算定が始まった認知症患者リハビリテーション料については、「算定中・準備中」と回答した病院は13、「予定なし」と回答した病院は28であった。「算定中・準備中」の群と「予定なし」群において入院期間を比較したところ、「算定中・準備中」の群において入院期間が有意に短期間であった。

<平成27年度>

協力の得られた精神科病院は、10病院であり、同意が得られた対象者は99名であった。入院から2週間以内に退院した4例及び、死亡退院した6名を対象から除外し、集計した。

対象者89名の内訳は男性48名(77.9±7.1歳)、女性41名(81.3±10.0歳)であった。診断名は、アルツハイマー型認知症41名(46.1%)、老人性認知症18名(20.2%)、脳血管性認知症11名(12.4%)、Lewy小体型認知症及び混合型認知症が各8名(各9.0%)、その他が3名(3.4%)であった。入院前の主たる居所は、自宅が最も多く50

名(56.2%)であり、次いで精神科を含む他の病院が13名(14.6%)、老健および高齢者住宅がそれぞれ7名(7.9%)、次いで、グループホーム、養護老人ホーム及び特別養護老人ホーム(特養)などであった。対象者のうち、58名(65.2%)が服薬など治療を必要とする身体合併症を有していた。

入院前に要介護度の認定を受けていたものは73名(82.0%)であった。73名のうち介護度3が最も多く25名(34.2%)であり、次いで、介護度2が15名(20.5%)、介護度1が13名(17.8%)、要支援1が4名(5.5%)、要介護4、5および要支援2はいなかった。介護認定を受けていないものは16名(18.0%)であった。同居家族(47名が回答)の介護負担は「非常に負担」が25名(53.2%)、「かなり負担」が11名(23.4%)、「少し」が9名(19.1%)、「ほとんどない」が2名(4.2%)であった。

入院前に医療サービスを利用していたは57名(64.0%)で、そのうち入院した病院の外来を受診していた者は21名(23.6%)、他の医療機関の外来を受診していた者は36名(40.4%)であった。認知症治療薬は32名(36.0%)が処方され、抗精神病薬を含む向精神薬は50名(56.2%)が処方されていた。

入院時の入院形態は医療保護入院が66名(74.2%)であった。入院病棟は、精神一般病棟が40名(44.9%)、認知症治療病棟が32名(36.0%)、精神科急性期病棟が11名(12.4%)、精神療養病棟が2名(2.2%)、その他の病棟が4名であった。入院時の処方として、認知症治療薬は34名(38.2%)に処方され、向精神薬は41名(46.1%)に処方されていた。入院理由のうち、最も多かったものは、行動・心理症状(BPSD)が60名(67.4%)であった。その他の理由として、施設対応困難、身体合併症治療などであった。身体拘束については、隔離室の使用が8名(11.1%)、身体拘束が20名(22.5%)のべ8名、計26名(29.2%)の対象者に行われていた。

急性期認知症クリニカルパスを含むパスは対象者の62.9%に使用されていた。

入院から60日以内に退院した者は21名

(他病院への転院者は7名)であった。転院者を含む2ヶ月以内退院率は23.6%であった。入院から120日以内に退院したものは35名(39.3%)であり、120日以上入院しているものは33名(37.1%)であった。

対象者の評価結果について、2ヶ月以内に退院した群、4ヶ月以内に退院した群、入院継続群に分けて分析した。3群において、入院時のHDS-R、N-ADL、NPIの得点に有意差はみられなかった。入院後の得点の変化について比較したところ、HDS-R及びN-ADLは、どの期間においても有意差は認められなかった。NPIは、2ヶ月以内退院群、4ヶ月以内退院群(入院時と2ヶ月退院時、入院時と2ヶ月目、2ヶ月目と4ヶ月退院時、入院時と4ヶ月退院時)において、得点が低下傾向にあった。一方、入院継続群は、入院時と2ヶ月目は有意に低下したが、2ヶ月目と4ヶ月目の変化に有意差はなかった。

退院後の居所については、2ヵ月以内に退院した21名のうち、自宅が4名、グループホームが3名、老健が4名、特養が1名、精神科を含む他病院への転院が8名、1名は不明であった。4ヶ月以内に退院した者56名のうち、自宅への退院が11名(19.6%)、グループホームが7名(12.5%)、老健が13名(23.2%)、養護老人ホーム及び特養が6名(10.7%)であり、精神科を含む他病院への転院が15名(26.8%)であった。退院理由としては、BPSDの改善が最も多く27名(48.2%)であり、次いで、施設入所の決定が21名(37.5%)、家族の受入れが7名(12.5%)であった。一方、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%)で最も多く、BPSDのためが10名(30.3%)、ADL低下が4名(12.1%)、身体合併症のためが2名(6.1%)であった。

<平成28年度>

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。

施設情報及び認知症者の受入れ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。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ものは併設病院が 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。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。非常勤医師の精神科医は回答のあった 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%であり、非常勤、必要に応じての往診がそれぞれ 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 に関する対応についてなど希望が多かった。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有り、必ずしも必要ではない、などの意見があった。

#### D. 考察

平成26年度の調査では、認知症者の平均在院日数が482.7日であり、尾寄らの調査での722.9日、Yoshimuraらによる575日から短縮していると考えられる。しかし、退院が困難な理由においては、2ヶ月以上1年以内の認知症者と1年以上の認知症者では、在院日数が長くなるにつれて、施設入所待ちの割合が減少し、BPSDのため、という割合が増える傾向にあり、尾寄らの調査と同様の結果となっている。認知症患者リハビリテーション料については、「算定の予定がない」と回答した施設が多かったが、すでに算定している、準備中であると回答した施設の入院期間が短いことから、リハビリテーションに注力している病院は、平均在院日数が短くなることが示唆された。

平成 27 年度の調査では、認知症治療病棟を持つ精神科病院に新規入院する認知症の人に対して入院時、入院 2 ヶ月後、4 ヶ月後に調査を実施した。対象者の入院理由としては、これまでの先行研究と同様に、最も多いのが BPSD であることがわかった。また、HDS-R、N-ADL、NPI の結果より、認知機能や ADL に比べて、BPSD は精神科病院における適切なケアで改善しやすいことが示唆された。BPSD は、当事者の QOL や介護者の負担感に影響するといわれており、薬物療法やリハビリテーションにより早期に軽減させ、退院支援へとつなげる必要があると考える。一方で、BPSD の重症度は軽減し、退院可能な状態にあっても、退院先となる施設について、入所待ちとなるケースが 50%を超えている。高齢者の介護施設数自体の不足や、認知症の人への適切なケアを行える施設数の不足が推測される。精神科病院での治療により、BPSD が軽減された後にスムーズに退院でき



るようなシステムが必要と考えられる。また、退院先には他病院への入院(転院)も含まれており、更に詳細な分析が必要ではないかと考える。

平成28年度の調査では、アンケート回答のあった老健は、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者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。精神科医の老健での勤務に関しては、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。しかし、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の軽減に関する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

平成26年度から平成28年度にかけて、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を行った。病院調査では、平均在院日数が先行研究よりも短縮されており、認知症患者リハビリテーション料など、リハビリテーションに注力している病院は平均在院日数が短縮されることが明らかとなった。認知症者の個人調査においては、入院理由として最も多いBPSDは、精神科病院での治療により比較的早期に改善するものの、施設入所待ちとなるケースが50%を超えていることが明らかとなり、老健など、退院先の居所の確保が必要であることが明らかと

なった。また、老健への調査では、今回の結果からは比較的軽度な認知症者の受入施設が多いと推測され、重症な認知症者を受け入れることが困難であることが明らかとなった。一方で、老健では、BPSDへの対応や薬剤調整に関して精神科医の支援が必要と感じている施設も多いことが明らかとなった。精神科医のサポートにより、老健などでの認知症者へのケアを充実させることで、精神科病院を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。それによって精神科病院に入院する認知症高齢者の入院期間の短縮につながるのではないかと考える。

## 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.

3) 梶田博之, 前田潔 認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から - *Dementia Japan*(30) 73-78, 2016

4) 前田潔, 梶田博之 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) 84-85, 2016

5) 前田潔, 梶田博之 認知症初期集中支援チーム: 神戸市における活動の現状と今後の課題 - 活動1年目と2年目の比較 - *老年精神医学雑誌* (26) 1131-1136, 2015

6) 梶田博之, 前田潔, 久次米健市, 真鍋ひろ子, 浅熊香織, 池畑清美, 川敦子, 尾寄遠見, 岩路かおり, 池田敦子 神戸市における

認知症初期集中支援チームの活動 - 平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題 - Dementia Japan(29) 596-604, 2015

7) 尾寄遠見、前田潔 全国の重度認知症患者デイケアの実態調査 Dementia Japan (29) 605-614, 2015

8) 中前智通、前田潔 認知症患者の作業療法 日本精神科病院協会雑誌(34) 55-59, 2015

9) 認知症者を介護する家族の負担・ストレスと身体活動 尾寄遠見、前田潔、仁明会精神医学研究 第12巻1号46-54 2015

10) 梶田博之、柿木達也、九鬼克俊、前田潔、認知症の行動・心理症状に対する関連多職種のかかわりおよび意識の違いについて 医療職、介護職を対象とした調査 老年精神医学雑誌 26(1) 67-74 2015

11) Yuma Sonoda, Ikuo Tooyama, Hideyuki Mukai, Kiyoshi Maeda, Haruhiko Akiyama, and Toshio Kawamata, S6 kinase phosphorylated at T229 is involved in tau and act in pathologies in Alzheimer's disease. Neuropathology On line 18 Nov. 2015

12) Kazuo Sakai, Haruhiko Oda, Akira Terashima, Kiyoshi Maeda and Kazunari Ishii Slow progression of cognitive dysfunction of Alzheimer's disease in sexagenarian women with schizophrenia, Case Reports in Psychiatry Online Article ID 968598 2015

13) Kengo Ito, Hidenao Fukuyama, Michio Senda, Kazunari Ishii, Kiyoshi Maeda, Yasushi Yamamoto, Yasuomi Ouchi, Kenji Ishii, Ayumu Okumura, Ken Fujiwara, Takashi Kato, Yutaka Arahata, Yukihiro Washimi, Yoshio Mitsuyama, Kenichi Meguro, Mitsuru Ikeda, Prediction of outcomes in MCI by using 18F-FDG-PET: A multicenter study, J Alzheimer's Disease, 45, 543-552, 2015

14) 尾寄遠見、前田潔、認知症治療病棟に関するアンケート調査 入院期間短縮に向けた要因の検討 老年精神医学雑誌 第25巻第3号 307-315

2014

15) 尾寄遠見、前田潔、重度認知症患者デイケアが支える在宅ケア 日本精神科病院協会雑誌 33(5)47-52 2014

16) 前田潔：認知症施策：ケアの流れを変える - 認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン） - 特集高齢者福祉と地域社会、都市政策 第157号、季刊 '14.10 25 - 33、2014.

17) C. Tanaka, K. Yotsumoto, E. Tatsumi, T. Sasada, M. Taira, T. Tanaka, K. Maeda, T Hashimoto: Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. Clin Rehabil, 28(8) 740-747, 2014.

## 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, Taiwan, 2016/12/9-11

5) 森川孝子、尾寄遠見、梶田博之、前田潔 認知症治療病棟の入院期間と退院支援に関する報告 認知症治療病棟を持つ病院へのアンケート調査より. 第30回日本老年精神医学、横浜、2015/06/12-14.

6) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、前田潔 精神一般病棟および精神療養病棟における認知症医療の実態と退院促進要因の検討

第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

7) 前田潔 わが国の認知症医療とケアの現状と展望(シンポジウム5) 第49回日本作業療法学会、神戸、2015/6/19-21

8) Kiyoshi Maeda, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa(招待講演)The recent national strategy for dementia in Japan, rapidly ageing society, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

9) T.Morikawa, T.Ozai, H.Kajita, K.Maeda, A questionnaire survey on people with dementia admitted in mental hospitals in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

10) H.Kajita, T.Morikawa, K.Maeda, Activity of initial-phase intensive support team for dementia of Kobe City in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

11) 前田潔、池田敦子 認知症初期集中支援チームの課題 - 神戸市での1年半の経験 - (シンポジウム18)、第111回日本精神神経学会、大阪、2015/6/4-6

12) 前田潔、山本泰司 認知症サポート医の実態;認知症サポート医はいかに認知症にこうけんしうるか(シンポジウム4) 第30回日本老年精神医学会、横浜、2015/6/12-14

13) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、小林伸行、近藤一博、前田潔 家族の唾液中ヒトヘルペスウイルスDNA量による疲労評価の検討 第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

14) 前田潔、尾寄遠見 認知症ケアにおける精神医療の役割;新たな地域精神保健医療体制のなかの認知症。第29回日本老年精神医学会、東京、2014/6/12-13

15) 前田潔 認知症初期集中支援チームの課題-神戸市の経験-。第33回日本認知症学会、神奈川、2014/11/19-12/1

16) 小田陽彦、前田潔: レビー小体型認知症の精神症状。第110回日本精神神経学会、神奈川、2014/6/26-28

#### 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

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）。

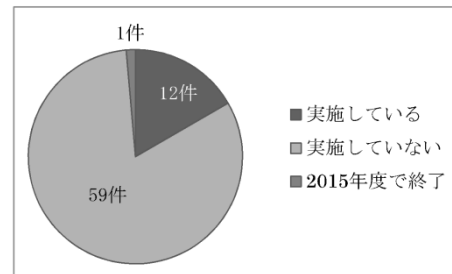


図1. 認知症患者リハの実施の有無

## 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。

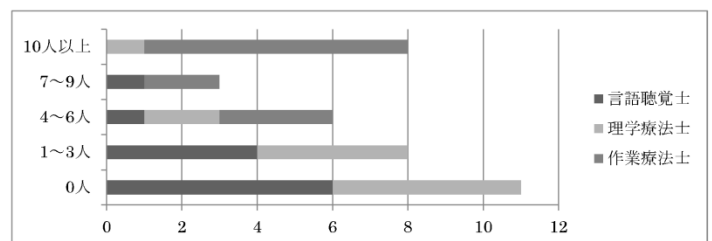


図2. 療法士の勤務者数

#### (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）。

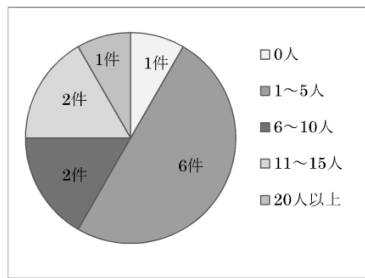


図3. 認知症患者リハの対象者数

### (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)。

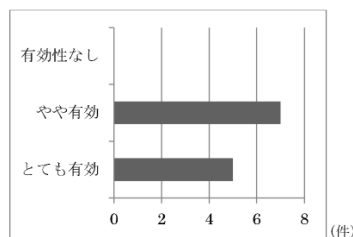


図4. 認知症患者リハの有効性

## 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, 「どちらとも言いえない」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)。

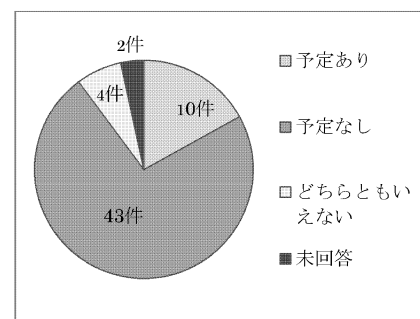


図5. 認知症患者リハの実施予定

### 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<sup>8)</sup>。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
<u>服部英幸</u>	意欲喪失患者のケア	福井次矢	今日の治療指針 2015	医学書院	東京	2015	1491-1492
<u>服部英幸</u>	入院高齢者によくみられる症候～老年症候群～BPSD	神崎恒一	入院高齢者診療マニュアル	文光堂	東京	2015	133-144
<u>前田潔</u> <u>粟田圭一</u> <u>服部英幸</u>	総監訳者 訳者 訳者	日本老年精神医学会	高齢社会における災害と緊急時への備え	ワールドプランニング	東京	2015	3-32 63-87
<u>Hattori H</u>	Unclassified cases of behavioral variant of major frontotemporal neurocognitive disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition	井口明久	Geriatr Gerontol Int	日本老年医学会	東京	2014	35-44
<u>服部英幸</u>	高齢者に多い症候・抑うつ	大庭建三	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	52-57
<u>服部英幸</u>	認知症とせん妄の違いは	武藤芳照、鈴木みずえ	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
<u>服部英幸</u>	フレイルとうつ	葛谷雅文、雨海照祥	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	東京	2014	72-77

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<b>Takako Morikawa, Kiyoshi Maeda, Tohmi Osaki, Hirayuki Kajita, Kayano Yotsu moto, Toshio Kawamata,</b>	Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan: factors that can shorten their hospitalizations.	Pshchogeriatrics,		DOI:10.0000/psyg.12244	2017
<b>尾寄遠見, 森川孝子, 前田 潔</b>	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
<b>前田 潔, 梶田博之</b>	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
<b>加藤真司, 仁木美砂子, 前田 潔, 谷口 洋</b>	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
<b>梶田博之, 尾寄遠見, 前田 潔</b>	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
<b>中前智通, 前田 潔</b>	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
<b>梶田博之, 前田 潔</b>	認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から -	Dementia Japan	30巻	73-78	2016
<b>前田 潔, 梶田博之</b>	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	84-85	2016
<b>栗田主一</b>	認知症支援と社会システム	医学のあゆみ	257巻	555-560	2016
<b>栗田主一</b>	認知症初期集中支援チーム	臨床精神医学	45巻	657-661	2016
<b>栗田主一</b>	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
<b>栗田主一</b>	認知症医療と新オレンジプラン	日本臨床	74巻	499-504	2016
<b>Kitamura T, Hino S</b>	Disinhibition Associated with Long-term Use of Donepezil.	Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism.	6巻3号	doi:10.4172/2161-0460.1000234.	2016
<b>北村 立</b>	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

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<b>北村 立</b>	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
<b>北村 立</b> ，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, <b>Kitamura T</b> , 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
<b>齋藤 正彦</b>	精神科病院における身体合併症医療 - 東京都立松沢病院の実践 -	老年精神医学雑誌	27巻4号	375-381	2016
樫山鉄矢、西田賢司、 <b>齋藤 正彦</b>	認知症患者における身体救急の現状と課題	老年精神医学雑誌	27巻4号	399-405	2016
犬尾英里子、樫山鉄矢、 <b>齋藤 正彦</b>	認知症における誤嚥性肺炎	老年精神医学雑誌	27巻4号	421-426	2016
<b>服部 英幸</b>	フレイルとは何か？	漢方と診療	通巻28号 Vol.7	2-12	2017
<b>本間 昭</b>	わが国の認知症施策の未来 わが国の認知症施策の歴史を振り返る	老年精神医学雑誌	27巻3号	333-337	2016
大瀧誠， <b>中前智通</b> ，梶田博之，中島綾， <b>森川孝子</b>	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， <b>中前智通</b>	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 E A P 研究所紀要	10巻	37-44	2016
Aya Nakajima, Makoto Otaki, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa, <b>Toshimichi Nakamae</b> , 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

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
梶田博之、 <u>前田 潔</u>	認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から -	Dementia Japan	30巻	73-78	2016
<u>前田 潔</u> 、梶田博之	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	84-85	2016
尾寄遠見、 <u>前田 潔</u>	全国の重度認知症患者デイケアの実態調査	Dementia Japan	29巻	605-614	2015
梶田博之、 <u>前田 潔</u> 、久次米健市、真鍋ひろ子、浅熊香織、池畑清美、川敦子、尾寄遠見、岩路かおり、池田敦子	神戸市における認知症初期集中支援チームの活動 - 平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題 -	Dementia Japan	29巻	596-604	2015
<u>前田 潔</u> 、梶田博之	認知症初期集中支援チーム：神戸市における活動の現状と今後の課題 - 活動1年目と2年目の比較 -	老年精神医学雑誌	26巻	1131-1136	2015
K.Sakai, H.Oda, A.Terashima, <u>K.Maeda</u> , K.Ishii	Slow progression of cognitive dysfunction of Alzheimer's disease in sexagenarian women with schizophrenia,	Case Reports in Psychiatry	On line	ID 968598	2015
梶田博之、柿木達也、九鬼克俊、 <u>前田 潔</u>	認知症の行動・心理症状に対する関連多職種のかかわりおよび意識の違いについて 医療職、介護職を対象とした調査	老年精神医学雑誌	第26巻1号	67-74	2015
尾寄遠見、 <u>前田 潔</u>	認知症者を介護する家族の負担・ストレスと身体活動	仁明会精神医学研究	第12巻1号	46-54	2015
Kengo Ito, Hidenao Fukuyama, Michio Sendai, Kazunari Ishii, <u>Kiyoshi Maeda</u> , Yasushi Yamamoto, Yasuomi Ouchi, Kenji Ishii, Ayumu Okumura, Ken Fujiwara, Takashi Kato, Yutaka Arahata, Yukihiko Washimi, Yoshio Mitsuyama, Kenichi Meguro, Mitsuru Ikeda	Prediction of outcomes in MCI by using 18F-FDG-PET: A multicenter study	J Alzheimer's Disease	45巻	543-552	2015

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>粟田 圭一</u>	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巻	487-492	2015
<u>粟田 圭一</u>	アルツハイマー病診断後の生活ストラテジー：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巻	398-405	2015
<u>粟田 圭一</u>	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巻	750-755	2015
<u>北村 立</u>	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巻6号	139-142	2015
塩田繁人、杉本優輝、稲口葉子、村井千賀、 <u>北村立</u>	精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法．	作業療法ジャーナル	49巻	685-691	2015
<u>Tatsuru Kitamura</u> , Shinnichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku hino.	Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS Disord.	Prim Care Companion CNS Disord	17巻	doi:10.4088/PCC.15m01785	2015
Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, <u>Tatsuru Kitamura</u>	Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia.	Psychogeriatrics	Apr27.	doi:10.1111/psyg.12114	2015
村井千賀， <u>北村立</u>	社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例	老年精神医学雑誌	26巻1号	84-88	2015
<u>北村 立</u>	生活機能をふまえたBPSD薬物治療のあり方	老年精神医学雑誌	26巻増刊号	123-128	2015
<u>服部 英幸</u>	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巻	235-239	2015
<u>服部 英幸</u>	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巻	55-59	2015
<u>服部 英幸</u>	老年内科領域	臨床雑誌「内科」	115巻第2号	235-239	2015
<u>本間 昭</u>	認知症の実態と地域連携システム	調剤と情報	21巻11号	16-19	2015

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
尾寄遠見、 <u>前田 潔</u>	認知症治療病棟に関するアンケート調査 入院期間短縮に向けた要因の検討	老年精神医学雑誌	第25巻第3号	307-315	2014
<u>前田 潔</u>	認知症施策：ケアの流れを変える - 認知症施策推進5カ年計画	都市政策	第157号、季刊 '14.1	25 - 33	2014.
尾寄遠見、 <u>前田 潔</u>	重度認知症患者デイケアが支える在宅ケア	に尾本精神科病院協会雑誌	33巻5号	47-52	2014
C. Tanaka, K. Yotsumoto, E. Tatsumi, T. Sasada, M. Taira, T. Tanaka, <u>K. Maeda</u> , T. Hashimoto	Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study.	Clin Rehabil,	28巻8号	740-747	2014.
<u>Awata S</u>	Current activities of medical centers for dementia in Japan.	Geriatr Gerontol Int.	14 Suppl 2	23-7	2014
<u>栗田 圭一</u>	認知症診療の枠組み .	日本精神神経学雑誌	第116巻5号	378-387	2014
<u>北村 立</u> , 北村真希, 関奈緒子, 山川 透, 日野昌力	家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討	老年精神医学雑誌	25巻9号	1027-1053	2014
<u>服部 英幸</u>	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	第25巻	34-41	2014
<u>服部 英幸</u>	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	第25巻	185-192	2014
<u>服部 英幸</u> 三浦 利奈	高次脳機能障害とその評価	麻酔	63巻11号	1188-1195	2014